

ANNUAL REPORT 2016



社会医療法人 河北医療財団

理 念

社会文化を背景とし 地球環境と調和した
よりよい医療への挑戦

目 的

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

標 語

安心と納得が創る信頼
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

本財団は、命ある有機的組織体であり、すなわち、
形態的・機能的に分化し、異なる部分が一つの内面的
原理（理念）によって統一されてできた全体であり、
ここに書かれた目的と事業を実現するものである

（社会医療法人河北医療財団 寄附行為 第3条より抜粋）

目 次

・はじめに	1
・患者さんの権利と責任	3
・2016年度の活動内容	4
・財団概要	8
・各施設概要	9
・学会施設認定等／施設基準届出等	12
・杉並事業部 統計	
センター(総合病院・分院・サテライトクリニック)	19
河北リハビリテーション病院	47
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	58
・多摩事業部 統計	62
・社会医療法人河北医療財団学術誌〈2016年学会発表抄録他〉	67
・財団年表	68

社会医療法人河北医療財団は2016年12月1日に医療法人財団天翁会と合併しました。
合併前の社会医療法人河北医療財団を「杉並事業部」、医療法人財団天翁会を「多摩事業部」と称します。

はじめに

社会医療法人 河北医療財団
理事長 河北博文

「^{おもいやり}恕と信頼」

夢のない社会に子供は生まれない・・・木村尚三郎

阿佐ヶ谷出身でありわが国での西洋文化史研究第一人者であった木村尚三郎先生から言われた言葉である。

医療法人財団 天翁会と社会医療法人 河北医療財団は昨年12月1日に合併しました。わが国の近未来社会の超高齢化を視野に入れた合併です。誕生する子供が少なくなり、高齢者が増加する成熟社会に移行するからこそ、社会に夢を届けなければならないと考えています。世の中に“^{おもいやり}恕”と“信頼”が満ちていることは時を超え、いずれの地域・国においても夢を持てる社会であると言えます。

武見太郎は、“未来からの投影”を唱え、現在の延長線上で物事を考えるのではなく、自らこうありたいと思う未来の姿を描き、それに向かって現在なにをすべきかという思考の方向を示しました。私が中学生であった時、広瀬先生という英語の教授から“classic”という言葉の意味を尋ねられたことがありました。「古典です」と答えると、「なぜ古典であるのか考えてみなさい」と言われました。実際に英語の辞書で“classic”という言葉の解説を読んでもと“第一級の”という形容詞が最初に書かれていました。第一級品であるからこそ、時代を超えて社会を渡り価値を認められるものが古典として残ってきたものです。

子供を安心して産み育てることのできる社会、また同時に、高齢者ができるだけ自尊、自立して生活できる社会を実現していく大きな要素の一つが医療ならびに介護です。医療・介護という分野が単独で夢のある社会の実現を目指すことは困難であるので、地域住民の参加はもちろんのこと、多様な異なった分野の人々と繋がるのが大切だと考えています。それが成熟社会における医・食・住です。

天翁会と河北医療財団とはこれまでも共通した価値観の下、事業を推進してきました。“信頼と安心の創造”は、河北では“安心と納得が創る信頼”という標語です。“愛・智恵・行動”は、“学び（心で感じ）・考え・行う”と同様です。“働きがいのある組織”は“情緒的で色っぽい医療を”また、“病院ってカッコいい”です。“^{おもいやり} 恕”としてのあいセーフティーネットを今後もさらに発展させ、“あたたかく やさしく 人にも 地球にも”関わっていきたいと考えています。“Trained Common Sense（洗練された常識）”を持ち、“受容と傾聴と共感”を主体として、疾病管理から、健康を支援し、生活に寄り添い、地域づくりに積極的に参加していく所存であります。

今後も歴史的背景と社会的側面を踏まえ、実態をつくり、それを表現する storyteller であり続けたいと思います。

人間は考える葦である パスカル

磨けば輝く 打てば響く 秀囲気が薫る 味わいのある情
心が温かい 品格・感性 知恵・見識・自然

「2017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に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。

社会医療法人 河北医療財団
2016年度の活動内容

2016年	4月	財団 環境MGMT委員会	「環境 人づくり企業大賞2015」環境大臣賞受賞
		財団 看護部	『医療スタッフとの協働・連携によるチーム医療の推進』リハビリテーション関係職種への喀痰等の吸引指導(～9月)
		河北総合病院	退院支援加算1/乳房MRI撮影加算届出
		河北総合病院	認知症初期集中支援チーム活動開始
		河北総合病院 分院	退院支援加算1/看護職員夜間12対1配置加算届出
		河北総合病院 心臓・血管センター	杉並医療連携セミナー 第14回杉並心臓病カンファランス
		河北総合病院 腎臓科	河北健康教室 じんどう病
		河北総合病院 整形外科	河北健康教室 第28回 やさしい健康講座 骨粗しょう症
		河北総合病院 消化器・一般外科	河北健康教室 第5回 大腸がん
		河北総合病院 消化器・一般外科、産婦人科	乳腺特別講演会 「乳がんを克服する」
		透析センター、河北総合病院腎臓内科	杉並医療連携セミナー 城西地区透析セミナー
	5月	財団	英国家庭医 澤憲明先生講演
		財団 看護部	新人看護職員対象採用面接の実施(～9月)
		河北総合病院	がん患者リハビリテーション料届出
		河北総合病院 分院	同上
		河北総合病院 消化器内科・消化器一般外科	杉並医療連携セミナー 第2回杉並消化器病カンファランス
		河北総合病院 整形外科	杉並医療連携セミナー 第3回城西地区骨粗鬆症ネットワーク
		河北総合病院 リウマチ科	河北健康教室 河北健康教室 第20回 リウマチを知る会
		シーダ・ウオーク	アニマルセラピー開始
	6月	財団 安全・感染管理室	体験型勉強会:N95マスクのフィットテスト 第1回
		河北総合病院	西館 小児科診察室増設
		河北総合病院 心臓・血管センター	杉並医療連携セミナー 第15回杉並心臓病カンファランス
		河北総合病院 小児科	杉並医療連携セミナー 第5回城西地区小児病診連携懇話会
		河北総合病院 糖尿病・内分泌代謝内科	河北健康教室 第63回 蕨の会(糖尿病)
		河北総合病院 糖尿病・内分泌代謝内科	河北健康教室 第29回 やさしい健康講座 ピロリ菌
		河北総合病院 整形外科	河北健康教室 第6回 膝の痛みの勉強会
		家庭医療学センター	英国人医師留学生受け入れ(日英、日韓プライマリ・ケア交換留学プログラム)
		家庭医療学センター	禁煙外来開始
	7月	財団 安全・感染管理室	体験型勉強会:N95マスクのフィットテスト 第2回
		財団 看護部	杉並第一小学校カリキュラム 命の授業 「生命倫理【死】」
		河北総合病院	看護職員夜間12対1配置加算届出
		河北総合病院 感染管理委員会	2016年度 第1回 感染症講演会
		河北総合病院 PSM委員会(医療安全)	第31回PIC院内研究会(PIC: Patient Identification Confirmation 患者ID確認)
		河北総合病院 泌尿器科	河北健康教室 第2回 泌尿器を知る会
		河北総合病院 小児科	河北健康教室 第7回 小児のための勉強会(発達障害)
		河北サテライト クリニック	Softbank社ロボット pepperくん設置(骨粗しょう症キャンペーン)
		河北リハビリテーション病院	第1回 地域連携会 「ちよつと落ちた身体機能を、どんと悪くしないために、地域で必要なことをみんなで考えよう！」
		河北リハビリテーション病院	夏祭り
		家庭医療学センター	第18回 日本在宅医学会大会に参加
		家庭医療学センター	第7回 医師・看護師・薬剤師のための在宅ケアセミナー
	8月	財団	納涼祭
		財団 環境MGMT委員会	環境表彰(2015年度の活動が優れていた部署を表彰)
		財団 環境MGMT委員会	環境見学「産業廃棄物、医療廃棄物のリサイクル状況(東京臨海リサイクルパーク)」開催
		財団 臨床検査科	「PSG検査と睡眠時無呼吸症候群について」の勉強会
		河北総合病院 心臓・血管センター	杉並医療連携セミナー 第16回杉並心臓病カンファランス
		河北総合病院	夏休みKID's院内体験ツアー
		家庭医療学センター	第1回 認知症ケアを学ぶ会

社会医療法人 河北医療財団
2016年度の活動内容

9月	財団 看護部	看護師臨床実習受入拡大(東京医科大学 医学部看護学科)(~1月)
	財団 診療の質向上委員会	2016年度 質向上研究会「秋の陣」
	財団 安全・感染管理室	体験型勉強会:N95マスクのフィットテスト 第3回
	河北総合病院	病診連携会
	河北総合病院	AMATチーム 杉並第一小学校 防災訓練参加
	家庭医療学センター	杉並医療連携セミナー 訪問看護師のためのストーリーセミナー
10月	財団	第8回 around杉並健康ライフ開催
	財団 小児科	杉並第一小学校カリキュラム 命の授業「心と身体のバランス」
	河北総合病院	河北バス(河北総合病院~阿佐ヶ谷駅~河北リハビリテーション病院間無料バス) 運行開始
	河北総合病院	第1回 みんなで考え、みんなを支える地域づくりの会 開催
	河北総合病院 心臓・血管センター	杉並医療連携セミナー 第17回杉並心臓病カンファレンス
	河北総合病院 産婦人科	杉並医療連携セミナー 第5回杉並産婦人科カンファレンス
	河北総合病院 心臓・血管センター、皮膚科	杉並医療連携セミナー 足病・フットケアカンファレンス
	河北総合病院 呼吸器内科	杉並医療連携セミナー 城西エリア呼吸器フォーラム
	河北総合病院 消化器・一般外科	河北健康教室 第6回 胃がん
	河北総合病院 小児科	河北健康教室 小児(救急のかかり方)
	河北総合病院	河北健康教室 私の生き方連絡ノート
	河北総合病院 耳鼻咽喉科	河北健康教室 第30回 やさしい健康講座 難聴との付き合い方
	河北リハビリテーション病院	リハビリテーション祭 開催
	シーダ・ウォーク	シーダ祭 開催
	家庭医療学センター	死の臨床大会に参加
	家庭医療学センター	訪問看護・リハビリテーション阿佐谷 新入カシステム、タブレット端末導入
11月	財団	災害医療研修「Hospital MIMMS」開催
	河北総合病院	認知症ケア加算2届出
	河北総合病院 救急部	すぎなみフェスタ 救急車展示
	河北総合病院 腎臓内科	杉並医療連携セミナー 城西地区CKD講演会
	河北総合病院 救急部、消化器・一般外科、リウマチ・膠原病科	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
	河北総合病院 小児科	河北健康教室 第8回 小児のための勉強会(発達障害)
	河北総合病院 関節・リウマチ・膠原病センター	河北健康教室 第21回 リウマチを知る会
	河北総合病院 消化器・一般外科	「がん疼痛」勉強会
	シーダ・ウォーク	園遊会開催
	家庭医療学センター	日本プライマリー・ケア連合会 関東甲信越ブロック地方会参加
2016年12月	財団	医療法人財団 天翁会と統合合併
	多摩 天本病院	電子カルテ稼働開始
	杉並 リハビリ部門	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 河北リハビリテーション病院	大宮八幡宮 杉並花笠まつり 参加
	杉並 河北リハビリテーション病院	クリスマス会
	杉並 河北総合病院 感染症内科	河北健康教室 第31回 やさしい健康講座 インフルエンザ
	杉並 看護部	杉並医療連携セミナー 第3回看護セミナー「感染対策セミナー」
	杉並 河北総合病院 心臓・血管センター	杉並医療連携セミナー 第18回杉並心臓病カンファレンス
	杉並 環境MGMT委員会	ニチバン巻心エコプロジェクト参加
	杉並 環境MGMT委員会	環境マネジメントシステム KESステップ2 確認審査適合
	杉並 環境MGMT委員会	環境見学「下水の処理方法、再生等について学ぶ(東京水道局 落水水再生センター)」開催
	杉並 虐待防止部会	虐待防止部会勉強会
	杉並 臨床工学科	「除細動器」勉強会
	杉並 化学療法委員会	「抗がん剤の曝露対策について」勉強会 第1回
	杉並 化学療法委員会	「抗がん剤の曝露対策について」勉強会 第2回

社会医療法人 河北医療財団
2016年度の活動内容

2017年	1月	財団	新宿ハーフマラソン2017 チャリティーランナー 全10名完走
		多摩	あい在宅複合施設
		杉並	杉樹ビルの利用開始
		杉並	看護部
		杉並	河北総合病院
		杉並	河北総合病院
		杉並	河北総合病院 分院
		杉並	河北総合病院
		杉並	河北総合病院 小児科
		杉並	家庭医療学センター
		杉並	家庭医療学センター
		杉並	家庭医療学センター
		杉並	PSM委員会(医療安全)
		杉並	診療の質向上委員会
		杉並	安全・感染管理室
	2月	多摩	あいフィットネスサロン
		多摩	あい訪問看護ステーション
		多摩	あい小規模多機能施設
		杉並	河北総合病院
		杉並	河北総合病院 分院
		杉並	看護部
		杉並	看護部
		杉並	看護部
		杉並	感染管理委員会
		杉並	緩和ケアサポートチーム
		杉並	河北総合病院 整形外科
		杉並	河北総合病院 リウマチ・関節・膠原病センター
		杉並	河北総合病院 心臓・血管センター
		杉並	河北総合病院
		杉並	河北総合病院 循環器内科
		杉並	河北総合病院 整形外科
		杉並	河北総合病院 リハビリ部門
		杉並	河北総合病院 整形外科
		杉並	河北リハビリテーション病院
		杉並	河北リハビリテーション病院
		杉並	シーダ・ウォーク
		杉並	家庭医療学センター、ケア24

社会医療法人 河北医療財団
2016年度の活動内容

	3月	財団	2017年度新入職員研修・歓迎会
		多摩 あい在宅複合施設	もつと元気が出る講座・あい在宅複合施設講演会「健康・長生きに必要なこと～あいセーフティネットがサポート！」
		多摩 天本病院	病院機能評価受審
		杉並 財団	看護部研修修了式
		杉並 財団	臨床研修修了式(前期、後期)
		杉並 看護部	第10回看護師長・主任合同学習会
		杉並 環境MGMT委員会	環境見学「環境関連情報の調査(東京都民情報ルーム)」開催
		杉並 河北総合病院	すぎなみ子育てメッセ 協賛&出展
		杉並 河北総合病院	ブラック・ジャック セミナー開催
		杉並 河北総合病院	防災訓練実施
		杉並 河北総合病院 リハビリ部門	河北健康教室 第29回 リハビリ部門 嚥下障害
		杉並 河北総合病院 消化器・一般外科	河北健康教室 第7回 乳がん
		杉並 河北総合病院 小児科	河北健康教室 第9回 小児(アレルギー)
		杉並 河北総合病院 腎臓科	河北健康教室 じんぞう病
		杉並 健診センター	河北健康教室 第1回 健診センター 口腔ケア
		杉並 河北リハビリテーション病院	第2回 地域連携会「各種事業所の紹介」
		杉並 河北総合病院 整形外科	杉並医療連携セミナー 第4回阿佐ヶ谷整形外科セミナー
		杉並 健診センター	河北健康教室開始
		杉並 家庭医療学センター	第2回 認知症ケアを学ぶ会
通年開催		財団 財団	治療的乗馬/馬介在活動(年4~6回)
		杉並 河北総合病院 産婦人科	ぽかぽかタイム(当院で出産したママを対象とした子そだて教室)
		杉並 河北総合病院 産婦人科	パパママ安産教室(初めての出産を控えたパパママを対象とした安産教室)
		杉並 河北総合病院 小児科	小児科 児童館講演会
		杉並 河北リハビリテーション病院	家族会(入院患者さん及びそのご家族向けの勉強会)
		杉並 河北リハビリテーション病院	歌会(職員の伴奏に合わせて患者さんが歌を歌う会)
		杉並 シーダ・ウォーク	シーダ・ウォーク フロアコンサート(毎月3~4回の音楽会)
		杉並 シーダ・ウォーク	シーダ・ウォーク アニマルセラピー

財団概要

(2017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
	河北葦クリニック(透析センター)	センター長	青木 尚子
	河北健診クリニック(健診センター)	センター長	池田 有成
	河北リハビリテーション病院(療養135床)	院長	河面 吉彦
	河北総合病院分院(一般76床)	院長	角田 裕美
	河北サテライトクリニック	院長	岡井 隆広
	介護老人保健施設 シーダ・ウォーク	施設長	吉田 晴彦
	あい介護老人保健施設	施設長	佐藤 清貴
	天本病院	院長	舟木 成樹
	あいクリニック	院長	濱谷 弘康
	あいクリニック平尾	院長	宮本 謙一
	あいクリニック中沢	院長	亀谷 学
財団職員総数	2,825人 内常勤職員数 1,977人 (2017年4月1日現在) (常勤職員数再掲) 医師171人、看護師665人、セラピスト270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 医療法人財団天翁会と合併 2016年(平成28)12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

各施設概要 （2017年4月1日現在）

【河北総合病院】

所在地	東京都杉並区阿佐谷北1丁目7番3号
標榜科目	内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、神経内科、リウマチ科、リハビリテーション科、小児科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、耳鼻いんこう科、泌尿器科、眼科、皮膚科、放射線科、麻酔科、糖尿病・内分泌・代謝内科、腎臓内科、消化器外科、病理診断科、臨床検査科、救急科、感染症内科、血液内科、疼痛緩和内科、精神科、産科、婦人科、血管外科、形成・美容外科
許可病床数	一般病床 331床

【河北総合病院分院】

所在地	東京都杉並区阿佐谷北1丁目6番20号櫛ビルディングC館
標榜科目	内科、皮膚科、精神科、リハビリテーション科、放射線科、小児科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、神経内科、糖尿病・内分泌・代謝内科、腎臓内科、感染症内科、血液内科、リウマチ科、小児アレルギー科、アレルギー科、病理診断科、臨床検査科
許可病床数	一般病床 76床

【河北サテライトクリニック】

所在地	東京都杉並区阿佐谷北1丁目3番12号櫛ビルディングB館
標榜科目	【訪問診療】一般内科 【外来診療】整形外科、内科、皮膚科、眼科、形成・美容外科

【河北リハビリテーション病院】

所在地	東京都杉並区堀ノ内1丁目9番27号
標榜科目	リハビリテーション科、リウマチ科、内科、精神科
許可病床数	療養病床 135床

【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
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2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

【河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷】

所在地	東京都杉並区阿佐谷北1丁目2番1号 河北杉樹ビル1階
-----	----------------------------

【杉並区地域包括支援センターケア24阿佐谷】

所在地	東京都杉並区阿佐谷北1丁目2番1号 河北杉樹ビル1階
事業内容	杉並区委託事業

【杉並区地域包括支援センターケア24松の木】

所在地	東京都杉並区松ノ木3丁目3番4号
事業内容	杉並区委託事業

【あい介護老人保健施設】

所在地	東京都多摩市中沢1丁目17番地38
ベッド数	150床（うち認知症専門棟50名・ショートステイ用8床） 通所定員 50名

【天本病院】

所在地	東京都多摩市中沢2丁目5番地1
標榜科目	内科・消化器内科・リハビリテーション科・精神科・老年精神科
許可病床数	一般病床 95床 療養病床 48床 精神病床 36床 計179床

【あいクリニック】

所在地	東京都多摩市貝取1431番地3
標榜科目	【訪問診療】一般内科 【外来診療】内科、消化器科、脳神経外科、呼吸器科、高齢内科

【あいクリニック平尾】

所在地	東京都稲城市平尾3丁目7番地4 コーシャハイム平尾1階
標榜科目	【訪問診療】一般内科 【外来診療】呼吸器内科、老年内科、内科

【あいクリニック中沢】

所在地	東京都多摩市中沢2丁目5番地3 ゆいま～る中沢A棟1階
標榜科目	【訪問診療】一般内科、小児科 【外来診療】内科、小児科、精神科

【あい訪問看護ステーション】

所在地	東京都多摩市貝取1431番地3 2階
-----	--------------------

【あい訪問看護ステーション平尾】

所在地	東京都稲城市平尾3丁目7番地4 コーシャハイム平尾1階
-----	-----------------------------

【あい訪問看護ステーション中沢】

所在地	東京都多摩市中沢2丁目5番地3 ゆいま～る中沢A棟1階
-----	-----------------------------

【あい訪問看護ステーションせいせき】

所在地	東京都多摩市関戸1丁目2番地11 スマイラス聖蹟桜ヶ丘1階
-----	-------------------------------

【ケアプランセンターあいクリニック】

所在地	東京都多摩市貝取1431番地3 2階
-----	--------------------

【あいケアプランセンターいなぎ】

所在地	東京都稲城市平尾3丁目7番4 コーシャハイム平尾1階
-----	----------------------------

【あいグループホームどんぐり】

所在地	東京都多摩市聖ヶ丘2丁目21番地2 ゆいま～る聖ヶ丘C棟1階
	認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護 2ユニット 18名

【あいグループホーム天の川】

所在地	東京都多摩市中沢2丁目5番地3 ゆいま～る中沢B棟2階
	認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護 2ユニット 18名

【あい小規模多機能施設かりん】

所在地	東京都多摩市聖ヶ丘2丁目20番地6 ゆいま～る聖ヶ丘B棟1階
事業内容	小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(通い・宿泊・訪問) 登録定員29名:通い18名、泊り9名、訪問(24時間対応)回数制限なし

【あい小規模多機能施設ほたる】

所在地	東京都多摩市中沢2丁目5番地3 ゆいま～る中沢B棟3階
事業内容	小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(通い・宿泊・訪問) 登録定員29名:通い18名、泊り9名、訪問(24時間対応)回数制限なし

【あい小規模多機能施設おきな】

所在地	東京都多摩市関戸1丁目2番地11 スマイラス聖蹟桜ヶ丘1階
事業内容	小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(通い・宿泊・訪問) 登録定員18名:通い12名、泊り4名、訪問(24時間対応)回数制限なし

【多摩市中部地域包括支援センター】

所在地	東京都多摩市永山4丁目2番地5-105
事業内容	多摩市委託事業

【桜ヶ丘いきいき元気センター】

所在地	東京都多摩市桜ヶ丘2丁目1番地1
事業内容	多摩市委託事業

【あいフィットネスサロンさくら】

所在地	東京都多摩市関戸1丁目2番地11 スマイラス聖蹟桜ヶ丘1階
-----	-------------------------------

河北総合病院 学会施設認定等

(2017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
- ◇ 日本気管食道科学会研修施設

河北総合病院 施設基準届出等 (2017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3
- ◇ 超急性期脳卒中加算
- ◇ 診療録管理体制加算1
- ◇ 医師事務作業補助体制加算1(15:1)
- ◇ 急性期看護補助体制加算1(25:1)
- ◇ 夜間100対1急性期看護補助体制加算
- ◇ 夜間看護体制加算
- ◇ 看護職員夜間12対1配置加算 1ーイ
- ◇ 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(地域連携診療計画加算)
- ◇ 認知症ケア加算1
- ◇ 認知症ケア加算2
- ◇ 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)
- ◇ 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
- ◇ 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1
- ◇ 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
- ◇ 脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術
- ◇ 乳がんセンチネルリンパ節加算2
- ◇ 経皮的冠動脈形成術(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
- ◇ 大動脈バルーンポンピング法(IABP法)
- ◇ 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 (2017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
- ◇ 医師事務作業補助体制加算1(20対1)
- ◇ 急性期看護補助体制加算1(25対1)
- ◇ 夜間100対1急性期看護補助体制加算
- ◇ 夜間看護体制加算
- ◇ 看護職員夜間12対1配置加算 1ーイ
- ◇ 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
- ◇ 認知症ケア加算2

【入院時食事療養に関する届出事項】

- ◇ 入院時食事療養(Ⅰ)(食堂加算)

【特掲診療に関する届出事項】

- ◇ 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1
- ◇ 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)
- ◇ がん患者リハビリテーション料
- ◇ 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 (2017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
- ◇ ニコチン依存症管理料
- ◇ 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

河北リハビリテーション病院 施設基準届出等 (2017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

【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

【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)

介護老人保健施設シーダ・ウォーク 施設認定 (2017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(従来型)
- ◇ 在宅復帰療養支援加算
- ◇ 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(従来型)
- ◇ 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(II)
- ◇ 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
- ◇ 社会参加支援加算
- ◇ 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

健診センター 施設認定 (2017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

透析センター 施設認定 (2017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

天本病院 施設基準届出等 (2017年4月1日現在)

【入院基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 一般病棟15対1入院基本料 14床
- ◇ 地域包括ケア入院医療管理料1 30床
- ◇ 看護配置加算
- ◇ 看護補助加算
- ◇ 診療録管理体制加算 2
- ◇ 療養環境加算
- ◇ 重症者等療養環境特別加算
- ◇ 医療安全対策加算2
- ◇ 患者サポート体制充実加算
- ◇ 後発医薬品使用体制加算 1
- ◇ 療養病棟入院基本料
- ◇ 回復期リハビリテーション病棟入院料1 48床
- ◇ 体制強化加算
- ◇ 特殊疾患病棟入院料1 51床
- ◇ 特殊疾患病棟入院料2 36床

【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ 在宅療養支援病院
- ◇ 在宅時医学総合管理料
- ◇ 特定施設入居時等医学総合管理料
- ◇ CT撮影及びMRI撮影
- ◇ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)
- ◇ 廃用症候群リハビリテーション科 (I)
- ◇ 運動器リハビリテーション科 (I)
- ◇ 呼吸器リハビリテーション科 (I)
- ◇ 超重症児 (者) 入院診療加算
- ◇ 準超重症児 (者) 入院診療加算

あいクリニック 施設基準届出等 (2017年4月1日現在)

【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 明細書発行体制等加算
- ◇ 時間外対応加算 1
- ◇ 夜間・早朝等加算

【その他】

- ◇ 難病医療費助成指定医療機関
- ◇ 被爆者一般疾病医療機関
- ◇ 生活保護法第49条及び中国在留邦人等支援医療機関
- ◇ 指定自立支援医療機関

【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ 機能強化型在宅療養支援診療所
- ◇ 在宅緩和ケア充実診療所
- ◇ 地域包括診療料
- ◇ 認知症地域包括診療料
- ◇ 在宅末期医療総合診療料
- ◇ ニコチン依存症管理料
- ◇ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)
- ◇ 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料 (II)
- ◇ 運動器リハビリテーション料 (II)
- ◇ 運動器リハビリテーション医学管理料 (II)
- ◇ 在宅時医学総合管理料
- ◇ 施設入居時等医学総合管理料
- ◇ 在宅がん医療総合診療料

あいクリニック平尾 施設基準届出等 (2017年4月1日現在)

【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 明細書発行体制等加算
- ◇ 電子化加算

【その他】

- ◇ 難病医療費助成指定医療機関
- ◇ 被爆者一般疾病医療機関
- ◇ 生活保護法第49条及び中国在留邦人等支援医療機関

【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ 機能強化型在宅療養支援診療所
- ◇ 在宅緩和ケア充実診療所
- ◇ 在宅時医学総合管理料
- ◇ 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

あいクリニック中沢 施設基準届出等 (2017年4月1日現在)

【基本診療料に関する届出事項】

- ◇ 明細書発行体制等加算
- ◇ 電子化加算

【その他】

- ◇ 難病医療費助成指定医療機関
- ◇ 被爆者一般疾病医療機関
- ◇ 生活保護法第49条及び中国在留邦人等支援医療機関
- ◇ 指定小児慢性特定疾病医療機関
- ◇ 指定自立支援医療機関

【特掲診療料に関する届出事項】

- ◇ 機能強化型在宅療養支援診療所
- ◇ 在宅緩和ケア充実診療所
- ◇ 在宅時医学総合管理料
- ◇ 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

あい介護老人保健施設 施設認定 (2017年4月1日現在)

【介護老人保健施設(入所)として】

- ◇ 施設等の区分・介護老人保健施設 (I)
- ◇ 人員配置区分・在宅強化型
- ◇ 療養食加算
- ◇ 夜勤職員配置加算
- ◇ 認知症ケア加算
- ◇ ターミナルケア体制加算
- ◇ 栄養マネジメント体制加算
- ◇ サービス提供体制強化加算 (I)
- ◇ 短期集中リハビリテーション加算
- ◇ 認知症短期集中リハビリテーション加算
- ◇ 経口維持加算 I・II
- ◇ 口腔衛生管理体制加算
- ◇ 入所前後訪問指導加算 I・II
- ◇ 緊急時治療加算
- ◇ 介護職処遇改善加算 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】

- ◇ 施設等の区分・介護老人保健施設 (I)
- ◇ 人員配置区分・在宅強化型
- ◇ サービス提供体制加算 I
- ◇ 夜勤職員配置加算
- ◇ 個別リハビリテーション実施加算
- ◇ 認知症ケア加算
- ◇ 療養食加算
- ◇ 重症療養管理加算
- ◇ 緊急短期入所受入加算
- ◇ 介護職処遇改善加算 I
- ◇ 送迎加算

【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】

- ◇ 施設等の区分・大規模の事業所 II
- ◇ 入浴介助加算
- ◇ リハビリテーションマネジメント加算 I・II
- ◇ 短期集中個別リハビリテーション実施加算
- ◇ 個別リハビリテーション実施加算
- ◇ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算
- ◇ 生活行為向上リハビリテーション実施加算
- ◇ サービス提供体制加算 I
- ◇ 重度療養加算
- ◇ 介護職員処遇改善加算 I

杉並事業部

センター

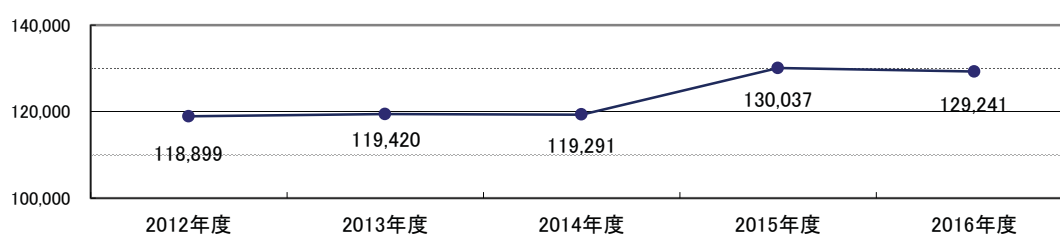
(総合病院・分院・サテライトクリニック)

統 計

科別 入院患者延数の推移

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
内 科	72,925 199.8 101.9%	68,512 187.7 93.9%	69,309 189.9 101.2%	77,902 212.8 112.4%	79,146 216.8 101.6%
小 児 科	531 1.5 22.9%	3,911 10.7 736.5%	5,285 14.5 135.1%	6,116 16.7 115.7%	5,136 14.1 84.0%
産 婦 人 科	4,620 12.7 99.3%	4,736 13.0 102.5%	5,312 14.6 112.2%	5,415 14.8 101.9%	5,811 15.9 107.3%
耳鼻咽喉科	1,538 4.2 116.0%	1,794 4.9 116.6%	2,184 6.0 121.7%	3,517 9.6 161.0%	3,668 10.0 104.3%
外 科	16,365 44.8 98.9%	15,509 42.5 94.8%	12,643 34.6 81.5%	10,840 29.6 85.7%	12,721 34.9 117.4%
脳神経外科	2,384 6.5 72.1%	3,103 8.5 130.2%	2,862 7.8 92.2%	3,424 9.4 119.6%	3,779 10.4 110.4%
心臓血管外科	2,114 5.8 67.2%	1,560 4.3 73.8%	1,973 5.4 126.5%	1,632 4.5 82.7%	1,203 3.3 73.7%
呼吸器外科	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —
皮 膚 科	1,219 3.3 116.2%	854 2.3 70.1%	1,143 3.1 133.8%	1,369 3.7 119.8%	1,536 4.2 112.2%
泌 尿 器 科	1,668 4.6 120.3%	1,491 4.1 89.4%	1,663 4.6 111.5%	2,137 5.8 128.5%	1,977 5.4 92.5%
眼 科	818 2.2 111.7%	1,043 2.9 127.5%	751 2.1 72.0%	669 1.8 89.1%	680 1.9 101.6%
整 形 外 科	14,717 40.3 95.8%	16,907 46.3 114.9%	16,166 44.3 95.6%	17,016 46.5 105.3%	13,584 37.2 79.8%
リハビリテーション科	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —	0 — —
合 計	118,899 325.8 98.0%	119,420 327.2 100.4%	119,291 326.8 99.9%	130,037 355.3 109.0%	129,241 354.1 99.4%
診療日数	365 日	365 日	365 日	366 日	365 日

* 上段:入院患者延数 中段:1日平均患者数 下段:前年比

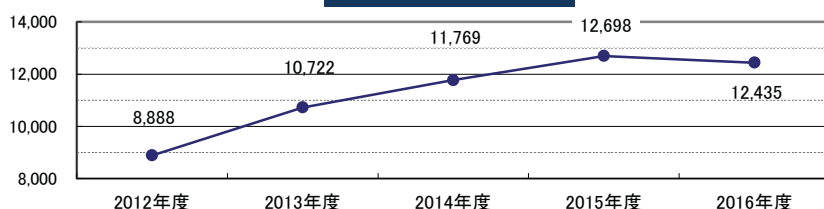


科別 新入院患者数の推移

※ 本院 ⇄ 分院の転院による入院を除く。 単位:人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
内科	5,024	5,272	5,588	5,974	5,897
小児科	124	1,010	1,333	1,389	1,304
産婦人科	675	761	915	954	1,004
耳鼻咽喉科	244	327	413	641	658
外科	1,158	1,190	1,148	1,213	1,203
脳神経外科	156	225	229	256	241
心臓血管外科	42	45	64	52	47
呼吸器外科	0	0	0	0	0
皮膚科	92	72	64	124	117
泌尿器科	244	260	338	380	352
眼科	453	658	781	807	766
整形外科	676	902	896	908	846
リハビリテーション科	0	0	0	0	0
合計	8,888	10,722	11,769	12,698	12,435
月平均	740.7	893.5	980.8	1,058.2	1,036.3
前年比	99.3%	120.6%	109.8%	107.9%	97.9%

新入院患者数の推移



入院経路 (2016年度詳細)

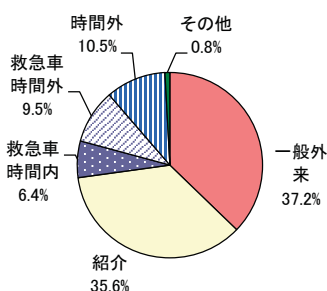
※ 本院 ⇄ 分院の転院による入院を除く。 単位:件

	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	11,190	4,166 37.2%	2,711 24.2%	380 3.4%	337 3.0%	555 5.0%	0 0.0%	712 6.4%	1,059 9.5%	1,175 10.5%	95 0.8%
分院	1,151	570 49.5%	253 22.0%	61 5.3%	27 2.3%	22 1.9%	0 0.0%	82 7.1%	75 6.5%	61 5.3%	0 0.0%
合計	12,341	4,736 38.4%	2,964 24.0%	441 3.6%	364 2.9%	577 4.7%	0 0.0%	794 6.4%	1,134 9.2%	1,236 10.0%	95 0.8%

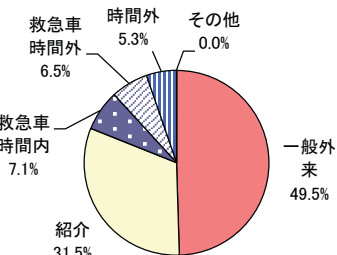
※ 紹介状持参の救急車入院は紹介欄に含む。

* 上段:入院数 下段:入院率

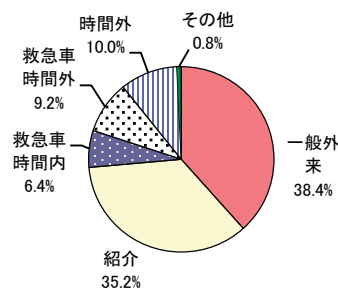
本院



分院



合計

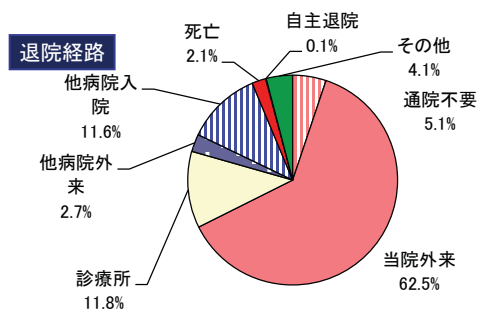
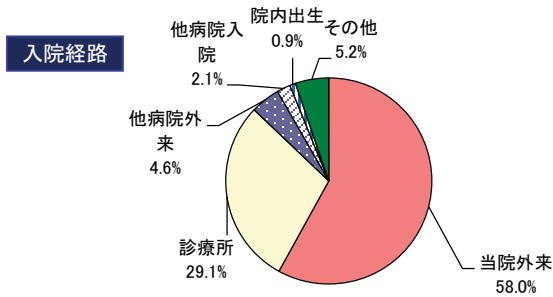


入退院経路別 (2016年度詳細)

本院

単位：人

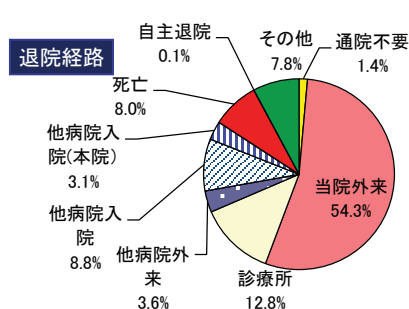
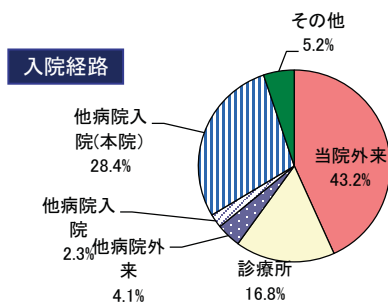
退院経路 入院経路	通院不要	当院外来	診療所	他病院 外来	他病院 入院	死亡	自主退院	その他	合計	入院率
当院外来	351	4,573	555	191	660	118	7	67	6,522	58.0%
診療所	184	1,928	732	44	289	60	3	30	3,270	29.1%
他病院外来	24	309	19	63	84	6	1	11	517	4.6%
他病院入院	4	38	9	4	154	20	0	11	240	2.1%
院内出生	8	85	0	1	9	0	0	0	103	0.9%
その他	7	89	12	1	106	36	0	338	589	5.2%
合計	578	7,022	1,327	304	1,302	240	11	457	11,241	100.0%
退院率	5.1%	62.5%	11.8%	2.7%	11.6%	2.1%	0.1%	4.1%	100.0%	



分院

単位：人

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	他病院 入院(本院)	死亡	自主退院	その他	合計	入院率
当院外来	12	520	48	29	27	20	34	0	11	701	43.2%
診療所	5	127	79	5	20	7	23	0	6	272	16.8%
他病院外来	0	34	10	8	9	1	5	0	0	67	4.1%
他病院入院	1	9	3	1	15	2	4	0	3	38	2.3%
他病院入院(本院)	5	189	67	16	61	20	55	1	46	460	28.4%
その他	0	2	1	0	11	1	8	0	61	84	5.2%
合計	23	881	208	59	143	51	129	1	127	1,622	100.0%
退院率	1.4%	54.3%	12.8%	3.6%	8.8%	3.1%	8.0%	0.1%	7.8%	100.0%	



平均在院日数の推移

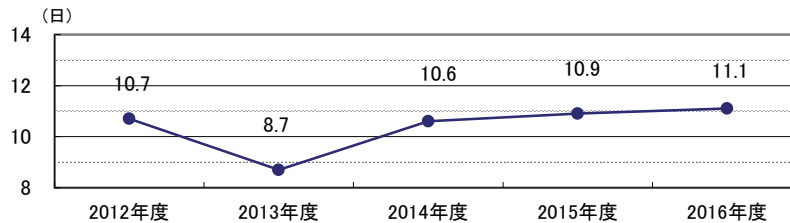
(※2014年度より、医療法上の数値に変更)

単位：日

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
4月	11.4	9.6	10.1	11.4	10.9
5月	11.1	9.3	10.9	11.0	12.1
6月	10.0	9.1	10.2	10.1	10.4
7月	10.6	8.2	9.8	10.1	11.0
8月	10.5	8.2	10.3	10.9	10.5
9月	10.6	8.8	10.3	10.7	10.8
10月	11.3	8.3	10.6	10.7	11.1
11月	11.2	8.6	10.4	11.3	11.2
12月	10.7	8.4	10.5	10.5	10.6
1月	11.4	8.9	12.8	11.8	13.1
2月	10.3	8.5	11.1	11.1	11.0
3月	10.2	9.2	10.6	11.4	11.4
合計	10.7	8.7	10.6	10.9	11.1

2016年度詳細

本院	分院
10.1	15.8
11.5	15.1
9.6	15.5
10.2	15.5
9.7	14.9
9.7	18.9
10.2	16.3
10.2	18.1
9.9	15.1
12.1	19.9
10.3	15.1
10.7	15.5
10.3	16.2



※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日以上の上院患者を除く。
- ・新生児を除く。

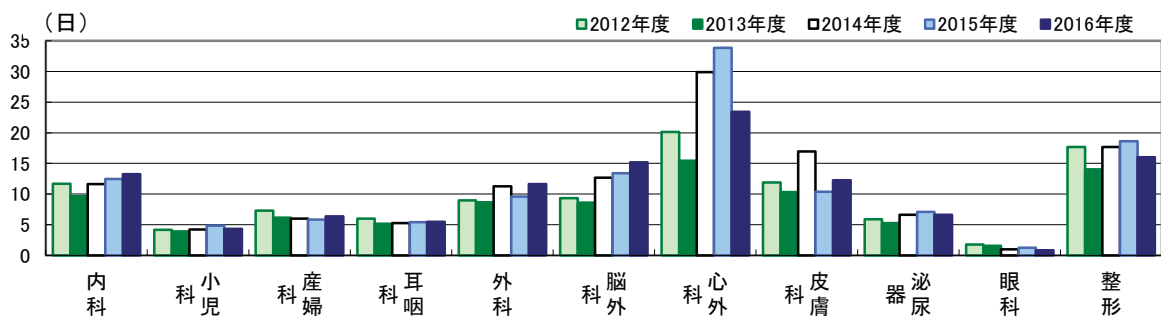
科別 平均在院日数の推移

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
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
2016年度	13.3	4.3	6.4	5.5	11.7	15.2	23.4	-	12.2	6.6	0.8	16.0	-	11.1

2016年度詳細

本院	12.1	4.3	6.4	5.5	11.7	15.2	23.4	-	13.0	6.6	0.8	16.0	-	10.3
分院	16.3								3.7					16.2

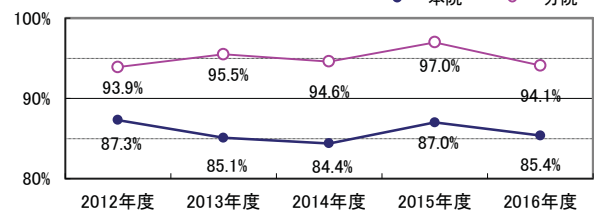
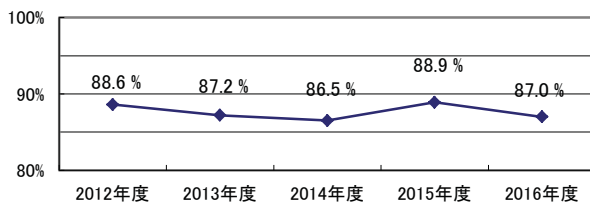


病床利用率の推移

(※稼働病床数より算出)

病棟	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
本館1階ICU	81.9%	82.1%	75.9%	72.2%	65.1%
本館2階ICU	74.2%	77.8%	64.3%	62.1%	
CCU	80.8%	83.8%	77.3%	82.8%	78.4%
ICU・CCU計	79.1%	81.6%	73.5%	75.1%	71.7%
HCU				76.6%	58.3%
本館2階	83.0%	79.8%	80.1%	73.3%	72.1%
本館3階	89.3%	87.3%	81.5%	83.2%	85.2%
本館4階	91.9%	87.8%	86.5%	94.7%	93.7%
本館5階	95.0%	94.9%	95.3%	96.8%	97.0%
東館2階	92.3%	94.7%	93.7%	93.0%	87.3%
東館3階	91.2%	91.2%	89.2%	94.0%	92.5%
東館4階	63.9%	43.7%	56.6%	82.9%	88.1%
新館2階	74.1%	78.1%	80.3%	78.5%	80.4%
新館4階				70.0%	59.1%
一般病棟計	87.6%	85.3%	85.0%	87.7%	86.6%
本院計	87.3%	85.1%	84.4%	87.0%	85.4%
分院2階	94.6%	96.1%	95.1%	97.1%	94.0%
分院3階	93.3%	95.0%	94.2%	97.0%	94.2%
分院計	93.9%	95.5%	94.6%	97.0%	94.1%
合計	88.6%	87.2%	86.5%	88.9%	87.0%

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**: 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。



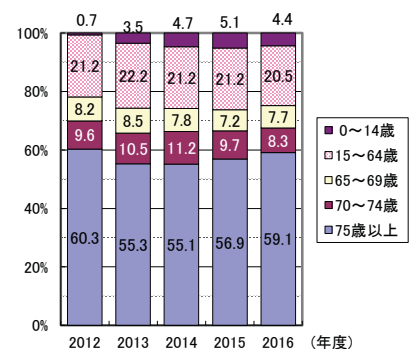
年齢別患者数

入院患者数

単位：人

年齢区分	2012年度		2013年度		2014年度		2015年度		2016年度	
0~14歳	833	0.7%	4,217	3.5%	5,613	4.7%	6,636	5.1%	5,630	4.4%
15~64歳	25,206	21.2%	26,453	22.2%	25,250	21.2%	27,546	21.2%	26,430	20.5%
65~69歳	9,783	8.2%	10,177	8.5%	9,328	7.8%	9,332	7.2%	9,992	7.7%
70~74歳	11,433	9.6%	12,588	10.5%	13,358	11.2%	12,579	9.7%	10,780	8.3%
75歳以上	71,644	60.3%	65,985	55.3%	65,742	55.1%	73,944	56.9%	76,382	59.1%
合計	118,899		119,420		119,291		130,037		129,215	

* 左側：延数 右側：入院率

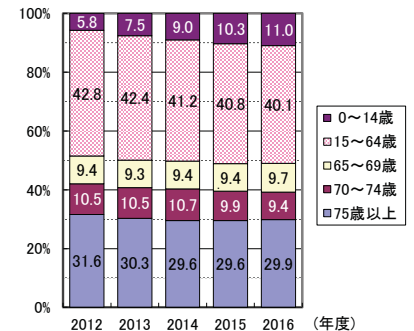


外来患者数

単位：人

年齢区分	2012年度		2013年度		2014年度		2015年度		2016年度	
0~14歳	16,616	5.8%	23,319	7.5%	29,513	9.0%	35,083	10.3%	38,317	11.0%
15~64歳	123,523	42.8%	130,897	42.4%	134,986	41.2%	139,575	40.8%	140,243	40.1%
65~69歳	27,059	9.4%	28,764	9.3%	30,847	9.4%	32,151	9.4%	33,974	9.7%
70~74歳	30,319	10.5%	32,468	10.5%	35,167	10.7%	33,996	9.9%	32,805	9.4%
75歳以上	91,215	31.6%	93,549	30.3%	96,755	29.6%	101,061	29.6%	104,576	29.9%
合計	288,732		308,997		327,268		341,866		349,915	

* 左側：延数 右側：外来率

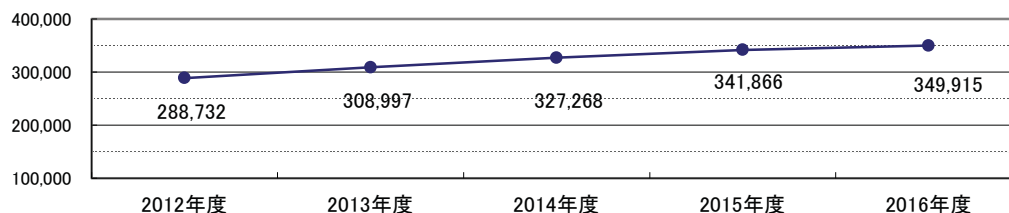


外来患者延数の推移

単位：人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
内 科	140,882 479.2 103.5%	144,500 489.8 102.6%	148,782 504.3 103.0%	155,566 527.3 104.6%	160,360 545.4 103.1%
小 児 科	12,673 43.1 89.2%	18,369 62.3 144.9%	24,280 82.3 132.2%	28,866 97.9 118.9%	32,148 109.3 111.4%
産 婦 人 科	15,203 51.7 106.5%	17,935 60.8 118.0%	21,014 71.2 117.2%	22,245 75.4 105.9%	22,581 76.8 101.5%
耳鼻咽喉科	9,815 33.4 108.5%	11,824 40.1 120.5%	12,365 41.9 104.6%	11,594 39.3 93.8%	10,807 36.8 93.2%
外 科	16,705 56.8 97.4%	16,772 56.9 100.4%	15,449 52.4 92.1%	14,975 50.8 96.9%	15,909 54.1 106.2%
脳神経外科	4,452 18.2 103.8%	5,301 21.6 119.1%	5,473 22.4 103.2%	5,651 21.1 103.3%	4,134 14.1 73.2%
心臓血管外科	1,541 16.4 93.6%	1,864 19.6 121.0%	1,792 18.7 96.1%	1,655 11.9 92.4%	1,854 6.3 112.0%
呼吸器外科	102 2.4 71.8%	51 1.2 50.0%	45 1.1 88.2%	33 0.8 73.3%	37 0.1 112.1%
皮 膚 科	19,158 65.2 93.3%	18,843 63.9 98.4%	20,548 69.7 109.0%	21,358 72.4 103.9%	23,215 79.0 108.7%
泌尿器科	14,334 48.8 104.1%	14,345 48.6 100.1%	15,277 51.8 106.5%	15,946 54.1 104.4%	14,729 50.1 92.4%
眼 科	11,856 40.5 89.1%	11,626 39.4 98.1%	12,443 42.2 107.0%	13,198 44.7 106.1%	13,593 46.2 103.0%
整形外科	30,547 103.9 100.6%	36,380 123.3 119.1%	39,811 135.0 109.4%	40,757 138.2 102.4%	40,281 137.0 98.8%
神 経 科	10,828 36.8 100.0%	10,726 36.4 99.1%	9,613 32.6 89.6%	9,551 32.4 99.4%	10,190 34.7 106.7%
リハビリテーション科	636 2.2 78.6%	461 1.6 72.5%	376 1.3 81.6%	471 1.6 125.3%	77 0.3 16.3%
合 計	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%	349,915 1,190.2 102.4%
診療日数	294 日	295 日	295 日	295 日	294 日

* 上段：外来患者延数 中段：1日平均患者数 下段：前年比
2016年度より診療日数は全科統一

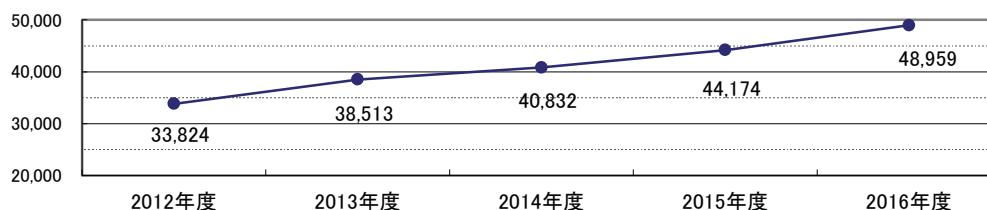


新外来患者延数の推移

単位：人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
内 科	14,484 49.3 107.7%	14,767 50.1 102.0%	15,732 53.3 106.5%	17,511 59.4 111.3%	20,102 68.4 114.8%
小 児 科	4,630 15.7 84.5%	6,785 23.0 146.5%	7,742 26.2 114.1%	8,270 28.0 106.8%	10,647 36.2 128.7%
産 婦 人 科	1,257 4.3 113.3%	1,532 5.2 121.9%	1,919 6.5 125.3%	2,027 6.9 105.6%	1,960 6.7 96.7%
耳鼻咽喉科	1,865 6.3 111.5%	2,145 7.3 115.0%	2,157 7.3 100.6%	2,161 7.3 100.2%	2,078 7.1 96.2%
外 科	1,371 4.7 98.5%	1,501 5.1 109.5%	1,482 5.0 98.7%	1,651 5.6 111.4%	2,098 7.1 127.1%
脳神経外科	982 4.0 111.5%	1,318 5.4 134.2%	1,445 5.9 109.6%	1,514 5.6 104.8%	589 2.0 38.9%
心臓血管外科	21 0.2 105.0%	35 0.4 166.7%	37 0.4 105.7%	29 0.2 78.4%	74 0.3 255.2%
呼吸器外科	4 0.1 200.0%	3 0.1 75.0%	3 0.1 100.0%	1 0.0 33.3%	4 0.0 400.0%
皮 膚 科	2,744 9.3 94.5%	2,651 9.0 96.6%	2,613 8.9 98.6%	2,888 9.8 110.5%	3,208 10.9 111.1%
泌 尿 器 科	1,091 3.7 110.1%	1,181 4.0 108.2%	1,354 4.6 114.6%	1,316 4.5 97.2%	941 3.2 71.5%
眼 科	886 3.0 97.9%	1,141 3.9 128.8%	1,091 3.7 95.6%	1,317 4.5 120.7%	1,632 5.6 123.9%
整 形 外 科	4,351 14.8 101.7%	5,306 18.0 121.9%	5,134 17.4 96.8%	5,362 18.2 104.4%	5,494 18.7 102.5%
神 経 科	123 0.4 87.2%	139 0.5 113.0%	113 0.4 81.3%	120 0.4 106.2%	130 0.4 108.3%
リハビリテーション科	15 0.1 115.4%	9 0.0 60.0%	10 0.0 111.1%	7 0.0 70.0%	2 0.0 28.6%
合 計	33,824 115.0 101.8%	38,513 130.6 113.9%	40,832 138.4 106.0%	44,174 149.7 108.2%	48,959 166.5 110.8%
診療日数	294 日	295 日	295 日	295 日	294 日

* 上段：新外来患者延数 中段：1日平均患者数 下段：前年比
2016年度より診療日数は全科統一



E R 受診件数の推移

単位：人

	2012年度		2013年度		2014年度		2015年度		2016年度	
	外来	内入院	外来	内入院	外来	内入院	外来	内入院	外来	内入院
内科	9,916	3,012 30.4%	10,330	3,237 31.3%	10,903	3,100 28.4%	11,590	3,486 30.1%	11,472	3,306 28.8%
小児科	2,969	40 1.3%	5,564	501 9.0%	5,962	566 9.5%	6,360	565 8.9%	6,749	543 8.0%
産婦人科	320	205 64.1%	383	232 60.6%	606	312 51.5%	671	335 49.9%	707	411 58.1%
耳鼻咽喉科	82	8 9.8%	105	7 6.7%	176	21 11.9%	192	54 28.1%	269	87 32.3%
外科	1,388	343 24.7%	1,639	374 22.8%	1,420	334 23.5%	1,553	405 26.1%	1,412	363 25.7%
脳神経外科	1,080	94 8.7%	1,471	131 8.9%	1,592	142 8.9%	1,668	159 9.5%	1,349	139 10.3%
心血管外科	11	9 81.8%	7	5 71.4%	14	10 71.4%	10	5 50.0%	3	2 66.7%
呼吸器外科	0	0 -	0	0 -	0	0 -	0	0 -	0	0 -
皮膚科	313	14 4.5%	377	8 2.1%	429	6 1.4%	500	17 3.4%	517	19 3.7%
泌尿器科	434	12 2.8%	558	8 1.4%	578	18 3.1%	593	20 3.4%	529	16 3.0%
眼科	4	0 0.0%	7	0 0.0%	11	0 0.0%	9	2 22.2%	5	2 40.0%
整形外科	2,446	293 12.0%	3,045	392 12.9%	3,047	385 12.6%	2,911	397 13.6%	2,549	326 12.8%
神経科	1	0 0.0%	1	0 0.0%	0	0 -	10	0 0.0%	1	0 0.0%
合計	18,964	4,030	23,487	4,895	24,738	4,894	26,067	5,445	25,562	5,214
月平均 入院率	1,580	336 21.3%	1,957	408 20.8%	2,062	408 19.8%	2,172	454 20.9%	2,130	435 20.4%

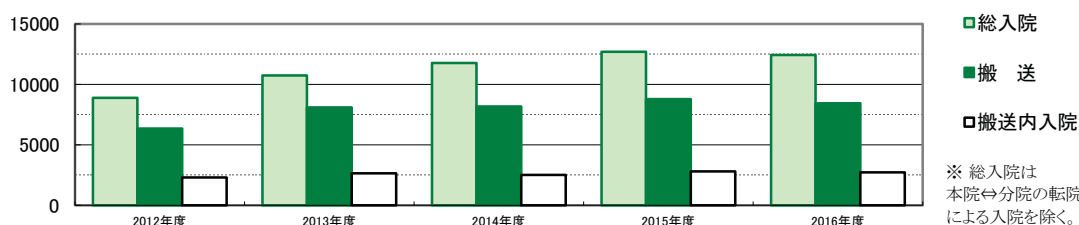
* 上段:延患者数 下段:入院率

救急車搬送件数の推移

(※救急搬送通知書より)

単位：件

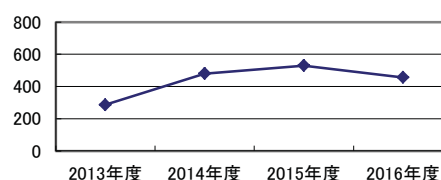
	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
搬送件数	6,338	8,086	8,172	8,775	8,440
内入院件数	2,299	2,649	2,502	2,801	2,719
入院率	36.3%	32.8%	30.6%	31.9%	32.2%
総入院内入院率	25.9%	24.7%	21.3%	22.1%	21.5%



河北救急車出動回数 (2013年4月より運用開始)

単位：件

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
出動回数	-	287	480	530	456



2016年度 患者延数(再掲)

入院患者数

(診療日数 365日) 単位:人

	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	リハビリ科	合計
本院	53,076	5,136	5,811	3,668	12,721	3,779	1,203	0	1,499	1,977	680	13,584	0	103,134
分院	26,070								37					26,107
計	79,146	5,136	5,811	3,668	12,721	3,779	1,203	0	1,536	1,977	680	13,584	0	129,241
1日平均	216.8	14.1	15.9	10.0	34.9	10.4	3.3	0.0	4.2	5.4	1.9	37.2	0.0	354.1

新入院患者数

(診療日数 365日) 単位:人

	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	リハビリ科	合計
本院	4,742	1,304	1,004	658	1,203	241	47	0	115	352	766	846	0	11,278
分院	1,155								2					1,157
計	5,897	1,304	1,004	658	1,203	241	47	0	117	352	766	846	0	12,435
1日平均	16.2	3.6	2.8	1.8	3.3	0.7	0.1	0.0	0.3	1.0	2.1	2.3	0.0	34.1

※ 本院⇄分院の転院による入院を除く。

外来患者数

(診療日数 294日) 単位:人

	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	神経精神科	リハビリ科	合計
本院	26,591	15,213	22,581	10,807	15,909	4,134	1,854	37	88	14,729	64	22,331	176	77	134,591
分院	63,791	16,935							2				10,014		90,742
クリニック	69,978								23,125		13,529	17,950			124,582
計	160,360	32,148	22,581	10,807	15,909	4,134	1,854	37	23,215	14,729	13,593	40,281	10,190	77	349,915
1日平均	545.4	109.3	76.8	36.8	54.1	14.1	6.3	0.1	79.0	50.1	46.2	137.0	34.7	0.3	1,190.2

2016年度より診療日数は全科統一

新外来患者数

(診療日数 294日) 単位:人

	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	神経精神科	リハビリ科	合計
本院	11,036	5,336	1,960	2,078	2,098	589	74	4	70	941	3	2,073	0	2	26,264
分院	2,320	5,311											130		7,761
クリニック	6,746								3,138		1,629	3,421			14,934
計	20,102	10,647	1,960	2,078	2,098	589	74	4	3,208	941	1,632	5,494	130	2	48,959
1日平均	68.4	36.2	6.7	7.1	7.1	2.0	0.3	0.0	10.9	3.2	5.6	18.7	0.4	0.0	166.5

2016年度より診療日数は全科統一

紹介率の推移 (本院)

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
紹介率	67.6%	70.7%	72.2%	74.5%	73.7%
紹介患者数	6,918	7,619	9,546	9,771	10,137
緊急入院数	1,797	2,448			
初診患者数	12,883	14,240	13,223	13,110	13,756

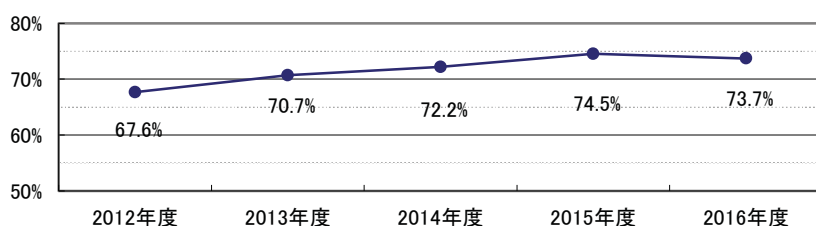
■ 新紹介率 = 紹介患者数 / 初診患者数

※ 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。

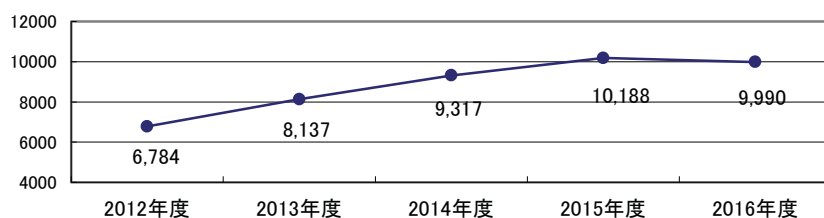
(地域医療支援病院算定式に則る)



逆紹介患者数の推移 (センター計)

単位：人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
逆紹介患者数	6,784	8,137	9,317	10,188	9,990
前年比	110.7%	119.9%	114.5%	109.3%	98.1%

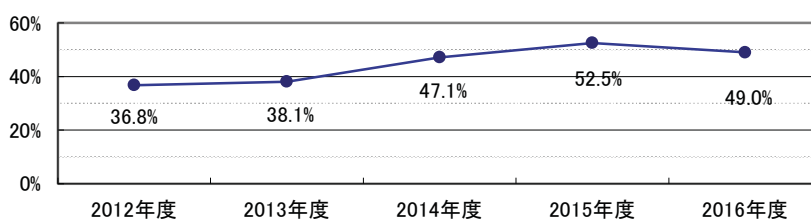


逆紹介率の推移 (本院)

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
逆紹介率	36.8%	38.1%	47.1%	52.5%	49.0%
初診患者数	12,883	14,240	13,223	13,110	13,756
逆紹介患者数	4,738	5,422	6,233	6,889	6,744

■ 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)

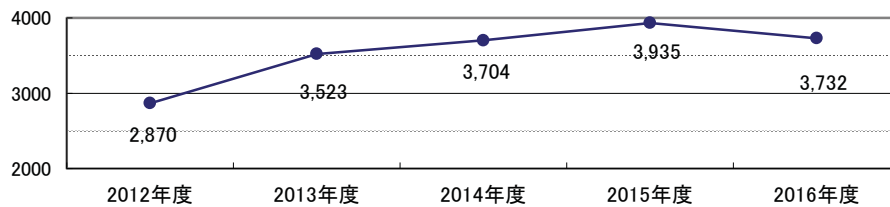


手術件数の推移

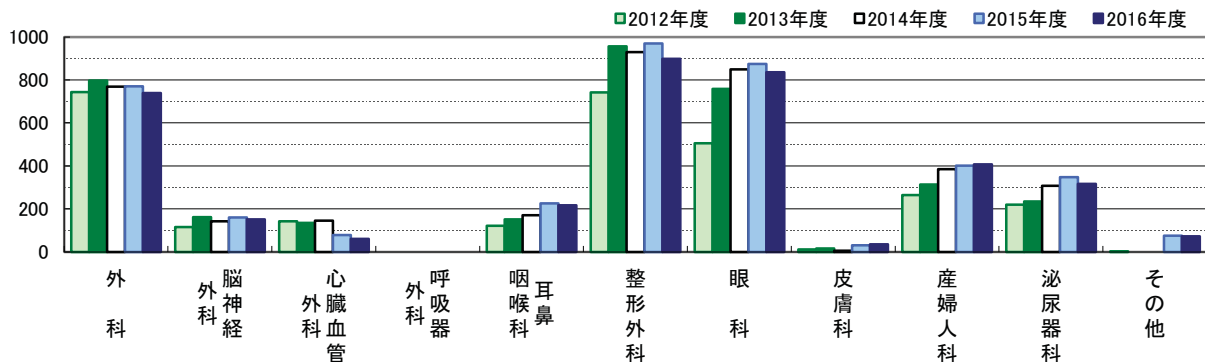
単位：件

	外科	脳神経外科	心臓血管外科	呼吸器外科	耳鼻咽喉科	整形外科	眼科	皮膚科	産婦人科	泌尿器科	その他	合計	月平均
2012年度	744 105%	116 94%	143 95%	0 -	121 142%	742 114%	506 101%	11 58%	265 125%	220 124%	2 200%	2,870 109%	239.2
2013年度	797 107%	162 140%	135 94%	0 -	151 125%	956 129%	758 150%	16 145%	314 118%	234 106%	0 -	3,523 123%	293.6
2014年度	769 96%	142 88%	146 108%	0 -	171 113%	929 97%	849 112%	6 38%	385 123%	307 131%	0 -	3,704 105%	308.7
2015年度	770 100%	160 113%	79 54%	0 -	226 132%	970 104%	875 103%	31 517%	401 104%	348 113%	75 -	3,935 106%	327.9
2016年度	739 96%	152 95%	61 77%	0 -	217 96%	898 93%	835 95%	35 113%	407 101%	316 91%	72 -	3,732 95%	311.0

* 上段：延件数 下段：前年比(%)



手術件数の推移／科別



手術件数 (2016年度詳細)

単位：件

	外科	脳神経外科	心臓血管外科	呼吸器外科	耳鼻咽喉科	整形外科	眼科	皮膚科	産婦人科		泌尿器科	その他	合計
									産科	婦人科			
全麻	594 (171)	109 (37)	34 (7)	0 (0)	203 (3)	384 (39)	10 (0)	6 (0)	14 (10)	272 (13)	153 (4)	72 (0)	1,779 (284)
硬麻・腰麻	54 (7)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	329 (14)	5 (0)	0 (0)	92 (59)	7 (2)	97 (1)	0 (0)	585 (83)
局麻(その他)	91 (5)	42 (37)	27 (5)	0 (0)	14 (1)	185 (22)	820 (5)	29 (6)	3 (2)	19 (2)	66 (8)	72 (6)	1,368 (99)
合計	739 (183)	152 (74)	61 (12)	0 (0)	217 (4)	898 (75)	835 (5)	35 (6)	109 (71)	298 (17)	316 (13)	72 (6)	3,732 (466)

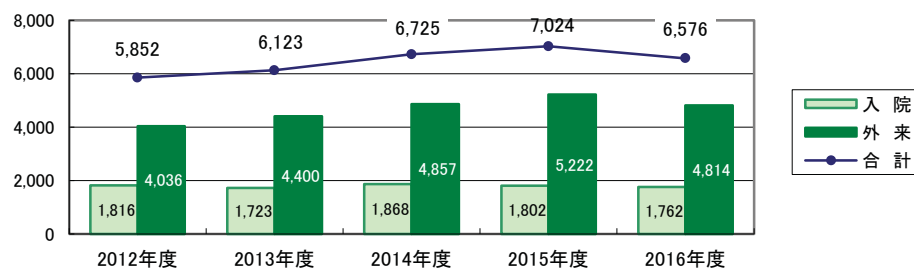
* 上段：延件数 下段：内 臨時手術件数

内視鏡検査件数の推移

単位：件

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
入院	1,816 (336)	1,723 (307)	1,868 (341)	1,802 (434)	1,762 (366)
外来	4,036 (598)	4,400 (599)	4,857 (718)	5,222 (888)	4,814 (757)
合計	5,852 (934)	6,123 (906)	6,725 (1,059)	7,024 (1,322)	6,576 (1,123)
月平均	487.7 (77.8)	510.3 (75.5)	560.4 (88.3)	585.3 (110.2)	548.0 (93.6)
前年比	103.5%	104.6%	109.8%	104.4%	93.6%

※ () = 内 ポリペクトミー & 手術件数



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

		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
組織診	入院	1,958	1,993	2,265	2,229	2,169
	外来	2,230	2,344	2,616	3,010	2,790
	計	4,188	4,337	4,881	5,239	4,959
	月平均	349	361	407	437	413
	前年比	107.0%	103.6%	112.5%	107.3%	94.7%
細胞診	入院	1,245	1,170	1,153	991	1,206
	外来	17,231	17,474	17,278	18,180	18,762
	計	18,476	18,644	18,431	19,171	19,968
	月平均	1,540	1,554	1,536	1,598	1,664
	前年比	99.6%	100.9%	98.9%	104.0%	104.2%
剖検	入院	13	13	21	14	17
	外来	2	0	0	0	0
	計	15	13	21	14	17
	月平均	1	1	2	1	1
	前年比	75.0%	86.7%	161.5%	66.7%	121.4%

剖検状況の推移

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
院内死亡退院数 (人)	292	283	278	319	369
剖検数 (件)	13	13	21	14	14
剖検率 (%)	4.5%	4.6%	7.6%	4.4%	3.8%

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

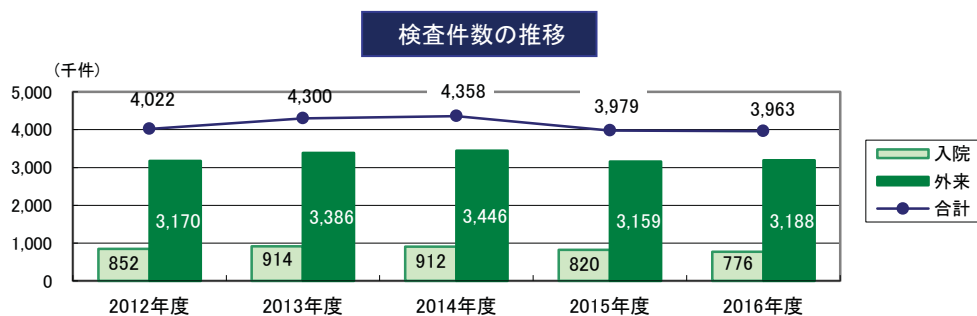
単位：件

		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
*1 一 般	入 院	47,824	47,864	45,602	10,391	10,402
	外 来	537,347	563,956	588,353	145,593	144,849
	計	585,171	611,820	633,955	155,984	155,251
	月平均 前年比	48,764 101.6%	50,985 104.6%	52,830 103.6%	12,999 (24.6%)	12,938 (99.5%)
血 液	入 院	254,289	270,760	265,141	230,425	215,637
	外 来	606,631	649,991	676,626	661,202	669,850
	計	860,920	920,751	941,767	891,627	885,487
	月平均 前年比	71,743 104.6%	76,729 106.9%	78,481 102.3%	74,302 94.7%	73,791 99.3%
免 疫	入 院	48,651	51,185	52,135	77,063	72,580
	外 来	223,810	242,353	239,520	310,104	313,629
	計	272,461	293,538	291,655	387,167	386,209
	月平均 前年比	22,705 105.8%	24,462 107.7%	24,305 99.4%	32,264 132.7%	32,184 99.8%
細 菌	入 院	15,174	16,544	18,409	19,690	19,635
	外 来	22,249	25,914	27,456	30,406	28,905
	計	37,423	42,458	45,865	50,096	48,540
	月平均 前年比	3,119 90.8%	3,538 113.5%	3,822 108.0%	4,175 109.2%	4,045 96.9%
生化学	入 院	482,634	524,004	527,011	478,329	453,704
	外 来	1,757,561	1,878,420	1,888,469	1,984,626	2,001,955
	計	2,240,195	2,402,424	2,415,480	2,462,955	2,455,659
	月平均 前年比	186,683 103.8%	200,202 107.2%	201,290 100.5%	205,246 102.0%	204,638 99.7%
生理機能	入 院	3,458	3,661	3,227	3,817	4,471
	外 来	22,318	25,480	25,997	26,923	28,017
	計	25,776	29,141	29,224	30,740	32,488
	月平均 前年比	2,148 103.1%	2,428 113.1%	2,435 100.3%	2,562 105.2%	2,707 105.7%
合 計	入 院	852,030	914,018	911,525	819,715	776,429
	外 来	3,169,916	3,386,114	3,446,421	3,158,854	3,187,205
	計	4,021,946	4,300,132	4,357,946	3,978,569	3,963,634
	月平均 前年比	335,162 103.6%	358,344 106.9%	363,162 101.3%	331,547 (91.3%)	330,303 (99.6%)

*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	90,140	93,605	95,535	100,203	102,826
	月平均	7,512	7,800	7,961	8,350	8,569
	前年比	108.8%	103.8%	102.1%	104.9%	102.6%



リハビリテーション科 実施件数の推移

単位：件

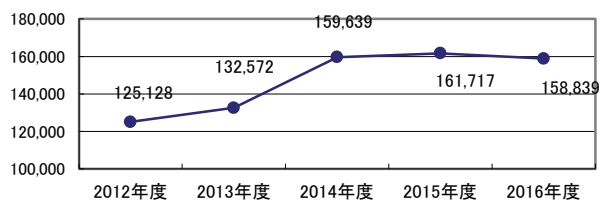
		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
心大血管	入院	7,910	7,084	11,457	12,098	11,937
	外来	2,134	2,959	1,852	1,372	1,090
	計	10,044	10,043	13,309	13,470	13,027
脳血管	入院	77,866	77,614	74,931	74,843	36,242
	外来	1,157	895	706	1,162	1,139
	計	79,023	78,509	75,637	76,005	37,381
廃用症候群等	入院	-	-	-	-	35,431
	外来	-	-	-	-	110
	計	0	0	0	0	35,541
運動器	入院	22,747	28,072	32,389	27,887	24,042
	外来	11,468	14,072	20,637	22,176	22,846
	計	34,215	42,144	53,026	50,063	46,888
呼吸器	入院	1,822	1,851	17,649	22,135	19,602
	外来	24	25	18	44	51
	計	1,846	1,876	17,667	22,179	19,653
がん	入院	-	-	-	-	6,349
	外来	-	-	-	-	0
	計	0	0	0	0	6,349
合計	入院	110,345	114,621	136,426	136,963	133,603
	外来	14,783	17,951	23,213	24,754	25,236
	計	125,128	132,572	159,639	161,717	158,839
	月平均 前年比	10,427 107.1%	11,048 105.9%	13,303 120.4%	13,476 101.3%	13,237 98.2%

2016年度より廃用症候群等、がんを分けて集計

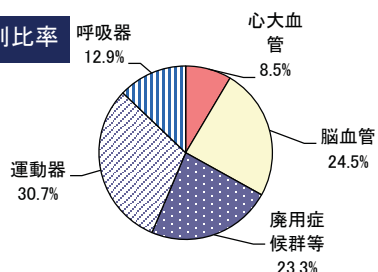
● STとナースの共同作業

摂食機能療法	入院	693	308	468	331	50
--------	----	-----	-----	-----	-----	----

リハビリ件数の推



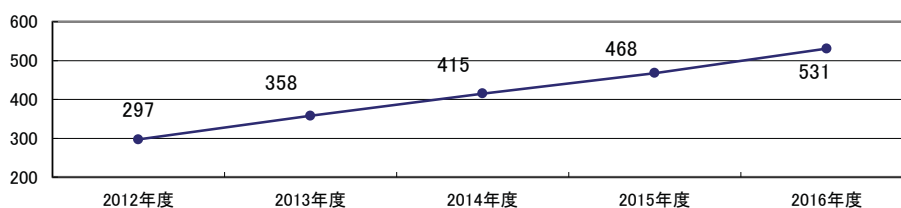
疾病別比率



分娩件数の推移

単位：件

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
合計	297	358	415	468	531
月平均	24.8	29.8	34.6	39.0	44.3
前年比	103.8%	120.5%	115.9%	112.8%	113.5%

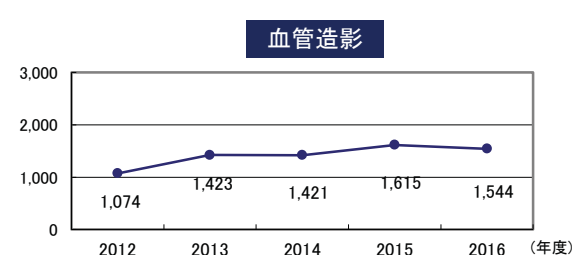
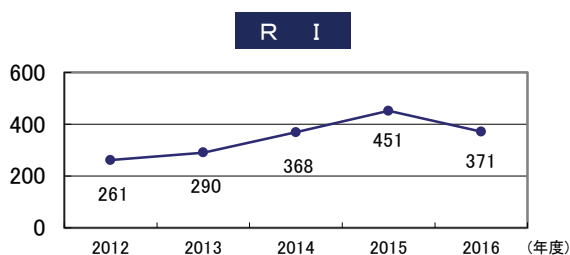
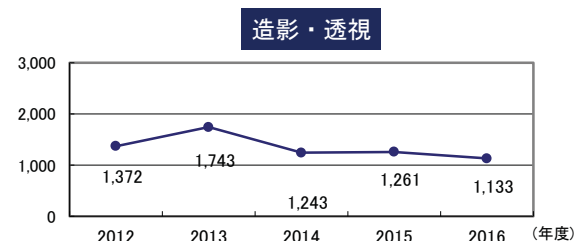
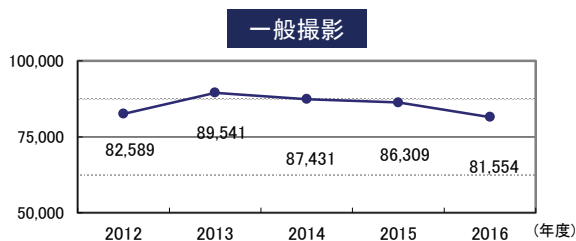
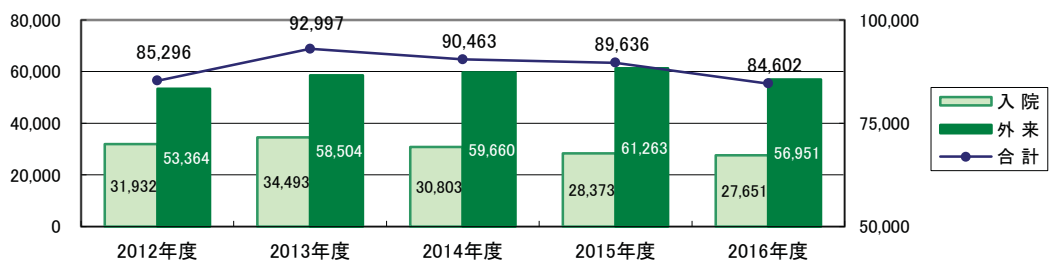


画像診断部 検査件数の推移

単位：件

		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
一般撮影	入院	29,714	31,544	28,260	25,579	25,112
	外来	52,875	57,997	59,171	60,730	56,442
	計	82,589	89,541	87,431	86,309	81,554
	月平均 前年比	6,882 101.5%	7,462 108.4%	7,286 97.6%	7,192 98.7%	6,796 94.5%
造影・透視	入院	1,157	1,518	1,109	1,132	1,012
	外来	215	225	134	129	121
	計	1,372	1,743	1,243	1,261	1,133
	月平均 前年比	114 105.7%	145 127.0%	104 71.3%	105 101.4%	94 89.8%
R I	入院	45	70	68	82	59
	外来	216	220	300	369	312
	計	261	290	368	451	371
	月平均 前年比	22 90.0%	24 111.1%	31 126.9%	38 122.6%	31 82.3%
血管造影	入院	1,016	1,361	1,366	1,580	1,468
	外来	58	62	55	35	76
	計	1,074	1,423	1,421	1,615	1,544
	月平均 前年比	90 102.7%	119 132.5%	118 99.9%	135 113.7%	129 95.6%
合計	入院	31,932	34,493	30,803	28,373	27,651
	外来	53,364	58,504	59,660	61,263	56,951
	計	85,296	92,997	90,463	89,636	84,602
	月平均 前年比	7,108 101.6%	7,750 109.0%	7,539 97.3%	7,470 99.1%	7,050 94.4%

※ 血管造影：2015年7月3日より 第2カテーテル室 運用開始。

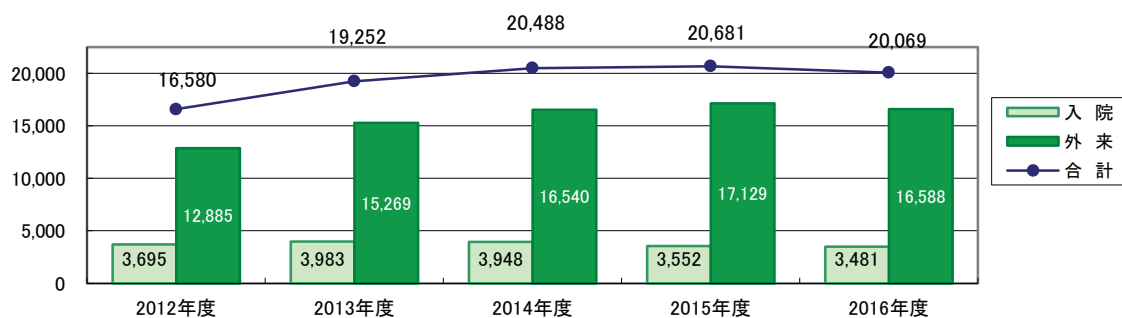


CT検査件数の推移

単位：件

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
入院	3,695	3,983	3,948	3,552	3,481
外来	12,885	15,269	16,540	17,129	16,588
合計	16,580	19,252	20,488	20,681	20,069
月平均	1,382	1,604	1,707	1,723	1,672
1日平均	56.4	65.3	69.5	70.1	68.3
前年比	106.5%	116.1%	106.4%	100.9%	97.0%
稼働日数	294日	295日	295日	295日	294日

※ 2013年4月15日より、64列CT装置を稼働。

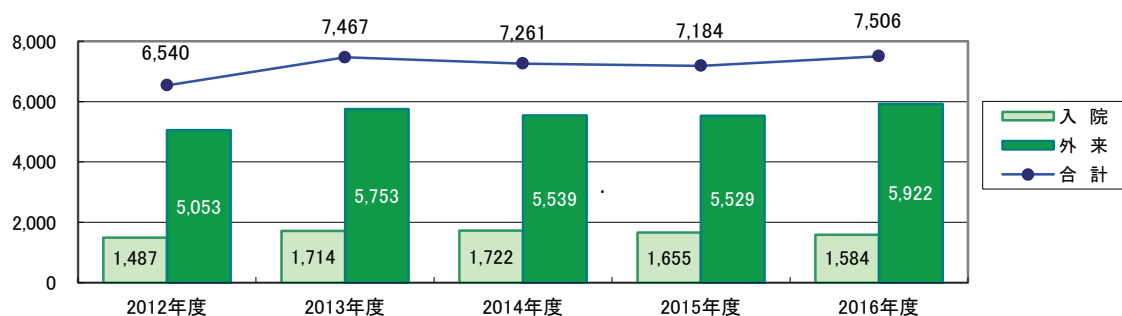


MR I 検査件数の推移

単位：件

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
入院	1,487	1,714	1,722	1,655	1,584
外来	5,053	5,753	5,539	5,529	5,922
合計	6,540	7,467	7,261	7,184	7,506
月平均	545	622	605	599	626
1日平均	22.2	25.3	24.6	24.4	25.5
前年比	104.7%	114.2%	97.2%	98.9%	104.5%
稼働日数	294日	295日	295日	295日	294日

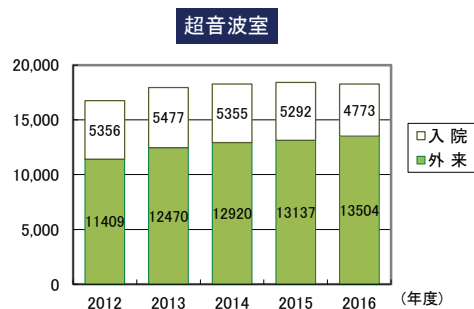
※ 1.5T MRI装置：2015年12月30日～2016年1月13日はアップグレードに伴い検査停止。



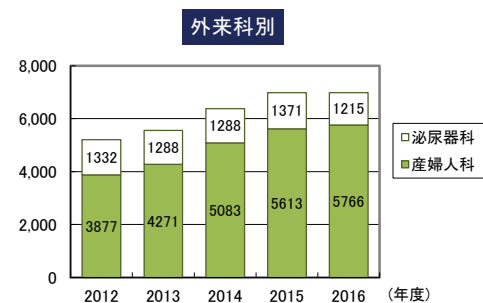
超音波検査件数の推移

単位：件

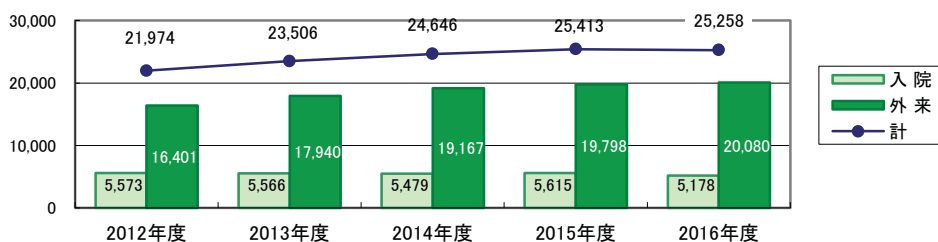
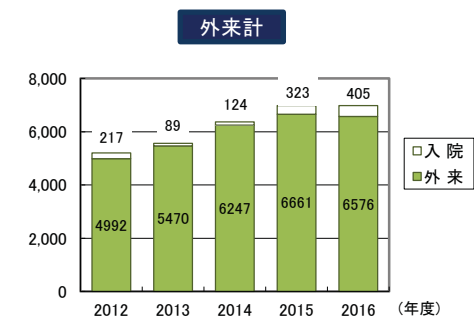
		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
超音波室	入院	5,356	5,477	5,355	5,292	4,773
	外来	11,409	12,470	12,920	13,137	13,504
	計	16,765	17,947	18,275	18,429	18,277
	月平均	1,397	1,496	1,523	1,536	1,523
	1日平均	57.0	60.8	61.9	62.5	62.2
前年比		101.3%	107.1%	101.8%	100.8%	99.2%



泌尿器科	入院	13	14	10	22	15
	外来	1,319	1,274	1,278	1,349	1,200
計		1,332	1,288	1,288	1,371	1,215
産婦人科	入院	204	75	114	301	390
	外来	3,673	4,196	4,969	5,312	5,376
計		3,877	4,271	5,083	5,613	5,766
外来計	入院	217	89	124	323	405
	外来	4,992	5,470	6,247	6,661	6,576
	計	5,209	5,559	6,371	6,984	6,981
	月平均	434	463	531	582	582
	1日平均	17.7	18.8	21.6	23.7	23.7
前年比		116.0%	106.7%	114.6%	109.6%	100.0%



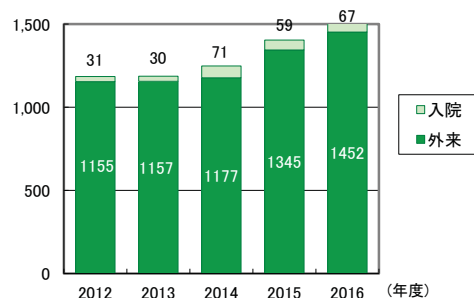
総合計	入院	5,573	5,566	5,479	5,615	5,178
	外来	16,401	17,940	19,167	19,798	20,080
	計	21,974	23,506	24,646	25,413	25,258
	月平均	1,831	1,959	2,054	2,118	2,105
	1日平均	74.7	79.7	83.5	86.1	85.9
前年比		104.5%	107.0%	104.8%	103.1%	99.4%
稼働日数		294日	295日	295日	295日	294日



骨密度検査件数の推移

単位：件

		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
入院	31	30	71	59	67	
外来	1,155	1,157	1,177	1,345	1,452	
計	1,186	1,187	1,248	1,404	1,519	
月平均	98.8	98.9	104.0	117.0	126.6	
1日平均	4.0	4.0	4.2	4.8	5.2	
前年比	109.6%	100.1%	105.1%	112.5%	108.2%	
稼働日数		294日	295日	295日	295日	294日



薬剤部 統計

内服薬処方箋

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
枚数	60,983	69,621	73,043	74,256	74,990
	5,082	5,802	6,087	6,188	6,249
	100.0%	114.2%	104.9%	101.7%	101.0%
調剤件数	129,732	154,917	160,895	158,559	153,718
	10,811	12,910	13,408	13,213	12,810
	102.0%	119.4%	103.9%	98.5%	96.9%
投薬日数	777,194	917,146	947,318	937,927	894,388
	64,766	76,429	78,943	78,161	74,532
	97.7%	118.0%	103.3%	99.0%	95.4%

* 中段:月平均 下段:前年比(%)

注射処方箋

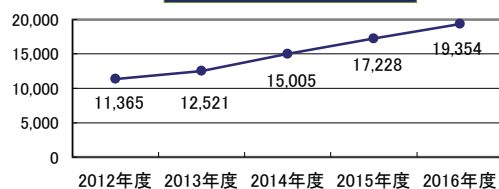
	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
枚数	42,750	45,531	41,257	43,870	43,775
	3,563	3,794	3,438	3,656	3,648
	103.3%	106.5%	90.6%	106.3%	99.8%
件数	139,883	150,964	128,092	124,006	122,177
	11,657	12,580	10,674	10,334	10,181
	101.1%	107.9%	84.8%	96.8%	98.5%
剤数	307,297	352,427	306,895	285,517	274,157
	25,608	29,369	25,575	23,793	22,846
	100.3%	114.7%	87.1%	93.0%	96.0%

* 中段:月平均 下段:前年比(%)

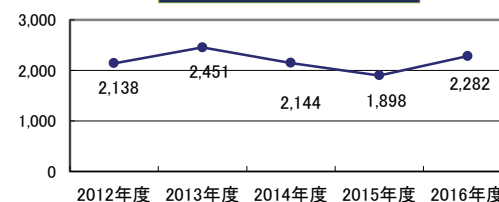
	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
薬剤管理指導件数	11,365	12,521	15,005	17,228	19,354
	94.8%	110.2%	119.8%	114.8%	112.3%
麻薬管理指導 加算件数	234	267	224	219	236
	100.9%	114.1%	83.9%	97.8%	107.8%
退院時薬剤情報 管理指導件数	2,258	2,753	5,645	6,676	6,720
	104.5%	121.9%	205.0%	118.3%	100.7%
化学療法加算枚数	2,138	2,451	2,144	1,898	2,282
	122.5%	114.6%	87.5%	88.5%	120.2%
その他無菌製剤枚数 (加算)	358	314	245	202	893
	103.5%	87.7%	78.0%	82.4%	442.1%

* 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

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
個人指導	入院	加算	1,742	1,714	1,362	1,730	1,799
		非加算	9,379	8,480	7,121	5,151	6,509
	外来	加算	1,543	1,541	1,292	1,256	1,257
		非加算	1,794	1,638	1,748	1,799	1,736
集団指導	入院	加算	0	0	0	0	0
		非加算	0	0	0	0	0
	外来	加算	0	0	0	0	0
		非加算	142	16	14	14	0
NST			391	317	354	371	371
合計			14,991	13,706	11,891	10,321	11,672
月平均			1,249	1,142	991	860	973

食数

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
総食数	291,015	300,191	306,581	342,238	339,426
	24,251	25,016	25,548	28,520	28,286
特別食	103,424	102,711	102,818	114,210	110,681
	8,619	8,559	8,568	9,518	9,223
自費食	5,052	5,734	6,926	7,692	8,499
	421	478	577	641	708

* 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	18		3	28	108			216		3	40	416	
		男	8			13	49			125		1	13	209	
		女	10		3	15	59			91		2	27	207	
II	新生物	計	478		215	16	5		4	779	14	214	7	1,732	
		男	278			15	1		2	451	5	188	6	946	
		女	200		215	1	4		2	328	9	26	1	786	
III	血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	計	10		4	1	15			83				113	
		男	5			1	8			40				54	
		女	5		4		7			43				59	
I V	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	10			1	32	1		333	1		7	385	
		男	7			1	19			160	1		7	195	
		女	3				13	1		173				190	
V	精神及び行動の障害	計	1		1		5			5				12	
		男					2			1				3	
		女	1		1		3			4				9	
V I	神経系の疾患	計	2			55	103	1	11	280	60			512	
		男	2			25	58	1	7	162	25			280	
		女				30	45		4	118	35			232	
V II	眼及び付属器の疾患	計		759			1							760	
		男		286											286
		女		473			1								474
V III	耳及び乳様突起の疾患	計				227	3			34				264	
		男				92	2			13				107	
		女				135	1			21				157	
I X	循環器系の疾患	計	41			5	2	58		1,814	59		1	1,980	
		男	29			2	2	33		1,119	30		1	1,216	
		女	12			3		25		695	29			764	
X	呼吸器系の疾患	計	13			298	569			1,128	1			2,009	
		男	11			211	311			631	1			1,165	
		女	2			87	258			497				844	
X I	消化器系の疾患	計	643		1	10	25		2	703		1		1,385	
		男	396			7	10		1	376		1		791	
		女	247		1	3	15		1	327				594	
X II	皮膚及び皮下組織の疾患	計	6			9	28	1	3	52			66	165	
		男	5			3	18		2	27			42	97	
		女	1			6	10	1	1	25			24	68	
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	4				47		164	150			4	369	
		男	4				21		53	60			2	140	
		女					26		111	90			2	229	
X I V	腎尿路生殖器系の疾患	計	21		62	2	46		1	496		175		803	
		男	9				32		1	247		137		426	
		女	12		62	2	14			249		38		377	
X V	妊娠、分娩及び産じょく<褥>	計			704									704	
		男													
		女			704										704
X V I	周産期に発生した病態	計					114							114	
		男					68							68	
		女					46							46	
X V II	先天奇形、変形及び染色体異常	計	1		1	4	3			3	1			13	
		男	1			2	2			1				6	
		女			1	2	1			2	1			7	
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	10		2	13	22		1	124	1		1	174	
		男	4			7	14		1	66			1	93	
		女	6		2	6	8			58	1			81	
X I X	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	23		2	8	199		667	140	102	1	5	1,147	
		男	15			3	128		247	59	62	1	3	518	
		女	8		2	5	71		420	81	40		2	629	
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	3							3				6	
		男	2							3				5	
		女	1											1	
総計		計	1,284	759	995	677	1,327	61	853	6,343	239	394	131	13,063	
		男	776	286	0	382	745	34	314	3,541	124	328	75	6,605	
		女	508	473	995	295	582	27	539	2,802	115	66	56	6,458	

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	70	26	13	4	22	23	7	7	24	7	19	9
		男	27	15	8	3	12	9	3	3	16	3	10	7
		女	43	11	5	1	10	14	4	4	8	4	9	2
II	新生物	計	4	1	1	2	9	30	43	51	41	62	61	80
		男	1			2		3	6	7	5	10	31	52
		女	3	1	1		9	27	37	44	36	52	30	28
III	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	計	7	5	3			1	1	3	2	3	7	1
		男	3	3	2				1		1		6	1
		女	4	2	1			1		3	1	3	1	
IV	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	14	15	3	1	2	2	1	7	10	14	22	14
		男	6	11	3		1	2	1	2	5	7	13	8
		女	8	4		1	1			5	5	7	9	6
V	精神及び行動の障害	計	4	1					1			1		
		男	1	1										
		女	3						1			1		
VI	神経系の疾患	計	43	52	10	3	6	14	13	15	22	28	17	18
		男	21	30	10	1	5	7	8	10	15	15	9	12
		女	22	22		2	1	7	5	5	7	13	8	6
VII	眼及び付属器の疾患	計	1							1	3	8	5	10
		男								1	2	6	2	4
		女	1								1	2	3	6
VIII	耳及び乳様突起の疾患	計	9	2	2		1	6	13	7	11	11	15	28
		男	3	2	1		1		3	4	3	5	8	9
		女	6		1			6	10	3	8	6	7	19
IX	循環器系の疾患	計	1		2	2	2	3	10	21	28	71	79	114
		男	1			2		3	5	17	20	53	62	94
		女			2		2		5	4	8	18	17	20
X	呼吸器系の疾患	計	474	104	28	14	61	45	36	40	33	38	33	30
		男	262	61	17	10	41	30	27	29	26	18	21	21
		女	212	43	11	4	20	15	9	11	7	20	12	9
XI	消化器系の疾患	計	17	8	14	11	24	33	28	39	61	59	77	75
		男	7	3	7	8	15	17	20	26	37	40	55	51
		女	10	5	7	3	9	16	8	13	24	19	22	24
XII	皮膚及び皮下組織の疾患	計	22	5	2	4	4	3	5	7	7	6	5	14
		男	14	3	2	4	3	2	4	5	6	3	2	8
		女	8	2			1	1	1	2	1	3	3	6
XIII	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	36	11	1	4	4	4	5	8	7	10	6	10
		男	19	2		4	1	2	3	6	4	5	3	2
		女	17	9	1		3	2	2	2	3	5	3	8
XIV	腎尿路生殖系系の疾患	計	37	4	5	2	9	14	16	14	38	32	22	28
		男	26	2	4	1	1	1	6	4	15	7	14	16
		女	11	2	1	1	8	13	10	10	23	25	8	12
XV	妊娠、分娩及び産じょく褥	計				3	36	151	296	173	44		1	
		男												
		女				3	36	151	296	173	44		1	
XVI	周産期に発生した病態	計	114											
		男	68											
		女	46											
XVII	先天奇形、変形及び染色体異常	計	3				2	3			2	1		
		男	2				1	2						
		女	1				1	1			2	1		
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	20	1	1	1		4	2		2	6	3	4
		男	13	1		1		2	1		1	1	3	3
		女	7		1			2	1		1	5		1
XIX	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	157	54	22	11	19	26	21	27	39	23	30	50
		男	95	41	19	4	11	15	17	19	26	14	18	25
		女	62	13	3	7	8	11	4	8	13	9	12	25
XX	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									1			
		男									1			
		女												
総計		計	1,033	289	107	62	201	362	498	420	375	380	402	485
		男	569	3	73		40	92	95	105	133	183	187	257
		女	464	33	34	1	22	109	267	393	287	192	193	145

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	16	17	15	31	37	31	26	10	2		416	48	
		男	9	6	9	17	20	14	13	5			209	49	
		女	7	11	6	14	17	17	13	5	2		207	46	
II	新生物	計	123	220	170	282	298	181	67	4	2		1,732	69	
		男	88	113	109	191	180	107	39	2			946	73	
		女	35	107	61	91	118	74	28	2	2		786	64	
III	血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	計	4	10	5	11	16	14	13	7			113	66	
		男		5	3	6	9	7	6	1			54	65	
		女	4	5	2	5	7	7	7	6			59	67	
I V	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	20	31	24	55	52	58	31	9			385	67	
		男	8	23	16	29	24	26	9	1			195	64	
		女	12	8	8	26	28	32	22	8			190	70	
V	精神及び行動の障害	計			1		2	2					12	41	
		男			1									3	26
		女					2	2						9	46
V I	神経系の疾患	計	17	31	32	77	48	44	18	4			512	53	
		男	10	16	22	42	20	19	7	1			280	51	
		女	7	15	10	35	28	25	11	3			232	56	
V II	眼及び付属器の疾患	計	18	91	95	200	210	90	24	4			760	77	
		男	9	34	35	63	83	39	8				286	76	
		女	9	57	60	137	127	51	16	4			474	77	
V III	耳及び乳様突起の疾患	計	23	33	22	38	27	12	4				264	61	
		男	16	17	9	11	11	2	2				107	60	
		女	7	16	13	27	16	10	2				157	61	
I X	循環器系の疾患	計	114	209	170	321	318	297	153	56	8	1	1,980	74	
		男	91	165	121	204	184	122	53	17	2		1,216	71	
		女	23	44	49	117	134	175	100	39	6	1	764	79	
X	呼吸器系の疾患	計	34	81	81	152	221	247	166	75	16		2,009	51	
		男	29	50	55	96	139	135	78	19	1		1,165	50	
		女	5	31	26	56	82	112	88	56	15		844	53	
X I	消化器系の疾患	計	70	135	76	166	196	187	82	26	1		1,385	66	
		男	48	87	51	100	108	79	27	5			791	64	
		女	22	48	25	66	88	108	55	21	1		594	69	
X II	皮膚及び皮下組織の疾患	計	7	15	3	16	13	16	7	4			165	53	
		男	7	9	1	9	7	4	4				97	47	
		女		6	2	7	6	12	3	4			68	61	
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	24	26	30	59	60	34	25	5			369	63	
		男	8	16	6	17	22	13	6	1			140	58	
		女	16	10	24	42	38	21	19	4			229	66	
X I V	腎尿路生殖器系の疾患	計	45	81	65	89	118	82	75	26	1		803	67	
		男	26	55	50	70	69	30	26	3			426	66	
		女	19	26	15	19	49	52	49	23	1		377	67	
X V	妊娠、分娩及び産じょく<褥>	計											704	32	
		男													
		女												704	32
X V I	周産期に発生した病態	計											114	0	
		男												68	0
		女												46	0
X V II	先天奇形、変形及び染色体異常	計				2							13	32	
		男				1								6	25
		女				1								7	37
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	5	11	11	18	41	21	22	1			174	66	
		男	3	8	6	10	24	10	6				93	63	
		女	2	3	5	8	17	11	16	1			81	70	
X I X	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	49	67	51	103	136	137	92	27	6		1,147	57	
		男	26	33	15	35	39	43	20	3			518	45	
		女	23	34	36	68	97	94	72	24	6		629	66	
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			1	4							6	71	
		男			1	3								5	70
		女				1								1	74
総計		計	569	1,058	852	1,624	1,793	1,453	805	258	36	1	13,063	61	
		男	313	175	378	637	510	904	939	650	304	58		6,605	61
		女	172	114	191	421	342	720	854	803	501	200		6,458	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	246	103	52	12	2	1		416
		男	116	49	35	8	1			209
		女	130	54	17	4	1	1		207
II	新生物	計	852	446	320	101	11	2		1,732
		男	448	236	196	58	6	2		946
		女	404	210	124	43	5			786
III	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	計	50	35	20	3	2	3		113
		男	27	13	11		2	1		54
		女	23	22	9	3		2		59
I V	内分泌、栄養及び代謝疾患	計	159	122	84	14	5	1		385
		男	83	60	40	7	5			195
		女	76	62	44	7		1		190
V	精神及び行動の障害	計	11			1				12
		男	3							3
		女	8			1				9
V I	神経系の疾患	計	288	142	60	14	7	1		512
		男	174	68	26	8	3	1		280
		女	114	74	34	6	4			232
V II	眼及び付属器の疾患	計	758	2						760
		男	284	2						286
		女	474							474
V III	耳及び乳様突起の疾患	計	144	117	1	2				264
		男	56	49	1	1				107
		女	88	68		1				157
I X	循環器系の疾患	計	861	440	506	156	15	2		1,980
		男	596	258	273	82	6	1		1,216
		女	265	182	233	74	9	1		764
X	呼吸器系の疾患	計	1,023	563	300	102	18	2	1	2,009
		男	619	315	156	59	13	2	1	1,165
		女	404	248	144	43	5			844
X I	消化器系の疾患	計	813	393	136	34	7	2		1,385
		男	487	217	66	15	4	2		791
		女	326	176	70	19	3			594
X II	皮膚及び皮下組織の疾患	計	71	59	27	6	2			165
		男	41	38	15	3				97
		女	30	21	12	3	2			68
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患	計	76	88	157	42	5	1		369
		男	38	38	49	14	1			140
		女	38	50	108	28	4	1		229
X I V	腎尿路生殖器系の疾患	計	426	193	143	31	7	3		803
		男	241	93	70	15	4	3		426
		女	185	100	73	16	3			377
X V	妊娠、分娩及び産後<<褥>>	計	531	144	17	9	2	1		704
		男								
		女	531	144	17	9	2	1		704
X V I	周産期に発生した病態	計	87	24	3					114
		男	53	13	2					68
		女	34	11	1					46
X V II	先天奇形、変形及び染色体異常	計	8	4		1				13
		男	4	1		1				6
		女	4	3						7
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	107	34	25	7	1			174
		男	60	18	12	2	1			93
		女	47	16	13	5				81
X I X	損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	602	153	263	120	6	1	2	1,147
		男	334	72	81	29	2			518
		女	268	81	182	91	4	1	2	629
X X I	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	計	4	1	1					6
		男	4	1						5
		女			1					1
総計		計	7,117	3,063	2,115	655	90	20	3	13,063
		男	1,033	3,668	1	302	48	1,541	12	6,605
		女	1,082	3,449	2	353	42	1,522	8	6,458

疾患別死亡退院患者数（ICD-10c分類）

	件数
その他の呼吸器系の疾患	33
心不全	27
気管、気管支及び肺の悪性新生物	24
肺炎	19
敗血症	18
脳梗塞	17
間質性肺疾患	16
胃の悪性新生物	13
その他の症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	12
非ホジキンリンパ腫	12
白血病	10
膵の悪性新生物	10
脳内出血	8
その他の新生物	8
その他の悪性新生物	8
慢性腎不全	8
結腸の悪性新生物	7
肝及び肝内胆管の悪性新生物	6
不整脈及び伝導障害	6
慢性閉塞性肺疾患	5
腸閉塞	5
その他の腎尿路系の疾患	5
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	5
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	5
大腿骨の骨折	4
前立腺の悪性新生物	4
体液量減少(症)	4
その他の消化器系の疾患	4
食道の悪性新生物	4
急性心筋梗塞	4
大動脈瘤及び解離	3
動脈の塞栓症及び血栓症	3
頭蓋内損傷	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
乳房の悪性新生物	3
その他の肝疾患	3
胆のう及びその他の胆道の悪性新生物	3
慢性非リウマチ性心内膜疾患	2
気胸	2
動脈硬化(症)	2
喘息	2
てんかん	2
糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患	2
中皮及び軟部組織の悪性新生物	2
その他の全身性結合組織障害	2
その他の消化器の悪性新生物	1
ホジキン病	1
その他の貧血	1
腎尿管間質性疾患	1
腹膜の疾患	1
脊髄性筋萎縮症及び関連症候群	1
軟部組織障害	1

	件数
その他の関節障害	1
胃潰瘍	1
その他の腎不全	1
その他の心疾患	1
肝硬変(アルコール性ものを除く)	1
呼吸器結核	1
感染症と推定される下痢及び胃腸炎	1
その他のウイルス肝炎	1
中枢神経系のその他の新生物	1
その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	1
その他の感染症及び寄生虫症	1
感染症及び寄生虫症	1
外傷の早期合併症並びに外科的及び内科的ケアの合併症、他に分類されないもの	1
その他の虚血性心疾患	1
薬用を主としない物質の毒作用	1
不明熱	1
陳旧性心筋梗塞	1
栄養失調(症)及びビタミン欠乏症	1
鉄欠乏性貧血	1
クローン病	1
その他の糸球体疾患	1
その他の尿の悪性新生物	1
膀胱の悪性新生物	1
筋骨格系及び結合組織の疾患	1
アルコール性肝疾患	1
結核の続発・後遺症	1
総計	383

2016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	1,193
阿佐谷南	832
成田東	766
荻窪	577
高円寺南	487
下井草	475
高円寺北	416
天沼	384
本天沼	384
井草	307
高井戸東	241
梅里	235
松ノ木	227
南荻窪	215
成田西	204
浜田山	199
宮前	192
上井草	187
西荻北	180
堀ノ内	167
上荻	157
和泉	156
清水	147
桃井	128
西荻南	123
永福	121
松庵	109
善福寺	106
和田	104
今川	102
下高井戸	96
高井戸西	86
久我山	79
大宮	47
方南	34
上高井戸	29
合計	9,492

単位:人

中野区	新入院
白鷺	406
鷺宮	325
大和町	225
若宮	204
上鷺宮	154
野方	61
中野	37
東中野	36
中央	36
新井	34
本町	29
沼袋	28
上高田	23
南台	22
弥生町	16
江古田	16
丸山	13
松が丘	9
江原町	1
合計	1,675

単位:人

練馬区	新入院
中村	121
下石神井	79
中村南	78
上石神井	68
貫井	60
中村北	53
富士見台	49
石神井台	37
南田中	32
向山	30
石神井町	30
関町南	29
豊玉南	25
関町北	21
東大泉	18
豊玉中	12
西大泉	10
練馬	10
土支田	10
豊玉北	9
高松	9
光が丘	9
立野町	8
関町東	8
春日町	8
南大泉	8
上石神井南町	7
北町	6
大泉学園町	6
三原台	5
桜台	5
高野台	5
大泉町	5
栄町	4
田柄	4
旭丘	2
氷川台	2
小竹町	2
羽沢	1
錦	1
谷原	1
早宮	1
平和台	1
旭町	1
合計	890

単位:人

その他特別区	新入院
世田谷区	178
新宿区	58
豊島区	24
板橋区	24
渋谷区	18
足立区	12
北区	8
品川区	8
文京区	7
港区	7
江戸川区	7
目黒区	6
葛飾区	6
千代田区	5
大田区	5
江東区	5
墨田区	4
中央区	4
台東区	2
荒川区	1
合計	389

単位:人

東京都市部	新入院
武蔵野市	85
西東京市	57
三鷹市	56
調布市	31
東久留米市	22
小金井市	21
八王子市	21
小平市	13
府中市	13
東村山市	12
国分寺市	12
多摩市	10
日野市	9
国立市	7
武蔵村山市	7
立川市	7
町田市	7
青梅市	6
東大和市	5
狛江市	4
清瀬市	4
西多摩郡 日の出町	4
羽村市	2
大島町	2
福生市	1
昭島市	1
西多摩郡 瑞穂町	1
あきる野市	1
稲城市	1
合計	422

単位:人

その他	新入院
埼玉県	56
神奈川県	48
千葉県	27
茨城県	7
福岡県	4
北海道	4
長野県	4
群馬県	4
福島県	4
栃木県	3
愛知県	3
三重県	3
愛媛県	3
静岡県	3
岐阜県	2
石川県	2
長崎県	2
大阪府	2
宮城県	2
新潟県	2
岩手県	1
鹿児島県	1
山形県	1
富山県	1
滋賀県	1
高知県	1
山梨県	1
香川県	1
奈良県	1
青森県	1
秋田県	1
合計	196

2016 年度 センター(本院・分院・クリニック) 診療圏

新入院患者



2016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	47,714
阿佐谷南	28,157
天沼	10,250
井草	6,969
和泉	3,073
今川	2,156
梅里	5,301
永福	1,989
大宮	782
荻窪	13,419
上井草	4,143
上荻	3,969
上高井戸	761
久我山	1,567
高円寺北	12,963
高円寺南	13,942
清水	3,354
下井草	13,272
下高井戸	1,594
松庵	1,962
善福寺	2,120
高井戸西	1,655
高井戸東	4,505
成田西	5,725
成田東	21,806
西荻北	4,016
西荻南	2,931
浜田山	4,013
方南	968
堀ノ内	4,551
本天沼	10,353
松ノ木	5,074
南荻窪	5,825
宮前	4,555
桃井	3,793
和田	2,678
合計	261,907

単位:人

中野区	外来
新井	588
江古田	252
江原町	149
上鷲宮	3,622
上高田	606
鷲宮	6,955
白鷲	11,137
中央	583
中野	979
沼袋	496
野方	1,567
東中野	738
本町	599
松が丘	179
丸山	483
南台	484
大和町	6,687
弥生町	539
若宮	4,450
合計	41,094

単位:人

練馬区	外来
大泉学園	216
春日町	123
上石神井	1,215
上石神井南町	167
北町	136
向山	497
小竹町	24
栄町	55
桜台	154
下石神井	1,652
石神井台	701
石神井町	701
関町北	442
関町東	126
関町南	782
高野台	174
高松	140
田柄	74
立野町	196
土支田	56
豊玉上	16
豊玉北	240
豊玉中	253
豊玉南	373
中村	1,891
中村北	1,136
中村南	2,605
西大泉	94
錦	12
貫井	1,258
練馬	151
早宮	69
東大泉	308
光が丘	232
富士見台	727
南大泉	256
南田中	886
三原台	58
谷原	117
平和台	91
合計	18,401

単位:人

その他特別区	外来
千代田区	135
中央区	74
港区	173
新宿区	1,502
文京区	208
台東区	98
墨田区	137
江東区	364
品川区	224
目黒区	211
大田区	278
世田谷区	2,466
渋谷区	685
豊島区	449
北区	345
荒川区	82
板橋区	521
足立区	381
葛飾区	120
江戸川区	511
合計	8,961

単位:人

東京都市部	外来
八王子市	570
立川市	280
武蔵野市	3,019
三鷹市	1,892
青梅市	175
府中市	351
昭島市	130
調布市	481
町田市	159
小金井市	1,178
小平市	750
日野市	263
東村山市	478
国分寺市	562
国立市	376
田無市	13
狛江市	68
東大和市	169
清瀬市	102
東久留米市	249
武蔵村山市	127
多摩市	101
稲城市	81
羽村市	83
あきる野市	32
西東京市	1,544
東京他・不明	321
合計	13,552

単位:人

その他	外来
北海道	51
青森県	27
秋田県	20
山形県	3
福島県	98
茨城県	123
栃木県	48
群馬県	115
埼玉県	2,154
千葉県	871
神奈川県	1,400
山梨県	88
長野県	75
富山県	1
石川県	17
岐阜県	22
静岡県	149
愛知県	91
三重県	15
滋賀県	44
京都府	30
大阪府	88
兵庫県	30
和歌山県	9
奈良県	42
島根県	8
鳥取県	2
岡山県	2
広島県	19
香川県	22
高知県	17
愛媛県	10
長崎県	2
熊本県	2
大分県	3
その他・不明	305
合計	6,001

2016 年度 センター(本院・分院・クリニック) 診療圏

外来患者

() 内は患者数(単位:人)



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

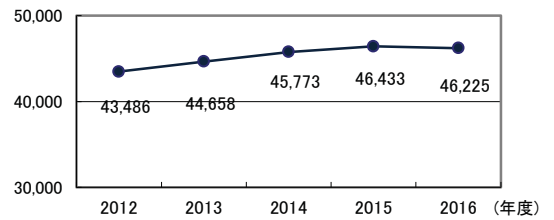
その他

統 計

入院患者延数の推移

単位:人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
入院延数	43,486	44,658	45,773	46,433	46,225
月平均	3,624	3,722	3,814	3,869	3,852
1日平均	119.1	122.4	125.4	126.9	126.6
前年比	93.3%	102.7%	102.5%	101.4%	99.6%
診療日数	365日	365日	365日	366日	365日

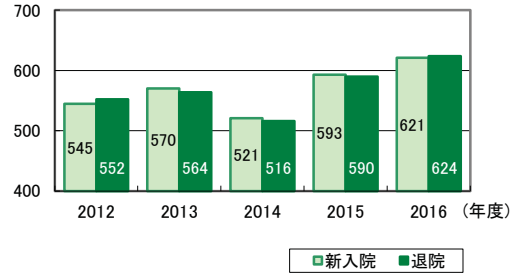


入退院患者数の推移

単位:人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
新入院	545	570	521	593	621
退院	552	564	516	590	624
前年比	45.4	47.5	43.4	49.4	51.8
退院	552	564	516	590	624
前年比	46.0	47.0	43.0	49.2	52.0

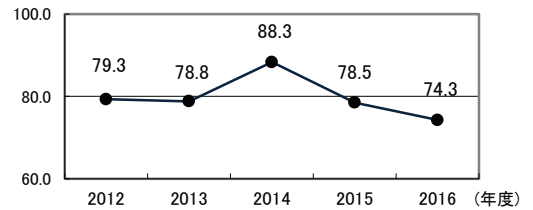
* 下段:月平均



平均在院日数の推移

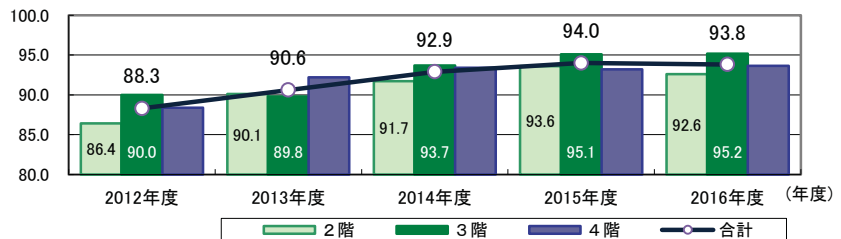
単位:日

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
平均在院日数	79.3	78.8	88.3	78.5	74.3



病床利用率の推移

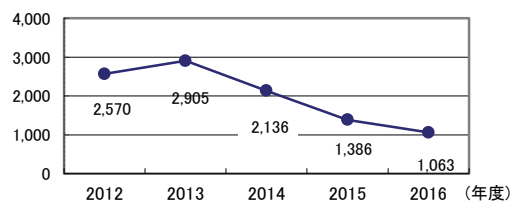
病棟	病床数	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
2階	47	86.4%	90.1%	91.7%	93.6%	92.6%
3階	46	90.0%	89.8%	93.7%	95.1%	95.2%
4階	42	88.4%	92.2%	93.4%	93.2%	93.6%
計	135	88.3%	90.6%	92.9%	94.0%	93.8%



外来患者延数の推移

単位:人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
外来延数	2,570	2,905	2,136	1,386	1,063
月平均	214.2	242.1	178.0	115.5	88.6
1日平均	8.7	9.9	7.3	4.7	3.6
前年比	82.1%	113.0%	73.5%	64.9%	76.7%
診療日数	294日	294日	294日	295日	294日



セラピー部 実施件数の推移

単位：件

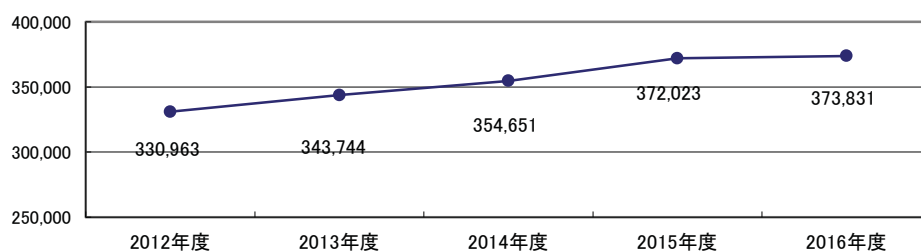
		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
脳血管	入院	254,535	260,391	241,623	243,273	204,021
	外来	3,776	5,104	3,622	2,064	1,344
	計	258,311	265,495	245,245	245,337	205,365
廃用症候群等	入院	-	-	-	-	36,441
	外来	-	-	-	-	44
	計	0	0	0	0	36,485
運動器	入院	71,839	77,469	108,886	126,422	131,875
	外来	813	780	520	264	106
	計	72,652	78,249	109,406	126,686	131,981
合計	入院	326,374	337,860	350,509	369,695	372,337
	外来	4,589	5,884	4,142	2,328	1,494
	計	330,963	343,744	354,651	372,023	373,831
	月平均 前年比	27,580 105.5%	28,645 103.9%	29,554 103.2%	31,002 104.9%	31,153 100.5%

2016年度より脳血管疾患のうち廃用症候群等を分けて集計

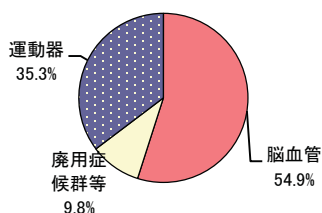
● STとナースの共同作業

摂食機能療法	入院	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
		1,508	2,034	1,693	1,475	435

リハビリ件数の推移



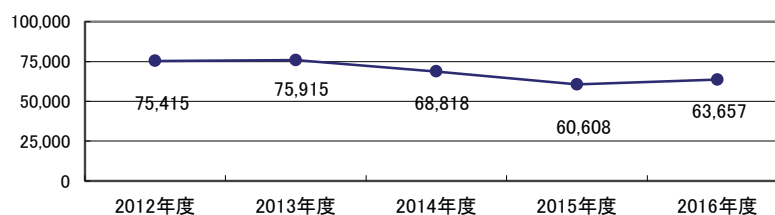
2016年度 疾病別比率



検査科 検査件数の推移

単位：件

		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
生化学	入院	46,836	48,014	42,303	35,734	38,231
	外来	2,280	2,211	2,198	1,473	670
	計	49,116	50,225	44,501	37,207	38,901
免疫	入院	2,287	2,184	2,101	1,964	2,112
	外来	95	94	98	64	32
	計	2,382	2,278	2,199	2,028	2,144
一般	入院	7,864	7,976	7,840	8,332	9,371
	外来	469	438	490	370	160
	計	8,333	8,414	8,330	8,702	9,531
血液	入院	14,205	13,501	12,455	11,723	11,976
	外来	548	531	490	344	152
	計	14,753	14,032	12,945	12,067	12,128
生理機能	入院	307	426	303	264	414
	外来	524	540	540	340	539
	計	831	966	843	604	953
合計	入院	71,499	72,101	65,002	58,017	62,104
	外来	3,916	3,814	3,816	2,591	1,553
	計	75,415	75,915	68,818	60,608	63,657
	月平均 前年比	6,285 111.4%	6,326 100.7%	5,735 90.7%	5,051 88.1%	5,305 105.0%



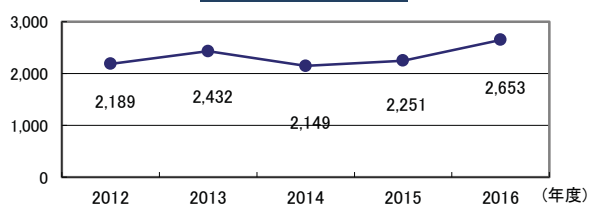
画像診断科 検査件数の推移

単位：件

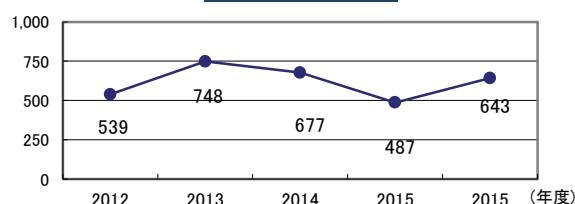
	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
一般撮影	2,096 174.7	2,327 193.9	2,068 172.3	2,204 183.7	2,598 216.5
造影検査	93 7.8	105 8.8	81 6.8	47 3.9	55 4.6
CT検査	539 44.9	748 62.3	677 56.4	487 40.6	643 53.6

* 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

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
枚 数	15,752	15,749	15,098	15,895	17,609
	1,313	1,312	1,258	1,325	1,467
	98.7%	100.0%	95.9%	105.3%	110.8%
調剤件数	39,172	38,388	40,886	44,005	49,259
	3,264	3,199	3,407	3,667	4,105
	95.8%	98.0%	106.5%	107.6%	111.9%
投薬日数	270,597	264,657	281,017	302,244	334,258
	22,550	22,055	23,418	25,187	27,855
	100.0%	97.8%	106.2%	107.6%	110.6%

* 中段:月平均 下段:前年比(%)

注射処方箋

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
枚 数	1,072	793	825	1,120	951
	89	66	69	93	79
	98.3%	74.0%	104.0%	135.8%	84.9%
件 数	1,588	1,387	1,878	2,709	2,023
	132	116	157	226	169
	101.7%	87.3%	135.4%	144.2%	74.7%
剤 数	2,689	2,431	3,357	4,329	3,523
	224	203	280	361	294
	106.4%	90.4%	138.1%	129.0%	81.4%

* 中段:月平均 下段:前年比(%)

薬剤管理指導件数	0	7	24	31	87
----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------

栄養科 統計

単位: 件

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
総 食 数	128,727	132,383	135,413	136,676	137,422
	10,727	11,032	11,284	11,390	11,452
(特別食)	25,150	19,383	25,854	23,806	23,724
	2,096	1,615	2,155	1,984	1,977
(一般食)	103,577	113,000	109,559	112,870	113,698
	8,631	9,417	9,130	9,406	9,475

* 下段:月平均

栄養指導件数

病棟訪問	1,355	1,397	1,496	1,573	3,383
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

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
入 院	1,960	2,034	1,963	2,089	2,123
外 来	30	49	24	4	17
そ の 他	889	918	718	698	808
合 計	2,879	3,001	2,705	2,791	2,948
月平均	239.9	250.1	225.4	232.6	245.7

疾病別・年齢別患者数（大分類）

CD	国際分類大項目分類		総計	0-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳～	平均		
I	感染症および寄生虫	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
II	新生物（悪性新生物）	男	1											1						70.0	
		女	4								2			2						63.0	
		計	5								2			3						64.4	
III	血液および造血系の疾患 ならびに免疫機構の障害	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
IV	内分泌、栄養および 代謝疾患	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
V	精神および行動の障害	男	0																		
		女	0																		
		計	0																		
VI	神経系の疾患	男	4											2	1					76.5	
		女	2										1					1		79.0	
		計	6										1	2	1			1	1	77.3	
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	125						1	9	12	9	12	10	28	26	11	7		72.8	
		女	102								9	7	2	8	11	21	27	17		79.5	
		計	227						1	9	21	16	14	18	39	47	38	24		75.8	
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	44					2			1	2	1	2	10	8	12	6		78.5	
		女	42							2			1	3	9	8	15	4		80.4	
		計	86					2		2	1	2	2	5	19	16	27	10		79.4	
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	91							5	2	5	5	2	11	19	32	10		79.5	
		女	209									3	4	3	13	7	49	66	64		85.2
		計	300								5	5	9	8	15	18	68	98	74		83.5
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	265	0	0	0	0	2	1	14	15	16	18	17	50	53	56	23		73.7	
		女	359	0	0	0	0	0	0	2	14	11	7	26	27	78	108	86		81.7	
		計	624	0	0	0	0	2	1	16	29	27	25	43	77	131	164	109		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	0										
		女	0										
		計	0										
II	新生物(悪性新生物)	男	1				1						
		女	4					2	1	1			
		計	5				1	2	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	4			1		1	1	1			
		女	2								2		
		計	6			1		1	1	1	2		
VII	眼および付属器の疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
VIII	耳および乳様突起の疾患	男	0										
		女	0										
		計	0										
IX	循環器系の疾患	男	125	2	5	7	9	29	20	52	1		
		女	102	1	1	1	4	20	26	45	3		1
		計	227	3	6	8	13	49	46	97	4		1
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	44	4	2	2	3	13	12	7	1		
		女	42		4	2	3	15	12	6			
		計	86	4	6	4	6	28	24	13	1		
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	91	1	4	3	3	27	41	11	1		
		女	209	4	5	4	8	64	113	11			
		計	300	5	9	7	11	91	154	22	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	265	7	11	13	16	70	74	71	3	0	0
		女	359	5	10	7	15	101	152	63	5	0	1
		計	624	12	21	20	31	171	226	134	8	0	1

2016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	13
天沼	9
井草	5
和泉	32
今川	3
梅里	9
永福	19
大宮	4
荻窪	14
上井草	6
上荻	6
上高井戸	1
久我山	11
高円寺南	20
高円寺北	13
清水	5
下井草	10
下高井戸	13
松庵	5
善福寺	5
高井戸東	15
高井戸西	5
成田東	31
成田西	5
西荻南	2
西荻北	5
浜田山	18
方南	14
堀ノ内	24
本天沼	5
松ノ木	14
南荻窪	4
宮前	8
桃井	9
和田	23
合計	404

単位:人

中野区	新入院
新井	0
江古田	1
江原町	0
上鷺宮	3
上高田	0
鷺宮	3
白鷺	8
中央	5
中野	5
沼袋	1
野方	1
東中野	2
本町	6
松ヶ丘	0
丸山	0
南台	12
大和町	6
弥生町	8
若宮	8
合計	69

単位:人

他地区	新入院
世田谷区	60
練馬区	20
新宿区	9
武蔵野市	7
渋谷区	14
豊島区	2
東久留米市	1
小金井市	1
調布市	3
西東京市	3
三鷹市	6
目黒区	1
大田区	2
中央区	2
足立区	1
板橋区	5
荒川区	1
文京区	1
千代田区	0
八王子市	1
府中市	0
東村山市	0
八丈島	0
茨城県	2
千葉県	1
神奈川県	1
埼玉県	1
栃木県	0
静岡県	0
山梨県	0
長野県	1
福島県	0
新潟県	0
富山県	0
岩手県	1
北海道	1
合計	148

2016 年度 河北リハビリテーション病院 診療圏

外来患者

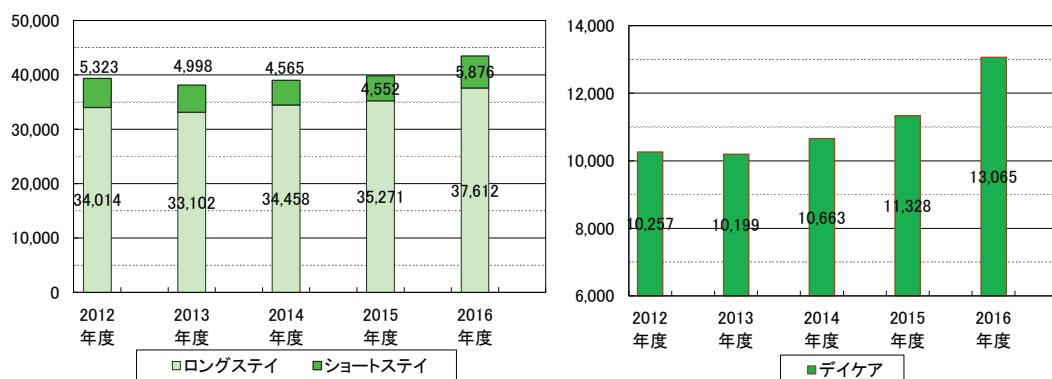
() 内は患者数(単位:人)



介護老人保健施設 シーダ・ウォーク利用者数の推移

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
ロングステイ	34,014	33,102	34,458	35,271	37,612
ショートステイ	5,323	4,998	4,565	4,552	5,876
ステイ計	39,337	38,100	39,023	39,823	43,488
1日平均	107.8	104.4	106.9	108.8	119.1
前年比	98.8%	96.9%	102.4%	102.1%	109.2%
稼働日数	365日	365日	365日	366日	365日
デイケア	10,257	10,199	10,663	11,328	13,065
1日平均	34.9	34.7	36.1	38.4	44.4
前年比	94.4%	99.4%	104.5%	106.2%	115.3%
稼働日数	294日	294日	295日	295日	294日

シーダ・ウォーク利用者延数の推移



			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
稼働率	ロングステイ	100床 → 97床	93.2%	93.5%	97.3%	99.3%	106.2%
		12床 → 15床	121.5%	91.3%	83.4%	82.9%	107.3%
	ステイ計	112床	96.2%	93.2%	95.5%	97.1%	106.4%
	デイケア	40人	87.2%	89.6%	90.4%	96.0%	111.1%

※ 2013年度より稼働数の変更あり。

* ショートステイ: 空床利用

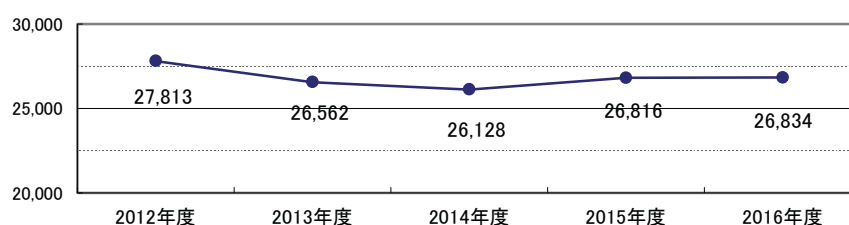
平均介護度	ロングステイ	3.2	3.2	3.3	3.2	3.4
	ショートステイ	3.3	3.3	3.2	3.1	3.4
	デイケア	2.4	2.5	2.6	2.4	2.5

平日均数利用	ロングステイ	209.5日	167.1日	184.6日	220.8日	239.3日
	ショートステイ	7.6日	7.6日	7.1日	7.3日	7.5日
	ステイ計	124.5日	103.0日	116.2日	139.9日	150.4日

透析センター 受診者数の推移

単位：人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
受診者数	27,813	26,562	26,128	26,816	26,834
月平均	2,318	2,214	2,177	2,235	2,236
1日平均	89.1	84.9	83.5	85.4	85.7
前年比	99.1%	95.5%	98.4%	102.6%	100.1%
診療日数	312日	313日	313日	314日	313日

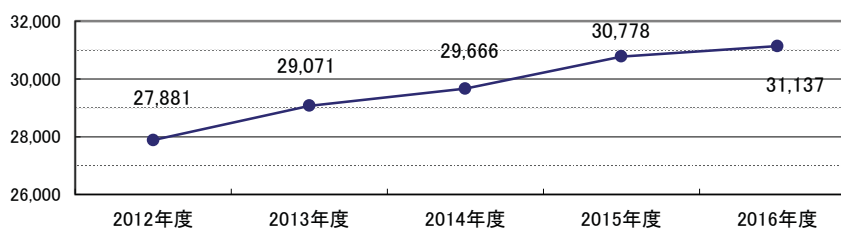


健診センター 受診者数の推移

単位：人

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
一泊ドック	341 1.2 85.3%	285 1.0 83.6%	246 0.9 86.3%	189 0.6 76.8%	144 0.5 76.2%
半日ドック	10,274 35.2 100.4%	10,296 35.0 100.2%	10,708 40.3 104.0%	10,871 36.9 101.5%	11,001 36.5 101.2%
成人・その他	16,159 55.3 107.6%	16,970 57.7 105.0%	17,420 65.5 102.7%	18,450 62.5 105.9%	18,843 62.6 102.1%
再検・精検	1,107 3.8 90.2%	1,520 5.2 137.3%	1,292 4.9 85.0%	1,268 4.3 98.1%	1,149 3.8 90.6%
総受診者数 (高齢者健診含む)	27,881 95.5 103.7%	29,071 98.9 104.3%	29,666 111.5 102.0%	30,778 104.3 103.7%	31,137 103.4 101.2%
診療日数	292日	294日	266日	295日	301日

* 上段:受診者延数 中段:1日平均受診者数 下段:前年比(%)



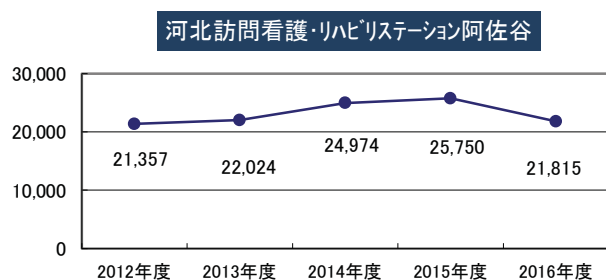
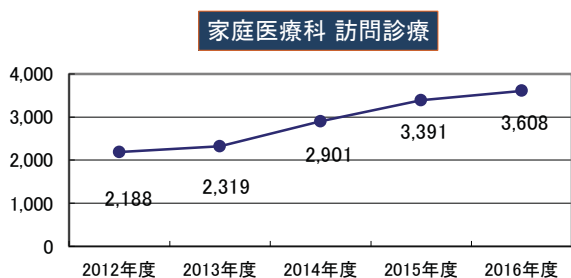
※ 2014年4月5日～5月10日はリニューアル工事のため一部休診

河北家庭医療学センター 利用実績

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
家庭医療科 診療部門	訪問診療	利用者数	974	1,132	1,400	1,594	1,791
		訪問回数	2,188	2,319	2,901	3,391	3,608
	外来診療	外来患者延数	31,474	32,326	38,425	46,521	49,202
看護・リハビリ 部門	河北訪問看護・ リハビリステーション阿 佐	利用者数	2,248	2,389	2,693	2,824	2,497
		訪問回数	21,357	22,024	24,974	25,750	21,815

※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



医療支援部 利用実績

		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
在宅ケアセンター (居宅介護支援事業)	介護保険請求件数	1,801	1,234	※ 2014年3月末で休止		
	介護認定調査件数	348	178			
ケア24阿佐谷	新予防給付請求件数	2,652	2,783	2,996	2,950	2,835
	介護予防プラン請求件数	53	35	51	17	8
	実態把握件数	731	808	831	767	714
ケア24松ノ木	新予防給付請求件数	2,598	2,748	2,723	2,804	2,705
	介護予防プラン請求件数	32	36	55	14	0
	実態把握件数	825	718	757	838	787

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。

心のケアセンター

単位：件

総合病院	自費カウンセリング	421
	心理査定	326
	コンサルテーション（病棟介入含む）	382
リハビリテーション病院	個別介入（家族介入含む）	298
	コンサルテーション（ラウンド含む）	499
	集団療法	149
シーダ・ウォーク	個別介入（家族介入含む）	227
	コンサルテーション（ラウンド含む）	218
	集団療法	413

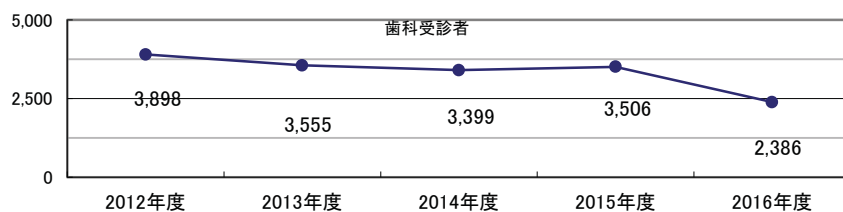
歯科受診者数

【医療法人社団 利光会 訪問歯科診療部】

単位：人

		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
総合病院		128	80	49	60	47
リハビリテーション病院		1,287	1,301	1,086	1,159	707
シーダ・ウォーク		1,514	1,171	1,185	1,236	871
河北前田病院		969	1,003	1,079	1,051	761
合計	延人数	3,898	3,555	3,399	3,506	2,386
	月平均	324.8	296.3	283.3	292.2	198.8

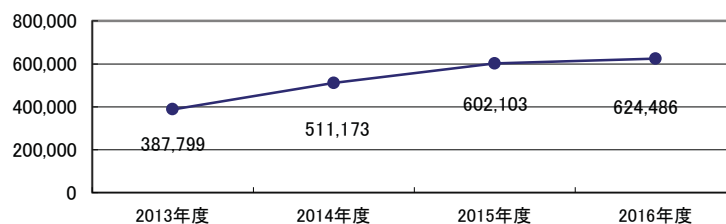
受診者延人数の推移



ホームページ 訪問数

単位：件

	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
延訪問数	387,799	511,173	602,103	624,486
月平均	32,317	42,598	50,175	52,041
1日平均	1,062.5	1,400.5	1,645.1	1,710.9
前年比	-	131.8%	117.8%	103.7%



多摩事業部

(入院・入所、外来、訪問診療、
居宅介護支援事業所、包括、
訪問看護ステーション、通所、
小規模多機能施設)

統 計

施設別稼働状況 多摩事業部

※実人数

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	
入院・入所	天本病院	2階	計画	11,680	12,286	12,591	14,763	13,746
			実績	10,633	11,281	11,599	11,765	12,609
		3階	計画	16,294	16,790	16,790	16,958	16,425
			実績	15,986	16,532	15,800	14,566	15,201
		4階	計画	18,334	18,339	18,339	18,390	18,333
			実績	18,187	18,512	18,551	18,426	18,493
		5階	計画	12,942	12,936	12,936	12,972	12,942
			実績	12,750	12,830	12,141	12,232	12,607
		全在院数	計画	59,250	60,351	60,656	63,143	61,446
			実績	57,556	59,155	58,091	56,989	58,910
	あい老健	入所 (合計)	計画	49,219	49,045	53,217	50,526	49,768
			実績	48,637	48,879	48,007	49,541	47,226
		短期 (合計)	計画	5,835	5,478	1,825	2,778	3,072
			実績	5,504	4,910	3,443	3,098	3,457
	単月在宅復帰率	実績		39.3%	39.7%	50.7%	60.0%	
	6ヶ月平均在宅復帰率	実績		38.1%	37.9%	46.2%	56.2%	
GH	どんぐり	計画	6,527	6,570	6,498	6,499	6,498	
		実績	5,955	6,330	6,480	6,541	6,255	
	天の川	計画		476	6,498	6,498	6,498	
		実績		466	6,566	6,465	6,507	

※実人数

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	
外来	天本病院	保険診療	計画	17,641	12,264	13,375	14,339	14,339
			実績	14,541	13,890	13,389	13,474	13,959
		健診等	計画	1,614	1,560	1,560	1,560	2,400
			実績	1,327	2,003	2,218	3,145	3,164
	CL	保険診療	計画	22,441	23,532	23,447	18,607	17,615
			実績	23,532	23,447	23,966	22,976	22,929
		健診等	計画	974	1,294	1,334	904	1,340
			実績	1,294	1,334	1,340	1,340	1,476
	CL中沢	保険診療	計画		2,291	7,748	8,559	6,742
			実績		2,752	6,354	6,673	6,769
健診等		計画		0	150	180	180	
		実績		8	128	149	199	

※実人数

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	
訪問診療	CL	在宅	計画	1,448	-	1,620	1,920	2,060
			実績	1,285	1,390	1,812	2,100	2,233
		施設	計画	888	-	4,200	4,099	3,953
			実績	972	3,308	3,957	3,717	4,000
	CL平尾	在宅	計画	-	1,350	1,548	1,440	1,620
			実績	-	1,397	1,244	1,334	1,109
		施設	計画	-	825	1,101	1,212	1,380
			実績	-	982	1,152	1,209	1,038
	CL中沢	在宅	計画		167	491	763	882
			実績		188	480	584	710
施設		計画		504	900	875	948	
		実績		459	791	871	1,058	

※実人数

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	
居宅介護支援事業所	貝取	ケアプラン	計画	4,170	4,299	4,764	5,039	5,138
			実績	4,147	4,501	4,377	5,123	4,999
		認定調査	計画	480	522	684	684	660
			実績	522	664	698	672	775
	平尾	ケアプラン	計画	798	918	1,110	396	396
			実績	706	783	939	420	163
		認定調査	計画	60	60	84	72	24
			実績	54	72	106	5	4

※延件数

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	
包括	中部	ケアプラン	計画	1,236	1,272	1,380	1,740	1,800
			実績	1,306	1,587	1,629	1,686	1,986

※延件数

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	
訪問看護ステーション	貝取	医療保険	実績	5,168	5,503	4,136	4,343	4,031
		介護保険	実績	10,423	14,558	12,323	15,272	16,984
		合計	計画	18,025	22,580	18,985	21,775	19,398
			実績	15,591	20,061	16,459	19,615	20,756
	中沢	医療保険	実績			1,105	1,240	1,670
		介護保険	実績			3,281	4,705	4,316
		合計	計画			3,523	4,658	5,874
			実績			4,386	5,945	5,884
	せいせき	医療保険	実績					131
		介護保険	実績					350
		合計	計画					-
			実績					481
	平尾	医療保険	実績		2,346	2,382	2,529	1,739
		介護保険	実績		6,543	6,499	6,451	5,069
		自費	実績		138	111	87	62
		合計	計画		-	10,430	13,070	7,548
実績			9,027	8,992	9,067	6,870		

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	
通所	天本病院	医療保険	計画	6,129	6,030	6,125	5,830	5,635
			実績	5,927	6,063	5,358	5,501	5,094
		介護予防 (要支援実人数)	計画	648	552	594	582	600
			実績	576	579	549	644	633
	介護予防 (要介護延件数)	計画	1,936	2,554	2,155	2,128	1,715	
		実績	1,976	2,076	1,797	1,469	1,840	
	老健	要支援実人数	計画	1,080	-	970	1,050	1,200
			実績	1,134	-	1,305	1,277	754
		要介護延件数	計画	11,326	12,371	11,146	11,096	10,780
			実績	11,436	12,065	10,765	10,393	10,799
	CL貝取	要支援実人数	計画	404	-	96	184	177
			実績	396	463	190	184	195
		要介護延件数	計画	8,300	9,176	8,901	8,623	8,386
			実績	8,780	8,897	8,426	8,245	6,972
桜ヶ丘	利用者延件数	計画	2,524	2,400	2,400	2,880	1,520	
		実績	2,248	2,491	2,796	3,188	1,726	

通所	サロンさくら	要支援実人数	計画					-
			実績					6
		要介護延件数	計画					160
			実績					78
		自費	計画					-
			実績					0

			2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	
小規模多機能施設	かりん	登録者数	計画	268	276	288	324	324
			実績	227	266	287	282	332
		通い	計画	-	3,650	4,547	5,490	6,000
			実績	3,560	4,563	5,776	6,429	7,065
		訪問	計画	-	-	-	2,400	3,600
			実績	1,132	1,279	1,994	3,983	8,061
	宿泊	計画	1,468	1,095	1,095	1,464	1,825	
		実績	630	851	1,739	2,100	2,078	
	ほたる	登録者数	計画		10	216	292	320
			実績		5	193	255	322
		通い	計画		70	3,782	5,413	4,858
			実績		105	3,509	4,789	5,919
		訪問	計画		-	-	-	3,300
			実績		12	1,807	3,435	3,217
	宿泊	計画		15	685	1,077	742	
		実績		48	949	860	944	
	おきな	登録者数	計画					-
			実績					18
通い		計画					-	
		実績					187	
訪問		計画					-	
		実績					276	
宿泊		計画					-	
		実績					18	

社会医療法人 河北医療財団

学術誌

2016年 学会発表抄録

2016年 初期研修医修了論文

2016年 後期研修医修了論文

発表日	発表の題名	氏名	学会名 開催国	頁
2016/1/9	経口摂取を継続しながら中心静脈栄養法を導入した短腸症候群の一症例	宮本 好子	第19回日本病態栄養学会年次学術集会	s1
2016/1/21	Experience of surface ultrasound guided endovascular treatment for iliac artery occluded disease	水谷 香織	asia PCR2016 (シンガポール)	s2
2016/1/22	Preoperative evaluation for endovascular treatment using CT images of the lower extremity calcification	渡邊 真弓	asia PCR2016 (シンガポール)	s3
2016/2/21	延命治療を否定した脊髄異型性症候群終末期患者と家族の思い～緩和ケアチームが介入した1事例からの考察～	荒井 奈保子	第30回がん看護学会学術集会	s4
2016/3/6	『MRI検診時の沈静に関する共同提言』を通して考える医療安全	勝盛 宏	第29回近畿小児科学会	s5
2016/4/17	CTを使用した下肢Endovascular Treatment術前石灰化評価	渡邊 真弓	第72回日本放射線技術学会総会学術大会	s6
2016/4/28	看護部の院内継続教育に輸血看護の研修を取り入れて	三井 優	第64回日本輸血・細胞治療学会総会	s7
2016/5/15	急性巣状細菌性腎炎の鑑別におけるプロカルシトニン値の意義 Significance of procalcitonin in diagnosis of Acute focal bacterial nephritis	福田 清香	第119回日本小児科学会学術集会	s8
2016/5/20	SGLT2阻害剤投与と脳血管障害発症の関与が疑われた2症例	岡田 光正	第59回日本糖尿病学会年次学術集会	s9
2016/6/4	コンサルテーションリエゾンチーム活動の現状と課題	土屋 瑛美	日本認知症ケア学会発表	s10
2016/6/9	回復期病棟入院中患者のICF rehabilitation setの検者間信頼性に関する検討、他	宮村 紘平	第53回日本リハビリテーション医学学術集会	s11
2016/6/10	過去3年間の当院においてEVTを施行した透析患者の検討	福田 純子	第61回日本透析医学会学術集会・総会	s12
2016/6/23	院外関連施設にて生じたCPAの2例	須藤 由紀子	第66回日本病院学会	s13
2016/6/23	退院支援の新たな取り組み ～退院支援チームの結成とラウンド～	吉田 知恵	第66回 日本病院学会	s14
2016/7/14	手術室オカレンスレポート提出システム導入と安全管理への効果	梅谷 直亨	第71回日本消化器外科学会総会	s16
2016/7/21	DSOに対するビスホスホネートの臨床応用	田中 瑞栄	第34回日本骨代謝学会	s17
2016/7/23	原発性骨粗鬆症	田中 瑞栄	第9回骨代謝研究会	s18
2016/8/27	適正な疼痛緩和の推進に向けた疼痛緩和ポケットマニュアルの作成・評価	田中 佑京	日本病院薬剤師会関東ブロック第46回学術大会	s19
2016/9/5	Dedifferentiated clear cell chondrosarcoma	町並 陸生	International Skeletal Society(パリ)	s20
2016/9/9,10,11	脳血管障害経験後に復職した男性の定着プロセス	館岡 周平	第50回日本作業療法学会	s23
2016/9/17	側臥位股関節軸位撮影法のポジショニングと入射角度が描出能に与える影響の評価	大地 直之	第32回日本診療放射線技師学術大会	s25

発表日	発表の題名	氏名	学会名 開催国	頁
2016/9/18	胸部X線画像のボタン陰影描出の評価	大地 直之	第32回日本診療放射線技師 学術大会	s26
2016/9/24	マイコプラズマ感染を契機に発症したOMSの一例	戸張 公貴	第65回日本小児神経学会関 東地方会	s27
2016/9/30	川崎病における幼若血小板比率の経時的変化からみた血小板増多機序 に関する検討	福田 清香	第36回日本川崎病学会 学 術集会	s28
2016/10/6	閉経後骨粗鬆症に対するエルデカルシトールを併用したイバンドロネート 注射製剤とミノドロネート経口製剤の治療効果の検討	田中 瑞栄	第18回骨粗鬆症学会	s29
2016/10/7	測定姿勢による腹囲の違い - 立位困難者の生活習慣病予防・治療の 指標として -	杉山 真理	第37回日本肥満学界	s30
2016/10/8	在宅療養患者の家族背景と転帰に関する分析	一戸 由美子	第40回日本死の臨床研究 会年次大会	s31
2016/10/8	訪問看護師の説明による意思決定支援—療養上の世話とは何か	船浪 紀子	第40回日本死の臨床研究 会年次大会	s32
2016/10/8	内視鏡周辺環境の汚れを数値化した試み	佐々木 麻衣	第58回全日本病院学会	s33
2016/10/27	急性期に意識障害・痙攣を伴ったHIV関連無菌性髄膜炎の一例	水野 文裕	第65回日本感染症学会東日 本地方会学術集会	s34
2016/10/28	患者抑制時間短縮と、転倒事故防止にむけた取り組みについて	中井 康司	リハビリテーションケア合同 研究大会 茨城2016	s35
2016/10/29	1/fゆらぎを含む機械乗馬は副交感神経活動を賦活化し血管内皮機能を 改善させるか	石谷 周士	関東甲信越ブロック理学療 法学会	s36
2016/10/29	中学生男子サッカー選手における股関節内転筋損傷の発生因子に関する 研究	宮澤 伸	関東甲信越ブロック理学療 法学会	s37
2016/11/5	白内障術後に水痘帯状ヘルペスウイルス虹彩炎を発症し、経過中に交換 性眼炎をきたした	竹宮 信子	第70回日本臨床眼科学会	s38
2016/11/11	関節リウマチによる足関節と前足部変形を一期的に骨切り術で矯正した 一例	石坂 公介	第44回日本関節病学会	s39
2016/11/17	当院における光選択式前立腺レーザー蒸散術(PVP)の初期経験	村田 明弘	第30回日本泌尿器内視鏡学 会総会	s40
2016/11/18	大腸がん症例(抗EGFR抗体の長期間(5年/4年)投与により奏功が得ら れた症例)の報告	梅谷 直亨	第71回日本大腸肛門病学会 学術集会	s41
2016/11/19	脳梗塞を経験した調理人の復職	館岡 周平	第13回東京都作業療法学会	s42
2016/11/26	脳卒中片麻痺例におけるCatherine Bergego Scaleを使用した半側空間無 視・病態失認の検討	鈴木 彩子	第14回神経理学療法学術集 会	s43

「第 19 回日本病態栄養学会年次学術集会」 (2016/1/9)

「経口摂取を継続しながら中心静脈栄養法を導入した短腸症候群の一症例」

宮本好子 鈴木邦彦 島貫あき子 淵上里織 武田朝子 岡田光正 山下浩子 五十嵐裕章

【目的】短腸症候群では、残存小腸・病期に合わせた栄養経路の選択が必要であり、術後早期は中心静脈栄養法 (TPN) が推奨されている。今回、短腸症候群患者に対して NST 介入を行い、経口摂取を続けながら TPN を導入した症例を報告する。【症例】42 歳女性。身長 162cm、体重 42kg、BMI 16.0 劇症型虚血性腸炎の診断で小腸部分切除+大腸全摘+小腸ストマ造設術を施行された。【経過】残存小腸は 1m40cm あり、術後 9 日目より経口摂取を開始したが腸管壊死が進行。ストマ近傍腸管穿孔による腹膜炎発症し、第 21 病日に小腸切除術・小腸ストマ造設術を施行、残存小腸は 80cm となった。第 49 病日、栄養経路や栄養内容の検討目的で NST 介入。必要エネルギー量は Harris-Benedict の式より TEE 1531kcal/日 (BEE 1160kcal × 活動係数 1.1 × ストレス係数 1.3) と設定。提供栄養量は経口よりペースト食 1200kcal/日 (5 割摂取) + エンターール 900kcal/日、末梢静脈より 506kcal で計 2606kcal/日であった。必要栄養量は充足しているにも関わらず Alb 2.37g/dl と改善が認められないことから、腸管大量切除後の吸収障害があり経口摂取による栄養改善の見込みは厳しいと判断。第 52 病日には TPN へ移行。NST 介入 2 回目 (第 63 病日) では微量元素・脂肪乳剤を含めて 1260kcal/日投与、経口摂取は飲料など水分で 363kcal/日、合計 1523kcal/日と栄養量は充足していると考えられた。しかし回診時に「食事を食べたい」と経口摂取の訴えが強かったため、NST 介入終了後も管理栄養士による食事調整を継続し、常食まで食上げ後、自宅退院となった。便が固形化せずストマからの腸液の漏れに難渋したが、退院前には軟便化した。【考察】短腸症候群の栄養管理として、残存小腸・病期に合わせた栄養経路の選択や必要栄養量を見直す上で NST の介入は有用であった。また、患者の経口摂取への希望に寄り添うことで QOL の向上に繋がった。

asia PCR2016 (2016/1/21)(シンガポール)

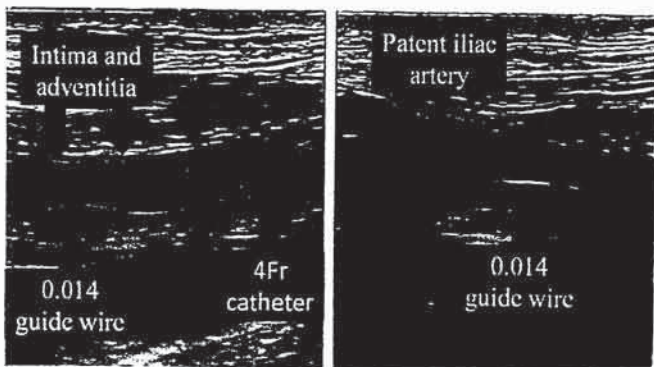
水谷 香織

experience of surface ultrasound guided endovascular treatment for iliac artery occluded disease

BACKGROUND

- Although endovascular treatment with angio-guided sub-intimal tracking technique for iliac occluded disease is widespread procedure, it has potential risks of vascular perforation and bleeding.
- We report several cases of surface ultrasound guided intra-plaque tracking technique for iliac occluded disease.

Surface ultrasound guided intra-plaque tracking



Case 1

69 years old Male

Clinical data: intermittent claudication (Rutherford class 3)

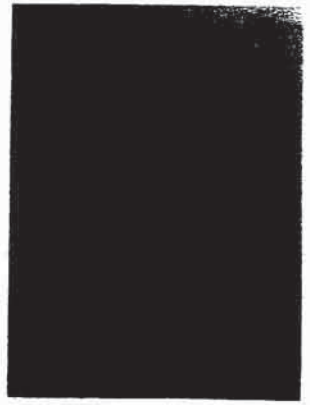
Risk factors: diabetes mellitus, coronary artery disease, chronic kidney disease

BMI: 20.8

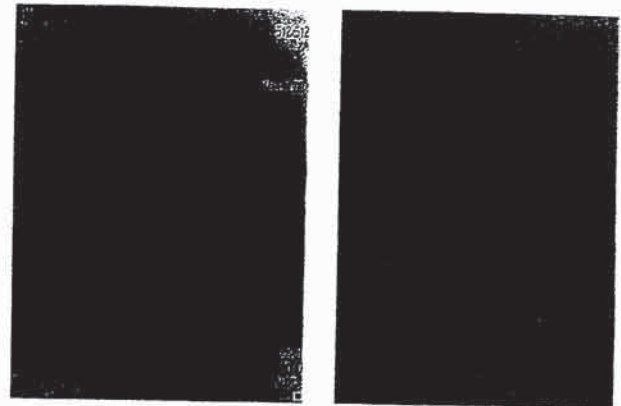
ABI: 0.89 / 0.45

Angiography:

left side internal-external iliac artery occlusion



Post stenting angiographical result



Case 2

67 years old Female

Clinical data: intermittent claudication (Rutherford class 3)

Risk factors: diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia, current smoking

BMI: 26.8

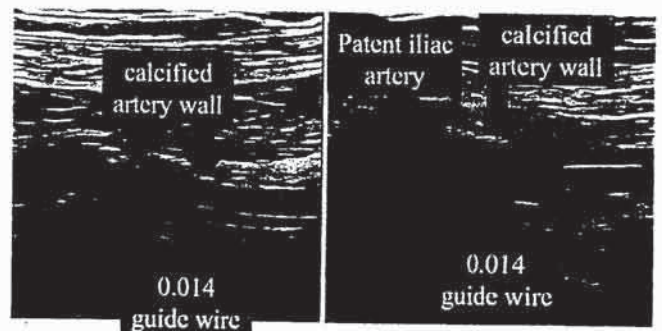
ABI: 0.90 / 0.58

Computed tomography:

left side common-external iliac artery occlusion with moderate calcification



Surface ultrasound guided intra-plaque tracking



Post stenting angiographical result



CONCLUSION

- Surface ultrasound guided endovascular treatment has successfully performed in two iliac occluded diseases.
- Although surface ultrasound guided endovascular treatment needs several new technique, it can provide safe procedures for patients with iliac occluded diseases.

「asia PCR2016」 (2016/1/22)(シンガポール)

Preoperative Evaluation for Endovascular Treatment using Computed Tomography Images of the Lower Extremity Calcification

渡邊 真弓

【OBJECTIVE】 The purpose of this study was to examine the effectiveness of Computed Tomography (CT) reconstruction images and measured CT number in the use of Endovascular Treatment (EVT) preoperative evaluations.

【METHOD】 Research and studies include 59 lesions in 40 patients. Prior to EVT, take CT images. Process curved MPR (Multiplanar Reconstruction) using the CT images and measure CT number for narrowed areas (ROI diameter: 2mm, 3mm, 4mm). Generate a color map, with colors depicting calcification hardness in vessel.

Evaluate the following using these results of data/images. The transit of guide wire; given the guide wire cannot transit in a 2mm vessel area when CT number is above 1000HU, at which point passage becomes difficult. The extensibility of vessel; given the balloon/stent cannot sufficiently extended in a 3mm vessel area when CT number is above 750HU, with calcification either surrounding the inner walls or obstruction.

【RESULTS】 From the 59 lesions, the following studies were specifically highlighted by the both preoperative evaluation and result of EVT:

- 1.It was determined there were two lesions in which the guide wire would not transit during treatment. (P<0.01)
- 2.There were eight of the original 59 lesions highlighted in which the vessels would not expand due to high levels of calcification within their vessels. There were three of eight lesions did not expand. Additionally, there were three of eight lesions in which it was decided to utilize atherectomy devices. Two of the eight lesions were able to be treated via stent, however only expanded 50%. (P<0.01)

【CONCLUSION】 From this study, the evaluation of guide wire transit and extensibility of vessels is possible through performed calcification measurements.

「第 30 回がん看護学会学術集会」 (2016/2/21)

「延命治療を拒否した骨髄異型性症候群終末期患者と家族の思い～
緩和ケアチームが介入した 1 事例からの考察～」

荒井奈保子、根津由起子

[目的]輸血療法を含む延命治療を拒否した骨髄異型性症候群(以下 MDS とする)終末期患者、家族とのかかわりから表出された思いを明らかにし、支援の一助とする。

[方法]事例研究。緩和ケアチーム介入後のカルテ記載より患者と家族の思いを抽出し、考察する。事例提示には個人が特定されないよう配慮した

[事例]A 氏 70 歳代女性、MDS 診断時から急性骨髄性白血病転化が認められた。X 月、診断後より独居をやめ娘宅へ転居しアザシチジン治療、輸血療法を開始した。X+4 か月、易感染から重症扁桃周囲腫瘍で緊急入院、治療で改善したが、肝腫瘍等を併発、X+7 か月、軽快と再燃を繰り返し退院困難な状況が続く中、A 氏から「どうせ治らないのだから治療しなくてよい」と訴えあり、Y 日緩和ケアチームが介入開始した。

[結果]A 氏は、造血機能障害で次々に生じる〔予測不能な症状への不安〕、他人の血液に頼って生きること、治癒困難下で治療継続すること、長期入院による〔申し訳なさ〕、〔治療への無意味感〕を語られた。Y+8 日、A 氏、娘、医療者で話し合い、輸血未実施で予後 2 週間程度だが苦痛緩和治療以外は実施しないと、撤回可能下で決定した。翌日、A 氏は貧血でトイレへ歩けなくなるのは因ると訴え再度話し合い、ADL 維持のために赤血球輸血は実施することとした。Y+19 日、意識レベル低下するまでリハビリ継続、看護締 2 人介助によりトイレ移動し、Y+23 日に永眠された。娘は、A 氏の自然に逝きたいという〔希望を叶えたい〕思いと〔生きてほしい〕思いの間で葛藤しながら、A 氏の意向に寄り添った。

[考察] MDS は輸血療法終了により予後が急速に短くなるため、延命治療関する意思決定は容易ではない。今回、A 氏は輸血を延命治療としては拒否し、ADL 維持目的には希望されたことから、治療の持つ意味を多角的に検討し、意思決定する必要性がうかがえた。今後もデータを積み重ね、適切な看護介入を見出すことが課題である。

「第 29 回近畿小児科学会」 (2016/3/6)

「MRI 検査時の鎮静に関する共同提言」を通して考える医療安全

勝盛 宏

小児科学会医療安全委員会の活動は本来多岐に渡るが、ここ数年は一貫して「MRI 検査時の鎮静」に関するテーマが中心に据えられてきた。まず 2010 年に全国規模の「MRI 検査の鎮静管理に関する実態調査」を行い、そのデータを元に委員会内で議論が重ねられ、小児麻酔学会・小児放射線学会の意見、パブリックコメント、小児神経学会の外部評価などを参考にして 2013 年 5 月、実態調査の委員会報告および「MRI 検査時の鎮静に関する共同提言」を公表した。提言は、どんな薬剤を用いようとも”最悪の事態に備えたシステムを構築するための医療安全指針”に相当する。所謂 EBM に準拠した診療ガイドラインではなく、具体的手順や鎮静薬の用量・用法を載せた鎮静マニュアルでもない。そのため医療現場では、提言内容に則った施設ごとの実用的な安全対策・手順書・薬剤使用マニュアルの作成が必要となる。一方、提言に対して“総論は賛成だが各論実現は困難”、“提言内容の項目はとても実現不可能で、守れば MRI 検査自体が行えなくなる”という否定的な意見もあった。現場の声を真摯に受け止めつつも、安全確保のための人的資源・体制構築はやはり必要なことであり、安全に対する組織全体の意識改革も欠かせないと考えている。提言には鎮静薬剤の種類・用量について全く触れていないが、前文に“原則に則ったうえで臨機応変に対応する医師の裁量は認められるべき”と記し、後書きにも“患者の病態と検査の必要性、自らの力量、施設の体制に応じて用法、用量を判断するのが医師の務めであり裁量でもあろう”と記している。提言に準拠することで初めて医師の裁量が維持できると考えている。提言の根幹は、“鎮静された子どもの安全を守る”ことなのだが、同時に“現場で鎮静に携わる医療者を医療事故から守る”ことでもある。鎮静に携わる現場の小児科医がさらに負担を強いられないよう、提言を元に各病院の医療安全管理室に働きかけ、安全対策を構築することを目指したい。本委員会では、複数施設の医師・看護師・技師が合同参加する Sedation Essence in Under MRI Environment (SECURE) 実践コース研修を企画開催し、参加者の医療安全への“気づき”を促してきた。今後も、この提言が“理想論”と揶揄されて歳月とともに形骸化することのないよう、現場で実際に鎮静に携わる先生方の声に耳を傾け、小児科領域の医療安全を共に考えてゆきたい。

「第 72 回日本放射線技術学会総会学術大会」 (2016/4/17)

「CT を使用した下肢 Endovascular Treatment 術前石灰化評価」

渡邊 真弓

【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。

<新規性>

末梢血管治療の術前評価として、これまでは術者が視覚的に血管腔の狭窄や閉塞を評価していたが、CT 値を用いて客観的に石灰化の硬度を測定することで、治療方針の決定に有益なガイドワイヤー通過の可否、血管拡張度の事前予測といった情報を提供する事が可能となった。

従来の方法では、血管内に適当なガイドワイヤーやデバイスを通して見たものの、狭窄部位においてガイドワイヤーが通過できなかつたり、血管の拡張を十分に行えなかつたりし、治療方針の変更を要する場合があった。このような場合、医療材料が無駄に消費される、患者に無用な負担・不安を与える等の問題があったが、この石灰化評価法を利用すればこのような問題を解決できる。

「第 64 回日本輸血・細胞治療学会総会」 (2016/4/28)

「看護部の院内継続教育に輸血看護の研修を取り入れて」

三井 優

【はじめに】学会認定・臨床輸血看護師は安全な輸血に寄与することのできる人材となることが求められ、それらの目的を達成させるための活動は多岐に亘る。当院での活動は、2012 年の資格取得後から、輸血療法委員会に所属し輸血マニュアルの見直しや所属部署での勉強会を主に行っている。当院には看護部主催の年間研修の一環として各部署が企画し行う研修がある。今年度、所属部署では学会認定・臨床輸血看護師が中心となって、輸血看護の研修会を開催したので、その取り組みを報告する。

【方法】看護師経験年数 1 年から 18 年の研修参加者 31 名に対して、学会認定・臨床輸血看護師から血液製剤の使用指針などの説明や、当院で実際に起きた輸血関連のインシデントを再現した動画を使用した講義を行った。

【結果】研修評価は当院看護部研修で使用している 8 項目 4 段階評価表を使用し、自由記述欄には研修参加の感想を尋ねた。「今まで輸血に重点を置いた研修がなかったのでよかった」「輸血は移植と言われて普段何気なくやっているけど怖いと思った」という意見が聞かれた。

【考察】当院では輸血実施の一連の流れの多くを看護師が担っており、多忙な業務の中で輸血実施が流れ作業になっている事も否めない。参加者の多くは輸血経験があり、新人だけでなく中堅看護師も多く参加しており、看護部の院内教育の一環として研修に取り入れた事は輸血看護の重要性の示すには有効であったと考える。また施設の輸血実施の現状を踏まえた研修内容の実施や継続教育の必要性があり、今後も研修場所や参加者の時間確保を行っていくには、看護部の継続的院内教育のプログラムに輸血看護の研修を取り入れる事は最善であると思われる。

「第 119 回日本小児科学会学術集会」 (2016/5/15)

「急性巣状細菌性腎炎の鑑別におけるプロカルシトニン値の意義」

Significance of procalcitonin in diagnosis of Acute focal bacterial nephritis

福田 清香

【目的】上部尿路感染症(UTI)の診療に際し、急性巣状細菌性腎炎(AFBN)の鑑別は、治療方針決定に重要である。血清プロカルシトニン(PCT)値による AFBN の予測の可能性について検討した。【方法】2013 年 8 月から 2015 年 8 月に UTI で入院加療を行い、PCT 値を測定した症例を、急性腎盂腎炎(APN)群と AFBN 群とに分け、臨床経過、検査値を後方視的に検討した。

【結果】対象期間に 30 例(APN 群 23、AFBN 群 7 例)が入院。両群間で性別、発熱から採血まで、及び治療開始から解熱までの期間には有意差はなく、月齢は AFBN 群で有意に高かった(Med.11(IQR21) vs. 76(71) か月, $p < .05$)。入院時検査は、WBC(Med.15050(9025) vs. 19600(11100)/ μ L, $p < .05$)、好中球分画(54.7(20.3) vs. 80.8(20.7)%, $p < .01$)、CRP(5.6(4.5) vs. 8.0(9.4)mg/dL, $p < .05$)、PCT(0.9(2.0) vs. 10.8(31.2)ng/mL, $p < .05$)、が AFBN 群で有意に高かった。膿尿・尿培養陰性例は、各々 APN 群:1(4%)・1(4%)、AFBN 群:3(43%)・4(57%)例であった。逆行性排尿時膀胱尿管造影検査(VCUG)は APN 群:5(24%)/21 例、AFBN 群:3(60%)/5 例で逆流(VUR)を認めた。超音波検査で AFBN を疑う有意所見を認めたのは 3 例のみであった。

【結語】AFBN の鑑別には PCT 値は有用な可能性があり、著明な上昇を伴う症例では、造影 CT 検査で評価し適切な治療期間を決定することが望ましい。また AFBN 症例は高頻度に VUR を伴っており VCUG による評価が必要と考える。

「第 59 回日本糖尿病学会年次学術集会」 (2016/5/20)

「SGLT2 阻害剤投与と脳血管障害発症の関与が疑われた 2 症例」

岡田 光正、清水 秀昭、吉田 勢津子

【症例 1】83 歳女性。入院 27 日前、イプラグリフロジン投与開始。入院 15 日前、他院で頭部 MRI 施行、脳梗塞と診断。クロピドグレル処方。入院当日の朝より右片麻痺・体動困難と構音障害あり。頭部 MRI では拡散強調画像にて左橋に高信号領域を認め、新規脳梗塞と診断。入院第 22 病日に回復期リハビリ病院へ転院。

【症例 2】72 歳男性。入院 20 日前、ダパグリフロジン投与開始。入院 8 日前頃より呂律障害。入院当日の朝より左片麻痺もあり、一過性脳虚血発作の疑い。入院 6 年前の頭部 MRI にて、陳旧性脳血管障害巣があった。

【考察】糖尿病非専門医が高齢の患者に対して SGLT2 阻害剤の投与を開始し、脳血管障害を発症した点が共通している。わずかな体液量減少によっても血行力学的機序によって脳虚血を引き起こした可能性が示唆される。非専門医に対して SGLT2 阻害剤の適正使用について周知徹底することが重要と考える。

「日本認知症ケア学会発表」 (2016/6/4)

「A病院におけるコンサルテーションリエゾンチーム活動の現状と課題」

土屋瑛美 , 八木裕実子

【目的】これまで認知機能低下, せん妄, 不安・抑うつへの対応は病棟毎それぞれの職種が行ってきたが, 必要な患者にチームで早期に発見・対応することにより症状の緩和や予防を推進するため, 認知症看護認定看護師・臨床心理士からなるコンサルテーションリエゾンチーム (以下リエゾンチーム) を立ち上げた。これまでの活動を振り返り, 今後の活動の在り方を検討, 報告する。

【方法】4 か月間の活動期間内のカルテから, リエゾンチームへの依頼, 相談がなされた事例を抽出し, 対象症状・対応内容・依頼元などの情報を収集, 現状の分析を行った。また, スタッフに向け認知度や, 効果についてアンケートを実施し分析を行った。

【倫理的配慮】発表にあたり, 施設長の承認を得た。また, 個人情報・秘密保持について配慮を行った。

【結果】対象症状は認知機能低下が 31 件, 不安・うつなど 6 件, せん妄 6 件と続いた。依頼元は看護師が 48 件, リハビリスタッフ 2 件, MSW1 件であった。アンケート結果については, 認知度は全体の 66% であり, 依頼した事があるスタッフは 3 割にとどまった。しかし, 依頼すればほとんどが役に立ったと感じていた。

【考察】入院時すぐに依頼できるようシステム化したことで, 入院初期の段階で直接介入, あるいは病棟スタッフへのコンサルテーションを実施することができた。早期に患者への対応が統一され, 患者の状態悪化を予防することができたため, その後はカルテフォローするに留まるケースが多いことから, リエゾンチームの介入は有意義なものであったと考える。看護師以外のスタッフが依頼しやすいシステム作りやスタッフへの教育, カンファレンスの実施やリンクNSの設置など, より良いシステム化がなされていくことが今後の課題と考えられる。

「第 53 回日本リハビリテーション医学学術集会」 (2016/6/9)

「ICF rehabilitation set の検者間信頼性に関する検討」

宮村紘平、角田亘、安保雅博

【目的】近年に考案された ICF core set のひとつ、ICF rehabilitation set (以下、ICF-RS) は、リハビリテーション (以下、リハ) の対象となる様々な疾患患者に広く適用できるものと期待される。本研究では、ICF-RS の検者間信頼性を明らかにすることを試みた。

【対象と方法】観察期間 3 か月間 (2015 年 10~12 月) のうちに、河北リハ病院回復期リハ病棟を退院することとなった全患者 35 人 (男性 14 人、女性 21 人。評価時平均年齢 78.4 ± 15.9 歳。平均入院期間 73.65 ± 36.9 日。うち脳卒中患者 6 人) を対象とした。リハ科医師 1 名、作業療法士 1 名のそれぞれが別に、退院直前 1 週間の時点で各対象について ICF-RS を評価、その結果に基づいて Spearman の順位相関係数を用いて検者間信頼性の検討を行った。

【結果】ICF-RS のうち、b 項目 “心身機能” においては、全 9 項目中、8 項目で両検者間での高い相関を認めしたが、“性機能” のみ相関が認められなかった。d 項目 “活動と参加” では、全 21 項目中 17 項目で強い相関が確認されたが、“調理以外の家事”、“基本的な対人関係” など 4 項目では相関が強くなかった。

【結論】ICF-RS の検者間信頼性については、本報告が最初のものとなる。ICF-RS については、多くの項目で高い検者間信頼性が確認されたが、いくつかの項目においては評価のばらつきが生じやすい可能性が示唆された。今後、これらの項目については、評価時において慎重になるべきであろう。

「第 61 回日本透析医学会学術集会・総会」 (2016/6/10)

「過去 3 年間の当院において EVT を施行した透析患者の検討」

福田 純子

【目的】末梢動脈疾患 (PAD) は透析患者において罹患率が高く、QOL や死亡リスクと関連するため、当院の現況を調べた。

【方法】過去 3 年間に末梢血管インターベンション(EVT)目的で当院に入院した透析患者を、診療録をもとに調査した。

【結果】2013 年 1 月～2015 年 12 月に 48 名が入院。平均年齢 74.3 ± 7.6 歳、初回 EVT 時の透析歴は 93.4 ± 86.7 月、男女比は 31 : 17、糖尿病例が 32 名 (66.7%)、冠動脈疾患合併は約半数にみられ、13 名 (27%) が下肢切断を要した。3 年間で 10 名 (20.8%) が死亡、初回 EVT からの平均期間は約 12 か月で、死因は多岐にわたった。死亡群と生存群間で、性別、原疾患、冠動脈疾患や下肢切断の有無などで有意差は認めなかった。

【考察】当院にてもリスク因子 (男性、糖尿病、冠動脈疾患等) は従来の傾向を示したが、生存については両群間で各リスクの有意差は得られなかった。維持期の管理についてさらなる検討が必要と考える。

【まとめ】当院の現況から PAD 管理について、若干の文献的考察を加え検討した。

「第 66 回日本病院学会」 (2016/6/23)

「透析センターで生じた CPA の 2 例において考えられる救急外来との連携」

須藤 由紀子

【はじめに】当院は東京都杉並区に位置している 409 床の二次救急指定病院であり、立地条件上救急医療センターのある本院、分院、外来クリニック、透析センター、リハビリテーション病院、介護老人保健施設、健診センターがそれぞれ別の場所に設置されている。その中でも本院、分院、外来クリニックは近距離に存在するが透析センターは約 20m 離れた場所に存在している。今回透析センターにおいて、CPA に陥り救急医療センターへ搬送された 2 例を経験したため、院外関連施設である透析センターと本院救急外来の連携について検討する。

【研究目的】院外関連施設の透析センターで生じた CPA の 2 例を分析し、本院救急外来との連携を明らかにする。

【方法】1) 研究対象：透析センターで生じた CPA の 2 例に関わったスタッフ
2) データの収集と分析方法：救急外来看護記録・電子カルテより情報を抽出、インタビューにより対応スタッフの経験年数などの調査を行った。情報については症例の詳細を明らかとし、調査項目は、対応したスタッフの人数、経験年数、BLS 受講の有無、過去の急変対応の有無とした。
3) 倫理的配慮：看護部に了承を得て、知り得た情報は研究目的以外では使用せず、情報は個人が特定できないよう配慮した。

【結果と考察】心血管系のリスクの高い患者を有する透析センターにおいては常に急変のリスクがあるため、スタッフの蘇生行為の習熟は必須である。今回、問題点として 1) 透析センターと本院救急外来が離れている、2) 透析センターでは勤務体制上急変時に関わる人数に変動がある、3) 透析センターのスタッフは BLS 未受講者が多く、多くのスタッフが急変に関わったことがないことが明らかとなった。症例発症以後、透析センターの医師により年に 2~3 回、BLS の講義は行われているが、一連の急変時対応の勉強会などは実施されていない。今後は、ICLS など急変時対応教育を行っていく必要がある。また、救急外来への応援要請の有無や、病院救急車の使用状況などの連携方法が明らかとなるようなシステムを構築し、それらをフローチャート化することにより、誰でも急変時の対応方法がわかるよう、院外施設である透析センターと本院救急外来との連携の強化を計っていく必要があると考えられた。

「第 66 回日本病院学会」 (2016/6/23)

「退院支援の新たな取り組み ～退院支援チーム結成とラウンド～」

吉田知恵 片山真樹子 磯野 三和 林未来 佐野 智子 中村忠雄 上村圭子 杉村洋一

【目的】入院患者を直接担当している医師、看護師、リハビリ療法士、社会福祉士などのスタッフ（以下、担当スタッフ）は日々の業務に追われ、退院支援に関しては不十分なことがある。そこで病院として、医師、看護師、社会福祉士、理学療法士および医事課職員で構成する退院支援チーム（Discharge Support Team、以下 DST）を結成し、より専門的立場から退院支援のアドバイスを行い、「入院治療に必要な最短期間で、かつ、安心・安全な退院」の達成を目的として活動を行った。これまでの活動の振り返りを行った。

【方法】DST の活動は次の通り。メンバーが週 1 回病院全入院患者から入院日数の長い者のカルテを各職種の専門的立場からチェックする。週 1 回メンバーが集まり、アドバイスの必要性の有無を 30 分程度で検討する。アドバイスが必要な患者の入院病棟に訪問し、担当スタッフに直接アドバイスする（ラウンド）。カルテにアドバイス内容を記載する。これらの活動を 2015 年 2 月から 2016 年 1 月まで検討した。

【結果】入院日数の長い 1～10 位の患者から対象者を選定したが、これらの患者は、方針は決定しているものの、弁護士介入、後見人の首長申し立てなどやむを得ない理由によるものが多く、DST ラウンドでアドバイスが可能な患者はほとんどいなかった。そこで、2015 年 4 月より入院日数の長い 11～20 位の患者から選定することに変更した。その後 2016 年 1 月まで延べ 409 例のカルテチェックを行い、ラウンドを行ったのは 28 例。退院先検討開始の促し、退院カンファレンス開催の促し、退院先のアドバイスなどを行い、担当スタッフの退院に向けての行動につながった例も多くみられた。

【考察】DST のアドバイスにより、担当スタッフが退院支援に対する問題意識を持つことができ、退院支援の具体的な行動につながった。DST に医師が参加しているため、医師へのアドバイスも円滑に行えた。

【結語】退院支援チームの活動は有用と考えられた。

【目的】入院患者を直接担当している医師、看護師、リハビリ療法士、社会福祉士などのスタッフ（以下、担当スタッフ）は日々の業務に追われ、退院支援に関しては不十分なことがある。そこで病院として、医師、看護師、社会福祉士、理学療法士および医事課職員で構成する退院支援チーム（Discharge Support Team、以下 DST）を結成し、より専門的立場から退院支援のアドバイスを行い、「入院治療に必要な最短期間で、かつ、安心・安全な退院」の達成を目的として活動を行った。これまでの活動の振り返りを行った。【方法】DST の活動は次の通り。メンバーが週 1 回病院全入院患者から入院日数の長い者のカルテを各職種の専門的立場から確認する。週 1 回メンバーが集まり、アドバイスの必要性の有無を 30 分程度で検討する。アドバイスが必要な患者の入院病棟に訪問し、担当スタッフに直接助言する（ラウンド）。カルテに助言内容を記載する。これらの活動を 2015 年 2 月から 2016 年 1 月まで検討した。【結果】入院日数の長い 1～10 位の患者から対象者を選定したが、これらの患者は、方針は決定しているものの、弁護士介入、後見人の首長申し立てなどやむを得ない理由によるものが多く、DST ラウンドで助言が可能な患者はほとんどいなかった。そこで、2015 年 4 月より入院日数の長い 11～20 位の患者から選定することに変更した。その後 2016 年 1 月

まで延べ 409 例のカルテ確認を行い、ラウンドを行ったのは 28 例。退院先検討開始の促し、退院カンファレンス開催の促し、退院先の助言などを行い、担当スタッフの退院に向けての行動につながった例も多くみられた。

【考察】DST の助言により、担当スタッフが退院支援に対する問題意識を持つことができ、退院支援の具体的な行動につながった。DST に医師が参加しているため、医師への助言も円滑に行えた。

【結語】退院支援チームの活動は有用と考えられた。

「第71回日本消化器外科学会総会」

(2016/7/14)

P1-82-9 手術室オカレンスレポート提出システム導入と安全管理への効果

梅谷 直亨、森 正樹、坂東 道哉、田村 徳康、三ツ井 崇司、桜井 博仁、北川 祐資、松本 華英、江原 悠、清水 利夫

河北総合病院 消化器・一般外科

当院は 407 床の急性期総合病院で、全体の年間手術数は 3704 件、一般・消化器外科手術件数は 769 件である(2014 年)、当院の特徴は、腹腔鏡下手術など先進的治療を積極的に取り入れる一方で、救急車の受け入れ件数は年間約 8000 台と多く、緊急手術も多い(外科緊急手術 200 件)ことである。手術における安全管理の取組みとして、患者確認の徹底や手術部位マーキングの徹底などの取組みを行っている。インシデント・アクシデント報告システムも稼動しており、手術中に発生したインシデント・アクシデントは、医師その他のスタッフが報告する決まりとなっている。しかし、医師から提出される報告は極めて少数であり、有効に機能しているとは言いがたい状況である。また、インシデントに至らないオカレンスについては、提出システムが整備されておらず、その共有と蓄積による事故防止対策が行われていなかった。そこで、手術部内で生じた事例を迅速に拾い出し、PDCA サイクルを回すための手術部独自のシステムを組み込み管理する必要があると考え、手術全例においてその終了後にオカレンスレポートを提出する義務を医師事務補助に課すことを 2015 年 10 月より開始した。回収率を高めることが重要と考え、手術終了時までの情報のみで記入を簡単に完了できる内容とし、手術室退室までの提出を義務付けた。具体的には、まずオカレンスの「あり」「なし」をまずチェックし、「あり」の場合には事前にリストアップされた代表的な 32 項目から選択し、必要があれば自由記載できる A4 用紙一枚のチェックシートであり、術者、麻酔科医、看護師 3 者の署名を必要とするもので、僅かな時間で記入できる。その結果、各科医師の協力が得られ、開始後 2 ヶ月間における回収率は 99%と良好であった。そのうち、オカレンス「あり」は 6.0% (40/669)であり、有効に拾い上げができていたと考えられた。報告されたオカレンスは安全管理室で検討し、必要なものはインシデント・アクシデント報告システムに引き継ぐ、また、情報を共有し安全への意識を高めるべく、月ごとに集計して翌月初旬に各科に配布している。円滑な運用のために工夫した点は、紙ペーとして記入しやすくする一方で、その印刷と記載内容のデータベース登録は電子カルテと連動して省力化し、集計から配布までを自動的に行えるようにした点である。今後、実際の手術安全への寄与に付き検討する予定であるのでこれを報告する。

「第 34 回日本骨代謝学会」 (2016/7/21)

「ビスホスホネート製剤の難治性骨代謝性疾患への臨床応用
—慢性びまん性硬化性下顎骨骨髓炎に対するイバンドロネート有効の有効性の検討—」

田中瑞栄、斎藤健一

慢性びまん性硬化性下顎骨骨髓炎 (DSO) は下顎の腫脹疼痛と開口障害を主症状とする原因不明、難治性の非特異的慢性炎症である。本疾患はまれなことから、系統だった研究は少なく、ほとんどが症例報告である。好発年齢は 30 代後半とされているが、若年者に発症することもある。DSO に対するこれまでの治療は、抗菌薬投与、皮質骨除去や下顎骨切除などの外科的治療法が行われていたが、再発を繰り返す症例も多く、長期にわたる顎骨の腫脹疼痛は ADL や QOL に大きな影響を与える。2001 年に DSO に対して第一世代のビスホスホネートであるクロドロネート、第二世代のビスホスホネートであるパミドロネートを投与して効果を上げたことが報告されてから、DSO に対して新たな治療法として注目されるようになった。DSO の組織所見は不規則な骨梁が増生し、特異的な炎症細胞が認められず、活性化した骨芽細胞、破骨細胞が認められる。これらの破骨細胞が骨吸収の際に過剰に酸を産生し、この酸による侵害刺激が酸受容体を介して骨に分布する知覚神経を直接興奮させ、疼痛が生じると推測されている。ビスホスホネートは破骨細胞を阻害し、酸の発生を抑えることで疼痛を消失させると考えられる。今回、臨床研究として DSO3 症例に対しイバンドロネート静注製剤を使用した結果、優れた炎症抑制効果が得られた。今後さらに経過観察を行い、イバンドロネートの使用期間や他の骨吸収抑制剤の使用などを検討する必要がある。

「第9回骨代謝研究会」 (2016/7/23)

「原発性骨粗鬆症に対するエルデカルシトールを併用した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治療効果の検討」

田中 瑞栄、中村幸男、 島本周治、 加藤 義治

【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ことが知られている。一方、ミノドロネート (MIN) は、骨強度改善に有効な BP 製剤と考えられている。今回我々は、新規の活性型ビタミンD製剤であるエルデカルシトール (ELD) をそれぞれに併用した群と、ELD単独群にわけて、12か月間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】2014年1月から2015年12月の期間に当院で治療を行った55歳以上の新規の原発性骨粗鬆症症例を対象とした。IBN群40例(男性8例、女性32例、平均年齢82.4歳)に対し、IBN1mgを毎月1回、12か月間静注した。MIN群32症例(男性3例、女性29例、平均年齢76.0歳)に対し、MIN50mgを毎月1回経口投与した。全症例にELD 0.75 μ g/日を併用した。ELD単独群26症例(男性4例、女性22例、平均年齢76.7歳)をコントロールとした。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、血中補正Ca、P、eGFRを測定した。使用前を基準値として検討項目の経時的変化を対応のあるt検定を用いて比較した。更に3群間で多重比較検定を行った。

【結果】腰椎骨密度はELD群と比較してIBN群、MIN群ともに有意な上昇が認められた ($p < 0.05$)。TRACP5-bにおいては、IBN群、MIN群とも投与後6か月、12か月で有意に低下した ($p < 0.01$)。BAPにおいてはIBN群がMIN群、ELD群と比較して投与6か月から有意に低下した(それぞれ $p < 0.05$, $p < 0.01$)。観察期間を通し、全症例において急性期反応は認められなかった。コントロール群で高Ca血症が1例認められた。

【考察】IBN+ELD併用療法、MIN+ELD併用療法はともにELD群単独投与に比較してTRACP-5bを有意に低下させ、これによる骨密度増加効果を発揮することが明らかとなった。IBN群ではMIN群と比較して、有意なBAPの低下が認められたことは、静注製剤であることから体内利用率が高く、骨吸収に伴い骨形成が抑制されたからと考えられる。

「日本病院薬剤師会関東ブロック第46回学術大会」 (2016/8/27)

「適正な疼痛緩和の推進に向けた疼痛緩和ポケットマニュアルの作成・評価」

田中 佑京

【目的】河北総合病院（以下、当院）では、「患者の苦痛・不安を取り除くこと」「全ての医療者が基本的な緩和ケアに対する理解を深めるための支援をすること」を目的とし、2007年に緩和ケアサポートチームが結成された。緩和ケアサポートチームでは、当院で適正な「痛みの評価」「鎮痛薬および鎮痛補助薬の使用」「鎮痛薬の副作用に対する予防・対処」が行われることを目的とし、2008年に職員向けの「疼痛緩和ポケットマニュアル」を発行し、定期的に改訂をしている。「疼痛緩和ポケットマニュアル」は職員に配布され、利活用されている。

本研究では「疼痛緩和ポケットマニュアル」の利活用状況や職員からの要望等を調査し、改善すべき点を検討する。

【方法】「疼痛緩和ポケットマニュアル」を配布された職員を対象とし、質問紙調査法により、「利活用できているか」「要望」等について調査した。調査期間は2016年4月～2016年6月までの3ヵ月間とした。

【結果・考察】「疼痛緩和ポケットマニュアル」は主に、医師・薬剤師・看護師に多く利活用されている。また、上記以外のスタッフにも利活用されていることが判った。

要望については、「疼痛以外のがん患者の症状マネジメントの項目追加」等が挙げられた。

「疼痛緩和ポケットマニュアル」への新たな情報の追加により、利活用できる場面が増える一方、情報過多となることによるポケットマニュアルとしての機能低下が懸念される。

「疼痛緩和ポケットマニュアル」に過不足ない情報追加をするため、引き続き、職員の要望に耳を傾け、追加すべき内容を吟味していく必要があると考えられた。

ISS PARIS 2016 (2016/9/5)

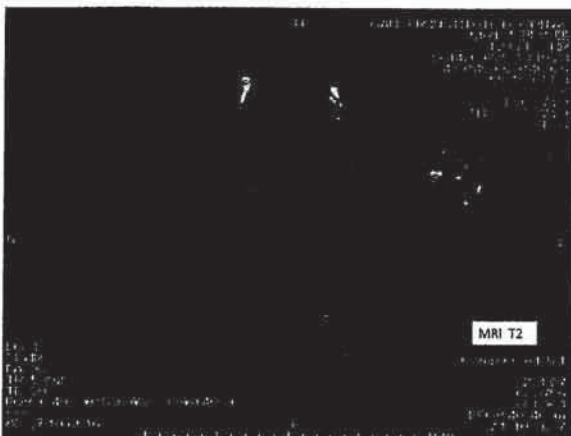
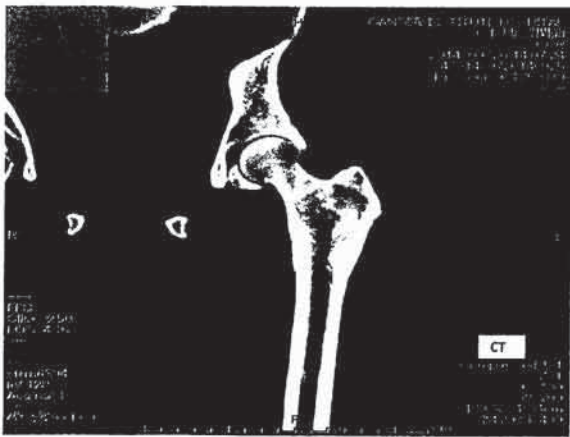
PRESENTERS

Rikuo Machinami 1,2), Yoshiya Sugiura 2), Yutaka Takazawa 2), Seiichi Matsumoto 3)

1. Department of Pathology, Kawakita General Hospital, Tokyo, Japan
2. Division of Pathology, The Cancer Institute, Japanese Foundation for Cancer Research, Tokyo, Japan
3. Department of Orthopedics, Cancer Institute Hospital, Tokyo, Japan

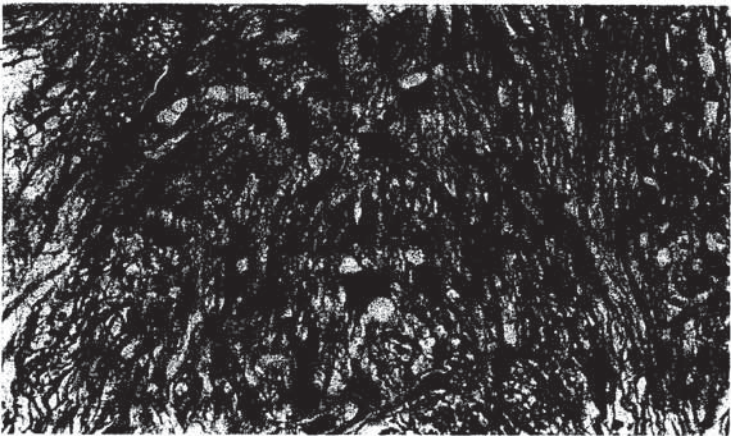
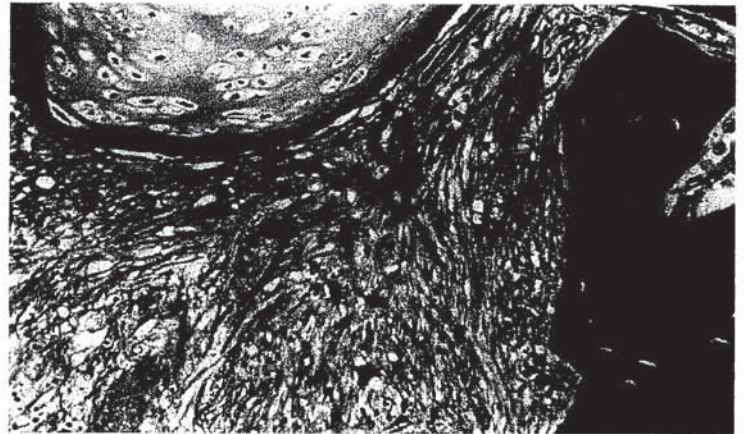
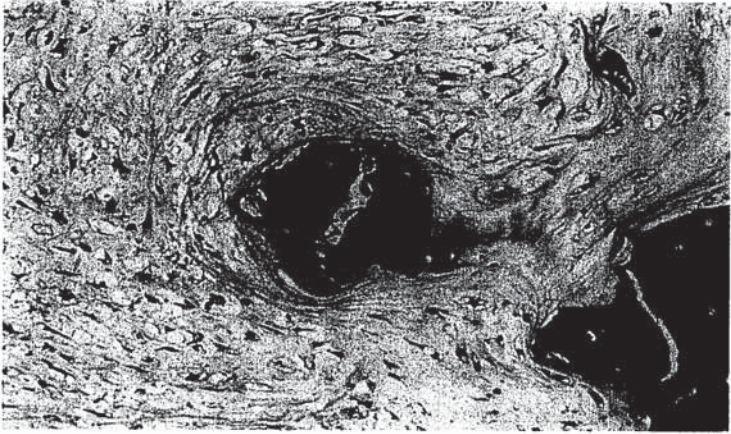
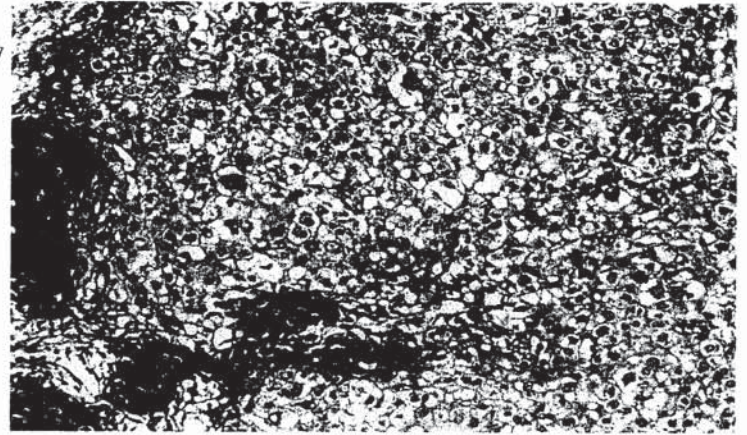
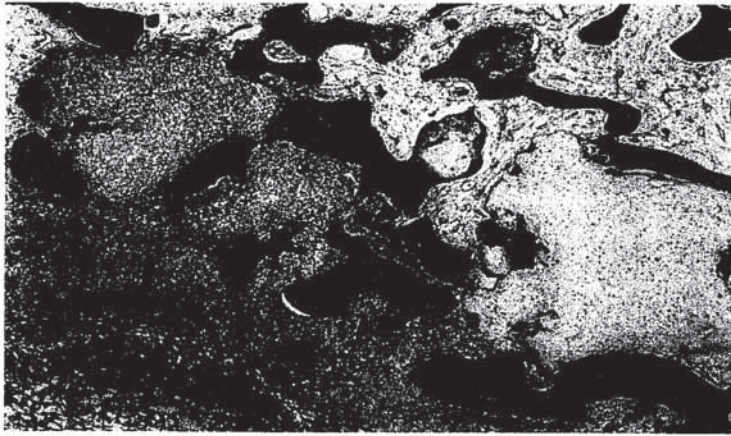
CLINICAL HISTORY

A 65-year-old male noticed pain at his left upper thigh 4 month before radiologic diagnosis of bone tumor of the left proximal femur at a local hospital. Biopsy diagnosis of chondrosarcoma was made at the Cancer Institute Hospital one month and two weeks later. Wide resection of the left proximal femur and replacement with artificial hip joint was performed two weeks after the biopsy. Postoperative chemotherapy was carried out two times. A relatively large radiolucent lesion of the left proximal femur, measuring 6.0 cm in its greatest diameter, was found in the plain radiographs. CT showed intraosseous lesion with moderately high signal intensity. The lesion showed low signal intensity with T1 weighted MRI, whereas high signal intensity was obtained with T2 weighed MRI. Histological appearance of the tissues obtained at biopsy was only low grade conventional chondrosarcoma, however, three tumor tissue components, namely conventional low grade chondrosarcoma, clear cell chondrosarcoma and undifferentiated pleomorphic sarcoma(UPS), were found in wide resection specimen. It is interesting to investigate the relationship among these three tissue components of the tumor.



RADIOLOGIC DIFFERENTIAL DIAGNOSIS DISCUSSION

Conventional chondrosarcoma, clear cell chondrosarcoma and chondroblastoma are considered radiologically. Plain radiograph shows a lytic lesion with thickening of the cortical bone and endosteal scalloping. These findings were confirmed with CT and MRI. Localization of the tumor and the above radiologic findings suggest conventional chondrosarcoma.



PATHOLOGIC DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Histologically the tumor was mostly cartilaginous together with undifferentiated pleomorphic sarcomatous tissue suggesting dedifferentiated chondrosarcoma. Small portion of the tumor, however, showed clear cells with osteoclast-like giant cells and small amount of bone and osteoid suggesting clear cell chondrosarcoma. Diagnosis of this case could be dedifferentiated conventional chondrosarcoma with clear cell chondrosarcoma-like component or dedifferentiated clear cell chondrosarcoma.

FINAL DIAGNOSIS

Our final diagnosis is dedifferentiated clear cell chondrosarcoma.

CASE DIAGNOSIS DISCUSSION

Although case Selection Committee's opinion was "Dedifferentiated chondrosarcoma, spectrum of features, without a convincing clear cell component on the material given to the committee," we could find small amount of clear cell chondrosarcoma component in this case in figure No. 10 and 11.

OPTIONAL UP TO FOUR REFERENCES

1. Dahlin, DC, Beabout JW: Dedifferentiation of low grade chondrosarcomas. *Cancer* 28:461-466, 1971.
2. Unni KK, Dahlin DC, Beabout JW, Sim FM: Chondrosarcoma; clear cell variant. *J Bone Joint Surg* 58-A: 676-683, 1976.
3. Sreekantaiah C, Leong SP, Davis JR, Sandberg AA: Cytogenetic and flow cytometric analysis of a clear cell chondrosarcoma. *Cancer Genet Cytogenet* 52: 193-199, 1991.
4. Meijer D, de Jong D, Pansuriya TC, van der Akker BE, Picci P, Szuhai K, Bovee JVG: Genetic characterization of mesenchymal, clear cell and dedifferentiated chondrosarcoma. *Genes, Chromosomes & Cancer* 51: 899-909, 2012.

「第 50 回日本作業療法学会」 (2016/9/9-11)

「脳血管障害経験後に復職した男性の定着プロセス」

A process for resuming and maintaining worker roles in men with cerebrovascular accidents

館岡 周平 , 會田 玉美

【はじめに】医療の臨床現場では復職に向けた問題に直面することが増えているが、脳血管障害者への復職支援方法は確立していない。本研究の目的は、脳血管障害を経験後に復職した男性の復職および就労の定着プロセスを探り、作業療法の支援を検討することである。尚、本研究は目白大学倫理審査委員会の承認を得て行った。

【対象】脳血管障害を発症する前より就労しており、医療機関を退院後に復職し、6ヶ月以上就労を継続している者とした。筆者が所属する病院の元患者と知人からの紹介により選定し、脳血管疾患に伴う何らかの障害を有し、失語症を有していないか、あるいは軽度でコミュニケーションが保たれており、移動が自立している者とした。

【方法】調査方法は、個別面接時にフェイスシートを作成し、半構造化面接でデータを収集した。質問はインタビューガイドを基に、1人1回のインタビューを実施した。質問内容は、対象者の概要として、発症日や復職日、勤務地、勤続年数、職務内容などを聴取した。次に、発症からどのような復職に関する体験をしたかを明らかにするため、発症からの出来事や復職に向けた取り組みとその経過、その際に困った事、入院中、退院後のリハビリテーションの位置づけ、復職に対する印象などを聴取した。1回の面接時間は60分程度、発言内容はICレコーダーに録音し、同時に筆記による記録も行った。研究期間は、平成27年5月～11月の6ヵ月間であった。得られたデータは、すべて逐語録に起こし、分析には、修正版グランデッド・セオリー・アプローチを用いた。分析の終了は理論的飽和化をもって判断し、作業療法の支援領域は何かという観点からも分析した。

【結果と考察】本研究の対象者数は、男性10名(平均年齢53.8±9.03歳)であった。診断名は脳梗塞6名、くも膜下出血2名、脳出血1名、頭部外傷1名であった。復職してからインタビューまでの平均日数は389.1±188.4日であった。平均面接時間は65分±13分であった。得られたデータから29の概念を抽出し、4つのカテゴリーとして[働く意志]、[自分探し]、[人生展望を再形成]、[今後の働き方]を生成した。復職者は発症後、医療機関に入院中より、[働く意志]を持ち続けており、その意志を維持・継続していた。そして、復職後に自己能力に気付くことにより[自分探し]をしながら自己認識を深めていた。自己認識を深めていくことから自分の存在価値や仕事の価値などの様々な思いを整理していく様子が見られた。その思いを統合することと、復職後の生活と向き合いながら[人生展望を再形成]することが、就労定着に向けたプロセスであった。現在の生活と向き合うことにより生き方や将来設計が再考され、復職後には職場の人間関係が吟味されていた。そして、仕事と自己能力のマッチングをしていきながら、現実の立場や境遇への適応行動を獲得していくことが[今後の働き方]を再構築することにつながり、就労定着に至っていた。脳血管障害を経験した男性復職者に対する作業療法士の支援は、入院中から復職の意志を維持、継続させることと、復職後も定期

的に関わり、仕事に対するモチベーションや自己認識、仕事と能力のマッチングについての評価や支援を行うことと考えられる。

【本研究の限界と今後の展望】 本研究の結果は、脳血管障害を経験後に復職し、6ヵ月以上就労を継続している男性に範囲を限定した就労の定着プロセスである。今後は、本研究で得られたプロセスを臨床で応用できるよう、就労定着に向けたチェックリストを作成していきたい。

「第 32 回日本診療放射線技師学術大会」 (2016/9/17)

「側臥位股関節軸位撮影法のポジショニングと入射角が描出能に与える影響の評価」

大地直之、大西 泉、大西洋平、石森和光、篠原健一、佐藤 正

【目的】股関節軸位撮影法は背臥位で撮影するのが一般的であり、当院でもルーチン撮影法としている。しかし撮影室の構造上管球を水平にして撮影距離を確保するのが困難な場合や、技師が 1 人配置の施設の場合、ルーチン撮影法に苦勞することがある。また過去に類似報告もあり有用であると認識されているが、撮影法が文献に掲載されていないのが現状である。そこで患部を IP 側にした側臥位股関節軸位撮影法のポジショニングと入射角度が描出能に与える影響について評価したので報告する。

【方法】股関節の骨ファントムを用いてルーチン法と側臥位法(尾頭方向の入射角度を変化)の股関節の描出能について比較。臨床画像のルーチン法と側臥位法の描出能について比較。

【結果】ルーチン法を基準とした場合、側臥位法ではポジショニングと入射角の考慮が必要で、あった。(考察)管球を水平に設定するのが困難な場合、効率の良い撮影法であると実感できた。

「第 32 回日本診療放射線技師学術大会」 (2016/9/18)

「胸部 X 線画像のボタン陰影描出の評価」

大地直之、諸問寛之、谷田貝竜大、岩崎徳夫、大西洋平、古賀英司、西田慈美、加藤淑邦、波遊具弓、篠原健一、今野重光

【目的】胸部 X 線撮影の際、障害陰影を除去して撮影する事は必須である。しかし当院の入院患者さんがレンタルで着用している指定パジャマのボタン(以下:ボタン)は X 線画像上で認識が出来ないことを経験した。今回、複数の模擬病変を含めて胸部 X 線画像の描出について評価したので報告する。

【方法】①アクリルファントムに模擬病変を装着して視覚評価。②ボランティアの胸部に模擬病変を装着して視覚評価。③②の画像について CAD で描出を評価。④臨床胸部画像で視覚評価。

【結果】①均一のアクリルファントム上は模擬病変が認識出来た。②③ボランティアの胸部 X 線画像、CAD 上ではボタンは認識が出来なかった。④臨床胸部画像上でもボタンは認識が出来なかった。

【考察】ホータブル撮影時に肌の露出があり病室内でプライバシーの保護が出来ない時、患者さんの状態が悪く負担となる場合等はボタンを装着したまま撮影する事は問題がない運用と思われた。

「第 65 回日本小児神経学会関東地方会」 (2016/9/24)

「マイコプラズマ感染を契機に発症した Opsoclonus-Myoclonus 症候群の 1 例」

戸張 公貴、千葉 瑞樹、山根 慎治、中空 真二郎、高橋 幸利、勝盛 宏

症例は生来健康な 7 歳男児。入院 15 日前から発熱・咳嗽が出現し、入院 5 日前に近医を再診しマイコプラズマ感染症と診断され、CLDM 点滴と TFLX 内服が開始された。しかし咳嗽は持続し、入院前日から頭痛とふらつきが出現した。入院当日に嘔吐が出現、歩行困難になったため、当院を受診、経口摂取困難のため精査治療目的に入院した。入院時は急性小脳失調症を疑い、MRI 検査・SPECT を施行したが明らかな異常なく、入院 3 日目にオプソクローヌスを確認、マイコプラズマ感染症により生じた Opsoclonus-Myoclonus 症候群と診断した。尿中 VMA・HVA が正常範囲で胸腹部 MRI にて腫瘍がないことを確認した上で、急性期治療として免疫グロブリン療法、ステロイドパルス療法を施行、速やかに症状は軽快した。血清・髄液の抗グルタミン酸受容体抗体 (GluR ϵ 2-NT2, GluR ϵ 2-CT, GluR α 1-NT, GluR δ 2-NT) の上昇を認めた。退院後現在外来フォロー中であるが、症状再燃なく神経学的後遺症も認めていない。文献的考察を踏まえ報告する。

「第 36 回日本川崎病学会 学術集会」 (2016/9/30)

「川崎病における幼若血小板比率の経時的変化と血小板増多に関する検討」

A change in immature platelet fraction and a mechanism of thrombocytosis in Kawasaki disease

福田 清香

【背景】川崎病の亜急性期には血小板数が増加するが、その機序は不明な点が多い。末梢血の幼若血小板率 (immature platelet fraction ; IPF) は、骨髄の血小板産生能を反映する指標の一つである。

【目的】川崎病患者の IPF を経時的に測定し、血小板増多との関連を調べる。

【対象と方法】2015 年 10 月から 2016 年 5 月に河北総合病院で、免疫グロブリン (IVIG) で加療された川崎病患者の IPF、血小板数を含む臨床データを後方視的に検討する。

【結果】対象は 35 (男 17、女 18) 名、月齢は中央値 28 (IQR 45) か月、冠動脈瘤合併は 1 名。抗血小板薬は、全例でアスピリン、3 名はジピリダモール (dipyridamole ; DPM) に変更、3 名は DPM を併用し、冠動脈瘤の 1 名は DPM とワルファリンを併用した。経時的な血小板数 (万/ μ L) と IPF (%) の中央値 (IQR) は、IVIG 前: 34.9 (12.3)/1.4 (1.5)、IVIG 後 1~3 日: 48.8 (22.0)/1.2 (1.0)、 ≤ 14 病日: 63.9 (27.5)/0.9 (0.6)、 ≤ 21 病日: 58.7 (25.1)/1.0 (0.8)、発症 1 か月: 58.7 (25.1)/1.0 (0.8) であった。血小板数は 13 (4) 病日に最高値をとり、血小板数 69.7 (23.6) 万/ μ L、IPF 0.95 (0.6) % であったが、両者に有意な相関は認めなかった ($R = -0.07$ 、 $P = 0.70$)。

【考察】川崎病亜急性期には、IL-6 や TPO の増加により血小板産生が亢進すると推測されている。本研究では血小板増多例でも IPF の増加は認めず、川崎病の血小板増多には、血小板寿命の延長、巨核球の成熟の変化など、単純な産生亢進以外の機序の関与が推定される。

「第 18 回骨粗鬆症学会」 (2016/10/6)

「閉経後骨粗鬆症に対するエルデカルシトールを併用した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治療効果の検討」

田中 瑞栄、 伊藤聡一郎、 渡邊元、 島本周治、 加藤義治

【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ことが知られている。一方、ミノドロネート (MIN) は、骨強度改善に有効な BP 製剤と考えられている。今回我々は、新規の活性型ビタミン D 製剤であるエルデカルシトール (ELD) をそれぞれに併用した群と、ELD 単独群の 3 群に分けて、12 か月間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】研究方法は後ろ向き患者対象研究である。2014 年 1 月から 2015 年 12 月の期間に当院で治療を行った 55 歳以上の新規の閉経後骨粗鬆症症例を対象とした。IBN 群 31 例 (平均年齢 82.0 歳) に対し、IBN1mg を毎月 1 回、12 か月間静注し、ELD 0.75 μ g/日を併用した。MIN 群 29 症例 (平均年齢 76.1 歳) に対し、MIN50mg を毎月 1 回経口投与し、ELD 0.75 μ g/日を併用した。ELD 単独群 21 症例 (平均年齢 75.9 歳) をコントロールとした。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、血中補正 Ca、P、eGFR を測定した。それぞれの群において使用前を基準値として検討項目の経時的変化を対応のある t 検定を用いて比較した。更に 3 群間で多重比較検定を行った。

【結果】 腰椎骨密度増加率は ELD 群と比較して IBN 群、MIN 群それぞれ有意な上昇が認められた ($p < 0.05$)。TRACP5-b においては、IBN 群、MIN 群が投与後 6 か月、12 か月で有意に低下した ($p < 0.01$)。BAP においては IBN 群が MIN 群、ELD 群よりも投与 6 か月から有意に低下した (それぞれ $p < 0.05$, $p < 0.01$)。観察期間を通し、全症例において急性期反応は認められなかった。ELD 群で高 Ca 血症が 1 例認められた。治療継続率は IBN 群 71.0%、MIN 群 96.6%、ELD 群 95.2%であった。

【考察】IBN+ELD 併用療法、MIN+ELD 併用療法はともに ELD 群単独投与より骨代謝マーカーを有意に低下させ、これによる骨密度増加効果を発揮することが明らかとなった。IBN 群において BAP が早期から低下していたことは、注射製剤のほうがより効果が早期に発揮されること、薬剤の骨親和性の違いなどの理由が考えられた。

BP 製剤に ELD を併用することはそれぞれの薬剤の相加効果を期待するうえで有効であると考えられる。

「第 37 回日本肥満学界」 (2016/10/7)

「測定姿勢による腹囲の違い-立位困難者の生活習慣病予防・治療の指標として-」

杉山 真理

【はじめに、目的】特定健康診断・特定保健指導では、内蔵脂肪面積の指標として腹囲が測定されている。障害者では、立位で測定することが困難であり、座位または背臥位で測定されている。しかし、いずれも指導の目安となる値が明らかになっていない。本研究は、肢体不自由者を対象として、姿勢による腹囲の差異を明らかにすることを目的とする。

【方法】対象は肢体不自由者 37 名である。立位・座位・背臥位にて臍高位の腹囲を測定した。立位困難者は、座位と背臥位で測定し、得られた値を分散分析にて比較した。有意水準は $p=0.05$ とした。

【結果】立位・座位・背臥位で測定した腹囲に有意差が認められ、背臥位での測定値が最小であり、座位が最大値であった。

【結論】腹囲は測定姿勢によって差が生じ、座位測定の値が大きくなる傾向が示された。特定健康診断・特定保健指導の指標となる腹囲 85cm は、立位での測定が困難な障害者に適応することはできない。今後は、疾患や障害特性を考慮してデータ収集・解析を行い、立位困難な障害者における適切な腹囲を定めていく必要がある。

「第40回日本死の臨床研究会年次大会」 (2016/10/8)

「在宅療養患者の家族背景の実態と転帰に関する分析」

一戸 由美子

【目的】65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎え、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していくと厚労省は予測している。その中で、国民の60%以上が自宅での療養を望んでおり、在宅医療・介護の推進は我が国の必須課題である。そこで、今回、当センターで在宅医療を利用した患者・家族と転帰に関する実態と看取りの場所について分析した。尚、本研究は倫理委員会の承認を得て、患者が特定されないよう配慮した。

【方法】2014年3月から2015年12月の期間に当センターの訪問診療を終了した118人を対象に、基本属性（年齢、性別、疾患分類、家族背景）と転帰について後ろ向きに調査・分析を行った。

【結果】118人（男性58人、女性60人）の平均年齢は 80 ± 15.2 歳、療養日数の中央値は71[21.5-359]、がん患者は52人（44.1%）、非がん患者は66人（55.9%）で非がん患者では認知症、呼吸器疾患、心疾患が多かった。家族背景では、2人暮らし39人（33.1%）、独居28人（23.7%）、3人暮らし24人（20.3%）、4人以上16人（13.5%）、有料老人ホーム入居者9人（7.6%）、認知症対応型グループホーム2人（1.7%）であった。主介護者をみると、配偶者が最も多く32人（27.1%）、次いでヘルパー29人（24.6%）、娘25人（21.2%）、息子14人（11.8%）であった。転帰では、在宅死亡が44人（37.3%）、病院死亡19人（16.1%）、転院40人（33.9%）、その他14人（11.8%）であった。

がん患者は非がん患者と比較して有意に在宅看取り率が高かった（ $p < 0.05$ ）。年齢、性差では差がなかった。在宅看取りを遂げた患者は、その他の転帰となった患者と比較して有意に在宅療養日数が短かった（ $p < 0.001$ ）。独居患者は、在宅看取り率をもっとも低く、同居者の数が多くなるほど在宅看取り率が高くなる傾向があった。

【結論】在宅療養者の家族背景をみると、独居と2人暮らしで半数以上を占めていたことから、介護の担い手が少ない中でも在宅療養を選択している実情がうかがえた。主介護者として配偶者が最も多く、2人暮らしの場合は老老介護が多く、また、療養者が母親の場合、息子が主介護者を担っているケースも多かったのが特徴的であった。在宅看取りに関しては、同居者の人数との関連性がみられたことから、今後、在宅での看取りを推進するためには、独居や2人暮らしなど、家族の介護力が小さいケースに Formal Care をどのように組み込むかが課題となると考えられた。

「第40回日本死の臨床研究会年次大会」 (2016/10/8)

「訪問看護師の説明による療養方針決定の支援—療養上の世話とは何か—」

船浪 紀子

【はじめに】在宅は24時間医療者が患者・家族のそばにいる環境ではない。そのため先を予測した説明やケアを多職種連携のもとに看護師も行い意思決定支援することが求められると考える。それは病院のように医師が初めに説明する状況とは異なるため、看護師の役割の範囲か否か思い悩んだという経験を聞いた。今回、がん末期患者の訪問看護導入時期に、看護師が先を予測した説明・ケアをしたケースについてまとめた。発表にあたり、プライバシー保護に配慮し、ご家族から口頭にて同意を得た。

【事例紹介】3か月前に胆のうがんと診断され、外来通院中。手術適応なくTS-1内服中。PS1。食欲がなく週2回通院し点滴を受けていた。点滴を通院ではなく在宅で実施することが依頼目的であった。予後は未告知だが、主治医は余命半年以内の可能性があると判断していた。主治医は点滴の意義について「精神的な安定のみ」と判断しているが、本人・家族は「点滴すると体が元気になる」と身体的な効果を認識していた。長女はMSWに相談し、在宅看取りを希望していたが、本人の意向は未確認だった。

【経過】キーパーソンの長女と面談し、訪問看護の目的について話し合った。まず、訪問看護でできることは点滴だけではないことを伝え、一般的な在宅看取りの際の身体的変化についてパンフレットを用いて説明した。苦痛のないよう経口摂取内容を工夫することでも元気が出ることや、当初の訪問看護依頼目的である点滴の効果は、悪液質になるといづれ得られない時が来るが、本人が希望する効果が得られる限り在宅での点滴を支援することを伝えた。その上で、本人と家族がどのように家での時間を過ごしたいかを訪問看護師もともに考えることを約束した。その結果、長女は「色んなことが分かった。心強い」と話し、エンド・オブ・ライフについて自発的に初めて本人と話し合うことができた。

【考察】エンド・オブ・ライフケアは、患者・家族・医療スタッフが死を意識したときから始まるという特徴を持つ。つまり、医療スタッフが死という先のことを意識して関わりを持つかどうかということが、在宅ターミナルケアにおける患者・家族の意思決定を左右すると考えられる。点滴についての意義が「身体的支え」と話していることから、精神的支えを本人・家族自身が見出すためには、まだ医師も説明していない今後の変化を看護師が一般的なこととして説明することが、死を予測した意思決定支援につながるケアであると考えた。

【論点】点滴と言う診療の補助行為が訪問看護の依頼目的であったが、主治医からの説明が十分でない中で看護師が一般的に予測される経過等を説明することは、もうひとつの看護師の役割である療養上の世話の範囲と考えられるか。

「第 58 回全日本病院学会」 (2016/10/8)

「内視鏡周辺環境の汚れを数値化した試み」

佐々木 麻衣

【目的】内視鏡スコープが患者に使用されるまでの間に汚染されていないか、内視鏡保管倉庫、トロリーやモニターなどの周辺環境にて汚染度を調べ感染防止のために評価する。

【方法】 kikkoman 清浄度キットを用いる。手指、スコープ掛け、トロリー、処置具など内視鏡が触れ得る場所よりそれぞれ 1 回ずつ綿棒にてふき取り、専用読取器にて測定する。

【結果】検査終了後、手洗い実施前の手指は 2482/RLU。手洗い実施後は 127/RLU となった。スコープ掛けの壁のシーツは 516/RLU。シーツ交換直後は 8/RLU。トロリーのキーボードは 1 日の検査終了後は 451/RLU。除菌シートにて清拭後は 122/RLU。いずれも清拭後は数値が小さくなっていた。

【結語】目に見えない汚れを数値化することで内視鏡スコープの汚染リスクを意識することができ、感染管理の重要性がわかったので、これからも手洗いや周辺環境の清掃をしっかり行い患者さんの感染予防に努めたい。

「第 65 回日本感染症学会東日本地方会学術集会」 (2016/10/27)

「急性期に意識障害・痙攣を伴った HIV 関連無菌性髄膜炎の 1 例」

水野 文裕

【症例】 46 歳,男性

【主訴】 意識障害

【現病歴】 30 歳頃発症の 2 型糖尿病でインスリン治療中。X 年 8 月末から発熱,咽頭痛が出現。9 月上旬に意識障害と口腔内全体の白苔付着を指摘され当院紹介。来院時 38.9℃の発熱と全身の紅斑,JCS I -3 の意識障害を認め,直後に強直間代性痙攣を起こし,人工呼吸器管理を開始。CT 上頭蓋内病変を認めず,髄液検査にて単核球優位の細胞数増加($235/\mu\text{L}$)を認めた。各種培養で細菌・抗酸菌同定されず,真菌やヘルペス/JC ウイルスによる感染も血清学的検査や PCR 結果から否定的。HIV スクリーニング検査陽性で、WB 法では HIV-1 抗体の p18/17 のみ陽性,CD4 陽性リンパ球数は 121 個/ μL ,血中 HIV-1 RNA 量は 1.5×10^7 コピー/mL と高値。入院 11 日目に測定した髄液中 HIV-1 RNA 量は 4.9×10^3 コピー/mL で、HIV 関連無菌性髄膜炎を合併した HIV 急性感染と診断した。入院 3 日目に抜管し,意識状態も漸次改善,7 日目に左末梢性顔面神経麻痺を認めた。23 日目に退院,その 3 週間後 WB 法で HIV-1 抗体陽性となった。

【考察】 HIV 感染初期に急性髄膜炎症状を呈することがある。意識障害の鑑別は多岐にわたるが、急性期に血中 RNA 量高値と急激に増悪する意識障害,強直間代性痙攣を呈し,HIV 関連無菌性髄膜炎と診断された一例を経験したので報告する。

「リハビリテーションケア合同研究大会 茨城 2016」 (2016/10/28)

「患者抑制時間短縮と、転倒事故防止にむけた取り組みについて」

中井康司、 豊田麻里

【はじめに】当院は入院患者の平均年齢が 78.9 歳と高齢で、病棟生活の時間をどう有意義に過ごすかが課題であった。しかし一部の患者は安全管理が行えず、転倒防止の為に抑制している現状がある。今回、抑制時間短縮による病棟生活の質向上と、患者安全維持の為に、スタッフを配置し転倒なく生活が可能か検証した。

【期間】 2016 年 4 月 1 日～5 月 31 日

【対象】実施期間中抑制が必要と思われた患者 11 名（うち男性 3 名）年齢平均 87.6 ± 5.1 歳、FIM 運動項目 36.6 ± 12.1 FIM 認知項目 14.3 ± 4.1 転倒をセンサーで防止できる患者は除外。

【方法】月・水・金の 9 時-17 時の時間、食堂で過ごす対象患者の抑制を外す。スタッフ 2 名を食堂に配置し、患者の危険行動時すぐ対応できる体制をとる。危険行動をインシデント数としてカウントし、理由をトイレ・臥床希望・疲労・不明・スタッフ判断に分類した。

【結果】転倒事故はなかった。インシデント数は 13.5 ± 26.8 であった。内容の分類は患者毎にばらつきが大きく、件数も偏りが大きかった。

【考察】スタッフの配置で転倒を防ぐことはできたが、インシデント数は多く、スタッフによる常時観察が必要だと言える。理由を分類し、患者特性（身体機能・精神機能）を含めて分析した。抑制が多くの患者欲求を奪うと捉えると、常に患者に寄り添える病棟体制の整備が必要と考える。

「関東甲信越ブロック理学療法学会」 (2016/10/29)

「1/f ゆらぎを持つ機械乗馬は副交感神経活動を賦活化し血管内皮機能を改善させるか」

石谷周士、田中伸弥、高下大輔、玉置友夏子、浅川 賢、増田 卓、横山美佐子

【背景】乗馬療法の効果は、馬のリズミカルな揺れが人間の脳や身体を刺激することで得られると考えられている。横山らは、乗馬中騎乗者が受ける上下運動に 1/f ゆらぎがあり、副交感神経活動が賦活化して自律神経活動を是正すると報告した。一方、有酸素運動の効果として血管内皮機能の改善がある。有酸素運動により血流が増大し、血管内のずり応力で血管内皮細胞より一酸化窒素が放出され、改善を促進すると考えられている。乗馬は、有酸素運動であるが、自律神経活動の是正も関与して血管内皮機能を改善すると考えられる。しかし、その機序は十分に検討されていない。

【目的】1/f ゆらぎを持つ機械乗馬への単回の騎乗が血管内皮機能に与える影響を明らかにすること。

【方法】健康成人男性 29 名を対象とし、喫煙歴・乗馬経験を有する者、運動器・中枢神経・呼吸・循環器疾患を有する者は除外した。馬の動きを再現した 1/f ゆらぎを持つ乗馬機器に騎乗する群(1/f あり群)、1/f ゆらぎを持たない乗馬機器に騎乗する群(1/f なし群)、運動課題を課さない群の 3 群に無作為に割り付けた。単回 15 分の乗馬の前後で心拍変動と瞳孔径を自律神経活動の指標、反応性充血指数(以下 RHI)を血管内皮機能の指標として測定した。なお、本研究は研究倫理委員会の承認と対象者に説明と同意を得て実施した。【結果】乗馬の前後で 1/f あり群では瞳孔径が有意に低下し、他群と比較した際にも有意に低下した。また騎乗前後で RHI は 1/f あり群と 1/f なし群で有意に増加したが 3 群間において有意差を認めなかった。【考察】1/f あり群では副交感神経活動が賦活化し、先行研究を支持する結果であった。これは 1/f ゆらぎが扁桃体に快刺激を与えたためと考えられた。RHI は 1/f あり群と 1/f なし群で乗馬の騎乗前後で有意に増加したが、3 群間では有意差を認めなかった。単回の乗馬における RHI の増加には、有酸素運動による筋収縮による血流増加が関与したと考えられた。

「関東甲信越ブロック理学療法学会」 (2016/10/29)

「中学生男子サッカー選手における股関節内転筋損傷の発生因子に関する研究」

宮澤 伸, 渡邊 裕之, 増間 弘祥, 溝渕 鷹嗣, 望月 裕太

【目的】股関節内転筋損傷はサッカーにおけるキック動作で最も発症しやすい筋損傷の一つである。しかしながら、股関節内転筋損傷の発生因子については不明な点が多い。本研究のデザインは股関節内転筋損傷の発症に関連する因子をメディカルチェック (Medical Check: MC) の結果から検討する後ろ向きコホートとした。

【方法】対象は中学生男子サッカー選手 58 名 (身長: 164.2 ± 5.8 cm, 体重: 51.5 ± 5.8 kg, BMI: 19.1 ± 1.3) とした。MC は下肢筋柔軟性 (下腿三頭筋, ハムストリングス, 大腿四頭筋), 全身関節弛緩性テスト, 股関節内転及び外転筋力について行なった。6 ヶ月間の観察期間を置いて股関節内転筋損傷の発生の有無を調査し, 非損傷群 (41 名), 損傷群 (5 名) の 2 群に分類した。統計学的解析は 2 群間における各検査項目について Mann-Whitney の U 検定を用いて比較した。本研究は指導者, 選手, 保護者に MC の説明と同意を口頭と書面にて行った。

【結果】各 MC 項目のうち, 蹴り足ハムストリングスの筋柔軟性は損傷群が $45.00 \pm 11.73^\circ$, 非損傷群が $53.90 \pm 7.29^\circ$ と損傷群で有意な低下 ($P=0.050$) が認められ, 関節弛緩性は損傷群が 2.60 ± 0.82 点, 非損傷群が 1.68 ± 0.97 点と損傷群で有意に高値 ($P=0.049$) を認めた。

【考察】中学生男子サッカー選手は筋柔軟性と関節弛緩性の観点において先行研究による成長期のスポーツ障害因子と類似した結果が得られた。また, 蹴り足ハムストリングスの柔軟性低下はキック動作時の股関節内転筋起始部周辺への反復ストレスを生じ, 損傷の発生リスクが高まると考えられた。

【まとめ】中学生男子サッカー選手における股関節内転筋損傷の発生因子として高い関節弛緩性と蹴り足ハムストリングスの柔軟性低下が関与していることが示唆された。

「第 70 回日本臨床眼科学会」 (2016/11/5)

「白内障術後に水痘帯状ヘルペスウイルス虹彩炎を生じ、経過中に交感性眼炎をきたした 1 例」

竹宮 信子

【緒言】白内障術後に水痘帯状ヘルペスウイルス(VZV)虹彩炎を生じ、経過中に交感性眼炎(SO)をきたした 1 例を経験したので報告する。

【症例】症例は 72 歳女性。両眼白内障術後約 2 ヶ月で左眼充血を訴えて受診した。左眼の前房内炎症から術後の遅発性眼内炎を疑い、点眼・内服治療を開始したが改善なく、IOL 入替えと前部硝子体切除術を施行した。細菌検査は陰性、炎症および高眼圧が薬物治療に抵抗・遷延したために硝子体手術と線維柱帯切開術を施行し、同時に採取した前房水の PCR 検査で VZV が検出された。皮疹の先行を認めず、zoster sine herpete (ZSH)と診断、抗ウイルス薬とステロイド全身投与により炎症は軽快した。一方、麻痺性散瞳に対する虹彩縫合を施行したところ両眼の前房内炎症、脈絡膜剥離と漿液性網膜剥離が出現し、SO と診断した。HLA DR4 は陽性であった。ステロイドパルス療法で改善し、最終視力は(1.2)となった。

【考按・結論】本例は発症時の経過・所見が VZV 虹彩炎に典型的でなかったために術後眼内炎を疑ったが、PCR 検査結果より ZSH と診断し、その後に生じた SO も含め、薬物治療によって消炎ならびに良好な視力が得られた。SO は穿孔性外傷や内眼手術の回数が多いほど発症リスクが高い可能性があり、手術回数が増える際には術前に患者へ SO のリスク説明を検討する必要がある。

「第 44 回日本関節病学会」 (2016/11/11)

「関節リウマチによる足関節と前足部変形を一期的に骨切り術で矯正した 1 例」

石坂 公介

【目的】 関節リウマチ(RA)による足関節の内反変形と第 2~4 趾の Hammer toe 変形及び高度内反小趾に対して、低位脛骨骨切り術と第 2~4 中足骨遠位骨切り術、第 5 中足骨近位骨切り術を一期的に行った 1 例を経験したので報告する。

【症例】 59 歳の女性、stage4、class3、17 歳で RA を発症している。RA 疾患活動性は寛解の状態である。足関節の内反変形があり OA 病期分類は stage IIIa で、第 2~4 趾の Hammer toe 変形と第 5 中足骨の高度内反小趾との合併を認めた。低位脛骨骨切り術は Opening Wedge として同部に楔状の人工骨を挿入し、脛骨内側よりロッキングプレートで固定した。第 2~4 中足骨遠位短縮骨切り術は羽生法で行った。第 5 中足骨は近位で楔状に矯正骨切りして Closing Wedge とし髓内 screw 固定した。術前・術後半年で JSSF Ankle scale は 34→79 点に、Lessor toe scale は 35→88 点に、RA foot scale は 43→79 点に改善した。

【考察】 RA 治療の進歩に伴い、最近では RA の前足部変形に対して MTP 関節を温存した中足骨骨切り術を行うことが多い。今回の症例では前足部の変形に後足部の変形が影響しており、前足部の矯正のみでは十分な結果が得られないと判断し本術式を行った。

【結語】 本術式の術後短期成績は良好であった。

「第 30 回日本泌尿器内視鏡学会総会」 (2016/11/17)

「当院における光選択式前立腺レーザー蒸散術 (PVP) の初期経験」

村田 明弘

【目的】当院では 2015 年 7 月より光選択的前立腺蒸散術 (PVP) を導入しており、その初期経験について報告する。

【対象と方法】2015 年 7 月より 2016 年 8 月までに PVP を施行した 60 例を対象とし、IPSS、QOL スコア、最大尿流量(Qmax)、残尿量(PVR)にて治療効果判定を行った。

【結果】平均年齢 71 歳 (50~86 歳)、前立腺重量 51 g (14~87 g)、手術時間 89 分 (28~159 分)、照射時間 48 分 (11~81 分)、照射量 218696J (42046~400015J)、カテーテル留置期間 1 日 (1~3 日)、術後入院期間 3.2 日 (3~8 日) であった。前立腺肥大症 58 例、前立腺癌症例 2 例であった。バイポーラ TUR を 6 例で併用し、内訳は止血単独 3 例、切除追加 2 例、脱落腺腫回収 1 例であった。IPSS、QOL、Qmax、PVR とともに術後 2 週より有意な改善を認め、その後も良好な経過であった。各々の推移 (術前→2 週→3 月) は IPSS (16→10→4)、QOL (5→2→1)、Qmax (8.5→13.3→17.4ml/sec.)、PVR(101→12→7.9ml)であった。合併症は術後一過性尿閉を 2 例、腹圧性尿失禁を 1 例、尿道狭窄を 2 例に認めた。

【結論】PVP は手術手技の習得が容易であり、導入初期から良好な治療効果を得られた。

「第71回日本大腸肛門病学会学術集会」

(2016/11/18)

抗 EGFR 抗体の長期間（5年/4年）投与により奏功が持続している進行大腸癌の2例

梅谷 直亨, 田村 徳康, 濱崎 俊輔, 北川 祐資, 三宅 大

河北総合病院 消化器・一般外科

【目的】振興大腸癌に対する抗 EGFR 抗体治療が著効する症例はしばしば経験するが、5年間および4年間の長期間にわたり奏功が持続している稀な症例を経験したので報告する。

【症例1】初診時46才男性、狭窄による腹痛で受診され、下行結腸に全周性3型進行癌あり、多発肝転移（両葉に計14病変）を認めた。まず原発巣を切除（左半結腸切除 D3 廓清、腹膜播種合併切除、tub2,ss,n2(7/37),pl,v3,ly1）し、KRAS 野生型にて FOLFIRI+Panitumumab を3コース施行し肝転移著明縮小を得て肝部分切除+RFAにて全病変処理した。術後休業中に多発肝転移出現し急速に増大し再度同一レジメンで縮小させ肝切除+RFA（計10病変）、その後も休業中に出現した肝転移出現に同一レジメンで縮小させ追加 RFA を3回施行、さらに胃小弯のリンパ節転移出現するも縮小させ切除した。初回投与から4年半で肝門部リンパ節転移が出現し急速増大したが、再度同一レジメンで PR が得られ、同一レジメンで5年間の奏功となっている。

【症例2】初診時67才男性、狭窄と出血で受診され、Rsに全周性2型進行癌あり多発肝転移と小腸浸潤あり、まずはバイパスと人工肛門造設した。術中所見で無数の腹膜播種あり、KRAS 野生型にて FOLFIRI+Panitumumab を6コース施行した後、原発巣切除（前方切除 D1,tub1,si(小腸),n0,剥離面陽性）し人工肛門閉鎖し、腹膜播種を可及的に APC で焼灼した。その後同一レジメン施行しつつ肝転移を RFA し局所再発結節を開腹し切除、その際に腹膜播種の完全消失を確認した。その後 CEA 増加・末梢神経障害、低 Mg 血症を理由としたレジメン変更を経たが一貫して抗 EGFR 抗体を使用し、休業中に生じた吻合部再発/局所再発に対し現在は Cetuximab の単剤投与を継続中だが SD(一部 PR)が得られており、抗 EGFR 抗体としては4年間の奏功となっている。

【結論】抗 EGFR 抗体薬の著効が確認されたいわゆる super responder の場合、休業後に再燃した場合に再投与による効果が期待でき、高度な体制を獲得することなく長時間奏功が持続する場合がある。さらに、副作用により中止となっても同一機序薬剤への置き換えによる継続が有効な場合がある。

「第13回東京都作業療法学会」 (2016/11/19)

「脳梗塞を経験した調理人の復職」

館岡周平

【はじめに】自営業者の復職は、個別性が高いことや、復職までの評価方法が決められておらず、効果的な支援が難しい側面がある。回復期リハビリテーション病院（以下、回復期病院）にて調理人への復職を希望する症例に、入院早期より復職を目標に模擬的場面での練習、職場の下見、職場での練習を経て、退院後も職場での練習を継続し、復職を果たした症例を経験した。その症例を対象に、回復期病院を退院時にインタビュー調査を行い、自営業者の調理人への復職支援を検討したので報告する。

【症例紹介】60代男性、脳梗塞にて右片麻痺の症例である。発症1ヵ月後に回復期病院に入院し、退院時には運動麻痺は軽度残存するも日常生活動作は全て自立され、公共交通機関の利用も可能となる。中華料理屋の2代目店主であり老舗の店を妻と2人で営んでいる。

【方法】回復期病院を退院時に、60分程度の半構造化面接を実施した。質問は、発症から退院に至るまでの流れ、就労に対する思いなどで、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（以下、SCAT）（大谷，2008）に準拠し分析した。SCAT分析の結果と入院中の診療録の作業療法支援を参照し、退院までの心理社会面の変化について考察した。本報告に際し、本人より同意を得ている。

【結果と考察】半構造化面接より得られたデータから24の概念を抽出し、4つのカテゴリーとして[自分の代わりはいない]、[病気と向き合う]、[自己の人柄と職務能力を再認識]、[復職への現実感]を生成した。症例は、発症当初より仕事に対して義務感をもっており、自分の代わりがいなくて焦燥感を感じていた。そして、先の見えない不安や目に見える変化に絶望しながらも、周囲を不安にさせないために孤独に病気と向き合っていた。その過程を経て自己の人柄と能力を再認識し、身体回復とともに復職への現実感を持てるようになり、復職への準備を進められたと考えられる。作業療法支援では、模擬的場面を多く用いたり、職場における復職練習は、症例の主観的評価と客観的評価をすり合わせ、症例が病気と向き合いつつ自己の人柄と職務能力を再認識するきっかけとなり、復職への現実感や効力感を促進したと考えられる。カルテ記録より模擬的場面では「これならできますね」、「右手は疲れやすいけど左手でなんとかなりますね」など、自己の能力への気づきをあらわす発言が多くみられた。また、実際の職場での練習では、「ここは修理しないとダメですね」、「退院してから1ヵ月くらいは練習します」など復職に際し現実的な手順を具体化する様子が見られており、退院時の面接内容と一致した心理社会面の変化が見られていた。

【まとめ】脳血管障害経験後の調理人への復職に際し、入院早期より復職を目標にした介入により、症例の自己認識を高め、復職までの現実的なプロセスを構築させることにつながった。

「第 14 回神経理学療法学会」 (2016/11/26)

「脳卒中片麻痺例における Catherine Bergego Scale を使用した半側空間無視・病態失認の検討」

鈴木 彩子

【背景】半側空間無視 (以下、USN) は日常生活動作の障害因子である。今回は Catherine Bergego Scale 日本語版 (以下、CBS) 観察評価法・自己評価法を用い、病態失認例 (Anosognosia ; 以下、A 群) と非病態失認例 (Non-Anosognosia ; 以下、NA 群) における調査項目との関連を明らかにし、非 UNS 例・USN 疑い例におけるリスクを明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は当院入院中の脳血管疾患患者のうち、CBS 自己評価が可能で本研究に参加の同意を得た 16 例 (男性 8 名・女性 8 名、平均年齢 66.72 ± 18.59 歳)。当院倫理委員会の許可を受け、参加者には説明文を用いて書面にて同意を得た。CBS は臨床的な USN の評価方法であり、「整容・着衣・食事・歯磨き・注視・上下肢の認識・聴性注意・ぶつかる・空間見当識・身のまわりのもの」の 10 項目からなり、各 0~3 点の最大 30 点で得点が高い程無視症状が強いことが示される。観察評価法と自己評価法が存在し、二法の差が Anosognosia の程度となる。

2016 年 8 月中に当院入院中の脳血管疾患患者に観察評価を行い、得点が 1 点以上のものに対して面談・自己評価を行ってもらった。観察評価と自己評価の差において正の値を示したものを A 群、負の値を示したものを NA 群とした。調査項目として検査時点での性別、年齢、疾患名、下肢 Brunnstrom Stage (以下、Brs)、認知機能、半側空間無視の有無、Pusher 症状の有無、当院入院中の転倒・転落の有無、独立した移動の許可の有無、発症後経過月数、FIM 運動項目を分析した。分析方法は A 群・NA 群について、ピアソンのカイ二乗検定、t 検定を行った。

【結果】NA 群は 7 例 (男性 5 名、女性 2 名) であり、平均年齢は 63.86 ± 10.02 歳、右片麻痺 3 例、左片麻痺 4 例であった。

診断名・損傷部位は脳梗塞 0 例、脳出血 5 例、くも膜下出血 2 例であった。下肢 Brs は II 2 例、III 3 例、IV 1 例、V 1 例。認知症あり 3 例、なし 4 例。無視あり 3 例、疑い 1 例、なし 3 例。Pusher 症状あり 1 例、なし 6 例。転倒・転落歴あり 3 例、なし 4 例。独立した移動を許可されているもの 4 例、許可されていないもの 3 例。平均経過月数は 5.57 ± 3.10 、平均 FIM 運動項目は 54.43 ± 23.77 であった。

A 群は 9 例 (男性 3 名、女性 6 名) であり、平均年齢は 75.56 ± 12.71 歳、右片麻痺 2 例、左片麻痺 7 例であった。

診断名・損傷部位は脳梗塞 4 例、脳出血 5 例、くも膜下出血 0 例であった。下肢 Brs は II 4 例、III 1 例、IV 0 例、V 4 例。認知症あり 4 例、なし 4 例、不明 1 例。無視あり 6 例、疑い 1 例、なし 2 例。Pusher 症状あり 0 例、なし 9 例。転倒・転落歴あり 2 例、なし 7 例。独立した移動を許可されているもの 0 例、許可されていないもの 9 例。平均経過月数は 2.56 ± 1.33 、平均 FIM 運動項目は 41.00 ± 15.39 であった。

2 群間において、『独立した移動を許可されているもの・いないもの』と『経過月数』において有意差を認めた。

【考察】NA 群では独立した移動を許可されているものが多く、A 群では転倒・転落のリスクがあることから独立した移動を許可されていないと考えられた。また、自然経過およびリハビリテーションによって Anosognosia の改善がもたらされると考えられた。

河北総合病院

2016年 初期臨床研修医修了論文

題名	研修医氏名	頁
複数の脳主幹動脈支配領域に散在する多発小梗塞を認め、Trousseau 症候群と診断した一例	赤沼 嵩史	s46
Mendelson 症候群を治療後、SMA 症候群が疑われた十二指腸狭窄に対し、胃空腸吻合術を施行した一例	遠藤 創太	s50
多発性骨髄腫による light chain deposition disease で透析導入となった一例	片野 皓介	s54
器質化肺炎と関節炎の再燃を同時期に繰り返した関節リウマチの一例	片山 淳仁	s59
粘液腫との鑑別が困難であり、摘出術により診断治癒し得た左房内血栓の一例	桜井 博志	s63
失見当識を中心とした短期記憶障害を急性に発症した辺縁系脳炎の一例	直宮 修平	s68
橈骨遠位端骨折に対する各種プレートの術後 X 線評価および合併症についての検討	古川 真也	s73

2016年 後期臨床研修医修了論文

題名	研修医氏名	頁
クリニックの家庭医療科外来における地区別年齢階級別受診率からみた地域住民の医療機関利用の実態	中澤 幸史	S76
腋窩腫瘤で発見された潜在性乳癌の一例	松本 華英	S78
人工骨 人工臓器 45 巻 3 号(学研メディカル秀潤社)2016 年	渡邊 元 本文は左記参照	
成人小腸重積症を呈した小腸平滑筋肉腫の一例 臨床外科第71巻第 12 号(医学書院) 2016 年 11 月 20 日発行	北川 祐資 本文は左記参照	

複数の脳主幹動脈支配領域に散在する多発小梗塞を認め、Trousseau 症候群と診断した一例

○赤沼 嵩史¹⁾, 片山 真樹子²⁾

1) 河北総合病院 内科 2) 河北総合病院 神経内科

緒言

脳梗塞の原因の多くは動脈硬化や心房細動であるため高齢者に多く発症する common disease である。病歴・発症経過・血管リスクを評価し、鑑別と原因精査を行い、その結果に沿った治療・再発予防を開始する。今回、特に既往や血管リスクがない若年女性が脳卒中を発症し、肺癌による trousseau 症候群の診断に至った症例を経験したので報告する。

症例 48 歳, 女性

主訴: 咳 倦怠感 構音障害

既往歴: 子宮筋腫

健診歴: 毎年婦人科の癌検診のみを受診

生活歴: 飲酒歴 発泡酒 1 本/日 喫煙歴なし

最終月経: X 年 7 月 1 4 日

流産歴: なし

家族歴: 母親が心筋梗塞

内服歴: なし

アレルギー: なし

社会背景: スイミングスクールのコーチを 10 年間勤めている。

現病歴: X 年 8 月中旬頃から咳・倦怠感を自覚していた。様子を見ていたが改善しないため、近医を受診。咽頭炎と診断され感冒薬を処方されたが改善しなかった。また 8 月 31 日に家族から呂律が回っていないと指摘され、ふらつきも自覚していたため、9 月 1 日当院外来受診。精査・加療目的で入院となった。

主な入院時現症: 体温 36.3℃ 血圧 131/91 mmHg 心拍数 100bpm 呼吸数 22 回/分

一般身体所見 全身: 痩せ型 頭頸部: 眼瞼結膜貧血なし 眼球結膜黄染なし 表在リンパ節触れ

ず

胸部: 心音整・雑音なし 呼吸音左肺野で吸気終末時に coarse crackle 聴取 腹部: 平坦・軟・圧痛なし 四肢: 浮腫なし 関節に腫脹・熱感・圧痛なし 足背動脈触知良好 皮膚: 皮疹なし

神経学的所見 意識清明 JCS 0 高次脳機能 失語なし 失行なし 左半側空間無視あり 病態失認あり 脳神経 IIIIVVI 眼瞼下垂なし 眼位正常 眼球運動正常 眼振なし 複視なし 瞳孔 3mm/3mm, 正円同大 対光反射迅速 V 顔面感覚正常 VII 額のしわ寄せ左右左なし 左睫毛徴候あり 左鼻唇溝浅い IXX 軽度構音障害あり 嚥下正常 XI 胸鎖乳突筋左右差なし XII 挺舌正中

運動系 筋トーンス右正常 左上下肢で低下 筋萎縮なし 不随意運動なし 上肢 Barre 左で陽性 下肢 Mingazzini 左で陽性

感覚系 四肢の触覚・温痛覚・振動覚・位置覚に異常なし 左右差なし

反射 アキレス腱反射正常 バビンスキー反射陰性 チャドック反射陰性

協調運動 指鼻指試験・回内回外試験・膝かかと試験 左で麻痺相応に拙劣 起立・歩行は評価せず 自律神経 膀胱直腸障害なし

血液検査所見: 血算は WBC 10500/ μ l と軽度上昇していたが他は正常範囲であった。生化学は ALP 1899IU/mL, LDH 578IU/L, T-cho 251 mg/dl, HDL-cho 74.1 mg は高値であり, TG120mg/dl と基準範囲内であった。また CRP 1.75mg/dl と高値であった。他は電解質を含め基準範囲内であった。凝固は FDP 167 μ g/dl, TAT 46.5 μ g/dl, D-dimer 47.5 μ g/ml で高値であった。動脈血液ガス (室内気) では pO₂ 59.9mmHg, pCO₂ 29mmHg であり低酸素血症を認めた。

心電図：HR 99bpm 洞調律 正軸 ST 変化なし VPC 単発を散見 P 波増高なし、PQ 0.16 秒 QRS 0.08 秒

画像所見 胸部レントゲン：左全肺野で下肺野優位に air bronchogram を伴う浸潤影を認める。(図 1) 胸部 CT：左肺に胸水、左大葉間裂に接した浸潤影があり、すりガラス域と小葉間隔壁の肥厚を認める。(図 2) 頭部 CT：右被殻と放線冠に低吸収域を認める。(図 3) 頭部 MRI・MRA：拡散強調画像で、両側の小脳、右の被殻、右の放線冠、左右の前頭葉と後頭葉の皮質に高信号を認める。(図 4)

入院後経過：酸素化低下と胸部 CT で認めた浸潤影に対して、細菌性肺炎を疑い CTRX2g/日、AZM500mg/日を開始した。鑑別に、真菌、結核、腫瘍、自己免疫性を挙げ精査したが血液培養・喀痰塗抹・クラミジア抗体・抗酸菌塗抹・PCR はすべて陰性、 β -D グルカン 4.0pg/mL、プロカルシトニン 0.05ng/mL であり感染症を示唆する所見を認めなかった。血液検査では膠原病・血管炎を示唆する所見に乏しく、CEA77.95ng/ml、SLX253.8U/ml、CYFRA23.2ng/ml、NSE44.4ng/ml と高値であり、ICTP8.6ng/ml であることから肺病変は骨転移を伴う腫瘍の可能性が高いと考えられた。また構音障害、左顔面筋、左上下肢の麻痺からは脳卒中が疑われた。頭部 CT から脳出血は否定的であり頭部 MRI で複数の脳主幹動脈支配領域に散在する多発小梗塞を認めた。頭部 MRA、頸動脈エコーで有意な狭窄を認めずアテローム血栓性は否定的であった。また経胸壁心エコーで左房の拡大・弁膜症・血栓を認めず、ホルター心電図で発作性心房細動を認めなかった。よってアテローム血栓性・心原性は否定的であった。AT-III119%、ProteinC 活性 94%、ProteinS 抗原 135%、リウマチ因子 5.0 IU/ml、抗核抗体 40 倍未満、抗 GBM 抗体 0.5U/ml、MPO-ANCA 0.5IU/ml、PR3-ANCA 0.5 IU/ml、LA/DRVVT 1.1(ratio)、抗 CL- β 2GP 1.3U/mL 未満と正常範囲であるため先天性血栓素因、自己免疫性が否定的であった。複数の脳主幹動脈支配領域に散在する多発小梗塞は Trousseau 症

候群の特徴であり肺病変が腫瘍である可能性が高く、Trousseau 症候群が最も考えられた。気管支鏡を施行し、左気管支擦過と洗浄液の細胞診から Adenocarcinoma と診断とされた。また骨シンチも行き、多発骨転移を認めた。肺腺癌 T4N0M1b Stage IV と診断され、腫瘍の存在が確定的であり、FDP、TAT、D-dimer が高値であり、先天性血栓素因、奇異性、自己免疫性が否定的であるため Trousseau 症候群による脳梗塞と診断した。肺腺癌に対してエルロチニブの内服を開始した。脳梗塞再発予防としてヘパリン (5000 単位/12 時間) 自己注射を開始し退院となった。

II. 考察

本症例は、Trousseau 症候群による脳梗塞をきっかけに肺癌の診断に至った症例である。1865 年に Armond Trousseau が腫瘍と関連する遊走性表層性血栓性静脈炎を最初に報告し担癌患者が凝固線溶系異常をきたす病態を Trousseau 症候群という。担癌患者における凝固線溶系異常をきたす機序はまだ明らかになっていない。しかし腫瘍細胞が凝固カスケードを刺激し、さらに炎症サイトカインや腫瘍抗原、その免疫複合体を介して細胞間相互作用を惹起することで血栓傾向をもたらすと考えられている²⁾。Trousseau 症候群により脳梗塞が発症する機序もまだ明らかではないが、凝固線溶系異常に加えて非細菌性心内膜炎、DIC、過粘稠症候群を合併し脳梗塞を発症させると考えられている。Trousseau 症候群による脳梗塞の画像的特徴は、皮質性梗塞や穿通枝梗塞が混在し、左右の大脳半球、または複数の血管領域に多発性局在を認めるとされている。そのため MRI で複数の脳主幹動脈支配領域に散在する小梗塞を認めた場合は Trousseau 症候群を鑑別に挙げ、悪性腫瘍の全身精査を検討すべきである。Trousseau 症候群の診断基準は特に定まっておらず、血液検査で凝固因子異常と膠原病を否定し、心エコー (特に経食道エコー) と心電図で心原性、心内膜炎、卵円孔開存症を否定することで診断となる。本症例は比較的若年女性の脳梗塞であり、血管リス

クが低く心房細動を認めていないことと、MRI の所見から Trousseau 症候群を疑い、肺病変が悪性腫瘍と診断がついたため診断に至った。Trousseau 症候群の治療は、原疾患の治療と低分子ヘパリンによる抗凝固療法である³⁾。本症例でも肺癌に対する治療と並行し自宅退院を考慮し、ヘパリン自己注射を行った。また、最近では DVT 再発予防として Xa 因子阻害薬であるエドキサバンに有効であると推定されている⁵⁾。しかしまだデータが少なく安全性と有効性は確立していない。

III. 結語

複数の脳主幹動脈支配領域に散在する小梗塞から Trousseau 症候群の診断に至った症例を経験した。本症例では肺病変が明らかであり容易に原発性悪性腫瘍の特定に至ったが、複数の脳主幹動脈支配領域に散在する多発小梗塞を認めた際には、全身の腫瘍検索が必要である。

参考文献：

- 1) Sanon S, Lenihan DJ, Mouhayar E. Peripheral arterial ischemic events in cancer patients. *Vasc Med* 2011;16:119-30.
- 2) 内山真一郎. 傍腫瘍性神経症候群：診断と治療の進歩 障害部位・病態による臨床病型 トルーソー症候群. *日内誌* 2008;97:1805-8
- 3) Walsh-McMoonagle D, Green D. Low-molecular-weight heparin in the management of Trousseau's syndrome. *Cancer* 1997;80:649-55
- 4) Soichiro Ikushima Trousseau's syndrome:cancer-associated thrombosis *Japanese journal of Oncology*, 2016, 46 (3) 204-208
- 5) Harry RB, Hervé D, Michael AG, Michele M, Saskia M, Martin HP, et al. The Hokusai-VTE Investigators, Edoxaban versus warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2013; 369:1406-15.

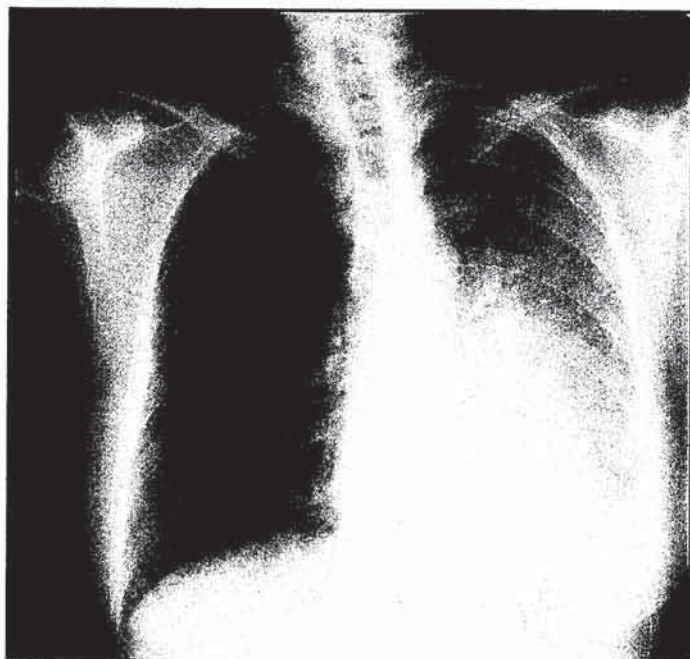


図 1. 入院時胸部 Xp

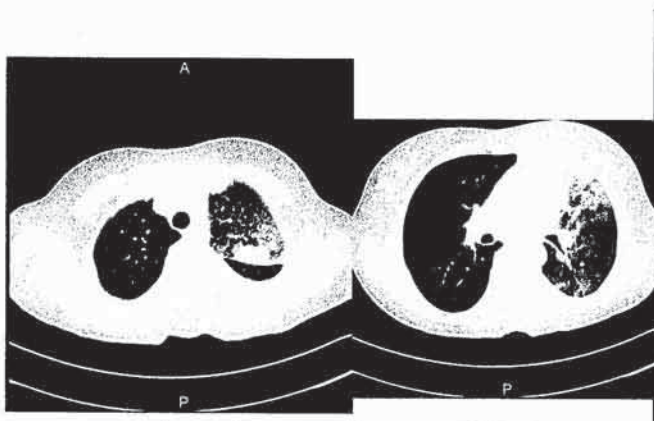


図 2. 入院時胸部 CT

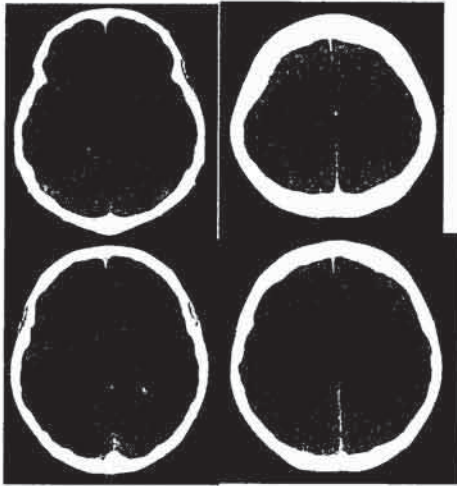


図 3. 入院時頭部 CT

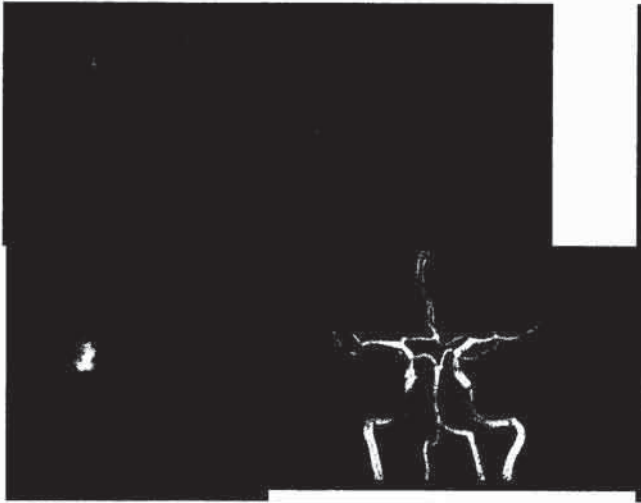


図 4. 頭部 MRI(拡散強調画像)・MRA

Mendelson 症候群を治療後、SMA 症候群が疑われた十二指腸狭窄に対し胃空腸吻合術を施行した 1 例

1) 河北総合病院 内科 2) 河北総合病院 救急部 3) 河北総合病院 外科

○遠藤 創太¹⁾，金井 信恭²⁾，八嶋 朋子²⁾，安倍 晋也²⁾，林 錫哲³⁾，北川 祐資³⁾，濱崎 俊輔³⁾，田村 徳康³⁾，坂東 道哉³⁾

緒言

今回我々は胃内容物の大量嘔吐誤嚥による Mendelson 症候群を治療後、その原因としての SMA 症候群に起因すると考えられる十二指腸狭窄に対し腹腔鏡下胃空腸吻合術を施行し軽快した 1 例を経験したので報告する。

I. 症例

患者:76 歳, 男性

主訴:嘔吐, 腹部膨満, 呼吸困難

既往歴:骨髄異形成症候群. 70 歳時発症. 日本大学付属板橋病院通院. 低活動性にて無治療経過観察

右上顎洞血管腫. 70 歳時同病院耳鼻咽喉科で手術. その後活動性なく経過観察.

家族歴:特筆すべきことなし.

内服歴:なし

アレルギー:なし

現病歴:

2016 年 5 月 28 日から繰り返す嘔吐を主訴に前医を受診していた. 同年 6 月 7 日に上部消化管内視鏡検査を実施され大量嘔吐あり吐物を誤嚥した. SpO₂ の低下あり当院へ救急搬送された.

主な入院時現症:身長 170.0cm, 体重 54.0kg. BMI 18.7 kg/m². 意識レベル JCS I-1, 血圧 116/87 mmHg, 脈拍 121/分, 体温 37.4°C, SpO₂ 76% (室内気).

心音は整, 心雑音なし. 両側で coarse crackles を聴取した. 著明な腹部膨満を認めた. 腹部に圧痛や反跳痛を認めない. 末梢に浮腫を認めない.

主要な検査所見:主要な検査所見を表 1 に示す.

検尿では蛋白 2+, 潜血 3+, 血糖 3+, 尿比重は 1.030 以上であった. 検血では, 軽度の貧血と好

中球優位の白血球の上昇, 血小板減少を認めた. 血液生化学では, 腎機能障害 (BUN 49.1 mg/dL, Cre 1.90 mg/dL), LDH と T.bil の軽度上昇, AMY 上昇を認めた. 免疫学的検査は, CRP 0.62 mg/dL, 凝固検査では PT-INR 1.33 の軽度延長を認めた. 室内気の動脈血液ガス分析は pH 7.423 mmHg, pO₂ 47.7 mmHg, pCO₂ 49.9 mmHg, Lactate 2.82 mmol/L, HCO₃⁻ 31.9 mmol/L, BE 6.2 mmol/L, SaO₂ 77.8%, AnGap 15.0 mmol/L, P/F ratio 227 mmHg であり著明な低酸素血症を認めた. 腫瘍マーカーは CEA 1.40 ng/ml, AFP 1.75 ng/ml, CA19-9 6.2 U/mL であった.

胸腹部レントゲン写真では心拡大なく胸水貯留なし, 両側に広範なスリガラス影を認めた. 心電図では明らかな異常なし. 胸腹部単純 CT において, 胸部では両側のスリガラス状陰影と牽引性気管支拡張像を認め, 腹部では著明な胃拡張を認めた. 画像を図 1 に示す.

入院後経過:

入院後経過を図 2 に示す. 何らかの原因による幽門部狭窄のため通過障害を来し, 吐物の大量誤嚥による ARDS を来した状態と判断した. リザーバーマスク 10L 酸素投与下で SpO₂ 80% と低値であり呼吸管理目的に経鼻胃管挿入後, 同日 ICU 入室した. ICU 入室後も徐々に血圧低下, 酸素化低下を認め気管挿管の上, 昇圧剤, 人工呼吸器管理を開始した. 再検した血液検査では更なる腎機能障害 (BUN 53.9 mg/dl, CRE 2.79 mg/dl) と WBC 2,400/μl への著減, 陽圧管理下 (PEEP 5 cmH₂O, FiO₂ 80%) で pH 7.442 mmHg, PCO₂ 38.3 mmHg, PO₂ 61.8 mmHg, HCO₃⁻ 25.5 mmol/L, P/F ratio 73 より重症炎症反応に伴うショック, Mendelson 症候群によ

る severe ARDS と診断した。ノルアドレナリンを開始し、SBT/ABPC 6g/day, プレドニゾロン 60 mg/day (1.0 mg/kg/day) 投与を行った。呼吸器の weaning を行い第 4 病日に抜管, NPPV や HFNC での酸素投与を継続した。第 6 病日に 38.3°C の発熱と胸部レントゲン写真で新たな浸潤影を認めたことから、呼吸器関連肺炎を疑い抗生剤を PIPC/TAZ へ変更した。第 7 病日には更なる炎症反応の増大を認め、カテーテル血流感染症を危惧し、VCM を併用した。また、同日行った上部消化管内視鏡検査では狭窄病変はみられなかった。第 11 病日にカテーテル先端培養が陰性であったことを確認し VCM を終了した。抜管後も酸素化の改善は得られず依然として ARDS であり呼吸器管理による疲労感も出現しており、第 16 病日に再度気管挿管、第 17 病日に気管切開を行った。第 21 病日に実施した血液検査で β -D-グルカン 969.0 PG/ML と異常高値を認め当院感染症科コンサルトの元、真菌感染症を疑い MCFG と ST 合剤の併用を開始した。計 2 週間の投与を行い、炎症反応の改善及び酸素化の改善を認めていき、第 36 病日に呼吸器リハビリ目的に内科病棟へ転床、その後河北リハビリテーション病院へ転院した。

同年 9 月 5 日、リハビリテーション病院にて嘔吐、腹部膨満が再燃し腹部レントゲン写真で niveau 像を認め、当院救急外来受診した。腹部造影 CT では胃拡張と SMA 背側にて十二指腸水平脚部の狭窄を認めた。画像より得られた SMA-Ao 分岐角は 42° と算出された。反復する機能的異常から SMA 症候群が疑われた。第 8 病日に腹腔鏡下胃空腸吻合術が行われた、術後第 2 病日に行った消化管造影ではバイパス部及び結腸までの造影剤流入を認め、同日より経口摂取開始となった。術後第 8 病日に発熱を認め、胸部単純レントゲンで肺炎像を認め、SBT/ABPC 投与を開始し、経過は良好であり第 17 病日に退院した。

現在、骨髄異形成症候群の経過観察目的に当院血液内科外来を受診継続し、日常生活に制限なく活動している。

II. 考察

本症例は full stomach での内視鏡検査により大量嘔吐を来し Mendelson 症候群を発症、その原因として SMA 症候群が考えられ、腹腔鏡下胃空腸吻合術を施行し軽快した 1 例だった。

Mendelson 症候群はニューヨークの産婦人科医 Curtis Lester Mendelson により提唱された。産科手術を受けた患者のうち妊娠に起因すると考えられる嘔吐と重篤な誤嚥性肺炎との関連を明らかにし、現在では pH<2.5、嘔吐物の誤嚥量は 0.3 mL/kg 以上が Mendelson 症候群を発症する条件であるとされている。通常の誤嚥性肺炎とは異なり胃内容物の誤嚥による急性の化学性肺臓炎から生じる ARDS が主体の病態であり著明な低酸素血症をきたし予後は一般に不良である。Mendelson 症候群と嚥下性肺炎の違いをまとめた表 Tabel 1 を付す¹⁾。嘔吐という日常でありふれた症状により惹起される本疾患はときに重篤な症候群を起こしうることを記憶しておきたい。嘔吐物を誤嚥してしまえば高齢者や小児でも本疾患が惹起される事実は家族や病院-施設職員にも広く知られるべきである。

また、SMA 症候群では、十二指腸は Ao から分枝する SMA の尾側をくぐるように通過しているため、Ao-SMA 角が 20° 未満またはその幅が 8-10 mm となると狭窄が生じる。その原因としては生来からの上腸間膜動脈大動脈角の狭小化、高位十二指腸、短 Treitz 靱帯などの解剖学的異常、体重減少を来す神経性食思不振症、バセドウ病、低栄養に伴う上腸間膜動脈周囲の脂肪織の減少、長期臥床による圧迫、手術操作や癒着による腸間膜の牽引、脊椎の過伸展などの誘因が重なって発症するとされている²⁾⁻⁵⁾。診断の方法として腹部造影 CT で Ao-SMA 分岐角 < 22° (感度 48%、特異度 100%)、Ao-SMA 間隔 < 8 mm (感度 100%、特異度 100%) とする報告もある⁶⁾。本症例での Ao-SMA 分岐角は 42.1°、Ao-SMA 間隔の最小値は 8mm でありこの診断基準からは SMA 症候群と診断するのはやや困難であった。しかし実際には、SMA 直下での十二指

腸水平脚部狭窄から口側の拡張をきたしていることから、SMA の関与を疑い、手術施行に至り、現在も症状の改善を得られており、治療効果は得られている。内科的加療方法として1回食事量の制限や食後の腹臥位や左側臥位、腸蠕動薬内服などが挙げられている。外科的治療の適応となる症例は保存加療に抵抗する症例、腹部手術の既往、再発を繰り返す場合、重篤な合併症を併発した症例が多い。蔵谷らの計11例の症例報告では、併存症を有する高齢者に対し、腹腔鏡下腸管吻合術は低侵襲性において十分許容でき、効果においては確実性の高い術式である⁷⁾、Muneneらは13例のcase reportから、SMA症候群に対する腹腔鏡下十二指腸空腸吻合術の成功率は100%であり、開腹手術と比較し、在院日数の短縮や術後疼痛の軽減、在院日数の短縮や術後疼痛の軽減、腸蠕動の速やかな改善、整容性が上回っていると報告している⁸⁾。本症例では、吐物誤嚥によるMendelson症候群を発症し加療、加療に伴うい瘦の進行、から低栄養状態の進行を背景に、同様の症状を来していることから積極的な外科的介入が必要と思われた。

参考文献：

- 1) 寺本信嗣：Mendelson syndrome, 内科, Vol. 109 No. 6: 1144-1146, 2012
- 2) 松田佳子他：腹腔鏡下大網充填術により症状が軽快した上腸間膜動脈症候群の1例, 日臨外会誌 71, : 1328-1332, 2010
- 3) 本田晴康他：再発を繰り返した高齢者の上腸間膜動脈性十二指腸閉塞症の1例, 日臨外会誌 66: 842-847, 2010
- 4) 羽田力他：小開腹下で十二指腸空腸吻合術を施行した上腸間膜動脈症候群の1例, 北海道外科誌, 58: 154-158, 2013
- 5) 河内和宏他：空腸癒着性イレウスによる上腸間膜動脈症候群の1例, 日臨外会誌 56:842-847, 2014
- 6) Birsen Unal et al: Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings,

Dagn Interv Radiol; 11: 90-95, 2005

7) 蔵谷大輔他：腹腔鏡下十二指腸空腸吻合術を施行した上腸間膜動脈症候群の1例, 日外科系連会誌 39:1116-1121, 2014

8) Munene G, et al: Laparoscopic duodenojejunosomy for superior mesenteric artery syndrome. Am Surg 76: 321-324, 2010

表 1.

Table 1. Mendelson 症候群と嚥下性肺炎(通常型)の比較

	Mendelson 症候群	嚥下性肺炎(通常型)
	とくに好発年齢はない	高齢者
原因	嘔吐、胃内容物大量誤嚥 full stomach での全身麻酔 full stomach での内視鏡検査	嚥下障害、不顕性肺炎
のタイミング	急激、急性発症	不顕性肺炎では徐々に進行
年齢	成人から高齢者まで	高齢者
病態	胃内容物、塩酸(pH<2.5)による化学性肺炎 急速に進行する組織基血症、非心原性肺水腫 ARDS	比較的遅延に発症する口腔内常在菌や気道定着菌による細菌性肺炎
障害	ない場合が多い	必ずある
リスク因子	嚥圧が上昇する疾患(嚥嚥、好動)、イレウス、 膈門狭窄症、食道裂孔ヘルニア	副肺炎、神経筋疾患、胆管、胆水、肝臓疾患、 胃逆流嚥下(GERD)、反流性肺炎、介護されている 高齢者施設・介護関連肺炎(NH-CAP)
治療	胃内 pH の上昇(H ₂ 受容体拮抗薬の投与)、full stomach での内視鏡検査中止	口腔ケア、嚥下リハビリテーション
予後	凶悪、嚥下物の吸引、気道確保、酸素投与、人工 呼吸器管理、細菌感染を合併している場合は人工呼吸 器関連肺炎(VAP)に準じて治療、shock であれば 細菌培養ステロイドの大量投与、サイトカイン ストームの抑制	細菌叢をカバリーする抗菌薬治療(SBT/ABPC など) と嚥下障害対策(口腔ケアと嚥下リハビリ テーション)、原疾患の治療
死亡率	死亡率が高い(ARDS を発症すれば約 30%)	肺炎と基礎疾患の重症度による

1) 寺本信嗣：Mendelson syndrome, 内科, Vol. 109 No. 6: 1144-1146, 2012 より引用

図 2.

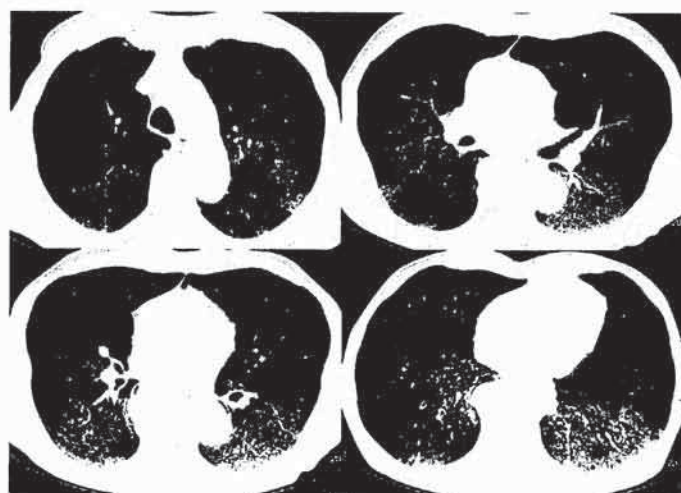
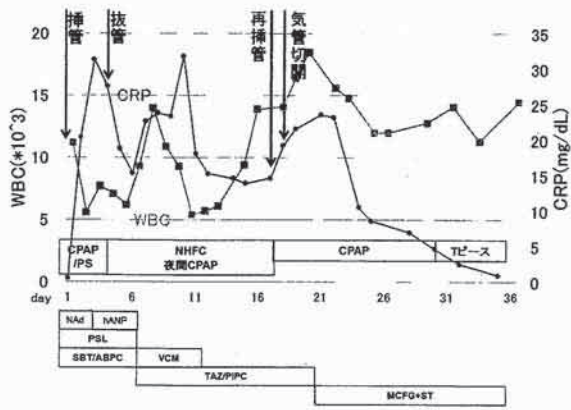


図 2.

入院後経過



多発性骨髄腫による light chain deposition disease で透析導入となった1例

1) 河北総合病院 内科 2) 河北総合病院 腎臓内科 3) 河北総合病院 血液内科

○片野 皓介 1), 須藤 裕嗣 2), 山崎 昌洋 2),
福田 純子 2), 岡井 隆広 2), 浅妻 直樹 3)

要旨:多発性骨髄腫は骨髄を主たる病変としM蛋白を産生する多発性の形質細胞腫瘍である.多発性骨髄腫による臓器障害としては高カルシウム血症,腎機能障害,貧血,骨病変が挙げられる.今回我々は腰痛を主訴に来院された76歳男性を多発性骨髄腫と診断し,経過中に急激な腎機能障害を呈した症例を経験した.腎機能障害の主な原因はcast nephropathyとされるが,本症例の場合腎生検を行った結果light chain deposition diseaseによるものと判明した.

キーワード:多発性骨髄腫, cast nephropathy, light chain deposition disease

諸 言

多発性骨髄腫は骨髄を主たる病変としM蛋白を産生する多発性の形質細胞腫瘍である.多発性骨髄腫による臓器障害としては高カルシウム血症,腎機能障害,貧血,骨病変と多彩な症状を呈する¹⁾.そのうち腎機能障害についても多彩なパターンを呈し,予後に大きな影響を及ぼすが,その正確な診断には腎生検が重要である.今回我々は腰痛を主訴に来院された76歳男性を多発性骨髄腫と診断し,経過中に急激な腎機能障害を呈した症例を経験した.腎機能障害の主な原因はcast nephropathyとされるが,本症例の場合腎生検を行った結果light chain deposition disease(以下LCDDと略す)によるものと判明した.比較的稀なパターンであり文献的考察を交えながら報告する.

症 例

患者:76歳,男性.

主訴:腰痛

既往歴:20代 気管支喘息,心房細動
60歳 高血圧

生活歴:飲酒歴 機会飲酒

喫煙歴 20本/日×50年(2010年で禁煙)

アレルギー歴:なし

薬歴:フロセミド,ロサルタン,アゾセミド,フェブ
キソスタット,アルファカルシドール,ニフ

エジピン,エソメプラゾール,ワルファリン
カリウム,ブテソニド+ホルモテロール吸入
薬

現病歴:

2013年10月下旬より腰痛が出現.

11月5日に骨髄生検で多発性骨髄腫(IgGκ型
ISS病期分類2期)と診断.

11月8日メルファラン+プレドニゾロン+ボルテ
ゾミブによる治療を開始.当時の腎機能は正常だ
った.

2015年12月中旬より下腿浮腫が出現した.

2016年2月,浮腫は全身に波及し,腎機能と貧血の
増悪を認めた.

3月10日精査目的に入院した.

入院時現症:身長165cm,体重74kg(浮腫が生じ
る前の体重は68kg)

体温36.6℃,脈拍82回/分,血圧148/80mmHg,SpO₂
98%(room air)

検査所見:血液検査結果を表1に示す.

貧血を認めるほか低Alb血症,高コレステロール
血症,腎機能障害を認める.また血中のB2MG
8.3mg/L, free light chainのκが394mg/Lとや
や上昇していた.

胸部 X 線写真：心胸郭比 55%とやや心拡大あるが
明らかなうっ血や胸水貯留を認めない。

心臓超音波検査：心機能は良好。

腎臓超音波検査：皮質のエコー輝度が軽度上昇。
腎盂拡張や萎縮はなかった。

続いて腎生検の結果について記す。

図 1A は HE 染色の結果だが、多発性骨髄腫に特徴的な cast nephropathy つまり尿細管内の円柱形成がみられない。糸球体には結節性病変など糸球体障害の所見はない。ここには載せてはいないが、さらに拡大を上げると上皮細胞の平低化と一部核の脱落がみられ、尿細管のびまん性障害を疑う所見であった。

免疫染色の結果を図 1B C に示す。

κ 染色では一部の糸球体糸球壁と尿細管内に IgG

κ の沈着を認めた。

一方 λ 染色ではほとんど染まりがない。

次に電子顕微鏡像を図 1D E に示す。

左側が糸球体だが、基底膜内皮下に砂をまいたような微細顆粒状沈着が帯状に認められる。

これは LCDD の特徴的所見である。

右側は近位尿細管だが、上皮内に硝子滴が見られる。これはおそらく再吸収された κ 鎖であり、尿細管上皮障害を起こしているものと考えられる。

<血算>	<生化学>	<免疫>
WBC 3400 /uL (Neu 66.0%, Lym 17.9%)	TP 5.36 g/dL	CRP 1.01 mg/dL
RBC 265万 /uL	Alb 2.56 g/dL	IgG 589 mg/dL
Hct 25.7 %	T-Chol 297 mg/dL	IgA 103 mg/dL
Hb 8.5 g/dL	LDL 194 mg/dL	IgM 37 mg/dL
Plt 13.7万 /uL	BUN 45.0 mg/dL	C3 79 mg/dL
	Cr 2.98 mg/dL	C4 44.3 mg/dL
	Na 141.6 mEq/L	
	Cl 100.6 mEq/L	
	K 4.07 mEq/L	
	Ca 7.9 mg/dL	
	iP 4.2 mg/dL	
<血液検査>	<各種抗体>	<尿検査>
血中B2MG 8.3 mg/L	抗核抗体 40倍未満	尿蛋白 ±
遊離L鎖κ 394 mg/L	MPO-ANCA 陰性	尿潜血 3+
	PR3-ANCA 陰性	尿中B2MG 355µg/L
	抗基底膜抗体 陰性	

表 1 主要な検査所見

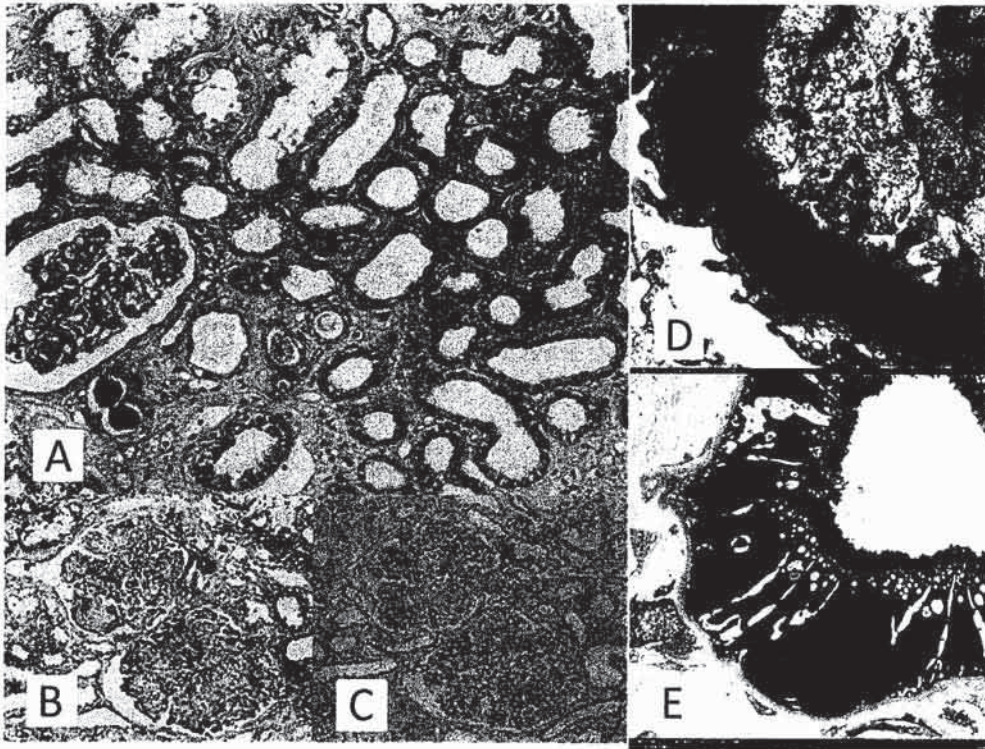


図1 (A) HE 染色. $\times 200$ (B) κ 染色. 一部 IgG κ の沈着を認める.
 (C) λ 染色. 沈着を認めない. (D) 糸球体電子顕微鏡像. LCDD に特徴的な帯状の微細顆粒状沈着を認める. (E) 近位尿細管電子顕微鏡像. 上皮内に硝子滴を認める.

入院後経過：

図2に血中 Cre 濃度の推移についてのグラフを示す。多発性骨髄腫の治療としてはメルファラン、プレドニゾロン、ボルテゾミブによる治療を行ったが全身浮腫や労作時呼吸困難などの症状が増悪した。多発性骨髄腫の進行と考え治療法を変更し、レナリドミド、デキサメタゾンとした。しかし治療法変更後も症状の増悪および血中 Cre 濃度の上昇は進行。利尿剤の増量も行ったが体重増加、尿量減少した。2016年4月9日に透析導入した。

後日判明したことが当時の血液検査では IgG の上昇はなく、多発性骨髄腫の病態の増悪により腎機能が増悪したとは考えにくい経過だった。

考 察

腎障害を呈した多発性骨髄腫患者における主な原因として cast nephropathy と LCDD, アミロイドーシスが挙げられる。その比較を表2に示す。

割合としては 33% と cast nephropathy が最も多く、Light chain の type については cast nephropathy と LCDD で κ 型が多い。高 Ca 血症を呈するのは cast nephropathy で多く、ネフローゼをきたすのはアミロイドーシスが多い。腎予後、生命予後についてはともに cast nephropathy の方が悪い。

本症例では高 Ca 血症は見られなかったが透析導入時にはネフローゼ症候群を呈していた。診断から透析導入までは 29 ヶ月であり平均より早い経過だった。また free light chain 濃度については 394 mg/L で平均と比較すると非常に少なかった。

浮腫や労作時呼吸困難

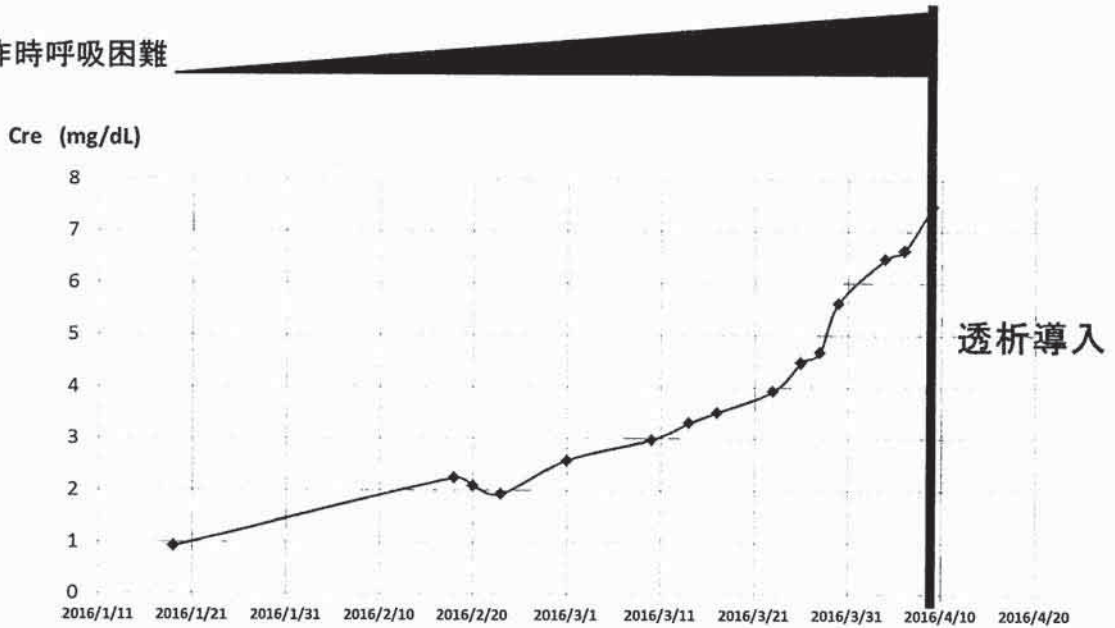


図2 入院後経過. 血中Cre濃度の推移と治療法, 症状の進行を時間経過とともに示す. 途中治療法を変更したが血中Cre濃度は上昇し, 症状も増悪. 2016年4月9日に透析導入に至った.

	Cast Nephropathy	LCDD	Amyloidosis
割合	33%	22%	21%
light chain type κ : λ	16 : 9	29 : 8	4 : 31
Free light chain(mg/L)	1200	1500	900
高Ca血症	27%	13%	6%
ネフローゼ症候群	0%	16%	54%
腎予後	20ヶ月	51ヶ月	30ヶ月
生命予後	44ヶ月	62ヶ月	58ヶ月

表2 腎障害を呈した多発性骨髄腫患者における主な原因の比較²⁾

腎生検では cast nephropathy の所見がみられず light chain deposition disease の所見のみで、特に尿細管上皮障害を起こした LCDD により末期腎不全に至ったものと考えた。

LCDD はネフローゼ症候群を来す例もあるように、本来糸球体障害により蛋白尿や腎機能障害を呈する病態である³⁾。

本症例では free light chain が少ないため糸球体に沈着することなく尿細管に流れ、尿細管優位に障害をもたらしたのと考えられた。すなわち、free light chain が少なくても腎障害を呈することがあるので腎生検での評価が重要である。

今回腎生検で LCDD の所見を認めたが、主に糸球体ではなく尿細管に所見が見られる症例を経験した。文献的にも比較的稀であるためこれを報告した。

引用文献

- 1) International Myeloma Working Group: Criteria for the classification of monoclonal gammopathies, multiple myeloma and related disorders: a report of the International Myeloma Working Group. Br J Hematol. 121(5):749-57, 2003
- 2) Nasr SH, et al: Clinicopathologic correlations in multiple myeloma: a case series of 190 patients with kidney biopsies. Am J Kidney Dis, 59:786-794, 2012
- 3) Jimenez-Zepeda VH: Light chain deposition disease: novel biological insights and treatment advances. Int J Lab Hematol, 34:347-355, 2012

器質化肺炎と関節炎の再燃を同時期に繰り返した関節リウマチの一例

1) 河北総合病院 内科, 2) 河北総合病院 リウマチ・膠原病科

○片山 淳仁¹⁾, 菊地 英豪²⁾, 岡井 隆広²⁾

要旨:

54歳時に多発関節痛, 胸部多発浸潤影が出現し当院入院. RF陽性, 気管支生検結果から, 関節リウマチ(RA)に合併した器質化肺炎(OP)と診断し, メチルプレドニゾロン(mPSL)500mgパルス療法施行. 関節炎, OPは速やかに改善したため, プレドニゾロン(PSL)減量し, 62歳時PSL中止. その後, RAに対してメトトレキサート(MTX)+ミゾリピン(MZB)で加療. 67歳時に咳嗽, 胸痛, 多発関節炎出現. OP+RAの再燃と診断し, mPSL250mgパルス療法施行し, 症状は改善した. 69歳時入院6ヶ月前にPSL漸減中止し, その後MTX+MZBで加療していたが, 入院10日前から左前胸部痛, 両膝, 両肩, 両手関節痛が出現. 胸部CTで両側に多発する浸潤影を認めた. CRP18.1mg/dl, RF244.9IU/ml, ACPA358.4U/ml, DAS28ESR6.27. mPSL125mgパルス療法にて関節症状, 胸部異常陰影は速やかに改善した.

キーワード: 関節リウマチ, 膠原病肺, 間質性肺疾患, 器質化肺炎

諸 言

器質化肺炎は関節リウマチに合併する肺病変の一つとして知られており, PSLに対する治療反応性が良く, 生命予後は比較的良好とされている. 本例は関節炎の悪化と同時期にOPの再燃を繰り返したことが特徴と考えられ, 文献的考察を交えて報告する.

症 例

患者: 69歳女性

主訴: 左前胸部痛, 多発関節痛

既往歴:

54歳 関節リウマチ, 器質化肺炎, 2型糖尿病

67歳 関節痛・器質化肺炎の再燃

生活歴: 飲酒歴 機会飲酒

喫煙歴 20本/日×30年(59歳で禁煙)

アレルギー歴: 肝機能障害: セチリジン, アクタリット, シメチジン, 皮膚症状: 金チオリンゴ酸, マンゴー, キウイ

薬歴: プレドニゾロン 10mg, メトトレキサート 10mg/w, アルファカルシドール 0.5μg, ナテグリニド 270mg, ミゾリピン 250mg/w, ランソプラゾール 15mg, 葉酸 5mg

現病歴:

2016年11月下旬から, 左前胸部痛を自覚. その後徐々に両手関節・両膝関節に痛みが出現. 痛む関節の数が増えていき, 12月2日には痛みのため歩行やものを持つことも困難となり, 救急要請. 内服でプレドニゾロンを処方され, 一旦帰宅し, ステロイド全身投与を目的に12月5日に入院. 入院時現症: 血圧105/58mmHg, 脈拍65bpm, 体温36.0℃, SpO₂97%(room air)

身体所見: 左手関節・左膝関節に腫脹あり, 頸部・両肩関節・左手関節・両膝関節に自発痛あり, 頭頸部・胸部・腹部・四肢に特記所見なし

心電図: 心拍数83bpm, 洞調律, 右脚ブロック, ST-T変化なし

胸腹部レントゲン: 右中肺野・左上肺野に浸潤影あり, 心拡大なし

胸部CT: 両側肺野の胸膜側に気管支透亮像を伴う非区域性のconsolidationが散在している

WBC 10000/uL, Neutro 79.5%, Lym 6.3%, RBC 403万/μL, Hb 12.2 g/dL, Ht 37.6%, MCV 93 fL, MCH 30.3 pg, MCHC 32.4%, PLT 50.7万/uL,

赤沈 120 mm/hr, ALB 2.81 g/dl, AST 70 IU/l, ALT 72 IU/l, LDH 239 IU/l, ALP 1213 IU/l, γ -GTP 272 IU/l, T-Bil 0.60 mg/dl, BUN 14.7 mg/dl, Cr 0.55 mg/dl, Na 141.3 mg/dl, Cl 101.4 mg/dl, K 4.71 mg/dl, Ca 9.5 mg/dl, CRP 18.07 mg/dl, CPK 11 IU/l, Glu 170 mg/dl, PT 11.6 秒, APTT 26.5 秒, INR 0.98, リウマトイド因子 244.9 IU/ml, MMP-3 234.9 ng/ml, 抗 CCP 抗体 358.4 U/ml

入院後経過：

54 歳時, 67 歳時の治療経過を鑑みると, ステロイド投与に対する良好な治療反応が予想された. 関節症状に対して外来で PSL10 mgを開始後に, 症状の改善が見られた. 肺病変を合併した関節リウマチの増悪として, 入院後に静注ステロイド (mPSL125mg) を 3 日間投与. 入院中も MTX は当初の用量 (10 mg/w) で継続した. その後, 器質化肺炎に対する初期治療量として PSL0.75mg/kg の内服を開始.

考 察

英国で行われた多施設共同研究では, 関節リウマチの患者の 5% で肺病変の合併が認められた. 年齢・関節病変の活動性・関節破壊の程度が高いほど, 肺病変の発症リスクは高いと言われている. 肺病変の病型としては, 通常型間質性肺炎 (UIP) 型が 65% と最多である. OP 型は 5% 程度と頻度は少ないものの, RA 関連の間質性肺病変の中で最も予後・治療反応性ともに良好と言われている.

日本国内で行われた 499 名の RA 患者を対象とした横断研究で, 1.9~4.8% で OP の合併が認められた. OP の発症時期は, 73% が RA 発症に続発しており, 11% が RA 発症に先行し, 同時発症はわずか 3% であった.

同研究において, OP 増悪の直前の, RA の疾患活動性 (DAS28-CRP に基づく) は, 86% が寛解から中等度に該当していた. つまり OP の増悪は, RA の疾患活動性とは独立していたと言える.

本症例では, これまでに 3 回関節リウマチ・器質化

肺炎が同時に増悪を来している. OP-RA の活動性が互いに連動して増悪・寛解を示した稀有な病型を報告した.

引用文献

- 1) Schlesinger, C., Koss, Michael N. The organizing pneumonias: an update and review, *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, *Curr Opin Pulm Med*. 11:422-430, 2015
- 2) Kelly, C., Saravanan, V., et al., Rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease: associations, prognostic factors and physiological and radiological characteristics—a large multicentre UK study., *Rheumatology*. 53:1676-1682, 2014
- 3) Okada H., Kurasawa K., et al., Clinical features of organizing pneumonia associated with rheumatoid arthritis., *Mod Rheumatol*. 26 (6) : 863-86, 2016
- 4) Mori S, Cho I, Koga Y, et al., A simultaneous onset of organizing pneumonia and rheumatoid arthritis, along with a review of the literature., *Mod Rheumatol*. 18:60-66, 2008

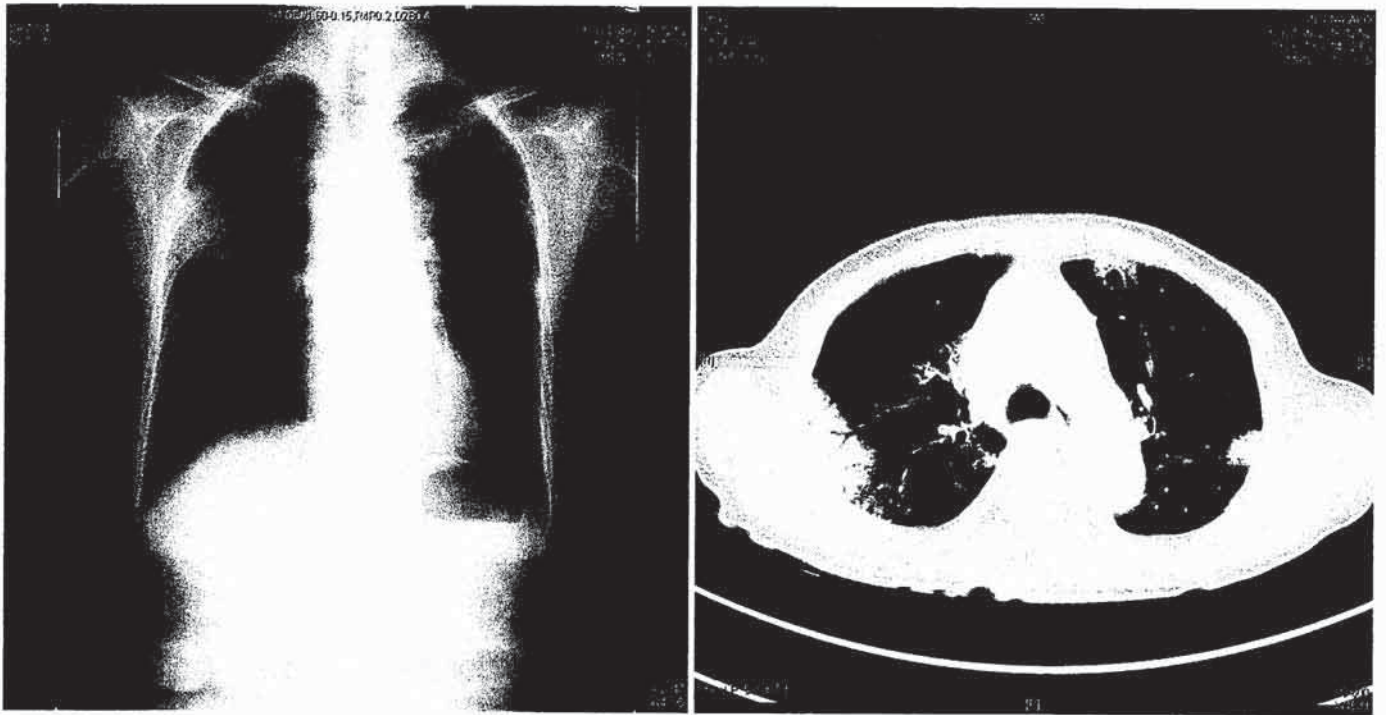


図1 入院時の胸部レントゲン像と胸部 CT 画像

血清マーカーの推移 (CRP・RF)

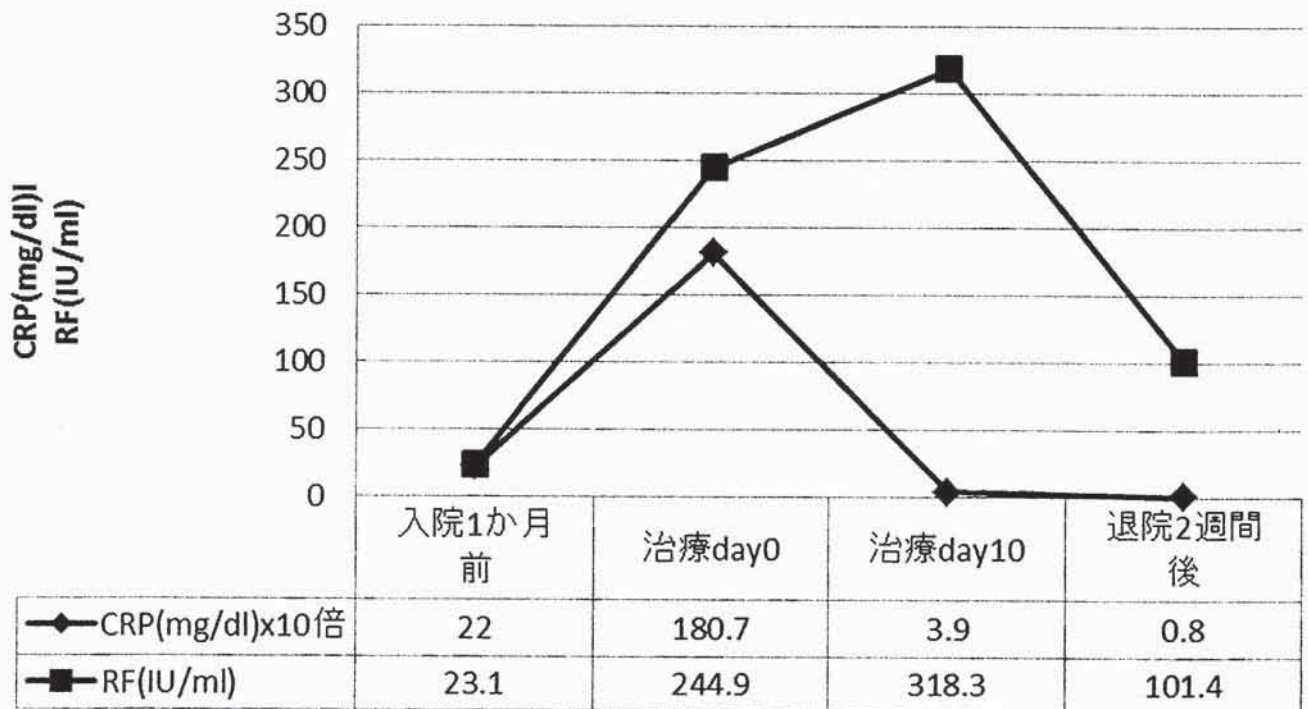
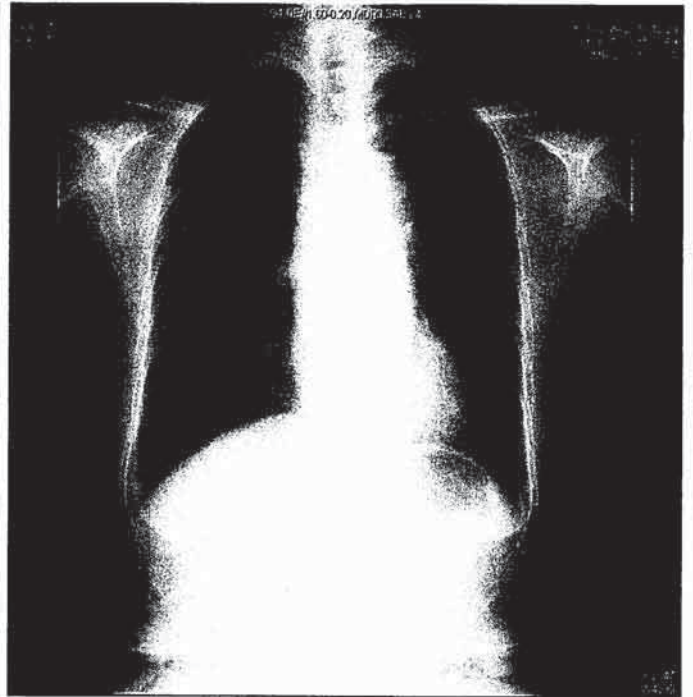


図2 ステロイド投与中およびその前後の CRP とリウマトイド因子の推移



ステロイド投与 day0



ステロイド投与 day18

図3 ステロイド投与前後の胸部レントゲン画像の推移

粘液腫との鑑別が困難であり、摘出術により診断治癒し得た左房内血栓の1例

桜井 博志¹⁾, 片山 真樹子²⁾

1) 河北総合病院 内科 2) 河北総合病院 神経内科

緒言

左房内血栓症は、心原性脳塞栓症の原因として最も頻度が高いとされる。一方、粘液腫は比較的稀な疾患であるが、脳塞栓症が初発症状になることがある。一般に、両者の鑑別には心エコー検査が用いられるが、実際には鑑別が難しい症例も少なくない。今回我々は、粘液腫との鑑別が困難であったが、摘出術により診断、治癒し得た左房内血栓の1例を経験したので報告する。

I. 症例

患者：85歳，女性

主訴：運動性失語

現病歴：

2016年1月7日13時頃、自宅で昼食中に突然話せなくなり、当院救急搬送された。運動性失語を認め、頭部CTで出血なく、経過から脳梗塞を疑い、精査加療目的に入院した。

既往歴：心房細動，右変形性膝関節症

家族歴：詳細不明

生活歴：飲酒：機械飲酒 喫煙歴あり（詳細不明）

内服歴：バイアスピリン錠（100）1T1x ビビアント錠（20）1T1x オメプラゾール（10）1T1x

シベンゾリンコハク酸塩（50）2T2x トラピジル錠（100）2T2x ローガン錠（10）2T2x ニカルジピン塩酸塩徐放 CP（20）2CP2x ニトロペン舌下錠（0.3）頓用

主な入院時現症：体重 50.8 kg，身長 143.0 cm，バイタルサイン 体温 36.3℃，脈拍 131 回/分・整，血圧 148/115 mmHg

一般身体所見 特記すべきことなし

神経学的所見 意識 JCS I-3，髄膜刺激徴候なし，自発語は困難で名前のみ，物品呼称困難，言語理解力は良好，復唱可能であり，運動性失語の

所見であった。その他異常所見は認めなかった。

主要な検査所見：血算正常，生化学検査では，尿酸 5.8 mg/dl と軽度上昇，HbA1c や血清コレステロールや中性脂肪は正常値であった。また凝固系の異常は認めなかった。

画像所見：主要な画像所見を図1に示す。胸部レントゲンでは，CTR 67.1%と心拡大を認めた。MRI で左前頭葉から側頭葉にかけての急性期脳梗塞を認めた。MRA では，特に異常所見は認めなかった。また，心電図は心房細動であった。

入院後経過：

MRI で急性期脳梗塞を認め，突発完成の発症様式であること，心房細動の既往などを併せ，心原性脳塞栓症を疑った。神経徴候が軽度から中等度の失語のみであり，アルテプラザーゼ静注療法は施行せず，脳保護剤およびヘパリン静注による抗凝固療法を開始した。塞栓源検索のため，第2病日，経胸壁心エコーを行い，左房内に約35×40 mm大の腫瘤様エコーを認めた。抗凝固療法を第6病日からワーファリンの内服に変更するとともに，第15病日，経食道心エコーを施行し，左房内に同様の腫瘤様エコーを確認した。いずれの心エコー所見においても，腫瘤の可動性は認めるが，両者の鑑別に重要とされる，茎の有無および付着部位については特定できなかった（図2）。鑑別が困難であったため，第27病日心臓腫瘍摘出術，メイズ手術を施行し，腫瘤を摘出した。腫瘍は左房の頭側壁に小さな茎で付着しており，簡単に茎からとれた。病理診断は左房内血栓であり，腫瘍成分は含まなかった。術後も抗凝固療法を続け，再発なく神経症状も改善を認めた。全身状態も良好であり，第57病日に退院した。

II. 考察

本症例は、突発完成型の臨床経過から、心原性脳塞栓症と診断し、エコー検査で粘液腫と左房内血栓の鑑別が困難であったことから、抗凝固療法を開始するとともに、早期に摘出術を施行し、良好な転機を得た一例である。

心内血栓は心房細動、弁膜症および急性心筋梗塞、感染性心内膜炎、人工弁などに発生する。成因に関しては、僧房弁弁口面積の狭小化、心房細動、左房拡大、凝固系異常、低心拍出などにより形成された壁在血栓、左心耳血栓が源となり、左房内腔に形成するとされている。

Schechter らが 168 例の左房内血栓症の報告をしているが、左房内血栓の付着部位は、心耳 26.6%、中隔 24.5%、僧房弁弁膜 14.9%、不詳 9.4%であった。Leung らが 6.5 年の期間に経食道エコー図法をした連続 2,894 例の検討では、94 例(3%、うち 83 例は心房細動)に左房内に血栓が認められた。うち 45 例は可動性の血栓であり、33 例は最大径 1.5cm 以上であったと報告している。左房内球状血栓は左房壁との付着点がない遊離球状血栓と、左房壁に茎で付着している可動性球状血栓に分けられる。左房内球状血栓の診断基準として、1) 血栓は付着部位が不明であり、自由な可動性を有していること、2) 血栓が弁口に比較して過大なため結果として閉じ込められていること、3) 血栓は流入路から塞栓が入り込んだものとは考えられない構造と形状を有していることと報告されている。

本症例は弁疾患を伴わない心房細動であり、心臓カテーテル検査でも冠動脈に有意狭窄はなく、壁運動の低下も認めなかった。左房拡大と左室肥大所見を伴い、抗血小板薬は内服されていたが抗凝固療法がなされておらず、血流うっ滞や心房内膜の抗血栓性低下、血液性状の変化により血栓が形成されたものと考えられる。

一方、心臓粘液腫は原発性心臓腫瘍の中では最も頻度の高い良性腫瘍である。心臓粘液腫の 75-80%以上が左房内に発生し、そのほとんどが心房

中隔の卵円窩付近にみられる。

粘液腫と血栓の鑑別として、可動性、形状、内部の性状、茎、付着部位が指標となる。鑑別点を表 1 に提示する。第 15 病日に施行した経食道心エコーでは左房内に巨大な多房性の mass 様エコーあり、石灰化の部分で左房上壁と接している印象があるが、部位は特定できなかった。

また左房内はもやもやエコーが充満していたが、左心耳には明らかな血栓は認めなかった。

血栓と腫瘍との鑑別が困難であった。そのため、左房内血栓症では、抗凝固療法のみで完解を得た報告も散見されるが、血栓消失までの間に塞栓症再発や、僧房弁への陥頓による突然死のリスクを考慮し、心臓血管外科コンサルトし、摘出術を行う方針とした。

術中所見で腫瘍は左房の後壁に小さな茎で付着しており、可動性球状血栓であった。肉眼的には剖面も含めて、古い血栓を疑った(図 4)。病理診断は Pedunculated ball-like thrombus of the left atrium であり、大きさが 5.0×3.7×3.0cm のラグビーボール様の組織塊と 7×2×4mm の小さな茎様の 2 個の組織からなった。心臓に付着していた茎様の細い部分は、組織学的には器質化血栓が付着した繊維性組織で、アザン染色で少量の心筋を、EVG 染色では心内膜の弾性繊維を確認できた。ラグビーボール様の組織塊は、組織学的にはフィブリンが主体の血栓で器質化はほとんど認められず、表面の一部には内皮様の細胞が認められた。心臓付着部の茎の部分に連続していた部分では、壊死と石灰沈着があり、器質化は認められなかった。いずれにおいても粘液種およびその他の腫瘍を示唆する所見は認められなかった(図 4)。摘出術施行後も抗凝固療法を継続し、再発なく経過し、神経症状の改善も認めた。

III. 結語

粘液種との鑑別が困難であり、摘出術により診断治癒し得た左房内血栓の 1 例を報告した。

鑑別に困難を要す場合は、外科的治療を考慮することが、診断および治療に有用である。



図 1

MRI 拡散強調像で左前頭葉から側頭葉に高信号域を認める
MRA に異常所見は認めない

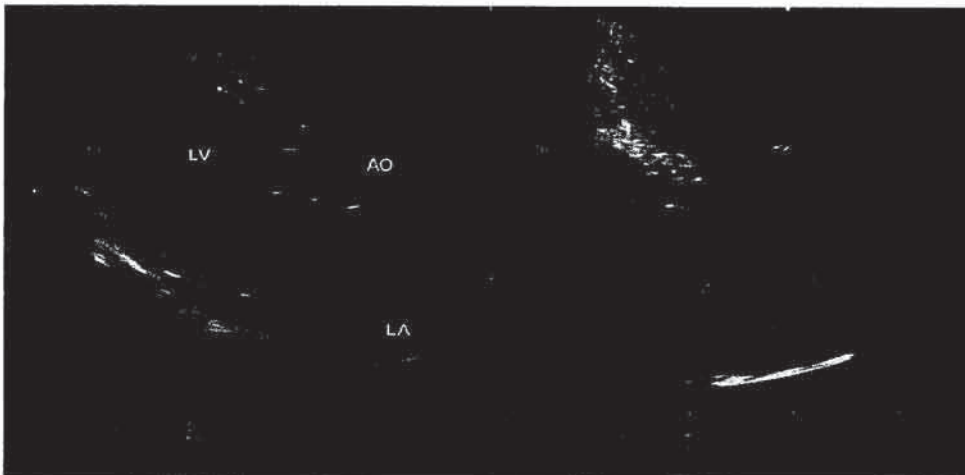


図 2

(左) 経胸壁心エコー

左房内に約 35×40 mm 大の腫瘤様エコーを認める

(右) 経食道心エコー

もやもやエコーを呈する腫瘤であるが、有茎性と思われた。可動性は認めるが、内部の性状はやや不均一な印象であり、両者の鑑別に重要とされる、茎の付着部位については特定できなかった

表1

粘液腫と血栓の鑑別

	粘液腫	血栓	本症例 (エコー)	本症例 (術後所見)
附着部位	心房中隔付近	左心耳	特定できず	左房後壁
形状	球形, 卵形 表面がゼラチン質 で脆い	隆起性 壁在性 辺縁は明瞭	腫瘤様	ラグビーボール状
可動性	規則的	可動性が少なく 不規則	心拍動とともに 可動	心拍動とともに 可動
内部の性状	不均一	基質化し高輝度 のもの 新鮮で低輝度の もの	やや不均一 明らかな器質化を 認めない	基質化血栓が付着した 繊維性組織
茎	あり	なし	有茎性を疑う	有茎性
経過	抗凝固療法で縮小 しない	抗凝固療法で縮 小する	抗凝固療法で縮小 しない	抗凝固療法で縮小しな い

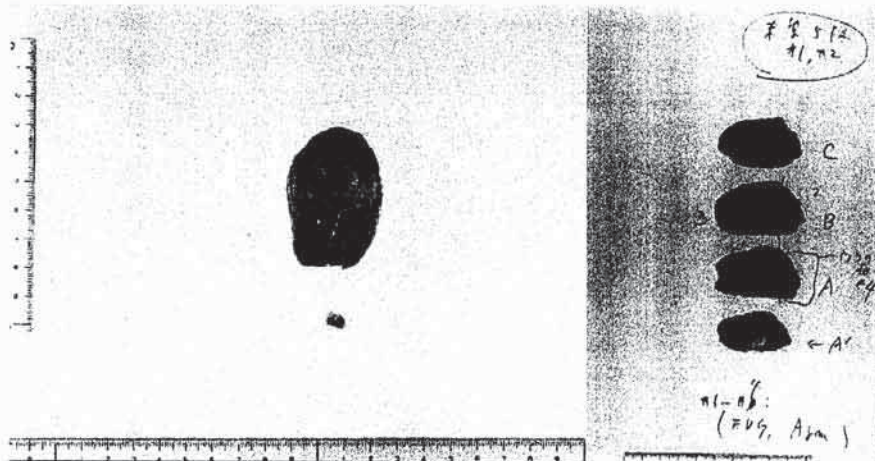


図3

手術により、摘出した腫瘤。肉眼的には剖面も含めて、古い血栓を疑った

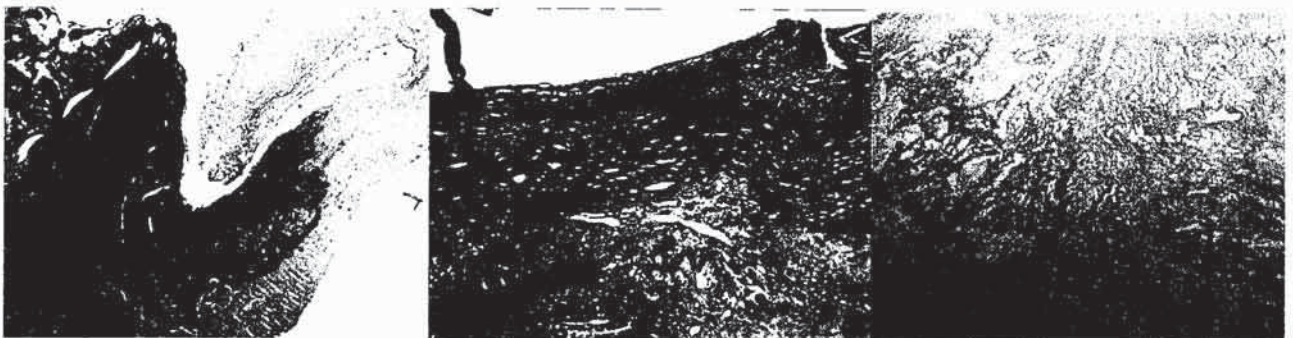


図4

茎様の細い部分は、組織学的には器質化血栓が付着した繊維性組織（アザン染色で少量の心筋を、EVG染色では心内膜の弾性繊維を確認できた）

ラグビーボール様の組織塊は、組織学的にはフィブリンが主体の血栓で器質化はほとんど認められず、表面の一部には内皮様の細胞が認められた。心臓付着部の茎の部分に連続していた部分では、壊死と石灰沈着があり、器質化は認められなかった

参考文献：

- 1) 赤石 誠：Fundamental lesson 撮り方 心臓の腫瘍. 心エコー 2002；3：1038-1046
- 2) 菌田 正浩, 東 健作, 下川原裕人ら：粘液腫に類似した有茎性球状心房内血栓が多発に認められた1例. J Cardiol 2007 May;49 (5)：287-293
- 3) 西村 裕之, 中嶋 匡, 浮田 徹ら：左房粘液腫に伴った脳梗塞に tPA 療法を行った 1 例. 脳卒中 32：156-162, 2010
- 4) Schechter DC：Left atrial ball-valve thrombus. NY State J Med 1982：1831-1838
- 5) 山道圭一郎, 梅木美由紀, 松本 綾ら：左心耳基部に発生した粘液腫と血栓の鑑別に苦慮した1例. 超音波技術 vol41 No. 5：566, 2016
- 6) Hanbit Park, Seokjung Jo, Yung Kyung Cho, et al：Differential Diagnosis of a Left Atrial Mass after Surgical Excision of Myxoma：a Remnant or a Thrombus?. Korean Circulation Journal 2016 Nov；46 (6)：875-878, 2016
- 7) 脳卒中治療ガイドライン 2015：61-63, 2015
- 8) 村山純一, 伊藤 翼, 夏秋正文ら：僧房弁疾患を伴わない左房内有茎球状血栓症の1例. 胸部外科 2003；56：1130-1133
- 9) 武井康悦, 田中信大, 宮城 学ら：非弁膜症例における発作性心房細動に合併し、保存的加療により完全に消失した左房内球状血栓症の1例. J Med Ultrasonics 2003；30：17-22

失見当識を中心とした短期記憶障害を急性に発症した辺縁系脳炎の1例

河北総合病院

○直宮 修平¹⁾, 鈴木 均²⁾

1) 河北総合病院 内科 2) 河北総合病院 神経内科

緒言

一部の髄膜炎、脳炎においては、明らかな脳局所症状を認めず高次脳機能障害が主症状となることがある。¹⁾ 今回、我々は臨床的に短期記憶障害を急性に発症し、各種検査より辺縁系脳炎と診断した1例を経験した。急性期において、脳炎をはじめとした緊急疾患の鑑別や、慢性期における原因精査の方針について示唆に富む一例であり、文献的考察を加えて報告する。

I. 症例

患者:65歳, 女性

主訴:健忘

既往歴:神経調節性失神

生活歴:特記事項なし

喫煙歴:10本/日 35年間

飲酒歴:ビール 1000ml/日

家族歴:特記事項なし

内服歴:ピソプロロール錠 (2.5mg) 1錠

アレルギー:なし

現病歴:2016年2月11日の夕刻まで普段通りの様子であった。22時頃に夜勤仕事に行かず就寝している姿を息子が目撃した。職場からの電話に回答した様子がなく、普段から熱心に世話をしているペットを放置している様子も見受けられた。同日はそのまま就寝したが、翌12日朝8時頃、息子に対し「なぜ私はここにいるのかわからない」との発言や「今日は何曜日か」と何度も問う発言があった。同日、息子に連れられ当院外来を受診し、精査加療目的に入院となった。

主な入院時現症:身長 146.0cm, 体重 34.8kg, 血圧 140/70 mmHg, 脈拍 70/分, 体温 36.8℃, 経皮的酸素飽和度 98% (room air). 一般身体所見上異常所見は認めなかった。神経学的所見では、

高次脳機能障害として失見当識を認めた。脳神経系に異常所見を認めず、項部硬直も認めなかった。運動系では麻痺を認めず、感覚系にも異常を認めなかった。協調運動障害を認めず、パーキンソニズムを含めた錐体外路徴候も認めなかった。

検査所見:入院時の血液検査結果を表1に示す。血算では白血球の上昇を認めるも左方移動は認めなかった。血液生化学的検査では、肝機能、腎機能に異常を認めず、電解質は軽度の低カリウム血症の他異常を認めなかった。免疫学的検査ではCRPの上昇は認めなかった。

胸部および腹部レントゲン写真では異常所見なし。心電図では心筋虚血を示唆する所見や不整脈は認めなかった。頭部CTでは前回(2013年に失神を主訴に受診した時に施行)と比較し、左視床に新規の低吸収域の出現を認めた。(図1) その他両側脳室周囲白質、両側基底核の年齢相応の低吸収域に大きな変化を認めなかった。

入院後経過:失見当識を中心とした短期記憶障害を急性に発症したことから、一過性全健忘(Transient global amnesia: 以下 TGA)を疑い経過観察とした。第3病日において記憶障害が遷延しており、疾患鑑別のため髄液検査を施行したところ、初圧 10 cmH₂O, 無色透明, 有核細胞 2/ μ l, TP 53 mg/dl, LDH 25 IU/L, Glu 65 mg/dl (血糖 126 mg/dl)であった。第6病日に施行した脳波検査では異常を認めなかった。同日にMRI検査を施行したところ、T2強調およびFLAIR画像にて左視床・右後頭葉・両側海馬に血管支配に一致しない異常高信号領域を認めたため、臨床経過と併せて辺縁系脳炎と診断した。(図2) 原因として傍腫瘍性辺縁系脳炎、膠原病合併脳炎を疑い、悪性腫瘍検索のための胸腹部造影CT並びに採血にて各

種自己抗体を提出したが、特記すべき異常所見は認めなかった。記憶障害が遷延していたことから、脳炎の寛解を目的に第 15 病日よりメチルプレドニゾロンパルス療法 (1000 mg/日) 3 日間を 3 コース施行した。これにより頭部 MRI にて海馬領域の異常信号は改善傾向を認めた。リハビリを併用し、記憶障害は一定の改善を認めたが、改善は緩徐であり以後は外来にて経過をみることにし、第 59 病日に退院とした。なお、入院後経過を図 3 に示すが、加療の前後にて施行した三宅式記憶力検査では記憶障害の改善を認めた。2017 年 3 月現在、発症から 1 年 1 か月経過しているが、神経症状の増悪を認めずリハビリにて継続加療中である。

II. 考察

本症例は、急性発症の失見当識を中心とした短期記憶障害を主訴に来院し、画像所見から辺縁系脳炎の診断に至った。本症例のように健忘症状を主症状とした急性発症の高次脳機能障害を認めた場合、鑑別すべき疾患として脳血管障害、各種脳炎・脳症、側頭葉てんかん、TGA が挙げられる。急性期において鑑別上最も重要となる疾患は単純ヘルペス脳炎 (Herpes simplex virus type 1 encephalitis: 以下 HSE) であり、海馬を含む辺縁系に脳炎が発生した場合にしばしば記憶障害を主症状として発症する。典型例では急性発症で発熱をとめない、けいれん発作などの神経局在症状をとまなう。HSE は初期治療の遅れが予後を悪化させるため、疑った時点で早期に髄液検査と頭部 MRI 検査などによる精査が必要である。¹⁾

一方、本症例では第一の鑑別疾患として TGA を挙げた。TGA は突然発症する一時的な純粋健忘に対して Fisher と Adams (1956) が報告した臨床的概念である。意識レベルや自己認識能力が保たれた全般的な記憶の喪失がみられ、それによる特徴的な異常行動 (同じ質問を繰り返すなど) を示す予後良好の疾患である。診断基準については Hodges ら (1990) が提唱しており、「1) 発作が目撃され、発作中の情報が得られること。2) 明確な前行性健

忘が発作中にあること。3) 意識混濁や自己の見当識障害がなく、認知障害は健忘に限られる (失語、失行などが無い) こと。4) 発作中には随伴する局所的神経症候がなく、発作後には有意の神経徴候を残さないこと。5) てんかんの特徴がないこと。6) 発作は 24 時間以内に消失すること。7) 最近起こった頭部外傷や活動性のてんかん (治療継続中や過去 2 年以内のてんかん発作) がある場合は除外する」をすべて満たすものとしている。²⁻³⁾ これにより TGA の診断に際しては、脳血管障害、てんかん、外傷、脳腫瘍などの器質的異常が疑われる徴候を否定する必要がある。本症例においては、上記 TGA の診断基準から逸脱した項目はなく、脳炎とりわけ HSE を疑う徴候にも乏しかったことから慎重な経過観察の方針とした。しかし結果として 24 時間以上の症状の遷延を認めたため、その時点で髄液検査、脳波検査、頭部 MRI 検査を施行した。頭部 MRI 検査の T2 強調画像および FLAIR 画像において異常高信号領域を認め、この病変は血管支配に一致するものではなく、脳波検査結果、臨床経過も併せると脳血管障害やてんかん発作は否定され、辺縁系脳炎の診断に至った。

大脳辺縁系とは、帯状回、海馬、海馬傍回、扁桃体などを含めた辺縁葉と、前頭葉眼窩回、島葉、側頭葉極部、さらにこれらと密接な連絡のある皮質下である視床下部、側坐核などを合わせた名称である。主としてこれらの部位が障害されるのが辺縁系脳炎であり、不安、抑うつ、興奮、性格変化、幻覚などの精神症状や、自律神経症状、意識障害を呈することもある。⁴⁾ その多彩な症状からしばしば鑑別に難渋するが、髄液検査や MRI 画像などの他覚的検査により診断可能である。特に MRI 画像では、T2 強調画像および FLAIR 画像にて大脳辺縁系に高信号または浮腫像を認める他、PET 検査にて同部位の高集積部位として認める場合もある。⁵⁾ 辺縁系脳炎の分類に定まったものはないが、実地診療における治療方針や予後に関わる重要な疾患として、HSE、傍腫瘍性神経症候群 (Paraneoplastic neurological syndromes: 以下

PNS)の一環である傍腫瘍性辺縁系脳炎(Paraneoplastic limbic encephalitis:以下PLE)が挙げられ,Anderson(2008)らが示した辺縁系脳炎における診断アプローチにおいても,初期段階におけるHSEとPLEの鑑別が重要とされている。⁶⁾

前述の通りHSEは早期診断,早期治療が必要であるが,診断において重要なのは髄液所見である。一般的に,リンパ球または単核球優位の細胞増多,蛋白の上昇を示し,出血病巣を反映した赤血球やキサントクロミーが見られることもある。画像所見においては,病変が一側性に侵されることが多く,両側に生じることがあってもたいていは非対称性となる。⁷⁾本症例の画像所見はHSEでは見られない対称性の病変であり,また髄液所見や臨床症状と併せてHSEは否定的と判断した。

PNSは担癌患者に合併する神経障害のうち,免疫学的機序により生じると考えられる多様な症候群であり,脳脊髄炎,小脳変性症,ランバートイートン症候群など,神経症候に応じて各病型が存在し,PLEもその一つに分類される。各病型に関連する特徴的な自己抗体(抗神経抗体)が存在するが,欧米のPNS研究グループが2004年に示した診断基準によれば,PLEは悪性腫瘍との合併が多いため,抗神経抗体の有無に関わらず腫瘍検索すべきとされている。⁸⁾潜在する腫瘍はとして最も多いのは肺癌(50%)であり,次いで精巣癌(20%),乳癌(8%),Hodgkin病,未分化奇形腫,胸腺腫などである。また,PNS診断基準においては,神経徴候の発現から前後5年以内に腫瘍の発生を認めた場合もPNSとして定義されるため,精査の時点でPNSが否定されるわけではない。神経症状発症後に腫瘍が診断されるケースは4-6か月以内が最も多く,その後減少し4年後にはそのリスクは非常に低くなる。⁹⁾本症例においても胸腹部造影CT検査からは明らかな腫瘍病変が発見されなかったが,上記を踏まえて慎重な経過観察の必要があると考える。ただ,一般的にPNSが免疫療法に反応するケースは稀で,腫瘍に対する治療を行わない限り改善はみられないことが多い。⁹⁾定義上PNSは否

定できないが,経過からは可能性が低いと考える。

その他に,自己免疫性疾患に伴う脳炎・脳症では非特異的なMRI所見を呈する疾患として橋本脳症が挙げられるが,脳波所見に異常ないことや抗甲状腺自己抗体が検出されず否定的といえる。¹⁰⁾膠原病としてシェーグレン症候群や全身性エリテマトーデス,再発性多発軟骨炎,ベーチェット病などが挙げられるが,臨床徴候や採血結果からは否定的であった。⁵⁾

本症例はステロイド投与による免疫療法により改善を認め,経過を通して神経症状の増悪を認めていない。この点からは,何らかの要因で一時的に惹起された自己免疫学的機序が関与していることが考えられる。1994年に庄司らは①急性辺縁系脳炎 ②両側海馬・扁桃体にMRI異常信号を認める ③髄液では軽度の細胞・蛋白増加 ④髄液でのPCR,ELISAでHSV-1,2陰性 ⑤悪性腫瘍の合併なくPNSが否定的 ⑥比較的予後良好という特徴を持つ一連の脳炎を「非ヘルペス性急性辺縁系脳炎:non-Herpetic acute limbic encephalitis以下ALE」として提唱している。¹¹⁾これまで報告された臨床像によれば,頭部MRIにて辺縁系に局限した病巣を認め,ウイルス学的検索では特定のウイルスとの関連は指摘されず,一部では抗神経抗体が検出されたとの報告や,自己免疫疾患の合併例が報告されている。このように併存疾患や検査所見に関して一定の所見がないものの,ステロイドや血漿交換療法にて軽快し,転帰が良好である点にまとめられる。¹¹⁾本症例もこの疾患概念に合致するものであり,HSEやPNSのような特異的な病態が存在しなくても,何らかの要因で自己免疫学的機序が惹起され,辺縁系脳炎を発症しうることが示唆される。

IV. まとめ

失見当識を中心とした短期記憶障害を急性に発症した辺縁系脳炎の一例を報告した。短期記憶障害を新規に発症した際は,脳炎を鑑別の1つとし

て挙げ精査すること、また辺縁系脳炎においては腫瘍をはじめとした基礎疾患を探索することが重要である。また、HSE や PNS のような特異的な病態が存在しなくても、何らかの要因で自己免疫学的機序が惹起され、辺縁系脳炎を発症しうることが示唆される。

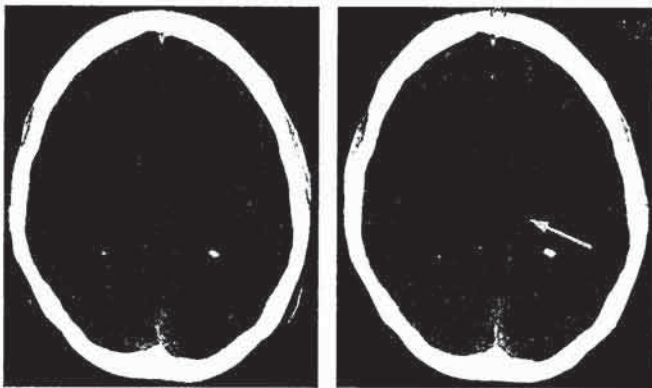
参考文献：

- (1) 中里良彦: 神経感染症 (脳炎等). 認知症の最新医療, vol. 5 No. 1:13-18, 2015
- (2) 坂下泰雄: 神経心理の領域における問題点. 認知神経科学, vol. 1 No. 1:11, 1999
- (3) J. R. Hodges, et al. The aetiology of transient global amnesia: a case study of 114 cases with prospective follow-up. *Brain*, 113: 639-657, 1990
- (4) 関守信, 他: 辺縁系脳症. 日本臨床 69 (3):442-447, 2011
- (5) 山下秀一: 単純ヘルペス脳炎. 診断と治療, vol. 102/suppl:158-162, 2014
- (6) N. E. Anderson, et al. Limbic encephalitis - a review. *Journal of Clinical Neuroscience*, 15:961-971, 2008
- (7) 明石智昭, 他: ウイルス性脳炎と関連疾患. 臨床画像, 27 (10):40-51, 2011
- (8) F. Graus, et al. Recommended diagnosis criteria for paraneoplastic neurological syndromes. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75:1135-1140, 2004.
- (9) Jerome Honnorat, et al. Paraneoplastic neurological syndromes. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 2:22, 2007.
- (10) 徳田直輝: ステロイドパルス療法, 血漿交換療法, 免疫グロブリン静注療法に抵抗性で, 長期ステロイド経口投与が有効であった橋本脳症の 1 例. 臨床神経 55: 737-742, 2015
- (11) 三木健司: 非ヘルペス性急性辺縁系脳炎の病態と治療. 日本医事新報 4459:50-53, 2009

表 1. 入院時血液検査

【血算】	【一般生化学】	【血清免疫】
WBC 9400 / μ l	TP 7.66 g/dl	CRP 0.06 mg/dl
Neut 70.5%	Alb 4.37 g/dl	
Lym 24.1%		【甲状腺機能】
Hb 14.6 g/dl	Na 143 mEq/l	TSH 0.67 μ IU/ml
Plt $26.3 \times 10^4 / \mu$ l	K 3.03 mEq/l	FT3 2.50 pg/ml
	Glu 107 mg/dl	FT4 0.97 ng/dl
【凝固系】		【ビタミン】
PT 11.1 sec	BUN 17.4 mg/dl	VitB1 45.6 ng/ μ l
APTT 23.9 sec	Cre 0.59 mg/dl	
INR 1.01		

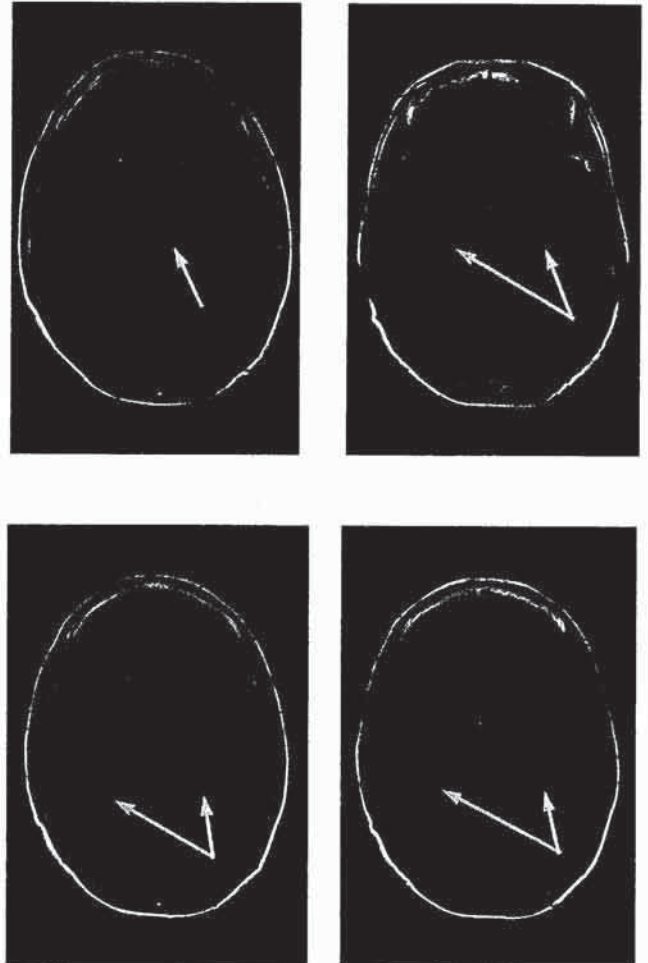
図 1. 入院時頭部 CT 検査



2013/9/13
神経調節性失神

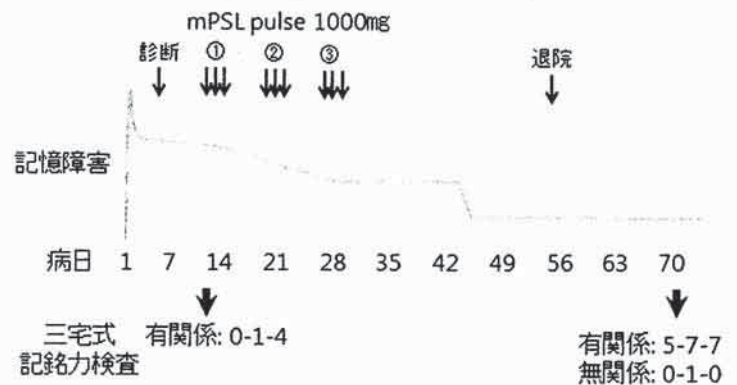
2016/2/12
左視床に低吸収域の新規出現

図 2. 頭部 MRI 検査



T2強調画像およびFLAIR画像における
両側海馬の左右対称の高信号領域

図 3. 入院後経過



橈骨遠位端骨折に対する各種プレートの術後X線評価および合併症についての検討

○古川 真也

河北総合病院 整形外科

・要旨

Monoaxial locking plate (以下、MLP) と Polyaxial locking plate (PLP) の術後X線評価および術後合併症について検討した。対象は2014年5月1日から2016年7月30日までに観血的整復内固定術を行なった110例111手(男性23手、女性87手)とした。年齢は33~90歳(平均年齢69歳)、16週間以上経過観察可能であったものとした。AO分類による骨折型はA:37例、B:6例、C:68例であった。X線評価と術後合併症について検討し、X線評価では術前、術直後、術後4か月でのvolar tilt (以下、VT)、radial inclination (RI)、ulnar variance (UV) とそれぞれの矯正損失について評価した。X線評価でのPLPに関しては、術前はVT: $-9.5 \pm 19.9^\circ$ 、RI: $14.2 \pm 7.4^\circ$ 、UV: $2.4 \pm 2.9\text{mm}$ 、術直後はVT: $8.5 \pm 5.7^\circ$ 、RI: $21.4 \pm 4.4^\circ$ 、UV: $-0.2 \pm 1.4\text{mm}$ 、術後4か月は、VT: $6.3 \pm 6.5^\circ$ 、RI: $21.5 \pm 5.1^\circ$ 、UV: $0.4 \pm 1.4\text{mm}$ であり、術後と術直後ではVT: -1° 、RI: -1° 、UV: 0mm の矯正損失を認めた。MLPに関しては、術前はVT: $-9.6 \pm 20.1^\circ$ 、RI: $12.8 \pm 8^\circ$ 、UV: $2.6 \pm 2.9\text{mm}$ 、術直後はVT: $9.5 \pm 3^\circ$ 、RI: $22.8 \pm 3.4^\circ$ 、UV: $-0.3 \pm 0.7\text{mm}$ 、術後4か月は、VT: $8.7 \pm 2.6^\circ$ 、RI: $23 \pm 3^\circ$ 、UV: $0.1 \pm 0.6\text{mm}$ であり、術後と術直後ではVT: -0.5° 、RI:

0° 、UV: 0mm の矯正損失を認めた。術後合併症としては、偽関節1例(0.9%)、スクリュー穿孔2例(1.8%)、正中神経領域のしびれ7例(6%)が認められた。MLP、PLPともに角度安定性は良好であり、重篤な合併症もみとめなかった。ロッキング機構、プレート形状や厚さ、スクリューの方向、軟骨下骨の支持部位などに違いがあるため、今後その特徴を十分に理解して使用していく必要がある。

・はじめに

橈骨遠位端骨折は、高齢の軽微な外傷に伴う骨折として頻度が高いことで有名である。

治療の原則は保存的治療であるが、これによっても十分な整復位の獲得もしくはその維持ができない、いわゆる不安定型の症例では手術療法が適応となる。

手術療法の選択肢のひとつである、Orbayらにより開発された掌側ロッキングプレート(Volar locking plate 以下、VLP)による骨接合は、その角度安定性により優れた初期固定性を有するため、橈骨遠位端骨折の標準的治療になっている(J hand surg Am 2002: 27: 205-015)

VLPは、遠位列1列のみで、スクリューの挿入角度がfixedであるMLPから始まり、その後遠位2列のMLPとなり、スクリュー

の挿入角度に自由度があるPLPが出現した。

当院では、2015年までPLPを汎用しているが、最近はMLPを使用する機会が増えている。

今回PLPおよびMLPの術後X線評価および術後合併症について検討したので報告する。

・対象と方法

2014年5月1日から2016年7月30日までにVLPによる観血的整復内固定術を施行し、16週間以上経過観察可能であった橈骨遠位端骨折のうち、110例111手(男性23手、女性87手)を対象とした。

年齢は33~90歳(平均69歳)、術後外固定期間は1~4週(平均3.1週)で28例シーネ固定であった。

A0分類による骨折型はA1:0例、A2:8例、A3:29例、B1:2例、B2:1例、B3:3例、C1:18例、C2:25例、C3:25例であった。

また、開放骨折例1例が含まれた。

使用したVLPは、APTUS2.5(MES社):92例、DVR(Biomet社):13例、VariAx(Stryker社):3例、MODE(MDM社):2例、VATCP(Synthes社):1例であり、PLP:96例、MLP15例であった。

手術法は全例、ターニケット使用下、傍橈側手根屈筋アプローチで展開し、いずれもdouble-tired subchondral support(以下、DSS)法、proximal farst法を用いている。手術時間はPLP:73.6±19分、MLP:73.9±22分であった。方形回内筋温存例は95例であった。

X線評価と術後合併症について検討し、X

線評価では術前、術直後、術後4か月でのvolar tilt(以下、VT)、radial inclination(RI)、ulnar variance(UV)とそれぞれの矯正損失について評価した。

・結果

X線評価でのPLPに関しては、術前はVT:-9.5±19.9°、RI:14.2±7.4°、UV:2.4±2.9mm、術直後はVT:8.5±5.7°、RI:21.4±4.4°、UV:-0.2±1.4mm、術後4か月は、VT:6.3±6.5°、RI:21.5±5.1°、UV:0.4±1.4mmであり、術後と術直後ではVT:-1°、RI:-1°、UV:0mmの矯正損失を認めた。

MLPに関しては、術前はVT:-9.6±20.1°、RI:12.8±8°、UV:2.6±2.9mm、術直後はVT:9.5±3°、RI:22.8±3.4°、UV:-0.3±0.7mm、術後4か月は、VT:8.7±2.6°、RI:23±3°、UV:0.1±0.6mmであり、術後と術直後ではVT:-0.5°、RI:0°、UV:0mmの矯正損失を認めた。

術後合併症としては、偽関節1例(0.9%)、スクリュー穿孔2例(1.8%)、正中神経領域のしびれ7例(6%)が認められた。

偽関節に対してはLIPUSの使用、また正中神経領域のしびれに対しては1例抜釘の追加治療を加えている。

・考察

橈骨遠位端骨折に対して、VLPは標準的な治療法になっている。

今回の結果からMLP、PLPともに角度安定性は概ね良好といえた。

PLPでは、ロッキングスクリューとプレート部での強度(angular stability)の間

題がある。その点では、MLPの方が矯正損失の度合いは軽いと考えられる。またMLPは術中操作が比較的簡便であり、手術時間の短縮、また術者の習熟度合によらず適切なスクリュー挿入が期待できる。しかし、当院での成績ではどちらも良好な成績を示した。これは、PLPに関しては長年汎用されているため術者習熟度度合が高いことも考えられる。

背側粉碎例などが強い場合など、矯正損失の度合いが多くなる症例も認めたため、必要に応じて、人工骨補填、背側アプローチ、一時的ピンニング追加などの柔軟な対応が求められる。

DSS法が施行可能なプレートは本邦では10種類以上存在するが、ロック機構、プレート形状や厚さ、スクリューの方向、軟骨下骨の支持部位などに違いがあるため、今後その特徴を十分に理解して使用していく必要がある。

また合併症率は9%とガイドラインで示されている率よりも低く、一番多く認めた合併症は神経障害の7例(6%)であり、前正中神経領域のしびれという一過性のものであり、追加手術として抜釘術を要した例は1例であった。

VLP後の正中神経障害の原因として、プレート設置位置不良に伴う手根管内圧の上昇、手術展開部での正中神経周囲の癒痕形成、術中レトラクターによる神経圧迫や過牽引などが指摘されるため注意が必要である。

VLPの合併症率は16.5%で、追加手術を要さない軽微な合併症(腱刺激症状、神経炎、表層感染、矯正損失、CRPS)は8.8%、

追加手術を要する重大な合併症(腱断裂、手根管症候群、深部感染、変形癒合、内固定材料の破損)は7.7%であったと報告がある(J hand surg Am 2014; 39: 745-754)。その中で最も高いエビデンスレベルを示した4つの研究では合併症発生率が5%未満であり、その理由としてそれら4つの研究の主な術者は高い経験レベルを持った指導医であったことを指摘している。

・参考文献

- ・ 橈骨遠位端骨折診療ガイドライン
- ・ J hand surg Am 2000; 25: 341-351
- ・ J hand surg Am 2006; 31: 9-16
- ・ J orthop trauma 2003; 17: 271-278
- ・ JBJS 1998; 80-B: 225-226
- ・ 臨床整形外科2012; 47: 1069-1075
- ・ 日手会誌 2004; 211: 542-548

クリニックの家庭医療科外来における地区別年齢階級別受診率からみた地域住民の医療機関利用の実態

○中澤 幸史

1) 河北総合病院 家庭医療科

1. なぜこの事例をこの領域において報告しよう と考えたか

自身の勤務する診療所は、東京都杉並区の総武線阿佐谷駅から徒歩 2 分に位置しており、400 床規模の地域中核病院に併設された都市型クリニックである。一般的にクリニックを利用する患者層は近隣に在住する住民の占める割合が多いものと予想されるが、公共交通機関からのアクセスが良い当クリニックにおいても同様の傾向が見られるのか疑問に思われた。そこで当クリニックの家庭医療科外来を訪れる患者数と、東京都杉並区に在住して医療を必要としている住民の患者数を比較して、地区別年齢階級別の家庭医療科の患者受診率を調査し、地域住民の医療機関の利用実態を明らかにすることとした。本研究は 2016 年 11 月に開催された第 5 回プライマリーケア連合学会関東甲信越地方会において、上記表題にて自身が筆頭としてポスター発表を行ったものである。

2. 事例の記述と考察

【方法】2016 年 4 月～6 月の間に河北サテライトクリニックの家庭医療科外来を受診した 7249 人の患者の住所を調査し、地域毎に当クリニックを利用する患者数を算出した。厚生労働省の公開する平成 26 年患者調査から得られる地域別年齢階級別通院率と人口データより地域毎の推計患者数を算出し、これを先の当クリニックの患者数と比較して、地域毎の家庭医療科患者受診率を調査

した。患者は①25～45 歳、②45～65 歳、③65～85 歳、④85 歳以上の 4 群へ分類した。杉並区の地図を用意し、それぞれの群毎に受診率に応じて地区を色分けし、地域別患者受診率の差異を明らかにした。

【結果】当クリニックのある杉並区阿佐谷北 1 丁目における患者受診率は 4 群でそれぞれ① 36.7%、②17.6%、③16.2%、④22.5%であった。①の若年者群、あるいは④の高齢者群においては最大で 30%以上の高い受診率を認める地域が複数みられる一方で、②および③群においては最高受診率が 10%台後半と比較的低い傾向がみられた。分布の特徴として、いずれの群においてもクリニックから居住地域までの距離が遠方になるほど患者受診率は低下した。また地区別患者受診率の高い地域はクリニックを中心として地図上で南北に伸びる傾向が認められた。

4 群を合算した群においてクリニックから 500 m 圏内の一次診療圏での受診率は 13.8～20.7%、500m～2km 圏内の二次診療圏での受診率は 4.0%～13.5%であった。

【考察】若年者群および 85 歳以上の超高齢者群において比較的高い受診率が認められた。高齢者群においては加齢に伴う ADL の低下から遠方への通院が困難となっている症例が多いと予想され、受診率の高い地域がクリニック周辺に偏っている原因と考えられた。若年者群においては、今回の元データとなっている地区別年齢階級別通院率は何らかの基礎疾患を持ち定期通院を必要としてい

る患者数を分母として算出している一方で、分子としているクリニック利用患者数には感冒などの非定期通院患者が含まれているため、分母の方がより狭い群の患者層を対象にしており、結果的に高い受診率となったものと考えられた。同様の差異は4群全てにおいて当てはまるが、年齢層が上がるほど基礎疾患での定期通院を要する患者の比率が上昇するため、他の3群では結果に大きな影響を及ぼさなかったものと考えられる。また②、③の層で受診率が低下している理由として、これらの層は仕事などで公共交通機関を利用していることが多く、自宅近くよりも職場近くのクリニックや近隣の大学病院など他医療機関へ定期通院している可能性が示唆された。

クリニックから居住地までの距離が遠方になるほど受診率が低下した結果は妥当と考えられる。一方で高い受診率を示す地域が南北に伸びた理由としては、電車やバスなどの公共交通機関の影響が考えられた。すなわち東西へは総武線が走っており、先に述べた通り当クリニックは駅前に位置しているため、東西方向の他医療機関への受診が容易であること、また南北方向へは阿佐谷駅を基点としてバスが走っており、バスを介した当院へのアクセスが容易であることが影響したものと考えられた。

本邦で過去に地区別の医療機関受診率を題材とした研究がないか検索を行ったが、がん検診に関連する文献が散見される程度で、類似の研究は認められなかった。

本研究の結果から、当院は地域の機関クリニックとしての役割を十分に果たしているものと考えられた。一方で、今後の当院の運営における改善点が2点ほど挙げられた。ひとつは駐車場の問題である。当院には病院前に15台ほどの駐車スペースしか用意されていないが、南北に伸びる利用者

からのアクセスはバスのみならず自転車や自家用車の可能性があり、自家用車での来院患者に対する駐車場数が大変不足していると考えられた。今後、利用患者の高齢化に伴い、家族と共に自家用車で来院するケースは増加すると予想され、駐車場の整備が急務であると考えられる。2点目は他の医療機関との連携である。現在、電車を介して近隣の他医療機関を受診している②、③の世代もいずれは退職して自宅近くの当院へ通院先を切り替えることが予想される。その際の転医がスムーズにいくように地域連携の窓口を強化していくことが必要と考えられた。

本研究の限界としては、今回の受診率の分布は杉並区に限定して作成したものであったが、隣接する23区に存在する他の地域中核病院との位置関係も当院の利用患者の分布に影響を及ぼしているものと予想される。今後の課題として、より対象地域を拡大してアセスメントすることで新たな視点が見つかる可能性がある。

【参考文献】

厚生労働省 平成26年患者調査

杉並区 平成26年町丁別世帯数および人口

河北総合病院 消化器・一般外科¹⁾ 河北総合病院 病理診断科²⁾

松本華英¹⁾、森正樹¹⁾、梅谷直亨¹⁾、坂東道哉¹⁾、竹中芳治¹⁾、田村徳康¹⁾、三宅大¹⁾、
桜井博仁¹⁾、濱崎俊輔¹⁾、北川祐資¹⁾、江原悠¹⁾、林錫喆¹⁾、町田拓¹⁾、藤井弘敦¹⁾、
清水利夫¹⁾、町並陸生²⁾

【抄録】

症例は 66 歳女性。2 か月前より自覚した右腋窩腫瘍のため来院した。造影 CT 検査で内部が不均質に造影され、一部壊死に陥った 2cm 大の右腋窩腫瘍を認めた。乳房超音波、乳房 MRI 検査、FDG PET-CT 検査では乳房を含め、右腋窩以外に病変は検出されなかった。針生検にて低分化腺癌が検出され、手術切除する方針とした。手術は右腋窩リンパ節郭清と乳房部分切除術を行った。切除標本から原発不明癌の腋窩リンパ節転移と診断された。摘出検体のホルモン受容体はトリプルネガティブタイプで、免疫染色検査で CK7 陽性、CK20 陰性となり、腫大リンパ節の局在からも乳癌に矛盾しないことから潜在性乳癌と診断した。術後は放射線照射と化学療法を行っている。

【はじめに】

潜在性乳癌とは臨床的に乳房内に原発巣が検出されず、腋窩リンパ節をはじめとする領域リンパ節転移などを初発症状として発見される乳癌のことである。発症頻度は全乳癌の 0.3-1%と言われており¹⁾⁻³⁾、稀である。今回われわれは腋窩腫瘍で発見された潜在性乳癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】

患者：66 歳女性

主訴：右腋窩腫瘍

既往/内服歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

現病歴：来院 2 か月前より右腋窩腫瘍を自覚。感冒のため受診した家庭医療科にて相談され、精査目的に当科受診となった。

理学的所見：右腋窩に 2cm 大の可動性良好、弾性硬な腫瘍を認めた。直上の皮膚には異常所見を認めなかった。造影 CT 検査で右腋窩に最大径 2cm、内部が不均質に造影される腫瘍を認めた。マンモグラフィ検査、MRI 検査、超音波検査では乳房内に病変は指摘できなかった。FDG-PET CT 検査では腋窩にのみ異常集積を認め、肺・乳房に集積は認められなかった。腫瘍マーカーは CEA, CA15-3 は正常範囲にあり、可溶性 IL-2 レセプターも正常値であった。右腋窩腫瘍より針生検施行したところ、低分化腺癌が検出された。ホルモン受容体に対する感受性はエストロゲン受容体(ER)陰性、プロゲステロン受容体(PgR)陰性、HER2 陰性であった。術前診断として副乳癌、汗腺癌、原発不明癌の腋窩リンパ節転移を考え、手術切除する方針とした。

手術所見：腫瘍直上の皮膚を含むように皮膚切開し、腋窩リンパ節をレベル II まで郭清した。腋窩腫瘍と乳腺の連続性を確認するために、C 領域の乳腺の一部も一括切除した。

病理組織所見：切除した乳腺内には病変を認めず、腫大していた腫瘍は低分化腺癌の転移を伴ったリンパ節であった。腋窩リンパ節の転移/郭清個数は(9 / 14)であった。

免疫組織学的検査：ER が陰性、PgR が陰性、HER2 が陰性の triple negative type で、CK7 が陽性、CK20 が陰性、MIB-1 index 50%という結果であった。免疫組織学的検索

では乳癌の腋窩リンパ節転移が支持される結果となり、病変の局在と合わせて、最終診断は潜在性乳癌となった。

術後経過：術後一か月半で施行された超音波検査、造影 CT 検査にて右腋窩から右鎖骨上にかけて高度のリンパ節転移が認められた。本人と十分な相談の上、手術を希望されなかったため、転移リンパ節に対する放射線照射と残存乳房への放射線照射を行い、化学療法も併用する方針とした。化学療法は AC 療法 (doxorubicin, cyclophosphamide) 4 コース後に weekly paclitaxel 12 サイクルを施行中であり、術後 8 か月たった現在、無再発生存中である。

【考察】

潜在性乳癌は 1907 年に Halsted が最初に報告したとされる⁴⁾。Halsted は腋窩リンパ節郭清術後、1 年-2 年半後に乳房内に原発巣が発見された 3 例について報告している。現在は MRI 検査や FDG PET-CT 検査など画像診断能の向上により乳房内の病変検出率は上昇してきている。特に造影 MRI 検査については乳房内病変の検出感度は 70-100%と報告がある⁵⁾。これは潜在性乳癌に対して全乳房切除術が施行され、乳房内に原発巣が検出される頻度 8.3-89%にも劣らない⁶⁾。

診断については免疫染色が有用であり、乳癌は 88%において CK7 陽性、CK20 陰性のパターンを示すと Tot により報告されている⁷⁾。本症例は ER 陰性、PgR 陰性、HER2 陰性の triple negative type となったが、Tot の報告した免疫染色パターンにあてはまったこと、転移リンパ節の局在などから潜在性乳癌の診断に至った。

【おわりに】

腋窩腫瘍にて発見された潜在性乳癌の 1 例を経験したので報告した。

【文献】

Tench DW, Page DL : The Breast ; Comprehensive Management of benign and Malignant Diseases, 2nd Ed, WB Saunders, Philadelphia. Vol2, p1447-1452, 1998

Varadarajan R, Edge SB, Yu J et al : Prognosis of occult breast carcinoma presenting as isolated axillary nodal metastasis *Oncology* 71 : 456-459, 2006

Matsuoka K, Ohsumi S, Takashima S et al : Occult breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases : follow-up of eleven patients. *Breast Cancer* 10 : 330-334, 2003

Halsted WS : The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast (*Annals of Surgery* 46: 1-19, 1907)

久保雅俊ほか：進行潜在性乳癌の 1 例 *外科* 73(8) : 887~890, 2011

Kita M, et al : Occult Breast Carcinoma Presenting with Axillary Lymph Node Metastases *Jpn J Breast Cancer* 26(4) : 413~417, 2011

Tot T : Cytokeratins20 and 7 as biomarkers: usefulness in discriminating primary from metastatic adenocarcinoma. *Eur J Cancer* 38 : 758-763, 2002

尚、本内容は 2 月 25 日の杉並区医師会学術広報部学術研究発表会においても発表した。

財団法人表

年次	当院のできごと
昭和3年 (1928)	5月 東京府豊多摩郡杉並町字阿佐谷（現在地）に私立河北病院を開設 院長 河北真太郎、内科科長 長沼良章、小児科科長 中島義四郎 病床数：30床、職員数：10名
昭和4年 (1929)	伝染病棟増築（29床） 結核病棟増築（別館） 細菌検査室の設置
昭和5年 (1930)	産婦人科開設 科長 広沢昇 耳鼻咽喉科開設 科長 原泰一郎
昭和8年 (1933)	外科開設 科長 新井己千雄 放射線科開設 技師 森条吉
昭和11年 (1936)	産科病棟増築（一般病床と産科病床の分離） 臨床検査室設置（血球計算・一般検査・検便等実施） 産婦人科科長 広沢昇退職、荒嶋敏太郎就任
昭和12年 (1937)	医師の応召相踵ぐ
昭和18年 (1943)	結核病棟（西館） 3棟増築 病床数：一般86床、結核66床、伝染29床、計181床
昭和20年 (1945)	皮膚泌尿器科開設 科長 広瀬常雄 終戦後住宅難のため38床を閉鎖し職員用に開放 病床数：一般48床、結核66床、伝染29床、計143床
昭和21年 (1946)	中津分院開設 眼科開設 科長 松岡喬 ペニシリン使用開始
昭和23年 (1948)	創立20周年 河北真太郎院長日本医師会副会長就任 インターン生を採用
昭和24年 (1949)	検査棟を増築 講堂、図書室、医局、インターン宿舎を設置
昭和25年 (1950)	個人病院を法人組織に改組、医療法人財団河北病院認可 初代理事長兼院長に河北真太郎就任 病床数：一般38床、結核110床、伝染13床、計161床
昭和27年 (1952)	山梨県上野原町に依水荘分院（結核30床）を開設。分院長 星二郎 理事長河北真太郎退任、河北恵文就任

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

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

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

年次	当院のできごと
平成2年 (1990)	1月 完全週休2日制導入 日本病院会診療録管理研究会、西館講堂で開催 3月 入院調剤技術適用施設承認 6月 高円寺に健診センター開設、西所沢診療所休診 7月 陸第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「ハートばすてる杉並」名称変更 訪問看護ステーション24時間体制スタート</p> <p>9月 レディースドック新設。外来で「診療予定制」導入。仮設3階、中央検査室に 本館2階病棟・CCU病棟オープン</p> <p>10月 「環境方針」宣言</p> <p>11月 「入院誓約書」から「入院契約書」へ名称変更</p> <p>12月 レセプト用紙、サイズB5からA4へ変更 新館4階フロア、管理棟へ改修完了</p>
平成10年 (1998)	<p>5月 環境マネジメントシステム ISO 14001認証取得</p> <p>10月 創立70周年記念式典 改修工事全て完了 日本医療機能評価機構 総合病院受審 ホームページ開設</p>
平成11年 (1999)	<p>4月 新環境方針発表</p> <p>9月 ヘリカルCT導入</p> <p>10月 メディカル・リスク・マネジメントシステム構築</p> <p>11月 紹介率向上委員会発足 杉並区犯罪被害者支援ネットワーク総合医療施設指定</p> <p>12月 平成11年度東京都男女労働者に優しい職場推進企業表彰「能力活用賞」 「両立支援賞」両賞受賞 Y2K災害対策本部設置</p>
平成12年 (2000)	<p>4月 診療情報録開示への対応</p> <p>7月 紹介率30%達成（紹介外来加算、急性期病院加算届出） 骨密度測定装置（DEXA）導入</p> <p>8月 「システム委員会、質の向上委員会、PSM委員会、臨床研修委員会」新体制へ 蓼科研修施設「N. K. Farm」完成</p> <p>9月 研修医講義開始</p>

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

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

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

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

年次	当院のできごと
平成25年 (2013)	<p>1月 地域清掃活動への参加（総合病院～阿佐ヶ谷駅間） 院内保育施設 キッズルーム「“けいこ”と“まなぶ”」開設</p> <p>2月 東京マラソン2013へチャリティランナーとして7名参加 米国ハワイ州ホノルルのThe Rehabilitation of the Pacific と姉妹提携 (リハビリテーション病院)</p> <p>3月 南関東地区初となる64列128スライスCT装置を導入（センター）</p> <p>4月 河北救急車 運用開始 「前田病院」から「河北前田病院」に名称変更 明治大学 学内診療所 委託診療開始（健診センター）</p> <p>5月 無菌治療室設置（センター） 金融コンシェルジュ(FP協会)設置</p> <p>6月 東館4階病棟 小児専用病棟運用開始</p> <p>7月 産婦人科をマタニティー・レディース スクエアとしてリニューアル（センター） 本館4階病棟 夜間緊急入院病床の運用開始 総合病院の許可病床数が315床から328床に増床 分院と合わせて404床へ</p> <p>9月 本館1階ICU病棟 稼働病床を4床から6床へ</p>
平成26年 (2014)	<p>1月 まちづくり団体「阿佐ヶ谷駅北東地区を考える会」設立</p> <p>2月 東京マラソン チャリティランナー7名参加、全員完走</p> <p>3月 健診センター MRI・CT搬入(5F)</p> <p>4月 東京・杉並家庭医療学センター名称変更 新名称：河北家庭医療学センター A棟・D棟 完成引き渡し(本院) 内視鏡検査室増設(本院)</p> <p>5月 電子カルテシステムバージョンアップ(GX)（センター） 河北総合病院健診センター リニューアルオープン N. K. Farm全天候型馬場竣工 大腸内視鏡検査機器増設（本院）</p> <p>6月 自家発電式空調機器稼働開始[東京ガス圏内病院導入第1号] (リハビリテーション病院) 入退院支援センター開設（2015年3月名称変更 新名称：医療看護支援課） オレンジバレーンフェスタ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)	<p>2月 東京マラソン2015 チャリティーランナー5名完走</p> <p>3月 事務部門組織改正 河北医療財団看護専門学校閉校：2015年4月1日からは学校法人川口学園に事業継承</p> <p>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</p> <p>5月 N. K. Farmで治療的乗馬を開始</p> <p>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</p> <p>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 第二カテゴリー室新設（センター）</p> <p>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）</p> <p>10月 総合病院 本館2階病棟ICUをHCUへ転換</p>
平成28年 (2016)	<p>1月 MRIバージョンアップ（センター）</p> <p>2月 東京マラソン2016 チャリティーランナー出走</p> <p>3月 医療法人財団 天翁会との統合合併を発表</p> <p>4月 「環境 人づくり企業大賞2015」 環境大臣賞受賞 認知症初期集中支援チーム活動開始</p> <p>5月 アニマルセラピー開始（シーダ・ウォーク）</p> <p>6月 小児科診察室を西館に増設（センター） 禁煙外来開始（サテライトクリニック）</p> <p>10月 河北バス（河北総合病院～阿佐ヶ谷駅～河北リハビリテーション病院間無料バス） 運行開始</p> <p>12月 医療法人財団 天翁会と統合合併</p>
平成29年 (2017)	<p>1月 シミュレーションセンター整備 新宿ハーフマラソン2017 チャリティーランナー 全員完走</p> <p>2月 特定行為研修指定研修機関指定（厚生労働大臣）特定行為区分（2区分） 河北医療財団訪問看護実務研修創設</p> <p>3月 日本医療機能評価機構 病院機能評価受審（天本病院）</p>

ANNUAL REPORT 2016 年度

社会医療法人 河北医療財団

発行日:2017年5月31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)