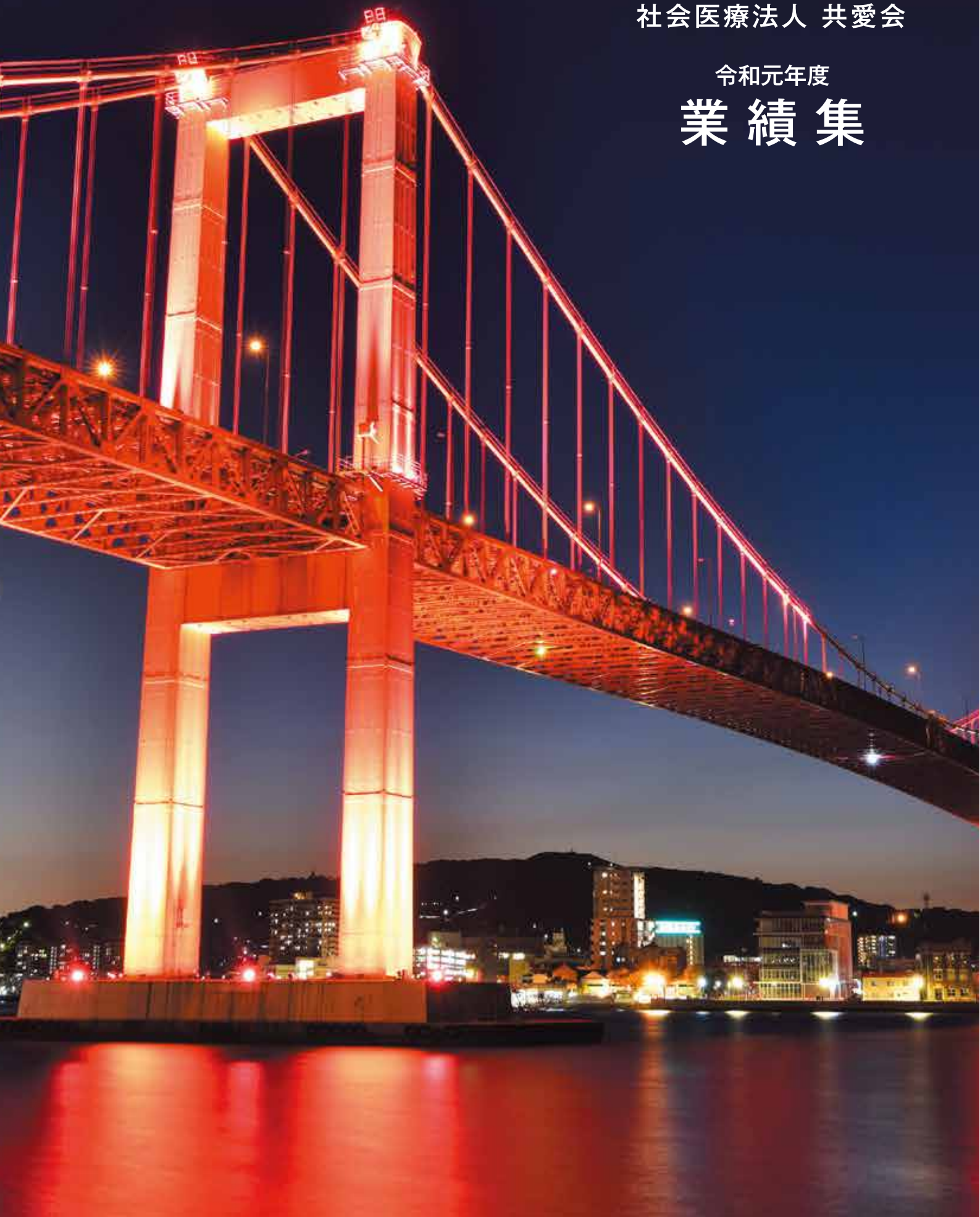




社会医療法人 共愛会

令和元年度

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(論文発表)	95
●学術業績(学会発表)	117
●チャンピオン画像集	163
●学会等・出張先一覧	176
●地域医療従事者研修	190
●令和元年度実習生受入先一覧	191
●戸畑リハビリテーション病院	193
●理念・方針	195
●ご挨拶	196
●概要	197
●各部門の活動状況	201
●統計資料	215
●学術業績(学会発表)	229
●学会等・出張先一覧	233
●活動報告	236
●令和元年度実習生受入先一覧	238
●あやめの里	239
●理念・方針	241
●ご挨拶	242
●概要	246
●学術業績(学会発表)	249
●学会等・出張先一覧	252
●令和元年度実習生受入先一覧	252
●健診センター	253
●ご挨拶	255
●明治町クリニック	257
●ご挨拶	259
●統計資料	261
●学会等・出張先一覧	269
●あやめ在宅ケアセンター	271
●ご挨拶	273
●学会等・出張先一覧	275
●令和元年度実習生受入先一覧	275
●ケアハウスあやめ	277
●ご挨拶	279
●学会等・出張先一覧	280
●サンセリテ明治町	281
●ご挨拶	283
●明治町デイサービスセンター	285
●ご挨拶	287
●学会等・出張先一覧	288
●メディカルフィットネス戸畑	289
●ご挨拶	291
●あやめレンタルサービス	293
●ご挨拶	295

令和元年度 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 下河邊 智久

今年は戦後75年という一つの節目の年で、人間で言えば後期高齢者です。また来年は国民皆保険制度の発足から60年を迎え、こちらも人間で言えば還暦です。

この間、社会の変容や人口構造の変化による生産性人口の激減等は、これまでの日本の発展を支えて来た多くの制度やモデルの転換を余儀なくしており、その最大のものが社会保障制度です。

国は早速、高齢者による窓口負担の増加や受診時ごとの定額負担の導入、薬剤を中心とした公的医療保険の給付範囲の見直しなどを検討しはじめていますが、言うまでもなく医療は早期発見・早期治療が鉄則であり、単なる患者負担の増加策だけでは、受診抑制に伴う重症化事案の増加を招く懸念があるばかりでなく、本当に医療費の抑制につながるのかといった疑問の声も聞かれます。

こうした議論に対し、日本医師会は治療のみならず、予防や健康づくりの他、生活をも支えていく視点、更には新たな財源確保策を提示し、給付と負担のあり方を議論することも大切だが、その前にまず、「人生100年時代」にふさわしい医療のあるべき姿をみんなで話し合い、国民で共有することの大切さを呼びかけ、医療・介護を提供する側にはより効率的な運営を、また受ける側にも適正な受診の仕方を求めています。

このような中、当法人は地域のかかりつけ医の先生方や関係機関との連携を推進しながら、医療に加えて介護や生活支援をも一体的に提供する地域包括ケアの一翼を担うとともに、特に国民の2人に1人になるといわれているがんについては、厚生労働省より「がん診

療連携拠点病院」の指定を受け、患者様の状態や症状に応じて、きめ細やかな話し合いをしながら、よりからだへの負担が少ないなど、最もふさわしい治療法を選択し、医師や看護師をはじめとした多様な職種からなるスタッフがチームとなって、治療のみならず、就労や社会生活を維持できるよう支援しております。そのための相談窓口も充実させていますので、ご遠慮なくご相談ください。

また、当法人は平成22年に、より公益性の高い医療法人として、福岡県から社会医療法人として認定されるとともに、国の進める「働き方改革」を推進すべく、地域における保健・医療・介護の充実に貢献していくためには、まず、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、経済産業省が健康経営を実践している企業や団体を認定・公表する「健康経営優良法人ホワイト500」に、3年連続で認定されました。

救急からがん治療に至るまでの急性期医療を担う戸畑共立病院と回復期医療を担う戸畑リハビリテーション病院をはじめとして、クリニックと5つの介護関連施設に健康増進施設を加えた10施設で、皆様のあらゆる保健・医療・介護需要に応える体制を整えております。

現場で働く一人ひとりが常に法人の基本理念であります「患者様やご家族を中心とした真心のこもったサービス」に努めることを心掛け、患者様の目線に立った医療・介護を実践するとともに、医療連携の推進にも注力して参りますので、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いうえで、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の確か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 下河邊直熊就任
昭和26年	「下河邊共立診療所」へ名称変更
昭和30年	「下河邊共立病院」へ名称変更（病床数25床）
昭和32年	「医療法人共愛会」設立 下河邊直熊 初代理事長就任
昭和35年	「下河邊共立病院」第一期増改築工事（病床数30床）
昭和36年	「下河邊共立病院」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」看護婦宿舍「貴和寮」完成
昭和45年	「共立病院」二代目院長に下河邊舜一就任
昭和47年	「医療法人共愛会」二代目理事長に下河邊舜一 就任 「共立病院」院長と兼任
昭和51年	「医療法人共愛会」下河邊舜一 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」四代目院長に下河邊智久就任 「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 下河邊勝世 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邊智久 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」下河邊智久 理事長に専任
平成11年	「共立病院」五代目院長に下河邊正行就任 「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） 下河邊智久 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） 下河邊智久 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
平成31年	「戸畑共立病院」地域がん診療連携拠点病院に指定
令和元年	「戸畑共立病院」放射線治療装置リニアック更新
	「共愛会ケアプランサービス」開設

法人施設別職員数

平成31年4月 現在

戸畑共立病院

医師	63名	歯科医師	4名
看護師	292名	保健師	3名
救急救命士	5名	薬剤師	19名
薬局事務	3名	診療放射線技師	28名
放射線助手	7名	臨床検査技師	20名
検査助手	2名	管理栄養士	8名
臨床工学技士	20名	理学療法士	23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	8名	歯科助手	1名
ソーシャルワーカー	6名	心理療法士	3名
診療情報管理士	1名	事務	39名
ドクターズクランク	27名	ケアワーカー	31名
メッセンジャー	1名		

戸畑リハビリテーション病院

医師	15名	看護師	94名
薬剤師	5名	薬局事務	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	20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	10名	ドクターズクランク	5名
介護福祉士	14名	ケアワーカー	11名
メッセンジャー	2名		

明治町クリニック

医師	2名	看護師	5名
薬剤師	1名	リハビリ助手	2名
事務	3名		

あやめの里

医師	1名	看護師	17名
理学療法士	5名	作業療法士	6名
管理栄養士	4名	介護福祉士	42名
介護員	15名	ソーシャルワーカー	3名
事務	4名	調理師	4名
給食員	7名		

あやめ訪問看護ステーション				
看護師	8名	理学療法士		4名
作業療法士	1名	言語聴覚士		1名
あやめヘルパーステーション				
介護福祉士	5名	介護員		5名
あやめ巡回ステーション				
介護福祉士	10名	介護員		6名
あやめケアプランサービスステーション				
ケアマネージャー	16名			
ケアハウスあやめ				
介護福祉士	4名	ソーシャルワーカー		1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	理学療法士		1名
作業療法士	1名	事務		1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	3名	介護員		4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	3名			
共愛会 法人本部				
医師（産業医）	1名	看護師		3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)

令和元年度を振り返って

戸畑共立病院 院長 今村 鉄男



新年度は働き方改革関連法が4月1日より施行開始となりました。勤務環境の改善、すなわち職員に対する安全配慮義務があり、長時間労働の是正は病院の責務ととらえ、当院でも労働時間の適正化に向けた取り組みを開始しました。

36協定等の点検、産業保健の活用、タスクシフティングの推進等状況に応じた労働時間短縮に取り組んでいます。

5月には令和という新しい時代の幕開けの年となり即位の礼等貴重な文化行事を目にする事ができ、強く記憶に残る1年となりました。

10月には消費税が10%に引き上げられ、医療に対する非課税の対応には限界がある事が示されました。控除対象外消費税は病院が支払わねばならず、わずかな補填では赤字となる事が必定でありました。しかしながら、職員の努力により大きなマイナスとはならず、何とか経営状態を保てました。

当院では今年のスローガンを「力の再結集」と決定して部署内、部署間、法人施設間等の各連携の協力継続を目標としていた効果もあったのかもしれませんが。

令和2(2020)年に入り、新型コロナウイルスが世界中にパンデミックを起こしました。終息の見えない現在、医療も新型コロナウイルスと向き合いながらの対策を取らねばならないと思います。医療現場においても今回のような新たな課題への対応時に重要となってくるのは「連携力」「行動力」「判断力」等、日々を構築すべき対応力であるといえます。

今こそ、民間の地域医療支援病院としてできることを確実にやって行く、この方針が地域医療構想と相まって生き残るため重要な事と思っております。職員の皆様も各自健康に留意されこの新型コロナ禍を乗り切ろうではありませんか!!

新たな課題

戸畑共立病院 統括副院長 宗 宏伸



平成が終わり令和という新しい時代となった2019年はラグビーワールドカップ日本大会が大変盛り上がり、次は東京オリンピック・パラリンピックで再び“One Team”となるはずだった2020年は思いもよらない感染症との戦いで始まりました。COVID-19の猛威により緊急事態宣言が発出され、日常の生活も様々な規制がかかり制限された生活が始まりました。感染を避けるために外出や会食、旅行の制限、またいろいろな催し物の中止が広がり、ついには東京オリンピック・パラリンピックの延期も決定されました。

医療においてもいろいろな問題が浮き彫りとなってまいりました。外来においては患者の自発的な受診抑制となり定期検査の延期、がん検診や集団検診の中止、小児科領域では予防接種の未接種など予防医療が十分にできない状態となっています。

また、発熱のある患者が一部のかかりつけの診療所や病院を含めた様々な医療機関で診察を断られる事態が見受けられています。

当院は地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院ですので、がん診療と救急医療は様々な感染予防対策を行い診療を継続しています。がんの治療中や透析を行っている患者は免疫能が低下しており一般の患者との接触を避けるための入館の導線を変更したり、受診者以外の入館制限や入院患者家族の面会制限など感染をさせない、持ち込ませないための対策を行なっています。救急の現場では救急受診に

制限をかけるのではなく、受け入れ時に感染症対策を徹底しスタッフを守りながら救急医療を継続しています。また入院に関してはCOVID-19対策の為に5階病棟を31床より19床へ減床し4対1の看護体制をとり感染症の受け入れ専用病棟として運用開始。ここでCOVID-19陽性患者の受け入れを行い、また緊急入院となった患者はPCR検査の結果が出るまでは全例疑似症として対応し検査や入院加療を行っています。幸いにも現在持ち込みによるクラスターの発生もなく、ひとえにスタッフの徹底した感染対策と自己管理によるものと感謝しております。

現在当院の増改築計画が進行中ですが、この感染症の猛威にあたり感染症対策が充分ではない部分が浮き彫りとなりました。救急センターの計画では受付から待合スペース、診察、検査と繋げるための導線や、感染症に対する病棟や手術室などの空調設備改善など計画の見直しを行う必要が出てきました。また、現場が中心の急性期病院でもオンライン診療やテレワークの導入を考える必要が出ています。次の時代に対応できる増改築にするためにはもっと若い世代の柔軟な考えが必要です。この機会にプロジェクトチームに新たなメンバーを加え柔軟な対応を行っていく必要性を感じています。より一層地域の方々に信頼を得ることができ、またスタッフにとっても働きやすい病院づくりを目指し努力してまいります。(2020.9)

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

◎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

◎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＞

救急告示病院
地域医療支援病院
へき地医療拠点病院
災害拠点病院
地域がん診療連携拠点病院
管理型臨床研修病院
特定行為研修指定研修機関
日本がん治療認定医機構 認定研修施設
開放型病院届出施設
外国人患者受入れ拠点病院
日本医療機能評価機構認定病院

＜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指導施設認定証
日本消化器病学会専門医制度認定関連施設
日本内分泌学会内分泌代謝科認定教育施設
日本肝臓学会認定施設
日本大腸肛門病学会関連施設
日本甲状腺学会認定専門医施設
日本呼吸器学会関連施設
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
日本呼吸器外科学会専門研修連携施設
三学会構成心臓血管外科専門医認定機構認定修練関連施設
日本整形外科学会認定医研修施設
日本手外科学会研修施設
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
日本口腔外科学会関連研修施設
日本救急医学会認定救急科専門医指定施設
日本泌尿器科専門医教育施設
日本感染症学会連携研修施設
日本麻酔科学会認定病院
日本乳癌学会関連施設
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
日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
日本高気圧環境・潜水医学会認定病院
日本静脈経腸栄養学会認定研修施設
日本栄養療法推進協議会認定NST稼働施設
＜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

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 1 5 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 5 0 対 1
- 看護職員夜間配置加算 1 2 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】

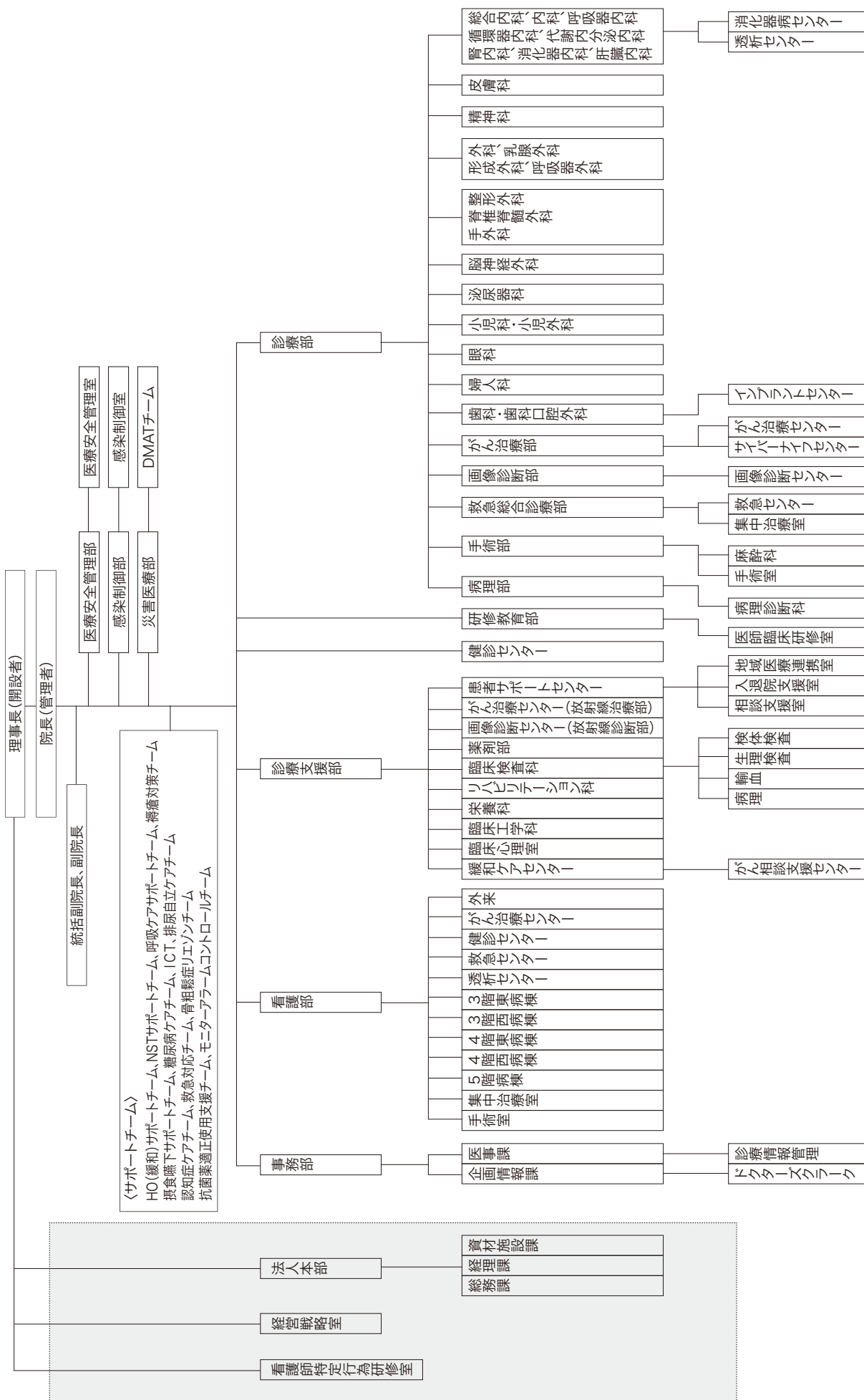
- 歯科疾患管理料の注 1 1 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
- がん性疼痛緩和指導管理料
- がん患者指導管理料イ・ロ・ハ
- 糖尿病透析予防指導管理料
- 地域連携夜間・休日診療料
- 院内トリアージ実施料 ■ 救急搬送看護体制加算
- 外来放射線照射診療料
- 療養・就労両立支援指導料の注 2 に規定する相談体制充実加算
- 開放型病院共同指導料
- がん治療連携計画策定料
- 肝炎インターフェロン治療計画料
- 薬剤管理指導料
- 検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
- 医療機器安全管理料 1 ■ 医療機器安全管理料 2
- 医療機器安全管理料(歯科)
- 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)、腔腸瘻閉鎖術(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
- 体外衝撃波胆石破碎術
- 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剝離術
- 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術
- 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

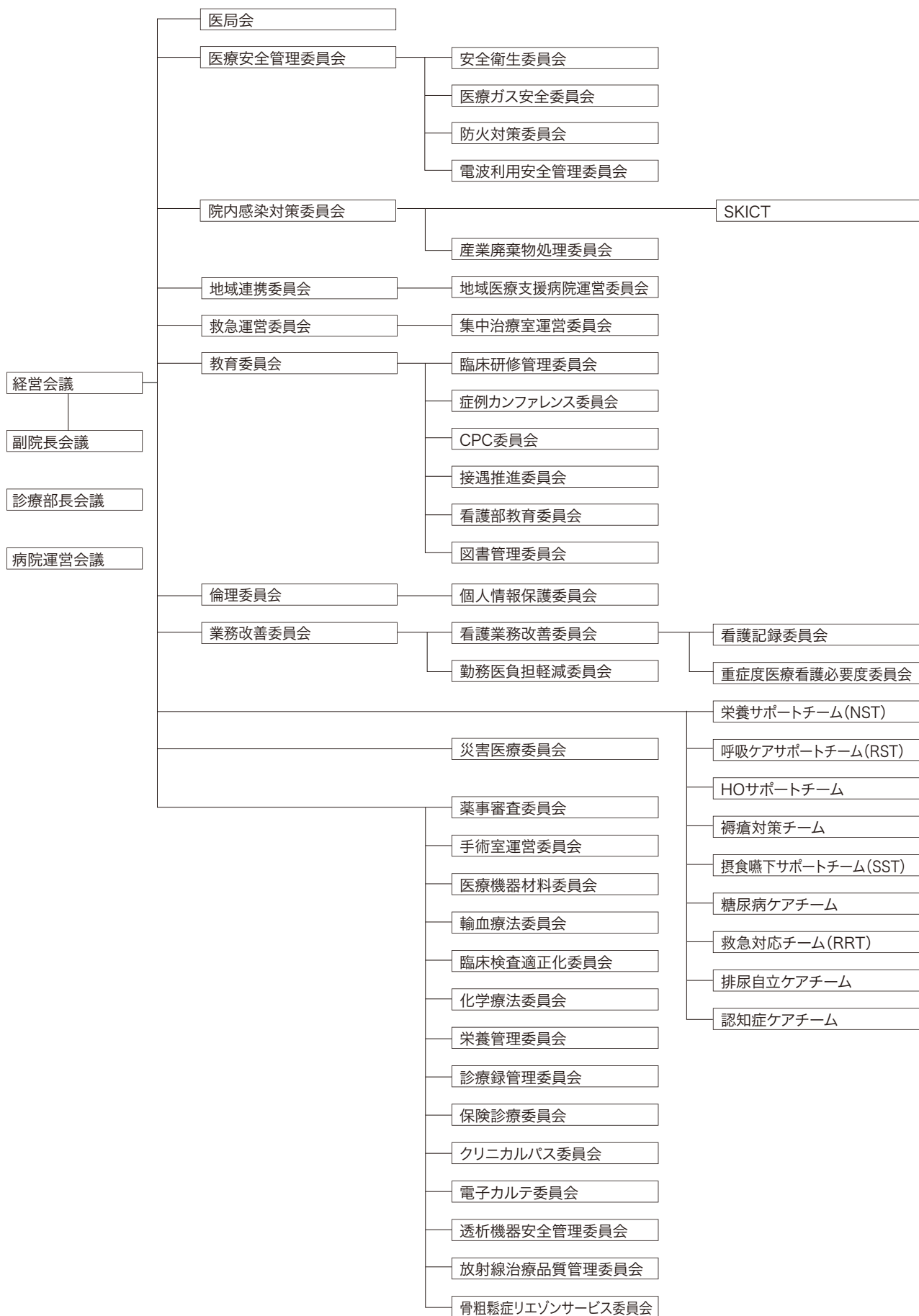
【食事】

- ・ 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



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、2019年は5,830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内視鏡治療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っています。

炎症性腸疾患の症例も年々増加傾向で、年間に潰瘍性大腸炎の患者さんを約200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。

胆道膵臓の領域の内科といたしまして各種検査治療を行っております。病変の診断のため、腹部エコー、CT、MRIなどの画像や超音波内視鏡、内視鏡的胆道膵管造影検査による診断ののち、必要時には超音波内視鏡検査下での病変部の穿刺吸引生検や胆道膵管造影下で細胞診、生検を行っています。また、内視鏡治療としては急性胆管炎、閉塞性黄疸時の胆道ドレナージ、慢性膵炎等での膵管狭窄に対しての膵管ドレナージ、超音波内視鏡下での仮性膵嚢胞のドレナージなどを行っています。令和元年度はERCP175件、EUS114件を行わせていただきました。

近年は膵癌、膵嚢胞性病変が増加傾向であり、アルコール性膵疾患も増加している印象です。特に膵癌、胆管癌が疑われる症例については積極的に検査を行い、検査の合併症を減らし、早期診断と手術療法が行えるように努力し、また、胆管炎などの急性疾患につきましても迅速に対応できるよう心がけて参ります。

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、比較的早期のものに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

各部門の活動状況

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4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います。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。

2019年4月より新たに1名の看護師が栄養指導士の資格を取りました。外来の待ち時間に受診者の聞き取り調査等を行い、診察室では患者さんが相談できない様な背景も含め関わっています。昨年も世界糖尿病Dayに合わせて、市民公開講座を行い、多くの患者さんとその家族が参加されました。

学会発表も、内分泌学会、甲状腺学会に1演題ずつ、また、内科学会地方会では研修医の山崎先生も研修期間中に経験した症例をまとめ、症例報告を行いました。

腎内科、透析センターは、共愛会での立ち上げから16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腎不全患者のフォローをしています。昨年はオンラインによる血液濾過透析も開始しました。飛び込み患者や他科治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。

呼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2名で外来診療を行っています。外来は、COPD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

2017年共立病院は病棟病床の編成改変を行い、救急センターも2階病棟も大きく変わりました。それから2年、緊急入院患者の流れも変わり、スタッフも慣れてきたところ2019年度末に新型コロナウイルス大流行が起きました。治療薬、ワクチン等もそろそろ使用が開始されそうですが、流行の収束にはまだまだ時間を要すると思われます。新型コロナに関連する内容は次回に譲ることとして、今回は、2019年度救急センターの院外活動に関する話をしたいと思います。当院は地域医療支援病院である以外にも、災害拠点病院やMC協議会参加病院でもあります。災害医療や救急医療は地域支援病院としての重要な要素になっていますが、当院救急センターはこれらに深く関わっています。

災害医療関連での院外活動としては、DMAT活動やその訓練活動が上げられ、北九州市DMOC、県DMAT、ブロックDMAT、日本DMAT等のいろいろな規模の訓練に参加しています。災害医療は実際に起こることは稀ですが、起こると重大事になります。そのための訓練は極めて重要です。北九州では上記の公的な訓練に加えて“北九州DMATブラッシュアップ研修会”という名の訓練が年に複数回行われ、これに参加しています。有志により企画された半日の研修ではありますが、DMAT隊員ではない私も参加したことがあります。災害医療に必要な技術知識の維持向上を目的とした、仲間内での研修会といった感じです。興味のある方は参加されてみてはいかがでしょうか。また健和会大手町病院の災害訓練の見学をしています。なんだ見学かと思われるでしょうが、これは見るだけで非常に勉強になります。赤黄緑入り交じった患者が、1時間に20人来たらどうなるか。私が見学した年には、“ERと手術室の連携に手間取り手

術施行に手間取った”と言うことが反省会で報告されていました。共立病院ではこれほどの大規模なシミュレーションをするにはまだ時間を要しますが、綾塚先生を中心に徐々にしっかりした訓練が行われていくでしょう。

救急医療においては、前述のごとく当院はMC協議会に参加しており、北九州市消防局と密接な関係を持って、業務を行っています。2か月に1回開かれるMC協議会事後検証委員会に随行員として毎回3名ほど参加しています。“救急隊員の活動に問題がないか”というのが直接の検証内容ですが、内容は多岐にわたり当院のナースや救命士にとっても役に立つ傍聴のようです。そしてスタッフの救急車の同乗実習を再開しました。戸畑署のみでなく北九州市のおもだった救急隊にお願いし全スタッフが行いました。ベテランと初心者では、感じるどころ得るところ、違いはあるでしょうが、救急隊員との顔が見える関係の構築だけでなくホットラインでの情報の取得、そしてERでの情報の共有等の必要性を実感したようです。更に2018年度の厚労省研究事業の一環としての、“消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用”に資する研究”に参加しました。これは病院救急車に病院勤務の救急救命士が同乗し、患者を搬送するという研究です。救命士の有効活用の一翼を担うものであり、医療従事者間のタスクシフトに関する事案になります。余談ではありますが、病院内での病院所属救命士活動範囲拡大はそろそろ実現するのではないのでしょうか。また市のイベントである“救急の日”や“北九州マラソン”にも医療スタッフとして積極的に参加し存在をアピールしています。救急センターは共愛会ヘルスケアグループの1つの顔として頑張っています。これからも応援よろしく願いいたします。

呼吸器内科



副院長・呼吸器内科部長 加藤 達治

当科の診療・研究の現況をご報告します。

なお、コロナの診療のために、例年にも増して粗雑な文章になったことをお許し下さい。

1. NHCAPの診療と研究

NHCAPの研究を継続しています。その成果として、第83回日本呼吸器学会九州支部秋季学術講演会において言語聴覚士の芦原康寛が「当院におけるNHCAP患者の摂食嚥下障害の重症度と運動機能についての調査報告」の演題で育成賞を、第29回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会において理学療法士の菊谷大樹が「NHCAP患者における最長発声持続時間とADLの関係」の演題で優秀演題賞を受賞しました。また、当院で開発しました簡易な嚥下機能評価法であるAssessment of Swallowing Ability for Pneumonia (ASAP)を使用して、特に誤嚥性肺炎の予後を調査し報告すべくデータを解析中です。

2. 高齢者肺炎治療の患者背景アセスメントについて

日本呼吸器学会の成人肺炎診療ガイドライン2017では、患者背景のアセスメントの項目を設け、誤嚥性肺炎のリスクの判断とともに、疾患末期、老衰等の終末期状態の判断を行うよう求めています。更には、終末期の判断には複数の専門の医師の診断を必要とすると記載されています。この領域はエビデンスが不足していますが、前項の菊谷の研究から最長発声持続時間が咳嗽力の測定に代替できるのではと考え、咳嗽力の低下を高齢者肺炎の予後・重症度を見る一つの指標として使えないかを検討中です。

3. コロナの中での呼吸器科診療

この原稿の執筆中の9月中旬、新型コロナ肺炎の全国的な第二波はようやく終息に向かいつつあります。本年1月中旬からの新型コロナ肺炎のパンデミックは、呼吸器科診療を否が応でもコロナ診療にどのように対処するかという課題に直面させる事態を招きました。そして、呼吸器科診療の日常を大きく変えました。コロナの診療は当初は文字通り未知のウイルスが原因の病気であるが故に病態が全く分からず手探りで診療でしたが、ほぼ半年経過してわからない部分とわかってきた部分に分かるようになったというのが実感です。当院の実績をまとめるのは時期尚早ですが、当院での経験から言えることは、診断と治療の大前提はしっかりした感染対策が必須であるということです。

19年度を振り返り20年度以降の展望を記すのが、この業績集の本来の主旨だとは思いますが、呼吸器科にとって19年度はもはや戻らない別世界のように思えます。コロナの診療が続いているだろうとの前提の上で、地域医療の前線としての呼吸器科診療を担っていきたいと考えています。より一層のご指導賜りますよう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、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。

2019年度の業務実績は以下の通りである。高気圧酸素療法は前年度と同等であるが、放射線治療、化学療法、温熱療法は大幅に減少した。

2020年1月に12年間使用した放射線治療装置を最新のTrue Beamに更新を行った。今まで以上の高精度放射線治療を行う。



がん治療センター医師、診療放射線技師、看護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	7名
薬剤師	2名	事務	5名
看護師	10名	ケアワーカー	1名
放射線技師	12名	放射線科助手	2名

【今年度の目標】

今年度は、放射線治療治療医2名・腫瘍内科医1名を迎え、患者様により細かなテーラメード医療を提供出来る様に更なる努力を行う。

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地域がん診療連携拠点病院として、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。

各部門の活動状況

【実績】

2019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)	10,544	2,986	2,031	6,125
1日平均 (人)	49.5	12.3	8.5	23.9
昨年度との比較	-19.8%	-10.7%	-14.16%	+2.6%

放射線治療

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
総治療患者数	850	740	793	927	606
IMRT	118	217	193	165	189
定位(肺・肝臓)	39	35	30	37	33
定位(前立腺)				34	47
定位(頭・頸部)	197	178	179	250	133
小線源治療	77	82	63	48	48

高気圧酸素療法

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
総治療患者数	4,646	5,596	5,628	5,965	6,125
温熱化学療法併用	1,126	1,154	976	770	599
放射線併用	612	1,186	1,065	1,635	1,193
化学療法併用	44	59	36	112	18

温熱療法

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
総治療患者数	2,590	2,480	2,617	2,379	2,031
浅在性	380	457	471	460	280
深在性	2,210	2,023	2,146	1,919	1,751

平成29年度 セカンドオピニオン・入院延患者数

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
セカンドオピニオン	18	31	26	19	21
入院延患者数	11,656	10,178	11,948	10,770	10,061

外科



主任外科部長 谷脇 智

【外科スタッフ】(2020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、古賀史記

非常勤／肝 臓：奥田康司

消化管：二見喜太郎、石橋慶章

呼吸器：大淵俊朗、蒔本好史

乳 腺：山下眞一

COVID-19感染普及より、スタッフの安全を守りながら、いかにして地域医療を維持していくか？スタッフと情報を共有し、日々悩みながら診療を行っています。

長期化するものと考えられており、新たな情報より、その都度システムの変更も致し方ないものと思っています。

【臨床】

週間スケジュールに大きい変更はありませんが、朝のカンファレンスの場所を変更しました。抄読会でも、COVID-19に関するものが散見されるようになりました。術前カンファレンスでは薬剤師、画像センター技師の参加を頂き、新たな知見、情報を得ております。周術期管理では多くのチームからサポートを受け、大変感謝いたしております。

2019年度手術症例の詳細を下記に示します。症例数および鏡視下手術数に大きい変化はありません。明石による“足の外科”の周知により、血管外科手術症例数が伸びております。

胸腹部手術における胸腔鏡、腹腔鏡手術症例は290例でした。胃癌では64%、結腸直腸癌では83%の患者さんに行われております。

鏡視下手術のメリットを活用し、質の高い医療を提供していきたいと思っています。

【学術】

学会報告17件、論文5件でした。若いスタッフの学術への参加も活発となり、チームとして継続していきたいと思っています。

【安全管理】

安全管理に努めておりますが、残念ながら外科的合併症が多い結果でした。

結果を踏まえ、改めて外科医としての基本手技を徹底したいと思っています。

今年度は、4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	0	1	0	0	3	0
結 腸 直 腸 癌	4	6	1	4	1	2
膵頭十二指腸切除	0	0	0	0	0	0

【今年度の目標】

まずは術後合併症の低減を計る必要があります。とくに高齢者への治療では、その方針決定に際しては、ADL、リスク評価に加え、術後経過を予想した管理が必要です。

COVID-19は我々に多くの影響を与えていますが、大きい試練と考え、次のステップへと進むべく、成長しなければと励んでいきます。

地域の外科診療を担って、信頼される診療科になるために一步一步、進みます。

各部門の活動状況

2019年度手術症例

○は鏡視下手術

肺	悪性 19例	(17例)	良性 17例	(15例)
乳 腺・甲 状 腺	悪性 13例		良性 0例	
食 道	悪性 3例	(3例)	良性 2例	(1例)
胃	悪性 36例	(23例)	良性 3例	
小 腸・結 腸	悪性 64例	(53例)	良性 26例	(9例)
汎発性腹膜炎	5例			
直腸:悪性	18例	(15例)		
腸管癒着症	8例	(3例)		
腸痙・ストーマ	11例	(1例)		
肛門	11例			
虫垂炎	23例	(21例)		
ヘルニア	57例	(48例)		
肝腫瘍	切除術 9例	(3例)	焼灼術 5例	
胆道	悪性 2例		良性 83例	(78例)
膵臓	PD 3例			
	DP 6例	(1例)		
血管	腹部大動脈 6例			
	内臓動脈瘤 1例			
	バイパス 9例			
	塞栓、内膜除去 4例			
	血管内治療 16例			
	静脈瘤 31例			
	シャント他 8例			
CVポート	71例			
その他	18例			
計591例(鏡視下手術290)				

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31年度は、田原尚直、清水建詞、大茂壽久、大友一、濱田賢治、古子剛の常勤医6人に加え、久留米大学から蒲池康人、福岡大学から西野剛史、萩原秀祐 産業医科大学から宮良俊の計4名が各大学医局から派遣され、計10名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)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31年度の新患外来患者数は1,555件、新入院患者数は1,052人、紹介患者総数は278人で紹介率は17.9%、平均在院日数は、12.3日でした。手術症例数は967例で30年度と比較し総数は19例減少していましたが、手外科手術を含めた上肢手術および脊椎手術はいずれも増加していました。下肢手術では、変形性膝関節症に対する人工膝関節置換術や高位脛骨骨切り術は58例で前年同様の症例数を維持していましたが、大腿骨近位部骨折が17例減少しており手術症例数の減少の一因となっていました。

【今後の目標】

高齢化が急激に進むと予想されている我が国では、介護を必要とせずに自立した生活を送ることが出来る健康寿命と平均寿命の差をいかに短くするかが喫緊の課題となっています。2007年日本整形外科学会が運動器の衰えが原因で移動能力が低下している状態をロコモティブ症候群と命名し、ロコモが進行すると日常生活が制限され、最終的に介護が必要な状態になるため啓蒙活動を積極的に行っていますが、ロコモに陥っている期間が健康寿命と平均寿命の差となります。運動器の健康を維持し健康寿命を長く保ち続けるためには予防とともに治療も必要です。ロコモの三大原因疾患に変形性腰椎症、変形性膝関節症、骨粗鬆症が挙げられていますが、その治療を担っている我々整形外科医の役割も健康寿命の延伸のために重要であると考えます。当院でも転倒などの低エネルギー外傷で発症する高齢者の脆弱性骨折の治療とともに変性疾患や骨粗鬆

症の治療にも積極的に介入することで、地域の高齢者の方々が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るお手伝いが出来ればと考えております。今後も精進し地域の方々の健康寿命の延伸に役立つ事が出来れば幸いです。

平成31年度手術内訳

上肢骨折	鎖骨	17
	上腕骨	27
	肘	23
	前腕(橈骨遠位端を含む)	112
	手指	71
下肢骨折	大腿骨(人工骨頭を含む)	124
	膝蓋骨	9
	下腿	41
	足部	18
脊椎	頸椎、胸椎	34
	腰椎(MEDを含む)	60
手外科	手根管	45
	肘部管	9
	腱鞘切開	72
	腱縫合、移行	11
	神経血管縫合	7
	関節形成	9
	靱帯縫合	9
人工関節 骨切り術	TKA	40
	THA、TEA、TSA	5
	HTO	18
関節鏡視下 手術	下肢(膝、足関節)	55
	上肢(肩、肘)	16
その他	腫瘍	14
	化膿性疾患	8
	アキレス腱縫合	5
	抜釘	97
	創外固定	11
	その他	0
合 計		967

形成外科



形成外科部長 高橋 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。

2019年度は、学会発表こそ「第62回日本形成外科学会・総会」での一般題講演のみでしたが、「持続洗浄型NPWTと間欠洗浄型NPWTの使い分け」という題名で雑誌「形成外科」2019年10月号の特集に掲載することが出来ました。

全て当院で経験した症例を掲載し、当院を全国にアピール出来たと自負しております。今後は「形成外科」だけでなく「整形外科」「外科」をはじめとした外科系の雑誌、セミナー等でアピールすることで「戸畑共立病院の形成外科」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、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、また開業医の先生方も、どのような症例を紹介したらよいかわからないというケースも少なくないようです。今後、もっと身近に気軽に「形成外科」にかかっているように我々形成外科医がアピールする必要があります。

【当院で主に扱う疾患】

- 1 外傷 熱傷
- 2 顔面骨骨折
- 3 皮膚、皮下腫瘍、皮膚悪性腫瘍、軟部腫瘍、血管腫
- 4 眼瞼下垂症、眼瞼内反症、
- 5 再建手術（乳房再建、指尖部再建など）
- 6 難治性皮膚潰瘍・重症軟部感染症、足壊疽、褥瘡
- 7 瘢痕・ケロイド
- 8 陥入爪・巻き爪・フットケア
- 9 自費診療（刺青除去）など

当院では一般的に形成外科で取扱う症例は、小児分野を除きほぼ網羅しております。皮膚皮下の良性腫瘍、顔面外傷、瘢痕、眼瞼下垂症を中心に、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っております。

昨年度診療(手術)実績 (2019年1月～12月)

全身麻酔	68例
腰椎・伝達麻酔	46例
局所麻酔	222例
合 計	336例 うち入院手術(184例)

皮下・軟部腫瘍(悪性腫瘍含む)	160例
外傷	65例
難治性潰瘍・褥瘡	59例
眼瞼下垂症	12例
顔面骨骨折	8例
乳房再建	3例
熱傷	1例
その他	35例
合計	343例

昨年度より入院、全身麻酔下での手術は増加しましたが、外来手術は若干の減少を認めました。しかし「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260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、麻酔科の迅速かつ、フレキシブルな対応が可能です。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】

本年度は「指尖部損傷」の症例が多く手外科チームと合同で再建手術を行うことが多かったです。昨年度にも記載した下腿難治性皮膚潰瘍症例は、看護師、薬剤師、リハビリスタッフ、管理栄養士、臨床工学技師など職種の垣根を超えた「チーム医療」で引き続き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、蜂窩織炎、壊死性筋膜炎などあらゆる「キズ」の早期治療に多大な好影響を及ぼしています。特に本年度は「ネコ」「犬」「ヒト」などの咬傷を起点とした重傷軟部感染症の症例が多く見受けられました。それらの感染症の多くは「整形外科・手外科」チームと合同で治療方針を考え、治療にあたりました。先述の高気圧酸素治療はもちろんのこと、創傷治療を促進する治療法である「陰圧閉鎖療法」や、それ以外にも「創内持続陰圧洗浄療法」「間欠的陰圧洗浄療法」といった治療法も行うことで感染のコントロールを行うことが可能となりました。また整形外科の先生方のおかげで、運動機能障害がほばない状態で創治療し良好な結果を得ています。

ASO(閉塞性動脈硬化症)がbaseにある患者さんの足潰瘍、壊疽は血管外科とのチーム医療で、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を行

うことが可能です。そのため他院にて治療し得なかった創傷が当院で治療するという好結果につながっています。また救肢出来ず、余儀なく下肢切断となる場合でも切断の部位、時期等を整形外科、血管外科、形成外科で検討することで切断後のトラブルはほぼありません。

顔面骨骨折に関しては基本上顎、頬骨、鼻骨、眼窩の骨折は当科、咬合に関連する下顎骨骨折は歯科・口腔外科で取扱うようにしております。しかし当科は常勤医が一人のため手術はほぼ全例、口腔外科の先生に助手に入っていただき大変助かっております。また昨年度は1例でしたが、舌癌の再建手術も先生方のご協力で施行する機会に恵まれました。

眼科の先生からは眼瞼下垂症の患者さんの症例を紹介いただき大変ありがたいことです。期待に応えられるよう良好な結果を目指すとともに、常にスキルをブラッシュアップするつもりです。

このように形成外科は一人ですが、様々な科の先生方の協力を得て多岐にわたる診察、治療を行うことが出来ております。

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31年度の当科トピックスは、まず昨年導入した前立腺癌サイバーナイフ治療症例数が本年度までに81例実施でき、その良好な初期治療成績について、日本放射線腫瘍学会と日本泌尿器科学会へ報告できたことである。サイバーナイフ治療は、昨年開催した市民公開講座の反響があり、多くの患者様より治療希望が続いており、結果として、これまで当科で最も特色のあった密封小線源治療の年間症例数をサイバーナイフ治療が凌駕することとなった。サイバーナイフ治療は、まだまだ初期の成績ではあるが、急性期有害事象は少なく、PSA再発症例はない。今後も治療成績についても長期の経過観察を行う予定である。

密封小線源治療は、12年間で600例を超え、単独治療、併用療法を合わせて、前立腺癌治療後の生化学的再発(PSA再発)は、4.0%未満である。この治療成績は極めて良好で、特にPSA>20.0の高リスク群や局所浸潤癌は、TOMOTHERAPYとの併用療法で高い線量処方が実施でき、手術療法や、ともすれば重粒子線治療の成績も凌駕するレベルである。本邦では、広くPSA測定による前立腺検診が行われているものの、少ないながら高リスク群が診断されている。高リスク群と診断された患者様を救う治療法は、米国のNCCNガイドラインでも放射線治療が中心であり、特に治療率が高いのは密封小線源＋外照射療法＋ホルモン療法(Trimodality)であり、現在も遠方からのこの治療希望の症例は当院に来院されている。

現在常勤医2名で泌尿器科診療を担当しているが、昨年と手術内容・症例数を比較すると、最も多い前立腺針生検法など、前立腺癌の診断・治療に関する手術・検査・治療が多い(140例)。このことは、当科の診療中心は前立腺癌であり、診断から治療までを一貫してできる施設となったと考えている。また当院は救急診療施設であり、夜間緊急での閉塞性腎盂腎炎に対する尿管ステント留置術や、膀胱癌の内視鏡手術などが多くなっている。さらに本年度は、まれな手術として、ADLが低下した高齢者前立腺肥大症の尿閉に対する前立腺部尿道拡張術(メモカス金属ステント)留置や、施設入所の高齢女性で膀胱尿管逆流に伴う再発性腎盂腎炎に

対する膀胱壁内への内視鏡下Deflux注入術により、再発予防に成功した症例もある。

現在の北九州市では、当院周りには泌尿器科でロボット支援手術実施可能施設が多くなり、当院では数が少ない腎癌や浸潤性膀胱癌、腎盂尿管癌などは周辺施設の治療協力をいただいている。しかし、前立腺癌では、その診断と放射線治療に特化した治療成績の施設であることを今後も目標とし、さらなる治療成績向上と有害事象軽減を実現する予定である。

主な手術症例	
前立腺針生検	52例
前立腺癌サイバーナイフ治療	46例
前立腺癌密封小線源治療	42例
膀胱悪性腫瘍手術(TUR)	38例
尿管ステント留置術	37例
経尿道的前立腺切除術	4例
経尿道的電気凝固術	7例
尿管結石内視鏡手術(TUL)	10例
膀胱結石経尿道の手術	2例
経皮的腎瘻増設術	3例
前立腺部尿道拡張術(メモカス留置)	2例
陰嚢水腫根治術	2例
膀胱瘻増設術	2例
高位精巣摘除術(精巣癌)	1例
膀胱尿管逆流に対するDeflux注入術	1例

学会報告:

日本泌尿器科学会福岡地方会第304回例会(福岡市)

- 前立腺癌に対するハイドロゲルスパーサーを用いた放射線治療の初期経験
山田陽司、小野田敏博、塩津弥佳、溝口翔太、後藤 祐介、
鞆田義士、今田 肇(戸畑共立病院 がん治療センター)

日本放射線腫瘍学会第32回学術大会(2019年11月 名古屋市)

- ハイドロゲルスパーサーを用いた前立腺癌に対する定位放射線治療の初期経験
今田肇、小野田敏博、濱田英志、岩崎哲、山田陽司、鞆田義士
(戸畑共立病院 がん治療センター)
- 前立腺癌放射線治療に対するハイドロゲルスパーサーの拡張幅の検討
小野田敏博、濱田英志、岩崎哲、山田陽司、鞆田義士、今田肇
(戸畑共立病院 がん治療センター)
- ハイドロゲルスパーサーを用いた前立腺癌密封小線源治療における直腸線量について
山田陽司、小野田敏博、濱田英志、岩崎哲、鞆田義士、今田肇
(戸畑共立病院 がん治療センター)

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

- ① 2019年1月より12月にかけての入院患者は400人。うち緊急入院141人、救急車搬入126件。前年に比べ入院40人減っていたが、救急車搬入は同数であった。脳血管障害が8名増え、閉塞性脳血管障害が約7割を占めた(トルソー症候群1名)。脳腫瘍関連は34名減。定位放射線治療は113件(前年に比べ28件減)。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16名に、ベバシズマブが1名に投与された。頭部外傷は28名減。てんかん発作はほぼ同数。水頭症が増えていた(前年に比べ、手術7件増)。感染症が11名。その他では、脳脊髄液減少症、プリオン病各1名がいた。

<疾患の内訳>

脳血管障害	144人(36.0%)
脳腫瘍	139人(34.8%)
頭部外傷	54人(13.5%)
てんかん発作	27人(6.8%)
水頭症	12人(3.0%)
感染症	11人(2.8%)
その他	13人(3.3%)

②手術、サイバーナイフ

<手術件数> 46 件

	件
脳腫瘍(リザーバー設置1)	1
破裂脳動脈瘤(clipping 1)	1
脳内血腫除去(CT定位 2)	2
外傷性頭蓋内血腫除去(開頭 1 穿頭2)	3
脳脊髄液減少症に伴う硬膜下血腫	1
慢性硬膜下血腫	21
シャント手術:特発性正常圧水頭症9、続発性6(V-P 5 L-P 10)	15
その他	2

<定位放射線治療> Cyber knife 166 件

	件
脳病変(原発性30 転移性133 AVM2)	165
頸髄転移	1

- ③ 2019年度外来患者数3868人。内紹介507人(病院全体11330人の4.0%)。

- ④ 地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院として診療に従事している。クリニカルパスや連携パスを導入し、DPCⅡ以内での退院率の改善を図っている。また、脳卒中や認知症に対し、チーム医療や地域包括ケア体制を推進している。歩行困難による転倒予防や高齢者てんかん治療にも取り組みたい。

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月に外来診療を開始し2年が経過しました。この間にご支援いただいた院内院外の皆さまに誌面を借りて御礼申し上げます。

【診療体制】

当科発足後、(月)～(金)の午前午後外来診療をしてきましたが、2020年9月より第1・3・5土曜日の午前中にも診療することにいたしました。それに伴い、第1・3・5火曜日の午後は休診としますので一週間の診療時間枠としては変わらないことになります。

(月)(水)(金)は常勤医師1名および非常勤医師1名、(火)(木)(土)は常勤医師1名が診療にあたり、看護スタッフは2020年7月より1名増員となって(火)(土)は2名、(月)(水)(木)(金)は3名体制をとっています。午前の非常勤医師は発足当初からの2名の医師、午後は発足時のメンバーからは交替していますが産業医科大学小児科の医師3名に担当していただいています。

【外来患者数など】

この2年間で6月～5月の1年ずつで見ますと、延べ患者数は初年次は719名、2年次が1,422名で、ほぼ倍増しています。このうち共愛会職員の子どもさん・お孫さんが各々446名(62%)、856名(60%)で、この割合は一定しています。

外来患者数は2年目も1年目同様に月による凹凸が激しく、昨年(2019年)11月には延べ患者数237名とこれまでの最多を記録しましたがこれは予防接種が多かったことがその主因でした。しかし、これでも一般の小児科診療所の2日分に過ぎません。逆に、本年(2020年)4月、5月は3月までのペースに比べるとおよそ45%減の患者数でした。他の小児科施設同様、新型コロナウイルス感染拡大の影響もあったものと思われます。

受診される患者さんの疾病の内容では一般的な内科的疾患が多いのは当然ですが、小外傷は時々ありますし、臍ヘルニアや肛門周囲膿瘍の保存的治療、乳児健診での鼠径ヘルニアの発見、停留精巣の手術適応の

検討、下血への対応など小児外科の出番も稀ではありません。

昨年も書きましたが、当科は世間に向けて大っぴらに宣伝しにくい立場にあるため、飛躍的な患者増加は望めないことが最近はっきりと分かってきました。一人ひとりの患者さんに誠実・正確な対応をすることでクチコミによりじわりじわりと受診者数が増えることを目指します。その際、患者さんが少ないことを逆手にとった“待ち時間ゼロ”は今後も当科の合言葉です。

【病児・病後児保育】

当科開設から5か月を経た2018年11月1日より、共愛会職員の子どもさん(原則として生後3か月から小学2年生まで)を対象に病児・病後児保育を行っています。職域保育所・キッズハウスあやめのご協力のもとに、2020年5月までの19か月間で延べ124名のお子さんをお預かりしました。今のところ保育室が2室しかないためお断りせざるを得なかったことがたまにありました。現在、保育所の増室を計画中ですので、今後はご迷惑をお掛けするケースが減るものと予想しています。職員のお子さんの体調不良時の受け皿になることで法人全体のマンパワーの確保に貢献できるよう努めます。

【在宅児の訪問診療】

2019年3月より在宅で療養中の患者さんに対する訪問診療を行っています。現在は3名の重症障害児・者の在宅医療をお手伝いしています。2020年5月までの15か月間で計51回の訪問診療を行いました。(火)(木)は医師が1人勤務のため外来を離れられず、訪問診療は(月)(水)(金)の時間内に限られますが、日常的な診察・処置、臨時の処方、親御さんからの相談への対応など、少しでも患児と保護者の方の手助けができればと思っています。

【その他の活動】

①市立八幡病院搬送症例月例検討会など

たまに遭遇する重症例は市立八幡病院や産業医科大学にお願いしていますので、市立八幡病院小児科の搬送症例月例検討会や産業医大小児科関係のカンファレンスにはできるだけ参加するようにしています。また、若戸小児科医会にも入れていただきましたので、これから地域での認知度も少しずつ上がっていくことを期待しています。

②在宅医療に関して

北九州市保健福祉局と市医師会が中心となって活動している「北九州地域医療的ケア児支援ネットワーク連絡会」という組織がありますが、戸畑共立病院として外来看護師1名とともにこれに参加しています。また、北九州地域で在宅医療を行っている在宅医・小児科医と歯科医の懇談会が行われており当初から参加していますが、この会には当院歯科・口腔外科の古田先生にも加わっていただいています。

在宅医療ということでは、2019年12月にあやめ在宅センターの北島師長と一緒に“小児在宅医療・看護をみんなで考えよう”と題した院内研修で話をさせていただきました。

③子育て相談

小倉駅の北側にあるAIMビル3階に北九州市立の子育てふれあい交流プラザ“元気のもり”という施設がありますが、そこで第3土曜日の午後3時～4時に子育て相談を行っています。病気のことはじめ、発達やアレルギー、離乳や夜泣き、躰けに至るまで様々な問題があり自分の勉強にもなっています。また、当科外来に来られる患者さん家族にもこの子育て相談のことをご存知の方も結構おられて、大っぴらな宣伝をしにくい当科においては微々たるものではありますが貴重な宣伝活動にもなっています。

④医療安全

昔取った杵柄というわけではありませんが、市立医療センターで10年間ほど医療安全活動に携わっていた関係で、私もかつて受講した医療事故・紛争対応研究会から声が掛かり、2019年8月にその研究会の「九州・沖縄セミナー2019」という場で“看護師による薬剤誤投与”についての話をする機会があり、久々に医療安全の匂いを思い出しました。

【今後について】

①診療時間の変更

これまでは(月)～(金)の平日のみの診療でしたが、親御さんたちから土曜診療を希望される声がありま

したので、冒頭に記しましたように2020年9月より第1・3・5土曜日の午前中に外来を開けることとし、但し、診療時間枠を増やさないために土曜日の代わりに第1・3・5火曜日の午後を休診とします。枠を増やしたい気持ちはあるのですが現時点では遠慮することにしました。

②病児・病後児保育室の増設

前記の通り、保育室2室ではお断りせざるを得ない場合がありますので、保育所共々スペースを拡げて、病児保育室3室、病後児保育室1室を確保する計画が進行中です。利用が多くなる冬場でも余裕を持って対応できることが期待されます。

③在宅児の日中一時支援事業

行政の用語でいう「医療型特定短期入所(宿泊なし)」です。以前からの懸案ですが、現在増設計画中の病児・病後児保育室に隣接する形で可能か否か、法人事務局と行政で検討してもらっています。

以上のように遅々とした歩みではありますが、これからも共愛会および地域のお役に立てるよう仕事をしてまいります。ご支援の程よろしくお願い申し上げます。

画像診断センター



画像診断センター長 内山 大治

令和元年度の放射線診断科・画像診断センターは、常勤医師＋非常勤医師、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を行い、適切なモダリティやプロトコルの選択、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、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、可能な限り検査を施行し、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、救急処置が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。最近の流れとして、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、基本を大事にして診療を行っていくべきと考えています。

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

令和元年度の全手術症例数は2,631例(平成30年度 2,431例以下同様)で前年より増加がみられた。麻酔科関連は全身麻酔1,239例(1,098例)、脊髄くも膜下麻酔(硬膜外麻酔単独症例を含む)498例(558例)と全身麻酔症例の増加が顕著であった。

緊急手術は総数678例(301例)と昨年度より倍増し、麻酔管理が必要な緊急手術症例は446例(156例)と大きく増加した。また時間外(深夜、休日)の呼び出し対応は36例であった。

麻酔科スタッフは常勤医師君付博、増田直樹に江口徹郎が加わり、非常勤医師山川伸子、宮川貴圭、宿利美保、寺田忠徳、渡邊誠之および週1回の産業医大麻酔科からの派遣医である。常勤麻酔科医師の増員に

より麻酔科標榜医の佐藤英博(救急科)、和田義人(外科)の協力を得て、常勤医による時間外および休日の緊急手術への対応も可能となった。

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)は業務開始時間の調整によって手術への対応および中央材料室での業務を行っているもののマンパワー不足は否めない状況が継続している。解決策として次年度から中央材料室での業務の一部を外部委託する方向で準備を進めている。

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、電子カルテの新規更新を見据えた準備を行っており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

2019年度の病理組織診は2,418件で、約1ヶ月分減であった昨年度から例年に近づいた。細胞診は1,264件で微増を続け過去最多、病理解剖は1件であったが、2回開催したCPCはいずれも充実した討論となった。ここ数年間、病理専門医をめざす大学の若手病理医に非常勤で半日勤務してもらったり、初期研修期間の終盤に病理を選択する研修医と接する機会があり、興味深かった。各自の個性も様々でおもしろかったが、若い彼らに共通しているのは膨大な情報を整理しよく勉強していること、そして経済的なことをしっかり考えていることだと感じた。私が医者になったのは平成が始まったばかりのバブルの時代、計画性は無く行き当たりばったり、お金は持っていなかったが、いざいかにかなという風潮があり経済的感覚は実にいい加減だった。そういうことを考えずにがむしゃらに働くことが美德ですらあった。今は当時に比べると医学書の数も多いが、何といってもIT時代の情報量は桁違いであり、私もインターネットのおかげでひとり病理医を続けてこれたと言っても過言ではない。今の若い人達は勉強すべき量が多く本当に大変だと思う。厳しい時代に育ち、しっかりした経済的思考を持った彼らに感心させられた。私の若い頃が余裕のあった、ある意味いい時代だったということであるが。

私が病理を訪れたのはもう30年以上前であるが、当時病理に行くことは基礎医学を学びに行くということであった。病理にきたあとで、病理医には診断という臨床の場で働く仕事があることを知り、その道に進んだが、当時は変人として見られる風潮も残っていた。今の医学生は進路を決める際に病理も視野に入っていると

ということなので、相変わらずマイナーではあるが時代は変わったのだと思う。AIが発展しつつある時代、私は将来病理診断がどうなっていくのかわからないし、医学生を病理に勧誘する気持ちもない。ただ自ら病理医を希望するヒトには、時間的束縛が少ないというメリット(最近はフレックスタイム制がいいと考えている)、中規模以上の急性期病院しか働き口がないデメリットなどを話している。ないわけではないが、個人的に臨床との情報交換や肉眼病理を重視しているので、フリーランス等はいいやり方だと思うが若い病理医にはお勧めしない。大学や大病院では臨床との距離が遠いことが問題と思い、距離を縮める方法を考えてきた。そしてそれは難しい診断が増えている今後更に必要であると考えている。病理＝顕微鏡をみることではない、と過去にも書いたことがあるが、顕微鏡という2次元所見ではわからないことが臨床情報や画像・肉眼所見から得られるということを日々経験しており、良質な診断をするためにそういう情報収集をもっと重視すべきである。診断に専念して質を向上させるためにも、少なくとも実験病理と診断病理は別の分野にしてほしいと思っている。

2020年現在、新型コロナウイルス、災害続きで先が見えず、我々の日常業務においても大きく考え方を変えなければいけないことになるのかもしれない。この原稿も例年に増して暗い感じがする。学術的イベントが減少、トーンダウンした日常の中で、今年始まった学会のWEB配信は画期的である。旅費・宿泊費、それに費やす時間や疲労を省いて集中的に学習でき、都市と地方のハンディがなくなるメリットがあるので、今後より発展・定着していくべきと考える。

眼科



眼科医長 青木 剛

当科は現在、常勤医2名、看護師2名、視能訓練士3名、医療事務1名の計8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。今年度より下河邊有利恵先生が常勤医として迎えましたので、外来待ち時間の減少や、より丁寧な説明にかける時間が増え、診療がスムーズに行える環境ができたと思います。令和元年度の新患紹介患者は420名、再来患者は6,566名でした。眼科診療における一般的な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、加齢黄斑変性に対する抗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います。

火、木曜日の午後は、白内障や網膜硝子体疾患などの手術を行っています。令和元年は主な手術で水晶体再建術315例、硝子体手術34例でした。今年度の手術件数は昨今の新型コロナウイルス感染症の影響もあり、緊急性のない白内障症例が例年と比べ半数以下に減少していましたが、ここ最近は徐々に増加傾向となっております。硝子体手術は近隣の眼科医院に周知できているおかげか毎年徐々に増加傾向です。また木曜日は下河邊有利恵先生も白内障手術を執刀していただきスムーズな環境が整ってきました。

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っておりますので、これからもご指導ご鞭撻のほど宜しくお願いいたします。

手術および処置件数（令和元年度）

術 式		件 数
手	術	
・白内障		
水晶体再建術		315
・網膜硝子体疾患		
硝子体手術		34
・翼状片		
翼状片切除＋弁移植		5
その他		23
合 計		377
処 置		
硝子体注射		288
結膜テノン嚢注射		47
網膜光凝固術		53
虹彩光凝固術		8
後発白内障手術		36
その他		52
合 計		448

精神科



精神科部長 辻 泰子

精神科は常勤医師1名で、緩和ケアチーム、認知症ケアチーム、精神科・緩和ケア外来、他科からのコンサルテーション活動を行なっている。

1. 緩和ケアチーム：緩和ケアセンターと連携し、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する。1日30名の緩和ケア加算をほぼ取得している。例年6月に開催する緩和ケア研修会でファシリテーターを務めている。
2. 認知症ケアチーム：平成30年8月1日より認知症ケアチームの専従医となり、認知症ケア加算1を算定。病棟看護師と連携してせん妄ハイリスク患者にせん妄アセスメントシートに基づいたスクリーニングを行い、せん妄予防とその早期対応や身体抑制の最小限化を目指している。
3. 緩和ケア・精神科外来診療：毎週月、火曜日14時から16時まで予約制で担当。
4. 入院患者のリエゾン・コンサルテーション：積極的に脳波検査を行い、せん妄の鑑別やてんかんの鑑別などを行なっている。

歯科・歯科口腔外科



歯科・歯科口腔外科部長 古田 功彦

【R1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1,563名で、紹介率は約47%でした。紹介率は約3%増加しました。入院件数は120件、手術件数は85件で昨年度から12件増加しました。

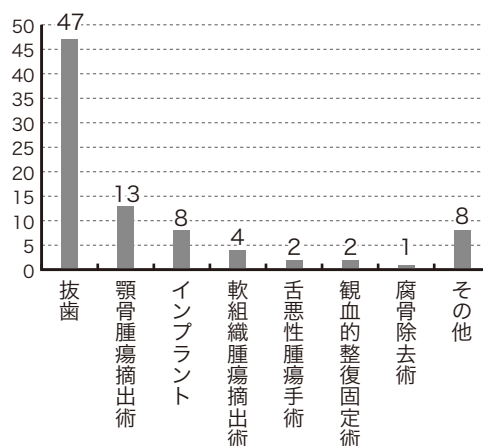
本年度も

- ①地域歯科の2次医療機関としての口腔外科診療
- ②法人全体(緩和ケアを含む)の口腔ケア
- ③病院歯科が担うべき訪問歯科診療(口腔がんや顎骨壊死など)の3つの重点課題を皆で一丸となって取り組みました。

まず、斎藤謙太郎が当院を研修施設として口腔外科認定医を取得しました。今後もさらに上を目指して研鑽を積んでおります。

また2019年10月に経年劣化した歯科ユニットを更新しました。これには当院の感染対策室からも助言をいただき、低濃度の過酸化水素水で循環水を消毒するシステムを搭載した最新のユニットになりました。またオートクレーブもヨーロッパ規格EN13060に適合したクラスB 高圧蒸気滅菌器を導入し、感染対策も充実して安心・安全な歯科医療を提供します。

手術件数と内訳



〈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。必要に応じて嚥下内視鏡、嚥下造影検査を施行。
- 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〉
- 「骨粗鬆症になる前に歯医者さんへ行こう」
(戸畑共立病院 市民公開講座2019年4月 古田)
 - 「多職種参加型摂食嚥下サポートチームの紹介」
(九州山口口腔ケアシンポジウム2020年1月 古田)

看護部



看護部長 早川 洋子

Ⅰ.体制

平成から令和に変わり、新たな一年の始まりとなりました。看護部では新人看護師23名・経験者5名を採用し、看護師296名、看護助手53名、救急救命士5名、計354名で新たな一年をスタートしました。

当院は、がん治療に力を入れている中で、福岡県指定がん診療拠点病院から地域がん診療拠点病院となり、今まで以上にがん相談支援・がん地域連携クリティカルパスの運用など行っています。がん相談支援センターでは、研修を終了した看護師・S M W・心理士などのスタッフが以下のような内容の役割を担っています。

- がんの病態、標準的治療法等の一般的な情報収集
- 地域の医療機関、診療従事者に関する情報収取、情報提供
- セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- がん患者の療養上の相談
- 就労に関する相談
- 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援です。

2019年度は患者や家族からの相談は1,295件あり、がん患者サロンは年間5回開催しました。患者・家族に必要とされる情報提供が出来るように日々努力しています。

又、2019年5月には看護師特定行為研修を修了した看護師2名が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、中心静脈カテーテル抜去を医師の指示の下行っています。看護師が医師の指示で医行為を行うことで、医師の負担軽減に役立てる事が出来れば良いと考えています。来年度も2名の修了者が増える予定です。

今年度は、新たな取り組みとして手術室の看護師1名が社会医療法人近森会近森病院へ一年間国内留学し手術室・E Rの現状を学びレベルアップを図りたいと考えて留学させました。

Ⅱ.活動報告

がん患者サロン:治療や日常の中で生じる疑問や不安を患者同士や医療スタッフと話す機会を設けています。

5/10	緩和ケアって どんなケア?
7/12	放射線治療の皮膚炎ってなあに?
9/13	ぬか漬けのすごいチカラ
11/8	おくちのケア
12/13	おしゃべりサロン(女性限定)

認定看護師による看護セミナー

年間5回院内・院外スタッフへ向けて

7/24	快適な排泄を支えるおむつの選択方法・装着方法とスキンケア
8/28	暴露対策について学んでみませんか? 化学放射線療法の基礎
9/25	吸引以外の呼吸ケア
10/ 2	End of life Care ～その人らしさを支えるために～
11/ 6	吐物処理方法について

Ⅲ.学会発表・研修会報告

5/25	「がん放射線療法看護認定看護からのアドバイス 頭頸部がん治療の副作用とその対策」 発表:江崎 絵美(放射線認定看護師)
6/14	第15回日本クリティカルケア看護学会 「H C U 予定外入室患者の傾向に基づく R R S 活動の課題と検討」 発表:大西 緑(集中ケア認定看護師)
6/28	第64回日本透析医学会 「患者指導へ向けた取り組み ～患者さんに積極的に関わっていかう～」 発表:田代 加奈(透析室)

7/26 ▼ 12/ 6	公益財団法人小倉医療協会三萩野病院へ 認定看護師講師派遣 「緩和ケアについて」 講師:野口 妙子・永田 葉子 (緩和ケア認定看護師)
8/24	看護シンポジウム(看護部主催) 「今、ひらかれた未来の看護師」 講師:神崎 桂子・木村 千尋
10/11	第33回日本手術看護学会 「手術用手袋のピンホール発生状況について」 ～手術用手袋の2重装着率 100%へ向けて～ 発表:浦山 勝也(手術室)
10/23	西南女学院大学 「人工呼吸器装着中の看護」 ～人工呼吸器装着中の全身管理について 学ぶ～ 講師:大西 翠(集中ケア認定看護師)
12/14	北九州OLSの会 「北九州市における骨粗鬆症リエゾンサービスの向上に向けたマネージャー育成のための会」 講師:柳田 久枝(外来)
12/20	医療法人社団愛信会 小倉到津病院へ 認定看護師講師派遣 「呼吸器のフィジカルアセスメント」 講師:大西 翠(集中ケア認定看護師)
2/ 1	折尾愛真高等学校 高校生 「私の看護師人生について」 講演:早川 洋子

IV. 学生受け入れ・出務

4月～	折尾愛真看護科・専攻科:63名 美萩野看護専攻科:18名 戸畑看護専門学校:48名 東亜大学救急救命学課:3名 久留米大学認定看護師過程 放射線看護認定看護師:2名
6/24	北九州市立あやめが丘小学校 「まちたんけん」2年生8名
7/24 7/25	「ふれあい看護体 福岡県看護協会」 高校生8名
8/ 5	一日看護体験(北九州市) 高校生2名
11/ 2	第15回八幡東区ウルトラ25時間駅伝大会 出務者:木原 いずみ
12/ 6	北九州市立あやめが丘小学校 「まちたんけん」2年生10名

V. 認定取得

フットケア指導士	1名
ストーマリハビリテーション講習会	2名

VI. 今後の目標

2020年は看護師の特定行為研修の区分を1から3区分に増やし、多くのスタッフを育成したいと考えています。又、認定看護師教育課程に摂食嚥・嚥下障害看護・クリニカルケア看護を2名が受講予定です。スタッフ一人一人がレベルアップできる体制を整え、看護の質向上に努めて行きたいと思いをします。

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、薬物療法の安全性向上に貢献できるように活動しています。

令和元年度は、薬剤管理指導件数においては、14,851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。チーム医療においては、認定資格取得者が専門性を活かして活動することで、昨年度以上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、地域の保険薬局と情報を共有し、連携を強化することができました。

令和2年度は、「薬剤管理指導件数維持」「タスクシフトへの貢献」「働き方改革」を目標としています。また、がん化学療法における体制をさらに強化し、地域の保険医療機関及び保険薬局との連携を充実させる活動を行っていこうと考えています。

＜体制＞

薬剤師20名 事務2名

＜認定取得＞

がん薬物療法認定薬剤師	1名
緩和薬物療法認定薬剤師	1名
小児薬物療法認定薬剤師	1名
漢方薬・生薬認定薬剤師	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
認定実務実習指導薬剤師	3名
実務実習指導薬剤師	6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	1名

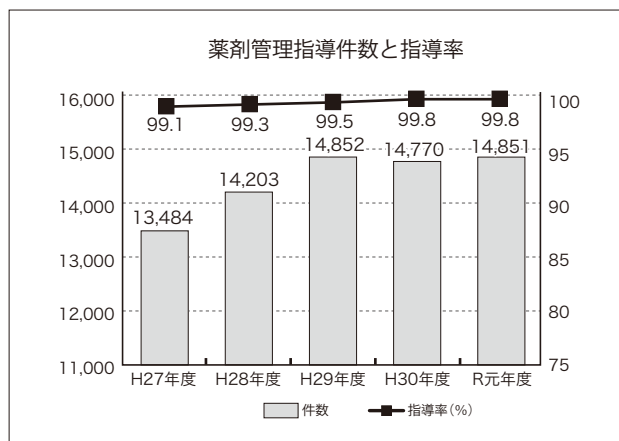
＜令和元年度実績＞

調剤数

入院処方箋	60,317枚／年
外来処方箋	3,357枚／年
注射処方箋	51,475枚／年
無菌製剤処理料1（外来）	1,767件／年
無菌製剤処理料1（入院）	844件／年
無菌製剤処理料2	308件／年
薬剤総合評価調整加算	16件／年

薬剤管理指導料算定件数

薬剤管理指導料（325点）	5,858件／年
薬剤管理指導料（380点）	8,993件／年
退院時薬剤情報管理指導料	4,782件／年
麻薬管理指導加算	868件／年
指導率	99.8%



＜研修会報告＞

・Asahi Re-Bone Seminar

「当院における入院後骨粗鬆症薬物治療の現状とリエゾン活動における薬剤師の関わり」

・北九州O L Sの会

「骨粗鬆症の薬物療法～種類と特徴～」

＜学生実習受入＞

・広島国際大学 1名

放射線科



放射線科 科長 山本 晃義

1) 体制

2019年度の放射線科では、充実した人員配置による業務が遂行できた。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12名、助手2名が在籍し、放射線科全体が一丸となってがん診療拠点病院、地域医療支援病院としての役割を果たすべく、320列CT装置や3T MRI装置といった診断装置、そしてトモセラピー、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有効活用し、情報発信も行うことができた。特にがん治療センターでは、リニアック装置を更新したことにより今まで以上に先進的かつ高度な放射線治療が行えるようになり、治療成績の向上にも貢献できた。また、昨年度に続き、当院の革新的ながん治療を地域の方々にも周知していただけるようながん治療セミナーなどを開催した。画像診断センターでは、これまで培ってきた撮影技術をもとに、より高度な画像処理技術をいつでも提供できるよう、技師それぞれがスキルアップして診療の最前線で活躍の場を広げられるようになった。健診部門では、戸畑クリニックの健診センターが戸畑共立病院に所属するようになり、これまで以上に胃透視検査、胸部X線検査、マンモグラフィ検査へ人材を投入し予防医療への充実を図った。放射線科は高度医療機器を多数扱うため、これらを有効に活用するためには有望な人材の育成が必須となる。研究会や学会発表、雑誌への投稿等、個人のスキルアップにも力を注いだ。

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	結石破碎装置	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

- 4月 JCR2019 座長 1名
- 5月 第110回MR研究会 演題発表 1名
第1回 九州・山口トモセラピーユーザフォーラム 座長 1名、演題発表 1名
- 6月 第8回TomoTherapyセミナー2019 講演 1名
第5回福岡県診療放射線技師会学術大会 座長 1名
- 7月 第22回日本臨床脳神経外科学会 講演 1名
- 8月 FUJIFILM MEDICAL SEMINAR 2019 In九州 講演 1名
外国人受け入れについて北九州で考える会 講演 1名
- 9月 第8回サマーセミナー 講演 1名
第35回日本放射線技師会学術大会 演題発表 1名 4th StruCT 講演 1名
北九州市立戸畑看護学校 非常勤講師 1名
- 10月 北九州市立戸畑看護学校 非常勤講師 1名

各部門の活動状況

- 第47回日本放射線技術学会秋季大会
講演 1名 演題発表 2名
- 11月 第14回九州放射線医療技術学術大会
演題発表 3名
日本放射線腫瘍学会 第32回学術大会
演題発表 1名
- 12月 第21回福岡CTコア研究会 講演 1名
- 1月 第22回山梨MRI技術研究会 講演 1名
- 2月 第1回北九州グローイングアップ勉強会
講演 1名
第2回九州・山口トモセラピーユーザー
フォーラム 座長 1名、演題発表 2名
2019年度一般撮影実技セミナー 講師 1名

4)資格認定

放射線治療専門放射線技師	6名
放射線治療品質管理士	6名
第1種放射線取扱主任者	11名
第2種放射線取扱主任者	4名
医学物理士	1名
X線CT認定技師	3名
マンモグラフィ撮影認定技師	1名
放射線機器管理士	1名
放射線管理士	3名
Ai認定技師	1名
臨床実習指導教員	3名
救急撮影認定技師	2名
工学博士	1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	3,065回	MRI	6,701件
サイバーナイフ	241件	一般撮影	35,848件
小線源治療	43件	(内 ポータブル)	(6,594件)
PET—CT	438件	TAE	55件
RI	234件	ドレナージ関連	15件
トモセラピー	5,617件	ERCP等	168件
CT	12,895件	骨塩定量	1,781件
(内 CTC)	(57件)	術中イメージ	775件
(内 冠動脈CT)	(75件)	マンモグラフィ	280件

7)今後の目標

人工知能(Artificial Intelligence : AI)を身の回りの医療に応用すること。これは昨年度にも掲げた目標の一つでもある。がん治療センターではAIを使った画像処理技術に関して富士フィルム社との共同研究を開始した。今後も目に見えないところでAIの利活用は活発になり、医療従事者の人材不足にも大きく貢献するであろう。当放射線科でもAIへの理解を深め、高度な医療を提供できるように人材育成の強化や先進的な医療機器の導入を進めていく。

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ことを支援する」を目標に掲げて活動しています。令和元年度、急性期医療を担う戸畑共立病院リハビリ科では、今一度初心に戻り、「できる限り多くの患者に入院早期から充分に関わる」ことをスローガンに以下の取り組みを行いました。

・リハビリテーション介入率の上昇 (病棟専従療法士 役割の見直し)

回復期リハビリ病棟だけでなく、急性期病棟においてもリハビリ専門職種(理学療法士:PT、作業療法士:OT、言語聴覚士:ST)を配置し、総合的なリハビリを日常的に行うことで寝たきり予防、要介護状態の予防が期待できると言われています。当院ではPT、OT、STを各病棟に配置し、医師の指示の下、疾患別にリハビリテーションを提供しています。今年度は医師の指示や疾患の種類に限らず、入院した患者を対象にリハビリに関する助言・指導を看護師と協働で行いました。指導以外にも、高齢者や様々な合併症をもつ患者も多く入院されていますので、廃用症候群等の二次的合併症を起こさないための予防リハビリも行っています。その結果、これまで60%程度であったリハビリ介入率が81.5%まで上昇しました(図1)。

・早期リハビリテーションの実践

超急性期からのリハビリ専門職の介入が、人工呼吸器装着期間や集中治療室滞在日数の短縮、せん妄予防や運動機能の維持に有用であると多くの研究により報告されています。当院では、365日体制・高度急性期病棟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、入院後超早期からリハビリが開始できています。令和元年度の入院後リハビリ開始までの日数は平均1.7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90.0%という結果となりました。全国の病院とは疾患や病床数、セラピ

スト数等の条件が異なるため比較できませんが、当院における5年間の実績を比較するとリハビリ開始までの日数は短縮傾向にあります(図2)。リハビリだけでなく摂食機能療法においても他職種と協同して、チームで超早期から患者に関わっています。その結果、当院の誤嚥性肺炎患者における経口摂取移行率は82.4%であり、先駆的に嚥下障害患者への支援を行っている病院の報告(83.0%)と比較し、ほぼ同一の結果となっています。

・リハビリテーション提供時間の延長

図3は疾患別の患者一人1日あたりの提供単位数を示します。令和元年度の疾患別リハビリ全体の提供単位数は2.2単位でした。2.2単位は患者一人1日当たり44分リハビリを提供したことになります。今後は、PT、OT、STの多職種で患者に関わる体制を構築し、リハビリ提供時間の延長を図っていきたくと考えております。

これらの取り組みを行うことで、今年度のADL低下者割合は3.1%となっています(図4)。リハビリ科ではできるだけ多くの回診やカンファレンスに参加し、他職種と情報を共有しています。今後は入退院支援センターとの連携を強化し、法人内のみならず地域の医療・介護施設等ともシームレスな情報の共有を目指していきます。

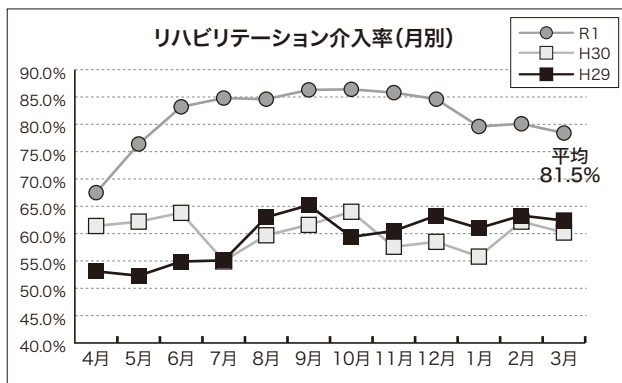
学術活動も積極的に行い、高い水準でリハビリテーションを提供できるよう自己研鑽に励んでいます。令和元年度は6題の学会発表を行い、第83回日本呼吸器学会九州支部秋季学術講演会において言語聴覚士の芦原康寛が「当院におけるNHCAP患者の摂食嚥下障害の重症度と運動機能についての調査報告」の演題で育成賞を、第29回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会において理学療法士の菊谷大樹が「NHCAP患者における最長発声持続時間とADLの関係」の演

各部門の活動状況

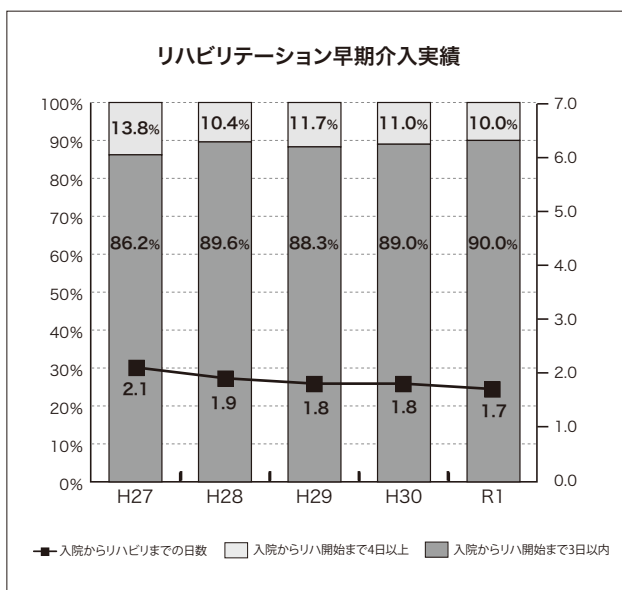
題で優秀演題賞を受賞しました。また、大森が産業医科大学雑誌(41巻3号:283-294,2019)において「高齢者肺炎患者の簡易的な摂食嚥下機能評価法の検討(英文)」の題で論文を発表いたしました。

資格取得に関しては、日本理学療法士協会の認定資格である認定理学療法士(呼吸器領域)を菊谷大樹が、3学会合同呼吸療法認定士を理学療法士の中村優望、栂田幸太郎が、日本骨粗鬆学会認定の骨粗鬆症マネージャーの資格を理学療法士の青木萌が取得しております。

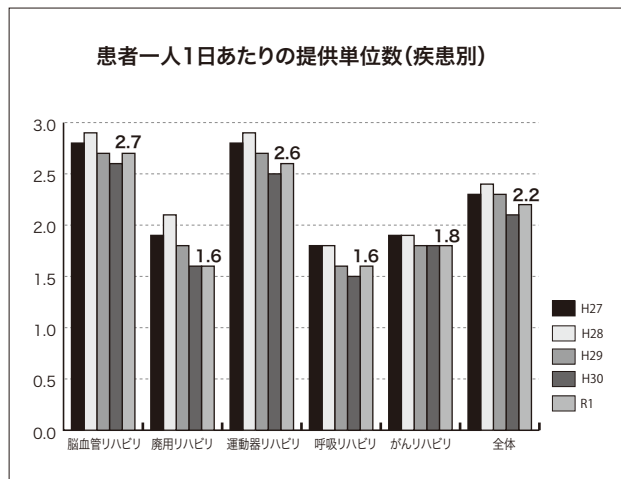
令和元年度は年号が変わり、心新たに新体制で運用してきました。医師の指示のみでなく、リハビリ専門職から率先して患者に関われる体制が整えられたことは大きな進歩であると考えております。今後も時代の変化に適応して進化することを常に意識し、質の高いチーム医療、リハビリテーションサービスが提供できるよう、より一層の努力を重ねていきます。



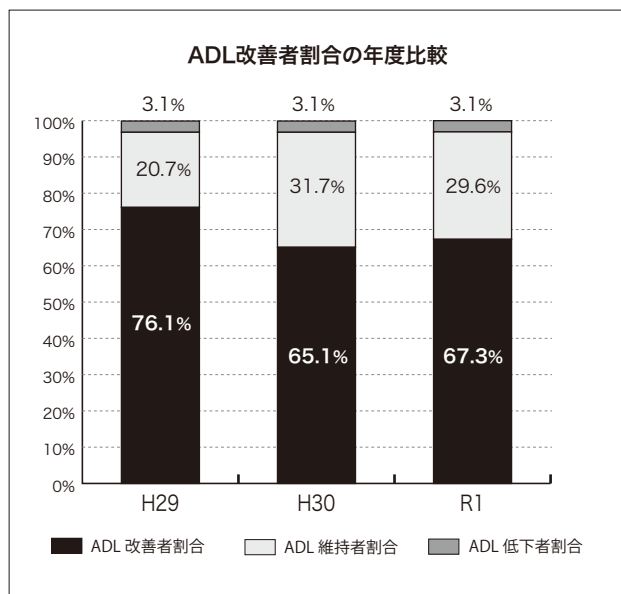
(図1)



(図2)



(図3)



(図4)

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。

2019年度は、品質目標ならびにその指標を以下に定めて運営を行いました。

1. ISO15189要求事項に適合する品質マネジメントシステムを維持し管理する

- 指標 ①検体採取に関する不適合件数
②残業時間
③内部監査の是正期限順守率
④病理検査部門の標準作業手順書や業務マニュアルの文書化達成率
⑤生理検査部門の標準作業手順書や業務マニュアルの文書化達成率

2. 質の高いサービスを安定的に供給できる体制を目指す

- 指標 ①採血待ち時間が20分以内の割合
②生化学検査結果報告時間が60分以内の割合
③外部精度管理調査の評価
④生物学的基準範囲の見直し回数
⑤検査過誤による報告書の改訂数
⑥末梢血液像のできる検査員の増員

3. 検査員の教育訓練を継続的に実施する

- 指標 ①個人研修会への参加
②科内研修会の計画開催数

ISO15189の更新審査時に拡大審査を考えている病理・生理検査部門の標準作業手順書や業務マニュアルの文書化達成がやや遅れたことを除いては、今年度の目標をすべて達成することが出来ました。ISO15189を取得し、2019年度より本格的に品質マネジメントシステムが始動し始めました。2020年1月には第1回サーベイランスを受審しましたが、検査員一丸となった取り

組み姿勢を審査員から高く評価して頂きました。今後は、質の高い地域医療の提供を目指す病院の一部署として、さらに的確な指標値を模索しながら質の向上を図っていききたいと思います。

【2019年度活動実績】

- 4月 ・肝疾患サポートチーム研修会を開催(4/2)
「Shear wave elastographyの有有用性」川口美香
・第47回ISOプロジェクト会議の開催(4/8)
・下肢静脈エコー研修会を開催(4/16)
「下肢静脈におけるDVTや逆流評価の進め方について」
加賀山 智子(東京医科歯科大学)
- 5月 ・美萩野臨床医学専門学校から実習生1名を受入れ(実習期間5～7月)
・第48回ISOプロジェクト会議の開催(5/13)
・KRICT地域連携個別カンファレンス(戸畑共立病院)に参加(5/14)
・KRICT合同カンファレンス(北九州市立八幡病院)に参加(5/22)
- 6月 ・日本臨床衛生検査技師会の精度管理事業に参加
・第49回ISOプロジェクト会議の開催(6/10)
- 7月 ・KRICT地域連携相互ラウンド(戸畑共立病院)に参加(7/5)
・看護部新人研修会を開催(7/6)
「検体採取について」神尾美紀
・第50回ISOプロジェクト会議の開催(7/8)
・KRICT地域連携相互ラウンド(市立八幡病院)に参加(7/31)
- 8月 ・第51回ISOプロジェクト会議の開催(8/20)
- 9月 ・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
・緊急検査士資格を1名が取得：小谷佳奈恵
・第52回ISOプロジェクト会議の開催(9/9)

各部門の活動状況

- ・第15回KAIZEN発表会にて発表(9/21)
「ISO15189取得の効果について-精度管理を中心とした評価」中村俊夫
- 10月・第53回ISOプロジェクト会議の開催(10/15)
- 11月・福岡県肝炎医療コーディネーター認定を
3名取得：川口美香、入口美咲、中島佑輔
・福臨技北九州地区主催 第42回臨床検査
ゼミナール『検査と健康展』へ執務者を2名派遣
(11/3)
・第54回ISOプロジェクト会議の開催(11/11)
・糖尿病試食会「糖尿病を学ぼう」へ執務者を
2名派遣(11/15)
・2019年度精度保証研修会に参加(11/16)
・KRICT合同カンファレンス
(産業医科大学病院)に参加(11/18)
・KRICT地域連携個別カンファレンス
(戸畑リハ病院)に参加(11/26)
・NST実地修練研修会にて講演(11/29)
「検査値からの栄養評価」坂本美音
・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(11/30)
- 12月・第55回ISOプロジェクト会議の開催(12/9)
・NST研修会を開催(12/20)
「検査値からみる栄養評価」中島佑輔
・戸畑セミナーを開催(12/28)
「初めての超音波検査」川口美香、浦田将志
- 1月・戸畑看護専門学校へ講師を派遣(4回)
・第56回ISOプロジェクト会議の開催(1/8)
・ISO15189 第1回定期サーベイランスを受審
(1/15・16)
・第57回ISOプロジェクト会議の開催(1/16)
・福臨技北九州地区研修会で講演(1/28)
「ISO15189における精度管理方法」中村俊夫
- 2月・第58回ISOプロジェクト会議の開催(2/3)
・第59回ISOプロジェクト会議の開催(2/10)
・福岡県合同輸血療法委員会に参加(2/13)
- 3月・第60回ISOプロジェクト会議の開催(3/9)

【2019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	97.4(割合)
九州臨床検査精度管理研究会	97.0(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	97.3点

【臨床検査統計】

検体検査部門	件 / 年
一般〔尿・便・体液〕検査	27,465
生化学検査	996,221
免疫検査	27,778
血液検査	96,420
細菌検査	709

輸血検査部門	使用単位・件 / 年
血液型検査	3,606
不規則抗体検査	1,325
交差適合試験	1,592
赤血球製剤 (単位)	1,838
血小板製剤 (単位)	230
新鮮凍結血漿 (単位)	127
アルブミン製剤 (単位)	2,608

生理検査部門	件 / 年
心電図検査	6,617
腹部超音波検査	2,475
心臓超音波検査	1,939
その他の超音波検査	1,485
ABI 検査	514
肺機能検査	1,156
脳波検査	205
神経伝導速度検査	383
その他 (上記以外)	247

病理検査部門	件 / 年
病理組織検査	2,418
細胞診検査	1,264
術中迅速検査	41
病理解剖	1

栄養科



栄養科 科長 原澤 あゆみ

1. この1年の歩み

2019年度は、『力の再結集』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191,552食提供し、給食率は86.3%であった。(図①)中でも、ここ数年は、嚥下食や経管栄養の提供数が増えるとともに絶食率の低下がみられる。重症度が上昇している中でも絶食率は、減少している。(図②)

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絶食率を設定している。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4年間比較したところ、2016年度は、14.8%で145病院中31位→2019年度は、13.8%で10位と今年もランクアップしていた。(図③)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。

患者満足度の高い食事提供のため、嗜好調査の結果を真摯に受け止め、患者さん目線にたって、改善可能なことより実施した。年々食材費も高騰し、常に創意工夫が必要であるが、治療の根幹を支える「食」を担当する科として、患者さんファーストで改善を繰り返した。嗜好調査結果を一口メモとして4回シリーズで掲示し、Facebookにも掲載をした。

次年度も地産地消等、安心・安全な食事提供サービスに尽力したい。

チーム医療の推進においては、IBDサポートチームにおける管理栄養士の取り組みとして、8月に岡山県で開催された潰瘍性大腸炎&クローン病市民フォーラムにて食事療法の基調講演を当院の管理栄養士が行った。(図④)また、令和元年度の厚生労働科学研究費補助金難治性疾患政策研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班に携わり、「炎症性腸疾患患者

さんの食事についてQ&A」の共同執筆を行い、社会貢献に努めた。(図⑤)

また、8月には、日本栄養士会とコラボして「第2回食生活講座」を開催。この講座を通して、腸と全身の関係を知り、お腹が喜ぶ食事を学び、また、便秘解消のエクササイズを実施することで、腸からはじめる「カラダにいいこと」が継続できる良い機会となった。(図⑥)

さらに、11月には、法人戦略広報委員会と合同で、こどもすこやか教室を開催し「元気なからだづくりのためのお食事について」の講演と「かしこいおやつ選びを体験しよう!」のブースを担当し、地域のこどもたちへの食育活動となった。今後もこの取り組みは継続支援していきたい。(図⑦)

以上も含めて、2019年度は、健康教室や市民講座等の13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⑧)

2020年度は、栄養療法を通して、絶食率の低下及び低栄養による感染症や合併症を予防し、患者満足度の向上に繋がる栄養サポートに努めたい。また、新型コロナウイルス感染対策を実践しながら、どうすれば地域住民が住み慣れた場所で自分らしく生活がおくれるかを『知覚動考(ともかくうごこう)』という姿勢で、スタッフ1人1人が考え、法人内ヘルスケアグループが一枚岩となって支援できるように「連携」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】

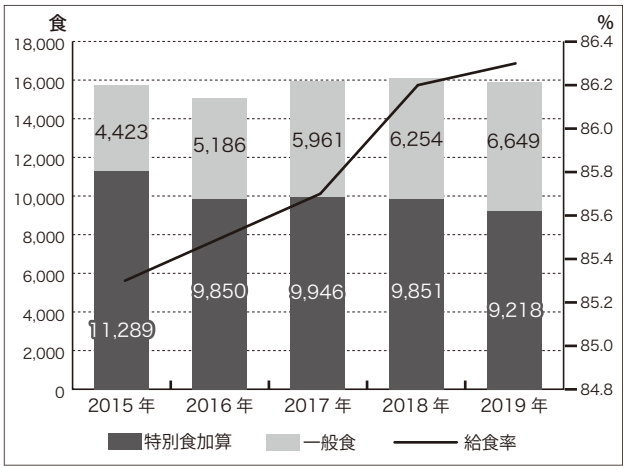
一般食提供数	80,939食(42.1%)
治療食提供数	110,613食(57.8%)
個別対応率	70.1%

【クリニカルサービス】

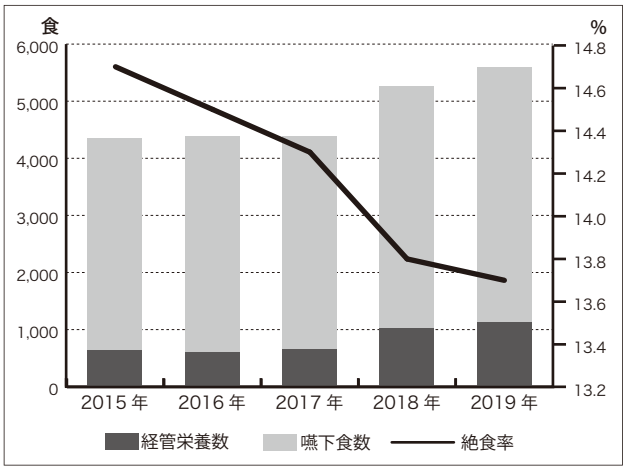
入院栄養相談件数	889件
外来栄養相談件数	309件
糖尿病透析予防指導件数	56件
糖尿病教室参加件数	18件
栄養サポートチーム回診件数	1,561件

各部門の活動状況

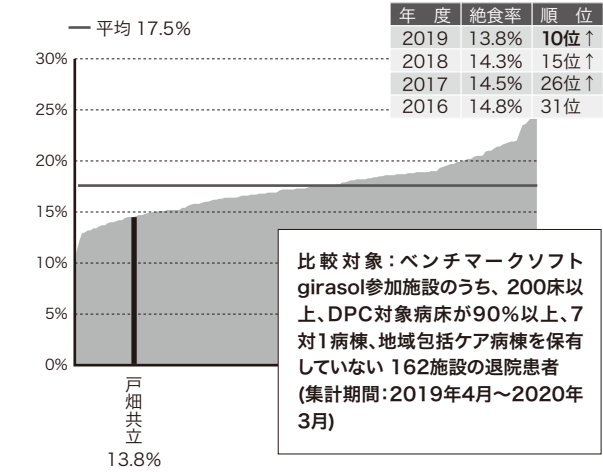
【食事提供数と給食率の推移】図①



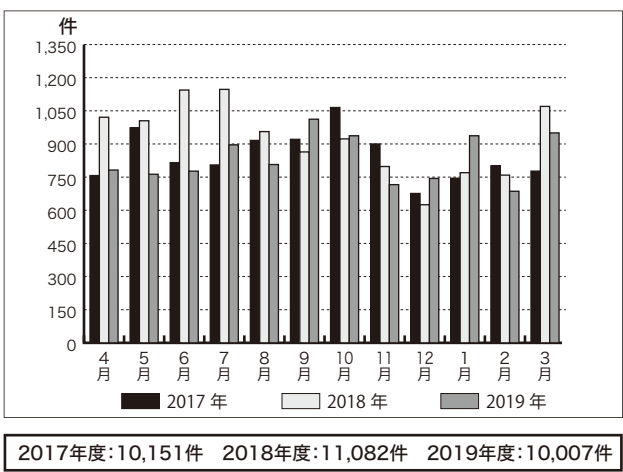
【経管栄養・嚥下食提供数と絶食率の推移】図②



【2019年度 絶食率】図③



【管理栄養士が参加する回診・カンファ件数推移】



図④

潰瘍性大腸炎&クローン病 市民フォーラム **入場無料** どなたでも参加できます

日時 2019年 **8月25日(日)** 10:00~12:00
会場 **岡山国際交流センター2階 国際会議場** 岡山市北区奉還町2丁目2番1号 TEL086-256-2905

第1部 講演 10:00~11:30

◆座長 チクバ外科・胃腸科・肛門科病院 副院長・IBDセンター長・内科部長 **垂水 研一 先生**

基調講演 10:00~10:30
『潰瘍性大腸炎&クローン病と上手に付き合おう～腸にやさしい食生活～』
管理栄養士 **佐保 洸太 先生**
社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 栄養科

特別講演 10:30~11:30
『患者さん目線からみた最適な炎症性腸疾患治療とは?』
科長 **一森 俊樹 先生**
医療法人五月会 須崎くろしお病院 内科

図⑤

炎症性腸疾患患者さんの食事について Q&A

「令和元年度において、厚生労働科学研究費補助(難治性疾患等政策研究事業(難治性疾患政策研究事業))を受け、実施した研究の成果」

難治性炎症性腸管障害に関する調査研究(鈴木班)

図⑥

第2回食生活講座 R1.8.8開催



図⑦

第1回 こどもすこやか教室 R1.11.2開催

元気なからだづくりの
ためのお食事について
講師：原澤 あゆみ



かしこいおやつ選び
を体験しよう！



2019年度 栄養科 講演会・学会発表及び市民講座

図⑧

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
当院の褥瘡対策における管理栄養士の役割	原澤 あゆみ	日本褥瘡学会九州・沖縄地方会 学術集会	2019. 5.11
「Leader's School」 明日から実践できる症例の見極め方 炎症性腸疾患とどう向き合うか Part1	佐保 洸太	ヘルスケアレストラン6月号	2019. 5.20
寄り添った栄養管理を目指して	三瓶 彰子	管理栄養士を目指すあなたへ	2019. 6. 1
子どもたちに夢をプレゼントできる管理栄養士 になりたい	佐保 洸太	広報誌 拓く	2019. 6. 1
頭頸部がん患者の放射線化学治療においてチ ーム介入により治療完遂できた1症例	石井 乃里江	第24回日本緩和医療学会 学術 集会	2019. 6.22
IBDにおける栄養指導について	佐保 洸太	IBDメディカルスタッフ 教育セミナーin福岡	2019. 6.30
水切りヨーグルトのチーズケーキ風	川田 伸子	第8回IBD教室	2019. 8.31
ぬか漬けのすごいチカラ	堀 美織	がん患者サロン	2019. 9.13
栄養相談、塩分チェック、展示コーナー担当	原澤 あゆみ	第14回若松健康セミナー	2019.10. 6
膵がん術後におけるモジュラーフィーディング の実践	佐保 洸太	栄養経営エキスパート11-12月号	2019.10 .8
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	小山 未奈	福岡県栄養改善学会	2019.10.14
知っておきたい看護師のための栄養管理	佐保 洸太	佐賀県看護協会研修会	2019.11. 7
糖尿病のお食事	石井 乃里江	第9回 糖尿病を学ぼう	2019.11.15
急性期病院における栄養科の役割	原澤 あゆみ	病院実習前特別講演	2020. 1.20

【2019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 5施設 7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

1) 2019年度行動計画

- ①収益の維持
- ②支出の削減
- ③専門性と安全性の向上
- ④働き方改革

2019年度の人員体制は、臨床工学技士21名となっております。行動計画に対し、高気圧酸素治療の集患活動を精力的に行い、治療件数を増加させ、また、医事課と連携し査定件数を減少させました。支出の削減については、資材施設課と連携し医療材料の価格を見直しました。臨床工学技士の教育計画を見直しシミュレーショントレーニングの導入や部署内の短期ローテーションを行いました。更に働き方改革として、有休休暇や時間外勤務の適正化をはかり労働環境を改善しました。その他、臨床工学技士による在宅医療介入を開始しました。

2) 業績

- 5月 第29回日本臨床工学会
座長2名 演題発表3名
- 6月 第54回日本高気圧環境・潜水医学会／
第16回日本臨床高気圧酸素・潜水医学会
合同学術集会2019
座長1名 演題発表2名
- 7月 第32回九州中四国H T研究会
演題発表1名
- 9月 第36回日本ハイパーサーミア学会
演題発表4名
第13回日本高気圧環境・潜水医学会
－北海道地方会－ 講演1名
博多メディカル専門学校非常勤講師
講師1名
- 10月 第14回九州・沖縄臨床工学会
演題発表3名
- 11月 第14回医療の質・安全学会学術総会
演題発表2名

2月 福岡県臨床工学技士会医療機器セミナー

講演1名

北九州市立戸畑看護専門学校

非常勤講師1名

3) 実習受け入れ実績

- 10月 博多メディカル専門学校 3年生4名
- 1月 純真学園大学 3年生6名

4) 資格認定

高気圧酸素治療専門技師	5名
臨床高気圧酸素治療装置操作技師	8名
ハイパーサーミア認定技師	3名
ハイパーサーミア認定教育者	2名
ハイパーサーミア指導教育者	1名
3学会合同呼吸療法認定士	7名
消化器内視鏡技師	4名
透析技術認定士	2名
医療情報コミュニケーター	3名
第1種滅菌技師	1名
第2種滅菌技師	2名
日本DMAT隊員	1名
修士(保健科学)	1名

5) 臨床統計

高気圧酸素治療	6,125件
ハイパーサーミア	2,031件
消化器内視鏡	5,751件
人工腎臓	5,885件
腹水濾過濃縮再静注	55件
血球成分除去療法	103件
経皮的血管形成術(PTA)	7件

6) 医療機器管理統計

●点検台数(台)

人工呼吸器	21
除細動器	12
輸液ポンプ	134
シリンジポンプ	100
生体情報モニタ	123
生体情報モニタ用送信機	138
深部静脈血栓予防ポンプ	62
低圧持続吸引器	19
超音波ネブライザー	69
経腸栄養用輸液ポンプ	34
合計	712

●修理件数(件)

人工呼吸器	7
除細動器	6
輸液ポンプ	50
シリンジポンプ	39
生体情報モニタ	60
生体情報モニタ用送信機	36
深部静脈血栓予防ポンプ	10
超音波ネブライザー	10
低圧持続吸引器	15
経腸栄養用輸液ポンプ	1
その他	86
合計	320

●E-learning受講者数(名)

医療ガス	548
輸液ポンプ・シリンジポンプ	303
AED	560
ハイパーサーミア	268
医療機関における電波利用 (応用編)	550

●集合型研修参加者(名)

新規採用医療機器研修会	289
新規入職者対象研修会	29
中途入職者対象研修会	26
部署対象研修会	81

7) 2019年度購入医療機器

人工呼吸器 MONNAL T60	1台
人工呼吸器 V60	1台
加温式ネブライザー	6台
経腸栄養ポンプ TOP-A600	16台
生体情報モニタ DS - 8700	1台
クリーンパーテーション	1台

8) 2020年度行動計画

- ①人が育つ組織作り
- ②働き方改革への取組み
- ③法令改正によるタスクシフト・シェア
- ④電子カルテの更新に伴う業務フローの見直し

2020年度は、臨床工学科に5名の新人を迎えるため教育改革を行い、“人が育つ組織作り”を掲げ取り組んでいきたいと思ひます。また、新型コロナウイルスの影響や昨今の働き方改革をふまえE-learning教材を充実させていこうと考えています。

患者サポートセンター



患者サポートセンター センター長 江藤 美幸

2019年度より地域連携室から名称を「患者サポートセンター」へ改めました。

「地域医療連携室」「入退院支援室」「患者相談室」の3部門で編成を行い医師1名・看護師8名・MSW6名・事務7名のスタッフで院内外の前・側・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域医療機関や施設・事業所などからの要望に対応し、担当部門・法人内施設とのスムーズな連携を行っております。

2019年度の紹介率は85.9%（前年度比－1.4%）逆紹介率は116.4%（前年度比－5.6%）と若干の低下となりましたが、共同利用実績は開放型登録医療機関のご協力を頂き5248件（前年度比＋5%）となりました。開放型登録医療機関の増加に加え、他部門の協力をいただき断らない医療の提供に繋がっていきます。

また同年に国指定の地域がん拠点病院となり、がん相談認定看護師を中心にがん相談や他院からの受診・

入退院調整に加え、入院支援室より介入全患者の就労把握を行い、よりタイムリーな就労支援に繋げるよう、退院調整・緩和ケアセンターと情報共有を行っています。また退院調整看護師・MSWの担当編成を見直し、長期入院患者を中心に法人内・地域医療機関・各施設と連携を取り安心・安全な早期退院調整に取り組んできました。

また患者相談の件数は9,949件（前年比＋47%）と過去最高となりました。がん相談・退院調整・患者相談窓口での早期・柔軟な対応に努めた結果と考えております。今後も患者満足・医療サービスの向上に繋がっていきます。地域医療従事者研修では2019年度は新型コロナウイルスの影響により複数のセミナーがやむなく中止となり12件の開催実績となりました。次年度からは多様な方法での研修会を検討していき、地域医療支援病院としての役割を果たすよう取り組んでいきます。

事務部



事務長 城戸 光晴

今年度を振り返り、全職員が一枚岩となり困難を乗り越っていけるよう、「力の再結集」とスローガンに掲げました。行動計画としては、収益を維持し急性期医療を継続すること、進められる病床機能分化への対応、そして働き方改革への取り組みと職場環境の改善という3点を定めました。収益面は、外科系の入院患者数ならびに手術件数の増加、内科的治療による入院患者数の増加、救急車件数の増加があり、ほぼ計画通りの結果でした。各部署が設定した目標に対して懸命に取り組んで頂いた成果だと思います。

2020年度は、前年度の計画を継続するとともに新たな内容を組み込み、行動計画を定めました。

- ①健全な経営で急性期医療を実践
- ②変革する医療情勢への対応
- ③業務の効率化と最適化
- ④働き方改革と取り組み

健全な経営で急性期医療を実践し、そして継続していくことが当院の使命です。そのために全職員が診療報酬改定の内容を理解し、急性期医療に求められる施設基準を維持・取得していくことが計画を遂行するための手段のひとつとなります。オーダー漏れや算定漏れのチェックを行い、取りこぼしの徹底的な防止を行います。また、万が一大きな事故が発生すると多大な損害となります。このため、医療事故ならびに院内感染の予防策の実践を継続するとともに、更に強化を図ります。

次に変革する医療情勢の対応については、当院の病床規模と担っている役割が、国の基準により「大病院」に相当することが明確に示されました。その一方で紹介状なしの定額負担制度が厳格化されました。かかりつけとなっている患者さんに混乱が生じないよう、これまで以上に法人他施設やかかりつけ医との連携を強化

し、機能分化を進めていく必要があります。病床機能分化を推進するために標準期間内での回復期・慢性期への早期転院を進めることや法人他施設を含めた外来診療体制の検討を行います。また、社会人の基本である接遇面の強化も併せて行っていきます。

3つ目の業務の効率化と最適化においては、今年度に電子カルテシステムの更新が控えています。この機に業務プロセスの見直しを行い、携帯端末の導入によるデータ入力方法の簡便化やデータの二次利用を充実することでスタッフの業務の負担軽減を図ります。また、検査結果の既読管理機能などを導入し、安全性も高めていきます。他にも病床管理機能の利用を促進し、入院支援に関する業務を充実させることで長期入院患者の減少に努めなければなりません。そのためには法人間の更なる連携が必要となります。

4つ目の働き方改革の取り組みとして、医療における人材不足を部分的に解決する手段として他職種への業務委譲が有効です。職種毎の縦割りを払しょくしたうえで、専門職でなければ出来ない業務と他に任せられる業務を分別し、スムーズに業務移乗できる体制の構築が必要です。このことからタスクシフトできる体制を整えていきます。併せて今いる人材の定着率を高めていかなければなりません。職場環境の整備そして改善を行い、スタッフケアの充足を進めます。

最後に2020年度スローガンは、「知覚動考」です。「知る」、「覚える」、「動く」、「考える」という各要素のつながりと循環を大切に、「知-とも」「覚-かく」「動-うご」「考-こう」ともかく動こう という姿勢を1人1人が実現すること、そして多くの「連携」を通して、よりよい医療体制を築いていくことを目指していきます。

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. 令和元年度報告と今後

院内救急対応システム(Rapid Response System以下、RRSと略す)とは、多くの「急変」には前兆があるという点に着目した院内対応システムです。近年、入院患者の急変による有害事象の早期発見・介入にはRRSが有効であると考えられています。

そこで、当院におけるRRS導入に向けて、RST(呼吸サポートチーム)、MACT(モニターアラームコントロール

チーム)、救急対応チームを組織化したRRS推進チームを結成しました。さらに、メンバーを、医師、集中ケア認定看護師、看護師、3学会呼吸療法認定士兼院内BLSインストラクターである理学療法士と臨床工学技士の多職種で構成してRRSを本活動させることが出来ました。

RRS導入を成功させて、患者の予期せぬ急変の前兆に気づき病態の悪化を回避するために院内救急体制を構築するには、職員一人ひとりの気づきが重要になります。本活動初年度は、「RRSの周知」を目的に院内教育を中心とした活動を行いました。次年度は、安全で安心な医療サービスを提供に向けて「RRSの定着」を目的として取り組んでいく予定です。

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. 令和元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53名

医師	9	診療放射線技師	1	管理栄養士	2
看護師	24	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	5
薬剤師	3	臨床工学技士	2	ドクターズクラーク	2
救急救命士	1				

医療安全管理委員会下部組織

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

3. 令和元年度実績

	平成29年度	平成30年度	令和元年度
院内全体講習会開催数(件)	2	2	2
院内全体講習会参加率(%)	96.1	99.4	99.8
院内対象者別講習会開催数(件)	38	40	43
インシデント・アクシデントレポート報告数(件)	1,246	914	1,584
医療安全地域連携 相互巡視(件)	2	2	3

感染制御室



感染制御室 室長 南 博子

2019年の感染対策では、薬剤耐性(Antimicrobial resistance:AMR)に対する対策と訪日外国人の増加が、東京オリンピック・パラリンピックによって加速され、それに伴って増加が予測されたインバウンド感染症対策に向け活動をおこなってきました。

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)が始動しており、その活動も徐々に定着し始めています。院内における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活動の重要な業務として位置付けられました。2019年から準備を始めている外来診療における経口抗菌薬の投与状況把握も大きな課題となっており、今後各部門の協力のもとASTでは2020年度より経口抗菌薬使用状況把握をおこなっていきます。

また、2020年7月開催予定であった東京オリンピック・パラリンピックに向けたインバウンド感染症対策についてはマニュアルの作成や、外国人観光客の診療の整備が求められており、ブラインドシミュレーションを企画していました。しかしながら、年始より新型コロナウイルス感染症の国内発生を機に、状況は一変しました。1月16日は国内で初めて新型コロナウイルス感染症患

者が確認された日で、患者は武漢滞在歴のある中国人でした。そしてその後、クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の来航があり、クルーズ船内での感染拡大は連日報道される状況となりました。横浜市を中心に、日本に激震が走る状況であったと感じています。

感染対策は日頃からの全ての職員の医療従事者としての意識と実践に支えられ成り立っています。未知のウイルスに対応すべく、院内の事業継続計画(Business Continuity Plan:BCP)を策定し、通常診療を継続していきながら、感染症診療に耐え抜く強い覚悟が必須となります。感染爆発してからでは対応が遅れることもあり、地域の医療崩壊に繋がり兼ねないと考えます。世界は今や新型コロナウイルス感染症の為に、未曾有の危機に直面しており、我々も同様に長い闘いに突入しています。長期化する戦いに、医療現場は疲弊していくことも予想されますが、感染対策を生業としている我々は、患者や職員その家族を守るため、また地域医療を継続していけるよう、感染対策の基本がブレないよう努めていきたいと思えます。そして、職員全員の感染対策の力が最大に発揮されるよう支援することが求められていると考えます。

1 構成

○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28名

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

○感染リンクナース部会 合計13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 法人内中途採用者研修会(6回/年) 看護部中途採用者研修会(10回/年) 抗菌薬適正使用講習会(2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 フルPPE着脱 物品供給不足に伴う感染対策
	外部委託業者講習会 清掃業者講習会(2回/年) 栄養科委託業者講習会(2回/年) 学生実習受入れ時講習会 看護部(8回/年) 薬剤師部(1回/年) 栄養科(1回/年) 医事課(1回/年) 画像診断センター(2回/年) 臨床検査科(1回/年) 企画情報課(1回/年) リハビリテーション科(5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(2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

(2020年1月6日～2020年2月18日)

○院外活動

1)座長

・第19回メディカルスタッフのための感染対策
セミナー「もっと知りたい清掃の話」

2)院外講義

・3/14メディカルスタッフのための感染対策セミナー
「正しいPPE着脱と着用のタイミング」

○学会・研究会

(参加:看護部)

・第35回日本環境感染学会・学術総会

(参加:薬剤部)

・第67回日本化学療法学会総会

(参加:臨床検査科)

・第31回日本臨床微生物学会総会・学術集会

委員会活動状況

		2019年度	2018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)	604名 (99.3%)	565名 (96.7%)	+15名 (+1.5%)
	第2回全体講習参加者数(再講習含む)	604名 (99.3%)	576名 (97.6%)	+28名 (+1.7%)
中途採用者研修	全6回開催	98名	85名	+13名
ワクチン予防接種率	ムンプス	88.9%	96.9%	-8.0%
	風疹	100%	100%	±0%
	麻疹	100%	100%	±0%
	水痘	100%	100%	±0%
	インフルエンザ	93.4%	96.5%	-3.1%
	HBワクチン	93.5%	78.4%	+15.1%
コンサルテーション数	治療(抗菌薬など)に関する事	20件	34件	-14件
	医療関連感染サーベイランス関連	4件	4件	±0件
	職業感染(針刺し等の暴露等)	8件	19件	-11件
	感染管理指導(勉強会、ケア見直し等)	29件	38件	-9件
	感染対策(隔離の方法、個人防護具の使用等)	132件	91件	+41件
	洗浄・消毒・滅菌	28件	37件	-9件
	職員の健康管理	40件	28件	+12件
	ファシリティーマネジメント	38件	22件	+16件
	その他	27件	61件	-34件
針刺し・汚染事故件数			10件	

AST院内外コンサルテーション件数

	2019年度
院内コンサルテーション件数	30件
院外コンサルテーション件数	18件

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働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。学習活動も盛んで、院内研修会を毎月開催している。内容に関してはやはり文末に列挙した。学会、論文などの業績も文末を参考にしたい。

2019年度は、4月に日本静脈経腸栄養学会 NST稼働施設として認定更新が承認された。この認定は、多職種からなるNSTが活動の場を広げ、適正な栄養療法の普及を通じて医療の質の向上を図り、チームによる臨床栄養管理およびそのスタッフの育成を積極的に行う施設に対し認定される。また、医療機関が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す施設であることを保証するものである。

2019年度のNST介入症例は、323症例で、その診療科の内訳は内科146例(45%)、外科40例(12%)、がんセンター19例(6%)、整形外科38例(12%)、脳神経外科47例(15%)である。これらに対する回診を毎週行っている。

私が、NSTチームの管理者として関わるようになってからしばらく経つ。当チームの活動は、参加メンバーのやる気に支えられたものであったし、私の仕事はそのやる気を実際の臨床にどうapplyしていくかを考えるものであった。今回はここまでの複数年の改善点を列挙して振り返りたい。

1.活動の効率化

当チームでは毎週、回診形式で当院のNST被介入者を訪問もしく討議する。これをproblem orientedに行うことによって介入方針の検討を効率化した。すなわち、管理栄養士によるスクリーニング、病棟からの報告など

により、ピックアップされた多数の患者に介入を行う方針を取っている。それらの問題点を解析し、真に介入を要する患者に重点的に注目することで、作業の効率化と労力の集中化を図っている。

2.主治医に受け入れられやすい介入

NSTチームは主治医の治療に協力する姿勢の徹底をはかっている。すなわち、主治医の治療の内容に口を挟むことはしない。栄養管理に関することのみ、プランを調整について提案し、内容について吟味する。栄養投与ルートの不足に対しては、作成を請け負う。その内容は好意的、協力的であるべきとし、連絡は電子カルテの「メモ」を用いている。

3.個々の症例の理解と、問題点の抽出。

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、知識とスキルである。これらを最も担うのは、患者の身近にいる看護師であるが、しかし、それは十分ではなかった。そこで我々は月に1回の症例報告会症例発表のフォーマットを新たに作成した。これにより発表者-看護師が、より明確に病態、問題点を理解できるようにした。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た。

NSTの活動は、対象の栄養改善によって最大多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指している。これまで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。

ここまでの我々のNST活動により、果たして、数値的な改善があったかどうかはわからない。しかし引き続き我々はこの困難にチーム一丸となって挑戦していくことこそ、患者の幸福に繋がると確信している。

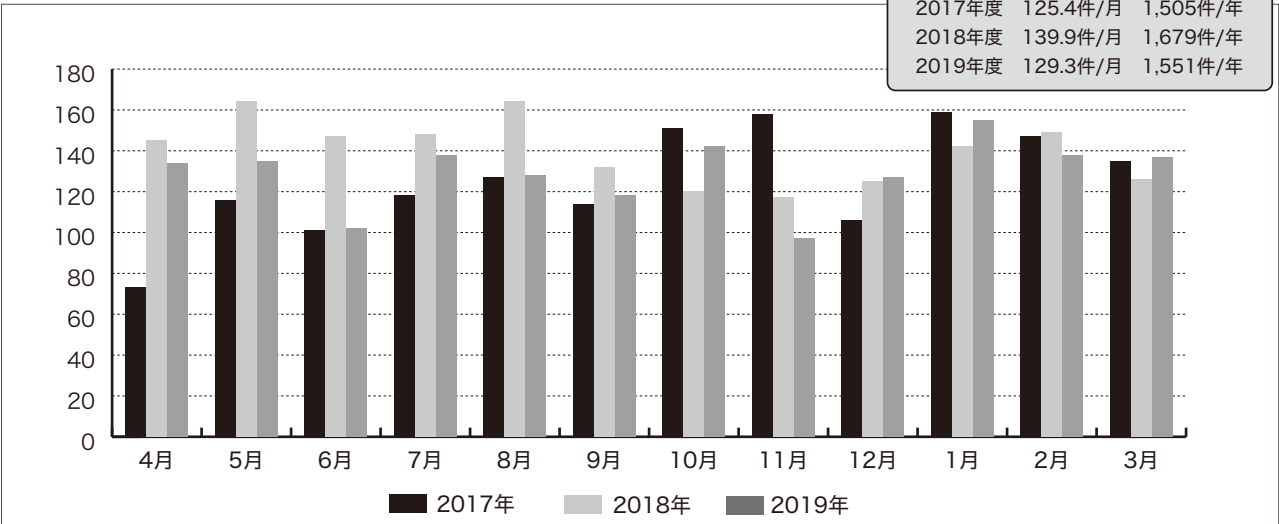
委員会活動状況

1. 構成員

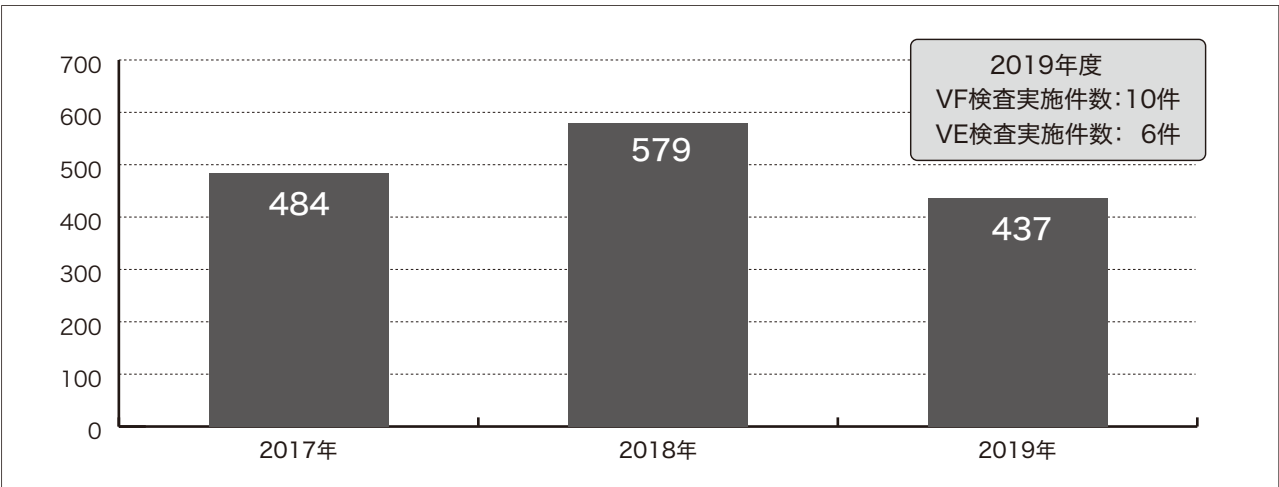
医 師	2名	歯 科 医 師	1名	薬 剤 師	2名	看 護 師	22名
管 理 栄 養 士	8名	言 語 聴 覚 士	2名	理 学 療 法 士	1名	臨 床 検 査 技 師	3名
歯 科 衛 生 士	2名	医 療 ク ラ ー ク	1名	医 事 課	1名		

2. 3年間の実績報告

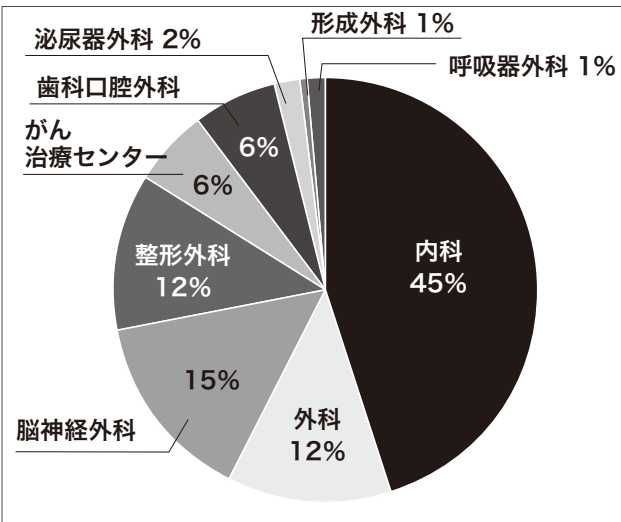
1) 2017～2019年 NST回診件数の推移



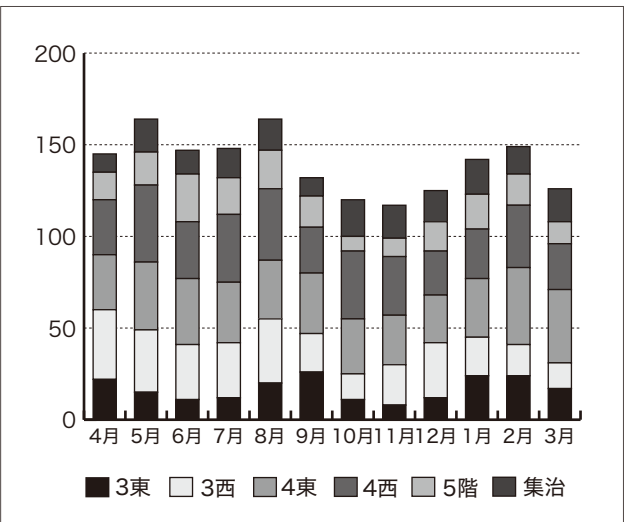
2) 2017～2019年 SST回診延人数の推移



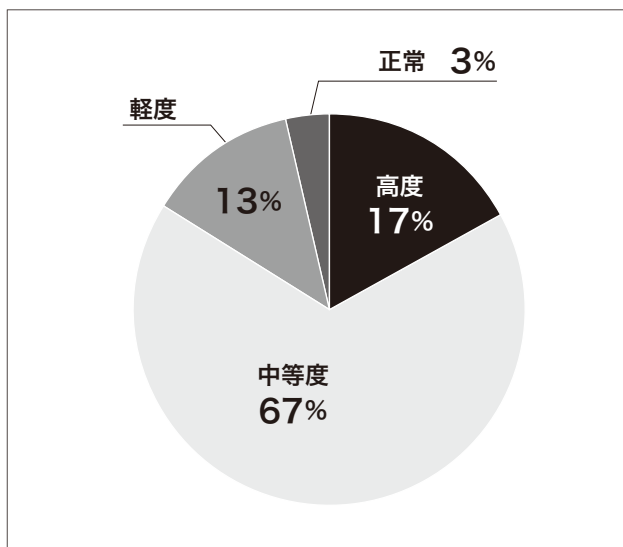
3) 2019年 NST回診介入患者 診療別割合



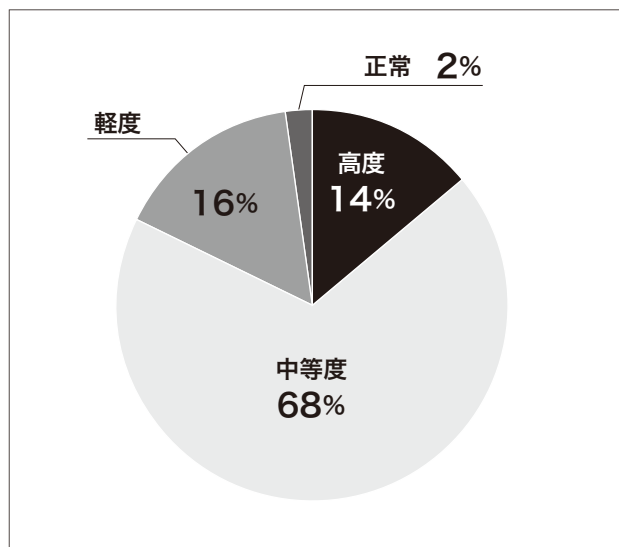
4) 2019年 NST回診病棟別実施件数



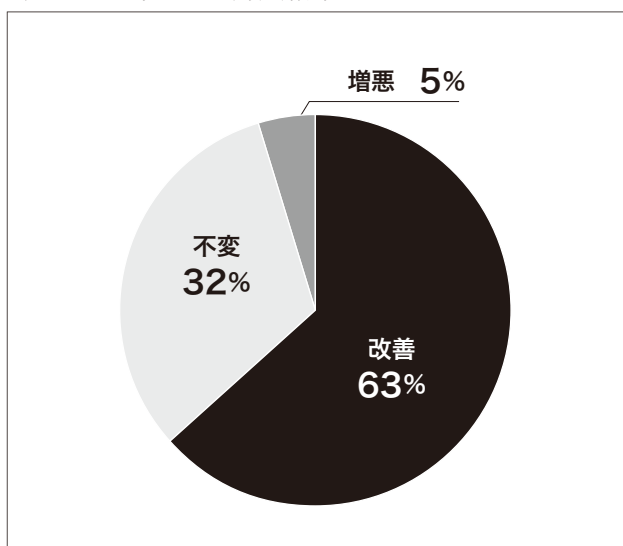
5) 2019年 NST介入時栄養評価



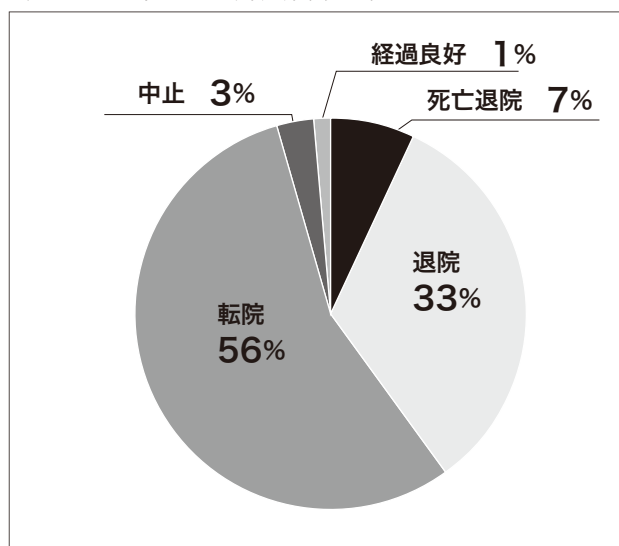
6) 2019年 NST終了時栄養評価



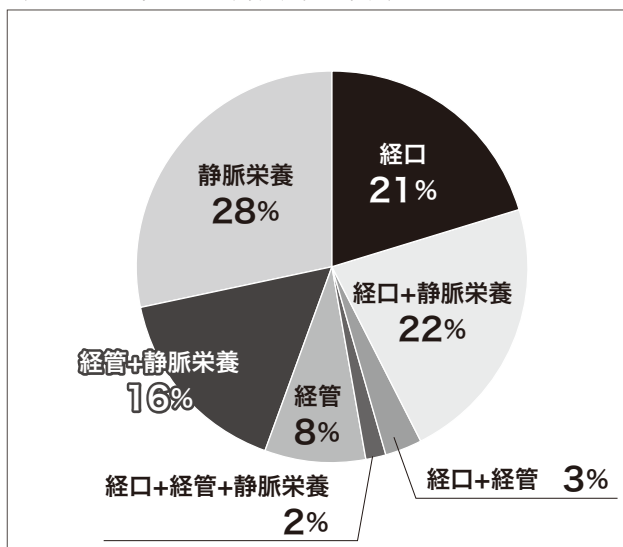
7) 2019年 NST介入結果



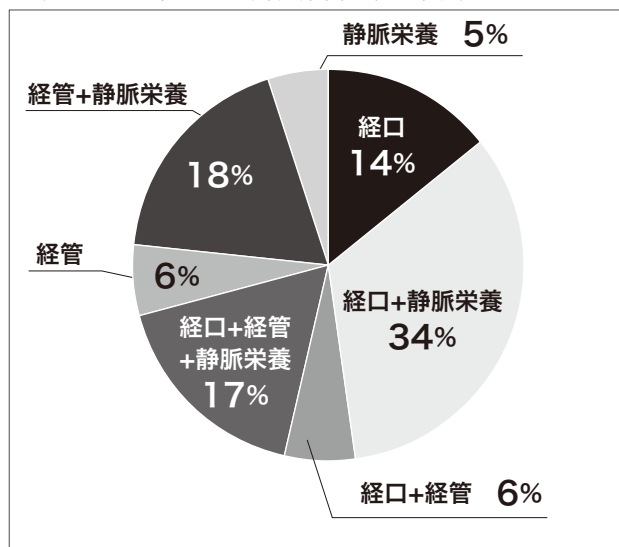
8) 2019年 NST介入終了理由



9) 2019年 NST介入時 栄養ルート



10) 2019年 NST介入終了時 栄養ルート



委員会活動状況

【介入時】

静脈栄養 なし	経口	66	103
	経口+経管	10	
	経管	27	
静脈栄養 あり	経口+静脈栄養	72	129
	経口+経管+静脈栄養	5	
	経管+静脈栄養	52	
	静脈栄養	91	

【終了時】

静脈栄養 なし	経口	46	84
	経口+経管	19	
	経管	19	
静脈栄養 あり	経口+静脈栄養	109	223
	経口+経管+静脈栄養	55	
	経管+静脈栄養	59	
	静脈栄養	16	

栄養ルートが静脈栄養のみの患者さん
介入時 91名 ⇒終了時 16名に減少

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
当院の褥瘡対策における 管理栄養士の役割	管理栄養士 原澤 あゆみ	日本褥瘡学会九州・沖縄地方会	R1.5.11
頭頸部がん患者の 放射線化学治療において チーム介入により 治療完遂できた1症例	管理栄養士 石井 乃里江	第24回日本緩和医療学会学術集会	R1.6.22
当院における高齢者肺炎患者に対する 摂食嚥下評価の見直し ～The Toronto Bedside Swallowing Screening Testを使用して～	言語聴覚士 橋木 里実	第20回日本言語聴覚学会	R1.6.28
当院におけるNHCAP患者の 摂食嚥下障害の重症度と 運動機能についての調査報告	言語聴覚士 芦原 康寛	第83回日本呼吸器学会 九州支部秋季学術講演会	R1.9.6
認知症の嚥下障害患者に対する食支援 ～入退院を繰り返す患者の栄養状態と 嚥下機能についての経時的調査～	言語聴覚士 芦原 康寛	第30回 北部福岡NST研究会	R1.11.16
私の栄養管理術～実践編～	管理栄養士 佐保 洸太	New Diet Therapy2020.Vol.35. No4	R2.3.1

NST委員会・医療安全委員会
令和元年度 PICC・CV研修会



看護師特定行為指定研修事務局

研修責任者 和田 義人
看護責任者 秋吉 夕子

看護師特定行為指定研修機関の経緯と今後への期待

厚生労働省は在宅医療を支える人材として2015年10月に「特定行為に係る看護師の研修制度」を導入し研修修了者を2025年までに10万人の養成を目指している。こうした状況の中、社会医療法人共愛会は、看護職のキャリアアップを支援するために看護師の人材育成に関わることとなり、保健師助産師看護師法の規定に基づく特定行為研修を実施する指定研修機関として認可された。

この看護師特定行為研修は、医師のタスク・シフティングに並びチーム医療の推進により質の高い治療や看護を提供するためには医師の協力が不可欠であるため、研修指導者として診療しながら研修生へ指導している。研修修了者は、医学的な知識を学ぶことで根拠をもって判断でき急性期から在宅医療を効率的、且つ効果的な医療提供を担うキーパーソンとして看護師

に期待している。

現状では「特定行為に係る看護師の研修制度」の認知、理解度が低いため、説明会等の広報活動を実施している。特定行為に係る看護師の研修制度を取り巻く環境には、様々な課題がある中、特に在宅医療を担うことができる知識・技術・協働する力に優れた人材を養成することは特定行為指定研修機関としての役割である。そのため、本指定研修機関では特定行為修了生が活躍するための支援としてフォローアップ研修も定期的に開催している。

本指定研修機関が開設されてから、約2年4ヶ月が経った。当初1区分であったが、2020年は2区分増やし、現在3区分の特定行為研修が開講している(表1)。

表1 看護師特定行為研修の沿革

2017(平成29)年 10月	特定行為管理委員会設置
2017(平成29)年 11月	特定行為指定研修機関として厚生労働省に申請
2018(平成30)年 2月	特定行為指定研修機関として認定
2018(平成30)年 2月	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 開設
2020(令和2)年 2月	特定行為区分(2区分)開設 ・動脈血液ガス分析関連 ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

看護師特定行為研修の理念、目的、目標を下記に示す(表2)。

表2 特定行為研修の教育理念

理念 高度な専門的知識と技能を身につけ判断ができる特定行為を実践する自律した看護師を育成する。 目的 実践的な理解力や思考力、判断力を備え、高度な専門的知識と技能を身につけ医師をサポートするとともに、チーム医療のキーパーソンとしての役割と安全な医療を提供する。 目標 高度な看護実践に向けて、臨床病態(症状とメカニズム)について理解を深め、患者の身体を総合的に把握するために専門知識を習得し、患者に対する援助方法や正常な機能へ戻すための方法について自ら考え、対策を立て、対処できる人材を育成する。
--

委員会活動状況

【入講生、修了生の概要】

2018年度から2020年度まで12名(延べ)が入講し、その間4名(延べ)が2019年度までに研修を修了した(表3)。

表3 2018年から2020年の区分別科目および入講生

年	区分別科目	名
2018(平成30)年	栄養に係るカテーテル管理	2名
2019(令和元)年	栄養に係るカテーテル管理	2名
2020(令和2)年	栄養に係るカテーテル管理	2名
	動脈血液ガス分析関連	3名
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	3名

表4 看護師特定行為説明会

年月日	場 所	参加者(名)
2019年 7月19日	戸畑リハビリテーション病院	15名
2019年 9月 4日	戸畑共立病院	13名
2019年 10月12日	戸畑共立病院	3名
2020年 8月21日	新型コロナ感染対策のため中止	
2020年 10月 2日	戸畑リハビリテーション病院	13名

統計資料

臨床指標

入 院

	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	令和元年度
稼動病床数	210	218	218	218	218	218	218	218	218	218
新入院患者数	5,070	5,155	5,098	5,604	5,627	5,830	5,798	5,917	5,804	6,025
退院患者数	5,069	5,166	5,096	5,586	5,622	5,838	5,795	5,920	5,810	6,015
延入院患者数	73,925	74,436	73,525	73,724	74,375	73,707	70,042	73,901	74,767	73,975
1日平均入院患者数	202.5	203.9	201.4	202.0	203.8	201.4	191.9	202.5	204.8	202.7
病床利用率	96.4%	93.6%	92.4%	92.7%	93.5%	92.4%	88.0%	92.9%	94.0%	93.0%
平均在院日数	14.6	14.4	14.4	13.2	13.2	12.6	12.1	12.5	12.9	12.3
外来入院比率	1.36	1.39	1.41	1.43	1.37	1.27	1.34	1.45	1.40	1.43
退院サマリー完成率	97.2%	98.1%	99.4%	99.7%	100.0%	99.8%	99.4%	99.5%	98.5%	99.1%
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

	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	令和元年度
初診外来患者数	13,703	12,846	12,376	9,054	12,828	14,398	14,514	14,623	14,426	14,227
延外来患者数	100,640	103,407	105,635	105,378	102,218	104,463	106,442	107,170	104,661	106,072
1日平均外来患者数	342.3	349.7	359.7	359.7	347.7	351.7	359.6	365.8	357.2	362.0
地域支援病院紹介率	83.12%	81.11%	87.78%	96.89%	86.40%	85.30%	90.05%	87.00%	89.20%	85.90%
逆紹介率	85.21%	87.42%	70.30%	75.04%	99.40%	121.90%	118.20%	115.88%	122.50%	116.70%
救急者搬送患者数	2,219	2,577	2,540	2,653	2,677	2,720	2,767	2,577	2,293	2,400

死亡患者

	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	令和元年度
死亡退院数	262	265	218	244	231	197	187	197	187	185
死亡率	5.2%	5.1%	4.3%	4.3%	4.1%	3.4%	3.2%	3.3%	3.2%	3.1%
死亡率(48時間以内を除く)	4.4%	4.4%	3.6%	3.7%	3.5%	2.8%	2.6%	2.8%	2.8%	2.5%

手 術

	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	令和元年度
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	1,607	1,606	1,877	2,302	2,337	2,492	2,393	2,609	2,497	2,673
（全身麻酔下での手術件数）	452	493	567	719	769	846	801	818	854	1,036
（全身麻酔と硬膜外麻酔併用下での手術件数）	246	255	234	280	280	330	298	296	244	203
（硬膜外麻酔下での手術件数）	14	6	5	8	8	11	6	9	5	2
（脊椎麻酔下での手術件数）	314	329	372	417	484	602	555	573	550	497
（局所麻酔下での手術件数）	581	474	514	659	580	482	566	706	638	762
（伝達麻酔）	-	-	108	117	122	142	134	142	142	127
（麻酔なしでの手術件数）	-	49	77	102	94	79	33	65	64	46

統計資料

内視鏡

	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	令和元年度
内視鏡的胃・食道静脈瘤治療（EVL・EIS）	40	40	24	13	21	9	12	24	7	4
内視鏡的狭窄拡張術	84	74	54	50	45	63	63	33	26	85
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）	116	130	123	111	131	137	156	164	143	96
内視鏡的止血術	157	153	149	146	167	160	144	142	116	91
内視鏡的粘膜切除術（EMR・ポリペクトミー）	264	262	342	392	434	552	631	577	593	636
胆管・膵管内視鏡（ERCP、EST、ERBD）	101	67	155	134	148	163	159	188	255	175
胃ろう増設術	53	52	32	46	37	26	21	37	35	38
上部内視鏡検査	2,540	2,452	2,461	2,411	2,606	2,811	3,035	2,888	3,087	3,108
下部内視鏡検査	1,191	1,126	1,142	1,250	1,223	1,348	1,143	1,176	1,156	1,211
小腸内視鏡検査	55	39	55	62	38	91	70	63	73	45
カプセル内視鏡検査	3	19	15	23	17	29	16	32	42	53
その他	22	51	80	81	131	82	69	96	115	209

放射線

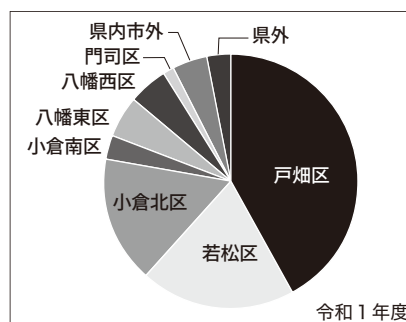
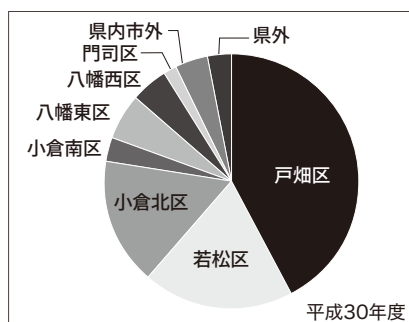
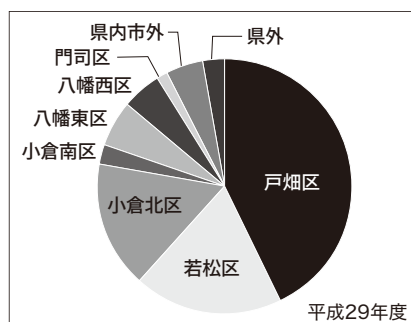
	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度	令和元年度
リニアック照射回数	13,109	13,327	13,475	13,155	12,075	13,674	8,588	7,282	7,332	3,085
トモセラピー照射回数							4,257	4,252	3,626	5,617
合計照射回数	13,109	13,327	13,475	13,155	12,075	13,674	12,845	11,534	10,958	8,702
サイバーナイフ治療件数	170	169	173	157	173	200	182	142	291	241
密封小腺源	39	48	45	57	55	93	82	65	48	43
CT撮影件数	10,636	10,261	11,107	12,044	11,371	12,758	12,402	11,999	12,172	12,768
MRI撮影件数	5,969	6,134	5,866	6,310	6,650	6,746	6,488	6,483	6,736	6,552
核医学診断件数(各種シンチ・SPECT・PET)	523	490	416	442	501	790	746	790	695	672

教育・その他

	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	令和元年度
研修医受け入れ人数	5	8	4	3	4	3	5	5	5	5
医療相談件数	7,962	6,801	7,003	7,109	6,584	7,141	8,999	7,888	6,389	8,154
セカンドオピニオン件数	31	43	48	39	32	20	31	26	26	28
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	2	2	4	3	4	5	10	11	11	11
院外処方箋率	94.4%	93.4%	93.0%	92.9%	91.6%	92.7%	91.4%	89.9%	90.4%	91.5%
診療情報の開示件数	14	32	25	39	28	41	35	47	39	38
クリニカルパス種類数	95	103	91	79	55	77	60	57	110	120
職員のインフルエンザワクチン接種率	94.4%	96.7%	94.6%	95.3%	94.5%	95.4%	96.3%	96.4%	96.5%	94.6%

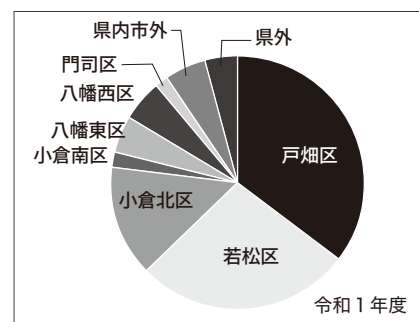
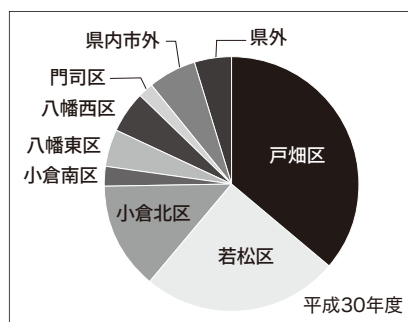
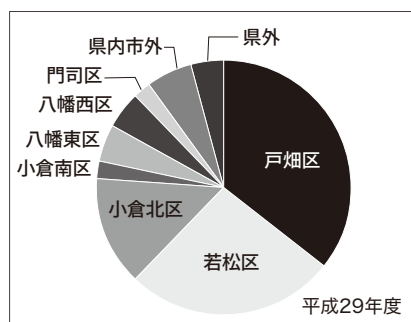
1-1. 地域別外来実患者数

地 区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	9,037	42.88%	8,943	42.31%	8,846	42.04%
西戸畑	698	3.31%	664	3.14%	645	3.07%
戸畑駅前	695	3.30%	709	3.35%	717	3.41%
沖台	404	1.92%	401	1.90%	399	1.90%
浅生	1,023	4.85%	1,012	4.79%	996	4.73%
三六・天神	543	2.58%	526	2.49%	529	2.51%
小芝・沢見	683	3.24%	690	3.26%	636	3.02%
天籟寺	413	1.96%	399	1.89%	397	1.89%
中原	1,306	6.20%	1,308	6.19%	1,308	6.22%
一枝	786	3.73%	794	3.76%	758	3.60%
牧山	701	3.33%	690	3.26%	674	3.20%
菅原	468	2.22%	458	2.17%	451	2.14%
鞘ヶ谷	760	3.61%	771	3.65%	754	3.58%
その他	557	2.64%	521	2.47%	582	2.77%
若松区	3,984	18.91%	4,043	19.13%	4,141	19.68%
小倉北区	3,372	16.00%	3,432	16.24%	3,425	16.28%
小倉南区	581	2.76%	608	2.88%	597	2.84%
八幡東区	1,188	5.64%	1,246	5.90%	1,151	5.47%
八幡西区	1,063	5.04%	999	4.73%	1,013	4.81%
門司区	326	1.55%	341	1.61%	338	1.61%
遠賀郡	159	0.75%	152	0.72%	156	0.74%
中間市	101	0.48%	108	0.51%	98	0.47%
直方市	62	0.29%	60	0.28%	65	0.31%
福岡市	103	0.49%	98	0.46%	87	0.41%
京都郡	75	0.36%	69	0.33%	80	0.38%
久留米市	28	0.13%	16	0.08%	22	0.10%
その他県内	449	2.13%	405	1.92%	408	1.94%
山口県	124	0.59%	198	0.94%	169	0.80%
佐賀県	19	0.09%	28	0.13%	25	0.12%
長崎県	20	0.09%	18	0.09%	26	0.12%
大分県	55	0.26%	46	0.22%	47	0.22%
熊本県	36	0.17%	29	0.14%	28	0.13%
宮崎県	9	0.04%	12	0.06%	11	0.05%
鹿児島県	12	0.06%	12	0.06%	13	0.06%
沖縄県	2	0.01%	4	0.02%	3	0.01%
その他	268	1.27%	268	1.27%	291	1.38%
合計	21,073	100.00%	21,135	100.00%	21,040	100.00%



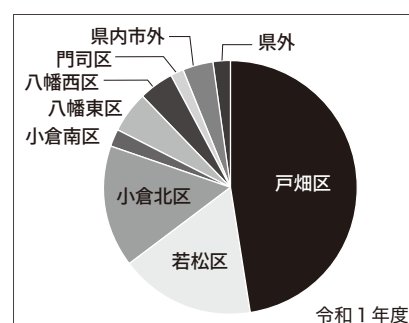
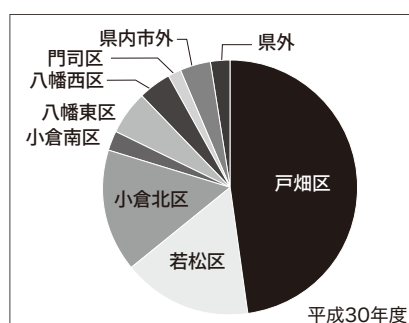
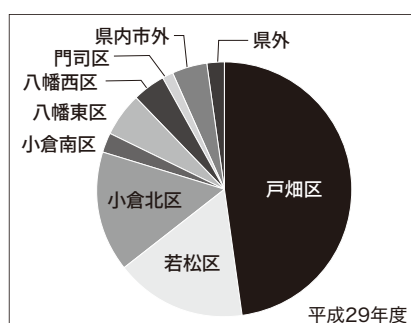
1-2. 地域別入院実患者数

地 区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	1,684	35.81%	1,657	36.19%	1,666	35.51%
西戸畑	142	3.02%	136	2.97%	148	3.15%
戸畑駅前	110	2.34%	122	2.66%	110	2.34%
沖台	88	1.87%	71	1.55%	70	1.49%
浅生	161	3.42%	195	4.26%	177	3.77%
三六・天神	115	2.45%	99	2.16%	108	2.30%
小芝・沢見	110	2.34%	108	2.36%	105	2.24%
天籟寺	77	1.64%	70	1.53%	69	1.47%
中原	276	5.87%	230	5.02%	263	5.61%
一枝	168	3.57%	153	3.34%	156	3.32%
牧山	125	2.66%	126	2.75%	140	2.98%
菅原	99	2.11%	117	2.56%	105	2.24%
鞘ヶ谷	137	2.91%	157	3.43%	135	2.88%
その他	76	1.62%	73	1.59%	80	1.71%
若松区	1,246	26.49%	1,146	25.03%	1,282	27.32%
小倉北区	655	13.93%	629	13.74%	670	14.28%
小倉南区	109	2.32%	104	2.27%	95	2.02%
八幡東区	215	4.57%	220	4.81%	222	4.73%
八幡西区	225	4.78%	242	5.29%	240	5.12%
門司区	107	2.28%	94	2.05%	84	1.79%
遠賀郡	38	0.81%	38	0.83%	37	0.79%
中間市	32	0.68%	29	0.63%	29	0.62%
直方市	26	0.55%	37	0.81%	23	0.49%
福岡市	17	0.36%	23	0.50%	19	0.40%
京都郡	27	0.57%	16	0.35%	22	0.47%
久留米市	8	0.17%	5	0.11%	6	0.13%
その他県内	131	2.79%	132	2.88%	112	2.39%
山口県	60	1.28%	98	2.14%	64	1.36%
佐賀県	12	0.26%	11	0.24%	11	0.23%
長崎県	7	0.15%	7	0.15%	12	0.26%
大分県	15	0.32%	14	0.31%	17	0.36%
熊本県	17	0.36%	14	0.31%	16	0.34%
宮崎県	6	0.13%	3	0.07%	7	0.15%
鹿児島県	3	0.06%	2	0.04%	1	0.02%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%		0.00%
その他	63	1.34%	57	1.25%	57	1.21%
合計	4,703	100.00%	4,578	100.00%	4,692	100.00%



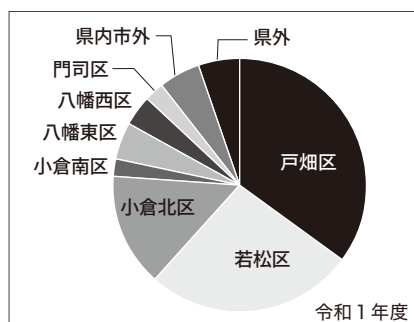
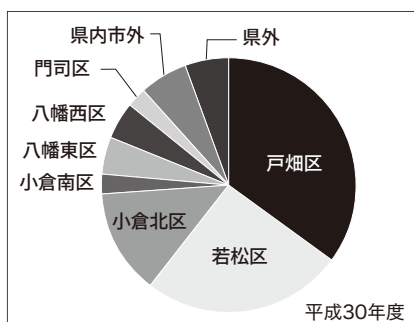
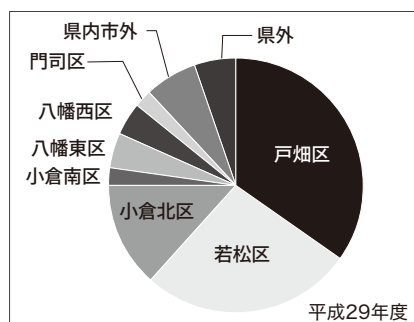
2-1. 地域別外来延患者数

地 区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	46,159	47.96%	45,547	47.94%	46,274	47.75%
西戸畑	3,875	4.03%	3,922	4.13%	4,111	4.24%
戸畑駅前	3,157	3.28%	3,252	3.42%	3,215	3.32%
沖台	2,212	2.30%	2,016	2.12%	2,190	2.26%
浅生	4,530	4.71%	4,798	5.05%	4,996	5.15%
三六・天神	3,033	3.15%	2,958	3.11%	2,850	2.94%
小芝・沢見	4,012	4.17%	3,596	3.78%	3,644	3.76%
天籟寺	2,447	2.54%	2,085	2.19%	2,145	2.21%
中原	6,588	6.85%	6,500	6.84%	6,503	6.71%
一枝	3,670	3.81%	3,632	3.82%	3,695	3.81%
牧山	3,767	3.91%	3,514	3.70%	3,692	3.81%
菅原	3,003	3.12%	3,037	3.20%	2,901	2.99%
鞆ヶ谷	4,147	4.31%	4,187	4.41%	4,174	4.31%
その他	1,718	1.79%	2,050	2.16%	2,158	2.23%
若松区	15,885	16.51%	15,487	16.30%	16,569	17.10%
小倉北区	14,846	15.43%	14,792	15.57%	15,001	15.48%
小倉南区	2,487	2.58%	2,303	2.42%	2,219	2.29%
八幡東区	5,237	5.44%	5,390	5.67%	5,168	5.33%
八幡西区	4,106	4.27%	4,071	4.28%	4,296	4.43%
門司区	1,325	1.38%	1,470	1.55%	1,517	1.57%
遠賀郡	617	0.64%	558	0.59%	719	0.74%
中間市	603	0.63%	648	0.68%	495	0.51%
直方市	343	0.36%	275	0.29%	310	0.32%
福岡市	309	0.32%	279	0.29%	297	0.31%
京都郡	360	0.37%	285	0.30%	321	0.33%
久留米市	111	0.12%	62	0.07%	102	0.11%
その他県内	1,905	1.98%	1,638	1.72%	1,527	1.58%
山口県	633	0.66%	811	0.85%	701	0.72%
佐賀県	73	0.08%	76	0.08%	70	0.07%
長崎県	55	0.06%	53	0.06%	77	0.08%
大分県	150	0.16%	168	0.18%	186	0.19%
熊本県	141	0.15%	139	0.15%	99	0.10%
宮崎県	43	0.04%	39	0.04%	51	0.05%
鹿児島県	26	0.03%	20	0.02%	19	0.02%
沖縄県	7	0.01%	4	0.00%	3	0.00%
その他	814	0.85%	900	0.95%	896	0.92%
合計	96,235	100.00%	95,015	100.00%	96,917	100.00%



2-2. 地域別入院延患者数

地 区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	27,762	34.79%	28,221	35.03%	28,197	35.25%
西戸畑	2,307	2.89%	2,308	2.86%	2,516	3.15%
戸畑駅前	2,049	2.57%	1,924	2.39%	2,023	2.53%
沖台	1,371	1.72%	1,113	1.38%	1,073	1.34%
浅生	2,334	2.92%	3,265	4.05%	3,023	3.78%
三六・天神	2,048	2.57%	1,725	2.14%	2,177	2.72%
小芝・沢見	1,616	2.03%	1,778	2.21%	1,365	1.71%
天籟寺	1,133	1.42%	1,260	1.56%	1,541	1.93%
中原	5,179	6.49%	3,951	4.90%	4,265	5.33%
一枝	2,639	3.31%	2,654	3.29%	2,664	3.33%
牧山	2,123	2.66%	2,035	2.53%	2,408	3.01%
菅原	1,712	2.15%	2,259	2.80%	1,825	2.28%
鞘ヶ谷	2,135	2.68%	2,740	3.40%	2,279	2.85%
その他	1,116	1.40%	1,209	1.50%	1,038	1.30%
若松区	21,659	27.14%	20,571	25.53%	21,250	26.56%
小倉北区	10,520	13.18%	10,916	13.55%	11,507	14.39%
小倉南区	1,845	2.31%	2,043	2.54%	1,842	2.30%
八幡東区	3,407	4.27%	3,742	4.64%	3,705	4.63%
八幡西区	3,329	4.17%	3,851	4.78%	3,129	3.91%
門司区	1,943	2.43%	1,926	2.39%	1,957	2.45%
遠賀郡	791	0.99%	575	0.71%	588	0.74%
中間市	463	0.58%	483	0.60%	484	0.61%
直方市	483	0.61%	611	0.76%	298	0.37%
福岡市	332	0.42%	447	0.55%	400	0.50%
京都郡	489	0.61%	324	0.40%	545	0.68%
久留米市	125	0.16%	93	0.12%	88	0.11%
その他県内	2,439	3.06%	2,323	2.88%	1,897	2.37%
山口県	1,395	1.75%	1,600	1.99%	1,281	1.60%
佐賀県	411	0.52%	292	0.36%	304	0.38%
長崎県	186	0.23%	200	0.25%	288	0.36%
大分県	496	0.62%	346	0.43%	419	0.52%
熊本県	395	0.49%	490	0.61%	744	0.93%
宮崎県	117	0.15%	166	0.21%	232	0.29%
鹿児島県	77	0.10%	29	0.04%	17	0.02%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	1,134	1.42%	1,318	1.64%	821	1.03%
合計	79,798	100.00%	80,567	100.00%	79,993	100.00%



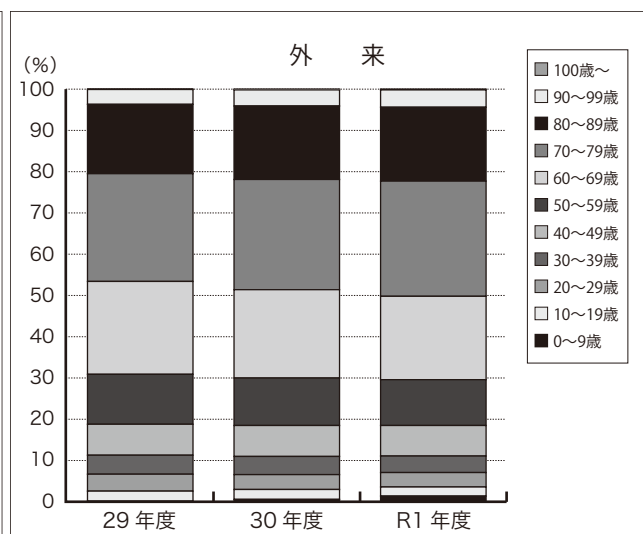
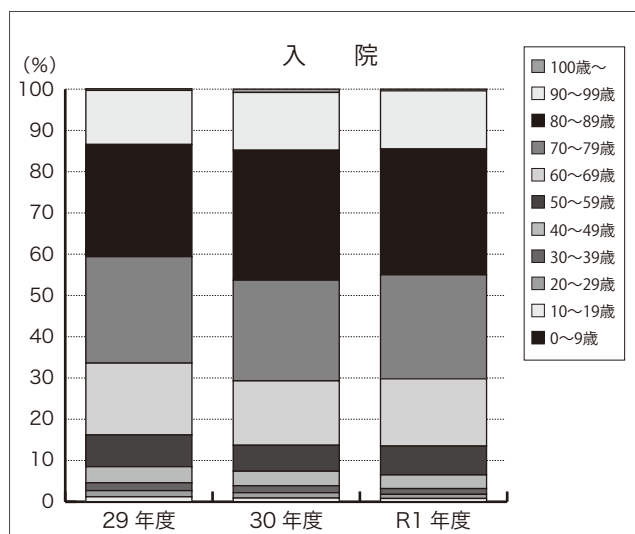
3. 診療科別入院・外来患者数

	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	2,040	2,034	29,901	13.7	2,097	29,236	99.8
外 科	901	892	10,300	10.5	452	8,925	30.5
形 成 外 科	120	120	1,790	13.9	194	2,325	7.9
泌 尿 器 科	433	431	3,145	6.3	454	5,174	17.7
整 形 外 科	1,043	1,052	14,057	12.4	1,555	12,395	42.3
脳 神 経 外 科	407	410	8,102	18.8	420	3,581	12.2
眼 科	196	194	521	1.7	392	6,452	22.0
皮 膚 科					69	1,191	4.1
精 神 科					4	637	2.2
放 射 線 科					2,164	2,278	7.8
がんセンター	762	769	10,867	13.2	323	5,969	20.4
歯 科	123	120	1,310	9.8	1,535	11,335	38.7
小 児 科					347	1,153	3.9
婦 人 科					0	14	0.0
救 急 外 来					4,221	6,471	22.1
合 計	6,025	6,022	79,993	12.3	14,227	97,136	331.5

年齢別入院・外来患者数

	入 院			外 来		
	29年度	30年度	R1年度	29年度	30年度	R1年度
0～9歳	30	12	18	220	570	1,364
10～19歳	926	759	605	2,289	2,315	2,142
20～29歳	1,217	1,033	790	3,944	3,436	3,380
30～39歳	1,499	1,358	1,143	4,406	4,195	3,923
40～49歳	3,120	2,811	2,634	7,177	7,150	7,139
50～59歳	6,122	5,047	5,582	11,664	10,930	10,779
60～69歳	13,898	12,597	13,007	21,647	20,314	19,569
70～79歳	20,558	19,630	20,183	25,084	25,351	27,062
80～89歳	21,666	25,418	24,358	16,163	16,877	17,316
90～99歳	10,460	11,291	11,316	3,505	3,714	4,064
100歳～	302	611	357	136	163	179
合計	79,798	80,567	79,993	96,235	95,015	96,917

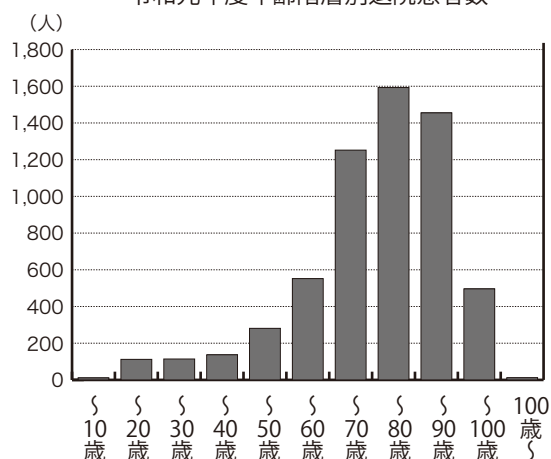
	入 院			外 来		
	29年度	30年度	R1年度	29年度	30年度	R1年度
0～9歳	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.6%	1.4%
10～19歳	1.2%	0.9%	0.8%	2.4%	2.4%	2.2%
20～29歳	1.5%	1.3%	1.0%	4.1%	3.6%	3.5%
30～39歳	1.9%	1.7%	1.4%	4.6%	4.4%	4.0%
40～49歳	3.9%	3.5%	3.3%	7.5%	7.5%	7.4%
50～59歳	7.7%	6.3%	7.0%	12.1%	11.5%	11.1%
60～69歳	17.4%	15.6%	16.3%	22.5%	21.4%	20.2%
70～79歳	25.8%	24.4%	25.2%	26.1%	26.7%	27.9%
80～89歳	27.2%	31.5%	30.5%	16.8%	17.8%	17.9%
90～99歳	13.1%	14.0%	14.1%	3.6%	3.9%	4.2%
100歳～	0.4%	0.8%	0.4%	0.1%	0.2%	0.2%



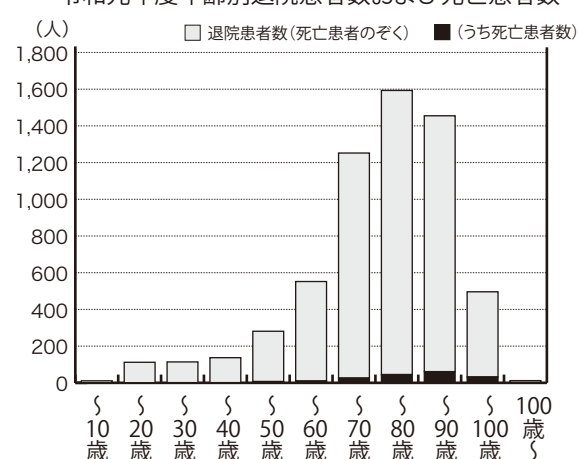
年齢階層別退院患者数

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	11	0	11	0.0%
～20歳	112	0	112	0.0%
～30歳	114	1	113	0.9%
～40歳	137	1	136	0.7%
～50歳	281	7	274	2.5%
～60歳	552	10	542	1.8%
～70歳	1252	26	1226	2.1%
～80歳	1593	45	1548	2.8%
～90歳	1455	61	1394	4.2%
～100歳	496	32	464	6.5%
100歳～	12	2	10	16.7%
全体	6,015	185	5830	3.1%

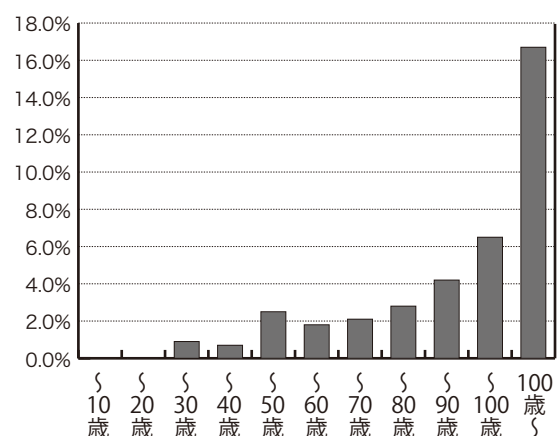
令和元年度年齢階層別退院患者数



令和元年度年齢別退院患者数および死亡患者数



令和元年度年齢階層別死亡率



紹介率・逆紹介率

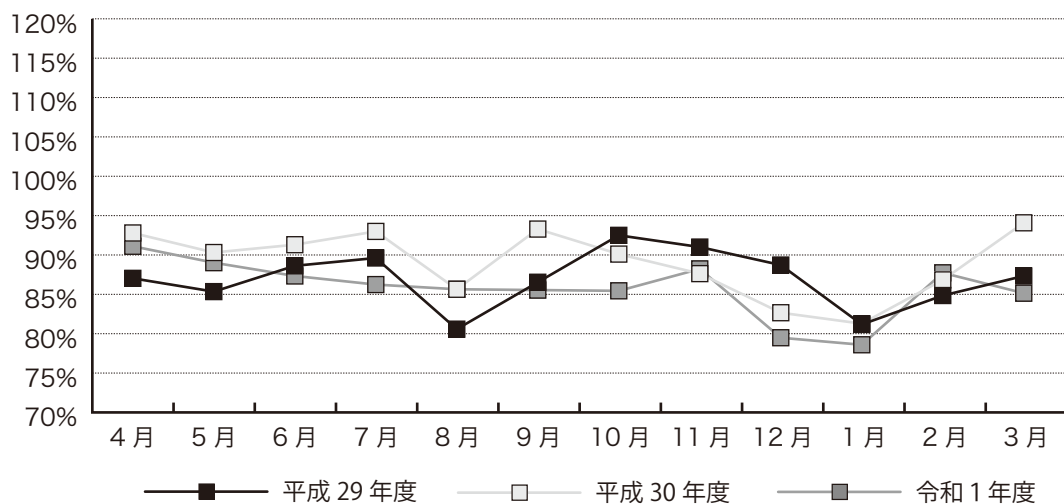
地域医療支援病院 紹介率

	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%
令和1年度	91.2%	89.1%	87.4%	86.3%	85.7%	85.6%	85.5%	88.3%	79.5%	78.6%	87.8%	85.2%	85.9%

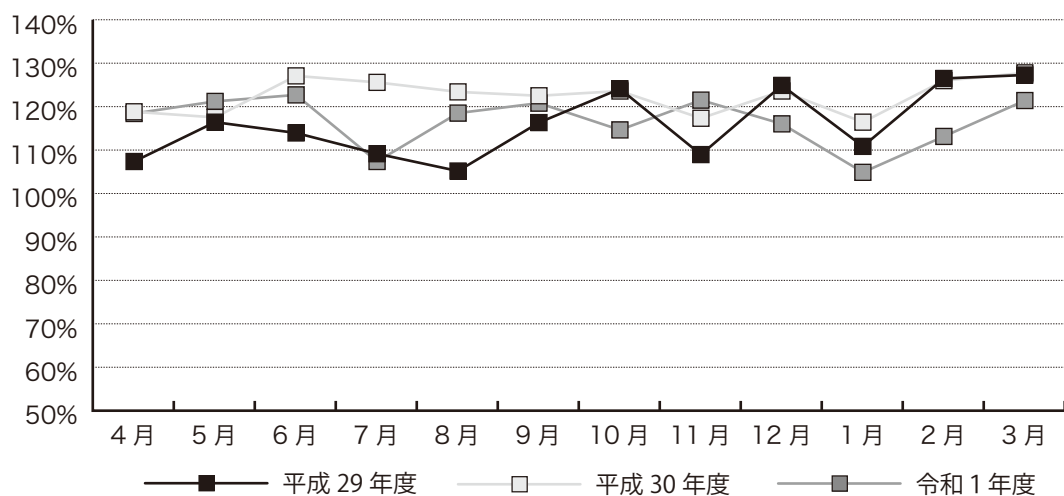
逆紹介率

	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%
令和1年度	118.4%	121.2%	122.7%	107.3%	118.5%	120.8%	114.6%	121.5%	116.0%	104.8%	113.1%	121.4%	116.7%

地域医療支援病院 紹介率



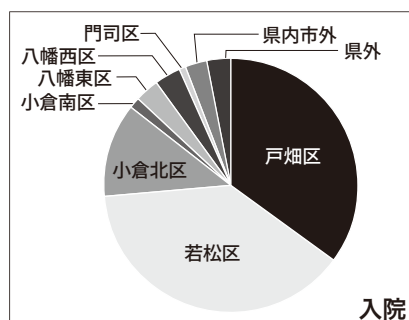
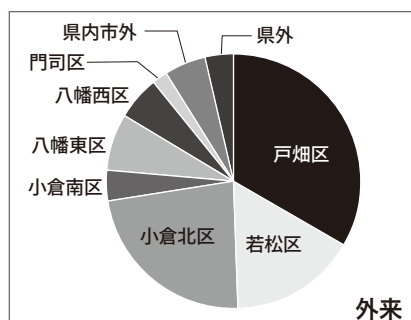
地域医療支援病院 逆紹介率



5.地域別紹介患者数

地 区	外 来		入 院	
	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	2,426	33.55%	357	35.17%
西戸畑	147	2.03%	19	1.87%
戸畑駅前	198	2.74%	18	1.77%
沖台	151	2.09%	13	1.28%
浅生	286	3.96%	46	4.53%
三六・天神	115	1.59%	18	1.77%
小芝・沢見	121	1.67%	23	2.27%
天籟寺	102	1.41%	18	1.77%
中原	330	4.56%	58	5.71%
一枝	247	3.42%	40	3.94%
牧山	220	3.04%	22	2.17%
菅原	132	1.83%	25	2.46%
鞘ヶ谷	201	2.78%	43	4.24%
その他	176	2.43%	14	1.38%
若松区	1,168	16.15%	392	38.62%
小倉北区	1,652	22.85%	122	12.02%
小倉南区	277	3.83%	12	1.18%
八幡東区	524	7.25%	32	3.15%
八幡西区	407	5.63%	33	3.25%
門司区	143	1.98%	8	0.79%
遠賀郡	53	0.73%	4	0.39%
中間市	33	0.46%	2	0.20%
直方市	30	0.41%	3	0.30%
福岡市	29	0.40%	0	0.00%
京都郡	52	0.72%	4	0.39%
久留米市	5	0.07%	3	0.30%
その他県内	186	2.57%	14	1.38%
山口県	78	1.08%	6	0.59%
佐賀県	9	0.12%	4	0.39%
長崎県	9	0.12%	2	0.20%
大分県	23	0.32%	3	0.30%
熊本県	10	0.14%	4	0.39%
宮崎県	2	0.03%	0	0.00%
鹿児島県	1	0.01%	2	0.20%
沖縄県	1	0.01%	0	0.00%
その他	112	1.55%	8	0.79%
合計	7,230	100.00%	1,015	100.00%

地域医療支援病院紹介率	85.9%
逆紹介率	116.7%



病床利用率・平均在院日数

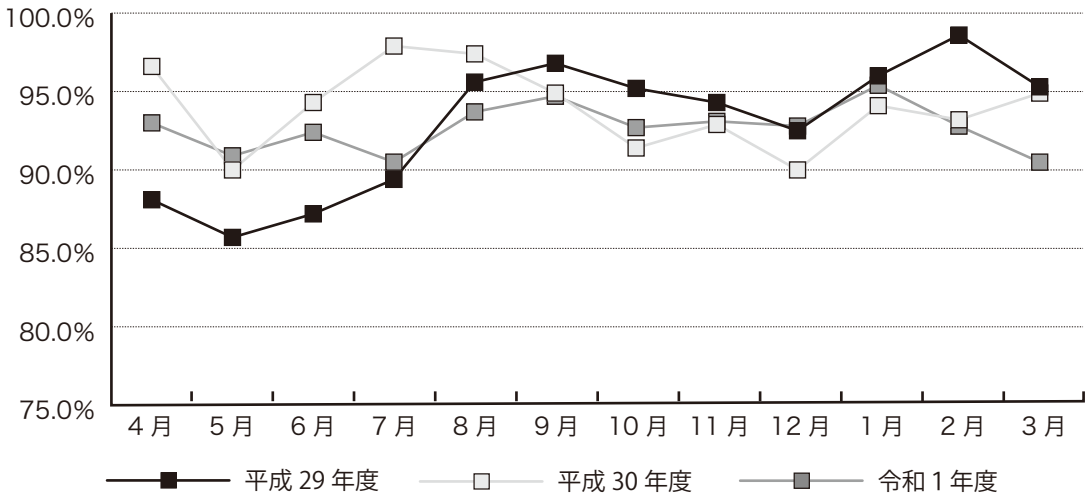
病床利用率

	29年度	30年度	R1年度
4月	88.1%	96.6%	93.0%
5月	85.7%	90.0%	90.9%
6月	87.2%	94.3%	92.4%
7月	89.4%	97.9%	90.5%
8月	95.6%	97.4%	93.7%
9月	96.8%	94.9%	94.7%
10月	95.2%	91.4%	92.7%
11月	94.3%	92.9%	93.1%
12月	92.5%	90.0%	92.8%
1月	96.0%	94.1%	95.4%
2月	98.6%	93.2%	92.8%
3月	95.3%	94.9%	90.5%

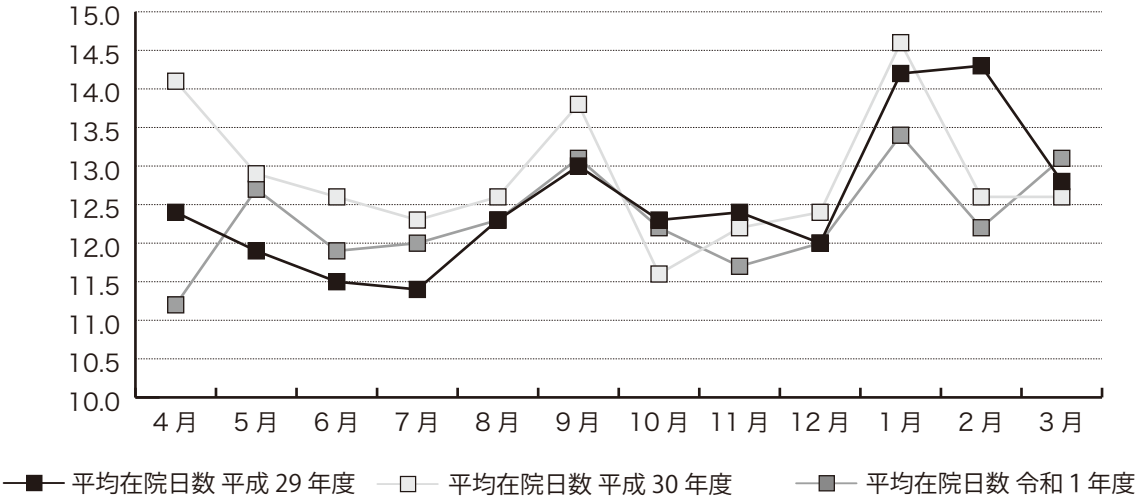
平均在院日数

	29年度	30年度	R1年度
4月	12.4	14.1	11.2
5月	11.9	12.9	12.7
6月	11.5	12.6	11.9
7月	11.4	12.3	12.0
8月	12.3	12.6	12.3
9月	13.0	13.8	13.1
10月	12.3	11.6	12.2
11月	12.4	12.2	11.7
12月	12.0	12.4	12.0
1月	14.2	14.6	13.4
2月	14.3	12.6	12.2
3月	12.8	12.6	13.1

病床利用率推移



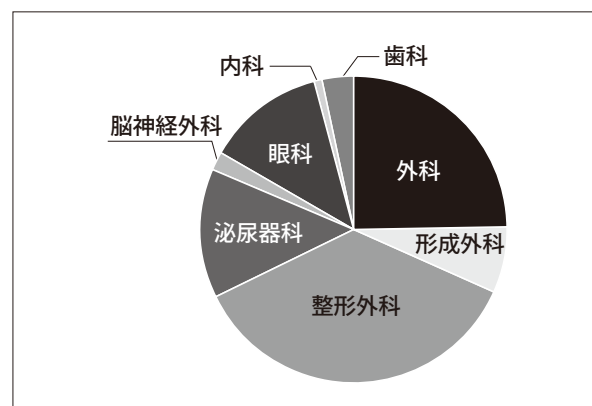
平均在院日数推移



6. 診療科別手術件数

科	手術名	件数
外科	肺	良性 11
	肺	悪性 20
	食道	良性 0
	食道	悪性 2
	甲状腺	良性 1
	甲状腺	悪性 2
	乳	良性 0
	乳	悪性 18
	胃	良性 1
	胃	悪性 32
	十二指腸 小腸	良性 20
	十二指腸 小腸	悪性 5
	大腸	良性 26
	大腸	悪性 87
	虫垂炎(腹膜炎含む)	32
	肛門	良性 11
	肛門	悪性 3
	イレウス	25
	肝臓	肝切 8
	肝臓	間焼灼 3
	肝臓	PEIT 0
	肝臓	その他 2
	胆道	良性 83
	胆道	悪性 4
	膵臓	PD 5
	膵臓	DP 5
	膵臓	その他 1
	脾臓	脾摘 0
	脾臓	合併 0
	ヘルニア	73
	血管	Yグラフト 5
	血管	バリックス 37
	血管	バイパス 13
	血管	その他 6
	ペースメーカー	0
	CVポート	92
	試験開腹	5
	その他	29
	小 計	667
形成外科	皮膚皮下・軟部腫瘍摘出術	115
	顔面骨骨折	5
	熱傷・潰瘍	2
	再建(乳房など)	0
	眼瞼手術	11
	その他(自費含む)	51
	小 計	184

科	手術名	件数
整形外科	大腿骨頸部内側骨折	11
	人工骨頭置換術	32
	大腿骨転子部骨折	57
	大腿骨頸基部骨折	16
	大腿骨転子下骨折	5
	大腿部骨転子間骨折	0
	上肢骨折	230
	下肢骨折	67
	抜釘術	107
	関節鏡	77
	その他	258
	鎖骨骨折	9
	脊椎	頸椎 21
	脊椎	胸椎 13
	脊椎	腰椎 60
	脊椎	その他の腰椎 0
	小 計	963
泌尿器科	小線源	42
	TUR-P	4
	TUR-BT	40
	破碎	50
	その他	231
	小 計	367
脳神経外科	脳出血	1
	硬膜下血腫	25
	脳動脈瘤	1
	その他	24
	小 計	51
眼科	白内障手術	310
	緑内障手術	1
	硝子体手術	16
	眼瞼手術	0
	その他	8
	小 計	335
内科	内シャント	11
	ESD	9
	その他	3
	小 計	23
歯科		86
	小 計	86
合 計		2,676

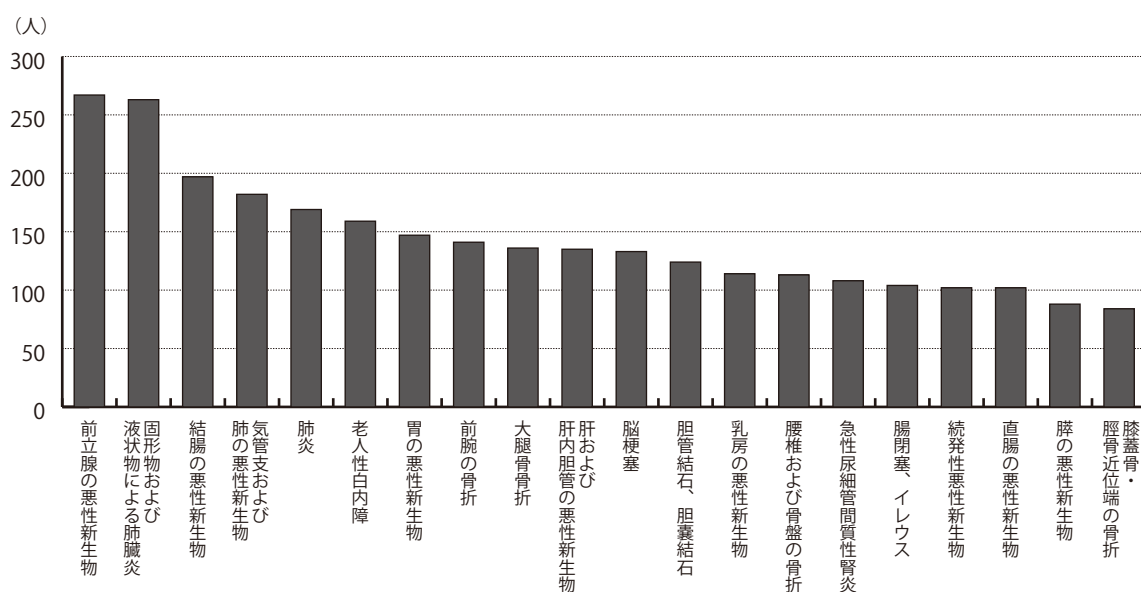


		2014	2015	2016	2017	2018	2019
上部消化管内視鏡 総計		2,606	2,811	3,035	2,888	3,087	3,108
下部消化管内視鏡 総計		1,223	1,348	1,143	1,176	1,156	1,211
小腸内視鏡 総計		68	91	70	63	73	45
合計		3,897	4,250	5,148	4,127	4,316	4,364
内訳	内視鏡的狭窄部拡張術	45	63	63	33	26	85
	内視鏡的胃・食道静脈瘤治療(EVL・EIS)	21	9	12	24	7	4
	粘膜下層剥離術(ESD)	131	137	156	164	143	96
	内視鏡的消化管止血術	167	160	144	142	116	91
	胃ろう造設術	37	26	21	37	35	38
	粘膜切除術(EMR・ポリペクトミー)	434	552	631	577	593	636
	胆管・膵管系内視鏡(ERCP・EST・ERBD等)	148	163	159	188	255	175
	小腸ダブルバルーン内視鏡	38	50	54	31	54	45
	カプセル内視鏡	17	29	16	32	42	53
	内視鏡的消化管ステント留置術	15	15	19	27	14	14
	内視鏡的消化管異物除去	12	18	3	17	33	25
	その他	84	82	72	96	115	53

主要疾患別退院患者数

3桁分類	病 名	退院患者数
C61	前立腺の悪性新生物	267
J69	固形物および液状物による肺臓炎	263
C18	結腸の悪性新生物	197
C34	気管支および肺の悪性新生物	182
J18	肺炎	169
H25	老人性白内障	159
C16	胃の悪性新生物	147
S52	前腕の骨折	141
S72	大腿骨骨折	136
C22	肝および肝内胆管の悪性新生物	135
I63	脳梗塞	133
K80	胆管結石、胆嚢結石	124
C50	乳房の悪性新生物	114
S32	腰椎および骨盤の骨折	113
N10	急性尿細管間質性腎炎	108
K56	腸閉塞、イレウス	104
C79	続発性悪性新生物	102
C20	直腸の悪性新生物	102
C25	膵の悪性新生物	88
S82	膝蓋骨・脛骨近位端の骨折	84

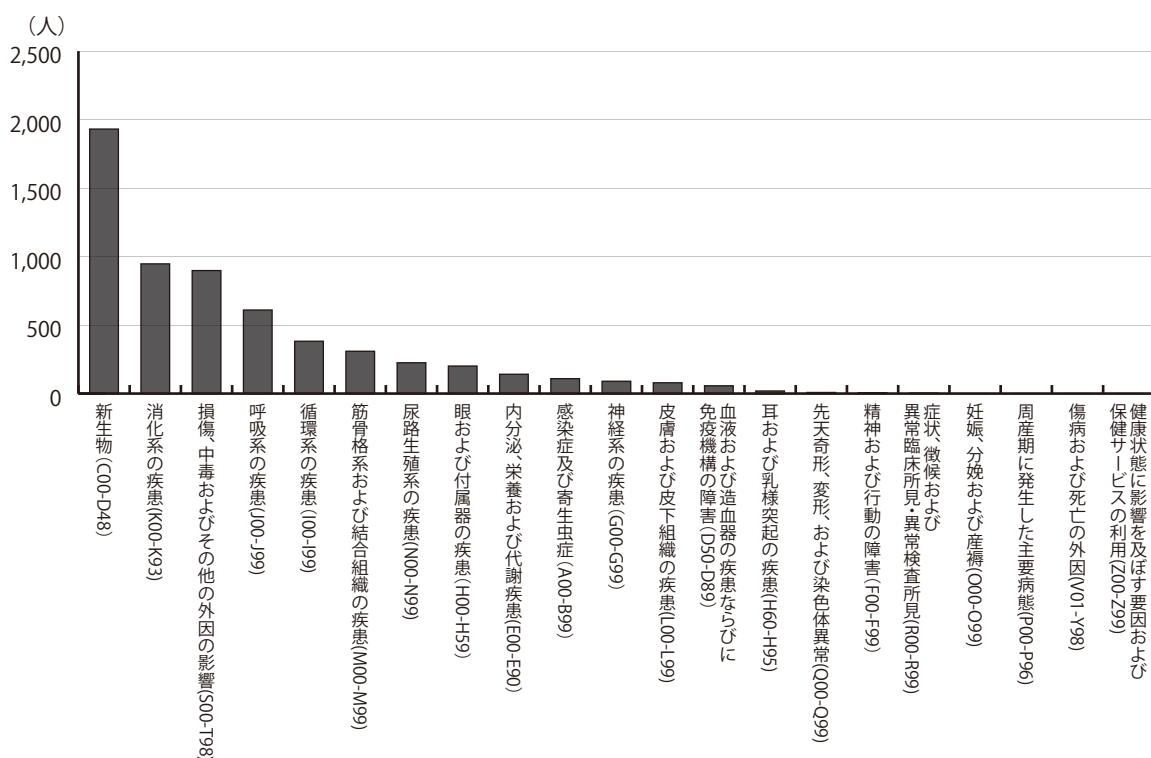
令和元年度 主要疾患(上位20種)別退院患者数



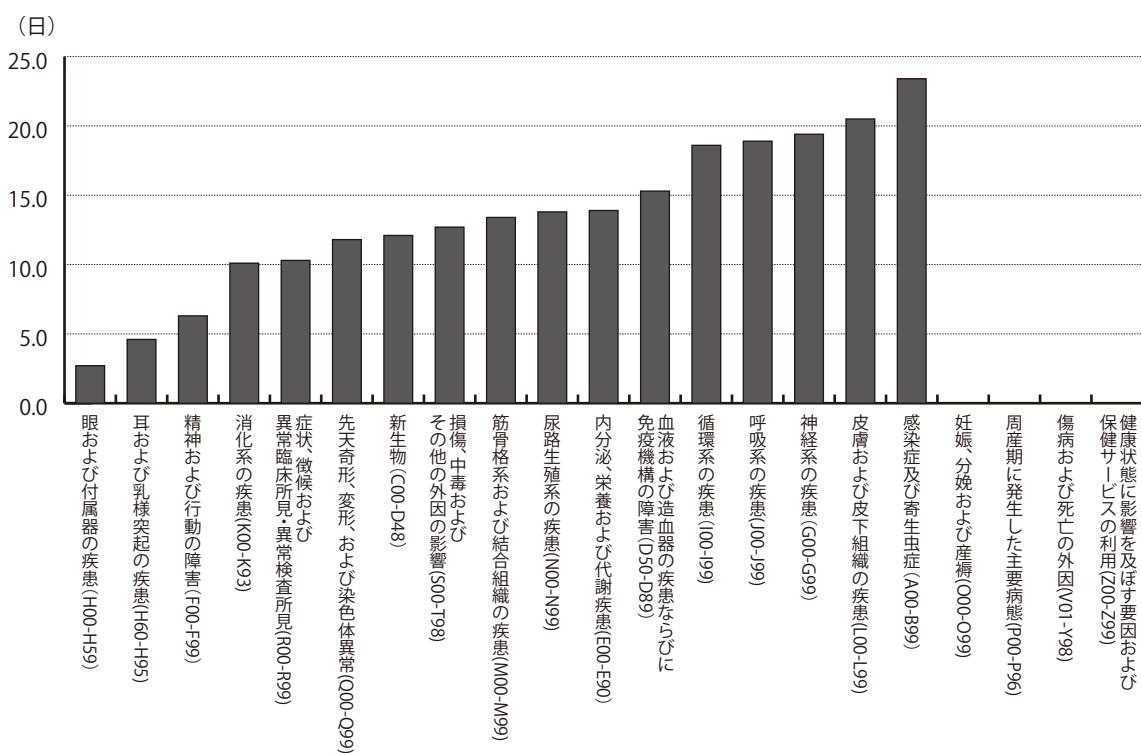
疾患分類別退院患者数・平均在院日数

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)	109	23.4
II	新生物(C00-D48)	1,931	12.1
III	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害(D50-D89)	57	15.3
IV	内分泌、栄養および代謝疾患(E00-E90)	141	13.9
V	精神および行動の障害(F00-F99)	6	6.3
VI	神経系の疾患(G00-G99)	90	19.4
VII	眼および付属器の疾患(H00-H59)	201	2.7
VIII	耳および乳様突起の疾患(H60-H95)	19	4.6
IX	循環系の疾患(I00-I99)	382	18.6
X	呼吸系の疾患(J00-J99)	610	18.9
X I	消化系の疾患(K00-K93)	947	10.1
X II	皮膚および皮下組織の疾患(L00-L99)	79	20.5
X III	筋骨格系および結合組織の疾患(M00-M99)	309	13.4
X IV	尿路生殖系の疾患(N00-N99)	225	13.8
X V	妊娠、分娩および産褥(O00-O99)	-	-
X VI	周産期に発生した主要病態(P00-P96)	-	-
X VII	先天奇形、変形、および染色体異常(Q00-Q99)	8	11.8
X VIII	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見(R00-R99)	3	10.3
X IX	損傷、中毒およびその他の外因の影響(S00-T98)	898	12.7
X X	傷病および死亡の外因(V01-Y98)	-	-
X X I	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)	-	-

令和元年度 疾患分類別退院患者数



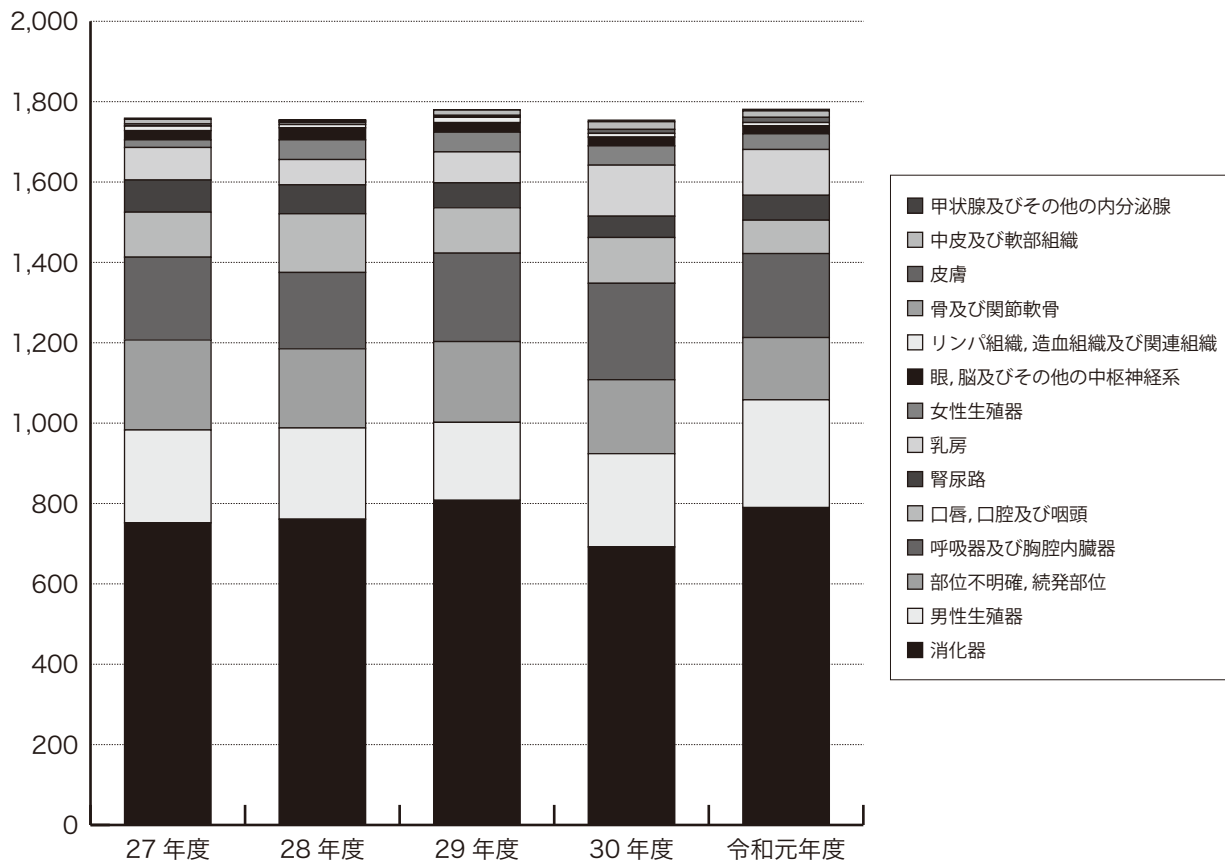
令和元年度 疾患分類別平均在院日数



がん症例退院患者数

原発部位	27年度	28年度	29年度	30年度	令和元年度
消化器	752	761	808	692	790
男性生殖器	231	227	194	232	268
部位不明確、続発部位	224	197	201	184	155
呼吸器及び胸腔内臓器	206	190	220	240	209
口唇、口腔及び咽頭	112	146	113	114	83
腎尿路	80	72	62	53	62
乳房	81	63	77	127	114
女性生殖器	19	49	49	48	39
眼、脳及びその他の中枢神経系	23	30	24	22	20
リンパ組織、造血組織及び関連組織	11	8	13	9	8
骨及び関節軟骨	1	5	3		
皮膚	5	3	2	10	13
中皮及び軟部組織	11	2	13	19	16
甲状腺及びその他の内分泌腺	3	2	1	4	4
合計	1,759	1,755	1,780	1,754	1,781

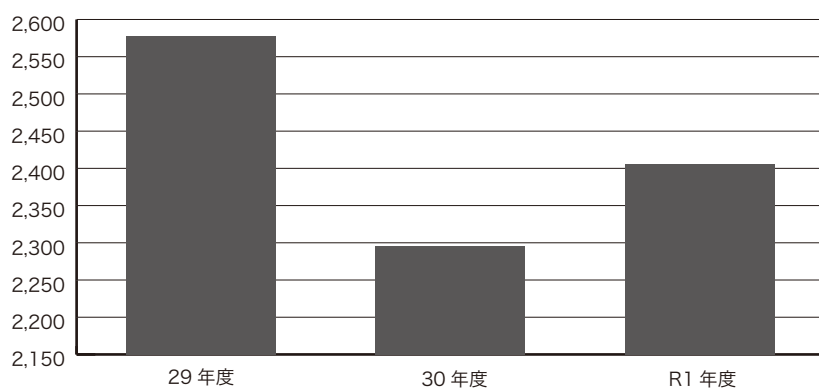
部位別がん症例退院患者数推移



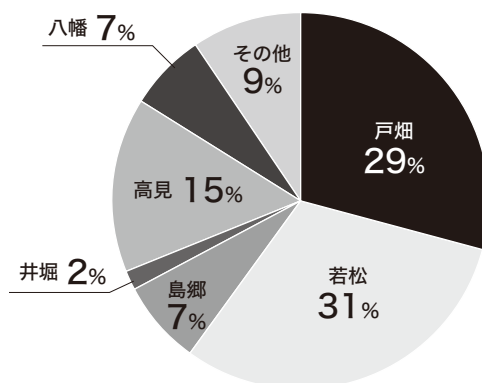
救急隊別救急車搬入実績

	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
29年度	344	509	289	415	56	98	204	253	68	83	1	1	140	117	1102	1476
	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	1325
	751		691		153		33		334		121		213		2,296	
R1年度	293	414	259	479	64	111	28	16	145	215	63	95	111	113	963	1443
	707		738		175		44		360		158		224		2,406	
R1年度 月平均	24.4	34.5	21.6	39.9	5.3	9.3	2.3	1.3	12.1	17.9	5.3	7.9	9.3	9.4	80.3	120.3
	58.9		61.5		14.6		3.7		30.0		13.2		18.7		200.5	

救急車搬入合計

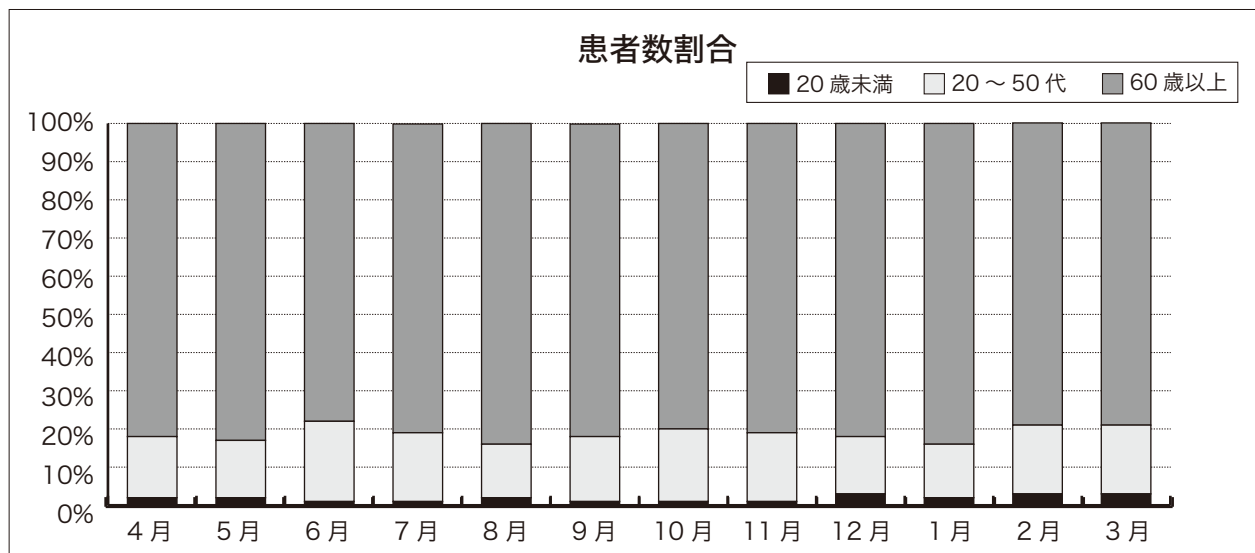
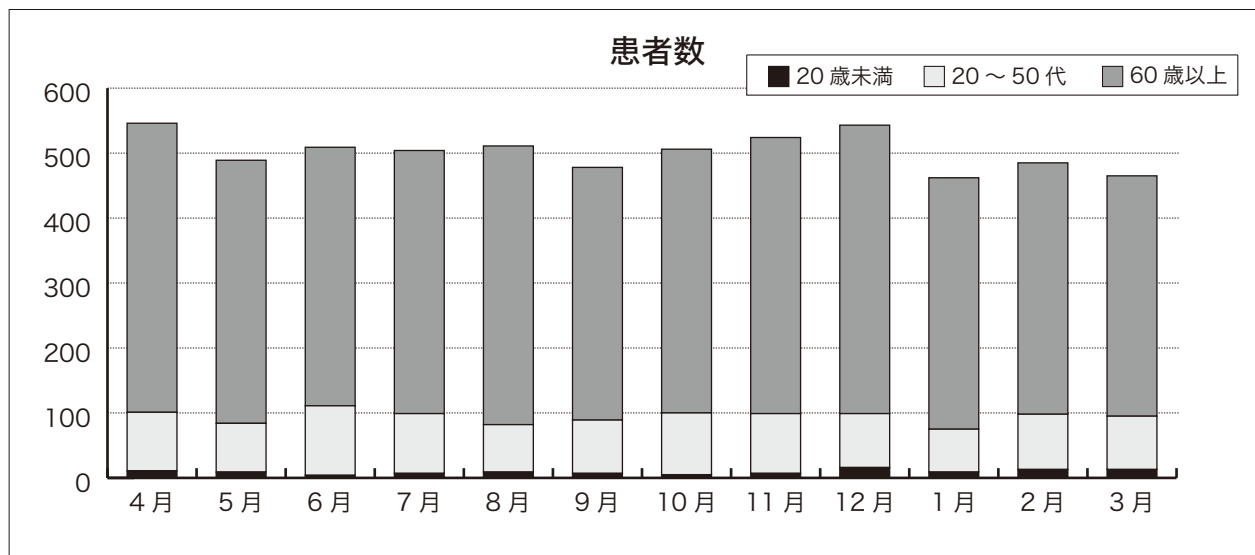


R1年度平均搬送数割合



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	2	2	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	8
10代	9	7	4	6	8	7	5	7	16	8	13	12	102
20代	13	7	14	10	12	10	9	11	9	5	11	4	115
30代	14	12	13	13	11	7	9	11	7	11	9	12	129
40代	23	18	25	25	20	21	25	22	23	14	17	22	255
50代	40	38	55	44	30	44	52	48	44	36	48	44	523
60代	92	84	98	95	112	78	90	103	108	89	98	87	1,134
70代	159	137	134	153	145	140	135	146	128	137	128	130	1,672
80代	137	131	114	111	121	129	134	117	148	106	116	99	1,463
90代	53	52	51	46	49	42	44	57	59	54	44	53	604
100代	4	1	1	0	2	0	3	2	1	1	1	1	17
計	546	489	509	504	511	478	506	524	543	462	485	465	6,022



学術業績（論文発表）

「宿便性腸閉塞による横行結腸限局狭窄型虚血性大腸炎の1例*」

吉本裕紀／戸畑共立病院 外科

共同演者：松村 勝¹⁾ 石橋慶章¹⁾ 西村太郎¹⁾ 森光洋介²⁾ 内山大治³⁾ **

1)戸畑共立病院 外科、2)同 病理診断科、3)同 画像診断センター

【はじめに】

虚血性大腸炎(ischemic colitis:IC)は臨床経過から一過性型、狭窄型、壊死型に分類されていた¹⁾が、現在では壊死型を除いた2型に分類されている。本邦で主に用いられている飯田らの分類²⁾では、治癒固定期X線像において病変部の最狭小管腔幅と隣接正常大腸の管腔幅の比を計算し、その値が70%未満を狭小型、70%以上を一過性型と判断している²⁾。しかし、慢性期においては腸閉塞を起こすような高度な狭窄を起こすか否かの判断のみが実临床上重要であると考えられる。

今回その手術適応・手術時期に非常に難渋した高度便秘による狭窄型ICに対して手術を行った症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】

症 例 70歳、女性。

主 訴：嘔吐、腹部膨満感。

既往歴：帝王切開にて下腹部正中切開の手術痕と高血圧症、2型糖尿病、高脂血症、便秘症があった。現病歴：上記の主訴にて救急外来を受診した。腹部膨隆は著明であったが、明らかな腹膜刺激症状はなかった。精査の結果、宿便性腸閉塞の診断で緊急入院となった。入院後、緩下剤にて排便がありすぐに症状は軽快したが、WBC18,490/ μ l、CRP 27.90 mg/dlと著明な炎症所見を認めた。下血などもなく約5日間の入院で軽快退院となった。退院約1ヵ月後に器質的病変除外のため下部消化管内視鏡検査を行ったところ、横行結腸に縦走潰瘍を伴う狭窄を認めた。注腸検査でも横行結腸中央部に約15cmにわたり狭窄を認めた。1週間後に腸閉塞症状が増悪し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ため、緊急入院となった。

キーワード：宿便性腸閉塞，虚血性大腸炎，横行結腸狭窄

* A case of stricture type ischemic colitis in the transverse colon caused by fecal bowel obstruction

要旨は第31回日本内視鏡外科学会にて発表した。

** Y.Yoshimoto(部長)，M.Matsumura(医長)，Y.Ishibashi，T.Nishimura<外科>，Y.Morimitsu(部長)<病理診断科>，T.Uchiyama(部長)<放射線科>：戸畑共立病院(☎804-0093 北九州市戸畑区沢見2-5-1)。

入院時検査所見：身長146cm、体重48kg、血液検査ではWBC8,640/ μ l、CRP0.64mg/dl、Hb 12.0 g/dlであった。

CT所見：初回入院時には結腸全体に著明な拡張(図1)を認めた。1ヵ月後には腸管壁は肥厚し、内腔は狭窄していた(図2)。

注腸検査所見：横行結腸に15cmにわたり比較的長い偏側性

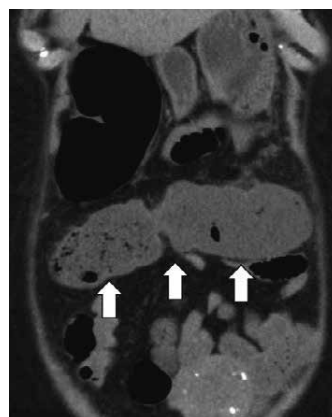


図1.初回入院時CT

結腸はびまん性に高度拡張(矢印)している。

理後機能的端々吻合にて結腸吻合を行った。手術時間3時間10分、出血量10 mlであった。摘出標本肉眼所見：結腸壁は肥しており、結腸紐に沿って二条の縦走潰瘍が認められた(図4)。

病理所見：狭窄を示す結腸壁にはUL I～IIまでの二条の縦走潰瘍が認められ、潰瘍底は毛細血管に富む炎症性肉芽組織におおわれていた。出血、ヘモジデリン沈着がみられ、粘



図3. 下部消化管造影

発症1ヵ月後には比較的長い偏側性狭窄(矢印)とその対側にsacculum(タッシュェ) [円内]がみられる。

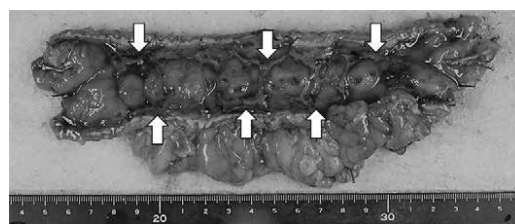


図4. 摘出標本

UL I～IIの2条の縦走潰瘍(矢印)が認められる。

狭窄と結腸紐に沿って縦走潰瘍が形成され、その対側に偽憩室(タッシュェ)が認められた(図3)。

以上より、宿便性腸閉塞による横行結腸限局狭窄型ICの診断にて腹腔鏡下横行結腸切除を施行した。手術所見：横行結腸は高度肥厚硬化しており周囲の脂肪織の炎症が認められた。結腸の正常なところで切除を行い、腸間膜を処

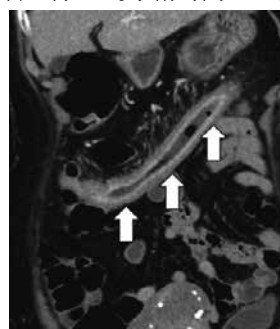


図2.発症1ヵ月後CT

横行結腸中央部に壁肥厚と狭窄(矢印)を認める

膜下、固有筋層の肥厚が目立ち狭窄型ICと診断された。

術後経過：術後第2病日から食事摂取を開始した。便秘予防のためlubiprostone投与を開始し、大きな問題なく術後第11病日に退院となった。

【考察】

ICの病因は不明であるが、諸家の症例の蓄積と詳細な分析の結果、腸管側因子の保有率は約60～80%と高値で³⁻⁵⁾、逆に心臓血管系の血管側因子を有する症例は20～30%前後と低値であった^{6,7)}。1984年野村らは、動物実験(家兎)において実験的に腸管内圧30mmHg まで上昇させると結腸紐付着側の粘膜血流が非付着側と比較し著明に低下することを報告し、ICの縦走潰瘍が結腸紐付着側に好発するという臨床的事実の裏づけになるとし、ICの成因の一つが腸管内圧の上昇が関与していると推測した⁸⁾。本例でも宿便性腸閉塞による腸管壁の血流低下の後に横行結腸に限局性に完全狭窄にいたるIC を発症しており、腸管側因子の関与が大きく示唆された。

本例は比較的血流良好といわれている横行結腸の中央付近が虚血から狭窄にいたっており、きわめてまれな症例であると思われた。医学中央雑誌にて1980～2019年の期間で「虚血性腸炎」、「横行結腸」をキーワードに検索したところ、一部横行結腸を含む症例はあるものの、横行結腸限局のICの報告は検索できなかった。大川らは、ICの発症においては腸管側因子では狭窄型と一過性型の差はなかったが、血管側因子に関しては狭窄型が一過性型に対して優位に多かったことより、ICの病因としては腸管側因子が本質的なものであり、血管側因子が関与した場合に狭窄型などの重症型になると推論している⁷⁾。本例も初回入院時のCT検査で結腸はびまん性に高度の拡張がみられたが、横行結腸間膜のみに絞扼性の所見が認められたことより、腸管内圧上昇による腸管側因子と絞扼による血管側因子が関与し高度狭窄にいたったと考えられた。

ICの治療方針は一般的には対症療法が基本であり、炎症所見が強ければ、入院して補液や抗生物質投与が必要になる。治療遷延例ではステロイド投与⁶⁾ やprostaglandin E1 の持続的静脈投与⁹⁾ が奏効したという報告などがあり、狭窄型に対する治療としてバルーン拡張術^{10,11)} が有効であったとの報告もある。一過性型はほぼ保存的に軽快するが、手術が必要になるかもしれない高度狭窄型をどのように鑑別しいつ手術するかはまだ議論の残るところである。実際慢性期に手術が必要になる症例もそれほど多くないため諸家の報告では手術適応・手術時期などに関する記載は非常に少ない。内視鏡像による狭窄型と一過性型の区別は、発症から2週間以上経過しないと不可能といわれている^{2,7)}。またX線検査では虚血の強弱によって、あるいは時間的経過によって形態は大きく変化し、高度のものでは狭窄、タツシェ、潰瘍性瘢痕などの所見を長期にわたって残すといわれている¹²⁾。岩下らは本症の病理形態像の経時的変化を狭窄型IC症例の手術・剖検切除標本の検討によって、はじめびまん性出血病変として認められ、まもなく不規則な形状をとるものの縦走傾向を示す潰瘍性病変となり、慢性期には明らかな縦走潰瘍(瘢痕)へと変化すると報告している¹³⁾。では、腸管の残存炎症の予後をどの程度の期間観察すると判断できるのか。一過性型では3週目以降に全周性病変を呈するものはなく、5週目

以降に縦走性病変を呈するものはなかったと報告されている⁷⁾。菊池らの報告でも内科的治療で治癒した症例は5週以内に軽快していた⁶⁾。本例でも発症後5週目に完全狭窄になり、手術的治療が選択された。以上より、菊池らが述べているように発症5週を一つの目安として内科治療を継続するか手術的治療を施行するのか判断するのは妥当であると思われる⁶⁾。手術適応としては、その時点で高度の炎症が残存する場合、狭窄による通過障害が出現する場合、また全身状態の改善がみられない場合とするのが適当であると考えられた。

従来ICの再発はきわめてまれとされていたが、最近では再発例が散見され、約9～12%前後の再発率があるといわれている^{14,15)}。よって、腸管側因子がICの原因と考えられた症例は本例のごとく術後や軽快後の下剤の積極的使用を考慮すべきであると考えられた。

【おわりに】

宿便性腸閉塞による横行結腸限局狭窄型虚血性大腸炎に対して手術を行ったので、若干の文献的考察を加えて報告した。

内科的検査・治療についてご助力いただいた戸畑共立病院消化器病センター・宗祐人先生、今村健太郎先生に深謝する。

文献

- 1) Marston A, Pheils MT, Thomas ML et al: Ischemic colitis. Gut 7:1-15, 1966
- 2) 飯田三雄:虚血性大腸炎のX線・内視鏡像の推移. 医のあゆみ 147:434-438, 1988
- 3) 広岡大司, 大地宏昭, 片岡伸一ほか:大腸X線診断の現在 炎症性疾患—虚血性大腸炎. 臨放35:1193-1203, 1990
- 4) 山腰英紀, 金井忠男, 栗原浩幸ほか:虚血性大腸炎46例の臨床的検討. 日本大腸肛門病会誌55:307-312, 2002
- 5) 小林 晃, 畑 泰司, 山本浩文ほか:虚血性大腸炎22例の臨床的検討. 日臨救急医学会誌 20:529-533, 2017
- 6) 菊池隆一, 高野正博, 藤好建史ほか:虚血性大腸炎の臨床的検討と治療方針. 日本大腸肛門病会誌 47:23-30, 1994
- 7) 大川清孝, 青木哲哉, 上田 渉ほか:虚血性大腸炎の臨床像. 胃と腸 4:1689-1702, 2013
- 8) 野村幸治:虚血性大腸炎に関する臨床的, 実験的研究(2)—虚血性大腸炎の実験的研究—大腸粘膜血流測定による成因論の考察. Gastroenterol Endosc 26:641-648, 1984
- 9) 木村聖路, 鈴木和夫, 相沢 中ほか:Prostaglandin E1投与が治癒を促進した狭窄型虚血性大腸炎の1例. Gastroenterol Endosc 42:1323-1331, 2000
- 10) 棟方正樹, 葛西雅治, 今 勝哉ほか:内視鏡的バルーン拡張術が有効であった狭窄型虚血性大腸炎の1例. Gastroenterol Endosc 44:1850-1855, 2002
- 11) 辻川知之, 藤井 誠, 古川 顕:臓器から見た血栓・塞栓症—腸間膜動脈血栓・塞栓症/虚血性腸炎. 臨と研 92:328-332, 2015

- 12) 狩谷 淳, 西沢 護: 虚血性大腸炎のX線診断.
日本大腸肛門病会誌 34:617-623, 1981
- 13) 岩下明德, 住吉金次郎, 桜井 剛: 虚血性大腸炎一組織像からみた成因について. 病理と臨 2:193-206, 1984

- 大腸炎の3例. 日消誌 87:1217-1222, 1990
- 15) 小田秀也, 洲上忠彦, 平川雅彦ほか: 虚血性大腸炎の長期経過—狭窄型, 再発例を中心に. 日本大腸肛門病会誌 49:554-566, 1996

「急性リンパ性白血病治療中に発症した抗真菌薬抵抗性肺ムコール症に対し外科的切除を行った一例」

新地 祐介／熊本大学病院 呼吸器外科

共同演者: 林亨治

戸畑共立病院 呼吸器外科

【要旨】

急性リンパ性白血病(ALL)の治療中に発症した抗真菌薬抵抗性の肺ムコール症に対し、外科的切除で順調な経過を辿った症例を経験したため報告する。症例は63歳女性。ALLに対する治療開始後22日目に、発熱と呼吸苦症状があり、CTで左肺上葉に広範なすりガラス影を認め、真菌感染を疑い、Micafungin(MCFG)を投与開始した。MCFG投与開始後のCTで右肺にもすりガラス影が出現した。69日目に肺生検でムコール症と診断し、MCFGからLiposomal amphotericin Bへ変更したところ、右肺の陰影は改善を認めた。しかし左肺の病変については改善がなく、左肺全摘術を施行した。術後経過は非常に良好で、ムコール症の再発はない。肺切除範囲によらず、ALL治療中に発症した抗真菌薬抵抗性の肺ムコール症について、早期外科的治療の有効性が示された。

索引用語: 肺ムコール症, 肺全摘術, 急性リンパ性白血病, 外科的治療

pulmonary mucormycosis, pulmonary pneumonectomy, acute lymphoblastic leukemia, surgical treatment

【はじめに】

ムコール症は日和見型深在性真菌症の一つであり、重篤な免疫不全の存在下で発症する。特徴的な臨床症状に乏しく、また実用化された血清診断がないため診断が難しい。確定診断には病理学的検査を要するが、その検体を得ることもしばしば困難である。

今回我々は、急性リンパ性白血病(ALL)の治療中に、左肺に発症した肺ムコール症を生検で確定診断し、比較的早期に病変の外科的治療を行い、適切な抗真菌薬の投与継続できわめて順調な経過を辿った症例を経験したので報告する。

【症例】

症例: 63歳、女性。

主訴: 全身倦怠感。

既往歴: 胆石症に対し胆嚢摘出術。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 入院2週間ほど前より全身倦怠感が持続し、近医を受診。その際の血液検査にて白血球 $130800/\mu\text{l}$ と異常高値を認めたため、当院血液・腫瘍内科を紹介受診となった。入院時身体所見: 身長156 cm, 体重45.6 kg, 体温 37.6°C 、脈拍数74回/分, 血圧147/83 mmHg, SpO₂ 96%(室内気)。明ら

かな肺雑音・心雑音なし。表在リンパ節は触知しない。四肢に浮腫を認めず、眼球結膜に黄染なし。口腔内出血や咽頭発赤なし。腹部平坦軟、腸蠕動の亢進や消失なし。

入院時血液検査: <血算> WBC $135820/\mu\text{l}$, RBC $491 \times 104/\mu\text{l}$, Hgb 14.3 g/dl, Hct 42.4%, PLT $4.7 \times 104/\mu\text{l}$ 血液生化学> TP 7.3 g/dl, Alb 4.4 g/dl, AST 72 U/L, ALT 42 U/L, LDH 2101 U/L, CK 69 U/L, Na 138 mEq/ml, K 4.4 mEq/ml, Cl 100 mEq/ml, Ca 9.7 mg/dl, BUN 18.0 mg/ml, Cre 0.71 mg/ml, eGFR 63.5 ml/min/1.73 m², CRP 4.26 mg/dl。

入院後経過: 骨髄検査にてPhiladelphia 染色体陽性

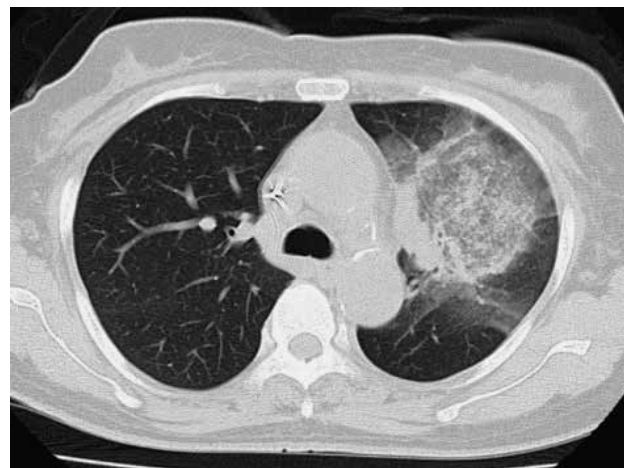


Fig.1 Chest CT on day 22 after commencement of treatment for ALL showing an infiltrative shadow in the left upper lung lobe.



Fig.2a Chest CT on day 49 after commencement of treatment for ALL showing a cavity and fungus ball-like findings in the left upper lung lobe.



Fig.2b Chest CT on day 62 after commencement of treatment for ALL showing faint ground-glass opacities (△) in the right lung.

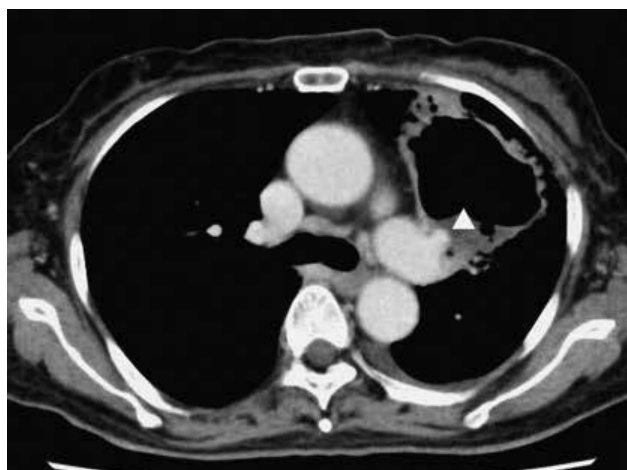


Fig.3 Chest CT on day 75 after commencement of treatment for ALL showing the lesion expanding to the proximal part of the anterior segmental artery (A3; △) of the left lung.

ALLと診断し、寛解導入療法を開始した。治療から22日目に、発熱・呼吸苦を訴えたため、CT を撮影したところ左肺上葉に広範なすりガラス影を認めた(Fig.1)。細菌感染に加え真菌感染の合併を疑い、Tazobactam/piperacillinおよびMicafungin(MCFG)による治療を開始した。その後も白血病と感染症に対する治療を続けたが、49日目のCTで左肺上葉のすりガラス影周囲に空洞が形成され(Fig.2a)、対側肺にもすりガラス影が出現したため(Fig.2b)、感染症に対する治療効果が不十分と判断した。左肺の病変に対しCTガイド下肺生検を行い、病理検査で肺ムコール症と診断し、抗真菌薬をMCFG からLiposomal amphotericin B(L-AMB)へ変更した。その後、右肺のすりガラス影は改善したが、左肺の病変は改善に乏しく、外科的切除の方針となり、当科紹介となった。術前CTで左肺上葉の病巣と胸壁の強固な癒着が示唆され、術中の癒着剥離の際に病巣の開放、菌塊の露出を危惧し、

安全な剥離、切除、摘出には鏡視下手術よりも開胸手術が望ましいと判断した。また、術前CTで、病巣が左肺動脈A3 根部まで及んでおり(Fig.3)、肺動脈形成を伴う左肺上葉切除術もしくは左肺全摘術のいずれかが考えられたが、手術時間や術期合併症等を考慮し、白血病治療をできるだけ早期に再開するため、左肺全摘術を選択した。

手術所見：左第5肋間前側方開胸で左肺全摘術を行った。左肺上葉の病巣と壁側胸膜が広範囲に癒着しており、術前の予測通り、左肺動脈A3の処理は困難であった。しかし、肺動脈本幹近位部への炎症の波及は比較的軽く、処理が可能と判断し、予定通り左肺全摘術を行った。また、気管支断端は弁状に剥離した心膜脂肪組織で被覆した。手術時間2時間7分、出血量540mlで、病巣の開放による術野汚染もなく、手術を終了した。また、出血量はやや多くなっているが、胸水を含む量であり、出血は胸壁の癒着剥離部からが主で、真の出血量は多くなく、また止血に難渋するものではなかった。

術後病理検査：左肺上葉中央部に最大径7cmの空洞を認め、内部には血液を多量に含んだ壊死組織が存在していた。空洞周囲の肺は硬化しており、含気は認めなかった(Fig.4)。組織学的には、空洞内の壊死物は出血性梗塞に陥った肺組織で、壊死物内には血管構造内に真菌が充満する像が多数みられ、血管好性のムコールによる出血性梗塞像と考えられた(Fig.5a)。辺縁部には多量の菌糸を認め、これらはグロコット染色で弱陽性を示し(Fig.5b)、ムコールに矛盾しない形態であった。

術後経過：合併症もなく経過は良好で、術後4日目に血液・腫瘍内科に転科し、ALLの治療を再開した。左肺全摘術後ということもあり、強力な化学療法は行わず、術前に内服していたイマチニブの内服を再開した。また、術後34日目までL-AMBの投与を継続したが、投与終了後もムコール症の再燃なく、術後42日目に自宅退院となった。術後2年以上経過した現在、肺ムコール症の再燃もなく、ALLは寛解しており、現在は外来で経過観察中である。

肺ムコール症に対し外科的切除を行った一例



Fig.4 Macroscopic appearance of the lesion in the resected left lung. Hemorrhagic and necrotic tissue and a cavity are visible.

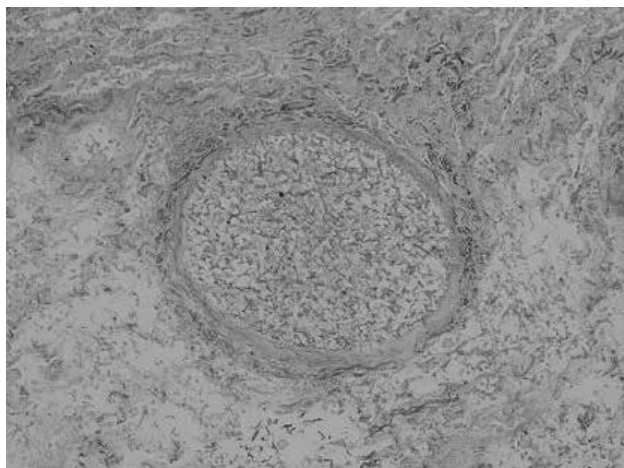


Fig.5a Photomicrograph showing the blood vessels in the infarct area positive for Grocott's methenamine-silver stain (×40).

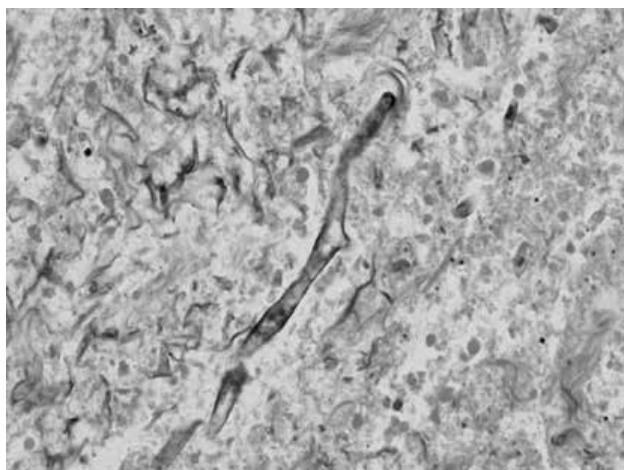


Fig.5b Photomicrograph showing weakly positive Grocott's methenamine-silver staining (×400).

【考察】

人に病原性を有する接合菌は大きく2 つに大別され、ムコール目またはエントモフトラ目のいずれかに属するが、エントモフトラ目は、熱帯アフリカ、南アジア、南アメリカを主とした分布を示し、かつ通常は日和見感染の形態をとらない。そのため、本邦での接合菌による感染症のほとんどはムコール目が原因となるため、ムコール症は接合菌症と同義に扱われることが多い¹⁻⁵⁾。顕微鏡的にはアスペルギルスが隔壁を有しY字形に分枝するのに対し、接合菌は隔壁がなくT字形に分枝し幅が一定しない脆弱な感じの菌糸として認められる^{1,3-5)}。

発症するとアスペルギルスと同じく血管侵襲性を有し、ムコール症に特異な症状、画像所見に乏しいため^{1,4,6-8)}、侵襲性アスペルギルス症との鑑別が難しい^{3,6,7,9,10)}。また、実用化された血清診断がなく、血液培養からも通常検出されないことから診断をより困難なものにしており、生検や外科的切除による診断が一般的である^{1,3,5,6,8,10-14)}。

接合菌は自然界に広く分布し他の真菌と同様に空中にも

浮遊しているが、感染症成立には宿主要因が強く関係し、何らかの免疫不全の存在下で発症することがほとんどである^{1-12,14)}。また近年では血液悪性疾患に対する予防的抗真菌薬投与中に発症するbreakthrough infection としても注目されている³⁾。

免疫不全症例に合併した場合、通常経過が急速で予後は極めて不良であるが、重篤な基礎疾患がない場合、慢性的な経過を取る症例も報告されている。また、早期診断、適切な抗真菌薬投与および外科的切除が予後を良好にするという報告^{3,8,13)}や、内科的治療よりも手術が可能な状態であれば、完全切除にて予後を改善できるとする報告が多い^{1,4,7,9-11,14)}。そのため、ムコール症を疑う肺真菌症においては、早期から外科的治療介入を念頭に置いた治療戦略が重要である。

本症例では、対側肺である右肺にも陰影が出現したが、肺生検を行い、ムコール症と診断し、直ちに抗真菌薬を変更したことで、右肺の陰影が改善を認め、抗真菌薬の効果が乏しい左肺上葉の病巣に対し、比較的早期に切除を行い、良好な経過を得ることができた。また、術前CTで左肺動脈A3 根部に病変が及んでおり、手術方法として肺動脈形成を伴う左肺上葉切除術または左肺全摘術が考えられた。肺動脈浸潤を認める肺癌症例において、肺機能の温存のために肺動脈形成を伴う肺葉切除術を施行することもあり¹⁵⁾、本症例のような非腫瘍性病変に対する外科的治療戦略としても検討されるべきである。しかし、肺動脈形成を伴う肺葉切除術は、肺機能温存により術後のQuality of life を保つ一方で、致命的合併症である気管支肺動脈瘻などのリスクがある¹⁵⁾。本症例については、ALLに対する治療の早期再開が最大の目的であり、手術時間や周術期合併症等を考慮し、今回我々は左肺全摘術を選択した。ただ本症例においては、左肺の陰影出現時に、経験的治療として、深在性真菌症の主たる原因であるカンジダ症とアスペルギルス症¹⁶⁾をカバーするMCFGでの治療を開始したが、その時点で肺ムコール症の可能性も考え、より早期に生検を行い、確定診断をつけていれば、肺全摘術を回避し、低侵襲な外科的治療で治癒した可能性、もしかすると抗真菌薬治療のみでも改善した可能性があり、今回反省させられる点である。

本症例については、術後2 年以上経過した現在、白血病は寛解状態であり、ムコール症の再発も見られないことから、抗真菌薬抵抗性を認めた時点で、生検による確定診断後直ちに、肺ムコール症に対し、抗真菌薬を変更し、早期に外科的切除を選択したことは正しかったと考えている。

【結語】

ALL の治療中に発症した抗真菌薬抵抗性の肺ムコール症に対し、生検後早期に外科的治療を行うことで、順調に経過した症例を経験した。本症例のように、ALL治療中に発症した抗真菌薬抵抗性の肺ムコール症については、できるだけ早期に確定診断し、外科的に治療介入することが重要である。

【利益相反】

本論文について報告する利益相反はない。

文献

1. 南憲司、岩崎拓也、武本智樹、廣畑健。健康成人の自然気胸に合併した肺ムコール症の一例。日呼外会誌2011; 25: 667-71。
2. 古市祥子、高橋典明、庄田利明、丸岡秀一郎、林伸一、大森千春、他。気管支鏡下肺生検で診断しえた肺ムコール症の3例。気管支支2000; 22: 109-14。
3. 森健、八幡悠里子、築根豊。Zygomycosis(接合菌症)。Med Mycol J 2011; 52: 283-9。
4. 花岡俊仁、鈴木宏光、中川和彦、福原哲治、小林一泰、佐伯英行、他。喀血を繰り返した肺ムコール症の1切除例。日臨外会誌2010; 71: 62-6。
5. 尾崎良智、寺本晃治、藤野昇三。無症状で経過した菌球型肺ムコール症の1切除例。日臨外会誌2009; 70: 686-90。
6. Tedder M, Spratt JA, Anstadt MP, Hegde SS, Tedder SD, Lowe JE. Pulmonary mucormycosis: Results of medical and surgical therapy. Ann Thorac Surg 1994; 57: 1044-50。
7. McAdams HP, Rosado de Christenson M, Strollo DC, Patz EF Jr. Pulmonary mucormycosis: Radiologic findings in 32 cases. AJR Am J Roentgenol 1997; 168: 1541-8。
8. Bigby TD, Serota ML, Tierney LM Jr, Matthay MA. Clinical spectrum of pulmonary mucormycosis. Chest 1986; 89: 435-9。
9. 菊地柳太郎、磯和理貴。白血病の化学療法中に発生した肺ムコール症の一例。日呼外会誌2005; 19: 60-5。
10. Conzalez CE, Couriel DR, Walsh TJ. Disseminated zygomycosis in a Neutropenic patient: Successful treatment with amphotericin B lipid complex and granulocyte colony-stimulating factor. Clin Infect Dis 1997; 24: 192-6。
11. Cuvelier I, Vogelaers D, Peleman R, Benoit D, Van Marck V, Offner F, et al. Two cases of disseminated mucormycosis in patients with hematological malignancies and literature review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1998; 17: 859-63。
12. Lee FY, Mossad SB, Adal KA. Pulmonary mucormycosis: The last 30 years. Arch Intern Med 1999; 159: 1301-9。
13. Kontoyiannis DP, Wessel VC, Bodey GP, Rolston KV. Zygomycosis in the 1990s in a tertiary-care cancer center. Clin Infect Dis 2000; 30: 851-6。
14. 床島真紀、芦谷淳一、松元信弘、中里雅光。糖尿病性ケトアシドーシスに合併した両側肺ムコール症の1例。感染症誌2007; 81: 582-5。
15. 杉山茂樹、美濃一博、橋本勇一、池谷朋彦、原祐郁、小山信二、他。肺動脈形成を伴う肺葉切除術と肺摘除術について。日呼外会誌1996; 10: 563-9。
16. 山口英世。真菌症とくにカンジダ症とアスペルギルス症の血清診断の進歩。日医真菌会誌2002; 43: 215-31。

Surgical treatment of pulmonary mucormycosis showing resistance to antifungal therapy during treatment for acute lymphoblastic leukemia

Yusuke Shinchi*¹, Koji Hayashi*²

*¹Department of Thoracic Surgery, Kumamoto University Hospital

*²Department of Thoracic Surgery, Tobata Kyoritsu Hospital

We encountered a patient with pulmonary mucormycosis involving both lungs during treatment for acute lymphoblastic

leukemia (ALL) who responded well to surgical treatment. The patient was a 63-year-old female. She developed a fever and had difficulty breathing on day 22 after commencement of treatment for ALL, and chest CT revealed left upper lobe consolidation. Suspecting a fungal infection based on CT findings, micafungin (MCFG) therapy was started. Chest CT on day 49 showed a cavity and fungus ball in the left upper lobe. On day 69, CT-guided biopsy of the left lung was performed and a definitive diagnosis of pulmonary mucormycosis was made. CT revealed the appearance of faint ground-glass opacities in the right lung after the biopsy, although the lesions improved by changing MCFG to Liposomal amphotericin B therapy. However, since the left lung lesion persisted, we performed left pneumonectomy. Her postoperative course was extremely good with no further symptoms of mucormycosis. Regardless of the extent of lung resection required, early surgical treatment is useful for patients with pulmonary mucormycosis showing resistance to antifungal therapy, especially those that occur during ALL treatment.

© The Japanese Association for Chest Surgery (JACS)



「糖尿病性舞踏病のMRI画像所見にて継時的な変化を観察しえた症例」

山崎 哲生／戸畑共立病院 研修医

共同演者：片山直美¹⁾ 三宅育代¹⁾ 内山大治²⁾ 吉田成吾²⁾

1)戸畑共立病院 内分泌代謝内科、2)同 内分泌代謝内科、3)同 放射線科

糖尿病性舞踏病について

非ケトン性の高血糖が舞踏運動やバリズムなど不随意運動の原因であることは以前から知られている。本邦では1994年にYahikozawaらがMRIのT1強調画像(T1WI)にて特異的な所見を呈することを報告し、アジアを中心にhemiballism-hyperglycemiaなど様々な名称で呼ばれている。

【診断基準】

- ①突然発症の一側または両側の舞踏運動・バリズム
 - ②発現時やその前に高血糖状態か急激な血糖変化を認める
 - ③T1WIで被殻に高信号を認める
 - ④糖尿病以外の舞踏運動を生じる原因を否定できる
- ※①～③が揃えば確実、①＋②では疑い例
②＋③ではDCとは呼べないが、
不随意運動発現を考慮した経過観察が必要

【疫学】

男女差なし、
アジア人の報告が圧倒的に多い、
遺伝や環境要因が否定出来ない

糖尿病性舞踏病について

【臨床所見】

発症時平均血糖値…500mg/dl前後、平均HbA1c…13%前後
大部分が非ケトン性
高血圧の既往を持つのは全体の約40%
発症前から糖尿病を指摘されていたのは半数(発症後にDM指摘が3割)
高血糖時の報告が多いが、低血糖時の発症報告もある。

【治療】

血糖値の改善と共に舞踏運動は消失する報告が多い。
ハロペリドール、ベンゾジアゼピン、クロルプロマジンなどが有効であったという報告があるが著効する報告は少ない。

【予後】

転帰はおおむね良好とされあるが、血糖値の変動と共に周期的、間欠性に出現した報告がある。

【症例】87歳 女性

【主訴】左上下肢の不随意運動

【現病歴】

2型糖尿病と多発合併症有り。

近医にてリナグリプチン5mg+グリメピリド0.5mgで糖代謝コントロールされていた。X年3月の採血でHbA1c 6.7%と良好であったためグリメピリドが中止となったが、その後空腹時血糖値が400mg/dl台まで上昇しX年4月よりグリメピリドが再開となった。

X年5/2より左上下肢に違和感、口唇ジスキネジア、X年5/4にバリズムが出現し当院救急外来受診。5/2、5/4共に頭部MRIを撮像し異常なしと判断され帰宅となったものの、

不随意運動は持続しX年5/8より改善を認めた。X年5/24の近医での採血にて空腹時血糖値は200mg/dl台まで低下していたが、HbA1c 12.9%を認め血糖コントロール目的でX年5/27に当院に紹介入院となった。

【既往歴】

1983年：2型糖尿病(40歳で発症)

※血糖コントロール目的に幾度か入院歴あり

2003年：冠動脈ステント留置術

2010年：糖尿病性網膜症

2015年：急性硬膜下血腫

発症年不詳：

アルツハイマー型認知症、陳旧性脳梗塞、
腰部脊柱管狭窄症、頸椎症、変形性膝関節症術後、
高血圧、狭心症、心不全、慢性腎不全、脂質異常症

【家族歴】特記事項なし

入院時身体所見 (X年5/28)

バイタル：体温：36.8℃、脈拍：67回/分・整、
血圧：135/63mmHg
呼吸数：16回/分、SpO2：98% (Room Air)
身長：146.0cm、体重：50.0kg、BMI：23.5kg/m2
頭頸部：左耳介後部痛、左眼瞼腫脹
胸 部：心音：I亢進 II亢進 III(-) IV(-)
胸骨左縁第二肋間にLevine II/VIの連続性雑音あり
呼吸音：清、副雑音なし
腹 部：腸蠕動音正常、平坦、軟、自発痛なし、圧痛なし、
腫瘤を触知しない
右下腹部(虫垂炎)、正中中部(卵巣腫瘍)に手術痕あり

入院時神経学的所見(X年5/28)

	検査	右	左
上肢	握力	—	低下
	感覚異常	±	+
	前腕回外回内運動	○	低下
	母指静止時振戦	—	+
	温痛覚低下	—	+
	母指球委縮	+	+
	位置覚低下	—	+
	上腕二頭筋反射	—	—
	上腕三頭筋反射	+	++
	トレムナー反射	—	—
	フロマン徴候	—	—
	ホフマン徴候	—	—

学術業績(論文発表)

	検査	右	左
下肢	足背動脈触知	+	—
	末梢冷感	—	+
	脛部把握痛	—	+
	バビンスキー反射	—	—
	膝蓋腱反射	—	—
	アキレス腱反射	—	—
その他	ロンベルグ兆候	—	—

入院時検査所見

【血液生化学検査】

Alb	3.0 g/dl	尿酸	5.8 U/l
T-Bil	0.25 mg/dl	eGFR	16.7 ----
AST	11 U/l	GLU	291 mg/dl
ALT	5 U/l	HbA1c	12.9 %
ALP	47 U/l	TG	147 mg/dl
γ GTP	10 U/l	HDL-C	47.3 mg/dl
LDH	202 U/l	LDL-C	138 mg/dl
CPK	108 U/l	Na	139.3 mmol/l
AMY	92 U/l	K	4.18 mmol/l
BUN	27.9 mg/dl	Cl	97.4 mmol/l

【血算】

WBC	4340 / μl	Ht	28.7 %
RBC	311 × 10 ⁴ / μl	PLT	16.6 × 10 ⁴ / μl
Hb	9.4 g/dl		

【尿検査】

色調	yellow	タンパク	(2+)
混濁	(-)	潜血	(±)
ブドウ糖	(2+)	WBC	(2+)
ビリルビン	(-)	亜硝酸	(-)
※ケトン体	(-)	アルブミン	150
比重	1.007	クレアチニン	10
pH	6.0		

【インスリン分泌検査】

血中CPR	2.83ng/ml
蓄尿CPR	48.6 μg/day (尿量2000ml)

【腫瘍マーカー】

CEA	8.68 ng/ml
CA-19-9	<2.00 U/ml

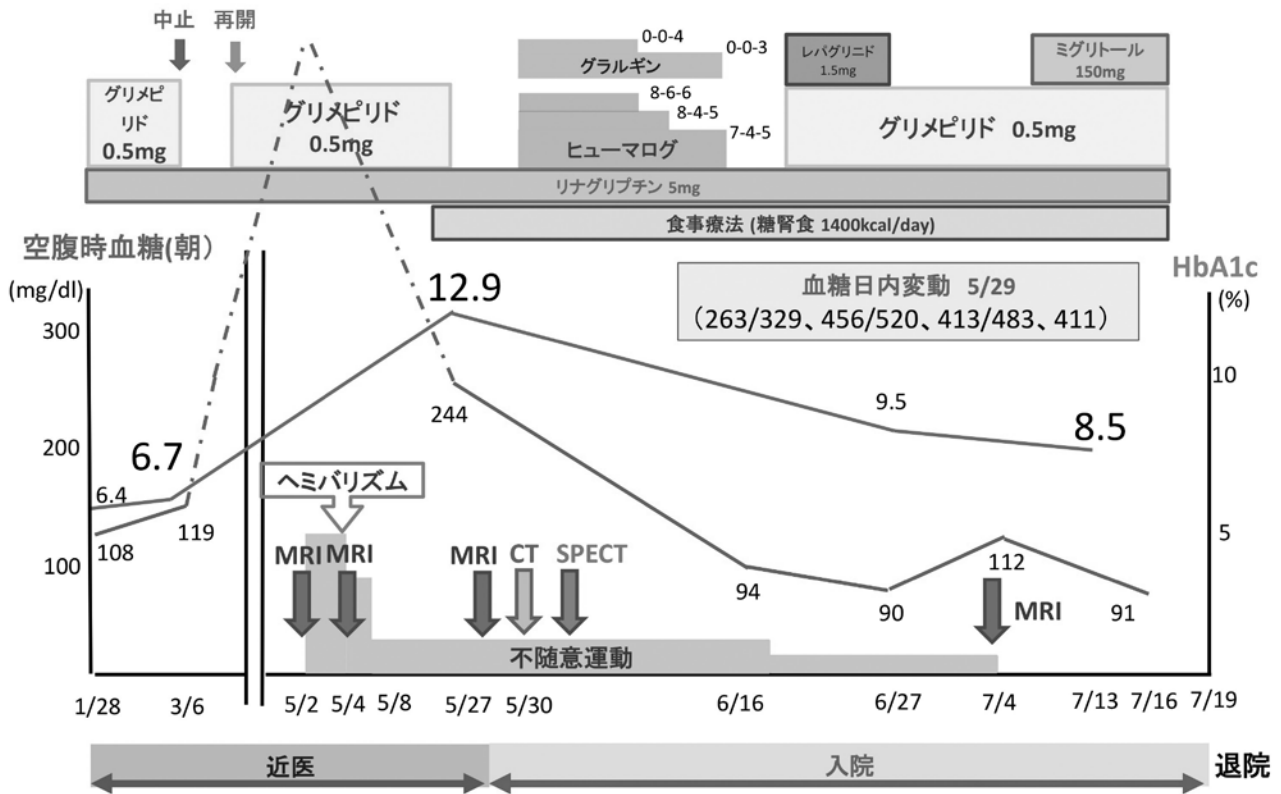
【腎機能検査】

蓄尿タンパク質	1.68g/day
蓄尿タンパク定量	84.0mg (尿量2000ml)

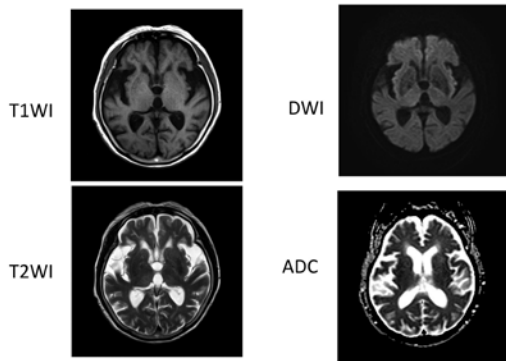
【抗体検査】

抗GAD抗体	陰性
抗IA-2抗体	陰性

不随意運動と治療経過

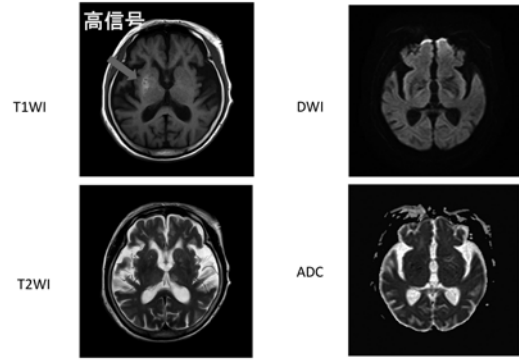


頭部MRI所見 5/2



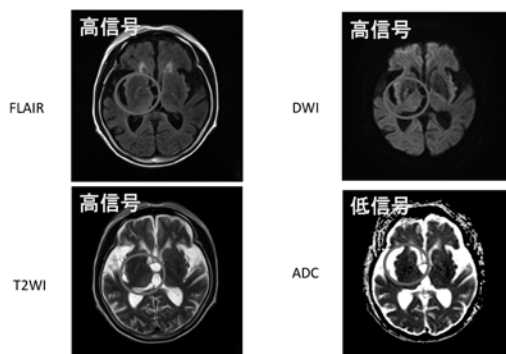
明らかな急性期病変の所見なし

頭部MRI所見 5/29



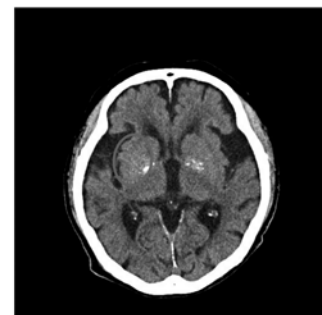
DWI, ADC, FLARE, T2WIにおいても亜急性期脳梗塞所見を認めない。さらにT1WIで右被殻に淡い高吸収所見を新たに認めた。

頭部MRI所見 5/4



右基底核にDWI, FLARE, T2WIにて高信号、ADCで低信号域を認め急性期脳梗塞を疑う所見であった。

頭部単純CT 5/30

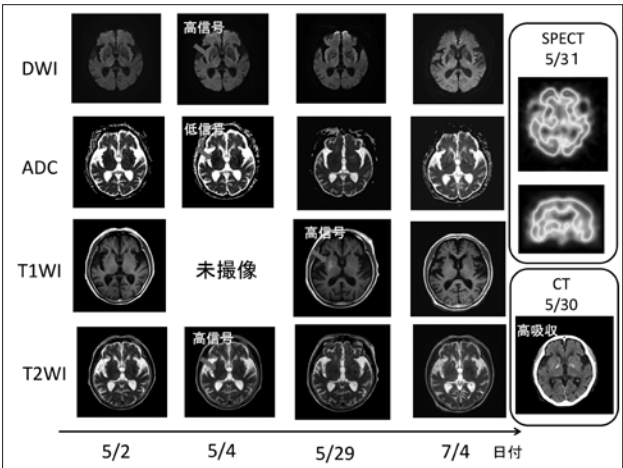
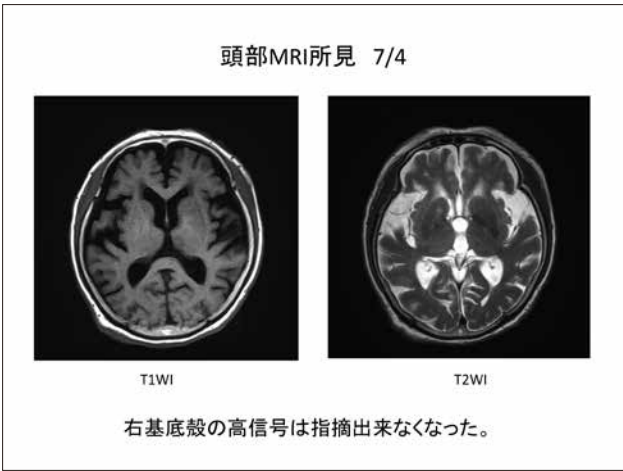
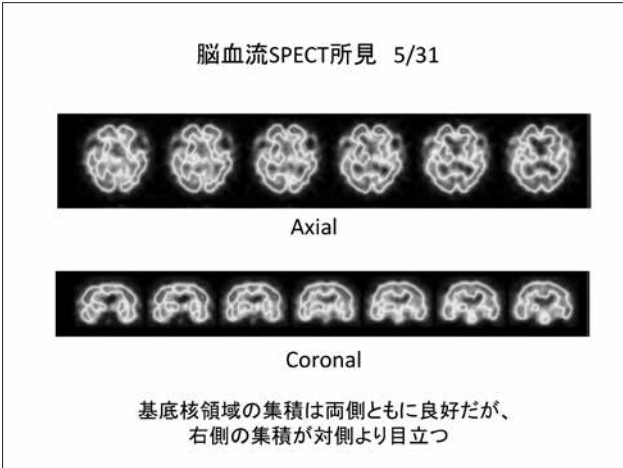


右被殻に淡い高吸収域を認めた。

腹部エコー(5/27)、胸腹部CT所見(6/1)
明らかな腫瘍性病変の所見を認めない。

脳波所見 (6/3 ヘミバリズムなし、不随意運動あり)
8-10Hzのα波が広汎性に出現し後頭部優位性なし
前頭部に三層波様の3Hz前後のδ波が出現している。
時に左右差があり右側有意なことがある。
右前頭側頭部、左側頭頭頂部に棘波を認めるがどちらが鏡像焦点であるかはっきりしない。

診断:代謝性機能低下疑い、突発性異常疑い



【考察①】

本症例は2か月半でHbA1cが6以上増加したことから考え、ヘミバリズム発症には高血糖が関与したことが推測された。その機序として高血糖に伴う血液浸透圧上昇による毛細血管透過性の亢進や、血漿成分の血管外漏出、浸透圧上昇からの過粘張が原因となり、一過性の被殻の虚血(循環障害)を引き起こしたことが挙げられる。

日本老年医学会雑誌 45巻2号 2008:3

「糖尿病の治療経過中に舞蹈病様運動不随意運動を呈した1例」より

不随意運動時の血糖	血糖値 mg/dl(min-max)	報告数	T1WIの高吸収所見※
高血糖	193～1105(平均546.2)	26例	9例
低血糖	20～79(平均55.8)	4例	3例

しかしながら浸透圧が低いと考えられる低血糖状態における糖尿病性舞蹈病も報告されており、その機序としては浸透圧以外の影響(Na⁺/K⁺ポンプ障害など)が考えられた。

日集中医誌2013;20:261-4

血糖値の著大な逸脱により頭部C TとM R I で異常所見を呈した2例より

【考察②】

本症例における画像所見の一連の変化は、「急激な血糖値上昇に伴う血液浸透圧の変動」による一時的な虚血によるものと推測された。その後のS P E C Tにおける血流の増加は再灌流によるものであると思われた。

糖尿病性舞蹈病の発症機序として、代謝異常説、点状出血説、一過性不完全虚血説などが提唱されているが、本症例の経過からは一過性不完全虚血説が最も考えられた。

【結語】

4つの診断基準を全て満たす糖尿病性舞蹈病の一例を経験した。

2019年9月30日

【 原著 】

高気圧酸素治療の緊急対応における現状と課題

【演者】 灘吉進也^{1, 5)}, 石川勝清^{2, 5)}, 小森恵子^{3, 5)}, 堂籠 博⁴⁾
 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 臨床工学科¹⁾
 北海道大学病院 ME 機器管理センター²⁾
 東海大学医学部付属病院 診療技術部 臨床工学技術科³⁾
 米盛病院 救急科⁴⁾
 日本高気圧環境・潜水医学会 高気圧酸素技術部会⁵⁾

【要約】

高気圧酸素治療 (Hyperbaric oxygen therapy : HBOT) の緊急対応の現状と課題を把握することを目的に日本高気圧環境・潜水医学会 (The Japanese Society of Hyperbaric and Undersea Medicine : JSHUM) 技術部会としてアンケート調査を実施 (445施設, 回答率20%) した。回答施設の装置の種類は, 第1種装置71施設, 第2種装置15施設, 第1・2種装置併用5施設。HBOT装置の操作職種は, 臨床工学技士 (Clinical Engineer : CE) のみ80施設, CEと医師7施設, CEと医師と看護師2施設, CEと看護師2施設。HBOT室の医師の常駐状況は, 常駐6施設, 不在85施設。HBOT中の医師の立ち会い状況は, 立ち合いなし52施設, 立ち合いあり39施設。HBOTの急変時マニュアルの有無について, マニュアルあり52施設, マニュアルなし27施設, 無回答12施設。マニュアルありの施設のうち緊急減圧基準がある施設は20施設に留まった。HBOT装置の多くは第1種装置であり, その操作はCEおよび看護師主体で行われていた。高気圧医学専門医は少数に留まり, 多くのHBOTにおいて医師の立ち合いが行われておらず, 緊急対応の体制が十分でない可能性が示唆された。HBOTに関わるスタッフへの卒前・卒後教育が十分に行われていない可能性があり, 臨床現場において実践的な経験を重ねる必要がある。そのことからJSHUMなどが主導し, 緊急対応マニュアルの整備やシミュレーショントレーニングを導入した講習会の企画が必要と考えられた。

キーワード アンケート調査, 緊急対応マニュアル, 緊急減圧基準, シミュレーショントレーニング, 日本高気圧環境・潜水医学会技術部会

【Original】

Current state and issues on emergency response arising during hyperbaric oxygen therapy in Japan

Shinya Nadayoshi^{1, 5)}, Katsukiyo Ishikawa^{2, 5)}, Keiko Komori^{3, 5)}, Hiroshi Dogomori⁴⁾

1) Department of Clinical Engineering, Kyoaikai Tobata Kyoritsu Hospital

2) ME Management Center, Hokkaido University Hospital

3) Department of Clinical Engineering, Tokai University Hospital

4) Emergency Department, Yonemori Hospital

5) The Technological Division of the Japanese Society of Hyperbaric and Undersea Medicine

Abstract

To perceive the current state and issues regarding the response to emergencies arising during hyperbaric oxygen therapy (HBOT) in Japan, the Technological Division of the Japanese Society of Hyperbaric and Undersea Medicine (JSHUM) sent a questionnaire survey to 445 hospitals(including clinics) with a 20% response rate. Of the 91 responders, 71 were equipped only with one or more monoplace chambers, 15 with only a multiplace chamber, and five with both mono- and multiplace chambers. The qualifications of personnel who operated the HBOT system were as follows; clinical engineer(CE) in 80 hospitals, CE and doctor in seven, CE, doctors and nurse in two, and CE and nurse in two hospitals. Only six hospitals had a permanently-assigned qualified HBOT doctor. HBOT was conducted under the attendance of a doctor in 52 hospitals while in the other hospitals, doctors were not always in attendance. Regarding emergency procedures, 52 hospitals had prepared written emergency plans while 27 had not and 12 hospitals did not respond to the question. Among these 52 hospitals, only 20 hospitals had emergency decompression schedules. Thus the majority of hospitals were equipped with only monoplace chambers, did not have permanently-assigned HBOT doctors, and had CEs operating HBOT systems instead of doctors. Emergency plans were far from established. Training systems for HBOT were also far from satisfactory as qualified doctors were not always available and the number of cases that could be useful for training was limited. Thus the status of HBOT for emergency situations is not adequate and needs to be improved. We strongly encourage JSHUM to help provide emergency plans and simulation training systems for each hospital.

keywords

Questionnaire survey, Emergency plans, Emergency decompression schedules

Simulation training

The Technological Division of the Japanese Society of Hyperbaric and Undersea Medicine

I. 緒言

高気圧酸素治療(hyperbaric oxygen therapy: HBOT)は、大気圧よりも高い気圧環境の中に患者を収容し、患者に高濃度の酸素を吸入させることによって、病態の改善を図る治療法である。治療に使用される装置は、第1種装置と第2種装置に分類され、加圧方式には、酸素加圧方式と空気加圧方式がある¹⁾。患者を専用装置に収容することで、閉鎖空間・高気圧環境・高濃度酸素という特殊環境下が成立する。直接的な診察や即座の処置が行い難く、大気圧環境とは異なる対応が余儀なくされる。そのことから圧損傷や臓器障害などが致死的となりえる可能性があり、緊急対応時の諸問題が懸念されている。そこで今回、HBOTの緊急対応の現状と課題を把握し、今後の対応について協議を行うことを目的に、日本高気圧環境・潜水医学会(The Japanese Society of Hyperbaric and Undersea Medicine: JSHUM)技術部会としてアンケート調査を実施した。

II. 方法

対象は、HBOT装置を設置している445施設とし、

JSHUMの会員、非会員は問わないこととした。アンケート調査は、世界最大規模のオンラインアンケートのサービスであるSurvey Monkeyを利用した。アンケートの案内はJSHUM会員への郵送とJSHUMのホームページにアンケートのリンクを掲載した。尚、実施期間は、2018年6月25日～8月10日とし、各施設一回答とした。調査内容は、HBOTの運用状況、実施状況、立ち合い状況、緊急対応に関する項目とした。

III. 結果

1) HBOTの運用状況について

445施設中回答は91施設からあり、回答率は20%であった。回答者は、医師10名、CE74名、看護師6名、事務職員1名、回答地域は、北海道・東北16施設、関東甲信越28施設、中部8施設、関西2施設、中・四国7施設、九州30施設であった(図1)。HBOT設置施設の病床数は100床以下9施設、101～500床59施設、501～1000施設21施設、1001床以上2施設であった(図2)。装置の種類は、第1種装置71施設、第2種装置15施設、第1・2種装置併用5施設であった(図3)。

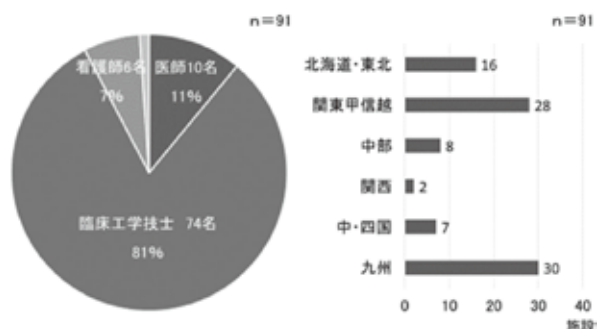


図1 アンケート回答者 (左) と回答地域 (右) について

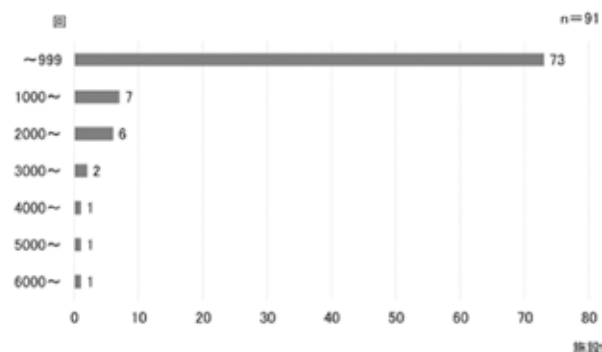


図4 2017年度のべ治療回数別

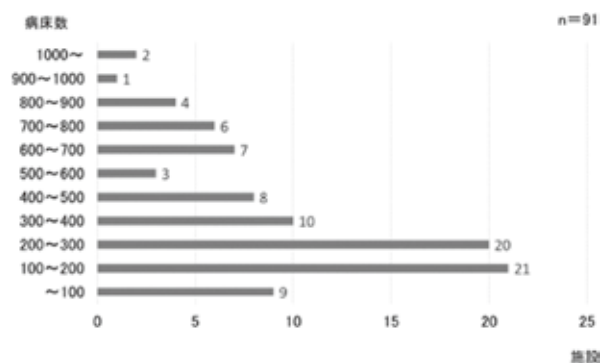


図2 回答施設のHBOT 設置施設の病床数

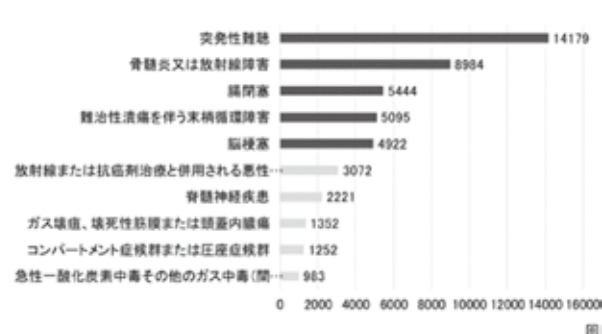


図5 2017年度症例別治療回数

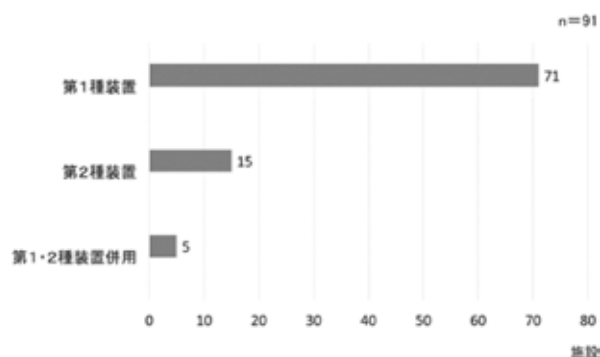


図3 HBOT 装置の種類

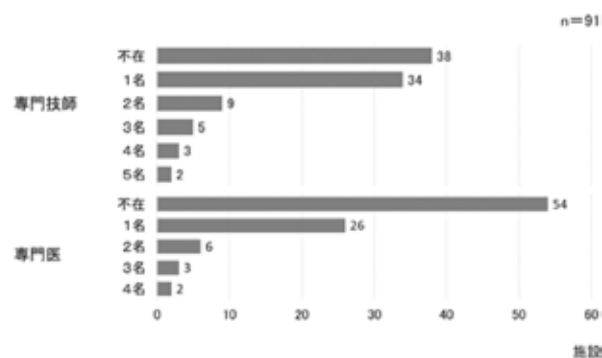


図6 専門技師・専門医の在籍数

2) HBOTの実施状況について

2017年度のべ治療回数別 施設は、1~999回73施設、1000~1999回7施設、2000~2999回6施設、3000回以上5施設であった(図4)。2017年度症例別治療回数は、突発性難聴14,179回、骨髄炎又は放射線障害8984回、腸閉塞5444回、難治性潰瘍を伴う末梢循環障害5095回、脳梗塞4922回、悪性腫瘍3072回、脊髄神経疾患2221回ガス壊疽、壊死性筋

膜炎または頭蓋内膿瘍1352回、コンパートメント症候群または圧迫症候群1252回急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒983回であった(図5)。高気圧酸素治療専門技師(以下専門技師)の在籍数は不在38施設、1名在籍34施設、2名以上在籍19施設、高気圧医学専門医(以下専門医)の在籍数は不在54施設、1名以上26施設、2名以上在籍11施設であった(図6)。

3) HBOTの立ち合い状況について

HBOT装置を操作している職種は、CEのみ80施設、

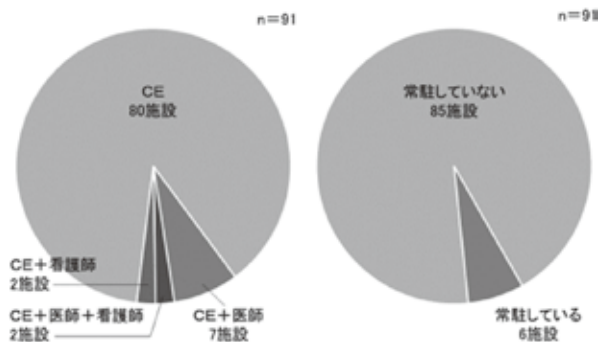


図7 HBOT 装置の操作職種と医師の常駐状況

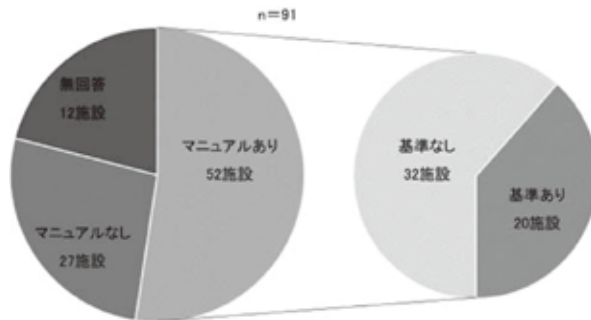


図9 HBOT の急変時マニュアルの有無

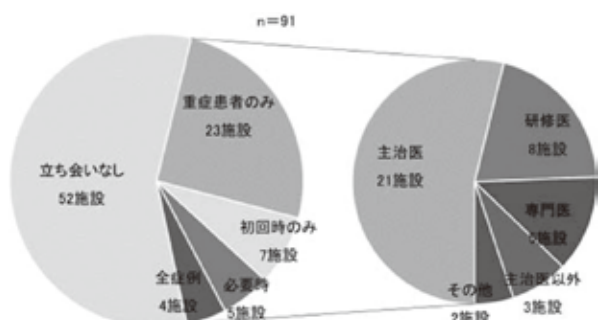


図8 HBOT 中の医師の立ち会いと医師の立場

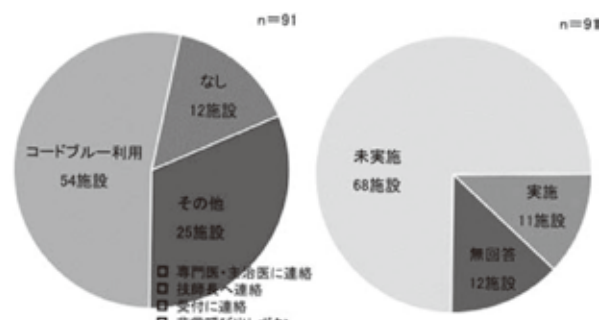


図10 HBOT の急変時マニュアルの有無と院内緊急連絡法

CEと医師7施設、CEと医師と看護師2施設、CEと看護師2施設であり、HBOT室の医師の常駐状況について、常駐6施設、不在85施設であった(図7)。HBOT中の医師の立ち会い状況は、立ち会いなし52施設、重症患者のみ立ち会い23施設、初回時のみ立ち会い7施設、必要時立ち会い5施設、全症例立ち会い4施設であり、そのうち、立ち会いが行われていた39施設における医師の立場は、主治医21施設、研修医8施設、専門医5施設であった(図8)。

4) HBOTの緊急対応

HBOTの急変時マニュアルの有無についてマニュアルあり52施設、マニュアルなし27施設、無回答12施設であった。マニュアルありの52施設のうち、緊急減圧の基準がある施設は20施設に留まった(図9)。HBOTの院内緊急連絡方法について、Code blueを利用している施設は54施設、その他25施設であった。HBOTの緊急時訓練を実施している施設は11施設であった。尚、その他には医師へ直接連絡、臨床工学技士長へ連絡、受付に連絡、非常呼び出しボタンなどが含まれた(図10)。

Ⅳ. 考察

高気圧酸素治療安全協会が公開している2018年12月1日現在の全国HBOT装置マップでは、445施設、543台(第1種装置501台、第2種装置42台)が登録されている²⁾。今回、対象445施設中91施設から回答を得た(回答率20%)。安全なHBOTの運用を行うには高気圧酸素治療安全基準や臨床工学技士基本業務指針を遵守したうえで運用をはかることが推奨される^{3,4)}。HBOTの研修体制や緊急対応については、各施設の規模や診療体制により影響を与え、その対応は施設により異なる可能性がある。このことから、HBOTの緊急対応の現状と課題を把握し、今後の対応について考察するうえで、本研究は十分意義のあるものと考えられた。

1) HBOTの緊急対応の現状

HBOTの運用状況において、使用装置の多くは第1種装置であることがわかった。年間治療回数が1000回を下回っている施設が8割を占め、HBOT業界はかねてより安全性やエビデンスの問題を抱えていることから、HBOTに対する消極性が示唆された。適応疾

患については、突発性難聴、骨髄炎、放射線障害などの慢性的な疾患に対し多く行われており、HBOTが長期におよぶ疾患が上位を占めた。HBOT室に医師が不在の場合が多く、CE主体の治療が行われている現状を認めた。重症患者の場合や初回時に立ち合いが行われていたことから、CEがその時の状況で工夫しながら対応していることが示唆された。立ち合いを行う医師は、患者状態を最も把握している主治医が適任ではあるが、高気圧環境という専門知識を有しているかは、今回の調査ではわからなかった。

2) HBOT緊急対応マニュアルの必要性

殆どの施設のHBOT室に医師は常駐しておらず、治療時の医師の立ち合いが行われているケースは半数に留まった。実際、JSHUM認定の専門医は210名、専門技師は274名(2019年3月26日現在)であり、HBOT実施施設において専門医および専門技師が充足しているとは言い難い現状がある。HBOT装置の操作は、CEが75%を占め、CE主体で治療が行われている実情を認めた。これは、日本臨床工学会発行の基本業務指針にHBOTの項目が記載され、HBOTはCEの業務として認知されているとして矛盾はない。このような背景から、必然的に緊急時の判断はCEが行う可能性が高くなる。しかし、医師不在では、急変時の正確な判断や酸素中毒による痙攣との鑑別が難しく、治療中止の判断に迷うこともある。急変などを想定した万全なHBOTの緊急対応という観点からは、CEだけでは十分な体制とは言えないことが示唆された。そのことからHBOTの緊急対応マニュアルは常備しておかなければならないが、HBOT緊急対応マニュアルを作成している施設は少数であった。患者が急変した場合、部屋のレイアウト、減圧対処や記録、マンパワーなどの問題が懸念される。そのことから緊急減圧基準をはじめとした急変時の初動、確認事項、指示および連絡手段を標準的なマニュアルとして示しておく必要がある。それにはJSHUMや関連学会が主導して「HBOT緊急対応マニュアル」として整備する必要があり、また、第1種装置と第2種装置での対応方法に違いがあることも加味しておく必要がある。

3) シミュレーショントレーニングの必要性

HBOTの年間治療回数は、1000件を満たない施

設も多く、HBOTの設置台数を考慮すると、経験を積む機会が少ない現状が示唆された。前述のとおり、HBOT装置に対する専門医および専門技師も充足しているとは言い難く、そのような背景から医師、CEともにHBOTの現場教育が行われていないと推察できる。一方で、HBOTの適応疾患は慢性疾患から急性疾患と非常に幅広く、それゆえ急変時の症状も様々であり、高気圧環境という特殊環境下の教育を受けた医師の存在が緊急対応時では重要となる。現代の複雑化した臨床現場においてOn-The-Job Trainingの終焉が囁かれているなか、シミュレーショントレーニングが注目を集めている。アンケート調査より、HBOTの急変時の連絡方法にCode blueを活用している施設が多数あり、それは急変時対応の円滑さが期待できる。しかし、円滑な対応を実現するためには急変時を想定したシミュレーショントレーニングは欠かすことができない⁵⁾。シミュレーショントレーニングの利点は、技能レベルおよび医療の安全性を高め、良質な医療を提供する点であり、発生頻度の低い事例に対し効果的な訓練可能という点に尽きる⁶⁾。HBOTは臨床経験を積む機会が極めて少ない環境であることから、HBOT教育にシミュレーショントレーニングは最適であると考えられた。その内容としては耳痛、気分不良、循環器異常、心肺停止などを想定したものとし、臨床で体験できない事態をもシミュレーションで訓練しておくことで、いざという場面に遭遇しても余裕を持った行動ができ、アクシデントの拡大防止にも繋がる。このことからJSHUMや関連学会が医師・技師・看護師への現状の座学講習会にシミュレーショントレーニングを導入した企画が必要と考えられた。

V. 結語

今回、HBOTの緊急対応の現状と課題を把握するためにJSHUM技術部会としてアンケート調査を行った。HBOT装置の多くは、第1種装置であり、その操作は、CEが主体となって治療が行われている実情を認めた。専門医不在施設も多く、医師の立ち合いおよび緊急時の体制が十分でない可能性が示唆された。医師、CEともに、卒前・卒後教育が十分に行われていない可能性が示唆され、JSHUM主導による緊急対

学術業績(論文発表)

応マニュアルの整備やシミュレーショントレーニングを導入した講習会の企画が必要と考えられた。

謝辞

本研究のアンケート調査にご協力頂いた一般社団法人日本高気圧・環境潜水医学会に感謝申し上げます。尚、本研究の一部は2018年に開催された第53回日本高気圧・環境潜水医学会学術総会のワークショップにて発表しました。本研究の著者および共著者は開示すべき利益相反状態はありません。

引用論文

- 1) 日本高気圧環境・潜水医学会：高気圧酸素治療の安全基準(平成26年11月7日改正)，高気圧酸素安全協会安全協会ニュース,2018 NO.1：52：14) 高気圧酸素治療の安全基準，71
- 2) 日本高気圧環境・潜水医学会：高気圧酸素治療安全協会安全協会ニュース,2018 NO.1：52：8) 全国都道府県別装置設置施設数・台数集計表/マップ,52-53.
- 3) 臨床工学合同委員会：臨床工学技士基本業務指針2010：(平成22年10月10日)，個別業務に関する事項【高気圧酸素治療業務】，2010，16-17.
- 4) (公社)日本臨床工学技士会業務別業務指針検討委員会：臨床工学技士業務別業務指針(2012年7月16日)，7.高気圧酸素治療業務指針，2010，2-16.
- 5) 駒澤伸泰，藤原俊介，南敏明：麻酔・救急領域における医療安全向上のためのシミュレーション教育の意義と課題．日本臨床麻酔学会誌2014；34：216-217.
- 6) 橋本直樹，津田知子，松尾理：卒前，卒後医学部教育におけるシミュレーション教育の意義．近畿大学医学雑誌2009；34：272-274.



第41回日本癌局所療養研究会

FDG-PET/CT が診断に有用であった胃癌術後4年で
孤発性リンパ節転移の1切除例

【演者】

西村 太郎^{*1} 室屋 大輔^{*2} 児玉麻亜子^{*1} 石橋 慶章^{*1} 松村 勝^{*1}
 竹谷 園生^{*1} 吉本 裕紀^{*1} 森光 洋介^{*3} 和田 義人^{*1} 宗 宏伸^{*1}
 佐藤 英博^{*1} 谷 脇 智^{*1} 今村 鉄男^{*1} 明石 英俊^{*1} 下河辺智久^{*1}

[Jpn J Cancer Chemother 46(13): 2252-2254, December, 2019]

A Case of Subphrenic Lymph Node Metastasis from Gastric Cancer in Which FDG-PET/CT Was Useful for Diagnosis:
 Taro Nishimura^{*1}, Daisuke Muroya^{*2}, Maako Kodama^{*1}, Yoshiaki Ishibashi^{*1}, Masaru Matsumura^{*1}, Sonofu Taketani^{*1},
 Yasunori Yoshimoto^{*1}, Yosuke Morimitsu^{*3}, Yoshito Wada^{*1}, Hironobu So^{*1}, Hidehiro Sato^{*1}, Satoshi Taniwaki^{*1}, Tetsuo
 Imamura^{*1}, Hidetoshi Akashi^{*1} and Tomohisa Shimokobe^{*1} (^{*1}Dept. of Surgery, Tobata Kyoritsu Hospital, ^{*2}Dept. of Sur-
 gery, Kurume University Hospital, ^{*3}Dept. of Pathology, Tobata Kyoritsu Hospital)

Summary

A 70-year-old man was admitted for lymph node metastasis detected by FDG-PET/CT showing a mass 10 mm in diameter. He had a history of a distal gastrectomy for advanced gastric cancer and was administered postoperative adjuvant chemotherapy consisting of 2 courses of TS-1 with CDDP and TS-1 only for 1 year. Lymph node recurrence was diagnosed and resected 4 years after the initial surgery. Histological examination revealed lymph node metastasis of the gastric cancer. He was administered adjuvant chemotherapy using TS-1 and has been followed-up without recurrences for 17 months after the second operation. We reported a case in which FDG-PET/CT was potentially beneficial for the diagnosis of the postoperative small lymph node metastasis. **Key words:** FDG-PET/CT, Gastric cancer, Lymph node metastasis (Received Jun. 21, 2019/Accepted Jul. 30, 2019)

要旨 FDG-PET/CT が診断に有用であった胃癌術後4年で孤発性リンパ節転移再発を来し、切除術が施行できた1例を経験したので報告する。症例は70歳、男性。4年前に幽門前庭部胃癌、T3N3、Stage III Bに対して幽門側胃切除術およびD2郭清を施行した。補助療法としてTS-1 (120 mg/body) 併用シスプラチン療法2コースおよびTS-1単剤を1年間施行していたが、経過観察中にCEAが漸増し、横隔膜下の食道裂孔近傍に10 mmの結節が出現した。PET陽性であり、胃癌再発の診断で切除術を施行した。術後病理組織学的検査で胃癌リンパ節転移の診断となったため、補助療法としてTS-1の内服を17か月投与した。現在、無再発生存中である。胃癌の術後リンパ節再発は化学療法が施行されることが多いが、根治的治療は切除術のみであり、本症例はFDG-PET/CT検査が診断に有用で、根治切除が可能であった比較的良好な症例と考えられた。

はじめに

胃癌術後再発は予後不良なことが多いとされ、化学療法を施行される場合が多いが、放射線療法や切除術の症例報告が散見される。また、胃癌術後の再発検出にFDG-PET/CTが有用とする報告も認められる。今回、胃癌術後の孤発性リンパ節転移の診断にFDG-PET/CTが有用であった1切除例を経験したので報告する。

I. 症 例

患者: 70歳、男性。

主訴: 検査異常。

既往歴: 高血圧症、2型糖尿病。

現病歴: 2013年10月幽門前庭部胃癌の診断で12月に幽門側胃切除術を施行し、術後補助療法としてTS-1併用シスプラチン療法2コース(TS-1 120 mg/body + CDDP 60 mg/m²)およびTS-1単剤を1年間施行していた。2017年9月经過観察中にCEAが漸増し、10月の腹部造影CT検査で横隔膜下に10 mmの結節が出現した。PET陽性であり、リンパ節転移再発の診断で2018年1月手術目的に入院となった。

^{*1} 戸畑共立病院・外科

^{*2} 久留米大学病院・外科学講座

^{*3} 戸畑共立病院・病理



Fig. 1 Abdominal CT showed the nodule contrast enhancement at the subphrenic space and was 10 mm diameter (arrow).

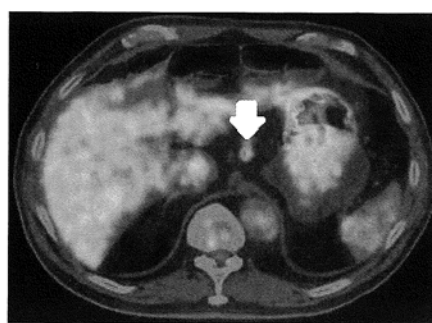


Fig. 2 FDG-PET/CT accumulation was found at the subphrenic space, and was speculated to indicate lymph node metastasis.

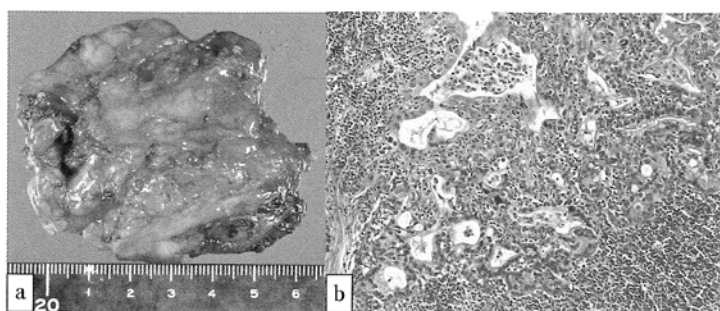


Fig. 3 a: Resected specimen measuring 6×5×2 cm, which included 7 lymph nodes. b: Histologically, the tumor cells consisted of adenocarcinoma cells which were the same findings as the gastric cancer operated on previously, indicating lymph node metastasis of gastric cancer (HE stain, original magnification×200).

入院時現症: 身長 161 cm, 体重 69 kg, 体温 36.5℃, 血圧 145/89 mmHg, 脈拍 61/min. 腹痛なし。

血液検査所見: 腫瘍マーカーは CEA 23.63 ng/mL と高値で, CA19-9 27.86 U/mL と正常であった。

腹部造影 CT 所見 (Fig. 1): 横隔膜脚近傍に 10 mm の小結節を認めた。

FDG-PET/CT 所見 (Fig. 2): 腹部造影 CT 検査で指摘された横隔膜下リンパ節は SUVmax 5.57 と陽性であり, 転移が疑われた。

手術所見: 食道裂孔部から肝下面, 残胃周囲および大動脈, 腹腔動脈周囲の癒着を剥離し, 軟部組織を摘出, リンパ節郭清を行った。

病理組織学的所見: 摘出した軟部組織内に 7 個のリンパ節を認めた (Fig. 3a)。15 mm×10 mm のリンパ節に adenocarcinoma を認め, 横隔膜下リンパ節転移と診断した (Fig. 3b)。

術後経過: 術後経過良好で, 第 7 病日に退院した。補助療法として TS-1 内服を継続し, 再手術後 16 か月経過した現在, 無再発生存中である。

II. 考 察

胃癌術後再発は依然として予後不良で集学的治療が行

われることが多いが, 局所療法が予後に貢献した報告が散見される^{1,2)}。

FDG-PET 検査は, 胃癌におけるリンパ節転移や腹膜播種検出に有用とされている。近年の報告では, FDG-PET/CT および PET 単独での胃癌再発診断は感度 85%, 特異度 78%とされ¹⁾, さらに多施設共同研究において 1,754 例の T14N03M0, 胃癌に対する D2 郭清を伴った胃切除症例の 46%に再発を認め, FDG-PET で 91%が同定されたと報告されている³⁾。また, PET 以外の画像では明確に指摘できないが, 腫瘍マーカーが上昇している群で効率に再発病巣を指摘できるなど, 臨床的に再発が疑われる例で特に有用性が高いとされている²⁾。本症例は CEA が漸増しているものの, 腹部造影 CT 検査で横隔膜下リンパ節が 10 mm 程度に腫大しているのみであり再発の診断が難しかったが, PET 陽性であったため最終的に再発と診断し切除し得た。

また, 本症例のように胃癌再発症例の切除後補助療法に関しては治療法は確立していない。一方で, 術後補助化学療法施行中もしくは終了後早期 (6 か月以内) 再発症例に対しては, 補助化学療法で用いられている薬剤と同じ薬剤は用いないことが推奨されているが, 6 か月以降であれば初回治療として扱われる。さらに Stage IV 胃

癌の R0 切除後症例に対して術後補助化学療法が推奨されており⁴⁾、本症例では術後補助療法開始後 4 年、終了後 3 年で再発していたため、初回治療に準じて TS-1 単剤で補助化学療法を施行した。患者は再発切除後 17 か月経過した現在、無再発生存中である。

結 語

胃癌術後孤発性リンパ節再発症例において、FDG-PET/CT が診断に有用であった 1 切除例を経験したため報告した。

文 献

- 1) Li P, Liu Q, Wang C, *et al*: Fluorine-18-fluorodeoxyglu-

cose positron emission tomography to evaluate recurrent gastric cancer after surgical resection: a systematic review and meta-analysis. *Ann Nucl Med* 30(3): 179-187, 2016.

- 2) Nakamoto Y, Togashi K, Kaneta T, *et al*: Clinical value of whole-body FDG-PET for recurrent gastric cancer: a multicenter study. *Jpn J Clin Oncol* 39(5): 297-302, 2009.
- 3) Baiocchi GL, Marrelli D, Verlato G, *et al*: Follow-up after gastrectomy for cancer: an appraisal of the Italian research group for gastric cancer. *Ann Surg Oncol* 21(6): 2005-2011, 2014.
- 4) 日本胃癌学会/編: 胃癌治療ガイドライン. 医師用 2018 年 1 月改訂, 第 5 版, 金原出版, 東京, 2018.

本論文の要旨は第 41 回日本癌局所療法研究会において発表した。

学術業績（学会発表）

第119回日本外科学会定期学術集会【2019年4月18日～20日】

演 題:CTガイド下ラジオ波焼却術の有用性について

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 吉本裕紀 林亨治 竹谷園生 宗宏伸

佐藤英博 谷脇智 明石英俊 今村鉄男 奥田康司

戸畑共立病院 外科

【はじめに】

肝細胞癌(HCC)の治療法には肝切除術、肝移植、肝動脈化学塞栓術に経皮的ラジオ波焼却術などの種々の局所凝固療法が加わり、様々な癌治療が可能となった。その一方でウイルス性肝炎などに起因する背景肝の状況によって多中心性発癌を反復することも周知の事実である。そのため初回治療法の内容やその適応、再発治療法については様々な報告がなされている。今回われわれは、HCCに対して発生部位・全身状態・患者希望などによりCTガイド下にラジオ波焼却術(CT-RFA)を施行した症例について検討した。

【対象・方法】

2001年1月から2017年12月までに経験したCT-RFA施行HCC112例(A群:初発69例、B群:再発43例)を対象に、I.患者背景、II.治療内容:体位・穿刺経路・手術時間・麻酔方法・麻酔時間・CT撮影回数、在院日数、III.予後:術後合併症率・在院死亡率・生存率・再発率についてA群およびB群を各々retrospectiveに検討し、さらに2群を比較した。

【結果】

I.患者背景:平均年齢(歳)A66.8歳、B71.9歳、性別(男/女):A55/14、B34/9、肝炎ウイルス(B/C/BC):A11/52/1、

B5/38/0、肝障害度(A/B/C):A44/25/0、B21/22/0であった。II.治療内容:体位(仰臥位・側臥位・腹臥位):A44/25/0、B24/15/4、穿刺経路(経腹/経胸/経腹+経胸):A36/27/6、B24/13/6、手術時間(分)はA:2.3±0.3、B:2.5±0.7、麻酔方法(気管麻酔/分肺麻酔):A:15/35/19vsB:13/16/14、麻酔時間(分):A3.5±1.1 vs B3.7±2.1、CT撮影回数(回) A4.6±0.6 vs B4.2±0.9、在院日数(日)はA11.4±0.6 vs B12.9±0.2であった。

III.予後:術後合併症:A5例(0.072%)vsB3例(0.070%)、在院死亡例はいずれの群とも認めなかった。生存率(1年/3年/5年/10年)はA90.7%/70.1%/47.2%/34.7% vs B88.7%/64.8%/40.3%/13.6%、再発率(1年/3年/5年/10年)はA24.0%/61.7%・76.9%/83.3%vs B44.2%/63.3%/71.4%/100%であった。CT-RFAの累積生存率は5年55.3%、10年25.9%と2018年報告のHCCの他の治療法と遜色なかった。

【結語】

CTガイド下RFA施行症例の再発率、生存率、合併症率は他の治療法と遜色なく、経皮的穿刺が困難な症例の繰り返し穿刺可能であり、HCCの一治療法として有用であると考えた。

第62回日本手外科学会学術集会【2019年4月18日～19日】

演 題:メタボリックシンドロームの有無が手根管開放術に与える影響

演 者:大茂 壽久/戸畑共立病院 整形外科

共同演者:杉野裕記

戸畑共立病院 整形外科

【目的】

メタボリックシンドロームは肥満、脂質異常症、耐糖能異常が診断基準に含まれ、手根管症候群(以下CTS)の発症の危険因子と重複する。また、メタボリックシンドロームがCTSの発症に関連するとの報告もある。本研究の目的はCTSにおけるメタボリックシンドロームの有無(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】

CTSと診断し、手根管解放術を行った66名80手(男性19名25手、女性47名55手)、平均年齢69.7±11.8歳を対象とした。メタボリックシンドローム診断基準(メタボリックシンドローム診断基準検討委員会策定:2005年4月)に従い、MS群とNMS群での臨床的特徴、電気生理学的検査(NCS)、脂質検査を比較した。また術後1年時にCTSI-JSSH、Kelly分類を用いて術後成績を比較した。

【結果】

メタボリックシンドロームを21名25手(31.3%)に認めた。平均年齢、NCSは両群に差がなく、BMIはMS群(28.1 ± 2.8)がNMS群(24.1 ± 4.8)と比較し有意にBMIが高かった($p < 0.01$)。脂質検査では中性脂肪とHDLコレステロール(HDL-C)以外のTC、LDL-C、Non-HDL-Cでは差がなかった。術前JSSH-SS(MS群: 37.0 ± 4.4 、NMS群 35.2 ± 5.8)、JSSH-FS(MS群: 27.0 ± 6.4 、NMS群 24.3 ± 5.1)は両群に差がなく、術後1年では、JSSH-SS(MS群: 26.1 ± 11.2 、NMS群

18.8 ± 8.4 $p < 0.01$)、JSSH-FS(MS群: 18.0 ± 8.1 、NMS群 14.5 ± 6.5 $p < 0.08$)であった。Kelly分類ではMS群はexcellent:12%、good:20%、fair:64%、poor:4%、NMS群はexcellent:25.5%、good:60%、fair:12.7%、poor:1.8%であり、CTSI-JSSH、Kelly分類ともにMS群で術後の改善が悪かった。

【考察】

CTSにおいて、メタボリックシンドロームを31.3%に認めた。メタボリックシンドロームを認める群は認めない群と比較して術後の機能回復が悪かった。

第92回日本整形外科学会学術総会【2019年5月9日～10日】

演 題:手根管開放術の術後成績—メタボリックシンドロームの有無での検討—

演 者:杉野 裕記/戸畑共立病院 整形外科

共同演者:大茂壽久 田原 尚直

戸畑共立病院 整形外科

【目的】

手根管症候群(以下CTS)の発症の危険因子としては、肥満、糖尿病、甲状腺機能低下症、妊娠、閉経などの関連が報告されている。また、メタボリックシンドロームの診断基準は、肥満、脂質異常症、高血糖、高血圧であるためメタボリックシンドロームがCTSの発症に関連するとの報告もある。本研究の目的はCTSにおけるメタボリックシンドロームの有無(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】

CTSと診断し、手根管解放術を行った60名70手(男性18名23手、女性42名47手)、平均年齢 69.2 ± 12.1 歳を対象とした。メタボリックシンドローム診断基準(メタボリックシンドローム診断基準検討委員会策定:2005年4月)に従い、MS群とNMS群での臨床的特徴、電気生理学的検査(NCS)、脂質検査を比較した。また術後1年時にCTSIJSSH、Kelly分類を用いて術後成績を比較した。

【結果】

メタボリックシンドロームを21名24手(34.2%)に認めた。BMIはMS群(27.1 ± 3.5)がNMS群(24.3 ± 5.1)と比較し有意にBMIが高かった($p < 0.01$)が、平均年齢、NCSは両群に差がなかった。脂質検査では中性脂肪とHDLコレステロール(HDL-C)以外のTC、LDL-C、Non-HDL-Cでは差がな

かった。術前JSSH-SS(MS群: 37.2 ± 4.6 、NMS群 34.4 ± 5.6)、JSSH-FS(MS群: 26.4 ± 6.1 、NMS群 23.3 ± 4.8)はMS群の方が有意に高く($p < 0.05$)、術後1年で両群とも術前と比較してJSSH-SS、JSSH-FSの有意な改善を認めたが、MS群の改善が悪かった($p > 0.01$)。術後1年時のKelly分類で、MS群はexcellent:12.5%、good:20.8%、fair:58.3%、poor:8.3%、NMS群はexcellent:28.2%、good:58.7%、fair:10.9%、poor:2.2%、MS群では有意に痺れの改善が悪かった。

【考察】

CTSにおいて、メタボリックシンドロームを34.2%に認めた。メタボリックシンドロームを認める群は認めない群と比較して術前の手の痺れ、痛み、機能障害が強く、術後の機能回復も悪かった。

Effects of Metabolic Syndrome on the Outcome of Carpal Tunnel Release

CTSにて手根管解放術を行ったCTS患者60名70手(男性18名23手、女性42名47手)における、メタボリックシンドロームの有無(有:MS群、無:NMS群)の確認と両群の臨床的特徴と手術成績を明らかにする目的で本研究を行った。メタボリックシンドロームを21名24手(34.2%)に認め、メタボリックシンドロームを認める群は認めない群と比較して術前の手の痺れ、痛み、機能障害が強く、術後の機能回復も悪かった。

第16回日本褥瘡学会九州・沖縄地方会 学術集会【2019年5月11日】

演 題: 当院の褥瘡対策における管理栄養士の役割

演 者: 原澤 あゆみ/戸畑共立病院 栄養科

共同演者: 川田伸子¹⁾ 野口祥子²⁾ 穴井 恵美²⁾ 高橋 長弘³⁾

1) 戸畑共立病院 栄養科、2) 同 看護部、3) 同 形成外科

当院は平均在院日数12.5日の急性期病院で、栄養不良のリスク調査では5割近くに低栄養リスク因子があるため、入院時患者全例に医師、看護師、管理栄養士による栄養管理計画書を作成している。その中で、褥瘡発生及びそのリスク要因

のある患者には病棟担当管理栄養士が早期介入し、褥瘡回診カンファレンスでその栄養サポート内容を検討している。今回、褥瘡対策における管理栄養士の栄養介入活動の重要性を再認識したので報告する。

第62回日本形成外科学会総会・学術集会【2019年5月15日～17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間歇的洗浄療法の組み合わせ治療の有用性

演 者: 高橋 長弘/戸畑共立病院 形成外科

共同演者: 前川絵美¹⁾ 清川兼輔²⁾ 力丸英明²⁾ 守永圭吾²⁾ 井野康²⁾ 右田尚²⁾ 橋口晋一郎²⁾

1) 戸畑共立病院 形成外科、2) 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)が創傷治癒を促進する有用な方法であることは広く認知されている。また様々なNPWTの治療機器が登場し、治療の適応範囲も確実に拡大している。しかしNPWTには依然として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(IW-CONPIT)もしくは間歇的洗浄付きNPWT(NPWT i-d)とNPWTを組み合わせることで解決してきた。今回これまで経験した疾患を検討し、再度NPWTの至適使用に関して考察した。

【対象】

2015年1月から、2018年6月までの42ヶ月間に、当院でNPWT使用前にIW-CONPIT、NPWT i-dを行った40例について検討した。検討項目は、年齢、症例の内訳、IW-CONPIT、NPWT i-d、NPWTの使用日数、使用期間、創閉鎖までの期間等である。

【結果】

40例中、IW-CONPIT使用例は30例、IW-CONPIT + NPWT i-d 使用例は6例、NPWT i-d使用例は4例であった。40例中38例で創治癒を得た。IW-CONPITの使用期間は5～28日、NPWT i-dの使用期間は3～14日NPWTの使用期間は7～28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、感染を助長する場を提供するだけになってしまう。まず適切な外科的デブリドマン、IW-CONPITなどを行い感染のコントロールを行った上でNPWT、NPWT i-dを開始する必要がある。また治療中に感染を認め継続か中断かの判断に迷った際には、躊躇なく中断し、外科的デブリドマンの追加、IW-CONPIT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56回九州外科学会

第56回九州小児外科学会

第55回九州内分泌外科学会

【2019年5月17日～18日】

演 題:きわめて稀な大腿静脈外膜嚢腫の1症例

演 者:西村 太郎／戸畑共立病院 外科

血管腫瘍は非常に稀な疾患である。良性腫瘍としては、膝窩動脈外膜嚢腫が散見されるが、大腿静脈の外膜嚢腫の報告はきわめて稀である。症例は62歳の男性で、右下肢の急激な腫脹を主訴に来院した。初回診察では、深部静脈血栓症の急性期の診断で、入院で抗凝固療法を行った。下肢の腫脹は数日で軽快してきたが、入院中の精査(下肢エコー)で血

栓ではなく、大腿静脈の嚢胞性病変が疑われ、大腿静脈外膜嚢腫の診断疑いで、外科手術を行った。手術は外膜嚢腫が存在する大腿静脈を切除して、10mmリング付きGora-Texで再建した。術後は下腿の腫脹はさらに軽減して、抗血小板剤とDOACを内服している。膝窩動脈以外の、特に静脈の外膜嚢腫は文献的にも数例であり、文献的考察を含めて報告する。

第56回九州外科学会【令和元年5月17日～18日】

演 題:腹膜縫合終了後の腹膜前腔吸引によるメッシュ展開の評価

演 者:松村 勝／戸畑共立病院 外科

共同演者:西村太郎¹⁾ 竹谷園生¹⁾ 林亨治¹⁾ 吉本裕紀¹⁾ 和田義人¹⁾ 谷脇智¹⁾ 宗宏伸¹⁾ 明石英俊¹⁾今村鉄男¹⁾ 平田敬治²⁾

1)戸畑共立病院 外科、2)産業医科大学 第一外科

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ているが、合併症として、腹腔鏡下手術後の再発率が前方法と比較し高い。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。

【目的】

TAPPでの鼠径床に展開したメッシュの状態を評価する。

【方法】

腹膜縫合閉鎖後に、膨潤局所麻酔液を注入する際に使用するペチニードルもしくは、みちのくニードルを、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2019年1月まで72例に行った。手術時間は平均70.8分、手技自体は平均2.6分であった。吸引後にメッシュの位置を調整した症例は3例であった。本手技は、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。

第29回日本臨床工学会【2019年5月17～18日】

演 題:当院内視鏡室における教育の現状と工夫

演 者:町井 基子／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者:大田健志¹⁾ 久野慎太郎¹⁾ 三浦幸恵¹⁾ 今村健太郎²⁾ 宗祐人²⁾

1)戸畑共立病院 臨床工学科、2)戸畑共立病院 消化器病センター

【背景・目的】

2016年9月に臨床工学技士の内視鏡業務指針が公開されたが、養成校における教育では、内視鏡業務に関する教育・指導は十分に行えていないのが現状である。当院は年間に約5000件の検査・治療を行っているが、治療の割合が全体の約30%を締め治療割合が多い施設である。内視鏡業務は高い専門知識と介助技術が求められる。今回、当院内視鏡室における教育の現状と工夫について報告する。

【到達目標】

短期目標として、半年で基本的な機器の取り扱いおよび緊急内視鏡の待機当番が可能となること。長期目標として、1年間で高侵襲性処置(EMR/ESD/ERCP関連手技)などの介助の実践を行い、さらに学術研究発表を行うことを目標としている。

【教育内容】

新人教育用の参考文献および当院で作成したマニュアルを配布し、基礎知識の習得を行う。指導者監視の元、早い段

階から実践教育を実施し、トラブルシューティングの模擬を繰り返し行う。テーマを与え、当院科内の学術研究発表会で演題発表を行う。

【結果】

共通の文献やマニュアルを使用により、共通認識を持つことが可能となり、自己学習や復習が容易になることが分かった。新人は、指導者と認識を共有し、早い段階から実践教育を実施することで、不足している知識と経験を繰り返しフィードバックすることが可能であった。さらに、トラブルシューティングの模擬を行うことで理解度の確認が可能であった。この結果、半年で待機当番を開始できたが、完全な独り立ちには1年を要した。学術研究発表は実施できた。

【考察】

共通の文献やマニュアルを使用し教育することで、指導者

が変わっても共通のことを教わることが可能であった。基礎知識の習得は、自己学習の差により、業務に対する理解度や技術習得に要する時間の差に繋がることが考えられた。そのため業務中のやり取りやトラブルシューティングの模擬から、理解度を確認し、振り返りを行うことで、知識を補うことや精神的フォローに繋がると考えられた。半年での待機当番開始は、新人に多くの経験を積む機会となるが、指導者の負担が大きく検討課題であった。学術研究発表は、自らテーマを模索し調査することで、業務を振り返る機会となり自己研鑽に繋がったと考えられた。

【結語】

新人教育は、知識の共有や臨床現場を考慮したトラブルシューティングを繰り返し行うことで実施できた。さらに到達目標を設定することは有用な教育方法と考えられた。

第29回日本臨床工学会【2019年5月17～20日】

演 題:電波環境におけるC Eの取り組み

演 者:石丸 茂秀/戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:甲斐雄多郎¹⁾ 今林和馬¹⁾ 後藤陽次朗¹⁾ 灘吉進也¹⁾ 田中秀樹²⁾

1)戸畑共立病院 臨床工学科、2)社会医療法人共愛会 法人本部 資材施設課

【目的】

電波環境協議会は、平成28年4月に「医療機関において安心・安全に電波を利用するための手引き」(以下手引き)、平成29年6月に「医療機関における電波利用規程(例)」について(以下利用規程)を発行した。また、(公)日本臨床工学技士会は、平成30年3月に電波利用に関する指針を公表するなど、急速に医療施設において電波環境への取り組みが進みつつある。それを受けて当院では、病院長が臨床工学技士(以下C E)に、電波利用安全管理委員会(以下委員会)の設置を指示し、委員会は、電波環境の把握と安全管理に着手した。そこで今回、電波環境における取り組みと今後の課題について考察した。

【方法】

安心・安全に電波を利用するための3原則として、1)電波管理のための体制構築、2)電波利用状況の把握とリスク対策、3)電波を利用するための対策の検討と実施があげられる。1)委員会を設置し、医用テレメータ担当および携帯電話担当にC E、無線LAN担当に事務員を選出した。電波環境協議会より公表された利用規程を参考に院内規程を作成し、活動内容の明確化をはかった。2)機器・設備の一

覧表、保守管理計画書を作成し、1回目の電波環境調査をメーカーと実施した。3)機器の調達時やトラブル発生時のマニュアルの整理および周知を行った。また、電波利用コーディネートは、医療機器安全管理責任者を兼務していることから、医療安全管理委員会と連携し、手引きの周知を目的にe-learning教材を配信した。

【結果・考察】

医療施設の電波環境における取り組みは、平成7年に「医用電気機器への電波の影響を防止するための携帯電話端末等の使用に関する指針」が発行されるなど周知活動が行われているが、実際は、医療施設へは浸透されていないのが現状である。今回の利用規程発行により、各施設が取り組みを開始することが予想された。しかし、具体的な活動の情報量が充分とはいえないため、日本臨床工学技士会には、情報の提示と人材育成のための取り組みを期待したい。当院の課題として、活動の透明化がはかられたが、より質の高い活動にするために部門横断的な電波管理体制が必要である。委員会をC Eが牽引し、多職種構成での委員会に拡大させていくことが今後の課題である。

第29回日本臨床工学会【2019年5月17～20日】

演 題: 当院の浅部加温の現状と治療時の留意点

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

ハイパーサーミア業務において、浅部加温は腫瘍と共に表皮に電磁波が集束するため、熱傷を負いやすく、専門性を要す手技である。各施設は製造販売業者が作成した取扱マニュアルを基としているが、実際の治療では苦慮することもある。

当院は2003年から治療を開始し、表皮と腫瘍温度を測定することで、安全かつ効果的な治療の提供に努めている。今回、当院の浅部加温についての現状と共に、治療時の留意点である、1.表面温度、2.皮膚状態、3.熱感時対応について、私見をふまえて報告する。

2015年から2018年10月までの浅部加温件数は計2,043件であった。部位別の内訳は、頭頸部1,233件(60.4%)、胸壁758件(37.1%)、腹壁15件(0.7%)、骨盤37件(1.8%)。熱傷発生件数は130件(6.4%)で内、103件(79.2%)が頭頸部に発生したものであった。

1.熱傷予防目的に表面温度を測定する際に、患部と電極が垂直に保てず、凹凸部に圧着する場合、電極辺縁部に過剰な電磁波が帯電し、局所的に高温となる。そのため、温度センサーは中心部と辺縁部の複数箇所に留置し、表面温を適切に管理することが重要である。

2.放射線治療や分子標的薬の併用により皮膚障害が出現すると、表皮が外的刺激に対して脆弱となり、熱傷を負いやすくなる。そのため、同一症例であっても、皮膚の乾燥や紅斑、落屑といった皮膚状態を観察した上で、加温出力と表面温度を再評価し、皮膚状態に適した治療を行うことが重要である。

3.浅部は深部と比較し、帯電する電磁波の強度が高いため、ゼリー塗布や出力軽減といった熱感対処法では効果が得られにくい。また、ゼリー塗布時、医療者の手が電極と患部の隙間に入ること、空気層に新たな熱感部が生じ、熱傷の要因になり得ることがある。浅部の熱感時対応としては、早期に出力を停止し、再度の電極の圧着度と角度調整を行うことが重要である。

今回、当院の浅部加温の現状と3つの留意点について報告した。浅部加温は専門性を要す手技であり、標準化が課題としてあげられた。今後は、本ワークショップを通じ、施設間の連携強化を図ると共に、臨床工学技士業務におけるハイパーサーミア業務指針の策定に向けて取り組んでいきたい。

国際学会消化器病週間2019【2019年5月18日～21日】

DDW 2019 (Digestive Disease Week)

演 題: 潰瘍性大腸炎におけるアダリムマブの短期有効性および有効性に寄与する背景因子の検討

Short-term outcomes and the associated prognostic factors of adalimumab in patients with ulcerative colitis: a multi-centre retrospective cohort study

演 者: 酒見 亮介／戸畑共立病院 内科消化器病センター

Background and aim: Real-world data on the short-term effectiveness of adalimumab (ADA) treatment in patients with ulcerative colitis (UC) remain scarce; therefore, we investigated short-term outcomes and related prognostic factors of ADA treatment in patients with UC.

【背景と目的】

潰瘍性大腸炎におけるアダリムマブの短期有効性に寄与する背景因子については未だ明らかとなっていない。今回、我々は潰瘍性大腸炎患者におけるアダリムマブの有効性および短期有効性に寄与する背景因子について多施設共同研究によって後方視的に検討した。

Methods: This retrospective, multi-centre, cohort study involving seven institutions in Japan used data from patients with UC who had received at least one induction

dose of 160 mg of ADA between June 2013 and May 2017. In patients with a Lichtiger clinical activity index (CAI) score of ≥ 5 points at initial ADA administration, CAI score was analysed at baseline and at 2, 4, 8 and 12 weeks after initial ADA administration. Remission was defined as a CAI score of ≤ 4 and was assessed at 2, 4, 8 and 12 weeks. The prognostic factors associated with rate of remission at 12 weeks were evaluated using univariate and multivariate logistic regression analyses.

【方法】

2013年6月から2017年5月までの間に全国7施設において潰瘍性大腸炎に対しアダリムマブ初期投与量160mgを一度でも投与したCAI5以上の潰瘍性大腸炎患者を対象とした。アダリムマブ投与2、4、8、12週後に測定されたCAIスコアを用いて、CAI4以下を寛解と定義し、寛解率および寛解

に寄与する背景因子を単変量および多変量解析を用いて検討した。

Results: Of the 96 patients included in the present study (median age, 38.2 years; 39 female patients), median duration of UC was 3.4 years. Median values for CAI score, C-reactive protein level, platelet count, albumin level, and body weight were 9.0, 0.5 mg/dL, $30.2 \times 10^9/L$, 3.7 g/dL and 56.3 kg, respectively. Further, at initiation therapy, 65 patients had pancolitis, 30 had left-sided colitis and 1 had proctitis-type colitis, and concomitant treatment with 5-aminosalicylic acid, azathioprine and prednisolone was administered to 74, 50 and 26 patients, respectively. Before ADA therapy initiation, 33 patients had used infliximab (IFX) and 57 had undergone cytapheresis Rates of remission at 2, 4, 8 and 12 weeks were 26% (25/96), 38% (36/96), 44% (42/96) and 46% (44/96), respectively. At 12 weeks, univariate analysis identified non-response to IFX (n=8) as a prognostic factor of lower remission rates, whereas response to cytapheresis (n=35) and median platelet count $\geq 30.2 \times 10^9/L$ were prognostic factors of higher remission rates; multivariate logistic regression identified non-response to IFX and median body weight ≥ 56.3 kg as independent predictors of lower remission rates, whereas response to cytapheresis and platelet count $\geq 30.2 \times 10^9/L$ continued to be independent predictors of higher remission rate. At 12 weeks, remission rate was 44% (17/39), 69% (24/35) and 14% (3/22) in patients who had not undergone cytapheresis, those who responded to cytapheresis and those who did not respond to cytapheresis, respectively.

【結果】

対象患者は96人であった。患者背景は女性が39名、年齢(中央値) 38.2歳、罹病期間(中央値) 3、4年、アダリムマブ投与時のCAI、CRP、Plt、Alb、体重は9.0、0.5 mg/dL、 $302 \times 10^9/L$ 、3.7 g/dL、56.3 kgであった。病型は全大腸炎型65人、左側結腸炎型30人、直腸炎型1人、併用薬は5-ASA製剤が74人、免疫調節薬50人、ステロイド26人であった。アダリムマブ投与前のIFX投与歴は33人、白血球除去療法は57人であった。アダリムマブ投与後の2、4、8、12週後の寛解率は26% (25/96)、38% (36/96)、44% (42/96) and 46%(44/96)であり、単変量解析によってIFX無効例はアダリムマブ投与12週後の効果に対する不良予測因子であり、白血球除去療法有効例、血小板値 $\geq 302 \times 10^9/L$ は良好な予測因子であった。ロジスティック回帰分析による多変量解析

では、IFX無効例、投与時体重 ≥ 56.3 kgがアダリムマブ効果の不良予測因子であり、白血球除去療法の有効例、投与時血小板値 $\geq 302 \times 10^9/L$ が良好な予測因子であった。白血球除去療法の無施行例、有効例、無効例におけるアダリムマブの12週後寛解率は44% (17/39)、69% (24/35) and 14% (3/22)であった。

Conclusions: ADA treatment led to clinical remission in 46% of patients with UC at 12 weeks and factors such as response to cytapheresis, higher platelet count and lower body weight were associated with better short-term outcomes. We found that approximately 70% of the patients who responded to cytapheresis achieved remission.

【結語】

潰瘍性大腸炎患者に対するアダリムマブの12週後寛解率は46%であった。白血球除去療法有効例と血小板高値、低体重はアダリムマブ短期効果に対する良好な因子である。また、白血球除去療法に有効であった症例の約70%がアダリムマブ投与後に寛解に至った。

Ryosuke Sakemi1) Maki Miyakawa2), Hiroki Tanaka2), Masanao Nasuno2), Satoshi Motoya2), Tokuma Tanuma3), Manabu Ishii4), Hideyuki Yanagisawa5), Masaki Yamashita6), Nariaki Toita7), Ryo Suzuki8), Masanori Nojima9) Suketo So1)

- 1)Tobatakyoritsu Hospital,Department of gastroenterology, Kitakyushu, Japan
- 2)Sapporo Kosei General Hospital, IBD Center, Sapporo, Japan
- 3)Teine Keijinkai Hospital, Center for Gastroenterology, Sapporo, Japan
- 4)Kawasaki Medical school, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Kurashiki, Japan
- 5)Obihiro Kosei General Hospital,Department of Gastroenterology and Hepatology, Obihiro, Japan
- 6)St. Marianna University school of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, Kawasaki, Japan
- 7)Sapporo Kosei General Hospital, Department of Pediatrics, Sapporo, Japan
- 8)Hakodate Goryoukaku Hospital, Department of Gastroenterology, Hakodate, Japan
- 9)The University of Tokyo, The Institute of Medical Science, Center for Translational Research, Tokyo, Japan

第18回LPEC研究会【令和元年5月23日】

演 題: Nuck管水腫に対する腹腔鏡下手術は容認されうか?

演 者: 松村 勝/戸畑共立病院 ヘルニア外科

抄録:

Nuck管水腫は、女性の鼠径部膨隆疾患として、全体の17%であり、特に40歳以下では50%以上で認められると報告がある。

治療法は、外科的手術による完全切除摘出が原則である。Nuck管水腫の遺残は症状が再燃するだけでなく、異所性子宮内膜症の原因となりうる。また、完全摘出が重要な理由は、類内膜腺癌合併の報告もあるためである。術式としては、子宮円靱帯を可及的に切除する必要があるため、前方切開法によるアプローチを推奨する報告が多い。腹腔鏡下

手術では、腹腔側から評価を行うことができる利点はあるが、Nuck管水腫が鼠径管外まで至る症例では手技的に困難であり、水腫損傷による体腔内汚染のリスクが高い、とされている。

われわれは鼠径ヘルニアに対して膨潤局所麻酔法を併用したTAPPを標準術式としている。Nuck管水腫の経験症例は5例であるが、全症例をTAPPで完遂している。これら5例から、2例の術中ビデオを供覧することで、Nuck管水腫に対する腹腔鏡下手術で完全切除を行う方法を提示する。

第47回日本血管外科学会学術総会【2019年5月23日～24日】

演 題: 膝窩動脈瘤閉塞症例に対するdistal bypass

演 者: 西村 太郎/戸畑共立病院 外科

膝窩動脈瘤の手術では術式の選択に迷うことがある。アプローチを後方にするか、内側にするか、瘤を切除するか、空置するか、人工血管を使用するか、大伏在静脈を用いるか、空地するにしても瘤の中核と抹消で結紮すべきかなどである。

またこれらは手術の体位にも影響する。私たちは開存している腋窩動脈瘤の手術では後方アプローチで瘤切除を行

い、人工血管で再建し、へいそくしている動脈瘤で下肢救済が主な目的の症例は大伏在静脈での下腿へのバイパスを行ってきた。

今回、膝窩動脈瘤の閉塞と下肢虚血を主訴に来院した74歳の症例に膝上部から下腿後頸骨動脈へのバイパスを行い、症状消失し、術後空置瘤の拡大もなく、経過良好であったので、文献的考察を含めて、報告する。

第113回日本消化器病学会 九州支部例会

第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会

【令和元年5月24日】

演 題: 当院におけるClostridium difficile関連下痢症再発リスク因子の検討

演 者: 知井 蘭/戸畑共立病院 臨床研修医

【背景・目的】

Clostridium difficile関連下痢症(Clostridium difficile associated diarrhea: CDAD)は入院中の感染性下痢症の最大の原因であり、患者の25%で再発するとされている。再発は入院期間の延長や医療費の増大に繋がるだけでなく初発例に比較し次なる発症の頻度も高いため、再発のリスク因子を同定することは臨床的に有意義と考えられる。再発のリスク因子として高齢、抗菌薬の使用、プロトンポンプ阻害薬の使用などが報告されているが本邦におけるリスク因子については明らかとなっていない。今回我々は当院におけるCDAD患者を対象にCDAD再発に寄与する背景因子について検討した。

【方法】

2013年1月1日から2018年12月31日の期間に当院で

CDADと診断され投薬治療された入院患者134例をCDAD治療終了後の再発例(再発群: 25例)と非再発例(非再発群: 109例)に分け、発症時および治療終了時の採血データ、CDAD治療薬、CDAD治療終了後の抗菌薬使用歴、PPI内服歴などについて後ろ向きに比較検討した。CDAD発症の定義は下痢症状を認めCD抗原陽性かつCDADの治療がなされているものとし、治療終了後60日以内のCDAD発症を再発と定義した。

【結果】

初回治療終了後から再発までの平均期間は14日であった。再発群、非再発群の平均年齢は84歳vs84歳、女性60%vs58%、PPI使用率、初回治療時のMNZ使用率は各々36%vs39.4%、48%vs58.7%と何れも有意差を認めなかった。またCDAD治療後の抗菌薬使用率は60%vs39.4%、初回発症時の血清Cre値(中央値以上)は72%vs46%、治療中の絶食率36%vs13%と再発群においてCDAD治療後の抗菌薬

使用率、CDAD発症時Cre値(中央値以上)、治療中絶食率が有意に高かった($p=0.02$ 、 $p=0.02$ 、 $p=0.02$)。ロジスティック回帰分析ではCDAD治療後の抗菌薬使用、CDAD治療時Cre値、治療中の絶食が再発の増悪因子として検出された。

【結語】

CDAD治療終了後の抗生剤使用、CDAD治療中の絶食及び発症時の血清Cre高値はCDAD再発のリスク因子である可能性が示唆された。これらの症例においては再発を念頭に置いて治療を進める必要がある。

第17回日本ヘルニア学会学術集会【令和元年5月24日～25日】

演 題:術前診断し得たde Garengeot herniaの1例

演 者:松村 勝/戸畑共立病院 外科

共同演者:谷脇智¹⁾ 平田敬治²⁾ 大橋直樹³⁾

1)戸畑共立病院 外科、2)産業医科大学 第一外科、3)東京外科クリニック

症例は81歳女性。5日前から右下腹部に違和感を自覚していたが次第に硬結を触れるようになり近医を受診した。還納はできず鼠径ヘルニア嵌頓疑いで当科紹介となった。腹部超音波検査では液体貯留の中に策状物を、腹部CT検査では大腿輪方向へ盲腸から進展する構造物を確認した。画像診断によりde Garengeot herniaと診断し、緊急手術を行った。手術は腹腔鏡を選択した。術前診断通り大腿輪に虫垂が陥入していたが、鉗子での牽引で解除不可であったため、裂孔

靱帯の切開を行うことで虫垂の抜去を行った。虫垂には明らかな炎症性変化を認めなかったため切除は行わない方針とした。その後は通常行っている膨潤局所麻酔併用腹腔鏡下ヘルニア修復術を行った。術後は特に合併症を認めず、術後2日目に退院となった。de Garengeot herniaにおいて、腹腔鏡下手術は慎重な鉗子操作により虫垂の抜去と評価、腹腔内膿瘍等の確認、大腿ヘルニア以外のヘルニアの存在も評価可能である。本症例の手術動画を供覧する。

第113回日本消化器病学会九州支部例会

第107回日本消化器内視鏡学会九州支部例会

【2019年5月24日～25日】

演 題:「Cronkhite-Canada症候群の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: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²⁾ 鳥村拓司³⁾

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

【はじめに】

Cronkhite-Canada症候群は消化管ポリポースに脱毛、爪甲萎縮、皮膚色素沈着などの特徴的な皮膚症状を伴う非遺伝性疾患である。現在までに世界で500例程度の報告にとどまる希少な疾患であるが、本邦からの報告が多く既報の6割以上を占める。

【症例】

70代、男性。X年、年始より下腿浮腫を自覚していた。同年5月より下痢軟便が出現。6月末頃より味覚障害、体重減少が出現し血液検査で低蛋白血症、低Alb血症、貧血を指摘されたため前医でGIF施行された。胃角部から前庭部にかけて発赤したポリープが散見され、十二指腸球部から下降脚にかけてもポリープや糜爛を認め精査目的にX年7月当院紹介となった。皮膚の色素沈着、頭部脱毛は著名でなかったが、爪甲異常が認められた。胃内には胃角部から前庭部にかけて発赤の強いイクラ状の無茎性びまん性ポリープが密集していた。十二指腸は発赤や粘膜の浮腫が認められた。大腸内

は盲腸から直腸にかけてイチゴ状のポリープを散見した。介在粘膜は発赤、浮腫状変化を認めた。大腸ポリープに対しEMRを施行し病理検査に提出すると、粘膜は炎症細胞浸潤を伴う浮腫状の間質と過形成性上皮からなりしばしば嚢胞形成も示していた。以上の所見からCronkhite-Canada症候群と診断しPSL30mg/日投与開始した。治療開始後数日で味覚障害は改善し、2ヶ月で下痢は改善した。爪甲の異常も新規の爪には認めず、栄養状態も徐々に改善していった。PSLの副作用、腸管吸収障害の改善のためか糖尿病の悪化を認めた。治療開始後1ヶ月、6ヶ月後に施行した上部消化管内視鏡検査ではポリープの縮小、減少を認め、現時点では再発なく良好な経過を追っている。

【まとめ】

Cronkhite-Canada症候群の1例を経験した。当症例は希少疾患であり、今回経験したことにより若干の文献的考察を含め報告する。

第113回日本消化器病学会九州支部例会

第107回日本消化器内視鏡学会九州支部例会

【2019年5月24日～25日】

演 題: 当院における原因不明の消化管出血(Obscure gastrointestinal bleeding; OGIB)に対する
緊急ダブルバルーン小腸内視鏡(DBE)検査の検討

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⁾ 今村健太郎¹⁾ 武田和大¹⁾ 森光洋介²⁾

1) 戸畑共立病院 消化器内科、2) 同 病理診断科

【背景と目的】

消化管出血全体のうち約5%が原因不明の消化管出血であり、そのうち75%が小腸出血と報告されている。当院では上・下部消化管内視鏡にて出血源が特定できなOGIB症例のうち、顕性出血を有する例に対しては来院後可能な限り早期にDBEを行う方針としている。当院において緊急に行ったDBE症例の現状を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

2011年1月～2018年12月の期間で当院で施行したDBE255症例(432検査)のうち、OGIBに対し緊急内視鏡を行った症例(137検査)を対象とし患者カルテを後ろ向きに見直し、各種検討を行った。

【成績】

患者背景としては、男女比は約1:1で平均年齢は70歳であった。平均Hb濃度は8.43と低値であり、抗血栓薬内服症例は49%であった。また、約半数の症例で輸血を行った。出血源同定率は確信、疑診例あわせて68%であった。その内訳としては小腸血管性病変21例(41%)、びらん/潰瘍10例(19%)、悪性腫瘍9例(17%)、小腸以外の出血源12例(23%)

症が19例を占めていた。小腸以外の出血例としては、結腸憩室出血8例、胆道出血1例、毛細血管拡張症3例(胃2例、十二指腸1例)であった。確信例24例のうち21例で治療が行われparaganglioma小腸転移、胆道出血、血管炎に伴う多発小腸潰瘍の3例は経過観察とした。治療した15例の内訳は、毛細血管拡張症9例のうち8例はAPC焼灼し、1例はAPC焼灼+クリッピング施行しており、結腸憩室出血1例はクリッピング、paraganglioma小腸転移以外の腫瘍性病変8例、空腸dieulafoy's潰瘍2例、回腸動静脈奇形1例は手術を行った。また、現在当院では、出血点近くの視野確保が困難な場合は、無色透明で適度な粘性を持つゼリー状の経口補水液(OS-1®ゼリー)を鉗子口から注入して視野確保するgel immersion endoscopyを行っている。

【結論】

OGIB症例に対し緊急DBEを施行した結果、多くの症例で出血源を同定でき、そのうち約半数以上は内視鏡的に治療可能な症例であった。OGIB症例のうち、顕性出血を有する症例に対してのDBEは有用であると考えた。自験例を提示し報告する。

第113回日本消化器病学会九州支部例会

第107回日本消化器内視鏡学会九州支部例会

【2019年5月24日～25日】

演 題: 「術後再建腸管を有する胆管結石に対するダブルバルーン内視鏡下ERCP治療の有用性の検討」

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⁾ 榊原重成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】

バルーン内視鏡の開発により、従来治療困難とされてきた術後再建腸管例に対する ERCP 関連手技(DBE-ERCP)が可能となった。今回、術後再建腸管を有する胆管結石に対するDBE-ERCPの現状について後方視的に検討した。

【対象・方法】

2016年3月～2019年1月までに当院で施行した術後再建腸管(Billroth-I法を除く)を有する胆管結石症例に対して行ったDBE-ERCP連続32例58件(平均77.4歳(60-88歳)、男/女:23/9)を対象とした。内視鏡はEI-580BT(SDBE)またはEN-580T(LDBE)を使用した。再建術式はBillroth-II法(B2)7例10件、Roux-en-Y(RY)23例42件、臍頭十二指腸切

除(PD)1例3件、胆管空腸吻合(HJ)1例3件。対象における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】

全体では、1)91.4%(53/58件)、2)77.4%(41/53件)、3)92.7%(38/41件)、4)62.5%(20/32例)、5)90.5(32/161)分であった。再建法別(B2/RY/PD/HJ)では各々1)100/92.9/66.7/66.7%、2)80.0/74.4/100/100%、3)87.5/84.4/50/100%、4)57.1/69.6/0/0%、5)84.7/89.8/125/85.7分であった。6)偶発症は4件(7.0%)で認め、ERCP後瘻炎3件(軽症～中等症)、胆管炎1件でありいずれも保存的加療で改善した。SDBEで目的部位到達

困難のため3件でLDBEを使用した。胆管挿管成功のうち4件でPTBD等の経皮的ルート下にRendezvous法で行われた。処置の内訳は、乳頭吻合部処置がEPBD/EPLBD/EST/EST+EPLBD/吻合部拡張2/21/1/2/2件、胆管処置がEBS/ENBD/EML/バルーン結石除去/バスケット結石除去/その他14/2/25/19/9/1(重複含む)であった。最終的には全32例中27例で何らかの内視鏡処置成功しており、不成功例の原

能、胆管挿管維持困難が1例、術後癒着による到達困難が1例だった。

【結論】

術後再建腸管例を有する胆管結石に対するDBE-ERCPは有用であった。一方で、胆管挿管の更なる技術向上、専用処置具の開発や代替治療法の標準化が望まれる。

第17回日本ヘルニア学会学術集会【令和元年5月24日～25日】

演 題：膨潤TAPPで挑むJSES技術認定医

演 者：松村 勝／戸畑共立病院 外科

日本内視鏡外科学会技術認定医制度は2004年から始まり、消化器外科領域ではこれまで1,987人が合格している。このうち、鼠径ヘルニア領域では291人が申請し、79人が合格している。合格率は27%で狭き門となっている。認定の審査基準は、内視鏡外科における基本的手技が60点と鼠径ヘルニアにおける手術操作が40点、計100点の減点法である。鼠径ヘルニアでのTAPP/TEPは、消化管と異なり郭清操作が無いかわりに、層を意識しmyopectineal orificeを十分にメッシュで覆うための確実な剥離操作、不必要な出血を生じず解剖を意識したparietalization、確実に腹膜を適度な緊張で閉鎖する体腔内での縫合操作を中心に評価が行われる。これら操作が再発を含めた術後合併症に直結するため、評価も

厳しくならざるを得ないと考える。

私はTAPPの術式として、膨潤局所麻酔併用TAPP(以下t-TAPP)を2011年から導入し、現在まで320例に行なった。技術認定医試験は2014年に不合格を経験したが、2015年に合格を得ることができた。t-TAPPでは、経腹腔もしくは経皮的に腹膜直下に膨潤局所麻酔液を注入し腹膜前腔を膨化させる。これにより、腹膜の剥離操作が比較的容易となり、微細な出血を抑制できることから層の確認にも有効と考える。

基本的なt-TAPPの手術操作、合格ビデオ、不合格ビデオを供覧することで、本手技の詳細と合格のポイント、現在心がけている点を提示する。

第137回西日本整形・災害外科学会学術総会【2019年6月1日～2日】

演 題：術前に両肺動脈塞栓症を発症した上腕骨近位端骨折の1例

演 者：杉野 裕記／戸畑共立病院 整形外科

【はじめに】

整形外科領域において周術期の下肢静脈血栓症および肺動脈塞栓症の発症の予防についての報告が散見される。その多くが人工関節置換術や下肢骨折の手術に伴う報告であり、上肢骨折に関する報告は稀である。今回上腕骨近位端骨折の術前に肺動脈塞栓症を発症した1例を経験したので報告する。

【症例】

89歳、女性。自宅で転倒し受傷。右肩関節痛強く、近医受診。右上腕骨近位端骨折の診断で当院紹介受診。当院で施

行した画像検査で右上腕骨近位端骨折を認め、手術加療の方針となった。疼痛強く、自宅での生活は困難であり手術5日前に入院。術前から歩行許可し、リハビリも介入していた。手術日の早朝より呼吸苦が出現、両肺動脈塞栓症の診断で抗凝固療法を開始。徐々に血栓の縮小を認めた。

【考察】

上腕骨近位端骨折の術前でも入院に伴う活動性の低下に伴い、肺動脈塞栓症を発症することがあり、周術期には肺動脈塞栓症に留意する必要がある。

第31回日本肝胆膵外科学会・学術集会【令和元年6月14日～15日】

演 題: 切除不能局所進行膵癌に対する放射線化学療法中に出血性ショックを生じ、
緊急膵頭十二指腸切除術を施行した一例

演 者: 和田 義人／戸畑共立病院 外科

共同演者: 竹谷園生 宗宏伸 谷脇智 今村鉄男

戸畑共立病院 外科

Hemorrhagic shock successfully treated emergency pancreaticoduodenectomy for unresectable pancreatic carcinoma refractory to chemoradiation therapy: A case report

Yoshito Wada¹⁾, Sonoo Taketani¹⁾, Hironobu So¹⁾, Satoshi Taniwaki¹⁾, Tetsuo Imamura¹⁾

Pancreatic cancer often leads to duodenal invasion, but rarely causes duodenal bleeding. We describe a 77-year old Japanese female admitted to our hospital with hematemesis, who presented with unresectable pancreatic head cancer in the chemoradiation (GEM 900mg x 4 times +60Gy). The next day, she developed hemorrhagic shock state, and emergency endoscopy was performed with an ulcerative lesion in the 2nd portion of the duodenum with bleeding. So we judged to prefer an operation to IVR, endoscopic and other therapies for her condition. The patient was successfully treated by cephalic pancreaticoduodenectomy for hemorrhage and reconstruction by PD-II method (pancreatico-jejunal drainage known as the "lost tube" was placed at the anastomosis and fixed with an absorbable suture and retrograde transhepatic biliary drainage for hepatico-jejunostomy), but, unfortunately, we could not come to complete resection (R2)(operating time: 4hrs 55min, blood loss: 400ml). The patient's postoperative course was uneventful and discharged POD 25. Since hemorrhagic shock arising from pancreatic head cancer with duodenal invasion is rare, we report the present case that gastrointestinal bleeding could possibly be attributed to the effect of other therapies.

症例は77歳の女性。糖尿病の悪化による精査の結果、切除不能進行膵癌と診断し放射線化学療法中であった(GEM900mgx4クール+60Gy)。2018年4月下旬、吐血を主訴に再来され、保存的治療を開始したが、入院翌日に大量吐血と共に血圧50台とショック状態となった。上部消化管内視鏡検査を行い、十二指腸に浸潤する膵癌からの出血と判断した。内視鏡的治療やIVRでは止血困難と判断し、同日緊急手術を施行した。開腹すると、少量の腹水、軽度の黄疸肝を認め、腫瘍は門脈壁と腹腔動脈から肝動脈周囲にも一部浸潤していた。出血が持続していると判断し、遠位側胃切除、十二指腸切除を先行した。次いでKocherの十二指腸授動、横行結腸よりSMV,SMAを確認、CHAよりGDAを同定・切離、PV左側でトンネリング後膵離断を行った。胆嚢摘出後、PHA,PV本幹を遊離し、総胆管と膵頭部を肝十二指腸間膜より剥離しようとしたが癌浸潤あるいは放射線の影響で剥離に難渋した。再建はPD-IIで行い、膵管-空腸粘膜吻合は行わず、膵管ステント留置とした。胆管空腸吻合部内にRTBDを留置し、腸瘻造設して終了した(手術時間4時間55分、出血量400ml)。全身状態は徐々に改善し術後25日目に転院となった。膵癌は乏血性腫瘍で十二指腸浸潤からの消化管出血による出血性ショックへ至る症例は稀であるが、他の治療法の影響により消化管出血例が増える可能性もあり報告した。

第7回アジアクローン病・大腸炎(AOCC 2019) 年次総会【2019年6月14日～16日】

演 題: 症候性クローン病小腸狭窄に関する国内多施設共同研究:
初回内視鏡的バルーン拡張術後の手術回避因子を含めて

演 者: 酒見 亮介／戸畑共立病院 消化器病センター

【背景】

小腸狭窄はクローン病における最も多い合併症の一つである。内視鏡的バルーン拡張術(EBD)は比較的侵襲が少なく、手術回避目的に施行される手技であるが、頻回なEBDを要する症例も存在する。今回、我々は多施設共同研究として症例を集積し、症候性小腸狭窄を来したクローン病を対象として、その手術回避因子や初回EBD後の経過に関連する因

子について検討を加えた。

【方法】

手術既往のないクローン病患者のうち、2008年以降に症候性小腸狭窄が明らかとなった症例を対象とし、後方視的に症例を集積した。

【結果】

32施設から304症例が集積された。累積手術回避率は

1年で74.0%、5年で54.4%、10年で44.3%であった。Cox回帰分析にて多変量解析を実施したところ、手術回避因子として発症時に病型が炎症型、EBD成功、狭窄長2cm未満、抗TNF- α 抗体製剤の追加投与があげられた。初回EBDが成功した95名を対象とし、Cox回帰分析を実施したところ、EBD拡張径15mm以上、長いEBD拡張間隔が手術回避因子であった。ROC解析の結果、拡張間隔が446日以下であった場合、その後の手術を示唆する因子となった。446日以下の拡張間

隔を実施していた症例には喫煙者が有意に多く含まれていた。

【結果】

症候性小腸狭窄を来したクローン病の手術回避因子を明らかにした。狭窄症状発症後の抗TNF- α 抗体製剤追加、EBD施行時に15mm以上で拡張、禁煙などで手術を回避する可能性が示唆された。

第54回日本高気圧環境潜水医学会【2019年6月14日～16日】

演 題:当院における高気圧酸素治療による放射線障害の軽減効果について

演 者:甲斐 雄多郎／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:今林和馬¹⁾ 後藤陽次朗²⁾ 灘吉進也¹⁾

1)戸畑共立病院 臨床工学科、2)戸畑リハビリテーション病院 臨床工学科

【背景】

当院の高気圧酸素治療(以下HBO)は、がん治療の一環として放射線増感目的に放射線治療直前に施行している。放射線治療計画ガイドラインには、「放射線治療は、腫瘍に線量を集中的に照射させ、がんを根治もしくは症状を緩和させるために施行されており、正常細胞まで照射されるため、放射線障害が問題となる。」と記載されている。特に頭頸部がんは、他の腫瘍より放射線総線量が高く(66～70Gy)、放射線皮膚炎や放射線性骨髄炎をきたす可能性がある。

【目的】

HBOは、放射線障害に対して、治癒効果は報告されているが、軽減効果の報告は散見される程度である。今回、当院でのHBOによる放射線障害の軽減効果について後ろ向きに検討した。

【方法】

平成28年10月から平成30年12月までの放射線治療にHBOを併用した頭頸部腫瘍(総線量40Gy以上)の患者40名を対象とした。放射線治療計画終了後の皮膚炎Grade、口内炎、頸部発赤、治療終了90日以降の発生率、治療終了直後の

腫瘍奏効率について調査した。

【結果】

皮膚炎は、無 52%に対し、Grade1 30%、Grade2 15%、Grade3 2.5%、Grade4 0%であった。口内炎は無83%、有17%であり、口内出血は認めなかった。頸部発赤は無 75%、有 25%であった。治療終了90日以降の放射線障害発生率は、2.5%であった。治療終了直後の腫瘍奏効率は、CR 5%、PR 73%、SD 23%、PD 0%であった。

【考察】

吉田らは、放射線皮膚炎のGrade2、3の発生率は75%程度と報告しているなか、当院ではGrade2以上は、17.5%であった。また、口内出血、口内炎の発生率は、20%程度であった。このことからHBOは、本来の目的である増感効果にくわえて、放射線障害の軽減効果も期待できることが示唆された。

今回は、化学療法における影響は考慮していないが、それにしても放射線障害の発生率は低い結果となった。HBOによる放射線障害の軽減効果は、患者のQOLに大きく貢献することから、今後さらなる検討が必要である。

第41回日本癌局所療法研究会【2019年6月21日】

演 題:胃癌術後4年目で腹腔動脈周囲リンパ節転移再発に対して根治切除を施行した1例

演 者:西村 太郎／戸畑共立病院 外科

抄録本文:

症例は70歳男性。

4年前に幽門前庭部胃癌T3N3StageIIIBに対して幽門側胃切除歴があった。補助療法としてTS-1併用シスプラチン療法2kurおよびTS-1単剤1年間施行していた。経過観察中にCEAが漸増し、腹腔動脈周囲に10mmの結節が出現した。PET陽性であり、胃癌再発の診断で切除術を施行した。

術後病理検査でリンパ節転移の診断となったためTS-1内服して1年無再発経過中である。胃癌の術後再発は2年以内の症例が多いとされるが、長期経過後に再発する症例も散見される。今回4年後に腹腔動脈周囲リンパ節に転移再発をきたし、根治切除が可能だった胃癌再発症例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

第24回緩和医療学会【2019年6月22日】

演 題:第24回緩和医療学会

演 者:石井 乃里江／戸畑共立病院 栄養科

共同演者:野口妙子²⁾ 川原早苗³⁾ 重見貴子³⁾ 中園武宣³⁾ 大森政美⁴⁾ 原澤あゆみ¹⁾ 今田肇⁵⁾

1)戸畑共立病院 栄養科、2)同 看護部、3)同 薬剤部、4)同 リハビリテーション科、5)同 がん治療センター

【はじめに】

頭頸部がん患者は治療前から嚥下障害が生じやすく、低栄養に陥りやすい。今回、放射線化学療法中の経口摂取困難、合併症発症後に経鼻経管栄養管理を行いながらチーム介入で治療完遂できた症例を経験したので報告する。

【事例】

83歳男性。喉頭がん、右頸部リンパ節転移への放射線化学療法目的に入院。食べづらさ、食思不振のため経口摂取少なく管理栄養士介入。咽頭痛コントロールを行ったが経口摂取は改善せず、PICCカテーテル挿入し、中心静脈栄養管理になった。第29病日、S状結腸穿孔のため外科へ転科、人工肛門造設となった。経口摂取再開になるも摂取量は変わらず、

第39病日経鼻胃管を挿入して経管栄養管理へ。静脈栄養からは徐々に離脱し、第52病日に放射線治療も終了したが咽頭痛は持続しており経口摂取は進まなかった。自宅退院は困難のため回復期病院へ転院、1か月半後に精査目的で再入院後も継続して栄養介入した。咽頭痛軽減し徐々に経口摂取量が改善、経鼻胃管を抜去し自宅退院に至った。

【考察】

頭頸部がん患者において放射線化学療法中、痛みなどの有害事象による摂取困難は多くみられ、今回のように他の栄養ルートが必須になることも多い。今後は予防的胃瘻造設も含めて、積極的な栄養介入について検討したい。

第64回日本透析医学会学術集会、総会【2019年6月28日】

演 題:患者指導に向けた取り組み～患者さんに積極的に関わっていかう～

演 者:田代 加奈／戸畑共立病院 看護部

共同演者:藤江理恵 山村正恵

戸畑共立病院 看護部

【はじめに】

A病院では、日々の業務の中で受け持ち患者への指導が十分に実施できていないと感じていた。そこで、現状を調査し問題点を解決したいと考えた。

【目的】

具体的な解決策の考案と実施を行い、看護師の意識、行動変容を調べる。

【方法】

患者指導に関する現状を質問紙法にて調査し問題の分析を行う。カンファレンスにて受け持ち患者への関わり方のアドバイスや問題提議をする。その後の看護師の行動変容を確認する。

【結果】

看護師全員が情報収集不足を感じ、特に透析看護経験3年未満の看護師では、その傾向が強いことが分かった。経験の浅い看護師を中心にアドバイスを行うと、カンファレンスでの自発的な発言が増えた。また、積極的な自己学習が増えた。カンファレンスが活発になった。

【考察】

声掛けによる動機付けを行うことは、情報収集能力向上と患者と積極的に関わる行動変容へと効果的な手段であると考えた。また、カンファレンスの活用は、スタッフ全員の意識向上も図る事が出来たと考えた。

第45回日本骨折治療学会【2019年6月28日～29日】

演 題:大腿骨頸部骨折術後遷延治癒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

共同演者:大茂壽久 濱田賢治 古子 剛 杉野裕記 宮里和明

戸畑共立病院 整形外科

【目的】

骨接合を行った大腿骨頸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】

2012年4月から2017年12月の期間に大腿骨頸部骨折に対して骨接合術手を行い術後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76.9歳で平均術後経過観察期間8.4ヶ月であった。検討項目は、年齢、性別、術前待機期間、受傷時骨折型、レントゲン側面像で測定したlateral angle、受傷時CT MPR画像で測定した骨折傾斜角度の6項目として遷延治癒群、非遷延治癒群2群に分けて単変量解析を行い、有意差を認める項目を説明変数として多変量解析を行う事で術後遷延治癒の発生要因について検討を行った。骨折型はAO分類を用いた。lateral angleは大腿骨頭の中点と骨折部の中央を結ぶ線と頸部遠位の中点と

骨折部の中点を結ぶ線のなす角度を測定した。骨折傾斜角度は受傷時CT MPR像で大腿骨頸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を測定した。

【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($p=0.004$)と骨折型($p=0.02$)で遷延治癒群、非遷延治癒群間に有意差を認め、多変量解析の結果、骨折傾斜角度が遷延治癒発生の有意な説明変数であった。さらに骨折傾斜角度のカットオフ値は 57° であった。

【結論】

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($p=0.004$)と骨折型($p=0.02$)で遷延治癒群、非遷延治癒群間に有意差を認め多変量解析の結果、骨折傾斜角度が遷延治癒発生の有意な説明変数であった。さらに骨折傾斜角度のカットオフ値は 57° であった。

第17回日本臨床腫瘍学会学術集会【2019年7月18日～20日】

演 題:多発小腸脂肪腫に対して腸管切除せずに腫瘍切除を行った1例

A case of tumor resection without bowel resection for multiple intestinal lipomatosis

演 者:吉本 裕紀/戸畑共立病院 外科

共同演者:吉田智治

小倉記念病院 消化器内科

【はじめに】

小腸の多発脂肪腫症は極めて稀な小腸腫瘍で、その手術適応、切除範囲をどうするかは大きな問題である。今回我々は全小腸および十二指腸に存在する多発脂肪腫症に対して、外科的および内視鏡的に腸管切除をせずに全腫瘍を切除した症例を経験したので報告する。

【症例】

57歳女性。11年前に小腸脂肪腫症による腸閉塞にて開腹小腸切除術の既往があった。繰り返す腹痛のため精査したところ十二指腸から回腸にびまん性に存在する小腸脂肪腫症を認め、一部重積していたため手術目的に外科紹介となった。臍部に小切開を置き小腸を頭側から順に体外に引き出し、脂肪腫直上で腸管に小切開をおき、脂肪腫のみ核出し腸管の再縫合を行った。引き続き十二指腸にも腫瘍があったた

め内視鏡下にEMRを行った。術後経過は良好で術後第5病日に退院となった。

【考察】

小腸脂肪腫症の多発例は全体の15%であると言われており、多発症例の発見契機としては腸重積による腸閉塞が多かった(約50%)。重積をおこした小腸腫瘍の約50%が悪性であったとの報告もあり、手術適応、切除範囲の決定は非常に困難である。

【結語】

全小腸におよぶ多発脂肪腫症に対して腸管切除をせず、外科的および内視鏡下に腫瘍切除を併施した症例を経験した。本術式では腸管切除を伴わないため短腸症候群を危惧することなく腫瘍を切除できるため非常に有用な手術方法の一つであると思われる。

日本泌尿器科学会 福岡地方会第304回例会【2019年7月27日】

演 題:前立腺癌に対するハイドロゲルスペーサーを用いた放射線治療の初期経験

演 者:山田 陽司/戸畑共立病院 泌尿器科

共同演者:小野田敏博¹⁾ 塩津弥佳²⁾ 溝口翔太²⁾ 後藤祐介²⁾ 鞆田義士²⁾ 今田 肇²⁾

1)戸畑共立病院 泌尿器科、2)戸畑共立病院 がん治療センター

【目的】

前立腺癌の根治放射線治療における直腸保護ハイドロゲルスペーサー(Space OAR)が保険適応となった。当院は2018年8月よりSBRT、Brachy、IMRTいずれの治療法でも使用し、外照射では治療前に、小線源では治療直後に留置した。このSpace OARを用いた治療に関して、薬剤の注入成功率、急性期障害、および放射線線量分布を評価した。結果:7か月間で、T1cから直腸側突出がないT3aを含む前

立腺癌51例を対象とし、治療法はSBRT:26例、外照射併用小線源:15例、小線源単独:6例、IMRT:4例。注入は全例で成功(100%)。前立腺一直腸間拡張幅は平均5.6-9.3mmで、前立腺尖部での拡張幅が少ない。SBRT治療計画での直腸線量は、有意に軽減できた。また薬剤注入に伴う有害事象はない。結論:Space OARを使用した放射線治療では直腸炎軽減でき、安全に使用できると考える。

第30回日本末梢神経学会学術集会【2019年8月23日~24日】

演 題:女性手根管症候群患者において、メタボリックシンドロームの有無が及ぼす影響

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】

メタボリックシンドロームは肥満、脂質異常症、耐糖能異常が診断基準に含まれ、手根管症候群(以下CTS)の発症の危険因子と重複する。また、メタボリックシンドロームがCTSの発症に関連するとの報告もある。本研究の目的は女性CTSにおけるメタボリックシンドロームの有無(有:MS群、無:NMS群)を確認し、両群の臨床的特徴と術後成績を明らかにすることである。

【対象と方法】

CTSと診断し手根管開放術を行った女性103名122手、平均年齢68.7±12.0歳を対象とした。MS群とNMS群での臨床的特徴、神経伝導検査、Padua分類、CTSI-JSSH、屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着の有無を比較した。また、術後1年時にCTSI-JSSH、Kelly評価を用いて術後成績を比較した。

【結果】

メタボリックシンドロームを44名54手(44.3%)に認めた。術前の脂質検査では中性脂肪、HDL-CはMS群がNMS群と比較し有意に高かったが、TC、LDL-C、Non-HDL-Cには差が

なかった。Padua分類、術前CTSI-JSSHはMS群で有意に重症例が多かった。屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着はMS群59.3%、NMS群17.6%とMS群に多く認めていた。術後1年時のCTSI-JSSHは両群とも術前と比較し有意な改善を認めたが、MS群はNMS群と比較して改善が悪く、Kelly評価でもMS群excellent:20.3%、good:31.5%、fair:44.4%、poor:3.7%、NMS群excellent:30.8%、good:42.3%、fair:12.8%、poor:1.3%であり、MS群で術後の改善が悪かった。また、メタボリックシンドロームの危険因子数の増加に伴い術後成績不良例が増加していた。

【結論】

CTSにおいて、メタボリックシンドロームを44.3%と多くの症例に認めMS群では重症例が多かった。術後1年時にはMS群、NMS群とも術前と比較し症状の有意な改善を認めたが、NMS群の方がより改善していた。また、メタボリックシンドロームの危険因子数増加に伴い術後成績不良例が多くなっていた。

第83回日本呼吸器学会九州支部学術講演会【2019年9月6日】

演 題:「当院におけるNHCAP患者の摂食嚥下障害の重症度と運動機能についての調査報告」

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: 大森政美¹⁾ 橋木里実¹⁾ 神崎智康¹⁾ 中川英紀¹⁾ 菊谷大樹¹⁾ 長神康雄²⁾ 加藤達治²⁾

1) 戸畑共立病院 リハビリテーション科、2) 同 呼吸器内科

【目的】

我々は、本学会においてNHCAP患者に対する嚥下機能の評価方法として、The Mann Assessment of Swallowing Ability(以下MASA)とAssessment of Swallowing Ability for Pneumonia(以下ASAP)が有用であったことを報告した。今回、今後のリハビリを行う上での指標とする目的で、2014年、2016年の結果に2018年の調査を加え、NHCAP患者の摂食嚥下障害の重症度と運動機能について調査し、その実態を報告する。

【対象】

当院内科に入院し対象期間に摂食機能療法の依頼があったNHCAP386症例(対象期間2014.11～2015.6:153症例、2016.1～2016.6:130症例、2018.12～2019.6:103症例)

【方法】

①入院時MASA②入院時ASAP(2014年末実施)③入院時B.I④退院時B.Iの平均値を算出しそれぞれの有意差を求める

【結果】

2014年:①137.9±40.0(重度44.4%)③18.0±24.2④38.3±34.0、2016年:①142.4±46.7(重度40.0%)②63.8±33.0③21.4±26.4④38.7±37.2、2018年:①142.7±37.7(重度37.8%)②61.9±27.5③19.1±25.3④36.0±33.2。3年の比較において摂食嚥下と運動機能の有意差はみられなかった。摂食嚥下と運動機能は重篤であり、早期からの嚥下評価とその対策が必要である。

日本ハイパーサーミア学会 第36回大会【2019年9月5日～7日】

演 題:背臥位時における左右加温方法についての検討

演 者: 三浦 幸恵／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者: 大田真¹⁾ 溝口勢悟¹⁾ 青木姫子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) 戸畑共立病院 がん治療センター

【背景】

通常の加温法は、患部を上下の電極で挟み行われる。体位は、人体と電極の密着性が高まる腹臥位が推奨され、背臥位の約1.5倍の出力が入るとされている。しかし実際の治療では、患者の年齢、身体的要因により背臥位での治療を余儀なくされる事もある。

【目的】

背臥位左右加温にて、出力増加が得られた2症例を経験したので報告する。

【症例】

症例1. 54歳男性、肝臓加温。身体的要因にて背臥位上下加温を実施。臍部に熱感が頻発、左右加温に変更。皮下脂肪厚は腹部:最長18.5mm、最短10.8mm、側腹部:最長11.1mm、

最短7.9mm、BMI28。熱感に対するNRSは上下加温6/10、左右加温3/10。平均出力は上下加温270.2±60.1W、左右加温351.7±60.2W。症例2. 69歳女性、肝臓加温。身体的要因にて背臥位上下加温を実施。腹部に熱感が頻発、左右加温に変更。皮下脂肪厚は腹部:最長17.2mm、最短10.2mm、側腹部:最長10.5mm、最短5.1mm、BMI24。熱感に対するNRSは上下加温5/10、左右加温2/10。平均出力は上下加温311.4±49.2W、左右加温520.1±96.4W。

【考察】

熱感とは皮下脂肪の過剰発熱により生じ、脂肪の厚さに依存する。皮下脂肪の薄い側腹部からの加温は熱感を抑制し、高い出力が得られると示唆された。左右加温はNRSが低いことから、患者満足度の向上に繋がると考えられた。

日本ハイパーサーミア学会 第36回大会【2019年9月5日～7日】

演 題: 集学的治療で長期生存が得られている膵solid-pseudopapillary tumorの1例

A case of solid-pseudopapillary tumor of pancreas survived for a long time with intensive therapies

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⁾ 三浦幸恵¹⁾ 青木姫子¹⁾ 渡邊千代美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

症例は50歳代女性。2002年10月、膵solid-pseudopapillary tumorに対し膵切除施行。2005年4月、肝転移出現し手術および焼灼術施行。翌年8月と3月にRFA施行。2008年9月、TACEを5回施行。2012年2月RFA施行。同年9月、GEM4コース施行するもPD。2013年1月GEM+CDDP2コース施行するも、CDDPのアレルギー出現し当院紹介受診。肝内に3ヶ所の転移性腫瘍を指摘、3月より温熱放射線治療にS-1内服開始。2015年6月、肝転移再発。肝右葉へ放射線治療、S-1隔日内服。8月に肝左葉へ放射線治療施行。10月、肝転移増悪しアブラキサン/GEMによる温熱

化学療法施行。2016年1月、末梢神経障害出現しGEMへ変更。2017年3月、肝転移再発し、再度、アブラキサン/GEMによる温熱化学療法施行し腫瘍縮小したためGEMへ変更。その後、2017年8月と2018年5月に、肝転移に対し放射線治療施行。現在はGEMを用いた温熱化学療法継続中。

2016年に本症例を報告したが、発症から17年が経過し、温熱化学療法に適宜、放射線治療を加えることで、病状制御に大きく寄与された症例である。また、化学療法の有効性が確立されていない本疾患に対する温熱療法の有用性が示唆される症例であった。

日本ハイパーサーミア学会 第36回大会【2019年9月5日～7日】

演 題: 集学的治療により良好なコントロールが得られている胆管がん術後肺転移の1例

A case of cholangiocarcinoma lung metastasis achieved good control by Multidisciplinary treatment

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⁾ 三浦幸恵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

症例は60歳代男性。2013年11月、胆管がんと診断され摘出術施行。2014年4月、2016年1月、6月に転移性肝腫瘍に対し計3回の部分切除術施行。化学療法は2016年4月よりGEM+S1を施行。2017年1月、両側肺と右肺門部リンパ節転移が出現し当院受診となる。2017年2月、温熱化学放射線治療に高気圧酸素治療を加えた集学的治療を開始。温熱治療は計39回施行し、32回目まで腹臥位: 789±146W、以降、倦怠感強く背臥位: 514±56Wにて施行。化学療法は放射線期間中、CDDP(30mg)をweeklyにて2コース施行、2017年4月よりCDDP(40mg)をtriweekly、2018年11月よりmonthlyで計19コース施行。放射線治療は左上葉(3Gy×20

回)、右下葉(2Gy×30回)、肺門部(2Gy×30回)を施行。高気圧酸素治療は温熱療法直後に60分(2ATA)計39回施行。現在、画像所見において病変認められず本人希望で治療継続中。

本症例は、限局した転移病変に放射線治療、温熱療法、単一の化学療法、高気圧酸素治療の集学的治療を行ったことで病勢コントロールできた症例であり、集学的治療を積極的に行う意義を再確認できた。NLRも2±0.48と低値を示し、温熱療法による癌免疫を維持できていることが示唆される症例であった。

日本ハイパーサーミア学会 第36回大会【2019年9月5日～7日】

演 題:臨床工学技士が思案する診療報酬の現状について

Current status of medical fee in consideration of Clinical Engineer.

演 者:三浦幸恵／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:大田真 溝口勢悟 青木姫子 灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

本治療は1990年に保険診療となり29年が経過するが、診療点数は当初の状態にある。継続的にH Tを運用していくには、採算性を分析することも必要となる。このことから、今回、当院の治療実績に基づき原価計算および、損益分岐点を算出し、臨床工学技士の立場から考察する。

【方法】

調査期間は2018年4月～2019年3月で、サーモトロン - RF 8 を対象とした。1. 治療実績をもとに人件費、材料費、間接費を求め、1 治療あたりの原価を算出した。2. 調査期間の治療件数、年間収入を算出した。3. 損益分岐点を算出した。

【結果】

1. 1 治療あたりの原価は人件費14,161円、材料費331

円、間接費は装置価格を10年間の減価償却で1年あたりの費用で計算し3,993円、保守管理費は536円であった。2. 治療件数2379件、深在30,600,000円、浅在3,900,000円であった。3. 損益分岐点は1回の治療あたり19,121円であった。

【考察】

当院の運用状況より1治療の診療点数は最低2,000点が必要と考えられた。現行の2ヶ月に1度の深在の算定を週1回の治療で算出した1治療原価は1,125点であり、900点程度の開きがあった。現状の“一連”の算定方式では解釈の違いで、各都道府県および施設毎で公平性を欠くため、今後の診療報酬改定において1回の算定条件となることを期待したい。

第83回日本呼吸器学会九州支部秋季学術講演会【2019年9月6日～7日】

演 題:当院における肺炎患者のサルコペニア有症率、身体機能・呼吸機能との関係について

演 者:菊谷 大樹／戸畑共立病院 リハビリテーション科

共同演者:長神康雄 加藤達治

戸畑共立病院 呼吸器内科

【背景と目的】

近年、フレイル・サルコペニアに関する報告が散見される。本研究の目的は当院における肺炎患者のサルコペニア有症率、身体機能や呼吸機能との関連について調査することである。

【方法】

対象は2018年12月から4ヶ月間に当院入院となった肺炎患者52名(84歳±8.7歳)。サルコペニアはNILS-LSAが作成した診断基準に従い、身体機能はSPPB(Short Physical Performance Battery)、呼吸機能は最長発声持続時間(Maximum Phonation Time:MPT)、その他に嚥下機能(MASA)、ADL能力(BI)を評価し、カルテ情報よりBMI、入・退院時Alb、在院日数、退院後転帰を調査した。

【結果】

サルコペニア該当者は49名(94.2%)だった。その中でMPT2秒以下の者はMASA、入・退院時BIが低下し(p<0.05)、43%が元の住居へ退院できず長期療養病院へ転院となった。また、転帰不良者は退院時Albが低下し、在院日数は長期化していた。(p<0.05)

【考察】

当院における肺炎患者のサルコペニアの有症率は高く、Baumgartnerら(80歳以上の内43.2～60.0%)やその他の報告と比べても非常に高い結果となった。また、MPTはADL能力やサルコペニアの予測因子となる可能性があり、今後症例数を重ねて検証を続ける。

日本ハイパーサーミア学会第36回大会【2019年9月6日～7日】

演 題:温熱化学療法後にニボルマブを投与した手術不能・再発胃癌症例の検討

Evaluation of inoperable and recurrent gastric cancer patients who received Nivolumab after thermochemotherapy.

演 者:今田 肇／戸畑共立病院 がんセンター

共同演者:靱田義士¹⁾ 大田真²⁾ 溝口勢悟²⁾ 三浦幸恵²⁾ 青木姫子²⁾ 渡邊千代美²⁾

1)戸畑共立病院 がんセンター、2)同 臨床工学科

Hajime IMADA1, Yoshinori TOMODA1, Shin OHTA2, Seigo MIZOGUCHI2, Yukie MIURA2, Himeko AOKI2, Chiyomi WATANABE2, TOBATA Kyoritsu Hospital Cancer Treatment Center, Tobata Kyoritsu Hospital Department of Clinical Engineering

【はじめに】

進行胃癌に対するニボルマブの位置づけは、三次治療以降での使用が推奨されている。今回我々は、手術不能・再発胃癌7症例で、温熱化学療法後にニボルマブを投与したので報告する。

【対象】

平均年齢66.1歳、男性7例:女性1例、PSは全例1であった。前化学療法は、平均2.6 レジメンで、ガイドラインに沿ったものが選択されていた。化学療法と並行して主たる病果へ温熱療法を併用していた。6/7例でNLR<5で、低ナトリウム血症の症例はなかった。肝転移症例は3例であった。

【結果】

ニボルマブの使用回数は、平均11.1回(6-24)であった。腫

瘍縮小は3/7(42%)で認められ、病状の進行は5/7(71%)で認められた。効果のなかった2例は、肝転移を有する症例であったが、NLRは低値であった。

ニボルマブに伴う有害事象は、皮膚障害が1例に認められたのみであった。

【考察】

胃癌に対するニボルマブの効果としては、10%程度で腫瘍が縮小し、40%程度では、癌の進行が止まると報告されている。また、NLRが高値、低ナトリウムがあるもの、肝転移があるもので、奏効率が低下するとの報告がある。今回は症例数が少なく、明確な結論は出せないが、温熱化学療法で、NLR低値を維持して、ニボルマブへ繋ぐことは、意義のある治療法であることが示唆された。

日本ハイパーサーミア学会第36回大会【2019年9月6日～7日】

演 題:温熱化学療法後にニボルマブを投与した手術不能・再発頭頸部癌症例の検討

Evaluation of inoperable and recurrent head & neck cancer patients who received Nivolumab after thermochemotherapy.

演 者:今田 肇／戸畑共立病院 がんセンター

共同演者:靱田義士¹⁾ 大田真²⁾ 溝口勢悟²⁾ 三浦幸恵²⁾ 青木姫子²⁾ 渡邊千代美²⁾

1)戸畑共立病院 がんセンター、2)同 臨床工学科

Hajime IMADA1, Yoshinori TOMODA1, Shin OHTA2, Seigo MIZOGUCHI2, Yukie MIURA2, Himeko AOKI2, Chiyomi WATANABE2, TOBATA Kyoritsu Hospital Cancer Treatment Center, Tobata Kyoritsu Hospital Department of Clinical Engineering

【はじめに】

治療後再発頭頸部癌に対するニボルマブは有効とされ、保険適応になっているが、その位置づけはまだ確立はしていない。今回、温熱化学療法土放射線治療後にニボルマブを投与した遠隔転移を有する治療後再発頭頸部癌7例を経験したので報告する。

【対象】

全例が扁平上皮癌で、平均年齢 66.7歳、男性4例: 女性3例、PSは全例1であった。前治療として、温熱化学療法土放射線治療が実施されており、2例ではニボルマブに温熱療法が併用された。NLRは最大値でも6.1と比較的低値の状態であった。

【結果】

ニボルマブの使用回数は、平均15.6回(5-33)であった。腫瘍縮小は2/7(28.6%)、病状の進行抑制は6.2/7(85.7%)で認められ、中間生存期間は19.7ヵ月であった。ニボルマブに伴う有害事象は、甲状腺炎が1例のみであった。

【著察】

治療後再発頭頸部癌に対するニボルマブは、生存率の延長が報告されている。今回の検討でも病状の進行抑制は高率に得られ非常に有効であった。ニボルマブ投与前の前治療を免疫の状態を悪化させない状況で行うことが重要と思われる。今後症例を積み重ね、温熱療法との関わりを検討したい。

日本ハイパーサーミア学会第36回大会【2019年9月6日～7日】

演 題: 温熱化学療法後に免疫チェックポイント阻害剤を投与した手術不能・再発肺癌症例の検討

Evaluation of inoperable and recurrent lung cancer patients who received immune checkpoint inhibitor after thermochemotherapy.

演 者: 今田 肇／戸畑共立病院 がんセンター

共同演者: 鞆田義士¹⁾ 大田真²⁾ 溝口勢悟²⁾ 三浦幸恵²⁾ 青木姫子²⁾ 渡邊千代美²⁾

1) 戸畑共立病院 がんセンター、2) 同 臨床工学科

Hajime IMADA1, Yoshinori TOMODA1, Shin OHTA2, Seigo MIZOGUCHI2, Yukie MIURA2, Himeko AOKI2, Chiyomi WATANABE2, TOBATA Kyoritsu Hospital Cancer Treatment Center, Tobata Kyoritsu Hospital Department of Clinical Engineering

【はじめに】

進行非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用についてはガイドラインで規定されている。今回、温熱化学療法士放射線治療後に免疫チェックポイント阻害剤を投与した遠隔転移を有する肺癌8例を経験したので報告する。

【対象】

全例が線癌で、平均年齢62.5歳、男性5例、女性3例、PSは1であった。化学療法は、平均2.9レジメンで、ガイドラインに沿ったものが選択されていた。化学療法と並行し主たる病巣へ温熱療法を併用しており、6例で免疫チェックポイント阻害剤投与前に放射線治療が施行されていた。NLR は最大値でも5.6と全例で比較的低値であった。

【結果】

免疫チェックポイント阻害剤の使用回数は、平均10.5回(6-19)であった。腫瘍縮小は2/8(25%)で、病状の進行抑制は3/8(37.5%)、効果のなかった5例のうち4例は、放射線治療開始からの期間が6か月以上もしくは放射線治療を行っていない症例であった。

【考察】

免疫チェックポイント阻害剤投与前に、温熱化学療法士放射線治療を行ってもほとんどの症例で NLR は低値を維持できていたが、奏効率は一般的に報告されている30%程度の結果となった。中間生存期間は、43.2か月と長期制御が得られており、温熱化学療法士放射線治療の貢献が大きいと思われる免疫チェックポイント阻害剤と温熱化学療法士放射線治療の使用タイミング調整が重要と考えられた。

日本ハイパーサーミア学会第36回大会【2019年9月6日～7日】

演 題: 手術不能・再発乳癌に対して低用量のパクリタキセル投与と温熱療法を施行した6例の検討

Evaluation of inoperable and recurrent breast cancer patients who received low dose Paclitaxel combined with hyperthermia.

演 者: 今田 肇／戸畑共立病院 がんセンター

共同演者: 鞆田義士¹⁾ 大田真²⁾ 溝口勢悟²⁾ 三浦幸恵²⁾ 青木姫子²⁾ 渡邊千代美²⁾

1) 戸畑共立病院 がんセンター、2) 同 臨床工学科

Hajime IMADA1, Yoshinori TOMODA1, Shin OHTA2, Seigo MIZOGUCHI2, Yukie MIURA2, Himeko AOKI2, Chiyomi WATANABE2, TOBATA Kyoritsu Hospital Cancer Treatment Center, Tobata Kyoritsu Hospital Department of Clinical Engineering

【はじめに】

根治不能のHER2陰性手術不能・再発乳癌に対し、weekly パクリタキセルは奏効率が高く、低副作用で負担の少ない薬剤であるが、稀に高度の好中球減少で使用困難なことを経験する。その際、薬剤を大幅に減量し、温熱療法併用で長期有効に投与できた6例を経験したので報告する。

【対象】

平均年齢57.7歳、PSは全例1の浸潤性乳管癌5例、浸潤性小葉癌が1例であった。ホルモン受容体陽性が5例、陰性が2例で、全例HER2陰性、全例遠隔転移を有する症例であった。

【結果】

標準量のパクリタキセル投与で、グレード3以上の好中球減少をきたし、スケジュール通り使用できなかったため減量

を行い、スケジュールもweeklyからbiweekly となった。最終的なパクリタキセルの使用量は、標準量に対し、平均47%であった。また全例にベパシズマブも併用し、薬剤投与直後に温熱療法を併用した。平均使用コースは16コースと長期にわたり、良好な腫瘍制御が得られた。中間生存期間も 74.7か月と長期であった。

【考察】

温熱療法による薬剤増感の報告は多く、実臨床でも実感される。有害事象が要因で抗癌剤を減量しても、温熱療法を併用した場合、効果が維持できることも知られているが、この6例全例で実際に経験された。根治不能の病態では、抗癌剤による有害事象を起こさず長期に腫瘍制御を行うことは重要であり、低用量の温熱化学療法法の確立が望まれる。

第35回日本診療放射線技師学会大会【2019年9月15日】

演 題:画像診断検査に関連したヒヤリハット報告から見えた課題—過去5年間における0レベルレポートの性質調査—

演 者:田中 順平/戸畑共立病院 画像診断センター

共同演者:田原琢朗¹⁾ 黒木清己¹⁾ 山本晃義¹⁾ 水落久子²⁾ 宗 宏伸²⁾

1)戸畑共立病院 画像診断センター、2)同 医療安全管理室

【背景・目的】

重大な医療事故を防ぐためにはヒヤリハット報告(以下 0レベル)をスタッフ間で共有し蓄積した事例から予防策を講じることが重要である。しかし、当科の0レベル件数は他事例に比べ少ないのが現状である。そこで今回0レベル報告件数向上を目的として過去5年間の事例を解析し、0レベルの性質を調査したので報告する。

【方法】

2014年4月から2019年3月の期間にインシデントレポート投稿システムに報告された事例内容を10項目に分類し、0

レベルと他インシデントに分け比較検討した。

【結果】

事象レベルや期間を問わず「患者」や「検査」に関する項目が多く、0レベルでは技術的内容や知識不足によるエラーが多く占めるなど他インシデントにない特徴が示唆された。また0レベルは過去に報告の無い事例を多く含んでいた。

【結論】

0レベルの性質を知することは、放射線科における医療安全の質向上と現場環境の改善に有効である。

第55回 日本胆道学会学術集会【2019年10月3日~4日】

演 題:市中病院における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、当院では2016年3月に導入した。術後再建腸管例に対するsDBEを用いたERCP関連手技(sDBE-ERCP)の普及が期待されているが、当施設における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~2019年4月の期間、術後再建腸管例に併発した胆道疾患に対してsDBE-ERCPを施行した連続47例75件(平均76.9歳、男/女:30/17)を対象とした。再建術式はRoux-en Y再建(RY)32例53件、Billroth-II法再建(B2)8例12件、胆管空腸吻合(HJ)5例8件、膵頭十二指腸切除(PD)2例2件。対象例における1)盲端到達率、2)胆管挿管率、3)内視鏡処置成功率、4)平均処置時間、5)偶発症について検討した。

【結果】

1)93.3%(70/75)、2)75.7%(53/70)、3)92.5%(49/53)、

4)平均85.7(32-152)分(全件)だった。更に、再建法別(RY/B2/HJ/PD)では各々1)96.2/100/75/50%、2)72.5/83.3/100/0%、3)91.9/100/83.3/0%、4)88.7/81.4/77.5/65.5分であった。5)偶発症は9.3%(7/75)で、内訳はERCP後膵炎(軽症~中等症)5件と胆管炎(軽症)1件は保存的に改善し、小腸穿孔1件は緊急手術を要した。胆管挿管成功53件中5件でPTBD下Rendezvous法を先行して行われた。挿管成功53件中処置不成功4件の内訳はカテーテル逸脱し再挿管不能2件、悪性胆道狭窄で突破困難1件、HJでのカテーテル追従困難1件であった。

【結論】

術後再建腸管を有する胆道疾患に対するsDBE-ERCPは盲端到達率が高く、胆管挿管に成功すれば有用であったがPTBD下Rendezvous法も駆使する必要がある。重篤な合併症もみられるため、市中病院であっても外科との連携のうえで施行する手技と思われる。

第60回日本脈管学会総会【2019年10月10日～12日】

演 題:複数回の塞栓術後出血に対して切除術に踏み切った鼠径部動静脈瘤の1手術症例

演 者:下河邊 久陽／戸畑共立病院 外科

大きなシャントが多数存在する先天性動静脈瘤の治療には難渋することが多い。右下腹部から右大腿内側部の動静脈瘤を伴う血管腫で、計3回の血管内塞栓術と1回の血管腫摘出術を行われた症例に対して、再出血で治療に難渋したため、再度血管腫摘出術を行い、良好な結果を得たので報告する。

【症例】

57歳男性、アルコール依存症で精神科の入院歴あり。精神科外来通院中に右鼠径部からの出血があり、精査にて右大腿動静脈瘤の診断に至る。前医にて血管内塞栓術・血管腫摘出術を行うも、術後1年6ヶ月後に再度同部位からの出血を認め、治療目的に当院紹介となった。

【来院時現症】

右鼠径部に皮膚潰瘍あり。右大腿内側に拍動を触知する。

【入院後経過】

当院入院後2回の血管内塞栓術を行い一旦止血するも、再出血を認めたため皮膚潰瘍部を含めた切除術を行う方針とした。創閉鎖が困難となる可能性があったため皮弁形成による創閉鎖を考慮し切除術へ臨んだ。多数のfeeding artery認め、それらを全て結紮し皮膚を含めて血管腫を摘出した。創閉鎖に皮弁は要さず閉鎖でき、手術時間は4時間10分、出血量は少量であった。

【術後経過】

リンパ漏を認めるも経時的に減少し、再出血なく創部治癒も良好であり術後約1ヶ月で退院となった。

【結語】

皮膚表層近傍の比較的限局した再発性動静脈瘤に対して、摘出術を行ったことで良好な転機を得た一例を経験した。

第62回日本甲状腺学会学術集会【2019年10月10日～12日】

演 題:胸腺腫の術後経過観察中に遠隔転移巣より偶発的に診断に至った甲状腺癌の症例

演 者:片山 直美／戸畑共立病院 内分泌代謝内科

共同演者:三宅育代¹⁾ 蔭本好史²⁾ 森光洋介³⁾

1)戸畑共立病院 内分泌代謝内科、2)同 外科、3)同 病理診断科

82歳女性。X-15年に甲状腺右葉下極の腫瘤に対し腺腫様甲状腺腫の診断を受けるも、徐々に腫瘤腫大ありX-11年に甲状腺右葉切除術を施行され腺腫様甲状腺腫の診断を受けていた。X-2年、L3圧迫骨折時にCTを撮像し偶発的に胸腺腫を指摘され、同年、右胸腔鏡下胸腺腫切除術を施行。X-1年のCTで両肺に新たな結節を認め、左肺結節をX年5月に摘出した結果、甲状腺組織であった。PET-CTで右肺、腰椎、腸骨への転移を疑う所見とサイログロブリン高値より甲状腺癌の転移が疑われ当科受診。甲状腺エコーで残存左葉に濾胞性腫瘍と下極に腫大した副甲状腺が描出され、高Ca血症、i-PTH 223pg/mlと上昇あり、原発性副甲状腺機能亢進症も合併。肺、腰椎、腸骨の占拠性病変が甲状腺由来か確認のためwhole-body I131シンチグラフィーを施行した結

果、右肺、腰椎、右腸骨に集積を認め甲状腺癌の遠隔転移を疑い手術目的で甲状腺専門病院へ紹介。同年8月に残存甲状腺全摘、左下副甲状腺摘出術を施行され、副甲状腺は腺腫、甲状腺は術後病理診断では腺腫様甲状腺腫であった。当院で摘出した左肺結節の病理組織の再検討では、TTF-1(+),

Thyoglobulin(+), MIB-1 index 7%であり、甲状腺癌の遠隔転移が強く疑われた。摘出甲状腺の病理診断では濾胞癌の診断には至らなかったものの、総合的には甲状腺濾胞癌の遠隔転移と考えられる。この症例では胸腺腫摘出後に転移巣が顕性化しており免疫システムの変化が癌の進展に影響した可能性も推測された。また副甲状腺腺腫の合併を認め、関連性は不明であるが、臨床的に興味深い症例と思われるので報告する。

戸畑共立病院

戸畑リハビリテーション病院

あやめの里

健康センター

明治町クリニック

あやめ在宅ケアセンター

ケアハウスあやめ

サンセリテ明治町

明治町サービスセンター

メディカルフィットネス戸畑

あやめレンタルサービス

【目的】

【方法】

【結果】

分類されているように、発生箇所によって内側剥離の評価に難渋することがあると思われる。

今回、右Ⅱ-1症例に対してTAPPを行なったが、約半年後に同部位の膨隆を認め、TAPP後再発として、再度TAPPを行い修復し得た1例を経験した。通常行うべき内鼠径ヘルニアでの剥離範囲と、本症例での初回手術の剥離範囲を提示し、再発させないための手術操作を考察する。

第45福岡県栄養改善学会【2019年10月14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(第2報) ～管理栄養士としての関わり～

演 者: 小山 未奈/戸畑共立病院 栄養科

共同演者: 藤原未奈 三瓶彰子 原澤あゆみ

戸畑共立病院 栄養科

【目的】

【方法】

【結果】

【結語】

【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 脊椎椎髄外科)

第47回 日本放射線技術学会秋季学術大会【2019年10月17日】

演 題:持続回転ガントリ型リニアックのための使用時間管理ソフトの開発

Development of Beamtime Management Software for Continuous Rotating Gantry-type Linac

演 者:濱田 英志／戸畑共立病院 がん治療センター放射線治療部

【目的】

現在、当院の持続回転ガントリ型リニアック(以下トモセラピー)は全方向利用率1で遮蔽申請を行っているが、回転照射がほとんどの本装置にとっては過剰な遮蔽になっている。そこで、より実際の使用方法に即した遮蔽計算を行うためモンテカルロ輸送計算を用いて変更申請を行う予定にしている。

この申請を行った場合、角度ごとに決められた3か月のビーム使用限度を超えないよう管理する必要があり、現状のような照射時間を手入力で集計するといった方法では管理が難しいと考えられた。

今回、トモセラピーから出力できる照射logを使用し、申請に沿うかたちでトモセラピーに特化した使用時間管理ソフトを開発したので報告する。

【方法】

- ・トモセラピーから出力されるRDSlogファイルから角度ごとの照射時間を抽出し、角度ごとに積算管理できるようにする。
- ・当日から過去3か月の積算時間が使用限度の何パーセントになるかを常に把握できるようにする。
- ・角度ごとの使用頻度もわかりやすく表示できるようにする。

【結果】

RDSlogファイルを利用した本ソフトは、モンテカルロ輸送計算を用いた変更申請にのっとり、角度ごとの使用限度に対する照射時間の割合を常に把握することができ、角度ごとの使用頻度も視覚的に表示することができた。

【結論】

今回開発したトモセラピーの使用時間管理ソフトは、従来の手作業による管理にかわる有用なツールであることを示した。

【新規性】

トモセラピーの使用時間管理は、現在のところほとんどの施設が1日の総照射時間を積算し手作業で集計していると思われる。そこには人の手が介在しヒューマンエラーも考えられるため照射logによるオートマチックな管理が望まれる。また今後、新規導入や装置更新などの施設がモンテカルロ輸送計算による遮蔽申請を考える場合、角度ごとの詳細なビーム使用時間のデータが施設ごとの使用方法から方向(角度)利用率を考える上で重要になると考えられ、使用時間の増加や建築コスト削減などに寄与すると考えられる。

第24回北九州呼吸ケア研究会【2019年10月19日】

演 題:肺炎患者の最長発声持続時間、身体機能、ADL能力の関係

演 者:菊谷 大樹／戸畑共立病院 リハビリテーション科

共同演者:大森政美¹⁾ 長神康雄²⁾ 加藤達治²⁾

1)戸畑共立病院 リハビリテーション科、2)同 呼吸器内科

【背景と目的】

北九州市は高齢化率30.2%と政令指定都市の中で高齢化率第1位であり、当院に入院した肺炎患者は高齢かつ要介護状態であることが多い。高齢者肺炎の多くは、誤嚥の背景を持っており、咳嗽機能は嚥下障害者の呼吸器合併症予測因子である。随意的咳嗽力は咳嗽時最大呼気流速を指標にすることが多いが、測定方法が理解できない症例では困難であり、簡易的なスクリーニング検査に最長発声持続時間(Maximum Phonation Time:MPT)がある。本研究の目的は高齢肺炎患者に対し、簡易的に咳嗽機能の評価が行えるMPTと身体機能、ADL能力の関係について調査することである。

【対象】

2018年12月1日～2019年3月31日に当院入院となった肺炎患者50名(男性21名、女性29名)。
平均年齢は84歳±8.7歳。

【方法】

デザインは前向き研究。評価項目はMPT、身体機能評価としてShort Physical Performance Battery:SPPB、ADL能力としてBarthel Index:BI、嚥下機能としてThe Mann Assessment of Swallowing Ability:MASA、カルテ情報より在院日数、退院後の転帰先を調査した。

MPT3秒以上をA群(29名)、3秒未満をB群(21名)とし、各評価項目を比較した。BI、MASA、在院日数の比較にはMann-Whitney U検定、退院後の転帰先の比較には χ^2 検定を用いた。

【結果】

A群、B群間において男女の割合、平均年齢に有意差は認めなかった。(男女の割合: χ^2 検定、 $p=0.178$)(平均年齢:Mann-Whitney U 検定、 $p=0.159$)

A群はB群に対し、BI、MASA($p<0.01$)において優位に高値であり、在院日数が短かった($p<0.05$)。退院時はA群の方

が元の住居へ戻った割合が多かったが、有意差は認めなかった。

SPPBは評価可能者が7名であり、比較が困難だった。

【考察】

MPTは高齢肺炎患者でも簡便に行え、MPT3秒以上の症例はADL能力や摂食嚥下評価の点数が高かった。MPT3秒未満の症例では摂食・嚥下機能が低下しやすく、在院日数は延長し、元の住居へ退院困難となる傾向があった。

第47回日本放射線技術学会秋季学術大会【2019年10月19日】

演 題: 演題: 外傷頭頸部CT撮影における被ばく線量低減に向けた位置決め正面像の活用

Evaluation of the Frontal Scanograms for Dose Reduction of the Head and Neck CT in Trauma

演 者: 田原 琢朗/戸畑共立病院 画像診断センター

共同演者: 田中順平 山田和毅

戸畑共立病院 画像診断センター

【目的】

救急診療における外傷頭頸部CT撮影では体格やポジショニング、頸椎固定具の影響で、本撮影前の位置決め側面像では第7頸椎の判別が困難となることが多く、それに伴って撮影範囲が不明確となることが考えられる。さらに、救急撮影という特別な心理的要因により撮影範囲が足側へ広がることも予想され、不要な被ばく線量の増加が懸念される。

そこで今回、外傷頭頸部CT撮影の被ばく線量低減を目的として、位置決め画像の主画像に正面像を採用することで明確な撮影範囲の決定および院内における撮影者間の撮影範囲の統一化を図ったので報告する。

【使用機器】

CT装置Aquilion ONE(キャノンメディカル)、計測機器3DWS.SYNAPSE VINCENT(富士フィルムメディカル)

【方法】

1. 2015年8月から2017年11月までに頸椎または頭頸部CT撮影を行った全155例(以下、従来法)の画像データを用いて、位置決め正面像における鎖骨の上縁・中央・下縁レベルの椎体位置を計測した。2. 1の結果から位置決め

正面像上で第1胸椎(以下、Th1)を含む撮影範囲を決定した。3. 2017年12月から2019年5月までに本指標で撮影し(以下、新法)身長と体重の情報が得られた全86例と従来法で同様の情報が得られた全91例について、撮影開始位置、CTDIvol、DLPについて比較を行った。有意差検定はWelchのt検定を用いて行い、有意水準は0.05とした。

【結果】

鎖骨の上縁・中央・下縁レベルの椎体位置の中央値は、それぞれTh2、Th2/3椎間板、Th3、そのうち、Th1を含む割合はそれぞれ82%、99%、100%であった。撮影開始位置は従来法でTh1からTh7、新法ではTh1/2椎間板からTh4と撮影者間のばらつきは大幅に低減した。DLPの中央値は従来法で2143.9mGy・cm、新法で2030.6mGy・cmと新法で有意に低下した。

【結論】

位置決め正面像の活用により外傷頭頸部CTの明確な撮影範囲を決定でき撮影者間のばらつきを抑制することができた結果、被ばく線量低減に繋がった。

第27回欧州消化器病週間(UEGW2019)【2019年10月19日~23日】

演 題: High platelet count predicts a rapid response to adalimumab and a favourable short-term outcome in patients with ulcerative colitis: a multi-centre retrospective cohort study

血小板高値は潰瘍性大腸炎患者におけるアダリムマブ早期有効性に対する良好な因子である: 多施設共同研究

演 者: 酒見 亮介/戸畑共立病院 消化器病センター

○Ryosuke Sakemi1) Maki Miyakawa2), Hiroki Tanaka2), Masanao Nasuno2), Satoshi Motoya2), Tokuma Tanuma3), Manabu Ishii4), Hideyuki Yanagisawa5), Masaki Yamashita6), Nariaki Toita7), Ryo Suzuki8), Masanori Nojima9) Suketo So1)

1) Tobatakyoritsu Hospital, Department of gastroenterology, Kitakyushu, Japan

2) Sapporo Kosei General Hospital, IBD Center, Sapporo, Japan

3) Teine Keijinkai Hospital, Center for Gastroenterology, Sapporo, Japan

4) Kawasaki Medical school, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, Kurashiki, Japan

5) Obihiro Kosei General Hospital, Department of Gastroenterology and Hepatology, Obihiro, Japan

6) St. Marianna University school of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, Kawasaki, Japan

- 7) Sapporo Kosei General Hospital, Department of Pediatrics, Sapporo, Japan
- 8) Hakodate Goryoukaku Hospital, Department of Gastroenterology, Hakodate, Japan
- 9) The University of Tokyo, The Institute of Medical Science, Center for Translational Research, Tokyo, Japan

【緒言】

これまでに潰瘍性大腸炎(UC)患者におけるアダリムマブ(ADA)療法の短期的な有効性に焦点を当てた報告は乏しく、明らかとなっていない。特に早期にADAに反応するUC患者の特徴を明らかとすることは、臨床的に重要である。アダリムマブ多施設共同コホート研究(Adalimumab Multicenter Cohort Study on Effectiveness in Patients with Ulcerative Colitis; ADVENTURE study)の研究結果を基に検討することとした。

【目的・方法】

ADVENTURE試験の目的は、UC患者におけるADA療法の短期的な有効性を調査し、関連する予後因子を理解することである。これは、2013年6月から2017年5月の間に160mgのADAの少なくとも1回の導入用量を受けたUC患者からのデータを用い、日本の7施設を対象とした遡及的多施設共同コホート研究である。初期ADA投与時の活動指数(CAI)スコアが5以上。CAIスコアは、ADA投与後の2および12週後にベースラインで分析した。臨床的寛解はCAIスコア ≤ 4 と定義され、臨床的有効はベースラインと比較して $\geq 50\%$ の減少として定義された。ラピッドレスポnderは2週間で臨床反応を達成した患者と定義した。ラピッドレスポnderにおける関連予後因子は、単変量および多変量ロジスティック回帰分析を用いて評価した。ROC曲線も構築し、ROC曲線下面積(AUC)を計算して、迅速反応の予後因子のカットオフ値を決定した。さらに、我々は、同定された予後因子によって層別化された、迅速応答者における12週での臨床的寛解率を調べた。

【結果】

この研究には合計91人の患者が含まれ(年齢中央値37.9歳;女性37人)、UCの中央値期間は3.3歳であった。ベースラインで、中央値CAIスコアは9であり、中央値血小板数は $300 \times 10^9 / L$ であった。ADA療法の開始前に、32人の患者が以前にインフリキシマブ(IFX)に曝露されていた。91人の患者のうち、37.4%および45.1%が2週で臨床的有効および12週で臨床的寛解を達成した。これら34人の迅速応答者のうち、82.4%(34人中28人)が12週で臨床的寛解を達成した。多変量ロジスティック回帰分析では、ラピッドレスポnderの独立した予後予測因子としてより高い血小板数を同定した。同様に、ROC曲線は、血小板数カットオフ値 $\geq 312 \times 10^9 / L$ (AUC = 0.725; 95%信頼区間、0.614~0.836)がラピッドレスポnderと関連する(73.7%特異性、70.6%感度)ことを示した。単変量解析では、ラピッドレスポnderに達する割合は血小板数 $\geq 312 \times 10^9 / L$ (61.5%)が、血小板数 $< 312 \times 10^9 / L$ (19.2%)の場合よりも有意に高かった。さらに、血小板数 $\geq 312 \times 10^9 / L$ の患者は、IFX未治療患者(61.5%)と曝露患

者(61.5%)の両方で有意にラピッドレスポnderを達成したが、IFX曝露患者の血小板数患者におけるラピッドレスポnderの割合は $< 312 \times 10^9 / L$ はわずか5.3%であった。同様に、血小板数が $312 \times 10^9 / L$ 未満のIFX曝露患者の5.3%が12週で臨床的寛解を達成した。

【結論】

UC患者の約40%は2週間後にADA療法に対して急速な反応を示した。迅速応答者の最大80%が12週で臨床的寛解も達成した。ラピッドレスポnderは、血小板数が $312 \times 10^9 / L$ 以上の患者で有意に高かった。

しかしながら、本研究では、特に血小板数が $312 \times 10^9 / L$ 未満のIFX曝露患者では、12週でのラピッドレスポnderの達成と臨床的寛解の両方を達成するのは困難であることが判明した。

Introduction: In the real-world settings, few studies have focused on the short-term effectiveness of adalimumab (ADA) therapy in patients with ulcerative colitis (UC). In particular, determination of demographic features of patients with UC who rapidly respond to ADA are relevant clinical issues, but are currently unknown. We report results from our Adalimumab Multi-centre Cohort Study on Effectiveness in Patients with Ulcerative Colitis (ADVENTURE).

Aims & Methods: In the ADVENTURE study, one major interests were to investigate the short-term effectiveness of ADA therapy in patients with UC and understand the relevant prognostic factors. This was a retrospective, multi-centre, cohort study involving seven institutes in Japan, compiling data from patients with UC who had received at least one induction dose of 160 mg of ADA between June 2013 and May 2017. Patients had to have a Lichtiger clinical activity index (CAI) score of ≥ 5 at the initial ADA administration. The CAI scores were analysed at baseline, at 2 and 12 weeks after the initial ADA administration. Remission was defined as CAI score ≤ 4 , while response was defined as a decrease of $\geq 50\%$ relative to baseline. Rapid responder was defined as a patient who achieved response at 2 weeks. The related prognostic factors in rapid responders were determined using univariate and multivariate logistic regression analyses. Receiver operating characteristic (ROC) curves were also constructed, and the area under the ROC curve (AUC) was calculated to determine the cut-off value for the prognostic factors of rapid response. Additionally,

we looked at the rate of remission at 12 weeks in rapid responders, stratified by the identified prognostic factors.

Results: A total of 91 patients were included in this study (median age, 37.9 years; 37 female), and median duration of UC was 3.3 years. At baseline, the median CAI score was 9, and the median platelet count was $300 \times 10^9/L$. Prior to initiation of ADA therapy, 32 patients had previously been exposed to infliximab (IFX). Of the 91 patients, 37.4% and 45.1% achieved response at 2 weeks and remission at 12 weeks. Among these 34 rapid responders, 82.4% (28 of 34) achieved remission at 12 weeks. Multivariate logistic regression analysis identified a higher platelet count as an independent prognostic factor for a higher rate of rapid response. Likewise, ROC curve showed that a platelet count cut-off value $\geq 312 \times 10^9/L$ (AUC = 0.725; 95% confidence interval, 0.614–0.836) was associated with a rapid response (73.7% specificity, 70.6% sensitivity). In the univariate analysis, the rate of rapid response with

($P < 0.001$). Further, patients with platelet count $\geq 312 \times 10^9/L$ showed significantly more rapid responses in both IFX-naïve (61.5% vs. 27.3%, $P = 0.016$) and IFX-exposed patients (61.5% vs. 5.3%, $P = 0.001$), while the proportion of rapid responders in IFX-exposed patients with platelet count $< 312 \times 10^9/L$ was only 5.3%. Similarly, 5.3% of the IFX-exposed patients with platelet count $< 312 \times 10^9/L$ achieved remission at 12 weeks.

Conclusions: Approximately 40% of patients with UC showed a rapid response to ADA therapy after 2 weeks. Up to an 80% of the rapid responders also achieved remission at 12 weeks. The rate of rapid response was significantly higher in patients with platelet count $\geq 312 \times 10^9/L$. However, in this study we found that both rapid response and remission at 12 weeks were difficult to attain, especially in the IFX-exposed patients with a platelet count of $< 312 \times 10^9/L$.

第114回日本消化器病学会九州支部例会

第108回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2019年11月7日～9日】

演 題:「難治性痔瘻を有する抗TNF- α 抗体製剤二次無効のクローン病に対しウスティヌマブが著効した一例」

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¹⁾ 別府剛志¹⁾ 武田和大¹⁾ 平塚裕也¹⁾ 榊原重成¹⁾ 寺部寛哉¹⁾ 二見喜太郎²⁾

1) 戸畑共立病院 消化器病センター、2) 福岡大学筑紫病院 外科

【緒言】

抗TNF- α 抗体製剤はクローン病治療のパラダイムシフトを起こした薬剤であるが、長期経過においては抗薬物抗体の産生などによる効果減弱をきたすことが問題となっている。2017年より使用可能となったUstekinumab (UST)はIL12/23-P40に対する抗体製剤であり、抗TNF- α 抗体製剤とは異なる作用機序を有することから抗TNF- α 抗体製剤に対する二次無効例に対しても有効性が期待される薬剤である。今回我々は難治性痔瘻を有する抗TNF- α 抗体製剤二次無効のクローン病に対して外科的治療を含めてUSTが著効した症例を経験したので報告する。

【症例】

症例は30歳代女性。10代の時に小腸大腸型クローン病と診断とされ、IFXによる治療を行うも結腸狭窄を来したことから7年前に結腸全摘、回腸-S状結腸吻合術の施行となる。また、難治性痔瘻に対しては複数回の切開排膿術が施行されていた。結腸全摘術後はADAによる寛解維持治療が行われていたが、徐々に二次無効となり左側臀部に多発痔

瘻を有し、下痢症状の増悪、残存結腸から小腸に多発潰瘍を認めたため2.5年前にADA倍量投与とし治療強化を行った。ADA倍量治療を行ったが改善が乏しく、左側臀部には広範囲に蜂窩織炎を伴う多発痔瘻を認め自然排膿していた。また、頻回の下痢によって脱水症状を認める様になったことからseton drainageを施行の後にUSTの投与を行った。UST2回目の投与以降より投与前14であったHarvey-Bradshaw indexは徐々に低下し、半年後には臨床的寛解を認め、seton drainageの抜去、1年後にはCRPの陰性化およびAlbの改善を認めた。内視鏡観察では肛門部の潰瘍を含めて縮小しており、潰瘍病変を一部に認める程度まで改善した。投与より約2年が経過しているが、臨床的寛解維持を継続し肛門病変は治癒している状態である。

【結語】

USTを含めた密な内科外科の連携による治療は抗TNF- α 抗体製剤二次無効かつ難治性痔瘻を有するクローン病に対しても良好な経過を辿る可能性が示唆された。

第114回日本消化器病学会 九州支部例会【2019年11月8日～9日】

演 題:潰瘍性大腸炎におけるブデソニド注腸フォーム剤の有効性および再燃に関する検討

演 者:武田 和大/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 平塚裕也 榊原重成 別府剛志 寺部寛哉

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(活動期UC)に対するブデソニド注腸フォーム剤は国内臨床試験において高い有効性が報告されており、活動期UC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少なく、使用後の再燃に関する報告はほとんどなされていない。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剤の有効性および使用後の再燃について検討した。

【方法】

対象は2017年12月1日より2019年4月30日までにUCに対して寛解導入目的にブデソニド注腸フォーム剤を使用した29例である。Partial Mayo score(p-Mayo score)を用いてp-Mayo score $\leq$ 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を算出した。さらに症状増悪によって治療介入を行った症例を再燃と定義し、寛解群における再燃率および再燃に寄与する背景因子について検討した。

【結果】

患者背景は女性17例、平均年齢44歳、罹病期間8.6年、平均p-Mayo score 4.9、軽症15例、中等症11例、重症3例、病

型は全大腸炎型8例、左側結腸炎型17例、直腸炎型4例であった。投与前に施行された27例の下部消化管内視鏡検査ではMayo endoscopic score 1, 2が20例、3が7例、併用薬は経口メサラジン製剤24例、プレドニゾロン3例、免疫調節薬9例、抗TNF- α 抗体製剤6例であった。2週後の平均p-Mayo scoreは3.2と投与前より有意に低下し($P<0.001$)、2週後、4週後、6週後の寛解率は41%、55%、62%であった。6週後寛解に至った18例のうち、その後の再燃率は44%であった。再燃に寄与する背景因子を検討すると有意差は認めなかったが、steroid 未使用例は既使用例よりも再燃率が低く(33% vs 55%)、寛解導入後に5-ASA局所製剤あるいは免疫調節薬追加症例では非追加症例よりも再燃率が有意に低かった(12.5% vs 70%, $P=0.02$)。

【結語】

ブデソニド注腸フォーム剤は軽症から中等症のUCに対して有効な治療選択肢であり、寛解後の局所5-ASA製剤あるいは免疫調節薬の追加治療は再燃を予防し長期寛解維持が期待できる可能性が示唆された。

第12回 日本ヘルニア学会北海道支部総会【2019年11月9日】

演 題:「Nuck管水腫にTAPPを行うことは容認されるか?」

演 者:松村 勝/戸畑共立病院 ヘルニア外科

Nuck管は、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であり、Nuck管水腫は同部位に液体が貯留した状態である。女性の鼠径部腫瘍性疾患の約17%に、40歳以下では約50%に認められる。

Nuck管水腫に異所性子宮内膜症が合併する報告が見られるため、診察では月経周期に一致して腫瘍や疼痛が変化する、が重要となる。また、頻度は低いが、癌化の報告もある。

治療は、手術が第一選択となるが、術式の報告では前方切開法が多い。理由としては、子宮円靭帯を恥骨付着部から腹膜

前腔に至る範囲で完全切除が必要になるためと考えられる。

我々はNuck管水腫に対して、通常の鼠径ヘルニア同様にTAPPを行なっている。その方法は、鼠径床を広く剥離したのち、下腹壁動静脈の背側を内鼠径輪から恥骨方向へ横筋筋膜を切開し、鼠径管後壁を腹腔内側から解放し、子宮円靭帯を嚢胞部を含め恥骨付着まで剥離し切離する。解放した後壁は縫合閉鎖し、メッシュを展開している。

これまで、7例経験し、術中に嚢胞を損傷することなく完全切除できている。本術式を供覧する。

第14回九州診療放射線技術学会大会【2019年11月10日】

演 題: 下肢静脈非造影CT検査のワークフロー向上を目的とした画像再構成時間の検討

演 者: 横尾 侑芽 / 戸畑共立病院 画像診断センター

共同演者: 田原琢朗 山本琴恵 田中順平

戸畑共立病院 画像診断センター

【目的】

今年度から当院で新たに開始した下肢静脈瘤治療により、静脈瘤の三次元的形態把握を目的とした非造影CT検査が増加した。当日に入る検査も多く広範囲なデータを扱うため再構成時間が延長し他検査の遅延を引き起こしている。そこで、ワークフロー向上を図るために再構成時間に関する検討を行った。

【方法】

下肢静脈プロトコルにてX線ファントム(60cm)を撮影後、各々の再構成時間を5回測定し平均値を比較した。変更条件は、収集列数(1mm×32、0.5mm×32-160)、ピッチ

(0.66/0.84/1.40)、関数(BHC+/-)、焦点サイズ、Hybrid IRの強度とした。

【結果】

収集列数では1mm×32列が最短であり、収集列数が増加するほど再構成時間は延長する傾向にあった。また高ピッチ、BHC(-)では再構成時間が短縮し、焦点サイズやHybrid IRの強度では変化がみられなかった。

【結論】

下肢静脈非造影CT検査において1mm×32列の使用が再構成時間の短縮に寄与しワークフロー向上に繋がる。

第14回九州診療放射線技術学会大会【2019年11月10日】

演 題: 下肢静脈非造影CT検査の画質向上を目的とした画像再構成関数の検討

演 者: 山本 琴恵 / 戸畑共立病院 画像診断センター

共同演者: 田原琢朗 横尾侑芽 田中順平

戸畑共立病院 画像診断センター

【目的】

今年度から新たに開始した下肢静脈瘤治療により静脈瘤の三次元的形態把握を目的とした非造影CT検査が増加した。評価で用いるVR画像はノイズ低減及び静脈と周囲組織間のコントラストが重要となる。そこで我々は再構成関数に着目しVR画像画質向上に向けた再構成関数の検討を行った。

【方法】

2019年4月から7月に下肢静脈非造影CT検査を施行した20例において再構成関数(BHC(+/-)、コントラスト強調)を変え、大伏在静脈、内側広筋、脂肪の3点のCT値とSDを比較し

た(Welchのt検定、有意水準5%)。またMIP画像で視覚的に5段階評価を行った。

【結果】

BHC(-)は全ての計測点でBHC(+)よりSDが高くなり、コントラスト強調関数はBHC(+)と比較しCT値、SDともに有意に上昇した。視覚の評価ではコントラスト強調関数はBHC(+)と比較し皮膚が強く描出され、静脈の描出は低下した。

【結語】

下肢静脈非造影CT検査はBHC(+)関数の使用によりVR画像の画質向上が示唆された。

第14回九州放射線医療技術学会大会【2019年11月10日】

演 題: 造影剤可変注入法を用いた頸部-下肢CT-Angiographyの評価

演 者: 田原 琢朗 / 戸畑共立病院 画像診断センター

共同演者: 田中順平

戸畑共立病院 画像診断センター

【目的】

当院は動脈硬化の評価のため頸部から下肢のCTA(頸部-下肢CTA)を行っている。本検査では血管情報として、高いCT値の確保とその分布の均一性が望まれるが、体幹部より血管径の小さい末梢血管ではCT値の低下が生じ易い。そこで、頸部-下肢CTAにおける末梢血管の描出能向上および造影

剤分布の均一化を目指し造影手法の検討を行った。

【方法】

2016年1月から2017年2月に撮影した33例(従来法:造影剤一段注入)と2017年12月から2019年6月に撮影した30例(新法:造影剤可変注入、VF:0.7)に対して、血管CT値を計測し(胸部大動脈・腹部大動脈・大腿動脈・膝窩動脈・前脛

骨動脈・足背動脈)造影剤分布の均一性について比較した。

【結果】

新法では膝窩動脈以下の末梢血管で有意にCT値が上昇し、造影剤分布の均一性も向上した(Welchのt検定、有意水

準5%)。大血管に関して有意差は認められなかった。

【結論】

造影剤可変注入法は頸部-下肢CTAに有用である。

第29回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会【2019年11月11日～12日】

演 題:NHCAP患者における最長発声持続時間とADL能力の関係

演 者:菊谷 大樹/戸畑共立病院 リハビリ科

共同演者:加藤達治

戸畑共立病院 呼吸器内科

【背景と目的】

北九州市は政令指定都市の中で高齢化率第1位であり、入院した肺炎患者は高齢かつ要介護状態であることが多い。本研究の目的は高齢肺炎患者に対し、簡易的に呼吸機能の評価が行える最長発声持続時間(MPT)とADL能力の関係について調査することである。

【方法】

デザインは前向き研究。2018年12月1日から4ヶ月間に当院入院となったNHCAP患者50名(84歳±8.7歳)を対象とした。MPT3秒以上をA群(29名)、3秒未満をB群(21名)とし、ADL評価(BI)、摂食嚥下評価(MASA)、入退院時のAlb、在院日数、退院後の転帰を比較した。BI、MASAの比較には2標本t検定、Alb、在院日数はMann-Whitney U検定、退院後の転帰はFisher検定で比較した。

【結果】

A群はB群に対し、MASA($p<0.01$)、退院時BI改善点($p<0.05$)、退院時Alb($p<0.05$)において優位に高値であり、在院日数が短かった。退院時はA群の方が元の住居へ戻った割合が多かったが、有意差は認めなかった。

【考察】

NHCAP患者において、MPT3秒以上であればADL能力が改善しやすく、MPT3秒未満では摂食・嚥下機能、血清アルブミン値が低下しやすく、在院日数延長、転帰不良となる傾向にあった。MPTは摂食嚥下機能、ADL能力、栄養状態の指標となることが示唆され、MPTが短い症例は栄養状態悪化、転帰不良となる可能性があることを念頭において対応を行う必要がある。

第81回日本臨床外科学会総会【2019年11月14日～15日】

演 題:当院における超高齢大腸癌の検討

演 者:児玉 麻亜子/戸畑共立病院 外科

【はじめに】

日本は世界でも有数の高齢化社会となっており、それに伴い手術症例も高齢化している。平均寿命を超えた大腸癌患者に対する根治手術に際しては患者のADL低下や認知症の存在から手術自体を躊躇する場合がある。

【目的】

超高齢大腸癌に対する根治術の是非について考察する。

【対象/方法】

当科で2014年4月から2019年3月まで90歳以上に根治手術を行った大腸癌症例について臨床病理学的特徴を明らかにする。

【結果】

当科において、5年間で90歳以上の手術は88例に施行され、大腸癌関連手術は12例、うち、根治切除を行ったのは7

例だった。年齢は91歳から95歳で男性/女性:1例/6例だった。4例に認知症の併存をみとめ、全例に何らかの併存疾患を有していたが、ASA physical statusは全例2だった。周術期においてPerformance Statusが低下した症例は見られなかったが、術後化学療法を施行された症例はなかった。根治手術は比較的全身状態が良好な超高齢者に施行されており、全例で問題なく周術期を経過した。横行結腸癌 pT3 N2 M0 por1の症例のみ術後再発をきたし、術後5ヶ月で死亡された。

【結語】

少数例の検討であり、患者背景についての詳細な検討も必要と考えられるが、超高齢大腸癌症例に対して、一定の条件を満たせば年齢を理由に根治術の適応から外れることはないと考ええる。

第81回日本臨床外科学会総会【2019年11月14日～16日】

演 題: 単孔式腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した非特異的小腸潰瘍症(CNSU)の1例

演 者: 吉本 裕紀／戸畑共立病院 外科

共同演者: 下河邊智久 今村鉄男 宗宏伸 谷脇智 和田義人 竹谷園生 松村勝 石橋慶章 西村太郎

戸畑共立病院 外科

【はじめに】

CNSUは慢性・難治性の疾患であるが、その成因、治療に関してはまだ不明なところが多い。今回我々は高齢女性に発症したCNSUに対して、単孔式腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】

82歳女性、10年位前から時々腹痛を認め、約5年前に他病院で回腸狭窄症と診断されるも経過観察となっていた。今回症状が増悪したため精査加療目的に当院紹介となった。精査の結果回腸末端5cmから口側数十センチにわたり多数箇所狭窄を認め、イレウス解除目的に単孔式腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。腹腔鏡下に回盲部を十分に授動し、術前挿入したイレウス管のバルーンを用いて狭窄部位を

確認すると、漿膜面や触診では異常なものバルーンが通過困難な部位が回腸に多数認められ、回腸を約55cm切除した。切除標本では腸管膜対側に輪走・斜走する狭い潰瘍を多数認め、同部が癒痕・狭窄していた。術後経過良好で術後第12病日に退院となった。

【考察・結語】

本症例は当初CEASを疑っていたが、遺伝子検索でSLCO2A1遺伝子上に病的変異がなくCEASは否定的であった。CNSUの治療に関しては、抗炎症治療などの内科的治療は無効であり、高度狭窄をきたした症例では内視鏡的拡張術や外科的切除が必要とされている。

今後も症例を重ねより明確な臨床像が確立されることが期待される。

第30回北部福岡NST研究会【2019年11月16日】

演 題: 認知症の嚥下障害患者に対する食支援～入退院を繰り返す患者の栄養状態と嚥下機能についての経時的調査～

演 者: 芦原 康寛／戸畑共立病院 リハビリテーション科

認知症末期には嚥下障害を認めるようになり、その後誤嚥性肺炎を発症し入退院を繰り返すことがある。今回、今後の認知症患者への食支援の方法を検討する目的で、認知症患者(MMSE-J実施困難)1例の栄養状態と嚥下機能を経時的に調査した。

【症例】

80代女性、誤嚥性肺炎で2018年12月、翌年6月、9月に当院入院。基礎疾患に認知症、脳梗塞。

【調査項目】

入院時①SGA②Alb③MASA④ASAP⑤FOIS

退院時⑥SGA⑦Alb⑧MASA⑨ASAP⑩FOIS⑪転帰

【結果】

2018年12月

①B(2点)②3.5g/dL③111点(重度)

④61点(調整食)⑤Lv4⑥B(3点)⑦3.1g/dL

⑧124点(重度)⑨66点(調整食)⑩Lv4⑪施設

2019年6月

①B(3点)②3.0g/dL③105点(重度)④48点(調整食)

⑤Lv3⑥B(3点)⑦3.5g/dL⑧113点(重度)

⑨48点(調整食)⑩Lv4⑪施設

同年9月

①B(4点)②3.5g/dL③90点(重度)④33点(調整食)⑤Lv2

⑥C(5点)⑦3.0g/dL⑧86点(重度)

⑨20点(調整食)⑩Lv2⑪療養病床

【結果のまとめ】

初回入院時より栄養状態と嚥下機能に低下を認めた。再入院の度に嚥下機能は低下し、最終的に経口摂取はおやつ程度の提供となった。

【考察】

認知症患者に対しては、食事形態や姿勢調整等の食支援が重要と言われており、当院ではその食支援の方法をチームで検討している。その中でSTは経口摂取の程度を評価する役割を担っている。今回の事例を通して、認知症患者は徐々に嚥下機能が低下していくことが分かった。今後はその事を理解した上で、チーム内で嚥下評価の状況を共有し、より適切な経口摂取を進めていきたい。

第14回アジア内視鏡および腹腔鏡外科医のアジア太平洋会議(ELSA 2019)【2019年11月21日～23日】

演 題:鼠径ヘルニアに対する膨潤TAPP

演 者:松村 勝/戸畑共立病院 外科

TAPPにおいては、早期の術後疼痛、社会復帰、慢性疼痛は前方切開法よりも優れている。しかし、TAPPは手術時間が長くなること、ラーニングカーブが長くなる、ことが問題となる。

膨潤TAPPは徳村によって考案された手術方法である。この方法は、腹膜前腔に希釈した局所麻酔液とエピネフリンを注入し、さらにCO2を注入した後にTAPPを行うものである。膨潤TAPPを行うことで、出血を抑えて、鼠径部の解剖の確認

と、腹膜前の層と鼠径床の切離が容易になるとわかった。メッシュは15x10cmを、メッシュ固定には非吸収性を使用している。

われわれは400人に膨潤TAPPを行なった。平均手術時間は片側61分、両側92分である。観察期間内で再発は認めていない。

われわれは膨潤TAPPの報告を行う。

日本放射線腫瘍学会第32回学術大会【2019年11月21日～23日】

演 題:ハイドロゲルスパーサーを用いた前立腺癌密封小線源治療における直腸線量低減について

Rectal dose reduction during prostate brachytherapy using hydrogel spacer

演 者:山田 陽司/戸畑共立病院 泌尿器科

共同演者:今田 肇¹⁾ 頼田義士¹⁾ 濱田英志²⁾ 岩崎哲²⁾ 小野田敏博²⁾

1)戸畑共立病院 がん治療センター、2)同 放射線治療部

【目的】

ハイドロゲルスパーサー(スパーサー)は、直腸壁と前立腺の間に吸収性のハイドロゲルを注入することで、放射線治療に伴う直腸有害事象を軽減する技術である。今回、密封小線源治療での直腸線量について報告する。

【方法】

2018年8月～2019年3月までに治療を行った小線源治療単独8例、IMRT併用小線源治療21例。年齢は54-79歳(中央値70歳)、初診時PSA(ng/ml)は4.10-86.69(中央値18.8)、Gleason scoreは6/7/8/9=5/12/9/3、病期はT1c/T2a/T2b/T2c/T3a=11/7/5/2/4であった。スパーサーを小線源治療直後に挿入し3～4週間後に撮影したMRI・CTを用いて直腸の最小値、平均、最大値、V100%、V50%、V25%を評価した。またスパーサーを使用していない2017年～2018年の

直腸V100%についても検討を行った。

【結果】

小線源治療単独の直腸線量最大値45.94Gy-116.26Gy(平均79.93Gy)、V100% 0.00Gy-0.31Gy(平均0.02Gy)。IMRT併用小線源治療の直腸線量最大値71.46Gy-165.5Gy(平均121.43Gy)、V100% 0.00Gy-0.06Gy(平均0.01Gy)。スパーサーを使用していない小線源治療単独の直腸V100% 0.00Gy-1.62Gy(平均0.28Gy)、IMRT併用小線源治療の直腸V100% 0.00Gy-1.06Gy(平均0.26Gy)の結果だった。現在まで注入に伴う副作用や合併症を認めていない。

【結語】

小線源治療の単独療法、IMRT併用いずれでもスパーサーにより直腸線量を有意に低減できた。今後晩期有害事象についても検討予定である。

日本放射線腫瘍学会 第32回学術大会【2019年11月22日】

演 題: 前立腺癌放射線治療に対するハイドロゲルスぺーサーの拡張幅の検討

Analysis of dilated space by the hydrogel spacer adopted in radiotherapy for prostate cancer

演 者: 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】

ハイドロゲルスぺーサー(スぺーサー)は、直腸壁と前立腺の間に吸収性のハイドロゲルを注入することで、放射線治療に伴う直腸の有害事象を軽減する新たな技術である。平均13mmのスペースとなっているが、実際の拡張幅を検討する。

【方法】

治療手技の研修プログラムを受けた後に使用を開始し2018.7～2019.3までの前立腺癌に対する放射線治療75例を対象として検討を行った。スぺーサーが注入された前立腺-直腸間の拡張幅3か所(前立腺底部・前立腺中央部・前立

腺尖部)のMRIを使って測定を行った。

【結果】

前立腺-直腸間の拡張幅は、前立腺底部3.2mm-17.01mm(平均9.73mm)、前立腺中央部3.29mm-17.51mm(平均10.33mm)、前立腺尖部0.7mm-16mm(6.62mm)の結果だった。

【結語】

挿入成功率は100%で、現在まで注入に伴う副作用や合併症を認めていない。前立腺尖部で拡張幅が少なかった。13mmのスペースは確保出来たが外照射では計画時、直腸線量を下げることが出来、有害事象の軽減になると思われる。

JDDW2019【2019年11月22日～23日】

演 題: 症候性クローン病小腸狭窄に関する国内多施設共同研究: 初回内視鏡的バルーン拡張術後の手術回避因子を含めて

演 者: 馬場 重樹／滋賀医科大学 附属病院 栄養治療部

共同演者: 酒見亮介¹⁾ 藤井俊光²⁾

1) 戸畑共立病院 消化器病センター、2) 東京医科歯科大学 消化器内科

【背景】

小腸狭窄はクローン病における最も多い合併症の一つである。内視鏡的バルーン拡張術(EBD)は比較的侵襲が少なく、手術回避目的に施行される手技であるが、頻回なEBDを要する症例も存在する。今回、我々は多施設共同研究として症例を集積し、症候性小腸狭窄を来したクローン病を対象として、その手術回避因子や初回EBD後の経過に関連する因子について検討を加えた。

【方法】

手術既往のないクローン病患者のうち、2008年以降に症候性小腸狭窄が明らかとなった症例を対象とし、後方視的に症例を集積した。

【結果】

32施設から304症例が集積された。累積手術回避率は1

年で74.0%、5年で54.4%、10年で44.3%であった。Cox回帰分析にて多変量解析を実施したところ、手術回避因子として発症時に病型が炎症型、EBD成功、狭窄長2cm未満、抗TNF- α 抗体製剤の追加投与があげられた。初回EBDが成功した95名を対象とし、Cox回帰分析を実施したところ、EBD拡張径15mm以上、長いEBD拡張間隔が手術回避因子であった。ROC解析の結果、拡張間隔が446日以下であった場合、その後の手術を示唆する因子となった。446日以下の拡張間隔を実施していた症例には喫煙者が有意に多く含まれていた。

【結果】

症候性小腸狭窄を来したクローン病の手術回避因子を明らかにした。狭窄症状発症後の抗TNF- α 抗体製剤追加、EBD施行時に15mm以上で拡張、禁煙などで手術を回避する可能性が示唆された。

第14回医療の質・安全学会学術総会【2019年11月28日～30日】

演 題:医療機関における電波利用安全管理委員会の設立と活動について

演 者:石丸 茂秀／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:甲斐雄多郎¹⁾ 今林和馬¹⁾ 灘吉進也¹⁾ 水落久子²⁾ 宗宏伸³⁾

1)戸畑共立病院 臨床工学科、2)同 医療安全管理室、3)同 医療安全管理委員長

【目的】

電波環境協議会は、平成29年6月に「医療機関における電波利用規程(例)」(以下利用規程)を発行した。厚生労働省より関係機関へ通達し総務省より周知活動が行われ、医療機関において電波環境への取り組みが進みつつある。それを受けて当院では、病院長が臨床工学技士(以下CE)に電波利用安全管理委員会(以下委員会)の設置を指示し、委員会として電波環境の安全管理に着手した。今回、電波利用安全管理委員会の設立と活動について取組みおよび今後の課題について報告する。

【活動内容】

平成28年4月発行「医療機関において安心・安全に電波を利用するための手引き」記載の、安心・安全に電波を利用するための3原則、1)電波利用状況の把握とリスク対策、2)電波管理のための体制構築、3)電波を利用するための対策の検討と実施について活動した。

【結果】

1)医用テレメータ、無線LAN、院内PHSの一覧表、および保守管理計画書を作成した。院内スタッフによるものと外部業者による電波環境調査を実施した。2)CE4名、システムエ

ンジニア(以下SE)1名で構成された電波利用安全管理委員会を設置した。利用規程を参考に院内での規程を作成し、活動内容の明確化をはかった。医用テレメータ、無線LAN、携帯電話部門に担当者を配置した。3)機器の調達時やトラブル発生時のマニュアルを作成した。院内スタッフへの周知目的に、医療安全管理委員会セーフティマネージャー対象にフィードバック研修、全職員を対象に集合型研修、理解度調査可能なe-learningを実施した。

【考察】

当院においては、医療安全管理委員会の一部としてのコンセンサスを得ていることから組織的なバックアップが期待でき、CEとSEという精鋭部隊で組織横断的に活動していくことが可能である。周知活動は課題であるが、当面はe-learningを駆使した活動を継続していきたいと考えている。電波環境の取組みについて、総務省による周知活動が行われているが、実践できている医療機関は少ない現状が示唆された。利用規程が開示された。ことが大きな転機となり今後、電波環境への取り組みが活性化することが予測される。活動内容が明確化していくなか、チーム医療のなかでCEが牽引していくことを期待している。

第14回医療の質・安全学会学術総会【2019年11月28日～30日】

演 題:臨床工学技士による安心・安全に電波を利用するための取り組み

演 者:灘吉 進也／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者:石丸茂秀¹⁾ 甲斐雄多郎¹⁾ 今林和馬¹⁾ 水落久子²⁾ 宗宏伸³⁾

1)戸畑共立病院 臨床工学科、2)同 医療安全管理室、3)同 医療安全管理委員長

【背景】

平成28年4月、電波環境協議会は「医療機関において安心安全に電波を利用するための手引き」を公表した。平成29年6月に医療機関が手引きの内容をより実践的に活用することができるよう、「医療機関における電波の安全利用規程(例)」を公表した。それを受けて当院においても電波利用安全管理委員会を設置し組織的に安全管理を開始した。

【目的】

手引きには、安心安全に電波を利用するための3原則として、原則1)電波利用状況の把握とリスク対策、原則2)電波管理のための体制構築、原則3)電波を利用するための対策の検討と実施の記述がある。しかし、この内容が臨床現場において実践的に活用できるかは不明である。今回、原則1)について臨床工学技士(以下CE)の取り組みを報告する。

【活動内容】

①医療機関内の各部署で電波利用機器(医用テレメー

タ、無線LAN)の確認とリスト化の実施。②電波環境の調査は、外部業者によるNEC社製スペクトラムアナライザを用いた有償調査と院内スタッフによるフクダ電子社製医用テレメータ搭載簡易スペクトラムアナライザを用いた無償調査の実施。③電波利用に伴う潜在的なリスクの確認と低減方法と影響発生時の対策方法の実施。

【結果】

①生体情報モニタ47台、送信機78台、無線LAN5機種38台であった。②外部業者調査は、メーカー推奨値である30dB以上が98%に対し、院内スタッフ調査においても、30dB以上が98%であった。③医用テレメータのチャンネル番号は、離床センサの影響を考慮し3000番台を廃止した。システムエンジニアと共同し無線LANの日常点検を開始した。

【考察】

活動の取り組みとして着手すべきは、電波利用機器の情

報収集であり、情報を一元化することが最も重要と考えられた。電界強度調査において、医用テレメータ搭載の簡易スペクトラムアナライザの活用は、CEによる定期点検項目として十分実施可能である。CEには今後更なる電波に対する専門知識が求められてくることになる。これから医療施設における

電波環境への取り組みが進み、各施設における活動が徐々に明らかになることを期待している。いずれにしても安全な電波利用機器の管理体制を構築するためにCEがリーダーシップをとることが重要と考えられた。

第10回日本炎症性腸疾患学会学術集会【2019年11月29日】

演 題:炎症性腸疾患患者における血中Interleukin-22 (IL22)およびIL22-binding protein (IL22BP)の測定

演 者:酒見 亮介／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者:吉岡慎一郎^{2,3)} 山内亨介^{2,3)} 森 敦^{2,3)} 吉村哲広^{2,3)} 森田 俊^{2,3)} 荒木俊博^{2,3)} 桑木 光太郎^{2,3)}
溝口充志⁴⁾ 宗 祐人¹⁾ 光山慶一^{2,3)}

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)久留米大学病院 炎症性腸疾患センター

4)久留米大学医学部 免疫学講座

【目的】

Interleukin-22(IL22)は腸粘膜修復に関わるkey cytokineである。炎症性腸疾患(IBD)の病態に深く関与していることが明らかにされ、最近では関連薬剤のIBDに対する治療応用も進められている。IL22の生物活性はIL22-binding protein(IL22BP)によって制御されるため、IBDにおけるIL22の役割を理解するためには、IL22のみならずIL22BPの評価も行なう必要がある。しかし、これまでに循環血中でのIL22BPの検討を行った報告はみられない。今回、IBD患者でのIL22とIL22BPの血清濃度を同一検体で測定し、病態との関連を検討した。

【方法】

対象は、2016年7月～2018年4月の間に久留米大学病院IBDセンターを受診した患者204例(潰瘍性大腸炎(UC) 99例、クローン病(CD) 105例)と、健常人 92例である。IL22およびIL22BPの血清濃度はELISAを用いて測定した。

【結果】

血清IL22(pg/mL)(mean±SE)は、健常人28.71±3.93、

UC26.17±4.67、CD21.94±4.43で3者間に有意差はみられなかった。血清IL22BP(pg/mL)は、健常人3930.07±583.75、UC6900.3±684.03、CD7237.64±2094.89であり、UCとCDともに健常人より高値であった(UC: p<0.01, CD: p<0.01)。血清IL22/IL22BP比は、健常人0.25277±0.079、UC 0.048±0.021、CD 0.12592±0.092で、UCでは健常人より低値であった(UC:p=0.01,CD:p<0.01)。またUCでは、IL22、IL22BP、IL22/IL22BP比のいずれも活動期・寛解期での有意差は認めなかったが、IL22BPはCRPと負の相関(p<0.01, rho=-0.42)、IL22/IL22BP比はCRPと正の相関を認めた (p=0.01, rho=0.27)。CDでは、IL22、IL22BP、IL22/IL22BP比の活動期・寛解期での有意差のみならず、CRPとの相関も認めなかった。

【考察】

IBD患者の循環血中ではIL22-IL22BP系の変動が認められ、IL22がIBDの病態に関与していることが示唆された。IBDでのIL22の役割を評価するためにはIL22と合わせてIL22BPの検討も行う必要がある。

第10回日本炎症性腸疾患学会学術集会【2019年11月29日】

演 題:肛門病変を契機に診断されたクローン病の臨床的特徴に関する検討

演 者:酒見 亮介／戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者:二見喜太郎²⁾ 宗 祐人¹⁾ 別府 剛¹⁾ 武田和大¹⁾ 平塚裕也¹⁾ 寺部寛哉¹⁾ 榎原重成¹⁾

1)戸畑共立病院 消化器病センター、2)福岡大学筑紫病院 外科

【背景と目的】

クローン病患者の約70%が肛門部に病変を生じるとされ、肛門病変の約30%が消化器症状よりも先行して発生すると報告されているが、肛門病変を契機に診断されたクローン病の臨床的特徴については明らかではない。今回我々は、肛門病変を契機に診断されたクローン病患者の臨床的特徴を明らかにすべく、肛門病変を契機に診断されたクローン病患者の患者背景、治療経過について検討した。

【方法】

2011年6月から2019年4月までに当院で診断されたクローン病患者42人を対象に肛門病変を契機に診断されたクローン病患者(肛門群)と消化器症状を契機に診断されたクローン病患者(消化器群)に分け、診断時の患者背景、診断後の治療内容について比較検討した。

【結果】

肛門群は25例、消化器群は17例であった。群の診断時背

景は女性24%vs.29%、年齢(中央値)20歳vs.23歳、BMI(中央値)21.8vs.18.4、症状発現から診断までの期間(中央値)402日vs.178日、病型(L1,L2,L3)0%,28%,72%vs.18%,6%,76%、病態(B1,B2,B3)80%,20%,0%vs.71%,23%,6%、HBI(中央値)2vs.7、SESCD(中央値)15vs.15、Alb(中央値)3.9vs.3.3、CRP(中央値)1.2vs.2.7、Hb(中央値)13.3vs.12.8であり、肛門群は消化器群よりも有意に小腸型の割合が低く、HBIおよびCRP値が低値であり、BMI、Alb値、Hb値が高かった。小腸造影検査にて明らかな縦走潰瘍病変、狭窄、瘻孔を有する症例は16%vs.47%と肛門群が有意に低かった。また、症状発現から診断までの期間が長い傾向に

が有意に高く、肛門群の平均治療回数は1.6回であった。診断後から3年以内の生物学的製剤の累積使用率は88%vs.58%と消化器群において有意に使用率が高い結果であった。

【結語】

肛門病変を契機に診断されたクローン病は消化器症状を契機に診断されたクローン病よりも軽症者の割合が高かったが、診断までに肛門病変に対する複数回の治療経験を有し、クローン病の診断までに時間を有していた。今後は早期診断のため肛門科、外科、内科が密に連携し診療を行う必要がある。

第12回東北ヘルニア研究会【2019年11月30日】

演 題:TAPPで再発させないために

演 者:松村 勝/戸畑共立病院 外科

近年、鼠径ヘルニアに対するTAPP症例が増加しているが、外科医一人一人の技術が向上してきたことによって、直近のJSESによるアンケート調査で再発率は改善傾向にあり、1.9%となった。TAPP術後再発症例に対しての再手術方法は、World hernia guidelineとJHSの鼠径ヘルニア診療ガイドラインでは、前方切開法が推奨されており、腹腔鏡下手術での報告は少ない。

今回、我々の施設で、男性内鼠径ヘルニアに対してTAPPを行なったが、術後3ヶ月後に再発した症例を経験した。再手術時の術式は、まず腹腔鏡下に観察し、TAPP可能で

あればTAPPを、術後癒着が強固であれば前方切開法を行うこととした。ヘルニア門はHesselbach三角の正中より存在し、初回手術と同様の場所であった。膨潤局所麻酔法を行い、腹膜の伸展は良好と判断したが、外側は初回のメッシュの癒着が強固であった。ヘルニア門周囲を十分に剥離し、トリミングしたメッシュを展開し固定した。術後約2年経過し再発は認めていない。

本症例の手術動画を提示し、再発に繋がりをうる操作と、再発させないための手技を考察する。

第138回西日本整形・災害外科学会学術集会【2019年11月30日～12月1日】

演 題:MRIで診断困難であった化膿性脊椎炎の検討

演 者:藤田 潤/戸畑共立病院 整形外科

【緒言】

MRIによる化膿性脊椎炎の診断感度は高いが、発症早期にMRIで診断困難な例をとときどき経験する。今回、MRIで診断困難だった化膿性脊椎炎症例の特徴について調べた。

【方法】

対象は2014年12月～2019年3月までに当科で治療した化膿性脊椎炎23例(男14例、女9例、年齢は72±17歳、頸椎2例、胸椎3例、胸腰椎4例、腰椎14例)である。11例に手術を施行した。脊椎専門医2名が個別に初回MRIを読影し、2名とも診断困難ならば診断困難例、それ以外は診断可能例と判定し診断困難例と可能例について比較した。

【結果】

23例のうち初回MRIで診断困難5例、診断可能18例であった。診断可能群では腰痛発症から初回MRIまで平均9.2±9.6日で施行されていたのに対し困難群はいずれも3日以内に施行されていた。いずれもkulowski分類の急性型発症で初回MRIで有意な所見が認められず、2回目のMRIで脊椎炎と診断されていた。

【結論】

化膿性脊椎炎の発症早期はMRIで検出されないことがある。

RSNA 2019【2019年12月1日～6日】

演 題: Minimally invasive plate osteosynthesis surgery: review of posterior humeral circumflex artery and spectrum of illustrative pretreatment imaging findings that radiologists need to know
(上腕骨近位端骨折に対する術前3D CT angiography: 後上腕回旋動脈の解剖学的特徴と放射線科医が知っておくべき画像的特徴)

演 者: 内山 大治 / 戸畑共立病院 放射線診断科

TEACHING POINTS

1. To review the characteristic findings and clinical significance of the posterior humeral circumflex artery (PCA), which runs along the axillary nerve, using CT angiography (CTA).
2. To illustrate safe areas using minimally invasive plate osteosynthesis (MIPO) in order to avoid the axillary nerve injury, and provide the degree of the displacement of PCA in association with proximal humeral fracture.

nerve without precise evaluation of the course of axillary nerve. Understanding the course of the PCA and provide illustrative pretreatment findings can lower the risk of the axillary nerve injury when using the MIPO.

This exhibit will review the course of the PCA, which runs along the axillary nerve, using CTA and predict safe areas using MIPO in order to avoid the axillary nerve injury. Furthermore, the degree of the displacement of PCA in association with proximal humeral fracture will be provided.

TABLE OF CONTENTS/OUTLINE

Although MIPO is less invasive surgery to repair the proximal humeral fracture, it might injure the axillary

第32回日本内視鏡外科学会総会【2019年12月5日～12月7日】

演 題: 非特異性多発性小腸潰瘍症に対して単孔式腹腔鏡下小腸部分切除を施行した一例

A case of singleport laparoscopic partial resection for chronic non-specific multiple ulcers of the small intestine

演 者: 吉本 裕紀 / 戸畑共立病院 外科

共同演者: 下河邊智久 今村鉄男 宗宏伸 谷脇智 和田義人 林亨治 竹谷園生 松村勝 石橋慶章 西村太郎
戸畑共立病院 外科

【はじめに】

非特異性多発性小腸潰瘍症(以下CNSU)は粘膜または粘膜下層に限局する若年者に多い難治性の疾患である。今回我々は高齢女性に発症した非常に稀なCNSUに対して、単孔式腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】

82歳女性、10年位前から時々腹痛を認め、約5年前に他病院で精査を行い回腸狭窄症と診断されるも経過観察となっていた。最近症状が増悪し亜腸閉塞となったため精査加療目的に当院紹介となった。回腸末端5cmから多数箇所に狭窄を認め、腸閉塞解除目的に外科紹介となった。術中狭窄部位特定のため術直前にイレウス管を挿入、単孔式腹腔鏡下に

右側結腸を授動した。小開腹創から小腸を体外に引き出し触診したところ、漿膜面は異常なもののバルーンが通過困難な部位が回腸に多数認められ回腸を約55cm切除した。術後経過良好で術後第12病日に退院となった。

【考察】

CNSUの治療に関しては内科的治療が無効であり、高度狭窄をきたした症例では内視鏡的拡張術や外科的治療が必要不可欠である。しかし回腸病変を切除しても術後早期に新生病変が発症すると言われているため可能な限り回避したほうがいいとの報告もある。

【結語】

単孔式腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した高齢者のCNSUの1例を経験したので報告した。

第43回日本肝臓学会西部会【2019年12月12日～12月13日】

演 題:「マイクロスフィアによる肝動脈塞栓術が有効であった肝限局性結節性過形成の1例」

演 者:松垣 諭／戸畑共立病院 肝臓内科

共同演者:福岡博文 久保保彦 榎原重成

戸畑共立病院 肝臓内科

【序言】

肝限局性結節性過形成(focal nodular hyperplasia:以下FNH)はほとんど無症状で経過する良性腫瘍であるが、腹腔内破裂の報告もあり巨大なものや増大するものに対しては肝切除が行われることが一般的である。今回我々は認知症のある高齢者の増大するFNHに対し、球状微粒子であるマイクロスフィアを用いた動脈塞栓術(以下TAE)を行い、奏功したので報告する。

【症例】 80歳代女性。

【現病歴】

高血圧・認知症にて近医経過観察中。X-5年HCV-Ab(+) HCV-RNA(-)でもあり精査目的で当院にて画像診断を行った際、22mmの肝腫瘍指摘も、FNHが疑われ経過観察されていた。X-3年9月肝腫瘍増大傾向あるため当院紹介となる。

【既往歴】

X-7年よりアルツハイマー型認知症にてドネペジル塩酸塩内服中 高血圧

【生活歴】 経口避妊薬内服不明

【検査所見】

当院でのMRIでは肝S6に30mmT1・T2強調像で等信号、境界明瞭で不整形な早期濃染腫瘍を認め、肝細胞相でEOB取り込みを認めた。もともとHCV-Ab(+)でもあり増大傾向も

の増生は認めたものの悪性細胞なくFNHと診断した。

【経過】

経過観察していたもののX年9月37mmと増大傾向あり。肝下面に突出し破裂のリスクあり。しかしながら、認知症もあり高齢でもあり手術は希望されず、ご家族も含めて十分なinformed consent の上、TAEを行うこととした。左上腕動脈経由で血管造影施行。S6に4cmに腫瘍濃染を認めた。腫瘍中心部に流入する血管を認め、また車幅状(車軸状)血管構造を有する典型的なFNHの所見であった。動静脈シャントがないことを確認の上、A6の血管よりエンボスフェア® 300~500 μ m0.4V使用しTAEを施行した。治療後は腹痛・発熱など塞栓後症候群は強くなく経過し無事退院した。治療後の早期濃染は消失、その後2年を経過し腫瘍濃染は残り腫瘍は残存するものの腫瘍は縮小し破裂のリスクなく経過している。

【考察】

エンボスフェア®はアクリル系共重合体からなる非吸水性のマイクロスフィアで、多血性腫瘍に対する血管塞栓剤として2013年に承認を得ている。塞栓後の発熱・疼痛など塞栓後症候群が軽く、高齢者にも使用しやすい。当症例は高齢・認知症もありマイクロスフィアを使用しTAEを行い比較的侵襲少なく破裂を予防できた。増大するFNHの治療のひとつとして有用であると思われる。

長崎脳外抄録2019【2019年12月14日】

演 題:切迫脳室穿破をきたした視床脳膿瘍の1例

演 者:越智 章／戸畑共立病院 脳神経外科

【はじめに】

脳室穿破をきたした脳膿瘍の予後は不良であり、致命的となる事もある。今回我々は、脳室穿破極初期にドレナージを施行し、良好な経過をとった視床脳膿瘍を経験したので報告する。

【症例】

80代男。歯科治療をうけていたが中断。2019年5月下肢脱力を自覚し、2日後に歩行困難となったため、救急要請した。来院時、JCS-0、構音障害、右不全片麻痺4/5を認めた。MRIで左視床に15x11mm大の周囲に浮腫性変化を伴う、辺縁不正な拡散制限を呈する結節像を認めた。胸腹部CTでは、両肺野に結節様陰影を散見し、敗血症性肺塞栓が疑われた。顎顔面CTでは、歯根部周囲に骨吸収像を認め、尖周囲炎が疑われた。歯性感染症由来の脳膿瘍の診断で入院し、メロペネムで保存的治療を開始し、歯科紹介後抜歯処置が施行された。その後、右片麻痺悪化、失語症も出現、傾眠となり、画像上も膿瘍および浮腫像が拡大してきた。入院第11病日、JCS-20

脳手術装置を用いて脳膿瘍排膿術を施行した。膿瘍内容採取後髄液が流出してきたため、持続ドレナージとした。膿よりPeptostreptococcusを検出し、メロペネムを継続したところ、意識回復し、神経症状の改善を認めた。入院第45病日にリハビリ病院に転院し、2ヶ月後自宅に退院となった。

【結語】

一般的に3cmを超える脳膿瘍が、外科的治療の適応となる。しかしながら、脳室穿破の予後は不良のため、小さな膿瘍であっても外科的治療を選択せざるを得ない。小さな視床膿瘍の定位脳手術は、装置の精度に不安が残る上、trajectoryが脳室を経由すると髄腔播種を生じてしまうため、手術時期や手技を慎重に検討する必要がある。本例では、術前後の十分な抗菌薬と、穿破の極初期に膿瘍腔から髄液ドレナージ出来髄腔播種を最小限に出来た事が、予後良好の一因であったと推測される。

第66回九州支部生涯教育講演会【2020年1月25日】

演 題:「糖尿病性舞踏病の頭部MRI画像所見にて継時的な変化を観察しえた症例」

演 者:山崎 哲生/戸畑共立病院 研修医

共同演者:片山直美¹⁾ 三宅育代¹⁾ 内山大治²⁾ 吉田成吾²⁾

1)戸畑共立病院 内分泌代謝内科、2)同 放射線科

【症例】

87歳女性。2型糖尿病、多発合併症有り。近医にてリナグリプチン5mg+グリメピリド0.5mgで糖代謝コントロールされていたが、X年3月の採血でHbA1c 6.7%と良好であったためグリメピリドが中止となったが、その後空腹時血糖値が400mg/dl台まで上昇しX年4月よりグリメピリドが再開となった。5/2より左上下肢に違和感、口唇ジスキネジア、5/4にバリズムが出現し当院救急外来受診。5/2、5/4共に頭部MRIを撮像し異常なしと判断され帰宅となったものの、不随意運動は持続し5/8より改善を認めた。5/24の近医での採血にて空腹時血糖値は200mg/dl台まで低下していたが、HbA1c12.9%を認め血糖コントロール目的で5/28に当院に紹介入院となった。

【経過】

入院前のMRI読影結果では5/2は異常所見を認めず、5/4は急性期脳梗塞を疑う所見であった。入院時には左上下肢の舞踏運動が軽度残存しており、5/29に頭部単純MRI、5/30に頭部単純CT、5/31に脳血流シンチグラフィーを撮像し、いずれの所見も糖尿病性舞踏病に典型的な所見であった。症状が改善した後に頭部単純MRIを再度撮像したところ画像所見の改善を認めた。

【考察】

糖尿病性舞踏病の原因として点状出血説、代謝異常説、一過性不完全脳虚血説などがあるが、本症例の画像所見の一連の変化からは一過性不完全脳虚血説が疑われた。

日本泌尿器科学会福岡地方会 第305回例会【2020年2月8日】

演 題:前立腺癌小線源治療におけるハイドロゲルスペーサーの役割ー直腸線量低減効果についてー

演 者:山田 陽司/戸畑共立病院 泌尿器科

共同演者:小野田敏博²⁾ 塩津弥佳²⁾ 溝口翔太²⁾ 岡田彩²⁾ 鞆田義士¹⁾ 今田肇¹⁾

1)戸畑共立病院 がん治療センター、2)同 放射線治療部

【目的】

前立腺癌小線源治療におけるハイドロゲルスペーサーによる直腸線量低減効果について検討する。

【方法】

2018年8月ー2019年3月までに治療を行った小線源単独(160Gy)8例、外照射併用(IMRT46Gy+小線源110Gy)21例。年齢:54-79歳(中央値70歳)、初診時PSA(ng/ml):4.10-86.69(中央値18.8)、Gleason score:6/7/8/9=5/12/9/3、病期:T1c/T2a/T2b/T2c/T3a=11/7/5/2/4。D'Amicoリスク分類:低/中/高リスク群=4/10/15。スペーサーを小線源治療直後に挿入し3~4週間後に撮影したMRI・CTで直腸線量最小値、平均値、最大

値、RV100%、V50%、V25%を評価した。またスペーサーを使用していない2017年ー2018年の症例についても検討した。

【結果】

小線源治療単独群、および外照射併用群のスペーサーあり群、無し群と比較すると、直腸線量最小値には差がないが、直腸線量最大値、直腸線量平均値、直腸線量のV50%、V100%、V25%は、いずれも有意に低下した。

【結語】

小線源治療の単独、外照射併用いずれでも、スペーサーにより、安全に直腸線量を低減できた。

第22回Needlescopic Surgery Meeting【2020年2月1日】

演 題: Needleを使用したTAPPで考える、安全で確実な鉗子操作

演 者: 松村 勝/戸畑共立病院 ヘルニア外科

共同演者: 吉本裕紀¹⁾ 谷脇智¹⁾ 平田敬治²⁾

1) 戸畑共立病院 ヘルニア外科、2) 産業医科大学 第一外科

近年、手術技術の向上と、医療機器の進歩に伴い、腹腔鏡下手術において細径鉗子を導入する施設が増えている。細径鉗子は整容性、術後疼痛においてそのメリットが証明されているが、通常の鉗子とは異なり、より繊細な操作が求められる。

私は腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術としてtransabdominal preperitoneal repair(以下TAPP)を行っている。TAPPでは12-5-5、5-5-5が通常行われているポート配置になる。私は

左手を3mm鉗子とした5-5-3TAPPを行っている。適応症例は・片側症例・腹腔内手術既往がない症例、としている。3mm鉗子は、CLINY社製のMITフォースを使用している。シャフトの剛性とジョーの把持力が優れているが、5mm鉗子と同等の手術操作を得るためには、組織の把持、組織の牽引方向などに十分な注意が必要になる。

5-5-3TAPPでの鉗子操作を供覧し、安全面と確実性を考慮した3mm鉗子について検討する。

第16回日本消化管学会総会学術集会【2020年2月7日～8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の有用性および再出血に寄与する背景因子の検討

演 者: 平塚 裕也/戸畑共立病院 消化器内科

【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: colonoscopy)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。一方、腹部造影CTはCSによる出血部位の同定に有用とされる報告がなされているが、その有用性については明らかとなっていない。また、大腸憩室の再出血については本邦では1年後の再出血率が20%から35%と報告されているが、再出血のリスク因子については未だ不明である。そこで今回我々は、大腸憩室出血の出血同定に対する腹部造影CTの有用性および再出血に寄与する背景因子を明らかとすべく当院の大腸憩室出血患者を対象に後方視的に検討を行った。

【対象と方法】

＜検討1＞2013年1月から2019年1月の6年間に当院を受診し、大腸憩室出血と診断された194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行った。
＜検討2＞同期間において初回大腸憩室出血患者を対象に初回憩室出血から再出血までの累積憩室再出血率をKaplan-Meier法を用いて算出し、さらに半年内の早期再出血に影響する背景因子についてlog-rank検定を用いて検討した。

【結果】

全対象患者の背景は男性105例、平均年齢78歳、既往症

は高血圧症123例、脳血管障害32例、併用薬として抗凝固薬13例、抗血小板薬52例であり、初発例は133例であった。CSによる全体の出血同定率は33例(17%)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79例、非施行群は46例、造影CT群、非施行群のその後のCS出血同定率は16.6%、17.6%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22.7%(18例)であり、腸管内漏出群におけるCS出血同定率は42.1%(8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92分、121分と腸管内漏出群で短い傾向であった($P=0.71$)。大腸憩室再出血に関する検討対象である初発憩室出血症例数は133例であった。1年後、3年後の累積再出血率は11.1%、17.8%であり、再出血全体の60%が半年内に発生していた。半年内の再出血に寄与する背景因子の検討では脳血管障害(半年後累積再出血率: 5.3% v.s. 18.8%, $p=0.03$)の既往のある患者において再出血率が有意に高かった。

【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の施行が、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。また、大腸憩室再出血の60%が半年以内に再出血をきたし、脳血管障害の既往は再出血のリスク因子である可能性が示唆された。

第50回日本人工関節学会【2020年2月21日～22日】

演 題: Image-free navigation を使用したTKAにおける脛骨コンポーネント回旋設置が術後患者満足度に与える影響
Effect of tibial component rotation on postoperative patient satisfaction in TKA using image-free navigation

演 者: 濱田 賢治／戸畑共立病院 整形外科

【目的】

昨年本学会において我々はimage-free navigationを使用したTKAを行いその設置精度について調査した。冠状面および矢状面のアライメントは誤差がほぼ3°以内と概ね良好であったが脛骨回旋設置についてはばらつきが多かった。本研究の目的は脛骨component回旋設置位置により術後膝屈曲角度、疼痛、患者満足度に差があるかを調査することである。

【対象と方法】

2017年10月よりimage-free navigation を使用し手術を行った14例(男性4例、女性10例、平均74.6歳)を対象とした。脛骨の回旋は術中Akagi's lineを参照した。全例modified gap techniqueで手術を行い機種はPS typeを使用した。脛骨component回旋設置角は術前3DCTにてAkagi's lineを設

定、術後3DCTにマッチングさせ、脛骨component設置方向との角度差を外旋+として計測。内旋群(5°を超える内旋)、中間群(±5°以内)、外旋群(5°を超える外旋)の3群にわけ、術後1年の膝屈曲角度、荷重時のVAS、患者満足度(JCOM)を比較した。

【結果】

内旋群は2膝で平均 $-8.4 \pm 1.5^\circ$ 、中間群は9膝で平均 $1.9 \pm 1.4^\circ$ 、外旋群は3膝で平均 $7.6 \pm 0.6^\circ$ であった。内旋群、中間群、外旋群の3群間ですべての項目において有意な差はなかった。

【結語】

脛骨component回旋設置位置により術後膝屈曲角度、疼痛、患者満足度に差はなかった。

第17回日本ヘルニア学会東海地方会【2020年2月22日】

演 題: 鼠径ヘルニアに対する膨潤局所麻酔法併用TAPP

演 者: 松村 勝／戸畑共立病院 ヘルニア外科

鼠径部ヘルニアに対する腹腔鏡下手術は、2012年の診療報酬改定により保険点数が大幅にアップしたことを受けて術式として導入する施設が増えた。腹腔鏡下手術として、腹腔内到達法のTAPPと、腹膜外到達法のTEPに大別される。

私は2012年に、2010年に徳村らによって始められた、膨潤局所麻酔法併用TAPP(以下t-TAPP)を標準術式としている。

その術式は、膨潤局所麻酔液(生食160ml+1% カルボカ

イン40ml+エピネフリン0.1mlの混合液)を経皮的または経腹腔的に腹膜直下に注入し、十分に腹膜を膨化させた後に腹膜を剥離する。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、などであり。

当科で定型化しているt-TAPPを供覧し、手術成績を提示する。

第47回日本集中治療医学会学術集会【2020年3月6日～8日】

演 題: リハビリテーションにおける集中治療後の法人内連携と課題

演 者: 野中 沙恵／戸畑共立病院 リハビリテーション科

共同演者: 高崎裕介¹⁾ 仲本昂平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

【はじめに】

集中治療後症候群(PICS)予防のためのABCDEFGHバンドルのGはgood handoff communicationであり、良好な申し送りはスムーズな治療の継続を担保する。早期リハ介入後もADL改善が乏しく、転院となる事も多く経験する。今回敗血症に対する治療や経過が類似し、転院時に情報提供を行った2例の経過と今後の課題を検討した。

【対象・方法】

下部消化管穿孔により緊急手術を施し敗血症治療・早期リハを行った症例で、同法人のリハ専門病院に転院し退院まで追跡出来た2例に対し診療録による後方視調査を行った。

【結果】

症例1: 84歳男性、ADL自立。下行結腸穿孔、人工呼吸器管理4日間。術後2日目にリハを開始し、3日目に車椅子へ移乗、7日目に歩行訓練を開始。持久力訓練も開始し、42日目

にBarthel Index(以下:BI):60点で転院。意欲や認知機能低下もなく、転院後も急性期病院と同様の訓練が継続して可能で、緊急手術から139日後にBI:80点で自宅退院となる。症例2:86歳女性、ADL自立。S状結腸穿孔、人工呼吸器管理4日間。術当日よりリハビリ開始し、7日目に車椅子での離床が可能となる。介助下で120m程度の歩行車歩行が行え、排泄動作も軽介助となり37日目にBI:35点で転院。その後悲観的な発言が増え、動作意欲が得られなくなった。せん妄やうつ傾向に対する評価や専門的な介入も無く、ベッド上介入が主となり

肺炎を発症。慢性腎不全の悪化もあり緊急手術から85日後に永眠された。

【考察】

ICU退室後の一般病床や後方支援施設に対する情報提供は不可欠であるが、転院時の身体状況やADLのみの情報では、今後起こる可能性のある精神機能障害に気付く事が遅れ、良質な継続したリハビリを実施する事が困難である。情報提供の内容として、現状のみでなく予測される問題等も含めて提供していく事がPICSの改善に繋がると考える。



チャンピオン画像集

チャンピオン画像「血流画像」



診療支援部 画像診断センター 山本 晃義

今回は「血流画像」をテーマに、CT、MRI画像で得られた血管の走行情報や脳の灌流情報（血流評価）に関する臨床画像を紹介する。

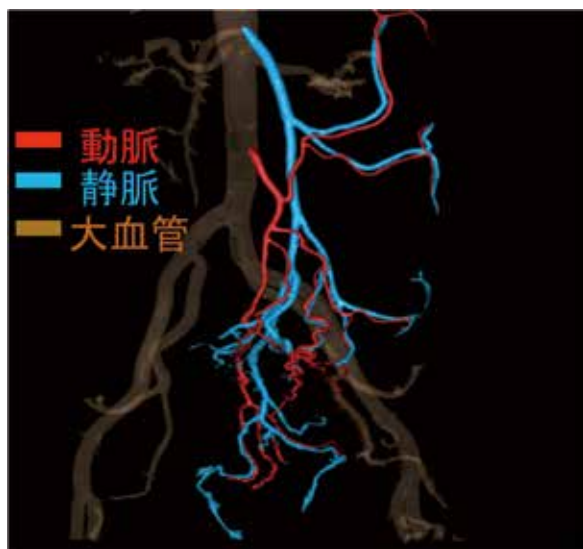
大腸がんの腹腔鏡下手術は低侵襲的手法であり、当院でも多く行われるようになった。本手術を安全かつ確実に行うためには、切除予定の血管走行のみならず主幹動脈の走行を知ることが必要となる。これらの情報を得るために、造影CT検査にて血管を描出するCT Angiography (CTA)を行う。同時に、がんの位置情報を得るために、空の状態の大腸へ炭酸ガスを送気して拡張させ撮影を行う大腸CT Colonoscopy (CTC)を行う。最終的にはCTAとCTCで得られた画像を、画像処理ワークステーションと呼ばれるコンピュータを用いて同時表示することで、大腸がんの位置と血流情報を同時に観察できるようになる。このようにして得られた画像を大腸がんの腹腔鏡下手術前に外科医へ提供し、術前情報の一つとして活用していただいている。

MRIを用いて脳の灌流情報を得る手法は、大きく分けて二つある。一つは造影剤を用いる手法である。造影剤を急速注入しながら約2秒間隔の高速撮像を行うことで、1分間に約600枚近くの画像を取得する。これらの画像を画像処理ワークステーションにて血行動態解析することで灌流画像を得ることができる。もう一つの手法は造影剤を用いない手法で、造影剤の代わりに心臓から駆出される動脈血に特殊な電波をあてて血液に標識を行い、その血流が脳組織へ流入する過程を画像情報として得る。臨床では脳腫瘍の血流評価には造影剤を用いる手法、脳梗塞や正常脳組織に対する血流評価には造影剤を用いない手法をそれぞれ利用している。

この「チャンピオン画像」では、上行結腸がんに対するCTC画像と同症例における手術前3次元画像、MRIによる造影剤を用いた脳腫瘍の経時的血流評価および造影剤を用いない脳灌流画像を供覧する。

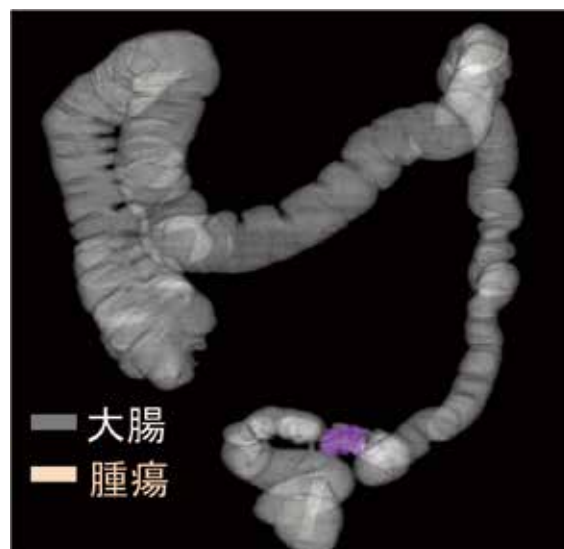
造影 CT 検査と大腸 CT 検査による大腸癌術前検査

現在当院では、大腸癌術前検査において腫瘍の血流支配領域を把握するために、造影CT検査と大腸CT検査検査を組み合わせた検査を行っている。以下にそれぞれのCT検査で得られた画像情報をもとに作成する術前画像の作成手順について解説する。



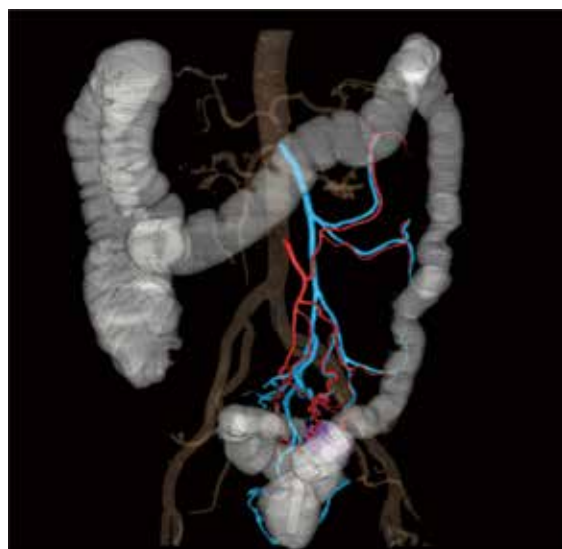
造影CT検査

造影剤を高速で注入し、動脈と静脈が同時に描出されるタイミングでCT撮影を行っている。撮影した画像から三次元(3D)画像処理を行い、動脈と静脈を同時に描出している。



CTC検査

大腸にガスを充満させてCT撮影することで、大腸内腔を描出する。腫瘍との位置関係も同時に把握できる。



造影CT検査+CTC検査

大腸癌術前検査では造影CT画像とCTC画像を組み合わせ、同時に表示して提示する。

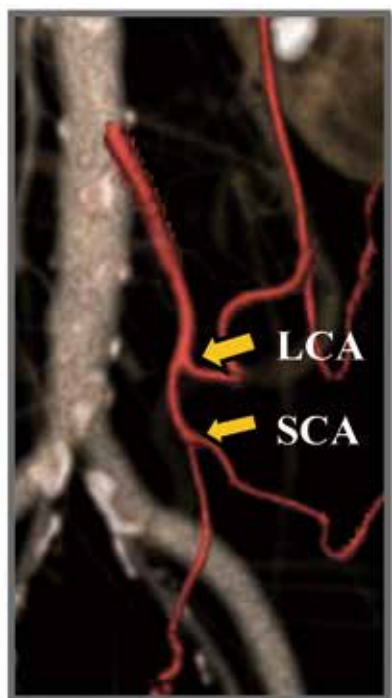
造影 CT 検査による血管走行の把握

大腸癌における腹腔鏡下手術では、腫瘍のみならず血管の処理も必要となる。腫瘍に対する血流支配領域を把握するためには、血管の走行や分岐を周知しておく必要がある。

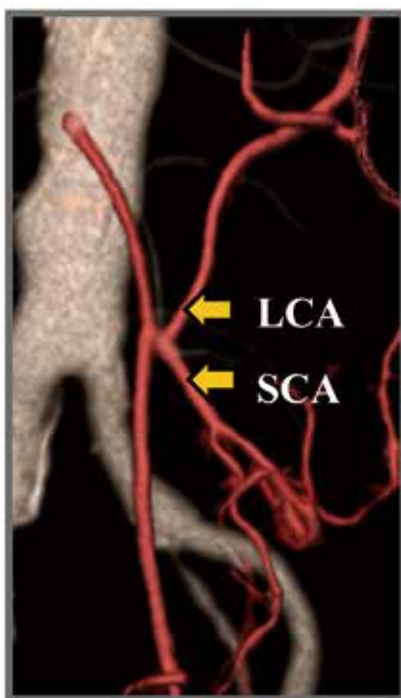
術前に造影CT検査を行うことで、個々の症例に対する血管の走行や分岐形態の把握が可能となり、腫瘍に対する血流の支配領域に合わせて血管や大腸の切除範囲を予測することができる。

下腸間膜動脈 (IMA) の血管破格症例

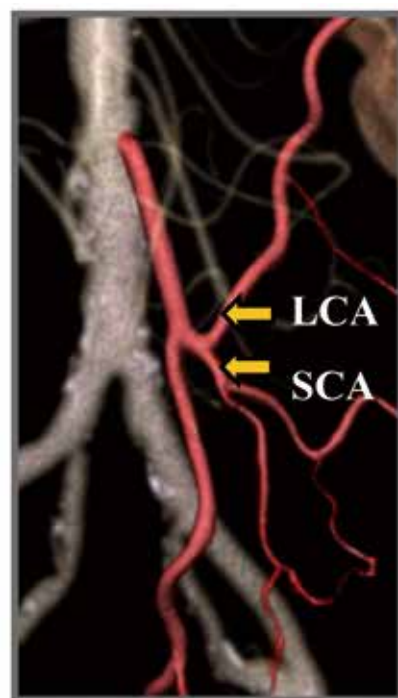
IMA : inferior mesenteric artery
LCA : left colic artery
SCA : sigmoid colon artery



LCA(左結腸動脈)とSCA(S状結腸動脈)が独立してIMAより分岐している。(独立分岐型)



LCAとSCAがIMAより同時に分岐している。(同時分岐型)

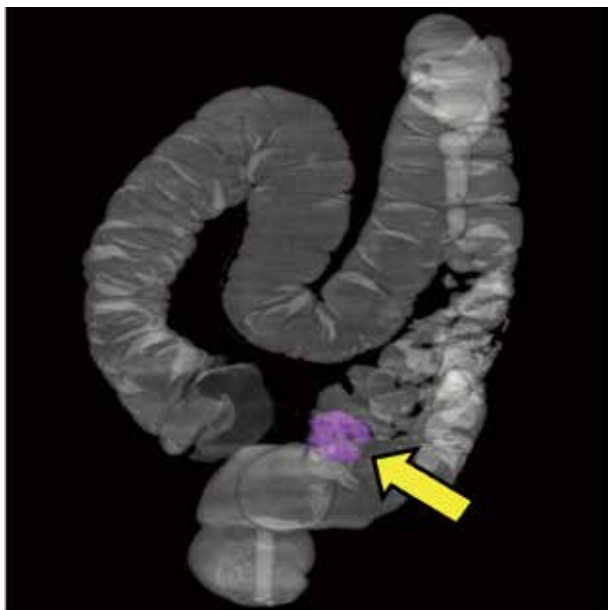


LCAとSCAがIMAより同時に分岐しその後、別れて分岐している。(共通幹型)

大腸癌術前 CTC 検査

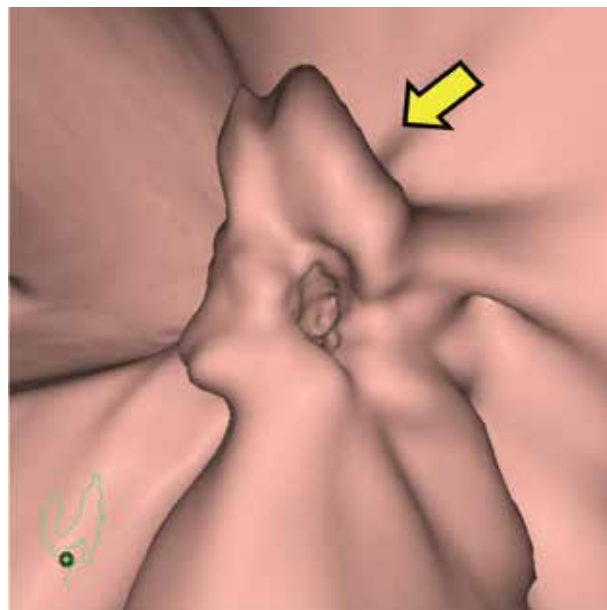
大腸癌術前検査の一つとして、CTC画像を用いた検査を行っている。大腸に炭酸ガスを注入し、大腸が拡張した状態で撮影することで病変の描出が可能となる。

CTC検査の利点として、大腸の外観と病変部の位置関係を把握できることがあげられる。また、内視鏡と同じように大腸の内腔評価を行うことができる。内視鏡と比べて非侵襲的な検査であり短時間(10分～15分)で検査可能である。



大腸空気像 (air image)

大腸にガスを充満させ、大腸が拡張した状態。大腸全体を描出することができ、腫瘍との位置関係が明瞭になる。

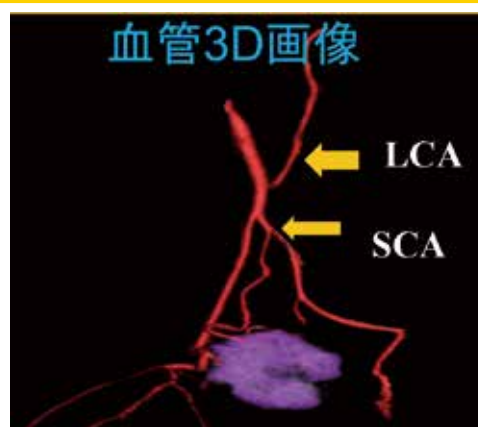


仮想内視鏡表示

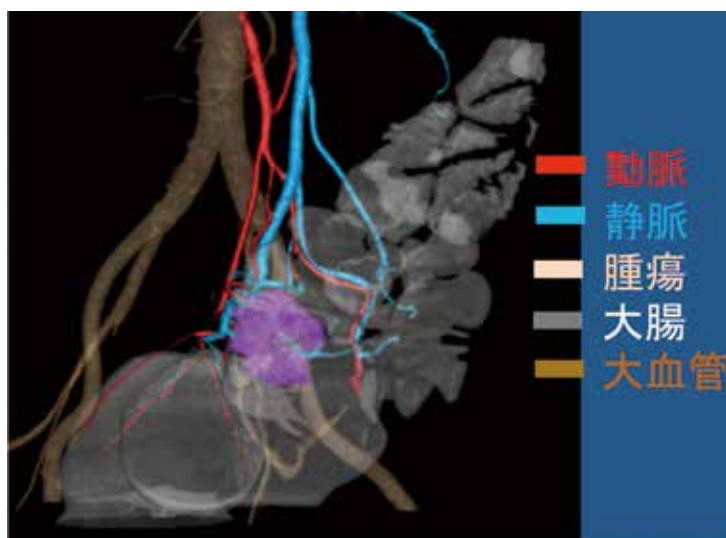
内視鏡と同じように大腸内腔を画像表示することができる。

6mm以上の腫瘍に対しては内視鏡と同様に診断可能である。

血管 3D 画像と CTC 画像の画像合成



合成画像（手術支援画像）



S状結腸癌(stageⅢa T3N1M0)症例。手術支援画像にて、LCA、SCAは独立分岐であることが分かった。手術ではSCAのみ切断し、LCAは温存できた。

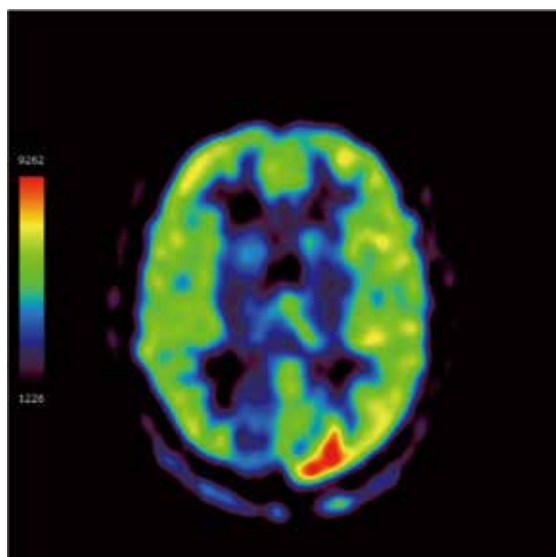
血管3D画像とCTC画像を重ね合わせて表示することで、3D画像として動脈・静脈・大腸・腫瘍・大血管を描出し、手術支援画像として提供している。このような画像提示の方法を用いることで、術前に血流の支配領域のみならず大腸の走行や腫瘍の位置関係も同時に把握することができる。また、血管処理と残存結腸を予測することも可能となり、手術の質の向上、時間短縮、手術の安全性にも貢献できる。

「脳灌流 MRI」

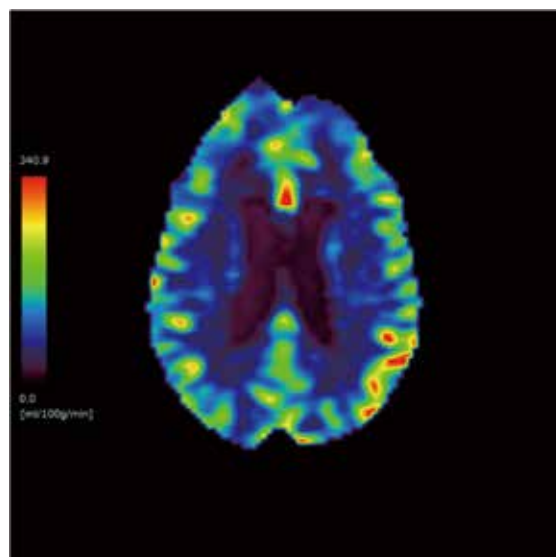
はじめに

脳灌流MRIとは、組織の毛細血管における血流動態を調べるためのMRI検査である。脳灌流MRIには、常磁性造影剤を使ってMRIにより脳血流量を計測するdynamic susceptibility contrast法(DSC法)と、造影剤を投与する必要がなく、血管確保も必要ないという点で完全に非侵襲的であるarterial spin labeling法(ASL法)の2種類の方法がある。DSC法は、ASL法に比べれば造影剤を使うという意味で侵襲的であるがSNRが高く、1分程度の短い時間で撮像を終えることができる。また腫瘍の灌流情報においては、造影剤を使用することからDSL法の方がより正確な灌流測定が可能である。

脳血流シンチと比較すると、検査時間はDSC法で1分程度、ASL法では10分程度の短時間で脳の灌流測定を行えることや、被ばくしない検査であることにより非侵襲的に検査を行うことができる。現在当院では、DSC法は放射線治療後の効果判定など、ASL法はてんかん発作後、脳出血、梗塞後などの症例に対して、通常の脳MRIやMR Angiographyに加え、脳灌流MRIを撮影している。



ASL法を用いた脳灌流MRI



DSC法を用いた脳灌流MRI

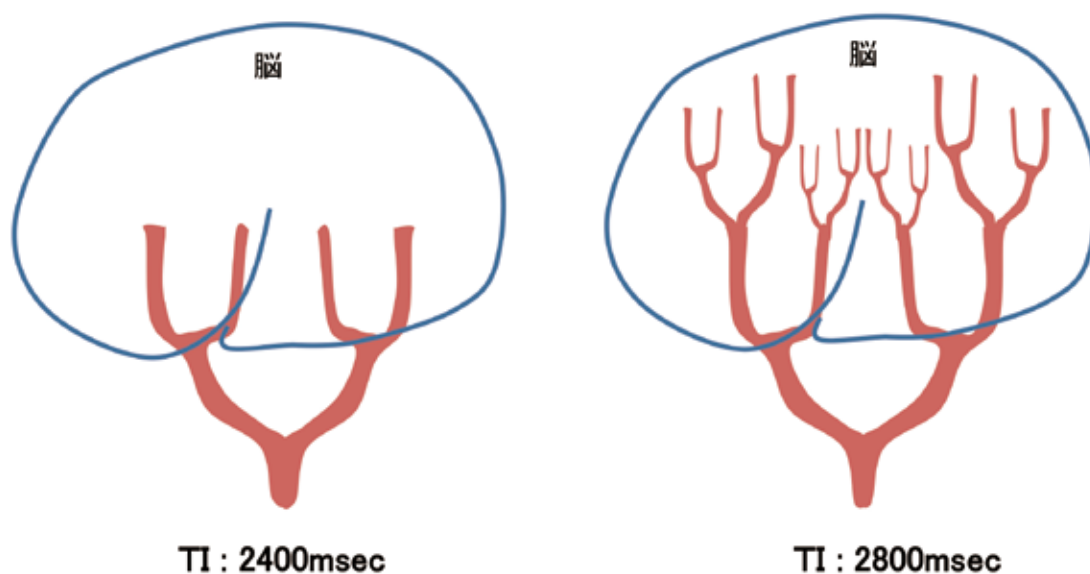
上に示したASL法、DSC法を用いた脳灌流MRIはともに脳血流量(cerebral blood flow:CBF)を示している。

ASL 法を用いた脳灌流 MRI の撮像原理

ASL法を用いた脳灌流MRIでは、頸部の動脈を流れている血液に電磁波を照射し、電磁波を照射された血液が脳内の血管や脳組織まで到達したところを撮影する。

当院では、T I 時間（血液に電磁波をあててから撮影するまでの時間）を2200msと2600msと設定して、2種類の異なる時間に撮影している。（TI時間は患者状態や年齢などによって多少前後する）2200msecでは、血液に電磁波があたって比較的早い時間に撮像することで比較的太い血管が描出され、400msec後の2600msecでは、更に血液が進み組織に到達する時間に撮像するため血管の末梢側が描出される。

TI時間の違いによる血管描出の差を表した模式図

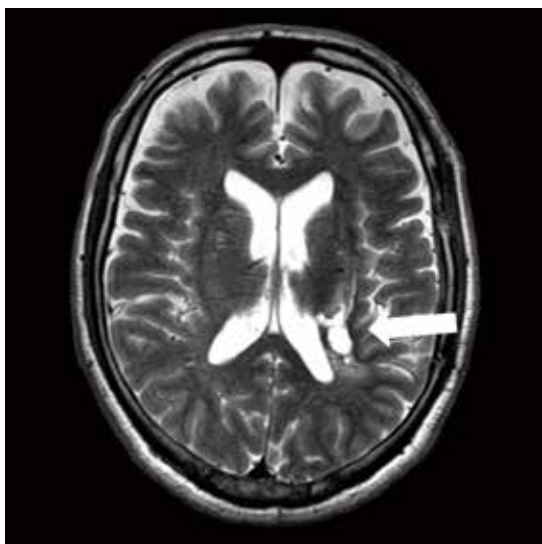


この例では左図よりも右図の方が T I 時間は長い。右図で示すように T I 時間が長い方がより末梢の血流を描出できる。

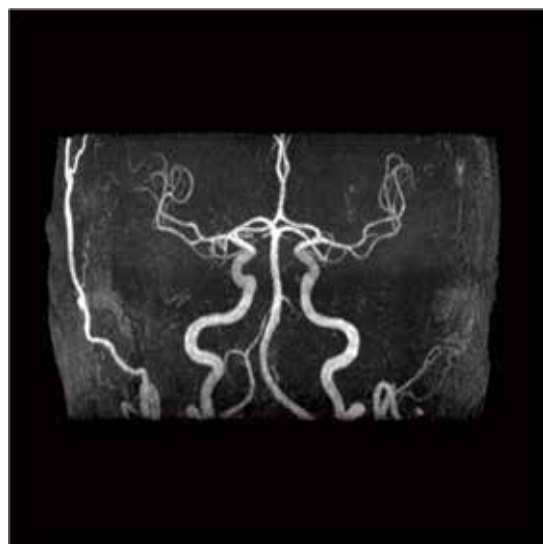
ASL 法を用いた脳灌流 MRI（被殻出血後）

臨床例

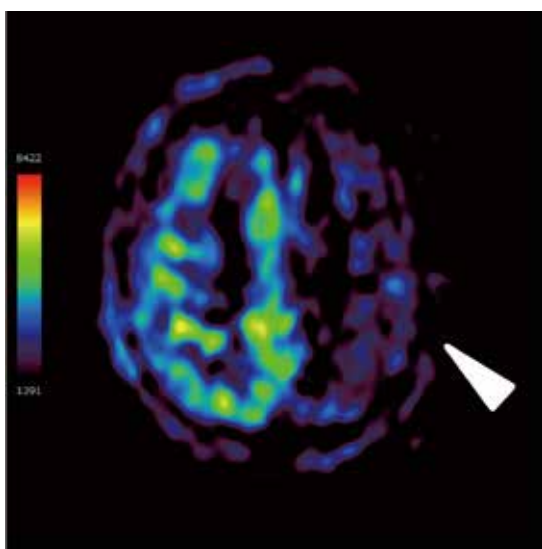
本症例（45歳男性）は、被殻出血を発症し、左側頭頭頂開頭脳内血腫除去術施行。手術1カ月後に脳MRIおよびASL法で出血後の脳内変化と血流の評価を行った症例である。



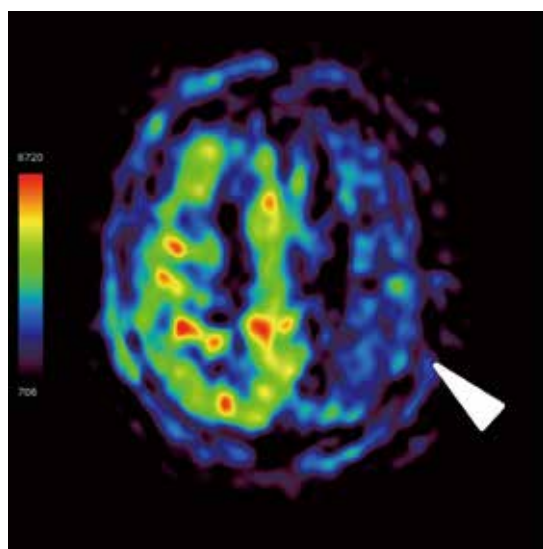
T2強調画像



MRA



ASL画像 (TI - 2400msec)



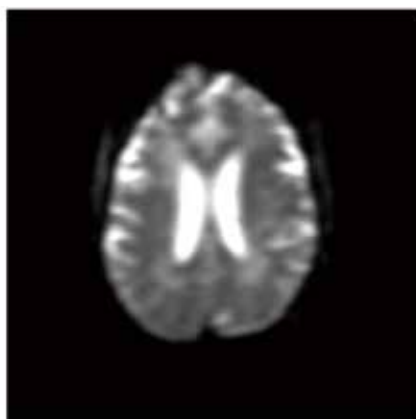
ASL画像 (TI - 2800msec)

手術1カ月後のT2強調画像では被殻出血の領域は高信号に描出されている（矢印）。ASL画像では同部位の灰白質領域では、TI（血液に電磁波をあててから撮影するまでの時間）：2400msecでは濃い青い領域が目立つ（矢頭）。電磁波をあててさらに時間が経過したTI：2800msecのASL画像でも同様に青い領域が目立ち（矢頭）、TI：2400msec、TI：2800msecの画像ともに右大脳半球と比較して左大脳半球全体の信号が低くなっている。これは灌流低下を示すものと考えられる。

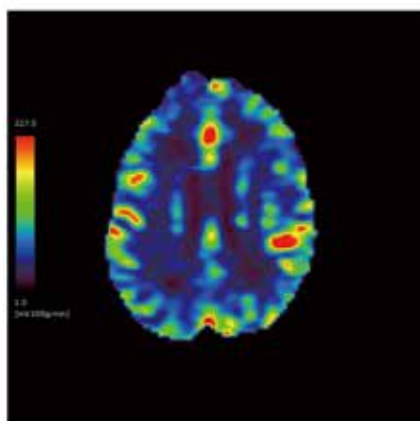
ASL法を用いた脳灌流MRIは造影剤を用いずに灌流像を得られることや、通常のMR検査に追加検査として運用できる点から、形態学的評価に加えて、通常のMRA検査のみでは得られない血行動態評価を簡便に行えるようになったといえる。

DSC 法を用いた脳灌流 MRI の撮像原理

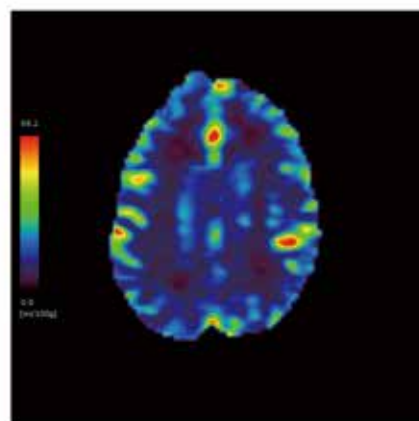
DSC法を用いた脳灌流MRIでは、急速静注した造影剤により引き起こされた脳組織と動脈血の MR信号の経時的变化を解析することによって、脳血流量(cerebral blood flow:CBF)、脳血液量(cerebral blood volume:CBV)、平均通過時間(mean transit time:MTT)、ピーク到達時間(time to peak:TTP)といった判定定量画像がそれぞれ得られる。



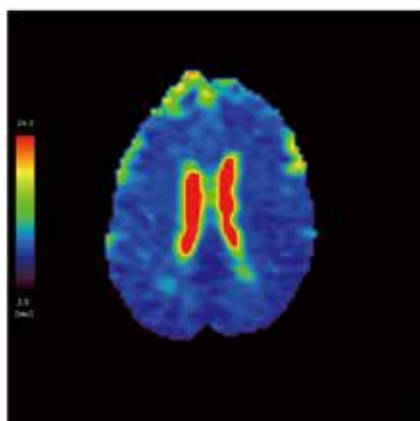
元画像



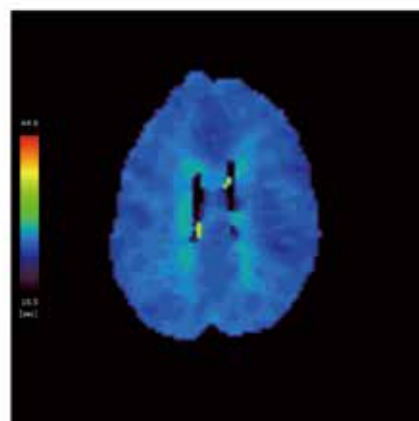
CBF



CBV



MTT



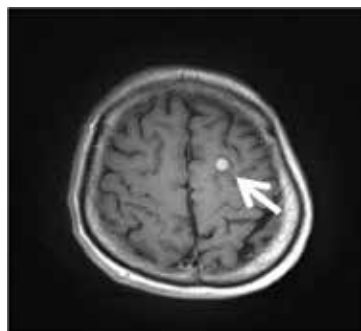
TTP

DSC 法を用いた脳灌流 MRI（乳癌脳転移）

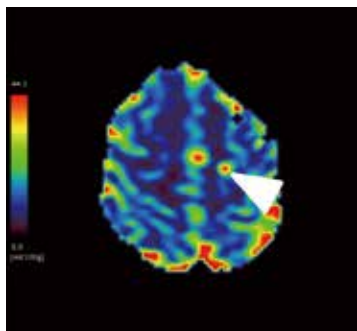
臨床例

本症例（42歳女性）は、乳がん発症後、左頭頂葉に脳転移を発症した患者である。サイバーナイフにて治療施行。治療前、3カ月後、8カ月後、に脳MRIおよびDSC法で転移性脳腫瘍の変化と血流の評価を行った症例である。今回はCBV、CBFの画像のみを提示する。

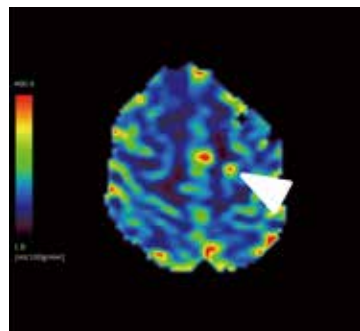
治療前



造影後T1強調画像



CBV



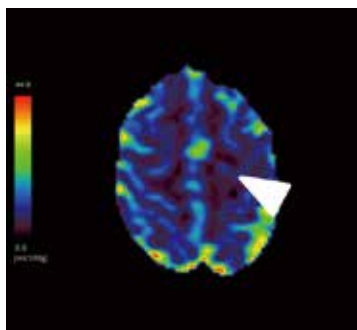
CBF

治療前の造影 T1 強調画像では脳腫瘍の領域は高信号に描出されている（矢印）。CBV、CBF画像では同部位の灰白質領域では赤い領域が目立つ。（矢頭）これは灌流上昇を示すものと考えられる。

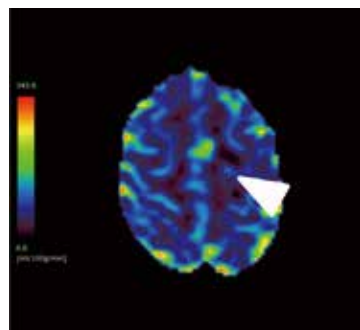
治療後3ヶ月



造影後T1強調画像



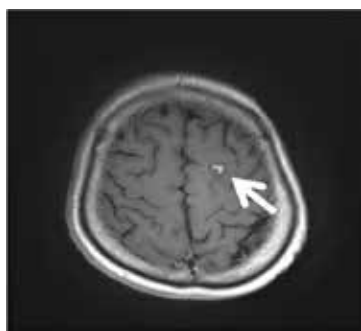
CBV



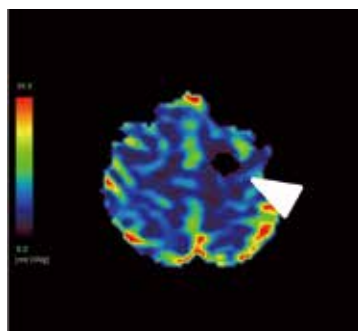
CBF

治療から8か月後の造影 T1 強調画像では、治療3か月後から著変ないが、CBV、CBF画像では同領域で黒い領域が目立つ。これは、治療から3か月後と比較し、さらに灌流が低下したものと考えられる。

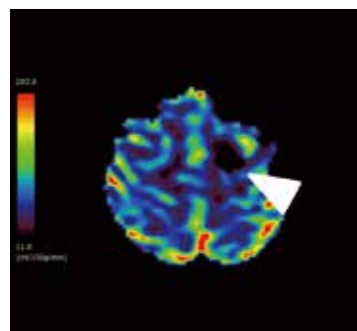
治療後8ヶ月



造影後T1強調画像



CBV



CBF

治療から8か月後の造影 T1 強調画像では、治療3か月後から著変ないが、CBV、CBF画像では同領域で黒い領域が目立つ。これは、治療から3か月後と比較し、さらに灌流が低下したものと考えられる。

この症例は、通常の脳の造影MR検査にDSC法を用いた脳灌流MRIを加えることによって、形態学的評価だけでなく血行動態評価を行うことで、治療の効果判定に有益な情報を付与できた症例である。

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	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
	4月11日	4月14日	今田 肇	医局	第78回日本医学放射線学会総会		神奈川県
	4月11日	4月14日	長谷川千絵	医局	第71回日本産婦人科学会学術講演会		愛知県
	4月11日	4月14日	溝口 翔太	放射線科	第75回日本放射線技術学会総会学術大会		神奈川県
	4月11日	4月14日	山本 晃義	放射線科	第75回日本放射線技術学会総会学術大会	座長	神奈川県
	4月12日	4月14日	内山 大治	医局	第78回日本医学放射線学会総会		神奈川県
	4月13日	4月13日	宗 祐人	医局	第21回九州地区消化器内視鏡懇談会		福岡市
	4月13日	4月14日	吉田 成吾	医局	第78回日本医学放射線学会総会		神奈川県
	4月17日	4月19日	大茂 壽久	医局	第62回日本手外科学会	演者	北海道
	4月17日	4月20日	宗 宏伸	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月17日	4月19日	明石 英俊	医局	第119回日本外科学会定期学術集会	司会	大阪府
	4月17日	4月20日	大友 一	医局	第48回日本脊椎脊髄病学会学術集会		神奈川県
	4月17日	4月20日	清水 建詞	医局	第48回日本脊椎脊髄病学会学術集会		神奈川県
	4月18日	4月20日	谷脇 智	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月18日	4月20日	和田 義人	医局	第119回日本外科学会定期 集会	演者	大阪府
	4月18日	4月20日	綾塚 仁志	医局	第107回日本泌尿器科学会総会		愛知県
	4月18日	4月19日	佐藤 英博	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月18日	4月19日	吉本 裕紀	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月18日	4月19日	西村 太郎	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月18日		酒見 亮介	医局	平成31年度 第1回北九州市指定難病審査会		北九州市
【5月】	4月19日	4月20日	福嶋 博文	医局	第37回臨床研修研究会		東京都
	4月19日	4月20日	林 亨治	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月19日	4月20日	松村 勝	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月26日	4月28日	下河邊正行	医局	第116回日本内科学会総会・講演会		愛知県
	4月26日	4月27日	久保 保彦	医局	第116回日本内科学会総会		愛知県
	4月26日	4月28日	久保 晋吾	医局	第116回日本内科学会総会		愛知県
	4月26日	4月27日	福嶋 博文	医局	第116回日本内科学会総会		愛知県
	4月27日	4月28日	岩崎 彬	放射線科	第19回日本核医学会春季大会 PET研修セミナー		東京都
	4月27日		三宅 育代	医局	第116回日本内科学会総会		愛知県
	5月 6日		福嶋 博文	医局	MECマッチングフェア2019		福岡市
	5月 6日		知井 蘭	医局	MECマッチングフェア2019		福岡市
	5月 8日	5月11日	宗 宏伸	医局	第105回日本消化器病学会総会		石川県
	5月 8日	5月11日	下崎 香	薬剤部	第67回日本化学療法学会総会		東京都
	5月 9日	5月12日	宗 祐人	医局	第105回日本消化器病学会総会		石川県
	5月 9日	5月10日	大茂 壽久	医局	第92回日本整形外科学会学術総会		神奈川県
	5月 9日	5月10日	杉野 裕記	医局	第92回日本整形外科学会学術総会	演者	神奈川県
	5月 9日	5月11日	谷脇 智	医局	第105回日本消化器病学会総会		石川県
	5月 9日	5月11日	三宅 育代	医局	第92回日本内分泌学会学術総会	座長	宮城県
	5月10日	5月12日	宮里 和明	医局	第92回日本整形外科学会学術総会		神奈川県
	5月10日	5月11日	片山 直美	医局	第92回日本内分泌学会学術総会		宮城県
	5月10日	5月11日	福嶋 博文	医局	第105回日本消化器病学会総会		石川県
	5月10日	5月11日	濱田 賢治	医局	第92回日本整形外科学会学術総会		神奈川県
	5月11日	5月12日	清水 建詞	医局	第92回日本整形外科学会学術総会		神奈川県
	5月11日		田中 順平	放射線科	第9回救急放射線セミナープレミアム		東京都
	5月11日		田原 琢朗	放射線科	2019年度鹿児島医療技術専門学校放射線技術学科 臨床実習指導者会議		鹿児島県

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
5月11日		山本 晃義	放射線科	2019年度鹿児島医療技術専門学校放射線技術学科臨床実習指導者会議		鹿児島県
5月11日		原澤あゆみ	栄養科	第16回日本褥瘡学会九州・沖縄地方会学術集会	演者	北九州市
5月11日	5月12日	蒲地 康人	医局	第92回日本整形外科学会学術総会		神奈川県
5月14日	5月16日	高橋 長弘	医局	第62回日本形成外科学会総会・学術集会	演者	北海道
5月16日	5月18日	辻 武寿	医局	第39回日本脳神経外科コンgres総会		神奈川県
5月16日	5月18日	有馬 透	医局	第56回九州小児外科学会		鹿児島県
5月16日		佐藤 英博	医局	平成31年度第1回北九州市事後検証委員会		北九州市
5月17日	5月18日	西村 太郎	医局	第56回九州外科学会、第56回九州小児外科学会、第55回九州内分泌外科学会	演者	鹿児島県
5月17日	5月20日	石丸 茂秀	臨床工学科	第29回日本臨床工学会	演者	岩手県
5月17日	5月20日	灘吉 進也	臨床工学科	第29回日本臨床工学会	座長	岩手県
5月17日	5月20日	大田 真	臨床工学科	第29回日本臨床工学会	演者(講師)	岩手県
5月17日	5月18日	和田 義人	医局	第56回九州外科学会		鹿児島県
5月17日	5月18日	谷脇 智	医局	第56回九州外科学会		鹿児島県
5月17日	5月18日	林 亨治	医局	第35回日本呼吸器外科学会総会・学術集会		千葉県
5月17日	5月18日	町井 基子	臨床工学科	第29回日本臨床工学会	演者(パネリスト)	岩手県
5月17日	5月18日	明石 英俊	医局	第56回九州外科学会・第56回九州小児外科学会、第55回九州内分泌外科学会	評議員	鹿児島県
5月17日	5月18日	松村 勝	医局	第56回九州外科学会	演者	鹿児島県
5月18日		今村 鉄男	医局	社会医療ニュース『三人会』講演in kobe		兵庫県
5月18日	5月19日	鵜殿 弘貴	医局	第39回日本脳神経外科コンgres学会		神奈川県
5月18日		江崎 祐太	放射線科	第1回九州・山口トモセラピーユーザーフォーラム	座長・演者	福岡市
5月18日	5月19日	下河邊正行	医局	第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会		京都府
5月18日		大友 一	医局	Asahi Re-Bone Seminar		大阪府
5月19日	5月21日	綾塚 仁志	医局	統括DMAT研修		東京都
5月21日	5月24日	明石 英俊	医局	第47回日本血管外科学会学術総会	評議員	愛知県
5月22日		加藤 達治	医局	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日		南 博子	感染制御室	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日		木原 洋美	看護部	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日		下崎 香	薬剤部	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日		杉原 徹哉	薬剤部	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日		高塚 知子	臨床検査科	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日		永田 一岐	臨床検査科	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日		深川のぞみ	感染制御室	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日		佐藤 房枝	臨床検査科	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
5月22日	5月25日	中村 将志	企画情報課	令和元年度大阪第1回日本DMAT隊員養成研修プログラム		大阪府
5月23日		松村 勝	医局	第18回LPEC研究会、第17回日本ヘルニア学会学術集会	演者・座長	三重県
5月23日		西村 太郎	医局	第47回日本血管外科学会学術総会	演者	愛知県
5月23日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第2回北九州市指定難病審査会		北九州市
5月23日	5月25日	丸尾 康輔	臨床検査科	第67回日本輸血・細胞治療学会学術総会		熊本県
5月24日	5月26日	宗 祐人	医局	①第113回日本消化器病学会九州支部例会、第107回日本消化器内視鏡学会九州支部例会②全日本病院協会総合医育成プログラム		①福岡市 ②東京都
5月24日		石尾 大樹	医局	第113回日本消化器学会 九州支部例会 第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会		福岡市
5月24日		山崎 哲生	医局	第113回日本消化器学会 九州支部例会 第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会		福岡市
5月24日		知井 蘭	医局	第113回日本消化器学会 九州支部例会 第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会	演者	福岡市

【6月】

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
5月24日		福嶋 博文	医局	第113回日本消化器学会 九州支部例会 第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会		福岡市
5月24日	5月25日	綾塚 仁志	医局	第1回日本DMAT隊員養成研修		大阪府
5月24日	5月26日	君付 博	医局	日本超音波医学会 第92回学術集会		東京都
5月24日	5月25日	寺部 寛哉	医局	第113回日本消化器学会 九州支部例会 第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会	演者	福岡市
5月24日		酒見 亮介	医局	第113回日本消化器学会 九州支部例会 第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会		福岡市
5月25日		榊原 重成	医局	第113回日本消化器学会 九州支部例会 第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会	演者	福岡市
5月25日		平塚 裕也	医局	第113回日本消化器学会 九州支部例会 第107回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会	演者	福岡市
5月25日	5月26日	有馬 透	医局	第56回日本小児外科学会学術集会		福岡県
5月28日		宗 祐人	医局	第26回北九州IBDカンファレンス		北九州市
5月30日	6月 2日	宗 祐人	医局	5/30 早期胃癌研究会「第58回胃と腸大会」 5/31-6/2 第97回日本消化器内視鏡学会総会		東京都
5月30日	5月31日	福嶋 博文	医局	第55回日本肝臓学会総会		東京都
5月30日	6月 1日	内山 大治	医局	第48回日本IVR学会総会		福岡市
5月31日	6月 1日	増田 直樹	医局	日本麻酔科学会 第66回学術集会		兵庫県
5月31日		大友 一	医局	第91回西日本脊椎研究会		福岡市
5月31日		清水 建詞	医局	第91回西日本脊椎研究会		福岡市
5月31日	6月 2日	重見 貴子	薬剤部	第12回緩和医療薬学会年会 第21回日本緩和医療薬学会教育セミナー		千葉県
5月31日	6月 2日	中園 武宣	薬剤部	第12回緩和医療薬学会年会 第21回日本緩和医療薬学会教育セミナー		千葉県
5月31日		今村 鉄男	医局	地域医療構想に関する理解促進のための取組について (北九州区域医療構想調整会議の説明会)		北九州市
5月31日	6月 2日	下河邊正行	医局	第97回日本消化器内視鏡学会総会		東京都
6月 1日	6月 2日	杉野 裕記	医局	第137回西日本整形・災害外科学会学術総会	演者	福岡市
6月 1日	6月 2日	古子 剛	医局	第137回西日本整形・災害外科学会学術総会		福岡市
6月 1日		山本 晃義	放射線科	JBHC医療総合セミナーセミナー2019in福岡		福岡市
6月 1日		大茂 壽久	医局	第137回西日本整形・災害外科学会学術集会		福岡市
6月 1日	6月 2日	清水 建詞	医局	第137回西日本整形・災害外科学会学術集会		福岡市
6月 7日	6月 8日	加藤 達治	医局	第94回日本結核病学会総会		大分県
6月 7日	6月 9日	堀本 佳里	臨床心理室	日本心理臨床学会第38回大会		神奈川県
6月 7日	6月11日	岩崎 哲	放射線科	バリアン教育センタートレーニングコース IMRT VMAT commissioning		東京都
6月 8日		宗 宏伸	医局	九州大腸肛門懇談会		福岡県
6月 8日		森光 洋介	医局	第60回日本臨床細胞学会総会 春季大会		東京都
6月12日	6月15日	宗 宏伸	医局	第31回日本胆管膵外科学会・学術集会		香川県
6月13日	6月15日	綾塚 仁志	医局	災害派遣医療チーム(DMAT)研修講師		大阪府
6月13日	6月15日	和田 義人	医局	第31回日本肝胆膵外科学会・学術集会	演者	香川県
6月13日	6月15日	古子 剛	医局	第11回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会		北海道
6月13日	6月15日	濱田 賢治	医局	第11回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会		北海道
6月14日	6月16日	酒見 亮介	医局	第7回アジアクローン病・大腸炎(AOCC2019)年次総会	演者	台湾
6月14日	6月16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
6月14日	6月15日	大西 翠	看護部	第15回日本クリティカルケア看護学会学術集会	演者	大分県

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
6月14日	6月16日	灘吉 進也	臨床工学科	第16回日本臨床高気圧酸素・潜水医学会 第54回日本高気圧環境潜水医学会合同学術総会2019	座長	東京都
6月14日	6月16日	甲斐雄多郎	臨床工学科	第16回日本臨床高気圧酸素・潜水医学会 第54回日本高気圧環境潜水医学会合同学術総会2019	演者	東京都
6月14日	6月15日	下河邊久陽	医局	第23回日本腹部救急医学会九州地方会、第17回九州・沖縄災害拠点病院実務者会議・第9回九州・沖縄ブロックDMAT実務者合同会議、令和元年度災害合派遣医療チーム技能維持研修		北九州市
6月14日	6月16日	下河邊正行	医局	第16回日本臨床高気圧酸素・潜水医学会 第54回日本高気圧環境潜水医学会合同学術総会2019		東京都
6月15日		平野綜一郎	放射線科	第8回TomoTherapyセミナー2019		東京都
6月15日	6月16日	小野田敏博	放射線科	第8回TomoTherapyセミナー2019	演者	東京都
6月15日	6月16日	久野慎太郎	臨床工学科	DMAT技能維持研修		北九州市
6月15日	6月16日	石川 智子	看護部	DMAT技能維持研修		北九州市
6月15日		谷脇 智	医局	第23回日本救急医学会 九州地方会		北九州市
6月15日	6月16日	高崎 裕介	リハビリ科	令和元年度災害医療チーム技能維持研修		北九州市
6月15日	6月16日	新川 僚真	看護部	令和元年度災害医療チーム技能維持研修		北九州市
6月15日		中村 将志	企画情報課	人材育成を成功に導くセミナー		福岡市
6月18日	6月20日	今村 鉄男	医局	第44回日本外科連合学会学術集会		石川県
6月18日		福岡 博文	医局	令和元年度 臨床研修指定病院実務者会議		北九州市
6月19日	6月22日	辻 泰子	医局	第115回日本精神神経学会学術総会		新潟県
6月19日		佐藤 房枝	臨床検査科	社会医療法人陽明会 小波瀬病院 見学		福岡県
6月19日		高塚 知子	臨床検査科	社会医療法人陽明会 小波瀬病院 見学		福岡県
6月20日	6月21日	西村 太郎	医局	第41回日本癌局所療法研究会	演者	岡山県
6月20日	6月22日	木原いずみ	看護部	医療安全管理者養成講習会 (第1・2・3クール全日程)のうち第1クール目		東京都
6月20日	6月22日	水落 久子	医療安全管理室	医療安全管理者養成講習会		東京都
6月20日	6月22日	石井乃里江	栄養科	第24回日本緩和医療学会学術大会	演者	神奈川県
6月20日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第3回北九州市指定難病審査会		北九州市
6月20日		下河邊正行	医局	福岡県私設病院協会「6月研修会」		福岡市
6月21日	6月22日	永田 葉子	看護部	第24回日本緩和医療学会学術大会		神奈川県
6月21日		宗 祐人	医局	UC治療におけるゴリムマップのポテンシャルを考える (シンポニー潰瘍性大腸炎効能追加2周年記念講演会)		福岡市
6月22日		宗 祐人	医局	第14回九州消化器GCAP療法研究会		福岡市
6月26日		毛利 香	地域連携室	厚生労働省 がん患者の仕事と治療の両立支援モデル事業 ヒアリング		東京都
6月27日	6月28日	浦野 久	医局	第30回久留米大学病院臨床研修指導医講習会		北九州市
6月27日	6月28日	毛利 香	地域連携室	がん相談支援センター相談員指導者研修(前期日程)		東京都
6月28日	6月30日	田代 加奈	看護部	第64回日本透析医学会学術集会・総会	演者	神奈川県
6月28日	6月30日	藤江 理恵	看護部	第64回日本透析医学会学術集会・総会	演者	神奈川県
6月28日	6月29日	田原 尚直	医局	第45回日本骨折治療学会	演者	福岡市
6月28日	6月29日	寺部 寛哉	医局	仙台内視鏡治療ライブセミナー2019		宮城県
6月28日	6月29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2019		宮城県
6月28日	6月29日	神崎 智康	リハビリ科	第20回日本語聴覚学会		大分県
6月28日	6月29日	橋木 里実	リハビリ科	第20回日本語聴覚学会	演者	大分県
6月28日		宗 祐人	医局	福岡消化管懇話会		福岡市
6月29日	6月30日	久保 晋吾	医局	第64回日本透析医学会学術集会		神奈川県
6月29日	6月30日	斎藤謙太郎	医局	第87回日本口腔外科学会九州支部学術集会 第2回九州・沖縄地区病院歯科・歯科口腔外科集団会		長崎県

【7月】

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
6月29日	6月30日	古田 功彦	医局	第87回日本口腔外科学会九州支部学術集会 第2回九州・沖縄地区病院歯科・歯科口腔外科集合同会		長崎県
6月29日	6月30日	長尾 くみこ	医局	第87回日本口腔外科学会九州支部学術集会 第2回九州・沖縄地区病院歯科・歯科口腔外科集合同会		長崎県
6月29日	6月30日	田中 順平	放射線科	第5回福岡県診療放射線技師会学術大会	座長	北九州市
6月29日		宗 祐人	医局	Ulcerative Colitis Expert Meeting in Kyushu —UC治療と粘膜治療の最新知見—	座長	福岡市
6月29日		内山 大治	医局	第33回日本腹部放射線学会		山口県
7月 4日	7月 5日	福岡 博文	医局	第55回日本肝臓研究会		東京都
7月 4日	7月 5日	松垣 論	医局	第55回日本肝臓研究会		東京都
7月 6日		末廣 有美	放射線科	第23回放射線治療セミナー		福岡市
7月 6日		山本 晃義	放射線科	第3回日医研AIセミナー AIで変わる医療介護経営		東京都
7月 6日	7月 7日	蒲地 康人	医局	第31回日本整形外科超音波学会		愛知県
7月11日	7月12日	宮里 和明	医局	第52回日本整形外科学会骨・軟部腫瘍学術集会		埼玉県
7月13日		宗 祐人	医局	第17回IBD Club Jr.Kyushu研究会		福岡市
7月13日		深川のぞみ	感染制御室	2019年度感染制御講習会(第1クール)		東京都
7月13日		清水 建詞	医局	SteriSpine PS 発売記念セミナー		東京都
7月14日		古子 剛	医局	第1回スポーツ選手の機能不全改善のリハビリを学ぶ会		東京都
7月14日	7月15日	阿部 雅雄	薬剤部	第63回認定実務実習指導薬剤師養成ワークショップin福岡		福岡市
7月18日	7月20日	宗 宏伸	医局	第21回日本医療マネジメント学会・学術総会		愛知県
7月18日		佐藤 英博	医局	令和元年 第2回北九州市事後検証委員会		北九州市
7月18日	7月20日	吉本 裕紀	医局	第17回日本臨床腫瘍学会学術集会	演者	京都府
7月18日	7月20日	大友 一	医局	北大脊椎脊髄外科セミナー2019		北海道
7月19日	7月23日	岩崎 哲	放射線科	バリアン教育センタートレーニングコース Beam Scanning		東京都
7月19日		宗 祐人	医局	ESDセミナー2019	座長	北九州市
7月19日	7月21日	西野 剛史	医局	Osteotomies Around the Knee		北海道
7月20日		宗 祐人	医局	Stelara Round Table Meeting in Fukuoka		福岡市
7月20日		清水 建詞	医局	the19th ATST meeting2019 脊椎インプラント手術を安全に行うために		東京都
7月20日	7月21日	田代 恵太	医局	第41回日本中毒学会総会・学術集会		埼玉県
7月20日		小野 雄太	放射線科	塩化ラジウム注射液を用いたRI内用療法における適正使用に関する安全取扱講習会		東京都
7月20日	7月21日	山本 晃義	放射線科	第22回日本臨床脳神経外科学会	講師	岡山県
7月21日		松元 祐子	臨床心理室	福岡県臨床心理士会 第16回医療保健領域研修会 「臨床で使えるマインドフルネス」		福岡市
7月24日		下河邊正行	医局	令和元年度居宅療養管理指導に係る研修会		福岡市
7月25日	7月27日	江口 俊郎	医局	第60回日本人間ドック学会学術総会 第2回人間ドック健診専門医研修会		岡山県
7月25日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第4回北九州市指定難病審査会		北九州市
7月26日	7月27日	宗 祐人	医局	早期胃癌研究会 第19回臨床消化器病研究会		東京都
7月26日	7月27日	榊原 重成	医局	7/26 早期胃癌研究会 7/27 第19回臨床消化器病研究会		東京都
7月26日	7月27日	平塚 裕也	医局	7/26 早期胃癌研究会 7/27 第19回臨床消化器病研究会		東京都
7月26日	7月27日	武田 和大	医局	7/26 早期胃癌研究会 7/27 第19回臨床消化器病研究会		東京都

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
7月27日	7月28日	宮原 志帆	企画情報課	第20期医師事務作業補助者コース研修会		福岡市
7月27日		山田 陽司	医局	前立腺癌に対するハイドロゲルスペースターを用いた放射線治療の初期経験	演者	福岡市
7月27日		増田 直樹	医局	日本集中治療医学会第3回九州支部学術集会		熊本県
7月27日	7月28日	末廣 有美	放射線科	業務拡大に伴う統一講習会		北九州市
7月27日	7月28日	知井 蘭	医局	第37回日本美容皮膚科学会総会・学術集会		熊本県
7月27日	7月28日	八尋 千鶴	地域連携室	2019年度病院医療ソーシャルワーカー研修会		東京都
7月27日	7月28日	内山 大治	医局	Advanced Medical Imaging研究会 (SAMI2109)		大阪府
7月28日	8月 4日	黒水 雄太	医事課	アメリカ病院事情視察		アメリカ
7月28日	8月 4日	石丸 茂秀	臨床工学科	アメリカ病院事情視察		アメリカ
7月30日		今村 鉄男	医局	令和元年度第1回北九州市救急医療運営検討会		北九州市
7月30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
7月30日		水落 久子	医療安全管理室	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
7月30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
7月30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
7月30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
7月30日		加藤 美奈	看護部	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
7月30日		伊藤奈美子	医療安全管理室	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
7月31日	8月 3日	今村 鉄男	医局	第69回日本病院学会		北海道
7月31日		加藤 達治	医局	市立八幡病院感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
7月31日		南 博子	感染制御室	市立八幡病院感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
7月31日		木原 洋美	看護部	市立八幡病院感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
7月31日		深川のぞみ	感染制御室	市立八幡病院感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
7月31日		杉原 徹哉	薬剤部	市立八幡病院感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
7月31日		永田 一岐	臨床検査科	市立八幡病院感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
7月31日		高塚 知子	臨床検査科	市立八幡病院感染防止対策加算1施設相互ラウンド		北九州市
【8月】	8月 1日	8月 3日	綾塚 仁志	医局	令和元年度大規模地震時医療活動訓練に係る説明会・第4回日本DMAT隊員養成研修	兵庫県
	8月 1日		野口 妙子	看護部	令和元年度 第1回福岡県緩和ケア専門部会会議	福岡市
	8月 1日		福田 敬子	看護部	令和元年度 第1回福岡県緩和ケア専門部会会議	福岡市
	8月 1日		吉本 裕紀	医局	令和元年度 第1回福岡県緩和ケア専門部会会議	福岡市
	8月 3日		宗 祐人	医局	第22回 九州胃拡大内視鏡研究会	福岡市
	8月 5日		城戸 光晴	事務	「令和元年度がん患者および脳卒中の仕事と治療の両立支援モデル事業」の説明会	東京都
	8月 5日		毛利 香	地域連携室	「令和元年度がん患者および脳卒中の仕事と治療の両立支援モデル事業」の説明会	東京都
	8月 9日	8月11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 9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
	8月10日		有馬 透	医局	医療事故・紛争対応研究会 九州・沖縄セミナー2109	演者 福岡市
	8月10日	8月11日	梶田 義士	医局	第21回放射線腫瘍学夏季セミナー	岡山県
	8月17日		松垣 論	医局	日本内科学会 第326回九州地方会	北九州市

【9月】

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
8月20日		江藤 美幸	地域連携室	令和元年度 第1回福岡県がん診療連携協議会		福岡市
8月20日		毛利 香	地域連携室	令和元年度 第1回福岡県がん診療連携協議会		福岡市
8月22日		宗 祐人	医局	IBD symposium in北九州	座長	北九州市
8月22日	8月24日	大茂 壽久	医局	第30回日本末梢神経学会学術集会	演者	石川県
8月22日		中村真梨子	健診センター	全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診申込書廃止に関する事務打合せ会議		福岡市
8月22日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第5回北九州市指定難病審査会		北九州市
8月23日	8月25日	木原いずみ	看護部	メディカルラリー「心技体 つながれ三重奏」		三重県
8月24日	8月25日	落合佳代子	地域連携室	がん相談支援センター 相談員基礎研修(3)国指定コース受講		東京都
8月24日		明石 英俊	医局	第114回日本血管外科学会九州地方会	世話人	福岡市
8月26日		今村 鉄男	医局	令和元年度 臨床研修医歓迎レセプション		北九州市
8月26日		福嶋 博文	医局	令和元年度 臨床研修医歓迎レセプション		北九州市
8月26日		内山 大治	医局	令和元年度 臨床研修医歓迎レセプション		北九州市
8月26日		三宅 育代	医局	令和元年度 臨床研修医歓迎レセプション		北九州市
8月26日		下河邊久陽	医局	令和元年度 臨床研修医歓迎レセプション		北九州市
8月27日		宗 祐人	医局	ゲーフィス錠 発売1周年記念講演会		北九州市
8月28日	8月30日	明石 英俊	医局	第52回日本胸部外科学会九州地方総会	世話人審査員	宮崎県
8月30日		宗 祐人	医局	第34回 IBD mini conference		福岡市
8月30日		浦田 将志	臨床検査科	兵庫医科大学 超音波センターにて肝線維化検出を目的とした超音波エラスト検査導入研修		兵庫県
8月30日		綾塚 仁志	医局	豪雨災害に対する佐賀県保健医療調整本部の本部業務補助(DMATロジスティックチーム)		佐賀県
8月31日	9月 1日	長谷川千絵	医局	第27回日本がん検診・診断学会総会		神奈川県
8月31日	9月 1日	下河邊正行	医局	第28回DPCマネジメント研究会学術大会		東京都
8月31日		有馬 透	医局	第29回日本外来小児科学会年次集会		福岡市
9月 2日	9月 6日	岩崎 哲	放射線科	バリアン教育センタートレーニングコース EC201 エクリプスコミッションング1		東京都
9月 4日		谷脇 智	医局	令和元年度 第1回福岡県がん診療連携協議会		福岡市
9月 5日	9月 7日	三浦 幸恵	臨床工学科	日本ハイパーサーミア学会第36回大会	演者	埼玉県
9月 5日	9月 7日	大田 真	臨床工学科	日本ハイパーサーミア学会第36回大会	演者・座長	埼玉県
9月 5日	9月 7日	今田 肇	医局	日本ハイパーサーミア学会第36回大会	演者	埼玉県
9月 5日		佐藤 英博	医局	令和元年度 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
9月 6日	9月 8日	下河邊久陽	医局	令和元年度大規模地震時医療活動訓練におけるDMAT訓練		静岡県・東京都
9月 6日	9月 7日	木原いずみ	看護部	医療安全管理者養成講習会(第2クールA日程)		東京都
9月 6日	9月 8日	綾塚 仁志	医局	令和元年度大規模地震時医療活動訓練におけるDMAT訓練		東京都
9月 6日	9月 8日	高崎 裕介	リハビリ科	令和元年度 大規模地震時医療活動訓練		静岡県・東京都
9月 6日	9月 8日	中村 将志	企画情報課	令和元年度 大規模地震時医療活動訓練		静岡県・東京都
9月 6日	9月 7日	加藤 達治	医局	第83回日本呼吸器学会・日本結核病学会 九州支部 秋季学術講演会		北九州市
9月 6日	9月 7日	長神 康雄	医局	第83回日本呼吸器学会・日本結核病学会 九州支部 秋季学術講演会		北九州市
9月 6日	9月 7日	菊谷 大樹	リハビリ科	第83回日本呼吸器学会・日本結核病学会九州支部 秋季学術講演会	演者	北九州市
9月 6日	9月 8日	嶋川 奏崇	リハビリ科	第53回日本作業療法学会		福岡市
9月 6日	9月 7日	三宅 育代	医局	第19回日本内分泌学会九州支部学術集会	演者・座長	宮崎県
9月6日	9月7日	片山 直美	医局	第19回日本内分泌学会九州支部学術集会		宮崎県

	自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
	9月6日		芦原 康寛	リハビリ科	第83回日本呼吸器学会・日本結核病学会九州支部 秋季学術講演会	演者	北九州市
	9月6日	9月8日	野村 紘美	臨床心理室	がん相談支援センター相談員基礎研修③		大阪府
	9月6日	9月8日	新川 僚真	看護部	令和元年度 大規模地震時医療活動訓練		静岡県・東京都
	9月6日	9月8日	坂本 浩樹	看護部	令和元年度 大規模地震時医療活動訓練		静岡県・東京都
	9月7日		佐藤 英博	医局	第38回福岡救急医学会	評議員	福岡県
	9月11日		毛利 香	地域連携室	令和元年度 福岡県がん相談員WG 話し合い(1回目)		福岡市
	9月12日	9月14日	大友 一	医局	第10回骨粗鬆性椎体骨折研究会 第27回日本腰痛学会		兵庫県
	9月13日	9月14日	萩原 秀祐	医局	第27回日本腰痛学会		兵庫県
	9月13日		濱田 英志	放射線科	第一種放射線取扱主任者定期講習		福岡市
	9月14日		増田 直樹	医局	九州麻酔科学会 第57回大会		福岡市
	9月14日	9月15日	酒見 亮介	医局	第13回日本消化管学会教育集会		北海道
	9月14日	9月16日	田中 順平	放射線科	第35回診療放射線技師学術大会	演者	埼玉県
	9月18日		毛利 香	地域連携室	NPO法人キャンサーサポート「いのちのホームルーム」を見学		福岡市
	9月18日		野村 紘美	臨床心理室	NPO法人キャンサーサポート「いのちのホームルーム」を見学		福岡市
	9月19日		佐藤 英博	医局	令和元年 第3回北九州市事後検証委員会		北九州市
	9月19日		福田香代子	医事課	医療経営特別セミナー		京都府
	9月19日		友枝 亮	企画情報課	医療経営特別セミナー		京都府
	9月19日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第6回北九州市指定難病審査会		北九州市
	9月21日		西野 剛史	医局	福岡大学医学部整形外科教室 関連病院部長会		福岡市
	9月21日	9月22日	内山 大治	医局	第47回日本磁気共鳴医学会大会		熊本県
	9月21日		谷脇 智	医局	第4回久留米大学サージカルフォーラム		福岡県
	9月21日		児玉麻亜子	医局	第4回久留米大学サージカルフォーラム	演者	福岡県
	9月27日	9月28日	宗 宏伸	医局	医療事故・紛争対応研究会 近畿セミナー2019		兵庫県
	9月27日		宗 宏伸	医局	聴覚障害者のための医療相談		北九州市
	9月28日	9月30日	灘吉 進也	臨床工学科	第13回日本高気圧環境・潜水医学会北海道地方大会	講師	北海道
【10月】	10月 1日	10月 3日	小野田敏博	放射線科	サイバーナイフプロダクトトレーニング		東京都
	10月 2日	10月 4日	下河邊久陽	医局	第47回日本救急医学会総会・学術集会		東京都
	10月 2日	10月 4日	谷脇 智	医局	第47回日本救急医学会総会		東京都
	10月 2日	10月 4日	田代 恵太	医局	第47回日本救急医学会総会		東京都
	10月 3日	10月 4日	寺部 寛哉	医局	第55回日本胆道学会学術集会	演者	愛知県
	10月 4日	10月 6日	熊谷 雄輝	リハビリ科	第2回がん理学療法部門研究会		埼玉県
	10月 9日	10月11日	明石 英俊	医局	第60回日本脈管学会評議員会	評議員	東京都
	10月10日	10月12日	浦野 久	医局	第60回日本脈管学会総会		東京都
	10月10日	10月12日	下河邊久陽	医局	第60回日本脈管学会総会	演者	東京都
	10月10日	10月12日	越智 章	医局	日本脳神経外科学会第78回学術総会		大阪府
	10月10日	10月12日	三宅 育代	医局	第62回日本甲状腺学会学術集会、第40回「パセドウ病悪性眼 球突出症の診断基準と治療指針の作成」委員会	演者	群馬県
	10月10日	10月12日	片山 直美	医局	第62回日本甲状腺学会学術集会	演者	群馬県
	10月11日		山田 陽司	医局	令和元年度 第1回前立腺がん検診講習会		福岡市
	10月11日	10月13日	青木 萌	リハビリ科	第21回日本骨粗鬆症学会		兵庫県
	10月11日	10月13日	辻 泰子	医局	第29回日本臨床精神神経薬理学会 第49回日本神経精神薬理学会		福岡市
	10月11日	10月12日	浦山 勝也	看護部	第33回日本手術看護学会年次大会	演者	岡山県
	10月11日	10月12日	隈本 康太	看護部	第33回日本手術看護学会年次大会		岡山県
	10月11日	10月13日	平野 辰弥	薬剤部	第21回日本骨粗鬆症学会		兵庫県
	10月11日	10月13日	明田 由紀	薬剤部	第21回日本骨粗鬆症学会		兵庫県

【11月】

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
10月11日	10月12日	松村 勝	医局	5th.Surgical Forum for Abdominal Wall Hernia	演者	沖縄県
10月12日	10月14日	乙部奈津美	看護部	第12回栃木ストーマリハビリテーション講習会		栃木県
10月12日	10月14日	松本 麻衣	看護部	第12回栃木ストーマリハビリテーション講習会		栃木県
10月14日		藤原 未奈	栄養科	2019年度福岡県栄養士大会・第45回福岡県栄養改善学会	演者	福岡県
10月16日	10月18日	松元 祐子	臨床心理室	中央労働災害防止協会心理相談専門研修		福岡市
10月16日	10月18日	中島 佑輔	臨床検査科	ARCHITECT i2000SRトレーニング		千葉県
10月17日	10月18日	濱田 英志	放射線科	第47回日本放射線技術学会	演者	大阪府
10月17日	10月19日	塩津 弥佳	放射線科	第47回日本放射線技術学会		大阪府
10月17日	10月18日	山本 晃義	放射線科	第47回日本放射線技術学会秋季学術大会	演者	大阪府
10月17日	10月19日	田原 琢朗	放射線科	第47回日本放射線技術学会秋季学術大会	演者	大阪府
10月17日	10月19日	山田 和毅	放射線科	第47回日本放射線技術学会秋季学術大会		大阪府
10月18日	10月20日	下河邊正行	医局	第34回全国医療法人経営セミナー		北海道
10月18日	10月20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18日	10月20日	吉田 成吾	医局	第55回日本医学放射線学会秋季臨床大会		愛知県
10月18日	10月20日	今田 肇	医局	第55回日本医学放射線学会秋季臨床大会		愛知県
10月18日	10月19日	綾塚 仁志	医局	第6回日本DMAT隊員養成研修		兵庫県
10月18日	10月19日	松村 勝	医局	ラパヘルエキスパートミーティング		北海道
10月19日	10月20日	内山 大治	医局	第55回日本医学放射線学会秋季臨床大会		愛知県
10月19日	10月23日	酒見 亮介	医局	第27回欧州消化器病週間(UEGW2019)	演者	スペイン
10月19日	10月20日	梶田 義士	医局	第55回日本医学放射線学会秋季臨床大会		愛知県
10月19日	10月20日	古子 剛	医局	第4回JINスポーツ外傷・障害勉強会(肉離れ編)		京都府
10月24日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第7回北九州市指定難病審査会		北九州市
10月25日	10月27日	古田 功彦	医局	第64回日本口腔外科学会総会・学術大会		北海道
10月26日	10月27日	川下 愛	医事課	2019年度日本医療メディアエーター協会 九州支部コンフリクト・マネジメント・セミナー		福岡市
10月26日		綾塚 仁志	医局	令和元年度中国地区DMAT連絡協議会実働訓練		山口県
10月26日		中村 将志	企画情報課	令和元年度DMAT中国ブロック合同訓練		山口県
10月26日		辻 泰子	医局	第8回広島てんかん・脳波セミナー(HEES)		広島県
10月26日		辻 武寿	医局	第8回広島てんかん・脳波セミナー(HEES)		広島県
10月26日		落合佳代子	地域連携室	令和元年度両立支援コーディネーター基礎研修		山口県
10月26日	10月27日	内山 大治	医局	令和元年度医療放射線安全管理講習会		京都府
10月26日		石川 智子	看護部	中国地区 DMAT連絡協議会実動訓練		山口県
10月27日		浦野 久	医局	教育関連病院カンファレンス		福岡県
10月29日		宗 祐人	医局	令和元年度北九州市胃がん検診(内視鏡検査)精度管理研修会	講演	北九州市
10月30日	11月 1日	明石 英俊	医局	第72回日本胸部外科学会定期学術集会 第12回3学会合同PGC委員会	座長	京都府
10月31日	11月 1日	菊谷 大樹	リハビリ科	呼吸ケア・リハビリテーションスタッフ養成研修		大阪府
10月31日		毛利 香	看護部	長期療養者就職支援担当者会議		福岡市
11月 1日		児玉麻亜子	医局	令和元年度第1回北九州ブロック乳がん検診従事者講習会		北九州市
11月 2日	11月 3日	長谷川 千絵	医局	第34回日本女性医学学会学術集会		福岡市
11月 6日	11月 8日	下河邊 久陽	医局	令和元年度病院前医療体制における指導医等研修(初級者)		東京都
11月 7日	11月 9日	宗 祐人	医局	第114回日本消化器病学会九州支部定例会 第108回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	評議員	宮崎県
11月 7日	11月 9日	武田 和大	医局	第114回日本消化器病学会九州支部例会	演者	宮崎県
11月 7日	11月 9日	酒見 亮介	医局	第114回日本消化器病学会九州支部例会 第108回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	演者 座長	宮崎県
11月 7日	11月 9日	寺部 寛哉	医局	第114回日本消化器病学会 九州支部例会 第108回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	座長	宮崎県

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
11月 7日		岩武 恵子	看護部	特定行為研修修了者フォローアップ研修		東京都
11月 7日	11月 8日	山田 陽司	医局	第71回西日本泌尿器科学会総会		島根県
11月 7日	11月 9日	辻 泰子	医局	第38回日本認知症学会学術集会		東京都
11月 8日	11月 9日	増田 直樹	医局	日本臨床麻酔学会第39回大会		長野県
11月 8日	11月 9日	松村 勝	医局	第12回日本ヘルニア学会北海道支部総会	演者	北海道
11月 8日		宗 宏伸	医局	第19回北九州内視鏡手術手技研究会		北九州市
11月 9日	11月11日	綾塚 仁志	医局	令和元年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		宮崎県
11月 9日	11月10日	田原 琢朗	放射線科	第14回九州放射線医療技術学術大会	演者	熊本県
11月 9日	11月10日	横尾 侑芽	放射線科	第14回九州放射線医療技術学術大会	演者	熊本県
11月 9日	11月10日	山本 琴恵	放射線科	第14回九州放射線医療技術学術大会	演者	熊本県
11月 9日	11月10日	田中 結衣	企画情報課	日本医師事務作業補助研究会第9回全国大会		福岡市
11月 9日	11月10日	木村 安那	企画情報課	日本医師事務作業補助研究会第9回全国大会		福岡市
11月 9日	11月10日	内尾明栄子	企画情報課	日本医師事務作業補助研究会第9回全国大会		福岡市
11月 9日	11月11日	下河邊久陽	医局	令和元年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		宮崎県
11月 9日	11月11日	新川 僚真	看護部	令和元年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		宮崎県
11月 9日	11月11日	久野慎太郎	臨床工学科	令和元年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		宮崎県
11月 9日		下河邊正行	医局	福岡県私設病院協会「11月研修会」 ICTを活用し「治し支える医療」への転換を本格化		福岡市
11月 9日	11月10日	中村 将志	企画情報課	日本医師事務作業補助研究会第9回全国大会		福岡市
11月10日	11月12日	菊谷 大樹	リハビリ科	第29回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会	演者	愛知県
11月10日	11月11日	加藤 達治	医局	第29回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会	演者	愛知県
11月11日		柴田 直美	看護部	藍島診療所でのインフルエンザ予防接種		北九州市
11月11日		村上 典子	医事課	藍島診療所でのインフルエンザ予防接種		北九州市
11月12日		宗 祐人	医局	令和元年度第2回北九州ブロック胃集検読影従事者講習会・ 第239回生涯教育講座		北九州市
11月13日		水落 久子	医療安全管理室	令和元年度九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ		福岡市
11月13日	11月16日	和田 義人	医局	令和元年度 大阪第5回 日本DMAT隊員養成研修		大阪府
11月13日	11月16日	木原いずみ	看護部	令和元年度 大阪第5回 日本DMAT隊員養成研修		大阪府
11月14日	11月15日	西村 太郎	医局	第81回日本臨床外科学会総会		高知県
11月14日	11月16日	吉本 裕紀	医局	第81回日本臨床外科学会総会	演者	高知県
11月14日	11月15日	児玉麻亜子	医局	第81回日本臨床外科学会総会	演者	高知県
11月15日	11月16日	綾塚 仁志	医局	令和元年度 大阪第5回 日本DMAT隊員養成研修インストラクター		大阪府
11月16日	11月17日	宗 祐人	医局	Acid Related Disease (酸関連疾患) Symposium 2019		東京都
11月16日	11月17日	宗 宏伸	医局	第119回九州医師会医学会		佐賀県
11月16日	11月17日	佐藤 房枝	臨床検査科	第58回日本臨床細胞学会秋期大会		岡山県
11月16日		芦原 康寛	リハビリ科	第30回北部福岡NST研究会	演者	北九州市
11月16日		深川のぞみ	感染制御室	2019年度感染制御講習会(第2クール)		東京都
11月18日		加藤 達治	医局	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
11月18日		南 博子	感染制御室	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
11月18日		深川のぞみ	感染制御室	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
11月18日		木原 洋美	看護部	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
11月18日		下崎 香	薬剤部	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
11月18日		杉原 徹哉	薬剤部	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
11月18日		永田 一岐	臨床検査科	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
11月18日		高塚 知子	臨床検査科	2019年度西部地区合同カンファレンス		北九州市
11月20日	11月23日	松村 勝	医局	第14回アジア内視鏡および腹腔鏡外科医の アジア太平洋会議(ELSA2019)	演者	タイ
11月20日	11月23日	山田 陽司	医局	日本放射線腫瘍学会第32回学術大会	演者	愛知県

【12月】

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
11月20日	11月23日	小野田敏博	放射線科	日本放射線腫瘍学会第32回学術大会	演者	愛知県
11月20日	11月23日	岡田 彩	放射線科	日本放射線腫瘍学会第32回学術大会		愛知県
11月20日	11月23日	今田 肇	医局	日本放射線腫瘍学会第32回学術大会	演者	愛知県
11月20日		大友 一	医局	令和元年度第2回骨粗しょう症検診講習会		北九州市
11月21日	11月23日	宗 祐人	医局	JDDW2019KOBE(第27回日本消化器関連学会週間)	評議員	兵庫県
11月21日	11月22日	松垣 諭	医局	JDDW2019KOBE(第27回日本消化器関連学会週間)		兵庫県
11月21日	11月22日	福嶋 博文	医局	JDDW2019KOBE(第27回日本消化器関連学会週間)		兵庫県
11月21日		高倉千津子	看護部	特定行為研修修了者フォローアップ研修		滋賀県
11月21日	11月22日	古子 剛	医局	第47回日本関節病学会		福岡市
11月21日	11月22日	毛利 香	看護部	がん相談支援センター相談員指導者研修(後期日程)		東京都
11月21日		佐藤 英博	医局	令和元年 第4回北九州市事後検証委員会		北九州市
11月21日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第8回北九州市指定難病審査会		北九州市
11月22日	11月24日	下河邊正行	医局	JDDW2019KOBE(第27回日本消化器関連学会週間)		兵庫県
11月22日	11月24日	酒見 亮介	医局	JDDW2019KOBE(第27回日本消化器関連学会週間)		兵庫県
11月22日	11月23日	頼田 義士	医局	日本放射線腫瘍学会第32回学術大会		愛知県
11月22日		越智 章	医局	第35回NPO法人日本脳神経血管内治療学会学術集会		福岡市
11月23日	11月24日	榊原 重成	医局	JDDW2019KOBE(第27回日本消化器関連学会週間)		兵庫県
11月27日	11月29日	大友 一	医局	第22回日本低侵襲性脊椎外科学会		香川県
11月27日		明石 英俊	医局	①久留米大学にて講義(午前) ②日本胸部外科学会九州地方会臨時評議員会(午後)		福岡県
11月28日	11月30日	宗 宏伸	医局	第14回医療の質・安全学会学術集会		京都府
11月28日		毛利 香	看護部	令和元年度 福岡県がん相談員WG 話し合い(2回目)		福岡市
11月28日	11月30日	灘吉 進也	臨床工学科	第14回医療の質・安全学会学術集会	演者	京都府
11月28日	11月30日	石丸 茂秀	臨床工学科	第14回医療の質・安全学会学術集会	演者	京都府
11月29日		宗 祐人	医局	第10回日本炎症性腸疾患学会学術集会		福岡市
11月29日	11月30日	三宅 育代	医局	第29回臨床内分泌代謝 Update in Kochi	座長	高知県
11月29日	11月30日	片山 直美	医局	第29回臨床内分泌代謝 Update in Kochi		高知県
11月29日		酒見 亮介	医局	第10回日本炎症性腸疾患学会学術集会	演者	福岡市
11月29日	11月30日	松村 勝	医局	第12回東北ヘルニア研究会	演者	岩手県
11月30日	12月 1日	萩原 秀祐	医局	第138回西日本整形・災害外科学会学術集会	演者	佐賀県
11月30日		濱田 賢治	医局	第138回西日本整形・災害外科学会学術集会		佐賀県
11月30日	12月 1日	清水 建詞	医局	第138回西日本整形・災害外科学会学術集会		佐賀県
11月30日		中村 俊夫	臨床検査科	2019年度 日臨技臨床検査精度管理調査総合報告会		東京都
11月30日	12月 1日	田原 琢朗	放射線科	令和元年度福岡県DMAT隊員養成研修		福岡市
11月30日		落合佳代子	地域連携室	令和元年度 福岡県がん専門相談員研修		福岡市
11月30日		野村 紘美	臨床心理室	令和元年度 福岡県がん専門相談員研修		福岡市
11月30日	12月 1日	馬場 祐也	看護部	令和元年度福岡県DMAT隊員養成研修		福岡市
11月30日	12月 1日	池田 優子	看護部	令和元年度福岡県DMAT隊員養成研修		福岡市
11月30日		友枝 亮	企画情報課	医療・介護戦略特別セミナー		東京都
12月 4日	12月 5日	綾塚 仁志	医局	令和元年度 日本DMAT隊員養成研修		大分県
12月 4日	12月 5日	濱田 英志	放射線科	サイバーナイフプロダクトトレーニング		東京都
12月 5日	12月 6日	和田 義人	医局	第32回日本内視鏡外科学会総会		神奈川県
12月 5日	12月 7日	吉本 裕紀	医局	第32回日本内視鏡外科学会総会	演者	神奈川県
12月 5日		大友 一	医局	第9回術中脊髄モニタリングハンズオンセミナー		山口県
12月 5日	12月 7日	松村 勝	医局	第32回日本内視鏡外科学会総会および拡大プログラム委員会	演者	神奈川県
12月 6日	12月 7日	児玉麻亜子	医局	第32回日本内視鏡外科学会総会	演者	神奈川県
12月 7日		宗 祐人	医局	第22回『九州胃と腸大会』	司会	福岡市
12月 7日		田原 尚直	医局	令和元年度産業医科大学整形外科同門会		北九州市

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
12月 7日		秋吉 タ子	看護部	第4回滋賀医科大学特定行為フォーラム		京都府
12月 7日	12月 8日	内山 大治	医局	第60回日本肺癌学会学術集会		大阪府
12月 7日		田中 順平	放射線科	第21回福岡CTコア研究会	演者	福岡市
12月 7日		和田 義人	医局	第4回滋賀医科大学特定行為フォーラム		京都府
12月 7日		武田 和大	医局	第22回『九州胃と腸大会』	演者	福岡市
12月 8日		山田 和毅	放射線科	救急撮影講習会 in 福岡		福岡市
12月 8日		田中 順平	放射線科	救急撮影講習会 in 福岡		福岡市
12月11日		宗 祐人	医局	北九州胃腸懇話会特別講演会	演者	北九州市
12月12日	12月14日	田原 琢朗	放射線科	第24回診療放射線技師実習施設指導者等養成講習会		兵庫県
12月12日	12月13日	松垣 論	医局	第43回日本肝臓学会西部会	演者	山口県
12月13日		榊原 重成	医局	第43回日本肝臓学会西部会		山口県
12月13日		和田 義人	医局	第43回日本肝臓学会西部会		山口県
12月13日	12月14日	木原いずみ	看護部	医療安全管理者養成講習会(第3クール)		東京都
12月14日		越智 章	医局	第39回長崎脳神経外科研究会	演者	長崎県
12月16日		宗 祐人	医局	第2回胃がん・大腸がん検診部会		北九州市
12月19日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第9回北九州市指定難病審査会		北九州市
12月20日	12月22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
12月21日		今村 鉄男	医局	トップマネジメント研修		福岡市
12月21日	12月22日	綾塚 仁志	医局	令和元年度ロジスティックチーム隊員養成研修(理論習熟編)		東京都
12月21日		野村 結美	臨床心理室	AYA教育セミナー		福岡市
12月25日		下河邊久陽	医局	令和元年度集団救急救助訓練に伴う事前訓練		北九州市
1月10日	1月11日	福嶋 博文	医局	第21回日本肝がん分子標的治療研究会		東京都
1月10日	1月11日	松村 勝	医局	第19回日本LPEC研究会	演者	沖縄県
1月12日	1月26日	赤須 優希	医局	2019年度クリーブランド医療研修		アメリカ
1月12日	1月26日	知井 蘭	医局	2019年度クリーブランド医療研修		アメリカ
1月12日		江崎 祐太	放射線科	令和元年度放射線治療品質管理士講習会		東京都
1月15日	1月16日	高塚 知子	臨床検査科	令和元年度院内感染対策講習会		大阪府
1月16日		佐藤 英博	医局	令和元年 第5回北九州市事後検証委員会		北九州市
1月17日	1月18日	大住美智代	看護部	第20回日本クリニカルバス学会学術集会		熊本県
1月17日	1月18日	齋藤 舞	看護部	第20回日本クリニカルバス学会学術集会		熊本県
1月17日	1月18日	黒水 雄太	医事課	第20回日本クリニカルバス学会学術集会		熊本県
1月17日		下河邊久陽	医局	令和元年度北九州市集団救急救助訓練		北九州市
1月17日		綾塚 仁志	医局	令和元年度北九州市集団救急救助訓練		北九州市
1月17日	1月18日	下河邊 正行	医局	第29回DPCマネジメント研究会学術大会		東京都
1月17日		木原いずみ	看護部	令和元年度北九州市集団救急救助訓練		北九州市
1月17日		石川 智子	看護部	令和元年度北九州市集団救急救助訓練		北九州市
1月18日		岩崎 彬	放射線科	塩化ラジウム注射液を用いたRI内用療法における適正使用に関する安全取扱講習会		東京都
1月18日	1月19日	大森 政美	リハビリ科	第9回日本言語聴覚士協会九州地区学術集会長崎大会	演者	長崎県
1月18日		宗 祐人	医局	令和元年度胃がん検診X線撮影従事者講習会		福岡市
1月23日		毛利 香	看護部	がん教育「がんの正しい知識についての授業」		北九州市
1月23日		野口 妙子	看護部	令和元年度 第2回福岡県緩和ケア専門部会会議		福岡市
1月23日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第10回北九州市指定難病審査会		北九州市
1月23日		吉本 裕紀	医局	令和元年度 第2回福岡県緩和ケア専門部会会議		福岡市
1月23日		下河邊正行	医局	医療法人に関する制度等についてのセミナー		福岡市
1月25日		清水 建詞	医局	第8回 Debate on the Ring		兵庫県
1月25日		大友 一	医局	第8回 Debate on the Ring		兵庫県
1月25日		萩原 秀祐	医局	第8回 Debate on the Ring		兵庫県

【2月】

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
1月25日	1月26日	綾塚 仁志	医局	令和元年度第1回九州・沖縄ブロック統括DMAT技能維持・ロジスティクス研修、令和元年度第3回九州・沖縄ブロックDMAT技能維持研修		鹿児島県
1月25日		山崎 哲生	医局	第328回日本内科学会九州地方大会	演者	福岡市
1月25日		三宅 育代	医局	第328回日本内科学会九州地方大会 第66回日本内科学会九州支部生涯教育講演会		福岡市
1月25日		片山 直美	医局	第328回日本内科学会九州地方大会 第66回日本内科学会九州支部生涯教育講演会		福岡市
1月26日		宗 宏伸	医局	ラグビーマッチドクター SA資格取得講習会		福岡市
1月29日		加藤 達治	医局	第2回肺がん検診講習会		北九州市
1月29日		毛利 香	看護部	令和元年度 福岡県がん相談員WG 話し合い(3回目)		福岡市
1月30日	2月 2日	永田 一岐	臨床検査科	第31回日本臨床微生物学会総会・学術集会		石川県
1月31日	2月 2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
1月31日	2月 1日	松村 勝	医局	第22回Needlescopic Surgery Meeting	演者	高知県
1月31日	2月 1日	山本 晃義	放射線科	第2回日本メディカルAI学会学術集会		東京都
2月 1日	2月 2日	内山 大治	医局	第29回日本乳癌画像研究会		大阪府
2月 1日		柳田 久枝	看護部	令和元年度福岡県合同輸血療法委員会学会認定看護師 ブラッシュアップ、タスクフォースセミナー		福岡県
2月 2日	2月 3日	綾塚 仁志	医局	自衛隊航空機を使用したDMAT広域医療搬送実機研修		千葉県
2月 2日	2月 3日	下河邊久陽	医局	自衛隊航空機を使用したDMAT広域医療搬送実機研修		千葉県
2月 2日	2月 3日	石川 智子	看護部	自衛隊航空機を使用したDMAT広域医療搬送実機研修		千葉県
2月 2日	2月 3日	新川 僚真	看護部	自衛隊航空機を使用したDMAT広域医療搬送実機研修		千葉県
2月 2日	2月 3日	高崎 裕介	リハビリ科	自衛隊航空機を使用したDMAT広域医療搬送実機研修		千葉県
2月 3日		三宅 育代	医局	北九州市医師会男女共同参画推進部会研修会	座長	北九州市
2月 7日		宗 祐人	医局	第17回中津消化器懇話会特別講演会	演者	大分県
2月 7日	2月 8日	酒見 亮介	医局	第16回日本消化管学会学術集会		兵庫県
2月 7日	2月 8日	平塚 裕也	医局	第16回日本消化管学会学術集会	演者	兵庫県
2月 7日		江藤 美幸	地域連携室	令和元年度 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 7日		毛利 香	看護部	令和元年度 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 7日	2月 8日	宮良 俊	医局	第32回日本肘関節学会学術集会		奈良県
2月 8日		明石 英俊	医局	第115回日本血管外科学会九州地方会	世話人	福岡市
2月 8日		山田 陽司	医局	日本泌尿器科学会福岡地方会第305回例会	演者	北九州市
2月11日		田中 順平	放射線科	第1回北九州グローイングアップ勉強会	演者	北九州市
2月13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(被保険者) 実施委託機関事務打合せ会議		福岡市
2月13日		加茂 暁子	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(被保険者) 実施委託機関事務打合せ会議		福岡市
2月13日		中村真梨子	健診センター	全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診 実施委託機関事務打合せ会議		福岡市
2月13日		淵上美和子	健診センター	全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診 実施委託機関事務打合せ会議		福岡市
2月13日		柳田 久枝	看護部	第23回福岡県合同輸血療法委員会		福岡市
2月13日	2月15日	南 博子	感染制御室	第35回日本環境感染症学会総会・学術集会		神奈川県
2月13日		丸尾 康輔	臨床検査科	第23回福岡県合同輸血療法委員会		福岡市
2月14日	2月15日	加藤 達治	医局	第35回日本環境感染症学会総会・学術集会		神奈川県
2月14日	2月15日	吉本 裕紀	医局	第17回福岡県医師会「卒後臨床研修指導医ワークショップ」		北九州市
2月14日	2月15日	松村 勝	医局	第17回福岡県医師会「卒後臨床研修指導医ワークショップ」		北九州市

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
2月15日	2月16日	明石 英俊	医局	琉球大学大学院胸部心臓血管外科学講座國吉幸男教授退職記念講演会・祝賀会		沖縄県
2月15日		小野田敏博	放射線科	第2回九州・山口トモセラピーユーザーズフォーラム	演者	福岡市
2月15日		江崎 祐太	放射線科	第2回九州・山口トモセラピーユーザーズフォーラム	演者・座長	福岡市
2月16日		寺部 寛哉	医局	日本消化器内視鏡学会第47回重点卒後教育セミナー		神奈川県
2月19日		佐藤 房枝	臨床検査科	JAB活動報告会		大阪府
2月20日	2月22日	綾塚 仁志	医局	第25回日本災害医療学会総会・学術集会		兵庫県
2月20日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第11回北九州市指定難病審査会		北九州市
2月21日	2月22日	松村 勝	医局	第17回日本ヘルニア学会東海地方大会	演者	愛知県
2月21日	2月22日	今村 鉄男	医局	日米ジョイントフォーラム2020(大阪会場)		大阪府
2月21日	2月22日	濱田 賢治	医局	第50回日本人工関節学会	演者	福岡市
2月28日		秋吉 夕子	看護部	第4回看護師の特定行為に係る指定研修機関連絡会総会		東京都
2月29日		友枝 亮	企画情報課	令和2年度診療報酬改定を踏まえた戦略的病院経営		東京都
2月29日	3月 1日	下河邊正行	医局	中林 梓氏2020年度診療報酬改定速報の詳細解説セミナー		東京都
3月 6日		佐藤 英博	医局	令和元年度救急救命士処置拡大講習	講師	福岡県
3月 6日		石丸 茂秀	臨床工学科	医療機関における電波利用推進シンポジウム		東京都
3月13日		永田 一岐	臨床検査科	新型コロナウイルス感染症帰国者・接触者外来へのPCR検査説明会		福岡市
3月17日		今村 鉄男	医局	令和元年度第2回北九州市救急医療運営検討会		北九州市
3月19日		酒見 亮介	医局	令和元年度 第12回北九州市指定難病審査会		北九州市
3月25日		明石 英俊	医局	日本心臓血管外科学会2019年度第3回理事会		東京都
3月27日	3月28日	長谷川千絵	医局	第25回日本女性医学学会ワークショップ(ネット配信)		大阪府

【3月】

地域医療従事者研修

月	開催日	テーマ	対象者	担当部署
6月	6月21日	第5回 整形外科カンファレンス	地域医療従事者	地域連携室
7月	7月3日	在宅介護連携会議	地域医療従事者	地域連携室
	7月24日	第1回 看護セミナー 「その人の自立を支える排尿ケア」	地域医療従事者	看護部
8月	8月28日	第2回 看護セミナー「化学放射線療法に関する 曝露対策について学んでみませんか？」	地域医療従事者	看護部
9月	9月25日	第3回 看護セミナー 「今だから知っておきたい呼吸ケア」	地域医療従事者	看護部
10月	10月2日	第4回 看護セミナー「End of Life Careって 何?～その人らしさを支えるために～」	地域医療従事者	看護部
	10月4日	戸畑セミナー「第12回 整形症例検討会」	地域医療従事者	地域連携室
	10月10日	在宅介護連携会議	地域医療従事者	地域連携室
11月	5日(火) 19:00～	作業療法士がお伝えする食事時の姿勢調整方法と 食事用自助具の紹介	地域医療従事者	リハ科
	11月6日	第5回 看護セミナー 「感染性腸炎の感染対策～嘔吐物の処理を学ぼう」	地域医療従事者	看護部
12月	12月18日	はじめての超音波検査	地域医療従事者	臨床検査科
2月	2月29日	一次救命講習会「宮川塾	地域医療従事者	臨床工学科

令和元年度実習生受入先一覧

施設・部署	学校名	人数
看護部	北九州市立戸畑看護専門学校	54名
	折尾愛真高等学校	64名
	東亜大学医療工学科(救急救命士)	3名
	久留米大学認定看護師教育課程	2名
薬剤部	広島国際大学	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
リハビリ科	北九州リハビリテーション学院	2名
	麻生リハビリテーション大学校	4名
	九州栄養福祉大学	1名
	国際医療福祉大学	1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
歯科口腔外科	九州歯科大学 歯学科	16名
医事課	麻生医療福祉&観光カレッジ	2名
企画情報課	麻生医療福祉&観光カレッジ	6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。

「活動を止めることは出来ない」



戸畑リハビリテーション病院 院長 剣持 邦彦

近年、地域医療構想・地域包括ケアシステムの構築が進められ、当院もこの方針に沿って活動し続けておりますが、年々業務の拡大と質の向上が必要になってきていることを実感しております。今後の医療システムの中での当院の重責をひしひしと感じる一年でありました。

令和元年6月に病院機能評価を受審致しました。主たる機能種別：リハビリテーション病院 は4回目の、副機能：緩和ケア病院 は初の受審でしたが、いずれも高い評価をいただき認定を受けることができました。中でも以下の項目については最も高い評価(評価S)をいただきましたが、これらはリハビリテーション・栄養管理など当院が開院以来努力を積み重ねてきたことに加えて、近年特に力を注いでいる「地域社会への活動」「緩和医療を含めた在宅医療・介護との連携」という取り組みが評価されたものと思っております。

主機能：リハビリテーション病院

- 1.2.3 地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている
- 1.5.1 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している
- 2.1.2 診療記録を適切に活用している
- 2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている
- 2.2.6 リハビリテーションプログラムを適切に作成している
- 3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している

副機能：緩和ケア病院

- 2.2.18 リハビリテーションを適切に行っている
- 2.2.22 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している

認定を受けることにより、職員一同これからの活動を後押しされていたところでしたが、新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い一部の活動が制限を余儀なくされてしまいました。しかしながら地域包括ケアシステムの構築を進めることは、感染の有無に拘わらず今後必要なことですので、新年度は何としてでも流れを止めることなく進めていきたいと考えております。

折しも令和2年度には病棟の増築・増床を計画致しております。地域への貢献が当院の生きる道との自覚のもとに、重責を担って行きたいと考えます。

今後ともご支援とご協力を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階回復期リハビリテーション病棟 48床
3階回復期リハビリテーション病棟 46床
令和2年3月より 地域包括ケア病棟 46床
4階 地域包括ケア病棟 43床
5階 緩和ケア病棟 17床

◎認定等
日本医療機能評価機構認定病院
(主機能:リハビリテーション病院・副機能:緩和ケア病院)
日本臨床栄養代謝学会(NST)認定教育施設
日本リハビリテーション医学会研修施設
日本緩和医療学会認定研修施設
日本ホスピス緩和ケア協会認証施設

施 設 基 準

【基本診療料】

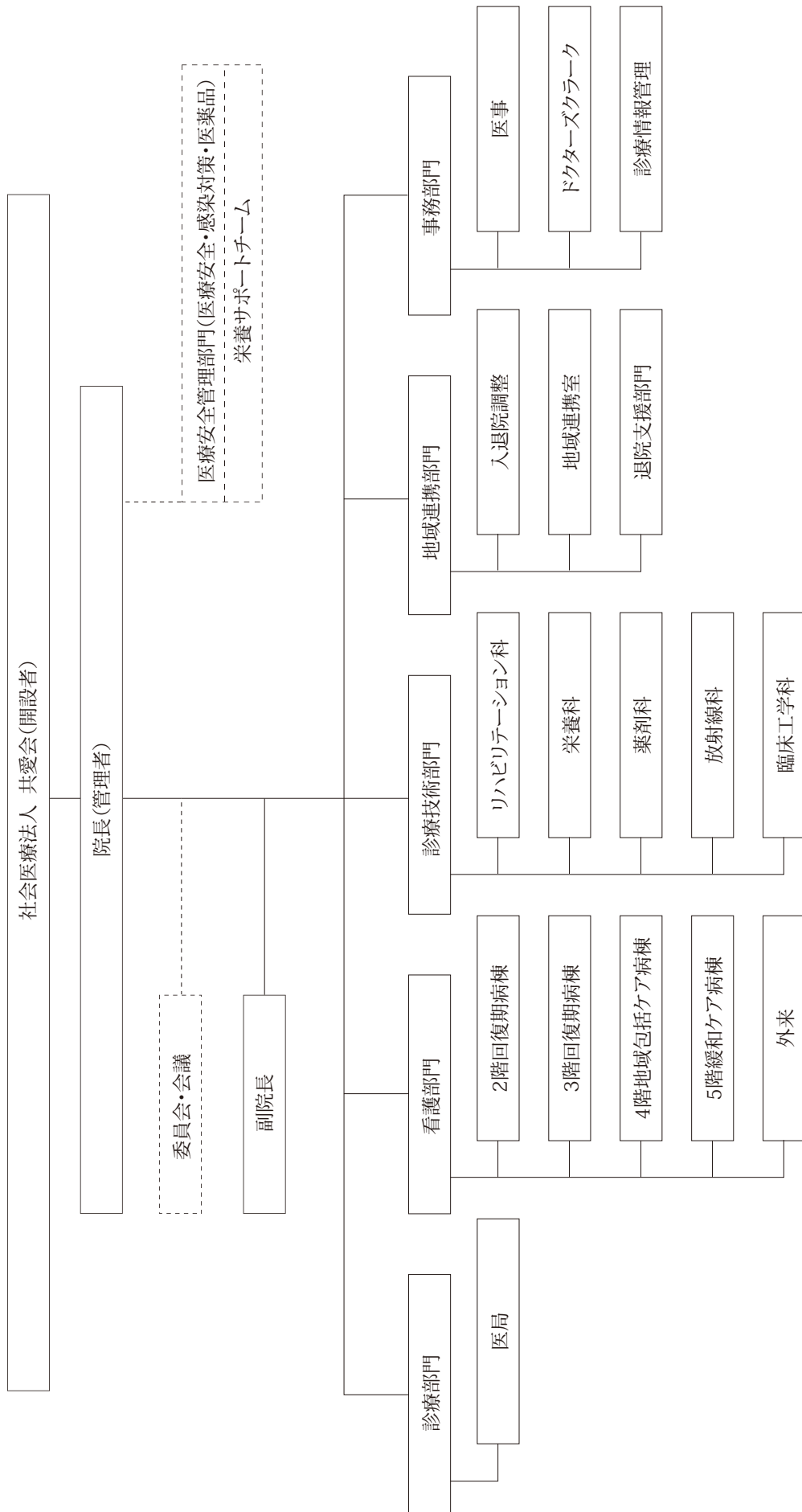
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料1
(体制強化加算1)
- ・地域包括ケア病棟入院料1
(看護職員配置加算)
(看護補助者配置加算)
(看護職員夜間配置加算)
- ・緩和ケア病棟入院料1
- ・診療録管理体制加算1
- ・地域加算
- ・療養病棟療養環境加算1
- ・栄養サポートチーム加算
- ・医療安全対策加算2
(医療安全対策地域連携加算2)
- ・感染防止対策加算2
- ・患者サポート体制充実加算
- ・データ提出加算2
(提出データ評価加算)
- ・入退院支援加算1
(地域連携診療計画加算)
(入院時支援加算)
- ・認知症ケア加算2
- ・入院時食事療養(1)
- ・入院時生活療養(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

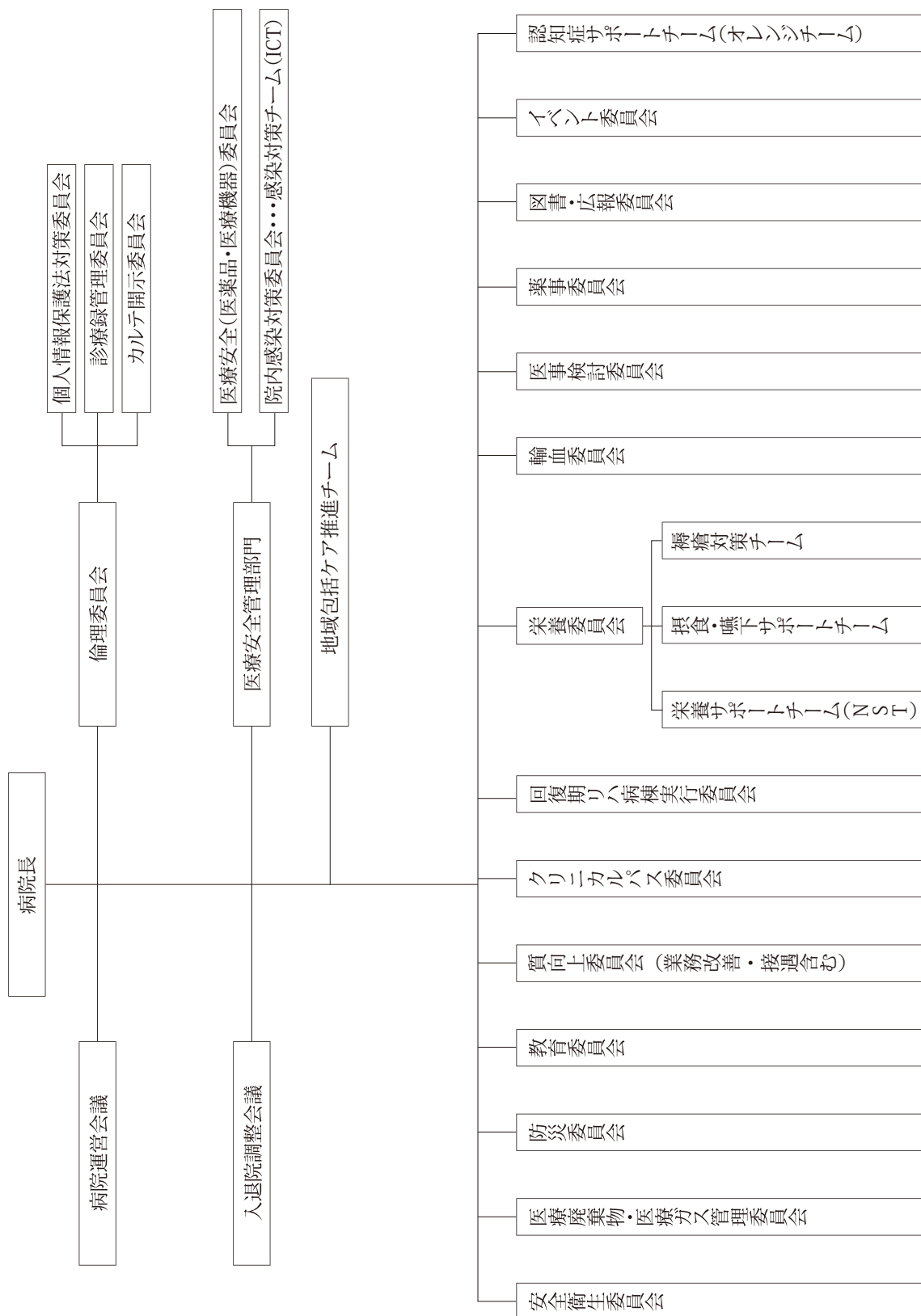
2019年4月1日見直し

戸畑リハビリテーション病院 組織図



戸畑リハビリテーション病院 委員会等組織図

2019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

2019年度 看護科目標

- 1) 温かく思いやりのある看護の提供
- 2) 接遇向上 ～苦情やクレームの軽減～
- 3) 安全に対する意識の向上
～インシデント・アクシデントの減少～
- 4) 経営視点をもった時間管理を実践する

2019年4月から取り組んだことは、個々の病棟間の協力体制を強化することだった。病棟の機能(回復期リハ・地域包括ケア・緩和ケア病棟)等から他病棟のことに関して知らないことが多く、例えば急なスタッフの休みに対して他病棟からの応援体制がとれないという事が見受けられた。その壁を取り除くために管理職ミーティングを毎日行い、他部署の現状を知ることから始め、5月に入るところには、欠員があり困った時には他部署に応援を求める体制ができていった。接遇向上や医療安全に対する取り組みについて、自部署だけでなく他部署のスタッフに対してもお互いが注意できる環境作りに努めた。

【2019年度は、機能評価受審、病床編成等の変化の年】

6月の機能評価受審にむけてケアプロセスの見直しを行い、現在行っているチーム医療について不足しているもの、充足しているが更に改善できるものを多職種で話し合いを重ねていった。回復期リハ・地域包括ケア病棟に加え、今回から緩和ケア病棟の機能評価を受けることとなり、医療用麻薬の使用基準や看取りの説

明について等、現状の方法で良いのか医療看護についての見直しを行う良い機会となった。その結果、機能評価の認定を受けることができ、自分たちの行っている医療看護に対しての自信を深めることができ、さらに今後の課題も見出す事につながった。

9月からは、2020年11月の新病棟増床にむけて、3階病棟を回復期リハビリ病棟から地域包括ケア病棟に転換すべく実績取りが始まった。在宅復帰率については、どの病棟においても基準を満たすよう普段から病棟スタッフ、地域連携室の退院支援看護師やMSWの活躍により維持できていたが、在宅からの入院については月に数件しかなく、さらに対象患者は4階地域包括ケア病棟対象者が多かったため、3階病棟と4階病棟のバランスをとりつつ、急遽の入院に戸惑うスタッフの指導を行いながら受け入れを進めていく必要があった。医師や病棟師長や主任、医事課、地域連携室のスタッフと週単位での病棟ミーティングを行うことで、回復期リハビリ病棟の機能を維持しつつ地域包括ケア病棟の施設基準である在宅復帰率70%以上、自宅からの緊急入院、予定入院等の施設基準を満たし、2020年4月から3階病棟地域包括ケア病棟として運用することになった。

「働き方改革の推進」の一方で病棟編成等の変革を行うということは現場に混乱を招くことになったが、反面業務改善の良い機会ともなった。普段の業務を見直し、無駄を省き効率化を目指すきっかけになったのではないかと考える。

栄養科

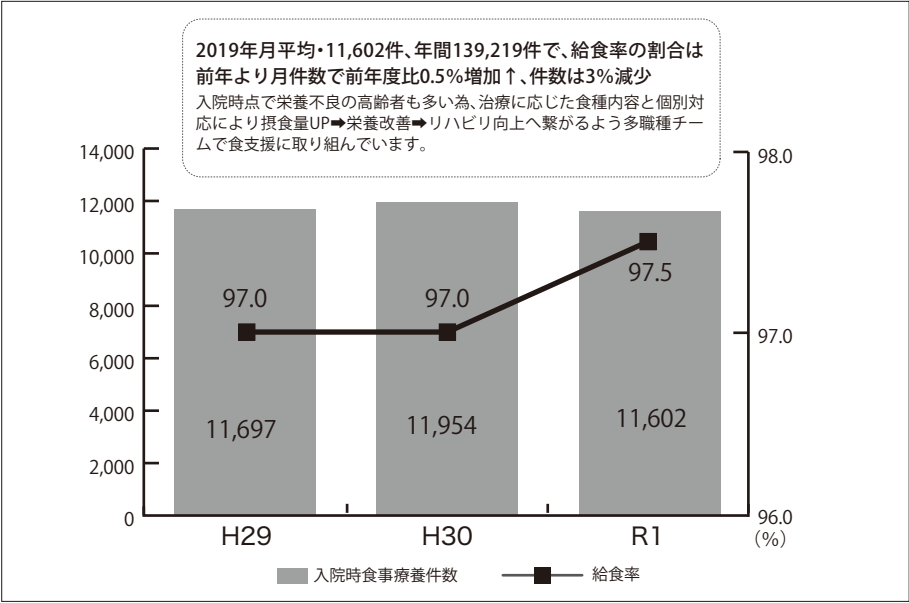


栄養科 科長 山本 祐子

【1 年間の活動実績】

フードサービス		クリニカルサービス	
食事提供数	139,219 件	入院栄養食事指導	671 件
給食率	97.5 %	外来栄養食事指導	67 件
治療食率	66.5 %	在宅訪問栄養指導	43 件
季節祭事食	41 回	リハ病院訪問40件、明治町訪問3件	
ケアハウスイベント	11 回	リハビリテーション実施計画書	1,226 件
緩和病棟イベント	3 回	回復期病棟回診（2 階、3 階）	週 1 回
栄養サポート回診	259 件	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

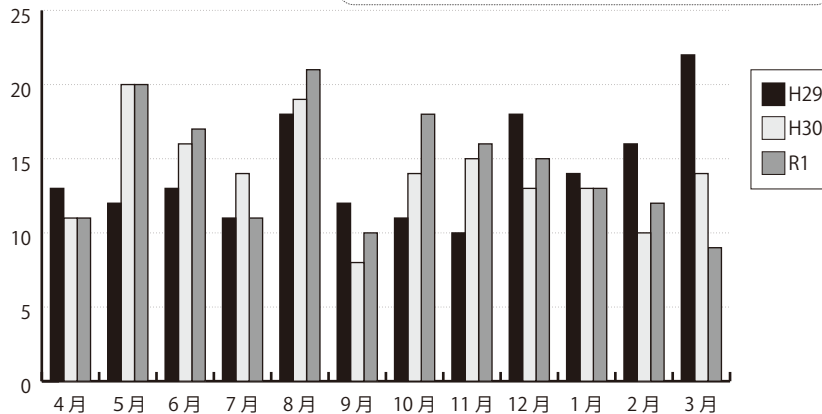
入院時食事療養件数の推移（月平均）



栄養情報提供書送付の推移

2019年度 ・年間 173件

転院・施設への患者には基本的に全患者に栄養情報提供を作成配布し転院先への情報提供を行ない、栄養ケアが継続できるよう支援している。訪問栄養指導介入の患者もレスパイト入院等の際にレスパイト先の施設に情報提供している。



入院栄養指導の疾患別分類

入院中、退院される患者、ご家族に家庭でも食事療法を継続できる様、栄養食事指導を実施しています。必要に応じてヘルパーやケアマネジャーも参加される事もあります。

病 名	件 数	病 名	件 数
心疾患	180	癌	5
脂質異常症	180	潰瘍性大腸炎、クローン	5
糖尿病	168	胃十二指腸潰瘍	2
腎臓病、透析	42	鉄欠乏性貧血	8
肝臓疾患	11	その他	54
低栄養	9		
嚥下障害	7		
—	—	総合計(年間)	671

【研修参加、チーム研修実施状況】

- ・栄養関連研修参加 年間58件
- ・NST 実地修練研修 8名

各部門の活動状況

【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	備考※
栄養相談コーナー 栄養クイズコーナー	岩山、荒岡 高木、大田	戸畑リハビリテーション病院 健康フェア	R1.5.18	参加者 95名
低栄養と食事①	荒岡 和也	とばた健康教室講師	R1.5.20	
自宅での食事療法の 基礎と実践	荒岡 和也	ケアマネージャー 勉強会講師	R1.7.10	参加者 16名
低栄養と食事②	荒岡 和也	とばた健康教室講師	R1.9.20	
緩和病棟での栄養ケア～ 患者の想いと向き合って	山本 祐子	第5回地域緩和ケア 研修会講師	R1.10.20	参加者 51名
減塩食について	荒岡 和也	市民センター 疾病予防講座講師	R1.10.26	参加者 58名
一年間で34kg以上減量した 高度肥満の症例	荒岡 和也	JMDS 2019 in 高知 演者	R1.11.16	参加者 100名
経鼻胃管チューブ抜去を 契機として経口摂取改善症例	高木 里実	第30回北部福岡 NST 研究会 演者	R1.11.16	
栄養と運動	山本 祐子	子供すこやか教室	R1.11.2	
NST専門療法士取得して 経腸栄養管理	岩山さおり 荒岡 和也	NST専門療法士 実地修練研修	R1.12.5	
リハビリテーション栄養	大田 圭要	大谷市民センター ふれあいサロン健康教室	R1.12.7	参加者 98名

【イベント】

ケアハウスあやめ

おやき作りレクレーション



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

令和1年度、「垣根を超えた業務改善～働きやすい環境の実現～」という病院目標を受けて、「リハビリテーション関連における教育機関としての体制構築、臨床指標の向上に繋げる取組み推進」という部署目標を掲げて活動しました。

【教育機関としての体制構築】

臨床における教育機関として、より専門的知識を有するスタッフの育成が欠かせません。そこで、共愛会リハビリテーション科全体の教育チームを立ち上げ、各種学会や職能団体(日本理学療法士協会など)の認定資格取得推進、資格取得者による研修会の企画等、学術活動を積極的に行いました。その結果、8名のスタッフが様々な分野で資格取得することに繋がりました。

- ・認定理学療法士(日本理学療法士協会) 5名
- ・臨床栄養代謝専門療法士
(日本臨床栄養代謝学会) 1名
- ・がん教育外部講師
(一般社団法人がん患者団体連合会) 2名

【臨床指標の向上に繋げる取組み推進】

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、8月より多職種による「複合ユニット」を編成し、ADL・セルフケア能力の早期改善や退院コーディネート強化に向けた病棟ケアカンファレンス等を進めてきました。また、早期回復・早期社会復帰に向けた目標志向型アプローチを多職種で実践し、より個別性の高いリハビリテーションプログラムを提供することに取組んできました。

前年度との比較では、入院時のFIM得点が低い傾向にある為、退院時のFIM得点も減少しました。しかし、FIM得点の改善度で見ると前年度よりも増加しており、高齢化や重症化が進む入院患者でも効果的に回復・改善に繋げることができたと考えます(図1)。更に全国データとの比較では、当院の回復期リハビリテーション病棟は入棟日数が短く、FIMの利得も高いことからFIM

効率が高いという結果に至りました(図2)。

このことから、今年度進めてきた多職種で構成された複合ユニットの「協働で行う病棟ケア」が効果を示したと考えます。

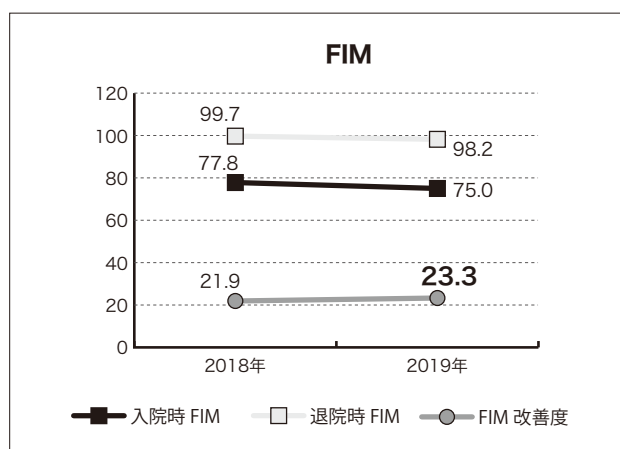


図1. 回復期リハ病棟におけるFIM実績(前年比)

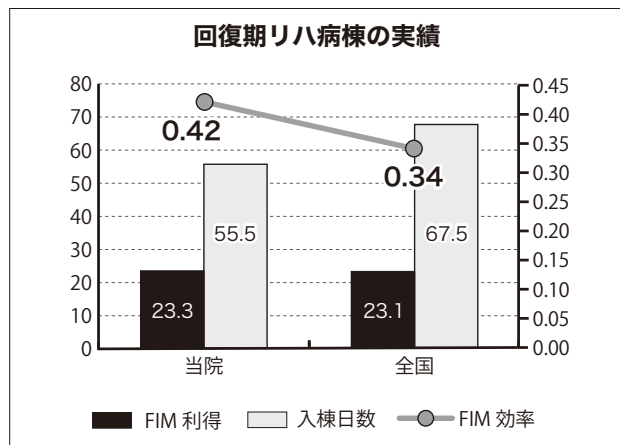


図2. 回復期リハ病棟における実績(全国比較)

②地域包括ケア病棟

病床再編計画に基づき、2019年度末に回復期リハビリテーション病棟1病棟を地域包括ケア病棟へと変更することになりました。それを受けて、回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を維持しつつ、地域包括ケア病棟入院料1の施設基準取得を目指すという高い目標を掲げて病棟全体で取り組みました。医事課を

含む病棟運営に関わるすべての職種が連携し、病棟運営ミーティングでのアウトカムの近況報告や入退院に関する情報共有とスケジュール調整を行いました。また、リハビリスタッフの役割として、入院調整会議への参加とFIM・機能的回復等の予後予測、リハビリ対象者のアウトカム調査とデータ報告、MSWとの予後予測を踏まえた退院後サービス等の早期調整、ケアミックスの推進、アウトカム認識向上に向けた全スタッフへの啓発・意識付け等の活動を行いました。病棟スタッフ全員で取り組んだ結果、令和2年3月に地域包括ケア病棟入院料1の施設基準を達成することができました。

③緩和ケア病棟

緩和ケア病棟では、すべての入棟患者に関わる事を方針として、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継続しました。その結果、在宅移行患者割合20.2%、リハビリ介入率100%となり、前年度比較でも改善した結果となりました(図3)。

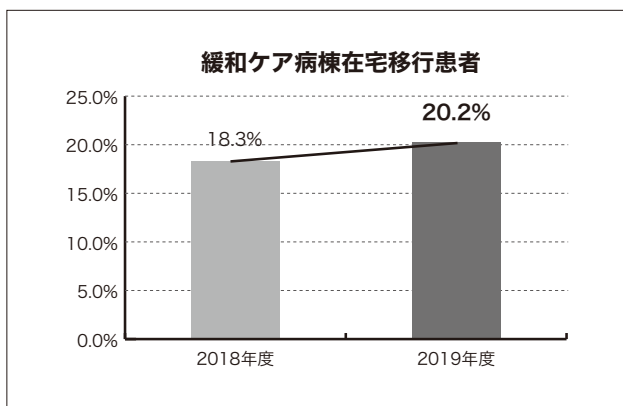


図3. 緩和ケア病棟在宅移行患者割合 (前年比)

④退院後のリハビリサービスの拡充

回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟それぞれの病棟に求められるアウトカムを達成するためには、退院後の医療・介護分野の各種サービスとの連携が重要です。当院では、各病棟退院後にリハビリテーションを継続する患者に対して、ニーズや生活課題等に応じたリハビリサービスを選択して頂けるよう、入院中から外来リハビリ・短時間通所リハビリ・訪問リハビリのスタッフが関与し、情報共有・連携強化に努めてきました。その結果、それぞれの利用者数及び利用件数が増加し、退院支援体制が拡充されたと考えます(図4・5・6)。

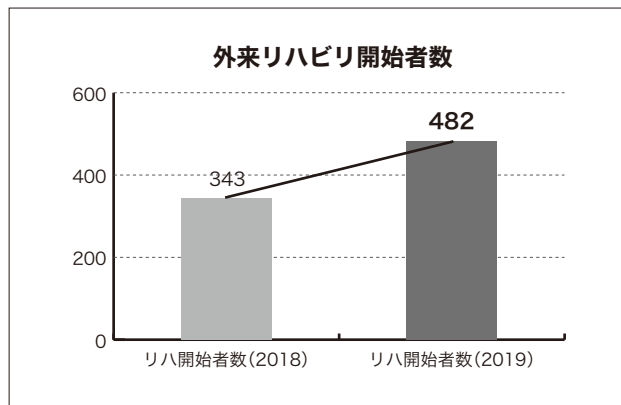


図4. 外来リハビリ開始者数 (前年比)

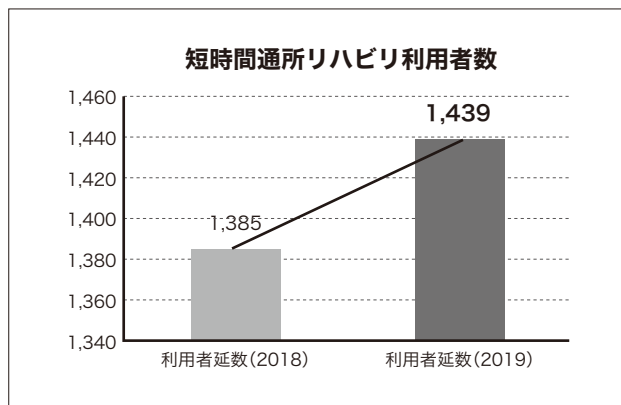


図5. 短時間通所リハビリ利用者数 (前年比)

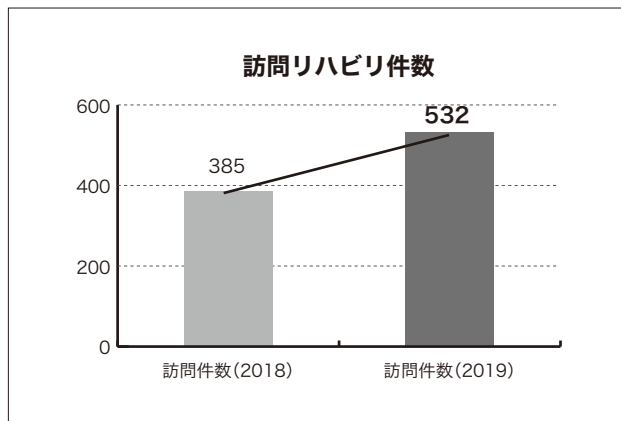


図6. 訪問リハビリ利用件数 (前年比)

⑤リハビリテーション相談支援事業

リハビリテーション相談支援事業は、北九州市からの委託を受けて3年目を迎えました。北九州西部地区(戸畑区・若松区・八幡東区・八幡西区)の地域包括ケアセンターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーの相談・自宅への同行訪問の依頼を受け、自立支援・介護負担軽減に向けたケアプラン作成の助言を主な活動として行ってきました。相談内容は、同行訪問を前提とした相談が大部分を占め、身体機能評価に基づいた福祉

用具の選択、住宅改修や家屋環境の調整、自宅でできる運動方法や生活関連動作への助言、自立に向けたケアプランに関する助言等、様々な相談に対応してきました。

今年度は開設日数240日で、各区役所への出張相談103回、相談延べ件数251件、相談人数174件、同行訪問154件と多くの方々に利用して頂き、事業の認知度や地域での役割が徐々に確立されてきたと感じています(図7・8)。

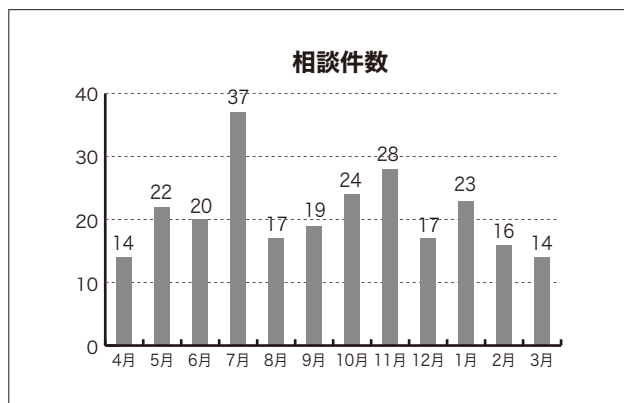


図7. 相談件数の年間推移

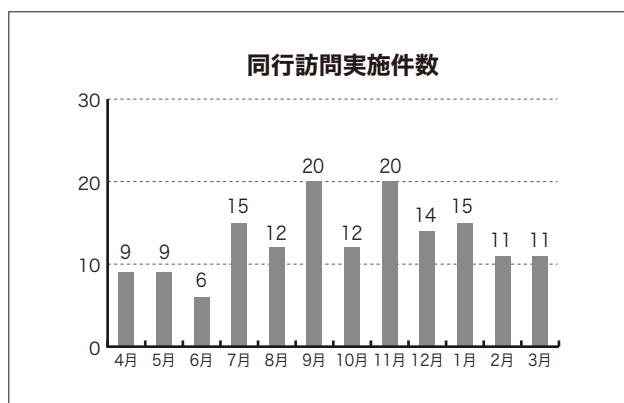


図8. 居宅への同行訪問件数(年間推移)

⑥地域リハビリテーション活動支援事業(運動器)

当院では、北九州市の地域リハビリテーション活動支援事業でもある「サロンで健康づくり」の業務委託を受けて2年目になります。今年度は、「フレイル」に着目した健康講座、フレイルチェック等を実施し、参加者の運動・健康に対する意識付けと行動変容の促しを行いました。

【活動実績】

参加サロン数:13ヵ所

活動件数:30件

参加者数:369名

【結果】

参加者の平均年齢は77.8歳で、フレイル14%、プレフレイル37%という結果であり、3ヶ月後に再評価してきた52名においてはフレイルの改善が認められました(基本チェックリスト合計点:4.6±0.5VS3.8±0.5 p<0.01)。

この結果から、フレイルに着目した活動が参加者の健康に対する意識と行動変容に繋がったと考えます。今後も「サロンで健康づくり」を通して、地域在住高齢者のフレイル予防・改善に貢献していきたいと考えております。

⑦言語聴覚士による取り組み

脳卒中によって言語能力に問題を抱え、退院後に社会参加や外出機会が減少する患者も少なくありません。そのような課題を入院中から解決できないかと考え、小集団活動の活性化とアクティビティーの充実化を図るため、「集団コミュニケーション療法料」の施設基準を取得しました。言語聴覚士による集団コミュニケーション療法を行うことで、言語障害を呈する患者同士のコミュニケーション機会を創出し、自発的に発語・発話できる環境を作り上げることができました(図9)。この取り組みを活性化させ、患者の地域社会とコミュニティーへの復帰の一助にもなればと考えます。



図9. 集団コミュニケーション療法

【リハビリテーション科の展望と目標】

新型コロナウイルス感染拡大やIT技術の進展などをきっかけに、Webを活用した遠隔リハビリテーションや指導が注目されています。

リハビリテーション科としても、地域住民に対するWebセミナーの開催やWebでのリハビリ相談窓口開設など、将来を見据えて先駆的に活動していきたいと思っております。

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、IC T、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	5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	1名
日本病院薬剤師会生涯研修認定履修薬剤師	2名
日本病院薬剤師会認定指導薬剤師	1名

＜令和元年度実績＞

調剤数

入院処方箋	20,723枚／年
外来処方箋	6枚／年
	（ほぼ100%院外処方）

注射処方箋	18,789枚／年
-------	-----------

薬剤管理指導料算定件数

指導人数	143人／年
薬剤管理指導料（325点）	88件／年
薬剤管理指導料（380点）	239件／年
退院時薬剤情報管理指導料	74件／年
麻薬管理指導加算	10件／年
指導率	100%
包括病棟における薬剤管理指導	3,412件／年
包括病棟における退院時指導	788件／年
包括病棟における麻薬管理指導加算	379件／年
薬剤総合評価調整加算	82件／年
後発品使用率平均（使用量ベース）	92.92%
無菌調整処理料2	81件／年

＜学術活動＞

ポリファーマシー対策研修会（院内）

「骨粗鬆症薬の機序別分類と副作用」 江川 元子

「届け出の必要な抗菌薬について」 堀 正三

○講演

第3回戸畑薬剤師会研修会 特別講演 演者

「戸畑リハビリテーション病院における

ポリファーマシー対策について」 堀 正三

戸畑薬剤師会主催「お薬フェア」市民講座 演者

「薬が多くて困っていないですか？」 堀 正三

臨床工学科



臨床工学科 後藤 陽次朗

1) 2019年度行動計画

- ①専門職種に応じた初期研修の導入
- ②生体情報モニタの安全使用風土構築
- ③医療機器管理業務の質の向上
- ④質の高い一次救命処置対応

(総括)

専門職種に応じた初期研修の導入として、多職種に対して研修会を積極的に実施した。医療安全必須研修、中途採用者研修、イーラーニングも含め、7項目、約30回、800名のスタッフに受講してもらった。生体情報モニタの安全使用に関して、主にモニターアラームの重要性とスタッフの危機意識の向上を図った。

医療機器管理の質改善を図るため、機能評価を通じて看護師対象機器管理マニュアルの周知、添付文書管理の充実を図った。また、相互ラウンドの指摘事項も受け、機器一覧の改訂、医療機器マニュアルを改訂した。更には、在宅医療機器管理を開始した。一次救命処置研修会の開催では、戸畑共立病院のインストラクターの協力のもと、年間を通じて約100名に質の高い研修会を実施した。

2) 業績

- 5月 第29回日本臨床工学会 座長
- 6月 第27回福岡県臨床工学会 座長
- 第54回日本高気圧環境・潜水医学会
- 第16回日本臨床高気圧酸素・潜水医学会
- 合同学術集会2019 演題発表
- 2月 福岡県臨床工学技士会医療機器セミナー 講演

3) 統計

医療機器 点検台数(台)

輸液ポンプ	21
シリンジポンプ	33
生体情報モニタ	15
生体情報モニタ用送信機	19
深部静脈血栓予防ポンプ	21
汎用吸引器	39

超音波ネブライザー	27
経腸栄養用輸液ポンプ	15
電動処置台	27
その他	60
合計	277

医療機器 e-learning受講者数(名)

医療ガス	219
輸液ポンプ・シリンジポンプ	90
医療機関における電波利用(応用編)	238

医療機器 集合型研修参加者(名)

一次救命処置研修会	107
医療安全研修(前期)	193
医療安全研修(後期)	207
新入職者対象研修会	18
中途入職者対象研修会	6
看護補助者対象研修会	30
NST専門療法士認定実施修練	12
医療ガス再講習	6

4) 2020年度行動計画

- ①安全な病院を作るための人材育成
- ②院内医療安全文化の醸成
- ③医療機器管理業務の質の向上
- ④在宅医療への取り組み

2020年度は、在宅医療への更なる関与を含めた質の高い医療機器管理業務を行っていききたい。また、臨床工学技士として、安全な病院を作るための人材育成を行うとともに、院内医療安全文化の醸成を図っていく。当院の医療安全委員会を主導し、院内全体の医療安全風土の構築を目指す。医療機器管理と医療安全活動の充実により臨床工学技士を増員させる1年としたい。

放射線科



放射線科 診療放射線技師 大内田 成吾

1) 体制

- ・2019年度は技師1名と派遣の助手1名で撮影業務を行い、「垣根を超えた業務改善～働きやすい環境の実現～」という病院目標を受けて、業務を行ってまいりました。
- ・戸畑リハビリテーション病院リハビリテーション科の協力のもと、画像診断センターの新人診療放射線技師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。
- ・検査件数の増加を目標に、検査ポスターの掲示や診療科のパンフレットの設置等の広報活動を行い、整形領域一般撮影の検査種類を増やしました。また、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、R1年度183件と検査を定着させ、外来の整形領域一般撮影がH30年度1,798件、R1年度2,101件と増加する中、画像精度を落とす事なく、撮影効率の向上を図り、患者様の待ち時間の短縮に努めました。
- ・2020年度より始まる医療放射線に係る安全管理体制に向けて、医療放射線安全管理責任者として、医療放射線安全管理の指針を作成し、被ばく線量の管理・記録を行うなどの改正に対する対策の準備を進めてまいりました。
- ・共立病院画像診断センターの協力のもと、画質・撮影効率の向上に努め、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ました。

2) 装置概要

一般撮影装置	1台
C T 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	5,543件
C T 撮影	397件
神経ブロック	475件
VF	52件
透視	41件
骨密度測定	10件

4) 今後の目標

- ・技師2人、派遣の助手1人の3人体制となり、回復期リハビリテーション病棟の増床に向けて、増加する検査数に対して効率良く検査を行えるように外来や各病棟と連携を取りながら、環境整備、技師の技術向上に努めていこうと考えております。又、医療放射線に係る安全管理体制により医療放射線安全管理責任者として、被ばく線量の管理や安全利用の為に研修等を行い、医療放射線安全管理に対しての情報を発信していこうと考えております。
- ・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、新しい検査種類の増加や検査の広報活動が続けていく事で、病院の経営に貢献できればと考えております。

地域連携室



地域連携室 主任看護師 松田 都志子

2019年度地域連携室は、ソーシャルワーカー6名、退院調整看護師2名、事務1名(理学療法士)で構成され、入退院調整や患者相談、外来受診関連の問い合わせなどに関わる業務に取り組んできました。

本年度から毎月1回の定例勉強会を開始し、各人がトピックス事例や課題を持ち寄り、勉強会を通し意見交換の場を作ることによって調整業務や疾病への知識の向上にもつなげるようにしました。

また、例年通り急性期病院への渉外活動や広報活動を積極的に継続しており、他院とのスムーズな連携ができるよう努めています。依頼内容に柔軟に対応できるように3月からはこれまで週3回開催していた調整会議を毎日開催に変更し、これにより次年度に向けて受け入れ態勢の充実化、依頼から転院までの日数の短縮

化を目指したいと考えています。

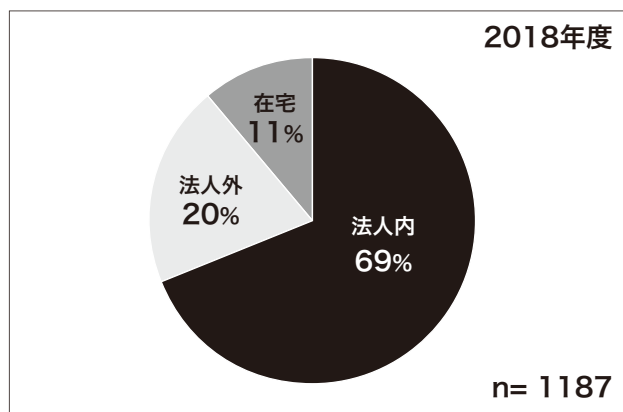
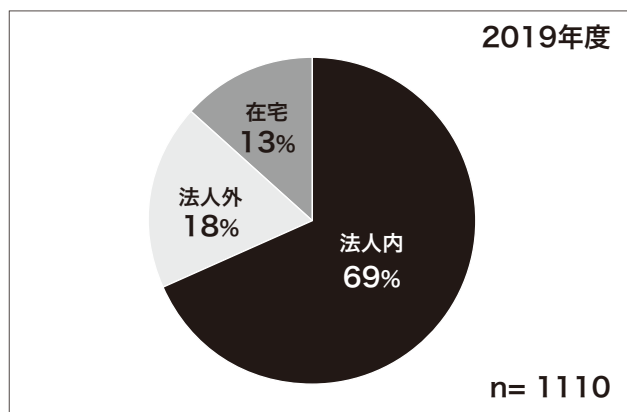
2020年11月からは回復期リハビリテーション病棟が増床されることで、法人内外や地域からの要望に早期にかつ柔軟に応じられる体制を強化すべく、地域連携室が一同となり求められる病院となることを目指しています。

さらに、退院支援部門においては、患者様とご家族のご希望に応じた支援ができるよう、在宅チームと早期に連携を図り、サポートを実現しています。

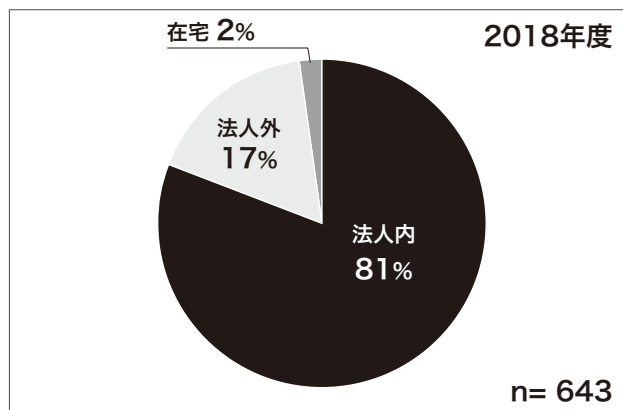
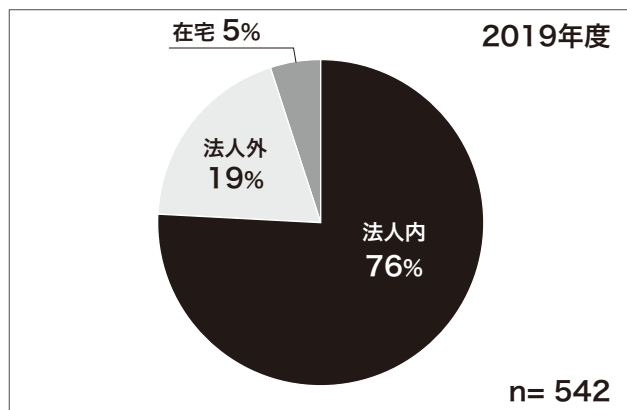
今後も、地域の方が安心して入院生活やその後の在宅生活が行えるようサポートし、戸畑リハビリテーション病院に貢献できる組織づくりに努めていきたいと考えております。

病棟別の入院内訳状況

<全 体>

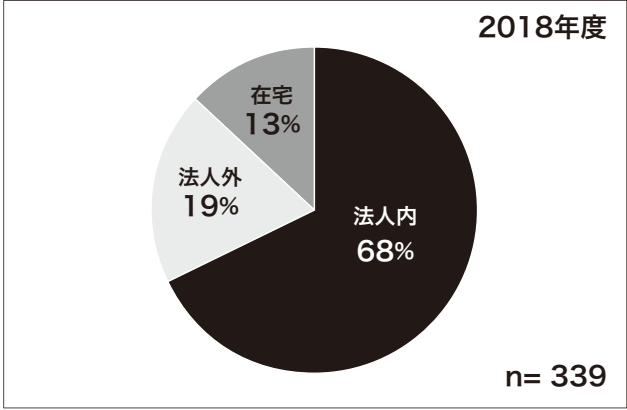
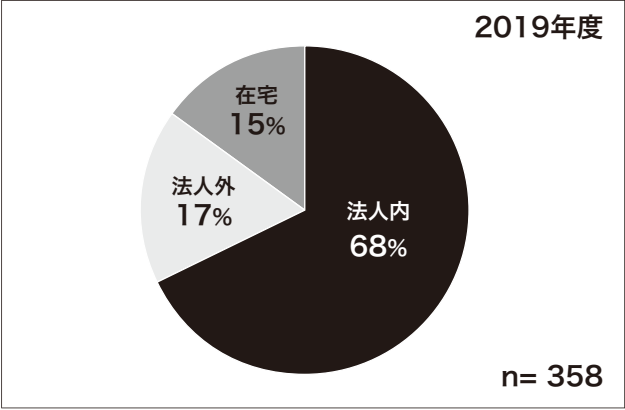


<回復期リハビリテーション病棟>

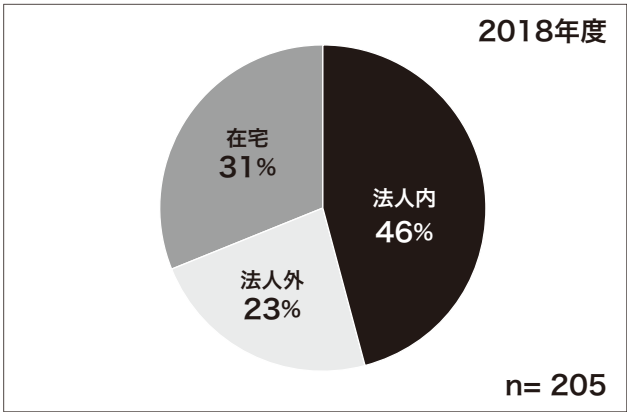
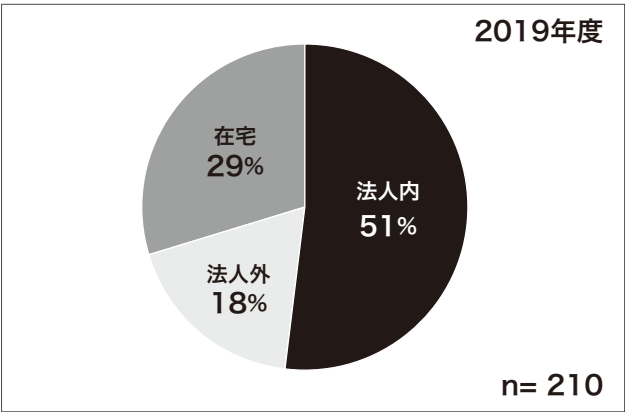


各部門の活動状況

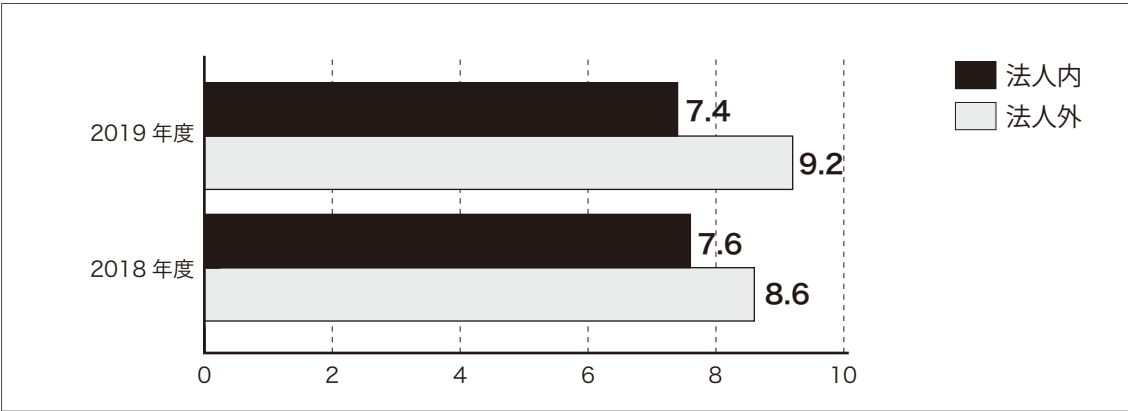
<地域包括ケア病棟>



<緩和ケア病棟>



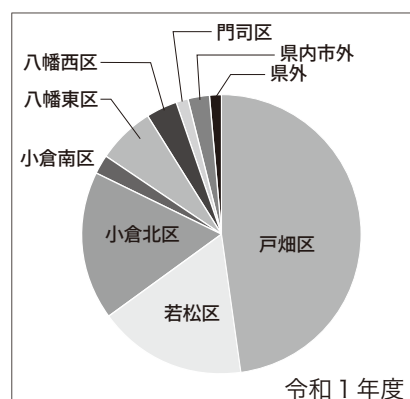
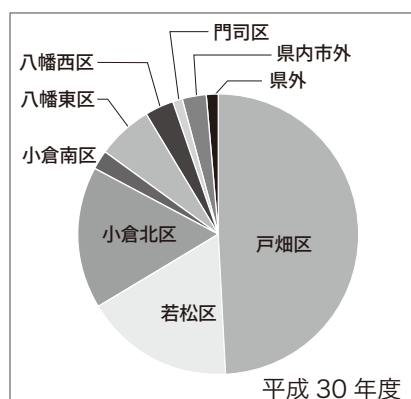
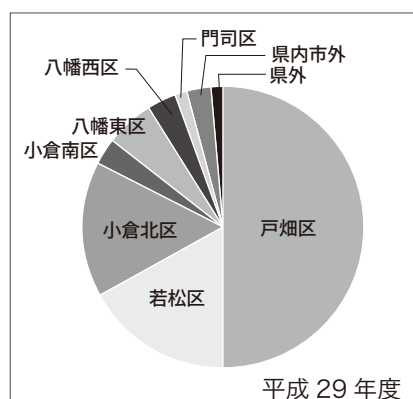
<受入れ判定会議から入院までの平均待機日数> ※2018年度・2019年度比較



統計資料

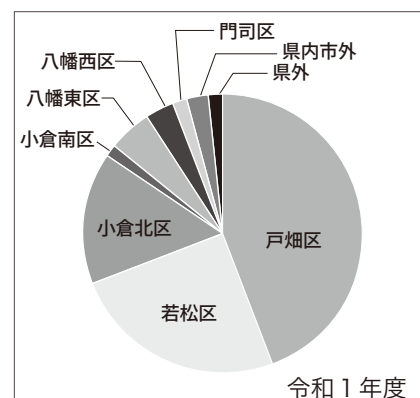
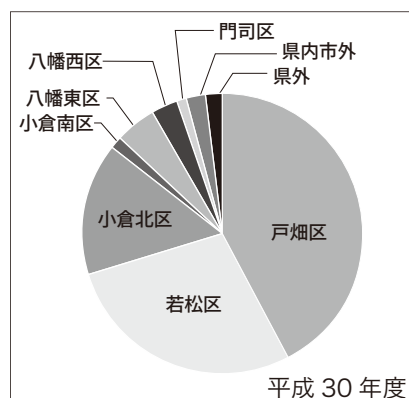
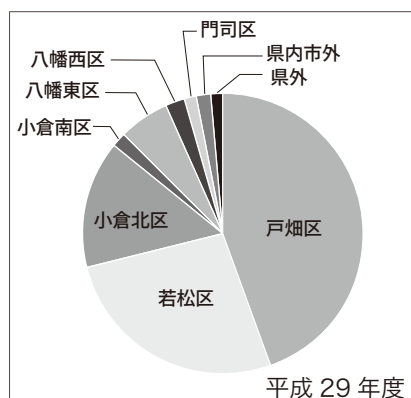
1-1. 地域別外来実患者数

地 区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	実患者数	構成比	実患者数	構成比	実患者数	構成比
戸畑区	1,337	50.19%	1,305	49.30%	1,308	47.89%
西戸畑	92	3.45%	84	3.17%	95	3.48%
戸畑駅前	80	3.00%	77	2.91%	85	3.11%
沖台	67	2.52%	58	2.19%	57	2.09%
浅生	168	6.31%	169	6.38%	154	5.64%
三六・天神	94	3.53%	96	3.63%	86	3.15%
小芝・沢見	133	4.99%	125	4.72%	101	3.70%
天籟寺	86	3.23%	61	2.30%	68	2.49%
中原	193	7.24%	170	6.42%	181	6.63%
一枝	106	3.98%	121	4.57%	121	4.43%
牧山	90	3.38%	97	3.66%	94	3.44%
菅原	71	2.67%	66	2.49%	62	2.27%
鞘ヶ谷	123	4.62%	124	4.68%	123	4.50%
その他	34	1.28%	57	2.15%	81	2.97%
若松区	449	16.85%	455	17.19%	470	17.21%
小倉北区	415	15.58%	433	16.36%	468	17.14%
小倉南区	79	2.97%	63	2.38%	66	2.42%
八幡東区	152	5.71%	165	6.23%	178	6.52%
八幡西区	88	3.30%	92	3.48%	97	3.55%
門司区	40	1.50%	31	1.17%	40	1.46%
遠賀郡	20	0.75%	15	0.57%	14	0.51%
中間市	2	0.08%	3	0.11%	4	0.15%
直方市	6	0.23%	9	0.34%	5	0.18%
福岡市	11	0.41%	11	0.42%	8	0.29%
京都郡	5	0.19%	4	0.15%	8	0.29%
久留米市	4	0.15%	3	0.11%	4	0.15%
その他県内	26	0.98%	25	0.94%	24	0.88%
山口県	7	0.26%	10	0.38%	11	0.40%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	4	0.15%
長崎県	1	0.04%	0	0.00%	0	0.00%
大分県	5	0.19%	6	0.23%	3	0.11%
熊本県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	1	0.04%	2	0.08%	0	0.00%
鹿児島県	1	0.04%	2	0.08%	1	0.04%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	15	0.56%	13	0.49%	18	0.66%
合計	2,664	100.00%	2,647	100.00%	2,731	100.00%



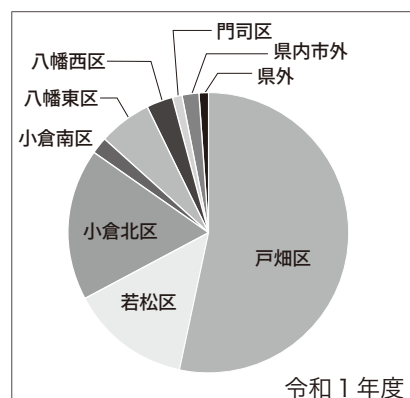
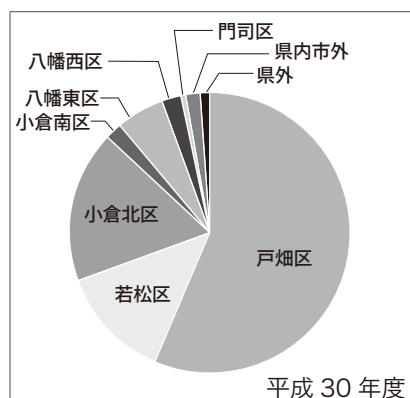
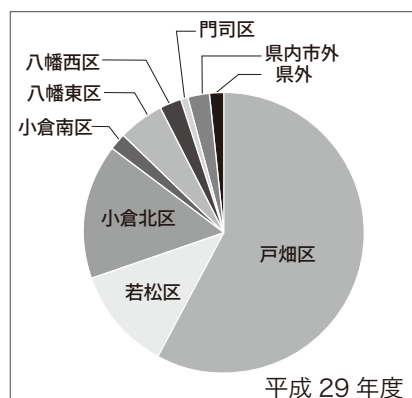
1-2. 地域別入院実患者数

地 区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	実患者数	構成比	実患者数	構成比	実患者数	構成比
戸畑区	459	44.52%	469	42.48%	473	44.41%
西戸畑	42	4.07%	44	3.99%	47	4.41%
戸畑駅前	28	2.72%	25	2.26%	23	2.16%
沖台	23	2.23%	19	1.72%	20	1.88%
浅生	39	3.78%	57	5.16%	50	4.69%
三六・天神	35	3.39%	37	3.35%	36	3.38%
小芝・沢見	35	3.39%	39	3.53%	27	2.54%
天籟寺	26	2.52%	17	1.54%	22	2.07%
中原	87	8.44%	63	5.71%	73	6.85%
一枝	42	4.07%	47	4.26%	56	5.26%
牧山	38	3.69%	38	3.44%	41	3.85%
菅原	30	2.91%	29	2.63%	26	2.44%
鞆ヶ谷	0	0.00%	37	3.35%	30	2.82%
その他	34	3.30%	17	1.54%	22	2.07%
若松区	277	26.87%	308	27.90%	264	24.79%
小倉北区	149	14.45%	169	15.31%	164	15.40%
小倉南区	19	1.84%	16	1.45%	16	1.50%
八幡東区	60	5.82%	53	4.80%	53	4.98%
八幡西区	24	2.33%	31	2.81%	33	3.10%
門司区	14	1.36%	13	1.18%	18	1.69%
遠賀郡	5	0.48%	2	0.18%	6	0.56%
中間市	2	0.19%	2	0.18%	2	0.19%
直方市	2	0.19%	4	0.36%	1	0.09%
福岡市	1	0.10%	2	0.18%	2	0.19%
京都郡	1	0.10%	1	0.09%	4	0.38%
久留米市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他県内	5	0.48%	14	1.27%	13	1.22%
山口県	6	0.58%	6	0.54%	4	0.38%
佐賀県	1	0.10%	1	0.09%	0	0.00%
長崎県	1	0.10%	0	0.00%	1	0.09%
大分県	1	0.10%	5	0.45%	1	0.09%
熊本県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	1	0.09%	0	0.00%
鹿児島県	0	0.00%	1	0.09%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	4	0.39%	6	0.54%	10	0.94%
合計	1,031	100.00%	1,104	100.00%	1,065	100.00%



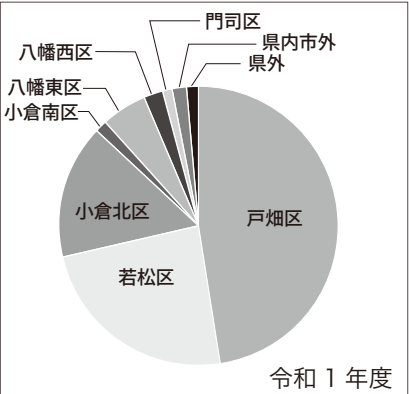
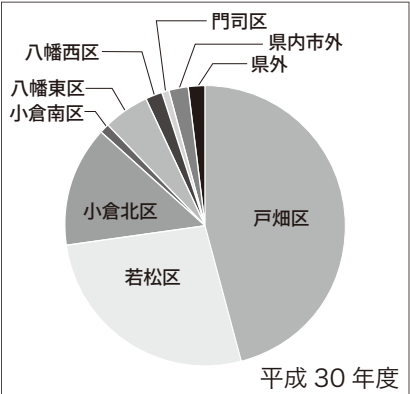
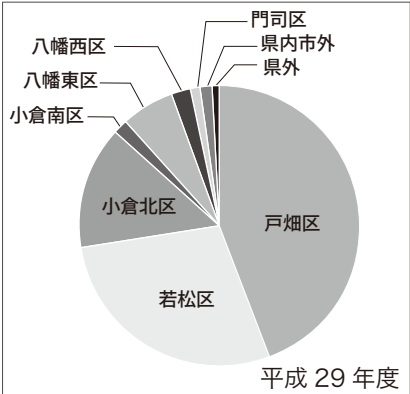
2-1. 地域別外来延患者数

地区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	13,741	50.95%	14,532	53.88%	14,427	53.49%
西戸畑	562	2.08%	909	3.37%	1,015	3.76%
戸畑駅前	956	3.54%	913	3.39%	1,036	3.84%
沖台	1,102	4.09%	754	2.80%	501	1.86%
浅生	1,750	6.49%	2,024	7.50%	1,938	7.19%
三六・天神	1,215	4.51%	795	2.95%	838	3.11%
小芝・沢見	1,571	5.82%	1,639	6.08%	1,594	5.91%
天籟寺	931	3.45%	607	2.25%	709	2.63%
中原	2,022	7.50%	2,028	7.52%	1,877	6.96%
一枝	1,021	3.79%	1,597	5.92%	1,277	4.73%
牧山	830	3.08%	1,037	3.85%	1,196	4.43%
菅原	587	2.18%	523	1.94%	602	2.23%
鞆ヶ谷	1,110	4.12%	1,237	4.59%	1,203	4.46%
その他	84	0.31%	469	1.74%	641	2.38%
若松区	2,777	10.30%	3,350	12.42%	3,731	13.83%
小倉北区	3,739	13.86%	4,519	16.76%	4,742	17.58%
小倉南区	467	1.73%	502	1.86%	519	1.92%
八幡東区	1,196	4.43%	1,430	5.30%	1,628	6.04%
八幡西区	595	2.21%	562	2.08%	872	3.23%
門司区	189	0.70%	124	0.46%	228	0.85%
遠賀郡	159	0.59%	102	0.38%	87	0.32%
中間市	11	0.04%	11	0.04%	15	0.06%
直方市	29	0.11%	46	0.17%	147	0.55%
福岡市	153	0.57%	61	0.23%	85	0.32%
京都郡	34	0.13%	12	0.04%	59	0.22%
久留米市	24	0.09%	11	0.04%	11	0.04%
その他県内	196	0.73%	241	0.89%	186	0.69%
山口県	31	0.11%	82	0.30%	121	0.45%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	2	0.01%	0	0.00%	9	0.03%
大分県	23	0.09%	48	0.18%	27	0.10%
熊本県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	65	0.24%	13	0.05%	0	0.00%
鹿児島県	1	0.00%	14	0.05%	16	0.06%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	258	0.96%	62	0.23%	60	0.22%
合計	23,690	100.00%	25,722	100.00%	26,970	100.00%



2-2. 地域別入院延患者数

	平成29年度		平成30年度		令和1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	22,016	45.31%	22,290	45.87%	23,088	47.51%
西戸畑	2,122	4.37%	2,159	4.44%	2,096	4.31%
戸畑駅前	1,061	2.18%	1,235	2.54%	1,092	2.25%
沖台	1,043	2.15%	772	1.59%	985	2.03%
浅生	2,236	4.60%	2,899	5.97%	2,209	4.55%
三六・天神	1,828	3.76%	1,912	3.93%	1,625	3.34%
小芝・沢見	1,542	3.17%	1,522	3.13%	1,195	2.46%
天籟寺	1,161	2.39%	920	1.89%	1,051	2.16%
中原	4,203	8.65%	2,866	5.90%	4,311	8.87%
一枝	1,894	3.90%	2,180	4.49%	2,425	4.99%
牧山	1,777	3.66%	1,962	4.04%	1,974	4.06%
菅原	1,606	3.30%	1,350	2.78%	1,328	2.73%
鞘ヶ谷	0	0.00%	1,775	3.65%	1,584	3.26%
その他	1,543	3.18%	738	1.52%	1,213	2.50%
若松区	13,957	28.72%	12,981	26.71%	11,638	23.95%
小倉北区	6,989	14.38%	6,725	13.84%	7,577	15.59%
小倉南区	820	1.69%	517	1.06%	658	1.35%
八幡東区	3,119	6.42%	2,527	5.20%	2,566	5.28%
八幡西区	1,000	2.06%	1,032	2.12%	1,120	2.30%
門司区	679	1.40%	407	0.84%	469	0.97%
遠賀郡	283	0.58%	114	0.23%	221	0.45%
中間市	67	0.14%	65	0.13%	81	0.17%
直方市	30	0.06%	265	0.55%	15	0.03%
福岡市	102	0.21%	59	0.12%	145	0.30%
京都郡	9	0.02%	51	0.10%	111	0.23%
久留米市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他県内	95	0.20%	462	0.95%	362	0.74%
山口県	189	0.39%	289	0.59%	203	0.42%
佐賀県	5	0.01%	137	0.28%	0	0.00%
長崎県	30	0.06%	0	0.00%	36	0.07%
大分県	27	0.06%	144	0.30%	25	0.05%
熊本県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	10	0.02%	0	0.00%
鹿児島県	0	0.00%	71	0.15%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	132	0.27%	230	0.47%	280	0.58%
合計	49,549	100.00%	48,376	100.00%	48,595	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	1,021	1,019	43,508	42.7	194	5,120	17.4
リハビリテーション科	90	85	5,087	58.1	90	20,909	71.1
ペインクリニック内科					66	941	3.2
合 計	1,111	1,104	48,595	43.9	350	26,970	91.7

統計資料

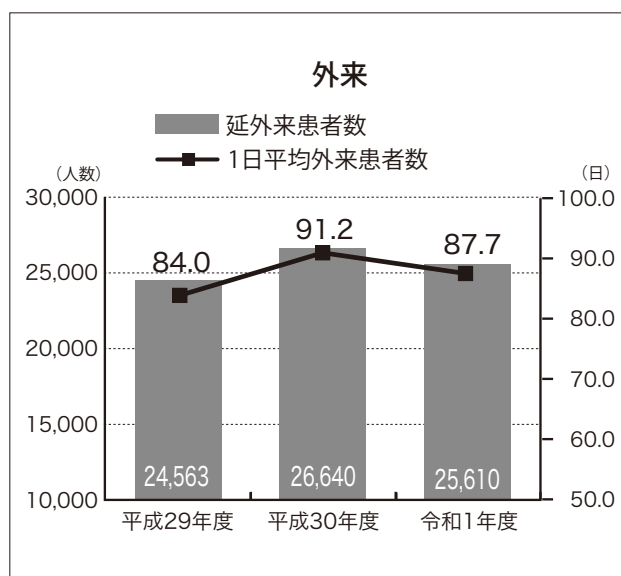
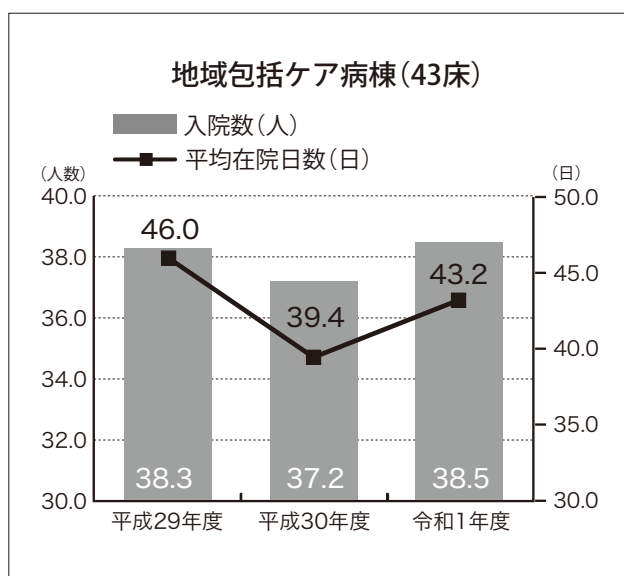
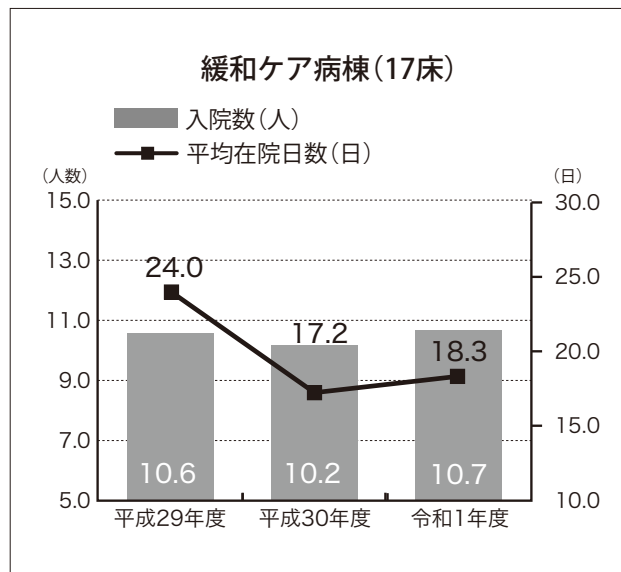
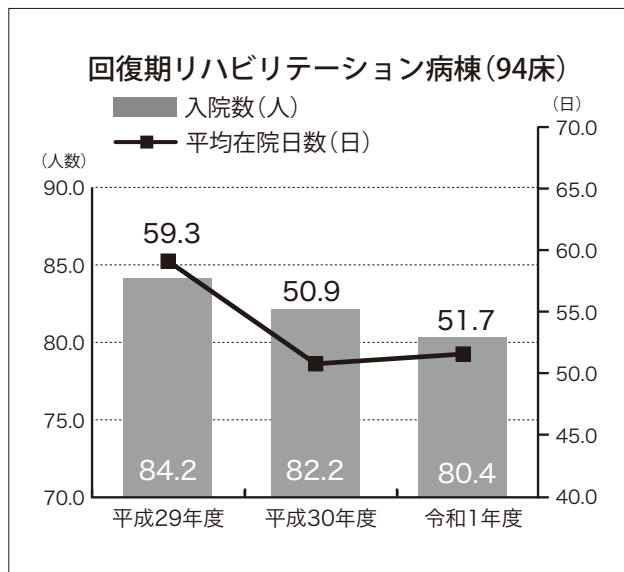
①稼働病床数(154床)

	平成29年度	平成30年度	令和1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	〈令和2年2月まで〉 回復期リハビリテーション病棟(1):46床 〈令和2年3月より〉 地域包括ケア病棟(1):46床
4階病棟:43床	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

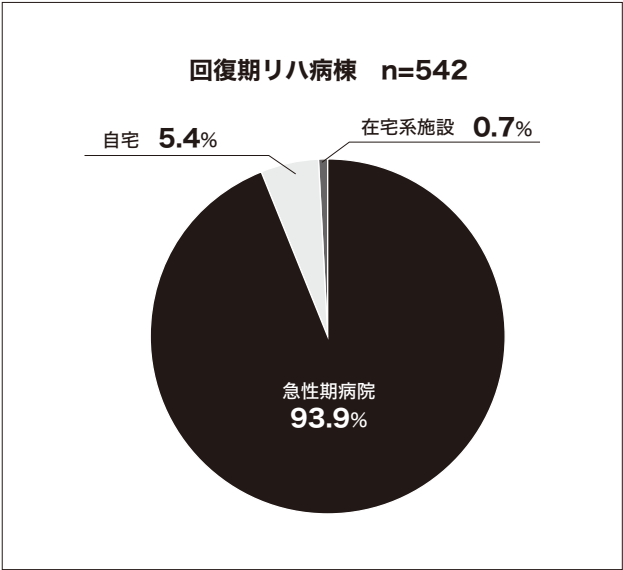
②臨床指標

	平成29年度	平成30年度	令和1年度
新入院患者数(共愛会)	827(80.6%)	888(78.2%)	889(80.0%)
新入院患者数(共愛会以外)	199(19.4%)	248(21.8%)	222(20.0%)
合計	1,026	1,136	1,111
延入院患者数	48,582	47,292	47,548
一日平均入院数	134.2	129.6	129.9
回復期病棟平均在院日数	59.3	50.9	51.7
回復期病棟平均利用率	89.6%	87.5%	85.6%
回復期病棟平均入院数	84.2	82.2	80.4
地域包括ケア病棟平均在院日数	46.0	39.4	43.2
地域包括ケア病棟平均利用率	89.0%	86.5%	89.8%
地域包括ケア病棟平均入院数	38.3	37.2	38.7
緩和ケア平均在院日数	24	17.2	18.3
緩和ケア平均利用率	62.6%	59.7%	63.1%
緩和ケア平均入院数	10.6	10.2	10.7
初診外来患者数	369	455	320
延外来患者数	24,563	26,640	25,610
1月平均外来患者数	2,047	2,220	2,134
1日平均外来患者数	84.0	91.2	87.7

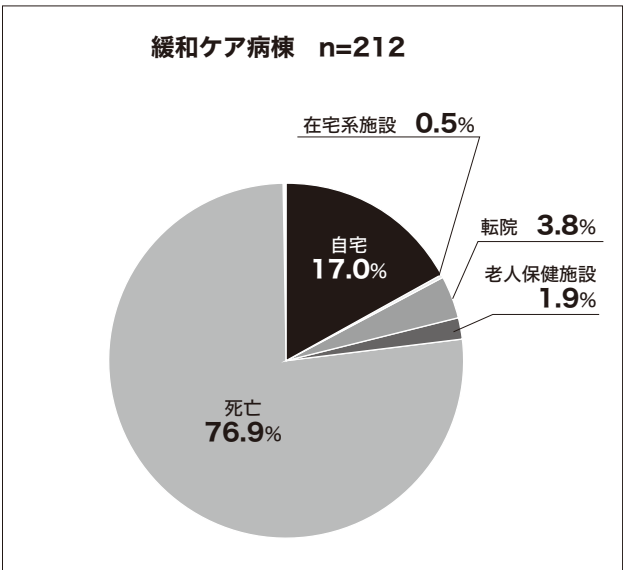
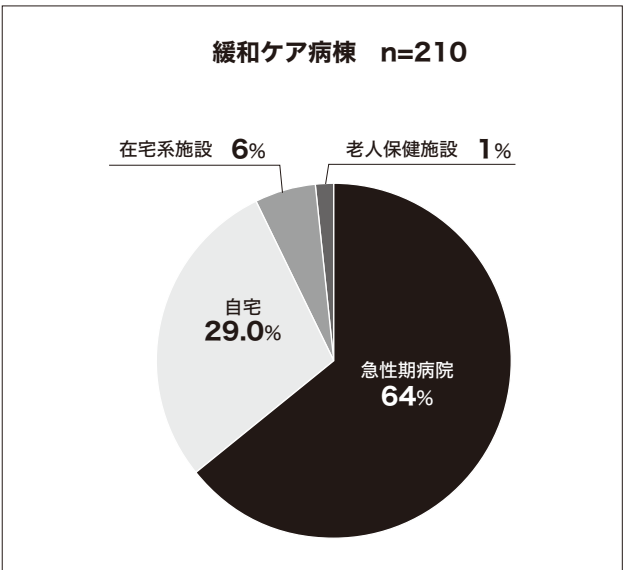
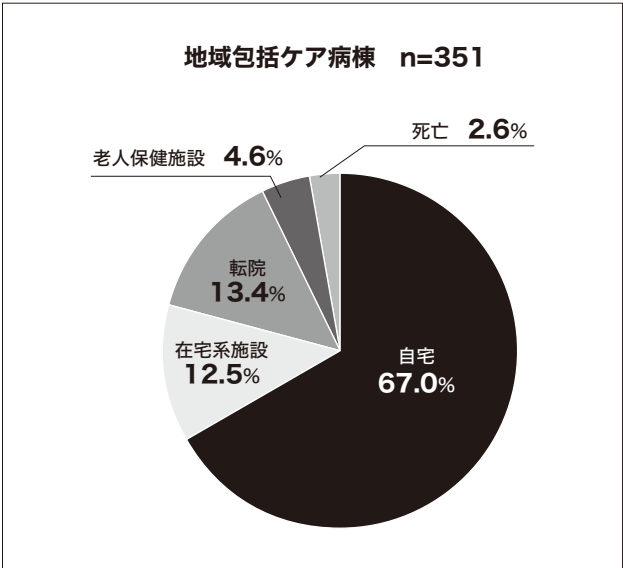
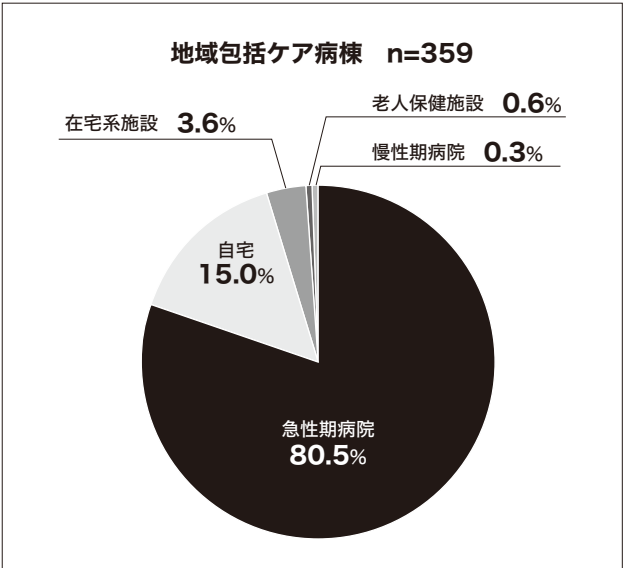
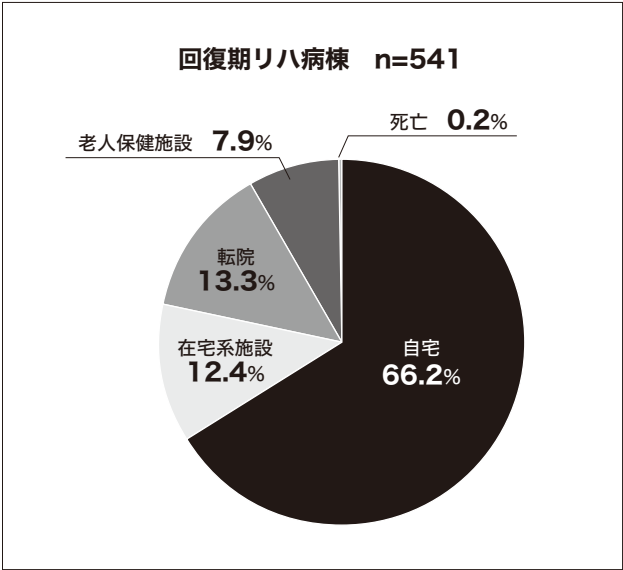
③臨床指標グラフ



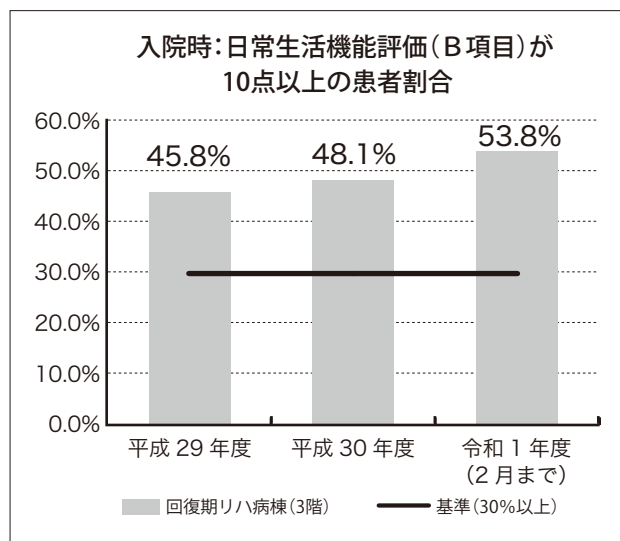
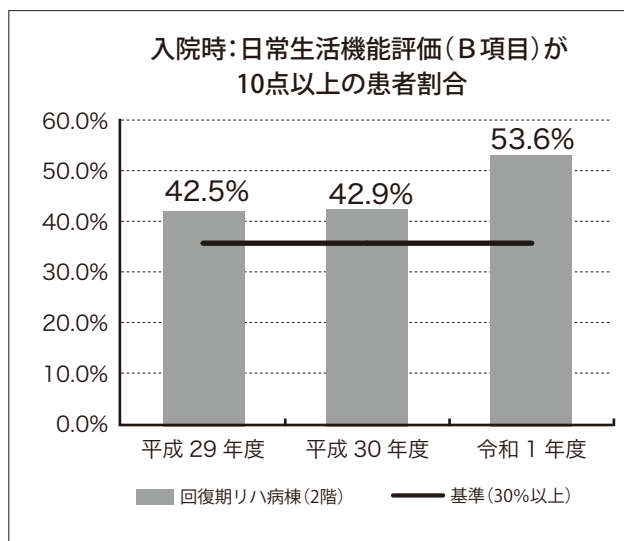
④入棟前の居場所



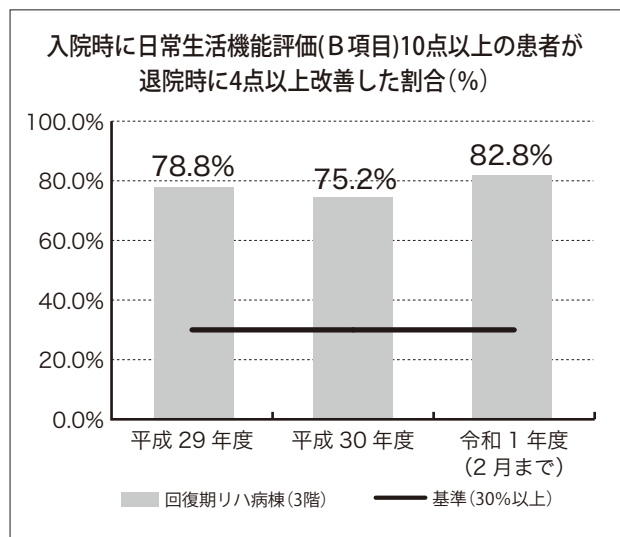
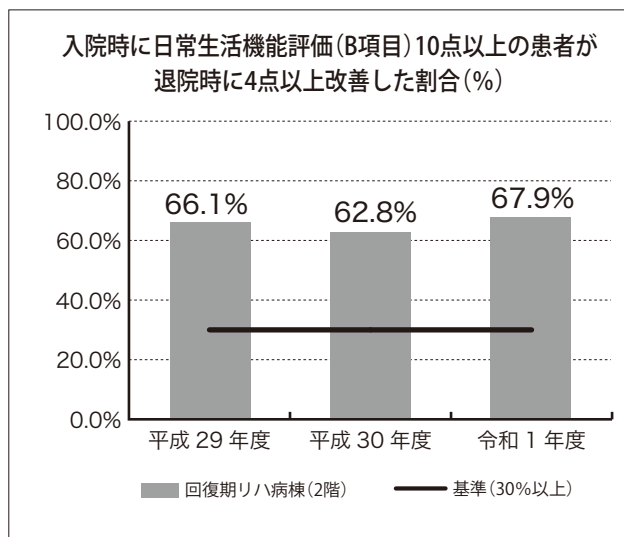
⑤退棟経路



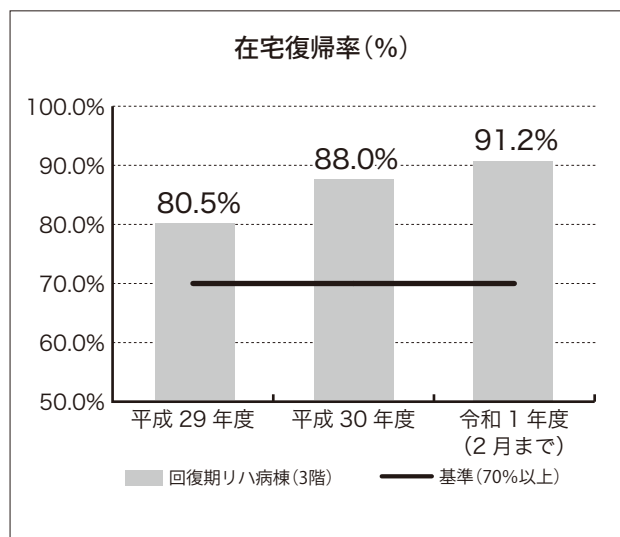
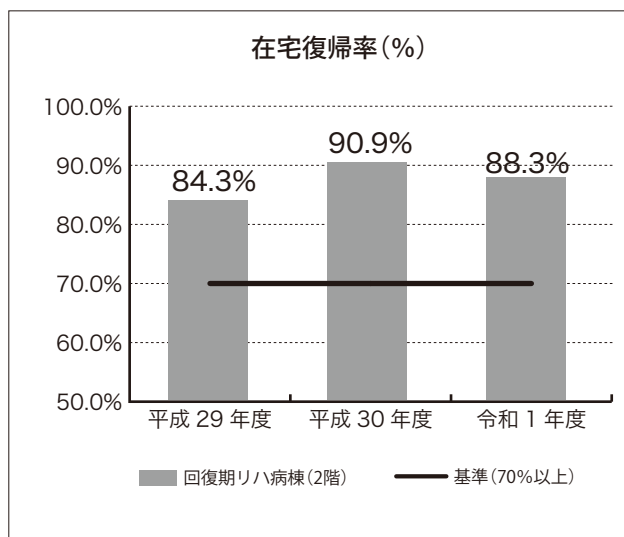
⑥回復期リハビリテーション病棟:入院時の日常生活機能評価(B項目)



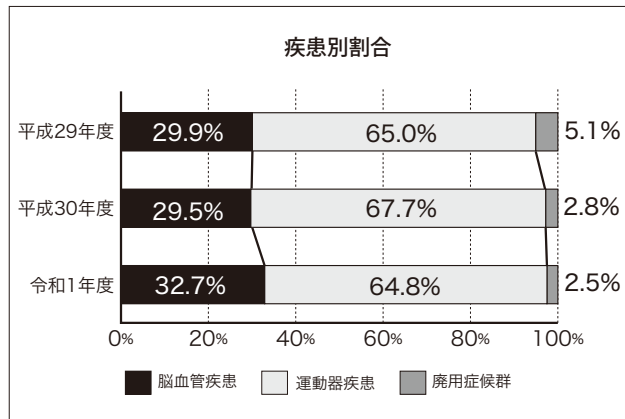
⑦回復期リハビリテーション病棟:入院時の日常生活機能評価(B項目)



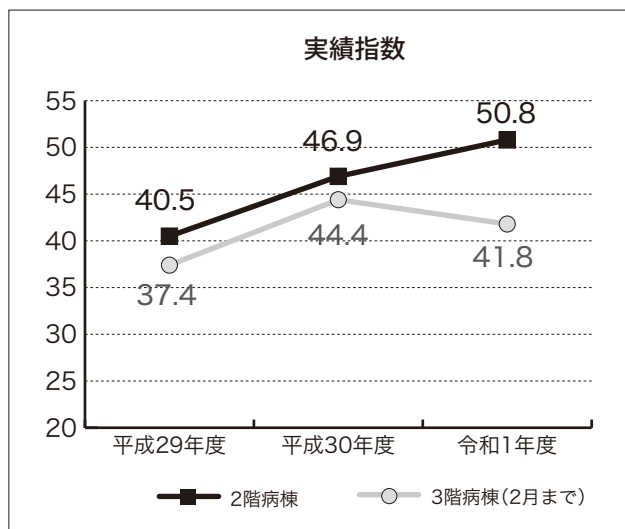
⑧回復期リハビリテーション病棟:在宅復帰率



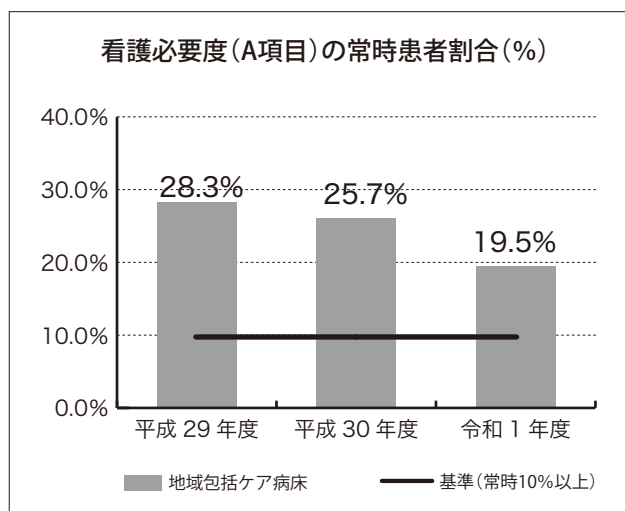
⑨回復期リハビリテーション病棟：疾患別割合



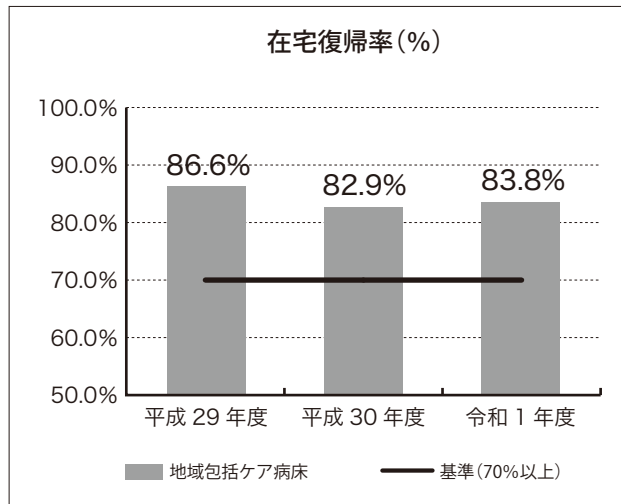
⑩回復期リハビリテーション病棟：実績指数



⑪地域包括ケア病棟：
看護必要度A項目の常時患者割合



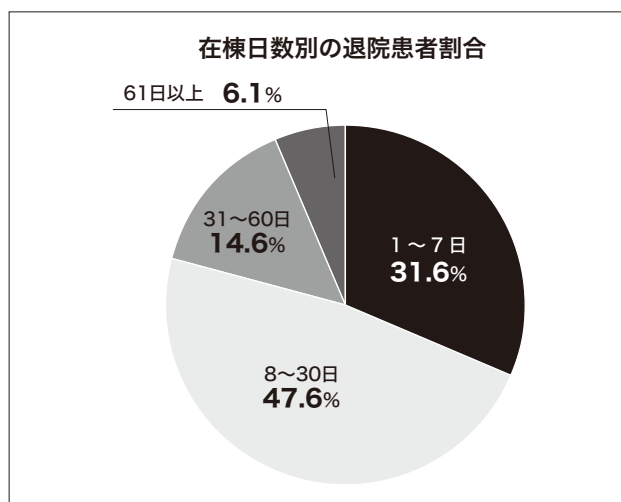
⑫地域包括ケア病棟：在宅復帰率



⑬緩和ケア病棟：臨床指標

	平成29年度	平成30年度	令和1年度
年間入院患者数	164	212	210
予約外入院割合	18.3%	16.5%	21.9%
年間在院患者延べ数	3878	3705	3917
年間退院患者数	166	212	212
年間死亡退院患者数	146	169	163
年間自宅退院患者数	16	39	41
年間転院退院患者数	1	4	8

令和1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	67	101	31	13
在棟日数別の死亡退院患者	60	79	17	7

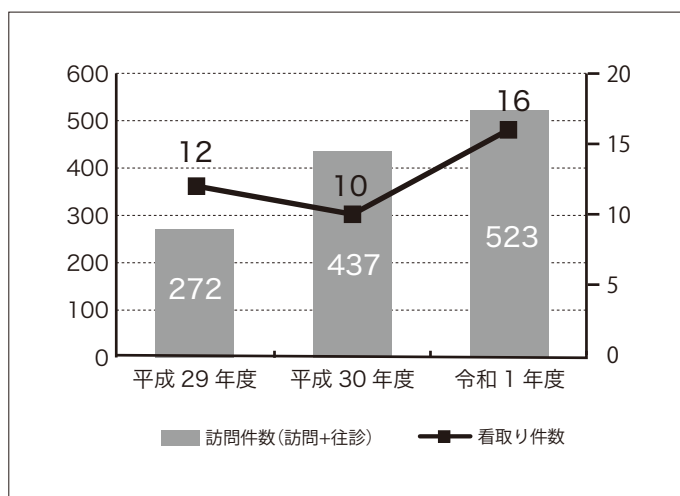


⑭訪問診療実績

令和1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	20	40	4	10	7
5月	20	32	2	7	3
6月	22	41	1	5	3
7月	22	39	3	11	11
8月	14	23	0	2	0
9月	20	37	0	6	3
10月	17	37	0	0	0
11月	17	31	1	3	2
12月	18	33	1	2	1
1月	24	46	1	3	1
2月	24	43	1	6	4
3月	27	54	2	12	9
年間	245	456	16	67	44

年度の推移

	平成29年度	平成30年度	令和1年度
訪問件数(訪問+往診)	272	437	523
看取り件数	12	10	16



学術業績（学会発表）

第54回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会【2019年6月15日】

演 題:がん起因した急性脊髄麻痺に対して早期放射線治療とHBO併用が有効と考えられた2例

演 者:後藤 陽次朗/戸畑リハビリテーション病院 臨床工学科

共同演者:甲斐雄多郎 灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

転移性骨腫瘍に起因する脊髄麻痺はがん患者の5~10%で生じる最もQOLを低下させる合併症の一つである。放射線緊急照射は進行性の運動麻痺を呈している場合に適応となり、麻痺回復のゴールデンタイムは24~48時間とされている。当院において高気圧酸素治療（以下HBO）は集学的治療の一端として放射線治療直前に実施しているが、脊髄麻痺に対する放射線治療とHBO併用に関する報告はない。今回、当院においてHBO併用症例に対し有効と考えられた2例を報告する。

【症例1】

26才男性、神経芽細胞腫にて2011年8月より放射線化学療法開始。2014年12月1日より歩行障害を認め、翌日当院緊急入院。MRI上でTh9に髄膜外腫瘍による脊髄圧迫を認めた。HBO連日7回を放射線治療（30Gy）直前に施行。治療導入時のADL評価であるBIは85点、治療開始後より下肢麻痺は改善し、翌日より歩行可能となった（HBO完遂後BIは100点）。

【症例2】

81才男性、前立腺癌にて2012年7月よりホルモン内分泌療法開始。2018年8月1日朝より下肢脱力認め、翌日当院紹介入院。Th8病変の脊柱管内進展による脊髄圧迫を認めた。HBO連日15回を放射線治療（38Gy）直前に施行。治療導入時BIは60点、下肢麻痺は開始2日後より改善、歩行可能となり紹介元帰院となった（HBO完遂後BIは90点）。

【考察】

脊髄圧迫による麻痺症状は時間とともに進行していくことから、速やかな対応が重要である。その中で放射線治療の効果は、腫瘍縮小に伴う圧迫解除にあり、HBOはその上での脊髄神経の虚血改善と放射線潜伏期間の橋渡し役となりうる。先行研究より、放射線治療単体での麻痺改善には通常1週間程度要するという報告があるため、本症例における早期改善はHBOが効果の一端を担った可能性がある。がん起因した急性脊髄麻痺に対する早期HBOの併用は、救命的な治療法として効果が期待できる。

第30回北部福岡NST研究会【2019年11月16日】

演 題:経鼻胃管チューブ事故抜去を契機として経口摂取が著しく改善した1症例

演 者:高木 里実/戸畑リハビリテーション病院 栄養科

共同演者:山本祐子¹⁾ 岩山さおり¹⁾ 尾畑友美²⁾ 堀正三³⁾ 中村智子⁴⁾ 阪本匡子⁴⁾ 浦岡早紀⁴⁾木村英一⁵⁾ 高橋陽子⁵⁾ 橋本光生⁶⁾ 剣持邦彦⁶⁾

1)戸畑リハビリテーション病院 栄養科、2)同 看護部、3)同 薬剤科、4)同 リハビリテーション科、5)同 内科、6)同 外科

【はじめに】

回復期での脳卒中後の栄養管理は、脳浮腫などが軽減しリハビリテーションが本格的に実施される時期であるため、適切な栄養ルートを選択を行い必要に応じた栄養量の投与が必要とされている。

今回、経管栄養から経口摂取移行に難渋した患者が、経鼻胃管チューブ事故抜去したことを契機に経口摂取が著しく改善した症例を経験したので報告する。

【症例】

80代男性。自宅で倒れた状態で発見。精査の結果、右被殻出血の診断となる。急性期病院にて保存的加療後、リハビリ加療目的で当院入院となる。

【経過】

前医からの継続で当院でも入院時から経鼻胃管栄養を行っており、経管栄養剤の調整や嚥下評価目的でNST介入し

たが、嘔吐や下痢が続いていた。また、直接訓練開始するも吃逆や腹部膨満感あり食思低下持続していたため経口摂取への移行に難渋。しかし、患者自ら経鼻胃管チューブを事故抜去し経口摂取量が増加した。その後全身状態安定し、施設退院となった。

【考察・まとめ】

経口摂取の移行へ向けて、早期から多職種での介入を行っていた事が予期せぬチューブ抜去後も誤嚥等なく安全に経口摂取へ移行できた事に繋がったと考える。

患者の状態・機能によっては経管栄養の早期離脱をすすめる事が患者の負担軽減となり、ADL向上に繋がる事も示唆された。

また、今後は経鼻胃管チューブの抜去基準を検討・作成する事が必要と考えられた。

日本メディカルダイエティシャン研究会(JMDS)2019【2019年11月16日】

演 題:1年間で体重30kg以上の減量に成功した高度肥満の1例

演 者:荒岡 和也／戸畑リハビリテーション病院 栄養科

共同演者:山本祐子¹⁾ 木村英一²⁾

1)戸畑リハビリテーション病院 栄養科、2)同 内科

【はじめに】

メタボリックドミノという言葉があるように肥満患者の増加は、動脈硬化疾患を始めとした様々な健康障害の原因となり、医学的だけではなく社会問題として認識されている。今回、入院から継続的に栄養指導介入し、高度肥満を改善した症例を経験したため報告する。

【症例】

35歳男性、職業：漫画家。入院時：身長177cm、体重116kg、BMI37.0kg/m²、IBW68.9kg。元来、腰痛があり、自転車エルゴメーターで運動後、腰痛増悪。体動困難な為、救急要請。疼痛軽減目的で同法人急性期病院入院加療。その後、疼痛軽減し自己にて体動可能となり、リハビリ目的で当院入院となった。入院後、栄養介入。退院後も患者自ら病棟担当管理栄養士へ栄養指導希望があり継続した。

【経過】

栄養提供量はエネルギー量25kcal/IBW、たんぱく質量1.0g/IBWで開始した。ベッドギャッチアップ制限あり、おにぎりやゼリー飲料などを活用し食事提供。その後、徐々に疼

痛改善し食事内容調整。入院期間中の食事・運動療法で約2か月間に体重8.2kg減量。退院後、外来栄養指導実施。職業を考慮した食事療法、継続的に精神的支援を行い、体重81.5kg、BMI26.0kg/m²まで改善した。

【結果】

入院時から栄養指導を行い、患者自ら外来栄養指導を希望され継続的に関わることが出来た。入院から外来までの期間約1年間で体重34.4kgの減量に成功し、QOL向上に繋げる事が出来た。

【考察】

定期的な病室訪問など密接に関わることで信頼関係を構築し、人間性や性格を見極め支援することで継続的に関わることが出来たと思われる。また、本来では3食決まった時間に食事をとる事が望ましいとされているが患者の背景(自営業：漫画家)、食生活スタイル(1日2食+間食)など考慮し、精神的支援や各々に合わせて対応することが重要であると考えらる。



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 7日		高橋 陽子	医局	日本耳鼻咽喉科学会 第17回日耳鼻嚙下障害講習会		東京都
	4月 7日		奥 史佳	医局	第5回福岡県安全運転医療連絡協議会		北九州市
	4月13日	4月14日	下河邊智久	医局	北九州市医師会役員研修		京都府
	4月18日	4月20日	橋本 光生	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月18日	4月20日	衛藤 隆一	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
	4月18日	4月20日	剣持 邦彦	医局	第119回日本外科学会定期学術集会		大阪府
【5月】	5月11日		橋本 光生	医局	第16回日本褥瘡学会九州・沖縄地方会学術集会		北九州市
	5月16日	5月18日	剣持 邦彦	医局	回復期リハビリテーション病棟協会2019年度定時社員総会及び記念講演会、第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会		①東京都 ②京都府
	5月17日	5月19日	後藤陽次朗	臨床工学科	第29回日本臨床工学会	座長	岩手県
	5月22日	5月24日	落合 秀夫	医局	第92回日本産業衛生学会		愛知県
	5月25日		下河邊智久	医局	第97回北九州久留米二外科会学術講演会		北九州市
【6月】	5月30日	6月 1日	入江 将之	医局	日本麻酔科学会 第66回学術集会		兵庫県
	5月31日		吉光 美咲	事務	病院・施設の事務一般職研修		北九州市
	6月 8日	6月 9日	落合 秀夫	医局	エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座		福岡市
	6月12日	6月13日	光安 勇太	リハビリ科	第56回日本リハビリテーション医学会学術集会		兵庫県
	6月12日	6月13日	藤田 晃平	リハビリ科	第56回日本リハビリテーション医学会学術集会		兵庫県
	6月12日	6月16日	奥 史佳	医局	第56回日本リハビリテーション医学会学術集会		兵庫県
	6月14日	6月16日	大坊 昌代	リハビリ科	第56回日本リハビリテーション医学会学術集会		兵庫県
	6月14日	6月16日	後藤陽次朗	臨床工学科	第16回日本臨床高気圧酸素・潜水医学会 第54回日本高気圧環境潜水医学会合同学術総会2019	演者	東京都
	6月14日	6月16日	酒見 美幸	医局	第56回日本リハビリテーション医学会学術集会		兵庫県
	6月21日	6月22日	伊東 威	医局	第24回日本緩和医療学会学術大会		神奈川県
	6月21日	6月22日	衛藤 隆一	医局	第24回日本緩和医療学会学術大会		神奈川県
	6月22日	6月23日	伊藤 祐美	リハビリ科	第1回九州作業療法学会	演者	北九州市
	6月22日	6月23日	清原 優里	リハビリ科	第1回九州作業療法学会	演者	北九州市
	6月22日	6月23日	藤田 朱音	リハビリ科	第1回九州作業療法学会		北九州市
	6月26日		剣持 邦彦	医局	第41回北九州リハビリテーション医会		北九州市
【7月】	7月 6日		入江 将之	医局	第32回日本疼痛漢方研究会学術集会		東京都
	7月 6日		衛藤 隆一	医局	日本死の臨床研究大会九州支部 第10回介護職のための 看取りワークショップ2019年度支部総会・第45回研究集会	座長	北九州市
	7月 6日		落合 秀夫	医局	日本死の臨床研究大会九州支部 第10回介護職のための 看取りワークショップ2019年度支部総会・第45回研究集会		北九州市
	7月 6日		島 一郎	医局	日本死の臨床研究大会九州支部 第10回介護職のための 看取りワークショップ2019年度支部総会・第45回研究集会		北九州市
	7月15日		伊東 威	医局	せん妄の予防・早期発と薬物療法の基礎と応用セミナー		東京都
	7月15日		衛藤 隆一	医局	せん妄の予防・早期発と薬物療法の基礎と応用セミナー		東京都
	7月18日	7月20日	剣持 邦彦	医局	第21回日本医療マネジメント学会学術総会	座長	愛知県
	7月18日	7月20日	入江 将之	医局	日本ペインクリニック学会 第53回大会		熊本県
	7月18日	7月19日	衛藤 隆一	医局	第74回日本消化器外科学会総会		東京都
	7月21日		久保 貴照	リハビリ科	2019年度 もしバナ・マイスタープログラム		東京都
	7月25日		下河邊智久	医局	戸畑外科会		北九州市
	7月25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26日	7月27日	木村 英一	医局	①地域包括ケア病棟協会 第1回定時社員総会 ②第5回地域包括ケア病棟研究大会		東京都
	7月26日	7月27日	平田 陽子	看護部	第5回 地域包括ケア病棟研究大会		東京都

	自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
【8月】	7月26日	7月27日	古海 賢人	リハビリ科	第5回 地域包括ケア病棟研究大会		東京都
	7月26日	7月27日	桑名 優輝	リハビリ科	第5回 地域包括ケア病棟研究大会		東京都
	7月28日	8月 4日	下河邊智久	医局	アメリカ病院事情視察		アメリカ
	7月31日	8月 3日	剣持 邦彦	医局	第69回日本病院学会		北海道
	8月10日		剣持 邦彦	医局	医療事故・紛争対応研究会 九州・沖縄セミナー2019		福岡市
【9月】	8月10日		落合 秀夫	医局	医療事故・紛争対応研究会 九州・沖縄セミナー2109		福岡市
	8月31日	9月 1日	落合 秀夫	医局	2019年度第2回 認知症サポート医養成研修		福岡市
	9月 4日	9月 6日	山村 正恵	看護部	看護管理研修 看護職副院長・看護部長 経営管理コース ～病院のマネジメントから看護を捉えるために～		東京都
	9月 5日	9月 8日	中村 智子	リハビリ科	第25回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会	演者	新潟県
	9月 5日	9月 8日	末田 奈生	看護部	第25回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会	演者	新潟県
【10月】	9月 7日	9月 8日	奥 史佳	医局	第46回日本リハビリテーション医学会九州地方会		熊本県
	9月13日	9月14日	入江 将之	医局	第27会日本腰痛学会		兵庫県
	9月19日	9月21日	剣持 邦彦	医局	日本医療マネジメント学会 第18回九州・山口連合大会	座長	宮崎県
	9月27日	9月29日	橋本 光生	医局	2019年度 第18回 回復期リハ病棟専従医師研修会		東京都
	9月30日		剣持 邦彦	医局	令和元年度第1回ハートフル研修会		福岡市
	10月 5日		入江 将之	医局	第15回神経ブロック手技シンポジウム		大阪府
	10月 5日		作田加代子	看護部	2019年ノーリフトケア コーディネーター～ベーシック養成講座～		福岡市
	10月 5日		久原 尚美	看護部	2019年ノーリフトケア コーディネーター～ベーシック養成講座～		福岡市
	10月 6日		久原 尚美	看護部	2019年ノーリフトケア コーディネーター～ベーシック養成講座～		福岡市
	10月 6日		作田加代子	看護部	2019年ノーリフトケア コーディネーター～ベーシック養成講座～		福岡市
【11月】	10月11日	10月12日	衛藤 隆一	医局	第32回日本サイコオンコロジー学会総会		東京都
	10月13日	10月14日	下河邊智久	医局	令和元年度社会医療法人トップマネジメント研修		東京都
	10月19日		剣持 邦彦	医局	第1回日本フットケア・足病医学会 九州・沖縄地方会 学術集会		福岡市
	10月19日		奥 史佳	医局	第5回福岡県安全運転医療連絡協議会		福岡県
	10月20日		堀 正三	薬剤科	2019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
	10月25日		剣持 邦彦	医局	福岡県私設病院協会「10月研修会」		福岡市
	10月25日	10月26日	衛藤 隆一	医局	第57回日本癌治療学会学術集会		福岡市
	10月25日	10月26日	坂本 宗一郎	リハビリ科	第57回日本糖尿病学会九州地方会		佐賀県
	10月27日		木村 英一	医局	2019年度第5階看護師特定行為研修指導者講習会		福岡市
	11月 3日	11月 4日	衛藤 隆一	医局	第43回日本死の臨床研究会年次大会		兵庫県
	11月 6日	11月 9日	入江 将之	医局	日本臨床麻酔学会第39回大会		長野県
	11月 8日	11月11日	原田 直樹	リハビリ科	第6回日本サルコペニアフレイル学会	演者	新潟県
	11月 8日	11月10日	木村 英一	医局	第6回日本サルコペニアフレイル学会		新潟県
	11月 9日		剣持 邦彦	医局	福岡県私設病院協会「11月研修会」		福岡市
	11月 9日	11月11日	山村 正恵	看護部	令和元年度九州・沖縄ブロックDMAT実働訓練		宮崎県
	11月 9日	11月10日	中川 理恵	事務	日本医師事務作業補助研究会第9回全国大会		福岡市
	11月10日		田崎 道明	法人本部	病院経営セミナー これからの病院経営とガバナンス～誰のための監査か		東京都
	11月16日		高木 里実	栄養科	第30回北部福岡NST研究会	演者	北九州市
	11月16日	11月17日	荒岡 和也	栄養科	JMDS(日本メディカルダイエティシアン研究会)2019 in 高知	演者	高知県
	11月17日		下河邊智久	医局	日本がん登録協議会シンポジウム2019 がん統計の活用と未来		東京都

	自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
【12月】	11月20日	11月22日	坂本 祐子	リハビリ科	リハビリテーション・ケア合同研究大会 金沢 2019	演者	石川県
	11月23日		久原 尚美	看護部	2019年ノーリフトケア コーディネーター～ベーシック養成講座～		福岡市
	11月23日		作田 加代子	看護部	2019年ノーリフトケア コーディネーター～ベーシック養成講座～		福岡市
	11月24日		落合 秀夫	医局	第1回かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修		福岡市
	11月28日	11月30日	剣持 邦彦	医局	第14回医療の質・安全学会学術集会		京都府
	11月28日	11月30日	後藤陽次朗	臨床工学科	第14回医療の質・安全学会学術集会		京都府
	11月30日		下河邊智久	医局	第98回北九州久留米二外科会学術講演会		北九州市
	11月30日		伊東 威	医局	日本緩和医療学会 第3回研修指導者講習会		大阪府
	12月 2日		剣持 邦彦	医局	令和元年度かかりつけ医心の健康対応力向上研修		福岡市
	12月13日	12月14日	白倉 由佳	看護部	日本緩和医療学会第2回九州支部学術大会	演者	長崎県
	12月13日	12月14日	川上 理恵	看護部	日本緩和医療学会第2回九州支部学術大会		長崎県
	12月14日		衛藤 隆一	医局	日本緩和医療学会第2回九州支部学術大会		長崎県
【1月】	12月17日		剣持 邦彦	医局	令和元年度かかりつけ医心の健康対応力向上研修		福岡市
	12月21日		剣持 邦彦	医局	回復期リハビリテーション病棟協会・地域包括ケア病棟協会合同シンポジウム		東京都
	1月11日		伊東 威	医局	第28回日本緩和医療学会教育セミナー		福岡市
	1月11日		落合 秀夫	医局	第28回日本緩和医療学会教育セミナー		福岡市
	1月17日	1月18日	剣持 邦彦	医局	①第20回日本クリニカルパス学会学術集会 ②令和2年1月福岡県私設病院協会「合同講演会」		①熊本県 ②福岡市
	1月18日	1月19日	一木 啓汰	リハビリ科	第9回日本語聴覚士協会九州地区学術集会長崎大会	演者	長崎県
	1月22日	1月23日	上野砂恵子	看護部	令和元年度院内感染対策講習会		長崎県
	1月23日	1月24日	伊東 威	医局	第38回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会		東京都
	1月26日		酒見 美幸	医局	難病指定医・協力難病指定医研修会		福岡市
	1月31日	2月 1日	伊東 威	医局	第16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13日	2月14日	剣持 邦彦	医局	第53回日本痛風・尿酸核酸学会総会		北九州市
	2月13日	2月14日	奥 史佳	医局	第53回日本痛風・尿酸核酸学会総会		北九州市
【2月】	2月29日		剣持 邦彦	医局	福岡県私設病院協会「2月研修会」		福岡市

令和元年度 戸畑リハビリテーション病院 活動報告

- 健康フェア 【開催日】 令和1年5月18日(土)
【テーマ】「緩和ケアについて正しく知ろう!」
【特別講演】
「緩和ケアについて正しく知ろう」 緩和ケア部長 衛藤 隆一
「緩和ケアでのリハビリテーション」 リハビリテーション科 作業療法士 土屋 龍也
- 夏祭り 【開催日】 令和1年8月17日(土)
【内 容】 山笠演奏、喫茶特別メニュー提供、くじ引き、ヨーヨー釣り、綿菓子などの出店
- クリスマス会 【開催日】 令和1年12月20日(金)
【内 容】 ハンドベル演奏、クリスマス作品作り
- 地域緩和ケア研修会
【開催日】 令和1年10月18日(金)
【研修内容】
「緩和ケア病棟での栄養ケア～患者への食事への想いと向き合って～」
管理栄養士 山本 祐子
「人生会議って何だろう?～もしバナゲームを体験してみよう!～」
緩和ケア病棟医師 伊東 威 / 理学療法士 久保 貴照
- 緩和ケア病棟の遺族会(名称:「きずなの会」)
【開催日】 第9回遺族会 令和1年7月13日(土)
第10回遺族会 令和1年11月2日(土)
【内 容】 アロマ・ハンドマッサージ、フリートーク
- とばた健康教室
【開催日】 令和1年5月、6月、9月、10月の毎週金曜日
【内 容】 運動、栄養、口腔、認知機能、骨粗鬆症についての講義、運動指導、体力測定
- 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】 11月26日(火)、28日(木)、29日(金)、12月5日(木)、6日(金)
- 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31年 4月 5日	久保 貴照 新井 友美 大森 岳 村田 武治	リハビリテ ーション科	指定場所にて	北九州市すこやか住宅改造 事業派遣者 H31.4.1～R2.3.31までの1年間	公社)福岡県理学療法士会
令和 1年 6月 2日	一木 啓太 門司 りさ	リハビリテ ーション科	子育てふれあい 交流プラザ	デンタルフェア2019in北九州	一般社団法人北九州市歯科医 師会
令和 1年 6月14日	伊東 威	医局	永明寺	第1回縁起でもない話をしよう会	浄土真宗本願寺派永明寺
令和 1年 6月 1日	中村 智子 神代 美里 坂本宗一郎	リハビリテ ーション科	指定場所にて	福岡県在宅支援派遣者 H31.4.1～R2.3.31までの1年間	福岡県

日時	氏名	所属	場所	内容	主催
令和 1年 7月31日	堀 正三	薬剤科	戸畑生涯学習センター	第3回戸畑薬剤師会研修会	一般社団法人戸畑薬剤師会
令和 1年 9月20日	剣持 邦彦	医局	宮崎県シーガイアコンベンションセンター	日本医療マネジメント学会 第18回九州・山口大会座長	日本医療マネジメント学会
令和 1年 5月17日	後藤陽次朗	臨床工学科	岩手県盛岡市	第29回日本臨床工学士学会 座長	臨床工学士会
令和 1年11月 2日	堀 正三	薬剤	ウェル戸畑	お薬フェア	一般社団法人戸畑薬剤師会
令和 2年 1月19日	衛藤 隆一	医局	JCHO九州病院	R1年度第1回 医療介護従事者研修会 座長・司会	八幡医師会・八幡在宅医療・ 介護連携支援センター
令和 2年 1月28日	原田 直樹	リハビリテーション科	北九州市立 沢見市民センター	秋・冬講座 「さわみ彩和野花講座」 フレイルチェックと 体幹トレーニング	北九州市立沢見市民センター
令和 2年 2月 2日	後藤陽次朗	臨床工学科	アイティーアイ 福岡研修センター	R1年度医療機器管理・ 手術室関連委員会 教育セミナー	一般社団法人 福岡県臨床工学技士会
令和 2年 2月21日	大坊 昌代	リハビリテーション科	北九州市総合 保健福祉センター	高齢者排泄ケア研修会 「排泄ケアのこれから、 取り組み事例に学ぶ」	北九州市立介護実習・ 普及センター 「福祉用具プラザ北九州」
令和 2年 3月 3日	大森 岳	リハビリテーション科	ウェル戸畑	第46回地域リハビリテーション ケース会議講師	北九州市保健福祉局 地域リハビリテーション課

令和元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 基礎実習	19名
	戸畑看護専門学校 統合実習	9名
	美萩野保健衛生学院 臨地実習	28名
地域連携室	福岡県立大学	1名
事務部	専門学校 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 小倉校	2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 下河邊 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、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。

2019年度年報(R1年度)

施設長 下河邊 勝世



2019年度は介護保険改定より2年目の年となった。老健機能の指標として、10項目を点数化（在宅復帰・在宅療養支援等指標ポイント）し、その合計点により、5つの類型に分けられている。70点以上が最高ランクの“超強化型”であるが、2018年7月から超強化型を維持できている。今年度は71点～84点（平均77.1点）で推移した。年度を通して、超強化型を維持することができたことは、今年度の最も大きな成果であり、各部署の努力と連携の賜物と言える。老健の在宅復帰・支援機能を強化するものとして、日曜日のリハビリ実施、短期集中リハビリ・認知症短期集中リハビリの対象者を増やすことができた。

また、緊急ショートステイの受け入れも積極的に行った。通所においては、社会参加支援加算の取得に努めた。

利用状況の一部を以下に紹介する。①ベッド稼働率（平均在所者数）88.9%、前年度より低下している。②平均要介護度3.15点／5点、前年と変わらないが、介護保険認定審査が厳しくなっており、実態として要介護量は増えている。③平均在所日数246.2日（ショートステイ除く）、56.5日（ショートステイ含む）。④在宅復帰率43.0%、例年通り冬季の復帰率は低い。⑤通所利用率（平均通所者数）84.1%（全日）94.5%（平日のみ）。（その他詳細は別表を参照。）

老健で可能なサービス向上の一環として、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の推進に努めた。平均年齢88歳と高く、重度の心不全、腎不全、認知症や癌を患っておられる方も多く、人生の終末に近

い日々をどう充実させて過ごすかは、ご本人やご家族にとって大きな問題である。個々人によって、これまでの生活・病状・家族関係などそれぞれに異なり、難しい面も多々あるが、ある程度統一した対応を模索し、“私の望み”という小冊子作製を試みた。可能な方に対しては、不完全な形でもACPの考え方に沿った対応に努めた。これは是非、次年度も活動を発展させなければならない重要な課題である。

できるだけ心地よく施設での生活を楽しんでいただきたいとの思いで、毎年各種の取り組みを行っているが、今年度、栄養科は食環境の改善に取り組んだ。食欲の湧くBGMということで、昼食時間、モーツァルトの作品を中心に流した。また、行事食や郷土料理の工夫に努め、提供時に由来などの説明を全館放送で行い、食を通して生活の活性化を図った。

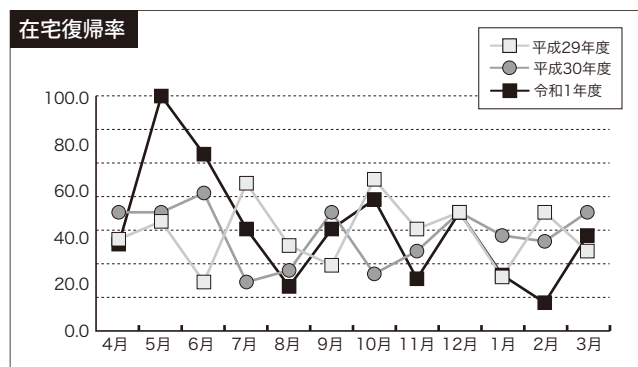
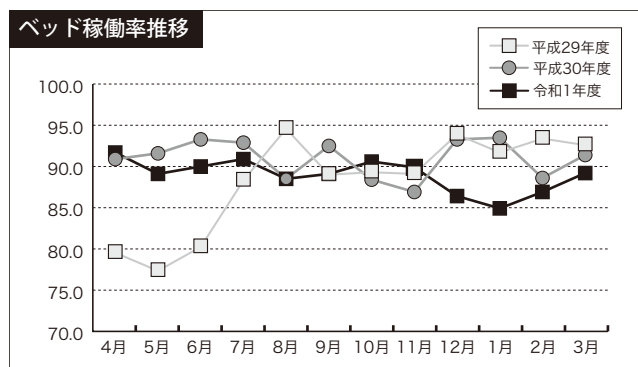
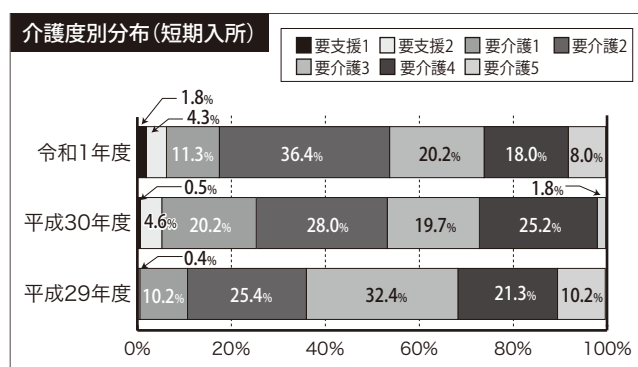
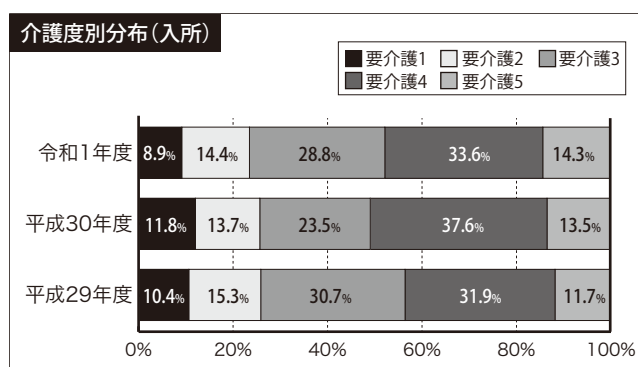
地域支援事業については、地域事業所のケアマネージャー対象に研修会を開催した（12月：自立支援の考え方と具体的な支援方法 講師：都甲副主任）。3月にも予定をしていたが、新型コロナウイルス感染症のため中止となった。

働き方改革への取り組みの一つとして、“業務改善委員会”を設置し、アンケート調査などを行い、職場環境改善を図った。

今年度末には、新型コロナウイルス感染症の影響がじわじわと広がり、今後どのように変わっていくのか予断を許さない状況になっているが、老健の地域社会での役割を再認識し、地域の皆様に喜ばれ、必要とされる施設でありたいと願っている。

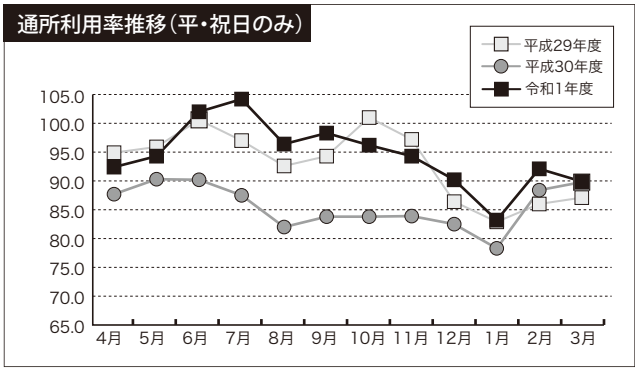
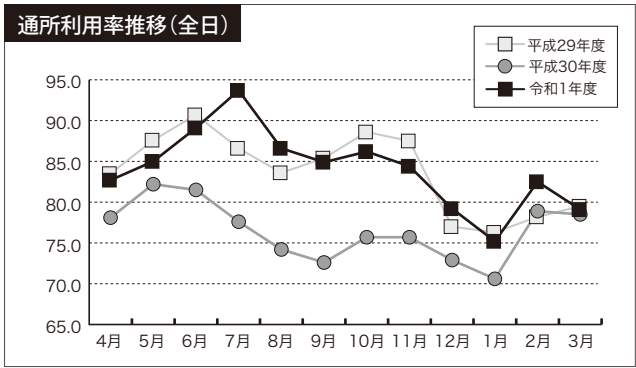
令和1年度 利用状況

	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	9	12	2,605	37	36	145	2,750	248.1	6.1	58.5	87.9	3.063	91.7	36.3
5月	11	11	2,603	41	42	160	2,763	236.6	6.3	52.6	87.3	3.092	89.1	100.0
6月	10	9	2,542	40	36	158	2,700	267.6	6.2	56.8	87.3	3.127	90.0	75.0
7月	9	9	2,676	44	47	143	2,819	297.3	6.3	51.7	87.3	3.171	90.9	42.8
8月	9	11	2,616	38	38	129	2,745	261.6	6.2	57.2	86.8	3.265	88.5	18.1
9月	9	7	2,544	37	36	129	2,673	318.0	6.1	60.1	88.7	3.233	89.1	42.8
10月	9	9	2,678	35	38	131	2,809	297.6	6.3	61.7	86.7	3.141	90.6	55.5
11月	11	15	2,563	42	38	134	2,697	197.2	6.4	50.9	89.9	3.139	89.9	21.4
12月	13	12	2,541	36	35	137	2,678	203.3	6.6	55.8	87.1	3.076	86.4	50.0
1月	17	16	2,536	34	36	95	2,631	153.7	5.0	51.1	87.1	3.146	84.9	23.0
2月	11	10	2,427	29	32	93	2,520	231.1	6.0	61.5	86.9	3.189	86.9	11.1
3月	10	12	2,664	36	35	101	2,765	242.2	6.0	59.5	87.3	3.168	89.2	40.0
年間	128	133	30,995	449	449	1,555	32,550	246.2	6.1	56.5	87.5	3.151	88.9	43.0
	(人)	(人)	(件)	(人)	(人)	(件)	(件)	(日)	(日)	(日)	(歳)		(%)	(%)



令和1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	175	818	993	33.1	36.9	82.7	92.4
5月	31	201	853	1,054	34.0	37.7	85.0	94.3
6月	30	207	862	1,069	35.6	40.8	89.1	102.0
7月	31	225	938	1,163	37.5	41.7	93.7	104.2
8月	31	197	878	1,075	34.5	38.6	86.6	96.4
9月	30	208	811	1,019	34.0	39.3	84.9	98.3
10月	31	214	856	1,070	34.5	38.5	86.2	96.2
11月	30	219	794	1,013	33.8	37.7	84.4	94.3
12月	31	206	776	982	31.7	36.1	79.2	90.2
1月	31	196	737	933	30.1	33.3	75.2	83.2
2月	29	210	747	957	33.0	36.8	82.5	92.1
3月	31	212	769	981	31.6	35.9	79.1	89.9
年間	366	2,470	9,839	12,309	33.6	37.8	84.1	94.5
	(日)	(件)	(件)	(件)	(人)	(人)	(%)	(%)



令和1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	670	27	55	82	88	24	0	29
5月	582	45	83	97	90	22	0	31
6月	556	65	79	105	93	24	0	33
7月	623	106	86	94	91	24	0	34
8月	546	72	64	71	90	22	0	32
9月	456	64	67	21	88	22	0	34
10月	516	86	77	17	83	21	0	34
11月	509	81	81	13	85	19	0	35
12月	528	57	68	22	80	21	0	36
1月	437	25	56	29	84	21	0	36
2月	462	24	50	34	84	19	0	34
3月	580	61	61	55	82	19	0	32
年間	6,465	713	827	640	1,038	258	0	400
	(件)	(件)	(件)	(件)	(人)	(人)	(人)	(件)

学会発表等

学 会 名	演 題 名	発 表 者
第30回 全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	キラリハット ～素敵なおところを見つけよう～	介護福祉士 諸隈絵理奈
第30回 全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	趣味活動で生活に楽しみを ～菜園活動を通したご利用者との関わり～	介護福祉士 立山 智子
第30回 全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	口から食べる楽しみをいつまでも ～経口維持加算を導入して～	管理栄養士 田代 綾子
第30回 全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	超強化型算定に向けた取り組みと課題	社会福祉士 松田 勇志
リハビリテーション・ケア合同研究大会 金沢2019	これがわたしの生きる道 ～生きがいのある毎日を送るために明確な目標を共有する 大切さ～	作業療法士 杉本 淳子
リハビリテーション・ケア合同研究大会 金沢2019	日めくりカレンダーを使った服薬管理 ～多職種連携により管理が定着した症例～	作業療法士 田中 菜実

講師派遣等

日 付	部 署	氏 名	講演名	場 所
2019年 5月19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」	福 岡 市
2019年 5月21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」	東 京 都
2019年 6月20日	リハビリ科	都甲 幹太	山口県介護支援専門員協会「施設における老衰終末期の支援 研修会」	山 口 市
2019年 7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 書き方研修会」	福 岡 市
2019年 8月 4日	リハビリ科	都甲 幹太	日本作業療法士協会 重点課題研修「MTDLPを活用した作業療法教育」	東 京 都
2019年 8月18日	リハビリ科	都甲 幹太	福岡県作業療法協会「MTDLP 基礎研修」	福 岡 市
2019年 9月11日	リハビリ科	都甲 幹太	戸畑区 ケアマネ・リハ連絡協議会 合同研修会	北九州市
2019年 9月15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 10月 6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」	大 阪 市
2019年 10月 9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
2019年 10月27日	リハビリ科	都甲 幹太	福岡県作業療法協会「MTDLP 基礎研修」	福 岡 市
2019年 12月 1日	リハビリ科	都甲 幹太	厚生労働省指定 令和2年度 臨床実習指導者講習会	北九州市
2019年 12月 4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 12月 7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「MTDLPを用いた実習の進め方」	広 島 市
2020年 1月19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
2020年 2月18日	リハビリ科	都甲 幹太	広島大学 臨床実習指導者会議研修会	広 島 市

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(ショートステイ)
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)

圖 織組

H30.05.01 改定



学術業績（学会発表）

リハビリテーション・ケア合同研究大会 金沢2019【2019年11月21日】

演 題:これがわたしの生きる道～生きがいのある毎日を送るために明確な目標を共有する大切さ～

演 者:杉本 淳子／あやめの里 リハビリ科 作業療法士

【はじめに】

生活行為目標が定まらないままデイケアを利用開始した場合、目標達成基準が曖昧になり「デイケアに通い状態を維持すること」が目標にすり替わることがある。面接を重ねて明確な目標の合意形成ができ目標達成までの円滑な支援を行えたため報告する。

【症例紹介と経過・結果】

- ①A氏:80歳代前半の女性、要介護1、独居。歩行安定を目的にデイケア利用開始。面接にて自宅のリフォームでIHコンロになって以来調理を行っていないことが分かり、IHの使い方指導と環境調整を行い調理を再開。
- ②B氏:80歳代前半の女性、要介護1、息子と同居。歩行安定が当初の目的。圧迫骨折で入院して以来買い物と調理を息子に任せていることが分かり、スーパーまでの歩行と買

い物動作の確認を行い買い物・調理を再開。

- ③C氏:90歳代前半の男性、要支援1、妻と同居。生活習慣の維持が当初の目的。写真を撮るための遠出が趣味で3年前にバスを降りる際転倒して以来行っていないことが分かり、バスの利用動作とカメラ操作の確認を行い外出を再開。

【考察】

面接を積み重ねて目標を明確にしたことで、模擬練習や実際場面の確認など個別的関わりを円滑に行うことができた役割や余暇活動再開に繋がったと考える。利用前より明確な目標を合意形成することが理想だが、ラポール形成後や実際場面での気づきから得られる情報も多いため必要に応じて面接と情報共有を行い、他職種と連携して支援する必要がある。

リハビリテーション・ケア合同研究大会 金沢2019【2019年11月21日】

演 題:日めくりカレンダーを使った服薬管理～多職種連携により管理が定着した症例～

演 者:田中 菜実／あやめの里 リハビリ科 作業療法士

【はじめに】

今回、第三腰椎椎体骨折による入院加療後に在宅での生活を再開したが内服の自己管理が困難となり老人保健施設に入所したA氏を担当した。再び在宅での生活が行えるよう本人やご家族、施設スタッフと服薬管理の定着に向けた取り組みを紹介する。

【症例】

80代女性。要介護1、サービス未利用。同居家族は仕事のため夜まで1人で過ごしている。入院前より服薬管理は本人が行っていたが飲みすぎ、飲み忘れがあった。

【経過・結果】

入所時は朝、夕に服薬をしていたが薬の一包化を医師、看護師に提案し、朝のみに調整をした。

1週間用の服薬カレンダーを導入すると、多くの薬がセッ

ティングされている状態では混乱し管理が行えなかった。A氏との関わりの中で、デジタル時計やカレンダーを見て日付の確認が可能であることが分かり、日めくりカレンダーとデジタル時計で日付を照らし合わせる管理を試みると、1日分の薬のみが見えるようになったことで混乱なく管理が出来た。また退所前訪問時に、カレンダーとデジタル時計の設置場所を提案したことで在宅復帰後も管理が可能となった。

【考察】

本人の残存機能を見極め様々な方法を試みることでA氏に可能な管理方法を検討することが出来た。また多職種と情報共有や、連携を行いながら定期的な現状報告をご家族に行ったことで管理方法や支援のイメージを持って頂き、スムーズな在宅復帰に繋がったと考える。

学会等・出張先一覧

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
6月 6日	6月 8日	下河邊勝世	施設長	第31回日本老年学会総会(合同大会)		宮城県
6月22日	6月23日	田中 菜実	リハビリ科	第1回九州作業療法学会		北九州市
6月22日	6月23日	大平 麻央	リハビリ科	第1回九州作業療法学会		北九州市
11月 7日	11月 9日	下河邊勝世	施設長	第38回日本認知症学会学術集会		東京都
11月20日	11月22日	下河邊勝世	施設長	令和元年度公益社団法人全国老人保健施設協会表彰、第30回全国老人保健施設記念大会		大分県
11月20日	11月22日	松田 勇志	相談室	第30回全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	演者	大分県
11月20日	11月22日	杉本 淳子	リハビリ科	リハビリテーション・ケア合同研究大会 金沢 2019	演者	石川県
11月20日	11月22日	田中 菜実	リハビリ科	リハビリテーション・ケア合同研究大会 金沢 2019	演者	石川県
11月21日	11月22日	田代 綾子	栄養科	第30回全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	演者	大分県
11月21日	11月22日	立山 智子	療養棟	第30回全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	演者	大分県
11月21日	11月22日	諸隈絵理奈	療養棟	第30回全国介護老人保健施設記念大会 別府大分	演者	大分県
1月26日		下河邊勝世	施設長	難病指定医・協力難病指定医研修会		福岡市

令和元年度実習生受入先一覧

施設・部署	学校名	人数
看護・介護	美萩野保健衛生学院	29名
	戸畑看護専門学校	30名
	東筑紫短期大学	2名
	麻生医療福祉専門学校	1名
	折尾愛真高校	2名
	西南女学院大学	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 池田 秀郎



とばたクリニック時代の平成29年2月より、健診センターと名称変更後もセンター長として尽力いただいた江口俊郎先生の後任として令和元年10月より就任いたしました。

現在常勤医は私を含め2名で、明治町クリニックの佐々木先生、院長今村先生、副院長宗先生の応援を得て業務を行っております。又、胸写、心電図の二次読影やMDL、GIF、CT、MRI、PET、腹部エコーの施行および読影にも各科の専門医の先生方のご協力をいただいております。

令和元年度の実績は、最近の健康志向、がん検診の推奨、各企業の定期健診や雇用時健診等の厳格化等のおかげで、年間総健診数・総収益ともに過去最高を記録しました。一般検診・政府管掌・特定健診・人間ドック・乳がん・子宮がん検診いずれも件数の増加を認めております。

昨年より労災二次健診と運転従事者脳MRI検査を開始しております。労災二次健診とは、高血圧・脂質異常症・糖尿病・肥満の4項目が合併した健診者に対し、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検査で、心エコーと頸動脈エコーを行っております。また運転従事者脳MRI検査は、突然発症するくも膜下出血の要因となる未破裂の脳動脈瘤の早期発見を目指しています。労災二次健診は初年度40件から本年91件。運転従事者脳MRI健診も26件から57件と着実に増え、今後ますますの充実を目指してまいります。

共愛会法人従業員1,094名の定期健診以外に、本年度より775名の女性職員に対する婦人科検診の推進を図る為、院内講演会の開催による啓もう活動を開始しております。又、法人内においては全職員を対象に人間ドックの割引料金の実施や、健保組合による保険事業の一環としてのがん検診も行っております。今後も地域住民の健康増進のみならず、共愛会の仲間たちの健康にも十分配慮を行い、健診活動を活発化したいと考えております。

今後の課題

MDLからGIFへ：現在共立病院内視鏡室のご厚意により、5件／日のGIFをお願いしておりますが、今後内視鏡センターの開設に伴い一日の件数の増加をお願いしたいと考えます。

健診期間の平準化：現在夏季に集中している件数を年間を通じて平準化したいと考えています。どうしても外部依頼の健診は年度初めに集中しますので、職員健診の時期を少しずらすことが可能かどうか検討中です。

外国からの健診ツアーの受け入れ：3月にインドネシアよりPET健診を受け入れる予定でしたが、新型コロナにて延期となっております。来年度の再開を目指しています。

以上、牛歩ではありますが今後も積極的に健診数を増やしていきたいと考えております。

表1: H25～R元年度 健診件数 推移

年度別	R元年度	H30年度	H29年度	H28年度	H27年度	H26年度	H25年度
一般健診(企業健診・政府管掌など)	6,552	6,025	5,974	6,224	6,132	5,018	4,127
特定健診	524	469	516	535	721	519	464
公害(喘息)	87	91	107	99	104	114	109
ドック	516	411	419	460	362	275	242
合 計	7,679	6,996	7,016	7,318	7,319	5,926	4,987
乳がん検診(再掲)	854	701	800	905	854	312	
子宮がん検診(再掲)	555	449	714	592	589	219	
労災二次健診(再掲)	91	40					
運転従事者脳MRI健診(再掲)	57	26					

明治町クリニック

COVID-19と高齢者医療

明治町クリニック 院長 佐々木 英



COVID-19の持続感染が続いている折、夢を語る業績集の挨拶はなかなか筆が進みません。

本業績集が発行される時期には少しでも終息を願うばかりです。

令和元年度は月平均のべ外来患者数は795人と30年度に比し54人の減少でした。一方月のべ訪問診察は48人と30年度に比し8人の減少がみられました。整形外科、外科との併診患者さんを紹介を含め、出来るだけ受け入れる努力をいたしました但減少傾向です。

高齢患者さんが多く、整形疾患が多いためリハビリを希望されることが多く、迷ったのですが、今年度より午後の曜日を限定し、午前中に集中していただきました。外科系外来が午前中で終了することもありますので。午後には併設している住宅型老人ホーム「サンセリテ明治町」の入居者さんたちが、楽しみもあり1階リハビリ室まで降りてきて頂いています。

戸畑共立病院とは24時間連携が保てており、快く急変患者さんを受け入れていただき感謝です。また戸畑リハビリテーション病院においては準急性期や、24時間観察が必要な方、短期入院患者さんを受け入れていただき、いろいろケアに関しても気づかせていただきます。またまた感謝です。

ただ今回のCOVID-19感染は、高齢者が多い診療所には打撃でした、特に院内集団感染、施設集団感染などが報道され、受診抑制、電話再診、家族再診、長期投薬希望など令和2年度4・5月は約2割以上の受診患者数の減少がみられました。一方訪問患者さんは回数減を一部希望されましたが、デイサービス抑制などもあり、訪問診察をむしろ喜ばれる家庭も多くありました。

在宅医療で高名な長尾和弘氏は「ステイホーム症候群」と名付けて在宅患者さんが長期間【2か月以上】感染を異常に怖がり、デイサービスやショートステイを拒否されたり、要介護者との関係も緊張が高まる可能性もあり、その結果、副腎機能の亢進で免疫能低下や交感神経緊張が持続し、微熱、倦怠感、咳、うつ、不安、不眠、フレイルなど様々な症状が出現すると述べておられます。

実際、当クリニック併設「サンセリテ明治町」の入居者さんが、頻回に頭痛、咽頭不快感、めまい、嘔気、食欲不振で外来受診をされました。必要な方には輸液も行ないましたが、しっかりお話を聞いて気分を落ち着かせるように努力しました。ある意味外来患者さんが少なくなり、より丁寧な対応ができたのは、皮肉なことです。

感染症専門家も述べておられますが、医療施設、特に介護施設では入所者・職員全員にPCR検査ができれば、施設内での食事時間、リクレーションなど、もう少し緩やかにでき、ストレス発散などに貢献できるように思います。

当クリニックにも最近【6月末】防護用具が突然多量に配給されました。

福岡市では診療所に抗原検査を始めるように準備しているようです。

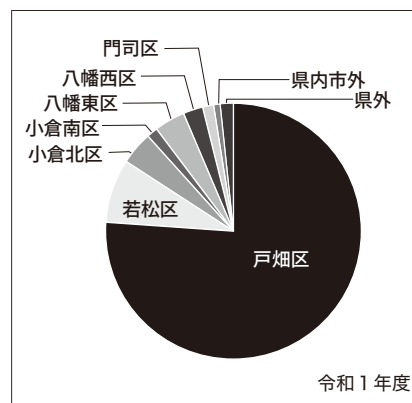
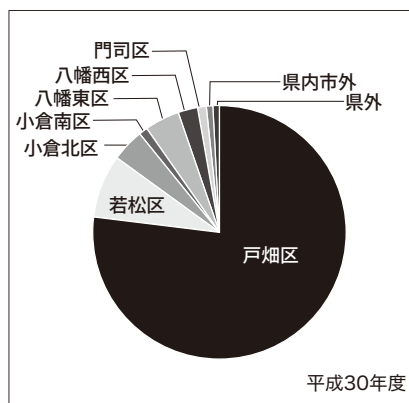
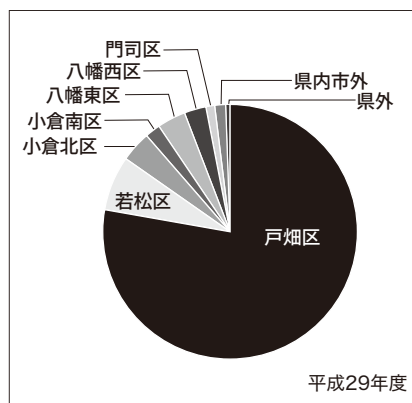
日頃気ままに診察していた職員さんにも発熱などあれば、防護用具をつけて対処せざるを得ません。より簡便で、迅速なキットが出来ればもっと安心をとどけられるのにと 생각합니다。

季節性インフルエンザの流行期までに治療法がもう少し進んでくれないかと願うばかりです。今後とも明治町エリアをどうぞよろしくお願いいたします。

統計資料

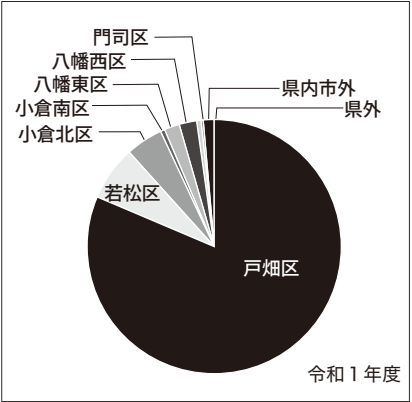
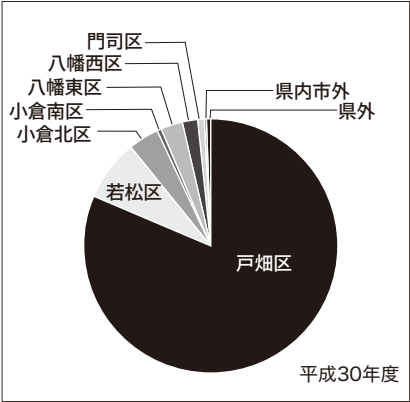
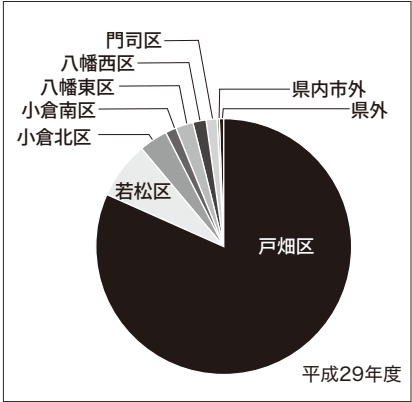
1-1. 地域別外来実患者数

地 区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	実患者数	構成比	実患者数	構成比	実患者数	構成比
戸畑区	897	78.00%	870	77.13%	800	76.26%
西戸畑	326	28.35%	298	26.42%	283	26.98%
戸畑駅前	103	8.96%	89	7.89%	82	7.82%
沖台	59	5.13%	56	4.96%	47	4.48%
浅生	74	6.43%	77	6.83%	65	6.20%
三六・天神	35	3.04%	34	3.01%	22	2.10%
小芝・沢見	28	2.43%	30	2.66%	28	2.67%
天籟寺	27	2.35%	23	2.04%	27	2.57%
中原	30	2.61%	29	2.57%	24	2.29%
一枝	25	2.17%	21	1.86%	18	1.72%
牧山	116	10.09%	107	9.49%	106	10.10%
菅原	28	2.43%	25	2.22%	24	2.29%
鞘ヶ谷	34	2.96%	38	3.37%	34	3.24%
その他	12	1.04%	43	3.81%	40	3.81%
若松区	79	6.87%	90	7.98%	83	7.91%
小倉北区	45	3.91%	48	4.26%	46	4.39%
小倉南区	22	1.91%	13	1.15%	13	1.24%
八幡東区	42	3.65%	48	4.26%	42	4.00%
八幡西区	31	2.70%	28	2.48%	27	2.57%
門司区	12	1.04%	13	1.15%	12	1.14%
遠賀郡	5	0.43%	2	0.18%	2	0.19%
中間市	1	0.09%	0	0.00%	1	0.10%
直方市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
福岡市	3	0.26%	1	0.09%	2	0.19%
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	8	0.70%	6	0.53%	6	0.57%
山口県	4	0.35%	4	0.35%	4	0.38%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
大分県	1	0.09%	1	0.09%	2	0.19%
熊本県	0	0.00%	0	0.00%	1	0.10%
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	0	0.00%	4	0.35%	8	0.76%
合 計	1,150	100.00%	1,128	100.00%	1,049	100.00%



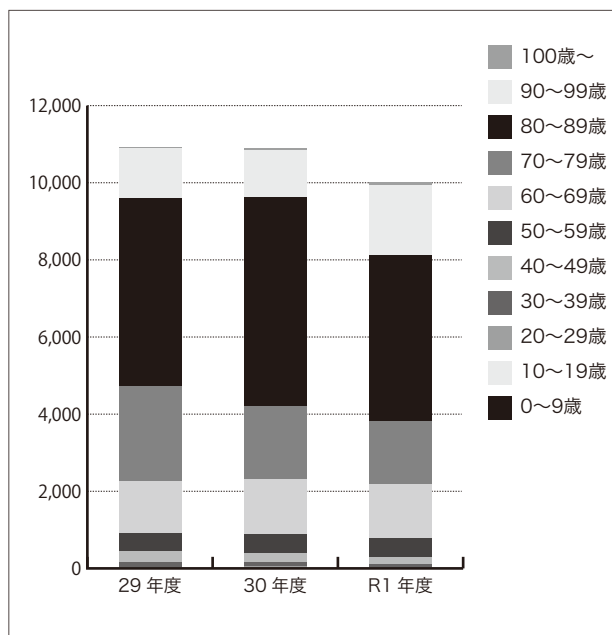
2-1. 地域別外来延患者数

地 区	平成29年度		平成30年度		令和1年度	
	延患者数	構成比	延患者数	構成比	延患者数	構成比
戸畑区	8,939	81.74%	8,899	81.61%	8,161	81.50%
西戸畑	3,470	31.73%	3,594	32.96%	3,409	34.05%
戸畑駅前	810	7.41%	663	6.08%	633	6.32%
沖台	561	5.13%	508	4.66%	454	4.53%
浅生	653	5.97%	855	7.84%	800	7.99%
三六・天神	292	2.67%	217	1.99%	173	1.73%
小芝・沢見	398	3.64%	413	3.79%	161	1.61%
天籟寺	158	1.44%	143	1.31%	159	1.59%
中原	630	5.76%	483	4.43%	276	2.76%
一枝	382	3.49%	258	2.37%	220	2.20%
牧山	962	8.80%	1,050	9.63%	1,162	11.60%
菅原	315	2.88%	260	2.38%	291	2.91%
鞘ヶ谷	239	2.19%	225	2.06%	210	2.10%
その他	69	0.63%	230	2.11%	213	2.13%
若松区	790	7.22%	827	7.58%	701	7.00%
小倉北区	408	3.73%	431	3.95%	467	4.66%
小倉南区	131	1.20%	73	0.67%	65	0.65%
八幡東区	249	2.28%	292	2.68%	198	1.98%
八幡西区	201	1.84%	201	1.84%	199	1.99%
門司区	132	1.21%	104	0.95%	73	0.73%
遠賀郡	24	0.22%	6	0.06%	7	0.07%
中間市	6	0.05%	0	0.00%	3	0.03%
直方市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
福岡市	8	0.07%	6	0.06%	10	0.10%
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	15	0.14%	13	0.12%	13	0.13%
山口県	32	0.29%	34	0.31%	34	0.34%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
大分県	1	0.01%	7	0.06%	3	0.03%
熊本県	0	0.00%	0	0.00%	1	0.01%
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	0	0.00%	11	0.10%	78	0.78%
合 計	10,936	100.00%	10,904	100.00%	10,013	100.00%

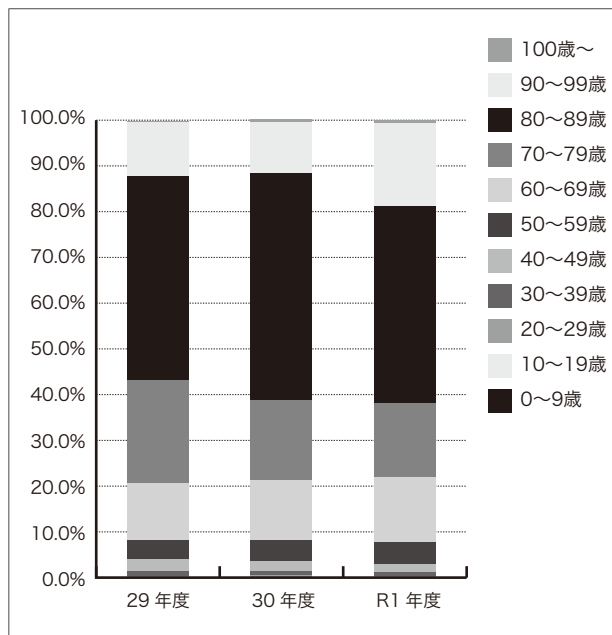


年齢別外来患者数

	外来		
	29年度	30年度	R1年度
0～9歳	0	0	0
10～19歳	14	9	16
20～29歳	22	30	21
30～39歳	121	109	68
40～49歳	284	239	190
50～59歳	464	497	479
60～69歳	1,357	1,426	1,409
70～79歳	2,472	1,903	1,627
80～89歳	4,868	5,398	4,317
90～99歳	1,287	1,235	1,815
100歳～	47	58	71
合計	10,936	10,904	10,013

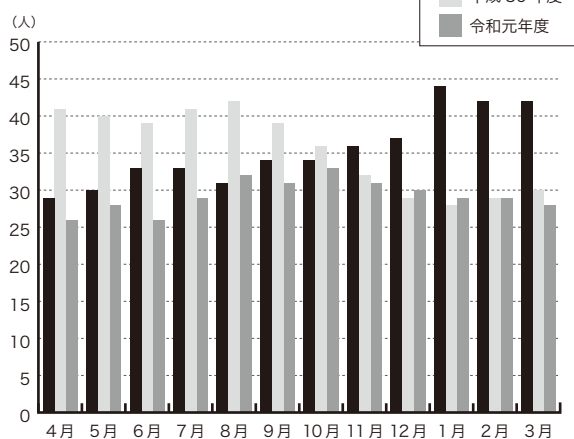


	外来		
	29年度	30年度	R1年度
0～9歳	0.0%	0.0%	0.0%
10～19歳	0.1%	0.1%	0.2%
20～29歳	0.2%	0.3%	0.2%
30～39歳	1.1%	1.0%	0.7%
40～49歳	2.6%	2.2%	1.9%
50～59歳	4.2%	4.6%	4.8%
60～69歳	12.4%	13.1%	14.1%
70～79歳	22.6%	17.5%	16.2%
80～89歳	44.5%	49.5%	43.1%
90～99歳	11.8%	11.3%	18.1%
100歳～	0.4%	0.5%	0.7%

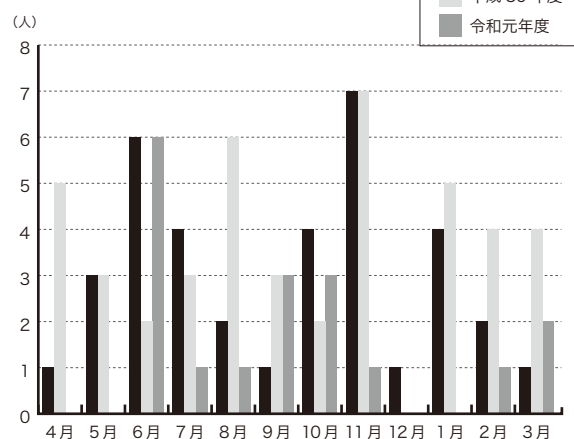


統計資料

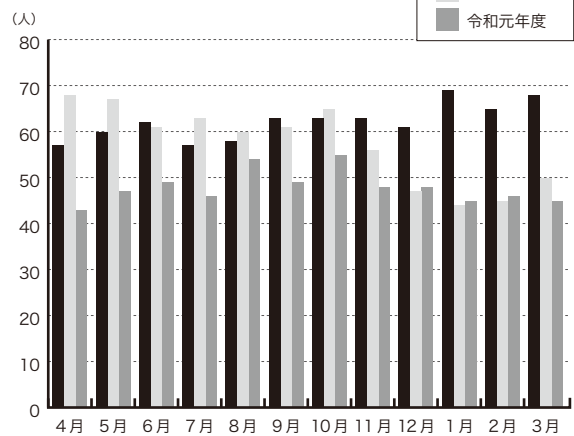
在宅患者実患者数



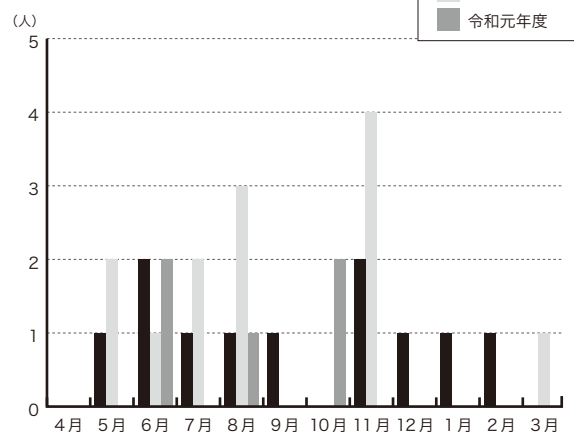
往診件数



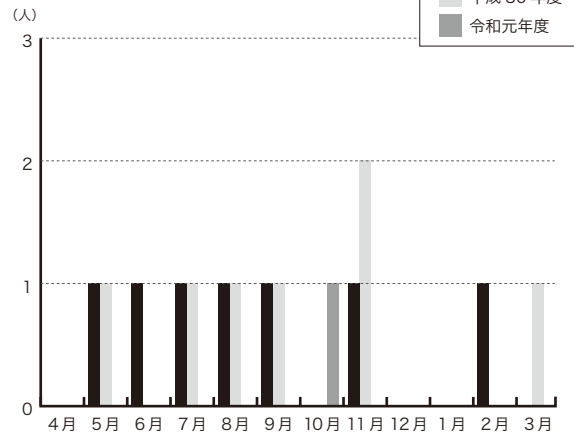
訪問診療件数



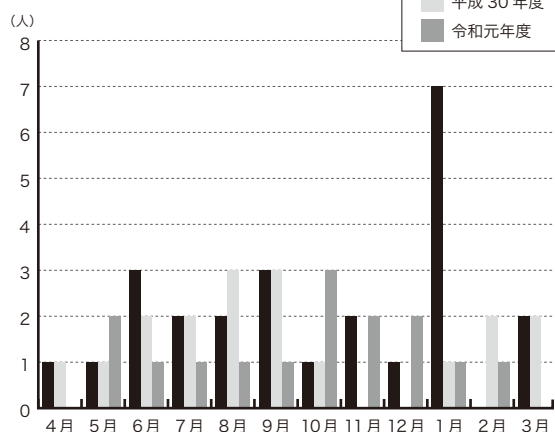
緊急往診（再掲）



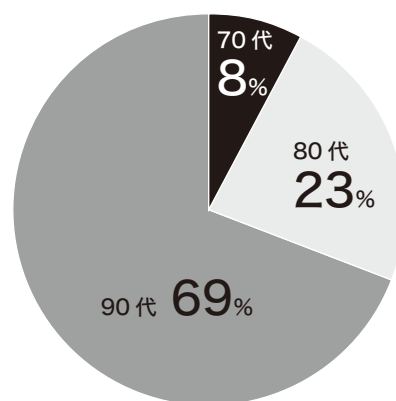
自宅看取件数



新規患者数

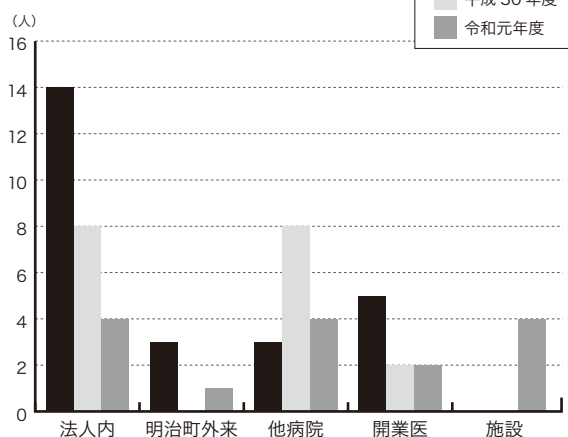


年代別

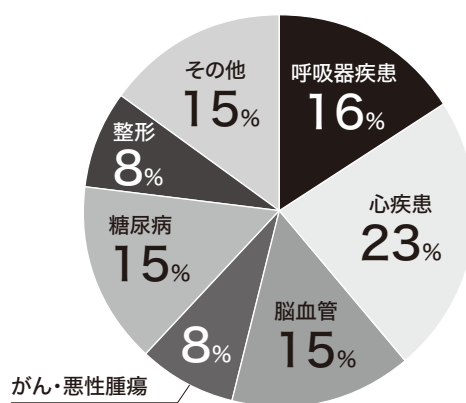


令和元年度新規患者

新規患者内訳

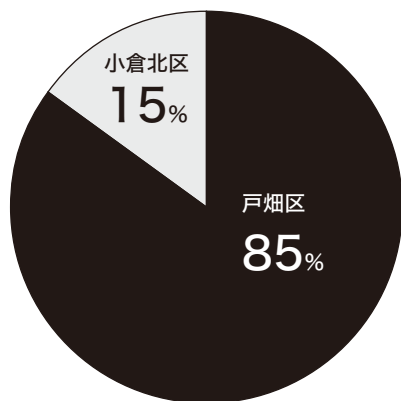


在宅導入時の原因疾患



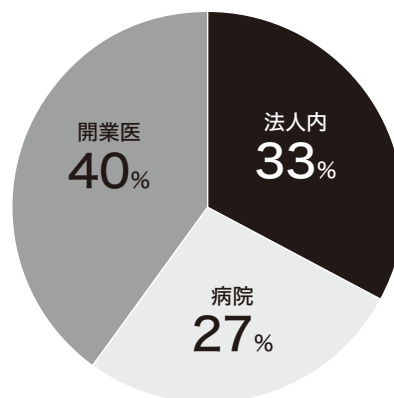
令和元年度新規患者

地区別



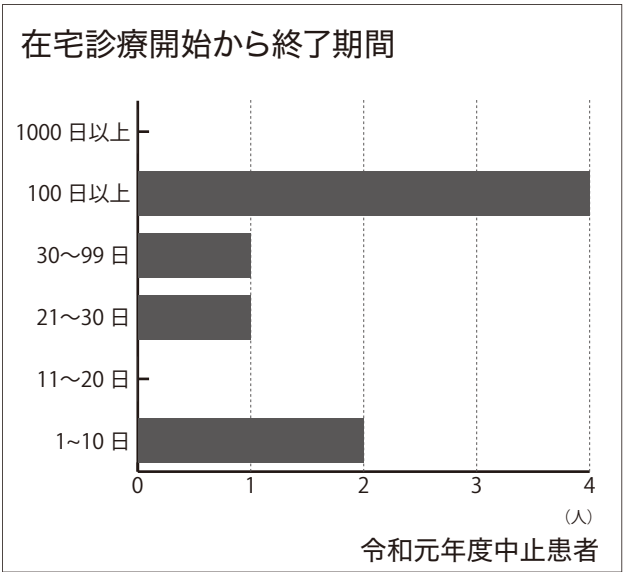
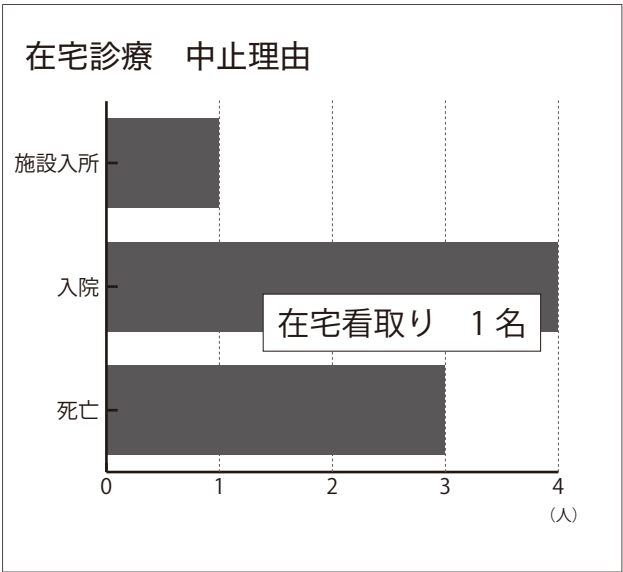
令和元年度新規患者

在宅移行前医療機関

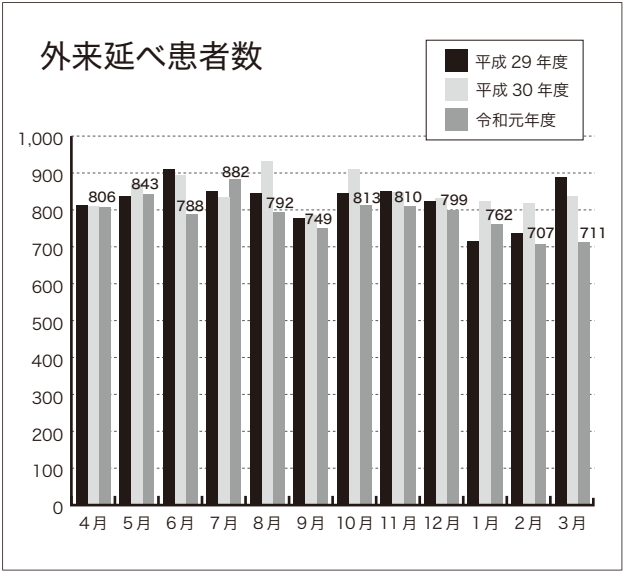


令和元年度新規患者

統計資料



令和元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26日	4月27日	佐々木 英	医局	第116回日本内科学会総会・講演会		愛知県
6月 7日	6月 8日	佐々木 英	医局	第58回日本消化器がん検診学会総会		岡山県
7月26日	7月27日	佐々木 英	医局	第60回日本人間ドック学会学術大会 第52回認定医・専門医研修会		岡山県
10月13日	10月14日	佐々木 英	医局	第33回日本臨床内科医学会		広島県
11月23日	11月24日	佐々木 英	医局	第27回日本消化器関連学会週間(JDDW2019)		兵庫県

令和元年度実習生受入先一覧

施設・部署	学校名	人数
看護部	戸畑医師会看護学校	38名
事務	ダイナリィビジネス学院	1名

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（訪問介護・定期巡回）の3事業所があります。

あやめ在宅ケアセンター令和1年度目標としては

- 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。

の3項目を掲げていました。

新規利用者・訪問件数の増加により安定した経営に対しては3事業所とも新規利用者数は前年度より減少しておりますが訪問件数は3事業所共に増加しております、これは利用者の入院中から早期に関わりタイムリーに多職種連携で協働することによって訪問件数が増え増収に繋がり安定した経営が出来たと思っております。

在宅へ移行するには急性期病院・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が必要です、これは共愛会のスローガン「D-CAP」で活動しているのではないかと考えます。

機能強化型看護管理療養費1の継続では要件のターミナルケアの年間20件が足りず、12月に申請取り下げを致しました。ギリギリまでご自宅で療養されていましたが最後はご家族の負担も考え病院が良いと言われ入院される利用者が多くあり、在宅看取りの厳しさや本人・家族の思いを痛感致しました。これからも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まいります。

当事業者は人材育成と看護・介護の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質の向上に繋がりまたは事業所の質の向上に繋がっていくと思います。

また職場環境整備を行い、有休休暇・リフレッシュ休暇が習得出来、効率的な活動に結び付け働きやすい職場づくりが出来ている。

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。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。

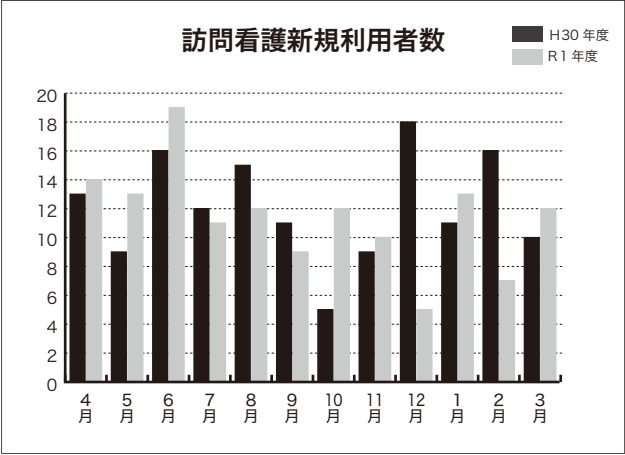
令和2年度の目標は

- ①訪問件数の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加算の習得するために要件を満たす。
- ③人材育成とスタッフの質の向上に努めていく。
- ④働きやすい職場づくり。

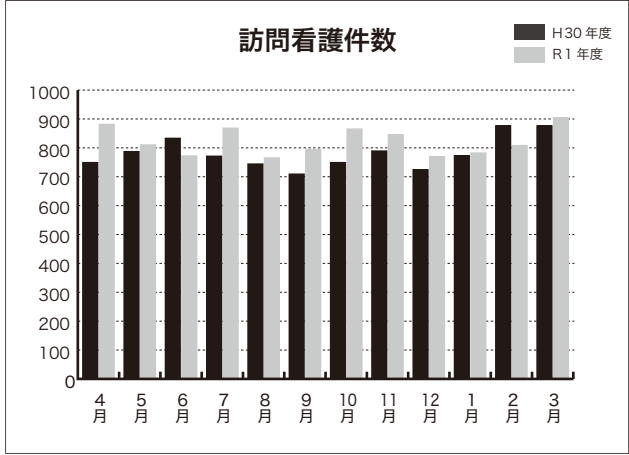
当事業所は多職種と連携しつつ、急性期から在宅までさまざまな場で、タイムリーかつ的確な医療の提供や、生活の質の視点を持った利用者・家族への支援など活動が多様化・高度化することを踏まえ、共愛会のスローガン「D-CAP」で活動して行きたいと思っております。

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。

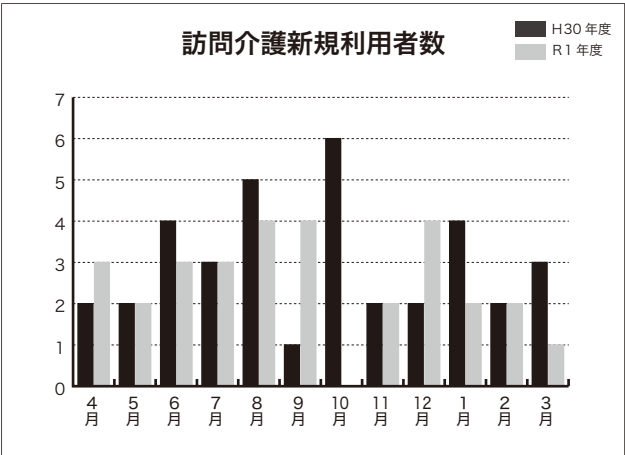
訪問看護(看護・リハビリ)



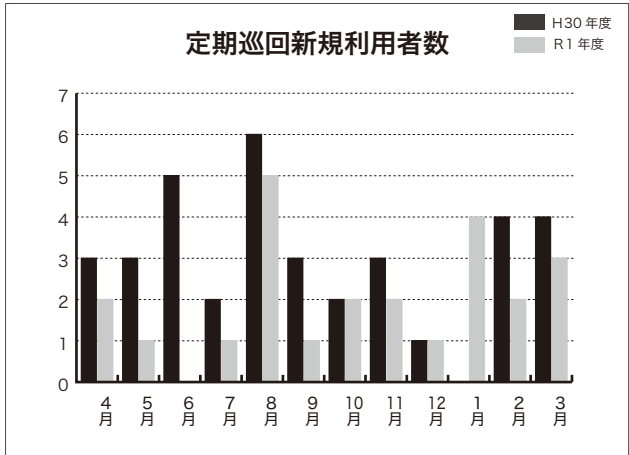
訪問看護(看護・リハビリ)



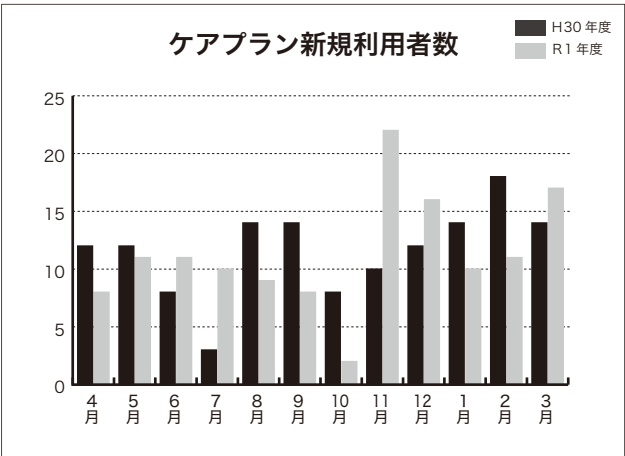
あやめヘルパーステーション



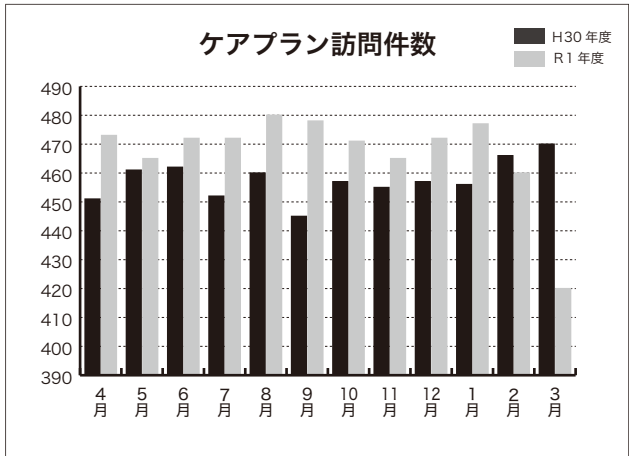
定期巡回



ケアプラン



ケアプラン



資格習得

氏 名	資 格
望月 千恵	主任介護支援専門員
兼元 弥恵	主任介護支援専門員
山北 直子	主任介護支援専門員
石川 友里加	認定理学療法士(地域理学療法分野)
北島 富久江	小児コーディネーター

令和元年度 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	8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
5月11日	5月11日	北島 富久江	日本褥瘡学会		北九州市
6月15日	6月16日	北島 富久江	シリーズ第9回障がい児訪問看護研修会		熊本県
6月22日	6月23日	久々宮 真紀	第1回 九州作業療法士学会		北九州市
7月15日	7月16日	北島 富久江	シリーズ第9回障がい児訪問看護研修会		熊本県
8月24日	8月25日	北島 富久江	シリーズ第9回障がい児訪問看護研修会		熊本県
9月 8日	9月 9日	久々宮 真紀	日本作業療法士学会		北九州市
11月 9日	11月 9日	久々宮 真紀	認知症ケア学会九州大会		福岡
11月16日	11月17日	石川 友里加	第6回 日本小児理学療法学会学術大会		福岡
11月16日	11月17日	大庭 弘己	第6回 日本小児理学療法学会学術大会		福岡
11月23日	11月23日	高尾 愛子	第9回 日本リハビリテーション栄養学会		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

ケアハウスあやめは、平成15年2月に開設し17年が経過しました。平成が終わり新たな時代の幕開けとなった令和元年度は【安定した経営】と【選ばれる施設】を目標としてサービスの質の向上へ取り組みました。実績としましては、入居率目標95%に対して85%とこれまでも中でも非常に厳しい1年となりました。2室ある夫婦部屋が空室となり入居に至るまで時間を要したことが考えられます。

今後も安定した経営を目指す上で、自立した生活を支援するケアハウスとして、様々な形態の介護施設が増えている昨今の現状の中で【選ばれる施設】として医療・介護の連携がストロングポイントである共愛会ケアハウスあやめとして今まで以上に地域へ向けて情報発信・連携を強めていく必要性を感じました。

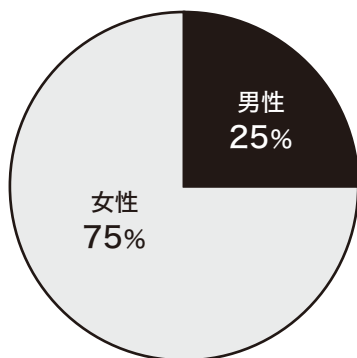
入居者の平均年齢も令和2年4月時点で90.9歳となりました。介護度は、要支援1・2の方が約3割、要介護1・2の方が約6割と数字だけでみると皆さま驚くほど

お元気です。しかしながら、年齢を重ねられているのは事実であり、入居者お一人お一人個人差はありますが心身機能の低下は見受けられます。その葛藤を抱かれながら日々の生活を送られている入居者の方々の心に寄り添い、いつまでもその方らしく生活が出来るよう支援していくことが私たちの役目であると感じています。

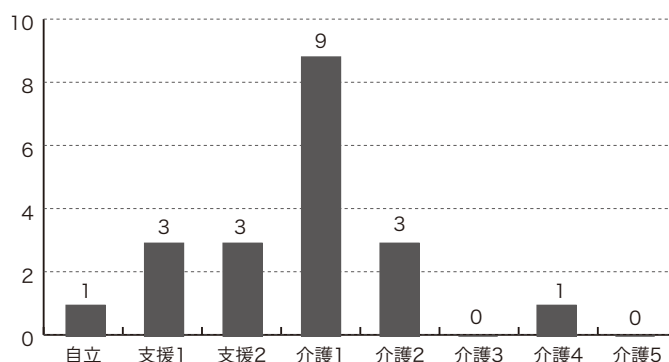
現在、新型コロナウイルス感染症により今まで当たり前として行えていたことも出来なくなっている今、介護の世界においても「今までしてきたことだからやる」のではなく新しい価値観のもと、「なぜ必要なのか」、「何のために、誰のためにするのか」と入居者目線で原点に立ち返ることが必要と思います。

新しい生活様式の中で、入居者の皆さまが安心して楽しく生活を継続できるようスタッフ一同より一層の努力をして参ります。

< 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
17名	16名	17名	15名	15名	16名	16名	16名	18名	20名	20名	20名

< 各月1日現在 定員 20 名 >

学会等・出張先一覧

自	至	氏 名	目 的	発表	場所
7月28日	8月4日	木畑 伸彦	アメリカ病院事情視察		アメリカ

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

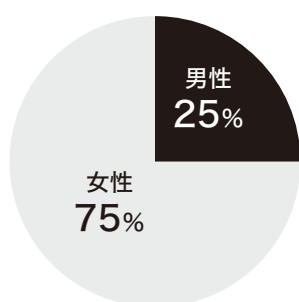
サンセリテ明治町は平成 25 年 5 月に開設し、今年で 8 年目を迎えました。職員は現在も試行錯誤の毎日ですが、入居者の「自分らしい暮らし」の実現に向けて、様々な側面からの支援を心がけサービスの提供を行っています。入居状況は令和 2 年 4 月時点で入居率 100% の満室状態となっています。入居者の年齢は 70 代から 90 代までの幅があり、介護度は自立から要介護 5 までの方が入居されています。住宅型有料老人ホームは健康な方や自立した生活が可能である方のみが対象のように思われがちですが、サンセリテ明治町には同一建物内にケアマネ事業所やヘルパーステーション、デイサービスを併設していますので、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するために、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

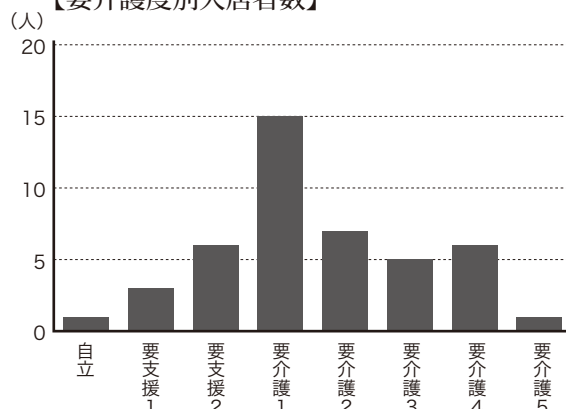
システム」の構築に向けて、私たちは医療・介護の専門職として地域の方たちの先頭に立ってこの動きを進めていく責任があります。サンセリテ明治町という地域の中の一施設としましては、地域行事への参加やボランティア団体の受け入れに力をいれ、地域との交流を重ねてきました。しかし、昨年度末からの COVID-19 感染拡大につき、状況は一変しております。感染拡大の防止に向けて、外部との交流の場はなくなり、家族の面会でさえも制限を設けている状況です。これにより一番影響を受けるのはサンセリテ明治町の入居者の方々です。外部との交流や外出の機会が少なくなれば、認知力の低下や活動不足による筋力の低下も避けられません。対応するスタッフの人数にも限りがありますので、感染予防と入居者の余暇活動支援についてはバランスを取りながら、対策を取りたいと考えています。

令和 2 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。全国的に福祉施設が増加し、悲しいことに施設内での虐待や事故のニュースもよく聞かれるようになり、COVID-19 感染対策は待ったなしの状態です。その様な中でも沢山あるホームの中から選んでいただけるように、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いただける様に、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っています。

【男女比】



【要介護度別入居者数】



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 名としていたが、実際には年間収入 8,190 万円(昨年 8,682 万円)、1 日平均利用者 29.9 名(昨年 31.9 名)であった。

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については、令和 2 年 6 月時点で 2 症例の移行があった。加え、リハ部門においては、「病院デイケア」「老健施設デイケア」「デイサービス」の機能分化における検討を継続している。

活動内容の多様化については、新型コロナウイルス感染対策を踏まえ、積極的な活動の多様化には至っていない。しかしながら、自分で選択することのできるサービス・活動を利用者と一緒に作りだし、利用者と一緒に楽しい時間を過ごしていきたいと考えている。クラブ活動と称し、5 種類ほどの活動から、自分で実施したい活動を選択し、各小集団で過ごす時間を設けている。ゆっくりと過ごしたい方や集中して過ごしたい方、昔の特技を生かしたい方等、十分な支援とは言い難いが、少しずつ前進していきたい。

利用者の状態像では要支援及び要介護 1・2 の比較的軽度の利用者が 80% (昨年 84%) で、要介護 3・4・5 の比較的重度な利用者が 20% (昨年 16%) である。事業所内の移動能力も車椅子使用者 18% (昨年 17%)、歩行介助・見守り 26% (昨年 25%)、歩行自立 56% (昨年 58%) という状況で、歩行可能な方々が、昨年同様 8 割以上を占めている。昨年と比較し、若干だが重度な利用者が増えている

状況もうかがえるが、重度化には至っていないと推測できる。

以上のことを踏まえ、収益、活動内容共に積極的な改革には至っていないことがうかがえるが、現状での課題も変化している。特に、今後のデイサービスとして、感染予防を徹底しながら、デイサービスとしての機能を充実させていかなければならない。今までのように、人と触れ合い、楽しみを探し出し、笑顔を作り出していくだけではなく、マスク着用や手洗い、換気等の基本的な感染予防に努め、集団での活動を控え、個々に充実した時間を過ごしながら、運動(リハビリテーション)場面の提供、そして、レスパイト・ケア(介護負担軽減)として機能を明確にしていく必要性が高いと判断している。今まで求められてきたサービス内容だけでなく、相反するサービスとなる可能性も示唆されているが、安全で有益なデイサービスを作り出していく必要がある。新型コロナウイルスの感染予防対策より、一概に何が悪くて、何が良いのか判断しにくい状況が続いているが、まずは「安全」、そして「レスパイト」、「運動」を基本とし、その支援内容を明確にしていきたい。

また、収益については、法人内居宅事業所からの紹介件数も増えており、令和 2 年度については回復傾向がうかがえ、更なる連携強化、協力体制強化に努めていきたい。明治町エリアとして、各部署間の協力体制構築に向け強化している状況であり、明治町エリアとしてのデイサービスの役割を明確にしていきたい。

学会等・出張先一覧

自	至	氏 名	所属部署	目 的	発表	場所
9月6日	9月8日	木村 誉志江	-	第53回日本作業療法学会		福岡市

メディカルフィットネス戸畑

令和元年度業務報告 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



令和元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継続と毎週金曜日2時からの通所型介護予防事業を行い、また通常の会員の皆様には機能回復・体力向上・筋力向上を目指したプログラムの作成、提供を行って参りました。

令和元年度のフィットネス会員年間ご利用者数は延べ12,084名、月平均で1,007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し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144名(37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170名(38回実施)となっており、一般の方の参加者も定着し増えてきております。

令和元年は初めての試みとしまして、社会医療法人共愛会のYouTube動画を利用して、会員の方々の運動効果や可動域の改善状況を目で見て解かる様に配信致しました。掲載させて頂きました方々には大変喜んで頂けましたが、会員の中にはご高齢の方もおり、どうやってYouTube動画を見て良いのか解らない事というご意見も頂きました。

しかし、そのような会員の方にもフィットネス内のパソコンから視聴していただくと、「やはり、わかり易い」と高評価を頂きました。

今年度は、やはりコロナウイルス感染拡大の為、大幅に会員数の減少を受け、収入も半減しております。

フィットネス協会の利用ガイドラインも大きく変更され、当施設もそれに従いながら独自のガイドラインを作成、実施すると共に福岡県の新型コロナウイルス感染防止宣言に申請登録し、ご利用者に安心・安全な施設内環境を整える努力を致しております。

この様な時代だからこそ、(社医)共愛会の一員としてホームページやブログ、YouTube動画を今後も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。

またスタッフ自らも感染拡大の元とならないように感染防止対策をしっかりと行い業務に当たります。運動プログラムも会員の方の身体機能・状況により、ご要望を捉え、的確に対応出来るべくスタッフ同士が協力し合い、業務にあたりたいと考えております。



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

2000年に始まった介護保険制度は「介護が必要な人が、その人らしい生活を続けられるように支援する」ための制度ですが、その支援の1つとして福祉用具の活用が挙げられます。

あやめレンタルサービスは、福祉用具専門相談員がご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取り付け、調整などを行います。福祉用具を貸与することで、ご利用者の生活の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、ご利用者を介護する者の負担の軽減を図る支援を行っております。

福祉用具専門相談員とは、福祉用具を利用する人に対して選び方や使い方を説明したり、アドバイスしたりする専門職です。

介護保険サービスを利用している方は、さまざまな病状を抱えています。その方たちに対して、ケアマネジャーと協力しながら最適な福祉用具を選定・提案し、自立した生活をサポートすることが役割です。

福祉用具を導入した場合、年に2回ほどモニタリングを行います。その時に、体調の変化、家族環境の変化などを敏感に察知できるかどうか。導入した福祉用具を実際に上手に利用できているか。そのような細かな変化に気づいて、状況によっては福祉用具の再選定を行う必要もあります。

ここまでで触れてきた「福祉用具」には、実際にどのようなものがあるのでしょうか。福祉用具は、給付制度の概要によって、原則的に貸与の対象となる種目と例外的に販売の対象となる種目に分かれます。

<貸与対象種目>

車いす(付属品含む)、特殊寝台(付属品含む)、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえ、認知症老人徘徊感知器、移動用リフト(つり具部分除く)、自動排泄処理装置など

<販売対象品目>

腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部、入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト)、簡易浴槽、移動用リフトのつり具部分などです。

さて、あやめレンタルサービスは令和元年度の目標として①年間売上6000万円②レンタル利用者獲得数450名③法人内での介護ロボット導入支援を掲げてきました。

結果としては令和元年度の売上は約6700万円と目標を大きく上回る結果となりました。利用者数も495名で、これもまた目標に達する結果となりました。介護ロボット導入に関しては法人内に各メーカーを紹介し、勉強会等の調整の手伝いが出来たのではと実感しております。

福祉用具は介護を必要とする人の手助けとなる、または自立支援につながる道具です。

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。

「顧客第一」があやめレンタルサービスのスローガンです。社会医療法人共愛会の一員としてご利用者一人ひとりの暮らしを豊かにする、そのお手伝いをする事が私たちの使命だと思っております。

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。

業績集〈令和元年度〉

令和2年12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