

ISSN 2189-4949

**ANNUAL  
REPORT  
2015 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 <sup>おもいやり</sup> 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
・2015年度を振り返って(表) .....	4
・2015年度を振り返って(写真) .....	6
・財団概要 .....	7
・各施設概要 .....	8
・学会施設認定等／施設基準届出等 .....	10
・センター(総合病院・分院・サテライトクリニック) 統計 .....	14
・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 統計	41
・社会医療法人河北医療財団学術誌〈2015年学会発表抄録他〉 .....	55
・財団年表 .....	56

# はじめに

社会医療法人 河北医療財団

理事長 河北博文

## 「河北を語る（歴史を共有する）」

英国では1948年に当時の労働党の党首クレメント・アトリーによってナショナルヘルスサービスという国営医療が開始され、その中で家庭医の役割が強く認識されるようになりました。家庭医とは臨床の総合力を持ち、高い対話力のある医師であり、人の生活に寄り添い、家庭の様々な出来事に対し助言できる医師であると考えています。診断と治療という診療のみならず、受け持つ人たちを地域社会の提供するサービスに結びつける役割も担っています。河北医療財団では、2006年4月に東京・杉並家庭医療学センターを開設しました。それ以来10年になります。

1948年から河北病院はインターンの研修を開始し、その後、臨床研修制度へと変わり、1988年、臨床研修病院の指定を受けて医師の研修教育の充実に取り組んできました。これらの教育の基本はまず初期の段階で臨床の総合力を身につけた医師を育てることにあります。幅広い土台をもった上でさらに診療の各専門分野に進んでいくことを考えています。その中で、家庭医療学という専門分野を修得した医師が専門医としての家庭医です。これからの我が国の人口の高齢化を考えると、まず、最初の医療との接点として、あるいは、日常生活の中でこのような医師と繋がりを持つことが絶対に必要なことです。

1990年前後に総合病院だけであった河北医療財団は、その後、杉並区内に限定して地域に必要な医療機能を持つ施設を展開し、さらに、在宅医療を踏まえて介護と福祉への繋がりを創ってきました。それぞれの事業がどの様な理念を持って

開始されたか、もう一度確認していきたいと考えています。

河北医療財団の課題の中で特に大切なことは、組織の一体感を醸成することです。職員がそれぞれの部署にとどまることなく、組織全体にわたり関心を持ってほしいと思います。各々の開設の理念、歴史、発展経過をしっかりと認識し、それに自らの考えを加えて事業の将来像を描き、実践していくような組織でありたいと思います。ここで述べていることは単に過去にこだわることを言っているのではなく、歴史や文化を知ることにより、未来を創造して欲しいということです。さらに、現在の延長線の上の議論にこだわらずに、未来からの投影という感覚をもって考え、行動することを期待します。

先日発表された2014年の我が国の国民一人あたりGDPはOECD34か国中、20位まで順位を下げました。対ドルの円の価値が下がっていることも影響はしていますが、日本の活力は下がる一方です。人口の減少が進む中、GDPの規模を600兆円と大きくすることより、1人当たりGDPを増やすことははるかに大切なことではないでしょうか。東京大学の教授であった木村尚三郎先生は、“夢のない社会に子供は生まれない”と述べておられました。努力が報われる、正直者が損をしない社会、それは、教育を含めた社会保障の世代間格差の是正でもあります。高齢者には尊厳ある老後を保障することは当然ではありますが、不要な社会保障を過度に期待することではありません。一昨年亡くなった宇沢弘文先生が言われた“経済学は人を幸せにしたか”ということを考えあわせてみると、“医学・医療は人を幸せにしたか”と考え続けなければいけないと思います。

「2016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  
2015年度を振り返って

2015年

4月	<p>総合病院 病棟再編</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新館4階病棟25床(小児科)の新設</li> <li>・東館4階病棟(外科系混合)の稼働 ※4月27日～7月12日19床、7月13日～38床</li> </ul> <p>事務組織を再編し機能を集約 河北健康教室【膝の痛みの勉強会・リウマチを知る会・やさしい健康講座】 杉並医療連携セミナー【心臓病カンファランス】</p>
5月	<p>分院 小児科診察室増設 N.K.Farmで治療的乗馬を開始 児童館スタッフ向け 抗アレルギー薬剤 使用講習会 秋田県大館市立第一中学校 職場学習受入 河北健康教室【がん講座・じんぞう病教室・骨粗鬆症予防教室】</p>
6月	<p>前立腺肥大症治療レーザー装置【グリーンライトレーザー】を都内城西地区初導入 特別講演「石巻医療圏における東日本大震災への対応と次への取り組み」 杉並救急業務連絡協議会より表彰 河北健康教室【蕩の会・股関節の勉強会・泌尿器科の勉強会】 杉並医療連携セミナー【心臓病カンファランス】</p>
7月	<p>杉並区産後ケア事業へ参画 東京都在宅療養児一時入院(レスパイト)へ参画 第二カテーテル室新設 施設間移動 置き傘サービスの開始 杉並第一小学校カリキュラム 命の授業「生命倫理【死】」 TBSテレビ「あさチャン」で救急外来が放映 杉並区民公開講座「杉並じんぞう病セミナー」講演 杉並医療連携セミナー【骨粗鬆症ネットワーク】</p>
8月	<p>総合病院、分院の標榜科目を変更(総合病院31科、分院19科へ) テレビ朝日「報道ステーション」で救急外来が放映 夏休みKID'S院内体験ツアー PIC(医療安全)・感染管理 院内研究会 河北健康教室【心臓病教室】 杉並医療連携セミナー【心臓病カンファランス】</p>
9月	<p>第7回around杉並健康ライフ開催(阿佐谷地域区民センター) 阿佐谷地域区民センター協議会「防災・減災まちづくり2015」講演 杉並医療連携セミナー【城西エリア呼吸器フォーラム】 河北健康教室【心臓病教室・股関節の勉強会】 総合病院・分院 院内コンサート 河北総合病院 病診連携会</p>
10月	<p>総合病院 本館2階病棟ICUをHCUへ転換 杉並・河北救急症例合同カンファランス リハビリテーション病院 リハ祭 シーダ・ウォーク シーダ祭 杉並第一小学校カリキュラム 命の授業「障害を通して命を見つめよう」 杉並医療連携セミナー【心臓病カンファランス・城西リウマチ懇談会】</p>
11月	<p>NPO杉並カレッジライフ「上手な病院のかかりかた」講演 ㈱ベネッセスタイルケア「心臓病の予防と治療」講演 総合病院 総合防災訓練 河北健康教室【蕩の会】 杉並医療連携セミナー【城西地区プライマリーケア研究会・フットケアセミナー・消化器病カンファランス】</p>
12月	<p>杉並医療連携セミナー【内視鏡研究会・城西地区小児科病診連携懇話会・心臓病カンファランス】 杉並第一小学校カリキュラム 命の授業「病気から守る体の仕組み」 大宮八幡宮 杉並花笠まつり リハビリテーション病院参加</p>

**2016年**

<b>1月</b>	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 MRIバージョンアップ 月刊 医療経営士「手術室改善事業」取材 杉並第一小学校カリキュラム 命の授業「命の大切さにふれよう～生まれるってすごい～」 旭化成ファーマ 販促誌 取材 杉並医療連携セミナー【骨粗鬆症ネットワーク】 分院 院内コンサート
<b>2月</b>	東京マラソン2016 チャリティーランナー出走 杉並医療連携セミナー【産婦人科疾患カンファランス・心臓病カンファランス】 杉並第一小学校カリキュラム 命の授業「生命倫理[生]」 旭化成メディカル 製品販促誌 取材
<b>3月</b>	医療法人財団 天翁会との統合合併を発表 河北健康教室【じんぞう病教室】 杉並区健康長寿講座「高齢者のがん」講演 すぎなみ子育てメッセ 出展 2016年度新入職員研修・歓迎会
<b>通年 開催</b>	ぽかぽかタイム パパママ安産教室 小児科 児童館講演会 シーダ・ウォーク フロアコンサート



# 2015年度を振り返って

## 新館4階病棟開設

4月より、新館4階に小児科病棟(25床)を開設しました。



## 治療的乗馬(N.K.Farm)

地元の医療福祉センターに通う児童へ治療的乗馬を行いました。



## 職場体験



秋田県  
大館市立  
第一中学校

杉並区立  
杉森中学校



東京都立  
杉並総合  
高等学校

## 救急業務表彰



## 心臓カテーテル室 増室



7月に第2心臓カテーテル室を  
新設しました。



## 東京マラソン2016 チャリティーランナー出走



## 職員研修



## 財団概要

(2016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	新井 宏治
	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	1,693人 内常勤職員数 1,428人 (2016年4月1日現在) (常勤職員数再掲) 医師161人、看護師551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	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



**【介護老人保健施設シーダ・ウォーク】**

所在地	東京都杉並区桃井3丁目4番9号
敷地面積	土地2,165㎡(655坪)、建物7,275㎡(2,204坪)
部屋数	112室

**【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

(2016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
- ◇ 日本乳癌学会関連施設

## 河北総合病院 施設基準届出等 (2016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
- ◇ 超急性期脳卒中加算
- ◇ 診療録管理体制加算1
- ◇ 医師事務作業補助体制加算2 (25:1)
- ◇ 急性期看護補助体制加算1 (25:1)
- ◇ 看護職員夜間12対1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
- ◇ 病棟薬剤業務実施加算1
- ◇ 病棟薬剤業務実施加算2
- ◇ データ提出加算2
- ◇ 退院支援加算1
- ◇ 特定集中治療室管理料3
- ◇ ハイケアユニット入院医療管理料1
- ◇ 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
- ◇ 地域連携小児夜間・休日診療料2
- ◇ 院内トリアージ実施料
- ◇ 外来リハビリテーション診療料
- ◇ 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)

### 【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ 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
- ◇ 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
- ◇ 乳房MRI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)
- ◇ がん患者リハビリテーション料
- ◇ 処置の休日加算1、時間外加算1、及び深夜加算1
- ◇ 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
- ◇ 乳腺悪性腫瘍手術(乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネル  
リンパ節加算2を算定する場合に限る。)
- ◇ 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)
- ◇ 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
- ◇ 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 (2016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12対1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
- ◇ 総合評価加算
- ◇ 病棟薬剤業務実施加算1
- ◇ データ提出加算2
- ◇ 退院支援加算1

#### 【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】

- ◇ 糖尿病合併症管理料
- ◇ がん性疼痛緩和指導管理料
- ◇ 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 (2016年4月1日現在)

#### 【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 時間外対応加算2

#### 【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
- ◇ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

### 透析センター 施設認定 (2016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
- ◇ 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

## 河北リハビリテーション病院 施設基準届出等 (2016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
- ◇ 退院支援加算2
- ◇ 体制強化加算1
- ◇ 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)
- ◇ 廃用症候群リハビリテーション料(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 (2016年4月1日現在)

### 【施設認定】

- ◇ (社)日本病院会・日本人間ドック学会優良人間ドック(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人間ドック・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 (2016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
- ◇ 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

# センター

(総合病院・分院・サテライトクリニック)

## 統計

## 科別 入院患者延数の推移

単位：人

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
内 科	71,532 195.4 104.5%	72,925 199.8 101.9%	68,512 187.7 93.9%	69,309 189.9 101.2%	77,902 212.8 112.4%
小 児 科	2,319 6.3 80.9%	531 1.5 22.9%	3,911 10.7 736.5%	5,285 14.5 135.1%	6,116 16.7 115.7%
産 婦 人 科	4,651 12.7 111.7%	4,620 12.7 99.3%	4,736 13.0 102.5%	5,312 14.6 112.2%	5,415 14.8 101.9%
耳鼻咽喉科	1,326 3.6 309.8%	1,538 4.2 116.0%	1,794 4.9 116.6%	2,184 6.0 121.7%	3,517 9.6 161.0%
外 科	16,550 45.2 104.2%	16,365 44.8 98.9%	15,509 42.5 94.8%	12,643 34.6 81.5%	10,840 29.6 85.7%
脳神経外科	3,308 9.0 103.9%	2,384 6.5 72.1%	3,103 8.5 130.2%	2,862 7.8 92.2%	3,424 9.4 119.6%
心臓血管外科	3,146 8.6 119.2%	2,114 5.8 67.2%	1,560 4.3 73.8%	1,973 5.4 126.5%	1,632 4.5 82.7%
呼吸器外科	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —
皮 膚 科	1,049 2.9 113.4%	1,219 3.3 116.2%	854 2.3 70.1%	1,143 3.1 133.8%	1,369 3.7 119.8%
泌 尿 器 科	1,386 3.8 105.0%	1,668 4.6 120.3%	1,491 4.1 89.4%	1,663 4.6 111.5%	2,137 5.8 128.5%
眼 科	732 2.0 74.8%	818 2.2 111.7%	1,043 2.9 127.5%	751 2.1 72.0%	669 1.8 89.1%
整 形 外 科	15,362 42.0 89.8%	14,717 40.3 95.8%	16,907 46.3 114.9%	16,166 44.3 95.6%	17,016 46.5 105.3%
リハビリテーション科	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —
合 計	121,361 331.6 102.9%	118,899 325.8 98.0%	119,420 327.2 100.4%	119,291 326.8 99.9%	130,037 355.3 109.0%
診療日数	366 日	365 日	365 日	365 日	366 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

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
内 科	4,873	5,024	5,272	5,588	5,974
小 児 科	540	124	1,010	1,333	1,389
産 婦 人 科	674	675	761	915	954
耳 鼻 咽 喉 科	182	244	327	413	641
外 科	1,107	1,158	1,190	1,148	1,213
脳 神 経 外 科	161	156	225	229	256
心 臓 血 管 外 科	57	42	45	64	52
呼 吸 器 外 科	0	0	0	0	0
皮 膚 科	88	92	72	64	124
泌 尿 器 科	221	244	260	338	380
眼 科	410	453	658	781	807
整 形 外 科	635	676	902	896	908
リハビリテーション科	0	0	0	0	0
合 計	<b>8,948</b>	<b>8,888</b>	<b>10,722</b>	<b>11,769</b>	<b>12,698</b>
月平均	745.7	740.7	893.5	980.8	1,058.2
前年比	100.5%	99.3%	120.6%	109.8%	107.9%

新入院患者数の推移



## 入院経路 (2015年度詳細)

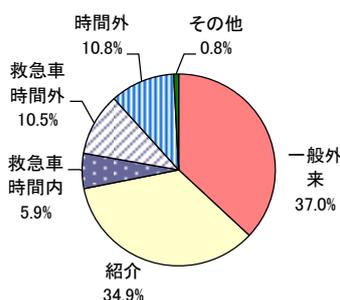
※ 本院 ⇄ 分院の転院による入院を除く。 単位:件

	入院数	一般外来	紹 介					救 急 車		時間外	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		
本院	11,582	4,282 37.0%	2,717 23.5%	365 3.2%	398 3.4%	562 4.9%	0 0.0%	686 5.9%	1,221 10.5%	1,255 10.8%	96 0.8%
分院	1,116	605 54.2%	237 21.2%	60 5.4%	26 2.3%	23 2.1%	0 0.0%	54 4.8%	59 5.3%	52 4.7%	0 0.0%
合計	12,698	4,887 38.5%	2,954 23.3%	425 3.3%	424 3.3%	585 4.6%	0 0.0%	740 5.8%	1,280 10.1%	1,307 10.3%	96 0.8%

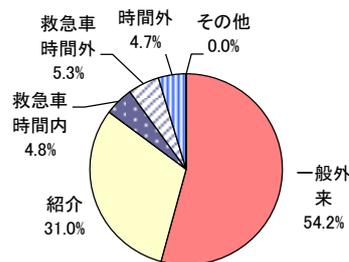
※ 紹介状持参の救急車入院は紹介欄に含む。

\* 上段:入院数 下段:入院率

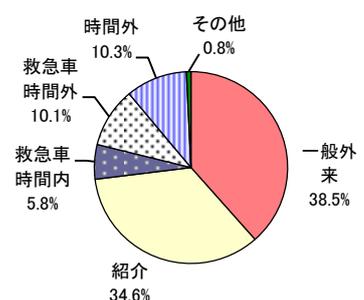
本院



分院



合計

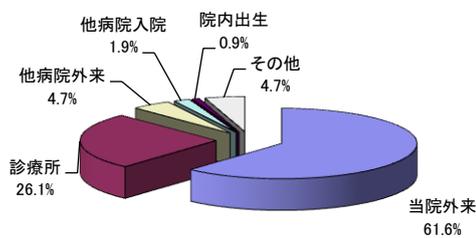


## 入退院経路別 (2015年度詳細)

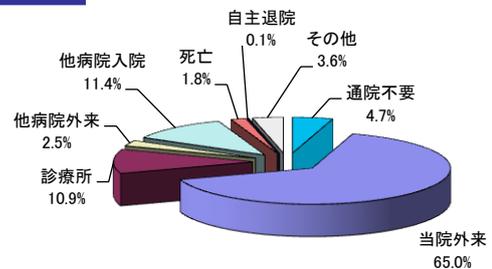
### 本院

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	344	5,138	530	166	722	100	9	65	7,074	61.6%
診療所	155	1,795	672	35	265	40	2	31	2,995	26.1%
他病院外来	27	317	21	78	89	3	1	6	542	4.7%
他病院入院	1	35	7	6	140	23	0	7	219	1.9%
院内出生	0	95	0	1	6	0	0	0	102	0.9%
その他	16	85	16	3	90	35	0	300	545	4.7%
合計	543	7,465	1,246	289	1,312	201	12	409	11,477	100.0%
退院率	4.7%	65.0%	10.9%	2.5%	11.4%	1.8%	0.1%	3.6%	100.0%	

入院経路



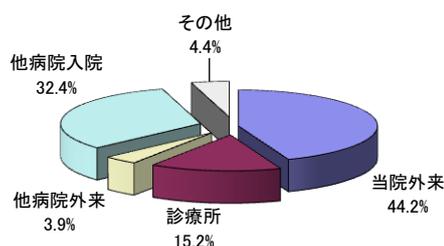
退院経路



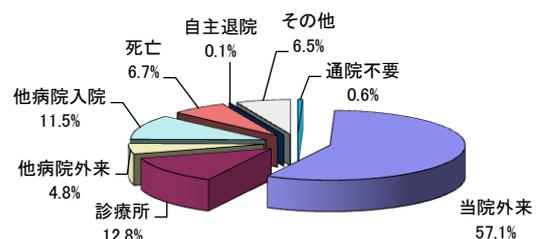
### 分院

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	2	538	46	26	62	27	1	12	714	44.2%
診療所	3	105	83	11	20	16	0	7	245	15.2%
他病院外来	1	38	4	10	5	3	1	1	63	3.9%
他病院入院	3	240	72	30	93	56	0	30	524	32.4%
その他	0	2	2	0	6	6	0	55	71	4.4%
合計	9	923	207	77	186	108	2	105	1,617	100.0%
退院率	0.6%	57.1%	12.8%	4.8%	11.5%	6.7%	0.1%	6.5%	100.0%	

入院経路



退院経路



## 平均在院日数の推移

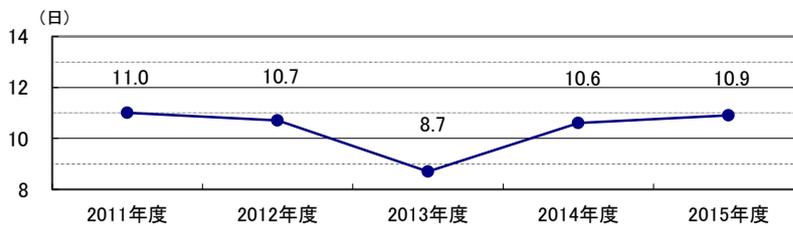
(※2014年度より、医療法上の数値に変更)

単位：日

## 2015年度詳細

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
4月	10.7	11.4	9.6	10.1	11.4
5月	10.9	11.1	9.3	10.9	11.0
6月	10.7	10.0	9.1	10.2	10.1
7月	11.8	10.6	8.2	9.8	10.1
8月	10.4	10.5	8.2	10.3	10.9
9月	11.2	10.6	8.8	10.3	10.7
10月	10.9	11.3	8.3	10.6	10.7
11月	11.1	11.2	8.6	10.4	11.3
12月	10.1	10.7	8.4	10.5	10.5
1月	12.3	11.4	8.9	12.8	11.8
2月	11.1	10.3	8.5	11.1	11.1
3月	10.8	10.2	9.2	10.6	11.4
合計	11.0	10.7	8.7	10.6	10.9

本院	分院
10.6	16.0
10.1	16.3
9.3	15.1
9.3	14.7
9.9	18.0
9.6	17.6
10.0	14.2
10.3	18.1
9.7	15.7
10.8	18.7
10.1	17.3
10.5	16.7
10.0	16.4



※診療報酬届出上の旧算出条件  
(2013年度迄適用) ⇒

- ・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。
- ・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。

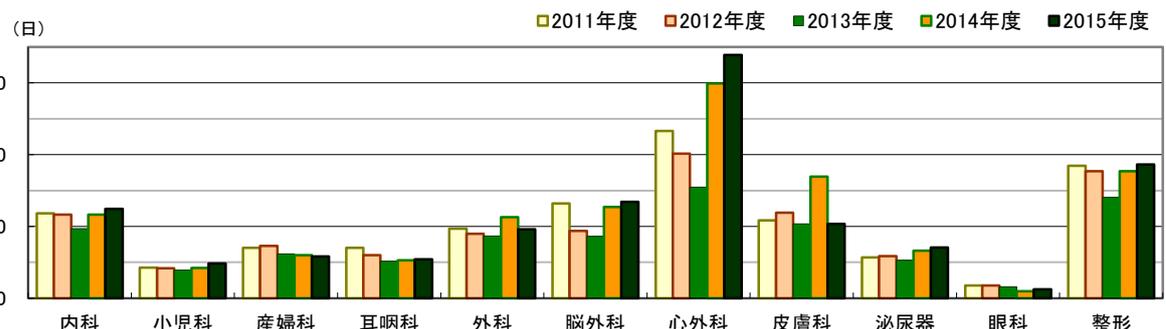
## 科別 平均在院日数の推移

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
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
2015年度	12.4	4.8	5.8	5.4	9.6	13.4	33.9	-	10.4	7.1	1.2	18.6	-	10.9

## 2015年度詳細

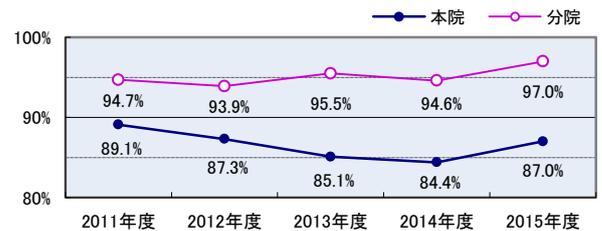
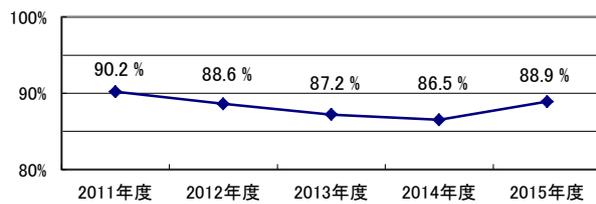
本院	11.0	4.8	5.8	5.4	9.6	13.4	33.9	-	10.8	7.1	1.2	18.6	-	10.0
分院	16.5								6.4					16.4



## 病床利用率の推移 (※稼働病床数より算出)

病棟	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
本館1階ICU	84.7%	81.9%	82.1%	75.9%	72.2%
本館2階ICU	78.3%	74.2%	77.8%	64.3%	62.1%
C C U	83.2%	80.8%	83.8%	77.3%	82.8%
ICU・CCU計	82.1%	79.1%	81.6%	73.5%	75.1%
H C U					76.6%
本館2階	87.8%	83.0%	79.8%	80.1%	73.3%
本館3階	88.1%	89.3%	87.3%	81.5%	83.2%
本館4階	94.9%	91.9%	87.8%	86.5%	94.7%
本館5階	96.6%	95.0%	94.9%	95.3%	96.8%
東館2階	94.7%	92.3%	94.7%	93.7%	93.0%
東館3階	94.6%	91.2%	91.2%	89.2%	94.0%
東館4階	63.7%	63.9%	43.7%	56.6%	82.9%
新館2階	75.8%	74.1%	78.1%	80.3%	78.5%
新館4階					70.0%
一般病棟計	89.4%	87.6%	85.3%	85.0%	87.7%
本院計	89.1%	87.3%	85.1%	84.4%	87.0%
分院2階	94.2%	94.6%	96.1%	95.1%	97.1%
分院3階	95.2%	93.3%	95.0%	94.2%	97.0%
分院計	94.7%	93.9%	95.5%	94.6%	97.0%
合計	90.2%	88.6%	87.2%	86.5%	88.9%

1. **本2 ICU**: 2015年10月31日で廃止。
2. **HCU**: 2015年11月1日より運用開始(4床)。  
⇒ 12月1日より8床に変更。
3. **本館2階**: 2015年4月27日より、16床の内8床を短期滞在(～3日)等、内8床を救急用病床として運用。  
⇒ 2015年12月1日より、救急用8床の内4床をHCUとして運用。
4. **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。  
⇒ 2015年4月より、53床から45床へ変更。
5. **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。  
⇒ 2015年4月27日からは、一般病棟として19床稼働、7月1日より38床で運用。
6. **新館4階**: 小児専用病棟として東館4階から移転、2015年4月1日より稼働。

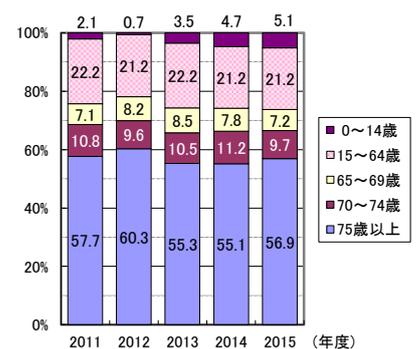


## 年齢別患者数

### 入院患者数

年齢区分	2011年度		2012年度		2013年度		2014年度		2015年度	
0～14歳	2,557	2.1%	833	0.7%	4,217	3.5%	5,613	4.7%	6,636	5.1%
15～64歳	26,942	22.2%	25,206	21.2%	26,453	22.2%	25,250	21.2%	27,546	21.2%
65～69歳	8,669	7.1%	9,783	8.2%	10,177	8.5%	9,328	7.8%	9,332	7.2%
70～74歳	13,143	10.8%	11,433	9.6%	12,588	10.5%	13,358	11.2%	12,579	9.7%
75歳以上	70,050	57.7%	71,644	60.3%	65,985	55.3%	65,742	55.1%	73,944	56.9%
合計	121,361		118,899		119,420		119,291		130,037	

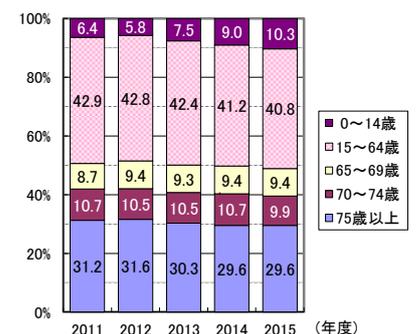
\* 左側: 延数 右側: 入院率



### 外来患者数

年齢区分	2011年度		2012年度		2013年度		2014年度		2015年度	
0～14歳	18,297	6.4%	16,616	5.8%	23,319	7.5%	29,513	9.0%	35,083	10.3%
15～64歳	123,018	42.9%	123,523	42.8%	130,897	42.4%	134,986	41.2%	139,575	40.8%
65～69歳	25,053	8.7%	27,059	9.4%	28,764	9.3%	30,847	9.4%	32,151	9.4%
70～74歳	30,568	10.7%	30,319	10.5%	32,468	10.5%	35,167	10.7%	33,996	9.9%
75歳以上	89,490	31.2%	91,215	31.6%	93,549	30.3%	96,755	29.6%	101,061	29.6%
合計	286,426		288,732		308,997		327,268		341,866	

\* 左側: 延数 右側: 外来率



## 外来患者延数の推移

単位：人

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
内 科	136,055 459.6 107.4%	140,882 479.2 103.5%	144,500 489.8 102.6%	148,782 504.3 103.0%	155,566 527.3 104.6%
小 児 科	14,206 48.0 89.6%	12,673 43.1 89.2%	18,369 62.3 144.9%	24,280 82.3 132.2%	28,866 97.9 118.9%
産 婦 人 科	14,279 48.2 96.7%	15,203 51.7 106.5%	17,935 60.8 118.0%	21,014 71.2 117.2%	22,245 75.4 105.9%
耳鼻咽喉科	9,042 30.5 113.0%	9,815 33.4 108.5%	11,824 40.1 120.5%	12,365 41.9 104.6%	11,594 39.3 93.8%
外 科	17,147 57.9 105.1%	16,705 56.8 97.4%	16,772 56.9 100.4%	15,449 52.4 92.1%	14,975 50.8 96.9%
脳神経外科	4,287 17.5 107.7%	4,452 18.2 103.8%	5,301 21.6 119.1%	5,473 22.4 103.2%	5,651 21.1 103.3%
心臓血管外科	1,647 30.5 124.2%	1,541 16.4 93.6%	1,864 19.6 121.0%	1,792 18.7 96.1%	1,655 11.9 92.4%
呼吸器外科	142 3.5 97.3%	102 2.4 71.8%	51 1.2 50.0%	45 1.1 88.2%	33 0.8 73.3%
皮 膚 科	20,542 69.4 100.9%	19,158 65.2 93.3%	18,843 63.9 98.4%	20,548 69.7 109.0%	21,358 72.4 103.9%
泌 尿 器 科	13,772 46.5 100.1%	14,334 48.8 104.1%	14,345 48.6 100.1%	15,277 51.8 106.5%	15,946 54.1 104.4%
眼 科	13,313 45.0 90.1%	11,856 40.5 89.1%	11,626 39.4 98.1%	12,443 42.2 107.0%	13,198 44.7 106.1%
整 形 外 科	30,361 102.6 102.3%	30,547 103.9 100.6%	36,380 123.3 119.1%	39,811 135.0 109.4%	40,757 138.2 102.4%
神 経 科	10,824 36.6 98.2%	10,828 36.8 100.0%	10,726 36.4 99.1%	9,613 32.6 89.6%	9,551 32.4 99.4%
リハビリテーション科	809 2.7 74.6%	636 2.2 78.6%	461 1.6 72.5%	376 1.3 81.6%	471 1.6 125.3%
合 計	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%	341,866 1,158.9 104.5%
診療日数	296 日	294 日	295 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

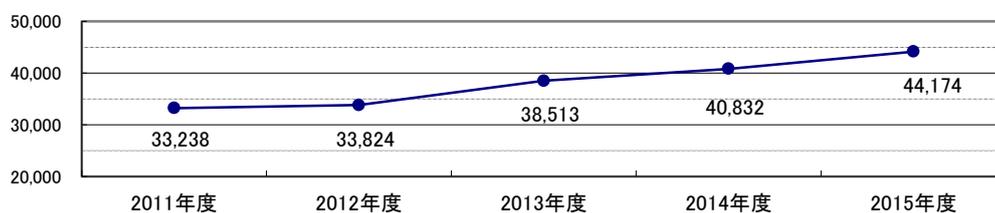
単位：人

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
内 科	13,448 45.4 102.7%	14,484 49.3 107.7%	14,767 50.1 102.0%	15,732 53.3 106.5%	17,511 59.4 111.3%
小 児 科	5,482 18.5 106.6%	4,630 15.7 84.5%	6,785 23.0 146.5%	7,742 26.2 114.1%	8,270 28.0 106.8%
産 婦 人 科	1,109 3.7 95.4%	1,257 4.3 113.3%	1,532 5.2 121.9%	1,919 6.5 125.3%	2,027 6.9 105.6%
耳鼻咽喉科	1,673 5.7 106.6%	1,865 6.3 111.5%	2,145 7.3 115.0%	2,157 7.3 100.6%	2,161 7.3 100.2%
外 科	1,392 4.7 102.3%	1,371 4.7 98.5%	1,501 5.1 109.5%	1,482 5.0 98.7%	1,651 5.6 111.4%
脳神経外科	881 3.6 119.5%	982 4.0 111.5%	1,318 5.4 134.2%	1,445 5.9 109.6%	1,514 5.6 104.8%
心臓血管外科	20 0.4 133.3%	21 0.2 105.0%	35 0.4 166.7%	37 0.4 105.7%	29 0.2 78.4%
呼吸器外科	2 0.0 —	4 0.1 200.0%	3 0.1 75.0%	3 0.1 100.0%	1 0.0 33.3%
皮 膚 科	2,903 9.8 109.0%	2,744 9.3 94.5%	2,651 9.0 96.6%	2,613 8.9 98.6%	2,888 9.8 110.5%
泌 尿 器 科	991 3.3 105.0%	1,091 3.7 110.1%	1,181 4.0 108.2%	1,354 4.6 114.6%	1,316 4.5 97.2%
眼 科	905 3.1 87.5%	886 3.0 97.9%	1,141 3.9 128.8%	1,091 3.7 95.6%	1,317 4.5 120.7%
整 形 外 科	4,278 14.5 101.1%	4,351 14.8 101.7%	5,306 18.0 121.9%	5,134 17.4 96.8%	5,362 18.2 104.4%
神 経 科	141 0.5 91.6%	123 0.4 87.2%	139 0.5 113.0%	113 0.4 81.3%	120 0.4 106.2%
リハビリテーション科	13 0.0 92.9%	15 0.1 115.4%	9 0.0 60.0%	10 0.0 111.1%	7 0.0 70.0%
合 計	33,238 112.3 103.5%	33,824 115.0 101.8%	38,513 130.6 113.9%	40,832 138.4 106.0%	44,174 149.7 108.2%
診療日数	296 日	294 日	295 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

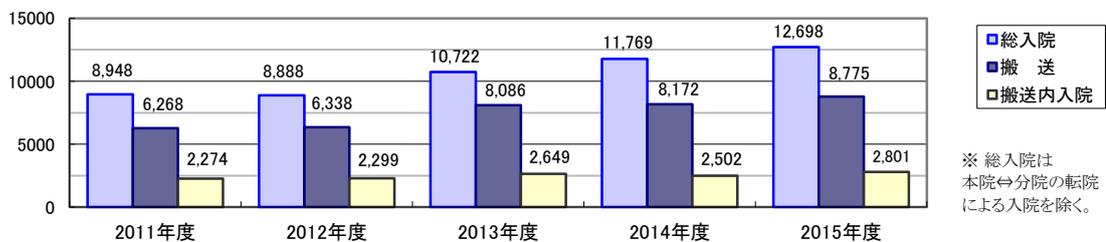
	2011年度		2012年度		2013年度		2014年度		2015年度	
	外来	内入院								
内科	8,551	2,833 33.1%	9,916	3,012 30.4%	10,330	3,237 31.3%	10,903	3,100 28.4%	11,590	3,486 30.1%
小児科	4,906	348 7.1%	2,969	40 1.3%	5,564	501 9.0%	5,962	566 9.5%	6,360	565 8.9%
産婦人科	339	224 66.1%	320	205 64.1%	383	232 60.6%	606	312 51.5%	671	335 49.9%
耳鼻咽喉科	77	6 7.8%	82	8 9.8%	105	7 6.7%	176	21 11.9%	192	54 28.1%
外科	1,410	290 20.6%	1,388	343 24.7%	1,639	374 22.8%	1,420	334 23.5%	1,553	405 26.1%
脳神経外科	939	113 12.0%	1,080	94 8.7%	1,471	131 8.9%	1,592	142 8.9%	1,668	159 9.5%
心血管外科	10	3 30.0%	11	9 81.8%	7	5 71.4%	14	10 71.4%	10	5 50.0%
呼吸器外科	0	0 -								
皮膚科	264	6 2.3%	313	14 4.5%	377	8 2.1%	429	6 1.4%	500	17 3.4%
泌尿器科	316	10 3.2%	434	12 2.8%	558	8 1.4%	578	18 3.1%	593	20 3.4%
眼科	6	0 0.0%	4	0 0.0%	7	0 0.0%	11	0 0.0%	9	2 22.2%
整形外科	2,223	270 12.1%	2,446	293 12.0%	3,045	392 12.9%	3,047	385 12.6%	2,911	397 13.6%
神経科	0	0 -	1	0 0.0%	1	0 0.0%	0	0 -	10	0 0.0%
合計	19,041	4,103	18,964	4,030	23,487	4,895	24,738	4,894	26,067	5,445
月平均 入院率	1,587	342 21.5%	1,580	336 21.3%	1,957	408 20.8%	2,062	408 19.8%	2,172	454 20.9%

\* 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)

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
搬送件数	6,268	6,338	8,086	8,172	8,775
内入院件数	2,274	2,299	2,649	2,502	2,801
入院率	36.3%	36.3%	32.8%	30.6%	31.9%
総入院内入院率	25.4%	25.9%	24.7%	21.3%	22.1%



## t-PA実施件数の推移

(※血栓溶解療法)

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
実施件数	3	1	9	3	5

## 河北救急車出動回数

	2013年度	2014年度	2015年度
出動回数	287	480	530

※ 2013年4月より運用開始

## 2015年度 患者延数(再掲)

## 入院患者数

(診療日数 366 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	51,002	6,116	5,415	3,517	10,840	3,424	1,632	0	1,280	2,137	669	17,016	0	103,048
分院	26,900								89					26,989
計	77,902	6,116	5,415	3,517	10,840	3,424	1,632	0	1,369	2,137	669	17,016	0	130,037
1日平均	212.8	16.7	14.8	9.6	29.6	9.4	4.5	0.0	3.7	5.8	1.8	46.5	0.0	355.3

## 新入院患者数

(診療日数 366 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	4,870	1,389	954	641	1,213	256	52	0	112	380	807	908	0	11,582
分院	1,104								12					1,116
計	5,974	1,389	954	641	1,213	256	52	0	124	380	807	908	0	12,698
1日平均	16.3	3.8	2.6	1.8	3.3	0.7	0.1	0.0	0.3	1.0	2.2	2.5	0.0	34.7

※ 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	23,384	5,606	22,245	11,594	14,975	5,651	1,655	33	463	15,946	87	22,263	146	471	124,519
分院	66,131	23,260											9,405		98,796
クリニック	66,051								20,895		13,111	18,494			118,551
計	155,566	28,866	22,245	11,594	14,975	5,651	1,655	33	21,358	15,946	13,198	40,757	9,551	471	341,866
1日平均	527.3	97.9	75.4	39.3	50.8	21.1	11.9	0.8	72.4	54.1	44.7	138.2	32.4	1.6	1,158.9

## 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	8,927	3,543	2,027	2,161	1,651	1,514	29	1	329	1,316	11	2,846	0	7	24,362
分院	3,348	4,727											120		8,195
クリニック	5,236								2,559		1,306	2,516			11,617
計	17,511	8,270	2,027	2,161	1,651	1,514	29	1	2,888	1,316	1,317	5,362	120	7	44,174
1日平均	59.4	28.0	6.9	7.3	5.6	5.6	0.2	0.0	9.8	4.5	4.5	18.2	0.4	0.0	149.7

## 紹介率の推移 (本院)

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
紹介率	68.9%	67.6%	70.7%	72.2%	74.5%
紹介患者数	6,868	6,918	7,619	9,546	9,771
緊急入院数	1,855	1,797	2,448		
初診患者数	12,662	12,883	14,240	13,223	13,110

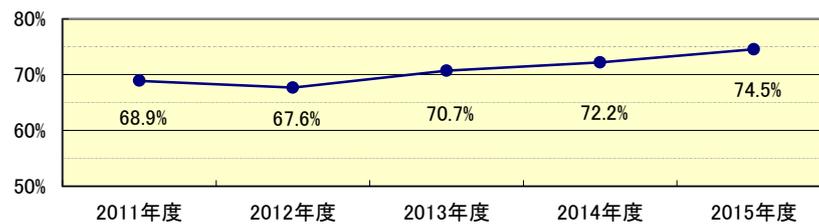
■ 新紹介率 = 紹介患者数 / 初診患者数

※ 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

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
逆紹介患者数	6,128	6,784	8,137	9,317	10,188
前年比	99.0%	110.7%	119.9%	114.5%	109.3%

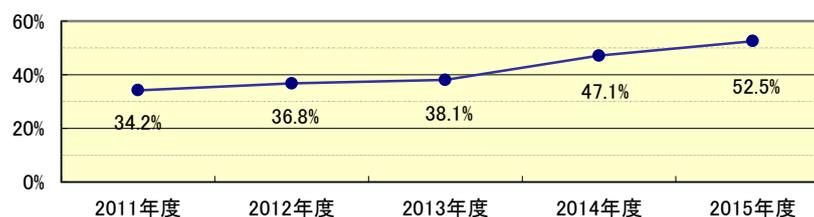


## 逆紹介率の推移 (本院)

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
逆紹介率	34.2%	36.8%	38.1%	47.1%	52.5%
初診患者数	12,662	12,883	14,240	13,223	13,110
逆紹介患者数	4,326	4,738	5,422	6,233	6,889

■ 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)



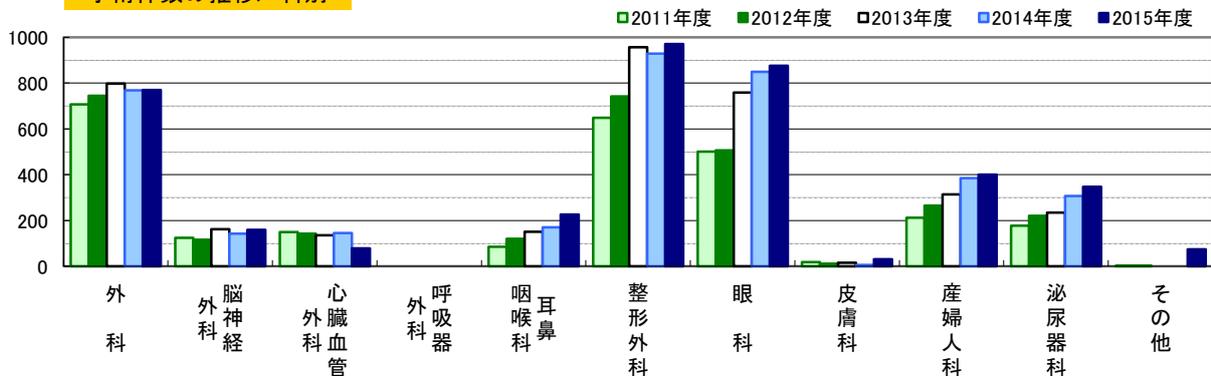
## 手術件数の推移

	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	月平均
2011年度	707	124	150	0	85	649	501	19	212	178	1	2,626	218.8
	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	239.2
	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	293.6
	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	308.7
	96%	88%	108%	-	113%	97%	112%	38%	123%	131%	-	105%	
2015年度	770	160	79	0	226	970	875	31	401	348	75	3,935	327.9
	100%	113%	54%	-	132%	104%	103%	517%	104%	113%	-	106%	

\* 上段: 延件数 下段: 前年比(%)



### 手術件数の推移/科別



## 手術件数 (2015年度詳細)

単位: 件

	外科	脳神経外科	心血管外科	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	590	98	51		212	358	9	5	8	273	180	3	1,787
	(195)	(37)	(1)		(4)	(36)			(1)	(17)	(6)		(297)
硬麻・腰麻	82		2			428			72	17	96		697
	(8)					(2)			(29)	(1)			(40)
局麻(その他)	98	62	26		14	184	866	26		31	72	72	1,451
	(10)	(51)	(7)		(1)	(17)	(3)	(4)			(8)	(1)	(102)
合計	770	160	79	0	226	970	875	31	80	321	348	75	3,935
	(213)	(88)	(8)	(0)	(5)	(55)	(3)	(4)	(30)	(18)	(14)	(1)	(439)

\* 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

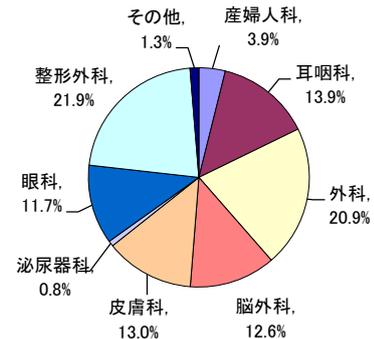
	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
合 計	1,754	1,804	2,374	2,270	2,486
月平均	146.2	150.3	197.8	189.2	207.2
前年比	104.8%	102.9%	131.6%	95.6%	109.5%



### (2015年度詳細)

単位：件

産婦人科	96	脳神経外科	314	眼 科	291
耳鼻咽喉科	345	皮 膚 科	324	整形外科	545
外 科	519	泌尿器科	20	そ の 他	32
合 計					2,486

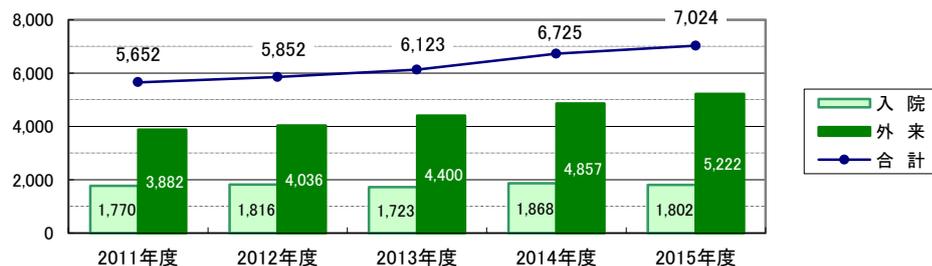


## 内視鏡検査件数の推移

単位：件

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
入 院	1,770 (289)	1,816 (336)	1,723 (307)	1,868 (341)	1,802 (434)
外 来	3,882 (554)	4,036 (598)	4,400 (599)	4,857 (718)	5,222 (888)
合 計	5,652 (843)	5,852 (934)	6,123 (906)	6,725 (1,059)	7,024 (1,322)
月平均	471.0 (70.3)	487.7 (77.8)	510.3 (75.5)	560.4 (88.3)	585.3 (110.2)
前年比	106.5%	103.5%	104.6%	109.8%	104.4%

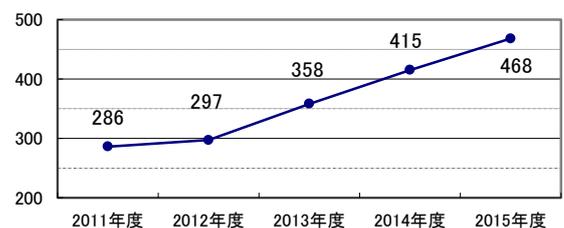
※ ( ) = 内 ポリペクトミー&手術件数



## 分娩件数の推移

単位：件

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
合 計	286	297	358	415	468
月平均	23.8	24.8	29.8	34.6	39.0
前年比	101.4%	103.8%	120.5%	115.9%	112.8%



## 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

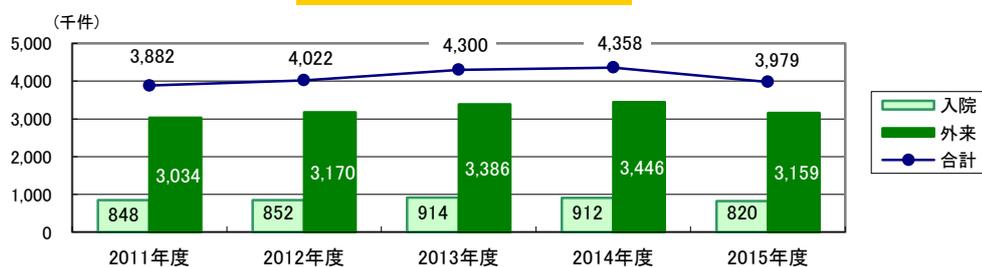
		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
*1 一 般	入 院	52,256	47,824	47,864	45,602	10,391
	外 来	523,758	537,347	563,956	588,353	145,593
	計	<b>576,014</b>	<b>585,171</b>	<b>611,820</b>	<b>633,955</b>	<b>155,984</b>
	月平均	48,001	48,764	50,985	52,830	12,999
	前年比	103.9%	101.6%	104.6%	103.6%	( 24.6% )
血 液	入 院	250,922	254,289	270,760	265,141	230,425
	外 来	572,484	606,631	649,991	676,626	661,202
	計	<b>823,406</b>	<b>860,920</b>	<b>920,751</b>	<b>941,767</b>	<b>891,627</b>
	月平均	68,617	71,743	76,729	78,481	74,302
	前年比	103.4%	104.6%	106.9%	102.3%	94.7%
免 疫	入 院	47,722	48,651	51,185	52,135	77,063
	外 来	209,681	223,810	242,353	239,520	310,104
	計	<b>257,403</b>	<b>272,461</b>	<b>293,538</b>	<b>291,655</b>	<b>387,167</b>
	月平均	21,450	22,705	24,462	24,305	32,264
	前年比	103.6%	105.8%	107.7%	99.4%	132.7%
細 菌	入 院	18,524	15,174	16,544	18,409	19,690
	外 来	22,695	22,249	25,914	27,456	30,406
	計	<b>41,219</b>	<b>37,423</b>	<b>42,458</b>	<b>45,865</b>	<b>50,096</b>
	月平均	3,435	3,119	3,538	3,822	4,175
	前年比	91.9%	90.8%	113.5%	108.0%	109.2%
生化学	入 院	473,961	482,634	524,004	527,011	478,329
	外 来	1,685,014	1,757,561	1,878,420	1,888,469	1,984,626
	計	<b>2,158,975</b>	<b>2,240,195</b>	<b>2,402,424</b>	<b>2,415,480</b>	<b>2,462,955</b>
	月平均	179,915	186,683	200,202	201,290	205,246
	前年比	105.1%	103.8%	107.2%	100.5%	102.0%
生理機能	入 院	4,415	3,458	3,661	3,227	3,817
	外 来	20,578	22,318	25,480	25,997	26,923
	計	<b>24,993</b>	<b>25,776</b>	<b>29,141</b>	<b>29,224</b>	<b>30,740</b>
	月平均	2,083	2,148	2,428	2,435	2,562
	前年比	105.2%	103.1%	113.1%	100.3%	105.2%
合 計	入 院	847,800	852,030	914,018	911,525	819,715
	外 来	3,034,210	3,169,916	3,386,114	3,446,421	3,158,854
	計	<b>3,882,010</b>	<b>4,021,946</b>	<b>4,300,132</b>	<b>4,357,946</b>	<b>3,978,569</b>
	月平均	323,501	335,162	358,344	363,162	331,547
	前年比	104.3%	103.6%	106.9%	101.3%	( 91.3% )

\*1 一般：2015年度より 包括集計に変更

※ システム上の都合により時間外を含む。

外 注	計	<b>82,870</b>	<b>90,140</b>	<b>93,605</b>	<b>95,535</b>	<b>100,203</b>
	月平均	6,906	7,512	7,800	7,961	8,350
	前年比	97.8%	108.8%	103.8%	102.1%	104.9%

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

		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
組織診	入院	1,840	1,958	1,993	2,265	2,229
	外来	2,075	2,230	2,344	2,616	3,010
	計	<b>3,915</b>	<b>4,188</b>	<b>4,337</b>	<b>4,881</b>	<b>5,239</b>
	月平均 前年比	326 103.2%	349 107.0%	361 103.6%	407 112.5%	437 107.3%
細胞診	入院	1,099	1,245	1,170	1,153	991
	外来	17,454	17,231	17,474	17,278	18,180
	計	<b>18,553</b>	<b>18,476</b>	<b>18,644</b>	<b>18,431</b>	<b>19,171</b>
	月平均 前年比	1,546 105.6%	1,540 99.6%	1,554 100.9%	1,536 98.9%	1,598 104.0%
剖検	入院	20	13	13	21	14
	外来	0	2	0	0	0
	計	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>14</b>
	月平均 前年比	2 87.0%	1 75.0%	1 86.7%	2 161.5%	1 66.7%

## 剖検状況の推移

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
院内死亡退院数(人)	318	292	283	278	319
剖検数(件)	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>14</b>
剖検率(%)	6.3%	4.5%	4.6%	7.6%	4.4%

## リハビリテーション科 実施件数の推移

単位：件

		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
心大血管	入院	6,396	7,910	7,084	11,457	12,098
	外来	1,478	2,134	2,959	1,852	1,372
	計	<b>7,874</b>	<b>10,044</b>	<b>10,043</b>	<b>13,309</b>	<b>13,470</b>
脳血管	入院	68,345	77,866	77,614	74,931	74,843
	外来	2,032	1,157	895	706	1,162
	計	<b>70,377</b>	<b>79,023</b>	<b>78,509</b>	<b>75,637</b>	<b>76,005</b>
運動器	入院	24,375	22,747	28,072	32,389	27,887
	外来	11,333	11,468	14,072	20,637	22,176
	計	<b>35,708</b>	<b>34,215</b>	<b>42,144</b>	<b>53,026</b>	<b>50,063</b>
呼吸器	入院	2,836	1,822	1,851	17,649	22,135
	外来	0	24	25	18	44
	計	<b>2,836</b>	<b>1,846</b>	<b>1,876</b>	<b>17,667</b>	<b>22,179</b>
合計	入院	101,952	110,345	114,621	136,426	136,963
	外来	14,843	14,783	17,951	23,213	24,754
	計	<b>116,795</b>	<b>125,128</b>	<b>132,572</b>	<b>159,639</b>	<b>161,717</b>
	月平均 前年比	9,733 96.0%	10,427 107.1%	11,048 105.9%	13,303 120.4%	13,476 101.3%

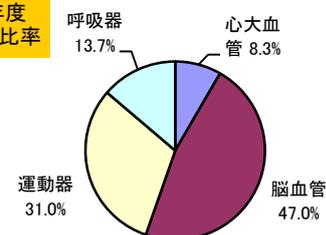
● STとナースの共同作業

摂食機能療法	入院	1,065	693	308	468	331
--------	----	-------	-----	-----	-----	-----

リハビリ件数の推移



2015年度 疾病別比率

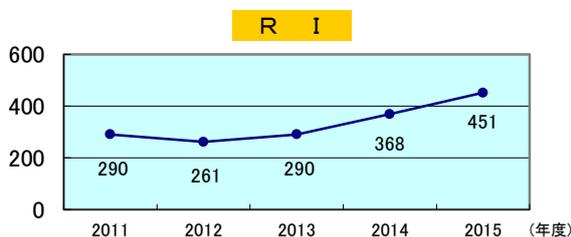
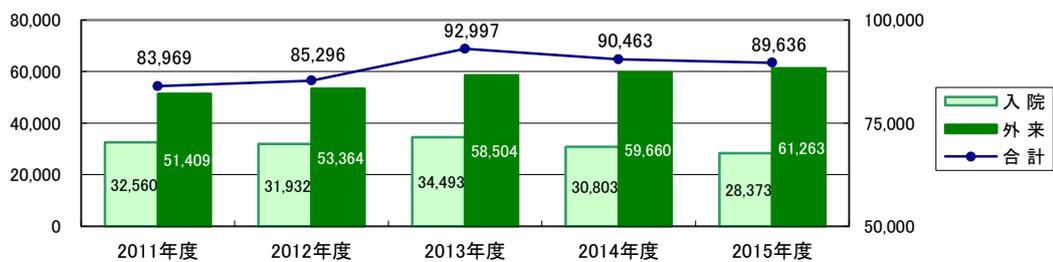


# 画像診断部 検査件数の推移

単位：件

		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
一般撮影	入院	30,482	29,714	31,544	28,260	25,579
	外来	50,853	52,875	57,997	59,171	60,730
	計	<b>81,335</b>	<b>82,589</b>	<b>89,541</b>	<b>87,431</b>	<b>86,309</b>
	月平均 前年比	6,778 100.7%	6,882 101.5%	7,462 108.4%	7,286 97.6%	7,192 98.7%
造影・透視	入院	1,049	1,157	1,518	1,109	1,132
	外来	249	215	225	134	129
	計	<b>1,298</b>	<b>1,372</b>	<b>1,743</b>	<b>1,243</b>	<b>1,261</b>
	月平均 前年比	108 82.4%	114 105.7%	145 127.0%	104 71.3%	105 101.4%
R I	入院	65	45	70	68	82
	外来	225	216	220	300	369
	計	<b>290</b>	<b>261</b>	<b>290</b>	<b>368</b>	<b>451</b>
	月平均 前年比	24 81.5%	22 90.0%	24 111.1%	31 126.9%	38 122.6%
血管造影	入院	964	1,016	1,361	1,366	1,580
	外来	82	58	62	55	35
	計	<b>1,046</b>	<b>1,074</b>	<b>1,423</b>	<b>1,421</b>	<b>1,615</b>
	月平均 前年比	87 68.5%	90 102.7%	119 132.5%	118 99.9%	135 113.7%
合計	入院	32,560	31,932	34,493	30,803	28,373
	外来	51,409	53,364	58,504	59,660	61,263
	計	<b>83,969</b>	<b>85,296</b>	<b>92,997</b>	<b>90,463</b>	<b>89,636</b>
	月平均 前年比	6,997 99.7%	7,108 101.6%	7,750 109.0%	7,539 97.3%	7,470 99.1%

※ 血管造影：2015年7月3日より 第2カテーテル室 運用開始。

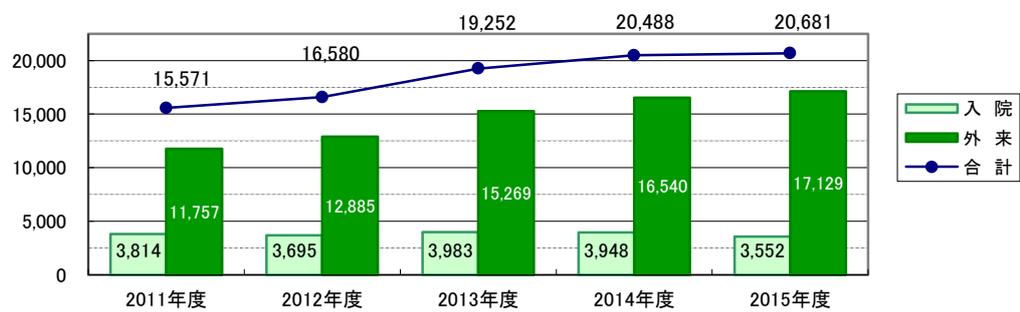


## CT検査件数の推移

単位：件

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
入院	3,814	3,695	3,983	3,948	3,552
外来	11,757	12,885	15,269	16,540	17,129
合計	15,571	16,580	19,252	20,488	20,681
月平均	1,298	1,382	1,604	1,707	1,723
1日平均	52.6	56.4	65.3	69.5	70.1
前年比	96.5%	106.5%	116.1%	106.4%	100.9%
稼働日数	296日	294日	295日	295日	295日

※ 2013年4月15日より、64列CT装置を稼働。

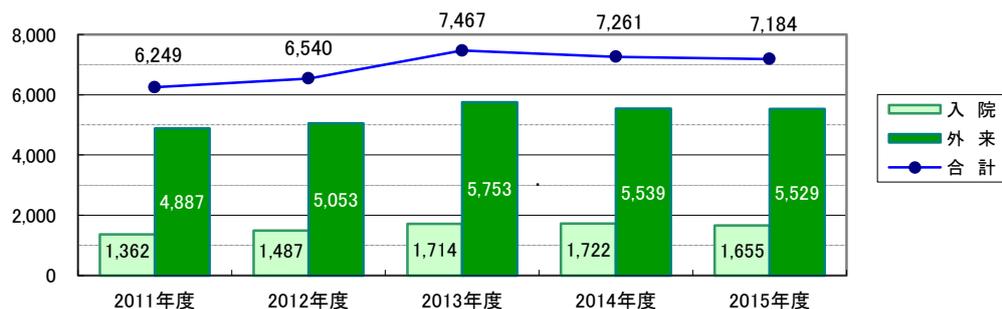


## MRI検査件数の推移

単位：件

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
入院	1,362	1,487	1,714	1,722	1,655
外来	4,887	5,053	5,753	5,539	5,529
合計	6,249	6,540	7,467	7,261	7,184
月平均	521	545	622	605	599
1日平均	21.1	22.2	25.3	24.6	24.4
前年比	93.0%	104.7%	114.2%	97.2%	98.9%
稼働日数	296日	294日	295日	295日	295日

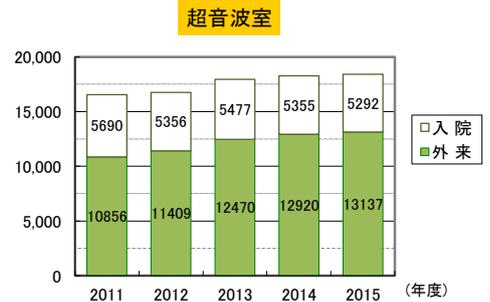
※ 1.5T MRI装置：2015年12月30日～2016年1月13日はアップグレードに伴い検査停止。



## 超音波検査件数の推移

単位：件

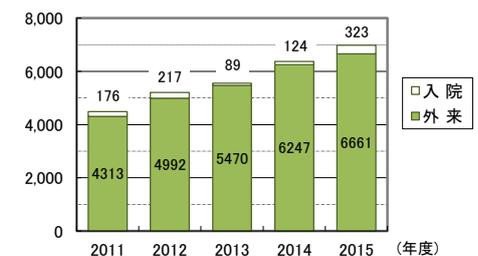
		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
超音波室	入院	5,690	5,356	5,477	5,355	5,292
	外来	10,856	11,409	12,470	12,920	13,137
	計	<b>16,546</b>	<b>16,765</b>	<b>17,947</b>	<b>18,275</b>	<b>18,429</b>
	月平均	1,379	1,397	1,496	1,523	1,536
	1日平均	55.9	57.0	60.8	61.9	62.5
	前年比	105.1%	101.3%	107.1%	101.8%	100.8%



泌尿器科	入院	14	13	14	10	22
	外来	1,138	1,319	1,274	1,278	1,349
	計	<b>1,152</b>	<b>1,332</b>	<b>1,288</b>	<b>1,288</b>	<b>1,371</b>
産婦人科	入院	162	204	75	114	301
	外来	3,175	3,673	4,196	4,969	5,312
	計	<b>3,337</b>	<b>3,877</b>	<b>4,271</b>	<b>5,083</b>	<b>5,613</b>
外来計	入院	176	217	89	124	323
	外来	4,313	4,992	5,470	6,247	6,661
	計	<b>4,489</b>	<b>5,209</b>	<b>5,559</b>	<b>6,371</b>	<b>6,984</b>
	月平均	374	434	463	531	582
	1日平均	15.2	17.7	18.8	21.6	23.7
前年比	100.7%	116.0%	106.7%	114.6%	109.6%	



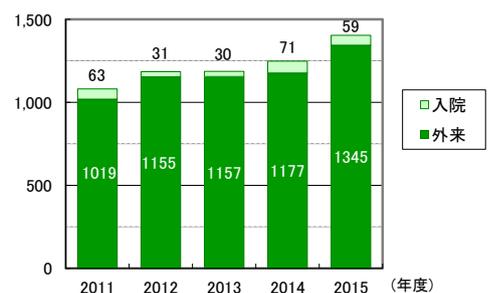
総合計	入院	5,866	5,573	5,566	5,479	5,615
	外来	15,169	16,401	17,940	19,167	19,798
	計	<b>21,035</b>	<b>21,974</b>	<b>23,506</b>	<b>24,646</b>	<b>25,413</b>
	月平均	1,753	1,831	1,959	2,054	2,118
	1日平均	71.1	74.7	79.7	83.5	86.1
	前年比	104.1%	104.5%	107.0%	104.8%	103.1%
稼働日数	296日	294日	295日	295日	295日	



## 骨密度検査件数の推移

単位：件

		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
入院	63	31	30	71	59	
外来	1,019	1,155	1,157	1,177	1,345	
計	<b>1,082</b>	<b>1,186</b>	<b>1,187</b>	<b>1,248</b>	<b>1,404</b>	
月平均	90.2	98.8	98.9	104.0	117.0	
1日平均	3.7	4.0	4.0	4.2	4.8	
前年比	98.7%	109.6%	100.1%	105.1%	112.5%	
稼働日数	296日	294日	295日	295日	295日	



## 薬剤部 統計

### 内服薬処方箋

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
枚数	60,955	60,983	69,621	73,043	74,256
	5,080	5,082	5,802	6,087	6,188
	101.2%	100.0%	114.2%	104.9%	101.7%
調剤件数	127,243	129,732	154,917	160,895	158,559
	10,604	10,811	12,910	13,408	13,213
	100.9%	102.0%	119.4%	103.9%	98.5%
投薬日数	795,711	777,194	917,146	947,318	937,927
	66,309	64,766	76,429	78,943	78,161
	103.9%	97.7%	118.0%	103.3%	99.0%

\* 中段:月平均 下段:前年比(%)

### 注射処方箋

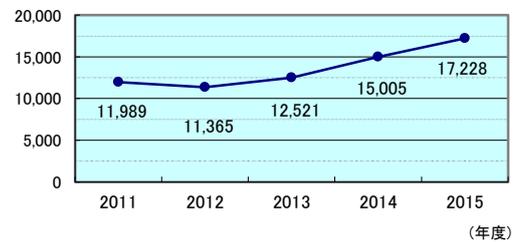
	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
枚数	41,396	42,750	45,531	41,257	43,870
	3,450	3,563	3,794	3,438	3,656
	108.2%	103.3%	106.5%	90.6%	106.3%
件数	138,399	139,883	150,964	128,092	124,006
	11,533	11,657	12,580	10,674	10,334
	109.2%	101.1%	107.9%	84.8%	96.8%
剤数	306,421	307,297	352,427	306,895	285,517
	25,535	25,608	29,369	25,575	23,793
	111.1%	100.3%	114.7%	87.1%	93.0%

\* 中段:月平均 下段:前年比(%)

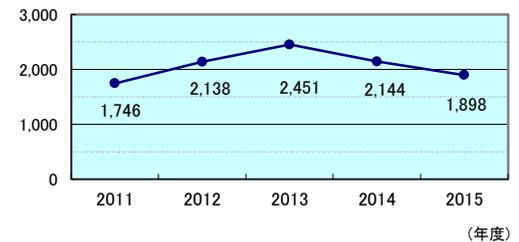
	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
薬剤管理指導件数	11,989	11,365	12,521	15,005	17,228
	109.0%	94.8%	110.2%	119.8%	114.8%
麻薬管理指導 加算件数	232	234	267	224	219
	84.1%	100.9%	114.1%	83.9%	97.8%
退院時薬剤情報 管理指導件数	2,160	2,258	2,753	5,645	6,676
	118.6%	104.5%	121.9%	205.0%	118.3%
医薬品安全性情報 管理加算件数	7,059	-	-	-	-
	105.3%				
化学療法加算枚数	1,746	2,138	2,451	2,144	1,898
	111.8%	122.5%	114.6%	87.5%	88.5%
その他無菌製剤枚数 (加算)	346	358	314	245	202
	88.9%	103.5%	87.7%	78.0%	82.4%
〃 (非加算)	530	433	628	926	615
	101.7%	81.7%	145.0%	147.5%	66.4%

\* 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

			2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
個人指導	入院	加算	1,774	1,742	1,714	1,362	1,730
		非加算	8,611	9,379	8,480	7,121	5,151
	外来	加算	1,515	1,543	1,541	1,292	1,256
		非加算	1,301	1,794	1,638	1,748	1,799
集団指導	入院	加算	3	0	0	0	0
		非加算	0	0	0	0	0
	外来	加算	48	0	0	0	0
		非加算	155	142	16	14	14
NST			277	391	317	354	371
合計			13,684	14,991	13,706	11,891	10,321
月平均			1,140	1,249	1,142	991	860

### 食数

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
総食数	300,476	291,015	300,191	306,581	342,238
	25,040	24,251	25,016	25,548	28,520
特別食	109,274	103,424	102,711	102,818	114,210
	9,106	8,619	8,559	8,568	9,518
自費食	5,297	5,052	5,734	6,926	7,692
	441	421	478	577	641

\* 下段:月平均

疾病別・診療科別患者数(大分類)

CD	国際分類大項目分類		外科	眼科	産婦人	耳鼻科	小児科	心外科	整形外科	内科	脳外科	泌尿器	皮膚科	合計
I	感染症及び寄生虫症	計	22		4	20	130	1	1	225	1	1	46	451
		男	9			10	70	1		124	1	1	17	233
		女	13		4	10	60		1	101			29	218
II	新生物	計	417		222	27	2	1	9	702	9	186	9	1,584
		男	250			19	1	1	5	393	4	160	6	839
		女	167		222	8	1		4	309	5	26	3	745
III	血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	計	7		6	8				65		1		87
		男	2				3			27		1		33
		女	5		6		5			38				54
I V	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	13				14	2	2	295	2			328
		男	8				7		1	150	2			168
		女	5				7	2	1	145				160
V	精神及び行動の障害	計	1				7			23	1			32
		男					3			12	1			16
		女	1				4			11				16
V I	神経系の疾患	計	4		1	56	27		10	224	70			392
		男				30	10		2	128	29			199
		女	4		1	26	17		8	96	41			193
V II	眼及び付属器の疾患	計		805			2			2				809
		男		260			1							261
		女		545			1				2			548
V III	耳及び乳様突起の疾患	計				201			2	40				243
		男				73				16				89
		女				128			2	24				154
I X	循環器系の疾患	計	37				4	63	2	1,636	47			1,789
		男	23				3	36	1	1,002	22			1,087
		女	14				1	27	1	634	25			702
X	呼吸器系の疾患	計	16			256	620		2	1,152				2,046
		男	15			174	330			690				1,209
		女	1			82	290		2	462				837
X I	消化器系の疾患	計	689		1	6	16			799				1,511
		男	430			5	14			434				883
		女	259		1	1	2			365				628
X II	皮膚及び皮下組織の疾患	計	7			12	25		10	64	1		62	181
		男	4			8	18		7	34			35	106
		女	3			4	7		3	30	1		27	75
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	3			1	48		178	170	1	1	4	406
		男	2				24		50	60		1	4	141
		女	1			1	24		128	110	1			265
X I V	腎尿路生殖器系の疾患	計	6		95		73			452		199		825
		男	4				33			216		171		424
		女	2		95		40			236		28		401
X V	妊娠、分娩及び産じょく<<褥>>	計			614									614
		男												
		女			614									614
X V I	周産期に発生した病態	計					105							105
		男					53							53
		女					52							52
X V II	先天奇形、変形及び染色体異常	計	2		4	7	4	1		2		2		22
		男	1			3	2			2		1		9
		女	1		4	4	2	1				1		13
X V III	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	計	13		4	16	77		1	215	1		2	329
		男	6			10	43			111	1		2	173
		女	7		4	6	34		1	104				156
X I X	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	16		1	9	189	2	694	101	123	2	2	1,139
		男	12			7	121	1	252	36	60	2	1	492
		女	4		1	2	68	1	442	65	63		1	647
X X I	健康状態に影響を及ぼす要因および保険サービスの利用	計												
		男												
		女												
総計		計	1,253	805	952	611	1,351	70	911	6,167	256	392	125	12,893
		男	766	260		39	736	39	318	3,435	120	337	65	6,415
		女	487	545	952	272	615	31	593	2,732	136	55	60	6,478

# 疾病別・年齢別患者数 (大分類)

センター(本院・分院・クリニック) 統計

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	感染症及び寄生虫症	計	94	12	7	22	22	19	16	12	9	12	17	24
		男	49	7	3	10	14	11	11	7	6	10	8	13
		女	45	5	4	12	8	8	5	5	3	2	9	11
II	新生物	計	3	2	3	11	20	29	41	65	60	42	59	
		男	1	1			1	4	4	7	13	21	34	
		女	2	1	3	11	19	25	37	58	47	21	25	
III	血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	計	4		1			4	4	2	5			4
		男	2					3			1			1
		女	2		1			1	4	2	4			3
I V	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	7	2		5	5	5	10	7	12	9	11	5
		男	2	2		1	1	3	5	4	11	6	6	3
		女	5			4	4	2	5	3	1	3	5	2
V	精神及び行動の障害	計	3	2	1	2	4	2		2	1		3	2
		男	2	1	1	2	1	1			1		2	
		女	1	1			3	1		2			1	2
V I	神経系の疾患	計	17	10	8	7	6	9	11	15	18	22	22	15
		男	9	5	6	3	3	3	3	8	7	15	15	7
		女	8	5	2	4	3	6	8	7	11	7	7	8
V II	眼及び付属器の疾患	計	1					1		1	8	7	13	1
		男						1			5		5	1
		女	1							1	3	7	8	
V III	耳及び乳様突起の疾患	計	3	2	1	3	5	8	12	6	13	19	18	4
		男	1	2	1	2	2	5	5	3	3	5	9	1
		女	2			1	3	3	7	3	10	14	9	3
I X	循環器系の疾患	計	1	4		7	6	10	11	24	47	61	96	
		男	1	3		5	2	6	9	22	36	48	82	
		女		1		2	4	4	2	2	11	13	14	
X	呼吸器系の疾患	計	504	33	17	42	51	63	40	40	28	31	25	108
		男	268	23	13	28	38	39	29	26	18	23	20	57
		女	236	10	4	14	13	24	11	14	10	8	5	51
X I	消化器系の疾患	計	16	5	5	20	38	46	43	56	67	69	81	2
		男	14	2	4	14	23	25	23	35	48	47	55	
		女	2	3	1	6	15	21	20	21	19	22	26	2
X II	皮膚及び皮下組織の疾患	計	16	2	3	5	4	2	6	7	5	2	10	7
		男	13		2	4	3	1	5	7	5	2	5	5
		女	3	2	1	1	1	1	1				5	2
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	43	1	1	2	3	2	9	8	4	19	20	5
		男	21	1		1	1		3	3	1	13	13	3
		女	22		1	1	2	2	6	5	3	6	7	2
X I V	腎尿路生殖器系の疾患	計	55	6	3	17	30	26	28	29	29	43	35	11
		男	30	1	1	1	9	5	10	8	11	26	22	2
		女	25	5	2	16	21	21	18	21	18	17	13	9
X V	妊娠、分娩及び産じょく<褥>	計			3	27	141	244	150	46	3			
		男												
		女			3	27	141	244	150	46	3			
X V I	周産期に発生した病態	計	105											
		男	53											
		女	52											
X V II	先天奇形、変形及び染色体異常	計	5	1	4		2	2	2	2		2		
		男	2	1	2		1	2				1		
		女	3		2		1		2	2		1		
X V III	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	計	62	3		2	3	4	5	2	9	9	12	13
		男	32	2			2	1	3	2	7	6	7	10
		女	30	1		2	1	3	2		2	3	5	3
X I X	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	135	37	14	19	23	22	19	21	26	25	35	75
		男	90	35	9	12	13	17	17	12	17	12	13	46
		女	45	2	5	7	10	5	2	9	9	13	22	29
X X I	健康状態に影響を及ぼす要因および保険サービスの利用	計												
		男												
		女												
総計		計	1,074	122	71	191	363	498	407	345	344	372	457	276
		男	590	86	42	83	114	127	127	144	190	235	296	149
		女	484	36	29	108	249	371	280	201	154	137	161	127

# 疾病別・年齢別患者数 (大分類)

センター(本院・分院・クリニック) 統計

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	感染症及び寄生虫症	計	18	24	16	29	35	39	18	4	2		451	44	
		男	12	13	9	12	14	18	4	2				233	41
		女	6	11	7	17	21	21	14	2	2			218	47
II	新生物	計	112	181	277	208	264	165	38	4			1,584	69	
		男	80	117	178	132	144	83	18	1				839	72
		女	32	64	99	76	120	82	20	3				745	65
III	血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	計	2	9	5	11	14	15	5	2			87	65	
		男		1	2	6	10	6	1					33	69
		女	2	8	3	5	4	9	4	2				54	63
I V	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	16	28	39	53	39	44	26	4	1		328	69	
		男	11	24	13	26	23	16	10	1				168	67
		女	5	4	26	27	16	28	16	3	1			160	70
V	精神及び行動の障害	計	1	2		2	2	2	1				32	43	
		男	1	1		2			1					16	42
		女		1			2	2						16	44
V I	神経系の疾患	計	15	30	40	40	54	39	9	5			392	59	
		男	10	16	20	26	19	18	5	1				199	59
		女	5	14	20	14	35	21	4	4				193	60
V II	眼及び付属器の疾患	計	17	79	160	178	200	108	31	4			809	77	
		男	5	33	58	51	56	26	17	3				261	76
		女	12	46	102	127	144	82	14	1				548	77
V III	耳及び乳様突起の疾患	計	18	25	27	25	31	13	8	2			243	62	
		男	3	14	7	9	7	4	5	1				89	60
		女	15	11	20	16	24	9	3	1				154	63
I X	循環器系の疾患	計	128	168	234	248	289	245	143	56	11		1,789	74	
		男	111	125	159	143	167	90	56	21	1			1,087	71
		女	17	43	75	105	122	155	87	35	10			702	79
X	呼吸器系の疾患	計	34	58	121	150	247	230	161	51	10	2	2,046	50	
		男	24	41	94	88	137	133	77	31	2			1,209	50
		女	10	17	27	62	110	97	84	20	8	2		837	49
X I	消化器系の疾患	計	86	134	180	166	220	191	72	13	1		1,511	67	
		男	66	89	114	84	120	91	27	2				883	65
		女	20	45	66	82	100	100	45	11	1			628	70
X II	皮膚及び皮下組織の疾患	計	8	12	12	24	19	20	13	2	2		181	59	
		男	2	8	7	13	10	8	6					106	53
		女	6	4	5	11	9	12	7	2	2			75	68
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	24	38	40	39	63	52	23	9	1		406	64	
		男	8	12	14	11	17	12	6	1				141	57
		女	16	26	26	28	46	40	17	8	1			265	68
X I V	腎尿路生殖器系の疾患	計	40	69	93	69	65	100	51	24	2		825	61	
		男	31	55	67	44	32	46	18	5				424	63
		女	9	14	26	25	33	54	33	19	2			401	59
X V	妊娠、分娩及び産じょく<褥>	計											614	32	
		男													
		女												614	32
X V I	周産期に発生した病態	計											105	0	
		男												53	0
		女												52	0
X V II	先天奇形、変形及び染色体異常	計	1			1							22	28	
		男												9	21
		女	1			1								13	33
X V III	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	計	7	18	24	30	51	43	28	4			329	57	
		男	5	10	17	17	25	21	5	1				173	54
		女	2	8	7	13	26	22	23	3				156	61
X I X	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	43	61	68	86	161	159	83	22	5		1,139	57	
		男	24	25	25	25	44	37	14	3	2			492	43
		女	19	36	43	61	117	122	69	19	3			647	68
X X I	健康状態に影響を及ぼす要因および保険サービスの利用	計													
		男													
		女													
総計		計	570	936	1,336	1,359	1,754	1,465	710	206	35	2	12,893	61	
		男	393	584	784	689	825	609	270	73	5			6,415	60
		女	177	352	552	670	929	856	440	133	30	2		6,478	62

## 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	感染症及び寄生虫症	計	269	122	40	17	3			451
		男	148	55	18	10	2			233
		女	121	67	22	7	1			218
II	新生物	計	752	413	305	83	23	8		1,584
		男	394	205	174	48	14	4		839
		女	358	208	131	35	9	4		745
III	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	計	40	27	17	3				87
		男	17	5	8	3				33
		女	23	22	9					54
IV	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	112	127	71	15	3			328
		男	63	58	35	10	2			168
		女	49	69	36	5	1			160
V	精神及び行動の障害	計	17	11	2	2				32
		男	9	4	1	2				16
		女	8	7	1					16
VI	神経系の疾患	計	168	152	51	18	2	1		392
		男	86	78	23	9	2	1		199
		女	82	74	28	9				193
VII	眼及び付属器の疾患	計	808	1						809
		男	261							261
		女	547	1						548
VIII	耳及び乳様突起の疾患	計	117	125	1					243
		男	35	54						89
		女	82	71	1					154
IX	循環器系の疾患	計	755	415	450	144	20	5		1,789
		男	522	241	240	74	7	3		1,087
		女	233	174	210	70	13	2		702
X	呼吸器系の疾患	計	1,043	593	300	98	11	1		2,046
		男	598	360	174	67	9	1		1,209
		女	445	233	126	31	2			837
XI	消化器系の疾患	計	849	443	174	39	3	2	1	1,511
		男	524	253	86	17	1	1	1	883
		女	325	190	88	22	2	1		628
XII	皮膚及び皮下組織の疾患	計	64	63	45	7	1	1		181
		男	44	36	23	2	1			106
		女	20	27	22	5		1		75
XIII	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	86	97	173	38	5	7		406
		男	35	39	50	13	2	2		141
		女	51	58	123	25	3	5		265
XIV	腎尿路生殖器系の疾患	計	461	195	128	36	5			825
		男	256	93	54	17	4			424
		女	205	102	74	19	1			401
XV	妊娠、分娩及び産じょく<褥>	計	463	130	11	10				614
		男								
		女	463	130	11	10				614
XVI	周産期に発生した病態	計	75	24	6					105
		男	39	12	2					53
		女	36	12	4					52
XVII	先天奇形、変形及び染色体異常	計	18	2	1	1				22
		男	7	1	1					9
		女	11	1		1				13
XVIII	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	計	231	59	31	7	1			329
		男	127	25	17	4				173
		女	104	34	14	3	1			156
XIX	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	573	129	302	121	11	3		1,139
		男	323	58	76	30	3	2		492
		女	250	71	226	91	8	1		647
XXI	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								
		男								
		女								
総計		計	6,901	3,128	2,108	639	88	28	1	12,893
		男	3,488	1,577	982	306	47	14	1	6,415
		女	3,413	1,551	1,126	333	41	14		6,478

## 疾患別死亡退院患者数 (ICD-10c分類)

	件数
肺炎	33
その他の呼吸器系の疾患	28
心不全	22
気管、気管支及び肺の悪性新生物	20
間質性肺疾患	16
脳梗塞	11
敗血症	10
脳内出血	8
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	7
結腸の悪性新生物	7
くも膜下出血	6
その他の悪性新生物	6
急性心筋梗塞	6
膵の悪性新生物	6
大動脈瘤及び解離	5
頭蓋内損傷	5
白血病	5
非ホジキンリンパ腫	5
腹膜の疾患	5
慢性腎不全	5
その他の胃腸の疾患	4
その他の新生物	4
大腿骨の骨折	4
胆のう及びその他の胆道の悪性新生物	4
その他の肝疾患	3
胃の悪性新生物	3
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	3
肝及び肝内胆管の悪性新生物	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
腸閉塞	3
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	2
その他の心疾患	2
その他の腎尿路系の疾患	2
その他の全身性結合組織障害	2
ネフローゼ症候群	2
腎尿細管間質性疾患	2
脊椎障害(脊椎症を含む)	2
直腸S11和腸移行印及び直腸の悪性新生物	2
動脈の塞栓症及び血栓症	2
動脈硬化(症)	2
慢性閉塞性肺疾患	2
C型ウイルス肝炎	1
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	1
アルコール性肝疾患	1
その他の関節障害	1
その他の細菌性疾患	1
その他の消化器の悪性新生物	1
その他の消化器系の疾患	1
その他の真菌症	1

	件数
その他の腎不全	1
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	1
その他の尿路の悪性新生物	1
その他の貧血	1
てんかん	1
関節リウマチ	1
気胸	1
狭心症	1
原因の明示された腸管感染症	1
呼吸器結核	1
子宮頸(部)の悪性新生物	1
神経、神経根及び神経そのの障害	1
脊髄性筋萎縮症及び関連症候群	1
体液量減少(症)	1
胆石症	1
中皮及び軟部組織の悪性新生物	1
軟部組織障害	1
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	1
不整脈及び伝導障害	1
慢性リウマチ性心疾患	1
慢性非リウマチ性心内膜疾患	1
卵巣の悪性新生物	1
老衰	1
膀胱の悪性新生物	1
	304

# 2015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
阿佐谷北	1,244
成田東	829
阿佐谷南	790
荻窪	580
下井草	500
高円寺南	496
高円寺北	423
天沼	377
本天沼	351
井草	304
高井戸東	234
松ノ木	209
成田西	209
南荻窪	209
西荻北	198
堀ノ内	197
梅里	192
宮前	187
上井草	169
浜田山	157
和泉	151
清水	142
永福	141
上荻	140
西荻南	130
桃井	119
今川	113
和田	105
善福寺	96
下高井戸	88
松庵	85
高井戸西	81
久我山	59
方南	49
大宮	48
上高井戸	35
<b>合計</b>	<b>9,437</b>

単位:人

中野区	新入院
白鷺	449
鷺宮	358
大和町	245
若宮	192
上鷺宮	158
野方	71
中野	67
沼袋	36
新井	36
本町	36
中央	35
東中野	25
弥生町	22
上高田	21
丸山	19
南台	19
江古田	15
松が丘	11
江原町	8
<b>合計</b>	<b>1,823</b>

単位:人

練馬区	新入院
中村	105
中村南	88
貫井	69
下石神井	68
上石神井	67
富士見台	55
石神井台	50
中村北	50
南田中	46
石神井町	32
関町南	31
向山	26
豊玉南	21
関町北	17
西大泉	15
東大泉	14
練馬	14
関町東	13
光が丘	10
高野台	9
南大泉	9
三原台	8
春日町	8
上石神井南町	8
豊玉北	8
大泉町	7
谷原	7
立野町	7
大泉学園	6
土支田	6
高松	5
早宮	5
田柄	3
豊玉中	3
北町	3
旭丘	2
桜台	2
小竹町	2
氷川台	2
平和台	2
豊玉上	2
旭町	1
<b>合計</b>	<b>906</b>

単位:人

その他特別区	新入院
世田谷区	167
新宿区	65
渋谷区	32
足立区	16
板橋区	16
江戸川区	13
豊島区	13
文京区	12
江東区	9
品川区	8
大田区	7
目黒区	7
港区	6
台東区	6
葛飾区	5
北区	5
墨田区	4
千代田区	2
中央区	2
荒川区	1
<b>合計</b>	<b>396</b>

単位:人

東京都市部	新入院
武蔵野市	87
三鷹市	65
西東京市	59
小金井市	41
国分寺市	33
八王子市	24
調布市	23
東村山市	17
立川市	13
小平市	11
府中市	10
国立市	9
日野市	9
東久留米市	8
東大和市	7
昭島市	6
町田市	5
狛江市	4
清瀬市	4
西多摩郡	3
多摩市	2
八丈島	2
あきる野市	1
羽村市	1
青梅市	1
大島町	1
武蔵村山市	1
福生市	1
<b>合計</b>	<b>448</b>

単位:人

その他	新入院
埼玉県	60
千葉県	41
神奈川県	34
茨城県	11
愛知県	8
群馬県	6
長野県	5
栃木県	5
北海道	4
福島県	3
兵庫県	3
岩手県	2
山梨県	2
滋賀県	2
新潟県	2
青森県	2
静岡県	2
長崎県	2
鹿児島県	2
愛媛県	1
岐阜県	1
宮崎県	1
京都府	1
熊本県	1
広島県	1
三重県	1
山口県	1
秋田県	1
石川県	1
大阪府	1
徳島県	1
<b>合計</b>	<b>208</b>

# 2015年度 診療圏集計

## センター(本院・分院・クリニック) 外来患者数

単位:人

杉並区	外来
阿佐谷北	47,056
阿佐谷南	27,093
天沼	10,086
井草	6,393
和泉	2,863
今川	2,091
梅里	5,387
永福	2,047
大宮	838
荻窪	12,857
上井草	3,821
上荻	3,743
上高井戸	736
久我山	1,457
高円寺北	13,323
高円寺南	13,935
清水	3,190
下井草	13,576
下高井戸	1,620
松庵	2,048
善福寺	2,172
高井戸西	1,637
高井戸東	4,426
成田西	5,100
成田東	20,942
西荻北	3,992
西荻南	2,639
浜田山	3,753
方南	965
堀ノ内	4,646
本天沼	10,170
松ノ木	5,106
南荻窪	5,520
宮前	4,615
桃井	3,460
和田	2,838
<b>合計</b>	<b>256,142</b>

単位:人

中野区	外来
新井	575
江古田	220
江原町	195
上鷺宮	3,435
上高田	461
鷺宮	6,922
白鷺	10,851
中央	682
中野	1,102
沼袋	542
野方	1,489
東中野	510
本町	664
松が丘	234
丸山	490
南台	381
大和町	6,673
弥生町	440
若宮	4,459
<b>合計</b>	<b>40,328</b>

単位:人

練馬区	外来
大泉学園	240
春日町	180
上石神井	1,099
上石神井南町	162
北町	99
向山	512
小竹町	15
栄町	28
桜台	137
下石神井	1,614
石神井台	688
石神井町	560
関町北	389
関町東	166
関町南	743
高野台	129
高松	123
田柄	65
立野町	172
土支田	62
豊玉上	25
豊玉北	259
豊玉中	244
豊玉南	321
中村	1,644
中村北	1,066
中村南	2,299
西大泉	87
錦	7
貫井	1,114
練馬	119
早宮	85
東大泉	304
光が丘	253
富士見台	672
南大泉	236
南田中	1,053
三原台	70
谷原	113
平和台	124
<b>合計</b>	<b>17,276</b>

単位:人

その他特別区	外来
千代田区	139
中央区	82
港区	178
新宿区	1,464
文京区	242
台東区	132
墨田区	124
江東区	376
品川区	308
目黒区	235
大田区	216
世田谷区	2,535
渋谷区	710
豊島区	469
北区	225
荒川区	93
板橋区	455
足立区	376
葛飾区	137
江戸川区	573
<b>合計</b>	<b>9,069</b>

単位:人

東京都市部	外来
八王子市	574
立川市	336
武蔵野市	2,856
三鷹市	1,687
青梅市	151
府中市	299
昭島市	138
調布市	399
町田市	170
小金井市	1,092
小平市	702
日野市	299
東村山市	491
国分寺市	629
国立市	368
田無市	8
狛江市	78
東大和市	200
清瀬市	143
東久留米市	365
武蔵村山市	95
多摩市	120
稲城市	28
羽村市	45
あきる野市	35
西東京市	1,734
東京他・不明	341
<b>合計</b>	<b>13,383</b>

単位:人

その他	外来
北海道	42
青森県	33
秋田	11
山形県	2
福島県	93
茨城県	124
栃木県	66
群馬県	100
埼玉県	2,023
千葉県	886
神奈川県	1,238
山梨県	113
長野県	59
富山県	8
石川県	9
岐阜県	50
静岡県	193
愛知県	66
三重県	21
滋賀県	19
京都府	17
大阪府	45
兵庫県	24
奈良県	49
島根県	3
鳥取県	1
岡山県	4
広島県	26
香川県	19
高知県	18
愛媛県	6
長崎県	8
熊本県	2
大分県	5
その他・不明	283
<b>合計</b>	<b>5,668</b>



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

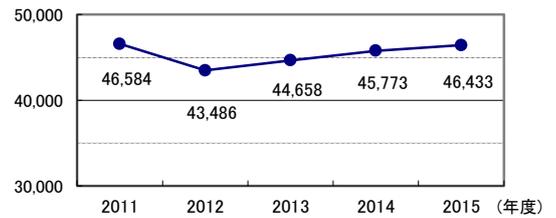
その他

**統 計**

### 入院患者延数の推移

単位:人

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
入院延数	46,584	43,486	44,658	45,773	46,433
月平均	3,882	3,624	3,722	3,814	3,869
1日平均	127.3	119.1	122.4	125.4	126.9
前年比	99.0%	93.3%	102.7%	102.5%	101.4%
診療日数	366日	365日	365日	365日	366日



### 入退院患者数の推移

単位:人

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
新入院	602	545	570	521	593
退院	599	552	564	516	590
前年比	50.2	45.4	47.5	43.4	49.4
前年比	49.9	46.0	47.0	43.0	49.2

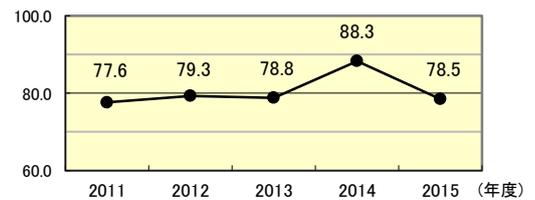
\* 下段:月平均



### 平均在院日数の推移

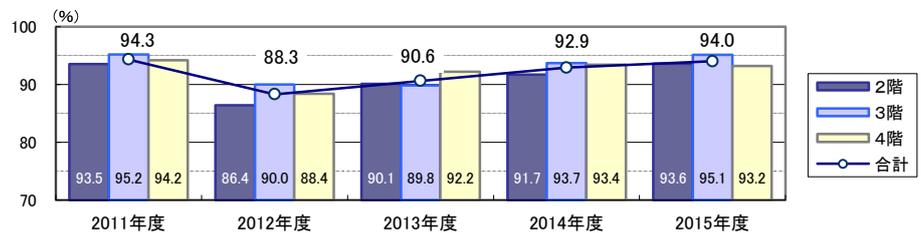
単位:日

2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
77.6	79.3	78.8	88.3	78.5



### 病床利用率の推移

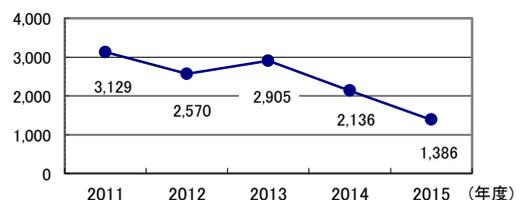
病棟	病床数	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
2階	47	93.5%	86.4%	90.1%	91.7%	93.6%
3階	46	95.2%	90.0%	89.8%	93.7%	95.1%
4階	42	94.2%	88.4%	92.2%	93.4%	93.2%
計	135	94.3%	88.3%	90.6%	92.9%	94.0%



### 外来患者延数の推移

単位:人

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
外来延数	3,129	2,570	2,905	2,136	1,386
月平均	260.8	214.2	242.1	178.0	115.5
1日平均	10.6	8.7	9.9	7.3	4.7
前年比	99.9%	82.1%	113.0%	73.5%	64.9%
診療日数	296日	294日	294日	294日	295日



## セラピー部 実施件数の推移

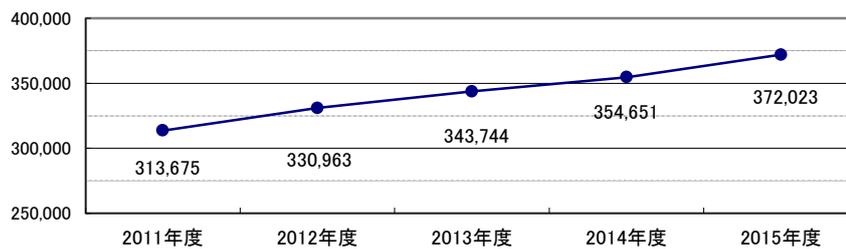
単位：件

		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
脳血管	入院	211,495	254,535	260,391	241,623	243,273
	外来	4,731	3,776	5,104	3,622	2,064
	計	<b>216,226</b>	<b>258,311</b>	<b>265,495</b>	<b>245,245</b>	<b>245,337</b>
運動器	入院	96,627	71,839	77,469	108,886	126,422
	外来	822	813	780	520	264
	計	<b>97,449</b>	<b>72,652</b>	<b>78,249</b>	<b>109,406</b>	<b>126,686</b>
合計	入院	308,122	326,374	337,860	350,509	369,695
	外来	5,553	4,589	5,884	4,142	2,328
	計	<b>313,675</b>	<b>330,963</b>	<b>343,744</b>	<b>354,651</b>	<b>372,023</b>
	月平均 前年比	26,140 106.2%	27,580 105.5%	28,645 103.9%	29,554 103.2%	31,002 104.9%

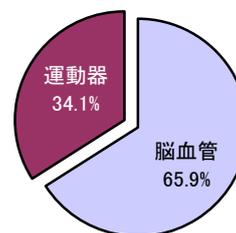
### ● STとナースの共同作業

摂食機能療法	入院	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
		868	1,508	2,034	1,693	1,475

リハビリ件数の推移



2015年度 疾病別比率



### 検査科 検査件数の推移

単位：件

		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
生化学	入院	42,782	46,836	48,014	42,303	35,734
	外来	1,850	2,280	2,211	2,198	1,473
	計	<b>44,632</b>	<b>49,116</b>	<b>50,225</b>	<b>44,501</b>	<b>37,207</b>
免疫	入院	2,025	2,287	2,184	2,101	1,964
	外来	82	95	94	98	64
	計	<b>2,107</b>	<b>2,382</b>	<b>2,278</b>	<b>2,199</b>	<b>2,028</b>
一般	入院	6,984	7,864	7,976	7,840	8,332
	外来	419	469	438	490	370
	計	<b>7,403</b>	<b>8,333</b>	<b>8,414</b>	<b>8,330</b>	<b>8,702</b>
血液	入院	12,408	14,205	13,501	12,455	11,723
	外来	412	548	531	490	344
	計	<b>12,820</b>	<b>14,753</b>	<b>14,032</b>	<b>12,945</b>	<b>12,067</b>
生理機能	入院	215	307	426	303	264
	外来	499	524	540	540	340
	計	<b>714</b>	<b>831</b>	<b>966</b>	<b>843</b>	<b>604</b>
合計	入院	64,414	71,499	72,101	65,002	58,017
	外来	3,262	3,916	3,814	3,816	2,591
	計	<b>67,676</b>	<b>75,415</b>	<b>75,915</b>	<b>68,818</b>	<b>60,608</b>
	月平均 前年比	5,640 103.6%	6,285 111.4%	6,326 100.7%	5,735 90.7%	5,051 88.1%



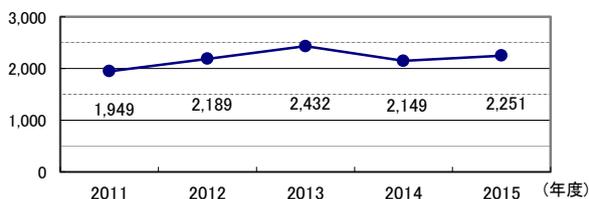
### 画像診断科 検査件数の推移

単位：件

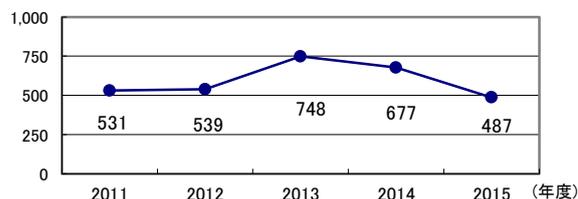
	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
一般撮影	1,882	2,096	2,327	2,068	2,204
	156.8	174.7	193.9	172.3	183.7
造影検査	67	93	105	81	47
	5.6	7.8	8.8	6.8	3.9
CT検査	531	539	748	677	487
	44.3	44.9	62.3	56.4	40.6

\* 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

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
枚 数	<b>15,957</b>	<b>15,752</b>	<b>15,749</b>	<b>15,098</b>	<b>15,895</b>
	1,330	1,313	1,312	1,258	1,325
	107.9%	98.7%	100.0%	95.9%	105.3%
調剤件数	<b>40,893</b>	<b>39,172</b>	<b>38,388</b>	<b>40,886</b>	<b>44,005</b>
	3,408	3,264	3,199	3,407	3,667
	110.0%	95.8%	98.0%	106.5%	107.6%
投薬日数	<b>270,522</b>	<b>270,597</b>	<b>264,657</b>	<b>281,017</b>	<b>302,244</b>
	22,544	22,550	22,055	23,418	25,187
	108.8%	100.0%	97.8%	106.2%	107.6%

\* 中段:月平均 下段:前年比(%)

### 注射処方箋

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
枚 数	<b>1,091</b>	<b>1,072</b>	<b>793</b>	<b>825</b>	<b>1,120</b>
	91	89	66	69	93
	175.4%	98.3%	74.0%	104.0%	135.8%
件 数	<b>1,561</b>	<b>1,588</b>	<b>1,387</b>	<b>1,878</b>	<b>2,709</b>
	130	132	116	157	226
	148.2%	101.7%	87.3%	135.4%	144.2%
剤 数	<b>2,528</b>	<b>2,689</b>	<b>2,431</b>	<b>3,357</b>	<b>4,329</b>
	211	224	203	280	361
	137.7%	106.4%	90.4%	138.1%	129.0%

\* 中段:月平均 下段:前年比(%)

薬剤管理指導件数	10	0	7	24	31
----------	----	---	---	----	----

## 栄養科 統計

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
総 食 数	<b>138,321</b>	<b>128,727</b>	<b>132,383</b>	<b>135,413</b>	<b>136,676</b>
	11,527	10,727	11,032	11,284	11,390
( 特別食 )	<b>21,467</b>	<b>25,150</b>	<b>19,383</b>	<b>25,854</b>	<b>23,806</b>
	1,789	2,096	1,615	2,155	1,984
( 一般食 )	<b>116,854</b>	<b>103,577</b>	<b>113,000</b>	<b>109,559</b>	<b>112,870</b>
	9,738	8,631	9,417	9,130	9,406

\* 下段:月平均

### 栄養指導件数

病棟訪問	1,258	1,355	1,397	1,496	1,573
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

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
入 院	2,132	1,960	2,034	1,963	2,089
外 来	81	30	49	24	4
そ の 他	963	889	918	718	698
合 計	<b>3,176</b>	<b>2,879</b>	<b>3,001</b>	<b>2,705</b>	<b>2,791</b>
月平均	264.7	239.9	250.1	225.4	232.6

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	1								1								51.0
		女	1										1						64.0
		計	2								1								57.5
II	新生物(悪性新生物)	男	4						1		2				1				55.8
		女	3								2		1						56.7
		計	7						1		4		1			1			56.1
III	血液および造血管の疾患 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							67.3
		女	5										2	1		1		1	71.8
		計	8								1	3	1		1	1	1	1	70.1
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	135					1	1	11	17	13	14	12	19	26	12	9	71.0
		女	121						1	4	8	8	6	11	21	24	25	13	76.8
		計	256					1	2	15	25	21	20	23	40	50	37	22	73.7
X	呼吸器系の疾患	男	0																
		女	0																
		計	0																
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	18								2			1	1	6	5	3	81.4
		女	28								1	3	3	2	4	7	6	2	78.0
		計	46								3	3	3	3	5	13	11	5	79.3
X IV	尿路器系の疾患	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	66							2	1	4	2	11	12	10	15	9	79.0
		女	205								2	1	4	6	20	42	67	63	85.8
		計	271							2	3	5	6	17	32	52	82	72	84.2
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	227	0	0	0	0	1	2	13	24	18	16	24	33	43	32	21	73.7
		女	363	0	0	0	0	0	1	4	13	16	14	19	46	73	98	79	81.7
		計	590	0	0	0	0	1	3	17	37	34	30	43	79	116	130	100	78.7

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	1							1			
		女	1								1		
		計	2							1	1		
II	新生物(悪性新生物)	男	4				1	3					
		女	3				1		1	1			
		計	7				2	3	1	1			
III	血液および造血管の疾患 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	5			1	1	1		2			
		計	8			1	2	1		4			
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	135	4	4	6	6	16	27	68	4		
		女	121	1	3	5	4	16	28	59	5		
		計	256	5	7	11	10	32	55	127	9		
X	呼吸器系の疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
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	18		2		1	6	7	2			
		女	28		1		3	10	14				
		計	46		3		4	16	21	2			
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	66	4	1	2	5	15	32	7			
		女	205	5	6	5	12	51	115	10	1		
		計	271	9	7	7	17	66	147	17	1		
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	227	8	7	8	14	40	66	80	4	0	0
		女	363	6	10	11	21	78	158	72	7	0	0
		計	590	14	17	19	35	118	224	152	11	0	0

## 2015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	19
阿佐谷北	20
天沼	7
井草	7
和泉	23
今川	7
梅里	7
永福	18
大宮	6
荻窪	16
上井草	7
上荻	4
上高井戸	2
久我山	9
高円寺南	12
高円寺北	13
清水	6
下井草	7
下高井戸	7
松庵	2
善福寺	6
高井戸東	13
高井戸西	10
成田東	37
成田西	15
西荻南	8
西荻北	4
浜田山	8
方南	6
堀ノ内	15
本天沼	14
松ノ木	4
南荻窪	9
宮前	5
桃井	9
和田	11
<b>合計</b>	<b>373</b>

単位:人

中野区	新入院
新井	0
江古田	0
江原町	0
上鷺宮	5
上高田	2
鷺宮	6
白鷺	9
中央	3
中野	7
沼袋	3
野方	1
東中野	4
本町	12
松ヶ丘	0
丸山	0
南台	6
大和町	8
弥生町	5
若宮	5
<b>合計</b>	<b>76</b>

単位:人

他地区	新入院
世田谷区	38
練馬区	25
新宿区	9
武蔵野市	2
渋谷区	7
豊島区	1
港区	2
品川区	1
調布市	4
西東京市	2
三鷹市	7
目黒区	1
大田区	1
中央区	2
江戸川区	3
江東区	1
狛江市	3
文京区	1
千代田区	1
八王子市	2
府中市	1
東村山市	1
八丈島	3
千葉県	4
神奈川県	6
埼玉県	4
栃木県	3
静岡県	1
山梨県	2
長野県	1
福島県	1
新潟県	1
富山県	1
秋田県	1
福岡県	1
<b>合計</b>	<b>144</b>

## 2015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	54
阿佐谷北	29
天沼	0
井草	0
和泉	121
今川	5
梅里	13
永福	50
大宮	11
荻窪	1
上井草	0
上荻	7
上高井戸	8
久我山	17
高円寺南	100
高円寺北	14
清水	1
下井草	7
下高井戸	0
松庵	23
善福寺	27
高井戸東	66
高井戸西	2
成田東	47
成田西	9
西荻南	4
西荻北	13
浜田山	0
方南	38
堀ノ内	151
本天沼	7
松ノ木	14
南荻窪	18
宮前	0
桃井	11
和田	15
<b>合計</b>	<b>883</b>

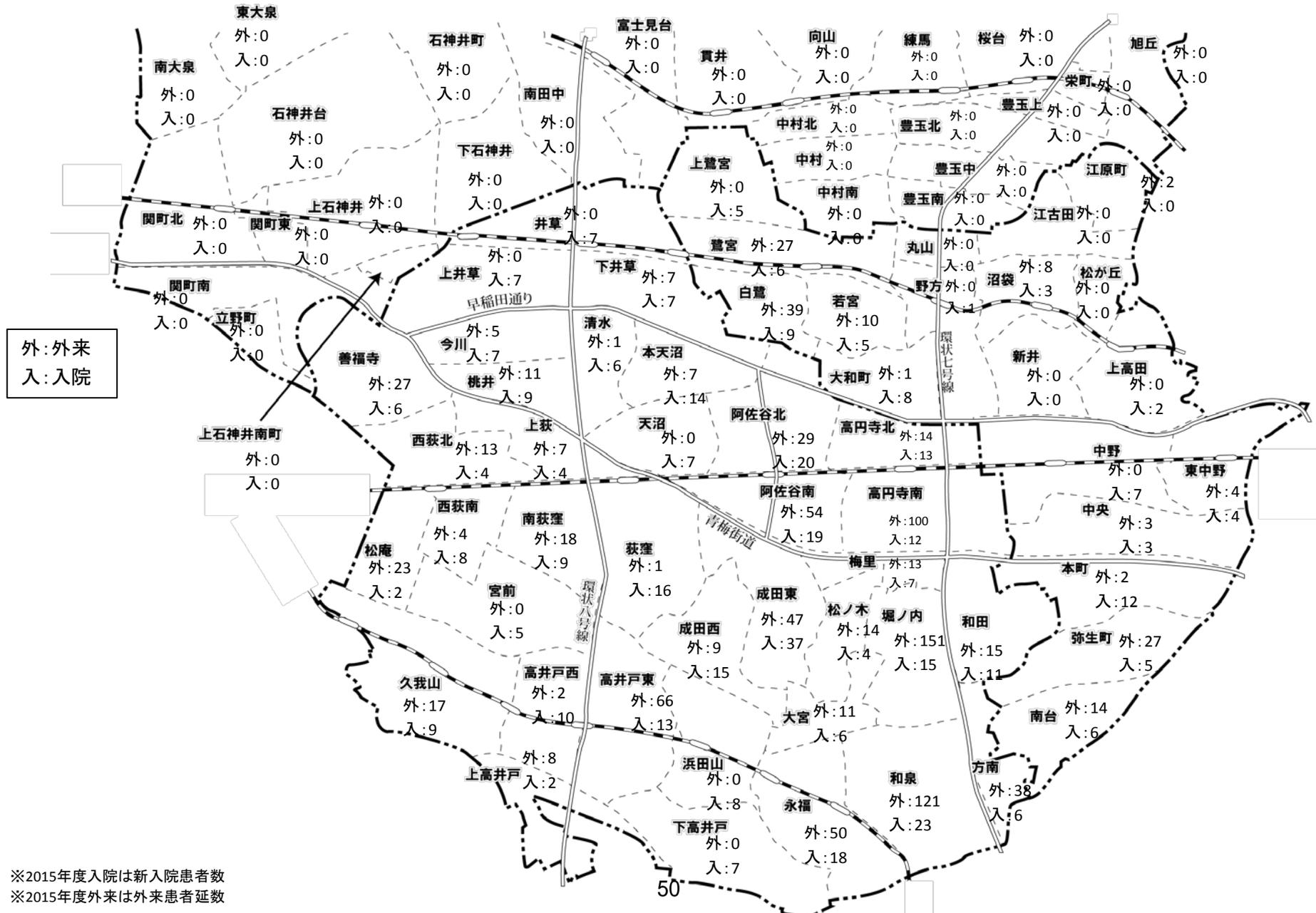
単位:人

中野区	外来
新井	0
江古田	0
江原町	2
上鷺宮	0
上高田	0
鷺宮	27
白鷺	39
中央	3
中野	0
沼袋	8
野方	0
東中野	4
本町	2
松ヶ丘	0
丸山	0
南台	14
大和町	1
弥生町	27
若宮	10
<b>合計</b>	<b>137</b>

単位:人

他地区	外来
世田谷区	39
練馬区	68
新宿区	13
武蔵野市	56
渋谷区	11
港区	3
品川区	1
調布市	12
西東京市	13
三鷹市	76
小金井市	1
狛江市	4
文京区	4
豊島区	1
北区	4
中央区	2
荒川区	1
江東区	11
府中市	1
国立市	9
千葉県	6
神奈川県	5
埼玉県	18
静岡県	6
兵庫県	1
<b>合計</b>	<b>366</b>

# 2015年度 河北リハビリテーション病院 診療圏

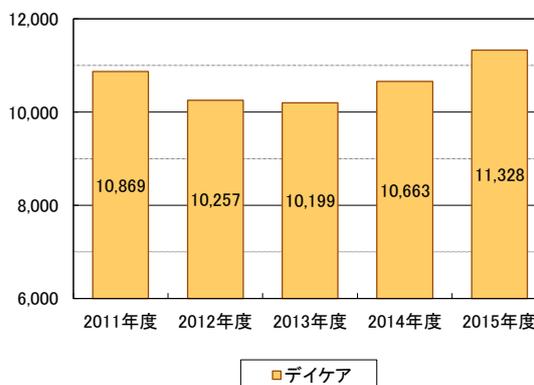
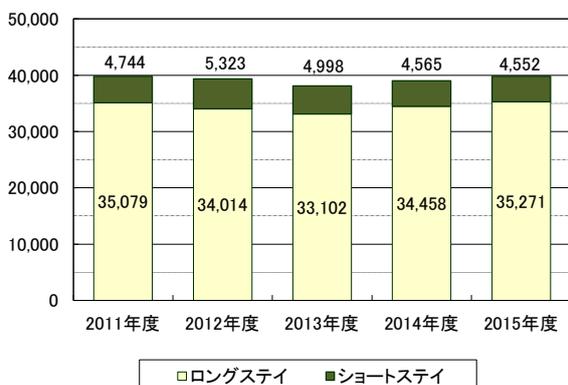


※2015年度入院は新入院患者数  
 ※2015年度外来は外来患者延数

## 介護老人保健施設 シーダ・ウォーク利用者数の推移

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
ロングステイ	35,079	34,014	33,102	34,458	35,271
ショートステイ	4,744	5,323	4,998	4,565	4,552
ステイ 計	<b>39,823</b>	<b>39,337</b>	<b>38,100</b>	<b>39,023</b>	<b>39,823</b>
1日平均	108.8	107.8	104.4	106.9	108.8
前年比	102.8%	98.8%	96.9%	102.4%	102.1%
稼働日数	366日	365日	365日	365日	366日
デイケア	<b>10,869</b>	<b>10,257</b>	<b>10,199</b>	<b>10,663</b>	<b>11,328</b>
1日平均	36.7	34.9	34.7	36.1	38.4
前年比	103.5%	94.4%	99.4%	104.5%	106.2%
稼働日数	296日	294日	294日	295日	295日

### シーダ・ウォーク利用者延数の推移



		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
稼働率	ロングステイ 100床 → 97床	95.8 %	93.2 %	93.5 %	97.3 %	99.3 %
	ショートステイ 12床 → 15床	108.0 %	121.5 %	91.3 %	83.4 %	82.9 %
	ステイ 計 112床	97.1 %	96.2 %	93.2 %	95.5 %	97.1 %
	デイケア 40人	91.8 %	87.2 %	89.6 %	90.4 %	96.0 %

※ 2013年度より稼働数の変更あり。

\* ショートステイ: 空床利用

平均介護度		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
平均介護度	ロングステイ	3.1	3.2	3.2	3.3	3.2
	ショートステイ	3.4	3.3	3.3	3.2	3.1
	デイケア	2.6	2.4	2.5	2.6	2.4

平均日数利用		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
平均日数利用	ロングステイ	236.0 日	209.5 日	167.1 日	184.6 日	220.8 日
	ショートステイ	6.6 日	7.6 日	7.6 日	7.1 日	7.3 日
	ステイ 計	208.8 日	124.5 日	103.0 日	116.2 日	139.9 日

### 透析センター 受診者数の推移

単位：人

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
受診者数	<b>28,063</b>	<b>27,813</b>	<b>26,562</b>	<b>26,128</b>	<b>26,816</b>
月平均	2,339	2,318	2,214	2,177	2,235
1日平均	89.4	89.1	84.9	83.5	85.4
前年比	100.4%	99.1%	95.5%	98.4%	102.6%
診療日数	314日	312日	313日	313日	314日



### 健診センター 受診者数の推移

単位：人

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
一泊ドック	<b>400</b> 1.4 95.9%	<b>341</b> 1.2 85.3%	<b>285</b> 1.0 83.6%	<b>246</b> 0.9 86.3%	<b>189</b> 0.6 76.8%
半日ドック	<b>10,232</b> 34.8 103.1%	<b>10,274</b> 35.2 100.4%	<b>10,296</b> 35.0 100.2%	<b>10,708</b> 40.3 104.0%	<b>10,871</b> 36.9 101.5%
成人・その他	<b>15,021</b> 51.1 108.3%	<b>16,159</b> 55.3 107.6%	<b>16,970</b> 57.7 105.0%	<b>17,420</b> 65.5 102.7%	<b>18,450</b> 62.5 105.9%
再検・精検	<b>1,227</b> 4.2 86.6%	<b>1,107</b> 3.8 90.2%	<b>1,520</b> 5.2 137.3%	<b>1,292</b> 4.9 85.0%	<b>1,268</b> 4.3 98.1%
総受診者数 (高年者健診含む)	<b>26,880</b> 91.4 104.9%	<b>27,881</b> 95.5 103.7%	<b>29,071</b> 98.9 104.3%	<b>29,666</b> 111.5 102.0%	<b>30,778</b> 104.3 103.7%
診療日数	294日	292日	294日	266日	295日

\* 上段:受診者延数 中段:1日平均受診者数 下段:前年比(%)



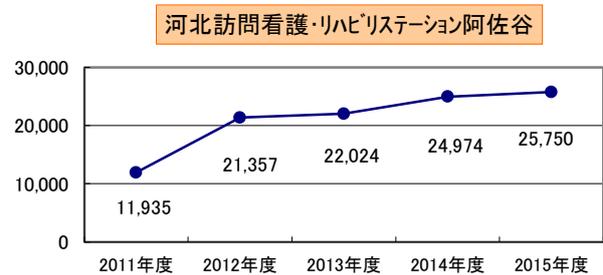
※ 2014年4月5日～5月10日はリニューアル工事のため一部休診

## 河北家庭医療学センター 利用実績

			2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	
家庭医療科 診療部門	訪問診療	利用者数	850	974	1,132	1,400	1,594	
		訪問回数	1,807	2,188	2,319	2,901	3,391	
	外来診療	外来患者延数	28,201	31,474	32,326	38,425	46,521	
看護・リハビリ 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	2,155	2,248	2,389	2,693	2,824
			訪問回数	11,935	21,357	22,024	24,974	25,750

\*1 2014年6月より、サテライト・クリニックからの訪問数を含む。

### 訪問回数の推移



※ 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。

## 医療支援部 利用実績

			2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
*2 地域ケア 事業課	在宅ケアセンター (居宅介護支援事業)	介護保険請求件数	1,678	1,801	1,234	※ 2014年3月末で休止	
		介護認定調査件数	495	348	178		
	ケア24阿佐谷	新予防給付請求件数	2,447	2,652	2,783	2,996	2,950
		介護予防プラン請求件数	32	53	35	51	17
		実態把握件数	591	731	808	831	767
	ケア24松ノ木	新予防給付請求件数	2,307	2,598	2,748	2,723	2,804
		介護予防プラン請求件数	35	32	36	55	14
		実態把握件数	764	825	718	757	838
	*3 患者支援課	医療社会相談室	支援件数	3,850	4,186	3,044	2,721

\*2 2014年4月に「居宅介護支援センター」及び「地域包括支援センター ケア24(阿佐谷・松ノ木)」を統合。  
2015年3月より「医療支援部 地域ケア事業課」とする。

\*3 2012年11月に「医療社会相談室」を「地域医療推進部」へ統合。2015年3月より「医療支援部 患者支援課」とする。

## 歯科受診者数

【医療法人社団 利光会 訪問歯科診療部】

		2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度
総合病院	延人数	101	128	80	49	60
	新患者	56	59	46	36	42
リハビリテーション病院	延人数	1,391	1,287	1,301	1,086	1,159
	新患者	202	178	180	164	160
シーター・ウォーク	延人数	1,456	1,514	1,171	1,185	1,236
	新患者	54	56	66	65	50
河北前田病院	延人数	526	969	1,003	1,079	1,051
	新患者	31	22	29	20	31
合計	延人数	<b>3,474</b>	<b>3,898</b>	<b>3,555</b>	<b>3,399</b>	<b>3,506</b>
	月平均	289.5	324.8	296.3	283.3	292.2
	新患者	<b>343</b>	<b>315</b>	<b>321</b>	<b>285</b>	<b>283</b>
	月平均	28.6	26.3	26.8	23.8	23.6

受診者延人数の推移



## ホームページ 訪問数

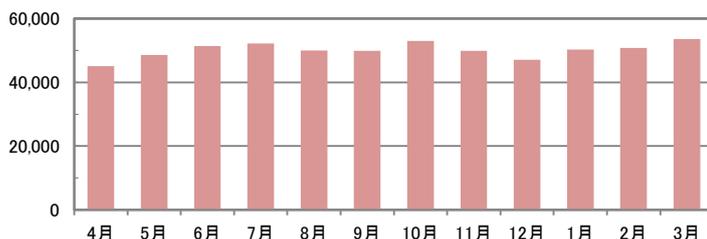
	2013年度	2014年度	2015年度
延訪問数	<b>387,799</b>	<b>511,173</b>	<b>602,103</b>
月平均	32,317	42,598	50,175
1日平均	1,062.5	1,400.5	1,645.1
前年比	-	131.8%	117.8%

※ 2013年3月のリニューアルに伴いカウント方法を変更。

【訪問数の推移】



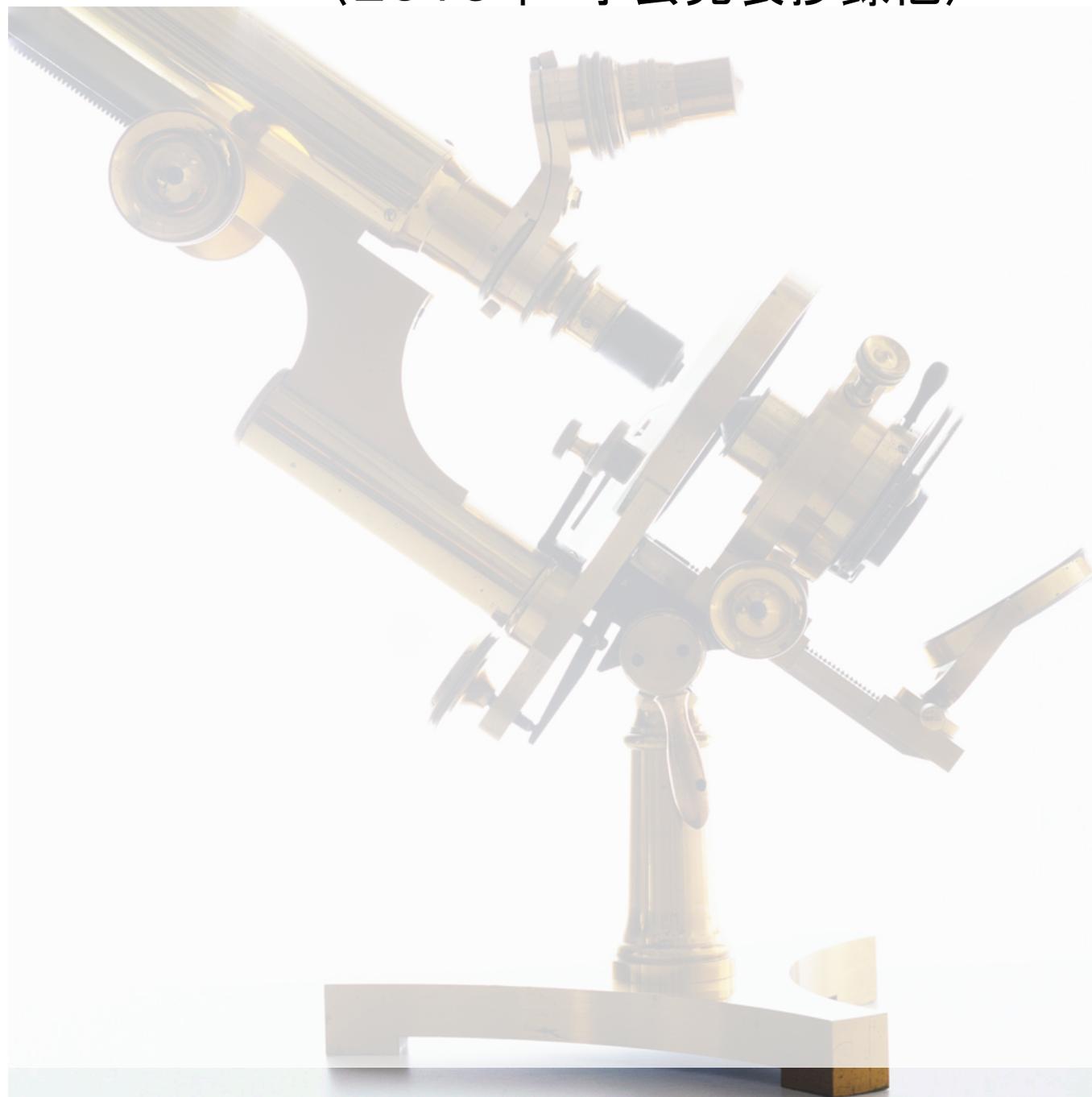
2015年度 訪問数の推移



社会医療法人 河北医療財団

# 学術誌

〈2015年 学会発表抄録他〉



## 目 次

・緊急医療救護所（杉並区版）設置準備の現状と課題	安倍 晋也	s1
・大腸癌術後患者における栄養状態回復遅延に関わる予測因子の検討	五十嵐 裕章	s2
・当院におけるICFを基に独自に作成した症例検討用のシートを使用した取り組み	大澤 智恵子	s3
・元の仕事への復帰が困難と考えられた症例の復職支援を経験して	石原 瞳	s4
・パス適用率向上に向けた当パス委員会の取り組み	沢居 亮太	s5
・当院における病院勤務救急救命士の役割と機能	増井 敏郎	s6
・Simple Predictors of Delayed Nutritional Recovery in Patients with Acute Cholecystitis	五十嵐 裕章	s7
・高齢者大腿骨近位部骨折症例における骨粗鬆症治療の問題点 ～術後の退院経路からの分析～	田中 瑞栄	s8
・両眼性Fuchs虹彩異色性虹彩毛様体炎の5例	菅野 美貴子	s9
・小児科領域特発性縦隔気腫の4例	篠永 正昭	s10
・橈骨遠位端関節内骨折に対する方形回内筋温存掌側ロッキングプレート 固定術後の治療成績 - 尺骨茎状突起骨折が臨床症状に与える影響 -	金井 三紗	s11
・透析困難症に対し前希釈オンラインHDFを経験して	荻野 直美	s12
・救急外来患者と入院患者のプロカルシトニンと血液培養所見の関連性について	堀江 里美	s13
・当院に心不全で入院した65歳以下の患者の糖尿病罹患有無で分けた病態の比較	吉田 勢津子	s14
・当院でのEVT施行患者におけるPADリスクファクターの分析	野崎 房代	s15
・85歳以上の超高齢者における大腸癌二次検診としての大腸内視鏡検査の意義 - 非超高齢者との比較から	五十嵐 裕章	s16
・脳血管障害による片麻痺者の体脂肪率測定 - キャリパーによる測定方法・部位の検討 -	杉山 真理	s17
・带状疱疹に対して腎機能に応じた抗ウイルス剤の用量調節を行うも 腎障害を来した症例の検討	岡井 隆広	s19
・当財団における人材育成プログラムの紹介-急性期から生活期までの経験-	石毛 崇	s20
・前頭葉症状を呈し、脳画像から歩行自立の可能性を見出した症例	横島 勇人	s21
・医師・看護師のDNR指示に対する意識調査	後藤 順一	s22
・気管挿管患者におけるOAGと口腔内保湿の関係について	九谷田 健	s23
・末梢動脈疾患（PAD）患者に対する末梢血管内治療（EVT）前後での トレッドミル評価の有効性	石毛 崇	s24
・当院ICUにおける人工呼吸器装着患者に対する SBTの効果についての調査研究	小林 真理子	s25
・集中治療室3部署（ICU, CCU）での77評価方法統一に向けての取り組み	河村 葉子	s26
・原発性骨粗鬆症に対する12か月間のイバンドロネート静注製剤と エルデカルシトール併用における有効性と安全性の検討	田中 瑞栄	s27
・睡眠薬の適正使用 ～他職種との合同勉強会の試み～	弥富 千穂	s28
・不適切なポジショニングによる下腿外側部褥瘡 - 在宅生活で発生した頸髄損傷者例 -	杉山 真理	s29
・MALNUTRITION AMONG PATIENTS WITH PEPTIC ULCERHEMORRHAGE AND SIMPLE PREDICTORS OF DELAYED NUTRITIONAL RECOVERY	五十嵐 裕章	s30
・右被殻出血により、片足麻痺を呈した症例に対する 免荷式リフトを使用した運動療法について	櫻井 亮太	s31
・病院勤務救急救命士による一次救命処置講習活動	上野 友理	s32
・当院AMAT隊員における研修修了後の現状と課題	安倍 晋也	s33
・原発性骨粗鬆症に対するイバンドロネート注射製剤とミノドロネート経口製剤 の使用経験～12か月間投与における有効性と安全性の比較検討～	田中 瑞栄	s34
・右卵巣腫瘍と術前診断された虫垂粘液性嚢胞腺腫の一例	上原 ゆり子	s35
・重症肺炎に起因する発熱によりincessant型単形性心室頻拍を発症した Brugada症候群の一例	佐藤 由里子	s36
・その人らしさに視点をのこした退院支援 ～認知症をもつ高齢糖尿病患者の療養を支える～	野崎 房代	s37
・輸血後鉄過剰症への臨床輸血看護師としてのアプローチ	三井 優	s38
・成人発症微小変化型ネフローゼ症候群における寛解導入までの期間に関わる 因子の検討	藤井 理恵	s39
・回復期リハビリテーション病院リハビリ部門における残業時間と 残業に関する認識、個々の働く姿勢・意識の調査	篠澤 毅泰	s40

・両側CTP陽性例（左耳管通気後外リンパ瘻確実例、右慢性中耳炎CTP陽性）	篠原 宏	s41
・2年連続でインフルエンザウイルス感染を契機に川崎病を発症した一男児例	福田 清香	s43
・内視鏡下内耳窓閉鎖術におけるEndoArm®の使用経験	清水 啓成	s44
・特発性冠動脈解離による心筋梗塞を発症した閉経後女性の2例	佐藤 由里子	s45
・練習実施前・後に与えるフィードバックの内容が練習効果に与える影響 について－不安の程度による検討－	立花 貴弘	s46
・グループホームの看取りから～住み慣れた我が家、 気の知れた仲間の中で過ごし続けるために	矢尾 知恵子	s47
・認知症対応型グループホームの特性を踏まえた看取りに関する考察	一戸 由美子	s48
・動脈右冠尖からの高周波通電で根治したjunctional premature beatsの一例	佐藤 由里子	s49
・関節リウマチ患者の前足部変形に対し左右異なる術式を用いた 2 症例	上久保 和明	s50
・Shared decision makingに関する経年的な研究動向について-文献研究-	今 法子	s51
・脳血管障害経験後に復職した男性の就労継続プロセス～予備的調査研究～	館岡 周平	s52
・認知症事例の発表	平野 道代	s53
・妊娠中に糖尿病網膜症悪化による硝子体出血を発症し 一過性視力障害を来した2例	戸田 淳子	s55
・64列CTを使用した下肢Endovascular Treatment術前石灰化評価	渡邊 真弓	s56
・成人小腸重積症を呈した小腸平滑筋肉腫の1例	北川 祐資	s57
・当院における門脈ガス血症17例の臨床的検討	江原 悠	s58
・健常成人における上半身・下半身質量中心点位置の検討 重心測定板法と三次元動作解析装置の比較	川合 健太	s59
・急速に進行した Chance 型骨折の一例	上久保 和明	s62
・賠償において客観所見の有無が問題となる疾患の捉え方	益澤 秀明	s63
・交叉性失語一例における書字障害の特徴の検討	葉原 真希	s64

「第 65 回日本救急医学会関東地方会」 (2015/2/7)

緊急医療救護所（杉並区版）設置準備の現状と課題

安倍晋也、金井信恭、湯佐真由美、乙訓華織、須藤由紀子、中重弘章、小川礼二、市成卓也

【背景】当院は東京都杉並区（人口 54 万人）の東京都 2 次救急指定病院、災害拠点連携病院である。杉並区では平成 26 年 9 月 1 日より、発災直後から病院に集中する患者のうち軽症患者に対応するべく、災害拠点病院並びに災害拠点連携病院とした救急告示医療機関計 9 病院に発災 72 時間以内の間、緊急医療救護所を設置し運営することとなった。

【目的】杉並区の災害拠点連携病院として初めての緊急医療救護所設置準備の現状を報告し、課題について検討する。

【現状】杉並区における緊急医療救護所の運用は、杉並保健所長をトップとし救急告示医療機関 9 病院、区 3 師会、消防、警察、区危機管理室防災課職員が集まる杉並区災害医療運営連絡協議会にて検討を重ねてきた。緊急医療救護所の医薬品、医療資器材は平成 26 年度に杉並区緊急医療救護所整備補助金を用いて各病院が購入した。

【課題】①病院内での緊急医療救護所設置の具体案作成（設置場所、設置者、救護所資器材、資器材配備方法）、②実働訓練の開催、③関係機関との顔の見える関係・協力体制の構築をあげる。抄録登録時点で①は病院近くの駐車場にエアートントを設置、医療救護所と調剤所とした。初期の準備は病院職員が行い、運営は区医師会・区薬剤師会・区職員と共同で行う。②③実働訓練は平成 26 年 11 月 15 日当院防災訓練時に緊急医療救護所設置訓練を合わせて行う予定とし、杉並区保健所や関係各団体、町会、地元消防団らと協議し準備を進めている。学会発表時には緊急医療救護所設置訓練についても合わせて報告する。

「第 30 回日本静脈経腸栄養学会」 (2015/2/12)

大腸癌術後患者における栄養状態回復遅延に関わる予測因子の検討

五十嵐 裕章

【目的】大腸癌の手術は侵襲的であるほかに、消化管切除となるため多くの患者で術後一時期栄養状態の悪化が経験され、その長期化は入院期間の延長、医療費の増大を招く可能性がある。その防止のため栄養回復遅延が予想される患者には早期より栄養学的介入をすることが望ましい。今回我々は、大腸癌術後の栄養状態回復遅延に関わる予測因子について検討した。

【方法】対象は 2009 年から 2013 年までに当院で大腸（結腸+直腸）癌の手術をした 186 名（男 96 名、女 90 名）で、平均年齢は 73.5 歳（42-95 歳）であった。リンパ節以外の転移を有する者、術前が極端な栄養不良者、術後に重篤な合併症（大量出血等）を併発した者は除外した。血漿アルブミン（Alb）値（BCG 法）を栄養指標とし、術後 2 週間値が術直前値より低値の場合栄養回復遅延とした。栄養回復群と回復遅延群（遅延群）間で以下の項目を検討した：性別、年齢、BMI、術後 2 週以内の術直前値からの Alb 最大減少量、腹腔鏡使用の有無、癌の位置（結腸か直腸）、リンパ節転移の有無、食事再開までの期間、糖尿病の有無。

【結果】186 名中 85 名が遅延群であった。2 群の比較では、遅延群で BMI が大きく ( $22.9 \pm 3.3$  vs  $21.6 \pm 3.6$ ,  $P=0.011$ )、Alb 最大減少量が大きかった ( $1.06 \pm 0.28$ g/dL vs  $0.70 \pm 0.30$ g/dL,  $P<0.001$ )。また食事再開までの期間（日）が長く ( $6.96 \pm 3.27$  vs  $6.20 \pm 1.31$ ,  $P=0.032$ )、糖尿病合併例が多かった ( $32.9\%$  vs  $17.8\%$ ,  $P=0.026$ )。多変量解析をした結果、年齢 75 歳以上、Alb 最大減少量 1.0g/dL 以上、が栄養回復遅延を予測する因子であった。

【結論】大腸癌術後の栄養状態回復遅延には、高齢、術後の Alb 減少量が関係しており、それが栄養学的介入の指標となる可能性がある。

「回復期リハビリテーション病棟協会 第25回研究大会」 (2015/2/27)

当院における ICF を基に独自に作成した症例検討用のシートを使用した取り組み

大澤智恵子、 落合克典

【はじめに】療法士の基本的役割は、患者の諸問題・課題の解決改善であり、その前提に個々の対象者の可能性としての潜在能力や自然治癒力などを含め、ひとりの個性、個性差のある人間として総体的または全人的に把握する必要があると言われている。当院では、全患者に対して療法士ごとに症例検討会を行い、患者の予後予測や治療目標を検討している。しかし、患者を把握するための情報は、職種毎に必要な評価を各々で把握しているに過ぎず、評価の共有および患者を全人的に把握する情報が不足しており検討に至らないことがある。そこで、生きることの全体像についての共通言語である ICF を基に、独自で作成した症例検討用のシート（以下、症例シート）を症例検討会にて導入した経過を報告する。

【症例シートの概要】内容：ICF の生活機能・背景因子と主観的体験の半自由記載。その他、当院入院中の指導内容や STG（1ヶ月毎）、MTG（当院退院時）など。運用方法：チームカンファレンス前に療法士のチーム間で記載し、職種毎の症例検討会で使用。

【方法】症例シート運用開始の2013年4月15日～5月15日に当院に入院した脳血管障害の患者17件と2014年同月同日に入院した同患者12件の入院時に記載された項目を、包括的 ICF CORE SET for STROKE を用いて調査。また、上田式 ICF に用いられている主観的項目においては、KJ法を用いて内容を分類し検討する。

【結果】生活機能・背景因子：心身機能・身体構造においては両年とも全症例で記載。活動と参加より学習と知識の応用、家庭生活・必需品の入手、対人関係、環境因子からはサービス・制度・政策の記載が2014年で記載が増加。主観的体験：2013年では患者の障害体験と家族の患者に対する想い、2014年では患者の障害体験と自身の将来に対する想いに分類された。

【考察】ICF は、生活機能・背景因子は対象者の客観的次元、主観的体験は対象者の実存的次元であり、これらの相互作用によって患者の全体像を把握している。当院の療法士においては、心身機能・身体構造における記載は両年とも全症例で記載されていたが、活動・参加や背景因子に関しては2014年で記載がやや増加している。また、主観的体験においても、導入後においては患者自身の将来を危惧する発言の記載を認めたことから、ひとりの人間として総体的・全人的に把握するための情報収集の意識付けのひとつに成り得た可能性が示唆される。しかし、収集した情報は、療法士のみでなく患者を取り巻くチーム間で共有し、異なる職種と共通の目標を目指してこそ意味があるものと思われる。今後は、症例シートを療法士間のみでなく、チーム全員での共通言語のツールとして運用を検討していくと共に、共通の目標を目指した協業の中にある療法士としての専門性を追求できるよう教育体制を整えていきたいと思う。

「回復期リハビリテーション病棟協会 第25回研究大会」 (2015/2/27)

元の仕事への復帰が困難と考えられた症例の復職支援を経験して

石原 瞳

【はじめに】回復期リハビリ病棟を退院後、外来作業療法で就労支援センターと連携した症例について若干の考察を加え報告する。

【症例紹介】A氏、50代男性。脳出血を発症し、左片麻痺、高次脳機能障害のため当院入院。約4.5ヶ月後退院し、外来作業療法開始。病前生活：高齢の両親との3人暮らし。運送会社社員でトラック運転、運搬業務を担っていた。入院中の経過：当初の易怒性や傾眠は改善したが、注意障害、左半側空間無視、遂行機能障害、病識低下は残存。ADLも自立するが、左肩関節の疼痛、可動域制限残存。

【経過】A氏・家族は復職を一番重要としており、開始後就労支援センター利用の同意を得る。外来作業療法では仕事の模擬練習を実施。しかし、「よくなっている。」と不安感はなかった。3ヶ月目にA氏、医師、両親、会社の責任者、就労支援センター担当者、作業療法士で会議を行う。会社側から、車の運転や最低30kg程度の荷物の運搬等の条件が提示され、A氏用に仕事が用意できるかは再度検討すると返答を頂く。その後、会社側からの返答はなく経過し、休職期限を前に、A氏が退職を決断する。同時期に精神保健福祉手帳を取得し、就労支援センター担当者同行の下、心身障害者福祉センターの見学・面談を行い、通所が開始となり、外来作業療法終了となる。

【考察】A氏は復職の意欲は高いが、身体障害、高次脳機能障害の両面から作業能力の低下は顕著であった。復職は困難な可能性があった為、新規就労の可能性も併行して検討した。A氏のように会社側との連絡調整を本人、家族で行えない場合、作業療法士がその役を行う場合がある。しかし、病院外での活動が困難であり、障害者雇用についての情報も不足していた。A氏の場合、就労支援センターと連携したことで、施設見学が可能となり、新規就労に向けた自己決定を促進することになったと考えられる。

「日本医療マネジメント学会第15回東京支部学術集会」 (2015/2/28)

## パス適用率向上に向けた当パス委員会の取り組み

沢居 亮太1)、吉田 周平2)

1) 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院 診療情報管理室、2) 同 医療クラーク室

### 1. 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、クリティカルパス（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。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。

### 2. 活動内容

パス委員会では、委員会全体の方針・目標の決定、パスの承認をしている。また、2012年7月に設置した「パス看護部会」にて具体的な運用等を検討している。パスの作成数やパス適用率は年々上昇していったが、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出来ておらず、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。

### 3. 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。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。

### 4. 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10回 東京都病院学会」 (2015/3/1)

### 当院における病院勤務救急救命士の役割と機能

救急救命士 増井敏郎 小川礼二 市成卓也 竹内一貴 上野友理  
救急部 金井信恭 安倍晋也 高橋賢亮  
経営企画室 立石涼

従来、救急救命士有資格者の多くは全国の消防機関に勤務していたが、近年では病院に勤務する救急救命士も増加傾向である。しかしまだまだ社会的認知度は低く、病院内においても役割等が明確化されていないのが現状と言える。今回当院における病院勤務救急救命士の役割と機能について発表する。

河北総合病院は東京都杉並区に位置する病床数378床の二次救急指定病院である。杉並区内には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り、平成25年度救急外来受診者数は23,487名、救急搬送件数は8,086台と年々増加傾向である。増加する救急現場の需要に対し、平成25年2月より2名の救急救命士を院内で採用。同年4月より病院救急車を導入し、その運用・管理・整備を全て救急救命士が担っている。平成26年5月より5名体制となり、主な業務内容はER内看護補助業務・東京消防庁や患者からの電話対応・病院救急車による転院搬送・患者トリアージ・院内急変対応・BLS教育等である。救急救命士が院内において業務を行うことにより、診察において職種ごとに分業化を図る事ができ、医師は診察、看護師は看護業務に専念することでより多くの救急患者の対応が可能となり、診療効率が向上している。

病院救急車を利用した転院搬送件数であるが、平成25年度270件(月平均22.5件)、平成26年度10月現在で227件(月平均39.5件)となり、こちらも増加傾向である。従来では転院時の搬送を東京消防庁へ依頼していたが、当院の救急車にて救急救命士が搬送を行うことは、消防庁の年々増え続ける救急搬送への病院側の対策であり、結果管内の消防庁による転院搬送数減少にわずかながら寄与できるものと考えられる。

「第 24 回アジア太平洋国際肝臓学会」 (2015/3/12)

Simple Predictors of Delayed Nutritional Recovery in Patients with Acute Cholecystitis

五十嵐 裕章

**【Background】** Acute cholecystitis (AC) is an acute inflammatory condition in the abdomen which is commonly seen all over the world. Main treatment option for AC is early surgery, but sometimes it is treated with non-operative measures including fluid infusion and the administration of antibiotics without oral food intake for several days. These conservative treatment usually leads to temporary nutritional disorder after admission.

**【Objective】** The aim of our study was to determine factors which can predict the delay of nutritional recovery from nutritional disorder associated with non-operative treatment for AC.

**【Methods】** A total of 64 patients with AC who were discharged from our hospital between 2011 and 2013 were enrolled in this study: 36 men and 28 women; mean age  $75.2 \pm 14.8$  years (29–97 years). We defined it as nutritional recovery when the serum albumin level at 10 days after admission was higher than that on admission or 3.8 g/dL (normal lowest level). The following variables were determined and evaluated as possible predictors of delayed nutritional recovery :

- 1) gender
- 2) age
- 3) serum albumin level on admission (pre alb)
- 4) serum C-reactive protein level on admission
- 5) white blood cell count on admission
- 6) days of no oral food intake
- 7) comorbidity of diabetes
- 8) gallbladder drainage performance

**【Results】** Of all the 64 patients, 48 patients showed delayed nutritional recovery and 16 patients showed non-delayed recovery. Between these 2 groups, age (78.2y in delayed recovery group; 66.1y in non-delayed group,  $P = 0.004$ ), and days of no food intake (7.40 days in delayed recovery group; 5.69 days in non-delayed group,  $P = 0.011$ ) were significantly different factors (Table 1). Univariate analysis revealed that days of no oral food intake  $\geq 7$  days after admission predicted delayed nutritional recovery ( $P = 0.009$ ). After carrying out multivariate analysis, i) age  $\geq 75$  years, ii) serum albumin level on admission  $\geq 3.4$  g/dL (but this group did not seem to suffer from malnutrition due to initial high albumin levels), and iii) days of no oral food intake  $\geq 7$  days were proved to be significant predictors of delayed nutritional recovery with odds ratios (95% CI), i) 0.087(0.013–0.575,  $P = 0.011$ ), ii) 0.043 (0.003–0.559,  $P = 0.016$ ), and iii) 0.058(0.008–0.405,  $P = 0.004$ ), respectively (Table 2).

Conclusions

Old age ( $\geq 75$  years) and prolonged no food intake period ( $\geq 7$  days) predicted delayed nutritional recovery in patients with acute cholecystitis. Patients who meet these criteria should be recommended to receive intensive nutritional support, starting just after admission for aged people or one week after no oral food intake.

「第 55 回関東整形災害外科学会」 (2015/3/28)

高齢者大腿骨近位部骨折症例における骨粗鬆症治療の問題点  
～術後の退院経路からの分析～

田中 瑞栄 1)、吉岡 太郎 1)、鈴木 博之 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)

【目的】日本は超高齢社会であり、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。骨折後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、年齢別の推移を  $\chi^2$  検定にて分析した。骨折治療後の退院経路、手術法（人口骨頭置換術 VS 骨整復術）別の退院経路、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、手術法による有意差はなかった。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。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。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が自宅復帰率低下の一因となっている。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 QOL の低下や内科的合併症、家族構成、認知症などの要因が関与していると考えられる。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り、その原因として、DPC などの包括医療制度のため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などの後方支援病院との連携が構築できていないこと、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。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 119 回日本眼科学会総会」 (2015/4/16)

両眼性 Fuchs 虹彩異色性虹彩毛様体炎の 5 例

Five cases of bilateral Fuchs' heterochromic iridocyclitis

菅野 美貴子 河北総合病院、 石橋 健 行田中央総合病院、 蕪城 俊克 東京大学、  
杉崎 顕史、 田邊 樹郎、 藤野 雄次郎 (JCHO 東京新宿メディカルセンター)

【目的】 Fuchs 虹彩異色性虹彩毛様体炎 (以下 Fuchs) は、虹彩炎、虹彩異色あるいは萎縮、白内障を 3 症状とする疾患である。海外の報告では両眼性は 10% 強の頻度で存在するとされるが、我が国での報告は極めて稀である。両眼性の Fuchs と診断した 5 例について症例を提示する。

【症例】 症例は 1999 年から 2014 年の間に JCHO 東京新宿メディカルセンターで両眼性 Fuchs と診断した 5 例である。初診時年齢は 24~47 才 (平均 36 才)、男性 4 例女性 1 例である。症例 1 から 3 は初診時に両眼の虹彩萎縮、白内障、虹彩炎を認めた。いずれもサルコイドーシスは否定的で他のぶどう膜炎を示唆する所見もないことから両眼性 Fuchs と診断した。症例 4 は初診時、片眼に虹彩萎縮、白内障、虹彩炎がみられ、僚眼は軽度の虹彩炎のみであった。血液検査で ACE がやや高値のため、呼吸器科で数回精査したがサルコイドーシスは否定的であった。その後、僚眼の虹彩萎縮がしだいに明確になり両眼性 Fuchs と診断した。症例 5 は初診時既に両眼の白内障手術がなされており、原因不明の硝子体混濁で長く経過をみていたが、両眼のアムスラーサイン陽性、前房水抗風疹抗体陽性により両眼性 Fuchs と診断した。

【結論】 我が国では両眼性 Fuchs の報告は極めて稀であるが、症例 4 のように診断に時間が掛かったり、症例 5 のように診断が困難だった症例も存在する。原因不明の両眼性ぶどう膜炎の鑑別として本症も考える必要がある。

「第 118 回日本小児科学会学術集会」 (2015/4/17)

小児科領域特発性縦隔気腫の 4 例

Four cases of spontaneous pneumomediastinum in adolescents

篠永正昭、戸張公貴、福田清香、近藤慶幸、高松昌徳、小澤亮、藤原摩耶、鹿島京子、勝盛宏

【はじめに】特発性縦隔気腫の頻度は全年齢入院患者の 0.1%前後とされ、特に小児科領域では比較的稀である。今回我々が経験した 4 例の特発性縦隔気腫を報告する。

【症例 1】13 歳男児。数日前からの呼吸困難が悪化し、咽頭痛と前胸部痛も伴うため救急外来受診。胸部 CT で縦隔気腫を認め入院。酸素投与と安静で改善し 4 日目退院。

【症例 2】14 歳男児。バスケットボールの最中から胸痛、嚥下時痛と呼吸困難あり救急外来受診。胸部レントゲンで縦隔気腫の診断。呼吸困難症状改善のため安静指示で帰宅。翌日レントゲン所見で改善あり外来経過観察で軽快。

【症例 3】15 歳男児。バレーボール後より前胸部痛出現。嚥下時痛も出現し増悪するため前医受診し当院へ紹介。胸部レントゲンと CT で縦隔気腫を認め入院。安静で症状改善し 4 日目退院。

【症例 4】14 歳男児。野球の後バーベキューを行い、その後より咽頭違和感出現。嚥下時痛と吸気時痛も伴い救急外来受診。胸部レントゲンと CT で縦隔気腫を認め入院。安静で症状およびレントゲン所見改善のため 3 日目退院。

【まとめ】小児科領域特発性縦隔気腫の頻度は低いとされているが、1 年余りで 4 例を経験した。保存的治療で多くは改善するものの、安静が保持できない場合は症状悪化の恐れもあり早期診断が重要となる。症状とレントゲンで多くは診断可能であるが、レントゲンのみで診断が困難な例もあり、その場合は CT が病変の広がりを確認するためにも有用である。

「第 27 回日本ハンドセラピー学会学術集会」 (2015/4/18)

橈骨遠位端関節内骨折に対する方形回内筋温存掌側ロッキングプレート固定術後の  
治療成績 - 尺骨茎状突起骨折が臨床症状に与える影響 -

金井三紗、湯本美優、夜久真弓、吉岡太郎、伊藤聰一郎

【はじめに】当院では橈骨遠位端関節内骨折 AO 分類 C 型の症例に対し、方形回内筋温存法での掌側ロッキングプレート（以下 VLP）固定を行っている。VLP 固定により早期運動療法が可能になったが、尺骨茎状突起骨折による遠位橈尺関節（以下 DRUJ）の不安定性や三角線維軟骨複合体（以下 TFCC）損傷の合併、偽関節化が尺側部痛残存の原因になるという報告もある。本研究では、尺骨茎状突起骨折の有無が術後の経時的臨床症状や日常生活動作へ及ぼす影響を検討した。

【対象】2013 年 4 月～2014 年 9 月までに橈骨遠位端関節内骨折（AO 分類 C1～3 型）に対して VLP 固定術を行い 12 週以上経過観察が可能であった 38 例中男性 8 例、女性 30 例。平均年齢 69.7 歳。尺骨茎状突起骨折に対して内固定は行わなかった。

【方法】尺骨茎状突起骨折合併 20 例を茎状突起の 1/2 以下を含む Tip 骨折群 7 例、1/2 より多く含む Base 骨折群 13 例に分類した。尺骨茎状突起骨折なし群は 18 例だった。全例術後翌日よりリハビリテーションを開始したが、尺骨茎状突起骨折合併例では尺側部痛が出現しない範囲での回内・外運動にとどめた。術後 2, 4, 8, 12 週で前腕回内/回外、手関節掌屈/背屈/橈屈/尺屈、握力健側比を計測した。さらに、手指可動域制限の有無、Visual Analogue Scale（以下 VAS）、Quick DASH を評価した。Tukey-Kramer 法を用いて 3 群間の術後成績を比較した。

【結果・考察】関節可動域、手指可動域制限、握力は経時的に優位に改善したが 3 群間で有意差はなかった。VAS 値は術後 8 週で Tip 骨折群  $14.1 \pm 9.8$ 、Base 骨折群  $30.4 \pm 24.8$ 、骨折なし群  $11.25 \pm 11.1$  であり、Base 骨折群が骨折なし群に比較し有意に大きかった ( $P < 0.05$ )。12 週では 8 週と同様の傾向がみられるものの、有意差は見られなかった。Quick DASH は術後 8 週で Tip 骨折群  $9.4 \pm 10.5$ 、Base 骨折群  $33.3 \pm 27.1$ 、骨折なし群  $11.9 \pm 11.4$ 。また術後 12 週で Tip 骨折群  $10.4 \pm 11.6$ 、Base 骨折群  $21.9 \pm 12.0$ 、骨折なし群  $4.6 \pm 7.7$  であり、いずれも Base 骨折群が Tip 骨折群、骨折なし群より有意に大きかった ( $P < 0.01$ )。以上の結果は、尺骨茎状突起基部骨折では DRUJ の不安定性や TFCC 損傷を合併して疼痛が遷延し、上肢機能の障害を残し易いことを示唆している。

【結語】橈骨遠位端関節内骨折の中期的評価では、尺骨茎状突起基部骨折合併例で手関節痛や上肢機能障害が残存していた。

「第 42 回日本血液浄化技術学会」 (2015/4/25)

透析困難症に対し前希釈オンライン HDF を経験して

荻野 直美

【はじめに】当クリニックは、2012 年度 7 月より一部の装置においてオンラインによる血液浄化療法を施行していたが 2014 年 3 月に透析関連機器の総入れ替え時に全台をオンライン用に交換した  
{「日本ウォーターシステム製の逆浸透精製水製造装置 MIE752-H、日機装社製の多人数用透析液供給装置 DAB-NX 全自動溶解装置 DAD-50NX 患者監視装置 DCS-100NX を 52 台 個人用患者監視装置 DBB-100NX を 3 台」}

今回透析困難症に対し前希釈オンライン HDF を経験し症状の改善が得られたので発表する

【症例1】57 歳男性 1997 年 9 月 26 日に透析導入 原疾患:慢性糸球体腎炎 DW62.4 kg ダイアライザ- MFX-25S 血流量 250ml/min、透析液流量 10L 後希釈時:500ml/min(補液量含む) 40L 前希釈時:600ml/min 2011 年頃より下肢のムズムズ感(レストレスレッグス症候群)等の症状が出現し、ポトル式 HDF を施行していたが改善せず、2012 年 7 月に一部オンライン化に伴い 10L 後希釈オンライン HDF へ変更した 多少の改善は見られたが下肢のムズムズ感(レストレスレッグス症候群)はなかなか改善せず、2014 年の総オンライン化を期に 40L の前希釈オンライン HDF に変更した後は徐々に症状は改善してきた

【症例2】60 歳男性 2008 年 11 月 1 日に透析導入 原疾患:腎硬化症 2012 年頃より透析後半に血圧低下が見られる為ポトル式 6L HDF 施行し血圧低下は改善された。しかし体重増加が 4~6kg と多いため HDF 後半に血液の濃縮が進み静脈圧が高くなり HDF の継続出来ず時間延長や総除水量を減らしたりする事があった そのため 2014 年の総オンライン化を期に 20L の前希釈オンライン HDF に変更しその後は特に問題なく HDF が施行できるようになった。

【結果】症例 1 の血液検査は後希釈 10L の時 TP5.6/6.9 AL3.3/4.1 UN76.9/19.5 UA8.2/1.9 Cr14.1/4.9  $\beta$ 2Mg17.8/4.4 前希釈 40L の時(開始 3 ヶ月後)TP6.4/7.8 AL3.2/4.2 UN74.4/19.2 UA9.0/1.9 Cr14.9/4.9  $\beta$ 2Mg25.9/5.4 であった。

症例 2 の血液検査は後希釈 6L の時 TP6.6/7.2 AL4.0/4.5 UN51.7/19.3 UA7.8/2.4 Cr15.6/6.8  $\beta$ 2Mg30.0/9.2 前希釈 20L の時 TP6.9/8.1 AL4.1/4.8 UN50.9/19.1 UA9.4/3.1 Cr17.1/8.0  $\beta$ 2Mg25.3/8.3 であった。

#### 【考察】

症例1:○レストレスレッグス症候群などの漠然とした症状に対し 40L 前希釈 HDF は有効であった

○今回の血液データでは、10L 後希釈 HDF と 40L 前希釈でほとんど差が出なかった

症例2:○血液濃縮過多に対しての前希釈 HDF は有効である

○今回の血液データでは、6L 後希釈 HDF と 20L 前希釈でほとんど差が出なかった

#### 【まとめ】

○両症例とも血液データ上の変化は認められなかったものの症状の改善は認められた

○今回の症例に対して前希釈オンライン HDF は有効であると示唆された

「第 64 回日本医学検査学会」 (2015/5/16)

救急外来患者と入院患者のプロカルシトニンと血液培養所見の関連性について

堀江 里美 1)、秋元 誠 2)、小野田 靖春 3)、野村 秀和 1)、名取 聡 1)、  
赤津 義文 4)、大塚 喜人 5)  
社会医療法人河北医療財団 河北総合病院 1)、財団法人 竹田総合病院 2)、  
社会医療法人恵愛会 大分中村病院 3)、株式会社 日立製作所日立総合病院 4)、  
医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院 5)

【はじめに】プロカルシトニン(以下 PCT)は主に細菌感染症の診断に有用であると言われている。今回我々は、救急 外  
来患者と入院患者の血液培養と PCT の関連性について検討したので報告する。

【方法】2014 年 8 月～10 月までの期間に血液培養が実施され、前後 24 時間以内に採取された血清 226 件(血液  
培養陽 性例 99 件、血液培養陰性例 127 件)を対象とした。

なお、血液培養陽性例はコンタミネーションを除いた。血液培養 測定機器は BACTEC(日本 BD)、PCT 測定はエク  
ルーシス試 薬ブラームス PCT(ロシュ) を使用した。全体患者、救急外来患者、入院患者に分類し、血液培養と PCT  
値の感度・特異度、PCT 値と血液培養陽性率を調査した。なお、PCT 値は A 群：0.00～0.49ng/ml、B 群：0.50～  
1.99ng/ml、C 群：2.00～9.99ng/ml、D 群：10.00ng/ml 以上の 4 群に分類し、カットオフ値は 0.50 ng/ml とした。

【結果】血液培養と PCT 値の関係は、全体患者では感度 63.6%、特異度 71.6%。救外患者では、感度 70.7%、特異  
度 70.4%。入院患者では、感度 53.7%、特異度 73.2%であった。PCT 値と血液培養陽性率は、A 群～D 群それぞれ  
全体患者では、28.3%、44.4%、64.9%、88.5%。救外患者では、25.4%、42.1%、65.4%、94.1%。入院患者では、  
31.7%、47.1%、63.6%、77.8%であった。

【考察】入院患者のほうが救外患者と比較して感度が 17% 低かった。この要因として、入院患者では様々な基礎疾患  
や薬物投与による影響で PCT の偽陰性が生じたと考えられる。血培陽性率は救外・入院患者ともに PCT 値が上昇  
するにつれて高くなっていったが、軽症・中等症では必ずしも上 昇していなかった。そのため、PCT 値のみでは細菌  
感染症 の診断は困難であり、臨床所見や血液培養など他の検査所 見を総合的に判断することが必須と考える。

「第 58 回 日本糖尿病学会年次総会 」 (2015/5/22)

当院に心不全で入院した 65 歳以下の患者の糖尿病罹患有無で分けた病態の比較

吉田 勢津子、岡田 光正、杉村 洋一

血糖コントロール不良が長期続いた糖尿病 (D) 患者では大血管障害合併症の心筋梗塞に加え心不全の危険も高まることが知られている。

2012/8/1～2014/7/30 に心不全で入院した 65 歳以下 42 例について D の有無に分け比較検討。42 例中 D21 例。D の無いものでは心不全の原因が睡眠時無呼吸 (S) 7 例、アルコール性心筋障害 (A) 7 例その他 (O) 7 例。D21 例中、11 例に CAG で有意狭窄を認めた (透析患者 4 名を含む)。D 4 例に S を認め、S 4 例は経過中に耐糖能が悪化し 3 例は D へ進展した。肥満と 2 型糖尿病 (2D) と閉塞型睡眠時無呼吸症候群 (O-S) には緊密な関係がある。2D において S 合併の有無を早期に発見し治療を行えば D のみならず、高血圧、肥満の改善、心不全の合併低下と生命予後改善につながる可能性が考えられる。

「第 58 回日本糖尿病学会年次学術集会」 (2015/5/23)

## 当院での EVT 施行患者における PAD リスクファクターの分析

1) 社会医療法人河北医療財団河北総合病院 看護部 2) 医療法人 徳洲会 東京西徳洲会病院 形成外科 3) 社会医療法人河北医療財団河北総合病院 フットケア外来担当 4) 社会医療法人河北医療財団河北総合病院 糖尿病・内分泌・代謝内科 5) 社会医療法人河北医療財団河北総合病院 循環器内科  
野崎房代 1) 穴澤智美 1) 木下幹雄 2) 3) 吉田勢津子 4) 登坂淳 5) 岡田光正 4)

【目的】当院のフットケアチームは、形成外科医、循環器内科医、糖尿病専門医、糖尿病認定看護師、皮膚・排泄糖尿病認定看護師で構成され、2014 年 5 月から活動を開始し、院内ラウンドやフットケア外来を行っている。フットケアチーム活動の中で末梢動脈疾患 (Peripheral Artery Disease:以下 PAD) から末梢血管治療 (Endovascular Treatment:以下 EVT) を施行する患者や繰り返す患者は多くみられ、リスクファクターを知ることによって重症足病変の予防につながると考え、本研究の目的とした。

【対象と方法】2013 年 1 月から 2014 年 9 月までに当院で EVT を施行した患者 133 例の、生活背景や動脈硬化症の危険因子等について調べた。

統計解析には、R(<http://cran.r-project.org>)を用いた。

【結果】133 例のうち男性 93 名、女性 40 名であった。平均年齢は  $74.6 \pm 9.6$  歳(最低 43 歳、最高 94 歳)であった。糖尿病罹患患者数は 79 名 (59.4%) であった。透析療法をしているものは 26 名 (19.5%) であった。保険では後期高齢者 68 名 (51.1%)、国民健康保険 37 名 (27.8%)、被用者保険 9 名(6.8%)、生活保護 19 名 (14.3%) であった。

加入保険の違いで、EVT の回数が違う印象を受けたため、加入保険ごとに解析した結果、生活保護受給者(以下生保)において EVT 回数が多い傾向にあり(生保:  $2.5 \pm 2.0$  回、生保以外:  $1.6 \pm 0.8$ ,  $p=0.065$ )、冠動脈疾患の履歴が多い傾向にあった(生保: 11 名[57.9%]、生保以外: 43 名[37.7%],  $p=0.097$ )。スタチン服用者が多く(生保: 12 名[63.2%]、生保以外: 41 名[30.8%],  $p=0.025$ )、喫煙者が多く(生保: 11 名[57.9%]、生保以外: 30 名[22.6%],  $p=0.0058$ )、同居者無しが多かった(生保: 13 名[68.4%]、生保以外: 28 名[21.1%],  $p=0.0012$ )。

【考察】生活保護者に着目すると、すでに冠動脈疾患を罹患しており脂質、喫煙などの動脈硬化因子が多いことが分かった。独居者が多く、自分の生活を支えてくれる人がいないために生活が乱れ、リスクファクター管理が不十分であったことから動脈硬化症の進行につながったのだと考えた。生活指導やセルフケアを確立することが重症足病変の予防につながることを示唆された。

また、生活保護受給者は医療においては全額公費で現物支給という実態がある。患者は「何でも受けられる」、医療者は「何でもできる」というモラルハザードが起きていることも考えられる。

【結語】生活保護受給者に対しては特に、発症前のリスクファクター管理や生活指導が必要であり、PAD 発症後のフットケア指導が重要と考える。

今後適切な対照群と比較し、EVT を施行した患者の生活背景や PAD 発症の誘因などを明らかにしていきたい。

「第 89 回日本消化器内視鏡学会総会」 (2015/5/30)

85 歳以上の超高齢者における大腸癌二次検診としての大腸内視鏡検査の意義—非超高齢者との比較から

五十嵐 裕章

【背景】現在日本の大腸癌検診として一次便潜血、二次大腸内視鏡 (CS) が広く行われている。しかし受診に年齢上限はなく、社会の高齢化と相まって超高齢者の受診も多い。我々の施設でも CS 目的に紹介されてくる超高齢者は多いが、余命や ADL、持病等を考慮すると検査を躊躇する場合も少なくない。

【目的】85 歳以上の超高齢者の大腸癌二次検診 (CS) の結果を非超高齢者と比較検討し、CS を施行する意義を考察した。

【方法】対象は 2008 年から 2014 年 6 月までに当院で大腸癌二次検診として全大腸内視鏡検査を施行した 954 人 (男 472 人、女 482 人) で、平均年齢 71.0 歳 (36~96 歳)。検討：85 歳以上を A 群 (106 人)、85 歳未満を B 群 (848 人) とし、大腸癌の発見頻度、局在 (右側大腸、左側大腸)、早期癌 (pM、pSM) 患者の割合、pStage、前癌病変として腺腫の頻度、を比較した。重複癌は局在においては別々にカウントした。

【結果】発見大腸癌は A 群 10 人 (9.4%)、B 群 63 人 (7.4%) で頻度に差はなく、局在は A 群で右側 5、左側 6、B 群で右側 28、左側 40 で同様であった。早期癌患者の割合は B 群で高かった (A 群：2 人/10 人 vs. B 群：43 人/63 人、 $P=0.005$ )。pStage は A 群で 0 が 2 人、Ⅱが 7 人、Ⅲが 1 人に対し、B 群は 0 が 32 人、Ⅰが 18 人、Ⅱが 3 人、Ⅲが 6 人、Ⅳが 3 人、不明 1 と B 群で相対的に低かった ( $P<0.001$ )。腺腫の頻度に差はなかった (A 群：47 人、44.3% vs. B 群：407 人、48.0%)。A 群の癌症例 10 人は内視鏡的切除 2 人を含め全例切除可能で、現在まで癌死は再発による 1 人のみである。重大な合併症は各群で穿孔が 1 例ずつあった。

【結語】超高齢者では検診二次 CS において、大腸癌は非超高齢者と同様の頻度で発見されるが進行例の割合が高く、CS を受けなかったことで早い時期に切除不能で発見され、高齢とはいえ当時の年齢の平均余命を全うできずに癌死する恐れがある。また検診発見癌は一般に予後が良いと言われており、自験例でも同様であった。以上より併存疾患や ADL を考慮した上で可能な手術は施行されるべきであり、超高齢者に対する検診二次 CS は意義があると思われる。

「第 50 回日本理学療法学会大会」 (2015/6/5)

脳血管障害による片麻痺者の体脂肪率測定－キャリパーによる測定方法・部位の検討－

杉山 真理

【はじめに、目的】2008 年から特定健診・特定保健指導が義務づけられ、生活習慣病の予防対策が行われるようになった。障害者においても健常者同様、体重・体脂肪率の測定および運動や食事の指導が必要である。理学療法士は個々の状態にあわせた運動指導を提供しなければならない。しかし、一般的に使用されている体脂肪率測定機器は裸足立位を必要とするものが多く、装具使用者や切断者、立位困難者における測定は困難を極めている。

当センターでは、栄養サポートチームが中心となり、体脂肪率を考慮した栄養指導を行っている。指導の根拠となる体脂肪率測定は、上肢の把持のみで測定可能な機器を使用したり、皮下脂肪厚計（以下キャリパー）を用いて算出している。しかしながら、上肢に麻痺を有する片麻痺者では測定機器の把持が困難であること、先行研究から麻痺域に脂肪が多く分布する可能性があることにより、正確な測定ができていないと言いがたい。

本研究の目的は、片麻痺者において、運動指導の根拠となる体脂肪率の測定方法を確立することである。

【方法】対象は脳血管障害による片麻痺者 20 名である。右片麻痺者 9 名（男性 9 名、女性 0 名）、左片麻痺者 11 名（男性 9 名、女性 2 名）である。装具を使用すれば起立・歩行が可能な者、車椅子を常用している者である。上下肢に麻痺を有し、一般的な体脂肪率測定機器が使用困難な者とした。

キャリパー法と二重エネルギー吸収法（以下 DXA）を用いて、体脂肪率を計測した。キャリパー法による体脂肪率測定では、肩甲骨内側および上腕後面の皮下脂肪厚をキャリパーにて計測し、得られた値より長嶺と鈴木の式を用いて算出した。麻痺側・非麻痺側の両側を計測し、それぞれから体脂肪率を算出した。DXA による体脂肪率測定は、背臥位にて計測し、白無地の下着と検査着を着用した。

麻痺側の皮下脂肪厚から算出された体脂肪率と非麻痺側の皮下脂肪厚から算出された体脂肪率を比較した。さらに、キャリパー法によって算出される皮下脂肪率と二重エネルギー吸収法（以下 DXA）によって計測される体脂肪率を比較した。統計学的解析には対応のある t 検定を用いた。

【結果】麻痺側の皮下脂肪厚から算出された体脂肪率と非麻痺側の皮下脂肪厚から算出された体脂肪率には有意差が認められた ( $p < 0.05$ )。

麻痺側の皮下脂肪厚から算出された体脂肪率と DXA にて計測された体脂肪率には有意差が認められなかったが、非麻痺側の皮下脂肪厚から算出された体脂肪率と DXA にて計測された体脂肪率には有意差が認められた ( $p < 0.05$ )。

【考察】麻痺側・非麻痺側それぞれの皮下脂肪厚から算出された、体脂肪率に差異があり、非麻痺側に比べ麻痺側に多くの脂肪が分布していた。対麻痺者を対象とした先行研究では麻痺域に脂肪が分布しやすいと報告されており、片麻痺者においても同様の結果となった。

さらに、麻痺側の皮下脂肪厚から算出された体脂肪率と DXA にて計測された体脂肪率には有意差が認められなかったことから、麻痺側の皮下脂肪厚から算出された体脂肪率の値が真値に近いと考えられる。よって、キャリパー法にて体脂肪率を測定する場合は、麻痺側の皮下脂肪

厚を用いることを推奨する。

キャリパー法は、キャリパー以外に特別な機器が必要なく、測定手技も容易である。片麻痺者などの上肢に麻痺を有するもの、立位が困難である車椅子使用者や装具使用者に対しても測定可能な方法である。臨床において、より正確な体脂肪率を測定し、運動指導および栄養指導に、用いるべきである。

**【理学療法学研究としての意義】**理学療法は高齢者に対する転倒予防や介護予防事業に参加し、有効なサービス提供ができています。一方、障害者の予防分野については、経験則に頼らざるを得ない現状がある。再発や新たな疾病の予防のために、簡易にかつ正確に体脂肪率を計測できる手法の確立が急務であり、障害者の予防分野での活動に不可欠なものであると考える。

**【倫理的配慮、説明と同意】**本研究はヘルシンキ宣言に沿ったものである。当センター倫理委員会の承認（承認番号 H25-21）を得た上で実施し、対象者には本研究の目的を口頭および書面にて説明し、書面にて同意を得た。

なお、本研究に関わる一部の成果は、株式会社タニタによるタニタ健康体重基金の研究助成によるものである。

「第 58 回日本腎臓学会学術総会」 (2015/6/5)

帯状疱疹に対して腎機能に応じた抗ウイルス剤の用量調節を行うも腎障害を来した症例の検討

岡井隆広

**【背景・方法】**帯状疱疹の抗ウイルス剤(アシクロビル:ACV、バラシクロビル:VACV)は、腎機能に応じた用量調節が必要であるが、調節にも関わらず、急性腎障害や精神神経症状の報告が散見される。2007～2014年、急性腎障害で当院に入院した症例を検討した。

**【結果】**症例 10 例(女性 9 例)、平均年齢 81.9±8.3 歳、平均体重 48.4±5.8kg。ARB3 例、利尿剤を 1 例内服していた。元々の腎機能はG2:5 例、G3a:3 例、G4:1 例、G5:1 例であった。抗ウイルス剤は ACV2 例、VACV8 例、4 例はNSAIDを併用。6 例は夏季(6～8 月)に発症。投与後平均 3.9 日(2～8 日)で発症し、意識障害 4 例(JCS2～200)、神経症状 4 例(呂律障害 3 例、不随意運動 2 例、歩行障害 2 例)、消化器症状 3 例(嘔吐、吐き気)、全例食欲低下を伴った。最大血清Cr5.1 mg/dl(2.1～10.2)。全例薬剤を中止、補液施行。高度な意識障害を呈した 1 例は一時血液透析を行った。全例腎機能、精神神経症状は改善した。

**【考察】**高齢女性で低体重者は筋肉量が少なく、eGFRは高めに算出される。従って自験例の多くに潜在性腎機能低下があったと推測された。さらに食欲不振、精神神経症状、夏季で脱水、NSAIDや併用薬剤の影響で、腎血流低下と尿細管内結晶化から腎機能悪化が促進したと考えられる。高齢者へ上記薬剤を処方する際、体重や筋肉量を考慮した用量調節、飲水励行の指導、定期的な腎機能のモニターが必要と思われた。

「第34回東京都理学療法学会大会」 (2015/6/14)

当財団における人材育成プログラムの紹介-急性期から生活期までの経験-

石毛崇1)・森山広樹1)・太田裕也1)・足立和恵1)・窪田幸生2)・河西大輔2)・粉紀男3)・高林未知枝3)・太田博4)

1) 河北総合病院リハビリテーション科 2) 河北リハビリテーション病院セラピー部

3) 河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷 4) 介護老人保健施設シーダウオーク

**【目的】**当財団では2011年まで各施設単位で新人教育を行ってきた。入院期間短縮やリハビリ期間の制限に伴いセラピストの関わりは病期を縦割りにした急性期・回復期・生活期それぞれの教育となっていた。その反面、地域包括ケアや在宅ケアの視点が広がり、実際に求められるセラピストは病期の枠を越え、在宅や地域の視点をもった人材であると考え、2012年より急性期、回復期、生活期それぞれの時期を横断的に学ぶ目的で教育体制見直しを図った。今回当財団新人教育プログラム作成導入から3年経過し全病期を経験したスタッフが研修を終えることとなったためここに報告する。

**【方法】**財団の教育目的を「セラピストとして急性期・回復期にとどまらず、生活期においても業務ができる態度・知識・技能を備え、地域生活者にそのひとらしい社会復帰や生活支援を実現できる能力を身につける。」こととして新入職から3年間で各病期を経験することを目指した。1-2年目は初期研修として共通の評価表を使用して急性期か回復期どちらかの配属施設で研修を行う。3年目で後期研修として財団内他施設の研修を行う。期間は急性期2か月、回復期6か月、老人保健施設2週、訪問リハビリ2日と設定した。評価方法は4年目以上スタッフが指導者となり社会人マナーや医療人としての態度を評価する初期教育共通プログラムと専門職としての専門知識・技能を評価する初期教育専門プログラムそれぞれを6段階で評価し合格ラインを定めた。また指導者は評価表を基に定期的に集まりそれぞれの進捗状況を確認する場を設け情報共有の場とした。さらに必須ではないが4年以降後を専門研修として専門的な知識技能習得目的の長期間の研修を各施設で実施できるようなものとした。

**【結果と今後の課題】**今年度初期研修修了者がPT・OT合計13名。修了者からは配属部署では経験できない事を経験できたという意見や、予後予測や在宅生活のイメージが付きやすくなった等の意見が聞かれた。一方で、施設による新人の人数、各施設指導者の関係で受け入れ人数や期間に差があり、研修期間が十分でない事や指導者側の負担、質の評価の方法等課題も多く今後もよりよい教育システム構築に向けて修正をしていく必要がある。

「第34回東京都理学療法学会大会」 (2015/6/14)

前頭葉症状を呈し、脳画像から歩行自立の可能性を見出した症例

横島 勇人

【はじめに】今回、左前大脳動脈領域の脳梗塞により前頭葉症状を呈した症例を担当する機会を得た。脳画像から歩行自立の可能性を見出し、アプローチを行ったのでここに報告する。

【説明と同意】本学会での報告にあたり、ヘルシンキ宣言に則り本人から発表の同意を得た。

【症例紹介】基礎情報:63歳の男性。診断名:脳梗塞(左前大脳動脈領域)。現病歴外出中に右片麻痺、意識障害を呈し、救急要請。同日t-PAを施行。23病日目に当院に入院既往歴:高血圧、高脂血症、外傷性脳出血。

【初期評価】画像所見(左半球):運動前野(6野)、補足運動野(6野内側)、前頭前野(9,10野)、帯状回(32,24野)に梗塞巣を認める。意識障害 JCSI-1~II-10。

SIAS-M:下肢0-0-2。感覚障害:表在、深部覚軽度鈍麻。前頭葉症状:自発性の低下、把握反射陽性、注意機能低下、FAB:9/18 歩行:二人介助。

【介入方法】①覚醒状態の改善を目的に、立位、歩行訓練 ②プログラミング障害の機能再構築を目的に、言語・体性感覚刺激での誘導による初発動作の誘発 ③自発性の向上を目的に、症例の意欲が高い歩行練習を実施、目標を共有。

【最終評価】画像所見:著変なし。意識障害:清明。SIAS-M:下肢4-4-4 感覚障害:表在覚正常、深部覚軽度鈍麻。前頭葉症状:自発性の向上、注意の持続性向上。把握反射残存も随意的な抑制は可能。FAB:13/18 歩行:一本杖歩行自立。

【考察】画像所見から、運動野、運動前野、補足運動野、前頭前野、帯状回に梗塞を認めていた。しかし、t-PAを施行していること、さらに、身体所見にて右足関節の背屈が得られていることから、歩行「自立」は可能と予測した。歩行「自立」に必要な自発性を向上させるために、まずは①覚醒の向上を優先に行った。覚醒が向上できると考えた理由として、網様体系の障害は認めていないことがあげられる。次に、②初発動作の誘発を行った。言語野、体性感覚野の脳部位は障害されておらず、口頭指示や感覚刺激による徒手的な誘導が有効と考えた。上記①、②から歩行は軽介助にて可能となったが、自発性の低下は依然見られていた。そのため、③症例の意欲が高い「歩行」を中心にプログラムを実施。「奥さんと散歩がしたい」という退院後の生活を明確にし、目標を共有した結果、歩行「自立」となり、前頭葉障害による自発性低下に対しては、初発動作の誘発や意欲向上の為の目標の共有が有用であると考えられる。今回、脳画像から障害部位を特定し、歩行自立の可能性を見出した。予後予測やプログラム立案には、障害部位の特定、障害していない脳機能を特定し、プログラムを立案していくことが重要と考えた。

「第 65 回日本病院学会」 (2015/6/18)

医師・看護師の DNR 指示に対する意識調査

後藤順一、 橋本昌仁、 九谷田健、 嶋田美刈

【目的】 Do Not Resuscitate (以下 DNR) とは、「救命の可能性がない患者などで、本人または家族の希望で心肺蘇生法 (CardioPulmonary Resuscitation 以下 CPR) をおこなわないこと」と日本救急医学会では定義し、「これに基づいて医師が指示する場合を DNR 指示 (do not resuscitation order) とする」と表している。この DNR 指示は当院においても日常的に活用している。しかしこの DNR 指示に対して医師・看護師での見解の違いが観られたため、今回当院の医師・看護師が捉える DNR 指示とはなにをかを調査した。

【方法】 調査方法はアンケート法を用いた。期間は 2014 年 8 月から 10 月までとし、対象者は当院に業務する医師と看護師とした。入院患者に対する業務に従事しない者は除外した。

【成績】 医師 23 名、看護師 52 名の情報を収集した。DNR の認知に対する調査では医師・看護師共に「知っている」または「なんとなく知っている」という回答であり、「知らない」という回答はなかった。「医師が DNR 指示を出すまたは看護師が指示を受けることに対して迷いはあるか」の質問では、医師・看護師ともに約 80% が「ある」と回答した。DNR の患者に対して行われる個々の医療行為を、「実施する」「実施しない」「分からない」の項目で回答を求めたところ、CPR に関連する医療行為は全員が「実施しない」と回答し、鎮痛鎮静薬の投与は「実施する」との回答であった。胃廊や経管栄養剤の投与、中心静脈ラインの確保、高カロリー輸液の投与は実施の判断が医師・看護師ともに分かれる結果であり、これらの回答に医師・看護師間での有意差は無かった。

【結論】 医師 看護師ともに、DNR についての認識は持っているものの、その DNR 指示に対して迷いを持っていることが確認できた。また DNR の患者に対して侵襲を加える行為は行わず、苦痛を除去する行為は積極的に行い栄養剤・中心静脈栄養の投与などの行為には判断に迷う傾向があることが判断できた。

「第 65 回日本病院学会」 (2015/6/18)

気管挿管患者における OAG と口腔内保湿の関係について

九谷田健、後藤順一

**【目的】**ICU 入院患者は意識障害や気管挿管によるセルフケア能力の低下、薬剤による副作用などで唾液分泌量が低下し口腔乾燥を引き起こす。口腔乾燥状態では自浄作用の低下により口腔内細菌の増加に繋がることとなる。当院では ICU に入室したすべての患者に対して Eilers Oral Assessment Guide(以下 OAG)を用いて口腔ケアを行っている。OAG は声、嚥下、口唇、舌、唾液、粘膜、歯肉、歯と義歯の 8 項目を 3 段階に分けるアセスメントガイドであり、口腔内の保湿、清潔を目的としている。今回 OAG に準じた口腔ケアが実際の口腔内保湿と関係しているか調査したためここに報告する。

**【方法】**期間は 2015 年 12 月から 1 月までで、対象者は ICU に入院し気管挿管を行っている患者とした。OAG は 8 点を正常、13 点以上を中度から重度の機能障害とし、口腔内水分の測定には口腔内水分計ムーカス®(以下水分計)を使用し 30.0 以上を正常、25.0 以下を乾燥とした。口腔粘膜ケアを実施する前の 7 時、13 時、19 時に OAG の測定と水分計による測定を行った。気管挿管 1 日目、3 日目、5 日目の OAG の値と水分計による値を比較調査した。

**【成績】**対象者は気管挿管患者 8 名で平均挿管日数は 5 日間であった。平均年齢は 84.2 歳±4.02 で疾患は消化器疾患患者が 3 名、呼吸器疾患患者が 2 名、頭部疾患患者が 1 名、循環器疾患患者が 2 名であった。気管挿管 1 日目、3 日目、5 日目の OAG の値の平均は 15.66±2.31、14.55±1.58、15.66±15.33 となった。水分計による値の平均は 21.18±5.65、24.32±11.48、18.96±10.44 という結果であった。気管挿管中の OAG の値と水分計による値には  $r = -0.61$  と弱い相関にあることが分かった。

**【結論】** OAG と口腔内保湿には弱い相関が認められた。このことから OAG に準じた口腔ケアが、実際の唾液分泌量の増加を促し、口腔内の自浄作用を促進させる効果があるのではないかと考える。

「2015 第2回 J-RESCUE」 (2015/7/4)

末梢動脈疾患 (PAD) 患者に対する末梢血管内治療 (EVT) 前後でのトレッドミル評価の有効性

石毛崇1)・藤森一史1)・釜野未緒1)・廣瀬藍里1) 登坂淳2)

1) 河北総合病院リハビリテーション科理学療法士2) 河北総合病院循環器内科

【はじめに】 PADの治療には薬物療法、運動療法に加え、外科的内科的血行再建術が行われている。当院ではPADの患者に対し、末梢血管内治療 (EVT) による血行再建術を主に行っており、2014年では年間約160例の治療を実施している。

【目的】 PAD、特に間歇性跛行 (IC) の患者に対して初期治療としてPTが介入した運動療法が推奨されているがEVT前後の患者に対して定量的な跛行評価や治療後のリハビリに関する報告はほとんどない。そこでIC患者のEVT前後でのトレッドミルを使用した歩行評価について検討した。

【対象】 期間：2015. 3. 1～5. 31にEVTを受けた患者30名 ( Rutherford 分類1-3：15名, 4-6：15名) 平均年齢：74. 5歳 (±7. 93) 入院期間平均8. 64 (±10. 39) Rutherford分類1-3度の15名のうちトレッドミルにて治療前後で評価が実施できた12名

【評価方法】 EVT前後でトレッドミルにて傾斜12%、速度2. 4km/時で最大歩行距離 (AWD) を測定。転倒リスクがあるとセラピストが判断した場合傾斜は変更せず、速度のみ1. 3km/時とし、エンドポイント15分とした。

【結果】 EVT前の平均歩行時間が8分18秒、EVT後の平均歩行時間が12分6秒で154%改善した。また二群間に統計学上有意な差を認めた。

【考察】 EVT前後のトレッドミル評価で跛行の改善を定量的に確認することができた。約3日間の入院でAWDが154%アップし、運動療法3ヶ月実施AWD122%アップより歩行改善率が短期間で見込まれることが示唆された。EVTは短期間で症状の改善が見込めるが、その後再狭窄などにより症状が再発する可能性があり、一概に運動療法より良いとはいえない。PAD患者の予後は不良疾患である。( 5年間で30%近くも死亡している ) 間欠性跛行症状だけを捉えると、5年間で70～80%は症状が変わらないか改善しており、CLIまで悪化するのはいずれか5～10%、切断にまで至るのは2～3%にすぎない。PAD患者において問題となるのは、間歇性跛行という足の症状の悪化というよりはむしろ、運動量の低下と生命予後にあるといえる。PAD患者に対しても冠動脈疾患同様に運動療法は非常に重要と考えるべき。

【課題】 歩行障害質問表 や、SF36によるQOL評価の必要性。今後はEVT単独群とEVT+運動療法・運動指導群で1年間のTLR、再狭窄を評価・比較を検討していきたい。

「第 37 回日本呼吸療法医学会」 (2015/7/18)

## 当院 ICU における Spontaneous Breathing Trial の効果

小林真理子、後藤順一、嶋田美刈

【目的】人工呼吸器管理はクリティカル領域において日常的に行われる医療行為の一つである。長期人工呼吸器の使用は患者の ICU 在室日数や在院期間を延長させるリスクがあるとされている。その為当院に於いても人工呼吸器を早期に離脱する試みとして、患者の自発呼吸を評価すべく SBT を導入している。当院 ICU に於いて SBT による効果を検証した為ここに報告する。

【方法】対象者は当院 ICU に入院し抜管した全患者とした。対象者を SBT を行った群 (以下 SBT 群とする) と行っていない群 (以下非 SBT 群とする) に分け気管内挿管時間、ICU 在室日数、在院日数、VAP 発生率を比較した。調査期間は非 SBT 群を 2010 年 10 月～2011 年 12 月とし、後ろ向き調査を行った。SBT 群は 2012 年 12 月～2014 年 4 月の患者とした。除外対象は気管挿管されたまま死亡した患者、抜管できず気管切開に至った患者、小児患者とした。

【成績】SBT 群 59 人、非 SBT 群 58 人の患者から情報を収集した。気管内挿管時間は非 SBT 群は  $100 \pm 94.2$  時間、SBT 群は  $60 \pm 55.3$  日と短縮を認めた。ICU 在室日数については非 SBT 群は  $11 \pm 7.3$  日、SBT 群は  $10 \pm 5.8$  日であった。在院日数は非 SBT 群で  $45 \pm 35.1$  日、SBT 群で  $40 \pm 30.7$  日と短縮を認めた。VAP 発生率は非 SBT 群は 9.09%、SBT 群は 10.16%であった。有意差が認められたのは気管内挿管時間についてのみであった。

【結論】当院 ICU に於ける SBT の効果は、気管内挿管時間が短縮され有意差が得られた。しかし、ICU 入室期間、在院日数、VAP 発生率についての有意差は認められなかった。この事から、SBT により人工呼吸器離脱が行え早期抜管が可能となったとしても、その後の病状経過には変化を与えていないことが考えられた。

「第 37 回日本呼吸療法医学会」 (2015/7/18)

集中治療室 3 部署 (ICU, CCU) でのケア評価方法統一に向けての取り組み

河村 葉子

**【目的】**当院のクリティカルケアに関連する部署は EICU、SICU、CCU の 3 部署があり、患者は病状の変化により部署間の移動を余儀なくされる。しかし現在、各部署間のケア評価方法に統一性はなく、各部署独自の方法で行われている。そのため、患者に継続性のある看護を提供する必要があると考え、当院クリティカルケア領域でのケア評価方法の統一化に向け調整活動を行ったため報告する。

**【方法】**期間は 2014 年 4 月～2015 年 1 月までとし、対象者は EICU、SICU、CCU で勤務する看護師とした。SECI モデルを元に、各部署が独自に行っているケア評価方法を出し合い、クリティカルケア領域で統一が必要と考えるケア評価方法を選択する。選択されたケア評価方法に対し知識の共有を行い、知識統一されたケア評価方法を各部署で実施とした。

**【成績】**各部署が独自に行っているケア評価方法の中で統一が必要と考えたものは、CAM-ICU でのせん妄評価、口腔ケアアセスメント評価、早期経腸栄養評価、自発呼吸トライアルであった。このケア評価方法は部署のみの知識であり、これを SECI モデルの暗黙知として位置づけた。この暗黙知に対する教育活動を行ったことで、クリティカルケア領域の看護に重要な知識であるとの共通認識が得られた。暗黙知であったケア評価方法は教育活動を実施したことで、各部署が周知している知識である形式知として各部署に導入した。各部署への導入により、当院クリティカルケア領域における評価基準として取り決め統一化した。

**【結論】**ケア評価方法を統一化することで、患者が部署間を移動した際でも統一したケア評価が行われるようになり、他部署との知識の共有から看護ケアを見直す機会となった。

「第 33 回骨代謝学会」 (2015/7/25)

原発性骨粗鬆症に対する 12 か月間のイバンドロネート静注製剤と  
エルデカルシトール併用における有効性と安全性の検討

田中 瑞栄<sup>1)</sup>、島本 周治<sup>3)</sup>、加藤 義治<sup>3)</sup>、  
社会医療法人河北医療財団河北総合病院整形外科<sup>1)</sup> 東京女子医大整形外科<sup>2)</sup>

【目的】イバンドロネート (IBN) 静注製剤は、ビスフォスフォネート (BP) 経口製剤に比べ、生物学的利用率が高く、有効性が高いといわれている。一方エルデカルシトール (ELD) は既存の VitD 製剤が持つカルシウム代謝改善作用を保持しつつ骨密度 (BMD) 増加効果を有する新規の VitD 製剤である。今回我々は一般臨床において、IBN 静注製剤と ELD 併用による 12 か月間の有効性と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 28 例 (男性 8 例、女性 20 例)、平均年齢 82.1±6.7 歳だった。IBN1mg を毎月 1 回、12 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。使用前、6 か月、12 か月後に骨密度測定と脊椎 XP 撮影、使用前、1、3、6、12 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 検定を行った。患者背景、治療継続率、レスポンス率についても検討した。

【結果】TRACP5-b、BAP においては、投与前と比較してすべての期間で有意に低下し (p<0.001)、投与 12 か月後も正常範囲内で過剰な低下を認めなかった。減少率は 12 か月後でそれぞれ 45%、40.7%であった。腰椎 BMD は 6 か月、12 か月で有意な上昇が認められた。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るものの、12 か月後も過剰な骨吸収抑制はなく、骨密度が有意に上昇することが明らかとなり、経口 BP 製剤投与が困難な症例、服薬後 30 分間の座位保持が困難な高齢者や重症骨粗鬆症症例には、IBN 静注製剤は確実に投与できる骨粗鬆症治療薬と判断された。

「日本病院薬剤師会関東ブロック第45回学術大会」 (2015/8/2)

睡眠薬の適正使用 ～他職種との合同勉強会の試み～

弥富 千穂

リハビリテーション病院 薬部 薬剤科

【目的・背景】当院は回復期リハビリテーション病院という特色上、高齢者、脳血管疾患障害、術後疼痛のある患者が多く入院している。これらの患者はしばしば不眠症状を訴えることがあり、2015年5月現在、入院患者の約3割が睡眠薬を使用している。

服薬管理指導以外で何か出来ることはないかと模索していたところ、看護師から患者の睡眠状態を評価するための注意点を教えてほしいという声があり、他職種に向けて不眠症の勉強会をおこなうことになった。

【方法】看護師とリハビリスタッフらを対象に2回に分けて講義形式で合同勉強会をおこなった。勉強会では睡眠メカニズムや不眠症パターン、高齢者の不眠、睡眠薬の特徴、適正使用について説明した。終了後には習熟度、業務改善点などを問うアンケートを取り評価をおこなった。

【結果・考察】アンケートには睡眠環境や副作用など、より適正な不眠治療を意識する意見が多く見られた。不眠症や睡眠薬についての知識が深まり、現在おこなっている睡眠援助以外にもできることがあるという気づきの声が多く聞かれた。また他職種の視点が分かり今まで以上にチーム医療の連携が深まることが期待される。

今後、不眠症以外の疾患においてもこのような勉強会を定期的におこない、他職種と協働しより安全な医療に努めていきたい。

「第 17 回日本褥瘡学会」 (2015/8/29)

不適切なポジショニングによる下腿外側部褥瘡－在宅生活で発生した頸髄損傷者例－

杉山 真理

【目的】第 13 回および第 14 回日本褥瘡学会学術集会にて、ベッド上背臥位のポジショニングにより発生した下腿部褥瘡例とその発生要因について報告した。在宅生活中に下腿外側部に褥瘡を発生した症例について報告する。

【方法】症例は 40 歳台、男性である。2007 年に外傷性頸髄損傷による四肢麻痺となる。第 8 頸髄残存レベルであり、ASIA Impairment Scale B であった。2013 年クモ膜下出血および脳梗塞を発症し、左片麻痺となった。前院にてリハビリテーション実施後、日常生活活動が一部介助レベルにて自宅退院となったが、退院から約 1 か月後、下腿部外側部に褥瘡が発生して当センター入院となった。

【倫理的配慮】 本人へ本報告の目的・内容について説明し、書面にて同意を得た。利益相反なし。

【結果】下肢に運動麻痺を有し、両股関節は外旋位を呈していた。下腿外側部に発生した褥瘡は、腓骨長軸に沿った細長い楕円形であり、右 DU-els6i1G6N6p0:20、左 D4-E6s6I3G5N3p0:23 であった。外果、腓骨小頭には褥瘡発生はなかった。前院にて、踵部の褥瘡発生予防のためのポジショニングを指導されており、背臥位では、下腿部に市販の座布団をまるめて挿入し、踵部の除圧を行っていた。座布団が下腿外側部を圧迫して褥瘡発生に至った。

【考察】本症例の身体的特徴は、第 14 回日本褥瘡学会学術集会にて報告した、下腿外側部の褥瘡発生要因と一致していた。身体的な特徴と不適切な福祉用具の使用、不十分な患者教育が重なり、褥瘡発生に至ったものと考えられる。下肢に運動麻痺を有し、股関節が外旋位を呈している場合、腓骨骨幹部も骨突出部になり得る。褥瘡発生好発部位として認識し、福祉用具の選択や患者教育を行わなければならない。

「欧州経腸栄養学会」 (2015/9/7)

MALNUTRITION AMONG PATIENTS WITH PEPTIC ULCERHEMORRHAGE AND SIMPLE PREDICTORS OF DELAYEDNUTRITIONAL RECOVERY

H. Igarashi<sup>1</sup>, H. Yamashita<sup>1</sup>, D. Sugimoto<sup>1</sup>, Y. Hanaoka<sup>1</sup>, H. Nakamura<sup>1</sup>, K. Tsuchiya<sup>1</sup>, M. Okada<sup>1</sup>, I. Ogata<sup>1</sup>. <sup>1</sup>InternalMedicine, Kawakita General Hospital, Tokyo, Japan

**【Rationale】:** Patients with peptic ulcer hemorrhage (PUH) oftensuffer from malnutrition and it delays the healing of the pepticulcer. Our aims were to reveal the nutritional condition inpatients with PUH and to determine the factors indicative ofmalnutrition and simple predictors of the delay of nutritional recovery.

**【Methods】:** 228 patients with PUH who received endoscopichemostasis procedure on diagnosis [mean age: 70.0 years(21 99); M/F = 147/81] were involved. After serum albuminlevel (Alb) as a nutritional index was determined for eachpatient on diagnosis, they were divided into 2 groups accordingto the initial Alb: group A (<3.8 g/dL) and B (≥3.8 g/dL).Firstly, age, gender, hemoglobin level (Hb), regular useof antithrombotics, and ulcer location (stomach/duodenum)were compared. Secondly, group A was divided into 2 groups(patients without enough data were excluded): group C(Alb on day 9 or 10 was equal or lower than Alb on day 1, meaning delayed nutritional recovery) and D (where Alb onday 9 or 10 was higher), and the factors mentioned aboveplus days of no food intake, and occurrence of rebleeding were compared.

**【Results】:** Of all the 228 patients, 166 (72.8%) were group A. Between group A and B, age ( $74.0 \pm 14.4$ ;  $59.2 \pm 18.0$  years,  $P < 0.001$ ) and Hb ( $7.99 \pm 2.45$ ;  $10.39 \pm 2.34$  g/dL,  $P < 0.001$ ) were significantly different. After multivariate analysis, age  $\geq 65$  years and Hb  $< 9.0$  g/dL were factors indicating malnutrition on diagnosis. Between group C (27 patients) andD (69), age ( $80.8 \pm 13.0$ ;  $73.2 \pm 13.6$  years,  $P = 0.014$ ) and initialAlb ( $3.30 \pm 0.36$ ;  $3.12 \pm 0.39$  g/dL,  $P = 0.039$ ) were significantlydifferent. However, no predictor of albumin recovery wasdemonstrated.

**【Conclusion】:** Malnutrition among patients with PUH wascommon, and old age and low Hb (where massive bleedingoccurred) were indicative of malnutrition on diagnosis. No independent predictor of delayed nutritional recovery wasfound.

「第 34 回関東甲信越ブロック理学療法士学会」 (2015/9/12)

右被殻出血により、片足麻痺を呈した症例に対する免荷式リフトを使用した運動療法について

櫻井 亮太

**【目的】** 右被殻出血により片足麻痺を呈し、基本動作・歩行動作獲得困難で、あった一症例に対して免荷式リフトを使用した起立・歩行訓練を行い、基本動作・歩行介助量が軽減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】** 40代男性。病前 ADL APDL 自立。平成 26 年 8 月上旬に発症し、同日救急搬送。頭部 CT で右被殻出血と診断され同日開頭血腫除去術施行。発症 32 日後に当院に入院し、178 日後施設に退院。

**【介入方法】** 免荷式リフトを使用した起立・立位保持訓練、免荷式リフトと金属支柱付長下肢装具を使用した歩行訓練、長下肢装具・サイドケインを使用した歩行訓練を段階的に実施した。

**【結果】** 入院 178 日後、歩行は金属支柱付短下肢装具・サイドケインを使用し見守りで可能となった。日常生活評価として、BI は 0 点から 60 点、FIM は 30 点から 90 点とそれぞれ向上した。

**【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。

**【考察】** 本症例は、脳画像所見として大脳基底核を中心に皮質から中脳レベルまで広範に血腫を認め、Brunnstrom stage I - I - I と重度の運動麻痺を呈していた。基本動作は全介助が必要で、あったが、起立動作での麻痺側下肢の筋収縮を認めていた。これは、体性感覚・深部感覚情報が脳幹レベルで処理され、脊髄に下降する内側運動制御系が自動的な筋活動を促しているためであると考えた。そのため介入では、残存する皮質脊髄路の興奮性増大より、抗重力位での深部感覚入力により、残存する皮質間ネットワークの再構築を促す目的で免荷式リフトを使用した治療を実施した。本症例は退院時 Brunnstrom stage

II - II - II と運動麻痺は残存していたが、基本動作・歩行動作の介助量は軽減した。これは、早期より免荷式リフトを使用し、抗重力位での起立・立位訓練・歩行訓練に介入したためであると考えられる。

「全日本病院学会」 (2015/9/12)

病院勤務救急救命士による一次救命処置講習活動

上野 友理

当院は東京都杉並区に位置する病床数 404 (うち分院 76)、職員数 1690 名の二次救急指定病院である。

当院では現在 6 名の救急救命士が勤務しており、急変患者に対して迅速で適切な対応を行うことを目的として一次救命処置講習会を行っている。その対象は主に財団内の施設職員であり、2014 年 4 月から 2015 年 3 月までに 10 回開催し、約 130 名が受講した。

受講後のアンケートにより本講習はおおむね好評を得た。2015 年 3 月に関連施設の透析クリニックにおいて VF をきたした 67 歳・男性に対し、本講習後の救急救命士学生が救命の連鎖に関わり、心肺停止から蘇生し社会復帰まで至った 1 例も含めて報告する。

今後も救急救命士として一次救命処置が全職員・市民に広く普及することを目指し、より質の高い講習を継続していきたい。

「全日本病院学会」 (2015/9/12)

当院 AMAT 隊員における研修修了後の現状と課題

安倍晋也、金井信恭

【背景】当院は東京都杉並区（人口 54 万人）にある東京都 2 次救急指定病院、全日本病院協会 AMAT 指定病院である。これまで AMAT 隊員養成研修に 3 回参加、14 名が修了した。（医師 3 名、看護師 7 名、ロジ 4 名）現時点で修了後の訓練は各施設に委ねられており、一定ではない。

【目的】当院 AMAT 隊員独自の訓練につき報告、課題につき考察する。

訓練内容) 通信（デジタル無線、衛星電話）、初動訓練、院内外防災訓練、勉強会、EMIS 入力、隊員間情報共有（河北 AMAT LINE）等。

課題) 携行医薬品・資機材準備。被災地活動・生活。多職種多部署間の連携・調整。AMAT 指定病院の合同訓練が必要と考えた。

【結論】全日本病院協会 AMAT 研修で培った知識やモチベーションを維持していく為には課題が多い。災害派遣に備え今後も努力したい。

「第 17 回日本骨粗鬆症学会」 (2015/9/17)

原発性骨粗鬆症に対するイバンドロネート注射製剤とミノドロネート経口製剤の使用経験  
～12 か月間投与における有効性と安全性の比較検討～

田中 瑞栄 1)、島本 周治 3)、伊藤 聡一郎 2)、吉岡 太郎 1) 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】** イバンドロネート (IBN) 静注製剤は、経口ビスフォスフォネート (BP) 製剤に比べ、生物学的利用率や有効性が高いといわれている。一方ミノドロネート (MIN) は国産の経口 BP 製剤であり、骨密度改善に有効な BP 製剤と考えられている。今回、我々は 12 か月間の IBN および MIN の有効性や安全性について比較検討した。

**【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とし、IBN 群 28 例 (男性 8 例、女性 20 例、平均年齢  $82.1 \pm 6.7$  歳、IBN 1mg を毎月 1 回静注) と、MIN 群 29 例 (男性 3 例、女性 26 例、平均年齢  $75.7 \pm 6.2$  歳、MIN 50mg を毎月 1 回経口投与) を比較検討した。全症例にエルデカルシトール (ELD) 0.75 $\mu$ g/日を併用した。使用前、12 か月後に骨密度測定と脊椎 XP 撮影、使用前、6、12 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、群間はマンホイットニー検定を行った。

**【結果】** 腰椎骨密度は両群とも 12 か月で上昇が認められたが、IBN 群の方が増加率は大きかった。TRACP5-b においては、両群とも投与前と比較して投与後 6 か月、12 か月で有意に低下した (順に  $p < 0.01$ 、 $p < 0.05$ )。観察期間を通じて全症例において急性期反応は見られず、血中 Ca、P、eGFR も正常範囲内であった。

**【考察】** 本研究結果から、IBN は投与 12 か月で、MIN より高い骨密度増加効果を示した。IBN は MIN などの経口 BP 製剤投与が困難な消化器障害や認知症症例、重症骨粗鬆症症例には、確実に投与できる骨粗鬆症治療薬として有望である。

「第 375 回東京産科婦人科学会例会」 (2015/9/19)

右卵巢腫瘍と術前診断された虫垂粘液性嚢胞腺腫の一例

上原 ゆり子

【緒言】虫垂粘液嚢胞腺腫は比較的稀な疾患であり、自覚症状に乏しく、術前診断は困難とされる。今回、我々は右卵巢腫瘍との鑑別を要した虫垂粘液嚢胞腺腫を経験したため、報告する。

【症例】症例は 72 歳、2 経妊 2 経産。既往歴に不整脈、大腸ポリープがある。一般検診にて胸部レントゲン異常を指摘され、近医受診。肺に関しては精査の上、非定形抗酸菌症と診断されたが、その際に CEA: 13.7ng/ml と高値を認め、経腹超音波にて右卵巢腫瘍を疑われ、当院紹介受診となった。経膈超音波にて内部不均一な 5cm 大の嚢胞性腫瘤を認め、造影 MRI にて骨盤内右付属器領域に嚢胞性腫瘍を認めた。その他の腫瘍マーカーは正常範囲内であった。MRI にて軽度の壁肥厚を認め、年齢も考慮し、開腹両側付属器切除予定で手術開始となった。術中所見にて両側卵巢は肉眼上正常で、嚢胞性腫瘍は虫垂より発生していたため、消化器外科医と相談の上、虫垂切除術を施行した。病理診断にて、虫垂粘液性嚢胞腺腫の診断であった。

【結語】腹腔内粘液嚢胞性腫瘍は、卵巢原発が多く、虫垂原発は比較的稀である。虫垂粘液嚢胞性腫瘍には良性、境界悪性、悪性の報告があるが、術前の良悪性の鑑別が困難であり、また破裂した際には良性であっても腹膜偽粘液腫に進展する可能性があることから、早期の外科手術が必要とされる。右付属器領域の腫瘤性病変についての鑑別診断として、念頭に置き、留意すべきである。

「第 63 回日本心臓病学会」 (2015/9/20)

重症肺炎に起因する発熱により incessant 型単形性心室頻拍を発症した Brugada 症候群の一例

佐藤 由里子

【背景】: Brugada 症候群における心事故予測因子として心室細動 (VF), 失神の既往, 家族歴, 早期再分極の存在などがあるが, その他に飲酒, 満腹, 薬剤および発熱などが増悪因子として知られている。

【症例】: 50 歳女性。既往歴および家族歴に特記すべきことなし。数日前から発熱し解熱剤で改善なく 40℃となり来院。来院時 230bpm の単形性心室頻拍 (VT) を incessant に認めた (A)。VT の停止にリドカイン静注が有効であり, 洞調律復帰時の右前胸部誘導にて ST 上昇を認めた (B)。胸部 Xp および CT にて左肺野全体に浸潤影を認め, 尿および血液培養検査から肺炎球菌性肺炎と診断し, 抗生剤による加療を開始した。肺炎加療後発熱とともに ST 変化は正常化した。後日サンリズム負荷試験を行ったところ coved 型心電図変化を認め (C), 心臓電気生理学的検査ではプログラム刺激で VT/VF は誘発不能であった。加算平均心電図は陰性で遺伝子解析を行った。患者の希望もあり植込み型除細動器の植込み術を施行した。

【結語】: 重症肺炎による発熱を契機に incessant 型単形性 VT にて発症した Brugada 症候群の一例を経験した。稀な症例と考えられたため報告する。

「日本糖尿病教育・看護学会誌」 (2015/9/22)

その人らしさに視点をのいた退院支援  
～認知症をもつ高齢糖尿病患者の療養を支える～

野崎房代<sup>1</sup>、大久保悦子<sup>2</sup>、小笠原郁恵<sup>3</sup>、加藤真由子<sup>4</sup>、中安文恵<sup>5</sup>、名和晃司<sup>6</sup>

1 社会医療法人河北財団河北総合病院 2 国家公務員共済組合連合会三宿病院 3 独立行政法人地域医療機能推進機構  
横浜保土ヶ谷中央病院 4 東邦大学医療センター大橋病院 5 防衛医科大学校病院 6 独立行政法人国立病院機構千葉  
東病院

【企画趣旨】糖尿病患者は自己管理が重要とされますが、加齢や認知症が重なると自己管理が困難となって入院し、十分な退院支援がされないまま入退院を繰り返すケースが多くなっています。その背景には、医療費削減による入院期間の短縮化、少子化による家族サポート力低下があります。そのため私たちは、認知症を持つ高齢糖尿病患者への退院支援を考えたいと思い、この交流集会を企画しました。高齢者はその人なりの生活の歴史があり、今まで培ってきた人生の価値観や、これからの人生への願いを抱いています。これらを理解し、その人らしく安心して療養生活を送れるよう退院支援することが求められます。

また認知症があっても、残された能力に働きかけ、生活の中で工夫しながら出来ることを伸ばすことにより、住み慣れた地域での生活を送ることが出来るよう支援していくことが重要です。今回、私たちはインスリン治療中で認知症をもつ高齢の入院患者が、自宅療養を希望しているが、家族のサポートが難しい事例を取り上げました。

この事例をもとに、認知症を合併する高齢糖尿病患者との関わりの経験を共有し、ディスカッションを通してその人らしさに視点をのいた退院支援を検討したいと思います。

それぞれの施設でどのように取り組んでいるのか、地域連携の方法や活用を含め話し合い明日からの退院支援につなげていくために、是非グループディスカッションに参加してみませんか。多くの方のご参加をお待ちしております。

#### <プログラム>

- 1、 本交流集会の趣旨説明、タイムスケジュール説明
- 2、 事例紹介
- 3、 グループディスカッション
- 4、 ディスカッション内容の発表
- 5、 支援ポイントについて、まとめ

輸血後鉄過剰症への臨床輸血看護師としてのアプローチ

三井 優、浅妻 直樹

骨髄異形成症候群や再生不良性貧血などの難治性貧血に対しての定期的な赤血球輸血では鉄過剰症が問題となる。鉄過剰症に対してはデフェラシロクスによる治療が有効であるが、適切なタイミングでの治療介入には医師 1 人での管理は困難である。当院では 2013 年 6 月から臨床輸血看護師が治療介入のアラートシステムの活動を開始した。さらに 2013 年 12 月からは認定輸血検査技師も活動に加わった。

活動概要としては、臨床輸血検査技師が月に 1 回、3 か月の間に赤血球輸血を 12 単位以上輸血した患者をリストアップし臨床輸血看護師に報告をする。臨床輸血看護師は総赤血球輸血単位数をカウント、血清フェリチン値を確認し医師へアラートするものである。

臨床輸血看護師が独自のモニタリングシートを用いて患者基本情報・輸血実施日・総赤血球輸血単位数・血清フェリチンなどを確認し電子カルテの掲示板を通して医師へアラートを行った。当該活動は今年 3 年目となり、現在までのモニタリング介入をした総患者数は 42 名で鉄キレート療法を開始した総患者数は 17 名。活動によりデフェラシロクスを開始後、輸血依存を脱しデフェラシロクスの減量に至った症例を 2 例経験した。医師だけではなく看護師も協力し適切なタイミングで治療介入ができたことは管理に役立ったと考える。今後は鉄過剰症を輸血副作用であるとすべての看護師が認識し介入することでより効率的で質の高い医療に貢献できると考える。

「日本腎臓学界東部学術大会」 (2015/10/2)

成人発症微小変化型ネフローゼ症候群における寛解導入までの 期間に関わる因子の検討

藤井理恵, 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】**成人発症微小変化型ネフローゼ症候群 (MCNS) において, ステロイド剤(PSL) による初期治療から完全寛解までの期間に影響する因子を検討.

**【方法】**2004 年から 11 年間, 当院で腎生検で MCNS と診断された 15 歳以上の MCNS 33 例中, PSL で 30 日以内に完全寛解した群 (Early Responder :ER 群)と, 30 日以上群 (Late Responder : LR 群)に分け, 患者背景, 各種臨床データ(血圧, 体重増加率, 血清 Alb 値, 一日蛋白尿, selectivity index, eGFR, 血清 IgE 値, 血尿有無, AKI 合併有無), 組織学的所見, PSL 投与量を比較した.

**【結果】**男性 13 例 女性 20 例で, 平均年齢 49, 4 ± 20.0 歳, 平均血清 Alb 2.27 ± 0, 71 g/dl (BCG 法), 平均 eGFR 67, 6 ± 30.4 ml/分 1.73 m<sup>2</sup>, 平均尿蛋白 8, 2 ± 42g/日で, 完全寛解までの期間は 23, 6 ± 25, 7 日であった, ER 群 25 例, LR 群 8 例の比較では, LR 群で治療前 eGFR (ml/分 1.73 m<sup>2</sup>) が低値(LR 群 47.5 ± 22.3, ER 群 74.0 ± 29.8, p=0, 03). 治療開始時体重増加が多く, 血清 Alb 低値, AKI 合併が多い傾向であった. 両群で組織学的所見に差はみられなかったが, LR 群の一例において再生検で巣状糸球体硬化症 (FSGS) が疑われた.

**【結論】**MCNS における寛解導入のまでの期間は, 低 Alb 血症による腎循環障害の程度と, 体液貯留(腸管浮腫)に伴う PSL の薬物動態の変化により影響される可能性が示唆された,

「リハビリテーション・ケア合同研究大会 神戸 2015 」 (2015/10/3)

回復期リハビリテーション病院リハビリ部門における残業内容と残業に関する認識、個々の働く姿勢・意識の調査

篠澤毅泰 、 館岡周平 、 堀内健太郎

【背景】従来から看護職者と超過勤務に関する研究は数多く行われており、看護職の疲労の背景に「超過勤務」などの勤務条件による負担に加え、多忙な職務への「不満足感」などによるストレスが、「労働意欲」や「退職願望」に影響を及ぼしていると報告されている(佐藤、2000)。このような研究はリハビリ業界では少ない。

当院は東京都杉並区に位置する135床の回復期リハビリテーション病院で、職員総数は240名、そのうちPT、OT、STからなるセラピー部は103名(2015年5月1日現在)。

今回は残業内容と残業に関する認識、個々の働く姿勢・意識を調査した。

【方法】当院セラピー部常勤100名(PT62名、OT30名、ST8名、男性43名、女性57名、平均経験年数 $4.6 \pm 3.6$ 年)に対してアンケートを実施し、比較検討した。

アンケート内容は①残業の内容と必要な時間、②残業に関する認識と改善点、③委員会活動に関する認識と改善点とし、また④業務内容の問題点と改善点について自由記載とした。

【結果・考察】アンケート配布数100名、回収数84名。結果は、50%以上のスタッフ(1年目を除く)が4~5日/週残業すると回答しており、内容は記録・資料作成等に多くの時間を費やしていた。残業に関する認識は、経験年数との関係性がみられた。

今回把握できたこれらの結果に関して、今後は課題整理を行うとともに対策検討を進めていく。

「第 25 回日本耳科学会総会」 (2015/10/8)

両側 CTP 陽性例 (左耳管通気後外リンパ瘻確実例、右慢性中耳炎 CTP 陽性)

篠原 宏

【症例】: 76 歳 男性主訴: 左難聴

現病歴: 他院耳鼻科でいつも行っている左耳管通気施行中に「ボン」と音がしてから左難聴を自覚したため、翌日、他院には黙って当院受診した。めまい、流水音、耳鳴はなかった。

【既往歴】: 小児期に両側乳突洞削開術を行っており両側の耳後部は凹んでいる。術後、右鼓膜に穿孔が残り、以来右難聴があった。糖尿病を治療中。

【経過】: 左鼓膜に外傷性鼓膜穿孔に似た細長い穿孔を認め、右にソラマメ型の中型の穿孔を認めた。聴力検査では左感音難聴 (4 分法、43.8dB) と右混合難聴 (同 73.8dB) が認められた。病歴および聴力検査結果より外リンパ瘻を強く疑い左中耳洗浄液を CTP (cochlin-tomoprotein) 検査に提出した。側頭骨 CT で迷路気腫は認めず眼振も認めなかった。外耳道の加減圧でも眼振は認めなかった。約 10 日間保存的に経過を見たが聴力に改善がなかった。only hearing ear の左耳に生じた医原性の外リンパ瘻と考え初診より 2 週間後、経外耳道的内視鏡手術にて内耳窓閉鎖術を行った。術中所見では頸静脈圧迫を行い正円窓窩～アブミ骨底板まで内視鏡下にしばらく観察したが明らかな外リンパの漏出は認めなかった。術後に報告された CTP は 1.21ng/ml と陽性であった (陽性: 0.5 ng/ml 以上)。術後 8 か月の左聴力は 33.8dB と改善した。左外リンパ瘻の治療終了後、本人が右の鼓膜穿孔の閉鎖も希望したため右鼓室形成術を内視鏡下に行った。術中、ネガティブ・コントロールとして右鼓室洗浄液を CTP 検査に提出したところ後日、0.86 ng/ml と陽性であることが判明した。右の CTP 陽性に対しては鼓室形成術後も左に比べて 10dB 程度、骨導聴力レベルが低いため、今後、患者と相談しながら内耳窓閉鎖術をするかどうか決めていく予定である。

【考察】: 日常の耳鼻咽喉科診療において耳管通気は日常よくおこなわれる処置であるが、耳管通気による外リンパ瘻はまれであり 2015 年杉崎らは自験例も含め国内外で 4 例しかなかったと報告している。

本症例は耳管通気により only hearing ear に外リンパ瘻が生じたため、難聴の自覚が強かった。明らかな誘因があり、感音性難聴を認めたため初診時より外リンパ瘻を疑うことができた。初診時に提出した CTP 検査の結果が、約 1 か月後 (術後 2 週間目) に陽性であったと報告があり、外リンパ瘻確実例であったと証明された。本症例は保存的治療に奏功せず日常かなりの不便を感じていた。このため、患者とも相談の上 CTP 検査の結果判明前であったが内耳窓閉鎖術を行い結果的に術後聴力の改善が認められた。

CTP は 2001 年 Ikezono らによって発見された外リンパ中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。本症例では反対側の慢性中耳炎の鼓室形成術時に CTP 検査を施行したところ陽性と判明し、外リンパ瘻の発症の誘因のない鼓膜穿孔を有する混合性難聴症例に外リンパが漏出していることがわかった。

2014 年、本学会にて佐々木らは突発性難聴患者の中耳洗浄液中の CTP が 60 歳以上の 13 例中 10 例で陽性で (陽性率 77%)、60 歳未満では 13 例中 1 例で陽性 (同 8%) だったと報告している。高齢者で高率に陽性を認めた原因について佐々木らは、加齢性変化によって正円窓膜の強度や再生が減弱するため外リンパが漏出するのではないかと推測している。

佐々木らの報告や本症例の右耳での CTP 陽性は、鼻かみなどの外リンパ瘻の誘因がない高齢者の急性あるいは慢性の感音難聴の一部に外リンパ瘻が潜在している可能性を示唆している。このことは理論的には高齢者の感音難聴で CTP が陽性なら内耳窓閉鎖術によって聴力改善できる可能性がでてくることになる。今後、さらなる症例の蓄積により加齢と突発性難聴を含めた感音難聴および慢性中耳炎による混合性難聴とでの CTP 陽性率の関連が調べられることが期待される。

「B・C型ウイルス肝炎治療医療費助成制度の一部改正にかかる説明会」 (2015/10/9)

2年連続でインフルエンザウイルス感染を契機に川崎病を発症した一男児例  
Development of Kawasaki Disease associated with Influenza twice for two years.

福田 清香 1)、藤原 摩耶 1)、阿部 淳 2)、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 免疫アレルギー研究部

【背景】川崎病の病因は不明であるが、様々な病原体の感染が発症の契機となることが報告されている。私たちは、2年連続でインフルエンザ(Flu)に引き続き川崎病を発症した一男児例を経験したため報告する。

【初発時;6歳4ヶ月】発熱3日目にFlu(type B)迅速検査陽性で、オセルタミビル開始。同日より頸部リンパ節腫脹も伴い、第6病日に化膿性頸部リンパ節炎の診断で入院(入院時WBC12300/ $\mu$ l、CRP9.8mg/dl)。ABPC/SBT、CLDM開始後も解熱せず、第7病日に川崎病の全ての主要症状が揃い、免疫グロブリン(IVIG)、アスピリン(ASA)投与を開始した。翌日には解熱し、心合併症なく退院した。

【再発時;7歳6ヶ月】発熱3日目にFlu(type A)迅速検査陽性で、オセルタミビル開始。第5病日より頸部リンパ節腫脹が出現し、化膿性頸部リンパ節炎の診断で入院(入院時WBC14000/ $\mu$ l、CRP7.8mg/dl)。ABPC/SBT開始後、頸部リンパ節腫脹は縮小傾向でありCRPも低下したものの、発熱は持続し、第7病日に発疹が出現。第9病日に川崎病診断基準を全て満たしたため、IVIGとASA開始、症状は速やかに消退し、心合併症なく退院した。

【考察】本症例は、型は異なるもののFlu発症の1週間後に、発熱に続き頸部リンパ節腫脹が出現し、その後、他の症状が全て揃うという経過で、2回繰り返して川崎病を発症した点が興味深い。川崎病発症のメカニズムは不明だが、患児の有する遺伝素因とFluとの組み合わせがトリガーとして関連し合った可能性も考えられる症例である。

## 内視鏡下内耳窓閉鎖術におけるEndoArm®の使用経験

清水啓成、 篠原宏、 吉田沙絵子

近年、中耳疾患に対し経外耳道的内視鏡下耳科手術が広まってきている。内視鏡を用いた中耳手術についてはこれまでに多くの報告があり、顕微鏡下の手術に比べ、その長所や短所などが議論されている。内視鏡下耳科手術の短所の一つに、片手操作となってしまうことが挙げられている。この短所を補うためにいろいろな工夫があり、助手が内視鏡を保持したり、片手操作で洗浄と吸引を同時に行いながら骨を削開できる超音波手術器を使用したりしている。今後も内視鏡下耳科手術に特化した手術器具の開発が望まれるところである。しかし片手操作についてはこれらの工夫がなされても、顕微鏡下手術で習熟した両手操作に比べ、その操作の不安定さは否めない。

そこで今回、この片手操作という問題点を克服できるかどうか、EndoArm® (Olympus社製) という内視鏡保持装置を使用して外リンパ瘻に対する内耳窓閉鎖術を2症例に施行したため報告する。

EndoArm®は2003年にオリンパスより無重力感覚で内視鏡を自在に操作できる世界初の脳神経外科専用内視鏡システムとして開発され、内視鏡の微細な動きが確保され確実に固定できる内視鏡の保持装置である。アーム部分は関節が3箇所あり、腕や手首のように回転し複雑な動きが可能であり、また、窒素ガスによるアームのブレーキ制御は手許のスイッチで解除でき、手術用顕微鏡のように軽々と動かすことできる。EndoArm®は当院脳神経外科で内視鏡下経鼻的下垂体手術に使用しており、利き手に剥離子や剪刀、利き手と反対側に吸引管を把持し、ときに両手に鉗子を把持して自在に手術している。内視鏡の外径は2.7mmと4.0mm、視野方向は0、30、70度とある。内視鏡部分の長さは外径2.7mmのものが137mm、外径4.0mmのものが112mmのクランク型の内視鏡である。

まず耳科手術に使用する前に、このEndoArm®に慣れるために、鼻科手術数例に対し外径4.0mmの内視鏡を使用してみた。鼻科手術では我々耳鼻咽喉科医は片手操作での処置や手術に慣れており、当初は内視鏡や鼻鏡を把持していた左手に吸引管を持って違和感があった。また術中は内視鏡を動かしながら手術操作をすることが多く、内視鏡を固定して使用することはあまりなかった。しかし、内視鏡を固定して側視での上顎洞内の操作や蝶形骨洞付近の操作については、両手操作をするという有用性は非常に高いと思われた。また保持部分のスイッチで内視鏡固定のブレーキが解除され、無重力感覚で内視鏡の重さを感じずに自在に操作でき、左腕が疲れることは少なく、正確な固定も可能であった。耳科手術では外径2.7mmの内視鏡を用いて内耳窓閉鎖術2症例にEndoArm®を使用してみた。2例とも耳珠及び対耳輪を前後に覆布テープで引っ張るように止めて、外耳道入口部を広げた。また耳毛を丁寧にカットした。EndoArm®に内視鏡を装着し外耳道に挿入して適切な視野を得てから両手操作により外耳道後壁皮膚を切開剥Tympanomeatal Flapを作成、鼓室内に入り正円窓窩～アブミ骨底板までを明視下に観察し内耳窓閉鎖術を円滑に行うことができた。耳科手術で両手の操作性を上げるためには、EndoArm®本体の位置、EndoArm®の保持部分の上下左右の向き、外耳道内の内視鏡の固定する場所など適宜変える必要があり、手術中狭い外耳道内でワーキング・スペースを確保するために頻繁に最善の場所を探す必要があった。

EndoArm®の利点は、①吸引管を使いながら切開や剥離などの操作が可能。②吸引管を使いながらのドリルの使用やノミツチの両方を術者単独で使用可能。③内視鏡を保持する左腕が疲れない。④不用意に内視鏡が動くことはなく安全性は高い、などであった。

欠点は、①EndoArm®、モニター及び内視鏡タワー、顕微鏡、麻酔器及び麻酔医の場所、器械出しの看護師の位置調整が大変。②両手操作になると外耳道内のワーキングスペースが狭く、顕微鏡下手術同様の操作ができるわけではない。③価格が高い、などが挙げられる。

EndoArm®は経外耳道的内視鏡下耳科手術において両手操作を可能にできる装置である。今後の経外耳道的内視鏡下耳科手術の発展に寄与するものと思われた。

「第 29 回日本臨床内科学会」 (2015/10/11)

特発性冠動脈解離による心筋梗塞を発症した閉経後女性の 2 例

佐藤 由里子

【背景】急性冠症候群の原因として特発性冠動脈解離は急性冠症候群の原因として非常に稀な疾患である。

【症例 1】55 歳女性。2015 年 2 月 24 日外出先で嘔気を自覚。その後胸部絞扼感が出現し救急要請。心電図で 2、3、aVf、V3-6 で ST 上昇を認め急性心筋梗塞と診断。冠動脈危険因子なし。緊急冠動脈造影で、左前下行枝遠位部の閉塞を認めた。血管内超音波にて閉塞部に血腫を認め解離による梗塞と診断した。バルーン 拡張後にステントを挿入し T I M I 3 の再灌流を得た。リハビリテーションを行い第 17 病日軽快退院。

【症例 2】78 歳女性。2014 年 9 月 5 日明け方に、冷や汗を伴う胸痛が出現し 30 分程度持続した。後日近医を受診し、2、3、aVf、V2-6 での ST 低下、心筋逸脱酵素の上昇を認め心筋梗塞の診断で紹介。冠危険因子はない冠動脈造影検査では、左回旋枝 #12 に冠動脈解離を認めた。T I M I 3 の灌流がみられたために保存的加療とし第 5 病日に退院。6 ヶ月後の冠動脈造影検査では、解離は消失していた。

【考察】急性冠症候群の原因として特発性冠動脈解離は 0.1- 0.4%と報告されている。その中でも冠動脈疾患のリスクのない若年女性の心筋梗塞の原因となり、急性期の死亡率は高い。今回は閉経後女性の冠動脈解離であり文献的考察を加え報告する。

「第 34 回関東甲信越ブロック理学療法学会大会」 (2015/10/12)

練習実施前・後に与えるフィードバックの内容が練習効果に与える影響について  
—不安の程度による検討—

立花 貴弘

家庭医療学センター 河北訪問看護・リハビリテーション阿佐谷

**【目的】** 特性不安の高い者に与える Feed Back (FB) の内容が練習効果に及ぼす影響について検討した。

**【方法】** 対象は健常成人 29 名とし、状態・特性不安検査 (State-Trait Anxiety Inventory) の特性不安の点数により高不安群・対照群に分けた。さらに各群を肯定的な FB を与える群 (Positive 群) と否定的な FB を与える群 (Negative 群) に分けた。練習課題は長下肢装具装着下での 100m 歩行とした。評価課題は長下肢装具装着下での 50m 歩行 (50m 歩行) とし、練習課題前・後 (練習前テスト・練習後テスト) に実施した。練習前テストを行う前に全群 (対照 Positive 群, 対照 Negative 群, 高不安 Positive 群, 高不安 Negative 群) に予期不安を生起させるような FB を与え、練習後テストを行う前に群分けに応じた FB を与えた。実験中は心拍数と唾液アミラーゼ活性値を測定し、心拍数より LF/HF 値と HF 値を算出した。それぞれ得られたデータについて 4 群間と各群内の比較を行った。本研究は首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には研究内容の説明を行い、同意を得て実施した。

**【結果】** 50 m 歩行時間は、各群内では練習前・後で短縮しており、対照 Negative 群以外は有意な短縮を認めた。交感神経活動の指標である LF/HF 値は練習前テストにおいて高不安 Negative 群は対照 Negative 群と比較して有意に高く、その後の練習後テストでも高値であった。

**【考察】** 全群とも練習による学習効果に有意差はなかった。しかし、高不安群では実験中に交感神経活動が高値を示し、同じ程度の学習効果を得るために、対照群と比べて緊張の度合いが高い状態であったことが推測された。このことは、課題実施前に与えた予期不安が不安の高い者においてはプレッシャーとなった可能性を示しているものと考えられる。

「第39回日本死の臨床研究会」 (2015/10/12)

グループホームの看取りから～住み慣れた我が家、  
気の知れた仲間の中で過ごし続けるために

矢尾 知恵子  
家庭医療学センター 看護部

【はじめに】認知症高齢者グループホーム（以下、GH）は軽度の認知症高齢者が介護スタッフの支援を受けながら少人数で共同生活を送る介護系施設である。入居者の多くは年単位で過ごし、年々ADLの低下と認知症状の進行、内臓機能低下も加わり身体問題を抱え介護量の増加と共に集団生活が困難になる場合が多い。集団生活の維持が入居要件の本施設も認知高齢者にとっては住み慣れた第二の我が家であり心身の変化で環境を変えることは改善が見込まれる場合を除いて必ずしも良いと限らない。本事例は6年間GHで生活したケースである。発表にあたり個人保護に配慮し家族の同意を得た。

【事例紹介】A氏80代男性 双極性障害 胆嚢炎 認知症 要介護3A氏は妻の逝去後認知症状が悪化。自宅生活が困難となりGHに入居した。入居後4年は入居者との活動や家族との外出等集団生活ができた。しかし胆嚢炎で1か月入院し治療的侵襲と環境変化によりBPSD（居室が解らず彷徨う、大声をあげる、昼夜逆転等）が増悪。介護スタッフは介護負担を訴え薬物療法を強く希望した。医師は副作用（発動性低下・転倒等）を考慮し共同生活ができる程度の症状コントロールを目標に調整した。看護師は薬物療法の評価と並行して日常生活の工夫と対応の変更を提案・支援した。しかし大声は日に日に増し他の入居者が興奮し手を挙げそうになり薬剤調整を行った。A氏の活動量は減少し食事量も減少。臥床期間は延びた。家族とケアマネジャー、介護スタッフで現状の共有と療養の場と医療への希望に関する話し合いを行った。家族はこの場所での最期を希望したが看取り経験のない介護スタッフは消極的だった。そこで介護スタッフと家族の安心と納得を目的に、医療側の支援体制と予測される変化、対応方法の説明、家族には面会頻度を増やす提案をした。この過程を通してA氏はGHの居室で最期を迎えた。

【考察】認知症高齢者は心身の変化を理解できないだけでなく表出も難しい。同時にケアされる意味も理解できず不安は高まりBPSDを悪化させる。一方、GHの介護スタッフは看取り経験がなく状態変化や対応が判らず不安をもつ。家族は自宅介護者と違い、入居者の日々の変化を把握できず面会時の変化に戸惑いや不安を抱く。家族の不安は介護スタッフに向けられ介護スタッフが疲弊するといった悪循環も起こる。医療側の役割は症状緩和のみならず、平易な言葉や解りやすい紙面を用いた看取り教育や一緒にケアを行う関わりであり、本ケースもエンゼルケアも家族と介護者と一緒にいった。ケアの過程に関わることがGHの看取りにつなげ、家族や介護スタッフの達成感ややりがいにつながると考える。 【論点】認知症患者の看取りへの配慮とは

「第 39 回日本死の臨床研究会」 (2015/10/12)

認知症対応型グループホームの特性を踏まえた看取りに関する考察

一戸 由美子

【はじめに】高齢者介護の方向性として「病院」から「在宅・施設」へという転換を迎えている中、小規模多機能型居宅施設の機能役割に対する期待が高まり施設への訪問も増えている。当センターも 2009 年より小規模多機能施設に設置されたグループホーム（以下、GH）への訪問診療を開始した。ここで GH で看取りを行った 3 事例を振り返り課題について考察する。

【事例と経過】事例 1. 90 代女性 高度認知症 脳梗塞後遺症 生活保護受給者（後見人あり）。入居時は車いすレベルであったが 2 年後に脳梗塞再発により寝たきりとなった。次第に経口摂取困難となり衰弱した。親族より施設看取りの希望がなされ後見人を交えて施設間で療養方針を確認。施設看取りの方向となり皮下輸液と緩和ケアを行い施設看取りとなった。

事例 2. 90 代女性 中等度認知症 慢性心不全 胆嚢炎。入居時は歩行器で自由に活動できていたが 2 年目に胆嚢炎を発症。娘は入院加療による認知症増悪と超高齢であることから積極的治療を望まず施設内での保存的治療を望んだ。定期的な抗生剤の静脈投与と皮下輸液を行い、約 1 か月後に逝去した。

事例 3. 80 代男性 高度認知症 双極性障害 脳梗塞後遺症。入居時は家族と頻繁に外出できる程 ADL は自立していた。3 年目に無症候性脳梗塞と胆嚢炎により入院加療。5 年目に 2 度にわたる転倒を機に認知症が増悪。暴言や大声を出す等の BPSD が増強し同居者に影響を与えるようになった。家族と施設を交えて薬物療法による症状コントロールを図る事とした。次第に ADL 低下と共に食事量が減少。再度療養方針の話合いを行い施設での看取り方針となり自然経過を経て逝去した。

【考察】GH の入居者の特性は、中等度から高度の認知症を有した高齢者であり、症状の訴えが乏しくまた、治療や環境変化は認知症状と日常活動低下の増悪因子となる。一方、施設においては看護師等の医療者が常駐しておらず入居者の状態を継続的に見る体制でないため医療的観察力に乏しく発見の遅れが危惧される。介護スタッフの入替りも激しく看取り等の医療的ケア経験者も少ない。家族においては入居後の来所頻度に差があり入居者の状態把握に追いつかない事がある。また、施設に対する期待度も異なる。医療体制では、定期的な訪問診療と 24 時間対応、訪問看護ステーションの定期健康管理が中心であり入居者の状態に応じた柔軟な看護対応ができない。

【結語】認知症患者の特性を十分踏まえた上での ACP (Advance Care Planning) を初期の頃より繰返し行う必要がある。核となる介護スタッフを中心に医療的ケアに関する教育（症状、評価、看取り）を行い連絡や報告の体制を整え施設側と施設方針に関して十分な話し合いや課題に対する検討を行うことが必要である。

「カテーテルアブレーション関連秋季大会」 (2015/10/16)

動脈右冠尖からの高周波通電で根治した junctional premature beats の一例

佐藤 由里子

57歳男性、1か月前から続く動悸と労作時呼吸苦を主訴に来院。心電図では、先行するP波を認めない期外収縮が多発していたが、QRS波形はnarrow QRSでやや右軸でV1にnotchを認める波形、narrow QRSでV1にlate rを認める波形、そして右脚ブロック波形と日によって変化した。ホルターでは総心拍の約40%が期外収縮であり、トレッドミルでは脈拍の上昇に伴い期外収縮は減少した。心エコー検査は異常なし。βブロッカー、Ca拮抗剤、リドカインは無効であった。電気生理学検査中も期外収縮が頻発していたが、期外収縮時にはHis束電位が常にQRSに先行しており、junctional premature beat (JB)と診断した。洞調律中のHV時間は45msであったが、JBの際には35msに短縮していた。大動脈右冠尖にアブレーションカテーテルを留置すると、洞調律中QRSに30ms先行する小さなスパイク状電位を認めたが、JBの際にはQRSに50ms先行していた。同部位での10Wの通電直後にJBは消失、25Wまで出力を上げたがその後はJBは1発も出現しなかった。術後、多彩な期外収縮は消失した。カテーテルアブレーションで根治したJBの症例は稀有であり、報告する。

「第 43 回日本関節病学会」 (2015/11/5)

関節リウマチ患者の前足部変形に対し左右異なる術式を用いた 2 症例

上久保和明, 吉岡太郎, 鈴木博之

【目的】 リウマチ足趾変形では、母子関節固定術や関節切除術などの関節非温存術が以前から行われ良好な成績を収めてきたが、近年中足骨斜め短縮骨切り術などの関節温存術が行われるようになった。今回、当院で関節リウマチ患者の関節非温存、関節温存を1足ずつ行った2症例を経験したので、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

【方法】 当院では2010年12月から2015年5月までにRA患者では足趾手術23人28足行っている。

症例1: 72歳女性、RA罹病期間20年。RA stage III class 2、術前HVA右42.8°左53.5°、術前M1M2A右17.8°左17.5°であった。左を母子関節固定術及びLelievre変法、右を母趾関節固定術及び関節切除術を行った。

症例2: 62歳女性、RA罹病期10年。RA stage III class 2、術前HVA43.2°

左48°、術前M1M2A右16.2°左13.9°であった。左をMitchell変法+Lelievre変法、右を第1趾から第5趾まで関節切除術を施行した。

【結果】 症例1では関節温存した左足がMTP関節の適合性に乏しく可動域制限が生じた。また症例2では関節切除術した右足の方に足底の違和感が出現し、愁訴が残存した。

【考察】 今回、Larsen分類grade3、4程度に対して骨頭温存あるいは切除を行った。骨頭の整復や骨頭の形成も考慮に入れた関節形成を検討すべきであった。

「第 12 回東京都作業療法学会」 (2015/11/8)

Shared decision making に関する経年的な研究動向について-文献研究-

今法子 1, 2), 藤本修平 2, 3)

1) 河北リハビリテーション病院, 2) 京都大学大学院医学研究科, 3) 株式会社メドレー

【緒言】 Shared decision making (SDM) は、医療者と患者が治療や評価の意思決定過程を共有することであり (Charles et al, Soc Sci Med, 1997)、エビデンスと患者中心医療を統合する手法として重要視されている (Hoffman et al, JAMA, 2014)。しかしながら、SDM の重要性に比して研究がどの程度進んでいるかは明らかではない。本研究では、文献レビューを通して、経年的に SDM に関する文献数を追跡することとした。

【方法】 研究デザインは文献レビューとし、検索データベースは PubMed (MEDLINE) を用いた (検索対象：1997 年 1 月 1 日から 2015 年 7 月 2 日)。Shared decision making を主題とした文献を検索することを目的としたため、検索式は、” shared decision making ” を表題に含むものとした。抽出された文献の中から、対象文献の選択を行った。包含基準は、全文が入手できるものとし、除外基準は、記載言語が日本語または英語以外のものとした。

分析は、まず SDM に関連する文献数の経年的変化を追跡するために、抽出された文献数を年次毎に分類した。次に、診療科ごとに研究の量を把握するために、それぞれの診療科で SDM に関連する文献数を分析した。

【結果】 検索により、943 件の文献が抽出された。そのうち、選択基準を満たした論文 867 件を評価対象文献とした。

SDM に関する文献数は、経年的に増加する傾向にあった。特に 2010 年以降の増加は、それまでと比べて著しく、2010 年以前は年間約 25 件の増加であった一方、2011 年以降では、年間平均 100 件以上の増加が認められた。診療科ごとの文献数について、リハビリテーション分野の文献数は 14 件 (うち作業療法に特記しているものは 4 件) であった。その他の診療科では、悪性新生物 (91 件)、精神疾患 (80 件)、プライマリーケア (62 件) の順に多くの文献が抽出された。

【考察】 文献レビューの結果から、SDM に関する文献数は経年的に増加傾向にあり、年々注目されてきていることが示唆された。一方、リハビリテーション分野は、悪性新生物や精神疾患などの分野と比べて非常に少ない結果であった。文献数が多い分野は、いずれも患者の意思によって治療選択が異なる分野であり、それはリハビリテーション分野においても同様である。そのため今後は、リハビリテーション分野における SDM の研究遂行が増すことが期待される。

「第 12 回東京都作業療法学会」 (2015/11/8)

脳血管障害経験後に復職した男性の就労継続プロセス～予備的調査研究～

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, 3) 目白大学 保健医療学部

**【はじめに】**脳血管障害者への復職支援は、障害特性や環境・個人因子により個別性が高い。本研究の目的は、脳血管障害経験後の復職に関する体験から、就労の継続プロセスを探ることである。

**【方法】**対象は、脳血管障害発症後に著明な身体障害がなく、1年以上、就労を継続している A 氏と B 氏 2 名 (50 歳代, 男性, くも膜下出血) である。方法は、1 人 1 回 (60 分程度) の半構造化面接を実施。質問内容は、復職前後の流れ、就労の継続要因などで、面接内容は IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。データは Steps for Coding and Theorization (SCAT) に準拠し分析した。データの着目すべき語句、説明するための語句、言いかえるためのデータ外の語句、浮き上がるテーマ・構成概念の 4 ステップコーディングを行い、ストーリーラインをまとめた。なお、本報告に際し、本人より同意を得ている。

**【結果】**2 名のストーリーラインを示す。A 氏は、〈復職への強い意志〉が復職を促進したが、〈自分の言動に不安〉を感じ、〈自分を信じられない〉ことが続き、〈過去との比較〉により〈退職を意識〉する。それでも、〈仕事の意味がやりがいから経済面〉に変化し踏みとどまる。職場では、〈人間関係を吟味〉し、〈前の仕事にこだわらない〉で就労を続ける。一方では、〈同僚への引け目〉から、〈消極的な態度〉となり、〈周りの意見に同調〉する。また、過去と比較し〈無理をしない〉ことを肯定し、自己を保つ。そこには、〈役割の葛藤〉はあるが、〈改めて時間の過ごし方を考える〉ことで〈新たな楽しみ〉を見出す。しかし、体調の変化があると〈病気であることを自覚〉し、〈退職を意識〉する。B 氏は、復職後、〈前の仕事にこだわらない〉で〈無理をしない〉よう仕事する中で、〈周囲の人への感謝〉から〈周囲が働きやすいように考える〉。しかし、体調の変化で〈病気であることを自覚〉し〈自分の意見を主張しない〉ことが増え〈対人交流は減少〉する。外出は減り〈のんびりと過ごす〉中で〈新たな楽しみ〉を見出しつつも、〈必要な経済面〉から〈無理をしない〉で仕事は継続する。どちらも循環するストーリーであった。生成された 22 の構成概念から、〈葛藤に直面〉〈障害の認識〉〈価値観の再構築〉〈経済面を考える〉〈希薄になる職場の人間関係〉〈葛藤の対処〉の 6 カテゴリーが抽出された。

**【考察】**生成されたカテゴリーより、「復職後、自分の障害を認識し、葛藤に直面すると対人交流が消極的となり職場の人間関係が希薄になるが、経済面を考え、様々な葛藤を対処する過程で価値観が再構築されていく」プロセスを経て就労が継続されると考えられる。

**【まとめ】**復職後、就労の継続に際し、職場や生活に対する価値観の再構築がみられた。今後も就労の継続プロセスに焦点を当て、作業療法の復職支援を検討したい。

「認知症学会 北陸・甲信越地域部会」

(2015/11/15)

## 認知症事例の発表

平野 道代

シダ・ウォーク ケア部 デイケア科

【全体像】79歳 男性。要介護度3、障害自立度A2、認知症日常生活自立度Ⅲ、妻と二人暮らし。子供は先妻との間に2人いるが不通。平成21年にレビー小体型認知症を発症。以後、認知症専門医を主治医として治療中。当初は、幻視幻聴があったが、薬物にてコントロール可能となった。しかし、歩行のバランスが悪く転倒を繰り返していた為、医師より「通所リハビリテーション」を奨められ、平成25年より当事業所利用となった。妻の夫像は「繊細で人に対して配慮深く優しい人であり、友人も多く温厚」であったが、デイケアでは「横柄で易怒性があり、ルールを守らず自分勝手に離脱し、転倒危険を理解せず、他の利用者について馬鹿にする言動あり」と評価されていた。

本人の希望は「デイケアの利用者に自分の得意な英語を教えたい」それに対し、当職員等は、「他の利用者が上手く出来無い場合、怒鳴る危険が高い」と反対。本利用者の行動・振る舞いをレビー小体型認知症からくるものではなく、本人の性格だと認識し、受け入れられずにいる。

※職員同士の本人に対する理解の差異をどうしたら、修正できたのか。私はどんな働きかけをメンバーに出来たのか。皆さんの助言を頂きたく事例提出した。

【健康状態】平成12年 糖尿病、平成元年 高血圧、高脂血症（不明）平成23年躁うつ病と診断あり内服治療中にてコントロールされている。糖尿病があるが、甘いコーヒーが好きで砂糖をスプーン4杯希望される。

妻と相談し砂糖をパルスweetに変更。内服薬：ドパコール配合錠L（100mg）3錠3× ・アリセプト（5mg）昼 ・リーマス錠（50mg）朝 ・ランドセン錠（2mg）就寝 ・ルネスタ（2mg）就寝 ・ロゼレム錠（8mg）就寝 ・メトグルコ（250mg）4錠4× ・グラクティブ（50mg）朝 ・ベタニス錠（50mg）3錠3× ・エピプロスタット配合錠DB 3錠3× ・パリエット錠（10mg）朝 ・アレロック錠（5mg）夜

【心身の機能と構造】レビー小体型認知症の症状である、「小刻みで突進型の歩行」「自宅内での頻回な転倒（特に夜中に何度もトイレに起きては転倒）」「物忘れ（会話はその時は成立するが、次の利用時には物語が変わっている。）」「幻視（s：そこに人が居た。こっちをじっと見ていた注意して欲しい）」

時々妻を忘れることがあるが、ハッキリと覚えている時もある。努力次第でレビー小体型認知症は治ると信じており、通院の度に医師へ「いつになったら治りますか？」と尋ね「治りません」と説明を受けても首を捻り、納得しない。

【活動】食事：自立。排泄：失禁あるため紙パンツ使用。清潔：入浴介助要。整容：おしゃれで身だしなみや服装は自分が納得するまで終わらない。日常生活の殆どに注意と支援が必要な状態。

介護保険サービスの利用以外の時間や曜日はベッドで過ごすか、うたた寝している事が多い。

8時起床 9時朝食 13時昼食 14時昼寝 16時入浴 19時夕食 23時就寝

【参加】アメリカで事業をしていた関係で、アメリカの友人が多く、電話で会話したり、妻に口頭筆記をさせ手紙を送ったりしている。毎年友人を呼びクリスマスパーティーを開催している。こういった活動をして居る時はとてもしっかりとホストの役目を果たせているとの事。しかし、デイケアやデイサービスの職員や利用者に対しては要求がましく、批判的であり、なかなかその中で愉しく話ができる他の利用者を見つけることは出来ずにいた（s：前の席の人が咳をしたから頭が痛くなった。話しかけてもちんぷんかんぷんな返事しか出来無い。そんな人は来ても仕方がないと思うがどうかね？）

【環境因子】2日/W 当事業所の利用。2日/W、他の半日デイサービス利用。2日/Wヘルパーによる入浴介助。

妻が主たる介護者で仕事はしていないが、腰椎すべり症にて入院治療を奨められている。しかし妻の入院中に本人を受け入れてくれる施設がない為、入院できずにいる。一度、体験でショートステイを利用したが、翌日には激怒し退所している。理由は『皆が自分を監視し、束縛し、要求を受け入れてくれない。』であった。かなりの資産家。豪邸。

【個人因子】 貧しい家の6人兄弟の4番目に生まれた。アルバイトをしながら高校に通っていた。そのアルバイト先でアメリカ兵と仲良くなり「英語」に魅了され、お金を貯めアメリカに留学し、アメリカで英語の教室を主宰。日本でも数多くの英語の本を出版している。その体験から『努力すれば必ず叶う』という人生観を持ち、日本人がアメリカで成功する為に日本人としての細やかな配慮を武器として生きてきた（妻の話しから）

「第 31 回日本糖尿病妊娠学会年次学術集会」 (2015/11/21)

妊娠中に糖尿病網膜症悪化による硝子体出血を発症し一過性視力障害を来した 2 例

戸田淳子 1、2)、加藤聡、)、北野滋彦 2)、佐中真由実 4)、内瀉女子 5)  
河北総合病院 1)、東京女子医科大学糖尿病センター眼科 2)、東京大学医学部附属病院眼科 3)、新宿石川クリニック内科 4)、東京女子医科大学糖尿病センター内科 5)

【目的】妊娠は糖尿病網膜症(以下、網膜症)発症・進展の促進因子であるが、妊娠中に硝子体出血から視力低下を来すも出産後には視力が改善した 2 例を報告する。

【方法】挙児希望にて東京女子医科大学(以下、女子医大)糖尿病センターを紹介受診し 2005 年 9 月から 2010 年 8 月に出産した症例から上記症例を抽出し、その背景と経過を検討した。【結果】症例 1: 30 歳。9 歳発症 1 型糖尿病。女子医大糖尿病センターで 23 歳時両眼汎網膜光凝固術施行。妊娠前、HbA1c6.6%、血圧 120/65mmHg、視力両(1.2)、網膜症は安定、計画妊娠に至った。妊娠第二三半期に左硝子体出血発症し視力(0.04)に至り 39 週 3560g 女児出産。出血吸収し出産後視力(0.9)まで改善。

症例 2: 31 歳。22 歳発症 2 型糖尿病。発見時増殖糖尿病網膜症があり女子医大糖尿病センターで両眼汎網膜光凝固術施行。妊娠前 HbA1c6.1%、血圧 119/82mmHg、視力右(1.0)左(0.9)、網膜症は安定、計画妊娠に至った。妊娠第三三半期に右硝子体出血発症し視力(0.1)に至り 37 週 2746g 男児出産。その後出血吸収し視力(0.9)まで改善。

【結論】本 2 例は血糖管理の下適切な汎網膜光凝固術によって網膜症が安定してからの計画妊娠であり、網膜症が著しく進行することなく妊娠中発症した硝子体出血の吸収に伴い出産後の視力が改善したと考えられた。

## 64 列 CT を使用した下肢 Endovascular Treatment 術前石灰化評価

渡邊 真弓

画像診断部

【目的】 下肢 Endovascular Treatment (EVT) の術前に CT 撮影を行い、病変部の石灰化の状態を把握する。

【方法】 下肢動脈血管を CT 撮影し、Curved MPR (曲面任意多断面再構成画像) を作成することにより該動脈血管における狭窄部位を特定する。

狭窄部位の血管内腔中心に設定した関心領域 (A) における CT 値の平均値が、予め設定したカットオフ値以上の場合に、該狭窄部位に対するガイドワイヤーの通過が不可能であると判定する。

更に、狭窄部位の血管内腔中心に設定したより面積の広い関心領域 (B) における CT 値の最大値が、予め設定したカットオフ値以上であり、かつ、狭窄部位における石灰化が全周性又は閉塞性である場合に、該狭窄部位のある動脈血管を拡張することが困難であると判定する。

【結果】 EVT 術前の患者 45 名 66 症例に対して石灰化評価を行った。

直径 2mm の円形の関心領域 (A) の CT 値の平均値を算出した結果、平均値が 1000HU 以上であり、狭窄部位に対するガイドワイヤーの通過が不可能であると判定された症例は、2 症例だった。この 2 症例は治療時にガイドワイヤーが狭窄部位を実際に通過することができなかった。

ガイドワイヤーの通過が不可能と判定された 2 症例を除いた 64 症例について、直径 3mm の円形の関心領域 (B) の CT 値の最大値が 750HU 以上であり、かつ石灰化が全周性又は閉塞性であるか否かを判断した。その結果、11 症例が動脈血管の拡張が困難であると判定された。

血管拡張が困難であると判定された 11 症例では、ガイドワイヤーは狭窄部位を通過したものの、血管拡張術による拡張の際にバルーンがうまく膨らまない等の問題が起きた。

【結語】 石灰化評価を行うことにより、病変部のガイドワイヤー通過と血管拡張度の予測をすることができた。

このように治療方針の基準を指標化することにより、医療チーム内で治療に関する情報を共有することができ、治療を効率的に進めることができた。

「第 77 回日本臨床外科学会」 (2015/11/27)

## 成人小腸重積症を呈した小腸平滑筋肉腫の 1 例

河北総合病院 消化器一般外科

北川祐資 坂東道哉 江原悠 松本華英 桜井博仁 田村徳康 三ツ井崇司 及川芳徳 森正樹 梅谷直亨 清水利夫

症例は 73 歳男性で 1 週間前からの嘔吐を主訴に受診した。超音波検査で骨盤内小腸にターゲットサインを認め、腹部 CT 検査でも造影効果を伴う腫瘤性病変を先進部とした重積所見を認めたため、小腸腫瘤を先進部とする腸重積症と診断した。

経鼻イレウス管挿入で減圧と同時に消化管造影検査を施行し、先進部までイレウス管は挿入され、くるみ大の腫瘤を認めたが整備はできなかった。

術前確定診断はできなかったが保存的に改善せず、第 6 病日手術を施行した。トライツ靭帯から約 100cm 肛門側に約 40cm の回腸が重積しており、手動的に重積を解除し、先進部の腫瘍を含めた小腸部分切除を施行した。

病理組織学的検査では、免疫染色で SMA, Desmin 陽性で KIT 陰性を示す紡錘形の細胞が筋層から粘膜表層にみられ、小腸平滑筋肉腫と診断した。切除標本のリンパ節に転移はなく、術後 1 年で再発なく経過観察中である。

成人腸重積症は成人腸閉塞の原因の 1%程度を占め、8 割は原因病変を伴いさらにその半数が悪性腫瘍といわれ、治療方針の決定は慎重にすべきである。なお、免疫染色で GIST と鑑別された小腸平滑筋肉腫は稀な疾患であり、これによる成人腸重積症は検索した限り、鑑別するようになった 1998 年以降本症例を含め 4 例のみである。

一般に予後不良で、リンパ節転移の頻度も高いとされるが外科切除以外の治療法は確立されていない。小腸平滑筋肉腫による成人腸重積症を経験したので文献的考察を加え報告する。

当院における門脈ガス血症 17 例の臨床的検討

江原悠、坂東道哉、小俣佳菜子、北川裕資、松本華英、桜井博仁、三ツ井崇司、田村徳康、及川芳徳、森正樹、清水利夫

**【背景】**以前は CT での門脈ガス血症(hepatic portal venous gas :HPVG)の存在は腸壊死との強い関連性があり予後不良と考えられていた。近年 MDCT の普及とともに HPVG の検出感度が向上し保存加療の報告が散見され、手術加療が必要な腸壊死例を診断し予後改善につなげることが課題となっている。

**【方法】**2007 年 9 月から 2013 年 12 月までに CT 読影で HPVG が認められた 19 例のうち HPVG の原因が明らかに腸管壊死以外であるものを除いた 17 例の診断・治療方針・予後に関して後方視的に検討した。

**【結果】**平均年齢値は 81.4 歳(±9.53)。初診時に腸壊死を疑ったのが 10 例のうち 3 例は対術不能と診断し 7 例に手術を施行した。手術した 7 例は全例生存退院した。腸壊死を疑わず保存加療をした 7 例のうち 3 例が死亡しうち 1 例は初診時に HPVG を見逃されていた。手術例のうち腸壊死で腸切除を要したのは 4 例で、病理検査で全例に腸壊死が認められた。HPVG の原因は非閉塞性腸間膜虚血(NOMI)が 5 例で最多であった。

**【考察】**HPVG の原因は腸壊死以外にも多岐に渡り、それらに対する保存加療が奏功した報告が散見される。今回の検討では手術例では全例生存退院しており、HPVG を認めた際に明らかに腸壊死以外の原因と断定できない限りは保存加療に執着せず手術のタイミングを逃さないことが予後改善に繋がると考える。

「バイオメカニズム学術大会」 (2015/11/29)

## 健常成人における上半身・下半身質量中心点位置の検討 重心測定板法と三次元動作解析装置の比較

川合 健太, 福井 勉

### 【はじめに】

身体の各肢節に作用する重力を一つにまとめた合力の作用点を身体重心点 (Center of gravity; COG) と呼び、立位時には、身長 $54\% \sim 56\%$ 程度に位置するとされている<sup>1)</sup>。COG位置は姿勢によって変化するが動きが大きい程、動かす身体部分の質量が大きい程、影響が大きい<sup>1)</sup>。そのため、COG位置は観察では判断しにくい。福井<sup>2)</sup>は三次元動作解析装置を使用し、上半身質量中心点と下半身質量中心点の midpoint が身体重心点に近似することを報告し、その有用性を述べている。久保<sup>3)</sup>は、身体重心点を境に身体を上下に二分し、それぞれ上半身と下半身と呼び、各々の質量中心を上半身質量中心点、下半身質量中心点と呼んだ。またそれぞれ胸骨剣状突起と第7胸椎から第9胸椎の間、大腿部の中央と中上3分の2の点の間にあるとした。これらは、いずれも臨床的に身体重心点の位置を確かめたい観点によるものである。

三次元動作解析装置を用いて上半身質量中心点、下半身質量中心点を算出する検討はいくつか報告されている<sup>3, 4)</sup>。

三次元動作解析装置を使用する上で、肢節を剛体と捉える点や、肢節質量、重心位置および慣性モーメントは屍体より得られたものや、数学モデルにより推定しているものが多く、実測値と異なる可能性が高い。<sup>5)</sup>また、身体重心点は立位ではほぼ骨盤内に位置するため、骨盤を上半身と下半身どちらに入れるかによって上半身質量中心点や下半身質量中心点の位置が変化する。以上より、三次元動作解析装置で算出されている上半身質量中心点と下半身質量中心点の妥当性を確かめる必要性を感じた。正確に身体重心点を測定するためには、てこのつりあいをもとに測定している重心測定板法を用いて測定することが望ましい<sup>1)</sup>と考えられる。そこで我々は、重心測定板法に基づいて上半身質量中心点と下半身質量中心点を測定することとした。

身体重心点を境に上下に二分しそれぞれ、上半身、下半身と定義し、重心測定板法と三次元動作解析装置で算出した上半身質量中心点と下半身質量中心点の差異を検討することを目的とした。

【方法】1 対象：整形外科疾患の既往の無い健常成人15名(男性10名、女性5名)であった。

2 方法：自作の重心測定板を用いて臥位時の身体重心点を算出した。その後、身体重心を境に二分し、別の測定板2枚を配置し、臥位時の上半身質量中心点、下半身質量中心点を算出した。使用機器は、サンプリング周波数100Hzの赤外線カメラ10台を含む三次元動作解析装置(VICON Motion System社製)と床反力計1枚(AMTI社製)を使用した。身体重心位置の算出は、被験者の全質量をM、重心板の支点間の距離をD、測定によって得られた床反力をF(Z方向)、足底部から身体重心位置の距離をCOMDとし、 $COMD = D \times F / M$ より算出した。図1

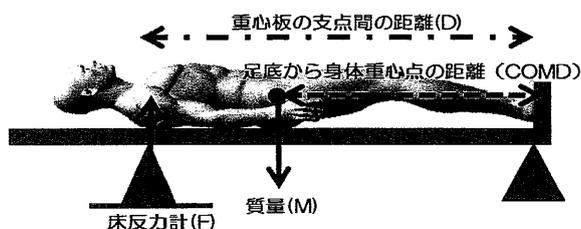


図1 身体重心点の算出方法の模式図

また、身体重心点を境に二分をしているため、質量の分布を考慮すると、おおよそ、上半身の重さは、全質量の 55%，下半身の質量は全質量の 45% を占めることになる。よって、上半身と下半身の部分質量比は上半身質量 $=M \times 0.55$ ，下半身質量 $=M \times 0.45$  となる。上半身の質量を  $UM$ ，身体重心点から重心板の支点間の距離を  $D$ ，床反力を  $F$ ，身体重心点から上半身質量中心点の距離を  $UCOMD$  とし、 $UCOMD = D \times F / UM$  から算出した。図 2

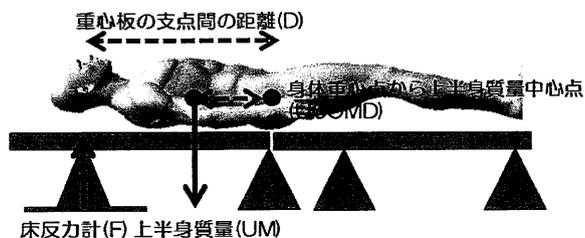


図 2 上半身質量中心点の算出方法の模式図

同様に下半身の質量を  $LM$ ，身体重心点から重心板の支点間の距離を  $D$ ，床反力を  $F$ ，身体重心点から下半身質量中心点の距離を  $LCOMD$  とし、 $LCOMD = D \times F / LM$  から算出した。図 3

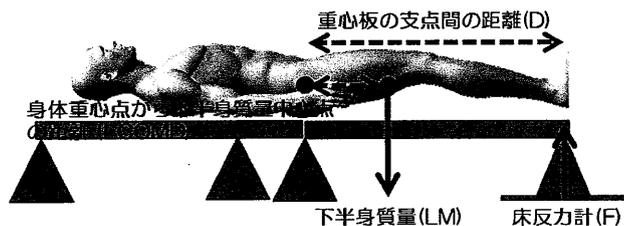


図 3 下半身質量中心点の算出方法の模式図

三次元動作解析装置における上半身質量中心点・下半身質量中心点の算出は、三次元位置データから各体節の推定重心位置を求めた。上半身質量中心点は、頭部，上部体幹，中部体幹，上部骨盤，両上腕，両前腕，両手部の合成重心とし，下半身質量中心点は，下部骨盤，両大腿，両下腿，両足部の合成重心とした。本研究では，身体重心点の位置を境に二分した点を上半身と下半身と定義したため，上半身質量中心点・下半身質量中心算出の演算のデータとして骨盤を二分にした各々の質量，重心位置を求めるために，Zatsiorsky and Seluyanov<sup>6)</sup>の先行研究を用いて体節の重心位置，質量比の推定を行った。

【結果】1：重心測定板における身体重心・上半身及び下半身質量中心点の位置、身長に対する足底からの高さを示す。身体重心点は、平均値  $55.92 \pm 0.57\%$ ，上半身質量中心点の平均値は  $71.67 \pm 0.99\%$ ，下半身質量中心点の平均値は、 $35.46 \pm 1.71\%$ であった。

2：三次元動作解析装置における身体重心・上半身及び下半身質量中心点の位置、身長に対する足底からの高さを示す。身体重心点の平均値は、 $54.83 \pm 0.66\%$ ，上半身質量中心点の平均値は、 $70.56 \pm 0.93\%$ ，下半身質量中心点の平均値は、 $35.44 \pm 0.66\%$ であった。

3：重心測定板法と三次元動作解析装置における身体重心・上半身及び下半身質量中心点の位置的差異。身体重心点の差は、 $1.1 \pm 0.5\%$ ，上半身質量中心点の差は、 $1.1 \pm 1.07\%$ ，下半身質量中心点の差は、 $0.02 \pm 1.7\%$ であった。

【考察】本研究では，重心測定板法と三次元動作解析装置で上半身質量中心点・下半身質量中心点を算出し，比較を行った結果，上半身質量中心点は，三次元動作解析装置よりも重心測定板の方が約 1% 高く算出され，下半身質量中心点は，ほとんど差がなかった。

諸家の報告の差は，測定の方法や測定時の姿勢，身体の様々な係数，体型差によるものであるとされている<sup>5)</sup>。本研究においても，重心測定板法と三次元動作解析装置では，測定時の姿勢が若干異なっている可能性がある。そのため，セグメント長さの変化等が違いに繋がっている可能性があると考えられる。

Zatsiorsky and Seluyanov<sup>6)</sup>の先行研究は，本研究の被験者と人種が異なることに考慮は必要であるが，本研究結果から三次元動作解析装置において算出した上半身質量中心点・下半身質量中心点は，ほぼ妥当値と考えられる。

ヒトの動きは常に身体重心点を支持基底面内におさめるために，上半身と下半身を逆方向に動かして

バランスをとることが多い。今後、身体運動の分析をする際に、上半身質量中心点・下半身質量中心点を比較的正確に算出することが出来る事ではないかと考える。

#### 5. 参考文献

- 1) 阿江通良, 藤井範久: スポーツバイオメカニクス20講, 朝倉書店, 東京, (2002)
- 2) 福井勉, 山口光圀, 入谷誠: 結果の出せる整形外科理学療法運動連鎖から全身を診る, メジカルビュー社, 東京, (2009)
- 3) 久保裕子, 山口光圀, 大野範夫, 福井勉: 姿勢・動作分析における身体重心点の視覚的評価の検討, 理学療法学, 33, 112-117, (2006)
- 4) 鈴木陽介, 金子誠喜, 金村尚彦: 立位姿勢観察により歩行時上半身質量中心動揺特性の推定. 理学療法-臨床・研究・教育, 17, 18-21, (2010)
- 5) 横井孝志: 身体部分慣性係数が歩行動作の力学的解析に及ぼす影響. バイオメカニクス研究, 6, 96-109, (2002)
- 6) Zatsiorsky, V, Seluyanov, V : The mass and inertia characteristics of the main segments of the human body . Biomechanics, 1152 -1159, (1983)

「第4回日本プライマリーケア学会・関東甲信越地方会」

(2015/11/29)

### 急速に進行した Chance 型骨折の一例

上久保和明、福田宗弘、吉田渡、吉岡太郎

症例は 83 歳女性。自宅内で転倒し尻もちをつき、腰痛が持続するため当院 ER を受診となった。X-P では陳旧性腰椎椎体骨折を認めた。疼痛強く、歩行困難であり、保存療法及びリハビリ目的に当科入院となった。陳旧性椎体骨折のみと考え、座位などのリハビリを行ってきた。しかし、第 4 病日に脱臼骨折骨折による完全対麻痺を来し、広範囲脊椎固定術及び除圧術を施行した。椎体骨折は受傷機序に関わらず適切に診断する必要がある。画像では脊椎の前方要素だけでなく、後方要素も観察する必要がある。また身体所見では、棘間 靭帯の圧痛なども注意する必要がある。我々の経験に若干の文献的考察を踏まえ報告する。

「日本賠償科学学会研究会」 (2015/12/5)

賠償において客観所見の有無が問題となる疾患の捉え方

益澤 秀明

**【目的】**以前から知られている失語症などの高次脳機能障害は脳血管障害などを要因とし、損傷された大脳皮質領域の局在症状が発現したものであった。平成 12 年にマスメディアがとりあげた(交通事故後に残りやすい)脳外傷後の高次脳機能障害は、「記憶力悪い、段取り悪い、すぐキレル」などの全般的認知・情動障害からなり、当時は脳画像で明らかな異常が見つかりにくいとされていた。また、近年は MTBI(後述)における高次脳機能障害の有無が議論されている。そこで、脳外傷後の高次脳機能障害における客観所見を検討した。

**【結果と考察】**演者は平成 2 年に脳外傷を受け 3 年後に片麻痺と認知障害・人格変化を残した症例を経験し、びまん性軸索損傷による脳室拡大・脳萎縮が基盤であることを報告した。びまん性軸索損傷は脳振盪から長期間の昏睡、さらには植物状態までカバーする脳外傷連続スペクトラムであり、最軽症として意識の低下・変容を示すが消失には至らない程度の軽度脳振盪も含んでいる。初期意識障害は頭部衝撃による軸索損傷によって生じるが、脳振盪では多くの軸索損傷が可逆性であり短時間で意識が戻る。それ以上では非可逆性軸索損傷が増え、これらの崩壊・消滅後に(軸索主体の脳白質が取り囲む)脳室のびまん性拡大と脳萎縮を残す。脳挫傷などの局在性脳損傷を合併していても後遺症の主体はびまん性軸索損傷であるとされる。つまり、脳外傷による高次脳機能障害の主体はびまん性軸索損傷であり、その客観所見としては、受傷直後の意識障害と、慢性期に残るびまん性脳室拡大・脳萎縮の程度である。急性期の脳画像所見があれば参考になるが不定である。高次脳機能障害症状は心因反応・心理的障害症状と紛らわしく、診断的ではない。昨今話題の MTBI 軽度脳外傷(軽度外傷性脳損傷)は軽度脳振盪と一部の脳振盪を含むが、非可逆性軸索損傷は極少である。WHO 世界保健機構の協同作業部会は、MTBI の一部で脳振盪後症候群が遷延するがその症状は自覚・自己申告症状であり客観的認知障害は認められない、としている。さらに、要因は未確定だが、外傷以外の要因が疑わしいとしている。脳外傷後の高次脳機能障害症状は年月の経過とともに明らかな改善傾向が認められる。また、中等度以上では自己洞察性が低下し自覚症状に乏しく、医療機関受診に積極的でない。これら 2 点も判別に役立つ客観所見である。いっぽう、MTBI 後の脳振盪後症候群では症状経過が遷延し年月とともにむしろ増悪する傾向がある、自己洞察性が亢進することで、多彩な自覚症状を事細かに訴え、しばしば症状経過をメモに自己作成する、などの行動特徴が認められる。また、脳 SPECT/PET 検査画像で前頭葉などの取り込み低下が取り上げられているが、うつ病などの精神疾患でも同様所見があり、診断特異性がない。神経心理検査所見もうつ病同様に意欲低下例では重度の成績低下が生じることが知られており、妥当性を検討しないで検査成績を鵜呑みにすべきでないとも米国では公的に宣言されている。

**【結論】**脳外傷後の高次脳機能障害には特徴的な複数の客観所見が存在する。脳振盪後症候群とは判別可能である。

「第 39 回日本高次機能障害学会学術総会」 (2015/12/10)

交文性失語一例における書字障害の特徴の検討

棄原 真希

[はじめに]右被殻出血により発話と書字に君離を認める交叉性失語例を経験した。本症例の書字障害の特徴について検討したので報告する。

[症例] 56 歳男性・右利き。家族を含め左利き素因を認めない。X 年 Y 月右被殻出血発症、血腫除去術施行。Y+1～6 月リハビリ目的で当院に入院。

[画像所見]頭部 CT にて右被殻および周辺部に低吸収域を認める。

[神経心理学的所見]左半側空間無視、注意障害を認める。その他、明らかな観念失行、観念運動失行、口部顔面失行、構成障害は認めない。

[言語評価]SLTA (Y+6 月)聴理解・単語 10/10 (+)、短文 9/10 発話:呼称 20/20、動作説明 10/10。発話失行を伴う非流暢な発話だが、単純な内容を何とか伝達できる。

[書字評価]SALA 書称 2 (表記タイプ×モーラ数)平仮名 (2 モーラ: 9/10、3 モーラ: 10/10、4 モーラ: 10/10)、片仮名 (2 モーラ: 9/10、3 モーラ: 9/10、4 モーラ 10/10)、

漢字 (2 モーラ: 9/10、3 モーラ: 9/10、4 モーラ: 10/10)。誤りは置換、保続、転置を認める。SALA 文の産生 1 項動詞: 5/14、2 項動詞: 4/20、3 項動詞: 2/10。誤りは、動詞の錯語・脱落、音韻の脱落・置換・転置、送り仮名の誤り・脱落、新造語、余分な文の追加、漢字の誤り、保続を認める。

[発話との差] (SLTA 漫画の説明 Y+6 月)発話:段階 5。全 18 文節。誤り 2 か所(助詞の誤り、語性錯語)書字・段階 3。全 23 文節。誤り 15 か所(語の脱落、助詞の誤り、音韻の付加・脱落、語性錯書、送り仮名の誤り・脱落、漢字の誤り、文構成の誤り)

[考察]単語の書字は漢字と仮名の乖離はなく誤りは少なかった。短文は助詞や音韻の誤り、送り仮名の誤り、文型による差が認められた。長文は発話に比し書字表出が増えると共に助詞や送り仮名の誤り、音韻の誤りが連なる傾向にあった。本症例の書字障害は、文の長さ・文型、音韻・助詞の誤り、文構成能力の低下の混在に加え、前頭葉機能低卜の影響が示唆された。

## 財団法人表

年次	当院のできごと
<b>昭和3年</b> (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
<b>昭和4年</b> (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
<b>昭和5年</b> (1930)	産婦人科開設 科長 広沢昇 耳鼻咽喉科開設 科長 原泰一郎
<b>昭和8年</b> (1933)	外科開設 科長 新井己千雄 放射線科開設 技師 森条吉
<b>昭和11年</b> (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
<b>昭和12年</b> (1937)	医師の応召相踵ぐ
<b>昭和18年</b> (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
<b>昭和20年</b> (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
<b>昭和21年</b> (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
<b>昭和23年</b> (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
<b>昭和24年</b> (1949)	検査棟を増築 講堂、図書室、医局、インターン宿舎を設置
<b>昭和25年</b> (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
<b>昭和27年</b> (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 サーベイヤー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ー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 2月 3月  7月 10月	日本消化器病学会専門医制度認定施設 認定（総合病院） 分院・クリニック開所式開催 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 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 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 6月 8月  9月 11月	業務（事業）内部監査室の新設 CCU病棟増床 4床から6床へ（本院） 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） 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 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 3月 4月  5月 6月 7月	「第1回 地域医療支援病院運営協議会」開催（本院） 東館4階小児病棟リニューアルオープン（本院） 「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） 「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 「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 3月 4月  6月 7月  9月 11月	第1回じん臓病教室 開催 平成18年度杉並区子育て優良事業者表彰 最優良賞受賞 「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 「頭痛外来」診療開始 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 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)	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）
	3月	「心臓病センター、脳卒中センター」オープン（本院）
	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）
	10月	日本医療機能評価機構 総合病院更新審査受審
平成21年 (2009)	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
	1月	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
	1月	東京都脳卒中急性期医療機関 認定（本院）
	1月	産科医療補償制度へ加盟（本院）
	2月	インドネシア人看護師候補者（2名）の受入れ
	3月	救急外来内 「陰圧室」設置（本院）
	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）
	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
	5月	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
	7月	「心カテ5000件開心術100件感謝の集い」開催
	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
	11月	「キャストキャンペーン2009」 実施
	11月	「院内デイケア“たから”」オープン（本院）
	11月	杉並区後援 病院学会
	11月	「～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
	11月	（於 セッション杉並）
	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
	12月	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
平成22年 (2010)	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）
	1月	杉並区との「福祉救済所」協定締結（シーダ・ウォーク）
	2月	「合同慰霊祭」開催（於 神明宮儀式殿）
	3月	富士通医事システム V1からV5へバージョンアップ・
	3月	医事統計システム DWH 稼働開始
	3月	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
	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）
	4月	「健康図書室」が「健康生活支援室」としてスタート
	6月	新入職員歓迎会「Re・フレッシュパーティ」開催
	6月	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）
	6月	職員のメンタルヘルス対策第1回3Rプログラム開催
	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）
	8月	ピロリ菌外来 スタート（分院）
	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
	10月	第1回 育児支援教室「ぼかぼかタイム」開催
	10月	院外他施設勤務 新入看護職員 研修申し込み開始
	10月	（東京都新人看護職員研修事業費補助事業）
	11月	杉並区後援 病院学会
	11月	「～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
	11月	（於 セッション杉並）
	12月	インドネシア南スマトラ州知事一行病院視察
	12月	第1回「やさしい健康講座」開催

年次	当院のできごと	
平成23年 (2011)	3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月	<p>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>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>婦人科腫瘍委員会 婦人科腫瘍登録への加盟</p> <p>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>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>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>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>「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）</p> <p>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>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>GD-0(新事務所棟)完成</p>
平成24年 (2012)	1月 2月 3月 4月 5月 7月 9月 10月 12月	<p>東京都がん登録事業に参加（センター）</p> <p>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>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>「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）</p> <p>東京都大腸がん診療連携協力病院に認定（センター）</p> <p>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>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>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>GD推進チーム発足</p> <p>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>

年次	当院のできごと	
平成27年 (2015)	2月	東京マラソン2015 チャリティーランナー5名完走
	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
	4月	総合病院 病棟再編 (センター)
		・新館4階病棟25床(小児科)の新設
		・東館4階病棟(外科系混合)の稼働 ※4月27日～7月12日19床、7月13日～38床
	5月	N. K. Farmで治療的乗馬を開始
	6月	前立腺肥大症治療レーザー装置【グリーンライトレーザー】を都内城西地区初導入
	7月	杉並区産後ケア事業へ参画
		東京都在宅療養児一時入院(レスパイト)へ参画
	第二カテテル室新設 (センター)	
8月	総合病院、分院の標榜科目を変更 (総合病院31科、分院19科へ)	
10月	総合病院 本館2階病棟ICUをHCUへ転換	
平成28年 (2016)	1月	MRIバージョンアップ (センター)
	2月	東京マラソン2016 チャリティーランナー出走
	3月	医療法人財団 天翁会との統合合併を発表

# **ANNUAL REPORT 2015年度**

社会医療法人 河北医療財団

発行日:2016年5月25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)