



社会医療法人 共愛会

令和3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	7
● 戸畑共立病院	9
● MISSION(理念) VISION(方針)	11
● ご挨拶	12
● 概要	15
● 各部門の活動状況	23
● 委員会活動状況	71
● 統計資料	85
● 学術業績(論文発表)	107
● 学術業績(学会発表)	119
● チャンピオン画像集	169
● 学会等・出張先一覧	181
● 戸畑セミナー(地域医療従事者研修会)	191
● 令和3年度実習生受入先一覧	192
● 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	217
● 学術業績(学会発表)	231
● 学会等・出張先一覧	235
● 活動報告	237
● 令和3年度実習生受入先一覧	239
● あやめの里	241
● 理念・方針	243
● ご挨拶	244
● 概要	248
● 学会等・出張先一覧	250
● 健診センター	251
● ご挨拶	253
● 明治町クリニック	255
● ご挨拶	257
● 統計資料	259
● 学会等・出張先一覧	266
● あやめ在宅ケアセンター	267
● ご挨拶	269
● 令和3年度実習生受入先一覧／学会等・出張先一覧	272
● ケアハウスあやめ	273
● ご挨拶	275
● サンセリテ明治町	277
● ご挨拶	279
● 明治町デイサービスセンター	281
● ご挨拶	283
● メディカルフィットネスR・EX戸畑	285
● ご挨拶	287
● あやめレンタルサービス	293
● ご挨拶	295

令和三年度 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

医療界は今、コロナを経験して大きな変革の時を迎えようとしています。

特に、国はこれからの社会保障政策の大きな柱の一つとして、「地域共生社会」ということを掲げており、我々も保健・医療・介護面からその一翼を担っていかねばなりません。

世界情勢もそうですが、身近な社会も驚くほどのスピードで変化し、進んでいます。

大切なことは、目まぐるしく変わる時の流れの中で、時流をしっかりと見極め、変化に対応していくことだと思っています。

この2年、医療現場がコロナに対する対応で明暗が分かれるなか、共愛会は行政や関係機関からも非常に高く評価されています。これもひとえに皆さん一人一人の熱い思いであると思っています。

コロナが収束すれば、財政再建に向けた動きが加速し、医療も厳しさを増すことでしょう。ご都合主義の理不尽な周りの動きにはハラも立ちますが、これに惑わされることなく、我々は多様な施設と優れたスタッフを擁しておりますので、必ずや患者さんや利用者を中心とした「地域共生社会」の一翼を担っていけるものと自負しております。

皆さんとともに、これまでどおり同じ目線で同じ目標を追っていきたいと思います。

そうした中、令和3年度の業績集を発刊する運びとなりました。本書は、それぞれの部門における特色が生かされた興味ある内容となっておりますので、ぜひともご高覧賜り、ご意見やご評価をお聞かせいただければ幸いです。

末筆ながら、皆様のご健勝とご多幸を祈念申し上げます。

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	<p>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。</p> <p>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。</p>
2	<p>病気、検査、治療、見直しなどについて、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。</p> <p>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。</p>
3	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
4	<p>自分の診療記録の開示を求める権利があります。</p> <p>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。</p>
5	<p>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。</p> <p>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。</p>
6	<p>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。</p> <p>医療提供者が患者さんの状態や治療等についての的確な判断を行っていくために、家族歴、既往歴、アレルギーの有無など、患者さん自身の健康に関する情報をできるだけ正確に医療提供者にお伝えください。</p>
7	<p>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。</p> <p>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。</p>
8	<p>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。</p> <p>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。</p>

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」看護婦宿舎「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
「戸畑共立病院健診センター」センター長に池田秀郎就任
- 令和2年 「戸畑共立病院」病床数変更（病床数218床）
「戸畑リハビリテーション病院」病床数変更（病床数173床）
「戸畑リハビリテーション病院」新棟2階北病棟増築
「メディカルフィットネス戸畑」移転、「メディカルフィットネスR・EX戸畑」へ名称変更
- 令和3年 「戸畑共立病院」80列マルチスライスCT更新
職員用託児所「キッズハウスあやめ」「病児・病後児保育室」リニューアルオープン
「戸畑共立病院」3テスラMRI更新

法人施設別職員数

令和3年4月 現在

戸畑共立病院

医師	68名	歯科医師	5名
看護師・准看護師	339名	保健師	4名
救急救命士	3名	ケアワーカー	30名
薬剤師	21名	薬局事務	3名
診療放射線技師	32名	放射線助手	8名
臨床検査技師	23名	検査助手	3名
臨床工学技士	21名	管理栄養士	9名
理学療法士	23名	作業療法士	8名
言語聴覚士	4名	リハビリ助手	1名
歯科衛生士	9名	歯科助手	1名
視能訓練士	4名	ソーシャルワーカー	7名
心理療法士	3名	診療情報管理士	1名
事務	42名	ドクターズクラーク	27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・准看護師	109名
介護福祉士	15名	ケアワーカー	11名
薬剤師	6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	6名	臨床工学技士	1名
理学療法士	43名	作業療法士	19名
言語聴覚士	10名	リハビリ助手	3名
歯科衛生士	1名	ソーシャルワーカー	7名
事務	11名	ドクターズクラーク	4名
メッセンジャー	4名	インストラクター	2名

あやめの里

医師	1名	看護師・准看護師	19名
理学療法士	6名	作業療法士	5名
言語聴覚士	1名	介護福祉士	41名
介護員	16名	管理栄養士	4名
調理師	5名	給食員	9名
ソーシャルワーカー	3名	事務	5名

明治町クリニック

医師	2名	看護師	4名
リハビリ助手	2名	事務	1名

あやめ訪問看護ステーション

看護師	10名	理学療法士	3名
作業療法士	2名	言語聴覚士	1名
事務	1名		

	あやめヘルパーステーション		
介護福祉士	7名	介護員	8名
	あやめケアプランサービスステーション		
ケアマネジャー	13名	事務	1名
	あやめ巡回ステーション		
介護福祉士	14名	介護員	3名
	ケアハウスあやめ		
介護福祉士	5名		
	サンセリテ明治町		
介護福祉士	2名	介護員	3名
ケアマネージャー	2名	事務	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	6名
介護員	4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R・EX戸畑		
インストラクター	1名		
	あやめレンタルサービス		
事務	1名		
	共愛会ケアプランサービス		
ケアマネージャー	4名		
	共愛会 法人本部		
医師（産業医）	1名	看護師	1名
診療放射線技師	1名	事務	35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)

地域の声に応える医療

— 共に創る、挑む、動く —

VISION (方針)

- 共創 ▶ 患者、家族が中心となる医療を共に創る。
- 共挑 ▶ 救急、がん治療、高度医療等の実績を積み重ね、共に挑む。
- 共動 ▶ 多職種・多施設間の連携を強化し、地域医療支援病院として、共に動く。

令和3年度を振り返って



戸畑共立病院 院長 今村 鉄男

令和3年度は一昨年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の流行状況をふまえた対応と体制を維持しながら、地域医療支援病院として、救急、がん治療等を含む通常医療との両立にも、全力を尽して参りました。

常に、患者の皆さんや多くの関係者の方々と「**共にある医療**」を目指す、これまでも大切にしてきた姿勢を、令和4年度スローガン「**患者に寄り添い、地域に寄り添う**」にしっかりとつなげていき、日々邁進していきたいと考えております。

新年度を迎えるにあたり、この2年間に医療機関として経験してきたことを振り返りますと、新たな多くの課題に向き合い、対応していくために求められた様々な取り組みは、今後の諸局面に活かしていかなければならない経験であると強く感じております。

新型コロナウイルス感染症の流行収束を見据えつつ、その後も地域医療支援病院として取り組むべき諸課題に対応できるよう、これまで以上に広い視野をもちながら迅速な対応を行い、当院に求められる役割と機能を果たしていきたいと考えております。

令和4年度診療報酬改定につきましても、これまでの課題をふまえ、社会から求められている医療体制の実現に向けた改定内容となっております。今回の改定においては、以下の2つが重点課題とされています。

「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」と「安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進」です。これらは地域の医療体制を守るためにも非常に重要であるといえます。そのために求められる多くの取り組みの中でも特に、効果的で安定した連携体制の構築のための「**外来医療の機能分化**」について、当院においても推進していきたいと考えております。

令和4年度以降、紹介患者さんの受診や高度医療の提供を中心とした「**紹介受診重点医療機関**」が指定されることになり、当院も地域医療支援病院として地域とのつながり・連携を基盤としながら、より一層、紹介・逆紹介の対応、高度医療提供体制の強化に取り組みたいと思います。

より良い医療体制を実現していくために、より多くの連携が重要であるということは、昨今、社会全体が学んできた教訓の一つであると感じております。

今後も、先を見据えた地域医療の実現に貢献できるよう、「**患者に寄り添い、地域に寄り添う**」姿勢を大切にしながら、職員一丸となって努力し続ける所存です。

業績集にあたって



戸畑共立病院 統括副院長 宗 宏伸

新型コロナウイルス感染症の対応に追われて約3年が経ちました。その間「帰国者・接触者外来」「重点医療拠点病院」「ワクチン接種」等の当院が出来得ることをやってまいりました。しかしながら変異株も次々に型を変えオミクロン株の感染力は凄まじく、第7波において日本は世界最高の新規陽性者数となっております。当院においてもスタッフの感染急増、また病棟のクラスターが多数発生し救急外来や病棟業務に支障がでる程でした。医療関係者として様々な協力、対応を行なってきましたが、これまで日本政府の新型コロナウイルス感染症対策が的確になされていたのかを振り返ると共に、Withコロナに向け今後の新たな対策の検討が必要と考えます。

さて当院における現状の課題ですが、まずは第8次医療計画に向けた検討です。これまで地域医療構想調整会議にて公立・公的医療機関等再検証が行われ、当院は地域医療支援病院として2025プランを提出し承認を得ることができております。当院に与えられた急性期病院としての役割は

- 1.救急医療
- 2.急性期疾患における入院加療
- 3.がん治療

が主な三本柱と考えております。

外来機能に関しては10月より選定療養費徴収が強化される事もあり逆紹介をこれまで以上に推進していく必要があります。また初診紹介をしていたく為に当院の外来機能を判りやすくお伝えするための訪問をさせていただく等、今まで以上の医療機能分化と連携体制の強化を行って参ります。

次に待ったなしの医師の働き方改革です。院内業務のタスクシフトに関しては、当院のスタッフの早くからの情報収集のおかげで看護師特定行為をはじめとした様々な資格所得により問題なく進んでおります。救急医療においても夜勤体制の導入を進めており当院での今後の救急体制の大きな問題は無いと考えております。

最後に当院の中期・長期計画においては我々の与えられた役割を行っていくうえでハードの面に関して機能拡張や更新のための増改築計画が進行しております。地域に信頼して頂ける医療機関としてより一層の努力をしてまいりますので今後もご支援よろしくお願いいたします。(2022年9月)

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(代表)
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
- ◎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
日本医療機能評価機構認定病院
- <学会等の施設認定>
日本内科学会認定医制度における教育関連病院
日本消化器内視鏡学会指導施設
日本消化器病学会専門医制度認定施設
日本内分泌学会内分泌代謝科認定教育施設
日本肝臓学会認定施設
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
日本呼吸器学会呼吸器専門研修プログラム連携施設
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呼吸器外科専門研修連携施設
三学会構成心臓血管外科専門医認定機構関連施設
日本整形外科学会専門医研修施設
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
日本泌尿器科学会泌尿器科専門医教育施設
日本感染症学会認定研修施設
日本麻酔科学会麻酔科認定病院
日本がん治療認定医機構日本がん治療認定医研修施設
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N S T稼働施設
日本栄養療法推進協議会N S T稼働施設
日本脊椎脊髄病学会椎間板酵素注入療法実施可能施設
日本歯科麻酔学会準研修機関

下肢静脈瘤血管内焼灼術実施・管理委員会下肢静脈瘤に対する血管内焼灼術の実施基準による実施施設
日本核医学会PET撮像施設(I)

<大学関係の施設認定>

久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(外科)
久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(内科)
久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(整形外科)
久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(循環器科)
久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(救急診療科)
久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(麻酔科)
久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(形成外科)
久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(泌尿器科)
久留米大学医学部卒前卒後教育関連診療科認定(眼科)

◎許可病床数 218床

◎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 腎臓内科 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(35科目)

◎入院基本料 7:1 入院基本料

◎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
- ・3テスラMRI 2台
- ・PET-CT
- ・核医学診断装置
- ・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

施設基準

【基本診療料の施設基準】

- 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2.5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
- 救急医療管理加算
- 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
- 病棟薬剤業務実施加算2
- 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)
(総合機能評価加算)
- 認知症ケア加算1
- せん妄ハイリスク患者ケア加算
- 精神疾患診療体制加算
- 排尿自立支援加算
- 地域医療体制確保加算
- 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

【入院時食事療養に関する事項】

- 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。

*入院時の食事療養費について

食事療養標準負担額] 患者自己負担 一食につき 460円

【特掲診療料の施設基準】

- 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
- 外来排尿自立指導料
- 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
- 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト
- ヘッドアップティルト試験
- コンタクトレンズ検査料1
- 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
- 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
- 連携充実加算
- 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)
- 摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下支援加算
- 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
- 下肢末梢動脈疾患指導管理加算
- 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)、膈腸瘻閉鎖術(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剥離術
- 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。)
- 椎間板内酵素注入療法
- 小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
- 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・人工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)(Ⅱ)
- 歯科麻酔管理料
- 放射線治療専任加算

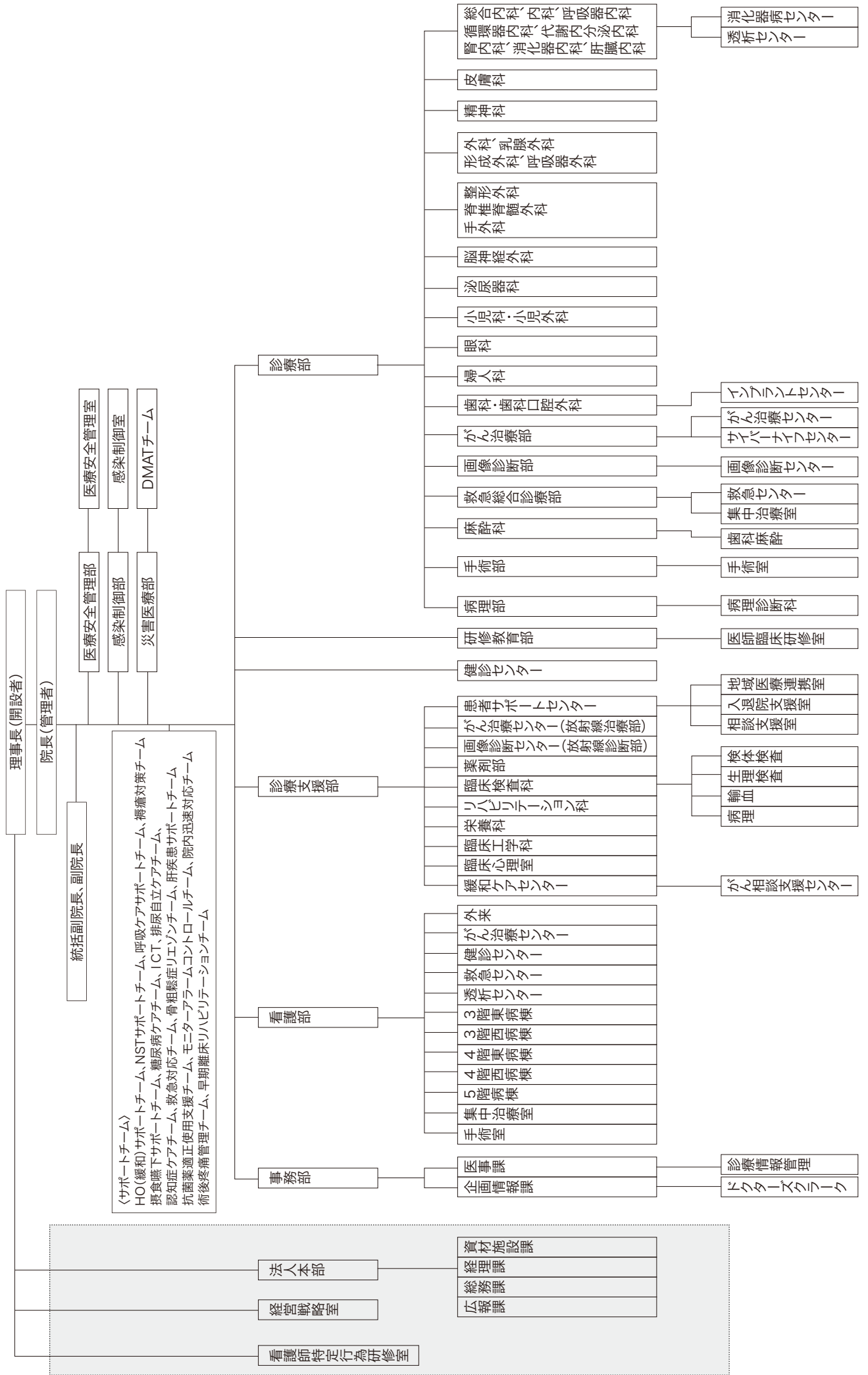
- 外来放射線治療加算
- 高エネルギー放射線治療
- 1回線量増加加算
- 強度変調放射線治療(IMRT)
- 画像誘導放射線治療加算(IGRT)
- 体外照射呼吸性移動対策加算
- 直線加速器による定位放射線治療
- 定位放射線治療呼吸性移動対策加算
- 病理診断管理加算 1
- 悪性腫瘍病理組織標本加算
- クラウン・ブリッジ維持管理料

(財)日本医療機能評価機構

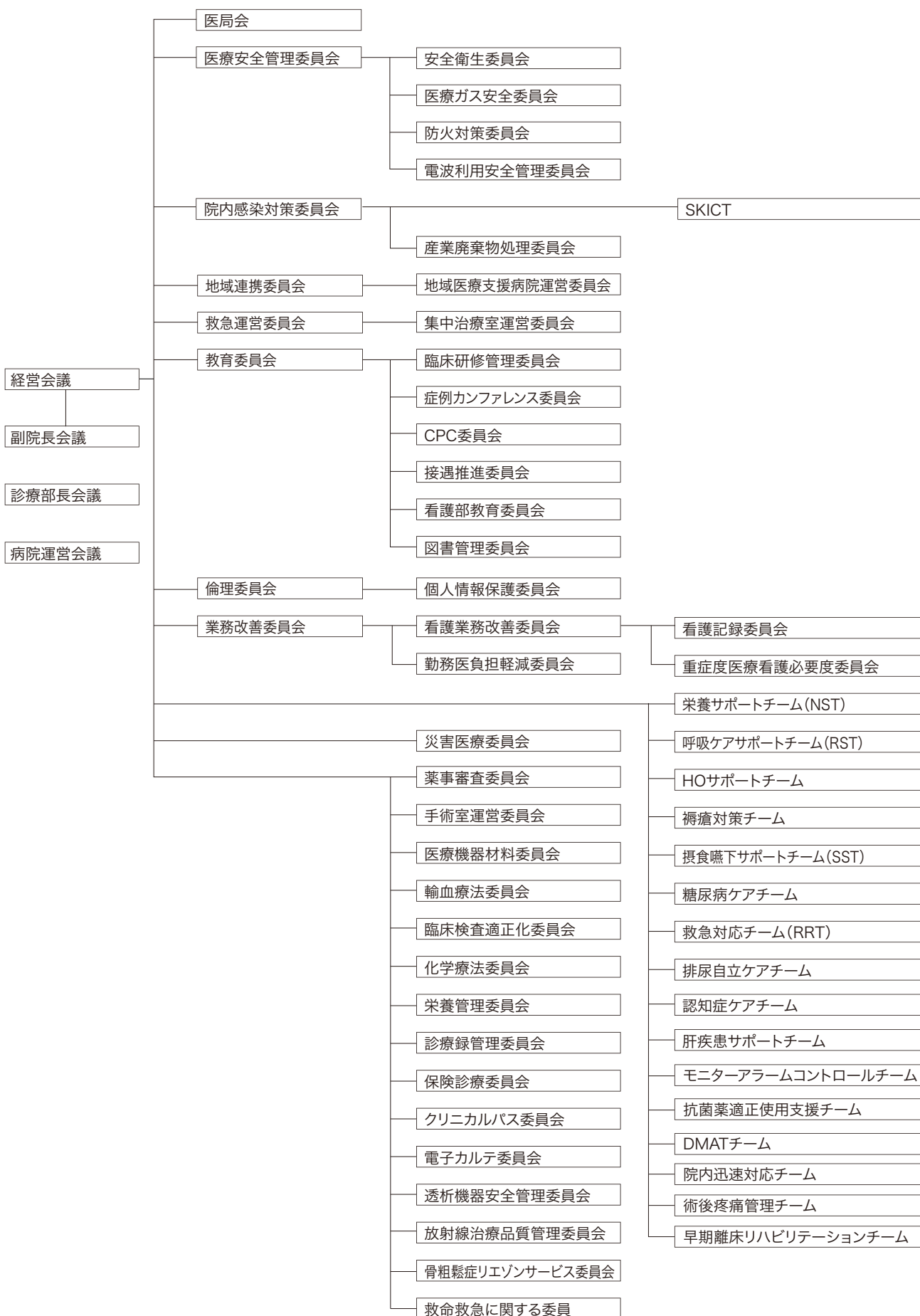
■認定第GA11-5号(3rdG:Ver.1.1)

平成30年5月更新

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したが、コロナの影響で一時期激減しました。しかしその後、フェイスシールド+N95マスク下での内視鏡検査・治療を継続し、2021年度は上下部合わせて計5,953例となり、6,000例突破も目になってきました。スクリーニングの検査を習得できれば若手の先生達にも治療内視鏡を積極的にして頂きます。今後も低侵襲治療である内視鏡治療に力を入れていきたいと思えます。

炎症性腸疾患の症例も年々増加傾向で、2021年度は潰瘍性大腸炎の患者さんを242人、およびクローン病患者さんを148人診療しました。非常勤医師として炎症性腸疾患の肛門病変では、日本でも第一人者である二見喜太郎先生による、専門外来も継続しています。

胆膵領域では、主に腹部エコー・造影CT・MRCPなどの画像検査にて診断していきます。胆膵内視鏡ではERCPは187件、EUSは128件と件数も増えており、地域医療でのニーズも高まっております。救急疾患では、急性胆管炎も多く、緊急内視鏡の中でも特殊性を伴いますが、経皮的治療のお世話にならないように、可能な限り内視鏡治療が遅延することなく、かつ安全に施行できるよう心がけております。近年IPMNや膵癌などの膵疾患も増加傾向で、地域の先生方よりご紹介いただくことも増えており、期待に添えるよう画像検査やEUSを積極的に行っております。手術可能な胆膵疾患の早期診断から早期治療を行えるよう、当院で検査して良かったと言われるように、さらなる努力をしております。

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ない治療を行っています。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、ラジオ波熱焼灼術・肝動脈塞栓術・肝動注化学療法・分子標的治療薬加えて最新治療である免疫チェックポイント阻害剤による治療などを肝臓外科・がんセンターと連携しながら行っています。

当院の肝癌治療の特徴は、高齢者にやさしく侵襲の少ない治療を行っていることです。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っております。また、門脈浸潤した進行肝癌や肝動脈塞栓術でコントロール不能となった進行肝癌に対しては動注リザーバーを留置し、肝動注化学療法を積極的に行っております。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、また、がんセンターと協力し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、肝機能がよく5cm以下単発が条件ですが、手術やラジオ波熱焼灼術が困難な症例に対し、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。癌転移巣に対する放射線治療など緩和的な治療も積極的に行っております。

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レンスを行いながら、肝癌患者の全身状態の維持や改善にむけて努めています。

循環器科は、高血圧・動脈硬化・狭心症といった血管病変から、心筋症・弁膜症・心不全といった心臓疾患、また動悸や脈不整感などの不整脈疾患等、心臓・血管疾患一般の診察を行なっています。また、高次医療機関での精査・治療が必要な症例では、御本人や御家族に十分な説明を行い、遅滞なく高次医療機関へ搬送する様に心掛けています。月曜日～土曜日の内、週5日間専門外来を行っています。また、ペースメーカー外来を定期的に行っています。

内分泌代謝内科は専門医2名体制で診療を行っています。

外来の受診者数は毎月500名前後で、やはり糖尿病の方が多くを占めています。

その他は甲状腺疾患が多いのですが、最近では更年期女性の副腎皮質機能低下症の症例が散見されるようになりました。また罹病率が低いものでは性腺機能低下、PRL産生腫瘍、成人成長ホルモン分泌不全など多岐にわたります。

がんセンターで化学療法中の経過で免疫チェックポイント阻害剤による下垂体機能異常、甲状腺機能異常の症例も徐々に増えてきています。

令和2年度からのコロナ感染症の影響で毎年恒例であった市民公開講座を令和3年度も開催を見送りました。こちらは世界糖尿病DAYに合わせ栄養科が中心となり糖尿病に関わる全職種が糖尿病教室を行うのですが、実食を伴うため残念ながら中止としています。

コロナの状況を鑑み安全に開催できる日を心待ちにしています。

腎内科、透析センターは、共愛会での立ち上げから18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。緊急入院の患者や他科加療中に発生した急性腎不全に対する各種体外循環療法や、IBD患者に対するGCAP療法などにも対応しています。また、近年は他科入院中の維持透析患者のバックアップ透析依頼も増加しています。

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。なお、令和2年及び令和3年は、コロナの診療が主体となり、極めて慌ただしく過ごしました。

救急総合治療部



副院長・救急総合診療部長 佐藤 英博

令和3年救急救命士法が改正され、救急救命士（以下救命士）は民間救急車内での活動に加え、病院内でも活動が可能となりました。当院救急外来には数年以上前から複数名の病院救命士を配置し、看護師の補助業務を行っていました。また救急車からのホットラインの電話対応等を救命士が行っている病院もあります。ただいづれにせよ、現在日本の病院内で勤務している救命士はそれほど多くはありません。

【病院前救急医療の歴史】

1933、4年頃から日本の大都會を中心に救急車が配備され初め、1963年に救急業務として、消防法にて制度化されています。そして病院到着前の医療行為の必要性、重要性の観点から1991年に救急救命士法が制定されます。これにて消防救命士は病院前救急医療が可能となり、その行為の医療的質の担保目的にMC（メディカルコントロール）協議会が作られました。この時点では救命士の医療行為は、消防救急による現場から医療機関到着まで、という時間と場所の制約を受け病院内では酸素投与はおろか、血圧測定もできないという状況でした。

【救命士の業務拡大】

今回いろいろな社会的情勢をふまえて、救命士の活動範囲が広がることとなりました。一つは消防の救急車のみでなく民間の救急車でも活動が認めら

れたこと。そしてもう一つが当院にも関係している最初に述べたの病院内での活動です。“病院若しくは診療所に搬送されるまでの間”に加え“重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間”が追加されました。これにより救命士の救急外来での医療行為が格段に広がり、種々の職務のタスクシフトに繋がります。消防救命士による病院前救急医療には、医療機関と消防からなるMC協議会があり、救命士の医療行為に対してこの質を保証するため、指導・助言・検証を行っています。

【当病院内における救命士の業務】

院内での救命士の医療行為について質の担保目的に、「救急救命士に関する委員会」なるものが制定されていますが、これは上述の消防救命士に対するMC協議会に対応する院内の委員会と考えていいかと思います。この委員会は個々の病院救命士に対して、医療行為の指導・助言・検証を行うため、種々の研修や知識技術の向上を目的とした活動を行うほか、医療行為に対する検討会を定期的に行います。

以上のように、病院救命士を活用し、救急医療を円滑にとり行う下地ができてきました。当院でも個々の能力のレベルアップに加え、タスクシフトを併用し効率の良い業務を行いコロナ禍を乗り越えなければなりません。

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。

当科は、21年度もコロナ診療一色でした。通常の呼吸器科診療は、限られた症例しかできておりません。特に力を入れていましたNHCAPの診療が十分できず、入院患者さんの診療は呼吸器内科以外の内科の先生方に分担して頂きました。その中でも、高齢者肺炎の研究をできる限り継続しています。高齢者肺炎の研究の状況をご報告し、続いてコロナ診療の経過と現状をご報告します。

1. 高齢者肺炎の診療と研究

20-21、21-22シーズンはインフルエンザの流行が全くなく、そのためか20-21シーズンは全国的に高齢者肺炎が減少したとの報告がありました。その後の全国的な傾向は明らかではありませんが、当院では減少は止まっている印象です。

高齢者肺炎の研究としては、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た論文「Evaluation of simple assessment of the swallowing ability in elderly patients with pneumonia」を長神康雄（現北九州中央病院）が日本呼吸器学会の英文誌Respiratory Investigationに投稿し掲載されました。同じく長神を筆頭者として「医療・介護関連肺炎の入院の契機となった肺炎による死亡とエンピリック治療抗菌薬の検討」が日本呼吸器学会誌に掲載されました

前者は、当院が独自に開発した施行が容易な嚥下機能評価のツールである「ASAP」が誤嚥性肺炎の予後予測に使用可能であることを明らかにした内容です。後者は、医療＋介護関連肺炎の抗生物質投与に際して、第一選択薬として必ずしも広域抗菌薬は必要がないことを単施設の結果ですが報告させていただきました。多施設共

同研究でも同じ結果の報告があり、意を強くしています。今後は、コロナ後を見据えて高齢者肺炎と栄養を課題として、診療・研究を継続したいと考えています。

2. 2年目に入ったコロナ診療

当院は2020年1月コロナ診療協力医療機関に指定され、直ちに帰国者・接触者外来を開設、その後、同年10月から重点医療機関としてコロナ診療に携わってきました。

コロナはご承知の通り当初のアルファ株からデルタ株、更にオミクロン株へと変異を重ねてきました。変異するたびに流行状態、更には病状が異なり、治療法も変化しました。

去年はデルタ株までの状況をご報告しましたが、今年度は主に21年末からのオミクロン株の状況をご報告します。

オミクロン株の特徴は感染力が強いのですが、病原性は弱いと言われています。感染早期からCTで肺にスリガラス陰影がみられる症例は、ほとんどなくなりました。急激な酸素化の悪化を見る症例も減ってきました。その原因として、ワクチン接種の普及、コロナに対する治療法の進歩などが影響しているとは思いますが、病原性の変化もあるようです。一方で感染力が強いことが、患者数の激増をもたらし、特に高齢者の罹患者が増加しました。それに伴って、元来基礎疾患多い高齢者がコロナは軽症であったにも関わらず基礎疾患の悪化、全身状態の悪化によって入院するケースが多くみられました

図1は2022年1月以降の当院救急外来の陽性者数の推移と救急外来からのコロナ陽性者の入院数の推移です。陽性者数は若年者が多くみられますが、救急受診外来で診断され直ちに入院された患者さんは高齢者が多くなっています。多

くは発熱などのコロナの症状で受診されていますが、骨折などで受診され無症状でコロナと診断され入院となった患者さんもおられました

図2は入院患者の経路別の受入数です。第6波のピークであった2月は救急外来から直接入院した患者数が行政（＝保健所）を通した患者数の2倍あることが目を引きます。このため救急医療がひっ迫したことが思いだされます。

図3は当院の入院患者の年代別コロナ患者数と平均在院日数です。60歳以上の高齢者が72%を占め、年代が上がるに連れて在院日数が長くなっていることが分かります。当院は早期からコロナ患者さんのリハビリに取り組み、在宅復帰率も通常の誤嚥性肺炎と遜色なく、平均在院日数も変わりありません。しかし、ある程度の全身状態改善後も、コロナPCR検査で測定したCt値の上昇が長期間みられず、隔離解除に日数がかかった症例が少なからずありました。

With coronaの時代に入り、社会活動とコロナ診療の両立が問われています。変異するコロナに対応しながら今後も地域医療の一環としての呼吸器科診療を継続したいと考えています。

救急外来受診で COVID-19 と診断された患者数と
救急受診後当院入院となった患者数

2022年1月1日～2022年9月25日

累計：726件

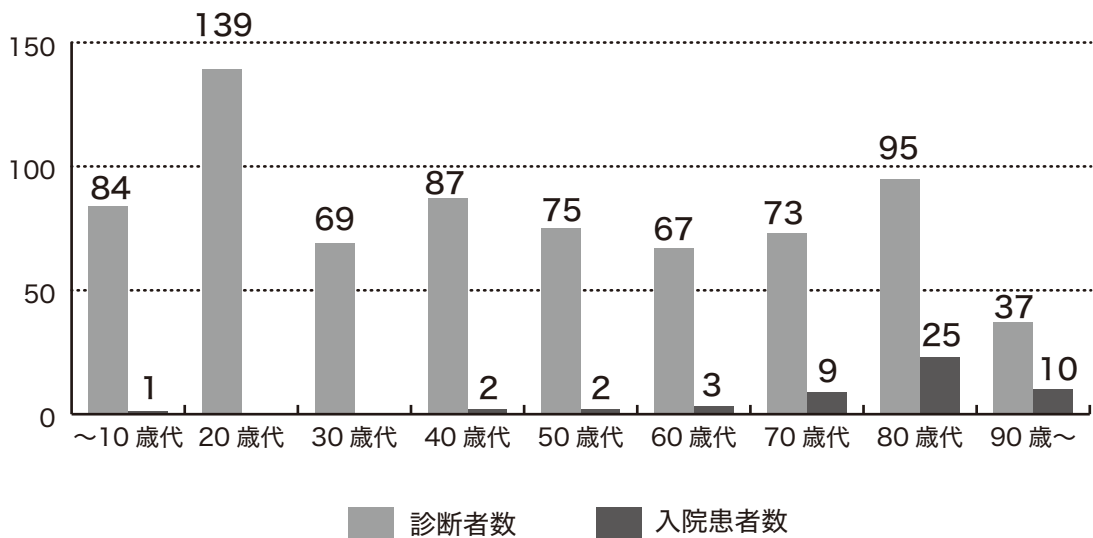


図1

陽性者入院受入れ人数（入院経路別）

2021年10月1日～2022年6月30日
累計：275名

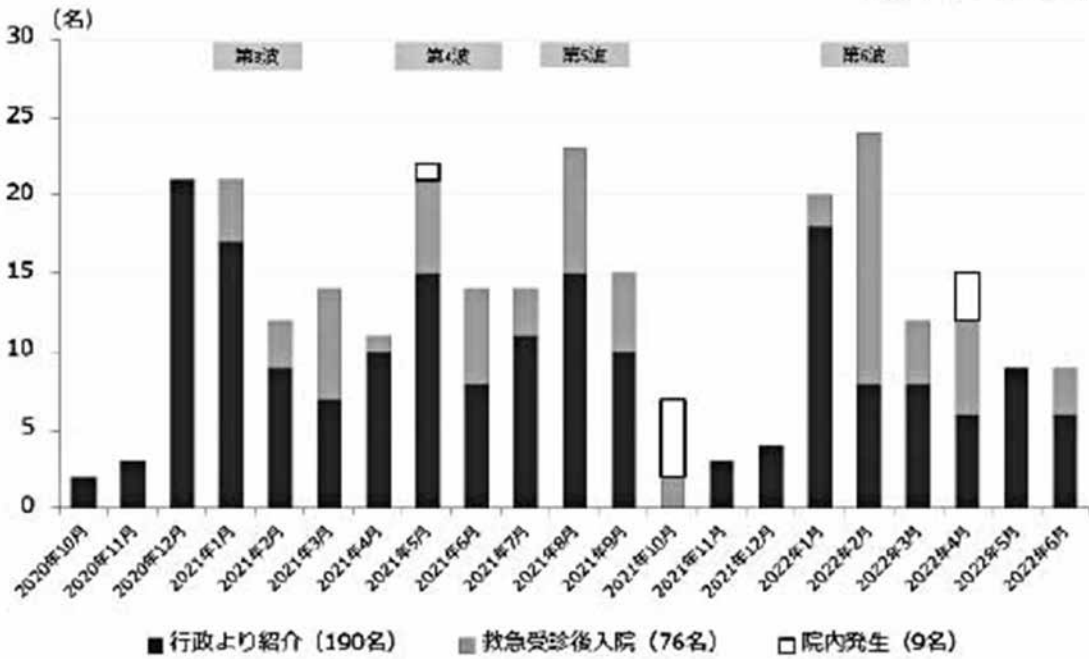


図2

年代別コロナ患者入院数と平均在院日数

2021年10月1日～2022年6月30日
累計：275件

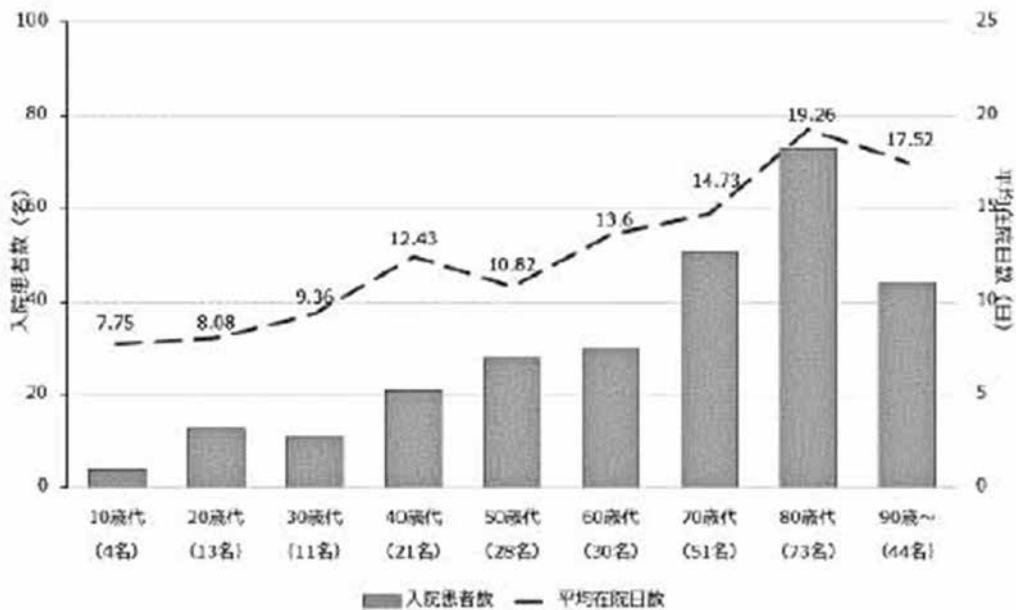


図3

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。

今年度は、感染対策を行っていたが病棟で新型コロナウイルス感染症を発生させ病棟閉鎖となった。患者様を他の病棟で入院させ治療を継続した。2021年度の業務実績は、昨年度と比べ大きな変化はなかったが化学療法については昨年度と比べ+11.1%増加した。セカンドオピニオンの依頼が増加している。

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	:	5名						
薬	剤	師	: 6名						
看	護	師	: 13名						
放	射	線	技	師	: 13名				
臨	床	工	学	技	士	: 7名			
ド	ク	タ	ー	ズ	ク	ラ	ー	ク	: 4名
ケ	ア	ワ	ー	カ	ー	: 1名			
放	射	線	科	助	手	: 2名			



認定看護師

【今年度の目標】

今年度は、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。

【実績】

2021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)	11,663	3,414	2,359	6,090
昨年度との比較	-7.4%	+11.1%	+1.1%	-8.0%
1日平均 (人)	44.9	14.2	9.0	16.7

放射線治療

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
総治療患者数	793	927	606	714	647
IMRT	193	165	189	234	267
定位(肺・肝臓)	30	37	33	64	54
定位(前立腺)		34	47	54	49
定位(頭・頸部)	179	250	133	170	133
小線源治療	63	48	48	33	35

高気圧酸素療法

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
総治療患者数	5,628	5,965	6,125	6,596	6,090
温熱化学療法併用	976	770	599	426	514
放射線併用	1,065	1,635	1,193	2,174	2,162
化学療法併用	36	112	18	42	27

温熱療法

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
総治療患者数	2,617	2,379	2,031	2,181	2,359
浅在性	471	460	280	410	375
深在性	2,146	1,919	1,751	1,771	1,984

セカンドオピニオン・入院延患者数

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
セカンドオピニオン	26	19	21	29	31
入院延患者数	11,948	10,770	10,061	11,150	11,302

外科



副院長 主任外科部長 谷脇 智

【外科スタッフ】(2022年4月より)

常 勤／今村鉄男、奥田康司、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、長尾祐一、室屋大輔、
下河辺久陽、加来秀彰
非常勤／消化器：二見喜太郎、石橋慶章、濱田 茂
乳 腺：山下眞一
呼吸器：大淵俊朗、蒔本好史

終息に向かうかと期待されたCOVID-19も第7波を迎え、今後どのように推移していくのか？不透明感が持続しております。我々の使命である、持続的な地域医療のニーズに応えられなくならないか、危惧もします。

またかかりつけ医受診および検診控えは持続しており、特に早期胃癌患者の激減、進行癌患者への審査腹腔鏡、CVポート造設患者の増加を来しています。現状が常態化することも視野に入れる必要性を感じています。

【臨床】

週間スケジュールに大きい変更はありません。救急患者ならびに、多くの併存疾患を有する患者に対する治療方針の検討、決定、スタッフとのコミュニケーションなど、朝のカンファランスの重要性を痛感しております。

2021年度手術症例の詳細を下記に示します。肝切除術、血管外科手術数の増加を認めております。胸腹部手術における胸腔鏡、腹腔鏡手術症例は276例でした。胃悪性腫瘍では96%、結腸直腸癌では91%の患者さんに行われております。症例総数および鏡視下手術数に大きい変化はありません。

【学術】

学会報告15件、論文3件でした。多忙な中でのスタッフの頑張りによる業績と、自負しております。

【安全管理】

なかなか術後合併症の発生数に改善が得られません。結腸直腸手術後の深部SSIが増加していますが、閉塞を来した症例へのステント挿入、ストーマ造設を先行した症例に多く、また縫合不全以外によるものも含まれています。膵切除術後の膵液漏発生は認めておりません。

今年度は、救急患者の1名および誤嚥性肺炎による1名の術後在院死亡を経験しました。残念です。

手術臓器ごと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
胃切除 (n=32)	0	0	0	2	3
結腸直腸切除 (n=90)	2	10	1	8	1
膵切除 (n=13)	0	2	0	0	0
肝切除 (n=25)	1	2	0	0	0

【今年度の目標】

“高齢者における腹部外科手術後せん妄の危険因子ならびに術後認知機能、ADLに与える影響”について前向きの研究を検討しております。我々の地域は高齢者が多く、術後せん妄が及ぼす長期的な影響についてはあまり研究がなされておらず、何らかの知見が得られ、フィードバックできればと期待しております。

明石が会長を務めた第50回日本血管外科学会は、共愛会の全面的なバックアップのもと、久留米大学および関連病院の先生方の援助により、無事に、盛況に終わることが出来ました。

ありがとうございました。

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邁進します。

各部門の活動状況

2021年度手術症例

手術症例	()は鏡視下手術			
肺	悪性 7例	(6例)	良性 9例	(9例)
乳腺・甲状腺	悪性 10例			
食道	悪性 2例	(2例)	良性 3例	(2例)
胃	悪性 33例	(31例)	良性 1例	
小腸	悪性 1例	(1例)	良性 8例	(3例)
結腸・直腸	悪性 77例	(70例)	良性 7例	(2例)
汎発性腹膜炎	14例	(4例)		
腸管癒着症	7例	(2例)		
腸痙・ストーマ	25例	(7例)		
肛門	9例			
虫垂炎	30例	(29例)		
ヘルニア	54例	(39例)		
肝腫瘍	切除術 18例	(5例)		
	焼灼術 4例			
胆道	悪性 1例		良性 61例	(58例)
膵臓	PD 7例			
	DP 4例			
血管	腹部大動脈 8例			
	バイパス 10例			
	塞栓、内膜除去 14例			
	静脈瘤 31例			
	シャント他 3例			
CVポート	128例			
その他	42例	(6例)		
計628例(鏡視下手術276例)				

整形外科



副院長・主任整形外科部長 田原 尚直

【人員構成】

令和3年度は、6月から下河邊久雄が慶友整形外科病院に国内留学したため田原尚直、清水建詞、大茂壽久、大友一、濱田賢治の常勤医5名に加えて、久留米大学から草場宣宏、福岡大学から松永慶、長田宗大、上田章貴、畑直文、産業医科大学から瀬尾智史の6名が各大学医局から派遣され、計11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、派遣医は脊椎外科班(清水、大友)手外科班(大茂)、膝、外傷班(田原、濱田)それぞれを3ヶ月ごとにローテイトして、各班の指導医の下で診療に当たりました。

【実績】

令和3年度の新患外来患者数は1,417件、新入院患者数は879人、平均在院日数は、12.2日でした。手術症例数は913例で昨年度と比較し78例減少していました。

上下肢ともに外傷手術の減少したため手術症例数が減ったと考えられますが、変性疾患については脊椎手術は腰椎疾患で10例増加、変形性関節症に対する人工関節置換術、骨切り術の手術症例数は維持もしくは増加していました。特に手関節の三角線維軟骨の修復手術が19例と増加していました。

【今後の目標】

2013年から厚労省が推進している「健康日本21(第二次)」の基本方針の一つに健康寿命の延伸が提言されて10年近く経過しました。健康寿命は男女ともに徐々に伸びていますが、平均寿命とはまだ10歳以上の差があります。健康寿命の延伸に影響を与える要因の一つに骨粗鬆症を有する高齢者が転倒することで発症する脆弱性骨折が挙げられますが、高齢者の骨折に対する有効な手立てが講じられなければ今後も健康寿命と平均寿命の差は縮まらず医療費や介護費用がますます増加することが予想されます。このことを踏まえて令和4年度の診療報酬改定で二次骨折予防管理加算を新設されました。脆弱性骨折患者は発症後に適切な骨粗鬆症治療が開始されなければ、2年以内に二次骨折の発症リスクが3倍高くなるといわれていることから、骨折後の骨粗鬆症治療の重要性に焦点が当たった結果と思われる。当院では5年前から骨粗鬆症患者に対応するため骨粗鬆症リエゾンチームが院内で委員会として承認されて活動し、骨粗鬆症治療に積極的に取り組んでおり、二次骨折の発生割合も減少しています。今後は院内他職種との連携を強化し、大腿骨近位部骨折患者の受傷後48時間以内の手術症例の増加を目指しています。

今後ご紹介を頂いております地域の先生方、地域住民の方々に信頼され選ばれる病院を目指して整形外科診療に取り組んでいく所存です。

各部門の活動状況

令和3年度手術内訳

上肢骨折	鎖骨	10
	上腕骨	14
	肘	22
	前腕(橈骨遠位端を含む)	90
	手指	76
下肢骨折	大腿骨(人工骨頭を含む)	133
	膝蓋骨	7
	下腿	25
	足部	17
脊椎	頸椎、胸椎	31
	腰椎(MEDを含む)	62
手外科	手根管	38
	肘部管	11
	腱鞘切開	87
	腱縫合、移行	25
	神経血管縫合	5
	関節形成	33
	靭帯縫合	6
人工関節	TKA	30
	THA、TEA、TSA	7
骨切り術	HTO	12
関節鏡視下手術	下肢(膝、足関節)	20
	上肢(肩、肘、手関節)	17
その他	腫瘍	16
	化膿性疾患	11
	アキレス腱縫合	8
	抜釘	89
	創外固定	11
	その他	0
合 計		913

形成外科



形成外科部長 高橋 長弘

2021年度も、昨年に引き続き新型コロナウイルス感染症の流行により、当科もその影響を受け手術件数及び入院の件数を調整せざるおえない時期がありました。しかし昨年度の教訓を生かし、また呼吸器内科の先生方を始めとする当院の感染対策スタッフのおかげで、昨年度より多くの症例を手術することができました。誠にありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症の流行は今後のしばらく収束の見込みはないと考えております。したがって我々形成外科医は、このような状況下でも必要とされるようさらに患者さんのQOLの向上を目指した医療を行っていく必要があります。

【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、褥瘡を中心に、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（2021 1月～12月）

全身麻酔	59例
腰椎・伝達麻酔	44例
局所麻酔	317例
合計	420例 うち入院手術（233例）

皮下・軟部腫瘍（悪性腫瘍含む）	159例
外傷	61例
難治性潰瘍・褥瘡	95例
瘢痕拘縮 ケロイド	17例
炎症・変性疾患	40例
その他	45例
合計	420例

【診療体制】

常勤医師一人（高橋）と非常勤医師一人（前川絵美）が診療に当たっております。外来は月曜午前・木曜終日・土曜午前です。ご紹介・急患依頼に関しては外来日以外にも可能な限り対応しております。全身麻酔手術は月・火・金曜日に可能です。それ以外の日も急患に関しては、手術室、麻酔科のフレキシブルな対応により迅速に対応可能です。また長時間手術などに関しては、久留米大学形成外科・顎顔面外科より清川教授を始めとしたスタッフが応援に駆けつける体制となっております。

【当院の特色】

形成外科の常勤医は一人ですが、他科の先生方の協力を非常に得安いため多岐にわたる診察、治療を行うことが出来ております。

- 1) 四肢軟部損傷：整形外科・手外科チームと合同で手術を行い、その後、高気圧酸素療法や陰圧閉鎖療法などの集学的治療を行うことで早期の創傷治癒が可能となりました。
- 2) ASO（閉塞性動脈硬化症）などがベース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行っています。そのため他院にて治癒成し得なかった創傷が当院で治癒するという好結果につながっています。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。

- 3) 褥瘡・難治性皮膚潰瘍：特定看護師、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」で集学的治療を行っております。先述の高気圧酸素療法だけでなく、「陰圧閉鎖療法」をベースに、「創内持続陰圧洗浄療法」「間欠的陰圧洗浄療法」といった治療法を組み合わせることで感染のコントロールを行っております。
- 4) 顔面骨骨折：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。手術は口腔外科の先生に助手に入ってください大変助かっております。
- 5) 眼瞼下垂症：眼科の先生からの紹介に加え、術前、術後の機能評価を行っていただいております。期待に応えられるよう良好な結果を目指します。
- 6) 瘢痕拘縮・ケロイド：手術直後より放射線照射を、がんセンターで施行していただいております。術後の再発予防に非常に効果があります。これからも症例数を増やして予定です。

新型コロナウイルス感染症の影響なのか昨年度は顔面外傷、顔面骨骨折の症例が減少いたしました。しかし、近隣の先生方から、眼瞼下垂症のご紹介をいただくようになり昨年度と比し約2倍の手術症例がありました。今後も症例数は増加すると考えております。また肥厚性瘢痕、ケロイドの症例も昨年より倍以上の症例数の増加です。これもひとえにがんセンターで再発予防のための術後照射を行うことができているからだと考えております。

これから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

令和三年度は、世界中でコロナウイルス感染症の大流行となる一方で、本邦でも高齢者や医療従事者を含むワクチン接種が進み、国民全体がwith corona生活を強いられるようとなった。残念ながら当院でも院内クラスター発生を経験し、入院患者へのコロナウイルスPCR検査だけでは予防できないパンデミック状態で、以前の医療環境には戻れなかった。しかし、多くの施設での一般健診が再開となり、泌尿器の前立腺癌二次健診受診については、当院での前立腺針生検症例数から見ると、少し増加傾向であった。これは生検前検査のMRI機器の更新や、当院でのMRI検査後標的生検を希望される症例数は減少しておらず、この地域の多くの医療機関で認められていると考えている。

年間手術症例数で最も多いのは前立腺がんの診断と治療であり、総数で140例を超え、次いで夜間緊急または定期交換する経尿道的尿管ステント留置術や、膀胱癌の内視鏡手術などが多いことも昨年と変化はなかった。前立腺肥大症に対する前立腺部尿道拡張術（メモカス金属ステント）留置は、昨年まで高齢者への保存的治療ではあるが、本年度は積極的に経尿道的前立腺切除術を実施しており、この術式の症例増加が最も著しい。

体外衝撃波結石治療は、昨年7月に新規導入いただき、本年度は、去年の症例数の倍を治療できており、当院HPにあるように、お待たせしない結石医療が少しずつ地域に定着してきたと考えている。前々部長である松浦省三先生が、北九州市内では他施設に先駆けて導入した当院のお家芸ともいえる治療法であり、今回の新機種でさらなる成績向上を図りたい。

現在の北九州市では、すでに5施設で泌尿器科領域手術のロボット支援手術が導入されており、単年度当たりの前立腺癌放射線治療症例数は、以前のようにはないのが現状である。また手術実施施設の増加から、他院からの症例紹介は多くはないが、特に当院の有害事象が少ないサイバーナイフ治療を中心に、今後は学会報告、そしてHP更新での情報公開で、広く他施設の担当医や患者さんに認めていただき、選択いただけるよう、努力する。

各部門の活動状況

主な手術術式	2019年	2020年	2021年
前立腺針生検	52例	49例	53例
前立腺癌サイバーナイフ治療	46例	58例	48例
前立腺癌密封小線源治療	42例	38例 (外照射併用31例)	34例 (外照射併用25例)
放射線治療用Space OAR注入	-	6例	10例
膀胱悪性腫瘍手術 (TUR)	38例	31例	26例
尿管ステント留置術	37例	47例	40例
経尿道的前立腺切除術	4例	2例	12例
経尿道的電気凝固術	7例	7例	7例
尿管結石内視鏡手術 (TUL)	10例	3例	5例
膀胱結石経尿道的手術	2例	3例	8例
経皮的腎瘻増設術	3例	3例	2例
前立腺部尿道拡張術 (メモカス留置)	2例	6例	-
陰嚢水腫根治術	2例	-	1例
膀胱瘻増設術	2例	2例	-
精巣摘除術	1例	1例	1例
尿道脱	-	-	1例
環状切除術	-	-	2例
尿道狭窄内視鏡手術	-	-	1例
ESWL (新規治療例)	38例	22例 (7月まで)	39例

脳神経外科



脳神経外科部長 辻 武寿

脳神経外科 辻 武寿
 鶴殿弘貴
 越智 章

臨床活動

① 2021年度入院患者は383人。うち緊急入院261人、救急車搬入143件。前年度に比べ、入院患者数96%、緊急入院数98%とほぼ維持された。救急車搬入による入院は111%と若干増加していた。脳卒中rt-PA投与例は6件と前年より2件増えていた。

<入院の内訳>

脳血管障害	142人 (37.0%)
脳腫瘍関連	103人 (26.9%)
頭部外傷	71人 (18.5%)
てんかん発作	33人 (8.6%)
水頭症	17人 (4.4%)
その他	17人 (4.4%)

非痙攣性てんかん重積を有する患者、複数の合併症を有する高齢者、90歳以上の超高齢者も増加傾向にある。

② 手術数は41件で前年の85%であった。慢性硬膜下血腫が減少し、水頭症手術が増えていた。

<手術件数>	41 件	(件)
脳内血腫除去（開頭2 CT定位2）	4	
外傷性頭蓋内血腫除去（開頭2 穿頭1）	3	
慢性硬膜下血腫	11	
シャント手術：特発性NPH 10、 続発性7（V-P 5 L-P 12）	17	
脳室ドレナージ	3	
その他	3	

③放射線治療

サイバーナイフ件数128件で前年の72%と減少していた（脳病変128件：原発性29、転移性98、AVM12）。IMRT・トモセラピーは15件（悪性神経膠腫11、下垂体腫瘍1、転移性脳腫瘍3件）、全脳照射は11件（多発脳転移）。悪性神経膠腫に対して、テモゾロミドが13名に、ベバシズマブが4名に投与された。

④ 2021年度外来患者数は4103人、前年の102%で、ほぼ同数であった。内紹介は419人と、119%に増えていた。病院全体紹介数の4.0%と前年同様であった。

⑤ 地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院の診療に従事し、地域包括ケア体制を推進している。コロナ禍の中で、外来および入院患者数は維持された。外来紹介や救急車搬入入院が増えていた。多数の既往歴や合併症を有する高齢者に対し、チーム医療を進めている。令和4年1月ビデオ付きデジタル脳波計（日本光電）に更新された。症候性てんかんや高齢者てんかん症例の増加に対し、脳波判読作業や検査レポート作成の時間軽減が図られた。

小児科・小児外科



小児科・小児外科 部長 有馬 透

当院で小児の外来診療を始めて4年が経過しました。4年と言えばオリンピックの周期です。「早いもので・・・」という感じがしています。

【診療体制】

診療は外来のみで、現在は月曜日～金曜日の午前午後、但し第1、3、5火曜日の午後は休診、第1、3、5土曜日の午前は診療というスケジュールで外来を行っています。医師は(月)(水)(金)は常勤医師1名と非常勤医師1名、(火)(木)(土)は常勤医師1名で診療しています。看護師は3名、受付スタッフ1名という体制です。

非常勤医師として現在は、発足当初から応援していただいている浦上京子先生、産業医大小児科から派遣いただいている齋藤玲子、中島健太郎、福田智文、浅井完(ひろし)、川村卓(まさる)、渡邊俊介の各先生、計7名の先生に(月)(水)(金)の午前午後を受け持っています。非常勤医師は例えば神経、アレルギー、内分泌など各々専門領域をお持ちですので、該当する患者さんにはなるべくそれぞれの先生の出務日に合わせて受診いただき、産医大からのメンバーには年度ごとに少しずつ変更はありますが、ゆるやかな特別外来的な形にしています。

土曜日を毎週診療にする、あるいは平日の診療時間の終わりを現在の17時から18時に延長するなどの腹案を持っていますが、諸般の事情によりまだ実現には至っていません。

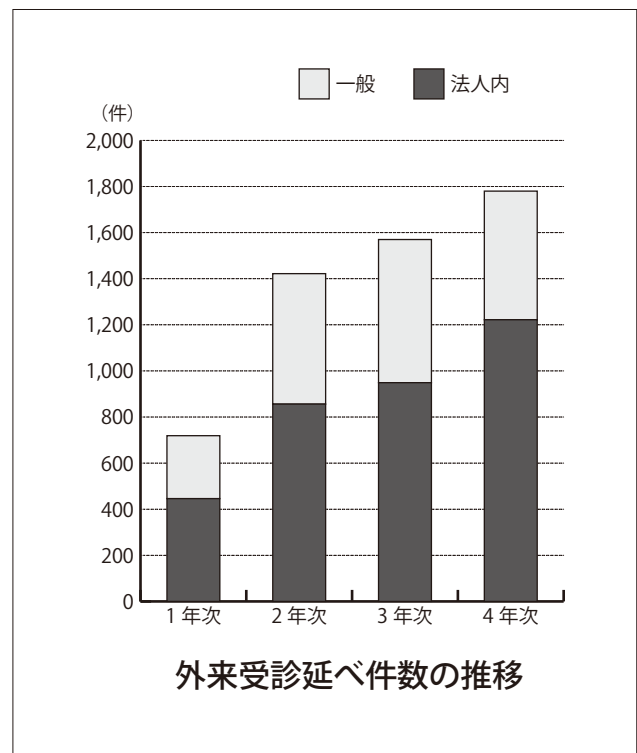
【外来患者数など】

2018年6月に診療を開始しましたので、各年6月～5月の1年間ずつに区切って集計すると図のようになりました。3年次の伸び率は10.4%に留まりましたが4年次は前年比13.4%の増加とやや持ち直しました。新型コロナウイルス感染症の検査件数の増加が一因かと

思われます。

図によって明らかですが、共愛会職員関係の子供さんの受診は増えていますが、一般の患者さんについては総数に占める割合、実数とも減少しています。割合は例年の40%前後から31%、実数は621件から558件への減少です。医療機関としての宣伝活動がやりにくい当科としては一般の患者さんについてはクチコミ以外に宣伝の手はないので今以上の受診増はあまり望めず、法人内の患者さんに受診していただくことに科の存続がかかっているようです。今後とも産休に入る職員の方への周知を継続的に行っていくことにしています。

当科の診療内容は一般の小児科診療所と同じですが、総合病院に所属する一診療科である当科としては、2022年10月に厳しくなる選定療養費の問題にも対処せざるを得ず、科が生き延びる上での大問題になると覚悟しています。



【予防接種など】

予防接種の延べ件数は年々増えており、4年次も378名と、3年次の338名から若干の増加を示しました。延べ受診者数に占める割合は21.2%で例年とほぼ同じです。職員価格が設けられているおたふく風邪やインフルエンザは当科で受けるにしても、他の定期接種は従来のかかりつけ医で受ける職員家族も多いのですが、かかりつけ医から当科へ変更してもらうことは色々の事情がありなかなか困難なようです。

当科では生後4か月、7か月、1歳半、3歳児の乳幼児健診も行っています。生後2か月のワクチンデビュー以降、健診とワクチン接種をセットで受けて、体調不良のときにも受診してもらえるようになるのが我々の理想です。

【病児・病後児保育】

当科では職域内保育所「キッズハウスあやめ」と連携して共愛会職員の子どもさん(原則として生後3か月～小学2年生)を対象に病児・病後児保育を行っています。

2021年3月末に病児・病後児保育室が拡充され、定員オーバーでお断りすることがなくなりました。延べ利用者数は前年の62名から104名に増加しています。このコロナ禍で保育園・幼稚園が閉鎖されたために本人は無症状でも病児保育室に預けてお母さんは出勤するというケースが結構あり、コロナに抗して共愛会のマンパワー確保に少しですが貢献しています。

【訪問診療】

在宅療養中の患者さんへの訪問診療は前年と変わらず4名の方に対して行っています。この1年間の訪問回数は49回で、年間50回前後で推移していることとなります。定期訪問だけでなく、病状変化時に往診して血液検査を行い、その結果を基幹病院に連絡して対処法を相談するという場合もあります。また、ワクチン接種や、最近ではコロナのPCR検査を行うこともあります。さらに訪問看護ステーションとの連絡も密にして在宅患者さんの安心につながるよう努めています。

訪問診療・往診は原則として医師2名体制の(月)

(水)(金)に限られますが、最近(火)(木)(土)のとくに午後に、幸か不幸か外来受診者の予定がないときには臨時の往診もするようになりました。

【今後について】

最大の懸案として目指してきた在宅児の日中一時支援(預かり)事業ですが、法人事務局と行政当局との折衝により健診センター2階に1室を確保できたところで止まっています。常時医師2名体制の確立、終始付き添う看護師の確保、その他諸々の難題があり、しかもこの事業が毎日のことではないことからマンパワーの確保が困難で、当科よりも所帯の大きい、しかも融通の利く施設でないとなれば難しいと認識するに至り、現時点では一旦棚上げという判断となった次第です。

将来的にはこの事業に着手したいとの望みは捨てておらず、そのためには今よりもかなりの受診者増により数的に余裕のある人員を揃える必要があると考え、前述のごとく毎週土曜日診療、診療時間の延長等により多くの患者さんに受診していただくことを画策していますが、現時点では実現していません。

このように、次の一步に向けて藻掻いているのが現状です。老骨となった私がかつてまでやれるか分かりませんが、小さな患者さんたちの泣き顔、笑顔をエネルギー源としてスタッフ一同がんばっています。今後ともご支援のほどお願いいたします。

手術部



主任麻酔科部長 兼 手術部部長 君付 博

令和3年度の全手術症例数は2,586例(令和2年度 2,464例以下同様)でCOVID-19の影響下にあっても前年並みの症例数であったが麻酔科担当症例は全身麻酔1,098例(1,239例)、脊髄くも膜下麻酔(硬膜外麻酔単独症例を含む)431例(498例)と前年度より減少した。これはCOVID-19による病棟閉鎖により相対的に外来の局所麻酔手術数が増加したためと推測される。緊急手術は591例(678例)、麻酔科管理が必要な緊急手術症例は383例(446例)で、時間外(深夜、休日)の呼び出し対応は32例(36例)であった。

麻酔科スタッフの体制は君付博、増田直樹、江口徹郎の常勤医に歯科麻酔科専門医の長行事由貴が常勤医として加わり歯科口腔外科手術への対応の充実が図られた。非常勤医師は山川伸子、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、平日時間内の手術症

例対応には満足のいく体制が整っている。夜間休日の時間外手術対応は常勤医に麻酔科標榜医の佐藤英博(救急科)、和田義人(外科)が加わり体制を維持している。

手術室および中央材料室での業務におけるスタッフ(看護師、臨床工学技士、ケアワーカー等)のマンパワー不足を補う目的で前年度より中央材料室業務の一部を外部業者に委託する取り組みを開始した。スタッフ看護師1名の平日における夜勤を開始したこともあり部署全体の時間外勤務の総時間数の減少を行うことができた。さらに今年度は特定看護師による麻酔科医業務の部分代行を開始し、来年度へ繋がる活動と期待している。

電子カルテ上での手術申込み、スケジュール管理は次年度へ引き継ぐ課題として残っている状況に変化は無い。

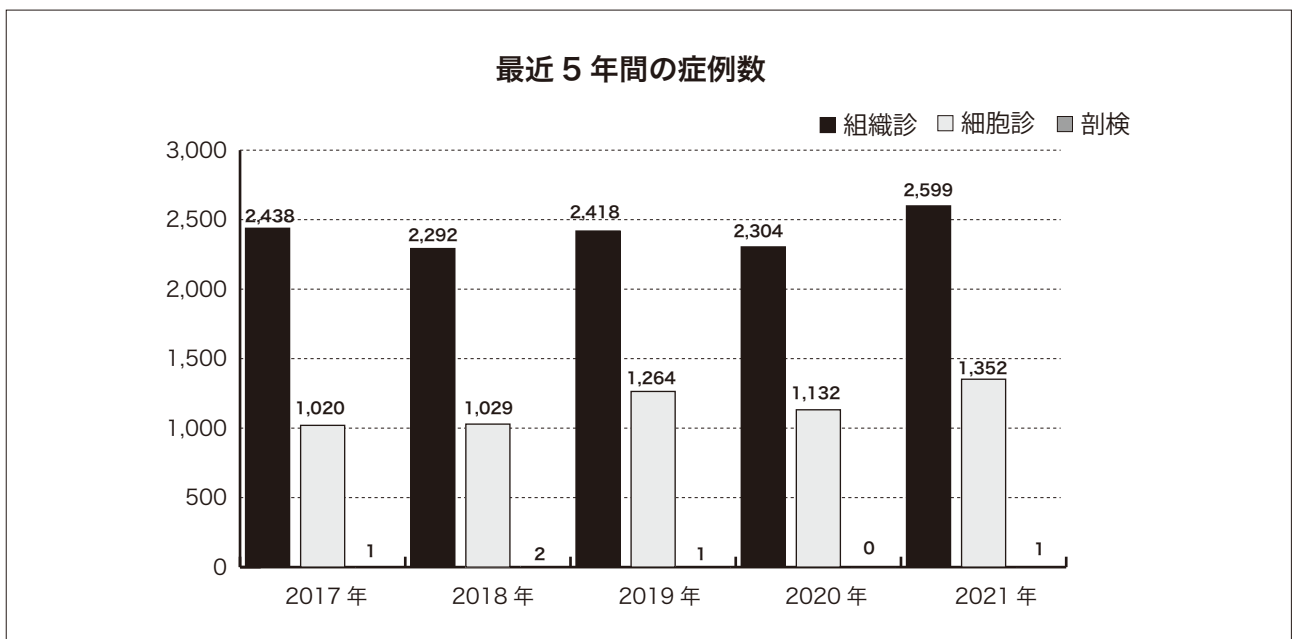
病理診断科



病理診断科部長 森光 洋介

2021年度の病理組織診は2599件で、細胞診は1352件、病理解剖は1件であった。最近5年間の推移をみると日常診断にコロナ禍の影響はほとんどなかったようである。剖検は1例であったが教育的な症

例であり、研修医と時期が重なったため研修医による病理プレゼンテーションで充実したCPCを施行できた。



病理診断科は長年にわたる先人達の努力により2008年4月に標榜科となった。戸畑共立病院が現在の沢見に移転し、常勤医を有する病理が設置された、つまり私が就任した年である。2012年の診療報酬改定で保険医療機関間の連携による病理診断に診療報酬が算定できるようになり、2016年9月日本病理学会は「医療行為である病理診断をすべて医療機関で行う」ことを宣言した。これによって医療機関ではない検査センターや大学病理学講座での病理診断を保険医療機関間の連携(病病連携/医師連携)によるものに移行させるべきとなった。あれから5年を経てこれが実現したかということ、ごく一部改善されたらしいが、何も変わっていないようにみえる。営利企業である検査会社は医療機関ではない

ので病理診断料や病理診断管理加算をとることができず、作製されている病理標本の診断の多くは大学や病院に勤務する病理専門医に外部委託されている(私はまったくやっていない)。彼らは本業の合間に副業として病理標本をみており、その報酬は1件2000円程度である(1件500円でみていた病理医を知っている)。このようなアルバイト病理は顕微鏡で見えた所見を検体検査的に記載した「病理学的検査」であり、臨床画像情報等を背景として医学的に検討された「医療行為としての病理診断」とは質的に異なるものである。当院を経て開業医となった医師が検査会社に依頼した病理の結果に納得がいかない時、あるいは当院の医師が診察した所見が紹介状の前医病理結果と乖離していた場合、検査会社で

作製された生検標本を持って私に相談に訪れることがしばしばある。私は診断者ではないので快く無報酬でセカンドオピニオンを述べるが、診断した病理医の能力が低いわけではなく、情報が足りていないことも多い。生検診断が容易でない症例を診断する際には臨床経過・画像・内視鏡等の情報が必要であるし、主治医がどのように考えていて何を疑問に思っているのか、十分理解しておく必要がある。検査会社経由で名前も顔も知らない病理医が診断したのではコミュニケーションが欠けており、診断以前に信頼関係が存在しない。以前この業績集に「臨床に顔が見える病理医」と書いたことがあるが、臨床的に納得のいく病理診断、病理的に質の高い診断を得るためには必須であると考えられる。ある程度以上

の面識のある医師同士の連携で、遠隔であっても必要な時に臨床画像情報を共有できる状況での病理診断システムは上手に構築すれば現在のテクノロジーで十分可能である。

このようなことを書いている背景には、近年炎症性疾患の生検診断の割合が増えてきたことがある。炎症性腸疾患などは最近診ない日がほとんどない。腫瘍は生検に十分な所見が出ていれば比較的容易に診断可能であるが、炎症性疾患は全体像や経過がわからないと臨床的にも病理学的にも診断が難しい。今後そのような症例が増えていくことが予想され、常勤病理医のいない施設の病理診断には大いなる質的改革が必要と考えられる。

眼科



眼科 眼科部長 青木 剛

当科は現在、常勤医2名、非常勤医師1名、看護師2名、視能訓練士3名、医療事務1名の計9人のスタッフで診療を行っております。一日平均30名弱の患者様が来院され、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。令和3年度の新患紹介患者は391名、再来患者は7,955名でした。2022年10月からの選定療養費の増額に伴い、現在は近隣医院へ逆紹介を数多く行っており、今後当科の外来件数は減少するかもしれませんが、今後も地域の先生方と連携し地域医療を支えることができたらよいのではないかと考えております。また、当科は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おります。月、水、金曜日の午後は、処置や検査行っております。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おります。

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おります。令和3年は主な手術で水晶体再建術422例、硝子体手術28例、緑内障手術9例でした。白内障手術については近隣の医院より多くの紹介を頂き増加傾向で、現在約2か月待ちとなっております。硝子体手術については近隣の先生方に周知できたおかげか、月に2-3症例のペースで手術を行うことができます。緑内障手術については非常勤医師で久留米大学名誉教授である山川先生に執刀して頂いております。

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、さらなるスキルアップを目指していきます。今後も、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3年度）

	術式	件数
手術	●白内障 水晶体再建術	422
	●網膜硝子体疾患 硝子体手術	28
	●翼状片 翼状片切除+弁移植	2
	その他	28
	合計	480
処置	硝子体注射	436
	結膜テノン嚢注射	67
	網膜光凝固術	35
	合計	538

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. 緩和ケアチーム活動：緩和ケアセンターの緩和ケアチーム部門の専任精神科医師・委員長として入院がん患者の精神的苦痛緩和を主に担当している。1日30名の緩和ケア加算をほぼ取得し、毎年6月に開催される緩和ケア研修会でファシリテーターを務めている。
2. 認知症ケアチーム活動：平成30年8月1日より認知症ケアチームの専従医になり認知症ケア加算1を算定。患者のカンファレンスや回診を行っている。入院患者にせん妄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に向けて病棟看護師と連携している。
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。院内紹介患者を主に診察している。
4. 入院患者のリエゾン・コンサルテーション活動：当院に精神科病床がないため、時に精神科病院への転院紹介が必要なケースがある。積極的に脳波検査を行い、せん妄の鑑別や高齢者てんかん症例の鑑別などを行なっている。

歯科口腔外科



歯科口腔外科部長 古田 功彦

【R3年度概要】

〈スタッフ〉

診療部長：古田功彦

歯科医師：杉山絵美、田中麻衣、

齋藤謙太郎→増田 亮

歯科衛生士：9名

〈臨床活動状況〉

本年度の新患数は1,559名で昨年より約100名増加し、紹介率は54.9%と約5%増加しました。また入院症例はのべ852例、手術件数は120例と、こちらも昨年度から40例以上増加しました。コロナ禍の影響が依然として大きい中で増患に繋がったことは、地域の先生方から多くのご理解とご高配いただいたことと、手術室・麻酔科のご協力のもと全身麻酔手術枠を増設して頂いたことが大きな要因と考えております。この場をお借りして深く感謝申し上げます。

また昨年度より地域支援病院としての機能維持のため、厚生労働省より非紹介患者様および病状の安定した患者様への定額負担金の徴取と、連携病院への逆紹介推進が明確化され、当科も影響を受けました。こちらも地域歯科の先生方にご理解とご協力をお願いし、多くの患者様を受け入れて頂きましたことに併せて深く感謝申し上げます。

人事面では4年間在籍した齋藤医師が退職となり、九州歯科大顎顔面外科にて臨床研修を修了した増田医師が入職しました。

今後も、地域支援病院およびがん診療拠点病院の一員として、少しでも地域の先生方のお役にたてますようスタッフ一同精進して参りますので、どうぞ宜しくお願い致します。

〈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）：

コロナ禍で開催できず

○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（杉山）

○九州歯科大学 臨床教授（古田）

○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〉

○「未治療胸部大動脈瘤が原因で線溶系異常を生じ、抜歯後出血を来した1症例」

田中麻衣・古田功彦 第89回 日本口腔外科学会

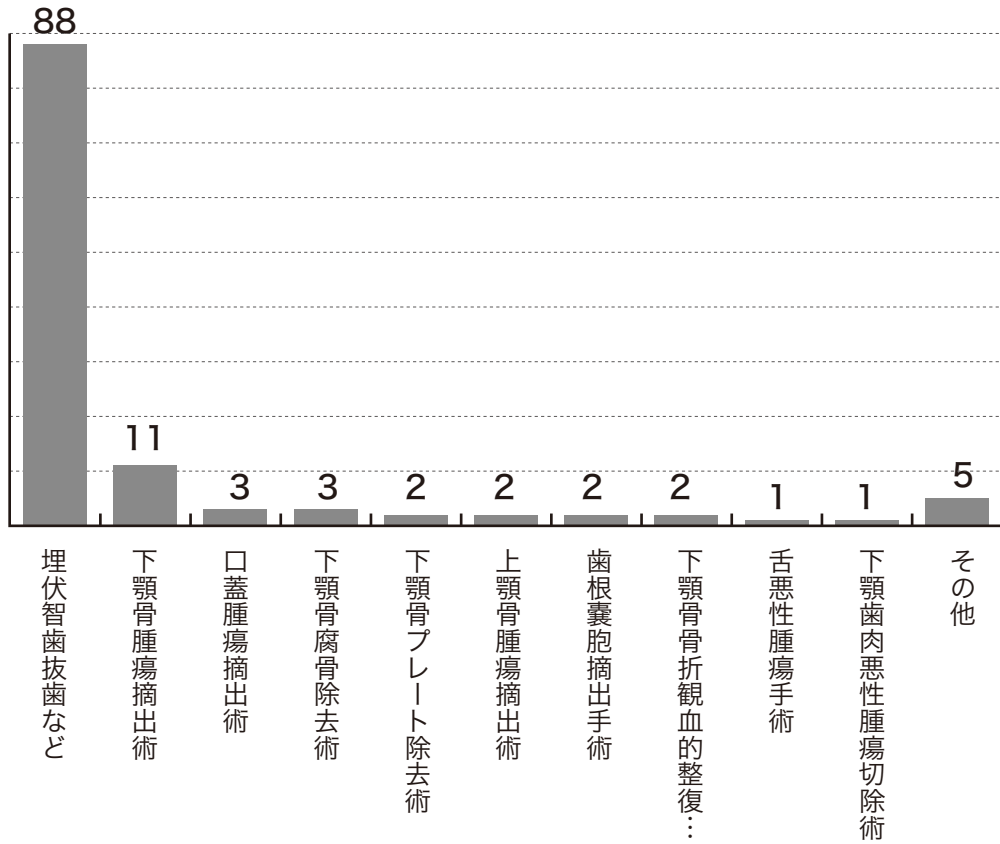
九州支部学術集会 口演発表

○「急速な転帰を辿ったhigh-grade transformationを伴う口蓋腺様嚢胞癌の1例」

原口和也, 土生学, 矢田直美, 佐藤由紀子, 古田功彦, 富永和宏

日本口腔腫瘍学会誌 2022年 34巻 1号 p.15-24

全身麻酔手術件数と内訳



看護部



看護部 看護部長 早川 洋子

I. 体制

令和3年度は、新人看護師25名・経験者12名を採用し、看護師315名・看護助手59名・救急救命士・視能訓練士7名、看護部は計385名で新たなスタートをしました。

前年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症は、終息の目途が付かない状況です。世の中の生活習慣も変化し、人とのつながりも希薄のような気がします。新人看護師自体も、実習をほとんど構内学習となり病院・施設等での実習をしていない状況です。そのような中、新人教育も昨年のように人数制限・時間短縮して研修会も密にならないように換気をしながら行い、職場内教育へと移行し十分な教育が出来ていないと感じ看護の基礎教育の中に、社会人としての心得なども交えながら人材育成に力を入れています。

II. 活動報告

2020年度研修会は、新型コロナウイルス感染症の状況で2回しか出来なかった為、今年度は院内職員も人数制限しリアルタイム配信と録画配信をZOOM使用して院外の方にも参加して頂ける研修会にするように考え、がん患者サロン4回、認定看護師によるセミナー5回を日程変更しながら行うことが出来ました。又、当院の認定がん専門相談員がNPO法人がんサポートと協働して未来の子ども達に伝えたい「いのちのメッセージ」がん教育プロジェクトに参加して、今年度は6校の中学校へ出向いて「正しいがんの知識」「いのちの大切さ」「時間の大切さ」「人のあたたかさ」を伝える活動をおこないました。

【がん患者サロン】

7月 9日	正しい手指衛生の方法
9月10日	感染に負けない!免疫力をつける
11月12日	戸畑共立病院のがん温熱療法
1月14日	自宅のできるリハビリテーション

【がん教育プロジェクト】

7月 8日	行橋市中京中学校	3クラス	90名
10月26日	行橋市今元中学校	2クラス	54名
11月11日	岡垣町立岡垣中学校	オンライン研修 14クラス	490名
11月17日	芦屋町立芦屋中学校	3クラス	108名
R4 2月18日	行橋市立行橋中学校 YouTube視聴	5クラス	190名
3月 8日	岡垣東中学校	4クラス	151名

【認定看護師による看護セミナー】

1部：基礎知識を確認しながら看護ケアに自信を!
(5月・1月)

5月1日 ~5月31日	今だから知っておきたい呼吸ケア 集中ケア認定看護師 大西 翠
R4 1月26日	化学療法治療の効果的な組み合わせ がん化学療法看護認定看護師 上村 理奈 がん放射線療法看護認定看護師 市川 清子

2部：寄り添いませんか?せん妄ケア

7月28日	緩和ケア領域のケアとポイント 緩和ケア認定看護師 井口 由佳
9月22日	急性期領域のケアとポイント 集中ケア認定看護師 大西 翠
11月24日	認知症領域のケアとポイント 認知症看護認定看護師 加藤 美奈

各部門の活動状況

Ⅲ. 学会発表・講師派遣実績

5月15日	第70回日本医学検査学会 「シンポジウム:福岡県でおこなっている 多職種による輸血研修会活動」 輸血療法認定看護 講師:柳田 久枝
6月 4日 6月 6日	第66回日本透析医学会学術集会 「フットケアの現状と今後の課題」 オンライン ポスター発表 発表者:上田 愛華
8月 4日 8月 5日	西南女学院大学 救急・クリニカルケア看護学講演 人工呼吸器装着中の看護 ① 人工呼吸器装着中の看護 ② 集中ケア認定看護師 講師:大西 翠
8月28日	旭化成ファーマ株式会社 「骨粗鬆症の診断学の向上と 治療学の確立、整形外科領域の知識普及」 骨粗鬆症マネージャー 講師:柳田 久枝
10月 8日 11月30日	第23回日本骨粗鬆症学会 「急性期病院に於ける骨粗鬆症卵形手帳 用いた多職種連携サポートの介入効果」 Web開催 発表者:柳田 久枝
12月18日	骨粗鬆症リエゾンサービスカンファレンス 北九州での役割 骨粗鬆症マネージャー 講師:柳田 久枝
令和4年 1月23日	九州クリニカルケア研究会 名医が教える心電図～基礎編～ 運営協力員集中ケア認定看護師 大西 翠
1月27日	難病のある人就労支援者向け研修会 「仕事と治療の両立支援について」認定 がん専門相談員 講師:毛利 香
2月 5日	口腔ケアのための連携推進 研修会 オンライン研修 看護師 中村 将隆

Ⅳ. 学生受け入れ

北九州市立戸畑看護専門学校	44名
東亜大学医療工学科(救命救急)	3名
西南女学院大学	29名
九州女子短期大学 こども学科	4名

Ⅴ. 認定取得

看護師特定行為研修	
栄養に係るカテーテル管理	1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	4名

Ⅵ. 今後の目標

2022年度こそは、新型コロナウイルス感染症も落ち着き、普段通りの生活を送れることが一番です。医療現場では、面会制限が続き、患者家族との交流も少なく現状報告程度のため、介入も少ない状況です。今後は、家族を巻き込んだ医療が出来るようにして行きたいです。又、スタッフ教育については集合教育の中でコミュニケーション能力・社会人基礎力の向上に努めて行きます。院内では、看護師特定行為研修を受講するスタッフが増え、医師のタスクシフティングを担えるような看護師の育成が求められています。また、認定看護師教育も同様に受講するスタッフを増やし、更なるレベルアップを行い、看護の質向上に力を入れて行きたいと考えています。

薬剤部



薬剤部長 森 康弘

<取り組み>

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

令和3年度は、薬剤管理指導件数においては、12799件/年、指導率98.4%となり、新型コロナの影響で算定件数・指導率ともに減少となりました。しかし、病棟薬剤業務実施加算2や連携充実加算(外来化学療法)・退院時薬剤情報連携加算においては、高い件数を維持できており、チーム医療に貢献できていると考えます。また、日本病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師暫定研修施設の認定を受けることができ、さらに資格取得がしやすい環境にすることができました。

令和4年度は、新型コロナ収束後の体制を検討・整備しながら実績維持に努めたいと考えています。また、がん化学療法において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きたいと思います。

<体制> 薬剤師 21名 事務 3名

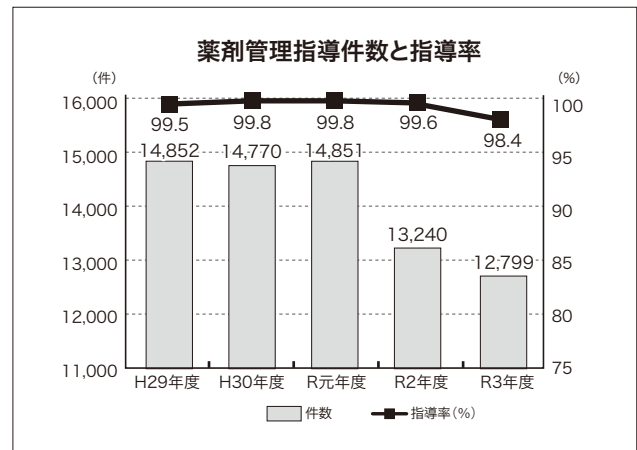
<令和3年度実績>

調剤数

入院処方箋	54,318枚/年
外来処方箋	2,909枚/年
注射処方箋	51,784枚/年
無菌製剤処理料1(外来)	2,288件/年
無菌製剤処理料1(入院)	887件/年
無菌製剤処理料2	388件/年
連携充実加算(外来化学療法)	1,338件/年
薬剤総合評価調整加算	4件/年
薬剤調整加算	2件/年
病棟薬剤業務実施加算2	6,504件/年
退院時薬剤情報管理指導料	4,029件/年
退院時薬剤情報連携加算	1,815件/年
麻薬管理指導加算	590件/年

薬剤管理指導料算定件数

薬剤管理指導料(325点)	4,804件/年
薬剤管理指導料(380点)	7,995件/年
指導率	98.4%



<認定取得>

がん薬物療法認定薬剤師	1名
小児薬物療法認定薬剤師	1名
栄養サポートチーム専門療法士	3名
認定実務実習指導薬剤師	3名
実務実習指導薬剤師	5名
日本薬剤師研修センター認定薬剤師	4名
日病薬病院薬学認定薬剤師	1名

<施設認定>

日本病院薬剤師会
がん薬物療法認定薬剤師暫定研修施設

<研修会報告>

薬薬連携 web 勉強会

「レジメンにおける薬薬連携

～化学療法の有害事象～」

<学生実習受入>

・福岡大学 2名

放射線科



画像診断センター 科長 山本 晃義

1) 体制

2021年度の放射線科では、前年度に続き新型コロナウイルスに対する感染対策に最大限の注意を払いつつ診療を行うことができた。がん治療センターと画像診断センターで常に情報を共有して感染対策に取り組んでおり、診療の内容によって対処方法が異なるものの、それぞれの治療や検査で必要とされる人材を適切に確保して必要十分な診療体制を構築できた。

診療面では、昨年度導入したCT装置と同様に今年度10月には人工知能画像処理技術を搭載した最新の3TMRI装置を導入した。新しく導入されたアプリケーションには様々な高速撮像技術や画質改善技術が搭載されており、これらの最新の技術によって短時間かつ高画質な画像が得られるようになり、がん診断や救急診療に対しては大きなインパクトであった。このような新しい診断機器の導入と共にトモセラピー、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によって、がん診療拠点病院、地域医療支援病院、救急告示病院としての重要な役割を果たすことができた。予防医療に関しては、健診センターにおいても徹底した感染対策のもとで、胸部X線検査、乳腺エックス線検査、消化管透視検査を行うことができた。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19名、助手4名（内パート1名）、がん治療センターでは診療放射線技師13名、助手2名が在籍した。

昨年度と同様に特に注意を払ったのは感染対策面である。特にがん治療センターでは免疫力が極度に低下した患者さんが多い。ゾーニングによる徹底した感染対策を行うことで、がん患者さんへの細心の感染予防に努め、全国より多くの患者を受け入れることができた。救急診療の面でも感染対策に対する備えは十分であったと言える。感染対策を行いつ

つ、多くの救急患者さんを受け入れ、迅速な対応が求められる救急の現場において、日常診療で得た感染対策の知識やスキルを活かした診療によって、画像診断センター内での感染を完全に封じ込めることができた。加えて、このような状況下でも無事に実習生の9名受け入れることができたことは幸いである。また、コロナ禍において学会や研究会活動が制限される中でも、全国に向けた染対策の取り組みに関する学会での講演や雑誌への執筆活動を行い、中には当院の教育手法を紹介するような人材教育に関する講義も行った。それらの中で得た多くの意見や知見取り入れて放射線科全体の人材育成に役立てられた。

2) 装置概要

装置名	台数	装置名	台数
MRI装置3T	1	サイバーナイフ	1
MRI装置3T	1	リニアック	1
CT装置 320列	1	トモセラピー	1
CT装置 80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	3	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		
一般撮影装置 (健診)	1		
X線TV装置 (健診)	1		
乳房撮影装置 (健診)	1		

3) 業績

5月	第11回九州CT研究会 (WEB)	座長1名、 講演1名
	福岡県放射線技師会生涯セミナー	講演1名
6月	第23回福岡CTコア研究会	座長1名
9月	九州3Dメディカルイメージング研究会 (WEB) 演題 3題	講演2名
	北水会 (WEB)	講演1名
	戸畑看護専門学校 講義 計 5回	講師1名
10月	第49回秋季学術大会	座長1名、 講演1名
	九州MSCTユーザー会	座長1名
	第16回KAIZEN研究発表会	発表1名
	MRI安全WEBワークショップ	発表1名
11月	第37回日本診療放射線技師会学術大会 演題 2題	発表1名
	日本腫瘍学会第34回学術大会	発表2名
	第24回福岡CTコア研究会 (WEB)	講演1名
12月	第16回九州放射線医療技術学術大会	発表1名
3月	北水会 (WEB)	講演2名

4) 資格認定

放射線治療専門放射線技師	7名
放射線治療品質管理士	7名
第1種放射線取扱主任者	10名
第2種放射線取扱主任者	5名
医学物理士	1名
X線CT認定技師	2名
マンモグラフィ撮影認定技師	1名
放射線機器管理士	1名
放射線管理士	2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

鹿児島医療技術専門学校	6月21日～ 7月27日	4名
広島国際大学	8月 4日～ 8月18日	2名
帝京大学	9月21日～10月29日	2名
	11月 8日～12月 9日	1名

6) 統計

リニアック	5,861回
サイバーナイフ	179件
小線源治療	35件
PET-CT	403件
RI	241件
トモセラピー	4,458件
CT	12,874件
(内 CTC)	(26件)
(内 冠動脈CT)	(55件)
MRI	5,623件
一般撮影	28,208件
(内 ポータブル)	(7,408件)
TAE	25件
ドレナージ関連	29件
ERCP等	177件
骨塩定量	2,142件
術中イメージ	795件
マンモグラフィ	220件

7) 今後の目標

来年度の目標は、PACSの更新とAI(artificial intelligence)診断機器の導入である。診断装置ではAIの導入によって大きな成果を上げており、キヤノン社や富士フイルム社との共同研究を進める一方で、「最先端のAI技術」という武器を手に入れて、今まで以上に迅速かつ高度な診療内容の充実を図りたいと考えている。加えて、今後の法人内における診療体制を鑑みて戸畑リハビリテーション病院の画像診断の診療体制にも力を注ぐ予定である。

リハビリテーション科



リハビリテーション科 科長 大森 政美

リハビリテーション科は、「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3年度もコロナ禍のため直接的な患者への関わり方に難しさがありましたが、感染制御室と連携しながら積極的なリハビリテーションを提供して参りました。

<全入院患者へのリハビリテーション提供の促進>

①病棟専従療法士体制の促進

当院では入院患者へのリハビリテーション提供を促進しています。主治医からの指示を待つだけでなく、病棟専従療法士が患者の全身状態を確認し、必要に応じて主治医に相談の上リハビリを開始します。直接的に行う専門的なリハビリだけでなく、理学療法士による入院中または退院後の運動指導、言語聴覚士による認知症や嚥下障害の予防のための助言などを行っています。また、タスクシフトの取り組みとして作業療法士によるトイレや入浴などのADL(日常生活動作)場面への介入、褥瘡予防のためのポジショニングや体位交換も積極的に実施しています。各種チームのカンファレンス・回診にも参加し、情報共有を行っております(写真1、2、3)。



(写真1：多職種共同のリハビリテーションカンファレンスの様子)



(写真2：糖尿病カンファレンスの様子)



(写真3：病棟専従療法士としての役割：褥瘡予防対策)

令和3年度のリハビリテーション介入率は71.0%でした(図1)。令和1年、2年度に比べると数ポイントダウンしましたが、短期間入院の患者を除き、多くの患者にリハビリを実施することができております。

②365日リハビリテーション提供体制の継続

当院は超急性期で在院日数が短いため、継続したリハビリが特に重要と考えております。コロナ禍で一時的に療法士の数が減少することがありましたが、運営体制を状況に応じて変化させることで365日体制を維持することができました。

<入院早期のリハビリテーション介入の促進>

①早期・離床リハビリテーションチームの設立

当院では以前より早期離床に対する取り組みを進めて参りました。HCUでは医師、集中治療領域の認定看護師、管理栄養士、臨床工学技士等と連携をして入院即日よりベッドサイドでのリハビリを開始し、全身状態に合わせて離床を行います。令和4年度からは診療報酬としてこの取り組みが評価されるようになりました(写真4)。



(写真4：早期・離床リハビリテーションチーム回診の様子)

②新型コロナウイルス感染症陽性(疑似症)患者へのリハビリ介入の継続

令和2年9月より新型コロナウイルスに罹患した患者が入院する病棟に専従理学療法士の配置を行い、現在も継続しています。以前よりは新型コロナウイルスへの対応もスムーズに行えるようになってきました。

令和3年度の入院からリハビリ開始までの平均日数は2.1日でした(図2)。その中でも入院から3日以内にリハビリが開始できたのは87.7%であり、リハビリテーション早期介入率もコロナ前の水準に戻りつつあります。患者の重症化が進んでおり、ADL低下者割合が4.1%と増加傾向です(図3)。引き続き、リハビリテーションの早期介入に向けてシステムを構築していきたいと思ひます。

<教育と学術活動>

リハビリテーション科は教育と学術活動についても力を入れています。経験年数の浅い療法士には、日本理学療法士協会の職員研修ガイドラインを参考に当科独自のチェックリストを作成しそれに基づいてOn the Job Trainingを実践しています。適宜、臨床能力評価尺度を用いてその成長度を評価します。指導者の育成については、日本理学療法士・作業療法協会が主催する臨床実習指導者講習会に参加し、指導方法について学んでいます。

当院では、地域の医療従事者向けに研修会を開催しております。令和3年6月3日に理学療法士の松山卓矢が「褥瘡予防におけるポジショニング方法」、令和3年9月10日に熊谷雄輝主任が「がんのリハビリテーション」、令和4年1月25日に理学療法士の仲本昂平が「日常で診れる呼吸のフィジカルアセスメント」のテーマで講演を行いました。令和3年度は講演や学会発表だけでなく論文の投稿も行うことができました。菊谷大樹副主任が「医療・介護関連肺炎患者における最長発声持続時間の有用性の検討」を、日本呼吸器ケアリハビリテーション学会に投稿し掲載されました。学会発表や論文の作成は最新の知見を学ぶだけでなく、日々の臨床の振り返りになると考えています。質の高い医療を提供するため学びやすい環境作りも進めていきたいと思ひます。

令和3年度も、新型コロナウイルスへの対応には難しさを感じましたが、少しずつ業務効率も改善しております。慣れることなく感染対策を徹底し、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. リハビリテーション介入率 (月別)

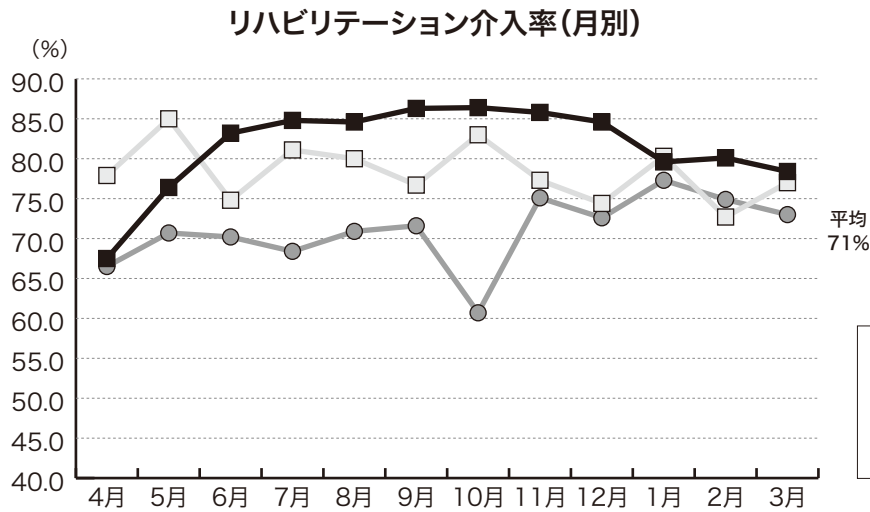


図2. リハビリテーション早期介入実績

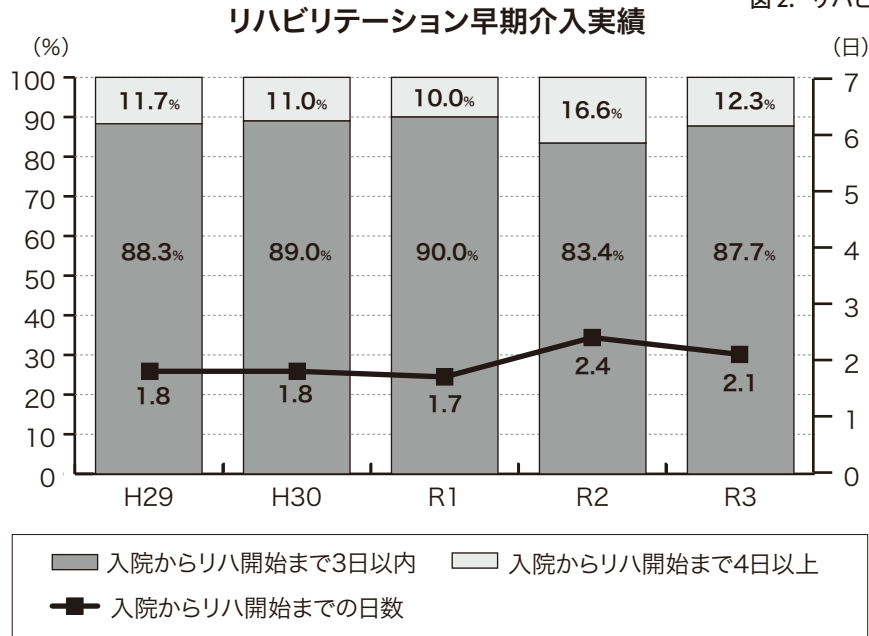
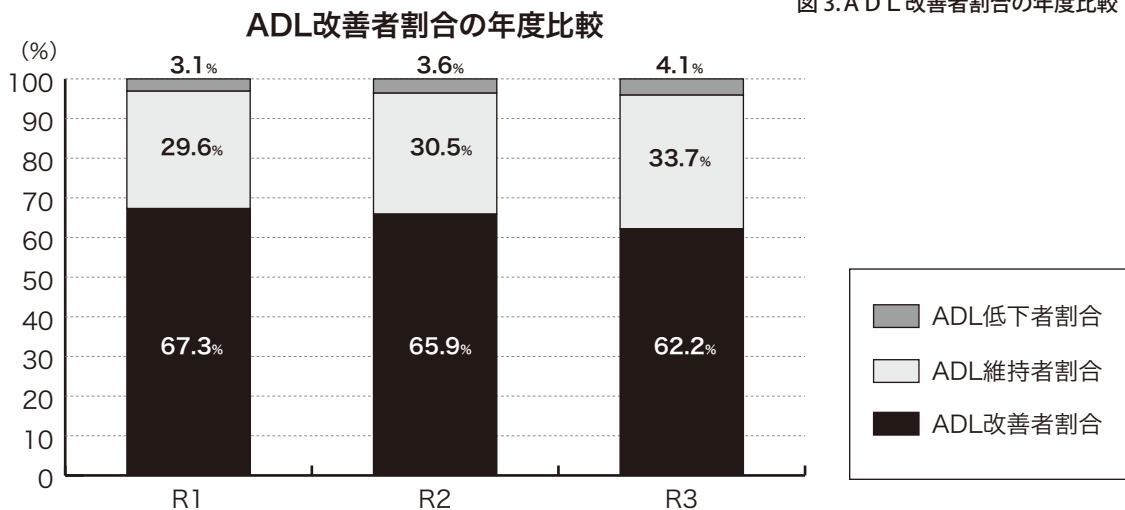


図3. ADL改善者割合の年度比較



臨床検査科



臨床検査科 科長 西山 聖美

臨床検査科は、医師2名、臨床検査技師22名、検査助手3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。

2021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. 品質マネジメントシステムの適正化を目指し、より有効なシステムを確立する

- 指標
- ①受入不可検体を減少させ業務負担を軽減させる
 - ②再検基準を適正化し、再検回数を減少させる
 - ③精度管理実施回数の適正化による業務負担の軽減
 - ④再検基準の適正化し再検回数を減少させる
 - ⑤検査手順を見直し検査の適正化を行う
 - ⑥輸血検査に関する試薬消耗品コストを削減する
 - ⑦人員育成による緊急検査の受入れ増加
 - ⑧精度管理実施手順を見直し適正化する
 - ⑨検査結果報告の信頼性を向上させる
 - ⑩翌日の採血管準備業務を見直し適正化させる

2. 業務の効率化と最適化を図りサービスの向上を目指す

- 指標
- ①末梢血液一般検査のTATが20分以内の割合
 - ②生化学検査のTATが50分以内の割合
 - ③細胞診検査の採取日からHISへの結果報告時間が3日以内の割合
 - ④患者到着から採血開始までの待ち時間が20分以内の割合

- ⑤検査員の月平均残業時間が年間平均8時間以内である割合

3. 人材育成を推進する

- 指標
- ①個人研修会への参加
 - ②科内研修会の計画開催数
 - ③新規資格取得者数

昨年度遅れていた生理部門の文書作成は、完了しました。検体検査の再検値見直しによる再検査の減少と輸血試薬消耗品のコスト削減率も大幅にアップしました。残業時間については、新型コロナPCR検査にかかった時間を除いて、残業時間の月平均が8時間以内とする目標は達成しましたが、年度内退職者が4人と重なり、ルーチンワークにおける一定時間の残業が固定化された印象があります。その他の品質マネジメントについては、いずれも年度の指標目標を達成しており、システムは維持・管理されていると判断しました。

採血時間での待ち時間の短縮については、10月の採血管準備システムの更新したことで、システムチックに患者誤認予防ができるようになった反面、回転率がやや低下し、採血までの時間が延長する傾向にあります。

人員育成については、新型コロナウイルス感染による社会変化により、研修会や認定試験の中止や延期が多々みられましたが、研修会はWEB開催が増え、より様々な研修を受けられる機会に恵まれ目標を達成することができました。また、資格試験では1名が細胞検査士の資格を取得しました。

ISO15189第2回定期サーベイランスを2022年7月29-30日に受審し、ISO 15189:2012の要求事項について理解して、マネジメントシステムが適切に維持できていることを、評価して頂きました。

今後も、質の高い地域医療の提供を目指す病院の臨床検査部門として、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ます。

各部門の活動状況

【2021年度活動実績】

4月	<ul style="list-style-type: none"> ・SARS-CoV-2 PCR院内検査開始 ・科内勉強会(輸血検査) 講師 丸尾康輔 ・MACT「モニター波形勉強会(トルサード・ド・ポアンツ)」 講師 長谷川 麻里亜
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・科内勉強会(採血室) 講師 神尾美紀 ・MACT「モニター波形勉強(多源性心室期外収縮)」 講師 長谷川 麻里亜 ・第70回日本医学検査学会(WEB開催)「経胸壁心エコーがIEの経過観察に有用だった1例」 ○川口 美香、佐藤 房枝、浦田 将志、長谷川 麻里亜、永田 一岐 「SARS-CoV-2核酸増幅検査におけるTRCとPCRの方法間差に関する検討」 ○永田 一岐、西山 聖美、神尾 美紀、原田 康弘、佐藤 房枝 ・科内勉強会(血液一般グループ) 講師 原田 康弘
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・日本臨床衛生検査技師会の精度管理事業に参加 ・科内勉強会(生理部門) 講師 川口 美香 ・MACT「モニター波形勉強会(洞停止)」 講師 長谷川 麻里亜
7月	<ul style="list-style-type: none"> ・看護新人教育「検体の取り扱いについて」 講師 神尾 美紀 ・MACT「モニター波形勉強会(急性心筋梗塞)」 講師 長谷川 麻里亜 ・看護科特定行為研修 臨床推論「各種臨床検査演習」 講師 佐藤 房枝 ・ISO15189第2回 定期サーベイランス
8月	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図の読み方(e-learning) 講師 川口 美香 ・唾液の新型コロナウイルスPCR検査開始 ・看護ラダー:心電図波形の見方 講師 川口 美香 ・MACT「モニター波形勉強会(交流障害について)」 講師 長谷川 麻里亜 ・KRICTカンファレンス及びKRICT西部地区合同カンファレンス (市立八幡病院)参加 永田 一岐、神尾 美紀 ・科内勉強会(薬品管理—化学物質管理について—) 講師 佐藤 房枝 ・看護特定業務者研修:穿刺部合併症の評価(講習+実習) 講師 川口 美香 ・感染防止対策地域連携加算東地区・西部地区合同カンファレンス (WEB会議)参加 永田 一岐、神尾 美紀
9月	<ul style="list-style-type: none"> ・日本医師会の精度管理事業に参加 ・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 ・MACT「モニター波形勉強会(交流障害/心室性期外収縮<二段脈>)」 講師 江本 美帆 ・臨床検査科災害訓練 ・福岡県臨床衛生検査技師会 北九州地区 臨床生物部門研修会 「当院におけるSARS-CoV-2検査の運用と各検査の検証結果について」 講師 原田 康弘

10月	<ul style="list-style-type: none"> ・MACT「II度房室ブロックについて」 講師 長谷川 麻里亜 ・科内勉強会(採血室) 講師 神尾 美紀 ・日本超音波学会 JSS画像コントロールサーベイ参加
11月	<ul style="list-style-type: none"> ・MACT「心房粗動について」 講師 江本 美帆 ・戸畑セミナー 演者 原田 康弘、中島 佑輔
12月	<ul style="list-style-type: none"> ・第5回フォローアップ研修(看護科特定行為研修) 実技研修 「エコー使用による実技演習」 講師 川口 美香 ・MACT「高カリウム血症について」 講師 長谷川 麻里亜 ・看護ラダー「COVID-19に関する検査」 講師 永田 一岐 ・第5回フォローアップ研修(看護科特定行為研修)「エコー機使用による実技演習」 講師 川口 美香 ・細胞検査士資格取得 井上 花菜
1月	<ul style="list-style-type: none"> ・MACT「高カリウムについて」 講師 長谷川 麻里亜 ・第33回 日本臨床微生物学会総会学術集会 「簡便なグラム染色内部精度管理実施手順の検討」 ○永田 一岐、下河辺 久陽、南 博子、木原 洋美、佐々木 優
2月	<ul style="list-style-type: none"> ・第2回 KRICT 地域連携カンファレンス (WEB会議)参加 永田 一岐、原田 康弘 ・MACT「ペースメーカー波形について」 講師 江本 美帆
3月	<ul style="list-style-type: none"> ・MACT「洞不整脈について」 講師 長谷川 麻里亜

【2021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	99.1(割合)
九州臨床検査精度管理研究会	100%(分野評価)
福岡県医師会臨床検査精度管理調査	優
日本医師会臨床検査精度管理調査	97.6点

各部門の活動状況

【臨床検査統計】

2021年

検体検査部門	件/年
一般(尿・便・体液)検査	28,840件
生化学検査	993,951件
免疫検査	38,911件
血液検査	114,4360件
細菌検査	8,216件

輸血検査部門	使用単位・件/年
血液型検査	3,711件
不規則抗体検査	1,570件
交差適合試験	1,029件
赤血球製剤(単位)	2,340単位
血小板製剤(単位)	510単位
新鮮凍結血漿(単位)	140単位
アルブミン製剤(単位)	2,670単位

生理検査部門	件/年
心電図検査	5,935件
腹部超音波検査	2,154件
心臓超音波検査	1,833件
肺機能検査	1,006件

病理検査部門	件/年
病理組織検査	2,603件
細胞診検査	1,352件
病理解剖	1件

採血室	件/年
採血数	16,422件

【資格認定】

細胞検査士	2名
超音波検査士 [消化器領域]	3名
超音波検査士 [循環器領域]	1名
超音波検査士 [体表臓器領域]	3名
超音波検査士 [泌尿器領域]	2名
超音波検査士 [健診領域]	1名
二級臨床検査士 [免疫血清学]	1名
緊急臨床検査士	7名
健康食品管理士	1名
第一種衛生管理者	1名
衛生工学衛生管理者	1名
毒物劇物取扱責任者	2名
特定化学物質・四アルキル鉛等作業主任者	1名
有機溶剤作業主任者	1名
福岡県肝炎コーディネーター	3名

栄養科



栄養科 科長 原澤 あゆみ

1. この1年の歩み

2021年度は、『今こそ勝ち取る 地域の信頼』をスローガンに、スタッフ1人1人が地域への情報発信を行い、ご利用者のQOLや満足度の向上が支援できるように努めた。

フードサービスにおいては、年間170,948食提供し、給食率は84.3%であった。(図①)ここ数年は、選択食や術前補水食の導入、嚥下食や経管栄養の提供数の増加などで給食率は増加していたが、2021年度は、絶食率が15.7%と前年度より2.2%増加した。その要因として重症患者の増加やPCR検査結果後の栄養介入開始等にあるためと思われる。(図②)

常に患者ファーストの目線を大切に、現場の業務改善を行い、患者に寄り添った食事提供に努めた。その中で、急性期病院として臨機応変な食事提供ができるように時間外でも焼きたてパンや麺類の提供ができるように改善した。また、個別化する対応が増える中、安全・安心な業務遂行のため、5Sの推進や栄養管理システムの機能強化を実施し、煩雑な現場業務の削減に努めた。また、入退院支援センターと連携して、予約入院患者の聞き取りを強化頂き、嗜好に偏った対応は、栄養価の低下を招くのみならず、業務の煩雑化に繋がるため、必要不可欠な選択とすることとし、誤配膳防止に繋げた。

病棟担当管理栄養士の業務拡大として、入院中に退院後の栄養・食事管理について指導し、紹介頂いた在宅医療機関との切れ目のない栄養連携を図るために「栄養情報提供書」の送付を強化した。

チーム医療の推進においては、骨粗鬆症リエゾンサービス委員会の「骨太サポート」運動の適切な栄養介入のため、日本骨粗鬆症学会認定の骨粗鬆症マネージャーの資格取得を行った。また、急速に増加する認知症高齢者にあって、食生活における認知症予防活動を通して高齢者の健康維持のために「認

知症予防食生活支援指導員」の資格取得を行った。

地域貢献として、当院管理栄養士の強みは何か？を振り返り、「がん診療拠点病院における周術期の栄養管理とチーム連携について」や「急性期病院におけるチーム医療を中心とした栄養サポート」などの投稿やオンライン講演を多数行った。(図③)

また、コロナ禍でなかなか対面での市民講座や出前講座ができなかったため広報課と連携して、レシピや栄養情報を年間30回以上facebookに投稿することで、地域へ情報発信し、集患に繋げた。(図④)

次年度の診療報酬改定では、患者の早期回復に向けての「栄養管理」の取り組みが評価される。特に、集中治療室の入室患者や全身麻酔を伴う手術を行った患者へ主治医等と連携して、早期介入を行うことで、管理栄養士の技術料が算定可能となる。当院は、以前より管理栄養士の担当制をとっており、日常業務として行っていた病棟での栄養管理がようやく日の目を見ることとなった。

次年度も患者に寄り添い、地域に寄り添った栄養管理が提供できるように、法人内メディカルスタッフと連携していきたい。

2. 1年間の業務内容報告

【フードサービス】

一般食提供数	73,133 食 (42.8%)
治療食提供数	97,815 食 (57.2%)
個別対応率	67.9%

【クリニカルサービス】

入院栄養相談件数	934 件
外来栄養相談件数	345 件
糖尿病透析予防指導件数	48 件
個別栄養食事管理加算件数	2,250 件
栄養サポートチーム回診件数	1,555 件

各部門の活動状況

【学会・講演会・広報誌及びFB記事掲載等の
地域貢献活動】

2021年度 合計 51件

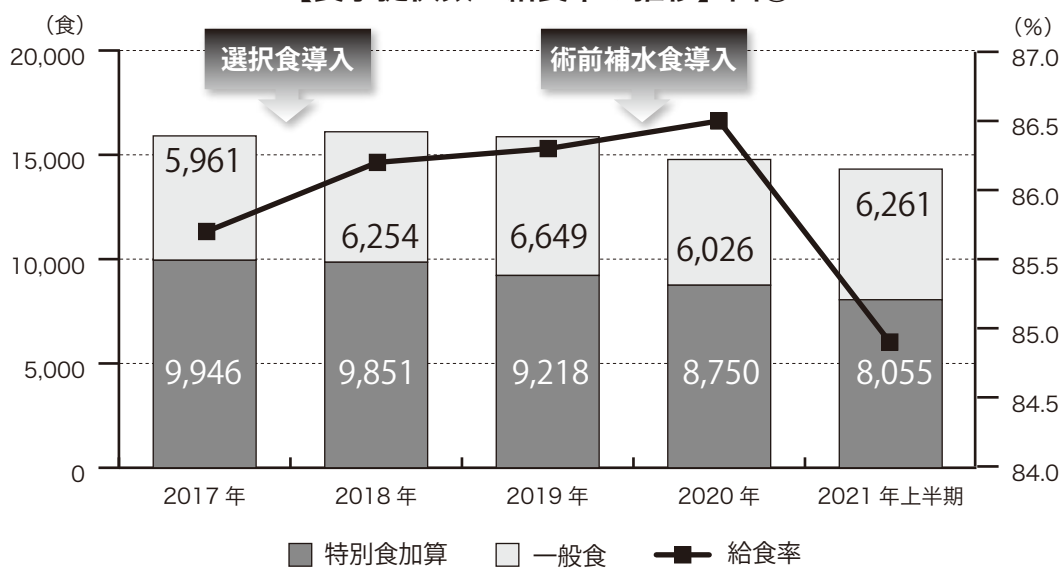
【2021年度 実習生受入れ実績】

【栄養士臨床実習受入れ】

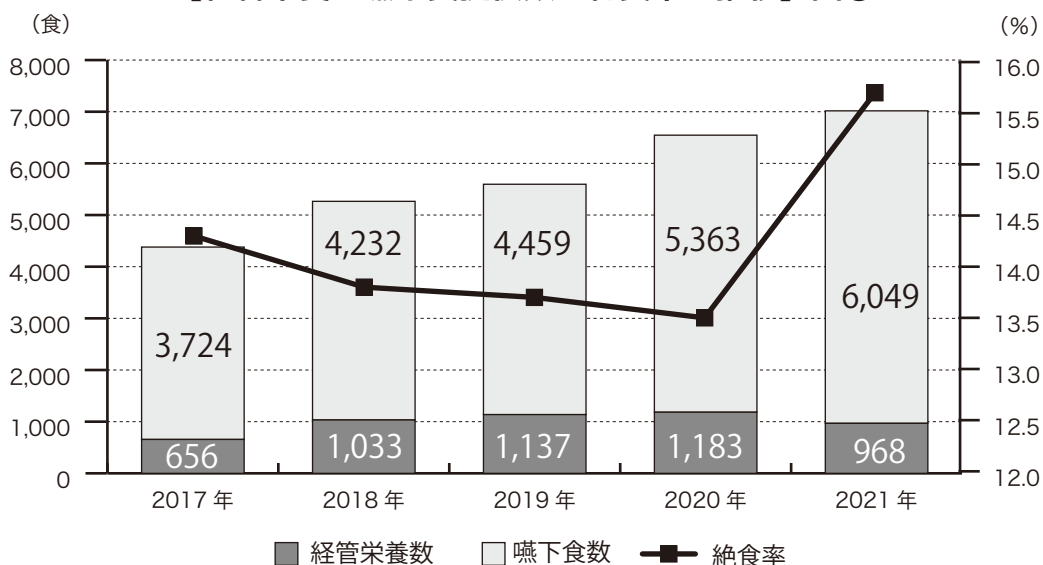
3施設 14名

- ・九州栄養福祉大学 5名
- ・中村学園大学 3名
- ・西南女学院大学 6名

【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



【周術期チームの雑誌投稿】図③



出典：日本医療企画 ヘルスケアレストラン 2021年11月号

【コロナ禍でSNSを利用した栄養情報提供例】図④



臨床工学科



臨床工学科 科長 灘吉 進也

1) 2021年度行動計画

- ・チーム医療のとしての連携
- ・タスクシフト・シェアの推進
- ・臨床工学科各業務の透明化
- ・臨床工学科教育改革(考える人材育成)

一昨年から続く新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は、医療はもちろんのこと社会生活、経済活動にも甚大な影響を与えました。COVID-19に対して緊急事態宣言等の行動規制やワクチン接種等の施策により、感染者は徐々に減少し、経済活動も取り戻しつつあります。

COVID-19重症患者の治療に、人工呼吸器や体外式膜型人工肺(ECMO)の使用が注目を集めると同時に、それら进行操作管理する臨床工学技士に医療機器のスペシャリストとして注目が集まりました。また、2021年5月には、医療法等の一部を改正する法律が公布され、医師の働き方改革に関連して臨床工学技士に対しても業務範囲が追加されました。医師のタスクシフト/シェアに貢献することが求められることと同時に事故は絶対に避けなければという厚生労働省および医師からの我々に対する期待を感じています。

2021年度当科としては、COVID-19対策の医療機器の整備も進み、医師のタスクシフト/シェアに対して手術室業務から開始しました。臨床工学技士の将来像を見据え、コロナ治療など逼迫した医療現場で、医療技術および機器の高度化に伴う専門知識や豊富な経験が求められる存在として、チーム医療に欠かせない存在感を示していきたいと考えています。

2) 業績

5月	第86回日本消化器内視鏡技士学会	演題発表2名
	第31回日本臨床工学会	座長1名 演題発表3名
6月	第79回九州消化器内視鏡技師会	演題発表1名
	第28回福岡県臨床工学会	演題発表3名
7月	第21回九州高気圧環境医学会	演題発表2名
8月	第2回広島県消化器内視鏡技師会Web	演題発表1名
9月	第38回日本ハイパーサーミア学会	演題発表2名
	九州地域医療機関電波利用推進協議会	講師1名
10月	博多メディカル専門学校	非常勤講師1名
	第23回北九州内視鏡外科セミナー	演題発表1名
12月	第55回日本高気圧環境・潜水医学会	演題発表3名
	第1回高気圧酸素療法業務基礎講習会	講師1名
1月	北九州市立戸畑看護専門学校	非常勤講師1名
	第16回九州・沖縄臨床工学会	講師1名
	福岡県臨床工学技士会教育セミナー	講師1名

3) 資格認定

高気圧酸素治療専門臨床工学技士	1名
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	7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	1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	6名
消化器内視鏡技師	3名
透析技術認定士	1名
医療情報コミュニケーター	2名

第1種滅菌技師	1名
臨床ME専門認定士	1名
認定臨床実習指導者	2名
特定高圧ガス取扱主任者	1名
日本DMAT隊員	1名
修士(保健科学)	1名

4) 臨床統計 (件)

高気圧酸素治療	6,090
ハイパーサーミア	2,359
消化器内視鏡	5,953
人工腎臓	6,912
腹水濾過濃縮再静注	71
血球成分除去療法	61
経皮的血管形成術(PTA)	5

5) 医療機器管理統計 点検台数(台)

人工呼吸器	45
除細動器	17
輸液ポンプ	202
シリンジポンプ	107
生体情報モニタ	132
生体情報モニタ用送信機	70
深部静脈血栓予防ポンプ	36
低圧持続吸引器	42
超音波ネブライザー	12
経腸栄養用輸液ポンプ	31
合計	694

修理件数 (件)

人工呼吸器	12
除細動器	5
輸液ポンプ	27
シリンジポンプ	17
生体情報モニタ	58
生体情報モニタ用送信機	34
深部静脈血栓予防ポンプ	23
超音波ネブライザー	7
低圧持続吸引器	8
経腸栄養用輸液ポンプ	3
その他	99
合計	293

E-learning 受講者数 (名)

医療ガス	632
安全な滅菌機材	501
バスキュラーアクセス	375
内視鏡の洗浄・消毒	316
ハイパーサーミア	369
高気圧酸素治療の安全管理	376
電波の安全利用(応用編)	627
医療機器の安全使用	354
新規採用機器研修会(輸液ポンプ)	356

集合型研修参加者 (名)

一次救命処置研修会	156
新規採用機器研修会	311
新規入職者対象研修会	22
中途入職者対象研修会	32
部署対象研修会	86

6) 2021 年度医療機器購入実績

・人工呼吸器	5台
・生体情報モニタ	2台
・クリーンパーティション	3台
・持続緩徐式血液濾過装置	1台
・ネーザルハイフロー	7台
・ハイパーサーミア	1台
・尿量測定測定装置	1台
・輸液ポンプ	70台
・超音波ネブライザー	1台

7) 2022 年度行動計画

- ・診療報酬改訂の対応および整備
- ・臨床工学技士のタスクシフト/シェアの推進
- ・病院機能評価更新による各チームの業務水準向上
- ・臨床工学科教育改革
(パートナーシップの強化)

患者サポートセンター



患者サポートセンター 大住 美智代

患者サポートセンターは、「地域医療連携室」「入退院支援室」「患者相談窓口」の3部門で構成されています。センター長に医師1名・看護師13名・社会福祉士6名・事務員9名が在籍しています。地域の医療機関からの診療・検査予約受付や紹介患者の案内・緊急入院や転院要請の対応や入退院調整・支援、また患者・家族からの相談を受けています。

「地域医療連携室」では、紹介患者様の受付業務や日々の来院患者のデータ入力を行い管理しています。また、地域医療支援病院としての役割を果たすよう「地域医療従事者研修」を講義やWeb、またhybridで計16回開催することができました。

「入退院支援室」では、安心して入院できるよう支援し、入院後は早期から患者背景の情報収集を行い患者・家族に向き合い個々の患者にあった退院支援を行っています。

「患者相談窓口」では、院内外を問わず様々なご意見・ご相談をいただき、各部門と連携し早期対応・業務改善に繋がりました。

今後の目標は、地域医療連携室としてデータの管理だけでなく会議等に合わせたデータの提出や分析を行うことができるよう努力していきます。地域医療支援病院・地域がん診療連携拠点病院として、地域の医療機関との信頼関係構築・再構築を目指すため、地域に寄り添い対応していきます。また、入退院支援の強化として入院時から患者・家族に寄り添い安心感を与えられるような支援や各病棟へ専従退院調整看護師と社会福祉士を配置して円滑に退院できるよう支援介入していきます。患者相談窓口では、医療メディエーターが常駐し患者サポート体制を整え柔軟に取り組んでいきます。

患者サポートセンターは、他職種で構成されているためお互いを尊重し職種を超え働きやすい職場づくりを目指し、地域に貢献できるよう努力していきます。

事務部



事務長 城戸 光晴

2021年度を振り返ってみると2020年度と同様にコロナで始まりコロナで終わった1年間でした。新型コロナウイルスが蔓延しだして、2年と少しが経過しました。そのような中、感染対策を行い、十分に注意していたのですが10月に恐れていたクラスターが発生してしまいました。このことにより一ヶ月近くの新たな入院を制限しなければなりません。重点医療機関として陽性者を受け入れる病棟を設けている上で起きており、入院を受け入れできないことで地域の皆様に多大なご迷惑をお掛けしてしまいました。

そして今年度は、2022年4月に診療報酬改定が実施されます。急性期医療に対しては、高度かつ専門的な急性期医療を提供する体制に、「急性期充実体制加算」が新設され、具体的な要件が掲げられました。7対1看護をはじめ、24時間の救急医療体制、手術等の実績、がん治療の実績、高度急性期医療の提供、地域の模範となる感染防止対策の取り組み、院内心停止を減らす取り組み、外来機能分化に係る取り組み、回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担などといった多岐に渡る内容となっており、当院の目指す急性期医療である「救急医療」、「がん医療」そして「地域医療」の取り組みが評価されたものとなっています。この加算の取得そして維持が今年度以降の大きな目標のひとつとなります。

また、病院機能分化が推進される中、地域医療支援病院である当院は、紹介率・逆紹介率による要件のみならず、外来化学療法、外来放射線治療といった高度医療機器・設備を必要とする外来、入院の前後の外来、特定の領域に特化した機能を有する外来といった外来患者の占める割合を意識した運営が求められています。地域の医療機関、そして法人内の施設と協力して機能分化を進めていかなければなりません。

このこともあり、2022年度は、

- ①病院機能分化の推進と病院経営の両立
- ②地域医療支援病院としての質向上の取り組み
- ③地域包括ケアシステム推進と業務継続に向けた取組の強化
- ④患者と地域に選ばれる病院にふさわしい職員教育

の4つを大計画としました。

財務においては新型コロナウイルス感染症の収束を視野に入れ、重点医療機関としての機能を維持しながら、Withコロナを見据え、ゆるやかに人員や設備を平時へとシフト出来る体制を整えていくことで、支出の適正化を図り、健全な経営を目指します。また、がん診療連携拠点病院および地域医療支援病院の新要件への対応、病院機能評価更新のための改善活動を通じて、がん医療・救急医療・地域医療のさらなる充実を図ります。加えて医師の働き方改革の施行に対して、労務管理や労働時間の把握とその短縮、院内における情報共有やタスクシフト、タスクシェアリングを盛り込んだ「医師労働時間短縮計画」の策定を目指します。

最後に、2022年度のスローガンは、より一層の地域との共生を目指すべく「患者に寄り添い、地域に寄り添う」としました。当院の取り組みが、地域・そして社会から求められる医療機関となるように日々尽力してまいります。

委員会活動状況

医療安全管理室



医療安全管理室 室長 水落 久子

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

1. 令和3年度報告と今後

5S活動とは、組織体におけるモノや情報および人を対象に、整理・整頓・清掃・清潔・しつけを全員参加で徹底する活動です。業務の効率向上、ミス・事故防止、スペースの有効活用などを実現するための基盤整備を目的としています。さらに5S活動を通じて、管理監督者のマネジメント力の向上と組織の活性化を目指すものでもあり、医療安全を推進するためにも重要なものです。

インシデント・アクシデントは確認不足以外に、患

者環境や職員環境が要因で発生することがあります。そこで、今年度は「5S（職員環境・患者環境）」に取り組みました。当院に5Sを定着させるために、各部署で5Sが必要な場面を抽出して、整理・整頓・清掃・清潔・しつけの年間スケジュールを立案して実施しました。今後も定期的に評価していきます。

当院の医療安全活動においては、「人は過ちを犯す」という前提に立ち、過ちを誘発しない環境や、過ちが患者の障害などに繋がらないシステムを構築していくことを主眼としています。次年度は、医療安全における基本である「確認文化の醸成」に向けて、ルール遵守の徹底を目標に掲げ、マニュアルの見直しや部署ラウンドの強化などに取り組んでいきます。

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

2. 令和3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55名

医師	9	診療放射線技師	3	管理栄養士	1
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	3	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) 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・データ分析		

3. 令和3年度実績

	令和元年度	令和2年度	令和3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 (%)	99.8	97.6	99.1
院内対象者別講習会開催数 (件)	43	34	41
インシデント・アクシデントレポート報告数 (件)	1,584	944	1010
医療安全地域連携 相互巡視 (件)	3	3	3

院内感染対策委員会



感染制御室 室長 南 博子

新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）は、2022年5月5日現在で、全世界で5億1500万人以上、世界人口の約6.5%が罹患し、死亡者は627万人に達しています¹⁾。スペイン風邪には及びませんが、100年前より進歩した医療の世の中でこの死亡数はやはり重大な危機と考えます。このパンデミックが終息するのはいつになるかは想像もつきませんが、重点医療機関として当院が地域のCOVID-19診療を担った2021年を、あらためて振り返りたいと思います。

2021年度は3回目の緊急事態宣言が発令され、アルファ株からデルタ株、オミクロン株の変異株に対応した時期となり、重症化や死亡者を抑制するため、ワクチン接種と治療薬の活用が促進されました。大型連休には、飲食店や大規模商業施設への休業要請など、強い行動制限が国民に課せられました。感染制御室をはじめ各部門では、COVID-19感染症予防のために、これまで行っていなかった新しい業務が日常業務に追加され、疲弊を感じる日々の連続となりました。

4月には入院患者に初の変異型アルファ株を検出。第1回共愛会感染対策委員会を開催し、法人全体の意識統一を図り感染制御活動実践の確認を行いました。また、COVID-19陽性受入病棟3床と、救急センター1室に陰圧化を行う工事が完了。職員が安全に診療できる環境が整いました。福岡県がフェーズ5に入る8月には、入院患者へのマスク着用化を推進し、患者・職員が互いに濃厚接触者とならない対策を追加していきました。また、院内での唾液による核酸増幅法検査（PCR法）も開始となりました。4回目の緊急事態宣言も解除され、福岡県フェーズも下がり始めた10月に、とうとう病棟クラスター発生を経験することとなりました。デルタ株流行期であり、終息には約1か月を要しました。クラスターは職員の持ち込みであり、普段の現場職員への教育と指導の重

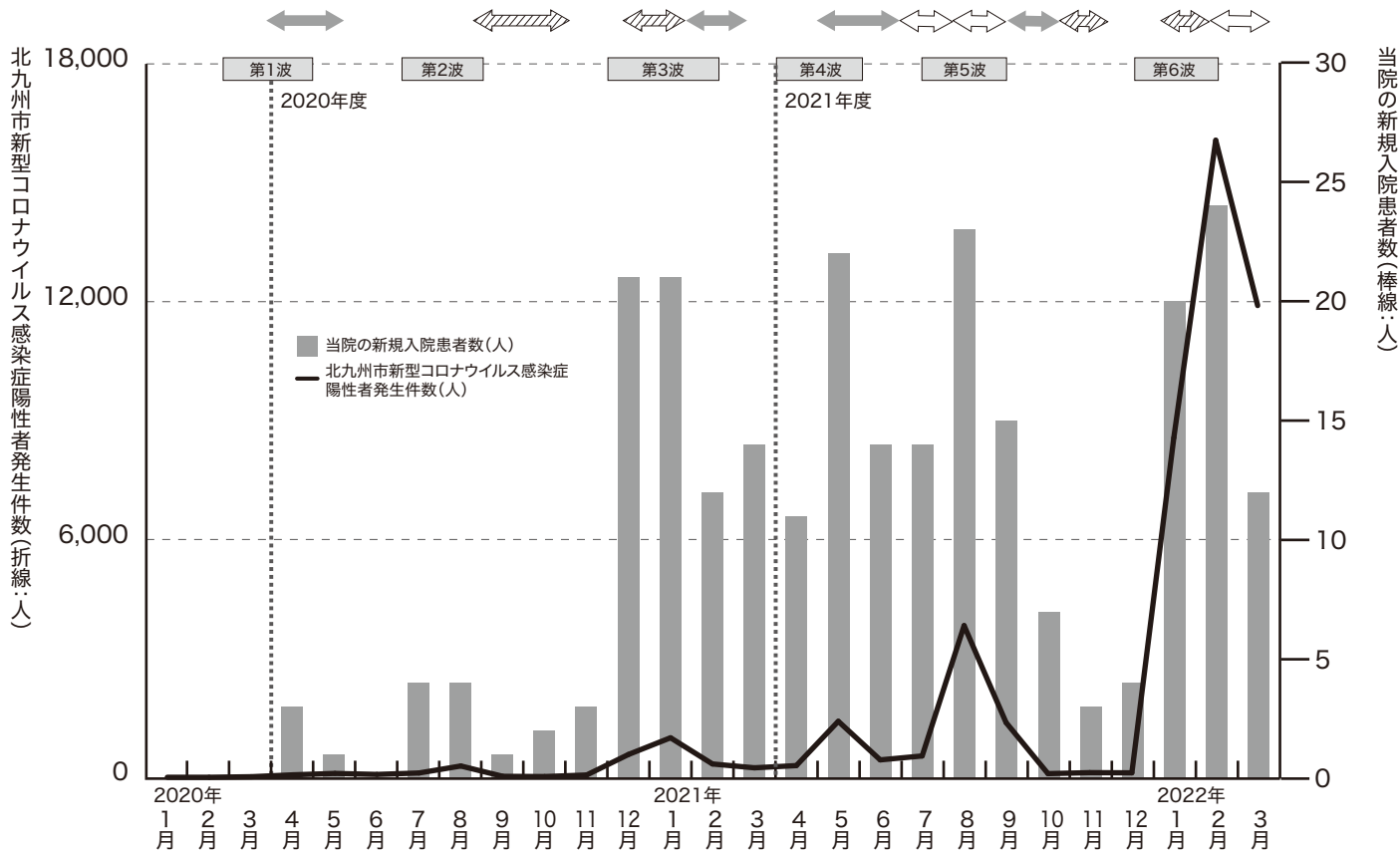
要性を再認識しました。12月は福岡県フェーズが1となり、やや穏やかな診療体制であったと思います。しかし、1月には職員へオミクロン株の感染拡大に向けた注意喚起を促し、福岡県は蔓延防止等重点措置発令、福岡県コロナ特別警報が発令となりました。1～3月は職員のCOVID-19発生事例が散発しましたが、クラスター発生とはなりません。デルタ株での振り返りと反省を踏まえ、職員が全力で感染対策を実践してきた結果かもしれませんが、単に奇跡の連続だったのかもしれない。

前年も述べましたが、当院では入院患者に対し入院前スクリーニングとして核酸増幅法検査（PCR法）を実施しています。陰性というお札をもって入院されますが、非感染と考えず問診力を高め、症状を細かく確認し異常の早期発見に努めることが、日常的に求められていると考えます。当たり前には標準予防策がこの数年でできるようになったのでしょうか？一人ひとりの医療従事者が基本に立ち返り、敵を正しく恐れ組織として感染制御が実践されるよう、さらに支援に努めたいと考えています。

文献

1) Worldometers.info. Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance. Dover, Delaware, U.S.A. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> アクセス 2022.5.7

緊急事態宣言期間 ← 蔓延防止など重点措置期間 ← 福岡コロナ警報期間 ←



2020 /1	2020 /2	2020 /4	2020 /9	2020 /10	2020 /12	2021 /1	2021 /3	2021 /4	2021 /8	2021 /10	2021 /11
新型インフルエンザ協力医療機関指定	帰国者接触者外来設置	福岡県知事本部より物品供給 布製マスク運用開始 新型コロナウイルス感染症対策本部設置 陽性者入院受け入れ2床開始	発熱外来プラインドシミュレーション 5階病棟ゾーニング拡大	感染症重点医療機関指定	院内核酸増幅法(TRC法)開始	BCP作成承認	帰国者接触者外来終了	院内核酸増幅法PCR検査開始 入院患者から初の変異型アルファ株検出 第一回共済会感染対策委員会開催 陽性者受け入れ病棟(2床)・救急センター(1室)陰圧工事	入院患者に対しマスク着用を推進 唾液による院内核酸増幅法(PCR法)開始	病棟クラスター発生	病棟クラスター終息

委員会活動状況

1 構成

○院内感染対策委員会 構成 合計24名

医師	10
看護師	5
薬剤師	1
診療放射線技師	2
臨床検査技師	1
臨床工学技士	1
理学療法士	1
管理栄養士	1
事務	2

○戸畑共立病院ICTメンバー 構成 合計30名

医師(歯科医師)	5
看護師	2
ケアワーカー	1
薬剤師	2
臨床検査技師	2
臨床工学技士	2
診療放射線技師	2
管理栄養士	1
理学療法士	2
歯科衛生士	1
心理士	1
ドクターズクラーク	2
事務	6

○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)
- 滅菌技師(士)会によるラウンド(適宜)
- 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
院内中途採用者研修(16回/年)
法人内中途採用者研修会(7回/年)
- 抗菌薬適正使用講習会(2回/年)
- 部署(対象者)別講習会
PPEミニレクチャー
フルPPE着脱
N95フィットテスト
新型コロナウイルス感染症に対する基礎知識
- 外部委託業者講習会
清掃業者講習会(2回/年)
- 学生実習受入れ時講習会
看護部(7回/年)
リハビリテーション科(6回/年)
放射線科(3回/年)
臨床工学科(3回/年) 事務部(2回/年)
臨床検査科(1回/年) 栄養科(1回/年)
地域連携室(1回/年) 臨床心理(1回/年)
薬剤部(1回/年)

カンファレンス

- 抗菌薬適正使用カンファレンス(1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)
- 地域連携共同カンファレンス(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
新型コロナウイルス感染症サーベイランス

○地域貢献活動

1) 院外講義

- 9/14 メディカルスタッフのための感染対策セミナーQ&A講師
- 2/8 メディカルスタッフのための感染対策セミナーQ&A講師

2) KRICTクラスター対策班介護施設ラウンド

- 障害者施設、介護施設ラウンド(6回)

○学会・研究会

1) 演題発表

第36回日本環境感染学会・学術集会 (9/19~9/20)

演題: 医療従事者における新型コロナウイルス長時間・短時間曝露群と非曝露群の抗体保有率
 演者: 感染制御室室長 南 博子

第33回日本臨床微生物総会・学術集会 (1/28~1/30)

演題: 簡便なグラム染色内部精度管理実施手順の検討
 演者: 臨床検査科 臨床検査技師 永田 一岐

西部地区合同カンファレンス (2/1)

演題: 当院での新型コロナウイルス検査の変遷
 演者: 臨床検査科 永田 一岐

2) 学会参加

第96回日本結核・非結核性抗酸菌症学会総会・学術講演会 (6/18~6/19) web参加

参加者名: 感染制御室室長 南 博子

		2021年度	2020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)	653名 (96.7%)	569名 (87.9%)	+84名 (+8.8%)
	第2回全体講習参加者数(再講習含む)	621名 (95.5%)	532名 (83.8%)	+89名 (+11.7%)
中途採用者研修	全5回開催	101名	107名	-6名
ワクチン予防接種率	ムンプス	59.3%	88.9%	-29.6%
	風疹	68.4%	90%	-21.6%
	麻疹	100%	100%	±0
	水痘	60%	88.9%	-28.9%
	インフルエンザ	93.5%	94.7%	-1.2%
	HBワクチン	91.9%	91.5%	+0.4%
コンサルテーション数	治療(抗菌薬など)に関する事	12件	14件	-2件
	医療関連感染サーベイランス関連	3件	1件	+2件
	職業感染(針刺し等の暴露等)	20件	11件	+9件
	感染管理指導(勉強会、ケア見直し等)	49件	42件	+7件
	感染対策(経路別対策、个人防护具の使用等)	304件	276件	+28件
	洗浄・消毒・滅菌	24件	16件	+8件
	職員の健康管理	326件	134件	+192件
	ファシリティーマネジメント	90件	75件	+15件
	その他	258件	200件	+58件
針刺し・汚染事故件数	8件	9件	-1件	

委員会活動状況

AST 院内外

コンサルテーション件数

	2021年度	2020年度	前年度比
院内コンサルテーション件数	32件	24件	+8件
院外コンサルテーション件数	4件	6件	-2件

AST 活動

日本呼吸器学会誌 10 巻 6 号掲載

「医療・介護関連肺炎の入院の契機となった肺炎による死亡とエンピリック治療抗菌薬の検討」

栄養サポートチーム(NST)



NST委員長 林 亨治

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、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た。また2020年10月より前任である竹谷園生先生より私に引き継ぎとなった。活動開始から19年、私がNST委員長になり丸3年が経とうとしている。

慣れない仕事に加え委員長就任からすぐにコロナ禍へ突入し、まさに手探り状態での活動であった。毎月開催していた会議、院内研修会などが中止となり、週に一度行われる全体回診もカンファレンスルームの狭さゆえに使用が許されなかったが、それでもどうにかコロナ禍での回診のあり方を模索しながら徐々に形を変化させ活動を継続している。まさにNSTチームを構成する様々な職種からの応援・支援の賜物と思っている。

構成員の職種には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士、臨床検査技師、歯科衛生士、医療クラーク、医事課があり総勢40名にもなるが、回診時はそれぞれの職種から1名ずつ代表に出席していただきおよそ10名前後で行っている。以前は回診時に発言する人が限られる傾向があったため、必ず1名の患者様に対しすべての職種が発言するように変えてきた。その影響もあってか密度の濃い回診ができるようになったと自負している。

また、嬉しいこととして、2021年度より日本看護協会認定看護師(摂食・嚥下障害看護)を取得した中村将隆看護師がメンバー加わった。このことにより、さらに、摂食・嚥下障害患者の経口移行のアプローチが密にできることを期待する。

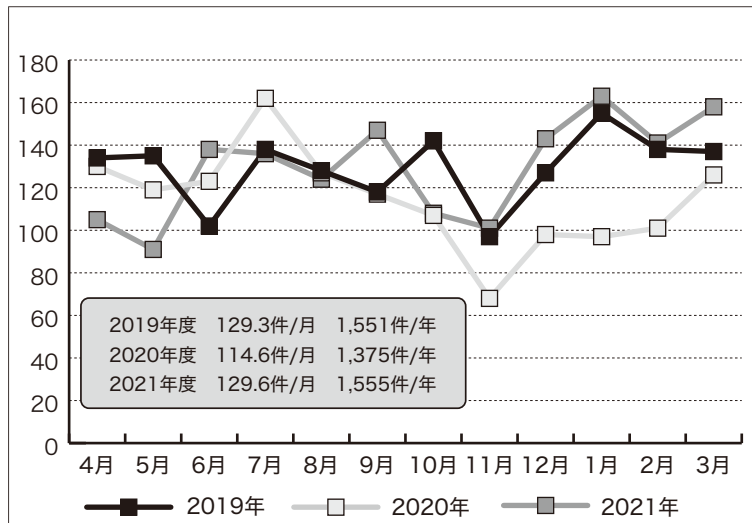
2021年度のNST介入症例は全382症例で、その診療科別内訳は内科138例(36%)、外科70例(18%)、脳神経外科55例(15%)、整形外科54例(14%)、がんセンター28例(7%)であった。平均年齢は82.7歳で患者の高齢化がここでもみて取れる。

このように患者の高齢化が進行する中であっても、救急病院・地域中核病院としての役目を果たすべく、医療を必要とする新規患者のスムーズな受け入れのため、なるべく短期間に患者を回復させることを目標に努力している。患者の栄養状態の改善が生命予後の延長やQOLの保持、手術症例における合併症の改善のみならず入院期間の短縮などに好影響することが明らかになっており、我々NST委員会の目指すところでもある。

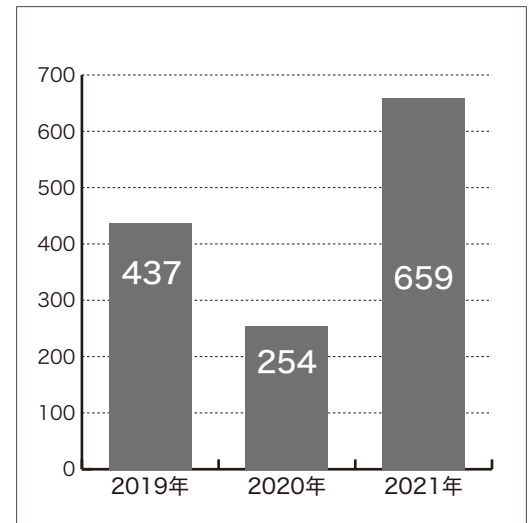
今後も地域医療のため個々の患者・家族のため、介入が必要な患者を見落とすことなく早期に接触し、最適な医療が提供できるようさらなる改革を行っていかうと考えている

委員会活動状況

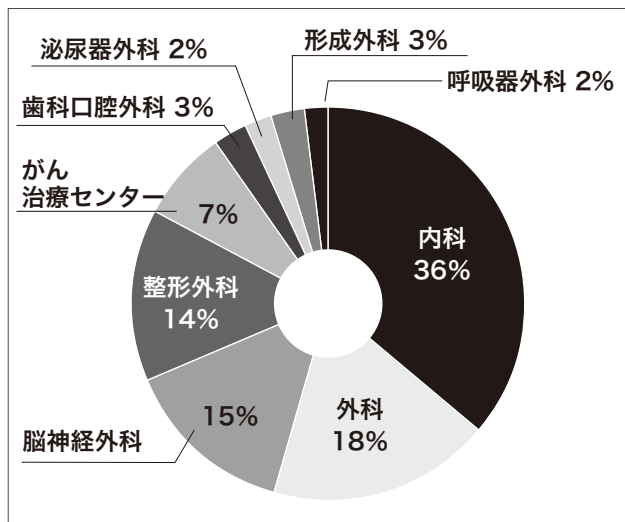
1) 2019～2021年 NST回診件数の推移



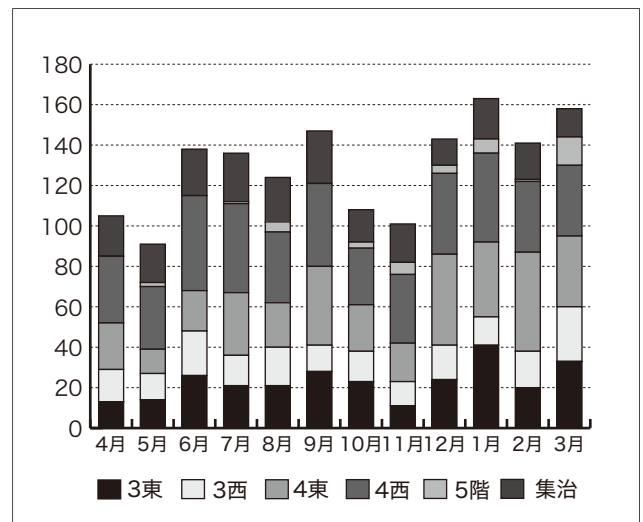
2) 2019～2021年 SST回診延人数の推移



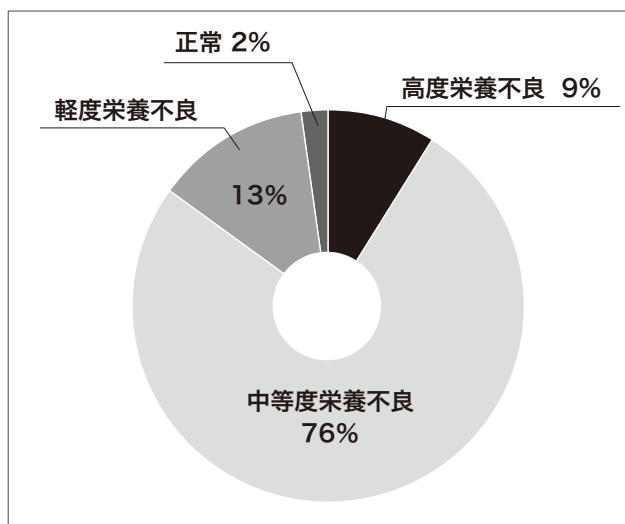
3) 2021年 NST回診介入患者 診療別割合



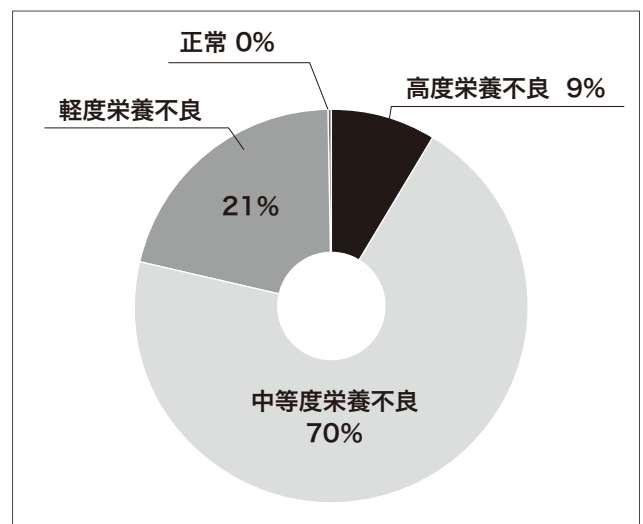
4) 2021年 NST回診病棟別実施件数



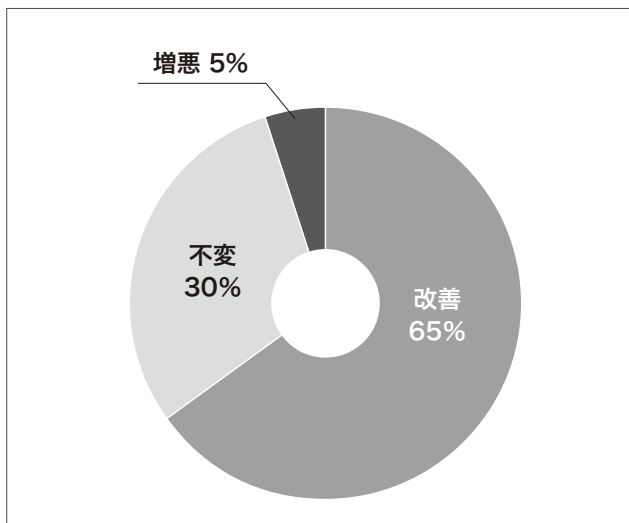
5) 2021年 NST介入時栄養評価



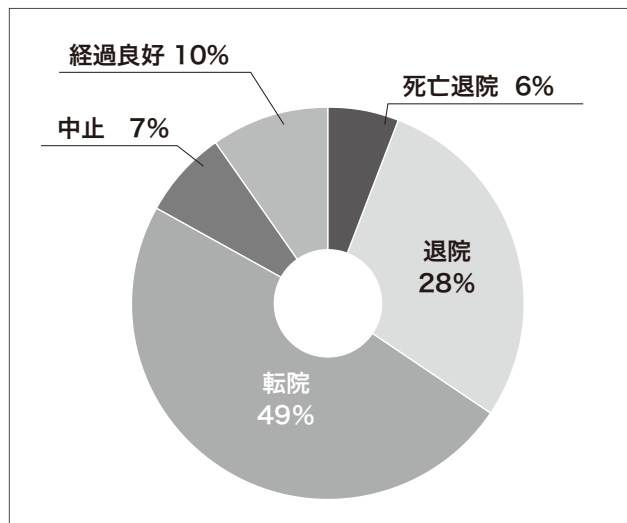
6) 2021年 NST終了時栄養評価



7) 2021年 NST介入結果

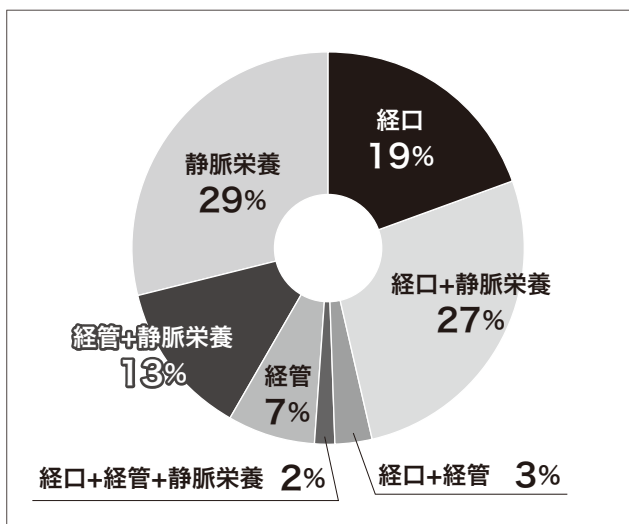


8) 2021年 NST介入終了理由

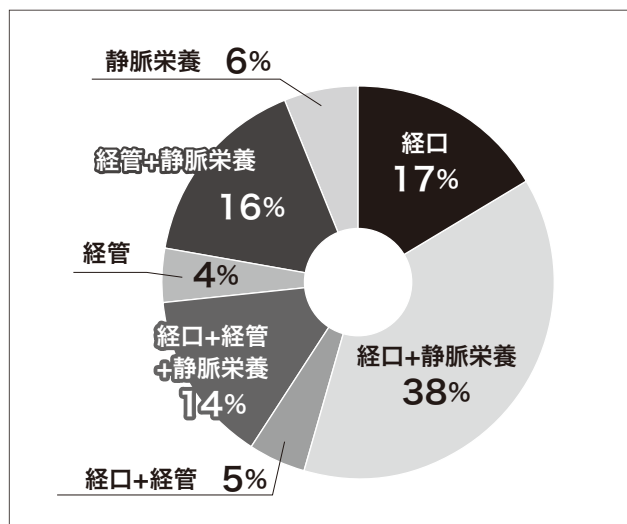


【介入結果の改善内容】 ①経口移行 ②投与栄養量の充足 ③嚥下状態の改善
④褥瘡治癒・改善 ⑤静脈栄養からの離脱 など

9) 2021年 NST介入時 栄養ルート



10) 2021年 NST介入終了時 栄養ルート



【介入時】

静脈栄養なし	経口	75	113
	経口+経管	11	
	経管	27	
静脈栄養あり	経口+静脈栄養	103	159
	経口+経管+静脈栄養	7	
	経管+静脈栄養	49	
	静脈栄養	110	

【終了時】

静脈栄養なし	経口	63	98
	経口+経管	18	
	経管	17	
静脈栄養あり	経口+静脈栄養	146	261
	経口+経管+静脈栄養	54	
	経管+静脈栄養	61	
	静脈栄養	23	

栄養ルートが静脈栄養のみの患者さん
介入時 110名 ⇒終了時 23名に減少

看護師特定行為研修事務局

研修責任者 和田 義人

看護責任者 高倉 千津子

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。また、研修修了者に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

としての役割に期待している。

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。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開催している(表4)。

本指定研修機関が開設されてから、約4年4ヶ月が経過した。当初1区分であったが、2020年からは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。

【入講生、修了生の概要】

2018年度から2021年度まで20名(延べ)が入講し、11名が研修を修了した(表3)。

表3 2018年から2021年の区分別科目および入講生

区分別科目	2018(平成30)年	2019(令和元)年	2020(令和2)年	2021(令和3)年
栄養に係るカテーテル管理	2名	2名	2名	1名
動脈血液ガス分析関連	-	-	3名	3名
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	-	-	3名	4名

【フォローアップ研修】

2019年度から2021年度の開催概要を示す(表4)。

表4

年月日	主な内容
2019年 8月19日	講義 ・研修制度の最新情報 ・厚生労働科学研究成果報告 「看護師特定行為研修の活動状況に関する研究」 講師:特定行為研修室 看護責任者 秋吉夕子
2020年 8月24日	講義 ・臨床推論力をつける!「症例から見る画像の活用—CVC有害事象症例—」 講師:戸畑共立病院 放射線科科長 山本晃義 ・「看護師特定修了者へ期待すること」 講師:戸畑共立病院 看護部長 早川洋子
2020年12月28日	講義・実践 ・「中心静脈カテーテル挿入患者の感染管理の基本を学ぶ」 講師:戸畑共立病院 感染管理認定看護師 木原洋美 ・「シミュレーターを用いた縫合と抜糸手技の確認」 講師:戸畑共立病院 形成外科部長 高橋長弘
2021年 8月23日	講義・実践 ・エコーから診る穿刺部合併症の評価と実技演習 講師:戸畑共立病院 臨床検査技師 川口美香・西山聖美
2021年12月20日	講義・実践 ・「臨床推論力をつける!症例から見る画像の活用」 講師:戸畑共立病院 放射線科科長 山本晃義 ・「シミュレーターを用いた縫合と抜糸手技の確認」 講師:戸畑共立病院 形成外科部長 高橋長弘

委員会活動状況

【参加者の声】

- エコーの実技は楽しく勉強にもなるので何度もしてほしいです。
- 中心静脈カテーテル抜去に関しては縫合の活動実績がほとんどないため、研修での縫合の実施は必須であると思います。年に1回は実施できるといいです。
- 縫合と抜糸の練習は定期的に行ってほしいです。
- とても勉強になる研修でした。ありがとうございました。



統計資料

臨床指標

入院

	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
稼動病床数	218	218	218	218	218
新入院患者数	5,917	5,804	6,025	5,254	5,356
退院患者数	5,920	5,810	6,015	5,270	5,339
延入院患者数	73,901	74,767	73,975	68,090	67,541
1日平均入院患者数	202.5	204.8	202.7	186.5	185.0
病床利用率	92.9%	94.0%	93.0%	85.6%	84.9%
平均在院日数	12.5	12.9	12.3	12.9	12.7
外来入院比率	1.45	1.40	1.43	1.47	1.55
退院サマリー完成率	99.5%	98.5%	99.1%	99.6%	99.2%
年齢階層別退院患者数					
主要疾患別患者数	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙
疾病分類別患者数					

外来・地域医療

	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
初診外来患者数	14,623	14,426	14,227	11,941	12,252
延外来患者数	107,170	104,661	106,072	99,835	104,723
1日平均外来患者数	365.8	357.2	362.0	340.7	357.6
地域支援病院紹介率	87.00%	89.20%	85.90%	89.60%	90.87%
逆紹介率	115.88%	122.50%	116.70%	113.50%	124.35%
救急者搬送患者数	2,577	2,293	2,400	2,380	2,516

死亡患者

	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
死亡退院数	197	187	185	155	186
死亡率	3.3%	3.2%	3.1%	2.9%	3.5%
死亡率(48時間以内を除く)	2.8%	2.8%	2.5%	2.4%	2.8%

手術

	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
施設基準に掲げる手術件数	別紙	別紙	別紙	別紙	別紙
総手術件数	2,957	2,906	3,053	2,957	3,100
(全身麻酔下での手術件数)	1,462	1,507	1,619	1,605	1,561
(硬膜外麻酔下での手術件数)	9	5	2	0	0
(脊椎麻酔下での手術件数)	573	550	497	438	430
(局所麻酔下での手術件数)	706	638	762	751	875
(伝達麻酔)	142	142	127	131	181
(麻酔なしでの手術件数)	65	64	46	32	53

内視鏡

	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
内視鏡的胃・食道静脈瘤治療(EVL・EIS)	24	7	4	6	8
内視鏡的狭窄拡張術	33	26	85	22	80
内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)	164	143	96	95	103
内視鏡的止血術	142	116	91	92	93
内視鏡的粘膜切除術(EMR・ポリペクトミー)	577	593	636	612	744
胆管・膵管系内視鏡(ERCP、EST、ERBD)	188	255	175	152	187
胃ろう増設術	37	35	38	59	42
上部内視鏡検査	2,888	3,087	3,108	2,897	3,321
下部内視鏡検査	1,176	1,156	1,211	1,003	1,133
小腸内視鏡検査	63	73	45	60	43
カプセル内視鏡検査	32	42	53	36	50
その他	96	115	209	125	149

放射線

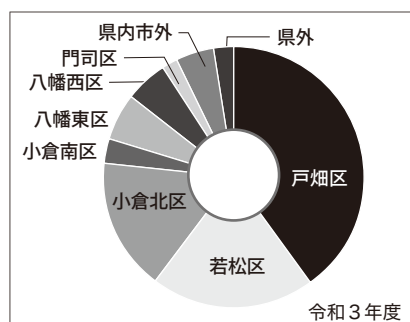
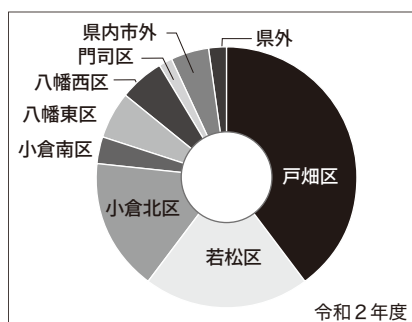
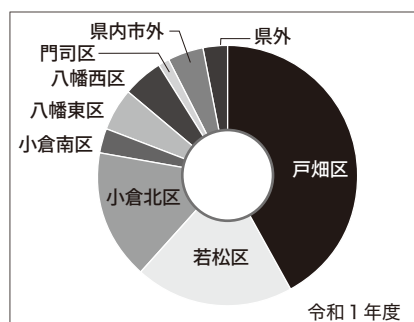
	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
リニアック照射回数	7,282	7,332	3,085	5,973	5,543
トモセラピー照射回数	4,252	3,626	5,617	4,167	4,273
合計照射回数	11,534	10,958	8,702	10,140	9,816
サイバーナイフ治療件数	142	291	241	249	179
密封小腺源	65	48	43	33	35
CT撮影件数	11,999	12,172	12,768	11,531	12,740
MRI撮影件数	6,483	6,736	6,552	5,285	5,623
核医学診断件数(各種シンチ・SPECT・PET)	790	695	672	676	649

教育・その他

	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
研修医受け入れ人数	5	5	5	4	4
医療相談件数	7,888	6,389	8,154	5,586	8,315
セカンドオピニオン件数	26	26	28	29	43
患者対看護職員数	7対1	7対1	7対1	7対1	7対1
認定看護師数	11	11	11	10	9
院外処方箋率	89.9%	90.4%	91.5%	94.9%	93.6%
診療情報の開示件数	47	39	38	35	38
クリニカルパス種類数	57	110	120	108	100
職員のインフルエンザワクチン接種率	96.4%	96.5%	94.6%	96.0%	93.5%

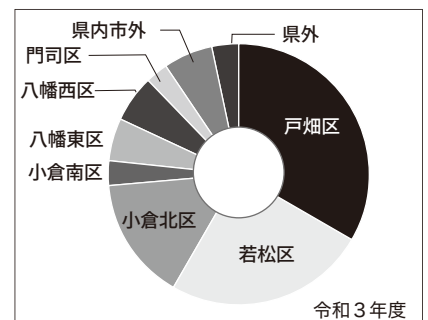
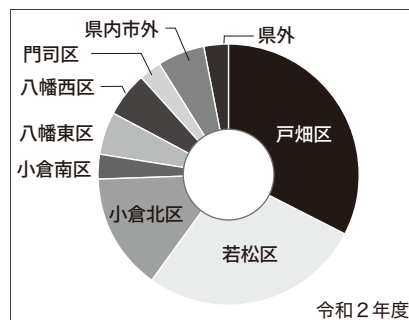
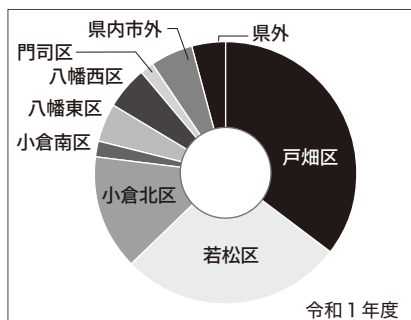
1-1. 地域別外来実患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	8,846	42.04%	7,893	39.98%	7,861	40.14%
西戸畑	645	3.07%	619	3.14%	613	3.13%
戸畑駅前	717	3.41%	723	3.66%	695	3.55%
沖台	399	1.90%	423	2.14%	447	2.28%
浅生	996	4.73%	990	5.01%	964	4.92%
三六・天神	529	2.51%	474	2.40%	455	2.32%
小芝・沢見	636	3.02%	594	3.01%	564	2.88%
天籟寺	397	1.89%	360	1.82%	363	1.85%
中原	1,308	6.22%	1,214	6.15%	1,198	6.12%
一枝	758	3.60%	696	3.53%	745	3.80%
牧山	674	3.20%	652	3.30%	687	3.51%
菅原	451	2.14%	401	2.03%	415	2.12%
鞘ヶ谷	754	3.58%	696	3.53%	668	3.41%
その他	582	2.77%	51	0.26%	47	0.24%
若松区	4,141	19.68%	4,032	20.42%	3,997	20.41%
小倉北区	3,425	16.28%	3,261	16.52%	3,201	16.34%
小倉南区	597	2.84%	628	3.18%	600	3.06%
八幡東区	1,151	5.47%	1,151	5.83%	1,142	5.83%
八幡西区	1,013	4.81%	1,077	5.46%	1,033	5.27%
門司区	338	1.61%	371	1.88%	385	1.97%
遠賀郡	156	0.74%	130	0.66%	149	0.76%
中間市	98	0.47%	91	0.46%	94	0.48%
直方市	65	0.31%	61	0.31%	62	0.32%
福岡市	87	0.41%	93	0.47%	91	0.46%
京都郡	80	0.38%	79	0.40%	75	0.38%
久留米市	22	0.10%	19	0.10%	26	0.13%
その他県内	408	1.94%	449	2.27%	418	2.13%
山口県	169	0.80%	127	0.64%	110	0.56%
佐賀県	25	0.12%	17	0.09%	18	0.09%
長崎県	26	0.12%	20	0.10%	18	0.09%
大分県	47	0.22%	54	0.27%	58	0.30%
熊本県	28	0.13%	17	0.09%	18	0.09%
宮崎県	11	0.05%	9	0.05%	13	0.07%
鹿児島県	13	0.06%	10	0.05%	9	0.05%
沖縄県	3	0.01%	1	0.01%	2	0.01%
その他	291	1.38%	152	0.77%	206	1.05%
合計	21,040	100.00%	19,742	100.00%	19,586	100.00%



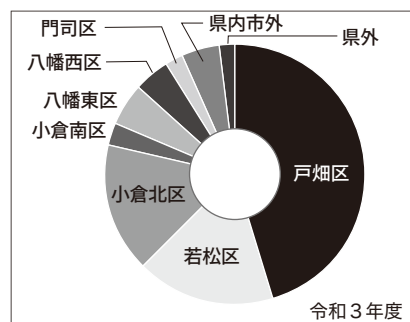
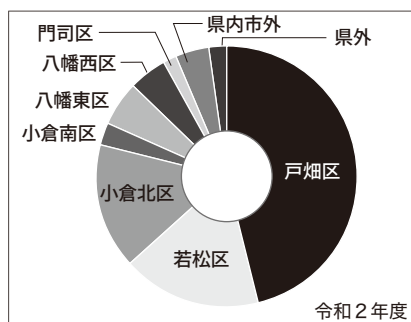
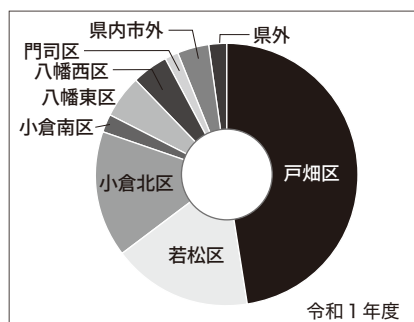
1-2. 地域別入院実患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	1,666	35.51%	1,381	32.59%	1,411	33.40%
西戸畑	148	3.15%	119	2.81%	122	2.89%
戸畑駅前	110	2.34%	125	2.95%	128	3.03%
沖台	70	1.49%	81	1.91%	83	1.96%
浅生	177	3.77%	153	3.61%	160	3.79%
三六・天神	108	2.30%	68	1.60%	85	2.01%
小芝・沢見	105	2.24%	80	1.89%	74	1.75%
天籟寺	69	1.47%	69	1.63%	70	1.66%
中原	263	5.61%	219	5.17%	226	5.35%
一枝	156	3.32%	137	3.23%	142	3.36%
牧山	140	2.98%	104	2.45%	116	2.75%
菅原	105	2.24%	88	2.08%	77	1.82%
鞘ヶ谷	135	2.88%	129	3.04%	128	3.03%
その他	80	1.71%	9	0.21%	0	0.00%
若松区	1,282	27.32%	1,169	27.59%	1,063	25.17%
小倉北区	670	14.28%	614	14.49%	637	15.08%
小倉南区	95	2.02%	125	2.95%	133	3.15%
八幡東区	222	4.73%	224	5.29%	222	5.26%
八幡西区	240	5.12%	241	5.69%	248	5.87%
門司区	84	1.79%	107	2.53%	116	2.75%
遠賀郡	37	0.79%	29	0.68%	35	0.83%
中間市	29	0.62%	33	0.78%	26	0.62%
直方市	23	0.49%	18	0.42%	35	0.83%
福岡市	19	0.40%	22	0.52%	25	0.59%
京都郡	22	0.47%	21	0.50%	21	0.50%
久留米市	6	0.13%	6	0.14%	6	0.14%
その他県内	112	2.39%	125	2.95%	114	2.70%
山口県	64	1.36%	44	1.04%	35	0.83%
佐賀県	11	0.23%	5	0.12%	7	0.17%
長崎県	12	0.26%	7	0.17%	9	0.21%
大分県	17	0.36%	17	0.40%	19	0.45%
熊本県	16	0.34%	13	0.31%	6	0.14%
宮崎県	7	0.15%	6	0.14%	10	0.24%
鹿児島県	1	0.02%	1	0.02%	1	0.02%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	2	0.05%
その他	57	1.21%	29	0.68%	43	1.02%
合計	4,692	100.00%	4,237	100.00%	4,224	100.00%



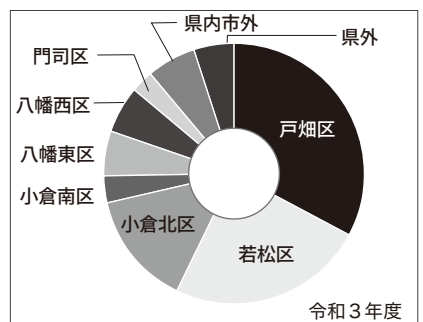
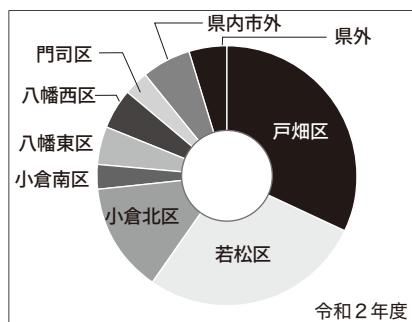
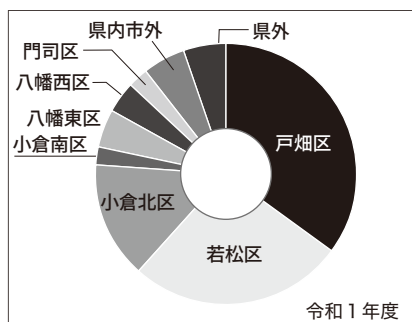
2-1. 地域別外来延患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	46,274	47.75%	44,510	46.14%	45,103	45.49%
西戸畑	4,111	4.24%	3,880	4.02%	3,688	3.72%
戸畑駅前	3,215	3.32%	3,491	3.62%	3,730	3.76%
沖台	2,190	2.26%	2,322	2.41%	2,717	2.74%
浅生	4,996	5.15%	5,035	5.22%	4,885	4.93%
三六・天神	2,850	2.94%	2,687	2.79%	2,625	2.65%
小芝・沢見	3,644	3.76%	3,736	3.87%	3,774	3.81%
天籟寺	2,145	2.21%	2,139	2.22%	2,051	2.07%
中原	6,503	6.71%	7,035	7.29%	7,010	7.07%
一枝	3,695	3.81%	3,336	3.46%	3,611	3.64%
牧山	3,692	3.81%	3,799	3.94%	3,401	3.43%
菅原	2,901	2.99%	2,798	2.90%	3,302	3.33%
鞘ヶ谷	4,174	4.31%	4,096	4.25%	4,165	4.20%
その他	2,158	2.23%	156	0.16%	144	0.15%
若松区	16,569	17.10%	16,605	17.21%	16,988	17.13%
小倉北区	15,001	15.48%	15,237	15.79%	15,967	16.10%
小倉南区	2,219	2.29%	2,546	2.64%	2,733	2.76%
八幡東区	5,168	5.33%	5,413	5.61%	5,167	5.21%
八幡西区	4,296	4.43%	4,396	4.56%	4,488	4.53%
門司区	1,517	1.57%	1,855	1.92%	2,195	2.21%
遠賀郡	719	0.74%	497	0.52%	628	0.63%
中間市	495	0.51%	509	0.53%	503	0.51%
直方市	310	0.32%	276	0.29%	407	0.41%
福岡市	297	0.31%	460	0.48%	714	0.72%
京都郡	321	0.33%	350	0.36%	354	0.36%
久留米市	102	0.11%	92	0.10%	134	0.14%
その他県内	1,527	1.58%	1,758	1.82%	1,867	1.88%
山口県	701	0.72%	790	0.82%	728	0.73%
佐賀県	70	0.07%	59	0.06%	60	0.06%
長崎県	77	0.08%	75	0.08%	113	0.11%
大分県	186	0.19%	241	0.25%	229	0.23%
熊本県	99	0.10%	66	0.07%	63	0.06%
宮崎県	51	0.05%	79	0.08%	46	0.05%
鹿児島県	19	0.02%	25	0.03%	32	0.03%
沖縄県	3	0.00%	1	0.00%	5	0.01%
その他	896	0.92%	630	0.65%	622	0.63%
合計	96,917	100.00%	96,470	100.00%	99,146	100.00%



2-2. 地域別入院延患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	28,197	35.25%	23,586	32.15%	23,969	32.89%
西戸畑	2,516	3.15%	2,114	2.88%	2,192	3.01%
戸畑駅前	2,023	2.53%	1,889	2.58%	1,984	2.72%
沖台	1,073	1.34%	1,711	2.33%	1,730	2.37%
浅生	3,023	3.78%	2,457	3.35%	2,527	3.47%
三六・天神	2,177	2.72%	1,234	1.68%	1,350	1.85%
小芝・沢見	1,365	1.71%	1,491	2.03%	1,038	1.42%
天籟寺	1,541	1.93%	1,073	1.46%	1,260	1.73%
中原	4,265	5.33%	3,614	4.93%	3,685	5.06%
一枝	2,664	3.33%	2,095	2.86%	2,060	2.83%
牧山	2,408	3.01%	1,850	2.52%	2,165	2.97%
菅原	1,825	2.28%	1,954	2.66%	1,626	2.23%
鞘ヶ谷	2,279	2.85%	2,100	2.86%	2,352	3.23%
その他	1,038	1.30%	4	0.01%	0	0.00%
若松区	21,250	26.56%	20,269	27.63%	17,761	24.37%
小倉北区	11,507	14.39%	10,121	13.80%	10,419	14.30%
小倉南区	1,842	2.30%	2,120	2.89%	2,416	3.32%
八幡東区	3,705	4.63%	3,556	4.85%	4,070	5.58%
八幡西区	3,129	3.91%	3,714	5.06%	4,156	5.70%
門司区	1,957	2.45%	2,094	2.85%	2,183	3.00%
遠賀郡	588	0.74%	355	0.48%	480	0.66%
中間市	484	0.61%	579	0.79%	335	0.46%
直方市	298	0.37%	342	0.47%	500	0.69%
福岡市	400	0.50%	492	0.67%	319	0.44%
京都郡	545	0.68%	386	0.53%	509	0.70%
久留米市	88	0.11%	85	0.12%	51	0.07%
その他県内	1,897	2.37%	2,290	3.12%	2,176	2.99%
山口県	1,281	1.60%	764	1.04%	718	0.99%
佐賀県	304	0.38%	59	0.08%	173	0.24%
長崎県	288	0.36%	170	0.23%	481	0.66%
大分県	419	0.52%	307	0.42%	536	0.74%
熊本県	744	0.93%	476	0.65%	157	0.22%
宮崎県	232	0.29%	324	0.44%	273	0.37%
鹿児島県	17	0.02%	16	0.02%	17	0.02%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	22	0.03%
その他	821	1.03%	1,247	1.70%	1,157	1.59%
合計	79,993	100.00%	73,352	100.00%	72,878	100.00%



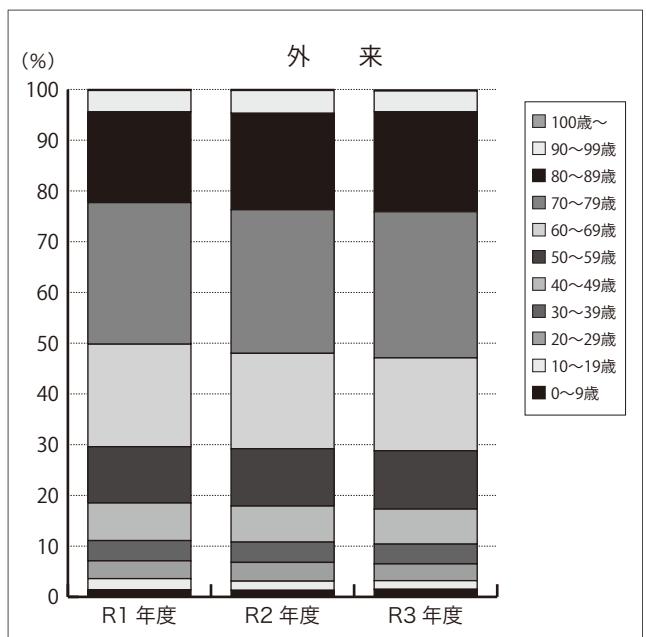
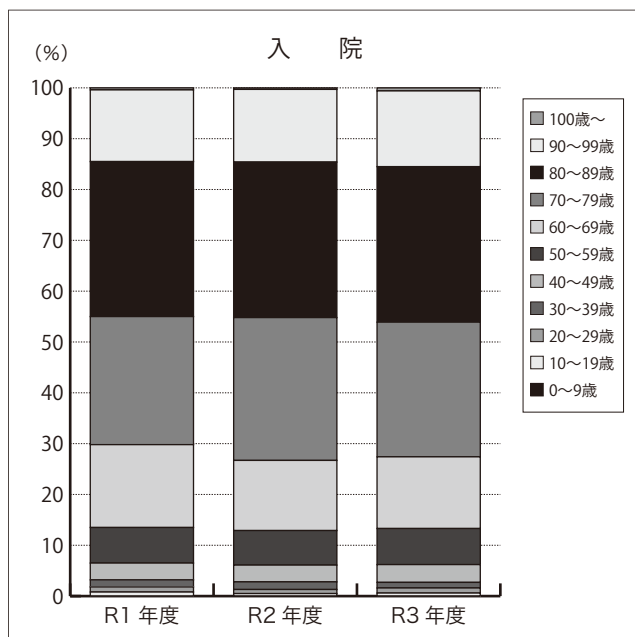
3. 診療科別入院・外来患者数

	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	1,858	1,778	28,204	14.5	2,023	32,067	109.4
外 科	727	759	9,260	11.4	655	10,126	34.6
形 成 外 科	106	111	1,570	13.4	217	2,989	10.2
泌 尿 器 科	382	390	3,327	7.6	406	5,610	19.1
整 形 外 科	884	882	11,608	12.1	1,417	13,706	46.8
脳 神 経 外 科	337	354	6,346	17.3	391	4,135	14.1
眼 科	90	88	409	3.6	276	8,346	28.5
皮 膚 科					37	1,085	3.7
精 神 科					0	545	1.9
放 射 線 科					1,069	1,160	4.0
がんセンター	848	852	11,303	12.3	385	9,311	31.8
歯 科	125	125	851	5.8	1,559	8,291	28.3
小 児 科					269	1,390	4.7
婦 人 科					0	57	0.2
救 急 外 来					3,548	5,905	20.2
合 計	5,357	5,339	72,878	12.6	12,252	104,723	357.4

年齢別入院・外来患者数

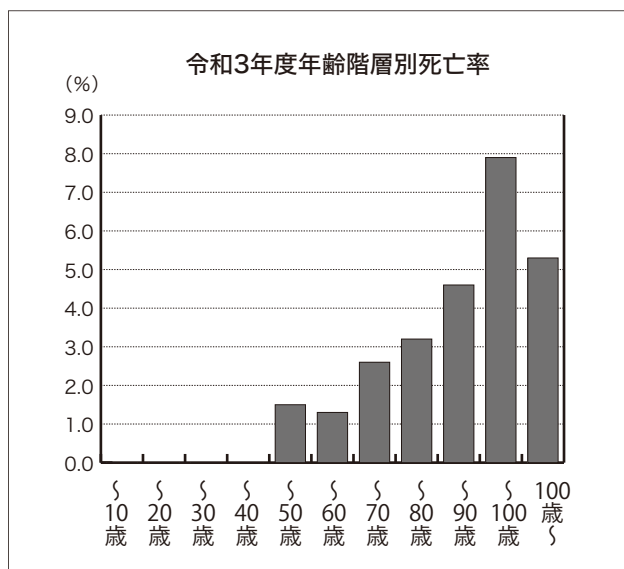
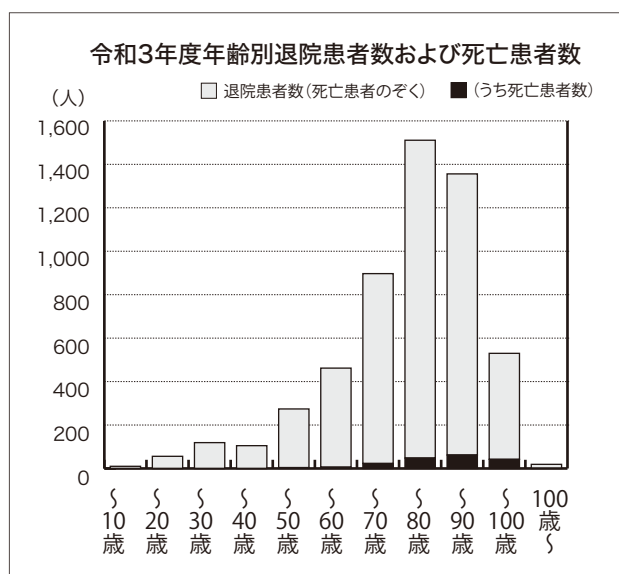
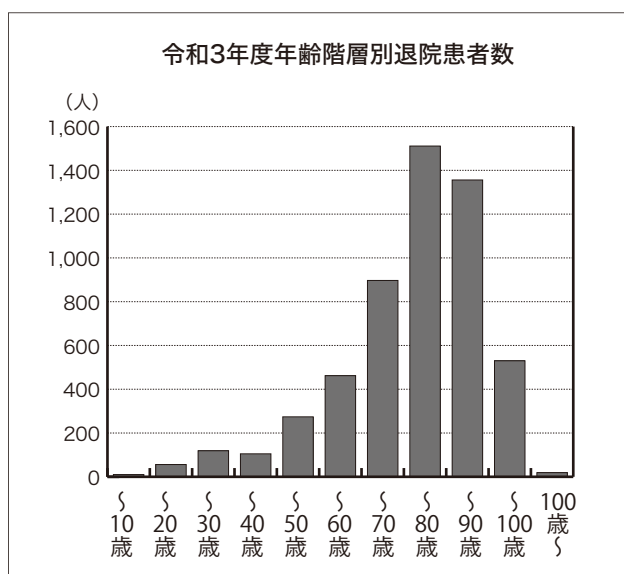
	入 院			外 来		
	R1年度	R2年度	R3年度	R1年度	R2年度	R3年度
0～ 9歳	18	19	24	1,364	1,243	1,489
10～19歳	605	382	401	2,142	1,725	1,728
20～29歳	790	620	696	3,380	3,550	3,237
30～39歳	1,143	1,088	817	3,923	3,901	3,842
40～49歳	2,634	2,394	2,527	7,139	6,822	6,836
50～59歳	5,582	4,976	5,171	10,779	10,914	11,394
60～69歳	13,007	10,118	10,291	19,569	18,152	18,177
70～79歳	20,183	20,592	19,304	27,062	27,267	28,596
80～89歳	24,358	22,421	22,330	17,316	18,300	19,511
90～99歳	11,316	10,497	10,879	4,064	4,362	4,112
100歳～	357	245	438	179	234	224
合計	79,993	73,352	72,878	96,917	96,470	99,146

	入 院			外 来		
	R1年度	R2年度	R3年度	R1年度	R2年度	R3年度
0～ 9歳	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	1.3%	1.5%
10～19歳	0.8%	0.5%	0.6%	2.2%	1.8%	1.7%
20～29歳	1.0%	0.8%	1.0%	3.5%	3.7%	3.3%
30～39歳	1.4%	1.5%	1.1%	4.0%	4.0%	3.9%
40～49歳	3.3%	3.3%	3.5%	7.4%	7.1%	6.9%
50～59歳	7.0%	6.8%	7.1%	11.1%	11.3%	11.5%
60～69歳	16.3%	13.8%	14.1%	20.2%	18.8%	18.3%
70～79歳	25.2%	28.1%	26.5%	27.9%	28.3%	28.8%
80～89歳	30.5%	30.6%	30.6%	17.9%	19.0%	19.7%
90～99歳	14.1%	14.3%	14.9%	4.2%	4.5%	4.1%
100歳～	0.4%	0.3%	0.6%	0.2%	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	10	0	10	0.0%
～20歳	56	0	56	0.0%
～30歳	119	0	119	0.0%
～40歳	105	0	105	0.0%
～50歳	274	4	270	1.5%
～60歳	462	6	456	1.3%
～70歳	897	23	874	2.6%
～80歳	1,511	48	1,463	3.2%
～90歳	1,356	62	1,294	4.6%
～100歳	530	42	488	7.9%
100歳～	19	1	18	5.3%
全体	5,339	186	5,153	3.5%



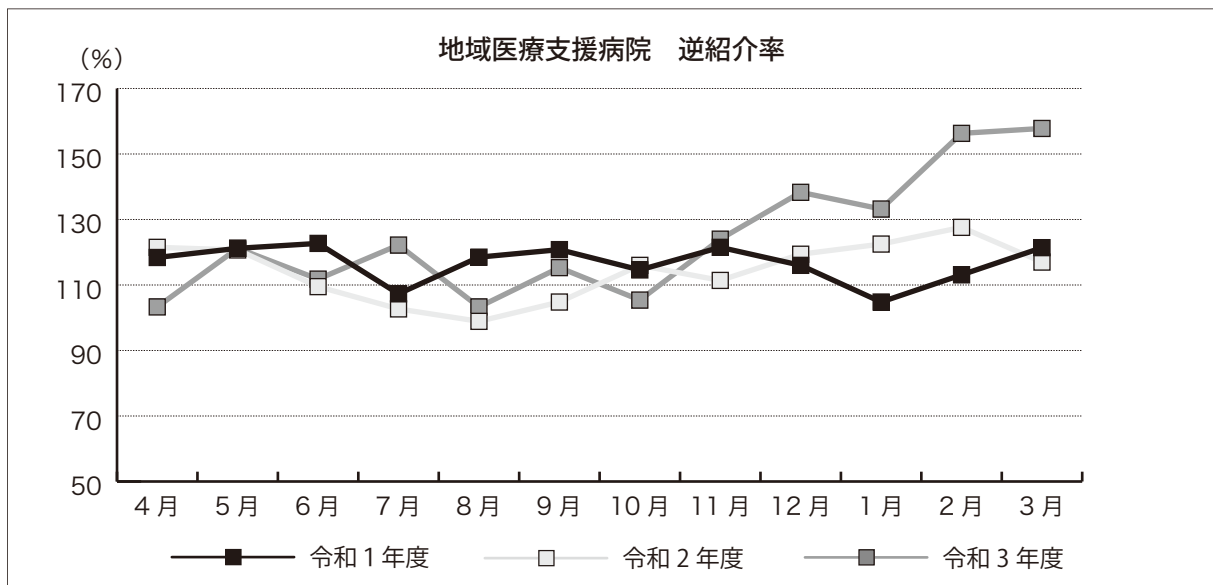
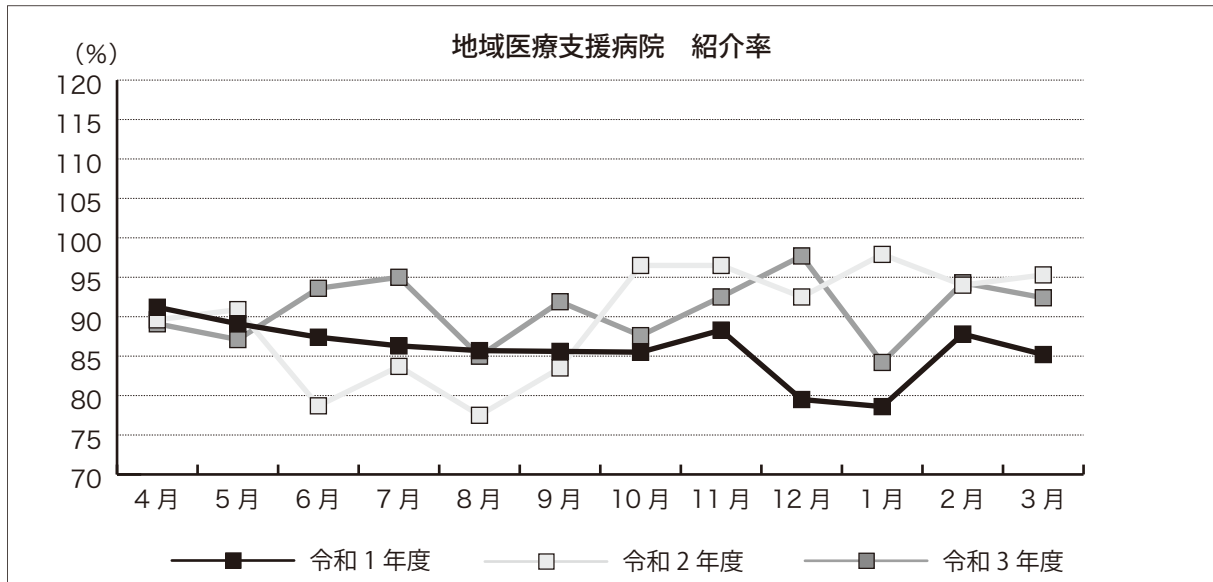
紹介率・逆紹介率

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
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%
令和2年度	89.6%	90.9%	78.7%	83.7%	77.5%	83.5%	96.5%	96.5%	92.5%	97.9%	94.0%	95.3%	89.6%
令和3年度	89.1%	87.1%	93.6%	95.0%	85.0%	91.9%	87.6%	92.5%	97.7%	84.2%	94.3%	92.4%	90.9%

逆紹介率

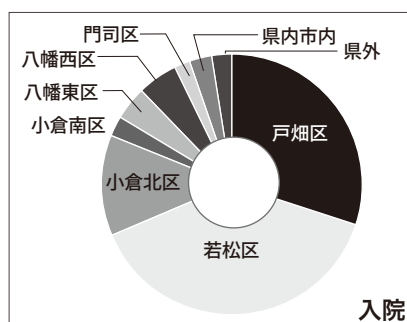
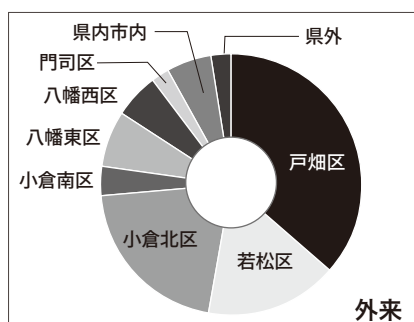
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
令和1年度	118.4%	121.2%	122.7%	107.3%	118.5%	120.8%	114.6%	121.5%	116.0%	104.8%	113.1%	121.4%	116.7%
令和2年度	121.5%	120.7%	109.5%	102.7%	98.9%	104.8%	116.0%	111.4%	119.4%	122.5%	127.6%	117.0%	113.5%
令和3年度	103.3%	121.2%	111.8%	122.2%	103.3%	115.3%	105.4%	124.0%	138.3%	133.2%	156.3%	157.8%	124.3%



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	2,501	36.60%	287	30.12%
西戸畑	180	2.63%	25	2.62%
戸畑駅前	236	3.45%	24	2.52%
沖台	185	2.71%	15	1.57%
浅生	345	5.05%	32	3.36%
三六・天神	108	1.58%	23	2.41%
小芝・沢見	138	2.02%	10	1.05%
天籟寺	100	1.46%	21	2.20%
中原	336	4.92%	46	4.83%
一枝	275	4.02%	22	2.31%
牧山	246	3.60%	24	2.52%
菅原	155	2.27%	15	1.57%
鞆ヶ谷	194	2.84%	30	3.15%
その他	3	0.04%	0	0.00%
若松区	1,113	16.29%	368	38.61%
小倉北区	1,420	20.78%	118	12.38%
小倉南区	259	3.79%	26	2.73%
八幡東区	466	6.82%	39	4.09%
八幡西区	376	5.50%	48	5.04%
門司区	154	2.25%	19	1.99%
遠賀郡	62	0.91%	4	0.42%
中間市	33	0.48%	2	0.21%
直方市	38	0.56%	4	0.42%
福岡市	38	0.56%	1	0.10%
京都郡	49	0.72%	3	0.31%
久留米市	7	0.10%	2	0.21%
その他県内	160	2.34%	9	0.94%
山口県	46	0.67%	3	0.31%
佐賀県	15	0.22%	1	0.10%
長崎県	5	0.07%	1	0.10%
大分県	24	0.35%	1	0.10%
熊本県	10	0.15%	2	0.21%
宮崎県	7	0.10%	1	0.10%
鹿児島県	4	0.06%	1	0.10%
沖縄県	1	0.01%	13	1.36%
その他	46	0.67%		0.00%
合計	6,834	100.00%	953	100.00%

地域医療支援病院紹介率	90.9%
逆紹介率	124.3%



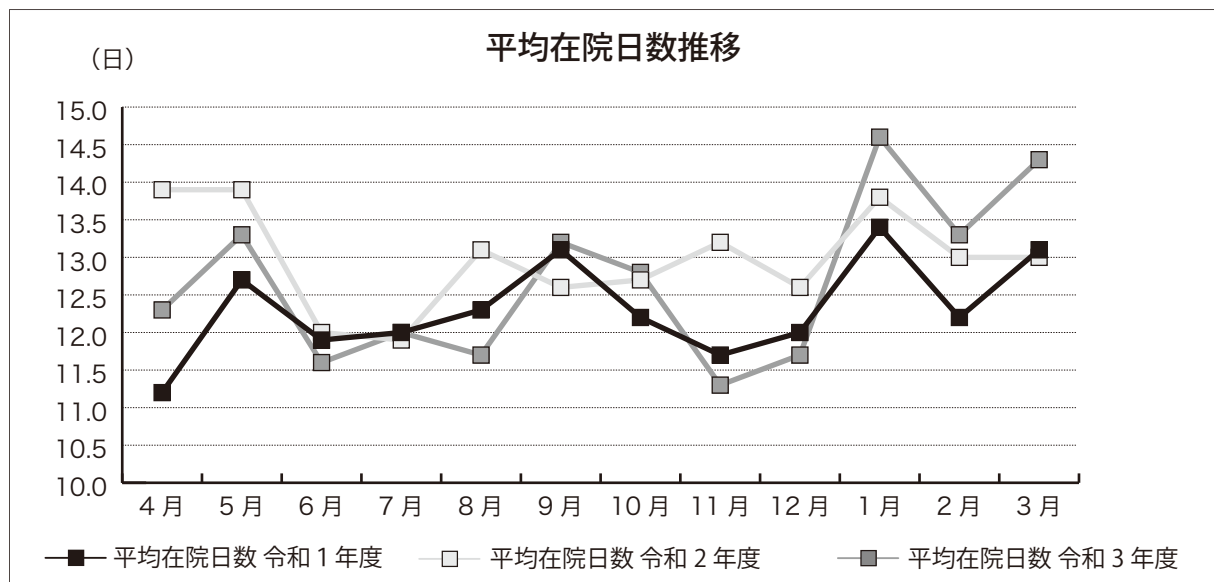
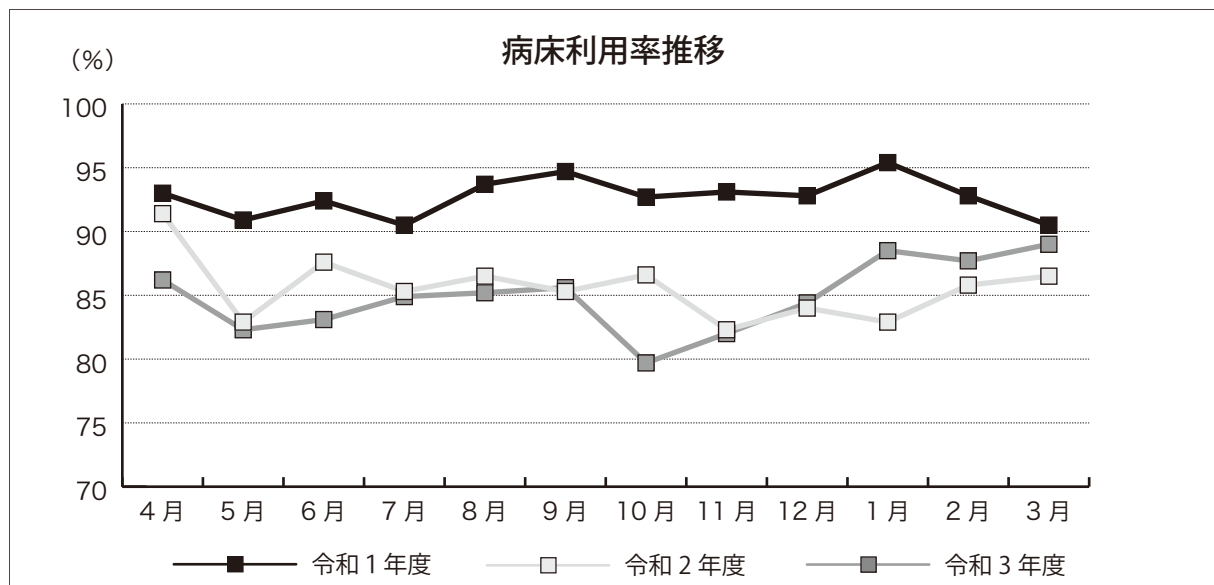
病床利用率・平均在院日数

病床利用率

	R1年度	R2年度	R3年度
4月	93.0%	91.4%	86.2%
5月	90.9%	82.9%	82.3%
6月	92.4%	87.6%	83.1%
7月	90.5%	85.3%	84.9%
8月	93.7%	86.5%	85.2%
9月	94.7%	85.3%	85.6%
10月	92.7%	86.6%	79.7%
11月	93.1%	82.3%	82.0%
12月	92.8%	84.0%	84.4%
1月	95.4%	82.9%	88.5%
2月	92.8%	85.8%	87.7%
3月	90.5%	86.5%	89.0%

平均在院日数

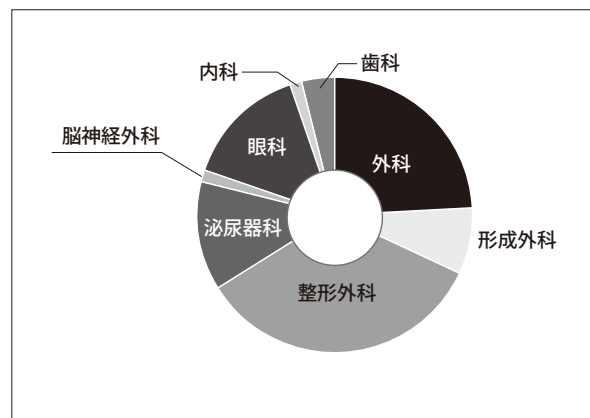
	R1年度	R2年度	R3年度
4月	11.2	13.9	12.3
5月	12.7	13.9	13.3
6月	11.9	12.0	11.6
7月	12.0	11.9	12.0
8月	12.3	13.1	11.7
9月	13.1	12.6	13.2
10月	12.2	12.7	12.8
11月	11.7	13.2	11.3
12月	12.0	12.6	11.7
1月	13.4	13.8	14.6
2月	12.2	13.0	13.3
3月	13.1	13.0	14.3



6. 診療科別手術件数

科	手術名	件数	
外科	肺	良性	8
		悪性	9
	食道	良性	0
		悪性	2
	甲状腺	良性	0
		悪性	0
	乳	良性	0
		悪性	16
	胃	良性	2
		悪性	28
	十二指腸 小腸	良性	22
		悪性	2
	大腸	良性	27
		悪性	82
	虫垂炎(腹膜炎含む)		27
	肛門	良性	13
		悪性	3
	イレウス		9
	肝臓	肝切	19
		間焼灼	4
		PEIT	0
		その他	3
	胆道	良性	58
		悪性	4
	膵臓	PD	5
		DP	4
		その他	0
	脾臓	脾摘	1
		合併	0
	ヘルニア		52
血管	Yグラフト	6	
	バリックス	33	
	バイパス	8	
	その他	9	
ペースメーカー		0	
CVポート		151	
試験開腹		5	
その他		25	
小計		637	
形成外科	皮膚皮下・軟部腫瘍摘出術	110	
	顔面骨骨折	10	
	熱傷・潰瘍	1	
	再建(乳房など)	1	
	眼瞼手術	26	
	その他(自費含む)	58	
小計		206	

科	手術名	件数	
整形外科	大腿骨頸部内側骨折	3	
	人工骨頭置換術	53	
	大腿骨転子部骨折	63	
	大腿骨頸基部骨折	8	
	大腿骨転子下骨折	1	
	大腿部骨転子間骨折	2	
	上肢骨折	199	
	下肢骨折	62	
	抜釘術	92	
	関節鏡	57	
	その他	270	
	鎖骨骨折	7	
	脊椎	頸椎	26
		胸椎	6
		腰椎	56
		その他の腰椎	0
	小計		905
泌尿器科	小線源	47	
	TUR-P	10	
	TUR-BT	26	
	破碎	60	
	その他	193	
	小計		336
脳神経外科	脳出血	4	
	硬膜下血腫	11	
	脳動脈瘤	1	
	その他	19	
	小計		35
眼科	白内障手術	358	
	緑内障手術	4	
	硝子体手術	14	
	眼瞼手術	0	
	その他	6	
小計		382	
内科	内シヤント	24	
	ESD	10	
	その他	1	
	小計		35
歯科		99	
	小計		99
合計		2,635	

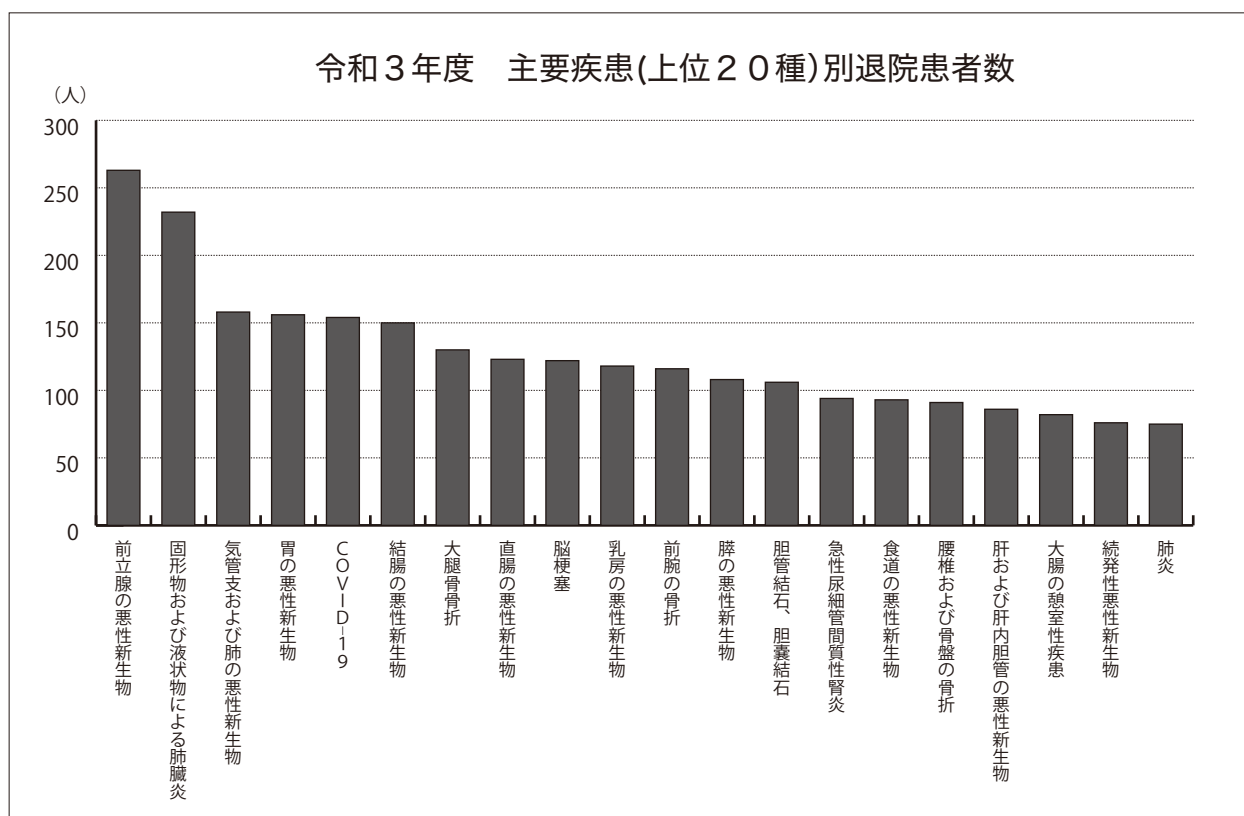


消化器内視鏡 手技別内訳

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
上部消化管内視鏡 総計		2,811	3,035	2,888	3,087	3,108	2,897	3,321
下部消化管内視鏡 総計		1,348	1,143	1,176	1,156	1,211	1,003	1,133
小腸内視鏡 総計		91	70	63	73	45	60	43
合計		4,250	5,148	4,127	4,316	4,364	3,960	4,497
内 訳	内視鏡的狭窄部拡張術	63	63	33	26	85	22	80
	内視鏡的胃・食道静脈瘤治療(EVL・EIS)	9	12	24	7	4	6	8
	粘膜下層剥離術(ESD)	137	156	164	143	96	95	103
	内視鏡的消化管止血術	160	144	142	116	91	92	93
	胃ろう造設術	26	21	37	35	38	59	42
	粘膜切除術(EMR・ポリペクトミー)	552	631	577	593	636	612	744
	胆管・膵管系内視鏡(ERCP・EST・ERBD等)	163	159	188	255	175	152	187
	小腸ダブルバルーン内視鏡	50	54	31	54	45	60	43
	カプセル内視鏡	29	16	32	42	53	36	50
	その他	82	72	96	115	209	125	149

主要疾患別退院患者数

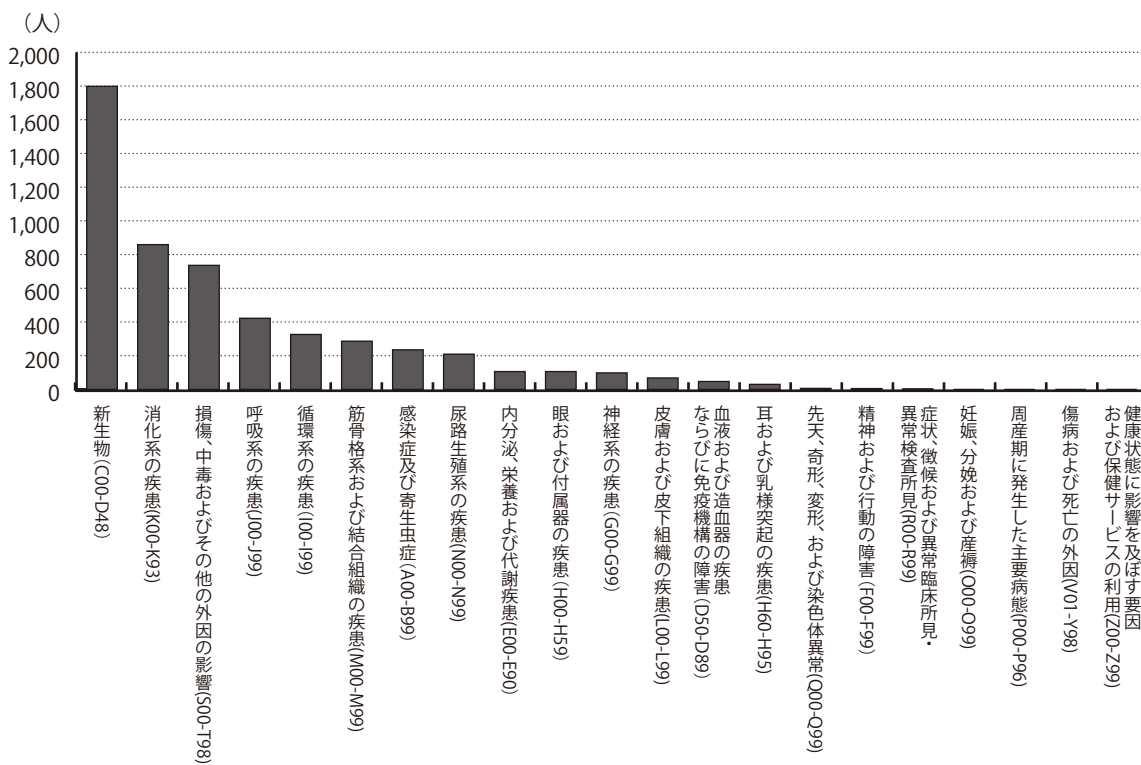
3桁分類	病名	退院患者数
C61	前立腺の悪性新生物	263
J69	固形物および液状物による肺臓炎	232
C34	気管支および肺の悪性新生物	158
C16	胃の悪性新生物	156
U07	COVID-19	154
C18	結腸の悪性新生物	150
S72	大腿骨骨折	130
C20	直腸の悪性新生物	123
I63	脳梗塞	122
C50	乳房の悪性新生物	118
S52	前腕の骨折	116
C25	脾の悪性新生物	108
K80	胆管結石、胆嚢結石	106
N10	急性尿細管間質性腎炎	94
C15	食道の悪性新生物	93
S32	腰椎および骨盤の骨折	91
C22	肝および肝内胆管の悪性新生物	86
K57	大腸の憩室性疾患	82
C79	続発性悪性新生物	76
J18	肺炎	75



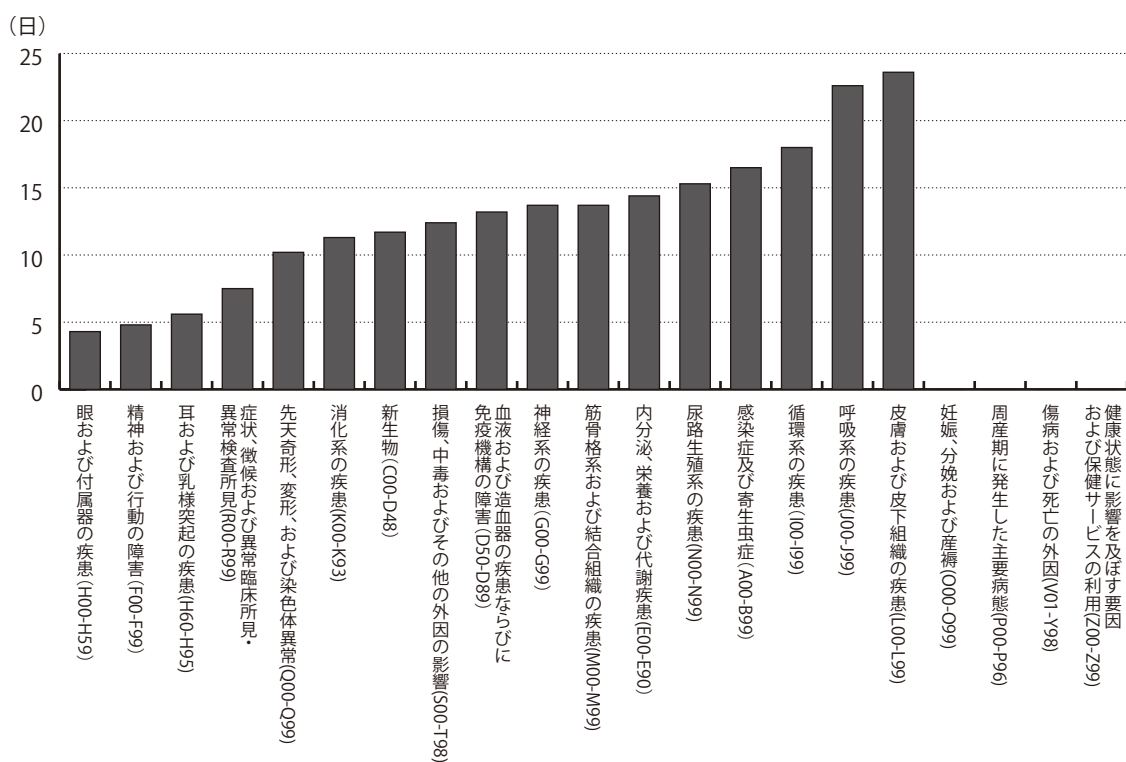
疾患分類別退院患者数・平均在院日数

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)	235	16.5
II	新生物(C00-D48)	1,798	11.7
III	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害(D 50— D 89)	47	13.2
IV	内分泌、栄養および代謝疾患(E00-E90)	106	14.4
V	精神および行動の障害(F00-F99)	5	4.8
VI	神経系の疾患(G00-G99)	98	13.7
VII	眼および付属器の疾患(H00-H59)	106	4.3
VIII	耳および乳様突起の疾患(H60-H95)	30	5.6
IX	循環系の疾患(I00-I99)	326	18.0
X	呼吸系の疾患(J00-J99)	422	22.6
X I	消化系の疾患(K00-K93)	859	11.3
X II	皮膚および皮下組織の疾患(L00-L99)	68	23.6
X III	筋骨格系および結合組織の疾患(M00-M99)	286	13.7
X IV	尿路生殖系の疾患(N00-N99)	209	15.3
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)	6	10.2
X VIII	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見(R00-R99)	2	7.5
X IX	損傷、中毒およびその他の外因の影響(S00-T98)	736	12.4
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3年度 疾患分類別退院患者数



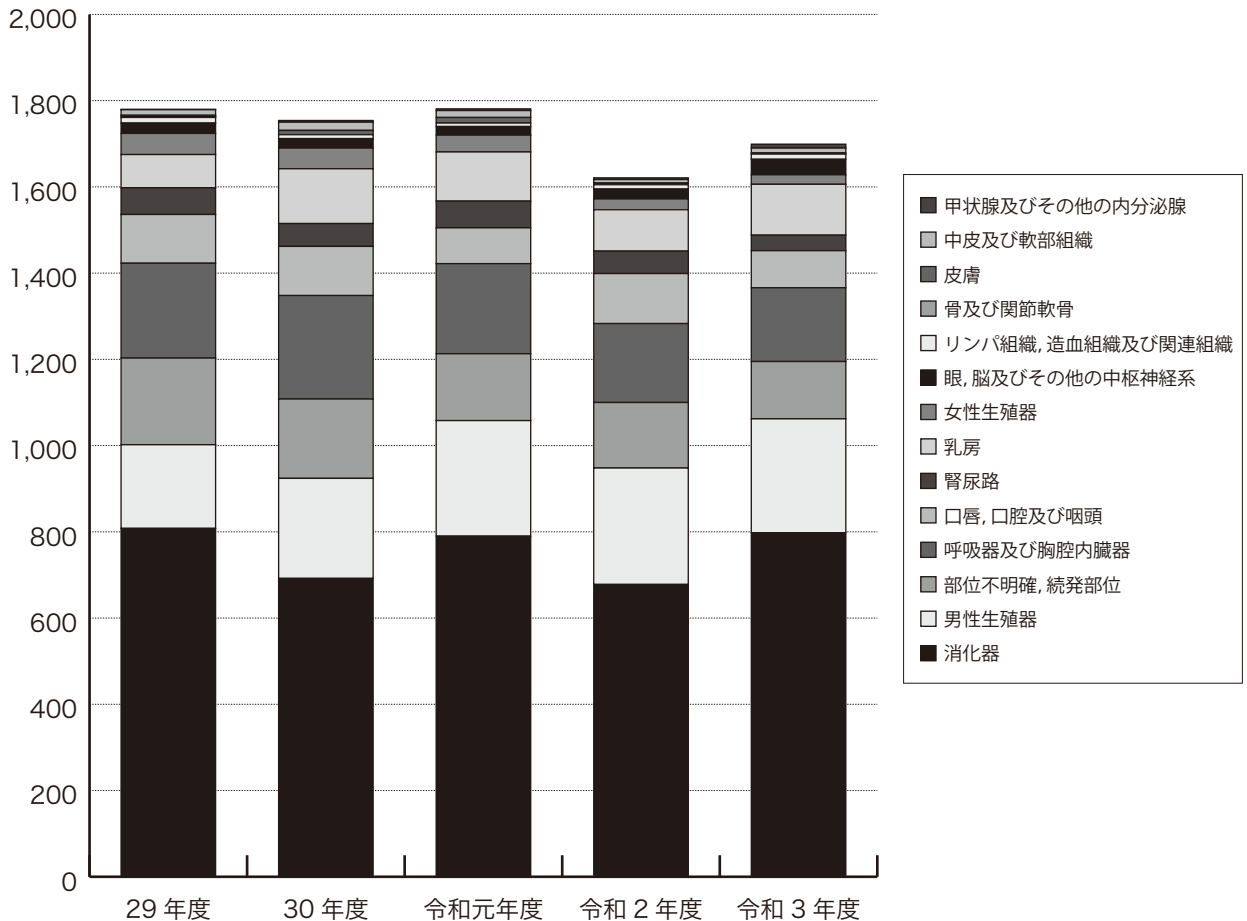
令和3年度 疾患分類別平均在院日数



がん症例退院患者数

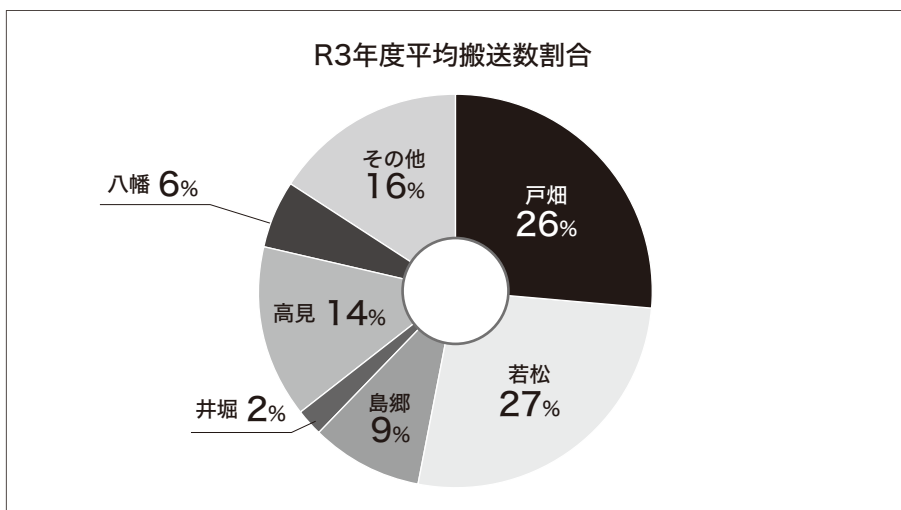
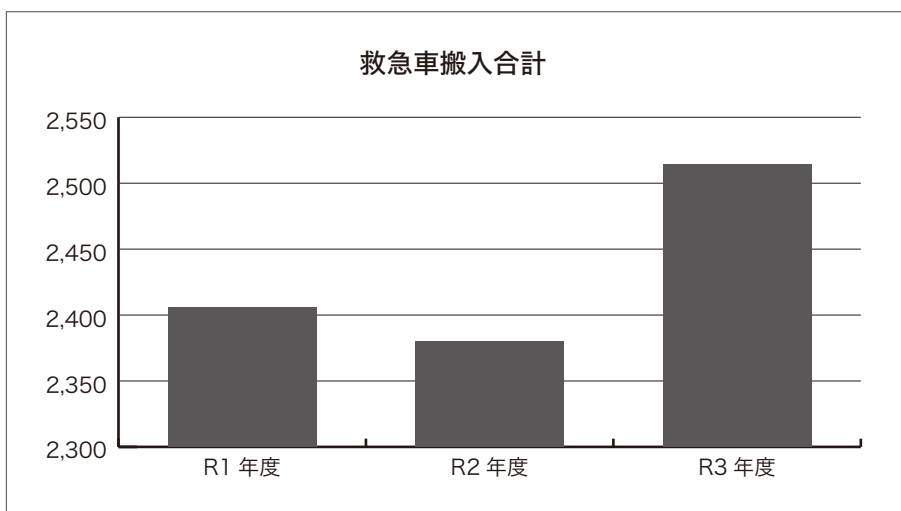
原発部位	29年度	30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
消化器	808	692	790	678	798
男性生殖器	194	232	268	270	264
部位不明確, 続発部位	201	184	155	152	133
呼吸器及び胸腔内臓器	220	240	209	183	171
口唇, 口腔及び咽頭	113	114	83	116	86
腎尿路	62	53	62	52	36
乳房	77	127	114	96	118
女性生殖器	49	48	39	25	22
眼, 脳及びその他の中枢神経系	24	22	20	23	36
リンパ組織, 造血組織及び関連組織	13	9	8	10	12
骨及び関節軟骨	3			2	
皮膚	2	10	13	2	3
中皮及び軟部組織	13	19	16	8	11
甲状腺及びその他の内分泌腺	1	4	4	4	9
合計	1,780	1,754	1,781	1,621	1,699

部位別がん症例退院患者数推移



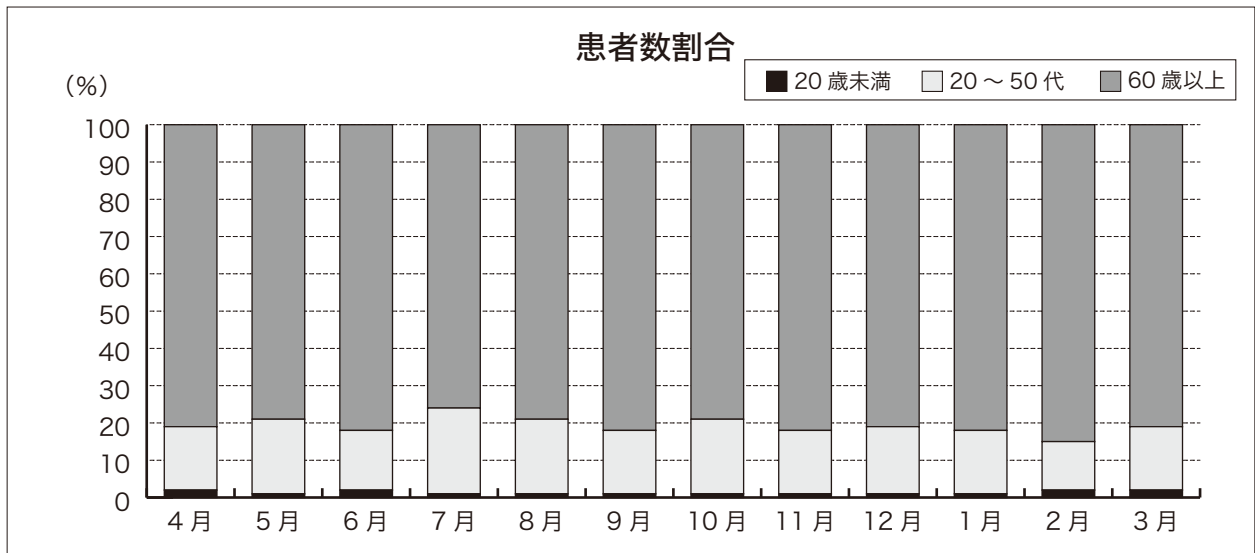
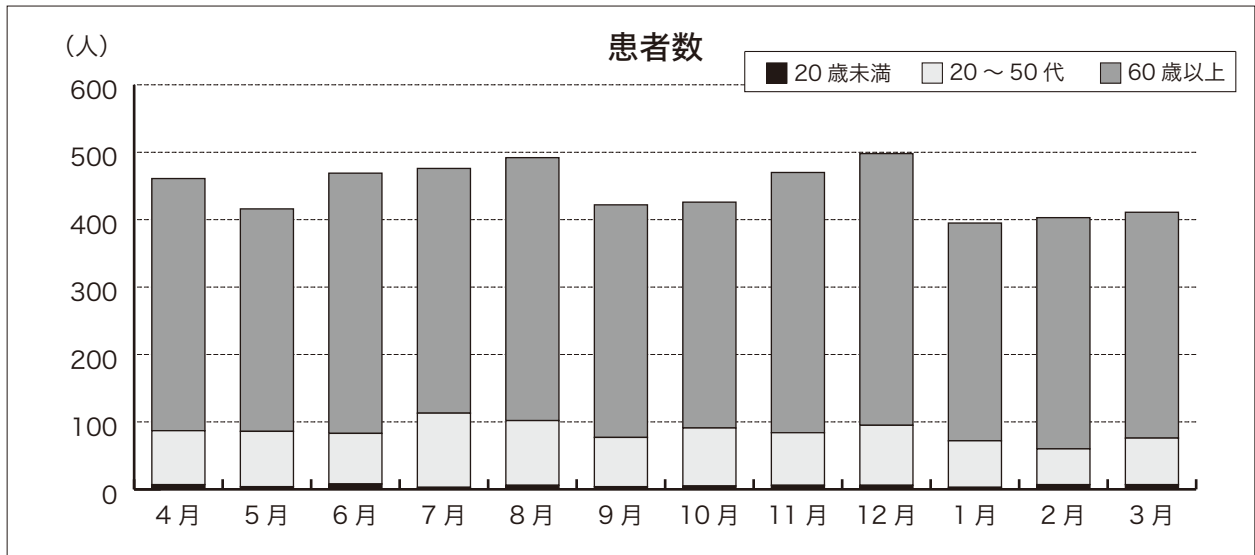
救急隊別救急車搬入実績

	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
R1年度	293	414	259	479	64	111	28	16	145	215	63	95	111	113	963	1,443
	707		738		175		44		360		158		224		2,406	
R2年度	298	415	301	416	83	95	20	15	140	190	71	69	141	126	1,054	1,326
	713		717		178		35		330		140		267		2,380	
R3年度	268	400	276	393	114	114	29	28	160	195	69	75	176	217	1,092	1,422
	668		669		228		57		355		144		393		2,514	
R3年度 月平均	22.3	33.3	23.0	32.8	9.5	9.5	2.4	2.3	13.3	16.3	5.8	6.3	14.7	18.1	91.0	118.5
	55.7		55.8		19.0		4.8		29.6		12.0		32.8		209.5	



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	0	4	0	1	0	0	1	2	0	0	0	10
10代	5	4	4	3	5	4	5	5	4	3	7	7	56
20代	13	11	8	19	11	9	8	12	7	9	6	6	119
30代	15	6	11	10	6	5	14	10	6	11	5	6	105
40代	21	27	19	28	32	23	25	19	34	13	11	22	274
50代	31	38	37	53	47	36	39	37	42	36	31	35	462
60代	67	65	92	82	80	78	69	75	83	72	66	68	897
70代	128	112	124	116	140	134	125	144	143	113	122	110	1,511
80代	126	116	119	130	122	88	96	116	119	97	113	114	1,356
90代	50	36	49	34	47	43	43	50	56	40	42	40	530
100代	3	1	2	1	1	2	2	1	2	1	0	3	19
計	461	416	469	476	492	422	426	470	498	395	403	411	5,339



学術業績（論文発表）

論文 日本医療マネジメント学会【2021年12月】

日本医療マネジメント学会雑誌(第22巻第3号)

RCA(根本原因分析法)を組織に定着させる試み

田中順平 岩武恵子 水落久子 宗宏伸

【要旨】

医療安全対策を導くツールの一つにRCAがある。戸畑共立病院では医療安全管理委員会の中の事例分析ワーキンググループが中心となって院内事例に対してRCAを行っている。しかし、これまでセーフティ・マネージャーに対してのみRCAに関する教育を行ってきたため、現場スタッフのRCAに関する知識や手法に対する理解不足が発生し、分析時間の延長や根本原因の抽出困難といった問題が増加するようになった。そこで、2014年7月から現場スタッフに対してRCA教育と対策の評価を行うことを目的として3つの活動を開始した。RCAに関する3つの活動とは、手法を指導する「教育活動」、その適正性を確認する「添削活動」、得られた対策に対する評価を行う「ラウンド活動」である。RCAを組織に定着させるためには継続的な教育やサポート体制が不可欠であることと結論付けた。

key words: RCA, 医療安全, 教育, ラウンド活動

【序文】

根本原因分析法(Root Cause Analysis: RCA)は、米国の医療施設認定合同機構(The Joint Commission: JC)が警鐘的事例の分析の手法として1997年から推奨している手法であり、米国の国立病院である退役軍人病院(Veterans Affairs: VA)で導入し成果をあげている¹⁾⁻³⁾。また、本邦においても厚生労働省や公益財団法人日本医療機能評価機構が推奨する医療事故の分析手法であり、インシデント・アクシデントの再発防止や質の高いシステム構築や改善に有用とされている⁴⁾。戸畑共立病院(以下 当院)では、以前より医療安全対策を導くツールとしてRCAを導入しており、医療安全管理委員会を構成するワーキンググループ(Working Group: WG)の一つである事例分析WGがRCAを行ってきた。

一方で、これまでRCAに関する教育は安全推進者であるセーフティ・マネージャー(Safety Manager: SM)に対してのみ行ってきたため、現場スタッフのRCAの知識や手法に関する理解不足によって分析時間の延長や根本原因の抽出困難といった問題が増加し、通常業務と並行して行うRCAは現場の負担を増大させる要因となっていた。その他にも各部署で実施した分析結果の評価や立案された改善策に対する追跡調査の未実施といった医療安全上の問題点が院内で発生していた。そこで今回、RCAに関する教育と改善策の評価を行うことを目的に事例分析WGの活動の見直しを行ったので報告する。

1.方法

事例分析WGは、医療安全管理委員会に所属する医師、看護師、メディカルスタッフ等複数職種のSMで構成され、院内でRCAを指導する教育的立場である。RCAを組織へ定着させることを目的として、これまで院内事例に対するRCAの実施や医療安全管理委員会内でのSMへの教育、またRCAに関する院外研修への参加を主な活動として行ってきた。しかし、SM以外のスタッフのRCAの理解不足、RCAで得られた対策に関して実施状況の未確認といった問題が浮上したため、改善を目的として2014年7月より3つの活動(教育活動、添削活動、ラウンド活動)を開始した。それぞれの具体的な行動内容を以下に示す。また、それぞれの活動に対する本調査の対象期間は、2014年7月から2018年3月までとした。

(1)教育活動

RCAに関する研修は、SM以外の職員も対象として年に2回、講義やワークショップを開催した。講義では、RCAの目的や手法、ワークショップでは事例分析WGのメンバーがファシリテーターとして直接的な指導を行った。このワークショップで用いる演習事例に関して当初は一般的な文書形式を用いていたが、出来事流れ図が文書を引用することで作成できる印象を与えてしまう傾向が多くみられた。そこで、現在はインシデント・アクシデントに至る経緯を収録した自作動画を作成し、これを演習事例としたことでより実際に近い形でRCAの演習が行えるようになった。その他にもRCAに不慣れな部署や事例内容が複雑なケース等、現場でのRCAが難しく個別に指導依頼があった場合は、その部署で行われるRCAの会合に直接介入し、分析方法の確認やアドバイス等の指導を行った。

(2)添削活動

現場で実施したRCAの結果は、表計算ソフトであるExcelの専用書式に入力し、医療安全管理室に提出される。その後、事例分析WGがRCAの手順に誤りがないか確認し、分析結果に不具合があった場合はExcel上の文字・図形挿入ツールを用いて指摘または修正を行い当該部署へ再分析を依頼した(図1)。2015年12月からは重要事例に対する迅速な改善を目的として、治療を要する事象レベル3以上(表)は警鐘的事例とし、事故発生から1週間内の対策立案を目標とした。また、複数の事例でRCAが行われた際は警鐘的事例を優先することで、事例分析WGのメンバーと現場スタッフ両者の負担軽減に努めた。

RCA No. 〇〇〇〇 (事例：MRI室への財布持ち込み) 〇年〇月〇日発生

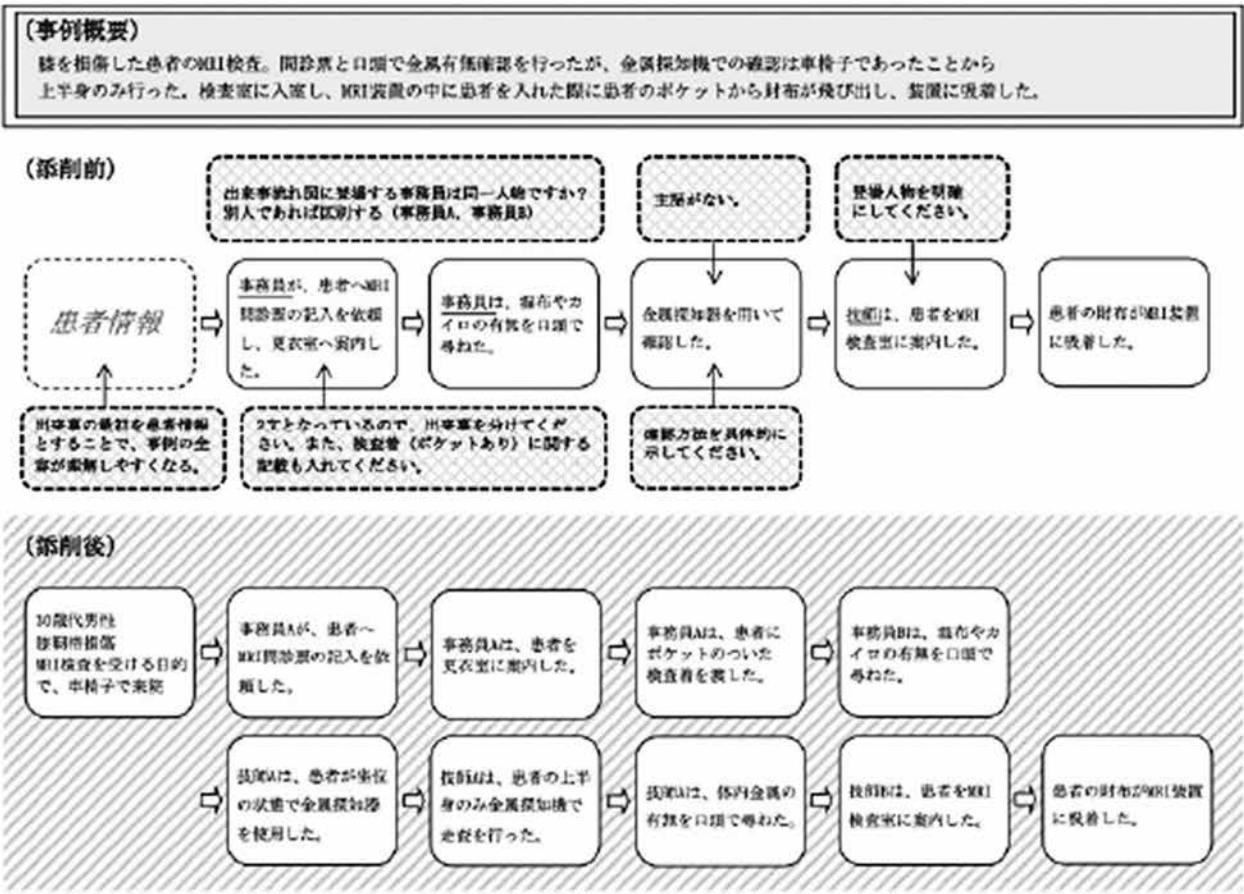


図1 添削例(出来事流れ図)

- 0.01 仮に実施されていても、患者への影響は小さかった(処置不要)と考えられる
- 0.02 仮に実施されていた場合、患者への影響は中等度(処置が必要)と考えられる
- 0.03 仮に実施されていた場合、身体への影響は大きい(生命に影響しうる)と考えられる
- 1 実施されたが、患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
- 2 処置や治療は行わなかった
- 3a 簡単な処置や治療を要した
- 3b 濃厚な処置や治療を要した
- 4a 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
- 4b 永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
- 5 死亡

表 事象レベル(当院)

(3)ラウンド活動

RCAで得られた対策が現場で実施されているかの評価を行う目的で、RCAラウンドシート(以下 シート)を作成した(図2)。本シートは、対策立案までを含めた分析結果、ラウンド評価、所属長評価までを集約しており、最大1年間追跡評価できるものとした。ラウンドは、RCA施行事例の中でも

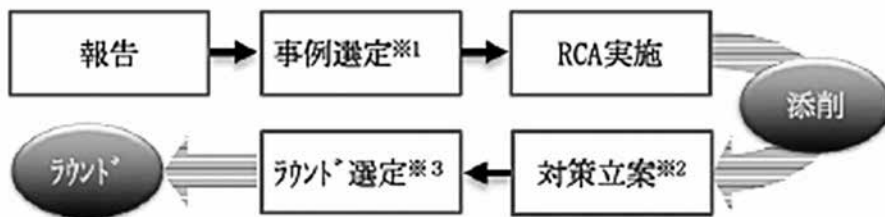
特に重症度が高い事例や当該部署における類似事例の発生頻度等を考慮し、医療安全管理者および事例分析WGが追跡調査の必要性を判断した。また、ラウンド後は事例分析WGの会合にて現場状況や対策の評価を報告し、次回追跡調査や改善の必要性等の検討を行った。

図3に、RCA施行と事例分析WGによる活動の流れを示す。

RCAラウンドシート

事例No.	〇〇〇〇	タイトル	MRI室への財布持ち込み	レベル	1	部署	放射線	発生日	〇年〇月〇日
具体的内容	膝を損傷した患者のMRI検査。問診票と口頭で金属有無確認を行ったが、金属探知機での確認は車椅子であったことから上半身のみ行った。検査室に入室し、MRI装置の中に患者を入れた際に、患者のポケットから財布が飛び出し、装置に吸着した。								
根本原因①	ポケットのついた検査着を使用している			対策立案①	ポケットのない検査着を使用する				
根本原因②	口頭での確認内容が統一されていない			対策立案②	更衣室に注意喚起のポスターを設置する				
根本原因③	MRI室入室時の最終確認がされていない			対策立案③	対策立案②のポスターをMRI室入口に掲示し、入室前に再度確認する				
根本原因④				対策立案④					
根本原因⑤				対策立案⑤					
確認事項	重要要因 ・MRI用検査着(ポケットなし)の有無			重要要因以外 ・更衣室及びMRI室入口のポスターの有無 ・入室前の確認が実際に行われているか					
WG評価	重要要因 対策評価 <input checked="" type="checkbox"/> できている・ <input type="checkbox"/> できてない (できていたよ、できてない場合はその理由)			重要要因以外 対策評価 <input checked="" type="checkbox"/> できている・ <input type="checkbox"/> できてない (できていたよ、できてない場合はその理由)					
担当者 【戸畑太朗】	・ポケットのない検査着の使用が徹底されていた 同様の事例発生 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無し (無の場合、その理由)			・ポスターの確認はできましたが、もう少し目につきやすくした方が良いと感じます					
SM・所属長評価	現場の質的変化など ・事故を受けたことでMRI担当者の危険意識は高く、対策は徹底して遵守されています			異なる改善 <input checked="" type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 必要無し (必要な場合、その内容)			医療安全管理者 サイン <input checked="" type="checkbox"/> 共立愛子		
WG評価	重要要因 対策評価 <input checked="" type="checkbox"/> できている・ <input type="checkbox"/> できてない (できていたよ、できてない場合はその理由)			重要要因以外 対策評価 <input type="checkbox"/> できている・ <input checked="" type="checkbox"/> できてない (できていたよ、できてない場合はその理由)					

図2 RCAラウンドシート



- ※1 重要性と頻度を考慮した上で、部署SMおよび所属が選定する
- ※2 医療安全管理室長の承認後に採用される
- ※3 事例分析WGまたは医療安全管理室長が選定する

図3 RCA施行と事例分析WGの介入

2.結果

(1)教育活動を通しての現場スタッフの意見

対象期間において、SM68名(医師10名、歯科医師2名、看護師28名、その他メディカルスタッフ28名)、看護部門59名、各部署経験5年以上であるリーダークラス62名、その他スタッフ20名の参加があった。自作動画を用いた2017年の研修時アンケートでは、「事例の理解ができた」100%、「学んだ知識を自部署に活かせると思う」96%、「研修参加を他スタッフにも勧めたい」91%の結果が得られ(参加者47名、臨床経験年数 平均6.9±4.2年、回収率100%)、映像を付加したことで、その事例に関連がない部署においても理解が深まった印象であった。また、部署で行われるRCAの会合に介入する個別指導依頼は13件と少なかったが、現場スタッフからの意見として「最初から適切な指導を受けられるため理解しやすかった」、「客観的視点でアドバイスをもらえた」等があった。

(2)添削活動の実績

対象期間において各部署で実施されたRCAは187件であった。添削活動の実績は、活動を開始した2014年度は全体のRCA件数の3割程度であったが、2015年度は9割、2016

年度以降は全例において活動が可能であった。2015年12月以降に発生した警鐘的事例に関しては、全23件中18件が発生日より1週間内での対策立案が可能であり、休日を除いた実日数7日間では全23件で対策立案が可能であった。

(3)ラウンド活動の効果

対象期間におけるラウンド対象事例は26件であり、17部署に対しラウンドを実施した。ただし、対策の効果が良く、現場での周知状況から継続性に問題ないと判断した場合は6ヵ月で追跡調査を中断した。図4にラウンドの効果を示す。ラウンドにて6ヵ月まで追跡した26件のシートから『対策の遵守』、『同様事例の発生』、『改善の必要性』の3項目に関して後ろ向きに調査した。なお3項目に関する不具合はそれぞれ、対策が現場で確認できなかった場合、WG評価日までに再発があった場合、総合的な評価を踏まえて当該部署のSM及び所属長が対策の見直しを求めた場合である。同様事例の再発は1ヵ月後、3ヵ月後、6ヵ月後でそれぞれ1件、2件、1件と少なく、6ヵ月後の評価では全ての項目において改善がみられた。また本調査にて再発した4件を含めて実際に対策が見直された事例は13件と全体の半数であった。

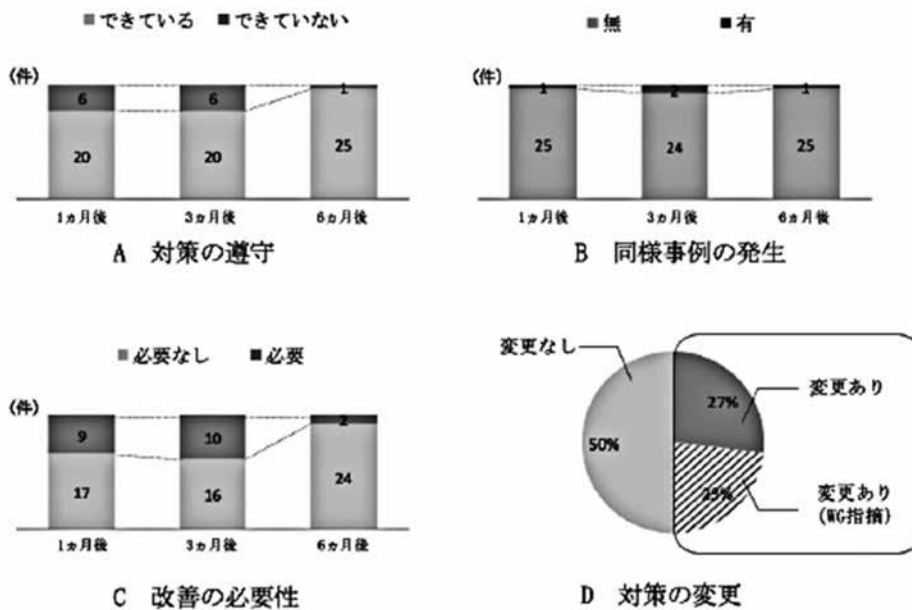


図4 ラウンドの効果

3.考察

現在、多くの医療現場でRCAが用いられるようになり、事故原因の調査が行われるようになった。しかしながら、事例に分析が追いつかないことによる対応不十分やフィードバックの困難といった問題が挙げられている⁵⁾。もともとRCAは参加者の技量によって根本原因の特定や対策立案が異なってくる分析手法であり、さらに適切な手法や手順を理解していなければ得られた対策は個人に対する注意喚起やその場しのぎのルールとなるケースも多いと思われる。実際に

当院で提出されたRCAは、「出来事が経時的でない」、「関連スタッフへのインタビューが不足している」等、RCAの第一段階である事実確認(出来事流れ図)が未完成のまま第二段階の根本原因の追求(なぜなぜ分析)が進められていることが多く、RCAのやり直しは実施者の負担増大と対策立案までの時間延長に繋がってしまう。RCAは自由度が高く初心者でも使いやすい分析手法であるが、飯田ら¹⁾は著書の中で、「分析チームの編成に関してRCAを熟知している者を1名以上参加させることが望ましい」としている。これらのことか

ら現場業務に精通しRCAの会合でリーダーシップをとれるSMやリーダークラスへの教育を定期的に行っていくことが、RCAを組織で定着させていく上で重要であると考えます。また今後は、VAの質問カードを利用するなど、参加者がより多角的な分析を行えるようにすることも検討したい¹⁾²⁾。添削活動に関して、活動当初は指摘箇所が多く事例分析WGのメンバーと現場スタッフ両方で負担が大きいと感じていたが、各部署に共通する不具合を医療安全管理委員会や医療安全ニュース等の広報活動を利用したことで、現在は指摘箇所や訂正回数は減少し対策立案までに要する時間が短縮した。また、RCAは後方視的解析方法であるため、当事者の発話や現場の観察等の記録保持や再現が重要である⁹⁾。本活動では、現場を知らない第三者の視点が介入することの有用性もある反面、教育や添削の場面では当事者や当該部署の意見を尊重し慎重に行う必要がある。当事者にインシデント報告を反省文と感じさせないためにも、報告が組織にとって役立ち、現場の改善に繋がるということを明らかにすることが我々SMの役目である。そのためには、“評価”が必要であり、当院のラウンド活動で用いたシートは、対策立案に至った経緯を事例から理解することができるため、現場の実施状況に対する評価が可能である。類似インシデントの再発防止には、現場での改善活動が進むことが望ましく⁹⁾、対策評価までマネジメントする本活動は、現場の改善活動に期待ができると思われる。

ただし、本調査は対象期間に行われた活動やその期間に発生した事例に対しての調査であり、院内全体の実情を反映するためにも更なる継続的な調査が必要と考える。また当院の事例分析WGは、メンバーの半数がRCAの指導者としての経験が3～5年以上あること、活動を通常業務と並行して行う時間が確保できる環境であることを考慮すると、結果の一般化には限界があることが分かった。

Attempt of activities to establish RCA method in hospital
Jumpei Tanaka, Keiko Iwatake, Hisako Mizuochi, Hironobu Sou
Tobata Kyoritsu Hospital

ABSTRACT

RCA is one of the tools to guide medical safety measures. The Medical Safety Management Committee, a case analysis working group in our hospital, is in charge of RCA in the hospital cases. The education of RCA only to safety managers, however, has resulted in a lack of understanding of RCA's knowledge and methods of field staff. As a result, some problems such as extended analysis time and difficulty in extracting root cause have increased. Since July 2014, three activities were started with the aim of evaluating RCA education and measures for on-site staff. The three RCA activities are "educational activities" to teach methods, "correction activities" to confirm their appropriateness, and "round activities" to evaluate the practicality of the obtained measures. It was concluded that continuous education and support system is essential for establishing RCA in the organization.

Keywords : RCA, safety management, education, round activities

【結語】

当院の事例分析WGの新たな活動とその効果について紹介した。RCAはとりかかりやすい分析手法であるものの、不十分な理解では実効性がなく、RCAを組織に定着させるためには継続的な教育やサポート体制が不可欠であることを改めて痛感した。今後も活動の継続を図るため、院外研修や学術大会を通してRCAを指導できる新たな人材を育成していく予定であるが、経験値だけではなくRCAで得られる効果とリスクを正しく理解した指導者を増やしたいと考えている。

【文献】

- 1) 飯田修平、柳川達生：RCAの基礎知識と活用事例、pp13-33、日本規格協会、東京、2011
- 2) 柳川達夫：事故報告分析改善システムとRCA(Root Cause Analysis)手法、J.Natl.Inst.Public Health 51:142-149、2002
- 3) 武藤正樹：インシデント報告システムと根本原因分析(RCA)、医療マネジメント学会雑誌 3:249-253、2002
- 4) 楠本茂雅：医療事故の分析手法論(医療安全推進者養成講座)、pp31-101、日本医師会、東京、2015
- 5) 佐野美和子、福村文雄、林真由美：PDCAを組み込んだAIH-RCAシートの作成、日本医療マネジメント学会雑誌 16:8-11、2015
- 6) 田中克俊：医療安全とメンタルヘルス、精神経誌 114:376-383、2012

本論文は、2015年6月12日、13日に開催された第17回日本医療マネジメント学会学術総会、2017年7月7日、8日に開催された第19回日本医療マネジメント学会学術総会における発表内容をもとに投稿した。



Case report

Adenosquamous carcinoma of the bile duct treated with pancreaticoduodenectomy in a patient presenting situs inversus totalis: A case report

Yoshito Wada^{a,*}, Satoshi Taniwaki^a, Hironobu So^a, Tetsuo Imamura^a, Yohsuke Morimitsu^b^a Department of Surgery, Tobata Kyoritsu Hospital, 2-5-1 Sawami, Tobata-ku, Kitakyushu City, Fukuoka Prefecture 804-0093, Japan^b Department of Pathology, Tobata Kyoritsu Hospital, 2-5-1 Sawami, Tobata-ku, Kitakyushu City, Fukuoka Prefecture 804-0093, Japan

ARTICLE INFO

Keywords:

Situs inversus totalis
Bile duct carcinoma
Surgical management
Adenosquamous carcinoma
Case report

ABSTRACT

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

Presentation of case: We describe a 79-year old Japanese female with situs inversus totalis who presented with obstructive jaundice. Imaging and endoscopic examinations showed a mass in the distal common bile duct, which was identified as an adenocarcinoma on biopsy. The patient was successfully treated by cephalic pancreaticoduodenectomy and the histological diagnosis was adenosquamous cell carcinoma. Ten months following surgery, the patient received chemotherapy and radiotherapy due to the presence of liver metastasis.

Discussion and conclusion: The occurrence of an adenosquamous carcinoma of the bile duct in a patient with situs inversus totalis is an extremely rare coincidence. In this setting, when the tumor is resectable, surgical management should be considered without contraindication and must be preceded by careful preoperative staging.

1. Introduction

Situs inversus totalis (SIT) is a rare congenital condition characterized by a mirror-image transposition of both the abdominal and thoracic viscera, its incidence is of 1/8000 to 1/25,000 in the normal population [1]. This abnormality may cause difficulties in the diagnosis and therapeutic management of abdominal pathologies [2,3]. An increased risk of cardiac, splenic, and hepatobiliary malformations is found in patients with SIT [4]. This condition is not considered to be a premalignant entity; however, rare malignant neoplasms have been reported. A case of successfully treated common bile duct adenosquamous carcinoma with SIT is described, in addition to a discussion of the literature. This paper has been reported in line with SCARE criteria [5].

2. Presentation of case

A 79-year-old previously healthy female with SIT presented with obstructive jaundice. Blood biochemical analysis evidenced liver

dysfunction (total bilirubin 12.29 mg/dl, aspartate transaminase 289 IU/l, and alanine transaminase 337 IU/l), and biliary enzymes (alkaline phosphatase 1289 IU/l and γ -glutamyltransferase 927 IU/l) were increased. However, white blood cell count, C-reactive protein, carcinoembryonic antigen and carbohydrate antigen 19-9 were within the normal ranges. Abdominal CT confirmed the complete transposition of viscera as follows: 1) dextrocardia; 2) left-sided liver, reversed superior vena cava and hepatic artery, and also revealed dilatation of the intra- and extra-hepatic bile ducts, secondary to stenosis of the distal common bile duct (CBD) (Fig. 1A and B). Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) confirmed tapered stricture of the CBD with upstream dilation of the bile ducts (Fig. 1C). Endoscopic ultrasound showed a 15 mm hypoechoic mass at the distal portion of the CBD, which biopsies identified as an adenocarcinoma. The preoperative staging evidenced no distant metastasis. We made her forecast figures which the position of the internal organs were the state of the reverse and the procedure before operation. After she displayed improvement of

* Corresponding author.

E-mail addresses: yo-wada@kyoaikai.com (Y. Wada), taniwaki@kyoaikai.com (S. Taniwaki), hi-sou@kyoaikai.com (H. So), te-imamura@kyoaikai.com (T. Imamura).<https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106767>

Received 23 December 2021; Received in revised form 7 January 2022; Accepted 9 January 2022

Available online 12 January 2022

2210-2612/© 2022 The Authors. Published by Elsevier Ltd on behalf of IJS Publishing Group Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

the cholangitis and jaundice using by stent for obstruction of the CBD (Fig. 1D), following an upper median laparotomy, she underwent operation. According to procedure during an operation, we taped each her vessels and were operated on while confirming each one organ, so she was successfully treated by pancreaticoduodenectomy with resection of lymph nodes, which were not found to be invaded by the tumor. Reconstruction was performed by Child's method. The procedure was evidently difficult and unusual due to the situs inversus (Fig. 2A), but there was no intraoperative complication (Table 1). Histopathological analysis of the specimen resection confirmed the diagnosis of carcinoma of the CBD, infiltrating the head of the pancreas (Fig. 2B), without metastatic lymph nodes in the retroportal lamina. The biliary, pancreatic, duodenal and retroperitoneal margins were also free of tumor. Histologically, the tumor consisted of an admixture of poorly differentiated adenocarcinoma and squamous cell carcinoma and was definitively diagnosed as adenosquamous carcinoma of the extrahepatic bile duct (Fig. 2C), classified as pT2N0M0 (stage II). The postoperative course was uneventful.

The patient was healthy with no evidence of recurrence 10 months after surgical treatment, so complementary radiotherapy with concurrent chemotherapy, based on capecitabine, was administrated. However, unfortunately, she died 2 years after the operation due to the presence of liver metastasis.

3. Discussion

Situs inversus is the condition, in which there is a left-to-right mirror-image inversion of some or all of the internal organs relative to their normal positions. The condition is comparatively rare, being observed in 1 of 8000 to 25,000 people [1]. Situs inversus totalis is the, in which the positions of all the thoracic and abdominal organs are inverted, while situs inversus incompletus. Their ratio of incidence is said to be 6:1, situs inversus totalis is more frequent [1]. The following causes for the condition have been proposed: (1) the total organ transposition hypothesis, whereby the primordial positional arrangement of the major organs is disrupted at an early stage of embryonic development and this induces the inverted formation of other organs, (2) the non-uniform heating hypothesis, in which displacement occurs because part of the embryo is strongly heated, (3) the twin embryo hypothesis, given that organ inversion is often seen in conjoined twins, (4) the embryonic rotation hypothesis, which states that the condition is induced by the developing embryo turning in the opposite direction to normal, to the right, so that the yolk sac is to the right, (5) the genetic hypothesis, (6) the organizer hypothesis, but there is not yet an established theory [2,3]. In the particular case, in which it occurs together with sinusitis and bronchiectasis, it is also termed Kartagener syndrome [6]; however, these complications were not present in our case.

Situs inversus, itself, has no pathological significance; clinically, the problem is that there are often complicating deformities, e.g. in the



Fig. 1. (A) Abdominal CT shows the stricture of the common bile duct with upstream dilation of the bile ducts. (B) Left-to-right reversal of the vascular arrangement with no vascular malformations. (C) ERCP confirms the stricture of the common bile duct (arrows), and the endoscopic view shows stent for stenosis of the distal common bile (D).

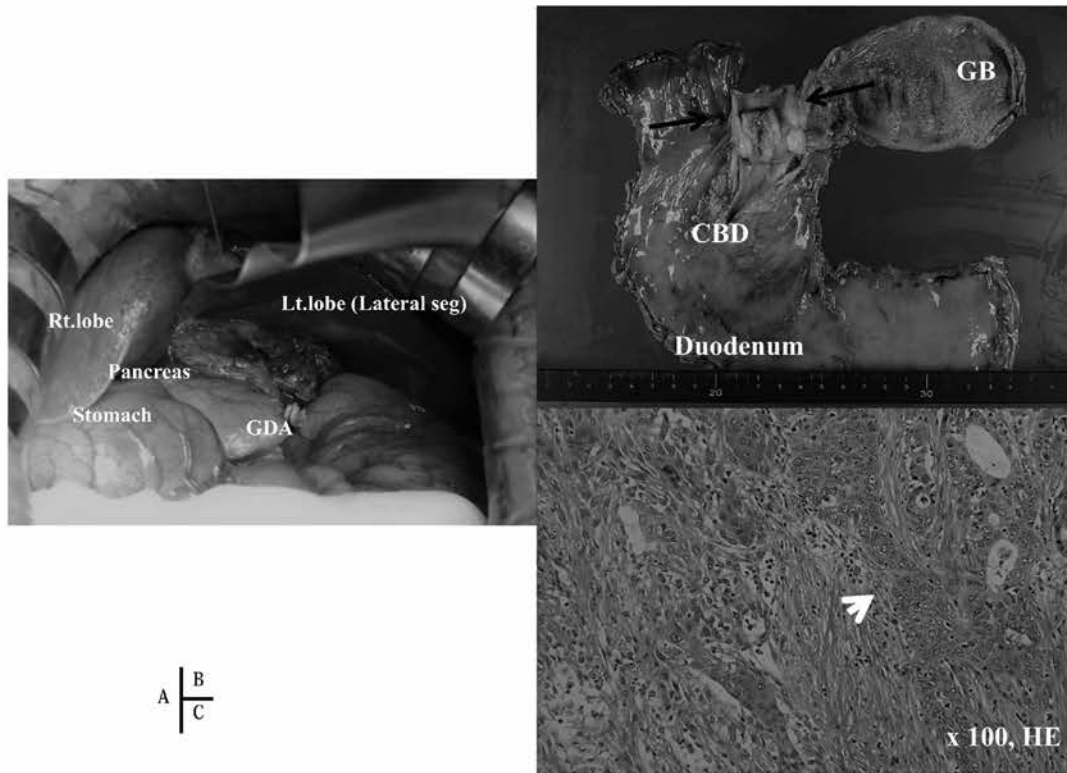


Fig. 2. A shows intraoperative findings. Macroscopic view of the resected specimen shows the tumor of the common bile duct (B, arrows). (C) Histologically, this tumor presents the traditional findings of an adenocarcinoma and squamous cell carcinoma. The adenocarcinoma with a tubular pattern and the squamous cell carcinoma presented a transitional aspect (arrow) between both the squamous and adenocarcinoma components.

Table 1
Surgical procedure and technique.

1. Preoperative: detective anatomical abnormalities associated SIT and prepare the plan for the procedure.
2. The right-handed surgeon stood on the right side of the patient
3. To perform the mesenteric approach, the Kocher maneuver from left to right, the surgeon provided countertraction, and he first assistant mobilized the duodenum and the head of the pancreas.
4. The major vessels were taped and identified as landmarks to avoid any errors, and the operation was performed in the same order as the standard procedure.
5. To adequately suture the pancreatic duct to the jejunal mucosa for the pancreaticojejunostomy, the surgeon changed his position.
6. Hepaticojejunostomy and gastroduodenostomy with Braun's anastomosis were performed as usual.

cardiovascular and the digestive systems. Furthermore, the inversion complicates diagnosis and surgical procedures. It is claimed that complicating vascular defects occur in 8–10% of cases, which is circa 10 times the incidence when compared to normal subjects [4]. Complicating digestive tract defects such as intestinal malrotation, congenital biliary atresia, preduodenal portal vein, duodenal atresia, polysplenia, annular pancreas, and diaphragmatic hernia have been reported [4]. However, the frequency of other complicating defects appears to be lower with situs inversus totalis than with situs inversus incompletus. As for surgical complications, besides the very defects, attention has been drawn to an increase in reported cases of appendicitis, biliary calculus, and, in recent years, malignant disorders [6]. When treating complicating malignant tumors, surgical procedures are often performed as the standard treatments for cancer, i.e. as in the case of normal anatomy [7,8].

Among the reports malignant disorders in patients presenting situs inversus, cases of digestive tract cancers are particularly frequent, but the causal relationship is yet unclear [9]. Many of these reports are of gastric cancer, but there are few studies describing this condition associated with bile duct cancer. So far, there have only been 6 such cases reported, including our own case [10–16] (Table 2). In all the cases, pancreaticoduodenectomy was performed. The surgical procedure applied in these cases was conventional pancreaticobiliary resection and reconstruction with simultaneous hepatic resection. However, deformities of the vascular system and/or the biliary system, and especially many arterial abnormalities have been identified in patients with this condition [9–16]. Many variations have been reported in the coeliac artery and superior mesenteric artery system. Preoperative confirmation of their pathways by abdominal angiography is very important [17]. Nevertheless, advances in imaging diagnosis in recent years have made angiography unnecessary; alternatively, a picture of the vasculature may be constructed by using MRI or multidimensional CT (MDCT) [18]. In our case, various imaging techniques were used, but no anomalies were noted.

There are controversies regarding issues such as whether the surgeons should stand on the right or left side during surgery [18,19]. We stood on the right side, as usual. Although the fact that the position of the organs is inverted was unusual, generally, there was no sense of inconvenience. We think standing in the normal position made it slightly easier for the surgeons to perform the procedure in the usual way.

The histopathological diagnosis was of adenosquamous cell carcinoma. Adenosquamous cell carcinomas are rare, accounting for only about 0.68–5.5% [19–23] of bile duct carcinomas; and there are no reports of bile duct carcinoma as a complication of situs inversus - our

Table 2
Reports of bile duct carcinoma in patients with situs inversus totalis.

Author	Year	Age/sex	Location	Treatment	Blood loss (ml)	Operation time (min)
Bilimora [9]	2001	44/F	AV	PD	NA	NA
Sano [10]	2003	76/F	BD	HB	NA	NA
Tsunoda [11]	2006	65/M	BD	PD	1596	522
Kyuno [13]	2011	74/M	BD	PD	600	564
Kyuno [13]	2011	67/M	BD	PD	350	659
Benhammane [14]	2012	33/M	BD	PD	NA	NA
Yagi [15]	2017	33/M	BD	PD	1283	447
Present case	2021	77/F	BD	PD	120	525

BD: bile duct, AV: ampulla of Vaer, PD: pancreaticoduodenectomy, SSPPD: subtotal stomach preserving pancreaticoduodenectomy, HB: extended rt.hepatic-lobectomy with resection of BD, NA: not available.

case is the first. In general, primary biliary adenosquamous cell carcinoma is known to be a cancer with higher histological malignancy when compared to other adenocarcinomas. There are various contributing factors, but pancreatic infiltration, lymph node metastasis, and poor curability are cited as adverse factors regarding pathomorphological prognosis [21,22]. Another measure for evaluating malignancy is tumor growth potential. Squamous cancers grow twice as fast as adenocarcinomas; therefore, when an adenocarcinoma transforms into an adenosquamous carcinoma, malignancy becomes greater. Tumor growth potential and degree of malignancy are closely linked [22,23]. Despite the realization of radical surgery, the prognosis is poor, with the one-year survival rate of 57%, the 3-year survival rate of 26%, the 5-year survival rate of 16%, and median 13 months. We also performed radical surgery in the present case, and although the degree of progression was stage II, in a mere 6 months metastatic recurrence was noted in the liver, which is thought to have been affected by the degree of histological malignancy.

Taking all into consideration, it is our opinion that when operating patients presenting situs inversus, while anatomical considerations may be expected to affect the procedure, there is no need to avoid surgical treatment because of the situs inversus. Our own case died 2 years after surgery, but the death was attributed to the histological malignancy, not to the surgical procedure.

4. Conclusion

The association of situs inversus totalis with cancer of the common bile duct is a rare congenital malformation but presents no importance in relation to morbidity. However, it may represent a difficulty when performing an operation. This paper shows that the technique may be safely, speedily and effectively applied in the setting of SIT, although attention must be paid to the details of the left-to-right inversion, and to the anatomical assessment of the lesions, organs, and vessels.

List of abbreviations

SIT	situs inversus totalis
T-Bil	total bilirubin
AST	aspartate transaminase
ALT	alanine transaminase
ALP	alkaline phosphatase
γ-GTP	γ-glutamyltransferase
WBC	white blood cell count
CRP	C-reactive protein
CEA	carcinoembryonic antigen
CT	computed tomography
MRCP	magnetic resonance cholangiopancreatography
ERCP	endoscopic retrograde cholangiopancreatography
CBD	common bile duct
PD	pancreaticoduodenectomy

Sources of funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Ethical approval

Not applicable.

Consent

Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report and accompanying images. A copy of the written informed consent is available for review by the Editor-in-Chief of this journal.

Guarantor

Yoshito Wada, MD., PhD.

Provenance and peer review

Not commissioned, externally peer-reviewed.

CRedit authorship contribution statement

Y Wada, S Taniwaki and H Soh performed the operations. Y Wada, S and H Terabe managed the postoperative intensive care. All authors conceived the study and participated in its design and coordination. T Imamura supervised the study and drafted the manuscript. Y Morimitsu contributed to the pathological diagnosis. All authors declare that the paper is being submitted for consideration for publication in Journal of Medical Case Reports, that the content has not been published or submitted for publication elsewhere. All authors read and approved the final manuscript.

Declaration of competing interest

The authors have no conflict of interest.

Acknowledgement

We would like to thank Editage (www.editage.jp) for English language editing.

References

- [1] S.E. Lee, H.Y. Kim, S.E. Jung, S.C. Lee, K.W. Park, W.K. Kim, Situs anomalies and gastrointestinal abnormalities, *J. Pediatr. Surg.* 41 (2006) 1237–1242.
- [2] S. Uemura, H. Maeda, M. Munekage, R. Yoshioka, T. Okabayashi, K. Hanazaki, Hepatic resection for metastatic colon cancer in patients with situs inversus totalis complicated by multiple anomalies of the hepatobiliary system: the first case report, *J. Gastrointest. Surg.* 13 (2009) 1724–1727.
- [3] H.M. Blegen, Surgery in situs inversus, *Ann. Surg.* 129 (1949) 244–259.

Y. Wada et al.

International Journal of Surgery Case Reports 91 (2022) 106767

- [4] E.W. Fonkalsrud, R. Tompkins, H.W. Clatworthy Jr., Abdominal manifestations of situs inversus in infants and children, *Arch. Surg.* 92 (1966) 791-795.
- [5] R.A. Agha, T. Franchi, C. Sohrabi, G. Mathew, for the SCARE Group, The SCARE 2020 guideline: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines, *Int. J. Surg.* 84 (2020) 226-230.
- [6] C. Kobus, E.M. Targarona, G.E. Bendahan, V. Alonso, C. Balague, S. Vela, J. Garriga, M. Trias, Laparoscopic surgery in situs inversus: a literature review and a report of laparoscopic sigmoidectomy for diverticulitis in situs inversus, *Langenbeck's Arch. Surg.* 389 (2004) 396-399.
- [7] T. Maekawa, Dextrocardia, report of five autopsy cases, with special reference to hereditary, *Aichi Igakkai Zasshi* 34 (1927) 481-493.
- [8] Y.W. Kim, H. Ryu, D.S. Kim, I.Y. Kim, Double primary malignancies associated with colon cancer in patients with situs inversus totalis: two case reports, *World J. Surg. Oncol.* 23 (suppl 9) (2011) 109.
- [9] T. Haruki, Y. Maeta, S. Nakamura, Advanced cancer with situs inversus totalis associated with KIF3 complex deficiency: report of two cases, *Surg. Today* 40 (suppl 2) (2010) 162-166.
- [10] M.M. Bilimoria, W.G. Parsons, W. Small Jr., M.S. Talamonti, Pancreaticoduodenectomy in a patient with ampullary carcinoma and situs inversus, *Surgery* 130 (2001) 521-524.
- [11] T. Sano, J. Kamiya, M. Nagino, M. Kanai, K. Uesaka, Y. Nimura, Hepatectomy for proximal bile duct carcinoma in a patient with situs inversus: a case report, *Hepatogastroenterology* 50 (suppl 53) (2003) 1266-1268.
- [12] S. Tsunoda, T. Miyashita, M. Murata, Pancreaticoduodenectomy for common bile duct cancer in a patient with situs inversus totalis: a case report, *Int. Surg.* 91 (2006) 24-27.
- [13] D.A. Macafee, D. Armstrong, R.I. Hall, R. Dhingsa, A.M. Zaitoun, D.N. Lobo, Pancreaticoduodenectomy with a "twist": the challenges of pancreatic resection in the presence of situs inversus totalis and situs ambiguus, *Eur. J. Surg. Oncol.* 33 (2007) 524-527.
- [14] D. Kyuno, Y. Kimura, M. Imamura, M. Uchiyama, M. Ishii, M. Meguro, M. Kawamoto, T. Mizuguchi, K. Hirata, Pancreaticoduodenectomy for biliary tract carcinoma in a patient with situs inversus totalis: difficulties and technical notes based on two cases, *World J. Surg. Oncol.* 11 (2011) 312.
- [15] H. Benhammane, S. Kharmouni, S. Terraz, T. Berney, T. Nguyen-Tang, M. Genevay, O. El Mesbahi, A. Roth, Common bile duct adenocarcinoma in a patient with situs inversus totalis: report of a rare case, *BMC Res. Notes* 5 (2012) 681.
- [16] N. Yagi, K. Arakawa, T. Ando, N. Tominaga, N. Shimizu, et al., A case report of duodenal papillary carcinoma with situs inversus totalis and anomalies with pancreaticoduodenectomy, *J. Clin. Surg.* 72 (2017) 1509-1514 (in Japanese).
- [17] Y. Wada, K. Hayashida, S. Edakuni, Situs inversus totalis with a colonic cancer - a case report, *J. Jpn. Surg. Assoc.* 59 (1998) 2344-2347 (in Japanese).
- [18] J.G. Fletcher, M.J. Wiersma, M.A. Farrell, J.L. Fidler, L.J. Burgart, T. Koyama, C. D. Johnson, D.H. Stephens, E.M. Ward, W.S. Harmsen, Pancreatic malignancy: value of arterial, pancreatic, and hepatic phase imaging with multi-detector row CT, *Radiology* 229 (2003) 81-90.
- [19] J. Albores-Saavedra, D.E. Henson, D.S. Klimstra, Tumors of the gallbladder, extrahepatic bile ducts, and ampulla of Vater, in: *Atlas of Tumor Pathology*, 3rd Series, Fascicle 20, Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 1997, pp. 195-215.
- [20] T. Okabayashi, M. Kobayashi, I. Nishimori, et al., Adenosquamous carcinoma of the extrahepatic biliary tract: clinicopathological analysis of Japanese cases of this uncommon disease, *J. Gastroenterol.* 40 (2005) 192-199.
- [21] Seung-Mo Hong, Mi-Jung Kim, Kee-Taek Jang, Ghil-Suk Yoon, Hyung-Jun Cho, Henry F. Frierson Jr., Eunsil Yu Jr., Adenosquamous carcinoma of extrahepatic bile duct: clinicopathologic study of 12 cases, *Int. J. Clin. Exp. Pathol.* (2008) 147-156.
- [22] Sin Hyung Lim, Hyeon Woong Yang, Anna Kim, Sang Woo Cha, Sung Hee Jung, Hoon Go, Woong Chul Lee, Adenosquamous carcinoma of extrahepatic bile duct: a case report, *Korean J. Intern. Med.* 22 (2007) 206-210.
- [23] Yoshiki Naito, Koichi Higaki, Masaya Tanaka, Satoshi Taniwaki, Masamichi Kojiro, A case of adenosquamous carcinoma of the extrahepatic bile duct, *Jpn. J. Gastroenterol. Surg.* 40 (2007) 629-633 (in Japanese).

学術業績（学会発表）

第64回日本手外科学会学術集会【2021年4月22日～23日】

会場：長崎ブリックホール

演題：男性手根管症候群における屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着と術後成績

Clinical features and post operative result of the idiopathic carpal tunnel syndrome with transthyretin amyloid deposition in men.

演者：大茂壽久／戸畑共立病院 整形外科

共同演者：橋野悠也¹⁾、酒井昭典²⁾

1) 戸畑共立病院 整形外科、2) 産業医科大学 整形外科

【目的】

手根管症候群(CTS)は閉経後女性に多い絞扼性神経障害である。一方、近年男性CTSの原因の一つにwild type TTR(ATTRwt)アミロイド沈着が関与しているとの報告がある。本研究の目的は男性CTS患者の屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着の有無を検討し、陽性群と陰性群間での臨床学的特徴と術後成績の違いを明らかにすることである。

【対象と方法】

CTSと診断し、手根管開放術が行われた男性69名89手、平均年齢66.7±12.2歳を対象とした。屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着の有無を確認し、陽性群ではアミロイド沈着の程度をI(mild)、II(moderate)、III(severe)の3群に分類した。陽性群と陰性群の臨床的特徴(肥満、高血圧症、脂質異常症、耐糖能異常症、メタボリックシンドロームの有無を含めた)、神経伝導検査、CTSI-JSSHを評価した。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】

TTRアミロイド陽性率は89手中50手(56.2%)であった。平均年齢はアミロイド陽性群(72.6±7.9歳)が陰性群(57.5±12.6歳)より有意に高かった(p<0.01)。BMIは陽性群の方が有意に小さかったが、メタボリックシンドローム

は陽性群に多く認めていた。MDLは、陽性群(8.0±2.6ms)が陰性群(6.0±1.9ms)と比較して有意に延長していた。術前CTSI-JSSHはSS、FSともに陽性群が有意に重症であり、術後1年時には両群とも有意な改善を認めたがCTSI、Kelly評価ともに陽性群の改善が乏しかった。また、多変量解析では、TTRアミロイド沈着の程度(OR 4.5、95%CI: 1.5 - 13.2)、メタボリックシンドローム危険因子数(OR 2.8、95%CI: 1.0 - 7.9)が術後成績不良となる有意な説明変数であった。

【結論】

男性手根管症候群において56.2%に屈筋腱滑膜へのTTRアミロイド沈着を認め高齢者の重症例に多かった。屈筋腱滑膜へのTTRアミロイド沈着の程度が重度であることは、CTSの術後成績を不良にした。

【要旨】

手根管症候群と診断され、手根管開放術を行った男性69名89手に対し屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着の有無を検討し、TTR陽性群の臨床的特徴と術後成績を比較した。

男性手根管症候群において56.2%に屈筋腱滑膜へのTTRアミロイド沈着を認め高齢者の重症例に多かった。TTRアミロイド沈着の程度が重度であることは、CTSの術後成績を不良にした。

第64回日本手外科学会学術集会【2021年4月22日～23日】

会場：長崎ブリックホール

演題：閉経女性の橈骨遠位端骨折に続発する骨折

The rate of secondary fracture after distal radius fracture of postmenopausal women

演者：橋野悠也／戸畑共立病院 整形外科

共同演者：大茂壽久

戸畑共立病院 整形外科

【要旨】

本研究の目的は閉経後女性の橈骨遠位端骨折症例を調査して続発骨折発生率、骨折部位、発生リスク因子を明らかにすることである。当院にて1年以上経過観察可能であった閉経女性の橈骨遠位端骨折233例を対象とした。続発骨折率は20.1%で、続発骨折発生部位は上肢が最も多かった。

骨粗鬆症治療を行うことで有意に続発骨折率は低下した。積極的に骨粗鬆症治療を行うことで続発骨折を予防できる可能性がある。

【目的】

橈骨遠位端骨折は骨粗鬆症における骨折連鎖の初発骨折であることが多い。しかし橈骨遠位端骨折後に続発する

骨折発生率、骨折部位、骨折時期、発症リスクについては不明である。本研究の目的は閉経後女性の橈骨遠位端骨折症例を調査して続発骨折発生率、骨折部位、発生リスク因子を明らかにすることである。

【対象と方法】

2013年10月から2019年9月に当院で手術加療を行った橈骨遠位端骨折482例のうち1年以上経過観察が可能であった閉経女性の橈骨遠位端骨折233例、平均年齢74.2±9.8歳、平均身長1.5±0.07m、平均体重49.9±9.4kg、平均body mass index21.9±4.0kg/m²を対象とし、橈骨遠位端骨折の初発骨折率、続発骨折の発生頻度、続発骨折の発生時期と部位、骨粗鬆症治療の有無での骨折率を調査した。また続発骨折あり群となし群を比較しリスク因子を確認した。

【結果】

橈骨遠位端骨折の初発骨折率は198例(84.9%)であった。続発骨折の発生率は48例(20.1%)、続発骨折発生部位は上肢に最も多く(42%)、次いで下肢(34%)、椎体(19%)の順であった。骨粗鬆症治療の有無による続発骨折発生率は治療群で15.3%、未治療群で26.3%と治療群で有意に低かった。続発骨折あり群となし群での比較では続発骨折あり群において有意に高齢で低身長であり、骨粗鬆症治療介入率が低かった。多変量解析では年齢(OR 1.08、95%CI:1.03 - 1.13)と骨粗鬆症治療介入率(OR 0.44、95%CI:0.22 - 0.89)が有意な説明変数であった。

【結論】

閉経後女性の橈骨遠位端骨折後の続発骨折は20%に発生し、骨粗鬆症治療なし群の方がより多く発生していた。積極的な骨粗鬆症治療を行うことで橈骨遠位端骨折後の続発骨折を予防できる可能性がある。

第49回日本血管外科学会学術総会【2021年5月19日～21日】

会場：WEB開催(名古屋市)

演題：腸骨動静脈瘤に対してCovered Stentを用いて血管内治療を行った一例

演者：下河邊久陽/戸畑共立病院 外科

共同演者：古賀史記、田代恵太、西村太郎、松村勝、吉本裕紀、和田義人、谷脇智、明石英俊

戸畑共立病院 外科

【症例】69歳男性

65歳時、被殻出血の保存的加療中に深部静脈血栓症を発症し、経カテーテル的血栓除去術を行なった。後遺障害として右半身不全麻痺が残存している状態であった。そのおよそ2年後に下肢腫脹を主訴に前医受診し造影C T・血管造影を行い原因検索を行なった。左腸骨動脈領域の腸骨翼前面に動静脈瘤を形成している所見があり、先天性動静脈瘤の可能性も考慮された。血管造影を行うと、左総腸骨静脈中枢側に狭窄部を認め、同部位にバルーン拡張術を行うも症状の改善には至らず、さらなる精査加療目的に当院紹介となった。

【来院時現症】

就労不能となる程度の左下肢の疼痛と、著明な腫脹を認める。肉眼的には表在静脈の怒張を認め、左下腹部にてシャント音を聴取する。

【入院経過①】

状態確認目的に血管造影および圧測定を行なった。左総腸骨動脈より造影すると、左腸骨動脈背側に無数シャント8の側副血行路を介して瘤状に拡張した左総腸骨静脈が造影される状態であった。続いて左大腿静脈からカテーテルを挿入し、内圧測定・および血液ガス測定を行なった。総腸骨静脈内で30/23mmHg、平均圧26mmHg程度と高値で、脈圧を確認できる状態であり、また酸素分圧として

85mmHgと動脈血とほぼ同等の数値が測定される状態であった。相当量のシャントであることが推定され、現状での静脈狭窄部の解除は心不全発症のリスクが高い状態であると判断し、シャント量の減少を図った上での狭窄部解除が望ましいと判断し精査のみで終了した。

【入院経過②】

前回精査時の結果を踏まえ、動静脈瘤のシャント量の消失・減少、腸骨静脈狭窄部の解除を目的とし、内腸骨動脈に対してコイル塞栓術を行なったのち、総腸骨動脈から外腸骨動脈にかけてCovered stent(VIABAHN®VBX)を用いて血管内治療を行なった。総腸骨静脈内圧は狭窄部のバルーン拡張を併せて行うことにより13mmHgまで低下し脈波は消失した。血液ガス分析上もpO₂:46mmHgと低下が見られた。

【術後経過】

治療直後より左下肢の腫脹は軽減し、痺れ・疼痛も経時的に改善を認めた。治療後10ヶ月が経過しているが、症状の再燃はなく、職場復帰することができた。

【結語】

外科的切除術が困難である腸骨動静脈瘤症例に対してCovered Stentを用いた血管内治療を行い、良好な転機が得られた一例を経験した。

第 89 回日本口腔外科学会九州支部学術集会【2021 年 5 月 29 日】

会 場：WEB開催 ライブ配信・オンデマンド配信

演 題：未治療胸部大動脈瘤が原因で線溶系異常を生じ、抜歯後出血を来した 1 症例

演 者：田中麻衣/戸畑共立病院 歯科口腔外科

共同演者：古田功彦

戸畑共立病院 歯科口腔外科

【緒言】

大動脈瘤に伴う慢性播種性血管内凝固症候群(慢性DIC)は動脈瘤内面での凝固活性化により、線溶亢進状態となり出血傾向を来す病態である。慢性DICは自覚症状に乏しく、抜歯等の観血的処置により止血が困難となり、それを契機に初めて明らかとなる例もある。今回われわれは未治療胸部大動脈瘤に起因する慢性DICが原因の抜歯後出血を経験したのでその概要を報告する。

【症例の概要】

77歳、男性。近医歯科にて右側下顎第2小白歯、第2大臼歯抜歯が施行されたが、出血が持続するため、術後3日目に止血を目的に当科を紹介された。口腔内所見として、

抜歯窩周囲軟組織と骨面より持続的な出血を認めた。抜歯窩搔爬術を行い、吸収性ゼラチンスポンジ(スポンゼル®)を填入し絹糸で縫合、さらに止血シーネで圧迫止血を行ったが止血は困難であった。血液検査にてPLTは $11.5 \times 10^4/\mu\text{l}$ と軽度低下、FDPは $61.2\mu\text{g/ml}$ 、Dダイマーは $156.4\mu\text{g/ml}$ と異常高値を認めた。当院外科に対診し、慢性DICに起因する止血凝固異常の診断に至った。その後は医科と連携しつつ、局所には線状アテロコラーゲン填入により止血管理を行った。

【結語】

今回われわれは未治療胸部大動脈瘤に起因する慢性DICが原因の抜歯後出血を経験した。

第 333 回日本内科学会九州地方会【2021 年 6 月 5 日】

会 場：WEB開催

演 題：「診断に苦慮した直腸梅毒の1例」

演 者：岩下真穂子/戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者：酒見亮介、山内大夢、宗祐人

戸畑共立病院 消化器病センター

【はじめに】

梅毒は様々な全身症状を呈し、消化管においては胃梅毒が最も多いが、近年では直腸梅毒の報告が増加している。今回、診断に苦慮した直腸梅毒の1例を経験したので報告する。

【症例】

60歳代の既婚男性。X-1ヶ月前より腹痛、肛門痛、発熱を認め、近医肛門科を受診し痔瘻の診断となり抗菌薬の投与および切開排膿が行われた。その後も発熱や腹痛が持続することからクローン病を疑われ、当院へ紹介入院となった。入院時より両側鼠経リンパ節の腫脹を認め、痔瘻による反応性腫大を疑った。上部消化管内視鏡検査や経口小腸造影検査ではクローン病を示唆する所見は認めず、下部消化管内視鏡検査では回腸末端を含め、クローン病の特異的所

見は認めなかったが、肛門部歯状線口側に潰瘍病変を認めた。同部の生検では特異的所見は得られなかった。痔瘻に対してMetronidazoleを開始したところ炎症は軽快し、退院となった。X+2ヶ月より継続する微熱、口内炎、両側下腿に新規紅斑が出現し、両側鼠径リンパ節の腫脹も持続していることから梅毒を疑いTPHA・RPRを測定したところ共に陽性であり、第2期梅毒の診断となった。性交歴として性風俗店を利用していた。HIV検査を行ったが陰性であり、Ampicillin内服により症状は軽快した。

【考察】

直腸梅毒の一例を経験した。直腸梅毒は多彩な形態像を有することから、内視鏡や病理検査で診断に至らない直腸肛門病変を認めた際は、直腸梅毒も鑑別においた詳細な病歴聴取や身体診察を行う必要がある。

第117回日本消化器病学会九州支部【2021年6月11日～12日】

会場：アクロス福岡 + WEB開催

演題：潰瘍性大腸炎におけるメサラジン不耐例は治療困難例となりうるか

演者：酒見亮介 / 戸畑共立病院 消化器内科

【背景と目的】

メサラジン(5-aminosalicylic acid:5-ASA) 製剤は潰瘍性大腸炎(UC)に対して寛解導入、維持治療に有効な薬剤であるが、不耐例の存在が報告され、田中らはDLST陽性例および有害事象例における再投与後の有害事象再燃例を含めたメサラジン製剤アレルギー率を8.4%に認めたと報告している¹⁾。一方でメサラジン不耐と診断された後の治療経過については明らかとなっておらず、メサラジン不耐診断後の経過を知ることはメサラジン不耐における治療戦略を考えるうえで重要と考える。今回我々は当施設においてUC患者におけるメサラジン不耐率およびその後の治療経過について検討した。

【方法】

対象は2009年9月から2019年9月までにUCに対して経口メサラジン製剤が処方され、その後の経過が追えた210例。経口メサラジン製剤使用後に何らかの有害事象によって経口メサラジン製剤中止例を不耐、DLST陽性および経口メサラジン製剤中止後の再投与における不耐再燃例を真の不耐と定義し不耐率を算出した。次に不耐例における不耐診断後の治療内容について非不耐例との比較検討を行った。

【結果】

不耐症例を18例に認め、不耐率は8.5%であった。そのうち、DLST陽性率は45%であり、経口メサラジン製剤中止後に再度経口メサラジン製剤投与がなされた7症例全例が不耐症状の再燃を認めた。不耐再燃例にDLST陽性例を合わせた11例(5.2%)が真の不耐であった。不耐症例18例の初回寛解導入療法はステロイド製剤、白血球除去療法、メサラジン中止のみ(83%,5%,11%)であり、その後の寛解導入または維持治療としてazathioprine、JAK阻害剤を含めた生物学的製剤の使用率は38%、44%、腸管切除は1例であった。非不耐例における生物学的製剤使用率は12.5%であり、メサラジン不耐例は有意に生物学的製剤使用率が高かった(P<0.001)。

【結語】

メサラジン不耐率は8.5%であった。不耐診断後の約40%が生物学的製剤を用い、高率に強力な治療を要したことから、不耐と診断する際にはその後の治療戦略を考慮した診療を行うことが必要である。

1) IBD Research vol.12 no.3 56-61 2018

第111回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2021.6.11～6.12】

会場：アクロス福岡 + WEB開催

演題：小腸カプセル内視鏡で指摘困難であった原発性小腸癌の一例

演者：別府剛志 / 戸畑共立病院消化器内科

共同演者：宗祐人¹⁾、平塚裕也¹⁾、小島俊樹¹⁾、榊原重成¹⁾、山内大夢¹⁾、酒見亮介¹⁾、佐々木優¹⁾

森光洋介²⁾、吉本裕紀³⁾、谷脇智³⁾

1) 戸畑共立病院消化器内科、2) 同 病理診断科、3) 同 外科

【症例】50歳代、男性。

2019年1月に黒色便と息切れ症状があり近医を受診した。消化管出血の疑いで、腹部造影CT検査、上下部消化管内視鏡検査を施行されたが、明らかな出血源は認めなかった。貧血もあり小腸疾患が疑われ、当院紹介となった。小腸カプセル内視鏡検査を行ったが、出血所見はなく、腫瘍性病変や血管性病変は指摘されなかった。その後経過観察中であったが、同年4月に再度ふらつき、息切れ症状が出現したため、精査加療目的に当院入院となった。血液検査でHb:8.3g/dlと貧血を認め、腫瘍マーカーはCEA:1.3ng/

ml、CA19-9:3.31U/mlと正常範囲内であった。経口的ダブルバルーン小腸内視鏡検査で、空腸に管腔約1/3周性の周堤を伴う不整な陥凹病変を認め、生検病理組織でAdenocarcinomaの診断であった。ゾンデ小腸造影検査では、トライツ靱帯よりやや肛門側に中心に不整な陥凹を有する隆起性病変として描出された。造影CT検査では明らかなリンパ節転移や遠隔転移はなく、当院外科にて小腸部分切除術を施行した。術中所見は、トライツ靱帯から約7cm肛門側に腫瘍を認め、明らかな漿膜浸潤はなく、周囲に腫大したリンパ節を認めた。術後病理組織診断は、Moderately to

poorly differentiated adenocarcinoma, type2、腫瘍径35×15mm、tub2>por1>tub1、pT3(SS)、INFb、Ly1b、V0、pN(1/24)、pPM0、pDM0、pRM0でStageⅢAの小腸癌であった。

【考察】

カプセル内視鏡検査は低侵襲で全小腸観察が可能な検査であるが、特に通過速度の速い上部小腸や残渣の多い回

腸末端では病変を見逃しやすいとも報告されている。カプセル内視鏡検査で有意な所見が認められなかった際、臨床的に小腸病変の疑いがある場合は、積極的にダブルバルーン小腸内視鏡等で検査を行うことは重要であると考え。今回、カプセル内視鏡検査で指摘困難であった原発性小腸癌の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

第111回日本消化器内視鏡学会九州支部例会【2021年6月11日～12日】

会場：アクロス福岡 + WEB開催

演題：重症膵炎を来した Hemosuccus Pancreaticus の一例

演者：佐々木優 / 戸畑共立病院 消化器内科

共同演者：榊原重成¹⁾、平塚裕也¹⁾、小島俊樹¹⁾、別府剛志¹⁾、山内大夢¹⁾、酒見亮介¹⁾、宗祐人¹⁾、岡部義信²⁾、鳥村拓司²⁾

1) 戸畑共立病院 消化器内科、2) 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門

症例は70歳代の男性。2020年4月に約1ヶ月間の断続的な黒色便を主訴に当院を受診。既往歴にアルコール肝障害、肺塞栓症等があり抗凝固療法を行われていた。飲酒歴あり。腹部に自発痛、圧痛は無く、血液検査でRBC305×10⁴、Hb7.5g/dl、Ht24.0%と貧血を認めた。腹部造影CTでは膵体部に径10mm程度の嚢胞性病変を認め、MRCPでは膵体部に同様の径12mmの嚢胞性病変とその内部に結節様の構造が指摘された。主膵管拡張はなかった。超音波内視鏡検査ではこの嚢胞性病変は単房性で内部には高エコー領域が認められた。消化管出血の原因検索のため上部消化管内視鏡検査、大腸内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡検査を行ったが出血源の同定に至らなかった。点滴治療で黒色便は改善し、一旦外来経過観察となった。以後、飲酒は継続され2020年6月、8月と慢性膵炎の急性増悪で入院となっている。8月の膵炎の入院加療以降は禁酒が出来ていたが、2020年9月再度、膵炎の急性増悪があり入院加療となった。CTでは膵体部に径12mmの嚢胞と膵の軽度腫大、周囲脂肪織の輝度上昇があり、MRCPでは主膵管の拡張は無いものの、膵体部の嚢胞は径17mmとやや増大で内部の低信

号の結節状の低信号は形状が変化しているのが観察された。膵炎改善の後にいったERCPでは膵管造影時に膵体部の嚢胞が造影され内部には動きのある透亮像が認められた。主膵管や嚢胞内から吸引されたのは黒色の沈殿物を含む茶色の膵液であり、主膵管、嚢胞内での出血が示唆された。また膵嚢胞は慢性膵炎による貯留嚢胞が疑われた。膵液細胞診は陰性であった。膵炎は改善し退院となっている。2020年10月に再度、腹部全体の疼痛で受診。腹部造影CTでは膵周囲より腎下極以遠に炎症の波及が認められた。膵炎の急性増悪と判断し保存的加療を行っている。経過中、腹腔内には仮性嚢胞が形成され、胃体部の胃壁内にも液体貯留が認められた。感染兆候も無く保存的加療を継続し、仮性嚢胞は縮小し胃壁内の嚢胞も改善している。膵炎改善後のCTでは膵体部の嚢胞は不明瞭化し、超音波内視鏡検査では膵嚢胞は縮小、内部の高エコーのみ残存している。これらの画像所見より最後の膵炎の増悪は膵嚢胞の腹腔内への穿破も疑われた。今回我々はアルコールと膵管内出血が原因と思われる膵炎を繰り返し、膵貯留嚢胞の穿破も疑われる症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

第47回日本骨折治療学会学術集会【2021年7月2日～3日】

会場：神戸国際会議場・神戸国際展示場3号館

演題：閉経女性の橈骨遠位端骨折に続発する骨折

演者：橋野悠也/戸畑共立病院 整形外科

共同演者：大茂壽久

戸畑共立病院 整形外科

【背景】

橈骨遠位端骨折は骨粗鬆症における骨折連鎖の初発骨折であることが多い。しかし橈骨遠位端骨折後に続発する骨折発生率、骨折部位、骨折時期、発症リスクについては不明である。

【目的】

本研究の目的は閉経後女性の橈骨遠位端骨折症例を調査して続発骨折発生率、骨折部位、発生リスク因子を明らかにすることである。

【研究デザイン】

過去起点コホート研究

【設定】

市中病院1施設、連続する全例

【対象】

2013年10月から2020年3月に当院で手術加療を行った橈骨遠位端骨折460例のうち1年以上経過観察が可能であった閉経女性の橈骨遠位端骨折256例

【介入】

橈骨遠位端骨折の初発骨折率、続発骨折の発生頻度、続発骨折の発生時期と部位、骨粗鬆症治療の有無での骨折率

を調査した。また続発骨折あり群となし群を比較しリスク因子を確認した。t検定及び χ^2 二乗検定で比較した。有意水準は0.05とした。

【結果】

橈骨遠位端骨折の初発骨折率は218例(85.2%)であった。続発骨折の発生率は66例(25.8%)、続発骨折発生部位は上肢・下肢ともに31.8%、ついで椎体(22.7%)の順であった。骨粗鬆症治療の有無による続発骨折発生率は治療群で15.9%、未治療群で33.3%と治療群で有意に低かった($P<0.05$)。続発骨折あり群となし群での比較では続発骨折あり群において有意に高齢で低身長、低体重であった。また骨粗鬆症治療介入率が低かった。多変量解析では年齢(OR 0.91、95%CI:0.85-0.98)と骨粗鬆症治療介入率(OR 7.1、95%CI:2.2-23.2)が有意な説明変数であった。

【結論】

閉経後女性の橈骨遠位端骨折後の続発骨折は24.1%に発生し、骨粗鬆症治療なし群の方がより多く発生していた。橈骨遠位端骨折術後より積極的な骨粗鬆症治療を行うことで続発骨折を予防できる可能性がある。

第47回日本骨折治療学会学術集会【2021年7月2日～3日】

会場：神戸国際会議場、神戸国際展示場3号館、神戸商工会議所

演題：非転位型大腿骨頸部骨折術後大腿骨頭壊死発生予測因子の検討

Risk factors of avascular necrosis of the femoral head after internal fixation in non-displaced femoral neck fracture

演者：田原尚直/戸畑共立病院 整形外科

【背景】

非転位型大腿骨頸部骨折では、治療法として骨接合術が推奨されているが、術後に合併症を発症し再手術が必要となる症例もある。今回術後合併症のうち大腿骨頭壊死に着目し術前に予測出来るか否かを検討した。

【目的】

非転位型大腿骨頸部骨折術後の大腿骨頭壊死発生に関連する要因を明らかにすること。

【研究デザイン】コホート研究。

【設定】当院一施設

【対象】

2017年4月から2020年3月までの期間に非転位型大腿骨頸部骨折に対して骨接合を行った症例86例のうち術後6ヶ月以上経過観察し得た27例。

【介入】

大腿骨頭壊死の有無は術後6ヶ月目に撮影したMRIを用いて診断した。発生に関連する要因は年齢、性別、健側大腿骨頸部骨密度(YAM値)、術前待機期間、使用インプラント、受傷時X線正面像で測定した外反陥入角度、受傷時X線側面像で測定した後捻角度とし、各項目を大腿骨頭壊死有り

群,無し群の2群に分けてMann-Whitney U 検定及び χ^2 乗検定で比較検討した。

【結果】

平均年齢70.1±14歳,男性4例,女性27例,で術後平均経過観察期間は15.8±9ヶ月平均YAM値61.1±10%,術前待機期間は1.5±2日,使用インプラントはDSCS13例、Treslock14例,外反角度平均7.6±5°,後捻角度平均6.4±8°であった。MRIで大腿骨頭壊死を27例中7例(26%)に

認め,受傷時X線正面像の外反角度は大腿骨頭壊死有り群13.4±5°、無し群5.7±5°で大腿骨頭壊死有り群で有意に大きかった。(p=0.001)他の項目で両群間に有意差はなかった。

【結論】

非転位型大腿骨頸部骨折術後大腿骨頭壊死の発生に関連する要因は受傷時X線正面像の外反角度であった。

第51回日本人工関節学会【2021年7月7日(水)～8日(木)】

会場：パシフィコ横浜 WEB 開催

演題：Image-free navigation を使用した TKA における脛骨 component 回旋設置が術後成績に与える影響
Effect of Tibial Component Rotation on Postoperative Performance in TKA using Image-free Navigation

演者：濱田賢治/戸畑共立病院 整形外科

【目的】

脛骨componentの過度な内旋設置は術後膝関節痛や可動域制限の原因となるとされている。昨年本学会においてimage-free navigationを使用し脛骨componentの設置をおこなったTKAの術後成績を3群間(内旋群、中間群、外旋群)で比較した。本研究の目的はさらに症例を追加し脛骨component回旋設置方向により術後成績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44例(男性9例、女性35例、平均77.6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(3°を超える内旋)、中間群(±3°以内)、外旋群(3°を超える外旋)の3群にわけ、術後1年の膝可動域、荷重時のVAS、JOAスコア、患者満足度(JCOM)を比較した。

【結果】

内旋群は13膝で平均-6.1±2.1°、中間群は14膝で平均0.6±1.3°、外旋群は17膝で平均6.5±1.9°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成績に差はなかった。

第76回日本消化器外科学会総会【2021年7月7日～9日】

会場：国立京都国際会館

演題：S 状結腸癌による同時性転移性尿管腫瘍の一例

演者：吉本裕紀/共愛会戸畑共立病院 消化器外科

共同演者：下河邊智久、今村鉄男、明石英俊、奥田康司、宗宏伸、谷脇智、和田義人、林亨治、松村勝、長尾祐一、石橋慶章、室屋大輔、下河邊久陽、都留悠壽

戸畑共立病院 外科

【はじめに】

転移性尿管腫瘍は比較的稀な疾患であり、非常に予後不良であるといわれている。今回我々は同時性尿管転移、肝転移、仙骨転移を認めたS状結腸癌の症例を経験し、診断・

治療に難渋したため報告する。

【症例】

73歳男性。左尿管拡張にて近医受診中、背部痛が増悪したため紹介となった。精査の結果、進行S状結腸癌、転移

学術業績(学会発表)

性肝腫瘍(S3)、原発性左尿管腫瘍の診断となった。大腸癌による狭窄が高度で腸閉塞が切迫していたため、大腸癌と尿管腫瘍の手術を先行し、肝切除を二期的に行う方針とした。後腹膜鏡下左腎・尿管切除術+腹腔鏡下高位前方切除術(D3)を施行した。術後経過は良好で術後第13病日に退院となった。術後の病理で尿管腫瘍は原発性ではなく大腸癌からの転移であった。肝切除術のため精査を行ったところ、PET-CTで仙骨転移が判明し、最終的にはS状結腸癌pT4(SE)、pN2a、M1b pStageIVbの診断に至った。転移性尿管腫瘍は非常に予後が悪いため、現在は当院がん治療センターにて集学的治療を行っている。

【考察】

転移性尿管腫瘍の定義としてPresmanらは、1)組織学的に腫瘍細胞が尿管の血管周囲リンパ組織あるいは血管内に認められること、2)尿管壁の一部に原発巣と同じ腫瘍細胞がみられ隣接組織からの直接浸潤がないこと、のいずれ

かをみたと規定している。本邦の報告では、原発として胃癌、腎癌、大腸癌、乳癌、前立腺癌、膵癌の順に多いとの報告があり、大腸癌の原発としては、直腸が56%で、左側結腸が92%と大半を占めていた。転移性尿管腫瘍は尿細胞診陽性率は20%前後と少なく、尿細胞診や内視鏡生検では比較的診断が難しいといわれている。

転移性尿管腫瘍の予後は不良で、診断がついた時点で90%に他臓器転移を認めているといわれており、きわめて予後不良であり、治療法は慎重に選択する必要がある。本症例も術前に転移性尿管腫瘍を疑っていたら、予後が非常に不良であるため手術方針・治療方針が変更になった可能性もあった。

【結語】

尿管狭窄・閉塞症状を認めた際は、悪性腫瘍の既往の有無を十分に検索したうえで、転移性尿管腫瘍も鑑別診断の1つとして精査、加療を行う必要があると思われた。

第13回日本創傷外科学会総会・学術集会【2021年7月15日(木)～16日(金)】

会場：北九州国際会議場

演題：NPWTとNPWT i-dとIW-CONPIT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⁾

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

【目的】

NPWT(局所陰圧閉鎖療法)が保険適応となりほぼ10年が経過した。その間に様々な創傷治療において効果をあげ、創傷治癒を促進する最も有用な方法であると認知されるようになった。また小型化や間欠的洗浄を行う事が可能な機器等の登場で、治療の適応範囲は確実に拡大した。しかし依然としてNPWTには、感染創に使用できないという問題点がある。我々はこの問題点に対して、IW-CONPIT(創内持続陰圧洗浄療法)とNPWT、NPWT i-d(間歇的洗浄付きNPWT)とを組み合わせることで解決してきた。今回これまでに経験した疾患を振り返り、その組み合わせ治療の有用性を検討してみた。

【方法】

2015年1月から、2020年12月までの72ヶ月間に、当院でNPWTを使用し治療を行った123例について検討した。検討項目は、年齢、症例の内訳、IW-CONPITを併用した場合はその使用日数、NPWTの使用日数、NPWT i-dの使用期間、創閉鎖までの期間等である。

【結果】

123例中、5例の死亡例があり、それを除く118例で創治癒を得た(再発例や切断術を含む)。創内持続陰圧洗浄療法を行った期間は4～28日、NPWTを行った期間は5～28日、NPWT i-dをおこなった期間は3～28日、創閉鎖までの期間は22～122日であった。

【考察】

NPWTは適切な使用を行えば早期創傷治癒の強力な武器になるが、使い方を間違えると、単に感染を助長するだけの場を提供するだけになってしまう。必要ならばまず適切な外科的デブリドマン、創内持続陰圧洗浄療法を行い感染のコントロールを行った上でNPWT、NPWT i-dを開始する必要がある。原則に基づいた治療を行い、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32回日本抹消神経学会学術集会【2021年9月10日～11日】

会場：宝塚医療大学 和歌山保険医療学部

演題：男性手根管症候群の術後成績にメタボリックシンドロームと TTR アミロイドが及ぼす影響

Effects of Metabolic Syndrome and TTR Amyloid on Postoperative Results of Male Carpal Tunnel Syndrome

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

metabolic syndrome メタボリックシンドローム

TTR amyloid トランスサイレチンアミロイド

演者：大茂壽久/戸畑共立病院 整形外科

共同演者：酒井昭典

産業医科大学 整形外科

【目的】

メタボリックシンドローム(MS)は手根管症候群(CTS)の発症原因の一つであり、MSを認めるCTSは認めない群と比較して重症度が高いとする報告がある。一方、近年男性CTSの原因の一つにwild type TTR(ATTRwt)アミロイド沈着が関与しているとの報告もある。本研究の目的は男性CTS患者のMSの有無と屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着の有無を検討し、MSとTTRアミロイドが男性手根管症候群の術後成績に及ぼす影響を明らかにすることである。

【対象と方法】

CTSと診断し、手根管開放術が行われた男性74名93手、平均年齢67.0±12.7歳、BMI27.1±5.2を対象とした。MSの診断基準は8学会策定基準に従った。また手術の際に屈筋腱滑膜を採取しTTRアミロイド沈着の有無を確認した。評価項目は、術前神経伝導検査、CTSI-JSSH、心電図、心臓超音波検査、BNP(脳性ナトリウム利尿ペプチド)を評価した。また、術後1年時にKelly評価を用いて術後成績を確認した。

【結果】

MSを40.1%に認めた。また、TTRアミロイド陽性率は56.2%と高頻度に認めた。術後1年でのKelly評価改善が乏しい群では、良好な群と比較し有意に高齢であり、MS、TTRアミロイド陽性率が高く、伝導速度検査、術前CTSIが重症で、心電図上の伝導障害を高頻度に認めていた。また、多変量解析では、TTRアミロイド沈着陽性(OR:53.0 95%CI:6.5-430.1)、メタボリックシンドロームあり(OR:8.7 95%CI:1.53-49.7)、Padua分類(OR:4.1 95%CI:1.5-11.6)が術後成績不良となる有意な説明変数であった。

【結論】

男性手根管症候群において、メタボリックシンドロームを40.1%、TTRアミロイド沈着を56.2%と多くに認めていた。メタボリックシンドロームを認めることと屈筋腱滑膜へのTTRアミロイド沈着を認めることは男性手根管症候群の術後成績を不良にする有意な因子であった。

第55回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会【2021年10月15日～16日】

会場：沖縄県男女共同参画センターにいる+ WEB 開催

演題：腸管気腫を伴った門脈ガス血症に対して高気圧酸素療法を施行した2例

演者：室屋大輔/戸畑共立病院 消化器外科

共同演者：下河邊正行

戸畑共立病院

【背景】

門脈ガス血症は腸管壊死を示唆する予後不良因子とされてきたが、近年画像診断能の向上と共に、軽症例の保存的治療の報告例が増加してきている。また、CT検査で門脈ガスと腸管気腫症を同時に認める症例は重症度が高いことが多いと報告されている。

【症例1】

96歳男性。嘔吐で救急搬入され、CT検査で門脈ガス血症と腸管気腫を認めた。腹腔動脈と上腸管膜動脈が共通幹と

なっており、石灰化と狭窄を疑われる所見だった。一部空腸に浮腫を認め、腸管虚血を疑う所見だった。腹膜刺激症状はなく、高齢であったため、高気圧酸素療法を主とした保存的加療で改善し、食事開始して第9日病日に退院した。

【症例2】

75歳男性。腹膜播種を伴う局所進行切除不能胃癌に対して審査腹腔鏡および腸瘻造設後3日目に嘔吐と炎症反応高値を認めたため精査のCT検査で門脈ガス血症と腸管気腫症、胃気腫症および脳梗塞を認めた。腹膜炎の所見は乏し

学術業績(学会発表)

かったため高気圧酸素療法を主とした保存的加療を施行した。術後6日目に経腸栄養を開始し、脳梗塞治療および胃癌に対して放射線療法を施行され、術後55日目に転院した。

【考察】

今回我々は、腸管気腫症(1例は胃気腫も)を伴った門脈ガス血症に対して高気圧酸素療法を施行し、保存的に加療できた症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

第83回日本臨床外科学会総会【2021年11月18日～20日】

会場：京王プラザホテル、新宿 NSビル +WEB 開催

演題：多中心性発癌をきたした胆嚢癌の一例

演者：和田義人／戸畑共立病院 外科

共同演者：宗宏伸、佐藤英博、谷脇智、今村鉄男、岡部正之

戸畑共立病院 外科

胆嚢内に隆起性の癌と粘膜内癌を伴った胃癌を合併した1例を経験したので報告する。症例は80歳男性。食後の心窩部痛、吃逆を主訴に当院内科を紹介された。上部消化管内視鏡検査の結果、噴門部癌と診断しESDを施行したが、組織学検査の結果pT1b2(SM2:2600 μm),Ly1(MM~SM1),pVM1と断端陽性であった。また、腹部US、腹部CTにて胆嚢内に約4cm程度の隆起性病変と結石を認めた。超音波内視鏡検査では胆嚢底部に径41mm大の隆起性病変を認め、体部には丈の低い隆起が連続して存在していた。既往歴として前立腺癌、悪性リンパ腫[高齢者EBV陽性びまん性大細胞型B細胞性悪性リンパ腫]、胃癌(前庭部、中分化腺癌にて幽門側胃切除術施行)。残胃癌ESD後断端陽性、胆嚢癌の診断で外科を紹介され、手術を施行した。手術は開腹残胃全摘術、拡大胆嚢摘出術、肝十二指腸間膜リンパ節郭清、再建はRoux Y吻合で行った。胆嚢管の術中迅速病理組織検査の結果は陰性であり、胆管切除は行わなかった。術後経過は良好で術後12日目に退院となった。病理組織学的所見では、胆嚢底部に40x38mm

大の乳頭状の隆起性病変で筋層まで浸潤する高～中分化腺癌体部[Gf,papillary-expanding type,40x38mm, tub1>tub2,pT1b(MP),med,INFa,ly0,v0,ne0,pN0,pCM0,pEM0,pPV0,pA0,n(-)]と胆嚢体部に40x40mmのRASを含む粘膜内に限局したHigh-grade Billin病変を認め粘膜内癌で[Gb,40 x40mm,pTis(M),pCM0]、胆嚢内の病変は連続性を欠いていた。残胃には明らかな癌の遺残は認めなかった[0-IIa,pT1b2(SM2:2600 μm,INFb,Ly1(MM~SM1),V0,pUL0,pVM1,pHMO]。重複癌を伴った、胆嚢内に多中心性に発癌をきたした非常に稀な1例を経験したので報告する。

いずれもStage Iで、追加治療なしで術後2年6か月間無再発生存中である。PBMは膵管と胆管が十二指腸壁外で合流する先天奇形であり、膵液が胆汁に逆流することで胆道癌を合併することが知られている。K-rasやp53などの遺伝子異常が胆道全域の粘膜に生じるため、多中心性に発癌リスクが高くなる。PBM患者に胆道癌が見つかった場合は、重複癌の存在を考慮することが重要である。

第83回日本臨床外科学会総会【2021年11月18日～20日】

会場：京王プラザホテル (WEBにて発表)

演題：S状結腸癌転移性尿管腫瘍の一切除例

演者：吉本裕紀／戸畑共立病院 消化器外科

共同演者：下河邊智久、今村鉄男、明石英俊、奥田康司、宗宏伸、谷脇智、和田義人、林亨治、松村勝、

長尾祐一、石橋慶章、室屋大輔、下河邊久陽、都留悠壽

戸畑共立病院 外科

【はじめに】

転移性尿管腫瘍は比較的稀な疾患であり、非常に予後不良であるといわれている。今回我々は同時性尿管転移、肝転移、仙骨転移を認めたS状結腸癌の症例を経験し、診断・治療に難渋したため報告する。

【症例】

73歳男性。左尿管拡張にて近医受診中、背部痛が増悪

したため紹介となった。精査の結果、進行S状結腸癌、転移性肝腫瘍(S3)、原発性左尿管腫瘍の診断となった。大腸癌による狭窄が高度で腸閉塞が切迫していたため、大腸癌と尿管腫瘍の手術を先行し、肝切除を二期的に行う方針とした。後腹膜鏡下左腎・尿管切除術+腹腔鏡下高位前方切除術(D3)を施行した。術後経過は良好で術後第13病日に退院となった。術後の病理で尿管腫瘍は原発性ではなく大

腸癌からの転移であった。肝切除術のため精査を行ったところ、PET-CTで仙骨転移が判明し、最終的にはS状結腸癌 pT4(SE)、pN2a、M1b pStageIVbの診断に至った。転移性尿管腫瘍は非常に予後が悪いため、現在は当院がん治療センターにて集学的治療を行っている。

【考察】

転移性尿管腫瘍の定義としてPresmanらは、1)組織学的に腫瘍細胞が尿管の血管周囲リンパ組織あるいは血管内に認められること、2)尿管壁の一部に原発巣と同じ腫瘍細胞がみられ隣接組織からの直接浸潤がないこと、のいずれかをみとすことと規定している。本邦の報告では、原発として胃癌、腎癌、大腸癌、乳癌、前立腺癌、膵癌の順に多いとの報告があり、大腸癌の原発としては、直腸が56%で、左側結

腸が92%と大半を占めていた。転移性尿管腫瘍は尿細胞診陽性率は20%前後と少なく、尿細胞診や内視鏡生検では比較的診断が難しいといわれている。

転移性尿管腫瘍の予後は不良で、診断がついた時点で90%に他臓器転移を認めているといわれており、きわめて予後不良であり、治療法は慎重に選択する必要がある。本症例も術前に転移性尿管腫瘍を疑っていたら、予後が非常に不良であるため手術方針・治療方針が変更になった可能性もあった。

【結語】

尿管狭窄・閉塞症状を認めた際は、悪性腫瘍の既往の有無を十分に検索したうえで、転移性尿管腫瘍も鑑別診断の1つとして精査、加療を行う必要があると思われた。

第14回日本ヘルニア学会 北海道支部総会 通称「ヘルニアを学ぶ会」【2021年11月27日(土)】

会場：ホテルオホーツクパレス

演題：「TAPPの限界を感じないで。腹腔鏡でここまでできる！」

演者：松村勝/戸畑共立病院 ヘルニア外科

1990年後半に腹腔鏡下手術が鼠径ヘルニアに対して行われ、途中症例数の減少はあったが年々増加傾向にあり、JSESアンケート調査では、2019年に約17000件行われた。全国的に鼠径部ヘルニア(外内鼠径ヘルニア、大腿ヘルニア)に対してのTAPPは、その手技が安定し、手技の安定に伴って再発率を含めた合併症発生も改善傾向にある。これは腹腔鏡下手術に携わる全国の執刀医、指導医の努力の賜物である。

日々鼠径ヘルニアを向き合っていると、陰嚢型鼠径ヘルニアやde novo型も手技的に難しいことはあるが、TAPPを行っている外科医にとっての問題は、再発以上の難症例と

向き合った時に生まれると思われる。鼠径部ヘルニア診療ガイドラインでは、再発症例、下腹部手術後の鼠径ヘルニアに対しては十分に習熟したエキスパートが行うべき、と記載がある。そういった難症例と遭遇し、TAPPを選択し、どのようなアプローチを行うべきか。これは通常のTAPPに習熟した外科医であっても悩むことだと考える。

今回、私のセミナーでは、TAPPを行うにあたって非常に難渋した症例を、個人的な難易度に分けて動画を中心に提示する。今後、聴講いただいた先生方が、TAPPの限界を感じないための一助になることができれば幸いである。

第34回日本内視鏡外科学会総会【2021年12月2日～4日】

会場：神戸国際会議場、神戸国際展示場、神戸ポートピアホテル

演題：腸骨動脈瘤を合併した直腸癌に対し術前放射線化学療法を経て二期的手術を行なった1例

演者：下河邊久陽/戸畑共立病院 外科

【臨床経過】

73歳 男性 便鮮血陽性にて近医より紹介。下部消化管内視鏡検査にて肛門縁から4cm付近に肉眼型2型の1/3周性病変を認めた。全身精査目的に造影CTを撮影すると右総腸骨動脈に長径6cm、左内腸骨動脈に長径3cmの動脈瘤を認めた。破裂リスクが高く、人工血管置換術を先行して行った。人工血管への感染リスクを考慮し、後腹膜の

癒合を待機する必要があり、患者の肛門温存希望もあり、その間の病期進行抑制及び縮小を期待し、術後1ヶ月後より放射線化学療法(5FU/LV 2コース、総放射線量50G)を行った。腫瘍は増大せず縮小効果が得られていたため、放射線治療終了後2ヶ月後に腹腔鏡下低位前方切除術を行なった。後腹膜の癒着は高度であったが血管処理は問題なく行え、肛門管周囲剥離後に腹膜反転法にて吻合を行

学術業績(学会発表)

ない、横行結腸に双孔式人工肛門を造設した。術後合併症なく、19日目に自宅退院とした。

【考察】

本症例では疾患の緊急度と患者希望を考慮し治療を選択した。各治療のintervalを十分に置くことで合併症なく根治術を行うことができた可能性があるが、その期間や治療

戦略について一定の見解はなく、患者に応じて検討されるべきである。

【結語】

術前放射線化学療法を経て二期的手術を行い良好な転機を得た症例を経験した。文献的考察を加え報告する。

第118回日本消化器病学会 九州支部例会／第112回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会

【2021年12月3日～4日】

会場：出島メッセ長崎

演題：幽門側胃切除後 Roux-Y 再建腸管例に対して側視鏡による内視鏡的胆管結石除去術に成功した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：岡部義信²⁾、宗祐人¹⁾、市岡正敏¹⁾、副島祥¹⁾、平塚裕也¹⁾、松岡弘樹¹⁾、小島俊樹¹⁾、橋本崇¹⁾、別府剛志¹⁾、酒見亮介¹⁾、佐々木優¹⁾、鳥村拓司²⁾

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

【症例】

70代、男性。20XX年6/23の17時頃から右下腹部痛が出現し6/24に近医を受診した。血液生化学検査で炎症反応の上昇と、腹部CTで総胆管結石性胆管炎の診断に至ったが術後再建腸管であり、当院へ紹介となった。当院受診時、意識清明、BP 102/74mmHg、HR 96/min、Temp 36.5℃、腹痛は消失していたが血液生化学検査ではWBC 26740/ μ l、Plt 10.1 X10⁴/ μ l、CRP 21.13mg/dl、T-Bil 7.88mg/dl、D-Bil 6.32mg/dl、AST 166U/l、ALT 48U/l、ALP 296U/l、 γ -GTP 355U/l、Alb 3.6g/dlと著明な炎症反応と肝胆道系酵素異常、血小板数の低下を認め急性胆管炎Grade IIだった。再建腸管であったため、まずは絶食輸液、抗生剤(SBT/CPZ 2g/日)投与を開始したところ、次第に全身状態が改善したため、6/26にshort type Double Balloon (sSBE: EN-580T)によるERCPを試みた。乳頭部への到着は容易であったが、乳頭の口側隆起が小さく正面視が難しく胆管挿管

が困難であった。そこで盲端部に0.035inchガイドワイヤを留置したのち、sSBEを抜去し側視鏡(JF-260V)をガイドワイヤに沿わせて挿入した。Y脚部で用手圧迫を要したが乳頭部に到達することができ、胆管挿管は容易に行えたため、EPLBDを施行した。胆管結石は胆嚢内に迷入していたためplastic stentを留置し手技を終了した。以後、経過良好で9病日目に退院となった。

【考察】

近年、Roux-Y再建腸管例におけるsSBE-ERCP下結石除去術は、良好な手技成功率が報告されている。しかし、本例のように乳頭部へ到達後にスコープのRetroflex positionの位置取りが困難で、胆管挿管に難渋することも少なくない。最近ではEUS-HGSガイド下ランデブー法による対処方法も報告されているが、再建腸管の状態次第では本例のような手段も可能であると考えられる。若干の文献的考察を含め報告する。

第34回日本内視鏡外科学会総会【2021年12月2日～4日】

会場：神戸国際会議場・神戸国際展示場・神戸ポートピアホテル

演題：TAPPで技術認定を目指す上で抑えるべきポイント～内視鏡外科に必要な鉗子操作を中心に～

演者：松村勝/戸畑共立病院 ヘルニア外科

内視鏡外科学会技術認定医試験において、申請術式には、術者のみで完結させる術式・助手との協調により完結させる術式がある。腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術(TAPP/TEP)は前者に分類される。つまり、術者のみで視野を確保し、剥離するべき層を作り出し保持する鉗子操作を示し、内視鏡外科を安全に行う技量を有することを提示しなければならない。

TAPPで技術認定医取得を目指す場合、鼠径ヘルニアに関する解剖の理解と症例に合わせた病態の把握は当然必要であるが、腹膜切開/ヘルニアサックの処理/下腹壁血管・

精巣血管・精管の温存/MPOを中心とした剥離面の確保/メッシュ展開固定/腹膜縫合閉鎖といったTAPP特有の手術工程を確実に安全に術者のみで行う技量が求められる。その技量とは、腹膜把持の程度と牽引方向、それにより適切な剥離面を展開することと考える。

筆者は技術認定医試験を2014年に初めて受験したが不合格、2015年に再度受験し合格に至った。不合格から合格まで意識したポイントを提示するとともに、現在合格するための指導を行う際に重要と考えているポイントについて動画を供覧し解説する。

第34回日本内視鏡外科学会総会【2021年12月2日～4日】

会場：神戸国際会議場ほか

演題：診断・治療に難渋したS状結腸癌転移性尿管腫瘍の一切除例

演者：吉本裕紀/戸畑共立病院 消化器外科

共同演者：宗宏伸、谷脇智、和田義人、松村勝、室屋大輔

戸畑共立病院 消化器外科

【はじめに】

転移性尿管腫瘍は比較的稀な疾患であり、非常に予後不良であるといわれている。今回我々は同時性尿管転移、肝転移、仙骨転移を認めたS状結腸癌の症例を経験したため報告する。

【症例】

73歳男性。背部痛が増悪したため紹介となった。精査の結果、進行S状結腸癌、転移性肝腫瘍(S3)、原発性左尿管腫瘍の診断となった。後腹膜鏡下左腎・尿管切除術+腹腔鏡下高位前方切除術(D3)を施行した。退院後の病理で尿管腫瘍は原発性ではなく大腸癌からの転移であった。肝切除術のため精査を行ったところ、PET-CTで仙骨転移が判明し、最終的にはS状結腸癌pT4(SE)、pN2a、M1b pStageIVbの

診断に至った。現在は当院がん治療センターにて集学的治療を行っている。

【考察】

本邦の報告では、原発として胃癌、腎癌、大腸癌、乳癌の順に多いとの報告がある。大腸癌の原発としては、直腸が56%で、左側結腸が92%と大半を占めていた。転移性尿管腫瘍は尿細胞診陽性率は20%前後と少なく、尿細胞診や内視鏡生検では比較的診断が困難であった。

転移性尿管腫瘍は診断がついた時点で90%に他臓器転移を認めているといわれ、きわめて予後不良であった。本症例も術前に転移を疑っていたら手術・治療方針が変更になった可能性もあり、尿管腫瘍を認めた際には転移性も念頭に置く必要があった。

第118回日本消化器病学会 九州支部例会/第112回日本消化器内視鏡学会 九州支部例会

【2021年12月3日～4日】

会場：出島メッセ長崎

演題：診断に苦慮した好酸球性胃腸炎の一例

演者：市岡正敏/戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者：小島俊樹¹⁾、平塚裕也¹⁾、別府剛志¹⁾、酒見亮介¹⁾、副島祥¹⁾、松岡弘樹¹⁾、榊原重成¹⁾、橋本崇¹⁾、佐々木優¹⁾、森光洋介²⁾、宗祐人¹⁾

1) 戸畑共立病院 消化器病センター、2) 同 病理部

【症例】34歳、男性。

【既往歴】胃潰瘍穿孔にて手術歴あり

【現病歴】

20XX年4月に留学のため来日した。同年4月に喘息発作のため当院救急外来を受診し、内服加療を受けた。その後も、時折気管支喘息に対して内服加療を継続していた。同年9月頃より腹痛、嘔吐、1日10回以上の水様下痢、体動困難を認め、抗生剤内服加療を開始した。その際に喘息発作も出現しており、PSLの点滴加療も行っていた。入院精査にて、逆流性食道炎、急性腸炎と診断した。その後も、腹痛と胃酸逆流症状を起し、繰り返し当院を受診していた。気管支喘息に関しては吸入β刺激薬、抗アレルギー薬で改善したが、胃酸逆流症状にはPPI内服を開始後も、症状は改善なく経過していた。同年12月に腹痛、下痢、倦怠感のため再度入院とした。絶食にて症状は改善したが、食事を開始すると腹痛と喘息発作が再発するという経過をたどった。再度上部内視鏡検査を施行すると上部食道から食道胃接合部まで縦走溝がみられ、好酸球性食道炎を疑い、同部より生検を施行した。さらに、胃の発赤粘膜と、十二指腸の正常粘膜からも生検を施行したところ、食道、胃、十二指腸粘膜すべてにおいて基準値以上(>20/HPF)の好酸球が検出された。

また、CT検査で小腸の浮腫性変化を認め、腸管膜リンパ節腫脹があり、経口的バルーン小腸内視鏡を施行したところ、上部小腸に浮腫を認め同部より生検した。小腸粘膜からも基準値以上の好酸球が検出された。また、炎症性腸疾患、感染症、血管炎関連胃腸症なども除外した。また、喘息発作を伴う腹部症状からも臨床的に好酸球性胃腸炎が示唆された。治療として食物アレルギー検査で陽性であったものの排除とPSL30mg/日を開始した。その後、血液検査で炎症反応も改善し、腹部症状の改善を認めた。現在は外来にてPSL漸減し、経過観察中である。

【考察】

好酸球性消化管疾患は食道運動障害などの症状を起こす慢性アレルギー疾患である。欧米では急速に罹患率が上昇しており、本邦では2006年に初めて報告されて以来認知度の高まりとともに増加している。GERDとして長期的に経過観察され生検を行っていない事よりの確な診断がされていない症例も多く存在するが、今回、各種消化管の生検を行う事により、好酸球性胃腸炎と確定診断した。

【結語】

診断に苦慮した好酸球性胃腸炎を経験した。

第118回日本消化器病学会九州支部例会【2021年12月4日(土)】

会場：出島メッセ長崎

演題：「悪性貧血を契機に診断し得たA型胃炎の一例」

演者：小島俊樹/戸畑共立病院 消化器病センター

共同演者：市岡正敏¹⁾、副島祥¹⁾、松岡弘樹¹⁾、榊原重成¹⁾、橋本崇¹⁾、別府剛志¹⁾、佐々木優¹⁾、森光洋介²⁾、宗祐人¹⁾

1) 戸畑共立病院 消化器病センター、2) 同 病理部

【症例】73歳、男性。

【主訴】全身倦怠感

【現病歴】

2～3ヶ月前より食欲不振、体重減少を認めていた。精査加療目的に当院紹介となった。眼瞼結膜に貧血を認めており、血液検査を行ったところ、WBC 2.710/ μ L、Hb 5.1 g/dl、MCV 134.3 fl、Plt 68,000/ μ Lと汎血球減少を認め、貧血のパターンは大球性貧血であった。鑑別としてビタミ

ンB12欠乏性貧血や溶血性貧血、急性白血病が考えられた。追加でビタミンB12と葉酸を提出したところ、ビタミンB12 50pg/ml、葉酸 3.8ng/mlといずれも低値であった。ビタミンB12欠乏性貧血の診断で、ヒドロキソコバラミン酢酸塩にて治療を開始した。原因精査として上部消化管内視鏡検査を行った。胃体部優位の萎縮を認めており、体部に褪色調の半球状の隆起と発赤調の隆起を散見しており、生検を施行した。病理組織学的には胃底腺消失像、ECL細胞増

加、幽門線非萎縮像、壁細胞消失、主細胞消失を認めていた。以上よりA型胃炎を疑い、追加で抗胃壁細胞抗体、ガストリンを測定したところ、抗胃壁細胞抗体 40倍、ガストリン 2,200pg/mlであり、A型胃炎と診断した。

【考察】

A型胃炎は悪性貧血や胃癌、胃NETの発生母地として知られている。抗胃壁細胞抗体陽性、高ガストリン血症、さ

らに胃体部を中心とした萎縮性胃炎が診断基準とされている。本症例も悪性貧血を契機にA型胃炎を念頭に上部消化管内視鏡検査を行い、診断することが可能であった。

【結語】

悪性貧血を契機に診断し得たA型胃炎の一例を経験した。

第 25 回バイオ治療法研究会学術集会【2021 年 12 月 11 日】

会 場：福岡国際会議場

演 題：遠位側膵切除術における術後膵液瘻予防目的の膵断端腸管壁内埋没法

演 者：谷脇智／戸畑共立病院 外科

共同演者：津留悠壽、下河辺久陽、室屋大輔、松村勝、長尾祐一、吉本裕紀、林亨治、和田義人、明石英俊、奥田康司

戸畑共立病院 外科

【目的】

遠位側膵切除術後の膵液瘻(POPF)発生防止を目的に、当院で行っている膵切除断端を腸管壁内に埋没させる方法を紹介する。

【方法】

2014年より行った遠位側膵切除術で、膵切除断端を腸管壁内に埋没した20例を対象とし、術後POPF、合併症について検討した。

腸管壁内に埋没する方法は、膵切除断端のサイズより埋没する腸管の漿膜筋層を切開し、膵断端を腸管壁内に圧迫するように4-0プロリン糸を用いて密着縫合する。具体的には、腸管漿膜筋層-膵実質-漿膜筋層と運針を行い、膵断端は粘膜下層に埋め込まれる。

【結果】

対象疾患は膵癌9例、膵良性腫瘍8例、NET2例、胃癌1例であった。

膵温存症例が5例、鏡視下手術が3例に行われた。埋没に使用した腸管は胃後壁12例、空腸8例であった。

膵液瘻(grade B+C)は1例も認めなかった(grade A:4例)。しかし、いずれも保存的治療で治癒したが、2例で吻合部腸管に潰瘍を形成し、1例で空腸通過障害を認めた。術後の画像検査では4例で膵断端埋没部に貯留液を認めた。

【結論】

膵と空腸の強固な密着が得られるこの吻合手技は、POPF発生防止に有用な方法と考えるが、吻合部潰瘍など新たな合併症に注意が必要である。

第 25 回バイオ治療法研究会学術集会【2021 年 12 月 11 日】

会 場：福岡国際会議場

演 題：悪性胆道閉塞に対する salvage percutaneous transhepatic biliary drainae の有用性の検討

演 者：室屋大輔／戸畑共立病院 外科

共同演者：奥田康司、津留悠壽、下河辺久陽、松村勝、吉本裕紀、和田義人、林亨治、谷脇智、宗宏伸、今村鉄男
戸畑共立病院 外科

【目的】

悪性胆道閉塞はドレナージの成否が患者予後や癌治療に影響を与える予後不良な病態である。内視鏡的ドレナージが第一選択だが、その治療不成功例の検討はなされていない。今回salvageとして施行した経皮的ドレナージ(PTBD)の安全性及び有効性を検討した。

【方法】

2013年から2020年の間に切除不能進行・再発癌による

悪性胆道閉塞に対してsalvage PTBD施行した52例において有効性に関して後方視的に検討を行った。

【結果および考察】

悪性胆道閉塞症例52例(肝胆膵癌が34例、他癌18例)のうち、内視鏡的ドレナージ不成功24例、効果不十分14例、その他14例であり、生存期間中央値は125日であった。出血3例(6%)、再穿刺を2例(3%)で要したが、Clavien-dindo分類でgradeIII以上の有害事象は認めなかった。salvage PTBD後

学術業績(学会発表)

支持療法のみ群37例、化学療法再開群10例、導入群が7例で、生存期間中央値はそれぞれ58日、186日、386日と化学療法施行群で有意に延長した(p=0.0018)。予後因子の多変量解析ではPS(p=0.020)と化学療法の有無(p>0.001)、WBC高値(p=0.004)が有意であった。

【結論】

悪性胆管狭窄に対するsalvage PTBDは、特に化学療法施行可能な症例で予後延長に寄与すると考えられた。

第25回バイオ治療法研究会【2021年12月11日】

会場：福岡国際会議場

演題：肝細胞癌に対する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：室屋大輔²⁾、佐藤英博¹⁾、谷脇智¹⁾、奥田康司¹⁾

1) 戸畑共立病院 外科、2) 久留米大学病院

【目的】

肝細胞癌(HCC)の治療法の一つであるラジオ波焼灼術をCTガイド下に施行した症例(CTガイド下ラジオ波焼灼術：CT-RFA)について検討した。

【対象・方法】

2001年1月から2021年6月までに経験したCT-RFA施行HCC113例(A群：初発69例、B群：再発44例)を対象に、I.患者背景、II.治療内容、III.予後についてretrospectiveに検討した。

【結果】

I.患者背景：平均年齢(歳)A66.8歳、B73.3歳、性別(男/女)：A55/14、B35/9、肝炎ウイルス(B/C/BC)：A11/52/1、B5/32/0、肝障害度(A/B/C)：A 54/15/0、B 33/11/0、II.治療内容：体位(仰臥位・側臥位・腹臥位)：A 44/25/0、B 25/15/4、穿刺経路(経腹/経胸/経腹+経胸)：A 36/27/6、B 25/13/6、手術時間(時間)A:2.3、B: 2.6、麻酔方法(気管麻酔/分肺麻酔)：A:50/19、B:30/14、CT撮

影回数(回) A4.6、B4.6、在院日数(日)A11.4、B11.9、III.予後：術後合併症：A5例(7.3%)、B5例(11.4%)、在院死亡率：A0、B0、生存率(3年/5年/10年)A 70.1%/47.2%/34.7%、B64.8%/40.3%/13.6%、再発率(3年/5年/10年)A 61.7%/76.9%/83.3%、B63.3%/71.4%/100%。

【考察】

CT-RFAは、経皮的穿刺が困難な症例でも体位変換や人工気胸により穿刺可能となることが多い、焼灼後に即座に焼灼範囲の確認が可能、焼灼不良例では繰り返し施行可能な比較的安全な手技であり、他の治療法と比較しても予後に差はなく有益であると考えられる。一方でCT室使用の独占、放射線被曝量の問題もある。

【結語】

CTガイド下RFAはエコーで腫瘍同定困難症例、経皮的穿刺が困難症例に対するHCCの一治療法として有用であると考えた。

第142回西日本整形・災害外科学会【2021年12月11日～12日】

会場：熊本城ホール

演題：三角繊維軟骨複合体(TFCC)損傷を伴う反復性尺側手根伸筋腱脱臼の1例

演者：畑直文／戸畑共立病院 整形外科

共同演者：大茂壽久

戸畑共立病院 整形外科

【はじめに】

手関節尺側痛をきたす原因として尺側手根伸筋腱(ECU腱)脱臼があるが、報告例は少ない。今回TFCC損傷を伴ったECU腱脱臼の1例を経験したので報告する。

【症例】

54歳男性。職業：電気工事。以前から右手関節尺側痛あり。仕事の作業中にドリルで右手関節を何度か回外強制さ

れ、右手関節尺側痛の増悪あり。近医でTFCC損傷を指摘され、当院紹介となる。身体所見、画像所見よりTFCC損傷を伴うECU腱脱臼の診断とし、同時修復を施行した。術後は疼痛改善し、仕事復帰を果たしている。

【考察】

過去のTFCC損傷を伴うECU腱脱臼の報告では両者の修復を行うことで疼痛改善を認めていた。本症例も両者の修

復を行い、疼痛改善を得ることができた。手関節尺側痛ではTFCC損傷や尺側手根伸筋腱脱臼を含めた幅広い評価が必

要であり、TFCC損傷を伴うECU腱脱臼では疼痛改善目的に同時修復が望ましいと考えた。

第142回西日本整形・災害外科学会学術【2021年12月11日～12日】

会場：熊本城ホール

演題：総腓骨神経麻痺を伴った膝後外側支持機構損傷の治療経験

演者：上田章貴／戸畑共立病院 整形外科

【症例】

63歳男性、バイク転倒で左膝が内反強制され受傷。膝過伸展位で膝外側の疼痛・腫脹、足関節自動背屈不可、下腿外側～足背の感覚障害を認めた。X線で腓骨頭裂離骨片とMRIで腓骨頭裂離骨片に付着する反転したLCLを認めた。総腓骨神経麻痺を合併した膝複合靭帯損傷の診断で手術を施行した。術中の内反ストレスとdial testで高度の内反外旋不安定性を認めた。腓骨頭裂離骨折に加え膝窩筋腱の大腿骨付着部断裂を認め、腓骨神経は伸張された状態であ

った。アンカーで腓骨頭裂離骨片の縫着と膝窩筋腱の修復、膝関節後外側支持機構(PLC)の修復を行った。術後は伸展位固定、2週で装具下に可動域訓練、4週で部分荷重を開始した。下垂足の残存を認め、術後6週で腱移行術を実施した。術後10ヶ月、装具なしで独歩可能となった。

【考察】

本症例で認めた腓骨頭裂離骨折はPLC損傷を示唆し、総腓骨神経麻痺の合併も多く、注意を要する。

第142回 西日本整形・災害外科学会学術集会【2021年12月11日～12日】

会場：熊本城ホール

演題：びまん性特発性骨増殖症を伴う胸椎骨折に血胸を合併した1例

演者：瀬尾智史／戸畑共立病院 整形外科

共同演者：清水建詞、大友一、大茂壽久、濱田賢治、松永慶、
上田章貴、長田宗大、畑直文、草場宣宏、田原尚直

戸畑共立病院 整形外科

【はじめに】

びまん性特発性骨増殖症(DISH)を伴う胸椎椎体骨折に加え、肋間動脈損傷による血胸を合併した症例を経験したため報告する。

【症例】

91歳男性。階段5段からの転落による背部打撲で体動困難となり救急搬送され、X線および単純CTにてびまん性の脊椎強直とTh11椎体骨折、Th10,11棘突起骨折を認めた。また単純CT上、右胸水貯留があり造影CTでは肋間動脈から

の造影剤漏出および血胸水の増加を認めたため血管内治療目的に他院紹介となった。転院先では活動性出血なく胸腔ドレーン留置での観察となった。当院再入院後にTh8-L4の後方固定術を施行し、術後経過は良好である。

【考察】

高齢のDISH症例では軽微な外傷で椎体骨折を起こし易く、転位が少ない場合見逃されやすい。さらに椎体周囲に存在する分節動脈や肋間動脈の損傷の可能性を念頭におく必要である。

第52回日本人工関節学会【2022年2月25日～2月26日】

会場：国立京都国際会館

演題：TKA後の反復する関節内血腫に対し関節鏡を施行した1例

A case of arthroscopy for recurrent intra-articular hematoma after TKA

演者：畑直文／戸畑共立病院 整形外科

共同演者：濱田賢治

戸畑共立病院 整形外科

【はじめに】

TKAの術後成績は良好であり安定した成績が報告されている。術後合併症としては感染やDVT、インプラント周囲骨折などが報告されているが術後反復する関節内血腫の報告は稀である。今回、TKA後に関節内血腫を繰り返し関節鏡手術を施行した症例を経験したため報告する。

【症例】

69歳、男性、左変形性膝関節症に対し2020年3月19日Stryker社製Triathlon PSでTKA施行。手術はmodified gap techniqueで行い膝蓋骨は非置換、ドレーンは非留置とした。同年6月(術後3ヶ月)頃より誘因なく歩行時痛出現。左膝腫脹・熱感を繰り返すため8月5日エコー下に関節穿刺施

行。血腫8ccを認め、さらに関節内に凝血塊が残存している印象であった。腫脹が再度増強してきたため8月27日造影CT施行も、出血源は特定出来なかった。その後も血腫を繰り返すため11月12日(術後8ヶ月)関節鏡施行。PF関節外側に挟まるように滑膜ヒダが存在し、活動性の出血を確認した。滑膜切除を行い止血操作を加えた。術後1年関節内血腫の再燃はなく経過は良好である。

【考察】

TKA後の反復性関節内血腫の発生頻度は0.1～1.6%。本症例の場合、外側滑膜ヒダが膝蓋骨と大腿骨コンポーネント間にインピンジした事が原因と考えられた。

第58回九州外科学会【2022年2月25日(金)～26日(土)】

会場：久留米シティプラザ

演題：『当院における腸間膜リンパ管腫手術症例の検討』

演者：津留悠壽／戸畑共立病院 外科

リンパ管腫は小児の頸部に多い良性疾患とされており、成人の腸間膜に発生するリンパ管腫は比較的稀で本邦報告例も数少ない。我々はここ2年間で4例の成人腸間膜リンパ管腫を経験したので報告する。

リンパ管腫とは上皮性の良性疾患であり、好発年齢は10歳までの小児期が75%を占め、成人では40歳台に多いとされている。発生部位としては頸部が約70%と多く、腹部発生は5%未満であるがそのうち70%が腸間膜に存在するとされている。

成因は、先天的なものとして胎生期のリンパ管形成異常、後天的なものとしては放射線照射、上気道感染、静脈圧上昇、外傷性刺激などによるリンパ管閉塞や鬱滞によるものが考えられている。鑑別診断は良性のもので腸間膜嚢腫、嚢状中皮腫、平滑筋腫瘍、偽嚢胞、消化管重複症が挙げられ、悪性なものとしては腸間膜嚢胞腺癌、平滑筋肉腫がある。

基本的に何らかの症状がある場合や悪性が否定出来ない場合が治療適応となり、治療法は多岐にわたる。小児例では3年で40%が自然消退されるとの報告もあり、経過観察も選択され得る。また小児のほとんどを占める嚢胞状リンパ管腫ではOK432局注療法の有効率は90%との報告もある。それに対して、成人の症例では嚢胞の完全切除が治療の第一選択であり、完全切除出来なかった場合は開窓術、硬化療法(アルコール、OK432)、リンパ管細静脈吻合も有効とされている。完全切除された症例には再発の報告はなく、予後は非常に良好であると言われている。特に手術に関して有茎性嚢胞に対しては嚢胞切除のみが行われており、無茎性嚢胞の場合には切除による腸管への血液供給の観点から腸管切除がされていた。術前の鑑別診断が困難な症例では、悪性腫瘍の可能性が否定できないため、術中被膜損傷に十分注意して手術を行う必要がある。

第58回九州外科学会【2022年2月25日(金)～26日(土)】

会場：久留米シティプラザ

演題：高気圧酸素治療を行った門脈ガス血症に腸管気腫を伴った1例

演者：副島周平／共愛会 戸畑共立病院

共同演者：室屋大輔、津留悠壽、下河邊久陽、長尾祐一、吉本裕紀、和田義人、林亨治、
谷脇智、今村鉄男

戸畑共立病院 外科

【背景】

門脈ガス血症は腸管壊死を示唆する予後不良因子とされてきたが、近年画像診断能の向上と共に、軽症例の保存的治療の報告例が増加してきている。また、CT検査で門脈ガスと腸管気腫症を同時に認める症例は重症度が高いことが多いと報告されている。

【症例】

96歳男性。嘔吐で救急搬入され、CT検査で門脈ガス血症

と腸管気腫を認めた。一部空腸に浮腫を認め、腸管虚血を疑う所見だった。腹膜刺激症状はなく、高齢であったため、高気圧酸素療法を主とした保存的加療で改善し、食事開始して第9日病日に退院した。

【考察】

今回我々は、腸管気腫症を伴った門脈ガス血症に対して高気圧酸素療法を施行し、保存的に加療できた症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。



症例報告 VII

S 状結腸癌同時性尿管転移の 1 例

吉本 裕紀¹⁾ 石橋 慶章¹⁾ 古賀 史記¹⁾
 室屋 大輔¹⁾ 宗 祐人²⁾ 森光 洋介³⁾

共愛会戸畑共立病院消化器外科¹⁾, 同 消化器病センター²⁾, 同 病理診断科³⁾

症例は 70 歳代の男性, 左水腎症にて他院外来通院中であつたが, 背部痛が増悪し当院紹介受診となつた。精査の結果, S 状結腸癌, 転移性肝腫瘍 (外側区域), 原発性左尿管腫瘍の診断となつた。S 状結腸癌の狭窄が切迫していたため, 肝切除は二期的に行うこととし, まず後腹膜鏡下左腎・尿管切除術および腹腔鏡下高位前方切除術 (D3) を施行した。術後経過良好で術後第 13 病日に退院となつた。術後の病理所見で, 尿管癌は原発性ではなく大腸癌からの転移性腫瘍と診断された。術後の CT 検査で切除した左腎付近に腫大したリンパ節があり, 転移・遺残が否定できなかつたため PET-CT を施行したところ S4-5 レベルに仙骨骨転移を認めた。転移性尿管腫瘍は高率に遠隔転移を伴い予後不良であるため, 集学的治療目的に当院がん治療センター紹介となり現在加療中である。

索引用語 : S 状結腸癌, 転移性尿管腫瘍, 遠隔転移

緒 言

転移性尿管腫瘍は比較的稀な疾患であり, 非常に予後不良であるといわれている。大腸癌からの転移は稀であり, 血行性転移であることが多く¹⁾ 術前に確定診断に至ることは困難である。

今回われわれは同時性尿管転移, 肝転移, 仙骨転移を認めた S 状結腸癌の症例を経験し, 診断・治療に難渋したため若干の文献的検索を加え報告する。

症 例

患者 : 70 歳代, 男性。

主訴 : 背部痛。

家族歴 : 特記すべきことなし。

現病歴 : 左尿管拡張にて近位通院中であつたが, 背部痛が増悪し精査・加療目的に当院紹介, 前立腺肥大による尿閉もあり入院となつた。

既往歴 : 幼少時 : 虫垂切除術。

高血圧, 不整脈, 前立腺肥大にて内服治療。

アレルギー歴 : なし。

家族歴 : 祖母が直腸癌。

入院時検査所見 : 身長 167cm, 体重 63kg。血液検査で, Alb 3.1g/dl と低アルブミン血症と RBC 345

×10⁴/μl, Hb 9.1g/dl と軽度の貧血を認めた。腫瘍マーカーは, CEA 1.6ng/mL, CA19-9 14.2IU/mL と正常であつた。

下部内視鏡検査所見 : AV20cm の S 状結腸に全周性の 2 型腫瘍を認めた (図 1)。狭窄が強くと内視鏡通過は困難であつた。生検の結果, tub1-2 と診断された。

CT 所見 : S 状結腸に限局性の壁肥厚 (矢印) と周囲の腫大したリンパ節 (矢尻) を認めた。尿管腫瘍 (黒矢印) が描出されているが S 状結腸腫瘍・リンパ節との明らかな連続性は認めなかつた (図 2 a)。CTC では S 状結腸に全周性に狭窄性病変を認めた (図 2 b)。左下部尿管レベルに不均一に造影される軟部影 (矢印) とそれより中枢側の尿管の拡張を認めた (図 2 c)。肝外側区域に約 30mm 大の不均一な腫瘤性病変 (矢尻) を認めた (図 2 d)。

MRI 所見 : 肝外側区域に約 33mm 大の拡散制限, リング状濃染像, 肝細胞取り込み低下の腫瘤を認めた (図 3)。

尿管鏡検査所見 : 大きな前立腺肥大症を認めた。逆行性腎盂尿管造影検査では内腔に陰影欠損を認めるが尿管の移動性は良好であつた。尿細胞診は class II であつた。

以上より S 状結腸癌 cT3N2aM1a cStage IVa (H),

原発性左尿管癌 T2N0M0 Stage II と診断された。大腸癌による狭窄が強く腸閉塞が切迫していたため手術を予定したが、長時間の手術が予想されたため肝切除は二期的に行うこととした。

予定術式：後腹膜鏡下左腎・尿管切除術+腹腔鏡下高位前方切除術。



図1 下部内視鏡検査所見
全周性の2型腫瘍を認めた。

手術所見：全身麻酔下に患者を右側臥位とし後腹膜アプローチにて左腎摘を行った。尿管は可及的末梢まで剥離を行った後、摘出部にドレーンを留置し砕石位に体位変換を行った。恥骨直上正中に小切開をおき腹膜外経路で左尿管を確認し膀胱壁を一部合併切除、左腎+全尿管を摘出した。引き続き臍部に2cmの縦切開をおき、腹腔鏡下に手術を開始した。肝臓外側区域の表面に突出する腫瘍を認めたが、明らかな播種性病変は認めなかった。主腫瘍をS状結腸に認め、右側腹膜に強固に癒着または浸潤していたため腹壁を一部合併切除した。IMA根部から郭清をはじめ左結腸動脈を温存し、高位前方切除を施行、吻合はDouble Stapling Techniqueを行った。手術時間7時間58分、出血量280gであった。

摘出標本肉眼所見

- ・S状結腸：70×52mm大の全周性2型腫瘍を認めた(図4a)。
- ・尿管：下部尿管に約3cm大の内腔に突出するような乳頭状隆起性病変を認めた(図4b, c)。

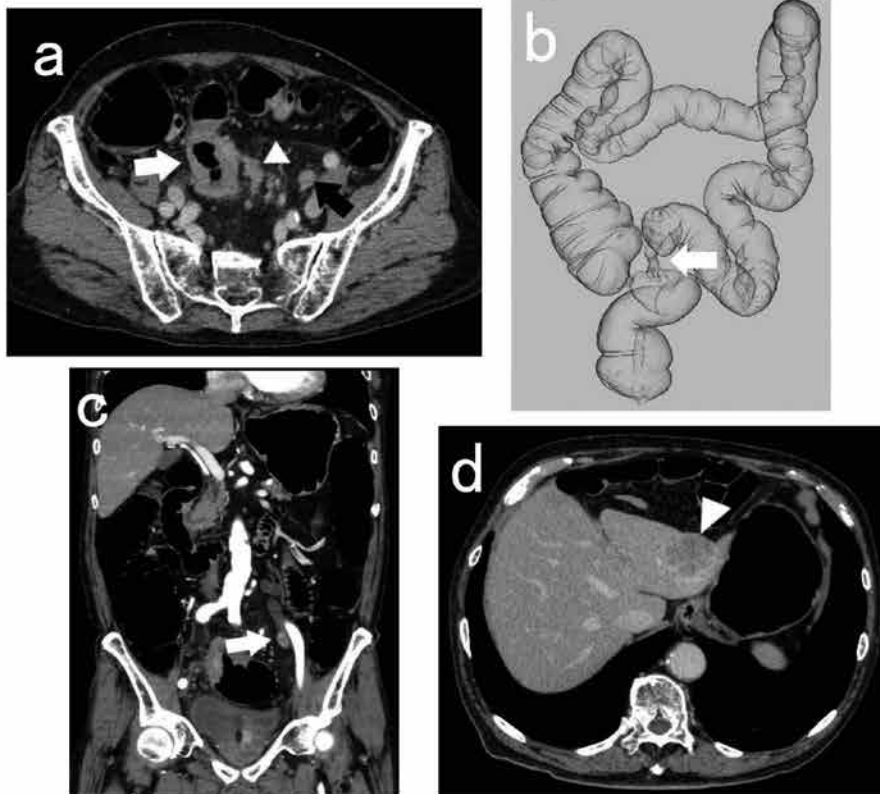


図2 S状結腸癌(矢印)と周囲の腫大したリンパ節(矢尻)、尿管腫瘍(黒矢印)を認めた(a)。CTCではS状結腸に全周性に狭窄性病変を認めた(b)。左下部尿管に軟部影(矢印)(c)と、肝外側区域に腫瘤性病変(矢尻)を認めた(d)。

術後経過：術後第 3 病日から食事摂取を開始し、腎門部ドレーン抜去、第 4 病日に腹腔内ドレーン抜去した。その後順調に軽快し術後第 13 病日に退院となった。

病理所見

・S 状結腸：type2, 70×52mm, tub2>por1, pT4a (SE), INFb, ly1b, V1c, pN2a, pPM0, M1b(HI, OSS, OTH) pStageIVb (図 5 a) であった。尿管腫瘍との明らかな連続性は認めなかった。

・左腎・尿管：尿管腫瘍全体が S 状結腸癌と全く同じ組織像であり urothelial carcinoma 成分は全く認められなかった。腫瘍部尿管壁に明らかな血管侵襲が認められ、S 状結腸癌からの血行性転移と考えら

れた (図 5 b, c)。

退院後全身状態が落ち着いたため、肝転移に対して精査を行った。造影 CT 検査にて切除した左腎門部付近に腫大したリンパ節を散見し、遺残も否定できなかったため PET-CT を施行した。PET-CT で肝外側区域に転移巣を認め、それ以外に仙骨左側に SUVmax=7.5 の結節状の集積亢進 (矢印) があり (図 6), 同部は一部骨融解像を伴っていた。MRI にて仙骨 S4-5 レベルに T1W1 低信号を認め (図 7 a), 造影にて増強され (図 7 b) 骨転移と診断された (矢印)。今後の治療方針についてカンファレンスを重ね、最終的に集学的治療を行う方針になり、当院がん治療センター紹介となった。hyperhermia を加えた化学療法：P-mab+FOLFOX6 を 7 回施行後、現在は B-mab+5Fu/LV 療法を継続中であるが、術後 1 年、治療開始後 10 ヶ月経過するも肝転移は著明に縮小傾向である (矢尻) (図 8)。

考 察

消化器癌診療において尿管閉塞がある場合は尿管腫瘍を念頭に置いて精査を進める必要がある。続発性腎盂尿管腫瘍は、1) 血行性・リンパ行性、2) 尿流性、3) 直接浸潤の 3 通りの機序で発生する腫瘍であると考えられている。このうち、1) 血行性、リンパ行性によるものが転移性尿管腫瘍として分類さ

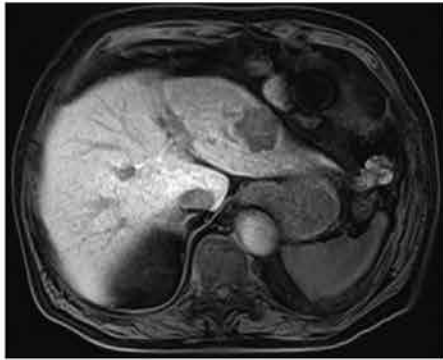


図 3 MRI 所見
転移性肝腫瘍と診断した。

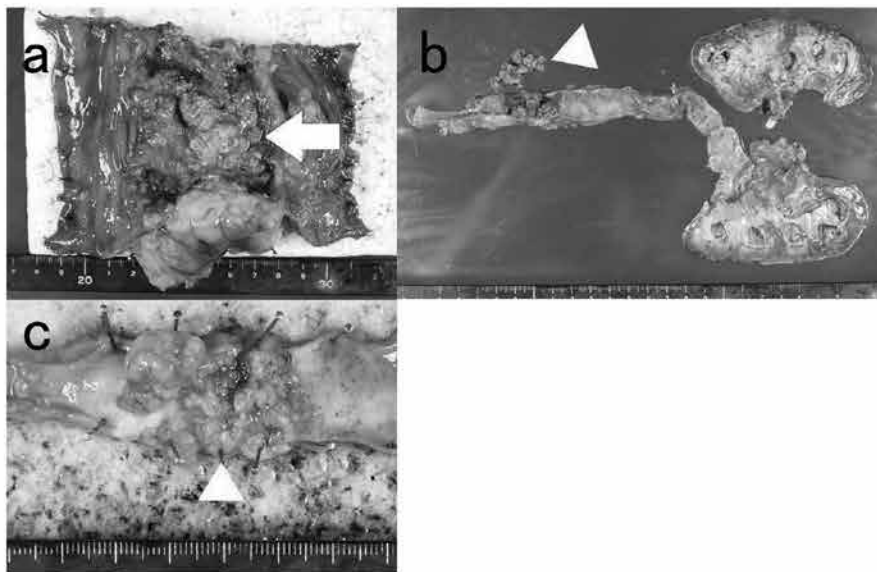


図 4 摘出標本肉眼所見
(a) S 状結腸に 2 型腫瘍を認め (矢印), (b) (c) 下部尿管に乳頭状隆起性病変を形成していた (矢尻)。

戸畑共立病院
戸畑ハビテーション病院
あやめの里
健診センター
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
明治町テラービスセンター
メデイカルフィットネス R・EX戸畑
あやめレンタルサービス

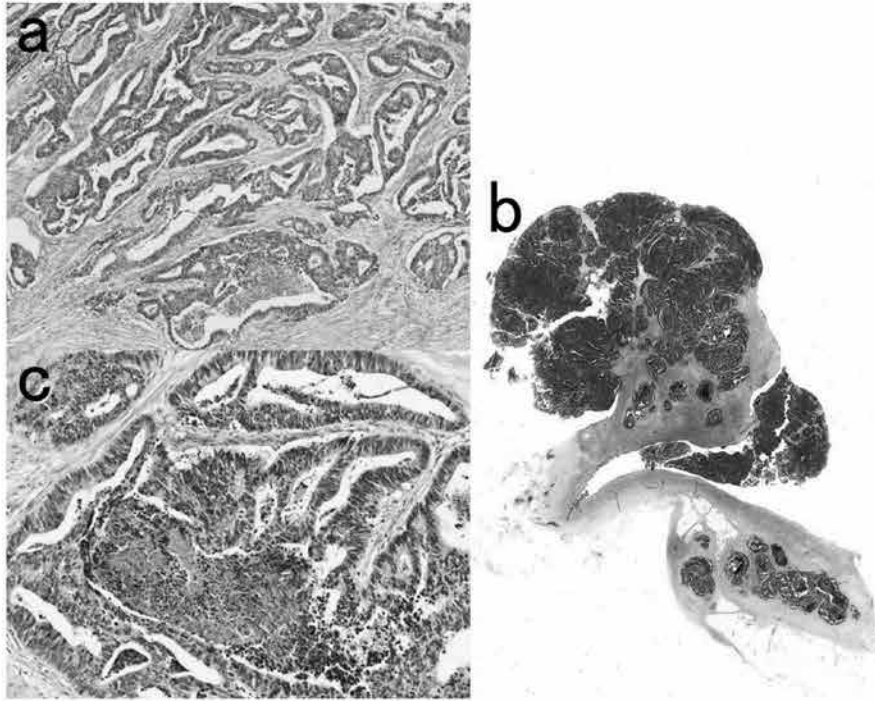


図5 病理所見

a: リンパ節転移を伴う中〜低分化型腺癌であった(弱拡大×100).
b, c: 尿管腫瘍全体がS状結腸癌に類似した組織像であった(弱拡大×200).

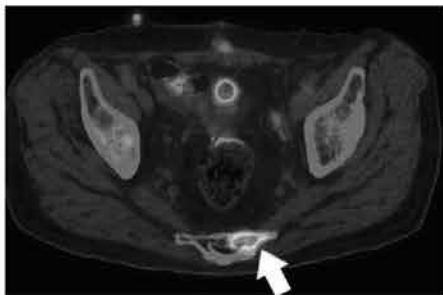


図6 PET-CT 所見

仙骨左側に結節状の集積亢進(矢印)が認められた.

れ、比較的稀とされている。転移性尿管腫瘍の定義として Presman ら²⁾ は、1) 組織学的に腫瘍細胞が尿管の血管周囲リンパ組織あるいは血管内に認められること、2) 尿管壁の一部に原発巣と同じ腫瘍細胞がみられ隣接組織からの直接浸潤がないこと、のいずれかをみとすことと規定している。しかし、尿管周囲の転移巣から連続性に尿管に浸潤したものをか、尿管に転移を生じ尿管外へ進展していったものを鑑別するのは難しい。

転移性尿管腫瘍は1909年 Stow³⁾ によって報告された胸腺リンパ肉腫の両側尿管転移が最初の報告と

されている。松村ら⁴⁾ は本邦で報告された転移性尿管腫瘍105例を検査し報告している。彼らによると、原発巣として、胃癌36例、腎癌23例、結腸癌10例、乳癌9例、直腸癌7例、前立腺癌6例、膀胱癌5例、子宮癌2例、陰嚢癌、精巣癌、十二指腸癌、胆嚢癌、胆管癌、肺癌、顎下腺癌が各1例であった。また小林ら大腸癌尿管転移27例の報告⁵⁾ では、大腸癌の原発部位は直腸が56%と多く、左側結腸癌と右側結腸癌ではそれぞれ92%と8%で左側結腸に圧倒的に多かった。また、壁深達度はMP以深が93%と進行しており、リンパ管侵襲が強く、リンパ節転移陽性例が53%で認められた。大腸癌手術時に尿管転移が診断されていた症例が36%あり、尿管転移は大腸癌手術から3年未満に84%が診断されていた。大腸癌からの尿管への転移は左側が67%で、上部中部下部はそれぞれ22%、31%、39%で転移部位には差はなかった。

古目谷ら⁶⁾ は、血管やリンパ管が少ない粘膜へは転移しにくく、外膜・筋層・粘膜下層が病変の主体となると提言している。そのため、粘膜病変を主体とする原発性尿管腫瘍と比較し臨床症状が異なるの

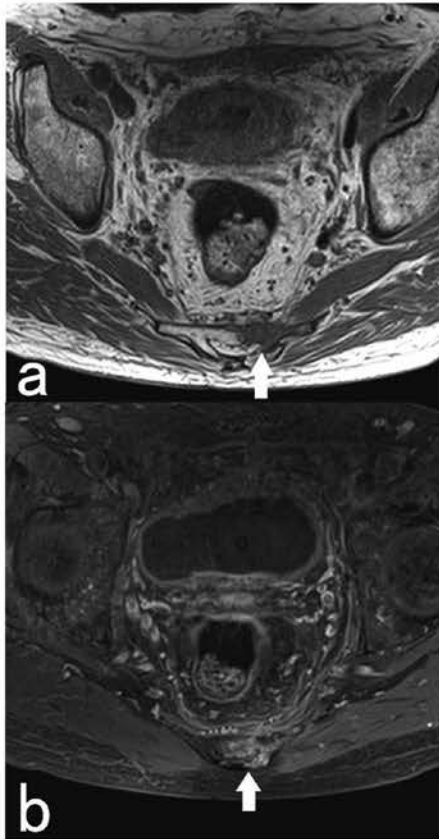


図7 MRI所見
(a) 仙骨 S4-5 レベル T1WI 低信号(矢印)を認め、(b) 同部は造影にて増強されていた(矢印)。

が特徴である。原発性尿管腫瘍では血尿が75~95%と多くみられ、尿細胞診陽性率は30~80%、尿管閉塞症状は24~62%であるが、転移性尿管腫瘍では腰背部痛、乏尿などの尿管閉塞症状が74%と多くみられる一方、血尿が25%、尿細胞診陽性率は20%前後と少ない^{6,7)}。よって、尿細胞診や内視鏡生検では比較的診断が難しいといわれている。

転移性尿管腫瘍の予後は不良で、診断がついた時点で90%に他臓器転移を認めているといわれている⁸⁾。松村らも、尿管転移診断前後に94%の症例が遠隔転移をきたしていたと報告している⁴⁾。藤本らは尿管閉塞症状出現から6ヵ月以内に75%が死亡し、余命は9ヵ月程度と報告している⁹⁾。大藪らは半数以上が1年以内に死亡していると報告している¹⁰⁾。

尿管転移診断時には遠隔転移を伴っており、きわめて予後不良であり、治療法は慎重に選択する必要がある。乳癌原発転移性尿管腫瘍の場合は、治療は内分泌療法もしくは化学療法が主体であり、外科的



図8 化学療法後CT所見
外側区域の肝転移巣(矢尻)は著明に縮小していた。

切除は限られた症例のみとされており、確定診断を行うことで不必要な手術を減らすことができる可能性があると考えられる。大腸癌に関しては、尿管転移を認めた時点で90%が遠隔転移を認めているといわれているが、転移巣を含めて手術が第一選択であり、根治できない場合は予後不良な状態であることを十分に考慮した集学的治療が必要であると考えられる。尿管腫瘍以外の悪性腫瘍の既往もしくは疑いがある症例で尿管狭窄が認められる場合、尿管転移を診断することにより不要な手術を回避できる可能性があり、さらには転移性尿管腫瘍の病理診断から原発巣の部位が判明することもある。しかし、尿管腫瘍が原発性であるか転移性であるかは術前に確定診断を行うことは非常に困難である。転移性尿管腫瘍の場合は粘膜下が病巣の主体となるため尿細胞診の陽性率は低い。尿細胞診陽性例では尿路上皮癌が圧倒的に多いが、核・細胞の所見および出現形態、既往歴などから、転移性腫瘍の可能性も考慮して観察することが大切である。しかし、それでも確定診断に至らない場合は、尿管鏡による生検が必要となる。しかし、転移性尿管腫瘍では粘膜面に所見が乏しいことが多く、実際に生検下で確定診断できた報告は3例のみとかなり稀であった¹¹⁻¹³⁾。

遠隔転移がないかあるいは制御可能であるならば、大腸切除と尿管切除を施行する。尿管転移の手術療法としては腎尿管摘出術と尿管部分切除がある。原発性尿管癌は多中心性または腫瘍細胞の腔内播種により高頻度に尿路再発をきたすといわれている¹⁴⁾。転移性尿管癌は粘膜病変が少なく、腔内播種の頻度は低いと思われるが、根治のためには腎盂尿管癌と同

様に腎尿管全摘術が必要と考えられる。しかし、転移性尿管腫瘍の場合はすでに他臓器に転移を伴っている症例が多く、水腎症の解除と出血のコントロールのための尿管部分切除も症例によっては選択肢の1つになりうる。また、水腎症を解除し、早期に化学療法を行う場合は尿管ステント留置という方法もある。今回は術前に肝転移巣は把握できていたが、大腸癌からの転移であると判断しており、尿管腫瘍は原発性であると診断した。当初は結腸癌、尿管腫瘍の手術を行い、その後化学療法を行い肝切除可能であれば肝切除を行うことで根治できると考えていた。そのため、後腹腔鏡下左腎尿管全摘除術+腹腔鏡下高位前方切除術を施行した。切除後の病理診断で尿管腫瘍が転移性であったため、PET-CTを施行したところ骨転移が判明した。術前から肝転移があり、尿管腫瘍も大腸癌からの転移を疑いもう少し精査を行っていたならば、大腸癌の根治切除と尿管部分切除またはステント留置を行い、早期に化学療法開始という選択肢もあり、非常に予後不良の症例にやや過大侵襲の手術を施行したことは、治療方針としてはバランスが悪く反省すべき点であった。転移性尿管腫瘍は診断や治療が難しく、尿管腫瘍を認めた場合は全身を詳細に精査し、病勢をしっかりと把握し、最適な治療方針を立てることが必要不可欠であると思われた。

結 語

転移性尿管腫瘍、肝転移、骨転移を認めたS状結腸癌の1例において治療方針に非常に難渋した症例を経験した。尿管狭窄・閉塞症状を認めた際は、悪性腫瘍の既往の有無を十分に検索したうえで、転移性尿管腫瘍も鑑別診断の1つとして精査、加療を行う必要があると思われた。

謝 辞

稿を終えるにあたり、産業医科大学泌尿器科 藤

本直浩教授、大西怜講師、当院泌尿器科 綾塚仁志医師には治療方針、手術に際し適切なお助言、ご指導をいただきました。この場をお借りして深謝いたします。

利益相反：なし

文 献

- 1) Haddad FS: Metastases to ureter: review of the world literature and new case reports. *Leb Med J* 47 : 265-271, 1999
- 2) Presman D, Ehrlich L: Metastatic tumors of the ureter. *J Urol* 59 : 312-325, 1948
- 3) Stow B: Fibrolymphosarcoma of both ureters metastatic to a primary lymphosarcoma of the anterior mediastinum of thymus origin. *Ann Surg* 50 : 901-906, 1909
- 4) 松村健太郎, 大町哲史, 呉 偉俊ほか: 乳癌原発転移性尿管腫瘍の1例. *泌外* 24 : 1851-1854, 2011
- 5) 小林達則, 岡林弘樹, 上山 聡ほか: 直腸癌からの尿管転移の1例 本邦で報告された大腸癌尿管転移27例の検討. *手術* 71 : 1357-1362, 2017
- 6) 古目谷暢, 中井川昇, 佐野 太ほか: S状結腸癌の腎盂尿管転移の1例. *泌紀* 55 : 339-343, 2009
- 7) 垣本健一, 坂上和弘, 小田昌良ほか: 膀胱部癌原発転移性尿管腫瘍の1例. *西日泌* 57 : 750-753, 1995
- 8) 海老根崇, 進藤雅仁, 藤田晃司ほか: 大腸癌からの転移性尿管腫瘍. *泌紀* 60 : 143-146, 2014
- 9) 藤本宣正, 市川靖二, 中野悦次ほか: 転移性尿管腫瘍の1例. *西日泌* 49 : 137-142, 1987
- 10) 大藪裕司, 鮫島 博, 江藤耕作: 転移性尿管腫瘍(腺癌)の2例. *泌外* 3 : 467-470, 1990
- 11) 慎 武, 弓狩一見, 大日方大亮ほか: 尿管転移により診断がついた前立腺癌の1例. *泌外* 24 : 65-68, 2011
- 12) 河村香澄, 荒木元朗, 定平卓也ほか: 消化器癌による転移性尿管腫瘍の2例. *西日泌* 8 : 461-466, 2019
- 13) 新井悠一, 光成健輔, 今里祐之ほか: 生検により診断可能であった乳癌原発転移性尿管腫瘍の1例. *西日泌* 79 : 464-468, 2017
- 14) Tanaka N, Kikuchi E, Shirotake S, et al: The predictive value of C-reactive protein for prognosis in patients with upper tract urothelial carcinoma treated with radical nephroureterectomy: a multi-institutional study. *Eur Urol* 65 : 227-234, 2014

A Case of Synchronous Ureteral Metastasis of Sigmoid Colon Cancer

Yasunori Yoshimoto¹⁾, Yoshiaki Ishibashi¹⁾, Fumiki Koga¹⁾,
Daisuke Muroya¹⁾, Suketo So²⁾ and Yosuke Morimitsu³⁾

¹⁾Department of Digestive Surgery, Kyoaikai Tobata Kyoritsu Hospital,

²⁾Digestive Disease Center, Kyoaikai Tobata Kyoritsu Hospital,

³⁾Department of Pathology, Kyoaikai Tobata Kyoritsu Hospital

A 70-year-old man was admitted to another hospital for left hydronephrosis, but his back pain worsened and he was referred to our hospital. As a result of further examination, a diagnosis of sigmoid colon cancer, metastatic liver tumor (lateral segment) and primary left ureteral tumor was made. Since stenosis of sigmoid colon cancer was imminent, hepatectomy was scheduled in the second phase. First, retroperitoneal left nephrectomy and laparoscopic high anterior resection (D3) were performed. The postoperative course was uneventful and he was discharged on the 13th postoperative day. The postoperative pathology revealed that the ureteral cancer was not a primary tumor but a metastatic tumor from colon cancer. Postoperative CT examination showed an enlarged lymph node near the resected left kidney, and metastasis or residual tumor could not be ruled out. Therefore, PET-CT was performed, and showed sacral bone metastasis at the S4-5 level. Since metastatic ureteral tumors have a poor prognosis with a high rate of distant metastasis, he was introduced to our Cancer Treatment Center for the purpose of multidisciplinary treatment and is currently being treated.

Key words: Sigmoid colon cancer, Metastatic ureteral tumor, Distant metastasis

(2021 年 5 月 26 日受付)

(2021 年 6 月 16 日受理)



症例報告 III

腹膜播種再発をきたした Invasive Micropapillary Carinoma の成分を有する早期大腸癌の 1 例

古賀 史記¹⁾ 吉本 裕紀¹⁾ 室屋 大輔¹⁾
 石橋 慶章¹⁾ 宗 宏伸¹⁾ 森光 洋介²⁾
 戸畑共立病院外科¹⁾, 同 病理²⁾

症例は 64 歳女性で主訴は下血。下部消化管内視鏡検査で S 状結腸に Ip ポリープを認め、EMR 目的に当院に紹介となった。EMR の切除標本の病理診断にて Invasive Micropapillary Carinoma (以下、IMPC と略記)成分を認め、深達度 T1b, Ly1 と診断されたため追加切除目的に当科紹介となった。単孔式腹腔鏡下 S 状結腸切除術(D3 郭清)を施行し病理診断の結果、中間リンパ節に転移を認め、pStage III a であった。術後 5 ヶ月目、術後補助化学療法中に腫瘍マーカーの上昇を認め、CT にて腹膜播種再発と診断した。現在化学療法を含めた集学的治療中である。当院では IPMC の成分を含む大腸癌を 2013 年からの 7 年間で 16 例経験し、高率にリンパ節転移を認めた。大腸の IMPC はリンパ節転移を高率に認め、リンパ節転移の可能性を十分に考慮したリンパ節の郭清度の検討が必要と考えられた。

索引用語：Micropapillary Carinoma, 早期大腸癌, 腹膜播種再発

はじめに

Invasive micropapillary carcinoma (以下 IMPC と略記) は乳腺、尿路、肺、唾液腺などでの発生が報告され高頻度にリンパ管侵襲、リンパ節転移を伴い予後不良の組織型であるが¹⁻³⁾、大腸の IMPC は臨床医には十分に認識されておらず、不明な点が多い。今回、われわれは EMR 後に追加切除を行い早期に腹膜播種再発をきたした IMPC 成分を有する早期大腸癌の 1 例を経験したので、当院で認めた 16 例の IMPC 成分を有する大腸癌症例の臨床的特徴と文献的考察を加え報告する。

症 例

患者：64 歳女性。

主訴：下血。

現病歴：2019 年 8 月に上記を認め近医を受診し、下部消化管内視鏡検査にて S 状結腸に 12mm 大の Ip ポリープを認め当院消化器内科紹介となった。

既往歴：脂質異常症、気管支喘息。

家族歴：特記事項なし。

入院時現症：身長 156cm, 体重 42.6kg. 眼瞼結膜

に貧血・黄染なし。

血液検査：Hb 12.3g/dl と軽度の貧血を認め、腫瘍マーカーは CEA 4.68ng/ml, CA19-9 <2.0U/ml と正常範囲であった。

下部消化管内視鏡検査所見：S 状結腸に表面不整の 12mm 大の Ip ポリープを認め、EMR を施行した (Fig. 1)。病理診断の結果、大部分は高分化腺癌であったが、深部に invasive micropapillary carcinoma (IMPC) の成分を認め、深達度は pT1b (SM :



Fig. 1 Irregular 12mm Ip polyps in the sigmoid colon.

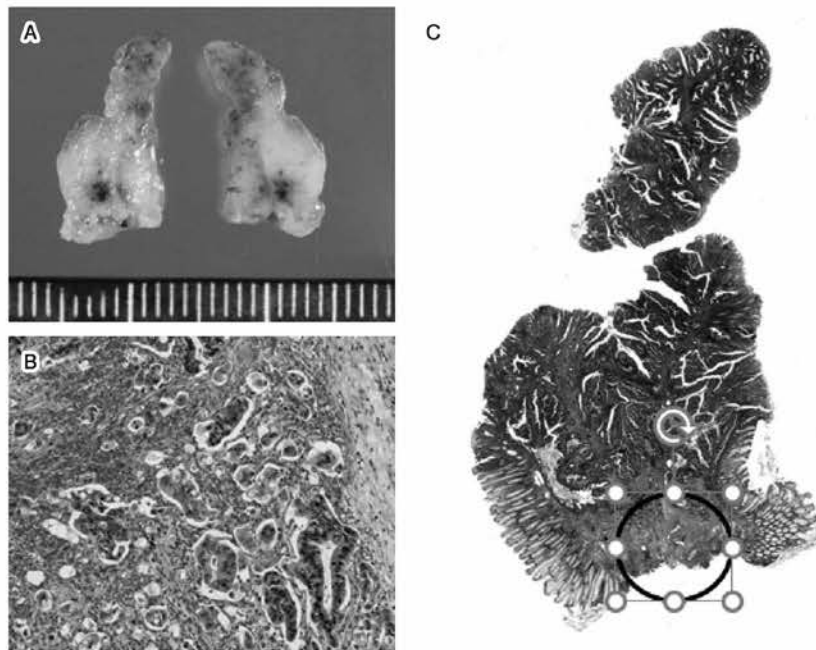


Fig. 2 Most are well-differentiated adenocarcinoma with deeply IMPC component (A : Macroscopic findings, B : HE×200, C : HE×12.5).

3,000 μ m)であった。IMPCの腫瘍に占める割合は10%未満であった。リンパ管侵襲も軽度 (ly1) 認められた (Fig. 2A, B)。

胸腹部造影CT所見 (EMR後) : S状結腸にEMR後のクリップを認めた。リンパ節転移、遠隔転移を示唆する所見は認めなかった。

以上よりS状結腸癌cT1bN0M0 Stage Iと診断した。大腸癌治療ガイドラインに沿って十分に説明を行い、IMPC成分を有していることからD3リンパ節郭清を伴う単孔式腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。

手術所見 : 腫瘍の点墨をS状結腸のSD junctionより認められた。腹水、腹膜播種病変、肝転移は認めなかった。腫瘍部栄養血管は第1S状結腸動脈でありIMA根部からリンパ節郭清を施行し第1S状結腸動脈の根部で血管処理を行った。吻合は小開腹下に機能的端々吻合で行った。

切除標本肉眼所見 : EMR後の潰瘍痕跡を認めるのみであった (Fig. 3A)。

病理組織学的検査所見 : S状結腸壁内に腫瘍の残存は認めなかった。リンパ節は検索した全17個のうち241番リンパ節3個中3個、242番リンパ節6個中2個に転移を認めた。また、242番転移リンパ節では癌細胞の静脈浸潤、EXを認めた (Fig. 3B-D)。

最終診断は well to poorly (invasive micropapillary pattern) differentiated adenocarcinoma, S, 0-I p, T1b (SM : 3,000 μ m), INFb, Ly1b, V1a, BD2, pN2a (5/17), pPM0, pDM0, pRM0, pStage IIIa RAS/BRAF 野生型であった。術後経過は良好であり、術後9日目に退院となった。退院後は外来でXELOXによる術後補助化学療法を施行した。術後5ヵ月目、XELOX療法6コース終了時にCEA 10.91ng/ml, CA19-9 67.48U/mlと腫瘍マーカーが上昇し (Fig. 4), CT検査にて腹腔内に多発結節を認め、腹膜播種再発と診断した (Fig. 5)。術後1年4ヵ月、FOLFIRI+Pmabによる化学療法を施行中である。

考 察

IMPCは、1993年にSiriaunggulとTavassoliが乳癌で提唱した比較的新しい組織型である¹⁾。大腸癌では2005年に初めて報告されており⁴⁾。Leiら⁵⁾は、IMPCの発生率は9.4%から19.1%であり、浸潤性乳癌(3-6%)、尿路上皮癌(0.6-8.2%)や膀胱癌・乳頭部癌(4%)などよりも高く、直腸、右側結腸に多いと報告している。頻度の相違は、IMPCという新しい組織型がまだ十分認知されていないこと、他の組織型と併存することが多く、純型が少ないことなどに起因すると思われる。Kimらはその割合は5%か

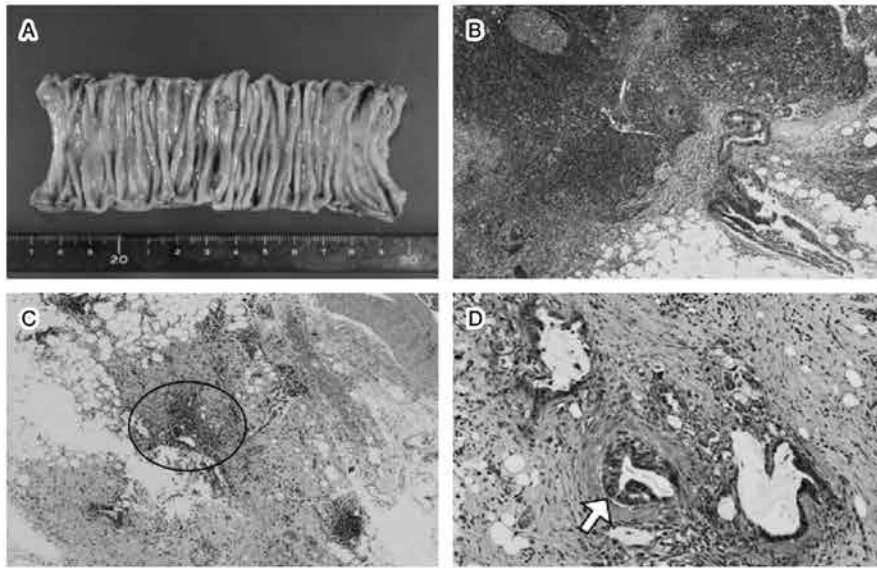


Fig. 3 No residual tumor was found in the resected intestinal tract after EMR (A : Macroscopic findings, B : HE×12.5). Lymph node metastasis with EX (ND) was observed in the regional lymph nodes (C : HE×12.5, D : HE×200).

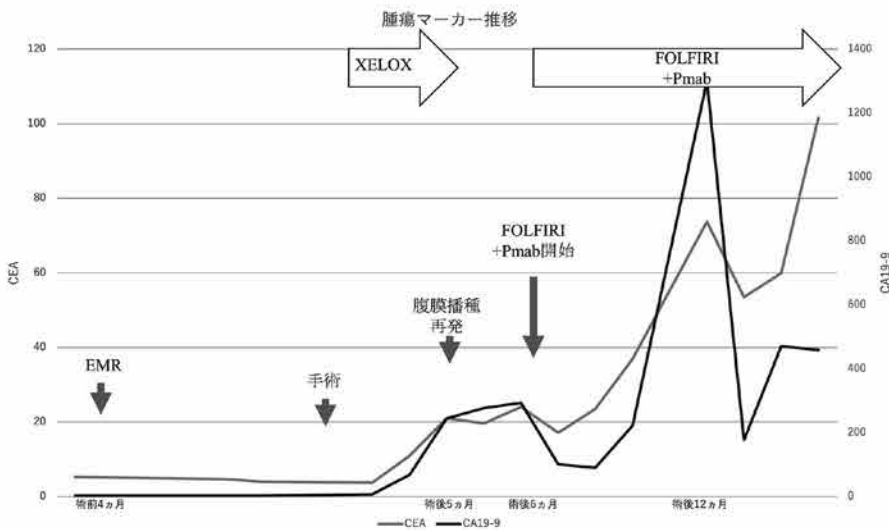


Fig. 4 Treatment course and alteration of tumor markers.

ら95%の範囲で、通常は30%未満であると報告している⁶⁾。

組織学的には、リンパ管様の空隙で囲まれた纖維血管性間質を欠く微小乳頭状癌巣から構成される。免疫組織学的所見としては、通常の腺癌では腫瘍細胞の管腔側内側が染色されるMUC1において、腫瘍細胞塊の外周が染色されるinside-out patternという特徴的所見を呈する³⁾。2010年WHO分類で大腸項目にIMPCの記載が認められているものの、

現在の大腸癌取り扱い規約は記載されていない⁷⁾。まだ大腸領域では認知度は低いものの、通常腺癌に比べ予後不良の組織型であるといわれているため今後その存在に注視する必要があると思われる。

Kimら⁶⁾は585例の大腸癌切除例からIMPC成分を含む大腸癌55例(9.4%)を抽出し、IMPC成分を含まない大腸癌と比較して、リンパ節転移、リンパ管侵襲が高率であることを報告していた。Xuら⁸⁾は221例の大腸癌切除例からIMPC成分を含む

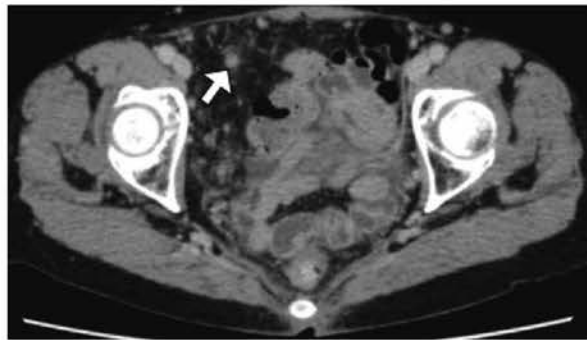


Fig. 5 Adipose tissue turbidity was observed in the abdominal cavity, and multiple nodules were observed.

Table 1 Clinical trends of 16 cases of IMPC in our hospital

Age	39-91 (70.9)				
Sex (male/female)	11 : 05				
Tumor location	right-side colon	5			
	left-side colon	8			
	Rectum	3			
Depth	T1b : 5	T2 : 2	T3 : 2	T4a : 6	T4b : 1
Nodal metastasis	N0 : 4	N1a : 2	N1b : 4	N2 : 2	N3 : 4
Distant metastasis	M0 : 12	M1 : 4			
Stage	I : 3	II : 1	IIIa : 2	IIIb : 6	IV : 4
Lymphatic invasion	Ly+ : 16 (100%)				
IMPC%*	10-50% (28%)				
Tumor marker					
CEA	1.31-43.1 (7.58)				
CA19-9	2-626 (70.235)				

*腫瘍全体におけるIMPCの割合

大腸癌 30 例を抽出し、深達度 T1, T2 症例において IMPC 成分を含まない大腸癌と比較して、リンパ節転移は高率であり予後が不良であると報告していた。

Kim ら⁶⁾は腫瘍に占める IMPC の割合は予後と無関係であったと報告していた。しかし、Haupt ら⁹⁾は腫瘍に占める IMPC の割合が 10% 以上の場合はリンパ節転移 100% であり、腫瘍に占める IMPC の割合は予後と関係していると結論づけている。しかし本症例のように IMPC の割合が 10% 未満であり、深達度が T1b であっても高度なリンパ節転移を認める症例もあり、IMPC の割合が予後に影響を与えるかどうかは議論の余地がある。

当院では 2013 年 6 月から 2020 年 6 月までの 7 年間で切除した大腸癌は 537 例あり、そのうち IMPC 成分を有した症例を 16 例 (3.0%) 経験した (Table 1)。

年齢は 39 歳から 91 歳であり、男女比は 11 : 5 であった。腫瘍の局在は右側結腸が 5 例 (盲腸 : 2 例, 上行結腸 : 3 例), 左側結腸が 8 例 (下行結腸 : 1 例, S 状結腸 7 例), 直腸が 3 例認めた。深達度は T1b : 5 例, T2 : 2 例, T3 : 2 例, T4a : 6 例, T4b : 1 例であり、リンパ管侵襲は 16 例全例 (100%) で認め、リンパ節転移は 12 例 (75%) に認めた。また深達度 T1b の 5 症例のうち 2 例 (40%) でリンパ節転移を認めた。術前から遠隔転移を 4 例 (25%, 傍大動脈リンパ節 3 例, 肺 1 例) で認めた。R0 手術を行った 12 例のうち再発は本症例の 1 例 (8.3%) のみであった。腫瘍に占める IMPC 成分の割合は 16 例中 15 例 (93.8%) で 10% 以上 (8-90%, 中央値 28%) であったが、そのうち 4 例 (25%) でリンパ節転移陰性であった。リンパ節転移陰性の症

例の中にはIMPCの割合が30%の症例もあり、また本症例のようにIMPCの割合が10%未満であってもN2aと高度なリンパ節転移を認めており、統計学的に腫瘍に占めるIMPCの割合はリンパ節転移との関係は認めなかった。

以上よりIMPC成分の割合に関係なくIMPC成分を含む大腸癌は深達度がT1, T2と比較的進行度が低い症例でもリンパ節転移、リンパ管侵襲の高リスクであると考えられる。そのため術前の画像検査でリンパ節の腫大を認めない場合でもリンパ節転移の可能性を十分に考慮したリンパ節の郭清度の検討が必要と考えられる。また、IMPC成分を含む大腸癌はIMPCを含まない大腸癌と比較し予後が不良であり、慎重な術後の経過観察が必要と考えられる。

本症例は早期大腸癌術後に補助化学療法を施行中に腹膜播種再発を認めた。医学中央雑誌で1964年から2020年12月までに「早期大腸癌」、「腹膜播種」のキーワード(会議録を除く)で検索した結果、本症例のような早期大腸癌の術後腹膜播種再発の報告例は3例のみであった¹⁰⁻¹²⁾。1例はpT1bで術後2年5ヵ月に腹膜播種で再発¹⁰⁾、2例目はpT1aで術後4年に肺・脾臓転移・腹膜播種再発¹¹⁾、もう1例はpT1bで術後1年11ヵ月に肝・腹膜播種再発¹²⁾を認めたが、全症例リンパ節転移はなく術後補助化学療法は行われていなかった。本症例のようにpT1b, N2a, pStage IIIaで術後補助化学療法が施行された症例報告はなかった。大腸癌研究会による2007年の症例の全国登録では大腸癌の治癒切除後に18.7%で再発を認め初発再発の部位別再発率では腹膜播種は治癒切除後の大腸癌全症例の2.0%に認め、肝臓(7.1%)と肺(5.5%)について多い術後再発部位と報告されている¹³⁾。腹膜播種の形成過程は十分に明らかにはなっていないが、癌が漿膜に露出し癌細胞が腹腔内に遊離することから形成されると考えられている。二階ら¹⁴⁾は大腸癌の手術症例で漿膜に癌細胞が露出していない症例でも腹腔洗浄細胞診陽性を4.1%に認めたと報告している。また腹腔洗浄細胞診陽性の症例のほとんどでリンパ節転移、脈管侵襲のどちらかが陽性であり、転移リンパ節や脈管など原発巣以外からの癌細胞の遊離の可能性も示唆されている。胃癌での報告ではあるが、辻ら¹⁵⁾は腹腔洗浄細胞診陽性例で高度リンパ節転移陽性が多くに認められたことから、リンパ管閉塞による大網や腹膜の

リンパ管からの逆行性の癌細胞の遊離の可能性が考えられた。もう1つの可能性として、腸管内に遊離していた癌細胞の腹腔内散布の可能性も否定できない。森らによると、腸管内遊離癌細胞の検討では病変部腸管を摘出後、口側、肛門側腸管内の粘膜面の擦過細胞診を行ったところ口側断端で12.5%、肛門側断端で21.2%の癌細胞が検出されたと報告している¹⁶⁾。この報告は吻合部再発の原因の1つと考えられる。本症例は術前の内視鏡治療時の微小穿孔からの腹膜播種の可能性は否定できないが、高度リンパ節転移陽性でありリンパ節、脈管からの癌細胞の腹腔内の遊離の可能性が示唆された。

IMPC成分を含む大腸癌は早期癌でもリンパ管侵襲、リンパ節転移を認めており腹膜播種を含む再発を起こしうることを念頭に置き術後の経過観察を行う必要があると考えられた。今後IMPC成分が大腸癌再発のバイオマーカー的存在になる可能性もあるため、T1大腸癌再発症例のIMPCを含めた詳細な検討と集積が必要であると思われた。

利益相反：なし

文 献

- 1) Siriaunkgul S, Tavassoli FA: Invasive micropapillary carcinoma of the breast. *Mod Pathol* 6 : 660-662, 1993
- 2) Amin MB, Ro JY, el-Sharkawy T, et al: Micropapillary variant of transitional cell carcinoma of the urinary bladder. Histologic pattern resembling ovarian papillary serous carcinoma. *Am J Surg Pathol* 18 : 1224-1232, 1994
- 3) Nassar H: Carcinoma with micropapillary morphology: clinical significance and current concepts. *Adv Anat Pathol* 11 : 297-303, 2004
- 4) Sakamoto K, Watanabe M, De La Cruz C, et al: Primary invasive micropapillary carcinoma of the colon. *Histopathology* 47 : 479-484, 2005
- 5) Lei L, Zhang H, Zhang XB, et al: Consensus and conflict in invasive micropapillary carcinoma: a case report and review of the literature. *J Gastrointest Oncol* 7 : S55-S61, 2016
- 6) Kim MJ, Hong SM, Jang SJ, et al: Invasive colorectal micropapillary carcinoma: an aggressive variant of adenocarcinoma. *Hum Pathol* 37 : 809-815, 2006
- 7) 大腸癌研究会編：大腸癌取扱い規約，第9版。金原出版，東京，2018，p108

- 8) Xu F, Xu J, Lou Z, et al: Micropapillary component in colorectal carcinoma is associated with lymph node metastasis in T1 and T2 stages and decreased survival time in TNM stages I and II. *Am J Surg Pathol* 33 : 1287-1292, 2009
- 9) Haupt B, Ro JY, Schwartz MR, et al: Colorectal adenocarcinoma with micropapillary pattern and its association with lymph node metastasis. *Mod Pathol* 20 : 729-733, 2007
- 10) 安留道也, 古屋一茂, 宮坂芳明: 腹腔鏡下回盲部切除術後, 腹膜播種を生じた早期大腸癌の1例. *日本大腸肛門病学会誌* 3 : 89-94, 2020
- 11) 小関悠介, 石井剛弘, 森野美奈ほか: 4年の経過で局所再発・転移再発を来したpT1a (SM) 大腸癌の1例. *埼玉県医学会誌* 54 : 246-251, 2019
- 12) 藤田敏忠, 貝塚真知子, 小林義典ほか: 同時性肝転移を伴ったSM S状結腸癌の1例. *日本臨床外科学会雑誌* 78 : 2474-2480, 2017
- 13) 大腸癌研究会編: 大腸がん治療ガイドライン 医師用 2019年版. 金原出版, 東京, 2019, p128
- 14) 二階春香, 小山 基, 諸橋 一ほか: 大腸癌における術中腹腔洗浄細胞診の有用性. *日本臨床外科学会誌* 76 : 466-471, 2015
- 15) 辻 恭嗣, 国枝克行, 須原貴志ほか: 胃癌の腹膜播種性転移に及ぼす転移陽性リンパ節の影響. *日本消化器外科学会誌* 30 : 2140-2145, 1997
- 16) 森 義之, 飯野 弥, 三井文彦ほか: 大腸癌切除時における腸管内遊離癌細胞の検出頻度と臨床的意義. *日本大腸肛門病学会誌* 62 : 1-6, 2009

A Case of Early Colorectal Cancer with Invasive Micropapillary Carcinoma Component with Peritoneal Dissemination Recurrence

Fumiki Koga¹⁾, Yasunori Yoshimoto¹⁾, Daisuke Muroya¹⁾,
Yoshiaki Ishibashi¹⁾, Hironobu Sou¹⁾ and Yousuke Morimitsu²⁾

¹⁾Department of Surgery, Tobata Kyouritsu Hospital, ²⁾Department of Pathology, Tobata Kyouritsu Hospital

A 64-year-old woman visited a nearby hospital complaining of bloody stool. Total colonoscopy revealed an Ip tumor in the sigmoid colon, so she was referred to our hospital and endoscopic resection was performed. The histopathological findings confirmed a well-differentiated adenocarcinoma that had invaded the submucosal layer, and part of the tumor contained invasive micropapillary carcinoma (IMPC) and positive lymphatic invasion was seen. She underwent single-port laparoscopic sigmoid colectomy with D3 lymph node dissection. Regional lymph node metastasis was positive, which was pStage III a. During postoperative adjuvant chemotherapy, tumor markers were elevated, and CT revealed recurrence of peritoneal dissemination. Multidisciplinary treatment including chemotherapy was performed. We experienced 16 cases of colorectal cancer containing IMPC in the seven-year period from 2013 to 2020. Colorectal cancer containing IMPC has a high incidence of lymphatic metastasis ; it is considered necessary to examine the degree of lymph node dissection with due consideration of the possibility of lymph node metastasis.

Key words: Micropapillary carcinoma, Early colorectal cancer, Peritoneal dissemination recurrence

(2021年7月7日受付)

(2021年9月14日受理)

第33回日本臨床微生物学会総会・学術集会【2022年1月28日～2022年1月30日】

演 題：簡便なグラム染色内部精度管理実施手順の検討

演 者：永田一岐／戸畑共立病院 臨床検査科

共同演者：下河邊久陽、南博子、木原洋美、佐々木優

社会医療法人共愛会 戸畑共立病院

【目的】

当院は細菌検査室を持たない急性期病院、細菌検査は外部業者に委託しており、結果に時間を要することが問題である。問題解決の一助として、現在は院内でグラム染色を実施している。院内実施での質の担保には内部精度管理実施が必要となるため、簡便な方法での実施が可能となるように手順の検討を行った。

【方法】

精度管理物質としては外部業者にて検査された自施設の患者検体分離菌株の黄色ブドウ球菌と大腸菌を使用した。はじめに、30日まで使用可能なスライドの作製方法および保存方法の検討を行った。その後、実際にグラム染色実施時使用し、内部精度管理物質として運用可能かの調査を行った。

【成績】

輸送培地の上清にてスライド作成が可能であること、塗抹菌量の均質化が重要であり均一に塗り広げる必要があること、スライド1枚に2菌種塗抹よりも1菌種塗抹の方で染色性が良いことならびに室温保存で問題ないことを確認した。両菌種10菌株ずつにそれぞれ10枚の標本を作製し試験運用を行った結果、全ての菌株で30日目まで使用可能であった。

【結論】

細菌培養設備を有していなくても内部精度管理用標本は作製可能であると考えられる。また、外部業者からの菌株の返却など標本作製作業が月1度に抑えられるので、実施のハードルを下げる事ができた。内部精度管理実施手順の確立によって細菌検査室のない施設でも院内でグラム染色を実施しやすくなることが期待できる。

第27回日本災害医学会総会【2021年3月3日～5日】

演 題：院内災害対策本部での電子化による情報収集の検討

演 者：高崎裕介／戸畑共立病院 リハビリテーション科

共同演者：綾塚仁志

戸畑共立病院

【背景】

当院では、有事の際に各部署等の状況報告は院内災害対策本部に紙面での報告をしていた。しかしその方法では情報収集に時間を要す状況であり、情報収集の迅速化、効率化改善のため電子化による報告を検討していた。そこで今回、R3年度の院内災害対策訓練として電子化による状況報告が本部運営にどのような影響を与えるかを検討した。

【方法】

R3年度の院内災害訓練にて、Google スプレッドシート(以下 G-SS)を主としたクラウドツールを使用し、各部署の状況把握と訓練参加者にアンケート調査を行った。

【結果】

G-SSの使用でリアルタイムに情報把握をする事ができ、少人数での運営が行えスタッフの密集を避けることができた。また、訓練終了後のアンケート結果では半数以上が報告の簡便さを感じていた。

【考察】

電子化による報告は院内の情報把握が効率よく行うことができ、更にコロナ禍でもスタッフが集まることなく訓練が開催でき有用であった。有事の際には出勤困難なスタッフが自宅等で情報を把握することも行える有効的な方法と考える。個人情報保護の観点からセキュリティーの問題等もあるが、院内での入力ルールを作成し運用することが必要である。

第11回九州CT研究会【2021年5月8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

【背景・目的】

当院は動脈硬化や血管走行、血管壁の性状の評価を目的として頸部から下肢のCT-Angiography(以下、頸部-下肢CTA)を行うことでMIP画像とVR画像の提供を行っている。本検査では、高い血管CT値の確保とその分布の均一性が求められるが、撮影範囲が広範囲に及ぶことで血流の影響を受けやすく、体幹部より血管径の小さな末梢血管ではCT値の低下や造影剤分布の不均一が生じやすい。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性向上を目的として造影手法の検討を行った(Fig.1)。

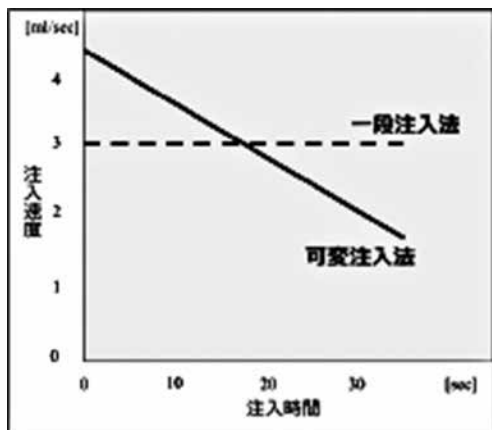


Fig.1 一段注入法と可変注入法の模式図

可変注入法では初速を高く設定することで注入初期に投与される造影剤量を増やすことが可能となる。

【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31例(新法:造影剤可変注入、VF:0.7)に対して、動脈CT値を計測した。計測は、胸部大動脈、腹部大動脈、大腿動脈、膝窩動脈、前脛骨動脈中央、前脛骨動脈遠位の6点で行った(Fig.2)。また、造影剤分布の均一性(各血管CT値/大腿動脈CT値)についても比較した(welchのt検定、有意水準5



Fig.2 動脈CT値の計測点

- ①胸部大動脈 ②腹部大動脈
③大腿動脈 ④膝窩動脈
⑤前脛骨動脈中央
⑥前脛骨動脈遠位

%)。さらに、診療放射線技師4名による3DMIP画像を用いた視覚的評価(5段階評価)も実施した。

【使用機器】

320列CT Aquilion ONE(キヤノンメディカルシステムズ株式会社)、デュアルショットGX7(根本杏林堂)、3DW.S. SYNAPSE VINCENT(富士フィルム株式会社)。

【結果】

従来法と新法ともに胸部大動脈から大腿動脈まで平均CT値は300HUを超え、有意差を認めなかった。膝窩動脈以下の末梢血管では、新法で有意にCT値が高く、造影剤分布の均一性も向上した(Fig.3.4)。視覚的評価では、新法において頸部から下肢までのCT値が高く均一に造影されているとの評価が大幅に増加し、動脈CT値が低いという評価は減少した。

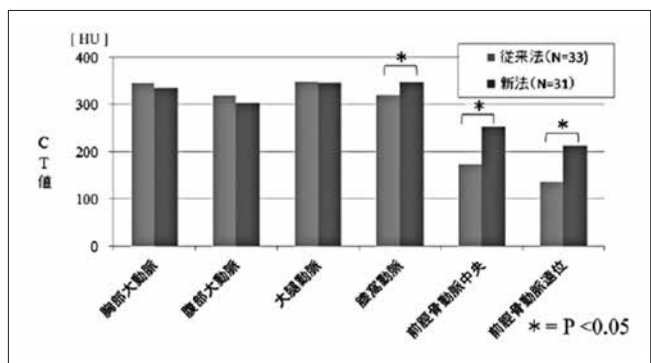


Fig.3 動脈CT値

膝窩動脈以遠の3点において新法で有意にCT値が高くなった。

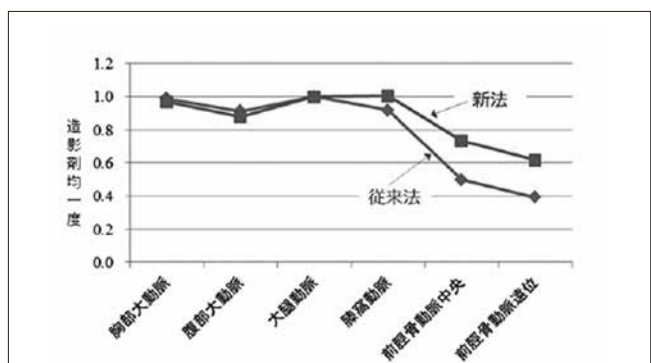


Fig.4 造影剤分布の均一性

新法では末梢血管のCT値が上昇することで造影剤分布の均一性が向上した。

【結論】

造影剤可変注入法は頸部-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性向上に有用である。

第 86 回日本消化器内視鏡技士学会【2021 年 5 月 14 日】

演 題：パネルディスカッション「海外からの来客対応の実際」

当院の内視鏡室における外国人患者対応

演 者：大田健志／戸畑共立病院 臨床工学科

北九州市は、「多文化共生のまち」に向けて海外からの労働者を受け入れ、先進的な取り組みを推進している。当院は国際交流協定校である大学が隣接しており、留学生や居住者が急速に増加している地域である。近年、外国人患者対応に向けた体制が重要視され、当院においても2018年度より外国人受け入れ体制に向けた取り組みを行ってきた。内視鏡センターでは、健診をはじめ一般外来、救急外来からの外国人患者を受け入れており、直接対応する機会も少なくない。今回、当院の内視鏡室における外国人患者対応についての経験や取り組みを報告する。

当院は、2018年5月に外国語サポートチームを発足させ、外国人対応の旗艦組織として、マニュアルや環境整備を行ってきた。外国人患者を対象とした英語版ホームページを整備しフロアマップや案内標識へ英語表記を追加、内視鏡関連の英語版説明書および同意書を作成した。通訳・翻訳体制として、院内通訳に加え、遠隔通訳サービス(医療機関向けコミュニケーション支援サービスMELON)や音声通訳機(SOURCENEXT社製POCKETALK®)を導入した。

診療部門の特殊性にあわせ独自の対策が施され、内視鏡センターについては、内視鏡関連の会話を英語に翻訳した

単語帳を整備し、内視鏡案内イメージ動画(上部検査・下部検査・カプセル内視鏡)をYouTubeにアップロードした。作成当初は外国人患者を対象としていたが、現在は英語の教育ツールとしての評価も高まっている。その他、スタッフ教育として英会話に対し慣れていくため病院主催の外国出身講師による英会話講座に内視鏡スタッフとして参加した。

当院、内視鏡室に訪れた外国人患者は2018年度8名、2019年度5名、2020年10月迄5名であった。実際には通訳の同伴および日本語が話せる外国人も多く、対応が困難なケースは殆どなかった。しかし、文化や制度の違いによりクレームやトラブル回避のため、スポットでも通訳体制を整備し、検査や薬剤を希望するか否かなど確認しておく必要がある。その他にも感染症、宗教、支払いの問題も重要であり、事務部門のみならず各診療部門や委員会との綿密な連携が必要と示唆された。今後も、北九州市では外国人の定住化がすすみ医療施設の利用者は増加することが予測される。外国人患者が安心、安全に日本の医療サービスを受けられるよう、外国人患者受け入れ体制を整備していかなければならない。

第 70 回日本医学検査学会【2021 年 5 月 15 日～6 月 14 日】

演 題：SARS-CoV-2 核酸増幅検査における TRC と PCR の方法間差に関する検討

演 者：永田一岐／戸畑共立病院 臨床検査科

【目的】

昨今のSARS-CoV-2感染拡大状況を鑑み、当院では民間委託検査室にポリメラーゼ連鎖反応法(以下、PCR)によるSARS-CoV-2核酸増幅検査を外部委託していたが、迅速性と採算性の観点から院内での検査実施を検討することとなった。当初はPCRでの院内実施を計画していたが、迅速性と簡便性、試薬の安定供給の面から転写-逆転写協奏的反応法(以下、TRC)を導入することを決定した。TRC導入にあたりPCRとの方法間差に関する検討を行った。

【方法】

2020年11月30日～12月9日でCOVID-19患者7名と非患者3名の計10名対象とし、検体は鼻咽頭ぬぐい液を使用して検討を行なった。同一患者から同じタイミングでTRC検査用とPCR検査用にフロックスワブで検体採取を行い、それ

ぞれ検査実施し結果を比較した。検査機器はPCRがBDマックス、TRCではTRCReady-80を使用した。TRCではスワブから直接懸濁を行ったが、PCRでは輸送液に浸漬後、民間委託検査室に輸送後検査を行った。

【結果】

患者7名中PCRでは5名陽性、その内TRCでの陽性は3名であった。非患者ではすべてPCR、TRCともに陰性であった。PCR陽性例のCt値は39.9、35.1、31.8、16.2、15.8であった。Ct値の低い3名でTRC陽性となっており、陽性時の検出時間はCt値高いものから6分18秒、5分5秒、4分16秒であった。

【考察】

TRCでの最小検出感度は100コピー/テストとされている。Ct値35.1ではTRC換算のウイルス量約60コピー/テス

学術業績(学会発表)

ト、Ct値31.8では約1000コピー/テストと考えられる。今回の結果は最小検出感度の報告を裏付けるものとなった。また、検出時間はデータ数としては少ないがCt値と正の相関を示しており、ウイルス量を反映する指標として活用が示唆された。当院で7月～12月で入院時スクリーニングや

COVID-19患者等に実施した約2300例のPCRの内、陽性は11例であった。Ct値から考えるとTRCでは11例の内5例で検出出来なかった可能性がある。TRCは操作が簡便で迅速性に優れているが、臨床に用いる際はPCRに比べ検出感度が劣ることを踏まえて結果の解釈を行う必要がある。

第70回日本医学検査学会【2021年5月15日～6月14日】

演 題：経胸壁心エコーがIEの経過観察に有用だった1例

演 者：川口美香/戸畑共立病院 臨床検査科

【症例】

70代男性、腸管ペーチェット病にて紹介入院の患者。大動脈弁に付着物を認め、脳梗塞後と言うことも有り血栓が疑われたが、加療後、真菌性心内膜炎である事が分かった。当院は経食道心臓超音波検査や心臓カテーテル治療の設備が無い施設であるが、経胸壁心臓超音波検査(以下TTEとする)が感染性心内膜炎(以下IEとする)の経過観察に寄与出来た一例を経験したので報告する。

【経過】

入院時のTTEで大動脈弁に付着物を指摘した。弁への血栓付着が疑われ、準緊急にて大動脈弁置換を行う為に他院搬送された。搬送先での加療後、当院に帰院し、原疾患の加療及び経過観察を行なった。再入院後のTTEでは弁異常なし。弁置換術後のため、ワーファリンが継続投与されていたが、その1ヶ月後に出血性ショックを起こし、その時のTTEで再び大動脈弁に付着物が確認された。血液培養検査が陽性

である事からIEの再燃と考えられ、状態が落ち着いてから、再度弁置換のため他院搬送された。加療後、再び当院に帰院され、経過観察となった。その後のTTEでは弁異常なし。半年後のTTEで弁周囲逆流を指摘したが、再々手術は難しく経過観察となり、そのまま永眠された。

【考察】

原疾患に付随した腸管の多発穿孔、脳梗塞、2型糖尿病、腎機能低下など多様な病態を示す患者の治療において、弁置換に対する抗凝固剤の使用やIEのコントロールは非常に困難だったと推測される。vegetationはTTEで描出不良となる場合も多く、経食道心臓超音波検査での観察が不可欠であると思われるが、本症例では弁に付着するボール状の菌塊が明瞭に描出できたため、TTEが治療の早期介入に貢献できたと考えられた。弁形態の経時的変化をTTEで観察出来た事は、IEの治療において頻回の検査を可能にし、患者の負担軽減および治療方針に寄与できたと思われる。

第31回日本臨床工学会【2021年5月22日】

演 題：電波障害による火災報知器発報について

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 後藤陽次郎 今林和馬 灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【背景】

火災報知器が発報し、設備担当者より電波利用コーディネータへ火災報知器が電波障害を受け、発報した可能性があるとの報告があった。電波利用コーディネータは、電波利用安全管理委員に原因究明を指示した。

【目的】

誤報原因の一つに電波障害がある。電波環境協議会より医療機器に対して電波障害の恐れのある機器は数種類あげられているが、実際どのような影響を与えるかは不明である。今回、火災報知器発報による、電波利用安全管理委員会の取り組みについて報告する。

【調査内容】

発報場所の特定をおこなった。次に火災報知器が発報する原因を調査した。①火災状況の確認②感知器の経年劣化の有無③受信基盤の経年劣化の有無④雨漏りの有無⑤物理的衝撃の有無⑥電波障害を及ぼす機器がないか確認した。電波障害を及ぼす機器は電波環境協議会発行の「電波の安全利用規程」に記載されている医療機器に対して電磁ノイズを放射するおそれのある機器を対象とした。また、予備調査として、火災報知器が発報したエリアの電波環境調査を実施した。

【結果】

発報場所は3階8地区。①当日火災は確認されなかった。②設置から12年経過。半年毎の消防点検の結果は異常なし。③設置から12年経過。発報の再現性なし。④当日の降水量は0mmであった。また、設備担当に確認したところ、過去に雨漏りの報告はなかった。⑤火災報知器は天井に設置されており、衝撃の可能性は少ない。⑥発報したエリア付近にて、マイクロ波治療器が設置されていた。電波環境調査として感知器をマイクロ波治療器へ近づけ発報距離を測定したところ6.5mであった。TRIFIELD®METERを用い、マイクロ波が到達する距離を計測したところ到達距離は80.5mであった。

【考察】

誤報原因は、エリア付近でマイクロ波治療器が使用されていたため、電波障害によるものと示唆された。また、添付文書に「煙感知器にマイクロ波を照射すると誤動作する」と記載されているため、煙感知器の付近で使用は控えるべきである。マイクロ波の周波数は無線LANの周波数と同値であるため、Wi-Fi等の調査が必要であると示唆された。

【結語】

火災報知器が発報したため、電波利用安全管理委員にて原因の究明をおこなった。煙感知器はマイクロ波治療器により、電波障害を起こす可能性がある煙感知器が設置されている付近では使用を控えるべきである。今後、無線LAN、他の機器での影響を調査していく必要がある。

第31回 日本臨床工学会【2021年5月22日】

演 題：ハイパーサーミアの現状について ～全国アンケート調査報告～

演 者：大田真/戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者：灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

ハイパーサーミア(以下HT)は、1984年に厚生労働省の認可を受け、熱による殺細胞効果に加え、放射線治療・化学療法・免疫療法との増感効果を目的とした、がん集学的治療の一環として行われている。設備費が高額で収益性が低いなどのことから、稼働施設は決して多いとはいえないものの、現在、約100施設で治療が行われている。

また、治療は、がん患者が対象となり、状態が安定しているとはいえない方々が多くを占めるが、HTは電磁波を照射することから、患者を監視するために必要な医療機器は原則的に使用することができない状況にある。

そうした中、多くの施設では、実際の治療に医師ではなく、メディカルスタッフや看護師のみで運用され、医師の立ち合いが行われていない現状にある。それゆえ、基本技術の習得に加え、患者状態が急変した場合、的確な判断と迅速な対応

が困難な環境下にあることが懸念される。

今回、本邦におけるHT業務の現状を把握し、そこから得られた課題に対し、協議をすることを目的に、HTワーキンググループとしてアンケート調査を実施した。

方法は、実施期間2021年1月10日～2月10日とし、Webアンケート(Googleフォーム)にて実施した。対象は、HT治療装置設置施設とし、職種、装置保有台数、治療件数、専門学会認定資格の有無、治療時の医師の立ち合い状況、マニュアルの有無、保守管理体制、教育体制など全23項目について設問した。

本セッションにおいて、HTの現状について多施設で共有し、今後の課題に対し継続的に取り組むことで、臨床工学技士業務としてのHTへの理解を深めて頂くと共に、業務指針策定の一助になることを期待している。

福岡県診療放射線技師会生涯学習セミナー【2021年5月29日】

演 題：CT検査での感染対策

演 者：田原琢朗/戸畑共立病院 画像診断センター

新型コロナウイルス感染症が広まり、検査対応で直接患者と接する機会が多い診療放射線技師にとって、自身の感染予防対策と患者間の感染拡大防止対策は重要である。一般的に、胸部CT検査は胸部単純X線撮影と比較して肺炎の

早期診断や合併症の有無、鑑別診断に役立つが、検査時の感染拡大のリスクや、各施設の日常業務への影響を十分に考慮した上で、その適応について判断されることが望ましい。

このような背景の中、当院では新型コロナウイルス感染患者や疑似症患者に対してポータブル検査とともにCT検査を実施する機会が増加している。さらに、当院では第二次救急医療機関として救急患者の受け入れも行っていることから、①通常外来患者②熱発外来患者③入院患者④通常救急患者⑤熱発救急患者⑥陽性患者など、様々な患者が混在する中で、高い検査効率と質の高い感染対策が現場に求められている。新型コロナウイルス拡大当初は、手探り状態での患

者対応・検査対応であったが、現在では感染制御室が中心となり構築した院内感染対策を徹底することで、感染症に対するスタッフ間の意識も大幅に変化してきた。

本日は、当院におけるCT検査時の新型コロナウイルス感染対策を、標準予防策をはじめ、施設の設備状況や自部署としての検査時の注意点、検査後の対応を交えて報告させていただくことで、皆様とともに情報共有が行えることを切に願う。

第79回 九州消化器内視鏡技師会【2021年6月12日】

演 題：経口的上部内視鏡検査に使用するマウスピース選定基準の明確化

演 者：林朋奈／戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者：町井基子、久野慎太郎、渡邊千代美、灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

経口的上部内視鏡検査時は内視鏡を噛まれる等の損傷防止や、唾液や洗浄液等の液体の誤嚥防止の効果があるため、マウスピースを用いて検査を施行する。当院において、マウスピースの大小に限らず種類は複数あるが、その選定に明確な基準はない。そこで今回、当院におけるマウスピースの選定基準について検討した。

【方法】

当院で採用しているマウスピース3種類、マウスピースA：ブックス[®]54Fr、マウスピースB：スコープセイバー[®]細径用、マウスピースC：エンド・リーダー[®]スタンダードタイプを対象とした。実験内容は、1. 嚙付部をノギスで測定した。2. 開口部をノギスで測定した。3. 内視鏡のマウスピース通過の可否を確認した。経口的上部内視鏡検査時に当院で主に使用している内視鏡、GIF-H290Z(先端部外径：9.9mm)、GIF-Q260(先端部外径：9.2mm)、GIF-H290(先端部外径：8.9mm)、EG-6400N(先端部外径：5.8mm)を対象とした。4. マウスピースを噛んだ場合を模擬し、プライヤーで嚙付部を挟み、プライヤーのハンドルを1mm、2mm、3mmと狭め、嚙付部に力を加えた状態で開口部を測定した。

【結果】

1. 嚙付部はA：29.9mm、B：18.5mm、C：20.0mmであった。2. 開口部はA：20.9mm、B：13.5mm、C：11.0mmであった。3. A、Bは全ての内視鏡が抵抗無く通過した。CはEG-6400N以外通過しなかった。4. プライヤーのハンドルを1mm、2mm、3mm狭めた時のA、B、Cの開口部はそれぞれA：20.1mm、19.8mm、18.9mm。B：12.0mm、11.8mm、11.0mm。C：10.8mm、10.7mm、10.6mmであった。

【考察】

患者の口の開き具合は様々であり、それに適したマウスピースの選択が必要である。Aは全ての内視鏡が通過可能であったが、通過不可の内視鏡があったため、B、Cは抵抗無く挿入できる内視鏡の選定が重要となることが考えられた。さらに、B、Cどちらかを選択する場合、EG-6400N使用時は強度が高い点や舌圧子がある点でCが優れていることが示唆された。しかし、CはA、Bと比較して高価な点が課題である。今回の実験結果をもとに、マウスピース選定基準のフローチャートを作成し、業務改善に繋げることができた。

【結論】

当院におけるマウスピースの選定基準を明確化した。マウスピースの選定は患者の口の開き具合を考慮する必要があり、さらに選定したマウスピースに対し、使用可能な内視鏡を選定する必要がある。

第28回 福岡県臨床工学会【2021年6月20日】

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、灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【背景】

酸素加圧方式の高気圧酸素治療では、持込み物品が原因で爆発事故が生じる危険性がある。高い気圧環境下かつ高濃度酸素を吸入させ、治療を行うことから患者状態の把握と安全確認は必須となる。これまでは、ダブルチェックでは治療前の安全確認はできていたが、患者状態の評価、情報共有までには至っていなかった。

【目的】

タイムアウトとは、宣言によって医療チームが全ての作業を中断して、情報共有を行うことである。今回、治療患者の安全性及び情報共有の向上を目的に、ダブルチェックからタイムアウトへ変更し、タイムアウトの有効性を検討したので報告する。

【方法】

2019年7月17日から9月17日までの治療患者137名、治療件数1264件を対象とした。調査項目は、併用療法と治療行程、タイムアウト実施人数、持込み医療材料、バイタルサインとした。

【結果】

併用療法の有無は、有 47%、無 53% 治療行程の変更は、有 42% 無 58%であった。タイムアウト実施人数は、2名 61%、3名 38%、4名1%であった。持込み医療材料は、有 64%、無 36%であった。治療前のバイタル異常は、有 12%であった。

【考察】

多くの医療材料を持込んでおり、安全に治療を行うためには、把握しておく必要があると考えられた。タイムアウトにより、手を止めて情報を共有させることで安全性が向上すると考えられた。同職種でのタイムアウトでも、安全性が担保できていた。今後多職種参加により、より一層安全な治療が提供できると示唆された。

【結語】

安全性向上のために、ダブルチェックからタイムアウトを導入した。タイムアウトとはチェックリストを用いて、医療チームが手を止めて情報共有を行う行為である。多職種による情報共有により、より一層安全な治療提供が期待できる。

第28回 福岡県臨床工学会【2021年6月20日】

演 題：安心安全に電波を利用する取り組み

～臨床工学技士による電波管理体制の構築 医用テレメータ編～

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、後藤陽次朗、今林和馬、灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【背景】

2017年6月電波環境協議会は、総務省及び厚生労働省の支援を受け、「医療機関における電波の安全利用規程(例)」を公表し、関係機関へ通達された。通知を受け当院は、早急に管理体制の構築に向けて着手し、電波利用安全管理委員会を設置した。

【目的】

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に則り、医用テレメータの安心・安全な電波環境の構築に向けた取り組みを報告する。

【活動内容】

①受信強度、雑音状況の調査の為、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、院内職員による医用テレメータ搭載の簡易スペクトラムアナライザを用いた電波環境調査を実施した。判定基準は、メーカー推奨

値である30dB μ V以上とした。②リスク対策として他の機器の電波干渉による影響を考慮したチャンネル番号の改訂を実施した。③院内職員の教育の為、e-learning教材を作成した。

【結果】

①外部業者による調査は、30dB μ V以上が98%に対し、院内スタッフによる調査は、30dB μ V以上が100%であった。②建設用のクレーンや離床センサー等の周波数帯がバンド3と重複、カプセル内視鏡の周波数帯域がバンド3、4と近似していることからバンド3、4を廃止したチャンネル番号の運用を行った。③医療機関における安心・安全な電波利用基礎編・応用編を全職員に対して実施した。

【考察】

簡易スペクトラムアナライザは、外部業者の結果や他院からの電波干渉への影響も確認することができた。このことか

学術業績(学会発表)

ら院内職員による電波環境調査は有用であった。医用テレメータの周波数帯域の検討は、機器の誤作動を防止するうえで効果的な取り組みであった。e-learningは、受講率も高く、動画や事例の提示により周知することができ有効な研修であった。

【結語】

安全な電波利用機器の管理体制を構築するためにはCEガリダーシップをとることが重要と考えられた。

第21回 九州高気圧環境医学会【2021年7月3日】

演 題：高気圧酸素治療におけるインシデント・アクシデント
～ RCA 分析から見えてきたもの～

演 者：加藤茉佑子/戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者：甲斐雄多郎、今林和馬、増田徹、灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

高気圧酸素治療(以下HBO)は、高気圧環境・高濃度酸素という特殊環境下での治療のため、安全管理の不足は重大な事故を引き起こす。今回、当院で発生したHBO関連の事故事例を量的に把握し、対応策を検討した。

【方法】

総合チーム医療安全管理システム(Safe Master)より、名称検索にて“高気圧”“HBO”と入力し、Hitした2009年～2020年の100件を対象とした。調査項目は事例件数、事象レベル、当事者の経験年数、発生要因とした。最も多かった事例に対して根本原因分析(Root Cause Analysis:RCA分析)を行った。

【結果】

事例件数は事務作業16件、禁止物持ち込み(実施されなかった)14件、静脈ライン事故抜去12件、接遇の不備11件、送迎時の転倒転落10件、体液誘導管の管理不足5件、予定外治療の実施(実施されなかった)5件、体液誘導管の事故抜去5件、加圧忘れ4件、Patient-callの挟み込み4件、その他14

件。事象レベルは3aレベル12件、2レベル11件、1レベル46件、0レベル31件。当事者の経験年数は0～5年目55件、6～10年目14件、11～15年目21件、16～20年目10件。発生要因は確認不足62件、観察不足28件、判断誤り26件、思い込み24件、多職種間の連携不足21件。静脈ライン事故抜去事例および送迎時の転倒転落事例に対しRCA分析を行った。

【考察】

過去12年間、アクシデント(事象レベル3b以上)は発生していないことがわかった。事象レベル3aには静脈ライン事故抜去、送迎時の転倒転落が含まれた。第1種治療装置という特異性もあるが、4台並列設置している当院特有の事情も否定できない。そのうえでHBOの実施条件や治療前の患者アセスメント内容を見直す必要性が示唆された。RCA分析の結果、根本原因が抽出され、幾つかの対策が立案できたが、いずれも凡事徹底できる医療人の育成が望まれた。RCA分析の結果をマニュアル化し、ロールプレイにて技術習得させインシデント・アクシデントの再発防止に努めなければならない。

第21回 九州高気圧環境医学会【2021年7月3日】

演 題：高気圧酸素治療における体内植込み型医療機器の持込みについて

演 者：増田徹/戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者：今林和馬、甲斐雄多郎、灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【背景】

近年、在宅医療の推進に伴い医療機器が小型軽量化し、多くの種類の体内植込み型医療機器が開発されている。宇都宮らは、ペースメーカー(以下PM)・植込み型除細動器(以下ICD)について高気圧酸素治療(以下HBO)の加圧条件である2気圧から2.5気圧では問題がないがメーカーの見解は一致しない為、各々の機種について確認すべきと指摘して

いる。

【目的】

植込み型医療機器において、PM・ICDのHBO装置への持込みについて文献は散見されるが、その他の体内植込み型医療機器について報告はない。今回、HBOにおけるPM・ICDを除いた体内植込み型医療機器の持込みについて調査した。

【方法】

医薬品医療機器総合機構(PMDA)のホームページ、添付文書検索から「体内植込み型医療機器」にて名称検索を行った。Hitした結果よりPM・ICDを除いた機器の添付文書より製造販売業者、機種名、HBOに関する記載を抽出した。製造販売業者に対して耐圧試験結果、HBO装置への持ち込み可否の見解を聴取した。

【結果】

名称検索でHitした機種は142機種、PM・ICDを除くと34機種であった。製造販売業者は5社、機種名は脊髄刺激装置、脳深部刺激装置、迷走神経刺激装置、仙骨神経刺激装置、植込み型心電モニタであった。添付文書にHBO装置への持ち込み禁止の記載があった機種は16機種、残りの18機種は記載がなかった。耐圧試験について耐圧値1.5気圧

のものが1機種、未実施が10機種、非公開が23機種であった。HBO装置への持ち込みの可否については禁止が16機種、不明が18機種であった。

【考察】

今回、調査した体内植込み型医療機器は、PM・ICDと類似した構造であるためHBOへの持ち込みは問題ないと考えられた。しかし、耐圧試験未実施もしくは耐圧値が2気圧以下であったため、HBO装置への持ち込みは避けるべきと考えられた。患者用プログラマにてペーシング機能を一時的にOFFにすることも可能だが本来必要な機能を停止させるため、安易に行うべきではない。今後、体内植込み型医療機器が増加することが予想されるため、さらなる情報収集が必要になると考えられた。

第38回 日本ハイパーサーミア学会【2021年9月3日】

演 題：ワークショップ1

将来計画委員会 企画 「全国的な症例登録データベースの作成に向けて」

全国アンケート調査からみたハイパーサーミア業務の現状と今後について

演 者：大田真/戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者：三浦幸恵¹⁾、長瀬英梨¹⁾、灘吉進也¹⁾、鞆田義士²⁾、丸山祐二²⁾、宮國泰弘²⁾、谷昂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

ハイパーサーミア(以下HT)は、1984年に厚生労働省の認可を受け、がん集学的治療の一環として行われている。現在、稼働施設は100施設を超え年々、普及の兆しがみられる中、施設間の情報共有を図ることは、治療の標準化に繋がる有用な取組みと考える。

今回、本邦におけるHT稼働施設に対し、各施設の現状を理解し、今後の課題について共有することを目的にアンケート調査を実施したので報告する。

調査期間は2021年1月10日～2月10日とし、WEBアンケート(Googleフォーム)にて実施した。対象は、HT治療装置

設置施設とし、担当職種、装置保有台数、治療件数、認定資格の有無、治療時の医師の立ち合い状況、マニュアルの有無、保守管理体制、教育体制など全23項目について設問した。

結果については本発表で報告させて頂くが今回、アンケート調査を実施したことで各施設の実態が明らかとなり有用な情報を得ることができた。今後はこれらの情報に加え、症例数や部位別内訳、ステージ分類、治療効果など、ガイドライン策定や診療報酬増点に有益な臨床データにおいても収集し、活用できるシステムの構築が必要と考えられた。

第38回 日本ハイパーサーミア学会【2021年9月3日】

演 題：THERMOTRON—RF8 GR edition の加温要点について

演 者：大田真/戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者：三浦幸恵¹⁾、長瀬英梨¹⁾、灘吉進也¹⁾、鞆田義士²⁾、丸山祐二²⁾、宮國泰弘²⁾、谷昂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

【目的】

当院は山本ビニター社製治療装置2台を保有し、2021年2月、1台をTHERMOTRON—RF8(以下RF8)から GR edition(以下GR)へ更新した。今回、RF8とGRとの出力と冷却効果について比較し、GRの加温要点について考察したの

で報告する。

【方法】

加温出力の評価として、RF8とGRの双方で治療を行った深部加温症例を無作為に抽出した(n=23)。①開始から10分、②11～20分、③21分～30分、④31～40分、⑤41～

学術業績(学会発表)

50分のRF8とGRとの2群間を比較した。また、冷却効果においては寒天を用い、循環水温が30℃から3℃以下になるまでの時間と平均温度を計測した。なお、統計学的解析はStudent T-testを用い、 $p < 0.05$ をもって有意差ありとした。

【結果】

RF8/GRで①797.8±305.1W/638.2±242.1W ($p < 0.01$)、②1009.9±224.5W/946.7±233.6W ($p < 0.05$)、③1075.8±212.1W/1075.9±224.7W ($p = 0.99$)、④1109.4±224.5W/1137.7±207.3W ($p = 0.45$)、⑤1124.2±225.9W/1171.3±210.6W

($p = 0.19$)。循環水温が3℃に到達するまでの時間ではRF8、GR共に11分で、その間の平均温度はRF8が4.19℃、GRで12.4℃であった。

【考察】

①・②の結果より、GRは循環タンクが1つになり、水温が緩徐に低下する仕様で、平均温度が高くなり熱感頻度が増加し、RF8と比較し出力が低くなったと考えられた。GRでは開始20分までの時間帯において、水温を確認しながら出力調整を行うことが治療を行う上での加温要点として重要と考えられた。

第36回日本環境感染学会総会【2021年9月19日】

演 題：医療従事者における新型コロナウイルス長時間・短時間曝露群と非曝露群の抗体保有率について

演 者：南博子/戸畑共立病院 感染制御室

共同演者：永田一岐、木原洋美、加藤達治

戸畑共立病院 感染制御室

【目的・背景】

当院は二次救急、重点医療機関として診療を行っており、救急センター職員が新型コロナウイルス感染を発症。関係職員のPCR検査を実施した結果、1名の無症状新型コロナウイルス感染を認めた。

今回、新型コロナウイルス感染症患者に長時間接触する職員と短時間接触する職員、接触の無い職員の曝露時間によって、新型コロナウイルス抗体保有率に差異があるか調査し感染対策の破綻が起きていないか検証した。

【方法】

検体採取期間:2021年3月8日~11日

使用試薬:HISCL SARS-Cov-2 N-IgG試薬を用い実施した。
対象:新型コロナウイルス感染症病棟(以下コロナ病棟)勤務職員を長時間曝露群、救急センター職員や陽性者入院時対応職員を短時間曝露群、いずれにも関係がない病棟職員

を非曝露群と定義した。

【結果】

抗体検査の結果、長時間曝露群36名と短時間曝露群31名、非曝露群27名全員がカットオフ値以下であった。陽性コントロールとして既感染者3名の抗体検査を行い、全員の陽性を確認した。

【結論】

コロナ病棟で陽性者を対応する職員は長期間ウイルス曝露を受けており抗体保有率が高いと考えたが、曝露時間の差異により抗体保有率に違いはなかった。医療従事者の感染事例は日常生活での報告もあり、曝露時間や診療のリスクに関係はないと考える。感染対策の職員教育を行い適切な対策が遵守できれば、感染対策の破綻は起きなかった事が示唆された。

この研究は当院倫理委員会第20-20の承認を得た。

第55回日本高気圧環境・潜水医学会 学術総会【2021年10月16日】

演 題：高気圧酸素治療における知識・技術の継承一次世代教育の充実化に向けてー

演 者：甲斐雄多郎/戸畑共立病院 臨床工学科

共同演者：灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

コロナパンデミックや医師の働き方改革に伴う臨床工学技士法の改正など、医療を取り巻く環境が急速に変化する昨今、教育についてはどの施設でも重要課題とされる。高気圧酸素治療(以下HBO)においては、運用の中心を臨床工学技士(以下CE)が担っており、多職種と連携し多様かつ複雑な患者に対応できる能力や安全管理を行える能力が求めら

れる。各施設は、HBOの安全基準やCEの業務指針に準じ、独自の育成計画を企画、運営していることが推測される。今回、当院のHBO教育を構成する6項目について紹介し、次世代教育の充実化に向けて考察する。

当院の教育システムは、2人1組の教育係と1人の育成者で編成するバディ制を組織教育の一つとして導入している。

従来の1対1教育では、教育者の過剰な負担、育成者との相性などが問題となったが、それらが解消され、よりきめ細かい教育が可能となった。教育評価表は、目標達成のために教育係と育成者が定期的に話しながら振り返りを行い、進捗を数値化することで、不足している点が視覚化され、客観的な評価が可能となった。教えた内容に対し育成者の理解度を把握するツールとしてレポートを導入している。これは考える力を身につけさせ、教育内容に対して気づきを養うことが可能となり、さらに、教育係においても経験則に頼った手法から、意図と責任をもつことに繋がった。模擬現場にて知識技術を実践することで、更なる学びに繋がることを目的にロールプレイを導入している。自発性や創造性を発揮させ行動の意味や感情など様々な気づきを得ることに繋がった。ジョブローテーションは、定期的に部署異動を行い能力開発や組織全体の状況を把握させるために実施している。様々な業務を経験することで、多角的な視野を持ち、他の医療スタッフと円滑なコミュニケーションが図れることに繋が

った。心理的安全性の確保を目的としてメンター制度を導入している。直接教育係に伝えることの難しい内容などをヒアリングし、教育係とは異なるアプローチで問題解決に繋がった。

当院の教育は、主にHBOに新しく配属された者に対し1年を通して実施する計画である。1年目以降は、バディシステムに加入し先輩スタッフと組み教育係となる。そして教育計画をアップデートさせながら反復していくことがHBOの再教育に繋がっていると考えられた。ロールプレイは、時間を要することが難点だがビデオデブリーフィングを通じて多くの気づきを得ることが多く、実践段階に到達可能な有効な教育手段と位置付けている。若年世代は精神的に繊細な面も多く、現場と想像の不一致といったリアリティショックに直面するため精神面を支援していくことも肝要となる。臨床現場における次世代教育は、考える力の育成を基本として、多角的な手法にて組織教育を実践していくことが必要と考えられた。

第55回 日本高気圧環境・潜水医学会【2021年10月16日】

演 題：SP 当院高気圧酸素治療におけるCOVID—19に対する取り組み

演 者：灘吉進也／戸畑共立病院 臨床工学科

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は、2019年12月に中国武漢市より確認され、世界中で感染拡大し社会全般に大きな打撃を与えている。2021年7月には第5波と呼ばれる感染者数の増加を示しており依然として終息の目途が立たない状況である。高気圧酸素治療(HBO)においては、日本高気圧環境・潜水医学会より2020年3月20日に「新型コロナウイルス対策高気圧酸素室運用指針」(指針)および「新型コロナウイルス対策医療機器消毒について」が公表され、そこにはCOVID—19が判明している場合、治療の有益性が勝る場合を除きHBOは行わないことなどが記されている。今回、当院HBOにおけるCOVID—19に対する取り組みについて概説し、ポストコロナを見据えたHBOにおける感染症対策について考察する。

HBOは、当院のがん治療センターの運用方針に従い感染対策に最大限留意することを前提に診療を継続した。職員には、健康監視およびサージカルマスクとフェイスシールドの着用、環境清掃が義務化され、患者にもサージカルマスクの着用が義務付けられた。当院のHBO室は、がん治療センター内に配置しており、約半数はがん患者に対し治療提供している。がん患者は、COVID-19の重症化のリスク因子の可能性があるので、感染拡大に伴い入院患者と外来患者の導線を分離した。外来患者は、一般患者とは別の入口を設け、そこで入館時体温測定を行った。施設内においても入院

患者と外来患者が交わらないよう専用エレベーターを分類した。HBOにおいては、指針をもとに2020年6月に当院独自の「高気圧酸素治療室におけるCOVID-19の対策」を作成、2021年1月「PCR結果待ち患者の治療時対応方法」を追記した。当院のHBOは、COVID—19患者もしくは疑似症患者は、発熱(37.5度以上)や咳嗽、喀痰排出などの兆候がありCOVID—19の疑いのある方のHBOは行わない方針とした。それでも主治医の強い希望にてPCR結果待ちの急性一酸化炭素中毒の患者にHBOを実施したケースもあった。その際は、4台並列の入口側装置にて、カーテンで分断のうえ、全身防護服を着用した担当技師1名が送迎から治療終了、清掃までを対応した。また、脳梗塞や腸閉塞など早期開始が求められる患者については、PCR結果にて陰性かつ一般病棟に転棟した後に治療開始に至ったことから、約3割の患者は数日間HBO開始が遅延した。

医療従事者には、高い感染対策への意識が求められるようになり、そのsurveillanceとして擦式アルコール消毒薬の使用率が報告されている。HBOスタッフの平時の一人あたり平均使用率490ml/月に対し、COVID-19流行時は836ml/月と増加しており、感染対策への意識の向上が示唆された。また、業務フロー内にHBO室内の環境清掃項目を追加し複合型塩素系除菌・洗浄剤(ルビスタ®)にて実施した。全国に感染が拡大され、HBO関連で不足した医療材料はなか

学術業績(学会発表)

ったが、一時的にサージカルマスクなどの医療材料の供給不足に陥ったことから、HBOを運用していくうえで、ある程度の貯蔵も想定しておく必要があった。これらは、ポストコロナにおいても継続して実施していかなければならない。臨床工学部門としては、陽性者への血液透析や人工呼吸器の管理など業務量が大幅に増加した。いずれの行為も平時より

倍の人員を要すことになり、そして一度濃厚接触者に該当した場合、2週間の出勤停止が課せられる。そのことから、ユニティリテな人材育成を平時より心掛けておく必要が示唆された。今後も状況は変わっていく可能性もあるが、COVID-19から得られた教訓より、ポストコロナを見据えHBOの感染対策レベルの底上げとすることが肝要である。

第55回 日本高気圧環境・潜水医学会【2021年10月16日】

演 題：臨床工学技士イントロダクションビデオ第1種治療装置による高気圧酸素治療
—アンケート調査結果報告—

演 者：灘吉進也/日本高気圧環境・潜水医学会技術部会
戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

第51回学術総会にて「臨床工学技士養成校における高気圧酸素治療(以下HBO)の教育について」をテーマに技術部会ワークショップを企画した。その結果、養成校においてHBOに関する座学や臨床実習について質・量ともに不足している実態が明らかとなった。それにより、医療現場で業務に従事する際、安全性をはじめとした諸々の問題が生じており、教育動画の作成が必要という結論に至った。それを受け日本高気圧環境・潜水医学会技術部会(以下技術部会)、日本臨床工学技士会、日本臨床工学技士教育施設協議会と共同で教育動画を作成し養成校に配布した。今回、この取り組みについて評価し、今後、より良いコンテンツとして提供していくことを目的にアンケート調査を行ったので報告する。

【方法】

1回目調査期間2020年2月1日～2020年2月29日、2回目調査期間2020年12月1日～2021年2月28日とした。対象は、日本臨床工学技士教育施設協議会加盟校76施設。アンケートは、Googleが無料提供しているオンラインサービスGoogleフォームにて行い、結果を単純集計した。設問項目は、教育動画の活用と具体的な方法、内容の満足度(業務内容、治療説明、作用機序、副作用、安全確認、耳抜き、治療の流れ、治療中の患者観察)、質の満足度(音声、視聴時間、画質、総合的)、学生の反応に関する項目、ビデオの必要性についてなど16項目とした。1回目調査36施設(回収率47%)、2回目調査47施設(回収率62%)から回答が得られた。

【結果】

アンケートの結果(1回目調査/2回目調査)は、DVDの活用について、活用した22施設61%/39施設85%、活用していない14施設39%/8施設15%であった。活用方法は講義19施設68%/36施設68%、実習前7施設25%/11施設

21%、貸出2施設7%/3施設5%であった。内容の満足度は、業務内容21施設96%/36施設90%、治療説明20施設91%/35施設87%、作用機序16施設73%/31施設77%、副作用18施設82%/32施設79%、安全確認16施設73%/33施設87%、耳抜き19施設86%/35施設87%、治療の流れ21施設96%/34施設85%、患者観察18施設82%/34施設85%から大変満足および満足が得られた。質の満足度評価は、音声20施設91%/37施設92%、視聴時間20施設91%/36施設90%、画質19施設87%/31施設77%、総合的20施設91%/33施設82%から大変満足および満足が得られた。学生の反応は大変好評・好評が16施設73%/30施設75%、ビデオの必要性は大変必要・必要が22施設100%/37施設92%であった。

【考察】

教育動画の活用は講義を中心に増加傾向にあり学生からも良い反応が得られた。このことは、HBOをイメージさせる教育動画として一定の評価を得ることが出来たと考えられた。養成校におけるHBOの教育は量的に減少していく可能性があることから、教育動画の必要性が高まることが示唆された。自由コメントでは、第2種装置の内容やより詳細な内容の追加などの要望が多く寄せられた。今回は、必要最低限の内容として10分程度に収めたため次回作は、第2種装置設置施設の撮影協力を得ながら内容を再検討する必要がある。また、より利便性を高めていくためにも、チャプター化などの工夫も必要である。現在は、Youtubeにアップロードし、日本高気圧環境・潜水医学会ホームページの技術部会ページ「HBOビデオ講座」へリンクするようにしている。多くの方が視聴できるように、TOPページにリンクを貼るなどの工夫が必要と考えられた。今後も技術部会主導にて、継続して良質な教育動画を提供していきたい。

日本放射線腫瘍学会第34回学術大会【2021年11月12日】

演 題：頭部領域における深層学習を用いた自動輪郭作成の有用性

Efficacy of automatic contouring with deep learning in head region

演 者：岩崎彬／戸畑共立病院 がん治療センター

共同演者：江崎祐太、後藤祐介、平野綜一郎、小野田敏博、宮國泰弘、鞆田義士、今田肇

戸畑共立病院 がん治療センター

【目的】

深層学習を利用したSYNAPSE Radiotherapyを用いて自動輪郭作成を行い、その有用性の評価を試みた。

【方法】

頭部領域の治療を行った30症例に対して体輪郭、脳幹、眼球、視神経の自動輪郭作成を行い、手動作成した輪郭評価をDice係数、認定医による視覚的評価、輪郭作成時間評価を行った。視覚的評価基準は1:0~5%一致、2:5~25%一致、3:25~50%一致、4:50~75%一致、5:75~95%一致、6:95~100%一致とした。

【結果】

Dice係数結果の平均値、標準偏差は体輪郭0.99±0.00、脳幹0.88±0.02、眼球0.92±0.03、視神経0.51±0.14。視覚的評価の平均値、標準偏差は体輪郭5.20±0.76、脳幹5.60±0.50、眼球5.92±0.28、視神経3.62±1.17。輪郭作成時間の平均値は手動で773.64±78.88秒、自動作成で573.11±60.88秒。

【結語】

深層学習を利用した自動輪郭作成は頭頸部領域において視神経を除いて良好な結果が得られた。視神経で結果が悪くなったのは輪郭体積が小さいため少しの不一致でも全体の一致度が低下したと考えられる。視覚的評価では、歯のアーチファクト周囲が大幅な修正が必要で、視神経においては頭蓋内の輪郭作成がうまくいっておらず今後MRIを用いた輪郭作成等が可能になると精度が向上すると期待したい。体輪郭や体積の小さなリスク臓器では修正が必要であるが手動作成と比較すると作成時間は短縮され技術者の負担軽減となると考えられる。また、頭部ではMRIを用いた腫瘍輪郭作成等もワンクリックで可能な機能も備えているため医師の輪郭描出における時間の短縮にも有用であるといえる。

日本放射線腫瘍学会第34回学術大会【2021年11月12日】

演 題：骨盤領域における深層学習を用いた自動輪郭作成の有用性

Efficacy of automatic contouring with deep learning in pelvis area

演 者：江崎祐太／戸畑共立病院 がん治療センター

共同演者：後藤祐介、岩崎彬、平野綜一郎、小野田敏博、宮國泰弘、鞆田義士、今田肇

戸畑共立病院 がん治療センター

【目的】

深層学習技術を用いた放射線治療計画支援ソフトウェアであるSYNAPSE Radiotherapyを使用し骨盤領域の自動輪郭作成評価を行った。

【方法】

前立腺の放射線治療を行った30症例に対し、膀胱・直腸・大腿骨頭・体輪郭・前立腺を自動作成し、手動作成した同輪郭との比較をDice係数評価と認定医による視覚的評価により行った。また、手動作成時間と手動修正まで含めた自動輪郭作成時間との比較も行った。

視覚的評価基準は1:0~5%一致、2:5~25%一致、3:25~50%一致、4:50~75%一致、5:75~95%一致、6:95~100%一致とした。また、ハイドロゲルスプレーサー(スプレーサー)を用いた症例も評価した。

【結果】

Dice係数による評価の平均値、標準偏差は、膀胱:0.95±0.05、直腸:0.89±0.03、大腿骨頭:0.92±0.02、体輪郭:0.99±0.00、前立腺:0.84±0.04。視覚的評価の平均値、標準偏差は膀胱:5.56±0.68、直腸:5.63±0.49、大腿骨頭:5.67±0.48、体輪郭:6.00±0.00、前立腺:4.97±0.72。輪郭作成時間の平均は手動で426±69秒、自動で146±52秒。スプレーサーを用いた視覚的評価は膀胱:5.2±0.84、直腸:3.8±0.84、大腿骨頭:6.00±0.00、体輪郭:6.00±0.00、前立腺:5.00±0.71。

【結論】

深層学習を用いた骨盤領域の自動輪郭作成は、Dice係数評価、視覚的評価共に良好な結果となった。また、作成時間の大幅な短縮に繋がった。以上より、技術者による負担軽減

学術業績(学会発表)
 となると考えられる。また、スパーサーを用いた直腸の視覚的評価は低下した。MRIを用いた深層学習が可能になると精度が向上すると期待したい。

第 37 回日本診療放射線技師会 【2021 年 11 月 12 日～ 14 日】

演 題：テクニカルスキルとノンテクニカルスキルを意識した現場教育

演 者：田原琢朗／戸畑共立病院 画像診断センター

【目的】

撮影技術や被ばく管理はテクニカルスキルと呼ばれ、接遇や医療安全はノンテクニカルスキルに分類される。現場教育ではこの均整を保つことが理想だが、後者に関しては業務の傍ら苦慮することも多い。教育の効率化と負担軽減を目的に、上述の対策を講じ現場教育に反映したので報告する。

【方法】

教育内容を上記2群に分け新人教育を行った。筆者が指定した内容と期間を元に、テクニカルスキル教育は部署内で選定した指導者が実施した。ノンテクニカルスキル教育

は、主に筆者(教育責任者)が業務風景やレポート交換、面談で実施し、指導者に対しても指導風景やレポート内容から教育指導を行った。

【結果】

5年かけて所属部署の教育体制を築いてきた。指導者の特徴を捉え指導者毎に教育項目を設けたことで指導者の負担が減り効率の良い現場教育が実施できた。

【結語】

現場教育において教育内容の二分化と人材の選出は有用である。

第 37 回日本診療放射線技師会 【2021 年 11 月 12 日～ 14 日】

演 題：PDCA によるプリセプターシップ新人教育法の発展と現在

演 者：田原琢朗／戸畑共立病院 画像診断センター

【目的】

時代の変化と共に業務量や業務内容は多様化し、現場教育にも変化が求められる。当院はプリセプターシップを用いた新人教育法を考案、実施から5年が経過した(詳細は第33回大会で報告)。本手法で一定の成果を得たが、継続課題も浮上し改善を図り継続してきた。当院の現在の新人教育と浮上した問題点、改善方法についてこれまでの成果とともに報告する。

【方法】

筆者が考案した新人教育を5年間実施した。浮上した問題点に対してPDCA(Plan, Do, Check, Action)サイクルにて改善を図り、翌年の新人教育に反映した。

【結果】

継続課題であった指導者の負担軽減を図ることができ、新人教育に関わる人員確保も行えた。スタッフの教育意識にも変化が見られた。当初、プリセプターシップ新人教育法により効果を得たと考えたが、現場教育では教育法の見直しは必須であり、質の担保と継続を図る上でPDCAの活用は有用といえる。

第16回九州放射線医療技術学術大会【2021年12月11日～12日】

演 題：PDCA サイクルを用いた新人教育への取り組み

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】

時代の変化と共に業務量や業務内容は多様化し、現場教育にも変化が求められる。第13回大会でプリセプターシップを用いた新人教育法を報告し、継続課題の改善を繰り返し改良することで5年が経過した。当院のこれまでの新人教育に対する取り組みと成果について報告する。

【方法】

現場教育を行う上で浮上した問題点に対してPDCAサイクル(Plan、Do、Check、Action)を用いて改善を図り、翌年の新人教育に反映した。

【結果】

新人教育の方法を共有できる人材確保が行えたことで、継続課題であった指導者の負担軽減を図ることができた。複数新人がいる場合でも教育方法を改良することで1名入職時と同様の教育内容で指導することが可能になった。

【結語】

教育法の見直しは必須であり、質の担保と継続を図る上でPDCAサイクルの活用は有用といえる。



チャンピオン画像集

「新しい3T MRI装置と人工知能 (AI: Artificial Intelligence)」



画像診断センター 科長 山本 晃義

当画像診断センターでは、2022年10月に最新のハードウェアとソフトウェアを備えた3T MRI装置を導入した。これらのMRI装置によって、高画質、高解像度の画像を従来の半分の時間で検査が行われ、がん治療や救急、そして地域医療といったあらゆる医療現場で貢献している。今回のチャンピオン画像では、「最先端AIを使ったMRI画像の診断技術」と「CTの新たな検査技術と臨床応用」といった2つの話題をテーマで解説する。

MRI検査では主に、AIをノイズ処理に応用した画質改善と拡散強調画像 (DWI: Diffusion-Weighted magnetic resonance Imaging) の新たな撮像技術を応用した画質改善技術について取り上げた。MRI検査は、通常、時間を短く分解能を高く撮像すると画質はノイズが増加して画質は低下する。そこでAIによるノイズ処理技術を用いることによって高速かつ高分解能で撮像を行っても画質は担保できるようになる。また、DWIは骨や空気を含むような領域では、ひずみや様々なアーチファクトが発生して画質が劣化してしまう。装置の更新と共に新たに導入されたアプリケーションによって画像のひずみを低減させて安定したDWIが得られるようになり、中枢神経領域および腹部領域のDWIの画質改善に大きなインパクトを与えた。

またCT検査の分野では2020年度にAI技術を搭載した新しいCT装置 (80列CT装置) を導入した。AI技術によって被ばくを低減し画質改善に貢献できるようになり、臨床応用への幅も広がるようになった。特に鎖骨下の血管や骨盤は、骨によるアーチファクトが発生しやすいためAIによるノイズ処理技術が有効である。その臨床応用である鎖骨下動脈の描出例、および特殊な画像処理技術による骨内の出血や血腫を検出する技術の臨床応用例についても紹介したい。

今回は、CTとMRIに搭載されたAI技術の臨床応用例を中心に、臨床の現場で有用であった画像を供覧する。

AIによるノイズ低減技術の原理 (MRI)

はじめに

ノイズ低減処理を担当するAI(人工知能)の搭載された装置は、「学習」と呼ばれる準備によってノイズの特徴をつかみ、人間の眼では正常構造と区別しづらい画像ノイズを除去できる。

従来はノイズを減らすために検査時間の延長が必須であったが、現代の装置は検査時間を伸ばすことなく従来と同等以上の画質が得られる。

このため、
 「短い時間のあいだに、より多彩な組織コントラストの画像を得たい」
 「患者があまり検査負荷に耐えられないため、早く検査を終えたい」
 「検査時間は従来のままで、よりノイズの少ない画像を得たい」
 といった、様々な場面での必要性に応えることが可能となった。

「AIのノイズ低減処理の例」

人間の眼にとっては読影の障害となるノイズの入り込んだ画像であっても、ノイズの特徴を学習したAIはこのノイズを区別し、除去することができる。



ノイズ低減処理の例:光学カメラでの撮影画像(左:除去前 右:除去後)

人工知能 (AI:Artificial Intelligence) の臨床へのインパクト (MRI)

はじめに

新たなMRI装置には、AI(人工知能)を利用した特殊な画像ノイズ低減方法が備わった。これは画像に存在するノイズのパターンを予めコンピュータに学習させておき、学習内容に従ってノイズ成分を除去させる方法である。この機能を使用する事により、撮像時間をかけずに、ノイズの低減された画像を出力する事ができる。

臨床例

本症例は、以前のMRI検査で左内頸動脈瘤を指摘されており、経過観察の目的で高分解能MRA(MR Angiography)の撮像を依頼された。

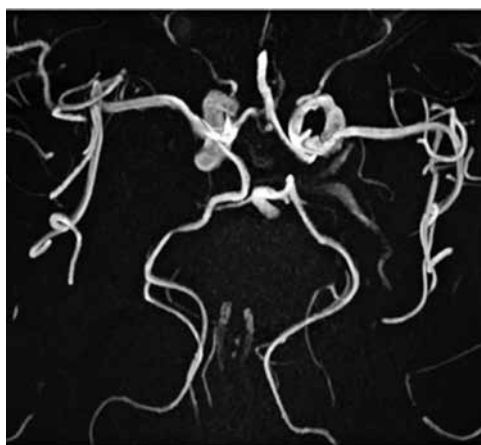
右図は、0.45mmという極めて薄いスライスで撮像を行った高分解能MRAの画像を3次元表示して足方向から観察したものである。

高分解能で撮像されたため、画像の中心部には背景ノイズが目立ち、血管が粗く描写されている。



AIによる処理なし

右図は、AIにより低ノイズ化した画像である。背景信号が目立たず血管の信号も明瞭に観察することが可能となった。従来の検査では低ノイズ画像を得るために長時間の撮像が必要とされていたが、AIによるノイズ低減機能を搭載した新装置により従来検査のおよそ半分の時間で検査が終了した。



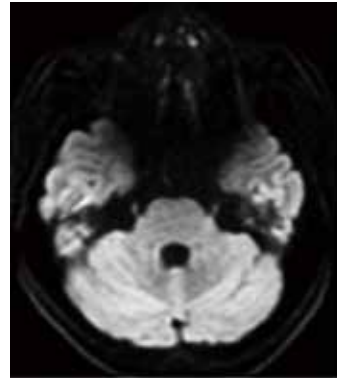
AIによるノイズ処理あり

頭部 拡散強調画像の改善 (MRI)

以前より見られていた空気による歪み(前頭葉や側頭葉、脳幹部で顕著)に対し、新規に導入したMRI装置では補正が可能となった。左に示す画像は歪み補正機能を使用せずに撮影した画像である。赤丸はアーチファクトであり、質的診断の妨げとなっていた。しかし、歪み補正機能により右図のように、異常な高信号域が補正されており、細部の病変描出が可能となった。



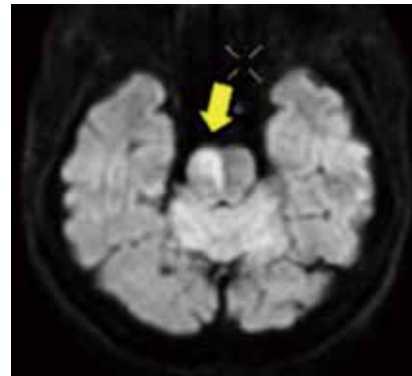
歪み補正なし拡散強調画像



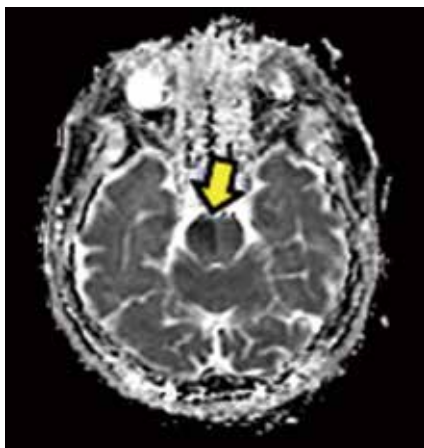
歪み補正あり拡散強調画像

臨床例

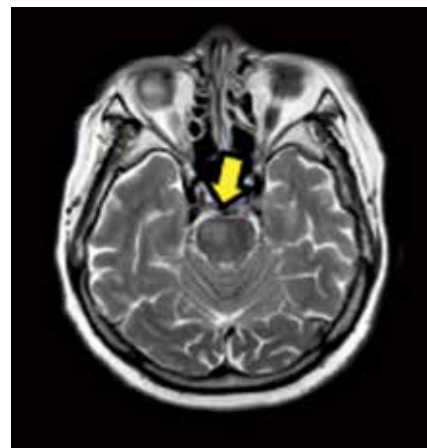
本症例は、体のふらつき、右手の麻痺により脳梗塞が疑われ脳MRIを施行した症例である。右は頭部(急性期脳幹部梗塞: 矢印)の拡散強調画像、下段の左はADC map、右はT2強調画像である。旧装置では、脳幹部に上図の様なアーチファクトが見られこの部位の疾患診断を妨げていた。しかし、歪み補正機能を使用しアーチファクトを改善したことで疾患の見逃しを防げるようになった。



拡散強調画像



ADC map



T2強調画像

MRIによる石灰化強調画像の試み (MRI)

はじめに

MRI画像では、水分子の密度が多い部位の信号は強く、少ない部位の信号は弱く描出される。

これを利用して水分子が比較的良好に描出されるT2*W画像を白黒反転させることで、水分子が少ない骨組織や石灰化した組織を強調して表示する画像が得られる。

近年これがボーン(ライク)イメージ等と呼ばれ、診断に利用されている。

臨床例①腰椎分離症

腰椎分離症はボーンイメージが診断に力を発揮する代表的な疾患であり、上・下関節突起の間に骨折線と思しき黒線が走る所見が視認できる(矢頭)。

このように、骨組織の裂隙を明瞭に捉えることが可能な撮像法である。



臨床例②靭帯骨化症

靭帯へのカルシウム塩沈着を鋭敏に描出することができるのも、この撮像法の特徴である。

右図に頸椎の後縦靭帯骨化症のボーンイメージ画像の例を示す。

第5/6頸椎の背側に、頭尾方向に走る石灰化様の構造(矢頭)が観察できる。



膝関節の 3D 画像を利用した靭帯の観察画像 (MRI)

はじめに

膝関節は関節半月の平らな板があり、この周囲に数多くの靭帯が錯綜する構造を持っている。このため一つの角度から見た画像を撮像しても、同時に複数の靭帯や軟骨組織の損傷や断裂を観察するのは困難である。

当院では膝関節全体の情報を3D画像として高速かつ高精細に撮像し、この画像をもとに後からあらゆる断面に画像再構成を行うことで対応している。

臨床例① ACL (前十字靭帯) に対する矢状断

膝関節に対する矢状断がACLと並行であることは稀であるが、3D画像を取得した後に画像処理でACLやPCL、その他の構造に対する矢状断・冠状断・水平断画像を任意に作り出し、観察することができる。

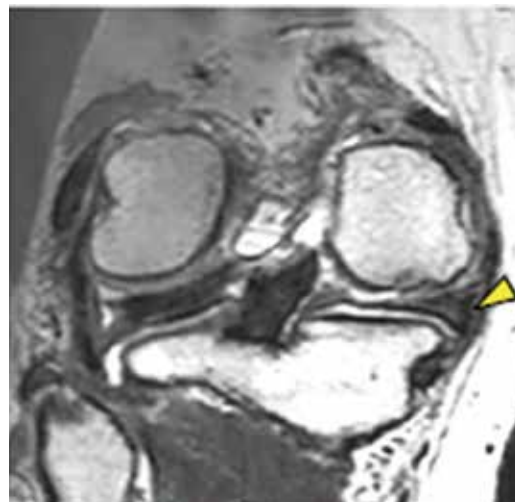
右にACL断裂の症例で作成した、ACLに対する矢状断を示す。ACLの不連続性(矢頭)が明瞭に観察できる。



臨床例② 関節半月に対する三方向断面

前例と同様に、関節半月を同一面内に含む画像を3D画像の再構成で作成し、関節半月の断裂(水平&頭尾方向)の観察に最適な断面を得ている。

当院で作成している再構成画像を右に示す。関節半月に対する水平方向の裂離が存在することが、容易に認識できる。



非造影 MRA (Time SLIP 法) を用いた腎動脈描出の原理 (MRI)

はじめに

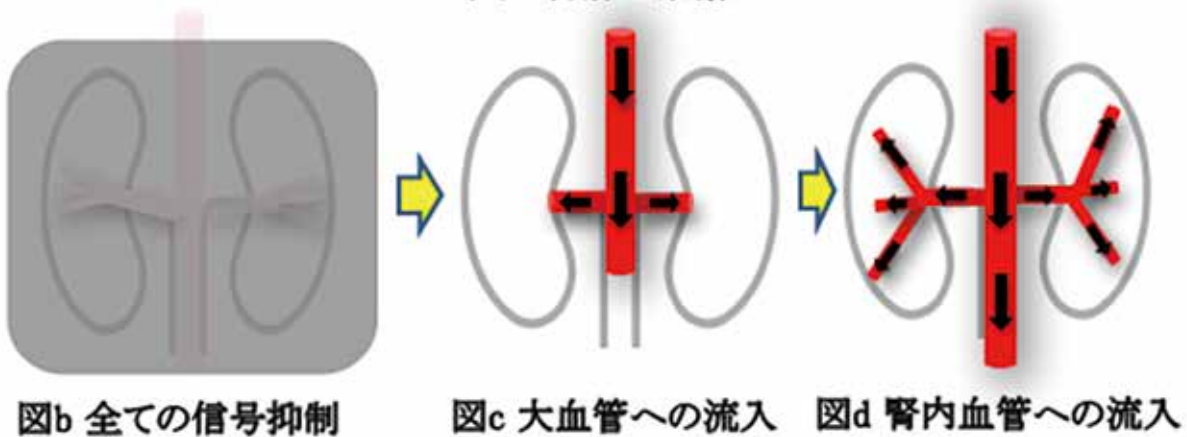
Time SLIP法とは、造影剤を用いることなく血管情報を収集するMRI検査の撮影方法の一つである。目的とする血管領域をあらかじめ設定しておく、その領域に流入する血流を経時的に観察できる検査方法である。

図aに目的とする腎動脈の血管シェーマを示す。このような血液の流れを観察するために、先ずは図bに示すような領域にMRI信号を抑制するための特殊なパルスを設ける。ある一定の時間が経過すると図bの領域内に、心臓から流れてきた血流が流れ込む(図c)。しかし、腎臓に到達するまでには時間が十分ではないため、その一部が描出される。さらに時間が経過すると図dに示すように腎動脈の末梢の血流まで描出されるようになる。

腎動脈が描出されるまでの流れ



図a 腎臓と動脈



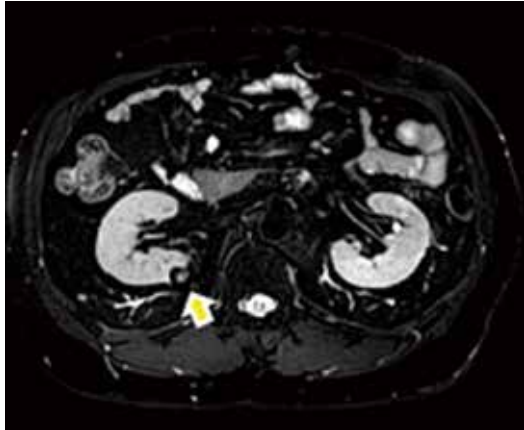
図b 全ての信号抑制

図c 大血管への流入

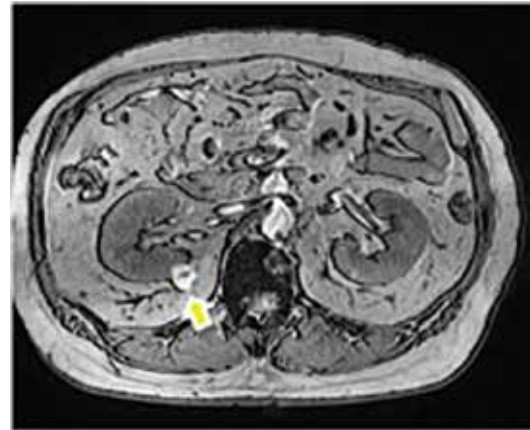
図d 腎内血管への流入

Time SLIP 法の臨床応用例 (MRI)

本症例は、CT検査で既知の腎腫瘍の精査および腫瘍への動脈血行動態を調べる目的でMRI検査を依頼された。また造影剤副作用の既往歴があり、非造影での検査となった。左にT2WI(脂肪抑制)の横断像、右にT1WI(out of phase)の横断像を示す(矢印は腎腫瘍)。このMRI検査では確定診断には至らなかったが、出血を伴う乳頭状腎細胞癌の可能性が示唆された。

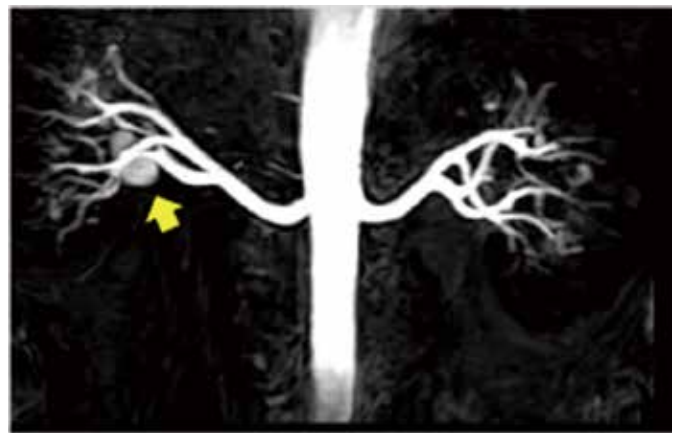


T2強調画像(脂肪抑制)



T1強調画像 out of phase

右図はTime SLIP法で撮影された腎動脈血管像である。腎腫瘍を矢印に示す。撮影時間2分程度であり、収集された120枚の画像を重ね合わせて表示させた。新規導入した装置では、血流動態が細部まで観察可能となり、撮像時間は旧装置の半分であり、検査時間は大幅に短縮された。



非造影で得られた腎動脈血管像

右図は腎動脈と腫瘍を三次元画像として立体的に構築された画像であり、後方から観察した状態である。

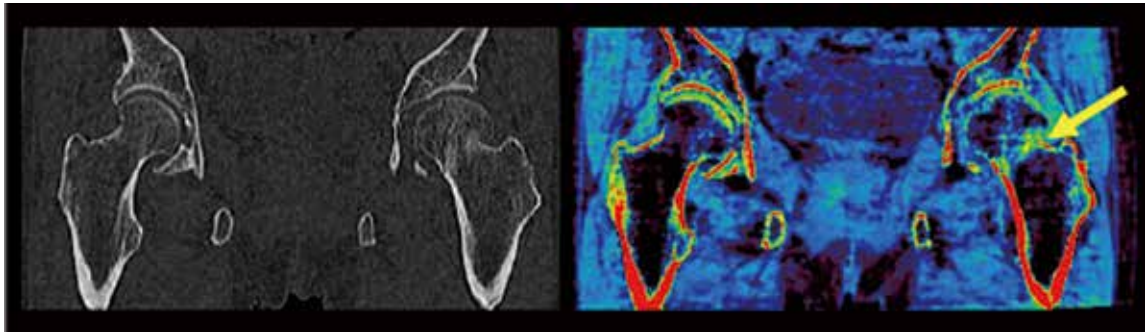
このような三次元画像によって腫瘍の位置と血管の走行や分岐形態が容易に把握できる。



三次元画像

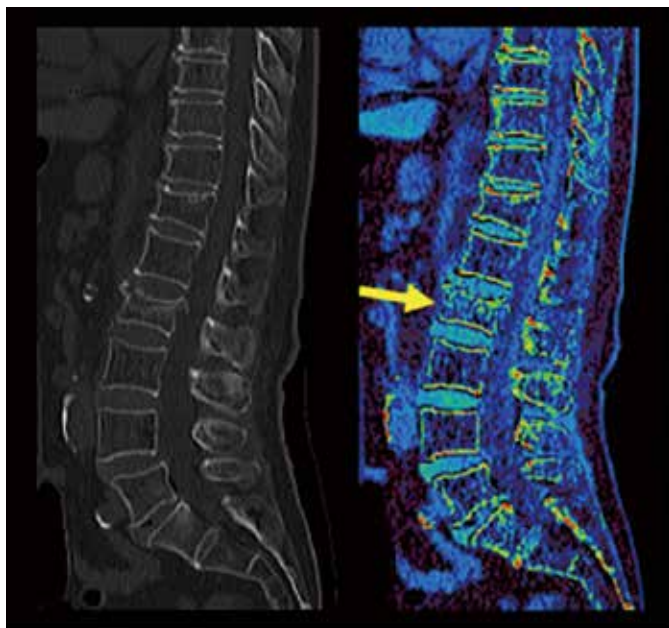
Virtual Non-Calcium image (CT)

Dual Energy CTと呼ばれる異なるエネルギーのX線を照射してデータを得る手法を活用し、骨折描出の新しいコントラスト“Virtual Non-Calcium image(VNc)”が実現した。VNcは、特殊な画像処理技術による物質弁別手法によってカルシウム成分を除去し、骨内の出血や血腫を検出しやすくする画像である。従来のCTでは診断できなかった骨挫傷や不顕性骨折の診断、椎体骨折の新旧病期評価に貢献する。



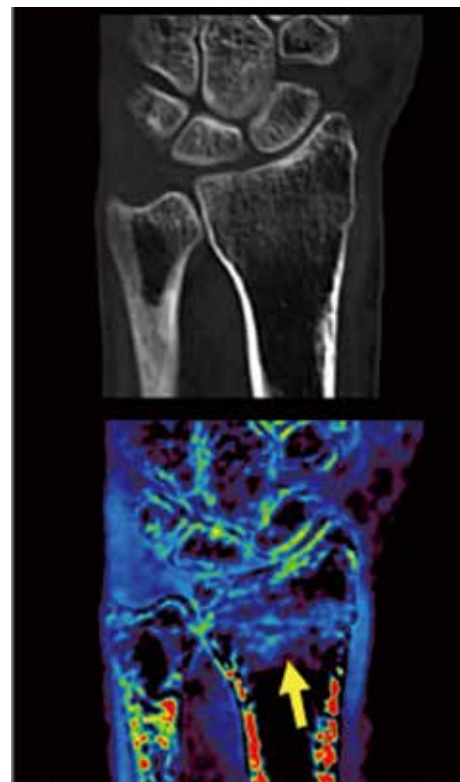
左大腿骨頸部骨折

左大腿骨では、VNc画像によって大腿骨頸部の骨梁構造と重なる出血(→)を描出できている。



腰椎圧迫骨折 (L2)

L2椎体の圧潰変形が強く、MPR像では新旧の鑑別が困難であるが、VNc画像により、急性を示す骨髄内浮腫(→)を捉えることができる。



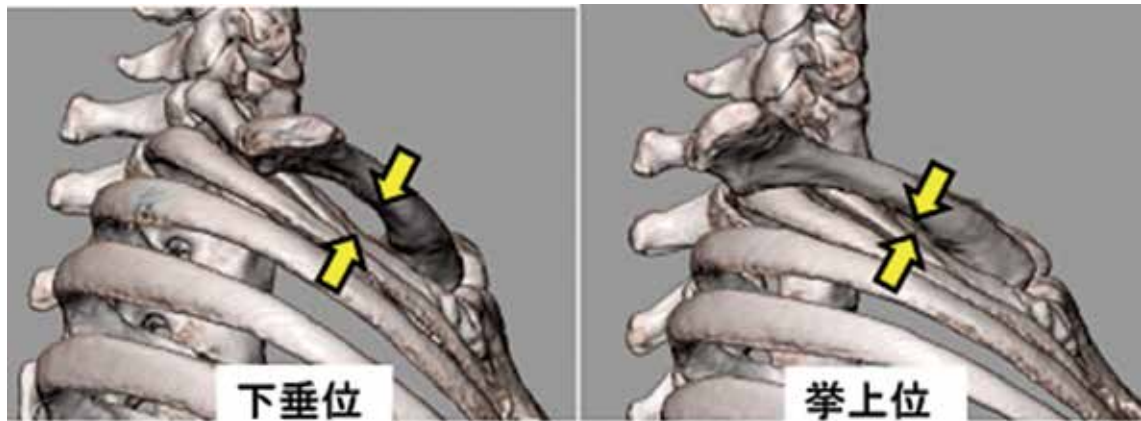
橈骨遠位端骨折

MPR像で明らかな骨折を認めないが、VNc画像では橈骨に骨挫傷を反映した濃度(→)が得られている。

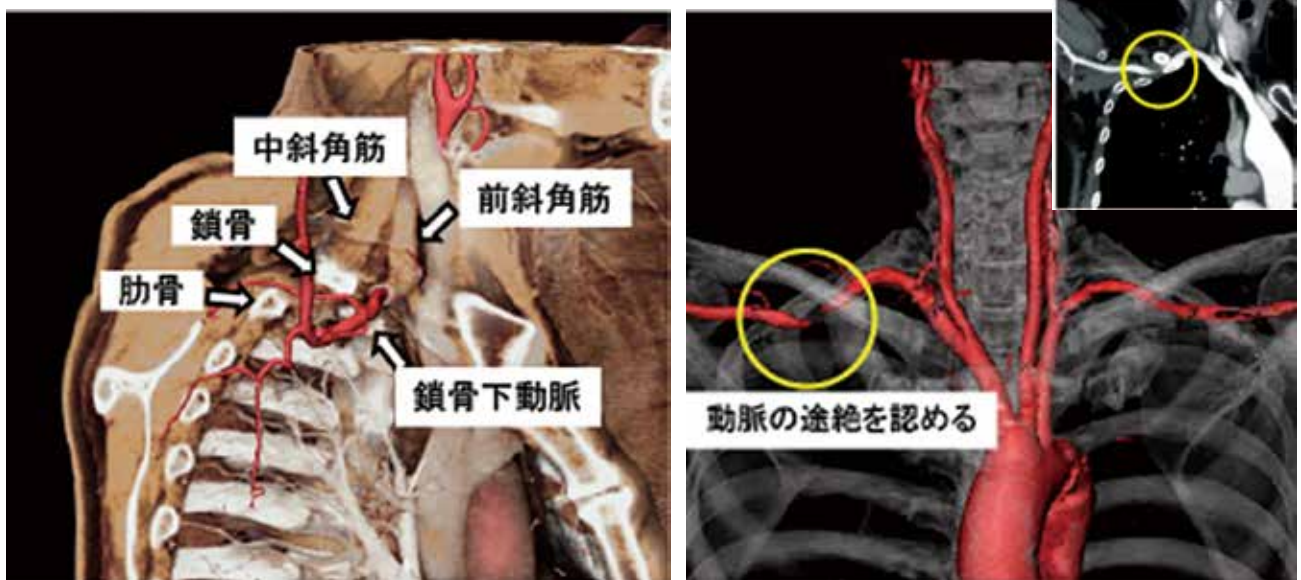
胸郭出口症候群の診断画像（CT）

胸郭出口症候群を疑われ単純と造影CTを施行された患者である。腕の疼痛の原因精査目的にて、上肢の下垂位と挙上位にてCT撮影を施行した。単純CTから作成した骨のVR画像にて、上肢の動きにより鎖骨と肋骨の間隙が変化していることが判明した。造影CTにて同部位における右鎖骨下動脈の途絶が認めれ、その後の治療方針の決定に繋がった。

本検査は被ばく低減技術を駆使することで、被ばく線量通常の中以下の被ばく線量と半分以下の造影剤量にて検査を実施している。



骨のVR画像(単純CTより)



合成3D画像(造影CTより)

学会等・出張先一覧

	自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
【4月】	4月8日	4月10日	今村 鉄男	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	宗 宏伸	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	松村 勝	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	吉本 裕紀	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	室屋 大輔	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	津留 悠壽	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	谷脇 智	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	和田 義人	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	長尾 祐一	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月9日	4月11日	三宅 育代	医局	第118回日本内科学会総会・講演会	-	WEB参加
	4月9日	4月11日	宗 祐人	医局	第118回日本内科学会総会・講演会	-	WEB参加
	4月9日	4月10日	綾塚 仁志	医局	ホテルフォルツァ博多駅筑紫口IIへのJMAT福岡派遣	-	福岡市
	4月9日	4月11日	下河邊正行	医局	第118回日本内科学会講演会	-	東京都
	4月9日	4月11日	福嶋 博文	医局	第118回日本内科学会講演会	-	WEB参加
	4月9日	4月11日	片山 直美	医局	第118回日本内科学会講演会	-	WEB参加
	4月9日	4月11日	浦野 久	医局	第118回日本内科学会講演会	-	WEB参加
	4月13日	4月14日	下河邊久陽	医局	ホテルフォルツァ博多駅筑紫口IIへのJMAT福岡派遣	-	福岡市
	4月15日	4月17日	宗 祐人	医局	第107回日本消化器病学会総会	-	東京都
	4月15日	4月17日	福嶋 博文	医局	第107回日本消化器病学会総会	-	WEB参加
	4月22日	4月24日	清水 建詞	医局	第50回日本脊椎脊髄病学会学術集会	-	京都府
4月22日	4月23日	大茂 壽久	医局	第64回日本手外科学会学術集会／男性手根寛症候群に 屈筋腱滑膜のTTRアミロイド沈着と術後成績	演者	長崎県	
4月22日	4月25日	長谷川千絵	医局	第73回日本産婦人科学会学術講演会	-	WEB参加	
4月22日	4月24日	大友 一	医局	第50回日本脊椎脊髄病学会学術集会	-	WEB参加	
4月22日	-	酒見 亮介	医局	令和3年度第1回北九州市指定難病審査会	-	北九州市	
4月22日	4月24日	片山 直美	医局	第94回日本内分泌学会学術総会	-	WEB参加	
4月22日	4月24日	三宅 育代	医局	第94回日本内分泌学会学術総会	-	WEB参加	
4月22日	5月11日	大友 一	医局	第50回日本脊椎脊髄病学会学術集会	-	WEB参加	
4月22日	6月28日	森光 洋介	医局	第110回日本病理学会総会	-	WEB参加	
4月22日	-	酒見 亮介	医局	令和3年度第7回北九州市指定難病審査会	-	北九州市	
4月23日	4月24日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市	
4月26日	4月27日	下河邊久陽	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市	
4月30日	5月1日	綾塚 仁志	医局	ホテルフォルツァ博多駅筑紫口IIへのJMAT福岡派遣	-	福岡市	
【5月】	5月6日	5月7日	下河邊久陽	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
	5月6日	5月8日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
	5月7日	5月9日	福嶋 博文	医局	第95回日本感染症学会学術講演会、 第69回日本化学療法学会総会合同学会	-	WEB参加
	5月8日	-	田原 琢朗	画像診断	第11回九州CT研究会	座長	WEB参加
	5月8日	5月9日	田原 尚直	医局	第32回日本運動器科学会	-	WEB参加
	5月14日	5月16日	宗 祐人	医局	第101回日本消化器内視鏡学会総会	-	WEB参加
	5月14日	-	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡県
	5月14日	5月16日	福嶋 博文	医局	第101回日本消化器内視鏡学会総会	-	WEB参加
	5月18日	5月19日	下河邊久陽	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡県
	5月19日	5月21日	明石 英俊	医局	第49回日本血管外科学会学術総会	座長他	愛知県

【6月】

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
5月19日	5月21日	下河邊久陽	医局	第49回日本血管外科学会学術総会 / 腸骨動静脈瘤に対して Covered Stentを用いて血管内治療を行った一例	演者	WEB参加
5月20日	5月21日	林 亨治	医局	第38回日本呼吸器外科学会学術集会	-	WEB参加
5月21日	5月23日	君付 博	医局	日本超音波医学会第94回学術集会、第20回教育セッション	-	WEB参加
5月21日	5月22日	下河邊久陽	医局	第19回日本ヘルニア学会学術集会	-	WEB参加
5月21日	5月22日	松村 勝	医局	第19回日本ヘルニア学会学術集会	-	WEB参加
5月21日	-	福嶋 博文	医局	令和3年第1回臨床研修指定病院実務者会議	-	北九州市
5月28日	5月29日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡県
5月28日	-	清水 建詞	医局	第93回西日本脊椎研究会	-	WEB参加
5月28日	-	大友 一	医局	第93回西日本脊椎研究会	-	WEB参加
5月29日	-	田原 琢朗	画像診断	福岡県診療放射線技師会、学術教育委員会 生涯学習セミナー / CT検査での感染対策	講師	福岡市
5月29日	-	古田 功彦	医局	第89回日本口腔外科学会九州支部学術集会	-	WEB参加
5月29日	-	田中 麻衣	医局	第89回日本口腔外科学会九州支部学術集会 / 未治療胸部大動脈瘤が原因で線溶系異常を生じ、抜歯後出欠を来した1症例	演者	WEB参加
5月31日	-	下河邊久陽	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡県
6月2日	6月3日	和田 義人	医局	第33回日本肝胆膵外科学会学術集会	-	WEB参加
6月2日	6月3日	谷脇 智	医局	第33回日本肝胆膵外科学会学術集会	-	WEB参加
6月3日	-	宗 祐人	医局	第1回北九州UCセミナー	-	北九州市
6月3日	7月9日	君付 博	医局	日本麻酔科学会第68回学術集会	-	WEB参加
6月3日	6月4日	佐藤 英博	医局	日本麻酔科学会第68回学術集会	-	WEB参加
6月3日	7月9日	増田 直樹	医局	日本麻酔科学会第68回学術集会	-	WEB参加
6月4日	6月6日	久保 晋吾	医局	第66回日本透析医学会学術集会・総会	-	WEB参加
6月5日	-	岩下真穂子	医局	第333回日本内科学会九州地方会 / 診断に苦慮した直腸梅毒の1例	演者	WEB参加
6月5日	6月6日	森 康弘	薬剤部	医療安全管理者養成講習会第1クール(全3クール)	-	WEB参加
6月6日	6月7日	綾塚 仁志	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡派遣	-	北九州市
6月10日	7月12日	大茂 壽久	医局	第94回日本整形外科学会学術集会	-	WEB参加
6月10日	7月12日	田原 尚直	医局	第94回日本整形外科学会学術集会	-	WEB参加
6月10日	6月30日	下河邊久陽	医局	第24回日本臨床救急医学会総会・学術集会	-	WEB参加
6月10日	6月21日	草場 宣宏	医局	第94回日本整形外科学会学術総会	-	WEB参加
6月11日	6月12日	宗 祐人	医局	第117回日本消化器病学会九州支部例会、第111回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	-	福岡市
6月11日	6月12日	松岡 弘樹	医局	第117回日本消化器病学会九州支部例会、第111回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	-	福岡市
6月11日	-	酒見 亮介	医局	第117回日本消化器病学会九州支部例会、第111回日本消化器内視鏡学会九州支部例会 / 潰瘍性大腸炎におけるメサラジン不耐例は治療困難例となりうるか	演者	福岡市
6月11日	6月12日	福嶋 博文	医局	第117回日本消化器病学会九州支部例会、第111回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	-	WEB参加
6月11日	6月12日	別府 剛志	医局	第117回日本消化器病学会九州支部例会 / 第111回日本消化器内視鏡学会九州支部例会 / 小腸カプセル内視鏡で指摘困難であった原発性小腸癌の一例	演者	WEB参加
6月12日	-	田中 順平	画像診断	第23回福岡CTコア研究会	座長	WEB参加
6月12日	-	佐々木 優	医局	第117回日本消化器病学会九州支部例会、第111回日本消化器内視鏡学会九州支部例会 / 重症膵炎を来した Hemosuccus Pancreaticus の一例	演者	福岡市
6月17日	6月18日	福嶋 博文	医局	第57回日本肝臓学会総会	-	WEB参加
6月18日	6月19日	灘吉 進也	臨床工学科	医療安全管理者養成講習会第1クール(全3クール)	-	WEB参加
6月18日	6月19日	重見 貴子	薬剤部	第26回日本緩和医療学会学術集会	-	WEB参加

【7月】

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所	
6月18日	7月11日	森光 洋介	医局	第62回日本臨床細胞学会総会(春期大会)	-	WEB参加	
6月24日	-	宗 宏伸	医局	JAK Academy for ulcerative colitis	-	北九州市	
6月26日	6月27日	田中 順平	画像診断	第7回福岡県診療放射線技師学会大会	実行委員	北九州市	
6月26日	6月27日	田原 琢朗	画像診断	第7回福岡県診療放射線技師学会大会	実行委員	北九州市	
6月26日	-	古田 功彦	医局	新型コロナワクチン筋肉内注射研修会	-	WEB参加	
7月1日	8月31日	佐々木 優	医局	2021年度がんのリハビリテーション研修会	-	WEB参加	
7月1日	8月31日	池田 陽子	看護部	2021年度がんのリハビリテーション研修会	-	WEB参加	
7月1日	8月31日	篤海 宏樹	リハビリ科	2021年度がんのリハビリテーション研修会	-	WEB参加	
7月1日	8月31日	上田 亜優	リハビリ科	2021年度がんのリハビリテーション研修会	-	WEB参加	
7月1日	8月31日	青木 萌	リハビリ科	2021年度がんのリハビリテーション研修会	-	WEB参加	
7月1日	8月31日	麻生 明寿	リハビリ科	2021年度がんのリハビリテーション研修会	-	WEB参加	
7月2日	7月3日	大茂 壽久	医局	第47回日本骨折治療学会学術集会	-	兵庫県	
7月2日	7月3日	田原 尚直	医局	第47回日本骨折治療学会学術集会/非転位型大腿骨頸部骨折術後大腿骨頭壊死発生予測因子の検討	演者	兵庫県	
7月2日	7月3日	瀬尾 智史	医局	第47回日本骨折治療学会学術集会	-	兵庫県	
7月2日	7月3日	下河邊正行	医局	第21回九州高気圧環境医学会	-	WEB参加	
7月3日	-	室屋 大輔	医局	第21回九州高気圧環境医学会	-	WEB参加	
7月5日	7月16日	下河邊正行	医局	第21回高気圧医学専門医研修講座	-	WEB参加	
7月7日	7月8日	濱田 賢治	医局	第51回日本人工関節学会 オンライン学術総会	-	WEB参加	
7月7日	7月9日	吉本 裕紀	医局	第76回日本消化器外科学会総会/S状結腸癌による同時性転移性尿管腫瘍の一例	演者	WEB参加	
7月7日	7月9日	今村 鉄男	医局	第76回日本消化器外科学会総会	-	京都府	
7月7日	7月9日	宗 宏伸	医局	第76回日本消化器外科学会総会	-	京都府	
7月7日	7月9日	松村 勝	医局	第76回日本消化器外科学会集会	-	WEB参加	
7月7日	7月9日	谷脇 智	医局	第76回日本消化器外科学会集会	-	WEB参加	
7月8日	-	毛利 香	看護部	行橋市立中京中学校・がん教育授業打合せ/がんの正しい知識についての授業	講師	福岡県	
7月9日	7月10日	下河邊久陽	医局	アパホテル福岡天神西へのJMAT福岡派遣	-	福岡市	
7月9日	7月10日	明石 英俊	医局	第27回日本血管内治療学会学術総会	-	WEB参加	
7月10日	-	宗 祐人	医局	第18回IBD Club Jr.Kyushuプログラム	-	WEB参加	
7月12日	-	副島 祥	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市	
7月12日	7月13日	市岡 正敏	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市	
7月15日	7月30日	宗 宏伸	医局	第23回日本医療マネジメント学会学術総会	-	WEB参加	
7月15日	-	佐藤 英博	医局	令和3年度 第2回北九州市事後検証委員会	-	WEB会議	
7月15日	7月16日	高橋 長弘	医局	第13回日本創傷外科学会総会・学術集会/NPWTとNPWT i-dとIW-COMPITの組み合わせ治療の有用性	演者	北九州市	
7月16日	7月17日	綾塚 仁志	医局	アパホテル福岡天神西へのJMAT福岡派遣	-	福岡市	
7月17日	-	宗 祐人	医局	第82回食道色素研究会	-	WEB参加	
7月22日	7月23日	福嶋 博文	医局	第57回日本肝臓研究会	-	鹿児島県	
7月22日	7月23日	松垣 諭	医局	第57回日本肝臓研究会	-	WEB参加	
7月24日	-	増田 直樹	医局	日本集中治療医学会第5回九州支部学術集会	-	WEB参加	
7月26日	-	小島 俊樹	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市	
7月26日	7月27日	榊原 重成	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市	
7月29日	7月30日	明石 英俊	医局	第54回日本胸部外科学会九州地方会総会	-	WEB参加	
7月30日	-	宗 祐人	医局	令和3年度第1回北九州ブロック胃集検読影従事者講習会・第245回生涯教育講座の開催	-	北九州市	
7月30日	7月31日	綾塚 仁志	医局	アパホテル福岡天神西へのJMAT福岡派遣	-	福岡市	
【8月】	8月6日	8月7日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市

【9月】

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
8月7日	8月8日	森 康弘	薬剤部	医療安全管理者養成講習会第2クール(全3クール)	-	WEB参加
8月7日	8月8日	灘吉 進也	臨床工学科	医療安全管理者養成講習会第2クール(全3クール)	-	WEB参加
8月9日	8月10日	橋本 崇	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
8月10日	10月2日	落合佳代子	入退院支援室	2021年度 医療対話推進者養成セミナー	-	WEB参加
8月16日	-	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
8月16日	-	宗 祐人	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
8月17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
8月17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
8月17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
8月17日	-	三谷大二郎	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
8月17日	-	中園 武宣	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
8月17日	-	神尾 美紀	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17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
8月17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
8月19日	8月21日	中村 将隆	看護部	第26・27回合同学会 日本摂食嚥下リハビリテーション学会	-	WEB参加
8月20日	8月21日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
8月21日	-	水落 久子	医療安全管理室	医療安全管理者養成講習会アドバンスコース	-	WEB参加
8月21日	-	下河邊正行	医局	第62回全日本病院学会 in 岡山	-	WEB参加
8月28日	-	福島 博文	医局	第24回日本がん分子標的治療研究会	-	WEB参加
9月3日	9月4日	大友 一	医局	第28回日本脊椎・脊髄神経手術手技学会学術集会	-	WEB参加
9月4日	9月5日	下田平春彦	がん治療センター	第25回(令和3年度)診療放射線技師実習施設指導者等養成講習会	-	WEB参加
9月4日	-	田原 琢朗	画像診断	第10回九州3Dメディカルイメージングセミナー/明日から使える画像処理!~臨床活用編~	講師	福岡市
9月4日	9月20日	南 博子	感染制御室	第36回日本環境感染学会総会・学術集会/医療従事者における新型コロナウイルス長時間・短時間暴露群と非暴露群の抗体保有率について	演者	WEB参加
9月4日	9月20日	片山 直美	医局	第21回日本内分泌学会九州支部学術集会	-	WEB参加
9月4日	9月20日	三宅 育代	医局	第21回日本内分泌学会九州支部学術集会	審査員	WEB参加
9月4日	10月4日	君付 博	医局	日本麻酔科学会2021年度支部学術集会	-	WEB参加
9月4日	10月4日	増田 直樹	医局	日本麻酔科学会2021年度支部学術集会6支部合同開催	-	WEB参加
9月4日	10月4日	長行事由貴	医局	日本麻酔科学会2021年度支部学術集会6支部合同開催	-	WEB参加
9月10日	9月11日	松山 卓矢	リハビリ科	第23回日本褥瘡学会学術集会/急性期病棟の寝たきり患者(日常生活自立度C)における褥瘡発生要因の検討	演者	WEB参加
9月10日	9月11日	大茂 壽久	医局	第32回日本抹消神経学会学術集会/男性手根管症候群の術後成績にメタボリックシンドロームとTTRアミロイドが及ぼす影響	演者	和歌山県
9月10日	9月11日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
9月10日	9月24日	下河邊正行	医局	第62回日本人間ドック学会学術大会	-	WEB参加
9月10日	9月24日	池田 秀郎	医局	第62回日本人間ドック学会学術大会	-	WEB参加
9月13日	9月14日	佐々木 優	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
9月13日	-	小島 俊樹	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
9月18日	-	松永 慶	医局	福岡大学医学部整形外科学教室 関連病院部長会	-	福岡市
9月19日	9月21日	辻 泰子	医局	第117回日本精神神経学会学術総会	-	WEB参加
9月24日	9月25日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
9月26日	9月26日	木原いづみ	看護部	第1回医療事故調査制度事例検討研修会	-	東京都
9月26日	-	仲本 昂平	リハビリ科	第7回日本呼吸理学療法学会学術大会	-	WEB参加
9月27日	9月28日	松岡 弘樹	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市

【10月】

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
9月27日	-	別府 剛志	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
9月28日	11月21日	池田美奈子	医事課	2021年度医療対話推進者養成セミナー	-	WEB参加
9月28日	11月21日	香月 彩	入退院支援室	2021年度医療対話推進者養成セミナー	-	WEB参加
9月28日	11月21日	江藤 美幸	地域連携室	2021年度医療対話推進者養成セミナー	-	WEB参加
9月28日	-	宗 祐人	医局	令和3年度第1回北九州ブロック大腸がん検診従事者講習会・第246回生涯教育講座	-	北九州市
9月29日	-	荒金千比呂	企画情報課	SSKセミナーこれから始まる「医療機関のDX」	-	WEB参加
10月1日	10月2日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
10月2日	-	長谷川千絵	医局	九州乳腺疾患画像診断研究会(福岡県集団検診協議会認定乳がん検診講習会)	-	北九州市
10月2日	-	辻 武寿	医局	第9回広島てんかん・脳波セミナー	-	WEB参加
10月2日	-	辻 泰子	医局	第9回広島てんかん・脳波セミナー	-	WEB参加
10月3日	-	君付 博	医局	日本超音波医学会第31回九州地方学会学術集会	-	WEB参加
10月4日	10月5日	下河邊久陽	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
10月7日	10月8日	室屋 大輔	医局	第57回日本胆道学会学術集会	-	WEB参加
10月8日	10月9日	大友 一	医局	第23回日本骨粗鬆症学会	-	WEB参加
10月8日	10月9日	青木 萌	リハビリ科	第23回日本骨粗鬆症学会	-	WEB参加
10月9日	10月10日	後藤 裕介	がん治療センター	第25回(令和3年度)診療放射線技師実習施設指導者等養成講習会	-	WEB参加
10月9日	10月10日	木原いずみ	看護部	第1回院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会	-	東京都
10月11日	-	小島 俊樹	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡派遣	-	北九州市
10月11日	10月12日	榊原 重成	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡派遣	-	北九州市
10月12日	-	宗 祐人	医局	令和3年度 北九州市胃がん検診(内視鏡検査)精度管理研修会/北九州市胃がん検診内視鏡検査の現況	演者	北九州市
10月14日	10月15日	明石 英俊	医局	第62回日本脈管学会総会	座長	北海道
10月14日	10月15日	室屋 大輔	医局	第62回日本脈管学会総会	-	北海道
10月15日	-	室屋 大輔	医局	第55回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会 / 腸管気腫を伴った門脈ガス血症に対して高気圧酸素療法を施行した2例	演者	WEB参加
10月16日	10月17日	松山 卓矢	リハビリ科	九州理学療法士学術大会2021 from SASEBO,長崎 / 両側延髄内側梗塞患者の呼吸器合併症予防に向けた他職種での関わり	演者	WEB参加
10月16日	10月31日	長行事由貴	医局	日本小児麻酔学会第26回大会	-	WEB参加
10月18日	10月19日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
10月22日	10月23日	大友 一	医局	第29回日本腰痛学会	-	WEB参加
10月22日	11月21日	長行事由貴	医局	第49回日本歯科麻酔学会総会・学術集会	-	WEB参加
10月23日	-	明石 英俊	医局	第3回日本フットケア・足病医学会九州・沖縄地方会	司会	福岡県
10月23日	-	高橋 長弘	医局	第3回日本フットケア・足病医学会九州・沖縄地方会	-	福岡県
10月25日	-	別府 剛志	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡派遣	-	北九州市
10月25日	10月26日	佐々木 優	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡派遣	-	北九州市
10月26日	-	毛利 香	看護部	行橋市立今元中学校・がん教育授業打合せ / がんの正しい知識についての授業	講師	福岡県
10月26日	-	毛利 香	看護部	岡垣町岡垣中学校・がん教育授業打合せ / がんの正しい知識についての授業	講師	遠賀郡
10月26日	-	毛利 香	看護部	岡垣町岡垣東中学校・がん教育授業打合せ及び授業・反省会 / がんの正しい知識についての授業	講師	遠賀郡
10月27日	12月20日	鵜殿 弘貴	医局	日本脳神経外科学会第80回学術総会	-	オンデマンド配信
10月27日	12月20日	辻 武寿	医局	日本脳神経外科学会 第80回学術総会	-	WEB参加

【11月】

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
10月30日	10月31日	木原いずみ	看護部	2021年度医療事故・紛争対応人材養成講座	-	オンデマンド配信
10月31日	11月1日	林 亨治	医局	令和3年度プログラム責任者養成講習会	-	WEB参加
10月31日	11月3日	明石 英俊	医局	第74回日本胸部外科学会定期学術集会	座長	東京都
10月31日	11月3日	林 亨治	医局	第74回日本胸部外科学会定期学術集会	-	WEB参加
11月2日	-	宗 祐人	医局	令和3年度第2回北九州ブロック大腸がん検胃集検読影従事者講習会・第247回生涯教育講座	座長	北九州市
11月4日	12月5日	山田 陽司	医局	第73回西日本泌尿器科学会総会	-	WEB参加
11月4日	11月7日	宗 祐人	医局	JDDW 2021 KOBE 第29回日本消化器関連学会週間	-	兵庫県
11月4日	11月7日	和田 義人	医局	JDDW 2021 KOBE 第29回日本消化器関連学会週間	-	兵庫県
11月4日	12月24日	福嶋 博文	医局	JDDW 2021 KOBE 第29回日本消化器関連学会週間	-	WEB参加
11月4日	12月24日	松垣 諭	医局	JDDW 2021 KOBE 第29回日本消化器関連学会週間	-	WEB参加
11月4日	12月24日	長尾 祐一	医局	JDDW 2021 KOBE 第29回日本消化器関連学会週間	-	WEB参加
11月5日	11月7日	福嶋 博文	医局	第91回日本感染症学会西日本地方会学術集会	-	WEB参加
11月6日	11月19日	長谷川千絵	医局	第36回日本女性医学学会学術集会	-	WEB参加
11月8日	11月9日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
11月11日	11月13日	宗 宏伸	医局	第76回日本大腸肛門病学会学術集会	-	広島県
11月12日	11月14日	菊谷 大樹	リハビリ科	第31回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会 /腹腔鏡下消化器腫瘍切除術後における術後合併症危険因子としての6分間歩行距離の有用性	演者	WEB参加
11月12日	11月14日	江崎 祐太	がん治療センター	日本放射線腫瘍学会第34回学術大会 /骨盤領域における深層学習を用いた自動輪郭作成の有用性	演者	WEB参加
11月12日	11月14日	岩崎 彬	がん治療センター	日本放射線腫瘍学会第34回学術大会 /頭部領域における深層学習を用いた自動輪郭作成の有用性	演者	WEB参加
11月12日	11月13日	吉本 裕紀	医局	第76回日本大腸肛門病学会学術集会	-	広島県
11月12日	11月13日	下河邊久陽	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
11月12日	11月14日	田原 琢朗	画像診断	第37回日本診療放射線技師学術大会/PDCAによるプリセプターシップ新人教育法の発展と現在/テクニカルスキルとノンテクニカルスキルを意識した教育現場	演者	東京都
11月12日	11月13日	海老原聡人	画像診断	第37回日本診療放射線技師学術大会	-	東京都
11月12日	12月14日	古田 功彦	医局	第66回日本口腔外科学会総会・学術大会	-	WEB参加
11月12日	11月14日	田中 麻衣	医局	第66回日本口腔外科学会総会学術集会	-	WEB参加
11月13日	-	森 崇晴	看護部	第32回北部福岡NST研究会 /脳血管障害により安静度が長期間制限された患者の栄養管理を継続することができた1症例	演者	北九州市
11月13日	-	大友 一	医局	第94回西日本脊椎研究会	-	WEB参加
11月13日	-	清水 建詞	医局	第94回西日本脊椎研究会	-	WEB参加
11月17日	-	宗 祐人	医局	早期胃癌研究会11月度例会	-	WEB参加
11月17日	-	毛利 香	看護部	芦屋町立芦屋中学校・がん教育授業/がんの正しい知識についての授業	講師	遠賀郡
11月18日	11月19日	神崎 智康	リハビリ科	リハビリテーション・ケア合同研究大会 兵庫2021/「みんなとまたLINEがしたい!」～失語症患者のスマートフォンで文字入力が可能となった一例～	演者	兵庫県
11月18日	11月19日	今村 鉄男	医局	第83回日本臨床外科学会総会	-	東京都
11月18日	11月20日	和田 義人	医局	第83回日本臨床外科学会総会 /多中心性発癌をきたした胆嚢癌の一例	演者	WEB参加
11月18日	11月20日	吉本 裕紀	医局	第83回日本臨床外科学会総会 /S状結腸癌転移性尿管腫瘍の一切除例	演者	WEB参加
11月18日	12月20日	三宅 育代	医局	第64回日本甲状腺学会学術集会	-	WEB参加
11月18日	-	酒見 亮介	医局	令和3年度第8回北九州市指定難病審査会	-	北九州市
11月18日	12月20日	片山 直美	医局	第64回日本甲状腺学会学術集会	-	WEB参加

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
11月19日	11月20日	辻 泰子	医局	第34回日本総合病院精神医学会総会	-	WEB参加
11月21日	11月22日	和田 義人	医局	第49回 日本救急医学会総会・学術集会	-	東京都
11月22日		佐々木梨沙	看護部	改正救急救命士法施行に伴う必須項目講義	-	e-learning
11月22日		坪根 義貴	看護部	改正救急救命士法施行に伴う必須項目講義	-	e-learning
11月26日	11月28日	辻 泰子	医局	第40回日本認知症学会学術集会	-	WEB参加
11月26日	11月27日	明石 英俊	医局	第13回日本Acute Care Surgery学会学術総会・評議員会	-	長崎県
11月26日	11月27日	松村 勝	医局	第14回日本ヘルニア学会 北海道支部総会/TAPPの限界を感じないで。腹腔鏡でここまでできる!	演者	北海道
11月26日	11月27日	三宅 育代	医局	第31回臨床内分泌代謝update	-	WEB参加
11月26日	11月27日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
11月26日	11月27日	松岡 弘樹	医局	第12回日本炎症性腸疾患学会学術集会	-	WEB参加
11月27日	-	福嶋 博文	医局	令和3年度 福岡県社保・国保内科審査委員会懇談会	-	福岡市
11月27日	-	宗 祐人	医局	第24回九州胃と腸大会	世話人	福岡市
11月30日	-	水落 久子	医療安全管理室	令和3年度九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ	-	WEB参加
12月2日	12月4日	吉本 裕紀	医局	第34回日本内視鏡外科学会総会/診断・診療に難渋したS状結腸癌転移性尿管腫瘍の一切除術	演者	兵庫県
12月2日	12月4日	下河邊久陽	医局	第34回日本内視鏡外科学会総会/腸骨動脈瘤を合併した直腸癌に対し術前放射線化学療法を経て二次的手術を行った1例	演者	兵庫県
12月2日	12月4日	長尾 祐一	医局	第34回日本内視鏡外科学会総会	-	オンデマンド配信
12月2日	12月4日	松村 勝	医局	第34回日本内視鏡外科学会総会/TAPPで技術認定を目指す上で抑えるべきポイント～内視鏡外科に必要な鉗子操作を中心に～	演者	兵庫県
12月2日	12月4日	宗 祐人	医局	第118回日本消化器病学会九州支部例会 第112回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	評議員	長崎県
12月3日	12月4日	福嶋 博文	医局	第118回日本消化器病学会九州支部例会、 第112回日本消化器内視鏡学会九州支部例会	-	WEB参加
12月2日	12月3日	市岡 正敏	医局	第118回日本消化器病学会九州支部例会 第112回日本消化器内視鏡学会九州支部例会 /診断に苦慮した好酸球性胃腸炎の一例	演者	長崎県
12月4日	-	小島 俊樹	医局	第118回日本消化器病学会九州支部例会、第112回日本消化器内視鏡学会九州支部例会、第80回九州消化器内視鏡技師会in長崎/悪性貧血を契機に診断し得たA型胃炎の一例	演者	長崎県
12月4日	12月4日	榊原 重成	医局	第118回日本消化器病学会九州支部例会、第112回日本消化器内視鏡学会九州支部例会/幽門側胃切除後Roux-Y再建腸管例に対して側視鏡による内視鏡的胆管欠席除去術	演者	長崎県
12月3日	12月4日	森 康弘	薬剤部	医療安全管理者養成講習会第3クール(全3クール)	-	WEB参加
12月3日	12月4日	灘吉 進也	臨床工学科	医療安全管理者養成講習会第3クール(全3クール)	-	WEB参加
12月3日	12月5日	岩崎 哲	がん治療センター	EC203 Peral Doseコース	-	東京都
12月3日	12月4日	室屋 大輔	医局	第18回福岡県医師会「卒後臨床研修指導医ワークショップ」	-	福岡市
12月3日	-	綾塚 仁志	医局	令和3年大阪第5回DMAT隊員養成研修インストラクター参加	-	大阪府
12月4日	12月5日	石丸 茂秀	臨床工学科	臨床工学技士の業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定による研修	-	e-learning、 北九州市
12月4日	12月5日	山崎 裕太	臨床工学科	臨床工学技士の業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定による研修	-	e-learning、 北九州市
12月4日	12月5日	大田 建志	臨床工学科	臨床工学技士の業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定による研修	-	e-learning、 北九州市

【12月】

【1月】

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
12月4日	12月5日	白石 卓也	臨床工学科	臨床工学技士の業務範囲追加に伴う厚生労働大臣指定による研修	-	e-learning、北九州市
12月4日	-	浦田 将志	臨床検査科	2021年度 日臨精度管理調査総合報告会	-	千葉県
12月6日	-	福嶋 博文	医局	令和3年 第2回臨床研修指定病院実務者会議	-	北九州市
12月9日	12月10日	福嶋 博文	医局	第44回日本肝臓学会西部会	-	岡山県
12月10日	12月24日	長谷川千絵	医局	第31回日本乳癌検診学会学術集会	-	WEB参加
12月11日	-	室屋 大輔	医局	第25回バイオ治療法研究会学術集会/悪性胆道閉塞に対するsalvage percutaneous transhepatic biliary drainaeの有効性の検討	演者	福岡市
12月11日	-	和田 義人	医局	第25回バイオ治療法研究会学術集会/幹細胞癌に対するCTガイドラジ波焼却術の有効性について	演者	福岡市
12月11日	12月12日	瀬尾 智史	医局	第142回西日本整形・災害外科学会学術集会/びまん性特発性骨増殖症を伴う胸椎骨折に血胸を合併した1例	演者	熊本県
12月11日	12月12日	大茂 壽久	医局	第142回西日本整形・災害外科学会学術集会	-	熊本県
12月11日	12月12日	畑 直文	医局	第142回西日本整形・災害外科学会学術集会/三角繊維軟骨複合体(TFCC)損傷を伴う反復性尺側手根伸筋腱脱臼の1例	演者	熊本県
12月11日	12月12日	濱田 賢治	医局	第142回西日本整形・災害外科学会学術集会	-	熊本県
12月11日	-	清水 建詞	医局	第142回西日本整形・災害外科学会学術集会	-	熊本県
12月11日	12月12日	上田 章貴	医局	第142回西日本整形・災害外科学会学術集会/総腓骨神経麻痺を伴った膝後外側支持機構損傷の治療経験	演者	熊本県
12月11日	12月12日	田原 琢朗	画像診断	第16回九州放射線医療技術学術大会in SAGA/PDCAサイクルを用いた新人教育への取り組み	演者	佐賀県
12月13日	12月14日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
12月14日	-	林 亨治	医局	第8回JCNT教育セミナー	-	WEB参加
12月16日	12月17日	綾塚 仁志	医局	令和3年度 DMAT隊員養成研修インストラクター	講師	北九州市
12月16日	-	酒見 亮介	医局	令和3年度第9回北九州市指定難病審査会	-	北九州市
12月19日	-	川口 美香	臨床検査科	タスク・シフト/シェアに関する厚生労働大臣指定講習会	-	熊本県
1月15日	1月16日	小野 雄太	がん治療センター	第25回(令和3年度)診療放射線技師実習施設指導者等養成講習会	-	WEB参加
1月15日	1月16日	岩崎 彬	がん治療センター	第25回(令和3年度)診療放射線技師実習施設指導者等養成講習会	-	WEB参加
1月20日	-	酒見 亮介	医局	令和3年度第10回北九州市指定難病審査会	-	北九州市
1月21日	1月22日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
1月27日	-	酒見 亮介	医局	令和3年度 難病のある人の就労支援者向け研修会/炎症性腸疾患の診断と治療について	講師	北九州市
1月28日	1月30日	永田 一岐	臨床検査科	第33回日本臨床微生物学会総会・学術集会/簡便なグラム染色内部精度管理実施手順の検討	演者	宮城県
1月28日	1月30日	佐々木 優	医局	第33回日本臨床微生物学会総会・学術集会/第376回ICD講習会	-	宮城県
1月29日	-	大友 一	医局	第8回JALAS日本脊椎前方側方進入手術学会	-	WEB参加
1月29日	1月30日	橋木 里実	リハビリ科	第10回日本語聴覚士協会 九州地区学術集会福岡大会	-	北九州市、WEB参加
1月29日	1月30日	門司絵里菜	リハビリ科	第10回日本語聴覚士協会 九州地区学術集会福岡大会	-	北九州市、WEB参加
1月29日	-	清水 建詞	医局	第8回JALAS日本脊椎前方側方進入手術学会	-	WEB参加
1月29日	-	浦野 久	医局	日本内科学会①第336回九州地方会②第72回九州支部生涯教育講演会	-	WEB参加

【2月】

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
1月29日	-	松垣 諭	医局	日本内科学会①第336回九州地方会②第72回九州支部生涯教育講演会	-	WEB参加
1月29日	-	片山 直美	医局	日本内科学会①第336回九州地方会②第72回九州支部生涯教育講演会	-	WEB参加
1月29日	-	三宅 育代	医局	日本内科学会①第336回九州地方会②第72回九州支部生涯教育講演会	-	WEB参加
1月29日	-	宗 祐人	医局	第83回食道色素研究会	-	WEB参加
1月31日	2月1日	綾塚 仁志	医局	アパホテル福岡天神西へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
1月31日	2月1日	別府 剛志	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡派遣	-	北九州市
2月5日	2月6日	武谷奈緒子	看護部	「排尿自立支援加算」と「外来排尿自立指導料」の看護師向け診療報酬対象研修会 第13回下部尿路症状の排尿ケア講習会	-	WEB参加
2月5日	2月6日	山口 瑠花	看護部	「排尿自立支援加算」と「外来排尿自立指導料」の看護師向け診療報酬対象研修会 第13回下部尿路症状の排尿ケア講習会	-	WEB参加
2月5日	2月6日	藤本 真帆	看護部	「排尿自立支援加算」と「外来排尿自立指導料」の看護師向け診療報酬対象研修会 第13回下部尿路症状の排尿ケア講習会	-	WEB参加
2月5日	2月6日	廣橋 愛美	看護部	「排尿自立支援加算」と「外来排尿自立指導料」の看護師向け診療報酬対象研修会 第13回下部尿路症状の排尿ケア講習会	-	WEB参加
2月7日	2月8日	綾塚 仁志	医局	アパホテル博多東恵比寿駅前へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
2月10日	3月10日	古田 功彦	医局	第55回・第56回教育研修会（口腔四学会合同研修会）	-	オンデマンド配信
2月11日	2月12日	大茂 壽久	医局	第34回日本肘関節学会学術集会	-	愛知県
2月14日	-	榊原 重成	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
2月14日	2月15日	市岡 正敏	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
2月18日	-	毛利 香	看護部	行橋市立中京中学校・がん教育授業打合せ ／がんの正しい知識についての授業	講師	福岡県
2月19日	-	三宅 育代	医局	第29回日本ステロイドホルモン学会学術集会	-	WEB参加
2月19日	-	丸山 祐二	医局	2021年度特定行為研修指導者講習会	-	WEB参加
2月25日	-	副島 周平	医局	第58回九州外科学会／高気圧酸素治療を行った門脈ガス血症に腸管気腫を伴った1例	演者	福岡県
2月25日	-	和田 義人	医局	第58回九州外科学会	評議員	WEB参加
2月25日	-	谷脇 智	医局	第58回九州外科学会	評議員	福岡県
2月25日	-	津留 悠壽	医局	第58回九州外科学会 ／当院における腸間膜リンパ管腫手術症例の検討	演者	福岡県
2月25日	-	明石 英俊	医局	第58回九州外科学会	評議員	福岡県
2月25日	2月26日	畑 直文	医局	第52回日本人工関節学会 ／TKA後の反復する関節内結核に対し関節鏡を施行した1例	演者	WEB参加
2月25日	2月26日	濱田 賢治	医局	第52回日本人工関節学会	-	WEB参加
2月25日	2月26日	綾塚 仁志	医局	博多グリーンホテル2号館へのJMAT福岡派遣	-	福岡市
2月26日	-	綾塚 仁志	医局	令和3年度福岡県DMAT技能医事研修	講師	福岡市
2月26日	-	田中 順平	画像診断	2021年度医療事故情報収集等事業RCA研修会ライブ配信（Zoomウェビナー）による講義	-	WEB参加
2月26日	-	岩武 恵子	看護部	2021年度医療事故情報収集等事業RCA研修会ライブ配信（Zoomウェビナー）による講義	-	WEB参加
2月26日	-	高木 佳代	看護部	2021年度医療事故情報収集等事業RCA研修会ライブ配信（Zoomウェビナー）による講義	-	WEB参加
2月26日	-	滝澤 千里	看護部	2021年度医療事故情報収集等事業RCA研修会ライブ配信（Zoomウェビナー）による講義	-	WEB参加

【3月】

自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
2月26日	-	加藤 美奈	看護部	2021年度医療事故情報収集等事業RCA研修会ライブ配信 (Zoomウェビナー) による講義	-	WEB参加
2月28日	3月1日	松岡 弘樹	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
2月28日	-	小島 俊樹	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
3月3日	3月5日	綾塚 仁志	医局	第27回日本災害医学会総会・学術集会	-	WEB参加
3月3日	3月5日	明石 英俊	医局	第52回日本心臓血管外科学会学術総会	座長	神奈川県
3月3日	3月5日	山本 晃義	画像診断	第52回日本心臓血管外科学会学術総会	-	神奈川県
3月3日	3月5日	高崎 裕介	リハビリ科	第27回日本災害医学会総会・学術集会/院内災害対策本部での電子化による情報収集の検討	演者	WEB参加
3月4日	3月5日	大友 一	医局	第9回日本脆弱性骨折ネットワーク学術集会	-	WEB参加
3月5日		大友 一	医局	第12回日本成人脊柱変形学会	-	WEB参加
3月6日	-	下田平春彦	がん治療センター	第31回臨床実習指導教員認定講習・資格試験	-	WEB参加
3月6日	-	後藤 裕介	がん治療センター	第31回臨床実習指導教員認定講習・資格試験	-	WEB参加
3月12日	-	鶴殿 弘貴	医局	サイバーナイフ研究会 第15回学術研究会 (完全オンライン開催)	-	WEB参加
3月14日	3月15日	別府 剛志	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
3月16日	3月31日	濱田 賢治	医局	第35回自己血輸血・周期期輸血学会学術総会	-	WEB参加
3月18日	-	綾塚 仁志	医局	福岡県新型コロナウイルス感染症調整本部への出務依頼	-	福岡市
3月19日	-	明石 英俊	医局	令和3年度久留米大学医学部第二内科同門会、記念講演会	-	福岡県
3月24日	3月25日	宗 宏伸	医局	第58回日本腹部救急医学会総会	司会・評議員	東京都
3月24日	3月25日	和田 義人	医局	第58回日本腹部救急医学会総会	評議員	東京都
3月24日	3月25日	下河邊久陽	医局	R&Bホテル博多駅前第2へのJMAT福岡のチーム派遣依頼	-	福岡市
3月26日	-	江崎 祐太	がん治療センター	第3回九州・山口トモセラピーユーザーズフォーラム	座長	福岡市
3月28日	-	副島 祥	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
3月28日	3月29日	榑原 重成	医局	JR九州ホテル小倉へのJMAT福岡【私病協枠】派遣	-	北九州市
-	-	谷脇 智	医局	第25回バイオ治療法研究会学術集会	-	WEB参加
-	-	下河邊正行	医局	2022年診療報酬改定に対応した病院経営戦略セミナー	-	WEB参加

戸畑セミナー（地域医療従事者研修会）

	年 月	演題・講師	対象職種
1	4月17日(土)	第11回IBDオンライン教室	地域住民 地域医療従事者
2	5月1日～5月31日	第1回 看護Web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
3	6月3日(木)	在宅介護連携会議「理学療法士がお伝えする 褥瘡予防におけるポジショニング方法」	地域医療従事者
4	7月9日(金)	第6回戸畑・整形カンファレンス 「野球選手の障害と外傷特に肩関節について」	地域医療従事者
5	7月28日(水)	第2回 看護Webセミナー困っていませんか？ せん妄ケア 第1弾「緩和ケア領域のケアとポイント」	地域医療従事者
6	9月9日(木)	Web勉強会「レジメンにおける薬薬連携 ～化学療法の有害事象～」	薬剤師
7	9月10日(金)	在宅介護連携会議 「理学療法士がお伝えするがんのリハビリテーション」	介護支援専門員 看護師 介護士
8	2021年9月22日 (10/1～10/31)	第3回 看護Webセミナー 困っていませんか？ せん妄ケア 第2弾「急性期領域のケアとポイント」	地域医療従事者
9	2021年 10月2日～10月16日	第12回 IBDオンライン教室	地域住民 地域医療従事者
10	10月21日(木)	在宅介護連携会議 「がん相談員による高齢者とがんについて」(webで開催)	介護支援専門員 看護師 介護士
11	10月23日(土)	整形外科セミナー 「第2回 KTSS 骨折治療哲学のHands on」	地域医療従事者 医師 看護師 理学療法士
12	11月9日(火)	医療従事者研修会 「在宅緩和ケアに関わる医療従事者の会」	地域医療従事者 医師 看護師
13	11月24日(水)	第4回 看護Webセミナー 困っていませんか？ せん妄ケア 第3弾「認知症領域のケアとポイント」	地域医療従事者 医師 看護師
14	11月26日(金)	検査科 「新型コロナウイルスSARDS-Cov-2検査について学ぶ」	地域医療従事者 医師 看護師
15	2021年 1月25日(火)	地域医療従事者研修会 理学療法士がお伝えする 「日常生活で診えるフィジカルアセスメント ～利用者の異変に気づくために～」	地域医療従事者
16	3月19日(土)	整形外科セミナー 「第4回 KTSS Bone Masuter in北九州」	地域医療従事者

令和3年度実習生受入先一覧

施設・部署	学校名	人数
看護部	北九州市戸畑看護専門学校	44名
	西南女学院大学	29名
	東亜大学医療工学科	3名
	九州女子短期大学 子ども学科	4名
歯科口腔外科	九州歯科大学 口腔保健学科	4名
薬剤部	福岡大学	2名
画像診断部	広島国際大学	2名
	帝京大学	2名
放射線治療部	鹿児島医療技術専門学校	4名
	広島国際大学	2名
	帝京大学	1名
臨床検査科	純真学園大学	2名
リハビリ科	北九州リハビリテーション学院	3名
	麻生リハビリテーション大学校	3名
	国際医療福祉大学	3名
臨床工学科	九州保健福祉大学	1名
	純真学園大学	2名
栄養科	中村学園大学	3名
	西南女学院大学	6名
	九州栄養福祉大学	5名
患者サポートセンター	福岡県立大学	1名
医事課	専門学校麻生医療福祉&観光カレッジ	1名
	大原医療福祉製菓専門学校	1名
企画情報課	麻生情報ビジネス専門学校	2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、地域の医療・介護・福祉に貢献することです。

基本方針

1	地域包括ケアシステムの構築のために近隣の医療機関や介護福祉施設等と共に、地域ネットワーク作りに努めます。
2	リハビリテーション、緩和ケアの中核病院として専門的かつ高度な医療を提供し、社会復帰・職場復帰を推進します。
3	心や身体の痛みを和らげ、その人らしく生きることを支えると共に心に寄り添う緩和ケアを提供できる様に努力します。
4	多職種協同チームで患者様一人一人に適した治療、退院支援計画を進め、患者様やご家族から信頼される病院を目指します。
5	質の高いチームアプローチや最新の技術が提供できる様、積極的に職員の教育に努めます。

「禍も三年たてば用に立つ」



戸畑リハビリテーション病院 院長 剣持 邦彦

令和3年度も新型コロナウイルス感染症対応の年であり続けました。前年度には「しなやかな対応を目指す」ことを目標に掲げておりましたが、現実にはその場を何とか乗り切ることには終始したというのが正直な感想です。とは言え、その中で業務・体制の改革を進めることも出来ております。来年度はこの流れを本格化し、より良い方向へ前進することを心掛けて参ります。

新型コロナウイルス感染症対策

フェイズ5対応の治療機関として治療専用病床2床を届け出致し、陽性患者の治療に当たりました。また後方支援病院としても治療後患者の受け入れを行いました。主に戸畑共立病院からの患者を受け入れましたが、他の病院からの依頼にもお応え致しました。重点医療機関である戸畑共立病院と連携した医療体制を整える事が出来ておりますので、今後も引き続き対応に当たって参ります。

地域への貢献

ここ数年活動を拡げて参りました地域包括ケア推進チームは、一時その動きが停滞致しましたが、オンライン開催を活用することで本年度はV字回復させております。市民センター・各地域のサロンなどへの出張講座をはじめ計31回の活動に630名の参加者を数えました。内容は当院の特徴を活かしたフレイル予防に関するものが主ですが、薬剤や物忘れ対応など新たな内容も加えることが出来ております。既に試行錯誤の段階を乗り越えましたので、今後は質・量ともに増やしていく予定です。

職員教育

感染症蔓延のもとで、重大な問題でありながらも後回しの位置に置かざるを得なかった分野ですが、ようやく対応を進めることが出来ました。集合研修の代わりにオンライン研修を浸透させました。当初は代替的に考えていたのですが徐々に内容も充実をみており、今後の大規模研修はこの方式が主体になると思われれます。また発行10年目となりました院内学術誌をリニューアル致しましたが、関係職員の自発的な活動が実を結んだ結果であり、今後もその紙面を活かした学術活動の活性化が期待できると喜んでおります。

新型コロナウイルス感染症の今後はまだまだ見通せませんが、重点医療機関である戸畑共立病院を中心に、各施設や地域と連携することにより克服可能だと考えます。本年度も共愛会各施設の一層のご利用とご協力のほど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

◎病床数 令和3年4月まで 166床
令和3年5月より 173床

◎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

2階南 回復期リハビリテーション病棟 42床
2階北 回復期リハビリテーション病棟 32床
3階 地域包括ケア病棟 42床
4階 地域包括ケア病棟 40床
5階 緩和ケア病棟 17床

◎開設
平成15年2月11日

◎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

◎診療科目
リハビリテーション科・内科
ペインクリニック内科

施設基準

[基本診療料]

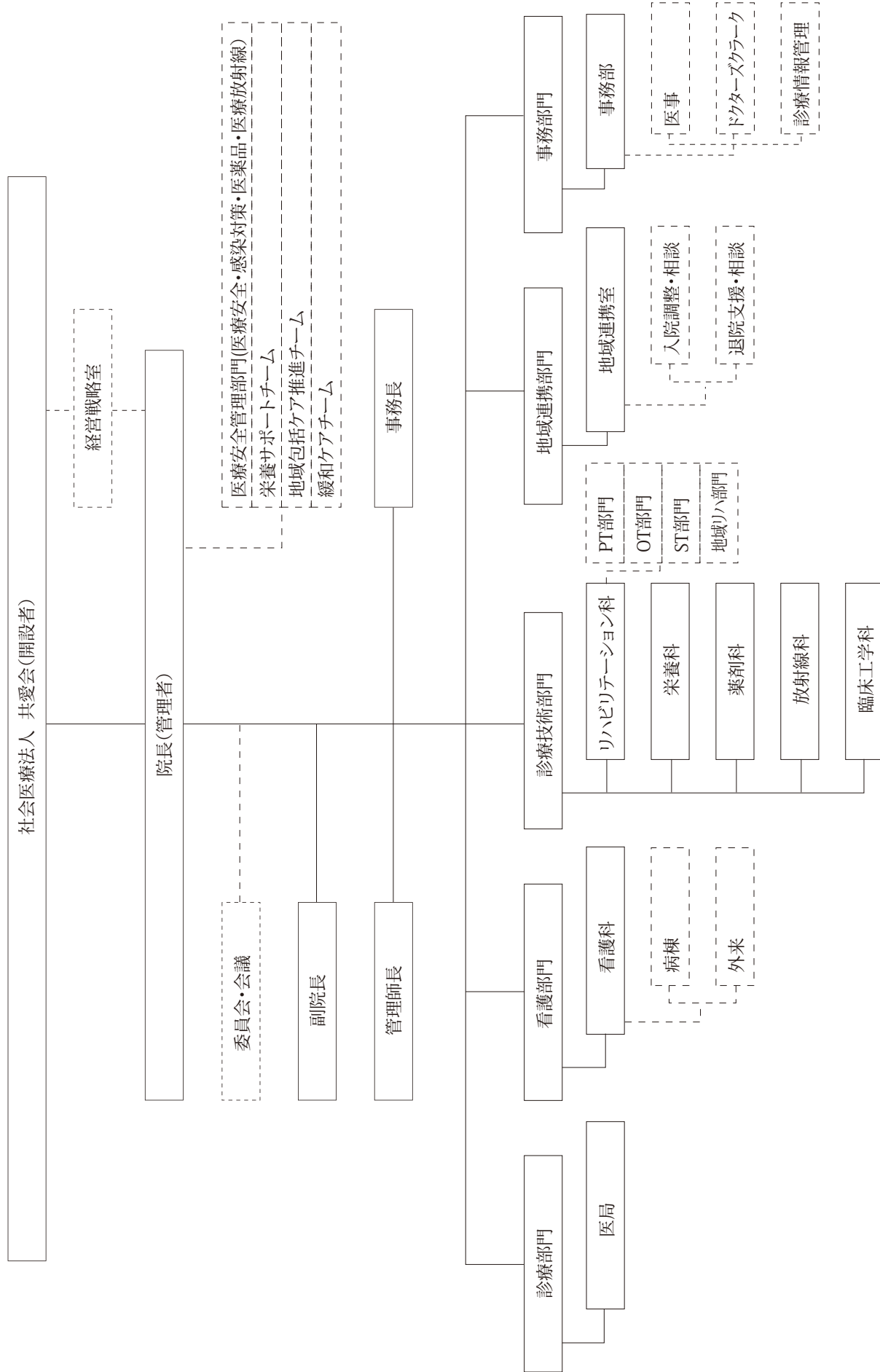
- ・機能強化加算
- ・診療録管理体制加算 1
- ・医師事務作業補助体制加算 1
- ・療養環境加算
- ・療養病棟療養環境加算 1
- ・栄養サポートチーム加算
- ・医療安全対策加算 2
(医療安全対策地域連携加算 2)
- ・感染防止対策加算 2
- ・患者サポート体制充実加算
- ・データ提出加算 2・4
(提出データ評価加算)
- ・入退院支援加算 1
(地域連携診療計画加算)
(入院時支援加算)
(総合機能評価加算)
- ・認知症ケア加算 2
- ・排尿自立支援加算
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料 1
(体制強化加算 1)
- ・地域包括ケア病棟入院料 1
(看護職員配置加算)
(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
- ・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】

- ・がん性疼痛緩和指導管理料
- ・外来緩和ケア管理料
- ・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
- ・在宅療養支援病院
- ・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)
- ・早期リハビリテーション(初期)加算
- ・がん患者リハビリテーション料
- ・集団コミュニケーション療法料

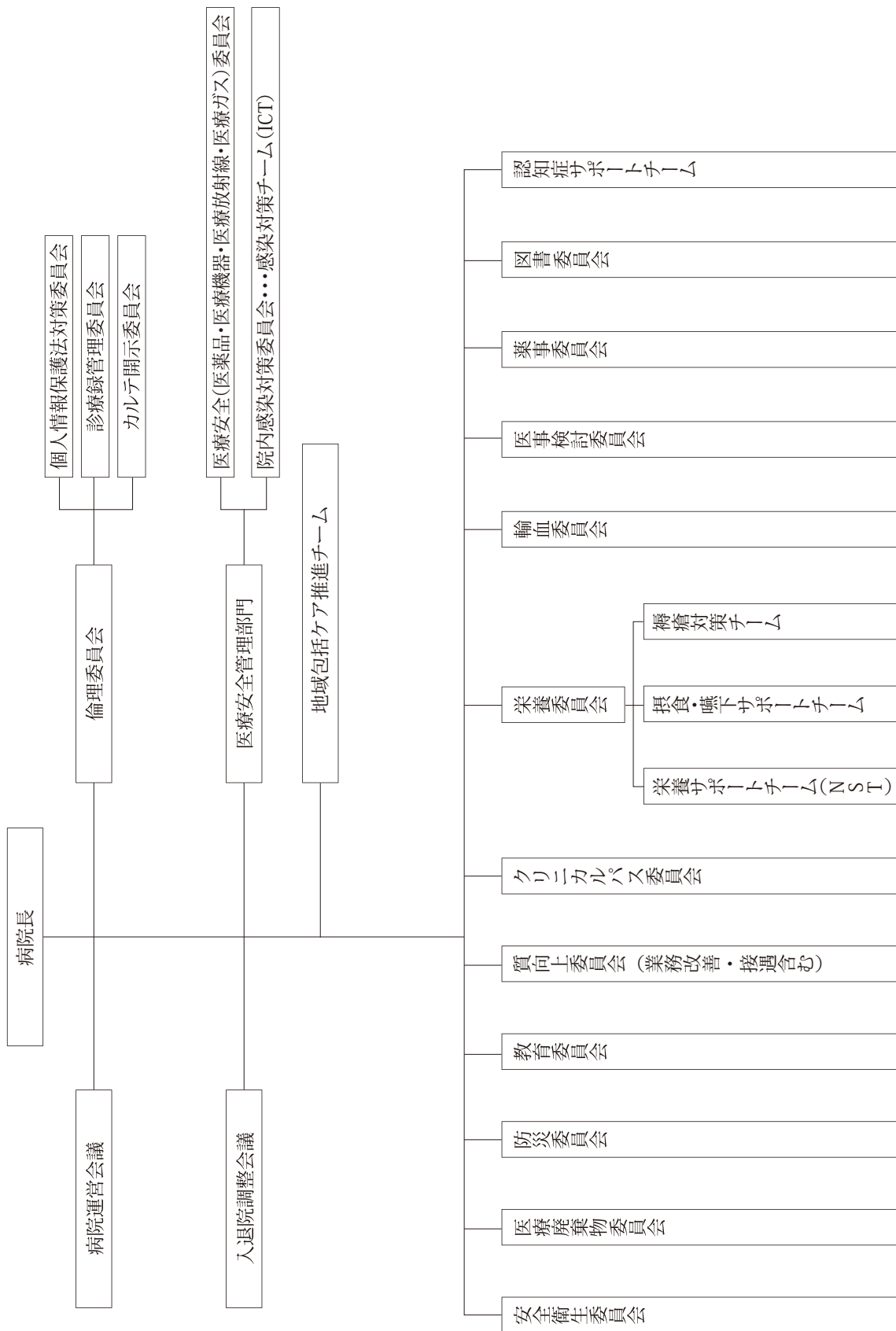
戸畑リハビリテーション病院 組織図

令和2年4月1日見直し



戸畑リハビリテーション病院 委員会等組織図

2021.4.1 見直し



各部門の活動状況

看護部



看護部 管理師長 山村 正恵

2020年11月に新棟(2階北病棟)が完成し、6か月間回復期リハビリ病棟の実績作り、3・4階地域包括ケア病棟の実績作りを進め、2021年5月1日より173床(2階南・2階北病棟:74床の回復期リハビリ病棟、3階・4階病棟:82床の地域包括ケア病棟、5階緩和ケア病棟:17床)で稼働するようになりました。紹介患者も増え、2階北回復期リハビリ病棟の病床利用率も徐々に増加していきました。後方支援病院としての役割を強化していくと共にアフターコロナ患者の受け入れについても積極的に行いました。

5月12日に福岡県コロナ緊急事態宣言が発令され、6月から3階地域包括ケア病棟に新型コロナ陽性患者受け入れ病床2床確保し体制を整えました。陽性患者受け入れのため、患者搬送のための動線やゾーニングを感染制御室の指導を受けながら行い、スタッフに対してはPPE装着手順等の感染対策についてeラーニングを活用しながら周知するよう徹底して行いました。陽性者と一般患者が交差しないようにするために専用病床専属看護師として各病棟から2名ずつ協力者を選出してもらい、入院患者がない時は自部署業務をすることにしました。6月末には緊急事態宣言も解除され、7月にはコロナ専用病床はいったん解除することになりました。この間に1名の患者を収容することになりましたが、新しい試みの中で様々な問題と対峙することになり、その都度各師長や主任と話し合いを行いながら、また、医師やパラメディカルの意見をもらいながら次回に生かせるようマニュアル整備に取り組みました。

9月に入り新型コロナウイルス感染症治療の抗体カクテル療法を自院で実施することになり、患者の動線や個室隔離方法について検討した結果、5階緩和ケア病棟の2室を専用病床として使用することにし、届け出を変更することになりました。保健所からの要請で1名抗体カクテル療法を行い、その後、他施設から3名の陽性患者を受け入れました。受け入れ要請がいつあるかわからない状態での看護体制

の構築は難しく、前回と違い専用病床専属看護師は作らずに入院患者がいる間の日勤は緩和ケア病棟の看護師1名が専属として、夜勤は他病棟の師長・主任が協力して交替でおこなうという変則勤務体制をとりました。県内のフェーズが5から4に下がった時点でコロナ専用病床はいったん解除した後は、後方支援病院の役割としてアフターコロナ患者の受け入れ体制を整備し、職員への周知、感染対策の強化を進めていきました。

年が明け、コロナ感染の第6波が懸念される中、当院病棟で初のクラスター発生となりました。スタッフも陽性者が数名発生したため、他病棟との交差を避け、少ない人数で業務を行うことを余儀なくされました。日常生活援助については、当該病棟専属セラピストの協力で行い、職員同士が交差せずに行える業務(書類の整理など)については、外来や他病棟から当該部署を手伝い、業務整理をしながら保健所指導、共立病院感染制御室指導の下、それ以上拡大することなく終息していきました。

2020年度は、新型コロナウイルス感染症についての知識、情報が少なく、様々なことにふりまわされた一年でしたが、2021年度は、その情報についても職場内で認識を共有することに努め、患者や家族ファーストで行動するように努めました。その結果、入院患者に陽性者が発生しても院内全体で情報を共有し、患者の隔離体制や家族への連絡、他患者・家族への連絡を分担して行う等、また、感染対策グッズの準備、他部署との協働体制等素早く行動できるようになりました。

新型コロナウイルス感染症対策をきっかけにせざるを得なかった業務改善等は、悪いことばかりではなく良い事もありました。部署単位のセクショナリズムがなくなり、互いに協力し合うことが自然にできるようになり、自部署だけでなく院内全体のことを皆で考える事ができた一年だったと思います。

栄養科



栄養科 科長 山本 祐子

戸畑リハビリテーション病院の「新生～新たな挑戦～」を念頭に、病院、ケアハウスの食事提供、栄養管理にコロナ禍での方法の見直しを行い、また職員の子育て支援、スタッフメンバーの交替を行いながら様々な取り組みを行った1年でした。

入院患者、ケアハウスの食事提供では、前年度より2%増の162,572食、給食率97%の食事提供を行い、季節祭事食、旬の食材、果物を使い委託調理師と共同作成の新メニューの導入、ケアハウススタッフ・緩和病棟スタッフと協力して感染対策しながら、ご利用者・患者への目の前での食サービス等、病院福祉各々の特性に合わせた食事提供を実践してきました。ケアハウスでは、揚げたての旬の長崎産のアジフライ、ご当地メニューで秋田のハタハタの海鮮天丼の提供や、毎月のご利用者の誕生日にはリクエストに応じて日頃提供できないような丼の提供や誕生ケーキは手作りパフェに変え、食事を楽しんで頂ける試みを行い大変好評でした。

また、食事提供の安全性の向上・効率化の為の

食物アレルギーのマニュアル改定や給食システムへのアレルギー連携準備を行いました。

業務改善を行い、病院や福祉施設の多岐に渡る給食管理業務を見直し、ベットサイドでの患者栄養管理の時間を増やし、栄養管理をよりタイムリーに行う為に、スタッフ目線で定期的にミーティングを行うボトムアップミーティングを開始し、年間70件の業務改善を実践し部署内の効率化を図り、日々改善に取り組むよう努めました。

来年度も事業計画テーマ「上昇志向～勢い鋭く新たに望む」に沿って、医療・福祉を併せ持つ施設として、患者・ご利用者様が地域の中でQOLを保ち、生き生きと生活できる為の最適な栄養ケアが出来るよう、多職種職員で連携し管理栄養士の特性をより活かした栄養支援に取り組めます。

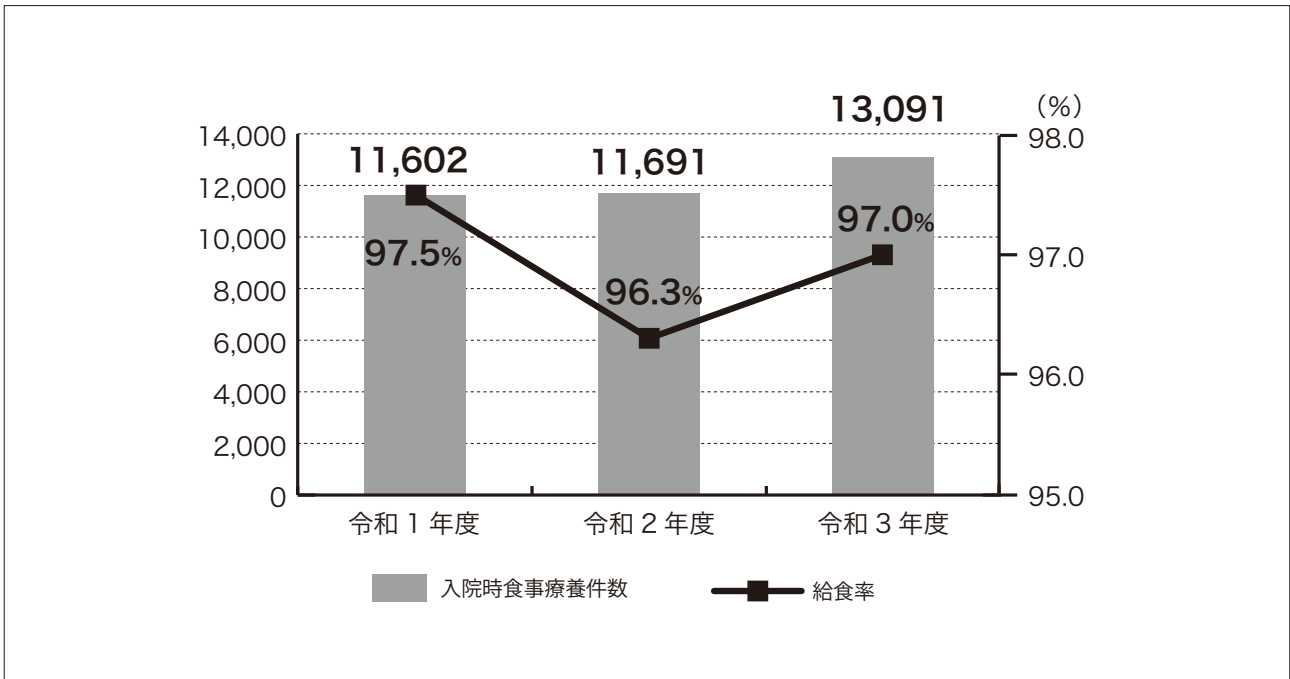
また、明治町施設については施設職員と協力してご利用者の生活の楽しみに繋がる食事支援、デイサービスとも連携して『栄養改善加算』への取り組みも行います。

【1年間の活動実績】

フードサービス	
食事提供数	157,097件
給食率	97.0%
治療食率	67.9%
ケアハウスイベント	15件
緩和病棟イベント	2件

クリニカルサービス	
入院栄養食事指導	397件
外来栄養食事指導	22件
在宅訪問栄養指導	37件
リハ病院在宅訪問	24件
明治町在宅訪問	13件
栄養情報提供書(加算)	182件

入院時食事療養件数の推移 (月平均)



【地域貢献活動報告】

演題、講座名、広報関連	担当者	行事、研修会等名	年月
法人広報誌『つながる』秋号	高木里実	「栄養士オススメ 旬の簡単レシピ」レシピの紹介 南瓜ヨーグルトスープ	10月
介護予防教室①②	斎藤由佳 山本祐子	栄養バランスのとり方	7月・9月
サロンサポーター養成講座	荒岡和也	脱フレイルの栄養講座	10月
介護予防教室①②	高木里実	カルシウムをとろう	12月・1月
Facebook掲載	高木里実 荒岡和也	リハ病院・ケアハウス サンセリテ明治町	

業務改善の内容分類

内容	件数	内容	件数
食事改善(安全、質)	6件	職種間連携改善	18件
栄養サポート	10件	環境改善	4件
業務効率改善	32件	●年間合計	70件

各部門の活動状況

【食イベント】

6月 ケアハウス
長崎産アジフライ



9月 ケア敬老会
デザートイベント



8月 ケア夏祭り



10月 緩和病棟
ハロウィンイベント



【地域貢献】 12月 介護予防教室



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3年度、「新生～新たな挑戦～」という病院目標を受け、『「個」の活躍推進～多様な「個」が活躍できる環境と組織作り』という部署目標を掲げました。

様々な機会を通じて積極的に「個」を起用し、新たな視点や発想から企画・実践へと繋げ、相乗効果を生み出すことと事業・業務の質向上につなげる取り組みを推進しました。

【「個」の活躍推進】

①「知」と「術」の共有化推進

総合リハビリセンターは、外来リハビリ、短時間通所リハビリ、メディカルフィットネス(レックス戸畑)を同じ空間で行っているため、それぞれの事業が別々にサービスを行うのではなく、「みんなでリハビリ、みんなでサポート」という方針を掲げ、患者や利用者、会員の情報を共有し、道具や器具だけでなく専門知識や技術を共有する取り組みを進めました(写真1)。



写真 1. 認定理学療法士から健康運動実践指導者への OJT

②相互研鑽と探求の実践

OJT・OFF-JTの積極的活用として、認定理学療法士等が中心となり、ペインリハビリテーション、運動器疾患概要、画像所見、動作及びエクササイズ考え方など、業務に直結する講習会を開

催しました(図1)。

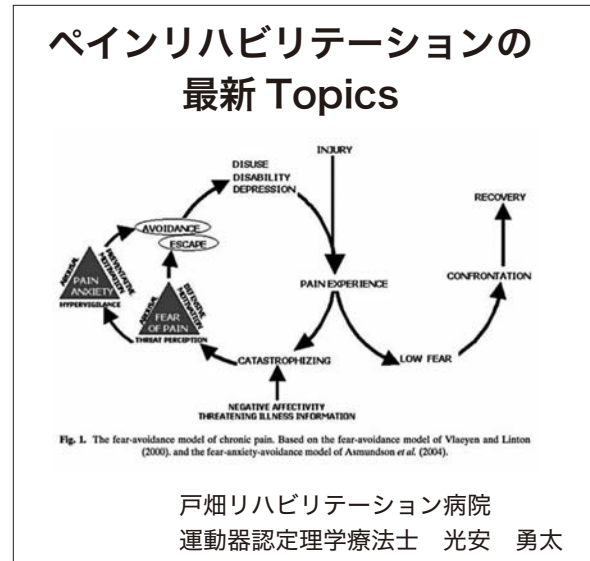


図 1. OFF-JT で使用したスライド

③「D-OODA」ループの実践と組織作り

「D-OODA(ディーウーダ)」ループは、Design(計画デザイン)、Observe(観察・情報収集)、Orient(認識・状況判断)、Decide(意思決定)、Act(行動)で構成され、社会情勢や制度等が目まぐるしく変化する時代において、内・外部環境に迅速に対応するための手法として効果的と言われています(図2)。

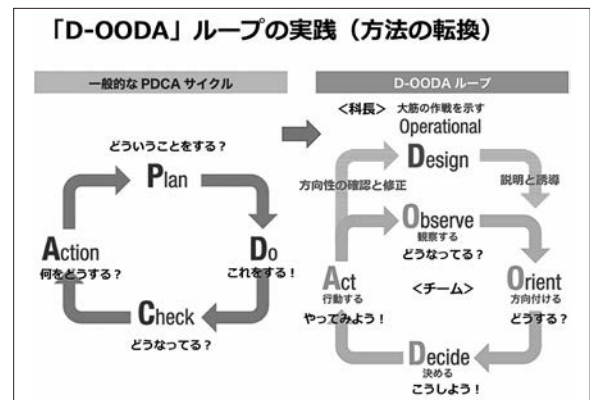


図 2. 「D-OODA(ディーウーダ) ループ

各部門の活動状況

リハビリテーション科は、入院や外来以外にも2つの介護保険事業と地域リハビリテーション支援センター事業（北九州市委託事業）も行っています。そのため、事業に関連した制度の理解や関係各所との連携など、事業を取り巻く内・外部環境に迅速かつ的確に対応する必要があります。コロナ禍を確実に乗り切り、時代の変化にも迅速に対応できる組織にするため、チームリーダーを選出し、「D-OODA」ループを回しながら業務改善や課題解決の効率化を進め、事業発展を目指しました。

【活躍できる環境と成果】

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とは、「脳卒中や脊髄損傷、大腿骨頸部骨折、関節部の神経・靭帯損傷などの患者に、発症早期から集中的なリハビリを行い、寝たきりの防止や家庭への早期復帰を図るための病棟」と定義されています。また、入院料1の基準を満たすためにはリハビリテーション実績指数40以上という数値目標を達成しなければなりません（※実績指数＝「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）。

北九州市の高齢化率と高齢者人口の増加、当院で行った過去の入院患者調査から、入院患者の重症化や高齢化が示唆されており（図3・図4）、家庭への早期復帰とリハビリテーション実績指数40以上という目標を確実に達成するための対策が求められていました。

そこで、デイルームを活用した集団活動を活性化させ、理学療法士は集団体操、作業療法士は認知課題（季節に応じた作品作り等）、言語聴覚士は集団コミュニケーション療法という個別訓練以外の取り組みを進めました。家庭復帰後の社会生活にも繋がるよう、離床するだけでなく他者と会話ができる空間と時間になるよう工夫しました。その結果、昨年度よりもFIM改善点数が各項目ともに向上しました（図5）。

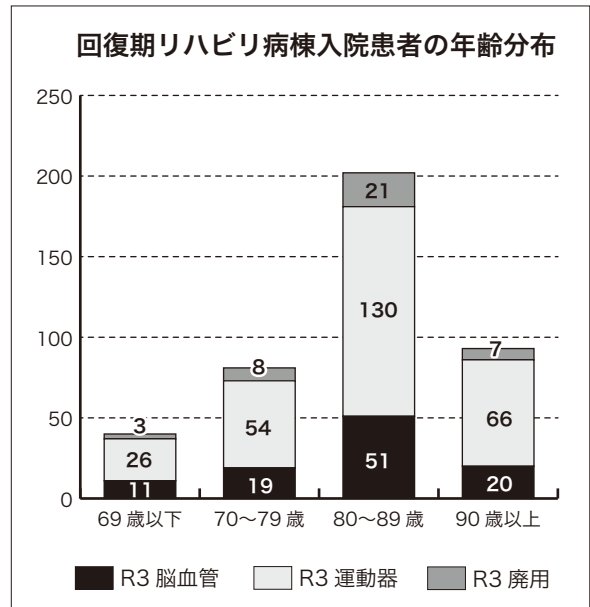


図3. 回復期リハビリ病棟入院患者の年齢分布調査

入院時FIM				
	平均値	標準偏差	P値	有意差
2020年度	71.2	29.1	0.0048	あり
2021年度	65.6	27.6		

図4. 回復期リハビリ病棟入院患者の入院時FIM得点

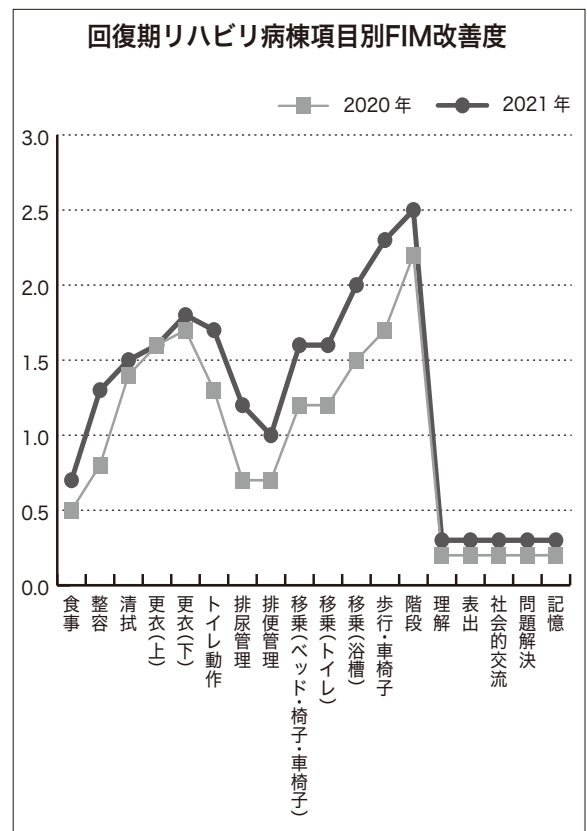


図5. 回復期リハビリ病棟項目別FIM改善度の比較

②地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟入院患者の重症度、医療・看護必要度の調査では、A項目1点以上の患者割合と認知症等を有する患者割合がいずれも昨年度を上回り、回復期リハビリテーション病棟同様に地域住民の高齢化が影響しました(図6)。

	A項目1点以上	認知症等の患者数
2020年度	24.6%	42.7%
2021年度	29.8%	44.2%
比較	+5.2%	+1.5%

図6. 重症度、医療・看護必要度の比較

それを踏まえ、地域包括ケア病棟では「補完代替リハビリテーション(CARB)」の推進を掲げ、リハビリテーションプログラムの多様化を進めました(図7)。

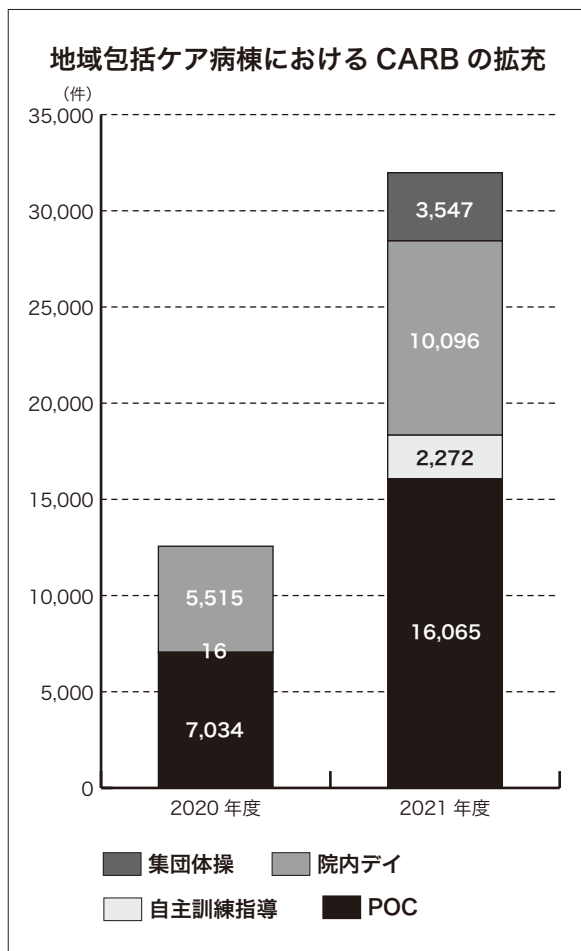


図7. 地域包括ケア病棟における CARB の種類と実施件数

患者の生活にリアルタイムに介入するPOC (Point of Care) リハビリテーションや院内デイケアでの集団活動、自主トレーニングの指導等、患者の状態に応じたリハビリテーションを選択・実施することで、昨年と同等の成果を得ることができました(写真2・図8)。



写真2. 地域包括ケア病棟における CARB の実施

在院日数				
	平均値	標準偏差	P値	有意差
2020年度	45.2	21.8	0.2621	なし
2021年度	44.3	20.4		

FIM改善点数				
	平均値	標準偏差	P値	有意差
2020年度	14.8	13.4	0.4767	なし
2021年度	14.8	14.4		

図8. 地域包括ケア病棟入院患者の FIM 改善度と在院日数

【地域リハビリテーション支援センターとしての新たな役割】

令和3年4月、北九州市から受託していた2つの事業が統合され、「地域リハビリテーション支援センター」という形で新たに事業化されました。

当院は戸畑区・若松区・八幡東区・八幡西区の西部地域を担当し、①リハビリテーションに関する相談支援、②地域ケア個別会議や地域住民主体の通いの場、地域で行う研修会などへのリハビリテーション専門職派遣、③地域住民主体の通いの場での運動方法等に関する助言・提案(介護予防の推進)、④リハビリテーション関係者のネットワークづくりと

いう役割を担っています。

この事業は「第2次北九州市いきいき長寿プラン」に組み込まれており、北九州市の地域包括ケアシステムを支える事業として示されています。これから、地域包括支援センター、地域リハビリテーション協力機関と協働し、北九州市民一人ひとりの生活をサポートしていきます。

【地域完結型リハビリテーションを目指して】

医療保険・介護保険で行うリハビリテーションには算定上限日数等の制約があり、リハビリテーションの継続に限界がありました。

自主性や社交性の高い方であれば、自主訓練や社会活動などで状態を維持できますが、そうでない方の場合には外出頻度や活動量・活動機会が減り、身体機能低下、症状増悪、自宅での閉じこもりから要介護状態の悪化に繋がることもあります。しかし、アフターリハビリテーションの受け皿としてレックス戸畑が当院に移転したことで、リハビリテーションの継続性を確保できる体制が整いました。

さらに、地域リハビリテーション支援センター等の活動を通じて、社会福祉協議会、まちづくり協議会、地域包括支援センターなどとも連携しており、当院がサポートしている市民センターの活動を紹介することで、社会活動と社会参加の促進に繋げることも可能となりました。このことから、地域の方々の様々なニーズに対応できるリハビリテーションの連携が構築されたと考えています。

今後も引き続き、退院後の社会復帰と社会生活の安定化を促進させるため、「地域完結型リハビリテーションシステム」の構築と発展に尽力していきたいと考えています。

薬剤科



薬剤科 科長 堀 正三

<取り組み>

薬剤科では、安全で正しい薬を提供するために薬歴に基づいた調剤を行っています。

また、基本的に全ての患者様に対して、薬剤管理指導を行うことを目標としており、包括の病棟（回復期リハビリ病棟、緩和ケア病棟、地域包括ケア病棟）においても同様のサービスを提供するように努めています。

さらに、全ての病棟に薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施しており、持参薬の管理および持参薬指示を電子カルテへ入力すると共に、ハイリスク薬をはじめとする医薬品の安全管理や情報提供、そしてチームカンファや回診に参加するなど、医療安全、チーム医療の質の向上に関わっています。その他、安全、衛生的にTPNを投与するために無菌調整加算2に準じクリンベンチ下における無菌調整を行っています。

チーム医療への関与としては、ICT、栄養サポートチーム、緩和ケアチームにおいて、薬剤師は重要な役割を担っており、特に日本静脈経腸栄養学会におけるNST専門療法士実地修練では薬剤師も講師を行うなど、教育認定施設としての運営に関わっています。

また、地域包括ケアシステムの構築の中、在宅部門の強化が急務となっており当院における在宅部門の支援を行っています。

ポリファーマシーに対しては、持参薬より処方元、処方開始時期等の情報収集や減薬への情報提供、提案を行っています。さらに、スタッフや患者へ教育を行うなど取り組みを支えています。

また、個人のレベルアップのため日本病院薬剤師会の生涯研修認定の取得を奨励しており、専門性の向上のため緩和薬物療法認定薬剤師、NST専門療法士の取得を奨励しています。

<体制>

薬剤師 8名

（うちパート 3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

日本病院薬剤師会認定指導薬剤師 1名

<令和3年度実績>

調剤数

入院処方箋 26,053 枚/年

外来処方箋 59 枚/年

（祝休日の訪問、ケアハウスの対応のみ）

注射処方箋 17,600 枚/年

薬剤管理指導料算定件数

指導人数 199 人/年

薬剤管理指導料（325 点） 122 /年

薬剤管理指導料（380 点） 257 件/年

退院時薬剤情報管理指導料 124 件/年

麻薬管理指導加算 1 件/年

指導率 79.0%

包括病棟における薬剤管理指導 1,012 件/年

包括病棟における退院時指導 908 件/年

包括病棟における麻薬管理指導加算 35 件/年

薬剤総合評価調整加算 157 件/年

薬剤調整加算 86 件/年

後発品使用率平均（使用量ベース） 92.0%

無菌調整処理料2 223 件/年

<学術活動>

沢見市民センター市民講座

「ポリファーマシー対策と健康寿命延伸」

演者 堀 正三

臨床工学科



臨床工学科 後藤 陽次朗

1) 2021年度行動計画

- ・職種別研修教材の作成
- ・医療機器管理の業務水準の向上
- ・院内医療安全文化の醸成【拡充期】

当院では、臨床工学技士が2013年より常駐を開始し、今年で8年目を迎えました。臨床工学技士として院内全体の医療機器に関する安全管理はもちろんのこと、2020年度より医療安全管理者就任という新たなステージに入り、更なる「安全」というキーワードを院内で再周知する取り組みを強化しました。医療安全活動の再構築を行うため、導入期、拡充期、定着期の3ヵ年計画を立て、2021年度は「拡充期」での実行としました。

COVID-19が猛威を振るう中、慢性期である当院においても対応が迫られたことで、医療機器の適正配置、高流量酸素療法装置の導入など、効率的かつ効果的な医療の推進に邁進することが出来た1年となりました。

医療安全管理においては、セーフティマネージャーに対する教育強化を重要視し、その中で①ゼロレベルインシデント報告の推進、②様々な患者情報をベッドサイドに集約・統合するスマートベッドシステム™の利用率向上の目標を掲げました。結果として、①報告件数は年間1.5倍増、②利用率は約3倍増となり、来年度の定着期に向けた足掛かりとなりました。

2022年度は、医療機器安全管理、医療安全管理の質の向上を図る中で、感染管理、設備管理を含む他委員会への支援を行い、院内全体の質の向上に関与することが求められています。まずは医療安全管理委員会が院内でフラッグシップ委員会となるよう、関連職員への意識向上・チーム医療の重要性を訴えていきます。現在は臨床工学技士1名での活動ですが、今後は複数名で更なる院内の質の向上に貢献できる職種を目指していきたいと思っております。

2) 業績

- 5月 第31回日本臨床工学会 演題発表
- 6月 第28回福岡県臨床工学会 演題発表

3) 医療機器管理統計

点検台数 (台)

輸液ポンプ	14
シリンジポンプ	24
生体情報モニタ	12
生体情報モニタ用送信機	18
深部静脈血栓予防ポンプ	7
汎用吸引器	14
超音波ネブライザー	20
経腸栄養用輸液ポンプ	10
電動処置台	9
その他	40
合計	168

e-learning 受講者数 (名)

医療ガス	299
電波の安全利用 (基礎編)	289
内視鏡の洗浄・消毒	114
バスキュラーアクセス	266
医療機器の安全使用について	190
医療安全研修 (前期)	297
医療安全研修 (後期)	293

集合型研修参加者 (名)

一次救命処置研修会	106
新規採用機器講習会	293
部署対象研修会	221
中途入職者対象研修会	8

4) 2022年度行動計画

- ・医療機器関連業務の改善
- ・看護教育WGと連携した医療機器研修の早期実施
- ・院内医療安全文化の醸成【定着期】

放射線科



放射線科 大内田 成吾

1) 体制

- 2021年度は技師2名と助手1名(派遣)で撮影業務を行い、「新生 ～新たな挑戦～」という病院目標に沿って、業務を行ってまいりました。
- 検査件数の増加を図るため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った結果、H28年11月より開始した全下肢撮影はR1年度183件、R2年度は193件、R3年度177と安定した件数を維持できました。又、CT検査に於いても539件と前年度の428件を大幅に上回る検査件数で、検査の質を落とすことなく、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。
- 新型コロナ陽性患者を受け入れるにあたり、撮影マニュアルを作成し、感染対策の見直し、他部署との連携を強化いたしました。
- 医療放射線に係る安全管理体制につきましては、医療放射線安全管理責任者として、被ばく線量の管理・記録、撮影条件の見直し等を行い、医療安全対策委員会での、安全利用の為の研修や放射線安全管理についての情報を発信しました。
- 放射線科の新入職者に対して、リハビリテーション科に介助研修を依頼し、介助スキルの向上を図り、共立病院画像診断センターの協力を得て、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の連携に努めました。

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	5,207件
C T 撮影	539件
神経ブロック	39件
VF	28件
透視	61件
骨密度測定	3件

4) 今後の目標

- 技師1人、助手1人(派遣)体制となり、検査効率の維持、安定した検査の提供を目標に、外来や各病棟と連携を取りながら、効率良く検査を行えるように環境整備、技師の技術向上に努める。
- コロナ陽性患者の検査をするにあたり、撮影マニュアル、感染マニュアルの見直しを図り、迅速かつ、安全な検査を行えるように努める。
- 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の研修等を行い、医療放射線安全管理や放射線科に関する情報を発信する。
- 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、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。又、ポスター掲示やパンフレット設置などの広報活動の継続やコロナ陽性患者の受け入れに協力する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

2021年度より、地域連携室には師長が配属され、退院調整看護師2名、ソーシャルワーカー5名、事務1名(理学療法士)の人員体制となりました。5月からは、回復期リハビリテーション病棟が新棟に加わり、病床数は166床から173床へと増床され、法人内外の受け入れ態勢をさらに強化する取り組みが構築されました。この体制下で、2021年度も昨年同様に『法人内・外とも入院までお待たせしない』のローガンを継続し、柔軟に患者様を受け入れるよう努めています。2021年度の入院までの平均待機日数は、法人内6.7日(前年度比-0.4日)、法人外8.6日(前年度比-0.3日)と毎年わずかずつではありますが、確実に短縮化が実現できています。毎日の合同カンファレンスでは、転院前から患者様の状態を把握し、退院後の方向性を早期に見据えることに努め、地域包括ケアシステムの中心的役割を担っています。

患者様が安心して地域に戻っていただくために、地域連携室の役割としてコ・メディカルとチームとなって患者様とご家族に寄り添った入退院支援を行っています。

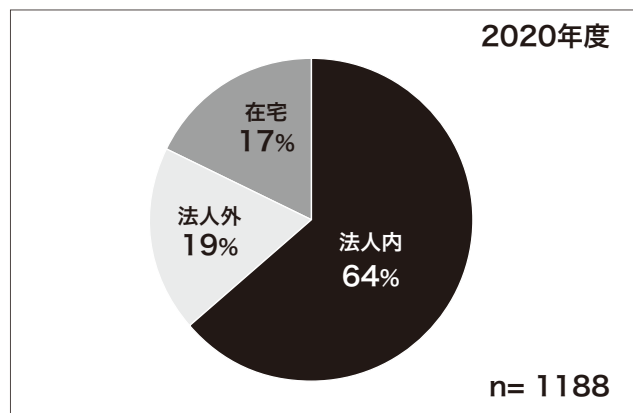
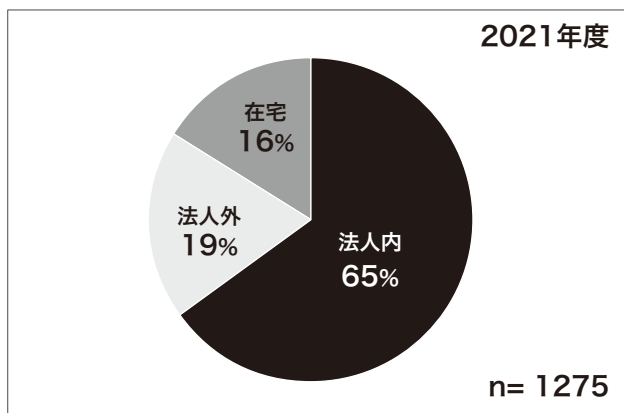
新型コロナウイルスの影響は続いており、病床管理にも影響しましたが、ご家族の了承を得てwebカンファレンスやタブレット面会を行うなど工夫をし、感染防御に努めるとともに患者サービスにも配慮しました。

教育の視点では、認知症ケア専門士、福祉住環境コーディネーター2級を取得するなど、それぞれが自己研鑽を行っています。

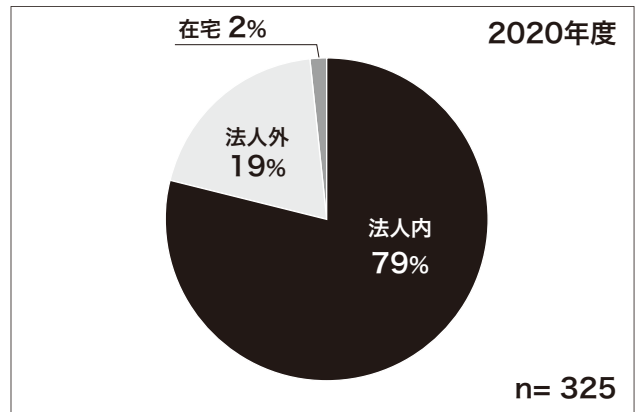
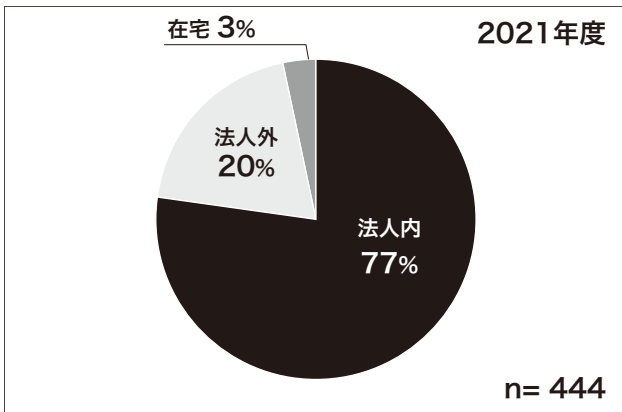
2022年度は診療報酬改定が発表されることで、地域連携室が担うべき役割を各自が自覚し、さらに戸畑リハビリテーション病院に貢献できるよう尽力してきたいと考えています。

病棟別の入院内訳状況

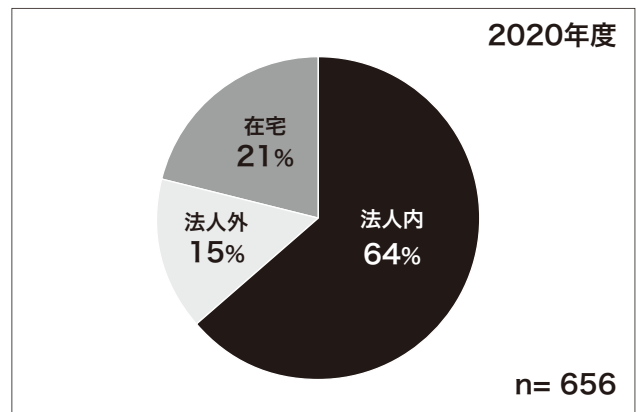
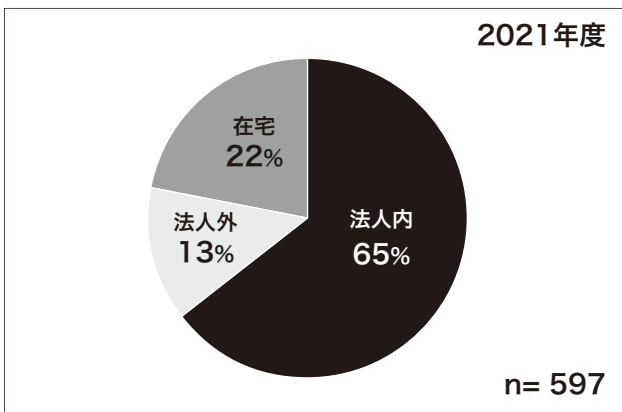
<全 体>



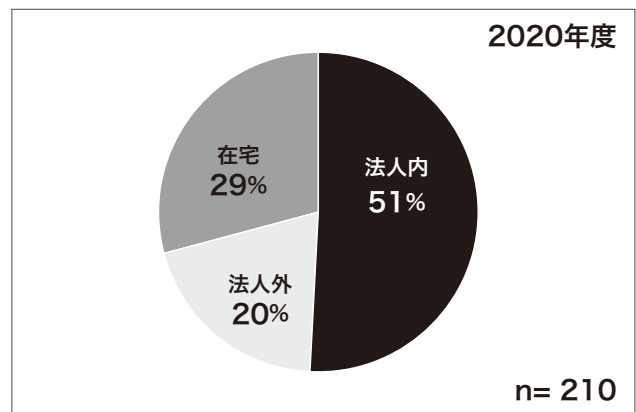
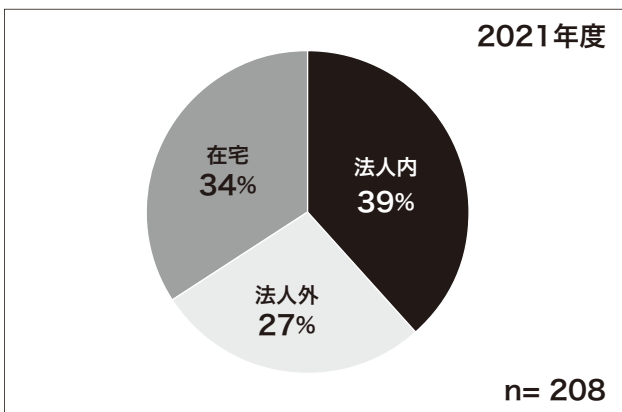
<回復期リハビリテーション病棟>



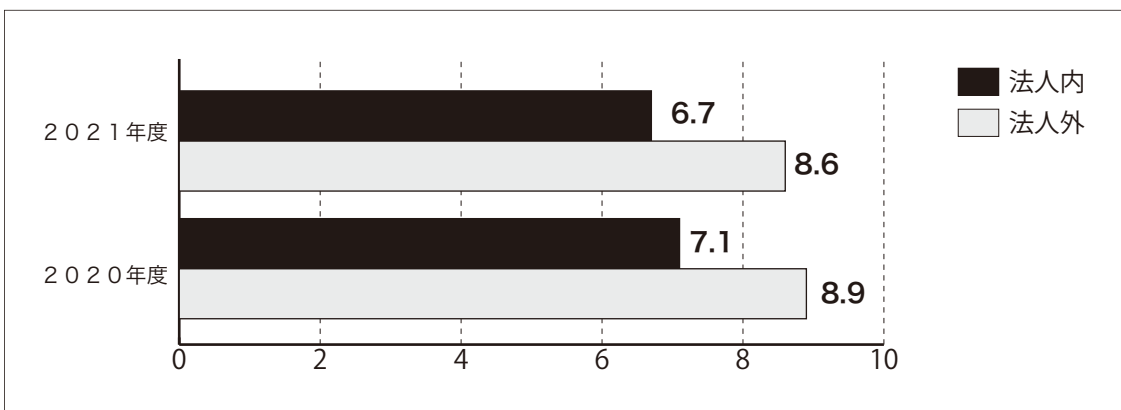
<地域包括ケア病棟>



<緩和ケア病棟>



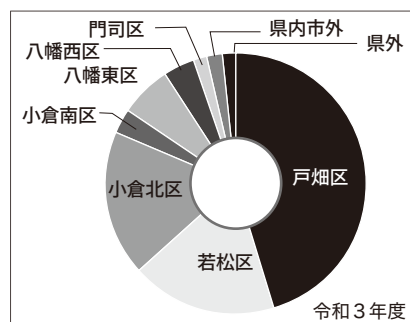
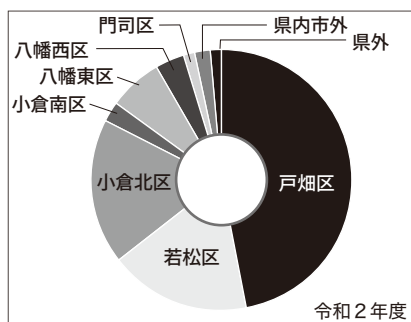
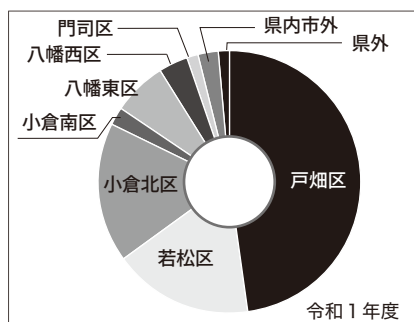
<受入れ判定会議から入院までの平均待機日数> ※2020年度・2021年度比較



統計資料

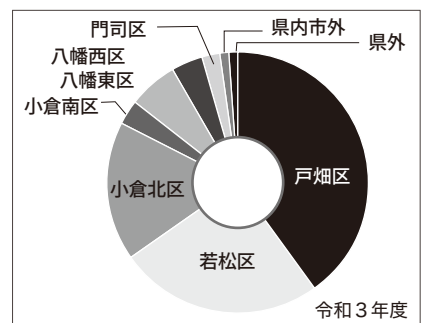
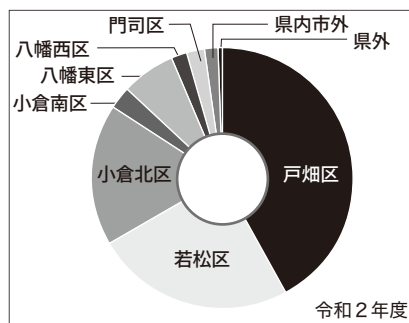
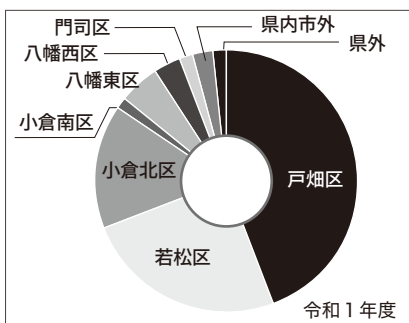
1-1. 地域別外来実患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	1,308	47.89%	1,055	47.08%	1,225	45.40%
西戸畑	95	3.48%	71	3.17%	91	3.37%
戸畑駅前	85	3.11%	71	3.17%	94	3.48%
沖台	57	2.09%	51	2.28%	56	2.08%
浅生	154	5.64%	133	5.93%	166	6.15%
三六・天神	86	3.15%	82	3.66%	86	3.19%
小芝・沢見	101	3.70%	95	4.24%	108	4.00%
天籟寺	68	2.49%	65	2.90%	61	2.26%
中原	181	6.63%	137	6.11%	169	6.26%
一枝	121	4.43%	97	4.33%	105	3.89%
牧山	94	3.44%	80	3.57%	81	3.00%
菅原	62	2.27%	59	2.63%	67	2.48%
鞆ヶ谷	123	4.50%	103	4.60%	119	4.41%
その他	81	2.97%	11	0.49%	22	0.82%
若松区	470	17.21%	395	17.63%	491	18.20%
小倉北区	468	17.14%	399	17.80%	487	18.05%
小倉南区	66	2.42%	62	2.77%	81	3.00%
八幡東区	178	6.52%	149	6.65%	168	6.23%
八幡西区	97	3.55%	77	3.44%	107	3.97%
門司区	40	1.46%	32	1.43%	45	1.67%
遠賀郡	14	0.51%	7	0.31%	8	0.30%
中間市	4	0.15%	6	0.27%	4	0.15%
直方市	5	0.18%	4	0.18%	4	0.15%
福岡市	8	0.29%	5	0.22%	8	0.30%
京都郡	8	0.29%	4	0.18%	9	0.33%
久留米市	4	0.15%	4	0.18%	2	0.07%
その他県内	24	0.88%	16	0.71%	21	0.78%
山口県	11	0.40%	5	0.22%	7	0.26%
佐賀県	4	0.15%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	0	0.00%	4	0.18%	1	0.04%
大分県	3	0.11%	7	0.31%	4	0.15%
熊本県	0	0.00%	1	0.04%	1	0.04%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
鹿児島県	1	0.04%	0	0.00%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	18	0.66%	9	0.40%	25	0.93%
合計	2,731	100.00%	2,241	100.00%	2,698	100.00%



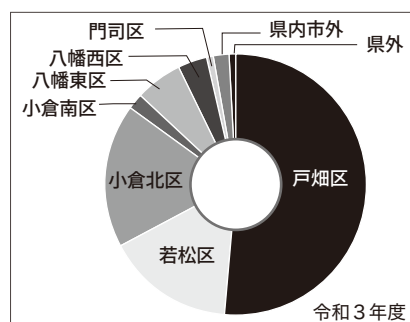
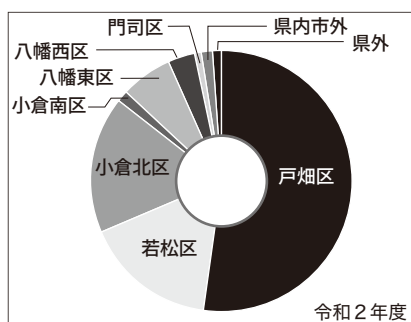
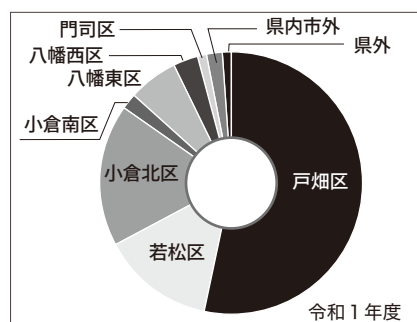
1-2. 地域別入院実患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	473	44.41%	404	42.22%	479	40.08%
西戸畑	47	4.41%	33	3.45%	45	3.77%
戸畑駅前	23	2.16%	35	3.66%	28	2.34%
沖台	20	1.88%	28	2.93%	29	2.43%
浅生	50	4.69%	49	5.12%	63	5.27%
三六・天神	36	3.38%	27	2.82%	37	3.10%
小芝・沢見	27	2.54%	22	2.30%	27	2.26%
天籟寺	22	2.07%	25	2.61%	20	1.67%
中原	73	6.85%	51	5.33%	75	6.28%
一枝	56	5.26%	44	4.60%	42	3.51%
牧山	41	3.85%	33	3.45%	36	3.01%
菅原	26	2.44%	25	2.61%	34	2.85%
鞆ヶ谷	30	2.82%	32	3.34%	43	3.60%
その他	22	2.07%	0	0.00%	0	0.00%
若松区	264	24.79%	235	24.56%	302	25.27%
小倉北区	164	15.40%	169	17.66%	205	17.15%
小倉南区	16	1.50%	26	2.72%	39	3.26%
八幡東区	53	4.98%	62	6.48%	73	6.11%
八幡西区	33	3.10%	20	2.09%	44	3.68%
門司区	18	1.69%	20	2.09%	27	2.26%
遠賀郡	6	0.56%	1	0.10%	2	0.17%
中間市	2	0.19%	3	0.31%	1	0.08%
直方市	1	0.09%	1	0.10%	0	0.00%
福岡市	2	0.19%	0	0.00%	1	0.08%
京都郡	4	0.38%	0	0.00%	2	0.17%
久留米市	0	0.00%	2	0.21%	0	0.00%
その他県内	13	1.22%	11	1.15%	9	0.75%
山口県	4	0.38%	0	0.00%	2	0.17%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	1	0.09%	0	0.00%	2	0.17%
大分県	1	0.09%	0	0.00%	3	0.25%
熊本県	0	0.00%	1	0.10%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
鹿児島県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	10	0.94%	2	0.21%	4	0.33%
合計	1,065	100.00%	957	100.00%	1,195	100.00%



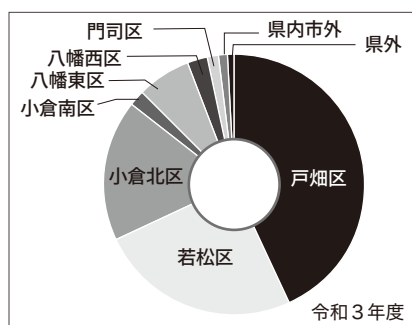
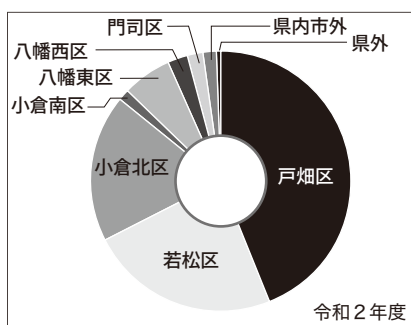
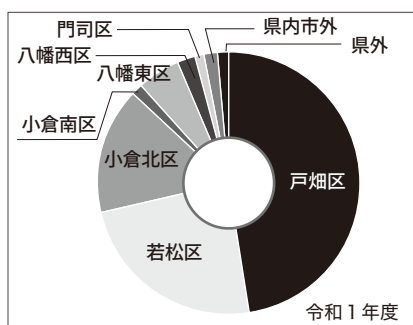
2-1. 地域別外来延患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	14,427	76.00%	7,807	41.13%	9,756	51.39%
西戸畑	1,015	5.35%	685	3.61%	737	3.88%
戸畑駅前	1,036	5.46%	548	2.89%	718	3.78%
沖台	501	2.64%	373	1.96%	302	1.59%
浅生	1,938	10.21%	931	4.90%	1,160	6.11%
三六・天神	838	4.41%	522	2.75%	681	3.59%
小芝・沢見	1,594	8.40%	995	5.24%	1,339	7.05%
天籟寺	709	3.73%	368	1.94%	579	3.05%
中原	1,877	9.89%	1,007	5.30%	1,196	6.30%
一枝	1,277	6.73%	603	3.18%	845	4.45%
牧山	1,196	6.30%	779	4.10%	773	4.07%
菅原	602	3.17%	356	1.88%	536	2.82%
鞆ヶ谷	1,203	6.34%	612	3.22%	845	4.45%
その他	641	3.38%	28	0.15%	45	0.24%
若松区	3,731	19.65%	2,444	12.87%	3,028	15.95%
小倉北区	4,742	24.98%	2,525	13.30%	3,374	17.77%
小倉南区	519	2.73%	212	1.12%	377	1.99%
八幡東区	1,628	8.58%	933	4.91%	1,091	5.75%
八幡西区	872	4.59%	521	2.74%	682	3.59%
門司区	228	1.20%	129	0.68%	154	0.81%
遠賀郡	87	0.46%	26	0.14%	35	0.18%
中間市	15	0.08%	20	0.11%	25	0.13%
直方市	147	0.77%	42	0.22%	77	0.41%
福岡市	85	0.45%	30	0.16%	96	0.51%
京都郡	59	0.31%	13	0.07%	70	0.37%
久留米市	11	0.06%	17	0.09%	17	0.09%
その他県内	186	0.98%	48	0.25%	48	0.25%
山口県	121	0.64%	44	0.23%	48	0.25%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	9	0.05%	34	0.18%	24	0.13%
大分県	27	0.14%	28	0.15%	25	0.13%
熊本県	0	0.00%	24	0.13%	6	0.03%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
鹿児島県	16	0.08%	0	0.00%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	60	0.32%	18	0.09%	50	0.26%
合計	26,970	100.00%	14,915	100.00%	18,983	100.00%



2-2. 地域別入院延患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	23,088	41.80%	16,572	30.00%	23,889	43.25%
西戸畑	2,096	3.79%	1,454	2.63%	2,307	4.18%
戸畑駅前	1,092	1.98%	1,157	2.09%	1,395	2.53%
沖台	985	1.78%	1,061	1.92%	1,445	2.62%
浅生	2,209	4.00%	1,930	3.49%	2,991	5.41%
三六・天神	1,625	2.94%	1,243	2.25%	1,663	3.01%
小芝・沢見	1,195	2.16%	1,056	1.91%	1,337	2.42%
天籟寺	1,051	1.90%	1,036	1.88%	988	1.79%
中原	4,311	7.80%	2,345	4.25%	3,820	6.92%
一枝	2,425	4.39%	1,537	2.78%	1,921	3.48%
牧山	1,974	3.57%	1,587	2.87%	2,081	3.77%
菅原	1,328	2.40%	946	1.71%	1,614	2.92%
鞆ヶ谷	1,584	2.87%	1,220	2.21%	2,327	4.21%
その他	1,213	2.20%	0	0.00%	0	0.00%
若松区	11,638	21.07%	8,950	16.20%	13,853	25.08%
小倉北区	7,577	13.72%	6,898	12.49%	9,640	17.45%
小倉南区	658	1.19%	539	0.98%	1,016	1.84%
八幡東区	2,566	4.65%	2,312	4.19%	3,670	6.64%
八幡西区	1,120	2.03%	912	1.65%	1,398	2.53%
門司区	469	0.85%	771	1.40%	747	1.35%
遠賀郡	221	0.40%	29	0.05%	161	0.29%
中間市	81	0.15%	27	0.05%	30	0.05%
直方市	15	0.03%	14	0.03%	0	0.00%
福岡市	145	0.26%	0	0.00%	2	0.00%
京都郡	111	0.20%	0	0.00%	25	0.05%
久留米市	0	0.00%	65	0.12%	0	0.00%
その他県内	362	0.66%	471	0.85%	482	0.87%
山口県	203	0.37%	0	0.00%	35	0.06%
佐賀県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
長崎県	36	0.07%	0	0.00%	18	0.03%
大分県	25	0.05%	0	0.00%	116	0.21%
熊本県	0	0.00%	110	0.20%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
鹿児島県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	280	0.51%	65	0.12%	156	0.28%
合計	48,595	100.00%	37,735	100.00%	55,238	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	1,157	1,144	48,735	42.4	183	5,596	19.0
リハビリテーション科	123	113	6,503	55.1	76	13,130	44.7
ペインクリニック内科					8	257	0.9
合 計	1,280	1,257	55,238	43.5	267	18,983	64.6

①稼働病床数

		令和1年度	令和2年度		令和3年度	
総病床数		154床	154床 → 166床		166床 → 173床	
2階南病棟	回復期リハビリテーション病棟 (1)	48床	令和2年10月まで回復期リハビリテーション病棟 (1)	48床	令和3年4月まで2階病棟回復期リハビリテーション病棟 (1)	60床
			令和2年11月より回復期リハビリテーション病棟 (1)	60床	令和3年5月より2階南病棟回復期リハビリテーション病棟 (1)	42床
2階北病棟					令和3年5月より回復期リハビリテーション病棟 (1)	32床
3階病棟	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	地域包括ケア病棟 (1)	46床	地域包括ケア病棟 (1)	46床
	令和2年3月より地域包括ケア病棟 (1)	46床			令和3年5月より地域包括ケア病棟 (1)	42床
4階病棟	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
					令和3年5月より地域包括ケア病棟 (1)	40床
5階病棟	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

	令和1年度	令和2年度	令和3年度
新入院患者数 (共愛会)	889(80.0%)	942 (79.2%)	1,012 (79.1%)
新入院患者数 (共愛会以外)	222(20.0%)	248 (20.8%)	268 (20.9%)
合計	1,111	1,190	1,280
延入院患者数	47,548	48,375	53,982
一日平均入院数	129.9	132.5	147.9

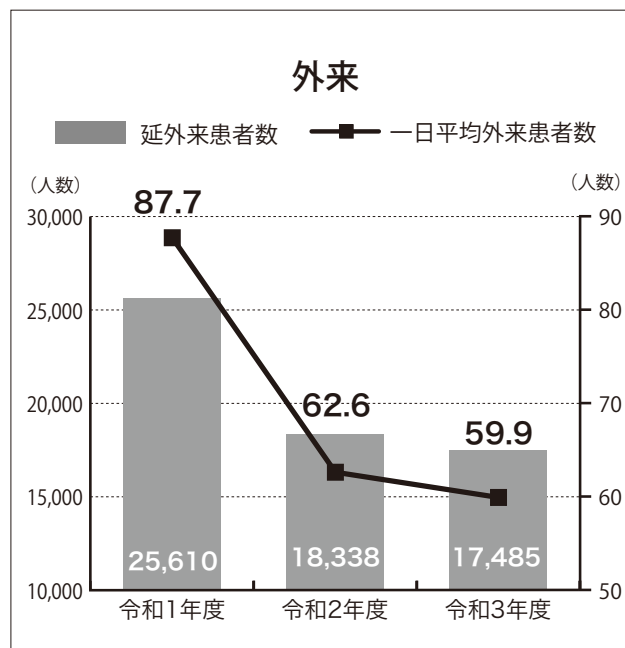
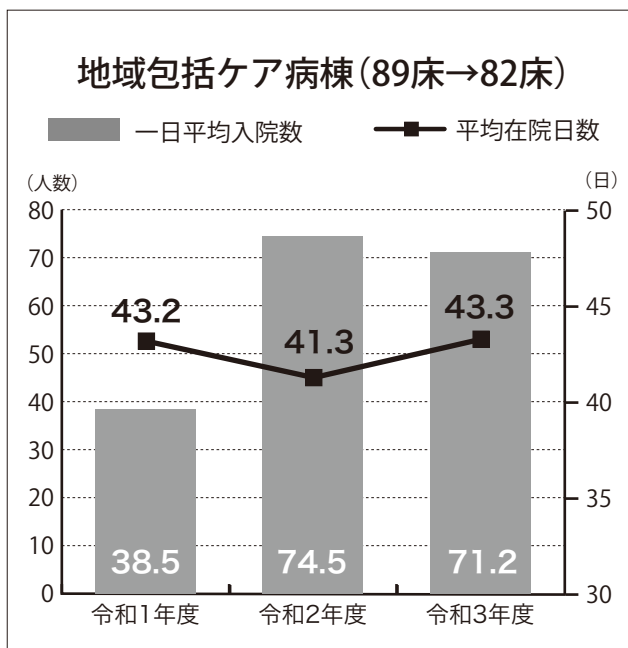
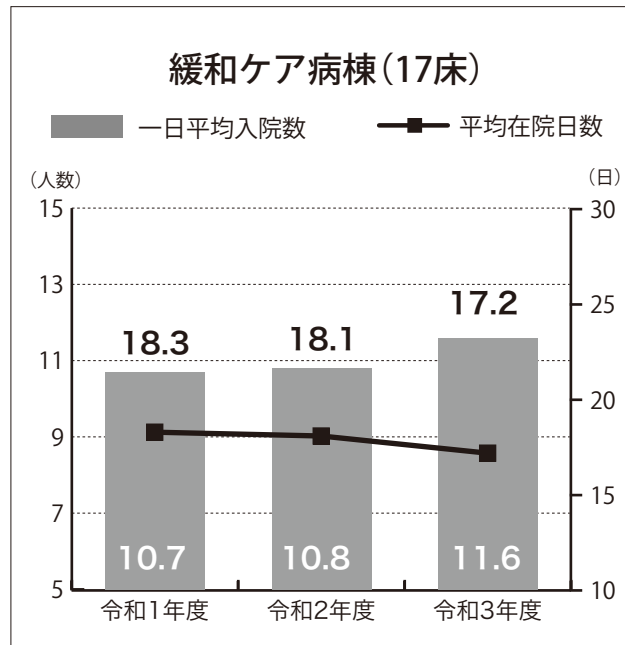
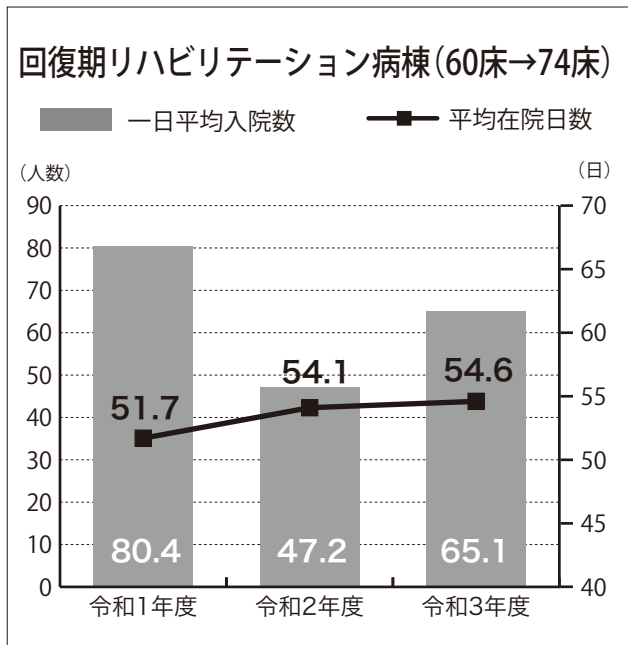
回復期病棟平均在院日数	51.7	54.1	54.6
回復期病棟平均利用率	85.6%	89.2%	89.5%
回復期病棟平均入院数	80.4	47.2	65.1

地域包括ケア病棟平均在院日数	43.2	41.3	43.3
地域包括ケア病棟平均利用率	89.8%	83.7%	86.9%
地域包括ケア病棟平均入院数	38.7	74.5	71.2

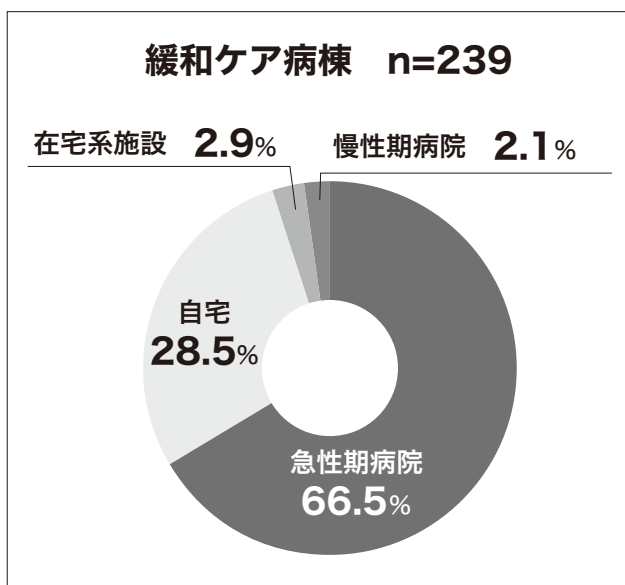
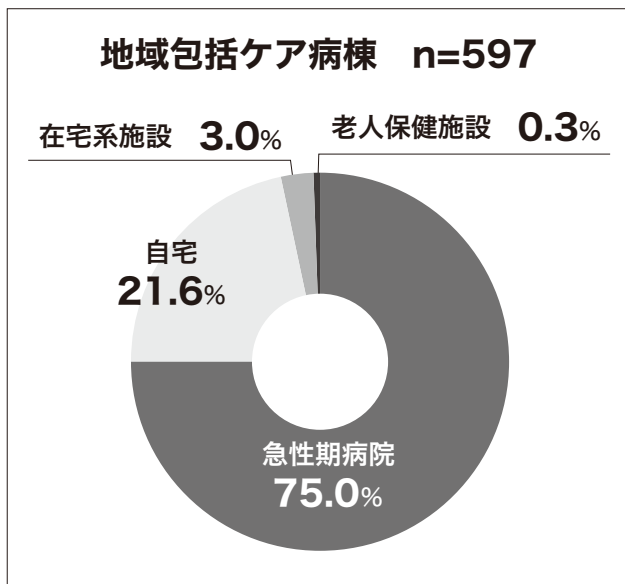
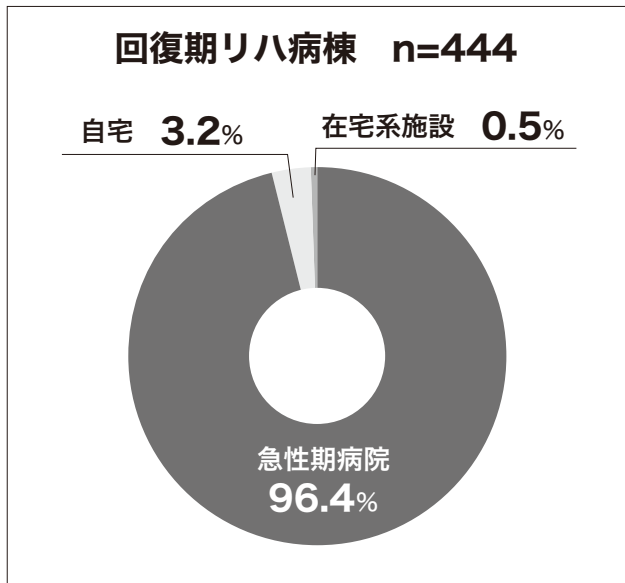
緩和ケア平均在院日数	18.3	18.1	17.2
緩和ケア平均利用率	63.1%	63.4%	68.2%
緩和ケア平均入院数	10.7	10.8	11.6

初診外来患者数	320	191	249
延外来患者数	25,610	18,338	17,485
1月平均外来患者数	2,134	1,528	1,457
1日平均外来患者数	87.7	62.6	59.9

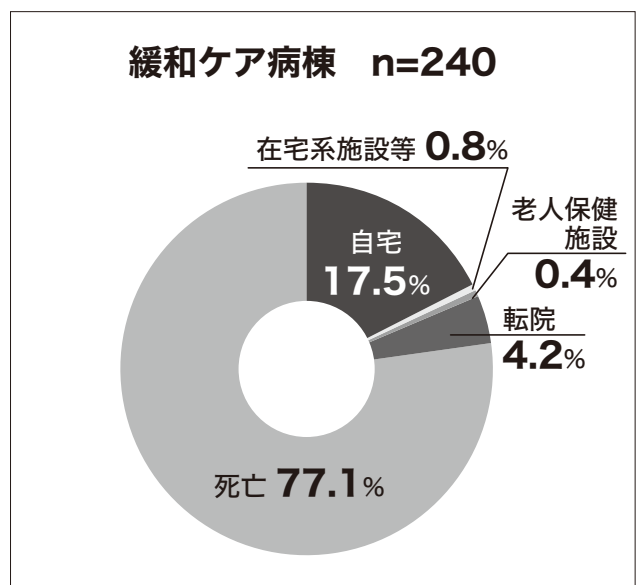
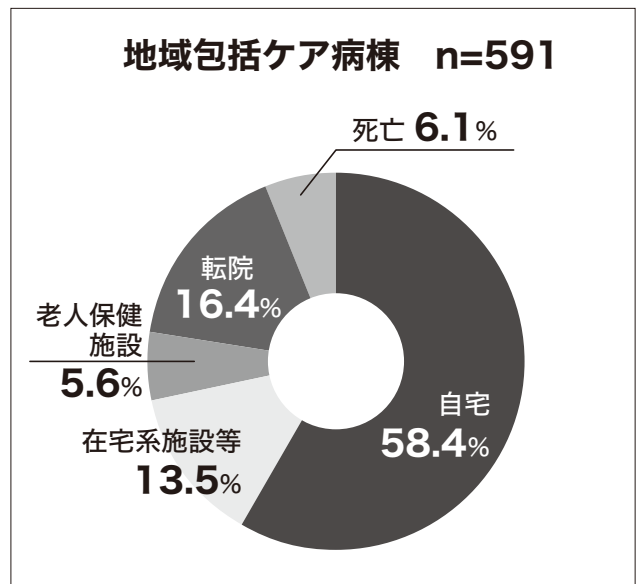
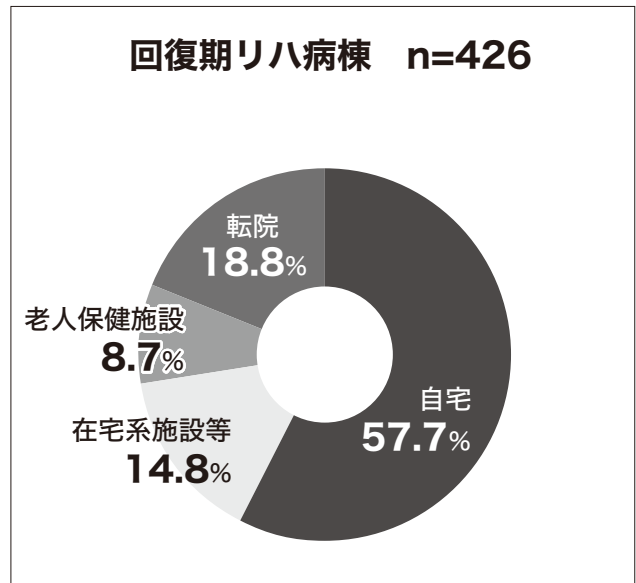
③臨床指標グラフ



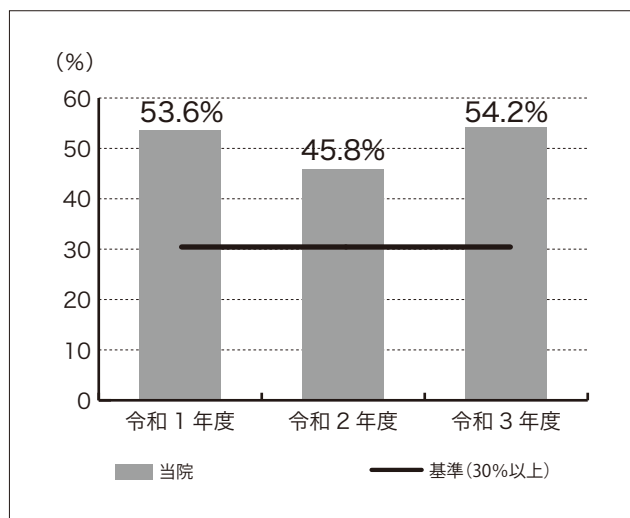
④入棟前の居場所



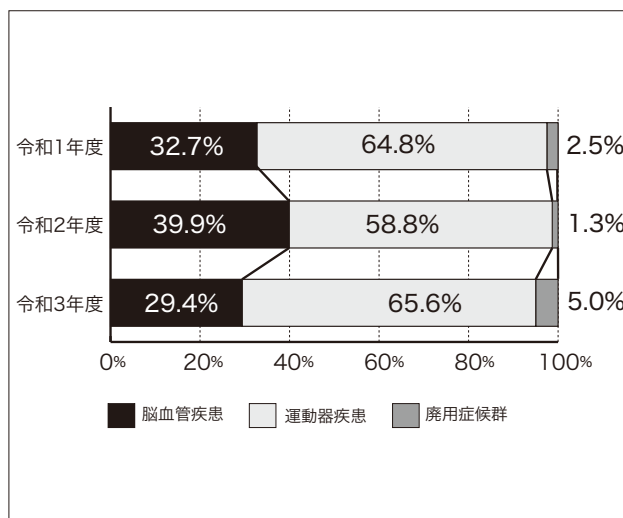
⑤退棟経路



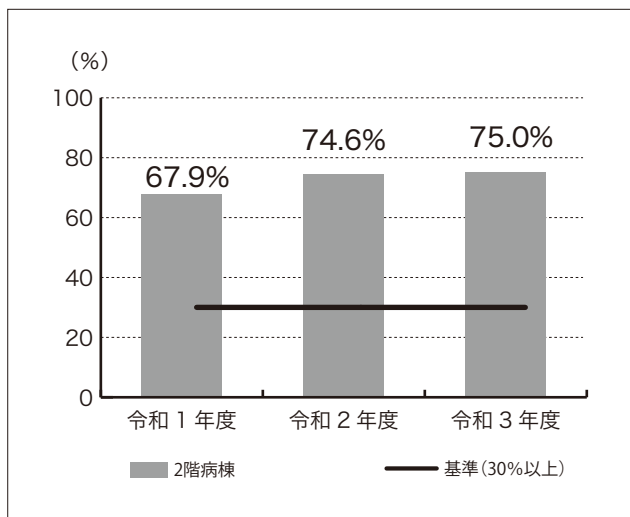
⑥回復期リハビリテーション病棟:入院時の日常生活機能評価(B項目) 10点以上の患者の割合(%)



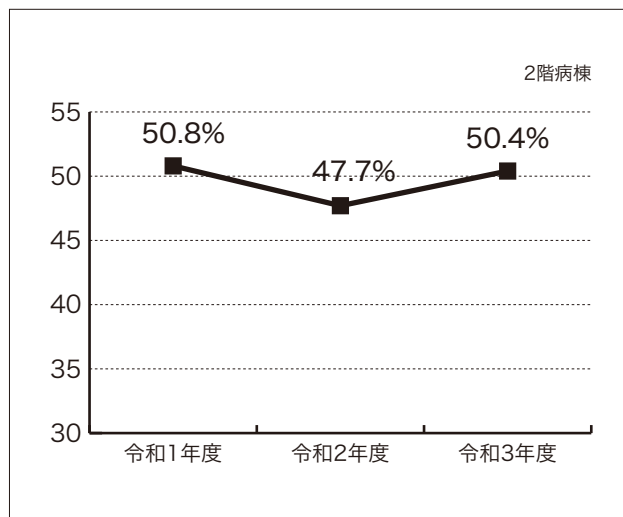
⑨回復期リハビリテーション病棟:疾患別割合



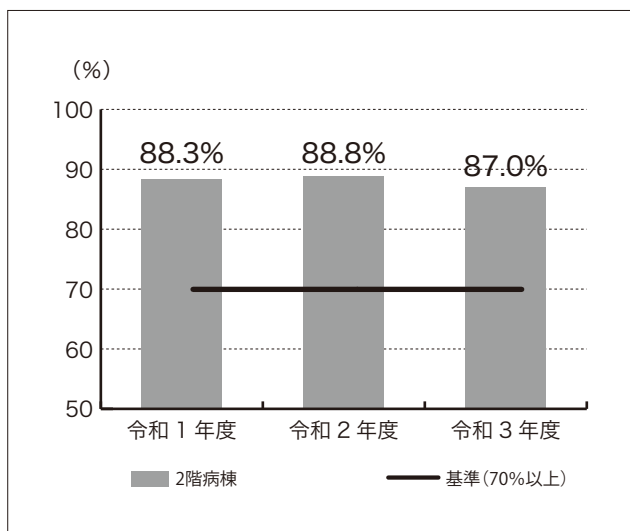
⑦回復期リハビリテーション病棟:入院時の日常生活機能評価(B項目)10点以上の患者が退院時に4点以上改善した割合(%)



⑩回復期リハビリテーション病棟:実績指数

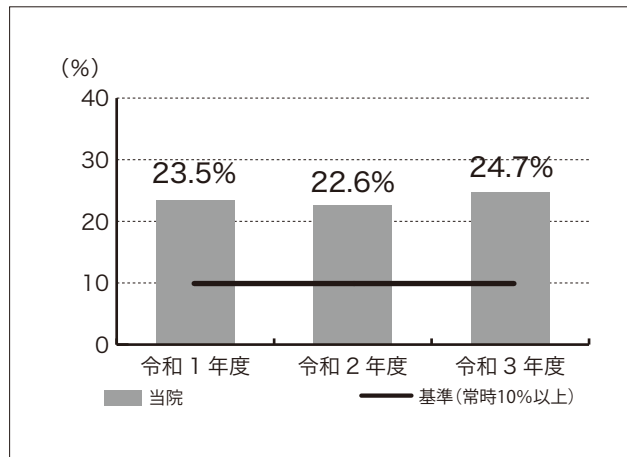


⑧回復期リハビリテーション病棟:在宅復帰率

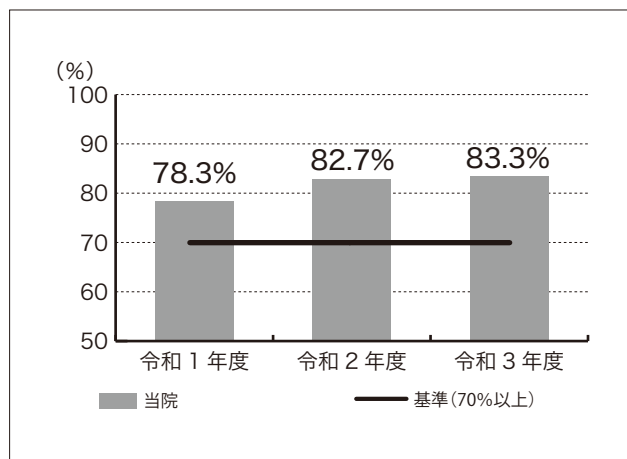


統計資料

⑪地域包括ケア病棟：看護必要度 A 項目の常時患者割合



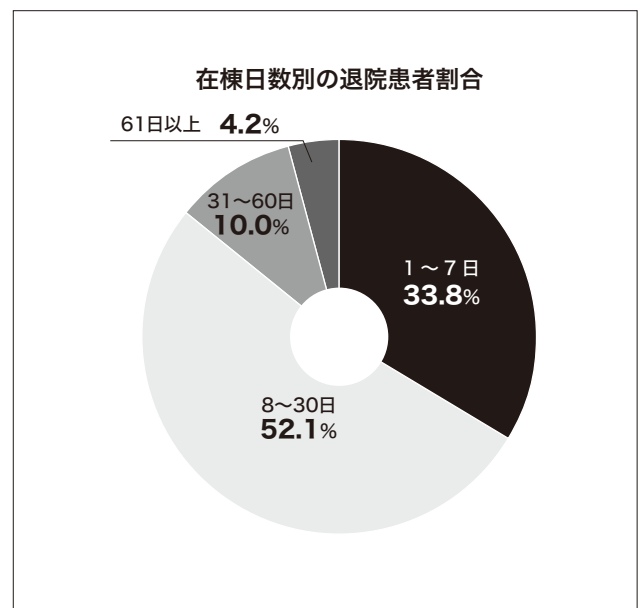
⑫地域包括ケア病棟：在宅復帰率



⑬緩和ケア病棟：臨床指標

	令和1年度	令和2年度	令和3年度
年間入院患者数	210	208	248
予定外入院割合	21.9%	21.2%	18.5%
年間在院患者延べ数	3,917	3,924	4,232
年間退院患者数	212	218	240
年間死亡退院患者数	163	165	185
年間自宅退院患者数	41	40	45
年間転院退院患者数	8	13	10

	1～7日	8～30日	31～60日	61日以上
在棟日数別の退院患者数	81	125	24	10
在棟日数別の死亡退院患者	73	85	19	8

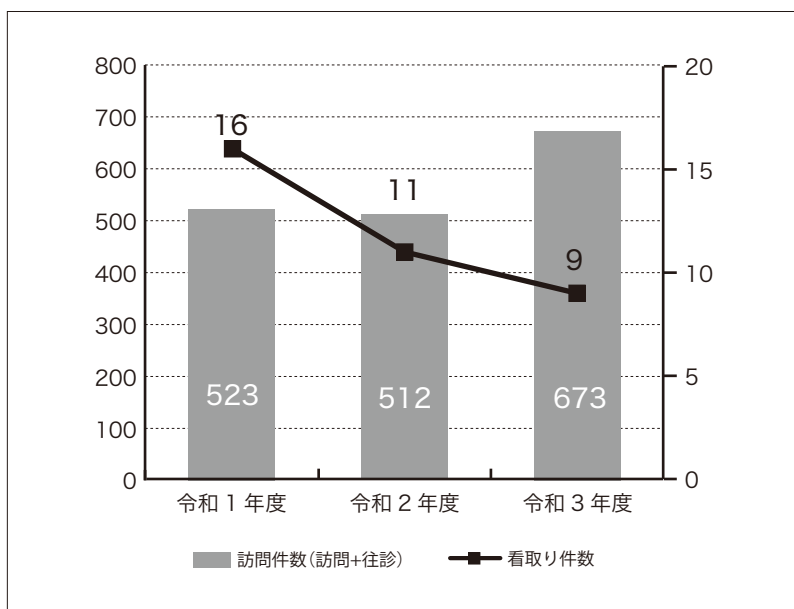


⑭訪問診療実績

令和3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	38	62	2	6	5
5月	36	61	2	3	3
6月	38	64	1	2	2
7月	32	52	1	3	2
8月	31	55	0	2	1
9月	33	56	0	2	0
10月	35	53	1	3	3
11月	31	46	1	1	1
12月	34	51	0	2	1
1月	31	49	0	1	0
2月	30	49	0	3	0
3月	30	46	1	1	1
年間	399	644	9	29	19

年度の推移

	令和1年度	令和2年度	令和3年度
訪問件数(訪問+往診)	523	512	673
看取り件数	16	11	9



学術業績（学会発表）

第31回 日本臨床工学会【2021年5月22日】

演 題：生体情報モニタ用電極選定における性能評価

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：灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

医療施設は年間に多数の生体情報モニタ用電極(以下電極)を消費するため、適切な評価により患者に適した電極選定を行うことが肝要となる。電極には各メーカーから多くの種類が販売されているが、電極評価に関する先行研究はなく、施設側は選定基準がない中での採用を行っている現状がある。そこで今回、電極選定について多角的な評価を行ったので報告する。

【倫理的配慮】

本研究は、倫理委員会の承認を得て、倫理的配慮を十分に確保し実施した。

【方法】

調査期間は2020年1月から同年2月、評価電極は3社4種(A、B、C、D)。評価内容は、生体適合性評価として、①皮膚紅斑の有無を、ストーマ周囲皮膚障害評価スケール(ABCD-Stoma)を用い、装着24時間後の一般病棟患者10名を対象に、4種類の電極に対し電極貼付部とその周囲の状態を確認した。品質評価として、②電極粘着力を、プッシュプルゲージを使用し、心肺蘇生練習マネキンに貼付した電極剥離時の荷重を測定した。③品質情報を、添付文書、カタログ、ウェブサイト参照にて製品の特長、材質、電気的仕様等の

情報を収集した。運用評価として、④消費コストを、当法人の2019年度の使用実績での価格シミュレーション、⑤流通シェアを、各ディーラーへの販売現状を調査した。

【結果】

患者平均年齢は77.9才。①皮膚紅斑有はA 4名、B 7名、C 8名、D 5名。②電極粘着力はA 0.36kg、B 0.49 kg、C 0.82 kg、D 0.59 kg。③品質情報は、添付文書、カタログ、ウェブサイトでは各社で情報開示量が偏っていた。④当法人年間コストはA ¥824,000、B ¥988,000、C ¥1,137,120、D ¥1,137,120、⑤流通シェアは、各ディーラーの販売方針の違いにより異なった。

【考察】

特定の電極使用時に多くの紅斑症状を認めたことは、電極材質の影響による可能性が示唆された。しかしメーカーは材料添加物までは情報開示しておらず要因は不明であった。粘着力評価は、皮膚裂傷など皮膚トラブルを判定する一因として有効な選定項目であった。今回の結果では、A電極の採用が望ましいとされたが、電極選定は、十分な情報収集のもと、生体適合性、品質、運用など多角的な評価が求められると考えられた。

第28回 福岡県臨床工学会【2021年6月20日】

演 題：生体情報モニタ電極選定における多角的評価

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：灘吉進也

戸畑共立病院 臨床工学科

【目的】

生体情報モニタ電極(以下電極)は適切な評価により患者に適した電極選定を行うことが肝要となる。電極は多くの種類が販売されているが、電極評価に関する先行研究はなく、施設は選定基準のない中での採用を行っている現状がある。そこで今回、電極選定について多角的な評価を行ったので報告する。

【倫理的配慮】

本研究は、倫理委員会の承認を得て、倫理的配慮を十分に確保し実施した。

【方法】

調査期間は2020年1月から同年2月、評価電極は3社4

種(A、B、C、D)。評価内容は、生体適合性として、①皮膚紅斑の有無を、ストーマ周囲皮膚障害評価スケール(ABCD-Stoma)を用い、装着24時間後の一般病棟患者10名に実施。品質として、②電極粘着力は剥離時の荷重測定、③品質情報は、製品特長、材質、電気的仕様等を情報収集した。運用として、④当院の年間消費コスト、⑤流通シェアは販売現状を調査した。

【結果】

患者平均年齢は77.9才。①皮膚紅斑有はA 4名、B 7名、C 8名、D 5名。②電極粘着力はA 0.36kg、B 0.49 kg、C 0.82 kg、D 0.59 kg。③品質情報は、添付文書、カタログ、ウェブサイトでは各社で情報開示量が偏っていた。④年間コストはA

戸畑共立病院

戸畑ハビテーション病院

あやめの里

健診センター

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 R・EX戸畑

あやめレンタルサービス

学術業績

¥824,00、B ¥988,000、C ¥1,137,120、D¥ 1,137,120。⑤
流通シェアは、各ディーラーの販売方針の違いにより異なっ
た。

【考察】

特定の電極使用時に多くの紅斑症状を認めたことは、電
極材質の影響による可能性が示唆された。しかしメーカー

は材料添加物までは情報開示しておらず要因は不明であっ
た。粘着力評価は、皮膚裂傷など皮膚トラブルを判定する一
因として有効な選定項目であった。今回の結果では、A電極
の採用が望ましいとされたが、電極選定は、十分な情報収集
のもと生体適合性、品質、運用など多角的な評価が求められ
る。



学会等・出張先一覧

	自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
【4月】	4月8日	4月10日	下河邊智久	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	剣持 邦彦	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	衛藤 隆一	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月8日	4月10日	橋本 光生	医局	第121回日本外科学会定期学術集会	-	WEB参加
	4月9日	4月11日	真弓 文仁	医局	第118回日本内科学会総会・講演会	-	WEB参加
	4月9日	4月11日	高根 順子	医局	第118回日本内科学会総会・講演会	-	WEB参加
【5月】	4月15日	4月17日	下河邊智久	医局	第107回日本消化器病学会総会	-	WEB参加
	5月12日	5月15日	高橋 陽子	医局	第122回日本耳鼻咽喉科学会総会・学術講演会	-	WEB参加
	5月12日	5月15日	池園 圭子	医局	第122回日本耳鼻咽喉科学会総会・学術講演会	-	WEB参加
【6月】	5月18日	6月14日	落合 秀夫	医局	第94回日本産業衛生学会	-	WEB参加
	6月3日	6月4日	佐藤亜由美	医局	日本麻酔科学会 第68回学術集会	-	WEB参加
	6月10日	7月30日	奥 史佳	医局	第58回日本リハビリテーション医学会学術集会	-	WEB参加
	6月18日	6月19日	衛藤 隆一	医局	第26回日本緩和医療学会学術集会	-	WEB参加
【7月】	6月18日	6月19日	佐藤亜由美	医局	第26回日本緩和医療学会学術大会	-	WEB参加
	6月19日	6月20日	菅谷 仁志	リハビリ科	九州作業療法学会2021in熊本/ADOCを用いてかかわることで行動変容が見られた症例～役割再獲得に向けた心理・環境支援～(ポスター発表)	演者	WEB参加
	6月25日	6月26日	剣持 邦彦	医局	第23回日本医療マネジメント学会学術総会	-	WEB参加
	7月3日	-	今泉 僚	リハビリ科	第7回地域包括ケア病棟研究大会	-	WEB参加
	7月7日	7月9日	衛藤 隆一	医局	第76回日本消化器外科学会総会	-	WEB参加
	7月12日	7月25日	原田 直樹	リハビリ科	日本リハビリテーション病院・施設協会オンデマンド配信教育セミナー	-	オンデマンド配信
【8月】	7月21日	7月22日	木村 英一	医局	JSPEN2021 第36回日本臨床栄養代謝学会学術集会	-	WEB参加
	7月26日	-	剣持 邦彦	医局	福岡県私設病院協会「7月研修会」	-	福岡市
	8月3日	-	萩尾 香織	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	8月4日	-	檜枝 春菜	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	8月4日	-	上野砂恵子	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	8月27日	-	萩尾 香織	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
【9月】	8月28日	-	檜枝 春菜	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	8月28日	-	上野砂恵子	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	9月4日	-	上野砂恵子	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	9月13日	-	萩尾 香織	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	9月18日	9月19日	衛藤 隆一	医局	第34回日本サイコロジ学会総会	-	WEB参加
	9月19日	-	奥 史佳	医局	第50回日本リハビリテーション医学会 九州地方会	-	WEB参加
	9月21日	-	檜枝 春菜	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	9月25日	-	真弓 文仁	医局	日本慢性期医療協会 第6回医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座	-	WEB参加
	9月25日	-	島 一郎	医局	日本慢性期医療協会 第6回医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座	-	WEB参加
【10月】	9月25日	-	落合 秀夫	医局	日本慢性期医療協会 第6回医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座	-	WEB参加
	9月25日	-	志田啓太郎	リハビリ科	日本リハビリテーション病院・施設協会主催教育セミナー	-	オンデマンド配信
	9月29日	-	剣持 邦彦	医局	福岡県私設病院協会「9月研修会」	-	福岡市
	10月14日	10月15日	下河邊智久	医局	第29回日本慢性期医療学会	-	WEB参加

	自	至	氏名	所属部署	目的 / 演題	発表	場所
【11月】	11月13日	-	下河邊智久	医局	第34回佐賀大学医学部脳神経外科開講記念会	-	佐賀県
	11月17日	11月20日	下河邊智久	医局	第83回日本臨床外科学会総会・評議員会	評議員	東京都
	11月18日	11月20日	剣持 邦彦	医局	第83回日本臨床外科学会総会・評議員会	-	WEB参加
	11月18日	11月20日	衛藤 隆一	医局	第83回日本臨床外科学会総会・評議員会 (オンデマンド配信)	-	WEB参加
【12月】	11月18日	11月20日	橋本 光生	医局	第83回日本臨床外科学会総会・評議員会	-	オンデマンド配信
	11月26日	11月27日	剣持 邦彦	医局	第21回日本クリニカルパス学会学術集会	-	WEB参加
	12月3日	12月17日	高橋 陽子	医局	第35回日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会秋季大会	-	WEB参加
	12月3日	12月17日	池園 圭子	医局	第35回日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会秋季大会	-	WEB参加
	12月11日	1月29日	野中 智加	リハビリ科	2021年度回復期リハビリテーション病棟協会 第54回 PT・OT・ST研修会	-	WEB参加
	12月15日	1月29日	加治屋美香	リハビリ科	2021年度回復期リハビリテーション病棟協会 第54回 PT・OT・ST研修会	-	WEB参加
	12月18日	12月19日	大坊 昌代	リハビリ科	第3回PT・OT・STリーダー研修会	-	WEB参加
	12月18日	12月19日	津々見勇介	リハビリ科	第3回PT・OT・STリーダー研修会	-	WEB参加
	12月22日	1月31日	島 一郎	医局	2021年度認知症短期集中リハビリテーション研修 (WEB研修)	-	WEB参加
	【1月】	1月29日	1月30日	藤本 李紗	リハビリ科	第10回日本言語聴覚士協会 九州地区学術集会福岡大会	-
1月29日		1月30日	柏谷 優花	リハビリ科	第10回日本言語聴覚士協会 九州地区学術集会福岡大会	-	北九州市、 WEB参加
【2月】	2月3日	-	上野砂恵子	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	2月5日	2月6日	安部 美咲	リハビリ科	第25回福岡県作業療法学会／応用行動分析を用いて行動変容が見られた症例～身体機能が低下し引きこもりがちなった症例の友人とのランチ活動を目指したアプローチ～	演者	WEB参加
	2月5日	2月6日	古海 賢人	リハビリ科	第25回福岡県作業療法学会／COPMを使用して目標を具体化したことで社会参加につながった症例	演者	WEB参加
【3月】	3月3日	-	萩尾 香織	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	3月5日	-	檜枝 春菜	看護部	令和3年度福岡県感染管理リーダー看護師育成研修会	-	福岡市
	3月11日	3月13日	真弓 文仁	医局	第86回日本循環器学会学術集会	-	WEB参加

令和3年度 戸畑リハビリテーション病院 活動報告

- 地域緩和ケア研修会 【開催日】 令和4年3月22日(火)
【研修内容】 「エンゼルケアと死生観・エンゼルメイク」
緩和ケア認定看護師 野口 妙子
- 第3回地域包括ケア推進研修会
【開催日】 令和3年11月18日(木)
【研修内容】 「地域包括ケアシステム構築における地域課題」
戸畑区役所地域統括支援センター係長 吉野直美氏
- 委託事業

委託先	内容	期間
北九州市保健福祉局 認知症支援・介護予防センター	地域リハビリテーション活動支援事業 (運動器) (西部地域) 実施業務	令和3年4月～令和4年3月
北九州市 地域リハビリテーション推進課	地域リハビリテーション支援体制推進事業 (西部地域)	令和3年4月～令和4年3月
北九州市 地域リハビリテーション推進課	福祉用具等適正利用に向けた計画 点検モデル事業	令和3年8月～令和4年3月
北九州市保健福祉局 認知症支援・介護予防センター	介護予防・生活支援サービス事業 短期集中予防型(訪問・コース) (北九州市西部)	令和3年9月～令和4年3月
民間	特別養護老人ホーム戸畑 大谷園生活機能向上連携委託	令和3年4月～令和4年3月

●派遣講師の一覧

日時	氏名	所属	場所	内容	主催
令和3年5月27日	山本 裕子	栄養科	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	リハビリ栄養講座	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年6月10日	長 昭洋	戸畑こころ との忘れ クリニック	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	認知症予防講座	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年6月24日	原澤 勉	メディカル フィットネス R・EX	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	笑って体操!	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム

日時	氏名	所属	場所	内容	主催
令和3年7月8日	木村 英一	医局	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	熱中症予防講座	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年9月9日	古田 功彦 阪本 匡子	戸畑共立病院 歯科口腔外科	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	口腔ケアと フレイル予防	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年10月4日	原田 直樹	リハビリテ ーション科	北九州市立さわみ市民センター	講話:健康で生活して いくためには	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年10月14日	高橋 陽子	医局	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	会話と食事をいつま でも楽しむために(難聴、 補聴器、嗅覚異常、眩 暈ふらつき等)	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年10月18日	山村 正恵 木畑 伸彦	看護科 ケアハウス あやめ	北九州市立さわみ市民センター	講話:安全管理 (感染対策) 実技:ストレッチ体操①	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年10月25日	荒岡 和也 原田 直樹	栄養科 リハビリテ ーション科	北九州市立さわみ市民センター	講話:栄養講座 実技:ストレッチ体操②	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年11月8日	佐藤 勇樹 原田 直樹	リハビリテ ーション科	北九州市立さわみ市民センター	講話:認知症予防講座 実技:脳活体操	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年11月11日	田原 毅	リハビリテ ーション科	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	ACP/もし話ゲーム	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和3年12月9日	山村 正恵	看護科 ケアハウス あやめ	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	生活習慣病を予防して 健康寿命延伸!	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和4年1月13日	堀 正三	薬剤科	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	ポリファーマシーと 健康長寿延伸	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和4年1月17日	阪本 匡子	リハビリテ ーション科	北九州市立さわみ市民センター	講話:口腔ケア 実技:バタカラ体操他	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和4年2月10日	山北 直子	共愛会 ケアプラン サービス	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	介護保険制度と 健康長寿延伸	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和4年2月24日	原澤 勉	メディカル フィットネス R・EX	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	脳活体操	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム
令和4年3月10日	小牧 ゆか	医局	北九州市立さわみ市民センター (オンライン中継:東戸畑市民センター、 三六市民センター)	整形外科専門医から のお話	戸畑リハビリテーション病院 地域包括ケア推進チーム

令和3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	6名
	西南女学院大学	24名
地域連携室	福岡県立大学	1名

あやめの里

あやめの里 行動理念と品質方針

平成15年3月15日
施設長 下河邊 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し、身体拘束をしないケアを実践します。

や 優しく、丁寧なリハビリテーションを行います。

- 6 リハビリテーションスタッフの充実を図り、個人に応じた専門的リハビリテーションを行います。
- 7 全ての職員がQOL向上の為、生活リハビリテーションにかかわります。

め めきめきと元気がでる、おいしいお食事をお楽しみ下さい。

- 8 五感で楽しめる食事、季節感を取り入れたメニューを重視します。
- 9 可能な限り個人の要望に応えたメニューに努めます。
- 10 食品衛生を第一にします。

の のびのびと自分らしい生活、個性を大事にします。

- 11 レットミー ディサイド(自己決定)を尊重します。
- 12 できる限り個人の特性・事情に配慮し、個別的な対応を致します。
- 13 癒しの環境の整備に努めます。

さ サービスの向上をめざして、常に自己研鑽に努めます。

- 14 更なる利用者の高いニーズに答えるために、品質マネジメントシステムを絶えず改善・進歩させることに努めます。
- 15 毎年ひとつ、すべての職員が自己研鑽の課題を設定し、取り組みます。

と ともに手を繋ごう、高齢者とその家族、ボランティア、職員、地域の和。

- 16 ご利用者、ご家族と良いコミュニケーションをとり、ケアプランを共有しお互い納得のいくケアやリハビリを行います。
- 17 地域ケアの中核施設として、医療福祉施設及び地域の皆様との連携、交流に努めます。

2021年度年報(R3年度)



施設長 下河邊 勝世

2021年度も新型コロナウイルス感染症の対応・対策に追われた1年であった。年明けからは第6波が猛烈な勢いで拡大したが、ようやくゆっくりと終息の気配を見せている。老健施設ではワクチン接種が急ピッチで進み、3回目接種までスムーズに行うことができた。しかし、コロナ禍の影響を受けるのは、面会制限や利用制限である。オンラインでの面会は継続してきたが、やはり対面での面会に勝るものはないようであり、ご家族の絆の強さや大切さを再認識させられた。在宅生活を支える上でショートステイは大事であるが、外部からのウイルス侵入を恐れ、コロナの発生状況によってはPCR検査を必須とし、一時サービス中止とせざるを得なかった。当施設を利用される皆様には、大変なご迷惑やご心配をお掛けしたが、2021年度もご利用者では一人の陽性者も出さずに施設運営を行うことができた。

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) 89.6%、前年度より微減した。
- ②平均介護度3.52点/5点、前年度より介護量は増加している。
- ③平均在院日数274.7日(ショートステイ除く) 192.7日(ショートステイ含む)、コロナ禍の影響により入・退所を制限したことで長期化傾向となった。
- ④在宅復帰率43.0%、例年通り夏季・冬季の在宅復帰率は低い。
- ⑤通所利用率(平均通所者数) 78.2%(全日) 86.9%(平日のみ)、コロナ禍の影響により「長期入所」や「利用控え」の利用者が多かった。(その他詳細は別表を参照。)

老健の役割の一つであるリハビリテーションについては、入所利用者と通所利用者の交互感染予防として、機能訓練室を1階(通所利用者)と3階(入所利用者)に分離して行った。その結果、入所利用者については、生活場面でのリハビリテーション機会が増加し、加算算定件数の増加に繋がった。通所利用者については、「利用控え」によって延べ利用者数の減少となったが、リハビリテーションの重要性を踏まえたリーフレットを作成し、広報活動を行った結果、短期集中リハ加算や生活行為向上リハ加算の算定件数増加に繋がった。

サービス向上の一環として冒頭でも書いたが、やはり対面での面会を希望されるご家族が多かったため、ご利用者の施設生活の情報発信に努めた。まず、1階ロビーの写真コーナーは定期的に貼り替えを行い、面会時には近況報告を実施。ご利用者の様子を動画で見て頂くなど、日々の生活状況報告も行った。また、施設行事(イベント)やご利用の様子(レクリエーション活動や花壇、リハビリの様子等)等、SNSを通じて常時発信した。

業務改善の一環として職場環境満足度調査を実施した結果、昨年度の平均点より上昇していた。また、入浴介助時に職員の腰痛負担軽減目的にてシャワーストレッチャー導入を行う。

地域包括ケアシステムの推進として、戸畑リハビリテーション病院地域包括ケア推進チームが主催して市民センターで活動している「フレイル予防事業」にオンラインにて参加した。また、施設内を入館制限していた関係上、近隣住民を対象とした健康フェアは開催できなかったが、通所利用者を対象に開催を行った。

現在、行政は介護現場におけるICT化を推

進んでいる。ICTを介護現場でインフラ整備し、行政へ提出する文書等の作成を効率化。ビッグデータを蓄積し、エビデンスに基づく介護サービスの提供を促進。この政策に乗り遅れないように当施設も年度当初より体制を整備した。また、新興感染症によるパンデミックにより全ての介護保険事業所で事業継続計画（BCP）の

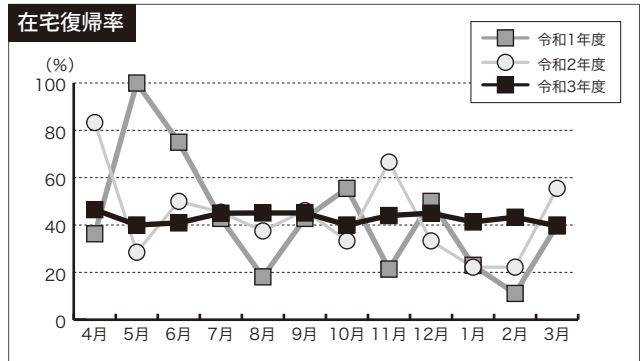
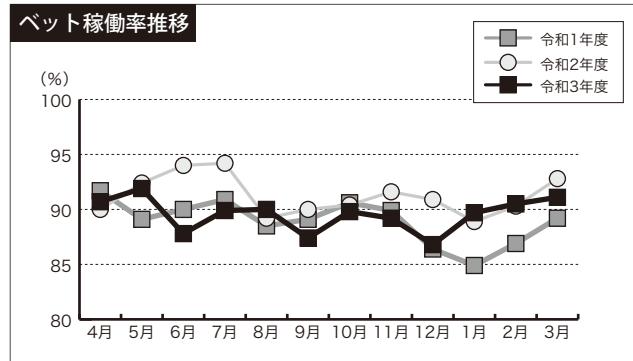
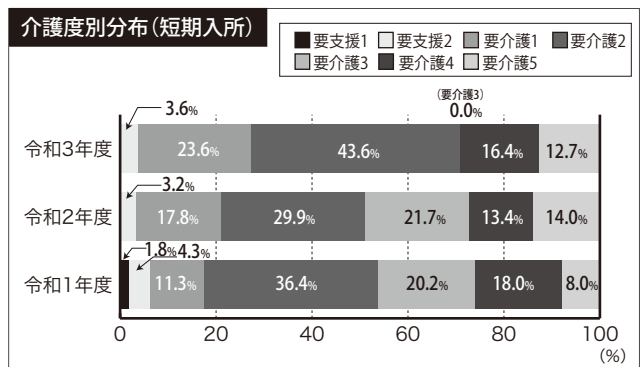
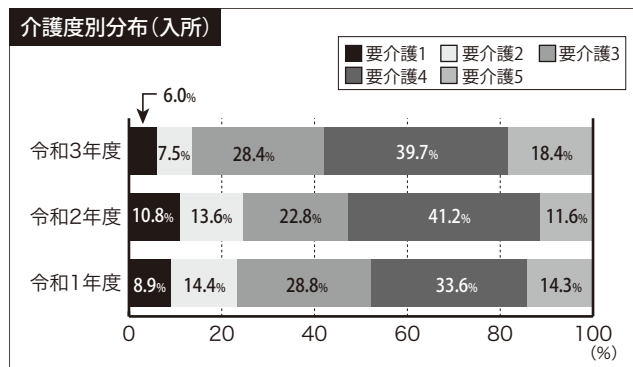
策定が義務付けられた。当施設も2022年度中に整備していく。

ポストコロナの中において、出来ること・やれることをしっかりと見極めていき、基本的な感染対策を守り、そのうえで皆様が「安心してより充実した施設生活を送ることができる」よう施設運営に取り組んでいく。

統計資料

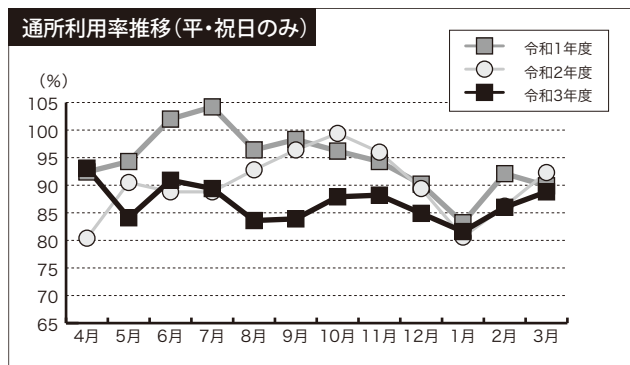
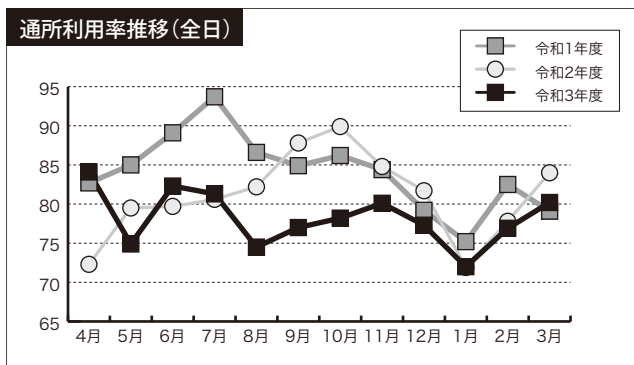
令和3年度 利用状況

	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	12	13	2,680	10	8	40	2,720	214.4	6.9	126.5	87.7	3.446	90.7	46.5
5月	11	13	2,806	6	7	42	2,848	233.8	8.2	153.9	86.9	3.589	91.9	40.0
6月	10	10	2,626	0	1	8	2,634	262.6	9.0	250.9	87.6	3.490	87.8	40.9
7月	7	9	2,752	8	7	36	2,788	344.0	7.2	179.9	88.1	3.392	89.9	45.0
8月	10	11	2,762	6	7	27	2,789	263.0	5.7	164.1	88.1	3.466	90.0	45.1
9月	10	10	2,600	4	3	23	2,623	260.0	8.7	194.3	89.2	3.576	87.4	45.1
10月	11	7	2,762	4	4	22	2,784	306.9	8.7	214.2	87.6	3.620	89.8	40.0
11月	8	15	2,637	8	8	38	2,675	229.3	7.5	137.2	87.9	3.529	89.2	44.0
12月	15	11	2,644	11	10	46	2,690	203.4	7.0	114.5	90.0	3.495	86.8	45.0
1月	11	7	2,747	9	11	33	2,780	305.2	7.5	146.3	87.7	3.562	89.7	41.3
2月	7	7	2,520	1	1	14	2,534	360.0	5.5	316.8	87.9	3.556	90.5	43.3
3月	9	9	2,825	0	0	0	2,825	313.9	0.0	313.9	88.1	3.571	91.1	39.6
年間	121	122	32,361	67	67	329	32,690	274.7	6.8	192.7	88.1	3.524	89.6	43.0
	(人)	(人)	(件)	(人)	(人)	(件)	(件)	(日)	(日)	(日)	(歳)		(%)	(%)



令和3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	138	871	1,009	33.6	37.2	84.1	93.1
5月	31	143	784	927	30.0	33.7	74.9	84.1
6月	30	143	844	987	32.9	36.3	82.3	90.9
7月	31	148	861	1,009	32.5	35.8	81.3	89.4
8月	31	135	789	924	29.8	33.4	74.5	83.6
9月	30	141	783	924	30.8	33.6	77.0	83.9
10月	31	131	839	970	31.3	35.2	78.2	87.9
11月	30	137	824	961	32.0	35.3	80.1	88.2
12月	31	137	822	959	30.9	34.0	77.3	84.9
1月	31	137	756	893	28.8	32.7	72.0	81.6
2月	28	120	741	861	30.4	34.4	76.9	86.0
3月	31	127	868	995	32.1	35.5	80.2	88.8
年間	365	1,637	9,782	11,419	31.3	34.8	78.2	86.9
	(日)	(件)	(件)	(件)	(人)	(人)	(%)	(%)



令和3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	短期集中加算	認知症短期集中加算II	マネジメント加算B	生活行為向上加算	運動器機能向上加算
4月	505	78	17	44	0	39	1	23
5月	507	118	22	38	0	43	1	23
6月	457	127	5	55	1	44	3	22
7月	407	102	17	62	1	45	3	21
8月	436	101	13	58	1	46	5	20
9月	522	122	7	61	0	43	3	19
10月	622	110	10	77	0	51	4	21
11月	652	128	28	83	0	50	4	22
12月	643	99	25	69	0	47	1	21
1月	625	69	26	39	0	49	3	20
2月	556	61	5	43	1	55	2	18
3月	654	86	0	78	1	57	1	17
年間	6,586	1,201	175	707	5	569	31	247
	(件)	(件)	(件)	(件)	(人)	(人)	(人)	(件)

講師派遣等

日付	部署	氏名	講演名	場所
2021年 5月30日	リハビリ科	都甲幹太	厚生労働省指定 令和3年度 臨床実習指導者講習会	WEB
2021年 6月25日	リハビリ科	都甲幹太	福岡県作業療法協会 MTDLP事例検討会	WEB
2021年 8月 1日	リハビリ科	都甲幹太	厚生労働省指定 令和3年度 臨床実習指導者講習会	WEB
2021年 9月 4日	リハビリ科	都甲幹太	福岡県作業療法協会 MTDLP教育研修会	WEB
2021年10月15日	リハビリ科	都甲幹太	全国老人保健施設協会 2021年度 リハビリテーション研修会	WEB
2021年11月19日	リハビリ科	都甲幹太	リハビリテーション・ケア合同研究大会 兵庫2021	神戸市
2021年11月22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
2021年12月11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	WEB
2021年12月13日	リハビリ科	都甲幹太	若年性認知症介護家族交流会	北九州市
2022年 2月16日	リハビリ科	都甲幹太	戸畑区ケアマネジメント研修会	WEB
2022年 2月22日	リハビリ科	都甲幹太	福岡県作業療法協会 地域ケア会議ステップアップ・フォローアップ研修会	WEB
2022年 2月27日	リハビリ科	都甲幹太	厚生労働省指定 令和3年度 臨床実習指導者講習会	WEB
2022年 3月 6日	リハビリ科	都甲幹太	福岡県作業療法協会 MTDLP基礎研修会	WEB

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:

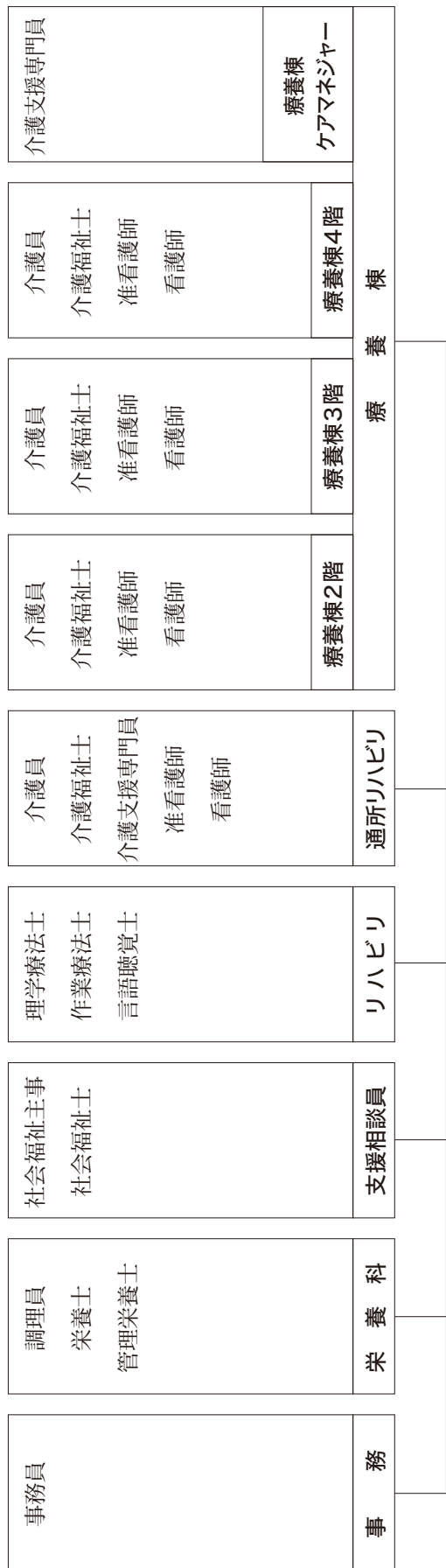
■入所
対象:要介護1～5
定員:入所・短期入所含め100名

■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)

介護老人保健施設 あやめの里 組織図

R03.05.01 改定



<各委員会組織>

- 施設サービス改善委員会
- 安全衛生対策委員会
- リスクマネジメント委員会
 [事故対策担当、インシデント担当、防災対策・個人情報保護担当
 苦情対応・身体拘束・高齢者虐待防止担当]
- 業務改善委員会
- 施設行事実行委員会
- QOL推進委員会
- ケアマネジメント委員会
 ケアマネジメント担当、栄養ケア・褥瘡対策担当
- 教育・育成委員会
 総合教育担当、認知症ケア担当
- 感染対策・予防委員会
- 広報委員会

<各会議>

- 施設運営会議
- 品質評価会議
- 入退所調整会議
- チーム在宅復帰カンファレンス

学会等・出張先一覧

	自	至	氏名	所属部署	目的／演題	発表	場所
【6月】	6月19日	6月20日	中村 望実	リハビリ科	九州作業療法学会 2021in 熊本／目標が達成されるにつれ、妻としての役割に目を向けその人らしい生活を取り戻した事例	演者	WEB 参加

健診センター

令和3年度業績報告



健診センター長 池田 秀郎

昨年度は、新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言発出により、かなりの健診控えが認められましたが、本年度は受診者数の抑制も無く、当初より順調に推移しました。前年度同様に受付での問診及び検温をしっかりと行い感染者の発生も無く、また職員の感染も無く受診者数も増え、昨年の減収を取り戻す勢いで増収ができました。特に一般健診とドックの件数の増加が顕著で、4月から9月までは前年をかなり上回る受診者数および売り上げを記録し、その後10月・11月にやや落ち込んだものの年間を通じて好調に推移しました。結果、令和3年度の最終的な健診数は、9,000件を記録し、売上も11,300万円を突破し過去最高となりました。ただし、特定健診の件数は伸び悩んでおり再考の余地があると思われます。今後も毎年受診する方だけでなく、新規受診者にもよりスムーズな検査移動・丁寧な接遇を行い、受診者に満足いただけるよう職員一同心がけていきたいと思えます。

当センターにおける業務のもう一つの大きな柱が職員の健康維持である。定期健診での生活習慣

病の指導以外にも、がん予防の取り組みとして便潜血検査の標準化、共愛会健康保険組合の補助にて胃内視鏡検査・腫瘍マーカー検査も実施しており、検査受け入れ体制の充実を図っています。また全職員に対する人間ドック推奨に対する割引の実施も行っていますが、まだ周知が十分ではないようです。これに加えて、共愛会法人従業員1,200名中800名の女性に対する婦人科健診（子宮がん・乳がん）の充実並びに院内講演会開催による啓もうを再開する予定です。

また職員に対して肥満改善・禁煙・節酒を指導していますが、ここ数年、徐々にではありますが手ごたえを感じています。特に禁煙に関しては、口うるさくはありますが、本人にとっては、結構大変な意思と努力が必要なようです。その一つがまわりの喫煙友人による誘惑です。特に飲酒の席での誘惑には乗りやすい。ところが新型コロナ感染症のおかげで最近では飲み会がまったくと言っていいほど行われなくなり、この誘惑もほとんどなくなった。今こそ禁煙開始の絶好のチャンスですと話しています。

表1：H28～R3年度 健診件数 推移

年度別	R3年度	R2年度	R元年度	H30年度	H29年度	H28年度
一般健診(企業健診・政府管掌など)	7,734	6,304	6,552	6,025	5,974	6,224
特定健診	577	546	524	469	516	535
公害(喘息)	110	88	87	91	107	99
ドック	579	454	516	411	419	460
合計	9,000	7,392	7,679	6,996	7,016	7,318
乳がん(再掲)	723	668	854	701	800	905
子宮がん(再掲)	606	495	555	449	714	592
労災二次健診(再掲)	59	120	91	40		
運転従事者脳MRI健診(再掲)	28	45	57	26		

明治町クリニック

コロナ禍が長引く中で



明治町クリニック 院長 佐々木 英

COVID-19感染再拡大が叫ばれている中（令和4年7月末）、皆様いかがお過ごしでしょうか。令和3年度（2021年）の業績を振り返り、今後の励み、工夫といたします。

外来患者数は令和2年（2020年）に比し約34名/月、訪問診療件数は15名/月の減少が認められました。コロナ禍が続く2年間は厳しい数となりました。

一方初期から発熱外来診察に積極的に手上げをし、苦勞をされているクリニックが業績の改善がみられています。

コロナ禍以前は、当クリニックでも冬場はインフルエンザのチェックで検査・投薬、夏季には発熱を伴う下痢・脱水の患者さんの輸液加療などが可能でした。また近傍の会社などから新患の飛び入りがみられていました。

ようやく当クリニックでも本年4月（R4/4）から、かかりつけ患者さん、職員、および職員家族などに限り、時間限定でPCR検査など始めています。

相変わらず共立病院からは、整形外科・外科・内科のDrの助けをいただき患者増に努めています。

最近では、共立病院外来でのかかりつけ患者さんの受診抑制方針もあり、整形外科では局注（関節注など）で当クリニックに受診される患者さんも見られるようになりました。

外科には内科外来・併設している施設での局所感染症、巻き爪、褥瘡などの患者さんも積極的に見ていただいています。

在宅医療で高名な長尾和宏医師は、長引くコロナ禍で命を救う医療ばかりに目が行き、「地域包括ケア」の要である、生活、リハビリ、食事・移動の自由など、人間の尊厳が疎かにされ

てしまった感があると述べられています。

併設する有料老人ホームサンセリテ明治町の利用者さんも高齢化が進む一方、長引くコロナ禍で合併症の増悪や認知障害・せん妄・うつ傾向が強くなり向精神薬の処方件数が多くなりました。

レクレーション活動、食堂での会食、ご家族の訪問なども可能な限り行われていますが、活動能力低下（フレイル、サルコペニア）も進んでいます。

一方急性疾患に関しては、クリニック受診され精査加療が必要な方、施設での急変、訪問診療患者さんの病状変化には、すぐ共立病院の救急外来が快く対応していただき大変感謝しています。コロナ感染患者さんもすぐ入院加療していただき、施設再入所され落ち着かれています。

地域包括ケア病棟を有している戸畑リハビリテーション病院では、リハビリの必要な患者さん、家族のレスパイト目的入院など素早く引き受けていただき安心できます。

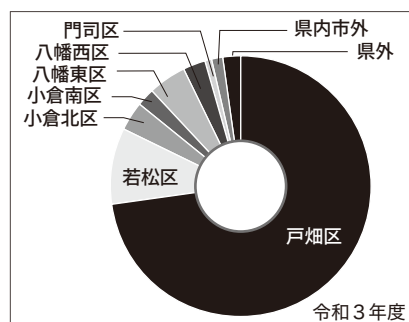
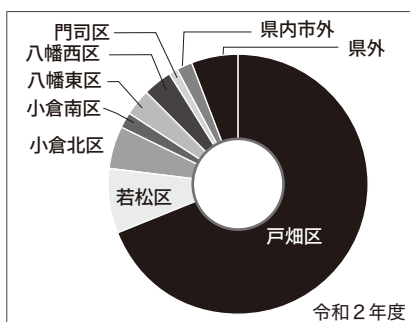
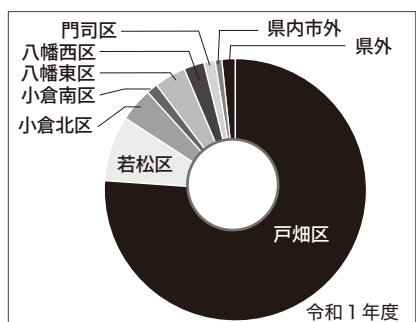
私が当クリニックに赴任したころ（約5年前）は平均外来患者950（今の1.5倍）/月、在宅患者50（2倍）/月ありました。在宅は戸畑リハビリテーション病院（地域包括ケア病棟確保もあり）が主になり減少（2:1）しました。

明治町地区周辺人口の減もありますが、今後の集患には外来機能の専門性（医師の専門外来、循環器・内分泌など）、発熱外来・かかりつけ機能の増・地域医療に夢を託す若い医師の出現が必要かもしれません。いつもいろいろ支えてくださっている皆さんに感謝し、今後とも明治町クリニックをよろしくお願い申し上げます。

統計資料

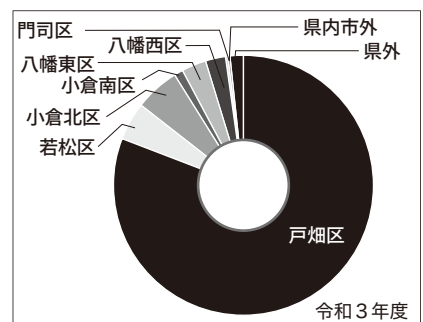
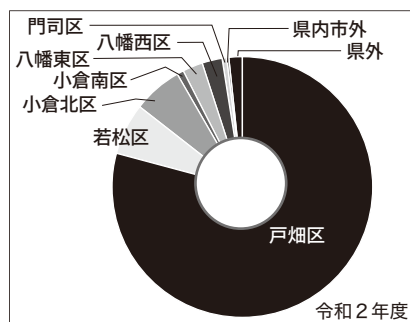
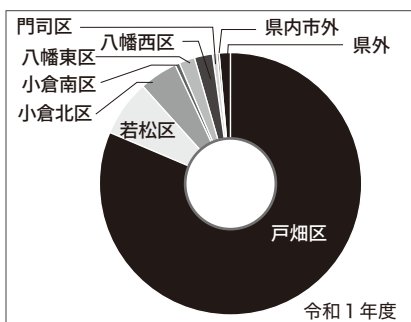
1-1. 地域別外来実患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	800	76.26%	407	69.10%	402	72.96%
西戸畑	283	26.98%	158	26.83%	160	29.04%
戸畑駅前	82	7.82%	39	6.62%	41	7.44%
沖台	47	4.48%	26	4.41%	22	3.99%
浅生	65	6.20%	39	6.62%	33	5.99%
三六・天神	22	2.10%	9	1.53%	10	1.81%
小芝・沢見	28	2.67%	12	2.04%	9	1.63%
天籟寺	27	2.57%	17	2.89%	14	2.54%
中原	24	2.29%	16	2.72%	19	3.45%
一枝	18	1.72%	9	1.53%	11	2.00%
牧山	106	10.10%	47	7.98%	46	8.35%
菅原	24	2.29%	13	2.21%	15	2.72%
鞆ヶ谷	34	3.24%	17	2.89%	17	3.09%
その他	40	3.81%	5	0.85%	5	0.91%
若松区	83	7.91%	47	7.98%	52	9.44%
小倉北区	46	4.39%	31	5.26%	19	3.45%
小倉南区	13	1.24%	11	1.87%	13	2.36%
八幡東区	42	4.00%	21	3.57%	26	4.72%
八幡西区	27	2.57%	21	3.57%	15	2.72%
門司区	12	1.14%	6	1.02%	5	0.91%
遠賀郡	2	0.19%	3	0.51%	3	0.54%
中間市	1	0.10%	0	0.00%	0	0.00%
直方市	0	0.00%	1	0.17%	1	0.18%
福岡市	2	0.19%	2	0.34%	2	0.36%
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	6	0.57%	5	0.85%	2	0.36%
山口県	4	0.38%	1	0.17%	1	0.18%
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	2	0.19%	2	0.34%	1	0.18%
熊本県	1	0.10%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
鹿児島県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	8	0.76%	31	5.26%	9	1.63%
合計	1,049	100.00%	589	100.00%	551	100.00%



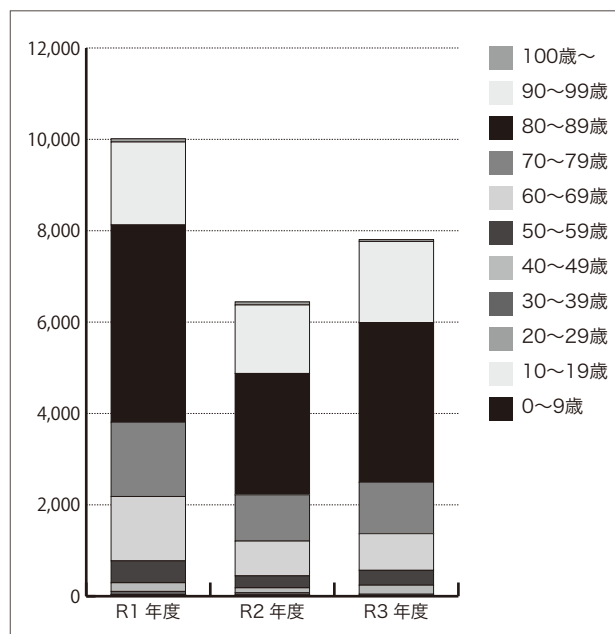
2-1. 地域別外来延患者数

地 区	令和1年度		令和2年度		令和3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	8,161	81.50%	5,107	79.28%	6,317	80.91%
西戸畑	3,409	34.05%	2,332	36.20%	2,954	37.84%
戸畑駅前	633	6.32%	327	5.08%	561	7.19%
沖台	454	4.53%	304	4.72%	401	5.14%
浅生	800	7.99%	378	5.87%	376	4.82%
三六・天神	173	1.73%	83	1.29%	132	1.69%
小芝・沢見	161	1.61%	119	1.85%	147	1.88%
天籟寺	159	1.59%	117	1.82%	129	1.65%
中原	276	2.76%	84	1.30%	89	1.14%
一枝	220	2.20%	93	1.44%	96	1.23%
牧山	1,162	11.60%	759	11.78%	738	9.45%
菅原	291	2.91%	232	3.60%	322	4.12%
鞆ヶ谷	210	2.10%	155	2.41%	148	1.90%
その他	213	2.13%	124	1.92%	224	2.87%
若松区	701	7.00%	409	6.35%	367	4.70%
小倉北区	467	4.66%	404	6.27%	433	5.55%
小倉南区	65	0.65%	43	0.67%	88	1.13%
八幡東区	198	1.98%	172	2.67%	249	3.19%
八幡西区	199	1.99%	150	2.33%	186	2.38%
門司区	73	0.73%	36	0.56%	18	0.23%
遠賀郡	7	0.07%	9	0.14%	12	0.15%
中間市	3	0.03%	0	0.00%	0	0.00%
直方市	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
福岡市	10	0.10%	4	0.06%	6	0.08%
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	13	0.13%	5	0.08%	5	0.06%
山口県	34	0.34%	23	0.36%	33	0.42%
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	3	0.03%	0	0.00%	1	0.01%
熊本県	1	0.01%	0	0.00%	0	0.00%
宮崎県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
鹿児島県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
沖縄県	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
その他	78	0.78%	80	1.24%	92	1.18%
合計	10,013	100.00%	6,442	100.00%	7,807	100.00%

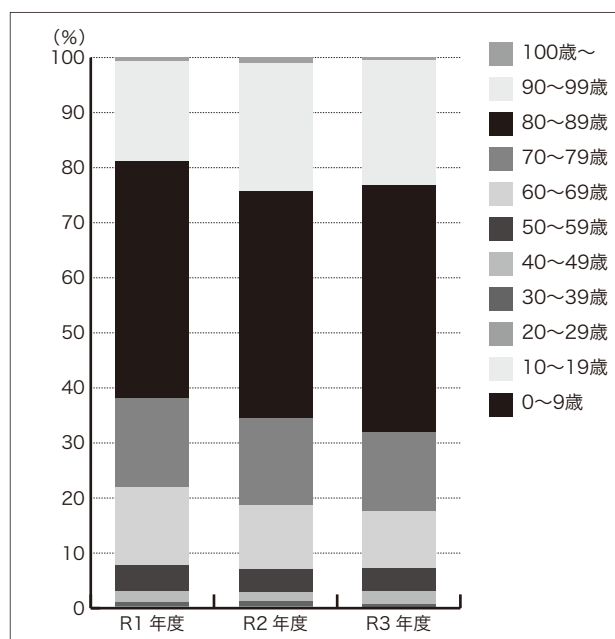


年齢別外来患者数

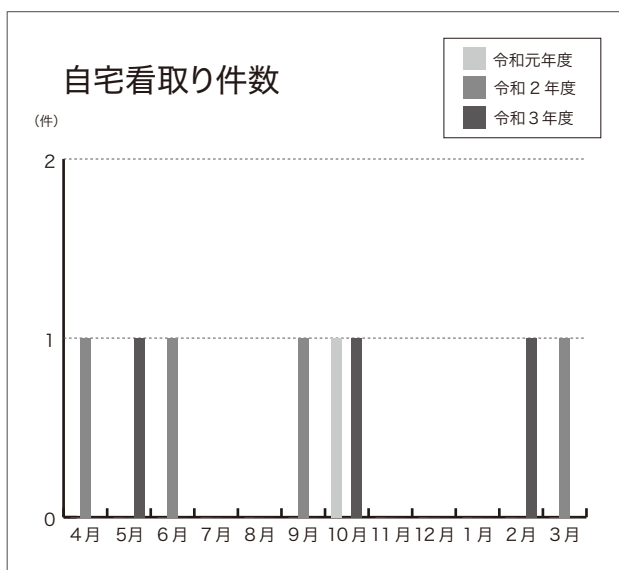
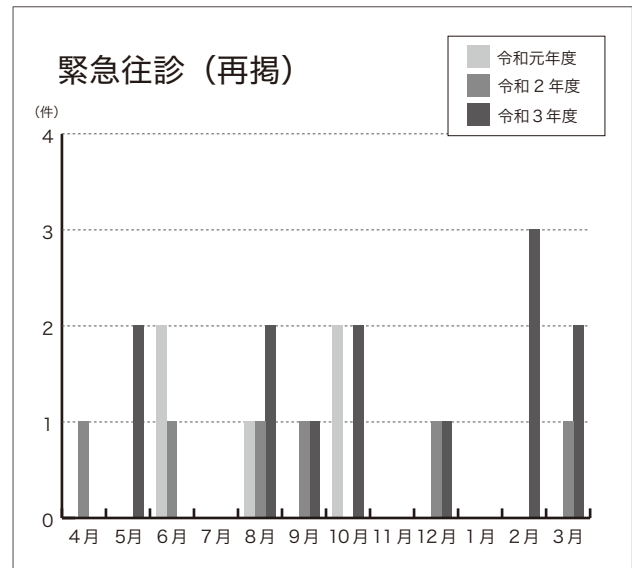
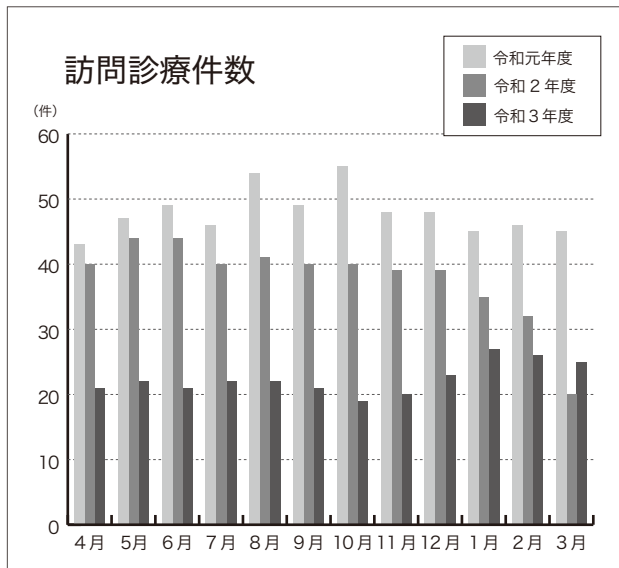
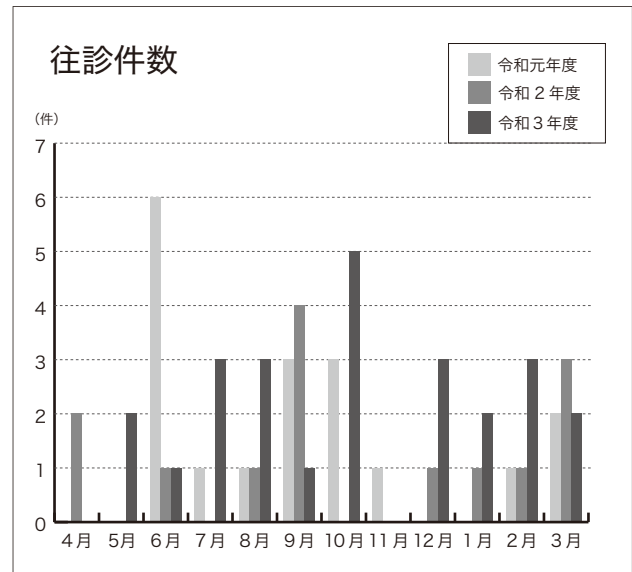
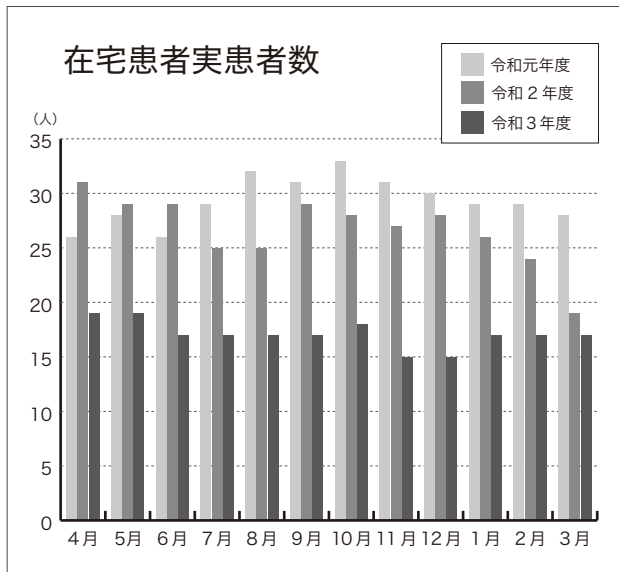
	外来		
	R1年度	R2年度	R3年度
0～9歳	0	0	0
10～19歳	16	9	1
20～29歳	21	17	14
30～39歳	68	51	29
40～49歳	190	107	197
50～59歳	479	262	326
60～69歳	1,409	761	802
70～79歳	1,627	1,012	1,128
80～89歳	4,317	2,657	3,487
90～99歳	1,815	1,499	1,781
100歳～	71	67	42
合計	10,013	6,442	7,807

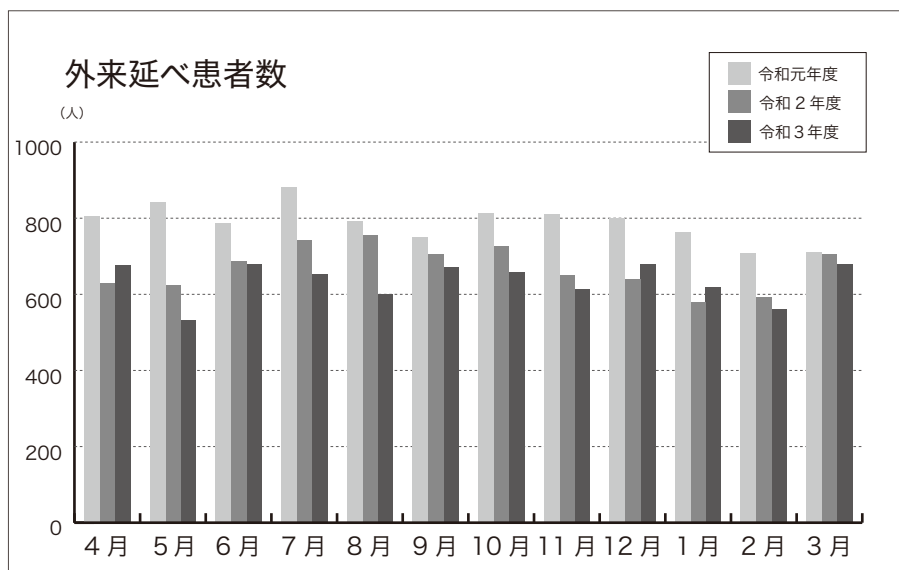
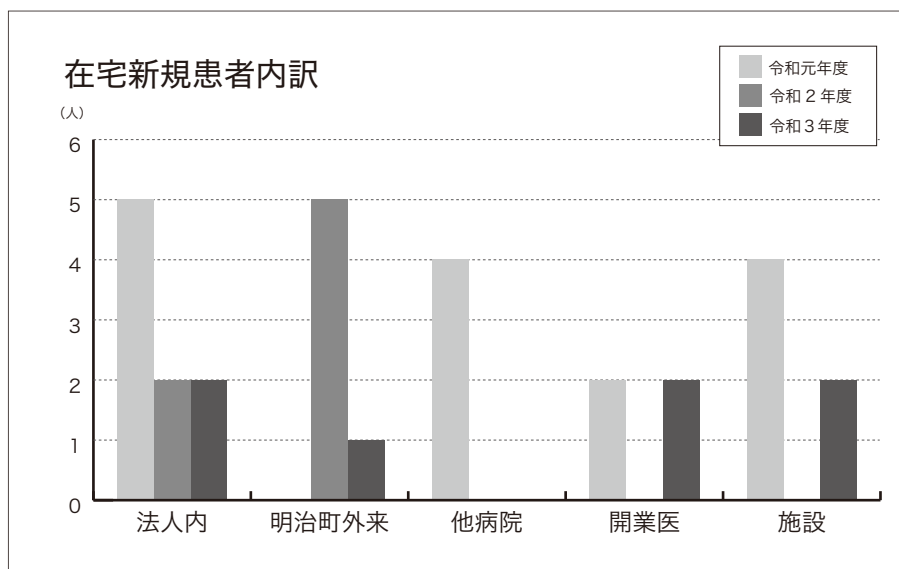
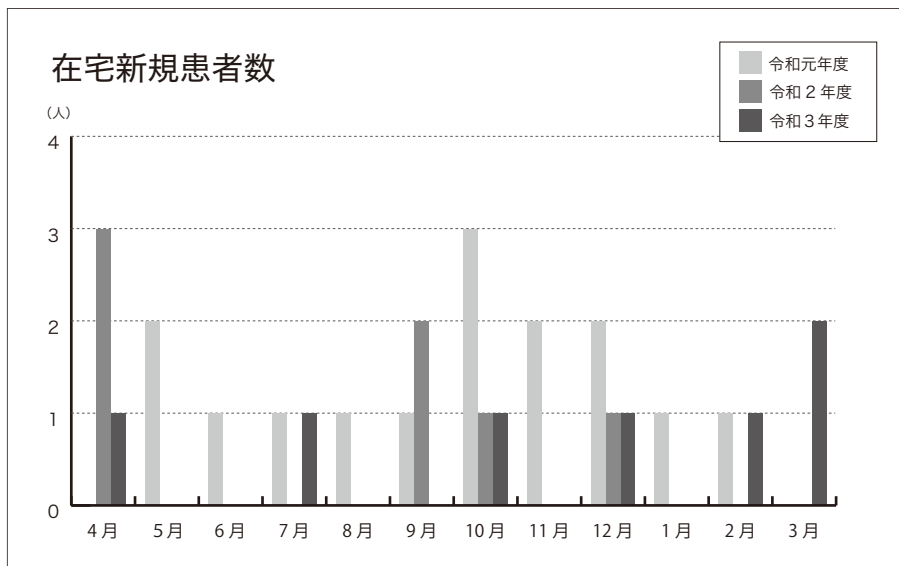


	外来		
	R1年度	R2年度	R3年度
0～9歳	0.0%	0.0%	0.0%
10～19歳	0.2%	0.1%	0.0%
20～29歳	0.2%	0.3%	0.2%
30～39歳	0.7%	0.8%	0.4%
40～49歳	1.9%	1.7%	2.5%
50～59歳	4.8%	4.1%	4.2%
60～69歳	14.1%	11.8%	10.3%
70～79歳	16.2%	15.7%	14.4%
80～89歳	43.1%	41.2%	44.7%
90～99歳	18.1%	23.3%	22.8%
100歳～	0.7%	1.0%	0.5%



在宅患者推移





学会等・出張先一覧

	自	至	氏名	所属部署	目的/演題	発表	場所
【4月】	4月11日	-	佐々木 英	医局	第118回日本内科学会総会・講演会	-	WEB 参加
	4月11日	-	佐々木 英	医局	第38回日本臨床内科医学会総会	-	WEB 参加
	4月15日	4月17日	佐々木 英	医局	第107回日本消化器病学会総会	-	WEB 参加
【9月】	9月10日	9月24日	佐々木 英	医局	第62回日本人間ドック学会学術大会	-	WEB 参加

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 田邊 貴子

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・あやめ巡回ステーションの4事業所があります。

あやめ在宅ケアセンターの令和3年度目標は

- ①訪問件数の維持・増加により安定した経営。
 - ②加算習得の維持・継続を実施すること。
 - 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。
- の4項目を掲げていました。

未だCOVID-19感染は収束しておらず、当事業所もスタッフやその家族、利用者様も感染のあおりを受けてしまいました。しかしコロナ禍の今だからこそ様々な課題が浮き彫りになった事も事実であり、原点に戻って今の業務を見つめなおすいいチャンスであるとも感じています。日々スタッフと情報を交換・共有し合い、最善策を模索しながら訪問活動を続けています。

安定した経営の目標に対しては訪問看護とケアプランは、令和2年度に比べ新規利用者数は増加しており両事業所ともに一定数の新規利用者・訪問件数の確保はできていました。ヘルパー・巡回ステーションに関しては、COVID-19の影響が予想以上に大きく利用者獲得の見込みやすい時期に思うような活動が出来ず、月によって利用者数が大きく変化することとなりました。しかし外部の営業活動は積極的にできずでしたが、共愛会のグループ内では入退院の早期介入・情報交換を密に図り、多職種による連携強化で今後も収益を安定して確保していきたいと思えます。

令和3年度の機能強化型訪問看護管理療養費1の要件を満たすために、ターミナルケアを20件/年以上の目標で活動した結果、年度末ぎりぎりまでターミナル加算の要件を満たすことが出来ました。しかし算定要件ぎりぎりの20件であったため、共立・リハ病院緩和ケアへの早期介入の強化が必須であると感じています。また看護職員の経年数や必要数を満たしたことにより、サービス提供体制強化加算をⅡからⅠへ算定することが出来ました。他3事業所においても診療報酬改定に伴い、要件を満たしているものに関してはヌケ・モレなく積極的に加算の取得を行い、新たに加算の算定要件を落とすことはなかったです。

4事業所それぞれが、人材育成、看護・介護の質の向上を図るために院内外の研修参加、学会発表や新たな資格習得を目指し自己研鑽しております。令和3年度もCOVID-19にて研修が縮小傾向で、その多くがオンライン研修へと参加方法にも変化がありました。その中でもスタッフは自発的に参加できており、日々の看護・介護の質やコミュニケーション能力の向上に繋がっていったと思っております。またヘルパーステーション・巡回ステーションに於いては、あやめの里と積極的に人材育成を目的とした配置転換会議を1回/年実施し、お互いのレベルアップに努めるようにしています。

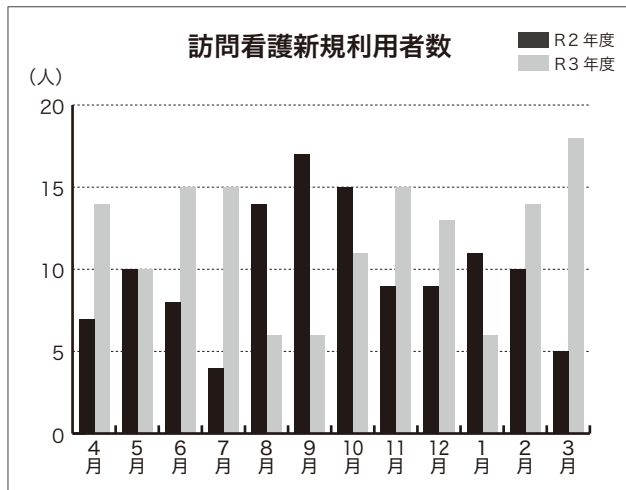
働きやすい職場づくりでは、職員のやりがい度調査の結果をもとに問題点を抽出、優先順位の高いものから対策を講じていきました。サービス残業をしない、させない環境づくり、有休休暇の積極的かつ計画的な取得推進、子育て

支援や介護休暇などの取得が出来るシフトの調整を実施しています。但し課題もまだ多く、改善しなければならぬ項目は多いと感じています。人的環境を整えるためにも職員の個別面談や傾聴を今後も積極的に取り組んでいき、働きやすい職場環境へのシフトチェンジを継続させていきたいと思っています。

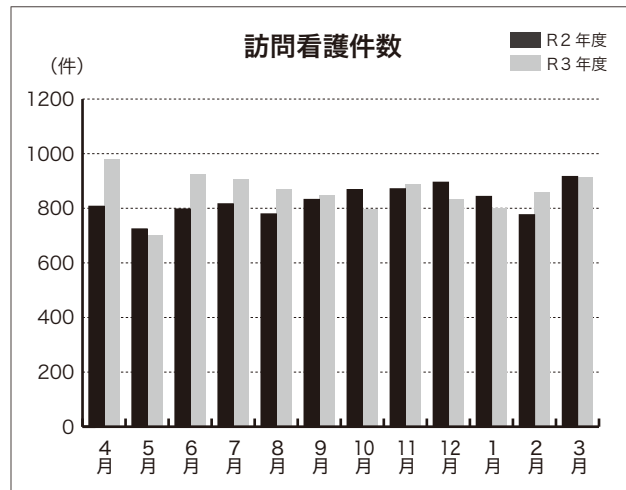
当事業所は法人内外の多職種と常に連携し、多様化する利用者のニーズに応えられるよう、利用者と病院・地域間をつなぐ重要な役割を担っています。質の高い在宅医療・看護・介護の提供では、急性期から在宅まで迅速かつ的確な判断で利用者・家族へ寄り添う支援活動が必要不可欠です。

私達スタッフ一同、地域から望まれる医療・看護・介護を提供し、利用者様が一日でも長く住み慣れた場所で安心・安全・安楽に過ごせるように支援していきたいと思っています。利用者様やご家族から、数ある在宅センターの中で「あやめ訪問看護ステーションを選んでよかった、ありがとう!」と心から言ってもらえるよう、より一層の努力をしていきたいと思っています。

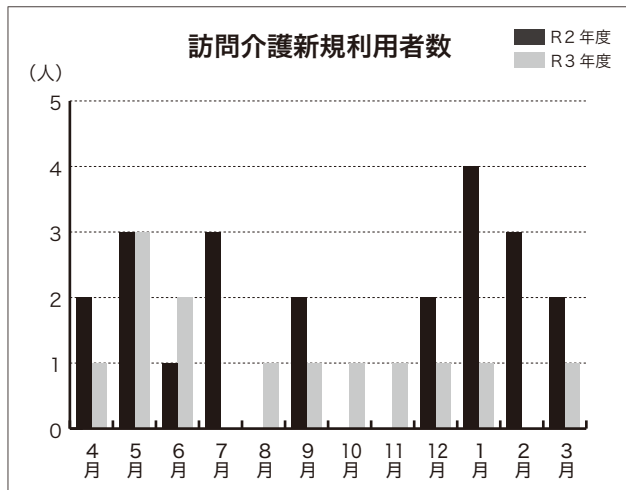
訪問看護(看護・リハビリ)



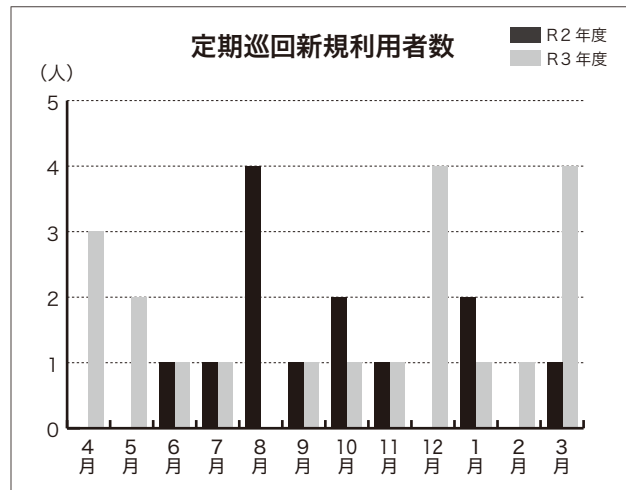
訪問件数(看護・リハビリ)



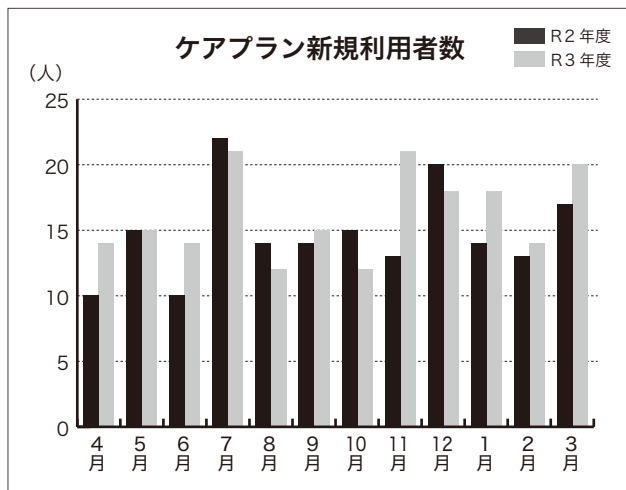
あやめヘルパーステーション



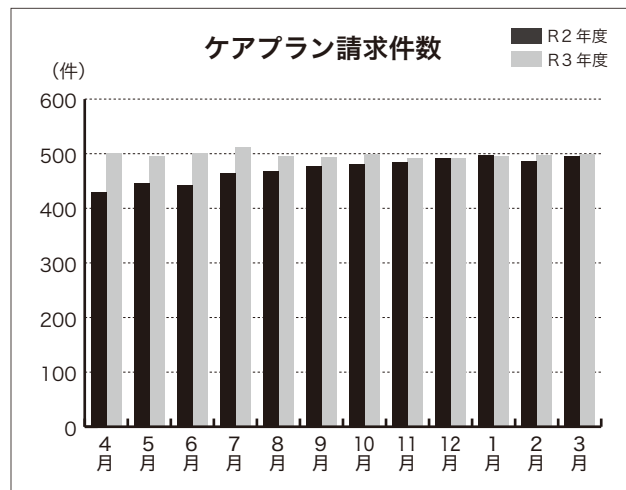
あやめ巡回ステーション



ケアプラン



ケアプラン



資格習得

氏名	資格
神代 美里	認定言語聴覚士(失語・高次脳機能障害領域)
東園 裕子	介護福祉士
豊福 則子	介護福祉士

令和3年度 実習生受入先一覧

施設・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	12名
	北九州市戸畑看護専門学校	8名
	北九州市立看護専門学校	11名

学会等・出張先一覧

	自	至	氏名	所属部署	目的/演題	発表	場所
【1月】	1月29日	1月30日	神代 美里	-	日本言語聴覚士協会第10回九州地区学術集会福岡大会/当ステーションにおけるST訪問リハの実態調査報告～症状から見た訪問リハ介入経路の傾向～	演者	北九州市

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19年が経過しました。

出来るだけ長く住み慣れた地域で自分らしく「自立した生活」を支援するケアハウスとして、入居者の皆様の日々の生活をサポートしています。

令和4年4月時点での入居者の平均年齢は90.3歳となり、介護度は、自立・要支援1・2の方が約3割、要介護1・2の方が約7割と比較的お元気な方が多いですが、ケアハウスにおいても超高齢化が進んでおり、ほとんどの方が何らかの介護保険サービスを利用しながら生活されています。

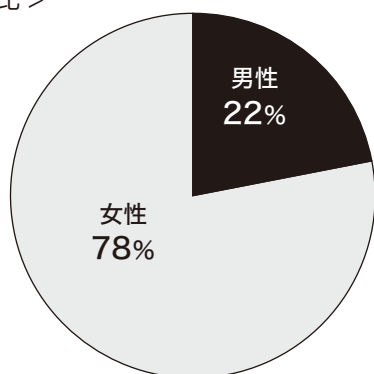
令和3年度も前年度同様に【安定した経営】と【選ばれる施設】を目標としてサービスの質の向上へ取り組みました。実績としましては、入居率目標95%に対して92%でした。

6月に満室となりましたが、2室ある夫婦部屋のそれぞれお一人が8月、12月に退居となり、今現在も部屋は満室のままですが18名で推移しています。

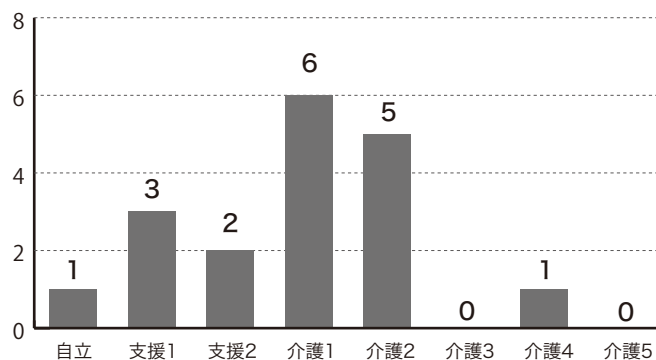
令和3年度も新型コロナウイルスの影響を受け新しい生活様式の中、入居者のQOLを維持出来るよう、艱難辛苦の日々でした。行事やレクリエーション活動もコロナ前のように行うことが出来ませんでした。感染対策を徹底し、コロナ禍でも出来る事を模索し実施しました。今まで集団で行っていた筋力トレーニングは密を避ける為、換気の良い廊下にて少人数で入居者同士の間隔も1.5メートル以上あけて実施。又、人気だった外食レクも中止とし、代替えとして、食べたい物を聞き取り、お持ち帰りのメニューを施設で召し上げて頂くテイクアウトレクを新たに取り入れとても好評です。

コロナ禍において、入居者の皆様も不安を抱えながらの日々が続いています。生活の場であるケアハウスにおいて、引き続き感染対策を徹底しながら、楽しみを持って笑顔あふれる毎日を過ごして頂けるよう職員一同努力を重ねて参ります。

< 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	18名	20名	20名	18名	18名	18名	19名	19名	18名	18名	18名

< 各月1日現在 定員20名 >

サンセリテ明治町



サンセリテ明治町

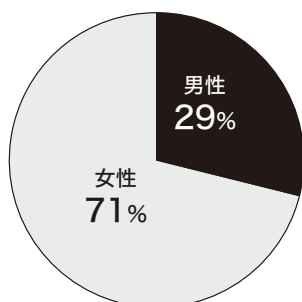
サンセリテ明治町 施設長 稲葉 義史

サンセリテ明治町は平成25年5月に開設し、今年で丸10年を迎えました。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4年4月時点で入居率95%のほぼ満室状態となっています。入居者の年齢は70歳代から102歳までの幅があり、介護度は自立から要介護4までの方が入居されています。住宅型有料老人ホームは健康な方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プラン事業所やヘルパーステーション、デイサービスなど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」を同一建物内に備えています。このサービスは介護度の高い方がご自宅で生活を続けるために、これまでの訪問系サービスが、より柔軟にサービス提供できるよう改善され、かつ24時間365日の看護・介護対応が可能となったサービスです。そのため介護が必要な状態となっても、サンセリテ明治町での生活の継続が可能です。

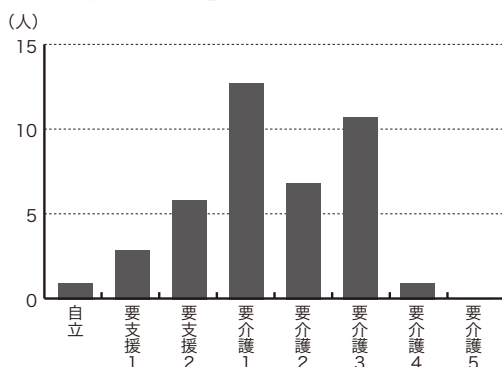
近年、益々増大する高齢化や少子化、認知症の問題に対し、地域全体で解決を目指す「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、私たちは医療・介

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が、コロナウイルス感染拡大により、この状況が一変しています。感染拡大の防止に向けて、外部との交流の場はなくなり、家族の面会でさえ制限を受けてしまいました。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。入居者の人生最後の節目を自分らしく過ごしていただく為にも、感染予防と入居者の望む生活のバランスを取りながら、ポストコロナに向けた新しいサービス形態を目指していきたくと考えています。令和4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、介護職員のマンパワー不足も喫緊の課題です。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ひます。

【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

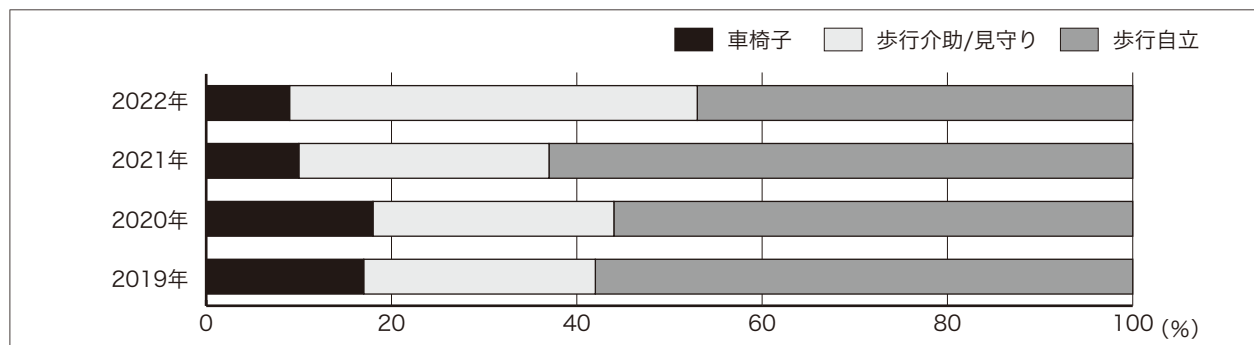
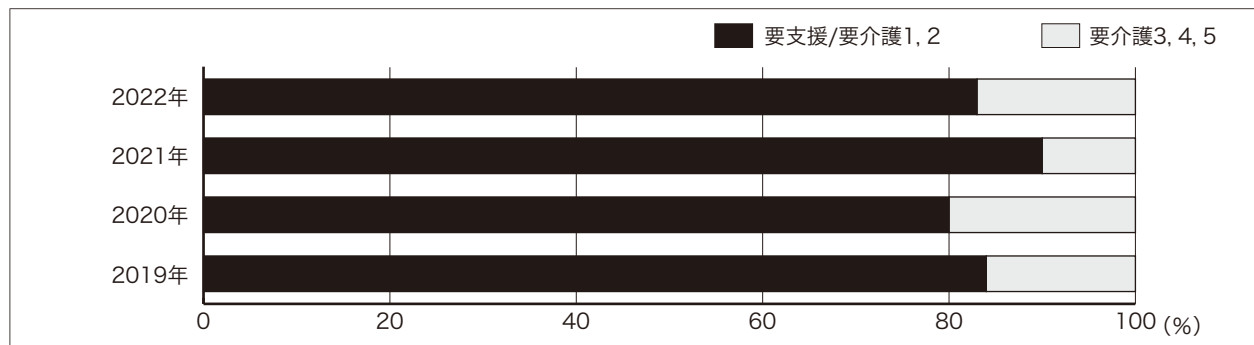
2021年度の総収益は6,188万円と昨年度と比較し、3割ほど減収の状況である。当然、利用者についても3割ほど少なくなっている。2021年5月の新型コロナウイルス感染クラスター発生による影響が多大であった。クラスター終息後も、利用者同士の間隔をあけるために座席配置を検討したり、入浴時の密接な状況を回避するために入浴回数を制限したり、試行錯誤しながらの運営が続いた年度であった。

利用者の状況は、要支援及び要介護1・2の比較的軽度の利用者が83%（昨年90%）で、要介護3・4・5の比較的重度な利用者が17%（昨年10%）である。

事業所内の移動能力は車椅子使用者9%（昨年10%）、歩行介助・見守り44%（昨年27%）、歩行自立47%（昨年63%）という状況であった。歩行可能

な方々が、例年同様9割を占めていが、歩行時に介助や見守りが必要な利用者の割合が増えている状況であった。

重度な利用者が増えている状況は、新型コロナウイルス感染の影響も推測される。比較的元気な利用者は、入浴制限やその他の活動制限にて、「デイサービスを利用しなくても生活が可能」と判断し、利用休止や中止となった利用者もいる。そのことが前述した利用者数減少につながっている。しかし、利用者の比較的重度化、および、歩行介助・歩行見守りの利用者が増えていることより、今までは車椅子等で過ごしていた利用者もしくは今までであれば車椅子対応となっていた利用者に対し、「歩行」といった残存能力を生かしたケアを実施できている状況とも推測することができる。



2021年度の明治町デイサービスセンターでは、5月のコロナウイルス感染クラスター発生にて、多くの経験と知識を得る機会となった判断している。そのこともあり、その後はクラスター発生に至っておらず、デイサービスを営業することができている。当然、利用者、職員ともに、様々な負担があったことは言うまでもないが、2022年度は、その負担を和らげることも検討していかななくてはならない。また、「クラスター発生後のデイサービス」として、法人内で発表も行い、我々のしてきたことの整理や課題を自覚する機会にもなった。

業務の効率化や簡素化も視野に入れる必要があり、ICT導入による業務効率化にも挑戦し、インカムの導入もすることができた。今後は、コロナウイルス感染と共存しながら、必要とされるデイサービスを目指しており、収益の大幅な減収に伴う事業所運営に対する早急な取り組みをしていきたい。

メディカルフィットネスR・EX戸畑

令和3年度業績報告 R・EX戸畑



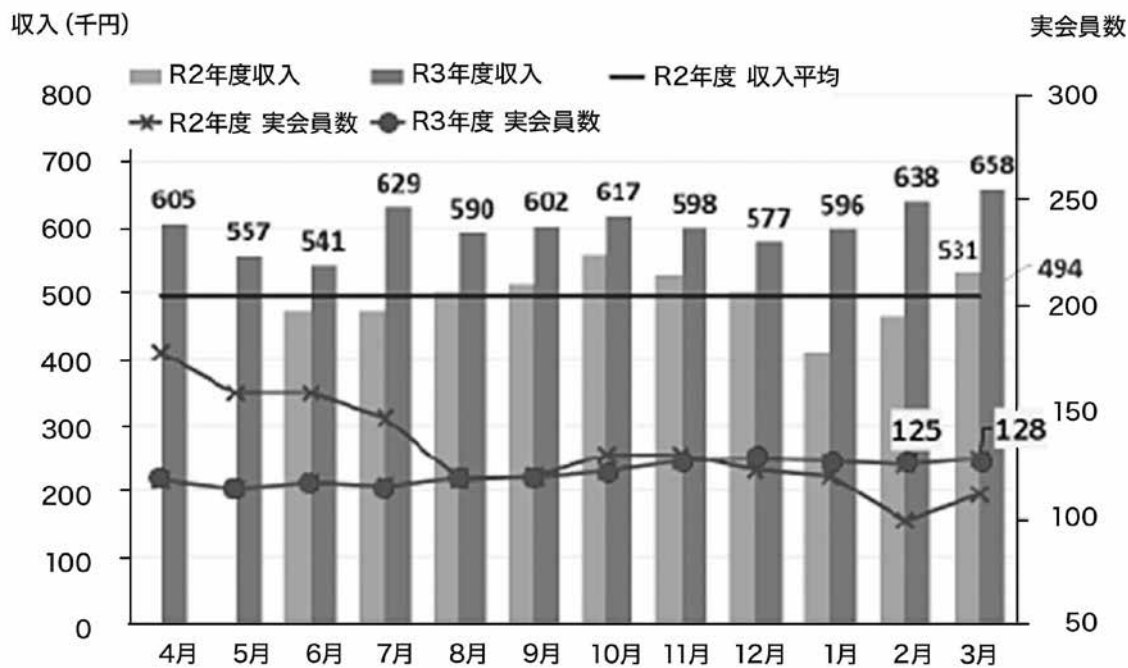
メディカルフィットネスR・EX戸畑 主任 原澤 勉

令和3年度は3月よりR・EX戸畑をリニューアルし1年が経過しました。

令和2年度はコロナの影響で閉鎖の期間もあり、会員数の減少で収入も減少しましたが令和3年度

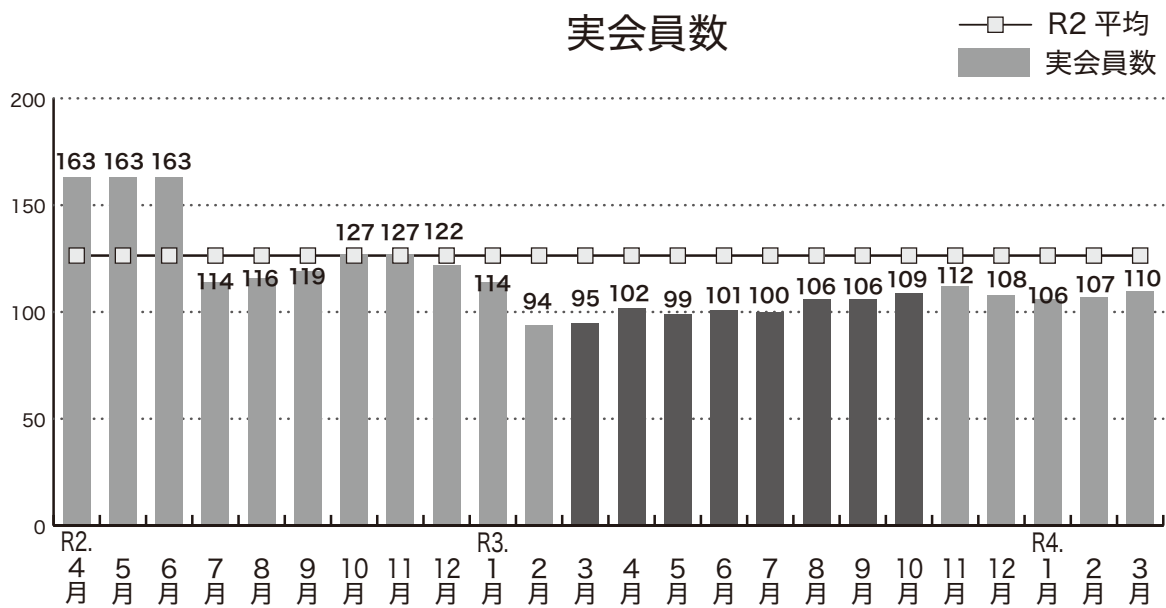
は予約制を導入しトレーニングではなく予防に特化したプログラムを強化したことで外来や通所リハ終了者から入会する流れも構築出来ました。

R・EX戸畑 施設利用料等収入・実会員数

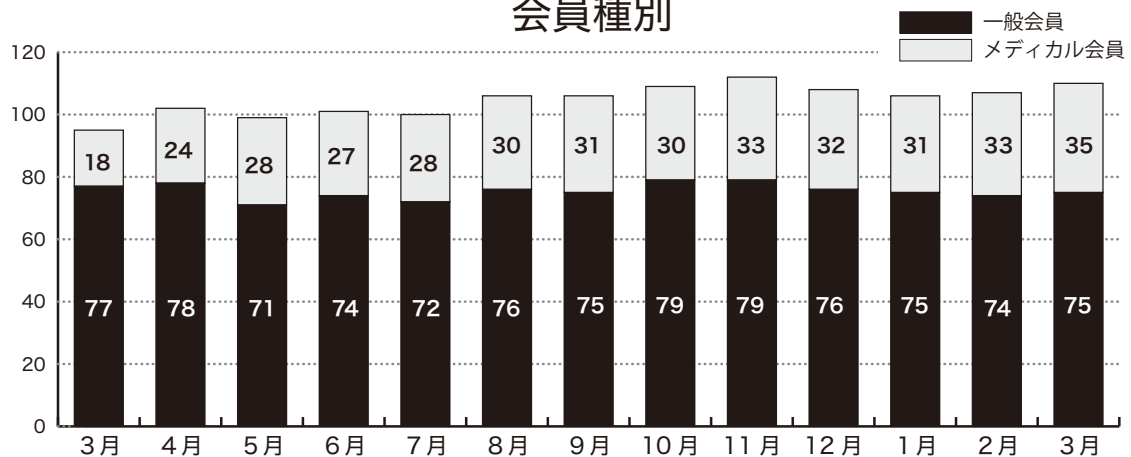


R・EX (レックス) 戸畑

実会員数



会員種別



上のグラフは昨年4月からの実会員数の推移です。

3月の移転前に退会者が多数おり、95名からのスタートでした。

3年度4月以降は、少しずつですが会員数が増加しております。年度全体では、計15名の増加となっております。

下のグラフは、一般会員とメディカル会員の数です。

3月時点で、一般会員75名、メディカル会員35名となっており、メディカル会員が17名、一般会員が2名減という結果となりました。

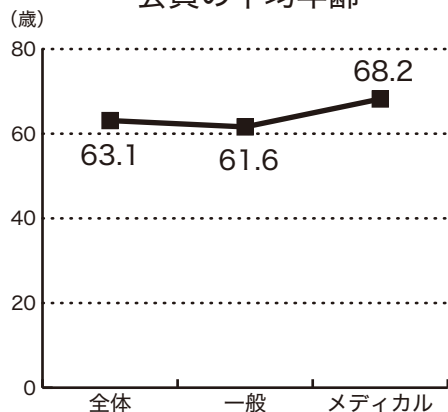
次のグラフは、会員の平均年齢と会員種別の年齢割合を示したものです。

一般会員の約50%は65歳以下であるのに対し、メディカル会員は65歳～70歳の前期高齢者が31%、71歳～80歳が最も多く34%と、前期・後期高齢者が7割を越えている状況です。

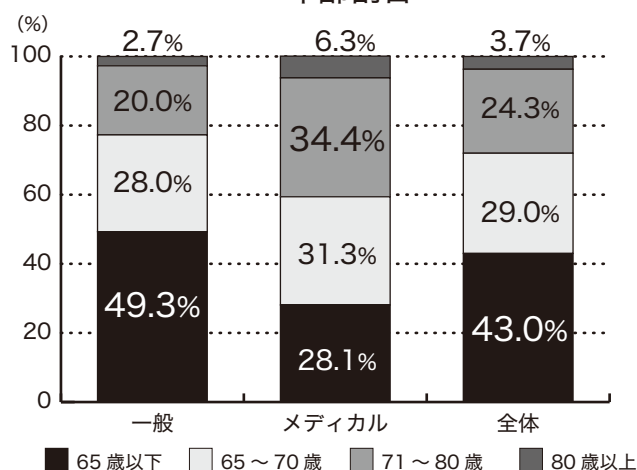
既往疾患を複数抱え、骨関節の痛みや状態変化の著しい方も多く、運動内容、強度共にその日の状態に応じてオーダーメイドするため、症状の評価や痛みの原因聴取などにも時間がかかります。

そのため、一般会員とメディカル会員の利用時間を同じようにするべきか、変更すべきかが1つの課題となりました。現在では個別プログラムの見直しを行う事で当初の90分程度で納まるように変更しております。

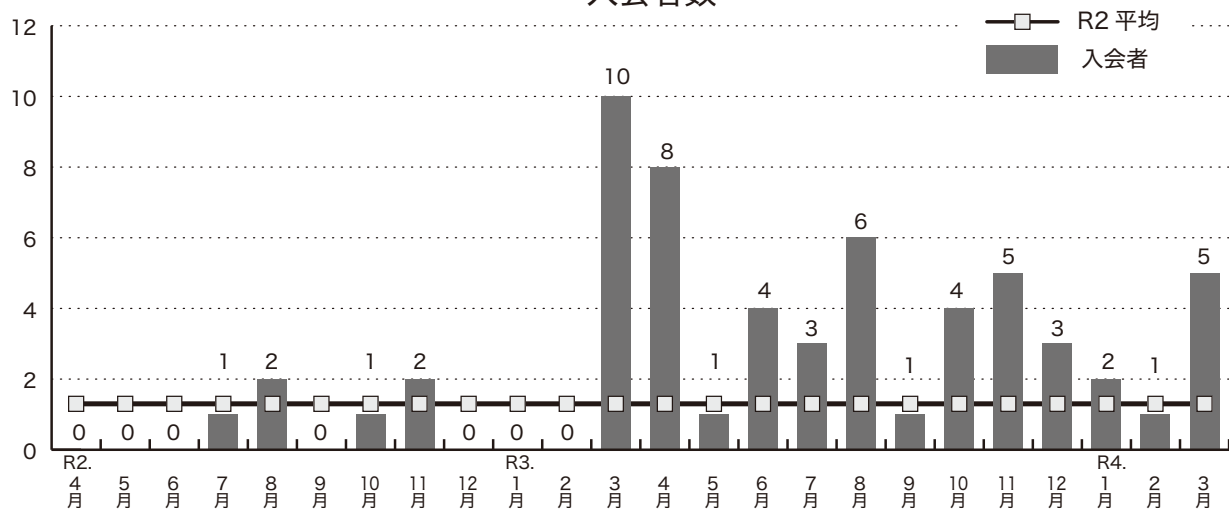
会員の平均年齢



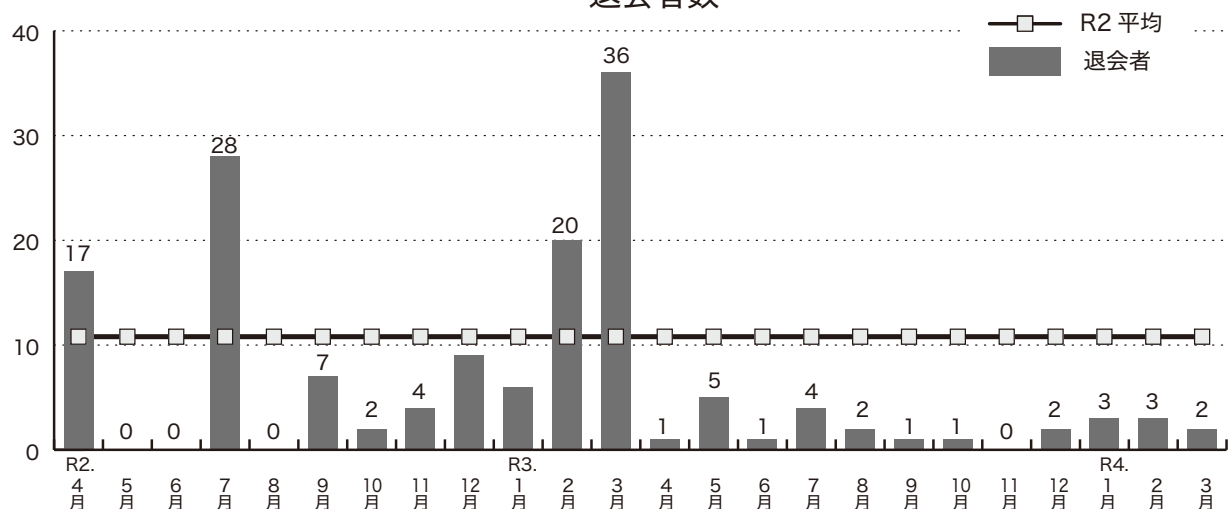
年齢割合



入会者数



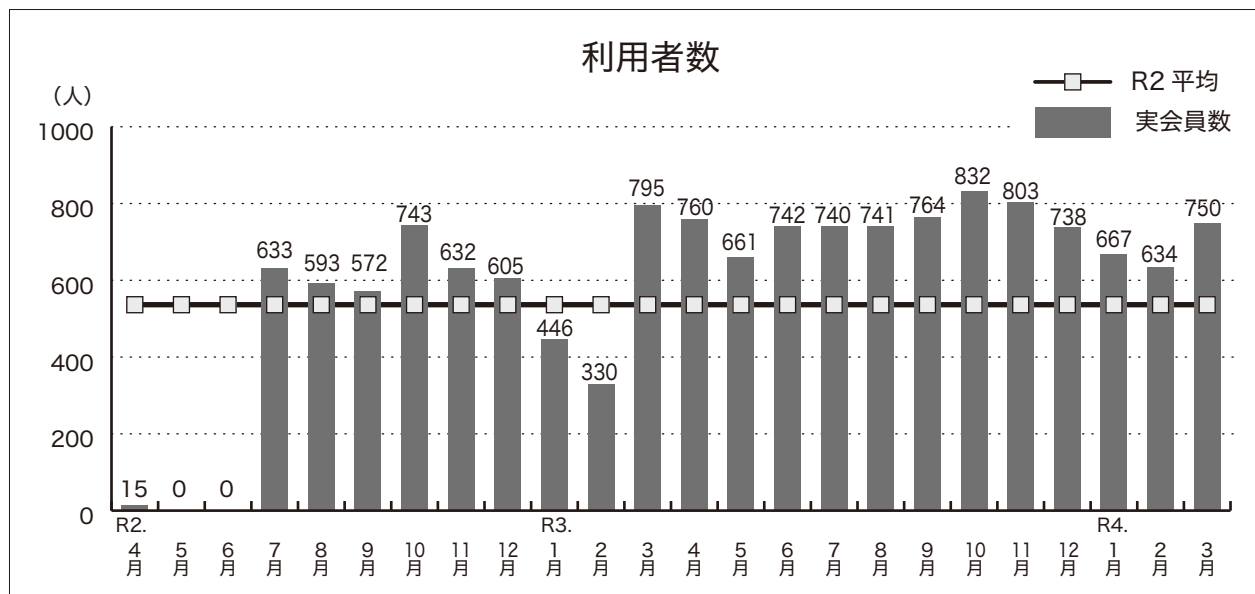
退会者数



次に令和3年度の入・退会者の推移ですが、R・EX戸畑にリニューアルオープンしてから、毎月のように入会者があり、退会者においても昨年度よりは少なくなっております。

令和3年の3月の退会者は36名とかなり多い人数ではありますが、リニューアルにあたり、施設の運営形態、料金等の変更に伴う退会者です。

今後も少しでもご利用者の意向に沿わない様な退会は極力減らし、ご利用者目線での指導、相談に努めてまいります。



その成果が少しずつ現れてはきております。月別の利用者数ですが営業日の違いはありますが、1日平均利用30名以上の方が利用されています。

移転後の収入は、ほぼ昨年度平均を上回っておりますが、月額目標金額には今一つの伸びとなっております。

そこで次年度令和4年度は新規会員の獲得、目標月額の達成を目指して新たに事業目標のスローガンを立てました。

令和4年度事業所目標

誰でも楽しく通えるフィットネスへ ～地域から選ばれる施設への第一歩～

「誰でも楽しく通えるフィットネスへ ～地域から選ばれる施設への第一歩～」としました。

リハ科と一緒に became ことで、元気な方も体に支障がある方も一緒に運動できる環境と体制を整えられました。令和3年度はそれを推し進め基盤を作ってまいりました。リハビリ的要素とエクササイズを掛け合わせたことで、その方々に無理のない、またご要望に応えられる運動プログラムの提供、指導が少しずつ効果を発揮して来ております。

まずは会員お一人お一人の身体状況を把握・共有し、会員の目線に合わせた指導を心掛けて参ります。

わたしは、事業の責任者として19年経ちますが、事業立ち上げの頃に考えていたことを再度実行してみたいという気持ちが強くなり、原点に立ち返って考えました。

まずは地域の皆様に選んで頂かなくてはならないと。誰でも楽しく通え、地域から選ばれる施設になれば、おのずと会員は増えると思います。

しかし、スタッフの指導と実践スキル、支払いなどの利便性、気軽に利用でき、会員に喜ばれる商品の提供など、運営全体を見直し、改善させていく必要があります。

また、資料のポスティングやSNSでの広報活動も再開し、効果的な情報発信も手掛けていきたいと考えております。

次年度は、リハ科と共同でこの9項目を推進していきたいと考えております。

会員を増やす！

そのために・・・

1. インストラクターとしてのスキルアップ
2. 運営等に関する意見交換の推進
3. 多様な利用形態の構築
4. 事業所運営管理の効率化
5. 会員数の増加に向けた取り組みの推進
6. 新たな商品開発の検討
7. 利用時間に関する継続的改善
8. 個別対応の充実化
9. 感染予防対策の継続・実践

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 吉武 健一

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3年度の目標として①年間売上7240万円②レンタル利用者獲得数550名を掲げてきました。

結果としては令和3年度の売上は約7270万円と目標を大きく上回る結果となりました。利用者数も568名で、これもまた目標に達する結果となりました。また、業務に関しても、少ない人数でも効率良く業務遂行ができるよう請求・管理システムの入替を行いました。

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。

福祉用具は日々進化を続けております。私たちはこれからも福祉用具の知識を高め、利用者信頼され、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3年度〉

令和4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

www.kyoaikai.com