

令和2年度

十日町病院誌

新潟県立十日町病院

目次

◎ 巻頭言	院長 吉嶺 文俊	3
◎ 特別寄稿		
(1) ”社会的処方”の可能性 病気の根っこにあるもの	新潟大学大学院医歯学総合研究科 十日町いきいきエイジング講座 特任教授 菖蒲川由郷	4
(2) 獅胆鷹目行以女手	副院長 (外科) 福成 博幸	6
(3) 2年間を振り返り	事務長 野崎 邦夫	7
◎ 論文		
(1) 患者自身の医療への参画	院長 吉嶺 文俊	11
(2) 無症状で経過した肺リンパ腫様肉芽腫症の1例	内科部長 堀 好寿	17
(3) Regional Disparities in Adherence to Guidelines for the Treatment of Chronic Heart Failure	内科医長 松尾 佑治	22
(4) 空洞形成を呈した直腸癌肺転移の1例	外科医長 渡邊 明美	30
(5) 腹腔鏡下組織生検により診断し得た Peritoneal Lymphomatosis の1例	外科医長 水戸 正人	33
(6) 急速な経過で DIC に進展した非穿孔性急性虫垂炎の1例	外科医長 水戸 正人	36
◎ 学術発表		
(1) リハビリテーション療法士のリスクマネジメントに対する意識調査	リハビリテーション副技師長 児玉 信夫	43
(2) 骨粗鬆症リエゾンサービス導入前後での大腿骨近位部骨折後の 骨粗鬆症薬物治療率の推移	薬剤師 山澤 一輝	44
(3) A病院整形外科病棟リエゾンサービスにおける看護師の認識の現状に関する研究	看護師 石井 幸恵	45
(4) 関節リウマチに合併した細気管支病変が4年の経過で呼吸不全になった一例	内科部長 黒川 允	51
(5) 当院における総合診療実習の現状と新規取り組み ～併設地域救急ステーションとのコラボレーション～	内科医師 大関 明樹	54
(6) 肩甲帯に発生した不随意運動を呈したジストニアの1例	整形外科部長 倉石 達也	55
(7) 母指形成不全症に対する母指化術の術後成績について	整形外科医長 福原 宗	56
◎ 各種書籍・広報誌等への寄稿		
(1) 「令和2年夏」	(吉嶺院長：全自病協雑誌第59巻8号)	59
(2) 「デジタル初詣」	(吉嶺院長：全自病協雑誌第60巻1号)	61
(3) 「妻有地域の医療を支える中核病院として」	(市報とおかまち R2.9.10号)	63
(4) 「十日町病院での初期研修」	(赤嶺研修医：新潟県医師会報 R2.8月 No.847)	64
(5) 「研修生活が始まって」	(河内研修医：新潟県医師会報 R2.8月 No.845)	65
(6) 病院紹介	(全自病協雑誌第60巻第3号)	66

(7) 病院紹介	(九州医事新報社第 677 号)	73
(8) 十日町病院 院外報 (令和 2 年度 春号)		74
(9) 十日町病院 院外報 (令和 2 年度 夏号)		77
(10) 十日町病院 院外報 (令和 2 年度 秋号)		79
(11) 十日町病院 院外報 (令和 2 年度 冬号)		81

◎ 各部門の報告

薬 剤 部	……	薬剤部長 高橋 克栄	85
診療放射線科	……	診療放射線技師長 小島 靖之	88
臨床検査科	……	臨床検査技師長 筑波 聡	91
リハビリテーション科	……	リハビリテーション技師長 風間 美子	94
栄 養 課	……	栄養課長 高橋 昌子	98
看 護 部	……	看護部長 阿部 久美子	100
外来・救急室	……	副師長 廣井 利恵	103
東 3 病 棟	……	看護師長 大淵 美保	105
東 4 病 棟	……	看護師長 本山 真子	107
西 4 病 棟	……	看護師長 佐藤 理加	109
東 5 病 棟	……	看護師長 水落 佳美	111
西 6 病 棟	……	看護師長 高橋 八恵子	113
手術室	……	看護師長 樋口 広子	115
感染対策部会	……	臨床検査副技師長 原田 一	117
薬事委員会	……	薬剤部長 高橋 克栄	118
化学療法委員会	……	薬剤師 上田 深理	119
緩和ケア委員会	……	副看護師長 田中 知恵子	124
糖尿病治療支援委員会	……	副看護師長 廣井 利恵	125
褥瘡対策委員会	……	看護師長 庭野 千景	127
接遇委員会	……	事務長補佐 岩田 彰	128

◎ 診療科業務報告

内 科	……	診療部長 角道 祐一	131
外 科	……	外科部長 林 哲二	137
整形外科	……	整形外科部長 倉石 達也	139
小 児 科	……	小児科部長 金山 哲也	141
産婦人科	……	産婦人科部長 小菅 直人	142
歯科口腔外科	……	歯科口腔外科部長 岡本 祐一	143

◎ 資料・統計

病院業務の概要			147
2019 十日町病院医療統計			155
妻有地区症例検討会	……	外科部長 林 哲二	168
編集後記			169

卷頭言. 特別寄稿

新潟県立十日町病院

巻頭言



今年も病院誌をお届けする季節になりました。まずは無事に新病院の全部開院を遂行できたことに関して、全職員及び関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。

この一年は人類が初めて経験する新型コロナウイルス感染症によりさまざまな行事が中止や延期に追い込まれました。このような非日常的な暮らしの中において、年に一度の振り返りは今まで以上に大切な作業と考えます。コロナ禍にもかかわらず、数多くの論文、学術発表、各部門からの実践報告そして3名の特別寄稿など読み応えのある内容に仕上がりました。

三密を避け、毎日体温を測り、お互いに背を向けながら黙々と昼食を摂る職場環境にもだいぶ慣れてきました。リモート院内会議も定着し、オンライン診療も始まりつつあります。しかし人間の生活を全てデジタル化することはできないと思います。例えば本誌を手にとった時のずっしり感、寝転びながらパラパラと流し読みをする楽しみ、気になるところに走り書きしたりページの端を折ったりなど、そのような些細なアナログ感覚こそ、生きていく上で実は大切な要素ではないかと考えます。

これからの明日を担う若い世代にとって働きやすく、働き甲斐のある職場環境の整備に努めながら、しっかりとしなやかに（そして時にはしたたかに）、ここ妻有の地域密着型病院としての責務を果たしていきたいと思えます。

ところで開院に伴い新病院紹介ビデオが作成されました。

「～「命の尊厳・信頼と安心の病院」を目指して～県立十日町病院が新たな一步を踏み出します」ドローンによる動画素材などを贅沢に散りばめた渾身の作品です。ぜひ一度ご覧ください。

（新潟県公式チャンネル <https://www.youtube.com/watch?v=Sup0loNFfJU>）



よしみね ふみとし
第6代病院長 吉嶺 文俊



特別寄稿



“社会的処方”の可能性

病気の根っこにあるもの

新潟大学大学院医歯学総合研究科
十日町いきいきエイジング講座
特任教授 菖蒲川 由郷

“社会的処方”、まだ耳慣れない言葉かもしれませんが。この言葉が登場したのは2006年の英国保健省の文書が最初だそうです。定義は「社会的・情緒的・実用的なニーズを持つ人々が、時にボランティア・コミュニティセクターによって提供されるサービスを使いながら、自らの健康とウェルビーイングの改善につながる解決策を自ら見いだすことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が、患者をリンクワーカー（link worker）に紹介できるようにする手段である。患者はリンクワーカーとの面談を通じて、可能性を知り、個々に合う解決策をデザインする。すなわち自らの社会的処方とともに創り出していくこと」（澤ら2018）というものです。処方と言うからには医師がすることかと思えば、そうでもないようです。医師が薬やリハビリを処方するのと同じように、社会とのつながりや地域での活動を処方する、という新しい考え方です。病気や怪我をしたら薬や手術、リハビリといった治療が必要です。しかし、社会とのつながりや地域活動が病気の治療に必要なのでしょうか？

社会的処方の概念の背景には“健康の社会的決定要因”という考え方があります。病気の原因、というと何を思い浮かべますか？食べ過ぎ、飲み過ぎ、太り過ぎ、塩分とり過ぎ、タバコ、運動不足…といった生活習慣でしょうか。うちは癌家系だから…といった遺伝的要因でしょうか。もちろん、交通事故や転倒で怪我をしてしまうと健康とは言えません。健康の社会的決定要因というのは、病気の原因となる生活習慣のさらに原因ということです。例えば、家庭や地域、文化、経済、政治、といった人間を取り巻く社会的な環境が生活習慣（つまり病気の原因）と広く関係する、という考え方です。簡単な例で言えば、しょっぱい味噌汁を飲んで育った子どもは将来もしょっぱい味噌汁を飲むのが習慣となり高血圧になりやすい、ということが挙げられます。もしも家庭の味噌汁が薄味であれば高血圧にならなかったかもしれません。これは塩分を多くとってしまう、という生活習慣の原因（いわば高血圧の原因の原因）が家庭の味噌汁の味にあった、という例です。

次はどうでしょう。働き盛りの50代男性の糖尿病の方が通院しています。血糖値がなかなか下がりません。食べ過ぎと運動不足が原因であることは分かっています。薬がどんどん増えていきます。それでも血糖値はコントロールできません。糖尿病の悪化を防ぐにはどうしたらよいのでしょうか？薬剤による治療や運動・栄養指導ですんなりよく

なる人は問題ありません。この方の場合、高齢で病気がちの両親の生活を支えるために夜遅くまで仕事をかけもち、食生活はめちゃくちゃになっていました。もちろん、運動をする時間などありません。自分の生活習慣を気遣う余裕などなかったのです。貧困とは言わないまでも簡単に解決できない社会的・経済的問題が背景にありました。糖尿病を悪化させる生活習慣の原因が両親の生活を支えなければならない、という社会的状況にあったという例です。

さて次は、80代女性で高血圧のため通院中の方、夜眠れないという悩みが解決できません。どんな睡眠薬を試してもぐっすり眠れず、外来ではいつも眠れないことを苦にした訴えが続いていました。よく話を聞くと、昼間は家に閉じこもっており昼寝も長時間になり昼夜が逆転していたようです。この方に「昼間は起きていてくださいね」ということで不眠は解消するのでしょうか。もしかしたら、趣味の会など地域の活動にお誘いしたら頭と身体を動かして夜はよく眠れるようになるかもしれません。不眠という病態を単に病気や精神心理的な障害としてとらえるのではなく、社会的な側面に着目することで解決できるかもしれない、という例です。

英国のマイケル・マーモット卿は、2015年の世界医師会長就任の演説で、不健康の原因の原因（健康の社会的決定要因）に対して医師は道徳的に積極的にあるべきだ、という旨を述べました。医師は健康に関する全てのことに関わろう、という宣言でもあります。血糖値が改善しない男性や不眠が解消しない女性の社会的な背景まで考えて本当の健康に導くことは簡単なことではありません。そして、それは医師の力だけでは成し得ないことです。冒頭に提示した社会的処方（処方）は地域や社会的なリソースを活用して、患者さんの病気を形づくっている生活習慣や環境をうまく変えてゆくようなきっかけを提供できるかもしれません。日本には立派な医療保険制度、介護保険制度があります。社会保障も充実しています。そして、十日町には強い地域のつながりがあります。地域のつながりは人を健康にし、寿命を延ばすと言われています。このように有形無形のあらゆる資源を分かりやすく目に見える形にして存分に活用し、皆が助け合うことができたなら、それぞれが孤立していた歯車と歯車をかみ合わせるように、楽しいつながりや自然に健康的になる人の輪、豊かな地域のつながりの輪がそこそこにあるかもしれません。そして、十日町では誰も孤立せず、いきいきと健康で充実した毎日を過ごせるようになるのではないのでしょうか。十日町にはそのヒントがあちこちに隠されているように思えます。



獅胆鷹目行以女手

副院長（外科） 福成 博幸

「獅胆鷹目行以女手」は、「したんようもく おこなうに じょしゅをもってす」と読みます。この言葉の意味は「獅子のように細心にして大胆かつ動じない胆力、鷹のように諸事を見通し、判断、解決できる眼力、女手のように臓器を柔らかく扱い緻密に行える手技」ということで、千葉大学医学部の外科学の祖とされる三輪徳寛(1859-1933)が医員ならびに学生の教訓となるべき格言として残した言葉がもとになっています。これはドイツ語の（医師は鷹の目、娘の手、ライオンの心を持つべし。）が原点となり、シーボルトにより日本に伝えられ、「獅胆鷹目行以女手」の名訳が生まれたものと推察されます。私は、この言葉を医者に成り立ての昭和 60 年（1985）、当時の勤務先であった東芝中央病院の宮川先生から教えてもらいました。ふり返ってみると当時の外科手術の成績は惨憺たるもので食道、肝胆膵の術後は病院に泊まり込みでしたが、やれることは自分たちで行う怪しげな血液検査（その当時大学でさえも夜間は検査科に誰もいません。CT も撮れません。）、見えないエコー検査、血圧とドレーン、呼吸管理だけでした。暗い夜中に早く夜明けが来ないものかと待ち望んだものでした。

その後の成績が向上してきたのは新規デバイスの導入、IVR の介入、有効な抗がん剤、放射線療法、画像診断の向上、病院を挙げての緊急手術への迅速な対応が可能となった等が挙げられますが、最も大事なことは先人たちの **high risk - high return** 精神に基づいたチャレンジ精神あふれる治療成績の蓄積であったと思います。そのためにはデータのデジタル化が必要だったのですが平成 7 年（1995）私が十日町に赴任した時でさえ、学会発表はスライド、動画は VHS、保存は MO、CT 等の取り込みは透過原稿用のスキナーと現在とは隔世の感があります。

現在コロナ感染で世界中が大変な時ですが、十日町でも私たちを取り巻く医療環境に変化が及び、治療経過が芳しくなく打ちのめされることがあるかと思えます。

「火事と喧嘩は江戸の華、出血は外科の華」これも恩師の受け売りですが、出血したからといって動じるな。そんな時でも上を向いて前に進もうという意味です。これからの明日を担う若い先生たち頑張ってください。



2年間を振り返り

事務長 野崎 邦夫

平成31年4月1日、前日に引っ越しを済ませ十日町病院に赴任しました。この年は4月に入ってから降雪があり、長靴を持ってきていなかったため靴で病院へ出勤し、研修医の長靴を借り駐車場の状況確認を行った記憶が鮮明に残っています。

平成28年に新外来棟の開設を事務長補佐として経験し、今度は新病院全面開設を予定どおりに進めることが最大の任務と考え取り組んでまいりました。

院内の状況としては、計画から年数が経過し現在の医療状況に合わない部分も少なからずある中で、スペースの問題から機器整備、人員配置の問題まで大小様々な問題を職員全員で知恵を出し合い一つ一つ解決しながら前に進めることができました。

また、病院を取り巻く状況も地域医療構想調整会議で病床の機能分化や医療提供体制の検討等が協議されている中で突然、厚生労働省から再編統合を検討すべき病院名が公表されるなど急激な動きにも対応しながらの日々だったと感じています。

年号も平成から令和に代わり、令和2年に入り新病院の竣工式を迎える運びとなりましたが、ここで新型コロナウイルス感染症の問題がネックとなってきました。

現在では当たり前になった密閉、密集、密接の3密を回避し竣工式が行えるのか、会場は、来賓の数は、式典の時間は等々ギリギリまで関係部署との協議を開催前日まで行い何とか開催されたことが思い出されます。

更に新病院開設前の最大のイベントとなった患者移送も、誰も経験のない中でリハーサルを繰り返し問題点の洗い出しを繰り返し、当日は問題なく移送を済ませ開設できたことに安堵したことで職員の団結力、自ら進んで行動する姿に感動と感謝でいっぱいでした。

いろいろな経験をし、病院職員が院長を先頭に一つの方向に向かってまとまって進んでいく雰囲気が強くなっていったように思われます。

だからこそ、現在の新型コロナウイルス感染状況においても魚沼地域・妻有地域の中での確に対応できているものと感じています。

妻有地域の2次医療を担う重要な中核病院として、地域の多くの皆様のご協力もいただきながら、今後も必要な病院として機能を果たしていかなければいけないと感じています。

新しい器は完成しました。後は中身をそこで働く職員が一丸となってその地域にあった味付けにしていく努力が肝要です。

事務長補佐で2年間、事務長として2年間都合4年間十日町病院でいろいろな経験をさせていただき勤務できたことは私の大きな財産となりました。

これも関係する皆様のご協力があったのことに感謝しています。

改めましてありがとうございました。

最後に十日町病院の今後ますますのご発展を祈念いたしております。

論文

新潟県立十日町病院

患者自身の医療への参画

¹⁾独立行政法人国立病院機構別府医療センター腎臓内科
河野 恵美子¹⁾



²⁾新潟県立十日町病院
吉嶺 文俊²⁾



〔日内会誌 110:262~267, 2021〕

ワンフレーズ メッセージ

自分自身の健康や疾病に関するさまざまな医療情報は、医療者だけでなく、患者さん自身の大切な宝物。上手に活かし納得の医療を共に育てていきましょう。

Key words 健康ファイル, 幸せの黄色い綴り紐, インフォームド・コンセント, 医者にかかる10箇条, パーソナルヘルスレコード (PHR)

はじめに

かつての医療は全てを医師に任せる「お任せの医療」であったが、近年は「患者さんによく説明をし、患者さんに納得してもらって、合意のうえで医療を行う」というインフォームド・コンセント¹⁾の流れとなった。そして、2007年医療法改正にて1条の4第2項「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」という条文が追加され²⁾、医療における患者の主体性が重視されている。

しかし、いきなり医師に何でも尋ねてもよいと言われても、実際には戸惑う患者さんが多

い。「いのちの主人公」「からだの責任者」として「賢い患者になりましょう」が合い言葉の認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML(コムル)^{3,4)}では、1990年より、患者・医療者双方のコミュニケーション能力を高める活動に取り組んでおり、患者が主人公になって医療に参加するための心構えを「新・医者にかかる10箇条」という小冊子に盛り込んでいる(図1)。

ここで、既報(本シリーズ・過疎地の医療⁵⁾)に関連した話を紹介する。昭和50年代後半に文化人類学者の波平恵美子氏は新潟県のある雪深い山村を調査で訪れており、著書「いのちの文化人類学」⁶⁾にてこう記述している。

“人々は「病気で人は死なない」とか「病気は必ず治るものだ」という。そのような言葉を聞

Series : What is an Internist Practicing Community Medicine? ; Patients' participation in their own medical care.

Emiko Kouno¹⁾ and Fumitoshi Yoshimine²⁾ : ¹⁾Department of Nephrology, National Hospital Organization Beppu Medical Center, Japan and

²⁾Niigata Prefectural Tokamachi Hospital, Japan.

医者にかかる10箇条
あなたが「いのちの主人公・からだの責任者」

- ① 伝えたいことはメモして準備
- ② 対話の始まりはあいさつから
- ③ よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- ④ 自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
- ⑤ これからの見通しを聞きましょう
- ⑥ その後の変化も伝える努力を
- ⑦ 大事なことはメモをとって確認
- ⑧ 納得できないときは何度でも質問を
- ⑨ 医療にも不確実なことや限界がある
- ⑩ 治療方法を決めるのはあなたです

認定NPO法人 ささえあい医療人権センター COML

図1 新・医者にかかる10箇条 (文献3, 9)

くと、このムラの人々の「病気」と私自身の「病気」の内容が異なることにいやでも気付かされる。このムラの人々の考えでは、人が死ぬのは「病気に対して、適切な時期に適切な処置をしなかったから」であり、それはほとんど「事故死」に近いと考えているようだ。(略)「適切な処置」とは、休養する、医師の診察を受ける、入院する、手術を受ける、自宅で自家製薬を飲むことを選択はもちろん、医療を受ける場合には、どの病院のどの診療科をいつ訪れるかまで含まれている。その判断を的確に行うためには、何よりも自分の身体の状態をよく知っていること、そして主婦は家族の身体状態をよく把握していることが大切だという。”

治療医学が未だ発展途上とも言える時代に、辺地の人々がこのような病気観を持っていたことは驚きであるが、まさにここに患者・住民の

医療参画のヒントが含まれているのではないであろうか。都市部と比べて不便な暮らしのなかでの高い自己管理意識は、現代人もぜひ見習うべきである。さらに、彼らは念入りの情報収集も行っていた。

“人々は、交通不便な谷の最奥に住んでいるが、近くの〇〇市や〇〇市内の医療機関の状況を驚くほどよく知っている。医療機関ごとの診療科の名称を全部並べていうこともできるし、医師の数やその出身大学まで知っている人もいる。その理由は、ムラの中で病院に入院するひとがいると全戸から必ず病人の見舞いに出かけ、その際病気治療や医療者の対応や医療機関の設備など情報を仕入れてくるということらしい。そして、自分の家族が入院治療を受けるときの参考にするのである。”

このような背景のもとに著者や新潟県立津川病院の多職種と考案したのが阿賀町「健康ファイル」^{5,7,8)}である。

1. 事例提示

「健康ファイル」とは、健康や疾病に関するあらゆる情報を自分自身で管理するための支援ツールである。津川病院内科外来に通院する患者を対象に、市販の紙製縦型A4サイズのフラットファイルを基本に、診察券、お薬手帳ならびに画像情報を記録したDVD等を入れるためのクリアケースを付けて、外来主治医が有料で頒布した(図2)。

指導開始時は、まず外来診療時に実施した血液検査結果のコピーを自分で綴じてもらうことから始め、その後、ファイリングすべき資料、持ち歩くべき場面、見せた方がよいと思われる相手等具体的な活用方法に関する取扱説明書(図3)を表紙裏に貼り、ファイルの汎用性を高めた。原則として、医師・看護師・薬剤師等全ての医療関係者が、受診毎にファイルの内容を確認し、継続的に指導した。

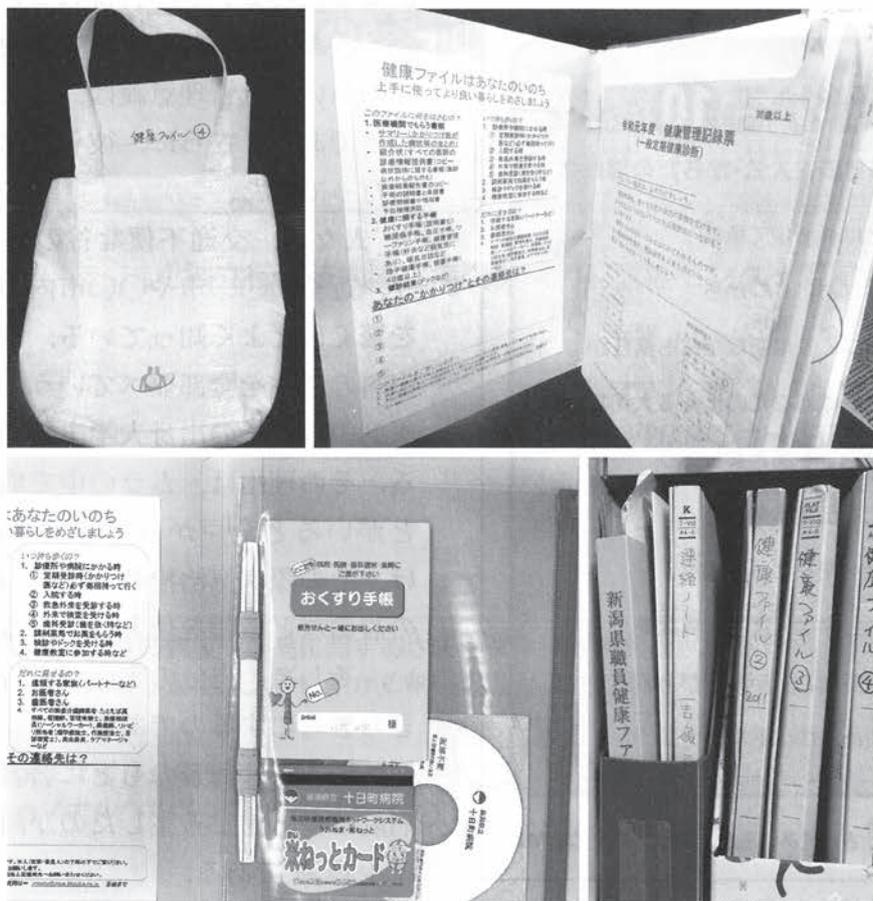


図2 健康ファイル
紙製のA4フラットファイルに健康・疾病に関する情報を綴じてもらうことで自己管理を促した。長年の利用者は5冊目を使用（右下）。

2. 事例から見えてくる課題・問題点

1) 健康ファイルに対する患者・住民と医療者の意見（表）

医師に勧められて利用する患者が最も多かったが、自己の振り返りから薬局や家族、そして、他の医療機関での情報共有まで至った事例も見受けられた。医療従事者からは重複処方や重複検査の回避等の肯定的な意見が寄せられたが、主に医師から「ファイルを見る時間がない」、「患者に説明する時間がない」、「面倒であり情報が不完全」という否定的な意見も挙げられた。それに呼応するかのようになり、患者側も「どこでファイルを出したらよいかわからない」、

「ファイルを持っていても医師が見てくれない」という意見もあり、忙しい診療現場の実態が浮き彫りとなった。

2) 日常業務のなかでのサマリー作成

健康ファイルに綴じるべき情報として最も重要なのは「患者サマリー」である。それは、通常のカルテ記載のような日々の動きの速いフローカルテではなく、比較的動きの少ない確定した事実や背景情報をまとめたストックカルテ⁹⁾が望ましい。しかし、実際の日常業務のなかでのサマリー作成は容易ではない。そこで、診療情報提供書や入院総括等の既存文書を支障ない範囲で活用した。

健康ファイルはあなたのいのち
上手に使ってより良い暮らしをめざしましょう

このファイルに何をはさむの？

- 医療機関でもらう書類
 - ・サマリー(かかりつけ医が作成した病状等のまとめ)
 - ・紹介状(すべての医師の診療情報提供書)コピー
 - ・病状説明に関する書類(医師以外からのもの)
 - ・検査結果報告書のコピー
 - ・手術の説明書と承諾書
 - ・診療明細書や領収書
 - ・予防接種済証
- 健康に関する手帳
 - ・おくすり手帳(説明書も)
 - ・糖尿病手帳, 血圧手帳, ワーファリン手帳, 健康管理手帳(肝炎など病気別にあり), 喘息日誌など
 - ・母子健康手帳, 健康手帳(40歳以上)
- 健診結果(ドックなど)

いつ持ち歩くの？

- 診療所や病院にかかる時
 - ①定期受診時(かかりつけ医など)必ず毎回持って行く
 - ②入院する時
 - ③救急外来を受診する時
 - ④外来で検査を受ける時
 - ⑤歯科受診(歯を抜く時など)
- 調剤薬局でお薬をもらう時
- 検診やドックを受ける時
- 健康教室に参加する時など

だれに見せるの？

- 信頼する家族(パートナーなど)
- お医者さん
- 歯医者さん
- すべての医療介護関係者:たとえば薬剤師, 看護師, 管理栄養士, 医療相談員(ソーシャルワーカー), 保健師, リハビリ担当者(理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士), 民生委員, ケアマネージャーなど

あなたの“かかりつけ”とその連絡先は？

このファイルをご覧になる方へ

- 医療や健康に関する個人情報をまとめたファイルです。本人(家族・後見人)の了解の下でご覧ください。
- 必要に応じてご本人への資料提供や一筆コメントをお願いします。
- さらに詳細な情報が必要な際は、ご本人了解後に直接上記連絡先へお問い合わせください。

図3 健康ファイルの取扱説明書

表 健康ファイルに対する患者及び医療者の意見

	患者・住民	医療従事者
肯定的意見	医師に勧められた よいものだと思う まとめられる 振り返りができる 薬局で見てくれる 他病院に行くとき、役に立つ 家族に見せると安心 特定機能病院受診時に携行・提示したら、とても有用とありがたがられた	他院との重複処方が判明し、対応できた 他院での検査結果がわかることで、当院での重複検査が避けられた 他院での診断病名がわかった 紹介状に患者情報を記載する手間が省けた
否定的意見	今は必要ない, 必要だと思わない, 持っていないでも大丈夫 お薬手帳等各手帳がある 大きくてカバンに入らない 必要性がわからない 持っていても見えてくれない どこで出せばよいかわからない	見ている時間がない 見ないと患者に不満を言われる 患者に説明する時間がない, 面削 情報が不完全

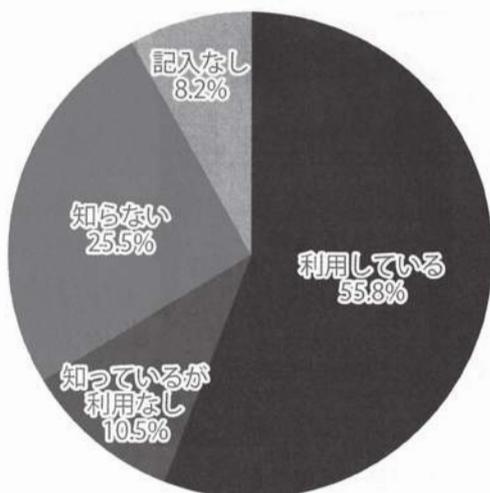


図4 定期外来で健康ファイルを利用している患者の割合
(津川病院, 2012年)

3) 要介護認定^{7,8)}

要介護状態にて自己管理が困難となった場合、「健康ファイル」に交換日記機能を追加した「連携ノート」にバージョンアップし(家族とは限らない),介護者や介護支援専門員と共に患者(利用者)を中心とした多職種間の情報共有を図った。

3. 地域医療ならではの対応

1) 住民との対話

医師(医療者)が白衣を脱いで地域の住民と直接対話する機会は極めて重要である(例えばナイトスクール^{注)})⁵⁾。顔の見える関係にとどまらず、腹を割って話し合えるような文化の醸成は、患者・医療者双方のコミュニケーションを高める活動^{3,4)}を促す。

注) ナイトスクールとは、一関市国民健康保険藤沢病院(岩手県)が長年実施してきた、住民のための勉強会の名称。この取り組みを2008年8月に新潟県阿賀町でも開始し、医師や看護師を含む医療関係者のボランティアが各地域に出向き、健康講話、医療相談、リハビリ体操などを行うとともに、健康ファイルの普及啓発活動も行っている。

2) 情報通信技術(ICT)の利活用

救急医療の場面に健康ファイルがあれば、救急担当医が検査結果や処方薬を的確に把握し、迅速な診断や治療につながるかもしれない。ところが、健康ファイルは紙媒体であるため、情報が自動的に更新されるものではなく、健康ファイルの情報が常に最新の患者情報であるとは限らないという欠点がある。また、救急診療の際は患者自身も気が動転してファイル持参を忘れることが多く、救急隊との連携も限界がある。そこで、「うおぬま・米ねっと」(<http://uonuma-mynet.org/>)¹⁰⁾のように、ICT(information and communication technology)を駆使して医療情報と介護情報を共有し、地域全体の病院、薬局ならびに介護施設が1つの施設のように連携して医療・介護サービスを提供する仕組みが全国各地で構築されつつある。

現時点において、個人情報の保護も含めたシステムに対する信頼性の確立は未だ不十分であるが、紙媒体の健康ファイルを足がかりとして、将来的にpersonal health record(PHR)のような国民一人ひとりの生涯に亘る「電子健康ファイル」への発展が期待される。

4. 事例の転帰

著者が、健康ファイル普及啓発活動5年後に津川病院外来の定期受診者294名(男134:女160,年齢75.0±9.5歳)を対象とし、健康ファイルの利用状況を調べたところ、健康ファイルを実際に「利用している」患者の割合は55.8%であった(図4)。利用者のうち、当院受診時に「必ず持参する」「たいてい持参する」と回答した者は90.9%であり、また、他科受診時には48.8%が、当院以外の医療機関の受診時に

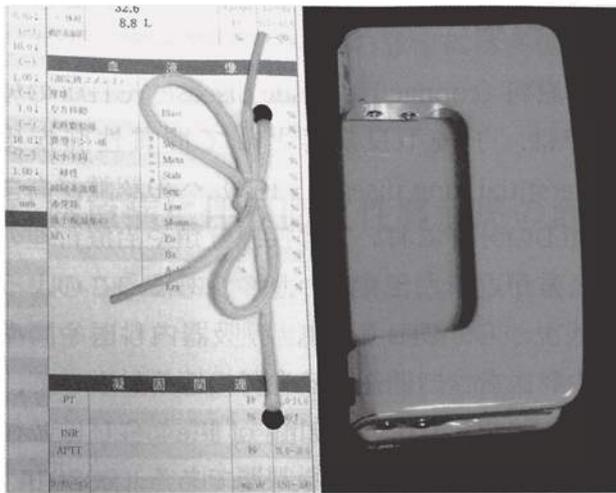


図5 幸せの黄色い綴り紐

血液検査結果等の紙媒体資料は、将来、健康ファイルでも利用できるように、パンチで穴を開け、紐で綴じて患者に渡し、その綴り紐を用いた自己管理指導を行った。黒よりも黄色い紐の方が効果的な印象がある。

は38.5%が、健康ファイルを「必ず持っていく」と回答した。

利用者のうち、健康ファイルが「非常に役立っている」「役立っている」と回答した者は68.9%であり、その場面は定期受診時が最も多く、家族への健康状態の説明、他の医療機関受診時で

の利用が続いた。

なお、最近では、ファイルが大きくてカバンに入らないという意見もあったことから、携帯性を重視して「幸せの黄色い綴り紐」を用いた緩い自己管理指導をまず行い、将来的に健康ファイルにつなげることも試みている(図5)。

健康ファイルは簡便且つ低コストで有用なアナログツールであるが、患者自身の健康に対する関心と自己管理意識を高めると共に、家族やパートナーの医療への参画も期待される。

5. 内科医に対するメッセージ

患者自身の医療への参画が進めば、これまでの医療システムに確実な変革をもたらすであろう。そのためのヒントは巷に溢れており、特にデジタルとアナログの上手な融合が1つの鍵となる。医療はそもそも不確実であるからこそ、患者・住民と賢く対話を重ねながら「納得の医療を共に育む」姿勢が大切である。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 森岡恭彦：病院長のコーヒータイトム。産業図書，東京，2006。
- 2) 町野 朔：インフォームド・コンセントの誕生と成長，医の倫理の基礎知識2018年版。日本医師会。http://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/001014.html (参照2020.11.18)
- 3) 認定NPO法人 ささえあい医療人権センターCOML(コムル)。https://www.coml.gr.jp/index.html(参照2020.11.18)
- 4) 山口育子：賢い患者。岩波新書，東京，2018。
- 5) 吉嶺文俊，原 勝人：過疎地の地域医療の課題と実践。日内会誌 106：1151-1158, 2017。
- 6) 波平恵美子：いのちの文化人類学。新潮社，東京，1996。
- 7) 大生定義，他：「地域医療における内科領域の診療医(かかりつけ医)とは?～新・内科専門医の医師像に迫る～」。第112回日本内科学会講演会 総合内科 専門医によるCPCおよび専門医部会。https://www.naika.or.jp/events/nenji/event-445/(参照2020.11.18)
- 8) 福沢嘉孝，他：新内科専門医による地域医療の実践～地域包括ケア実現に向かう地域社会へのコミットメント～。日内会誌 105：119-125, 2016。
- 9) 中村琢弥，雨森正記：地域医療の現場で機能する患者サマリーとは。日内会誌 107：2491-2497, 2018。
- 10) うおぬま・米ねっと。http://uonuma-mynet.org/(参照2020.11.18)

●症 例

無症状で経過した肺リンパ腫様肉芽腫症の1例

堀 好寿^a 黒川 允^a 吉嶺 文俊^a
大橋 和政^b 伊藤 竜^b 高田 俊範^b

要旨：症例は66歳女性。4年前の検診で、胸部X線異常を指摘された。胸部CTで多発浸潤影と小葉間隔壁の肥厚、また高ガンマグロブリン血症が認められた。経過中に自覚症状は全くなかったが、肺病変は徐々に増悪した。気管支肺泡洗浄では、69%を占める形質細胞がみられた。外科的肺生検で、濾胞様構造を伴うリンパ球の増殖、肺胞構築の破壊と血管壁へのリンパ球浸潤、免疫染色で濾胞間にEBER-1陽性のリンパ球を散見し、リンパ腫様肉芽腫症と診断した。診断後、無治療で約1年間経過観察をしているが、原疾患の増悪はみられない。

キーワード：肺リンパ腫様肉芽腫症、高ガンマグロブリン血症、Epstein-Barrウイルス

Pulmonary lymphomatoid granulomatosis, Hypergammaglobulinemia, Epstein-Barr virus (EBV)

緒 言

リンパ腫様肉芽腫症 (lymphomatoid granulomatosis: LYG) は、Epstein-Barrウイルス (EBV) 感染を契機とするB細胞性リンパ増殖性疾患である¹⁾。LYGは、ほとんどの症例に咳嗽や発熱などの非特異的な自覚症状がある²⁾。今回我々は、自覚症状が全くなく、胸部X線異常と高ガンマグロブリン血症で発見され、外科的肺生検で診断されたLYGの1例を経験したので報告する。

症 例

患者：66歳、女性。

主訴：検診にて胸部異常影を指摘。

既往歴：逆流性食道炎。

内服薬：なし。

喫煙歴・飲酒歴：なし。

現病歴：20XX年の検診で胸部X線異常影を指摘されたため、新潟県立十日町病院を受診した。受診時、呼吸器症状や全身症状は全くなかった。胸部単純X線写真では、両中下肺野にすりガラス影と小結節影を (Fig. 1A)、胸部CTで多発浸潤影と小葉間隔壁の肥厚を認めた (Fig.

2A)。呼吸器症状はなかったが、慢性気管支炎疑いとして経過観察された。20XX+3年の検診で貧血を指摘されたため、当院非常勤血液内科医師を受診し、一時的に鉄剤を内服していた。また、高ガンマグロブリン血症 (IgG 4.266mg/dL, IgA 667mg/dL, IgM 332mg/dL) を指摘されたが、症状がないため経過観察となった。20XX+4年3月、胸部単純X線写真で多発粒状影の増大 (Fig. 1B) と、胸部CTで多発浸潤影と小葉間隔壁の肥厚の明瞭化が認められた (Fig. 2B)。右B⁵からの気管支肺泡洗浄液 (bronchoalveolar lavage fluid: BALF, 回収率87/150mL) では、総細胞数 1.6×10^5 /mL、細胞分画でリンパ球27.1%、形質細胞69%と異常所見が認められたため、精査のため魚沼基幹病院呼吸器・感染症内科に紹介した。

初診時身体所見：身長146.6cm、体重50.0kg、血圧147/78mmHg、心拍数81回/分、体温36.6℃、結膜に貧血・黄疸なし、表在リンパ節を触知せず、心雑音・肺雑音を聴取せず、腹部全体に圧痛なし、神経学的異常所見なし、筋力低下なし、明らかな皮疹を認めなかった。また、検査所見では、軽度の貧血と血清総蛋白の上昇、高ガンマグロブリン血症、sIL-2R、KL-6の上昇を認めた (Table 1)。

組織学的所見：組織学的診断を確定するため、右S³と中葉から胸腔鏡下肺生検を行った。弱拡大では、肺実質内から胸膜下に肺胞構築を破壊するリンパ球の増殖所見がみられた。増殖しているリンパ球は、CD3陽性細胞においてCD4とCD8の偏りはみられず、CD20陽性細胞にも腫瘍性の所見は明らかではなかった。リンパ球の増殖はびまん性でなく、濾胞様構造を伴っていた (Fig. 3A)。

連絡先：堀 好寿

〒948-0065 新潟県十日町市高田町3-32-9

^a新潟県立十日町病院呼吸器内科

^b魚沼基幹病院呼吸器・感染症内科

(E-mail: yoshi.414.nao@gmail.com)

(Received 14 Apr 2020/Accepted 16 Jun 2020)

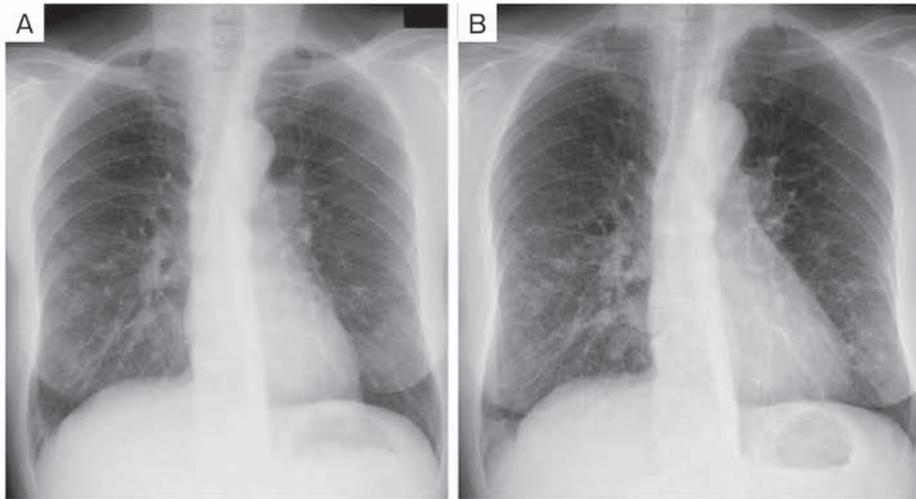


Fig. 1 Chest X-ray findings. (A) At the first visit to our hospital four years earlier, chest X-ray showed ground-glass opacities and nodular shadows in both middle and lower lung fields. (B) Multiple nodular shadows had exacerbated before the time of consultation at Uonuma Kikan Hospital.

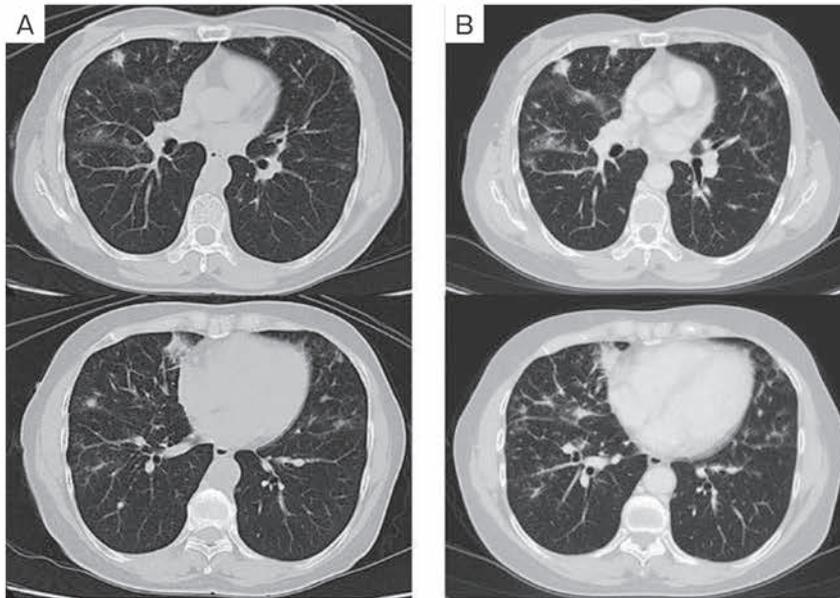


Fig. 2 Chest CT findings. (A) At the first visit to our hospital four years earlier, chest CT showed multiple infiltrative opacities and thickening of the interlobular septum. (B) Multiple infiltrative opacities and thickening of the interlobular septum had progressed before the time of consultation at Uonuma Kikan Hospital. No hilar or mediastinal lymphadenopathy was observed.

また、肺胞構築の破壊とともに血管壁へのリンパ球浸潤も認め、いわゆる“多発血管炎”の所見であった (Fig. 3B)。Epstein-Barr virus-encoded RNA (EBER)-1 *in situ* hybridization (ISH) を行うと、濾胞間にEBER-1陽性のリンパ球を散見した (Fig. 3C)。多彩なリンパ球増殖と血管炎の所見と併せて、LYG Grade 1と診断した。肺生検後に実施した各種EBV抗体検査では、既感染のパターンが確認された。

臨床症状がないこと、画像の進行が緩徐であることから、診断後約1年間無治療にて経過観察を継続している。

考 察

我々は、胸部X線異常と高ガンマグロブリン血症で発見され、外科的肺生検で診断されたLYGの1例を経験した。呼吸器症状や全身症状が全くみられなかったため、本疾患を疑うまでに4年を要した。病理組織検査と免疫

Table 1 Laboratory findings before surgical lung biopsy

Hematology		Serology	
WBC	5,800/μL	CRP	1.8 mg/dL
Neu	49.3 %	KL-6	614 U/mL
Lym	43.5 %	IgG	4,127 mg/dL
Mon	6.6 %	IgA	626 mg/dL
Eos	0.3 %	IgM	347 mg/dL
Bas	0.3 %	CH ₅₀	49 U/mL
RBC	402 × 10 ⁹ /μL	sIL-2R	711 U/mL
Hb	10.7 g/dL	ANA	×40
Ht	35.1 %	MPO-ANCA	(-)
Plt	31.7 × 10 ⁹ /μL	PR3-ANCA	(-)
Biochemistry		EBV-EA-IgG	×80
TP	9.6 g/dL	EBV-EBNA	×160
Alb	3.3 g/dL	EBV-VCA-IgG	×5,120
CK	51 U/L	Urinalysis	
AST	14 U/L	Protein	(-)
ALT	11 U/L	Glucose	(-)
LDH	118 U/L	Occult blood	(-)
ALP	309 U/L	Urine sediment	
γ-GTP	11 U/L	RBC	1-4/HPF
ChE	293 U/L	WBC	<1/HPF
UA	5.4 mg/dL		
BUN	16.7 mg/dL		
Cre	0.6 mg/dL		
Na	139 mmol/L		
K	4.4 mmol/L		
Cl	102 mmol/L		
Ca	9.2 mg/dL		
IP	3.5 mg/dL		

EBV: Epstein-Barr virus, EA: early antigen, EBNA: EBV nuclear antigen, VCA: virus capsid antigen.

染色により、LYGと診断された。

LYGは、1972年にLiebowらによって初めて提唱された疾患概念であり³⁾、リンパ球や組織球などの多彩な細胞が血管中心性かつ血管破壊性に浸潤することが特徴とされている。本疾患の中心となる病態は、EBV感染を契機に発症したB細胞性リンパ増殖性疾患と考えられている¹⁾。LYGは、30～50歳の男性に多い。自覚症状は咳嗽(60%)、発熱(60%)、発疹・結節(40%)など非特異的で、全体のわずか3%が無症状で経過する²⁾。しかし、この報告は胸部HRCTや免疫染色が確立される前のものであるため、症状と陰影の程度、後述するGradeとの関連は明らかでない。

本疾患はB細胞性リンパ増殖性疾患であることから、非特異的な高ガンマグロブリン血症がみられることがある。Katzensteinらは、測定した32例中15例でIgGあるいはIgMの増加がみられたと報告している²⁾。またSordilloらによれば、6例のうち1例にIgG、IgA、IgMの高値、3例はIgMのみ高値、このうちの1例ではIgMκ型のM蛋白

白が見いだされた⁴⁾。本症例では、M蛋白はみられなかったが、IgG、IgA、IgMの高値があり、B細胞性リンパ増殖性疾患の存在が疑われた。

LYGは、しばしば皮膚(20～50%)、腎臓(15～32%)、神経系(20～38%)、および肝臓(12～19%)などへの浸潤も認めるが、主な罹患臓器は肺である¹⁾²⁾⁵⁾。本疾患のようなびまん性肺疾患では、BALF所見が鑑別診断の一助となる⁶⁾。特に、LYGのようなリンパ増殖性疾患ではリンパ球分画が増加(15%以上)するといわれている。たとえ無症状であっても、血液検査と画像所見から肺のリンパ増殖性疾患が疑われれば、BALF所見から診断に迫ることが可能となる。

LYGは、EBV陽性細胞数、組織形態および壊死の程度といった組織学的観点から、Grade 1～3に分類される¹⁾⁷⁾⁸⁾。無症状のLYGは予後が良い可能性があるが、Gradeとの関連を含め検索できた範囲でデータがない。一方、異型細胞の多いGrade 2,3の症例は予後不良であるといわれている²⁾⁷⁾。

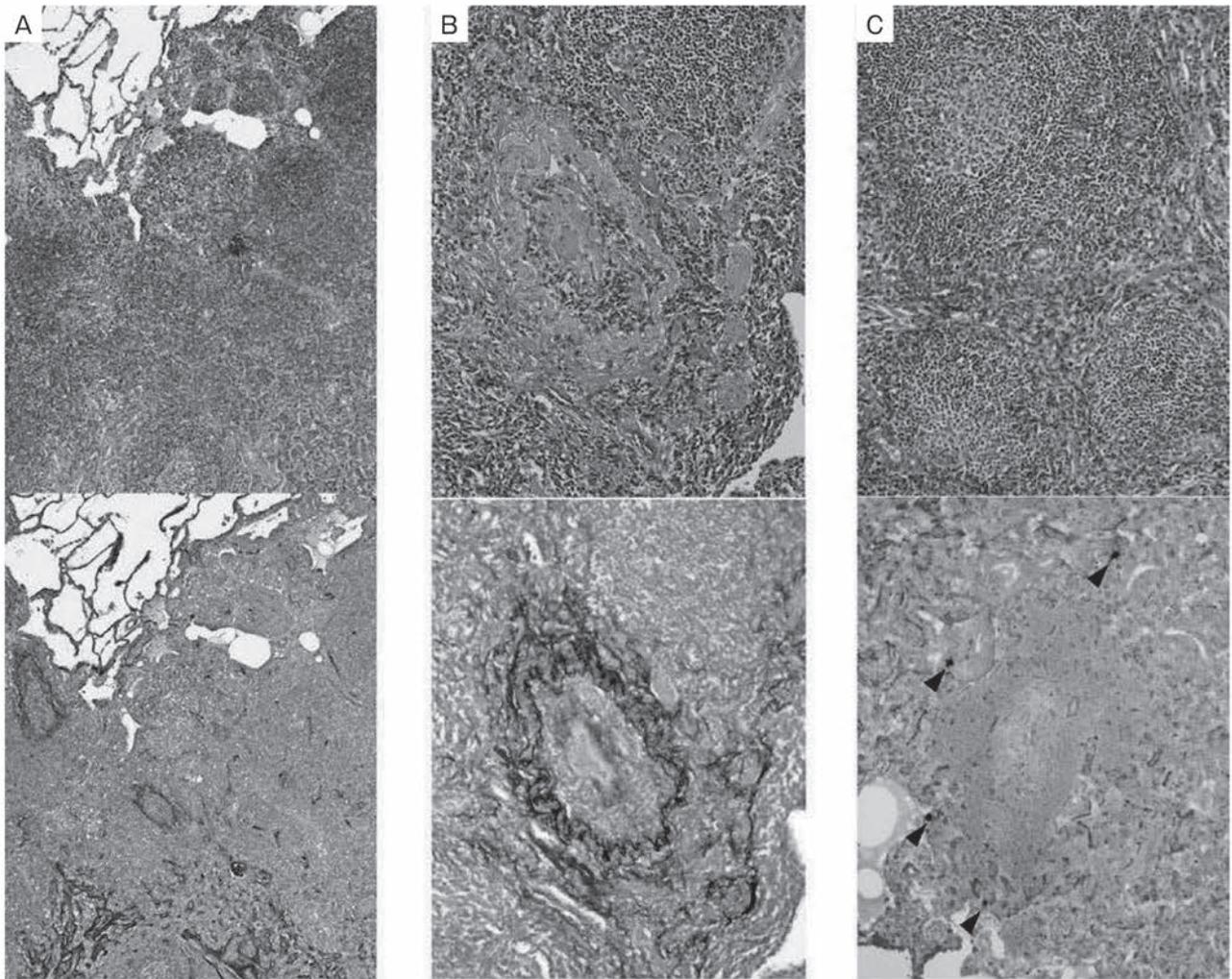


Fig. 3 Histological findings from surgical lung biopsy specimens. (A) Lymphocyte proliferation with alveolar architecture destruction is observed but no necrosis. Lymphocyte proliferation is focal, involving follicle-like structures. Upper, hematoxylin-eosin (HE) staining, $\times 5$; lower, Elastica van Gieson (EVG) staining, $\times 5$. (B) Destruction of alveolar architecture, as well as lymphocyte infiltration into the vessel wall, are shown, which could be regarded as polyangiitis. Upper, HE staining, $\times 10$; lower, EVG staining, $\times 10$. (C) Some EBER-1 positive lymphocytes (arrowheads) spotted in the lymphocytes between the follicles are found as well as various findings of lymphocyte proliferation and polyangiitis, leading to the diagnosis of lymphomatoid granulomatosis, Grade 1. Upper, HE staining, $\times 5$; lower, EBER-1 *in situ* hybridization, $\times 10$. EBER: Epstein-Barr virus-encoded small RNAs.

LYGの治療方針は、症例の免疫抑制状態（免疫抑制によりEBVが活性化する例があるため）、症状の有無と程度、肺外病変の程度、および病理学的Gradeによって決定される。無症状で低Gradeであれば、経過観察が基本となる。これに対して、肺外病変が目立つ例やGrade 3症例ではびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に準じた治療が考慮される。本症例は、病理所見がGrade 1であること、無症状であること、画像の進行も緩徐であることから、無治療で経過観察をしている。

LYGの鑑別疾患として、サルコイドーシス、真菌感染症、リンパ球性間質性肺炎、IgG4関連疾患、多発血管炎性肉芽腫症、多中心性キャッスルマン病、EBV関連びま

ん性大細胞型B細胞性リンパ腫などが挙げられる。これらは、病理所見と免疫染色、*in situ* hybridizationで鑑別できる。画像所見と検査成績からこれらの疾患を疑うことが、診断の第一歩となる。

本論文の要旨は、第84回日本呼吸器学会北陸地方会（2019年11月、富山）において発表した。

謝辞：診断にご協力いただいた魚沼基幹病院血液内科の関義信先生、病理診断科の長谷川 剛先生に深謝申し上げます。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関して申告なし。

引用文献

- 1) Pittaluga S, et al. Lymphomatoid granulomatosis. In: Swerdlow SH, et al, ed. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed. Lyon: IARC. 2017; 312.
- 2) Katzenstein AL, et al. Lymphomatoid granulomatosis: a clinicopathologic study of 152 cases. *Cancer* 1979; 43: 360-73.
- 3) Liebow AA, et al. Lymphomatoid granulomatosis. *Hum Pathol* 1972; 3: 457-558.
- 4) Sordillo PP, et al. Lymphomatoid granulomatosis: an analysis of clinical and immunologic characteristics. *Cancer* 1982; 49: 2070-6.
- 5) Song JY, et al. Lymphomatoid granulomatosis—a single institute experience: pathologic findings and clinical correlations. *Am J Surg Pathol* 2015; 39: 141-56.
- 6) Meyer KC, et al. An official American Thoracic Society clinical practice guideline: the clinical utility of bronchoalveolar lavage cellular analysis in interstitial lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185: 1004-14.
- 7) Jaffe ES, et al. Lymphomatoid granulomatosis: pathogenesis, pathology and clinical implications. *Cancer Surv* 1997; 30: 233-48.
- 8) Colby TV. Current histological diagnosis of lymphomatoid granulomatosis. *Mod Pathol* 2012; 25 (Suppl 1): S39-42.

Abstract

A case of asymptomatic pulmonary lymphomatoid granulomatosis

Yoshihisa Hori^a, Makoto Kurokawa^a, Fumitoshi Yoshimine^a
Kazumasa Ohashi^b, Ryu Ito^b and Toshinori Takada^b

^aDepartment of Respiratory Medicine, Niigata Prefectural Tokamachi Hospital

^b Department of Respiratory Medicine and Infectious Diseases, Unuma Kikan Hospital

A 66-year-old woman visited us with a chest X-ray abnormality at a medical checkup four years ago. Chest CT demonstrated multiple infiltrates and thickened interlobular walls. She also had hypergammaglobulinemia. Although she experienced no subjective symptoms, her lung lesions gradually worsened. In bronchoalveolar lavage, plasma cells accounted for 69% of the total cells. On surgical lung biopsy, a proliferation of lymphocytes with follicle-like structures, disruption of alveolar architecture, and lymphocyte infiltration into the vessel wall were observed. We also spotted EBER-1 positive lymphocytes between the follicles by immunostaining, which led to her diagnosis of pulmonary lymphomatoid granulomatosis. The patient has shown no exacerbation for about one year after diagnosis without specific treatment.

[ORIGINAL ARTICLE]

Regional Disparities in Adherence to Guidelines for the Treatment of Chronic Heart Failure

Yuji Matsuo¹, Fumitoshi Yoshimine¹, Katsuya Fuse², Kazuo Suzuki³, Takuya Sakamoto⁴, Kenichi Iijima⁵, Kazuyuki Ozaki⁵ and Tohru Minamino⁵

Abstract:

Objective The incidence of chronic heart failure (CHF) is likely to keep increasing in Japan as the population ages, placing increased burdens on medical facilities, particularly on the limited numbers of rural hospitals. We explored the appropriateness of CHF treatment in rural areas in Japan.

Methods We compared rates of adherence to therapeutic guidelines for CHF between residents with a left ventricular ejection fraction <35% living in urban areas (n = 207) and those in rural areas (n = 180). Treatments included pharmacological [beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEi)/angiotensin II receptor blocker (ARB), mineralocorticoid receptor antagonist (MRA) and anticoagulants for atrial fibrillation] and non-pharmacological [implantable cardioverter defibrillator (ICD)/cardiac resynchronization therapy (CRT), cardiac rehabilitation and HF education] approaches.

Patients This study included 387 patients with CHF, prior myocardial infarction or cardiomyopathy, and a left ventricular ejection fraction (LVEF) <35% as determined by echocardiography.

Results The respective rates of treatments administered in urban and rural areas were as follows: beta-blockers, 91.3% vs. 61.7% (p<0.05); ACEi/ARB, 86.5% vs. 68.3% (p<0.05); MRA, 74.4% vs. 59.4% (p<0.01); anticoagulants, 100% vs. 86.5%, (p<0.05); ICD/CRT, 45.4% vs. 5.0% (p<0.05); cardiac rehabilitation, 32.4% vs. 13.3% (p<0.05) and HF education, 33.3% vs. 32.8% (p=0.75).

Conclusion Regional disparities in treatment for CHF persist, even in Japan. Improvements in the use of guideline-directed treatment in rural areas might improve the outcomes for CHF patients.

Key words: heart failure, regional disparity, guidelines

(Intern Med 60: 525-532, 2021)

(DOI: 10.2169/internalmedicine.4660-20)

Introduction

Heart failure (HF) indicates cardiac dysfunction caused by organic and/or functional abnormalities occurring in the heart and a lack of a compensatory cardiac pump function. Symptoms such as dyspnea, fatigue and edema appear and are collectively defined as a clinical syndrome of reduced exercise tolerance (1). HF may occur due to factors other than the heart, and 32.5% of HF patients show non-cardiovascular diseases as the cause (2).

The prognosis for patients with chronic HF (CHF) worsens when left ventricular contractility declines compared with when it is maintained (3). However, the prognosis of CHF with reduced left ventricular contractility (HFrEF) (4) has been improved, thanks in large part to pharmacotherapies, such as beta blockers (5, 6), and cardiac implantable electric devices (CIEDs), such as implantable cardioverter defibrillators (ICDs) and cardiac resynchronization therapy (CRT) (7, 8). According to the guidelines of the Japanese Circulation Society (9), American Heart Association (10) and European Society of Cardiology (11), specific choices

¹Department of Internal Medicine, Niigata Prefectural Tokamachi Hospital, Japan, ²Department of Internal Medicine, Uonuma City Koide Hospital, Japan, ³Department of Internal Medicine, Niigata Prefectural Matsudai Hospital, Japan, ⁴Department of Internal Medicine, Tsunan Town Hospital, Japan and ⁵Department of Cardiovascular Biology and Medicine, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Japan

Received for publication February 26, 2020; Accepted for publication August 25, 2020

Correspondence to Dr. Yuji Matsuo, m05005yi@jichi.ac.jp

Table 1. Backgrounds of 207 Urban and 180 Rural Residents.

	Urban areas (n=207)	Rural areas (n=180)	p value	
Age	64±12	80±15	p<0.05	
>75yrs (n,%)	57 (28)	126 (72)	p<0.05	
Male (n,%)	151 (62)	111 (73)	p<0.05	
EF (%)	26±6.9	29±5.2	p<0.05	
Atrial fibrillation (n,%)	101 (49)	89 (49)	p=0.89	
Dose of β -blocker (mg)	Bisoprolol	3.6±2.0	2.3±1.3	p<0.05
	Carvedilol	9.3±6.3	6.8±6.9	p<0.05
Dose of furosemide (mg)	39±34	28±23	p<0.05	

Results are presented as means±SD or n (%). EF: ejection fraction

Table 2. Types of Heart Disease of 207 Urban and 180 Rural Residents.

Types of heart disease (n,%)	Urban areas (n=207)	Rural areas (n=180)
Ischemic heart disease	62(30)	30(17)
Dilated cardiomyopathy	59(27)	51(28)
Valvular heart disease	21(10)	26(14)
Dilated phase of hypertrophic cardiomyopathy	13(6.3)	2(1.1)
Tachycardia induced cardiomyopathy	9 (4.3)	13(7.2)
Cardiac sarcoidosis	7 (3.4)	0 (0)
Left ventricular non-compaction	5 (2.4)	0 (0)
Mitochondrial cardiomyopathy	5 (2.4)	0 (0)
Hypertensive cardiomyopathy	4 (1.9)	0 (0)
Cardiac amyloidosis	3 (1.4)	2 (1.1)
Drug-induced cardiomyopathy	3 (1.4)	0 (0)
Congenital heart disease	3 (1.4)	0 (0)
Lamin cardiomyopathy	2 (1.0)	0 (0)
Peripartum cardiomyopathy	1 (1.0)	0 (0)
Lupus cardiomyopathy	1 (0.5)	0 (0)
Fabry disease	1 (0.5)	0 (0)
Eosinophilic myocarditis	1 (0.5)	0 (0)
Idiopathic ventricular aneurysm	1 (0.5)	0 (0)
Unkown/not examined	8 (3.9)	60(33)

Results are presented as n (%).

We also conducted comparisons between groups among subjects 70-85 years old. Tables 3 and 4 show the background characteristics of the 73 urban and 82 rural residents (mean age, 78±4.6 years old vs. 79±4.6 years old; p=0.13). No significant differences were apparent in major characteristics, such as sex, EF, or prevalence of atrial fibrillation, or age between the urban versus rural areas (women, 25% vs. 35%; p=0.15; EF, 27±6.0% vs. 28±5.3%; p=0.31; atrial fibrillation, 49% vs. 61%; p=0.15). The administered doses (urban vs. rural) of the beta-blockers bisoprolol and carvedilol were 3.0±1.6 mg vs. 1.9±1.0 mg (p<0.05) and 6.6±4.6 mg vs. 6.6±7.1 mg (p=0.67), respectively, and those of the diuretic furosemide were 30±23 mg vs. 29±22 mg (p=0.67). The major underlying pathologies showed a similar tendency among all age groups (IHD, 46% and 37%; DCM, 18% and 13%; valvular heart disease, 12% and 15%). Secondary cardiomyopathy was rare because this subgroup was restricted to elderly subjects. However, in this subgroup as well, the

underlying diseases were not identified for many cases in rural areas.

Fig. 2 shows the implementation rates of treatments at 70-85 years old. In this comparison (urban vs. rural), the difference in the introduction rate of ICD/CRT was clear (beta-blockers, 84.9% vs. 74.4%, p=0.10; ACEi/ARB, 82.2% vs. 73.2%, p=0.18; MRA, 60.3% vs. 57.3%, p=0.71; anticoagulant therapy, 100% vs. 94%, p=0.13; ICD/CRT, 34.2% vs. 8.5%, p<0.01). Rates of cardiac rehabilitation (urban vs. rural) were 35.6% vs. 19.5% (p=0.02), and those for HF education were 27% vs. 38.6% (p=0.12).

Discussion

In this study, we found considerable disparity between urban and rural areas in the treatment of CHF with contraction disorders. However, considering age differences, the difference in the ICD introduction rate was noticeable, and a dif-

of essential therapies to improve the patient prognosis have been recommended according to the clinical status of the individual patient.

Under the National Health Insurance system of Japan, which covers almost all people at relatively low expense, residents of Japan are supposed to have access to a uniform quality of medical care. Thus, the quality of medical treatment for CHF in rural and urban areas is expected to be of a similarly high standard. However, epidemiological studies have predicted that approximately 1.3 million Japanese will develop HF by 2030 in parallel with the decline in the population and the rapidly increasing numbers of elderly persons (12). In particular, the number of aging rural individuals will far exceed the capacity of medical facilities and doctors. Thus, many patients with HF may only be able to receive limited medical treatment in rural areas.

Given this situation, we aimed to determine whether or not patients with CHF do indeed receive the same standards of care in rural and urban areas.

Materials and Methods

Patient selection

The study included 387 patients admitted for congestive HF, with the exception of cases associated with acute myocardial infarction. Patients who had a history of myocardial infarction or cardiomyopathy and showed a left ventricular ejection fraction (LVEF) <35% on echocardiography were registered. HF was diagnosed according to the criteria in the guidelines [symptoms and physical examinations as described above, pleural effusion and/or lung congestion in chest X-ray, brain natriuretic peptide (BNP) >100 pg/mL or N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) >400 pg/mL in blood test] (9).

The urban institution was Niigata University Hospital (Niigata City), and the rural institutions were Niigata Prefectural Tokamachi (Tokamachi City), Uonuma City Koide (Uonuma City), Niigata Prefectural Matsudai (Tokamachi City) and Tsunan Town (Tsunan Town) Hospitals. The study periods were from 2006 to 2016 and from 2015 to 2018 in the urban and rural hospitals, respectively. Patients who died after hospitalization due to initial acute HF, had unknown prior therapies due to moving or other reasons or no history of hospitalization were excluded. All patients enrolled in this study had a history of hospitalization for HF other than acute myocardial infarction.

Treatments recommended by guidelines

We compared the rates at which treatments for HFrEF recommended by the guidelines of the Japanese Circulation Society (9), American Heart Association (10) and European Society of Cardiology (11) were implemented between urban and rural areas. Comparisons were performed both in all patients and in the subgroup of patients 70-85 years old. The latter subgroup was established in order to minimize the

effects of differences in the age of both groups on this comparison. Treatments included medical [beta blocker, angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEi)/angiotensin II receptor blockers (ARB), mineralocorticoid receptor antagonist (MRA) and anticoagulants for atrial fibrillation] and non-medical (ICD/CRT, cardiac rehabilitation and HF education) approaches. The necessity of each treatment in each patient was decided according to the stage of HF, cardiac function and presence of atrial/ventricular arrhythmia.

We also compared the administered doses of the beta blockers carvedilol and bisoprolol and of the diuretic furosemide between the two groups.

Data analyses

Between-group differences in clinical characteristics were determined using unpaired *t*-tests, χ^2 and Fisher's exact test for continuous and categorical variables, respectively. All data were statistically analyzed using the SPSS software program, version 25.0 (SPSS, IBM, USA). Two-sided *p* values of <0.05 were considered statistically significant. Results are expressed as the mean \pm standard deviation (SD) or *n* (%).

Results

Patients' characteristics

Tables 1 and 2 show the backgrounds of the 207 urban and 180 rural residents (mean age, 64 \pm 15 vs. 80 \pm 15 years old; *p*<0.05). Women accounted for 38% and 27% (*p*<0.05), and the mean EF was 26% \pm 6.9% vs. 29% \pm 5.2% (*p*<0.05) in the urban and rural areas, respectively. The proportion of patients with atrial fibrillation was 49% in both areas (*p*=0.89). The administered doses (urban vs. rural) of the beta-blockers bisoprolol and carvedilol were 3.6 \pm 2.0 vs. 2.3 \pm 1.3 and 9.3 \pm 6.3 vs. 6.8 \pm 6.9 mg, respectively (both *p*<0.05), and those of the diuretic furosemide were 39 \pm 34 vs. 28 \pm 23 mg (*p*<0.05). The major underlying pathologies in the urban and rural areas comprised ischemic heart disease (IHD; 30% and 17%, respectively) and dilated cardiomyopathy (DCM; 27% and 28%, respectively), whereas IHD, DCM and valvular heart disease accounted for 60% of the total in both areas. Secondary cardiomyopathy, including cardiac sarcoidosis, was more prevalent in the urban than in the rural areas. Notably, the types of heart disease had not been clearly diagnosed in many patients in the rural areas.

Rates of recommended treatment implementation

Fig. 1 shows the main findings. The implementation rates for most treatments were higher in urban than in rural areas (beta-blockers, 91.3% vs. 61.7%, *p*<0.05; ACEi/ARB, 86.5% vs. 68.3%, *p*<0.05; MRA, 74.4% vs. 59.4%, *p*<0.05; anticoagulant therapy, 100% vs. 86.5%, *p*<0.05; ICD/CRT, 45.4% vs. 5.0%, *p*<0.05). Rates for cardiac rehabilitation (urban vs. rural) were 32.4% vs. 13.3% (*p*<0.05), and those for HF education were 33.3% vs. 32.8% (*p*=0.75; not significant).

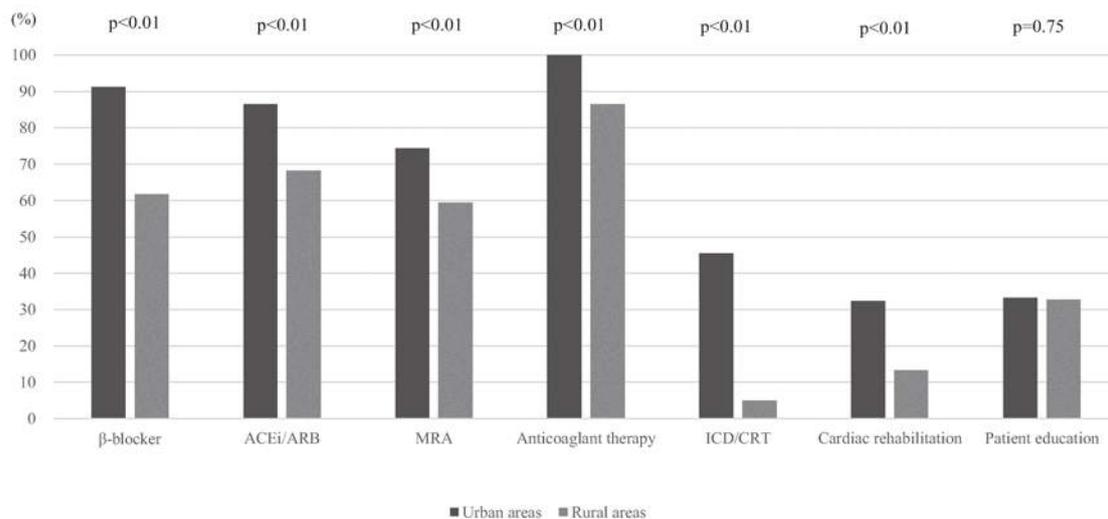


Figure 1. Comparison of GDMT implementation rates among all patients selected from urban and rural areas. Therapies included beta-blockers, ACEi/ARB, MRA, anticoagulants, ICD/CRT, cardiac rehabilitation and HF education. MRA: mineral corticoid receptor antagonist, ACEi: angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB: angiotensin II receptor blockers, CRT: cardiac resynchronization therapy, GDMT: guideline-directed medical therapy, HF: heart failure, ICD: implantable cardioverter defibrillator (s)

Table 3. Backgrounds of 73 Urban and 82 Rural Residents among 70-85 Years Old.

	Urban areas (n=73)	Rural areas (n=82)	p value	
Age	78±4.6	79±4.6	p=0.13	
>75yrs (n,%)	50 (69)	62 (76)	p=0.24	
Male (n,%)	55 (75)	53 (65)	p=0.15	
EF (%)	27±6.0	28±5.3	p=0.31	
Atrial fibrillation (n,%)	36 (49)	50 (61)	p=0.15	
Doze of β-blocker (mg)	Bisoprolol	3.0±1.6	1.9±1.0	p<0.05
	Carvedilol	6.6±4.6	6.6±7.1	p=0.98
Doze of furosemide (mg)	30±23	29±22	p=0.67	

Results are presented as means±SD or n (%). EF: ejection fraction

ference was also apparent in non-pharmacological therapy.

In numerous clinical trials on the treatment of CHF, some therapeutic options have been shown to have robust favorable effects. Several pharmacological agents can improve the prognosis of CHF and are collectively termed “cardioprotective” agents. The CONSENSUS Trial Study found that adding enalapril to conventional therapy for patients with severe CHF reduced mortality and improved symptoms (13). Bisoprolol and carvedilol also reduced the risk of death and of hospitalization for cardiovascular causes in patients with HF and reduced contractility (5, 6, 14). Thus, the clinical guidelines (9-11) recommend adding the above drugs to therapy for an HF patient to improve their prognosis. In our study, the implementation rates for cardioprotective agents (beta-blockers, ACEi/ARBs and MRAs) were considerably low in rural areas. Even though patients in rural areas tend to have some limitations concerning their access to medical thera-

pies, such as advanced age and other organ (e.g., kidney) dysfunctions, the low implementation rate of cardioprotective agents may have further reduced the prognosis of HF patients in rural areas.

In addition to pharmacological therapy, CIEDs, such as ICDs and CRT, have been shown to be among the essential treatments for HF patients (15, 16). ICDs improve the prognosis more than antiarrhythmic agents among patients with persistent ventricular tachycardia and ventricular fibrillation associated with underlying heart disease (17). A meta-analysis summarizing these 3 trials showed that ICDs significantly reduced mortality compared with amiodarone, with a 27% reduction in relative mortality over 6 years (18). The MADIT-1 and MADIT-2 ICD trials concerning the ability of ICDs to prevent sudden death found an improved mortality among patients with coronary artery disease and a reduced left ventricular contractility (19, 20). The SCD-

Table 4. Types of Heart Disease of 73 Urban and 82 Rural Residents among 70-85 Years Old.

Types of heart disease (n,%)	Urban areas (n=73)	Rural areas (n=82)
Ischemic heart disease	35(46)	30(37)
Dilated cardiomyopathy	14(18)	11(13)
Valvular heart disease	9 (12)	12(15)
Dilated phase of hypertrophic cardiomyopathy	6 (7.9)	1 (1.2)
Tachycardia induced cardiomyopathy	4 (5.3)	6 (7.3)
Cardiac sarcoidosis	1 (1.3)	0 (0)
Hypertensive cardiomyopathy	2 (2.6)	0 (0)
Cardiac amyloidosis	0 (0)	2 (2.4)
Idiopathic ventricular aneurysm	1 (1.3)	0 (0)
Unkown/not examined	4 (5.3)	23(28)

Results are presented as n (%).

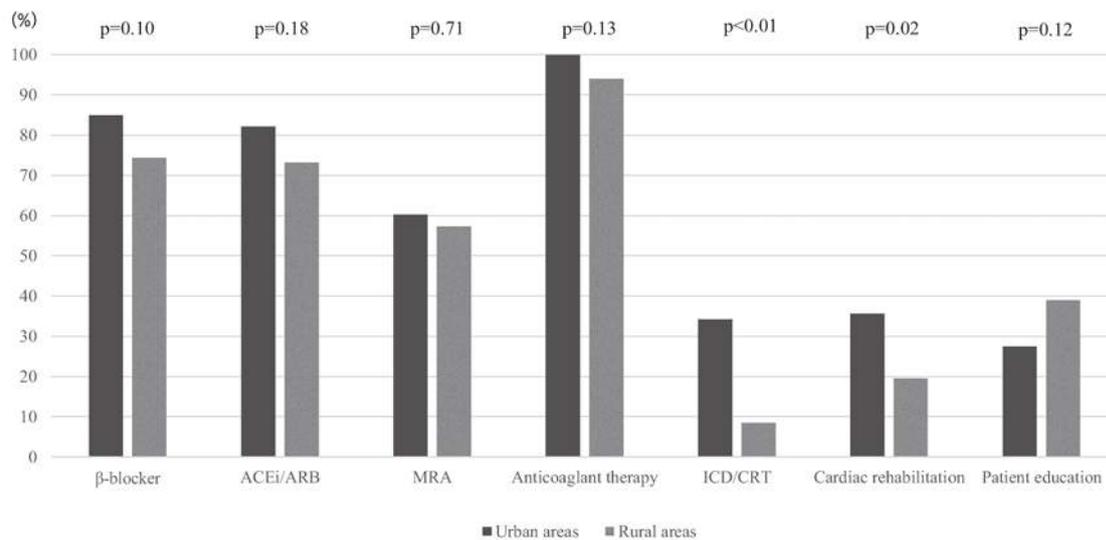


Figure 2. Comparison of GDMT implementation rates among patients of 70-85years old selected from urban and rural areas. Therapies included β-blockers, ACEi/ARB, MRA, anticoagulants, ICD/CRT, cardiac rehabilitation and HF education. MRA: mineralcorticoid receptor antagonist, ACEi: angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB: angiotensin II receptor blockers, CRT: cardiac resynchronization therapy, GDMT: guideline-directed medical therapy, HF: heart failure, ICD: implantable cardioverter defibrillator (s)

HeFT and DEFINITE trials found that ICDs tend to reduce sudden death even among patients with non-ischemic heart disease (21, 22). The prognosis-improving effects of CRT have also been proven in various clinical trials (COMPANION, CARE-HF) (7, 8). CRT is more effective in patients with advanced cardiac dysfunction and conduction disturbances, such as left bundle branch block, than in others. The patients who receive treatment with CRT and show normalization of the cardiac function are called “super-responders”. CRT is thus an essential treatment for HF patients in combination with pharmacological therapy.

However, the implantation and management of CIEDs requires specialized skills that are often available only in tertiary hospitals located in urban areas. Difficulty accessing tertiary hospitals may make patients in rural areas hesitant to

receive CIED therapy. In our study, the difference in implementation rates between urban and rural areas was greatest for CIEDs (45.4% vs. 5.0%, $p<0.05$). The increasing use of CIEDs in rural areas may have substantial positive impacts on the general prognosis of HF patients. In recent years, remote monitoring systems for CIEDs have been widely implemented, and some clinical studies [such as INTIME (23)] have shown prognosis-improving effects of monitoring systems. Such systems may make it easier for patients in rural areas to access CIED treatment by reducing the need to visit doctors directly in tertiary hospitals.

Although not investigated in the present study, catheter interventions for structural heart disease, such as severe aortic stenosis and mitral regurgitation, have been becoming common options for managing HF patients. Transcatheter aortic

valve replacement (TAVR) and transcatheter repair of functional mitral regurgitation (Mitraclip) are representative methods (24, 25). These therapies are characterized by minimal invasiveness and can be performed in patients who are unable to undergo conventional open-chest operations due to high risk or high age. However, these therapies are often provided in quite specialized hospitals in urban areas. In our study, HF patients tended to be older in rural areas than in urban areas, and those patients who might benefit the most from these novel techniques seem to predominantly live in rural areas. We feel it is important to provide opportunities to access the latest technologies to HF patients living in not only urban areas but also rural areas.

These pharmacological and non-pharmacological treatments are being combined and applied in clinical practice, and the prognosis of patients is thus improving. However, with the impending pandemic of HF, the prognosis needs to be further improved. Nationwide standard care should be accessible in developed countries such as Japan, but this has never been verified in terms of actual practice. The present study is unique in focusing on regional disparities in guideline adherence, revealing a significant disparity in “real-world” clinical practice. Efforts to improve this might help improve the prognosis of all patients with HF. The IMPROVE HF study on the rates of guideline-directed medical therapy (GDMT) implementation in HFrEF outpatient care in the USA found that the baseline implementation rates of ACEi/ARB, beta blockers and MRA were 36.1%, 20.5% and 74.4%, respectively (26). The Change the Management of Patients with Heart Failure (CHAMP-HF) study found that the target doses of recommended medications were prescribed to only 1.1% of participants (27). In the treatment of HF, the duration of hospital stay also has a significant impact on the clinical courses of older individuals. Long hospital stays lead to a poor cognitive function and disuse. In the Acute Decompensated Heart Failure Syndromes (ATTEND), a registry of acute HF in Japan, the mean length of stay was 31 days (median, 21 days), which was longer than that of Western countries (28). Providing high-quality, efficient medical care for patients with HF is important in Japan, where the population is rapidly aging. The Chronic Heart Failure Analysis and Registry in the Tohoku District (CHART)-2 and Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD) are observational studies of chronic HF in Japan. Both registries included many elderly individuals, and many patients had multiple comorbidities, such as diabetes, hypertension, atrial fibrillation and chronic kidney disease. The clinical backgrounds were more severe in elderly HF patients than in young ones. The readmission rate due to worsening HF was 36.3% at 2.1 years’ follow-up after discharge (29, 30). In addition to the treatment of underlying diseases with pharmacological therapy, patient education and care support were also shown to be important to prevent exacerbation of HF in the elderly. This is because many patients are hospitalized due to preventable issues, such as inadequate salt/water restrictions, overwork, inadequate

use of therapeutic drugs and mental or physical stress (31).

The present study found that aging was more rapid in rural areas than in urban areas. Basic heart disease is often diagnosed in urban areas, whereas many patients in rural areas have undiagnosed underlying heart disease. In recent years, some kinds of cardiomyopathy, such as cardiac amyloidosis and Fabry disease, have become treatable with specific medicines (32, 33). In addition to the low rates of guideline adherence, the absence of the diagnosis of underlying heart disease may deteriorate the prognosis of HF patients in rural areas.

Rates of adherence to guidelines were lower in rural areas for almost all therapies, but considering the age differences, the difference in the ICD introduction rate was marked. Combining the present findings with those of the BIOlogy Study to Tailored Treatment in Chronic Heart Failure (BIOSTAT-CHF) study (34) on the target dose administration for GDMT in patients HFrEF, patient-related factors also influence the outcomes of target dose administration. Treatment could not be administered due to the high possibility of adverse events, such as bradycardia, renal injury and hyperkalemia, in some patients in rural areas, probably due to their advanced age. Doses of beta-blockers were also lower in rural areas than in urban areas in the present study. Although the adherence to guidelines for pharmacological therapies was relatively good in both areas, the adherence to guidelines for non-pharmacological therapies had room for improvement, even when the effect of age was reduced. Promoting the placement of physical therapists engaged in rehabilitation in rural areas is thus necessary. Fewer devices (ICD/CRT) were implanted in rural areas than in urban areas, indicating an opportunity to improve the outcomes of patients with HF. Implantation of an ICD can prevent sudden death among patients with a reduced left ventricular contractility who are likely to have fatal arrhythmias (35-37). The active introduction of ICD/CRT may help improve the prognosis of patients with CHF in rural areas.

With the looming HF pandemic, a limited number of doctors and hospitals will have to manage the growing cohort of HF patients in rural areas. In fact, only a few cardiologists were present in rural areas in this study. Regarding the use of drugs for HF, it is important to pay attention to side effects and to refrain from administering drugs that can worsen HF [particularly non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)] when treating HF in the elderly (38). To improve the prognosis of HF patients, we need to maintain robust contact with non-cardiologists in rural areas by sharing the latest information about managing HF patients. In addition, improving the infrastructure, such as access to helicopter emergency medical services (“Doctor-Heli”), also appears to be important. Many patients in rural areas had unknown underlying heart disease, even after excluding the effects of age. We need to establish more effective and efficient systems of managing HF before the HF pandemic becomes serious. Enacting nationwide improvements to the

implementation rate of essential treatments without regional disparity may be one practical option for combatting the HF pandemic.

Study limitations

This study included only five facilities and a small cohort of residents in a single prefecture in Japan. More elderly persons live in rural than in urban areas. Differences in age would clearly have some effect on the treatment content, but whether this is acceptable or not requires further study.

The background also differed between the two groups in terms of the collection period, which may have affected the results (even in advanced cases, the introduction of treatment was partially insufficient in rural areas).

Some pharmacotherapeutic approaches might not have been attempted in rural areas due to concerns about adverse events associated with a high age and deteriorated organ (kidney, liver, etc.) function in rural areas. Nonetheless, why pharmacological and non-pharmacological strategies were not implemented remains obscure. We also did not assess whether or not differences in implementation rates would affect the prognosis. A larger prospective study that focuses on regional disparities and the prognosis is thus needed.

Conclusion

We found that regional disparities in treatment for HF persist in Japan. Improvements in the use of GDMT, especially ICD/CRT, in rural areas might improve outcomes for patients with HF. A prospective study is needed to prove this hypothesis.

The authors state that they have no Conflict of Interest (COI).

Acknowledgement

The authors thank the medical staff at Niigata Prefectural Tokamachi Hospital, Uonuma City Koide Hospital, Niigata Prefectural Matsudai Hospital, Tsunan Town Hospital and the Department of Cardiovascular Biology and Medicine, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences.

References

- Taylor CJ, Hobbs FD, Marshall T, Leyva-Leon F, Gale N. From breathless to failure: symptom onset and diagnostic meaning in patients with heart failure—a qualitative study. *BMJ Open* **7**: e013648, 2017.
- Kabutoya T, Sato H, Aramaki E, et al. Clinical characteristics of heart failure from case reports presented at regional meeting of the Japanese society of internal medicine. *Intern Med* **58**: 2145-2150, 2019.
- Vasan RS, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, clinical features and prognosis of diastolic heart failure: an epidemiologic perspective. *J Am Coll Cardiol* **26**: 1565-1574, 1995.
- Hsu JJ, Ziaecian B, Fonarow GC. Heart failure with mid-range (borderline) ejection fraction: clinical implications and future directions. *JACC Heart Fail* **5**: 763-771, 2017.
- CIBIS-II Investigators Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomized trial. *Lancet* **353**: 9-13, 1999.
- Packer M, Bristow MR, Cohn JN, et al. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. U.S. Carvedilol Heart Failure Study Group. *N Engl J Med* **334**: 1349-1355, 1996.
- Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J, et al.; Comparison of Medical Therapy, Pacing, and Defibrillation in Heart Failure (COMPANION) Investigators. Cardiac-resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. *N Engl J Med* **350**: 2140-2150, 2004.
- Cleland JG, Daubert JC, Erdmann E, et al.; Cardiac Resynchronization-Heart Failure (CARE-HF) Study Investigators. The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *N Engl J Med* **352**: 1539-1549, 2005.
- Guidelines for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure (JCS 2017/JHFS 2017) [Internet]. [cited 2019 Jul 14]. Available from: http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf (in Japanese).
- 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation* **136**: e137-e161, 2017.
- 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal* **37**: 2129-2200, 2016.
- Okura Y, Ramadan MM, Ohno Y, et al. Impending epidemic - future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circ J* **72**: 489-491, 2008.
- CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med* **316**: 1429-1435, 1987.
- Packer M, Coats AJ, Fowler MB, et al.; Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* **344**: 1651-1658, 2001.
- Connolly SJ, Gent M, Roberts RS, et al. Canadian implantable defibrillator study (CIDS) : a randomized trial of the implantable cardioverter defibrillator against amiodarone. *Circulation* **101**: 1297-1302, 2000.
- Connolly SJ, Hallstrom AP, Cappato R, et al. Meta-analysis of the implantable cardioverter defibrillator secondary prevention trials. AVID, CASH and CIDS studies. Antiarrhythmics vs. Implantable Defibrillator study. *Cardiac Arrest Study Hamburg. Canadian Implantable Defibrillator Study. Eur Heart J* **21**: 2071-2078, 2000.
- Antiarrhythmics versus Implantable Defibrillators (AVID) Investigators. A comparison of antiarrhythmic-drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from near-fatal ventricular arrhythmias. *N Engl J Med* **337**: 1576-1583, 1997.
- Kuck KH, Cappato R, Siebels J, Ruppel R. Randomized comparison of antiarrhythmic drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from cardiac arrest : the Cardiac Arrest Study Hamburg (CASH). *Circulation* **102**: 748-754, 2000.
- Moss AJ, Hall WJ, Cannom DS, et al.; Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial Investigators. Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary disease at high risk for ventricular arrhythmia. *N Engl J Med* **335**: 1933-1940, 1996.
- Moss AJ, Zareba W, Hall WJ, et al.; Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II Investigators. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *N Engl J Med* **346**: 877-883, 2002.

21. Bardy GH, Lee KL, Mark DB, et al.; Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT) Investigators. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med* **352**: 225-237, 2005.
22. Kadish A, Dyer A, Daubert JP, et al.; Defibrillators in Non-Ischemic Cardiomyopathy Treatment Evaluation (DEFINITE) Investigators. Prophylactic defibrillator implantation in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy. *N Engl J Med* **350**: 2151-2158, 2004.
23. Hindricks G, Taborsky M, Glikson M, et al. Implant-based multi-parameter telemonitoring of patients with heart failure (IN-TIME): a randomised controlled trial. *Lancet* **384**: 583-590, 2014.
24. Smith CR, Leon MB, Mack MJ, et al.; PARTNER Trial Investigator. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med* **364**: 2187-2198, 2011.
25. Feldman T, Foster E, Glower DD, et al. Percutaneous repair or surgery for mitral regurgitation. *N Engl J Med* **364**: 1395-1406, 2011.
26. Fonarow GC, Yancy CW, Albert NM, et al. Improving the use of evidence-based heart failure therapies in the outpatient setting: the IMPROVE HF performance improvement registry. *Am Heart J* **154**: 12-38, 2007.
27. Greene SJ, Butler J, Albert NM, et al. Medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction The CHAMP-HF registry. *J Am Coll Cardiol* **72**: 351-366, 2018.
28. Sato N, Kajimoto K, Asai K, et al. Acute decompensated heart failure syndromes (ATTEND) registry. A prospective observational multicenter cohort study : rationale, design, and preliminary data. *Am Heart J* **159**: 949-955.e1, 2020.
29. Sato M, Sakata Y, Sato K, et al. Clinical characteristics and prognostic factors in elderly patients with chronic heart failure -a report from the CHART-2 study-. *Int J Cardiol Heart Vasc* **27**: 100497, 2020.
30. Hamaguchi S, Kinugawa S, Goto D, et al. Predictors of long-term adverse outcomes in elderly patients over 80 years hospitalized with heart failure. - a report from the Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD)-. *Circ J* **75**: 2403-2410, 2011.
31. Tsuchihashi M, Tsutsui H, Kodama K, et al. Medical and socio-environmental predictors of hospital readmission in patients with congestive heart failure. *Am Heart J* **142**: 20A-26A, 2001.
32. Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B, et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. *N Engl J Med* **379**: 1007-1016, 2018.
33. Schiffmann R, Kopp JB, Austin HA 3rd, et al. Enzyme replacement therapy in Fabry disease: a randomized controlled trial. *JAMA* **285**: 2743-2749, 2001.
34. Ouwerkerk W, Zwinderman AH, Ng LL, et al. Biomarker-guided versus guideline-based treatment of patients with heart failure: Results From BIOSTAT-CHF. *J Am Coll Cardiol* **71**: 386-398, 2018.
35. Popović AD, Nesković AN, Pavlovski K, et al. Association of ventricular arrhythmias with left ventricular remodelling after myocardial infarction. *Heart* **77**: 423-427, 1997.
36. Grimm W, Glaveris C, Hoffmann J, et al. Noninvasive arrhythmia risk stratification in idiopathic dilated cardiomyopathy: results of the Marburg Cardiomyopathy Study. *Circulation* **108**: 2883-2891, 2003.
37. Kadish A, Dyer A, Daubert JP, et al. Prophylactic defibrillator implantation in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy. *N Engl J Med* **350**: 2151-2158, 2004.
38. Yamasaki N, Kitaoka Y, Matsumura Y, et al. Heart failure in elderly. *Intern Med* **42**: 383-388, 2003.

The Internal Medicine is an Open Access journal distributed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. To view the details of this license, please visit (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

空洞形成を呈した直腸癌肺転移の1例

渡邊 明美*¹ 福成 博幸*¹ 水戸 正人*¹ 林 哲二*¹ 谷 優佑*²
味岡 洋一*²

[*Jpn J Cancer Chemother* 47(13):2080-2082, December, 2020]

A Case of Cavitory Lung Metastasis of Rectal Cancer: Akemi Watanabe*¹, Hiroyuki Fukunari*¹, Masato Mito*¹, Tetsuji Hayashi*¹, Yusuke Tani*² and Yoichi Ajioka*²(*¹Dept. of Surgery, Niigata Prefectural Tokamachi Hospital, *²Division of Cellular and Molecular Pathology, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences)

Summary

We report a rare case of cavitory lung metastasis of rectal cancer, diagnosed initially as septic pulmonary embolism. A 55-year-old woman underwent emergency Hartmann's operation for perforation of the rectal cancer with multiple liver metastases. A 2 cm-sized thin-walled cavitory lesion was seen in the left upperlobe of the lung by CT, and septic pulmonary embolism was suspected. She recovered from sepsis after intensive care treatment. Pathological diagnosis is adenocarcinoma (tub2), T3N1M1, Stage IV, she underwent chemotherapy. Serum CEA level was high preoperatively but gradually decreased to normal 4 months after the operation. Multiple liver metastases showed calcification, and the lung lesions remained unchanged on CT. She continued chemotherapy while changing the anticancer drug due to side effects. One year and 5 months after operation, lung CT showed thickened wall and spicula around the cavitory lesion. Serum CEA level was normal, SLX and NSE slightly increased and serum aspergillus antigen was positive. Bronchial lavage cytology was Class I and scrape cytology was Class III in bronchoscopy. Lung metastasis, primary lung cancer or aspergilloma were suspected and we performed partial lung resection. The pathological diagnosis was rectal cancer lung metastasis. Key words: Lung cavitory lesion, Lung metastasis, Rectal cancer (Received Jun. 29, 2020/Accepted Jul. 20, 2020)

要旨 症例は55歳、女性。多発肝転移を伴う直腸RS癌の穿孔による汎発性腹膜炎で緊急ハルトマン手術を施行した。術前の血液検査ではCEA高値を認めた。また、CTでは左肺尖部に2cm大の薄壁空洞病変を認め、敗血症性肺塞栓を疑った。集学的治療により全身状態は改善した。病理組織学的所見はadenocarcinoma (tub2), T3N1M1, Stage IVの診断で化学療法を開始した。CEA値は徐々に低下し、術後4か月には正常化した。CT上で多発肝転移巣は石灰化を認め、肺病変は著変なく経過した。有害事象により抗癌剤を変更しながら化学療法を継続した。術後1年5か月の胸部CTで左肺空洞病変の壁肥厚と周囲にspiculaを認めた。血液検査ではCEA値は正常、SLXとNSEが軽度上昇を認め、血清アスペルギルス抗原陽性であった。気管支鏡検査では洗浄細胞診Class I、擦過細胞診Class IIIであった。直腸癌肺転移、原発性肺癌、アスペルギローマが疑われ、肺部分切除を施行した。病理組織学的所見は直腸癌肺転移の診断であった。初回手術から2年現在、化学療法継続中である。

はじめに

空洞形成を呈する転移性肺腫瘍は比較的まれである。今回、同時性多発肝転移と肺空洞病変を伴う直腸癌の穿孔性腹膜炎で緊急手術を行い、術後1年5か月の肺切除で直腸癌肺転移と診断された1例を経験したので報告する。

I. 症 例

患者: 55歳、女性。

既往歴: 特記事項なし。

現病歴: 2018年6月に腹痛にて救急外来を受診した。多発肝転移を伴う直腸RS癌の穿孔による汎発性腹膜炎で緊急ハルトマン手術を施行した。術後敗血症を呈したが、集学的治療にて全身状態は改善した。CTにて左肺尖部に2cm大の薄壁空洞病変を認め、敗血症性肺塞栓(septic pulmonary embolism: SPE)が疑われた。病理組織学的所見はadenocarcinoma (tub2)で深達度SS、腸管傍～中間リンパ節転移を3個認め、ly1, v0, PN1b, type 2, 5×2 cm, pT3N1M1, Stage IVであった。

*¹ 新潟県立十日町病院・外科

*² 新潟大学大学院医歯学総合研究科・分子・診断病理学分野・分子・病態病理学分野

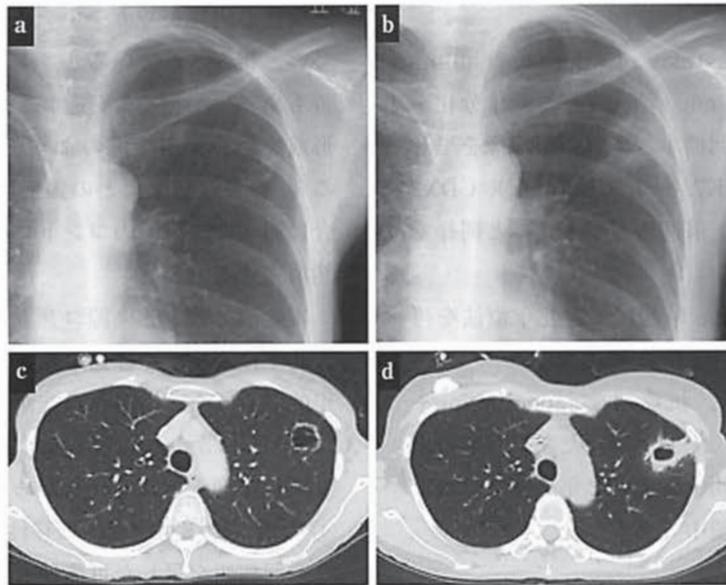


Fig. 1 a, c: XP and CT at first operation.
b, d: XP and CT at 1 year and 5 months after operation.

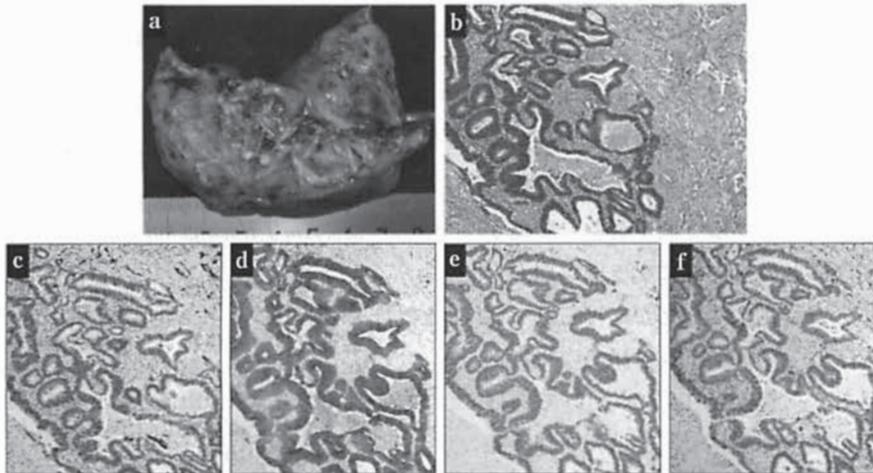


Fig. 2 a: White cavity lesion was observed in the left lung apex.
b: Well-differentiated adenocarcinoma similar to the last time (HE staining×100).
c: CK7 negative (immunostaining).
d: CK20 positive (immunostaining).
e: CDX2 positive (immunostaining).
f: TTF-1 negative (immunostaining).

XELOX+Bmabによる化学療法を開始した。術前の血液検査ではCEA 381.7 ng/mLと上昇を認めたが、CEA値は徐々に低下し、術後4か月には正常化した。CT上で多発肝転移巣は石灰化を認め、肺病変は著変なく経過した。有害事象によりXELOX+Bmabは術後11か月で中止し、IRIS+Pmab、capecitabine+Pmabなどに変更しつつ化学療法を継続した。術後1年5か月に発熱症状のため施行した胸部CTで左肺空洞病変の壁肥厚と周囲にspiculaを認め、精査加療目的に入院となった。

血液検査: WBC 9,800/ μ L, CRP 5.17 mg/dLと軽度炎症反応上昇あり。腫瘍マーカーはCEA 3.0 ng/mLと正常で、SLX 40.2 U/mL, NSE 17.5 ng/mLと軽度上

昇、血清アスペルギルス抗原陽性であった。

胸部X線・CT所見: 左肺尖部に2 cm大の空洞病変があり、以前よりも空洞壁は肥厚し周囲にspiculaを認めた (Fig. 1)。石灰化した多発肝転移巣は著変なし。

経過: 入院後、気管支鏡検査を施行し、洗浄細胞診 Class I、擦過細胞診 Class IIIであった。直腸癌肺転移、原発性肺癌、アスペルギローマが疑われ、診断および治療方針決定のため肺部分切除を施行した。

手術所見: 胸腔鏡下で左肺尖部と胸壁の炎症性癒着を剝離後、小開胸操作で病変を含む左肺上葉部分切除を施行した。

切除標本: 左肺尖部に1.5 cm大の白色空洞病変を認め

た (Fig. 2a)。

病理組織学的所見: metastasis of adenocarcinoma (tub1>tub2), 1.5×1.5×1 cm。壊死を伴った中分化～高分化型の腺癌を認め、前回標本と類似の組織像を呈した (Fig. 2b)。免疫染色は CK7 (-), CK20 (+), CDX2 (+), TTF-1 (-) であり、前回の直腸癌標本と同様であった (Fig. 2c~f)。

術後経過: 術後 capecitabine 単剤による化学療法を再開した。肺切除術より2か月後に腫瘍マーカー CEA 7.9 ng/mL と軽度上昇あり、抗癌剤を capecitabine+CPT-11+Pmab に変更した。CT 上は新たな転移巣の出現はなく経過している。初回手術より2年、肺切除術より7か月現在、化学療法継続中である。

II. 考 察

転移性肺腫瘍における空洞形成は約4%であり、その原発巣としては咽頭癌・喉頭癌・食道癌・子宮頸癌などの扁平上皮癌が69%、次いで大腸癌・乳癌などの腺癌が31%と報告されている¹⁾。空洞形成を呈する機序としては、①腫瘍の増大過程での出血・感染・乏血性壊死、②腫瘍塊による細気管支のチェックバルブ機構、③嚢胞を形成する性質の腫瘍が気管支と交通し嚢胞内容物と空気が置き換わる、④以前から存在する空洞や嚢胞に腫瘍が浸潤する、⑤扁平上皮癌において内部にケラチン層が形成され、それが脱落して空洞化するなどがあげられている²⁾。空洞形成を呈する大腸癌肺転移の本邦での報告例は自験例を含め14例あり、機序は主に①、②であった³⁻⁵⁾。本症例では病理組織学的所見で一部壊死を伴う腺癌所見を認めており、①の機序が最も考えられる。

空洞形成を呈した転移性肺腫瘍の予後は、空洞形成を呈さないものと比較し予後不良といわれている。理由としては乏血性壊死を来す腫瘍は増殖能が高い可能性があること、転移巣が成立してから空洞形成を呈するので、発見時にはすでに転移後長期間過ぎている可能性があることが考えられている²⁾。

今回、初診時は SPE による空洞病変を疑っていた。SPE は感染巣からの感染性塞栓子が肺動脈を閉塞して、肺塞栓症を来す比較的まれな疾患である。原因として、

感染性心内膜炎やカテーテル感染、血栓性静脈炎などが多いと報告されているが、下部消化管穿孔に合併した報告もある⁶⁾。通常は多発する結節影を呈し、56%に空洞形成を認め、本症例のような単発陰影の SPE も存在する⁷⁾。転移性肺腫瘍との鑑別は困難であるが、SPE の場合は適切な感染源のコントロールと抗菌薬治療により自然消失する。

本症例では、感染源コントロールの後も空洞病変は消失せずに著変なく経過したことから、結果的に SPE は否定的であった。当初から空洞病変は時間の経過した肺転移で、1年5か月間増大なく経過したのは化学療法により進行が抑えられていたためとも考えられる。あるいは④の機序で空洞病変に転移性腫瘍が浸潤し、壁肥厚を伴う空洞病変を呈した可能性も考えられる。空洞形成を呈する肺腫瘍を認めた場合、特に悪性腫瘍を基礎疾患にもつ症例の場合は転移性肺腫瘍の可能性も考慮する必要があると考えられた。

結 語

空洞形成を呈した直腸癌肺転移の1例を経験した。

文 献

- 1) Dodd GD and Boyle JJ: Excavating pulmonary metastases. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 85: 277-293, 1961.
- 2) 北川博之, 小林道也, 岡林雄大・他: 空洞を形成した大腸癌肺転移の1例. *日消外会誌* 39(6): 724-728, 2006.
- 3) 渡部克也, 安藤耕平, 植草利公・他: 薄壁空洞を呈した大腸癌肺転移の1例. *肺癌* 54(4): 187-190, 2014.
- 4) 柴原 寛, 久保山侑, 松土尊映・他: 多房性嚢胞性肺転移をきたした直腸癌の1例. *日本大腸肛門病会誌* 72(3): 135-139, 2019.
- 5) 鳥越英次郎, 平野 豊, 鷲尾一浩: 薄壁空洞形成を経時的に追えた大腸癌肺転移の1例. *肺癌* 59(2): 147-150, 2019.
- 6) 塚本義貴, 松本哲平, 中尾照逸: 敗血症性肺塞栓を伴った結腸穿孔性腹膜炎の1例. *日臨外会誌* 77(7): 1725-1729, 2016.
- 7) Ye R, Zhao L, Wang C, *et al*: Clinical characteristics of septic pulmonary embolism in adults: a systematic review. *Respir Med* 108(1): 1-8, 2014.

本論文の要旨は第42回日本癌局所療法研究会において誌上発表した。

腹腔鏡下組織生検により診断し得た Peritoneal Lymphomatosis の 1 例

水戸 正人 福成 博幸 渡邊 明美 林 哲二*

[*Jpn J Cancer Chemother* 47(13): 1792-1794, December, 2020]

A Case of Peritoneal Lymphomatosis Diagnosed by Laparoscopic Biopsy: Masato Mito, Hiroyuki Fukunari, Akemi Watanabe and Tetsuji Hayashi (Dept. of Surgery, Niigata Prefectural Tokamachi Hospital)

Summary

Peritoneal lymphomatosis is an extremely rare presentation of lymphoma. We report a case of peritoneal lymphomatosis diagnosed by laparoscopic biopsy. A 56-year-old female presented to our hospital with a 2-week history of increasing abdominal distension associated with anorexia and generalized weakness. Abdominal CT findings demonstrated extensive disseminated peritoneal disease with marked thickening of the peritoneal surfaces and a large omental cake with large volume ascites. The examination of blood data and cytology of ascites indicated to the diagnosis of malignant lymphoma. She was proceeded to an urgent laparoscopic biopsy for diagnosis and observed the thickening of the peritoneal surfaces and large volume ascites. Pathological and immunohistochemical examination of the omentum revealed that it was diffuse large B-cell lymphoma presented by peritoneal lymphomatosis. The patient started an immediate course of combination chemotherapy consisting of rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin vincristine and prednisolone (R-CHOP) and no recurrence has been noted for 5 years and 10 months from first visit. The differential diagnosis for disseminated peritoneal disease is vast. Laparoscopic biopsy was minimally invasive, and useful for an urgent and accurate the diagnosis and the treatment strategy of disseminated peritoneal disease. **Key words:** Laparoscopic biopsy, Peritoneal lymphomatosis (Received Jun. 19, 2020/Accepted Jul. 10, 2020)

要旨 peritoneal lymphomatosis は腹膜や大網にびまん性に腫瘍浸潤を認め、多量の腹水を伴う非ホジキンリンパ腫のまれな病態の一つであるが、確定診断は困難なことが多い。今回われわれは、腹腔鏡下組織生検が診断と治療方針の決定に有用であった 1 例を経験したので報告する。患者は 56 歳、女性。2 週間前より腹部膨満が出現し、精査目的に当科紹介となった。腹部 CT 検査で大網の肥厚と多量の腹水とを認めた。採血検査と腹水細胞診から悪性リンパ腫が最も疑われたが、確定診断のため第 9 病日に腹腔鏡下組織生検を行った。腹腔内は硬化した大網と多量の腹水を認め、大網を一部切除し組織生検とした。病理組織学的結果は diffuse large B-cell lymphoma であり、peritoneal lymphomatosis の発症形式を呈したものと診断した。速やかに後方基幹病院へ転院し R-CHOP 療法が開始され、初診から 5 年 10 か月経過し再発なく経過している。CT 検査でびまん性に腹膜や大網播種を来す所見を認めた場合、その鑑別診断は多岐にわたる。本疾患の迅速かつ確実な診断と治療方針の決定のために、比較的侵襲の少ない腹腔鏡下組織生検が有用であると考えられた。

はじめに

peritoneal lymphomatosis は非ホジキンリンパ腫のまれな病態の一つである。本疾患は画像所見のみでの鑑別診断は困難であることが多い。今回、腹腔鏡下組織生検が診断と治療方針の決定に有用であった 1 例を経験したので報告する。

I. 症 例

患者: 56 歳、女性。

既往歴および家族歴: 特記事項なし。

現病歴: 2 週間前から急激に腹部が膨満したため、前医を受診した。腹部エコーで腹水貯留を指摘され、当科紹介となった。

身体所見: 発熱なし、腹部は高度膨満も圧痛なし。頸部・腋窩・鼠径部にリンパ節を触れない。下腿浮腫を認めない。

腹部造影 CT 検査所見: 広範な腹水貯留、膀胱壁の肥厚、大網の肥厚、いわゆる omental cake の所見を認めた。明らかな悪性腫瘍の原発巣を認めなかった (Fig. 1)。

血液検査所見: WBC 8,000/ μ L (Neut 53.9%, Lymph 37.8%), Hb 14.2 g/dL, Plt 36.7/ μ L, Alb 3.7 g/dL。

* 新潟県立十日町病院・外科

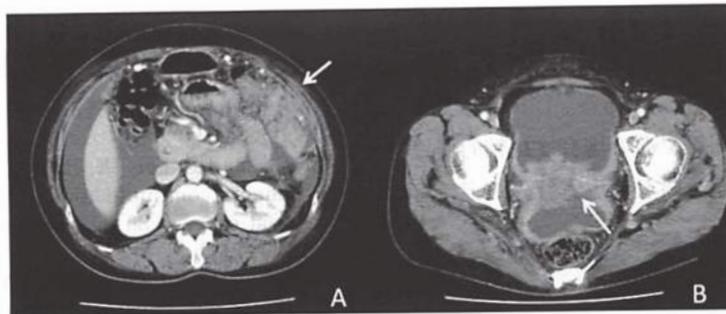


Fig. 1 Abdominal CT findings (axial view) demonstrating extensive ascites thickening of omentum (arrow in A) and uterine wall (arrow in B).

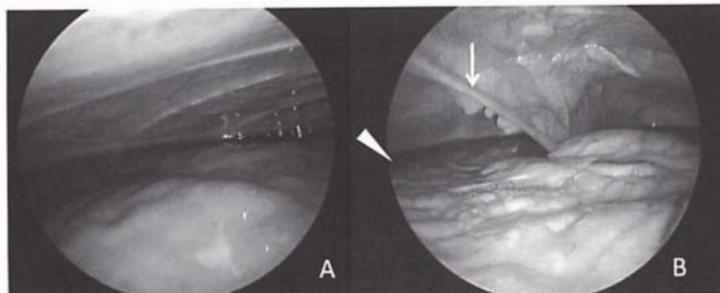


Fig. 2 Operative findings revealed that abundant ascites (A) and adhesion between greater omentum and intestine (arrow head in B). Laparoscopic biopsy were performed from round ligament of liver (arrow in B), omental appendices and greater omentum of right upper quadrant.

CEA 0.6 ng/mL, CA19-9 0.6 U/mL, 可溶性 IL-2 レセプター (sIL-2R) 2,360 U/mL, CA125 3,237.7 U/mL, クオンティフェロン陰性。

その他、上部下部消化管内視鏡検査は異常所見なし。腹水細胞診 class IV, 子宮内膜細胞診 class III。

入院後経過: sIL-2R と CA125 高値から悪性リンパ腫が最も疑われた。癌性腹膜炎、腹膜原発漿液性乳頭状腺癌、婦人科系腫瘍、結核、中皮腫、腹膜偽粘液腫なども鑑別にあげたが、確定診断には至らなかった。腹水貯留が高度で、急速な栄養状態の悪化を認めた（第8病日 Alb 2.3 g/dL）。迅速かつ確実な診断が必要と判断し、また明らかな表在リンパ節腫大を認めなかったため、第9病日に腹腔鏡下組織生検を行った。

手術所見: 腹腔内の大部分が硬化した大網に覆われており、それが腸管と強固に癒着していた。肝円索の脂肪、S状結腸の脂肪垂、右上腹部大網の組織を採取した。手術時間は49分であった (Fig. 2)。

病理組織学的結果: diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), CD20 (+), 10 (+), bcl-2 (+), bcl-6 (-), cyclin D1 (-), 30 (-), Ki-67 >70%。

術後経過: peritoneal lymphomatosis で発症した非ホジキンリンパ腫 (DLBCL) であり、Ann Arbor 分類はIV期と診断した。速やかな治療介入が必要と判断し、

DLBCL と診断確定後、第16病日に後方基幹病院へ転院した。当院初診から22日目にR-CHOP療法が開始され、3コース終了で完全寛解が得られた。計6コース施行され、初診から5年10か月経過し再発なく経過している。

II. 考 察

peritoneal lymphomatosis は非ホジキンリンパ腫の初発形式として、腹膜や大網にびまん性に腫瘍浸潤を認め、多量の腹水を伴うまれな病態の一つである¹⁾。非ホジキンリンパ腫400例を解析した報告では、peritoneal lymphomatosis と診断した症例の頻度は1.75% (腹膜播種4例、大網病変3例)、初発症例に限ると0.75%であった²⁾。DLBCL や Burkitt リンパ腫など悪性度の高い非ホジキンリンパ腫であることが多く、また HIV 感染患者に多いとの報告があるが、本邦での頻度は不明である¹⁾。

本疾患は CT 検査で特異的な所見に乏しく、画像所見のみでの鑑別診断は困難であることが多い。peritoneal lymphomatosis の主要な所見として広範な腹水貯留、腸間膜の肥厚、骨盤内の播種結節、大網の肥厚、前腹壁の不整な軟部腫瘤影などがあげられる。しかし同所見での鑑別は悪性リンパ腫以外にも癌性腹膜炎、腹膜原発漿液性乳頭状腺癌、婦人科系腫瘍、結核、中皮腫、腹膜偽粘液腫など多岐にわたる上に、その治療方針は異なるため

迅速かつ確実な診断方法が必要となる³⁾。早期診断のために消化管内視鏡検査やMRI検査などに固執せず、診断アルゴリズムを検討する点が重要である。CT検査で上記所見を認め、鑑別診断が困難である場合は比較的侵襲の少ない腹腔鏡下組織生検が診断と治療方針の決定に有用であると考えられた。

結 語

非ホジキンリンパ腫の発症形式としてまれな peritoneal lymphomatosis の 1 例を経験した。本疾患の迅速かつ確実な診断と治療方針の決定のために、腹腔鏡下組織生検が有用であると考えられた。

文 献

- 1) Lynch MA, Cho KC, Jeffrey Jr RB, *et al*: CT of peritoneal lymphomatosis. *Am J Roentgenol* 151(4):713-715, 1988.
- 2) Glazer HS, Lee JK, Balfe DM, *et al*: Non-Hodgkin lymphoma: computed tomographic demonstration of unusual extranodal involvement. *Radiology* 149(1):211-217, 1983.
- 3) Diop AD, Fontarensky M, Montoriol PF, *et al*: CT imaging of peritoneal carcinomatosis and its mimics. *Diagn Interv Imaging* 95(9):861-872, 2014.

本論文の要旨は第 42 回日本癌局所療法研究会において誌上発表した。

急速な経過でDICに進展した非穿孔性急性虫垂炎の1例

新潟県立十日町病院外科

水戸正人 福成博幸 渡邊明美 林哲二

非穿孔性急性虫垂炎に敗血症や播種性血管内凝固症候群（disseminated intravascular coagulation：以下、DIC）を合併した報告は少ない。今回、われわれは急速な経過でDICに進展した非穿孔性急性虫垂炎の1例を経験した。症例は82歳、男性。午前3時より上腹部の違和感と悪心が出現し、同日夕方に近医を受診した。急性虫垂炎を疑われ、当院に紹介となった。腹部CTでは非穿孔性急性虫垂炎と診断したが、当院受診時に38℃台の発熱と数時間前の前医採血結果と比較して、白血球数と血小板数の低下、FDPの上昇を認めたため、DIC（急性期DIC基準 5点）と判断して同日緊急手術を施行した。術中所見および病理組織学的検査では穿孔を認めなかった。術後は敗血症性ショックを併発したが、集学的治療を行い軽快した。保存治療が選択されることもある非穿孔性急性虫垂炎だが、DIC、敗血症の原因疾患となり得ることを認識すべきであり、特に高齢者は急速な経過をたどることがあることに留意する必要がある。

索引用語：非穿孔性急性虫垂炎、DIC

はじめに

急性虫垂炎は炎症の程度により様々な病態を呈する疾患であるが、非穿孔性急性虫垂炎が敗血症や播種性血管内凝固症候群（disseminated intravascular coagulation：以下、DIC）の原因疾患となることは少ない。日常的に遭遇する疾患であるので重症化する症例を見逃さないことが重要と思われる。今回、われわれは急速な経過でDICに進展した、非穿孔性急性虫垂炎の1手術例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例：82歳、男性。

主訴：上腹部の違和感、悪心。

既往歴：腹部手術歴なし、糖尿病なし、過去の入院歴なし。

現病歴：受診日の午前3時より上腹部違和感と悪心が出現した。様子を見ていたが改善がないため、同日夕方に前医を受診した。経過と腹部所見より急性虫垂炎を疑われ、当院救急外来に紹介となった。

入院時現症：身長155cm、体重48kg、体温38.4℃、血圧151/79mmHg、脈拍92回/分、呼吸数16回、眼瞼結膜に貧血を認めず、眼球結膜に黄染を認めなかった。腹部は平坦・軟、右下腹部から骨盤に沿って圧痛を認めるも、明らかな腹膜刺激症状は認めなかった。

前医血液検査：WBC 8,500/mm³、RBC 436×10⁴/mm³、Hb 14.7g/dL、Plt 18.4×10⁴/mm³、CRP 1.3mg/dL。

入院時血液検査：WBC 1,100/mm³、RBC 471×10⁴/mm³、Hb 14.9g/dL、Plt 10.5×10⁴/mm³、BUN 22.5mg/dL、Cre 0.72mg/dL、CRP 2.20mg/dL、PT-INR 1.05、FDP 60.3μg/mL。

腹部造影CT：盲腸内側を上行する長径13mmの虫垂腫大を認める。周囲脂肪織濃度の上昇を認めるが、腹水や糞石は認めない（Fig. 1）。

腹部所見、画像所見から非穿孔性虫垂炎と診断したが、当院受診時には発熱を認め、血液検査を前医と比較して数時間で急速な血球減少をきたし、DICに進展している（急性期DIC基準 5点：SIRS 1点（体温、心拍数、白血球数）、FDP 3点、血小板数 1点）と判断し緊急手術を行った。

SOFAスコアは3点（呼吸・凝固・循環 1点、循環・中枢神経・腎機能 0点）であった。血液培養では後

2020年11月5日受付 2020年12月14日採用

（所属施設住所）

〒948-0055 十日町市高田町3丁目南32-9



Fig. 1 腹部CT：盲腸内側を上行する長径13mmの虫垂腫大を認める（矢頭）。周囲脂肪織濃度の上昇を認めるが、腹水や糞石は認めない。

目 *Escherichia coli*（以下、*E. coli*）が検出された。

手術所見：腹腔鏡下手術を施行した。カメラポートは小開腹法で留置した。腹腔内は汚染腹水など穿孔を疑う所見は認めなかった。虫垂先端は後腹膜に埋没していたが鈍的鋭的に剥離可能であった。盲腸を十分に授動し、下回盲ヒダを一部切除したのちに自動縫合器を用いて虫垂切除を行った。後腹膜、虫垂間膜の止血を十分に確認してドレーンを盲腸周囲に留置し、手術を終了した。手術時間1時間4分、出血量少量(Fig. 2)。標本は内腔に糞石や膿汁を認めなかった。病理組織学的検査では、蜂窩織炎性虫垂炎であった(Fig. 3)。

術後経過：術後は人工呼吸器管理を行い、敗血症性ショックを伴ったためノルアドレナリンとトロンボモジュリン製剤を使用した。術直後の血液検査ではPlt $5.6 \times 10^4 / \text{mm}^3$ と増悪、乳酸値37.0mg/dLであった。SOFAスコアは11点（呼吸1点、凝固2点、肝機能1点、循環3点、中枢神経4点（人工呼吸器管理）、腎機能1点）であった。術当日深夜よりドレーンからの

排液が血性となった。敗血症性DICに伴う後出血と診断し再手術を行った。

再手術所見：腹腔鏡で腹腔内を観察すると、右下腹部だけでなく広範に血液貯留を認めた。可及的洗浄後後腹膜、虫垂間膜、虫垂断端を検索したが出血点を同定できず、下腹部正中切開で開腹した。臍下のカメラポート挿入部近傍の腹直筋からの出血を認めたため焼灼し、縫合閉鎖して止血とした。初回手術から第2病日より血小板数は徐々に改善(Fig. 4)し、第4病日に人工呼吸器を離脱、第6病日より食事を再開し、術後第18病日に退院となった。

考 察

穿孔性急性虫垂炎に伴う敗血症の頻度は汎発性腹膜炎で約10%、限局性腹膜炎で約1%とされている¹⁾。しかし、日常的に遭遇する非穿孔性虫垂炎に敗血症を伴い、ショックやDICにまで進展することは稀と思われる。医学中央雑誌において「非穿孔性虫垂炎」「敗血症」「播種性血管内凝固症候群(DIC)」で検索したところ、1981~2020年まで自験例を含め13例の報告を認めた(Table 1)^{2)~13)}。

平均年齢は56歳(19歳~90歳)で、10~30代といった若年層や基礎疾患ない症例でも重症化する報告がみられた。全例で男性であったがその理由是不明である。症状は発熱や悪寒、意識障害といった全身症状を呈することが多く、腹膜刺激症状など腹部の局所症状は少ない傾向が見られた。自験例でも38.4℃の発熱を認めたが、腹部症状は比較的軽微であった。血液培養で検出された細菌は*E. coli*が6例ともっとも多かった。腹腔鏡下手術を施行した報告が4例あった。

近年、interval appendectomyの概念が出現し、術後合併症の減少や拡大手術の回避を目的に、急性期に保存治療が選択されることも多くなった急性虫垂炎だが、保存治療を行う際には稀に重症化することを念頭に置かなければならない¹⁴⁾。保存治療を行う要件としては自覚症状が軽微で全身状態が良いことが挙げられるが、近年では膿瘍形成を伴う場合でも選択される場合がある¹⁵⁾。しかし、非穿孔性虫垂炎に菌血症を併発する頻度は5.0%程度あるとの報告もあり、以前から考えられていたよりも多い可能性がある¹⁶⁾。実際に手術検体の漿膜面での細菌培養陽性率を見た検討では穿孔性虫垂炎で82%に対して、化膿性虫垂炎で18%、壊疽性虫垂炎で38%と報告されており、非穿孔性虫垂炎でも菌血症、敗血症と病態が進展していく可能性があると考えられた¹⁷⁾。報告例では8例で初期治療として

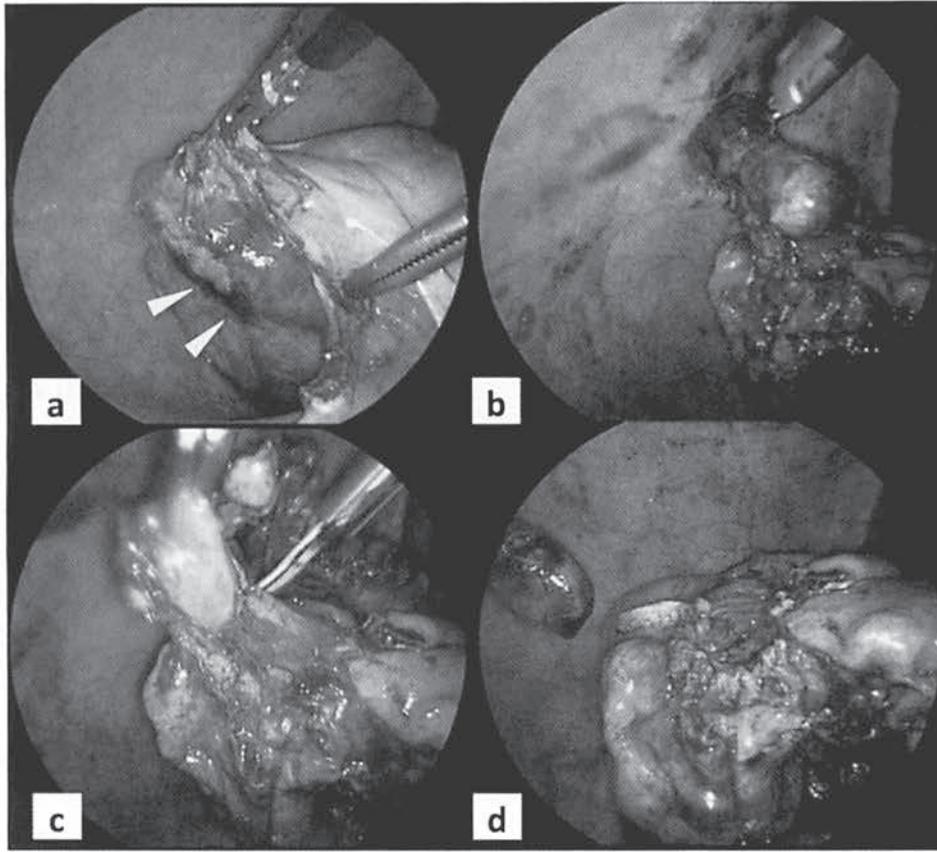


Fig. 2 手術所見：盲腸から内側頭側に先端が向かう虫垂腫大を認め、漿膜面は暗赤色となっている（a, b）、虫垂の穿孔や周囲の膿瘍形成は認めない。虫垂根部は炎症が及んでいない（c）ことを確認して、自動縫合器で断端を処理した（d）。



Fig. 3 病理標本：粘膜面は一部脱落し菲薄化しているが、明らかな穿孔は認めない。

保存治療を選択したが、敗血症性ショック、DICと病態が悪化し、その後に手術を施行している。非手術例で死亡例が存在することや手術施行例全例で生存していることを考慮すれば、敗血症性ショックやDICに進展した場合に速やかに手術になることには異論がないと思われる。実際にこれまでの報告を受けてか、近年では初期から手術が選択されている報告が多い傾向

にあった。非穿孔性急性虫垂炎は日常的に遭遇する疾患であるが、DIC、敗血症の原因疾患となり得ることを認識し、その兆候を認めた場合には速やかな外科的治療介入が肝要であると思われた。

敗血症性DIC下での手術は平時より後出血の可能性を考慮しなければならないことは当然である。自験例ではカメラ挿入ポートから後出血をきたしたが、ドレーンを留置したことでショックバイタルとなる前に再手術を行い得た。通常、小開腹法でカメラポートを留置し直視下で閉創を行うために後出血をきたすことは稀と思われるが、DICという病態下では注意してカメラポートを留置することに加え、インフォメーションドレーン留置が有用と思われた。

自験例は非穿孔性急性虫垂炎が症状発症から数時間でDICへ進展するという急速な経過を追うことができた報告である。急速な血球減少を認めたために緊急手術を行い得たが、軽微な腹痛かつ前医採血結果のみであれば保存治療や翌日以降の手術予定とした可能性がある。既報告でも症状に乏しい非穿孔性虫垂炎であ

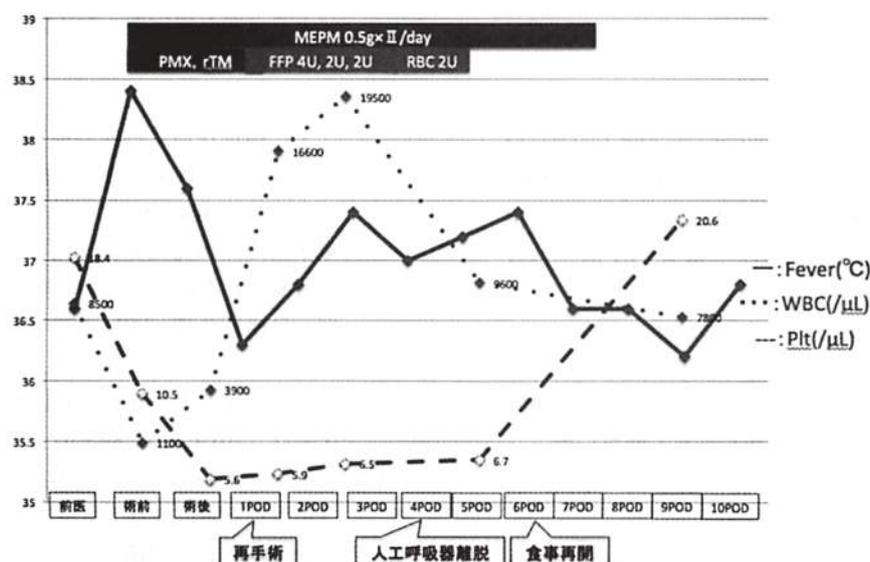


Fig. 4 術後経過

Table 1 敗血症性ショック・DICをきたした非穿孔性虫垂炎の13例

No.	報告者	年齢	性別	基礎疾患	受診時の症状	血液培養	発症～受診	初期治療	受診～手術	手術	ショック	DIC	病理結果	転帰
1	山崎	69	男	不明	意識障害	<i>E.coli</i>	不明	手術	不明	開腹	-	○	壊疽性	生存
2	中村	61	男	心房細動	腹痛, 嘔吐	<i>E.coli</i>	24時間	保存	-	開腹	-	-	壊疽性	生存
3	伊藤	57	男	なし	腹痛, 発熱	<i>E.coli</i>	不明	保存	-	開腹	○	○	壊疽性	生存
4	竹内	31	男	保存治療後	腹痛, 発熱	<i>Streptococcus. condellatus</i>	24時間	保存	12時間	開腹	○	-	壊疽性	生存
5	西尾	61	男	不明	右下腹部痛	<i>E.coli</i>	12時間	保存	24時間	開腹	-	○	壊疽性	生存
6	濱津	34	男	なし	発熱, 右下腹部痛	未検査	24時間	手術	-	開腹	○	○	壊疽性	生存
7	横山	39	男	なし	下腹部痛, 嘔吐	<i>Peptostreptococcus prevotii</i>	すぐに	保存	24-48時間	開腹	○	○	壊疽性	生存
8	西原	72	男	心筋梗塞	腹痛, 発熱	<i>Fusobacterium.spp</i>	2日間	手術	-	腹腔鏡	○	○	壊疽性	生存
9	土居	90	男	頸動脈狭窄	嘔吐, 発熱	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	数時間	手術	-	腹腔鏡	○	○	壊疽性	生存
10	崔	76	男	TIA	腹痛, 意識障害, 発熱	<i>E.coli</i>	24時間	保存	48-72時間	開腹	○	○	壊疽性	生存
11	東本	35	男	なし	発熱, 下痢, 下腹部痛	<i>Eubacterium.spp</i>	2日間	手術	-	腹腔鏡	○	○	壊疽性	生存
12	山口	19	男	なし	発熱, 腹痛, 嘔吐	検出なし	2日間	手術	-	開腹	○	-	壊疽性	生存
13	自験例	82	男	なし	発熱, 腹痛	<i>E.Coli</i>	5時間	手術	-	腹腔鏡	-	○	蜂窩織炎性	生存

ったために保存治療が選択され、症状発症から数日経過したのちに、敗血症性ショック、DICに進展した症例が散見された。その一方で、自験例と同様に90歳の高齢者で症状発症から数時間で敗血症性ショックに至った症例がある¹³⁾。非穿孔性虫垂炎でも、特に高齢者においては急速な経過を経て、敗血症性ショック、DICに進展することがあることに留意する必要があると考えられた。

結 語

今回、われわれは急速な経過でDICに進展し緊急手術を行った非穿孔性急性虫垂炎の1例を経験した。本疾患がDIC、敗血症の原因疾患となり得ることを認識し、かつ高齢者は急速な経過を経ることがあることに留意する必要があると考えられた。

なお、本論文の要旨は第82回日本臨床外科学会総会(2020年10月、Web開催)にて報告した。

利益相反：なし

文 献

- 1) Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, et al : Appendicitis. A critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. Arch Surg 1975 ; 110 : 677-684
- 2) 山崎洋二, 竹口東一郎, 佐川博文他 : DICを合併した非穿孔性急性壊死性虫垂炎の1例. 外科 1993 ; 55 : 569-572
- 3) 中村 学, 石坂克彦 : 虫垂内腔にガスを含み敗血症 (sepsis) を合併した非穿孔性虫垂炎の1例. 日腹部救急医学会誌 2004 ; 24 : 105-108
- 4) 伊藤頼子, 小鹿雅博, 佐藤信博他 : 敗血症性ショックとDICを呈した非穿孔性虫垂炎の1例. 岩手医誌 2005 ; 57 : 525-529
- 5) 竹内裕也, 米沢光平, 金 史英他 : 敗血症性ショックによりARDSを併発した非穿孔性急性虫垂炎の1例. 日消外会誌 2007 ; 40 : 1845-1851
- 6) 西尾公利, 山本 悟, 竹内 賢他 : 敗血症とdissemination intravascular coagulation syndrome (DIC) を呈した非穿孔性急性虫垂炎の1例. 臨外 2009 ; 64 : 101-105
- 7) 濱津隆之, 梶原勇一郎, 市来嘉伸他 : 敗血症性ショックを伴った非穿孔性急性虫垂炎の1例. 臨と研 2013 ; 90 : 99-102
- 8) 横山靖彦, 山本佳生, 佐藤 崇他 : 敗血症とDICを合併した非穿孔性急性虫垂炎の1例. 日臨外会誌 2015 ; 76 : 2466-2470
- 9) 西原佑一, 尾本健一郎, 磯部 陽他 : 非穿孔性急性虫垂炎による敗血症性DICの診断にプロカルシトニンが有用であった1例. 日腹部救急医学会誌 2015 ; 35 : 509-513
- 10) 崔 尚仁, 平松聖史, 関 崇他 : 敗血症性ショックと播種性血管内凝固症候群 (DIC) をきたした非穿孔性急性虫垂炎の1例. 日腹部救急医学会誌 2017 ; 37 : 763-767
- 11) 東本昌之, 出先亮介, 松尾洋一郎他 : DICを契機に診断された敗血症合併非穿孔性急性虫垂炎の1例. 日臨外会誌 2018 ; 79 : 797-802
- 12) 山口真彦, 大江正士郎, 古元克好他 : 敗血症性ショックを伴った非穿孔性急性虫垂炎の1例. 京都医会誌 2019 ; 66 : 89-92
- 13) 土居大介, 谷田信行, 山本祐太郎他 : 非穿孔性急性虫垂炎から敗血症ショックに至った1例. 高知赤十字病医誌 2015 ; 20 : 45-48
- 14) Brown CV, Abrishami M, Muller M, et al : Appendiceal abscess : immediate operation or percutaneous drainage? Am Surg 2003 ; 69 : 829-832
- 15) 村川力彦, 増山美沙, 山本高正他 : 虫垂膿瘍に対する保存治療とinterval appendectomyの検討. 日臨外会誌 2010 ; 71 : 2222-2226
- 16) Lau WY, Teoh-Chan CH, Fan ST, et al : The bacteriology and septic complication of patients with appendicitis. Ann Surg 1984 ; 200 : 576-581
- 17) Glimore OJ, Browett JP, Griffin PH, et al : Appendicitis and mimicking conditions. A prospective study. Lancet 1975 ; 2 : 421-424

NONPERFORATED ACUTE APPENDICITIS WITH A DIAGNOSIS OF DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION

Masato MITO, Hiroyuki FUKUNARI, Akemi WATANABE and Tetsuji HAYASHI

Division of Surgery, Niigata Prefectural Tookamachi Hospital

Nonperforated acute appendicitis with disseminated intravascular coagulation (DIC) due to sepsis has rarely been reported. An 82-year-old man presented with nausea and epigastric pain at 3 a.m. and underwent a checkup at another hospital in the evening of the same day. Suspected of having appendicitis, the patient was sent to our department and underwent an abdominal computed tomography scan that revealed swelling of the appendix at 13 mm without calcification. However, the findings did not suggest perforation. However, fever, blood analysis, and biochemical findings led to a diagnosis of nonperforated acute appendicitis with DIC. An emergency operation was performed. The surgical findings and histopathology revealed phlegmonous appendicitis without perforation. Postoperative intensive therapy improved the patient's general condition. The existence of nonperforated acute appendicitis with DIC due to sepsis should be recognized. It could cause the health of an elderly man to deteriorate quickly.

Key words : nonperforated acute appendicitis, DIC

学術発表

新潟県立十日町病院

リハビリテーション療法士のリスクマネジメントに対する意識調査

Questionnaire survey on risk management of rehabilitation therapists

児玉 信夫

新潟県立十日町病院

KeyWords : 管理運営 リスクマネジメント 調査

【はじめに】

1999年に発生した大きな医療事故を契機に医療安全対策を求める社会的要請が高まり20年が経過した。リハビリテーション（以下リハ）療法士は近年の高度医療や急性期からの介入によりこれまで以上に意識を高く持たなければいけない。本研究の目的は18年前に実施したアンケート調査との比較からリハ療法士のリスクマネジメントに対する意識の現状について明らかにすることである。

【対象・方法】

研究デザインはアンケート調査による比較研究で研究デザインの不備として前後の対象者が完全に一致しておらず同質の対象者群による比較検討とした。対象は同組織のリハ療法士59名とした。調査期間は2019年4月から9月の6か月間とした。（18年前は2001年4月から9月の6か月間）方法は18年前と同じ内容でアンケート調査をし比較検討をした。設問は「リスク部会を知っているか」「リスクマネージャーを知っているか」「ヒヤリハットという言葉を知っているか」「報告書の存在を知っているか」「ヒヤリハットを体験したことがあるか」「ヒヤリハットを見たり聞いたりしたことがあるか」「報告書を提出したことがあるか」「報告書を書いたことがないのはなぜか」（他人事・面倒・処分）「どこからがヒヤリハットと考えるか」（つまりいた・転んだ・骨折した）「リスク部会は組織に必要なか」の10項目で、その他に報告書の件数と内容について調査した。統計解析は2択項目にMcNemar検定、3択項目にFisher検定を用いて比較し、統計学的有意水準を5%未満とした。

【倫理的配慮】

本研究は所属の倫理委員会の審査（R1第1号）を受けて実施した。対象者には文書にて研究目的や実施方法を説明し、実施により個人に不利益や負担のないように配慮した。

【結果】

「リスクマネージャーを知っているか」（ $P=0.00006$ ）と「ヒヤリハットを体験したことがあるか」（ $P=0.0026$ ）、「報告書を提出したことがあるか」（ $P=6.98e-10$ ）の項目で有意差があった。報告書を書いたことがない理由は他人事が53%から86%と増加し、どこからがヒヤリハットと考えるかは、つまりいたが42%から69%と増加した。一人当たりの報告数は病院全体で0.86から1.18に、リハでは0.15から0.37に増加した。具体例から報告場面は治療中のみから接遇や発見に至るまでに変化し、内容は転倒中心の報告からチューブ類、医療機器関連、事務関連など広範となった。

【考察】

ヒヤリハット体験や報告数が増加したが、つまりいた程度でも「ヒヤッ」や「ハッ」とした時は報告の対象になるとの認識が変わってきたことが明らかとなり、医療安全に対する取り組みや医療安全が注目されてからの20年という経過の中でリハ療法士のリスクマネジメントに対する意識が高まってきた結果であると考えられる。同時にリスクマネージャーの認知度が向上し相談できる環境が整ってきたことも関係していると考えられる。一方で発見が提出につながらないのは他人事や面倒などの理由によることが明らかとなり提出に対するルールの確認や報告方法の簡素化を検討していく必要性が伺えた。報告の具体例から多くの場面、広範囲の内容での提出へと変化したが、これも前述同様にこれまでの取り組みや経過の中での意識の変化と考える。

【おわりに】

アンケート調査よりリハ療法士のリスクマネジメントに対する意識は確実に高まっていることが明らかとなった。今後も医療安全に対する取り組みを積極的に行い、リハ療法士のリスクマネジメントに対する意識づけに寄与していきたい。

骨粗鬆症リエゾンサービス導入前後での大腿骨近位部骨折後の骨粗鬆症薬物治療率の推移

The change of medication rate for osteoporosis following hip fracture before and after induction of osteoporosis liaison service.

山澤 一輝 新潟県立十日町病院 薬剤部
今井 教雄 新潟大学大学院医歯学総合研究科健康寿命延伸・運動器疾患医学講座
村岡 治 新潟県立十日町病院 整形外科
倉石 達也 新潟県立十日町病院 整形外科
井渕 慎弥 新潟万代病院 整形外科
岡本 祐一 新潟県立十日町病院 歯科口腔外科
長谷川 洋 新潟県立十日町病院 薬剤部
吉嶺 文俊 新潟県立十日町病院 内科

【はじめに】

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年度版において、わが国の骨折リスクが高い大腿骨近位部骨折例に対する薬物療法の実施率は 20%に満たないという現状に対し、その改善が喫緊の課題であるとされている。新潟県立十日町病院では 2018 年 10 月より整形外科医、内科医、歯科医、看護、リハビリ、薬剤部が協働する大腿骨近位部骨折患者に対するリエゾンサービス（ウルトラリエゾン）を開始した。薬剤部が入院中から薬物治療導入に介入することで薬物治療導入および治療継続につながるよう努めてきた。本研究の目的は介入前後における骨粗鬆症薬物治療率の推移を調査することである。

【方法】

対象はウルトラリエゾン導入前の 2017 年 1 月から 12 月の 1 年間：C 群（163 例）とウルトラリエゾン導入後の 2018 年 10 月から 2020 年 3 月：U 群（199 例）である。両群において退院時におけるビスホスホネート（BP）系薬剤の導入率、および退院 6 か月後と 12 か月後時点での薬物治療の継続率および治療率を比較した。

【結果】

退院時における薬剤の導入率は C 群：16.0（BP：53.8）%、U 群：69.3（84.6）%と有意な改善を認めた。退院後 6 か月後での治療率は C 群：19.2%、U 群：81.5%、12 か月後で C 群：25.0%、U 群：83.3%といずれも有意な改善を認めた。

【考察】

本研究結果より、退院時および退院 6 か月後、12 か月後時点での治療率の改善を認めた。これは整形外科医や歯科医との協働し、薬剤部が入院中から薬物導入に関与することで、治療薬の有無の確認と積極的な薬剤導入が可能であったためと考えられた。入院中に薬物を導入した方が退院後の治療継続率を改善させることが報告されており、本研究結果もそれを支持する結果であった。

キーワード：大腿骨近位部骨折 リエゾン

I. はじめに

「骨粗鬆症リエゾンサービス」とは、日本骨粗鬆症学会が策定した骨粗鬆症の啓発・予防・診断・治療のための多職種連携システムである。現在、国際骨粗鬆症団体が推進している、骨粗鬆症骨折患者に対する再骨折予防のための診療支援システムを発展させたプログラムとして位置づけられる。リエゾンとは「連絡係」と訳され、診療におけるコーディネーターの役割を意味する。目的は、最初の脆弱性骨折への対応および骨折リスク評価と、新たな骨折の予防（二次予防）、また最初の脆弱性骨折の予防（一次予防）である。大腿骨近位部骨折、その他の脆弱性骨折、骨折や転倒リスクの高い患者、高齢者一般を対象としている¹⁾。日本骨粗鬆症学会では骨粗鬆症治療に対する取り組みとして、2012年から「骨粗鬆症リエゾンサービス」を行っている。

澤口ら²⁾は「わが国では非常に長い手術待機期間や低い骨粗鬆症治療率などのケアギャップが大きな問題である。これに対して多職種連携により、①安全・円滑な早期手術、②既存疾患を含めた周術期の全身管理、③二次骨折予防を行うことによりギャップを埋めることが可能である。」と述べていることから多職種で連携することにより周術期合併症の予防やスムーズな骨粗鬆症薬導入などが期待されると考えられる。

A病院において、2018年10月より整形外科医、内科医、歯科医、看護師、リハビリ、薬剤師が協働する大腿骨近位部骨折リエゾンチームが発足され、周術期合併症の減少・骨粗鬆症薬導入率の上昇を目的としてリエゾンサービス（以下リエゾンとする）の稼働が始まった。稼働前は術後合併

症出現時には主治医を通して内科受診をしていたが、看護師が直接内科医師へコンサルトすることで早期治療ができるようなシステムを目指していた。しかし、医師間・医師看護師間の連携が十分にとれておらず、スタッフの理解も追いつかずに実現できていない。また、患者・家族への説明も曖昧で統一されていない現状がある。スタッフからはリエゾンという言葉は知っているが実際には患者・家族に対して説明したことがない、説明していても適切な説明ができていないのか分からないという意見がある。今後患者・家族に統一した看護ができるのか不安の声もあがっている。リエゾンに対する理解が深まることでスタッフの不安も軽減され、統一した看護を行うことができるかと期待される。看護師経験年数や整形外科勤務年数に関わらず、共通認識を持ち統一した看護を行うためにA病院整形外科病棟看護師の大腿骨近位部骨折リエゾンに対する認識の現状を明らかにする。

II. 研究目的

大腿骨近位部骨折リエゾンに対する看護師の認識の現状を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究期間

2019年6月～2021年2月

2. 研究対象

A病院整形外科病棟に勤務する看護師の中から、整形外科大腿骨近位部骨折リエゾン対象患者に関わった経験のある看護師27名のうち、本研究に同意を得られた看護師6名。

3. データ収集方法

1) 研究対象者への説明、同意

令和2年4月に研究目的と方法を記載したポスターを張り出し、病棟内スタッフに周知し、15日間公募を行った。しかし、希望者がいなかったため研究者が業務時間内に直接声をかけ、個別に説明を行った。説明用紙を使用し本研究の趣旨を伝え、自由意思で選択してもらい、同意した後も同意を撤回しても良いこと、業務の評価などには一切関係がないこと、すぐに返事をする必要はないと説明しインタビュー日までの間に同意書にサインを得た。

2) 研究参加者へのフォーカスグループインタビュー

経験年数別に2グループに分け、30分程度フォーカスグループインタビューを行った。場所は周囲の音を気にせず落ち着いた雰囲気です話せるように個室を利用した。インタビュー内容はインタビューガイドに基づき実施した。リエゾンについて知っていること、困っていること、困った場面、困ったときの対応、知りたいこと、知ることによってどう看護に活かせるか、不足している看護を補う為にどんな方法があるかについてインタビューを行った。インタビューした内容は、参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。

3) データ分析方法

逐語録を作成し、逐語録から看護師の認識について述べられている文章を取り出して意味内容を損なわないようにコード化し類似するものをまとめてサブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。

IV. 倫理的配慮

当院の看護部倫理審査委員会の承認を得て実施した。インタビューへの参加は、自由意思とし口頭および文書にて説明し同意を得た。研究に参加しないことによる不利益が生じないこと、収集したデータは本研究のみに使用しデータ集計後すみやかに破棄すること、発表の際、個人が特定されないようにすることを説明した。

V. 結果

1. 対象者

対象者は、整形外科経験のある看護師6名で、Aグループ（整形外科経験2～3年目の看護師）、Bグループ（整形外科経験4年以上の看護師）であった。

2. A病院整形外科病棟リエゾンサービスにおける看護師の認識

111コード、23サブカテゴリーが抽出され、6カテゴリーにまとめられた（表1）。以下、カテゴリーを【 】,サブカテゴリーを《 》で示し、これについて説明する。

3のサブカテゴリーから【大腿骨近位部骨折患者が対象で再骨折予防の取り組みということは分かるが詳しくは分からない】、3のサブカテゴリーから【リーフレットが活用できず患者・家族への説明不足を実感している】、2のサブカテゴリーから【周術期合併症の減少に対する取り組みが停滞している】、2のサブカテゴリーから【リエゾンを地域につなげたい】、3のサブカテゴリーから【リエゾンで介入したことによる再骨折予防の成果がみえずやりがいを感じにくい】、10のサブカテゴリーから【リエゾンに対して知識を得る・院内での取り組みを統一する・スタッフ間の受け継ぎが必要】が導かれた。

1) 【大腿骨近位部骨折患者が対象で再骨折予防の取り組みということは分かるが詳しくは分からない】

《リエゾンは大腿骨近位部骨折患者が対象で歯科受診していることは理解している》には「大腿骨近位部骨折の患者を対象としている」など5のコードがある。《再骨折予防のための取り組みである》には「再骨折の予防」の1のコードがある。《リエゾンに関して詳しく分からない》には「リエゾンを理解できていない」など8のコードがある。

2) 【リーフレットが活用できず患者・家族への説明不足を実感している】

《患者用リーフレットがあるが使用できていない》には「リーフレットに記載されている内容が多い」など8のコードがある。《リーフレット

を分かりやすくしてほしい》には「高齢者でも見やすいようにリーフレットを簡易化してほしい」など3のコードがある。《医師・看護師から患者・家族への説明不足》には「説明ができていないから患者の理解が得られていない」などの16のコードがある。

3) 【周術期合併症の減少に対する取り組みが停滞している】

《多職種で連携して患者を診ていくことが必要であるが診療科をこえた連携が不十分》には「術後合併症をおこさないように内科としっかり連携をとってほしい」などの7のコードがある。《医師間で考え方に違いがある》には「医師によっては骨粗鬆症薬の処方タイミングが違う」などの8のコードがある。

4) 【リエゾン地域をつなげたい】

《リエゾンの取り組みを地域に発信した》には「リエゾンの取り組みを地域に発信した」の1のコードがある。《地域にあったリエゾンにして連携していきたい》には「他病院のリエゾンの取り組みをそのままA病院で行うことは、高齢者や独居の割合も違うから難しい」などの6のコードがある。

5) 【リエゾンで介入したことによる再骨折予防の成果がみえずやりがいが感じにくい】

《再骨折の判断が難しい》には「リエゾン対象者が減っているのか増えているのかの判断はどうしたらいいのか」などの3のコードがある。

《加齢や認知症が伴うためリエゾンで介入しても再骨折が多い、少ないとはいえない》には「認知症によって今まで認識できていたことができなくなって転倒して再骨折となることもある」などの3のコードがある。《リエゾンで介入した患者の再骨折が何件あるか数字に残してほしい》には「再骨折者が何%いたかちゃんと数字に残してほしい」の1のコードがある。

6) 【リエゾンに対して知識を得る・院内での取り組みを統一する・スタッフ間の受け継ぎが必要】

《急性期病棟と地域包括ケア病棟では骨粗鬆症

薬開始のタイミングが違う理由が知りたい》には「急性期病棟では退院時から骨粗鬆症薬が始まる」などの3のコードがある。《リエゾンのシステム化が必要》には「入院したら患者にどの薬が適しているか処方が出る前に考えておく決まりを作る」などの7のコードがある。《医療者向けのマニュアルがあるといい》には「医療者向けのマニュアルがあるといい」の1のコードがある。《院内でのリエゾンの取り組みを統一する必要がある》には「院内のリエゾンの取り組みを徹底させる」などの7のコードがある。《リエゾン会議の内容を知りたい》には「リエゾン会議は何をしているのか分からない」などの3のコードがある。《リエゾンにおける看護師の役割を知りたい》には「リエゾン患者の入院からの経過について知りたい」などの12のコードがある。《骨粗鬆症薬の種類や用法、副作用などについて知りたい》には「薬剤師から看護師への勉強会をしてもらえれば説明がうまくできる」などの2のコードがある。《スタッフ間の受け継ぎが必要》には「スタッフが変わるため伝達が十分にできない」などの4のコードがある。《リエゾンを指揮してくれる人がほしい》には「リードしてくれる人がほしい」の1のコードがある。《医療者がリエゾン患者に対してリエゾンである意識が足りない》には「リエゾンだからって特別な介入ができていない」の1のコードがある。

VI. 考察

A病院では、周術期合併症の減少・骨粗鬆症薬導入率の上昇を目的としてリエゾンが開始されているが、インタビューでは【大腿骨近位部骨折患者が対象で再骨折予防の取り組みということは分かるが詳しくは分からない】という結果から本来の目的の理解が不十分であることが分かった。他病院では、医療従事者に対する骨粗鬆症セミナーの開催や骨粗鬆症治療薬有無のスクリーニングを行い医師へ連絡するシステムの構築などの取り組みにより院内の医療従事者の

骨粗鬆症に対する認識が変わり、脆弱性骨折に対する治療介入率が上昇したという報告がある³⁾。このことから正しい知識を得ることで看護師の認識が変化し、周術期合併症の早期発見やそれによる入院期間の短縮、骨粗鬆症薬の副作用の観察や患者に合った薬の提案といった質の高い看護につながるのではないかと考える。

【リーフレットが活用できず患者・家族への説明不足を実感している】という結果から現在使用しているリーフレットは説明時に効率的に活用できていないことが分かった。患者・家族・スタッフが理解できるように簡潔なリーフレットに修正する必要がある。

【周術期合併症の減少に対する取り組みが停滞している】【リエゾンに対して知識を得る・院内での取り組みを統一する・スタッフ間の受け継ぎが必要】という結果から、院内での明確なリエゾンのマニュアルがなく、スタッフが同じ認識での取り組みができていないことが周術期合併症の減少に対する取り組みが停滞している原因と考えられる。他病院では対応マニュアルやガイドラインのポケットガイドを作成したことにより医療スタッフが連携できたという報告がある⁴⁾。A病院ではスタッフ間の病棟異動があるため、明確なマニュアルがあることでどのスタッフでも統一した看護が行えるのではないかと考える。経験年数に関わらず同様の知識を獲得し、スタッフ間の受け継ぎ、多職種間のスムーズな連携を行うために明確なマニュアルが必要であることと定期的な学習会の実施が効果的であると考える。

【リエゾンで介入したことによる再骨折予防の成果がみえずやりがいが感じにくい】【リエゾンを地域につなげたい】という結果から、入院期間という限られた時間での関わりになるため入院中は成果が感じられずやりがいが得られないのではないかと考える。佐藤ら⁵⁾は「骨折後のリハビリは、単にもとの生活に戻るための下肢機能の回復だけでなく、栄養や生活習慣をも変化させるなどの脆弱性骨折予防が重要である。」

と述べていることから退院後の転倒・再骨折を予防するだけでなく栄養管理や生活指導をすることもリエゾンにおける看護師の役割である。それらは入院中には成果が得られにくいため、外来や地域との連携を行い、退院後の患者の状態を知り再骨折予防につながっていることが分かれば、病棟看護師のやりがいにつながるのではないかと考える。

VII. 結論

大腿骨近位部骨折リエゾンに対する看護師の認識の現状を明らかにし、今後の患者・家族に対し統一した看護を提供することに役立てることを目的として本研究を行ってきた。A病院のリエゾンの本来の目的の理解が不十分であること、リーフレットが活用されていないこと、スタッフが同じ認識での取り組みができていないことが明らかになった。それを補う為にリエゾンの知識を得ること、院内での取り組みを統一すること、スタッフ間で受け継ぐことが必要であると分かった。

患者・家族に対し統一した質の高い看護を提供する為に、明確なリエゾンのマニュアル作成、定期的な学習会の実施、外来や地域との連携が今後の課題となる。

謝辞

本研究に参加していただいた看護師の皆様、ご指導いただいた新潟青陵大学上原喜美子先生に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会, 委員長折茂肇: 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版, 2015年.
- 2) 澤口毅, 重本顕史: 脆弱性骨折治療のケアギャップ, 整形・災害外科, 62巻13号, 2019年12月1日.
- 3) 土屋篤史: 3次救急病院におけるOLSの構築～OLS運動器ケアチームの形成と多職種で始める

骨折予防～，OLS かわら版，第 8 号，2020 年 8 月 28 日．

4) 見野耕一，新田和子，岩露かをり，他：無床総合病院精神科におけるリエゾンチームのあり方，総合病院精神医学，25 卷 2 号，2013 年．

5) 佐藤公治，安藤智洋，細江浩典，他：大腿骨近位部骨折治療と再骨折予防の地域連携－地域連携パスを用いた骨粗鬆症治療改善の取り組み－，整形・災害外科，62 卷 13 号，2019 年 12 月 1 日．

表1 大腿骨近位部骨折リエゾンに対する看護師の認識と現状

カテゴリー	サブカテゴリー
大腿骨近位部骨折患者が対象で再骨折予防の取り組みということは分かるが詳しくは分からない	リエゾンは大腿骨近位部骨折患者が対象で歯科受診していることは理解している
	再骨折予防のための取り組みである
	リエゾンに関して詳しく分からない
リーフレットが活用できず患者・家族への説明不足を実感している	患者用リーフレットがあるが使用できていない
	リーフレットを分かりやすくしてほしい
	医師、看護師から患者、家族への説明不足
周術期合併症の減少に対する取り組みが停滞している	多職種で連携して患者を診ていくことが必要であるが診療科をこえた連携が不十分
	医師間で考え方に違いがある
リエゾンを地域につなげたい	リエゾンの取り組みを地域に発信した
	地域にあったリエゾンにして連携していきたい
リエゾンで介入したことによる再骨折予防の成果がみえずやりがいを感じにくい	再骨折の判断が難しい
	加齢や認知症が伴うためリエゾンで介入しても再骨折が多い、少ないとはいえない
	リエゾンで介入した患者の再骨折が何件あるか数字に残してほしい
リエゾンに対して知識を得る・院内での取り組みを統一する・スタッフ間の受け継ぎが必要	急性期病棟と地域包括ケア病棟では骨粗鬆症薬開始のタイミングが違う理由を知りたい
	リエゾンのシステム化が必要
	医療者向けのマニュアルがあるといい
	院内でのリエゾンの取り組みを統一する必要がある
	リエゾン会議の内容を知りたい
	リエゾンにおける看護師の役割を知りたい
	骨粗鬆症薬の種類や用法、副作用などについて知りたい
	スタッフ間の受け継ぎが必要
	リエゾンを指揮してくれる人がほしい
医療者がリエゾン患者に対してリエゾンである意識が足りない	

関節リウマチに合併した細気管支病変が 4年の経過で呼吸不全になった一例

新潟県立十日町病院 呼吸器内科

黒川 允、堀 好寿、吉嶺 文俊
塚田 弘樹、高田 俊範、長谷川 隆志

演題発表に関連すべきCOI関係にある企業などはありません

症例 68歳女性

【主訴】湿性咳嗽、呼吸苦

【既往歴】20XX-7年動脈管開存で手術 【家族歴】特記なし

【現病歴】

20XX-5年 手指・膝・足首に関節痛がありA医院受診。抗CCP抗体 116.6U/ml、RF 156IU/mlと上昇しており関節リウマチと診断した。
PSL5mgとブシラミン150mg開始し、以降PSLは2mgまで減量した。
20XX-4年 咳嗽にて呼吸機能検査を施行したところ、%VC 54.0%、FEV_{1.0}% 82.7%と拘束性障害を認め当院を紹介。KL-6は1167U/mlと上昇しており、胸部CTでは、間質性陰影は乏しいが小粒状影が散在していた。
20XX-3年 患者の希望で膠原病内科のあるB病院に紹介。ブシラミンは中止し、サラゾスルファピリジンの内服を勧められた。
20XX-2年 手指の関節炎症状の悪化がありPSLを4mgに増量した。
20XX-1年4月 関節症状の訴え強くタクロリムス1mg内服開始した。
20XX-1年7月 フォローアップのCTにて、細気管支病変の悪化を認めた。
関節炎症状の悪化もあったためタクロリムス2mgに増量した。
20XX年8月 湿性咳嗽、呼吸苦にて当院に救急搬送され、入院加療となった。

身体所見

身長:153cm 体重:48kg BMI:20.50kg/m²

意識:清明 体温:36.1°C 血圧:103/80mmHg
SpO₂(room air):85%

結膜:貧血(-)、黄疸(-)
鼻汁・鼻閉感はなし
両手指の関節の腫脹・熱感・頭痛なし
胸部:心雑音(-)
肺音は吸気にcoarse crackle(+)、呼気にwheeze(+)
腹部:平坦かつ軟、腸蠕動音正常
四肢:浮腫なし

検査所見①

【血算】

WBC 15700 /mm³
neu 87.8 %
lym 7.9 %
eos 0.3 %
bas 0.4 %
mon 3.6 %
RBC 456 × 10⁴/mm³
Hb 12.5 g/dl
Ht 37.8 %
Plt 23.7 × 10⁴/mm³

【血液ガス分析】

(Nasal 3l)
pH 7.389
PaCO₂ 44.2 mmHg
PaO₂ 73.3 mmHg
HCO₃- 26.9 mmol/l
BE 1.2 mmol/l

【生化学】

TP 7.3 g/dl
BUN 13.9 mg/dl
Cr 0.76 mg/dl
AST 25 IU/l
ALT 18 IU/l
LDH 223 IU/l
ALP 321 IU/l
γ-GTP 52 IU/l
TB 0.46 mg/dl
CK 25 IU/l
Na 139 mEq/l
K 4.6 mEq/l
Cl 103 mEq/l
CRP 22.84 mg/dl
PCT 0.18 ng/ml

IgG 1840 g/dl
IgA 165 mg/dl
IgM 115 mg/dl
KL-6 628 U/ml
SP-D 160.7 ng/ml
RF 450 IU/ml

【心電図】

HR 82/min, normal sinus rhythm
no abnormal q wave
no ST change

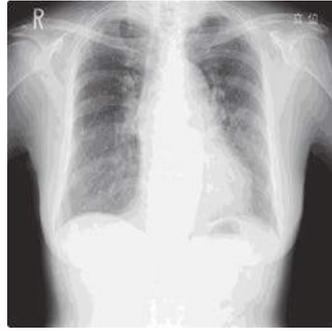
【喀痰培養検査】

Haemophilus influenzae(+)
Pseudomonas aeruginosa(+)

【喀痰抗酸菌検査】

塗抹・培養検査 共に陰性

検査所見② 胸部レントゲン

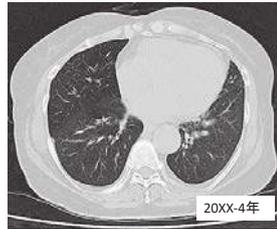


20XX-4年

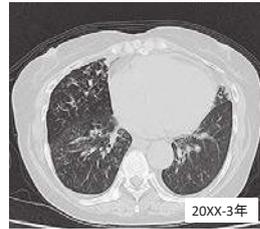


20XX年

検査所見③ 胸部CT



20XX-4年



20XX-3年

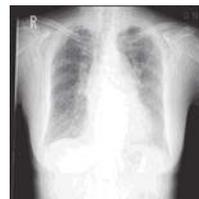
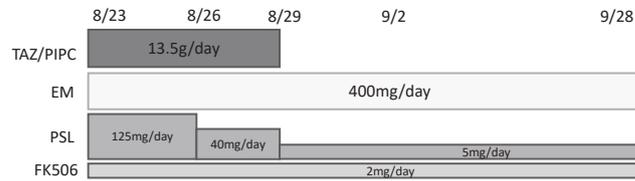


20XX-1年



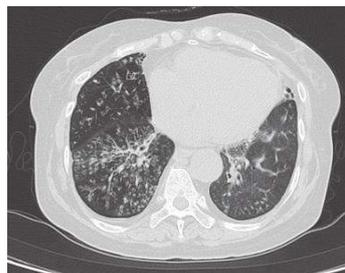
20XX年

入院後経過

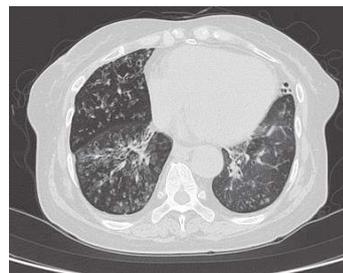


SpO2(%)	85	92	92	95	88
WBC	15700	14400	18100	13200	9700
CRP	22.84	4.36	1.38	0.51	1.07

治療後の胸部CT



20XX-1年



治療後

考察

・リウマチに合併する細気管支病変としては、濾胞性細気管支炎や閉塞性気管支炎が知られており、CT上ではびまん性汎細気管支炎に類似した症例も報告されている※1

・リウマチに合併したびまん性汎細気管支炎様の病変は、濾胞性細気管支の様なリンパ球主体の炎症細胞の浸潤が主体であることも多く、マクロライド療法の効果が乏しい傾向にある。また、ステロイドや免疫抑制剤でも難治性の症例も存在する※2

※1 Hayakawa H, et al : Am J Respir Crit Care Med.1996 ; 154 : 1531-6

※2 Kitasato Y,et al : Annals of the Japanese Respiratory Society. 2006 ; 44 : 104-110

結語

・4年の経過で慢性呼吸不全に至った関節リウマチの症例を経験した

・組織学的検索はなされなかったが、胸部CTにて画像の経過を追えた

・関節炎などの加療を行ってきたが、胸部CTでは細気管支病変の進行を認めた

PPP-085



当院における総合診療実習の現状と新規取り組み
～併設地域救急ステーションとのコラボレーション～

新潟県立十日町病院
大関明樹, 堀好寿, 齋藤悠, 角道祐一, 黒川允, 吉嶺文俊
新潟県立松代病院
鈴木和夫
新潟大学医学部総合病院 医科総合診療部
小泉健, 長谷川隆志, 鈴木栄一



背景・目的

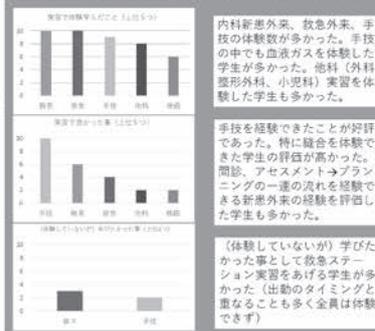
当院は新潟県の豪雪中山間部に存在する275床の地域中核病院である。当院の診療圏(越後妻有地区:十日町市、津南町および長野県村の一部)は全域が過疎地域(第2条第1項)に指定されており、人口は約7万人である。常勤医師21人(6診療科)であるが、年間救急患者数8000人、年間救急搬送数2000人と積極的に救急医療に取り組んでいる。当院は県立松代病院と連携し基幹型臨床研修病院およびJICA家庭医療後期研修プログラムおよび日本専門医機構の総合診療専門研修プログラムによる若手医師の育成に努めてきており、2020年度からのJICA新・家庭医療専門研修プログラムも申請した。また、中小規模病院の特性を活かした診療科間および他職種との密な連携体制、とくに内科系9人はサブスペシャリティに関わらず内科系全般の診療に携わっていることなどから、2017年度より新潟大学医学部医学科学学生M5の総合診療実習(→以後実習と表記)の場(BSL)として学年の約三分の一である40名以上が当院を訪れており、臨床研修としての評価も高まりマッチング数も増加傾向にある。当院は県立病院であるが地域救急ステーションが院内に併設されており、救命救急士からの直接指導や当院からの救急出動における同乗実習など試みている。これらの総合診療実習開始4年目の現状および救急救命士(→以後救命士と表記)等との新規取り組みについて報告する。



十日町病院での総合診療実習と学生アンケート

日程 M5の実習(BSL)は1週間。M6の選択実習(クリクラ)は1か月実習内容
・内科新患外来(問診→アセスメント→プランニングの一連の流れを経験)
・救急外来実習、当直実習・各種手技(採血、血ガス、ルート確保、etc)
・画像や検査値の解釈 院内各種業務の体験(検査、リハビリ、放射線)
・巡回診療 希望に応じ他科実習(外科、整形外科、小児科)
・退院支援

学生アンケート結果 (N=10、COVID-19による影響で十分なサンプル数を確保できず)

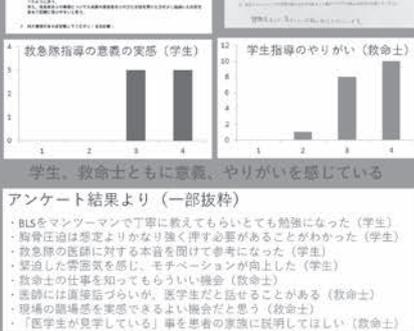


学生アンケートのブラッシュアップ
自由記載方式→チェックボックス方式

併設地域救急ステーションとのコラボレーション

院内併設地域救急ステーション設立の経緯と活動記録
2016.1 院内に救急ステーションがあることで救命士による救急処置のサポートが可能になる。
・救急隊の事後対応など高度な救急医療での結果が良ければ救急隊員、事例報告などの記録(Ns, Dr→救命士等救急実習者)、救急車乗車実習などの記録(救命士→Ns, Dr→救急ステーション)など互いの役割を明確に、活動記録が蓄積される。
2016.6 院内併設救急ステーション(仮称)が決定
2016.4 新潟県立十日町病院附属病院
2016.5 救急ステーション敷設開始
2017.4 救急車乗車実習開始(院内)
2017.4 救急車乗車実習開始(院内救急ステーション)
2019.1 救急車同乗訓練開始(院内)

学生アンケート用紙と救命士アンケート用紙のイメージ



まとめ

成果:
・M5実習(BSL)受入者数の増加→M6選択実習(クリクラ)受入者数の増加(2017年度4人→2018年度7人→2019年度8人)→臨床研修医数の増加(2018年度1人→2020年度3人)当院史上初のフルマッチ
→今後も総合診療実習を充実させ、臨床研修指定病院としての魅力をアピールする
・2019年度には総合診療専攻医も獲得(現在総合診療 I (松代病院)で地域医療を研修中)

考察:
・COVID-19により現在学生実習の受け入れを中止中。事態の収束を心待ちとしている
・多忙な中での業務遂行(医師、看護師、技師、その他医療スタッフ)と学生指導の両立
・新たな取り組みの盛り込み(病棟業務の体験など。アイデアを院内から募集する)
・学生の興味が手技を経験することに偏りがち
→地域中核病院では大切な退院支援活動、社会福祉への興味の掘り起こし

ご意見、ご質問は meoosaki@gmail.com 大関明樹宛に よろしくお願ひします
新潟県立十日町病院HP: http://www.tokamachi-hosp-niigata.jp/ もぜひ訪れてください



筆頭演者、共同演者において、開示すべき利益相反(COI)はありません。

P42-6

肩甲帯に発生した不随意運動を呈したジストニアの1例

新潟県立十日町病院 整形外科^① はた整形外科^②

倉石達也^① 村岡治^① 井淵慎弥^① 秦命賢^②

日本手外科学会
COI開示

筆頭筆者名: 倉石 達也

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

【症例提示】

27歳 女性 (左利き)

後部座席に乗車中、停車中に後方から追突され受傷
(意識消失なし)

同日当科受診を希望するも、診察日の関係で
受傷当日受診できず、受傷4日目で初診

初診時所見 左上肢のだるさ 頸椎の後屈制限

X線: 頸椎に明らかな骨傷なし

→ 頸椎捻挫の診断

その後 後頭部、左肩甲帯の疼痛の遷延
吐き気、頭痛の出現

→ Barré-Liéou 症候群?

受傷から約1ヶ月半後

左肩に不随意運動が始まる

- ① 内服治療
(ベンゾジアゼピン系薬、SSRI、鎮痛薬など)
- ② リハビリテーション

運動療法
低周波治療
鏡療法
利き手交換

- ③ 自院脳神経内科へ相談

受傷3ヶ月 握力 右24.7kg 左7.7kg (↓)
疼痛は徐々に悪化
左肩甲帯の不随意運動は継続
(はじめは数十秒に1回であったが頻度が増加)

受傷5ヶ月 他院脳神経内科へ精査入院

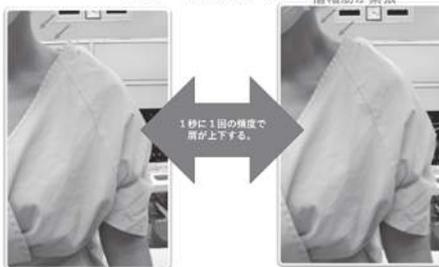
【各種検査】

- ・ 頸頸部MRI
 - ・ 脳血流シンチ
 - ・ 体性感覚誘発電位
 - ・ 末梢神経伝導速度
 - ・ 交感神経皮膚反応
 - ・ 脳波
 - ・ 両手X線
 - ・ サーモグラフィ
 - ・ 3相骨シンチ
- 表面筋電図→左僧帽筋、菱形筋に1.3Hzで反復する収縮
- 特記すべき所見なし

【治療】

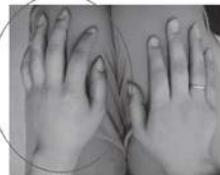
- ① ボツリヌス製剤 (ボトックス) 注射
2ヶ月に1回のボトックス注射
→ 1ヶ月間は不随意運動は停止
- ② 腕神経叢ブロック (斜角筋間ブロック C4-6)
星状神経節ブロック
→ 3日間程度不随意運動が停止

【現症 (受傷約2年)】



僧帽筋、菱形筋が1秒間に1回程度律動的に収縮

左上肢のアロディニア
不随意運動は入眠時停止
母指、示指がわずかに動くのみ
他指は随意運動なし
左手に軽度浮腫あり
左肩甲帯、左手に異常知覚



患側

【考察】

ジストニアには特異的な診断のための検査は存在しない

手外科医 (整形外科医) にとって馴染みのない病態で心因的な不随意運動や詐病と勘違いされ適切な診断・治療が受けられない可能性がある

外傷とジストニアの関係

- ・ ジストニアと外傷の関係に言及
(Schott GD. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1985)
- ・ 103例の固定ジストニア患者のうち外傷後が63%、そのうち首や肩が6%
(Scharg A et al. Brain, 2004)
- ・ 外傷性ジストニアの発症には疼痛が関与
3ヶ月以内に発症することが多く、外傷を受けた側に出る傾向あり
(堀内ら, 神経治療, 2011)

複合性局所疼痛症候群 (CRPS) との関係

本例は過去の出来事 (軽微な外傷など) の後に発生し、単一の末梢神経の分布領域に局限せずにはびこり、明らかに病態となった出来事と非特異的な症状を示す。

→ CRPS type 1

- ・ 外傷性ジストニアの発症の機序にCRPSの関与を示唆
(Bhatia et al. Brain, 1993)
- ・ 外傷後の痛みを伴い固定した異常姿勢をとる頸部ジストニア16例を報告
(Sa DS et al. Mov Disord, 2003)
- ・ ジストニア症例14例中4例が頸部に発症
(堀内ら, 神経治療, 2011)

首や肩の外傷後ジストニアの報告はあるが多量は異常姿勢である

本例のような肩甲帯に周期的な不随意運動を呈するジストニアの報告は少ない。

ジストニア発生の機序について

- ・ Baclofen (GABA作動薬) 髄内投与によりCRPS患者のジストニアが改善
(van Hilten et al. N Engl J, 2000)

→ 中枢神経の関与を示唆

本例は頸椎捻挫による疼痛の遷延 (→ CRPSの発生)
→ 中枢神経の機能的変化 (可塑性)
→ 不随意運動 (ジストニア) が発生

➡ 本例は受傷日の関係で治療開始が遅くなり、早期の疼痛コントロールが不十分だった可能性がある

また近年 軽度外傷性脳損傷 (mild traumatic brain injury 以下 MTBI) が注目

- ・ むち打ち損傷はMTBIの中に含まれ、その病態はびまん性軸索損傷 (diffuse brain damage) と考えられている
(石橋徹, 日本医事新報, 2010)
- ・ びまん性軸索損傷によりジストニアが発生
(Loher TJ et al. Mov Disord, 2009)

本例もMTBIが関与している可能性がある

心因性ジストニアとの鑑別

- ・ 客観的に鑑別できる検査所見は存在しない
(その診断は一貫性の欠如など、いくつかの共通した指標に基づく)
- ・ 器質性ジストニアと類似または重複する病態もあり鑑別は困難

本例は詐病や心因性だけでは説明し得ない不随意運動であるが、心因性の要素を伴う可能性はある。

【結語】

- ・ 交通事故後に肩甲帯のジストニアを発症した症例を経験した。
- ・ ジストニアの発症にCRPSやMTBI、心因性要素が関与している可能性がある。

自己紹介

新潟県立十日町病院
Higashi Prefecture Tokamachi Hospital

整形外科部長

倉石 達也

日本手外科学会専門医・指導医
日本手外科学会委員
新潟大学医学部臨床講師
https://www.higashi-niigata.jp/jpcrcs/2562/

(略歴)

2024年3月 山梨医科大学医学部卒業
4月 新潟県立十日町病院臨床研修医
2006年4月 新潟大学医学部総合病院 整形外科
2009年10月 長岡中央総合病院 整形外科
2007年10月 新潟県立中央病院 整形外科
2008年10月 新潟大学医学部総合病院 整形外科
2009年10月 新潟県立十日町病院 整形外科
2010年10月 新潟県立中央病院 整形外科
2011年4月 新潟中央病院 外科科長補佐
2012年7月 新潟市の外科研究所 外科科長補佐
2013年4月 形勢総合医療センター 整形外科
2013年4月 新潟県立中央病院 整形外科
2017年7月 新潟大学医学部総合病院 外科科長
2019年4月 新潟県立十日町病院 整形外科
2020年4月 新潟県立十日町病院 整形外科部長
職歴に専ら

P5-6

母指形成不全症に対する 母指化術の術後成績について

1. 新潟大学医歯学総合病院 整形外科、2. 新潟中央病院 形成・整形外科
福原宗¹、依田拓也¹、土屋潤平¹、柴田実²

【はじめに】

- 母指形成不全症の重症度にはBlauth分類が用いられる
- 治療はTypeによってoptionが異なる

Type IV、Vは第1中手骨が存在しない重度母指形成不全

→ 示指母指化術の適応

良好な成績が報告されている
依田拓也ら、日手会誌 1996

母指形成不全症に対して
示指の母指化術後 8例8手
術後成績を検討

【対象】

調査期間 2002年～2019年

性別 男児 5例、女児 3例

Blauth分類 IV型 2手、V型 6手

手術時年齢 9か月～3歳1か月（1歳8か月）

観察期間 1年7か月～17年8か月（9年7か月）

【調査項目】

① 母指対立機能 日本手外科学会 母指対立機能の評価表

Excellent 母指と示（中）～小指までpulp pinch可

Good 母指と中指・環指でpulp pinch可

Fair Pulp pinch不可
Tip pinch または side pinch 小指まで可

Poor 上記の運動ができない

② 保護者の満足度

- 機能および整容面ともに満足
- 機能または整容面どちらかは満足
- どちらも不満

③ 現在の利き手

【結果】 ① 母指対立機能

	Blauth	手術時年齢	最終調査時年齢	Pulp pinch	Tip pinch	評価
①	IV	2歳1か月	3歳8か月	中指	中指	Poor
②	IV	2歳7か月	18歳5か月	環指	環指	Good
③	V	9か月	18歳5か月	中指	環指	Good
④	V	3歳1か月	14歳2か月	環指	小指	Good
⑤	V	1歳6か月	12歳10か月	中指	小指	Good
⑥	V	10か月	5歳8か月	小指	小指	Excellent
⑦	V	1歳4か月	6歳1か月	小指	小指	Excellent
⑧	V	1歳3か月	11歳7か月	小指	小指	Excellent

② 保護者の満足度

- ともに満足 3例
- どちらか満足 機能面 3例
整容面 2例
- どちらも不満 0例

保護者満足度は高く大きな不満はなかった

③ 術後の利き手
全例 非母指化術側

【考察】 ① 母指対立機能

- すべての術後母指でつまみ動作が可能

87%（20/23例）で満足なつまみ機能
依田拓也ら、日手会誌 2003

- 本調査も87.5%（7/8例）で十分なつまみ機能

良好な母指対立成績

② 保護者の満足度

- 再建母指使用頻度が少なくても整容面での満足度は高い
金城美典ら、日手会誌 2010
- 片側に手術を施行した両側例の全例で反対側も希望
依田拓也ら、日手会誌 2003
- 本調査でも高い満足度

保護者満足度の高い術式である

③ 利き手

- Pinch力の低下が最も大きな阻害要因
岸原子、日手会誌 2014
- 手術時年齢が若いほうが利き手となる可能性
- 1歳前後の手術を推奨
依田拓也ら、日手会誌 1996

本調査では術側が利き手とならなかった

健側や軽症の手が利き手となる傾向

【結語】

- 母指化術後の母指対立機能は良好
- 保護者の整容面も含め評価は高い
- しかし、利き手にはなりえなかった

【略歴】

2014年 自治医科大学医学部卒業
2016年 新潟大学整形外科入局 新潟県立中央病院
2019年 新潟大学医歯学総合病院
2020年 新潟県立十日町病院

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業等はありません

各種書籍、広報誌等への寄稿

新潟県立十日町病院

令和2年夏

新潟県立十日町病院 院長

吉嶺 文俊

【人生時計と定礎式】

この春に60回目の誕生日を迎えたので、赤いちゃんちゃんこを羽織る覚悟でいたところ、予想だにできなかったパンデミックですっかり機を逸してしまいました。総務省統計局によると国内最高齢者は117歳、令和2年4月の概算値では100歳以上の方が8万人以上もいるとのこと。もはや人生120年時代。この人生の折り返し地点を還暦と名付けた先人達の慧眼に感服します。振り返れば第二次世界大戦後の昭和22年における男性の平均寿命は50.06歳。私の好きな黒澤明監督の名作「生きる」の主人公・渡辺勘治は、現役市民課長で胃癌を発症しわずか数ヶ月で亡くなっています。

ところで当院は7年前から現地立替方式の新築工事（それもスクラップ・アンド・ビルド！）を行

っており、ようやくこの秋に全面オープンとなります。自粛モードの昨今ですが、慎ましくでもよいので定礎式を行ってみようということになり、ついでにタイムカプセルも植え込むことにしました。その中味をどうしたらよいかと院内の職員たちといろいろ相談したところ、当日の新聞、病院概要、改築工事の概要、第1工区および第2工区の工事写真、航空写真、院内報・院外報、職員一覧表そして院内各セクションのさまざまな写真等という定番のセットに加えて、新型コロナウイルス関連新聞記事と当院の対応状況の記録集も加えることになりました。問題はこれらの情報を250×350×60mmというケースの中にどうやって詰め込むのか。紙媒体だけだとかさばるし、だいたい100年後には文字が消えて読めないかもしれな

い。そこでアナログデータをデジタルに変換してDVDかブルーレイに焼き付けるということになりました。両者のどちらがよいのかさんざん迷いましたが、かつてのビデオ論争（VHS vs ベータ）を思い出し、現在一般的に使われているDVDディスクを用いることにし、なおかつ保険としてUSBメモリも一緒に納めることにしました。たぶんどちらも100年後には使われていないと思うのですが、これらの読み取り装置が残っていることを期待して、厳かに安置したのでした。

これらの作業を通してあらためてふと死後の世界を想像することになり、えも言われぬ寂しさと怖さを感じる自分自身に気づきました。まだまだこの世に未練があるようです。しかしヒトの致死率は100%、この人生が未来永劫続くことはありません。そんな気持ちを見える化できないかとネットを見ていたら人生時計というものに辿り着きました。この手の話は以前からいろいろあるようですが、今回自分流に焼き直してみることにしました。理屈は簡単です。人の一生を午前0時に生まれて24時に死ぬと仮定した場合、今の自分は何時何分なのかを時計に描いてみるということです。例えば今の自分にあてはめると、人生を72年とすれば午後8時（だよ全員集合）。人生120年とすれば丁度お昼の12時。そして平成30年度の日本人男性平均寿命である81年だとすれば17時47分ということになります。

せっかくなのでこの人生時計を



希望寿命を24で割ります

$$\text{希望寿命} \div 24 = X$$

現在の年齢をこのXで割ります

$$\text{現年齢} \div X = B \dots \text{これを使います}$$

Bの 整数部分が短針

Bの (小数点以下部分×60) が長針



入学したての看護学生の授業の際に2種類書いてもらうことにしました。ひとつは120年サイズを、次に希望寿命サイズで。後者はどういう時計かという、まず「希望寿命」、すなわち「あなたは何歳で死にたいですか（何歳まで生きていますか）」と尋ね、その年数を

24時間に当てはめて現在の時間を求めてもらいました。その結果前者では3時36分から8時36分まで、後者では4時12分から17時12分までの時間帯に分布していました（このばらつきは希望寿命が60～103歳と予想外に幅広かったためと思われます）。ちなみに私

の希望寿命は84歳なので、今は17時9分となります。

前述の「渡辺課長」は小田切とよという少女の言葉に感化されて、残りの人生を住民から強い要望のあった公園の完成に捧げました。私もあと6時間余りの人生を有意義に過ごせたらと思います。

デジタル初詣

新潟県立十日町病院 院長
吉嶺 文俊

新潟県では「二年参り」という風習があります。大晦日の夜、レコード大賞から紅白にテレビを廻そうかなと思う頃、防寒靴（もしくは長靴）を履いて家を出て、まずは午後11時台にすんなりと参拝をこなし、雪積もる参道沿いに並ぶ露店を冷やかしながら、温（かいワンカップ）飲料とお炊き上げであぶったスルメで暖を取っている時に、偶然出会った友人と盛り上がり、温飲料を追加しているうちに年が明け、再び人ごみに身を任せて境内に向かうも今度はなかなか前に進まず、途中で催してきたため慌ててお賽銭を投げたところ一部届かなかったりして、結局願い事もそこそこに横道に押し出され、用を足してから、仕方なく破魔矢とおみくじとお土産用のぼっぼ焼きを購入し、ようやく丑三つ時に帰路に向かう（個人の経験です）という年に一度の大行事です。

お賽銭といえば通常は小銭。「始終ご縁がありますように」ということで専ら45円を通してきたのは、子供の時に親から気持ちが大切だと教わったからです。最近電子決済の普及やcovid-19対応により現金の使用がめっきり減ってきたため、仕方なくワンコインに増額しています。もともとクレジッ

トカードは好きではないですし、電子決済もプリペイドタイプのみという堅実（臆病？）派なので、現金通貨がなくなっていくのとはとても寂しいです。

ところで神社仏閣でもデジタル化が進んでいるのでしょうか？さすがに新潟県内で電子決済用のお賽銭箱に出くわしたことはありませんが、ネットでググって見たところ・・・ありました！東京、京都、徳島にキャッシュレス賽銭箱が設置されているそうです（実際に行ったことがないので興味のある方はご自身でご確認ください）。御朱印帳代やおみくじ代金をスマホ決済するくらいまでなら想像できますが、賽銭はあらかじめネット決済で参拝はリモートというように、これまでの日本の風習が大きく変わってしまうかもしれません。

ネットといえどももちろんスマホが主流ですが、実は私24年もの間、“ガラ系”を愛用しています。そもそも携帯電話は話が出来さえすればよいと思っています。しかしそうは言いつつも、時代に遅れまいとして、密かにiPad miniを数年前から試しています。Wi-Fiモデルなのでルーターを一緒に持ち歩かなければならない

のですが、ダイヤルアップ接続で格闘していた時代に比べれば雲泥の差です。平成18年、前任地の津川病院時代に始めたblog発信 (<https://17041615.at.webry.info>) は現在も続けており、Facebook、Twitter、YouTube、Line、Instagram、TikTokなども気まぐれ程度にかまっています。

一方このようなデジタル化一辺倒の流れへのささやかなる抵抗として、最近手書きで日記をつけています。といっても大したことはありません。百円ショップで購入した縦書きの学習帳に、朝の体温やその日の出来事や出会った人々の名前などを毎日メモ程度に記載しているだけです。まあある意味ぼけ防止対策です。子供の時の夏休みの絵日記も苦手でしたが、コロナ禍の影響でしょうか、なんと二冊目に入りました。アナログも悪くないなあと思っています。

とはいいつつも私のように小学生が書いたような字の者にとって、デジタル化はすこぶる有用です。思えば33年前、内科学会認定医受験時のサマリ作成のために、当時使い勝手の良い富○通のワープロを買おうと思ったのですが、将来性を考えてMS-DOSで動くN○CのPC-9800シリーズを選んだのは大正解でした。その後OSが変わるたびに買い換えていき、途中からMacも併用するなどかなりの資金を投入しましたが、その後の人生生活に随分と役立っています。実際この原稿も自宅のWiFi環境下にてMacBook Airで寝転んで書いています。

コロナ禍は世の中を一変させま

したが、悪いことばかりでもないような気がします。対面会議や学会現地参加の代わりに、リモート配信やweb会議があつという間に（SARS-CoV-2 virusよりもすこぶる速く）拡がりました。個人的には最近減多に風邪を引かなくなり二日酔いも激減しました。日本のデジタル化推進政策は、平成12年の高度情報通信ネットワーク社会形成基本法（IT基本法）や平成25年の世界最先端 IT 国家創造宣言などをもってしても遅々として進まなかったようですが、最近ようやく本気度が感じられきてとても喜ばしいことです。

さっそく当院でも新しい生活様式を見据えたデジタル環境整備を

始めました。以前バンドをやっていた時に使っていたケーブルやミキサー、スピーカー、マイク等の機材（図）の埃を払い、webカメラやヘッドセットマイクを各部署毎に揃え、今や当院の諸会議はハイブリッド開催が当たり前となりました。こういうのをデジタルトランスフォーメーションというの

でしょうか？。

そろそろガラ系からスマホに買い替えようと思ってポイントアプリを試そうとしたら、なんとそのアプリはガラ系には非対応とのこと。急遽作戦を練り直して、何とか今年の二年参りには間に合わせたいと思います。



十日町病院での初期研修

新潟県立十日町病院

赤 嶺 学

十日町病院初期研修医1年目の赤嶺学です。

早いもので研修医になって2ヶ月半が経ちました。ようやく病院の雰囲気にも慣れ、忙しいながらも充実した研修を行わせて頂いています。

十日町病院研修プログラムの特徴はとにかく個人の達成度に合わせた研修を行いつつも、積極的に手技をやらせて頂ける所にあると思います。私自身この2ヶ月半で各種穿刺や心エコー等様々な手技、検査を実践させていただきました。

他の病院との違いは県立十日町看護専門学校が併設してある事があげられると思います。5月に

は実際に講義のアシスタントをさせていただき、なぜ医者になったのか？をテーマに講義のファシリテーターを務めさせていただき、私自身も初心を思い出すことが出来ました。他の病院ではなかなか経験できないことだったと思います。

日々失敗と反省の繰り返しですが、吉嶺院長をはじめとして指導医の先生方、病院スタッフの皆様のお陰で少し辛い時もあるけど楽しい充実した研修医生活を送らせて頂いています。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いたします。

※2020年6月入稿



救急外来での一コマ



縫合実習

研修医生活が始まって

新潟県立十日町病院

河内裕介

研修医としての生活が始まって3ヶ月経ちました。十日町病院では最初は内科での研修でした。初日はオリエンテーションでしたが、2日目からはもう現場に出て、3日目には救急外来で患者を診察して、そのまま入院となり、私は主治医になりました。十日町病院では研修医も多くの入院患者の主治医になります。当然、最初は分からないことだらけで戸惑いながらも検査をしたり、薬を処方したりと日々学ぶことだらけでした。もちろん指導医の先生方に相談しながらです。

十日町病院の特色だと思いますが、研修医でも新患外来や救急外来の当番があります。新患外来は問診、診察をするだけでなく、必要な検査のオーダーをして、最終的に薬を処方したり、次回の予約を取ったりと最初から最後まで自分で考え、患者を診ることができるのでとても勉強になります。救急外来では他院から紹介された患者もいますが多くは救急車で来院することが多く、緊急性のある方もいるので新患よりも大変ですが、非常にやりがいがあります。基本的に他の先生も近くにはいるので困ったことがあればすぐに確認できる環境なので安心して仕事できています。日中も外来研修ができることはとても勉強になります。

5月までの2ヶ月で一旦内科研修が終わり、今は整形外科で研修しています。内科研修2ヶ月で、100人以上の患者のファーストタッチもでき、主治医として入院を担当した患者も多く持ちました。この2ヶ月で感じたことは患者へのICが非常に大切なことです。コロナウイルスの影響で面会に来る頻度が少ないこともあり、病状や認知症の進行が大きく変化している事に戸惑う家族も多く、しっかりとICすることの難しさを痛感する内科研修でした。主治医になることも多く、様々な患者、家族にICする機会があったため段々と



慣れてきたかなとも思っています。ただ、お看取りの時の言葉の選択だったりはまだ慣れないなと思っています。

整形外科では、外来と手術をしています。整形外科は診察での検査の種類が多く非常に難しいと思う毎日です。手術も毎日のようにあり、執刀することもあり充実しています。

十日町病院では6月までは週1回平日の22時までの副直と月に数回の休日日直があります。基本的に研修医がファーストタッチをして診察、検査を行っています。日中の業務も勉強になりますが、休日の日直が一番経験を積んでいると思います。内科症例だけでなく、外傷や小児も来ますし、軽症もいれば重症もいて症例に偏りはなさそうです。また、他科に相談することや時には転院搬送することもあり、研修医が救急車に同乗して搬送することもあります。7月からは平日は朝までの当直になるので不安もありますが、楽しみでもあります。

3ヶ月経ち、充実した研修医生活を送れています。毎日忙しいですが、少しずつ仕事にも慣れてきました。コロナの影響で飲み会が少なく十日町病院らしくはないですが、楽しく仕事をする事ができています。まだまだ学ぶ事も多く、不安だらけですが、1年目の研修医が3人もいるので切磋琢磨しながら頑張っていこうと思います。

全国自治体病院協議会雑誌

Journal of Japan Municipal Hospital Association

2021 **3**

窓 MEDICINE

刑法39条と精神科診断

常務理事 北村 立

病院紹介

新潟県立十日町病院

当院の取り組み

呼吸器外科における業務効率の改善と手術関連費用の見直し

神奈川県立がんセンター

2021年度研修事業計画



新潟県立十日町病院

病院長 吉嶺 文俊



新病院外観（左下は旧病院）

はじめに

当院の所在する新潟県十日町市は、新潟県の南部（中越地方）に位置し、市の中央を信濃川が流れ、雄大な山々と河岸段丘に囲まれた人口約5万人の豪雪都市です。

近年、十日町市を含む越後妻有地域では、広大な大地を美術館に見立てた世界最大級の国際芸術展「大地の芸術祭 越後妻有アートトリエンナーレ」が3年に1度開催されており、50万人を超える観光客が訪れています。

当院は、昭和19年に日本医療団十日町病院として開設され、昭和24年に新潟県に移管されました。

その後、各時代の要求に沿いつつ増改築を繰り返しながら、越後妻有地域の中核病院としての役割を担ってきました。現在は、新潟県魚沼医療圏の二次救急医療を担う病院として、年間2,000件の救急搬送を受け入れています。

御存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、当院は全国自治体病院協議会の設立に深く関わっています。昭和30年から47年まで17年間にわたり当院の事務長を務めた尾口平吉氏は、昭和28年に自治体病院の全国組織結成を提唱し、同年2月に北日本県立病院協議会創立と同時に事務局長に就任しました。以降、組織が東日本県立病

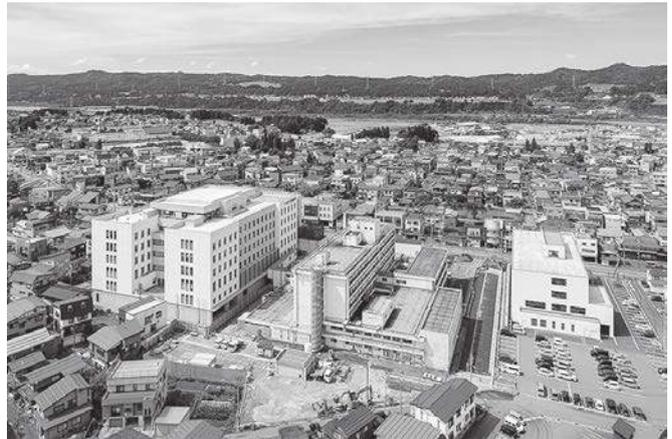
院協議会、全国都道府県立病院協議会、社団法人全国自治体病院協議会と改組拡大されましたが、一貫して事務局長、常務理事として組織の中核にあって、その事業を推進し、全国の自治体病院の向上発展に貢献しました。

新病院開院までの経緯

昭和46年の改築工事から既に40年以上経過し、施設の老朽化が進んでいることに加え、平成16年に十日町市で震度6強を観測した新潟県中越地震（中越大震災）で、建物の内外に損傷を受け、診療機能に支障が生じる事態となったこ



新外来診療棟完成時（平成28年）



左：新病院、中央：旧病院、右：看護専門学校
（十日町市医療福祉総合センター内）

とを契機に、地元自治体から早急な建て替えを求める要望を受けたことから、新潟県では平成24年に新病院の整備基本計画を策定しました。

新病院の改築にあたっては、現地建て替えとし、半分壊して、半分建てるというような方法で建設を進めました。そのため、平成26年に着工してから現在まで6年もの時間を要しています。

平成28年に1期工事として新外来診療棟が完成し、新旧の建物を併用しつつ、旧外来診療棟を解体し、少しずつ2期工事（新病棟建設）を進め、ようやく令和2年9月に新病棟を含めた全部開院とな

りました。ただ、今後も工事が続きます。旧病院の解体工事を行い、その跡地に駐車場が整備される予定で、全ての工程が完了するまであと2年以上要する見込みです。

なお、当院の隣には、新潟県立十日町看護専門学校が整備され、令和2年4月に開校しました。地域の看護師不足の解消に繋がるものと期待しています。

病院の特色

当院は地域に密着した医療を基本とし、幅広い診療機能を備えた未来志向の地域中核病院のモデル病院を目指して設計されました。

1階と2階は、外来診療を中心に医療情報ギャラリー、講堂、地域連携センターなどの病院と地域を繋ぎあわせる機能のほかに、検査、内視鏡などの外来関連部門を集約配置しました。3～6階はH型に病室を配置し、2つの看護単位を同一フロアに配置することで相互連携が可能な構成としました。病床数は従前の275床から変更はありませんが、個室が21室から80室（約4倍）に増加し、6床室中心だった多床室も、個室感のある4床室中心となり、患者さんの療養環境が格段に向上しました。また、5階にリハビリテーションセンターを配置し、広く明



トイレ付き個室が増えました



病棟内のスタッフステーション



病棟配置図（H型）



明るく広いリハビリテーションセンター

るい空間で、信濃川沿いの雄大な河岸段丘を眺めながら快適なリハビリに取り組んでいます。

全体として内装やサインは部門・病棟ごとにアクセントカラーを設定し、利用者にわかりやすいように配慮しました。さらに患者利用エリアと医療スタッフ専用エリアのゾーン分けを行い、院内動線の効率化を図っています。

過去の震災の経験を踏まえ、震度6強の大地震でも病院として十分な機能確保が図られるような免震構造を採用しています。災害拠点病院（地域）としてインフラ停止時にも3日間の自立運営が可能となるように、発電機、受水・排水槽、防災倉庫などを設置していま

す。また、エントランスホールや講堂は、大規模災害時に被災者に対する効率的かつ適切な医療を提供するためのトリアージスペースとして活用できる構造となっています。

当院には十日町地域消防本部の救急ステーションが院内に合築されており、ドクターカーを兼ねた高規格救急車と救急救命士が常駐しています。救急現場へ医師の派遣が必要な場合、当院の医師を乗せたドクターカーが迅速に出動することができ、救急医療の充実に寄与しています。

当院の常勤医は現在22名（内科8名、外科4名、整形外科4名、小児科2名、産婦人科1名、麻酔

科1名、歯科2名）で、令和2年度は初期研修医3名を迎え、平均年齢も若返り、例年以上に活気づいています。当院の医師は、新潟大学、東京医科歯科大学、自治医科大学など出身が様々であり、診療科の隔たりがなく、気軽に他科のコンサルテーションができる体制となっています。また、当院では、救急業務が当番制であるため、ON-OFFの切り替えがしやすいことに加え、当直も複数体制とし負担軽減を図るなど、医師の生活の充足、働きやすい環境の提供にも力を注いでいます。

現在は、新型コロナウイルス対応・発熱外来対応により、非常事態が続いていますが、十日町地域



講堂はトリアージスペースとして活用可能



柱の中に非常用電源、医療用ガスを配備



救急ステーションを院内に合築
(※十日町地域消防本部提供)



救急救命士が常駐しています
(※十日町地域消防本部提供)

では、周辺病院の閉院などにより、地域の病床数が減少しており、本来であれば、リハビリテーション機能や緩和ケア機能を加味した回復期機能の役割を、これまで以上に重視していく必要があります。十日町地域の救急搬送を受け入れつつ、魚沼医療圏域の三次医療・高度医療を担う魚沼基幹病院の後方支援病院として回復期患者を受け入れ、地域包括支援センター(地元自治体)との連携を取りながら、圏域内で医療が完結できるような体制の構築が求められています。

今後の展望

「しっかりと救急医療をこなし、しなやかに包括ケアを支える」がこれからの合い言葉です。

豪雪中山間地に位置する当院の使命は多岐に亘っています。限られた予算、不十分な医療資源、慢性的な人材不足という背景にもかかわらず、対象圏域における少子

化・人口減はさらに進行し、社会インフラの老朽化、異常気象に伴う自然災害の増加や質の変化、そして新型コロナウイルス感染症等の新興感染症などにも対応していかなければなりません。しかし新病院完成により、病院医療を通じた社会貢献への機会と選択肢は大幅に増えました。

療養環境が改善した今こそ、しっかりと急性期医療を遂行していくことが求められます。合築された地域救急ステーション等と協力しながら初期救急対応に積極的に関わり、ドクターヘリや最新の医療情報技術 (ICT) を駆使し、適宜、後方医療機関へ転送しながら、地域住民の“いのち”と“生活”を守り支えていきます。

臨界期を乗り越えた患者さんを、しなやかに(遅滞なく、そして拙速でもなく)、本人・家族の望む生活に繋げていく過程においても、当院の役割は益々大きくなっていくと思われま。例えば

「地域包括ケア病棟」のように、リハビリテーションやソーシャルワーカーなど多様な職種が集約的に関わっていく場がとても重要です。緩和ケア病棟の開設も視野に入れながら、回復期および在宅療養支援機能をさらに充実させていきます。

そして未来への布石としての教育は大切です。特に医師偏在指数47位の当県における医師確保は喫緊の課題であり、医師養成拠点機能は当院の重要な使命のひとつです。隣接する県立松代病院・町立津南病院、十日町市中魚沼郡医師会及び十日町市いきいきエイジング講座等と共に、既に実践している医師臨床研修(地域医療、外来研修)や専門研修(総合診療)はもとより、学生から還暦後の全ての世代における多職種連携教育の場としての「越後妻有の里」を世界に発信していきたいと思えます。

■理念

「命の尊厳・信頼と安心の病院」を目指して

■基本方針

患者さんを中心とする医療の展開と、安全管理に努めます
高度医療の充実と、救命救急医療の機能強化に努めます
地域の中核的な病院として、他の医療施設との連携に努めます
優しさと思いやりのある接遇と、医療技術の研鑽に努めます
安らぎと潤いのある、快適な療養環境の提供に努めます
自己改善に積極的に取り組み、経営の健全化に努めます

■病院の概要

名 称 新潟県立十日町病院

所 在 地 新潟県十日町市高田町三丁目南32番地9

T E L 025-757-5566

F A X 025-752-3955

敷地面積 17,179.70㎡

延床面積 23,996.07㎡

構造階数 本館：プレキャスト・プレストレストコンクリート造、免震構造／地下7階、地下1階
附属棟：鉄筋コンクリート造／平屋

診療圏人口 約62,000人（新潟県十日町市、津南町、長野県栄村の一部）

病床数 275床

診療科目 16診療科

内科、脳神経内科、外科、整形外科、消化器外科、脳神経外科、小児科、泌尿器科、産婦人科、
眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、歯科口腔外科、皮膚科、麻酔科、リハビリテーション科

職員数 396名（臨時・嘱託職員含む）

病棟看護単位 急性期病棟7対1、地域包括ケア病棟13対1

指定病院 保険医療機関、へき地中核病院、災害拠点病院、DMAT指定医療機関、原子力災害医療
協力機関

■沿革

- 昭和19年4月 日本医療団十日町病院として開設
- 昭和24年11月 新潟県に移管され新潟県立十日町病院として開院
- 昭和32年8月 総合病院の名称承認
- 昭和41年4月 救急病院に指定
- 昭和46年9月 病院改築工事完了
- 昭和62年8月 外来診療棟増改築工事完了
- 平成16年10月 新潟県中越地震により大きな被害を受ける
- 平成24年10月 新病院整備基本計画策定（現地建て替えによる改築）
- 平成26年7月 1期工事（新外来診療棟）着工
- 平成28年3月 1期工事（新外来診療棟）完了
- 平成28年5月 新外来診療棟の供用開始（部分開院）
- 平成29年5月 2期工事（新病棟）着工
- 令和2年5月 2期工事（新病棟）完了
- 令和2年9月 新病棟の供用開始（全部開院）



① 屋上に雪庇(せっぴ)切アエンスや消雪装置を備えた、豪雪地帯ならではの造り ② 災害時を想定し、医療ガスなどを設置した講堂 ③ 吉嶺文俊院長

約6万3000人が暮らす魚沼医療圏の基幹地域で、2次救急を担う新潟県立十日町病院。2014年から続いた建て替えを終え、2020年9月1日に全棟開院を迎えた。地域の医療ニーズに応える新病院の特徴と今後の展望について、吉嶺文俊院長に話を聞いた。

◎ 中越地震を契機に 現地建替えを決定

病院改築を後押ししたのは、2004年10月の新潟県中越地震。十日町市の一部は最大震度を記録した。当院では、柱にひびが入るなどの被害がありました。余震が続く中、患者さんを全員外に避難させて、安全確認後に院内に入れるとい

う状態だったそうです。県にとっても、この地震は災害意識を大きく変えるものでしたと、吉嶺院長。移転新築案もあったが、雪の影響やアクセスを考慮して、同じ場所での建て替えが決定。救急から回復期まで、地域完結型医療を目指す実施計画が策定され、2014年に着工した。

◎ 豪雪と災害の経験を 病院建設に生かす

順次改築を終え、9月に全棟開院した新病棟は、地上7階建て、全275床。免震構造を採用し、緊急時に備えて、講堂やエントランスは災害時のトリアージや診療のスペースとして活用可能。発電機や受水・排

水槽、防災倉庫などを設置し、インフラ停止時にも自立運営が可能な造りだ。

高齢化に対応した診療機能の充実も図られた。救急をはじめとする急性期医療の拡充と同時に、リハビリテーションセンターや生活習慣病支援センターを設置し、回復期以降の医療にも対応。在宅復帰を支援する地域包括ケア病床を設置し、現在は未運用ながら緩和ケア病床も用意されている。

また、年間2000件の救急を受け入れる同院では、地域消防本部と連携して救急ブイクステーションを設置。ドクターカーを兼ねた高規格救急車と救急救命士が常駐し、救命士の病院実習拠点にもなっている。

しっかりとしなやかに 新しい地域密着型病院へ

新潟県立十日町病院
新潟県十日町市高田町3丁目南32-9 ☎025-757-5566(代表)
<http://www.tokamachi-hosp-niigata.jp/>

療養環境を改善するため、個室数は従来の約4倍となる80室になり、多床室は6人室から4人室に変更。院内では、患者利用エリアと医療スタッフ専用エリアのゾーニングを行い、動線の効率化を目指している。

利用者の利便性向上も図られた。今後行われる外構工事では、病院正面に患者用駐車場を整備。冬季に備えて、屋外駐車場の全面に消雪パイプを敷設し、正面玄関にひさしや雁木(がんぎ)通路を設置して、雨雪対策を行う予定だ。

◎ 救急医療と居宅ケアを 二つの柱に据える

同院はかねて地域の市町村から要請を受けていた高

度救急医療の提供や、医療人材の確保などに取り組んできた。2005年から院長を務めた塚田芳久氏は、災害派遣医療チーム(DMAT)組織など災害・救急医療を拡充し、臨床研修システムの基盤を確立。2016年に就任した吉嶺院長は、改築を機に地域医療のあり方を模索している。

「療養環境などが整った今だからこそ、病院の中身が問われます。医療再編の中で『しっかりと救急医療をこなし、しなやかに包括ケアを支える』という目標に向かって、地域の中核病院としての役割を果たしていくつもりです。周辺の病院や診療所と連携し、一体となつて地域医療提供体制の構築を進めていければと考えています」

人材確保については、2020年度は3人の研修医を迎えた。「新潟大学医学部との関わりが深く、同大学の総合診療実習を、毎年40人程度受け入れていることが大きいと思います」

新潟県は医師偏在指標が日本一低く、医師が少ない。「医師が少ないから、良い医療ができないわけではないと思います。本県ならではの良い医療を自覚して、発信していきます」

地域を知り、必要とされる医療を提供する。現地建て替えによる新病院という推進力を得て、その着実な歩みは止まることのない。



県立十日町病院 便り

2020.6

県立十日町病院 広報誌



病院の理念「命の尊厳・信頼と安心の病院」を目指して

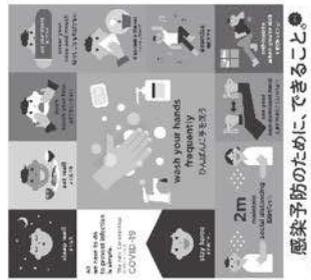
- ・患者さんを中心とする医療の展開と、安全管理に努めます
- ・高度医療の充実と、救命救急医療の機能強化に努めます
- ・地域の中核的な病院として、他の医療施設との連携に努めます
- ・他しごとと、思いやりのある接遇と、医療技術の研究に努めます
- ・安心と信頼のある、快適な医療環境の提供に努めます
- ・改革に積極的に取り組み、経営の健全化に努めます

病院長挨拶

新しい病院_新しい生活

当院は昭和19年に日本医療団として創立し、昭和24年に新潟県立病院として誕生しました。平成16年の中越大地震を乗り越え、令和2年の秋に新病院がすべてオープンとなります。構想時からこれまでの多くの関係者に厚く感謝申し上げます。

この春から開院準備に専念しようと思っていたら、なんと世界が一変してしまいました。新しい感染症はまだまだ相手です。ので、私たちもじつじつと慌てずに、叡智を結集して、新しい生活様式で乗り越える必要がありそうです。新しい妻有地域の中核病院として、新しい地域型災害拠点病院として、新しい研修医が修行を始める研修病院として、新しい看護学生等が学ぶ実習病院として、これからも何卒よろしくお願い申し上げます。



感染予防のために、できること。



新型コロナウイルス感染症対策への
個人防護具不足への対応を後刻、
自ら面合羽試着中です



吉領 文俊



県立十日町病院 広報誌

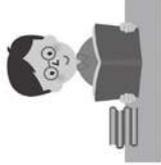
4月から着任した医師の紹介

肥田 誠治 医師



出身地：岐阜県土岐市
趣味：読書

1年間 新潟大学の救命センターで仕事させていただきました。また麻酔科でお世話になることになりました。よろしくお願いたします。



松代病院から転勤となりました。
毎週火曜日は魚沼基幹病院の方に研修に行っているため不在となりますが、よろしくお願いたします。

渡邊 誠 医師



出身地：新潟県田子
趣味：なし

福原 宗 医師



出身地：新潟市
趣味：スポーツ観戦、野球



この4月より十日町病院に赴任しました整形外科の福原宗です。今までは上越地域での勤務が長く、十日町地域は初めてです。ご迷惑をおかけすることもありますが、気合で精一杯頑張りますのでよろしくお願い致します。

熊崎 礼 医師



出身地 長野県飯田市
趣味 サッカー

4月から十日町病院に勤めさせていただいている整形外科の熊崎です。十日町病院は他種職との連携がとても良好で、日々働きやすさを感じている毎日です。
整形外科をしているとよく骨折を見ますが、十日町病院の骨折の理由の大半が山菜取りのような気がします。確かにばくもそばに山菜をのせがちなもので、これはしょうがないですね！手術でしっかり治します！これからもよろしくお願いたします！





医療トピックス



こどもの低身長

小児科医長 小児科学会専門医 谷 知行

身長が低い方が、大丈夫なのか？ 病院で調べてもらった方がいいのか？
今回はみなさんの疑問に応えるべく、こどもの低身長についてお話します。

✓ 低身長とは？

低身長は、医学的な定義では同年齢、同性別の $-2SD$ 以下の身長のことです。
 SD は耳慣れない言葉だと思いますが、標準偏差というもので平均からの程度を離れているかを示します。
 $-2SD$ 以下は、同じ年と性別の人が小さい順に100人並んだ時前から1、2番目の人が当てはまります。
 SD の数値は製薬会社のPfizer社のホームページで調べることができます。この基準を満たさず低身長や、伸びが急激に鈍くなる人は学校検診で見つけられると受診対象となります。

✓ 低身長の原因

病気とは言えないもの	体質性低身長、● 家族性低身長、思春期遅発症 など
ホルモン異常	● 成長ホルモン分泌不全性低身長、バセドウ病
出生がけいさい影響	SGA 性低身長
骨や軟骨の病気	軟骨無形成性症、くる病 など
臓器の病気	心疾患、肝臓病、腎臓疾患 など
染色体の異常	ターナー症候群 など
環境要因	虐待児、過剰な運動習慣 など
病気とは言えない原因である体質性低身長や家族性低身長などが90%以上を占めます。	



✓ ● 家族性低身長

こどもの身長は両親の身長の影響を大きく受けます。両親の身長から、子供の身長を予測することができます。両親の身長が低い場合は、こどもの身長も低くなるのが予想されます。

Target Height (最終身長予測)

男児： $[(\text{父親の身長 cm}) + (\text{母親の身長 cm}) + 13] \times 1/2 \pm 9 \text{ cm}$
女児： $[(\text{父親の身長 cm}) + (\text{母親の身長 cm}) - 13] \times 1/2 \pm 8 \text{ cm}$



✓ ● 成長ホルモン分泌不全性低身長

何らかの原因で成長ホルモンという体を大きくするホルモンの分泌が悪い、身長が大きくなりたくありません。この状態が疑われる場合には、ホルモンの検査をしますが、点滴しながらの比較的大掛かりな検査が必要になるため、2-4 泊の間入院して検査を行うこととなります。

検査の結果この疾患と診断された場合には、保険適応のもとで成長ホルモン治療を行うことができます。

✓ 気になる場合は

治療のできる低身長の場合には早期に治療が始められると、最終的な身長がより大きくなるのが期待できます。気になる場合には小児科を受診し相談してみてください

赤嶺 学 医師



はじめまして、研修医1年目の赤嶺 学と申します。十日町に来て約2ヶ月が経ちますが、吉嶺院長をはじめ熱心な指導医に恵まれ、毎日充実した日々を送らせていただいています。至らぬ点もございますが、皆さんどうぞよろしくお願いたします。



出身地：沖縄県 石垣市
趣味：筋トレ 料理

はじめまして、4月から研修医として働かせていただいている唐橋 裕輔です。十日町に来たきっかけは大学時代に一緒にサッカーをした寺本先生の強いお誘いでした。十日町病院に見学・実習にきたところ、先生方にとっても良くていただき、ここで研修したらきっと充実した2年間を過ごせると思い、十日町病院での研修を希望させていただきました。未熟なところも多いですが、精一杯努力していきたいと思っております。よろしくお願いたします。



出身地：新潟市
趣味：サッカー
プレミアリーグ観戦

唐橋 裕輔 医師



河内 裕介 医師



学生実習で十日町病院の雰囲気と食べ物、お酒のおいしさに心奪われて、研修医として戻ってきました。十日町で医師としてしっかりと学び地域医療に携わっていきたく思っています。また、おいしい食事やお酒を楽しみつつキャンプやランニングなどアウトドアも楽しみたいと思っています。2年間という短い期間ですが、十日町で多くのことを吸収していきたいと思っています。よろしくお願いたします。



出身地：新潟市
趣味：野球 料理

服部 修太 医師



小学校から大学卒業までずっとサッカーをやっておりました。それほど上達は出来なかったですが、今でもサッカーを見るのが大好きです。子供のころからゲームをするのが好きで、休みの日は家でよくゲームをしています。この記事が載るのが6月頃とのこと、短い期間ですが何卒よろしくお願いたします。



出身地：新潟田市
趣味：ゲーム

県立十日町病院 便り

2020.8



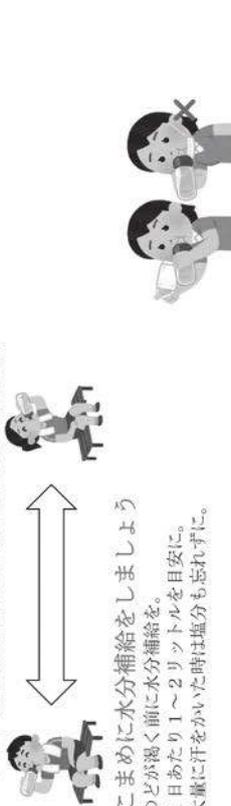
病院の理念「命の尊厳・信頼と安心の病院」を目指して

- ・患者さんを中心とする医療の展開と、安全管理に努めます
- ・高度医療の充実と、救命救急医療の機能強化に努めます
- ・地域の中核的医療機関として、他の医療施設との連携に努めます
- ・幅広い世代の医療ニーズの把握と、医療技術の研鑽に努めます
- ・安心と信頼のある、快適な療養環境の提供に努めます
- ・改善に積極的に取り組み、経営の健全化に努めます

マスク着用の夏 熱中症に注意しよう！！

今夏は、新型コロナウイルスの感染対策でマスクを手放せそうにありません。また、外出自粛のため外で汗をかく機会が少なく、体が暑さに慣れないまま夏を向かえた方も多く感じています。「誰も経験したことのない夏」 コロナ対策と熱中症対策の両立を目指しましょう。

- ◎暑さを避けましょう
- ・エアコンを使い部屋の温度を調整。エアコンには換気機能がない物が多いので感染予防のため、換気扇や窓を少し開けておくなどこまめに換気をし、エアコンの設定温度を調整しましょう。
- ・暑い日や暑い時間帯の無理な外出は控えましょう。
- ◎適直マスクをはずしましょう
- ・暑い日にマスクをすると、マスクが顔の熱と吐く息による加温で温められ、体に熱がこもってしまい熱中症の危険が高まります。家の中や屋外でも十分な距離（2メートル以上）を確保できる場合には、マスクを外しましょう。
- ・マスク着用時は、負荷がかかる作業や運動を避けましょう。



- ◎こまめに水分補給をしましょう
- ・のどが渇く前に水分補給を。
- ・1日あたり1〜2リットルを目安に。
- ・大量に汗をかく時は塩分も忘れずに。

- ◎日頃から体調管理をしっかりしましょう
- ・体温や症状を毎日記録し、おかしいを思えば医療機関に相談しましょう。
- ・年をとると温度変化に気付きにくくなるやすいため、部屋に温度計を置き確認する癖をつけましょう。
- ・体調が悪いと感じたら無理せず自宅で静養しましょう。

高齢者、子供、障害者の方々は、熱中症になりやすいので十分に注意しましょう。3密（密集、密接、密閉）を避けつつ、周囲の方からも積極的な声かけをお願いします。

(参考資料：厚生労働省HP、読売新聞)

県立十日町病院 広報誌

夏号の医療トピックスは春号の谷先生よりバトンを受けた整形外科・熊崎先生の「当院の人工股関節置換術について」です。



小児科 谷 知行

当院の人工股関節置換術について

十日町病院 整形外科 熊崎 礼



みなさん股関節の痛みで困ってはいませんか？今回は変形性股関節症とその治療法である人工股関節置換術に関して、私の方からお話しさせていただきます。

【変形性股関節症】

股関節の軟骨が減って関節が破壊された状態が変形性股関節症です。車のタイヤが減るとまわらなくなり、タイヤにも関節軟骨にも寿命があります。初期症状としては立ち上がりや歩き始めに足の付け根が痛くなります。また、長時間の立ち仕事で重たい痛みを感じるようになります。

【治療法】

手術療法としては若年者では骨切り術、高齢者は人工股関節置換術となります。ただ、最近では人工関節（インプラント）も性能が上がり、その適応年齢も50歳、症例によっては40歳台まで拡大しております。人工股関節置換術は患者満足度も高く、末期の変形性股関節症に対しては最も推奨される治療法となります。

【当院での人工股関節置換術に関して】

このように非常に良い治療法である人工股関節置換術ではありませんが、時として脱臼が問題になることがあります。股関節周囲には筋肉が多数あり、それと同様に色々なアプローチが存在します。後方アプローチが一般的ですが、股関節後方の筋肉を切ってしまうことにより脱臼もしやすくなります。

当院では前側アプローチを採用しております。仰向けで行い、8cm〜10cm程皮膚を切開を加え、筋肉の間から股関節に進入します。筋肉・腱を完全に温存するため、脱臼はほとんどせず、術後のリハビリテーション、その後の生活もしやすくなります。

また、当院ではCT検査でとった画像を元に専用のソフトをつかって3次元での術前計画を行います。実際に人工股関節が患者様の体内にどのように入るかがあらかじめわかるため、当然手術の精度も高まります。

現在十日町病院では4人の整形外科の医師がおり、他職種と協力しながら毎日診療と手術を行っております。今回お話しした股関節のみならず、腰痛や手足のしびれなど、筋肉や骨、関節などで何か悩んでいることがありましたら予約の上、気軽に当院の外米へお越しください。何か方になれることがあれば幸いです。

四季の彩 (夏)

東立十日町病院 広報誌

令和2年9月11日に新病棟が開院します



地域連携センター(1階)

地域連携センター、整形外科外来は一足先に新病棟1階に移転しました。



大変長らくお待たせいたしました。新十日町病院のお披露目の日がとうとう近づいてまいりました。おそろしく今までも先進的で、綺麗で、アットホームな病院に生まれ変わります。「しっかりとと急性期をこなし、しなやかに包括ケアを支える」そんな妻有地域の中核病院をめざしていきたく思いますので、これからも皆様方のご声援ご協力をよろしくお願ひ申し上げます。

整形外科外来(1階)



十日町病院長 吉嶺文俊

新病棟への移転に伴うお知らせ

- 令和2年9月7日(月)～9月10日(木) 外来休診及び救急受入停止
- 令和2年9月8日(火) 入院患者移送
- 令和2年9月11日(金) 新病棟開院及び外来診療開始

病室



スタッフステーション

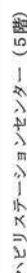


レストラン・ラウンジ(7階)



新病棟への移転についてのお問い合わせ
十日町病院 経営課
☎ 025-757-5566 (病院代表)

リハビリステーションセンター(5階)



外来診療科一覧表

令和2年8月1日現在

科別	担当別	月	火	水	木	金
内 科	新患 O3	堀 好寿	角道祐一	角道祐一	黒川 允	黒川 允
	A06	廣田菜穂子	角道祐一	黒川 允	黒川 允	黒川 允
	A07	渡邊 誠	黒川 允	黒川 允	黒川 允	黒川 允
	A08	角道祐一	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科
	A09	角道祐一	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科
	その他	角道祐一	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科
	内科	角道祐一	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科
	内科	角道祐一	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科
	内科	角道祐一	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科
	内科	角道祐一	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科	腎臓内科
外 科	新患 A01	福成博幸	水戸正人	林 哲二	福成博幸	林 哲二
	A02	福成博幸	水戸正人	林 哲二	福成博幸	林 哲二
	E 43	村岡 治	福原 宗	村岡 治	福原 宗	福原 宗
	E 42	倉石達也	福原 宗	倉石達也	福原 宗	福原 宗
	E 41	小菅 直人				
	産科 C24	小菅 直人				
	産科 C22	小菅 直人				
	産科 C28	小菅 直人				
	産科 C29	小菅 直人				
	産科 D33	小菅 直人				
整形 外科	新患 E41	倉石達也	福原 宗	倉石達也	福原 宗	福原 宗
	E 43	村岡 治	福原 宗	村岡 治	福原 宗	福原 宗
	E 42	倉石達也	福原 宗	倉石達也	福原 宗	福原 宗
	E 41	小菅 直人				
	産科 C24	小菅 直人				
	産科 C22	小菅 直人				
	産科 C28	小菅 直人				
	産科 C29	小菅 直人				
	産科 D33	小菅 直人				
	産科 D37	小菅 直人				
産科	新患 E41	倉石達也	福原 宗	倉石達也	福原 宗	福原 宗
	E 43	村岡 治	福原 宗	村岡 治	福原 宗	福原 宗
	E 42	倉石達也	福原 宗	倉石達也	福原 宗	福原 宗
	E 41	小菅 直人				
	産科 C24	小菅 直人				
	産科 C22	小菅 直人				
	産科 C28	小菅 直人				
	産科 C29	小菅 直人				
	産科 D33	小菅 直人				
	産科 D37	小菅 直人				
眼科	新患 E41	倉石達也	福原 宗	倉石達也	福原 宗	福原 宗
	E 43	村岡 治	福原 宗	村岡 治	福原 宗	福原 宗
	E 42	倉石達也	福原 宗	倉石達也	福原 宗	福原 宗
	E 41	小菅 直人				
	産科 C24	小菅 直人				
	産科 C22	小菅 直人				
	産科 C28	小菅 直人				
	産科 C29	小菅 直人				
	産科 D33	小菅 直人				
	産科 D37	小菅 直人				

【受付時間】 午前8:30～午前11時(但し下記を除く)

- 整形外科 予約制 (平日午前9時～午後4時30分 電話受付)
- 外科 午前8:30～午前10時
- 小児科 午前8:30～午前10時30分
- 眼科 午前8:30～午前10時30分(水曜日)

【特殊外来】 小児科

- 小児慢性疾患(休日) 午後2時30分
- 乳児検診(毎週水曜日) 午後2時30分
- 1か月検診(毎週火曜日) 午後1時30分
- 予防注射(毎週水曜日) 午後2時00分
- ヘルメット外来(第1木曜日) 午後1時～4時
- 助産外来(毎週水/第1・3金曜日) 午後2時
- 1か月検診(毎週火曜日) 午後1時～3時
- フォローアップ外来(毎週水曜日) 午後1時～4時(休止)
- 母乳相談室(要相談)
- バビスター教室(第2・4金曜日) 午後1時30分～4時(休止)
- 皮膚科 予約制(毎週火曜日) 午後2時～

お問い合わせ先
新島県立十日町病院 広報委員会
〒948-0065
十日町市高田町3丁目南32番地9
TEL: 025-757-5566
FAX: 025-752-3955

編纂後記
今年の夏は新型コロナウイルス・長雨と夏前線ですが、いよいよ夏本番です。体調管理をしっかりし、熱中症に気を付け、暑さを乗り切りましょう。皆様からの声で嬉しやすしい職場づくりを目指してまいりますので、ご意見・ご感想を気軽にお寄せ下さい。

向日部



四季の彩 (秋)

県立十日町病院 便り

2020.11

県立十日町病院 広報誌



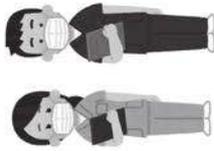
- 病院の理念 「命の尊厳・信頼と安心の病院」を目指して**
- ・患者さんを中心とする医療の展開と、安全管理に努めます
 - ・高度医療の充実と、救命救急医療の機能強化に努めます
 - ・地域の中核的な病院として、他の医療施設との連携に努めます
 - ・働いさと思ひやりのある接遇と、医療技術の研究に努めます
 - ・安らぎと潤いのある、快適な療養環境の提供に努めます

令和2年9月11日より、新病院が開院しました。新病院の概要について紹介します。

医療の効率を高め、患者満足度の高い病院

施設の配置は、各部門を集約配置した明快な構成とし、また、内装やサインは部門・病棟ごとにアクセントカラーを設定し、利用者にわかりやすいように配慮しています。さらに、患者利用エリアと医療スタッフ専用エリアのゾーン分けを行い、院内動線の効率化を図っています。

病室には天井から床までの大きな窓を設置し、明るく親しみやすい療養環境を実現しています。



地震、災害に強く安全性の高い病院

大地震時にも病院として十分な機能確保が図られるように免震構造を採用しています。エントランスホールや講堂は、大規模災害時に被災者に対する効率的かつ適切な医療を提供するためのトリアージスペースや処置スペースとして活用できる構造になっています。



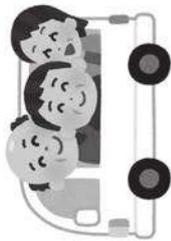
冬季の豪雪と共生する病院

十日町市は日本有数の豪雪地帯であるため、冬季の雪対策も行ってまいります。屋上には雪庇切アエンスや消雪装置を設置し落雪防止を図っています。屋外駐車場全面には消雪装置を敷設し、積雪時も支障なく利用できるように整備していきます。



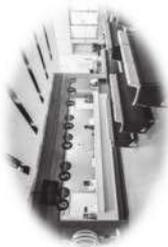
雪庇切アエンス

消雪装置付き駐車場



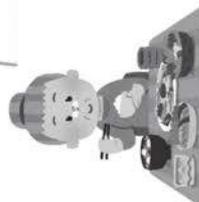
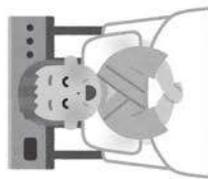
インテリアデザイン

エントランスホール・総合受付は異素材を壁面に用いた温かみのある親しみやすい空間としました。外来待合室は、患者さんが認識しやすいサインを設置し、間接照明により明るく落ち着いた待合空間としました。



入院室は木目調のベッドサイドウォールを採用した落ち着きの内装とし、4床でもベッド毎に照明・空調制御が可能です。

各病棟には、病棟談話室があり面会時の休憩に使用したり入院患者様の食事スペースとしても利用します。来春オープン予定のレストラン・ラウンジでは信濃川の河岸段丘を展望できます。



県立十日町病院 便

県立十日町病院 広報誌

2021.2



- 病院の理念「命の尊厳・信頼と安心の病院」を目指して
- ・患者さんを中心とする医療の展開と、安全管理に努めます
 - ・高度医療の充実と、救命救急医療の機能強化に努めます
 - ・地域の中核的な病院として、他の医療施設との連携に努めます
 - ・働きたいやりのある接遇と、医療技術の研鑽に努めます
 - ・あらざと関心のあふ、快適な療養環境の提供に努めます
 - ・改善に積極的に取り組む、経営の健全化に努めます



明けましておめでとうございませう。今年もよろしくお願ひ申し上げます。

2021年(令和3年)1月1日外は大雪です。街から音が消え真っ白で静かな正月です。今年はいつともとは違っ過ごしが求められています。不要不急な外出は控え、できるだけ家族と共に過ごす stay home、自宅での tele work など従来の働き方と違う様々な取り組みが行われています。2020年は当初より COVID-19 に振り回された1年でした。2019年未頃から中国・武漢を中心に原因不明の肺炎が広がり、2020年1月には武漢市当局が患者情報を発表。海鮮市場閉鎖。2月上旬クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス」が横浜港に寄港。船上での検疫にて多数の陽性者が判明また死亡者も確認されましたが、WHO はこの時点で「パンデミックには該当しない」との声明を出していました。3月に入るとヨーロッパを中心に感染は拡大、日本でも感染者は増加。東京五輪・パラリンピックの延期決定。コマedian志村けんさんが新型コロナウイルスに感染して死去。4月に緊急事態宣言発動。5月のゴールデンウィークには遠出を控えることできず、私は深緑のなか散歩の毎日でした。

現在日本の1日の感染者数は3000人、東京では1000人に迫る勢いだ、1月1日にこの原稿で書いているのが12月31日1日には4500人、東京は1300人以上の感染が確認されています。感染拡大が止まらない首都圏の4知事は緊急事態宣言の発令を要請。しかし、日本よりPCR検査数が多いドイツでは都市のロックダウンを行って日本とは違って感染制御には至っていません。コロナウイルスの制御には3密の回避とワクチン供給までの都市隔離、その後のワクチン接種に期待が寄せられますが、これは一国だけの問題ではありません。

これからはウイルス制御後も世界規模で少しずつ社会のあり方、コミュニティ、ライフスタイルが変わっていき、15-20年後を目標として水素エネルギーなどを用いた脱炭素社会・再生エネルギーへの取り組みが社会の変化に追い打ちをかけていくと思われまます。

2020年大晦日の紅白で松田聖子さんが「珊瑚色の地球」を歌いました。

夜明けの来ない夜は無いさ

あなながボツリ言う

煙台の立つ脚で

明け海を見ていた

“夜明けの来ない夜は無い” いい言葉です。

(作詞：松本隆)

副院長 福成博幸



四季の彩 (冬)



あなたはまだ、「たかがつわり」と思っていないませんか？

根性論や武勇伝は、マタニティハラスメントですよ ～ 産婦人科部長 小菅 直人



つわりは、多くの妊娠女性が経験し、ドラマなどで妊娠の徴候として表現されることが多いでもポピュラーな妊娠の初期症状です。しかし、その一方でつわりは病気になるというふうな、ひどいものも昔の認識を未だにもっている方も多く、妊娠女性が少ないのが現状です。職場や家庭、社会全体に「つわり」の理解が広がり、女性が妊娠しやすい環境を整えることは、妊婦さん本人の精神的ストレスが緩和されるだけでなく、女性、出産にもなる人材喪失の防止や少子化改善も期待されます。

妊娠時に仕事をしていた女性 500人を対象としたあるアンケートでは、妊娠 2ヶ月以内に職場に妊娠を報告した女性は約45%と半数以下です。流産の時期が過ぎ、安定期になるまで報告を控えていることが要因と推測されますが、つわりが妊娠 2ヶ月(妊娠 5～6週)から発症することを考えますと、少なくとも数週間は、妊娠していることに気づいてもらえないまま、体調不良を我慢して働いていることとなります。更に妊娠中に仕事を辞めた最大の理由(約30%)は、つわりによる体調不良となっており、自身のキャリアや人生に大きな影響を与えますが、今後のことをゆくりと考へる時間のないまま、重いつわりが襲ってくる場合もあり、家族や職場からつわりへの理解が得られない状況では、心身への負担はますます大きくなります。つわりへの理解が得られない一方で、ひと月以上飲まず食わず、ほぼ寝たきりの状態で点滴によって1日1日を何とか乗り越えている方もいます。妊娠を強く望んでいた女性でさえも、あまりのつわりの辛さゆえ、中絶が強要による場合もあり、無事に出産に至ったとしても次の妊娠に踏み出せない方もいます。残念なことではありますが、職場への影響を気にして仕事を辞めざるを得ない、心ない言葉やかけられ、諦めざるを得ない方もいます。「私(もしくは妻)達の頃はつわりがいらしや体めなかった」「つわりは気の持ちよう」「妊娠は病気じゃない」「人が少ないから今休まれたら困る」「自分が欲しくて妊娠したんで」「休むのであれば、休職ではなく、一旦解雇の扱いになります」など、ハラスメントや法律違反となります。

一方で妊娠中仕事を控えることも助かったことは何ですか？ というアンケート(複数回答可)では、約60%が上司や同僚からの配慮、約50%が夫からの協力、約40%が実母(実家の協力)という結果となっており、職場や家族の理解が、妊娠女性の大きな支えになっていることがわかります。

つわりは妊娠初期に悪心、嘔吐、胸やけ、倦怠感、眠気、寒気、唾液分泌過多などの症状を認め、これらの症状が重篤化し、5%以上の体重減少、代謝異常など全身状態が障害された場合を悪阻と言います。頻度は50～80%と高く、入院治療を要するものは全妊娠の1～2%です。明らか原因は現在不明で、合併症として嘔吐による電解質異常や機軸平衡の異常、ビタミンB1欠乏によるWernicke脳症、脱水による血栓塞栓症があります。

生活指導として、少量頻回の食事・水分摂取や、臭いの少ない食べ物、しょうがの摂取、マルチビタミンの摂取が有効とされます。治療には、補液やビタミンB1、B6、メトプロプラミド、薄方薬(小半夏加茯苓湯など)が用いられますが、その効果は限定的です。ヒスタミンH1受容体拮抗薬、セロトニン5-HT3受容体拮抗薬(オンダンセトロン)は比較的效果が望めますが、本邦では適応外使用となります。

男女雇用機会均等法や労働基準法で、妊娠中の勤務緩和や休憩に関する措置、本人が請求した場合には経費業務への転換、時間外や休日・夜間業務の制限などの規定があることから、事業主はこれらの措置を受けたいことを理由として解雇・降格・減給・契約変更などの不利益な取扱いを行うことは禁止されています。妊娠、出産に関するハラスメントも近年社会的に問題となり、平成29年には、事業主は職場における妊娠、出産等に関するハラスメントを防止する措置を講じなければならぬと改正されました。

つわりのある妊婦自身が、周囲への影響やハラスメントなどを心配して、仕事を頑張らざるを得ない状況に陥ることも、職場の認識が変化せず、その後には妊娠した女性も、同様に無理をし続けなくてはならないという負のスパイラルを生じます。産婦人科医としては、職場や社会を理解してもらったためにも、必要以上に無理をせず、早めの勤務緩和や休業の診断書(母性健康管理指導連絡カード)を記載するように心がけていますが、妊娠したときはお互い様という気持ちで、妊娠女性への配慮が当たり前の社会になることを願う次第であります。



四季の彩 (冬)



整形外科からのお知らせ



県立十日町病院 整形外科部長 倉石 達也

お知らせ

当院は日本手外科学会基幹研修施設に認定されました。

日本手外科学会基幹研修施設には手外科専門医が常勤として在籍し、豊富な「手外科治療」を必要とする症例がある」ことが求められています。治療を通じて社会に貢献し、手外科専門医の育成にも力を注いでいきたいと考えています。



お願い

今年度は雪が多いようですね。除雪作業、雪下ろしは安全に行いましょう。

<除雪関連外傷に関する当院からの論文>

平成26年度に発生した除雪関連の外傷は107例。そのうち雪下ろし中に受傷する外傷が49例。

雪下ろし外傷はその他除雪外傷と比べて重症が多い。医療費は2,000万円以上を要する。

奥村ら、県立十日町病院 東日本整形外科学会 29(1), 88-72, 2017



不運にも起こってしまった怪我については十日町病院のスタッフは誠意を持って全力で対応させていただきます。皆様方が怪我をせずに健康に生活できることを心より願っております。



四季の彩 (冬)



診療科一覧表

科別	担当別	月	火	水	木	金
内科	新担当 B1.8	堀 好寿	齋藤 悠	角道祐一	黒川 本	渡邊 誠
	B1.2	藤田菜穂子	堀 好寿	角道祐一	黒川 本	齋藤 悠
	B1.1	渡邊 誠	黒川 本	黒川 本	齋藤 悠	齋藤 悠
	B1.4	角道祐一	齋藤 悠	黒川 本	黒川 本	黒川 本
	B1.5	齋藤 悠	黒川 本	黒川 本	黒川 本	黒川 本
	B1.9	黒川 本				
	B1.3	黒川 本				
	内科	大学医師	大学医師	大学医師	大学医師	大学医師
	内科	藤田菜穂子	藤田菜穂子	藤田菜穂子	藤田菜穂子	藤田菜穂子
	内科	齋藤 悠				
外科	内科	外科	外科	外科	外科	外科
	新担当 A.03	水戸正人	水戸正人	水戸正人	水戸正人	水戸正人
	内科 A.02	福原 宗				
	E.4.3	村岡 治				
	E.4.2	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	新担当 E.4.1	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科 C.2.4	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科 C.2.2	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	小児科 D.3.8	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科 C.2.9	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
小児科	整形外科 D.3.3	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	D.3.1	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	D.3.2	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	D.3.7	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也
	整形外科	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也	黒石達也

【受付時間】
 午前8時30分～午前11時(但し下記を除く)
 午後8時30分～午後4時30分(電話受付)
 午前8時30分～午前10時
 午前8時30分～午前10時30分
 午前8時30分～午前10時30分(水曜日)
 午前8時30分～午前11時/午後1時30分～午後4時

【診療科目】
 小児科
 整形外科
 内科
 産科
 皮膚科

【特別外来】
 小児科
 整形外科
 内科
 産科
 皮膚科

【お問い合わせ先】
 新島県立十日町病院 広報委員会
 〒948-0065 十日町市高田町3丁目32番地9
 TEL: 025-757-5566
 FAX: 025-752-3955

各部門の報告

新潟県立十日町病院

令和2年度 薬剤部 成果報告

薬剤部長 高橋 克栄

1. 構成員

薬剤師：9名 技術員（調剤助手）：1名

2. 薬剤部の動向

「患者と医療スタッフに信頼され必要とされる薬剤部」を基本理念に、医薬品安全使用につながる薬剤管理指導業務と病棟薬剤業務を展開し、新病棟移転に向けた業務等、チーム医療へ積極的に参加した。前年度に比べ薬剤管理指導算定件数は若干増、病棟薬剤業務は継続しつつ、年休取得日数、超過勤務時間も改善され、ライフワークバランスの充実に努めることができた。

後発医薬品の使用促進は、数量シェア・カットオフ値の増、薬品費の削減を指標に、薬事委員会に切替提案を積極的に行った。また医薬品使用状況の報告にてフォーミュラリーの作成や推進を図った。薬剤部員はコロナ禍の状況でも、演題発表、研究、資格維持等の自己研鑽に努めた。

3. 令和2年度 BSC 評価

【財務の視点】

○病棟業務の取り組み

- ・病棟薬剤業務；継続実施
- ・薬剤管理指導業務；薬剤管理指導算料定件数：対前年度比：100.1%

○後発医薬品採用の取り組み

- ・後発医薬品の使用状況：後発医薬品使用体制加算Ⅰの要件をクリア

○管理品目の見直し・整理；管理品目数は1,110品目

経済的視点を踏まえた見直しを行った。

【顧客の視点】

○安心・安全な医療の提供

- ・病棟薬剤業務：新病棟の薬剤準備室を活用し、迅速な対応を図った。
- ・薬剤管理指導業務実施率：目標には届かないが、前年度をやや上回った
- ・無菌製剤処理調製件数：抗がん剤調製はすべて薬剤部にて実施した。

○職員のライフワークバランスの実現

- ・超過勤務時間、年休取得日数、前年度よりさらに改善した。

【内部プロセスの視点】

○チーム医療への貢献：回診同行、院内委員会へ毎回参加した。

○医療安全への貢献；セーフティマネージャー1名

【学習と成長の視点】

○有資格数：延べ18

○院内学習会 講師：糖尿病、静脈注射、麻薬管理、等の医薬品関連

○院内研修の参加回数：22回/人

患者様と医療スタッフに信頼され必要とされる薬剤師を目標とします												
①ワークライフバランスの実現 ②病棟薬剤業務の充実 ③新病棟移転に向けての業務展開												
多職種との連携機能強化、薬運連携の機能強化、専門性の向上、部内体制の安定												
基本理念	運営方針	テーマ	戦略目標	重要成功要因	業績評価指標	H30目標	H30実績	R01目標	R01実績	R02目標	R02実績	アクションプラン
財務の視点	戦略マップ	収支均衡	病棟業務の充実	薬剤管理指導業務 病棟薬剤業務の実施	薬剤管理指導料の算定件数 全病棟の薬剤師滞在時間 (病棟薬剤業務実施加算)	300件/月 20時間/週以上	388件/月 継続実施	300件/月 20時間/週以上	363件/月 1病棟当たり 21.41h/w	350件以上/月 20時間/週以上	365件/月 1病棟当たり 20.8h/w	新病棟の薬剤準備室を活用し病棟滞在時間の延長を図る
			医薬品の適正管理	後発医薬品使用推進	後発医薬品の導入率(数量シェア) カットオフ値	85%以上	89.3%	85%以上	91.9%	91%以上	94.9%	後発品の新規発売時に薬事委員会に提案 薬事委員会に際り院内フォーミュラワーを推進する 薬品の新規採用時に採用品を見直す
顧客の視点	患者・地域の満足度向上	患者満足度の向上	医薬品の適正管理	採用品目の整理	管理品目数	現状維持	1,089品目	現状維持	1149品目	1100品目	1110品目	総合的な見直し年1回 採用銘柄の多い薬効群を順番に見直す 新採用時に既存の採用品と比較する
			患者満足度の向上	医薬品破損減	資産減耗費の減	薬品費の0.30%	薬品費の0.30%	0.30%	0.22%	0.22%	年4回定期巡回による不良在庫点検 保管転換の積極的活用	
内部の視点	医療の質向上(チーム医療への積極的参加)	職員満足度の向上	地域満足度の向上	地区薬剤師会との連携	情報交換会の開催	0	0	1	0	年1回以上	3回	Web会議の活用 外来がん化学療法会の開催 健康フェイル、うおぬまマイネットの活用に関連を図る
			部員満足度の向上	業務プロセスの見直し	超勤時間の削減	36違反	0	0	1	0	10h以下/人/月	12h/人/月
学習の視点	成長	人材育成	チーム医療へ積極的参加	資格を生かした配置	委員会活動参加	5人	5人	5人(1病棟1人)	5人(1病棟1人)	5人(1病棟1人)	5人(1病棟1人)	フロア一業務との調整を図る
			意識改革 薬剤師として成長	多角的な知識獲得	院内学習会の開催(医薬品DI含む)	院内研修会の参加	院内研修会の開催(医薬品DI含む)	月1回	月1回	15回	月1回以上	12回
成長	人材育成	基本業務の習得	専門性の向上	資格の取得・維持	取得・更新・継続の資格の数	20件	有資格:延12 取組中:3人	1人1資格以上	新規取得:延5 有資格:延18	1人1資格以上	(有資格:延18) 2資格/人	人材育成型評価を活用し、取得目標および取得までの過程を明確化する 新規取得の目標を持つ フロア一業務をローテーション化し個々が全業務を実践できるようにする
			継続的なOJT	担当業務のローテーション	2回/年	4回	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年	3回/年

学術活動 2020年度

【薬剤部】

日付	学会名・研修会名	会場	出席者	発表者	発表演題
2020/4/7	医療安全から見た整形外科医の薬物療法—慢性腰痛症・変形性関節症を中心に—	ラポート十日町	山澤一輝		
2020/6/24-26	医療安全基礎講座2020	東京 Web参加	本間亜紀		
2020/9/12	第68回日本化学療法学会総会	神戸 Web参加	星初美		
2020/10/21-23	第59回日本癌治療学術集会	京都 Web参加	牛腸明広		
2020/10/21	第69回日本感染症学会東日本地方学術集会、第67回日本化学療法学会東日本支部総会	東京 Web参加	星初美		
2020/10/31	日本病院薬剤師会 関東ブロック第50回学術大会	Web参加	山崎夏美 福田宏次		
2020/11/5	日本感染症学会西日本地方学術集会、日本感染症学会中日本学術集会、日本化学療法学会西日本支部総会	福岡 Web参加	星初美		

院内講師 2020年度

【薬剤部】

日付	講師名	主催	講演演題	参加人数
2020/5/12	星 初美	看護部	新人看護師研修(適正な麻薬の取り扱い)	11
2020/7/1	牛腸明広	2F看護師	テセントリク+アブラキサン療法 2F説明	15
2020/7/3	山澤一輝	各病棟、OP室、内視鏡室、外来看護師	認知症高齢者の対応力向上研修 不眠時、不穏・せん妄時の薬	8
2020/7/8	福田宏次	看護部	薬剤の基礎知識と管理(静脈注射に関する研修)(集合研修に替えて資料配付)	9
2021/2/1	福田宏次	感染対策部会	抗菌薬適正使用講習会①	全職員 (資料配付)
2021/3/24	山澤一輝	医局	入院患者の持参薬の現状	20

令和2年度放射線科成果報告

診療放射線技師長 小島 靖之

1.放射線科人員体制

診療放射線技師 12名 受付事務員2名
 (X線CT撮影認定診療放射線技師 1名)
 (検診マンモグラフィー撮影認定診療放射線技師 1名)
 (放射線治療専門放射線技師・放射線治療品質管理士 1名)

2.保有撮影装置

一般撮影装置	3台	64列マルチスライスCT	1台	1.5テスラMRI装置	1台	血管撮影装置	1台
核医学診断装置	1台	X線TV装置	2台	回診用撮影装置	4台	マンモグラフィー撮影装置	1台
歯科用撮影装置	1台	骨密度測定装置	1台	画像処理ワークステーション	2台	術中イメージ装置	3台

新規導入器機

撮影装置



歯科装置



核医学装置



内視鏡テレビ装置



3.令和2年度成果報告

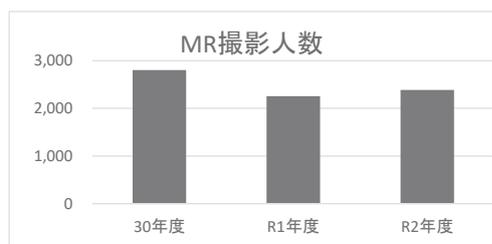
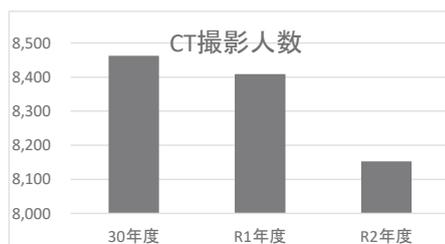
本年度は、コロナ禍と病院の9月新築移転に伴い、業務制限があった状況でX線撮影件数は、約10%程減少しましたが、CTに関しては若干の減少、MRIに関しては、逆に増加しました。移転に伴い一般撮影、歯科用、核医学、X線TVが更新され業務の効率化が図られたと思います。

又、BSCにも上げた、ペーパーレス化、CT診療材料のコストダウンと経費の削減に努めまし
 救急対応に関しては、限られた人数の中で拘束体制をくみ365日対応していま
 時間外の撮影件数は相変わらず多い状況に変わりありません。
 引き続きスタッフの健康に留意して妻有地区の医療体制に貢献できる様にごんばります。

区分	X線撮影(件数)				ポータブル(件数)			骨塩定量 (人数)
	単純撮影	造影撮影	MMG	計	病棟	手術室	計	
30年度	45,400	5	514	45,919	4,884	2,406	7,290	895
R1年度	43,307	13	448	43,768	5,709	2,219	7,928	1,038
R2年度	39,288	2	384	39,674	5,836	1,916	7,752	1,024

区分	CT(人数)				MRI(人数)			核医学 (人数)	パントモ (人数)
	単純CT	造影CT	CTA	計	単純MR	造影MR	計		
30年度	5,649	2,761	53	8,463	2,534	269	2,803	77	772
R1年度	5,594	2,747	68	8,409	2,019	240	2,259	72	871
R2年度	5,406	2,694	53	8,153	2,150	238	2,388	101	696

区分	血管造影(人数)			X線TV(人数)				
	DSA	IVR	計	単純透視	消化管	脳脊髄	その他	計
30年度	7	4	11	571	579	11	357	1,518
R1年度	3	0	3	655	640	2	316	1,613
R2年度	0	0	0	634	621	2	262	1,519



4.年度別の時間外撮影人数比較

	休日日中(撮影人数)	時間外(撮影人数)	深夜時間(撮影人数)	合計人数
H30年度	2,052	2,649	682	5,383
R1年度	2,153	2,751	882	5,786
R2年度	1,906	2,524	732	5,162

令和2年度十日町病院 放射線科BSC

診療放射線技師長 小島 靖之

目 標	目 標	重要成功要因	重要業績評価指標	担当者	30年度実績値	令和元年度実績値	令和2年度実績値	達成度	アクションプラン
地域中核拠点病棟の放射線部門として、患者さんに安心、安全な検査を実施し、最良な画像診断情報を毎日24時間提供します。	①患者さんに親切、丁寧に対応し、安心安全な検査を実施します。②最良の画像診断情報を迅速に提供します。③他部門との連携、信頼関係の強化に努めます。④自己研鑽に努め、良き医療人を目指します。								
財務の視点	<ul style="list-style-type: none"> 経営の安定 収益の増加 経費の削減 	<ul style="list-style-type: none"> 検査人数の増 院外依頼件数の増加 超勤時間の削減 ペーパーレス化 	<ul style="list-style-type: none"> CT撮影人数 MR撮影人数 骨密度検査人数 院外依頼件数 実績超勤時間 紙、インクトレーの削減 CT/MR診療材料コストダウン 	技師長	8,463人 2,803人 895人 568人	8,409人 2,259人 1,038人 508人	8,153人 2,388人 1,024人 394人	△ ○ △ △	<ul style="list-style-type: none"> 医局へのアピール CT/MR装置の筐体みも稼働 効率的な撮影プロトコルの作成 検査枠の拡大 定期的な撮影人数確保(最短4月に1回の算定) 地域連携室との連携強化 時間外の救急撮影以外の超勤を減らす R1.4月より依頼指示箋印刷取りやめ R2.2月より同じ性能で安価な物に切り替え 患者氏名生年月日の確認 ネームバンドの活用 検査指示コメントの確認 全員でインジデント事例の対策を考へ共有する 指差し呼称確認の実施
顧客の視点	<ul style="list-style-type: none"> 安心・安全な検査の実施 地域拠点病院としての信頼度強化 	<ul style="list-style-type: none"> 安全意識の定着 救急対応の強化 接遇技術の向上 	<ul style="list-style-type: none"> アキシデント件数 インジデント件数 24時間撮影体制の維持 接遇講習会への参加 非難投書件数 	副技師長 副技師長 接遇委員	0件 6件 維持 2人 0件	2件 6件 維持 2人 2件	0件 4件 維持 資料配布 0件	○ ○ ○ ○ ○	<ul style="list-style-type: none"> 『自己紹介してから撮影』を徹底 『丁寧な案内』を心がけ、実践する 情報交換と共有
内部プロセスの視点	<ul style="list-style-type: none"> 情報の共有 安全性の維持 検査の質の向上 	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝のミーティング 研修会に参加したら復命書での伝達講習 機器の保守管理 良質な画像の提供 適正線量での撮影 	<ul style="list-style-type: none"> 復命書での伝達講習の回数 定期点検契約 始業前点検実施 スポット点検の実施 装置故障による検査中止回数 画像のダブルチェック 診断参考レベルの順守 	副技師長 各担当主任 副技師長	8回 実施 毎日 実施 1回	16回 実施 毎日 実施 0回	0件 実施 毎日 実施 0回	× ○ ○ ○ ○	<ul style="list-style-type: none"> 検査、撮影技術の教育、実践 後像作業の確実実施 プリセット条件の確認 検査点検の徹底 学会、研修会等に参加しやすい環境を整える コロナ禍でのWEB研修の活用 認定技師取得に向けたポイントの取得 読影勉強会の実施 科内勉強会及び研究発表
学習と成長の視点	<ul style="list-style-type: none"> スキルの向上 ストレスの無い職場作り 	<ul style="list-style-type: none"> 各種研修会参加 認定技師の育成 技師会、技術学会への入会 年休の取りやすい職場作り 無理の無い拘束勤務表作成 	<ul style="list-style-type: none"> 各種研修会参加回数 認定技師数 学会会員数 年休取得日数 病休取得日数 	技師長	22回 2名 5人 19.5日 病休0日	32回 2名 5人 15日 病休0日	11回WEB研修会 2名 5人 18日 病休0日	△ × × ○	<ul style="list-style-type: none"> 拘束明けの年休取得 時間休の活用 36協定の順守

令和2年度 放射線科 学術活動報告

月日	参加研修会	参加者	会場及び研修方法	備考
6月1日	科内学習会 RI WEB研修	6名	ZOOM	
6月4日	県病技師会放射線治療ワーキング	1名	ZOOM	
7月7日	科内学習会 (フジフィルム)	10名	放射線科内	条件運動に関する説明会
8月1日	院内学習会(医療安全研修)	14名	DVD研修	DVD研修
9月24日	院内学習会(感染研修)	4名	講堂	ZOOM
9月29日	県病技師会WEB研修 (コロナ対応)	8名	ZOOM	
12月3日	県病技師会WEB研修 (CT研修)	2名	ZOOM	
1月27日	県病技師会WEB研修 (診断参考レベル2020)	7名	ZOOM	
1月25日	放射線治療品質管理士講習会	1名	ZOOM	
2月中旬	院内学習会(医療安全)	14名	sompo研修(DVD)	
3月15日	院内学習会(感染)	14名	紙面研修	

令和2年度 臨床検査科BSC最終報告

令和3年3月末現在の成果

令和3年5月13日

1.財務の視点

- ① 適正な輸血検査の管理運用
 - ・輸血製剤破損金額は575,814円であり、昨年は551,750円で24,064円の増額であった。輸血療法委員会とタイアップして減額に努める。
 - ・備蓄数の縮少はO型RBCを4単位に定着している。
- ② 使用試薬費の縮減
 - ・棚卸の実施を9月末と3月末に行い0.748 0.668であり、昨年は0.761 0.916であり、昨年度および今年度上半期よりも共に在庫量の減少ができた。
 - ・使用試薬費の縮減は、昨年より1,674,133円の減額になった。
- ③ 検査依頼件数の増加
 - ・外注からの新規項目案内を医局に配布している。1,136件昨年度より増加であった。

2.顧客の視点

- ① 迅速な検査結果報告
 - ・遅延報告クレーム0件
- ② 年次休暇の取得
 - ・9.9日と昨年に比べ0.9ポイント減少した。
- ③ 業務支援
 - ・昨年度からの継続として行った。
 - 業務として、病棟・外来・OP室等の採血管在庫管理と勉強会を行った。
- ④ 安全体制の整備
 - ・アクシデント、クレーム投書数は無

3.内部プロセスの視点

- ① 部門間での運用の周知
 - ・定例科内会議は予定通り行われ12回開催
- ② 精度管理の向上
 - ・日本臨床検査技師会 D評価7ホトサーベイで3つあり、99.5点
 - ・日本医師会 脂質項目で4つのD評価があり、88.9点。目標達成できなかった。
- ③ 生理検査補助者の育成
 - ・1名 耳鼻科の聴力検査の継続ができた。
- ④ 採血補助業務の維持
 - ・新病院移行後の午後は検査室で行っているため、検体検査室の7名で対応している。

4.学習と成長の視点

- ① 検査項目の検討
 - ・目標2項目に対し、LDとALPの2項目を年度末までに変更できた。
- ② 学会・研修会への参加
 - ・新型コロナウイルスの影響によりほとんど参加できていない。Webで45回の参加
- ③ 科内会議・科内勉強会
 - ・科内会議後、勉強会を11回行った。4月が異動の関係上できなかった。
- ④ 業務改善等提案
 - ・新型コロナウイルスPCR院内導入と運用の1件

★全体としては目標を達成できていない項目が多かったと思われる。
昨年度と同様に新型コロナウイルスの影響で目標達成できなかった部分と精度管理でD評価があり、改善計画を立てる必要がある。

令和2年度 十日町病院 臨床検査科のBSC

ミッション
 ・知識を広く求め、学術、技術の研鑽に励み、患者様に信頼される検査室を目指します。
 ビジョン
 ・地域中核医療を担える専門性と多様性を備える検査室を目指す
 テーマ
 ・日勤、夜間と変わらぬ正確で迅速な検査結果の報告ができる体制構築

視点	戦略	目標	重要成功要因	業績評価指標	R2年度目標	実施プラン	最終評価 R3.3月末
財務の視点		血液製剤の適正使用 血液製剤の備蓄数見直し 医業収支の改善	血液製剤の適正使用 血液製剤の備蓄数見直し 使用試薬費の縮減 検査依頼件数の増加	<ul style="list-style-type: none"> 血液製剤破損金額の縮減 備蓄数の縮少 棚卸の実施 運用方法の見直し 新規外注項目の周知 	現状維持 適正備蓄 2回(0.800以下) 現状維持 4回	<ul style="list-style-type: none"> 適正使用についての注意喚起を徹底する。(看護部・医局との連携を強化する) 輸血療法委員会での検討 9月末、3月末に実施 部門毎の検討 医局へ新規外注項目案内を配布する 	R1 551,750円 R2 575,814円 O型RBC 4単位 R1年2回 (0.761 0.916) R2年2回 (0.748 0.668) 9回
		患者満足度の向上 安心・安全の医療	迅速な検査結果報告 年次休暇取得 業務支援 安全体制の整備 接遇向上	<ul style="list-style-type: none"> 結果報告遅延及び誤報告の件数(クレーム件数) 年次休暇取得日数 病棟支援充実 アクセシビリティ・クレーム投書数 	0件 13日 現状維持 0件	<ul style="list-style-type: none"> 追加検査の管理(依頼票使用の徹底と継続) TATの設定とシステム運用 夜間拘束勤務後の年次休暇取得の推進 病棟の採血管等の在庫管理支援 検査科への要望について対応 他業務の再訓練 接遇状況の点検 	R1 0件 R2 0件 R1 10.8日 R2 9.9日 現状維持 R1 0件 R2 0件
内部プロセスの視点		業務の効率化 検査の質向上	部門間での運用の周知 連携機能強化 精度管理結果の向上	<ul style="list-style-type: none"> 定例科内会議の実施 D評価 日本医師会評価点数 	12回 0 98点	<ul style="list-style-type: none"> 情報の共有と周知 活発な意見交換 検査機器の点検とメンテナンスの定期的実施 入刀間違いと、結果見間違いの防止(2人以上での確認実施) 	R1 12回 R2 12回 3(ファトサーベイの回答ミス) 日本臨床検査技師会評価点数 99.5% 新潟県評価点数 96.6% R1 0名 R2 1名 R1 3名 R2 7名
		生理検査補助者の育成 採血補助業務の維持	生理検査補助者の育成 採血補助業務の維持	<ul style="list-style-type: none"> 生理検査の補助者育成 採血業務支援 	補助者1名 採血担当4名	<ul style="list-style-type: none"> 内部研修時間の設定 採血研修会への参加 	
学習と成長の視点		内部改革 専門能力の向上	検査項目の検討 学会・研修会・ポランティアへの参加 講師派遣	<ul style="list-style-type: none"> 項目数 参加回数 学会発表、講師 	2 100回 2回	<ul style="list-style-type: none"> 医局との情報交換 検査科内部の状況把握 研修会への積極参加推進 検査科内相互の業務援助努力 	LDとALPの2項目 2月に変更を医局に通達 コロナ感染症のため参加できず
		職員モチベーション向上 知識と専門能力向上	科内勉強会 業務改善提案	<ul style="list-style-type: none"> 科内勉強会の実施回数 職員からの業務改善提案数 	12回 1件	<ul style="list-style-type: none"> 科内会議に合わせて定期的にを行う。個別順番の割り当て 職員から業務改善案を採用する。優れた改善提案を表彰する。 	R1 12回 R2 11回 コロナPCR院内導入

令和2年度検査科学術活動記録

参加日	氏名	場所	時間	内容
6月24日	筑波 聡	講堂	17:00～17:30	服部医師の研修報告
8月3日	筑波 聡	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	草間 孝行	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	原田 一	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	城田 信子	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	和智 順子	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	山本 絢子	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	桑原 早苗	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	小林 若菜	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	小熊 望	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	白井 里奈	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	本間 咲緒里	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
8月3日	高橋 明子	検査室	16:00～16:30	SOMPO 医療安全研修
9月24日	筑波聡	講堂	17:30～19:00	院内学習会(感染)
9月24日	原田一	講堂	17:30～19:00	院内学習会(感染)
9月24日	城田信子	講堂	17:30～19:00	院内学習会(感染)
9月24日	山本絢子	講堂	17:30～19:00	院内学習会(感染)
9月24日	白井里奈	講堂	17:30～19:00	院内学習会(感染)
10月14日	本間咲緒里	講堂	17:30～18:30	院内学習会(接遇)
10月14日	城田信子	講堂	17:30～18:30	院内学習会(接遇)
10月30日	桑原 早苗	講堂A	13:15～16:00	患者誤認防止研修
11月28日	原田 一	ZoomによるWeb参加	14:00～16:30	臨床微生物部門研修会
11月28日	山本 絢子	ZoomによるWeb参加	14:00～16:30	臨床微生物部門研修会
11月28日	白井 里奈	ZoomによるWeb参加	14:00～16:30	臨床微生物部門研修会
12月12日	本間咲緒里	ZoomによるWEB参加	14:00～16:00	Systemexセミナー(血液像)
12月12日	城田信子	ZoomによるWEB参加	14:00～16:00	Systemexセミナー(血液像)
2月24日	筑波 聡	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	草間 孝行	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	原田 一	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	城田 信子	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	和智 順子	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	山本 絢子	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	桑原 早苗	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	小林 若菜	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	小熊 望	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	白井 里奈	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	本間 咲緒里	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
2月24日	高橋 明子	検査室	12:30～13:00	SOMPO 医療安全研修
3月13日	草間孝行	ZoomによるWEB参加	14:00～15:10	中越支部講演会
3月13日	小熊望	ZoomによるWEB参加	14:00～15:10	中越支部講演会
3月18日	和智順子	ZoomによるWEB参加	19:00～20:45	中越地区心不全連携セミナー
3月18日	桑原早苗	ZoomによるWEB参加	19:00～20:45	中越地区心不全連携セミナー
3月18日	小林若菜	ZoomによるWEB参加	19:00～20:45	中越地区心不全連携セミナー
3月18日	小熊望	ZoomによるWEB参加	19:00～20:45	中越地区心不全連携セミナー

2020年度リハビリテーション科成果報告

リハビリテーション技師長 風間 美子

1.リハビリテーション人員体制

理学療法士7名（9月より9名に増員）、作業療法士6名、言語聴覚士2名、受け付け1名
計18名

2.2020年度BSC評価

【経営の視点】

- ・月平均実施単位数は平均15単位以上達成できたのはSTのみでPT,OTは病棟移転のための患者数の減少が大きく響き、目標達成はならなかった。
- ・総合実施計画書については昨年度より算定数を大幅に増やし、特に急性期の算定割合増加を重点的に取り組んだ結果、63%の算定率となった。
- ・地域包括ケア病棟のリハビリ対象患者が目標値には届かなかったものの、概ね達成できた。特に新病等移転後は常時30名以上の対象患者がいる状態が続き、Ⅱ期の段階で急性期病棟から地域包括ケア病棟に転棟するなど、急性期病棟の在院日数の減少に貢献した。

【顧客の観点】

- ・リハビリ見学は、新型コロナウイルス感染症対策で家族の来院が困難になったため、212件と減少した。家族が患者の動きを実際に見ないと、状況理解が進まないため、現在はZoomを活用したリハビリ見学が行われている。これにより、退院支援が順調に進むようになってきている。
- ・十日町市地域包括個別ケア会議には今年度も引き続き5名が助言者として参加した。県が進める地域包括ケア会議に参加することで、十日町市との連携を維持し地域課題についても取り組めるよう協力する。

【内部プロセス】

- ・超過勤務時間は新病院移転の業務などが多く目標を達成出来なかった。記録の効率化は図られてきている。年休は昨年度より増加したが、月1回の年休取得を今後も働きかけていく。
- ・インシデントレポートは15件と昨年より減少した。インシデントレポート提出することが当たり前のようになり、意識を変えていきたい。また、レベル2の報告がなかった事は職員のインシデントに対する意識付けがなされてきたいえるため、今後も継続できるようにしたい。
- ・医療安全に向けてリハビリ科単独で、リスクマネージャー、リスク担当委員が中心に急変時対応訓練を1回実施できた。
- ・今年度も新型コロナウイルス対策があり、職員の感染に対する意識を高めたが、慣れが生じないように引き続き感染対策に努めたい。

【教育と成長の視点】

- ・専門性の向上として院外研修会に参加し、各自が自己研鑽に努めた。新型コロナウイルス対応で年度前半の研修会が中止となるものが多かった。（研修会参加記録参照）
- ・3学会呼吸療法認定士の受験が新型コロナウイルス対応で延期となった。
- ・学会発表を1演題行った。学会もweb学会となっている。

2020年度 院外研修会

年月日	講演会	主催	会場	演者	演題名
1	2021/7/17 地域包括ケア会議 講演会	十日町市役所	十日町市医療福祉総合センター	見玉 信夫	興味関心チェックシートを知る
2	2021/11/20 地域包括ケア会議 講演会	十日町市役所	十日町市医療福祉総合センター	田辺 靖典	高齢者の言語障害 ～話すこと～
3	2021/2/13 第11回南魚沼リハビリテーション連絡会	南魚沼リハビリテーション連絡会	web	田辺 靖典	魚沼圏域における脳卒中と自動車運転支援の現状（十日町病院）について

2020年度 院内研修会

年月日	講演内容	講師
1	2021/4/5 新人看護師研修会 体位変換、移乗動作	眞田 裕樹
2	〃 新人看護師研修会 摂食、食事時の姿勢	福原 莉沙

2020年度 学会発表

年月日	学会、研修会名	会場	演者	演題名
1	2020/9/25～10/25 第54回日本作業療法士学会	web	見玉 信夫	リハビリテーション療法士のリスクマネジメントに対する意識調査

2020年度 研修会参加状況

年月日	研修会名	会場	参加者氏名	内容、講師
1	2020/6/21 地域ケア会議推進リーダー e-ラーニング	web研修	眞田 裕樹	介護保険のしくみとサービスについて
2	2021/7/18 地域ケア個別会議助言者研修	web研修	森田 鈴菜	地域包括ケア個別会議 助言のポイント 村山拓也先生他
3	2021/8/21 地域ケア個別会議助言者研修	web研修	梨本 英明	地域包括ケア個別会議 助言のポイント 村山拓也先生他
4	2020/8/25 3学会合同呼吸療法認定士講習会	web研修	由井 素子	呼吸療法認定士資格取得の研修 テキストに沿って実施
5	2020/9/23 第25回呼吸療法認定士認定講習会	web研修	藤木 美智	呼吸療法認定士資格取得の研修 テキストに沿って実施
6	2020/9/25～10/25 第54回日本作業療法士学会	web研修	見玉 信夫	演題発表
7	2020/10/11 新潟県言語聴覚士会プロダクト代表者会議	駅まえオフィス（*web参加）	田辺 靖典	各ブロックの地域ケア個別会議の実施状況等
8	2020/10/17～25 第38回東北理学療法学会	web研修	眞田 裕樹	セミナーと講演
9	2020/10/18 新潟県理学療法士会第109回研修会総会	web研修	眞田 裕樹	総会のみ参加
10	2020/10/18 新潟県理学療法士会第109回研修会	ガレソンホール	風間 美子	「人が育つ組織づくり」 岩村リハビリテーション病院 目崎保先生
11	2020/11/21 スポーツ活動支援部研修会	web研修	眞田 裕樹	機能的解剖学的見地から紐解くスポーツ外傷・障害 江玉 睦明先生
12	2020/12/14～27 高次脳機能障害リハビリテーション講習会	オンデマンド配信	藤ノ木 未佳	コロナ禍の今、高次脳機能障害のある人のためにできることを考える！
13	2020/12/19 地域ケア会議推進リーダー導入研修	web研修	眞田 裕樹	地域包括ケア会議における理学療法士の役割
14	2020/12/26-27 第2回 臨床実習指導者研修会(web研修会)in 新潟	web研修	見玉 信夫	臨床実習指導方法について
15	2021/1/23～2/19 地域包括ケアシステム構築委員会 研修	web研修	森田 鈴菜	介護保険、地域で活動するOTについて
16	2021/1/24 フレイル対策における人材育成 e-ラーニング	web研修	風間 美子	フレイルの現状と取り組み 他
17	2020/1/26 十日町市中魚沼郡医師会学術講習会	web研修	市村 俊和	生活習慣病対策としての運動療法
18	2020/1/26 十日町市中魚沼郡医師会学術講習会	web研修	岩井 ひかる	TCCリハビリ科取り組み、糖尿病とコロナについて
19	2021/1/26 十日町市中魚沼郡医師会学術講習会	web研修	田辺 靖典	エビデンスに基づく糖尿病の食事・運動療法アップデート 他
20	2021/1/23～2/19 地域包括ケアシステム構築委員会 研修	web研修	藤ノ木 未佳	介護保険、地域で活動するOTについて
21	2021/2/13 第11回南魚沼リハビリテーション連絡会の研修会	web研修	風間 美子	自動車運転支援について
22	〃	〃	福原 莉沙	〃
23	〃	〃	田辺 靖典	〃
24	〃	〃	眞田 裕樹	〃
25	〃	〃	藤ノ木 未佳	〃

2020年度 研修会参加状況

	年月日	研修会名	会場	参加者氏名	内容、講師
26	2021/2/24	魚沼OT勉強会	web研修	見玉 信夫	〃
27	〃	〃	〃	梨本 英明	〃
28	〃	〃	〃	由井 素子	〃
29	〃	〃	〃	星 雄大	〃
30	〃	〃	〃	森田 鈴菜	〃
31	〃	〃	〃	眞田 裕樹	〃
32	2021/2/28	令和2年度第1回現職者共通研修会	web研修	見玉 信夫	日本作業療法士会生涯教育制度に基づく事例検討・事例報告の座長
33	2021/2/13~14	臨床実習指導者講習	web研修	星 雄大	臨床実習指導者の講義
34	2021/3/6	呼吸ケアフォーラム	web研修	市村 俊和	3学会合同呼吸療法認定士の講習
35	2021/3/6	呼吸ケアフォーラム	web研修	見玉 信夫	3学会合同呼吸療法認定士の講習
36	2021/3/6	呼吸ケアフォーラム	web研修	藤ノ木 未佳	3学会合同呼吸療法認定士の講習
37	2021/3/6	呼吸ケアフォーラム	web研修	眞田 裕樹	3学会合同呼吸療法認定士の講習
38	2021/3/6	呼吸ケアフォーラム	web研修	風間 美子	地域包括システムにおけるリハビリテーションを考える。
39	2021/3/10	つまり医療介護連携センター オンライン研修会	web研修	小杉 洋宏	〃
40	〃	〃	〃	福原 和沙	〃
41	〃	〃	〃	見玉 信夫	〃
42	〃	〃	〃	市村 俊和	〃
43	〃	〃	〃	長谷川 拓	〃
44	〃	〃	〃	眞田 裕樹	〃
45	〃	〃	〃	岩井 ひかる	〃
46	〃	〃	〃	星 雄大	〃
47	〃	〃	〃	風間 美子	立川、十日町、津南、小出の心不全の他職種連携 症例報告他
48	2021/3/18	中越地区心不全セミナー	web研修	市村 俊和	〃
49	〃	〃	〃	長谷川 拓	〃
50	〃	〃	〃	眞田 裕樹	〃
51	〃	〃	〃	眞田 裕樹	〃

令和2年度 栄養課成果報告

栄養課長 高橋 昌子

1. 栄養課構成員

管理栄養士 3名 正規調理師 6名 8時間臨時調理師 5名
6時間パート調理師 5名 6時間パート事務員 1名

2. 令和2年度 BSC 評価

【経営の視点】

・新病院移転やコロナ患者の受け入れ等により入院、外来ともに患者が減少したが、入院個人栄養指導は目標件数を大きく上回ることができた。糖尿病等の慢性疾患の栄養指導の他に低栄養、がん、嚥下食等さまざまな疾患、食種に対応したことが件数増加につながったと考える。今後も医師、看護師との連携を強化し指導件数を増加させたい。

・入院時の栄養管理計画書作成時に特別加算食の有無の確認を行うことで加算食割合を上げることができた。

・賞味期限の確認をきちんと行うことで廃棄食材費を減少することができた。

【顧客の視点】

・3分粥食とやわらか菜食の食形態を分けて提供するため、献立を増やし、患者一人ひとりに適した食事の提供に努めた。またバラエティーに富んだ食事を提供するため麺類や丼物等の献立を増やした。

・患者満足度調査を実施することができなかつたので次年度は実施したい。

【内部プロセスの視点】

・インシデント件数を減少させることはできなかつた。新病院移転後の業務の流れやチェック体制を見直し、次年度は減少させたい。また、インシデント発生時には速やかに記録し、なぜ起きたのかを分析し、対策の検討を行っていく。

・定期的にマニュアルの見直し、改善を行うことができた。

・NST 褥瘡委員会、緩和ケア委員会、糖尿病支援委員会、化学療法委員会等で多職種と情報共有し、連携した業務を行うことができた。

【学習と成長の視点】

・課内会議を利用し、調理師主体で班活動単位での勉強会を開催することができた。

令和2年度 県立十日町病院 栄養課BSC成果報告

<p>安心・安全な食事提供による適正な栄養管理を行い、調理師・管理栄養士の専門性を発揮してチーム医療に貢献します。</p>										
<p>健全な給食運営に基づき、患者満足度の高い治療食提供に努めます。 栄養管理・栄養指導の実践によりチーム医療への参画、患者・家族への栄養知識の啓発に努めます。</p>										
視点	戦略マップ	戦略目標	重要成功要因	業績評価指標	R1年度目標	R1年度3月末実績	R2年度目標	R2年度3月末実績	達成率%	アクションプラン
経営の視点	経費の節減	医療収支の増加 患者の確保	予算の適正な執行 栄養指導件数の確保 (加算算定件数増)	食料費の適正執行	一般食780円 特別食845円	一般食780円 特別食845円	一般食780円 特別食845円	100	適正発注、在庫管理の徹底、食数確認の徹底、見積もり合わせによる廉価購入	
				廃棄食材金額	—	42,877円/年	30,000円/年	122	消費期限確認の徹底、在庫管理の徹底	
	給食費請求漏れ確認	30件/年	56件/年	40件/年	98	食事開始電話連絡の入り確認の徹底、病棟への周知				
顧客の視点	患者サービスの向上	患者の確保	栄養指導件数の確保 (加算算定件数増)	外来個別指導件数	500件/年	557件/年	500件/年	83	定期的な栄養指導予約、外来との連携強化	
				入院個別指導件数	200件/年	242件/年	200件/年	146	CPの有効利用、病棟との連携強化	
				外来・入院集団指導件数	10件/年	20件/年	20件/年	30	担当看護師と連携強化、患者抱い上げ方法の確立、指導方法の確立	
内部プロセスの視点	安全管理の徹底	配膳ミス等の防止 衛生管理の徹底 業務の効率化	食事満足度の向上 患者QOLの向上	透析予防指導件数	150件/年	210件/年	200件/年	58	定期的な栄養指導予約、外来との連携強化	
				加算食の割合	—	23.70%	20%	119%	栄養管理計画作成時の病名と食種の確認及び入力修正 カンファレンス資料作成時の食種チェック及び入力修正	
				嗜好調査の実施	3回/年	3回/年	3回/年	0	食種別嗜好調査の実施、結果を献立および調理に反映させる	
多職種連携・携	医療の質の向上	専門性の向上 職員のスキルアップ	患者サービスの向上	嗜好調査食事満足度	90%以上	未実施	90%以上	0	病院食満足度調査実施、献立の見直し	
				患者ののさ苦情0	0件/年	1件/年	0件/年	100	献立の見直し、アセスメント・個人対応の実施	
				インシデント件数 (レベル1以上)	15件/年	30件/年	30件/年	90	ミーティング時の注意喚起と申し送りの徹底、各自の確実な点検（指差し呼称）	
長学の視点	専門知識・技術の向上	専門性の向上 職員のスキルアップ	配膳ミス等の防止 衛生管理の徹底 業務の効率化	厨房内細菌検査実施	—	0回/年	8回/年	63	定期的なDDチェッカーによる細菌検査の実施、検討	
				各種マニュアル見直し	4回/年	4回/年	4回/年 (9食種)	100	新病院に向けたマニュアルの作成、定期的な見直し、改訂	
				褥瘡・NST回診	—	23件/年	25件/年	120	多職種連携強化	
長学の視点	専門知識・技術の向上	専門性の向上 職員のスキルアップ	配膳ミス等の防止 衛生管理の徹底 業務の効率化	退院時情報提供書作成	10件/年	5件/年	5件/年	20	医師会、保健所、市役所、クリニック、在宅栄養士、病院栄養士の連携	
				院内学習会・職域研修会の平均参加回数	3回/年	2回/年	3回/年	0	研修会・勉強会への参加 職域研修会の参加と伝達講習の実施	
				目標資格合格・更新	1件/年	0件/年	1件/年	0	糖尿病療養指導士、NST専門栄養士等の受験および更新	

令和2年度 看護部成果報告

看護部長 阿部久美子

新病院の建設が8月に完了し、9月に新病院へ移転が行われた。看護部として副師長を中心に移転ワーキングを作り、スケジュールを浸透させ、移転に向けて不要物品を整理し、新規購入の有無の確認や新病院での配置場所の確認を行い、物品レイアウトを完成させた。また、患者移送マニュアルをもとにシミュレーションを行い、患者を安全に円滑に移送することができた。新病院開院あたり、当初、地域包括ケア病棟2病棟、急性期3病棟の予定であったがCOVID-19の対応もあり地域包括ケア病棟1、急性期病棟4、稼働病床250床でスタートした。

全国的な感染防護具や衛生材料の不足の中、COVID-19の院内感染予防を徹底的に実施するにあたり、感染看護認定看護師を中心にICTが積極的に機能し、設備や物資の調達や整備はもとより、職員教育、患者への周知をすることができた。職員が一丸となり、個人衛生の徹底や行動自粛を行ったことにより、院内感染を起こすことなく医療機能を保つことができた。

新病院開院と外構工事、コロナ動線等の整備で常に新しいことを導入した目まぐるしい年であった。

I 職員の状況

令和2年4月1日在職者は、正規職員188名、うち新卒者は9名、臨時職員4名・パート職員10名・看護補助者20名、欠員2でスタートした。9月開院時定数改訂あり。病休者は24名で長期に及ぶ方が多かった。中途退職者は正規職員2名であった。3月末には9名（定年3名、正規5名とパート1名）の退職があった。事故欠者が予想以上に多く、数名の臨時・パート採用を行い人員確保した。

新たな認定看護師制度の下で、認定看護師教育課程を受講し特定行為研修修了者が誕生した。

II 看護部の方針

【理念】私たちは病院の理念・方針に基づいて安全で思いやりのある看護を実践します

看護方針

1. 看護を受ける人々の思いを大切に安心してできる看護を行います
2. 看護の専門性を深め医療に貢献します
3. 地域との連携で看護の安全性を推進します
4. 病院経営に積極的に参画します

令和2年度看護部目標

1. 地域医療・介護、病院機能の変化を理解し、7:1看護と地域包括ケア病棟を継続する
2. P N Sを推進し患者も職員も安全・安心な病院とする
3. 自ら学ぶ事のできる職員を育成する

Ⅲ 看護部B S Cの評価

1. 財務の視点

1) 入院機能の強化

地域包括ケア病棟運用が軌道に乗り、医療看護必要度 29%と在院日数 18 日以内を維持することができた。

2. 顧客の視点

1) 医療と連携における連携

地域との連携は連携室を中心に積極的に行われ目標をある程度達成できた。院内の事例検討については、12月以降にも予定されているが目標を達成できなかった。

3. 内部プロセスの視点

1) 過重労働の軽減

病床稼働の増加と重症者の増加により時間外勤務が大幅に増加してしまった。電子カルテの電波が悪いことも要員となった。

2) 医療安全および接遇の向上

クレームは昨年より減少し目標を達成した。インシデントの分析と環境チェックは委員を中心に行い目標を達成した。

フィッシュの成果発表会を3月7日に行い業務改善の取り組みが紹介された。1位は手術室「OP室みんなのフィッシュ」2位は4病棟「患者・家族とところが通じ合うおもてなし 4病棟が伝えたい接遇マナー」3位は2病棟「超絶怒濤のハーゲンダッツ大作戦」であった。内容も患者目線の業務改善が多かった。

4. 学習と成長の視点

1) 生涯教育および専門性の追求

新たに専門資格を修得した看護師は4名であった。スキルアップコースは6コース開催され3コースは他病院にも公開とした。

院内外研修会参加は目標を達成した。

令和2年度 外来成果報告

- 外来目標
1. 外来看護師の役割を認識し、病棟・地域との連携を強化する
 2. 救急看護・災害看護の意識向上

新型コロナウイルス対策



北口検温の様子

地域の中核病院である当院は、1日約400名前後の患者が通院しており、その半数以上が高齢者である。救急車は年間約2000台を受け入れ、約70名の患者が抗がん剤治療に通院している。そのため通常の診療の継続、コロナによって診療をストップさせないことが重要であった。

当初から「院内にコロナを入れない、死者を出さない」という院長の号令の下、全スタッフで感染拡大防止に取り組んだ。コロナ会議から情報を得て、刻一刻と変化する政府の方針、病院の方針に従い、ICTとともに、外来での対応を検討してきた。問診票の変更、体温チェックの強化、発熱外来の開設等である。

令和3年3月末に地域にクラスターが発生したことから、外来での緊張感は更に高まった。今後も気を緩めることなくスタッフ一丸となって感染対策に取り組んでいきたい。

患者移送、病棟応援

平成26年5月から建築していた病院が、9月ようやく全部開院となった。移転作業において、外来スタッフは入院患者の移送という大役を務めた。旧病棟から新病棟まで、患者一人ずつ責任を持って移送した。

病棟応援は、主に救急室夜勤看護師によるもので、システム化し定着した。病棟では体位変換、オムツ交換、食事介助などのケアを行う。また、入院前より患者状況を把握しプロフィール入力と病棟への申し送りに努めている。



9月8日入院患者引越し

病棟・地域との連携

退院カンファレンスに6回参加した。今後も、退院後患者が安心して療養生活を送れるよう、外来看護師の立場で、病棟・連携室・地域の連携に参画していきたい。

療養指導の強化



糖尿病生活習慣病センターにて

新病院開院で糖尿病生活習慣病センターができた。糖尿病療養指導士を中心に外来看護師は、患者指導に力を注いだ。今年度は血糖測定器の機種変更などもあり、大幅に指導件数が増加した。

外来治療室も7床から10床へ増床され、待ち時間解消につながった。

「健康ファイル」を導入し、患者の受診記録、薬剤情報、ワクチン接種証などを綴り、患者と病院、開業医、調剤薬局などで情報共有し、健康維持の意識向上に努めている。また、患者が待ち時間に見て参考にできるよう各診療科のポスターも29種類作成し掲示した。



健康ファイルはじめました

令和2年度 外来目標最終評価

外来師長 板垣雅美・大淵美保

1. 外来看護師としての役割を認識し、地域、病棟との連携を強化する。
2. 救急看護・災害看護について学び、防災意識を高める。

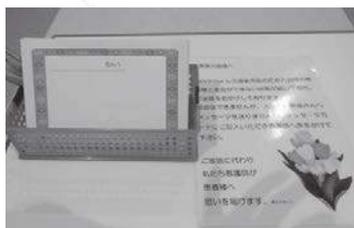
視点	目標	成果指標	R1実績値	R2年度		担当	行動計画	最終評価
				目標値	実績値			
財務の視点	入院時支援加算2取得開始	入院時支援加算2取得に向けた体制作りと算定開始	—	算定開始する 5件	2件	赤	療養支援計画書の作成（入院診療計画書の一部修正）。入院前の病棟との情報共有。入院時の患者情報入力力の導入。 入院患者の患者プロフィール以外に、患者情報用紙の内容を看護診断に入力。	10月より運用開始。対象外となることが多いが、各チームの担当者を中心に算定に向け取り組んだ。
	院内応援体制強化	患者情報入力件数	96件	100件以上	42件	赤		救外からの入院、外来からの入院とも患者情報入力をするため。パート看護師にも入力方法を指導した。
	外来療養指導の強化	指導件数	療養指導122件 透析予防186件	300件以上	療養指導：274件 透析予防：104件	緑	内科指導担当を毎日決めて担当し、新穂指導患者の選定。助産師による乳腺炎予防ケア指導、乳房マッサージ、助産外来の継続。泌尿器科の在宅療養指導。かん化学療法認定看護師による「がんイ」の取得推進	血糖測定器変更に伴う療養指導をブロックを超えて実施した。「がんイ」は検査科の協力も受けて取組み強化し、19件算定した。
	院内協力体制強化	病棟応援件数	239件	200件以上	361件	黄	時間的余裕がある時、病棟応援。毎週金曜日の3階応援は継続	救外夜勤看護師の病棟応援に積極的に取り組んだ。
	コスト漏れの減少	記載起票漏れ件数	17件	30件以下	5件	赤	救急外来の処置を処置オーダー画面から入力することへ変更。オーダー忘れがないようにする。	救急外来での呼吸心拍監視装置の終了時間未入力や処置実施の誤入力が多いが、ワークが気づき修正している為件数としては少ない結果となっている。
	患者教育の充実	患者指導ポスター作成	—	30件以上	29件	黄	各診療科で患者指導ポスターを作成掲示する（F I S H活動）	各診療科の特性を生かしたポスターが作成できた。興味深く読んでいた患者もいた。掲示方法など検討必要。
	職員の接遇力向上	看護師への苦情件数	看護師0件 医師6件	10件以下	看護師 6件 医師 2件 ンステム3件	黄	患者家族の立場に立った対応に心がける。言葉遣いや態度に気を付ける。投書箱以外で直接言われた事案も検討する。	投書以外にも電話や直接苦情を受けている事案あり。看護師の対応に関しては5件の苦情を受けている。何気ない言動が苦情に結び付いている為気を付ける。感謝は1件。
	病棟地域との連携強化	退院カンファレンス参加数	9回	12回以上	6件	緑	退院カンファレンスの積極的な参加。問題のある患者が入院していたら、退院カンファレンス時に外来スタッフにも声をかけてもらうよう付箋で依頼等する。	退院カンファレンスに呼ばれることが少ないため、自らキヤッチできる仕組み作りが必要か。
	リスク感性の向上	インシデント・アクシデント分析から対策評価報告件数	3件	2件以上	4件	緑	リスク委員を中心に業務改善必要な事案は分析して対策立案評価する	業務改善対策書は4件作成。救急外来におけるアドレナリン投与量の間違いの重大リスク発生。ポスター作成し、看護部全体に配布した。
	看護記録の充実	外来看護記録の活用件数	238件	200件以上	390件	緑	あらゆる場面での指差し呼称の習慣化。特に検査ラベルの貼り間違いを起こさない	7件中5件は救急外来における薬剤に関するインシデントであり、重大事故に繋がりがちな事案あり。医師にも協力を得てエラーチェックを徹底する。
内部プロセスの視点	働きやすい職場環境	深夜・当直入り前年休の取得回数	131回	130回以上	99回	黄	深夜、当直入りに協力し合い時間年休取得確保する	8時間スタッフが少ない診療科では、取得困難な状況もあり、今後検討必要。
	災害時看護の意識向上	各種アクシジョンカードの修正と訓練の実施	3種作成 机上シミュレーション1回 実動訓練1回	3種修正 実動訓練1回 以上	机上シミュレーション1回 実動訓練1回	赤	昨年度作成したアクシジョンカードの修正とそれを活用した訓練の実施	新チーム編成のアクシジョンカード作成。机上シミュレーション実施。10/2トリアージ研修4名参加。10/17災害訓練3名参加。
	学習と成長の視点	倫理課題の学習会回数	1回	1回以上	1回	黄	検討すべき事案があったらタイムリーに事例検討する	12月に倫理綱領を用いて各チームで事例検討した。
	学習と成長の視点	外来学習会開催数	12回	12回以上	3回	緑	年間計画を立案し、各診療科や委員会の学習会を開催	前半はコロナの影響で学習会開催困難だった。 コロナの影響で研修参加困難だった。
学習と成長の視点	院内学習会参加回数	3.6回	2回以上	—	—	院内外研修、院内スキルアップ研修参加の見える化。	—	
学習と成長の視点	院内研修会参加回数	4.3回	5回以上	—	—	院内研修会参加の見える化。	—	

令和2年度 東3病棟成果報告

東3病棟は外科と内科の混合病棟で、周術期・内科疾患・緩和ケア等急性期から慢性期まで多岐にわたる看護を行っています。新築移転後、直ぐにオーバーナイトベッドにも対応し、入退院が激しいうえ、緊急手術や緊急検査なども多く多忙な毎日でしたが、忙しくても、安心・安全を第一にスタッフ一丸となって日々頑張りました。そんな東3病棟の成果の一部を紹介します。



新築移転。綿密な計画によりトラブルなく終了しました。病棟カラーは癒しのライトピンク♡



コロナ禍により、面会できない患者と家族の絆作りとして手紙交換のお手伝い！



今、必要な看護についてカンファレンス。他にもインシデントの検討、抑制評価、コスト確認と多忙な30分です(・・)



感謝のお手紙をたくさん頂き、それを励みに更に頑張りました☆



2021 十日町病院
Award 院長特別賞
を頂きました。
賞状と副賞〇千円！
ごちそうさまでした
＼(^o^)/



認定看護師の明るい2人♡
最新の知識をケアに活かしてくれています！

令和2年度 東3病棟 BSC最終評価

- 目標 1. 安心・安全な看護の実践
 2. 働きやすい職場作り
 3. 自ら学び実践できる職員の育成

令和3年2月 病棟師長 根津 綾子

視点	目標	成果指標	目標値	最終実績	具体策	最終評価
財務	入院機能の維持と経営改善	医療看護必要度 在院日数 カルテ記載漏れ件数の減少 起票漏れ件数の減少	29%以上 15日以下	41.4% 12日	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬改定後の必要度の周知・精度を保つ 効果的なベッド稼働の仕組み作り 地域包括病棟との連携 有効な記録の検討（ペーパーレスの検討含む） 	必要度、在院日数とも目標値をクリアし回転率も高く多忙の中、オーバーナイトベッドにも対応し入院機能の維持に貢献できた。必要度学習会やテストを行ない精度を保つようにした。ペーパーレスに向け全てのパスをQRコードつぎ修正。
顧客	働きやすい職場環境を作る	スムーズな移転 安全・安心・効率性を考えた物品配置 有給休暇の取得日数 深夜入り前年休回数	トラブル0 11日 13回/人	48.7% 79.0% トラブル0 10.3日/年 16.1回/人/年	<ul style="list-style-type: none"> コストタイムの継続 起票、記載漏れ結果の可視化(4月・10月) 計画的に移転準備を進める(導線・物品配置) 移転後に評価し、必要時改善していく 一日年休と夜勤前年休の可視化 PNSの強化 スタッフが平均して取得できるように協力し合う 	コストタイム定着。昨年より改善したが、突合結果をフィードバックし注意喚起。 担当チームが計画的に準備・実践してくれたので大きなトラブルなく移転。スタッフの意見を聞き随時配置を変更した。 お互い様の職場環境が整っており、協力し合い計画的に年休を取得できた。補充・時間管理で深夜年休も取得。
内部プロセス	安全・安心な看護の提供 接遇力の向上	インシデント・アクシデント 分析から対策評価報告件数 新規褥瘡発生率 療養環境チェック表「1」の割合 接遇力アップの取り組み 感謝・苦情の手紙件数 身体拘束率の低下	2回 1%以下 100% 1件 感謝10件	3回 1.4% 100% 2件 感謝15件 苦情2件 前期86.2% 後期59.1%	<ul style="list-style-type: none"> 8月までに1例、11月までに1例、RCA分析を行い、可視化する 入院時や状態変化時に適切な評価 具体的な予防計画立案・実践 1回/2ヶ月 療養環境チェック 結果をフィードバックし改善していく 見出しなみチェック(10月・3月)・イベント実施 投書や患者・家族からの言葉に対する検討可視化 毎日抑制対象者についてカンファレンスを行い、早期に解除できるようにする(解除率:月未週集計) 	アクシデントはなかった。輸血の実施登録、シリンジポンプ・サージ設定の事例に関してRCA分析を行ない再発防止に努めた。 学習会や褥瘡評価の監査も行い、早期から褥瘡予防に努めたが、目標を上回った。継続課題。 タイムリーに委員や担当者が発信し、問題の個所(非液や尿破棄)を改善した。 患者さんの思いも一緒に七夕飾りに込めた。後期には患者と家族の絆作りに手紙交換を实践。多くの感謝の投書を頂き、励みにして更に頑張ることができた。 確実にカンファレンスを行なったが、後期の解除率は低くなってしまった。アセスメント内容を充実させ解除に繋げる。
学習と成長	生涯教育 専門性の追求	学習会の開催数と参加率	10回 参加率 80%以上 4回/入院内 2回/入院外	10回 参加100% 0回 0.8回/人	<ul style="list-style-type: none"> 学習会：褥瘡ケア・ストーマケア・認知症ケア ME機器・外科的処置・内科的処置・疾患看護 災害時・急変時の夜勤シミュレーション・倫理2事例 認定看護師との相互協力 リンクナース活用 参加できない人へのフォロー対策 参加回数の可視化、少ない人への声かけ 	学習会を予定通り実施。参加できなかった人はテストを以って参加とみなすので参加率は100%である。研修は、コロナ禍でもあり、ナーシングスキルでの動画視聴を進め、22人から復命書の提出があった。スタッフのバラつきを改善できるようにする。

令和2年度 東4病棟成果報告

令和2年度 東4病棟のBSC目標

「婦人科外来と連携し、指導支援体制の整備と業務改善を進め職場環境の改善ができる」

「新病院に向け、移転・体制変更がスムーズに実施でき安心・安全な看護が提供できる」

～業務改善について～

当病棟は、産婦人科、小児科、内科、歯科の混合病棟です。以前に比べ呼吸器を装着する重症度の高い患者や認知症患者が多くなっています。新病院移転後は、コロナ患者対応による一般病床の減少により当病棟の入院患者は移転前に比べ平均6～7名多く、常に回転率5%台と忙しい状況です。このような状況下で安全なお産や看護を今までと同様に提供する必要があるため、職員はプレッシャーの中で勤務を行っています。今までと同様な体制では日々業務オーバーとなり、超勤はもちろん、職員の負担増につながり、安全な看護の提供ができない。そのため、昨年より看護をするために大切なものは何か、業務で無駄なものは何か、そして、その業務は看護師でないとダメのか等を考えながら業務改善を進めてきました。

【今年度の取り組み】

- ①補助者活用 1)補助者技術確認表を活用し、介護技術の向上 (R1年～保清援助開始)
2)昨年、看護師より業務委譲した内容を評価し、定着したものをマニュアル化
3)委譲業務の手順を作成し、誰もが確実に実施できるようにする(クベース洗浄 ets)

②夜間のおむつ交換回数・ポータブルトイレ処理回数の削減

③PNSの有効なりシャッフルの取り組み、事前命令定着

④準夜への申し送り時間の短縮

⑤5Sの実施(移転後より効率的に仕事ができる物品配置、仕組み作り)

*5Sは移転後からの取り組みのためR3年度も継続

*取り組みが定着するよう毎月病棟会議で現状、評価を実施。



【結果】

超勤：昨年比 -461H/年 (多くの部署が増加している中、削減することができました！)

ストレスチェック： **R1年**どの項目も病棟中ワースト1位 (；;) **R2年**:2項目は一番良い値に改善

東4	R1 (看護部病棟平均値)	R2 (看護部病棟平均値)
仕事の量的負担	126 (121)	110 (115)
職場サポート	101 (97)	84 (89)
総合健康リスク(全国平 100)	127 (117)	92 (93)

～新病院移転について～

産婦人科領域は特殊なため、物品、配置、セキュリティー等スタッフ各自がより良い分娩環境を提供できるよう意見を出し合い準備しました。

新病院ではLDRが導入され陣痛の始まりから、**出産、産後**までを同じ部屋でお過ごしいただけるようになりました。安全に分娩が行えるよう病棟全体で学習会を行い、実践に繋がりました。



令和2年度東4病棟目標

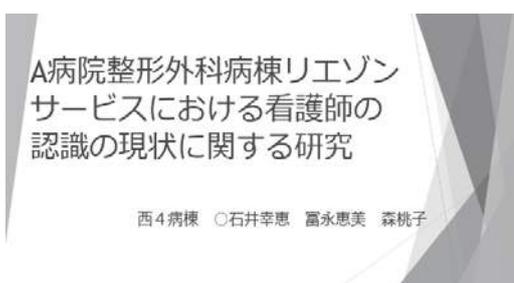
看護師長 本山真子

目標1. 新病院に向け移転・体制変更がスムーズに実施でき安心・安全な看護を提供できる 2. 産婦人科外来と連携し指導・支援体制の整備と業務改善を進め職場環境の改善ができる

視点	目標	成果指標	R1実績(1月)	R2実績	目標値	担当	具体策	最終評価
財務	・適正な経営参画 ・診療報酬改定に伴う正しい知識の習得	起票漏れ/記載漏れ発生率	24.7%/28.6%	(4月) 74% 70% (10月) 47% 40%	25%~30%	黄色	・記載漏れを毎月提示し、意識づけを行う。 ・コスト学習会開催 × 2回/年 (医事課依頼) ・漏れやすい算定項目等の周知	・コスト学習会/回/年の予定のところ/回/年 実施 (コロナ感染症の影響) 師長会で報告のあるコスト漏れしやすい項目を毎月提示し注意喚起施行。 ・年間通してコスト漏れの多かった認知症ケア加算について漏れ防止対策として ①1回/週予チェック日を設ける認知症ケア加算についてコストの取り方について説明会実施 ②監事課より認知症ケア加算についての資料作成依頼し活用 今後、再度評価を行っていく (コスト漏れチェック2回/年のための評価できず)
顧客	患者からの感謝定着	・感謝の件数 ・クレーム	3件 2回	5件 0件 6件	3件 0回 3件	黄色・師長	・投書やクレーム事例のリフレクション実施 (リーダー会で事例ピックアップ) 事例作成・関わったスタッフ 時間：庶長、師長、書記 日々リーダー会→病棟全体で共有できるようリフレクション内容の提示。	・感謝の投書、手紙あり体験室に提示し、スタッフ間で共有を行った。 ・クレームがあったが、謝罪に起こった事象、問題点を話し、謝罪の言葉を出し、内容を共有し、今後の留意点について話し合った。後は、「外科領域のコロナ対策」「分娩時緊急輸血のついでに」「産期リハビリ」など追加する。警察への対応については話し合った。看護にとつて大切な取り組みなので今後も継続していきたい。
内部	新病院移転に伴う体制変更が安全に行われる	移動に伴う苦情・インシデント件数	0件	0件	0件	副師長・小川・丸 藤 二澤・黒 崎	・体制変更に伴う準備項目や問題点を抽出し、取り組み内容具体化 ①問題点抽出方法決定(取り組み共有できる用紙の作成、運用方法) ②取り組み用紙の提示(組み用紙をマニュアルに組み込む) ③用紙内容の評価後マニュアル化	・移転に伴う苦情・インシデントはなかった。移転に関しては、想定された事象をあらかじめ把握し準備を進めてきた。各部署の協力や緊急分派等なく安全に移転し、体制変更もスムーズに行ってきた。 ・副師長、入院患者数が増えたことから今年度中にSPOの定数の見直しを実施 ・助産師の指導教育体制についてまだ進んでいない状況。今年度は病棟もあり指導が運まないうちであったが、新たにフォローアップ2名、1か月月産助産師2名、2名が新たに指導できるようになった。今後、指導担当が増えるよう進めていく必要があるが勤務調整をどのようにしていくか課題
業務改善	業務改善の進捗により職場環境の改善と時間管理の向上	超勤時間 ストレスチェックの仕事量値	4052時間 126	2961時間 (1月迄) 110	120 (H30年度値)	副師長	・昨年度の業務改善取り組みを評価、直し継続していく ・ベッドサイド記録、病棟基準に沿った記録の推進 ・効率の良い業務をすすめるためのリシャッフルの強化 ・事前命令の定着：17時にリーダー会→師長報告	・移転後、患者数が増え今までと同様の業務体制ではワークオーバーとなる。看護業務の効率化として①深夜申し送り時間短縮②夜勤帯のオムツ・トイレ処理の回数削減③30分シャワー④BS推進を計り取り組みを1月から始めた。取組を定着させるためにも毎月病棟会議で現状、評価を行っていく。 ・補助者への技術研修がまだなので各担当者を決め進めていく。
医療安全	医療安全に対する意識が高まり薬害に類するインシデントが減少する	薬害に関するインシデント件数 インシデント分析からの対策報告件数	32件 2件	33件 (2月) 2件	30件 (前年度10%減) 2件	オレンジ	・委員(係)中心としたインシデント検討後と効果的な周知の方法の取り組み ・現実なエラーチェックができる取り組みの推進 ・確認動作1実行。自己評価見える化取り組み	・なぜなぜ分析が実施。取組により実現可能な対策が立ち、医療安全に対する意識が高まるよう全体に周知していく。同様な事例の再発はなかった。 ・エラーチェックに関しては4件であったが、同様な事例の再発はなかった。今後有効なエラーチェックの策が立てられるよう検討していく。 ・目標はクリアであった。同様なヒヤリが発生しないような周知の取り組みの実施
感染対策	感染対策が適切に周知・実施され院内感染が起きない	院内感染件数 感染ラウンドで2回以上指摘された件数	0件 1件	0件 0件	0件 0件	オレンジ	・感染ラウンドの指摘事項の改善と改善内容の周知徹底 ・コロナ対策の情報周知徹底し、実施 (最新情報周知方法の工夫) ・スタンダード化 ・感染ラウンド指摘項目の検討、再発防止対策を提示、周知	・目標はクリアであった。しかし、看護室へのゴミの持ち込み、終了時のパソコンの拭き上げの継続ができていなかった。周知や継続ができていないようボスター等検討。 ・再発はなかったが、作業環境での指摘事項の周知ができていなかった。連絡ノート活用していく。コロナに関して認定看護師より学習会を1回実施した。
認知症看護力の向上	認知症看護力の向上	身体拘束患者数	750人/年	625件 (1月迄)	600人/年 (前年度20%減)	緑	・認知症対応学習会の実施 (1~2回/年) 担当：重澤 ・移動アセスメントカ力の強化と解決に向けたカンファレンスの定着 方法の検討	・抑制件数は移転後センター導入となり？転移予防できるようセンサーの設定・低床ベッド・總動マットの有効な活用ができるよう病棟全体で学び取り組んでいく ・抑制率：スキル出取り組を行い抑制解除を継続的にできるようにしていきたい
教育	・新病院(看護編成)に向け必要なスキルの取得 ・専門職としての自己学習力強化 (できるだけ多くのスタッフが講師役になる)	看護編成に伴う必要な知識・技術を習得するための学習会の参加率 学習会講師役になる割合 院外研修参加数 院内研修参加数	BSL 76% 12/16名 (2回/1人) 6,26名 (5回/1人)	65% 40% (10人) 5人 0人	50% 80% (20人) 2人以上/1人 5人以上/1人	緑	・BLS専攻研修会の履修率100%目標 ・学習会名簿も学習会内容の共有が可能な「研修会資料」をフイルム1作成 ・インシデントでできるとして「研修会資料」をフイルム1作成 ・研修会講師役をできるだけ多くのスタッフに担当し、自己学習、伝達教育 ・学習会講師役をできるだけ多くのスタッフに担当し、自己学習、伝達教育 ・院内研修参加数 ・院内研修参加数	・病棟学習会が少なからず実施されるよう早期に研修会を計画する。 ・BSL研修は4回実施。若手研修者は6名個別対応にて100%を目標とする。 ・トメシ研修は研修会に出席して自己学習の観点からも来年度も継続検討 ・講師役は40%と目標の半数であった。効果的に実施し、研修会や方法を検討し、研修会を実施するよう指導をされた。本年度は参加できなかった人が見て周知できるように研修会内で、研修会参加の促進など、研修会参加の促進を指導し、参加状況の把握ができるよう今後取り組んでいく ・研修会参加の促進

Award of the year 2020 西 4 病棟

1 リエゾン看護研究



～2018年10月より大腿骨近位部骨折
リエゾンチームが発足～

スタッフがリエゾンについて何を知っているか？何を知りたいか？スタッフの認識が分かれば統一した看護ができるのではないかと考え、本研究を行いました。

スタッフインタビューから①知識を得る②取り組みを統一する③スタッフ間の受け継ぎが必要だとわかりました。

今後の課題は、明確なマニュアル作成、定期的な学習会の実施、外来や地域との連携です。

2、抑制低減への取り組み

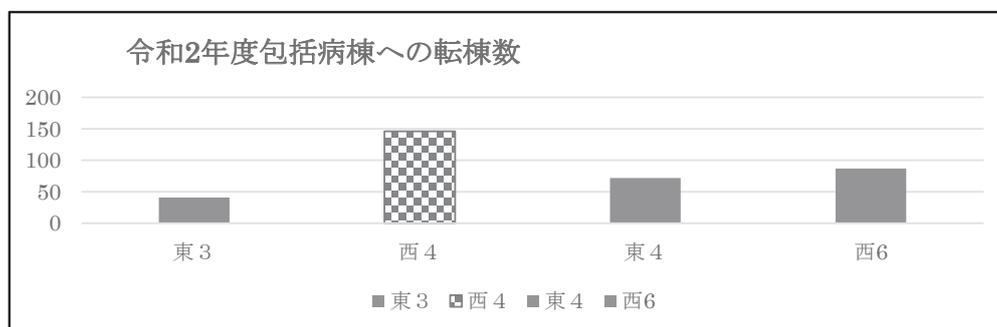
抑制を外したい！！抑制減を目的に夜間ウーゴの運用を開始。

夜間入院時、ウーゴの必要な患者に使用し、翌日病棟全体で評価し外せるか検討。また、抑制解除ができないか、本当に抑制が必要な病棟全体で話し合うきっかけ作りで始めました。開始後は体幹抑制が外せるケースが増えていきます。



3、包括病棟への転棟数

病院経営のため、患者さんへの退院支援のため、地域連携センターと情報交換を密に頑張りました。包括病棟への転棟数は146件



【西4病棟】 令和2年度病棟目標 (最終評価・12月未まで) 看護師長 倉繁典子 (R3. 2月)

1. 安全な療養環境と健全な職場環境を目指し、無駄を無くし経営改善していく。
2. 多職種と連携し、入院時から退院時の生活をイメージした支援を行う。
3. リフレクションを通し、看護の質の向上を図る

視点	目標	成果指標	目標値	実績値	担当	最終評価
財務	経営を意識した業務	・SPDシール紛失枚数	30枚以下(昨年36枚)	10枚	業務班	<ul style="list-style-type: none"> ・後半SPDシール紛失が多かったが前年度よりは減少。原因を探り対策を立てる必要あり。 ・毎月同様の漏れが発生しているため、来年度はコスト画面のセット化に取り組む。 ・11月以降は東5以外への転棟が13人/月と急増。東5へも急な移動が増加した。来年度は大腿骨近位部骨折のバス作成を目指し、緊急入院・転棟に対応したい。
		・コスト漏れ率(起票・オーダー/記帳)	10%/40% (15.6/45.9)	21%/25%	チームリーダー	
顧客	医療安全に対する意識を持つ スムーズな入院の受け入れ	・地域包括病棟への転棟件数	28件/月以上	19.4人/月	師長	<ul style="list-style-type: none"> ・個室の配置、OP、不穏患者等の状況で効果的な運用が、難しい。 ・実際の事例をもとにふりかえりを実施したが、RCA分析は実施できなかつた。 ・タイムリーに検討を実施するためのしくみ作りが必要。係を中心に実施していく。 ・6月に良肢位の学習会実施。スタッフ同士もチェックし合い実践に繋げ発生は0だった。 ・うご減少により抑制件数が増加。低減の取り組みを実施中。来年度に継続する。 ・コロナ対応(疑い患者)の体制を整備、必要時実施できている。環境清掃は継続必要。 ・ベッドが空くまで救外で数時間待つ患者が複数発生した。患者・家族へは午前中の退院をお願いし、緊急対応できるようにした(予定入院は外来でも説明)。
		・重症加算BED稼働率	40% (32.4%)	未集計	リスク班	
内部プロセス	風通しの良い職場環境の確立 メリハリのある時間管理	・アクシデント報告数	0件	0件	接遇班 卒1 学習班	<ul style="list-style-type: none"> ・9月に卒1による学習会を実施(抑制について)。2月に事例検討を実施予定。 ・苦情に対しては、スタッフが対応に困らないように、また再発防止のために共有用ファイルを作成。 ・スタッフのモチベーションアップのため、「感謝の言葉」もファイル化した。感謝8件あり。
		・インシデントからRCA件数	2件以上	0件		
学習と成長	専門知識を得、良い看護ケアを行う	・筋骨神経麻痺合併症件数	0件	0件	チーム	<ul style="list-style-type: none"> ・新規発生の事例(踵部)検討を実施。仙骨周辺以外の褥瘡リスクを共有した。 ・予防に力を入れるためには、リスクが高くても褥瘡が発生しなかった成功事例の振り返りも必要。 ・褥瘡の学習会を2回実施。WOC介入につなげるための、しくみ作りが必要。
		・CD/インフアラウトブレイク件数	0件	0件		
内部プロセス	風通しの良い職場環境の確立 メリハリのある時間管理	・入院受け入れ要講時間が30分以上件数	0件	3件	リーダー	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤でも交代しながらの休憩時間確保が定着しているが、11月以降休憩できないスタッフが増加。 ・患者増・OP件数増と、準夜帯のOP入室・帰室が増えていることが原因と考えられる。 ・チーム間の情報共有と協力的な業務状況の報告(14時、16時) 継続 ・人員の状況で勤務表作成時に付けるのが難しい。時間単位の取得を進めていく。 ・勤務表作成時、取得が少ないスタッフに優先して年休をつけるよう配慮。継続。
		・倫理の学習会開催数	2件以上	1件	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ感染対策で、院内・院外研修共に受講者数は減少。動画講義受講の声かけができず受講者がいなくなつた。学習班と協力して個々の動機づけをするよかつた。 ・各チームで退院支援の事例検討・振り返りを実施した。来年度は係の編成を整理し、倫理・認知症ケア・抑制・退院支援の学習会を総合的に計画する(座学ではなく参加型・事例検討を中心に) ・後半は集合研修ができず、ナーシングススキル視聴に切り替えた。2月中に全員が受講予定。 	
内部プロセス	風通しの良い職場環境の確立 メリハリのある時間管理	・褥瘡発生件数	3件以下	3件	チーム	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡の学習会を2回実施。WOC介入につなげるための、しくみ作りが必要。 ・各チームで場所の担当を決め、配置の工夫や整理を実施。 ・来年度は、個々の頑張りを見える化するような取り組みを行っていきたい。 ・取得に差があるため可視化し、少ないスタッフに取得を進める ・後期は取得状況から、リーダーが勤務表に組み入れる
		・褥瘡学習会件数	2回以上	2回	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤でも交代しながらの休憩時間確保が定着しているが、11月以降休憩できないスタッフが増加。 ・患者増・OP件数増と、準夜帯のOP入室・帰室が増えていることが原因と考えられる。 ・チーム間の情報共有と協力的な業務状況の報告(14時、16時) 継続 ・人員の状況で勤務表作成時に付けるのが難しい。時間単位の取得を進めていく。 ・勤務表作成時、取得が少ないスタッフに優先して年休をつけるよう配慮。継続。 	
内部プロセス	風通しの良い職場環境の確立 メリハリのある時間管理	・スタッフが元気になる	3回以上	1件	リーダー	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤でも交代しながらの休憩時間確保が定着しているが、11月以降休憩できないスタッフが増加。 ・患者増・OP件数増と、準夜帯のOP入室・帰室が増えていることが原因と考えられる。 ・チーム間の情報共有と協力的な業務状況の報告(14時、16時) 継続 ・人員の状況で勤務表作成時に付けるのが難しい。時間単位の取得を進めていく。 ・勤務表作成時、取得が少ないスタッフに優先して年休をつけるよう配慮。継続。
		・取組件数	10回/人以上	10回/人	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ感染対策で、院内・院外研修共に受講者数は減少。動画講義受講の声かけができず受講者がいなくなつた。学習班と協力して個々の動機づけをするよかつた。 ・各チームで退院支援の事例検討・振り返りを実施した。来年度は係の編成を整理し、倫理・認知症ケア・抑制・退院支援の学習会を総合的に計画する(座学ではなく参加型・事例検討を中心に) ・後半は集合研修ができず、ナーシングススキル視聴に切り替えた。2月中に全員が受講予定。 	
内部プロセス	風通しの良い職場環境の確立 メリハリのある時間管理	・深夜入り年休取得の平均化	10回/人以上	2回	師長	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤でも交代しながらの休憩時間確保が定着しているが、11月以降休憩できないスタッフが増加。 ・患者増・OP件数増と、準夜帯のOP入室・帰室が増えていることが原因と考えられる。 ・チーム間の情報共有と協力的な業務状況の報告(14時、16時) 継続 ・人員の状況で勤務表作成時に付けるのが難しい。時間単位の取得を進めていく。 ・勤務表作成時、取得が少ないスタッフに優先して年休をつけるよう配慮。継続。
		・休憩時間の確保(夜間休憩時間が全く取れなかつたスタッフ数)	6人以上/月(R1年度7.5人/月)	9人/月	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ感染対策で、院内・院外研修共に受講者数は減少。動画講義受講の声かけができず受講者がいなくなつた。学習班と協力して個々の動機づけをするよかつた。 ・各チームで退院支援の事例検討・振り返りを実施した。来年度は係の編成を整理し、倫理・認知症ケア・抑制・退院支援の学習会を総合的に計画する(座学ではなく参加型・事例検討を中心に) ・後半は集合研修ができず、ナーシングススキル視聴に切り替えた。2月中に全員が受講予定。 	
内部プロセス	風通しの良い職場環境の確立 メリハリのある時間管理	・深夜入り年休取得の平均化	10回/人以上	10回/人	師長	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤でも交代しながらの休憩時間確保が定着しているが、11月以降休憩できないスタッフが増加。 ・患者増・OP件数増と、準夜帯のOP入室・帰室が増えていることが原因と考えられる。 ・チーム間の情報共有と協力的な業務状況の報告(14時、16時) 継続 ・人員の状況で勤務表作成時に付けるのが難しい。時間単位の取得を進めていく。 ・勤務表作成時、取得が少ないスタッフに優先して年休をつけるよう配慮。継続。
		・年休取得日数(1~12月)	1~4回/月	5.8日/人	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ感染対策で、院内・院外研修共に受講者数は減少。動画講義受講の声かけができず受講者がいなくなつた。学習班と協力して個々の動機づけをするよかつた。 ・各チームで退院支援の事例検討・振り返りを実施した。来年度は係の編成を整理し、倫理・認知症ケア・抑制・退院支援の学習会を総合的に計画する(座学ではなく参加型・事例検討を中心に) ・後半は集合研修ができず、ナーシングススキル視聴に切り替えた。2月中に全員が受講予定。 	
内部プロセス	風通しの良い職場環境の確立 メリハリのある時間管理	・院内(病棟)学習会参加数	5回以上/人	5.7回/人	学習班	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤でも交代しながらの休憩時間確保が定着しているが、11月以降休憩できないスタッフが増加。 ・患者増・OP件数増と、準夜帯のOP入室・帰室が増えていることが原因と考えられる。 ・チーム間の情報共有と協力的な業務状況の報告(14時、16時) 継続 ・人員の状況で勤務表作成時に付けるのが難しい。時間単位の取得を進めていく。 ・勤務表作成時、取得が少ないスタッフに優先して年休をつけるよう配慮。継続。
		・院外学習会(動画講義)参加数	2回以上/人	3名/27名	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ感染対策で、院内・院外研修共に受講者数は減少。動画講義受講の声かけができず受講者がいなくなつた。学習班と協力して個々の動機づけをするよかつた。 ・各チームで退院支援の事例検討・振り返りを実施した。来年度は係の編成を整理し、倫理・認知症ケア・抑制・退院支援の学習会を総合的に計画する(座学ではなく参加型・事例検討を中心に) ・後半は集合研修ができず、ナーシングススキル視聴に切り替えた。2月中に全員が受講予定。 	
内部プロセス	風通しの良い職場環境の確立 メリハリのある時間管理	・リフレクション学習会数	3回以上	2回	チーム	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤でも交代しながらの休憩時間確保が定着しているが、11月以降休憩できないスタッフが増加。 ・患者増・OP件数増と、準夜帯のOP入室・帰室が増えていることが原因と考えられる。 ・チーム間の情報共有と協力的な業務状況の報告(14時、16時) 継続 ・人員の状況で勤務表作成時に付けるのが難しい。時間単位の取得を進めていく。 ・勤務表作成時、取得が少ないスタッフに優先して年休をつけるよう配慮。継続。
		・急変時シミュレーション実施率	100%	50%	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ感染対策で、院内・院外研修共に受講者数は減少。動画講義受講の声かけができず受講者がいなくなつた。学習班と協力して個々の動機づけをするよかつた。 ・各チームで退院支援の事例検討・振り返りを実施した。来年度は係の編成を整理し、倫理・認知症ケア・抑制・退院支援の学習会を総合的に計画する(座学ではなく参加型・事例検討を中心に) ・後半は集合研修ができず、ナーシングススキル視聴に切り替えた。2月中に全員が受講予定。 	

2020年度 成果報告

東5病棟

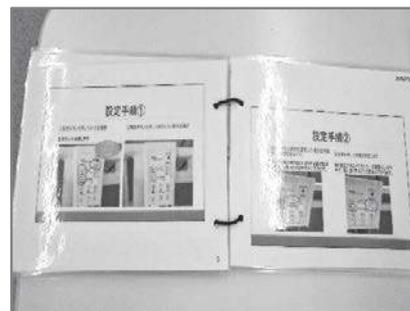
身体抑制0_{ゼロ}を目指して！

東5地域包括ケア病棟には退院を目前とした認知症患者が多くいます。認知症患者の対応向上に力を入れており、今年度、新病院移設を機会に身体抑制（ミトンを除く）0を目指す取り組みをおこないましたのでここに報告します。

取り組み その①



病院移転時にセンサーベッドが導入されました。センサーベッドは便利ですが使用方法は複雑で、スタッフがしっかり使用方法を把握出来ていないと患者の安全を守れません。移転後、すぐ取り扱えるようリスク委員スタッフが詳しい使用方法手順を作成し、いつでも見られるようPCカートにつけました。



取り組み その②

東5地域包括ケア病棟は病床数58床と多くの患者が入院します。右の図でもわかるように、58床ともなると、このようなたいへん広い領域を守らなければいけません。3つのチームに分け各領域に責任を持つことで患者の安全を守っています。また、センサーベッドや超低床ベッドはナースステーションに近いオレンジと緑の領域でベッドコントロールをすることで、患者に適した環境とベッド移動等の効率化を図っています。



取り組み その③

使ってみようユマニチュード！

- 月 「また来ます」手に触れながら約束を
- 火 目線を合わせ笑顔で対応
- 水 ゆっくりと優しい言葉で安心感
- 木 落ち着かない… どうしてなのか考えよう
- 金 「出来ること」取り入れ、寝たきり減少へ



昨年度も紹介しましたが、朝のミーティングで左のような標語を読みわせしています。

前はフィッシュ活動で、今回はスキルⅢの活動で考案しました。認知症対応に有効とされている「ユマニチュード」を活用し、患者と看護師がWIN.WINな関係でいられるよう日々努力しています。

今後の活動

センサーベッドや超低床ベッドの数は限られており、抑制しないことにより、以前より転棟の受け入れが容易でない現状もあります。自分たちのフロアだけでなく、ほかのフロアにも活用できる情報を流し、病院全体で認知症対応に取り組める環境を作っていきたいと考えています。また、昨年6月より非常勤で来られているリハビリ科の大西Drが様々なところで相談に乗ってくださっています。看護師だけで抱え込まず、多職種で関わることで、安心と安全の看護が提供できるよう努めていこうと思います。



令和2年度 東5病棟BSC

令和2年度 病棟目標

1. 多職種と連携し、退院後の生活を見据えた看護の提供ができる。
2. 5S活動による安全で働きやすい職場づくり
3. 認知症看護の知識を積極的に習得し実践で活かせる

R2目標値 最終評価

視点	目標	成果指標	R2目標値	最終評価	担当	具体策	R2 2月 病棟師長 水落佳美	最終評価	
顧客	適切な看護と退院支援	60日以内での退院患者の割合	95.0%	98.0%	オレンジチーム	①他職種と連携し、退院進捗状況の共有を行う退院支援情報共有シートの活用 ②退院支援にあわせた看護診断をあげる ③適切なカンファレンス時の診断評価 ④受け持ち表の活用と更新の徹底 ④学習会、事例検討 ・退院支援グループが中心となり学習会を実施、事例検討は各チームに依頼する。	・退院支援カンファレンスが開始され多職種が協同して退院支援を行う体制が強化された。話し合いの結果を共有できていないことがあるため働きかけが必要。・退院支援に合わせた看護診断・介入の検討をすることができた。退院支援カンファレンスの方針に基づき看護に反映されるよう受け持ち意識をしっかりと持つ。・コロナ禍で家族との面会が制限されているが、家族来棟時は患者の状態を伝えコミュニケーションをしっかりとっていく。		
		1日1時間以上抑制を解除した患者の割合	62.0%	77.0%		・適直車椅子に乗車を促し生活のリズムをつける。 ・車椅子乗車時はできるだけキーパーをつけぬりえ・音楽・DVD鑑賞・知育玩具を活用し離床を図る。	看護補助者と相談・協同し屋食時の車いす乗車時間を設ける取り組みを行った。認知症のための作業物品を充実させ、車いす乗車時間を長く作れるよう介入した。抑制ゼロを目指しセンサーベッドの活用、危険予防に関するカンファレンスを行い認知症患者の対応に努めた。ユマニチュアの学習会を行い聞き取り調査では意識して看護を行っていると感じたと答えたスタッフが多かつた。継続できるような活動が続ける。		
		ユマニチュードを意識して看護ができる割合	70.0%	96.0%		・体幹抑制、センサーについての解除できるかカンファレンスを随時行っていく。認知症監査 ・ユマニチュアの学習会を開催、啓発ポスターの掲示。後半は認知症看護の学習会実施。 ・振り返り用紙で自身の認知症看護を振り返る。	・看護補助者と相談・協同し屋食時の車いす乗車時間を設ける取り組みを行った。認知症のための作業物品を充実させ、車いす乗車時間を長く作れるよう介入した。抑制ゼロを目指しセンサーベッドの活用、危険予防に関するカンファレンスを行い認知症患者の対応に努めた。ユマニチュアの学習会を行い聞き取り調査では意識して看護を行っていると感じたと答えたスタッフが多かつた。継続できるような活動が続ける。		
		DPC用紙にて入院時、退院時と比べADLが下がらなかった割合	90.0%	92.0%					
		褥瘡の新規発生・悪化がない(D-3以上)	0人	0人					
財務	経営を意識し、コスト漏れを防ぐ	カルテ記載漏れ件数の減少	20.0%	47.0%		・褥瘡予防対策意識向上のため評価入力監査を月当番で実施。 ・棟内学習会の実施、OJTによるリンクナーズの育成。 ・適正な体位交換の実施、早めのエアーマットの検討。	評価入力監査を月当番で実施できた。褥瘡評価が正しくできていないこともあるためスタッフへの教育を継続していく。新規発生は多いがD3以上は0件。今後も早めのエアーマット、体位交換を実施。保湿剤も積極的に使えるよう呼びかけが必要。		
		起票漏れ件数の減少	40.0%	84.0%					
		インシデント分析	3件	3件	みどりチーム	・漏れやすい項目を調査し声かけをしていく。 ・監査が2回になったため看護師で監査を行う。 ・RCA分析で検討 ・接遇に関してのボスター作成。クレームがあった場合カンファレンス等で検討する。	誤嚥・麻薬アンブル破損・麻薬貼付薬紛失 3件 投書はないもののクレームあり。カンファレンスで話し合うまでいかず。		
内部	働きやすい職場環境	5Sの取り組み件数	2件	0件		・色チームで担当箇所を決め物品管理と整理整頓をする。	引越し後の整理整頓、物品管理を評価し物品を明示する一覧表を作成。各色グループで整理整頓をした。		
		深夜入り前年休取得回数	130回/4~1月	34回/4~1月					
		時間外勤務時間の減少(1月まで)	1500h/4~1月	2868h/4~1月	リーダー会	・PNSの醸成。1人リーダー、各ペアの業務の見える化による補完体制。 ・時間外勤務時間の多いスタッフへの調整、指導。 ・年間学習計画に沿って、月当番制で昼カンファレンスの時間を利用し実施。 ・ナーシングスキルを取り入れ各自で実施。年度末にテストを行い復習してもらう。 ・事例検討は年間で担当チームを決め開催。 ・学習会研修参加状況を把握出来るように参加表を作成し見える化する。	年休はほとんど取得できず超勤も昨年度を大幅に超過した。移設準備や稼働の影響もあるが、業務が終わったとの振り返りにて今後の課題を見つけて取り組んでいくよう指導していく。また、超勤理由で今後の記録に対し記録委員を中心に簡略化を進めている。健康管理のために業務改善ができるような話し合いを進めていく。		
学習	専門知識の習得	病棟学習会の実施	12回/年	11回/月					
		事例検討の実施と参加(倫理・認知度・緩和・退院支援)	計9回	5回	きいろチーム				
		院内研修会参加	6回	1.2回/人					
		院外研修会参加	1回	1.9回/人					

令和2年度西6病棟 成果報告

1. 急性期から退院支援まで多職種と連携して安全で責任ある看護を提供する。

当病棟は、内科急性期の治療の必要な方から回復期、がん化学療法や緩和ケアの必要な患者さんが入院しています。呼吸循環管理を要する患者さんの急性期看護はもとより、あらゆる患者さんに、早期退院をめざした退院支援を行っています。

また、ワンチーム制になり、スタッフ全員が全入院患者に同じように関わられるように情報共有に力を入れました。また感染症患者の受け入れも行っており病棟業務は煩雑ですが、スタッフ一丸となって感染対策に力を入れ、ガウンテクニックや手指衛生について学習を深めていきました。

2. 患者の尊厳を大切に、個々の気づき・学習を支援する職場を作る。

急性期、重症患者の看護についての計画的な学習会を開催し、知識・技術の向上に努めています。新しい治療や器具機械についての学習会も随時行いました。

スキルⅢ研修の取組みより、抑制解除に向けて検討し、センサーベット・ウーゴ君はフル活動でしたが、セグフィックス装着はゼロで過ごして頂く事ができました。また、食事時や日中の車椅子乗車を進め、生活リズムの正常化に勤めていきました。

病棟の玄関口



眺めが自慢です ♡

PNS で患者情報を共有
一緒に看護を考えます



感染防止は
任せろ！



カンファレンスは真剣に



令和2年度 BSC (西6病棟)

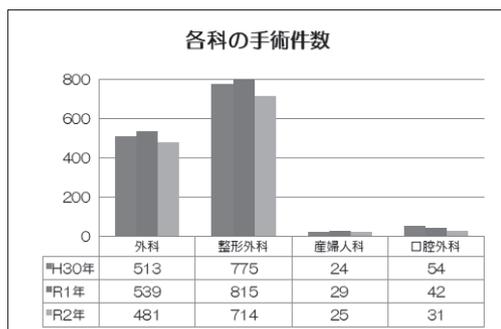
- 1.急性期から退院支援まで安全で責任のある看護を提供する。
2.再編開院に伴い、個々の気づき・学習を支援する職場をつくる

令和3年 2月

視点	目標	成果指標	R1実績値	目標値	R2年度実績値	担当	具体策	最終評価・次年度課題
顧客内部プロセス	安全・安心の看護の提供	FISHを取入れたBS改善件数	2件	2件	2件	緑G 十名Gの 担当箇所	<ul style="list-style-type: none"> 新病棟への物品配置を計画し、8月中旬に移設 現病棟 赤：ホール・給湯室 緑：倉庫・休憩室 黄：看護室・面談室 新病棟 赤：準備室・薬剤準備室・デイルム・休憩室 緑：器材庫2・汚物処理室2 黄：SS・カプセル入浴室・面談室 意見箱への意見を業務改善に活かす 時間管理での問題点や意見をリーダー会で検討 SPDシールの定数見直しを行う(6月・12月) コストもれ、カルテ記載もれの改善策 BSN学習会を担当し、周知を行う FISHを取り入れた業務改善を年度末発表を行う 療養環境マップで指摘された事項の改善 	5月から、コロナエリアの設置に伴い、1チーム制を開始、運番配置による業務修正とマニュアルの修正を行った。スタッフ全員が柔軟に対応し、感染対策(コロナエリアとコロナ番マニキュア作成、防護具着脱等の学習等)に全員で取り組んだ。4月～9月8日まで陽性疑い患者を12名、9月新病棟開設から19名の陽性患者を受け入れた。 移転後、多くの意見が意見箱に入ったが、早急に改善を要望することと、病棟会議での検討すべき点などありわけている。 時間管理対策は毎月振り返りを行い、1チーム制の運用に関すること、移転後の職員に合わせた業務動向、等に修正を行った。 転チーム時ベッドネームの看護師名記入は、入院時に決めるように変わってきている。 看護助手への業務委譲を検討し、進めている。 BSNとの情報交換、学習会により、コストもれ対策を周知した。 接遇標準語の読み上げを行った。 指導事項は速やかに改善できた。
		療養環境マップ 病室「1」の割合	94.6%	90%以上	100%	緑G		経鼻チューブ(イレウス管・ENBD)自拔が頻発したため、身体抑制方法について注意喚起を行った。気管内挿管チューブ自拔のインジデントについてRCA。与薬がらみの安全確認動作不徹底や仕事の仕方の個人差があるため、基本的なことや、トピックを注意喚起した。
顧客内部プロセス		インジデント分析回数	3件	2件	1件	黄G	<ul style="list-style-type: none"> インジデント事例の検討・対策の情報共有 転倒転落アセスメントの評価と変更を随時行う レベル2以上は必要時RCA分析を行う メデイナック集計と病棟インジデントニュースの掲示 安全確認動作の自己評価(6月・11月) ベッド周囲安全点検表を用いた環境整備 KYT事例検討会 	移転後、センサーベッド9台・ウーゴ君2台すべて常に稼働状態であるが、転倒インジデントが減少している。またでは言えない。 経鼻チューブのそのための手抑制のみとなっているが、自拔が頻発している。また、ピーズトンの弊害も見過ごせないため、患者に合わせた安全対策を講じた。評価をきちんと行う必要がある。移転後のセグウェア装着はゼロは、体幹抑制に頼らない安全対策を行えている成果である。
		内服・注射・チューブ管理・食事のインジデントの数と前月比	前月比で1以下の数(全9カ月) 内服：3回 注射：5回 薬理：7回 麻薬：6回	前月比で1以下	前月比で1以下の月の数(全9カ月) 内服：6回 注射：6回 薬理：7回 麻薬：8回		<ul style="list-style-type: none"> 看護予防学習会マップ教材で全員実施 危険因子保有患者の加フル入強化 WOCとの協働 	マットレス選択は適切に行っているが、新規養生を予防できない。予防ドレッシングの正しい使用方法や2・3時間毎の除圧、体位変換を確実に実施するよう注意喚起を行った。スキニングケアにも力を入れることができた。
学習と成長	働きやすい職場環境を作る	新規病癒発生数	10件	5件	25件	精進委員 黄G	<ul style="list-style-type: none"> 日勤PNSでの時間管理を周知する Drとの協力体制を考える 時間管理を病棟会議での定例議題にする 業務調整をワンチームで行うしくみの検討 	準夜3名となり、13:00から21:45の運番配置となったが、入院患者数の抑制があり、上半期は準夜及び運番の超過勤務時間は増加しなかったが、10月以降の現員に伴い超過勤務が2倍近く増加した。緊急要件以外で、予定業務での超過勤務が大幅に増加している。上半期は1チーム制への変更による超過増加はなかったが、下半期は3ヘアしか作れないため、清潔ケアをフリーに委譲せざるを得なくなった。 時のメンバーからの報連相やSOS発信を推進した。
	学習意欲を高める活動をする	人工呼吸器の装着と看護 消化器治療・看護の理解	人工呼吸器装着率 100% 平均参加率 55.6%	人工呼吸器装着率 100% 全学習会参加率 50%以上	100% 54%	赤G	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の学習会と実技テストを早期に実施、転入者・新卒者を中心に全員が準備・設定できるようになる 消化器治療・検査の学習会 PNS、レスピ、マムシ吸症、防災学習会は必須 認知症看護・退院支援・口腔ケア学習会 プーピングスキル学習計画 卒3・4で企画し事例検討を行う(移転後) 全員が検討内容を共有する 全員で共有すべき事例はタイムリーに発信する 	集会の自粛期間があり、夕方の学習会がなく、ミーニング学習は計画的に実施し、100%達成した。
学習と成長	学習意欲を高める活動をする	人工呼吸器の装着と看護 消化器治療・看護の理解	人工呼吸器装着率 100% 平均参加率 55.6%	人工呼吸器装着率 100% 全学習会参加率 50%以上	100% 54%	赤G	<ul style="list-style-type: none"> 計画どおり実施できた 意思決定支援について、考察できそうな事例があった。年度内に事例共有までやりたい 	

令和2年度 手術室成果報告

令和2年度は新病院に移転しました。設備が一新され、手術室の記録もようやく電子カルテになりました。新病院でも患者さんに安心安全な看護を提供することと、皆が働きやすい手術室を作ることを目標に取り組みました。



R2年度の手術件数は1251件でコロナや移転の関係で前年より-176件でしたが、例年同様症例の25%は、緊急手術でした



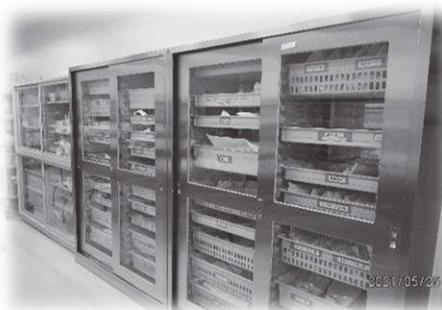
新手術室の紹介



将来を見据えたロボット手術にも対応できる広いROOM1です



廊下の電光掲示板で各部屋のスケジュール確認ができます



器材庫も広くなりました



スタッフステーションで各部屋状況をモニターで確認できます

2020年度 院内感染対策部門 BSC

感染対策室長 堀 好寿

区分	戦略マップ	目標	成功要因	評価指標	目標値	担当	アクションプラン	実績	評価・課題
財務	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 診療収益向上 医療費用抑制 </div>	医療抑制費用	診療薬	診材・消耗品の再評価 抗菌薬消費量 指定抗菌薬の届出制	適宜 現状維持 100%実施	ICT AST AST	診材・消耗品の変更、再見積り 系統別払い出し状況を毎月部会で報告する 指定抗菌薬使用届の提出	1件 現状維持 100%	Pa3m1からナリグアおよびナリグDに変更(金属の腐食への対応) ASTによる介入にて適正使用を推進した 使用時(処方時)のリアルタイムな届出への取り組みが課題
		診療収益向上	感染管理加算1 地域連携加算 の取得	ASTラウンド 加算I相互評価 合同カンファレンス	毎週 1回/年 4回/年 1回/週	AST ICT ICT	対象者を抽出し適正使用へ向けた介入を行う 相互評価指摘事項の改善 加算IIを交え合同カンファレンスを開催する 算定要件に基づくラウンドの実施	毎週 1回 4回 毎週	介入し適正使用推進に貢献した 立川総合病院と実施。評価表をもとに改善につなげた 松代病院、津南病院と実施。抗菌薬適正使用、耐性菌について報告 毎週テーマに沿って実施。改善箇所を画面にて回答を求めた
		患者満足度向上	院内感染リスクの低減	病棟環境ラウンド ICNラウンド アウトブレイク	1回/2月 検出時100% 0件	LN ICN 全員	リンクケースを中心とした病棟の環境チェック 耐性菌検出時などの環境や対策の指導 マニュアルに沿った確実な感染対策の実践	隔月 100% 0件	各部署で環境改善に取り組んだ 患者環境、感染対策について適宜確認。感染拡大防止に努めた 新型コロナウイルスの院内感染もなく、インフルエンザの流行もなかった
顧客	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 患者満足度 職員満足度 </div>	職員満足度向上	職業感染防止	針刺し事故防止チェック インフルエンザワクチン接種 麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン接種 HBワクチン接種	2回/年 90%以上 希望者100% 希望者100%	LN 対策班 対策班 対策班	針刺し事故防止チェックの実施(病棟) 職員健康管理手順に沿って実施 職員健康管理手順に沿って実施 職員健康管理手順に沿って実施 週報、月報の発行、ICTニュース(不定期)の発行 データの収集とその活用 感染対策の基礎知識等をICTニュースにて周知	2回 91% 100% 100%	結果を各部署にフィードバックし、対策を検討した 希望者全員にワクチン接種した 陰性者全員にワクチン接種を推奨。希望者に接種 希望者全員にワクチン接種した
			情報共有	ICTレポート(週報) 院内感染情報(月報) ICTニュース	毎週 毎月 6回以上/年	ICT ICT ICT		毎週 毎月 9回	毎週発行できた 部会時に配布 新型コロナウイルス関連を中心に広報した
			感染対策の充実	手洗いチェック表 クリッターバク 手指消毒実施回数 マニュアルの改訂 リンクケース(LN)の育成 リンクストップ(LS)の育成	1回/年 1回/年 10回/日/1患者 適宜 毎月	指導班 指導班 指導班 ICT ICT 全員	適切な手技とタイミングの定着を図る 結果を集計して院内学習会(3月)で報告 手指消毒剤抽出量から実施回数を算出する エビデンスに基づいた改訂および新規作成 リンクケースの開催、学習会等への参加 各部署における指導的役割を担う	0回 1回 1回 中止 適宜 毎月	個人防護具の供給不足により未実施 全員実施した 全員実施した 手指消毒剤の供給不足の時期があり未実施 新型コロナウイルスを適宜改訂し、冊子として各部署に配布、電カルにも掲示 リンクケースを毎月開催。知識、技術アップに努めた
内部プロセス	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 感染対策の充実 </div>	感染対策の充実	手指衛生 個人防護具	新採用・転入者あり 看護助手研修会 委託業者研修会 抗菌薬適正使用関連研修会	2日間 1回以上 1回以上 2回	ICT 指導班 指導班 AST	新採用者・転入者感染対策オリエンテーション 看護助手学習会実施 委託業者学習会実施 抗菌薬適正使用に関連した研修会の実施	2回 1回 1回 2回	ICN、事務局で担当 ICNが実施した 指導班主体で実施した 新型コロナウイルス感染症のため資料配布による自己学習。課題テストの実施
			専門知識・技術の習得およびレベルアップ	院内感染研修会 院内学習会 自己研鑽	1回 2回 延べ10回以上	ICT ICT 全員	院内感染対策に関連した学習会の実施 職員全員を対象とした学習会の実施 院外の感染関連研修に一人1回は参加する	1回 1回 10回以下	院内講師による新型コロナウイルス感染症の研修会を実施 新型コロナウイルス感染症のため資料配布による自己学習 個々に研修会に参加。コロナで研修会参加が難しい状況であった
			学習と成長						

薬事委員会〔令和2年度実績〕

委員長（病院長） 吉嶺 文俊

1. 開催回数

6回（令和2年5月、7月、9月、11月、令和3年1月、3月）

2. 審議結果

採用区分	内服薬	注射薬	外用薬	その他	計
本採用医薬品	25	25	17	0	67
仮採用医薬品 (本採用医薬品への移行品目含む)	27	26	5	0	58
採用中止医薬品	18	16	5	0	39
院外専用薬	13	7	7	0	27

(単位：品目数)

3. 後発医薬品の使用推進の取組

(1) 後発医薬品への切替品目数

内服薬	注射薬	外用薬	計
12	12 (BS 4品含)	6	30

(2) 後発医薬品の使用状況（令和2年度累計）

数量シェア：94.9% カットオフ値：63.4%

4. 製造販売後調査等件数（新規申請）

使用成績調査	特定使用成績調査
0件	0件

5. 今後の展開

- 院内採用医薬品を薬効群毎に見直すとともに適正使用ガイドの作成を推進する。
- 後発医薬品の数量シェア85%以上、カットオフ値60%以上を維持する。

新潟県立十日町病院薬事委員会規程（一部抜粋）

(目的)

第1条 薬事委員会（以下「委員会」という）は、新潟県立病院「薬品管理業務基準」に基づき病院で使用する医薬品（臨床検査試薬、放射性医薬品も含む）の選定及び有効性・安全性の評価並びに薬品費の効率的な運用について審議するため設置する。

(委員構成)

第2条 薬事委員会の委員は院長の指名により、以下の委員で構成する。
 病院長、副院長、診療部長または医局長、各科医師代表1名、事務長、検査技師長、診療放射線科医師（技師長）、経営課長、看護師、薬剤部長、薬剤副部長（または薬剤科長）、その他委員長が必要と認めた者
 2 委員長は院長が務める。

[中略]

(議事)

第4条 薬事委員会は、以下の項目について調査し、審議する。

1. 医薬品の採否に関する事。
2. 管理品目の点検、整理に関する事。
3. 医薬品の適正使用の推進に関する事。
4. 院内で発生した副作用等についての情報収集および提供に関する事。
5. 医薬品の購入に関する事。
6. 製造販売後調査（使用成績調査、特別調査、副作用・感染症報告）に関する事。
7. 院内製剤の新規使用に関する事。
8. その他、薬事に関する事。

事務局 薬剤部長

化学療法委員会

委員長 外科部長 林 哲二

【活動内容】

化学療法のレジメンの管理

委員会：6回開催（令和3年5月、7月、9月、11月、令和4年1月、3月）

【令和3年度の登録レジメン】

131レジメン（中止レジメンは除外）

申請年月日	がん種	レジメン名	登録No/	内科	外科	産婦
2008/05/01	卵巣がん	TC療法	1			●
2008/05/01		DC療法	2			●
2010/01/18		CPT-11単独療法	52			●
2013/04/01		dose-dense TC療法	84			●
2013/09/11		GEM療法	85			●
2018/11/21		TC+アバスタチン療法	122			●
2018/11/21		アバスタチン単独療法(卵巣癌)	123			●
2019/11/26		TP+アバスタチン療法	特定患者		●	
2008/05/01	子宮体がん	TC療法	1			●
2021/03/30		ドキシソルピシン単独療法	141			●
2008/05/01	食道がん	DTX+FP療法	7		●	
2013/01/25		DTX+FP療法②	81		●	
2014/11/12		LowDoseFP療法	特定患者		●	
2008/05/01	大腸がん	FOLFOX6療法	9		●	
2008/05/01		FOLFIRI療法	11		●	
2008/05/01		FOLFIRI+アバスタチン療法	12		●	
2008/05/01		5-FU/ I-LV療法	13		●	
2008/05/01		Hi dose 5-FU 動注療法	14		●	
2008/05/01		Low dose 5-FU 動注療法	15		●	
2008/05/01		5-FU/ I-LV 動注療法	16		●	
2008/05/01		Weekly CPT-11+アービタックス療法	17		●	
2010/01/01		XELOX3w+アバスタチン療法	50		●	
2010/01/01		IRIS+アバスタチン療法	51		●	
2010/02/22		アービタックス単独療法	53		●	
2010/10/20		Bi-weeklyCPT-11+アービタックス療法	56		●	
2010/10/20		FOLFIRI+アービタックス療法	57		●	
2010/10/20		IRIS+アービタックス療法	58		●	

申請 年月日	がん種	レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2010/10/20	大腸がん	XELOX3w+アービタックス療法	59		●	
2010/10/20		FOLFOX6+アービタックス療法	60		●	
2012/02/01		ベクティビックス単独療法	76		●	
2012/02/01		XELOX2w+ベクティビックス療法	77		●	
2012/02/01		IRIS+ベクティビックス療法	78		●	
2012/02/01		FOLFOX6+ベクティビックス療法	79		●	
2012/02/01		FOLFIRI+ベクティビックス療法	80		●	
2014/07/16		5-FU/I-LV+アバステチン療法	93		●	
2014/07/16		カペシタビン+アバステチン療法	94		●	
2015/02/05		XELOX3w 療法	97		●	
2015/02/05		XELOX2w 療法	98		●	
2015/03/04		mFOLFOX6+アバステチン療法	99		●	
2015/09/16		ロンサーフ+アバステチン療法	101		●	
2015/11/18		SOX3w 療法	103		●	
2015/11/18		SOX2w 療法	104		●	
2016/09/21		XELIRI 療法	108		●	
2016/09/21		XELIRI+アバステチン療法	109		●	
2018/01/17		サイラムザ+ FOLFIRI 療法	115		●	
2018/09/12		FOLFOXIRI 療法	119		●	
2018/09/12		FOLFOXIRI+アバステチン療法	120		●	
2018/09/12		SOX3w 療法+アバステチン療法	121		●	
2018/11/21		外来 mFOLFOX6+アバステチン療法	124	●	●	
2019/01/16		外来 mFOLFOX6 療法	126	●	●	
2019/01/16		外来 FOLFIRI 療法	127	●	●	
2019/01/16		外来 FOLFIRI+アバステチン療法	128	●	●	
2019/03/20		外来 mFOLFOXIRI 療法	130	●	●	
2019/03/20		外来 mFOLFOXIRI+アバステチン療法	131	●	●	
2019/11/26		外来 FOLFIRI+サイラムザ療法	135	●	●	
2020/1/8		外来 FOLFIRI+ザルトラップ療法	137		●	
2008/05/01		胃がん	Weekly PTX+TS-1 療法	18		●
2008/05/01	胃 Weekly PTX 療法		19		●	
2008/05/01	Weekly CPT-11+TS-1 療法		20		●	
2008/05/01	PTX+5-FU 療法		21		●	
2009/01/01	TS-1+CDDP 療法		28		●	
2009/01/01	CPT-11+CDDP 療法		29		●	
2013/01/25	DTX+FP 療法②		81		●	
2013/04/01	アブラキサン療法		83		●	

申請年月日	がん種	レジメン名	登録No/	内科	外科	産婦	
2013/09/11	胃がん	外来 CDDP+TS-1 療法	87		●		
2014/11/12		LowDoseFP 療法	特定患者		●		
2015/02/05		XELOX3w 療法	97		●		
2015/02/05		XELOX2w 療法	98		●		
2015/07/15		HER+CDDP+カペシタビン療法	100		●		
2015/09/16		SOX+HER 療法	102		●		
2015/11/18		SOX3w 療法	103		●		
2015/11/18		SOX2w 療法	104		●		
2016/05/20		サイラムザ+PTX 療法	105	●	●		
2016/05/20		サイラムザ単独療法	106	●	●		
2016/11/16		胃 CPT-11	112	●	●		
2017/11/15		オブジーボ療法	114		●		
1018/07/18		サイラムザ+アブラキサン療法	117		●		
1018/07/18		XELOX+HER 療法	118		●		
2008/05/01		肝臓がん	CDDP+Hi dose5-FU 動注療法	25		●	
2008/05/01			CDDP+Low dose5-FU 動注療法	26		●	
2009/09/01	アイエーコール肝動注療法		44		●		
2016/09/21	CDDP+I-LV+5FU 動注療法		111		●		
2008/05/01	膵臓がん	膵 GEM 療法	30		●		
2008/05/01		GEM+TS-1 療法	31		●		
2014/06/09		FOLFIRINOX 療法	91		●		
2016/05/20		アブラキサン+GEM 療法	107		●		
2019/01/16		外来 FOLFIRINOX 療法	129	●	●		
2020/09/16		5-FU+LV+オニバイド療法	139	●			
2008/05/01	胆道がん	GEM 療法	30		●		
2008/05/01		GEM+TS-1 療法	31		●		
2011/10/01		CDDP+GEM療法	72		●		
2008/05/01	乳がん	Weekly HER 療法	33		●		
2008/05/01		Tri-weekly HER 療法	34		●		
2008/05/01		Weekly PTX 療法	35		●		
2008/05/01		DTX 療法	36		●		
2008/05/01		Weekly PTX+HER 療法	37		●		
2008/05/01		Weekly PTX +カペシタビン療法	38		●		
2008/05/01		DTX+HER 療法	39		●		
2008/05/01		bi-weekly PTX+TS-1+HER 療法	40		●		
2008/05/01		HER+CPA+カペシタビン療法	41		●		
2009/11/19		AC 療法	48		●		

申請 年月日	がん種	レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2011/11/17	乳がん	Weekly PTX+アバスタチン療法	74		●	
2010/02/25		GEM+HER 療法	54		●	
2010/02/25		乳 GEM 療法	55		●	
2011/11/17		乳 VNR 療法	73		●	
2012/02/01		ハラヴェン療法	75		●	
2013/01/25		Weekly PTX+カベンタピン+アバスタチン療法	82		●	
2013/04/01		アブラキサン療法	83		●	
2014/08/15		Weekly PTX+Tri-weekly HER 療法	95		●	
2016/09/21		乳 CPT-11 療法	110		●	
2017/03/15		アブラキサン+アバスタチン療法	113		●	
2020/01/23		テセントリク+アブラキサン療法	138		●	
2021/04/02		パージェタ+DTX+HER 療法	142		●	
2011/06/01		非小細胞肺がん	PEM 療法	61	●	
2011/06/01	GEM療法		62	●		
2011/08/01	CPT-11 単独療法		64	●		
2011/08/01	CBDCA+PTX 療法		65	●		
2011/08/01	肺 VNR 療法		66	●		
2011/08/01	肺 DTX 療法		68	●		
2011/08/01	CBDCA+GEM 療法		70	●		
2013/04/01	アブラキサン療法		83	●		
2013/09/11	PEM+CBDCA±アバスタチン療法		86	●		
2013/12/11	CDDP+VNR 療法		88	●		
2014/01/10	DTX+CBDCA 療法		89	●		
2014/08/19	AMR療法		96	●		
2018/07/18	オブジーボ療法		114		●	
2019/01/16	テセントリク療法		125	●		
2019/7/17	キイトルーダ療法②		134	●	●	
2019/11/26	CBDCA+アブラキサン療法		136	●		
2021/03/01	CBDCA+S-1 療法		140	●		
2011/08/01	小細胞肺がん		CPT-11 単独療法	64	●	
2011/08/01		CBDCA+Etoposide 療法	67	●		
2011/08/01		CDDP+Etoposide 療法	71	●		
2014/01/31		肺 CPT-11+CDDP 療法	90	●		
2014/08/19		AMR療法	96	●		
2018/07/18	悪性胸膜中皮腫	CDDP+PEM 療法	116	●		
2018/07/18	頭頸部がん	オブジーボ療法	114	●		

申請 年月日	疾患	レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2018/03/20	頭頸部がん	アービタックス+PTX 療法	132	●		
2019/7/17	MSI-highj 固形癌	キイトルーダ療法①	133		●	

申請 年月日	疾患	レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2015/01/30	潰瘍性大腸炎	レミケード(クローン・UC) 療法	特定患者	●	●	
2020/1/9	クローン病	エンタイビオ療法	特定患者		●	
2015/01/30	関節リウマチ	レミケード(RA)療法	特定患者	●		
2015/01/30		オレンシア療法	特定患者	●		
2017/03/15		アクテムラ療法	特定患者	●		
2019/03/20	クローン病	ステララ導入療法	特定患者		●	

事務局 薬剤部

2020年度 緩和ケア委員会 BSC

ビジョン		安全と安心を与える医療の構築、効率的なチーム医療を実施する					
運営方針		患者・家族にとって満足度が高く、職員にとってやりがいのある緩和ケアを実践する					
区分	戦力マップ	戦略目標	重要成功要因	業績評価指数	2020年目標値	2020年実績値	アクションプラン
財務の視点	経営の視点	医療収益の改善	がん性疼痛緩和指導管理料 月200点の算定向上	がん性疼痛緩和指導料算定率	100%算定	100%算定	緩和ケアニュースなどによる啓発 算定可能な医師の増員（対象科における 医師1名以上）
顧客の視点	患者及び 職員の満足	緩和ケアの 充実と啓発	緩和ケア介入症例の 増加	委員会内での症例検討 および緩和ケア介入依頼	委員会内での症例検 討および緩和ケア介 入依頼に対応	6症例検討 緩和ケアチーム依頼 2件	対象者の把握（病名、使用薬剤、方法、 コントロール状況、リハビリ介入、転帰 等） 委員会にてテーマ検討、随時発行
				緩和ケアニュース 発行回数	2回	2回	2回
内部プロセス の視点	人材育成	専門能力の 向上	がんのリハビリテーション 介入	がん患者リハビリテーション 実施件数、単位数	100件	122件	対象者を増やす
			研修会/学会への 積極的な参加	緩和ケア研修会、 関連学会への参加人数	10名	6名	緩和に関する学会・研修会1人1回以上 参加
学習と成長の 視点	教育研修	緩和ケアの理解向上	マニユアル認知度の 向上	マニユアル整備、見直し	見直し1回以上	見直し1回	新規項目の追加検討、随時改訂 ・初期アセスメントシートの見直し ・がん患者指導管理料イ、ロ算定の フロー図作成
				院内学習会、症例検討会 の開催回数	2回	2回	委員会内で随時内容検討 ・東3・西4病棟において学習会開催 講師 富井 CN
				委員会内での症例検討	2回	7回	委員会内での情報共有、委員の知識 向上、計画的な症例検討準備

令和2年度 糖尿病治療支援委員会

🌸 指導実績

評価指針（件数）	目標	実績
糖尿病療養指導	100件/年	274件↑
糖尿病透析予防指導	200件/年	104件↓
糖尿病個人栄養指導	300件/年	284件↓
入院糖尿病教室	30件/年	2件↓

「糖尿病療養指導」は目標達成した。今年度血糖測定器の機種を変更し、その新機種を説明することでいつもはあまり関わっていなかった患者にも日常生活状況や注射手技などの療養上の指導で関わりを持つ事ができた。

🌸 月1回に変更した糖尿病教室

糖尿病教育入院の患者や外来通院中の患者を対象に月1回医師・看護師・コメディカルが協力し約2時間コースの教室を企画した。新型コロナウイルスの感染状況により思うように開催できず、今年度は2回のみで開催であった。

🌸 糖尿病教室 🌸

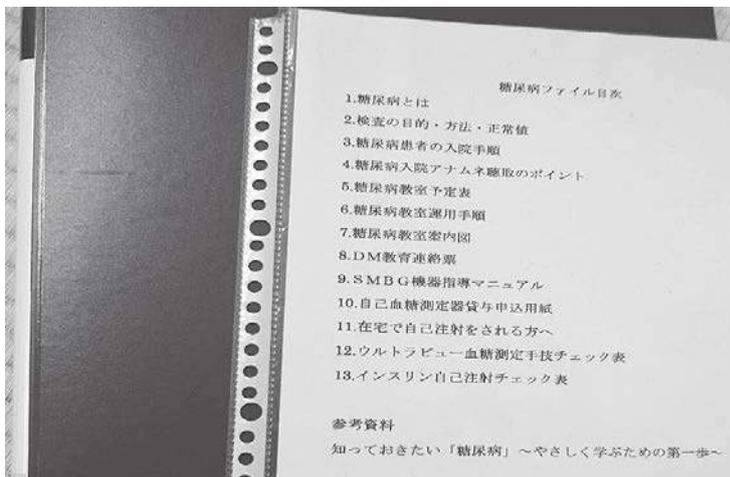
開催は毎月第2木曜日
②糖尿病・生活習慣病センターにて 2時間程度

- 14:00～糖尿病について(医師)
- 14:15～バランスの良い食事(栄養士)
- 14:55～薬について(薬剤師)
- 15:10～休憩
- 15:20～検査のみかた(臨床検査技師)
- 15:35～運動の方法(理学療法士)
- 5:50～緊急時の対応やフットケアについて
(看護師)



※内科外来にて受

🌸 糖尿病ファイルの見直し



各病棟に置いてあるファイルを全スタッフが糖尿病治療支援における疑問・不安に対応できるように、修正した。

R3.5

令和2年度糖尿病支援委員会BSC 最終報告

区分	目標	成果	重要評価指針	令和2年度目標	実績	担当	具体的活動	最終報告
財務	資源の有効	指導料の増加	糖尿病療養外来	100件/年	274件	外来	継続患者の予約入力の落ちがないように確認を行う。	療養外来は測定器変更もあり今まであまり関わられなかった患者とも関わられ件数も目標以上達成。透析予防は新規患者の拾い上げができて、来年度に向けて検査科と体制を考えていきたい。
			糖尿病の栄養指導件数	300件/年	284件	栄養課	内科、栄養課、(検査科)で連携し、新規患者の拾い上げを行う。	
			糖尿病透析予防件数	200件/年	104件	外来・栄養課		
			糖尿病合併症予防フォロー検査	30件	2件	検査・外来		
顧客	職員満足度向上	糖尿病情報の共有	入院糖尿病教室件数	30件/年	2件	病棟・外来・栄養課	入院糖尿病教室のスムーズな運営	新聞は予定より遅れての発行ではあったが、今月3回めを発行予定。
			糖尿病治療支援委員会新聞の発行	年3回4・8・10月	2回(6・12月)	4月：6F・外来 8月：3F・薬局 10月：4F・リハ	委員会活動報告や、スタッフへのお知らせ 研修会案内、トビックス紹介などを発行する	
			公開教室の運営	年1～2回開催	中止	全部署	十日町市と連携して実施 院外にて開催予定 内容は市と検討予定	
内部 プロ セス	インフォームドコンセントの充実 業務の効率化	糖尿病患者指導の充実	糖尿病教室の運営管理	毎月第1・3・5週の火・水・木曜日開催	毎月第3木曜日に開催	全部署	入院患者向けDM教室開催日見直し	公開教室は今年度中止。 院内の教室を月1回と決め10月に1度開催したが、感染状況を考慮し一時中止。3月より再開予定だが、今のところ外来患者のみを対象としているため入院患者への指導について検討必要。
			ホームページの更新・管理	年1～2回 8月必要時随時更新	糖尿病教室の内容と様子を掲載予定	7月 栄養課	公開講座の予告と内容を更新	
			地域活動への参加	ワークショップへの参加 世界DMデーへの参加 魚沼地域糖尿病研究会参加 NPOアールサークル参加	10/1実施	全部署	・スタッフのためのDM教室 ・魚沼DM看護 ・魚沼DM研究会 ・ワークショップ 情報発信継続	
成長と学習	専門能力の向上	糖尿病指導能力の向上 後進育成	研修会の参加	各自で参加		薬剤部		今年度はすべて中止。 院内学習会は中止となったが糖尿病に関するテストは実施知識再確認のため継続していきたい。
			院内学習会の企画	1回開催(8月12日)	延期	看護部		
			糖尿病テスト	1回開催(6月)	6月実施	看護部・薬剤部	内服薬・インスリンテストを実施 スタッフへの声掛け	
			療養指導士受験サポ	有資格者の増加				

	目標	成果	重要評価指標	R2年度実績値	目標値	担当	最終評価
顧客の視点	褥瘡発生防止	褥瘡発生要因の早期把握と予防の強化	新規褥瘡発生率	1.44%	1.2%以下	リンクナース 回診・データー	<ul style="list-style-type: none"> • 昨年度 (0.98%) と比較し新規褥瘡発生率が上がっている。エアマットレスの選択はできていたが、除圧不足やずれにより新規褥瘡者が増えている傾向であった。後期に保湿ローションの標準使用を周知でき、CS セットへの組み込みも提案できた。各病棟で、除圧、摩擦予防、スキンケアの実施など褥瘡予防の徹底に努める
経営の視点	治癒の向上 褥瘡記録入力力の精度向上	治癒期間の短縮 確実な褥瘡管理	d2 以下の治癒期間 入力監査結果	17.3 日 4.65 点	14 日以内 各項目とも5点満点	リンクナース 回診・データー マニュアル班 学習・広報紙	<ul style="list-style-type: none"> • 月に1～2回褥瘡回診を行うことができた。感染予防のため少人数で対応した。来年度も積極的に回診者をリストアップし、効果的な回診になるよう、メンバーのスキルアップを図り、病棟に還元する。 • 治癒日数は 17.3 日と目標達成できなかった。アセスメント、褥瘡ケアのスキルアップが必要 • 各病棟 5 例ずつ毎月入力監査を行い、集計結果を委員会で報告している。
内部プロセス	ケアの標準化	褥瘡管理能力のボトムアップ 褥瘡予防物品の適正使用	セクションでの学習会 マットレス・クッションの使用状況	1 セクション 実施 新病棟の購入 マットレスの部署 管理へ	1 回以上 参加率 80% 各部署に均等の マットレス配布	マニュアル班 リンクナース マニュアル班 リンクナース	<ul style="list-style-type: none"> • マニュアルの見直しを行い修正⇒HS のマニュアルへ移行準備終了 (サーバー室へ依頼済み) • 学習会、各病棟 1 回は行えた。 • 新病棟移転に伴い 64 枚エバーフィットが新設購入され、すべてのベッドに体圧分散マットが配属されたが、マットレスのグレード周知が不足している
学習と成長のプロセス	専門知識と実践能力の向上	知識の浸透	学習会の開催 研修・発表会への参加 症例報告 褥瘡たより発行	1 回 Webセミナーにて自己学習 未実施 2 回	1 回 全員参加 1 題 2 回	学習・広報紙 リンクナース リンクナース 学習・広報紙	<ul style="list-style-type: none"> • 7/8 に「ポジショニングとマット選択について」院内学習会を実施。21名の参加があった。 • 研修会で得た最新の情報や、回診の症例を報告 • 9月に1回目褥瘡たより (陰田閉鎖療法について) 2月に2回目褥瘡たより (褥瘡によく使用される被覆材について) を発行。

令和2年度 十日町病院 接遇委員会 BSC

理念方針	接遇を通して患者から信頼され、支持される病院づくりを内部から支援します。					
活動目標	患者さんに対して優しさと思いやりのある接遇を行うため、接遇レベルの向上及び職員間のコミュニケーション向上が可能となる取組を行います。					
区分	目標	成果	業務成果指標	担当	R2 アクションプラン	R2 達成状況
経営の視点	病院機能の強化	選ばれる病院	季節毎の催し	アメニティ班	<ul style="list-style-type: none"> セタの笹飾り クリスマスツリー お正月の生け花 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟・リハビリにセタの笹飾りやクリスマスツリー、お正月の生け花を設置することで季節感を醸成し、患者さんに楽しんでいただいた。
顧客の視点	患者満足度の向上	信頼される病院	患者・家族満足度の向上	意見箱・院内研修班	<ul style="list-style-type: none"> 電話サービスの実施(継続) 	<ul style="list-style-type: none"> 新患を中心に、診察時間が近づくことと連絡することにより患者待ち時間の縮減と患者サービスの向上に努め、患者さんから喜ばれた。
			投書・クレーム対応	意見箱・院内研修班	<ul style="list-style-type: none"> 投書対象部署への回答書の検討依頼と検討結果の検証 	<ul style="list-style-type: none"> 接遇委員会で投書に対する回答案を検討して回答を北玄関1階廊下に掲示。病院利用者及び職員に周知した。
		適切な身だしなみ	身だしなみへの意識付け	意見箱・院内研修班	<ul style="list-style-type: none"> 身だしなみチェック・品格チェックを各1回実施 	<ul style="list-style-type: none"> 身だしなみチェック・品格チェックを行うことで職員の意識向上を図った。
教育と成長	研鑽による活性化	接遇スキルアップ	院内接遇研修	意見箱・院内研修班	10月14日(水)院内研修会	<ul style="list-style-type: none"> 医療スタッフ向けの患者接遇に関するDVDを視聴し、スキルアップを図った。

診療科業務報告

新潟県立十日町病院

令和2年度 内科業務実績

令和2年度の内科業績です。この年度は病院移転もありましたが、コロナ禍による多くの学会や院内行事の中止など、大変な一年になりました。そのような中で、今年は特に研修医や学生の指導に力を注ぎ、カタチにこだわらずキモチを大切にしっかりと業績を残すことを目標に掲げて取り組んで参りました。将来、ここ妻有の大地で共に医療を支える人材の育成及び確保に向けて多くの種子を撒いた一年になりました。令和3年度はさらにカタチの面でも業績も残せるよう、引き続き内科一同頑張っていく所存です。

文責:角道 祐一

【論文】

患者自身の医療への参画（シリーズ：地域医療を実践する内科医とは）河野 恵美子、吉嶺文俊：日本内科学会雑誌 第110巻 第2号 262-267，2021.2.10

Regional Disparities in Adherence to Guidelines for the Treatment of Chronic Heart Failure Yuji Matsuo, Fumitoshi Yoshimine, Katsuya Fuse, et al. Intern Med 60: 525-532, 2021

無症状で経過した肺リンパ腫様肉芽腫症の1例 堀好寿、黒川 允、吉嶺 文俊、大橋和政、伊藤 竜、高田 俊範 日呼吸誌, 9(5)：365-369, 2020

【学会発表】

関節リウマチに合併した細気管支病変が4年の経過で呼吸不全になった一例 黒川 允、堀 好寿、吉嶺 文俊、塚田 弘樹、高田 俊範、長谷川 隆志 第85回 呼吸器合同北陸地方会 WEB開催 2020年10月25日

当院における総合診療実習の現状と新規取り組み

～併設地域救急ステーションとのコラボレーション～

大関 明樹、堀好寿、齋藤 悠、角道 祐一、黒川 允、吉嶺 文俊、鈴木 和夫、小泉 健、長谷川 隆志、鈴木 榮一

第11回 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 WEB開催 2020年月27日

【講演・研究会・講習会】

「新しくなった十日町病院 ～地域連携センターの役割を中心に～」

角道 祐一

十日町市中魚沼郡医師会学術 WEB 講演会 2020 年 10 月 20 日

「十日町の循環器診療について」

松尾 聖

中越地区心不全連携セミナー WEB 講演会 2021 年 3 月 18 日

【十日町プライマリレクチャーなど】

「小児の膝痛」

河内 裕介

整形レクチャー 十日町病院医局 2020 年 8 月 12 日

「めまい」

河内 裕介

第 2 回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2020 年 9 月 30 日

「脳梗塞」

赤嶺 学

第 3 回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2020 年 10 月 7 日

「虫垂炎」

坂口 彰

第 4 回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2020 年 10 月 14 日

「ケースカンファレンス」

堀 好寿

第 5 回プライマリレクチャー 十日町病院医局 2020 年 10 月 28 日

「小児の頭部外傷」

河内 裕介

第 7 回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2020 年 12 月 2 日

「がんの化学療法 ～入門編～」

角道 祐一

第8回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2020年12月9日

「胸腔ドレナージ」

赤嶺 学

第9回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2020年12月23日

「大腿骨近位部骨折」

坂口 彰

第11回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2021年1月13日

「救急外来で遭遇する循環器疾患」

松尾 聖

第12回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2021年1月27日

「気管支喘息の治療」

黒川 允

第13回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2021年2月3日

「研修医から見た漢方薬」

河内 裕介

第15回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2021年2月24日

「高血圧緊急症」

赤嶺 学

第16回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2021年3月3日

「小児の腹痛」

河内 裕介

第17回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2021年3月10日

「脊髄損傷」

本間 健一

第19回プライマリーレクチャー 十日町病院医局 2021年3月31日

【病院説明会・勧誘会など】

臨床研修病院コンソーシアムオンライン合同説明会

河内 裕介、齋藤 悠ほか

オンライン（主催：県医師・看護職員確保対策課）2020年5月20日

臨床研修病院コンソーシアムオンライン合同説明会

河内 裕介、齋藤 悠ほか

オンライン（主催：県医師・看護職員確保対策課）2020年6月19日

MEGA レジ 全国一斉オンライン説明会

河内 裕介、齋藤 悠ほか

オンライン（主催：エムスリー株式会社）2020年8月2日

MEGA レジ 全国一斉オンライン説明会

赤嶺 学、齋藤 悠ほか

オンライン（主催：エムスリー株式会社）2020年8月8日

【寄稿・投稿など】

緑陰随想「令和2年夏」

吉嶺 文俊

全国自治体病院協議会雑誌 第59巻 第8号：1252-1254, 2020.8

新春随想「デジタル初詣」

吉嶺 文俊

全国自治体病院協議会雑誌 第60巻 第3号：90-91, 2021.1

病院紹介「新潟県立十日町病院」

吉嶺 文俊

全国自治体病院協議会雑誌 第60巻 第3号：324-329, 2021.3

「未来のために、今はできることを粛々と（コロナ禍において）」

堀 好寿

健康ワンポイントアドバイス 第218号 十日町市中魚沼郡医師会

「年頭のご挨拶」

吉嶺 文俊

だんだんどうも（院内報） 2021. 1

「新年のごあいさつ」

吉嶺 文俊

（リモート） 2021. 1. 4

「消化管内視鏡検査のすゝめ」

渡邊 誠

十日町病院 院外報（秋号）

【取材】

県立病院長の紹介 県立病院ニュース 2020. 4

吉嶺 文俊

都市と田舎のあり方根本から考え直す 妻有新聞 第 2730 号 2020. 5. 2

吉嶺 文俊

【新潟】救急をしっかりと、包括ケアをしなやかに。新病院 2020 年秋全棟開院予定 - 吉嶺文俊・新潟県立十日町病院長に聞く◆Vol. 1 m3.com 地域ニュース. 2020. 6. 19

【新潟】医療も“地域創生”の一部と捉え、自治体や住民と共に歩む - 吉嶺文俊・新潟県立十日町病院長に聞く◆Vol. 2 m3.com 地域ニュース. 2020. 6. 26

【新潟】医師不足にストップ！臨床研修に力を入れる地域の中核病院 - 吉嶺文俊・新潟県立十日町病院長に聞く◆Vol. 3 m3.com 地域ニュース 2020. 7. 3

病院紹介 新潟県立十日町病院 ～しっかりとしなやかに 新しい地域密着型病院へ～
吉嶺 文俊

九州医事新法社 第 677 号：7 頁 2020. 10. 20

医療従事者ワクチンが始まる、1 年前の緊急事態宣言の時の思い出して

吉嶺 文俊

十日町タイムス 2021. 3. 28

【診療実績】

胃・十二指腸ファイバースコープ：704 件

胃・十二指腸ポリープ切除：2 件

胃・十二指腸ステント留置：1 件

食道ステント留置：4 件

食道・胃静脈瘤結紮術（EVL）：2 件

大腸内視鏡検査：486 件

大腸ポリープ切除：155 件

大腸ステント留置：1 件

ERCP（結石除去、ドレナージ、ステント留置を含む）：75 件

上部・下部内視鏡的止血術：33 件

超音波内視鏡（EUS）：3 件（FNA 1 件）

気管支ファイバースコープ：12 件

化学療法（内科延べ件数）：287 件

内訳：抗がん剤 205 件、バイオ製剤 82 件（レミケード：22 件、オレンシア：60 件）

CV ポート造設：13 件

令和2年外科業績報告

令和2年度はコロナ禍に加え、新病院への転居に伴う入院・手術制限もあり、手術件数は全身麻酔424例、腰椎麻酔22例、局所麻酔31例の計477例でした。新病院では転居早々から緊急手術に追われていました。コロナ禍の影響で殆どの学会が中止となり、学会発表は日本癌局所療法研究会(大阪)の誌上発表2題のみでした。論文は3編発表しました。

外科 林 哲二

令和2年度 外科手術統計

全身麻酔	424
腰椎麻酔	22
局所麻酔	31
計	477
大腸・直腸	73 (腹腔鏡下 12)
胃	31 (腹腔鏡下 3)
食道	1
胆嚢・胆管	50 (腹腔鏡下 41)
小腸	54 (腹腔鏡下 15)
虫垂	68 (腹腔鏡下 67)
肝	5
脾	2
ヘルニア	93 (腹腔鏡下 23)
痔核・痔瘻	22
乳腺	25
肺	5 (鏡視下 3)
頸部・甲状腺	9
気管切開	7
その他	31

R2(2020)年度外科

日付	学会名	会場	出席者	発表者	発表演題
2020.5.29	第42回日本癌局所療法研究会	大阪	(誌上発表)	渡邊明美	空洞形成を呈した直腸癌肺転移の1例
2020.5.29	第42回日本癌局所療法研究会	大阪	(誌上発表)	水戸正人	腹腔鏡下生検により診断し得た Peritoneal Lymphomatosisの1例

論文

渡邊明美、福成博幸、水戸正人、林 哲 二	空洞形成を呈した直腸癌肺転移の1例	Jpn J Cancer Chemotherapy 47(13) : 2080-2082,2020.
水戸正人、福成博幸、渡邊明美、林 哲 二	腹腔鏡下生検により診断し得たPeritoneal Lymphomatosisの1例	Jpn J Cancer Chemotherapy 47(13) : 1792-1794,2020.
水戸正人、福成博幸、渡邊明美、林 哲 二	急速な経過でDICに進展した非穿孔性急性虫垂炎の1例	日本臨床外科学会雑誌 82(3) 586-590 2021

令和2年度 整形外科業績実績

十日町病院整形外科は令和2年度から常勤医4人となりました。また同時に新患予約制を初めて導入しましたが、院内外のご協力おかげで大きなトラブルなく移行しました。2020年12月1日には一般社団法人日本手外科学会研修施設認定を受けました。

(1) 診療業績 : 整形外科

新患数 3736名 (前年 3451人)

⇒R2年4月から新患予約制とさせて頂きましたが、新患数は増加。

手術件数 873件 (前年 913件)

⇒新病院移転、コロナ禍で手術制限あり、前年よりわずかに減少。

入院実患者数 977名 延べ患者数 18029名

外来延べ患者数 23742名 (前年 20348人)

⇒常勤医が3人⇒4人に増員したため外来診療可能な患者が増加。

(2) 学会発表

『肩甲帯に周期的不随意運動を呈したジストニアの1例』

第63回日本手外科学会学術集会 令和2年6月25日～8月17日 会場：オンライン

倉石達也 秦命賢 村岡治 井淵慎弥

「母指形成不全症に対する母指化術の術後成績について」

第 63 回日本手外科学会学術集会 令和 2 年 6 月 25 日～8 月 17 日 会場：オンライン

福原宗 依田拓也 土屋潤平 柴田実

(3) 学術講演会など

『雪国×医療』～外傷編』

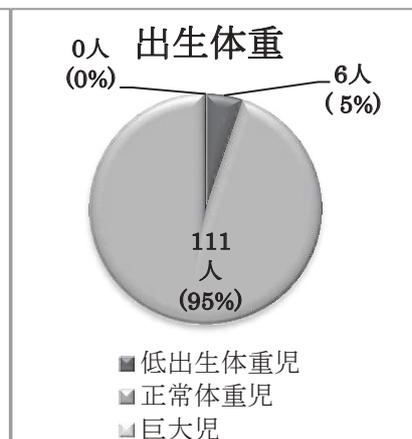
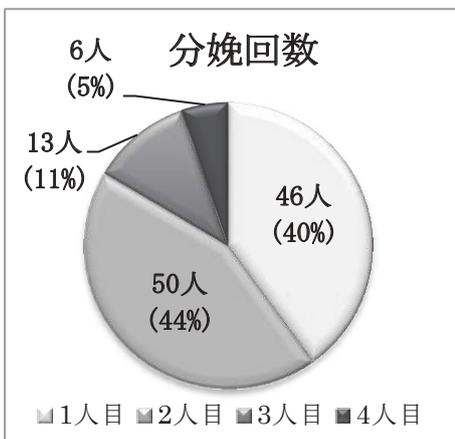
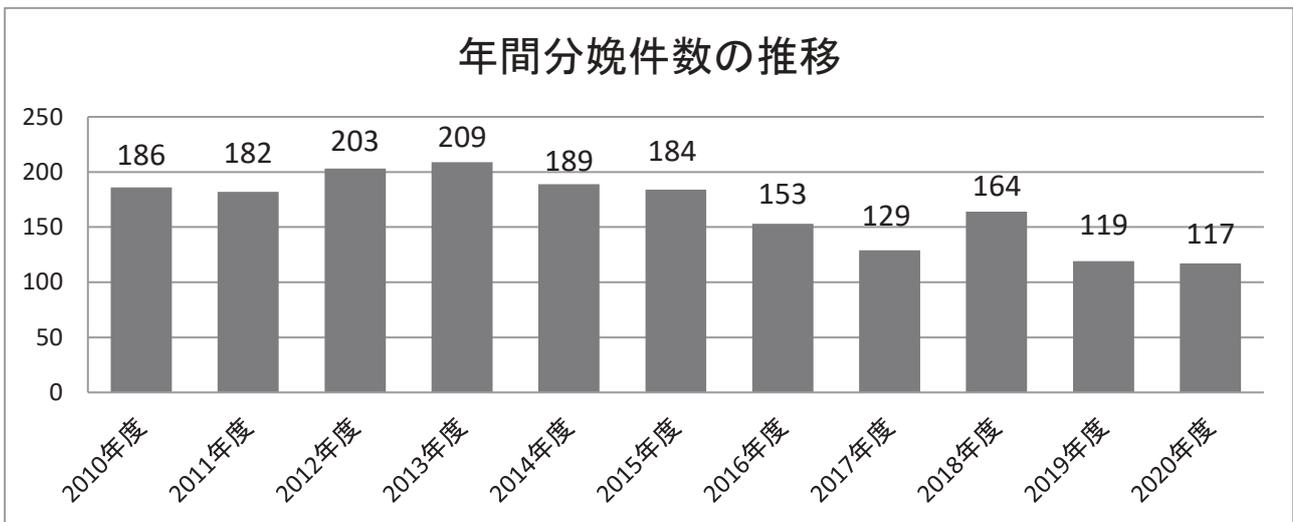
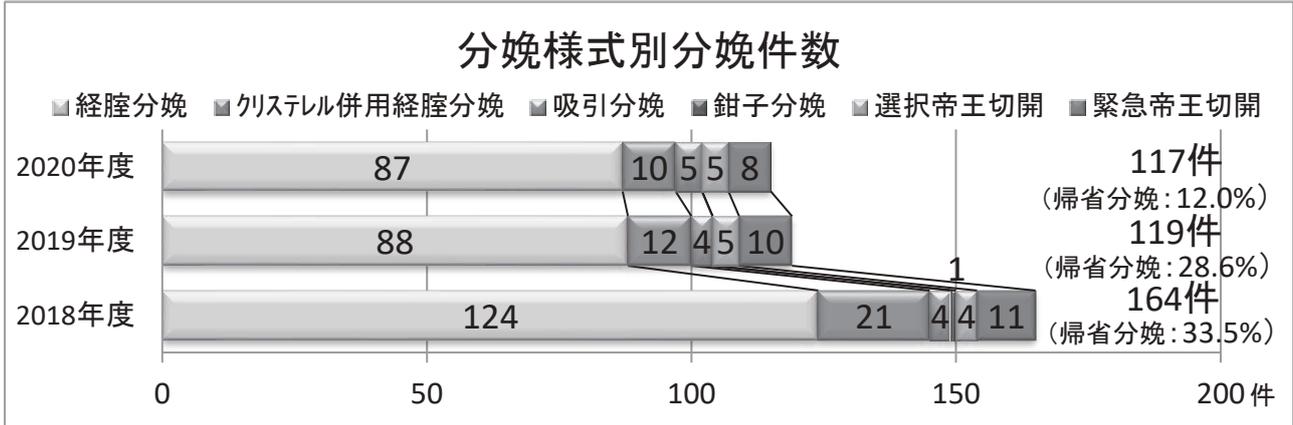
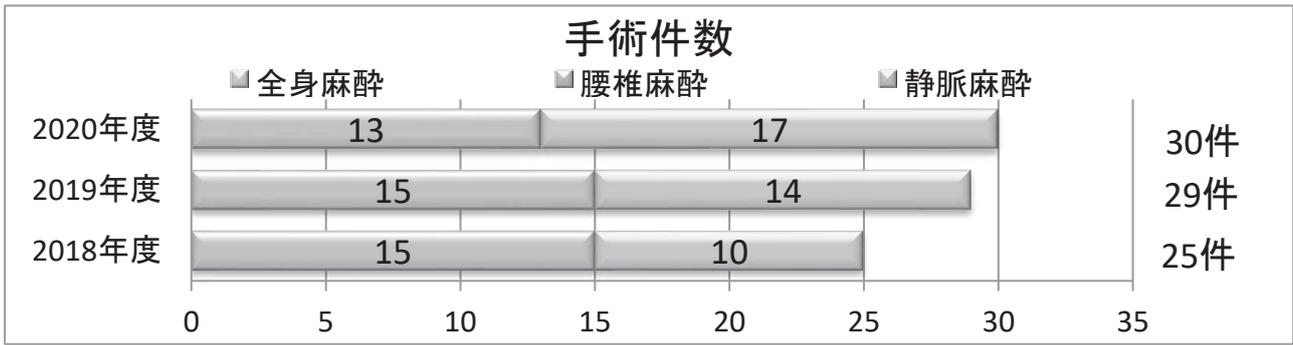
第 23 回 新潟県地域医療セミナー 令和 3 年 2 月 26 日 会場：オンライン

倉石達也

令和2年度(2020年度) 小児科 診療実績

入院患者内訳 (1患者に入院適応となった1主病名のみ)	2014年		2015年		2016年		2017年		2018年		2019年		2020年	
	疾患名	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数	症例数
気道感染	109(42%)	121(43.1%)	96(41.7%)	100(44.4%)	85(40.6%)	86(38.7%)	34(30.1%)	RS45 ヒトタ17	RS32 ヒトタ7	RS32 ヒトタ15	RS42ヒトタ37タ13	RS24ヒトタ11 マイ43	RS26ヒトタ4マ13	RS24ヒトタ4マ13
(肺炎・気管支炎・咽喉頭炎・扁桃炎等) 新生児 (低出生体重児・黄疸・呼吸障害等)	43	48(17.1%)	27(11.7%)	21(9.3%)	32(15.3%)	21(9.4%)	16(14.2%)							
気管支喘息	34	30(10.7%)	24(10.4%)	15(6.3%)	30(14.3%)	23(10.3%)	15(13.3%)							
消化器感染(胃腸炎等)	19	10(3.6%)	16(6.9%)	13(5.7%)	7(3.3%)	11(4.9%)	12(10.6%)							
尿路感染症・腎疾患	6	5(1.8%)	8(3.4%)	7(3.1%)	6(2.8%)	17(7.6%)	7(6.2%)							
低身長・内分泌	9	10(3.6%)	15(6.5%)	16(7.0%)	12(5.7%)	4(1.8%)	5(4.4%)							
川崎病	2	10(3.6%)	5(2.1%)	9(4.0%)	9(4.3%)	4(1.8%)	4(3.5%)							
アトピーキーン・蕁麻疹	0	0	0	4(1.7%)	2(0.9%)	4(1.8%)	3(2.6%)							
突発性発疹	1	0	0	1(0.4%)	0	3(1.3%)	2(1.8%)							
小児精神疾患(心身症など)	4	3(1.1%)	8(3.4%)	7(3.1%)	2(1.0%)	3(1.3%)	3(2.6%)							
ヘルペス感染症 (歯肉口内炎 顔麻痺など)	0	1(0.4%)	0	1(0.4%)	1(0.5%)	1(0.4%)	2(1.8%)							
救命救急(溺水・呼吸不全など)	3	(頭蓋内出血・敗血症) 2(0.8%)	1(0.4%)	1(0.4%) 喉頭異物	1(0.5%)	0	1(0.9%腸重積)							
リンパ節炎・蜂窩織炎など	2	3(1.1%)	4(1.7%)	2(0.9%)	4(1.9%)	2(0.9%)	0							
血液疾患(IgA血管炎含む)	1	2(0.8%)	4(1.7%)	1(0.4%)	2(1.0%)	0	0							
髄膜炎(無菌性・化膿性)	2	ムンブス7 8(2.9%)	1(0.4%)	0	2(1.0%)	2(0.9%)	0							
その他	4	6(2.1%)	3(0.9%)	7(3.1%)	2(0.9%)	6(2.7%)	1(0.9%)							
	259	280	230	226	209	222	113							

2020年度 産婦人科診療実績



令和2年度 歯科口腔外科業績報告

外来

新患：1085 紹介患者 387（紹介率：35%）

外来での処置は、抜歯を中心とした処置を行っている。

菌性感染による消炎処置・外傷、嚢胞性疾患・粘膜疾患および腫瘍性病変の精査等にも対応した診療を行っている。

また、全身麻酔での手術を受けられる患者および化学療法等における周術期口腔管理、入院患者の口腔ケアおよび歯科治療にも対応し診療を行っている。

平成30年9月から大腿骨近位部骨折患者ウルトラリエゾンに参加させて頂き、口腔内の診察および感染歯等の処置を行っている。現在まで顎骨壊死発生症例は認めていない。

入院

入院症例：37件

全身麻酔症例：15例 静脈麻酔（鎮静法）：16例 局所麻酔：1例
消炎等5例

内訳

智歯埋伏歯抜歯術	10例
顎骨嚢胞摘出術	4例
抜歯（歯根端切除）・嚢胞摘出	3例
骨隆起形成術	3例
抜歯・上顎洞瘻閉鎖術（菌性上顎洞炎）	2例
菌原性角化嚢胞摘出術	2例
良性腫瘍摘出	2例
悪性腫瘍切除	2例
上顎正中過剰埋伏歯抜歯術	1例
下顎骨骨髓炎消炎手術	1例
腐骨除去（骨吸収抑制薬関連顎骨骨髓炎）	1例
歯槽骨骨折固定	1例

学術活動報告

2021年3月16日 十日町市中魚沼郡学術WEB講演会

演者 演題：骨粗鬆症と歯科治療

岡本祐一

資料. 統計

新潟県立十日町病院

病院業務の概要

1 患者数等

(1)入院・外来患者数

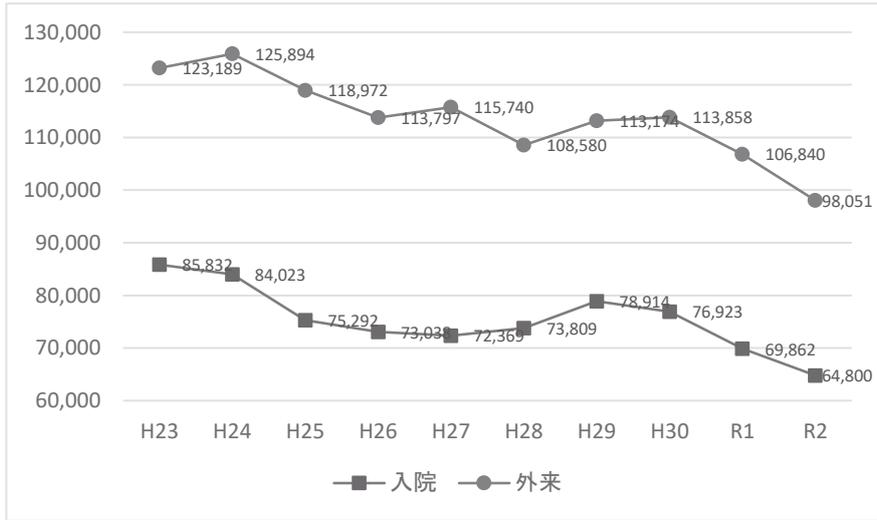
表1 患者数の状況

	入院			外来		
	R2	R1	増減	R2	R1	増減
内科	34,802	35,366	△ 564	27,143	29,364	△ 2,221
神経内科	0	0	0	2,430	2,667	△ 237
小児科	534	928	△ 394	6,645	8,889	△ 2,244
外科	9,504	9,523	△ 19	6,718	6,725	△ 7
整形外科	18,029	21,995	△ 3,966	23,742	25,389	△ 1,647
脳神経外科	0	0	0	3,235	3,542	△ 307
産婦人科	1,707	1,873	△ 166	5,275	5,047	228
耳鼻咽喉科	0	0	0	7,086	8,958	△ 1,872
眼科	0	0	0	356	262	94
皮膚科	0	0	0	523	375	148
泌尿器科	0	0	0	5,432	5,763	△ 331
リハビリ	0	0	0	275	2	273
歯科口腔外科	224	177	47	9,191	9,857	△ 666
計	64,800	69,862	△ 5,062	98,051	106,840	△ 8,789

表2 1日平均患者数

	入院			外来		
	R2	R1	増減	R2	R1	増減
内科	95.3	101.8	△ 6.5	111.7	122.4	△ 10.7
神経内科	0.0	0.0	0.0	10.0	11.1	△ 1.1
小児科	1.5	3.1	△ 1.6	27.3	37.0	△ 9.7
外科	26.0	28.2	△ 2.2	27.6	28.0	△ 0.4
整形外科	49.4	62.5	△ 13.1	97.7	105.8	△ 8.1
脳神経外科	0.0	0.0	0.0	13.3	14.8	△ 1.5
産婦人科	4.7	5.7	△ 1.0	21.7	21.0	0.7
耳鼻咽喉科	0.0	0.0	0.0	29.2	37.3	△ 8.1
眼科	0.0	0.0	0.0	1.5	1.1	0.4
皮膚科	0.0	0.0	0.0	2.2	1.6	0.6
泌尿器科	0.0	0.0	0.0	22.4	24.0	△ 1.6
リハビリ	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	1.1
歯科口腔外科	0.6	0.6	0.00	37.8	41.1	△ 3.3
計	177.5	201.9	△ 24.4	403.5	445.2	△ 41.7

図1 年度別延患者数



(2) 月別1日平均患者数

図2 月別1日患者数の状況(入院)

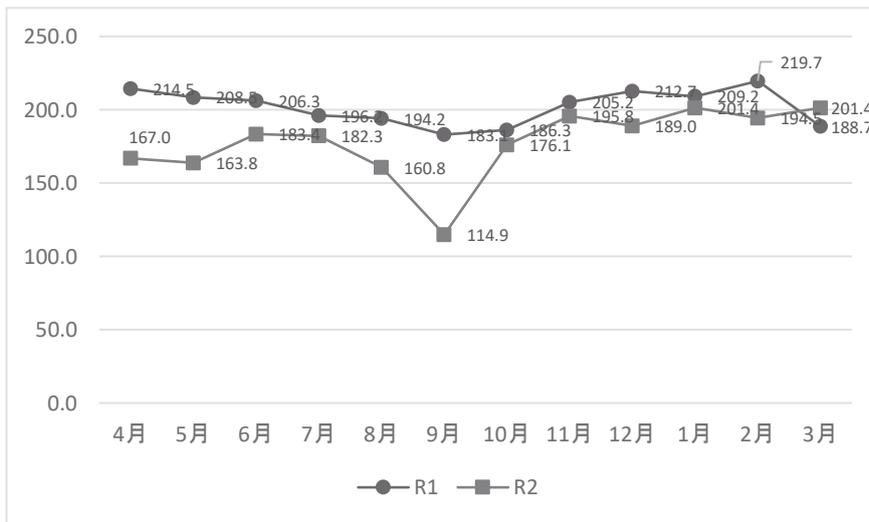
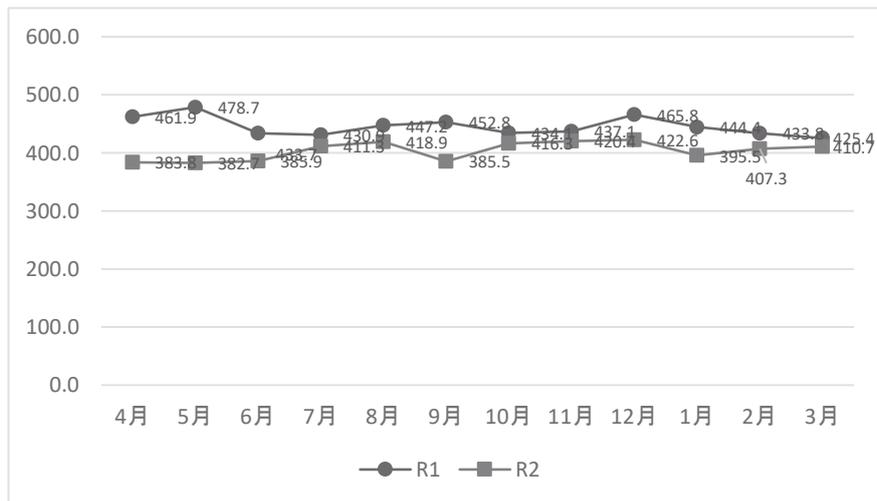
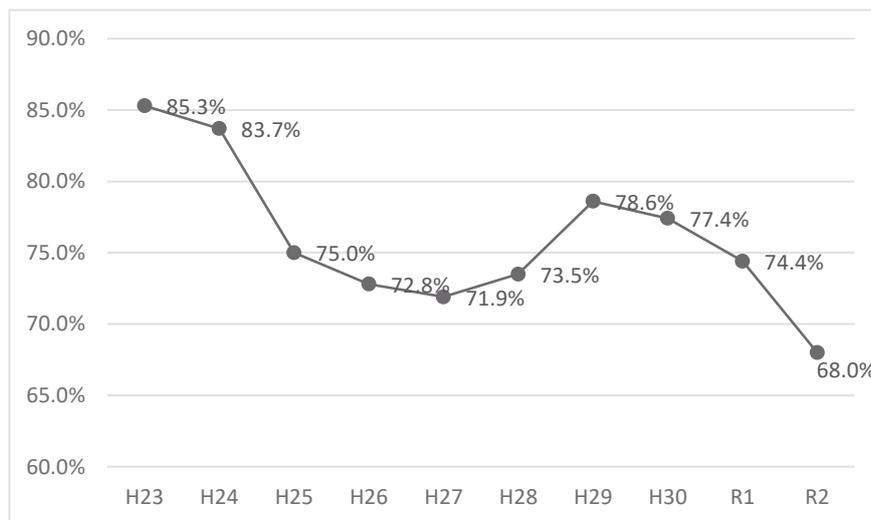


図3 月別1日患者数の状況(外来)



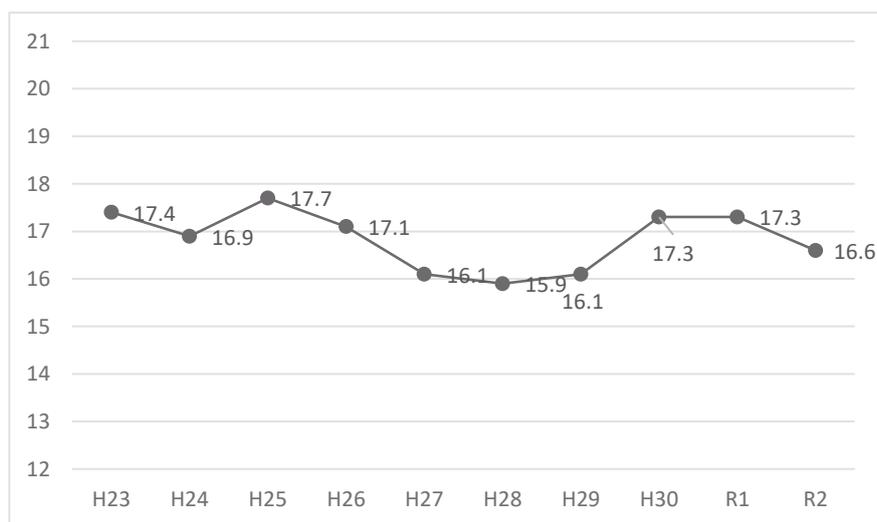
(3) 病床利用率

図4 病床稼働率の推移



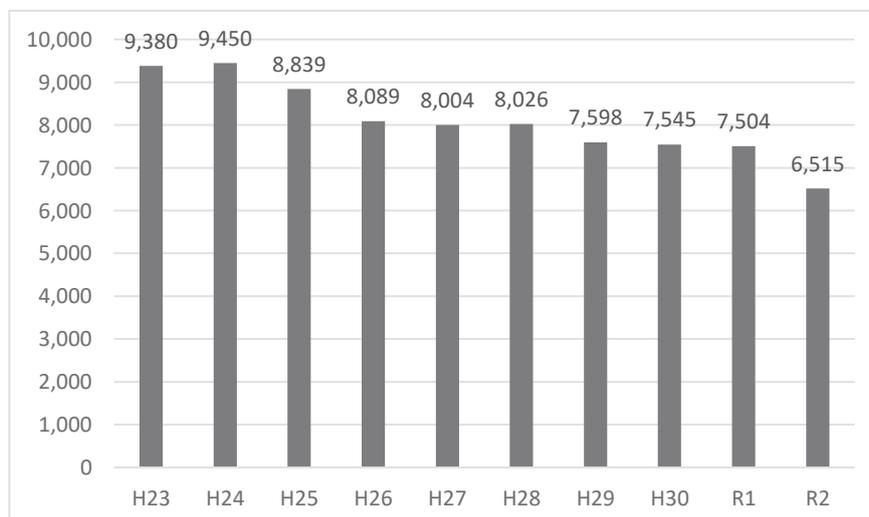
(4) 平均在院日数

図5 平均在院日数の推移



(5) 救急患者取扱い数

図6 救急患者取扱い数の推移



2 診療の状況

(1) 薬剤の状況 ア 調剤件数の状況

イ 薬剤管理指導の状況

図7 1日当たり延調剤数の推移

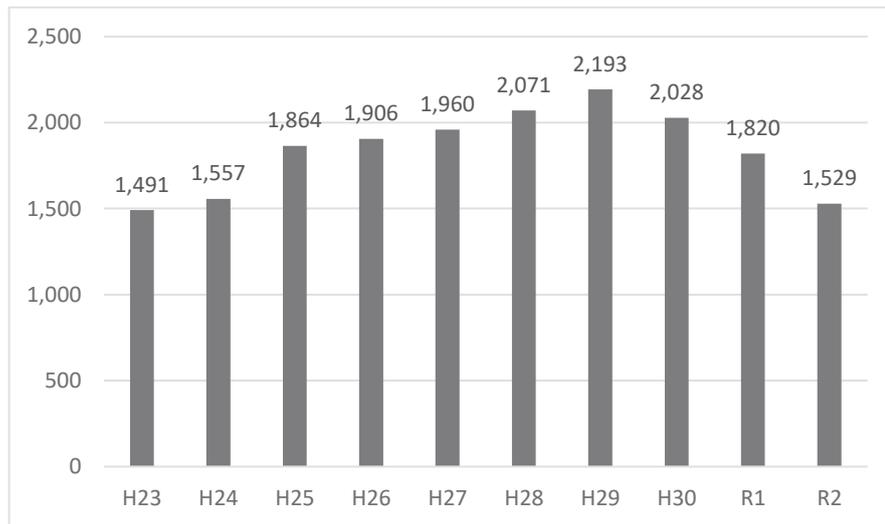
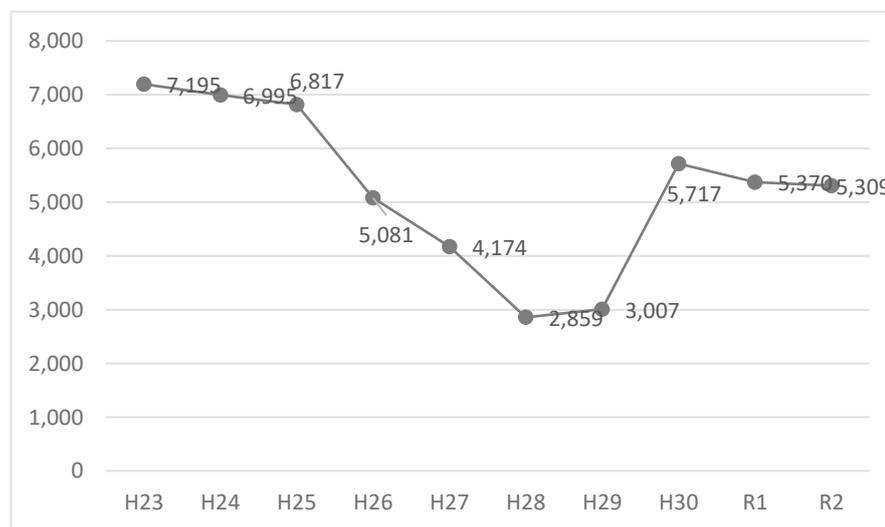


図8 薬剤管理指導の推移



(2) 臨床検査の状況

表3 検査件数の推移

区分	一般	血液学	生化学	免疫学	微生物学	生理機能	検査部門計	その他部門	合計	患者100人当たり件数
H23	21,497	73,821	339,970	39,976	13,553	11,403	500,220	87,637	587,857	287.2
H24	21,467	51,376	344,135	31,096	12,985	11,155	472,214	89,189	561,403	278.0
H25	22,215	50,054	344,753	29,644	12,669	11,947	471,282	72,232	543,514	291.9
H26	24,894	50,203	384,770	28,624	12,311	12,307	513,109	51,778	564,887	314.6
H27	24,465	50,795	394,044	29,998	13,329	11,480	524,111	46,663	570,774	315.2
H28	24,222	49,059	399,271	29,431	11,148	12,139	525,270	37,762	563,032	320.5
H29	22,765	50,074	411,246	29,090	9,532	12,115	534,822	28,016	562,838	305.0
H30	22,672	49,267	394,248	27,081	11,139	13,091	517,498	27,980	545,478	298.6
R1	19,555	46,370	389,694	25,785	10,888	12,609	504,901	24,759	529,660	305.8
R2	18,823	45,619	396,407	24,664	10,373	11,571	507,457	25,361	532,818	339.4

(3) 放射線撮影の状況

表4 放射線撮影件数の推移

区分	X線撮影	ホータブル	CT(人)	MRI	血管造影	X線TV	骨塩定量	核医学	合計
H23	53,086	5,621	9,307	15,162	66	6,089	258	585	90,174
H24	57,261	5,604	9,130	13,683	54	7,893	502	361	94,488
H25	53,188	5,442	9,141	14,263	125	7,057	791	783	90,790
H26	48,030	5,649	8,125	13,385	58	8,125	824	721	84,917
H27	47,324	5,593	8,363	13,101	59	9,768	1,154	784	86,146
H28	43,937	6,915	7,854	16,616	50	6,122	1,293	529	83,316
H29	45,002	5,368	8,232	19,227	26	8,458	1,300	471	88,084
H30	45,917	7,290	8,463	16,659	11	6,146	1,752	287	86,525
R1	43,768	7,928	8,409	13,508	3	5,853	2,041	288	81,798
R2	39,679	7,753	8,153	14,081	0	5,578	2,235	325	77,804

(4) リハビリテーションの状況

表5 リハビリ件数の推移

区分	リハビリ部門						他部門	合計	患者100人当たり件数
	理学療法	作業療法	言語療法	摂食機能療法	その他	小計			
H23	22,919	10,506	5,557	4	805	39,791	4,013	43,804	14.4
H24	21,059	9,775	4,903	14	746	36,497	3,234	39,731	21.0
H25	21,560	8,933	5,339	3	1,168	37,003	2,593	39,596	20.4
H26	25,504	9,232	4,478	339	1,100	40,653	2,601	43,254	23.2
H27	26,229	10,138	5,033	576	1,717	43,693	2,213	45,906	25.5
H28	24,107	13,456	2,578	999	1,263	42,403	1,769	44,172	30.1
H29	24,397	13,579	4,446	1,438	1,794	45,654	1,459	47,113	32.8
H30	26,262	13,657	3,795	2,518	1,783	48,015	3,507	51,522	36.7
R1	25,109	14,843	3,184	2,715	2,193	48,044	5,473	53,517	38.4
R2	28,970	20,118	6,872	304	2,438	58,702	5,754	64,456	54.5

(5) 食事の状況

表6 患者食等の推移

区分	患者食				その他	計	栄養食事指導		
	一般食	特別食	計	加算食			入院	外来	計
H23	123,840	71,052	194,892	37,833	3,342	198,234	481	360	841
H24	132,953	59,551	192,504	34,439	3,449	195,953	486	439	925
H25	110,371	59,992	170,363	38,552	3,575	173,938	386	470	856
H26	104,609	64,442	169,051	40,689	3,415	172,466	377	590	967
H27	107,709	61,431	169,140	42,812	2,196	171,336	373	644	1,017
H28	112,148	52,129	164,277	35,811	2,190	166,467	353	551	904
H29	115,832	60,834	176,666	42,973	2,190	178,856	334	637	971
H30	118,876	55,432	174,308	39,094	3,175	177,483	351	802	1,153
R1	119,109	50,500	169,609	41,339	3,355	172,964	255	605	860
R2	104,803	42,319	147,122	37,560	3,013	150,135	292	416	708

(6) 手術の状況

表7 手術件数の推移

区分	外科	整形	脳外	産婦	耳鼻	眼科	泌尿器	歯科	その他	計	170-1000点	1000-3000点	3000-5000点	5000-10000点	10000点以上
H23	835	956	79	78	1	243	9	-	2	2,203	16	198	136	407	1,446
H24	855	954	54	98	0	318	6	-	0	2,285	34	210	97	462	1,482
H25	814	690	29	79	10	225	5	-	0	1,852	31	181	87	386	1,167
H26	891	781	20	72	35	158	4	-	1	1,962	39	179	118	474	1,152
H27	899	757	19	70	52	103	2	0	1	1,903	25	154	117	465	1,117
H28	730	710	30	31	78	0	1	0	0	1,580	59	165	109	385	862
H29	770	880	20	15	75	0	1	72	0	1,833	54	228	93	435	1,023
H30	696	907	7	20	0	0	0	103	1	1,734	67	266	84	349	968
R1	775	950	0	24	0	0	0	62	1	1,812	54	276	94	347	1,041
R2	682	881	0	23	0	0	0	60	0	1,646	49	216	111	288	982

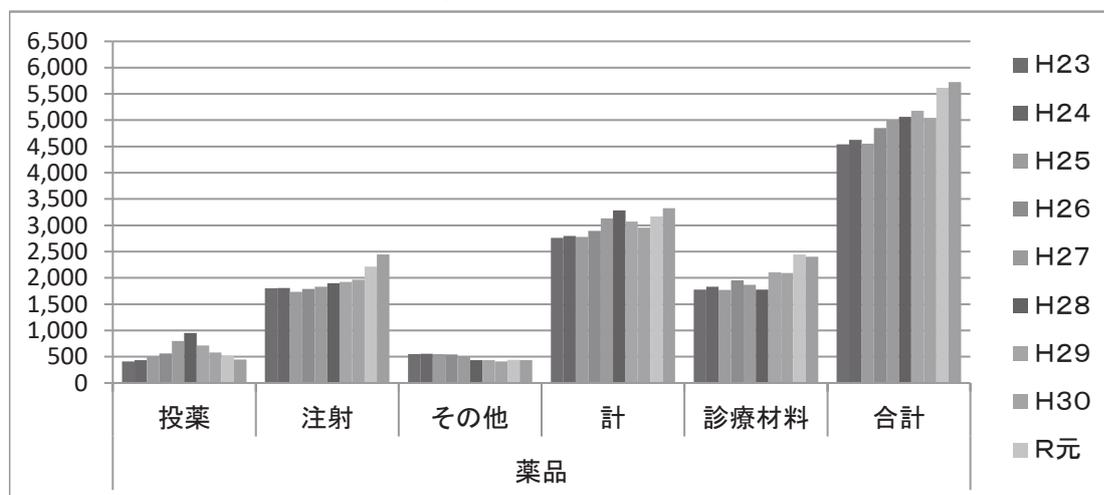
(7)医療材料の状況

R2年度の患者1人1日当たりの医療材料費は5,725円で、前年度より111円増加した。

表8 患者1人1日当たり医療材料費の推移

区分	薬品				診療材料	合計
	投薬	注射	その他	計		
H23	409	1,801	549	2,759	1,780	4,539
H24	434	1,808	553	2,795	1,830	4,625
H25	498	1,734	550	2,782	1,770	4,552
H26	562	1,787	543	2,892	1,956	4,848
H27	797	1,829	506	3,132	1,871	5,003
H28	952	1,897	436	3,285	1,776	5,061
H29	714	1,923	436	3,073	2,104	5,177
H30	581	1,963	410	2,954	2,092	5,046
R元	515	2,212	440	3,167	2,447	5,614
R2	445	2,448	432	3,325	2,400	5,725

図9 患者1人1日当たり医療材料費の推移。



3 給付点数

表9 科別患者1人1日当たり給付点数

	入院			外来		
	R2	R1	増減	R2	R1	増減
内科	3,843.2	3,604.3	238.9	1,381.7	1,254.5	127.2
神経内科	0.0	0.0	0.0	509.6	478.9	30.7
小児科	4,164.0	3,654.3	509.7	817.8	757.3	60.4
外科	6,436.0	6,409.7	26.3	4,166.0	3,798.3	367.7
整形外科	4,736.3	4,220.3	515.9	776.9	737.0	39.9
脳神経外科	0.0	0.0	0.0	687.1	680.7	6.4
産婦人科	5,217.2	4,601.8	615.4	818.4	799.2	19.2
耳鼻咽喉科	0.0	0.0	0.0	527.0	540.6	△ 13.5
眼科	0.0	0.0	0.0	514.9	380.3	134.6
皮膚科	0.0	0.0	0.0	279.6	276.2	3.4
泌尿器科	0.0	0.0	0.0	865.7	862.6	3.1
リハビリ	0.0	0.0	0.0	383.6	564.0	△ 180.4
歯科口腔外科	4,591.6	4,178.7	412.9	565.5	547.8	17.7
計	4,513.4	4,216.9	296.5	1,134.3	1,038.6	95.7

4 経営状況

R2年度の総収益は5,423,311千円となり、前年度より355,085千円の増となった。
 総費用は、5,900,667千円で前年度より230,491千円増加し、純損益は477,356千円の赤字決算となる。

表10 経営状況（税抜き）

		H27	H28	H29	H30	R元	R2
病院事業収益		4,666,580	4,799,873	5,056,482	5,129,156	5,068,226	5,423,311
	経常収益	4,666,580	4,799,873	5,056,482	5,129,156	5,068,226	5,423,311
	医業収益	4,157,386	4,103,179	4,368,830	4,388,595	4,290,540	4,104,322
	診療収益	4,104,062	4,052,408	4,308,084	4,318,409	4,220,597	4,041,155
	入院収益	2,922,331	2,878,107	3,139,571	3,165,205	3,114,389	2,931,293
	外来収益	1,181,731	1,174,301	1,168,513	1,153,204	1,106,208	1,109,862
	その他医業収益	53,324	50,771	60,746	70,186	69,943	63,167
	医業外収益	509,194	685,301	687,652	740,561	777,686	1,221,404
	(繰入金)	440,091	430,282	467,478	489,027	493,078	451,953
	特別利益	0	11,393	0	0	0	97,585
	病院事業費用		5,187,418	5,752,463	5,678,728	5,723,377	5,670,176
	経常費用	5,187,418	5,752,463	5,678,728	5,723,377	5,670,176	5,900,667
	医業費用	5,112,312	5,399,820	5,543,106	5,544,853	5,512,061	5,510,116
	給与費	3,093,907	3,084,161	3,089,763	3,119,541	3,117,460	3,085,099
	退職給付費	210,320	215,502	178,627	210,394	219,749	227,396
	材料費	999,181	971,699	1,047,307	1,012,444	985,855	1,017,399
	薬品費	588,192	598,559	591,287	562,994	528,821	540,225
	診療材料費	351,422	323,727	403,513	399,263	408,552	390,007
	経費	735,426	788,463	869,149	913,863	953,350	988,414
	減価償却費	264,412	519,608	520,632	480,000	439,146	393,088
	資産減耗費	9,521	25,403	3,543	5,466	5,419	17,916
	研究研修費	9,865	10,486	12,712	13,539	10,831	8,200
	医業外費用	75,106	107,944	122,719	148,090	158,115	243,388
	企業債利息	15,222	31,031	28,121	24,914	21,787	30,956
特別損失	0	244,699	12,903	30,434	0	147,163	
経常 損益	一般会計繰入前	△ 960,929	△ 1,382,872	△ 1,089,724	△ 1,083,248	△ 1,095,028	△ 929,309
	一般会計繰入後	△ 520,838	△ 952,590	△ 622,246	△ 594,221	△ 601,950	△ 477,356
累積剰余金		△ 791,609	△ 1,744,199	△ 2,366,445	△ 2,960,666	△ 3,562,616	△ 4,039,972

病類別・性別統計(第1～3表)

大分類	性別患者数			性別実患者数			性別在院死亡患者数		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女
総計	3,821	1,850	1,971	3,366	1,586	1,780	304	158	146
感染症および寄生虫症	121	60	61	117	56	61	4	1	3
新生物	559	344	215	352	211	141	121	71	50
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の生涯	26	15	11	25	14	11			
内分泌、栄養および代謝疾患	106	55	51	98	50	48	1		1
精神および行動の障害	31	13	18	30	12	18	1		1
神経系の疾患	96	63	33	87	57	30	3	3	
眼および付属器の疾患									
耳および乳様突起の疾患	40	13	27	36	11	25			
循環器系の疾患	286	132	154	261	122	139	38	18	20
呼吸器系の疾患	399	229	170	358	208	150	62	43	19
消化器系の疾患	687	411	276	623	370	253	17	3	14
皮膚および皮下組織の疾患	38	14	24	36	14	22	1		1
筋骨格系および結合組織の疾患	175	71	104	161	65	96			
尿路性器系の疾患	163	54	109	146	46	100	11	3	8
妊娠、分娩および産じょく	175		175	171		171			
周産期に発生した病態	16	7	9	16	7	9			
先天奇形、変形および染色体異常	4	1	3	3	1	2	1		1
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	177	73	104	171	70	101	35	13	22
損傷、中毒およびその他の外因の影響	678	274	404	634	253	381	7	3	4
傷病および死亡の外因									
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	34	17	17	31	15	16	2		2
特殊目的用コード	10	4	6	10	4	6			

病類別・在院日数別統計(第4表)

大分類	計	1～7日	～14日	～1ヶ月	～3ヶ月	～6ヶ月	～9ヶ月	～12ヶ月	～2年	2年超
総計	3,821	1,477	889	809	608	37	1			
感染症および寄生虫症	121	64	35	13	9					
新生物	559	220	108	130	91	9	1			
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の生涯	26	10	5	8	3					
内分泌、栄養および代謝疾患	106	47	25	26	8					
精神および行動の障害	31	10	7	6	6	2				
神経系の疾患	96	71	10	4	11					
眼および付属器の疾患										
耳および乳様突起の疾患	40	28	9	2	1					
循環器系の疾患	286	51	65	83	81	6				
呼吸器系の疾患	399	93	123	111	67	5				
消化器系の疾患	687	320	214	117	35	1				
皮膚および皮下組織の疾患	38	14	10	10	4					
筋骨格系および結合組織の疾患	175	51	28	58	38					
尿路性器系の疾患	163	42	58	40	22	1				
妊娠、分娩および産じょく	175	107	55	8	5					
周産期に発生した病態	16	11	4	1						
先天奇形、変形および染色体異常	4	4								
見・異常検査所見で他に分類されないもの	177	88	32	37	19	1				
損傷、中毒およびその他の外因の影響	678	228	85	151	202	12				
傷病および死亡の外因										
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	34	13	11	4	6					
特殊目的用コード	10	5	5							

病類別・年齢階級別統計(第5表)

大分類	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	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90～99歳	100歳以上
総計	3,821	78	26	38	36	125	165	143	210	556	790	1,071	562	21
感染症および寄生虫症	121	10	2	4	6	6	2	7	9	12	16	34	13	
新生物	559	1		1		1	1	10	17	133	198	149	46	2
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の生涯	26									2	10	8	6	
内分泌、栄養および代謝疾患	106	3	3	2	1	3	3	7	6	18	19	31	10	
精神および行動の障害	31				2		2	1	3	4	6	8	5	
神経系の疾患	96	2	1			4	2	6	14	30	15	18	4	
眼および付属器の疾患														
耳および乳様突起の疾患	40	1					1	1	4	7	10	12	4	
循環器系の疾患	286						1	1	8	18	49	128	79	2
呼吸器系の疾患	399	25	4	5		7	3	2	12	32	76	142	89	2
消化器系の疾患	687	1	4	11	7	15	19	45	59	128	139	192	65	2
皮膚および皮下組織の疾患	38			2	3		2	6	3	6	5	6	4	1
筋骨格系および結合組織の疾患	175	3	3		2	1	5	5	18	18	57	48	15	
尿路性器系の疾患	163	5		2		4	6	4	5	11	31	47	44	4
妊娠、分娩および産じょく	175					72	91	12						
周産期に発生した病態	16	16												
先天奇形、変形および染色体異常	4					3						1		
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	177	4	2	4			3	4	10	16	30	54	48	2
損傷、中毒およびその他の外因の影響	678	7	7	7	15	8	19	25	40	114	116	185	129	6
傷病および死亡の外因														
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	34							5		7	13	8	1	
特殊目的用コード	10					1	5	2	2					

病類別・郡市別統計(第6表)

大分類	計	新潟市	長岡市	柏崎市	小千谷市	十日町市	見附市	上越市	魚沼市	南魚沼市	湯沢町	津南町	刈羽村	県外
総計	3,821	8	8	4	5	3,316	1	1	17	15	3	397	2	44
感染症および寄生虫症	121	1	1			108						9		2
新生物	559		1			494			2	1		59		2
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の生涯	26					25						1		
内分泌、栄養および代謝疾患	106		2			93						10		1
精神および行動の障害	31					30						1		
神経系の疾患	96					80				2		14		
眼および付属器の疾患														
耳および乳様突起の疾患	40					35					1	4		
循環器系の疾患	286					253						31		2
呼吸器系の疾患	399		3			364			1			30		1
消化器系の疾患	687			1	1	590		1	1			88		5
皮膚および皮下組織の疾患	38					33						5		
筋骨格系および結合組織の疾患	175					151				1		23		
尿路性器系の疾患	163					156			2			4		1
妊娠、分娩および産じょく	175	1	1		2	127			4	4		20		16
周産期に発生した病態	16					13			1			1		1
先天奇形、変形および染色体異常	4					4								
所見・異常検査所見で他に分類されないもの	177					164				1		12		
損傷、中毒およびその他の外因の影響	678	6			2	567	1		5	3	2	81		11
傷病および死亡の外因要因および保健サービスの利用	34					29						4		1
特殊目的用コード	10			3					1	3			2	1

病類別・郡市別実患者統計(第7表)

大分類	計	新潟市	長岡市	柏崎市	小千谷市	十日町市	見附市	上越市	魚沼市	南魚沼市	湯沢町	津南町	刈羽村	県外
総計	3,366	7	5	4	5	2,910	1	1	15	14	3	357	2	42
感染症および寄生虫症	117	1	1			107						6		2
新生物	352		1			303			1	1		44		2
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の生涯	25					24						1		
内分泌、栄養および代謝疾患	98		1			87						9		1
精神および行動の障害	30					29						1		
神経系の疾患	87					73				1		13		
眼および付属器の疾患														
耳および乳様突起の疾患	36					31					1	4		
循環器系の疾患	261					232						28		1
呼吸器系の疾患	358		1			328			1			27		1
消化器系の疾患	623			1	1	531		1	1			83		5
皮膚および皮下組織の疾患	36					31						5		
筋骨格系および結合組織の疾患	161					139				1		21		
尿路性器系の疾患	146					139			2			4		1
妊娠、分娩および産じょく	171	1	1		2	125			4	4		19		15
周産期に発生した病態	16					13			1			1		1
先天奇形、変形および染色体異常	3					3								
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	171					160				1		10		
損傷、中毒およびその他の外因の影響	634	5			2	528	1		4	3	2	78		11
傷病および死亡の外因														
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	31					27						3		1
特殊目的用コード	10			3					1	3			2	1

新生物(中分類)別・性別統計(第12～14表)

新生物中分類	性別患者数			性別実患者数			性別在院死亡患者数		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女
総計	559	344	215	352	211	141	121	71	50
057 口唇、口腔、咽頭の悪性新生物	6	4	2	6	4	2	3	3	
058 食道の悪性新生物	15	12	3	6	4	2	2	1	1
059 胃の悪性新生物	102	56	46	57	40	17	19	11	8
060 十二指腸、小腸の悪性新生物	3		3	2		2			
061 結腸の悪性新生物	87	52	35	56	32	24	12	4	8
062 直腸、S字状、肛門の悪性新生物	49	35	14	35	25	10	8	6	2
063 肝の悪性新生物	13	10	3	11	8	3	6	4	2
064 胆嚢、胆道の悪性新生物	44	24	20	24	10	14	12	6	6
065 膵臓の悪性新生物	86	62	24	26	13	13	12	4	8
066 消化器その他、腹膜の悪性新生物	1		1	1		1	1		1
067 喉頭の悪性新生物	1		1	1		1			
068 気管・肺の悪性新生物	46	35	11	37	29	8	23	18	5
069 呼吸器、胸腔内の悪性新生物									
070 骨、関節の悪性新生物									
071 皮膚の悪性新生物	3	2	1	2	1	1	1		1
072 女性乳房の悪性新生物	24		24	19		19	2		2
073 結合織、男性乳房の悪性新生物	1	1		1	1				
074 子宮頸、の悪性新生物	4		4	2		2	1		1
075 その他の子宮の悪性新生物	1		1	1		1	1		1
076 その他の女性生殖器の悪性新生物									
077 前立腺の悪性新生物	4	4		2	2		1	1	
078 膀胱の悪性新生物	5	5		4	4		3	3	
079 腎、腎盂の悪性新生物									
080 その他の泌尿生殖器の悪性新生物	4	4		2	2		2	2	
081 脳の悪性新生物	2	1	1	2	1	1	2	1	1
082 部位不明の悪性新生物	19	12	7	16	10	6	5	2	3
083 白血病	1	1		1	1		1	1	
084 リンパ腫、造血器の悪性新生物	6	5	1	6	5	1	3	3	
085 子宮の良性新生物									
086 その他の良性新生物	12	5	7	12	5	7			
087 上皮内癌	1	1		1	1				
088 詳細不明	19	13	6	19	13	6	1	1	

新生物(中分類)在院日数別統計(第15表)

大分類	計	1～7日	～14日	～1ヶ月	～3ヶ月	～6ヶ月	～9ヶ月	～12ヶ月	～2年	2年超
総計	559	220	108	130	91	9	1			
057 口唇、口腔、咽頭の悪性新生物	6	3		2	1					
058 食道の悪性新生物	15	7	2	3	3					
059 胃の悪性新生物	102	33	16	33	18	2				
060 十二指腸、小腸の悪性新生物	3	3								
061 結腸の悪性新生物	87	30	19	22	14	2				
062 直腸、S字状、肛門の悪性新生物	49	14	11	11	11	1	1			
063 肝の悪性新生物	13	3	6	2	1	1				
064 胆嚢、胆道の悪性新生物	44	8	11	16	8	1				
065 膵臓の悪性新生物	86	57	8	11	9	1				
066 消化器その他、腹膜の悪性新生物	1				1					
067 喉頭の悪性新生物	1				1					
068 気管・肺の悪性新生物	46	11	8	14	13					
069 呼吸器、胸腔内の悪性新生物										
070 骨、関節の悪性新生物										
071 皮膚の悪性新生物	3	1		1	1					
072 女性乳房の悪性新生物	24	10	9	1	3	1				
073 結合織、男性乳房の悪性新生物	1			1						
074 子宮頸、の悪性新生物	4	2	1		1					
075 その他の子宮の悪性新生物	1				1					
076 その他の女性生殖器の悪性新生物										
077 前立腺の悪性新生物	4		2	1	1					
078 膀胱の悪性新生物	5	2		2	1					
079 腎、腎盂の悪性新生物										
080 その他の泌尿生殖器の悪性新生物	4	1	1	2						
081 脳の悪性新生物	2				2					
082 部位不明の悪性新生物	19	10	4	4	1					
083 白血病	1			1						
084 リンパ腫、造血器の悪性新生物	6	3	1	2						
085 子宮の良性新生物										
086 その他の良性新生物	12	11	1							
087 上皮内癌	1		1							
088 詳細不明	19	11	7	1						

新生物(中分類)年齢階級別統計(第16表)

大分類	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	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90～99歳	100歳以上
総計	559	1		1		1	1	10	17	133	198	149	46	2
057 口唇、口腔、咽頭の悪性新生物	6									1	1	4		
058 食道の悪性新生物	15									9	1	4	1	
059 胃の悪性新生物	102							2	3	21	42	25	8	1
060 十二指腸、小腸の悪性新生物	3							1				2		
061 結腸の悪性新生物	87								2	32	27	16	10	
062 直腸、S字状、肛門の悪性新生物	49							1	5	21	14	8		
063 肝の悪性新生物	13									2	4	3	4	
064 胆嚢、胆道の悪性新生物	44									5	6	26	7	
065 膵臓の悪性新生物	86								2	15	49	16	4	
066 消化器その他、腹膜の悪性新生物	1									1				
067 喉頭の悪性新生物	1											1		
068 気管・肺の悪性新生物	46									3	18	18	7	
069 呼吸器、胸腔内の悪性新生物														
070 骨、関節の悪性新生物														
071 皮膚の悪性新生物	3										1	2		
072 女性乳房の悪性新生物	24							3	3	7	8	3		
073 結合織、男性乳房の悪性新生物	1											1		
074 子宮頸、の悪性新生物	4							1		3				
075 その他の子宮の悪性新生物	1											1		
076 その他の女性生殖器の悪性新生物														
077 前立腺の悪性新生物	4											3	1	
078 膀胱の悪性新生物	5									2		3		
079 腎、腎盂の悪性新生物														
080 その他の泌尿生殖器の悪性新生物	4									1	3			
081 脳の悪性新生物	2								1	1				
082 部位不明の悪性新生物	19									2	10	4	2	1
083 白血病	1										1			
084 リンパ腫、造血器の悪性新生物	6										3	2	1	
085 子宮の良性新生物														
086 その他の良性新生物	12	1		1			1	1		3	3	2		
087 上皮内癌	1										1			
088 詳細不明	19					1		1	1	4	6	5	1	

新生物(中分類)郡市別統計(第17表)

大分類	計	長岡市	十日町市	魚沼市	南魚沼市	津南町	県外
総計	559	1	494	2	1	59	2
057 口唇、口腔、咽頭の悪性新生物	6		6				
058 食道の悪性新生物	15		14				1
059 胃の悪性新生物	102		83			19	
060 十二指腸、小腸の悪性新生物	3		2			1	
061 結腸の悪性新生物	87		74		1	11	1
062 直腸、S字状、肛門の悪性新生物	49		46			3	
063 肝の悪性新生物	13	1	10			2	
064 胆嚢、胆道の悪性新生物	44		38			6	
065 膵臓の悪性新生物	86		81	2		3	
066 消化器その他、腹膜の悪性新生物	1		1				
067 喉頭の悪性新生物	1		1				
068 気管・肺の悪性新生物	46		43			3	
069 呼吸器、胸腔内の悪性新生物							
070 骨、関節の悪性新生物							
071 皮膚の悪性新生物	3		1			2	
072 女性乳房の悪性新生物	24		22			2	
073 結合織、男性乳房の悪性新生物	1		1				
074 子宮頸、の悪性新生物	4		4				
075 その他の子宮の悪性新生物	1		1				
076 その他の女性生殖器の悪性新生物							
077 前立腺の悪性新生物	4		4				
078 膀胱の悪性新生物	5		5				
079 腎、腎盂の悪性新生物							
080 その他の泌尿生殖器の悪性新生物	4		3			1	
081 脳の悪性新生物	2		2				
082 部位不明の悪性新生物	19		17			2	
083 白血病	1		1				
084 リンパ腫、造血器の悪性新生物	6		6				
085 子宮の良性新生物							
086 その他の良性新生物	12		10			2	
087 上皮内癌	1		1				
088 詳細不明	19		17			2	

循環器(中分類)性別統計(第18~20表)

大分類	性別患者数			性別実患者数			性別在院死亡患者数		
	計	男	女	計	男	女	計	男	女
総計	286	132	154	261	122	139	38	18	20
131 急性リウマチ熱									
132 慢性リウマチ性心疾患	1		1	1		1			
133 本態性高血圧	6	2	4	5	2	3			
134 高血圧性心疾患	2	2		2	2				
135 高血圧性腎疾患									
136 二次性高血圧									
137 急性心筋梗塞	4	3	1	4	3	1	2	1	1
138 その他の虚血性心疾患	7	6	1	7	6	1			
139 不整脈	16	9	7	15	9	6			
140 肺循環疾患、その他の心疾患	125	56	69	104	46	58	21	10	11
141 くも膜下出血	2		2	2		2			
142 その他の脳出血	14	7	7	14	7	7	1	1	
143 脳梗塞	71	29	42	71	29	42	8	4	4
146 その他の脳血管障害	18	10	8	16	10	6	2	1	1
147 じゆく状硬化症	3	2	1	3	2	1	1	1	
148 静脈炎、血栓性静脈炎	1	1		1	1				
149 下肢の静脈瘤	1		1	1		1			
150 痔核									
151 低血圧									
152 その他の循環系疾患	15	5	10	15	5	10	3		3

循環器(中分類)在院日数別統計(第21表)

大分類	計	1～7日	～14日	～1ヶ月	～3ヶ月	～6ヶ月	～9ヶ月	～12ヶ月	～2年	2年超
総計	286	51	65	83	81	6				
131 急性リウマチ熱										
132 慢性リウマチ性心疾患	1		1							
133 本態性高血圧	6	4	1	1						
134 高血圧性心疾患	2		1			1				
135 高血圧性腎疾患										
136 二次性高血圧										
137 急性心筋梗塞	4	1	1	2						
138 その他の虚血性心疾患	7	2	1	4						
139 不整脈	16	11	3	1	1					
140 肺循環疾患、その他の心疾患	125	23	36	43	22	1				
141 くも膜下出血	2				2					
142 その他の脳出血	14		1	3	9	1				
143 脳梗塞	71	1	14	21	33	2				
146 その他の脳血管障害	18	3	2	5	7	1				
147 じゆく状硬化症	3				3					
148 静脈炎、血栓性静脈炎	1			1						
149 下肢の静脈瘤	1		1							
150 痔核										
151 低血圧										
152 その他の循環系疾患	15	6	3	2	4					

循環器(中分類)年齢階級別統計(第22表)

大分類	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～ 69歳	70～ 79歳	80～ 89歳	90～ 99歳	100 歳 以上
総計	286						1	1	8	18	49	128	79	2
131 急性リウマチ熱														
132 慢性リウマチ性心疾患	1											1		
133 本態性高血圧	6									2		3	1	
134 高血圧性心疾患	2											2		
135 高血圧性腎疾患														
136 二次性高血圧														
137 急性心筋梗塞	4									1		1	2	
138 その他の虚血性心疾患	7								1		3		3	
139 不整脈	16						1			1	2	7	5	
140 肺循環疾患、その他の心疾患	125								3	4	21	54	42	1
141 くも膜下出血	2										1	1		
142 その他の脳出血	14								1	2	2	6	3	
143 脳梗塞	71								2	7	14	29	18	1
146 その他の脳血管障害	18								1	1	3	13		
147 じゆく状硬化症	3											2	1	
148 静脈炎、血栓性静脈炎	1											1		
149 下肢の静脈瘤	1										1			
150 痔核														
151 低血圧														
152 その他の循環系疾患	15							1			2	8	4	

循環器(中分類)郡市別統計(第23表)

大分類	計	十日町市	津南町	県外
総計	286	253	31	2
131 急性リウマチ熱				
132 慢性リウマチ性心疾患	1	1		
133 本態性高血圧	6	6		
134 高血圧性心疾患	2	2		
135 高血圧性腎疾患				
136 二次性高血圧				
137 急性心筋梗塞	4	4		
138 その他の虚血性心疾患	7	7		
139 不整脈	16	14	2	
140 肺循環疾患、その他の心疾患	125	112	11	2
141 くも膜下出血	2	1	1	
142 その他の脳出血	14	11	3	
143 脳梗塞	71	65	6	
146 その他の脳血管障害	18	14	4	
147 じゆく状硬化症	3	2	1	
148 静脈炎、血栓性静脈炎	1		1	
149 下肢の静脈瘤	1	1		
150 痔核				
151 低血圧				
152 その他の循環系疾患	15	13	2	

令和 2 年度妻有地区臨床研究会報告

令和 2 年度の妻有地区臨床研究会は新型コロナウイルス感染拡大のため、7 月 1 回のみ開催となりました。

外科 林 哲二

演題名及び演者(敬称略)

第 85 回 令和 2 年 7 月 30 日

「新患外来にて見つかった肺癌多発脳転移の 1 例」

研修医 赤嶺 学

「発熱・嘔吐を主訴に受診し胃腸炎に伴う脱水症として入院した 3 歳女児の 1 例」

研修医 唐橋裕輔

「色素性絨毛性結節性滑膜炎の 1 例」

整形外科 福原 宗

「化膿性屈筋腱鞘炎の 3 例」

整形外科 熊崎 礼

「空洞形成を呈し敗血症性肺塞栓症と鑑別困難であった直腸癌肺転移の 1 例」

外科 渡邊明美

「特別講義」

外科 福成博幸

～編集後記～

令和2年度の十日町病院誌が、多くの皆様のご協力で完成することができました。

今回は、3名の方から心のこもった特別寄稿をしていただき、感謝申し上げます。

当病院は、平成26年度の着工以来、6年の歳月を経て令和2年9月に全部開院いたしました。皆様方の多大なるご協力に改めて感謝申し上げるとともに、令和5年まで旧病院の解体工事などが続くため、今しばらくはご不便をおかけいたしますが、ご理解・ご協力をいただきますようお願いいたします。

さて、令和2年1月の国内初の陽性患者の発生以降、新型コロナウイルスの猛威は衰えを見せず、国内外を問わず多くの感染患者が発生しており、地域によっては、医療崩壊の危機が叫ばれる厳しい状況となっております。

十日町病院におきましても、新型コロナウイルス感染症対応や受診控えによる患者数の減少などにより、病院収支への影響は避けられませんでした。診療機能を維持し、地元住民の皆様の期待に応えられるよう、職員一同努力してきたところであります。

今後も引き続き、妻有地域の2次医療を担う中核病院として、関係機関と連携して役割を果たしてまいりますので、ご指導を賜りますようお願い申し上げます。

事務長 貝瀬 伸一

令和3年7月 発行

令和2年度
十日町病院誌
第14号

〒948-0065 新潟県十日町市高田町三丁目南32-9

編集 十日町病院誌編集委員会

電話 025-757-5566

FAX 025-752-3955

ホームページアドレス

<http://www.tokamachi-hosp-niigata.jp/>

発行 十日町病院 吉嶺 文俊

印刷 大川印刷株式会社