

ISSN 2189-4949

**ANNUAL
REPORT
2014 年度**



***KAWAKITA
MEDICAL
FOUNDATION***

理 念

社会文化を背景とし 地球環境と調和した
よりよい医療への挑戦

目 的

質の高い ^{おもいやり} 恕 のある医療を行うとともに
地域の健康向上に寄与する

あたたかく やさしく 人にも 地球にも
学び (心で感じ) 考え 行う
受容 傾聴 共感

確立された医療を確実に行う
疾病 健康 生活 地域
安心と納得が創る信頼

目 次

・はじめに	1
・患者さんの権利と責任	3
・2014年度 1年を振り返って	4
・2014年度を振り返って.....	6
・財団概要	8
・各施設概要	9
・学会施設認定等／施設基準届出等	11
・統計 センター(総合病院・分院・サテライトクリニック)	15
・統計 河北リハビリテーション病院、介護老人保健施設シーダ・ウォーク、 透析センター、健診センター、 河北家庭医療学センター、その他	43
・社会医療法人河北医療財団学術誌〈2014年学会発表抄録他〉	57
・財団年表	58

はじめに

社会医療法人 河北医療財団

理事長 河北博文

「考える力」

2000年8月にNK Fでの研修が開始されました。河北医療財団の教育研修の歴史は、1948年のインターンの受け入れに遡ることができます。その後、各種の学会や勉強会にはそれぞれ参加の機会があったと推察しています。そして、1971年に看護学校を開設し、82年からは職員研修を行ってきました。インターンの受け入れは、その後、研修医制度に変わり、1988年には臨床研修病院として認可を受けました。

昨年12月22日に中央教育審議会が大学入試改革に関する答申を行い、その中で、現行の入試が知的偏重に陥っていると指摘し、知識の活用力をみる新共通試験を導入し、受験生の能力を多面的に評価する手法に改革することを求めました。これにより、今後、小、中、高、各学校の教育内容も新しい付加価値の創造のため少しずつ変わっていくと思います。

実は、私は既に30年も前から自分の経験を踏まえて、センター試験などの共通試験の在り方に関し、内容はもちろんのこと、複数回の受験、民営化による柔軟な運営、また、責任の所在を明確にしたプロとしての面接の重要性、そして、個人を特定する情報の一元管理など、提案をしてきました。

情報とは“知ること”というのが私の言葉の定義です。ちなみに、情報システムは“時間の概念”と考えています。知識は情報の一部であることに留まらず、物事の正邪など

を判断する“心のはたらき”としての情報の知的分野ともいえるでしょう。自分の立ち位置を知ること、そして自己実現をする自己とは何か、自分を知ることにも通じることです。NKFのNatureという言葉は“知恵”を意味し、Knowledgeは“知識”であり、Farmは“ものが育つところ”と説いてきました。福沢諭吉が「活用なき学問は無学に等し」と述べていますが、その言にあえて“考える”ことを位置づけたものが、「学び(心で感じ) 考え 行う」です。神が人間という生き物だけに授けた高度に、深く、考える力をせっかく備えている我々は考えることの楽しみを知るべきだと思います。

「わかりません」という言葉は「考えていません」と聞こえます。知識を日頃から求め、それらを用いて考える習慣を持ちたいと思います。さらに、考えるためには、言葉を正確に使う必要があります。嫌でも国際的に高齢社会のモデルにならざるを得ない我が国に最も必要とされることは「考える力」をもった国民が増えることだと思います。

「2015年 年頭所感」より

患者さんの権利と責任

－私たちの病院の姿勢－

社会医療法人 河北医療財団
理事長 河北博文
院長 清水利夫

河北総合病院では1995年4月より病棟や外来ロビーに「患者さんの権利と責任」－私たちの病院の姿勢－を掲げ、公正な医療を目指すための大切な行動指針としています。地域の人の期待に応じて、公正な医療を実現するには、患者さんと医療に従事する者（医療者）が共に主体性に根ざした協働の関係がなければならないと考えています。私たちは、患者さんの権利とその責任についても確かめつつ、皆さまと共に、より良い医療を実践することに努めます。

患者さんは、医療への参加と医療者との協働に関して権利と責任を有します。自分にとって必要な医療を適切に得るといふ患者さんの権利を守り発展させるために、患者さんは、医療に参加し、医療者と協力する責任があります。また、患者さんは、医療に参加し協働する前提として、各施設における院長など施設管理者の指示を守る責任を負います。

〈私たち医療者は、以下のことを努力します〉

・医療者としての良心と使命に基づいて、患者さんと強い信頼関係を築くこと

そのためには、患者さんも、善意をもって医療者と強い信頼関係を築くことを求めます。時に、言葉は暴力以上に人を傷つけることがあります。**お互いに、決して、暴言、暴力などの問題が生じないよう努めたいと考えています。**

・医師による説明と患者さんの納得に基づく医療を提供すること

患者さんは、ご自分の病気についての正しい病名や病状、治療内容とその危険性、予後、検査内容とその危険性、薬の効果とその副作用などに関して理解できるように医師、薬剤師、看護師から説明を受けることができます。またセカンドオピニオンを求める権利を有します。診療情報を患者さんご自身、または患者さんが指名した代理人に提供します。情報は率先して提供することを原則とします。患者さんのプライバシーを尊重します。

・患者さんの人生が最後まで豊かであるように、その意思を尊重すること

私たちは、患者さんの自己決定の意思を尊重します。患者さんは、自らの病気に関する十分な情報と医療従事者の助言と協力を得た上で、ご自分の意思により、診断・治療・その他の医療行為を受けることに同意、または拒否することができます。また、患者さんの痛み、不安、悩み、不快を緩和することに努めます。

・よりよい医療を行うように研鑽、研修に励むこと

私たちは、研修医師、看護学生、その他の専門職の実習生の研修・実習病院です。将来の医療者の育成に関し、患者さんにご同意いただいた上で、認定された指導医・指導者の適切な指導の下に、教育を充実していきたいと考えています。

私たちの病院では、常設の倫理委員会において、引き続き、医療の基本姿勢に関して論議して参ります。患者さんの権利と責任は、より良い医療を行う上で大変重要です。そのためにも、患者さんに、これらのことをご理解いただきますようお願い申し上げます。

1997年 10月1日
2006年 4月1日改訂
2007年 4月1日一部改訂
2012年 4月1日一部改訂
2014年 6月1日一部改訂

社会医療法人 河北医療財団
2014年度 1年を振り返って

2014年

4月	<p>臨床研修 家庭医後期研修プログラム開始(河北総合病院) 東京・杉並家庭医療学センター名称変更 新名称:河北家庭医療学センター 河北看護専門学校入学式 A棟・D棟 完成引き渡し(河北総合病院) 内視鏡検査室増設(河北総合病院) 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第43回、産後6ヶ月第38回)」第40・41回新米パパママ教室」 河北健康教室 第17回リウマチを知る会 河北健康教室 第1回がん講座 河北健康教室 やさしい健康講座(第18回症状シリーズ)</p>
5月	<p>電子カルテシステムバージョンアップ(GX)(河北総合病院・河北総合病院分院・河北サテライトクリニック) 河北総合病院健診センター リニューアルオープン N.K.Farm全天候型馬場竣工 大腸内視鏡検査機器増設(河北総合病院) 河北総合病院病々連携会[新東京会館] 看護部合議制運営導入開始 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第44回、産後6ヶ月第39回)」第42・43回新米パパママ教室」 河北健康教室 やさしい健康講座(第18回介護シリーズ) 河北健康教室 河北じんぞう病教室(2014シリーズ後編) 河北健康教室 第4回膠原病を知る会</p>
6月	<p>自家発電式空調機器稼働開始[東京ガス圏内病院導入第1号](河北リハビリテーション病院) 入退院支援センター開設(2015年3月名称変更 新名称:医療看護支援課) オレンジバルーンフェスタ2014参加(河北家庭医療学センター)[於:新宿駅西口地下広場] 公益財団法人日本医療機能評価機構 更新審査受審(河北総合病院) 公益財団法人日本医療機能評価機構 更新審査受審(河北リハビリテーション病院) 第40回質向上研究会[於:西館講堂] 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第45回、産後6ヶ月第40回)」第44・45回新米パパママ教室」 河北健康教室 やさしい健康講座(第19回症状シリーズ)</p>
7月	<p>介護保険訪問リハビリ本格的開始(河北 サテライト クリニック) 健診メニューリニューアル:カウンセリングルーム・レディースデイ等導入(河北総合病院健診センター) 緩和ケア研究会 杉並・河北救急合同カンファレンス スタッフ相談室リニューアル 新相談室ソレイユ(心のケアセンター) 第27回PIC院内研究会 医師・看護師・薬剤師のための在宅ケアセミナー第3回開催(河北家庭医療学センター) 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第46回、産後6ヶ月第41回)」第46・47回新米パパママ教室」 河北健康教室 第4回小児のための勉強会 河北健康教室 第16回心臓病教室 河北健康教室 第57回蕨の会 河北健康教室 第4回膝の痛みの勉強会 河北健康教室 やさしい健康講座(第19回介護シリーズ)</p>
8月	<p>電子カルテシステムリプレイス:GX稼働開始(河北リハビリテーション病院) 納涼祭(職員対象) 開催 夏休みKID'S院内体験ツアー 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第47回、産後6ヶ月第42回)」第48・49回新米パパママ教室」</p>

9月	<p>物品管理システム導入(本院・分院・河北 サテライト クリニック) 特定非営利法人卒後臨床研修評価機構 認定(臨床研修企画管理部) 河北総合病院病診連携会[於:座・高円寺ホール] 公益財団法人日本医療機能評価機構 認定交付:期間2014年2月16日～2019年2月15日(河北リハビリテーション病院) 河北の将来を考える～中期ビジョン策定検討会～[於:コンgresクエア中野] 業務スリム化キャンペーン提案書受付開始(9/8～10/7) ‘在宅療養のしおり’作成(河北家庭医療学センター) 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第48回、産後6ヶ月第43回)」「第50・51回新米パパママ教室」 河北健康教室 やさしい健康講座(第20回介護シリーズ) 河北健康教室 第17回心臓病教室</p>
10月	<p>外科各種専門外来(直腸肛門外来・そけいヘルニア外来・水頭症外来)開設(河北総合病院) 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第49回、産後6ヶ月第44回)」「第52・53回新米パパママ教室」 河北健康教室 やさしい健康講座(第20回症状シリーズ) 河北健康教室 第1回股関節の勉強会</p>
11月	<p>第6回around杉並健康ライフ“安全・安心ライフの勧め”[於:阿佐谷地域区民センター] 24日(勤労感謝の日振替休日)平日体制業務 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第50回、産後6ヶ月第45回)」「第54・55回新米パパママ教室」 河北健康教室 第18回心臓病教室 河北健康教室 第18回リウマチを知る会 河北健康教室 第1回骨粗しょう症予防教室 河北健康教室 やさしい健康講座(第21回介護シリーズ)</p>
12月	<p>中期ビジョン「地域の人の期待に応える～オールマイティな医療の確立～」策定 医師・看護師・薬剤師のための在宅ケアセミナー第3回開催(河北家庭医療学センター) 公益財団法人日本医療機能評価機構 認定更新:期間2014年12月21日～2016年12月20日(河北総合病院) 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第51回、産後6ヶ月第46回)」「第56・57回新米パパママ教室」 河北健康教室 やさしい健康講座(第21回症状シリーズ) 河北健康教室 第58回蕨の会</p>

2015年

1月	<p>KES(環境マネジメントシステム)スタンダードステップ2更新登録 かわきた業務スリム化キャンペーン 結果報告ならびに大賞発表 検査部門組織変更(河北総合病院・河北総合病院分院・河北 サテライト クリニック) 第28回PIC院内研究会 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第52回、産後6ヶ月第47回)」「第58・59回新米パパママ教室」 河北健康教室 やさしい健康講座(第22回介護シリーズ) 河北健康教室 第2回股関節の勉強会</p>
2月	<p>東京マラソン2015 チャリティーランナー5名完走 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第53回、産後6ヶ月第48回)」「第60・61回新米パパママ教室」 河北健康教室 第5回小児のための勉強会 河北健康教室 第2回がん講座 河北健康教室 やさしい健康講座(第22回症状シリーズ)</p>
3月	<p>事務部門組織改正 河北医療財団看護専門学校 卒業式(20期生) すぎなみ子ども・子育てメッセ 参加出展(河北総合病院 小児科・産婦人科)[於:セシオン杉並] 初期臨床研修・後期臨床研修 修了発表会、修了証授与式 杉並区と「アレルギー対応ホットライン」に関する協定書を締結:4月運用開始(河北総合病院 小児科) 河北医療財団看護専門学校閉校:2015年4月1日からは学校法人川口学園に事業継承 育児支援教室「ぼかぼかタイム(産後1ヶ月第54回、産後6ヶ月第49回)」「第62・63回新米パパママ教室」 河北健康教室 第19回心臓病教室 河北健康教室 やさしい健康講座(第23回介護シリーズ) 河北健康教室 第5回膠原病を知る会 河北健康教室 河北じんぞう病教室(2015シリーズ前編)</p>



2014年度を振り返って

内視鏡機器増設

内視鏡室では、検査室の増設(4月)に続き、大腸内視鏡検査機器(大腸ビデオスコープ&ビデオシステムセンター)の増設をいたしました。(5月)



電子カルテシステムバージョンアップ

実施訓練(リハーサル)を複数回行い、バージョンアップを迎えました。



河北総合病院健診センター リニューアルオープン



竣工式 (5月9日)

内覧会(5月11日)



N.K.Farm 全天候型馬場竣工

竣工式・お披露目会 (5月18日)



病院機能評価受審

河北総合病院
河北リハビリテーション病院
それぞれ更新受審(6月)



納涼祭



物流管理システム導入

稼働前に複数回の研修会を開催しました(8月)



「河北の将来を考える~中期ビジョン策定検討会~」 [於: コングレスクエア中野] (9月)
「2015~2017年度中期ビジョン」策定 (12月)



東京マラソン2015 チャリティーランナー出走

出走ランナー5名 全員が完走

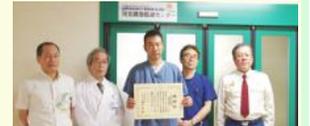


感謝状 拝受

バイスタンダー救命措置 折口助産師
(4月15日)



救急業務 河北救急医療センター
(9月9日)



救命救護措置 河北総合病院
(11月19日)



財団概要

(2015年4月1日現在)

名称	社会医療法人 河北医療財団		
理事長	河北 博文		
財団施設	河北総合病院(一般331床)	院長	清水 利夫
	河北総合病院分院(一般76床)	院長	岡井 隆広
	河北 サテライト クリニック	院長	尾形 逸郎
	河北リハビリテーション病院(療養135床)	院長	河面 吉彦
	介護老人保健施設 シーダ・ウォーク	施設長	吉田 晴彦
	河北葦クリニック(透析センター)	センター長	篠田 俊雄
	河北健診クリニック(健診センター)	センター長	池田 有成
	河北家庭医療学センター	センター長	一戸 由美子
財団職員総数	1,692人 内常勤職員数 1,390人 (2015年4月1日現在) (常勤職員数再掲) 医師156人、看護師502人、セラピスト164人		
設 立	開設 1928年(昭和3年)5月 医療法人設立 1950年(昭和25年)12月 社会医療法人認定 2010年(平成22年)10月1日		
特 色	プライバシー・マーク認定取得	2003年(平成15年)6月23日 より継続更新中	
	KES・環境マネジメントシステム・スタンダードステップ2登録	2008年(平成20年)1月1日 より継続更新中	

【河北葦クリニック(透析センター)】

所在地	東京都杉並区阿佐谷北1丁目18番7号
標榜科目	内科
ベッド数	透析用ベッド 55床(感染症用1床含む)

【河北健診クリニック(健診センター)】

所在地	東京都杉並区高円寺南4丁目27番12号
標榜科目	内科

【河北家庭医療学センター】

所在地	東京都杉並区阿佐谷北1丁目3番10号 Baum(バウム)1階
事業内容	家庭医療科(外来・訪問診療)、河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷

【杉並区地域包括支援センター】

所在地	東京都杉並区阿佐谷北1丁目3番10号 Baum(バウム)1階
事業内容	杉並区地域包括支援センター ケア24阿佐谷 (杉並区委託事業)
所在地	東京都杉並区松ノ木3丁目3番4号
事業内容	杉並区地域包括支援センター ケア24松ノ木 (杉並区委託事業)

河北総合病院 学会施設認定等

(2015年4月1日現在)

- ◇ 臨床研修病院(厚生労働省指定)
- ◇ 外国医師臨床修練指定病院(厚生省指定)
- ◇ 日本がん治療認定医機構認定研修施設
- ◇ 日本内科学会認定医制度教育病院
- ◇ 日本脳卒中学会研修教育病院
- ◇ 日本神経学会専門医制度准教育施設
- ◇ 日本呼吸器学会認定施設
- ◇ 日本循環器学会認定循環器専門医研修施設
- ◇ 日本心血管インターペンション治療学会研修施設
- ◇ 日本消化器病学会専門医制度認定施設
- ◇ 日本消化器内視鏡学会専門医制度指導施設
- ◇ 日本大腸肛門病学会関連施設
- ◇ 日本肝臓学会認定施設
- ◇ 日本腎臓学会研修施設
- ◇ 日本透析医学会認定施設
- ◇ 日本リウマチ学会認定教育施設
- ◇ 日本外科学会外科専門医修練施設
- ◇ 日本小児科学会認定医制度研修施設
- ◇ 日本消化器外科学会認定専門医修練施設
- ◇ 日本食道学会全国登録認定施設(消化器・一般外科)
- ◇ 日本整形外科学会認定医制度研修施設
- ◇ 日本産科婦人科学会専攻医指導施設
- ◇ 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍登録施設
- ◇ 日本泌尿器科学会専門医教育施設
- ◇ 日本眼科学会専門医制度研修施設
- ◇ 日本皮膚科学会認定専門医研修施設
- ◇ 日本アレルギー学会教育施設
- ◇ 日本在宅医学会認定研修施設
- ◇ 日本緩和医療学会認定研修施設
- ◇ 日本プライマリ・ケア連合学会認定後期研修プログラム実施施設
- ◇ 日本麻酔科学会麻酔科認定病院
- ◇ 日本病理学会認定病院
- ◇ 日本臨床細胞学会認定施設
- ◇ 日本栄養士会管理栄養士初任者臨床研修指定
- ◇ 救急救命士病院実習教育施設
- ◇ 日本救急医学会認定救急科専門医指定施設
- ◇ 日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設
- ◇ 日本糖尿病学会認定教育施設
- ◇ 日本病態栄養学会認定栄養管理・NST実施施設

河北総合病院 施設基準届出等 (2015年4月1日現在)

【施設認定】

- ◇ 基幹型臨床研修病院
- ◇ 地域医療支援病院
- ◇ 救急告示病院(救急病院等を定める省令第2条)
- ◇ 東京都指定二次救急医療機関
- ◇ DPC対象病院
- ◇ 東京都CCUネットワーク加盟
- ◇ 東京都脳卒中急性期医療機関
- ◇ 東京都がん診療連携協力病院(大腸がん)
- ◆ 指定居宅介護支援事業者
- ◆ 指定居宅サービス(訪問看護)
- ◆ 東京都神経難病医療ネットワーク協力病院指定
- ◆ 東京都医療機器安全性情報ネットワーク事業参画医療機関

【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 一般病棟入院基本料 (7:1)
- ◇ 総合入院体制加算2
- ◇ 臨床研修病院入院診療加算
- ◇ 救急医療管理加算
- ◇ 超急性期脳卒中加算
- ◇ 妊産婦緊急搬送入院加算
- ◇ 診療録管理体制加算1
- ◇ 医師事務作業補助体制加算2 (25:1)
- ◇ 急性期看護補助体制加算1 (25:1)
- ◇ 看護職員夜間配置加算
- ◇ 栄養サポートチーム加算
- ◇ 医療安全対策加算1
- ◇ 感染防止対策加算1 (感染防止対策地域連携加算)
- ◇ 患者サポート体制充実加算
- ◇ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ◇ ハイリスク妊娠管理加算
- ◇ ハイリスク分娩管理加算
- ◇ 退院調整加算1
- ◇ 総合評価加算
- ◇ 病棟薬剤業務実施加算
- ◇ データ提出加算2
- ◇ 特定集中治療室管理料3
- ◇ 小児入院医療管理料2

【入院時食事療養に関する届出事項】

- ◇ 入院時食事療養(I)(食堂加算)

【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ がん性疼痛緩和指導管理料
- ◇ 小児科外来診療料
- ◇ 地域連携小児夜間・休日診療料2
- ◇ 院内トリアージ実施料
- ◇ 夜間休日救急搬送医学管理料
- ◇ 外来リハビリテーション診療料

【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ 地域連携診療計画管理料
- ◇ がん治療連携計画策定料
- ◇ 薬剤管理指導料
- ◇ 医療機器安全管理料1
- ◇ HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)
- ◇ 検体検査管理加算(IV)
- ◇ 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算
- ◇ 植込型心電図検査
- ◇ 時間内歩行試験
- ◇ 神経学的検査
- ◇ コンタクトレンズ検査料1
- ◇ 小児食物アレルギー負荷検査
- ◇ 画像診断管理加算2
- ◇ CT撮影及びMRI撮影
- ◇ 冠動脈CT撮影加算
- ◇ 大腸CT撮影加算
- ◇ 外来化学療法加算1
- ◇ 無菌製剤処理料
- ◇ 心大血管疾患リハビリテーション料(I)
- ◇ 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)
- ◇ 処置の休日加算1、時間外加算1、及び深夜加算1
- ◇ エタノールの局所注入(甲状腺に対するもの)
- ◇ エタノールの局所注入(副甲状腺に対するもの)
- ◇ 脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術、
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術
- ◇ 乳がんセンチネルリンパ節加算2
- ◇ 経皮的冠動脈形成術
- ◇ 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)
- ◇ 経皮的冠動脈ステント留置術
- ◇ 経皮的中隔心筋焼灼術
- ◇ ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
- ◇ 植込型心電図検査記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術
- ◇ 大動脈バルーンパンピング法(IABP法)
- ◇ 腹腔鏡下肝切除術
- ◇ 医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6に掲げる手術
- ◇ 手術の休日加算1、時間外加算1、及び深夜加算1
- ◇ 輸血管理料 I
- ◇ 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- ◇ 麻酔管理料(I)
- ◇ 病理診断管理加算1

【保険外併用療養費に関する事項】(選定療養)

- ◇ 特別の療養環境の提供
- ◇ 200床以上の病院初診料
- ◇ 入院期間が180日を超える入院に関する費用
- ◇ 予約に基づく診療(頭痛外来)

【保険外併用療養費に関する事項】(評価療養)

- ◇ 治験に係る治療

河北総合病院分院 施設基準届出等 (2015年4月1日現在)

【施設認定】

- ◇ 協力型臨床研修病院

【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 一般病棟入院基本料(7:1)
- ◇ 診療録管理体制加算1
- ◇ 急性期看護補助体制加算 I (夜間100対1急性期看護補助体制加算)
- ◇ 看護職員夜間配置加算
- ◇ 療養環境加算
- ◇ 無菌治療室管理加算 1
- ◇ 医療安全対策加算2
- ◇ 感染防止対策加算2
- ◇ 退院調整加算
- ◇ 病棟薬剤業務実施加算
- ◇ データ提出加算2

【入院時食事療養に関する届出事項】

- ◇ 入院時食事療養(I)(食堂加算)

【特掲診療に関する届出事項】

- ◇ がん性疼痛緩和指導管理料
- ◇ 小児科外来診療料
- ◇ ニコチン依存症管理料
- ◇ 薬剤管理指導料
- ◇ 医療機器安全管理料1
- ◇ 検体検査管理加算(II)
- ◇ 時間内歩行試験
- ◇ 画像診断管理加算2
- ◇ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)
- ◇ 呼吸器リハビリテーション料(I)
- ◇ エタノールの局所注入(甲状腺に対するもの)
- ◇ エタノールの局所注入(副甲状腺に対するもの)
- ◇ 透析液水質確保加算1

【保険外併用療養費に関する事項】(選定療養)

- ◇ 特別の療養環境の提供
- ◇ 入院期間が180日を超える入院に関する費用

河北 サテライト クリニック 施設基準届出等 (2015年4月1日現在)

【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 夜間・早朝等加算
- ◇ 時間外対応加算2
- ◇ 明細書発行体制等加算

【特掲診療に関する届出事項】

- ◇ がん性疼痛緩和指導管理料
- ◇ 在宅療養支援診療所
- ◇ 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料
- ◇ 在宅がん医療総合診療料

透析センター 施設認定 (2015年4月1日現在)

【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 夜間・早朝等加算
- ◇ 時間外対応加算2

【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ 透析液水質確保加算2

河北リハビリテーション病院 施設基準届出等 (2015年4月1日現在)

【施設認定】

- ◇ 協力型臨床研修病院

【特定入院料に関する届出事項】

- ◇ 回復期リハビリテーション病棟入院料1

【入院基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 臨床研修病院入院料加算(協力型)
- ◇ 診療録管理体制加算
- ◇ 退院調整加算
- ◇ 体制強化加算
- ◇ リハビリテーション充実加算
- ◇ 患者サポート体制充実加算

【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ 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)
- ◇ 地域連携診療計画退院時指導料(I)
- ◇ 薬剤管理指導料

【入院時食事療養に関する届出事項】

- ◇ 入院時食事療養(I)(食堂加算)

健診センター 施設認定 (2015年4月1日現在)

【施設認定】

- ◇ (社)日本病院会優良人間ドック(2日ドック)実施指定施設
- ◇ 日本総合健診医学会認定優良総合健診施設
- ◇ (社)全日本病院協会日帰り人間ドック実施指定施設
- ◇ 健康評価施設査定機構認定総合健診施設
- ◇ 健康評価施設査定機構認定特定健診・特定保健指導施設
- ◇ マンモグラフィ検診精度管理中央委員会 マンモグラフィ検診画像認定施設
- ◇ 日本人間ドック学会・日本総合健診医学会 人間ドック健診専門医研修施設

【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 明細書発行体制等加算

介護老人保健施設シーダ・ウォーク 施設認定 (2015年4月1日現在)

【介護老人保健施設(ロングステイ)として】

- ◇ ユニット型介護老人保健施設サービス費(I)(ii)ユニット型個室(在宅強化型)
- ◇ 夜勤職員配置加算
- ◇ サービス提供体制強化加算 I イ
- ◇ 栄養マネジメント加算
- ◇ 療養食加算
- ◇ 若年性認知症入所者受入加算
- ◇ ターミナルケア加算
- ◇ 介護職員処遇改善加算 I

【短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護(ショートステイ)として】

- ◇ ユニット型介護老人保健施設短期入所療養介護費(I)(ii)ユニット型個室(在宅強化型)
- ◇ 夜勤職員配置加算
- ◇ サービス提供体制強化加算 I イ
- ◇ リハビリテーション機能強化加算
- ◇ 療養食加算
- ◇ 若年性認知症入所者受入加算
- ◇ 送迎体制
- ◇ 介護職員処遇改善加算 I

【通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション(デイケア)として】

- ◇ 大規模型通所リハビリテーション費(I)
- ◇ サービス提供体制強化加算 I イ
- ◇ 短期集中個別リハビリテーション加算
- ◇ リハビリテーションマネジメント加算 I 及び II
- ◇ 認知症短期集中リハビリテーション加算 I 及び II
- ◇ 生活行為向上リハビリテーション加算
- ◇ 中重度ケア体制加算
- ◇ 栄養改善体制
- ◇ 若年性認知症利用者受入加算
- ◇ 口腔機能向上体制
- ◇ 入浴介助体制
- ◇ 事業所評価加算(予防通所リハビリ)
- ◇ 選択的サービス複数実施加算(予防通所リハビリ)
- ◇ 運動機能向上体制(予防通所リハビリ)
- ◇ 介護職員処遇改善加算 I

統計

センター(総合病院・分院・サテライトクリニック)

科別 入院患者延数の推移

単位：人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
内 科	68,466 187.6 102.7%	71,532 195.4 104.5%	72,925 199.8 101.9%	68,512 187.7 93.9%	69,309 189.9 101.2%
小 児 科	2,868 7.9 27.0%	2,319 6.3 80.9%	531 1.5 22.9%	3,911 10.7 736.5%	5,285 14.5 135.1%
産婦人科	4,165 11.4 99.9%	4,651 12.7 111.7%	4,620 12.7 99.3%	4,736 13.0 102.5%	5,312 14.6 112.2%
耳鼻咽喉科	428 1.2 396.3%	1,326 3.6 309.8%	1,538 4.2 116.0%	1,794 4.9 116.6%	2,184 6.0 121.7%
外 科	15,885 43.5 94.6%	16,550 45.2 104.2%	16,365 44.8 98.9%	15,509 42.5 94.8%	12,643 34.6 81.5%
脳神経外科	3,185 8.7 95.6%	3,308 9.0 103.9%	2,384 6.5 72.1%	3,103 8.5 130.2%	2,862 7.8 92.2%
心臓血管外科	2,639 7.2 122.5%	3,146 8.6 119.2%	2,114 5.8 67.2%	1,560 4.3 73.8%	1,973 5.4 126.5%
呼吸器外科	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —
皮 膚 科	925 2.5 84.2%	1,049 2.9 113.4%	1,219 3.3 116.2%	854 2.3 70.1%	1,143 3.1 133.8%
泌尿器科	1,320 3.6 109.5%	1,386 3.8 105.0%	1,668 4.6 120.3%	1,491 4.1 89.4%	1,663 4.6 111.5%
眼 科	978 2.7 130.1%	732 2.0 74.8%	818 2.2 111.7%	1,043 2.9 127.5%	751 2.1 72.0%
整形外科	17,112 46.9 120.1%	15,362 42.0 89.8%	14,717 40.3 95.8%	16,907 46.3 114.9%	16,166 44.3 95.6%
リハビリテーション科	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —
合 計	117,971 323.2 97.4%	121,361 331.6 102.9%	118,899 325.8 98.0%	119,420 327.2 100.4%	119,291 326.8 99.9%
診療日数	365 日	366 日	365 日	365 日	365 日

* 上段:入院患者延数 中段:1日平均患者数 下段:前年比



科別 新入院患者数の推移

※ 本院 ⇄ 分院の転院による入院を除く。 単位:人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
内 科	4,817	4,873	5,024	5,272	5,588
小 児 科	628	540	124	1,010	1,333
産 婦 人 科	654	674	675	761	915
耳 鼻 咽 喉 科	62	182	244	327	413
外 科	1,039	1,107	1,158	1,190	1,148
脳 神 経 外 科	168	161	156	225	229
心 臓 血 管 外 科	49	57	42	45	64
呼 吸 器 外 科	0	0	0	0	0
皮 膚 科	80	88	92	72	64
泌 尿 器 科	209	221	244	260	338
眼 科	480	410	453	658	781
整 形 外 科	719	635	676	902	896
リハビリテーション科	0	0	0	0	0
合 計	8,905	8,948	8,888	10,722	11,769
月平均	742.1	745.7	740.7	893.5	980.8
前年比	101.7%	100.5%	99.3%	120.6%	109.8%

新入院患者数の推移



入院経路 (2014年度詳細)

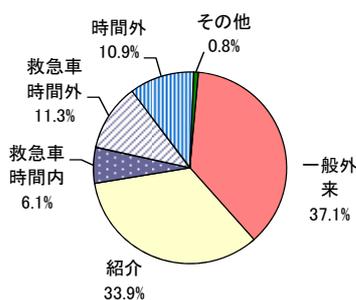
※ 本院 ⇄ 分院の転院による入院を除く。 単位:件

	入院数	一般外来	紹介					救急車			その他
			時間内	救急車 時間内	救急車 時間外	時間外	その他	時間内	時間外	時間外	
本院	10,571	3,920 37.1%	2,404 22.7%	317 3.0%	345 3.3%	521 4.9%	0 0.0%	641 6.1%	1,192 11.3%	1,150 10.9%	81 0.8%
分院	1,198	675 56.3%	267 22.3%	64 5.3%	14 1.2%	17 1.4%	0 0.0%	75 6.3%	39 3.3%	47 3.9%	0 0.0%
合計	11,769	4,595 39.0%	2,671 22.7%	381 3.2%	359 3.1%	538 4.6%	0 0.0%	716 6.1%	1,231 10.5%	1,197 10.2%	81 0.7%

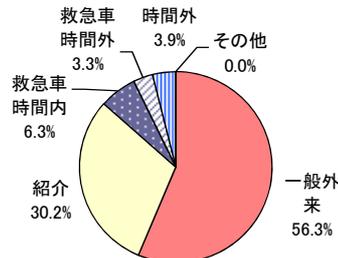
※ 紹介状持参の救急車入院は紹介欄に含む。

* 上段:入院数 下段:入院率

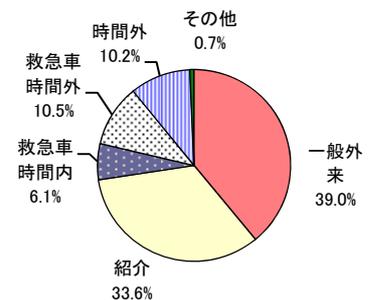
本院



分院



合計

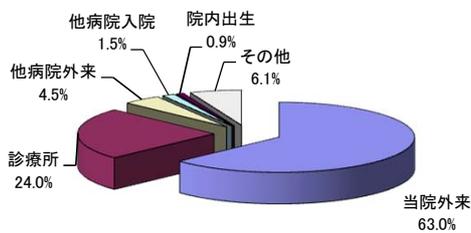


入退院経路別 (2014年度詳細)

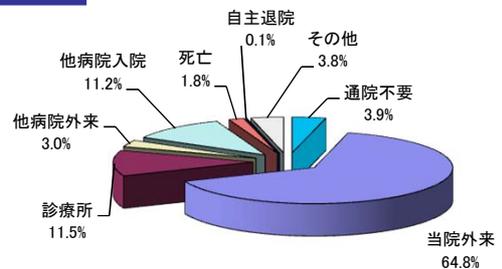
本院

退院経路 入院経路	通院不要	当院外来	診療所	他病院 外来	他病院 入院	死亡	自主退院	その他	合計	入院率
当院外来	307	4,848	531	188	612	96	10	60	6,652	63.0%
診療所	77	1,497	639	42	213	40	2	21	2,531	24.0%
他病院外来	17	290	18	77	63	9	0	5	479	4.5%
他病院入院	1	36	10	4	86	14	1	7	159	1.5%
院内出生	3	82	0	0	8	0	0	0	93	0.9%
その他	7	92	15	3	197	27	0	304	645	6.1%
合計	412	6,845	1,213	314	1,179	186	13	397	10,559	100.0%
退院率	3.9%	64.8%	11.5%	3.0%	11.2%	1.8%	0.1%	3.8%	100.0%	

入院経路



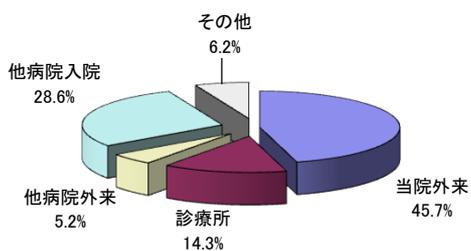
退院経路



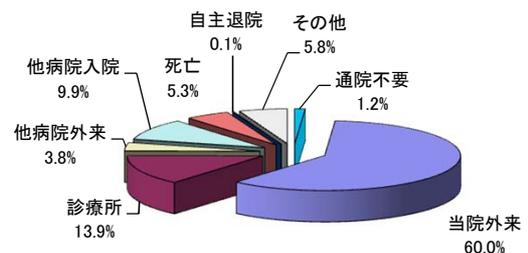
分院

退院経路 入院経路	通院不要	当院外来	診療所	他病院 外来	他病院 入院	死亡	自主退院	その他	合計	入院率
当院外来	8	609	60	21	34	31	1	7	771	45.7%
診療所	1	114	78	11	22	11	0	4	241	14.3%
他病院外来	3	52	7	15	6	2	0	2	87	5.2%
他病院入院	9	231	87	17	70	41	1	26	482	28.6%
その他	0	6	2	0	35	4	0	58	105	6.2%
合計	21	1,012	234	64	167	89	2	97	1,686	100.0%
退院率	1.2%	60.0%	13.9%	3.8%	9.9%	5.3%	0.1%	5.8%	100.0%	

入院経路



退院経路



平均在院日数の推移

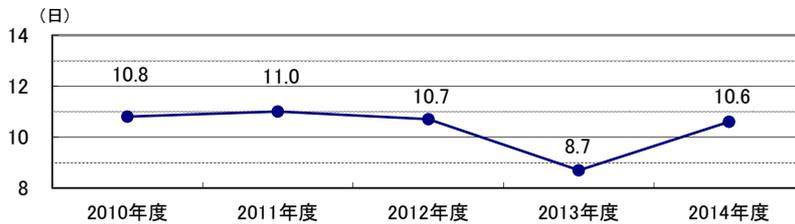
(※2014年度より、医療法上の数値に変更)

単位：日

2014年度詳細

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
4月	11.0	10.7	11.4	9.6	10.1
5月	11.3	10.9	11.1	9.3	10.9
6月	10.7	10.7	10.0	9.1	10.2
7月	11.0	11.8	10.6	8.2	9.8
8月	11.0	10.4	10.5	8.2	10.3
9月	11.2	11.2	10.6	8.8	10.3
10月	10.7	10.9	11.3	8.3	10.6
11月	10.7	11.1	11.2	8.6	10.4
12月	9.8	10.1	10.7	8.4	10.5
1月	11.1	12.3	11.4	8.9	12.8
2月	10.5	11.1	10.3	8.5	11.1
3月	10.8	10.8	10.2	9.2	10.6
合計	10.8	11.0	10.7	8.7	10.6

本院	分院
9.3	15.2
9.9	16.6
9.3	15.2
9.0	14.1
9.6	14.3
9.5	14.4
9.9	14.8
9.6	14.8
9.6	15.5
11.7	18.8
10.3	14.9
9.7	15.6
9.7	15.3



・2014年度より、短期滞在手術基本料3を算定する患者(入院5日目まで)を除く。

※診療報酬届出上の旧算出条件
(2013年度迄適用) ⇒

- ・CCU及びICUの一般病棟との1回目の転棟については、入院または退院の扱いとする。
- ・一般病棟間での1回目の転棟については、入院または退院の扱いとする。
- ・90日以上在院患者を除く。
- ・新生児を除く。

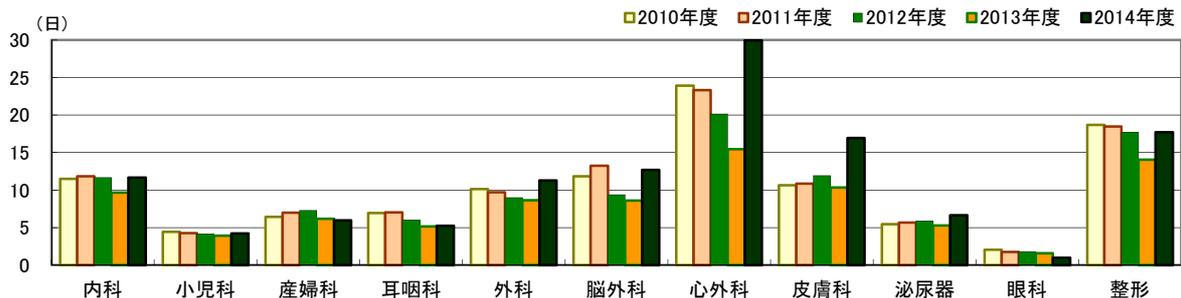
科別 平均在院日数の推移

単位：日

	内科	小児科	産婦人科	耳鼻咽喉科	外科	脳神経外科	心血管外科	呼吸器外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	整形外科	リハビリテーション科	合計
2010年度	11.5	4.5	6.4	6.9	10.1	11.8	23.9	-	10.6	5.4	2.0	18.7	-	10.8
2011年度	11.8	4.3	7.0	7.0	9.7	13.2	23.3	-	10.9	5.7	1.8	18.5	-	11.0
2012年度	11.7	4.1	7.3	6.0	9.0	9.4	20.1	-	11.9	5.9	1.8	17.7	-	10.7
2013年度	9.7	3.9	6.2	5.1	8.7	8.6	15.4	-	10.4	5.3	1.6	14.0	-	8.7
2014年度	11.7	4.2	6.0	5.3	11.3	12.7	29.9	-	16.9	6.6	1.0	17.7	-	10.6

2014年度詳細

本院	10.2	4.2	6.0	5.3	11.3	12.7	29.9	-	17.1	6.6	1.0	17.7	-	9.7
分院	15.3								7.0					15.3

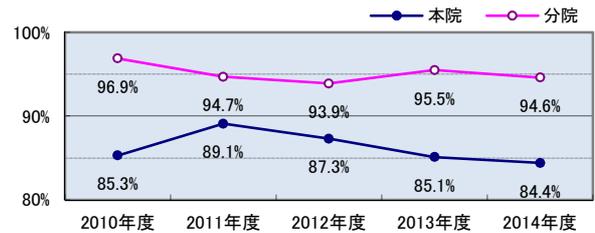


病床利用率の推移 (※稼働病床数より算出)

病棟	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
本館1階ICU	89.4%	84.7%	81.9%	82.1%	75.9%
本館2階ICU	78.9%	78.3%	74.2%	77.8%	64.3%
C C U	83.0%	83.2%	80.8%	83.8%	77.3%
ICU・CCU計	83.7%	82.1%	79.1%	81.6%	73.5%
本館2階	84.5%	87.8%	83.0%	79.8%	80.1%
本館3階	89.3%	88.1%	89.3%	87.3%	81.5%
本館4階	94.0%	94.9%	91.9%	87.8%	86.5%
本館5階	96.2%	96.6%	95.0%	94.9%	95.3%
東館2階	96.6%	94.7%	92.3%	94.7%	93.7%
東館3階	94.7%	94.6%	91.2%	91.2%	89.2%
東館4階	27.8%	63.7%	63.9%	43.7%	56.6%
産婦人科	68.5%	75.8%	74.1%	78.1%	80.3%
一般病棟計	85.4%	89.4%	87.6%	85.3%	85.0%
本院計	85.3%	89.1%	87.3%	85.1%	84.4%
分院2階	96.8%	94.2%	94.6%	96.1%	95.1%
分院3階	96.9%	95.2%	93.3%	95.0%	94.2%
分院計	96.9%	94.7%	93.9%	95.5%	94.6%
合計	87.7%	90.2%	88.6%	87.2%	86.5%

※ 本館4階: 2013年7月～2015年3月迄
夜間緊急入院病床(8床)を含む。

※ 東館4階: 2009年4月～2011年3月及び
2013年6月～2015年3月は、小児専用
病棟として運用。

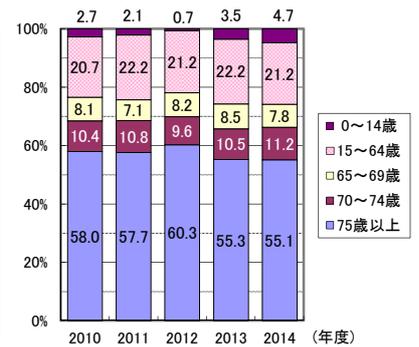


年齢別患者数

入院患者数

年齢区分	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度	
0～14歳	3,200	2.7%	2,557	2.1%	833	0.7%	4,217	3.5%	5,613	4.7%
15～64歳	24,406	20.7%	26,942	22.2%	25,206	21.2%	26,453	22.2%	25,250	21.2%
65～69歳	9,610	8.1%	8,669	7.1%	9,783	8.2%	10,177	8.5%	9,328	7.8%
70～74歳	12,308	10.4%	13,143	10.8%	11,433	9.6%	12,588	10.5%	13,358	11.2%
75歳以上	68,447	58.0%	70,050	57.7%	71,644	60.3%	65,985	55.3%	65,742	55.1%
合計	117,971		121,361		118,899		119,420		119,291	

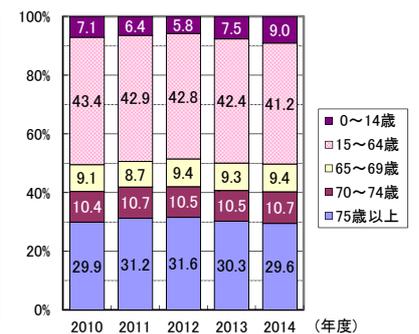
* 左側:延数 右側:入院率



外来患者数

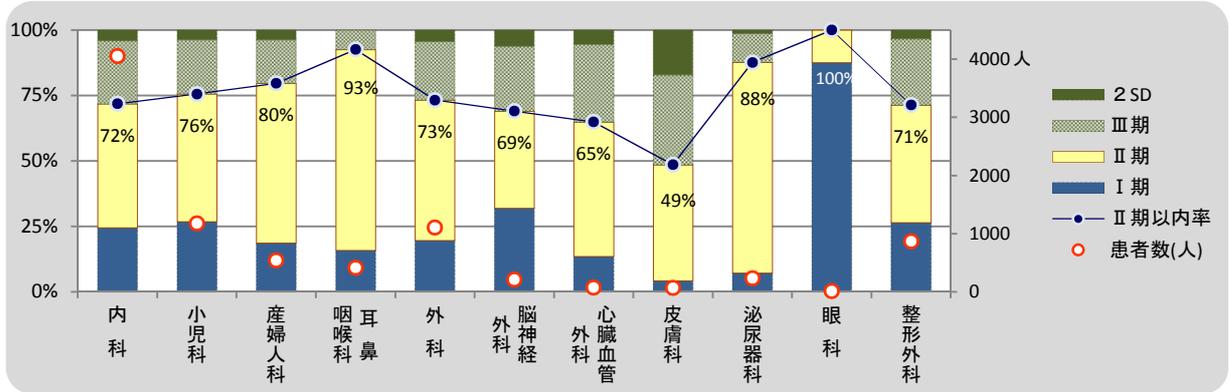
年齢区分	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度	
0～14歳	19,701	7.1%	18,297	6.4%	16,616	5.8%	23,319	7.5%	29,513	9.0%
15～64歳	120,491	43.4%	123,018	42.9%	123,523	42.8%	130,897	42.4%	134,986	41.2%
65～69歳	25,389	9.1%	25,053	8.7%	27,059	9.4%	28,764	9.3%	30,847	9.4%
70～74歳	29,019	10.4%	30,568	10.7%	30,319	10.5%	32,468	10.5%	35,167	10.7%
75歳以上	83,162	29.9%	89,490	31.2%	91,215	31.6%	93,549	30.3%	96,755	29.6%
合計	277,762		286,426		288,732		308,997		327,268	

* 左側:延数 右側:外来率

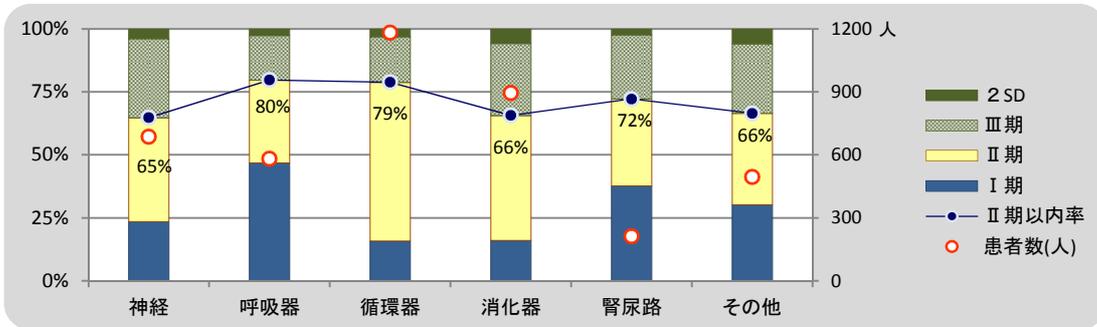


DPC入院期間 / 2014年度 ※ 目標: DPC II期以内率(本院) 72%
14日以内退院率(分院) 60%

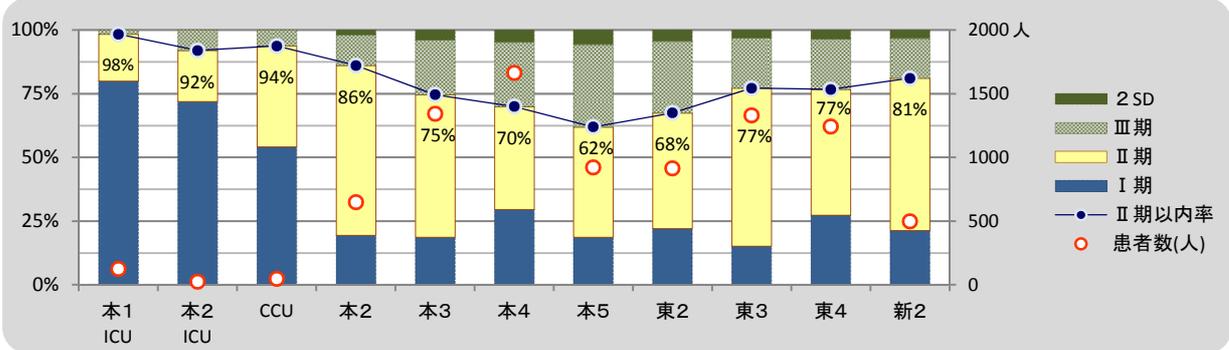
診療科別



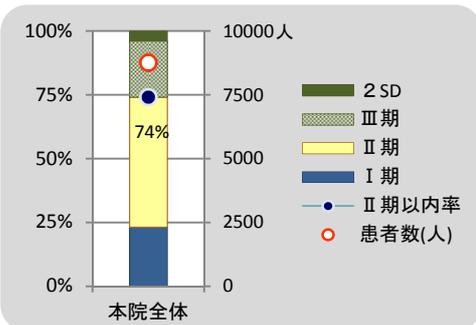
内科MDC別



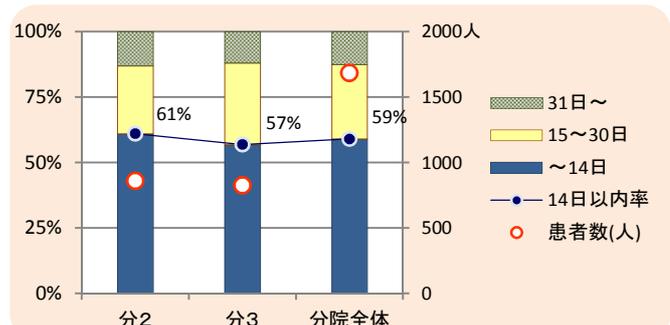
本院病棟別



本院全体



分院病棟別 / 分院全体



外来患者延数の推移

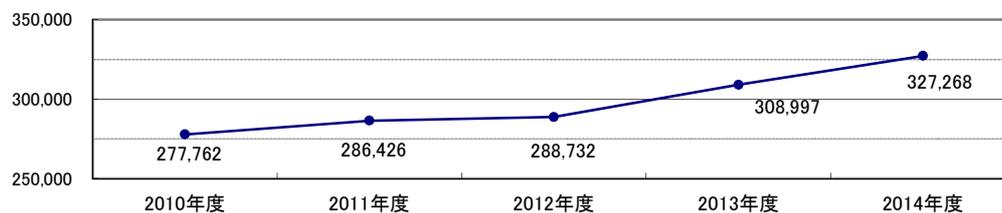
単位：人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
内 科	126,689 429.5 106.9%	136,055 459.6 107.4%	140,882 479.2 103.5%	144,500 489.8 102.6%	148,782 504.3 103.0%
小 児 科	15,862 53.8 94.4%	14,206 48.0 89.6%	12,673 43.1 89.2%	18,369 62.3 144.9%	24,280 82.3 132.2%
産婦人科	14,769 50.1 104.8%	14,279 48.2 96.7%	15,203 51.7 106.5%	17,935 60.8 118.0%	21,014 71.2 117.2%
耳鼻咽喉科	8,002 27.1 96.8%	9,042 30.5 113.0%	9,815 33.4 108.5%	11,824 40.1 120.5%	12,365 41.9 104.6%
外 科	16,309 55.3 102.4%	17,147 57.9 105.1%	16,705 56.8 97.4%	16,772 56.9 100.4%	15,449 52.4 92.1%
脳神経外科	3,981 16.3 110.5%	4,287 17.5 107.7%	4,452 18.2 103.8%	5,301 21.6 119.1%	5,473 22.4 103.2%
心臓血管外科	1,326 27.1 87.5%	1,647 30.5 124.2%	1,541 16.4 93.6%	1,864 19.6 121.0%	1,792 18.7 96.1%
呼吸器外科	146 3.6 98.6%	142 3.5 97.3%	102 2.4 71.8%	51 1.2 50.0%	45 1.1 88.2%
皮 膚 科	20,353 69.0 101.8%	20,542 69.4 100.9%	19,158 65.2 93.3%	18,843 63.9 98.4%	20,548 69.7 109.0%
泌尿器科	13,762 46.7 98.4%	13,772 46.5 100.1%	14,334 48.8 104.1%	14,345 48.6 100.1%	15,277 51.8 106.5%
眼 科	14,773 50.1 101.1%	13,313 45.0 90.1%	11,856 40.5 89.1%	11,626 39.4 98.1%	12,443 42.2 107.0%
整形外科	29,681 100.6 113.7%	30,361 102.6 102.3%	30,547 103.9 100.6%	36,380 123.3 119.1%	39,811 135.0 109.4%
神 経 科	11,024 37.4 105.4%	10,824 36.6 98.2%	10,828 36.8 100.0%	10,726 36.4 99.1%	9,613 32.6 89.6%
リハビリテーション科	1,085 3.7 101.4%	809 2.7 74.6%	636 2.2 78.6%	461 1.6 72.5%	376 1.3 81.6%
合 計	277,762 941.6 104.8%	286,426 967.7 103.1%	288,732 982.1 100.8%	308,997 1,047.4 107.0%	327,268 1,109.4 105.9%
診療日数	295 日	296 日	294 日	295 日	295 日

* 上段：外来患者延数

中段：1日平均患者数

下段：前年比



新外来患者延数の推移

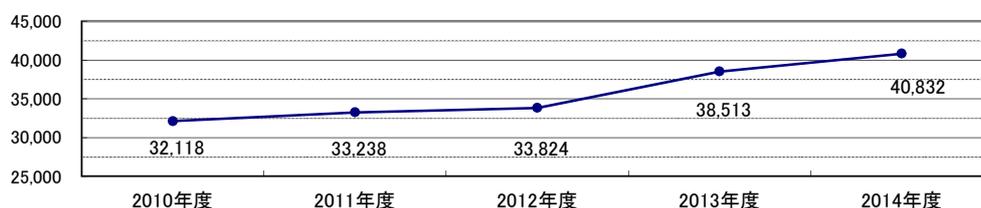
単位：人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
内 科	13,090 44.4 95.6%	13,448 45.4 102.7%	14,484 49.3 107.7%	14,767 50.1 102.0%	15,732 53.3 106.5%
小 児 科	5,143 17.4 107.0%	5,482 18.5 106.6%	4,630 15.7 84.5%	6,785 23.0 146.5%	7,742 26.2 114.1%
産婦人科	1,162 3.9 98.2%	1,109 3.7 95.4%	1,257 4.3 113.3%	1,532 5.2 121.9%	1,919 6.5 125.3%
耳鼻咽喉科	1,569 5.3 87.2%	1,673 5.7 106.6%	1,865 6.3 111.5%	2,145 7.3 115.0%	2,157 7.3 100.6%
外 科	1,361 4.6 102.4%	1,392 4.7 102.3%	1,371 4.7 98.5%	1,501 5.1 109.5%	1,482 5.0 98.7%
脳神経外科	737 3.0 94.2%	881 3.6 119.5%	982 4.0 111.5%	1,318 5.4 134.2%	1,445 5.9 109.6%
心臓血管外科	15 0.3 51.7%	20 0.4 133.3%	21 0.2 105.0%	35 0.4 166.7%	37 0.4 105.7%
呼吸器外科	0 0.0 —	2 0.0 —	4 0.1 200.0%	3 0.1 75.0%	3 0.1 100.0%
皮 膚 科	2,663 9.0 104.6%	2,903 9.8 109.0%	2,744 9.3 94.5%	2,651 9.0 96.6%	2,613 8.9 98.6%
泌尿器科	944 3.2 89.1%	991 3.3 105.0%	1,091 3.7 110.1%	1,181 4.0 108.2%	1,354 4.6 114.6%
眼 科	1,034 3.5 103.9%	905 3.1 87.5%	886 3.0 97.9%	1,141 3.9 128.8%	1,091 3.7 95.6%
整形外科	4,232 14.3 97.3%	4,278 14.5 101.1%	4,351 14.8 101.7%	5,306 18.0 121.9%	5,134 17.4 96.8%
神 経 科	154 0.5 129.4%	141 0.5 91.6%	123 0.4 87.2%	139 0.5 113.0%	113 0.4 81.3%
リハビリテーション科	14 0.0 116.7%	13 0.0 92.9%	15 0.1 115.4%	9 0.0 60.0%	10 0.0 111.1%
合 計	32,118 108.9 98.2%	33,238 112.3 103.5%	33,824 115.0 101.8%	38,513 130.6 113.9%	40,832 138.4 106.0%
診療日数	295 日	296 日	294 日	295 日	295 日

* 上段:新外来患者延数

中段:1日平均患者数

下段:前年比



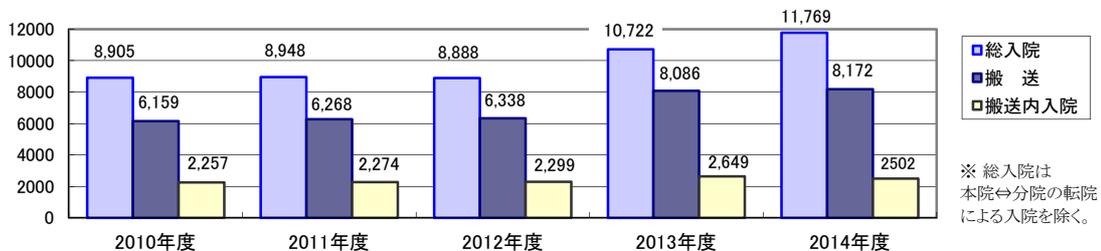
ER受診件数の推移

	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度	
	外来	内入院								
内科	8,466	2,723 32.2%	8,551	2,833 33.1%	9,916	3,012 30.4%	10,330	3,237 31.3%	10,903	3,100 28.4%
小児科	5,418	414 7.6%	4,906	348 7.1%	2,969	40 1.3%	5,564	501 9.0%	5,962	566 9.5%
産婦人科	365	220 60.3%	339	224 66.1%	320	205 64.1%	383	232 60.6%	606	312 51.5%
耳鼻咽喉科	51	2 3.9%	77	6 7.8%	82	8 9.8%	105	7 6.7%	176	21 11.9%
外科	1,453	274 18.9%	1,410	290 20.6%	1,388	343 24.7%	1,639	374 22.8%	1,420	334 23.5%
脳神経外科	667	107 16.0%	939	113 12.0%	1,080	94 8.7%	1,471	131 8.9%	1,592	142 8.9%
心血管外科	8	6 75.0%	10	3 30.0%	11	9 81.8%	7	5 71.4%	14	10 71.4%
呼吸器外科	0	0 -								
皮膚科	205	6 2.9%	264	6 2.3%	313	14 4.5%	377	8 2.1%	429	6 1.4%
泌尿器科	273	12 4.4%	316	10 3.2%	434	12 2.8%	558	8 1.4%	578	18 3.1%
眼科	8	1 12.5%	6	0 0.0%	4	0 0.0%	7	0 0.0%	11	0 0.0%
整形外科	2,234	304 13.6%	2,223	270 12.1%	2,446	293 12.0%	3,045	392 12.9%	3,047	385 12.6%
神経科	0	0 -	0	0 -	1	0 0.0%	1	0 0.0%	0	0 -
合計	19,148	4,069	19,041	4,103	18,964	4,030	23,487	4,895	24,738	4,894
月平均 入院率	1,596	339 21.3%	1,587	342 21.5%	1,580	336 21.3%	1,957	408 20.8%	2,062	408 19.8%

* 上段:延患者数 下段:入院率

救急車搬送件数の推移 (※救急搬送通知書より)

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
搬送件数	6,159	6,268	6,338	8,086	8,172
内入院件数	2,257	2,274	2,299	2,649	2,502
入院率	36.6%	36.3%	36.3%	32.8%	30.6%
総入院内入院率	25.3%	25.4%	25.9%	24.7%	21.3%



t-PA実施件数の推移 (※血栓溶解療法)

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
実施件数	5	3	1	9	3

河北救急車出動回数

2013年度	2014年度
287	480

※ 2013年4月より運用開始

2014年度 患者延数(再掲)

入院患者数

(診療日数 365 日)

	内科	小児科	産婦人科	耳鼻 咽喉科	外科	脳神経 外科	心臓血管 外科	呼吸器 外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	整形外科	リハビリ科	合計
本院	43,062	5,285	5,312	2,184	12,643	2,862	1,973	0	1,136	1,663	751	16,166	0	93,037
分院	26,247								7					26,254
計	69,309	5,285	5,312	2,184	12,643	2,862	1,973	0	1,143	1,663	751	16,166	0	119,291
1日平均	189.9	14.5	14.6	6.0	34.6	7.8	5.4	0.0	3.1	4.6	2.1	44.3	0.0	326.8

新入院患者数

(診療日数 365 日)

	内科	小児科	産婦人科	耳鼻 咽喉科	外科	脳神経 外科	心臓血管 外科	呼吸器 外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	整形外科	リハビリ科	合計
本院	4,391	1,333	915	413	1,148	229	64	0	63	338	781	896	0	10,571
分院	1,197								1					1,198
計	5,588	1,333	915	413	1,148	229	64	0	64	338	781	896	0	11,769
1日平均	15.3	3.7	2.5	1.1	3.1	0.6	0.2	0.0	0.2	0.9	2.1	2.5	0.0	32.2

※ 本院⇄分院の転院による入院を除く。

外来患者数

(診療日数 295 日)

	内科	小児科	産婦人科	耳鼻 咽喉科	外科	脳神経 外科	心臓血管 外科	呼吸器 外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	整形外科	神経 精神科	リハビリ科	合計
本院	24,138	5,679	21,014	12,365	15,449	5,473	1,792	45	428	15,277	82	21,894	409	376	124,421
分院	65,036	18,601											9,204		92,841
クリニック	59,608								20,120		12,361	17,917			110,006
計	148,782	24,280	21,014	12,365	15,449	5,473	1,792	45	20,548	15,277	12,443	39,811	9,613	376	327,268
1日平均	504.3	82.3	71.2	41.9	52.4	22.4	18.7	1.1	69.7	51.8	42.2	135.0	32.6	1.3	1,109.4

● 頭痛外来(本院内科に含む): 615件

新外来患者数

(診療日数 295 日)

	内科	小児科	産婦人科	耳鼻 咽喉科	外科	脳神経 外科	心臓血管 外科	呼吸器 外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	整形外科	神経 精神科	リハビリ科	合計
本院	8,939	3,498	1,919	2,157	1,482	1,445	37	3	287	1,354	16	2,885	0	10	24,032
分院	2,924	4,244							0				113		7,281
クリニック	3,869								2,326		1,075	2,249			9,519
計	15,732	7,742	1,919	2,157	1,482	1,445	37	3	2,613	1,354	1,091	5,134	113	10	40,832
1日平均	53.3	26.2	6.5	7.3	5.0	5.9	0.4	0.1	8.9	4.6	3.7	17.4	0.4	0.0	138.4

紹介率の推移 (本院)

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
紹介率	68.8%	68.9%	67.6%	70.7%	72.2%
紹介患者数	6,957	6,868	6,918	7,619	9,546
緊急入院数	2,060	1,855	1,797	2,448	
初診患者数	13,098	12,662	12,883	14,240	13,223

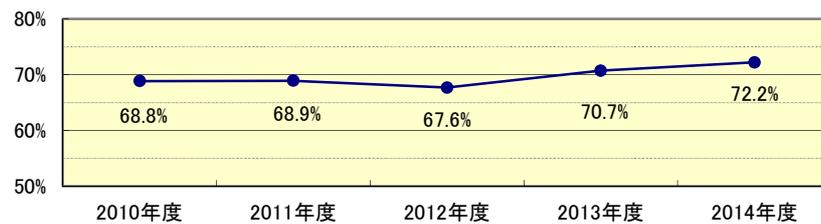
■ 新紹介率 = 紹介患者数 / 初診患者数

※ 2014年4月より、初診患者数は救急搬送患者を除く。

■ 旧紹介率 = (紹介患者数 + 緊急入院患者数) / 初診患者数

※ 初診患者数は、休日・夜間の救急患者数を除く。但し、紹介状持参の場合は含める。

(地域医療支援病院算定式に則る)



逆紹介患者数の推移 (センター計)

単位：人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
逆紹介患者数	6,188	6,128	6,784	8,137	9,317
前年比	100.7%	99.0%	110.7%	119.9%	114.5%

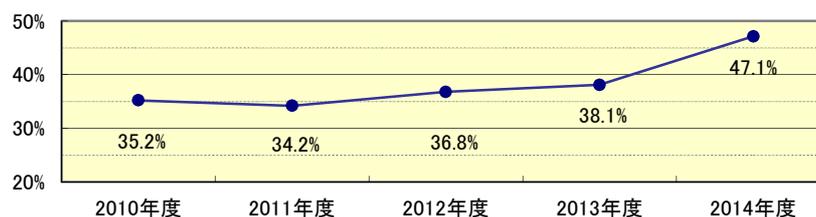


逆紹介率の推移 (本院)

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
逆紹介率	35.2%	34.2%	36.8%	38.1%	47.1%
初診患者数	13,098	12,662	12,883	14,240	13,223
逆紹介患者数	4,608	4,326	4,738	5,422	6,233

■ 逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診患者数

(地域医療支援病院算定式に則る)



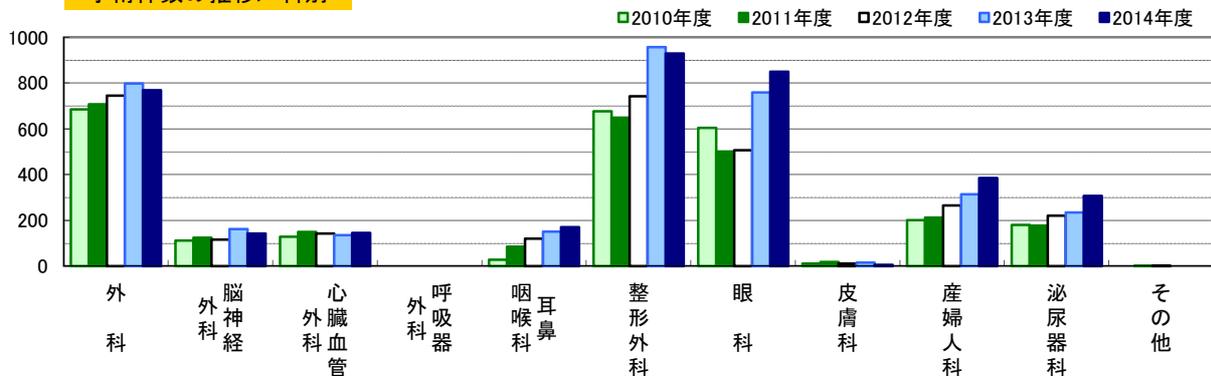
手術件数の推移

	外科	脳神経外科	心臓血管外科	呼吸器外科	耳鼻咽喉科	整形外科	眼科	皮膚科	産婦人科	泌尿器科	その他	合計
2010年度	685	112	129	0	29	677	604	12	201	180	0	2,629
	102%	90%	71%	-	363%	119%	136%	60%	89%	98%	-	108%
2011年度	707	124	150	0	85	649	501	19	212	178	1	2,626
	103%	111%	116%	-	293%	96%	83%	158%	105%	99%	-	100%
2012年度	744	116	143	0	121	742	506	11	265	220	2	2,870
	105%	94%	95%	-	142%	114%	101%	58%	125%	124%	200%	109%
2013年度	797	162	135	0	151	956	758	16	314	234	0	3,523
	107%	140%	94%	-	125%	129%	150%	145%	118%	106%	-	123%
2014年度	769	142	146	0	171	929	849	6	385	307	0	3,704
	96%	88%	108%	-	113%	97%	112%	38%	123%	131%	-	105%

* 上段:延件数 下段:前年比(%)



手術件数の推移/科別



手術件数 (2014年度詳細)

※ 2014年度より、産婦人科の内訳をOPとアウスから産科と婦人科へ変更。

単位: 件

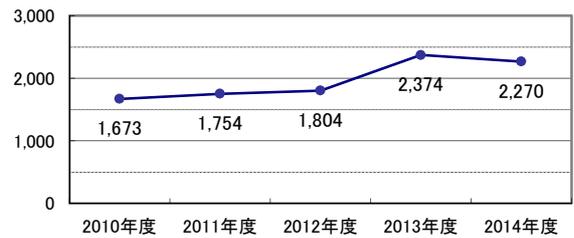
	外科	脳神経外科	心臓血管外科	呼吸器外科	耳鼻咽喉科	整形外科	眼科	皮膚科	産婦人科		泌尿器科	その他	合計
									産科	婦人科			
全麻	607	92	69		164	324	1	1	6	240	125		1,629
	(184)	(31)	(9)		(2)	(18)			(2)	(26)	(2)		(274)
硬麻・腰麻	71					433	1		68	25	98		696
	(6)					(21)	(1)		(42)	(2)	(4)		(76)
局麻(その他)	91	50	77		7	172	847	5		46	84		1,379
	(10)	(42)	(6)		(1)	(16)				(3)	(8)		(86)
合計	769	142	146	0	171	929	849	6	74	311	307	0	3,704
	(200)	(73)	(15)	(0)	(3)	(55)	(1)	(0)	(44)	(31)	(14)	(0)	(436)

* 上段:延件数 下段:内臨時手術件数

外来手術件数の推移

単位：件

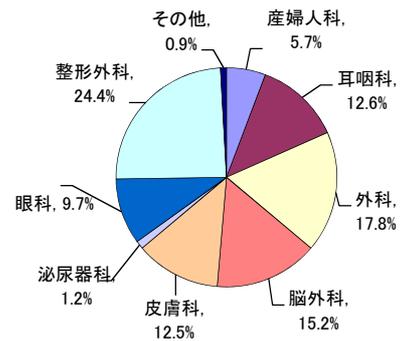
	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
合 計	1,673	1,754	1,804	2,374	2,270
月平均	139.4	146.2	150.3	197.8	189.2
前年比	97.4%	104.8%	102.9%	131.6%	95.6%



(2014年度詳細)

単位：件

産婦人科	130	脳神経外科	345	眼 科	221
耳鼻咽喉科	286	皮 膚 科	283	整形外科	553
外 科	405	泌尿器科	27	そ の 他	20
合 計					2,270



内視鏡検査件数の推移

単位：件

	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度	
入 院	1,760	(322)	1,770	(289)	1,816	(336)	1,723	(307)	1,868	(341)
外 来	3,547	(505)	3,882	(554)	4,036	(598)	4,400	(599)	4,857	(718)
合 計	5,307	(827)	5,652	(843)	5,852	(934)	6,123	(906)	6,725	(1,059)
月平均	442.3	(68.9)	471.0	(70.3)	487.7	(77.8)	510.3	(75.5)	560.4	(88.3)
前年比	95.3%		106.5%		103.5%		104.6%		109.8%	

※ () = 内 ポリペクトミー&手術件数



分娩件数の推移

単位：件

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
合 計	282	286	297	358	415
月平均	23.5	23.8	24.8	29.8	34.6
前年比	101.1%	101.4%	103.8%	120.5%	115.9%



臨床検査室 検査件数の推移

※ 2015年1月1日付で、中央検査科から臨床検査科「臨床検査室」へ名称を変更

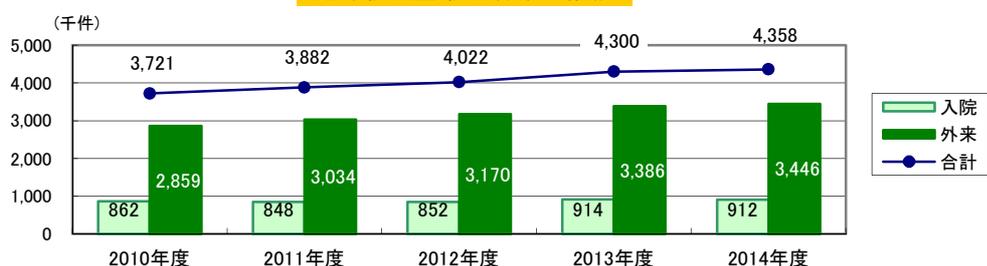
単位：件

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
一 般	入 院	63,889	52,256	47,824	47,864	45,602
	外 来	490,332	523,758	537,347	563,956	588,353
	計	554,221	576,014	585,171	611,820	633,955
	月平均 前年比	46,185 106.5%	48,001 103.9%	48,764 101.6%	50,985 104.6%	52,830 103.6%
血 液	入 院	253,803	250,922	254,289	270,760	265,141
	外 来	542,323	572,484	606,631	649,991	676,626
	計	796,126	823,406	860,920	920,751	941,767
	月平均 前年比	66,344 103.8%	68,617 103.4%	71,743 104.6%	76,729 106.9%	78,481 102.3%
免 疫	入 院	47,552	47,722	48,651	51,185	52,135
	外 来	200,861	209,681	223,810	242,353	239,520
	計	248,413	257,403	272,461	293,538	291,655
	月平均 前年比	20,701 116.1%	21,450 103.6%	22,705 105.8%	24,462 107.7%	24,305 99.4%
細 菌	入 院	20,044	18,524	15,174	16,544	18,409
	外 来	24,794	22,695	22,249	25,914	27,456
	計	44,838	41,219	37,423	42,458	45,865
	月平均 前年比	3,737 98.7%	3,435 91.9%	3,119 90.8%	3,538 113.5%	3,822 108.0%
生化学	入 院	472,118	473,961	482,634	524,004	527,011
	外 来	1,581,178	1,685,014	1,757,561	1,878,420	1,888,469
	計	2,053,296	2,158,975	2,240,195	2,402,424	2,415,480
	月平均 前年比	171,108 104.9%	179,915 105.1%	186,683 103.8%	200,202 107.2%	201,290 100.5%
生理機能	入 院	4,334	4,415	3,458	3,661	3,227
	外 来	19,425	20,578	22,318	25,480	25,997
	計	23,759	24,993	25,776	29,141	29,224
	月平均 前年比	1,980 110.7%	2,083 105.2%	2,148 103.1%	2,428 113.1%	2,435 100.3%
合 計	入 院	861,740	847,800	852,030	914,018	911,525
	外 来	2,858,913	3,034,210	3,169,916	3,386,114	3,446,421
	計	3,720,653	3,882,010	4,021,946	4,300,132	4,357,946
	月平均 前年比	310,054 105.5%	323,501 104.3%	335,162 103.6%	358,344 106.9%	363,162 101.3%

※ システム上の都合により時間外を含む。

外 注	計	84,750	82,870	90,140	93,605	95,535
	月平均	7,063	6,906	7,512	7,800	7,961
	前年比	74.0%	97.8%	108.8%	103.8%	102.1%

臨床検査室 検査件数の推移



病理検査室 検査件数の推移

※ 2015年1月1日付で、病理診断科から臨床検査科「病理検査室」へ名称を変更

単位：件

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
組織診	入院	1,776	1,840	1,958	1,993	2,265
	外来	2,017	2,075	2,230	2,344	2,616
	計	3,793	3,915	4,188	4,337	4,881
	月平均 前年比	316 103.1%	326 103.2%	349 107.0%	361 103.6%	407 112.5%
細胞診	入院	1,044	1,099	1,245	1,170	1,153
	外来	16,521	17,454	17,231	17,474	17,278
	計	17,565	18,553	18,476	18,644	18,431
	月平均 前年比	1,464 101.8%	1,546 105.6%	1,540 99.6%	1,554 100.9%	1,536 98.9%
剖検	入院	23	20	13	13	21
	外来	0	0	2	0	0
	計	23	20	15	13	21
	月平均 前年比	2 88.5%	2 87.0%	1 75.0%	1 86.7%	2 161.5%

剖検状況の推移

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
院内死亡退院数(人)	313	318	292	283	278
剖検数(件)	23	20	13	13	21
剖検率(%)	7.3%	6.3%	4.5%	4.6%	7.6%

リハビリテーション科 実施件数の推移

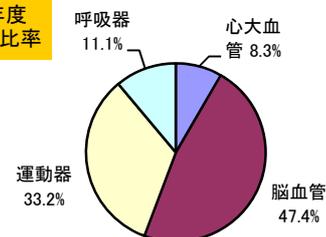
単位：件

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
心大血管	入院	6,124	6,396	7,910	7,084	11,457
	外来	2,111	1,478	2,134	2,959	1,852
	計	8,235	7,874	10,044	10,043	13,309
脳血管	入院	70,579	68,345	77,866	77,614	74,931
	外来	2,748	2,032	1,157	895	706
	計	73,327	70,377	79,023	78,509	75,637
運動器	入院	26,011	24,375	22,747	28,072	32,389
	外来	10,782	11,333	11,468	14,072	20,637
	計	36,793	35,708	34,215	42,144	53,026
呼吸器	入院	3,310	2,836	1,822	1,851	17,649
	外来	1	0	24	25	18
	計	3,311	2,836	1,846	1,876	17,667
合計	入院	106,024	101,952	110,345	114,621	136,426
	外来	15,642	14,843	14,783	17,951	23,213
	計	121,666	116,795	125,128	132,572	159,639
	月平均 前年比	10,139 98.7%	9,733 96.0%	10,427 107.1%	11,048 105.9%	13,303 120.4%

● STとナースの共同作業

摂食機能療法	入院	720	1,065	693	308	468
--------	----	-----	-------	-----	-----	-----

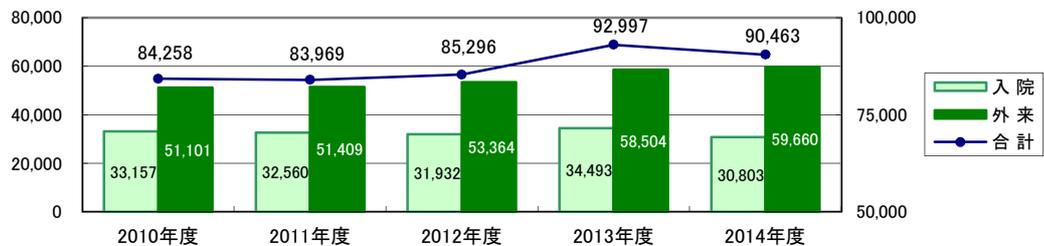
リハビリ件数の推移

2014年度
疾病別比率

画像診断部 検査件数の推移

単位：件

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
一般撮影	入院	30,405	30,482	29,714	31,544	28,260
	外来	50,396	50,853	52,875	57,997	59,171
	計	80,801	81,335	82,589	89,541	87,431
	月平均 前年比	6,733 105.7%	6,778 100.7%	6,882 101.5%	7,462 108.4%	7,286 97.6%
造影・透視	入院	1,231	1,049	1,157	1,518	1,109
	外来	344	249	215	225	134
	計	1,575	1,298	1,372	1,743	1,243
	月平均 前年比	131 91.0%	108 82.4%	114 105.7%	145 127.0%	104 71.3%
R I	入院	111	65	45	70	68
	外来	245	225	216	220	300
	計	356	290	261	290	368
	月平均 前年比	30 107.2%	24 81.5%	22 90.0%	24 111.1%	31 126.9%
血管造影	入院	1,410	964	1,016	1,361	1,366
	外来	116	82	58	62	55
	計	1,526	1,046	1,074	1,423	1,421
	月平均 前年比	127 120.8%	87 68.5%	90 102.7%	119 132.5%	118 99.9%
合計	入院	33,157	32,560	31,932	34,493	30,803
	外来	51,101	51,409	53,364	58,504	59,660
	計	84,258	83,969	85,296	92,997	90,463
	月平均 前年比	7,022 105.7%	6,997 99.7%	7,108 101.6%	7,750 109.0%	7,539 97.3%



CT検査件数の推移

単位：件

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
入院	3,965	3,814	3,695	3,983	3,948
外来	12,168	11,757	12,885	15,269	16,540
合計	16,133	15,571	16,580	19,252	20,488
月平均	1,344	1,298	1,382	1,604	1,707
1日平均	54.7	52.6	56.4	65.3	69.5
前年比	106.6%	96.5%	106.5%	116.1%	106.4%
稼働日数	295日	296日	294日	295日	295日

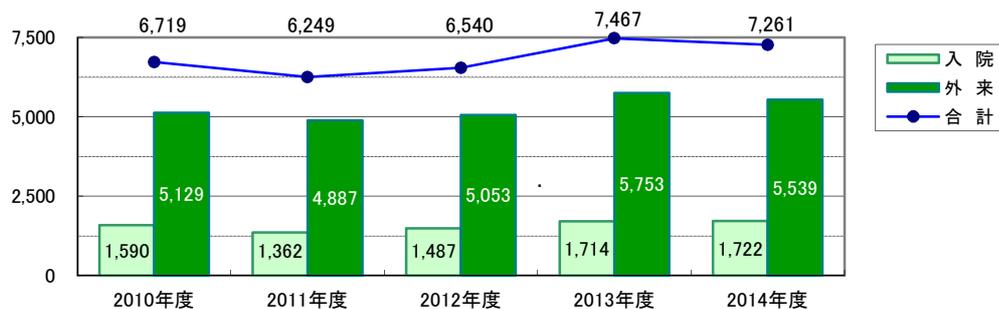
※ 2013年4月15日より、64列CT装置を稼働。



MRI検査件数の推移

単位：件

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
入院	1,590	1,362	1,487	1,714	1,722
外来	5,129	4,887	5,053	5,753	5,539
合計	6,719	6,249	6,540	7,467	7,261
月平均	560	521	545	622	605
1日平均	22.8	21.1	22.2	25.3	24.6
前年比	104.6%	93.0%	104.7%	114.2%	97.2%
稼働日数	295日	296日	294日	295日	295日



超音波検査件数の推移

単位：件

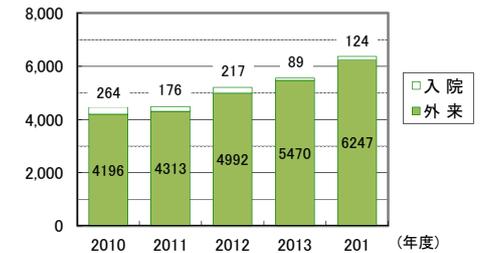
		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
超音波室	入院	5,749	5,690	5,356	5,477	5,355
	外来	9,988	10,856	11,409	12,470	12,920
	計	15,737	16,546	16,765	17,947	18,275
	月平均	1,311	1,379	1,397	1,496	1,523
	1日平均	53.3	55.9	57.0	60.8	61.9
前年比		108.1%	105.1%	101.3%	107.1%	101.8%



泌尿器科	入院	22	14	13	14	10
	外来	1,043	1,138	1,319	1,274	1,278
	計	1,065	1,152	1,332	1,288	1,288
産婦人科	入院	242	162	204	75	114
	外来	3,153	3,175	3,673	4,196	4,969
	計	3,395	3,337	3,877	4,271	5,083
外来計	入院	264	176	217	89	124
	外来	4,196	4,313	4,992	5,470	6,247
	計	4,460	4,489	5,209	5,559	6,371
	月平均	372	374	434	463	531
	1日平均	15.1	15.2	17.7	18.8	21.6
前年比		103.1%	100.7%	116.0%	106.7%	114.6%



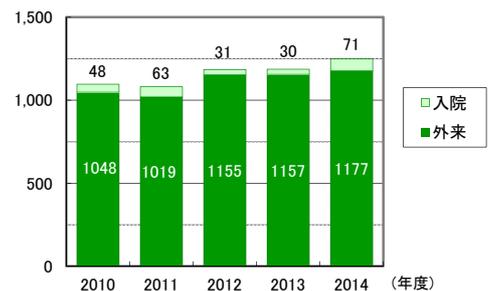
総合計	入院	6,013	5,866	5,573	5,566	5,479
	外来	14,184	15,169	16,401	17,940	19,167
	計	20,197	21,035	21,974	23,506	24,646
	月平均	1,683	1,753	1,831	1,959	2,054
	1日平均	68.5	71.1	74.7	79.7	83.5
前年比		107.0%	104.1%	104.5%	107.0%	104.8%
稼働日数		295日	296日	294日	295日	295日



骨密度検査件数の推移

単位：件

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
入院	48	63	31	30	71	
外来	1,048	1,019	1,155	1,157	1,177	
計	1,096	1,082	1,186	1,187	1,248	
月平均	91.3	90.2	98.8	98.9	104.0	
1日平均	3.7	3.7	4.0	4.0	4.2	
前年比		103.1%	98.7%	109.6%	100.1%	105.1%
稼働日数		295日	296日	294日	295日	295日



薬剤部 統計

内服薬処方箋

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
枚数	60,233	60,955	60,983	69,621	73,043
	5,019	5,080	5,082	5,802	6,087
	96.8%	101.2%	100.0%	114.2%	104.9%
調剤件数	126,083	127,243	129,732	154,917	160,895
	10,507	10,604	10,811	12,910	13,408
	94.2%	100.9%	102.0%	119.4%	103.9%
投薬日数	765,555	795,711	777,194	917,146	947,318
	63,796	66,309	64,766	76,429	78,943
	94.6%	103.9%	97.7%	118.0%	103.3%

* 中段:月平均 下段:前年比(%)

注射処方箋

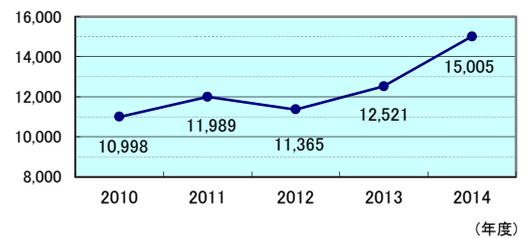
	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
枚数	38,268	41,396	42,750	45,531	41,257
	3,189	3,450	3,563	3,794	3,438
	102.1%	108.2%	103.3%	106.5%	90.6%
件数	126,767	138,399	139,883	150,964	128,092
	10,564	11,533	11,657	12,580	10,674
	102.5%	109.2%	101.1%	107.9%	84.8%
剤数	275,916	306,421	307,297	352,427	306,895
	22,993	25,535	25,608	29,369	25,575
	105.3%	111.1%	100.3%	114.7%	87.1%

* 中段:月平均 下段:前年比(%)

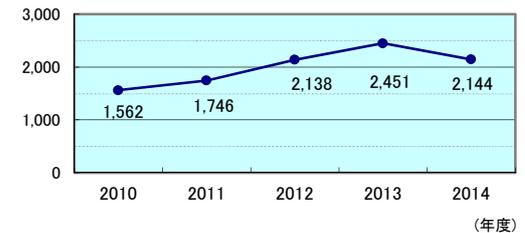
	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
薬剤管理指導件数	10,998	11,989	11,365	12,521	15,005
	101.4%	109.0%	94.8%	110.2%	119.8%
麻薬管理指導 加算件数	276	232	234	267	224
	122.1%	84.1%	100.9%	114.1%	83.9%
退院時薬剤情報 管理指導件数	1,821	2,160	2,258	2,753	5,645
	-	118.6%	104.5%	121.9%	205.0%
医薬品安全性情報 管理加算件数	6,702	7,059	-	-	-
	-	105.3%	-	-	-
化学療法加算枚数	1,562	1,746	2,138	2,451	2,144
	125.1%	111.8%	122.5%	114.6%	87.5%
その他無菌製剤枚数 (加算)	389	346	358	314	245
	94.2%	88.9%	103.5%	87.7%	78.0%
〃 (非加算)	521	530	433	628	926
	114.0%	101.7%	81.7%	145.0%	147.5%

* 下段:前年比(%)

薬剤管理指導件数の推移



化学療法加算枚数の推移



栄養科 統計

栄養指導件数

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	
個人指導	入院	加算	1,546	1,774	1,742	1,714	1,362
		非加算	5,592	8,611	9,379	8,480	7,121
	外来	加算	1,315	1,515	1,543	1,541	1,292
		非加算	1,148	1,301	1,794	1,638	1,748
集団指導	入院	加算	6	3	0	0	0
		非加算	3	0	0	0	0
	外来	加算	0	48	0	0	0
		非加算	3	155	142	16	14
NST		213	277	391	317	354	
合計		9,826	13,684	14,991	13,706	11,891	
月平均		819	1,140	1,249	1,142	991	

食数

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
総食数	290,001	300,476	291,015	300,191	306,581
	24,167	25,040	24,251	25,016	25,548
特別食	102,628	109,274	103,424	102,711	102,818
	8,552	9,106	8,619	8,559	8,568
自費食	5,132	5,297	5,052	5,734	6,926
	428	441	421	478	577

* 下段:月平均

医療社会相談室 支援件数の推移

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
支援件数	2,969	3,850	4,186	3,044	2,721

疾病別・診療科別患者数(大分類)

CD	国際分類大項目分類		内科	小児科	外科	整形科	脳外科	皮膚科	泌尿科	産婦人	眼科	耳鼻科	心外科	総計
I	感染症および寄生虫症	計	220	208	23	1	1	27	1	1		16		498
		男	108	131	11			15				4		269
		女	112	77	12	1	1	12	1	1		12		229
II	新生物	計	434	1	351	7	12	3	155	185		15		1,163
		男	255	1	193	3	5	2	140			11		610
		女	179		158	4	7	1	15	185		4		553
III	血液および造血器の疾患 ならびに免疫機構の障害	計	75	12	5				1	3			1	97
		男	37	10	3								1	51
		女	38	2	2				1	3				46
IV	内分泌、栄養および代謝疾患	計	199	27	6	2	1							235
		男	117	15	3		1							136
		女	82	12	3	2								99
V	精神および行動の障害	計	19	8	2									29
		男	7	5	1									13
		女	12	3	1									16
VI	神経系の疾患	計	212	19	1	10	53					30		325
		男	107	12	1	1	23					19		163
		女	105	7		9	30				11		162	
VII	眼および付属器の疾患	計	2	3							769			774
		男	2	1							287			290
		女		2						482			484	
VIII	耳および乳様突起の疾患	計	61	1								136	1	199
		男	24									61	1	86
		女	37	1							75		113	
IX	循環器系の疾患	計	1,461	3	17	2	44						65	1,592
		男	905	3	14		20						40	982
		女	556		3	2	24					25	610	
X	呼吸器系の疾患	計	919	658	14	1						172		1,764
		男	540	390	10							116		1,056
		女	379	268	4	1					56		708	
X I	消化器系の疾患	計	755	13	658	2				2		7		1,437
		男	394	8	399							4		805
		女	361	5	259	2			2		3		632	
X II	皮膚および皮下組織の疾患	計	47	21	5	9	1	31				3	2	119
		男	25	12	3	5	1	19				1	1	67
		女	22	9	2	4		12			2	1	52	
X III	筋骨格系および結合組織の 疾患	計	160	31		198				1				390
		男	61	13		57								131
		女	99	18		141				1			259	
X IV	尿路生殖器系の疾患	計	452	47	13				123	87				722
		男	202	26	9				107					344
		女	250	21	4			16	87				378	
X V	妊娠、分娩および産褥	計								545				545
		男												
		女							545				545	
X VI	周産期に発生した病態	計		84										84
		男		51										51
		女		33									33	
X VII	先天奇形、変形および染色体 異常	計	3	5	4					4		4		20
		男	1	2	3							3		9
		女	2	3	1					4	1		11	
X VIII	症状、徴候および異常臨床 所見・異常検査所見で他に 分類されないもの	計	204	83	25	4	2			6		2	1	327
		男	100	49	13	3	2					2	1	170
		女	104	34	12	1				6			157	
X IX	損傷、中毒およびその他の 外因の影響	計	100	105	20	601	118	2		4	1	5		956
		男	56	58	11	202	59					2		388
		女	44	47	9	399	59	2	4	1	3		568	
X X I	健康状態に影響をおよぼす 要因および保健サービスの 利用	計	499		124	66			26	31				746
		男	363		81	33			21					498
		女	136		43	33		5	31				248	
総計		計	5,822	1,329	1,268	903	232	63	306	869	770	390	70	12,022
		男	3,304	787	755	304	111	36	268		287	223	44	6,119
		女	2,518	542	513	599	121	27	38	869	483	167	26	5,903

疾病別・年齢別患者数(大分類)

CD	国際分類大項目分類		0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳
I	感染症および寄生虫症	計	121	57	27	8	17	13	10	17	6	11	10	16
		男	77	34	19	3	5	5	4	6	2	6	6	10
		女	44	23	8	5	12	8	6	11	4	5	4	6
II	新生物	計	1			1	8	13	32	41	48	45	45	36
		男	1						6	2	7	14	21	27
		女				1	8	13	26	39	41	31	24	9
III	血液および造血管の疾患ならびに免疫機構の障害	計	4	6	2	3	5	2	6	3	4	1	3	2
		男	2	6	2	2	2		1			1		3
		女	2			1	3	2	5	3	3			
IV	内分泌、栄養および代謝疾患	計	13	8	6		1	1	4	7	4	11	11	8
		男	10	2	3		1		4	3	2	9	7	6
		女	3	6	3					1	4	2	2	4
V	精神および行動の障害	計	3		4	1	1	1		2	1	1	2	
		男	3		2		1				1	1		1
		女			2	1			1					1
VI	神経系の疾患	計	9	8	2	3	10	8	9	10	13	14	11	17
		男	6	4	2	1	2	5	7	7	7	7	7	11
		女	3	4		2	8	3	2	3	6	7	7	6
VII	眼および付属器の疾患	計	3							1	2	5	8	9
		男	1									3	4	3
		女	2							1	2	2	4	6
VIII	耳および乳様突起の疾患	計	3	2	2		4	6	13	7	11	7	8	19
		男	1	1	2		1	3	5	4	5	4	5	9
		女	2	1			3	3	8	3	6	3	3	10
IX	循環器系の疾患	計	1		2		2	4	6	17	28	40	50	74
		男	1		2		2	4	3	13	24	30	37	60
		女							3	4	4	10	13	14
X	呼吸器系の疾患	計	553	100	23	15	38	36	33	36	19	25	27	24
		男	331	58	12	7	20	26	19	28	11	17	17	14
		女	222	42	11	8	18	10	14	8	8	8	10	10
X I	消化器系の疾患	計	9	7	8	8	32	36	45	54	57	75	64	71
		男	5	6	3	3	23	18	27	26	31	49	43	45
		女	4	1	5	5	9	18	18	28	26	26	21	26
X II	皮膚および皮下組織の疾患	計	17	1	3	1		3	4	2	2	1	4	3
		男	12			1		1	3	1	1	1	3	1
		女	5	1	3			2	1	1	1		1	2
X III	筋骨格系および結合組織の疾患	計	29	2	1	2	4	8	9	12	11	9	15	14
		男	12	1	1	1	1	1	1	8	6	7	6	7
		女	17	1		1	3	7	8	4	5	2	9	7
X IV	尿路生殖器系の疾患	計	40	5	3	2	14	18	33	34	28	24	27	20
		男	24	1	2		2	2	6	14	9	8	12	9
		女	16	4	1	2	12	16	27	20	19	16	15	11
X V	妊娠、分娩および産褥	計				5	31	132	229	110	37	1		
		男												
		女				5	31	132	229	110	37	1		
X VI	周産期に発生した病態	計	84											
		男	51											
		女	33											
X VII	先天奇形、変形および染色体異常	計	5	1	2			3	3	1	2	2		
		男	2		1			1	1	1	1	1		
		女	3	1	1			2	2		1	1		
X VIII	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	計	66	8	6	5	3	3	3	5	2	6	6	5
		男	39	4	5	1			2	3	1	4	3	2
		女	27	4	1	4	3	3	1	2	1	2	3	3
X IX	損傷、中毒およびその他の外因の影響	計	76	37	18	19	11	22	14	18	23	24	34	29
		男	42	22	14	16	8	14	8	14	15	14	22	17
		女	34	15	4	3	3	8	6	4	8	10	12	12
X X I	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	計		2	2	5	1	3	12	10	11	26	33	20
		男		2	1	3			5	1	7	23	20	11
		女			1	2	1				4	3	13	9
総計		計	1,037	244	111	78	182	312	465	387	309	328	358	367
		男	620	141	71	38	68	80	102	132	131	198	217	234
		女	417	103	40	40	114	232	363	255	178	130	141	133

疾病別・年齢別患者数(大分類)

CD	国際分類大項目分類		60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95-99歳	100-105歳	105歳-	合計	平均	
I	感染症および寄生虫症	計	12	16	22	23	31	44	29	8			498	39.9	
		男	8	11	13	14	11	19	16					269	36.2
		女	4	5	9	9	20	25	13	8				229	44.3
II	新生物	計	91	120	173	182	160	126	34	4	3		1163	68.5	
		男	69	71	111	115	85	61	15	4	1			610	72.0
		女	22	49	62	67	75	65	19		2			553	64.7
III	血液および造血管の疾患ならびに免疫機構の障害	計	3	7	6	12	13	4	9	2			97	57.0	
		男	3	6	1	10	6	1	2					51	53.8
		女		1	5	2	7	3	7	2				46	60.5
IV	内分泌、栄養および代謝疾患	計	12	35	21	26	23	33	7	3	1		235	62.7	
		男	10	20	9	17	13	15	2	3				136	61.3
		女	2	15	12	9	10	18	5		1			99	64.6
V	精神および行動の障害	計	1	1		2	2	5	1	1			29	50.7	
		男	1					2	1					13	40.3
		女		1		2	2	3			1			16	59.1
VI	神経系の疾患	計	15	31	30	34	53	35	10	3			325	62.8	
		男	7	14	12	20	23	16	4	1				163	60.6
		女	8	17	18	14	30	19	6	2				162	65.0
VII	眼および付属器の疾患	計	31	82	125	176	205	92	33	2			774	76.7	
		男	12	29	45	67	78	38	10					290	76.7
		女	19	53	80	109	127	54	23	2				484	76.6
VIII	耳および乳様突起の疾患	計	13	20	26	21	25	11	1				199	60.4	
		男	7	8	8	8	10	5						86	58.5
		女	6	12	18	13	15	6	1					113	61.8
IX	循環器系の疾患	計	116	146	219	248	251	242	112	27	7		1592	74.1	
		男	92	108	164	156	133	114	25	10	4			982	71.1
		女	24	38	55	92	118	128	87	17	3			610	79.0
X	呼吸器系の疾患	計	29	55	89	128	180	200	122	26	6		1764	44.9	
		男	17	44	64	79	98	116	63	15				1056	44.4
		女	12	11	25	49	82	84	59	11	6			708	45.7
X I	消化器系の疾患	計	97	142	114	147	239	146	70	11	5		1437	65.4	
		男	68	98	74	78	117	64	24	2	1			805	63.5
		女	29	44	40	69	122	82	46	9	4			632	67.9
X II	皮膚および皮下組織の疾患	計	5	6	6	15	19	15	9	2	1		119	60.3	
		男	4	4	3	10	10	9	3					67	58.0
		女	1	2	3	5	9	6	6	2	1			52	63.2
X III	筋骨格系および結合組織の疾患	計	19	31	55	59	52	38	15	4	1		390	63.7	
		男	9	9	15	13	17	9	6	1				131	59.6
		女	10	22	40	46	35	29	9	3	1			259	65.7
X IV	尿路生殖器系の疾患	計	33	52	65	75	103	84	42	19	1		722	63.2	
		男	23	36	50	36	60	34	12	4				344	64.9
		女	10	16	15	39	43	50	30	15	1			378	61.6
X V	妊娠、分娩および産褥	計											545	31.9	
		男												0	
		女												545	31.9
X VI	周産期に発生した病態	計											84	0.0	
		男												51	0.0
		女												33	0.0
X VII	先天奇形、変形および染色体異常	計				1							20	24.8	
		男				1								9	30.6
		女												11	20.0
X VIII	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	計	7	16	25	31	48	54	22	5	1		327	56.9	
		男	4	10	12	17	24	25	11	2	1			170	55.0
		女	3	6	13	14	24	29	11	3				157	58.9
X IX	損傷、中毒およびその他の外因の影響	計	37	51	59	91	144	138	89	20	2		956	62.2	
		男	22	18	25	25	41	36	12	3				388	50.5
		女	15	33	34	66	103	102	77	17	2			568	70.2
X X I	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	計	76	114	155	120	101	47	8				746	68.8	
		男	54	77	112	85	69	23	5					498	69.3
		女	22	37	43	35	32	24	3					248	67.8
総計		計	597	925	1190	1391	1649	1314	613	137	28	0	12022	—	
		男	410	563	718	751	795	587	211	45	7	0	6119	—	
		女	187	362	472	640	854	727	402	92	21	0	5903	—	

疾病別・在院日数別患者数(大分類)

CD	国際分類大項目分類		1-7日	8-14日	15-31日	32-60日	61-90日	91-180日	181日以上	合計
I	感染症および寄生虫症	計	323	114	42	12	5	1	1	498
		男	180	58	20	7	3			269
		女	143	56	22	5	2	1	1	229
II	新生物	計	509	292	266	78	11	7		1,163
		男	257	134	161	46	8	4		610
		女	252	158	105	32	3	3		553
III	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	計	46	29	18	1	2	1		97
		男	20	17	11	1	2			51
		女	26	12	7			1		46
IV	内分泌、栄養および代謝疾患	計	100	83	44	4	3	1		235
		男	59	49	24	1	2	1		136
		女	41	34	20	3	1			99
V	精神および行動の障害	計	19	2	3	5				29
		男	11	1		1				13
		女	8	1	3	4				16
VI	神経系の疾患	計	145	103	51	21	5			325
		男	74	49	28	9	3			163
		女	71	54	23	12	2			162
VII	眼および付属器の疾患	計	770	4						774
		男	288	2						290
		女	482	2						484
VIII	耳および乳様突起の疾患	計	125	71	2	1				199
		男	49	36		1				86
		女	76	35	2					113
IX	循環器系の疾患	計	619	455	404	100	9	5		1,592
		男	413	278	233	49	5	4		982
		女	206	177	171	51	4	1		610
X	呼吸器系の疾患	計	1,019	452	211	64	14	4		1,764
		男	608	268	130	40	9	1		1,056
		女	411	184	81	24	5	3		708
X I	消化器系の疾患	計	749	431	195	54	4	4		1,437
		男	429	238	108	27	2	1		805
		女	320	193	87	27	2	3		632
X II	皮膚および皮下組織の疾患	計	39	44	27	9				119
		男	21	22	20	4				67
		女	18	22	7	5				52
X III	筋骨格系および結合組織の疾患	計	85	86	172	40	4	3		390
		男	31	38	45	14	2	1		131
		女	54	48	127	26	2	2		259
X IV	尿路生殖器系の疾患	計	347	212	135	23	5			722
		男	173	96	59	15	1			344
		女	174	116	76	8	4			378
X V	妊娠、分娩および産褥	計	404	113	17	10		1		545
		男								
		女	404	113	17	10		1		545
X VI	周産期に発生した病態	計	61	22	1					84
		男	38	13						51
		女	23	9	1					33
X VII	先天奇形、変形および染色体異常	計	14	6						20
		男	8	1						9
		女	6	5						11
X VIII	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	計	230	57	23	12	3	2		327
		男	119	30	12	6	2	1		170
		女	111	27	11	6	1	1		157
X IX	損傷、中毒およびその他の外因の影響	計	427	133	263	121	9	2	1	956
		男	224	54	68	35	7			388
		女	203	79	195	86	2	2	1	568
X X I	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	計	449	150	129	16	2			746
		男	278	104	105	10	1			498
		女	171	46	24	6	1			248
総計		計	6,480	2,859	2,003	571	76	31	2	12,022
		男	3,280	1,488	1,024	266	47	13	1	6,119
		女	3,200	1,371	979	305	29	18	1	5,903

疾患別死亡退院患者数 (ICD-10c分類)

	件数
その他の呼吸器系の疾患	24
肺炎	21
心不全	15
脳梗塞	14
その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	12
間質性肺疾患	12
気管、気管支及び肺の悪性新生物	12
その他の悪性新生物	11
敗血症	8
その他の胃腸の疾患	6
肝及び肝内胆管の悪性新生物	6
膵の悪性新生物	6
胃の悪性新生物	5
急性心筋梗塞	5
結腸の悪性新生物	5
大動脈瘤及び解離	5
胆のう及びその他の胆道の悪性新生物	5
特定の処置(菌の補てつを除く)及び保健ケアのための保健サービスの利用者	5
慢性腎不全	5
腸閉塞	4
頭蓋内損傷	4
非ホジキンリンパ腫	4
その他の肝疾患	3
その他の新生物	3
関節リウマチ	3
原因の明示された腸管感染症	3
出血性の病態並びにその他の血液及び造血器の疾患	3
食道の悪性新生物	3
胆嚢炎及び胆嚢移行印及び胆嚢の悪性新生物	3
脳内出血	3
慢性閉塞性肺疾患	3
アルコール性肝疾患	2
くも膜下出血	2
その他の消化器系の疾患	2
その他の心疾患	2
その他の全身性結合組織障害	2
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	2
てんかん	2
体液量減少(症)	2
乳房の悪性新生物	2
不整脈及び伝導障害	2
膀胱の悪性新生物	2
その他のリンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物	1
その他の結核	1
その他の四肢の骨折	1
その他の真菌症	1
その他の腎尿路系の疾患	1
ネフローゼ症候群	1
胃潰瘍	1

	件数
外傷の早期合併症並びに外科的及び内科的ケアの合併症、他に分類されないもの	1
急性膵炎	1
喉頭の悪性新生物	1
脊髄性筋萎縮症及び関連症候群	1
前立腺の悪性新生物	1
中枢神経系の炎症性疾患	1
中皮及び軟部組織の悪性新生物	1
動脈の塞栓症及び血栓症	1
白血病	1
腹膜の疾患	1
卵巣の悪性新生物	1
	261

2014年度 診療圏集計

センター(本院・分院) 新入院患者数

単位:人

杉並区	新入院
阿佐谷南	786
阿佐谷北	1,200
井草	305
永福	129
荻窪	455
下井草	526
下高井戸	96
久我山	56
宮前	168
高井戸西	76
高井戸東	200
高円寺南	444
高円寺北	369
今川	76
松ノ木	202
松庵	79
上井草	144
上荻	133
上高井戸	27
成田西	212
成田東	715
清水	99
西荻南	106
西荻北	171
善福寺	112
大宮	39
天沼	402
桃井	118
南荻窪	212
梅里	175
浜田山	179
方南	56
堀ノ内	206
本天沼	330
和泉	167
和田	116
合計	8,886

単位:人

中野区	新入院
丸山	20
江原町	7
江古田	9
鷺宮	294
若宮	177
松が丘	7
沼袋	32
上高田	12
上鷺宮	119
新井	31
大和町	238
中央	37
中野	50
東中野	16
南台	12
白鷺	364
本町	28
野方	75
弥生町	17
合計	1,545

単位:人

練馬区	新入院
旭丘	1
旭町	3
羽沢	1
栄町	2
下石神井	63
貫井	55
関町東	8
関町南	24
関町北	13
光が丘	3
向山	28
高松	3
高野台	8
桜台	5
三原台	7
春日町	5
上石神井	61
上石神井南町	11
西大泉	9
石神井台	37
石神井町	26
早宮	5
大泉学園	13
大泉町	6
谷原	3
中村	90
中村南	88
中村北	40
田柄	4
土支田	5
東大泉	23
南大泉	12
南田中	43
富士見台	46
平和台	1
豊玉上	4
豊玉中	17
豊玉南	13
豊玉北	16
北町	3
立野町	6
練馬	10
合計	821

単位:人

その他特別区	新入院
葛飾区	4
江戸川区	5
江東区	6
港区	4
荒川区	2
渋谷区	32
新宿区	50
世田谷区	144
千代田区	5
足立区	20
台東区	5
大田区	11
中央区	4
板橋区	15
品川区	7
文京区	13
豊島区	17
北区	17
墨田区	4
目黒区	8
合計	373

単位:人

東京都市部	新入院
あきる野市	1
羽村市	2
国分寺市	34
国立市	5
狛江市	5
三鷹市	31
小金井市	55
小平市	22
昭島市	4
清瀬市	5
西多摩郡	1
西東京市	76
青梅市	1
多摩市	7
町田市	3
調布市	21
東久留米市	16
東村山市	13
東大和市	2
日野市	6
八王子市	9
府中市	18
武蔵村山市	1
武蔵野市	87
福生市	1
立川市	9
合計	435

単位:人

その他	新入院
北海道	2
岩手県	1
宮城県	2
山形県	1
福島県	1
茨城県	9
栃木県	3
群馬県	1
埼玉県	83
神奈川県	56
千葉県	45
愛知県	2
新潟県	5
静岡県	4
長野県	4
愛媛県	3
大阪府	5
奈良県	1
兵庫県	2
和歌山県	2
広島県	1
大分県	1
鳥取県	1
福岡県	2
鹿児島県	3
沖縄県	3
合計	243

2014年度 診療圏集計

センター(本院・分院・クリニック) 外来患者延数

単位:人

杉並区	外来
阿佐谷北	46,154
阿佐谷南	26,118
天沼	9,547
井草	6,220
和泉	2,902
今川	2,003
梅里	5,058
永福	2,115
大宮	896
荻窪	12,342
上井草	3,441
上荻	3,295
上高井戸	771
久我山	1,232
高円寺北	12,146
高円寺南	12,680
清水	2,798
下井草	12,729
下高井戸	1,681
松庵	1,829
善福寺	2,220
高井戸西	1,483
高井戸東	4,466
成田西	5,246
成田東	20,756
西荻北	3,567
西荻南	2,709
浜田山	3,530
方南	1,017
堀ノ内	5,257
本天沼	9,997
松ノ木	4,871
南荻窪	5,084
宮前	4,409
桃井	3,277
和田	2,469
合計	246,313

単位:人

中野区	外来
新井	563
江古田	195
江原町	141
上鷺宮	3,052
上高田	467
鷺宮	6,266
白鷺	9,663
中央	583
中野	895
沼袋	391
野方	1,318
東中野	430
本町	535
松が丘	103
丸山	357
南台	305
大和町	6,158
弥生町	292
若宮	4,053
合計	35,768

単位:人

練馬区	外来
大泉学園	202
春日町	153
上石神井	1,146
上石神井南町	140
北町	63
向山	540
小竹町	11
栄町	39
桜台	81
下石神井	1,327
石神井台	688
石神井町	566
関町北	390
関町東	102
関町南	617
高野台	125
高松	114
田柄	79
立野町	189
土支田	70
豊玉上	22
豊玉北	226
豊玉中	218
豊玉南	313
中村	1,591
中村北	1,025
中村南	2,085
西大泉	106
錦	14
貫井	1,125
練馬	152
早宮	72
東大泉	374
光が丘	207
富士見台	553
南大泉	306
南田中	946
三原台	98
谷原	110
平和台	139
合計	16,320

単位:人

その他特別区	外来
千代田区	109
中央区	90
港区	206
新宿区	1,432
文京区	312
台東区	138
墨田区	98
江東区	291
品川区	281
目黒区	268
大田区	354
世田谷区	2,433
渋谷区	713
豊島区	520
北区	259
荒川区	93
板橋区	441
足立区	311
葛飾区	149
江戸川区	623
合計	9,120

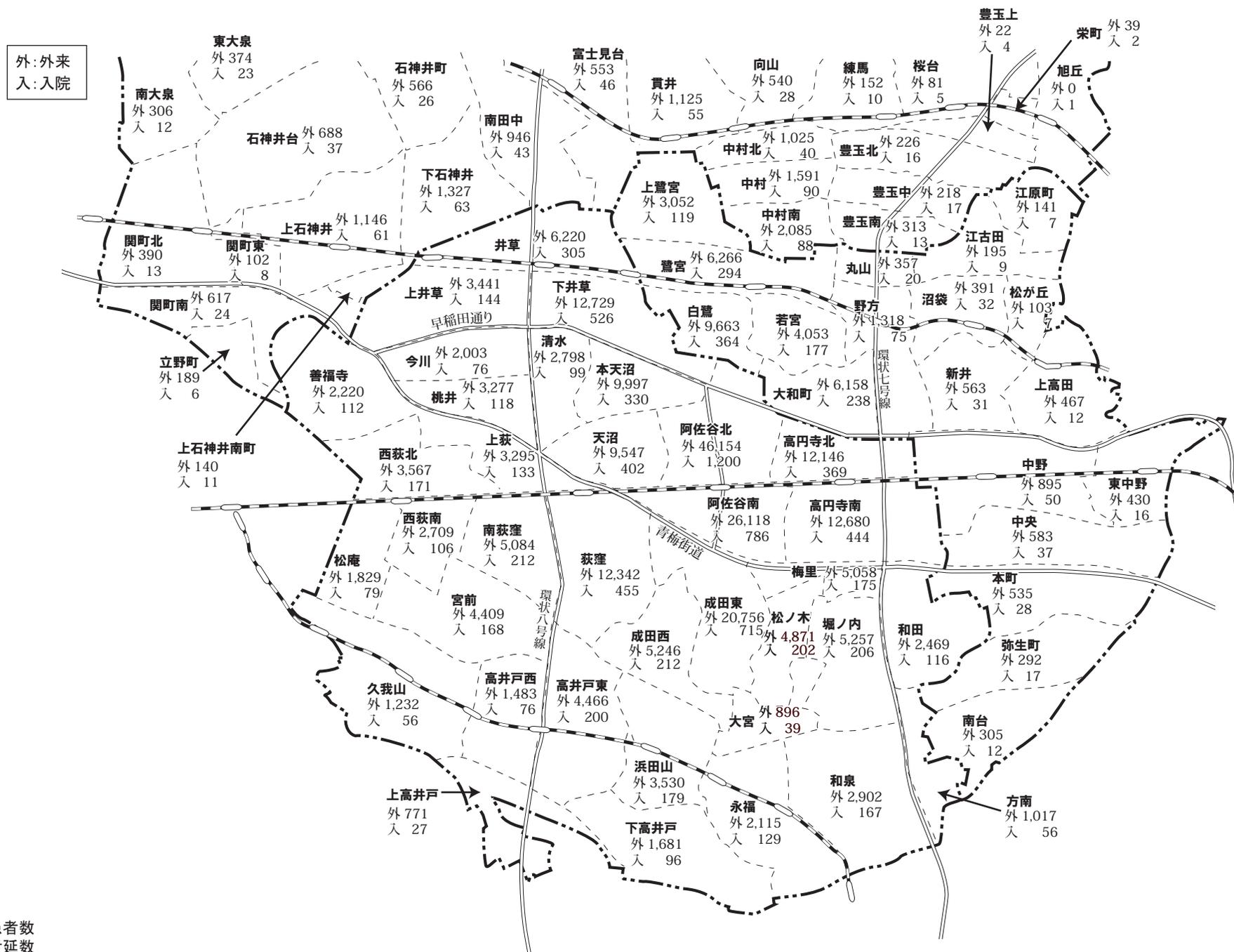
単位:人

東京都市部	外来
八王子市	593
立川市	334
武蔵野市	2,681
三鷹市	1,504
青梅市	164
府中市	423
昭島市	143
調布市	379
町田市	168
小金井市	1,181
小平市	836
日野市	265
東村山市	481
国分寺市	629
国立市	369
田無市	9
狛江市	79
東大和市	176
清瀬市	128
東久留米市	396
武蔵村山市	70
多摩市	111
稲城市	36
羽村市	73
あきる野市	15
西東京市	1,947
東京他・不明	289
合計	13,479

単位:人

その他	外来
北海道	47
青森県	31
秋田	35
山形県	22
福島県	77
茨城県	143
栃木県	58
群馬県	111
埼玉県	2,253
千葉県	983
神奈川県	1,451
山梨県	130
長野県	77
富山県	9
石川県	2
岐阜県	2
静岡県	124
愛知県	69
三重県	26
滋賀県	8
京都府	22
大阪府	74
兵庫県	36
奈良県	55
和歌山県	9
島根県	12
鳥取県	7
岡山県	5
広島県	15
香川県	35
高知県	17
愛媛県	46
長崎県	4
熊本県	5
大分県	14
その他・不明	256
合計	6,267

2014年度 センター（本院・分院・クリニック） 診療圏



※2014年度入院は新入院患者数
 ※2014年度外来は外来患者延数

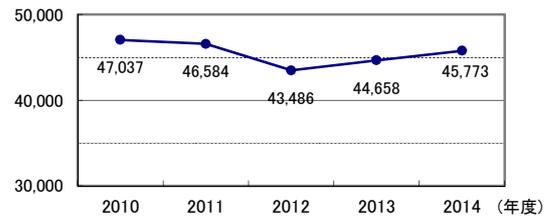
統計

河北リハビリテーション病院
介護老人保健施設シーダ・ウォーク
透析センター
健診センター
河北家庭医療学センター
その他

入院患者延数の推移

単位:人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
入院延数	47,037	46,584	43,486	44,658	45,773
月平均	3,920	3,882	3,624	3,722	3,814
1日平均	128.9	127.3	119.1	122.4	125.4
前年比	99.6%	99.0%	93.3%	102.7%	102.5%
診療日数	365日	366日	365日	365日	365日



入退院患者数の推移

単位:人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
新入院	586	602	545	570	521
退院	594	599	552	564	516
月平均	48.8	50.2	45.4	47.5	43.4
1日平均	49.5	49.9	46.0	47.0	43.0

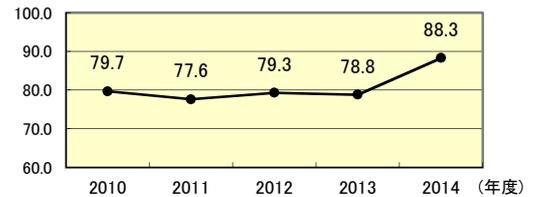
* 下段:月平均



平均在院日数の推移

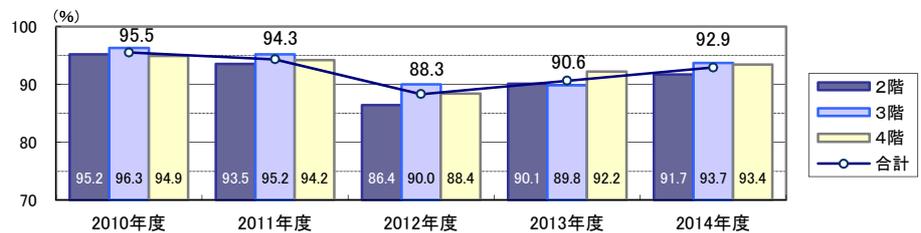
単位:日

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
平均在院日数	79.7	77.6	79.3	78.8	88.3



病床利用率の推移

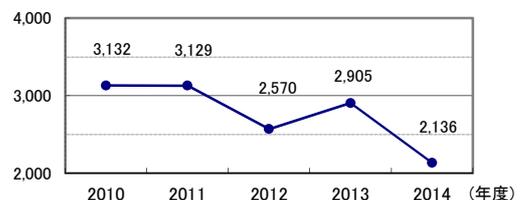
病棟	病床数	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
2階	47	95.2%	93.5%	86.4%	90.1%	91.7%
3階	46	96.3%	95.2%	90.0%	89.8%	93.7%
4階	42	94.9%	94.2%	88.4%	92.2%	93.4%
計	135	95.5%	94.3%	88.3%	90.6%	92.9%



外来患者延数の推移

単位:人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
外来延数	3,132	3,129	2,570	2,905	2,136
月平均	261.0	260.8	214.2	242.1	178.0
1日平均	10.6	10.6	8.7	9.9	7.3
前年比	91.7%	99.9%	82.1%	113.0%	73.5%
診療日数	295日	296日	294日	294日	294日



セラピー部 実施件数の推移

単位：件

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
脳血管	入院	227,683	211,495	254,535	260,391	241,623
	外来	4,171	4,731	3,776	5,104	3,622
	計	231,854	216,226	258,311	265,495	245,245
運動器	入院	62,465	96,627	71,839	77,469	108,886
	外来	993	822	813	780	520
	計	63,458	97,449	72,652	78,249	109,406
合計	入院	290,148	308,122	326,374	337,860	350,509
	外来	5,164	5,553	4,589	5,884	4,142
	計	295,312	313,675	330,963	343,744	354,651
	月平均 前年比	24,609 106.4%	26,140 106.2%	27,580 105.5%	28,645 103.9%	29,554 103.2%

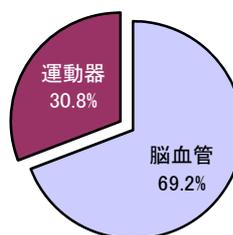
● STとナースの共同作業

摂食機能療法	入院	790	868	1,508	2,034	1,693
--------	----	-----	-----	-------	-------	-------

リハビリ件数の推移



2014年度 疾病別比率



検査科 検査件数の推移

単位：件

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
生化学	入院	40,541	42,782	46,836	48,014	42,303
	外来	1,478	1,850	2,280	2,211	2,198
	計	42,019	44,632	49,116	50,225	44,501
免疫	入院	1,494	2,025	2,287	2,184	2,101
	外来	62	82	95	94	98
	計	1,556	2,107	2,382	2,278	2,199
一般	入院	8,004	6,984	7,864	7,976	7,840
	外来	363	419	469	438	490
	計	8,367	7,403	8,333	8,414	8,330
血液	入院	12,224	12,408	14,205	13,501	12,455
	外来	348	412	548	531	490
	計	12,572	12,820	14,753	14,032	12,945
生理機能	入院	258	215	307	426	303
	外来	571	499	524	540	540
	計	829	714	831	966	843
合計	入院	62,521	64,414	71,499	72,101	65,002
	外来	2,822	3,262	3,916	3,814	3,816
	計	65,343	67,676	75,415	75,915	68,818
	月平均 前年比	5,445 210.1%	5,640 103.6%	6,285 111.4%	6,326 100.7%	5,735 90.7%



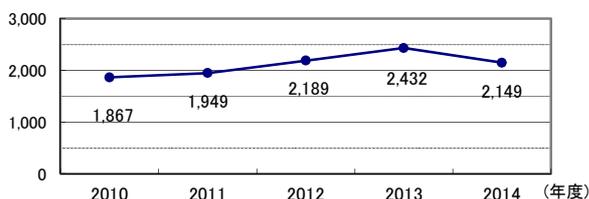
画像診断科 検査件数の推移

単位：件

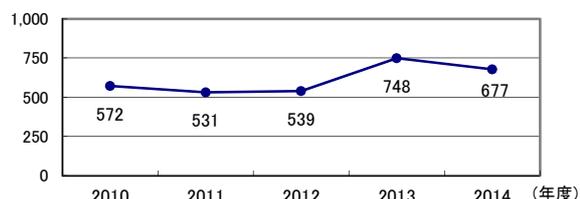
	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
一般撮影	1,797 149.8	1,882 156.8	2,096 174.7	2,327 193.9	2,068 172.3
造影検査	70 5.8	67 5.6	93 7.8	105 8.8	81 6.8
CT検査	572 47.7	531 44.3	539 44.9	748 62.3	677 56.4

* 2段目：月平均

画像診断件数の推移



CT検査件数の推移



薬剤科 統計

入院処方箋

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
枚 数	14,782	15,957	15,752	15,749	15,098
	1,232	1,330	1,313	1,312	1,258
	112.0%	107.9%	98.7%	100.0%	95.9%
調剤件数	37,188	40,893	39,172	38,388	40,886
	3,099	3,408	3,264	3,199	3,407
	103.1%	110.0%	95.8%	98.0%	106.5%
投薬日数	248,553	270,522	270,597	264,657	281,017
	20,713	22,544	22,550	22,055	23,418
	101.8%	108.8%	100.0%	97.8%	106.2%

* 中段:月平均 下段:前年比(%)

注射処方箋

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
枚 数	622	1,091	1,072	793	825
	52	91	89	66	69
	92.1%	175.4%	98.3%	74.0%	104.0%
件 数	1,053	1,561	1,588	1,387	1,878
	88	130	132	116	157
	92.2%	148.2%	101.7%	87.3%	135.4%
剤 数	1,836	2,528	2,689	2,431	3,357
	153	211	224	203	280
	95.5%	137.7%	106.4%	90.4%	138.1%

* 中段:月平均 下段:前年比(%)

薬剤管理指導件数	1	10	0	7	24
----------	---	----	---	---	----

栄養科 統計

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
総 食 数	139,680	138,321	128,727	132,383	135,413
	11,640	11,527	10,727	11,032	11,284
(特別食)	25,998	21,467	25,150	19,383	25,854
	2,167	1,789	2,096	1,615	2,155
(一般食)	113,682	116,854	103,577	113,000	109,559
	9,474	9,738	8,631	9,417	9,130

* 下段:月平均

栄養指導件数

病棟訪問	1,212	1,258	1,355	1,397	1,496
栄養指導	0	0	0	0	0

医療社会相談室 支援件数の推移

単位: 件

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
入 院	2,087	2,132	1,960	2,034	1,963
外 来	52	81	30	49	24
そ の 他	1,073	963	889	918	718
合 計	3,212	3,176	2,879	3,001	2,705
月平均	267.7	264.7	239.9	250.1	225.4

疾病別・年齢別患者数（大分類）

CD	国際分類大項目分類		総計	0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳～	平均		
I	感染症および寄生虫	男	0																	81.0	
		女	1																		
		計	1																		
II	新生物(悪性新生物)	男	0																	62.8	
		女	4								1	1			1						
		計	4								1	1			1						
III	血液および造血系の疾患 ならびに免疫機構の障害	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
IV	内分泌、栄養および 代謝疾患	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
V	精神および行動の障害	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
VI	神経系の疾患	男	3							1	1								1	60.7	
		女	2							1				1							1
		計	5							2	1			1							1
VII	眼および付属器の疾患	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
VIII	耳および乳様突起の疾患	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
IX	循環器系の疾患	男	111						1	8	11	5	8	23	18	21	10	6		72.0	
		女	99							1	7	3	6	6	14	23	29	10		79.6	
		計	210						1	9	18	8	14	29	32	44	39	16		75.6	
X	呼吸器系の疾患	男	0																	75.0	
		女	1												1						
		計	1												1						
X I	消化器系の疾患	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
X II	皮膚および皮下組織の 疾患	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
X III	筋骨格系および結合組織 の疾患	男	20								1		2	3	1	4	7	2		80.9	
		女	37								1	1	1	2	11	9	10	2		80.7	
		計	57								2	1	3	5	12	13	17	4		80.8	
X IV	尿路性器系の疾患	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
X V	妊娠、分娩および産褥	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
X VI	周産期に発生した病態	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
X VII	先天奇形、変形および 染色体異常	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
X VIII	症状、徴候および異常臨床 所見・異常検査所見で他に 分類されないもの	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
X IX	損傷、中毒および その他の外因の影響	男	60						1		3	2	6	2	5	13	19	9		79.6	
		女	170								3	1	3	7	14	39	52	51		85.3	
		計	230						1		6	3	9	9	19	52	71	60		83.8	
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	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
総計		男	194	0	0	0	0	0	2	9	16	7	16	28	24	38	37	17		74.5	
		女	314	0	0	0	0	0	0	2	12	6	11	17	39	73	91	63		81.5	
		計	508	0	0	0	0	0	2	11	28	13	27	45	63	111	128	80		78.9	

疾病別・在院日数別患者数（大分類）

CD	国際分類大項目分類		総計	1～8日	9～15日	16～22日	23～31日	32～61日	62～91日	3～6月	6月～1年	1～2年	2年～
I	感染症および寄生虫	男	0										
		女	1						1				
		計	1						1				
II	新生物(悪性新生物)	男	0										
		女	4					1	1	2			
		計	4					1	1	2			
III	血液および造血系の疾患 ならびに免疫機構の障害	男	0										
		女	0										
		計	0										
IV	内分泌、栄養および代謝疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
V	精神および行動の障害	男	0										
		女	0										
		計	0										
VI	神経系の疾患	男	3						1	2			
		女	2				1		1				
		計	5				1		2	2			
VII	眼および付属器の疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
VIII	耳および乳様突起の疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
IX	循環器系の疾患	男	111	1	4	3	5	17	21	55	5		
		女	99		1	5	3	15	23	48	4		
		計	210	1	5	8	8	32	44	103	9		
X	呼吸器系の疾患	男	0										
		女	1						1				
		計	1						1				
X I	消化器系の疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
X II	皮膚および皮下組織の疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患	男	20	1	1			2	11	5			
		女	37	2		2	2	7	20	4			
		計	57	3	1	2	2	9	31	9			
X IV	尿路性器系の疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
X V	妊娠、分娩および産褥	男	0										
		女	0										
		計	0										
X VI	周産期に発生した病態	男	0										
		女	0										
		計	0										
X VII	先天奇形、変形および染色体異常	男	0										
		女	0										
		計	0										
X VIII	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	男	0										
		女	0										
		計	0										
X IX	損傷、中毒およびその他の外因の影響	男	60	1	1	2	5	13	31	7			
		女	170	2	3	4	4	30	110	17			
		計	230	3	4	6	9	43	141	24			
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	男	0										
		女	0										
		計	0										
総計		男	194	3	6	5	10	32	64	69	5	0	0
		女	314	4	4	11	10	53	157	71	4	0	0
		計	508	7	10	16	20	85	221	140	9	0	0

2014年度 診療圏集計

リハビリテーション病院 新入院患者数

単位:人

杉並区	新入院
阿佐谷南	14
阿佐谷北	25
天沼	9
井草	7
和泉	20
今川	1
梅里	5
永福	20
大宮	2
荻窪	22
上井草	10
上荻	3
上高井戸	3
久我山	10
高円寺南	26
高円寺北	10
清水	5
下井草	10
下高井戸	9
松庵	1
善福寺	5
高井戸東	13
高井戸西	4
成田東	21
成田西	6
西荻南	4
西荻北	3
浜田山	22
方南	7
堀ノ内	14
本天沼	4
松ノ木	11
南荻窪	9
宮前	4
桃井	5
和田	13
合計	357

単位:人

中野区	新入院
新井	0
江古田	1
江原町	2
上鷺宮	4
上高田	1
鷺宮	5
白鷺	8
中央	7
中野	1
沼袋	1
野方	1
東中野	3
本町	10
松ヶ丘	0
丸山	1
南台	11
大和町	6
弥生町	7
若宮	7
合計	76

単位:人

他地区	新入院
世田谷区	58
練馬区	38
新宿区	18
武蔵野市	7
渋谷区	12
豊島区	2
港区	5
品川区	2
調布市	9
西東京市	2
三鷹市	8
目黒区	6
大田区	3
中央区	1
北区	1
江戸川区	1
江東区	1
狛江市	2
文京区	1
小平市	1
小金井市	1
立川市	1
葛飾区	3
千代田区	2
国分寺市	1
都外	
千葉県	6
大阪府	1
沖縄県	1
鳥取県	1
兵庫県	1
静岡県	2
茨城県	2
栃木県	1
青森県	2
神奈川県	3
埼玉県	6
合計	212

2014年度 診療圏集計

リハビリテーション病院 外来患者延数

単位:人

杉並区	外来
阿佐谷南	96
阿佐谷北	40
天沼	0
井草	21
和泉	236
今川	0
梅里	42
永福	76
大宮	83
荻窪	1
上井草	3
上荻	7
上高井戸	9
久我山	6
高円寺南	120
高円寺北	20
清水	2
下井草	6
下高井戸	8
松庵	0
善福寺	16
高井戸東	77
高井戸西	9
成田東	74
成田西	0
西荻南	0
西荻北	30
浜田山	74
方南	68
堀ノ内	187
本天沼	0
松ノ木	26
南荻窪	81
宮前	3
桃井	13
和田	53
合計	1,487

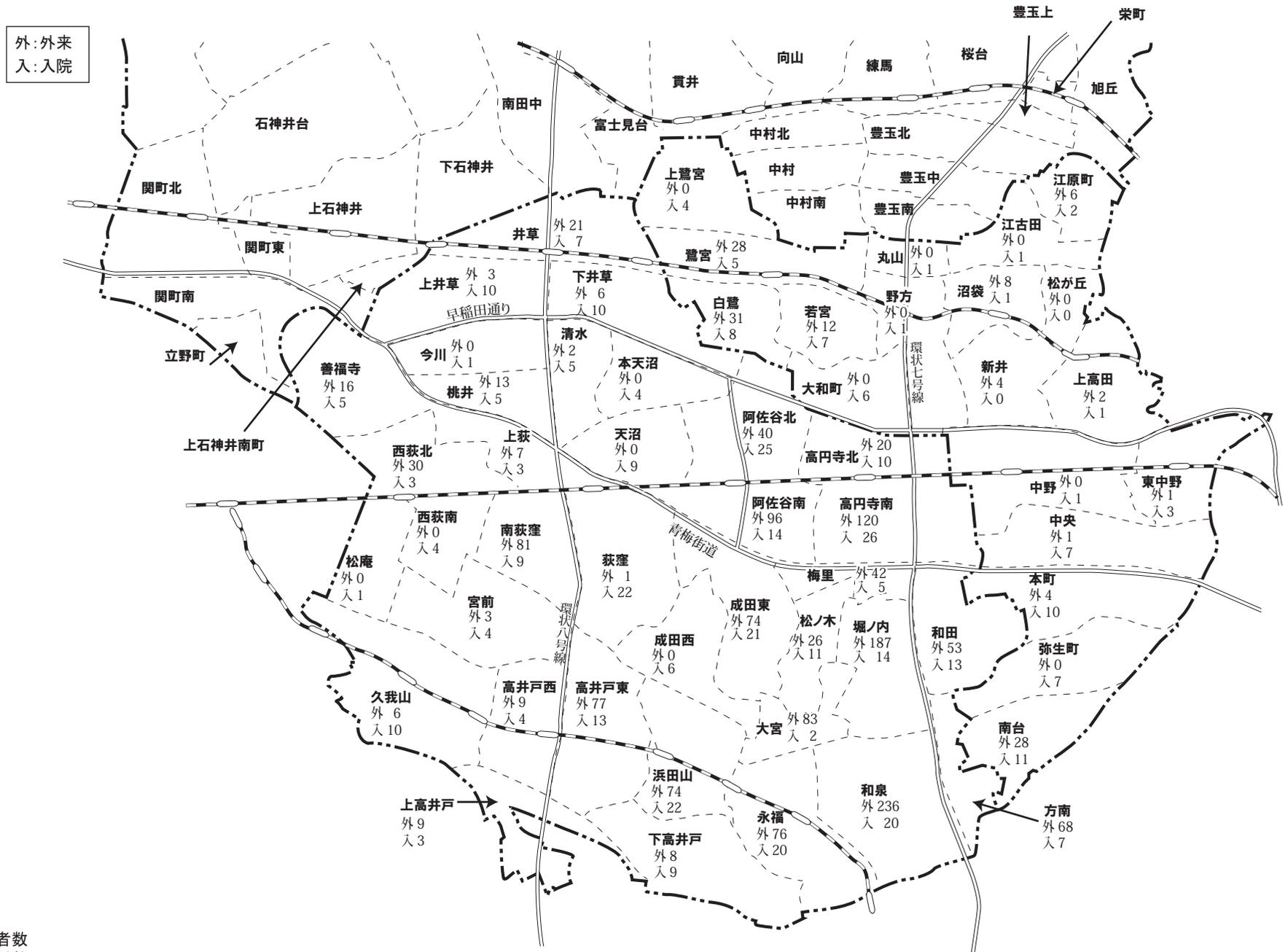
単位:人

中野区	外来
新井	4
江古田	0
江原町	6
上鷺宮	0
上高田	2
鷺宮	28
白鷺	31
中央	1
中野	0
沼袋	8
野方	0
東中野	1
本町	4
松ヶ丘	0
丸山	0
南台	28
大和町	0
弥生町	0
若宮	12
合計	125

単位:人

他地区	外来
世田谷区	69
練馬区	85
新宿区	43
武蔵野市	95
渋谷区	19
港区	1
品川区	21
調布市	5
西東京市	19
三鷹市	31
目黒区	54
板橋区	2
台東区	2
荒川区	2
江東区	12
八王子市	52
国立市	10
千葉県	4
神奈川県	15
埼玉県	3
合計	544

2014年度 河北リハビリテーション病院 診療圏

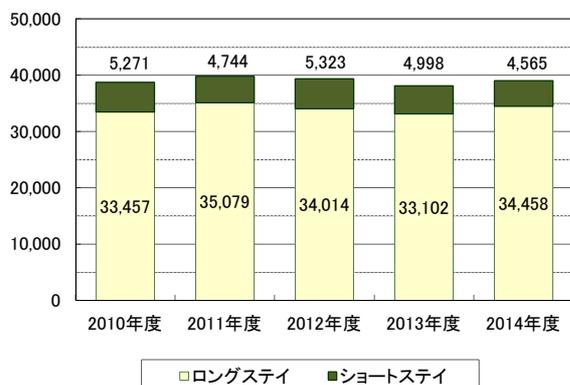


※2014年度入院は新入院患者数
 ※2014年度外来は外来患者延数

介護老人保健施設 シーダ・ウォーク利用者数の推移

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
ロングステイ	33,457	35,079	34,014	33,102	34,458
ショートステイ	5,271	4,744	5,323	4,998	4,565
ステイ 計	38,728	39,823	39,337	38,100	39,023
1日平均	106.1	108.8	107.8	104.4	106.9
前年比	99.0%	102.8%	98.8%	96.9%	102.4%
稼働日数	365日	366日	365日	365日	365日
デイケア	10,499	10,869	10,257	10,199	10,663
1日平均	35.6	36.7	34.9	34.7	36.1
前年比	99.2%	103.5%	94.4%	99.4%	104.5%
稼働日数	295日	296日	294日	294日	295日

シーダ・ウォーク利用者延数の推移



		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
稼働率	ロングステイ	100床 → 97床	91.7 %	95.8 %	93.2 %	93.5 %
	ショートステイ	12床 → 15床	120.3 %	108.0 %	121.5 %	91.3 %
	ステイ 計	112床	94.7 %	97.1 %	96.2 %	93.2 %
	デイケア	40人	89.0 %	91.8 %	87.2 %	89.6 %

※ 2013年度より稼働数に変更あり。

* ショートステイ: 空床利用

平均介護度		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
平均介護度	ロングステイ	3.3	3.1	3.2	3.2	3.3
	ショートステイ	3.4	3.4	3.3	3.3	3.2
	デイケア	2.6	2.6	2.4	2.5	2.6

平均日数利用		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
平均日数利用	ロングステイ	193.7日	236.0日	209.5日	167.1日	184.6日
	ショートステイ	7.0日	6.6日	7.6日	7.6日	7.1日
	ステイ 計	169.9日	208.8日	124.5日	103.0日	116.2日

透析センター 受診者数の推移

単位：人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
受診者数	27,941	28,063	27,813	26,562	26,128
月平均	2,328	2,339	2,318	2,214	2,177
1日平均	89.3	89.4	89.1	84.9	83.5
前年比	103.6%	100.4%	99.1%	95.5%	98.4%
診療日数	313日	314日	312日	313日	313日

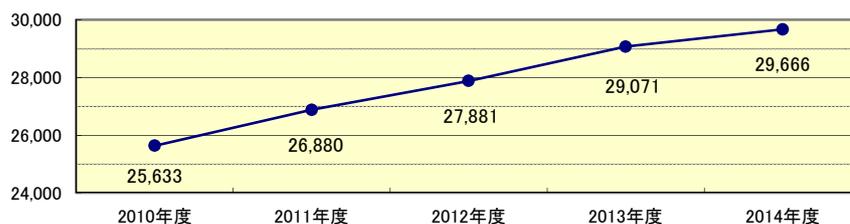


健診センター 受診者数の推移

単位：人

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
一泊ドック	417 1.4 94.8%	400 1.4 95.9%	341 1.2 85.3%	285 1.0 83.6%	246 0.9 86.3%
半日ドック	9,926 33.9 103.7%	10,232 34.8 103.1%	10,274 35.2 100.4%	10,296 35.0 100.2%	10,708 40.3 104.0%
成人・その他	13,873 47.3 99.4%	15,021 51.1 108.3%	16,159 55.3 107.6%	16,970 57.7 105.0%	17,420 65.5 102.7%
再検・精検	1,417 4.8 87.7%	1,227 4.2 86.6%	1,107 3.8 90.2%	1,520 5.2 137.3%	1,292 4.9 85.0%
総受診者数 (高年者健診含む)	25,633 87.5 100.2%	26,880 91.4 104.9%	27,881 95.5 103.7%	29,071 98.9 104.3%	29,666 111.5 102.0%
診療日数	293日	294日	292日	294日	266日

* 上段:受診者延数 中段:1日平均受診者数 下段:前年比(%)



※ 2014年4月5日～5月10日はリニューアル工事のため一部休診

河北家庭医療学センター 各部門利用実績

			2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
家庭医療科 診療部門	訪問診療	利用者数	644	850	974	1,132	1,400
		訪問回数	1,272	1,807	2,188	2,319	2,901
	外来診療	外来患者延数	25,573	28,201	31,474	32,326	38,425
ケアサービス 部門	*1 河北訪問看護・ リハビリステーション阿佐谷	利用者数	2,066	2,155	2,248	2,389	2,693
		訪問回数	10,929	11,935	21,357	22,024	24,974
相談部門	*2 在宅ケアセンター (居宅介護支援事業)	介護保険請求件数	1,610	1,678	1,801	1,234	
		介護認定調査件数	311	495	348	178	
	ケア24阿佐谷	新予防給付請求件数	1,849	2,447	2,652	2,783	2,996
		介護予防プラン請求件数	61	32	53	35	51
		実態把握件数	514	591	731	808	831
	ケア24松ノ木	新予防給付請求件数	1,658	2,307	2,598	2,748	2,723
		介護予防プラン請求件数	78	35	32	36	55
		実態把握件数	693	764	825	718	757

*1 2011年10月1日付で河北杉並訪問看護ステーションから河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷へと名称変更。

*2 2014年3月末で在宅ケアセンター事業休止。

訪問回数の推移

家庭医療科 訪問診療



河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷



※ 2012年4月の診療報酬改定により、1単位が60分から20分に変更。

歯科受診者数

【医療法人社団 利光会 訪問歯科診療部】

		2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
総合病院	延人数	76	101	128	80	49
	新患者	46	56	59	46	36
リハビリテーション病院	延人数	1,317	1,391	1,287	1,301	1,086
	新患者	219	202	178	180	164
シーダ・ウォーク	延人数	1,321	1,456	1,514	1,171	1,185
	新患者	68	54	56	66	65
河北前田病院	延人数	185	526	969	1,003	1,079
	新患者	26	31	22	29	20
合計	延人数	2,899	3,474	3,898	3,555	3,399
	月平均	241.6	289.5	324.8	296.3	283.3
	新患者	359	343	315	321	285
	月平均	29.9	28.6	26.3	26.8	23.8

受診者延人数の推移

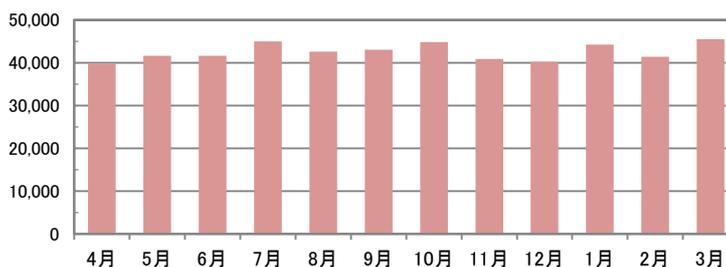


ホームページ 訪問数

	2013年度	2014年度
延訪問数	387,799	511,173
月平均	32,317	42,598
1日平均	1,062.5	1,400.5
前年比	-	131.8%

※ 2013年3月のリニューアルに伴いカウント方法を変更。

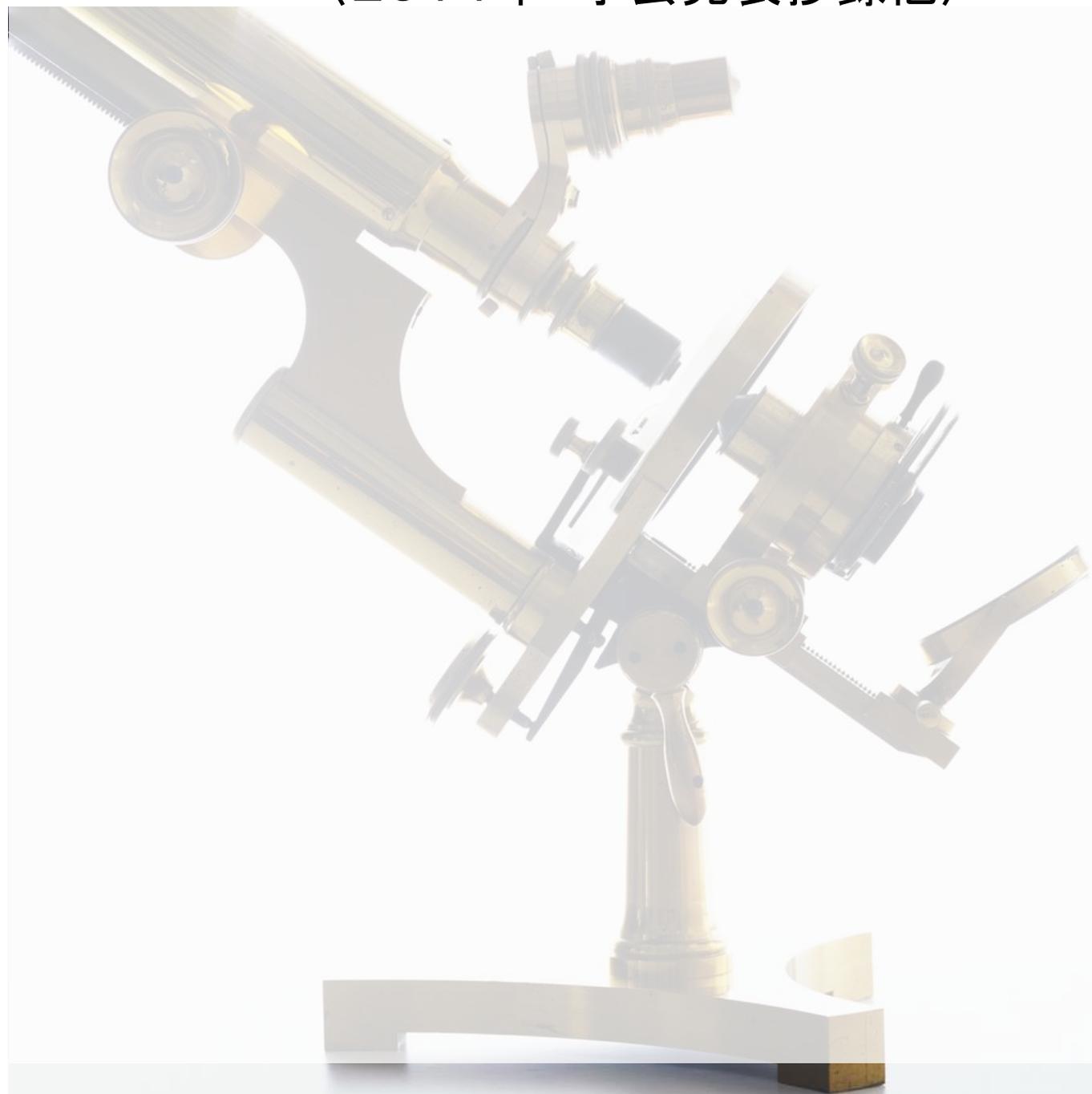
2014年度 訪問数の推移



社会医療法人 河北医療財団

学術誌

〈2014年 学会発表抄録他〉



目次 1

・健全成人における咳嗽誘発試験の試み 随意的最大咳嗽量とケン酸濃度の違いによる反射的咳嗽量の関係	井上 拓保	s1
・慢性腎臓病における感染症発症リスクの検討	岡井 隆広	s2
・トパブタンにより透析回避が可能であった、全身浮腫を伴う高齢CKDstage5患者の一例	岡井 隆広	s3
・膠原病患者に発症したニューモシス肺炎の死亡予測因子の検討	岡井 隆広	s4
・妊孕性温存の希望・必要がある場合の子宮筋腫の取り扱いは？ -子宮鏡下や腔式の筋腫摘出術だけで対応できる例を除く-	五味淵 秀人	s5-6
・夏季休業を経た時点における初年次看護専門学生の学業への認知	岡本 隆行	s7
・前期試験を経た初年次看護専門学生の学業への取り組み	岡本 隆行	s8-9
・初年次に看護専門学生が評価した自己学習能力	岡本 隆行	s10
・指導医のいない、症例がない環境でいかに腹腔鏡手術をマスターするか	坂東 道哉	s11
・肝細胞癌破裂に対するTAE、肝切除後の肝内および 腹膜播種再発にソラフェニブが著効した1例	坂東 道哉	s12
・救急救命室における整形外科的傷病に対する超音波の使用経験	吉田 渡	s13
・びまん性軸索損傷の病態	益澤 秀明	s14
・OPEN型MRI装置でのJointコイルを用いた頭部撮影の検討	大地 直之	s15
・観血的整復を要した母趾趾節間関節開放脱臼の一例	上久保 和明	s16
・当院における尿からのフルオキノロン耐性大腸菌検出状況	野村 秀和	s17
・巨大リンパ節転移を有する高度進行胃癌に対しS-1/CDDP療法施行後に 臍頭十二指腸切除・横行結腸部分切除術にて根治手術を施行しえた1例	及川 芳徳	s18
・胃壁膿瘍に対しCTガイド下穿刺ドレナージにて保存的に治癒しえた1例	及川 芳徳	s19
・原発性虫垂癌10例についての検討	及川 芳徳	s20
・在宅医療サービスが提供された患者の医療費の分析～在宅ホスピスの医療費の実態～	一戸 由美子	s21
・在宅療養患者の転帰に関する実態調査 ～年齢・疾患・紹介元・退院カンファレンスの有無による比較～	一戸 由美子	s22
・転倒恐怖感の軽減から動作の獲得に至ったケース	稲葉 健太	s 23
・内因性インスリン分泌が枯渇した1型糖尿病患者に対するインスリンデグレートクの使用経験	岡田 光正	s 24
・記録の改善活動による経過記録の変化	角田 恵	s25
・回復期リハビリテーション病院作業療法部門の課題	館岡 周平	s26
・症例報告にみる脳血管障害者の独居生活に向けた退院支援	館岡 周平	s27
・当院初の医療ケア病棟配置に関する事例報告 ～医療ケア室設立からの変遷と、今後の展望・課題も含めて～	吉田 周平	s28
・DPP-4阻害薬使用中に腸閉塞をおこした6症例の検討	吉田 勢津子	s29
・急性期一般病院キアチン期がん患者の療養場所選択の現状	荒井 奈保子	s30
・通所介護の介護報酬に係る政策と在宅介護サービス利用状況との関連について	佐藤 幹也	s31
・ペーサーがジェネレーター脱出を来した透析患者の1例	佐藤 由里子	s32
・鉄過剰症におけるチーム医療-認定臨床輸血看護師からの取り組み-	三井 優	s33
・当院におけるエンドトキシン吸着療法 (PMX-DHP) についての検討	山崎 昌洋	s34
・二次救急医療センターEMT科を立ち上げて-地域の安心を考える-	市成 卓也	s35
・外傷性鼓膜穿孔の治療方針決定にCTP (cochlin-tomoprotein) 検出検査が有用であった1例	篠原 宏	s36-s37
・手持ち型マッサージ器を用いた水平半規管型良性発作性頭位めまい症 グラウ結石症治療の試み	篠原 宏	s38
・熱湯による小児の喉頭熱傷症例	篠原 宏	s39
・腹膜透析患者に発症したガス産生を伴う甲状腺腫瘍例	篠原 宏	s40
・維持透析患者に合併した難治性腹水に対し腹水濾過還元透析 (AFRHD) を施行した2例	小幡 亜妃	s41
・敗血症治療に対する臨床工学技士の関わりを広げる為に～当院での現状～	小幡 亜妃	s42
・頸椎カエスに伴った咽後腫瘍の一例	清水 啓成	s43
・認知症のため透析を拒否した患者とその家族への関わり	増田 有香	s44
・パス適用率向上に向けた当院リカラス委員会の取り組み	沢居 亮太	s45
・輸血検査実技トレーニングを実施して	丹羽 結子	s46
・回復期リハビリテーション病院における適正な剤形・服用方法提案への試み	田中 理子	s47
・閉経後骨粗鬆症に対する24か月間のテラパラト連日製剤投与による 骨密度増加効果の検討	田中 瑞栄	s48
・高齢者大腿骨近位部骨折患者の骨粗鬆症治療の問題点-退院経路からの検討-	田中 瑞栄	s49
・原発性骨粗鬆症に対するパントロン静注製剤の使用経験 -6か月間の短期成績における検討-	田中 瑞栄	s50

・在宅がん患者における「在宅がん医療総合診療料」有益性	渡邊 厚博	s51
・健康生活支援室に寄せられる相談とその対応の分析 -等質な利用者サービス提供に向けて-	渡邊 美佐緒	s52-s54
・健康生活支援室における相談事例検索システムの構築 -等質な利用者サービス提供に向けて-	渡邊 美佐緒	s55
・業務改善による業務量変化と今後の課題	飯塚 洋	s56-s57
・急性期のサイトカイン動態からみた腸チフス感染症の一例	福田 清香	s58
・アデノウイルス感染を契機に川崎病を同時発症した一卵性双生児症例	福田 清香	s59
・アポットリクを利用して未然にトラブルを回避した例	木村 賢	s60
・慢性腰痛を有し、左大腿骨頸部骨折を受傷した症例に対して 健康行動理論をもとに行動変容を促した介入について	立花 貴弘	s61
・メトレキサトによる肝障害に対するベザフィブラートの効果 : 関節リウマチ患者における検討 (第2報)	鈴木 暁岳	s62
・ULTRASONOGRAPHIC ASSESSMENT OF NEWLY DEVELOPED ELDERLY-ONSET RHEUMATOID ARTHRITIS: A COMPARISON WITH YOUNGER-ONSET RHEUMATOID ARTHRITIS	鈴木 暁岳	s63-s64
・Power doppler ultrasonography after reduction of etanercept	鈴木 暁岳	s65-s66
・脳梗塞後にうつ症状を呈した症例～夫婦の関係性に焦点を当てて～	鈴木 励	s67
・めまい・吐き気を主症状とした小脳出血に対する平衡訓練の効果	櫻井 亮太	s68
・重度被殻出欠を呈し歩行自立に至った症例-画像所見に 基づいた治療介入を通して-	澤本 陽平	s69
・抗NMDA受容体脳炎に対して両側卵巣奇形腫摘出術後に 卵巣嚢腫の再発を認めた症例に関する検討	勢多真理子	s70
・たこつぼ型心筋症合併脳卒中の臨床的検討	海野 佳子	s71
・Clinical Evaluation of Silent Intracranial Large Artery Stenosis Detected by Medical Checkup	海野 佳子	s72

目 次 2

講演・発表スライド(P・P)等

・橈骨遠位端骨折に対する掌側ロックングプレート術後の治療実績? 方形回内筋温存の意義?	湯本 美優	s73
・尚吉-東日本大震災後の新生活構築:12歳少年の視点から-	古賀 美野里	s74
・Digital Subtraction Angiography 非搭載心臓カテーテル専用装置を使用した 下肢動脈炭酸ガス造影法の検討	渡邊 真弓	s75
・運動時間の違いによるストレスへの影響 運動習慣獲得のために、 ストレスの少ない運動時間の検討	中野 洋平	s76
・健常成人における咳嗽誘発試験の試み 随意的最大咳嗽量とクエン酸濃度の違いによる反射的最大咳嗽量の関係	井上 拓保	s77
・腹痛で発症しX線造影CT検査で上腸間膜動脈解離と診断した一例	長田 公祐	s78-s80
・医療クレーク介入による業務改善	太田 誠司	s81-s85
・家族支援により調理自立に至った症例	香田 尚子	s86-s87
・「MRI検査時の鎮静に関する共同宣言」を理解する 日本小児科学会医療安全WGの立場から	勝盛 宏	s88-s94
・東京都病院協会の歴史と展望	河北 博文	s95-s96

「第 49 回日本理学療法学会大会」 (2014/6/1)

健常成人における咳嗽誘発試験の試み

濃度 20%クエン酸溶液による反射最大咳流量と呼吸機能の関係

井上 拓保

【はじめに】 誤嚥性肺炎の予防法の一つとして随意的咳嗽力が有用である。しかし、臨床で随意的な咳嗽は困難な場合が多い。そこで、濃度 20%クエン酸溶液による反射最大咳流量（以下 RPCF : Reflex Peak Cough Flow）と呼吸機能について検討した。

【方法】 被験者は呼吸器・循環器疾患の既往歴と喫煙歴のない非喫煙者を対象とし、健常成人 30 名（男性 10 名、女性 20 名、年齢 26.3 ± 3.3 歳、身長 165.6 ± 10.3 cm、体重 59.3 ± 10.4 kg、BMI 21.6 ± 2.6 ）。RPCF は濃度 20%クエン酸溶液を用いて咳嗽誘発試験にて得られた反射的的最大咳流量を計測した。呼吸機能検査はスパイロメータ（CHEST 社）を用いて被験者に十分な説明と実技指導の上を実施した。統計処理は JSTAT バージョン 15.0 を用い、相関関係（Pearson 相関係数、有意水準 5%未満）を検討し、相関関係が認められた項目について RPCF を目的変数として重回帰分析を実施した。本研究は被験者に対してヘルシンキ宣言に基づき研究内容の趣旨について十分な説明を行い、同意を得た。

【結果】 RPCF は 220.3 ± 64.0 mL/sec であった。RPCF と FVC1.0 (3.7 ± 1.0 L, $r=0.40$, $p<0.05$)、FVC1.0% (92.9 ± 4.5 %, $r=0.40$, $p<0.05$)、MEP (77.9 ± 20.5 cmH₂O, $r=0.42$, $p<0.05$) に有意な相関関係を認めた。重回帰分析では FVC1.0、FVC1.0%、MEP（決定係数 $R=0.35$, $p<0.01$ ）が説明変数として採択された。

【考察】 健常成人においてクエン酸による RPCF は呼吸機能の努力的な呼出機能に関係があることが示された。

「第 57 回日本腎臓学会学術総会」 (2014/7/4)

慢性腎臓病における感染症発症リスクの検討

岡井隆広, 須藤裕嗣, 青木尚子, 山崎昌洋, 福田純子, 篠田俊雄

【目的】慢性腎臓病 (CKD), 診療において感染症の併発を経験することが多い. 今回 CKD における感染症発症リスクについて検討した.

【方法】2010 年に当院腎臓病内科を受診し, その後 3 年以上観察できた CKD 患者で, その期間内に免疫抑制療法や化学療法を受けていない症例を対象とし, 入院を要した感染症の種類, 発症リスク, CKD ステージ別の感染症発症率を検討した. 尚, 経過中に腎代替療法を必要とした症例は除いた.

【結果】対象患者は 195 名 (平均年齢 71.7 ± 14.0 歳), 感染症発症が 29 例 (14.9%), 計 38 件認められた. 呼吸器感染症が 50% と最も多く, 尿路感染症 16%, 腸管感染症 13%, 胆道感染症 11%, 結核 8% の順であった. 感染症発症群と非発症群での患者背景を比較したところ, 発症群において年齢が高く (78.1 vs 70.5 歳: $p < 0.05$), 推算糸球体濾過量が低く (33.6 vs 47.1 ml/分/1.73 m²: $p = 0.05$), 一方, 性別, 糖尿病, 呼吸器疾患, 心血管疾患の既往は両群で有意差はなかった. 70 歳以上における感染症発症率 (%/人・年) は, G2: 1.82, G3a: 2.63, G3b: 5.9, G4: 7.0, G5: 10.6 と, CKD ステージが進行するに従いリスクが上昇した.

【考察】CKD において感染症 (特に呼吸器感染症) は合併頻度が高く, 特に高齢で CKD ステージが進行した症例では注意が必要と考えられた.

「第 59 回日本透析医学会学術集会」 (2014/6/13)

トルバブタンにより透析回避が可能であった，全身浮腫を伴う高齢 CKDstage5 患者の一例

岡井隆広，須藤裕嗣，青木尚子，山崎昌洋，福田純子，篠田俊雄

【症例】 91 歳女性. 50 歳頃蛋白尿出現. 精査されず降圧剤や食事療法にて加療. 2013 年 2 月当院紹介. 両下肢浮腫著明, 血清 Alb2.4g/dl, 尿蛋白 12g/gCr, 血清 Cr3mg/dl, eGFR11.8ml/分 1.73 m² と CKDstage5 のネフローゼ症候群と診断. ループ利尿剤を開始したが 腎機能低下と浮腫が増悪. 減塩食強化, サイアザイド系利尿剤を併用するも効果は一時的であった同年 9 月血清 Cr5.1mg/dl となり胸水が出現. 腎代替療法導入の希望はなく 尿量が 800ml/日, 血清 Na133mEq/l, 尿比重 1.012 であったため, トルバブタン 3.75mg/日 開始, 1 週間後 7.5mg/日に増量したところ, 浮腫と胸水の改善がみられた. 現在も 7.5mg/日を継続中であるが, 腎機能の急激な悪化や血清 Na 値の上昇は認めていない.

【考察】 トルバブタンは尿量と尿濃縮能が保たれていれば, CKDstage5 でも腎機能の増悪なく利尿が得られる可能性がある. さらに日々の厳密な体重測定と飲水量のコントロール 定期的な血清 Na 値のモニターを行えば長期投与も安全と思われた.

「第 58 回日本リウマチ学会学術集会」 (2014/4/24)

膠原病患者に発症したニューモシスチス肺炎の死亡予測因子の検討

岡井隆広, 菊地英豪, 上久保和明, 青木尚子, 鈴木暁岳, 吉岡太郎

【目的】免疫抑制状態にある患者に発症するニューモシスチス肺炎 (PCP) は、HIV-PCP と比較し、急激に発症し、しばしば呼吸不全に至り予後不良とされている。今回、生物学的製剤あるいは免疫抑制剤投与下の膠原病患者に発症した PCP の転帰と死亡予測因子を検討した。

【方法】2004 年から 10 年間、当院に PCP で入院した膠原病患者について、患者背景、膠原病に対する生物学的製剤や免疫抑制剤などの治療内容、症状・検査所見、PCP 発症から治療開始までの期間、PCP に対する治療内容、転帰、生存期間を後ろ向きに抽出した。PCP の診断は、胸部 CT で両側スリガラス陰影を認め、喀痰または気管支洗浄液で PCR 陽性または BD グルカン陽性化とした。

【結果】患者は 30 名で、膠原病疾患は、関節リウマチ (RA) 19 例 (63%)、顕微鏡的多発動脈炎 (MPA) 4 例 (13%) が多かった。20 例は既存に何らかの肺疾患を有していた。7 例 (23%) が 2 ヶ月以内に死亡した。 Kaplan-Meier 法を用いて解析した結果、入院時 (発症日) における低酸素血症、低アルブミン血症、血清 LDH 高値と、治療開始 5 日目における呼吸不全の改善不良、LDH 再上昇が、PCP 予後予測因子と同定された。

【結論】診断時における全身状態および呼吸状態不良と、PCP に対する治療抵抗性、肺障害度が予後予測因子と推測された。

「日本産科婦人科学会第 66 回学術講演会」 (2014/4/20)

妊孕性温存の希望・必要がある場合の子宮筋腫の取り扱いは？

-子宮鏡下や臍式の筋腫摘出術だけで対応できる例を除く-

五味淵 秀人

日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会共同編集による産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編は 2011 年に発刊された。3 年ごとに見直し・改訂が行われることとなっており、本年 3 月に婦人科外来編 2014 が発刊された。Clinical Question-Answer (CQ) は 72 項目から 84 項目に増えた。このガイドラインは、現時点でコンセンサスが得られ、適正と考えられる標準的診療・治療法を示すことを目的としている。

これにより、1) 適正な医療水準の確保、2) 医療安全性の向上、3) 人的ならびに経済的負担の軽減、4) 医療従事者・患者の相互理解の助長、が期待される。推奨レベルは臨床有用性、エビデンス、浸透度、医療経済的観点、等を総合的に勘案して 3 段階に示している。しかし、推奨を実践するか否かの最終判断は各医師が行うことである。今回、子宮筋腫と子宮腺筋症の CQ について解説した。

CQ214 は子宮鏡下子宮筋腫摘出術 (TCR) についてである。これは子宮口より内視鏡を入れ、還流液で子宮内腔を拡張させ、硬性鏡の脇を前後する電極により切開、止血を行う手術である。泌尿器科で汎用される膀胱鏡下手術と同様であり、腹腔鏡のように第 2、第 3 のトロッカーは入れられないために手術適応には制限がある。また、還流液としてソルピトール液を用いる場合は水中毒などを起こす危険もある。よって、TCR を行う場合は、筋腫径 3cm、子宮腔への突出度が 50%以上であることが一般的な目安となる。これは超音波断層法や MRI によるだけでなく、子宮ファイバースコープなどによる検討が必須とされている。子宮粘膜筋腫の切除により妊孕性が改善されることは明らかであり、不妊一般検査により他に原因がないことを確認した後に TCR をすることが勧められる。また、低侵襲手術であるため、多発子宮筋腫例においても子宮粘膜下筋腫のみを切除することも考慮される。

CQ215 は子宮鏡や臍式の筋腫核出術だけでは対応できない場合の子宮筋腫への対応で、かつ、妊孕性温存の希望・必要性がない子宮筋腫症例についての CQ である。過多月経、圧迫症状などの症状で日常生活に支障をきたす場合には、原則、単純子宮全摘術を行う。過多月経の改善のためには、子宮内膜焼灼術、マイクロ波子宮内膜アブレーション、エストロゲン・プロゲステロン配合剤などが選択される。また、GnRH アゴニスト療法、子宮動脈塞栓術も選択肢となる。本年になって levonorgestrel releasing intrauterine system (LNG-IUS: ミレーナ®) カ宝保健収載された。ただし、筋腫の状態によっては自然脱出や抜去困難となる場合があるので注意を要する。このほか、MR ガイド下収束超音波療法 (MRg FUS) などがある。一方、無症状の場合は経過観察でよい。しかし、筋腫が急速に増大し患者が不安を感じている場合、子宮肉腫を否定できない場合、巨大 (1, 000g 以上、新生児頭大以上) で静脈血栓症のリスクがあれば治療を考慮する。

CQ216 は妊孕性温存の希望がある場合の CQ であり、とくに、筋腫核出術の適応について記載してある。子宮筋腫の最も苦慮する問題は妊孕性への影響と妊娠・分娩・産褥に与える影響である。しかしながら、筋腫の位置、大きさ、数、年齢などに様々な場合があり一

律に取り扱うことはなかなか難しい。改訂前のガイドラインでは「子宮筋腫の位置や大きさ、過多月経や貧血の有無、年齢や挙児希望の有無 などによって、個々に治療方針が決定されなければならない (A)」とあったが、今回はより具体的な記載へと変更になった。最も重要な点は筋腫の長径 5～6cm という数値を入れたことにある。子宮筋腫合併妊娠について「産婦人科診療ガイドライン産科編 2014」の CQ501 において記載されている。これによると、切迫流産、妊娠末期の胎位異常、前置胎盤、常位胎盤早期剥離などの頻度が増加する。妊娠経過中の疼痛の出現、分娩時に陣痛異常、異常出血、分娩停止、帝王切開の頻度増加がある。これらは筋腫が 5cm 以上あるいは 200 cm³以上のときに出現しやすい。「日本産婦人科医学会研修ノート No. 80 合併症妊娠」においては、不妊や習慣流産の原因と考えられる場合には、鶏卵大(直径約 6cm) 以下の筋腫でも手術を考慮する、とされている。また、大きさについての言及はないものの日本生殖医学会編のガイドブックや日本産科婦人科内視鏡学会では子宮内腔の変形を来す筋腫については核出を勧めている。不妊を含めた有症状症例、無症状でも長径 5～6cm 以上、さらに数の多い場合は、部位、妊娠・分娩の時期等を考慮し核出術を検討する。前回 妊娠・分娩時に子宮筋腫による障害があった挙児希望症例も適応となる。治療方法の決定には患者年齢も重要な事項である。核出術後の再発は 15～30% とされ、とくに、若年者で筋腫核の多い場合は再発のリスクが高いことは経験するところである。一方、近年の晩婚化は筋腫の好発年齢と挙児希望の年齢が一致するようになった。核出術を行えば 3～6 ヶ月の術後避妊期間をおく事になり、手術を躊躇する場合も容易に想像できる。また、筋腫核出後妊娠においては、筋腫核出創が子宮筋全層にわたった場合、多数の筋腫を核出した場合、筋層内筋腫核出と既往帝王切開がともにある場合などでは陣痛発来前の選択的帝王切開術を行うことになる。

CQ217 は子宮腺筋症の診断と治療についてである。今回の改訂で変更はなかったが、近年、MRI などの有用な診断方法が汎用されるようになり子宮腺筋症を診断する頻度は増加しているように思われる。根治的治療は従来と同じく子宮全摘術であり、保存療法は子宮内膜症に準じたホルモン療法を行う。しかし、保存治療中に想定以上の子宮出血を起こす場合や、不妊との関連が示唆されるが明確でないものの、びまん性で広範囲に病変がある場合は妊娠中における子宮筋の伸展を阻害したり壊死を起こし流産となったり、産褥期の子宮復古不全を起こす場合がある。核出手術についても未だコンセンサスを得られた治療とは言いがたく、子宮動脈塞栓術も無効な場合が少なからずある。子宮筋腫同様に晩婚化による高齢での挙児希望と子宮腺筋症の好発年齢が一致するようになったため、治療に難渋することは少なくない。

高齢妊娠、少産化の中では、子宮筋腫、子宮腺筋症例に対する管理の重要性は極めて高くなっていると考えられ、本ガイドラインが有用となることを期待する。

「第9回東京都病院学会」 (2014/2/16)

夏季休業を経た時点における初年次看護専門学生の学業への認知

岡本隆行

河北医療財団看護専門学校

【はじめに】初年次の看護専門学生は、夏季休業後、入学して最初の山場である前期科目の筆記試験を連続して体験する。この時点で、学生が学業に対してどのような認知であるのかを明らかにすることは、初年次学生への教育的関わりを検討するうえで重要な情報となる。そこで本研究は、初年次の看護専門学生にインタビューを行い、夏季休業を経た前期試験後の学業への認知を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究参加者は A看護専門学校の1年生。インタビューガイドを用いて半構造化面接法にて20XX年10月～同年11月にデータを収集し、質的記述的に研究した。研究参加の任意性、撤回権、匿名性、データ管理に努めた。

【結果】参加者5名は10～20代(平均22.0 ± 3.7歳)、面接は30～50(平均39.1 ± 7.1)分であった。分析の結果10サブカテゴリ、3カテゴリが抽出された。学生は《生活の不安定さで学業に打込みにくい》等と<学業と生活との両立>を維持していた。また同級生などの《周囲との関わりから学習意欲が高まる》等と<周囲からの影響>を受けていた。そして《専門性の高い看護教育は甘くない》等と<看護に臨む姿勢>を捉えていた。

【考察】看護という今までに経験のない専門教育に触れ、学生は、学業と生活を両立するための認知、学生を取り巻く周囲からの影響への認知、看護という学問に臨むための認知、を持っていたことが浮き彫りとなった。また学生は、学業を意欲的・建設的に捉えるばかりでなく、逃避的・楽観的に捉える側面もみえ、学習意欲を高める手立てが必要である。

【まとめ】以上より、夏季休業を経た個々の学生の認知を踏まえ、学習意欲を向上できる支援を検討する重要性が示唆された。

「第 45 回日本看護学会」 (2014/9/17)

前期試験を経た初年次看護専門学生の学業への取組み

岡本隆行

I. はじめに

学生が主体的に学業へ取組む教育が重視され自己調整学習方略の有効性と課題が検討されている¹⁾。そのため学生が学業へ取組む支援を具体的に検討するには、学生の認知面にとどまらず、行動面を明確にする取組みも必要である²⁾。看護専門学校に入学した初年次の看護学生(以下学生とする)は夏季休業後、前期科目の筆記試験を連続して体験する。この山場を通過した時点での学生の学業への取組みを明らかにすることは、初年次学生への教育的関わりを検討するうえで重要な情報となる。そこで先行研究として、前期試験を経た時点での初年次看護専門学生の学業への認知について分析した結果、看護に臨む姿勢、学業と生活との両立、周囲からの影響の 3 カテゴリーが見出された。

II. 目的

先行研究に続き、前期試験を経た時点での初年次看護専門学生の学業への取組みについて明らかにすることを目的とした。これらを明らかにすることは、看護基礎教育での初年次学生への関わり方について、先行研究より一層具体的な示唆を得られると考える。

III. 方法

研究参加者は A 看護専門学校の 1 年生。インタビューガイドを用いて半構造化面接法にて 20XX 年 10 月～同年 11 月にデータを収集し、質的証述的に研究した。

倫理的配慮 :A 校には倫理委員会がなく、事前に学校管理者会議で承認を得た。更に参加者へ不利益が生じないよう本人へ文書で説明し署名のうえ研究に同意を得た後も、研究参加の任意性、撤回権、匿名性、データ管理に努めた。

IV. 結果

参加者 5 名は 10～20 代(平均 22.0±3.7 歳)、面接は約 30～50 (平均 39.1±17.1)分であった。分析の結果、14 のサブカテゴリ、3 のカテゴリカ抽出された。以下文中の【 】はカテゴリ、《 》はサブカテゴリを示す。

【学習への取組み】について《体験を踏まえてより良い学習方法を工夫する》《痛い目にあっただけで学習しはじめる》《学業と生活の両立に努める》《授業以外でも 研査費する》との前向きな行動と、《やる気はないが仕方なく学習する》《意図的に学習から逃避する》《不本意だが結果的に学習しない》と後向きな行動も述べた。

【学生生活の維持管理】について《遅刻しないよう努める》《体調管理に努める》《余暇活動に注力する》が示された。一方看護専門学校に入学した学生の特徴的な背景を反映し、《生活費を捻出する》《家事役割を遂行する》実態が示された。

【周囲との関わり】について《積極的に周囲と協力する》《意図的に周囲と距離を置く》の両方が見出された。

V. 考察

学生は個々に背景を抱え、様々な学生体験を踏まえて看護専門学校へ入学してきた。そして今までに経験のない看護専門教育に触れはじめ、学生の行動として看護に関する【学習への取組み】、【学生生活の維持管理】、学生を取り巻く【周囲との関わり】、の実態が示

された。看護専門学校に通う学生は、学歴や職歴が一般大学に通う学生以上に幅がある。そのような背景を持つ看護専門学校生に対する支援方法は、画一的な方法だけでは限界がある。そこで本研究結果より導出された支援方法の示唆として、1. まずは学生が主体的に行動できるためのきっかけを作ること、2. 学生が関心を持つことで更なる行動につなげること、3. 学生のできた行動を継続化すること、が見出された。

学生にとって鍵となる関心や行動を教員が見出すには、教員も学生と共通の目標に向かおうとするアプローチから産出されるところが大きい。単に教員が教えたり、やらせたりするだけでは、学生の行動に限界がある。そして学生が行動を継続化するには、学生を支援する教員が学生の思いを汲み取り、支援に活かせるか教員も考える、すなわち学生と教員との気づきあいがあるこそ、互いの育ちあいが醸成される。

VI. 結論

1. 学生の学業への取組みとして【学習への取組み】【学生生活の維持管理】【周囲との関わり】、が示された。
2. 初年次の学生への支援として、学生が行動できるきっかけを作り、学生と教員との気づきあいが行動を継続化することが示唆された。

引用文献

- 1) 畑野快: 自己調整学習の有効性と検討課題及び大学教育への導入についての一考察
京都大学高等教育研究第16号, 61-72, 2010.
- 2) 重年清香, 安藤智恵: コミュニケーションに関する看護学生の認識—新入生に焦点を当てて—.
日本看護学会論文集 看護教育 43, 3-6, 2013.

「第 24 回日本看護学教育学会」 (2014/8/27)

初年次に看護専門学生が評価した自己学習能力

岡本隆行

【目的】看護専門学校(以下学校)への入学時と1年次年度末(以下年度末)に焦点を当て、学生の学習に関する能力評価の違いについて、年齢的側面から明らかにし、初年次教育での学習支援方略への示唆を得ること。

【方法】研究対象者:首都圏の某学校1年生36名。データ収集:先行研究を参考に20項目からなる自記式質問紙を作成し、入学時と年度末の2回配布した。分析方法:学生をA.高校を卒業して看護学校に入学した19歳以下の群(以下A群)、B.大学等の卒業直後または社会人を2-3年経験した20-25歳の群(以下B群)、C.社会人を3年以上経験した26歳以上の群(以下C群)に分け、記述統計、Mann-WhitneyU検定、Kruskal-Wallis検定(有意水準0.05未満)にて分析した。倫理的配慮:当該校には倫理委員会が設立されておらず、事前に学校長の了承を得た。対象者に研究参加の任意性、利害関係の独立性、匿名性、データ保管の確実性を説明し、自由意思での回答を同意として扱った。

【結果】回収33名(回収率91.6%)、有効回答31名(86.1%)、A群13名・B群10名・C群8名(全平均22.4±5.2歳)であった。2群比較では、AB群間で有意差はなかった。しかしBC群間は入学時4項目・年度末3項目、AC群間は入学時4項目・年度末5項目の有意差があり、年度末の「講義のポイントをまとめる力」「主張できる力」「課題の解決力」はいずれもC群が高くかつ有意差があった。またAC群間の「課題の解決力」の有意差は、入学時にはなかったが年度末はみられた。

【考察】ARCSモデルでは、学習意欲を高める手立てを<注意><関連性><自信><満足感>の4側面で述べている。年度末に共通して有意差のあった上記3項目の背景には、学力差や学習意欲差の影響が考えられる。社会経験のあるC群は、入学時に看護と学習の<関連性>を理解できる傾向が見受けられ、年度末には課題解決への<自信>づくりにまで学習意欲を促せつつあった。一方AB群は、年度末でも看護と学習の<関連性>を実感できるかに留まる傾向が見受けられた。そのためAB群へは初年次に学習意欲が高まるような涵養が重要で、まずは看護と学習の<関連性>を見出せる支援が有効といえる。一方C群へは既に持つ<関連性>への能力を活かし、看護への<自信><満足感>につなげる支援が有効といえる。このような年齢群に対する学習支援の工夫により、ひいては学生全体の能力底上げへの貢献が期待できる。

「第 27 回日本内視鏡外科学会総会」 (2014/10/2)

指導医のいない、症例がない環境でいかに腹腔鏡手術をマスターするか

坂東道哉、三ツ井崇司、及川芳徳、田村徳康、梅主直亨

当院で 1999 年、腹腔鏡手術（胆摘以外）導入したが 2008 年まではほとんど鏡視下の血管処理や吻合を行わなかった。2008 年に腹腔鏡下胃、大腸切除の本格的導入を決定するも腹腔鏡手術の指導医はおらず、当時適応の早期胃癌例も少なかった。2009 年から指導医 3 人が講習会参加、他施設見学を積極的に行ったが、術者のみの勉強では助手の術野展開を的確に指示できず、安定した手術ができなかった。他施設の内視鏡外科医を招待し手術したりしていた。2010 年以降は講習会参加や見学の他、エキスパートの手術動画をみての勉強を頻回に指導医と若手医師が一緒に行うようにした。2011 年には 8 年目医師をがん研有明病院外科での研修に 1 年間派遣した。この頃は適応を早期癌に絞っており数が少ないもののなんとか手術は完遂できるようになった。2012 年にがん研研修を終えた医師が様々なノウハウを持って戻り、器具選定もしなおした。大腸の適応を進行癌まで広げると数が増え、定期的に腹腔鏡手術が行えるようになった。2013 年には医師室にドライボックスを設置した。胃の適応も進行癌まで広げ、再建まで完全鏡視下で行えるようになった。現在、胃癌大腸癌手術の 70%以上が腹腔鏡となり郭清、再建手技も安定してきた。今後さらなる技術の向上を課題とし、ビデオ反省会勉強会を行いつつスタッフ 4 人が技術認定医の受験準備中である。

「第 69 回日本消化器外科学会総会」 (2014/7/18)

肝細胞癌破裂に対する TAE , 肝切除後の肝内および腹膜胸膜播種再発にソラフェニブが著効した 1 例

坂東 道哉, 佐藤 裕二, 森 正樹, 村田 祐二郎, 田村 徳康, 及川 芳徳, 三ツ井 崇司, 濱崎 俊輔, 毛利 俊彦, 松本 華英

ソラフェニブは欧米を中心に行われたプラセボ群とのランダム化比較試験 (SHARP trial) により切除不能肝細胞癌患者の生存期間を延長することが示されたものの, PR は 2%, CR は 0%であった. 今回, 肝細胞癌破裂に対する緊急 TAE および肝切除後の肝内および腹膜播種再発にソラフェニブが著効した 1 例を経験したので報告する. 症例は 81 歳女性. 突然の右季肋部痛にて受診, CT で肝後区域に 10×8cm の腫瘤と周囲に血性腹水を認め, 肝細胞癌破裂と診断された. 同日緊急 TAE にて止血し, 2 週間後に肝後区域切除施行するも, 術中操作で破裂部から多量の腫瘍組織が肝外にこぼれた. 病理結果では低分化型の肝細胞癌であった. 術後 4 ヶ月後の CT で肝内および副腎転移, 腹膜および胸膜播種再発を認めた. 81 歳と高齢であったが, 肝予備能が Child-Pugh A であったためソラフェニブ 400mg/日の投与を開始した. 投与開始 2 週間後に grade 2 の口内炎を認め, 投与 2 ヶ月後の CT では, 多発する腫瘍の更なる増加増大を認め, PD と判断した. 投与 3 ヶ月後に手足症候群が grade 2 から 3 となり, 400mg の隔日投与に減量した. ところが投与 8 ヶ月後の CT で腫瘍は著明な縮小傾向を示し, PR に転じた. また, AFP, PIVKA-II も投与 3 ヶ月目までは上昇傾向を示していたが, 4 ヶ月目から低下し始め, 投与 14 ヶ月目には正常範囲内までに至った. 投与 35 ヶ月後の現在までソラフェニブ 400mg 隔日投与を継続し, CT 上ほぼ CR の状態となった. 最近, 肺転移症例や本症例のような低分化型症例がソラフェニブ著効例の効果予測因子となるという報告もあり, 興味深い. 肝細胞癌破裂に対する TAE , 肝切除後の肝内および腹膜胸膜播種再発にソラフェニブ投与し, 投与 4 ヶ月後に PD から PR に転じて, その後も隔日投与にて著明な腫瘍縮小効果がみられ, 結果的に画像上 CR が得られた 1 例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する. なお最近の研究で, FGF4 強制発現の癌細胞がソラフェニブに奏功するという報告もあり, 現在本症例に関しても遺伝子解析中である.

「第 20 回救急整形外科外傷シンポジウム」 (2014/2/27)

救急救命室における整形外科的傷病に対する超音波の使用経験

Usage experience of ultrasound for the orthopedical injury and disease in emergency room

吉田渡、渡邊元、長谷亘、木田将量、上久保和明、阿部瑞洋、田中瑞栄、
伊藤聰一郎、鈴木博之、金井信恭、吉岡太郎

救急救命室 (Emergency Room: ER) では救急患者に対し ER ドクター (救急科専門医など) によって多くの科の診断 (Advanced Triage: AT) および初期治療 (Primary Care: PC) が行われ必要があれば各専門科にコンサルトされるが、近年の救急患者の多様化に伴い実際には科を問わず多種多様な疾患・外傷に対して幅広い PC が行われている。

整形外科領域では多くの外傷・疼痛を伴う疾患に対して ER で AT および PC が行われるが、基本的には NSAIDs を中心とした疼痛コントロールと局所安静を目的とした外固定などが一般的である。しかし AT 上診断不明瞭な場合や PC が困難な場合は、二期的に専門医へのコンサルトが必要な場合も少なくない。当科では整形外科領域における超音波 (ultrasound: US) の有用性に着目し、ER ドクターと共同で ER での AT・PC において積極的な US の使用を行っており、その使用経験・ER での有用性について検討した。

検討項目としては、ER における (1) AT としての有用性、(2) PC としての有用性などについて検討した。(1) については、単純 X 線像では診断に苦慮した脱臼や靭帯損傷・軟骨損傷などの骨組織以外の損傷における診断に有用であった。(2) については、US ガイドによる関節注射・神経ブロックなどにより各種疼痛性疾患の疼痛緩和、脱臼整復の際の愛護的な操作、ER での AR・PC から手術室での一期的な観血的手術が可能であった。

整形外科領域での US の有用性は近年特に注目されているが、ER における AT・PC においてもその有用性は高く、救急患者の多様性の広がりに合わせて今後も ER ドクターと共により多岐にわたる積極的な使用を進めていく方針である。

びまん性軸索損傷の病態

益澤秀明

‘脳外傷による高次脳機能障害’との関連で注目されるびまん性軸索損傷 (DAI) とは交通事故などで頭部に強い衝撃が加わった際に脳の広範囲に生じる 神経軸索損傷である。脳ネットワーク障害と想定される。神経代謝障害カスケードを伴う。非可逆性 (器質性) 損傷では軸索を含むニューロンの変性・崩壊・消失に至り、白質の体積が減少し、代償性脳室拡大をもたらす。DAI は単独 のこともあれば局在性脳損傷 (脳挫傷や急性硬膜下血腫等) と合併することもある。慢性期後遺障害では DAI が主たる役割を担っている。DAI は当初の病理診断から、いまや臨床診断として確立し、最重度の外傷性植物状態から最軽度の脳震盪や MTB 1 (軽度脳外傷) に至る一連の病態スペクトラムと捉えられる。臨床症状は受傷直後の意識障害に始まる。軸索損傷の大半が可逆性 (機能性) であるときは軸索機能の回復とともに意識は速やかに戻る (脳震盪) が、そうでないときは意識障害が延長する (軽度以上のびまん性軸索損傷)。意識回復後の臨床症状と経過は多様に見えても類型的で軽重はあるものの共通する特徴が認められる。精神症状と神経症状である。精神症状は我国では ‘脳外傷による高次脳機能障害’ とされ、認知症状 (見当識・記憶障害、遂行機能障害など) と情動症状 (易怒性、攻撃性、感情易変、羞恥心低下、幼稚性、人格変化など) からなる。後者のほうが社会復帰の障りとなりやすい。特徴的なのは、自己洞察性 (気づき) の低下・消失と全般的改善傾向である。前者は症状が見過ごされやすい要因である。神経症状は小脳失調 (起立・歩行と構音の失調) と、しばしば合併する痙性片麻痺 (四肢麻痺) である。自験例のなかから代表例を選んで 症状経過と画像所見の推移を示す。急性期は正常画像の場合もあれば特徴的な組織断裂出血所見を示す場合もある。慢性期の脳室拡大・脳萎縮が DAI の重度・DAI 後遺症の重症度を量的に反映している。脳室拡大の判定には受傷当日からの画像追跡が欠かせない。従来の高次脳機能障害との接点である前頭葉損傷との異同を論じる。正常加齢脳との共通点、非外傷性びまん性脳損傷 (蘇生後脳症、CO 中毒など) との類似点を指摘する。反復性頭部外傷を受けたあとの ‘ボクサー脳’/慢性外傷性脳症から脳震盪の実態に迫り、アルツハイマー病などの神経変性疾患との類似仮説に触れる。MTBI (軽度脳外傷/軽度外傷性脳損傷) の一部に見られる遷延症状群 (脳震盪後症候群) に触れ、その特徴 (病前体質・自己洞察性の保持・症状経過など) を指摘する。高次脳機能検査とも称せられる神経心理検査であるが、軽度脳外傷においては ‘症状妥当性’ が検証されないままの検査成績は信頼性が低い。脳機能画像検査 (SPECT/PET) には抑うつ障害群や不安症群などを区別する疾患特異性がないとの説が有力である。

「第 30 回日本診療放射線技師学術大会」

(2014/9/19)

OPEN 型 MRI 装置での Joint コイルを用いた頭部撮影の検討

大地直之、渡邊真弓、新井敬、篠原健一

【目的】当院では閉所恐怖症の患者は OPEN 型 MRI 装置で検査を行っているが、頭部撮影で Head コイルすら装着が出来ない患者もいる。目の前に障害物をなくすため Joint コイルを頭部に装着し、体を斜位にして顔を横に向けることで、シングルピラー構造のため視界がフルオープンになる。今回 Joint コイルを用いた頭部検査の画質を検討したので報告する。

【方法】① Head コイルと Joint コイルの SNR の比較。② Head コイルと Joint コイルの感度分布の比較。③ Head コイルと Joint コイルの臨床画像での比較。

【結果】① Joint コイルで若干の SNR の低下をみ認めた。② Joint コイルで若干の感度分布の低下を認めた。③ Joint コイルは Head コイルと比較して画質が劣るが臨床画像では有用であった。

【結論】極度の閉所恐怖症や、小児撮影等の付き添いを必要とする場合、対面式で検査が行えるので有用と思われた。

「第 39 回 日本足の外科学会・学術集会」 (2014/11/14)

観血的整復を要した母趾趾節間関節開放脱臼の一例

上久保和明、吉岡太郎

症例は 46 歳男性。素足でサンダルを履き、自転車乗車中に転倒し受傷した。右母趾 MTP 関節掌側に 1.5cm 程度の開放創を認め、基節骨骨頭が露出している状態であった。趾間ブロック後に洗浄、デブリードマンを行い、徒手整復を試みた。しかし、整復は困難であった。そのため、背側に皮切を加え、IP 関節を展開した。IP 関節には volar plate が貫入しており、エレバトリウムを挿入し整復を得た。整復後は外側側副靭帯の損傷を認めたため、趾尖より Kirshner 銅線で固定を行った。

母趾趾節間関節脱臼は種子骨や volar plate の嵌入を伴う場合、徒手整復は困難とされている。今回、我々は徒手整復困難な症例に対して、観血的整復固定術を行い、術後良好な経過を得たので、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

「第 63 回日本医学検査学会」 (2014/5/17)

当院における尿からのフルオロキノロン耐性大腸菌検出状況

野村 秀和 1)、名取 聡 1)、赤津 義文 2)、大塚 喜人 3)

社会医療法人河北医療財団 河北総合病院 1)、株式会社 日立製作所日立総合病院 2)、医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院 3)

【目的】 近年わが国において ESBL 産生菌やフルオロキノロン系薬剤耐性株の増加が問題視されている。これらの検出状況を把握する目的で今回調査したので報告する。

【対象と方法】 2007 年 1 月～2012 年 12 月の 6 年間に河北総合病院において、尿検体より分離された大腸菌 4501 株を対象とした。

重複処理はせず、

①入院患者の大腸菌フルオロキノロン耐性率、

②外来患者の大腸菌フルオロキノロン耐性率、

③入院患者の ESBL 産生大腸菌フルオロキノロン耐性率、

④外来患者の ESBL 産生大腸菌フルオロキノロン耐性率、

の 4 項目について解析した。なおフルオロキノロン耐性は levofloxacin (LVFX) および ciprofloxacin (CPF) に同時に耐性を示した株とした。

【結果】

①1218 株中 253 株で耐性率 20.8%であった。

②2853 株中 611 株で耐性率 21.4%であった。

③192 株中 131 株で耐性率 68.2%であった。

④238 株中 171 株で耐性率 71.8%であった。

ESBL 産生大腸菌フルオロキノロン耐性率が高かった。

また入院患者と外来患者では、それぞれほぼ同じ耐性率であった。年次推移は 2007 年から、

①20.9%、19.8%、19.6%、19.5%、20.3%、24.6%であった。

②18.9%、22.6%、21.3%、23.8%、18.0%、23.1%であった。

③44.7%、60.0%、90.3%、64.7%、80.6%、68.0%であった。

④43.6%、69.4%、88.2%、74.3%、76.0%、78.3%であった。

2007 年の③、④を除いて年次推移にほぼ変化はなかった。

【考察】

大腸菌フルオロキノロン耐性率は約 20%に対して ESBL 産生大腸菌フルオロキノロン耐性率は約 70%と高率で耐性を獲得していることが判明した。ESBL 産生大腸菌が近年増加している現状をふまえて、尿路感染症における第一選択薬であるフルオロキノロン系薬剤の使用については現状を把握して使用することが望ましい。今後も耐性菌出現の注意深い監視が必要である。

「第 76 回日本臨床外科学会総会」 (2014/11/22)

巨大リンパ節転移を有する高度進行胃癌に対し S-1/CDDP 療法施行後に
臍頭十二指腸切除・横行結腸部分切除術にて根治手術を施行しえた 1 例

及川 芳徳

症例は 66 歳男性。2012 年 7 月、右側腹部腫瘤にて当院受診され、腹部造影 CT で胃前庭部から十二指腸球部の壁肥厚と、十二指腸・臍頭部・横行結腸間膜浸潤を疑う長径 13cm の巨大リンパ節腫大を認めたが、腹水は認めなかった。

上部消化管内視鏡では胃前庭部から十二指腸球部浸潤を伴う亜全周性の 2 型病変を認め、生検で充実型低分化腺癌 (por1)、HER2 (-) であり、CEA は 274ng/ml と高値であった。cT4a, cN3, M0, stageIIIC であったが巨大リンパ節の周囲臓器浸潤が高度で根治切除不能と判断し、2012 年 8 月から S-1/CDDP 療法を計 7 クール施行したところ、腹部造影 CT で長径 13cm の巨大リンパ節は長径 3cm に縮小し胃の壁肥厚も消失し、上部消化管内視鏡では胃幽門部大弯に平坦発赤部を認めたが生検は Gropel で、CEA は 5.0ng/ml に改善した。2013 年 5 月に根治切除可能と判断し手術を施行した。巨大リンパ節の縮小により十二指腸・臍頭部に横行結腸間膜右側が広範に引き込まれていたため臍頭十二指腸切除・横行結腸部分切除術を施行し切除しえた。術後経過は良好で術後 30 病日に退院となった。術後病理組織診断では胃幽門部大弯の平坦発赤部の固有筋層に径 4mm の範囲にのみ por1 を認めた。郭清リンパ節はすべて硝子線維化していたが十二指腸球部の白色癍痕部漿膜面に微小に por1 を認めた。2013 年 6 月より術後補助化学療法として S-1 内服を開始し、現在無再発生存中である。

「第10回日本消化管学会総会」 (2014/2/14)

胃壁膿瘍に対しCTガイド下穿刺ドレナージにて保存的に治癒しえた1例

及川 芳徳

症例は30歳男性、2009年12月に他院にて潰瘍性大腸炎に対し大腸亜全摘+回腸人工肛門造設術を施行後、2010年6月に二期的に回腸肛門管吻合+回腸人工肛門閉鎖術が施行され、その後良好に経過していた。2013年3月に左背部痛にて当院受診され、当初は尿潜血陽性にて尿路結石疑いとして対症的に外来で経過観察されていたが症状改善せず、初診10日後に38度台の発熱を認め再受診された。白血球14200/uI、CRP23mg/dIと炎症反応高値で、腹部CTにて左横隔膜直下の胃体上部前壁に周囲脂肪織濃度上昇を伴う7cm大の液体成分を含む低吸収域を認め胃壁膿瘍が疑われたため、同日入院となりPIPC/TAZ投与による保存的治療を開始した。腹部CT上は胃壁膿瘍の一部が左肺を介さず直接左胸壁に接していたため経皮的穿刺ドレナージが可能と判断し、入院後第2病日にCTガイド下胃壁膿瘍穿刺吸引+ピッグカテーテル留置を施行した。穿刺翌日の入院後第3病日には解熱し、入院後第14病日には白血球5700/uI、CRP0.24mg/dIと炎症反応も正常化し、留置カテーテル造影にて膿瘍腔がほぼ消失したことを確認して入院後第17病日に抜去し、入院後第19病日に保存的に治癒して退院となった。穿刺排液培養ではBac. uniformisが検出された。胃壁膿瘍はまれな疾患であり鑑別疾患に挙がることが少なく胃粘膜下腫瘍などの診断で手術治療に至る場合が多いが、今回の症例のように胃壁膿瘍と診断しえた場合は穿刺ドレナージのみで治癒する報告もあり、若干の文献的報告をまじえて報告する。

「第 69 回日本大腸肛門病学会学術集会」

(2014/11/8)

原発性虫垂癌 10 例の検討

及川 芳徳

1997年1月から2014年4月までに当院で切除した原発性虫垂癌10例について検討した。同時期に当院で手術を施行した大腸癌症例は1498例であり、このうち虫垂癌の頻度は0.6%であった。年齢中央値は71歳(44~86歳)、男女比は3:7であった。主訴は右下腹部痛8例、便潜血陽性2例で、術前診断に関しては術前生検にて虫垂癌の確定診断が得られたのは2例のみで、虫垂癌もしくは虫垂炎疑いが2例、虫垂癌穿孔もしくは虫垂炎穿孔による腹腔内膿瘍疑いが1例、回盲部腫瘍疑いが3例、虫垂炎穿孔による腹腔内膿瘍疑いが2例であった。術式と郭清度は結腸右半切除術+D3郭清が2例、回盲部切除術+D3郭清が2例、回盲部切除術+D2郭清が2例、回盲部切除術+D1郭清が3例、盲腸切除術が1例であった。虫垂穿孔を伴う症例は10例中4例であった。組織型は高分化型腺癌が6例、乳頭腺癌が2例、印環細胞癌が2例であった。深達度はmpが1例、ssが5例、seが4例であった。リンパ節転移は郭清を施行した9例中、n2が2例、n1が2例、n0が5例であった。脈管侵襲は陽性が7例、陰性が3例であった。病期はstageI:1例、stageII:4例、stageIIIA:2例、stageIIIB:1例、stageIV:1例(同時性腹膜播種)であった。術後観察期間中央値は48か月(2~139か月)、予後に関しては無再発生存5例、無再発他病死2例、腹膜播種再発での原癌死2例、同時性腹膜播種の担癌生存1例であった。虫垂癌穿孔4例中2例はいずれも腹膜播種再発で死亡したが、他2例は術後化学療法を施行し無再発生存中である。非穿孔6例中5例は無再発であり、他1例は同時性腹膜播種に対し術後化学療法を施行し生存中である。原発性虫垂癌は早期診断が難しく進行癌での発見が多いため通常の大腸癌と比較して予後はやや不良であり、また穿孔合併例が多いため腹膜播種再発の頻度が高いと考えられる。予後改善には術後化学療法などの集学的治療が重要であり、今後さらに症例を蓄積しての検討が必要である。

「第 19 回日本緩和医療学会学術大会」 (2014/6/21)

在宅医療サービスが提供された患者の医療費の分析
～在宅ホスピスの医療費の実態～

一戸 由美子 1)、矢尾 知恵子 2)、渡邊 厚博 3)、佐藤 幹也 1)

1) 社会医療法人 河北医療財団 東京・杉並家庭医療学センター 診療部

2) 社会医療法人 河北医療財団 河北看護・リハビリステーション阿佐谷

3) 社会医療法人 河北医療財団 東京・杉並家庭医療学センター 運営支援室

【目的】厚労省は、医療費の増大を防止するために医療費適正化計画の中で医療機能分化・連携、在宅医療の推進を掲げている。本調査では、在宅医療を実際に受けた患者の医療費を分析することで、在宅で最期を迎える方の医療費の実態を把握する。

【方法】2010年4月から2013年12月までの期間に、東京・杉並家庭医療学センターの定期訪問診療（月2回以上）が終了となった157人（がん患者95人、非がん患者62人）を対象に、請求された医療費を算出・比較・分析した。

【結果】対象：がん患者95人（76歳±13）、非がん患者62人（83歳±11）、1日当りの平均医療費は各々、中央値10,935円（2,837 - 39,211）、3,916円（1,903 - 28,715）でがん患者の医療費は非がん患者の約3倍であった。がん患者の医療費の自己負担額（月平均）は、70歳未満では133,525円、70歳以上は34,419円であった。非がん患者の場合は、70歳未満が32,253円、70歳以上が17,234円であった。

【考察】緩和ケア病棟入院の1日の医療費は38,000円、一般病床入院の場合、死亡前30日以内の1日の医療費は21,103円（10,969 - 70,694）であることから、在宅ホスピスは医療費を低減するといえる。一方、薬剤や訪問看護、介護に関わる費用など、在宅療養中に患者が負担するの別途サービス費用も同時に分析し、吟味する必要があると考えられる。

「第 17 回 日本在宅医学会学術集会」

在宅療養患者の転帰に関する実態調査

～年齢・疾患・紹介元・退院カンファレンスの有無による比較～

一戸 由美子、矢尾 知恵子、渡邊 厚博、佐藤 幹也

【目的】

厚労省の統計では、年間死亡者数は 2040 年には 166 万人に達するとされており、今後は看取りを含めた在宅での終末期医療のあり方が重要な課題となっている。そこで今回、河北家庭医療学センター（以下、当センター）における在宅療養患者の転帰に関する調査を行った。

【方法】

2011 年 9 月から 2014 年 8 月の期間に当センターの訪問診療を終了となった患者 193 人（7.9 歳±13.6、男性 102 人、女性 91 人）を対象に、転帰に関する実態調査を後ろ向きに行った。

【結果】

在宅死亡 88 人（45.5%）、病院死亡 81 人（41.9%）、軽快終了 11 人（5.6%）、施設入所 4 人（2.0%）、紹介 8 人（4.1%）、その他 3 人（1.5%）であった。がん（89 人）/非がん（104 人）別にみると、がんの在宅死亡率（60.6%）は非がんの在宅死亡率（32.6%）より有意に高かった。非がん患者のうち、疾患別分類でみた在宅看取り率は、老衰が 100%と高く、心疾患が 46.1%と比較的高かったが、その他の疾患では有意な差がなかった。患者の紹介元をみると、同法人の急性期病棟（40.9%）、同法人の外来（30.0%）、近隣病院の急性期病棟（18.1%）、大学病院の急性期病棟（9.3%）の順で依頼が多かった。紹介元と転帰との関係では、同法人からの紹介患者の在宅看取り率 51.1%は、外部医療機関からの紹介患者の看取り率 32.1%に対して高かった。特に大学病院からの患者の在宅死亡は 27.6%と最も低かった。訪問診療開始前に退院カンファレンスが開催された群（73 人）とされなかった群（120 人）の間に転帰に関する差異はみられなかった。患者の年代別の転帰にも有意な差異はなかった。

「第 33 回東京都理学療法士学術大会」 (2014/7/6)

転倒恐怖感の軽減から動作の獲得に至ったケース

稲葉 健太

【目的】近年、転倒に関する心理的影響として転倒恐怖感 (Fear of Falling: 以下、FF) が注目されている。Tinetti らは、FF を「身体能力が残されているにも関わらず、移動や位置の変化を求められる活動に対してもつ永続した恐れ」と定義している。FF を有することで、活動性が低下し、廃用症候群が引き起こされ、さらに転倒しやすい状態になる悪循環が生じると報告されている。そのため、恐怖感の軽減の重要性が検討されている。FF の改善の方法の一つに、自己効力感の強化が挙げられている。自己効力感の強化には、患者自身の動作の成功体験が一番有効であると言われている。今回、転倒により、FF が強い症例を担当する機会を得た。FF の軽減を図ったことで動作獲得に至ったので報告する。

【方法】症例は 80 歳代女性、自宅で転倒し、第一腰椎圧迫骨折の診断を受けた。受傷後 43 日目に当院に入院、約 3 ヶ月間の入院後、自宅へ退院した。受傷前 ADL、APDL 自立。入院時より 1 本杖歩行は監視レベルで可能であったが、FF が強く、病棟では歩行車歩行監視レベルにて移動を行っていた。

自覚的な FF を数値化する、Modified Fall Efficacy Scale (以下、MFES) と患者の ADL を評価する Functional Independence Measure (以下、FIM) を 1 ヶ月ごとに測定した。MFES の測定項目は日常生活での動作を 14 項目に分類し、各項目を転倒しないで行える自信があるか 10 点満点で答えてもらった。

介入方法としては、MFES の評価結果を用いて、患者に前回からの変化点や次の問題点などをフィードバックするとともに治療プログラム立案の指標とした。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に則って本人へ十分な説明を行い、同意を得て実施した。

【結果】入院時の MFES は 55 点、FIM は 96 点。1 ヶ月後の MFES は 60 点 FIM は 112 点。2 ヶ月後の MFES は 88 点、FIM は 117 点。退院時には、MFES は 110 点 FIM は 118 点となった。

【考察】入院時は起立・着座時に大きなふらつきはないものの MFES で減点を認めた。起立・着座動作は、動作の開始・終了に必ず伴う動作である。そのため、当初は、起立・着座動作への介入を中心に行った。1 ヶ月後に起立・着座動作の項目に点数の改善を認めた。しかし、全般的に点数が低く、移動手段として安定した歩行を獲得することが必要だと考え、歩容改善や病棟での歩行練習導入を行った。2 ヶ月後の測定では、MFES の各項目に点数の向上認めるも、APDL の項目に関して、未だ点数が低い状況であった。屋外歩行の頻度を増やし実際の買い物練習や公共交通練習などを複数回行った。3 ヶ月後は、入院時と比べ MFES・FIM の点数ともに向上が認められ、受傷前同様 ADL、APDL ともに一人で可能となり自宅退院となった。

以上より MFES を評価することで、患者が抱えている FF の強い動作を数量的に評価することができた。数量的に評価することで、患者へのフィードバックが行いやすく、点数の向上そのものが、患者のセルフエフィカシーの強化につながり、FF が軽減し、動作の獲得に至ったと考える。

「第 57 回日本糖尿病学会年次学術集会」

(2014/5/22)

内因性インスリン分泌が枯渇した 1 型糖尿病患者に対する
インスリンデグルデクの使用経験

岡田 光正、吉田 勢津子

【目的】 インスリンデグルデク (以下 D) の血糖コントロールにおける影響を解析した。

【方法】 内因性インスリン分泌が枯渇した 1 型糖尿病患者 3 例を対象とした。インスリン
グルルギン (以下 G) を D に置き換えた。D 投与開始前と、D 投与から 2 週間経過後のそれ
ぞれ 30 日間の自己血糖測定記録を比較した。

【結果】 基礎インスリンとしての D 投与量は、G 使用中より 9~30%減少した。超速効型イ
ンスリン投与量は、10~40%減少した。3 例中 1 例で、早朝空腹時血糖の低下を認めた。
昼食・夕食前血糖や、前記の 1 例を除いた 2 例の早朝空腹時血糖は変化なく、測定時間
帯ごとの血糖値の分散にも変化はなかった。HbA1c、グリコアルブミンは不変ないしやや
改善し、体重変動はなかった。

【総括】 G を D に置き換えることによって、血糖コントロールが改善する可能性が示唆され
たが、症例によっては早朝空腹時血糖が低下する傾向が認められた。

「回復期リハビリテーション病棟協会第23回研究大会 in 名古屋」

(2014/2/8)

記録の改善活動による経過記録の変化

角田 恵

【目的】 当院の看護業務改善委員会では2011年度より看護記録の改善活動を行っている。活動の開始理由は、看護経過記録にはバイタルサインの値のみ入力されていることが多くリハビリ看護としての記録が少ない。そのため経過記録を読んでも患者の状態を把握することが難しく、患者に統一したケアを提供することが困難な状況であった。この問題を改善するために2011年度から2013年度にかけて、記載基準の改訂・勉強会の開催・記録監査表の作成と監査・各病棟での同僚監査を行った。これらの活動の効果を測定するため、顕著に変化がみられると予測される経過記録に視点を置き、リハビリ看護に必要な情報がどの程度記録されるようになったか調査した。

【方法】 1. 当院全3病棟の2011年4月の10日間と2013年7月の10日間の経過記録の内容を身体症状、ADL、患者・家族の反応等に分類し割合を算出する。2. 2013年6月に行った監査表20例を無作為抽出し、項目毎にできている人の割合を算出する。

【結果】 1. 2011年度の記録では、身体症状69.2%、ADLに関する内容14.7%だったが、2013年では、身体症状40.7%、ADLに関する内容46.7%と「ADLに関する内容」が上回った。2. 監査では、次勤務帯に反映できるわかりやすい内容となっているか95%とほぼ全員ができていたのに対し、看護問題毎の記載70%、病状や看護計画に対する説明時の患者・家族の反応の記載35%、身体抑制中の患者に対しての観察内容30%と低かった。

【考察】 改善活動によりスタッフの記録への意識が高まり、介助した内容を積極的に記載できるようになった。監査でも「次勤務帯に反映できるわかりやすい内容で記載されている」項目が高値であることからわかる。しかし、個々の記録を見ると「一部介助」や「中介助」など抽象的な表現も多い。また、看護問題毎の記載や患者・家族の反応の記載ができていないことがわかり今後の課題も明確になった。

「リハビリテーションケア合同研究大会 長崎 2014」

(2014/11/7)

回復期リハビリテーション病院作業療法部門の課題

館岡 周平 1, 2), 會田 玉美 2, 3)

1) 河北リハビリテーション病院, 2) 目白大学大学院リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻, 3) 目白大学 保健医療学部

【緒言・目的】近年,回復期リハ病院が増加する一方,退職者の増加が問題となっている. 社団法人作業療法士協会「臨床作業療法部門自己評価表第2版(以下,評価表)」を用い,作業療法部門(以下部門)職員の課題を明らかにし,満足度を向上させる対策を検討する.

【方法】対象者は当院 OTR29 名,調査期間は 2014 年 5 月 18 日~6 月 7 日,無記名で経験年数を 6 分類し,1~4 年目は 1 年ごと,その他 5~7 年目,8 年目以上から選択を求め,留め置き法で実施.評価表,部門満足度(VAS)に要望等の自由記載欄を設けた.分析方法は,各年代,満足度の平均値,評価表の大項目ごとに「はい」と回答した比率,経験年数で 2 群に分類し,大項目ごとの回答数の χ^2 検定 ($p < .05$) を実施.

【結果】回収率は 89%,VAS 値(平均値±標準偏差 mm) 51.2 ± 20.3 で,2~4 年目は下降傾向,5 年目以上は上昇傾向を示した.評価表で「はい」の回答が少ないのは,「対象者に関する役割・機能」(39%)「職種としての役割・機能」(34%),2 群間を比較すると,2~4 年目は「対象者に関する役割・機能」($p = .02$)「職種としての役割・機能」($p = .02$)で,5 年目以上は「福利厚生」($p = .03$)であった.自由記載欄には「育児中の職場環境」,「業務量の平等性」が問題に挙げられた.

【考察・今後の対策】2~4 年目は,評価表の課題が満足度低下の一要因と考えられ,「役割,機能」の勉強会を行い改善を図ることが必要と考える.5 年目以上は,課題と満足度に関係はみられず,満足度の理由は個別性が高いと考えられる.

「第 11 回東京都作業療法学会」 (2014/10/26)

症例報告にみる脳血管障害者の独居生活に向けた退院支援

館岡 周平 1, 2), 會田 玉美 2, 3)

1) 河北リハビリテーション病院, 2) 目白大学大学院リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻, 3) 目白大学 保健医療学部

【はじめに】国民生活基礎調査によると 2010 年度時点での要介護となった原因の構成割合は、脳血管疾患が第 1 位である。また、要介護者の独居者が増加傾向にある。我が国では、2000 年に回復期リハビリテーション病棟が新設、在宅復帰が促進され、独居生活に向けた支援も増加した。本研究は脳血管障害者の独居生活再開に向けた支援についての先行研究から、退院支援のあり方を検討した。

【方法】本研究の対象は、2000 年～2013 年の間に発表された原著論文である。選択基準は病院における脳血管障害者の独居生活に向けた退院支援に関する原著論文とした。検索データベースは「医学中央雑誌 web ver. 5」を使用、キーワードは「脳血管障害」、「脳卒中」と「単身生活」、「独居」、「一人暮らし」とし、手検索を加えた。

【結果】2014 年 7 月 8 日、15 件の症例報告が選択された。内訳は男性 8 例、女性 7 例、退院時の ADL・屋内移動の自立は 13 例であった。独居再開の問題点として記載があった項目は、転倒リスクが高い 7 例、病識不十分 3 例、ADL 能力低下 2 例、APDL の介助量が多い 2 例、地域から孤立、住居は過疎地、家族の過小評価、家屋改修困難、閉じこもり傾向、生活保護、高齢、失語症などであった。独居に向けた具体的な支援方法は、家庭訪問 12 例、介護保険サービス提案 10 例、環境調整 10 例、外泊訓練 4 例、住宅改修 5 例、外来リハビリの提案 2 例、事業所との連携 3 例、家事訓練、地域住民との連携、新規アパートへの見学同行であった。事例の希望としては、在宅復帰や独居再開が 9 例、屋外移動や旅行の自立が 3 例、家族と同居 1 例であった。事例の心理面の経過は 15 例中 10 例に記載がなかった。

【考察】独居生活再開には移動手手段の確立、ADL 自立度が求められると考えられるが、高齢、ADL や APDL 介助での独居再開例もあり、症例の ADL 状態と介護サービス、インフォーマルなサービスを適切にマッチングすることが必要と考えられる。また、病院内の評価では不十分であり、自宅での動作確認や環境調整を行うと共に、安全性や活動性の確保と生活の継続のための地域との連携が必要であり、独居生活の問題点を補えることが脳血管障害者への独居再開に向けた支援では必要である。従って病院からの独居生活再開支援はリハスタッフの「環境」や「連携」を調整する推進能力が求められると示唆された。

「日本医師事務作業補助研究会第4回全国大会」 (2014/6/28)

当院初の医療クラーク病棟配置に関する事例報告
～医療クラーク室設立からの変遷と、今後の展望・課題も含めて～

吉田 周平、太田 誠司

【はじめに】2008年4月に医師事務作業補助体制加算が新設され、当院では病棟クラーク2名を配置転換する事で、2009年8月より医師事務作業補助者(以下、医療クラーク)を導入し、医療クラーク室を設立した。設立からの変遷と、現在の病棟配置に関する事例報告、今後の展望と課題について発表する。

【変遷】設立当初は、外科・整形外科・脳神経外科等の外科系診療科を中心に、診断書代行記載を主に業務を開始した。医療クラーク導入後は、医師より診断書記載の負担軽減に関する高い評価を受け、その結果、NCDや院内がん登録等、医療クラーク室は業務拡大を続けてきた。更に、『医療クラーク』という職種や業務内容が医師に理解され始めた結果、医療クラークに対する要望は増加の一途を辿った。その後『より身近な場所で事務的サポートを行えば、更なる医師の負担軽減に繋がるのではないか』という考えの下、より一層医師が診療に専念出来る環境を作り出す事を目的に、2013年4月より新たな試みとして当院初となる医療クラークの病棟配置を実施した。

【方法】医療クラーク1名を、脳卒中センター病棟(神経内科・脳神経外科)に配置し、病棟医師室内の一角を主な業務スペースとし、医師からの要望ヒアリング等を通じてゼロからの業務構築を行った。

【結果考察】構築した業務の一例に、入院診療計画書の代行記載がある。業務運用開始から徐々に実績を重ね、現在では業務の定着に成功し医師からは高い評価を受けており、直接的に医師の負担軽減へと繋がっている。

【まとめ】今回の発表では、医療クラーク病棟配置までに至った経緯や、病棟配置から一年経過した時点での実際の事例報告を主として行い、得られた成果や問題点の考察、今後の当院での病棟配置の展望についても触れる。また、2014年1月より開始した医療クラーク病棟配置第二弾(小児科・産婦人科に兼任で1名)についても報告する。

「第 57 回日本糖尿病学会年次学術集会」 (2014/5/23)

DPP-4 阻害薬使用中に腸閉塞をおこした 6 症例の検討

吉田 勢津子 岡田 光正

DPP-4 阻害薬 (以下 D4I) は消化管蠕動運動を抑制する事が知られている。今回腸閉塞 (重腸閉塞 1 例を含む) で入院した 2 型糖尿病で D4I を使用していた 6 例を検討した。年齢 76.7 ± 3.9 歳、男女比 4 : 2、手術歴あり 4 人 (内複数回の手術歴 2 人)、D4I はシタグリプチン 50mg 3 人、100mg 1 人、アログリプチン 12.5mg 1 人、ビルダグリプチン 50mg 1 人、併用糖尿病薬剤はグリベンクラミド 1 人、トルブタミド+メトホルミン 1 人。D4I 使用開始から腸閉塞発症までの期間 18 日から 1 年 8 ヶ月。転帰は保存治療で改善 5 人、手術治療 1 人。D4I については 2012 年 4 月には重大な副作用として腸閉塞が追記されたが追記後に発症した 5 例中 1 例を除いては手術歴があった。今後高齢者への D4I の使用頻度増大にともない腸閉塞への注意が重要と考えられる。

「第 19 回日本緩和医療学会学術大会」

(2014/6/21)

急性期一般病院ギアチェンジ期がん患者の療養場所選択の現状

荒井 奈保子

【目的】：急性期一般病院の抗がん治療終了時期のがん患者について、療養場所別にどのような特徴があるかを分析し、ギアチェンジ支援の一助を得る。

【方法】：2012 年度当院緩和ケアチーム介入患者のうち当院で死亡した患者 36 名 (以下 A 群)、治療終了し転院した患者 23 名 (以下 B 群) の計 59 名を対象に、診療録、緩和ケアチーム記録より、治療期間、ギアチェンジ提案までの期間、療養希望等を情報収集し比較する。

【結果】：平均年齢 A 群 72.7 歳、B 群 81.4 歳、平均在院日数 A 群 25.1 日、B 群 30.4 日、平均治療期間 A 群 B 群共に 1 年弱程度であった。診断時から終末期末治療者は A 群 6 名 (16.7%)、B 群 7 名 (30%)、最後まで抗がん治療希望した人 A 群のみ 5 名 (14%)、ホスピス紹介された人は A 群 21 名 (58%)、B 群 17 名 (74%)、うちホスピス希望者は A 群 3 名 (14%)、B 群 10 名 (59%)、ホスピス希望しない理由は、A 群は ADL 自立でまだ早い、B 群は家族の未告知希望が主であった。A 群は、最終抗がん治療日から死亡までの平均日数 77.8 日、ギアチェンジ提案から死亡までの平均日数 33.1 日であった。B 群転院先は、療養型病院や緩和ケア対応一般病院も 13 件 (57%) みられた。

【考察】：A 群よりも B 群は高齢者が多く、症状だけでなく介護者も含めて加齢も療養場所選択の要因とうかがえた。治療終了からギアチェンジ提案まで平均 1 か月以上かかっており、個人の考えを尊重しながら適切な予後予測と告知で療養準備に取りくめるよう支援が必要と考える。

「第 73 回日本公衆衛生学会総会」 (2014/11/5-7)

通所介護の介護報酬に係る政策と在宅介護サービス利用状況との関連について

佐藤幹也 1) 2) 田宮菜奈子 1) 麻生英樹 3) 柏木聖代 4) 泉田信行 5) 森山葉子 1)
高橋秀人 6) 松本吉央 3) 野口晴子 7)

1) 筑波大学医学医療系 2) 河北医療財団河北家庭医療学センター 3) 産業技術総合研究所
4) 横浜市立大学 5) 国立社会保障・人口問題研究所 6) 福島県立医科大学 7) 早稲田大学

【目的】 2006 年度の介護報酬改定において通所介護の報酬は事業所規模別となり小規模通所介護事業所が優遇された。2009 年度の改定ではサービス提供の時間区分の見直しと時間延長加算の導入が行われ長時間の通所介護が評価された。またこれと並行して小規模通所介護事業所を活用した事業所利用者に対する介護保険外の夜間滞在型サービスが増加している。これらの政策と環境変化が通所介護利用者数及び他の在宅介護サービスの利用状況に与えた影響を記述することを目的とし本研究を実施した。

【方法】 2006 年 4 月と 2011 年 4 月の全国の介護保険給付実績のうち分析を希望しなかった保険者の利用実績を除外し解析した。対象月の通所介護利用者中、要支援の者、施設介護、中間施設及び短期入所の利用者を除外し、加算情報から通所介護事業所の規模を抽出して小規模通所介護事業所利用者と通常規模通所介護事業所利用者の 2 群に分け、両群の利用者数及び各サービスの平均利用点数を比較した。

【結果】 小規模事業所と通常規模事業所の利用者数は 2006 年 4 月にそれぞれ 111282 人と 425567 人、2011 年 4 月に 167541 人と 545331 人であった。それぞれの平均利用点数は 2006 年に訪問介護が 1708 点と 1512 点、訪問入浴介護が 27 点と 28 点、訪問看護が 226 点と 251 点、訪問リハが 13 点と 13 点、通所介護が 7463 点と 6465 点、通所リハが 400 点と 402 点、福祉用具貸与が 510 点と 922 点であり、2011 年に訪問介護が 1918 点と 1682 点、訪問入浴介護が 36 点と 32 点、訪問看護が 274 点と 290 点、訪問リハが 58 点と 56 点、通所介護が 9543 点と 8490 点、通所リハが 409 点と 428 点、福祉用具貸与が 558 点と 615 点であった。

【結論】 小規模通所介護事業所および通常規模通所介護事業所ともに利用者数は伸びており、その伸び率は小規模事業所の方が大きかった。小規模事業所利用者は通常規模事業所利用者に比べ介護系（訪問介護や通所介護）の利用量が多く、医療系（訪問看護）および福祉用具貸与の利用量が少ない傾向があった。小規模事業所は通常規模事業所と比べ、より介護ニーズの高い要介護者の需要を満たす一方で、利用者の医療ニーズがより低いもしくは医療系サービスへのアクセスが制限されている可能性が示唆された。

「第6回植込みデバイス関連冬季大会」 (2014/2/22)

ペースメーカージェネレーター脱出をきたした透析患者の1例

佐藤 由里子

症例は81歳女性。2001年1月Mobiz II度房室ブロックに対してVVIペースメーカー (PM) を他院で挿入。2010年7月電池消耗で電池交換術を当院にて施行。2011年頃より、PM創部の皮膚が薄くなったことを自覚していた。2012年11月頃より同部位がこすれて疼痛が出現。2012年12月〇日入浴前にジェネレーターが創から飛び出しているのを見つけ入院となった。既往歴として1986年高血圧症、糖尿病、2003年糖尿病性腎症で透析導入。入院時は、発熱はなく血液検査でもWBC 6,200/ μ l、CRP 0.38 mg/dlと軽度の炎症を認めるのみであった。感染症の予防としてVCMとCEZを投与し待機的に手術を予定していたが第3病日より発熱。準緊急で第4病日外科的にPM抜去および植え込み術を施行となった。手術は全身麻酔下に心筋電極 bipolar2本およびジェネレーターを心窩部に植え込んだ。その後右鎖骨下より脱出したPMリードの引き抜きを試みたが、癒着のため抜去困難。そのため、人工心肺を装着し心停止下に右房を切開して直視下にリードを除去した。教訓的な1例であるため文献的考察を加え報告する。

「第 62 回日本輸血・細胞治療学会総会」

(2014/5/16)

鉄過剰症におけるチーム医療—認定臨床輸血看護師からの取り組み—

三井 優

鉄過剰症治療に於ける医療現場の問題点として、総輸血単位数(以下:単位数)や血清フェリチン値(以下:SF 値)の把握が遅延する事による治療介入タイミングの遅延する点や、治療薬による副作用脱落率が高い点、アドヒアランスに関する点等、多くの課題がある。

現在まで、鉄過剰治療に関する業務の多くを、医師が独りで担っていたが、看護師等のステークホルダーによるチーム医療を実践する事で、早期治療介入の実現や、それに伴う低用量・短期間での薬剤治療の実現、副作用リスクや患者負担の軽減といったメリットが生じると考えた。

活動概要としては、看護師が単位数・SF 値をモニタリングし、適切な治療介入や薬剤の増減量タイミングを、医師にアラートするものである。

患者基本情報・輸血実施日・総単位数・SF 値・デフェラシロクス導入日等を、独自のモニタリングシートを用いて追跡管理した。これを基に、単位数 20 単位・SF 値 500/単位数 40 単位・SF 値 1,000 の2つのタイミングで、アラートを実施し、これを電子カルテの掲示板を通して、医師や外来看護師との情報共有を行った。

その結果、2013年6月より開始した当該活動により、新たに4例の未治療患者を発掘し、治療を開始する事が出来、至適用量へ向けて増量する事が出来た。治療前後には、看護師が患者とのコミュニケーションを担う事で、アドヒアランスや副作用の管理を行った。

鉄過剰症となる患者の多くは高齢者であり、老老介護となる家庭もある為、個々にアレンジしたコミュニケーションが重要である事を学んだ。

以上より、当該活動は、鉄過剰症の未治療患者の発掘や、至適用量の管理に役立ち、医師への貢献度も高い事が示された。又、チーム医療を発揮する事で、アドヒアランスや患者納得度が高まる事が判った。

今後は、認定臨床輸血看護師のみで無く、全ての看護師が鉄過剰症への知識を習得し、更に、検査技師がチーム医療に介入する事で、より効率的で質の高い活動が実現すると考える。

「第 59 回日本透析医学会学術集会・総会」 (2014/6/13)

当院におけるエンドトキシン吸着療法 (PMX-DHP) についての報告と検討

山崎昌洋, 須藤博嗣, 青木尚子, 福田純子, 岡井隆広, 篠田俊雄

【背景】 ショックを呈するような重症の敗血症患者に対して PMX-DHP 療法の有効性については種々の報告がなされている。

【方法】 当院において 2011 年 1 月 1 日から 2013 年 12 月 31 日までの期間において当院で PMX-DHP 療法を施行した 60 例について背景因子, 治療効果について検討した。

【結果】 症例は男性 34 例, 女性 26 例で平均 69.1 歳であった。原因は消化器疾患 25 例, 循環器疾患 13 例, 呼吸器疾患 7 例, 尿路感染症 8 例, その他の敗血症 7 例であった。入院中に死亡した症例は 18 例でそのうち 14 日以内に死亡した症例は 7 例であった。PMX は平均 6.2 時間施行し, CHDF を 15 例で併用した。

開始 48 時間後において平均血圧, 心拍数とも有意に改善していた。死亡群と生存群で開始時血圧, 単独の採血データでは有意差はなかったが, 死亡群は SOFA スコアが高く, CHDF を併用した症例が多かった。

【結語】 当院における PMX-DHP 療法の効果について文献的考察を加え報告する。

「第64回 日本病院学会」 (2014/7/3)

「二次救急医療センターEMT科を立ち上げて」

—地域の安心を考える—

市成卓也、竹内一貴、増井敏郎、小川礼二、立石涼、安倍晋也、金井信恭

当院は東京都杉並区に位置する病床数 391 床の二次救急指定病院であり、他に区内には急性期対応の機能を担う大規模病院が乏しく、当院の地域救急医療に果たす役割は極めて重要である。平成 17 年 11 月より杉並区の救急拠点病院として、救急医療センターを立ち上げ診療を行ってきたが、平成 24 年度の救急外来患者数は 18964 名、救急搬送件数は 6262 台であり、平成 25 年度は救急搬送件数 8000 件を超える勢いである。

当救急医療センターでは増加する救急現場の需要に対し、平成 25 年 2 月より 2 名の救急救命士を雇用。平成 25 年 4 月より病院専用救急車を導入しその運用・管理・整備を救急救命士が担っている。他病院勤務救急救命士の主な役割は、救急患者受け入れ対応、救急外来看護補助業務、院内院外を問わず救急活動についての普及啓発活動と多岐にわたっている。病院救急車導入後、現在（平成 26 年 1 月末日）までに 243 件の出動件数（月平均 24 件）があり、徐々に地域の開業医からの要請件数も増加し、また東京消防庁の転院搬送出動を微力ながら抑える努力を継続している。

上記業務を中心として業務内容は増加してきており、平成 26 年 4 月より救急救命士による EMT (Emergency Medical Technician) 科を立ち上げ、人員も 2 名から 4 名へと増員となった。

問題点として、現在の救急救命士の資格では院内で行える処置が極めて限られている事、救急救命士による救急搬送では診療点数の加算基準が複雑である事、現在の人数では日勤帯のみの対応しか行えない事などがあげられる。

いくつかの問題点は生じるが、救急医療チームの一員として病院勤務救急救命士の役割は極めて重要であり、特に患者およびその家族にとって我々救急救命士と医師・看護師同乗での搬送や緊急時に迅速な搬送・対応を受けられるという事は精神的に大きな安心感を与える事ができ、結果として地域全体の安心に繋がるものと確信する。今後も地域の中の救急医療センター内の一員として責務を全うするべく対策を講じていきたい。

「第 24 回日本耳科学会総会」 (2014/10/17)

外傷性鼓膜穿孔の治療方針決定に CTP (cochlin-tomoprotein) 検出検査が有用であった 1 例

篠原 宏、清水啓成

【はじめに】

外傷性鼓膜穿孔の主要な原因の一つに耳かき中の他者との衝突がある。発生場所が自宅であることが多く、家族との衝突が多い。耳かき外傷が外リンパ瘻を惹起した場合、試験的鼓室開放・瘻孔閉鎖術を行うこととなり、患者本人の身体的負担はもとより衝突した側の家族にも精神的負担が求められる。したがって外リンパ瘻の診断は非常に重要となる。一方、耳かきなどで鼓膜穿孔をきたした場合に音響・衝撃による音響外傷や内耳振盪から感音難聴を呈することもあり、外リンパ瘻との鑑別に非常に苦慮する。今回、外傷性鼓膜穿孔症例で外リンパ瘻か否かの鑑別にあたり CTP 検出検査が有用であったため報告する。

【症例】

11 歳 女児

2 月某日 (第 1 病日) 自宅で左の耳かき中に姉とぶつかり受傷した。同日、休日診療所耳鼻科を受診し左耳出血と診断された。受傷翌日 (第 2 病日) 当科初診した。外耳道の腫脹のため鼓膜の観察は困難であった。聴力検査にて左聴力は混合性難聴で 2000Hz の骨導閾値が 40dB、気道閾値が 75dB であった。めまいはなかった。この時点では音響外傷による骨導閾値の上昇と外傷性の外耳道腫脹、外耳道閉塞による気骨導差と考えていた。以後、外来にて耳洗浄を行っていたが外耳道の腫脹は強く鼓膜は観察できなかった。第 5 病日になり、鼻をかんだ際に耳に空気が漏れる、耳洗の際に、口の中に苦いものが流れてきた、と訴えたことから、この時点で鼓膜穿孔の存在と外傷性外リンパ瘻を疑った。同日の CT では左鼓室、乳突洞、乳突蜂巣に軟部組織陰影を認めたが耳小骨に明らかな異常は認めなかった。また CCD 下で眼振も認めなかった。聴力も初診時同様の混合性難聴であった。骨導閾値の上昇は外リンパ瘻が原因である可能性も考えられたため外耳道を生食で洗浄し CTP 検出検査に提出した。またプレドニン 30mg/日の内服とリンデロン点耳を開始した。第 7 病日も再び外耳道洗浄液を CTP 検出検査に提出した。

その後、徐々に外耳道の腫脹は消褪し鼓膜穿孔が観察できるようになったが聴力の改善は認められず、このまま保存的に観察していくべきか、早々に外科的治療に踏み切るべきかまさに悶々とする日が続いた。第 16 病日になり提出した 2 つの試料での CTP が陰性であるとの結果を得たため、保存的治療を継続することと決めた。

第 32 病日になり鼓膜穿孔が閉鎖するとともに、骨導閾値の低下が認められ 2000Hz の骨導閾値は 20dB まで低下し、以後、経過観察中である。

【考察】

CTP は 2001 年 Ikezono らによって発見された外リンパに特異的に存在する蛋白である。外リンパ瘻の診断に有効で特異度 97.0%、感度 87.5%とすぐれた検査である。

本症例のように家庭内で起きた外傷性外リンパ瘻疑い例に試験鼓室開放術を行った場合、

受傷者本人の負担のみならず本症例では姉の自責の念、罪悪感といった精神的負担も大きい。外傷性外リンパ瘻の治療は、外科療法を第一に念頭におきながら保存的治療を開始し 1 週間で聴力の悪化がある場合、眼振を伴っためまいが持続する場合に手術適応となるとされている。本例ではなかなか骨導閾値の低下もおきず、主治医としても外科的治療に踏み切るべきか否か焦燥したが、CTP 陰性の結果を得ることができたため保存的治療を維持できた。

逆に CTP が陽性であったなら、外科療法に踏み切る決断の大きな拠り所となったはずである。

臨床の現場では本例のように外科的治療に踏み切るべきか否か、非常に厳しい判断を迫られる場面は多いと思われるが、CTP 検出検査はこの判断に非常に有用であると実感した。本検査の問題点としては、現在は保険適用がなく、検査の依頼先が限られていて、誰もがすぐに検査を発注できる環境ではないこと、検査結果が出るまで時間を要することが挙げられる。今後、迅速で簡便な CTP 検出検査法の開発と本検査の保険適用化が望まれる。

「第 115 回」日本耳鼻咽喉科学会総会 (2014/5/15)

手持ち型マッサージ器を用いた水平半規管型良性発作性頭位めまい症クプラ結石症治療の試み

篠原 宏、清水啓成

【はじめに】

良性発作性頭位めまい症の水平半規管クプラ結石症は症状が遷延することが多いため、クプラに付着した耳石を剥離するために側頭部へのタッピング、ベッド型マッサージ器、側方頭部傾斜・跳躍運動、などが行われている。今回、外来で行う簡便な方法として手持ち型電気マッサージ器を用いた方法を行ったので報告する。

【方法】

外来にて 2013 年 1 月から 2013 年 11 月までの間に水平半規管クプラ結石症と診断した 15 名、16 耳に対して大東電気工業製、スライヴ MD-011 を両側乳突部に左右 5 分ずつ当てて振動を加え、その前後で眼振を比較した。施行前に網膜剥離や頸椎病変がないことを確認した。

【結果】

16 耳中 12 耳で眼振は変化しなかった。2 耳で眼振が消失した。1 耳で眼振が減弱し 1 耳で半規管結石に移行した。眼振消失と減弱を有効と考え、有効率は 19%であった。

【考察】

本法は外来で簡便に施行できるにも関わらず初診日に 19%で症状の改善を認めるため、外来で試みる価値はあると考えられた。

「第26回日本咽喉科学総会・学術講演会」 (2014/3/7)

熱湯による小児の喉頭熱傷症例

『急須、やかんの注ぎ口から吸い込んだ熱湯は要注意』

篠原 宏

【はじめに】

熱い飲食物を口内に入れた際に口腔粘膜が障害されることは、日常診療でよく経験されるが、すぐに吐き出してしまうため喉頭にまで障害が及ぶことはまれである。小児が急須の注ぎ口から熱いお茶を吸い込んで喉頭熱傷に至った例を経験したので報告する。

【症例】

4歳男児、体重13.7kg、身長117cm 生来健康

病歴：2013年1月、夕方、熱湯を入れたばかりの急須の注ぎ口からお茶をふざけて吸い込んだ。熱かったため、すぐ吐き出して泣いた。その後、痛みで夕食は摂取できず夜間は流涎がみられ1時間おきに覚醒していた。嘔声、呼吸困難はなかった。翌朝、朝食も摂取できなかつたため当院小児科受診。口腔内にアフタ様の熱傷が認められたが、嚥下痛強く下咽頭、喉頭の熱傷も疑われたため当科紹介となった。

初診時所見：呼吸困難や呼吸時の狭窄音など認めなかったが舌尖に直径4mm、軟口蓋右側に直径10mmの白色病変を認めた。喉頭内視鏡にて、喉頭蓋から披裂部、咽頭後壁にかけて白苔を伴う発赤と腫脹を認め、喉頭熱傷と診断した。喉頭側面XPにて喉頭蓋の肥厚を認めた。

治療・経過：経過観察のため入院し、プレドニン20mg/日、抗生剤の点滴を開始した。翌日よりお粥が摂取できるようになり入院3日目に問題なく食事が摂取可能となった。同日、喉頭蓋の浮腫の消褪を確認し退院となった。退院後の経過は良好である。

【考察】

過熱した飲食物で喉頭に熱傷をきたすことはまれであるが、気道閉塞に進展する例があるため注意を要する。コップから飲む場合と異なり、やかんや急須の注ぎ口から強い陰圧をかけて熱湯を吸い込んだ場合、口腔内を速やかに通過して下咽頭・喉頭に熱湯が到達し熱傷を引き起こすため口腔、中咽頭の熱傷所見が軽度でも喉頭の観察が不可欠である。熱湯吸引による咽喉頭熱傷は煙や蒸気の吸引による気道熱傷同様に嚴重な経過観察が必要であると考えられた。

「第 27 回日本口腔・咽頭科学会総会」

(2014/9/12)

腹膜透析患者に発症したガス産生を伴う甲状腺膿瘍例

篠原 宏、清水啓成

【はじめに】甲状腺に化膿性炎症をきたすことはまれである。甲状腺内の嚢胞にガス産生を伴う膿瘍が形成され敗血症性ショックをきたした 1 例を経験したので報告する。

【症例】64 歳 男性

【主訴】発熱、意識障害

【経過】IgA 腎症による腎不全に対して 56 歳から腹膜透析中であった。2013 年 7 月、38 度台の発熱を認め、翌日には意識レベル低下をきたし当院 ICU に入院した。左前頸部に圧痛を伴う腫脹を認める以外胸部腹部に異常を認めなかった。収縮期圧 60mmHg 台、WBC560/ μ l、CT 上、甲状腺左葉にガス産生を伴う ϕ 35mm の球形の嚢胞を認め、右葉に石灰化と小さな複数の嚢胞を認めた。胸腹部 CT では異常を認めなかった。TSH, T3, T4, 抗 TPO 抗体、抗 Tg 抗体はいずれも正常範囲で血中サイログロブリンは高値を示した。以上より、敗血症性ショック、腺腫様甲状腺腫を基盤にもつ甲状腺膿瘍と診断し、抗生剤、カテコラミン、エンドトキシン吸着療法を施行した。甲状腺左葉の膿瘍穿刺液と血液培養いずれからも大腸菌が検出された。全身状態が改善し第 29 病日に退院した。入院中と退院後 2 度にわたり下咽頭造影を行ったが下咽頭梨状窩瘻孔は発見できなかった。退院後、微熱が続き甲状腺膿瘍による発熱と考え、退院から 2 か月後に甲状腺全摘術を行った。術中、甲状腺左葉と下咽頭を連絡する瘻管や索状物を認めなかった。病理検査では甲状腺左葉の膿瘍は腺腫様甲状腺腫の嚢胞であり、さらに左右両葉から乳頭癌が発見された。術後経過は良好で、微熱も消失し外来にて経過観察中である。

【考察】甲状腺の化膿性炎症、とりわけガス産生を伴う膿瘍形成はきわめてまれである。腹膜透析中で免疫能が比較的低下している患者に何らかの原因で大腸菌の菌血症が起こり甲状腺に血行感染をきたした可能性が高いと推測された。

「第 35 回日本アフェリス学会学術大会」 (2014/9/28)

維持透析患者に合併した難治性腹水に対し腹水濾過還元透析 (AFRHD) を施行した 2 例
Two cases of hemodialysis patients with refractory ascites Treated by Ascite
Filtration and Re-infusion with Hemo-Dialysis (AFRHD)

小幡 亜妃

【背景】

腹水濾過濃縮再静注法 (以下: CART) は、難治性腹水による自覚症状の緩和や栄養状態の改善を図る治療である。今回、維持透析患者 2 名に血液透析中 CART を施行したので処理方法を中心に報告する。

【症例】

1. 60 歳代、男性、肝硬変。血液透析期間 40 ヶ月。
2. 70 歳代、男性、C 型慢性肝炎、肝細胞癌。血液透析期間 14 ヶ月。

【方法】

CART は血液透析日に実施。血液透析はオフライン HDF。原腹水は透析前に採取した。処理方法は、A: 外圧落差式にて原腹水を濾過・濃縮後、透析回路静脈チャンバへ注入。B: 外圧落差式にて原腹水を濾過・濃縮後、透析回路動脈チャンバへ注入。C: 外圧ポンプ式にて原腹水を濾過後、透析回路動脈チャンバへ注入。濃縮は除水と同時施行。D: 外圧ポンプ式にて原腹水を濾過・濃縮後、透析回路動脈チャンバへ注入の 4 方法において臨床症状発現の有無を含め、血液透析が安全に施行できたか検討した。

【結果】

CART 施行回数は症例 1 が 29 回、症例 2 が 9 回。CART 施行数の約 82% で悪寒、かゆみ、発熱などの症状が発現したが処理方法間に差はなかった。
除水量への影響はなく、回路や装置トラブルはなかった。

【考察】

血液透析日に CART を施行することで患者の通院負担を軽減できた。
今回の症例では、臨床症状の有無に処理方法の違いは影響していなかったが、再静注時間は影響した可能性があると考えられた。回路や装置の取扱いが煩雑であったが、CE が担当しトラブルなく施行できたと考えられた。

【まとめ】

維持透析患者に対し AFRHD を 2 例施行した。通院回数を増やさず安全に実施することができ患者 QOL の向上に繋がった。

「第18回エンドトキシン血症救命治療研究会」 (2014/1/8)

敗血症治療に対する臨床工学技士の関わりを広げる為に
～当院での現状～

小幡 亜妃

敗血症は、重症化するとその病態は複雑化し、今日の進歩した医療においても治療に難渋する。2012年に、日本集中治療医学会 Sepsis Registry 委員会により日本版敗血症診療ガイドラインが発行され、様々な側面からの治療指針が示されている。このような多角的かつ集学的に医療を行う為には、チーム医療が必須となる。

当院は、病床数404床（本院328床、分院76床）、そのうち16床の集中治療室を有するいわゆる中規模病院である。臨床工学技士（以下ME）は、従来透析センター（病床数55床）所属のMEにより外来・入院患者の血液浄化業務を行ってきたが、2010年4月より新体制として本院ME科が設立され業務が拡大した。現在では、22名が、維持透析55床を含む血液浄化療法に従事し、他6名が、手術室業務（人工心肺含む）、心臓カテーテル室業務、不整脈治療業務、ペースメーカー業務、呼吸管理業務、集中治療室業務、ME機器管理業務、院内ME機器技術講習、血液浄化療法（入院患者を対象）などに対応している。

MEが手術室や集中治療室等で業務をするようになったことで、手術室内での血液浄化の施行や、血液浄化施行中の各種モニタリングの活用、呼吸管理、補助循環への介入が可能となった。また、カンファレンスへの参加や手術室や集中治療室スタッフ・医師との連携が強化されていることで、治療の導入や問題点への対応が速やかに行うことができている。これは敗血症治療において大きなメリットであると考えている。今回は、当院での治療介入例の報告と、同じMEでありながら従事する業務の違いにより生ずる治療上の問題点を挙げ、今後の敗血症治療におけるMEの役割を提言する。

「第 27 回日本口腔・咽頭科学会総会」 (2014/9/12)

頸椎カリエスに伴った咽後膿瘍の一例

清水啓成、篠原宏

結核性咽後膿瘍は現在では稀な疾患であるが、日本における結核発症者数は近年横ばい状態にあり、先進国中では高い水準にある。また頸椎カリエスは脊椎カリエスの中でも約3%と非常に少ない。今回我々は、頸椎カリエスに伴う結核性咽後膿瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】：27歳女性、ネパールより1年半ほど前に日本に移住。日本語は不自由。2013年10月に左後頸部痛を主訴に当院整形外科初診。頸椎XPにて異常所見認めず頸部筋膜炎として経過観察されていた。その後一度当科を受診したが異常認めなかった。整形外科にて経過観察中、頸部痛症状悪化、2014年1月20日夜間に救急病院受診し、MRIにて咽後膿瘍を認めたため当科紹介入院となった。早急な切開排膿も考慮されたが、成人であり熱発、呼吸困難もなく頸部痛主体の訴えであったため冷膿瘍も疑われた。CTでは第2～7頸椎椎体前面の膿瘍形成、また第3頸椎椎体と横突孔周囲に骨破壊を認め頸椎カリエスと診断した。WBC7700、CRP3.93、胸部CTでは右肺尖部に結節及び空洞影を認めた。喀痰検査ではガフキー陰性、喀痰PCR陰性、クオンティフェロンは陽性であった。咽頭後壁を穿刺し黄色の膿汁約6mlを得た。膿の塗抹染色でガフキーは陰性であったが、Tb-PCR陽性で結核性咽後膿瘍と診断された。1月24日より抗結核薬4剤（INA, RFP, EB, PZA）で治療開始し現在他院整形外科にて加療中である

在日外国人、特にアジアの結核罹患率の高い国からの入国者に結核発症者の多いことが報告されている。当病院は杉並区阿佐ヶ谷に位置し、駅前にネパール人学校が設立されてから同国からの移住者も増えてきている。日本の労働人口の減少に伴い、今後、アジアからの移民増加の趨勢は変わらないものと考えられる中で、われわれ耳鼻科医もアジアからの移民を診察する際には結核の存在を意識すべきであり注意を喚起したい。

「第 59 回日本透析医学会学術集会」 (2014/6/14)

演題名: 認知症のため透析を拒否した患者とその家族への関わり

増田有香

【目的】 認知症の進行により透析を拒否した患者と家族の変化を明らかにし、援助方法を見出す。

【症例】 80 代男性、血液透析歴 10 年。認知症の進行と共に透析を拒否し始めた。介護サービスを受け入れず、同居の妻がほぼ 1 人で介護していた。家族の意向や説得に反し、本人が透析を強く拒否する為、医師の指示で治療を度々休止した。主治医や看護師、MSW と家族で面談を繰り返したが、家族内の意思が統一できず断続的に透析を続けた。10 日間の透析休止後、呼吸苦のため緊急入院となり、家族の希望で透析を再開した。入院加療と透析により食事量も増え、精神的にも落ち付いた。病棟医からの説明と要請により家族内で検討した結果、透析継続となった。介護力不足から在宅療養は困難で、療養型病院へ転院した。

【まとめ】 患者がその人らしい生活を送るために、医師と協力して行う説明と同意の充実を図ることが重要である。認知症患者では状況の変化により意向が変わることがあるため、必要時に適切な支援を行えるよう、多職種間のチーム連携をとることが看護師の役割である。

「第 15 回日本クリニカルパス学会学術集会」 (2014/11/15)

沢居 亮太

【はじめに】当院のクリニカルパス委員会（以下パス委員会と略記）は 2002 年 2 月より活動を行っている。12 年経過した現在、クリニカルパス（以下パスと略記）に関する病院目標の一つに“適用率 60%達成”が掲げられた。また同時に 2014 年 7 月よりパス委員会事務局機能の強化を目的に、医師事務作業補助者 1 名（兼務）を配置した。当院のパス委員会活動と、委員会の抱えている課題や今後の展望について紹介する。

【活動内容】パス委員会では、委員会全体の方針・目標の決定や、各種パスの承認を行っている。具体的な運用等については委員会内では話し合う時間が足りない為、対策として看護部を中心に開催される「パス看護部会」を 2012 年 7 月に設置した。設置の結果、パスの作成数やパス適用率は年々上昇していった。しかし、パス関連マニュアルや患者用パスの見直し、アウトカム設定等に関する業務への対応は依然困難であった。現在はパス適用率向上の他に、前述の課題への着手が急務となっている。

【考察】課題を解決する為に、まずはマニュアル整備とパス委員への教育が必要であると考える。パス委員会発足から 12 年たった現在でも、院内におけるパスの風土は乏しい。まずはパスを知ってもらう目的に、パス看護部会向けの教材を事務局で作成している。また、パスに関する課題・目標・達成時期の共有と明確化を目的に、アクションプランおよびロードマップの作成に取り組んでいる。

【結論】マニュアル整備・教育・ロードマップ等を以て、委員会一丸となり院内のパス活動を牽引していかななくてはならない。今一度初心に戻り、パス改善によるメリットを追求し、“結果として”パス適用率 60%の目標を達成したい。

「第 62 回日本輸血・細胞治療学会総会」

(2014/5/15)

輸血検査実技トレーニングを実施して

丹羽 結子

【目的】河北総合病院では 1980 年以前より検査技師による輸血業務 24 時間体制を行っていたが、2000 年 1 月以降、段階を経て全自動分析機による輸血検査を導入している。しかし緊急時においては試験管法による血液型検査および交差適合試験を実施しており、手技や判定に対する不安がある。この度、夜間および休日の時間外検査担当者の実技トレーニングを実施し、今後の当直者に対する輸血教育について検討を行った。

【方法】対象者 32 名に対し、試験管法による血液型検査と生食法による交差適合試験、凝集の強さの判定、以上 2 項目の試験を実施した。手技に関する指導は、日本輸血・細胞治療学会発行の「講習会のための輸血検査手技マニュアル」に沿って行った。

【結果】在籍年数 15 年以上を A 群、5～10 年を B 群、5 年未満を C 群とした。割合はそれぞれ 37.5%、31.3%、31.3%であった。試験管法による血液型検査および生食法による交差適合試験は、制限時間の目安を 20 分としたが、A 群ではほぼ全員が 15 分以内に完了していたのに対し、C 群では 20 分を要した技師が多かった。

また、手技では、試験管の判定方法にばらつきがみられた。

凝集の強さの判定では、陰性、1+程度、2+程度、4+程度の凝集を示す 4 種類の試料を用意し、それぞれ許容範囲内の凝集を回答した者が 87.5～100%を占めた。しかし、陰性に対し w+、1+と判定した者が 4 名 (12.6%)、1+に対し陰性と判定した者が 3 名 (9.4%)みられた。

【まとめ】過去に当直で試験管法を経験している技師は試験管法に対して慣れがあり、全自動検査機器が中心の業務になっても迅速に検査を実施できた。このようなトレーニングで手技に対して指導を行えたのは有意義であったが、自主的なトレーニングを促すと同時に継続して実技トレーニングを行い、緊急時に迅速な対応ができるよう教育していく必要があると感じた。

「第 44 回日本病院薬剤師会関東ブロック学術大会」 (2014/8/30)

回復期リハビリテーション病院における適正な剤形・服用方法提案への試み

田中 理子

【目的】 回復期リハビリテーション病院の患者は高齢者が多く、また脳血管障害による嚥下機能障害を持つ患者が多い。そのため、入院時の持参薬確認においても、服用状況を前病院からの資料やご本人・ご家族インタビュー、食形態から評価していたが、入院中の嚥下機能を把握するのは難しかった。薬剤師が病棟の申し送りから得る情報と看護師からの連絡によって剤形・服用方法の変更提案を行っていた。より早い段階で個々の患者の服用状況を正確かつ効率的に把握して服用剤形の提案を行いたいと考えた。

【方法】 まず、現在の処方剤形で問題がある患者について各階の嚥下機能改善委員の看護師に聞き取りをした。入院患者 113 名中 6 名が服用直前につぶしていた。その内 3 名が水分にとろみ剤を使用している患者であり、他 3 名は拒薬の患者であることがわかった。管理栄養士から食事の汁物にとろみ剤を使用している患者情報をもらい、看護師には与薬確認表を活用し、粉碎・拒薬を記載してもらうようにした。

【結果・考察】 とろみ剤を使用している患者に対しては、その定期処方薬について粉碎の可否とその理由を提供した。それにより、粉碎する場合でも看護師の一助となった。また、看護師の与薬確認表からの情報により、剤形・服用方法の変更を提案することができた。

今回、言語聴覚士より嚥下造影検査 (VF) 時の食形態の評価のように、薬の剤形評価もできるのではないかと、という意見があった。今後、多職種との連携により嚥下機能改善の進捗に合わせた剤形・服用方法を提案していきたい。

「第 16 回日本骨粗鬆学会」

(2014/10/23)

閉経後骨粗鬆症に対する 24 か月間のテリパラチド連日製剤投与による骨密度増加効果の検討

田中瑞栄 1)、伊藤聡一郎 3)、吉岡太郎 1)、木田将量 1)、上久保和明 1)、
島本周二 2)、加藤義治 2)

社会医療法人河北医療財団河北総合病院整形外科 1) 東京女子医科大学整形外科 2)
桜会病院整形外科 3)

【目的】 テリパラチド連日製剤は強力な骨形成作用から骨密度増加効果、椎体骨折予防効果が認められ、骨折リスクの高い骨粗鬆症患者に対する有効な選択肢の 1 つとなっている。今回我々は、閉経後骨粗鬆症症例に対し 24 か月間継続使用し、骨密度増加効果を中心に有効性と安全性を検討した。

【対象および方法】 対象は 2011 年 12 月からテリパラチド連日製剤を 24 か月間連続投与した外来通院可能な閉経後骨粗鬆症症例 16 例 (平均年齢 75.1 ± 5.2 歳) で、腰椎および大腿骨骨密度 (BMD) を投与前、投与後 12 か月、24 か月で測定し、投与前を基準値として対応のある t 検定を行った。同様に、血中補正 Ca, P, eGFR を測定し安全性を検証した。また、観察期間中新規骨折を認めた症例について分析検討をした。

【結果】 患者背景は 15 症例で既存の椎体骨折があり、そのうち 1 症例は大腿骨近位部骨折の既往も合併していた。観察期間中新規の非外傷性椎体骨折発生は 3 症例それぞれ 1 椎体 SQ 法でグレード 2、交通事故、転倒による外傷性骨折症例 (大腿骨近位部骨折、骨盤・橈骨遠位端骨折) を 2 症例認めた。前治療がビスフォスフォネート 9 症例、SERM2 症例、未治療が 5 症例であった。腰椎 BMD は投与前 0.627 ± 0.163 g/cm²、投与後 12 か月 0.698 ± 0.180 g/cm²、24 か月 0.703 ± 0.216 g/cm² で有意に増加した (順に $p < 0.01$, $p < 0.05$)。大腿骨近位部 BMD は投与前 0.565 ± 0.111 g/cm²、投与後 12 か月 0.568 ± 0.105 g/cm²、24 か月 0.567 ± 0.134 g/cm² で有意差はなかった。観察期間を通し、全症例においてテリパラチド連日製剤による有害事象は見られず、血中 Ca, P, eGFR も正常範囲内であった。

【考察】 本研究結果からテリパラチド連日製剤の 24 か月連続使用により腰椎骨密度増加効果が明らかとなった。大腿骨近位部 BMD の有意な増加は見られなかったが、近年テリパラチドの皮質骨幅の増加効果が伊東らにより報告されている。観察期間中非外傷性新規骨折を発生した症例は、いずれの症例も既存椎体骨折が 1 から 3 椎体存在し、骨折の時期は 2 症例が治療開始後 3 か月、1 症例が 22 か月で、他の症例と同様に 24 か月間で腰椎骨密度増加効果が同様に得られていた。薬剤効果と骨折の関連については本研究では明らかにできなかったが、24 か月間連続投与で腰椎骨密度増加効果が得られることが明らかとなった。

「第16回日本骨粗鬆学会」 (2014/10/23)

高齢者大腿骨近位部骨折患者の骨粗鬆症治療の問題点 —退院経路からの検討—

田中 瑞栄1)、吉岡 太郎1)、鈴木 博之1)、吉田 渡1)、渡邊 元1)、
橋本 昌仁2)、沢居 亮太2)、加藤 義治3)

社会医療法人河北医療財団河北総合病院 整形外科1) 社会医療法人河北医療財団河北総合病院 情報管理室2) 東京女子医科大学 整形外科3)

【目的】現在、日本は超高齢社会であり、今後も骨粗鬆症患者が増加し、この対策は早急な課題となっている。特に大腿骨近位部骨折においては QOL の低下を招き、生命予後を短縮させる重要な骨折である。二次救急も担う地域の中核病院である当院の入院データを分析した結果、入院症例数の中でも脆弱性骨折症例数が大きなウェイトを占めており、特に大腿骨近位部骨折が有意に多く、80 歳以上の高齢患者が増加していること、骨折治療後の再骨折を防止するための骨粗鬆症治療が不十分であったことを我々は今年の骨粗鬆症学会で報告した。今回、この骨粗鬆症治療の問題点を、急性期治療後の退院経路から分析検討した。

【対象および方法】2001 年から 2013 までの入院における大腿骨近位部骨折の症例数の年次推移、骨折治療後の退院経路、退院先からの自宅復帰率、さらなる転院率、介護施設入所率を年齢別に χ^2 検定にて分析した。

【結果】大腿骨近位部骨折においては 10 年前と比較して上昇傾向が続いている。当院での急性期治療後の自宅復帰率は 2001～2003 年で 28%、2010～2013 年では 26%と大腿骨近位部骨折症例数の増加に対し減少傾向にあり 74%は回復期リハビリ病院、療養型病院、施設などへの転院であった。追跡可能であった当院系列の回復期リハビリテーション病院からの退院経路は 2/3 が自宅退院、1/3 は急性期病院、療養型病院、ホームなどの介護施設への転院であった。療養型病院、施設へ転院した患者は 85 歳以上が有意に多かった。自宅退院後当院整形外科外来受診率は 13.8%であった。

【考察】近年、大腿骨近位部骨折において 80 歳台以上の症例数が増加したことにより全症例数が増加し、自宅復帰率が低下したと考えられる。リハビリ病院に転院しても、そこからさらに自宅復帰困難な症例は 85 歳以上の高齢者であり、QOL の低下 (ADL スコア 80 点未満) や内科的合併症、認知症などの要因が関与していると考えられる。骨折治療終了後、外来での骨粗鬆症治療が行えた症例は全症例の 13.8%であり、その他の症例は追跡困難であった。本検討から、骨折治療後のさらなる骨折予防が不十分であることが明らかとなった。その原因として、DPC などの医療制度の問題から急性期病院で骨粗鬆症治療導入を積極的に行っていないこと、急性期病院からリハビリ病院、介護施設への連携が構築できていないこと、医師と看護師や理学療法士、介護士、薬剤師などの他職種との包括的アプローチができていないこと、内科的合併症や認知症をもつ高齢患者が多いことなどが挙げられる。高齢者の場合、一度骨折すると家庭復帰はきわめて困難な状況となり、潜在的な骨粗鬆症患者も含めて治療を早期に開始し、骨粗鬆症治療薬の継続は不可欠である。そのためにはこれらの問題点を検証し、体制を整備していく必要がある。

「第 16 回日本骨粗鬆学会」 (2014/10/23)

原発性骨粗鬆症に対するイバンドロネート静注製剤の使用経験
 -6 か月間の短期成績における検討-

田中 瑞栄 1)、伊藤 聡一郎 2)、吉岡 太郎 1)、阿部 瑞洋 1)、
 島本 周治 3)、加藤 義治 3)、
 社会医療法人河北医療財団河北総合病院整形外科 1)、桜会病院整形外科 2)
 東京女子医大整形外科 3)

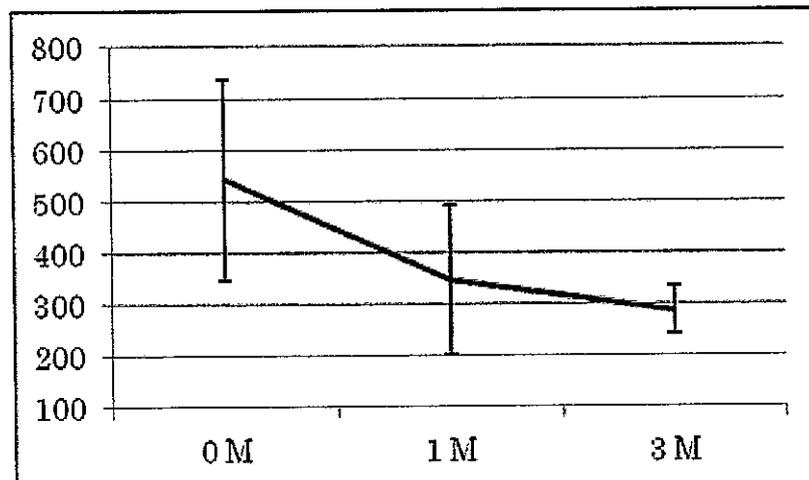
【目的】 静注イバンドロネート (IBN) 製剤は、経口ビスフォスフォネート (BP) 製剤に比べ、生物学的利用率が高く、有効性が高いといわれている。今回我々は静注 IBN 製剤の有効性や安全性について報告する。

【対象および方法】 対象は 55 歳以上の新規の原発性骨粗鬆症症例 17 例 (男性 6 例、女性 11 例)、平均年齢 82.7 ± 7.7 歳だった。IBN1mg を毎月 1 回、6 か月間静注し、全症例にエルデカルシトール (ELD) 0.75µg/日を併用した。ELD 単独使用症例 17 症例をコントロール群とした。使用前、6 か月後に骨密度測定と脊椎 XP 撮影、使用前、1、3、6 か月後に TRACP-5b、BAP、血中ホモシステイン、血中補正 Ca、P、eGFR を測定した。使用前を基準値として対応のある t 検定を行い、更に両群間でマンホイットニー検定を行った。

【結果】 TRACP5-b においては、投与前と比較して投与後 1 か月、3 か月で有意に低下した (順に $p < 0.01$ 、 $p < 0.05$)。腰椎骨密度は IBN+ELD 群で有意な上昇が認められた ($p < 0.05$) が、ELD 群では有意差がなかった。観察期間を通し、全症例において急性期反応は見られず、血中 Ca、P、eGFR も正常範囲内であり、有害事象は生じなかった。

【考察】 本研究結果から IBN は投与早期より骨吸収が抑制され、骨密度が上昇することが明らかとなり、経口 BP 製剤投与が困難な消化器障害や認知症などの症例、あるいは服薬後 30 分間の座位保持が困難な高齢者には、ワンショット静注 IBN は確実に投与できる骨粗鬆症治療薬として有望である。

IBN+ELD 群における TRACP-5b 経時的変化* $p < 0.05$ 、** $p < 0.01$
 (mU/dl)



「第 25 回日本在宅医療学会学術集会」 (2014/5/24)

在宅がん患者における「在宅がん医療総合診療料」有益性

渡邊 厚博

【目的】当センターでは、在宅での末期がん患者に対して当センター内訪問看護師と連携し、「在宅がん医療総合診療料」(以下、在がん)の保険算定を行なっている。末期の患者であるほど医療依存度が高く、高度な医療処置、高額な診療費用がかかると考えられる。各種診療費用が高額となった場合や頻回な訪問が必要な場合は在がんの保険算定の中に医療材料や指導管理料が包括化される。そこで、当センターにおける在がん適用となった患者の医療費を調査し、考察した。

【方法】2011年4月から2013年12月までの期間中に、当センターの訪問診療を利用し、在がん適用となった患者35名を対象に、包括化された各種診療費用と訪問状況の調査を行なった。

【結果】対象患者は男性25名、女性10名、年齢は中央値81[34-100]歳である。訪問診療導入から看取りまでの平均日数は58[5-206]日、訪問診療回数は月平均7[1-30]回である。訪問看護回数は月平均16[2-82]回であった。対象者35名の全保険請求額は27,287,590円、1人当たりの保険請求額の平均は779,650円、1人当たりの月保険請求額の平均は278,670円である。当センター患者(在がん患者除く)の総保険請求額の平均663,881円、月保険請求額の平均164,881円と比べても末期がん患者の保険請求額の方が高額であった。出来高払いに換算した保険請求額では、訪問診療月7回訪問でHotの医学管理をしている場合198,700円と訪問看護月16回の訪問で管理加算をしている場合59,450円を併せた1人当たりの月保険請求額が258,150円であった。同じ条件でブルー管理を行っている場合では訪問診療費131,660円、訪問看護費は61,950円、併せて193,610円という結果であった。保険請求額の患者自己負担においては、(医療費控除を考慮しない場合)3割負担患者は平均86,317円、1割負担患者は平均26,970円であった。

【考察】各診療費用が包括化された在がんと出来高払いに換算した保険請求額は、高額な医療機器の管理が必要であるほど、金額に差は見られなかった。在がんでは、限度額を超えた場合の医療費控除もあるので、患者にとっての医療費負担の軽減にもつながると考えられる。

「第 15 回日本医療情報学会看護学術大会」 (2014/8/3)

健康生活支援室に寄せられる相談とその対応の分析
 ー等質な利用者サービス提供に向けてー

渡辺 美佐緒、服部 満生子、荒井 奈保子、齋藤 晶子

【要約】:

当院では看護部の運営による健康生活支援室を開設し、患者・家族、地域住民に病気や予防について情報提供や相談対応サービスを行っている。月平均 60~70 件ほどの健康・医療相談について相談事例を相談者属性と、具体的な相談内容や対応内容をデータ保存している。相談内容は「疾患」「治療」「症状」「生活全般」「栄養」「検査」「受診相談」「経済面」等多岐で、支援室スタッフだけでは対応しきれないため、各専門職の協力を得て問題解決している。本研究ではこれらのデータを基に、テキストデータ分析によりキーワードを抽出し相談事例・対応内容や属性を分類(カテゴライズ)することで、相談内容の傾向を明らかにするとともに、相談対応した各スタッフが頭の中に持っている言語化しがたい知識、経験、問題解決のノウハウ等「暗黙知」を、第三者が共有できる形(形式知)にし、利用者への等質なサービス提供につなげることが目的である。この分析を基に、分類した内容を検索エンジンソフト等のにせ、事例検索が容易になるシステム構築を行っていく。

【はじめに】

健康生活支援室では月平均 60~70 件ほどの医療・健康相談がある。各事例を、相談者の年代、性、診療科、疾患、対応者職種等とともに相談事例と各相談の対応内容のテキストデータを 2011 年から 3 年にわたり電子化保存してきた。

本研究ではこのデータを基に、相談対応した各専門スタッフが頭の中に持っている言語化しがたい知識、経験、問題解決のノウハウ等「暗黙知」と言われるものを、第三者が共有できる形(形式知)にして 1) 等質なサービス提供につなげることが目的である。

【背景】

相談業務のテキストデータ分析先行事例として「テキストマイニングによる企業のコールセンターVOC (Voice of Clients) 分析」²⁾「Text Mining Studio を活用した組織変革」³⁾等、ビッグデータの探索的研究は数多く行われている。そのなかで本研究に関連する先行研究として、「がん相談支援センターに寄せられた相談分析」⁴⁾「福祉相談業務支援システムを用いた情報活用方法の提案」⁵⁾等、いずれも相談事例をテキストマイニング処理により分析した例がある。前者は相談記録から「化学療法に関するニーズ抽出」を目的に行われた研究であり、「要望」「疑問」を抽出条件に構文解析し、情報提供や専門家としての判断や意見を求める

内容が多いことを明らかにしている⁴⁾。後者の研究は福祉相談業務を総合的に支援するシステム構築について、相談事例管理、予約管理、統計情報管理、事例分析管理の 4 つの機能を提案しており、その中でも事例分析管理に重点をおいたものである。特徴的なのは、相談内容に基づく事例のカテゴライズにあたり、単語の出現頻度等の類似性からはクラスタリングが難しく、時系列ごとの相談傾向分析を行った⁵⁾ことである。本研究においても、事例をカテゴライズする際の参考とした。

健康生活支援室での相談事例は多岐に渡っており、相談を受けたスタッフだけでは対応

しきれないことも多いため、院内の各専門職の協力を得て問題解決に当たっている。しかし問題解決ノウハウを共有できるシステムが構築されておらず、前例を参考にすることなく各人のスキルに頼る傾向がある。今までの事例を分析することで、院内の様々なスタッフが持つ知識の集積・利用につなげたい。

【方法】

3. 1. 研究デザイン

相談事例データ(相談者年代、性別、受診科、病名、相談内容、対応内容等)の統計学分析を行う探索的研究。頻出用語、用語の係り受け等から相談者のニーズの分類を行った。分析結果を基に各事例にタグ付けしカテゴリ化する事で、将来的に検索エンジンソフト等によせ、キーワード(タグ)入力による検索システムを構築する。

3. 2. 研究対象と期間

研究対象は、健康生活支援室に寄せられた相談事例(約 2000 例)で、調査期間は、2011 年 6 月～2014 年 3 月までである。この研究では、相談者の氏名や ID 番号等個人が特定できる情報は保存しない等の倫理的配慮をして、データ入力・集計した。データ利用に関しては、患者情報利用について院内掲示により包括的同意をとっている。また、河北総合病院倫理委員会に当研究実施申請を行い、承認を得た。

【結果】

4. 1. 基本情報

相談件数は、2011 年度(6 月～翌 3 月)369、12 年度 673、13 年度 776 の計 1,818 件だった。相談者属性として、男性 784(43.1%)、女性 957(52.6%)、記載なし 77(4.3%)で、70 歳代 485(26.7%)、60 歳代 421(23.2%)、50 歳代 210(11.6%)、80 歳以上 201(11.1%)、40 歳代 172(9.5%)等 70 歳代の割合が大きい。クロス集計により、女性の利用は 30 歳代で男性の 2.25 倍等、60 歳代までは男性を上回るが、70 歳代は男性が女性の 1.22 倍、80 歳以上では 1.63 倍となる。利用回数は、男性が初回利用 39.4%、2 回目以降の利用が 56.4%で、女性は同 54.6%と 42.6%である。相談対応したのは、看護師 60.1%、司書 29.3%、ボランティア 9.7%だった。テキストマイニングソフトで分析した文章は、総行数 5,454 行、総文数 3,955、延べ単語数 36,138、単語種別数 6,704 だった。

4. 2. 頻出単語、係受け単語の年度別抽出

テキストマイニングソフトを利用し、相談・対応内容を分析した。相談内容の頻出単語年度別推移(表 1)では、「医師」「資料」「患者」「文献」「入院中」等の単語に加えて、「母親」「夫」「妻」「子供」等「家族」に関する単語が各年度の上位だった。頻出係受け単語には、「資料-欲しい」「資料(文献)-読みたい」「医師-言う(言われた)」「医師-相談」「何科-かかる?」等の表現がみられた。当室で実施している「糖尿病学習プログラム」に関連して「糖尿病-食事」が上位にあがった。

	2011年度		2012年度		2013年度		全体	
	単語	出現数	単語	出現数	単語	出現数	単語	出現数
1	資料	37	医師	70	医師	104	医師	205
2	医師	31	資料	65	患者	89	資料	162
3	入院中	27	患者	56	入院中	84	患者	161
4	文献	17	入院中	48	資料	60	入院中	160
5	患者	15	文献	48	夫	53	文献	114
6	母親	15	母親	40	文献	49	夫	102
7	糖尿病	15	夫	36	河北	46	河北	88
8	河北	14	采室	35	資料+?	42	母親	85
9	調べるシリーズ	14	話	30	采室	39	采室	77
10	夫	13	河北	28	糖尿病	35	糖尿病	75
11	眩暈	13	疾患	28	妻	34	疾患	70
12	疾患	11	糖尿病処方箋	27	調べるシリーズ	32	調べるシリーズ	66
13	子供	10	糖尿病	25	疾患	31	子供	62
14	薬	10	薬	25	母親	30	資料+?	60
15	症状	10	子供	22	子供	30	薬	60
16					病院	30		

表 1 相談内容の頻出単語年度別推移(上位 15 位)

対応内容については、「説明」「紹介」「医師」「資料」「案内」「助言」「相談」「傾聴」等が頻出単語として挙がっており、各年度ともほぼ変わらない。年度別の頻出係受け単語(表2)では、「資料-渡す」「文献-紹介」「インターネット-検索」といった利用者の学習を支援する表現と、「医師-相談」「医師-確認」「受診-すすめる」「必要-説明」等疾患や症状についての相談について助言する表現が各年度とも2分している。

	2011年度			2012年度			2013年度			全体	
	係元単語	係先単語	出現数	係元単語	係先単語	出現数	係元単語	係先単語	出現数	係受け表現	出現数
1	医師	相談	12	文献	紹介	15	資料	渡す	76	資料-渡す	94
2	文献	紹介	10	資料	渡す	13	文献	紹介	42	文献-紹介	67
3	受診	すすめる	10	相談	説明	12	資料	紹介	26	医師-相談	44
4	インターネット	検索	10	インターネット	検索	11	医師	相談	22	資料-紹介	40
5	該当図書	紹介	8	医師	相談	10	医師	確認	18	医師-確認	31
6	資料	渡す	5	資料	紹介	9	インターネット	検索	17	受診-すすめる	31
7	資料	紹介	5	医師	確認	8	受診	すすめる	14	インターネット-検索	29
8	医師	確認	5	受診	すすめる	7	話	聞く	13	話-聞く	24
9	話	聞く	5	MSW	紹介	7	相談	助言	13	相談-説明	22
10	相談	説明	4	話	聞く	6	文献	案内	13	必要-説明	20
11	必要	説明	4	医師	説明	6	回答	解説	12	相談-助言	17
12	医師	指示	3	必要	説明	5	必要	説明	11	文献-案内	13
13	検索	紹介	3	確認	説明	5	共感	示す	10	様子-みる	13
14	相談	助言	2	可能	説明	5	参考	する	10	MSW-紹介	12
15	確認	説明	2	可能	説明	5	疾患	見る+できる	10	医師-指示	12
16	医師	聞く	2							回答-解説	12
17	家庭医療科	受診	2							確認-説明	12
18	紹介状	書く	2								
19	相談	すすめる	2								

表2 対応内容の頻出係受け単語年度別推移(上位15位)

4.3. 頻出単語と属性との関係

相談者属性との関係では、「資料-欲しい」「医師-言う(言われた)」「何科-かかる?」等は男女とも差がないが、「話-聞く(聞いてほしい)」「医師-説明」等の表現は女性に多い。対応を職種別にみると、「資料-渡す」「文献-紹介」は司書が多く、「医師-相談(確認)」「受診-すすめる」「様子-みる」等はほとんど看護師だった。「インターネット-検索」「話-聞く」について差はみられない。

【考察】

相談者の傾向として、女性と比べ男性は高齢(70歳代以上)になるほど相談が多くなる。また男性の方が、リピータ率が高い。相談対象は、女性は3割強が家族・その他についてだが、男性は圧倒的(8割強)に自身の相談が多いことがわかった。また、頻出単語や係受け単語の年度別集計では、挙げられた単語の出現度数が年度毎に大きく変わらなかったことから、今回の分析で上位に挙げた単語を相談内容の分類のためのキーワードとして取り扱うことが可能だと考えられる。今後の課題として、相談者属性と相談内容、対応職種と対応内容の関係をさらに詳細に分析することで、検索条件を絞れるようにしていく。さらに、実際に検索システムを構築し利用することで、分類の妥当性の検証を行う必要がある。

「第 34 回医療情報学連合大会」 (2014/11/7)

健康生活支援室における相談事例検索システムの構築
—等質な利用者サービス提供に向けて—

○渡辺 美佐緒 1) 石垣 恭子 2) 荒井 奈保子 1) 齋藤 晶子 1)

1) 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院

2) 兵庫県立大学大学院応用情報科学研究科

【はじめに】健康生活支援室では月平均 60~70 件ほどの医療・健康相談があり、これをエクセルファイルに保存してきた。相談は多岐に渡っており、院内の各専門職の協力を得て問題解決に当たっているが蓄積された相談記録は活用されず、相談対応にはスタッフ各人のスキルに頼る傾向がある。また対応した内容について、第三者による評価がきちんとされていない状況もある。本研究では、これらの課題に対して①事例を分析、分類・整理しスタッフが持つ知識の集積・利用につなげる、②各専門職が持つ知識、問題解決ノウハウ等「暗黙知」を、第三者が共有できる形「形式知」にして評価をしやすくする、ことで利用者への等質なサービス提供を目指す。

【方法】2011 年 6 月~14 年 3 月までに支援室に寄せられた相談(相談・対応者属性、相談・対応内容等)約 2000 件を、テキストマイニングソフト(Text Mining StudioVer. 5.0)で分析する探索的研究。ソフトを利用して事例分類のためのキーワードを抽出、これを基にカテゴリルールを作成し事例の分類を行った。また、属性による相談の傾向や対応内容の特徴的な表現を抽出した。

【結果】抽出された頻出単語や係受け表現を基に「文献・資料請求」「インフォームド・コンセント」「苦情・要望」「受診相談」等 15 のカテゴリを作成。ソフトのグルーピング機能を利用しカテゴリ毎に事例を分類し CSV 形式で出力、リスト化した。属性による特徴的な表現の分析結果では、性差・年代によって相談の内容に差があった。また職種毎(看護師、司書、ボランティア)の対応には、それぞれ特徴的な表現がみられた。

【考察】2000 件ほどの事例を分類・整理したことで、対応内容の評価がしやすくなったと考えられる。今後は作成したリストをデータベースとして検索エンジンを利用するなど、問題解決ノウハウを共有できるシステムの構築が必要である。

「第 45 回日本看護学会」 (2014/9/25)

業務改善による業務量変化と今後の課題

飯塚洋、二井谷香、田淵由美

【目的】看護師にとって時間管理は、業務遂行において必要不可欠な能力である。それは勤務中だけでなく、勤務時間前後においても同様である。特に勤務時間前（以下、始業前）は、経験年数の少ない者ほど、情報収集やラウンドの準備などを行う傾向が強い。時間管理能力は、経験を積むことで獲得されるものではあるが、始業前の労働が暗黙の了解となっている現状を踏まえ、看護師の意識を変えることを目的に、日勤と夜勤の始業前業務を見直し、業務改善に取り組んだので報告する。

【方法】

対象：A 病院 B 病棟に勤務する看護師、

方法：日本看護協会・看護業務区分法 5 分類 36 項目を用い、業務に要した時間を 5 分一単位で記述するタイムスタディ法

①調査期間：業務改善前後（以下：改善前、改善後）の各 1 週間、平成 25 年 11 月～平成 26 年 2 月末

②調査方法：看護師は勤務中に調査用紙を持ち、業務を行った。調査用紙へは、その都度記入し、業務終了後に回収袋に提出するようにした。同時に複数業務を行った場合は、実質的な業務時間とした。

③分析方法：業務に要した時間、割合を算出。改善前後における曜日別、勤務帯別の業務量を比較検討した。

④業務改善内容：日勤では申し送り時間を短縮し、注射薬のミキシング・準備を勤務時間内に組み込んだ。患者を受け持つ看護師は、チーム内の他の看護師とペアを組み、業務を行うようにした。夜勤は、注射薬のミキシング・準備と夕食分の経管栄養の準備を準夜業務に移行した。

【倫理的配慮】調査用紙は記名式としたが、対象者へは、個人の能力を問うものではないこと、不利益が生じないことを説明した。また得られた結果は、学会等に発表予定であることを説明し、同意を得た。なお本調査は、A 病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

①回収率：改善前 99 名（100%）、改善後 100 名（100%）。

②全体の業務量：改善前後を通して一番多かったのは、「記録」で次いで「NS の報告・申し継ぎ」だった。始業前「薬剤業務」では、改善前は 111 単位、改善後 24 単位だった。療養上の世話では「排泄の世話」が一番多かった。

③日勤業務量：「NS の報告・申し継ぎ」は、改善前が 1336 単位、改善後 1070 単位だった。また勤務時間内では、改善前 1016 単位、改善後 820 単位だった。始業前「薬剤業務」は、改善前が 43 単位、改善後 0 単位だった。

④夜勤業務量：始業前「薬剤業務」では、改善前が 68 単位、改善後 24 単位だった。

【考察】課題だった始業前労働は、業務改善により勤務時間内の業務に移行できたと考える。また看護師の出勤時間が 30 分程度遅くなり、精神的にも余裕を持って業務に就くことができるようになった。「NS の報告・申し継ぎ」は、予想していたよりも業務量は減少

しなかった。しかしペア同士でコミュニケーションを積極的に取るようになり、質的な変化がみられたことは評価したい。今回の業務改善では、看護師業務のみに焦点を当てて実施した。療養上の世話に関する業務では「排泄の世話」が一番多かったことから、今後は、看護補助者への業務移譲も含めた業務改善に取り組んでいく必要がある。

A病院は、入院基本料7対1を取得しているが、高齢患者が多く、体動センサーや認知機能低下患者の対応で看護師からは「達成感を感じない」等の意見が多く聞かれる。このような中で、業務を数値化し、可視化していくことで、看護職員も納得し、合理的な業務整理に繋がったと考える。また看護体制においては、チームナーシングをとっている。今回の業務改善では、受け持ち看護師同士でペアを組むというアイデアを業務改善の一環として導入した。今後は、パートナーシップナーシングシステムの導入も視野に入れ、取り組んでいきたい。

【結論】

- ・ 始業前業務を見直し、勤務時間内の業務に移行した。
- ・ 療養上の世話である「排泄の世話」など、看護補助者への業務移譲の課題が残った。

VII. 参考文献

- ①日本看護協会編（2010）看護業務基準集 2007年改訂版、日本看護協会出版会
- ②小林美亜・池田俊也（2013）経済的観点から看護職の業務整理・再編を考える、December vol. 23 no. 13 看護管理 2013

「第 117 回日本小児科学会学術集会」 (2014/4/13)

急性期のサイトカイン動態からみた腸チフス感染症の一例

Cytokine profile in a boy with typhoid fever

福田 清香 1, 2)、 勝盛 宏 1, 2)、 阿部 淳 3)、 伊藤 秀一 4)、 新橋 玲子 2)、
新妻 隆弘 2)

1) 河北総合病院 小児科、2) 東京臨海病院 小児科

3) 国立成育医療センター免疫アレルギー研究部

4) 国立成育医療センター腎臓リウマチ膠原病科

【はじめに】腸チフスは *Salmonella typhi* の感染に起因し、稽留熱、消化器症状、皮疹、意識障害等の特徴的な症状を呈する。私達は本感染症の一男児例においてサイトカインプロファイルの経時的変化を観察した。

【症例】2歳男児。5日間の発熱、下痢、意識障害、痙攣を認め入院。便中アデノウイルス抗原陽性、脳脊髄液では全般性の徐波化を、MRI では脳梁膨大部病変を認め、同ウイルス感染による急性脳症と診断した。入院4日目にステロイドパルス療法を開始し解熱したが、中止後に再発熱した。入院9日目にばら疹が出現、入院時血液培養より *Salmonella typhi* が検出され、CTXにより解熱し意識状態も改善した。血清中のサイトカイン (pg/ml) は、IFN- γ (前/後: 679.0/52.5)、IL-6 (29.7/2.2)、TNF α (56.8/32.5) がパルス療法前後で一過性に改善、再発熱に伴い再上昇した。IL-18 (1417/1837)、MCP-1 (484/325) はパルス療法では変動せず CTX 後に初めて正常化した。急性期の髄液は細胞数増多を認めず、G-CSF、IL-8、MCP-1 (各 397、109、1194pg/ml) が高値であった。

【考察】炎症性サイトカインの中でもパルス療法と CTX に対して異なる変動パターンが見られたことは、各療法の標的となる細胞がチフス菌感染においては異なっていたことを示唆するものと考えられる。また髄液中の値は脳症で上昇する IL-6、TNF α 等の上昇を認めず、本症例の意識障害が急性脳症とは異なる機序に由来する可能性を示唆しており興味深い。

「第 34 回日本川崎病学会学術集会」 (2014/10/31)

アデノウイルス感染を契機に川崎病を同時発症した一卵性双生児症例

Development of Kawasaki Disease associated with adenovirus infection in identical twins

福田 清香 1)、藤原 摩耶 1)、伊藤 秀一 2)、阿部 淳 3)、花岡 希 4)、藤本 嗣人 4)
勝盛 宏 1)

- 1) 河北総合病院 小児科、 2) 国立成育医療研究センター 腎臓・リウマチ・膠原病科
- 3) 国立成育医療研究センター 免疫アレルギー研究部
- 4) 国立感染症研究所 感染症疫学センター

【背景】川崎病の病因は不明だが、一部の患者では特定の遺伝的素因を背景に、感染を契機として発症することが示唆されており、アデノウイルス (AdV) 感染症もその一つとされる。AdV 感染を契機に同時に川崎病を発症した一卵性双生児症例を経験したので報告する。

【症例】4 歳男児。兄は発熱 7 日目に、AdV 迅速検査陽性、川崎病主要兆候 6/6 を満たし入院した。入院時検査では WBC9700/ μ l、CRP2.42mg/dl、IFN- γ 99.8pg/ml、TNF α 10.9pg/ml、小林スコア 2 点だった。同日より免疫グロブリン、アスピリン投与を開始し、翌日には解熱、心合併症なく退院した。弟は兄と同日、発熱 3 日目で、AdV 迅速検査陽性かつ眼球結膜充血、口唇発赤、頸部リンパ節腫脹を認め入院した。入院時検査では WBC12600/ μ l、CRP5.54mg/dl、IFN- γ 105.0pg/ml、TNF α 33.6pg/ml、小林スコア 4 点だった。第 4 病日に主要兆候 6/6 を満たしたが、第 6 病日に自然解熱し免疫グロブリンは投与しなかった。第 10 病日 LCX 分岐部に 3.9mm の動脈瘤を認め、抗血小板療法を開始したが、発症 3 か月後に消失した。

両者とも便検体より AdV3 型 DNA を検出し、かつ弟の便検体からはウイルスも分離された。またペア血清で AdV3 型 NT 抗体の有意な上昇を認めた。

【考察】本例では、遺伝的背景が一致する一卵性双生児において、AdV 感染を契機とした川崎病の発症が確認され、病因を考える上で興味深い。両者とも病初期の血中 IFN- γ は高値であり、炎症反応へのウイルス感染の関与が推察された。

「第7回連結型自動分析装置研究会」 (2014/4/19)

アボットリンクを利用して未然にトラブルを回避した例

木村 賢、末永 晴香

【はじめに】現在、検体検査に用いる自動分析装置は診療前検査に因應するためダウンタイムを最小限にとどめなければならない。しかしながら自動分析装置は技術革新に伴いブラックボックス化され我々臨床検査技師が取り扱える部分は限局されている。ダウンタイムを軽減するためにはユーザーの適切なメンテナンスはもちろんのこと、トラブルの予兆をとらえ予防措置を行う事も必要である。今回アボットリンクを用いて未然にトラブルを回避できた事例を報告する。

【経過】アボットリンクは機器トラブル時に迅速に原因を追求する事を基本機能とするリモートサービスで、付加機能として機器のログ解析によりトラブルを未然に予測する機能 (Proactive Operation Monitoring 以下 POM) を備えている。2013年3月～11月までに POM により予防対策をとった事例が発生した。

1例目は CI16200 において「RV ローダーホイールでステップロス検知」エラーが週3回検出されたため技術員による点検が行われた。このエラーが頻発しセル詰まりが発生すると除去のため約60分程度測定不能となる。早期に点検作業を行ったことで、このエラーの再発を防ぐことができた。

2例目は I1000SR において「ピペットパッファポンプでステップロス検知」エラーが1回検出され技術員による点検が行われた。このエラーにより測定中の検査が無効となり試薬などがロスとなり、トラブル発生から復帰まで約60分かかる。エラーが発生した当日の点検によりポンプ交換を行い以降同様のエラーは発生していない。

【考察】POM は膨大なログの解析によりトラブルを未然に予測することでダウンタイムの軽減に有効なサービスである。現在は免疫分析装置のみのサービスになっているが、連結している生化学分析装置にも同様のサービスが備わる事で連結分析装置全体のダウンタイム軽減が期待できる。

「リハビリテーションケア合同研究大会 長崎 2014」 (2014/11/7)

慢性腰痛を有し、左大腿骨頸部骨折を受傷した症例に対して健康行動理論をもとに行動変容を促した介入について

立花 貴弘

【はじめに】 健康行動理論の一つであるストレスコーピングは、ストレスの基にどのように対処しているかを整理する考え方である。理論の考えを用い、課題を整理・介入を行ったので報告する。

【症例紹介】 80歳代女性、自宅で転倒し左大腿骨頸部骨折の診断で入院し、人工骨頭置換術を施行。22日目に当院へ入院するが、左大腿骨骨幹部骨折があり転院。42日目に再入院。病前生活は半年前に転倒し腰部痛出現後は、食事・トイレ以外は臥床している事が多く、歩行は介助で実施。

【倫理的配慮】 ヘルシンキ宣言に基づいて実施した。

【経過と介入】 再入院時、FIMは40点、移動は車椅子介助、40分の車椅子乗車で腰部痛が出現した。また「起きると痛みが出るのではないかと」発言が聞かれた。痛みがある中でも動き、自分で対処するという考えに基づいた行動に変容を促すため、医師の内服コントロール、理学療法士の運動療法、看護師の病棟での生活支援を行い、家族の協力を得つつ介入を実施した。その結果124日目に有料老人施設に転所時、FIMは88点、車椅子移動は自立した。一日の大半を車椅子上で過ごし作品を作る等の活動を行い、「痛みが出たらベッドで休む」と発言が聞かれた。転所3か月後同様の行動を維持しており、自主トレで歩行車歩行を実施していた。

【考察】 本症例において健康行動理論の考え方を基に課題を整理することで、行動変容を進められたと考える。

「第 58 回日本リウマチ学会学術集会」 (2014/4/24)

ソトレキサートによる肝障害に対するベザフィブラートの効果：関節リウマチ患者における検討 (第 2 報)

鈴木 暁岳, 青木 尚子, 吉岡 太郎, 岡井 隆広, 尾形 逸郎

【背景】我々は昨年、関節リウマチ (RA) 患者において、ベザフィブラートがメソトレキサート (MTX) による肝障害を改善することを報告した。

【目的】MTX による肝障害に対するベザフィブラートの効果について、対象人数を増やして検討した。

【対象と方法】当センターに通院中で、MTX 投与により肝逸脱酵素が正常上限を超えた (AST > 38 IU/L, ALT > 36 IU/L) RA 患者 21 例 (男性 3 名、女性 18 名、平均年齢 60.7 歳) に対して、ベザフィブラート 400mg/日の投与を行った。その後 6 か月間の肝逸脱酵素の推移と RA 疾患活動性 (DAS28-ESR) の変化を追跡評価した。

【結果】ベザトール開始時の平均 AST、ALT 値はそれぞれ 67.4 ± 24.9 IU/L、 85.7 ± 49.3 IU/L で、平均 MTX 投与量は 10.0 ± 2.5 mg/週、累積 MTX 投与量は 402.9 ± 292.2 mg であった。ベザトール開始 3 か月後の AST、ALT 値はそれぞれ 43.6 ± 23.2 IU/L、 38.9 ± 26.4 IU/L、6 か月後には 37.1 ± 24.0 IU/L、 29.5 ± 22.3 IU/L であり、68.0 % の患者が AST、ALT ともに正常値へと改善を示した。また 6 か月後に MTX 投与量を減らさざるえなかった患者は 5.0 % にすぎず、20.0 % の患者では増量に成功、さらに DAS28-ESR 値は開始前と比べて 80.0 % の患者で低下を示していた。副作用としては 1 例で汎血球減少が出現し、投与 3 か月後で中止となった。

【結語】ベザトールは RA の疾患活動性に影響を与えることなく、MTX による肝障害を高率に改善すると考えられた。

「Annual European Congress of Rheumatology」

(2014/6/14)

Ultrasonographic assessment of newly developed elderly-onset rheumatoid arthritis: a comparison with younger-onset rheumatoid arthritis

A. Suzuki, T. Okai

【Background】: The number of elderly patients suffering from rheumatoid arthritis (RA) is expected to rise in the coming years. The clinical presentation of elderly-onset RA (EORA) patients frequently differs from that of younger-onset RA (YORA) patients. EORA patients more often present with acute onset of the disease dominated by stiffness and pain of the shoulder and/or hip area. They often complain of constitutional symptoms and impairment in daily activities. Musculoskeletal ultrasonography is an established tool for diagnosis and follow-up of RA patients. However, specific knowledge about sonographic findings in patients with EORA is still scarce.

【Objectives】: The aim of this study was to investigate by power doppler (PD) ultrasonography the anatomical structures affected in patients with newly-developed EORA to clarify the distinctive sonographic features of EORA.

【Methods】: In this study, we included consecutive patients in whom a diagnosis of RA was established according to 2010 ACR/EULAR classification criteria. EORA was defined as onset at ≥ 75 years of age and YORA as onset at <75 years. Before the beginning of therapy, we evaluated the positivity of rheumatoid factor (RF) and anti-cyclic citrullinated peptide (anti-CCP) antibodies and Disease Activity Score in 28 joints using the erythrocyte sedimentation rate (DAS28-ESR), and the Health Assessment Questionnaire (HAQ) score. PD ultrasonography was performed in the clinically dominant side of the shoulder (long head biceps tendon [LHBT], subacromial-subdeltoid bursa, and gleno-humeral joint), wrist, metacarpophalangeal (MP) joints, and knee joints. PD signals were graded using a semiquantitative scoring method, which consisted of a scale of 0-3, and the sum of PD scores of a single joint component (total score) was calculated for each joint. Correlations between disease activity variables and ultrasonographic abnormalities were analyzed using Spearman's correlation coefficient and proportions were calculated by Fisher's exact test.

【Results】: EORA was diagnosed in 36 patients (mean age 82.4 ± 5.6 years, 72.2% women, 34.3% positive for anti-CCP) and YORA in 50 patients (mean age 53.5 ± 13.8 years, 76.0% women, 58.0% positive for anti-CCP). A significantly higher number of EORA patients had a positive PD signal in the shoulder joint (88.9% versus 48.0%, $p < 0.001$) than YORA patients (Fig. 1), and among the shoulder components, LHBT revealed the highest positive ratio (77.7% versus 32.0%, $p < 0.001$). There were no significant PD signal differences between the two groups for the remainder of the examined joints. In EORA patients, no difference was seen between anti-CCP positive and negative groups concerning positive proportion of PD signals of the shoulder joints (91% and 87%, respectively, $p=1.00$) (Fig. 2), including LHBT component, as well as of the rest of the studied joints. According to correlation analysis, total score for the shoulder joint was significantly associated with DAS28-ESR and HAQ score ($r=0.58$, $p < 0.05$ and $r=0.60$, $p < 0.05$,

respectively) in EORA patients.

【Conclusion】: In patients with EORA, shoulder joint inflammation, especially LBT tenosynovitis, was a primary manifestation and contributed to increasing disease activity and functional disability.

Power Doppler ultrasonographic monitoring after reducing the dose of etanercept in patients with remitted rheumatoid arthritis: A one-year observation

A Suzuki¹, T Okai¹

Kawakita General Hospital, Center for Rheumatology and Joint Surgery, Tokyo, Japan

【Introduction】

Etanercept (ETN) is a TNF inhibitor that has been widely used in patients with rheumatoid arthritis (RA) who cannot attain favorable responses with disease-modifying anti-rheumatic drugs such as methotrexate. Recent studies have focused on discontinuing or reducing the dose of TNF inhibitors once sustained low disease activity is achieved. The proportion of patients who maintained low disease activity with a reduced dose of ETN (25 mg/week) after sustaining low disease activity was similar to that in patients receiving a conventional dose of ETN in the PRESERVE study. Power Doppler ultrasonography (PDUS) is a useful imaging technique in the diagnosis and follow-up of rheumatic disease. The application of PDUS provides an accurate estimate of synovial perfusion, which has been correlated with the presence of active synovitis. The aim of the present study was to evaluate “true intra-articular conditions” using PDUS monitoring in RA patients who maintained clinical remission after the dose of ETN administered had been reduced to 25mg.

【Methodology】

Ten RA patients treated with 25 mg of ETN were enrolled in this study. These patients have to have stable clinical remission (a Disease Activity Score in 28 joints using CRP [DAS28-CRP] of less than 2.3) for at least six months with 50 mg of ETN. They were subsequently treated with a reduced dose (25 mg) of ETN, and DAS28-CRP was evaluated at each visit over 12 months. PDUS was performed on the bilateral wrist, finger, and knee joints at the time of enrollment, and then 6 months and 12 months after the dose of ETN had been reduced. The PDUS signal was subjectively graded on a semi-quantitative scale from 0 to 3 for each joint and the total PDUS (t-PDUS) score was calculated at each PDUS assessment as the sum of PDUS signals obtained from each joint.

【Results】

The mean DAS28-CRP values at the time of enrollment and then 6 months and 12 months after the dose of ETN had been reduced were 1.17 ± 0.12 , 1.17 ± 0.36 , and 1.06 ± 0.35 , respectively (Fig. 1). Seven out of 10 patients remained in clinical remission after 12 months. The ETN dose was increased to 50mg in 2 patients within 12 months of being enrolled.

The average t-PDS of the patients increased from 0.20 ± 0.60 to 2.90 ± 0.35 over 12 months (Fig. 2).

【Discussion】

Most RA patients who satisfied the remission criteria with normal findings on clinical and laboratory studies had imaging-detected synovitis. Even in asymptomatic RA patients with clinically normal joints, ultrasonography revealed that 73% of these patients had gray-scale

synovial hypertrophy while 43% had positive power Doppler signal³. The findings of the PRESERVE study showed that 79.1% of patients receiving a reduced dose of ETN (25 mg) had maintained low disease activity by week 88, which was similar to those who continued to take 50 mg ETN (82.6% of the assigned patients). Although a reduced dose of ETN appeared to be a highly attainable strategy, PDUS revealed the reappearance of intra-articular inflammation in most patients. Therefore, disease activity should be monitored even after successfully reducing ETN doses.

【Conclusion】

Careful disease monitoring is required after ETN doses are reduced in patients with RA.

「第 11 回東京都作業療法学会」

(2014/10/26)

脳梗塞後にうつ症状を呈した症例～夫婦の関係性に焦点を当てて～

鈴木 励, 炭谷 彩夏, 落合 克典

【はじめに】脳卒中後のうつ症状の特徴は、意欲低下や悲壮感、希死念慮などが生じ、その中でも意欲低下が目立つとされ、患者の意欲は家族の言動により影響を受けると考えられている。今回、脳卒中後にうつ症状を認め、夫婦の関係性が悪化した症例を担当し、作業を通して夫婦の関係性に考慮して介入を行い、うつ症状の軽減が見られたため報告する。尚、本報告を行うにあたり、ご本人、ご家族から紙面にて了解を得ている。

【症例紹介】A氏、60 歳代男性。右中大脳動脈領域の脳梗塞を発症し、重度の左片麻痺、感覚障害を認め、左半側空間無視、脱抑制を呈していたが、認知機能は保たれていた。ADL は全般介助であった。病前の夫婦関係はA氏に妻が付き従う関係であった。

【第一期：夫婦の関係性が変化した時期(入院～2 か月)】動かない左上下肢や何も出来ない状況に対して、妻の過度な叱咤激励により苛立ちや意欲低下が見られた。妻は毎日来院していたが、言い争いが増え、来院頻度は減少した。A氏から「妻がストレス」と発言が聞かれた。うつ症状の評価方法として、脳卒中うつスケール(以下 JSS-D)及び、脳卒中情動障害スケール(以下 JSS-E)を使用した。JSS-D は 10.93, JSS-E は 13.74 であった。そのため、介入として①正のフィードバックを増やす②馴染みのある園芸活動へ参加③高次脳機能障害の家族指導の実施をした。

【第二期：関わり方に戸惑う時期(3 か月～4 か月)】身体機能の向上を認め、園芸活動への参加が増えた。妻の来院時には、園芸活動の様子を楽しそうに話す姿が見られた。しかし、妻の来院頻度は少なく、寂しさの訴えが聞かれ、妻の来院が増えた。妻はA氏の病気の理解が増したが、回復への期待から指導的な関わり方となり、A氏との関わり方に戸惑いが見られた。そのため、A氏と妻の関係性構築を目的に、①妻からの正のフィードバックを増やす②園芸活動を妻と行う③トイレ動作の家族指導を実施した。

【第三期：関係性の再構築の時期(5 か月～退院)】A氏から「妻にリハビリを見てほしい」と発言があり、妻のリハビリ見学が増えた。妻は支持的で受容的な関わり方が可能となり、妻との園芸活動は定着し、妻を頼る様な言動が見られた。JSS-D は 4.76, JSS-E は 8.97 となった。

【考察】本症例は、A氏にとって馴染みのあった園芸活動が自己受容を促した可能性が考えられる。馴染みある作業を、作業と環境の特性を生かして用いたことで自己受容に至ったと脳卒中後のうつ症状の自験例を通して報告されている(爲近ら, 2002)。夫婦の関係性の改善の要因は、経験ある作業を用いた支持的な関わりと家族指導により、事例に対する家族の心理的理解が高まったと報告されている(内田ら, 2003)。園芸を通して、妻の心理的理解は高まり、指導的な関わり方から支持的な関わり方となり、夫婦の関係性は改善されたと考えられる。

「第 33 回東京都理学療法士学術大会」 (2014/7/6)

めまい・吐き気を主症状とした小脳出血に対する平衡訓練の効果

櫻井亮太

【目的】小脳出血後めまいを主症状とし、ADL 獲得困難であった一症例に対して平衡訓練を行い ADL が自立した症例を治療する機会を得たのでここに報告する。

【症例紹介】60 代女性。病前 ADL・APDL 自立。平成 25 年 5 月上旬に自宅トイレで転倒し、嘔気が止まらなくなり同日救急搬送により入院し、小脳出血と診断。発症 23 日後に当院に入院し、126 日後自宅退院。

【方法】めまいへの訓練法として長沼、東本らの運動療法を参考にし、前庭小脳の伝導路障害に対して、眼球運動のみの視覚刺激・頸部運動のみの前庭刺激、頸部運動と眼球運動伴った前庭動眼系の刺激、頸部運動と体幹運動を伴った前庭脊髄系の刺激、応用動作を用いた複合的刺激を段階的に 1 回 30 分 1 日 2 回訓練として実施した。さらに 廃用による体幹筋・股関節周囲筋の筋力強化として、体幹屈曲・伸展、股関節屈曲・伸展・外転、膝関節伸展、足関節底屈運動を徒手抵抗にて各 10 回づつ 2 セット、1 日 2 回同時に訓練として実施した。

【倫理的配慮、説明と同意】

ヘルシンキ宣言に則って、本人へ十分な説明を行い、同意を得て実施した。

【結果】平衡訓練により発症 42 日目でめまいは消失した。体幹・下肢筋力は MMT3 から MMT4 に改善がみられ、FBS は 32 点から 55 点に向上した。日常生活評価として、BI は 30 点から 100 点、FIM は 70 点から 112 点とそれぞれ向上し、ADL・APDL は自立された。

【考察】めまいの発生機序の一つとして、一側の末梢性・中枢性前庭障害が起こり両側の入力情報に不一致が起こることで生ずると考えられている。

本症例は左中小脳脚出血である。中小脳脚は橋に輸入される視覚・固有感覚・平衡覚を小脳に出力し、姿勢制御にかかわる前庭反射の伝導路である。今回の症例では末梢受容器の障害ではなく、前庭小脳の伝導路障害によって生じた感覚の不均衡が幻暈・嘔気症状を誘発していると考えた。

入院当初、本症例は入浴後・食事後、頸部の回旋時に気分不快多く、嘔吐が認められた。動作にめまいが出現することが、日常生活動作獲得の大きな制限因子となっていたと考えた。

先行研究では、中枢性前庭障害のめまいは、平衡訓練によって感覚刺激を入力することにより、徐々に前庭核の不均衡が修正され、症状の改善が認められたと報告されている。また、平衡訓練を行わなくても小脳による代償は起こるが、70~80 日を要するとされている。平衡機能訓練を行うと平均 33 日でめまいの消失が確認されている。

そのため、前庭小脳への感覚入力訓練を前庭小脳への感覚入力を段階的に実施した。本症例においては、前庭小脳系への感覚入力により前庭系左右不均衡が修正された事により、発症 1 ヶ月で食事時、動作時のめまいは改善されたと考える。また、平衡機能の向上として、下肢・体幹の筋力訓練を同時に行ったことで、動作の安定性が向上し、それに伴い日常生活動作・歩行能力の向上に繋がったと考える。

「第 33 回関東甲信越ブロック 理学療法士学会」 (2014/10/25)

重度被殻出血を呈し歩行自立に至った症例 —画像所見に基づいた治療介入を通して—

澤本 陽平

【はじめに】今回、広範な被殻出血を認めた症例に対し、画像所見に基づいた予後予測から治療介入を進めた結果、独歩獲得に至った症例を経験したため、ここに報告する。

【症例紹介】50 代男性。左被殻出血による右不全片麻痺の診断。MRI 画像上、出血の中心は被殻周囲だが、高さは中脳レベルから皮質レベルまで至っており、広範な血腫を認めた。発症当初の Br. Stage は上下肢ともに I であり、重度の感覚障害を認め、基本動作や ADL 動作は全般重介助であった。当院回復期病棟へ転院した 20 病日目では、脳室の圧迫が解消された他、血腫は被殻、淡蒼球、尾状核にかかる程度まで吸収された。Br. Stage は上肢 II, 手指 I, 下肢 II であり、基本動作は軽介助となった。その後 48 病日目では画像上血腫は被殻周囲に残存するだけで、ほぼ認めなくなった。Br. Stage は上肢 III, 手指 III, 下肢 V であり病棟内歩行と日常生活動作は自立となった。

【倫理的配慮, 説明と同意】ヘルシンキ宣言に沿って事前に研究の主旨の説明を行い、同意を得た。

【介入方法】発症初期は広範な脳出血を認めていたが、当院転院時には血腫の範囲が限局されてきていた。特に皮質脊髄路の経路である内包後脚の圧迫が減少していたことから、長下肢装具を使用した積極的な歩行介入を図った。また早期より下肢の筋出力を重視し、支持物を使用しないような治療プログラムを施行した。

【考察】水上らは被殻出血の予後は、内包後脚の障害が軽度の場合良好であると述べている。本症例では発症当初からの画像所見の経過より、内包後脚の圧迫が減少したことから今後歩行ベースでの生活が可能と考えられた。早期からの積極的な歩行介入が脳の下肢領域における可塑性を促通し、歩行自立に至ったと考えられる。このように画像所見と身体機能の変化から予後予測を行い、理学療法介入を行うことがさらなる機能回復を促すものと考えられる。

抗 NMDA 受容体脳炎に対して両側卵巣奇形腫摘出術後に卵巣嚢腫再発を認めた症例に関する検討

勢多真理子

【緒言】抗 NMDA 受容体脳炎は NMDA 受容体の細胞外成分に対する抗体〔抗 NMDA 受容体抗体〕を有する若年女性に好発する自己免疫性脳炎といわれている。卵巣奇形腫に随伴する傍腫瘍性脳炎とも称され約 60%に卵巣奇形腫を合併するとされている。今回我々は、2 年前に感冒症状を契機にけいれん、意識消失で発症し抗 NMDA 脳炎と診断され両側卵巣奇形腫に対して開腹卵巣嚢腫核出術を施行した症例において脳炎の再発症状はないが卵巣嚢腫の再発を認め腫瘍摘出目的に紹介となった症例を経験した。今回症例報告とともにこの疾患の病態や最近の話題について触れ、卵巣嚢腫の再発症例に対する問題提起を行う。

【症例】22 歳 未婚 1 回経妊 0 回経産（上記手術約 1 年後に人工妊娠中絶）上記手術後 8 カ月で右卵巣嚢腫の再発（約 26mm）を認め他院で経過フォローされていた。脳炎の経過観察中の神経内科医師より脳炎の再発予防のための腫瘍摘出を勧められたため当院紹介初診となった。MRI 上右卵巣に 27mm の嚢腫所見、腫瘍マーカーは上昇を認めず。稀発月経を認め 3 カ月ごとに中用量ピル内服による消退出血を得ていた。経過観察中 3 ヶ月後のエコーにて 30mm+12mm 大の 2 胞性の嚢腫を認め腹腔鏡補助下右卵巣嚢腫核出術を施行し術後経過問題なく退院となった。現在経過観察中である。

【考察】抗 NMDA 脳炎は奇形腫に含まれる神経組織が抗体産生を誘導し、ウイルス性上気道感染を機に脳血液関門が破綻されることで中枢神経系に侵入した抗体が共通抗原を有する海馬や前脳の NMDA 受容体を障害するために起こるとされており速やかな腫瘍摘出が推奨されている。脳炎症状の再発報告側はあるが卵巣奇形腫のみの再発の場合の治療方針は確立していない現状がある。若年女性に好発することも併せ卵巣機能も考慮した慎重な治療方針を検討する必要があると考える。

「第 39 回日本脳卒中学会総会」 (2014/3/13)

たこつぼ型心筋症合併脳卒中の臨床的検討

Clinical evaluation of stroke patients with takotsubo cardiomyopathy (apical ballooning syndrome)

海野 佳子

【目的】たこつぼ型心筋症 (TC) を合併した急性期脳卒中患者の臨床的特徴を検討する。

【対象および方法】2010 年 1 月より 2013 年 7 月までの河北総合病院入院患者のうち、急性期脳卒中と TC を合併した患者を対象とした。診療録や検査所見を後方視的に調査し臨床的特徴を検討した。

【結果】TC 合併脳卒中は 17 例(男性 5 例、女性 12 例、平均 81.5 歳)。脳卒中の内訳は、くも膜下出血 (SAH) 2 例、脳出血 2 例、脳梗塞 13 例。脳卒中発症時の症候は意識障害・片麻痺・痙攣など

で、脳梗塞では皮質を含む比較的広範囲の病巣が多かった。TC 発症時は無症状もしくは症状不明が多く、CK は上昇しないことが多く、心電図変化や心臓超音波検査での発見が多かった。冠動脈造影を施行されたのは 2 例のみで、他は検査結果の経時的変化により TC と判断されていた。

脳卒中と TC の発症間隔は、24 時間以内 10 例、24 時間以降 7 例で、順序は、脳卒中先 9 例、同時もしくは不明 6 例、TC 先 2 例。転帰は軽快 9 例、死亡 8 例。死因は脳ヘルニア、腎不全、不整脈などで心不全死は無かった。脳梗塞と TC 合併の 13 例(男性 4 例、女性 11 例、平均 83.7 歳)は、塞栓性 11 例、血栓性 2 例。13 例中 7 例は脳卒中発症が先で、5 例は同時もしくは不明、明らかに TC 発症が先は 1 例のみ。脳梗塞発症時まで心房細動が確認されたのは 3 例のみで、全例が慢性腎臓病 stage 3 以上であった。

【結語】TC は SAH・脳出血・脳梗塞のいずれにも合併し、約半数は死の転帰をとる。脳卒中と TC 発症の間隔は 24 時間以内が半数以上で、脳卒中が先または同時が多い。TC 合併脳梗塞は、高齢女性が多く、比較的広範囲の塞栓性梗塞が多く、全例慢性腎臓病患者であった。これらの患者では特に心電図所見やその経時的変化に留意する必要がある。

「Asian & Oseanian Congress of Neurology」 (2014/3/2~3/5)

Clinical Evaluation of Silent Intracranial Large Artery Stenosis Detected by Medical Checkup

Yoshiko Unno, Makiko Katayama, Hitoshi Suzuki, Hideaki Shimizu
Department of Neurology, Kawakita General Hospital

【Objectives】

We sometimes find intracranial large artery stenosis by MRA as medical checkup. However, how we should treat asymptomatic intracranial artery stenosis is unresolved. The purpose of this study is to find natural courses of asymptomatic intracranial large artery stenosis detected by MRI as medical checkup, and factors to be related with progression of stenosis.

【Methods】

We retrospectively investigated medical examinees who received brain MRI/MRA for medical check-up. Among examinees with intracranial large artery stenosis, clinical characteristics, MRA findings, and clinical course were compared with acute stroke patients.

【Results】

Medical checkup examinees (1139 people) were younger and more men than acute stroke patients (487 people). Two point seven percents of medical checkup examinees and 21.8 percents of acute stroke patients had an intracranial large artery stenosis. Examinees with intracranial large artery stenosis were older, more having hypertension and hyperlipidemia than examinees without intracranial large artery stenosis. Twenty examinees and 26 patients with intracranial large artery stenosis had undergone MRI/MRA before, a progression of stenosis was observed in 35% and 58% respectively. A progression of stenosis did not relate to patients characteristics, location of stenosis, severity of stenosis, old ischemic lesions, and periventricular hyperintensities. Most of examinees with intracranial large artery stenosis had not seen doctors and not been taken treatment after their lesions were noticed. Antiplatelet drugs were prescribed for all of patients with intracranial large artery stenosis.

【Conclusions】

Two point seven percents of medical checkup examinees had an intracranial large artery stenosis.

Among examinees with intracranial large artery stenosis who had undergone MRI/MRA before, a progression of stenosis was observed in 35%. The factors to be related to progression of intracranial large artery stenosis remain unclear. An observational prospective study of medical checkup examinees is necessary to find out how we should treat asymptomatic intracranial large artery stenosis.

橈骨遠位端骨折に対する掌側ロッキングプレート術後の治療実績
—方形回内筋温存の意義—

○湯本美優¹ 金井三紗¹ 伊橋瑞恵¹ 武田美沙世¹ 伊藤聰一郎²
河北総合病院リハビリテーション科¹ 河北総合病院整形外科²

【はじめに】当院では橈骨遠位端骨折AO分類C型の症例に対し掌側ロッキングプレート(以下VLP)固定を行っている。VLP固定では方形回内筋(以下PQ)を切離する方法がスタンダードだが、小侵襲手術をめざして術式をPQ温存法に変更した。PQを切離する従来法では軽度の回外制限が残存し、回内筋力が低下するとの報告がある。本研究はPQ切離法とPQ温存法の治療成績を比較検討した。

【対象・方法】2013年1月～2013年10月までに橈骨遠位端骨折(AO分類C1～3型)に対してVLP固定術を行い、12週間以上経過観察が可能だった36例を対象とした。PQ切離群11例(全例女性;平均年齢71.7歳;利き手5例,非利き手6例),PQ温存群25例(女性20名,男性5名;平均年齢72.4歳;利き手14例,非利き手11例)である。術後2,4,8,12週で前腕回内/回外可動域を計測した。リハビリ最終時に前腕回内/回外,手関節背屈/掌屈可動域,握力健側比を計測し,Quick DASHの評価を行った。

【結果・考察】尺骨茎状突起骨折を合併したPQ切離群4例では術後3～4週間回内/回外を禁止した。術後2,4,8,12週の平均回内角度はPQ切離群で58°,64°,77°,83°,PQ温存群では69°,73°,88°,75°だった。術後2,4,8,12週の平均回外角度は,PQ切離群で50°,74°,88°,88°,PQ温存群では80°,86°,90°,90°だった。回内/回外ともPQ温存群で有意に早期より改善が認められた。リハビリ終了時の治療成績は健側比で手関節可動域80～90%,前腕回内/回外可動域95%,握力70%を目標としている。リハビリ施行期間はPQ切離群17.4週,PQ温存群11.4週とPQ温存群で有意に短縮された。リハビリ終了時の平均関節可動域はPQ切離群で背屈61.5°,掌屈57.5°,回内88.5°,回外80°,PQ温存群は背屈55°,掌屈61.3°,回内77.5°,回外88.9°だった。握力健側比はPQ切離群79.5%,PQ温存群82.8%だった。Quick DASHはPQ切離群6.8±5.8,PQ温存群で5.7±1.3でいずれも有意差はなかった。これらの結果は,PQを温存することにより術後早期から機能は回復しリハビリ施行期間を短縮できるが,短期成績には影響を及ぼさないことを示唆している。

【まとめ】橈骨遠位端骨折AO分類C型36例に対し掌側ロッキングプレート固定を行い,25例でPQを温存した。PQを温存することにより術後早期から機能は回復しリハビリ施行期間を短縮できた。しかし術後3-4か月の治療成績にはPQ温存の有無が影響を及ぼさないことが示唆された。

Key Word : 橈骨遠位端骨折 方形回内筋 掌側ロッキングプレート固定

PDI-18-01

尚吉

—東日本大震災後の新生活構築：12歳少年の視点から—

Shokichi

—Establishing a New Life after the Great Earthquake in Northern Japan, the Perspective of a 12-year Old Boy—

○古賀美野里 (OT)¹⁾, 小田原悦子 (OT)²⁾

¹⁾河北リハビリテーション病院セラピー部, ²⁾聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部

Key words: Disaster, Nature of human occupation, Health promotion

はじめに：作業療法士は、被災者が日常生活に復帰し地域の活動に参加するように援助するために、地域社会における指導者との連携やコミュニティサポートの再編成を行う。災害がライフクライシスをもたらすあらゆる年代の個人がどのように経験するかを理解する必要がある。

目的：2011年3月の東日本大震災後、一人の少年がどのように日常生活の変化を経験したのか作業の視点で分析する。

方法：12歳の時に東北A市で震災を経験した尚吉(仮名)を対象に1年半後に行なったインタビューデータを分析した質的研究である。本人と保護者から研究同意を得た。

結果：尚吉は、震災後家族とともにA市を離れ、日本各地の5つの市を移転し続け、3ヶ月後にH市のアパートに母親と住み始めた。尚吉は、移転の先々で、家族や親戚の一員、あるいは、クラスの一員として受け入れられたことによって、被災による緊張や将来の不安が解消したと経験した。H市では、クラスの一員として受け入れられ、震災以前には当たり前だったクラブ活動や、友人たちとの遊び、日常的な出来事を経験し積み重ねることが、尚吉の生活が落ち着くために大切だった。

考察・実践：作業療法士は、地域を含む環境における個人の作業の話に耳を傾けることによって、新しい地域の一員として、震災前には当たり前だった生活を再獲得し、積み重ねてライフクライシス克服へつながるように貢献できる。

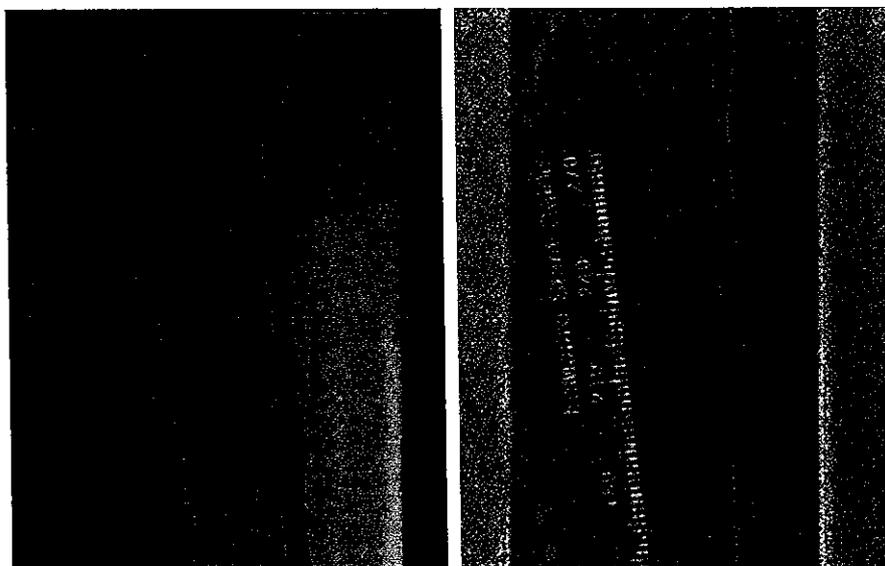
コメディカル一般演題 (口演) EVT ①

CO066

Digital Subtraction Angiography 非搭載心臓カテーテル専用装置を使用した 下肢動脈炭酸ガス造影法の検討

渡邊 真弓¹⁾、登坂 淳²⁾¹⁾河北総合病院 画像診断部、²⁾河北総合病院 循環器内科

【背景】当院では、2005年に東芝製Infinix Celeve CS 心血管診断用シングルプレーンシステム (Digital Subtraction Angiography (DSA) 非搭載) を導入し、主に心臓カテーテル検査を施行してきた。しかし検査内容の多様化により、当院でも下肢動脈炭酸ガス造影検査を施行する必要性が生じたため、当院機種を用いて検査が可能かどうか検討した。【目的】DSA非搭載装置における下肢動脈炭酸ガス造影法の検討【方法】撮影条件(フレームレート・線質調整フィルタ・焦点サイズ・最小パルス幅)、サブトラクション処理条件(マスク数・加算枚数)を変化させて撮影を行い、得られた画像に対して視覚評価を行った。サブトラクション処理は、撮影後の画像に対して装置搭載のソフトウェア上で処理を追加し、DSA画像とした。【結果】撮影条件は、15フレーム/秒・0.03mm Taフィルタ・焦点サイズsmall・最小パルス幅 5msecと設定した。サブトラクション処理は、加算枚数10枚の処理で良好な画像が得られた。当院機種で得られる画質であっても、撮影条件・画像処理を工夫することにより診断可能な炭酸ガス造影像を得ることができた。



Angiography

CO2 Angiography

運動時間の違いによるストレスへの影響 運動習慣獲得のために、ストレスの少ない運動時間の検討

中野 洋平, 立花 貴弘, 古後 俊介, 益満 俊宏, 田島 光純

社会医療法人 河北医療財団 河北リハビリテーション病院

key words 運動時間・ストレス・運動習慣

【はじめに、目的】有酸素運動などの身体活動は、血圧や心拍数の上昇、呼吸数の増加などエネルギー代謝や循環を促進させ、それにより、生活習慣病の予防に効果があることは、今や周知の事実である。また、適度な運動量の確保は気力の改善や活力、ポジティブな感情を高めるとの報告もある。しかし、強度の高い運動は、食欲不振、睡眠障害などを引き起こすとされている。運動量とは「運動の種目(有酸素運動)」の他に、「強度」と「時間」と「頻度」の3つの要素で構成され、この3要素が運動量を判断する基本的な目安となっている。運動習慣のない人においては、習慣的に適度な運動量の確保を行うことが困難となる場合が多い。そこで、本研究は、運動とストレスの関係性を検証するために、その中の構成要素である、運動時間とストレスに着目した。運動習慣のない人は、運動そのものを行うことでストレスを感じ、ストレスが少ない状態であれば習慣的に適度な運動量の確保を行うことができるのではないかと考えた。有酸素運動の持続時間として、10分からでも効果があるとされている。そこで今回、有酸素運動において、同一運動強度で、運動時間を少なくした状態の場合、ストレスに変化が生じるかを、比較検討したので報告する。

【方法】運動負荷試験において、エルゴメーター(AEROBIKE EZ101 COMBI)を用い、座面の高さは大転子高と同一とした。運動強度を予測最大心拍の60%(以下中等度負荷)として、10分間のウォームアップを行う。ウォームアップ時は、エルゴメーターをフリートレーニングに設定し、ワット数を検者が10Wから段階的に上げていく。その後、運動強度を中等度負荷に保った状態で30分間運動を実施する。脈拍、ワット数はエルゴメーターが自動調節する設定とした。ストレス計測において、唾液分析装置唾液アミラーゼモニター(NIPURO社製)を用いて、ウォームアップ後、運動開始10分後、20分後、30分後の唾液を採取し測定した。対象は、運動習慣のない健康成人20名(男性10名 女性10名。年齢 25.4 ± 1.6 歳)とした。運動習慣がある者を厚生労働省-健康日本21の指針である「週2回以上、1回30分以上、1年以上、運動をしている者」という基準を用い、これにあたるものは対象から除外した。ウォームアップ時を基準とし、10分後・20分後・30分後の値の増減を算出し、一元配置分散分析を行い、危険率5%未満を有意とした。

【倫理的配慮、説明と同意】すべての被検者に対して、実験前に目的・方法・リスクについて文書、口頭による説明を十分に行い、署名により同意が得られた者を対象とした。

【結果】ウォームアップ時を基準としたストレス値の増減は、運動開始10分後は、0.89と減少を示し、運動開始20分後は、1.04と増加、運動開始30分後は、1.67とさらに増加が認められた。ウォームアップ時を基準とし、運動開始10分後・20分後・30分後の値、それぞれの間で比較を行ったが、有意な差は認めなかった($p=0.06$)。しかし、ウォームアップ後、運動開始10分後は唯一減少値を示した結果となった。

【考察】アミラーゼはストレスが交感神経系の興奮信号を励起し、体内の自己防衛反応・不安反応として唾液アミラーゼの活性が高まると考えられている。不安には、交感神経の過剰な興奮による身体症状が伴う事に特徴があり、不安感情が激しく生じている時には、交感神経が優位になり、発汗・心臓の運動・呼吸運動などを活発にする。本研究の結果より、運動開始30分以上でストレスが増加する傾向があった。運動を習慣化させるためには「1回30分以上、週2回以上行う事が望ましい」とされている。しかし、運動習慣のない人にとっては30分以上の運動は、交感神経の過剰な興奮状態となり、ストレスが増加したことが示唆される。そのような状態では、運動を継続することが困難であり、運動習慣のない人は、少ない刺激の状況から運動を行う事が運動習慣を身につけるために必要な可能性が示唆された。

【理学療法学研究としての意義】健康維持増進、生活習慣病の予防の観点からも運動習慣の獲得は重要なものになっている。しかし、運動習慣のない者にとっては、推奨されている1回30分という運動時間を行う事が、ストレスとなり、運動の継続を困難にさせている可能性が示唆された。まずは、ウォームアップを含め20分の運動時間が、ストレスの少ない条件であることが示唆され、運動習慣の獲得に繋がる可能性があると思われる。

健常成人における咳嗽誘発試験の試み

随意的最大咳嗽量とクエン酸濃度の違いによる反射的咳嗽量の関係

井上 拓保, 坂野 歩規, 秋元 秀明

社会医療法人 河北医療財団 河北リハビリテーション病院

key words 咳嗽誘発試験・最大咳嗽量・誤嚥性肺炎

【はじめに, 目的】

厚生労働省の「平成 23 年度人口動態統計月報年計(概数)の概況」によると、肺炎は死亡原因の第 3 位となり、内閣府の「平成 25 年版高齢社会白書」によると、2012 年 10 月 1 日現在の高齢化率は 24.1% (前年 23.3%) で 2020 年には 29.1% と予測されている。誤嚥性肺炎は高齢者に多いとされており、予防法の一つとして随意的咳嗽力が有用であると多くの研究で報告されている。しかし临床上、随意的な咳嗽は困難な場合が多く代替方法としてクエン酸やカプサイシン、酒石酸などで誘発された反射的咳嗽を評価しているが閾値に関する報告が殆どであり、最大咳嗽量に関する報告は少ない。そこで、今後の臨床応用を視野に入れ、健常成人における随意的最大咳嗽量とクエン酸濃度の違いによる反射的咳嗽量について検討することを本研究の目的とした。

【方法】

被験者は呼吸器・循環器疾患の既往歴がなく過去に喫煙歴のない非喫煙者を対象とし、健常成人 24 名(男性 9 名, 女性 15 名, 年齢 26.5 ± 3.3 歳, 身長 165.5 ± 10.0 cm, 体重 58.7 ± 9.8 kg, BMI 21.4 ± 2.7)。被験者には咳嗽評価として随意的咳嗽を一方向弁付きのフェイスマスクとピークフローメーター (PHILIPS 社) を用いて最大咳嗽量を 3 回実施し最大値を計測した。加えて、反射的咳嗽は咳嗽誘発試験にて濃度 1%, 10%, 20% のクエン酸溶液をコンプレッサー式ネブライザー (MEDIC-AID 社: Porta-Neb) にて 1 分間噴霧し、各クエン酸濃度で誘発された咳嗽の最大値と誘発された咳嗽回数、そして誘発されるまでの時間を計測した。各クエン酸濃度の施行順はランダムとし、咳嗽が 5 回誘発された時点で噴霧は終了とした。統計処理は JSTAT バージョン 15.0 を用い、各クエン酸濃度を 1%, 10%, 20% とし各クエン酸濃度で誘発された反射的咳嗽量と随意的最大咳嗽量について一元配置分散分析 (有意水準 5% 未満) と Pearson の相関係数を用いて相関性 (有意水準 5% 未満) を検討した。

【倫理的配慮, 説明と同意】

本研究は被験者に対してヘルシンキ宣言に基づき研究内容の趣旨について十分な説明を行い、同意を得た。

【結果】

随意的最大咳嗽は平均 460.0 ± 151.8 mL/秒であった。1% は誘発された被験者が 3 名だけであったため参考値とした (平均値 256.7 ± 40.4 mL/秒・誘発回数 3 ± 1.7 回・誘発時間 27.7 ± 17.9 秒 (それぞれ 300 mL/秒・2 回・47.4 秒, 220 mL/秒・5 回・12.5 秒, 250 mL/秒・2 回・23.3 秒))。10% は 18 名誘発され、平均 243.9 ± 66.9 mL/秒・誘発回数 4.89 ± 0.5 回・誘発時間 7.7 ± 4.6 秒, 20% は 24 名全員誘発され、平均 224.6 ± 67.2 mL/秒・誘発回数 4.8 ± 0.7 回・誘発時間 7.4 ± 7.9 秒となった。随意的最大咳嗽量と 10% ($p < 0.0001$) では有意な差を認め、有意な相関を示さなかった ($p = 0.40$, $r = 0.2$)。随意的最大咳嗽量と 20% ($p < 0.0001$) では有意な差を認め、24 名全員で有意な中等度の相関を示した ($p = 0.03$, $r = 0.5$)。10% と 20% ($p = 0.27$) では有意な差を認めなかった。

【考察】

咳嗽反射は 4 相の過程を成す (①咳嗽の誘発, ②深い吸気, ③圧縮 (声門を閉鎖), ④早い呼気)。咳嗽反射は気道内の分泌物や異物を気道外に排除するための生体防御反応であり、知覚神経終末 (咳受容体) が機械的あるいは化学的に刺激され迷走神経求心路 (無髄神経である C 線維) を介して延髄の弧束核の咳嗽中枢に伝達され咳嗽反射が惹起される。随意的咳嗽は大脳皮質性の制御が可能である。Claar らによると反射的咳嗽 (Reflex Cough) は大脳皮質性で調整と抑制ができるが、刺激物質が強い場合は大脳皮質性の制御なしに産生されると報告している。一方で Addington らによると固形物や液体、化学刺激物が声門に触れたときに発生する咽頭呼吸反射 (Laryngeal Cough Reflex) は大脳皮質性の制御が初期の吸気を伴わず強い呼気を行うと報告している。本研究は、濃度 10% のクエン酸溶液では大脳皮質性制御が生じ、20% では大脳皮質性の制御なしに反射的咳嗽が出現したと考えられ、10% と 20% で反射的咳嗽量に差は認められず 20% のみで随意的最大咳嗽量と相関関係を示したと考えられる。本研究では、随意的な咳嗽が困難な場合に、クエン酸による咳嗽誘発試験の誘発閾値濃度に加え、最大咳嗽量の評価するためには濃度 20% のクエン酸溶液が有用であるという可能性が示唆された。

【理学療法学研究としての意義】

咳嗽誘発試験の評価法確立は、誤嚥性肺炎の予防の一つとして確立している随意的咳嗽力の評価とそのトレーニングと共に、理学療法を実施するために重要な要素の一つである。

腹痛で発症し、腹部X線造影CT検査で 上腸間膜動脈解離と診断し得た一例

河北総合病院心臓病センター 循環器内科
長田 公祐 水村 泰祐 丸山 高片桐 敏雄
登坂 淳 佐藤 由里子 玉村 年健 杉村 洋一

序言

上腸間膜動脈解離は稀な疾患である。いまだ発生機序は不明であり、治療方針に関しても確立したものはない。今回我々は、腹痛で発症し腹部X線造影CT検査で、上腸間膜動脈解離と診断し得た一例を経験した。過去に当院で、同様の診断をした症例の検討も踏まえて、今回の症例を報告する。

症例

症例: 47歳 男性
現病歴: 2014年5月某日22時頃、左腰背部から側腹部にかけての疼痛を自覚。NSAIDsを内服して経過をみたが、症状が改善しないため、翌日午前3時ごろに救急要請。当院搬送となった。

既往歴 尿管結石を4回
気管支喘息(最終発作は10年前)
生活歴 喫煙: 3本×15年 飲酒: 機会飲酒
職業: 歯科医師
内服歴 なし
アレルギー 牡蠣、ハウスダスト、花粉

来院時身体所見

意識清明 JCS 0
体温 36.1°C 血圧 137/107mmHg 脈拍 93bpm
SpO₂ 98%(室内気)

頭頸部: 眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし
頭頸部リンパ節腫脹なし
胸部: 呼吸音 清、心音 整・雑音なし
腹部: 平坦・軟、圧痛なし、反跳痛なし、
左側腹部に強い自発痛あり、
左CVAIに軽度叩打痛あり
四肢: 末梢冷感なし、浮腫なし

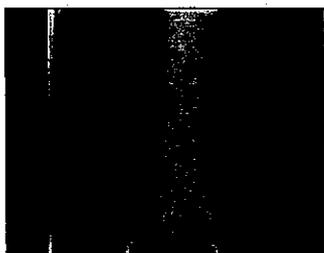
血液検査所見

血液	値	単位	生化学	値	単位
WBC	11.1	×10 ⁴ /μL	AST	27	IU/L
neu	92.4	%	ALT	33	IU/L
lym	5.2	%	BUN	13.9	mg/dL
mono	1.9	%	CRE	0.78	mg/dL
eos	0.1	%	Na	141.3	mEq/L
baso	0.4	%	K	3.97	mEq/L
RBC	575	×10 ⁴ /μL	AMY	131	IU/L
Hb	18.0	g/dL	CPK	528	IU/L
PLT	32.8	×10 ⁴ /μL	CK-MB	6	IU/L
凝固			免疫		
D-dimer	0.6	μg/mL	CRP	0.37	mg/dL

尿検査所見

比重	1.02	赤血球	14/HPF
PH	8.5	白血球	10-19/HPF
TP	(-)	細菌	(+)
GLU	(-)	リン酸塩	(+)
BUD	(-)		
WBC	(-)		
NIT	(-)		

腹部X線検査



まとめ

- ・特記すべき既往のない47歳男性。
- ・夜間に突然発症した左側腹部痛。
- ・腹部の圧痛、反跳痛、腹膜刺激症状なし。
- ・血液検査ではWBC, NEU, CPK, AMYの上昇を認めた。
- ・腹部単純X線撮影では小腸ガス像を認めた。
- ・心電図検査では異常所見なし。

腹部X線造影CT撮影



上腸間膜動脈解離

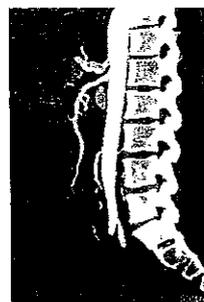
- ・発生機序として、中腹壊死、動脈硬化、血管炎等が考えられているが、定見はない。
- ・Nagaiらによると¹⁾、腹腔動脈を含めた腹腔内臓動脈解離は4:1の比率で男性に多く、平均年齢は56歳であった。
- ・急性期の症状としては、腹痛、背部痛、腹部血管雑音、麻痺性イレウスなどが挙げられる。
- ・外科的治療及び保存的治療の各々に定見はない。

1) Nagai T, Torishima R, Uchida A et al: Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery in four cases treated with anticoagulation therapy. Intern Med, 2004, 43: 473-478

経過

- ・来院当日鎮痛薬投与で、疼痛が軽快したので一旦帰宅。その後放射線科医の読影で上腸間膜動脈解離を指摘され入院。
- ・当初は血栓塞栓症も否定できず、ヘパリン持続静注を行ったが、第4病日のCTで上腸間膜動脈解離と確定した。
- ・降圧療法を行い、疼痛は速やかに軽快。第10病日のCTで、進行がないことを確認し第13病日に退院。

第4病日の腹部X線造影CT



当院における腹腔内臓動脈解離

当院において2004年1月1日から2014年5月31日の10年間で腹腔内臓動脈解離(上腸間膜動脈解離and/or腹腔動脈解離)と診断された症例は8例存在した。

当院における腹腔内臓動脈解離

例	性別	年齢	経過(入院日)	病歴	手術
1	男	52	17	総動(8日間) PG解離(8日間)	開腹、高血圧
2	男	48	19	総動(11日間) PG解離(7日間)	開腹
3	男	55	17	総動(8日間) PG解離(8日間)	高血圧
4	男	57	19	総動(4日間) PG解離(5日間)	開腹、高血圧
5	男	43	19	総動(10日間) PG解離(11日間)	開腹、高血圧
6	男	51	19	総動(3日間) PG解離(3日間)	開腹、高血圧、 高血圧、高血圧、 高血圧、高血圧
7	男	46	12	総動(2日間) PG解離(2日間) ～VJ(4日間)	開腹、 高血圧、 高血圧、高血圧

平均年齢52.2歳 平均在院日数13.7日 喫煙6例
SMA解離7例 腹腔動脈解離1例

結語

上腸間膜動脈解離の一例を経験した。本症例では、降圧剤の内服による保存的治療を行い軽快した。今回の診断に当たっては、腹部X線造影CT検査が非常に有用であった。また経過のフォローや治療方針の決定に際しても、CT検査の画像所見が判断の根拠となった。

医療クラーク介入による業務改善

2014年5月17日(土)
 社会医療法人 河北医療財団 河北総合病院
 医療クラーク室
 太田 誠司 太田 幸 吉田 周平

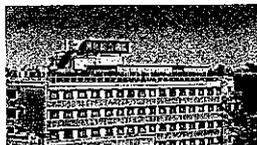
社会医療法人 河北医療財団
 河北総合病院

発表の次第

1. 当院・医療クラークの概要
(太田 誠司)
2. 診断書代行記載・NCD/JACVSD業務
(太田 幸)
3. 病棟配置における業務<脳卒中センター>
(吉田 周平)
4. 発表のまとめ
(太田 誠司)

社会医療法人 河北医療財団
 河北総合病院

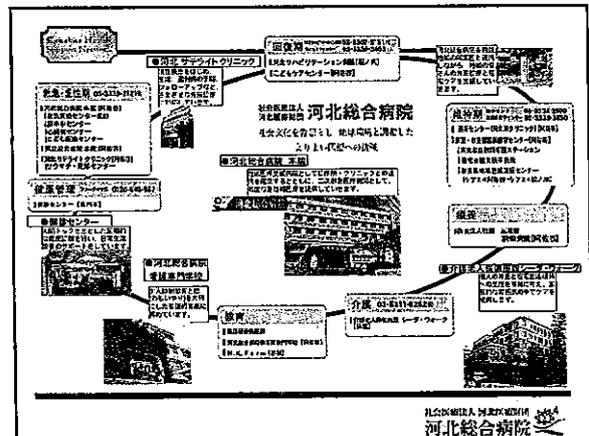
社会医療法人河北医療財団 河北総合病院の概要



許可病床 404(本院・分院計)
 病床利用率 85.3%
 在院日数 8.9日
 外来患者数 1143.7名/日
 入院患者数 326.6名/日
 救急車受け入れ件数 707/月
 紹介率 69.6%
 逆紹介率 42.3%

- 地域医療支援病院
- 管理型臨床研修病院
- 東京都CCUネットワーク加盟
- 東京都脳卒中急性期医療機関
- 東京都大腸がん診療連携協力病院

社会医療法人 河北医療財団
 河北総合病院



社会医療法人 河北医療財団
 河北総合病院

医療クラーク導入経過

- 2009年8月 病棟クラークより2名配置転換
 (外科・脳神経外科・整形外科・泌尿器科診断書代行記載)
- 2010年5月 75対1届出(4名)
 (診断書代行記載:2名、クリニカルバス事務局:1名、臨床研修事務局:1名)
- 2012年5月 30対1(6名増員)
 (診断書代行記載:2名、地域医療室:4名)
- 2012年10月 院内がん登録担当者:1名
- 2013年4月 病棟配置:1名(神経内科・脳神経外科)
- 2013年12月 病棟配置:1名(産婦人科・小児科)

社会医療法人 河北医療財団
 河北総合病院

当院でのプログラム実施状況

プログラム名	実施状況
診断書代行記載	実施中
NCD/JACVSD業務	実施中
脳卒中センター業務	実施中
がん登録	実施中
臨床研修	実施中
地域医療支援	実施中
その他	実施中

社会医療法人 河北医療財団
 河北総合病院

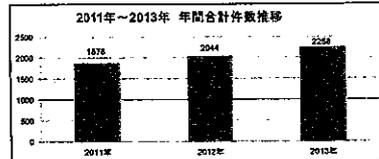
各診療科の業務内容

担当科	業務内容	人員数
神経内科・脳神経外科	脳神経科診療科診療(看護) 診断書代行記載(10件) 遺族葬の指示・葬儀・葬送指導 地方病への対応(梅毒検査) 医師・看護師の研修(2名)実施 VERADレポ作成 脳神経科データベース入力(入院・手術台帳、ICD付録) JACVSD(日本心臓血管外科手術データベース)	1.5
小児科	医師研修(2名)実施(研修医・研修医等) 婦人科への遠隔指導管理 診断書代行記載 入院記録(診療録)作成 医師研修(2名)実施(研修医・研修医等)	1
産婦人科	産婦人科診療科診療(看護) 産婦人科データベース入力 産婦人科データベース(100件)	1
泌尿科	泌尿科診療科診療(看護) 泌尿科データベース(100件)	0.5

社会福祉法人 河北総合病院 7

診断書代行記載①

- 担当診療科および担当医師数(2014年4月 現在)
 - 外科(7名) 整形外科(7名) 泌尿器科(2名)
 - ...診断書代行記載:2名
 - 脳神経外科(2名) 神経内科(2名)
 - ...診断書代行記載:1.5名
 - 産婦人科(8名) 小児科(10名)
 - ...診断書代行記載:1名



社会福祉法人 河北総合病院 8

診断書代行記載②

- 診断書作成日数
 - 医療クレーク介入前...14日前後
 - 医療クレーク介入後...2011年 7.2日
 - ...2012年 7.75日
 - ...2013年 6.6日
- 医療クレーク介入後の医師および医事課からの意見



業務作業が減り、診療に専念できるようになった。



症状の経過等の詳細な記載、記入漏れの減少により、書類の正確性が増し、保険会社からの問い合わせが減少した。

書類作成期限が向上することにより患者サービスに繋がった。

社会福祉法人 河北総合病院 9

NCD(外科系の専門制度と連携したデータベース) JACVSD(日本心臓血管外科手術データベース)

- ★登録診療科 外科(消化器外科) 心臓血管外科
- ★登録開始日 2011年1月1日以降に行われた手術
- ★症例登録件数(2013年)
 - 外科...790件
 - 心臓血管外科...129件
- ★構成メンバー
 - 外科...外科医師(全員+研修医)約15名
 - +診療情報管理士(1)+医療クレーク(1)
 - 心臓血管外科...心臓血管外科医師(1)
 - +診療情報管理士(1)+医療クレーク(1)
- ★現在の活動
 - 二次利用を目的とした当院独自のデータベースの作成(外科)

社会福祉法人 河北総合病院 10

外科のデータベース化 (ACCESS)

外科手術台帳・患者検索画面

社会福祉法人 河北総合病院 11

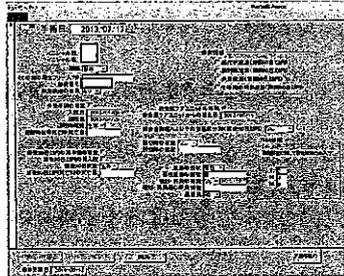
外科のデータベース化 (ACCESS)

患者情報入力画面

社会福祉法人 河北総合病院 12

外科のデータベース化 (ACCESS)

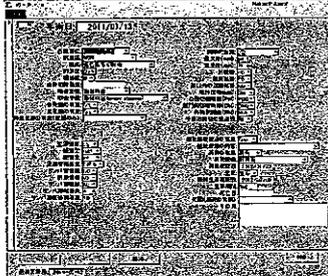
NCD情報入力画面



社会福祉法人 河北総合病院 13

外科のデータベース化 (ACCESS)

大腸癌入力画面



社会福祉法人 河北総合病院 14

1. 病棟配置医療クラーク業務の変遷

- 2013年4月開始
 - ①入院診療計画書発行管理、医師・看護師記載欄の代行記載
 - ②退院時の医師指示簿削除
 - ③多職種合同退院調整カンファレンス記録の電子カルテ代行入力
 - ④医師カンファレンス議事録作成
 - ⑤神経内科Dr.(2名)・脳神経外科Dr.(2名)の医療文書代行記載
- 2013年5月開始
 - ⑥紹介元・診療情報提供元への退院時返書管理
 - ⑦脳神経外科台帳作成(入院・手術台帳)
- 2013年6月開始
 - ⑧退院時の看護指示削除
 - ⑨n-PA(アルテプラゼ静注療法)、脳卒中地域連携パス等の書類管理

社会福祉法人 河北総合病院 15

1. 病棟配置医療クラーク業務の変遷

- 2013年7月開始
 - ⑩VSRAD(早期アルツハイマー型認知症診断支援システム)レポート代行作成
- 2013年9月開始
 - ⑪脳神経外科INPH(特発性正常圧水頭症)台帳のaccessデータベース構築、運用、メンテナンス
- 2014年1月開始
 - ⑫脳卒中データバンクへの情報入力(file maker proデータベース)
- 2014年5月開始予定
 - ⑬脳神経外科医師スケジュール管理

社会福祉法人 河北総合病院 16

2. 業務改善の一例

- ①入院診療計画書7日以内発行率
★2013年度末迄に、ほぼ100%の発行率へ改善
- 【介入前】
- 「100%の発行交付率が必要な書類」という医師の認識が低かった
 - 空欄が多い等、記載内容が不十分
 - 看護師が記載する前に医師が発行してしまう
 - 看護師記載欄が空白のまま交付...
 - 問題は認識していたが、有効な改善策が無かった

社会福祉法人 河北総合病院 17

2. 業務改善の一例

- ①入院診療計画書7日以内発行率(前スライド続き)
- 【医療クラーク介入】
- 介入を契機に病棟の運用が変更
- <<変更前>>
 - 医師・看護師が各々記載し、医師のタイミングで発行・交付
 - <<変更後>>
 - 1.医療クラークが代行記載
 - 2.医師・看護師が確認・修正
 - 3.医師が発行
 - 4.医師が交付(交付時に看護師同席)

社会福祉法人 河北総合病院 18

2.業務改善の一例

①入院診療計画書7日以内発行率(前スライド続き)

【医療クラーク介入】

-医療クラーク代行記載方法

- ・疾患別に基本的な記載内容をテンプレート化
- ・カルテを参照し個別に記載

-医療クラークが発行管理

- ・7日以内に発行・交付できる様、医師に催促
- ・発行お願いカード交付:入院2日・4日・6日後と合計3回
- ・医療クラーク独自データベースを作成し発行日数を管理

2.業務改善の一例

①入院診療計画書7日以内発行率(前スライド続き)

【介入後】

-徐々に発行率は改善、2013年度末にはほぼ100%の発行率へ改善

-「100%7日以内発行・交付」への医師の認識改善

-医師・看護師の負担軽減

-記載内容が充実、看護師記載欄の記載漏れ減少

2.業務改善の一例

《参考資料①》発行お願いカード

〇〇先生
2014/5/7(水) 発行

入院診療計画書の記載と患者交付のお願い

以下の入院診療計画書が、未発行となっております。入院後7日以内の患者交付をお願いします。
[注]「患者サイン」が完了した後、必ずカルテフォルダに1枚は返してください。

入院日	患者氏名	ID	病室	担当医師	患者交付締切日
2014/5/2	▽▽ ××	99999	503	〇〇Dr.	【明日締切】2014/5/8(木)
2014/5/3	△△ □□	11111	504	〇〇Dr.	【明後日締切】2014/5/9(金)

無記入できない場合、日付・患者サイン・病室不可欄を必ず書き添え、クラークに提出ください。
患者サインが、医師と患者の両方から必要となります。

医療クラーク 吉田(内線〇〇〇〇)

2.業務改善の一例

《参考資料②》医療クラーク独自のデータベース

※印刷時、縦向き印刷推奨 ※印刷時、横書き印刷推奨

患者ID	患者氏名	病室	担当医師	担当看護師	入院日	発行日	発行時刻	患者サイン	医師サイン	備考
001	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
002	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
003	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
004	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
005	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
006	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
007	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
008	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
009	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
010	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
011	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
012	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
013	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
014	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
015	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
016	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
017	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
018	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
019	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
020	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
021	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
022	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
023	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
024	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
025	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
026	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
027	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
028	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
029	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
030	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
031	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
032	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
033	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
034	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
035	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
036	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
037	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
038	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
039	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
040	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
041	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
042	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
043	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
044	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
045	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
046	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
047	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
048	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
049	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	
050	山田 太郎	501	〇〇Dr.	山田 太郎	2014/5/1	2014/5/1	10:00	〇	〇	

2.業務改善の一例

②紹介元・診療情報提供元への退院時返書管理

- 返書記載漏れの減少
- 医師の退院時返書に対する意識改善
- 積極的にMCが各医師に催促する姿勢を受けて...
- 地域医療室の負担軽減

《参考》退院時返書の返信率

- ・神経内科 2012年度:83%→2013年度:96%
- ・脳神経外科 2012年度:77%→2013年度:82%

2.業務改善の一例

③脳神経外科台帳のExcel→Access化

- 今まで運用していた台帳の問題点について医師から相談される。
- 「見辛い」「入力し辛い」「データ加工作業が大変」「今まで相談できる人、パソコン詳しい人がいなかったから放置してたけど...」
- 医師ヒアリングを経て、Access移植決定
- β版の運用、デバッグ作業等を経て、約1か月後に正式版の運用開始

2.業務改善の一例

③脳神経外科台帳のExcel→Access化

(前スライドの続き)

-医師からの意見

・「劇的に見やすくなった」「データの出力が容易になった」

-入力者(MC)の意見

・「入力しやすくなった」「入カスピードが大きく向上した」

-今後もExcel運用に問題あるデータベースに関しては、Access運用への転換を行う予定。

-ただし、問題点も.....「Accessの敷居の高さ」

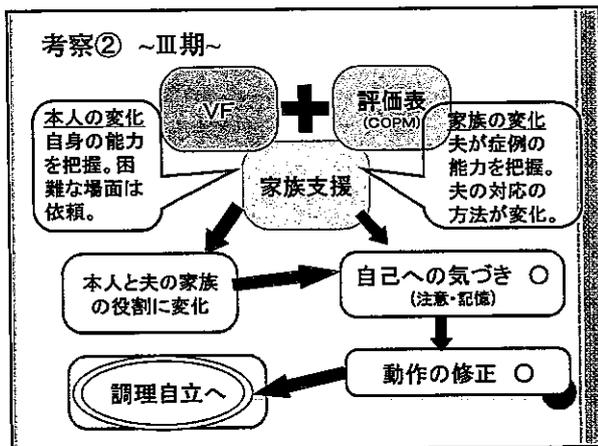
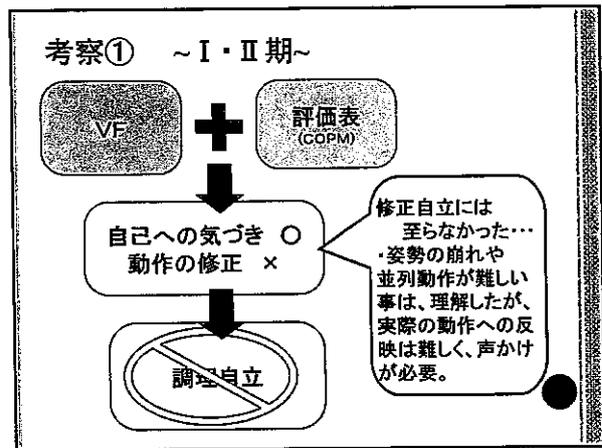
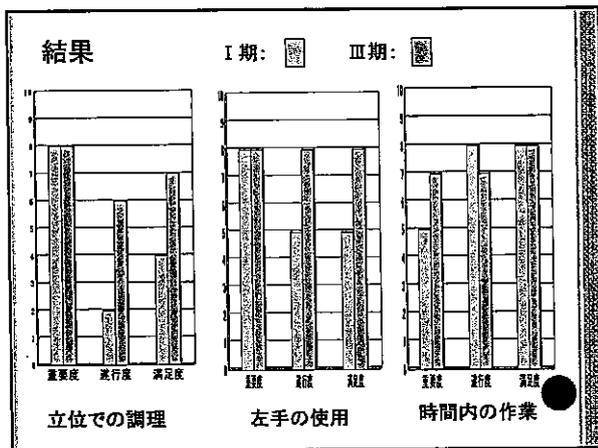
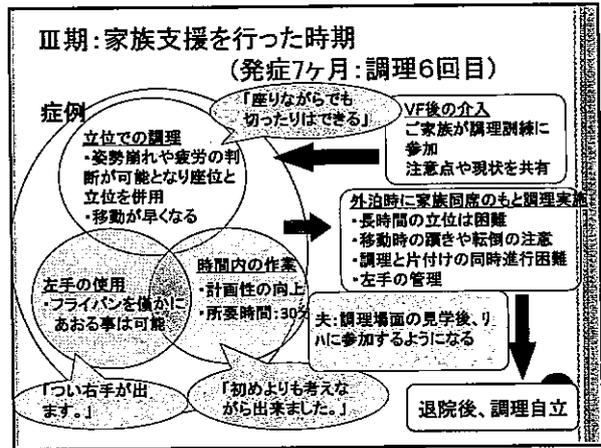
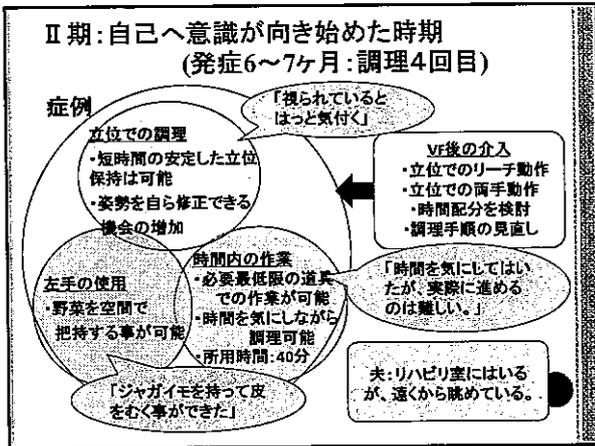
発表のまとめ

①文書作成能力

②コミュニケーション能力

③医療全体に対する総合的な知識

ご清聴ありがとうございました。



日本小児科学会医療安全委員会の立場より

「MRI検査時の鎮静に関する共同提言」
に関する誤解と杞憂を解消する

社会医療法人河北医療財団
河北総合病院 小児科
勝盛 宏

演者の利益相反：開示すべき事項なし

日本小児科学会 医療安全委員会 (2014/5/25~) (旧) 小児医療委員会 医療安全WG

大学病院・こども病院

1. 有賀 正 (担当理事) 北海道大学医学部小児科
2. 細矢光亮 (副担当理事) 福島県立医科大学医学部小児科
3. 阪井裕一 (委員長) 成育医療研究センター総合診療部
4. 相田典子 神奈川県立こども医療センター放射線科
5. 井上信明 都立小児総合医療センター救命救急科
6. 大嶽浩司 昭和大学医学部麻酔科

市中一般病院

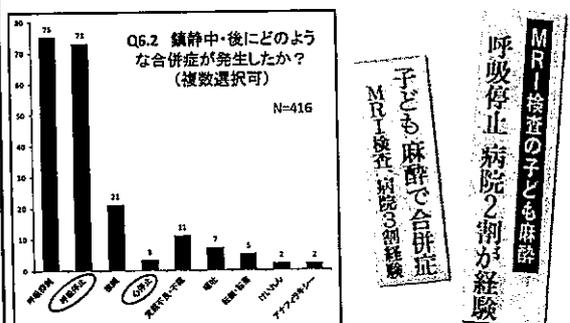
- <常勤小児科医数>
7. 草川 功 聖路加国際病院小児科 ← 20名
 8. 勝盛 宏 河北総合病院小児科(東京) ← 9名
 9. 久我修二 西田病院小児科(大分) ← 2名

小児の鎮静に関する学会講演・シンポジウム

開催日	学会	講演内容	参加委員
2011/8/12-14	第114回 日本小児科学会	小児の鎮静をめぐる問題	阪井 (座長) 勝盛 大嶽
2012/4/20-22	第115回 日本小児科学会	こどもの検査時の鎮静と鎮痛 —麻酔科医ならこうする— 堀本 洋 (*)	阪井 (座長)
2012/9/28-29	第118回 日本小児麻酔学会	MRI検査のための鎮静 をめぐる問題	阪井 (座長) 大嶽
2013/4/19-21	第116回 日本小児科学会	MRI検査のための鎮静は 如何にあるべきか? 医療安全WGからの提言	阪井・有賀 (座長) 相田・勝盛 久我・大嶽 井上・草川
2014/4/11-13	第117回 日本小児科学会	小児における鎮静の現状と課題	阪井 久我

(*) 日児誌 116巻11号 1653-1665 (2012年)

MRI検査を行う小児患者の鎮静管理に関する実態調査 (小児医療委員会報告) 日児誌 2013;117: 1167-1171



2011年8月13, 14日の読売新聞、朝日新聞より

MRI検査は麻酔科医にとっても
鎮静下検査のうちで
最も困難で危険性の高い検査である

堀本 洋
こどもの検査時の鎮静と鎮痛
—麻酔科医ならこうする—

日児誌116巻11号 1653-1665 (2012年)

共同提言で扱ったこと

小児患者のMRI 検査のための鎮静をより
安全に行うための基準を示すこと

未検討事項

- ・各鎮静薬のEBMに基づく検討と推奨
- ・MRI以外の検査における鎮静
- ・鎮静に関わる診療報酬
- ・鎮静以外の方法 (プレパレーション)

小児神経学会理事・評議員の先生方から
いただいた意見 (計12名)

- ・ガイドライン化への危惧 7名
- ・患者監視 (人的資源) の問題 7名
- ・内服鎮静と静脈麻酔の扱い 7名
- ・鎮静前の食止めについて 5名
- ・事故の際の責任と裁判への影響 3名
- ・鎮静を要する他検査への影響 2名
- ・鎮静に関する診療報酬 2名
- ・放射線科専門医の役割 1名

MRI検査時の鎮静に関する共同提言



EBMを元に作成された診療ガイドライン
手順書・鎮静マニュアル

提言内の表現

- (A) 必ずしなければならない
- (B) 強く推奨する
- (C) 望ましい

用語上の強さは
指令 (directive) > 推奨 (recommendation) > 指針 (guideline)
だが
共同提言では“(A) 必ずしなければならない”が多い

小児鎮静に関する米国のガイドライン

Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: An Update
American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry, Charles J. Coté and Stephen Wilson
Pediatrics 2006;118:2587
DOI: 10.1542/peds.2006-2780

薬剤記述なし

英国のNICEガイドライン

Sedation in children and young people
NICE clinical guideline 112 (2010)

- 簡略版 37頁
- 完全版 385頁
- 鎮静薬剤 129頁 (p121~349)
- ミダゾラム 56頁 (p126~181)

薬剤記述あり

共同提言の内容 (Ⅲ~Ⅷ章)

	内容	必要事項
検査前	物品/装置/設備の整備	物
	説明同意・検査手順の作成・バックアップ体制	手順/体制
検査中 検査後	患者評価 鎮静/蘇生技術	技能
	患者監視する人員配置 患者監視/モニタリング記録	人

課題と対応

必要事項	課題	対応
物	購入予算	病院
手順/体制	手順書・マニュアル作成	担当部署
技能	教育コース	院内/院外講習
人	人員確保 (人件費)	病院

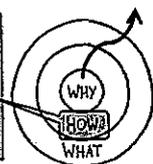
限られた医師で実現困難であれば
共同提言を右とに
病院側を動かしたい

共同提言での鎮静に対する考え方

前文より

1. 鎮静は自然睡眠とは全く異なる
2. 鎮静の深さは「一連のもの」である
- 深さに応じた安全基準を設ける意義は小さい

どの薬剤使うかではなく
薬剤をどのような考え方
どのような体制で用いるかを重視



経口鎮静薬なら安全なのか？

鎮静薬の種類や量にかかわらず、安全を確保する仕組みを用意する

安全に対する考え方を見なおし、最悪の事態を想定して準備する

Q4.2 鎮静が不十分な際はどのように対処するか？

回答	割合
追加投与する	60%
必要ならば複数回追加投与する	36%
追加投与しない	4%

■1回追加投与する
■必要ならば複数回追加投与する
■追加投与しない

製薬会社も和解受諾へ：病院男児死亡訴訟

(中日新聞2011年10月4日)

- 2003年4月、〇市立中央病院にて、X線検査の際に体重9.85キロの男児（2歳）に対してトリクロホスナトリウム9ml（0.914mg/kg）を使用、その後呼吸不全から脳障害へ。
- 2008年12月死亡。医師の薬剤過量投与と薬剤表記に関して訴訟。
- 添付文書表記上「0.2～0.8ml/kgを標準とし総量20mlを超えない」「幼児は年齢により適宜増減する」と記載。
- 2011年8月、東京高裁は〇市立中央病院の医師の過失と製薬会社の薬剤表記の問題を認め、計9千万円で和解が成立。

トリクロホスナトリウムシロップ 添付文書
2012年3月改訂（第11版）

呼吸抑制等が起こることがあるので患者の状態を十分観察すること
特に小児では呼吸数・心拍数・経皮的動脈酸素飽和度等をモニタリングするなど、十分に注意すること

どんな薬剤を用いても
呼吸／気道の異常
心肺停止
にに対応する備えが必要
では
何を準備するのか？
誰が対応するのか？

検査中の患者監視装置について

- MRI対応をしたパルスオキシメーターを必ず準備する (A)
- MRI対応のカプノメーターをMRI装置更新時に導入する (B)

Q2.1 検査中に何らかの患者モニター装置を使っているか？

Q2.2 患者モニター装置の種類（複数選択可）

実態調査ではすでに約3/4の専門医研修施設でモニター監視を施行

検査中・終了後の患者監視体制について

- 鎮静中（第七章）(A)
- 覚醒まで（第八章）
- 患者の監視に専念する医師または看護師を配置する

Q2.3 小児科医または看護師が検査終了まで患者のそばに付き添うか？

実態調査ではすでに約3/4の専門医研修施設で患者監視を施行

モニター監視記録について

- 鎮静中（第七章）(A)
- 検査終了後、覚醒が得られるまで（第八章）
- 患者監視に専念する医師または看護師は、経時的に監視内容を記録用紙に記録する

Q2.4 検査中に患者監視データを経時的に記録するか？

監視した記録は医療者自身を守る証拠でもある

監視内容

主に
呼吸（酸素化と換気）と心拍数
必要に応じて循環（血圧・不整脈）

共同提言は“実現困難”な理想論なのか？

「MRI検査時の鎮静に関する共同提言」を導入する際の大分県の現状と課題

第117回日本小児科学会(2014/4/11)での発表内容より抜粋
久我修二¹⁾²⁾³⁾ 小林修¹⁾²⁾ 末延聡¹⁾²⁾ 泉達郎²⁾
1)慈恵会西田病院 2)大分大学小児科 3)日本小児科学会医療安全ワーキング・グループ

共同提言の内容と推奨度

	推奨A 必ず実施	推奨B 強く推奨	推奨C 推奨しい
適応と説明	3	7	1
患者の評価	2	0	0
バックアップ体制	15	7	0
経口摂取の制限	7	2	0
患者の監視	14	7	5
検査後の評価	15	5	7
全 97項目	56	28	13

現実的に実施可能なのか？

規模の異なる2病院の現状

2012.9-2013.8

	大学病院	西田病院
小児科医	20	2
病床数	574 (小児37)	244(小児3)
MRI件数/年	132	40
要鎮静	106(80%)	13(33%)
鎮静方法	静注96%/内服4%	静注85%/内服15%
適応と説明	鎮静同意書なし	
患者の評価	0-21歳(中央値 5歳)	0-10歳(中央値 2歳)
バックアップ体制	手続なし	
経口摂取の制限	主治医の意向	
患者の監視	記録なし	
検査後の評価	帰室・帰宅基準なし	

各病院の共同提言の達成率

	推奨A		推奨B		推奨C	
	大学	西田	大学	西田	大学	西田
達成率80%以上						
達成率50%以下						
適応と説明	100%	100%	71%	50%	0%	0%
患者の評価	50%	100%	-	-	-	-
バックアップ体制	53%	50%	50%	36%	-	-
経口摂取の制限	71%	71%	50%	100%	-	-
患者の監視	76%	57%	14%	14%	0%	0%
検査後の評価	63%	53%	20%	20%	79%	79%
全体の達成率	63%	60%	41%	36%	15%	15%

共通課題と個別課題 (一部抜粋)

共通課題	個別課題	
蘇生時の手順の整備(A)	系統的評価が不十分(A)	大学病院
バックアップチームの設置(A)	経口摂取の制限(B)	
小児救急セットの整備と配置(A)		
検査中/検査後の記録(A)	監視人員の確保(A)	西田病院
鎮静用の同意書(B)	診断医不在(B)	
CO ₂ モニター装着(C)	救急医不在(B)	

達成率改善のための試み

蘇生時の手順を整備



MRI室

小児救急セット

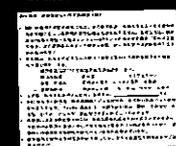


鎮静時記録シート



鎮静方法の変化
検査後の監視人員の負担軽減
のため静脈鎮静を増やす

鎮静用の同意書



西田病院における取り組み後の達成率

	推奨(A)	推奨(B)	推奨(C)	未達成項目
適応と説明	100% (3/3)	57% (4/7)	100% (1/1)	診断医と協議
患者の評価	100% (2/2)			
バックアップ体制	100% (15/15)	71% (5/7)		救急医が不在
経口摂取の制限	100% (7/7)	100% (2/2)		
患者の監視	100% (14/14)	100% (7/7)	20% (1/5)	
検査後の評価	100% (15/15)	100% (5/5)	57% (5/7)	CO ₂ モニター MRI対応装置の 未整備
全体の達成率	60% →100%	36% →84%	13% →54%	

取り組みの多くは大学病院に適用可能!?

共同提言は...

推奨B,Cは達成できない項目はなお残るが、
推奨Aは達成可能である

共同提言公表以降の進捗 と 日本小児科学会医療安全委員会の 今後の予定

医療安全WGの活動報告 (2013年度)

開催日	活動内容
7月4日	提言を日本小児科学会ホームページに掲載
7月	提言を雑誌掲載 日本小児科学会雑誌 2013 ; 117(7) : 1172-1201
9月9日	MR検査装置および検査中の患者監視装置 (モニター) の メーカー計9社に対して提言内容を説明
9月 26-29日	Pediatric Sedation Outside of the Operating Room 2013 (NY, USA) ; 2名参加
12月3日	提言内容の普及、啓発を図るための「鎮静をより安全に 行うために共に学ぶワークショップ」を開催することを 目標に設定

MR機器関連企業への説明と進捗状況

- 共同提言の内容をMR機器関連企業に周知する目的で約1時間の説明会を開催 (2013/9/3)
- 参加企業9社14名
 - フィリップス・エレクトロニクス・ジャパン
 - GEヘルスケア・ジャパン
 - シーメンス・ジャパン
 - 東芝メディカルシステムズ
 - 日立メディコ
 - 医建エンジニアリング
 - サイレンズ工業
 - 日本光電工業
 - リオン



「磁気共鳴画像診断装置施設の安全基準」改訂版 (社)日本画像医療システム工業会規格

4.1 安全基準項目 (全タイプ共通)

(10) 小児患者の撮影を行う場合は、下記設備を考慮する必要がある

- (a) 患者の呼吸確認の為、MR検査室にはモニタカメラを頭側および脚側の2箇所に設置
- (b) MR検査室および前室または処置室 (検査室外) への医療ガス (酸素・吸引) 設備の設置
(MRI検査時の鎮静に関する共同提言より引用)

MRI装置更新の際の仕様書に含まれる



鎮静に関わる診療報酬の現状

- L001-2 静脈麻酔 (2014年4月~)
 - 短時間のもの (10分以内) 120点
 - 十分な体制で行われる長時間のもの (単純な場合) 600点
 - 十分な体制で行われる長時間のもの (複雑な場合) 800点 NEW!
- 「2」「3」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を10分以上行った場合・・・安全性の観点から・・・呼吸抑制等が起きた場合等には・・・速やかにマスクまたは気管内挿管・・・医療機器などを用いて十分な監視下で行われなければならない
- 「3」に規定する複雑な場合とは、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合、静脈麻酔実施時間が2時間を超えた場合は100点を加算。
- 年齢による加算
 - ✓ 未熟児・新生児 100分の200
 - ✓ 乳児 100分の50 に相当する点数を加算
 - ✓ 1歳以上3歳未満の幼児 100分の20
 - ✓ 3歳以上6歳未満の幼児 100分の10 NEW!

診療報酬明細書より

包括評価部分

入E	3198X	1=	3198
入E	1782X	1=	1782
合計	4980X1.4248=		7098

出来高部分 3歳児の場合

<出来高部分>			
*小児入院医療管理料2 (14日以内) 2294X 2			
14~15日			
*患者サポート体術充実加算	70X	1	
*14日			
静脈麻酔 (十分な体制で行われる長時間のもの) (単純な場合) (注)	660X	1	
ラボナール (500mg) 1A			
麻酔アトロピン注射剤 1A			
大学生女性 20歳 1A			
(MR 1時)	125X	1	
*画像診断管理加算2 (コンピュータ断層診断)	180X	1	

L001-2 静脈麻酔

十分な体制で行われる長時間のもの (単純な場合) 600点

+
<年齢加算>
3歳以上6歳未満の幼児
100分の10 加算

静脈麻酔は出来高対象
小児科医が行っても算定

鎮静・蘇生技術について (第七章)

- 鎮静担当医は、使用する薬剤の特性や禁忌事項、または起こりうる有害事象に対する知識と対応する技術を持つものでなければならない
- 鎮静中の患者監視に専念する医師または看護師は、小児患者に対して最低限、気道確保や用手換気が確実にできる人員でなければならない

"Pediatric Sedation Outside of the Operating Room 2013"への参加 (2013/9/28~29, New York)

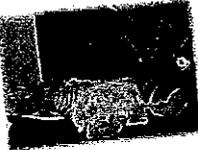


参加委員
井上信明・久我修二 委員
研修テーマ
米国における手術室外鎮静に関する教育内容とその手技を学ぶ

要旨
世の中に絶対安全な鎮静薬はない
常に最悪に備えて人・物・体制を準備する
どんな薬を使うかが大切なのではなく、どんな薬を使っても安全を確保することが大切

“小児鎮静に関するコース”の開催（予定）

- 対象
 - 鎮静に携わる医師、看護師、放射線技師など
- ゴール
 - 「MRI検査時の鎮静に関する共同提言」を理解し、自施設での導入・実施ができるようになる
- コース概要： 合計 約3時間
 - 座学（45分）
 - 安全とは？
 - MRI検査室環境の特殊性
 - 整えるべき体制・機器 など
 - ハンズオン（135分） 各45分 X 3
 - 1. Basic and Advanced Airway Skills (BLSなど) の修得
 - 2. Simulation MRI検査室での急変時の対応を想定
 - 3. Case Discussion 患者評価・覚醒確認 など



おわりに

- 「子どもを守る」「医療者を医療事故から守る」ための医療安全の考え方に、各学会間の垣根はないはずです
- 共に同じ目標に向かって協力して行ければと思います
- 共同提言は、今後も皆様のご意見を参考にして、より良いものへと版を重ねたいと思います

東京都病院協会の歴史と展望

第10回東京都病院学会 2015/3/1
東京都病院協会 会長 河北博文

1/10

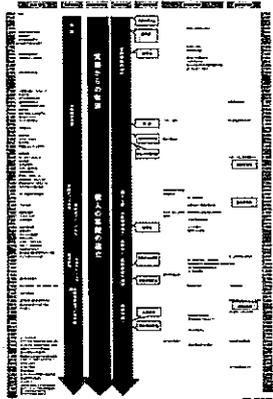
「東京都病院協会の歴史と展望」

東京都病院協会の役割は、対象とする地域住民(都民)が健康で安心して生活できるよう、質の高い医療を十分に提供することです。さらに、提供を担う会員病院が健全な経営を確保し、病院職員が納得して働ける環境をつくることでもあります。そのためには、関係者と政策協働を行い、その結果を制度に反映するとともに、都民並びに会員に適切な情報提供を行うとともに、教育研修に努めます。さらに、会員が協働して行う事業を実現していかなければなりません。

東京都は中央政府も含む地域であることから、国の政策への意見の提言も求められます。そのための関係各団体と意見調整を行うことも重要な役割の一つです。これらのことは東京にある病院にとっては負担になり兼ねることかもしれませんが、一部の者に依存し、多くの病院は無関心であることは社会に対して非常に無責任な姿勢だと思います。医療は極めて重要な社会的事業です。そこに携わる多くの病院関係者には常にパブリックマインドをもって欲しいと思っています。

団塊の世代を中心とした高齢者が東京都に集中し始めています。高齢者の絶対数が増える中で持続可能な、且質な医療提供体制を維持していかなければなりません。複数の疾患を持ち、複数の症状を呈する高齢者に対し、いわゆる全人的医療を総合的に考える時期になりました。疾病管理から健康管理へ、さらに、生活から地域社会づくり(に医療は変わっていかざるを得ません。病院も地域包括的な仕組みの中の一員としてしっかりと地域社会を支えていく責任があります。東京都病院協会は社会環境づくりとともに、個々のモデルを支援する役割を担っていきたくと思っています。

2/10



3/10

病院協会の設立

- 1949年 東京病院協会設立
- 日本精神病院協会設立
- 1951年 日本病院協会設立
- 1952年 日本医療法人協会設立
- 1960年 全日本病院協会設立
- 1997年 東京都病院協会設立

4/10

関係法規

医療法
医師法など(資格法)
薬事法(衛生法規)
健康保険法
母子保健・学校保健・産業保健・老人保健
(母子保健法・学校保健安全法・労働安全衛生法・
高齢者の医療の確保に関する法律)

5/10

医療法

[目的]

第一条

この法律は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする。

6/10

[医療提供の理念]

第一条の二

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

2

医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能(以下「医療機能」という。)に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

7/10

[定義]

第一条の五

この法律において、「病院」とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であつて、二十人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。

8/10

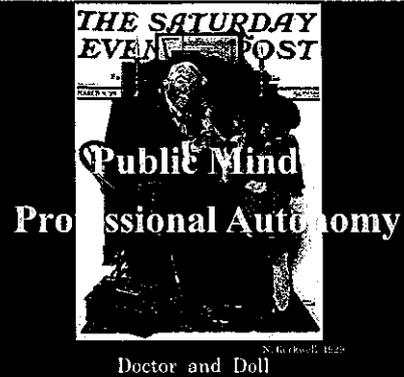
病院協会の事業

個々の病院に代わり病院協会として行うべき事業

1. 良質な医療提供体制の確保
2. 政策・制度の設立および変更
3. 会員に対しての情報提供・相談
4. 会員への教育研修
5. 広報活動

など

9/10



10/10

財団年表

年次	当院のできごと
昭和3年 (1928)	5月 東京府豊多摩郡杉並町字阿佐谷（現在地）に私立河北病院を開設 院長 河北真太郎、内科科長 長沼良章、小児科科長 中島義四郎 病床数：30床、職員数：10名
昭和4年 (1929)	伝染病棟増築（29床） 結核病棟増築（別館） 細菌検査室の設置
昭和5年 (1930)	産婦人科開設 科長 広沢昇 耳鼻咽喉科開設 科長 原秦一郎
昭和8年 (1933)	外科開設 科長 新井己千雄 放射線科開設 技師 森条吉
昭和11年 (1936)	産科病棟増築（一般病床と産科病床の分離） 臨床検査室設置（血球計算・一般検査・検便等実施） 産婦人科科長 広沢昇退職、荒嶋敏太郎就任
昭和12年 (1937)	医師の応召相踵ぐ
昭和18年 (1943)	結核病棟（西館） 3棟増築 病床数：一般86床、結核66床、伝染29床、計181床
昭和20年 (1945)	皮膚泌尿器科開設 科長 広瀬常雄 終戦後住宅難のため38床を閉鎖し職員用に開放 病床数：一般48床、結核66床、伝染29床、計143床
昭和21年 (1946)	中津分院開設 眼科開設 科長 松岡喬 ペニシリン使用開始
昭和23年 (1948)	創立20周年 河北真太郎院長日本医師会副会長就任 インターン生を採用
昭和24年 (1949)	検査棟を増築 講堂、図書室、医局、インターン宿舎を設置
昭和25年 (1950)	個人病院を法人組織に改組、医療法人財団河北病院認可 初代理事長兼院長に河北真太郎就任 病床数：一般38床、結核110床、伝染13床、計161床
昭和27年 (1952)	山梨県上野原町に依水荘分院（結核30床）を開設。分院長 星二郎 理事長河北真太郎退任、河北恵文就任

年次	当院のできごと
昭和28年 (1953)	完全看護、完全給食制度を採用 6月 河北真太郎院長逝去 7月 2代院長に長沼良章就任 中島義四郎副院長就任
昭和31年 (1956)	整形外科、理学療法科開設。科長 植村孝秀
昭和32年 (1957)	東病棟完成（第1期工事） 1階：伝染14床、一般17床、2階：一般（外科系）34床、3階：一般（内科系）39床 内科系、外科系に病棟を分離 病床数：一般101床、結核148床、伝染14床、計263床 職員数：167名 入院カルテ様式変更 10月 総合病院の認可取得
昭和36年 (1961)	11月 産婦人科病棟増築（24床） 12月 伝染病棟廃止 病床数：一般177床、結核98床、計275床
昭和37年 (1962)	外来患者数1日平均679名となる 3月 院長長沼良章、副院長中島義四郎退任し顧問となる 4月 理事長河北恵文第3代院長を兼任し、副院長に高柳日出臣就任 麻酔科新設
昭和38年 (1963)	9月 会計窓口にNCRの金銭登録機導入、機械化を図る 10月 中央材料室設置 12月 放射線科に自動現像機を導入
昭和39年 (1964)	7月 第2期増改築工事着工（鉄筋コンクリート造、地下1階地上5階建） 院内各委員会の新設
昭和40年 (1965)	7月 第2期工事完成 病床数：一般259床、結核51床、計310床となる 東館屋上に職員食堂及び給食部事務室等増築（4月着工7月完成） 職員数：262名 院内預金制度新設 特定医療法人となる 清掃、守衛業務の外注開始、富士建物㈱へ委託
昭和41年 (1966)	3月 依水荘分院の閉鎖 月報発刊
昭和42年 (1967)	8月 千葉県君津郡天羽町に職員厚生施設「河北病院津浜寮」147㎡を新築落成
昭和43年 (1968)	創立40周年 中央カルテ方式の採用

年次	当院のできごと
昭和44年 (1969)	第3期増改築工事3月着工 本館東側は12月完成 東館屋上に4階を増築（従業員食堂の拡張及び講堂の新設） 7月完成 河北院長杉並区医師会長就任（4月～11月）
昭和45年 (1970)	1月 皮膚泌尿器科の分離 西館3棟のうち2棟を取り壊し、跡地に鉄筋4階建、延べ1,468㎡の看護婦寮を新築（2月着工、8月完成） 5月 第3期増改築工事の本館西側完成 病床数：一般355床、結核28床、計383床となる 5月 職制の改正
昭和46年 (1971)	1月 人工透析室の運営開始 X線テレビ室（77.8㎡）を中庭に新設し1月より運用を開始 9月 附属高等看護学院開設 学院長 河北恵文院長、副学院長 鈴木匡外科科長の兼任となる。第1期生22名入学
昭和47年 (1972)	4月 ICU病棟業務開始 5月 本館建物の冷房工事完成 12月 第4期増改築工事着工にあたり隣接地（71坪50）を買収
昭和48年 (1973)	5月 第4期増改築工事着工 6月 前院長顧問長沼良章逝去 7月 理事長兼院長河北恵文逝去、生前の功績に対し従5位勲4等旭日章が贈られる 理事南部鎮雄、後任理事長に就任 9月 理事城所達士、後任院長兼附属高等看護学院長に就任 消化器内視鏡室新設
昭和49年 (1974)	7月 第4期増改築工事完成 工事面積：新築部分2,588㎡、改築部分1,070㎡、合計3,658㎡（1,108坪） 病床数：一般349床、結核28床、計377床 8月 高等看護学院第1期15名卒業 11月 第1回消化器疾患研究集会
昭和50年 (1975)	1月 基準看護特I類認可取得 6月 西病棟（結核病棟）の閉鎖 病床数：一般357床
昭和51年 (1976)	4月 西館跡地に運動場新設（500㎡） 10月 形成外科診療開始 12月 第1回院内研究集会開催 病床数変更、一般352床となる
昭和52年 (1977)	3月 1,000mm X線装置導入 8月 RI（シンチカメラ）室の新設 11月 斜視専門外来開設
昭和53年 (1978)	創立50周年 6月 財団の名称を医療法人財団河北総合病院に変更

年次	当院のできごと
昭和55年 (1980)	平福一郎副理事長、勲2等瑞宝章授章 西館新築完成 人工透析室を本館より移転。独立の診療所に改組 高等看護学院、専修学校設置認可 河北総合病院看護専門学校と改称
昭和56年 (1981)	第1回（課）科長研修会開催 在宅患者サービスを開始 4月 小笠原道夫院長就任
昭和57年 (1982)	広報誌「かわびたる」発刊 サービスマスター社と衛生管理契約締結
昭和58年 (1983)	大型自動血液分析装置スマックⅡ、THMS導入 全身用CT業務開始 院外処方箋発行に切り替え 医事業務をコンピュータ化 10月 南部鎮雄理事長逝去 11月 平福一郎理事長就任
昭和59年 (1984)	9月 救急の日にあたり東京都より救急医療関係功労者感謝状を授与される
昭和60年 (1985)	西所沢診療所開設 待ち時間短縮のために外来診療費口座振替制度導入 「蔦の会」設立 本館、東館改修工事開始
昭和61年 (1986)	杉並地域医療システムズ（SRHS）がスタート 第1回院内見学ツアー実施 南館完成。附属診療所（透析センター）を西館から移転。最大31床となる 6月 医学講座開講
昭和62年 (1987)	4月 篠浦旭院長就任 ミニ・ニュース発行 半日ドックがスタート 8月 作業療法の施設基準、承認
昭和63年 (1988)	創立60周年 4月 臨床研修病院の指定を受ける 10月 河北博文理事長就任 ライフサイエンス室発足
平成1年 (1989)	4月 河北博文理事長、日本病院会副会長就任 本館東西部分、冷房工事開始 10月 夜間救急診療の委託契約

年次	当院のできごと
平成2年 (1990)	1月 完全週休2日制導入 日本病院会診療録管理研究会、西館講堂で開催 3月 入院調剤技術適用施設承認 6月 高円寺に健診センター開設、西所沢診療所休診 7月 睦第1、第2寮廃止 8月 育児休業制度新設
平成3年 (1991)	10月 杉並区と委託ベッド契約（1床）
平成4年 (1992)	6月 田所昌夫院長就任 7月 診療時間、標榜科目変更（神経内科追加、計20科） MRI、DSA設置 10月 「JHQAS：病院医療の質に関する研究会」の対象病院として評価を受ける 在宅医療の質向上に関するモデル事業 11月 透析センター竣工、12月7日オープン
平成5年 (1993)	4月 看護学校課程変更 6月 日本病院会定例人事労務研究会、西館講堂で開催 7月 診察券切り替え、患者IDナンバー制 8月 POMシステム導入、契約締結（サービスマスター社） 新警備体制スタート 10月 カルテ自動抽出機、外来自動受付機を導入、診察順番表示機各科へ導入 12月 医療施設近代化施設設備事業補助金の申請
平成6年 (1994)	1月 ミズリーバプティスト医療センターへ留学生渡米 2月 河北杉並訪問看護ステーション開設 3月 病棟編成の変更 5月 地域医療懇談会開催 10月 地域医療室開設 新看護2：1（A）へ施設基準変更 12月 在宅介護支援センター「ケア24阿佐谷」開所式
平成7年 (1995)	1月 東館3階病棟の一泊ドック施設閉鎖 4月 財団・本院事務部の組織と名称見直し 特定専門職制度制定実施 政府管掌保険の健康診断認定施設の認定 5月 河北健康倶楽部（HMS）開始 8月 阿佐谷北一丁目町会と災害時応援協定締結 9月 HMS施設会員としてライフニクス高井戸と契約 10月 河北博文理事長、（財）日本医療機能評価機構評議員就任 サーベイヤ－研修実習病院に認定
平成8年 (1996)	1月 CAPD（持続的携帯型（可動型）腹膜透析）導入 2月 外来カルテ1フォルダー化。新館竣工 4月 画像診断部シネアンギオ装置導入 （財）日本医療機能評価機構運用調査訪問審査の受審

年次	当院のできごと
平成8年 (1996)	<p>7月 労働省認定事業「THP検診コース」スタート</p> <p>8月 看護部企画委員会誌「VOICE」創刊</p> <p>9月 東館3階、4階病棟オープン 透析食（クロス・ロード）委託</p> <p>10月 リウマチ科の追加、標榜科目21科に</p> <p>11月 新館屋上「屋根の上のげんき道」開通 河北多佳子ライフサイエンス室長藍綬褒章受章</p> <p>12月 本館5階病棟オープン</p>
平成9年 (1997)	<p>1月 ブルークロス・ブルーシールド取扱い開始 環境マネジメント室設置</p> <p>2月 人工授精スタート</p> <p>3月 透析センターが(社)日本透析医学会教育関連施設認定</p> <p>4月 河北博文理事長、(財)日本医療機能評価機構専務理事就任 POS（問題志向型診療）を導入、新しい入院診療情報録使用開始</p> <p>5月 カルテ向上委員会発足 (財)日本医療機能評価機構サーベイヤ－養成研修の受け入れ</p> <p>6月 「河北総合病院リウマチ友の会」設立 在宅介護サービスから「ハートぱすてる杉並」名称変更 訪問看護ステーション24時間体制スタート</p> <p>9月 レディースドック新設。外来で「診療予定制」導入。仮設3階、中央検査室に 本館2階病棟・CCU病棟オープン</p> <p>10月 「環境方針」宣言</p> <p>11月 「入院誓約書」から「入院契約書」へ名称変更</p> <p>12月 レセプト用紙、サイズB5からA4へ変更 新館4階フロア、管理棟へ改修完了</p>
平成10年 (1998)	<p>5月 環境マネジメントシステム ISO 14001認証取得</p> <p>10月 創立70周年記念式典 改修工事全て完了 日本医療機能評価機構 総合病院受審 ホームページ開設</p>
平成11年 (1999)	<p>4月 新環境方針発表</p> <p>9月 ヘリカルCT導入</p> <p>10月 メディカル・リスク・マネジメントシステム構築</p> <p>11月 紹介率向上委員会発足 杉並区犯罪被害者支援ネットワーク総合医療施設指定</p> <p>12月 平成11年度東京都男女労働者に優しい職場推進企業表彰「能力活用賞」 「両立支援賞」両賞受賞 Y2K災害対策本部設置</p>
平成12年 (2000)	<p>4月 診療情報録開示への対応</p> <p>7月 紹介率30%達成（紹介外来加算、急性期病院加算届出） 骨密度測定装置（DEXA）導入</p> <p>8月 「システム委員会、質の向上委員会、PSM委員会、臨床研修委員会」新体制へ 蓼科研修施設「N. K. Farm」完成</p> <p>9月 研修医講義開始</p>

年次	当院のできごと	
平成12年 (2000)	10月	個人情報保護方針宣言 CPR（心肺蘇生法）講習会開始
	11月	総合病院アネックス竣工
	12月	河北リハビリテーション病院竣工 新PIC運動「患者さんIDカード」導入 研修医宿泊施設竣工
平成13年 (2001)	1月	体外衝撃波結石破碎装置導入
	2月	河北リハビリテーション病院開院及び開院記念式典、特別講演 健診センター リニューアルオープン
	3月	剖検2000体の慰霊と記念講演（柳田邦男氏） CTバージョンアップ（画像処理能力の向上）
	4月	経済産業省IT推進化事業にQSIグループ（代表 当財団）採択決定
	6月	リハビリテーション病院 回復期リハビリテーション病棟（3階病棟）運用開始
	7月	第1回 PIC院内研究会開催（7月12日） リハビリテーション病院「夏祭り」開催（7月28日）
	9月	プライバシーマーク（個人情報保護に関するコンプライアンス・プログラムの 要求事項）に基づく第三者審査受審（9月18日）
	10月	第1回「医療から考える地球環境会議」開催（10月26日） 阿佐ヶ谷ジャズストリート参加（10月26、27日）
	11月	アメリカ同時多発テロの被災者支援活動として支援金と署名を送る
	12月	財団ホームページリニューアルオープン
平成14年 (2002)	1月	「医療の質に関する研究会」のリハビリテーション病院機能評価サーベイ受審
	5月	杉並区病後児保育事業「こどもケアセンター」開設（総合病院内） 看護専門学校創立30周年記念 新校歌発表
	6月	杉並区公募の介護老人保健施設の建設・運営法人に当財団決定 新たな財団決定図、執行図、機能図制定（財団全組織の指示先、報告先の明確化）
	7月	「医療情報部」発足（システム室、診療情報管理、診療図書管理を統括） 東京都医療機器安全性情報ネットワークに参画（総合病院）
	8月	「明るく爽やかな笑顔の会釈を交わそう」キャンペーン開始
	9月	平日時間外小児科外来開始午後6時半まで受付延長（総合病院）
	11月	在宅ケアセンター訪問介護「ハートばすてる」日本品質奨励賞TQM奨励賞受賞
	12月	医事会計システム リニューアル（総合病院）
平成15年 (2003)	1月	分院（76床）、外来クリニック新築工事、地鎮祭・工事着工 東京都神経難病医療ネットワーク事業協力病院指定（総合病院）
	2月	日本医療機能評価機構 訪問審査シミュレーション受入れ（総合病院）
	3月	オーダーリングシステム稼動（総合病院）
	6月	プライバシーマーク認定取得、院内全館禁煙施行
	7月	「東京都CCUネットワーク」参画
	11月	日本医療機能評価機構 総合病院更新審査受審 〃 リハビリテーション病院新規審査受審 東京消防庁より救急救命士再教育（病院実習）実施医療機関として指定

年次	当院のできごと
平成16年 (2004)	1月 日本消化器病学会専門医制度認定施設 認定（総合病院） 2月 分院・クリニック開所式開催 3月 河北総合病院分院、河北整形外科・耳鼻咽喉科クリニックオープン 外来電子カルテシステム稼働 7月 河北総合病院本院 診断群分類による入院包括評価(DPC)導入 10月 介護老人保健施設シーダ・ウォーク開設 河北医療連携の会（Kawakita Health-care Collaborations）発足 ホームページリニューアルアップ
平成17年 (2005)	4月 業務（事業）内部監査室の新設 6月 CCU病棟増床 4床から6床へ（本院） 8月 社債発行（医療法人初） 心臓血管外科手術開始（本院） 1.5テスラMRI、16列マルチスライスCT 稼働開始（本院） 9月 皮膚科外来移転 分院1階から河北サテライトクリニックへ 11月 救急医療センター（ER）稼働開始（本院） 本館1階HCU、本館2階ICU病棟 稼働開始（本院） 小児科 平日夜間等時間外救急診療体制の強化（本院）
平成18年 (2006)	2月 「第1回 地域医療支援病院運営協議会」開催（本院） 3月 東館4階小児病棟リニューアルオープン（本院） 4月 「一般病棟入院基本料（7：1入院基本料）」届出等 診療報酬改定に伴う 各施設基準の届出 「東京・杉並家庭医療学センター」オープン 「健康図書室」オープン 「点滴治療室」新設（本院） 5月 「地域医療支援病院」承認（本院） リハビリテーション病院（財）日本医療機能評価機構 リハビリ付加機能 認定 6月 「河北高井戸訪問看護ステーション」松ノ木へ移転 →「河北松ノ木訪問看護ステーション」活動開始 7月 本館1階ICU病棟 「特定集中治療室管理料」届出
平成19年 (2007)	1月 第1回じん臓病教室 開催 3月 平成18年度杉並区子育て優良事業者表彰 最優良賞受賞 4月 「患者さんの権利と責任 ～私たちの病院の姿勢～」文書見直し 入院電子カルテシステム稼働 6月 「頭痛外来」診療開始 7月 東京都肝臓専門医療機関 指定（本院・分院） 「セカンドオピニオン外来」診療開始 「第1回クオリティ・マネジメント・ワークショップ」開催 9月 東京都看護職員地域就業支援病院 指定（本院） 11月 日本がん治療認定医機構認定研修施設 認定（本院）

年次	当院のできごと
平成20年 (2008)	<p>1月 KES（環境マネジメントシステム・スタンダード）ステップ2登録 「脳卒中ホットライン」開設（本院） 東京都感染症外来協力医療機関 指定（本院）</p> <p>3月 「心臓病センター、脳卒中センター」オープン（本院）</p> <p>6月 産婦人科病棟リニューアル（本院） 日本神経学会教育施設 指定（本院）</p> <p>10月 日本医療機能評価機構 総合病院更新審査受審</p>
平成21年 (2009)	<p>1月 松ノ木訪問看護ステーションを休止し、杉並訪問看護ステーションに統合 日本医療機能評価機構 リハビリテーション病院更新審査受審 東京都脳卒中急性期医療機関 認定（本院） 産科医療補償制度へ加盟（本院）</p> <p>2月 インドネシア人看護師候補者（2名）の受入れ</p> <p>3月 救急外来内 「陰圧室」設置（本院）</p> <p>4月 「こども医療センター～24時間365日小児救急～」稼働開始（本院）</p> <p>5月 河北リハビリテーション病院 日本医療機能評価機構病院機能評価 認定更新 家庭医療学センター「日本緩和医療学会認定研修施設」に承認</p> <p>7月 「心カテ5000件開心術100件感謝の集い」開催</p> <p>10月 河北サテライト クリニック 『家庭医療科』リニューアルオープン</p> <p>11月 「キャストキャンペーン2009」 実施 「院内デイケア“たから”」オープン（本院） 杉並区後援 病院学会 「～地域の人と考える～around杉並健康ライフ2009“老化—エイジング”」開催 (於 セッション杉並)</p> <p>12月 厚生労働省 長妻昭大臣と足立信也政務官一行 病院視察 退職年金制度の移行終了 「適格退職年金」から「確定給付企業年金」へ</p>
平成22年 (2010)	<p>1月 日本救急医学会『救急科専門医指定施設』として認定（本院） 杉並区との「福祉救済所」協定締結（シーダ・ウォーク）</p> <p>2月 「合同慰霊祭」開催(於 神明宮儀式殿)</p> <p>3月 富士通医事システム V1からV5へバージョンアップ・ 医事統計システム DWH 稼働開始 文部科学省 高等教育局 医学教育課 大学病院支援室一行 病院見学</p> <p>4月 「リウマチ・関節センター」オープン（サテライトクリニック） 「健康図書室」が「健康生活支援室」としてスタート</p> <p>6月 新入職員歓迎会「Re・フレッシュパーティ」開催 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）松ノ木へ移転（家庭医療学センター） 職員のメンタルヘルス対策第1回3Rプログラム開催</p> <p>8月 日本心血管インターベンション治療学会認定研修施設承認（本院） ピロリ菌外来 スタート（分院）</p> <p>10月 社会医療法人 認定 法人名称「社会医療法人 河北医療財団」へ変更 第1回 育児支援教室「ぼかぼかタイム」開催 院外他施設勤務 新入看護職員 研修申し込み開始 (東京都新人看護職員研修事業費補助事業)</p> <p>11月 杉並区後援 病院学会 「～地域の人と考える～around杉並健康ライフ2010“尊厳ある生活”」開催 (於 セッション杉並)</p> <p>12月 インドネシア南スマトラ州知事一行病院視察</p> <p>12月 第1回「やさしい健康講座」開催</p>

年次	当院のできごと
平成23年 (2011)	<p>3月 家族健康診断および職員婦人科検診（乳がん・子宮がん）実施（健診センター）</p> <p>4月 東京都病院協会経由、日本赤十字社経由で被災地へ義援金送付 （職員521名 4,312,000円+財団500万円＝総額9,312,000円） 被災地支援（医療救助隊） 財団内募集（59名の参画希望者登録） 心のケアセンター始動</p> <p>5月 婦人科腫瘍委員会 婦人科腫瘍登録への加盟</p> <p>6月 東日本大震災復興支援 女川町立病院への医療救助隊派遣 第1回 医師：福田純子（内科）、看護師：後藤順一（救外）、小松崎真理（手術室） 第2回 医師：阿部瑞洋（整形外科）、看護師：長田美佐子（東2）、穴澤智美（本3）</p> <p>7月 東日本大震災復興支援 女川町立病院への医療救助隊派遣 第3回 医師：青木尚子（内科）、看護師：中重弘章（救外）、森内陽子（本4）</p> <p>8月 東日本大震災復興支援 女川町立病院への医療救助隊派遣 第4回 医師：上久保和明（内科） 救急救命士育成の推進に対して杉並消防署より感謝状を授与（本院） 「ジャパンケアサービス多機能施設堀ノ内」協力医療機関及び協力施設契約</p> <p>9月 看護学校創立40周年記念式典 開催 乳幼児健診「6-7ヶ月」「9-10ヶ月」「1歳児」が追加（分院小児科外来）</p> <p>10月 「河北杉並訪問看護ステーション」から 「河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷」に名称変更（家庭医療学センター） 心のケアセンター集団家族療法「第1回つくしんぼ」実施 河北プラチナカード（2011年1月以降出生のお子さん対象）の発行 第1回新米パパママ教室 開催（産婦人科）</p> <p>11月 杉並区後援 病院学会 「～地域の人と考える～around杉並健康ライフ2011 “安心と納得が創る信頼”」開催 （於 阿佐谷地域区民センター）</p> <p>12月 GD-0（新事務所棟）完成</p>
平成24年 (2012)	<p>1月 東京都がん登録事業に参加（センター）</p> <p>2月 東京マラソン2012へチャリティランナーとして6名参加 全員完走！ 第1回インフュクションコントロール研究会 開催</p> <p>3月 インドネシア人看護師候補者 看護師国家試験合格（1名）</p> <p>4月 「リウマチ・関節センター」を「リウマチ・関節・膠原病センター」へ変更 （サテライトクリニック） 東京都大腸がん診療連携協力病院に認定（センター）</p> <p>5月 日本政策投資銀行（DBJ）「ビジョナリーホスピタル」に認定 ソーシャルネットワークページを開設（健診センター）</p> <p>7月 大朝礼を開始（センター） 阿佐ヶ谷駅構内へ看板を設置</p> <p>9月 GD（グランドデザイン）計画発足 本部設置 杉並区後援 病院学会 「～地域の人と考える～around杉並健康ライフ2012 “たのしく生きる”」開催</p> <p>10月 GD推進チーム発足</p> <p>12月 下期賞与評価制度の導入</p>

年次	当院のできごと
平成25年 (2013)	<p>1月 地域清掃活動への参加（総合病院～阿佐ヶ谷駅間） 院内保育施設 キッズルーム「“けいこ”と“まなぶ”」開設</p> <p>2月 東京マラソン2013へチャリティランナーとして7名参加 米国ハワイ州ホノルルのThe Rehabilitation of the Pacific と姉妹提携 (リハビリテーション病院)</p> <p>3月 南関東地区初となる64列128スライスCT装置を導入（センター）</p> <p>4月 河北救急車 運用開始 「前田病院」から「河北前田病院」に名称変更 明治大学 学内診療所 委託診療開始（健診センター）</p> <p>5月 無菌治療室設置（センター） 金融コンシェルジュ(FP協会)設置</p> <p>6月 東館4階病棟 小児専用病棟運用開始</p> <p>7月 産婦人科をマタニティー・レディース スクエアとしてリニューアル（センター） 本館4階病棟 夜間緊急入院病床の運用開始 総合病院の許可病床数が315床から328床に増床 分院と合わせて404床へ</p> <p>9月 本館1階ICU病棟 稼働病床を4床から6床へ</p>
平成26年 (2014)	<p>1月 まちづくり団体「阿佐ヶ谷駅北東地区を考える会」設立</p> <p>2月 東京マラソン チャリティランナー7名参加、全員完走</p> <p>3月 健診センター MRI・CT搬入(5F)</p> <p>4月 東京・杉並家庭医療学センター名称変更 新名称：河北家庭医療学センター A棟・D棟 完成引き渡し(本院) 内視鏡検査室増設(本院)</p> <p>5月 電子カルテシステムバージョンアップ(GX)（センター） 河北総合病院健診センター リニューアルオープン N. K. Farm全天候型馬場竣工 大腸内視鏡検査機器増設（本院）</p> <p>6月 自家発電式空調機器稼働開始[東京ガス圏内病院導入第1号] (リハビリテーション病院) 入退院支援センター開設（2015年3月名称変更 新名称：医療看護支援課） オレンジバルーンフェスタ2014参加(河北家庭医療学センター)</p> <p>7月 介護保険訪問リハビリ本格的開始(サテライト クリニック) 健診メニューリニューアル：カウンセリングルーム・レディースデイ等導入 (健診センター) スタッフ相談室リニューアル 新)相談室ソレイユ(心のケアセンター)</p> <p>8月 電子カルテシステムリプレイス：GX稼働開始(リハビリテーション病院)</p> <p>9月 物品管理システム導入(センター) 公益財団法人日本医療機能評価機構 認定交付：期間2014年2月16日～2019年2月15日 河北の将来を考える～中期ビジョン策定検討会～[於：コングレスクエア中野]</p> <p>10月 外科各種専門外来(直腸肛門外来・そけいヘルニア外来・水頭症外来)開設（本院）</p> <p>12月 公益財団法人日本医療機能評価機構 認定更新：期間2014年12月21日～2016年12月20日</p>
平成27年 (2015)	<p>2月 東京マラソン2015 チャリティランナー5名完走</p> <p>3月 事務部門組織改正 河北医療財団看護専門学校閉校：2015年4月1日からは学校法人川口学園に事業継承</p>

ANNUAL REPORT 2014年度

社会医療法人 河北医療財団

発行日:2015年5月28日

発行:経営企画部

責任者:河北 博文

〒166-8588

東京都杉並区阿佐谷北1丁目7番3号

TEL 03(3339)2121(代表)