

三豊総合病院雑誌

Journal of Mitoyo General Hospital

Vol.44

2023

巻頭言	三豊総合病院雑誌第44巻の刊行によせて	増山 寿	1
原著	高齢者の顎関節脱臼に関する臨床的検討	岸本 晃治	4
	心不全外来に通院する後期高齢患者の生活上の問題点 ～患者・家族へのインタビューを通して～	曾根 文香	10
	身体抑制を行わず、ICU患者の ルートトラブルを回避するアセスメントツールの開発 ～第一報：素案の作成段階～	増田 佳代子	21
症例	嚥下障害が先行した全身性破傷風の一例	西岡 恵美	31
	サル痘の1例	佐藤 志帆	36
	陰茎折症の1例	尾地 晃典	41
	当科で同時期に経験した ループスアンチコアグラント陽性低プロトロンビン血症の2例	篠田 知周	46
	空腸炎を契機に診断した空腸憩室に対し 単孔式腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した一例	守谷 直人	53
報告	レボヘム™APTT-SLAの基礎的検討と院内導入の取り組み	安藤 涼子	59
	第13回三豊総合病院学会を開催して	曾我部長徳	64
CPC記録			74
診療実績及び 活動報告			78
研究教育活動			157
投稿規定			172
編集後記			173

Journal of Mitoyo General Hospital

Journal of Mitoyo General Hospital

Vol.44

2023

Contents

Preface	H Masuyama	1
Original Articles		
A clinical analysis of temporomandibular joint dislocation in the elderly	K Kishimoto et al.	4
Problems in the daily lives of late elderly patients visiting the heart failure outpatient department ~ Through interviews with patients and their families ~ ...	F Sone et al.	10
Development of an assessment tool to avoid drip line problems for ICU patients without using physical restraints ~ First report: drafting stage ~	K Masuda et al.	21
Generalized Tetanus with an Initial Complaint of Dysphagia: A Case Report	E Nishioka et al.	31
A Case of Monkeypox	S Sato et al.	36
A Case of Penile Fracture	A Ochi et al.	41
Two Cases of Lupus Anticoagulant Hypoprothrombinemia experienced simultaneously in our department	K Shinoda et al.	46
Single port laparoscopic surgery for jejunal diverticulum diagnosed with jejunitis: a case report	N Moriya et al.	53
Miscellaneous		
Basic Study of Revohem™ APTT-SLA and Efforts Towards In-hospital Introduction	R Ando et al.	59
Organizing the 12th Hospital Scientific Meeting	O Sogabe	64
Report of CPC		74

三豊総合病院雑誌第44巻の刊行によせて

岡山大学学術研究院医歯薬学域
産科・婦人科学教授
増 山 寿

三豊総合病院の関係者の皆様におかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。この度は、三豊総合病院雑誌44巻の巻頭言をご依頼いただき、大変光栄に存じます。

岡山大学産科婦人科学教室は、1888年の開講で今年135年目を迎えました。私は13代目の教授として2017年に就任しております。就任後、各地域の基幹施設に直接伺い病院を見学させていただくとともに、病院長の先生へのご挨拶、お世話になっている教室員と面談しました。三豊総合病院には、2017年夏に訪問させていただき、病院は海に近く、院内も明るいイメージで、職員の方々も生き生きと働いているように感じたことを今でも覚えています。

産婦人科には現在4つのサブスペシャリティ、婦人科腫瘍、周産期、生殖内分泌、女性ヘルスケアがあります。婦人科腫瘍領域では、ゲノム、遺伝性腫瘍、新たな治療薬（分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬）の導入など現在パラダイムシフトが起こっており、さらにロボット支援下手術、腹腔鏡手術など低侵襲手術が中心となっています。周産期領域では、周産期管理、出生前診断や地域連携システムの進歩により、周産期死亡率が最も低く、世界でトップクラスの周産期医療を提供できている一方、近年の高齢化、合併症妊娠の増加、生殖補助医療による妊娠の占める割合が増え、ハイリスク妊娠、分娩が急増している現状があります。生殖内分泌領域では、技術の進歩にともない生殖補助医療による妊娠が増え、2022年には全出生児の8.6%を占めるに至っています。女性ヘルスケア領域では、更年期・老年期の様々な疾患への対応に加えて、胎児期の子宮内環境の悪化は、出生児の将来の生活習慣病発症リスクに影響する（Developmental Origins of Health and Disease説）と考えられており、長期的な視点でのヘルスケアが求められています。他の診療科も同じと思いますが、高度化、専門化するなかで地域医療と専門医療をつなぐための様々な連携体制の構築も重要な課題であり、これまで以上に三豊総合病院と密に連携できるように努めて参ります。

三豊総合病院産婦人科は現在、石原剛主任部長、藤原晴葉医長および川西貴之医員の3名の常勤医師に加えて、月2回週末の応援のため教室より非常勤医師を派遣しています。時間外労働時間上限規制、いわゆる“働き方改革”の開始が目前に迫り、地域医療との両立が迫られる中、香川県西讃および愛媛県東予地域の産婦人科医療をいかに持続可能な体制を作り上げるか、本当に素晴らしい病院にて地域医療の一端を担わせていただいている誇りを忘れることなく、さらに良い連携を築いていければと考えております。引き続きどうかよろしく願いいたします。

最後になりましたが、三豊総合病院のますますのご発展と関係される皆様のご健勝とご多幸を祈念して巻頭言とさせていただきます。

三豊総合病院

Mitoyo General Hospital

基本理念

三豊総合病院は、

M Medicine

信頼される医療

G Generality

保健・医療・福祉の包括医療・
ケアシステムの展開・推進

H Hospitality

優しさと情熱

を提供します。

基本方針

- ① 地域住民、他の医療機関や施設の満足が得られる医療水準を維持する。
- ② 病院に関わる全ての人のための環境の改善に継続的に取り組む。
- ③ 職員個々がコスト意識を持って業務を行い、健全経営を維持する。

三豊総合病院職業倫理綱領

我々、三豊総合病院の職員は、地域の人々の健康を守るために、病院の果すべき役割と責任を自覚し、最善の努力を尽くさねばならない。この使命を達成するため、職員として守るべき行動の規範を次のとおり定める。

① 医療の質の向上

我々は、医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

② 医療記録の適正管理

我々は、医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

③ 患者の権利擁護とプライバシーの保護

我々は、病める人々の権利の擁護とプライバシーの保護に努める。

④ 安全管理の徹底

我々は、病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

⑤ 地域社会との連携の推進

我々は、地域の人々によりよい医療を提供するため、地域の人々、地域の保健・医療・福祉機関との緊密な連携に努める。

高齢者の顎関節脱臼に関する臨床的検討

岸本晃治^{*}・後藤拓朗・宮下志織^{**}・戸田知美^{***}
井下祐里・高橋弥生^{***}・宮脇木綿子^{****}・伊原木聰一郎^{*****}

要 旨

【目的】高齢化が進む三豊及びその周辺地区では、顎関節脱臼を起こす高齢者は多いと推察される。今回、顎関節脱臼を起こして当科に紹介された高齢患者の特徴を明らかにするために臨床的検討を行なったので治療経過を含めて報告する。

【方法】2021年4月から2023年3月までの2年間で、顎関節脱臼を起こして当科に紹介された高齢患者17例について臨床的に検討を行なった。

【結果および考察】年齢は平均85.9歳で、85歳以上が半数以上を占めた。また性別は女性が男性の2倍以上（男女比1:2.4）を占めた。脱臼様式は両側性と習慣性がそれぞれ15例（88.2%）と多く認められた。既往疾患は脳血管障害が12例（70.6%）と最も多く、次に認知症6例（35.3%）、循環器疾患5例（29.4%）と続き、Performance Status 3以上が14例認められた。これらの患者の発症契機は不明であったが、咀嚼筋の拘縮・弛緩がベースにあり、欠伸や咳反射による大開口が原因と推測された。治療は自己整復できた2例を除き15例に徒手整復を試み、12例は一旦整復に成功し、必要に応じて顎バンデージを装着した。そして、家族の同意が得られた4例に顎関節自己血注入療法を施行した結果、その後の再脱臼は認められなかった。しかし、残りの3例は整復できず、全身状態が不良で家族からの治療継続の希望もなく、それ以上の治療を断念せざるを得なかった。

【結論】高齢者の顎関節脱臼は、両側性で習慣性に起こる症例が大半を占め、脳血管障害や認知症の患者に多く認められた。徒手整復と顎バンデージによる開口制限に加え、顎関節自己血注入療法は有効な治療法であったが、患者の全身状態と家族の意志が治療の継続に大きく影響した。

索引用語：習慣性顎関節脱臼，高齢者，自己血注入療法

はじめに

現在、本邦は超高齢社会であり、特に三豊およびその周辺地区のような地方では、高齢者の顎関節脱臼に遭遇する機会が多いと推察される。当科では、脱臼整復後も習慣性に脱臼を起こす高齢患者に対しては、侵襲の少ない顎関節自己血注入療法を行ってきた。本療法は、有効な治療効果が報告されているが¹⁾^{2) 3)}、未だ一般的な治療法になっておらず、保険適応もない。そのため、本院の臨床研究審

査委員会に「習慣性顎関節脱臼に対する自己血注入療法の臨床的研究」を申請し、承認（承認番号：21-CR01-164）を得て行っている。そして、2021年4月より習慣性顎関節脱臼高齢患者の治療には、入院下で歯科医師、歯科衛生士、看護師、栄養サポートチーム（NST）による多職種連携のもと、全身管理を行いながら自己血注入療法を施行する体制を整えて施行し2年が経過した⁴⁾。

今回、顎関節脱臼を起こして当科に紹介さ

*）三豊総合病院 歯科口腔外科 **）同 歯科保健センター ***）同 歯科衛生科
****）同 看護部 *****）岡山大学 学術研究院 医歯薬学域 口腔顎顔面外科学分野

れた高齢患者の臨床的特徴を明らかにするために臨床的検討を行なったので治療経過を含めて報告する。

対象と方法

2021年4月から2023年3月までの2年間で、顎関節脱臼を起こして当科に紹介された65歳以上の高齢患者17例を対象とした。そして、年齢、性別、脱臼様式、既往疾患、全身状態 (Performance Status: PS)、発症契機、治療法および治療経過についてカルテを基に調査し臨床的に検討を行なった。

結果

年齢は平均85.9歳で、85歳以上が半数以上を占めた。また性別は女性が男性の2倍以上 (男女比1:2.4) を占めた (図1)。脱臼様式は、両側性と習慣性がそれぞれ15例 (88.2%) と約9割に認められた (図2)。また両側性かつ習慣性が14例認められた。既往疾患は脳血管障害 (脳梗塞, 脳出血) が12例 (70.6%) と最も多く、次に精神神経系疾患 (認知症6例の内, パーキンソン病1例を重複で含む) 6例 (35.3%), 循環器疾患 (高

血圧) 5例 (29.4%) と続き、全例が何らかの疾患を持っていた (図3)。全身的にはPS 3以上の患者が14例と大半を占め、車椅子かストレッチャーでの来院であった (図4)。これらの患者は、意思疎通困難か全く不可能の状況であったため、本人からの脱臼の訴えはなく、家族が脱臼を発見し、欠伸や咳反射により大開口した際にははずれたとの訴えが多かった。

治療結果を図5に示す。脱臼患者17例中自己整復可能であった2例を除き、15例に徒手整復を試み、12例は一旦整復に成功し、必要に応じて顎バンデージを装着した。そして、家族より治療継続の希望があり、自己血注入療法を施行した症例は4例であった。この4例に限っては再脱臼は認められなかった。しかし、高齢や全身状態不良、家族からの治療

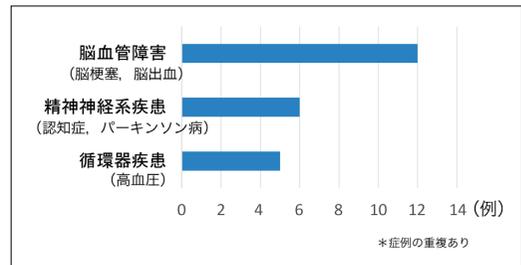


図3 既往疾患

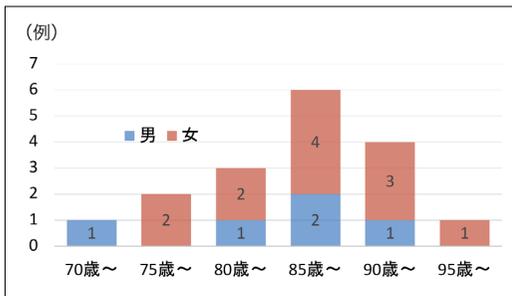


図1 年齢と性別分布

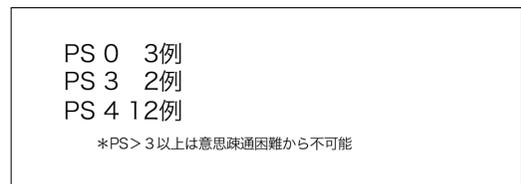


図4 Performance Status (PS)

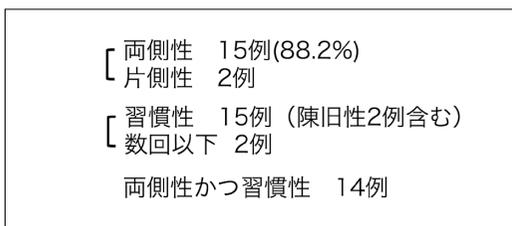


図2 脱臼様式

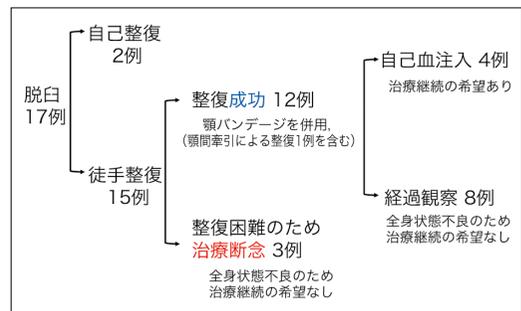


図5 治療法と経過

継続の希望がない理由から、自己血注入療法を施行しなかった残りの8例は、脱臼を繰り返しては徒手整復で対応する状況が続いた。なお、この8例中3例は初診から3ヶ月以内に亡くなっていた。一方、整復不可能あるいは整復してもすぐに再脱臼を起こした3例も、同様の理由からそれ以上の治療を断念せざるを得なかった。

以上の症例の中で、顎間牽引による脱臼整復後に顎関節自己血注入療法を施行し、脱臼状態を回避し得た症例を提示する。

患者：70歳、男性。

主訴：両側顎関節の習慣性脱臼。

既往歴：脳梗塞、心筋梗塞、糖尿病。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：ワクチン接種後、歩行困難、意識低下、肺炎のため某病院に入院した。その後、顎が頻繁に外れ出し管理できないとのことで、2022年4月、当科にストレッチャーにて紹介来院した。

現症：

全身所見：身長160,0cm、体重60,0kg、PS4。
意思疎通困難。

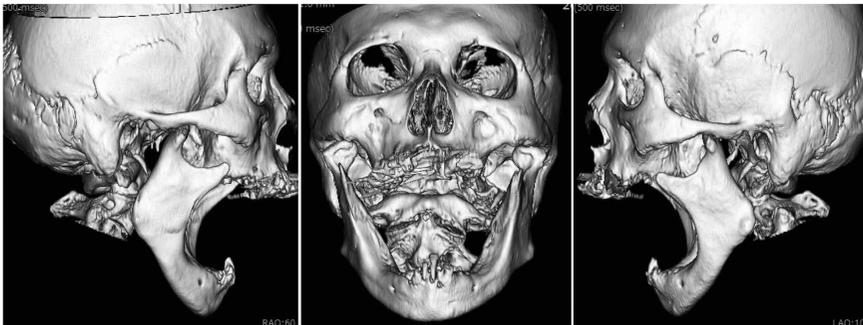


図6 脱臼時の三次元CT画像

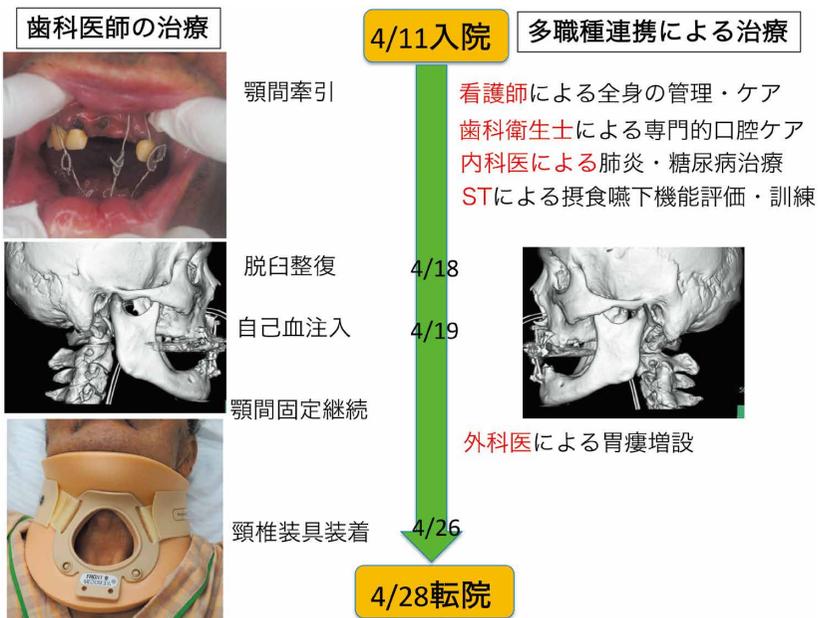


図7 症例の治療経過

口腔外所見：初診時、全くの開口状態で、唾液の嚥下反射は認められたが閉口できない状態であった。

口腔内所見：口腔粘膜は乾燥し、軟口蓋に乾いた痰が付着しており、口腔清掃状態は不良であった。歯牙は前方部は残存していたが、臼歯部は欠損し、多くの齲蝕が認められた。

画像所見：CT画像では、左右下顎頭は関節結節を越え前上方へ逸脱し、開口状態を呈していた。なお、両側顎節部の骨形態に異常所見は認められなかった(図6)。

臨床診断：両側習慣性顎関節脱臼。

処置および経過(図7)：徒手では整復できなかったため、入院下で、上下顎にIMFスクリューを打ち、ワイヤーによる顎間牽引を開始した。7日後のCT画像で脱臼整復を確認できたため、顎関節とその周囲組織に、自己血4mlを両側に注入した。さらに7日顎間固定を継続した後に固定を解除し、頸椎装具を装着した状態で紹介元の病院へ転院した。なお、これらの治療に並行して、看護師による全身の管理・ケア、歯科衛生士による専門的口腔ケア、内科医による肺炎・糖尿病治療、リハビリSTによる摂食嚥下機能評価・訓練、外科医による胃瘻増設などの多職種連携の協力を得た。そして、転院1ヶ月後、全身状態不良のため頸椎装具をはずされたとのことである。

考 察

顎関節脱臼は、若年者に比べ、高齢者に圧倒的に多い。若年層での顎関節脱臼は初回の脱臼が3割程度であるのに対して、高齢者では初回の脱臼は少なく、習慣性の脱臼が9割以上を占めていると報告されている⁵⁾。当科を受診した高齢顎関節脱臼患者も、習慣性脱臼が17例中15例と約9割を占めた。またその内の14例が両側性であった。性別は女性が男性の2倍以上であったが、これは男性より女性の方が平均寿命が長いと推察され

る。

習慣性顎関節脱臼が高齢者に多い原因としては、加齢による歯の喪失や顎堤吸収による下顎頭の位置的变化や関節結節の平坦化などの顎関節の骨形態変化が考えられる。また、加齢や基礎疾患などの全身的要因による咀嚼筋の協調不全や靭帯の弛緩などの軟組織の異常も考えられる⁵⁾⁶⁾⁷⁾。特にパーキンソン病などの神経疾患、認知症、脳血管疾患を患っている高齢者では、振戦、動作緩慢、拘縮などを伴っており、関節包や靭帯に慢性的な刺激が加わって弛緩するために、脱臼しやすくなっていると考えられる⁵⁾⁶⁾⁷⁾。我々の検討でも、既往疾患は脳梗塞や脳出血などの脳血管障害が最も多く、次に認知症やパーキンソン病などの精神神経系疾患が多い結果であり、PS3以上の患者が大半を占めた。このような高齢者は、ちょっとした欠伸や咳反射による開口でも脱臼してしまう危険性があり、両側性に起こりやすいと考えられる。

当科の顎関節脱臼に対する治療方針として、まず徒手整復を試みている。しかし、整復しても頻回に脱臼を繰り返す場合には、顎バンデージや頸椎装具による開口制限で経過をみている。また、陳旧性脱臼のため徒手整復ができない場合には、IMFスクリューによる顎間牽引を検討している。しかし、実際には高齢や全身状態不良のため、また家族の同意が得られないことが多く、治療継続に踏み切れなかった症例に度々直面した。一方、提示した症例は、まだ70歳と比較的若く全身状態の回復も望まれたため、家族の同意を得てIMFスクリューとワイヤーによる顎間牽引を行なった。その結果、1週間で脱臼は整復され、陳旧性脱臼に対する持続的顎間牽引が有効であることが示された。

当科では、開口制限を行なっても脱臼を繰り返す症例に対しては、顎関節自己血注入療法を行い、それでも改善が認められなければ関節結節削除術を検討している⁸⁾。しかし、

高齢で全身疾患を有する患者の12例中8例は、本人の治療に対する意思確認ができず、家族からも高齢と全身状態不良を理由に積極的な治療の希望がなく、自己血注入療法に進めないのが現状であった。一方、家族からの同意が得られ、自己血注入療法を施行した4例は再脱臼なく良好な結果を得た。したがって、自己血注入療法は有効な治療法であることが再確認された。しかし、治療を中断した患者の8例中3例が3ヶ月以内に亡くなられていたことから、治療継続の可否に関しては、患者のQOLを考慮し、症例毎に十分検討する必要があると考えられた。

結 語

過去2年間に当科を受診した高齢顎関節脱臼患者について臨床的検討を行い報告した。

利益相反 (COI)

本論文に関して、開示すべき利益相反状態はない。

引 用 文 献

- 1) Daif ET: Autologous blood injection as a new treatment modality for chronic recurrent temporomandibular joint dislocation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 109: 31-6, 2010.
- 2) Machon V, et al.: Autologous blood injection for treatment of chronic recurrent temporomandibular joint dislocation. *J Oral Maxillofac Surg.* 67: 114-9, 2009.
- 3) 潮田高志ら：高齢者に発症した習慣性顎関節脱臼に対し顎関節自己血注入療法を施行した3例. *老年歯学*, 31 (2) : 134-40, 2016
- 4) 岸本晃治ら：習慣性顎関節脱臼を起こす高齢患者への本院の取り組み－入院下での自己血注入治療体制の導入. *三豊総合病院雑誌*, 42: 4-10, 2021
- 5) 乾 明成ら：若年層と比較した高齢者における顎関節脱臼に関する臨床的観察. *老年歯学*, 31: 51-7, 2016
- 6) 石川義人ら：精神および脳疾患患者における顎関節脱臼の病因に関する臨床的検討. *日口外誌*, 44: 415-7, 1998
- 7) 潮田高志ら：高齢者に発症した習慣性顎関節脱臼に対し顎関節自己血注入療法を施行した3例. *老年歯学*, 31 (2) : 134-40, 2016
- 8) 瀬上夏樹：顎関節脱臼手術を知る. *日本歯科評論*, 77: 118-23, 2017

A clinical analysis of temporomandibular joint dislocation in the elderly

Koji Kishimoto^{*)}, Takuro Goto, Shiori Miyashita^{**)},
Tomomi Toda, Yuri Inoshita, Yayoi Takahashi^{***)},
Yuko Miyawaki^{****)}, Soichiro Ibaragi^{*****)},

^{*)} Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Mitoyo General Hospital

^{**)} Oral Health Center, Mitoyo General Hospital

^{***)} Department of Dental Hygiene, Mitoyo General Hospital

^{****)} Nursing Department, Mitoyo General Hospital

^{*****)} Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Okayama University Graduate School of Medicine,
Dentistry and Pharmaceutical Sciences

[Objective] In Mitoyo and surrounding communities, where aging is advancing, it is presumed that many elderly individuals suffer from temporomandibular joint dislocations. In this study, we conducted a clinical review to clarify the characteristics of elderly patients with temporomandibular joint dislocations who were referred to our department, including the course of their treatment.

[Method] During the two-year period from April 2021 to March 2023, a clinical review was conducted of 17 elderly patients who had temporomandibular joint dislocations and were referred to our department.

[Results and Discussion] The average age was 85.9 years, with individuals over the age of 85 accounting for more than half of the patients. In addition, female patients accounted for more than twice the number of male patients (1:2.4 male: female ratio). Regarding the form of dislocation, bilateral and recurrent dislocations were each confirmed in 15 cases (88.2%), which was a lot. Among pre-existing diseases, cerebrovascular disorders were the most common (12 cases, 70.6%), followed by dementia (6 cases, 35.3%), and cardiovascular diseases (5 cases, 29.4%), with a performance status of 3 or higher confirmed in 14 cases. Although the cause of onset in these patients was unknown, contracture and relaxation of the masticatory muscles were thought to be the underlying issues, leading to speculation that the cause was the wide opening of the mouth due to yawning and the cough reflex. With the exception of 2 cases that were able to self-reduce, we attempted manual reduction in 15 cases, of which 12 cases were successfully temporarily reduced using a jaw bandage as necessary. As a result of administering an autologous blood injection to the four patients for which family consent was obtained, no subsequent dislocation was observed. However, the remaining three cases could not be reduced. Due to their poor general condition and the fact that their families did not wish to continue treatment, further treatment had to be abandoned.

[Conclusion] Regarding temporomandibular joint dislocations in the elderly, bilateral and recurrent dislocations occurred in most cases, many of which were observed in patients with cerebrovascular disorders and dementia. In addition to manual reduction and mouth opening restriction using a jaw bandage, autologous blood injection was an effective treatment method, although the general condition of the patient and the will of the family greatly affected the continuation of treatment.

Key words : recurrent temporomandibular dislocation, the elderly, autologous blood injection therapy

心不全外来に通院する後期高齢患者の生活上の問題点 ～患者・家族へのインタビューを通して～

曾根文香・阪田三智子・中村奈緒・佐藤愛子*)
西村美穂**)・近藤真紀子***)

要 旨

A病院では、看護師、薬剤師も加わった心不全外来が新たに開始された。外来治療を受けながら在宅での生活が継続できるよう支援しているが、より効果的な指導を行うために心不全外来に通院している患者を知り、患者の生活上の問題点を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。方法は半構成化インタビューにて、生活行動や心不全に関する知識について聴取、分析は、質的帰納的に行った。問題点は【必要性を理解しているが制限が守れない】【介護に対する負担】等の6カテゴリーであった。患者へ生活指導を行っていく上で患者や、介護する家族が患者自身の疾患についてどのようにとらえ、考えているのか、不安に思うことや患者が抱える問題点は何か、一人ひとり丁寧に聴取していく必要がある。そして患者を知り、生活習慣を理解し、患者に合ったやり方で支援していくことが大切である。また患者のセルフケア能力を引き出す、活かす支援も必要である。

索引用語：心不全外来，慢性心不全，生活支援

I. はじめに

A病院では、2021年11月より循環器病センター内に心不全センターが設立され、2022年1月より、心不全外来が新たに開設された。新たな心不全外来では、薬剤師、看護師もメンバーに加わり、医師の診察前に面談を行い情報共有している。また、今まで当院に通院していた患者に加え、開業医からの紹介も受け入れている。心不全外来では、文献や、参考資料で明らかにされている効果的な指導方法を参考に、外来治療を受けながら在宅での生活が継続できるよう支援を行った。しかし、2022年1月～2022年5月までの5か月間で、7名の患者と関わり、3名の患者が再入院に至った。患者が再入院に至る要因は医学的要因より患者側の自己管理による要因が多

いと言われている。古市ら(2017)によると、再入院に至った慢性心不全患者の問題となりうる自己管理として、「必要性を理解しているが変えられない習慣」や、「病状悪化を予防する知識の不足」、「活動制限によるストレス」、「具合が悪いと認識していたが自己判断で受診しなかった」¹⁾等の問題があると言われている。また、松本ら(2018)によると、「看護師は再入院の要因を把握し、患者の理解度に応じた個別性のある患者教育を段階的かつ計画的に行う必要がある」²⁾と言われている。そこで、効果的な指導を行うためには、まず心不全外来に通院している患者を知り、そこから患者の生活上の問題点を明らかにする事が先決であると考えた。そのために、生活行

*) 三豊総合病院 内科外来 ***) 香川大学医学部看護学科 ***) 香川県立保健医療大学看護学科

動や、心不全に対する知識、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についてインタビューにて聞き取り調査を行い当院心不全外来を受診する患者の生活上の問題点を明らかにすることを目的に本研究に取り組む。これらを明らかにすることで、患者の個別性を踏まえた自己管理支援ができ、かつ継続的な患者の生活支援に役立つと考える。

II. 研究の目的

心不全外来を受診する患者の生活行動や、心不全に対する知識、ACPについてインタビューにて聞き取り調査を行い、患者の生活上の問題点を明らかにする。

III. 用語の定義

生活上の問題点：慢性心不全を抱えて日常生活を送るうえで、心不全を増悪させる原因となるような考えや行動

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

半構成的インタビュー形式

2. 研究参加者

- ・医師が心不全と診断し、継続治療を行い、当院心不全外来通院中の慢性心不全患者で研究に同意を得た者、付き添い家族
- ・認知機能に問題がなく、インタビューが可能なる者
- ・NYHA分類I度の者

3. 研究期間

令和4年7月～令和5年1月

4. 方法

1) 基礎情報調査およびインタビュー方法

診断名、既往歴はカルテより情報収集を行う。家族構成等、基礎情報は、インタビューで聴取する。また、信岡ら(2006)の研究結果を参考に、独自に作成した、インタビューガイド(添付資料1)に沿い、受診、食事管理、内服管理、生活状況、心不全に関する

知識、ACPについて、半構成的質問形式で面接を行う。インタビュー時間は、約30分とし、プライバシーを確保できる心不全外来診察室で実施する。なお、面接内容においては研究参加者の了承を得た上でボイスレコーダーに録音し逐語録を作成する。了承が得られない場合は、承諾を得て、書き取りをする。インタビュー実施時期の目安

病状がNYHA分類I度(心疾患はあるが、日常での活動で疲れ、動機、呼吸困難、または狭心症発作を起こさない)であり、日常会話で息切れ、SPO2低下がない時期に行う。

2) 分析方法

作成した逐語録から、生活上の問題点、実践している行動について、意味内容を損なわないように簡潔な一文としコードとする。その後、コード化したものを共通性や、類似性に従って分類し、サブカテゴリーとする。サブカテゴリー化したものをさらに抽出化しカテゴリー化する。分析の過程で真実性確保のために研究者間で繰り返し検討を行う。

V. 倫理的配慮

研究参加者へ本研究への参加の同意を得るために用いる説明文書及び同意書・同意書撤回書は、三豊総合病院臨床研究審査委員会において承認を得たものを使用する。被験者には、外来受診の時間に合わせた面接時間の調整、患者のプライバシーの確保に留意する。研究に関する同意については、研究者が、口頭および文書にて研究の目的、趣旨を説明し同意を得る。研究協力は本人の自由意思であり、研究協力を断っても不利益を被らない事、同意後も研究協力を中止出来ることを説明する。また、データに関しては、匿名化し、暗証化されたファイルとしてUSBメモリ内に保存、内科外来の鍵のかかるロッカーで保管すること、破棄については、院内での看護研究終了後、院内の決められた保管場所にて5年間保管、その後、電子データは完全に削除、

(添付資料1)

「心不全外来に通院する後期高齢者の生活上の問題点～患者・家族へのインタビューを通して～」
インタビューガイド

1、インタビュー前準備

- (1) 面談日時
心不全外来受診時、検査終了後の検査待ち時間に行う。
- (2) 面談をする場所の確保
プライバシーが確保された、心不全外来の診察室で行う。
- (3) 面談に必要な物品と資料の準備
 - ①研究説明同意書（聞き取り調査ご協力をお願い）
 - ②録音器具（ボイスレコーダー）
 - ③筆記用具

2、インタビュー中に配慮する事

- ・聞き取り調査ご協力をお願いに基づいて、本インタビュー調査の目的、方法、倫理的配慮を口頭で文書に沿って説明。研究参加者の自由意思に基づいてインタビュー協力に同意が得られるかを伺う。なお、いったん同意が得られている場合でも途中で辞退できる権利があることについて説明する。
- ・同意が得られた場合、インタビューを実施する。インタビューに費やす時間は30分程度の時間をいただく事を再度お断りする。
- ・実施前にバイタルサイン測定を実施。病状がNYHA分類Ⅰ度（心疾患はあるが、日常での活動で疲れ、動悸、呼吸困難、または狭心症発作を起こさない）となり、日常会話で息切れ、SPO2低下がない事を確認し実施する。
- ・研究参加者にインタビュー内容を録音して良いかどうかを伺い、了承が得られた場合には録音させていただく。録音の目的は、大切なインタビュー内容を正確に把握し調査目的にかなった分析をするためであると伝える。録音された内容は本研究者ら以外が聞くことは無いこと、個人が特定されないように名前、IDは使用しないこと、録音内容が転記されたあとは、院内の決められた保管場所にて5年間保管し廃棄する事を説明する。
- ・インタビュー内容について、研究参加者が出来るだけ自由に自発的に発言できるように配慮を行い、受容的姿勢に徹する、決して質問攻めや、強要をしない。

3、インタビュー内容

- (1) 受診について
本日はどのようにして病院まで来られましたか？
 - ・受診の方法（誰とどのようようにして）
 - ・受診の目的・受診の必要性は理解できているか
 - ・受診に関する負担（身体的・経済的負担、家族の負担）
- (2) 食事管理
普段のお食事についてお聞きします。まず、お食事はどなたが用意されますか？
 - ・食事を作る人（誰が、手料理か惣菜か）
 - ・食事制限の実際（塩分、味付け、間食、量、アルコール、嗜好品）
 - ・栄養指導の有無（受けた回数）、指導を受けた人
 - ・食事管理の自己評価
- (3) 内服管理
お薬の管理についてお聞きします。お薬は毎日飲んでいますか？どのような効果のお薬がありますか？
 - ・必要性の理解
 - ・内服薬の効果を理解できているか
 - ・内服を中断したことがあるか、内服に対して負担に思うこと
 - ・服薬管理の実際（誰が、どのように）
- (4) 活動
普段、歩いたり、運動はされていますか？ご自宅で畑や農業等はされていますか？
 - ・定期的な運動はしているか（内容、過活動の有無）、仕事の有無、ADL
 - ・身体に見合った活動ができているか
- (5) 体調管理の項目
普段、体重、血圧測定は行っていますか？
 - ・体重測定、血圧測定の必要性を理解できているか
 - ・普段の血圧、体重を知っているか
 - ・体重や血圧を何かに記載しているか
- (6) 病気の理解
自宅ではどのようなことに気を付けて生活をされていますか？
 - ・心不全について知っていることはあるか（病態、症状）
 - ・症状と受診のタイミングについて
 - ・病気の悪化を予防する知識の有無
- (7) 今後について
心不全の状態が悪くなったとき、どこで、どんなふうに過ごしたいか、ご家族と話をしたことはありますか？ご自身の代わりに、自身の意思を伝えてくれる人はどなたになりますか？
 - ・今後、病態悪化時、どうしたいか（どこで、誰と、どんなふうに過ごしたいか）
 - ・代理意思決定者、主な介護者の確認

紙面データは裁断処理し廃棄することを説明する。

VI. 研究結果

1) 対象の属性

対象者は5名（内、男2名、女3名）であり、平均年齢は91.6歳であった。また、インタビュー時間は平均23分45秒であった。その他概要については（表1）に示す。

2) インタビュー結果

インタビューより得られた情報より、作成した逐語録から抽出された生活上の問題点について、心不全外来に通院する患者の生活上の問題点と、心不全外来に通院する患者が実践している行動について分類しカテゴリー化を行った。

なお、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〔〕、コードを〔〕で示した。

①心不全外来に通院する患者の生活上の問題点

心不全外来に通院する患者の生活上の問題点については、30のコードが抽出され、12のサブカテゴリー、6のカテゴリーが生成された。

各カテゴリーの概要については以下の通り

（表1）対象の属性

	A	B	C	D	E
年齢	92歳	90歳	87歳	94歳	95歳
性別	男性	女性	男性	女性	女性
疾患名	PCI後、心不全、腎不全、高血圧、糖尿病	心不全、発作性心房細動	心不全	心不全、腎不全、高血圧、PM植え込み後（SSS）	慢性心不全PM植え込み後（CAVB）
受診頻度	1ヶ月/回	1ヶ月/回	2ヶ月/回	1ヶ月/回	2ヶ月/回
心不全診断後入院回数	4回	2回	1回	3回	2回
家族構成	4人暮らし	1人暮らし	2人暮らし	1人暮らし	3人暮らし
キーパーソン（研究参加者）	妻	娘	妻	娘	息子
受診の方法	妻の送迎	娘の送迎	自身の運転	娘の送迎	息子の送迎
内服管理	自身	娘	自身	娘	息子
インタビュー時間	26分56秒	21分41秒	29分04秒	19分41秒	21分24秒

である。（表2）

【介護に対する負担】

このカテゴリーは〔介護に対する疲れがある〕の1サブカテゴリーで構成された。【妻（85歳）が運転しないと受診できない】【介護と田植えの両立は大変である】というように老老介護や、仕事と介護の両立の現状が示された。

【必要性を理解しているが制限が守れない】

このカテゴリーは〔減塩の必要性を理解するも、実行できず、自己調整している〕〔減塩の必要性を理解しているが、塩分の高い食事を摂取している〕の2サブカテゴリーで構成された。【栄養指導を受け塩分制限について聞くと、自分の基準で塩分調整している】【うどんは汁まで飲んでしまう】というように減塩の必要性は理解しているが、自分本位の制限で満足してしまっていたり、自己の嗜好を優先し、治療上の必要な制限には至らないことが示された。

【疾患・治療に関して無関心な部分がある】

このカテゴリーは〔薬剤について理解できていない〕〔自己管理の必要性の理解が不十分〕〔身体症状がなければ病識に欠く〕〔薬の管理は家族に任せている〕〔病気に関して自分本位に解釈している〕の5サブカテゴリー

で構成された。【用意された内服薬も、声掛けをしなければ飲まないことがある】【血圧や体重の変動はないと思込んでいる】というように、自己管理をする意思がない、あるいは欠けている部分があり、行動変容するに至らないことが示された。

【息子や嫁に対する遠慮】

このカテゴリーは、〔息子や嫁に迷惑をかけたたくないという思い〕の1サブカテゴリー

で構成された。【嫁の料理は口に合わないが、気を使い言わないようにしている】【息子には排泄の世話はしてもらいたくない】というように嫁や子に対しては遠慮があり、少なからず無理をして生活していることが示された。

【食事が少なく必要な栄養が取れない】

このカテゴリーは、〔食事摂取量が低下している〕の1サブカテゴリーで構成された。

(表2) 生活上の問題点

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
介護に対する負担	介護に対する疲れ	妻(85歳)が運転しないと受診できない(F)	
		介護と、田植えの両立は大変である(F)	
		介護の疲れはある(F)	
必要性を理解しているが、制限が守れない	減塩の必要性を理解するも、実行できず、自己調整している	栄養指導を受け塩分制限について聞くも、自分の基準で塩分調整している(F, P)	
		栄養指導について興味はあるが、なかなか実行できない(F, P)	
		塩分は控えているが、具体的にどの程度控えているかは不明(F, P)	
	減塩の必要性を理解しているが、塩分の高い食事を摂取している	減塩醤油は味が薄く、大匙1杯を大匙2杯入れている(F)	
		塩分量は測っていない(F, P)	
		煮物が多く、濃い味を好む(P)	
疾患・治療に関して無関心な部分がある	薬剤について理解できていない	うどんは汁まで飲んでしまう(P)	
		塩分を取りすぎる(P)	
	自己管理の必要性の理解が不十分	内服薬の効果はわからない(P)	
	身体症状がなければ、病識に欠く	薬の名前はわからない(P)	
		体重は決まった時間に測定しているが、記入していない(P)	
薬の管理は家族に任せている	症状悪化時に体重測定している(P)		
息子や嫁に対する遠慮	息子や嫁に迷惑をかけたたくないという思い	薬は用意されたものを内服している(P)	
		用意された内服薬も、声掛けをしなければ飲まないことがある(P)	
		病気に関して自分本位に解釈している	血圧や、体重の変動はないと思込んでいる(P)
		食事が少なく必要な栄養が取れない	食事摂取量が低下している
妻が好みの形態に作り直している(F, P)			
色々してもらって息子に気の毒である(P)			
息子には排泄の世話はしてもらいたくない(P)			
活動量減少による筋力低下	集団での活動を好まない	食べる量が少ない(P)	
		筋肉量が減少し、骨と皮だけになっている(P)	
	自発的に活動することができない	食事は摂取しているが、体重が増えない(P)	
		デイサービスには行きたくない(P)	
活動量減少による筋力低下	自発的に活動することができない	デイサービスに行ったことはあるが、集団の中にいるのが得意でない(P)	
		座っているだけでも倦怠感がある(P)	
		横になる時間が半分以上(P)	
活動量減少による筋力低下	自発的に活動することができない	デイサービスに行かない日は食事以外は横になっている(P)	

注) F=家族, P=患者

【筋肉量が減少し、骨と皮だけになっている】
【食事は摂取しているが、体重が増えない】
というように、食事制限以前に、そもそもの必要栄養摂取量が低下しており、筋肉量、体重減少に至っていることが示された。

【活動量減少による筋力低下】

このカテゴリーは、〔集団での活動を好まない〕〔自発的に活動することができない〕の2サブカテゴリーで構成された。【デイサービスには行きたくない】【座っているだけでも倦怠感がある】というように、集団での活動を避け、自宅から出ず、自発的に活動しようとせず、活動量が低下していることが示された。

②心不全外来に通院する患者が実践している行動

心不全外来に通院する患者が実践している自己管理については、33のコードが抽出され、15のサブカテゴリー、9のカテゴリーが生成された。

各カテゴリーの概要については以下の通りである。(表3)

【医師を信頼し受診】

このカテゴリーは、〔受診する安心感〕の1サブカテゴリーで構成された。【先生に診てもらおうと安心する】というように、医師を信頼し、病気と向き合い治療していることが示された。

【必要性を理解し、塩分・カリウム制限を実践】

このカテゴリーは、〔塩分制限を守るための工夫〕〔カリウム制限を守るための工夫〕の2サブカテゴリーで構成された。【栄養指導を受けて漬物の量が減った】【カリウムが高く、果物は少な目にしてしている】というように、栄養指導を受け、食事制限していることが示された。

【食事量の低下を補うための工夫】

このカテゴリーは、〔食べる量が少なく、間食や栄養補助食品で補充している〕の1サブカテゴリーで構成された。【食べる量が少

なく、間食に甘酒やヤクルトを飲む】というように、食事摂取量の低下を補うために、食べられるものや、栄養補助食品等を利用し工夫していることが示された。

【他者に頼りながら食事を工夫】

このカテゴリーは、〔自分で作らなくても食事提供できる〕の1サブカテゴリーで構成された。【宅配食を利用している】というように、サービス提供を受け、工夫していることが示された。

【内服を忘れないように工夫】

このカテゴリーは、〔家人に頼りながら内服を忘れないようにする〕〔内服薬を一包化している〕の2サブカテゴリーで構成された。【内服薬は一包化にて管理が楽であり飲み忘れはない】【内服は頭の体操だと思ひ、食卓の近くのカレンダーに入れ、管理している】というように、飲み忘れのないように自分なりに工夫したり、家人に頼ったりしていることが示された。

【疾患・治療に関心を持ち自己による体調確認】

このカテゴリーは、〔測定できる機会を見つけ、血圧、体重を測り習慣化している〕〔心不全手帳を利用しセルフケアモニタリングしている〕の2サブカテゴリーで構成された。【デイサービスで毎回、血圧、体重を測り、記載してもらっている】【医師に心不全手帳を確認してもらっている】というように、日常生活の習慣としてセルフケアモニタリングを行いそれを何かに記載し確認していることが示された。

【身体に見合った活動の工夫】

このカテゴリーは、〔心負荷がかからない運動を自分なりに工夫する〕〔ADL低下させないための活動を自発的に行う〕の2サブカテゴリーで構成された。【自宅の廊下で歩行練習をし、廊下の先に椅子を用意し休むようにしている】というように、自分なりに工夫しできる運動を自発的に行っていることが示された。

(表3) 実践している行動

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医師を信頼し受診	受診する安心感	先生に診てもらおうと安心する (F, P)
		月に一度、先生と話をすることがいいと思う (F, P)
必要性を理解し、塩分・カリウム制限を実践	塩分制限を守るための工夫	栄養指導を受けて漬物の量が減った (P)
		たくあんは2切れまでで、薄く切っている (F, P)
	カリウム制限を守るための工夫	栄養指導を受けて減塩醤油を使うようになった (F)
		栄養指導でカリウムが上がりやすい食品の指導を受けている (F, P)
食事量の低下を補うための工夫	食べる量が少なく、間食や栄養補助食品で補充している	自家製スムージーを夏場は飲む (P)
	食べる量が少なく、間食に甘酒やヤクルトを飲む (P)	
他者に頼りながら食事を工夫	自分で作らなくても食事提供できる	宅配食を利用している (F, P)
		惣菜を温めて食べる (P)
内服を忘れないように工夫	家人に頼りながら内服を忘れないようにする	家族(嫁又は子)が朝・昼・夜、袋に入っている薬を出し、患者に内服させている (F)
		薬は用意されたものを内服している (P)
	内服薬を一包化している	内服は一包化にて管理が楽であり飲み忘れはない (P)
		内服は頭の体操だと思い、食卓の近くのカレンダーに入れ、管理している (P)
疾患・治療に関心をもち自己による体調確認	測定できる機会を見つけ、血圧、体重を測り習慣化している	デイサービスで毎回、血圧、体重を測り、記載してもらっている (P)
		血圧、体重は毎日決まった時間に測定し記入している (P)
	心不全手帳を利用しセルフケアモニタリングしている	心不全手帳を毎日記載している (P)
		医師に心不全手帳を確認してもらっている (P)
身体に見合った活動の工夫	心負荷がかからない運動を自分なりに工夫する	自宅の廊下で歩行練習し、廊下の先に椅子を用意し休むようにしている (P)
		時間を決めて室内運動をしている (P)
	ADL低下させないための活動を自発的に行う	デイサービスで運動している (P)
		歩けなくなったらいけないから、家の中を歩いている (P)
受診のタイミングの理解	体調不良時はかかりつけ医に相談する	横になれないくらいしんどい時はかかりつけ医を受診する (P)
		足が腫れたり何かあったらかかりつけ医に相談する (P)
	心不全悪化時の症状を体感し覚えている	症状悪化時に、むくみや体重増加があった (P)
		入院した時は、顔、おなかの方までむくみが出ていた (P)
		入院して水を抜くと何リットルも抜けた (P)
家族間での意思共有	現在自宅で生活しているが、将来のことについても考えている	自分で自分のことができなくなったらどうするかは考えている (P)
		下の世話が必要になったら施設入所を考えている (P)
		施設の空きが出た時、話し合う予定である (F, P)
	できるだけ自宅で生活したい	自分のことが自分でできる間は自宅で生活したい (P)

注) F=家族, P=患者

【受診のタイミングの理解】

このカテゴリーは、〔体調不良時はかかりつけ医に相談する〕〔心不全悪化時の症状を体感し覚えている〕の2サブカテゴリーで構成された。〔足が腫れたり何かあったらかかりつけ医に相談する〕〔横になれないくらいしんどかった〕というように、心不全に伴う症状を振り返り、患者自身の言葉で表現できたり、家族もそれについて理解できていることが示された。

【家族間での意思共有】

このカテゴリーは、〔現在自宅で生活しているが、将来のことについても考えている〕〔できるだけ自宅で生活したい〕の2サブカテゴリーで構成された。〔自分のことができなくなったらどうするかは考えている〕というように、本人、家族で今後についての話し合いができていることが示された。

Ⅶ. 考 察

今回、半構成的インタビュー方式にて患者にインタビューを行い、患者は受診する安心感から、定期受診には確実に来院し、【医師を信頼し受診】していた。栄養指導を本人または家人が受け、【必要性を理解し塩分・カリウム制限を実践】していた。他者に頼ったり、内服薬を一包化にするなどして【内服を忘れないように工夫】し確実に内服できていた。また、入院中に指導を受け、退院後も継続して自宅で、血圧、体重等を測定し、心不全手帳を活用し記録したり、デイサービス等で、測定する習慣をつけ【疾患・治療に関心を持ち、自己による体調確認】をしたり、【身体に見合った活動の工夫】をしながら適度な運動をしたりしていた。心不全悪化時の症状を体感で覚えていたり、家族が心不全症状を知り【受診のタイミングを理解】していたり、可能な限り自宅で生活したいという希望を伝えながら、今後のことについて【家族間での意思共有】が行えており、患者はセルフケアを行う力を有していると考えられた。

その一方で、【介護に対する負担】では【妻（85歳）が運転しないと受診できない】、【介護と、田植えの両立は大変である】、など、高齢化に伴い、高齢者夫婦間での介護や、高齢者世帯の子供が親を介護していたり、仕事をしながらの介護など介護者は負担を感じていることがわかった。高齢心不全患者に対する急性期治療成績の向上や、在院日数の短縮化などを背景に在宅療養を行う高齢心不全患者は増加している。心不全患者の家族や、介護者に関連する課題として、療養生活が長期に及ぶことによる身体的・精神的疲労、複雑な治療および疾病管理を理解し、遂行することの負担、患者の病状の変化に伴う心理的变化への対応の難しさ、高齢者特有の問題である生活機能低下や認知機能低下による介護負担の増加等がある。これらは、今後生活支援を行う上で心不全患者だけではなく、まず介護者への身体的、精神的負担の程度を把握し、必要な支援について適宜検討していく必要があると考える。

また、【必要性を理解しているが制限が守れない】では、入院時、又は退院後外来にて栄養指導を受け塩分制限の必要性を理解し、制限を実行しているというが、【自分の基準で塩分調整している】や、【塩分は控えているが、具体的にどの程度控えているかは不明】というように、その内容は自己判断で行われており確実に実行しているとは言えない状態であった。人の生活は、様々な行動から成り立っており、その行動にはその人なりの理由がある。行動を変えるということは、容易なことではない。よって、患者への指導においては、まず、患者や、家族の思いや考えを知り、十分に理解し共感したうえで、『生活習慣を変える＝新しい価値のほうが大切』と患者が思えるようにかかわること（動機付け）³⁾から始める必要がある。制限が守れない理由を知り、具体的な指導案を個別的に提示し、患者ができそうと思えるように関わっていかなければならない。今回の対象者の

平均年齢は、91.6歳と超高齢で、長年培ってきた生活習慣やこだわりは様々な知識を有しても、簡単に変えることは難しい。また一度の指導で確実に変容できるものでもない。患者が、どうしても変容できない生活習慣においては、否定するのではなく、共用した上で、できる事を見つけ、支援していく必要があると考える。

【疾患・治療に関して無関心な部分がある】に関して同様で、薬剤に関して、〔薬剤について理解できていない〕のは、理解する気がないのか、理解しようとしていないのか、理解できないのかまず把握し、理解する気がない、理解できない患者に対しては、他者の援助にて補う必要がある。理解しようとしていない患者に対しては、理解できる説明の仕方を工夫して繰り返し行う必要がある。

【息子や嫁に対する遠慮】に関しては、【嫁の料理は口に合わないが、気を使い言わないようにしている】【息子には排泄の世話はしてもらいたくない】というように、嫁や子に対しては遠慮があり、無理をして食事を取ったり、必要以上の活動をしてしまいながら生活していることが考えられる。そのような行動が患者の精神的ストレスにさらされないように、患者が抱える問題を医療者が理解し、可能な情報提供や具体的な対処方法を示すことができるように支援していく必要がある。

【食事量が少なく必要な栄養が取れない】、【活動量が少なく、筋力が低下している】に関しては、塩分制限などの食事制限をする前に、患者の食事摂取量が低下していることが明らかになった。それにより、筋肉量や骨格筋の減少、体重減少に陥ったり、身体活動量の低下や意欲の低下がみられたりしていた。わが国の循環器疾患診療現場における顕著な動向のひとつとして、「超高齢フレイル合併心不全患者の増加と安静生活による廃用症候群・要介護化の進行」⁴⁾があるといわれている。患者は、カロリーが高く体に良いとされる甘酒やヤクルトを間食で摂取し、補おうと

するも十分には摂れず、食事摂取量低下に悩んでいた。高齢心不全患者では、心不全という病態に加え、加齢に伴う影響から食欲低下に陥り、低栄養状態になることがあることから、患者の食欲低下の原因をあらゆる視点からアセスメントし、多職種と連携を取りながら食事内容の工夫、サービスの利用、栄養補助食品等の情報提供を行っていく必要がある。活動に関して、【座っているだけでも倦怠感がある】、【横になる時間が半分以上】というように、自発的に活動しようとせず、なるべく安静にして過ごし、活動量が低下していることが示された。なぜ心不全患者に適度な運動が必要であるのかということについて指導し、患者の心不全の状態を踏まえうえで患者にあった無理のない範囲で行える運動療法を指導していく必要があると考える。

Ⅷ. 結 論

心不全外来に通院する患者の生活上の問題点として、次のことがあげられた

- 1, 老老介護や、仕事をしながらの介護など介護者は負担を感じていた
- 2, 日常生活による制限は、患者の主観的な判断で行われ、実際には制限できていなかった
- 3, 疾患・治療に関して無関心な部分があり、介護者に頼り生活していた
- 4, 食事摂取量の低下、活動量の低下が顕著にみられた

患者へ生活指導を行っていくうえで、患者や、介護する家族が患者自身の疾患についてどのようにとらえ、今後の生活についてどのように考えているのか、不安に思うことや患者が抱える問題点は何か、一人ひとり丁寧に聴取していく必要があると感じた。そして、患者を知り患者の生活習慣を理解し、それを受け入れ患者に合ったやり方で支援していくことが大切であると感じた。また患者は、セルフケアを行う力を有しており、患者の力

を引き出す、活かす支援も必要であると考え
る。今後も、外来にて繰り返し面談を行い、
日常の生活習慣や、自己管理の確認を行い患
者に寄り添った生活支援を行っていきたい。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない

IX. 謝 辞

本研究の調査にご協力いただきました対象
の皆様、並びにご指導いただきました先生、
先輩方の皆様に感謝申し上げます。

X. 文 献

1. 引用文献

- 1) 古市麻由子, 子安藍, 八木美穂, 3人他: 慢性心不全患者が再入院に至った生活行動における問題点—高齢世帯の患者の自己管理に関する語りを通して—, 看護研究交流センター活動報告書, 28巻, 59-62, 2017
- 2) 松本くるみ, 今井多樹子, 高瀬美由紀: 慢性心不全患者が直面する自己管理上の課題, 日職災医誌, 67:199-205, 2019
- 3) 健康行動理論を活用した心不全患者のセルフケア支援, 三浦稚郁子監修, 角口亜希子編集, 2014, 8
- 4) 後藤洋一: わが国の循環器医療提供体制の現状と今後のあり方—退院後疾病管理における運動・栄養介入の重要性

2. 参考文献

- 1) 健康行動理論を活用した心不全患者のセルフケア支援, 三浦稚郁子監修, 角口亜希子編集, 2014
- 2) 心不全療養指導士 ガイドブック 日本循環器学会, 2021
- 3) 信岡由夏, 鷹林広美, 徳満久美子, 3人他: 高齢心不全患者の生活上の問題—再入院患者の調査より—, 老年看護, 2006
- 4) 平野通子, 平田恭子: 高齢慢性心不全患者の在宅での自己管理の実態と課題に関する文献検討
- 5) 光岡明子, 平田弘美: 高齢の慢性心不全患者に自己管理に関連した文献検討, 人間看護学研究, 13:81-91, 2015

Problems in the daily lives of late elderly patients visiting the heart failure outpatient department

~ Through interviews with patients and their families ~

Fumika Sone, Sachiko Sakata, Nao Nakamura, Aiko Sato ^{*)},
Miho Nishimura ^{**)}, Makiko Kondo ^{***)}

^{*)} Department of Internal Medicine Outpatient Department

^{**)} Miho Nishimura, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University

^{***)} Department of Nursing, Kagawa Prefectural University of Health Sciences

Abstract

In Hospital A, a new heart failure outpatient department was opened with the participation of nurses and pharmacists. We are supporting patients to continue living at home while undergoing outpatient treatment; however, to provide more effective guidance, we conducted this study with the aim of clarifying the problems in patients' lives by understanding patients who are visiting the heart failure outpatient department. A semi-structured interview was conducted to inquire about life behaviors and knowledge of heart failure, and an analysis was conducted qualitatively and inductively. Problems were found in six categories, such as [While I understand the necessity thereof, I cannot abide by the limitations] and [Burden on nursing care]. To provide life guidance to patients, it is necessary to carefully listen to each patient regarding how the patient and the family care for the patient perceive and think about the patient's illness, along with what concerns or problems the patient has. Furthermore, it is important to get to know patients, understand their lifestyle habits, and support them in a way that is suitable for them. It is also necessary to support patients in using their self-care abilities.

Key words : Heart Failure Outpatient Department, Chronic Heart Failure, Life Guidance

身体抑制を行わず、ICU 患者の ルートトラブルを回避するアセスメントツールの開発 ～第一報：素案の作成段階～

増田佳代子・池田麻衣子^{*)}・西村美穂^{**)}・近藤真紀子^{***)}

要 旨

【目的】ICUでは生命維持に不可欠なルート類が挿入され、抑制の三原則に該当する患者に身体抑制を行う。身体抑制ガイドラインやアセスメントツールは当ICUでは成果がなかった。ルートトラブルリスクに焦点をあてる従来ツールに対し、患者を全人的に捉え、抑制以外の看護実践を重視した新たなツール開発を目指す。

【対象・方法】当ICU看護師10名に身体抑制の場面についてインタビューし、新たなツールに必要な要素を抽出する。

【結果】ルートを気にする動作や、看護師の直感から「抑制実施」を判断していた。ルートの抜去、意識レベルが改善または悪化、人的に余裕がある場合「解除」していた。違和感がある患者の身体サイン、看護師の経験から「判断に迷って」いた。いずれの場面も看護師は葛藤を抱えており、抑制解除を検討していた。

【結論】抑制解除に向けた取り組みが新たに抽出された。看護師の直感、倫理感の関与が明らかになり新たなツールに加えたい。

索引用語：身体抑制，ルートトラブル，倫理的センシティビティ

I. はじめに

集中治療室（以下ICU）では生命維持に必要な不可欠なルート類が挿入された患者が多く入室しており、ルート管理は重要な看護の一つである。さらに、病態や薬剤の影響により意識が清明でない患者は、自身の意思に関わらず抜去するなど、ルートトラブル発生をゼロにすることは難しい。生命維持に直結するルートを抜去される事は患者にとって不利益であり、予防の方策として身体抑制の選択はやむを得ない現状がある。

2000年4月に介護保険法（身体拘束禁止規定）を施行し、「身体拘束ゼロ作戦」が推進され、抑制の三原則「切迫性・非代替性・

一時性」に当てはまらない患者は抑制しないと定められた。しかしICUで治療を要する患者は、抑制の三原則の「切迫性」「非代替性」に該当し、抑制を行っている。さらに2010年にICUにおける身体拘束（抑制）のガイドライン¹⁾が公表されており、ICUでのルートトラブル対策と身体抑制は密接した関係である。

令和元年度、当ICUにおいて、金沢大学附属病院の南堀²⁾が作成したICU抑制基準フローチャートを当ICU用に一部変更し使用した（以下以前のツールと記す）。しかし、以前のツールを使用した年のインシデントレベル3a以上のルートトラブル件数が14件（全ICU

^{*)} 三豊総合病院 集中治療室 ^{**)} 香川大学医学部看護学科 ^{***)} 香川県立保健医療大学看護学科

入室患者の2.4%)、使用していない年は14件(同2.5%)と変化がなかった。ルートトラブル発生要因は複数あり、予防のために看護師のアセスメント力が重要であるがスタッフ個人に依存していることに加え、ルートトラブルを免れられないことが問題と感じる。

南堀のフローチャート、矢田³⁾のアセスメントシートの有用性は報告されており、既往・状態・挿入物の有無・認知力・患者の問題行動他、点数を付け評価し危険度を判断する。それは、患者を‘自己抜去を起こす危険性が高い人’とラベリングするように感じさせ、患者を一個人としてフォーカスを当てた看護を提供しているとは言えない。また、ルートトラブルの危険性が高いとされる患者でも、患者の苦痛の緩和など対策を行うことで抑制を回避できたり、研究者が抑制が必要と判断した患者でも、他の看護師は抑制をせずに過ごさせていた。この経験から、従来のアセスメントツールの内容だけでは、患者を全人的に捉えた看護が出来ていないのではないかと疑問を抱いた。患者の尊厳を傷つける身体抑制を行わないため、患者の個別性や安楽を重要視したアセスメントと、それに基づき抑制の可否を含む必要な看護が明らかとなる新たなアセスメントツールを作成したいと考えた。

II. 目 的

1. 当ICU看護師の身体抑制を行うか判断した場面、及び抑制を解除した場面、その時の患者に対する看護師の考えと行為、その後の患者の反応を明らかにする。
2. 新たに身体抑制を行わず、ICU患者のルートトラブルを回避するためのアセスメントツールを開発するために必要な要素を明らかにする。

III. 用語の定義

- 身体抑制：抑制帯・ミトン型手袋・シーネを用いた関節抑制・体幹抑制ベルトを用い患者の身体を拘束するもの。

- ルートトラブル：身体に挿入されているルート類の予定外の抜去のこと。

IV. 研究 方 法

1. 研究デザイン：質的記述的研究
2. 研究対象：三豊総合病院 集中治療室(ICU)に勤務する看護師10名。令和3年4月～令和4年5月自己抜去した際のインシデントレベルが3a以上に該当するルートトラブルを起こすリスクがある患者を受け持った看護師を対象とする。
3. 研究期間：令和4年9月～令和5年1月
4. 調査方法：抑制に関する4つの場面について作成したインタビューガイドを用いて、研究参加者に半構造的面接を実施する。
5. インタビューガイド(図1)
6. 分析方法：面接で得られたデータを逐語録化し、身体抑制を行う場面・身体抑制を解除した場面・身体抑制をするか迷う場面・身体抑制を解除するための取り組みの分析視点でコード化・カテゴリーを抽出する。以前のツールと比較し図式化、考察する。

V. 倫 理 的 配 慮

当院臨床研究審査委員会及び看護合同委員長会の了承を得た後に調査を実施した。研究参加者に対し、研究目的、研究への参加・協力への自由意志、個人情報保護、途中辞退が自由である事、インタビューの録音・内容の公表について説明し同意を得た。

VI. 結 果

1. 対象者の概要 (表1)

当ICUに勤務する看護師10名。内訳は20代4名, 30代1名, 40代5名で, ICU経験年数は1年未満1名, 1～3年未満3名, 3～5年未満3名, 5年以上3名であった。

表1 対象者の概要

年代	人数	経験年数	人数	ICU経験	人数
20代	4	5年以下	2	1年未満	1
30代	1	6～10年	2	1～3年未満	3
40代	5	10～19年	2	3～5年未満	3
50代	0	20年以上	4	5年以上	3

2. 面接の結果

作成したインタビューガイドを用いて半構造的面接を実施し, 分析の視点に沿ってカテゴリ化を行った。文中では【 】にカテゴリ『 』に具体的コードを示す。

1) 身体抑制をする場面 (表2)

9つのカテゴリが明らかとなった。抜去

により患者がすぐに致命的となりうる, 【生命維持に必要不可欠なルート類が挿入されている】場面で, 『意思疎通が図れない』『辻褃が合わない』『ルートを気にしている様子が見られる』場合に抑制を行っていた。次に【せん妄がみられる】事で安静が守れず看護師複数名で押さえる必要がある場合, 抜去によりすぐに致命的にならない胃管チューブや動脈ラインなどのルートのみでも, 抑制以外の方法がなく抑制を行っていた。

さらに『看護師経験の中でこの人は自己抜去するだろうと感じる』『患者を信用できない』, 『自己抜去が非常に考えられる』と, 看護師の【経験上の判断】が挙げられた。【看護師が付き添えない】人的に手薄になる場合に抑制を判断していた。

2) 身体抑制を解除する場面 (表3)

9つのカテゴリが明らかとなった。患者の状態が改善し, 【生命維持に必要不可欠な

【質問1】

- ・ 身体抑制を行おうと思う場面を具体的に教えてください。
- ・ 抑制を行う時の判断材料、判断基準は何ですか？
- ・ 判断基準を経て、実際にどのような身体抑制を行いましたか？
- ・ 抑制を行った後、患者の反応など観察をしていますか？どのような事を観察しますか？
- ・ 患者さんの反応はどのようなものでしたか？
- ・ それに対する看護行為はどのようなものでしたか？

【質問2】

- ・ 身体抑制を解除した場面を具体的に教えてください。
- ・ 解除する時の判断材料、判断基準は何ですか？
- ・ その後の患者の反応は観察していますか？どのようなものでしたか？
- ・ それに対する看護行為はありますか？

【質問3】

- ・ 抑制を行なった、又は解除した後のルートトラブルの有無を教えてください。

【質問4】

- ・ その時に患者さんにできるだけ身体抑制を行わないように、アセスメントしたり対策を行っていますか？ →はい・いいえ
- ・ はいの方は、例えばどのような場面ですか？

【質問5】

- ・ 抑制を解除するかどうか、迷ったことはありますか？
- ・ どのような場面でしたか？
- ・ どのような看護行為をしましたか？

【質問6】

- ・ 抑制とルートトラブルに関して、よかったと思った経験、逆に反省した経験はありますか？具体的に教えていただけるのであれば教えてください。

ルート類が不要になった】事で身体抑制を解除する事が分かった。生命維持に必要な不可欠なルートが挿入されていても、【ルートを触らない事が確認できる】【意識レベル・認知機能の改善】【せん妄の改善】の場面で抑制解除をしていた。『意識レベルが悪く、四肢の動きが見られない』、昏睡状態に陥った場

面においても解除していた。

【抑制することでさらに興奮する】場合、体動が増えて自己抜去のリスクが上がり、安静にできない事が患者の不利益に繋がる場合に『付き添って様子を見る』を条件に抑制を解除していた。

表2 身体抑制を行う場面

カテゴリー	具体的コード
生命維持に必要な不可欠なルート類が挿入されている	気管挿管等絶対に自己抜去されてはいけない管が入っている 脳室・脳槽等のドレーン、抜去されると致命的になるルートが入っている ルートを自己抜去する事で患者に不利益やリスクが高いと判断する時 BA※1やCVC※2の自己抜去のリスクが考えられる 胃管・Aライン※3の自己抜去が非常に考えられるケース 挿入されているルートが汚染された(膀胱留置カテーテル自己抜去後のルートの尿汚染)後に、重大な合併症が発生するリスクが高い
意識レベルの低下がみられる	意思疎通が図れない 辻褄の合わない発言 脳血管疾患による意識レベルの低下 鎮静が深い時
せん妄がみられる	認知症患者にBPSDが出現しており、指示が通らない状態で、放っておくとルートトラブルに繋がりそうだと思う せん妄により興奮し暴れる事で安静が保てず自己抜去リスクがある時 アルコール離脱せん妄が見られる時
ルート類を気にしている様子	経過観察中に不意に手が挿入物を触ってしまっている ルートを触ったり抜こうと引っ張ろうとする仕草があった 盲目的に四肢を動かしている 前の勤務帯でルートトラブルが起きそうなエピソードがあった
抑制の三原則に当てはまる	抑制の三原則に該当する時
看護師が付き添えない	入院受け入れや患者入室状況で、付き添いができない 業務状況が繁忙な時 受け持ち看護師が休憩に入り、看護師の人数が減る時
禁忌	医師の指示で安静が絶対に必要な時、特に下肢屈曲を禁止される
情報量の少なさ	高齢や認知症があるが、入院直後で患者情報が少なく判断しづらい
経験上の判断	患者を信用できない時 看護師経験の中で、この人は自己抜去するだろうと感じる時 以前に引き継ぎ後の勤務帯で抑制を解除しており、脳室ドレーンを自己抜去されて意識レベルが悪化し、患者さんが亡くなった経験がある

※1 緊急時透折用ブラッドアクセスカテーテルを指す ※2 中心静脈カテーテル カテコラミン類はCVCから投与する事が多い ※3 動脈留置ラインを指す

表3 身体抑制を解除する場面

カテゴリー	具体的コード
生命維持に不可欠なルート類が不要になった	気管チューブを抜管した後 脳室・脳槽・スパイナルドレーン等が抜去された時 創部のSBチューブ等手術でしか挿入できないルートが抜去された時 3a以上のトラブルになるルートが胃管チューブしかない患者
深い鎮静	鎮静が深く、四肢の動きがみられない
意識レベルが悪化している	意識レベルが悪く、四肢の動きが見られない
意識レベル・認知機能の改善	意思疎通がしっかりと図れるようになった時 見当識があり、治療等の状況が理解できるようになった時 コミュニケーションがとれて、事故に繋がらないと判断した時
せん妄の改善	日に日にせん妄が改善している時
ルート類を触らない事が確認できる	ルート類を触らない ルート類が大切な管という事を患者自身が理解できている時
抑制することでさらに興奮する	暴れだした時には一時的に外して、付き添って様子を見る
看護師の状況	1対1で看護師が患者の傍に付き添える時
その他	健側・麻痺側を考慮して、抑制解除を検討する 抑制の三原則に当てはまらない時

3) 身体抑制をするか迷う場面 (表4)

7つのカテゴリーが明らかとなった。【患者の理解度】をアセスメントしている事が分かった。『意思疎通は図れるが、繰り返し説明を要する』『認知症がある患者は(中略)危険行動が出現しないとは限らない』事や、『意思疎通が図れてもソワソワしている』といった【違和感がある身体サイン】や、中途覚醒のリスクがある場合、『患者の元を離れた時にルートを抜去していた』、自分の勤務内では抑制解除してもルートトラブルはなかったが、引継ぎ後に自己抜去した等【自己抜去の経験】により、判断に迷っていた。

4) 抑制を解除するための取り組み (表5)

6つのカテゴリーが明らかとなった。抑制を解除するため『見えない位置へルートを変更する』『不必要なルートは抜いてもらえるように医師に相談する』、【ルート類の対策】や【患者に付き添う】事で患者の様子を観察し、コミュニケーションや昼夜のリズム付け、意思疎通が図れない場合でも【患者への説明】を重視していた。

表4 身体抑制をするか迷う場面

カテゴリー	具体的コード
違和感のある患者の身体サイン	意思疎通が図れてもソワソワしている 意思疎通が図れていても、表情に違和感がある
患者の意識レベル	鎮静されているが、鎮静の投与量が少なく急に覚醒する可能性が考えられる
患者の理解度	ルート類が入っている事を説明して、説明内容が理解できているかどうか確認出来たが、その後もチューブに触っている 意思疎通は図れるが、繰り返し説明を要する 既往に認知症がある患者は、現時点で危険な様子がなくても、危険行動が出現しないとは限らない
看護師の要因	入院直後等、患者情報が少なく判断しづらい 不意にルートを触るのではないかと考えてしまう 長年の経験でちょっと違うなど自分が思った時
自己抜去の経験	抑制帯はしていたが緩く、少しの間違う患者の所に行っていた時に抜管された。 患者と抑制を外す事について話した後解除したが、患者の元を離れた時にルート抜去をしていた
抑制を嫌がる患者	抑制をすると嫌がる患者が多い印象がある 抑制後に体動が増えた事でAライン波形が出なくなった 患者に除けて欲しいと訴えられる
自己抜去にならなかった経験	気管挿管中だが抑制を嫌がる患者に対して抑制解除し付き添う事で自己抜去が起らなかった

表5 身体抑制を解除するための取り組み

カテゴリー	具体的コード
ルート類の対策	不必要なルートは抜いてもらえるように医師に相談する 見えない位置へルートを変更する ルートの重要性を考慮して自己抜去時にインシデントレベルが3a以下のルートであれば抑制解除を検討する
患者に付き添う	抑制を解除し長時間患者に付き添う 見守り可能な時は外すようにする 基本的には目を離さなようにする
解除できるかどうか試す	抑制を迷う時は一旦抑制を解除して患者の反応を観る 試験的に1時間・3時間と徐々に抑制解除を実施する
昼夜のリズム付けを行う	日中の覚醒を促し、リズムを整える
患者への説明	ルート類が大事な管という事を説明する
カンファレンスする	抑制が解除できるように看護師同士で対策を話し合う

5) 以前のツールとの比較

ICUにおける身体拘束（抑制）のガイドライン¹⁾、南堀²⁾、矢田³⁾のアセスメントツールと内容の比較し図式化した（図2）。

患者の既往・状態は、入院時に行うせん妄リスク因子アセスメントと大差がない。『入院直後で患者情報が少なく判断しづらい』場合に抑制を行うまたは迷っており、『前の勤務帯でルートトラブルが起きそうなエピソード』、せん妄・認知症の情報は抑制を行う判断としてあがった。

ルートの挿入は、気管内挿管チューブ・CVC・脳外科ドレーン・『手術でしか挿入できない』ドレーンがある場合に抑制していた。特に気管内挿管チューブ、循環維持薬が投与されているCVCは、参加者の殆どが抜去後すぐに生命の危機的状況に陥るリスクが高いとしていた。抜去により数時間程度で生命の危機となる可能性のものや、遅発性でも感染などの合併症リスクがあるルートについては、看護師により判断にばらつきがあった。

患者の問題行動は、以前のツールにある行動と同様の『安静が保てない行動』『挿入物を触っている』『四肢を盲目的に動かす』が挙がった。【違和感のある患者の身体サイン】は新たに抽出されたカテゴリーだが、判断に迷う場面が多い。また問題行動の有無に加えて、見当識がある・治療などの状況理解と、患者と意思疎通が図れるかを観察しており、抑制解除の場面で挙がっていた。以前のツールには便意や疼痛を訴える事が問題行動に含まれていたが本インタビューではコードとして得られなかった。

患者周囲の環境は、業務状況、メンバー内で協力体制が可能かを評価していた。【看護師が付き添えない】時に抑制を実施されており以前のツールと相違はなかった。

抑制以外のプロトコル（図3）の実施は、まず『不必要なルートは抜いてもらえるように医師に相談する』が挙がった。次に『試験的に1時間・3時間と徐々に抑制解除を実施する』『抑制を解除し長時間患者に付き添う』

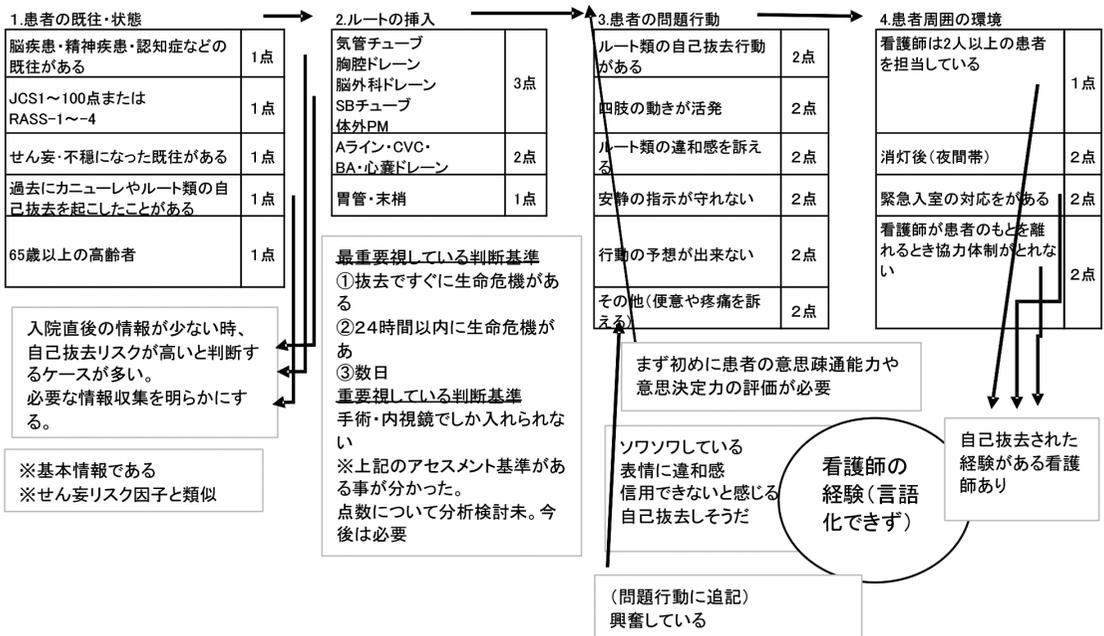


図2 以前のツールとの比較

『抑制を迷う時は一旦抑制を解除して患者の反応を観る』『自己抜去時にインシデントレベルが3a以下のルートであれば抑制解除を検討する』は新たに抽出されたコードであった。さらに、『傍に付き添える』『目を離さない』事を条件に抑制解除を行っていた。

6) 抑制に対する看護師の葛藤 (表6)

本インタビュー参加者の殆どが、抑制を行う場面、解除する場面の両方で葛藤を抱えていることが明らかになった。『自分が患者だったら抑制をされるのは嫌だ』『ごめんなさいといいながら』等【共感】【申し訳なさ】を抱いている。抑制は患者に苦痛を与え、『出来ることなら抑制はしたくない』とやむを得ず抑制を行い、【抑制を嫌がる患者】に対して抑制するかどうか迷っていた。また、【抑制による弊害】として『可動域制限をもたら

せた』『ADLを落としていると感じる』と患者の今後の生活についてもアセスメントをしている事が明らかになった。

Ⅶ. 考 察

インタビュー結果および以前のツールとの比較から、新たに身体抑制せず、ICU患者のルートトラブルを回避するためのアセスメントツールに必要な要素について考察する。

1. 新たなツールに加えたい要素

まず、入院直後など情報の少ない時は判断に迷い、さらに高齢や認知症があると自己抜去リスクが高い患者とラベリングし、念のために抑制を実施する傾向にある事が分かった。さらに前勤務での患者の様子を判断材料にしていること、ICUでは情報収集から判断の時間的猶予が少なく、「瞬時の判断を求め

抑制以外のプロトコルの実施

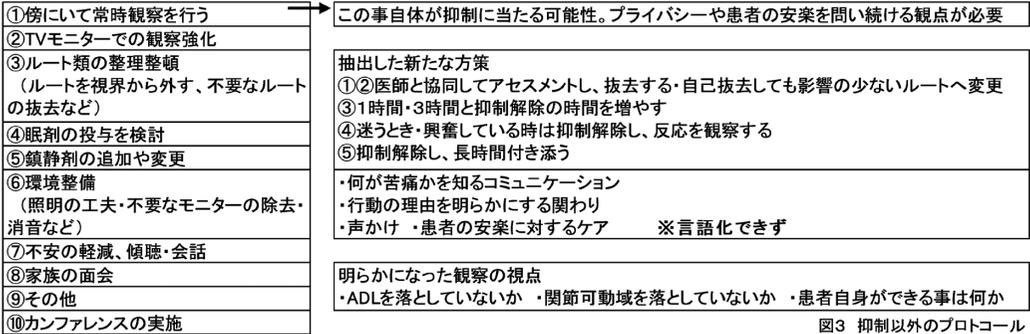


図3 抑制以外のプロトコル

表6 身体抑制の場面での看護師の葛藤

カテゴリ	具体的コード
共感	自分が身体抑制をされた時の事を考えたら辛い 自分が患者だったら抑制をされるのは嫌だ
申し訳なさ	「ごめんなさい」と言いながら再度身体抑制をする 抑制を行いながら「ごめんなさい」と思っている 念のためにと抑制してしまう場合もあり申し訳ないと思う
抑制したくない	出来る事なら抑制はしたくない事という気持ちがある
抑制による弊害	抑制することでADLを落としていると感じる 抑制によって手関節や肩関節の可動域制限をもたらせたことがあるROMを行えばよかった 抑制する事で自分で出来る事もできなくなる。患者が自由でなくなる。
抑制を行うなら確実にやりたい	抑制をしていても、チューブに手が届くなど中途半端な事をしては患者の利益にならない

られる事に難しさを感じ⁴⁾、アセスメント能力に大いに関わることから、必要な情報の明確化、また‘なぜ抑制を実施または解除したか’を含めた情報共有が必要と示唆された。岩田らは、ICUでは「知識と自分のアセスメント力を発揮して収集した患者の過去の情報」⁵⁾から得た判断が極めて重要で、早く身につける必要があると述べた事から、判断の根拠を含めた情報共有は必要な要素である。

次にルートの挿入については、生命維持に必要な不可欠かどうか、抜去により生命の危機的状況に陥るまでの時間的猶予が判断に関わっている事が明らかになった。これらは患者の病状や治療効果により変化し、医師の判断が重要だが、抑制するかどうかの判断材料は、生命維持に必要なルートがあるだけとは限らず、生命維持に必要なルートがあっても抑制を解除できるケースもあった。日本集中治療医学会の身体拘束（抑制）判断基準フローチャートにおいて、「抜けても危険性の少ないものへ変更」⁶⁾とある。気管挿管の必要性、循環維持のための薬剤投与が終了した患者のCVC抜去の可否など、自己抜去時にインシデントレベルが3a以下のルートとなれば抑制解除を検討する要因となり、医師と協同し判断する重要性が分かる。

患者の問題行動および抑制以外のプロトコルの実施については、【ルート類を気にしている様子】といった明らかに観察できるものと、経験や抜去するかもしれないなど看護師の直感が関与している。しかし、経験則や直感は言語化されず、具体的コードとして挙がらなかった。川島は「先輩たちが積み上げてきた実践を媒介にした科学以前の経験・観察データには、言語化されていないものが多くある」⁷⁾と述べている。抑制以外の看護実践・抑制解除の取り組みの観点からも、これらのコードの言語化が重要で、課題として残る。以前のツールには疼痛など苦痛症状の有無が問題行動の評価項目にある。さらに日々の看護では、患者と言語的コミュニケーション

ンが図れなくても、問題行動が見られる際に行動の理由を明らかにしようとする声かけと対応を行っている場面が見受けられる。あらゆる看護実践が抑制解除または抑制以外のプロトコルに繋がるという視点を持つよう、看護師への意識付けを行う必要がある。

次に、抑制解除に向けた取り組みは以前のツールに含まれていない項目である。患者の意識レベルや認知機能、意思決定力が関わる事が明らかになり、評価と向上のための援助が必要である。野口⁸⁾らは、人工呼吸器装着患者が意思を伝えようと様々な手段を使うと述べた。患者と意思疎通が図れない場合でも、現状について・ルート類の目的や注意点などを伝え続ける事と、患者の訴えを汲み取る努力が必要であり、意思決定支援に繋がる。

【解除できるかどうか試す】は新たに抽出されたコードで、抑制以外のプロトコルとして重要性を感じる。しかし、『傍に付き添える』『目を離さない』を条件に抑制解除または試みる事は、看護師の監視下にいると患者に感じさせているのではないかと考える。患者にとって病室は生活環境そのものであり、患者の安楽や、プライバシー保護の観点からも看護師が傍に付き添う事が患者の利益かどうか疑問を持ち、患者に付き添う以外の方策を追求し続けなければならない。

2. 看護師の倫理観から見える新たな課題

【共感】【申し訳なさ】と看護師の葛藤が明らかになった。看護師の抑制したくない思い、患者の自由や自律を損なう可能性、抑制によりルートトラブルは回避できても、のちにADLが低下する懸念など倫理問題と捉えて看護実践している事が分かった。Patricia Bennerは「クリティカルケアには、(中略)最も危険が少なくかつ効果が期待できそうな方法を最初に選択する。」⁹⁾と述べた。当ICU看護師において、安全を優先にまず抑制を考えるが、同時にジレンマを抱えている事が分かる。刻々と変化する患者の状態に沿

ったケアを提供するためには、常に最善を考え、繰り返しアセスメントできるツールが理想であり、倫理問題の解決の一助となり得る。青柳は医療従事者の倫理的感受性を、問題に遭遇した際の「倫理的問題への気づき、問題の明確な理解、問題に立ち向かおうとする」能力¹⁰⁾と述べた。身体抑制を行わず、ICU患者のルートトラブルを回避する事を可能にするためには、スタッフの倫理観が重要であり、倫理的センシティブリティを育成できるツール開発が必要である。

IX. 結 論

1. 今研究により、新たなツールに加えた要素について以下3点が明らかになった。
 - 1) 情報共有の工夫:必要な情報の明確化、抑制実施または解除について根拠を含めた情報共有が必要である。
 - 2) 抑制解除のための取り組み:①不要なルートを抜去する為に医師と協同しアセスメントする。②看護師付き添いの下試験的に抑制を解除する。③患者の認知機能・意思決定力の評価とそれらの向上に向けた援助が必要である。
 - 3) 抑制以外のプロトコール:コミュニケーションの工夫と観察により患者の訴えを明らかにした上でケアを行う必要がある。
2. 今研究では、抑制実施・解除・迷う場面の全てにおいて、看護師の経験と直感が関与している事があきらかになったが、言語化できなかつた。全人的な視点を含むアセスメントツール開発に向けて、これらを明らかにすることが今後の課題である。
3. 抑制に関わる全ての場面において看護師は葛藤を抱えている。身体抑制を行わず、ルートトラブル回避のために看護師の倫理的センシティブリティの育成が重要である。

引用・参考文献

- 1) ICUにおける身体拘束(抑制)のガイドライン～全国調査を基に～:日本集中治療医学会看護部会, <https://www.jsicm.org>, 2010
- 2) 南堀直之 平真紀子 栗原早苗他:当院ICU抑制基準フローチャートの見直し～看護師の主観的判断が影響するフローチャート選択項目に焦点を当てて～,看護研究発表論文集録,第40回,金沢大学附属病院看護部,P61-64,2008
- 3) 矢田将太他著:身体抑制を必要とするICU患者に対する独自のアセスメントシートの有用性,日臨救急医学会誌(JJSEM)25巻,P35-40,2022
- 4) 山本伊都子著:ICU看護師が抱く看護実践に対する困難さと職務継続意思との関係,日本クリティカルケア学会誌 VOL13(3),P80,2017
- 5) 岩田幸枝ら:異常を判断したICU看護師の思考パターンの分析,群馬保健学紀要,26巻,P11-18,2005
- 6) ICUにおける身体拘束(抑制)のガイドライン～全国調査を基に～:日本集中治療医学会看護部会, <https://www.jsicm.org>, 2010
- 7) 川島みどり著:いま看護を問う,看護の科学社,P78,2015
- 8) 野口綾子 井上智子:Light sedation(浅い鎮静)中のICU人工呼吸器装着患者の体験,日本クリティカルケア看護学会誌,VOL12(1),P39-48,2016
- 9) Patricia Benner 著 井上智子監修:ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考える事,医学書院,P20,2005
- 10) 青柳優子著:医療従事者の倫理的感受性の概念分析,日本看護学会誌,VOL36,P27-33,2016

**Development of an assessment tool to avoid drip line problems
for ICU patients without using physical restraints
~ First report: drafting stage ~**

Kayoko Masuda, Maiko Ikeda ^{*)}, Miho Nishimura ^{**)}, Makiko Kondo ^{***)}

^{*)} Intensive Care Unit, Mitoyo General Hospital

^{**)} Department of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University

^{***)} Department of Nursing, Kagawa Prefectural University of Health Sciences

Abstract

[Objective] Drip lines, which are essential for life support, are inserted in the ICU with physical restraints implemented on patients who fall under the three principles of restraints. Physical restraint guidelines and assessment tools were not successful in the ICU. In contrast to conventional tools that focus on drip line risks, we aimed to develop new tools with a holistic outlook by emphasizing nursing practices other than the use of physical restraints.

[Subjects and Methods] Ten nurses in our ICU were interviewed regarding scenarios in which physical restraints were used, and the elements necessary for new tools were extracted.

[Results] Whether or not to "implement physical restraints" was determined from actions indicating that the patient was overly conscious about the drip line or the intuition of the nurses. When the drip line came off, when the patient's consciousness level improved or worsened, or when there were sufficient nurses to pay attention to the patient, the physical restraints were "removed." When seeing the patient's body language of discomfort or due to the nurse's experience, they were "not sure of their judgment" regarding the implementation of physical restraints. Either way, the nurses had conflicting feelings and were considering removing physical restraints.

[Conclusion] Efforts to eliminate physical restraints were also made. The involvement of nurses' intuition and sense of ethics was revealed; therefore, we would like to add it to any new tool.

Key words : Physical Restraints, Drip Line Problems, Ethical Sensitivity

嚥下障害が先行した全身性破傷風の一例

西岡恵美・印藤加奈子*

要 旨

症例は85歳男性。発症前までは問題なく常食を摂取していたが、誘因なく嚥下障害が出現し精査目的に紹介となった。初診時に咽頭収縮力の低下、嚥下反射の惹起遅延、喉頭侵入を認めた。多発神経炎や脳血管障害などを鑑別に精査加療行うも、嚥下機能は徐々に低下し開口障害も出現したことから破傷風と診断し内科介入にて治療を開始した。治療開始2日目に全身痙攣を認め一時ICU管理を要したが、自律神経症状や全身痙攣の再燃は認めず、徐々に症状は軽快した。原因と思われる感染創を認めず、嚥下障害が先行する破傷風感染症の非典型例を経験したので報告する。

索引用語：破傷風，嚥下障害，開口障害

はじめに

破傷風は、創傷部位に感染した破傷風菌 *Clostridium tetani* が産生する神経毒素により、主として全身性の強直性痙攣を引き起こす重篤な中毒感染症である。予防接種の普及により感染者数は減少し本邦では年間100人程度の発症¹⁾と稀な疾患となったが、病状進行にて重篤な症状を引き起こすため早期の診断および治療開始が望ましい。開口障害、嚥下障害の症状で歯科や耳鼻科を受診する例もある。

今回我々は嚥下障害が先行した全身型破傷風の1例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

症 例

85歳、男性。ADLは自立し独居生活を送っており、発症前までは常食を摂取できる状態であった。誘因なく嚥下困難が出現し水分摂取も困難となり、発症5日目に救急外来を受診した。頭部CTでは中枢性疾患を疑う所見は認めず、帰宅となった。発症6日目に近

医耳鼻科を受診し、喉頭内視鏡検査で上咽頭右側腫瘤を指摘され、発症7日目に精査目的に当科に紹介となった。

既往歴：洞不全症候群（MRI非対応ペースメーカー留置中）、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（R-CHOP（rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisolone）療法にて寛解後8年経過）、高血圧、高脂血症

内服薬：ニコランジル錠、ニフェジピンCR錠、イニシンク配合錠、ラフチジン錠、エドキサバントシル酸水和物錠、アトルバスタチンカルシウム水和物錠、ラメルテオン錠

入院時身体所見：意識清明、四肢の麻痺はなく独歩可能。体温 36.5℃、血圧 141/58mmHg、脈拍 64回/分。舌運動障害や開口障害は認めず（図1A）。

喉頭内視鏡検査：上咽頭右側に腫瘤あるが（図1B）、鼻咽腔閉鎖は可能で左右差なし。声帯運動は正常、咽頭収縮力は両側低下しており、右側がより低下していた。咽喉頭粘膜に発赤や粘膜疹は認めなかった。下咽頭には唾液貯留を認めていた（図1C）。嚥下機能検

*）三豊総合病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

査を行ったところ嚥下反射惹起遅延，咽頭収縮の低下，着色水の残留と喉頭侵入を認めており（図1D, 1E），経口摂取困難と判断とした。

入院時血液検査所見：WBC 11930/ μ l, CRP 0.24mg/dLと炎症反応上昇は認めなかった。抗核抗体や抗Jo-1抗体，抗アセチルコリン抗体など自己抗体の検索も行うがいずれも陰性であった。

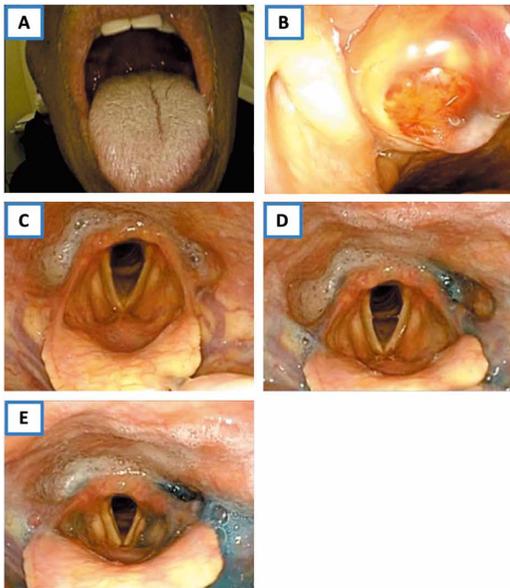


図1 入院時所見

A：開口障害はなく舌運動問題なし。
B：上咽頭に腫瘤を認める。鼻咽腔閉鎖は問題なかった。
C：梨状陥凹に唾液貯留を認める。
D, E：着色水検査では嚥下反射惹起遅延，着色水の喉頭侵入を認めた。

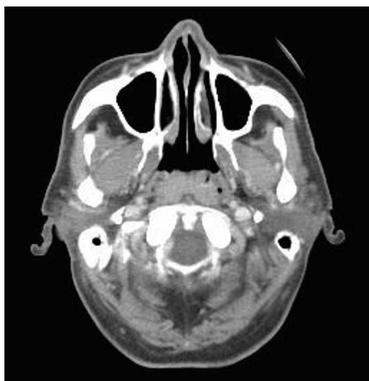


図2 入院時頸部造影CT.

右上咽頭腫瘍部の深部への浸潤は認めなかった

入院時画像所見（図2）：頸部CTでは上咽頭右側に腫瘤を認めるが深部への進展はなく，腫瘍による神経浸潤を積極的に疑う所見は認めなかった。

臨床経過：入院後より経鼻経管栄養を開始し，精査目的に上咽頭腫瘍の生検を行った。入院時よりST・PTによるリハビリも開始しつつ，嚥下障害の原因精査目的に神経内科に紹介を行った。身体所見，採血結果，経過などから積極的に神経筋疾患は疑わず，ペースメーカーがMRI不対応であり撮影は困難であったが，脳血管障害の可能性を示唆された。歯科では重度の歯周病や動揺歯を指摘され，口腔ケアの継続と抜歯の予定となった。発症12日目抜歯処置時に開口障害が指摘された。歯性感染波及による開口障害と考えていたが，その後開口障害の進行，嚥下障害の増悪や舌運動障害が出現し，破傷風を疑った。内科に紹介し発症19日目に破傷風治療を開始した（図3A）。抗破傷風ヒト免疫グロブリン1500単位を2日間，抗菌薬はpenicillin Gを2400万単位/日から9日間にわたり漸減し投与，またメトロニダゾールも10日間併用して治療を行った。破傷風治療開始2日目の夕方に吸引処置を施行した5分後に，ベッド上で反り返るような全身の筋硬直性痙攣発作を起こしているところを発見された。コードブルーを発動しICU管理となった。痙攣はジアゼパム10mgを投与し，約5分で改善を得た。NPPV装着の上ミダゾラム投与を行いながら管理としたが，自律神経症状は認めず全身状態は安定したため，痙攣発作2日後には暗室管理を継続したまま一般病棟に転棟とした。以降の経過で吸引処置時の四肢の痙攣をわずかに認めるものの，全身性痙攣発作は認めなかった。治療開始7日目には1.5横指程度の開口が可能となり（図3B），治療開始14日目の嚥下内視鏡検査では嚥下機能改善を認め，直接訓練から経口摂取を再開した。嚥下状態や開口障害，舌運動障害は再増悪することなく改

善に向かった (図3C,D,E).

考 察

破傷風は、創傷部位から破傷風菌が侵入し神経毒素テタノスパスミンを産生する。全身型破傷風は、毒素が血流によって全身の筋肉の運動神経終末部から取り込まれ、全身の運動神経軸索を逆行し、脊髓前角細胞や脳幹に至り抑制性の神経伝達を阻害する。そのため局所の筋緊張亢進や単一の脳神経障害のみならず、病期の進行とともに全身に筋緊張が及び強直性痙攣をきたす²⁾。全身型破傷風は臨床経過に合わせて4期に分けられる (図4)。受傷後3～14日の潜伏期間を経て、第I期(前駆期)の全身倦怠感や咽頭痛、筋肉痛などの症状を認める。第II期(初発期)では、開口障害や頸部硬直、嚥下困難を認める。第II期はonset timeに相当し、平均5日程度であるが、48時間未満の症例は死亡率が60-80%と報告されている³⁾。第III期は全身痙攣とそれに伴う呼吸困難や自律神経症状を呈し、第IV期に症状回復に向う。外傷部位は10～30%程度の症例で明らかにならないことが多く⁴⁾、症状から破傷風の診断に至る。

破傷風第II期症状の開口障害は必発であり、典型例ではII期の最も早期に認め、その後他のII期症状が出現する。開口障害をきたす疾患としては、顎関節症や関節リウマチなど関節による疾患や歯菌感染、扁桃周囲膿瘍、破傷風などの感染症、抗うつ剤などの薬剤性、腫瘍性など様々認めるが、破傷風の開口障害は筋の持続的な収縮が起きる結果生じている点で他の疾患と異なる⁵⁾。

一方で嚥下障害は必発の症状ではなく、開口障害は96%、頸部筋緊張亢進・後頸部痛は89%に認められるのに対し、嚥下障害は

潜伏期	3～14日
第I期 (前駆期)	7～8日 全身倦怠感、咽頭痛、頭痛、咀嚼障害、肩こり
第II期 (初発期)	1～5日 開口障害、痙攣、頸部痛、顎関節痛、嚥下障害、構音障害
第III期 (痙攣持続期)	3～5週 全身痙攣、後弓反張、筋強直性痙攣、呼吸困難、頻脈、発汗、発熱
第IV期 (回復期)	症状の寛解

図4 全身型破傷風の臨床経過



図3

A：発症19日目。破傷風治療開始とした。
 B：破傷風治療開始7日目。1.5横指程度の開口が可能となった。
 C, D, E：治療開始14日目。舌運動障害、開口障害は改善。唾液貯留も改善した。

39%と比較的稀とされる⁶⁾。嚥下障害が開口障害に先行して発症する例は非典型的であるが、本邦でも数例の報告を認める。本例において診断が遅れた要因は、嚥下障害が先行する非典型例であったこと、MRI非対応ペースメーカー留置のため精査が行えず脳血管障害が否定できなかったこと、重度の口腔汚染や抜歯処置も施行したことより菌性感染による開口障害を疑ったことなどが挙げられる。

破傷風の治療は毒素産生抑制目的のペニシリンG、メトロニダゾールなどの抗菌薬、未結合の毒素の中和を目的とした抗破傷風ヒト免疫グロブリンの投与、痙攣発症時の抗痙攣薬の投与、自律神経症状の管理、刺激回避目的の環境管理となる⁷⁾。本症例では治療開始後に痙攣症状を認めた。これは、抗菌薬投与により菌体崩壊がおき、毒素が血中に散布され一時的に症状が増悪したとの報告や、ペニシリンのβラクタム環がGABAに類似しており、中枢神経で抑制作用を持つGABAに対する拮抗作用が生じた可能性があるとの報告もあり⁴⁾、本症例でも同様の機序で痙攣に至った可能性も考えられる。治療開始時より上記を考慮しICUなどでの管理を考慮しておく必要もあると考えられる。

結 語

嚥下障害と筋強直が主体の開口障害を併発する疾患は少なく、破傷風を鑑別に挙げる必要があると考えられる。また破傷風治療開始時は、一時的な症状増悪や痙攣出現の可能性を考慮しICU管理などを考慮する必要があると考える。

参 考 文 献

- 1) 小野倫嗣, 横井秀格, 田崎京子, 他: 明らかな外傷の既往なく発症した破傷風の1例. 耳喉頭頸 81: 601-603, 2009.
- 2) 末吉慎太郎, 千年俊一, 永田圭, 他: 嚥下困難を主訴に受診した全身型破傷風の1症例. 喉頭 27: 24-30, 2015.
- 3) 田中 茂, 鈴木幸一郎, 小浜啓次: 破傷風. 外科診療27: 479-475, 1958.
- 4) 金澤雅人, 石黒英明, 小野寺理, 他: 嚥下障害が初発症状であった全身型破傷風の2例. 脳神経 55: 973-976, 2003.
- 5) 田部真治, 藤田宏人, 他: 開口障害を主訴に受診した破傷風の5例. 日顎誌, 15: 33-36, 2003.
- 6) Marulappa VG, et al: A ten year retrospective study on adult tetanus at the Epidemic Disease (ED) Hospital, Mysore in Southern India: A Review of 512 Cases. J Clin Diagn Res 6: 1377-1380, 2012.
- 7) 福武敏夫, 宮本亮介: 破傷風の臨床. BRAIN and NERVE, 63: 1101-1110, 2011.

Generalized Tetanus with an Initial Complaint of Dysphagia: A Case Report

Emi Nishioka, Kanako Indo *)

*) Department of otorhinolaryngology head and neck surgery, Mitoyo General Hospital

Abstract

We report a case of generalized tetanus that occurred in a male patient of 80 years of age who complained of progressive dysphagia without an obvious history of trauma. During the initial visit to our hospital, dysphagia was the only symptom that was noted. The differential diagnoses included polyneuritis or cerebrovascular disease. The patient's dysphagia gradually deteriorated, and trismus appeared. We diagnosed the patient with tetanus and started treatment. At two days after the start of treatment, he experienced whole body convulsions. Although the patient was kept in the intensive care unit for several days, no autonomic nervous symptoms or generalized convulsions appeared, and his symptoms gradually improved. Tetanus should be considered in the differential diagnosis of progressive dysphasia with trismus.

Key words : tetanus, dysphasia, trismus

サル痘の1例

佐藤 志帆・山下 珠代・斉藤 まり*)
中本 健太・藤川 達也**)

要 旨

症例は40歳，MSMの男性。X年4月Y日発熱と咳嗽を自覚し，Y+3日後頭部に掻痒感と疼痛を伴う水疱が出現した。患者自身がサル痘を疑い保健所に相談後，Y+5日当院へ紹介となった。初診時は左前腕部，腹部に周囲に紅暈を伴う小膿疱が1つずつあり，頭皮内に小豆大紅斑が1つと肛門周囲にはびらんがみられた。皮膚生検では表皮下水疱がみられ，内部には好酸性の封入体を有する変性・壊死したケラチノサイトを認めた。5ヶ所より採取したM-pox PCRはすべて陽性で，サル痘と診断し対症療法を行った。今回サル痘患者の皮疹とその経過，病理組織学的所見について文献的考察を含めて報告する。近年報告されているサル痘患者の皮疹は，以前のものと比較すると軽微で病変数が少ないことが多い。感染初期には丘疹や膿疱が多くみられるため，水痘など他疾患との鑑別に注意を要する。病理組織学的所見では，膿疱期の細胞質内ウイルス封入体が特徴的であった。

索引用語：サル痘，MSM，病理組織学的所見

はじめに

サル痘はOrthopoxvirus属のMonkeypox virusによる感染症で，発熱，リンパ節腫脹，皮疹などの症状が典型的である。アフリカが起源とされており，長らく人獣共通感染症として認識されていた¹⁾。今回，香川県内ではおそらく1例目となるサル痘の症例を経験したので，皮疹やその経過について考察し報告する。

症 例

40歳，男性

現病歴：X年3月下旬の4日間に不特定多数の男性と性的接触があった。4月Y日発熱と咳嗽を自覚した。4月Y+3日後頭部に掻痒感と疼痛を伴う水疱が出現した。患者自身がサル痘を疑い，4月Y+5日保健所に相談後，当院へ紹介となった。

既往歴：成人発症の水痘，気管支喘息，うつ病

アレルギー：食べ物なし エトドラク（非ステロイド性抗炎症薬）で皮疹

生活歴：MSM（Men who have Sex with Men）

初診時現症：腹部正中に周囲に紅暈を伴う膿疱が1つ（図1）と，左前腕部にも同様の膿疱が1つ（図2）みられた。頭皮内に小豆大紅斑が1つと，肛門周囲に疼痛を伴う小びらんが1つ（図3）みられた。口腔内は右上顎部に小びらんが1つあり，頸部リンパ節の腫脹を認めた。

臨床検査所見（下線は異常値）：WBC 8560 / μ l, At-Ly 428 μ / l, 血小板 12.6×10^4 / μ l, AST 36 IU / l, ALT 75 IU / l, BUN 6 IU / l, Cre 0.76 U / l, CRP 1.0 mg / dl, RPR 1.0 R.U., TPAAb 0.1 C.O.I., HBsAg 0.0 IU /

*) 三豊総合病院 皮膚科 ***) 同 内科



図1：臨床像 腹部正中の周囲に紅暈を伴う膿疱



図2：臨床像 左前腕部の膿疱



図3：臨床像 肛門周囲の疼痛を伴う小びらん

ml, HCVAb 0.1 C.O.I., HIV1.2Ag/Ab 0.5 C.O.I., VZV IgM 0.21抗体指数

Mpox-PCR：頭皮，口腔内，左前腕，肛門より計5か所提出したところ，すべて陽性であった。

病理組織学的所見：腹部の膿疱より皮膚生検を行うと，弱拡大では表皮化水疱がみられた（図4）。水疱内には好酸性の封入体を有する変性，壊死したケラチノサイトがみられた。リンパ球，好中球主体の密な炎症細胞浸潤を伴っており，核破砕像が目立つ（図5）。

治療および経過：サル痘と診断し，自宅で対症療法とした。5週間後に再診としたが来院されず，6週間後に受診された際には皮疹はすべて痂皮化していた。

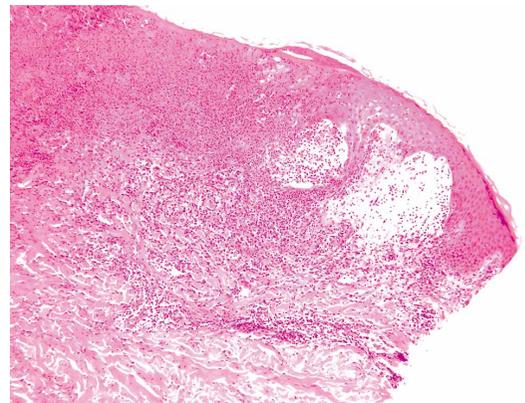


図4：病理組織像 表皮下水疱

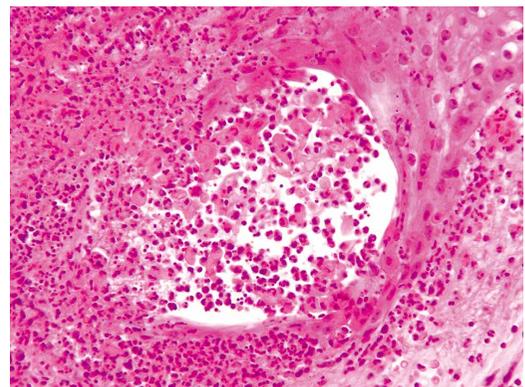


図5：病理組織像 密な炎症細胞浸潤と核破砕像

か ん が え

サル痘はOrthopoxvirus属のMonkeypox virusによる感染症で、アフリカ大陸の熱帯雨林に生息する齧歯類が自然宿主として知られていた。1970年にザイール（現在のコンゴ民主共和国）で初めてヒトへの感染が報告された²⁾。日本では4類感染症に指定されており、国内では2022年7月に1例目の患者が確認されている³⁾。これまではアフリカ内での人獣共通感染症として長く認識されていたが、近年では国際的なSTI（Sexually Transmitted Infections）として位置付けられるようになった¹⁾。

ヒトからヒトへの感染は、感染者の飛沫への曝露、血液、体液、皮疹への接触、および性交渉が原因となる。今回、Mpox-PCRや皮膚生検を実施するにあたって、full PPE（Personal Protective Equipment）での対応とした。WHOに報告された87,929例のサル痘のうち、96.2%は男性で、84.1%はMSMの症例であったそうだが、その理由はまだ解明されていない。82.0%で性交渉時の皮膚、粘膜接触があり、86.4%は不特定多数との性的接触があるパーティーへ参加後に感染していた⁴⁾。16か国の患者で調査したところ、感染者の98%がゲイまたはバイセクシャルの男性であったという報告⁵⁾もある。自験例もMSMの男性であり、4日間かけて全国各地を移動し、不特定多数との性的接触があるパー

ティーに参加していた。

症状は発熱、頭痛、皮疹、リンパ節腫脹、全身倦怠感、筋肉痛など、比較的軽症で済むことが多いが、時に肺炎や敗血症に至り重症化することがある。海外では天然痘のワクチンであるジンネオス®の接種や、天然痘の治療薬であるテコビリマットの投与が、重症例、ハイリスク例に対し承認された。国内では限られた施設でのみ臨床研究として投与されている。ジンネオス®はMSMなどの性的指向をもつ人、商業的に性行為を行う人、およびそのパートナー、医療従事者などに接種が推奨される⁶⁾。テコビリマットの投与対象となる重症例は、腸管などの出血性病変、100個以上の播種性病変を有する症例や、敗血症、脳炎、眼窩周囲病変を伴う症例で、ハイリスク例はHIVなどの免疫不全患者、小児、妊婦、授乳婦などと定義されている⁷⁾。

サル痘はClade IとClade IIに分類され、Cladeごとに皮疹の分布や性状が異なる⁸⁾。Clade Iはコンゴ盆地型と呼ばれ、死亡率は10%とやや高い。個疹はやや大きく、数百から数千個におよぶ皮疹が顔面、四肢、体幹に広がり、特に四肢末端へ集簇する傾向がある。Clade IIは西アフリカ型と呼ばれ、死亡率は1%とあまり高くはない。個疹はやや小さく、顔面、陰部、手にみられることが多い。皮疹の数は10個未満と少ないことが特徴的だ⁹⁾。Clade IIが近年STIとして知られるよう

表1：サル痘6例の病理組織学的所見の比較

	年齢	性別	皮疹	Eosinophilic ground glass body	Mixed inflammatory dermic infiltrate
1	25y	M	膿疱	○	○
2	36y	M	膿疱	○	○
3	24y	M	膿疱	○	○
4	24y	M	膿疱	○	○
5	31y	M	丘疹	×	○
自験例	40y	M	膿疱	○	○

になったサル痘である。13か国から101例のサル痘を集積した報告¹⁰⁾によると、54%は皮膚病変が最初の症状であった。皮疹の数は39%の症例で5個未満と軽微なことが多い。感染初期は丘疹、膿疱、小水疱の順に多くみられ、水痘や伝染性軟属腫などとの鑑別が困難な場合がある。感染後6～10日目には膿疱、びらん潰瘍、痂皮の順にみられるようになり、11日目以降は痂皮がメインで、一部の症例では癬痕を形成していた。

サル痘の5例の病理組織学的所見について報告された論文¹¹⁾に自験例を加えて考察した(表1)。年齢は20～40代で、全例男性であった。症例5のみ丘疹から、ほか5例は膿疱から皮膚生検を実施した。病理組織学的には、症例5以外で好酸性の封入体を有する変性、壊死したケラチノサイトがみられた。このことから膿疱期のみウイルスによる細胞質の変化を示すと考えた。また、HSV (Herpes Simplex Virus) やVZV (Varicella Zoster Virus) は核内で増殖するが、Orthopoxvirus 属のウイルス粒子は細胞質内で形成されるため、病理組織で細胞質内ウイルス封入体が見られることは他疾患との鑑別に役立つと思われる。表皮内のリンパ球、好中球主体の密な炎症細胞浸潤は全例でみられた。

今回、サル痘の1例を経験した。近年報告されているサル痘患者の皮膚症状を過去の流行と比較すると、全身症状に先行して皮疹が出現することがあり、全身の個疹が少ないことが多い。感染初期には丘疹や膿疱が多くみられるため、水痘など他疾患との鑑別に注意を要する。病理組織学的所見では、膿疱期の細胞質内ウイルス封入体の特徴的であると考えた。

本論文の要旨は、第290回日本皮膚科学会岡山地方会(2023年9月)において発表した。

文 献

- 1) Maronese CA et al: Mpox: an updated review of dermatological manifestations in the current outbreak. *Br J Dermatol*, 2023; 189 (3) : 260-270.
- 2) Ladnyj ID et al: A human infection caused by monkeypox virus in Basankusu Territory, Democratic republic of the Congo. *Bull World Health Organ*. 1972; 46 (5) : 593-597.
- 3) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_27036.html
- 4) WHO, Multi-country outbreak of monkeypox, External situation report #24 June 10, 2023
- 5) John PT et al: Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries. *N Engl J Med*, 2022; 387:679-691.
- 6) <http://publichealth.lacounty.gov/media/monkeypox/vaccine.htm>
- 7) Guidance for Tecovirimat use expanded access investigational new drug protocol during 2022 U.S. mpox outbreak. CDC 2023
- 8) Rodriguez-Cuadrado FJ et al: Clinical, histopathologic, immunohistochemical, and electron microscopic findings in cutaneous monkeypox: A multicenter retrospective case series in Spain. *J Am Acad Dermatol*, 2023; 88: 856-863.
- 9) Edward W et al: Mpox-a rapidly evolving disease. *JAMA Dermatol*, 2023; 159: 424-431.
- 10) Prasad S et al: A dermatologic assessment of 101 mpox (monkeypox) cases from 13 countries during the 2022 outbreak: Skin lesion morphology, clinical course, and scarring. *J Am Acad Dermatol*, 2023; 88: 1066-1073.
- 11) Chalali F et al: Histological Features Associated With Human Mpox Virus Infection in 2022 Outbreak in a Nonendemic Country. *CID*, 2023; 76: 1132-1135.

A Case of Monkeypox

Shiho Sato, Tamayo Yamashita, Mari Saito ^{*)},

Kenta Nakamoto, Tatsuya Fujikawa ^{**)}

^{*)} Department of Dermatology, Mitoyo General Hospital

^{**)} Department of internal medicine, Mitoyo General Hospital

Abstract

A 40-year-old man who had sex with men (MSM) developed a fever and cough on day Y, and on day Y+3, blisters accompanied by itching and pain appeared in the occipital region. He was suspected of having monkeypox, and after consulting with the public health center, he was referred to our hospital on day Y+5. At his first examination, he had a small pustule with a red halo surrounding it on his left forearm and abdomen, one red bean-sized erythema on his scalp, and an erosion around his anus. A skin biopsy revealed subepidermal blisters with degenerated and necrotic keratinocytes containing eosinophilic inclusions. M-pox polymerase chain reaction samples collected from the five sites were all positive, so monkeypox was diagnosed, and symptomatic treatment was administered. We herein report the details of skin eruption, its course, and the histopathological findings in patients with monkeypox, including a review of the literature. The eruptions reported in recent years in patients with monkeypox have often been milder and fewer in number than those in previous cases. Since papules and pustules are often seen in the early stages of infection, caution is required when differentiating it from other diseases, such as chickenpox. The histopathological findings in the present case were characterized by intracytoplasmic viral inclusions in the pustular stage.

Key words : Monkeypox, MSM, histopathological findings

陰茎折症の1例

尾地 晃典・鎌田 聡子・佐野 雄芳・森 聡博
上松 克利・山田 大介*

要 旨

症例は58歳、男性。2021年2月、性行為中に陰茎断裂音を伴い受傷。血尿を認めていたが排尿は問題なく可能であった。翌朝に近医受診、陰茎折症が疑われ、手術適応と判断されたため当科を紹介受診となった。受診時診察にて陰茎は、皮下血腫のため高度に腫脹し、左側に90°屈曲していた。疼痛は軽度であったが、軽度の血尿を認め、尿道損傷も疑われた。超音波検査では海綿体周囲に血腫を認めるも、白膜断裂部位は特定困難であった。陰茎折症と診断し、緊急手術を施行。陰茎根部付近の左陰茎海綿体に全周性の白膜断裂を認め、尿道海綿体の白膜も一部断裂していた。血腫除去の上、陰茎および尿道の白膜を縫合し手術を終了。術後経過は問題なく、術後8日目に退院。その後は、勃起時の疼痛および変形は認めておらず、排尿も問題なく行えた。術後2ヶ月の時点で性行為も可能となった。陰茎折症は稀な泌尿器科救急疾患である。保存的治療では勃起不全や陰茎屈曲等の合併症が多く残るため速やかな修復術を行う事が推奨されている。今回の症例は受傷起点および臨床症状から陰茎折症を疑い速やかに修復術を施行したため、大きな合併症なく経過している。

索引用語：陰茎折症，手術治療

緒 言

陰茎折症は、勃起時の鈍的外傷により陰茎白膜が断裂した状態と定義されており、救急疾患の中でも175,000例に1例という比較的稀な疾患である。今回、我々は性行為にて受傷し外科的手術により良好な経過が得られた陰茎折症の1例を経験したため報告する。

症 例

【症例】 58歳，男性
【主訴】 陰茎の変形，腫脹
【既往歴】 高血圧症，高尿酸血症，てんかん
【家族歴】 特記事項なし
【薬剤歴】 イルバスルタン，アテノロール，フェブキシostat，バルプロ酸ナトリウム

【現病歴】

2021年2月，性行為中に陰茎部に負荷がかかり受傷。受傷時に陰茎断裂音を伴っていた。受傷時には血尿を認めるものの排尿は可能であったため受傷翌日に近医受診。陰茎折症疑いとして精査加療目的に当科紹介受診となった。

【受診時現症】

身長：169.5cm 体重：79.3kg
意識清明
血圧：133/105mmHg 脈拍：65/分
体温：37.3℃ SpO₂：100%

【血液検査及び尿沈渣所見】

WBC 8280/μl, RBC 418万/μl, Hb 13.5g/dl, Ht 37.9%
CRP 0.20mg/dl, LDH 383U/L, CK

*) 三豊総合病院 泌尿器科

167U/L, BUN 19mg/dl, Cr 1.16mg/dl
尿沈渣：赤血球100以上/HPF, 白血球1未満/HPF

上記のように軽度の貧血, 軽度CRP上昇, 損傷に伴うLDHの上昇, 血尿を認めた。

【身体所見】

陰茎は亀頭辺縁付近で左側に90° 屈曲しており, 皮下血腫に伴い, 腫脹および赤褐色調の色調変化を認めた(写真1)。

自発痛および圧痛は軽度であった。

自尿は可能であり, 軽度の血尿を認めた。



写真1 当科初診時肉眼所見
陰茎が左側に屈曲している

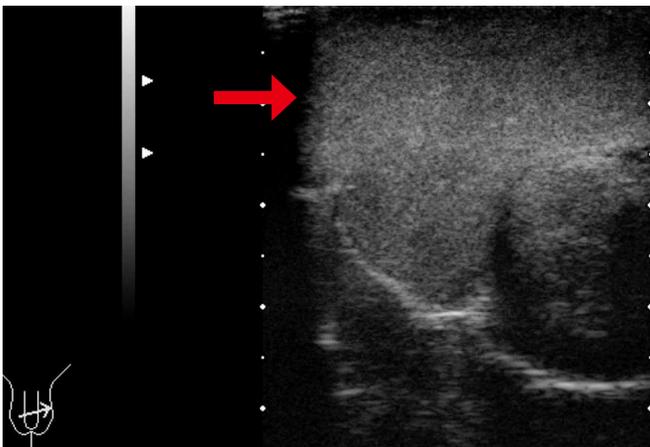


写真2 陰茎エコー所見 ⇨に血腫を認める

【超音波検査】

陰茎海綿体周囲に血腫に伴う高エコー領域を認めた(写真2)。

白膜の断裂部位は特定困難であった。

【診断および治療方針】

受傷機転および診察所見から陰茎折症と診断した。白膜断裂の可能性もあり保存的治療は困難と判断。同日緊急手術の方針となった。

【手術所見】

脊椎麻酔下, 仰臥位で開始。陰茎根部から3cm先端側で環状に切開を入れ根部へと剥離を進め, 血腫を除去。陰茎根部5時方向に白膜断裂部位を認めた(写真3)。左陰茎海綿体および周囲白膜は一部を残してほぼ全周性に断裂していた。尿道海綿体の白膜も一部断裂していたが, 術中所見からは尿道粘膜の連続性は保たれていると判断。陰茎海綿体および尿道海綿体の断裂した白膜を縫合した。ペンローズドレイン先端を白膜修復部位に留置。尿道カテーテルを留置して手術を終了した。

【術後経過】

術後1日目にペンローズドレインおよび尿道カテーテル抜去。その後は排尿に問題を認めなかった。術後8日目に退院。退院時には陰茎の浮腫および疼痛は改善傾向であり, 退

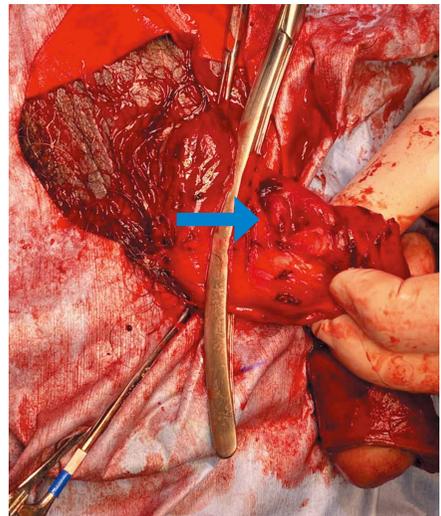


写真3 術中所見 矢印が白膜断裂部

院後勃起時の陰茎の変形、疼痛および射精障害も認めなかった。術後2ヶ月の時点(写真4)で性行為も可能となり、術後6ヶ月で終診となった。



写真4 術後2ヶ月目の肉眼所見

考 察

陰茎折症は泌尿器科領域および救急領域の中でも比較的稀な疾患である。陰茎断裂音を伴い受傷し、陰茎局所の疼痛や腫脹、変形、変色を主症状とする。約6%に尿道損傷を合併し、尿道出血や排尿困難、尿閉を起こしうる。本邦では400例以上の報告がされているが、当院では2014年4月1日～2022年8月31日の期間中、陰茎折症は本症例のみであった。本邦での発症原因としては勃起した陰茎への用手的操作が最も多いとされており、性交、外傷、自慰と続く¹⁾。欧米諸国では性交や自慰による陰茎損傷が50～90%を占めている²⁾。性交時の陰茎折症を最も起こしやすい体位は騎乗位とされている³⁾。

受傷機転および臨床症状から診断される事が多いが、実際の手術所見では白膜断裂を認められず浅陰茎背静脈からの出血のみ認める例や明らかな出血を認めなかったという例も報告されている⁴⁾。そのため、画像診断により緊急手術の必要性を判断する場合もある。超音波検査が低侵襲であり簡便という点で頻繁に行われているが、断裂部位が小さい場合

や断裂部位に一致して血腫がある場合は白膜断裂を見逃してしまう可能性もある。MRIに関しては、栗林ら⁵⁾が、術前にMRIを撮影し白膜断裂部位を特定する事が有用であると報告している。MRIでは白膜はT1およびT2強調画像とともに低信号を呈し、白膜断裂の診断にはT1強調画像が有用とされている⁶⁾。また、尿道損傷を合併している場合は尿道の評価も併せて可能である利点がある一方、経済的観点や撮影時間が長い点で否定的な意見も見られる。

治療は保存療法、外科的修復術があるが、本邦においては約90%で外科的修復術が施行されている。相川ら⁶⁾は、2005年9月～2017年10月までに経験した16例のうち、全例で外科的修復術を施行し、術後の勃起不全を認めた症例はなく、勃起時痛を4例(28.6%)に認めたと報告した。またRadilら⁷⁾は、300症例全てに緊急外科的手術を施行し、術後の勃起不全が0.6%、勃起時痛が2.0%に認めたと報告した。さらにTurgutら⁸⁾は、42例のうち保存療法を施行した5例中4例(80%)で勃起時痛や硬結、変形、勃起障害を術後18ヶ月の時点でも残存している一方で、外科的修復術を施行した37例中4例(10.8%)で勃起時痛を認めたが術後3ヶ月以内に完全消失したと報告した。術式には陰茎遠位部で環状切開を行い断裂部まで剥離し確認する方法(以下、Degloving法)と断裂部を同定して損傷部のみに小切開を置く方法がある。Degloving法は海綿体を広範囲に観察可能である一方で、感染や神経損傷の危険性もあると言われている。栗林ら⁵⁾は、術前のMRIで白膜断裂部位を特定する事で、小切開での修復術が可能であったと報告している。

本症例においては、受傷機転および臨床症状から陰茎折症が強く疑われた。超音波検査では、血腫のために白膜断裂部位を特定できなかった。MRI撮影も検討したが、陰茎の変形が高度で、尿道損傷の可能性も考えられたため広範囲の観察が可能であるDegloving法

に準じて手術を行なった。受診日当日に緊急修復術を施行した結果、術後3ヶ月の時点で明らかな合併症は認めていない。今後同じような症例を経験した場合、断裂部位がはっきりしない場合でも速やかに手術療法を行うことが合併症の軽減につながるものと考えられた。

結 語

今回、我々は性交時に受傷した陰茎折症の1例を経験した。合併症予防として速やかな外科的修復術を行う事が重要と考えられた。

(本症例の要旨は第327回日本泌尿器科学会岡山地方会で発表した)

文 献

- 1) 吉永敦史, 林 哲夫, 吉田宗一郎, 大野玲奈, 石井信 行, 寺尾俊哉, 諸角誠人, 山田拓己: 陰茎折症の6例. 泌尿器外科, 19, 1245-1248, 2006.
- 2) Reis LO, Cartapatti M, Marmiroli R, de Oliveira J, nior EJ, Saade RD and Fregonesi A: Mechanisms predisposing penile fracture and long-term out- comes on erectile and voiding functions. Adv Urol, 2014, 768158, 2014.
- 3) Nason GJ, McGuire BB, Liddy S, Looney A, Lennon GM, Mulvin DW, Galvin DJ and Quinlan DM: Sexual function outcomes following fracture of the penis. Can Urol Assoc J, 7, 252-257, 2013.
- 4) El-Assmy A, El-Tholoth HS, Abou-El-Ghar ME, et al. : False penile fracture : value of different diagnostic approaches and long-term outcome of conservative and surgical management. Urology 75 : 1353-1356, 2010.
- 5) 栗林宗平, 高尾徹也, 山道 岳, 川村正隆, 中野剛佑, 岸本 望, 谷川 剛, 葛原宏一, 山口誓司: MRIが断裂部位診断に有用であった陰茎折症の2例. 泌尿紀要, 62, 501-503, 2016.
- 6) Uder M, Gohl D, Takahashi M, et al. : MRI of penile fracture : diagnosis and therapeutic follow-up. Eur Radiol 12 : 113-120, 2002.
- 7) 相川浩一, 木村高弘, 小池祐介, 山田裕紀, 颯川 晋: 陰茎折症16例の臨床的特徴と合併症の検討. 日泌尿会誌, 109 (4), 204-207, 2018.
- 8) El Atat R, Sfaxi M, Benslama MR, Amine D, Ayed M, Mouelli SB, Chebil M and Zmerli S: Fracture of the penis: management and long-term results of sur- gical treatment, experience in 300 cases. J Trauma, 64, 121-125, 2008.
- 9) Yapanoglu T, Aksoy Y, Adanur S, Kabadayi B, Ozturk G, and Ozbey I. Seventeen years' experience of penile fracture: Conservative vs. surgical treatment. J Sex Med, 6, 2058-2063, 2009.

A Case of Penile Fracture

Akinori Ochi, Satoko Kamada, Yuhou Sano, Akihiro Mori, Katutoshi Uematsu, Daisuke Yamada^{*)}

^{*)} Department of Urology, Mitoyo General Hospital

Abstract

The patient was a 58-year-old man. In February 2021, he became injured during sexual intercourse, reporting a penile cracking sound. Penile fracture was suspected, and he visited our department. His penis was extremely swollen and bent 90° to the left due to a subcutaneous hematoma. Ultrasonography revealed a hematoma around the corpus cavernosum, but it was difficult to identify the site of rupture of the albuginea. He was diagnosed with penile fracture and underwent emergency surgery. A circumferential rupture of the tunica albuginea of the left corpus cavernosum near the root of the penis was observed, and the tunica albuginea of the urethral corpus cavernosum was also partially ruptured. After removing the hematoma, the tunica albuginea of the penis and urethra were sutured, and the operation was completed. The postoperative course was uneventful, and sexual intercourse became possible two months after the operation. Penile fracture is a rare urological emergency. Conservative treatment leaves many complications, such as erectile dysfunction and penile flexion, so prompt repair is recommended.

Key words : Penile fracture, surgical treatment

当科で同時期に経験した ループスアンチコアグラント陽性低プロトロンビン血症の2例

篠田 知周・土屋 冬威・古田 島希江・森 久寿*)
大橋 育子・上松 麻理子・島内 泰宏・佐々木 剛*)
福家 典子・日下 隆**)

要 旨

ループスアンチコアグラント (LA) は小児において感染に伴い一過性に産生され、凝固異常を起こすことがある。今回、紫斑を主訴に受診し、ループスアンチコアグラント陽性低プロトロンビン血症 (LAHPS) と考えられた症例を同時期に2例経験したので報告する。2例ともに著明な APTT 延長を認め、クロスミキシング試験では上に凸のインヒビターパターンを示していた。安静のみで紫斑は消退し、徐々に凝固能も改善した。出血傾向を示す小児では LAHPS を鑑別に入れる必要があると考えられる。

索引用語：ループスアンチコアグラント陽性低プロトロンビン血症，クロスミキシング試験，出血症状

緒 言

抗リン脂質抗体はリン脂質自体もしくはリン脂質と血漿蛋白の複合体に対する自己抗体の総称であり、ループスアンチコアグラント (Lupus anticoagulant : LA) や抗カルジオリピン抗体が含まれる¹⁾。成人では抗リン脂質抗体は全身性エリテマトーデスやその他の自己免疫性疾患、感染を契機に認められ、血栓症を特徴とする抗リン脂質抗体症候群を引き起こすことで知られている。一方、小児では LA 陽性例においてはプロトロンビン活性の低下および出血傾向を認めることがあり、これをループスアンチコアグラント陽性低プロトロンビン血症 (Lupus anticoagulant hypoprothrombinemia syndrome : LAHPS) と呼ぶ²⁾。今回、我々は同時期に LAHPS を2例経験したので報告する。

症 例

症例1
症 例 4歳女児
主 訴 紫斑
家族歴 母が幼少期に紫斑で精査 (詳細不明)
既往歴 憤怒痙攣，幼少期から貧血の指摘あり
周囲感染状況 特記事項なし
現病歴 X年10月下旬から口唇周囲を中心に全身の蕁麻疹，腹痛が出現したため近医を受診し，抗アレルギー剤，便秘薬を処方され経過観察となった。蕁麻疹，腹痛は改善したが11月3日夜から上下肢に紫斑が出現したため4日に当科を受診した。
受診時現症 意識レベル：E4V5M6，体温36.3℃ 脈拍80/分・整，SpO₂98% (室内気)。身体所見では呼吸音は清明で腹部所見に異常は認めなかった。口腔内出血斑や関節腫脹はなかったが，右足関節 (最大径2×2.5cm)，

*) 三豊総合病院 小児科 ***) 香川大学医学部 小児科学講座

左上腕, 左肘, 左下腿に多数の紫斑を認めた。検査所見 血小板数は $24.5 \times 10^4 / \mu\text{L}$ と基準範囲内であった。PT-INRは1.13と基準値上限, APTTは83.3秒と延長しており内因系の凝固異常が考えられた(表1)。APTT延長の鑑別のためにクロスミキシング試験を実施したところ, 即時反応, 遅延反応共に正常血漿で補正されないインヒビターパターンであった(図1)。転院先で実施された血液検査ではLA 2.7と陽性であり, 抗カルジオリピン抗体, 抗 $\beta 2$ グリコプロテインI抗体については基準範囲内, 補体はCH50が14.0U/mLと低値であった。凝固因子活性(凝固一段法)では第II因子活性をはじめ, 複数の凝固因子活性の低下を認めた(表2)。合成基質法で測定した第VIII因子, 第IX因子活性は異常を認めなかった。フォン・ヴィレブランド因子の抗原および活性の低下はなく, 第VIII因子インヒビターや抗核抗体など自己抗体は検

出されなかった。また, 感染の検索目的に咽頭ウイルス分離を提出したが, 分離同定されず, 原因は特定できなかった。

臨床経過 APTTの著明な延長を認めたことから精査目的に入院し経過観察した。入院翌日に左下腿の紫斑は数か所増加した。鼻出血を認めたが, 繰り返す出血はなかった。当院入院4日目, 精査目的に高次機能病院に転院となった。転院日には新規紫斑の出現はなく全体として消退傾向となった。病歴, 身体所見および検査所見から後天性血友病や自己免疫性疾患は否定的と考えられたため, 感染を契機としたLAHPSと診断した。ベッド上安静で紫斑は徐々に消退し, 転院5日目に退院となった。以降, 外来にて経過観察し, APTTも徐々に正常化, 発症2か月の時点でLA, 第II因子の正常化も確認した。現時点まで症状の再燃なく経過している。

表1 血液検査

RBC	$402 \times 10^4 / \mu\text{L}$	TP	6.7 g/dL	PT (%)	70 %
Ht	33.6 %	Alb	4.2 g/dL	PT-INR	1.13
Hb	10.9 g/dL	ALT	19 U/L	APTT	83.3 秒
Plt	$24.5 \times 10^4 / \mu\text{L}$	AST	36 U/L	Fib	243.0 mg/dL
WBC	8,700 / μL	LD	322 U/L	AT-III	114.8 %
Neu	59.4 %	CK	158 U/L	FDP	<2.5 ug/mL
Lym	35.4 %	Cre	0.38 mg/dL	Dダイマー	<0.5 ug/mL
Mono	4.0 %	UN	14 mg/dL		
		UA	5.0 mg/dL		
		CRP	<0.1 mg/dL		
		Na	138 mmol/L		
		K	4.0 mmol/L		
		Cl	104 mmol/L		
		Ca	9.1 mg/dL		

表2 転院先での血液検査

CH50	14.0 U/mL	LA(dRVVT)	2.70
C3	120 mg/dL	vWF抗原定量	120 %
C4	13 mg/dL	vWF活性	90 %
第II因子活性	43 %	抗核抗体	40 倍
第VI因子活性	97 %	aCLiIgG	2.6 U/mL
第VII因子活性	100 %	aCLiIgM	1.4 U/mL
第VIII因子活性(凝固一段法)	32 %	抗B2GP1IgG	6.4 U/mL
(合成基質法)	90.1 %	抗B2GP1IgM	1.1 U/mL
第IX因子活性(凝固一段法)	25 %	RF定量	<3 IU/mL
(合成基質法)	87.7 %	抗ds-DNA IgG	3.9 IU/mL
第X因子活性	86 %	抗RNP抗体	2.0 U/mL
第XI因子活性	43 %	抗Sm抗体	1.0 U/mL
第VIII因子インヒビター	検出せず ベセスダU/mL	抗SS-A/Ro抗体	1.0 U/mL
		抗SS-B/La抗体	1.0 U/mL
		PR3-ANCA	1.0 U/mL
		MPO-ANCA	1.0 U/mL

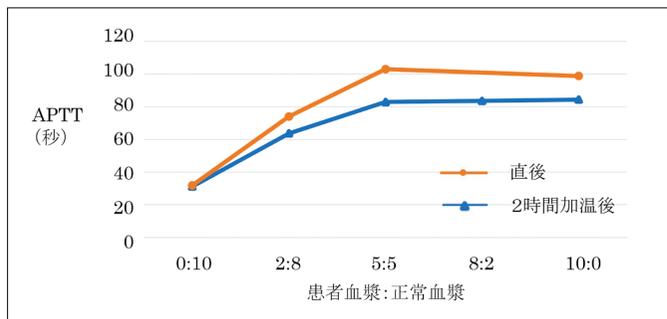


図1 クロスミキシング試験

症例2

症 例 6歳女児

主 訴 紫斑

家族歴 特記事項なし

既往歴 アトピー性皮膚炎

周囲感染状況 特記事項なし

現病歴 X年11月23日から下痢、腹痛があり25日に当科を受診した。急性胃腸炎の疑いで整腸剤を処方され帰宅した。腹痛は改善したが水様性下痢(3-4回/日)が持続したため29日に当科を再診した。左耳下腺部の軽度腫脹、圧痛を認め耳下腺炎が疑われたが、症状は自製内であったため経過観察となった。30日幼稚園からの帰宅後に両下肢の紫斑に気づき、同日夜に小児救急外来を受診した。

受診時現症 体温 37.0℃。身体所見では呼吸音は清明で腹部所見に異常は認めなかった。左耳下腺の軽度腫脹・圧痛を認めた。口腔内出血斑や関節腫脹はなかったが、両側の大腿から下腿にかけて多数の紫斑を認めた。この時の血液検査では血小板 $23.4 \times 10^4 / \mu\text{L}$, PT-INR 1.18, APTT 106.8秒であった。安静指示し、12月1日に一般外来を再診した。検査所見 12月1日の血液検査では血小板数は $23.8 \times 10^4 / \mu\text{L}$ と基準範囲内であった。PT-INR 1.23, APTT 124.6秒と延長しており内因系・外因系ともに障害されていた(表3)。クロスミキシング試験では、即時反応、遅延反応共に正常血漿で補正されないインヒビターパターンであり(図2)、補体はCH50

10.0U/mL未満, C4 4mg/dLと低値であった。LA 2.4と陽性、抗カルジオリピン抗体、抗β2グリコプロテインI抗体は基準範囲内であった(表4)。凝固因子活性(凝固一段法)は第II因子 30%, 第VIII因子 15.8%, 第IX因子 66%と低下していたが、第IX因子、第XI因子では希釈直線性が認められず、正確な値が求められなかったため何らかの抑制物質の影響が示唆された。合成基質法で測定した第VIII因子、第IX因子活性は異常を認めていない。フォン・ヴィレブランド因子の抗原および活性の低下はなく、第VIII因子のインヒビターや抗核抗体などの自己抗体は検出されなかった。感染の検索目的に咽頭ウイルス分離を提出したが、分離同定されなかった。臨床経過 全身状態は安定しており家族の希望もあり、自宅安静とし外来で経過観察を行った。病歴、身体所見および検査結果を合わ

表3 血液検査

RBC	469×10 ⁴ /μL	TP	6.9 g/dL	IgG	1267 mg/dL
Ht	38.0 %	γ-GT	9 U/L	IgM	74.6 mg/dL
Hb	12.3 g/dL	Alb	4.2 g/dL	IgA	159.0 mg/dL
Plt	23.8×10 ⁴ /μL	ALT	18 U/L	CH50	<10.0 U/mL
WBC	6,660 /μL	AST	24 U/L	C3	68 mg/dL
Neu	45.0 %	LD	219 U/L	C4	4 mg/dL
Lym	45.5 %	CK	93 U/L	TSH	2,050 mIU/L
Mono	5.0 %	Cre	0.39 mg/dL	FT3	4.16 pg/mL
		UN	10 mg/dL	FT4	1.63 pg/dL
		UA	5.0 mg/dL	PT(%)	65.4 %
		Amy	421 U/L	PT-INR	1.23
		CRP	0.47 mg/dL	APTT	124.6 秒
		Na	141 mmol/L	Fib	199.3 mg/dL
		K	3.5 mmol/L	AT-III	84.5 %
		Cl	106 mmol/L	FDP	<2.5 ug/mL
		Ca	9.2 mg/dL	Dダイマー	<0.5 ug/mL

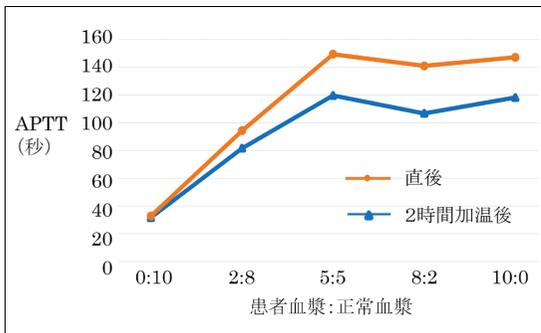


図2 クロスミキシング試験

表4 血液検査

第II因子活性	30 %	LA (dRVVT)	2.4
第V因子活性	92 %	抗核抗体	<40 倍
第VII因子活性	74 %	aCL IgG	17.4 U/mL
第VIII因子活性		aCL IgM	2.3 U/mL
(凝固一段法)	15.8 %	抗β2GP1 IgG	12.1 U/mL
(合成基質法)	147.1 %	抗β2GP1 IgM	<1.1 U/mL
第IX因子活性		RF定量	<3 IU/mL
(凝固一段法)	- %	抗ds-DNA IgG	<10 IU/mL
(合成基質法)	78.4 %	抗RNP抗体	<2.0 U/mL
第XI因子活性	66 %	抗Sm抗体	<1.0 U/mL
第XII因子活性	- %	抗SS-A/Ro抗体	<1.0 U/mL
第VIII因子インヒビター	1 ベセスダU/mL	抗SS-B/La抗体	<1.0 U/mL
vWF抗原定量	86 %	PR3-ANCA	<1.0 U/mL
vWF活性	98 %	MPO-ANCA	<1.0 U/mL

せて後天性血友病や自己免疫性疾患は否定的であったため感染を契機としたLAHPSと診断した。自宅安静のみで紫斑は徐々に消退した。PTは発症1週間、LAは発症2か月、APTTは発症3か月の時点でそれぞれ基準範囲内となった。以降、胃腸炎、溶連菌感染症に罹患するも症状の再燃はなく経過している。

考 察

LAは全身性エリテマトーデスやその他の自己免疫性疾患で認められ、成人では血栓症を特徴とする抗リン脂質抗体症候群を引き起こすことで知られている。小児では感染を契機に一過性に上昇することがあり、LAHPSと呼ばれる。LAHPSが初めて報告されたのは1960年にRapaportらによるSLEを基礎疾患にもつ11歳女児例であり、1983年にはBajajらが感染症に伴うLA陽性、低プロトロンビン血症を認めた4歳女児例を報告している^{3), 4)}。LAHPSでは血液検査上、PT、APTTは延長するが、血小板数やフィブリノーゲンは正常な値を示す。PT、APTT延長の原因はLAの存在と、プロトロンビンの低下によるものであり、抗プロトロンビン抗体がプロトロンビンと抗原抗体複合体を形成し、急速に血中から排除されることで低プロトロンビン血症と低補体血症を来すと考えられている。Mazodierらの報告ではLAHPS症例の33例のうち29例で抗プロトロンビン抗体が検出され⁵⁾、Iekoらの報告では抗プロトロンビン抗体の中でもリン脂質であるフォスファチジルセリンにプロトロンビンが結合したフォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン抗体 (phosphatidylserine-dependent anti-prothrombin antibody ; aPS/PT) がLAHPS症例の20例のうち7例に検出されている^{6)~8)}。我々が経験した2症例においても出血症状を契機に精査を行い、血小板数やフィブリノーゲンは基準範囲内であったが、凝固時間の延長、第II因子の活性低下、低補体

血症を認めている。aPS/PTなどの抗プロトロンビン抗体がLAHPS発症の原因となった可能性が考えられ、今回は実施できなかったが同様の症例を認めた場合には抗プロトロンビン抗体の測定することで病態をより詳細に理解することが期待できる。

Mulliezらの報告によればLAHPSにしばしば認められる出血症状は紫斑(44%)、鼻出血(35%)、血尿(5%)が多いが、消化管出血、脳出血などを来すこともあり注意が必要である⁹⁾。感染を契機としたLAHPSは基本的に無治療で軽快するが、特にプロトロンビン活性が10%以下の症例では出血症状が強い傾向にあるとされ出血コントロールが困難な症例では薬物療法としてステロイドや免疫抑制剤などが選択されることがある¹⁰⁾。しかし治療中に血栓傾向を認め死亡した症例もあり慎重な経過観察が必要である⁵⁾。本報告では症例1で紫斑、鼻出血を認め、症例2では紫斑を認めたが、プロトロンビン活性は症例1で43%、症例2で30%と保たれていたこともあり無治療で徐々に出血症状は消退したと考えられた。

感染を契機としたLAHPSは急性上気道炎や急性胃腸炎を契機とする症例が多く、アデノウイルスやマイコプラズマも原因として多いと報告されている¹¹⁾。本報告の2例は同時期に発症し、経過からは何らかの感染が契機となったと考えられたが原因となる細菌やウイルスの同定はできなかった。本症例ではウイルス分離は咽頭ぬぐい液で実施したが、初発の症状が胃腸炎症状であり、便検体も同時に採取することで診断につながった可能性がある。

また、クロスミキシング試験はPT、APTTなど凝固時間が延長する原因について迅速に鑑別するために有用であり、波形パターンにより、凝固因子欠乏、凝固因子インヒビターあるいはLAの存在を推測することができる^{2), 12)}。患者血漿と正常血漿を種々の割合で混合し、その凝固時間を計測し、測定結果をグ

ラフ化することによって視覚的に判断することができる。凝固時間の計測は混合直後（即時反応）と37℃で2時間加温後（遅延反応）に行い、凝固因子欠乏症例では即時反応、遅延反応は共に下に凸のパターンを示す。LAHPS症例などLAの存在下では即時反応、遅延反応が共に上に凸のパターンを示し、凝固インヒビターの場合は即時反応に比較し遅延反応で明確に上に凸のパターンを示すことが多い。本報告の2例では共に即時反応、遅延反応どちらも正常血漿で補正されない上に凸のインヒビターパターンを示したことからLAが関与している可能性が高いと判断できた。加えて、LA存在下では凝固一段法で測定した第VIII因子、第IX因子活性が偽低値になることが知られており、LAの関与が疑われる場合は合成基質法での測定が有用である¹³⁾。凝固一段法は凝固因子欠乏血漿の凝固時間が被検血漿の添加により補正される程度を比較することで被検血漿中における凝固因子活性を求める方法である。測定手順は自動化されており比較的容易であるが、この方法はLAや抗凝固剤の影響を受けやすい。一方、合成基質法では2段階の反応で構成されており、一段階目で被検血漿中の第VIII因子、あるいは第IX因子活性に依存した活性化第X因子が生成され、二段階目で活性化第X因子に対する特異的な発色性合成基質と反応させることにより、生成した活性化第X因子を定量する。合成基質法では検体血漿の希釈を十分にすることでLAの干渉やヘパリンの影響を受けにくいことが利点であり、正確度も高いが、機器が限定され手順が複雑である。本症例においても当初、凝固一段法で計測した第VIII因子、第IX因子の活性は低値もしくは計測不能であったが、クロスミキシング試験からLAの存在が疑われ、合成基質法で測定した第VIII因子、第IX因子の活性は基準範囲内であった。合成基質法が院内検査として実施できない場合、凝固因子に関してWFHガイドラインで推奨されている3種

類の異なる希釈倍率で測定する方法（multi-dilution analysis, parallel-line analysis）を用いることにより、LAや抗凝固剤の影響は少なくなるため、クロスミキシング試験に合わせて実施することにより、正確な診断への手がかりとなる¹⁴⁾。

今回、感染を契機としたと考えられるLAHPSの2例を経験した。LAHPSは一部では重度の出血症状を呈するが、症状が軽微な場合には自然軽快することも多い。出血症状の診療の際にはLAHPSも念頭に置きながら精査を行い、慎重な経過観察が必要と考えられる。

謝 辞

常日頃から速やかにAPTTクロスミキシング試験を提案・実施頂いている当院検査部に深謝致します。

引用文献

- 1) 岩田直美：抗リン脂質抗体症候群. *Pharma media* 37: 51-55, 2019
- 2) 盛合亮介, 他：Activated partial thromboplastin time クロスミキシングテストが診断の一助となった Lupus anticoagulant-hypothrombinemia syndrome の1例. *医学検査* 69: 671-676, 2020
- 3) Rapaport SI et al：A plasma coagulation defect in systemic lupus erythematosus arising from hypoprothrombinemia combined with antiprothrombinase activity. *Blood* 15: 12-27, 1960
- 4) Bajaj SP et al：A mechanism for the hypoprothrombinemia of the acquired hypoprothrombinemia-lupus anticoagulant syndrome. *Blood* 61: 684-692, 1983
- 5) Mazodier K et al：Lupus anticoagulant-hypoprothrombinemia syndrome：report of 8 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 91: 251-260, 2012
- 6) Ieko M et al：Lupus anticoagulant-

hypoprothrombinemia syndrome and similar diseases: Experiences at a single center in Japan. *Int J Hematol* 110: 197-204, 2019

- 7) 窪田祥平, 他: 急性胃腸炎後にループスアンチコアグラント陽性低プロトロンビン血症を呈した1例. *小児科臨床* 69: 1550 - 1556, 2016
- 8) 井上翔太, 他: 感染症を契機としたループスアンチコアグラント陽性・低プロトロンビン血症による筋肉内血腫の一例. *兵庫県小児科医会報* 71: 11-15, 2019
- 9) Mulliez MN et al: Lupus anticoagulant - hypoprothrombinemia syndrome: report of two cases and review of the literature. *Lupus* 24: 736-745, 2015
- 10) Mizumoto H et al: Transient antiphospholipid antibodies associated with acute infections in children: a report of three cases and a review of the literature. *Eur J Pediatr* 165: 484-488, 2006
- 11) 清水武, 他: アデノウイルス胃腸炎とマイコプラズマ肺炎に続発したループスアンチコアグラント陽性・低プロトロンビン血症. *日本臨床免疫学会会誌* 37: 55-60, 2014
- 12) 家子正裕, 他: クロスマキシング試験のすべて クロスマキシング試験を臨床に活かすには. *医療と検査機器・試薬* 35: 867-872, 2012
- 13) 小川実加, 他: 血友病診療における合成基質法. *血栓止血誌* 33: 75-79, 2022
- 14) Steve K et al: WFH Guidelines for the Management of Hemophilia 3rd edition WFH, 39-54, 2020

Two Cases of Lupus Anticoagulant Hypoprothrombinemia experienced simultaneously in our department

Kazuhiro Shinoda, Toui Tsuchiya, Kie Kotajima, Hisatoshi Mori, Ikuko Ohashi*),
Mariko Uematsu, Yasuhiro Shimanouchi, Tsuyoshi Sasaki*),
Noriko Fuke, Takashi Kusaka***)

*) Department of Pediatrics, Mitoyo General Hospital

**) Pediatrics course, Kagawa University Faculty of Medicine

Abstract

Lupus anticoagulant (LA) is transiently produced in children following infection and may cause coagulopathy. We report two cases that were considered to be lupus anticoagulant hypoprothrombinemia (LAHPS) during the same period of time. Both cases had marked Activated Partial Thromboplastin Time (APTT) prolongation, and cross-mixing tests showed an upwardly convex inhibitor pattern. The purpura disappeared with rest alone, and the coagulability gradually improved. LAHPS may need to be included in the differential diagnosis in children with bleeding tendencies.

Key words : lupus anticoagulant hypoprothrombinemia syndrome, cross-mixing test, bleeding symptoms

空腸炎を契機に診断した空腸憩室に対し 単孔式腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した一例

守谷直人・西山岳芳・大塚智昭・遠藤出*
吉田修・浅野博昭・久保雅俊・宇高徹総*
前田宏也*

要 旨

症例は76歳女性。腹痛を主訴に来院。腹部造影CTで上部空腸の浮腫性壁肥厚と一部腸管の嚢状拡張所見を認めた。空腸穿孔も鑑別に挙げられたが、腹部所見は限局的であり、保存的治療を行った。臨床所見改善後に上部消化管内視鏡検査を施行し、穿孔所見を認めない小腸憩室を確認した。憩室の存在と空腸炎との因果関係が完全には否定できないこと、また今後出血や穿孔などを来す可能性もあることから手術の方針とし、単孔式腹腔鏡補助下小腸部分切除術を行った。術後病理学的検査で仮性憩室と診断された。経過は良好で術後10日目に退院。

小腸憩室は、十二指腸憩室やMeckel憩室を除くと頻度が少なく、大腸憩室に比べると稀な疾患である。大部分が無症状とされているが、出血や穿孔を来し緊急手術を必要とした報告も多い。今回我々は空腸炎を契機に診断した小腸憩室に対して待機的手術を施行した一例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

索引用語：小腸憩室，単孔式腹腔鏡手術，急性腹症

はじめに

小腸憩室は、十二指腸憩室やMeckel憩室を除くと頻度が少なく、大腸憩室に比べると極めて稀な疾患である。今回我々は空腸炎を契機に診断した出血や穿孔を伴わない小腸憩室に対して待機的手術を施行した一例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

症 例

患者：76歳女性

主訴：腹痛

現病歴：2023年3月、徐々に増悪する腹痛と背部痛を主訴に救急要請され当院搬送となった。

既往歴：高血圧，深部静脈血栓症

家族歴：同胞2名・母が突然死

生活歴：10年前から禁酒（ビール350ml×46年），喫煙なし

来院時現症：意識清明，BP173/104mmHg，HR73/min，RR17/min。BT36.8℃，SpO₂97%（room air）。眼瞼結膜に貧血なし。眼球結膜に黄疸なし。腹部は平坦・軟で，右側腹部を中心に圧痛を認めたが，腹膜刺激徴候は認めなかった。

入院時検査所見：白血球とCRPの軽度上昇を認めたほか，低Alb血症を認めた。貧血はなかった。肝胆道系酵素は正常範囲であった。Dダイマーは軽度上昇していた。（Table 1）。

腹部CT検査：上部空腸に一部造影効果不良域を認め，同部の腸管壁は浮腫性に肥厚し

*) 三豊総合病院 外科

Table 1 血液生化学検査所見

WBC	8610	/ul	Cl	104	mEq/l	AMY	75	IU/L
RBC	394	$\times 10^4$ /ul	TP	6.8	g/dl	PT	10.3	sec
Hb	12.2	g/dl	Alb	3.2	g/dl	PT(%)	103	%
Plt	26.7	$\times 10^4$ /ul	CRP	2.16	mg/dl	PTINR	0.99	
BUN	9	mg/dl	AST	18	IU/L	APTT	29	sec
Cre	0.42	mg/dl	ALT	13	IU/L			
eGFR	106	ml/min/1.73m ²	LDH	179	IU/L			
Na	141	mEq/l	T.Bil	0.5	mg/dl			
K	3.8	mEq/l	γ -GTP	16	IU/L			

ていたが、平衡相にかけて徐々に漿膜面まで造影されており、完全な虚血は認めなかった (Fig.1a, Fig.1b)。浮腫性に肥厚した腸管の一部で腸管壁が嚢状に拡張し、内腔に残渣が貯留する所見を認めたが、同部の周囲には脂肪織濃度上昇は明らかではなく、腹腔内に free air は認めなかった (Fig.1c)。

Fig.1 腹部CT検査所見

上部空腸に一部造影効果不良域を認め、同部の腸管壁は浮腫性に肥厚していた (Fig.1a)。平衡相にかけて徐々に漿膜面まで造影されており、完全な虚血は認めなかった (Fig.1b)。浮腫性に肥厚した腸管の一部で腸管壁が嚢状に拡張し、内腔に残渣が貯留していた (Fig.1c)。

以上の所見により、上部空腸炎を背景に脆弱になった空腸壁が腸間膜内に穿孔した可能性が考えられたが、腹部所見が限局的であったことや、腸間膜内穿孔が疑われた嚢状拡張部の近傍には画像上炎症所見が乏しかったことなどから、緊急性は乏しいと判断した。腸炎を契機に偶発的に診断された空腸憩室を第一に考え、保存的加療を開始した。

入院後経過：入院後は絶飲食とし、抗生剤は消化管穿孔が鑑別に挙げられていたことから、MEPM3g/dayの投与が行われた。入院同日の夕に37.7度の発熱と腹部症状、臨床所

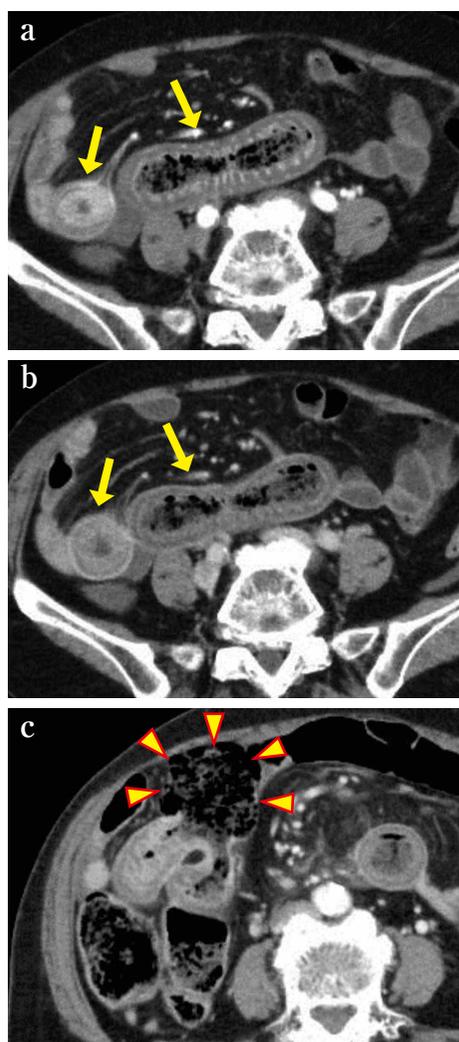


Fig.1

見の悪化を認めたため、緊急手術の必要性を再検討するため造影CTを再検した。CT所見では、腹水の増加を認めたものの、穿孔が疑われた嚢状拡張部には著変はなく、free airの出現もなかったことから、保存的加療を継続した。その後は徐々に臨床所見改善し、第6病日より食事を再開。第8病日に腹部CTを再検したところ、腸管の浮腫性肥厚は改善し腹水も消失していたが、腸管の嚢状拡張所見は残存していたため、診断確定目的に第10病日に内視鏡検査を行った。

上部消化管内視鏡検査所見：嚢状拡張部の内腔は上皮で被覆されており、憩室と考えられた (Fig.2a)。底部は架橋状となっており、成因として内圧上昇持続などの可能性が疑われたが、肛門側に明らかな狭窄所見は認めなかった。憩室内にびらんや潰瘍の形成は認めなかった。透視検査では大きさ43mmで (Fig.2b)、憩室周囲の造影剤の通過は良好であった (Fig.2c)。

Fig.2 上部消化管内視鏡検査および透視検査所見

嚢状拡張部の内腔は上皮で被覆されており、憩室と診断された。底部は架橋状となっていた (Fig.2a)。透視検査では大きさ43mmで (Fig.2b)、憩室の口側から造影剤を流したところ、通過は良好であった (Fig.2c)。

以上の経過から、空腸の嚢状拡張部は穿孔を伴わない空腸憩室と診断された。約9ヶ月前に他疾患精査で施行されたCTを確認したところ、空腸に残渣が貯留した嚢状拡張部は同定されず、比較的短期間で憩室が増大した可能性や、あるいはもともと存在していた憩室に残渣が貯留したことにより通過障害などを来し、空腸炎を起こした可能性が考えられた。また文献上、自然経過で穿孔や出血を起こして緊急手術となった報告も散見するため、相対的手術適応と考えた。一旦退院の後、患者の同意のもとで単孔式腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。

手術所見：臍部に3cmの小切開を行い、ラッププロテクターを装着。E・Zアクセスには5mmポートを2本留置して装着した。気腹下で腹腔内を観察したところ、Treitz靭帯から約30cmの位置で憩室が同定され、周囲に癒着は認めなかった。腸鉗子で近傍の腸間膜を把持して体外に引き出し (Fig.3a)、憩室部分を含めた約5cmの小腸部分切除術を施行した (Fig.3b,3c)。

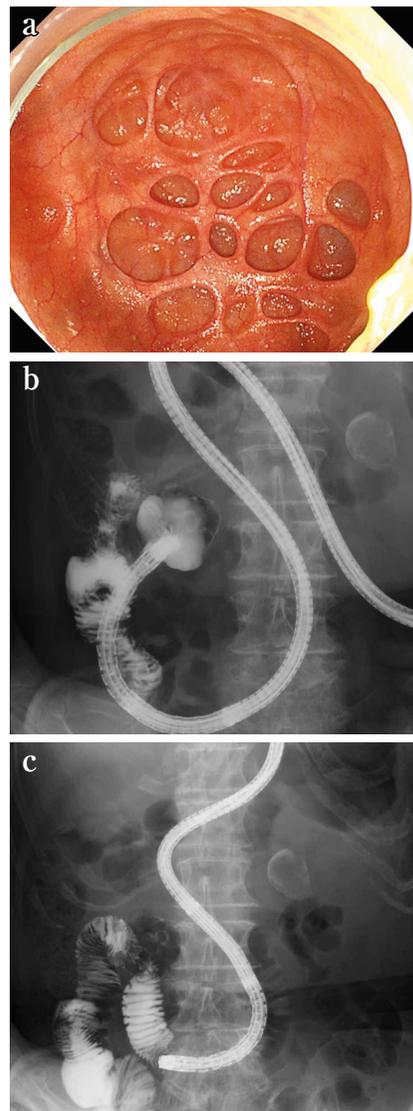


Fig.2

Fig.3 術中所見と切除標本所見

Treitz 靱帯から約30cmの位置で憩室が同定され、腸鉗子で近傍の腸間膜を把持して体外に引き出した (Fig.3a)。憩室部分を含めた約5cmの小腸部分切除術を施行した(漿膜面: Fig.3b, 粘膜面: Fig.3c)。

術後経過: 術後は特に合併症なく良好に経過され、術後9日目に退院となった。術後病理学的検査の結果、仮性憩室と診断された。

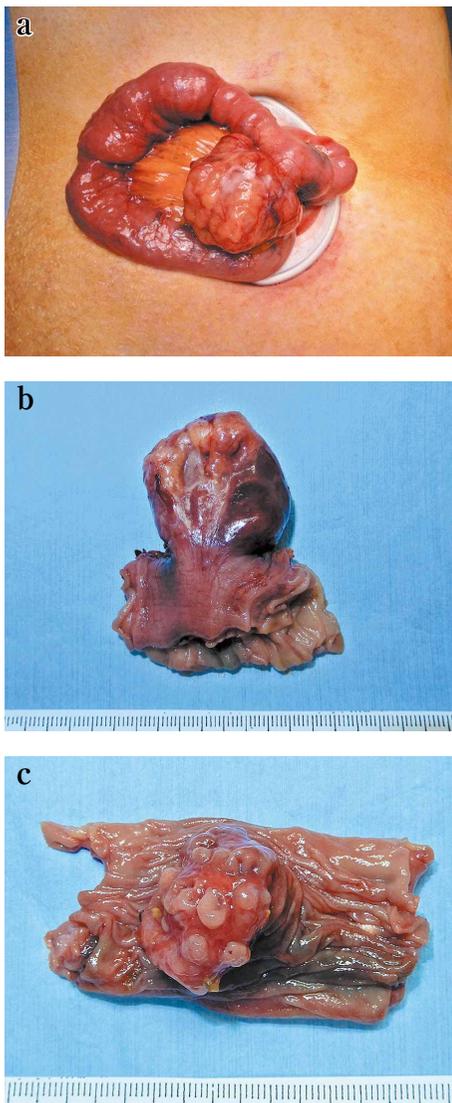


Fig.3

考 察

小腸憩室の頻度は剖検例によると0.06～0.31%、またMeckel憩室を除くと全消化管憩室の1.4～3.2%と報告されており¹⁾、大腸憩室に比べると極めてまれな疾患である。小腸憩室には先天性憩室と後天性憩室が存在するが、後天性憩室の大部分は筋層の欠如した仮性憩室である。好発部位はTreitz靱帯より口側50cm以内の近位空腸の腸間膜付着側に最も多く、次いで深部回腸末端近くに多い。小腸憩室の発生機序として筋層の発達が不十分な腸間膜血管の貫通する部位に粘膜が逸脱することによってされており、近位空腸では貫通血管が太いため脆弱部位が大きいと、好発すると考えられている²⁾。小腸憩室の多くは無症状で経過するが、10%程度の症例で炎症、出血、穿孔や穿通、膿瘍形成、消化管閉塞などを来し、外科的治療を必要とすると報告されている³⁾。

本症例はTreitz靱帯から約30cmの近位空腸に発生した後天性の仮性憩室と考えられ、部位や病理所見は典型的であった。一方、憩室内に残渣が貯留したことにより通過障害を来し、腸管内圧上昇などを契機に空腸炎を惹起した可能性が考えられた事が、これまでの報告と異なる点である。医学中央雑誌で2010年から2023年までの期間に「小腸憩室」で検索したところ、手術が施行された症例報告を99例認めた。手術施行の理由としては、穿通・穿孔が73例、出血が10例、憩室炎が8例、重積が3例、その他が5例であり、空腸炎との関連に関する報告は認めなかった。憩室と空腸炎の関連を証明することは困難であるが、今後の症例の蓄積により同様の報告が現れれば、関連性はより強く示唆されると思われる。

本症例は初診時、そして保存的治療で軽快後の治療方針の決定に難渋した。まず急性腹症で救急搬送された初診時のCTでは、小腸憩室が疾患として稀であるため、空腸炎を契機に消化管穿孔を来した可能性が否定しき

れなかった。緊急手術の必要性も検討されたが、身体所見からは穿孔があったとしても保存的治療可能な範囲と考え、保存的治療が選択された。近年、空腸憩室の腸間膜内穿通が疑われた際に、全身状態が良好で膿瘍が限局的であればCTガイド下ドレナージを含む保存的治療が有効な選択肢になるとの報告^{4) 5)}があり、本症例のように画像上判断が困難な場合も、身体所見により保存的治療の可否を判断すべきであると考え。また、本症例は保存的治療が奏効し退院可能となったが、内視鏡検査で確定診断に至った空腸憩室を切除すべきか否かも十分な検討を要した。無症状の空腸憩室は経過観察可能であるが、本症例では空腸憩室の存在と空腸炎の発症との因果関係が完全に否定できなかった。また、仮に空腸炎の発症と関連がなかったとしても、小腸憩室の約10%の症例で最終的に外科的切除に至る事も踏まえて、本症例は相対的手術適応と判断し、患者の同意を得て手術を施行した。

術式は単孔式腹腔鏡補助下小腸部分切除としたが、憩室周囲に癒着はなく、手術操作は容易であった。本症例のように、穿孔がなく憩室周囲の炎症像が軽度の小腸憩室においては、単孔式腹腔鏡手術は非常に良い適応であると思われる。また本症例のように何らかの腹部症状と小腸憩室との関連が否定できない場合は相対的手術適応となり得るが、このような状況では患者侵襲への配慮がより必要となるため、単孔式腹腔鏡手術の可否を前向きに検討すべきであると考え。

結 語

空腸炎を契機に診断した空腸憩室に対し単孔式腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した一例を経験した。小腸憩室の切除においては憩室周囲の炎症の程度によって単孔式腹腔鏡手術の適応となり得る。

文 献

1. Longo WE, Vernava AM 3rd: Clinical implications of jejunoileal diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 35: 381-388, 1992.
2. 山脇 真, ほか:憩室, Meckel 憩室. どう診る?小腸疾患—診断から治療まで—(上西紀夫 監/荒川 哲男, ほか編), p163-166, 診断と治療社, 2010.
3. 田村 智, ほか:消化管憩室性疾患. *胃と腸* 40: 673-676, 2005.
4. 國司洋佑, ほか:腸間膜内穿通をきたした小腸憩室炎が保存的治療で軽快した1例. *日本消化器病学会雑誌* 117: 327-333, 2020.
5. Novak JS, et al: Nonsurgical management of acute jejunal diverticulitis: a review. *Am J Gastroenterol* 92: 1929-1931, 1997.

Single port laparoscopic surgery for jejunal diverticulum diagnosed with jejunitis: a case report

Naoto Moriya, Takeyoshi Nishiyama, Tomoaki Otsuka, Izuru Endo
Osamu Yoshida, Hiroaki Asano, Masatoshi Kubo, Tetsunobu Udaka
Hiroya Maeda ^{*)}

^{*)} Department of Surgery, Mitoyo General Hospital

Abstract

A 76-year-old woman visited our hospital with a chief complaint of abdominal pain. Abdominal contrast-enhanced computed tomography revealed edematous wall thickening of the upper jejunum and saccular dilatation of part of the intestinal tract. Jejunal perforation was considered as a differential diagnosis, however, physical findings were localized so that conservative treatment was performed. After the clinical findings improved, we performed gastrointestinal endoscopy and diagnosed a jejunal diverticulum. We decided to perform a single port laparoscopic small bowel partial resection, because of the possibility that jejunal diverticulum caused the jejunitis, and also that the diverticulum might cause other abdominal emergency in the future. Postoperative pathological examination diagnosed pseudodiverticulum. Postoperative course was good, and she was discharged from the hospital on the 10th postoperative day. Small intestine diverticula are less common except for duodenal diverticula and Meckel's diverticula, and rare compared to colon diverticula. Although the most cases are considered to be asymptomatic, there are many reports required emergency surgery because of bleeding or perforation. Here we report a case of jejunal diverticulum diagnosed with the onset of jejunitis, including a review of the literature.

Key words : Jejunal diverticulum, Single port laparoscopic surgery, jejunitis

レボヘム™APTT-SLAの基礎的検討と院内導入の取り組み

安藤 涼子^{*)}

藤重 和久・合田 佳純・守屋 雅美・藤村 一成^{**)}

要 旨

現在、我々は現行試薬トロンボチェック APTT-SLA (TC-APTT-SLA) の販売中止に伴い、代替試薬であるレボヘム™APTT-SLA (Rev-APTT-SLA) への変更を行っている。Rev-APTT-SLA はロット間差が小さく、ループスアンチコアグラント (lupus anticoagulant : LA) やヘパリンに対し感受性が高い事が特徴である。基礎的検討を行い、同時再現性、オンボード安定性は良好であった。LA とヘパリンに対し強い感受性を示し、TC-APTT-SLA との反応性の違いが明らかとなった。院内導入にあたり注意喚起を含めた院内周知と現行試薬との併用報告期間を設ける事により臨床での混乱を最小限にとどめる対策を講じている。

索引用語：活性化トロンボプラスチン時間：Rev-APTT-SLA：TC-APTT-SLA

はじめに

活性化トロンボプラスチン時間 (activated partial thromboplastin time : APTT) はプロトロンビン時間 (prothrombin time : PT) と共に、多くの診療科において凝固機能のスクリーニング検査として広く用いられている。また、APTTは内因系凝固因子のスクリーニングやヘパリン療法時のモニタリング、ループスアンチコアグラント (lupus anticoagulant : LA) の検出、薬剤による出血リスクのチェックなど、多岐にわたる目的で用いられているが、試薬組成 (リン脂質・活性化剤) の違いにより、標準化が困難な検査項目となっている¹⁾。

今回、我々は現行試薬トロンボチェック APTT-SLA (TC-APTT-SLA) の販売中止に伴い代替試薬レボヘム™APTT-SLA (Rev-APTT-SLA) の基礎的検討と院内導入にあたり試薬特性の違いなど、臨床への注意喚起を含めた取り組みを行ったので報告する。

方 法

検討試薬として Rev-APTT-SLA (Sysmex)、対照試薬として TC-APTT-SLA (Sysmex) を用いた。測定機器は全自動血液凝固測定装置 CS-2100i (Sysmex) を使用した。

- 1) コントロール血漿コアグQAPコントロール I X / II X (Sysmex) を用い、同時再現性は連続10回測定、オンボード安定性は26日間17回測定を行った。
- 2) 基準範囲の設定は当院職員健常人ボランティア67検体を用い、パラメトリック法により求めた。
- 3) 両試薬の相関は、2022年4月から5月に三豊総合病院中央検査部に提出された患者残検体262件及び凍結保存血漿13件の合計275件を測定し比較検討を行った。

結 果

- 1) 同時再現性では CV: 0.39 ~ 1.11%、オンボード安定性では CV: 0.44 ~ 1.48% であった (図1)。

同時再現性		
試料	コアグ Q A P I X	コアグ Q A P I X
N	10	10
Mean(秒)	26.22	65.00
SD	0.103	0.721
CV%	0.39	1.11

オンボード安定性		
試料	コアグ Q A P I X	コアグ Q A P I X
N	17	17
Mean(秒)	26.77	55.82
SD	0.118	0.828
CV%	0.44	1.48

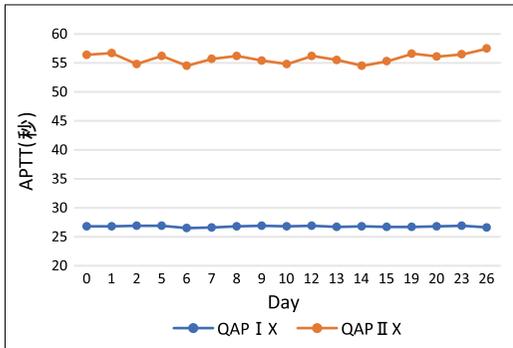


図1 Rev-APTT-SLAにおける同時再現性とオンボード安定性の結果

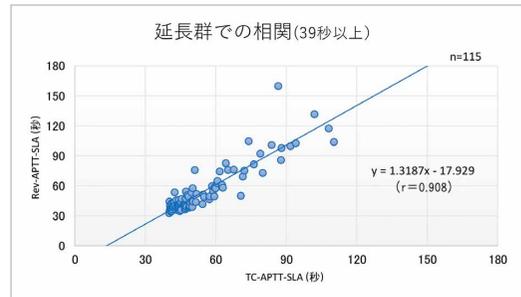
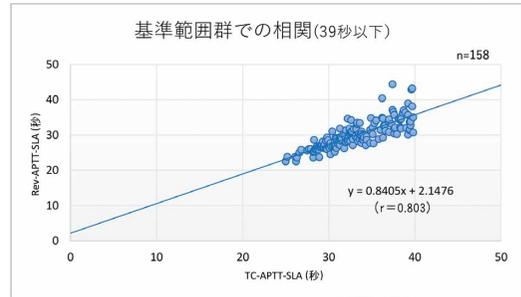
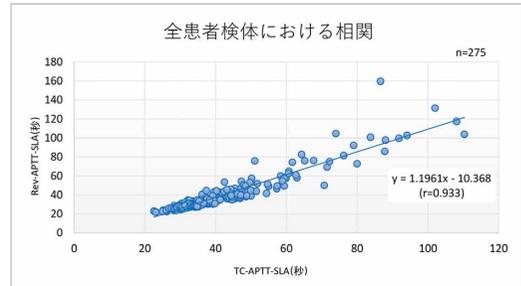


図2 全患者検体、基準範囲群、延長群における相関図

2) Rev-APTT-SLAの基準範囲は22.5～35.0秒であった。

3) 全体の相関性は $y=1.1961x-10.368$ ($r=0.933$)であったが、TC-APTT-SLA測定値が当院基準範囲(39秒以下)の群では $y=0.8405x+2.1476$ ($r=0.803$)、延長(39秒以上)の群では $y=1.3187x-17.929$ ($r=0.908$)であり、基準範囲内の群はRev-APTT-SLAにおいて短縮傾向を認めた(図2)。

凝固異常をきたす疾患やヘパリン等の薬剤投与を含む凝固異常群では $y=1.3159x-15.474$ ($r=0.929$)であった。そのうち、LA陽性群は $y=2.4952-67.783$ ($r=0.948$)、ヘパリン投与群では $y=1.4423x-25.645$ ($r=0.977$)であり、延長傾向を認めた。direct oral anticoagulants (DOACs) に関して、アピキサ

バン(エリキュース®)では $y=0.6828x+8.0841$ ($r=0.836$)、エドキサバン(リクシアナ®)では $y=0.7706x+5.9512$ ($r=0.949$)であり、TC-APTT-SLAと比較し、わずかに短縮傾向を示した(図3)。

考 察

現在、我々は現行試薬TC-APTT-SLAの販売中止に伴い、Rev-APTT-SLAへの変更を行っている。Rev-APTT-SLAは同時再現性及びオンボード安定性ともに安定しており、試薬性能は良好であった。基準範囲はTC-APTT-SLAに比しRev-APTT-SLAで僅かに短縮した。凝固異常群における相関のうち、

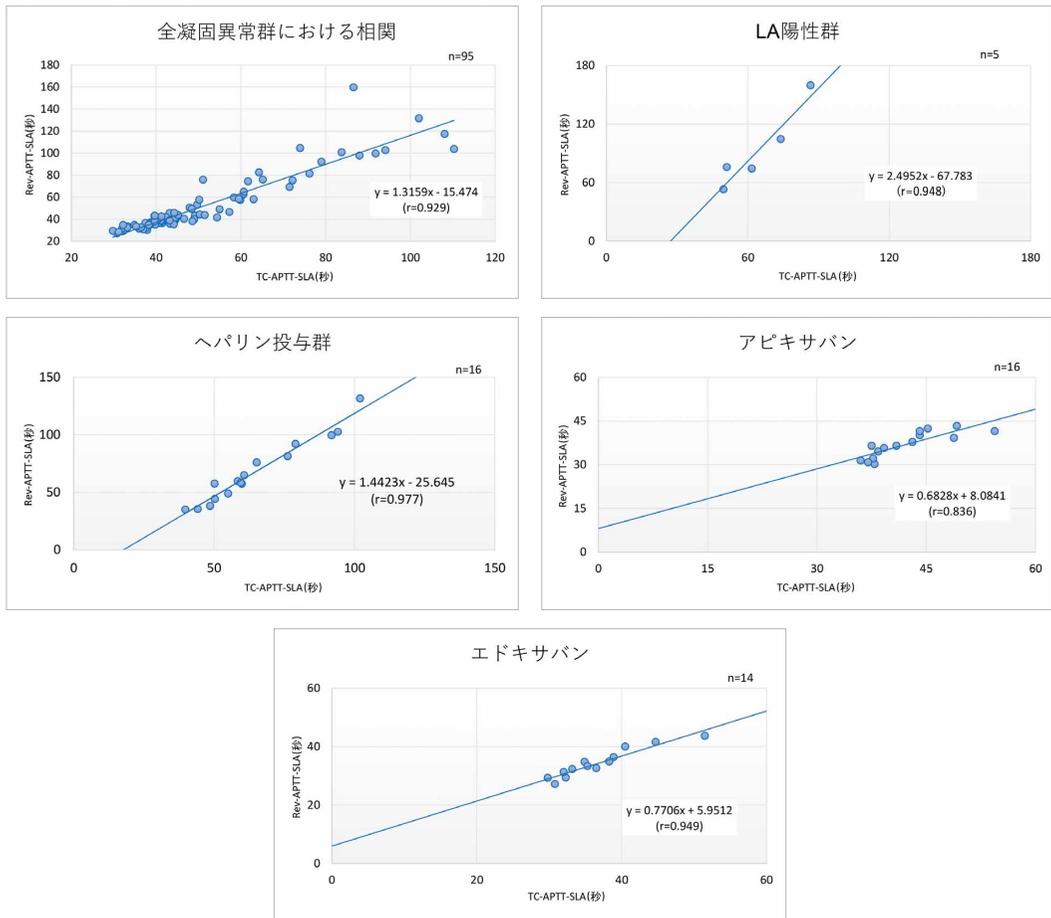


図3 凝固異常群 (LA陽性, ヘパリン投与, DOACs: アピキサバン, エドキサバン) の相関図

DOACsのコントロールに対するAPTTの指針はないものの、Rev-APTT-SLAのアピキサバン及びエドキサバンに対する感受性はTC-APTT-SLAよりも低いと考えられた。しかし、これらの変動要因に関しては検討件数が少ないため追加検討が必要と思われる。

また、LA及びヘパリンに対しては高い感受性を示した。LAにおけるクロスミキシング検査は診断に重要であり、同検査にAPTTは用いられるが、高い感受性を示したRev-APTT-SLAは、LAの検出及び鑑別試薬として優れていると考えられた。ヘパリン療法を行う肺血栓塞栓症のガイドラインでは、抗Xa因子ヘパリン濃度が0.3～0.7単位/mL

に相当する治療域、即ちAPTTが対照値の1.5～2.5倍になるように調節する必要があるが、APTT試薬には多様性があり、個々の凝固因子に対する反応性が異なるため注意を要すると報告されている²⁾。さらに、ヘパリン感度におけるin vivoとin vitroでは違いがあるため、臨床検体での評価が重要となる。下村らは、血中濃度0.16～0.29 IU/mLでは両試薬の比は同等に対し、0.30～0.70 IU/mLではRev-APTT-SLAはTC-APTT-SLAに対し約1.2倍であったと報告している³⁾。また、柏井らはRev-APTT-SLAはヘパリン濃度に依存した比の変動を示し、ヘパリン濃度が0.40 IU/mL以上で、両試薬のAPTT比の差

はさらに大きくなり、正確なモニタリングが可能であるが、一部に乖離例を認め、ヘパリン投与量だけでなく血中ヘパリン濃度およびアンチトロンビン活性、その他ヘパリン中和活性をもつ物質なども考慮する場合があると報告している⁴⁾。

本検討も加え、両試薬のヘパリンに対する感受性の違いによりAPTT比が1.5～2.5倍という同一の数値での評価は困難であると考えられた。Rev-APTT-SLAへの試薬切り替えには、反応性に違いが生じているため、各種委員会やMyWeb等を活用し、臨床側への事前周知を行った。また、反応性の違いを日常の検査結果を通して認識し、理解して頂く事が重要であると感じ、現行試薬TC-APTT-SLAとともに代替試薬Rev-APTT-SLAの測定結果を併記した報告期間を設けた。

ま と め

Rev-APTT-SLAは基本性能に優れ、スクリーニングやモニタリング等に有用な試薬と考えられた。一方、TC-APTT-SLAからの変更において試薬特性の違いによる混乱が予測され、スムーズな移行を行うために臨床側への周知や話し合いが必要と思われた。

引 用 文 献

- 1) 山崎 哲:押さえておきたい各種APTT試薬の特徴. Medical Technology, Vol.49 No.10:1082-1085.2021.
- 2) 伊藤正明, 他.肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断, 治療, 予防に関するガイドライン (2017改訂版) 2020.
- 3) 下村大樹, 河野 紋, 高田旬生, 他:全自動血液凝固測定装置CN-6000における活性化部分トロンボプラスチン時間キット レボヘムTMAPTT-SLAの基礎的検討.Sysmex Journal Web, 22 (2):31-49.2021
- 4) 柏井伸幸, 森下律子, 杉山昌晃, 他:ヘパリン投与例におけるAPTT試薬の反応性に関する検討.多根医誌, 第11第1号, 29-24, 2022

Basic Study of Revohem™ APTT-SLA and Efforts Towards In-hospital Introduction

Ryoko Ando^{*)}, Kazuhisa Fujishige, Kasumi Goda, Masami Moriya, Kazunari Fujimura^{**)},

^{*)} Central Laboratory Department, Mitoyo General Hospital

^{**)} Co-presenters

Abstract

With the discontinuation of the current reagent Trombocheck APTT-SLA (TC-APTT-SLA), we are switching to the alternative reagent Revohem™ APTT-SLA (Rev-APTT-SLA). Rev-APTT-SLA is characterized by small differences between lots as well as high sensitivity to lupus anticoagulant (LA) and heparin. We performed a basic study that resulted in good simultaneous reproducibility and onboard stability. It showed strong sensitivity to LA and heparin, revealing a difference in its reactivity with TC-APTT-SLA. Upon in-hospital introduction, measures have been taken to minimize confusion in clinical settings by promoting awareness, including warnings within hospitals, and establishing a period to report on combined use with current reagents.

Key words : Activated Thromboplastin Time: Rev-APTT-SLA: TC-APTT-SLA

第13回三豊総合病院学会を開催して

職員教育研修委員会 曾我部長 徳^{*}

8月10日木曜日に4年ぶりの病院学会が開催され127名の参加があった。院内の他部門における今の取り組みとその想いに触れられる場であり、今回は9題の発表があった。いずれもわかりやすく解きほぐした内容を熱くアピールされ、参加者に届いたことはアンケート結果からもうかがえた。最後に会の運営にあたり、働き方改革としての学会時間の短縮にも取り組まれた皆様にも感謝を申し上げます。

【審査基準】

- ①他部門の人にもわかりやすい内容であったか。(5点満点)
 - ②今後の診療・業務に役立つ内容であったか。(5点満点)
 - ③プレゼンテーション・アピールの質は良かったか。(5点満点)
- 基礎点として
- ④他の雑誌に投稿(1点)
投稿しない(0点)
(研修委員の方で加点します。)

* 1題15点満点+基礎点1点とします。

【賞】

- 病院学会賞
審査員全員の合計点で1題決定します。
- 院長賞
病院学会賞以外から1題院長が決定します。
- 学術賞
上記以外の発表者へ贈られます。

【審査員】

審査員所属	審査員氏名
副 院 長 (内 科)	高石 篤志
主 任 部 長 (外 科)	久保 雅俊
看 護 部 長	守谷 正美
副 看 護 部 長	植松由美子
部 長 (栄 養 管 理 部)	高橋 朋美
課 長 (地 域 連 携 課)	蔦原 和美

病院学会賞

9. 当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN) の初期成績
泌尿器科 上松 克利

院長賞

6. 臨床工学技士によるVA (バスキュラーアクセス) エコーを開始して
臨床工学部 新谷 真史

第13回三豊総合病院学会 プログラム
令和5年8月10日 (木)

第1部【座長】内科 吉田 泰成

1. 新人看護師のストレスの実態調査
看護部 高橋 明美
2. 当直勤務後の疲労状況についての検討
内科 松村 吉晃
3. 持参薬処理業務に関する現状調査
業務改善委員会 山岡 千賀
4. COVID-19に対する中央検査部の取り組み
中央検査部 横田 愷緒里

5. 小児MRI鎮静の安全確保に向けての取り組み

放射線部 平野 安聖

第2部【座長】中4階病棟 中浦 裕子

6. 臨床工学技士によるVA（バスキュラーアクセス）エコーを開始して

臨床工学部 新谷 真史

7. 高齢者の顎関節脱臼に関する臨床的検討

歯科 岸本 晃治

8. 当院における大腿骨頸部骨折に対する Femoral Neck System (FNS) の短期治療成績

リハビリテーション部 塩田 伸也

9. 当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（RAPN）の初期成績

泌尿器科 上松 克利

抄録

1. 新人看護師のストレスの実態調査

看護部 ○高橋明美 大西摩里
高橋春菜

新卒の専門職者が就職後数か月以内に予期せぬ苦痛や不快さを伴う現実に直面し、身体的、心理的、社会的なショック症状を表わす状態はリアリティショックといわれ、このストレス状態は就職後3か月目が最も高く離職願望が生じるといわれる。香川県の新卒者離職率は12.2%で全国的にも高い傾向にあり、A病院でも、新人看護師の社会人基礎力の低下や離職・休職があり、独り立ちができない現状があった。

今年度新人看護師を対象にリアリティショック尺度、バーンアウト尺度を使用したアンケートを入職後3か月、6か月時点で実施し新人看護師のストレスの実態を調査した。その結果、新型コロナウイルス感染症蔓延の中入職した新人看護師はさまざまなストレスを

個々に抱えており、自ら相談できない新人看護師が多い。このため自己の存在意義を確認できるよう配慮し、サポートティブに対応していく必要がある。そしていつもと表情や行動の変化が異なるか察知し、声をかけるなど細やかな配慮が必要である。

2. 当直勤務後の疲労状況についての検討

内科 ○松村吉晃 安原ひさ恵 山内健司
遠藤日登美 永原照也 神野秀基
眼科 山本真三子 曾我部由香

【目的】

当直業務は疲労しやすく判断力が低下し医療ミスにつながる危険性が高い。当院では当直後の午後の内視鏡検査を禁止している。当直後の疲労状態を評価し現在の当直後の勤務体制の是非について検討する。

【方法】

対象は2019年11月～2022年3月に当院で深夜当直を行う消化器内視鏡医師7名（年齢中央値36歳）。深夜当直後、午前の通常診療業務に従事した後、疲労の自覚的評価に自覚症しらべ、フリッカー値測定、遠近視力検査を、他覚的評価に血圧、脈拍数、唾液アミラーゼ活性値を対象者毎に3～4回測定した。非当直群として非当直日の午前業務終了時に同項目を1～2回測定し、2群間で各項目を比較検討した。

【結果】

当直群27例、非当直群10例を解析し、自覚症しらべでは当直群において眠気感、不安定感など12項目で非当直群と比較し有意に症状が強かった。フリッカー値は右眼において対象者全体で当直群40.5Hz vs 非当直群41.9Hz ($p=0.096$) と有意差はなかったが対象を37歳以上に限定すると当直群37.1Hz vs 非当直群40.2Hz ($p=0.023$) と有意に低下した。その他の項目は両群で有意差はなかった。

【結論】

内視鏡検査は常に画像を凝視し医学的判断を要求されるため、当直後の内視鏡業務は特

に注意が必要である。

3. 持参薬処理業務に関する現状調査

業務改善委員会 ○山岡千賀 中川和俊
増原ヒサヨ 池下愛子

【目的】

持参薬処理業務の現状を明らかにする

【方法】

期間：2023年5月2日～5月19日

対象：当院13病棟 看護師 234名に持参薬処理業務に関するアンケートを実施

持参薬処理業務とは・・・鑑別提出・薬袋作り・残数チェック・必要な日数分用法に応じて薬袋に入れる・中止薬の除包・ハイリスク薬のチェック表貼付など

【結果】

アンケート回収率94%。一人分の持参薬処理に要する時間は平均20分、その内時間外で処理している割合は65%であった。処理に時間を要する作業は残薬チェック、薬袋作り、中止薬除包の順で多かった。16時以降に薬剤鑑別から戻ってきた持参薬は82%日勤者が処理しており、17時以降は日勤者が33%、夜勤者が59%であった。鑑別後全ての持参薬を処理していると回答したのが41%であり、何日分処理するかは部署によって様々であった。持参薬に関するインシデントは24%あり、薬袋の記入間違いや、ジェネリック薬との重複投与などがあった。また、多くの種類の薬を大量に持参したり、残薬にばらつきがある、薬袋が無く用法用量が不明な薬が大量にあるなど、持参薬処理業務は煩雑であることが分かった。

【結論】

1. 持参薬処理に関して、業務内容に統一した基準がない。
2. 持参薬処理業務は日勤者がほとんど行っており、時間外業務に繋がっている。
3. 持参薬処理業務を行う過程で、インシデントに繋がる症例があり、システムを見直す必要がある。

4. COVID-19に対する中央検査部の取り組み

中央検査部 ○横田偲緒里 大平知弘
石川千広 秋山史穂
明石拓也 藤村一成

【はじめに】

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）感染症（以下COVID-19）が2019年12月に初めて報告されて以降、世界各国で流行し5類感染症に分類された現在においても陽性者が報告されている。今回我々はCOVID-19に対する中央検査部の取り組みと、院内クラスター対応例について報告する。

【検査機器・試薬】

抗原検査：クイックナビ-COVID19 Ag

PCR検査：GENECUBE 1台、Smart Gene 2台

【運用方法】

抗原検査は臨床側で検査・判定をし、結果を検査室で手入力。GENECUBEを用いたPCR検査は平日固定の時間に担当技師（5部門12名）が交代で行う。Smart Geneを用いたPCR検査は日当直担当技師全員が実施できるようにしており、緊急時・夜間・休日を使用し臨床側で検体採取・抽出までを行った後、検査室に輸送後検査を行う。

【クラスター対応例】

入院患者1名のCOVID-19陽性を引き金に接触者のPCR検査が行われ、同フロア入院患者7名および職員3名が陽性となった。その後清掃スタッフ2名も陽性が確認され、後日PCR検査を行ったところ1回目のPCR検査では陰性であった2名が陽性であることが確認された。検査室では感染対策室・病棟と密に連絡を取り、予め作成しておいたマニュアルに従い迅速な対応ができた。

【結語】

COVID-19の流行が始まって3年以上経過し、5類感染症になった。しかしCOVID-19は完全には収束しておらず今後もクラスター発生が懸念される。クラスター発生時、迅速に対応できるよう中央検査部全体で協力体制を取りCOVID-19のPCR検査と通常業務の両

立を行いたい。

5. 小児MRI鎮静の安全確保に向けての取り組み

放射線部 ○平野安聖 東慎也
看護部 谷ちあき 佐藤愛子
小児科 大橋育子 佐々木剛

【目的】

小児のMRI撮影においては安静が保持できないため、経口もしくは静注の鎮静剤を使用し実施している。鎮静時の睡眠は自然睡眠と異なり、強い呼吸抑制が出現する可能性がある。一方、MRI検査は円筒状の装置内で行われるため、担当技師による目視での呼吸状態確認は困難であり、モニターによる監視のみである。また、検査室内は強い磁場のため持ち込めない医療機器も多く急変時の迅速な対応に制限がある。両側面から、安全な検査を実施するには関連する各部署の共通認識および連携が重要であり、関連学会から出された指針「MRI検査時に関する共同提言」に沿った体制の整備が必要である。

【方法】

日本小児科学会主催第15回 Sedation Essence in Children Under Restricted Environment (SECURE) コースに参加し、自施設の問題点の抽出と今後の課題および具体的な対応方法について学んだ。

【結果】

研修会で検討した結果、以下のような課題が抽出された。MRI撮影時には主としてトリクロホスナトリウムの経口摂取により鎮静を行っており、その場合、2-4-6ルールに従った食事・飲水制限は行っていない。内服後の呼吸監視(SpO₂持続モニタリング)は実施しておらず、検査前、検査中はMRI担当放射線技師による確認のみとなっている。外来での実施であり、検査後は覚醒を確認し帰宅となるが、帰宅基準は主治医が主観的に判定しているのみであり、客観的な評価は行われていない。

【結論】

研修会で抽出された課題について、各部署で情報共有し、今後、小児MRI鎮静における安全確保のための記録用紙を作成し、運用していく方針である。

6. 臨床工学技士によるVA（バスキュラーアクセス）エコーを開始して

臨床工学部 ○新谷真史 明神健太郎
高橋佳奈 石川浩太
坂上奈美子 松本恵子
内科 山成俊夫 石津勉

【目的】

当院ではVA管理のため医師や臨床検査技師がVAエコーを実施している。2021年5月21日「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法の一部を改正する法律」が成立し、この法律により医師の働き方改革に関するタスクシフト・シェアを推進するために臨床工学技士法が改正された。現行法での解釈で可能とされる業務にVA管理を目的とした臨床工学技士のVAエコーが認められ、良好な状態でVAを維持していくために2022年4月より臨床工学技士によるVAエコーを開始したので報告する。

【方法】

対象は2022年4月～2023年7月における当院外来維持透析患者24名。臨床検査技師が過去にVAエコーを実施し、詳細なVAマッピングレポートがある患者で、STS3点以上などVAに何らかの問題を認めた場合、医師に報告し臨床工学技士によるVAエコーを実施。VAの形態評価・機能評価を行い、VAエコーレポートを作成した。

【結果】

VAエコー施行件数は延べ40件（透析前1件・透析中33件・透析後6件）。医師に報告し、経過観察29件、PTA11件であった。

【結論】

臨床工学技士によるVAエコーを開始することで、VAトラブルの精査やVAの現状把

握が行えた。現状は2名でVAエコーを実施しているため、VAエコーの研修プログラムを確立し、他のスタッフもVAエコーを実施していけるよう努めていきたい。

7. 高齢者の顎関節脱臼に関する臨床的検討

歯科 ○岸本晃治 後藤拓朗 宮下志織
戸田知美 井下祐里 高橋弥生
伊原木聰一郎（岡山大学）

看護部 宮脇木綿子

【目的】

高齢化が進む三豊及びその周辺地区では、顎関節脱臼を起こす高齢者は多いと推察される。今回、顎関節脱臼を起こして当科に紹介された高齢患者の臨床的特徴を明らかにするために検討を行なったので報告する。

【方法】

2021年4月から2023年3月までの2年間で、顎関節脱臼を起こして当科に紹介された高齢患者17例について、性別、年齢、脱臼様式、既往疾患、全身状態、発症契機、治療法、転帰を調べた。

【結果】

性別は男性5例に対し女性が12例（男女比3:7）と多く、平均年齢は85.9歳であった。脱臼様式は両側性、習慣性がそれぞれ15例（88.2%）と多く認められた。既往疾患は脳血管障害が12例（70.6%）と最も多く、次に認知症6例（35.3%）、循環器疾患5例（29.4%）と続いた。PS3以上が15例を占め、これらの患者の発症契機は不明であったが、咳反射や咀嚼筋の拘縮・弛緩による大開口が原因と推測された。治療は自己整復できた2例を除き、15例に徒手整復を行い、必要に応じて顎バンデージを装着した。また、家族の同意が得られた4例に顎関節自己血注入療法を施行し有効であった。しかし、徒手整復を試みた3例は、整復不可能あるいは整復してもすぐに再脱臼を起こし、全身状態も不良のため、それ以上の治療を断念せざるを得なかった。

【結論】

高齢者の顎関節脱臼は、一般に習慣性で、脳血管障害や認知症の患者に多い。徒手整復、顎バンデージによる開口制限に加え、顎関節自己血注入療法は有効な治療法であるが、患者の全身状態と家族の意志が治療の継続に大きく影響した。

8. 当院における大腿骨頸部骨折に対する Femoral Neck System (FNS) の短期治療成績

リハビリテーション部 ○塩田伸也 三村知之
谷栄了 高井一志

【目的】

大腿骨頸部骨折に対する骨接合術では、さまざまなインプラントが用いられている。近年では①角度安定性 ②回旋防止 ③低侵襲な手術が可能な観点から Femoral Neck System（以下；FNS）が使用されている。当院でもFNSが使用されており、今回は当院のFNS治療例の短期治療成績を報告する。

【方法】

2019年1月～2023年3月に当院で大腿骨頸部骨折に対してFNSを用いて骨接合を行った42例のうち転院後最終転帰の確認できる19例を対象とした。

評価項目は骨折型分類（Garden分類、Pauwels分類）、転移の程度を正面像・側面像のGarden Alignment Index（GAI）、術前後の歩行能力とした。

【結果】

内訳は男性3例、女性16例で平均年齢は80.9±7.72歳であった。骨折型はGarden分類stage I :5例、stage II :14例であった。Pauwels角は平均41.9±5.22度、Pauwels分類はtype II :19例であった。GAIは術前正面像平均166.5±7.38度、術後正面平均166.0±6.41度、術前側面平均178.4±8.31度、術後側面平均177.7±2.82度であった。また19例中2例で術後cut outが見られた（cut out率：10.5%）。

近年報告されているFNS cut out率は7.1%

～14.3%であり、当院におけるFNSの短期成績は同程度の成績といえる。また当院入院中に独歩または歩行補助具使用にて歩行自立されたのは9/19例であったが最終歩行能力では15例で歩行自立であった。

【結論】

当院では、術後合併症を予防する目的で画像評価を実施し荷重負荷をコントロールしているが、最終的な自立歩行の獲得には影響がないことが推測できる。急性期として早期からの離床は重要であるが、術後合併症リスクの高い症例では、慎重に荷重を進めることの意義は大きいと考える。

9. 当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN) の初期成績

泌尿器科 ○上松克利 松本啓輔
鎌田聡子 森聰博
山田大介

【背景】

当院では2020年10月よりロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN) を開始し、現在まで20例以上施行した。治療成績について報告する。

【対象と方法】

2020年10月から2023年6月に当科でRAPNを施行した22例を対象とした。術者は1名。腫瘍の位置により経腹膜のアプローチと後腹膜アプローチのいずれかを選択した。平均観察期間は16.3ヶ月(1～30)であった。

【結果】

平均年齢は67.8歳(41～85)、平均腫瘍径は27.1mm(10～46)。平均RENAL nephrometry scoreは6.7(4～10)であった。13例で経腹膜アプローチ、9例で後腹膜アプローチにて手術を行った。平均手術時間は152分(85～228)、平均コンソール時間は103分(45～155)、平均温阻血時間は11.2分(4～29)、平均出血量は少量(少量～150)であった。全例術中術後に大きな合併症は認め

ず、早期の退院が可能であった。病理学的には全例断端陰性であり、経過観察期間内に再発例は認めなかった。

【結語】

当院におけるRAPNの治療成績を報告した。手術成績も安定しており、今後も手術適応を拡大していく予定である。

質疑応答

1. 新人看護師のストレスの実態調査

看護部 高橋 明美

- ①新人看護師のストレスについての発表だったが、今後に向けて何かこうしたいとありますか？
⇒新人看護師の思いを傾聴し、根拠を教えながら、存在意義を認める対応ができたらしいと思う。

2. 当直勤務後の疲労状況についての検討

内科 松村 吉晃

- ①内視鏡検査についての報告だが、今回の結果について言っておきたいことは？
⇒医師の人数の調整の困難さもあるが、当直明けの働き方については、患者の安全を守るためにも、全体でカバーしていく必要があると思う。
- ②発表内でフリッカー値を測定しているが、対象群を37歳以上に限定している。37歳以上とした理由は？
⇒対象者の年齢中央値が36歳であったため。
- ③対象者の最高齢は？視力の低下や視野の変化等を日常的に自覚したのが35歳位だったと記憶している。
⇒2019年から2022年にかけては47～49歳。普段の睡眠時間もある程度ほしいところではある。

3. 持参薬処理業務に関する現状調査

業務改善委員会 山岡 千賀

- ①持参薬については持っているけど飲んでないなど、入院をきっかけに表面化してくる問題があると思う。システムの見直し等を考えているか？

⇒看護部で持参薬処理に対する基準はない。それぞれの部署で対応をしている。看護部だけで対応は難しく、高齢の方が増えており管理の必要性を感じる人が多い。薬剤部もポリファーマシーの取り組みを行っており、必要な薬を内服してもらう、という対応が今後必要である。

4. COVID-19に対する中央検査部の取り組み

中央検査部 横田 偲緒里

- ①PCR検査に関して、現在はほぼコロナ検査の対応で使用していたが、今後コロナ以外に使う予定はあるか？

⇒ジーンキューブの機械に関しては、結核菌を、スマートジーンに関してはCDトキシン、マイコプラズマなどの検査を対応できるように調整中である。

5. 小児MRI鎮静の安全確保に向けての取り組み

放射線部 平野 安聖

- ①小児科で鎮静が必要なMRIを撮影するときの小児科Drの立ち合いなどにマニュアルやシステムはあるか？

⇒現在、システムはない。トリクロロエチレン、エクセル座薬などは外来で使用後、放射線部に来られる。イソゾール注射液の場合は小児科医師と小児科外来の看護師が付き添って放射線部に来て注射を行っている。その時々で対応がまちまちの状況のため、今後の課題であると感じている。

6. 臨床工学技士によるVA（バスキュラーアクセス）エコーを開始して

臨床工学部 新谷 真史

- ①VAエコーを使用し始めて、シャント閉塞、PTA件数はどうか？

⇒PTAの件数は2022年度が22件、2021年度が23件、VAエコーを始めたのは2022年のため、あまり変化はなかった。閉塞に関して、2022年が3件、2021年が2件で件数はあまり変わらない。

7. 高齢者の顎関節脱臼に関する臨床的検討

歯科 岸本 晃治

- ①自己血注入療法の効果があるというメカニズムと、効果がありすぎて開口障害などをきたした例がないか？

⇒保険適応でない理由が、メカニズムが不明であるから。関節に注入し、瘢痕化させて、口を開けすぎないようにする。開きにくくなった報告は今のところない。

- ②開口障害は出ない？

⇒そこまでは出ない。メカニズムは出血と一緒に、瘢痕治癒させるという方法。

8. 当院における大腿骨頸部骨折に対するFemoral Neck System (FNS)の短期治療成績

リハビリテーション部 塩田 伸也

- ①FNSを使用することでリハビリなどでのメリットはあるか？

⇒もともと安定型と不安定型があり安定型で使用されるもの。不安定型では他の術式、人工骨頭を使用する。今まで使用していたものと比較し、少し固定制が強い、低侵襲のため、リハビリの離床速度が速くなっている印象がある。

9. 当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN)の初期成績

泌尿器科 上松 克利

- ①腎癌の手術において、ロボット支援で行

うのと、開腹で行うのと、細かい作業はどちらがやりやすいか？

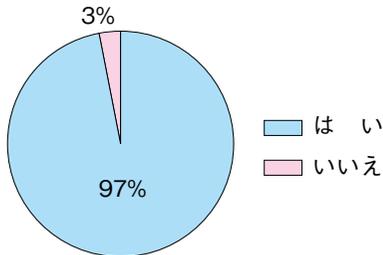
⇒今だと明らかにロボットの方が楽である。直視下では見えない部分がある。ロボットを行う前は、自分の手の感覚などでできていたが、ロボットを使用するとしっかり見えることでより安全な手術ができる。

②心機能が低下しているなど、ハイリスク患者に対しては、開腹とロボット支援とではどちらがいいか？

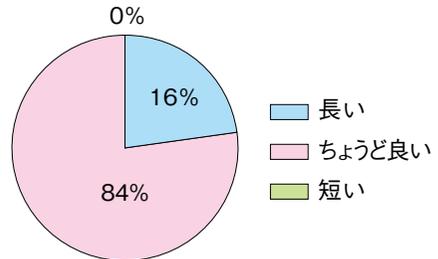
⇒ハイリスクである要因にもよるが、全身麻酔がかけられるかどうか、が判断としてまず必要。ロボットでの推定時間、開腹での推定時間の読み、もしほぼ同じくらいの時間でいけるのであれば、ロボットを選択する方が、侵襲が少ないし立ち上がりがいいのではないかと考える。

第13回三豊総合病院学会 アンケート集計結果

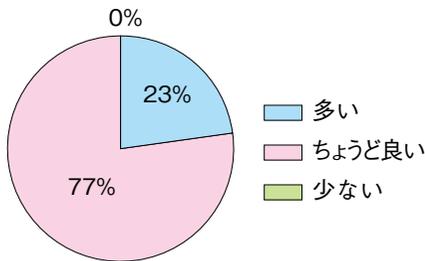
1. 今回の発表は、今後の診療、業務に役立つ内容でしたか



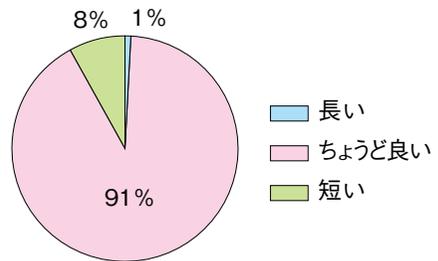
2. 学会の運営時間はどうでしたか



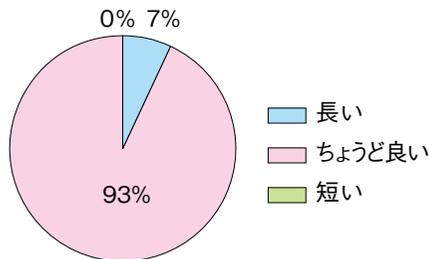
3. 発表演題数はどうでしたか



4. 各演題の発表時間設定はどうでしたか



5. 集計時間はどうでしたか



6. 審査方法について何かご意見はありますか

- ・良いと思う。
- ・具体的な審査方法が分からないため意見は難しい。

7. 今後の運営方法（時間、学会形式）についてご意見はありますか

- ・ちょうどいい。今のままで良いと思う。
- ・時間は1時間程度にしてほしい。
- ・時間内の開催を検討してほしい。
- ・演題数9題は多い。
- ・医師とコメディカルに分ければ、今回の演題数でも良いと思う。
- ・発表時間5分は短いと思ったが、テンポがよくて良かった。

8. 左記の他にご意見があればお聞かせください

- ・他部署について詳しく聞けて良かった。参考になった。
- ・医師のやり取り（質疑応答）は興味深かった。
- ・今後も継続して行ってほしい。
- ・最後のビデオが良かった。
- ・声が聞き取りづらかった。
- ・抄録が欲しい。
- ・終了後食事をしながら話をする機会があっても良いかと思った。
- ・何題か発表してから質疑応答という形でも良いと思う。



令和5年度職員教育研修委員会メンバー

役職	部署	名前
委員長	心臓血管外科主任部長	曾我部長徳
副委員長	副院長	中津 守人
副委員長	南4階病棟師長	大西由佳里
	外科部長	宇高 徹総
	内科部長	大西 伸彦
	小児科主任部長	佐々木 剛
	放射線部	角野 紀子
	リハビリテーション部	高井 一志
	中央検査部	田村咲希奈
	薬剤部	高原紗知子
	看護部長室師長	島矢さゆり
	南3階病棟	中川 和俊
	西7階病棟	安倍 宏美
	管理課	丸戸 広大
	人事課	人見 幸世
	医局支援課	近藤理香子



内科 CPC 記録

第1回 (2022年10月19日)

内科CPC 22-1 (臨床診断) 癌性腹膜炎

第2回 (2021年10月26日)

内科CPC 22-2 (臨床診断) 間質性肺炎急性増悪

内科CPC 22-1 癌性腹膜炎

SN856:70歳代 男性 (2021年5月剖検)

(内科) 切石 菜々美・西村 晃彦

(病理) 宮谷 克也

本症例は、70歳、男性。約2週間前より腹痛を自覚していたが、増強にて、当院救急搬送・入院となった。画像上 多発肝SOLがみられ、貯留する腹水に対しては穿刺が行われ、細胞診にてadenocarcinoma を検出。大腸癌・多発肝転移・癌性腹膜炎の臨床診断にて、緩和治療が行われたが、入院後9日目に亡くなられた。死後約3時間での解剖で、詳細は以下の通り。

開胸時、胸水貯留(左 少量, 右 200ml, いずれも淡黄色透明)を認めた。肺(左 209g/右 250g)は、両側上葉で胸膜の癒着が目立ち、用手剥離困難だった。両側共に色調は正常、上葉を中心の気腫性変化と下葉の虚脱がみられ、外観上では肺炎所見(-)、結節性病変を左肺下葉(小豆大)に認めた。固定後の剖面では、上葉の気腫性変化をみる程度で、肺炎像・腫瘍像は明らかではなかった。左肺下葉の小結節(切片上10x4mm大)は乳頭状構造を示す分化型腺癌の像だった。左肺門リンパ節の腫大がみられたが、同部には腺癌の転移を認めた。この他にも 組織学的には、全肺葉で 腺癌の微小病変を認めた。

心臓(402g)は、概ね 当屍手拳大、右房は拡張気味だった。固定後の剖面では、左室壁1.5cm・右室壁0.3cm、左室下壁 中隔～後壁に陳旧性虚血性病変と考えられる線維化巣(切片上約9mmの範囲)を認めた。大動脈は 弾性良好で、硬化所見は乏しかった。

腹部では、腹水貯留(2500ml, 淡黄色, 部分的に血性)を認めた。大網は“板状”の腫瘤形成で、腹腔面を覆っていた。また腹膜播種と考えられる小結節多発がみられ、一見して癌性腹膜炎の状態と考えられた。胃では小弯側、小腸では腸間膜に累々とリンパ節腫大がみられた。大腸癌の臨床診断だったが、(後述の通り)大腸を含め消化管には明らかな原発巣は認めなかった。

肝臓(1233g)には多発性に結節性病変を認めた。左葉では径約3cmまで、右葉では径約4.5cmまで、いずれもadenocarcinomaの像で、形態的に肺病変と同じ像を示し、転移と考えられた。非腫瘍部の肝組織では、うっ血をみる程度だった。

胆嚢は 胆汁を入れ腫大していた。結石はみられなかった。

膵臓は、表面からは肉眼的に病変は不明瞭だったが、尾部を中心に腫大みられ、同部は触診上、硬結あり。固定後の剖面では、最大径約3cm、剖面（横断面）をほぼ置換する結節性病変で、主に中分化型adenocarcinomaの像だった。広範な変性・壊死や周囲リンパ節転移を伴っていた。形態的に一連の病変の原発巣と考えられた。

食道は“白斑”が目立つ印象だった。胃には著変認めなかったが、小弯に沿って累々としたリンパ節腫大（転移）が観察された。小腸・大腸では広範に、腫瘍播種からの腫瘍浸潤・増殖像（浸潤は概ね固有筋層まで）を認めた。

腎臓（左120g/右108g）は肉眼的には著変なく、組織学的には、皮質に硬化した糸球体が散見（左腎では一部集簇あり）される程度だった。膀胱では粘膜面には著変認めなかったが、腹腔面では広範な腫瘍播種がみられ、一部では固有筋層への浸潤を認めた。前立腺は、肥大所見は乏しく、nodular lesionは不明瞭で、悪性像は認めなかった。副腎（左3.7g/右4.9g）は加齢変化をみる程度で著変認めなかった。

脾臓（34g）は萎縮をみる程度、脊椎骨骨髓は肉眼的に赤色髄で、組織学的には軽度過形成髄だった。

リンパ節転移は前述の通り、胃周囲・大動脈周囲・膵周囲・腸間膜及び左肺門に認められた。

臨床上の疑問点は、腫瘍原発巣は？だった。前述の通り、腹部はomentum cakeや多発播種結節を伴う癌性腹膜炎の状態だった。臨床的には“大腸癌”が疑われたが、大腸を含め消化管には原発巣となり得る病変はなく、他臓器でも同様だった。膵臓は外観上は尾部の若干の腫大程度で目立った変化はみられなかったが、同部に硬結を触れ、剖面は結節様で、組織学的には中分化型adenocarcinoma像であり、原発巣と同定された。

病理解剖診断

主病変：

- 膵癌（浸潤性膵管癌；中分化型腺癌、尾部）及びその転移
臓器転移：両肺（主には多発微小転移）、肝臓、腹膜（播種性）、消化管（播種性、主に小腸）、膀胱（播種性）
リンパ節転移：胃周囲、大動脈周囲、膵周囲、腸間膜、左肺門
- 癌性腹膜炎（腹水2500ml）

副病変：

- 陳旧性心筋梗塞（中隔～後壁）
- 胸水（左少量/右200ml）

内科CPC 22-2 間質性肺炎急性増悪

SN859:80歳代 男性 (2021年9月剖検)

(内科) 松本 啓輔・浮田 健太郎

(病理) 宮谷 克也

本症例は、81歳、男性。既往歴はB型肝炎、膀胱癌にてTUR後(2年前)など。発症前まで、膀胱癌に対してBCG療法が施行されていた。微熱が続いたため救急外来受診、肝機能異常もみられたため入院となった。入院6日目に酸素化低下あり、CTにて間質性肺炎の所見がみられ、ステロイドパルス療法が施行された。治療効果は乏しく、呼吸状態悪化により、入院後約3週間で亡くなられた。死後約1時間での解剖で、詳細は以下の通り。

身長163cm/体重63kg、両側前腕に紫斑、両下腿に軽度浮腫を認めた。

開胸時、胸水貯留(左350ml/右300ml、共に黄褐色透明)を認めた。胸膜の癒着なく、両側肺(左564g/右761g)共に、重量・硬度を増して(摘出後の型崩れなく、edgeは明瞭だった)、外観上はARDS的な印象だった。固定後の剖面は、全体的に“髄様”で、focalに気腫性変化や拡張気管支が観察された。蜂窩肺のような慢性的な間質性肺炎像は観察されなかった。組織学的には、全体的に

概ね一様な像が観察された。肺胞を始めとする“気腔”は、浸出物及び線維成分により埋められ、残存する気腔内には出血も目立ち、含気は著しく乏しくなっていた。また“硝子膜”と考えられる像も散見され、以上の所見より、びまん性肺胞障害(線維成分量より、器質化期)と考えられた。また両側肺では、多発性に多核巨細胞と共に微小な“類上皮増生巣”を認めた。異物像は明らかなものはなく、誤嚥は否定的だった。背景のびまん性肺胞障害にマスクされているが、これら多発性病変は明らかな異常所見であり、病歴と併せて、BCG療法の関与が示唆された。

心臓(495g)は肥大気味で、僧帽弁・大動脈弁には疣贅がみられた(M弁前尖約4mm、A弁左・後半弁約13mm、右半月弁約6mm)。これらはいずれも“非感染性”で、成因は不明だった。左室左側壁では微小な線維化巣がみられた。大動脈では、腹部に軽度の硬化をみるものの、概ね弾性良好だった。

腹部では、腹水貯留(150ml、黄色透明)を認めた。肝臓(1009g)は、肉眼的にはうっ血をみる程度で著変認めなかった。組織学的には主に小葉中心性に、軽度のうっ血と軽微な脂肪化をみる程度で、肝機能異常を示唆するような病変は認めなかった。

胆嚢では内容は胆汁で、結石なし。広範な粘膜変性をみる胆嚢で、有意な炎症所見は認めなかった。膵臓は実質の死後変性と軽度の脂肪浸潤をみる程度。体部では一部に拡張導管(径3mmまでの拡張)の集簇と実質の線維化・萎縮像を認めた。

食道では、一部粘膜の発赤を認めた。胃はair多量で膨満、内容は褐色液だった。体上部小弯では、粘膜の発赤を認めた。

回腸末端側で、粘膜発赤が目立ち同部を採取、組織学的には、粘膜出血・びらん性変化多発を認めた。

腎臓(左132g/右123g)では、若干色調の変化がみられたが、作製標本では、うっ血と死後変化をみる程度だった。

膀胱は膀胱癌(尿路上皮癌、G2、pTa)にて治療後状態(TUR-Bt)。剖検時明らかな腫瘍残存なく、粘膜出血をみる部位を標本作製したが、腫瘍成分は認めなかった。前立腺は肥大所見は乏しく、悪性所見は認めなかった。切片上1ヶ所で、由来不明な小壊死巣

を認めた。

副腎（左4.1g/右4.2g）は 両側共に萎縮をみる程度だった。脾臓（18g）は 脾柱像が目立つ萎縮脾で、軽度の慢性うっ血を認めた。脊椎骨髄は正～過形成性髄で、明らかな形態異常は認めなかった。リンパ節は 肉眼的には有意な腫大はみられなかった。

臨床上の疑問点は、1. 間質性肺炎の原因は？またステロイドパルス療法抵抗性の原因は？ 2. 肝機能異常の原因は？ だった。

間質性肺炎の原因については臨床経過・剖検結果併せて、BCG療法が契機となっている可能性が高いと思われた。ステロイド抵抗性については、肺の器質化は不可逆性だったものと思われた。肝機能異常については、肝臓には病的な所見は認めなかった。

病理解剖診断

主病変：

1. びまん性肺胞障害（器質化期）
2. 膀胱癌（尿路上皮癌 G2, pTa, 術後再発なし）

副病変：

1. 非感染性心内膜炎（僧帽弁・大動脈弁疣贅）
2. 胸水（左350ml/右300ml, 黄褐色透明）
3. 腹水（150ml, 黄色透明）

※ 本症例は 内科CPC21-4 を発表者を変えて再度開催されています。

診療実績及び活動報告

令和4年度分（2022.4.1～2023.3.31）

診療実績及び活動報告 一覧表

令和4年度 (2022.4.1～2023.3.31)

No.	部門及び科,部署	担当者	内 容
1	医事課	(企画情報室)	患者の状況
2	内科	消化器 (永原 照也)	消化器内視鏡センターにおける検査・治療実績と今後の展望
3		肝臓 (守屋 昭男)	肝疾患の診療実績
4		循環器 (高石 篤志)	循環器科診療実績
5		代謝科 (藤川 達也)	代謝科診療実績
6		腎臓内科 (山成 俊夫)	腎臓透析部門実績
7	外科	(宇高 徹総)	外科年間手術件数
8	整形外科	(阿達 啓介)	整形外科実績
9	産婦人科	(藤原 晴菜)	産婦人科実績
10	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	(印藤加奈子)	耳鼻咽喉科・頭頸部外科実績
11	泌尿器科	(上松 克利)	泌尿器科診療実績
12	皮膚科	(斉藤 まり)	皮膚科実績
13	脳神経外科	(斉藤 信幸)	脳神経外科診療実績
14	眼科	(曾我部由香)	眼科診療実績
15	小児科	(佐々木 剛)	小児科診療実績
16	形成外科	(太田 茂男)	形成外科診療実績
17	放射線部	(東 慎也)	放射線部実績
18	歯科口腔外科	(岸本 晃治)	歯科口腔外科実績
19	緩和ケアチーム	(白川 律子)	緩和ケアチーム活動実績
20	外来化学療法室	(伊加 由美)	外来化学療法実績
21	看護部	(守谷 正美)	看護部実績
22	ICU/CCU	(楠瀬 恭)	ICU/CCU入室実績
23	地域救命救急センター	(楠瀬 恭)	地域救命救急センター入室実績
24	中央手術室	(倉田 銘子)	手術室実績
25	中央材料滅菌室	(倉田 銘子)	中央材料滅菌室実績
26	入退院サポートセンター	(池下 愛子)	入退院サポートセンター実績
27	薬剤部	(加地 努)	薬剤部実績
28	中央検査部	(藤村 一成)	中央検査部実績
29	リハビリテーション部	(木村 啓介)	リハビリテーション部実績
30	臨床工学部	(松本 恵子)	臨床工学部実績
31	歯科衛生科	(高橋 弥生)	歯科衛生科実績
32	栄養管理部	(高橋 朋美)	栄養管理部業務実績
33	視能訓練科	(山本真三子)	視能訓練科活動実績
34	心理臨床科	(三好 史)	心理臨床科実績
35	地域医療連携室	(地域医療連携室)	地域医療連携室実績
36	院内保育園	(わたっ子保育園)	わたっ子保育園活動実績
37	地域医療部	(中津 守人)	地域医療部活動実績
38	歯科保健センター	(後藤 拓朗)	歯科保健センター実績
39	わたつみ苑	(わたつみ苑)	介護老人保健施設わたつみ苑実績
40	ICT活動	(山田 大介)	I C T活動実績
41	NST活動	(遠藤 出)	第20期NST活動報告
42	褥瘡対策委員会	(斉藤 まり)	褥瘡対策委員会活動報告
43	病児・病後児保育室	(病児・病後児保育室)	病児・病後児保育室実績

1. 患者の状況

医事課 企画情報室

■患者数の推移

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
入院	患者数(人)	142,219	139,455	124,662	125,160	126,051
	1日平均患者数(人)	389.6	381.0	341.5	342.9	345.3
	新入院患者数(人)	26.4	25.1	22.5	23.0	21.7
外来	患者数(人)	210,924	205,301	180,807	192,501	188,840
	1日平均患者数(人)	864.4	848.4	744.1	795.5	777.1
	初診患者数(人)	83.2	72.9	58.2	68.1	63.8
地域医療支援病院紹介率(%)		61.2	69.4	63.8	56.8	60.8
一般病床稼働率(%)		83.0	84.0	74.4	75.4	74.9
緩和ケア病床稼働率(%)		52.2	40.6	-	-	-
地域包括ケア病床稼働率(%)		75.8	72.6	59.1	66.7	63.4
感染症病床稼働率(%)		4.0	5.2	21.4	46.7	63.1
平均在院日数(日)		13.2	13.8	14.3	14.4	14.9

■令和4年度救急患者数

診療科	入外	救急患者総数		平日時間内		平日時間外		休日	
		計	うち、救急車	計	うち、救急車	計	うち、救急車	計	うち、救急車
泌尿器科	入院	73	33	25	18	22	10	26	5
	外来	150	11	5	0	47	4	98	7
内科	入院	2,412	1,317	980	529	694	403	738	385
	外来	2,938	658	851	190	938	239	1,149	229
透析	入院	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	16	3	4	1	4	1	8	1
神経内科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	2	0	1	0	1	0	0	0
精神科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0
外科	入院	157	74	60	33	41	20	56	21
	外来	183	71	37	34	63	19	83	18
形成外科	入院	14	11	5	4	5	3	4	4
	外来	307	31	8	7	132	7	167	17
整形外科	入院	442	368	162	156	130	106	150	106
	外来	608	142	52	44	228	41	328	57
小児科	入院	80	23	13	9	23	6	44	8
	外来	958	65	24	16	253	27	681	22
産婦人科	入院	100	17	8	4	55	7	37	6
	外来	46	3	2	0	17	0	27	3
放射線科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻科	入院	6	5	2	2	3	2	1	1
	外来	37	9	4	2	15	4	18	3
眼科	入院	1	0	0	0	0	0	1	0
	外来	38	2	0	0	15	1	23	1
皮膚科	入院	13	8	6	4	2	1	5	3
	外来	144	3	1	0	55	2	88	1
脳外科	入院	220	161	99	76	59	49	62	36
	外来	303	88	39	21	108	26	156	41
歯科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	17	2	0	0	8	0	9	2
緩和ケア科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0
計	入院	3,518	2,017	1,360	835	1,034	607	1,124	575
	外来	5,747	1,088	1,028	315	1,884	371	2,835	402
	計	9,265	3,105	2,388	1,150	2,918	978	3,959	977

■令和4年度退院患者（男女別・科別疾患群分類）

ICD-10分類	合計	男女別		科 別												
		男	女	内科	外科	整形外科	産婦人科	泌尿器科	小児科	脳外科	眼科	皮膚科	形成外科	歯科	透析	耳鼻科
感染症及び寄生虫症	162	85	77	113	3	1	2	7	11	0	0	18	2	0	0	5
新生物	1,387	861	526	551	370	14	58	321	0	14	0	1	43	5	0	10
血液および造血管の疾患 ならびに免疫機構の障害	102	58	44	78	1	0	0	20	2	0	0	1	0	0	0	0
内分泌、栄養および 代謝疾患	249	131	118	212	17	3	0	8	3	3	1	1	0	0	0	0
精神および行動の障害	19	10	9	11	2	0	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0
神経系の疾患	167	93	74	75	3	33	0	0	7	39	0	0	0	0	0	10
眼および付属器の疾患	213	95	118	1	0	0	0	2	0	1	186	0	21	0	0	2
耳および乳様突起の疾患	32	15	17	23	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8
循環器系の疾患	1,016	619	397	733	72	7	0	4	1	195	0	0	3	0	1	0
呼吸器系の疾患	799	500	299	612	27	9	3	8	90	4	0	0	0	1	4	41
消化器系の疾患	1,387	831	556	987	350	1	4	6	6	1	0	0	0	30	0	2
皮膚および 皮下組織の疾患	95	57	38	16	3	10	0	5	0	1	0	43	12	3	0	2
筋骨格系および 結合組織の疾患	414	202	212	135	7	247	0	4	7	5	0	5	1	1	1	1
腎尿路生殖器の疾患	592	361	231	243	7	2	31	299	7	2	0	0	0	0	1	0
妊娠、分娩および産褥	139	0	139	0	0	0	139	0	0	0	0	0	0	0	0	0
周産期に発生した病態	39	22	17	0	0	0	0	0	39	0	0	0	0	0	0	0
先天奇形、変形 および染色体異常	6	2	4	0	2	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0
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	223	138	85	134	6	6	2	46	12	5	0	1	5	0	0	6
損傷、中毒および その他の外因の影響	907	451	456	87	30	665	5	11	10	69	0	12	18	0	0	0
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	20	10	10	5	10	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1
合 計	7,968	4,541	3,427	4,016	910	998	247	747	196	341	187	83	108	40	7	88

■令和4年度退院患者（地域別疾患群分類）

ICD-10分類	合計	観音寺市			三豊市							四国中央市	その他
		豊浜町	大野原町	旧観音寺市	山本町	財田町	仁尾町	詫間町	高瀬町	三野町	豊中町		
感染症及び寄生虫症	162	14	13	60	10	8	6	4	12	4	12	11	8
新生物	1,387	92	129	431	65	22	57	100	100	41	109	202	39
血液および造血管の疾患 ならびに免疫機構の障害	102	11	10	24	4	3	14	3	4	0	8	13	8
内分泌、栄養および 代謝疾患	249	17	27	83	15	7	10	13	25	7	20	19	6
精神および行動の障害	19	2	5	2	3	0	1	1	1	1	2	1	0
神経系の疾患	167	14	27	39	6	6	4	13	12	1	12	16	17
眼および付属器の疾患	213	32	36	61	8	4	5	6	9	1	10	28	13
耳および乳様突起の疾患	32	2	3	14	2	1	2	2	1	1	1	3	0
循環器系の疾患	1,016	71	119	304	64	35	49	63	70	37	83	79	42
呼吸器系の疾患	799	50	106	264	34	28	36	45	70	20	65	46	35
消化器系の疾患	1,387	116	130	413	71	35	123	93	83	37	110	125	51
皮膚および 皮下組織の疾患	95	4	7	29	3	4	4	3	13	3	6	8	11
筋骨格系および 結合組織の疾患	414	45	37	139	30	12	13	18	24	9	32	28	27
腎尿路生殖器の疾患	592	57	52	157	29	14	24	28	28	12	52	117	22
妊娠、分娩および産褥	139	11	11	46	2	2	1	4	6	5	9	18	24
周産期に発生した病態	39	3	3	14	0	1	1	0	1	1	3	5	7
先天奇形、変形 および染色体異常	6	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	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	223	11	17	74	14	8	9	9	18	9	24	20	10
損傷、中毒および その他の外因の影響	907	76	82	314	46	28	33	38	56	32	71	52	79
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	20	0	3	6	3	0	0	1	1	0	1	3	2
合計	7,968	628	817	2,475	409	218	393	445	534	221	631	795	402

■ DPC 統計 対象：令和4年4月1日～令和5年3月31日退院患者、入院期間中に DPC 期間を含む患者

○症例サマリー

	件数	割合
症例数	7,236	—
うち緊急入院	851	11.8%
うち手術	3,182	44.0%
死亡	368	5.1%

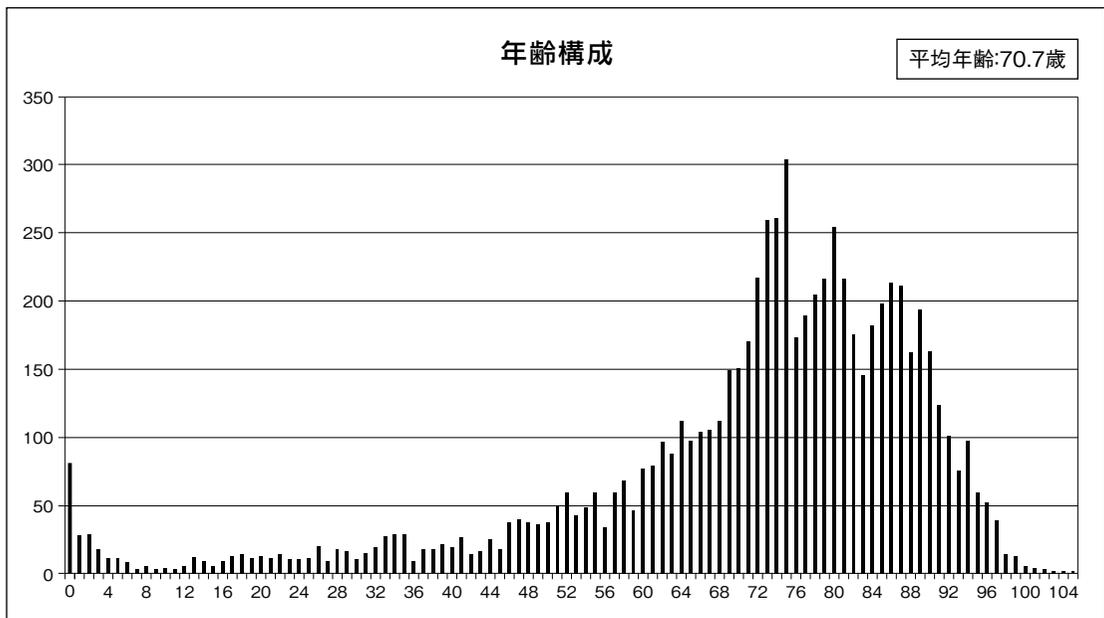
○平均在院日数

平均在院日数	15.7日
手術前	2.5日
手術後	13.4日

○性別

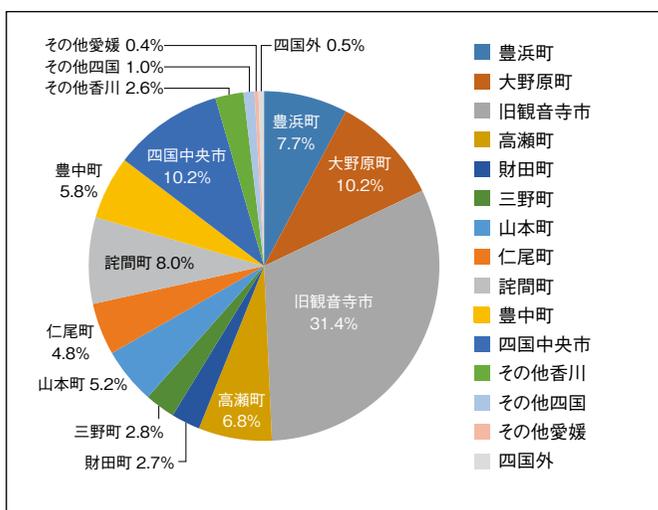
男性	4,168人
女性	3,068人

○年齢構成



○住所地構成

市町村	症例数	割合
豊浜町	560	7.7%
大野原町	736	10.2%
旧観音寺市	2,270	31.4%
高瀬町	490	6.8%
財田町	193	2.7%
三野町	203	2.8%
山本町	375	5.2%
仁尾町	348	4.8%
詫間町	578	8.0%
豊中町	423	5.8%
四国中央市	736	10.2%
その他香川	188	2.6%
その他四国	73	1.0%
その他愛媛	26	0.4%
四国外	37	0.5%
総計	7,236	100.0%



○MDC6 件数TOP20

順位	MDC6 番号	MDC6名称	件数
1	180030	その他の感染症（真菌を除く。）	292
2	50130	心不全	251
3	60100	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	205
4	10060	脳梗塞	189
5	60020	胃の悪性腫瘍	180
6	40081	誤嚥性肺炎	179
7	50050	狭心症、慢性虚血性心疾患	178
8	160800	股関節・大腿近位の骨折	176
9	60340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	176
10	110310	腎臓又は尿路の感染症	172
11	40080	肺炎等	160
12	110080	前立腺の悪性腫瘍	158
13	110070	膀胱腫瘍	141
14	60035	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	138
15	60050	肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）	132
16	60335	胆嚢炎等	131
17	60210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	104
18	06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	101
19	40040	肺の悪性腫瘍	96
20	110280	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	93

○手術 件数TOP20

順位	Kコード	手術名称	件数
1	K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	190
2	K0461	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	139
3	K688	内視鏡的胆道ステント留置術	136
4	K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	103
5	K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	96
6	K0462	骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	93
7	K80364	膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用）	93
8	K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	76
9	K0821	人工関節置換術 肩、股、膝	66
10	K5493	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）	66
11	K1422	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。） 後方又は後側方固定	65
12	K654	内視鏡的消化管止血術	63
13	K6532	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜 下層剥離術）	62
14	K0811	人工骨頭挿入術 肩、股	59
15	K7212	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル以上）	53
15	K6335	鼠径ヘルニア手術	48
17	K682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	47
18	K5972	ペースメーカー移植術（経静脈電極）	41
18	K0004	創傷処理（筋肉、臓器に達しない）（長径5cm未満）	39
20	K05930	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）	38

○MDC2別・月別

MDC2	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
01 神経系疾患	45	39	36	33	26	29	31	40	28	21	35	49
02 眼科系疾患	4	2	7	9	4	2	3	6	6	8	5	8
03 耳鼻咽喉科系疾患	12	9	16	9	9	6	8	11	16	4	4	14
04 呼吸器系疾患	54	39	49	43	43	60	68	54	57	63	60	61
05 循環器系疾患	82	64	58	46	56	62	75	75	51	56	61	60
06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	189	167	188	171	172	177	182	204	178	146	161	167
07 筋骨格系疾患	30	25	31	37	20	23	36	20	37	27	25	33
08 皮膚・皮下組織の疾患	11	7	9	15	8	10	10	8	15	6	7	8
09 乳房の疾患	4	5	6	3	3	7	7	5	3	4	4	6
10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	18	18	16	24	22	10	17	11	20	14	11	24
11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	84	82	77	75	65	81	108	94	80	56	77	80
12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	11	19	19	19	21	14	10	10	19	7	5	11
13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	13	13	12	11	10	4	6	11	6	4	5	7
14 新生児疾患、先天性奇形	0	4	3	5	5	7	4	4	5	6	4	1
15 小児疾患	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	3	3
16 外傷・熱傷・中毒	63	43	73	61	51	74	75	49	61	61	68	74
17 精神疾患	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1
18 その他	27	22	16	28	57	42	26	28	36	49	32	16
総計	648	559	616	590	572	608	666	632	621	534	567	623

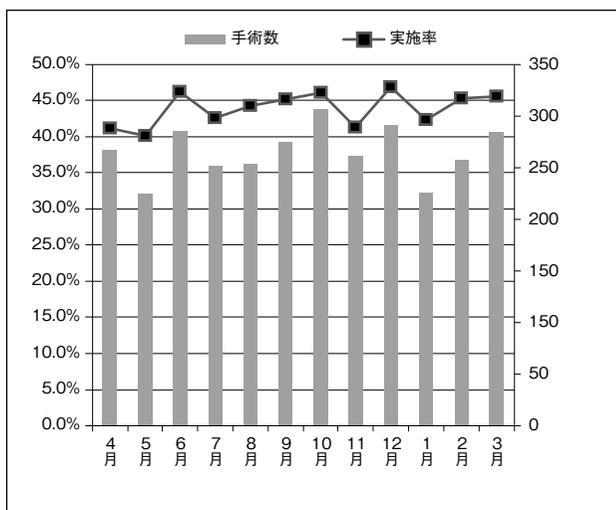
○在院期間別退院患者数

MDC2	1日～10日	11日～20日	21日～30日	31日～40日	41日～50日	51日～60日	61日～70日	71日～80日	81日～90日	91日～100日	101日～110日	111日以上
01 神経系疾患	134	75	62	50	24	28	16	1	6	2	2	12
02 眼科系疾患	62	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03 耳鼻咽喉科系疾患	107	7	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
04 呼吸器系疾患	281	153	75	53	38	14	15	7	2	5	2	6
05 循環器系疾患	376	200	67	28	25	9	15	9	3	7	2	5
06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	1,373	421	139	78	31	17	12	14	7	3	3	4
07 筋骨格系疾患	143	117	47	7	11	6	4	3	3	2	0	1
08 皮膚・皮下組織の疾患	78	19	7	1	2	2	2	1	0	0	1	1
09 乳房の疾患	36	13	3	1	0	0	1	1	0	1	0	1
10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	96	63	16	8	8	6	3	1	1	1	1	1
11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	606	191	68	32	15	17	15	5	3	1	0	6
12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	127	21	5	8	2	0	0	1	0	0	0	1
13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	49	29	10	5	2	2	2	0	0	0	2	1
14 新生児疾患、先天性奇形	38	7	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
15 小児疾患	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 外傷・熱傷・中毒	307	161	130	63	39	25	9	7	4	3	1	4
17 精神疾患	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 その他	213	94	31	15	11	3	8	2	1	0	0	1
総計	4,036	1,580	662	350	209	129	103	52	30	25	15	45

○月別手術件数

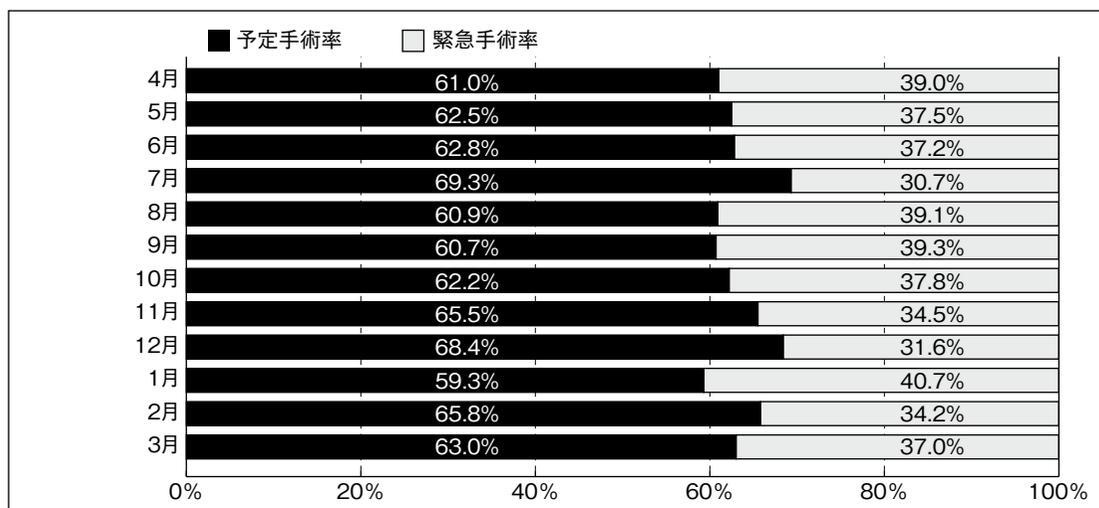
【手術実施率】

対象月	症例数	手術数	実施率
4月	648	267	41.2%
5月	559	224	40.1%
6月	616	285	46.3%
7月	590	251	42.5%
8月	572	253	44.2%
9月	608	275	45.2%
10月	666	307	46.1%
11月	632	261	41.3%
12月	621	291	46.9%
1月	534	226	42.3%
2月	567	257	45.3%
3月	623	284	45.6%
総計	7,236	3,181	44.0%



【予定・緊急手術割合】

対象月	総計	予定	予定手術率	緊急	緊急手術率
4月	267	163	61.0%	104	39.0%
5月	224	140	62.5%	84	37.5%
6月	285	179	62.8%	106	37.2%
7月	251	174	69.3%	77	30.7%
8月	253	154	60.9%	99	39.1%
9月	275	167	60.7%	108	39.3%
10月	307	191	62.2%	116	37.8%
11月	261	171	65.5%	90	34.5%
12月	291	199	68.4%	92	31.6%
1月	226	134	59.3%	92	40.7%
2月	257	169	65.8%	88	34.2%
3月	284	179	63.0%	105	37.0%
総計	3,181	2,020	63.5%	1,161	36.5%



2. 消化器内視鏡センターにおける検査・治療実績

消化器内科 永原 照也

当院では内視鏡に携わる常勤医師14名、岡山大学、香川大学、診療所などから9名の応援医師で日々の業務をおこなっております。常勤医師の内視鏡学会専門医が5名、指導医が4名在籍しており内視鏡学会指導施設となっています。

2022年度の総件数は11,737件で、内訳を以下の表に示します。オンコールについては医師、看護師それぞれで待機体制をとっており必要な時に緊急処置が可能となっています。

2023年4月より内視鏡センターは移転となりました。内視鏡検査室は1部屋増え4部屋となり、透視検査室については1室が前室つきの陰圧室となり感染症のある患者への対応が可能となっております。待合室やリカバリー室、大腸検査待機室などは全体に広くなり、ゆとりのある環境で過ごしてもらえるようになりました。引き続き職員一同地域の医療へ貢献して参りたいと考えています。

2022年度内視鏡件数

上部消化管	下部消化管	胆・膵	合計
8,920	2,172	645	11,737

内訳 E U S 関連 281

ERCP 関連 364

2022年度 治療内視鏡件数 (件)

上部消化管処置	上部消化管止血術	53
	異物除去	13
	胃粘膜下層剥離術	62
	食道粘膜下層剥離術	11
	胃粘膜切除術	9
	十二指腸水浸下EMR	5
	食道静脈瘤結紮術	14
	食道静脈瘤硬化療法	0
	食道ステント留置術	2
	食道拡張術	0
	十二指腸ステント留置術	13
	内視鏡的イレウス管	21
胃瘻造設	16	
下部消化管処置	下部消化管止血術	42
	大腸粘膜切除術	251
	コールドポリペクトミー	635
	大腸粘膜下層剥離術	25
	大腸ステント留置術	5
	大腸イレウス管	4
	hybrid ESD (大腸)	7
軸捻転解除術	13	
小腸内視鏡	経口的小腸内視鏡	1
	経肛門的小腸内視鏡	3
胆膵内視鏡	乳頭切開術	107
	乳頭拡張術	19
	胆管ステント留置術	135
	膵管ドレナージ	45
	胆管結石除去	61
	超音波内視鏡下穿刺吸引法	44
超音波内視鏡下瘻孔形成術	3	
合計		1,619

3. 肝疾患の診療実績

消化器科 守屋 昭男

いずれの慢性肝疾患も進行し肝硬変に至る可能性があり、さらに肝硬変へと進行するにつれ種々の合併症や肝発癌のリスクは高くなる。当院では、慢性肝疾患に対して可能な限り早期診断・治療を行うとともに、肝硬変の合併症や肝臓癌に対する治療も含め、肝疾患診療をトータルに行えるよう体制を整えている。

腹部超音波検査としてはスクリーニングも含め外来・入院合計で2557件が実施された。これらとは別に、肝生検39件を実施した。

近年の抗ウイルス治療薬の進歩によりB型肝炎やC型肝炎を悪化させる患者は少なくなってきた一方で、ウイルス型肝炎を原因としない非B非C肝臓癌は逆に増加しつつあるとされている。当院においても肝細胞癌患者全体としては減少傾向が認められるが、脂肪肝・糖尿病といったメタボリックシンドローム関連疾患を背景に持つ患者およびアルコール性肝硬変患者からの発癌の割合は著明に上昇している。さらにはこれら患者においては高度進行・腫瘍破裂といった形で発症し、治療開始となる場合も少なくない。

肝線維化は肝発癌において重要なリスク因子であるため、腹部超音波検査における剪断波伝搬速度を応用したshear wave elastographyに加え、非侵襲的な肝線維化評価としては客観性において最も優れているとされているMR elastographyを用いて、高リスク症例の評価に役立てている。さらにはこれら画像検査が実施されていない患者においてもAST、ALT、血小板数、年齢から算出されるFIB-4 scoreをリスク評価の一助としている。

肝硬変における合併症として、腹水貯留は肝性脳症と並び患者のQOLを大きく損なう。特に利尿剤のみでは十分なコントロールが得られない難治性腹水患者に対しては腹水濾過濃縮再静注（cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy, CART）を積極的に導入している。2022年度には20人の患者に対して延べ94回実施した。

また、肝細胞癌治療としてラジオ波焼灼術29件を実施した。さらに、肝動脈化学塞栓術または肝動脈塞栓術35件、肝動注1件を実施した。切除不能な高度進行肝細胞癌に対しては近年では免疫チェックポイント阻害薬を用いた全身化学療法が標準的治療となっている。2022年度はアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法を5例、デュルバルマブを1例において新たに開始した。

4. 循環器科診療実績

高石篤志、大西伸彦、谷本匡史、山地達也、岸之上隆雄、森久寿、遠藤豊宏、大丸隼人

1. 循環器科人員

2023年の人事異動はなかった。

2. 入院治療実績

2022年度は、虚血性心疾患に関しては、経皮的冠動脈形成術は153件（緊急62件含む）で、昨年よりもさらに減少した。

2018年に本邦での経皮的冠動脈形成術の適応がさらに厳密化して、心筋虚血の評価が重要視されたことで全国的にも経皮的冠動脈形成術は減少傾向にある。当院においても以前よりFFR (Fractional Flow Reserve) を積極的に行い、適切な治療を心掛けている。

心不全に関しては、2015年に導入した当院独自の心不全パスを継続して活用しており、入院期間の短縮やADLの改善に効果があった。しかしながら、当院医療圏において患者の高齢化もあって、90歳以上の心不全患者が増加しており、ACP (Advanced care planning) や心不全緩和ケアの重要性が以前よりさらに増している。2021年度からは当院でも心不全センターを立ち上げて、他職種による心不全包括的ケアに力を入れていきたいと考えている。

3. 臨床研究

2022年度は第86回日本循環器学会学術総会に当院の心不全患者におけるデータを用いて多数の発表を行った。また、これまで同様、関連部署とも共同研究を継続しており、循環器学会、心臓リハビリテーション学会などで発表している。

臨床研究は、最善の医療を探求し自己研鑽する、という点において必要不可欠なものであり、多忙な日々ではあるが、今後も探求心を持ち続け、研究を進めていきたいと考える。

5. 代謝科診療実績

代謝科 藤川達也・井上謙太郎・吉田泰成・松本さやか・中本健太・戸部翔子

糖尿病専門医4名(指導医2名)、内科医、研修医、CDEJ(日本糖尿病療養指導士)を中心としたコメディカルスタッフで外来、入院糖尿病診療をおこなっております。2022年度新たに資格を取得された方はおりませんでした。当院にCDEJは24名在籍しております。(看護師8名、管理栄養士9名、リハビリ4名、臨床検査技師2名、薬剤師2名)

◇糖尿病教育入院

前年度に引き続き、人数の制限(1回3~4人まで。試食会は中止)を設けさせてもらい行いました。2022年度48名の方が教育入院(2週間)を受けられました。すべて従来の2週間パスでの入院で、1週間パスの利用はありませんでした。

◇他科からのコンサルテーション

糖尿病患者数の増加に伴い、糖尿病以外で入院となり、血糖管理の必要が生じるケースが増えてきております。2022年度の集計では、他科から代謝科へコンサルテーションとなった患者数は合計303名。周術期の血糖コントロールが多くを占めています。それ以外にも抗がん剤治療時、周産期(妊娠糖尿病、糖尿病合併妊娠)、ステロイド治療時などでも当科も併診し、院内の血糖管理を行っております。

◇他院からの患者紹介

2022年度は、三豊市、観音寺市、四国中央市の診療所、クリニックから29人をご紹介いただきました。血糖コントロール不良の患者が多く、教育入院からインスリン導入となるケースが大半でした。

◇ひうち会(糖尿病患者会)の活動

コロナの影響で、前年度に引き続き2022年度も年2回の総会、春のバス旅行や、西讃ウォークラリーなどのイベントは休止しました。コロナの状況を考慮し、少しずつでも再開できればと考えております。2024年度は病院祭りも開催予定となっており、その際にウォークラリーを再開できたらと考えております。

これからも地域の糖尿病診療に貢献して参りたいと思います。

文責 吉田泰成

6. 腎臓透析部門の治療実績

腎臓内科 & 腎センター 山成俊夫

1. 腎生検

令和4年は9例施行いたしました。内訳は、IgA腎症4例、半月体形成性糸球体腎炎2例、微小変化型ネフローゼ症候群・糖尿病性腎症・尿細管間質性腎炎それぞれ1例ずつとなっております。侵襲を伴う検査ですが、これにより得られる情報は原因検索に止まらず、治療方針の検討や腎予後の予測をする際非常に重要な手がかりとなります。今後の患者さんへの安全を第一にして検査を実施して参ります。

2. 透析導入

令和4年は35例の導入があり、34例が血液透析、1例が腹膜透析となりました。血液透析導入例の原疾患としては、糖尿病性腎症が14例と最多であり、慢性糸球体腎炎（8例）、腎硬化症（6例）、その他（6例）が続いております。腹膜透析導入例の原疾患は、慢性糸球体腎炎1例でした。

血液透析・腹膜透析はそれぞれメリット・デメリットがありますので、個々の患者さんの状況に合わせた治療法を提案できるよう尽力していく所存です。

3. 腎代替療法・血液浄化療法

令和4年末の時点で、当院では56名が通院にて血液透析を、11名が腹膜透析を継続しております。また、他院で維持透析を受けている患者さんの手術を始めとする各種治療、心臓カテーテル・内視鏡検査などの入院症例や内シャント狭窄・閉塞例なども対応しております。さらに、難治性ネフローゼ症候群に対するLDL吸着や、潰瘍性大腸炎に対するGCAPなど、他科からの依頼にも対応しております。

4. 腎移植

現在、献腎移植登録のため、血液透析患者2名が岡山大学病院に定期受診しております。腎移植の希望があった場合や移植後のトラブルについても、岡山大学病院臓器移植医療センターと連携をとって対応しております。

7. 外科年間手術件数

外科 宇高 徹総

外科診療実績

(総数 869)

胸部

食道切除(悪性)	0
肺切除術(良性)	0
原発性肺癌手術	22
転移性肺癌手術	2
縦隔腫瘍手術	3
気胸手術	3
非腫瘍性肺手術	0
乳腺手術(良性)	3
乳腺手術(悪性)	48
その他	42

腹部

胃悪性腫瘍手術(幽門側胃切除術,PPG)	20
胃悪性腫瘍手術(噴門側胃切除術)	1
胃悪性腫瘍手術(胃全摘術)	9
胃悪性腫瘍手術(GISTなど)	5
胃十二指腸手術(その他)	9
小腸悪性腫瘍手術	2
小腸良性腫瘍手術	4
虫垂切除術	23
結腸悪性腫瘍手術	45
直腸悪性腫瘍手術	25
大腸良性疾患手術	16
消化管吻合術	4
人工肛門造設術	11
イレウス解除術	19
腹部大血管手術	21
腹部末梢血管手術	11
腹部その他	20

肝・胆手術

亜区域,区域以上	10
胆道再建を伴う肝切除部分,外側区域切除	3
良性胆道疾患	112
その他	6

膵・十二指腸手術

膵頭十二指腸切除術	9
膵体尾部切除	8
その他	4
脾摘術	1

ヘルニア

鼠径ヘルニア(成人)	115
その他のヘルニア	11

その他

泌尿・生殖器手術	3
下肢静脈瘤	41
腹腔鏡手術	232
胸腔鏡手術	27
末梢血管手術	21
動注リザーバー	0
ペースメーカー	50
シャント造設術	21
その他	33

8. 整形外科実績

整形外科 阿達 啓介

【スタッフ】

阿達 啓介（副院長 平成元年卒）
 佐藤 亮三（部長 平成9年卒）
 塩崎 泰之（医長 平成16年卒）
 清野 正普（医長 平成19年卒）
 藤井 洋佑（医長 平成19年卒）
 篠原 康太（医員 平成28年卒）

【臨床実績】

整形外科新患者数 1,423人
 院外紹介患者数 836人
 患者数 外来 19,459人
 入院 24,017人
 平均在院日数 23.3日
 紹介率 76.6% 逆紹介率 88.8%
 年間手術件数 1,025件

令和4年度整形外科主な手術件数

脊椎	頸 椎		37
	胸 椎		23
	腰 椎		98
人工関節	股関節	初回(頸部骨折THA含む)	36
		再置換	1
	膝関節		30
手外科	手根管開放		33
	腱鞘切開		47
	マイクロ		17
大腿骨近位部	転子部（転子下部含む）		91
	頸 部	骨接合	15
		BHA	63
		THA	8

【地域連携】

三豊・観音寺・四国中央市整形外科カンファレンス 1回開催
 二金会 本年は開催なし

9. 産婦人科実績

産婦人科 藤原 晴菜

【スタッフ】

石原 剛 (主任部長 日本産科婦人科学会専門医・指導医 母体保護法指定医 医学博士 平成4年卒)
 藤原 晴菜 (医長 日本産科婦人科学会専門医 母体保護法指定医 女性ヘルスケア専門医 平成21年卒)
 川西 貴之 (医員 平成28年卒)

非常勤スタッフとして、原賀順子先生、大平安希子先生、中藤光里先生、谷佳紀先生、末森彩乃先生(いずれも岡山大学産科婦人科学教室)に応援いただいている。

手術応援として、藤田卓男先生(高瀬第一医院)、平松祐司先生(岡山市立市民病院)に応援いただいている。

諸先生方のご協力もあり、2022年度の手術件数は大幅に増加した。

婦人科手術	65	悪性疾患	21
良性疾患	44	子宮頸癌前癌病変	19
子宮筋腫(腺筋症を含む)	19	(CIS、AISを含む)	
腹式子宮全摘術	10	円錐切除術	16
腔式子宮全摘術	4	腹式子宮全摘術	1
腹式子宮筋腫核出術	4	腔式子宮全摘術	2
腔式子宮筋腫核出術	1		
		卵巣癌	2
内膜ポリープおよび内膜増殖症	2	子宮附属器悪性腫瘍手術	2
腹式子宮全摘術	1		
子宮内膜搔爬術	1	産科手術	49
		予定帝王切開術	17
卵巣・卵管腫瘍、傍卵巣腫瘍	17	緊急帝王切開術	22
腹式付属器切除術	14		
腹式卵巣囊腫核出術	1	卵管結紮術	6
腔式付属器切除術	1	流産手術	4
腔式卵巣囊腫核出術	1	人工妊娠中絶術(11週まで)	3
		人工妊娠中絶術(12週以降)	0
子宮脱・膀胱瘤	5	子宮外妊娠手術(開腹)	1
腔式子宮全摘術+膣会陰形成術	3	胞状奇胎除去術	1
腔閉鎖術	2		
		分娩件数	114
その他	4	経膣分娩	75
頸管ポリープ切除術	1	予定帝王切開術	17
外陰膣血腫除去術	1	緊急帝王切開術	22
膣壁裂傷縫合(分娩外)	2	帝王切開率	34.2%

※複数術式同時施行例の重複症例あり(帝王切開術および子宮筋腫核出術など)

10. 耳鼻咽喉科・頭頸部外科実績

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 印藤 加奈子

数年間非常勤体制であったが、2021年10月より常勤2人体制での診療を開始し診療体制も整った。毎週木曜日は香川大学より頭頸部腫瘍専門医による腫瘍外来を継続しており、地域の終末期患者の緩和治療も大学と連携し対応している。手術症例や難治症例、救急患者等を主に周辺医療機関からの紹介も徐々に増加した。

	術 式	例
耳 鼻・副鼻腔	鼓膜チューブ挿入術	1
	耳瘻孔摘出術	1
鼻・副鼻腔	内視鏡下鼻内副鼻腔手術	25
	鼻中隔矯正術	3
	鼻甲介切除術	8
	涙嚢鼻腔吻合術	3
口腔・咽頭	口蓋扁桃摘出術	71
	アデノイド切除術	9
	舌腫瘍摘出術	2
	口唇腫瘍摘出術	1
喉頭・気管	ラリngoマイクロサージェリー	5
	気管切開術	8
頸部	耳下腺腫瘍摘出術	1
	顎下腺摘出術	2
	リンパ節摘出術	5
その他		9

11. 泌尿器科診療実績

泌尿器科 上松 克利

全般的事項

外来患者数(1日平均)	66.9人	患者紹介率	66.8%	入院患者数	728人
平均在院日数	8.7日				

総手術数(前立腺生検, ESWL含む) 746件

悪性腫瘍新規患者数(計180例)

腎	17例	腎盂・尿管	18例	膀胱	50例	前立腺	95例
---	-----	-------	-----	----	-----	-----	-----

手術件数

開放手術(計4件)

尿管摘出術	1件	後腹膜リンパ節郭清	1件	膀胱破裂修復術	2件
-------	----	-----------	----	---------	----

鏡視下手術(計284件)

腹腔鏡下腎摘除	5件	ロボット支援下腹腔鏡下腎部分切除	9件				
腹腔鏡補助下腎尿管全摘	10件	TUL	42件	腎盂尿管鏡	18件		
TURBT	99件	TUC	10件	膀胱内血腫除去	2件	膀胱碎石	25件
ロボット支援下前立腺全摘術	26件	HoLEP	28件	TURP	4件		
直視下内尿道切開	5件	経尿道的尿道異物摘除	1件				

陰嚢内手術(計23件)

高位精巣摘除	1件	両側精巣摘除(前立腺癌)	14件	陰嚢水腫根治	6件
精巣固定術	2件				

その他手術(計121件)

腎瘻造設	7件	腎嚢胞穿刺	4件	尿管ステント挿入	85件
膀胱瘻造設	4件	精索静脈低位結紮	1件	環状切除	7件
陰茎部分切除術	1件	コンジローマ焼灼	3件	尿道カルンクラ切除	3件
TVM	2件	TVT	1件	その他	3件

透析関連手術(計57件)

内シャント	47件	人工血管移植術	7件	その他	3件
-------	-----	---------	----	-----	----

前立腺生検・ESWL(計257件)

前立腺生検	175例	ESWL 新規患者数	44例	総ESWL数	82件
-------	------	------------	-----	--------	-----

12. 皮膚科実績

皮膚科 齊藤 まり

2022年度は4月から後期レジデント佐藤志帆医師（H30卒）が着任し、齊藤まり、山下珠代医師の常勤医師3人体制で皮膚科診療を行っている。西讃地区皮膚科常勤医師のいる病院として、地域医療に貢献できたと考えている。2020年からの新型コロナウイルス感染症で病院受診控えがみられ外来患者の減少がみられたが 2021年は外来患者数が微増2022年も前年と同様であった。2019年10月より400床以上の地域支援病院の選定療養費徴収の義務づけなされているため新患者数は以前ほどではない。

しかし紹介患者の割合が増え、高齢化とともに合併症の複雑な難治例の紹介の傾向となっている。

入院患者は、2018年の在院一日平均4.0人2019年3.1人2020年2.9人と2021年3.3人 2022年3.0人とほぼ同数を維持している。

年代別外来患者数推移

2017年度の新患者数 1,587人、再来数 11,642人、総数 13,229人
 2018年度の新患者数 1,460人、再来数 10,862人、総数 12,322人
 2019年度の新患者数 1,246人、再来数 10,871人、総数 12,117人
 2020年度の新患者数 976人、再来数 10,407人、総数 11,383人
 2021年度の新患者数 1,058人、再来数 10,844人、総計 11,902人
2022年度の新患者数 1,005人、再来数 10,064人、総計 11,069人

年代別地域医療支援病院紹介率・逆紹介率

紹介率は、40.1%でほぼ横ばいである。

地域のかかりつけ医の先生方の協力により皮膚疾患の患者様を紹介いただき専門性の高い皮膚科診療に専念していきたい。皮膚症状が落ち着いた紹介患者さまは可能な範囲で近隣のかかりつけ医の先生へ逆紹介を行っている。

	紹介数	紹介率	逆紹介数	逆紹介率
2017	333	31.1%	490	45.6%
2018	334	34.0%	476	48.5%
2019	442	51.8%	649	79.6%
2020	334	37.6%	556	62.5%
2021	403	40.8%	597	60.4%
2022	382	40.1%	562	51.1%

外来診療の特徴として、エキシマライトに加え、全身型NUVB機器を用いた治療が可能となっている。生物学的製剤使用承認施設として中等症以上の乾癬、重症のアトピー性皮膚炎、慢性蕁麻疹の治療を積極的に行い良好な結果をえている。

加えて入院を必要とする難治な疾患の紹介にこたえ、水疱症、重症薬疹、蜂窩織炎をはじめとする重症感染症、中等症以上の急性蕁麻疹、自己免疫アレルギー疾患の希少重篤例、夏季にはマムシ咬症などの入院があり、適正に治療することを目標としている。紹介元が三豊観音寺地区中心となっている。愛媛県四国中央市・徳島県三好市からも入院の必要な皮膚科患者を紹介していただき対応している。今後も地域に密着した病院として専門的な皮膚科診療を提供していきたい。

皮膚科地域別紹介元

地域別紹介元	紹介件数	割合
観音寺市	210	40.5%
三豊市	183	35.4%
丸亀市	18	3.5%
坂出市	0	0.0%
高松市	5	1.0%
その他香川県	17	3.3%
四国中央市	72	13.9%
その他愛媛県	3	0.6%
三好市	3	0.6%
その他徳島県	0	0.0%
その他	6	1.2%
合計	517	100%

13. 脳神経外科診療実績

脳神経外科 齊藤 信幸

手術総数 : 84
腫瘍 : 4
血管障害 : 29
頭部外傷開頭 : 1

14. 眼科診療実績

眼科 曾我部 由香

◆外来部門

外来患者総数	10,090人	新患総数	112人
1日平均患者数	41.5人	年間紹介患者数	582人

◆入院部門

延べ入院患者数	452人
---------	------

◆手術統計

手術総数	495件
水晶体再建術（白内障手術）	計287眼
緑内障手術	計22眼
流出路再建術	16眼
水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	6眼
網膜硝子体手術（硝子体茎顕微鏡下離断術）	計11眼
外眼部手術	計6眼
翼状片（弁移植を要する）	2眼
結膜縫合術	1眼
結膜腫瘍手術	3眼
涙道手術	計62件
涙管チューブ挿入術（涙道内視鏡, その他）	54件
涙点閉鎖・涙点プラグ挿入	8件
光凝固術総数	計107眼
網膜光凝固術	57眼
YAGレーザーによる後発切開術	50眼
硝子体注射（抗VEGF薬）	357眼

◆特殊な治療統計

総数	9件
ステロイドパルス	4件
アダリムマブ	4例
サトラリズマブ	1例

15. 小児科診療実績

小児科 佐々木 剛

2022年4月から2023年3月までの小児科外来及び救急診療の概要を示す。

2022年度も感染症を中心に、アレルギー、神経、発達障害など幅広く診療した。

小児科入院ができる施設が近隣で少なくなり、観音寺市、三豊市では当院のみで入院患者の対応をしている。入院患者数及び外来受診者数は新型コロナウイルス感染症の影響で減少している。

2022年度	総数 (人)
1.小児科外来受診者	18284
2.小児科入院患者	174
3.時間外救急受診者 (小児救急輪番受診者)	951 439
4.その他	参加児数 (人)
喘息サマーキャンプ (コロナで中止)	0
喘息ウインターキャンプ (コロナで中止)	0
小児スリム教室(個別)	12

小児救急医療体制(輪番制)

	担当医
月曜日	当院小児科医師
火曜日	香川大学小児科医師
水曜日	当院小児科医師
木曜日	尾崎先生
金曜日	当院小児科医師、川上先生
土曜日	当院小児科医師
日曜日	当院小児科医師

- 月2回かがわ総合リハビリテーション病院
難波先生、四国中央市 川上先生
- 月1回香川井下病院 及川先生、
三野小児科医院 三野先生診察
- 毎週火曜日は香川大学小児科医師診察
- 毎週木曜日はおぎきこどもクリニック
尾崎先生診察

小児科では分娩、帝王切開の立会い、出生後の新生児の管理をしている。分娩数、帝王切開数は産婦人科診療実績を参照して下さい。

24時間体制で小児救急診療を実施している。上記輪番制は毎日19時から23時まで、土日・祝日の日勤時間帯は当院小児科医が日直を、夜間23時以降は当院小児科医がオンコール体制で対応している。

毎年、気管支喘息児等を対象に病院主催型のサマー、ウインターの喘息キャンプを実施しているが、新型コロナウイルス感染症の影響で本年度は中止した。(サマーキャンプは夏休みを利用して2泊3日で、ウインターキャンプは2月前半の土日を利用して1泊2日の日程で行っている。)

肥満児を対象に小児スリムアフター5教室を月2回で実施している。リハビリ理学療法士、栄養士の協力のもと運動療法・栄養指導を中心に行っている。

例年は集団指導を行っているが、新型コロナウイルス感染症の影響で個別対応を行った。

三豊市・観音寺市の乳幼児健診にも月5-6回で対応している。また、保育園、幼稚園、小学校の園医、校医も担っている。

16. 形成外科実績

形成外科 太田 茂男

令和4年4月1日～令和5年3月31日

新患者数	1 6 9 9 人
(1) 新鮮熱傷	7 6 人
(2) 顔面骨骨折および顔面軟部組織損傷	2 9 4 人
(3) 唇裂・口蓋裂	0 人
(4) 手、足の先天異常、外傷	2 4 2 人
(5) その他の先天異常	1 6 人
(6) 母斑、血管腫、良性腫瘍	6 1 7 人
(7) 悪性腫瘍およびそれに関連する再建	7 8 人
(8) 瘢痕、瘢痕拘縮、ケロイド	5 5 人
(9) 褥瘡、難治性潰瘍	7 2 人
(1 0) 美容外科	7 2 人
(1 1) その他	1 7 7 人
救急患者数	6 2 2 人
院外紹介数	2 2 1 人
院内紹介数	3 0 6 人
手術数	1 0 5 7 件
(1) 新鮮熱傷	2 件
(2) 顔面骨骨折および顔面軟部組織損傷	7 3 件
(3) 唇裂・口蓋裂	0 件
(4) 手、足の先天異常、外傷	3 8 件
(5) その他の先天異常	1 5 件
(6) 母斑、血管腫、良性腫瘍	6 2 2 件
(7) 悪性腫瘍およびそれに関連する再建	1 0 3 件
(8) 瘢痕、瘢痕拘縮、ケロイド	1 8 件
(9) 褥瘡、難治性潰瘍	3 4 件
(1 0) 美容外科	1 8 件
(1 1) その他	1 3 4 件
レーザー治療	1 5 4 件
Qスイッチルビーレーザー	8 7 件
CO ₂ レーザー	6 7 件
入院患者数	1 1 4 人

17. 放射線部実績

放射線部 東 慎也

◆実施件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
一般撮影	3,452	3,262	2,379	2,960	2,871	2,624	3,061	2,892	2,856	4,556	4,680	4,909	40,502
CT/AquilionONE	1,71	1,274	961	1,039	1,259	1,115	1,411	1,315	1,370	1,143	1,245	1,390	14,793
CT/iCT	562	516	418	764	589	461	527	547	559	549	498	519	6,509
CT合計	1,833	1,790	1,379	1,803	1,848	1,576	1,938	1,862	1,929	1,692	1,743	1,909	21,302
MR I/1.5T Ingenia	320	290	224	271	277	241	303	274	275	272	347	50	3,144
MR I/3T Ingenia	314	314	225	315	315	243	328	317	303	286	0	358	3,318
MR I合計	634	604	449	586	592	484	631	591	578	558	347	408	6,462
病棟ポータブル	496	488	366	434	475	348	502	526	430	472	369	498	5,404
発熱外来ポータブル	534	286	44	200	232	69	17	27	33	17	5	7	1,471
手術室ポータブル	92	96	99	132	157	136	118	121	131	112	126	139	1,459
乳房撮影	187	237	181	375	382	283	335	302	265	268	336	178	3,329
フィルム入出力	7	4	2	3	1	1	2	5	5	0	0	7	37
リニアック	102	108	234	130	133	113	194	254	199	87	112	123	1,789
核医学検査	76	63	72	51	53	59	71	62	71	63	62	64	767
骨塩定量	63	55	47	65	64	61	57	54	69	67	63	82	747
血管撮影	73	67	55	51	83	59	44	30	27	36	33	44	602
泌尿器科透視	10	10	13	9	12	14	11	11	8	7	13	16	134
放射線科透視	41	43	32	34	53	45	41	45	45	40	39	41	499
胃透視	23	29	17	38	44	22	30	26	20	22	30	17	318
総数	7,623	7,142	5,369	6,871	7,000	5,894	7,052	6,808	6,666	7,997	7,958	8,442	84,822

◆時間外の実施件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
一般撮影	278	293	187	288	288	230	341	253	333	246	270	277	3,284
CT検査	405	430	237	429	428	341	472	402	532	399	372	420	4,867
MRI検査	39	44	18	31	30	24	57	28	31	39	33	38	412
ポータブル	276	207	69	101	95	72	115	114	93	112	55	82	1,391
手術室ポータブル	18	12	19	19	33	21	26	27	31	15	18	17	256
血管造影	9	7	5	2	8	5	13	6	4	7	0	10	76
泌尿器科透視	0	2	3	0	1	1	1	2	0	0	1	0	11
放射線科透視	1	2	4	3	2	4	1	3	7	0	1	5	33
総計	1,026	997	542	873	885	698	1,026	835	1,031	818	750	849	10,330

◆外来検査の割合

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
一般撮影	84.8%	87.0%	84.5%	88.1%	86.8%	83.8%	86.5%	85.9%	86.1%	84.1%	83.8%	83.6%	85.4%
CT検査	79.6%	80.1%	79.6%	79.0%	82.7%	80.9%	79.7%	81.3%	81.8%	80.4%	81.8%	81.8%	80.7%
MRI検査	83.1%	85.6%	83.5%	87.9%	88.0%	82.9%	83.5%	87.0%	84.8%	86.6%	81.0%	82.6%	84.9%
ポータブル	52.5%	39.1%	14.8%	32.5%	35.8%	19.4%	6.8%	8.9%	12.6%	6.8%	4.5%	3.9%	24.1%
手術室ポータブル	4.3%	4.2%	2.0%	2.3%	6.4%	2.2%	4.2%	1.7%	1.5%	1.8%	0.8%	5.8%	3.2%
乳房撮影	100.0%	99.2%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	99.6%	99.6%	100.0%	99.4%	99.8%
画像管理	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	85.7%	94.6%
放射線治療	61.8%	73.1%	69.2%	70.8%	78.2%	38.1%	52.6%	59.8%	69.3%	100.0%	75.9%	46.3%	65.1%
核医学検査	92.1%	82.5%	90.3%	98.0%	92.5%	84.7%	91.5%	93.5%	87.3%	93.7%	91.9%	96.9%	91.1%
骨塩定量	74.6%	70.9%	87.2%	75.4%	68.8%	65.6%	68.4%	70.4%	69.6%	67.2%	57.1%	69.5%	70.0%
血管造影	31.5%	32.8%	23.6%	39.2%	31.3%	8.6%	31.8%	21.5%	37.9%	31.3%	21.8%	24.6%	28.3%
泌尿器科透視	94.4%	61.9%	88.0%	83.3%	66.7%	71.4%	53.3%	56.5%	69.2%	92.3%	50.0%	79.2%	72.4%
放射線科透視	23.1%	29.3%	20.7%	26.7%	23.1%	23.8%	29.7%	31.0%	34.1%	16.2%	23.5%	23.5%	25.6%
全検査種平均	67.8%	65.1%	64.9%	65.4%	66.2%	58.6%	60.6%	61.3%	64.1%	58.5%	51.7%	60.2%	63.5%

◆当日オーダーの割合

一般撮影	32.3%
CT検査	55.5%
MRI検査	20.5%

18. 歯科口腔外科実績

歯科口腔外科 岸本 晃治

外来受診数	2022年度
初診患者	2,093

外来手術症例	2022年度
埋伏歯抜歯手術	515
難抜歯手術	103
良性腫瘍摘出術	46
顎関節脱臼非観血的整復術	18
下顎隆起形成術	2
歯根嚢胞摘出手術	63
歯槽骨整形手術	2
頬、口唇、舌小帯形成術	7
インプラント摘出術	3
顎骨腫瘍摘出術	31
顎骨骨髓炎消炎術	15
その他	222
総 計	1,027

入院手術症例	2022年度
悪性腫瘍手術	2
良性腫瘍摘出術	2
顎骨腫瘍摘出術	12
顎骨骨髓炎消炎術	10
その他	7
総 計	33

19. 緩和ケアチーム活動実績

緩和ケア認定看護師 白川 律子

緩和ケアチーム患者数

のべ患者数	100人（男性51人 女性49人）
平均年齢	69.1歳（34～94歳）
平均診療期間	21.3日（2～124日）
非がん患者数	9人

紹介理由（重複あり）

疼痛	70人
疼痛以外の身体症状	59人
精神症状	36人
家族ケア	58人
倫理的問題（鎮静、意思決定支援など）	32人
地域との連携	44人
その他（浮腫ケアなど）	9人

転帰

自宅退院	48人
転院	2人
在宅ケア導入	10人
一般病棟で死亡	35人
一般病棟で入院継続	5人

20. 外来化学療法実績

外来化学療法室 伊加 由美

2022年度 外来化学療法件数

	内科	外科	泌尿器科	婦人科	皮膚科	その他	計
2022年4月	122	79	16	5	0	0	222
5月	108	95	12	5	1	0	221
6月	131	115	10	5	0	0	261
7月	136	95	15	5	2	0	253
8月	122	113	23	4	0	0	262
9月	116	104	21	2	2	0	245
10月	125	107	21	5	0	0	258
11月	110	87	20	4	1	0	222
12月	101	83	18	1	1	0	204
2023年1月	116	87	20	2	1	0	226
2月	105	91	19	3	1	1(耳)	220
3月	116	103	21	0	2	2(耳)	244
合計	1408	1159	216	41	11	3	2838

2022年度外来化学療法1日平均件数 : 11.4件

外来化学療法室で治療している患者数 : 155名 (2023年3月末時点)

内訳 : 内科78名 (固形がん : 30名、血液疾患 : 19名、リウマチ : 1名、クローン病 : 28名)

外科55名、泌尿器科19名、産婦人科0名、皮膚科2名、耳鼻科1名

院内での抗がん薬投与中の急性の有害事象

- ・アレルギー : 2件
- ・血管外漏出 : 2件

21. 看護部実績

看護部 守谷 正美

令和4年度看護部BSC目標は

1. 共に学び高め合う職場風土を目指します。
2. 患者のニーズに合わせた退院を支援します。

1については、指導する側、指導を受ける側双方が教育について理解する目的で、e-ラーニングを視聴し学びを深めた。また「看護の仕事」シートを使用した事例検討や振り返りシートを使ったリフレクションを実施し、看護場面での学びの共有を行った。新人教育では「マーガレットシステムの手引き」を活用し、新人の進捗状況を確認しながら指導にあたった。各時期の目的、課題が明確であり、統一した指導ができた。また指導者側の振り返りの機会となり、双方の学びに繋がった。クレド（行動指針）サーベイランスの結果、平均値が3.2点と上昇し目標達成できたが、新人の離職率は高い結果となった。

2については、退院に必要なニーズを理解する目的で退院支援研修を実施した。カンファレンスは昨年改定した入退院前確認シートを使用し、目標実施率80%以上を達成した。退院後の患者、家族にアンケート調査を実施し、退院後に困ったことの内容をフィードバックし各部署で検討した。入院患者満足度調査では①退院後の生活の注意点を説明した②退院後の生活で困ることがないか尋ねた③退院後の生活に役立つ情報をもらったの3項目で評価した。結果「いつもそうだった」の平均が73%であったが目標の78%には達しなかった。これまでのアンケート結果から病棟ごとの患者ニーズを分析し、退院支援に生かすことが今後の課題である。

看護師数は447人（4月採用 新卒22人、既卒4人、会計年度9人）で年度退職者数は36人（定年退職を含む）、離職率は8.1%だった。

◆2022年度 病棟別1日平均入院患者数

診療年月	中央棟4階	南棟2階	南棟3階	南棟4階	南棟5階	西棟3階	西棟4階	西棟5階	西棟6階	西棟7階	西棟8階	ICU	救命救急
4月	41.2	40.2	34.0	42.1	9.8	20.6	33.4	38.6	40.3	38.5	17.2	5.1	4.5
5月	39.0	38.7	25.1	41.0	9.2	21.5	32.9	37.7	38.7	32.9	16.2	4.6	3.7
6月	35.5	38.0	22.4	33.6	9.8	16.6	33.5	32.8	35.0	36.9	18.3	3.6	2.9
7月	38.0	38.8	26.1	37.2	9.8	21.4	34.6	29.2	28.6	38.7	14.4	3.6	3.5
8月	34.0	25.7	30.1	41.8	8.7	22.9	37.1	37.2	38.1	29.9	20.5	3.7	3.2
9月	30.2	42.4	38.8	30.8	9.6	23.8	37.6	36.0	39.9	40.5	13.7	4.1	3.8
10月	37.9	41.5	27.4	38.9	6.6	18.6	33.5	33.7	34.1	38.9	18.0	5.1	3.4
11月	38.6	41.4	21.3	44.0	9.8	23.3	38.0	32.7	38.3	32.7	14.1	5.0	3.3
12月	39.7	40.3	32.9	42.4	11.1	24.1	30.8	35.9	26.4	39.6	19.1	2.9	4.5
1月	32.4	41.3	30.8	42.3	11.3	24.0	32.7	39.8	40.9	39.8	25.6	3.7	4.0
2月	35.6	40.4	37.0	39.3	7.6	22.8	35.2	38.0	39.4	41.7	15.5	2.8	3.3
3月	37.7	37.6	32.2	40.9	9.4	18.8	33.5	35.6	36.6	40.3	24.3	4.2	3.8
平均	36.7	38.8	29.8	39.6	9.4	21.5	34.4	35.6	36.3	37.5	18.1	4.0	3.7
稼働	84.2%	83.2%	63.6%	84.7%	78.4%	57.1%	83.4%	85.5%	87.2%	93.6%	47.0%	54.2%	54.4%

◆2022年度 病棟別看護必要度評価

診療年月	中央棟4階	南棟2階	南棟4階	南棟5階	西棟3階	西棟4階	西棟5階	西棟6階	西棟7階	西棟8階	ICU
4月	16.5%	16.7%	15.4%	38.3%	26.9%	27.3%	12.5%	14.9%	47.9%	12.8%	91.1%
5月	13.4%	16%	19%	25.4%	24.4%	26.1%	19.7%	18%	28%	19%	89.6%
6月	23.1%	20.4%	11.2%	36.2%	18.1%	28%	15%	17.7%	43.8%	23.2%	86.4%
7月	16.4%	19.5%	17%	45.9%	25.4%	30.6%	9%	20.3%	47%	15.3%	90.6%
8月	18.3%	21.6%	15.9%	73.5%	35%	31.7%	13.6%	24.6%	30.9%	12.8%	84.6%
9月	14.7%	19.9%	11.1%	52.3%	19.7%	33.9%	7.4%	22%	45.2%	22.6%	85.1%
10月	17.7%	22.8%	15%	44.2%	19.3%	35%	15.1%	14.5%	46.7%	26.1%	86.8%
11月	18.1%	24.3%	24.2%	38.3%	22.1%	29.1%	23.9%	11.2%	42.4%	14.1%	85.3%
12月	19.4%	22.2%	31.3%	42.8%	25%	33.4%	22.6%	21.2%	42.8%	5.7%	86.4%
1月	18.3%	21%	28%	33%	21.4%	25.6%	13.3%	24.7%	36.2%	3%	83.3%
2月	16.7%	24%	24.4%	27.3%	20.6%	29.6%	21.4%	17.8%	44.7%	16.4%	76.3%
3月	10.9%	23.1%	17.1%	33.3%	17.8%	33.2%	16.5%	15.9%	44.9%	21.7%	81.9%
平均	16.9%	21.0%	19.6%	40.7%	23.2%	30.3%	15.8%	18.6%	42.0%	17.0%	86.0%

◆2022年度 南3病棟（地域包括ケア病棟）の状況

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
病床稼働率	72.3%	53.5%	47.7%	55.7%	64.1%	82.8%	58.6%	45.5%	70.1%	66.4%	78.9%	68.8%
平均在院日数	13.0	13.6	9.7	11.8	9.9	14.6	10.8	8.2	10.3	14.3	14	12.5
看護必要度	8.3%	8.0%	14.8%	14.9%	15.1%	16.3%	10.8%	14.5%	20.4%	18.1%	15.6%	13.3%
在宅復帰率	82.4%	88.2%	73.0%	88.7%	89.6%	81.4%	77.8%	82.8%	84.1%	58.3%	81.8%	74.3%
リハビリ	2.20	2.27	2.58	2.36	2.29	2.08	2.25	2.18	2.22	1.79	2.36	2.42

◆令和4年度看護部研修実績

		4月	5月	6月	7月	8月
レベルⅠ	集合教育	採用者 病院合同研修	輸液ポンプ 看護方式	フィジカルアセスメント	フィジカルアセスメント	
		採用者看護部 合同研修		高齢者理解	防火訓練	
		手指衛生 社会人基礎力		報告連絡相談		
	OJT	部署カルガモ	看護補助者体験	褥瘡ラウンド	夜勤練習 褥瘡ラウンド	夜勤練習 褥瘡ラウンド
レベルⅡ	プリセプター					
	ケーススタディ			ケース オリエンテーション		
	実習指導・その他			実習指導 伝達講習		
レベルⅢ	看護研究		研究計画書から論文作成まで毎月フォロー			
	実習指導					
	リーダーシップ			リーダーシップ		
	アソシエイト	アソシエイト				
	退院支援					退院支援
	その他				医療安全 事例分析	
レベルⅣ	看護研究		研究計画書から論文作成まで毎月フォロー			
	伝達講習					
	退院支援					
	その他					
全体研修	医療安全		輸液ポンプ			
	業務改善		看護必要度(e-ラーニング)			
	トピックス			認知症ケア	フィジカル アセスメント	
中途採用看護師入職時研修 退職者復帰時研修		対象者がいるときには毎月1日（休日の場合は最初の勤務日）に下記についての集合研修を行う。中途採用者はレベルⅠの対応研修 *医療安全 *電子カルテ *感染防止 *看護必要度 *看護記録（中途採用者のみ）				
看護補助者研修		2回/年 開催				

は、ラダー認定のための対応研修

レベルⅠはマーガレットシステムプログラムで実施

9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
危険予知訓練	多重業務研修	人工呼吸器	抗がん剤・化学療法	看護観GW	看護観発表	まとめの会
医療ガス	BLS (講義・演習)	挿管介助 急変時看護			DCの取り扱い	
	心電図	看取り 輸血療法				
夜勤練習	夜勤練習					
プリセプター	プリセプター			プリセプター		プリセプター養成
事例検討・GW	原稿提出	発表会				
研究計画書から論文作成まで毎月フォロー				院内看護研究 発表会		
	実習指導者研修					
						チームリーダー の役割
			アソシエイト			
	がん看護					
研究計画書から論文作成まで毎月フォロー				院内看護研究 発表会		
			部署内伝達講習実践(申請までに実施)			
			看護倫理GW			
危険予知訓練		人工呼吸器			DCの取り扱い	
看護必要度(e-ラーニング)						
認知症研修				認知症研修		チームリーダー

◆令和4年度 看護部研修実績

レベルⅠ

テーマ	対象	参加人数	実施日	目標・内容
看護部の概要	新採用看護師	26名	4月6日	三豊総合病院看護部の理念・目標・方針、看護部の目指しているもの
看護部規定	新採用看護師	26名	4月6日	看護職員として守るべきこと、新人職員としての心構え
移動・トランスファー	新採用看護師	26名	4月6日	患者移動、ボディメカニクス、スライディングシーツ等の使い方、演習
オムツフィッシング	新採用看護師	26名	4月8日	高機能おむつの仕組み、おむつの当て方、演習
口腔ケア・食事介助	新採用看護師	26名	4月8日	口腔ケアの方法、嚥下の仕組み、食事介助の方法、演習
電子カルテ	新採用看護師	25名	4月11日	電子カルテの使い方の実際、演習
看護基準・手順	新採用看護師	25名	4月11日	看護基準・看護手順の使い方
看護必要度	新採用看護師	25名	4月11日	看護必要度とは、入力方法、入力時の注意事項、演習
医療安全	新採用看護師	25名	4月11日	医療事故防止への取り組み、事故発生の要因・対応、確認演習
院内感染防止・職業感染防止	新採用看護師	25名	4月11日	院内感染防止についての基礎知識、個人防護具使用方法演習
看護記録	新採用看護師	25名	4月13日	フォーカスチャーティング、SOAP、監査、看護記録用語
社会人基礎力	新採用看護師	24名	4月14日	社会人基礎力について、グループワーク
ポジショニング	新人看護師	22名	4月18日	褥瘡発生の要因、アセスメント、予防策、評価、安楽な体位・体位変換演習
薬剤の取り扱い	新人看護師	22名	4月18日	医薬品の安全な取り扱い・ハイリスク薬、薬剤取り扱いの基礎知識について
看護倫理	新人看護師	22名	4月18日	看護者の倫理綱領の理解、事例学習
注射・採血	新採用看護師	23名	4月20日	注射に関する看護業務と責務、安全に実施するための基礎知識、実技演習
看護方式とメンバーシップ	新人看護師	21名	5月17日	看護方式の基礎知識、チームメンバーとしての役割と責任
補助者体験	新人看護師	22名	5月18日～	チームの一員としての看護補助者の役割の理解
輸液ポンプの取り扱い	新人看護師	20名	5月31日	輸液ポンプ・シリンジポンプの正しい取り扱い方、演習
報告・連絡・相談	新人看護師	20名	6月10日	報告・連絡・相談の方法、演習
高齢者理解・認知症	新人看護師	20名	6月14日	高齢者の特性、認知症の理解、コミュニケーション方法
フィジカルアセスメントⅠⅡ	新人看護師	21名	6月6日 7月5日	フィジカルアセスメント概論、呼吸、循環、演習
危険予知訓練	新採用看護師	18名	9月13日	日常の場面から危険を予知する、事例検討グループワーク
心電図	新人看護師	13名	10月14日	心電図の基本、12誘導心電図、モニター心電図、危険な波形
急変時の看護・気管内挿管	新人看護師	14名	11月1日 11月2日	気管内挿管の介助方法の実際 心臓マッサージ・アンビューマスの取り扱い演習
看取り	新人看護師	11名	11月17日	逝去時の看護、家族看護、グリーフワーク、看取りについて
人工呼吸器の取り扱い	新採用看護師・希望者	12名	11月29日	人工呼吸器・BiPAPの取り扱い、演習
がん化学療法について	新人看護師	11名	12月5日	化学療法の基礎知識、曝露防止、薬剤の取り扱いの実際・注意点、演習
「私の看護観」発表	新人看護師	9名	令和5年 2月14日	「私の看護観」の発表
除細動器の取り扱い	新採用看護師	12名	2月28日	除細動器の仕組みと取り扱い、演習
新人看護師の1年間のまとめ	新人看護師	11名	3月15日	1年間の振り返りと課題についてGW・発表、ポートフォリオについて

レベルII

テーマ	対象	参加人数	実施日	目標・内容
退院支援基礎研修・社会保障制度について	レベルII対象者 希望者	30名	6月30日	スムーズな退院支援を行うための基礎を学ぶ
実習伝達講習会	レベルII対象者 希望者	11名	4月23日	保健師助産師看護師実習指導講習会受講者による伝達講習実習指導における基礎知識技術を習得する
ケーススタディオリエ ンテーション	レベルII対象者 希望者	13名	6月24日	ケーススタディの目的、進め方、スケジュール
ケーススタディ症例検 討会	レベルII対象者 希望者	13名	9月15日	症例検討、グループワーク
ケーススタディ発表会	レベルII対象者	13名	11月25日 11月26日	発表、評価
プリセプター養成研修	レベルII対象者 次年度予定者	15名	令和5年 3月22日	新人指導体制とプリセプターの役割と指導方法 新人看護師研修のスケジュール・プリセプター研修関連資料配布 マーガレットシステムの指導者の手引きと活用方法

レベルIII・IV

テーマ	対象	参加人数	実施日	目標・内容
部署におけるリーダー シップとは	レベルIII対象者 希望者	20名	6月8日	リーダーに求められる能力が理解できる 目標達成に向けて自分の行動が理解でき具体的取り組みを見出す
医療安全事例分析	レベルIII対象者 希望者	19名	7月26日	所属部署において事例分析を行い、解決策を立案するための手法の理解 (RCA分析)
退院支援研修	レベルIII・IV対 象者・希望者	9名	12月21日	退院後の生活の視点が強化され、患者の個性やニーズに沿って退院支援が実践できる
看護倫理研修	レベルIV対象者 希望者	8名	12月2日	所属部署内の複雑な倫理的課題を明確にし、対処行動 について指導することの必要性が理解できる 事例検討・グループワーク
チームリーダーの役割	レベルIII対象者 希望者	25名	令和5年 4月7日	リーダーの役割と年間予定が理解できる リーダー役割に対する心構えができる
実習指導者研修	レベルIII対象者 希望者	12人	10月14日	実習指導を通して自己の指導の課題に気づき解決への 行動がわかる

看護部委員会研修

テーマ	対象	参加人数	実施日	目標・内容
第1回アソシエイト研修	アソシエイト	15名	4月15日	アソシエイトとして自己の役割を理解し、目標を計画的に立てることが出来る マーガレットシステムについて指導方法が理解できる
第1回プリセプター研修	プリセプター	24名	9月～10月	新人との関りを通して自自己目標の達成状況を振り返る 振り返りを通して自分の新たな気づきを得る
第2回アソシエイト研修	アソシエイト	8名	12月23日	アソシエイトとしてののかかわりの振り返り、次年度へ の課題を明らかにする
第2回プリセプター研修	プリセプター	13名	令和5年 1月25日	1年間を通し手悩みや困難だったことがプリセプター間 で共有できるようにし、自身の成長や学びを確認できる
チームリーダー研修	リーダー サブリーダー	25名	令和5年 4月7日	チームリーダーの役割と年間予定が理解できる リーダー役割に対する心構えができる

全体研修

テーマ	対象	参加人数	実施日	目標・内容
看護必要度研修	看護職全員	378名	5月～10月	重症度・医療・看護必要度の評価ポイント初級・中級編、記録の書き方 診療報酬改定における変更点（e-ラーニングで視聴）

認定分野研修

テーマ	対象	参加人数	実施日	目標・内容
がん看護				
がん看護研修	レベルⅠ	8名	6月27日	多様な状況にあるがん患者のQOLの維持・向上のためにがん看護の基礎となる考え方を理解する
がん看護研修（化学療法）	レベルⅡ	7名	7月25日	がん化学療法と放射線療法の特性を理解し、化学療法・放射線療法を受ける患者に必要な看護援助を実践出来る
がん看護研修（緩和）	レベルⅡ	3名	8月22日	緩和ケアの重要性を理解し、がん患者と家族を全人的に捉えて緩和ケアを実践出来る
がん看護研修（化学療法）	レベルⅢ	3名	9月26日	がん患者に対する看護の質を高めるために、専門的な臨床実践能力を習得する
がん看護研修（緩和）	レベルⅢ	4名	10月2日	がん患者に対する看護の質を高めるために、専門的な臨床実践能力を習得する
がん看護研修	レベルⅣ	3名	12月5日	幅広い視野でがん患者と家族を捉え、起こりうる課題や問題に対して予測的および予防的に看護実践できる
感染管理				
隔離予防策（標準予防策・感染経路別予防策）	レベルⅠ・Ⅱ	3名	6月30日	標準予防策が理解できる
デバイス関連（CRBSI予防策・CAUTI予防策）職業感染予防策	レベルⅠ・Ⅱ	3名	8月19日	看護ケアに関する感染予防のメカニズムと対策について理解できる。職業感染予防策が理解できる。
薬剤耐性菌とよくある感染症の感染対策（インフルエンザ・感染性腸炎・結核など）	レベルⅢ	2名	9月19日	医療関連感染で問題となる微生物について理解し、感染対策が実践できる
サーベイランスの意義と活用、アウトブレイク発生時の感染対策	レベルⅣ	4名	11月18日	感染予防・管理に必要な知識を習得する
救急				
フィジカルアセスメント（基礎編）	レベルⅠ	24名	6月6日	看る力を養うことで急変させない観察能力を身に付けることが出来る
フィジカルアセスメント（応用編）	レベルⅠ	24名	7月5日	看る力を養い患者観察に活かすことで患者のいつもと違うサインに気づくことが出来る
二次救命処置	レベルⅡ	24名	9月25日 11月27日 令和5年 1月22日 3月26日	急変患者の特殊性を理解した看護が出来る
認知症				
加齢に伴う変化、認知症の主な症状	レベルⅠ	22名	6月14日	高齢者の特徴と認知症の症状・対応が理解できる

急性期病院における認知症患者のアセスメント	レベルⅠ	32名	6月21日	疾患持つ認知症高齢者のアセスメントができる
認知症進行による影響や変化と看護	レベルⅡ	28名	9月20日	認知症の経過に応じた看護を考えることが出来る
認知症看護に関する倫理	レベルⅣ	10名	12月20日	日々の看護を振り返り認知症高齢者を人として尊重する意識を高めることが出来る
皮膚排泄ケア				
皮膚管理における基本知識	レベルⅠ	3名	6月28日	臨床能力向上のための知識技術の習得、WOC領域および看護の基本の皮膚管理の基本を学ぶ
スキンケア概論	レベルⅡ	2名	7月19日	臨床能力向上のための知識技術の習得、WOC領域における皮膚管理が必要な病態の見極めができ実践的ケアの方法を知る
ケアプラン展開のためのSOAP活用した事例演習	レベルⅡ	1名	8月30日	臨床能力向上のための知識技術の習得、WOC領域における皮膚管理が必要とされる症例に対して根拠に基づいたプラン立案が出来る
アドバンス知識	レベルⅢ	3名	10月25日	質の高い看護能力を養い、根拠に基づいたアドバンスケアの提供ができる。治療的ケア知識の習得ができる
WOC症例を通したケアプラン立案の方法を習得する	レベルⅢ	1名	11月29日	質の高い看護能力を養い、根拠に基づいたケアプランが立案できる

22. ICU / CCU 入室実績

楠瀬 恭

1. ICU入室患者数と主な疾患

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
外科	外傷	2			1									3
	CPA													0
	OP後 血管	1	1		1	1		1	1	1	1			8
	肺	1	1	3	1	3	3		2	2	2	1	1	20
	消化器	3	10	11	13	10	12	12	13	9	10	10	9	122
	乳房		2	1	1	1		2					1	8
	その他		1	2			2		1			1		7
脳外科	外傷	2	1			1				3		2		9
	CPA		1											1
	脳出血	2	1	1	1		4	1	1	4	3	1	3	22
	脳梗塞	2	6	4		1	1	3	2	2	1	3	4	29
	OP後		1		1	2	2	2	2	1	1	2	3	17
	その他			1				1			1	2	1	6
整形外科	外傷	1	1	1							2		3	8
	OP後	6	2	3	6	4	5	3	8	3	5	6	5	56
	その他													0
泌尿器科	OP後	2		3	1	2	1	1	1	1	3	1	1	17
	その他											1	1	2
形成外科	敗血症													0
	熱傷			1						1				2
	OP後			1			1				1			3
	その他													0
産婦人科	OP後			1	1	1	2	1	1					7
	その他	1							1					2
耳鼻科	OP後		1		1									2
	その他			2						1				3
歯科	OP後					1								1
	その他													0
皮膚科	アナフィラキシー													0
	その他													0
内科	呼吸不全	1	2		1	3	1	2	3	2	3	2	3	23
	消化器	2	2	1	1			4		1		1		12
	腎不全	2				1	2	1		6	3	3		18
	脳梗塞					1				1	1			3
	CPA	2	2	2	1				1					8
	その他	4	3	3	4	6	3	2	4	7	3	1		40
小児	その他	1												1
計		35	38	41	35	38	39	36	41	45	40	38	34	460

※リカバリ収容は

4 6 6 8 2 3 3 6 6 7 3 54名

2. CCU入室患者数と主な疾患

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
循環器科	AMI	4	1	1	3	3	2	4	1	2	4	3	2	30
	UAP									3			2	5
	心不全	4	2	2	4	1	4	1	3	3		3	8	35
	Af	3	1			1		3				1		9
	VT VF		1	1	1		1				1			5
	心タンポナーデ													0
	急性大動脈解離		3	1		2		3	1		2		1	13
	CPA	1												1
	房室ブロック										1	1	1	3
	その他	3	2	1	2		3	1		2	1	2	3	20
計	15	10	6	10	7	10	12	5	10	9	10	17	121	

※リカバリ収容は 5 1 2 2 10名

3. 転 帰

ICU (CCU含む)

転棟 512 名

転院 34 名

退院 3 名

死亡退院 32 名

23. 地域救命救急センター入室実績

楠瀬 恭

1. 入室患者数と主な疾患

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
虚血性心疾患	6	8	6	7	7	5	8	5	8	4	4	1	69
心不全	11	10	8	5	8	10	15	13	11	11	13	5	120
心筋症・心筋炎		1		1	1		1		1			1	6
不整脈	4	2	5	1	2	3	2	2	4	5		10	40
大動脈疾患			2	1									3
肺血栓塞栓症・ 深部静脈血栓症			1		1	2		1	1	1			7
循環器その他				2			3	3	1			2	11
呼吸不全	1	1	1		2	1	2	2	2	3	2	2	19
肺炎	1			1				1	1	4			8
中毒	1	1	2	1	1	1	2		2	1	4		16
消化管出血	1	1	1	1	3	3	5	1	3	2			21
急性腹症	2	1	2		1			3	2	2	2	3	18
腭炎	1	1		1									3
腎不全	2	1	3	1	1	5				2	1		16
電解質異常	2	2		6	1	2	2	3	1	2	1		22
血糖異常		1	2		1		1		1	1		4	11
アナフィラキシー		1			3	3		2		1	1		11
尿路感染症			3	1		2			1	1			8
敗血症	1		1			2	1			1	1		7
脳梗塞	5	4		1	2	2	4	3	4	6	9	1	41
脳出血	2	3	2	1		2	3	1			1	5	20
硬膜下血腫	3	2	2	1	2	4	2		2	6	2	1	27
痙攣	1	2	1	1	2	3	1			1	1	1	14
脳外科外傷	2		1	3	3	1		2	3		1		16
外科術後		2	1	5	4	2	2	2	2	2	3	1	26
外科外傷	2	1		1					3			2	9
整形外科術後		13			12	1	4	4		1	2	4	41
整形外科外傷	7	1	2	2	5	4	3	4	8	1	2	4	43
その他	4	2	7	3	7	4	5	3	5	5	4	5	54
計	59	61	53	47	69	62	66	55	66	63	54	52	707

2. 診療科別入室患者数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
循内科	22	22	21	17	20	23	29	25	26	22	19	18	264
内科	17	12	15	17	19	20	17	12	19	24	14	13	199
外科	2	4	5	6	4	2	2	3	5	2	3	5	43
泌尿器科			3			1	1	1		1			7
耳鼻科													
整形外科	8	14	2	2	17	5	7	8	7	3	5	8	86
歯科													
小児科													
産婦人科													
形成外科			1		1							1	3
脳外科	10	9	6	5	8	11	9	6	9	11	13	7	104
眼科													0
皮膚科							1						1
計	59	61	53	47	69	62	66	55	66	63	54	52	707

3. 転 帰

死亡退院	7名
退院	48名
転院	11名

24. 手術室実績

中央手術室 山本 仁恵

◆ 診療科別手術件数

科名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
外科	61	61	71	73	64	63	68	73	55	66	66	58	779
整形外科	79	55	77	93	94	91	94	85	96	77	91	93	1,025
産婦人科	6	10	11	16	16	9	4	9	12	7	5	8	113
泌尿器科	32	34	29	27	36	39	37	35	33	26	30	36	394
皮膚科	0	0	1	0	0	2	1	0	0	1	0	2	7
耳鼻科	4	4	5	4	8	4	7	7	6	5	1	6	61
歯科	3	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	10
脳神経外科	6	11	6	4	4	9	8	6	8	6	6	10	84
眼科	26	24	35	34	33	26	20	31	34	24	33	33	353
形成外科	9	5	9	12	8	9	4	8	10	13	11	15	113
内科他	23	19	18	12	40	24	33	28	28	32	18	30	305
合計	249	223	263	276	304	276	276	283	282	258	261	293	3,244

◆ 麻酔別手術件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
全身麻酔	59	62	74	80	81	74	82	81	71	73	65	66	868
腰椎麻酔	60	55	56	60	69	63	57	73	80	58	76	81	788
局所麻酔	48	44	44	54	50	56	52	50	57	53	58	66	632
造影	32	34	38	29	51	38	44	41	35	43	26	41	452
その他	50	28	51	53	53	45	41	38	39	31	36	39	504
合計	249	223	263	276	304	276	276	283	282	258	261	293	3,244

◆ 診療科別緊急手術件数

科名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
外科	0	5	6	9	13	11	8	10	5	7	5	6	85
整形外科	18	11	20	20	27	21	23	16	21	17	23	22	239
産婦人科	0	4	3	3	5	5	0	3	2	2	1	3	31
泌尿器科	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	5
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
歯科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	2	2	5	1	1	4	4	3	5	4	2	5	38
眼科	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	5
形成外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内科他	5	8	7	6	11	10	11	6	7	11	5	9	96
合計	25	30	41	39	61	56	46	38	41	42	37	45	501

◆ 診療科別時間外緊急手術件数

科 名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合 計
外 科	0	2	2	8	6	8	6	4	3	5	3	3	50
整形外科	4	2	4	6	4	3	7	4	4	0	5	0	43
産婦人科	0	1	0	1	2	3	0	3	1	0	0	1	12
泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
皮 膚 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
耳 鼻 科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
歯 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	2	1	2	1	0	2	2	1	0	3	0	2	16
眼 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
形成外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内 科 他	2	4	3	1	3	4	5	2	2	3	0	5	34
合 計	8	10	11	17	15	20	20	14	12	11	9	11	158

◆ 入院手術件数

科 名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合 計
外 科	48	50	62	61	52	52	60	67	48	50	59	45	654
整形外科	70	47	74	86	86	85	82	75	90	73	87	84	939
産婦人科	6	10	11	16	16	9	4	9	12	7	5	8	113
泌尿器科	31	34	28	25	35	38	35	34	29	26	27	36	378
皮 膚 科	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
耳 鼻 科	4	4	4	4	7	4	7	5	6	4	1	6	56
歯 科	2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	9
脳神経外科	6	11	6	4	4	9	8	6	8	6	6	10	84
眼 科	22	13	17	12	18	20	17	16	19	16	15	15	200
形成外科	8	5	7	8	7	5	4	7	6	10	8	11	86
内 科 他	23	19	15	12	37	24	33	26	24	32	18	30	293
合 計	220	193	225	229	263	247	250	246	242	225	226	247	2,813

◆ 外来手術件数

科 名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合 計
外 科	13	11	9	12	12	11	8	6	7	16	7	13	125
整形外科	9	8	3	7	8	6	12	10	6	4	4	9	86
産婦人科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	1	0	1	2	1	1	2	1	4	0	3	0	16
皮 膚 科	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	2	6
耳 鼻 科	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	0	0	5
歯 科	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
脳神経外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
眼 科	4	11	18	22	15	6	3	15	15	8	18	18	153
形成外科	1	0	2	4	1	4	0	1	4	3	3	4	27
内 科 他	0	0	3	0	3	0	0	2	4	0	0	0	12
合 計	29	30	38	47	41	29	26	37	40	33	35	46	431

25. 中央材料滅菌室実績

中央材料滅菌室 山本 仁恵

◆滅菌依頼数

(単位：個)

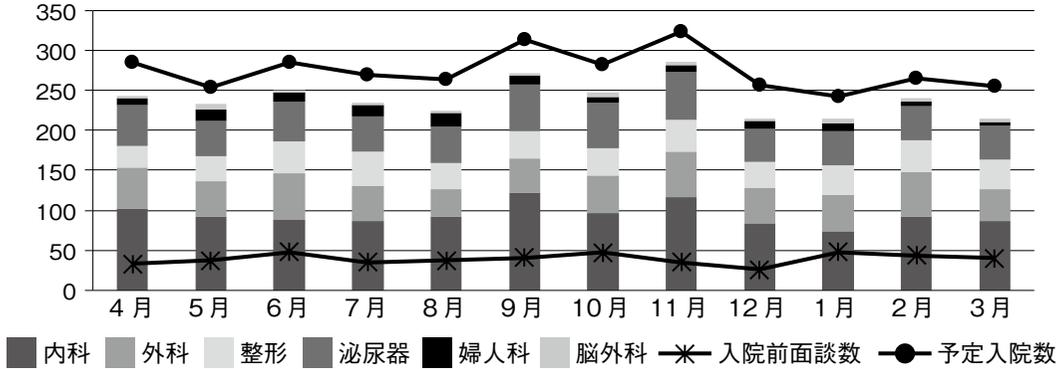
月	令和4年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
万能壺	109	111	114	99	122	110	125
中材セット	77	75	56	105	93	52	77
依頼セット	614	578	684	573	690	643	509
中材備品	1,026	950	1,137	1,009	1,163	1,053	1,106
単品依頼	8,792	8,287	9,435	8,899	8,661	8,648	8,725
クーパー	122	140	129	307	140	126	384
シーツ・ガウン類	0	1	0	0	0	3	0
ガス滅菌物	571	613	602	654	819	809	869
プラズマ滅菌物	516	271	432	546	513	501	484
呼吸器回路類	32	23	24	14	31	7	16
滅菌物請求	257	205	241	263	206	239	270
高レベル消毒	194	86	113	67	90	197	121

月	11月	12月	令和5年1月	2月	3月	合計	月平均
万能壺	122	96	101	99	99	1,307	109
中材セット	57	73	81	52	90	888	74
依頼セット	610	585	591	621	631	7,329	611
中材備品	928	981	1,260	818	911	12,342	1,029
単品依頼	9,449	8,281	8,063	8,291	9,291	104,822	8,735
クーパー	109	108	92	92	99	1,848	154
シーツ・ガウン類	0	0	6	0	1	11	1
ガス滅菌物	745	890	612	625	834	8,643	720
プラズマ滅菌物	510	421	474	431	507	5,606	467
呼吸器回路類	31	4	14	18	16	230	19
滅菌物請求	263	216	192	160	236	2,748	229
高レベル消毒	171	244	195	144	387	2,009	167

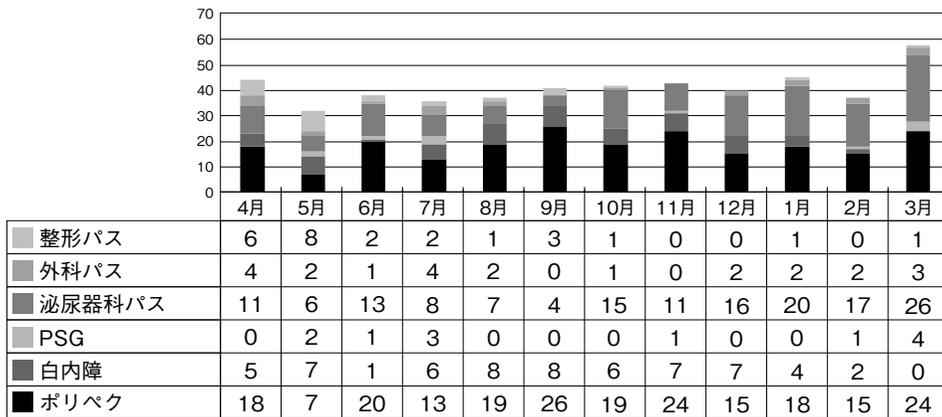
26. 入退院サポートセンター実績

入退院サポートセンター 池下 愛子

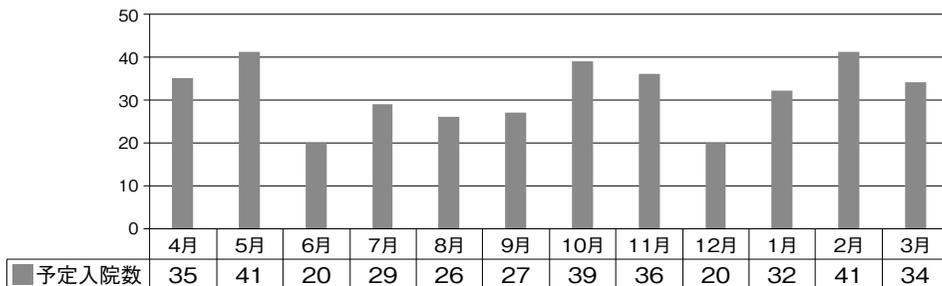
予定入院患者数と入院前面談数



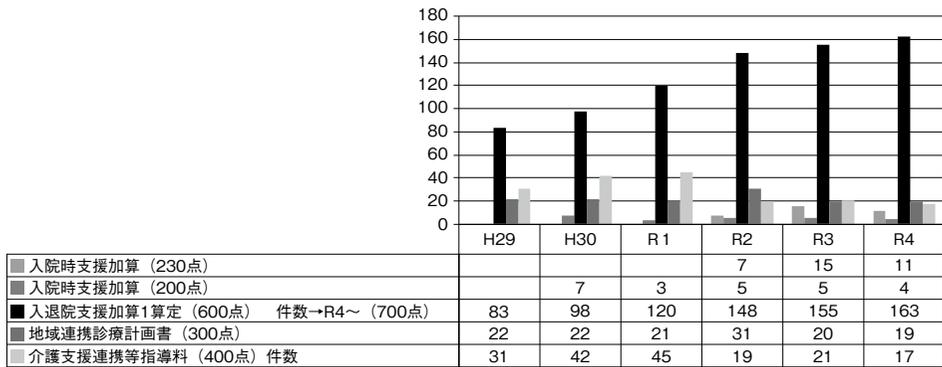
入院前パスの説明



休日の予定入院数

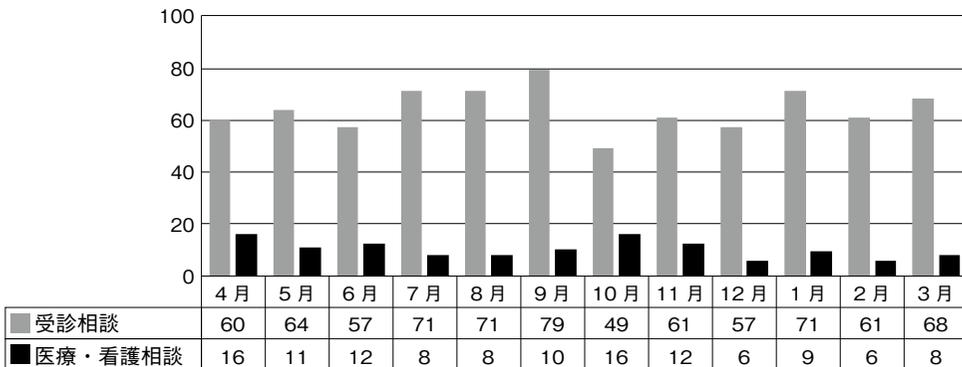


入退院支援加算件数

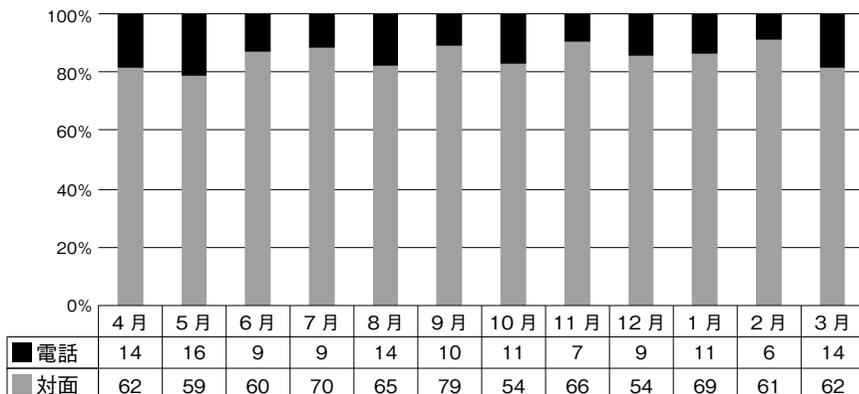


※令和4年度から診療報酬の改定で、入退院支援加算1が600点から700点に変更している。

看護相談件数



看護相談方法



27. 薬剤部実績

薬剤部 加地 努

◆薬剤管理指導件数

	令和4年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
薬剤管理指導件数(算定数)	件数	1,473	1,404	1,460	1,341	1,447	1,469	1,426	1,522	1,333	1,469	1,452	1,572	17,368
退院時薬剤情報管理指導件数	件数	367	306	377	331	314	356	395	360	304	289	310	374	4,083

◆薬剤鑑別件数

薬剤鑑別件数	件数	578	507	557	507	543	575	592	588	558	479	560	563	6,607
--------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

◆病棟常駐業務

病棟薬剤業務実施加算1	件数	1,793	1,968	1,635	1,889	1,694	1,751	2,036	1,772	1,742	2,082	1,740	1,734	21,836
医薬品投薬注射状況確認	件数	2,235	2,256	2,349	2,225	2,390	2,276	2,302	2,282	2,159	2,286	1,927	2,309	26,996
DI情報把握及び医療従事者相談応需	件数	92	71	91	56	71	67	50	47	54	56	42	54	751
持参薬確認・管理及び服薬計画提案	件数	919	906	1,105	906	992	968	974	1,028	911	853	1,006	958	11,526
相互作用確認	件数	184	193	224	186	173	168	142	154	61	89	94	117	1,785
ハイリスク薬投与前説明	件数	64	92	128	92	86	78	76	56	63	58	59	79	931
処方提案件数	件数	97	92	131	122	145	109	124	83	80	133	113	125	1,354
代行入力(PBPM)件数	件数	1,575	1,494	1,497	1,536	1,604	1,446	1,509	1,595	1,617	1,517	1,474	1,610	18,474
回診・カンファレンス	件数	13	13	12	11	9	7	15	16	11	3	7	18	135
内服定期配薬	件数	123	123	114	80	108	102	116	106	69	86	122	143	1,292
注射個人別セット	件数	2,299	2,029	2,362	2,265	2,220	2,247	2,104	2,286	2,231	2,515	2,392	2,396	27,346
内服定期セット	件数	450	401	367	304	507	416	334	397	398	286	253	402	4,515

◆地域連携・ポリファーマシー関連

薬剤総合評価調整加算(退院時1回)	件数	24	27	29	25	17	25	25	20	13	28	21	23	277
薬剤調整加算(薬剤総合評価調整加算)	件数	7	14	10	6	8	6	10	5	5	9	9	5	94
退院時薬剤情報連携加算	件数	90	78	88	88	89	78	102	80	71	71	75	106	1,016
地域連携チーム介入活動合計件数	件数	17	14	20	14	8	11	13	8	8	56	49	63	281
薬剤管理サマリー発行件数(病院・施設)	件数	85	74	82	63	49	78	82	77	71	77	84	101	923
薬剤管理サマリー発行件数(保険薬局)	件数	105	111	116	106	125	96	126	90	96	95	98	123	1,287
返書(介入状況報告書)報告処理件数	件数	67	44	68	57	61	51	59	73	55	54	43	47	679
トレーニングレポート等報告処理件数	件数	50	43	50	36	49	35	36	40	38	42	34	26	479

◆外来化学療法指導件数

がん患者指導管理件数(薬剤師対応分)	件数	11	14	8	10	9	12	11	12	12	10	16	14	139
連携充実加算	件数	9	6	6	16	10	6	8	13	8	13	9	10	114

◆無菌製剤処理件数

TPN調製	件数	7	32	23	39	14	26	9	10	6	16	23	19	224
外来抗悪性腫瘍剤調製	件数	222	226	270	257	262	244	256	222	203	223	220	244	2,849
入院抗悪性腫瘍剤調製	件数	44	50	34	26	25	50	57	35	38	29	28	38	454
無菌製剤処理加算料	件数	255	292	315	299	296	296	313	246	236	251	250	278	3,327

◆レジメン管理件数

	令和4年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
抗悪性腫瘍剤（内服）	件数	50	41	49	48	60	55	34	33	49	47	44	41	551
抗悪性腫瘍剤（注射）	件数	266	276	304	283	287	294	313	257	241	252	248	282	3,303

◆特定薬剤血中濃度モニタリング（TDM）件数

薬物動態解析件数	件数	52	65	58	60	65	71	37	53	54	67	46	64	692
特定薬剤治療管理料	件数	67	64	79	76	79	96	60	63	72	74	62	78	870

◆セントラル疑義照会対応件数

入院・外来院内処方	件数	60	49	34	52	48	55	57	43	41	31	26	56	552
院外処方（代行修正）	件数	49	160	141	126	147	151	123	119	150	105	125	149	1,545

◆セントラル処方代行入カプロトコール（PBPM）実施件数

内服・外用薬	件数	29	41	25	33	21	37	32	43	27	24	38	29	379
注射薬	件数	22	25	14	37	29	23	29	16	17	29	10	20	271

◆ブレアボイド（未然回避・重篤化回避・薬物治療向上）件数

重篤化回避	件数	7	4	5	2	3	4	4	3	6	4	4	5	51
未然回避	件数	20	20	23	9	15	16	13	9	11	21	12	25	194
治療効果の向上	件数	8	9	14	7	2	8	8	9	3	1	4	2	75

◆処方箋枚数

入院処方箋	枚数	5,529	5,408	5,286	4,511	5,440	5,356	5,714	5,397	5,513	5,835	5,100	5,757	64,846
	件数	10,632	10,317	9,989	9,840	10,276	10,249	10,678	10,098	10,472	10,726	9,464	10,937	123,678
	調剤数	90,365	79,268	82,627	79,222	82,971	82,858	87,089	81,394	90,828	81,852	75,810	88,665	1,002,949
外来院内処方箋	枚数	497	409	413	516	449	459	401	392	388	404	303	384	5,015
	件数	769	643	687	833	755	756	692	625	657	686	518	652	8,273
	調剤数	6,484	4,715	5,092	5,915	6,147	5,621	5,448	4,453	4,370	4,440	3,477	4,217	60,379
外来院内処方箋（処方料）	枚数	340	292	275	353	326	325	274	282	283	280	208	259	3,497
外来院外処方箋（処方せん料）	枚数	7,198	6,869	7,292	7,044	7,545	7,144	7,078	7,256	7,466	6,829	6,743	7,838	86,302
わたつみ	枚数	97	153	168	147	165	128	180	75	140	148	98	160	1,659
	件数	274	478	542	480	538	417	622	228	413	418	259	465	5,134
院外処方箋発行率	%	95.5%	95.9%	96.4%	95.2%	95.9%	95.6%	96.3%	96.3%	96.3%	96.1%	97.0%	96.8%	96.1%

◆注射処方箋枚数

入院注射処方箋	枚数	7,254	7,144	6,622	7,081	7,534	7,297	7,190	7,299	7,493	7,061	6,435	7,317	85,727
外来注射処方箋	枚数	1,748	1,781	2,001	1,899	2,150	1,928	1,882	1,736	1,777	1,776	1,681	1,858	22,217

◆薬剤情報提供件数

薬剤情報提供件数	件数	392	323	293	374	339	350	313	302	299	311	238	284	3,818
----------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

◆一般名処方加算件数

般名処方加算件数	件数	5,650	5,303	5,615	5,408	5,835	5,527	5,565	5,722	5,845	5,419	5,251	6,197	67,337
----------	----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

◆後発医薬品使用体制加算件数

後発医薬品使用体制加算件数	件数	605	551	613	591	623	664	666	659	644	574	620	591	7,401
---------------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

28. 中央検査部実績

中央検査部 藤村 一成

◆部門別院内実施検査件数

部門	項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
検体検査	血液	14,148	13,283	14,036	13,415	14,013	13,893	14,425
	凝固	4,385	4,246	4,254	4,431	4,402	4,511	4,942
	血液ガス分析	751	691	555	647	529	656	853
	ヘモグロビンA1c	2,554	2,387	2,113	1,984	2,111	2,067	2,616
	生化学	124,990	118,617	123,583	119,683	122,908	122,229	126,477
	免疫	9,050	8,566	9,392	8,675	8,912	9,257	9,133
	アレルギー	159	162	178	142	87	137	142
	薬物	40	51	39	42	37	60	32
一般	7,299	7,152	7,272	6,981	7,152	7,002	7,339	
微生物検査	一般細菌塗抹・染色	385	343	324	352	372	363	346
	一般細菌培養・同定	406	367	352	380	348	385	376
	真菌培養・同定	112	85	103	98	88	104	82
	血液培養・同定	764	706	613	702	651	772	764
	薬剤感受性	385	345	331	330	314	360	357
	抗酸菌分離・同定・感受性	48	32	44	36	32	20	41
	抗酸菌染色（ガフキー）	47	31	42	34	28	17	39
	PCR検査	164	346	149	330	464	247	261
抗原検出・その他	250	348	287	379	496	393	369	
輸血検査	血液型	196	197	201	196	228	217	214
	不規則性抗体・その他	266	302	297	294	323	350	332
	赤血球濃厚液使用単位	254	248	300	262	282	320	348
	新鮮凍結血漿使用単位	294	116	50	26	18	34	110
	濃厚血小板使用単位	220	40	170	160	140	140	130
	自己血使用単位	0	2	2	2	0	0	4
	輸血用血液製剤廃棄単位	6	12	8	12	4	4	0
病理検査	迅速診断	5	4	9	6	6	11	11
	組織診断	352	310	371	365	348	364	357
	細胞診	346	399	519	566	501	467	445
	免疫抗体・その他	62	50	85	41	53	76	67
	病理解剖	0	0	0	0	0	0	0
生理学的検査	心電図検査（実施済含）	1,665	2,042	1,810	1,865	1,771	1,942	1,991
	負荷心電図検査等	35	41	46	36	55	51	41
	血圧脈波検査	38	33	49	38	39	48	40
	ホルター心電図検査	56	46	52	51	44	51	60
	脳波検査	13	3	13	13	17	11	10
	肺機能検査	98	95	123	106	92	106	114
	心臓超音波検査	334	311	358	323	280	319	325
	経食道超音波検査	1	1	0	0	2	2	1
	腹部超音波検査	410	440	466	471	427	479	499
	甲状腺超音波検査	29	5	33	28	28	33	35
	血管・その他超音波検査	20	24	28	31	26	30	24
	小児科超音波検査	16	11	14	10	13	17	12
	乳腺超音波検査	10	19	11	11	11	9	13
	腎動脈血流測定検査	5	1	1	0	2	1	3
	耳鼻科関連検査	41	67	89	82	73	77	62
	健管眼底検査	297	285	351	325	344	329	325
その他検査	43	27	24	26	33	42	31	

◆外部委託検査件数

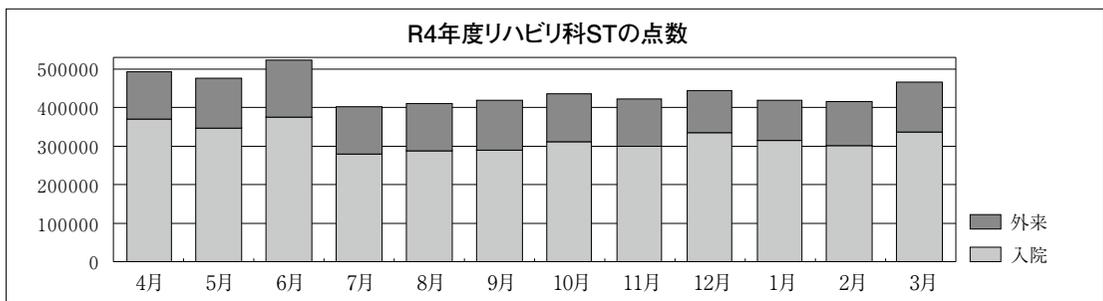
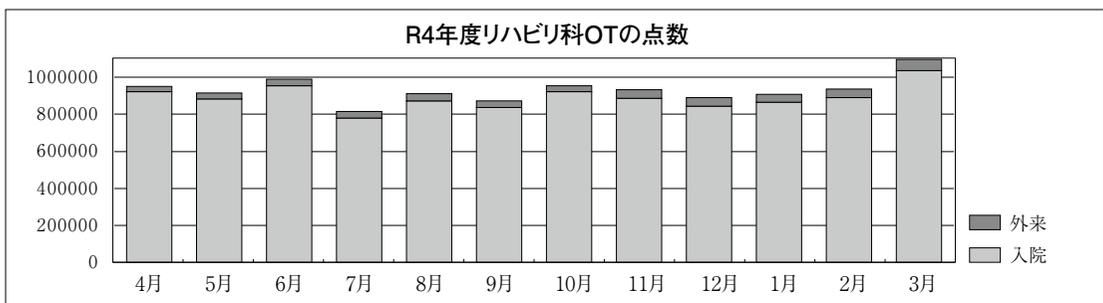
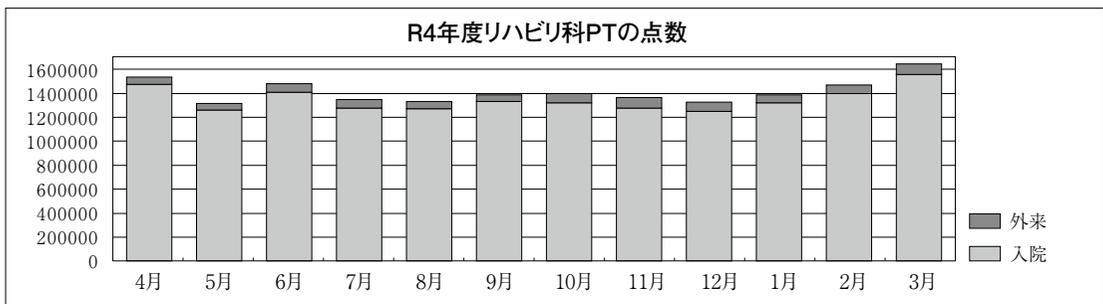
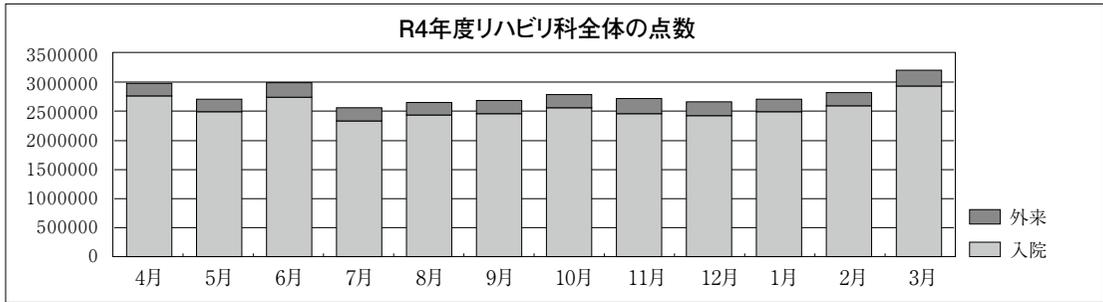
委託	SRL・LSI・BML・四国中検	2,068	2,187	2,051	2,033	2,230	2,078	2,290
----	------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

11月	12月	1月	2月	3月	入院	外来	健診	合計
13,920	13,463	13,318	12,270	13,632	48,666	103,731	11,419	163,816
4,562	4,506	4,367	4,010	4,424	16,056	36,983	0	53,039
743	518	618	504	687	6,225	1,527	0	7,752
2,305	2,033	2,069	1,959	2,103	1,206	20,290	4,805	26,301
121,947	118,892	118,341	110,669	119,793	353,910	980,219	114,000	1,448,129
8,848	8,682	8,785	8,535	9,466	10,802	87,057	9,442	107,301
99	98	125	175	296	17	1,733	0	1,750
42	40	55	32	44	277	237	0	514
6,984	6,624	6,340	6,099	6,024	6,310	51,031	24,927	82,268
353	343	321	295	346	1,809	2,333	0	4,142
383	357	358	311	369	1,929	2,463	0	4,392
87	90	74	68	77	382	686	0	1,068
672	754	728	665	711	3,766	4,736	0	8,502
367	311	322	271	367	1,869	2,193	0	4,062
40	41	33	33	35	199	236	0	435
38	39	26	31	31	189	214	0	403
250	355	415	163	101	1,192	2,053	0	3,245
356	572	540	488	395	984	3,889	0	4,874
191	181	194	195	212	325	2,097	0	2,422
320	275	286	282	317	593	3,051	0	3,644
320	250	200	220	312				3,316
8	94	2	20	28				546
280	0	60	100	120				1,560
4	2	4	6	2				28
2	10	2	18	6				90
10	5	5	4	5	73	8	0	81
384	315	316	292	390	1,580	2,584	0	4,164
457	440	416	362	388	545	4,761	0	5,306
73	43	43	41	58	291	306	0	597
0	1	1	1	0	3	0	0	3
1,912	1,736	1,666	1,706	1,624	6,922	8,153	6,655	21,730
42	23	38	24	36	125	346	0	471
46	36	32	37	39	91	384	0	475
50	43	48	56	59	165	451	0	616
10	11	5	12	20	9	126	0	135
105	85	96	88	83	109	1,082	0	1,191
303	266	293	303	332	614	3,133	0	3,747
2	0	0	1	1	11	0	0	11
499	496	417	454	430	532	2,336	2,620	5,488
38	21	29	34	35	36	312	0	348
21	22	20	26	20	56	236	0	292
11	9	7	12	9	0	141	0	141
7	8	5	10	2	0	0	116	116
4	3	3	0	2	5	20	0	25
77	66	73	65	71	38	805	0	843
338	339	319	333	265	0	0	3,850	3,850
26	26	34	31	33	342	18	0	360

2,100	2,142	2,149	1,953	2,061	6,380	18,795	187	25,362
-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	-----	--------

29. リハビリテーション部実績

リハビリテーション部 木村 啓介



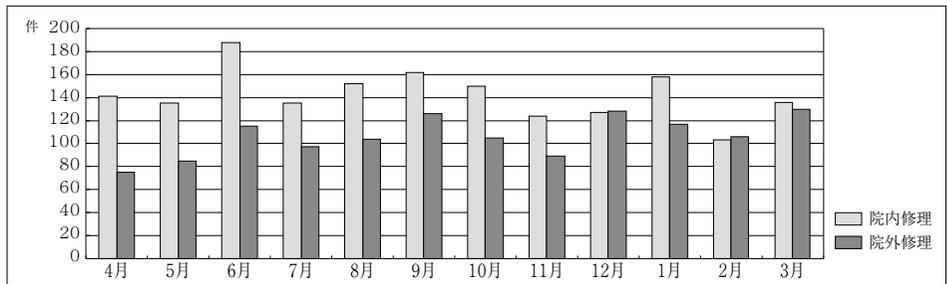
30. 臨床工学部実績

臨床工学部 松本 恵子

医療機器修理件数（令和4年4月～令和5年3月）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
院内修理	141	135	188	135	152	162	150	124	127	158	103	136	1,711
院外修理	75	85	115	97	104	126	105	89	128	117	106	130	1,277
合 計	216	220	303	232	256	288	255	213	255	275	209	266	2,988

◆ 月別件数



中央管理機器点検件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
返却時点検	426	406	393	359	402	381	419	441	357	372	389	454	4,799
定期点検	132	164	138	139	159	162	100	147	148	138	122	161	1,710
巡回点検	624	564	781	852	921	810	967	807	1,044	869	941	902	10,082

ダヴィンチ手術症例数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
泌尿器科	3	0	3	4	4	4	2	2	5	2	4	3	36
外科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4

ペースメーカー関連件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
移植術	1	2	8	1	6	3	3	3	3	3	0	8	41
交換術	1	1	0	4	2	5	1	1	0	4	0	1	20
フォローアップ	47	20	44	60	53	47	46	52	43	25	51	58	546

術中神経モニタリング・術中ナビゲーション件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
術中神経モニタリング	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	1	2	8
脳外科ナビゲーション	0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	1	1	7
整形ナビゲーション	9	6	7	12	3	13	7	6	5	2	5	6	81

心臓カテーテル検査（IVUS・FFR操作件数）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
I V U S	13	10	8	6	15	13	12	11	12	10	10	12	132
F F R	5	2	0	2	0	4	1	2	2	4	3	1	26

補助循環（ECMO症例数） ※V-A、V-V含む

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
E C M O	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4

ICU血液浄化療法症例数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
血液透析	32	7	8	7	15	23	18	11	10	11	12	8	162
持続的血液濾過透析	35	5	12	3	15	4	10	9	2	0	2	2	99

特殊血液浄化療案件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
血漿交換	3	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	9
腹水濾過濃縮再静注	6	5	12	9	10	8	6	10	5	7	9	10	97
吸着式潰瘍治療	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5
顆粒球除去	0	4	6	10	2	5	3	2	4	4	0	1	41

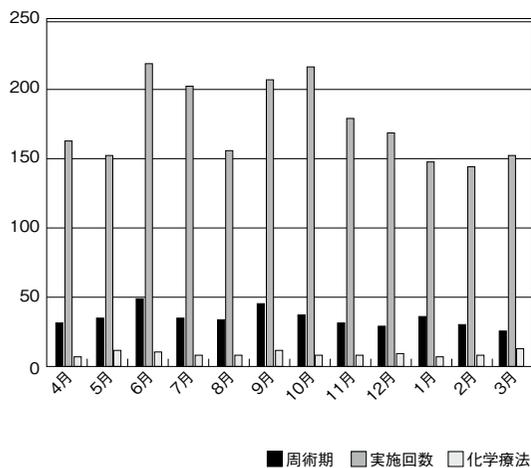
シャントエコー件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
シャントエコー	1	3	1	1	4	2	3	3	4	4	3	2	31

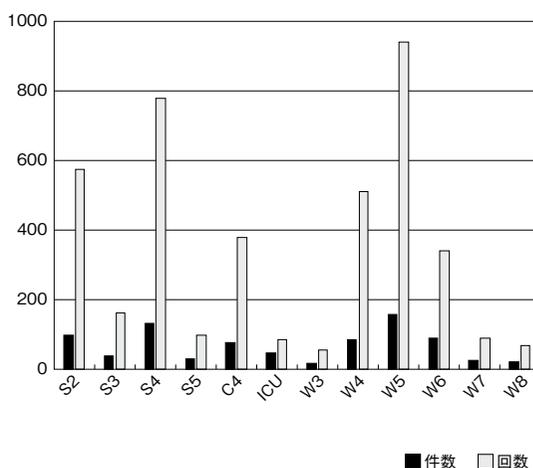
31. 歯科衛生科実績

歯科衛生科 高橋 弥生

周術期口腔機能管理口腔ケアパス
がん化学療法放射線口腔ケアパス (月別)



病棟別口腔ケアパス (年間)



訪問口腔ケア (年間)

施設・病院名	人数(のべ)	回数
もりの木 (観音寺市)	68	198
とよはま荘 (豊浜町)	74	245
おおとよ荘 (大野原町)	78	249
はあとおん (観音寺市)	50	125
ひうち荘 (大野原町)	142	526
ひうち荘 (口腔衛生加算)	107	210
ひうち (大野原町)	85	298
特養ネムの木 (豊浜町)	188	564
西香川病院 (高瀬町)	117	294
GHネムの木 (豊浜町)	86	296
わたつみ苑 (豊浜町)	117	350
わたつみ苑 (口腔衛生加算)	173	341
在宅	140	310
合計	1,357	4,006

[歯科保健活動]

- ・ 観音寺市乳幼児健康診査
1歳半歯科保健指導 (12回)
3歳児歯科保健指導 (12回)
- ・ 三豊市乳幼児健康診査
4カ月児歯科保健相談 (24回)
10カ月児歯科保健相談 (23回)
1歳半歯科検診・歯科保健指導 (24回)
3歳児歯科検診・歯科保健指導 (24回)

[院内歯科保健活動]

- ・ 糖尿病教育入院
教室 歯科保健指導 (20回)
- ・ みとよサプリ (3回)

32. 栄養管理部業務実績

栄養管理部 高橋 朋美

◆令和4年（2022年）度個人栄養指導件数

外来・入院ともに指導件数が減少。入院の指導件数の減少減は、育休中の管理栄養士が3名おり、入院患者病室訪問の栄養指導件数が減ったことが関係していると思われる。

		2020年度	2021年度	2022年度	前年度増減
入院栄養指導件数	加算（初回）	1407	1646	1373	273減
	加算（継続）	124	136	77	59減
	非加算	123	159	143	
	計	1654	1941	1593	
外来栄養指導件数	加算（初回）	403	339	307	32減
	加算（継続）	715	735	597	138減
	非加算	23	21	7	
	計	1141	1095	604	
総栄養指導件数	加算（初回）	1810	1985	1680	305減
	加算（継続）	839	871	674	197減
	非加算	146	180	150	30減
	計	2795	3036	2504	532減
1日平均件数		11.5	12.6	10.5	
栄養情報提供加算		83	88	71	17減
入院患者病室訪問栄養指導件数		657	991	699	292減

※個人栄養指導初回260点・継続200点、栄養情報提供加算50点

◆疾患別個人栄養指導件数 ※非加算の指導も含む

糖尿病の指導件数が大幅に減った。

	2020年度	2021年度	2022年度
肥満	59	39	31
糖尿病	1,019	1,037	794
心臓・高血圧・高脂血症	469	523	423
腎臓病	205	176	167
腸疾患	21	55	61
肝臓・膵臓・胆嚢炎	419	474	388
胃潰瘍	99	136	129
胃手術後	30	77	70
貧血	1	2	3
痛風	3	7	2
嚥下	148	168	168
がん	239	276	201
低栄養	15	14	12
その他（ドック含）	68	52	55
合計	2,795	3,036	2,504

◆令和4年（2022年）度集団栄養指導件数

【入院】糖尿病教室のみ 試食会はコロナ感染予防のため中止

【外来】食べて治す教室・がん化学療法教室はコロナ感染予防のため中止

腎臓病教室・肝臓病教室はコロナ禍による回数減少

母親教室は、病棟でZOOMにて開催

調理実習は、コロナ感染予防および健康管理センター新棟建て替え工事のため中止

	入院		外来	
	開催回数	参加人数	開催回数	参加人数
糖尿病教室	54回	111人	4回	22人
糖尿病試食会	0回	0人	0回	0人
腎臓病教室			1回	21人
食べて治す教室			0回	0人
男性調理教室（講話）			0回	0人
肝臓病教室			2回	16人
がん化学療法教室			0回	0人
母親教室			8回	14人
合 計	54回	111人	15回	73人

◆調理師病棟訪問件数（対前年度比較）

	2021年度	2022年度	増 減
訪問件数	134	125	9減

◆給食数

	2020年度	2021年度	2022年度	増 減	
常食	57,486	59,962	57,200	△2,762	
軟食	105,357	100,839	113,854	13,015	
流動食	15,975	17,117	14,041	△3,076	
特別食	加算	97,733	98,975	96,604	△2,371
	非加算	17,759	22,419	20,535	△1,884
患者食合計	294,310	299,312	302,234	2,922	
職員食	331	1,004	821	△183	
付き添い食	275	509	304	△205	
保育所	5,559	6,198	4,515	△1,683	
患者外食合計	6,165	7,711	5,640	△2,071	
給食総数合計	300,475	307,023	307,874	851	
特別食加算率（％）	33.2	33.1	32.0		
絶食率（％）	14.8	13.7	14.0		
嚥下食率（％）	16.0	16.2	18.7		
1食当たりの食材費（円）	269	270	286	16増	

33. 視能訓練科活動実績

視能訓練科 山本 真三子

◆月別検査数

項 目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
矯正視力検査	408	444	427	363	428	436	458	424	399	398	374	368	4,927
矯正視力検査（眼鏡処方）	33	20	29	32	39	17	24	17	28	27	28	16	310
コンタクトレンズ	3	4	4	5	8	6	5	2	4	6	8	3	58
屈折検査	108	64	112	83	83	85	97	73	91	81	102	69	1,048
屈折検査（6歳未満）		3	3		1			1	1			2	11
調節検査	8	6	8	10	8	6	10	4	8	2	4	3	77
角膜曲率半径計測	112	75	118	96	95	90	103	80	100	87	111	79	1,146
角膜形状解析検査							1					1	2
角膜内皮細胞顕微鏡検査	36	38	40	42	45	35	40	33	47	39	39	30	464
精密眼圧測定	595	654	649	579	646	622	663	631	645	590	603	545	7,422
光学的眼軸長測定	12	18	14	17	15	15	18	12	16	16	14	15	182
眼底三次元画像解析	236	255	236	212	256	246	271	220	233	235	202	243	2,845
眼底カメラ撮影（デジタル撮影）	48	45	36	41	38	42	47	36	47	40	36	29	485
網膜電位図（E R G）	1		1										2
色覚検査	2		1	2	1	1	1						8
中心フリッカー試験	14	12	13	17	4	13	16	17	7	12	7	4	136
動的量の視野検査	19	17	23	15	15	12	20	21	22	25	29	11	229
静的量の視野検査	46	60	78	55	53	49	63	70	66	68	79	33	720
立体視検査		3	1		2				1	1			8
眼筋機能精密検査及び輻輳検査	23	26	30	17	27	19	21	17	21	19	14	12	246
両眼視機能精密検査	11	16	15	7	14	8	6	4	11	9	5	7	113
ロービジョン検査	2	1		2	2	1	1	1	1				11
涙液分泌機能検査	1		3	1		3	3	5	2	1	1	3	23
合 計	1,718	1,761	1,841	1,596	1,780	1,706	1,868	1,668	1,750	1,656	1,656	1,473	20,473

◆健診業務

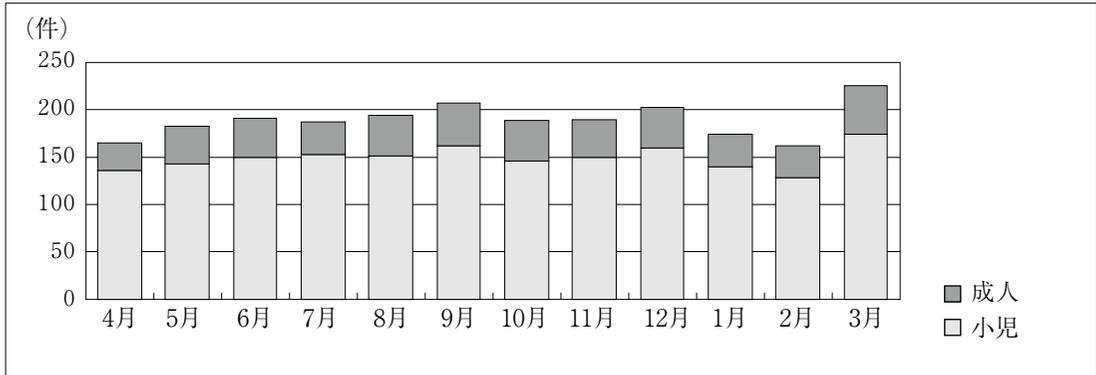
3歳児健診 18回

就学前健診 2回

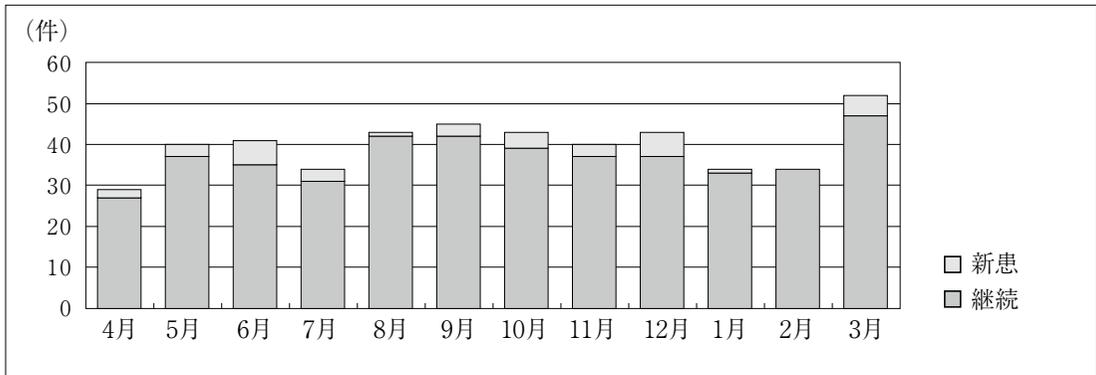
34. 心理臨床科実績

心理臨床科 三好 史

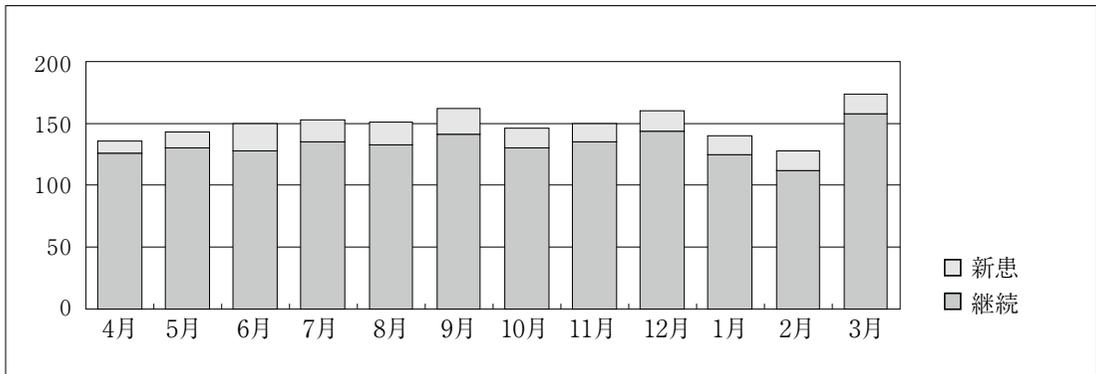
◆ カウンセリング実施件数（全体）



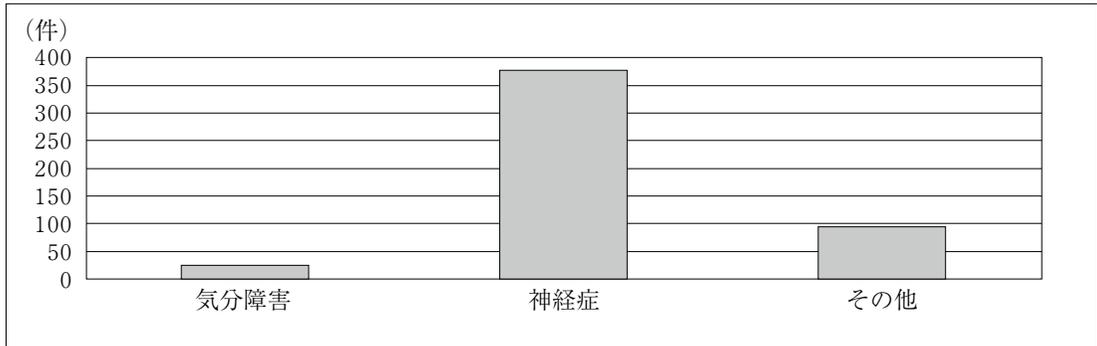
◆ カウンセリング実施件数（成人）



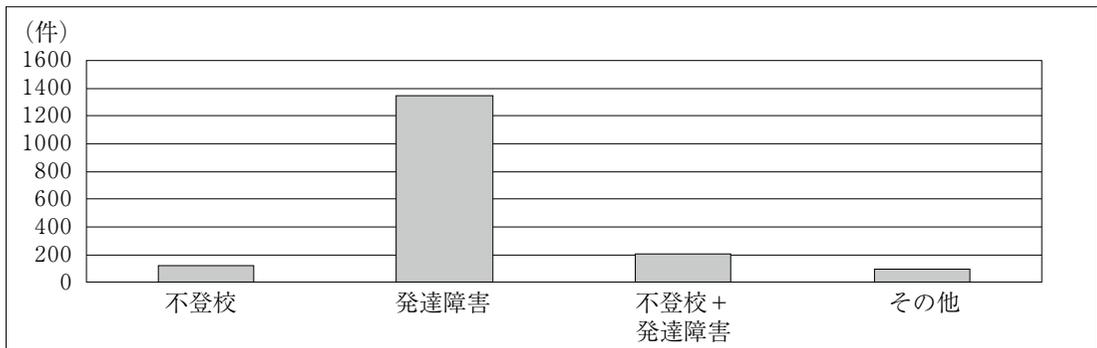
◆ カウンセリング実施件数（小児）



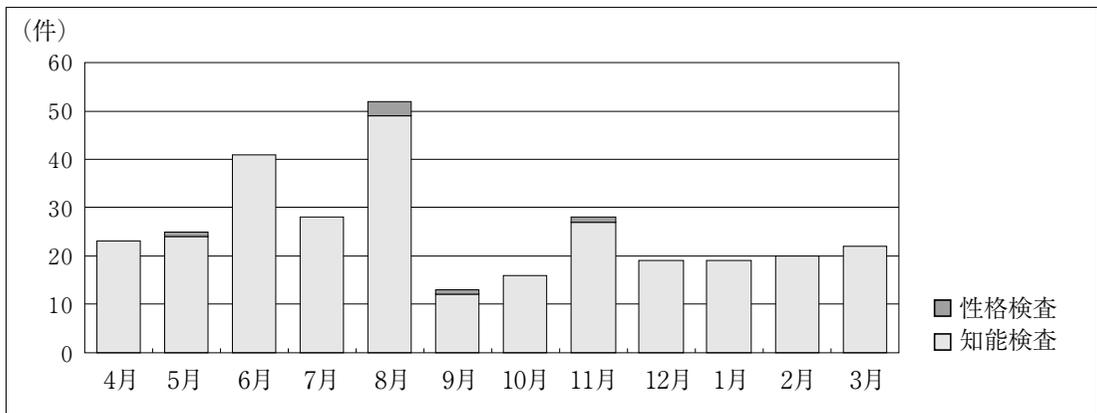
◆ 主訴別カウンセリング実施件数（成人）



◆ 主訴別カウンセリング実施件数（小児）



◆ 心理検査件数



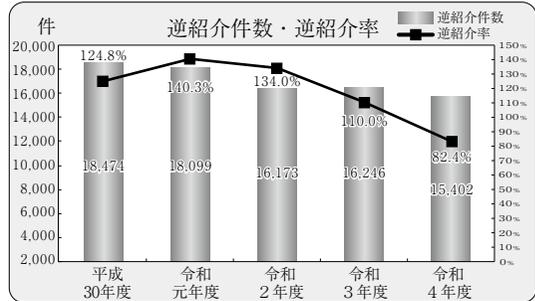
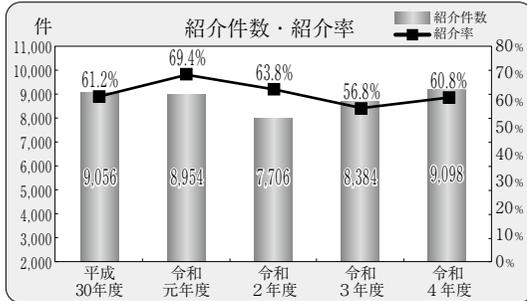
地域での活動

- ・ 観音寺市・三豊市の1歳半、3歳児健診 58回
- ・ 観音寺市教育センターでの教育相談 120時間
- ・ 観音寺市教育支援教室でのカウンセリング 60時間
- ・ 観音寺市発達障害児相談支援事業における保育所、幼稚園への巡回相談 6回
- ・ 観音寺市職員に対するメンタルヘルス相談 13回
- ・ 三豊市職員に対するメンタルヘルス相談 12回
- ・ 会議への出席 6回
- ・ 講演 5回

35. 地域医療連携室実績

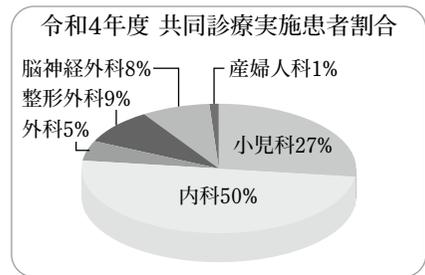
地域医療連携室

①紹介・逆紹介件数の推移

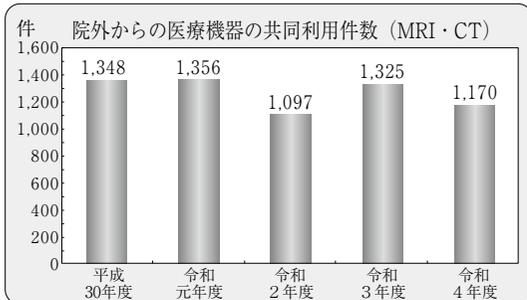


②令和4年度 開放型病床の利用件数

	共同利用 医療機関数	延利用 患者数	利用 延日数	利用率	共同 指導回数
4月	4	8	128	35.6%	10
5月	4	5	42	11.3%	5
6月	6	9	76	21.1%	10
7月	4	9	112	30.1%	11
8月	3	3	69	18.5%	4
9月	6	8	101	28.1%	8
10月	7	11	105	28.2%	12
11月	4	5	85	23.6%	5
12月	6	9	97	26.1%	10
1月	8	16	160	43.0%	16
2月	5	11	104	31.0%	12
3月	6	11	157	42.2%	11
			1,236	28.2%	114



③院外からの医療機器の共同利用件数 (MRI・CT)



④三豊総合病院地域医療連携協議会開催状況

令和4年度はCOVID19感染拡大のため開催せず。

◆ 連携医療機関向けサービス

平成21年1月より 紹介患者様専用窓口設置

平日運営時間 8:15~18:30

土曜日運営時間 9:00~13:00

(当番制にて対応)

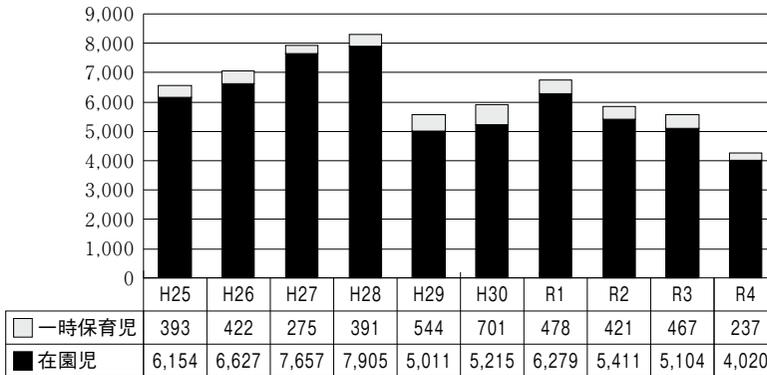
36. 院内保育施設「わたっ子保育園」の活動実績

わたっ子保育園

目的：出産休暇、育児休暇職員の仕事復帰支援

※平成21年1月7日 開園 平成24年度に定員数を増員（28名→46名）

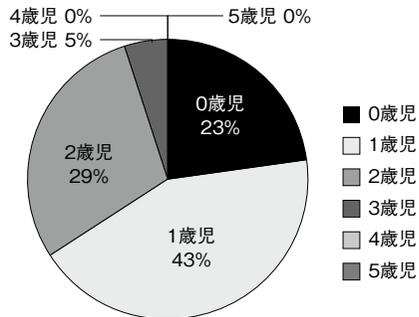
延園児数推移



【保護者職種平均】

職種	R2年度	R3年度	R4年度
医師	4.8	2.2	3.0
看護師	16.4	16.3	12.7
技師	5.5	7.3	4.0
事務職	1.1	1.8	2.8
介護、看護補助等	1.2	0.4	0.4

年齢別割合平均



○令和4年度は、在園児延べ数が4,020名、一時保育児は237名の計4,257名となった。

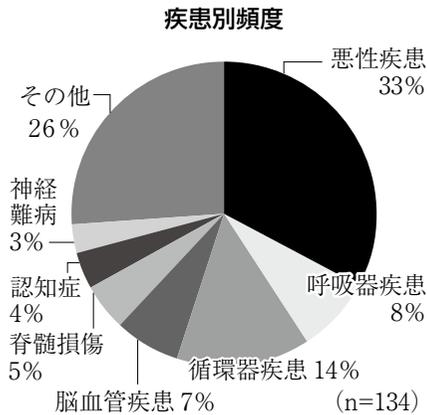
○平成21年度から令和4年度の利用児の年齢を平均化すると、就学前まで利用可能な施設ではあるが、主に0歳児、1歳児、2歳児の未満児の利用が9割以上を占めている。3、4、5歳児は、一時保育として当園を利用するかたちになってきている。

37. 地域医療部の活動実績

地域医療部 中津 守人

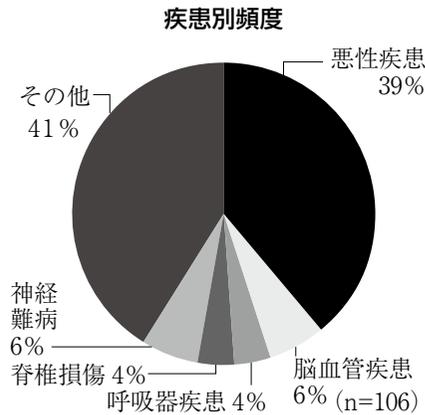
◆訪問診察

訪問診察医 5名
 (内科5名、泌尿器科医1名)
 訪問診察 134人
 訪問回数 1,363回



◆訪問看護ステーション

利用者106人 (観音寺市91人、三豊市15人)
 訪問回数4,751回 (訪問リハビリ673回)
 1ヶ月平均訪問回数 395.9回



◆居宅介護支援事業所

居宅介護支援及び予防支援受託件数 1,024件 (月平均85.3件)
 実利用者 125件

◆健康管理センター

施設内検診 (8,013件)

二日ドック	41件
一日ドック	2,450件
脳ドック	100件
予防健診	3,922件
船員健診	4件
企業健診	129件
胃がん検診	141件
乳児検診	130件
乳癌検診	751件
子宮癌検診	345件

◆特定健診・特定保健指導

特定健診	6,181件
後期高齢者健診	326件
保健指導 動機付け支援	227件
積極的支援	168件

◆健康教育活動

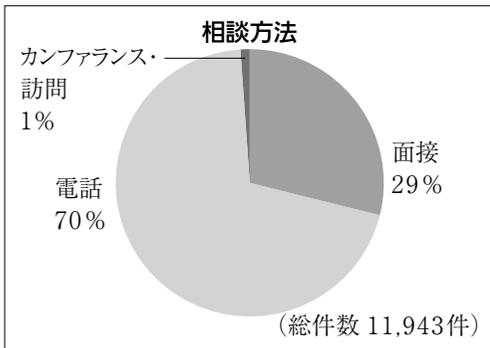
施設内健康教室（健康講座・集団栄養指導・その他）
 食べて治してハッピーライフ、夜間糖尿病教室、小児スリム教室
 開催回数8回 参加者 35人

施設外健康教室（地域の公民館などで行う移動健康教室）
 開催回数8回 参加者 235人

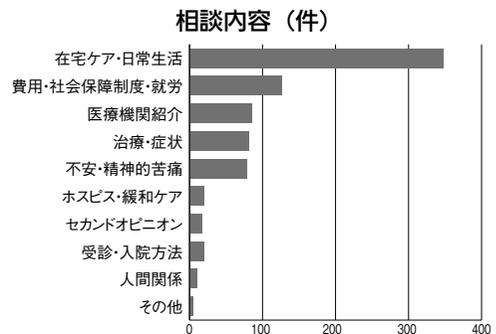
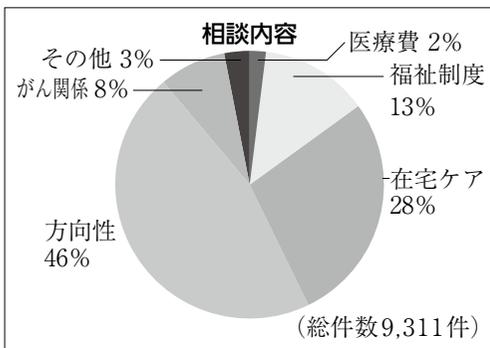
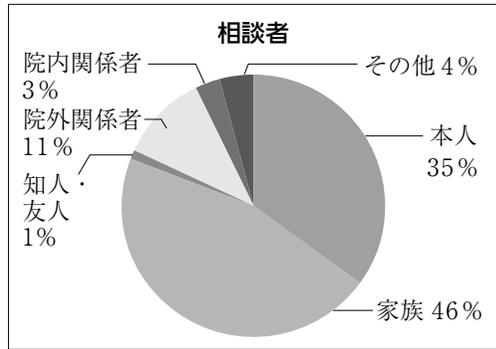
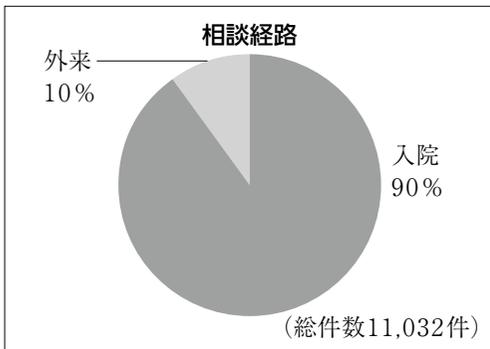
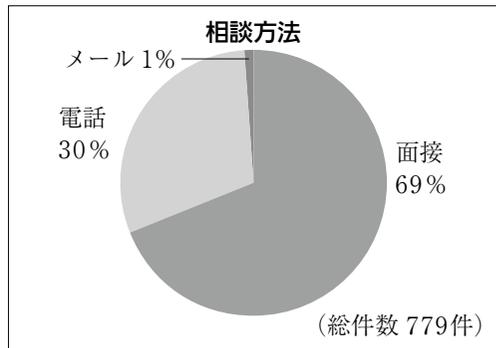
◆田野々地区僻地巡回診療

巡回診療回数 106回

◆保健医療福祉総合相談室
 相談実績



◆がん相談



38. 歯科保健センター実績

歯科保健センター 後藤 拓朗

医療分野（前年比）

◆外来診療		◆訪問歯科診療・口腔ケア	
・初診	1,141件(△14%)	・在宅歯科診療件数	248件(△22%)
・再診	7,858件(△11%)	・在宅口腔ケア件数	238件(▼9%)
・周術期口腔機能管理	354件(△10%)		
◆障害者歯科診療		・施設歯科診療件数	1,193件(△37%)
・障害者歯科診療件数	284件(▼12%)	・施設口腔ケア件数	3,125件(▼14%)
◆嚥下機能評価			
・嚥下造影検査数	275件(▼10%)		
・嚥下内視鏡検査数	105件(▼19%)		

介護分野（前年比）

◆居宅療養管理指導	Dr	243件(▼18%)	◆口腔衛生加算（わたつみ苑）	
	DH	931件(▼9%)	口腔衛生管理加算	168件(△207%)
◆経口維持加算（わたつみ苑）				
	経口維持加算	431件(△11%)		
	経口移行加算	12件(▼46%)		

歯科疾患予防活動分野

◆成人歯周病予防管理		◆健康教室	
・予防歯科		・糖尿病教室	
◆健診等		・母親教室（Zoom講義）	
・歯周病健診		・介護予防教室	
・妊婦健診		・いきいき健康教室	
・人間ドック（歯科検診）			
・乳幼児歯科検診（観音寺・三豊）			

39. 介護老人保健施設わつつみ苑実績

わつつみ苑

◆ 年度別利用者数の推移

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度						
入 所	入所者延数（人）	25,959	25,443	24,276	24,997	24,887						
	一日当り入所者数（人）	71.1	69.5	66.5	68.5	68.2						
	新入所者数（人）	124	134	98	123	135						
	退所者数（人）	124	134	101	125	134						
	平均介護度	2.7	2.6	2.5	2.4	2.5						
	入所利用率（短期入所も含む）（%）	96.9	92.9	86.7	90.5	89.4						
	新入所者 前居所		入所者	構成割合	入所者	構成割合	入所者	構成割合	入所者	構成割合	入所者	構成割合
		自宅	55	44.3%	64	47.8%	52	53.1%	64	52.0%	65	48.2%
		三豊総合病院	44	35.5%	53	39.5%	32	32.6%	39	31.7%	49	36.3%
		その他医療機関	24	19.4%	15	11.2%	14	14.3%	17	13.8%	20	14.8%
		介護老人保健施設	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		その他	1	0.8%	2	1.5%	0	0.0%	3	2.5%	1	0.7%
		計	124	100.0%	134	100.0%	98	100.0%	123	100.0%	135	100.0%
	退所者の 退所先		退所者	構成割合	退所者	構成割合	退所者	構成割合	退所者	構成割合	退所者	構成割合
		自宅	54	43.6%	59	44.0%	41	40.6%	58	46.4%	44	32.8%
		三豊総合病院	29	23.4%	35	26.1%	28	27.7%	29	23.2%	59	44.0%
		その他医療機関	4	3.2%	2	1.5%	3	2.9%	2	1.6%	5	3.7%
		介護老人保健施設	0	0.0%	2	1.5%	2	2.0%	4	3.2%	4	3.0%
		特別養護老人ホーム	16	12.9%	13	9.7%	11	10.9%	17	13.6%	11	8.2%
		グループホーム	3	2.4%	10	7.5%	4	4.0%	6	4.8%	2	1.5%
		有料老人ホーム等	4	3.2%	2	1.5%	6	5.9%	3	2.4%	3	2.3%
その他		2	1.6%	1	0.7%	2	2.0%	1	0.8%	0	0.0%	
死 亡	12	9.7%	10	7.5%	4	4.0%	5	4.0%	6	4.5%		
計	124	100.0%	134	100.0%	101	100.0%	125	100.0%	134	100.0%		
短期入所	短期入所者延数（人）	2,324	1,745	1,038	1,437	1,208						
	一日当り短期入所者数（人）	6.4	4.8	3.2	3.9	3.5						
	平均介護度	2.8	2.5	2.2	2.4	2.5						
通所リハ ビリ	通所リハビリ利用者延数（人）	11,280	9,502	8,934	9,893	8,640						
	一日当り通所リハビリ利用者数（人）	36.9	31.0	30.2	31.9	29.0						
	平均介護度	1.4	1.3	1.3	1.3	1.3						
	通所定員利用率（%）	83.5	68.8	67.1	70.9	64.4						

※平成30年6月より通所リハビリ定員45人

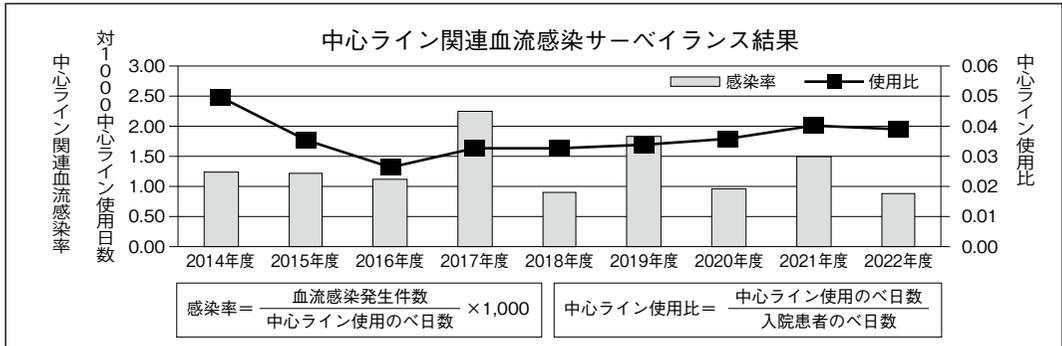
※令和2年度短期入所：新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、計40日間営業休止

※令和2年度通所リハ：新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、計13日間営業休止

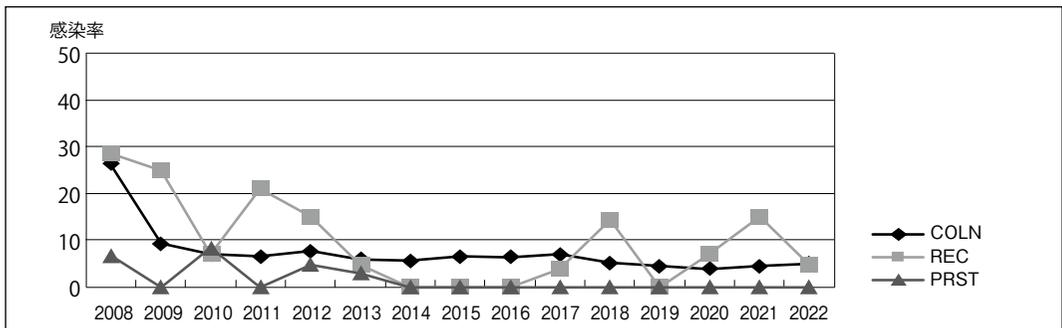
※令和4年度短期入所：新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、計21日間営業休止

※令和4年度通所リハ：新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、計11日間営業休止

②中心ライン関連血流感染サーベイランス結果 ※2014年7月～全入院患者対象に開始



③手術部位感染

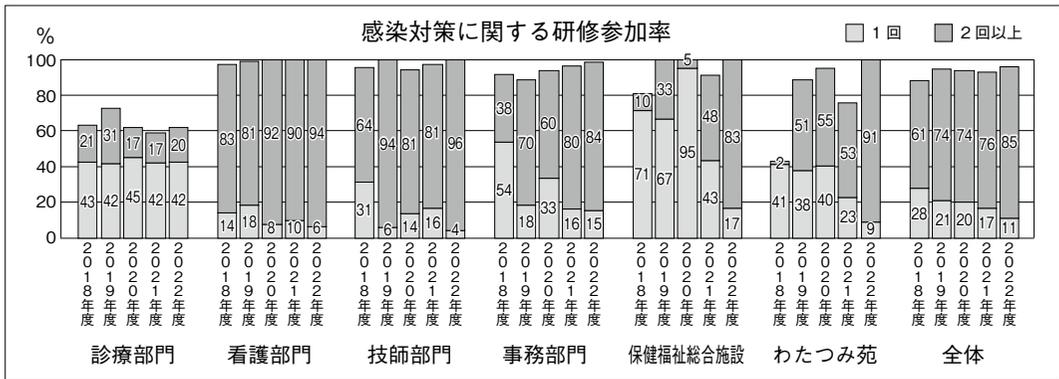


3. 地域連携

- 中西讃ICTネットワーク合同カンファレンス（労災病院、坂出市立病院、回生病院、四国こどもとおとなの医療センター、滝宮総合病院） 2回開催
 テーマ 6月14日：COVID-19クラスター対策・クラスターから学んだこと
 ～院内クラスターを発生させないために～
 11月15日：新興感染症の発生を想定した訓練
- 三観地区カンファレンス（みとよ市民病院）2回開催
 テーマ 11月15日、3月20日：各施設のCOVID-19の発生状況と感染対策

4. 講演会・研修会

- 全職員対象研修
 5月～12月 各部署内でのグリッターバッグを使用しての手指衛生研修
 12月13日 微生物検査の正しい検体採取と職種別標準予防策
- その他 看護補助者対象研修、抗菌薬適正使用に関する研修（2回/年：12月13日、3月17日）、外部委託職員（清掃業者、エイドアシスタント）研修、必要時各部署にて勉強会実施



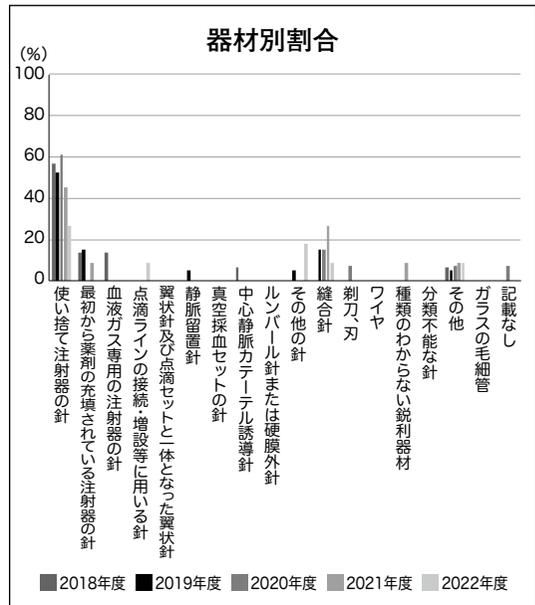
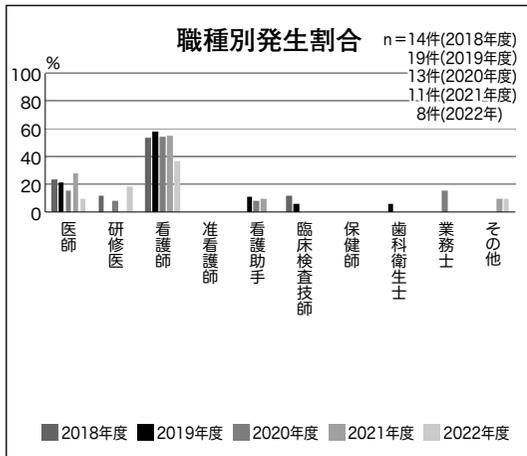
5. 院内ラウンド

- ICTラウンド (1回/週)
- ASTラウンド (1回/週)
- 5Sラウンド (2回/月)
- 手指衛生の直接観察ラウンド (各部署1回/月)

6. 広報活動

ICTニュース (4回/年)

7. 針刺し事故調査 (エビネット)



8. 職員の結核接触者健診対象者数 1名

9. 耐性菌発生状況ウェブ掲載 (1回/週)

10. 香川県感染症週報のウェブ掲載 (1回/週)

11. 菌種別感受性調査 (2022年)

菌名	件数	ABPC	PIPC	ABPC/SBT	TAZ/PIPC	CEZ	CXM	CPDX-PR	CMZ	CTX	CAZ	CFPM	LMOX	AZT	IPM/CS	MEPM	AMK	GM	LVFX	CPFX	ST
E.coli (ESBL, AmpC以外)	657	80%	81%	86%	99%	87%	97%	99%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	99%	100%	100%	94%	79%	79%	91%
E.coli (ESBL)	170	0%	0%	39%	94%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	1%	100%	100%	100%	74%	7%	7%	59%
E.coli (AmpC)	48	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	83%	94%	100%	100%	96%	73%	73%	83%
K.pneumoniae	318	0%	81%	85%	97%	86%	89%	94%	98%	93%	93%	93%	100%	94%	98%	99%	99%	100%	98%	94%	86%
K.oxytoca	55	0%	91%	82%	96%	36%	95%	95%	95%	95%	98%	95%	100%	95%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
E.aerogenes	33	0%	91%	0%	91%	0%	73%	79%	3%	82%	82%	94%	85%	85%	58%	97%	100%	100%	100%	100%	100%
E.cloacae	85	0%	85%	0%	89%	0%	61%	78%	12%	81%	84%	94%	88%	84%	86%	98%	100%	100%	98%	93%	92%
P.mirabilis	62	60%	79%	84%	98%	3%	84%	84%	98%	84%	84%	84%	86%	86%		100%	100%	79%	69%	68%	66%
S.marcescens	38	0%	82%	0%	92%	0%	0%	71%	76%	79%	97%	97%	82%	97%	40%	100%	100%	100%	100%	97%	100%

菌名	件数	PIPC	ABPC/SBT	TAZ/PIPC	CAZ	CFPM	AZT	IPM/CS	MEPM	AMK	GM	TOB	MINO	LVFX	CPFX	ST
P.aeruginosa	212	89%	0%	91%	89%	91%	75%	74%	91%	100%	98%	99%	0%	83%	89%	0%
*S.maltophilia	27	0%	0%	0%	37%		0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	85%		96%

菌名	件数	PCG	MPPC	ABPC	ABPC/SBT	CEZ	CFX	IPM/CS	AMK	GM	ABK	EM	CLDM	MINO	VCM	TEIC	DAP	LVFX	ST	LZD	MUP-H
MSSA	300	40%	100%	40%	100%	100%	100%	100%		78%		80%	81%	99%	100%	100%	100%	87%	99%	100%	100%
MRSA	170	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		62%		7%	13%	81%	100%	100%	100%	8%	100%	100%	99%
E.faecalis	242	99%		100%		0%	0%		0%	0%	0%	10%	0%	28%	100%	100%	100%	88%	0%	99%	
E.faecium	113	16%		18%		0%	0%		0%	0%	0%	7%	0%	48%	100%	100%	100%	17%	0%	97%	

菌名	件数	PCG	ABPC	AMPC/CVA	CXM	CTX	CTRX	CFPM	IPM/CS	MEPM	EM	TEL	CLDM	TC	CP	VCM	LVFX	GFLX	ST
*S.pneumoniae	27	70%		100%	56%	96%	96%	89%	70%	70%	15%		37%	22%	85%	100%	93%	85%	85%
*S.pyogenes	6	100%	100%			100%	100%	100%		100%	50%		83%	100%	50%	100%	33%	33%	
S.agalactiae	101	100%	100%			100%	100%	100%		100%	73%		87%	56%	91%	100%	65%	64%	

*件数不足のため参考。アンチバイオグラムの作成には最低30件以上の検体数が必要。

41. 第23期NST活動報告

NST委員会 遠藤 出

1. ランチタイムミーティング（週1回、木曜日）

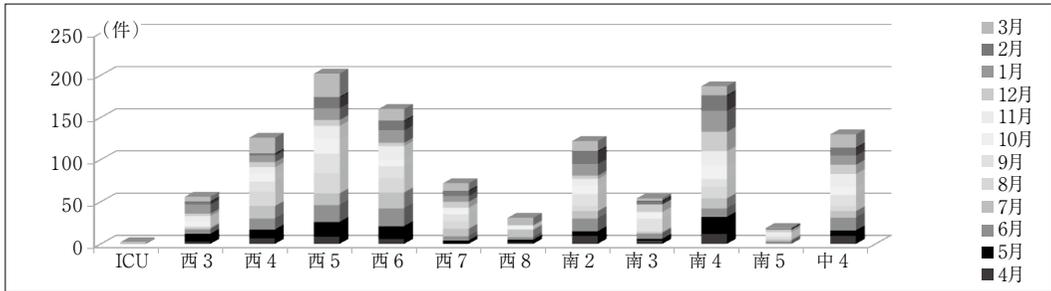
年間実施回数：45回、栄養管理に関する各種講義、症例検討を毎週15～30分ずつ実施

2. NST勉強会（月1回、第3月曜日） 年間実施回数：10回

勉強会のテーマ：栄養の基礎、歯科の栄養管理、嚥下食・食事について、ポリファーマシー、リハ栄養、認知症の栄養管理①、認知症の栄養管理②、栄養管理に必要な検査値、摂食嚥下、糖尿病の栄養管理

3. NST回診（週3回、水、木、金曜日：1日2病棟）

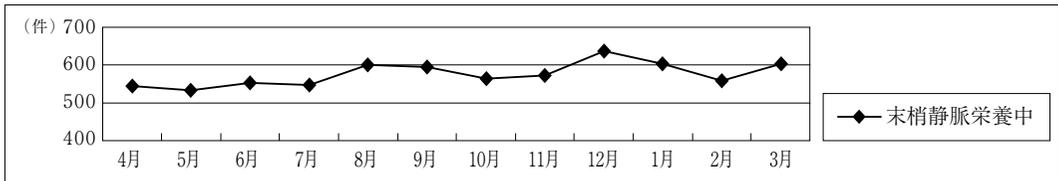
年間回診延べ患者数：1,161人



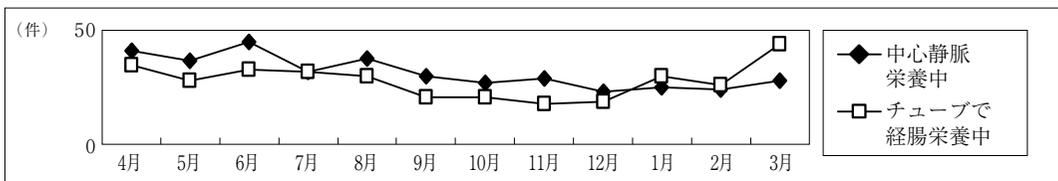
4. サーベイランス（週1回）

栄養管理計画書（経過表）のスクリーニング項目にて栄養不良リスク患者を抽出
 スクリーニング項目：末梢静脈栄養、中心静脈栄養、経腸栄養（経鼻経管、PEG、PEJ）、1日エネルギー投与量800kcal未満、食事摂取量3割以下、新規入院時から5%以上の体重減少、嚥下障害、1週以上継続する下痢・嘔吐、Ⅱ度以上の褥瘡、TP5g/dlまたはA1b2.5g/dl以下

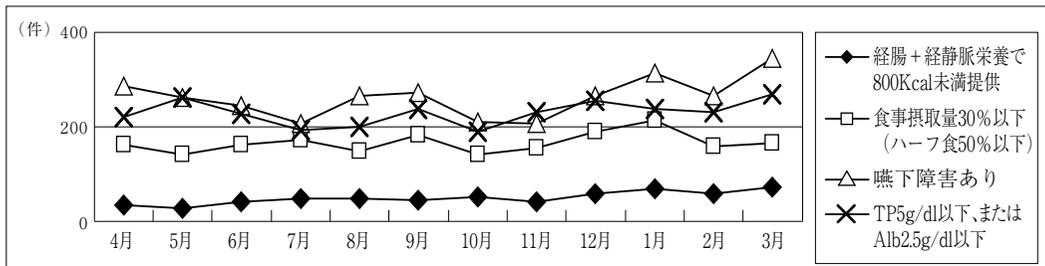
1) 末梢静脈栄養抽出延べ症例数



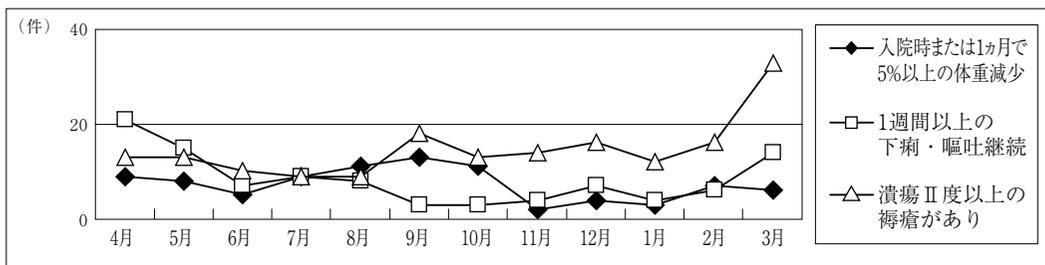
2) 中心静脈栄養・経鼻経管栄養抽出延べ症例数



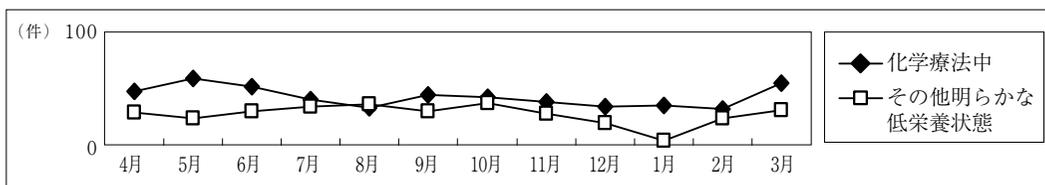
3) 摂取エネルギー基準値以下、嚥下障害、TPまたはAlb基準値以下抽出延べ症例数



4) 体重減少、下痢・嘔吐、Ⅱ度以上の褥瘡抽出延べ症例数



5) 化学療法中、その他明らかな低栄養抽出延べ症例数



5. 医薬品栄養・輸液剤使用量

経腸栄養剤 (医薬品) 年間使用量：単位 (本)

エレンタール	エンシュアH	イノラス	ラコール (液)	ラコール (半固形)	アミノレバンEN 配合散
2143	1989	156	963	721	2999

中心静脈栄養用輸液 年間使用量：単位 (袋)

エルネオパ 1号1000	エルネオパ 1号1500	エルネオパ 2号1000	エルネオパ 2号1500	ハイカリック	50%TZ 200/500
208	100	445	375	88	146

末梢静脈栄養用輸液 年間使用量：単位 (袋)

イントラリポス	ビーフリード	アミパレン	アミノレバン 200/500	ネオアミュー	キドミン
1487	9325	1465	229	216	2

6. 三豊・観音寺地区栄養サポート勉強会

コロナの影響により2022年度は未開催

7. 摂食嚥下対応実績

- ① 嚥下造影検査（VF）件数：275件
- ② 嚥下内視鏡検査（VE）件数：105件
- ③ 嚥下精密検査合計件数：380件
- ④ 摂食機能療法算定者数（実数）：169名

8. 著書、論文、学会発表、研究会発表など

- 2023.3 リハビリテーション薬剤実践マニュアル-生活機能を改善させる薬剤の選び方
「急性期病院における全人的評価（ICF）に必要な視点」
薬剤部 篠永 浩
- 2022.5.31 第37回日本臨床栄養代謝学会
「摂食嚥下障害を有する患者の錠剤内服の問題点
～嚥下造影検査でのバリウム錠剤を用いた検討～」
歯科 後藤 拓朗
- 2022.6.1 第37回日本臨床栄養代謝学会
「簡易スクリーニングツール等を用いた低栄養・フレイル・サルコペニア対策
～コロナ禍での現状把握を含めて～」
薬剤部 近藤 宏樹
- 2022.6.1 第37回日本臨床栄養代謝学会
「保存療法とリハビリテーション栄養指導の併用が奏功した
上腸間膜動脈症候群の1症例」
リハビリテーション部 和気 洋亨
- 2022.6.30 令和4年度 徳島文理大学薬学部 実践栄養学
「栄養療法の意義と薬剤師の役割」
薬剤部 篠永 浩
- 2022.9.16 第64回全国国保地域医療学会
「当院にて誤嚥性肺炎で再入院を繰り返す患者の要因の検討」
リハビリテーション部 松田 紗季
- 2022.9.23 第32回日本医療薬学会年会
「地域一体型NSTにおける薬剤師の関わり方（シンポジウム17）」
薬剤部 近藤 宏樹
- 2022.12.8 大阪府病院薬剤師会第11支部研修会
「病院、薬局、地域を繋げる多職種連携～栄養管理も含めて～」
薬剤部 篠永 浩

- 2023.1.13 始良地区薬剤師研修会 新春学術講演会
「地域サポート薬剤師による「低栄養・フレイル・サルコペニア」対策」
薬剤部 篠永 浩
- 2023.1.26 第25回 観音寺・三豊薬業連携セミナー
「地域一体型NSTにおける薬剤師の関わり方」
薬剤部 近藤 宏樹

9. 日本静脈経腸栄養学会『栄養サポート専門療法士』認定試験合格者

守谷正美（看護師）、大久保伴子（看護師）、山地瑞穂（臨床検査技師）、篠永 浩（薬剤師）、
高原紗知子（薬剤師）、近藤宏樹（薬剤師）、高橋朋美（管理栄養士）、
福田 絹（管理栄養士）、三河麻里（管理栄養士）

2023/03/31時点にて上記9名

*日本栄養療法推進協議会が定めるNST稼働施設認定要綱における「栄養サポート療法士」に関する基準を満たす。

42. 褥瘡対策委員会活動報告

褥瘡対策委員会 齊藤 まり

目的 院内における入院患者の褥瘡対策を討議・検討し、褥瘡の発生予防、発症後早期からの適切な処置を含めた対策を実施することを目的とする。

以下活動内容を報告させていただく

1. 褥瘡回診（月4回メジャー回診第2・4火曜日、政田WOCN回診第1・3火曜日）
2. 褥瘡対策委員会（月1回第4火曜日）
3. 2022年度 褥瘡委員会活動

各小委員委員会での活動内容

1) ポジショニング委員会

委員によるポジショニングラウンドが開始されるようになり、2022年度も同様に2回行われた。全年度はポジショニングルールが守られていなかったが、2022年度はクッションの使用は十分ではなかったが、ポジショニングの基本ルールは昨年よりも改善された。

2) スキンケア委員会

スキンケアマニュアルの活用度調査の実施。マニュアルの存在認識度：83.5%へ昨年より大幅に上昇した。しかし、マニュアル活用率が29.6%と低く、中でも車いす・ベッドの移乗時の発生が15件、テープ剥離の際の発症が12件であった。ワーストトップ2の関連ケアの留意点のケア方法を各部署へ配布し、注意喚起がされた。

3) MDRPU委員会

チューブ固定の問題の解決とチューブ固定によるMDRPU（医療関連機器圧迫創傷）発症予防を目的に看護手順の見直しと併せてテープ種別選択・固定方法のマニュアルを基にWOCNがデモンストレーション周知を行い、問い合わせや不具合に対する対応も随時行う中で、2023年の課題として、医療安全に即したMDRPU予防のテープ固定の見直しを継続・マニュアル改訂が予定された。

4) IAD・オムツ委員会

オムツ内皮膚障害（IAD;失禁管理皮膚炎）のマニュアルについてのアンケートを行い、発生および適切なオムツ交換がまだまだできていないことで、オムツの充て方のテストを行った。間違いのポイント箇所はどの部署も同じ点であったことから、オムツフィッター1級保有しているNSに実地講義演習をしてもらい、各部署指導は委員が行った。オムツの選定オプションが少ないため、昨年よりアメニティー利用者のみバックシートのついていないパット使用ができるようにした。そして、

年度末までに再度同アンケートを行い、ケア留意ポイントの認識度を高める活動をしている。

5) 創傷被覆材委員会

前年度に作成した創傷被覆材マニュアル活用を促し、利用状況を調査した。その結果、被覆材選択表の満足度は80%であった。しかし、創傷に応じた適切な創傷被覆材の選択が分からない意見もあり、創傷の状態と被覆材の適応についてのテストを委員対象に行った。その結果平均71.50点であった。考え方や適応性などの解釈を含めた指導を委員会で行い、各部署でのテスト・被覆材使用の指導を委員が担った。

6) 教育・監査委員会

委員会での教育計画を行い、外部講師による講演会を2022年度は計画せず。無料研修会のリストを配布、各自自己研鑽とした。マット・クッションのカルテ管理の一本化、診療・看護計画の入力調査および監査指導を実施した。

＜座長／講演＞

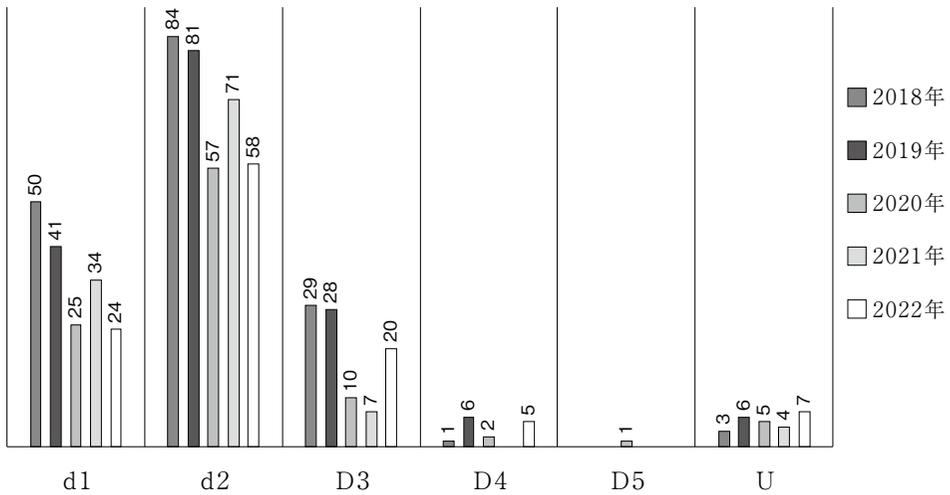
- 2022年度 10月 NPO法人高松ストーマケア・創傷ケア検討会主催
講演：「褥瘡ケアと褥瘡評価を極めよう：褥瘡発生後のケア」（WOCN政田美喜）
- 2022年度 11月 メディバンクス ナースの星：WEBセミナー 全国配信
講演：「褥瘡予防とケア～アウトカムを出すための継続ケアの仕組みづくり～」
(WOCN政田美喜)
- 2022年度 第23回 日本褥瘡学会中国四国地方会 教育講演 褥瘡
座長：「予防のための姿勢管理と動作介助
～成果を上げるためにチームで必要な力とそのために実施したいこと～」
(WOCN政田美喜)

褥瘡対策患者現況

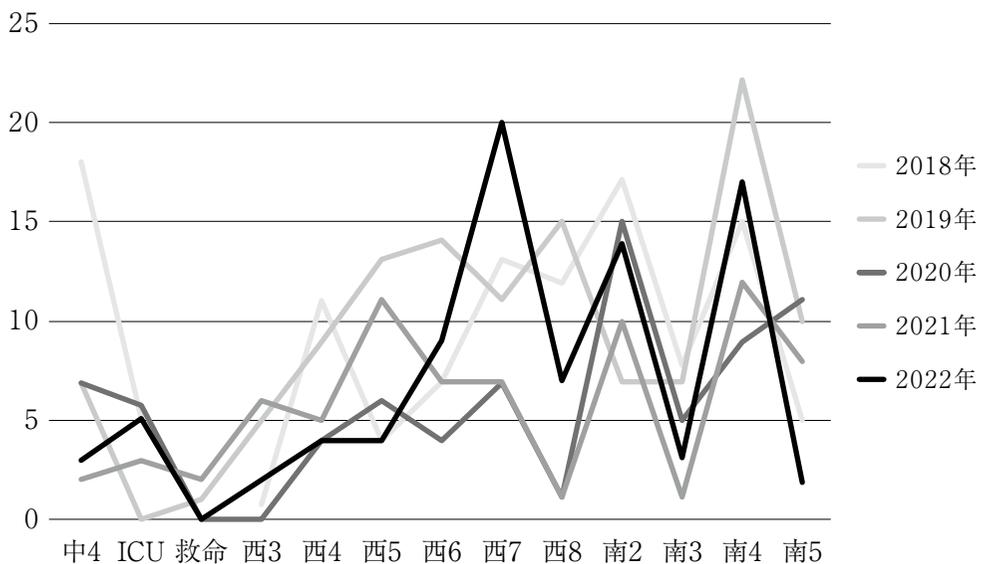
DESIGN-R 評価の深さの年次比較（新規発生患者）

新規発生患者における年次比較ではわずかではあるが減少傾向にある。真皮までの浅い褥瘡が80%を占め、早期発見、早期対策により重篤な褥瘡の発症を防げている。

年度別新規褥瘡発生 DESIGN-R (2020)



病棟別褥瘡新規発生数（人）



新新規発患者数は病棟によってバラツキがある。高齢者や介助が必要な患者の多い病棟では新規褥瘡患者が増加する傾向にある。今後も入院患者の高齢化は進むと考えられる。褥瘡発生・悪化の要因は皮膚の観察不足・体交回数減少などがあげられるが、多忙な業務の中、非常に困難な面もあるが、褥瘡を発生させないことが業務時間縮小になると考え、病棟スタッフがみな予防すべきところに焦点をあて効率的に褥瘡予防に勤めていきたい。

当院では皮膚科医師、WOCN 2名、各病棟リンクナースが協力しあい、病棟スタッフへの教育指導を積極的に行っている。褥瘡委員会を上記の 6つの小グループに分けている。原因別の褥瘡関連疾患のグループ（ポジショニング・スキントア・MDRPU・IAD）と治療に関連する創傷被覆材のグループ、人材育成評価にかかわる教員監査グループにわけ 褥瘡に関連する病院での問題点をあげていき 解決する方向を常に模索している。

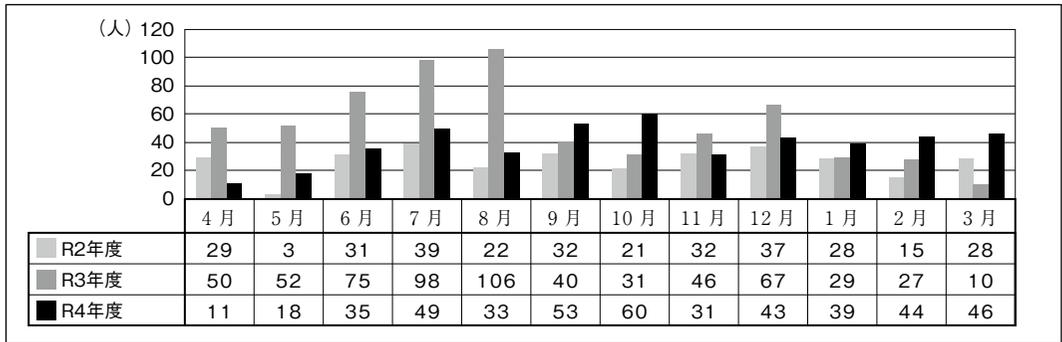
最新情報を共有し、持続可能なレベルでしっかりと褥瘡予防・管理を行っていきたい。

43. 病児・病後児保育室「わたっ子保育園」実績

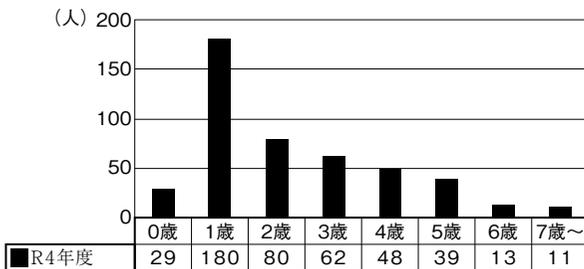
病児・病後児保育室

- 三豊総合病院企業団 病児・病後児保育室「わたっ子保育園」は、子どもの福祉の向上を目的とする「観音寺市・三豊市病児保育事業」に基づく病気の子どものための保育施設。
- 子どもが病気・病気の回復期であり、かつ集団で保育すること等が困難な場合に、その子どもを一時的に保育することにより、安心して子育てができる環境を整備している。
- 病児・病後児保育室「わたっ子保育園」として、平成25年度6月より開始。

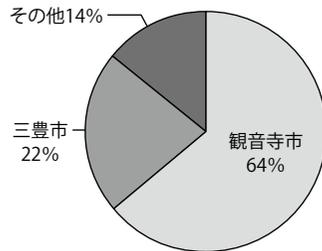
◆利用者年度別比較



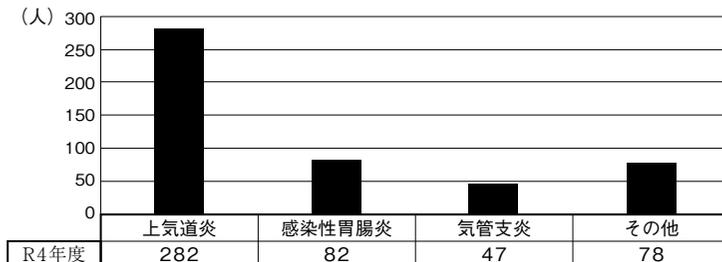
◆利用者年齢別人数 (R4年度)



◆地域別利用者数の割合 (R4年度)



◆利用者の疾患 (R4年度)



◇その他疾患の種類

- ・RSウイルス感染症
- ・クループ気管支炎
- ・アデノウイルス
- ・咽頭炎
- ・ヒトメタニューモウイルス
- ・ウイルス性発疹
- ・手足口病
- ・突発性発疹
- ・中耳炎

など

研究教育活動

1. 学術学会および研究会発表
2. 学術雑誌発表論文
3. 著書
4. 講演会講演

1. 学術学会および研究会発表 ※令和4年4月1日～令和5年3月31日

年	月	日	演 題 名	会 名(場所)	所 属	発 表 者 名
令和 4年	4	8	マムシ咬傷について	第484回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(皮)	斉藤 まり
	4	8	肝胆膵外科手術～胆膵編～	第484回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(外)	西山 岳芳
	4	8	脾摘後の肺炎球菌感染症の一例	第484回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(研)	切石 菜々美
	4	9	Mohsペーストを用いた鼻副鼻腔肉腫 の一例	第118回香川県地方部会 (高松市)	医(耳)	西岡 恵美
	4	17	血液培養よりCryptococcus neoformansが検出された1例	第45回香川県医学検査学会 (高松市)	中央 検査部	大平 知弘
	4	26	ウイルス性肝炎治療の最新の話について	肝疾患診療 Webセミナー (Web開催)	医(内)	守屋 昭男
	5	13	最近の肝臓がん治療	第485回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(内)	守屋 昭男
	5	13	当院における心不全センターの取り組み	第485回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(内)	谷本 匡史
	5	13	塩素ガス吸入による化学性肺炎	第485回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(研)	松本 啓輔
	5	13	セラプラスユーザーズミーティング	ホリスター (Web開催)	看	政田 美喜
	5	14	Hailey-Hailey病の遺伝子検査を確認 した症例	日本皮膚科学会第286回岡山地方会 (岡山県)	医(皮)	山下 珠代
	5	14	軽度糖尿病性神経障害と簡易診断基 準の関係	第65回日本糖尿病学会年次学術集会 (兵庫県)	リハビリ テーション部	谷 栄了
	5	14	厚生労働省による「高齢者医薬品適正 使用推進事業」を活用したポリファーマ シー対策の継続効果について	第6回日本老年薬学会学術大会 (Web開催)	薬剤部	陶山 泰治郎
	5	14	医療用麻薬自己管理マニュアルの認知 度及び自己管理に関する意識調査	第15回日本緩和医療薬学会年会 (Web開催)	薬剤部	中西 順子
	5	15	地域包括ケア病棟での病棟薬剤業務 実施状況調査～一般病棟と比較して～	第6回日本老年薬学会学術大会 (Web開催)	薬剤部	石原 瑛太郎
5	15	症例の書き方レクチャー～病院薬剤師症 例提示～(シンポジウム10 老年認定薬 剤師制度における症例報告の書き方)	第6回日本老年薬学会学術大会 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩	

5	20~21	A case of Peristomal skin Disorder Due to Scabies Provably Caused by Side Effects from Chemotherapy	第31回JWOCM学術集会 (横浜市)	看	政田 美喜
5	21	犬咬創で顔面下半分を欠損し、前外側大腿皮弁 (ALTF) で再建した1例	第10回川崎医科大学慶成外科学教室同門会学術集会 (岡山県)	医(形)	太田 茂男
6	1	摂食嚥下障害を有する患者の錠剤内服の問題点・嚥下造影検査でのバリウム錠剤を用いた検討	第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会 (神奈川県(Web併用))	医(歯)	後藤 拓朗
6	1	保存療法とリハビリテーション栄養指導の併用が奏功した上腸間膜動脈症候群の1症例	第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会 (神奈川県(Web併用))	リハビリテーション部	和氣 洋享
6	1	簡易スクリーニングツール等を用いた低栄養・フレイル・サルコペニア対策～コロナ禍での現状把握を含めて～	第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会 (神奈川県(Web併用))	薬剤部	近藤 宏樹
6	2	腹水濾過濃縮再静注法におけるカルチニン喪失に関する検討	第58回日本肝臓学会 (神奈川県)	医(内)	守屋 昭男
6	5	当院における経直腸の前立腺生検時の予防的抗菌薬の変遷	第70回日本化学療法学会 (岐阜県)	医(泌)	上松 克利
6	5	ベプリジルによる薬剤性間質性肺炎を発症し救命に成功した1例	日本内科学会第126回四国地方会 (Web開催)	医(内)	岸之上 隆雄
6	10	放射線治療の50年後に発症した膠芽腫の1例	第486回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(脳)	大久保 修一
6	10	A case of foreign body granulomas mimicking liver and peritoneal metastasis after fecal peritonitis by perforated colon cancer	第34回日本肝胆膵外科学会 (愛媛県)	医(外)	西山 岳芳
6	10	最近増えつつあるナッツアレルギーについて	第486回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(小)	濱本 諒
6	10	食欲不振が発見の契機となった膿胸の一例	第486回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(内)	海老原 楽萌
6	16	当院で経過を見ている壊疽性膿皮症の一例	香川県皮膚科懇話会 (高松市)	医(皮)	斉藤 まり
6	16	口腔内に多数のびらんを呈した尋常性天痘瘡の2例	香川県皮膚科懇話会 (高松市)	医(皮)	佐藤 志帆
6	25	2型糖尿病を合併した脂肪肝患者におけるセマグルチドの有用性に関する検討	第8回肝臓と糖尿病・代謝研究会 (奈良県)	医(内)	守屋 昭男
6	30	検診発見triple negative乳癌症例の検討	第30回日本乳癌学会総会 (神奈川県)	医(外)	久保 雅俊
7	2	広範なリンパ節転移から腎不全に至った未分化尿管癌の一例	第67回日本透析学会 (神奈川県)	医(泌)	森 聰博
7	2	入院・外来・地域を繋ぐために～地域連携担当薬剤師を配置した効果と意義～(2学会合同セッションシンポジウム 多職種連携による薬学的課題への取り組み方)	第6回日本臨床薬理学会中国・四国地方会 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
7	2	若年女性に発症した腎細胞癌の一例	第110回日本泌尿器科学会四国地方会 (Web開催)	医(研)	松本 啓輔

7	3	維持透析患者に発生し、急速に進行した腎紡錘細胞癌の1例	第67回日本透析学会 (神奈川県)	医(泌)	上松 克利
7	8	高度肥満症に対する減量・代謝改善手術の効果～BMI>70の症例に学ぶ～	第487回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(内)	井上 謙太郎
7	8	大腸がんの手術と化学療法について	第487回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(外)	浅野 博昭
7	16	急性肺塞栓症に対する当院治療戦略の再考	若手医師のための循環器セミナー (岡山県)	医(研)	大石 りか
7	16	急性期・回復期・地域へと繋ぐ薬学的連携の手法(シンポジウム② 急性期から回復期そして地域へ～連携でつなぐ薬物療法～)	第5回日本病院薬剤師会Future Pharmacist Forum (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
7	17	エコーガイド下腕神経叢ブロックによる肩関節周囲手術の検討	第35回日本臨床整形外科学会学術集会 (徳島県)	医(整)	阿達 啓介
7	20	Surgical Interventionの対象となった小腸GIST例の臨床病理学的検討	第77回日本消化器外科学会総会 (神奈川県)	医(外)	宇高 徹総
7	20	当院における離断型胆汁漏の2治療経験	第77回日本消化器外科学会総会 (神奈川県)	医(外)	西山 岳芳
7	23	左冠動脈主幹部の急性心筋梗塞で救急搬送された完全大血管転移症術後患者の一例	第30回日本心血管インターベンション治療学会学術集会 (神奈川県)	医(内)	遠藤 豊宏
7	23	肝腫瘍の一例	第2回肝臓病：臨床と基礎のコラボの勉強会 (高松市)	医(内)	守屋 昭男
7	24	左内頸動脈解離の1男子例	第109回日本小児科学会香川地方会 (三木町)	医(研)	松本 啓輔
8	27	数年の経過で両眼光覚消失に至った視神経萎縮の1例	第37回真鶴セミナー (静岡県)	医(眼)	曾我部 由香
8	28	便潜血検査定量法の導入とその効果	第60回香川県国保地域医療学会 (高松市)	中央検査部	加島 智美
8	28	当院におけるがんの術中モニタリングの現状について	第60回香川県国保地域医療学会 (高松市)	リハビリテーション部	高井 一志
8	28	当院におけるがんの作業療法の現状について	第60回香川県国保地域医療学会 (高松市)	リハビリテーション部	西山 和美
9	1	Atezolizumab plus Bevacizumab in Patients with Unresectable Hepatocellular Carcinoma: A Single-center Experience	アジア太平洋肝臓学会 (APASL) Oncology 2022 (高松市)	医(内)	守屋 昭男
9	2	Locoregional Therapies for First Occurrence of Hepatocellular Carcinoma: A single Center Experience	アジア太平洋肝臓学会 (APASL) Oncology 2022 (高松市)	医(内)	松村 吉晃
9	2	放射線治療の50年後に発症し保存的海綿状血管腫で苦慮した小脳膠芽腫の1例	第36回中国四国脳腫瘍研究会 (広島県)	医(脳)	大久保 修一
9	3	心筋梗塞1週間後に心破裂を起こし死亡した1例	CIVT中国四国地方会 (岡山県)	医(内)	大丸 隼人
9	4	口腔内に多数のびらんを呈した尋常性天痘瘡の2例	第287回日本皮膚科学会岡山地方会 (岡山県)	医(皮)	佐藤 志帆

9	4	犬咬創で顔面下半分を欠損し、治療に難渋した1例	第81回中国・四国形成外科学会学術集会 (愛媛県)	医(形)	太田 茂男
9	9	CKD治療におけるダバグリフロジンについて	第488回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(内)	山成 俊夫
9	9	当院における消化器診療	第488回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(内)	河井 裕介
9	9	ステロイド内服中に両側腸腰筋膿瘍を発症した高齢男性の一例	第488回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(内)	野村 綾
9	9	入院・外来・地域を繋ぐ薬学的連携の手法と課題(シンポジウム2 医療情報の連携のメリットと課題)	第48回日本診療情報管理学会学術大会 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
9	16	コロナ禍における当院の在宅医療の現状と課題	第62回全国国保地域医療学会 (千葉県)	医(内)	海老原 楽萌
9	16	当院の循環器疾患の在宅医療の現状と課題	第62回全国国保地域医療学会 (千葉県)	医(内)	増田 吏紗
9	16	脳血管攣縮により脳梗塞をきたした1例	香川 SAH Expert Meeting (高松市)	医(脳)	久松 芳夫
9	17	生体情報モニタの適正使用への取り組み	第62回全国国保地域医療学会 (千葉県)	臨床工学部	今岡 葵
9	17	当院にて誤嚥性肺炎患者が再入院を繰り返す要因の検討	第62回全国国保地域医療学会 (千葉県)	リハビリテーション部	松田 紗季
9	23	病棟等における薬学的管理 PBPMによるタスクシフト・タスクシェア(シンポジウム11病院薬剤師の働き方改革～タスクシフト・シェアをどう考えるのか～)	第32回日本医療薬学会年会 (群馬県(Web併用))	薬剤部	篠永 浩
9	23	地域一体型NSTにおける薬剤師の関わり方(シンポジウム17「新時代の栄養を考える」～薬剤師だからできること～)	第32回日本医療薬学会年会 (群馬県(Web併用))	薬剤部	近藤 宏樹
9	23	服薬アドヒアランス評価におけるMMAS-4の有用性に関する検討	第32回日本医療薬学会年会 (群馬県(Web併用))	薬剤部	石井 照樹
9	24	PBPMを用いたタスクシフティング及び病棟薬剤業務による医師の業務負担軽減効果	第32回日本医療薬学会年会 (群馬県(Web併用))	薬剤部	片桐 将志
9	25	厚生労働省による「高齢者医薬品適正使用推進事業」を活用したポリファーマシー対策の効果	第32回日本医療薬学会年会 (群馬県(Web併用))	薬剤部	陶山 泰治郎
9	25	地域包括ケア病棟での病棟薬剤業務が服薬アドヒアランスに及ぼす影響調査 ～一般病棟と比較して～	第32回日本医療薬学会年会 (群馬県(Web併用))	薬剤部	石原 瑛太郎
10	2	男女が共に活躍できる社会へ ～あなたらしいWork&Life Balanceを!～ 男女共同参画の実現に向けて	第12回中四国臨床工学会 (岡山県)	臨床工学部	松本 恵子
10	9	ポリファーマシー対策と地域連携の実践手法(分科会14シンポジウム 患者情報を活用したシームレスな連携と薬物療法の実践)	第55回日本薬剤師会学術大会 (宮城県(Web併用))	薬剤部	篠永 浩

10	13	Hill-RBF式Ver.3におけるVer.2や他計算式との白内障術後屈折誤差精度の検討	第76回日本臨床眼科学会 (東京都)	医(眼)	都村 豊弘
10	14	死後のCT AI診断	第489回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(放)	黒川 浩典
10	14	頭頸部がんについて	第489回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(耳)	印藤 加奈子
10	14	中大脳動脈閉塞によるTIAを伴ったラクナ梗塞の一例	第489回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(研)	小川 慧祐
10	19	初回無熱性発作の再発についての検討	宇摩小児科医会 (愛媛県)	医(小)	佐々木 剛
10	20	下肢の硬結の1例	香川皮膚懇話会 (高松市)	医(皮)	斉藤 まり
10	23	当院における経直腸的前立腺生検時の予防的抗菌薬の変遷	令和4年度香川県医学会 (高松市)	医(泌)	上松 克利
10	23	当院におけるCOVID-19検査体制の現状	第55回中四国支部医学検査学会 (広島県)	中央検査部	大平 知弘
10	23	APTT試薬「レボヘムAPTT-SLA」の基礎的検討	第55回中四国支部医学検査学会 (広島県)	中央検査部	藤重 和久
10	24	BMI>70の高度肥満症に対する減量・代謝改善手術の効果	第479回香川県内科医会 糖尿病談話会 (観音寺市)	医(内)	井上 謙太郎
10	28	低侵襲アプローチTHAにおける術後早期JHEQの維持比較	第49回日本股関節学会 (山形県)	医(整)	藤井 洋佑
10	29	香川県における小・中学生を対象とした禁煙啓発活動の取り組み～薬剤師だからできること～(薬剤師部会セミナー)	第16回日本禁煙学会学術総会 (Web開催)	薬剤部	近藤 宏樹
10	30	新型コロナワクチン接種後、血尿を呈し確定診断に至ったIgA腎症の女児例	第74回中国四国小児科学会 (高知県)	医(小)	大橋 育子
11	4	当院における尿路上皮癌に対するPembrolizumabの使用経験	第74回西日本泌尿器科学会総会 (福岡県)	医(泌)	佐野 雄芳
11	4	口腔ケア関連パス導入後の当院歯科の成果と今後の展望	第67回日本口腔外科学会総会・学術大会 (Web開催)	医(歯)	宮下 志織
11	4	小児用コロナワクチンに対する接種開始前の意識調査	第49回日本小児臨床薬理学会学術集会 (東京都(Web併用))	薬剤部	十川 友那
11	5	認知機能による服薬アドヒアランスへの影響に関する調査	第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会 (広島県(Web併用))	薬剤部	藤田 早季
11	6	回復期で実践する病棟薬剤業務～退院後を見据えた薬学的介入の手法～(シンポジウム2 回復期病棟における薬剤師業務を考える)	第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会 (広島県(Web併用))	薬剤部	篠永 浩
11	6	当院の病棟薬剤業務における処方提案の実態とその効果	第61回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会 (広島県(Web併用))	薬剤部	大嶋 成奈優
11	6	保護者の喫煙と乳幼児う蝕との関連性について～乳幼児健康診査時の質問紙調査による追跡調査結果より～	香川県歯科医学大会 (高松市)	歯科衛生科	星川 明子
11	10	当院における研修医の画像診断レポート見落とし防止への取り組み	第60回全国自治体病院学会 (沖縄県)	医(内)	野村 綾

11	10	多職種評価の有効活用による処方適正化活動への影響～厚生労働省による「高齢者医薬品適正使用推進事業」を通して～	第60回全国自治体病院学会 in 沖縄 (沖縄県)	薬剤部	陶山 泰治郎
11	11	肺がん診療	第490回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(外)	大塚 智昭
11	11	急性緑内障発作について	第490回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(眼)	篠原 圭治
11	11	背部痛で救急外来を受診し尿路結石と診断された数時間後に敗血症性ショックで再受診となった一例	第490回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(研)	大和 徳幸
11	11	有機溶剤リサイクルシステムを使用して	第60回全国自治体病院学会 (沖縄県)	中央検査部	大賀 裕理香
11	12	メトホルミン内服中に発症したビタミンB12欠乏による抹消神経障害の1例	日本糖尿病学会・中国四国地方会第60回総会 (広島県)	医(内)	松本 さやか
11	19	当院における偶発胆嚢癌症例の検討と胆嚢癌疑診例に対する腹腔鏡下胆嚢全層切除術の治療成績	第34回香川県外科医会 (高松市)	医(外)	西山 岳芳
11	19	総合感冒薬の頻回服用を契機に発症したと考えられた好酸球性腸炎の一例	第118回日本消化器病学会四国支部例会 (徳島県) 第129回日本消化器内視鏡学会四国支部例会	医(内)	増田 吏紗
11	19	保存的治療で軽快した食道穿孔症例の検討	第118回日本消化器病学会四国支部例会 (徳島県) 第129回日本消化器内視鏡学会四国支部例会	医(内)	綾 悠佑
11	19	急性膵炎に合併した皮下結節性脂肪壊死の1例	第118回日本消化器病学会四国支部例会 (徳島県) 第129回日本消化器内視鏡学会四国支部例会	医(研)	小川 慧祐
11	19	骨粗鬆症性椎体骨折の薬物治療開始と手術術式選択	第55回中国四国整形外科学会 (岡山県)	医(整)	塩崎 泰之
11	19	大腿骨全置換術後感染の1例	第55回中国四国整形外科学会 (岡山県)	医(整)	藤井 洋佑
11	19	馬尾に発生した diffuse astrocytoma と meningioma の2例	第55回中国四国整形外科学会 (岡山県)	医(整)	鷹取 亮
11	25	二期手術を計画し救命し得た成人特発性胃破裂の一例	第84回日本臨床外科学会総会 (福岡県)	医(研)	松本 啓輔
11	25	脊椎手術術前患者の深部静脈血栓 術前Dダイマーと造影CTを用いた検討	第31回日本脊椎インストゥルメンテーション学会 (大阪府)	医(整)	塩崎 泰之
11	26	Nuck管水腫の2例	第84回日本臨床外科学会総会 (福岡県)	医(研)	西山 泰貴
11	27	PFカテーテルの製品不良により角結膜障害を生じ交換せずに対応した1例	第5回愛媛涙道フォーラム (愛媛県)	医(眼)	都村 豊弘
11	27	遠位脛腓靭帯複合体損傷に着目した足関節脱臼骨折の治療経験	第50回四国理学療法士学会 (徳島県 (Web 併用))	リハビリ テーション部	高井 一志
11	27	デイケア利用者における将来の入院イベントに関連する臨床要因の検討	第50回四国理学療法士学会 (徳島県 (Web 併用))	リハビリ テーション部	久保 輝明

	12	3	当院における腹腔鏡下腓体尾部切除術	第49回岡山大学外科肝胆膵研究会 (岡山県)	医(外)	渡辺 信之
	12	3	閉塞症ショックを伴った食道裂孔ヘルニアの一例	第121回日本循環器学会四国地方会 (高知県)	医(研)	西山 泰貴
	12	3	短期間の間に左室内巨大血栓を形成したHFrEF患者の一例	第121回日本循環器学会四国地方会 (高知県)	医(研)	小川 慧祐
	12	3	アサリが原因と考えられたFood protein-induced enterocolitis (FPIES) の1例	第110回日本小児科学会香川地方会 (高松市)	医(研)	大和 徳幸
	12	3	凝固・線溶系の基礎	2022年度第1回香川県血液検査研修会 (高松市)	中央 検査部	藤重 和久
	12	8	当院における早期胆嚢癌疑診例に対する腹腔鏡下全層胆嚢切除術の治療成績	第35回日本内視鏡外科学会総会 (愛知県)	医(外)	西山 岳芳
	12	10	ピルジカイン中毒による寝室頻脈にリドカイン静注が有効であった1例	若手医師のための循環器セミナー《冬季》 (岡山県)	医(研)	大和 徳幸
令和 5年	1	13	泌尿器癌に対する免疫療法	第491回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(泌)	上松 克利
	1	13	飼い犬に顔面下半分を噛みちぎられ治療に難渋した1例	第491回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(形)	太田 茂男
	1	13	頭痛、複視、眼瞼下垂で発見された未破裂動脈瘤の一例	第491回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(研)	大石 りか
	1	19	非代償性うっ血性心不全患者での永続性心房細動合併と脂質データについての逆相関的な関連についての検討	B-SKY研究会 (高松市)	医(内)	遠藤 豊宏
	1	28	飢餓後に寝たきりとなった独居高齢者に対するADL改善への取り組み	第32回四国作業療法士学会 (Web開催)	リハビリ チーム	片桐 悠也
	1	28	大腿骨腫瘍に対し大腿骨全置換術を施行した症例の作業療法	第32回四国作業療法士学会 (Web開催)	リハビリ チーム	中村 彩紗
	1	29	第38回香川県看護協会学会 「内科病棟看護師退院支援に向けて行う属性ごとの情報収集と退院支援の実践」	香川県看護協会 (高松市)	看	柿久保 唯
	1	29	第38回香川県看護協会学会 「認知症高齢者に対する意思決定支援における効果的な関わり」	香川県看護協会 (高松市)	看	白井 弥生
	2	10	当院におけるRotablator使用症例(ハンズオン)	第492回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(内)	山地 達也
	2	10	泌尿器科領域におけるロボット支援手術	第492回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(泌)	上松 克利
	2	10	右頸部膿瘍に合併した咽頭浮腫で緊急気管切開となった一例	第492回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(研)	谷川 聡
	2	16	拒食症患者のDTIによる難治性潰瘍	香川皮膚科懇話会 (高松市)	医(皮)	佐藤 志帆
	2	18	三豊総合病院における口腔ケアパスの取り組みの現状と課題	香川口腔ケアセミナー (三木町)	医(歯)	宮下 志織
	3	10	骨粗鬆症性椎体骨折に対する手術治療	第493回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(整)	鷹取 亮
3	10	いま 知っておきたい“子宮頸がん”と“HPVワクチン”	第493回三豊・観音寺市医師会症例 検討会 (三豊市)	医(婦)	藤原 晴菜	

3	10	進行性麻痺の出現により診断に至った脊髄硬膜下血腫の一例	第493回三豊・観音寺市医師会症例検討会 (三豊市)	医(研)	西山 泰貴
3	11	Examination about the paradoxical relation about blood lipid data in congestive heart failure patients with persistent atrial fibrillation	第87回日本循環器学会学術集会 (福岡県)	医(内)	遠藤 豊宏
3	11	血中ヘモグロビン濃度から見た高齢うっ血性心不全患者の臨床的特徴についての検討	第87回日本循環器学会学術集会 (福岡県)	医(内)	大丸 隼人
3	12	Examination of Clinical Effect and Issues for 7 Years after Introduction of Own Clinical Pathway for Congestive Heart Failure Cases	第87回日本循環器学会学術集会 (福岡県)	医(内)	森 久寿
3	14	交通外傷による膀胱破裂・尿道完全断裂の一例	香川県泌尿器科医師会 (高松市)	医(泌)	松本 啓輔
3	16	コイル塞栓術後管理中に脳血管攣縮により脳梗塞をきたした一例	STROKE2023 (神奈川県)	医(脳)	久松 芳夫
3	20	前部虚血性視神経症の視野欠損のパターンに関する検討	第126回香川県眼科集談会(高松市)	医(眼)	篠原 圭治
3	21	セクキヌマブで管理している汎発性膿症性乾癬の1例	日本皮膚科学会第72回香川地方会 (高松市)	医(皮)	斉藤 まり
3	21	急性腓炎に合併した皮下結節性脂肪壊死症の1例	日本皮膚科学会第72回香川地方会 (高松市)	医(皮)	佐藤 志帆
3	26	増悪を繰り返す超高齢心不全患者に対し、医療と介護の連携により再入院予防を図った一症例	第6回日本心臓リハビリテーション学会四国支部地方会 (Web開催)	リハビリ テーション部	黒岩 祐太
3	26	心不全症例での潜在的な認知機能低下例についての検討	第6回日本心臓リハビリテーション学会四国支部地方会 (Web開催)	リハビリ テーション部	鎌倉 亮
3	26	大腿骨頸部骨折後FNS施行されるも、術後1年でCut outに至った1症例	第28回香川県理学療法士学会 (高松市(Web併用))	リハビリ テーション部	三村 知之
3	26	大腿骨転子部骨折患者における stove-pipe 髓腔と不安定型骨折の関係性について	第28回香川県理学療法士学会 (高松市(Web併用))	リハビリ テーション部	塩田 伸也

2. 学術雑誌発表論文 ※令和4年4月1日～令和5年3月31日

年	論文名	論文掲載雑誌名	所属	発表者名
令和4年度	Clinicopathological study of small bowel gastrointestinal stromal tumor with surgical intervention	World Cancer Research Journal 9: e2310: 2022	医(外)	宇高 徹総
	S-1 and Oxaliplatin Regimen Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Surgery for Resectable Advanced Gastric Cancer with Multiple Lymph-node Metastasis	World Cancer Research Journal 9: e2316: 2022	医(外)	宇高 徹総
	Tranasomental hernias: Multi-detector row computed tomography findings in 15 clinical cases	Radiography Open ISSN: 2387-3345;8: 2022	医(外)	宇高 徹総
	Clinicopathological features and prognostic factors for survival in patients with primary appendiceal adenocarcinoma	World Cancer Research Journal 10: e2481: 2023	医(外)	宇高 徹総
	原発性肺癌に併存した肺原発と推察される多発性胸腺腫の1例	日本臨床外科学会雑誌84: 273-280, 2023	医(外)	大塚 智昭
	肛門周囲に生じた基底細胞癌の1例	川崎医学会誌49: 01-05, 2023	医(形)	山脇 千佳 太田 茂男
	非標準形状眼における最適化A定数を用いた白内障術後屈折誤差精度の検討	臨床眼科 76巻4号: 489-494, 2022	医(眼)	都村 豊弘
	6p21.33 Deletion encompassing CSNK2B is associated with relative macrocephaly, facial dysmorphism, and mild intellectual disability	Clinical Dysmorphology. 30(3):139-141, July 2021.	医(小)	大橋 育子
	デイケアにおける心不全症例の特徴と再増悪因子に関する実態調査	心臓 2022 vol.54 no.8 p912-919	リハビリテーション部	久保 輝明
	血液培養よりCryptococcus neoformansが検出された1例	香川県臨床検査技師会誌	中央検査部	大平 知弘

3. 著 書 ※令和4年4月1日～令和5年3月31日

年	書 名	出 版 社 名	所 属	著者名
令和 4年度	眼球運動障害 6. IgG4 関連疾患	ビジュアル神経眼科	医(眼)	曾我部 由香
	患者背景から処方提案をした成人細菌性肺炎患者の事例(特集 抗菌薬、その理由)	薬局2022 vol.73 No.5 1621-1625	薬剤部	篠永 浩
	高齢者 各種疾患別の5症例	薬剤師の臨床センスを磨くトレーニングブック 高齢者・褥瘡	薬剤部	篠永 浩
	呼吸困難感を軽減するためのステロイドの使いかた(特集 知っておきたい呼吸ケア)	薬局2022 vol.73 No.8 2199-2201	薬剤部	篠永 浩
	呼吸器疾患患者のセルフマネジメント支援マニュアル	日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 第32巻 83-89	薬剤部	篠永 浩
	老健施設での「薬剤師業務」について考える(第1回)	老健2023.2第33巻第11号	薬剤部	十川 友那
	老健施設での「薬剤師業務」について考える(第2回)	老健2023.3第33巻第12号	薬剤部	十川 友那
	患者の自発性を引き出す服薬支援	看護技術 12月号 第68巻 第14号 1432-1437	薬剤部	篠永 浩
	外来・薬局感染症学 高齢者	月刊薬事 2023年3月号 vol65 No4 167-172	薬剤部	篠永 浩
	全人的評価(ICF)に必要な薬剤師の視点(急性期病院)等	リハビリテーション薬剤実践マニュアル-生活機能を改善させる薬剤の選び方	薬剤部	篠永 浩

4. 講演会講演 ※令和4年4月1日～令和5年3月31日

年	月	日	演 題 名	会 名 (場所)	所 属	講 演 者 名
令和 4年	4	4 5	講義「基礎看護技術」 患者の心理	三豊准看護学院 (全7回) (三豊市)	看	白川 律子
		4 16	ストーマ装具に関する社会資源	NPO法人高松ストーマケア・創傷ケア検討会 (高松市)	看	政田 美喜
	4	4 13	眼科医からみた視神経炎の診断と治療～最新の再発予防治療を含めて～	中外製薬NMO セミナー (Web講演)	医(眼)	曾我部 由香
	4	4 13	ポリファーマシー対策事業 実証調査報告	厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用推進事業」調査委員会 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
	4	4 14	薬剤管理サマリー等の様式変更について	第22回 観三葉薬連携セミナー (観音寺市 (Web併用))	薬剤部	石原 瑛太郎
	4	4 14	心不全外来の薬剤師の関わりについて	第22回 観三葉薬連携セミナー (観音寺市 (Web併用))	薬剤部	陶山 泰治郎
	4	4 23	スマートサイト「よつばネットかがわ」のご案内と視能訓練士の業務について	みとよ視覚障がい者支援センターひかり (三豊市)	視能訓練科	高津 暁子
	5	5 14	当院の薬薬連携	令和4年度 香川県病院薬剤師会研修会 (高松市 (Web併用))	薬剤部	加地 努
	5	5 17	いま 知っておきたい“子宮頸がん”と“HPVワクチン”	三豊観音寺市医師会 学校医部会研修会 (観音寺市)	医(婦)	藤原 晴菜
	5	5 18	講義「これであなたも認知症看護が得意になる」	香川県看護協会 (高松市)	看	森川 礼子
	5	5 18~19	講義「災害看護」	香川県看護協会 (高松市)	看	島矢 さゆり
	5	5 26	小児看護学 講義	三豊准看護学院 (三豊市)	医(小)	濱本 諒
	5	5 26	当院における認知機能を考慮した薬学的取り組みについて	第23回 観三葉薬連携セミナー (観音寺市 (Web併用))	薬剤部	石井 照樹
	5	5 31	痛みにとらわれない健やかな生活を目指して	神経障害について学ぶオープニングリマークス (丸亀市)	医(整)	阿達 啓介
	6~7		講義「臨床看護概論」 外科看護	三豊准看護学院 (全8回) (観音寺市)	看	山本 亜希
	6	6 4	オストメイトを取り巻く変化とーストーマ管理の未来予想ー	関西ストーマ研究会 (兵庫県)	看	政田 美喜
	6	6 4	神経眼科疾患の病診連携	第3回香川県病診連携フォーラム (高松市)	医(眼)	曾我部 由香
	6	6 15	高齢者の吸入支援について～地域連携と訪問指導～	第59回香川喘息研修会 (高松市 (Web併用))	薬剤部	篠永 浩
	6	6 17	心の発達と保育者のかかわり	第17回まかせて会員養成講座 (観音寺市)	心理臨床科	三好 史
	6	6 22	観音寺ファミリーサポートセンター「まかせて会員」養成講座	観音寺社会福祉センター (観音寺市)	看	近藤 早苗 伊達 さおり
	6	6 27	呼吸理学療法の基礎	香川県理学療法士会学術局研修部 令和4年度第1回知識シリーズ (Web開催)	リハビリテーション部	小田 峻也

6	30	栄養療法の意義と薬剤師の役割	令和4年度 徳島文理大学薬学部 実践栄養学 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
7	4	三豊総合病院における腎がん薬物治療の現状	香川県腎細胞癌講演会 (高松市)	医(泌)	上松 克利
7	6	薬剤師による地域連携の手法について～連携充実加算を含めて～	薬剤師がん治療セミナー Ibaraki (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
7	11	授業「いのちのせんせい」	三豊市立比地地小中学校 (三豊市)	看	西川 笑子
7	22	世界標準の器具選択とその考え方	Hollister 学術部社員研修 (Web開催)	看	政田 美喜
7	24	香川県におけるロービジョンケアの地域連携～「よつばネットかがわ」改定のご案内～	第42回香川県視能訓練士研究会 (Web開催)	視能訓練科	高津 暁子
7	28	集中実習オリエンテーション	三豊准看護学院 (三豊市)	看	植松 由美子
8	21	三豊総合病院での危機管理体制(初動体制)について	令和4年度香栄DAT養成講座 (高松市)	栄養管理部	高橋 朋美
8	27	口腔粘膜疾患と口腔がん	広島大学歯学部同窓会 香川県支部 総会・講演会 (高松市)	医(歯)	岸本 晃治
9	2	Roles of Levocarnitine on the Survival of Patients Who Undergo Cell-free and Concentrated Ascites Reinfusion Therapy: A Preliminary Study	APASL Oncology 2022 (高松市)	医(内)	守屋 昭男
9	2	成人看護(婦人科疾患)第1章講義(全5回)	三豊准看護学院 (三豊市)	医(婦)	藤原 晴菜
9	3	令和4年度 介護福祉士実習指導者講習会	丸亀市飯山総合保健福祉センター (丸亀市)	看	安倍 美咲
9	4	令和4年度 介護福祉士実習指導者講習会	丸亀市飯山総合保健福祉センター (丸亀市)	看	安倍 美咲
9	7	令和4年度 介護福祉士実習指導者講習会	丸亀市飯山総合保健福祉センター (丸亀市)	看	安倍 美咲
9	8	令和4年度 介護福祉士実習指導者講習会	香川県青年センター (高松市)	看	安倍 美咲
9	14	当院における肝硬変診療(腹水編)	第2回四国東部肝疾患WEBカンファレンス (Web講演)	医(内)	守屋 昭男
9	15	職業講師「看護師・助産師とは」	観音寺市立中部中学校 (観音寺市)	看	池崎 加奈子
9	21	三豊総合病院における看護の概要 オリエンテーション講義	四国こどもとおとな医療センター附属 善通寺看護学校 (善通寺市)	看	守谷 正美
9	25	香川県における小・中学生を対象とした禁煙啓発活動の取り組み～薬剤師だからできること～	日本禁煙学会 薬剤師部会セミナー (Web開催)	薬剤部	近藤 宏樹
9	27	薬剤師による地域連携の手法について～連携充実加算を含めて～	四国がん治療セミナー for Pharmacist (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
9	28	デジタルデバイスの眼への影響と視機能管理	三豊観音寺市医師会第62回学校医 部会研修会 (観音寺市)	医(眼)	都村 豊弘

10	1	末梢血見られた侵襲性肺炎球菌の一例	第15回香川灯の会 (高松市)	中央 検査部	藤村 一成
10	8	神経伝導検査時に筋力や感覚を調べてみよう	第10回 日本神経生理検査研究会 中国四国支部研修会 (Web開催)	リハビリ テーション部	高井 一志
10	13	いつまでもおいしく食べるために ～お口の健康とフレイル～	健康教室 (三豊市)	(歯)	後藤 拓朗
10	15	助産師職能委員会 中堅助産師研修	香川県看護研修センター (高松市)	看	西岡 久美子
10	19	第1回「まかせて会員」養成講座	三豊市豊中町保健センター (三豊市)	看	近藤 早苗
10	19	「小児看護の基礎知識・子どもの発育 と病気」 ファミリーサポートセンター事業	三豊市豊中町保健センター (三豊市)	看	谷 ちあき
11	9.16. 30	三豊准看護学院 成看I 講義「概呼 血系看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	大谷 沙由梨
11	10	元気で長生きするための食事の工夫	三豊市山本町公民館 生涯学習講座 (三豊市)	栄養 管理部	福田 絹
11	10	言語聴覚士の役割と地域における活 用	観音寺市在宅医療・介護連携会 (観音寺市)	リハビリ テーション部	合田 佳史
11	10	デバイス体験&ロールプレイ(講師)	呼吸ケア・リハビリテーション学会 第9回呼吸ケア指導スキルアップセミ ナー (千葉県(Web併用))	薬剤部	近藤 宏樹
11	16	自治医大大学説明会 体験談の発表	県立観音寺第一高等学校(観音寺市)	医(内)	遠藤 日登美
11	17	小児の頭痛の特徴について	大川地区学校保健研究大会 (さぬき市)	医(小)	佐々木 剛
11	18	観音寺ファミリーサポートセンター 第18回「まかせて会員」養成講座	観音寺社会福祉センター(観音寺市)	看	近藤 早苗
11	18	観音寺ファミリーサポートセンター 第18回「まかせて会員」養成講座 ・子どもの身体の発育と病気・小児看 護の基礎知識	観音寺市社会福祉センター (観音寺市)	看	谷 ちあき
11	21	心の発達と保育者のかかわり	第18回まかせて会員養成講座 (観音寺市)	心理 臨床科	三好 史
11	24	連携充実加算の現状とがん化学療法 副作用報告書の運用開始について	第8回 地域がん薬薬連携研修会 (観音寺市(Web併用))	薬剤部	佐野 嘉容子
11	25	いきいき長生き 食事の工夫	香川県農協豊中支店豊中地域女性部 (三豊市)	栄養 管理部	伊高 枝織 土田 嘉恵
11	25	授業「いのちの先生」	高瀬中学校 (三豊市)	看	池崎 加奈子
11	28	三豊准看護学院 成看(脳神経看護) 講義	三豊准看護学院 (三豊市)	看	駒倉 舞
11	30	講義 「成人看護方法論Ⅳ」	香川看護専門学校 (善通寺市)	看	白川 律子
12	2	入院時における不眠の薬物治療につ いて～薬剤師の役割を含めて～	西部地区定例研修会 (善通寺市)	薬剤部	加地 努
12	6	「血圧の正しい測り方と高血圧の予 防法」について	国保健康教室での講演 (琴平町)	医(内)	遠藤 日登美

	12	6	糖尿病ってどんな病気	国保健康教室での講演 (綾上町)	医(内)	吉田 泰成
	12	8	病院、薬局、地域を繋げる多職種連携～栄養管理も含めて～	大阪府病院薬剤師会第11支部研修会 (大阪府(Web併用))	薬剤部	篠永 浩
	12	13	入院・外来・地域を薬物療法で繋ぐための手法	第84回香川シームレスケア研究会 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
	12	13	Do it Yourself!! ～買ってこないなら作ればいいじゃない～抗菌薬ラウンドのためのシステム作り	香川 INFECTION CONTROL SEMINAR (高松市)	薬剤部	加地 努
令和5年	1	6	講義「婦人科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	三好 直子
	1	12	授業「いのちの先生」	三豊市立上高瀬小学校 (三豊市)	看	西川 笑子
	1	13	講義「婦人科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	三好 直子
	1	13	地域サポート薬剤師による「低栄養・フレイル・サルコペニア」対策	始良地区薬剤師研修会 新春学術講演会 (鹿児島県(Web併用))	薬剤部	篠永 浩
	1	16	講義「骨・関・筋系看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	富士枝 由衣
	1	18	内部障害を持つ方へのアセスメントで気をつけること	観音寺市介護支援専門員連絡会 (観音寺市)	リハビリテーション部	小田 峻也
	1	20	講義「婦人科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	三好 直子
	1	20	授業「いのちの先生」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	清水 舞
	1	21	看護職員認知症対応力向上研修フォローアップ研修の演習支援	香川県看護協会 (高松市)	看	森川 礼子
	1	23	講義「循環器看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	山口 磨巳
	1	23	講義「骨・関・筋系看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	富士枝 由衣
	1	26	地域一体型NSTにおける薬剤師の関わり方	第25回 観音寺・三豊薬業連携セミナー (観音寺市(Web併用))	薬剤部	近藤 宏樹
	1	27	講義「産科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	大西 稚佳
	1	28	四国ストーマリハビリテーション講習会	サンメッセ香川2F大会議室(高松市)	看	政田 美喜
	1	28	四国ストーマリハビリテーション講習会	サンメッセ香川2F大会議室(高松市)	看	武田 紗代子
	1	30	講義「循環器系看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	山口 磨巳
	1	30	講義「骨・関・筋系看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	富士枝 由衣
	2	2	授業「いのちの先生」	観音寺市立柞田小学校 (観音寺市)	看	池崎 加奈子
	2	3	講義「産科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	大西 稚佳
	2	5	リハビリをする上で知ってほしい基礎知識	第6回呼吸療法セミナー 香川県臨床工学技士会 (Web開催)	リハビリテーション部	小田 峻也
	2	6	講義「循環器看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	山口 磨巳
	2	7	授業「いのちの先生」	三豊市立吉津小学校 (三豊市)	看	清水 舞
	2	10	講義「産科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	大西 稚佳
	2	12	楽しくてすぐに役立つ栄養療法(ファシリテーター)	老年薬学ワークショップ研修会 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
	2	13	講義「循環器系看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	山口 磨巳
	2	13	講義「消化器系看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	横内 円香
2	17	講義「産科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	大西 稚佳	

2	19	子どものころを育むために	子育て講演会 (観音寺市)	心理 臨床科	三好 史
2	20	講義「消化器看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	横内 円香
2	20	講義「内分泌・代謝・感染・アレルギー・ 膠原病看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	中川 和俊
2	21	ポリファーマシー対策を実践するための 手法 薬剤適正使用のための考え方	令和4年度第2回香川県薬剤師会青年部 研修会 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
2	24	当院における消化器がんの外来化学 療法	西部地区定例研修会 (観音寺市)	薬剤部	加地 努
2	24	講義「産科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	大西 稚佳
2	25	第40回JSSCR学術集会 ランチョン セミナー抗がん剤治療を受ける患者に 対するストーマケア エッセンスの 投入でプロフェッショナルケアへ!	京王プラザホテル (東京都)	看	政田 美喜
2	27	講義「産科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	横内 円香
2	27	講義「内分泌・代謝・感染・アレルギー・ 膠原病看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	中川 和俊
2	27	あらためて健診について考える	令和4年度三豊市母子保健担当者研 修会 (三豊市)	心理 臨床科	三好 史
2	28	授業「いのちの先生」	観音寺市立大野原小学校(観音寺市)	看	池崎 加奈子
3	2	薬剤管理サマリー改訂および入院退院 連携に関する新たな取り組み	第26回 観音寺・三豊薬業連携セ ミナー (観音寺市 (Web併用))	薬剤部	石原 瑛太郎
3	10	地域連携、多職種連携によるポリフ ァーマシー対策	2022年度 第4回中信支部研修会 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
3	10	講義「産科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	大西 稚佳
3	13	講義「内分泌・代謝・感染・アレルギー・ 膠原病看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	中川 和俊
3	13	講義「消化器看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	横内 円香
3	17	講義「産科看護」	三豊准看護学院 (三豊市)	看	大西 稚佳
3	19	日本褥瘡学会中国四国地方会 教育講演 褥瘡予防のための姿勢管理と動作介助 ～成果を上げるためにチームで必要な力 とそのために実施したいこと～	米子コンベンションセンター(鳥取県)	看	政田 美喜
3	23	地域連携&ポリファーマシー対策手 法について	薬剤師×Metaverse ポスター発表 会フェス2023 (Web開催)	薬剤部	篠永 浩
3	25	吸入療法の基礎知識	第8回みんなで実践 吸入支援inう どん県 (高松市)	薬剤部	篠永 浩
3	25	p MDI (エアゾール) 製剤について	第8回みんなで実践 吸入支援inう どん県 (高松市)	薬剤部	近藤 宏樹
3	25	核異型の強いMPO陽性芽球様細胞 を読み解く	第16回香川灯の会 (高松市)	中央 検査部	藤村 一成
3	26	三豊・観音寺市市民災害フォーラムで の講演	観音寺グランドホテル(観音寺市)	看	高橋 由香里

三豊総合病院雑誌投稿規定

- (1) 本誌は毎年12月1日に発行する。
- (2) 投稿者は原則として、当院職員、当院関係者および推薦者に限る。
- (3) 投稿論文は医学およびこれに関連ある内容とする。なお製薬会社の委託による薬物の使用経験などの内容のものは掲載しない。また、国内、国外を問わず、他誌に掲載済みのもの、掲載予定のものは遠慮されたい。
- (4) 論文の採否は編集委員会の査読を経て決定する。
- (5) 本誌の編集委員会は各科、各部署の代表者をもって構成し編集委員長が統括する。編集委員長は編集委員会の互選により決定する。
- (6) 編集委員および医長は、自らまたはその指導のもとに、1年に1編以上の論文を投稿する責任を有する。また、医長ならびに各部署長は在籍中にならず1編以上の論文を寄稿されたい。
- (7) 論文は、和文、欧文のいずれでもよい。論文の長さは下本規定(1)を参照され、できるだけ簡潔明瞭を旨とされたい。
- (8) 編集の都合により、原稿の論旨を変えない範囲で著者に訂正を求めることがある。
- (9) 校正は原則として著者が行う。校正は誤植の訂正にとどめ、校正の際に原文の修正削除を加えてはならない。
- (10) 掲載料は無料とする。
- (11) 原稿執筆の規定を次のようにさだめる。規定に合わない場合には著者に修正を求める。
 - i) 原稿はすべて横書きとし、新かなづかい、新医学用語を用いた平仮名まじりの口語文とする。原稿サイズはA4版とし、40字×20行で15枚程度とし、写真、図、表はおのおの原稿用紙1枚に換算してこれに含める。また、欧文の場合は、和文原稿規定に準じ作成すること。
 - ii) 論文を内容により、およそ次のように分類する。：原著、症例、報告
 - iii) 論文の構成について
 - ①原稿の第1枚目に標題、所属、著者名(和文および英文で)を記す。論文要旨を和文で400字以内にまとめる。英文抄録も400語程度で必ず添える。Key Wordsを3語まで日本語と英語表記で記載する。
 - ②本文：基本的に「緒言(はじめに)」、「方法、症例」、「結果(または症例のまとめ)」、および「考察」から構成する。
 - ・緒言(はじめに)：研究の目的、研究を行う理由、その背景を簡潔に述べる
 - ・方法：すでに発表されている場合には詳述は避けるが、最小限の情報は提供する
 - ・結果(症例報告のまとめ)：簡潔に記述する
 - ・考察：新たな知見を強調し意味付けを行うが、方法・結果に述べている詳しい情報は繰り返さない
 - ③研究費交付および謝辞など
 - ④文献(記載方法は下記のとおり)
 - ⑤図・表および図・表の説明
 - iv) 文中の外来語は、すでに日本語化したものはカタカナで書き、その他のものは原語綴りのまま記載する。
 - v) 薬品名はかならず一般名で書き、必要があれば()内に商品名を併記する。
 - vi) 数字は算用数字をもちいる。単位記号はm, cm, L, kg, /dl, %, °Cなどと書き、符号のあとにピリオドをつけない。
 - vii) 略語は文中に頻回に用いられる熟語で、習慣的に略語として用いられるもののみとし、初出の箇所での内容を明記する。
 - viii) 図、表、写真等はすべて別紙に記入し、それぞれ番号をつけ、本文中には図表を組みこむ場所を指定すること。
 - ix) 引用文献は次の例に示す形式で、引用順に配列して本文の末尾に一括し、本文中に引用番号をつける。著者名は2名までのものは全部書く。3名以上のものは著頭者名のあとに～ら、～et alと省略してもよいが、この場合は該当する頁をすべて同様に省略する。号数および終頁の数字は省略してもよいが、その場合は全頁にわたって省略する。単行本の場合は引用頁、版、発行所を記す(分担執筆の場合は、その署名、編者名を記す。)雑誌の省略：; . . . などの位置は例にしたがって統一されたい。

〔例〕9) 今野正二, 榊原 仩: 先天性Valsalva洞動脈瘤—4. 分類—
胸部外科, 21: 254, 1968
 - 10) allen, A.C.: Mechanism of localization of vegetation of bacterial endocarditis. Path. 27: 399, 1939.

編集後記

最近は月日が経つのがとても早く感じられます。私自身の年齢によるものか、あるいは世の中の変化や気候変動などに対応できないためでしょうか。一方で見えな
い何かに追い立てられ時間が過ぎていくようにも感じます。病院雑誌への投稿は、
一見タイパが低いようにも思えますが、日常診療のブラッシュアップやちょっとした
ワクワク感などを手に入れるための、案外手軽な近道かもしれません。

今年の巻頭言は岡山大学産科婦人科学教室教授の増山先生から頂きました。突然
のご依頼にもかかわらず快諾をしていただきありがとうございます。我々も産婦
人科領域の重みを再認識することができたように思います。

最後になりましたが、2024年が皆様にとって充実した一年になりますように。

編集委員長 曾我部長徳

三豊総合病院雑誌編集委員会

編集委員長：曾我部長徳

副編集委員長：守屋昭男 山岡千賀

編集委員：佐々木剛 上松克利 土岐裕子 高橋朋美

豊田京子 松永徹也 大西良子 加福夏織

川村亜友子 藤村靖宣 三角陽子 田邊和恵

篠原優輔

令和5年11月1日 印刷
令和5年12月1日 発行

〔非売品〕

編集人 曾我部長徳

発行人 山田大介

〒769-1695 香川県観音寺市豊浜町姫浜708番地

発行所 三豊総合病院

TEL 0875-52-3366

FAX 0875-52-4936

<http://www.mitoyo-hosp.jp>

印刷所

香川県観音寺市柞田町甲37-1

株式会社三豊印刷