

**2019**

**業績集**



**独立行政法人国立病院機構**

**東近江総合医療センター**

**National Hospital Organization  
Higashi-Ohmi General Medical Center**

# 業 績 集

2019年度

独立行政法人国立病院機構  
東近江総合医療センター



2019年度(2019年4月1日～2020年3月31日)

東近江総合医療センター業績集発刊に寄せて

「記憶に残る業績集への形式変更はできたでしょうか？」

昨年、2018年度版の東近江総合医療センター業績集の巻頭言では時代の背景やスタッフ名の記載などを提案して記憶に残る業績集への形式変更を希望しましたが、私の希望通りとなっているのでしょうか？

最近になって各学会の演題や研究発表において倫理委員会での承認が求められるようになっておりなかなか発表等のハードルが上がっています。しかし倫理委員会で認められているという事は各施設において研究や発表の内容をあらかじめ吟味していて質の高いものとなっているという事ですので職員の皆さんも頑張って発表を続けて下さい。

この2019年度の巻頭言を記載しているのは、本日2020年7月15日です。この半年以上新型コロナウイルスの感染拡大に振り回されました。感染対策はもちろんの事、接触者外来の設置やコロナ病棟準備に時間も経費も割かれ、本来の診療業務まで萎縮してしまいました。一方では学会、研究会等の延期、中止が相次ぎ Web 発表等の新しい形式まで出現しました。例年3月に開催していた院内発表会もポスター形式になってしまいました。この状況では2020年の業績集の内容が心配されます。このような時代の変化を反映する記憶に残る業績集(記録)作りを、編集員を中心に継続して欲しいと思います。



独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター  
院長 (呼吸器外科) 井上 修平

## 東近江総合医療センター理念

私たちは、満足いただける最良の医療を提供するとともに、確かな技術と豊かな人間性を備えた医療人の育成に努め、地域に根ざした中核病院として信頼される病院を目指します。

### 東近江総合医療センター 基本方針

1. 地域に求められる高い水準の医療を目指します。
2. 人権を尊重し、十分な説明と同意に基づく医療を行います。
3. 良質な医療従事者を育成するため、継続的に教育研修を行い、自己研鑽に努めます。
4. 健全な病院運営に基づき、よりよい病院を目指します。



### 2019年度 病院目標

東近江総合医療センターは地域から信頼される病院を目指し、地域の医療に貢献する。併せて、地域に根ざした中核病院として、高い水準の医療を提供するため、良質な医療従事者を育成し、職員は研鑽に務める。

また、公益性及び公共性の高い医療事業において「三方良し（相手良し、自分良し、社会良し）」の精神に加えて「未来良し」の視点を併せ持った精神を実現するためには、健全な病院経営を持続可能とする堅固な経営基盤を構築する必要がある。よって、2019年度は『経営の黒字化』を病院目標に掲げることとする。

このため、2019年度は「病院経営の黒字化」、「医療・看護の質向上」、「地域医療への貢献」、「職員個々のスキルアップと技術の取得」、「働き方改革」の5本を病院目標の柱として掲げ、実践・行動することとする。

# 目 次

1. 業績集の発刊に寄せて	病院長 井上 修平
2. 組織図	1
3. 各診療科の活動・研究報告	
1) 総合内科	3
2) 糖尿病・内分泌内科	4
3) 神経内科	6
4) 循環器内科	10
5) 呼吸器内科	14
6) 消化器内科	16
7) 小 児 科	22
8) 外 科	24
9) 整形外科	29
10) 呼吸器外科	31
11) 皮 膚 科	35
12) 泌尿器科	37
13) 産婦人科	39
14) 眼 科	42
15) 耳鼻咽喉科	44
16) 歯科口腔外科	47
17) 麻 醉 科	49
18) 救 急 部	52
4. 各部門の活動報告	
1) 薬 剤 部	55
2) 放射線科	59
3) 研究検査科	62
4) リハビリテーション科	65
5) 栄養管理室	67
6) 看 護 部	69
7) 医療安全管理室	111

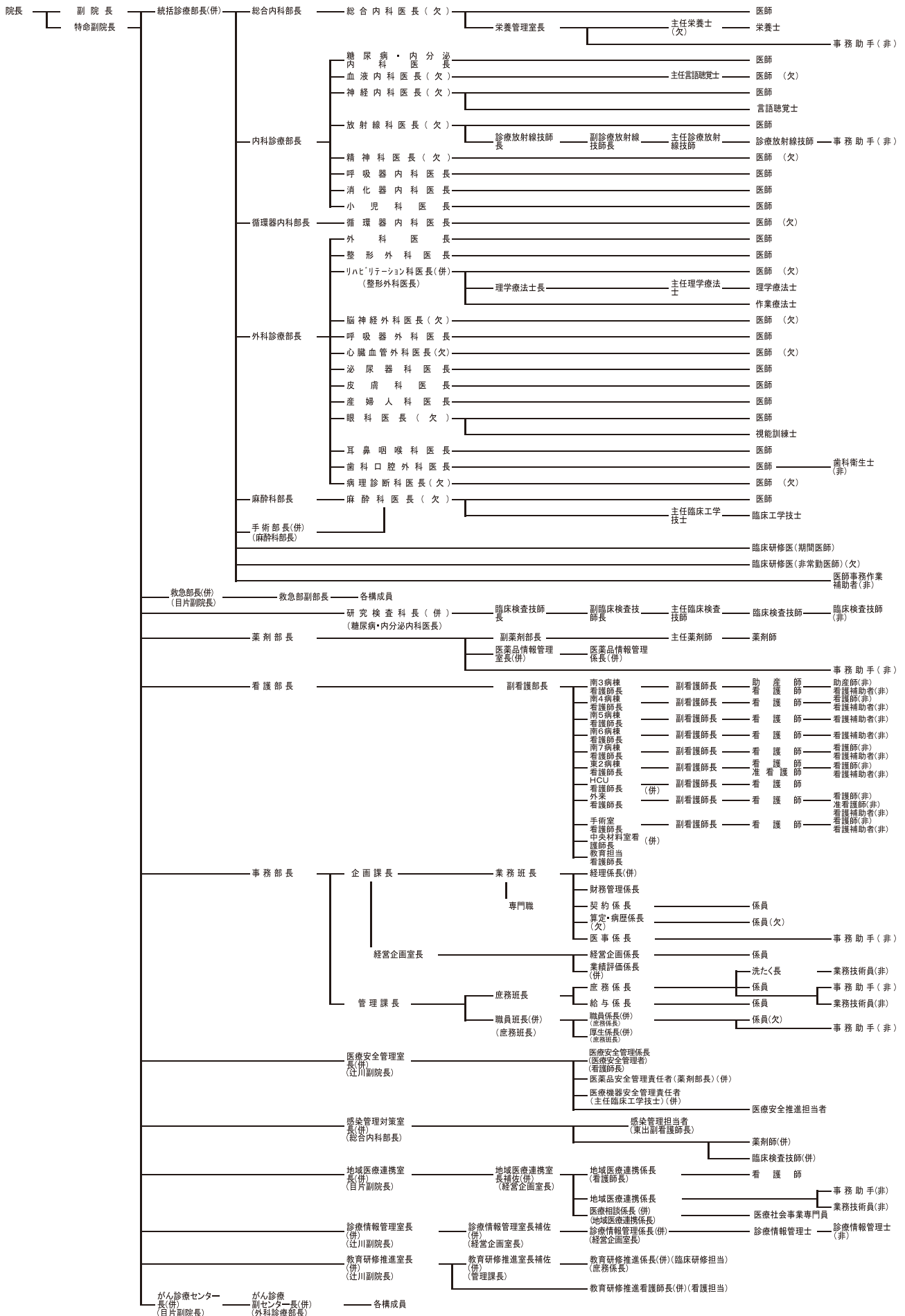
8) ICT	112
9) NST	113
10) 地域医療連携室	116
11) 手術室	120
12) がん診療センター	121
5. 各委員会報告	
1) 褥瘡対策委員会	123
2) 病床・外来管理委員会	124
3) クリティカルパス委員会	125
4) 診療録等管理委員会	126
5) がん診療センター会議	129
6) がん化学療法委員会	130
7) がん登録委員会	133
8) 薬事委員会	135
9) 手術室管理運営委員会	136
10) 臨床検査委員会	138
11) 輸血療法委員会	140
12) 栄養管理委員会	142
13) 患者サービス向上対策委員会	143
14) 広報委員会	144
6. 掲載論文	147
7. 各種統計資料	199
8. 第14回 院内研究発表会	209
9. 院内・国内外のイベント	219
10. 職員名簿	221

# 組 織 図



組織図

2019年度



# 各診療科の活動報告

---

- 1) 総合内科
- 2) 糖尿病・内分泌内科
- 3) 神経内科
- 4) 循環器内科
- 5) 呼吸器内科
- 6) 消化器内科
- 7) 小児科
- 8) 外科
- 9) 整形外科
- 10) 呼吸器外科
- 11) 皮膚科
- 12) 泌尿器科
- 13) 産婦人科
- 14) 眼科
- 15) 耳鼻咽喉科
- 16) 歯科口腔外科
- 17) 麻酔科
- 18) 救急部

# 総合内科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
内科診療部長	杉本 俊郎	滋賀医科大学	日本内科学会 認定医 日本内科学会 総合内科専門医 日本内科学会 専門医部会近畿支部評議員 米国内科学会 日本腎臓学会 専門医・指導医 日本腎臓学会 評議員 日本透析医学会 専門医 日本糖尿病学会 日本糖尿病学会 近畿支部評議員 日本リウマチ学会 専門医 日本プライマリケア連合学会 プライマリケア認定医・指導医
総合内科医師	田丸 大	自治医科大学	
総合内科医師	兒玉 征也	自治医科大学	

## 診療概要

総合内科は、当院の内科外来において、総合内科外来を担当し、初診や当院かかりつけの予約外の再診の患者さんに対応している。

内科診療部長の杉本俊郎は、地域包括病棟の病棟医長、感染対策委員長としても活動している。

## 著作・原著

- 1) **杉本俊郎**：詳述：学べる・使える 水・電解質・酸塩基平衡異常 Q&A 辞典：日本医事新報社：2019年8月

## 教 育

- 1) **杉本俊郎**：滋賀医科大学での講義 3コマ：3回生：微生物学 感染症の臨床 医学英語 免疫学 全身性エリテマトーデス

## 論文査読

- 1) **杉本俊郎**：日本腎臓学会誌 英字版

# 糖尿病・内分泌内科

## スタッフ (2019 度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
糖尿病・内分泌内科医長 研究検査科長	前野 恭宏	滋賀医科大学 滋賀医科大学大学院	日本内科学会総合内科専門医・指導医 日本糖尿病学会専門医・研修指導医 日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医 日本医師会認定産業医
糖尿病・内分泌内科医師	坂田 瑞稀	金沢医科大学	日本内科学会認定内科医
糖尿病・内分泌内科医師 (非常勤)	西村 公宏	滋賀医科大学	日本内科学会認定内科医 日本糖尿病学会専門医

## 診療概要

当科は糖尿病及び甲状腺、副腎、下垂体等の内分泌疾患の診療を行っています。糖尿病患者さんが増加するなか、東近江の地域ぐるみでその診療を担っていく必要があります。当院は地域の基幹病院として、急性合併症（ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群等）や慢性合併症の診断と治療、インスリン治療が必要になった方への導入期の診療、血糖コントロールが悪化した方の精査・加療を、入院および外来で実施しています。かかりつけ医の役割を担う地域の診療所との連携を促進し、スムーズな病診連携による糖尿病診療を目指しています。また院内の循環器内科、眼科、歯科等との連携で合併症診療を充実させております。増加する妊娠糖尿病、糖尿病合併妊娠の方の診療は当院の産婦人科と連携して行っています。手術予定で外科系診療科にご入院の患者さんの血糖コントロールについても診療させて頂いております。糖尿病で入院される患者さんの診療においては病状等に応じて可能であればクリティカルパスを運用して、糖尿病教室、合併症・併存症検査、血糖コントロール治療を効率的に連動させています。そして退院後も続いていく患者さんの治療方針を、患者さんや主治医の先生方へ明確に提示できるような診療を目標としています。

内分泌疾患においては、甲状腺機能異常（バセドウ病、橋本病等）、副腎機能異常、下垂体機能異常等、内科的内分泌疾患の診療を入院および外来で行っております。とくに有病率の高い甲状腺疾患の患者さんを多く診療しております。また近年話題の免疫チェックポイント阻害薬の普及に伴い、同薬物によって惹起される内分泌障害の治療についてもがん治療の当該科とともに対応させていただいております。

常勤医師においては当院総合内科の一員としてその診療も担っています。

## 臨床実績

外来 1,103 名 入院 138 名 病棟併診 141 名

## 学会発表

- 1) **富田大、田丸大、坂田瑞稀、横田望、前野恭宏、杉本俊郎、辻川知之**：食思不振と睡眠障害から汎下垂体機能低下症とリンパ形質細胞性リンパ腫と診断した一例：医学生・研修医の日本内科学会ことはじめ 2019 名古屋：優秀演題賞受賞：2019 年 4 月 27 日：ポートメッセなごや・交流センター
- 2) **谷口恵美、山根あゆみ、畠中真由、源藤真由、山本順子、田中勝久、石河顕子、坂田瑞稀、前野恭宏**：外国人の糖代謝異常妊婦に対する栄養指導の取り組み：第 56 回日本糖尿病学会近畿地方会：2019 年 11 月 9 日：大阪国際会議場

- 3) 伊藤沙貴、佐藤大介、中泉伸彦、**坂田瑞穂**、**前野恭宏**、藤田征弘、森野勝太郎、卯木智、前川聡：  
Glycogenic Hepatopathy を合併した血糖コントロール不良の若年 1 型糖尿病の一例：第 56 回日本  
糖尿病学会近畿地方会：2019 年 11 月 9 日：大阪国際会議場
- 4) **続宗敬子**、**大阪麻佐**、**前野恭宏**：皮膚トラブルのある患者にフットケア外来での指導を行い改善に至っ  
た一症例：第 2 回湖東フットケア研究会：2019 年 7 月 18 日：よしぶえホール
- 5) **坂田瑞穂**：当院における免疫チェックポイント阻害薬による内分泌障害の傾向：第 14 回滋賀内分  
泌学クリニカルカンファレンス：2020 年 1 月 25 日：ロイヤルオークホテル
- 6) **前野恭宏**：糖尿病治療 Q&A ーアンサーパッドを用いてー：第 8 回東近江糖尿病研究会：  
2020 年 2 月 22 日：八日市ロイヤルホテル

## 社会活動

- 1) **前野恭宏**：東近江圏域糖尿病性腎症重症化予防を進める検討部会：2019 年 5 月 31 日：東近江保健所
- 2) **伊藤将大**、**田原佳奈**、**木下裕可里**、**込山政子**、**小野秀和**、**源藤真由**、**坂田瑞穂**、**前野恭宏**：  
第 5 回滋賀県糖尿病ウォークラリー：2019 年 11 月 4 日：長浜市豊公園

## 座長・司会

- 1) **前野恭宏**：御所南はらしまクリニック 原島伸一先生、奈良県立医科大学 西村亜希子先生 講師：  
CDE 滋賀フォローアップセミナー in 東近江「高齢者と糖尿病」：2019 年 9 月 14 日：東近江総合医  
療センター きらめきホール
- 2) **前野恭宏**：第 14 回滋賀内分沁クリニカルカンファレンス：2020 年 1 月 25 日：ロイヤルルオーク  
ホテル
- 3) **前野恭宏**、**大槻普士**、猪飼信康：「胆のう炎を契機として偶発的に発見された多発肝腫瘍の一例」：  
東近江総合医療センター CPC：2019 年 9 月 26 日：東近江総合医療センター きらめきホール
- 4) **前野恭宏**、**水田寛郎**、苗村智：「化学療法中に腸管穿孔した単形性上皮向性 T 細胞リンパ腫の一例」：  
東近江総合医療センター CPC：2020 年 2 月 13 日：東近江総合医療センター きらめきホール

## 教育実績

- 1) **前野恭宏**：滋賀医科大学医学科 3 回生 講義「糖尿病細小血管合併症」：2020 年 1 月 9 日：滋賀医  
科大学
- 2) **坂田瑞穂**：もう怖くない DKA と HHS 第 6 回東近江内科集中セミナー 2019：2020 年 1 月 11 日：  
東近江総合医療センター きらめきホール



# 神経内科

## スタッフ (2019年度)

役職	氏名	出身大学	資格 / 学会活動
内科診療部長	前田 憲吾	滋賀医科大学	内科認定医・指導医 神経内科専門医・指導医 日本自律神経学会 評議員 日本ミトコンドリア学会 評議員 日本神経心理学会 評議員 日本高次脳機能障害学会 評議員
神経内科医師	山本 寛	滋賀医科大学	
言語聴覚士主任	白石 智順	同志社大学	滋賀県言語聴覚士会理事
言語聴覚士	藤岡江里子	関西大学	

## 診療概要

2009年に神経内科を開いて以降、入院患者数は最少となりました。また、2020年6月より神経内科を休診することになり、2019年度が通年で診療できた最終年度となりました。紙面を借りて、11年あまりに及び神経内科診療を支えて下さった、当院スタッフ・地域医療を支える開業医の先生方や訪問看護スタッフの方々に厚く御礼を申し上げます。

これまでの総括として、以下に2009年から現在までに発表できた論文をまとめて記載します。2009年以降当科が目指したことは、日常診療にとどまらず、私たちが診療を通して知り得た新知見を広く発信し、世界のどこかで難渋している医師や後続の医師の手助けになるよう英文論文として出すことでした。神経内科領域は、まだまだ診断基準やガイドラインというものが少ない疾患が多く、そのような場合は手探りで仕事をすることになります。このような中では、文献が最も頼りになるものでした。学生や若い医師に、診察方法や検査技術を教えるだけが教育ではありません。若い頃私が神経内科関連学会に参加して感動したことは、白髪の混じるベテランの先生でも、一つの症例発表にまじめに取り組みされていることでした。管理業務だけでなく、医師であり続ける以上、自分が診察し検査を組んで、治療方針を立て、結果として新しい神経徴候や疾患が見つかった時にはそれを紙として残す、そういう「背中」を見せることも大切ではないかと思っています。当院で経験した症例で、まだ学会発表をただけで論文になっていないものも多数あり、今後時間を見つけて作成に取り組む予定です。

## 臨床実績

入院：

脳血管障害 25、感染性疾患 0、非感染性炎症性疾患 2、脱髄疾患 4、変性疾患 48、  
先天性疾患 1、代謝疾患 0、内科疾患に伴う神経疾患 2、中毒性疾患 4、脳脊髄腫瘍 1、  
脳脊髄外傷 2、脊髄疾患 0、末梢神経疾患 7、筋疾患 2、自律神経疾患 0、発作性疾患 11、  
一般内科疾患 24、精神疾患 2 (合計 135人)

## 論 文

- 1) 前田憲吾, 川合寛道, 真田充, C Patroclo : 日系ブラジル人における近位型遺伝性運動感覚性ニューロパチー : **末梢神経** 20 : 68-71 : 2009.
- 2) Katayama Y, Maeda K, Iizuka T, Hayashi M, Hashizume Y, Sanada M, Kawai H, Kashiwagi A : Accumulation of oxidative stress around the stroke-like lesions of MELAS patients : **Mitochondrion** 9 : 306-313 : 2009
- 3) 前田憲吾, 伊藤隆洋, 小川暢弘, 中島敦史, 真田充, 川合寛道 : 右中心前回中下部梗塞により失文法を呈した一例 : **臨床神経** 49 : 414-418 : 2009
- 4) Maeda K, Katayama Y, Sugimoto T, Somura M, Kajino Y, Ogasawara K, Yasuda H : Activated microglia in the subthalamic nucleus in hyperglycemic hemiballism : A case report : **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 81 : 1175-1177 : 2010
- 5) 小川暢弘, 川合寛道, 山川勇, 真田充, 杉本俊郎, 前田憲吾 : ミノサイクリン長期投与による血管炎性ニューロパチー : **臨床神経** 50 : 301-305 : 2010
- 6) Nakamura H, Ding WG, Sanada M, Maeda K, Kawai H, Maegawa H, Matsuura H : Presence and functional role of the rapidly activating delayed rectifier K<sup>+</sup> current in left and right atria of adult mice : **Eur J Pharmacol** 649 : 14-22 : 2010
- 7) Maeda K, Ogawa N : Amitriptyline and lorazepam improved catatonia and occipital hypoperfusion in a patient with DLB : **Intern Med** 50 : 363-366 : 2011
- 8) 前田憲吾, 小川暢弘, 久永卓, 前野恭宏 : 72 歳で診断された 3243A>G 変異を有するミトコンドリア糖尿病 : **内分泌・糖尿病・代謝内科** 32 : 111-115 : 2011
- 9) Maeda K, Nakajima A, Ogawa N, Kawai H : Micrographia associated with motor neglect : **Intern Med** 50 : 943 : 2011
- 10) Maeda K, Sekine O : Reading epilepsy as the initial symptom of idiopathic hypoparathyroidism : **Intern Med** 50 : 1235-1237 : 2011
- 11) Maeda K, Ogawa N : Temporal lobe epilepsy manifesting as alexia with agraphia for kanji : **Epilepsy Behav** 22 : 592-595 : 2011
- 12) Maeda K, Idehara R : Hypoglycemic white matter lesion along the pyramidal tracts : **Intern Med** 50 : 2699 : 2011
- 13) Maeda K : Pyramidal tract involvement in HMSN-P? : **J Neurol Neurosurg Psychiatry** (eLetter) : 2012.1.4
- 14) Maeda K, Idehara R : Nakamura H, Hirai A. Anticipation of familial idiopathic basal ganglia calcification? : **Intern Med** 51 : 987 : 2012
- 15) Maeda K, Idehara R : Paralytic exophthalmos in chronic progressive external ophthalmoplegia : **Intern Med** 51 : 989 : 2012
- 16) Maeda K, Idehara R, Shiraishi T : Pure pseudobulbar palsy due to a capsular infarction : **Intern Med** 51 : 993 : 2012
- 17) Maeda K, Idehara R : Acute disseminated encephalomyelitis following 2009 H1N1 influenza vaccination : **Intern Med** 51 : 1931-1933 : 2012
- 18) Maeda K, Idehara R, Shiraishi T : Micrographia and abulia due to frontal subcortical infarction : **Intern Med** 51 : 1953-1954 : 2012
- 19) Maeda K, Idehara R, Kusaka S : Mistaken identity: Severe vomiting, bradycardia and hypotension after eating a wild herb : **Clin Toxicol** 50 : 532-533 : 2012
- 20) 藤野能久, 前田憲吾, 小川暢弘, 藤田琢也, 松山千穂, 五月女隆男, 尾崎良智, 大内政嗣, 井上修平 : 全身型重症筋無力症に対する胸腔鏡下拡大胸腺摘出術に対して硬膜外麻酔併用全身麻酔にレボブピバカインを用いた 1 症例 : **麻酔** 61 : 535-537 : 2012

- 21) Tokunaga S, Hashiguchi A, Yoshimura A, Maeda K, Suzuki T, Haruki H, Nakamura T, Okamoto Y, Takashima H : Late-onset Charcot-Marie-Tooth disease 4F caused by periaxin gene mutation : Neurogenetics 13 : 359-365 : 2012
- 22) 前田祐輔、前田凌、前田実予子、前田憲吾 : カブトムシ幼虫の歩脚は成虫歩脚とは連続性がない : 月刊むし 501 : 43 : 2012
- 23) Maeda K, Ogawa N, Idehara R, Shiraishi T : Tatsumi H. Amyotrophic lateral sclerosis presenting with apraxia of speech : J Neurol 260 : 1667-1669 : 2013
- 24) Maeda K : Heterogeneous prognosis of hereditary motor and sensory neuropathy with proximal dominance : J Neurol Disord Stroke 1 : 1006 : 2013
- 25) Maeda K, Idehara R, Hashiguchi A, Takashima H : A family with distal hereditary motor neuropathy and a K141Q mutation of small heat shock protein HSPB1 : Intern Med 53 : 1655-1658 : 2014
- 26) Maeda K, Ogawa N, Tadano Y : Presence of both complex partial seizures and trio-ventricular block : J Neurol Disord Stroke 2 : 1064 : 2014.
- 27) Maeda K : Ictal pure word deafness with auditory hallucination : J Neurol Disord Stroke 2 : 1063 : 2014
- 28) 前田憲吾 : インフルエンザワクチン接種後の急性散在性脳脊髄炎 : 臨床神経 (Letters to the Editor) 55 : 269 : 2015
- 29) Maeda K, Ogawa N : Agraphia for kana predominance induced by a cerebral infarction involving the left middle frontal gyrus (Exner' s area) : Austin J Cerebrovasc Dis Stroke 1 : 3 : 2014
- 30) 前田憲吾 : てんかん発作による純粹語聾 : 臨床神経 (Letters to the Editor) 55 (7) : 505 : 2015
- 31) Maeda K, Yasuda H : Histological background of susceptibility of oculomotor nerve to ischemia : J Neurol Disord Stroke 3 : 1092 : 2014
- 32) Maeda K, Shiraishi T, Idehara R : Agraphia in mobile text messages in a case of amyotrophic lateral sclerosis with frontotemporal dementia : Intern Med 54 : 3065-3068 : 2015
- 33) 前田凌、前田祐輔、前田実予子、前田憲吾 : カブトムシの一斉蛹化 (羽化) は終齡幼虫期の低温刺激により惹起される : 月刊むし 540 : 26-28 : 2016
- 34) Maeda K, Kawai H, Sanada M, Terashima T, Ogawa N, Idehara R, Makiishi T, Yasuda H, Sato S, Hoshi K, Yahikozawa H, Nishi K, Itoh Y, Ogasawara K, Tomita K, Indo PH, Majima JH : Clinical phenotype and segregation of mitochondrial 3243A>G mutation in 2 pairs of monozygotic twins : JAMA Neurol 73 : 990-993 : 2016
- 35) 白石智順、杉原芳子、前田憲吾 : 聴覚失認—意味性認知症の初期症状として環境音失認を認めた症例 : 老年精神医学雑誌 28 増刊 I : 69-73 : 2017
- 36) 前田憲吾, 坂本典士、泊義幸、片山保 : MRI でみる蛹化直後のカブトムシ : 月刊むし 550 : 23 : 2016
- 37) 前田憲吾 : 滋賀県守山市で観察したキノカワガの越冬記録 : 月刊むし 561 : 61 : 2017
- 38) Maeda K, Sugihara Y : Cerebral blood flow in a patient with hemiballism : Intern Med 57 : 289-290 : 2018
- 39) Maeda K, Shiraishi T : Revival of historical kana orthography in a patient with allographic agraphia : Intern Med 57 : 745-750 : 2018
- 40) 前田憲吾, 月森潤、横山章、有堀由美子 : 鳩の森公園が「鳩の森」であり続けるためには (第 1 回 高谷好一地域学賞優秀ウルトラディテール賞) : 第 1 回高谷好一地域学賞受賞作集 : 地に足のついた、“地域学” がここにある : 17-26 : 2018

- 41) Tanabe H, Higuchi Y, Yuan J, Hashiguchi A, Yoshimura A, Ishihara S, Nozuma S, Okamoto Y, Matsuura E, Ishiura H, Mitsui J, Takashima R, Kokubun N, **Maeda K**, Asano Y, Sunami Y, Kono Y, Ishigaki Y, Yanagimoto S, Fukae J, Kida T, Morita M, Tsuji S, Takashima H : Clinical and genetic features of Charcot-Marie-Tooth disease 2F and hereditary motor neuropathy 2B in Japan : *J Periph Nerve Sys* 23 : 40-48 : 2018
- 42) **Maeda K**, Inoue A, Hirano S, **Sugihara Y** : Lipid droplets in the basal cistern and ventricles : *Intern Med* 57 : 2913-2914 : 2018
- 43) **Maeda K**, **Sugihara Y**, **Shiraishi T**, Hirai A, Satoh K : Cortical hyperintensity on diffusion-weighted images as the presymptomatic marker of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease: A case report : *Intern Med* 58 : 727-729 : 2019
- 44) **Maeda K**, Wada H, Ozaki Y, Inoue A : Symmetric ventral brainstem lesion in leptomeningeal carcinomatosis : *Intern Med* 58 : 759-760 : 2019
- 45) **前田憲吾**, **清水芳樹**, **杉原芳子**, 金澤直美, 飯塚高浩 : 抗 glycine 受容体抗体陽性の stiff-limb 症候群の一例 : *臨床神経* 59 : 98-101 : 2019
- 46) **Maeda K** : Akinetopsia on driving : *J Stroke Cerebrovasc Dis* 28 : e102-e103 : 2019
- 47) **Maeda K**, **Sugihara Y**, **Shiraishi T** : Akinetopsia with achromatopsia due to focal epilepsy : *Seizure* 67 : 27-29 : 2019
- 48) Sone J, Mitsuhashi S, Fujita A, Mizuguchi T, Mori K, Koike H, Hashiguchi A, Takashima H, Sugiyama H, Kohno Y, Takiyama Y, **Maeda K**, Doi H, Koyano S, Takeuchi H, Kawamoto M, Kohara N, Ando T, Ieda T, Kita Y, Kokubun N, Tsuboi Y, Katsuno M, Iwasaki Y, Yoshida M, Tanaka F, Suzuki IK, Frith MC, Matsumoto N, Sobue G : Long-read sequencing identifies GGC repeat expansion in NOTCH2NLC associated with neuronal intranuclear inclusion disease : *Nat Genet* 51 : 1215-1221 : 2019
- 49) **前田憲吾**, 吉安裕 : 滋賀県守山市で採集された北米からの移入種と思われる *Pyrausta inornatalis* (鱗翅目 : ツトガ科, ノメイガ亜科) - 日本における 2 番目の分布記録 : *誘蛾燈* 240 : 43-45 : 2020

## 著書・総説

- 1) **杉原芳子**, **前田憲吾** : 総合内科初診外来のハイバリューケア : 日本の高価値医療シリーズ⑤ 第4章 神経内科分野 : p180-224 : 2018 : カイ書林
- 2) **前田憲吾** : 急性散在性脳脊髄炎 医薬品副作用学 (第3版) 下巻一薬剤の安全使用アップデート : 日本臨床 77 巻増刊号 4 : p352-356 : 2019 : 日本臨床社

# 循環器内科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
循環器内科部長	大西 正人	滋賀医科大学 (平成 2 年卒)	医学博士 (滋賀医科大学) 滋賀医科大学総合内科学准教授 日本内科学会 認定総合内科専門医 日本循環器学会 循環器専門医 日本内科学会 近畿地方会評議員 日本循環器学会 近畿支部評議員 日本内科学会認定 JMECC インストラクター 日本救急医学会認定 ICLS ディレクター 日本臨床シミュレーション機構 認定 ISLS ファシリテーター 日本心不全学会 日本心臓病学会 日本心エコー図学会 日本老年医学会 日本救急医学会 日本臨床救急医学会 日本医療教授システム学会 日本音楽療法学会
循環器内科医長	田中 妥典	滋賀医科大学 (平成 4 年卒)	滋賀医科大学総合内科学非常勤講師 日本内科学会 日本循環器学会 日本心臓病学会 日本心血管インターベンション治療学会 日本不整脈学会
非常勤	酒井 宏	滋賀医科大学 (平成10年卒)	医学博士 (滋賀医科大学) 滋賀医科大学循環器内科助教 日本内科学会 総合内科専門医 日本循環器学会 循環器専門医 日本内科学会 認定 JMECC インストラクター
非常勤	中澤 優子	藤田保健衛生大学 (平成 9 年卒)	医学博士 (滋賀医科大学) 滋賀医科大学循環器内科非常勤医師 日本内科学会 総合内科専門医 日本循環器学会 循環器専門医



## 診療概要

高血圧（本態性、原発性アルドステロン症など）、心不全、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）、不整脈（心房細動、心室期外収縮、洞不全症候群、房室ブロックなど）、心臓弁膜症、閉塞性動脈硬化症など心臓、血管に関わる疾患を担当し、緊急度の高い重症症例の集学的医療からプライマリーケアまで、滋賀医科大学や近隣病院と密に連携しながら幅広く診療しています。平成 24 年（2012 年）から本格的に再開した心臓カテーテル検査・治療やペースメーカー手術は、令和 2 年の 8 月中に 900 例を突破する予定で、少ないスタッフなので 24 時間 365 日対応というわけにはいきませんが、引き続き救急患者の診療に積極的に参画していきます。健診（住民、企業）や学校検診（高校生）の精密検査のご依頼は地域医療連携室を通じて、ペースメーカー移植後の定期点検（第 2 火曜日の午後 1 時～3 時）、条件付き MRI 対応ペースメーカー移植後の MRI 撮影、心臓 CT は完全予約制（火、金の午後 3 時～4 時）で対応しています。サルコペニア、フレイルな高齢者が多いこの地域で、利尿剤で改善しない心不全、薬剤抵抗性の難渋する高血圧、繰り返す不整脈発作など、実地医家の先生方との緊密な連携をしながら、原因精査を進めています。高血圧、心不全の治療において生活習慣の改善は重要で、1 日 6 g までの食塩摂取量を指導する減塩教室（第 3 火曜日の午後 2 時）、令和元年 11 月からは禁煙外来を始めました。滋賀医科大学総合内科学、循環器内科の教官の立場から、研修医・学生、コメディカルや東近江の救急救命士も含めた医療スタッフの指導・教育を通じて、地域医療の発展に貢献しています。

## 臨床実績

### ・入院

今年度（令和元年度）：入院患者数：207 人、平均在院日数：22 日  
前年度（平成 30 年度）：入院患者数：254 人、平均在院日数：19 日  
前々年度（平成 29 年度）：入院患者数：254 人、平均在院日数：19 日

#### 1 日平均の推移；

0 名（平成 22 年度）→6.1 名（平成 23 年度）→10.2 名（平成 24 年度）→14.5 名（平成 25 年度）→  
11.5 名（平成 26 年度）→14.4 名（平成 27 年度）→16.3 名（平成 28 年度）→16.0 名（平成 29 年度）→  
13.5 名（平成 30 年度）→12.3 名（令和元年度）

### ・外来

今年度（令和元年度）：新来 263 名、再来 7,400 名、合計 7,663 名、1 日平均 31.9 名  
前年度（平成 30 年度）：新来 310 名、再来 7,226 名、合計 7,536 名、1 日平均 30.9 名  
前々年度（平成 29 年度）：新来 460 名、再来 7,214 名、合計 7,674 名、1 日平均 31.5 名

#### 1 日平均の推移；

11.5 名（平成 22 年度 3 月）→19.3 名（平成 23 年度）→23.3 名（平成 24 年度）→26.5 名（平成 25 年度）→  
26.7 名（平成 26 年度）→29.2 名（平成 27 年度）→30.9 名（平成 28 年度）→31.5 名（平成 29 年度）→  
30.9 名（平成 30 年度）→31.9 名（令和元年度）

### ・検査件数（ ）は前年

心臓カテーテル検査・治療：77 例（141 例）

冠動脈造影のみ：40 例（92 例）、冠動脈インターベンション：27 例（36 例）、ペースメーカー移植術：  
9 例（13 例）（新規 6 例（12 例）、電池交換 3 例（1 例））、下肢血管形成術：1 例（10 例）など

冠動脈 CT 検査：61 例（61 例）

大血管 CT 検査：119 例（146 例）

心筋血流シンチグラム：38 例（22 例）

マスター負荷心電図：23 件（21 件）

ホルター心電図・ABPM：180 件（195 件）

心エコー検査：1,780 件（1,836 件）

エルゴメーター負荷心電図：34 件（51 件）

ABI・CAVI（baPWV）：311 件（396 件）

## 国際共同試験

DELIVER試験 ダパグリフロジン 7症例

## 著書・総説

- 1) 大西正人 循環器内科「つながり」2019年4月発行

## 学会・研究会

- 1) 富田大、大西正人、田中妥典、辻川知之：急性心筋梗塞にて発見された巨大冠動脈瘤の1例：第224回日本内科学会近畿地方会（大阪）：2019年6月1日
- 2) 大西正人：地ビール（ヴァイツェン）を飲んでアナフィラキシーを起こした1例：第22回臨床救急医学会総会・学術総会（和歌山）：2019年6月1日
- 3) 大内政嗣、北村直美、田丸大、大西正人、五月女隆男：胸腔内に感染が進展し膿胸を併発した化膿性脊椎炎の1例：第47回日本救急医学会総会・学術集会（東京）：2019年10月4日

## 講演会

- 1) 大西正人：「心房細動の診断と治療について」：DKK講演会：2019年7月27日：東近江市（八日市ロイヤルホテル）
- 2) 大西正人：予防と検診：八日市商工会議所講演会：2019年10月15日：東近江市（八日市商工会議所）

## 座長、司会

- 1) 大西正人、北風政史：心血管保護を考えた糖尿病治療戦略：第18回萱野浦カンファレンス「下腿の浮腫」：2019年4月1日：大津市（琵琶湖ホテル）
- 2) 大西正人、辻川知之：ランチタイム特別講演会 ドイツ・レーゲンスブルク大学第一内科教授 Martina Müller-Schilling：肝細胞癌の研究と臨床、医学教育について：2019年6月13日：東近江総合医療センター きらめきホール
- 3) 大西正人、Closing Remarks：Hypertension meeting 2019：2019年7月4日：草津市（ポストンプラザクサツ）
- 4) 大西正人、辻野泰：不整脈の外來診療：第6回東近江循環器カンファレンス：一般演題：2019年7月11日：東近江市（八日市ロイヤルホテル）
- 5) 大西正人、榛沢和彦：災害後の循環器疾患としてのVTEの予防と治療—災害の種類と避難環境による影響について：東近江災害医療を考える会 特別講演Ⅱ：2019年10月10日：東近江市（八日市ロイヤルホテル）
- 6) 大西正人、井澤英夫：「超高齢化社会における心リハの重要性と利尿薬～心リハ標準プログラムを踏まえて～」：第4回東近江心不全地域連携の会 特別講演：2019年11月14日：東近江市（八日市ロイヤルホテル）
- 7) 大西正人、藤田啓誠：冠動脈疾患を合併した糖尿病治療について～当院データベースからの知見もふまえて～：東近江医療連携カンファレンス：2019年11月28日：東近江市（八日市ロイヤルホテル）
- 8) 大西正人：富田行則：当院における高TG血症に対する薬物治療の現状 症例報告：、山本孝「循環器疾患と高脂血症の関係」 クリニカルレクチャー：ディスカッション～高脂血症の治療意義を考える～ 総合討論：、滋賀県循環器疾患を考える会：2020年2月8日：草津市（南草津アーバンホテル）

## 教育

- 1) 大西正人：JMECC 内科救急コース、ブース長：（滋賀医科大学・大津市）2019年6月29日：
- 2) 田中妥典・循環器内科チーム：「心エコーハンズオン」：第6回東近江内科集中セミナー2019：2020年1月11日：東近江総合医療センター きらめきホール

- 3) **大西正人**：滋賀医科大学講義（循環器内科）「救急医療 ALCS」：2019年10月10日：大津市（滋賀医科大学）
- 4) **大西正人**：ICLS 救急蘇生コース、ディレクター：2019年10月26日：東近江市（東近江総合医療センター）
- 5) **大西正人**：ICLS 救急蘇生コース、インストラクター：2019年12月14日：長浜市（市立長浜病院）
- 6) **大西正人**：滋賀県消防学校非常勤講師「心肺停止」：2020年2月3日：東近江市（滋賀県消防学校）
- 7) **大西正人**：滅塩教室：2019年4月16日、5月21日、6月18日、7月16日、8月20日、10月15日、11月19日、12月17日、2020年1月21日、2月18日、3月17日：東近江総合医療センター 南5階カンファレンス室

## 病院コンサート

- 1) **大西正人**、田邊明子、筒泉直樹、加納隆、片岡未希子：「クリスマスコンサート」：2019年12月6日：福井県敦賀市（国立病院機構敦賀医療センター）
- 2) **大西正人**、田邊明子、筒泉直樹、加納隆：「クリスマスコンサート」：2019年12月6日：福井県越前市（笠原病院）
- 3) 村瀬史人、**大西正人**：「クリスマスコンサート」：2019年12月24日：東近江総合医療センター 南7階結核病棟
- 4) **大西正人**、田邊明子、筒泉直樹、加納隆、西村薫：「新春コンサート」：2020年1月17日：京都府（国立病院機構舞鶴医療センター）
- 5) **大西正人**、田邊明子、筒泉直樹、加納隆、西村薫：「新春コンサート」：2020年1月18日：福井県若狭町（嶺南こころの病院）
- 6) **大西正人**、田邊明子、筒泉直樹、加納隆、片岡未希子：「バレンタインコンサート」：2020年2月7日：福井県あわら市（国立病院機構あわら病院）

# 呼吸器内科

## スタッフ (2019年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
呼吸器内科医長 (滋賀医科大学総合内科学講座助教)	和田 広	富山医科薬科大学	日本内科学会 認定内科医、専門医 日本呼吸器学会 専門医、指導医 日本呼吸器内視鏡学会 専門医、指導医 日本アレルギー学会 専門医 結核病学会 結核、抗酸菌症認定医、指導医
呼吸器内科医師	坂下 拓人	滋賀医科大学	日本内科学会 認定内科医、専門医 日本呼吸器学会 専門医 結核病学会 結核、抗酸菌症認定医
呼吸器内科医師 (非常勤)	山口 将史	滋賀医科大学	日本内科学会 認定内科医、専門医 日本呼吸器学会 専門医、指導医 日本アレルギー学会 専門医

## 診療概要

2011年度より滋賀医科大学総合内科学講座（地域医療支援）より派遣という形で、呼吸器科の入院診療を立ち上げた。東近江市内のみならず、周辺地域病院においても呼吸器内科の常勤医師が不在である環境であり、専門医という立場で地域病院からの要求にこたえる形で診療を行ってきた。気管支鏡や局所麻酔下胸腔鏡などの検査は呼吸器外科医と協力して行った。感染症やアレルギー、肺結核や膠原病といった多岐にわたる疾患に対応しつつ、近年増加しつつある肺癌や間質性肺炎などの難治性疾患に対しても東近江地区を中心とした紹介に対応した。結核病棟を持つ当院として、多くの排菌陽性の結核症例を受け入れてきた。

2014年より呼吸器内科常勤医が2名になり、肺結核については呼吸器内科ですべて受けるようにし、肺癌の診療については、基本的には多くを呼吸器外科に対応していただき、その他の内科的な疾患を中心に対応した。院内講演や研究会といった形で、呼吸器診療を病院・地域全体でレベルアップできるような活動を行っており、今後も引き続き活動を進めていく予定であるが、それとともに学会等で症例報告を中心に行っていた。

## 臨床実績

- ・外来患者数（週5回）：5286人/年 1日平均：22人/日
- ・新入院患者数：320人/年

入院患者（疑い含む）：主病名別

肺炎・胸膜炎	52人	肺癌	29人	心不全	2人
呼吸不全	2人	COPD	23人	腸炎・憩室炎	2人
肺結核、粟粒結核	48人	胸部異常影	48人	気胸	3人
非結核性抗酸菌症	1人	間質性肺炎	48人	喀血	2人
気管支喘息	23人	めまい	4人	悪性リンパ腫	1人
尿路感染症、尿路結石	4人	その他	28人		

- ・気管支鏡検査：197例（内科症例：51例 外科症例介助：146例）
- ・胸腔鏡検査：20例

## 研究実績

- 1) 2019 年度結核療養研究協議会課題「結核治療に伴う薬疹の実態調査」分担研究協力

## 論文

- 1) Hiroshi Wada, Takuto Sakashita, Akitoshi Inoue : Magnetic Resonance Imaging Findings of Intrapulmonary Hematoma : *Amer Jour Med Sci*.Oct : 358(4)e17 : 2019

## 学会

- 1) 五島隆太、坂下拓人、和田 広 : 粟粒結核と免疫性血小板減少症を合併した 1 例 : 第 116 回日本内科学会総会 : 2019 年 4 月 27 日 : 名古屋
- 2) 和田 広、坂下拓人、前田憲吾、杉原芳子 : 呼吸器疾患に伴う重症の急性呼吸不全に合併した Critical illness polyneuropathy の 4 例 : 第 59 回日本呼吸器学会総会 : 2019 年 4 月 14 日 : 東京
- 3) 和田 広、坂下拓人、井上修平、尾崎良智、大内政嗣、苗村佑樹 : 当院における中心静脈カテーテル留置を要した結核患者の検討 : 第 94 回日本結核病学会総会 : 2019 年 6 月 7 日 : 大分
- 4) 坂下拓人、和田 広、苗村佑樹、大内政嗣、尾崎良智、井上修平 : 肺結核腫の術後再発が疑われた 2 例 : 第 227 回日本内科学会近畿地方会 : 2020 年 3 月 7 日

## 社会活動

- 1) 和田 広 : 草津・甲賀・東近江保健所感染症審査協議会委員 : 2017 年 4 月より

## 院内研修会

- 1) 坂下拓人 : 医療従事者のための結核病学 : 東近江結核道場 : 2019 年 12 月 11 日 : 東近江総合医療センター きらめきホール

## 座長

- 1) 和田 広 : 東近江がん診療セミナー症例検討「大腸癌に全身リンパ節腫大を伴った症例の検討」 : 2019 年 7 月 4 日 : 東近江総合医療センター きらめきホール

## パネリスト

- 1) 和田 広 : 「経口ステロイドフリーを目指した抗体製剤治療の実際」 : 「Think Bio-Therapy for Severe Asthma」～ 経口ステロイドフリーを目指して～ : 2019 年 9 月 12 日 : 彦根キャッスルホテル



# 消化器内科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
副院長	辻川 知之	滋賀医科大学	日本内科学会 総合内科専門医・指導医 日本消化器病学会 専門医・指導医 日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医 日本老年医学会 認定専門医 日本消化管学会 認定医 日本カプセル内視鏡学会 認定医
消化器内科医長	伊藤 明彦	滋賀医科大学	日本内科学会 総合内科専門医 日本消化器病学会 専門医・指導医 日本消化器内視鏡学会 専門医 日本静脈経腸栄養学会 認定医
消化器内科医師	神田 暁博	滋賀医科大学	日本内科学会 総合内科専門医 日本消化器病学会 専門医 日本消化器内視鏡学会 専門医 日本消化管学会 専門医
消化器内科医師	水田 寛郎	滋賀医科大学	日本内科学会 認定医 日本消化器内視鏡学会 専門医 日本消化器病学会 専門医
消化器内科医師	大槻 晋士	滋賀医科大学	日本内科学会 日本消化器病学会 日本消化器内視鏡学会 日本膵臓学会
消化器内科医師	伊藤 昂	滋賀医科大学	日本内科学会 日本消化器病学会 日本消化器内視鏡学会

## 診療概要

消化器内科の外来部門は6人のスタッフが平日の外来を分担し、さらに月曜日は辻川が総合内科外来、火曜日午後は伊藤が栄養サポート外来を行っています。

内視鏡検査・治療ではすべての消化器領域をカバーし、上部・下部・小腸内視鏡は待ち時間を少なく(1週間以内)行うことや、24時間緊急内視鏡を行う体制を整えることで地域住民や開業医のニーズに応えています。特に小腸内視鏡を駆使した診療に力を入れており、小腸出血に対するカプセル内視鏡とその後のバルーン内視鏡診療による止血術、クローン病の小腸狭窄に対するバルーン拡張、消化管再建術後の総胆管結石治療など、湖東・湖北地区におけるカプセル・バルーン内視鏡診療の拠点となっています。さらに、超音波内視鏡を用いた精査も積極的に行っており、生検のための開腹術を行うことなくEUS-FNAによる病理診断可能となった症例が大幅に増加しています。

一昨年より、東近江地区における胃がんの早期発見に貢献できるよう、検診目的での上部消化管内視鏡検査を開始しました。また、昨年からは膵がん早期発見プロジェクト～東近江方式～として、リスクファクターから精査につなげる取り組みも始まりました。

また、NST は伊藤を中心に、学会認定教育施設として専門療法士の育成につとめ、同時に質の高い活動を目指しています。その結果、全国の国立病院機構で2番目に多いNST 加算施設となりました。

#### 臨床実績 (2019 年度)

・ 1 日平均患者数 (外来)	55.1 名 (昨年	57 名)
・ 1 日平均患者数 (入院)	36.2 名 (昨年	36 名)
・ のべ患者数 (外来)	13,439 名 (昨年	13,918 名)
・ のべ患者数 (入院)	13,214 名 (昨年	13,134 名)

#### 臨床活動報告 (2019 年度)

上部消化管内視鏡	2,4826 件 (昨年 2,741 件)
下部消化管内視鏡	1,348 件 (昨年 1,322 件)
小腸内視鏡	55 件 (昨年 81 件)
カプセル内視鏡	22 件 (昨年 18 件)
ERCP	161 件 (昨年 146 件)

#### 著書・原著・学術論文

- 1) 辻川知之、神田暁博、大槻晋士、高橋憲一郎、馬場重樹：内視鏡的拡張療法：  
臨床消化器内科 2019 Vol.34 No.7 186-191：日本メディカルセンター：2019 年 5 月
- 2) 辻川知之：診断編 クロウン病診断におけるバルーン内視鏡の意義：  
IBD クリニカルカンファレンス Vol.1 No.2 24-25：先端医学社：2019 年 5 月
- 3) 辻川知之：8. 腸疾患 吸収不良症候群 malabsorption syndrome：  
内科学書 改訂第 9 版 消化管・腹膜疾患 肝・胆道・膵疾患 Vol.4 160-162：中山書店：2019 年 8 月
- 4) 伊藤明彦：1. 経腸栄養における合併症と対策 1-3. デバイス関連合併症：  
ニュートリションケア第 12 巻 10 号：メディカ出版：2019 年 10 月
- 5) 伊藤明彦：褥瘡：エキスパートが教える輸液・栄養剤選択の考え方：134-138：羊土社：  
2020 年 3 月

#### 学会・研究会

- 1) 森 太平、杉原芳子、前田憲吾、辻川知之：痙攣発作を契機として診断された抗 LGI-1(leucine-rich glioma-inactivated 1) 抗体陽性辺縁系脳炎の 1 例：日本内科学会ことはじめ 2019 名古屋：ポスター：  
2019 年 4 月 27 日：名古屋（ポートメッセなごや）
- 2) 富田 大、田丸 大、坂田瑞穂、横田 望、前野恭宏、杉本俊郎、辻川知之：食思不振と睡眠障害から汎下垂体機能低下症とリンパ形質細胞性リンパ腫と診断した一例：日本内科学会ことはじめ 2019 名古屋：ポスター（優秀演題賞）：2019 年 4 月 27 日：名古屋（ポートメッセなごや）
- 3) 神田暁博、坂田瑞穂、藤城 綾、木藤克之、辻川知之、安藤 朗：急速に低タンパク血症が進行した症例：滋賀血液疾患研究会：2019 年 5 月 18 日：草津（ホテルポストンプラザ草津）
- 4) 富田 大、大西正人、田中妥典、辻川知之：急性心筋梗塞にて発見された巨大冠動脈瘤の 1 例：  
日本内科学会第 224 回近畿地方会：一般：2019 年 6 月 1 日：大阪（大阪国際交流センター）
- 5) 富田 大、大西正人、田中妥典、辻川知之：急性心筋梗塞にて発見された巨大冠動脈瘤の 1 例：  
日本内科学会第 224 回近畿地方会：一般：2019 年 6 月 1 日：大阪（大阪国際交流センター）

- 6) 伊藤明彦：PEG のトータルマネジメント：第11回日本静脈経腸栄養学会近畿支部学術集会：パネルディスカッション：2019年6月29日：大阪（大阪国際交流センター）
- 7) 神田暁博、大槻晋士、水田寛郎、伊藤明彦、辻川知之：当院における小腸出血に対するマネージメント：第102回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会：パネルディスカッション：2019年7月6日：大阪（大阪国際交流センター）
- 8) 大槻晋士、水田寛郎、神田暁博、伊藤明彦、辻川知之：上部消化管病変を呈した潰瘍性大腸炎の一例：第102回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会：口演(Young Endoscopist Award)：2019年7月6日：大阪（大阪国際交流センター）
- 9) 伊藤明彦、伊藤 昂、大槻晋士、水田寛郎、神田暁博、辻川知之：東近江市胃内視鏡検診の立ち上げと今後の課題：滋賀消化器研究会第83回学術講演会：2019年7月20日：大津（ピアザ淡海）
- 10) 辻川知之：クリニカルクラークシップにおける当日フィードバックの活用：第51回日本医学教育学会大会：口演：2019年7月26日：京都（稲盛記念会館）
- 11) 白石智順、植村江里子、畠中真由、西村幾美、伊藤明彦、前田憲吾：本人・家族の声から進行性難病患者の経口摂取・胃瘻併用適応を考える：第24回PEG・在宅医療学会学術集会：一般、口演：2019年9月7日：大阪（大阪国際交流センター）
- 12) 神田暁博、坂田瑞穂、吉田常恭、藤城 綾、安井 寛、神谷 亨、辻川知之：急激に進行する低蛋白血症を伴った血管内悪性リンパ腫の1例：日本内科学会第225回近畿地方会：2019年9月21日：大阪（大阪国際交流センター）
- 13) 伊藤 昂、大槻晋士、水田寛郎、神田暁博、伊藤明彦、辻川知之：肝破裂を伴った、肝原発神経内分泌癌が疑われた一例：日本消化器病学会近畿支部第111回例会：口演：2019年10月5日：大阪（大阪国際交流センター）
- 14) 高橋憲一郎、馬場重樹、村田雅樹、大野将司、杉本光繁、佐々木雅也、辻川知之、安藤 朗：クローン病患者の粘膜治癒の臨床的意義について：第57回日本小腸学会学術集会：一般、口演：2019年11月9日：大阪（リーガロイヤルホテル大阪）
- 15) 兒玉征也、田丸 大、坂田瑞穂、前野恭宏、杉本俊郎、辻川知之：アルカリフォスファターゼ異常高値を精査して骨肉腫と判明した1例：第226回日本内科学会近畿地方会：2019年12月21日：大阪（大阪国際交流センター）
- 16) 森 太平、大槻晋士、伊藤 昂、水田寛郎、神田暁博、安 炳九、伊藤明彦、目片英治、辻川知之：横隔膜ヘルニア内に脱出した胃が軸捻転を来し内視鏡的整復を施行し得た一例：第103回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会：2020年1月18日：大阪（大阪国際交流センター）
- 17) 辻川知之：22 消化管「小腸腫瘍疾患」講師：第39回日本画像医学会：シンポジウム：2020年2月15日：東京（ステーションコンファレンス東京）
- 18) 山田安希、田丸 大、北村直美、杉本俊郎、辻川知之：悪性症候群で治療中に肺水腫になった一例：第27回びわこ臨床研修ネットワーク学術講演会：2020年2月15日：大津（ピアザ淡海）
- 19) 山本順子、伊藤明彦、東 里映、西村幾美、白石智順、山根あゆみ、畠中真由、田中勝久、太田裕之、辻川知之：Wilson 病の栄養管理～銅含有量の少ないツインラインNF®を用いて～：第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：口演、一般：2020年2月27日：京都(国立京都国際会館)
- 20) 山根あゆみ、畠中真由、山本順子、山下美帆、田中勝久、西村幾美、東 里映、一瀬亮介、白石智順、太田裕之、伊藤明彦、辻川知之：リフィーディング症候群高リスク患者の抽出と介入：第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：口演、要望：2020年2月27日：京都(国立京都国際会館)
- 21) 東 里映、西村幾美、伊藤明彦、山本順子、畠中真由、山根あゆみ、白石智順、庄野裕志、河合 実、太田裕之、辻川知之：結核患者に対するNST 活動の実際とその効果：第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：口演、一般：2020年2月27日：京都(国立京都国際会館)
- 22) 西村幾美、東 里映、伊藤明彦、山本順子、畠中真由、山根あゆみ、白石智順、庄野裕志、河合 実、太田裕之、辻川知之：抗結核薬による消化器関連症状の発現状況とNST の関わり：第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：口演、要望：2020年2月27日：京都(国立京都国際会館)

- 23) 白石智順、植村江里子、山本順子、畠中真由、山根あゆみ、東里映、西村幾美、山田圭子、太田裕之、伊藤明彦、前田憲吾、辻川知之：進行性神経筋難病と PEG ～経口摂取併用のツールとして～：第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：2020年2月28日：シンポジウム：京都(国立京都国際会館)

## 講演会

- 1) 伊藤明彦：栄養サポート～多職種で患者さんを下支え～：第43回ひがしおうみ☆栄養塾：2019年4月17日：東近江(東近江総合医療センター)
- 2) 伊藤明彦：がん患者の栄養管理～ある患者さんからのメッセージ～：第44回ひがしおうみ☆栄養塾＋第32回東近江がん診療セミナー：2019年5月15日：東近江(東近江総合医療センター)
- 3) 伊藤明彦：PEG サミットってなんだ？～あの熱気と感動を群馬でも～：第29回群馬 NST 研究会：一般：2019年5月18日：前橋(ベシア文化ホール)
- 4) 白石智順、伊藤明彦：進行性神経筋疾患患者の経口・胃瘻併用が QOL に及ぼす影響を考える：第25回関西 PEG・栄養とりハビリ研究会：2019年6月8日：大阪(アートホテル大阪ベイタワー)
- 5) 辻川知之：小腸内視鏡を駆使した IBD 診療について：第9回岩手胃と腸大会：2019年6月15日：岩手(エスポワール岩手)
- 6) 辻川知之：潰瘍性大腸炎の標準治療とは何か？－治療の変遷と安全性－：第7回今治周桑消化器・代謝講演会：2019年6月17日：愛媛(今治国際ホテル)
- 7) 伊藤明彦：地域での膵がん早期発見に向けての超音波ハンズオンセミナー：第4回東近江医師会在宅医師連携会議：2019年7月25日：東近江(東近江総合医療センター)
- 8) 伊藤明彦：これで完璧!! 『経管栄養』：滋賀県栄養士生涯教育研修会：2019年8月3日：守山(セルバ守山)
- 9) 伊藤 昂、大槻晋士、水田寛郎、神田暁博、伊藤明彦、辻川知之：膵癌早期診断のために：第39回東近江総合医療センター臨床談話会：2019年8月22日：東近江(八日市ロイヤルホテル)
- 10) 辻川知之：IBD の基礎知識と最新治療の動向について：「クローン病・潰瘍性大腸炎」医療講演会：2019年8月24日：草津(フェリエ草津)
- 11) 辻川知之：Ustekinumab の Best Use：Crohn's Disease Web Seminar：2019年9月13日
- 12) 辻川知之：下痢、便秘と腸内細菌：近江八幡市蒲生郡医師会主催 第28回住民のための健康公開講座：2019年9月14日：近江八幡(総合福祉センターひまわり館)
- 13) 辻川知之：Vedolizumab 投与を考慮した症例の特徴について：IBD Roundtable Meeting in Osaka：2019年9月19日：大阪(ウエスティンホテル大阪)
- 14) 大槻晋士：胆のう炎を契機として偶発的に発見された多発肝腫瘍の一例：東近江総合医療センター第16回CPC：2019年9月26日：東近江(東近江総合医療センター)
- 15) 辻川知之：BIO 製剤の使い方について：炎症性腸疾患の治療戦略を考える会：2019年10月10日：彦根(彦根キャッスルホテルリゾート&スパ)
- 16) 伊藤明彦：～地域包括ケアシステムにおけるシームレスな連携を目指して～栄養管理法の選択と経腸栄養の合併症：第48回ひがしおうみ☆栄養塾：2019年10月16日：東近江市(八日市ロイヤルホテル)
- 17) 辻川知之：クローン病の粘膜治癒及び手術回避を目指して：青森 IBD 講演会：2019年10月25日：青森(ねぶたの家ワ・ラッセ)
- 18) 伊藤明彦：あらためて PEG を見直す～栄養管理法の選択と合併症対策～：北海道道央地区 PDN セミナー 2019：特別講演：2019年11月2日：札幌(札幌コンベンションセンター)
- 19) 辻川知之：Ustekinumab の Best Use：東近江・彦根 IBD カンファレンス：2019年12月5日：彦根(グランドデュークホテル彦根)
- 20) 辻川知之：ベドリズマブのもたらす潰瘍性大腸炎治療の新たな治療戦略－短期有効性を示した自験例の検討－：2019年12月11日：Takeda IBD 全国 Web セミナー



- 21) **伊藤明彦**：誤嚥性肺炎と OD 錠の有用性：R307GI 勉強会：2019 年 12 月 12 日：  
水口（水口センチュリーホテル）
- 22) **辻川知之**：消化器疾患治療の最新の話：R307GI 勉強会：2019 年 12 月 12 日：  
水口（水口センチュリーホテル）
- 23) **辻川知之**：潰瘍性大腸炎の病態別治療について：呉 IBD クリニカル・カンファレンス：  
2020 年 1 月 21 日：広島（呉阪急ホテル）
- 24) **水田寛郎**：化学療法中に腸管穿孔した単形性上皮向性 T 細胞リンパ腫（MEITL）の一例：  
2020 年 2 月 13 日：東近江総合医療センター第 17 回 CPC
- 25) **辻川知之**：炎症性腸疾患の基礎知識：近畿国立病院管理栄養士協議会：2020 年 2 月 15 日：  
京都（京都医療センター）

## 座長・司会

- 1) **辻川知之**：ポスターセッション「小腸良性」：第 105 回日本消化器病学会総会：2019 年 5 月 9 日：  
金沢（ホテル金沢）
- 2) **辻川知之**：最新の膵癌診断・治療：第 22 回湖南・東近江消化器カンファレンス：2019 年 5 月 16 日：  
近江八幡（ホテルニューオウミ）
- 3) **大西正人、辻川知之**：ランチタイム特別講演会 ドイツ・レーゲンスブルグ大学第一内科教授  
Martina Miller-Schilling：肝細胞癌の研究と臨床、医学教育について：2019 年 6 月 13 日：  
東近江（東近江総合医療センター）
- 4) **辻川知之**：潰瘍性大腸炎治療の新時代の幕開け：湖東・湖北エリア消化器フォーラム：  
2019 年 7 月 5 日：彦根（彦根キャッスルホテルリゾート&スパ）
- 5) **辻川知之**：パネルディスカッション 1「消化管出血のトータルマネージメント」：  
第 102 回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会：2019 年 7 月 6 日：大阪（大阪国際交流センター）
- 6) **伊藤明彦**：チーム医療・連携・半固形・その他：第 24 回 PEG・在宅医療学会学術集会：2019 年 9 月 7 日：  
大阪（大阪国際交流センター）
- 7) **辻川知之**：小児期から成人移行期における IBD 診療：第 13 回京滋 IBD コンセンサスミーティング：  
2019 年 10 月 3 日：京都（ホテルグランヴィア京都）
- 8) **辻川知之**：当院の Ustekinumab の治療戦略：Ustekinumab User's Meeting 2019：  
2019 年 10 月 4 日：京都（ホテルグランヴィア京都）
- 9) **辻川知之**：デジタルポスターセッション「大腸（炎症・感染）」：  
JDDW2019 第 61 回日本消化器病学会大会：2019 年 11 月 22 日：神戸（神戸国際会議場）
- 10) **辻川知之**：Immunology Forum in 滋賀：2019 年 12 月 2 日：大津（琵琶湖ホテル）
- 11) **伊藤明彦**：第 6 回東近江内科集中セミナー：2020 年 1 月 11 日：東近江（東近江総合医療センター）

## 社会活動

- 1) **伊藤明彦**：一般社団法人 日本医療安全調査機構 医療事故調査・支援センター専門分析部会「分析  
課題：胃瘻に関連した死亡事例」部会員：2020 年 8 月～部会終了まで：東京（世界貿易センタービル）
- 2) **伊藤明彦**：滋賀医科大学看護師特定行為研修 ろう孔管理関連「合併症について」「適応について」：  
2019 年 10 月 7 日：大津（滋賀医科大学）
- 3) **辻川知之**：医学生・研修医等をサポートするための会「マッチングあるある」（シンポジスト）：  
2019 年 10 月 27 日：大津（滋賀医科大学）
- 4) **伊藤明彦**：第 1 回「胃瘻に関連した死亡事例」専門分析部会：2019 年 12 月 6 日：  
東京（日本医療安全調査機構）
- 5) **伊藤明彦**：第 2 回「胃瘻に関連した死亡」専門分析部会：2020 年 1 月 31 日：  
東京（日本医療安全調査機構）

## 論文査読

- 1) 伊藤明彦：学会誌 JSPEN2

## 教 育

- 1) 辻川知之：医学科専門課程「小腸・大腸疾患」：2019年6月4日：滋賀医科大学
- 2) 辻川知之：医学科専門課程 臨床診断学「食思（欲）不振」「便秘・下痢」：2019年10月8日：滋賀医科大学
- 3) 伊藤明彦：臨床栄養学特殊研究Ⅲ「経静脈・経腸栄養学(1)経腸栄養①；適応について」：2019年11月18日：同志社女子大学
- 4) 伊藤明彦：実践栄養教育学持論「これから栄養の分野で活躍するあなたへ～小澤さんからのメッセージ～」：2019年12月20日：彦根（滋賀県立大学）
- 5) 伊藤明彦：臨床栄養学特殊研究Ⅲ「経静脈・経腸栄養学(2)経腸栄養②；合併症について」：2020年1月8日：同志社女子大学

# 小 児 科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
小児科医長	奥野 計寿人	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医 日本小児科学会 認定指導医 小児慢性特定疾病指定医 臨床研修指導医
小児科医師	田中 克典	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医 小児慢性特定疾病指定医 臨床研修指導医
小児科医師	多賀谷 翠	滋賀医科大学	
小児科医師 (非常勤)	柳 貴英	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医 日本小児科学会 認定指導医 臨床遺伝専門医 周産期専門医(新生児)
小児科医師 (非常勤)	藤田 聖実	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医

## 診療概要

小児科は、滋賀医科大学小児科専攻医研修プログラムの専門研修連携施設の一員として、主に東近江地域の小児科診療に携わっている開業医や病院と連携しながら、常勤医 3 名と非常勤医 2 名で患児の診療に当たっています。

診療内容としては子どもの総合医として、可能な限り臓器別医療に偏らずに、患児の成長発達や社会的背景を踏まえた医療を提供しています。一般小児科のみならず、産婦人科と連携して、地域の周産期医療の一翼を担っています。また地域に対しては、乳幼児健診や学校検診の実施、要保護児童対策協議会への協力、東近江医療圏の二次小児救急輪番を担っています。

## 診療実績

外来 1 日平均患者数	32.8 人 / 日
年間入院患者数	459 人 (うち検査入院 85 人)
予防接種	2,583 件 / 年
1 か月健診	276 人 / 年

## 論文業績

- 1) [Katsunori Tanaka](#), Yoshitaka Nakamura, Masaki Terahara, Takahide Yanagi, Sayuri Nakahara, Ouki Furukawa, Hidemi Tsutsui, Ryo Inoue, Takamitsu Tsukahara, Shigeki Koshida : Poor bifidobacterial colonization is associated with late provision of colostrum and improved with probiotic supplementation in low birth weight infants : *Nutrients* 2019, 11(4), 839



## 学会・研究会

- 1) 清水淳次、野澤正寛、澤井俊宏、一岡聡子、森宗孝夫、田川晃司、中島亮、伊藤英介、國津智彬、**奥野計寿人**、梅原弘、成宮正朗、多賀崇、野々村和男、丸尾良浩：当院集中治療に入室した小児上気道閉塞症例の検討：第 122 回日本小児科学会学術集会：2019 年 4 月 20 日：金沢
- 2) 一岡聡子、澤井俊宏、山本かずな、坂井智行、丸尾良浩、**奥野計寿人**：初回発熱性尿路感染症に対する腹部超音波検査と VCUG による基礎疾患精査の有用性の検討：第 81 回日本小児科学会滋賀地方会：2019 年 5 月 19 日：大津
- 3) 森和徳、森宗孝夫、西澤侑香、底田辰之、丸尾良浩、**奥野計寿人**：コクサッキーウイルス感染により急性弛緩性脊髄炎を来した 1 例：第 81 回日本小児科学会滋賀地方会：2019 年 5 月 19 日：大津

# 外科

## スタッフ (2019年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
副院長	目片 英治	滋賀医科大学	日本外科学会 認定医・専門医・指導医・代議員 日本消化器外科学会 認定医・専門医・指導医 消化器がん外科治療認定医 日本大腸肛門病学会 認定医・専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 卒後臨床研修評価機構 プログラム責任者
外科医長	太田 裕之	滋賀医科大学	日本外科学会 認定医・専門医・指導医 日本消化器外科学会 認定医・専門医・指導医・ 消化器がん外科治療認定医 日本消化器病学会 専門医 日本大腸肛門病学会 専門医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本乳癌学会 認定医 日本腹部救急医学会 評議員 インфекション・コントロール・ドクター 日本遺伝性腫瘍学会 家族性腫瘍コーディネーター
外科医長	赤堀 浩也	滋賀医科大学	日本外科学会 専門医・指導医 日本消化器外科学会 専門医・指導医 消化器がん外科治療認定医 日本肝胆膵外科学会 肝胆膵外科高度技能専門医 日本内視鏡外科学会 技術認定医 日本腹部救急医学会 認定医・暫定教育医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本胆道学会 認定指導医 日本膵臓学会 認定指導医
外科医長	安 炳九	滋賀医科大学	日本外科学会 専門医・指導医 日本消化器外科学会 専門医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
外科医師	全 有美	滋賀医科大学	日本外科学会 日本消化器外科学会 日本乳癌学会 日本臨床外科学会 日本内視鏡外科学会

## 診療概要

地域の中核病院として、消化管、肝胆膵、乳腺の良悪性疾患をはじめ、ヘルニア、肛門疾患（肛門機能不全含む）、外傷など、多岐にわたる「総合外科」診療を行っています。

消化器悪性疾患に対しては、当センター内の消化器内科、放射線科と消化器カンファレンスを定期的で開催し、必要時は滋賀医科大学附属病院の専門性の高い技術をもった医師と連携して、最善の治療が提供できる体制をとっています。

腹腔鏡手術に関しては、日本内視鏡外科学会技術認定医が在籍し、安全第一を考えて、大腸がん・胃がん・胆のう疾患・ヘルニアに対して実施しています。

進行・再発がんに対する集学的治療として、患者の状態に十分に配慮できるよう、薬剤師、看護師との情報共有を行い、エビデンスに基づいた化学療法・分子標的治療・放射線療法を行っています。また、「がん診療セミナー」を月1回のペースで行い、講師（院内・院外）から講演を頂くことにより幅広い知識をえるとともに、院内業務の見直しを行えるようにしています。がん治療と並行して、疼痛をはじめとするがん患者さんの身体症状に関わる緩和医療の提供も、心掛けています。

地域の医療機関・関係者と連携を密に保ちながら、今後さらなる「頼れる外科」を目指しています。

## 臨床活動報告（2019年1月～2019年12月）

### 《手術症例》

食道疾患	0例	胃十二指腸疾患	33例	大腸疾患	75例
小腸疾患	14例	肝胆膵腫瘍	17例	乳癌	5例
ヘルニア	45例	胆石症・胆嚢炎・胆嚢ポリープ	57例		
肛門疾患	18例	虫垂炎	23例	間葉系・GIST・肉腫	1例
腸閉塞	3例	その他（生検・局麻など）	41例		
手術合計	332件	（全身麻酔 255件、脊椎麻酔 31件、局所麻酔 46件）			

## 論文

- 1) Hirovuki Ohta, Toru Miyake, Tomoharu Shimizu, Hiromichi Sonoda, Tomoyuki Ueki, Sachiko Kaida, Tsuyoshi Yamaguchi, Hiroya Iida and Masaji Tani : The impact of pharmacological thromboprophylaxis and disease-stage on postoperative bleeding following colorectal cancer surgery : World Journal of Surgical Oncology 17, Article number : 110(2019) : <https://doi.org/10.1186/s12957-019-1653-1> : 2019/6/19
- 2) Akitoshi Inoue, Akira Furukawa, Norihisa Nitta, Kai Takaki, Shinichi Ota, Yumi Zen, Masatsugu Kojima, Hiroya Akabori, Hirovuki Ohta, Eiji Mekata, Takao Saotome, Kiyoshi Murata : Accuracy, criteria, and clinical significance of visual assessment on diffusion-weighted imaging and apparent diffusion coefficient quantification for diagnosing acute appendicitis : Abdominal Radiology : <https://doi.org/10.1007/s00261-019-02180-3> : Published online : 2019年8月16日
- 3) 太田裕之、園田寛道、清水智治、三宅 亨、植木智之、小島正継、赤堀浩也、全 有美、目片英治、谷 眞至 : 感染性心膜炎を契機に診断された大腸癌の2例 : 日本外科系連合会誌 44(4) : 767-773 : 2019年8月30日
- 4) 小島正継、太田裕之、赤堀浩也、全 有美、目片英治 : 術前に画像診断した、穿孔性虫垂憩室炎の1例 : 日外科系連合会誌 44(6) : 1073-10478 : 2019年10月17日
- 5) 小島正継、太田裕之、赤堀浩也、全 有美、目片英治 : 術前に診断しえた、小腸平滑筋肉腫の1例 : 日外科系連合会誌 44(6) : 1045-1050 : 2019年10月17日

- 6) Masayuki Yagi, Koji Morishita, Akinori Ueno, Hajime Nakamura, Hiroya Akabori, Atsushi Senda, Mitsuaki Kojima, Junichi Aiboshi, Todd Costantini, Raul Coimbra, Yasuhiro Otomo : Electrical stimulation of the vagus nerve improves intestinal blood flow after trauma and hemorrhagic shock : Surgery 167 : 638-645 : 2020
- 7) Byonggu Ann, Yumi Zen, Hiroya Akabori, Naomi Kitamura, Hiroyuki Ohta, Akinori Otsuki, Hiroo Mizuta, Tomoyuki Tsujikawa, Eiji Mekata : Gastric volvulus and giant Bochdalek hernia in an adult patient that were safely repaired by endoscopic reduction and elective laparoscopic surgery : Asian Journal of Endoscopic Surgery : DOI : 10.1111/ases.12806 : 2020年3月

## 学会・研究会

### <全国学会>

- 1) 目片英治, 谷 徹, 山田篤史, 太田裕之, 赤堀浩也, 小島正継, 全 有美, 島垣昌明 : 樹脂製手術器具の開発 続報 : **第119回日本外科学会定期学術集会** : ポスター : 2019年4月18日 : 大阪 (大阪国際会議場)
- 2) 赤堀浩也, 前平博充, 北村直美, 森 治樹, 飯田洋也, 三宅 亨, 山口 剛, 園田寛道, 清水智治, 谷 眞至 : 臍頭十二指腸切除後における周術期血糖管理が耐糖能異常に与える影響 : **第119回日本外科学会定期学術集会** : ポスター : 2019年4月19日 : 大阪 (大阪国際会議場)
- 3) 安 炳九, 安部哲也, 植松則久, 檜垣栄治, 細井敬泰 : 食道癌根治術後再発症例における予後についての検討 : **第73回日本食道学会学術集会** : ポスター : 2019年6月6日 : 福岡 (福岡国際会議場)
- 4) 太田裕之, 園田寛道, 三宅 亨, 小島正継, 川崎誠康, 龍田 健, 井内武和, 神谷純広, 清水智治, 谷 眞至 : 大腸癌切除後に発症する下痢症のリスク因子と臨床経過に関する観察研究 : **第74回日本消化器外科学会総会** : ポスター : 2019年7月17日 : 東京 (グランドプリンスホテル新高輪)
- 5) 全 有美, 小島正継, 安 炳九, 北村直美, 赤堀浩也, 太田裕之, 目片英治 : 増加の経路をたどった感染性腸間膜嚢胞の1切除例 : **第81回日本臨床外科学会総会** : 一般, 口演 : 2019年11月14日 : 高知 (ザクラウンパレス新阪急高知)
- 6) 太田裕之, 全 有美, 安 炳九, 北村直美, 赤堀浩也, 目片英治 : 直腸癌術後難治性直腸腔瘻に対して腹腔鏡操作を併用して会陰体の形成術を施行した1例 : **第32回日本内視鏡外科学会総会** : 口演 : 2019年12月6日 : 横浜 (パシフィコ横浜)
- 7) 北村直美, 谷 眞至, 飯田洋也, 前平博充, 三宅 亨, 貝田佐知子, 清水智治, 全 有美, 安 炳九, 赤堀浩也, 太田裕之, 目片英治 : 腹腔鏡下胆嚢摘出術における腹直筋鞘ブロック法と局所浸潤麻酔法の術後鎮痛効果 : **第32回日本内視鏡外科学会総会** : 口演 : 2019年12月7日 : 横浜 (パシフィコ横浜)
- 8) 安 炳九, 太田裕之, 全 有美, 赤堀浩也, 北村直美, 目片英治 : 腹腔鏡手術にて診断しえた空腸異所性膵の1例 : **第32回日本内視鏡外科学会総会** : 口演 : 2019年12月7日 : 横浜 (パシフィコ横浜)
- 9) 山本順子, 伊藤明彦, 東 里映, 西村幾美, 白石智順, 山根あゆみ, 畠中真由, 田中勝久, 太田裕之, 辻川知之 : Wilson 病の栄養管理～銅含有量の少ないツインライン NF® を用いて～ : **第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会** : 口演, 一般 : 2020年2月27日 : 京都 (国立京都国際会館)
- 10) 山根あゆみ, 畠中真由, 山本順子, 山下美帆, 田中勝久, 西村幾美, 東 里映, 一瀬亮介, 白石智順, 太田裕之, 伊藤明彦, 辻川知之 : リフィーディング症候群高リスク患者の抽出と介入 : **第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会** : 口演, 要旨 : 2020年2月27日 : 京都 (国立京都国際会館)
- 11) 東 里映, 西村幾美, 伊藤明彦, 山本順子, 畠中真由, 山根あゆみ, 白石智順, 庄野裕志, 河合 実, 太田裕之, 辻川知之 : 結核患者に対する NST 活動の実態とその効果 : **第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会** : 口演, 一般 : 2020年2月27日 : 京都 (国立京都国際会館)

- 12) 西村幾美、東 里映、伊藤明彦、山本順子、畠中真由、山根あゆみ、白石智順、庄野裕志、河合 実、太田裕之、辻川知之：抗結核薬による消化器関連症状の発現状況とNSTの関わり：  
第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：口演、要望：2020年2月27日：京都(国立京都国際会館)
- 13) 白石智順、植村江里子、山本順子、畠中真由、山根あゆみ、東 里映、西村幾美、山田圭子、太田裕之、伊藤明彦、前田憲吾、辻川知之：進行性神経筋難病とPEG～経口摂取併用のツールとして～：  
第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：シンポジウム：2020年2月28日：京都(国立京都国際会館)

#### <地方会>

- 1) 高山 悟、鶴飼佳子、小島正継、太田裕之、藤本徳毅：抗がん剤の血管外漏出により遅発性に皮膚障害を呈した1例：日本皮膚科学会第462回京滋地方会：2019年9月14日：京都(京都府立医科大学)
- 2) 森 太平、大槻晋士、伊藤 昂、水田寛郎、神田暁博、安 炳九、伊藤明彦、目片英治、辻川知之：横隔膜ヘルニア内に脱出した胃が軸捻転を来し内視鏡的整復を施行し得た一例：  
第103回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会：2020年1月18日：大阪(大阪国際交流センター)

#### 講演会

- 1) 目片英治：転移性大腸癌のTOPIX：滋賀CRC Expert Meeting：2019年5月31日：  
京都(TKPガーデンシティ京都)
- 2) 赤堀浩也：膵がん早期発見に向けた取り組み：第4回東近江医師会在宅医師連携会議：  
2019年7月25日：東近江(東近江総合医療センター)
- 3) 安 炳九、全 有美、北村直美、赤堀浩也、太田裕之、目片英治：当院における胃がん手術の現状：  
第39回東近江総合医療センター臨床談話会：2019年8月22日：東近江市(八日市ロイヤルホテル)
- 4) 北村直美、目片英治：発災！その時病院は：第39回東近江総合医療センター臨床談話会：  
2019年8月22日：東近江市(八日市ロイヤルホテル)
- 5) 太田裕之：遺伝性腫瘍について：第20回地域のがん薬物療法を支える薬剤師養成コース：  
2019年8月25日：大津(滋賀医科大学)
- 6) 目片英治：炎症性腸疾患(IBD)について：日本オストミー協会滋賀県支部社会適応訓練講習会：  
2019年10月5日：近江八幡(近江八幡文化会館)
- 7) 赤堀浩也：膵がんへの対策～早期発見と病診連携～：第11回東近江医療圏がん診療市民公開講座：  
2019年10月27日：東近江(東近江総合医療センター)
- 8) 太田裕之、清水智治、三宅 亨、植木智之、小島正継、竹林克士、貝田佐知子、山口 剛、飯田洋八、遠藤善裕、目片英治、谷 眞至：大腸癌術後の出血性合併症に対する抗凝固療法および進行度の関連性：第18回癒着・血栓制御研究会：2019年11月8日：  
大津(滋賀医科大学医学部附属病院リップルテラス)

#### 社会活動・地域貢献

- 1) 赤堀浩也：第27回滋賀県がん診療連携協議会地域連携部会：2019年8月22日：  
大津(大津赤十字病院)
- 2) 目片英治：東近江市立聖徳中学校「がん教育」授業：2020年1月14日
- 3) 目片英治：がん緩和ケアの地域連携パスを試作段階から活用 vol.1：m3.com：  
<https://www.m3.com/open/iryoiShin/article/712753/?category=news>：2019/12/2
- 4) 目片英治：年10回のがん診療セミナーで病院と地域の診療レベルを底上げ Vol.2：m3.com：  
<https://www.m3.com/open/iryoiShin/article/712754/>：2019/12/9
- 5) 赤堀浩也：“人工膵臓装置”のご紹介：  
国立病院機構東近江総合医療センター広報誌『つながり』Vol.37：2020年1月

## 教 育

- 1) 目片英治：滋賀医科大学 専門課程（消化器系）『腫瘍性疾患』消化管の化学療法：  
2019年6月12日
- 2) 太田裕之：滋賀医科大学 専門課程（消化器系）『小腸・大腸疾患・腹膜・腹壁・横隔膜疾患』小腸・  
腹膜・その他：2019年6月6日



# 整形外科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
整形外科医長	菊地 克久	滋賀医科大学	日本整形外科学会 専門医 認定リウマチ医・認定スポーツ医 認定脊椎脊髄病医 認定運動器リハビリテーション医 日本リウマチ学会 専門医・指導医 日本リウマチ財団 登録医 日本リハビリテーション医学会 認定臨床医・専門医・指導責任者 身体障害者福祉法指導医 義肢装具等適合判定医 日本医師会認定産業医 中部日本整形外科災害外科学会 評議員 滋賀県整形外科医会 評議員
整形外科医長	古屋 佑樹	滋賀医科大学	日本整形外科学会 専門医 人工関節学会認定医 認定リウマチ医 認定スポーツ医 認定運動器リハビリテーション医
整形外科医師	芝田 浩平	滋賀医科大学	

## 診療概要

整形外科では、2019 年度から常勤整形外科専任医師が 1 名増員され、3 名で診療にあたっております。入院治療、手術的治療が主で、東近江市の全地域、近江八幡、蒲生、安土、日野の医療機関からの手術依頼を多数受けており、地域の中核病院という特性から、出来るだけ整形外科領域全般の治療ができるように努めております。

また、急性期救急病院でもあり、緊急を要する患者様の受け入れ、対応を潤滑に行ない、必要であれば、麻酔科・手術室スタッフと連携し、迅速に緊急手術が可能な病院体制を取っております。

高齢者においては、低心機能（心不全）や内科的な合併症を持つ患者さんも少なくなく、循環器内科をはじめ各内科や他科の専門診療科スタッフの協力を得て、合併症をお持ちの高齢者の方にも安全な医療をご提供できるように取り組んでいます。

手術件数、内容については、下記の通りです。

高齢者に多い大腿骨頸部・転子部骨折に対する手術が最も多く、救急・緊急を含め、骨折・軟部組織損傷など、外傷に対する手術加療にも対応し、生活・社会復帰に向けて、地域包括支援病棟でのリハビリテーションや、退院支援などを通じて、退院後も安全で安心した生活を送っていただけるよう努めております。

高齢者の多い地域性であることもあって、変形性関節症や脊椎疾患などの慢性疾患も多く、変形性関節症やリウマチ性関節症に対しては、人工股関節や膝関節置換術を行っており、近年急増しており、安定した成績をご提供できるよう努めております。脊椎疾患に対しては、滋賀医科大学整形外科学講座が



らの森幹土准教授に専門外来、手術を担当していただき、腰椎椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症、頸椎症・頸髄症などの疾患に対し、必要があれば脊椎内視鏡を使用した低侵襲手術を行っております。他にも、肩関節専門の米田慎吾先生、手外科専門の本原功二郎先生にも専門外来と手術を担当していただいております。滋賀医科大学医学部附属病院整形外科とも密接に連絡を取り、当院で対応できない稀な疾患に関しては、必要に応じて診療・治療や手術応援を依頼しております。

外来診療においては近隣の諸先生方からも多くの症例をご紹介いただき、まずは CT や MRI など当院の設備を駆使して、精度の高い診断を行い、その病態・病勢に応じたエビデンスに基づいた適切な治療へ繋げるよう努めております。関節リウマチや膠原病についても、内服薬から新しい生物学的製剤まで幅広く治療を行っています。骨粗鬆症に対しては積極的に精査、骨の脆弱化の予防、改善に努めております。

## 臨床実績

- ・外来 1日平均患者数 50.0名(平成30年度) → 51.9名(令和元年度)
- ・入院 1日平均患者数 40.6名(平成30年度) → 37.5名(令和元年度)
- ・手術 年間手術症例数 286件(平成30年度) → 316件(令和元年度)

## 臨床活動報告

手術件数総数	320件				
骨折手術	125件	手根管手術	3件	バネ指手術	12件
肘部管症候群手術	1件	腱鞘炎手術・腱切断手術	6件	人工骨頭置換手術	18件
人工関節置換手術	61件	骨切り手術	1件	関節鏡	2件
脊椎手術	32件	切断手術	7件	腫瘍手術	8件
抜釘手術	23件	その他	21件		

## 学会・研究会

- 1) **芝田浩平**、佐々木英幸、天野泰幸、八木桂太郎：Terrible Triad Injury の治療経験：第45回日本骨折治療学会：ポスター：2019年6月28日：福岡（福岡国際会議場）
- 2) **古屋佑樹**、川那辺圭一：股関節唇内反が荷重部軟骨に及ぼす影響：第46回日本股関節学会学術集会：2019年10月26日：一般（口演）：宮崎（シーガイアコンベンションセンター）
- 3) **古屋佑樹**、川那辺圭一、川口誠司：新しい股関節側方アプローチと従来法との比較・検討：第50回日本人工関節学会：ポスター：2020年2月15日：福岡（福岡国際会議場）

## 講演会

- 1) **古屋佑樹**：股関節鏡のいろは：Orthopedic hands-on seminar in Shiga2019：2019年6月22日：大津（びわ湖大津プリンスホテル）
- 2) **古屋佑樹**、**芝田浩平**、**菊地克久**：整形外科の新体制～東近江医療圏における人工関節の普及に向けて～：第39回東近江総合医療センター臨床談話会：2019年8月22日：東近江（八日市ロイヤルホテル）
- 3) **古屋佑樹**、川那辺圭一：股関節唇内反が荷重部軟骨に及ぼす影響：第7回京滋股関節セミナー：2019年11月9日：アステラス京都

## 教 育

- 1) **菊地克久**：滋賀医科大学 専門課程（筋・骨格系）『運動器のリハビリテーション医学の概論』：2019年4月5日、2020年1月23日：滋賀医科大学

# 呼吸器外科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
院長	井上 修平	滋賀医科大学	日本外科学会 外科専門医・指導医 日本胸部外科学会 認定医・指導医・評議員 呼吸器外科専門医 日本呼吸器外科学会 指導医・評議員 日本呼吸器学会 専門医・指導医 気管支鏡専門医・指導医 日本内視鏡外科学会 評議員 日本結核病学会 結核・抗酸菌症指導医 日本気胸・嚢胞性肺疾患学会 編集委員・評議員 関西胸部外科学会 評議員 近畿外科学会 評議員 インфекションコントロールドクター認定
外科診療部長	尾崎 良智	滋賀医科大学	日本外科学会外科 専門医・指導医 日本胸部外科学会 認定医 呼吸器外科専門医 日本呼吸器外科学会 評議員 日本呼吸器学会 専門医 気管支鏡専門医・指導医 がん治療認定医・暫定教育医 日本結核病学会 結核・抗酸菌症指導医 近畿外科学会評議員 インфекションコントロールドクター認定
呼吸器外科医長・ 救急科医長	大内 政嗣	滋賀医科大学	日本外科学会 外科専門医・指導医 呼吸器外科専門医 日本呼吸器外科学会 評議員 日本呼吸器学会 専門医 気管支鏡専門医・指導医 日本結核病学会 結核・抗酸菌症指導医 日本救急医学会 救急科専門医 JATEC インストラクター NDLS インストラクター 日本 DMAT 隊員
呼吸器外科医師	苗村 祐樹	滋賀医科大学	

## 診療概要

呼吸器外科は 2000 年 12 月に当院が国立八日市病院から国立滋賀病院に改組されたのと同時に新設された。近隣に呼吸器専門医を擁する医療機関が少ないため、東近江市域だけでなく、隣接する医療圏からの紹介や入院症例も多い。肺癌、気胸などの手術のほか、結核など抗酸菌症をはじめとした呼吸器感染症、気管支鏡による気道インターベンションなど呼吸器内科とも協力し、広く呼吸器疾患全般を対象に診療している。I 期肺癌症例については完全鏡視下での肺葉切除を標準アプローチとし、より低侵襲での外科治療を実践している。井上修平（院長）、尾崎良智（外科診療部長）、大内政嗣（呼吸器外科医長・救急科医長併任）、苗村祐樹医師の常勤医師 4 名で診療に当たっている。

## 臨床活動報告

手術件数総数 128 件  
全 麻 102 件  
局 麻 26 件（うち局所麻酔下胸腔鏡が 20 件）

主な全麻手術内容の内訳：

原発性肺癌：43 例、転移性肺腫瘍：7 例、気胸・嚢胞性疾患：27 例、炎症性肺疾患 4 例、肺良性腫瘍：5 例、その他：2 例、縦隔腫瘍：7 例、胸壁・胸膜腫瘍：2 例、横隔膜疾患 1 例、縦隔鏡検査：3 例

## 論 文

- 1) Masatsugu Ohuchi, Shuhehi Inoue, Yoshitomo Ozaki, Yuki Namura, Keiko Ueda :  
Single-trocar thoracoscopic periardio-pleural fenestration under local anesthesia for malignant pleural effusion:a case report : Surgical Case Report : 5 巻、136 号 : p1-4 : 2019

## 学会・研究会

- 1) Masatsugu Ohuchi, Shuhehi Inoue, Yoshitomo Ozaki, Yuki Namura, Hiroshi Wada, Takuto Sakashita : Evaluation of lung expansion after single-trocar video-assisted flexible thoracoscopic debriedment under local anesthesia for multiloculaed parapneumonic empyema : 24th Congress of the Asian Pacific Society of Respirology : 2019.11.14-17 : Hanoi, Vietnam
- 2) 尾崎良智, 井上修平, 大内政嗣, 苗村祐樹 : 抗 gamma aminobutyric acid(GABA) A 受容体抗体による自己免疫性脳炎を併発した胸腺腫の 1 例 : 第 36 回日本呼吸器外科学会総会・学術集会 : 2019 年 5 月 16 日～ 17 日 : 大阪 (大阪国際会議場)
- 3) 大内政嗣, 井上修平, 尾崎良智, 苗村祐樹 : 後縦隔ミューラー管嚢胞の 1 切除例 : 第 36 回日本呼吸器外科学会総会・学術集会 : 2019 年 5 月 16 日～ 17 日 : 大阪 (大阪国際会議場)
- 4) 大内政嗣, 井上修平, 尾崎良智, 苗村祐樹 : 結核性胸膜炎の治療後 8 年を経過して発生し、肺内に穿破した胸膜結核腫の 1 例 : 第 94 回日本結核病学会総会 : 2019 年 6 月 7 日～ 8 日 : 大分 (iichiko 総合文化センター、ホテル日航大分オアシスタワー)
- 5) 和田 広, 坂下拓人, 井上修平, 尾崎良智, 大内政嗣, 苗村祐樹 : 当院における中心静脈カテーテル留置を要した結核患者の検討 : 第 94 回日本結核病学会総会 : 2019 年 6 月 7 日～ 8 日 : 大分 (iichiko 総合文化センター、ホテル日航大分オアシスタワー)
- 6) 尾崎良智, 井上修平, 大内政嗣, 苗村祐樹, 和田 広, 坂下拓人 : 抗結核治療中に多発病変を形成した胸囲結核の 1 手術例 : 第 94 回日本結核病学会総会 : 2019 年 6 月 7 日～ 8 日 : 大分 (iichiko 総合文化センター、ホテル日航大分オアシスタワー)
- 7) 大内政嗣, 井上修平, 尾崎良智, 苗村祐樹, 和田 広, 坂下拓人 : 当院における局所麻酔下細径胸腔鏡施行症例の検討 : 第 42 回日本呼吸器内視鏡学会学術集会 : 2019 年 7 月 4 日～ 5 日 : 東京 (東京ドームホテル)

- 8) 大内政嗣、井上修平、尾崎良智、苗村佑樹：当科における若年性女性気胸手術症例の検討：  
第 23 回日本気胸・嚢胞性肺疾患学会総会：2019 年 8 月 30 日～31 日：  
東京（国際文化会館岩崎小彌太記念ホール）
- 9) 苗村佑樹、尾崎良智、井上修平、大内政嗣：当科における糖尿病を合併した臨床病期分類 IV 期原発性肺癌に対するプラチナ併用化学療法についての検討：第 60 回日本肺癌学会学術集会：  
2019 年 12 月 6 日～8 日：大阪（大阪国際会議場）
- 10) 大内政嗣、井上修平、尾崎良智、苗村佑樹：小腸型腺癌への悪性転化を伴った若年者縦隔成熟奇形腫の 1 例：第 60 回日本肺癌学会学術集会：2019 年 12 月 6 日～8 日：大阪（大阪国際会議場）
- 11) 尾崎良智、井上修平、大内政嗣、苗村佑樹：免疫チェックポイント阻害剤治療効果予測スコアの試み：  
第 60 回日本肺癌学会学術集会：2019 年 12 月 6 日～8 日：大阪（大阪国際会議場）
- 12) 苗村佑樹、尾崎良智、大内政嗣、井上修平：肺癌化学療法中に発症した *Pasteurella multocida* 菌血症の一例：第 109 回日本肺癌学会関西支部学術集会：2019 年 2 月 23 日：  
大阪（大阪国際交流センター）
- 13) 大内政嗣、苗村佑樹、尾崎良智、井上修平：後縦隔ミューラー管嚢胞の切除例：  
第 58 回近江呼吸器疾患研究会：2019 年 3 月 2 日：京都（京都山科ホテル山楽）
- 14) 大内政嗣、井上修平、苗村佑樹、尾崎良智：根治的化学放射線治療後に ICI を投与した 2 症例：  
肺がん治療について考える～EGFR TKI・ICI を中心に～：2019 年 3 月 22 日：  
大津（びわ湖大津プリンスホテル）
- 15) 上林憲司、尾崎良智、月野光博：自施設における 2018 年 NSCLC IV 期症例数・EGFR 遺伝子変異陽性症例数に対する 1st TKI 治療の内訳：肺がん治療について考える～EGFR TKI を中心に～：  
2019 年 5 月 30 日：長浜（北ビワコホテルグライツイェ）
- 16) 苗村佑樹、尾崎良智、大内政嗣、井上修平：免疫チェックポイント阻害剤の rechallenge 療法についての検討：第 110 回日本肺癌学会関西支部学術集会：2019 年 6 月 29 日：京都（メルパルク京都）
- 17) 尾崎良智、苗村佑樹、大内政嗣、井上修平：当科における免疫チェックポイント阻害剤の rechallenge 療法。Lung Cancer Conference in Shiga：2019 年 7 月 12 日：  
大津（びわこ大津プリンスホテル）
- 18) 苗村佑樹、大内政嗣、尾崎良智、井上修平：術中・術後に偶発的に発見された肺結節病変の 2 例。  
第 47 回 Shiga Chest Disease Conference：2019 年 7 月 25 日：大津（ロイヤルオークホテル）
- 19) 大内政嗣、苗村佑樹、尾崎良智、井上修平：胸腔鏡下右肺上葉切除術：第 55 回近江呼吸器疾患研究会：2019 年 9 月 7 日：京都（京都山科ホテル山楽）

## 対外活動

- 1) 井上修平：年頭に思う：滋賀県医師会報 122 号：p3：2019 年 1 月 1 日
- 2) 井上修平：2019 年新年挨拶—新元号は？：大風（近江総合医療センター院内報）165 号：P1-2：  
2019 年 1 月 1 日
- 3) 井上修平：院長就任 10 年経過・2019 年は節目の年になるのでしょうか？：東近江医師会報 14 号：  
p26-28：2019 年 1 月
- 4) 井上修平：東近江総合医療センター 7 年目への現状と課題：「つながり」（近江総合医療センター地域連携ニュース）33 号：p2-3：2019 年 1 月
- 5) 井上修平：2018 年度東近江総合医療センター業績集発刊に寄せて：  
東近江総合医療センター 2018 業績集：p3：2019 年 2 月
- 6) 井上修平：特別企画：地域医療を担う医師の育成（座談会）：滋賀医大ニュース：P1-7：  
2019 年 11 月

## 座長・司会

- 1) **井上修平**：東近江敗血症診療セミナー：2019年1月25日：東近江総合医療センター(きらめきホール)
- 2) **尾崎良智**：「がん治療の新時代！これからのがん免疫療法」：滋賀医科大学臨床腫瘍学講座特任講師・寺本晃治・第10回東近江医療圏がん診療公開講座：この時代に知っておきたいがん診療ーがんとう疫と哲学とー：2019年2月3日：滋賀県立男女共同参画センター G-NET しが。
- 3) **井上修平**：【特別講演】「誰に PMX-DHP を施行すべきか？」福岡大学医学部救命救急医学講座講師・星野耕大：第2回東近江敗血症診療セミナー：東近江総合医療センターきらめきホール：2019年2月4日
- 4) **井上修平**：特別講演「地域医療構想の方向性と病院経営戦略」株式会社メディチュア代表取締役・渡辺 優：ディスカッション「今後の病院経営とその課題」：地域医療を考える会 in 東近江：東近江地域医療支援センター多目的室：2019年2月13日
- 5) **井上修平**：第13回東近江総合医療センター院内研究発表会：東近江総合医療センターきらめきホール：2019年3月2日
- 6) **井上修平**：第3部講演「その息切れは年齢のせいですか？」～肺の生活習慣病 慢性閉塞性肺疾患(COPD)について～：滋賀医科大学医学部附属病院内科学講座(呼吸器内科)教授・中野恭幸：滋賀医科大学地域医療教育研究拠点市民公開講座：第4回医療セミナー：ピアザ淡海3階大会議室：2019年3月23日
- 7) **井上修平**：感染症2 膿胸・肺膿瘍：第36回日本呼吸器外科学会学術集会：大阪国際会議場：2019年5月16日～17日
- 8) **尾崎良智**：「免疫チェックポイント阻害剤の irAE 対策と多職種連携について」京都大学医学部附属病院腫瘍内科准教授・松本繁巳、同病院薬剤部・北田徳昭、同病院看護部・小寺陽子：第3回東近江 ICI 勉強会：東近江総合医療センターきらめきホール：2019年6月26日
- 9) **井上修平**：第39回東近江総合医療センター臨床談話会：八日市ロイヤルホテル：2019年8月22日
- 10) **井上修平**：一般演題2「女性気胸」：第23回日本気胸・嚢胞性肺疾患学会総会：国際文化会館岩崎小彌太記念ホール：2019年8月30日～31日
- 11) **井上修平**：「滋賀医大ニュース；第31号」教育・地域医療のあり方：「進む地域医療・これからの地域医療」：滋賀医大が東近江総合医療センターを拠点とした地域医療再生を初めて10年「滋賀医大ニュース；第31号」座談会：松末吉隆、井上修平、来見良誠：滋賀医科大学医学部附属病院3階病院長室：2019年9月18日
- 12) **井上修平**：Cardio-Oncology セミナー in 東近江：ホテルニューオウミ：2019年9月26日
- 13) **井上修平**：第11回東近江医療圏がん診療公開講座～この時代に知っておきたいがん診療ーがん”予防”と”治療”そして”今を生きる”ことー：東近江総合医療センターきらめきホール：2019年10月27日
- 14) **井上修平**：東近江総合医療センター市民公開講座～地域で支える健康～：東近江市保健子育て複合施設ハピネス：2019年12月1日
- 15) **尾崎良智**：～免疫チェックポイント阻害剤の irAE 対策について～「ICI 治療における内分泌障害のマネジメントについて」：社会医療法人誠光会草津総合病院 糖尿病センター・糖尿病内分泌内科・先進医療センター長 島津 章：第4回東近江がん免疫療法セミナー：東近江総合医療センターきらめきホール：2019年12月12日

## 査 読

- 1) **井上修平**：日本気胸・嚢胞性疾患学会雑誌論文査読
- 2) **井上修平**：日本胸部外科学会定期学術集会・日本胸部外科学会雑誌査読術集会査読。



# 皮膚科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
皮膚科医長	鵜飼 佳子	滋賀医科大学	日本皮膚科学会 皮膚科専門医、指導医 日本皮膚科学会 美容皮膚科・レーザー指導専門医 日本レーザー医学会 レーザー専門医 厚生労働省研修医指導医 滋賀県難病審査委員 日本皮膚科学会キャリア支援委員会 (旧皮膚科の女性医師を考える会) 協力委員 日本美容皮膚科学会会員 日本褥瘡学会会員
皮膚科医師	高山 悟	神戸大学	日本皮膚科学会 皮膚科専門医 厚生労働省研修医指導医
皮膚科医師 (非常勤)	藤本 徳毅	滋賀医科大学	日本皮膚科学会 皮膚科専門医 日本皮膚科学会 皮膚悪性腫瘍指導専門医 日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医 日本アレルギー学会 アレルギー専門医 厚生労働省研修医指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

## 認定施設

日本皮膚科学会認定専門医研修施設

日本皮膚科学会生物学的製剤承認施設

## 診療概要

皮膚科で扱う疾患は、アトピー性皮膚炎などの湿疹・皮膚炎群、乾癬などの炎症性角化症、天疱・類天疱瘡などの自己免疫性水疱症、薬疹、白癬やヘルペスなどの感染症や皮膚腫瘍などがあります。東近江市は皮膚科専門医が少ない地域なので、地域の皆様によりよい治療を提供できればと思っています。また症例によっては総合病院の利点を生かして他の診療科とも連携して治療を行っています。必要に応じて滋賀医大などに紹介させていただくこともあります。

## 診療実績

	2016	2017	2018	2019
入院患者数 (人/日)	2.7	4.3	4.2	
生検件数	75	149	123	
年間手術件数	131	147	124	

## 論文

- 1) 高山 悟：しいたけ皮膚炎のお話：あかね 第18号：2019年10月：  
東近江総合医療センター広報委員会

## 学会・研究会

- 1) 高山 悟、鶴飼佳子、小島正継、太田裕之、藤本徳毅：抗がん剤の血管外漏出により遅発性に皮膚障害を呈した1例：第462回京滋地方会：2019年9月14日：(京都府立医科大学)
- 2) 高山 悟、鶴飼佳子、藤本徳毅：2019年に当院で経験した多発褥瘡の症例：第7回 滋賀県皮膚科医会病診連携の会 症例検討会：2020年2月1日：(県立総合病院)
- 3) 高山 悟、鶴飼佳子、本原功二郎、藤井紀和、藤本徳剛：膿疱性乾癬に腱鞘炎を生じた1例：第464回京滋地方会 田中俊宏教授 退任記念地方会：2020年3月21日(ピアザ淡海)(新型コロナウイルス感染拡大予防のため延期)

## 講演会

- 1) 鶴飼佳子：医療チーム活動紹介(褥瘡チームについて)：2019年4月1日：東近江総合医療センター 新採用者オリエンテーション：東近江総合医療センター きらめきホール
- 2) 鶴飼佳子：知っておきたい褥瘡治療のポイント：2019年5月29日：第1回 褥瘡勉強会：東近江総合医療センター きらめきホール
- 3) 鶴飼佳子：EGFR阻害薬による皮膚症状と治療について：第34回 東近江がん診療セミナー：2019年6月6日：東近江総合医療センター きらめきホール
- 4) 鶴飼佳子：血管外漏出について：令和元年 静脈注射プログラムⅢ(IVナース)研修：2019年9月3日：東近江総合医療センター きらめきホール
- 5) 鶴飼佳子：褥瘡治療のポイントと当院の褥瘡チームについて：～TIMEコンセプトを中心に～：2019年11月19日：近江温泉病院院内研修会
- 6) 鶴飼佳子：皮膚科の疾患と処置について：ランチセミナー：2019年11月29日：東近江総合医療センター カンファレンス室
- 7) 鶴飼佳子、鈴木翔太、山根あゆみ：第50回ひがしおうみ栄養塾・褥瘡委員会合同勉強会：～チームで関わった症例を通して～はじめに 皮疹の経過について(スティーブンスジョンソン症候群、体部白癬、褥瘡) どうする？褥瘡患者の栄養管理：2020年1月15日：東近江総合医療センター きらめきホール
- 8) 高山 悟：褥瘡と栄養 2019年に当院で経験した多発褥瘡の症例：ランチセミナー 2020年2月26日：東近江総合医療センター カンファレンス室

## 座長・司会

- 1) 鶴飼佳子：第464回京滋地方会：田中俊宏教授 退任記念地方会：演題31～35：2020年3月21日：(ピアザ淡海)(新型コロナウイルス感染拡大予防のため延期)



# 泌尿器科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
泌尿器科医長	坂野 祐司	滋賀医科大学	日本泌尿器科学会 専門医・指導医 日本泌尿器内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医 日本泌尿器科学会 日本癌治療学会 日本泌尿器内視鏡学会 日本泌尿器腫瘍学会
泌尿器科医師	鈴木 友理 山口大学	山口大学	日本泌尿器科学会

## 診療概要

泌尿器科では、尿路・男性生殖器の疾患の診断・治療にあたっています。対象となる主な疾患・病態は、排尿障害（前立腺肥大症、過活動膀胱、神経因性膀胱、尿失禁）、各種の泌尿器癌（副腎腫瘍、腎癌、腎盂・尿管癌、膀胱癌、前立腺癌、精巣腫瘍、陰茎癌など）、尿路性器炎症性疾患、尿路結石症、勃起障不全（ED）などです。

## 臨床実績

- ・外来患者数 7,373 人（新患 341 人）（1 日平均 30.7 人）
- ・入院患者数 1,938 人（1 日平均 5.3 人）

## 臨床活動報告

- ・検査 膀胱鏡検査 372 件（硬性鏡 83 件 軟性鏡 289 件）  
前立腺生検 51 件
- ・手術件数 205 件  
腹腔鏡手術：5 件（腎尿管全摘 2 件、根治的腎摘 3 件）  
開腹手術：1 件（膀胱全摘+回腸導管 1 件）  
内視鏡手術：TUP-P 16 件、TUR-Bt 37 件、TUL 17 件  
体外衝撃波結石破碎術(ESWL)：67 件

## 学会・研究会

- 1) 小崎成昭、富田圭司、**鈴木友理**、森 友莉、吉田啓介、沖中勇輝、村井亮介、小林憲市、水流輝彦、吉田哲也、影山 進、上仁数義、成田充弘、河内明宏：胚細胞腫瘍に類似し EP 療法が奏功した原発不明癌の 1 例：第241回日本泌尿器科学会関西地方会：2019年5月25日：大阪(大阪梅田スカイビル)
- 2) **鈴木友理**、**坂野祐司**：滋賀県前立腺癌地域連携クリニカルパス：第 38 回東近江総合医療センター臨床談話会：2019 年 8 月 22 日：東近江（八日市ロイヤルホテル）
- 3) **中川翔太**、**鈴木友理**、**坂野祐司**：膀胱のリンパ腫様型 / 形質細胞様型尿路上皮癌に対して放射線療法が奏功した一例：2019年10月5日：第36回滋賀泌尿器科集談会：草津(ホテルポストンプラザ草津)

## 講演会

- 1) **鈴木友理**：市民公開講座 頻尿、尿もれでお困りのあなたへ：2019 年 12 月 1 日：東近江（保健子育て複合施設ハピネス）

## 座長・司会

- 1) **坂野祐司**：第16回滋賀排尿障害研究会：特別講演：「女性のLUTS診療～OABの最新治療～」  
東京女子医科大学東医療センター骨盤底機能再建診療部泌尿器科教授 巴ひかる：2019年10月10日：  
草津（ホテルポストンプラザ草津）
- 2) **坂野祐司**：第33回日本泌尿器内視鏡学会総会：一般演題 口演34：Endourology / その他：  
京都（京都国際会館）
- 3) **坂野祐司**：第11回東近江医療圏がん診療公開講座：特別講演「あなたにとっての支えは何でしょう？  
～エンドオブライフ・ケアから見い出すいのちの意味～」大阪北ホームケアクリニック 院長 白山宏  
人：2019年10月27日：東近江（東近江総合医療センターきらめきホール）

# 産婦人科

## スタッフ (2019年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
産婦人科医長	石河 顕子	滋賀医科大学	日本産科婦人科学会 専門医・指導医 滋賀県医師会 母体保護法指定医 日本遺伝カウンセリング学会 臨床遺伝専門医 日本胎児心臓病学会 胎児心エコー認証医 英国 Fetal Medicine Foundation 認定： NT/NB/DV/TR certificate 日本産科婦人科学会 日本遺伝カウンセリング学会 日本胎児心臓病学会 日本周産期・新生児医学会 日本思春期学会
産婦人科医長	西村 宙起	滋賀医科大学	日本産科婦人科学会 専門医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医 日本産婦人科内視鏡学会 技術認定医 (腹腔鏡) 日本産科婦人科学会 日本婦人科腫瘍学会 日本産科婦人科内視鏡学会 日本癌治療学会 日本臨床細胞学会 日本内視鏡外科学会
産婦人科医師	中多 真理	滋賀医科大学	日本産科婦人科学会 専門医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本産科婦人科学会 日本婦人科腫瘍学会 日本産科婦人科内視鏡学会 日本外科系連合学会
産婦人科医師	竹林 明枝	滋賀医科大学	日本産科婦人科学会 専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本生殖医学会 生殖医療専門医 日本産科婦人科学会 日本生殖医学会 日本エンドメトリオーシス学会 日本産科婦人科内視鏡学会 日本人類遺伝学会

## 臨床実績

・外来	2019年度のべ患者数	8,758人
・入院	2019年度のべ患者数	3,971人
・手術	2019年度のべ例数	204件
・分娩	2019年度のべ件数	288件

## 臨床活動報告

手術件数総数	204件				
開腹手術	27件	腹腔鏡下手術	56件	膣式手術	75件
腹式単純子宮全摘術	10件	腹腔鏡下子宮全摘術	19件	膣式子宮全摘術	9件
その他	8件				
分娩件数総数	288件				
通常分娩	242件	帝王切開数	46件		

## 論文

- 1) Akiko Ishiko, Masahito Hitosugi, Marin Takaso, Koji Mizuno, Shunichiro Tsuji, Tetsuo Ono, Fuminori Kimura, Takashi Murakami :Chest compression of a pregnant woman by a seatbelt might affect fetal outcome, even in minor to moderate frontal vehicle collisions :**Forensic Science International** :2019 Sep;302:109888 . doi:10.1016/j.forsciint.2019.109888. Epub 2019 Jul 26
- 2) 西村宙起、宇津木久仁子、杉原武、久毅、岡本三四郎、杉山裕子、高澤豊、竹島信宏：胆管癌子宮転移の1例：**日本臨床細胞学会誌** :58巻4号 :167-171: インテルナ出版 :2019年9月
- 3) 郭翔志、木村文則、北澤純、中村暁子、森宗愛菜、竹林明枝、高島明子、村上節：当院のがん・妊孕外来を受診した乳癌患者における妊孕性温存治療の動向：**産婦人科の進歩** (0370-8446):71巻2号：74-80: 有限会社知人社：2019年5月
- 4) Kimura F, Takebayashi A, Ishida M, Nakamura A, Kitazawa J, Morimune A, Hirata K, Takahashi A, Tsuji S, Takashima A, Amano T, Tsuji S, Ono T, Kaku S, Kasahara K, Moritani S, Kushima R, Muramami T : Chronic endometritis and its effect on reproduction : **J Obstet Gynecol Res.** 2019 May;45(5):951-960. doi:10.1111/jog.13937.Epub 2019 Mar 6

## 学会発表

- 1) 中多真理、花田哲郎、石河顕子、郭翔志、木村文則、中川翔太、坂野祐司、成田充弘：TLH 術後の膣断端感染から膀胱膣瘻を来した1症例：**第59回日本産科婦人科内視鏡学会**：ポスター発表（一般）：2019年9月12日～14日：京都（国立京都国際会館）
- 2) 森宗愛菜、木村文則、花田哲郎、北澤純、竹林明枝、高島明子、郭翔志、高橋健太郎、村上節：卵巣組織凍結保存を実施した歳1か月の女兒の一例：**第71回日本産科婦人科学会**：ポスター発表（一般）：2019年4月1日～14日：名古屋（名古屋国際会議場）
- 3) 郭翔志、木村文則、北澤純、中村暁子、森宗愛菜、竹林明枝、高島明子、村上節：当院のがん・妊孕外来を受診した乳がん患者における妊孕性温存治療の動向：**第71回日本産科婦人科学会**：ポスター発表（一般）：2019年4月1日～14日：名古屋（名古屋国際会議場）
- 4) 森宗愛菜、木村文則、北澤純、竹林明枝、高島明子、郭翔志、高橋健太郎、村上節：慢性子宮内膜炎患者の妊娠および妊娠予後について：**第64回日本生殖医学会**：ポスター発表（一般）：2019年11月7日～8日：神戸（神戸国際会議場）

## 社会活動

- 1) 講師：石河顕子：事例から学ぶ！胎児心拍数モニタリングの判読とリスク診断の対応：  
滋賀県看護協会研修会：2019年6月20日：滋賀県看護協会研修センター
- 2) 講師：竹林明枝：生命の誕生：2020年2月18日：草津市みのり保育園

## 座長業績

- 1) 西村宙起：第37回東近江がん診療セミナー特別講演：AYAがん患者の特徴と支援：  
2019年10月3日：東近江総合医療センター きらめきホール
- 2) 石河顕子：第12回がん診療公開講座（東近江医療圏）：がん治療後の人生設計のために若年者（AYA）のがん・がん生殖医療：2019年12月1日：アクティ近江八幡
- 3) 石河顕子：第29回滋賀県母性衛生学会：一般演題2：2020年2月24日：公立甲賀病院

# 眼 科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
眼科医師	中島 智子	滋賀医科大学	日本眼科学会 日本眼科医会 日本網膜硝子体学会 日本眼科学会 専門医 眼科 PDT 認定医
眼科医師 (非常勤)	西信 良嗣	奈良県立医科大学	日本眼科学会 日本眼科医会 日本眼炎症学会 日本網膜硝子体学会 日本眼科学会 専門医 眼科 PDT 認定医 日本眼科学会 指導医
眼科医師 (非常勤)	東山 智明	滋賀医科大学	日本眼科学会 日本眼科医会 日本斜視弱視学会 日本眼科学会 専門医
眼科医師 (非常勤)	岩佐 真紀	滋賀医科大学	日本眼科学会 日本眼科医会 日本斜視弱視学会 日本眼科学会 専門医
眼科医師 (非常勤)	岡本 理子	滋賀医科大学	日本眼科学会 日本眼科医会

## 診療概要

2019 年度は 2018 年度とスタッフ数の増減はありませんでしたが、白内障手術件数は増加しました。

手術については今まで通り白内障と翼状片手術以外に限られた症例にはなりますが、眼瞼下垂や霰粒腫手術など眼瞼の手術も開始しました。

外来診療については、ドライアイ、白内障、緑内障、糖尿病網膜症、加齢黄斑変性、斜視など幅広く眼科一般を診療しております。近隣の内科や眼科の開業医の先生方からも多数御紹介頂いております。

## 臨床実績

- ・外来 延べ患者数 4,838 名 (令和元年度)
- ・外来 1 日平均患者数 20.2 名 (令和元年度)
- ・手術 年間手術症例数 318 件 (令和元年度)

## 臨床活動報告

手術件数総数 318 件

白内障手術 274 件

霰粒腫摘出術 1 件

虹彩凝固術 1 件

翼状片手術 9 件

網膜光凝固術（外来手術） 20 件

眼瞼下垂手術 1 件

後囊切開術（外来手術） 12 件



# 耳鼻咽喉科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
耳鼻咽喉科医長	星 参	滋賀医科大学	耳鼻咽喉科 専門医・指導医 補聴器相談医 日本耳鼻咽喉科学会 耳鼻咽喉科臨床学会 嚥下講習会受講済 鼻内視鏡手術講習受講済

耳鼻咽喉科医師	須藤 智之	関西医科大学	日本耳鼻咽喉科学会 日本頭頸部外科学会 日本喉頭科学会 嚥下講習会受講済 ボトックス講習 実技セミナー修了証
---------	-------	--------	---

## 臨床実績

1日当たりの外来患者数 23.4人  
1日当たりの入院患者数 4.5人

入院		H29	H30	R1
耳	突発性難聴	4	3	1
	めまい	3	6	10
	悪性外耳道炎	1	0	0
	顔面神経麻痺	3	5	6
	難治性外耳道炎	0	1	0
鼻	慢性副鼻腔炎	13	19 (好酸球性:4)	25
	鼻副鼻腔腫瘍	1	1	1
	鼻中隔彎曲症	1	2	5
	鼻骨骨折	1	0	0
	鼻出血	3	4	3
口腔	下歯肉癌	0	2	0
咽頭	扁桃癌	0	1	0
咽喉頭	習慣性扁桃炎	2	6	12
	急性扁桃炎	1	2	7
	急性喉頭蓋炎	4	5	7
	頬部腫瘍	0	1	0
	扁桃病巣感染	0	1	1
	声帯ポリープ	3	1	2
	声帯白板症	0	2	2

	喉頭癌	0	4	3
	声帯嚢胞	0	1	1
	頸部リンパ節転移	0	2	2
	舌腫瘍	1	0	1
	難治性咽頭潰瘍	0	1 (ベーチェット病疑い)	0
	急性咽頭浮腫	0	1	0
	扁桃周囲膿瘍	0	7	9
	睡眠時無呼吸	4	7	3
	顎下線唾石症	1	0	0
頸部	バセドウ病	1	0	3
	甲状腺癌	9	12	3
	甲状腺腫瘍	0	1	2
	副甲状腺腫瘍	0	1	1
	側頸嚢胞	0	1	1
	深頸部膿瘍	0	2	2
	耳下腺良性腫瘍	2	0	1
	耳下腺癌	1	0	0
	原発不明頸部リンパ節転移	1	0	0
	計	61	104	114

手術件数

術式（手術室での施行）	H29	H30	R 1
鼓膜チューブ留置術	0	3	2
内視鏡下副鼻腔手術	13	20	31
鼻中隔矯正術	4	14	20
下鼻甲介粘膜切除	0	32	29
鼻副鼻腔腫瘍切除術	0	3	1
鼻骨骨折整復術	4	2	3
鼻粘膜焼灼	2	1	0
蝶口蓋動脈クリッピング	1	0	0
アデノイド切除	4	5	5
口蓋扁桃摘出術	6	14	13
軟口蓋形成術	0	1	1
ラインゴマイクロ術	3	5	6
耳下腺腫瘍手術	3	0	1
甲状腺腫瘍手術	8	10	8
副甲状腺腫瘍摘出術	0	1	1

頸部郭清術	0	3	2
喉頭全摘術	0	1	0
側頸嚢胞摘出術	0	1	1
頸部膿瘍切開排膿術	0	1	1
頬部腫瘍摘出術	0	1	0
口腔内唾石摘出術	1	0	0
舌腫瘍切除術	1	0	1 (舌癌)
耳介アテローム摘出術	2	1	1
リンパ節摘出術	0	1	2
気管切開術	0	1	7
気管孔拡大術	0	1	1
声門下閉鎖術	0	0	2
舌小帯形成術	0	0	1
先天性耳漏孔摘出術	0	0	1
計	52	122	141

# 歯科口腔外科

## スタッフ (2019年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
歯科口腔外科医長	堤 泰彦	日本歯科大学	歯科医師臨床研修指導歯科医 日本顎咬合学会 認定医 日本口腔診断学会 認定医
歯科口腔外科医師	森 敏雄	長崎大学	
歯科口腔外科医師	山本 学	大阪歯科大学	日本口腔診断学会 認定医・指導医 日本口腔外科学会 専門医・指導医 日本顎関節学会 専門医・指導医 日本歯科麻酔学会 認定医 日本顎顔面インプラント学会 指導医 歯科医師臨床研修指導歯科医

## 診療概要

当院の歯科口腔外科では、顎顔面領域の外科的疾患を中心に治療に取り組んでいます。当科ではほとんどの患者が、かかりつけ歯科医院より病院歯科口腔外科で治療が必要と判断された場合に受診されます。初診患者は、かかりつけ医からの紹介状をお持ちいただくとより円滑に診察ができます。予約患者さんを優先して診察行いますので予約の無い場合は待ち時間が生じます。またむし歯や入れ歯、歯周病などの一般歯科治療は、原則としてかかりつけ歯科医院への受診をお願いしています。(当院入院中の患者様や全身疾患があるなどの場合には受け入れさせていただきます。) 患者がベストな口腔外科領域の医療を選択できるように、症例に応じて滋賀医科大学附属病院や他の専門医療機関への紹介も行っております。また、院内入院患者に対する周術期口腔機能管理(口腔ケア)を積極的に実施しています。また、口腔外科処置以外の歯科処置については地域診療所への逆紹介を積極的に行っております。

## 臨床実績

平均外来患者数 32.4 / 人・日  
平均入院患者数 2.4 / 人・日

## 臨床活動報告

全身麻酔手術症例総数	46 例				
抜歯	14 例	嚢胞・良性腫瘍	19 例	口腔癌	6 例
その他	7 例				
鎮静局所麻酔手術症例総数	135 例				
抜歯	116 例	嚢胞・良性腫瘍	2 例	インプラント	15 例
その他	2 例				

## 論 文

- 1) 堤 泰彦、弘部 悠、浅田 泰幸、町田 好聡、家森 正志、山本 学：口蓋に生じた glomus 腫瘍の 1 例：日本口腔外科学会雑誌第 65 巻第 12 号：792- 796：大村印刷株式会社／株式会社学術社：2019 年
- 2) 堤 泰彦、山本 学、越沼 伸也、町田 好聡、足立 健、野井 将大、渡邊 裕加、村上 翔子：下顎管内へ溢出した非吸収性根管充填材の除去によりオトガイ部知覚麻痺が消失した 1 例：日本口腔診断学会雑誌第 32 巻第 2 号：162：2019 年

## 講演会等

- 1) 堤 泰彦：初期の口腔がんについて（口腔がんについての知識の確認と鑑別疾患を中心に）：歯科医師会湖東支部講演会：2019 年 5 月 24 日
- 2) 堤 泰彦：初期の口腔がんを見逃さない：三方よし研究会：2019 年 10 月 17 日：東近江市（カルナハウス）

## 教 育

- 1) 堤 泰彦：滋賀医科大学総合外科学講座非常勤講師
- 2) 森 敏雄：滋賀医科大学総合外科学講座非常勤助手

# 麻 醉 科

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
麻醉科部長	藤野 能久	滋賀医科大学	厚生労働省麻醉科標榜医 日本麻醉科学会 専門医・指導医
麻醉科医師	井上 咲花	滋賀医科大学	厚生労働省麻醉科標榜医 日本麻醉科学会 認定医
麻醉科医師	小森 菜津子	金沢医科大学	
麻醉科医師 (非常勤)	勝山 りさ	金沢医科大学	

## 診療概要

### 【基本方針】

2019 年度も当科の基本方針は安全を確保しながら周術期の患者の快適性の向上と早期回復を目指すための方策を追求したことである。周術期全身管理は術中においては鎮痛主体の全身麻酔管理を実践し、さらに術後鎮痛にも力を入れて患者に満足で快適な周術期を提供するだけでなく、早期回復を目指せるように心がけている。さらに超高齢者やハイリスク患者に対しても工夫を行い、安全で安定した周術期管理を行なえるように配慮している。

### 【非常勤麻酔科医】

滋賀医科大学麻酔科からの非常勤麻酔科医に関しては、火曜日に勝山りさ医師に出張麻酔をしていた。

### 【術前外来】

麻酔科術前診察は麻酔科管理手術予定患者全員を対象に施行している。この麻酔科術前診察は原則外来で行い入院患者も対象に施行している。月曜日、火曜日は麻酔科部長、水曜日と金曜日は井上咲花医師によって行われ、術前の患者状態の十分な把握と患者との信頼関係を構築し患者の周術期における安全性を高め安心感を提供している。

### 【特徴的な業務】

2011 年 1 月より開始した術前経口補水療法および静脈ライン穿刺用経皮的鎮痛テープ剤の使用は前年度に引き続き 2019 年度も麻酔科管理のほぼ全症例で安定して施行された。また、手術室での麻酔科業務前の早朝に前日症例の術後回診と当日の術直前回診、業務後の夕方・夜間に術直後回診も引き続き安定して毎日施行し、麻酔管理料をほぼ 100% 取得するとともに、周術期の患者の状態を麻酔科医としてより把握し術中管理にフィードバックしている。特に術後は術後疼痛管理について PCA (患者自己制御鎮痛法) システムも取り入れながら主治医と協力して積極的に取り組み、鎮痛処置に伴う副作用に配慮しながら患者の満足度を上げ、早期回復を推進している。エコーガイド下各種神経ブロックは前年度に引き続き 2019 年度にも上肢手術に対して腕神経叢ブロックを中心に施行し、さらに硬膜外鎮痛法を用いることが困難な状況での効果的な区域麻酔法および術後鎮痛法として腹横筋膜面ブロックや大腿神経ブロック等を安定して施行した。

## 【麻酔管理手術件数】

外科と産婦人科の手術件数の増加に対応するために2019年度の外科の全身麻酔枠は月曜日・火曜日・木曜日・金曜日はすべて一日枠、産婦人科は月曜日・木曜日は一日枠、火曜日・金曜日は半日枠を設定した。このようにして各科の手術件数の増加に応えるべく麻酔科管理枠を増加させ、当病院に貢献している。このようにマンパワー不足下で多くの症例を管理しながら、安全でかつきめが細かく質の高い管理を両立し、さらに研修医や医学生の教育も手がけている。

## 【今後の方向性】

麻酔科が行っていることは周術期全身管理である。その中でも麻酔科の最大の任務は特に手術時における患者の安全確保である。そして術中の各種モニターの発達・関連薬剤の質的向上・各種研究結果の適用などにより近年術中の安全性はかなり高まったと思われる。手術件数をさらに増加させることも重要であるが、今後はこの安全性をさらに向上させることはもちろんのこと、患者の周術期の快適性向上や早期回復・入院期間短縮など、いわゆる患者管理の質的向上のために麻酔科としてできることを同時に考えて実践していく時期にあると考えている。

## 【手術室関連】

手術室関連においては 2014 年に薬剤部の協力を得て導入できた薬剤カートシステムが2019年度も安定稼働し、麻酔関連の薬剤・輸液・物品の効率的な運用に貢献している。長年導入を待ちわびていた大型整備事業である『手術部門システム』が 2019 年 9 月に導入された。この『手術部門システム』の導入により麻酔科のみならず手術部全体および手術にかかわる外科系医師においてもより効率的で的確な手術室での活動が可能となった。また、麻酔科は臨床工学部門も統括している。臨床工学部門では医療機器管理システムの導入が待ち望まれていたが、2019 年 9 月の電子カルテの変更により同システムが導入となった。しかし十分なシステムではなく更なる整備が必要と感じている。臨床工学部門でも人的・物的資源が不足している中、鋭意工夫・努力して運営に当たっている。

## 臨床活動報告

### 1 ヶ月ごとの麻酔法別手術件数

	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+硬膜外麻酔(ブロック含) (麻酔科管理)	37	31	47	54	36	45	58	50	36	47	47	48	536
全身麻酔(麻酔科管理)	12	10	14	20	21	13	13	15	15	16	14	12	175
脊髄くも膜下麻酔+硬膜外麻酔 またはそのいずれか(麻酔科管理)	4	7	4	8	3	0	2	1	4	5	4	3	45
麻酔科管理小計	53	48	65	82	60	58	73	66	55	68	65	63	756
脊髄くも膜下麻酔(各科管理)	21	21	19	17	22	24	19	23	18	18	21	14	237
局所麻酔(静脈麻酔,ブロック併用含) (各科管理)	53	47	50	55	55	46	54	53	46	57	39	53	608
各科管理小計	74	68	69	72	77	70	73	76	64	75	60	67	845
総計	127	116	134	154	137	128	146	142	119	143	125	130	1,601

## 学会・研究会発表

- 1) **小森菜津子、藤野能久、井上咲花**：成人 Rett 症候群患者の麻酔管理の 1 症例：  
日本麻酔科学会第 65 回関西支部学術集会：一般演題（ポスター）：2019 年 9 月 14 日：  
大阪国際会議場



## 特 許

- 1) 藤野能久、来見良誠、北川裕利、鈴木賢、森翔吾：皮下トンネル用穿刺針：特許第 6504446 号：  
国立大学法人滋賀医科大学・ニプロ株式会社：2019 年 4 月 5 日

## 教 育

- 1) 藤野能久：滋賀医科大学客員准教授（総合外科学講座）
- 2) 藤野能久：滋賀医科大学非常勤講師（麻酔学講座）
- 3) 藤野能久：滋賀医科大学看護師特定医療行為試験判定員（麻酔学講座）
- 4) 井上咲花：滋賀医科大学客員助教（総合外科学講座）
- 5) 小森菜津子：滋賀医科大学客員助教（総合外科学講座）

# 救 急 部

## スタッフ (2019 年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
救急部長	目片 英治	滋賀医科大学	日本外科学会 専門医・指導医 日本消化器外科学会 専門医・指導医 消化器がん外科治療認定医 日本大腸肛門病学会 専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 認定医
救急部副部長	北村 直美	滋賀医科大学	日本救急医学会 医学科専門医 日本腹部救急医学会 認定医 日本外科学会 専門医 日本消化器外科学会 専門医 日本がん治療認定医 日本乳がん学会 認定医 JATEC インストラクター JPTEC 世話人・インストラクター ICLS インストラクター 日本 DMAT 隊員

## 診療概要

当院は地域の急性期中核病院として、積極的に救急車を受け入れております。各診療科間の垣根が低いため、病院一丸となってその症例に最適の治療法を検討することができます。滋賀医科大学とも密に連携をとっているため、さらなる専門的な治療が必要な場合は速やかにより高度な医療を提供することができます。

また教育機関として、初期研修医には初療から入院治療まで一貫して救急診療の重要性や重症患者の管理等を教育しており、一例一例丁寧に診ながら手技や考え方を学ぶことができます。とくに 2019 年度からは、県内では初めての「手術ができる救急部」として、外科と連携しながら急性腹症を中心に緊急手術を行ってきました。外傷や外科手術と救急医療の両方に興味のある学生あるいは研修医にとって、新たな選択肢となりえるものと考えます。

さらに、2019 年度は事業継続計画 (BCP: Business Continuity Planning) を作成することにより、災害時であっても入院患者を守りつつ地域医療に最大限貢献できるよう、さまざまな準備をすすめてまいりました。「有事に地域に頼られる病院」をめざして、今後も精進いたします。

## 臨床実績

救急外来患者数	6,218 名
救急車による救急搬送数	1,689 件
手術症例数	75 例

## 学術論文

- 1) Byonggu Ann, Yumi Zen, Hiroya Akabori, Naomi Kitamura, Hiroyuki Ohta, Akinori Otsuki, Hiroo Mizuta, Tomoyuki Tsujikawa, Eiji Mekata : Gastric volvulus and giant Bochdalek hernia in an adult patient that were safely repaired by endoscopic reduction and elective laparoscopic surgery : Asian Journal of Endoscopic Surgery: DOI:10.1111/ases.12806 : 2020.3
- 2) Hiroya Akabori, Masaji Tani, Kitamura Naomi, Hiromitsu Maehira, Yasuhiko Imashuku, Yasuyuki Tsujita, Tomoharu Shimizu, Hirotoshi Kitagawa, Yutaka Eguchi : Perioperative tight glycemic control using artificial pancreas decreases infectious complications via suppression of inflammatory cytokines in patients who underwent pancreaticoduodenectomy : A prospective, non-randomized clinical trial : American Journal of Surgery 2019 Dec 5. Pii : S0002-9610(19)31559-4. doi : 10.1016/j.amjsurg : 2019.12. [Epub ahead of print]

## 学会・研究会

- 1) 北村直美, 飯田洋也, 森 治樹, 前平博充, 貝田佐知子, 三宅 亨, 園田寛道, 清水智治, 谷 眞至, 田畑貴久, 藤野和典, 松下美季子, 江口 豊 : 腹腔鏡下胆嚢摘出術における腹直筋鞘ブロック法と局所浸潤麻酔法の術後鎮痛効果に関する前向き比較研究 : 第 119 回日本外科学会定期学術集会 : ポスター (一般) : 2019 年 4 月 18 日 : 大阪 (大阪国際会議場)
- 2) 赤堀浩也, 前平博充, 北村直美, 森 治樹, 飯田洋也, 三宅 亨, 山口 剛, 園田寛道, 清水智治, 谷 眞至 : 臍頭十二指腸切除後における周術期血糖管理が耐糖能異常に与える影響 : 第 119 回日本外科学会定期学術集会 : ポスター : 2019 年 4 月 19 日 : 大阪 (大阪国際会議場)
- 3) 北村直美, 谷 眞至, 飯田洋也, 前平博充, 三宅 亨, 貝田佐知子, 清水智治, 佐田蓉子, 北川裕利, 江口 豊 : 腹腔鏡下胆嚢摘出術後の疼痛に対して腹直筋鞘ブロック法と局所浸潤麻酔法のどちらの鎮痛効果が高いか : 第 74 回日本消化器外科学会総会 : ポスター (一般) : 2019 年 7 月 17 日 : 東京 (グランドプリンスホテル新高輪)
- 4) 大内政嗣, 北村直美, 田丸 大, 大西正人, 五月女隆男 : 胸腔内に感染が進展し膿胸を併発した化膿性脊椎炎の 1 例 : 第 47 回日本救急医学会総会・学術集会 : ポスター (一般) : 2019 年 10 月 4 日 : 東京 (東京国際フォーラム)
- 5) 全 有美, 小島正継, 安 炳九, 北村直美, 赤堀浩也, 太田裕之, 目片英治 : 増加の経路をたどった感染性腸間膜嚢胞の 1 切除例 : 第 81 回日本臨床外科学会総会 : 口演 (一般) : 2019 年 11 月 14 日 : 高知 (ザクラウンパレス新阪急高知)
- 6) 太田裕之, 全 有美, 安 炳九, 北村直美, 赤堀浩也, 目片英治 : 直腸癌術後難治性直腸腔瘻に対して腹腔鏡操作を併用して会陰体の形成術を施行した 1 例 : 第 32 回日本内視鏡外科学会総会 : 口演 : 2019 年 12 月 6 日 : 横浜 (パシフィコ横浜)
- 7) 北村直美, 谷 眞至, 飯田洋也, 前平博充, 三宅 亨, 貝田佐知子, 清水智治, 全 有美, 安 炳九, 赤堀浩也, 太田裕之, 目片英治 : 腹腔鏡下胆嚢摘出術における腹直筋鞘ブロック法と局所浸潤麻酔法の術後鎮痛効果 : 第 32 回日本内視鏡外科学会総会 : 口演 (一般) : 2019 年 12 月 7 日 : 横浜 (パシフィコ横浜)
- 8) 安 炳九, 太田裕之, 全 有美, 赤堀浩也, 北村直美, 目片英治 : 腹腔鏡手術にて診断しえた空腸異所性膵の 1 例 : 第 32 回日本内視鏡外科学会総会 : 口演 : 2019 年 12 月 7 日 : 横浜 (パシフィコ横浜)
- 9) 森 太平, 大槻晋士, 伊藤 昂, 水田寛郎, 神田暁博, 安 炳九, 伊藤明彦, 目片英治, 辻川知之 : 横隔膜ヘルニア内に脱出した胃が軸捻転を来し内視鏡的整復を施行し得た一例 : 第103回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会 : 2020 年 1 月 18 日 : 大阪 (大阪国際交流センター)
- 10) 山田安希, 田丸 大, 北村直美, 杉本俊郎, 辻川知之 : 悪性症候群で治療中に肺水腫になった一例 : 第 27 回びわこ臨床研修ネットワーク学術講演会 : 口演 (一般) : 2020 年 2 月 15 日 : 大津 (ピアザ淡海)

## 講演会

- 1) **目片英治**：転移性大腸癌の TOPIX：滋賀 CRC Expert Meeting：2019年5月31日：京都（TKP ガーデンシティ京都）
- 2) **安 柄九、全 有美、北村直美、赤堀浩也、太田裕之、目片英治**：当院における胃がん手術の現状：第39回東近江総合医療センター臨床談話会：2019年8月22日：東近江市（八日市ロイヤルホテル）
- 3) **北村直美、目片英治**：発災！その時病院は：第39回東近江総合医療センター臨床談話会：2019年8月22日：東近江市（八日市ロイヤルホテル）
- 4) **目片英治**：炎症性腸疾患（IBD）について：日本オストミー協会滋賀県支部社会適応訓練講習会：2019年10月5日：近江八幡（近江八幡文化会館）

## 社会活動・地域貢献・司会・座長

- 1) **目片英治**：サージカルフォーラム(88)直腸一集学的治療：第119回日本外科学会定期学術集会：2019年4月20日：大阪（大阪国際会議場）
- 2) **目片英治**：癌の骨転移への取り組みー脊椎転移を中心にー：Cardio-Ocology セミナー in 東近江：2019年9月26日：近江八幡（ホテルニューオウミ）
- 3) **目片英治**：東近江市こころの健康づくり講演会～心の健康に役立つヨーガ療法～：2019年12月1日：東近江市（東近江市保健子育て複合施設ハピネス）
- 4) **目片英治**：Gastric Cancer Forum in 滋賀ーロンサーフ効能効果追加記念ー：「胃癌薬物療法後方ラインのトピックス」：2020年1月16日：草津（草津エスピアホテル）
- 5) **目片英治**：がん緩和ケアの地域連携パスを試作段階から活用 vol.1：m3.com：  
<https://www.m3.com/open/iryoiShin/article/712753/?category=news>：2019/12/2
- 6) **目片英治**：年10回のがん診療セミナーで病院と地域の診療レベルを底上げ Vol.2：m3.com：  
<https://www.m3.com/open/iryoiShin/article/712754/>：2019/12/9
- 7) **北村直美**：佐藤栄一「ふだん救急・災害に縁遠い一般医療者向けの災害医療の基礎と最近の動き」：2019年10月10日：東近江災害医療を考える会：東近江（八日市ロイヤルホテル）
- 8) **北村直美**：JPTEC 外傷病院前救護コース（インストラクター）：2019年5月25日：近江八幡市立総合医療センター
- 9) **北村直美**：ICLS 救急蘇生コース（インストラクター）：2019年6月22日：近江八幡市立総合医療センター
- 10) **北村直美**：ICLS 救急蘇生コース（インストラクター）：2019年10月26日：東近江（東近江総合医療センター）
- 11) **北村直美**：JPTEC 外傷病院前救護コース（インストラクター）：2019年11月9日：滋賀医科大学
- 12) **北村直美**：ICLS 救急蘇生コース（インストラクター）：2020年1月18日：近江八幡市立総合医療センター
- 13) **北村直美**：JPTEC 外傷病院前救護コース（世話人・インストラクター）：2020年2月22日-2月23日：滋賀県消防学校

## 教 育

**目片英治**：滋賀医科大学 総合外科学講座 教授

**北村直美**：滋賀医科大学 総合外科学講座 講師

- 1) **目片英治**：東近江市立聖徳中学校「がん教育」授業：2020年1月14日：東近江市立聖徳中学校
- 2) **目片英治**：滋賀医科大学 専門課程（消化器系）『腫瘍性疾患』消化管の化学療法：2019年6月12日：滋賀医科大学
- 3) **北村直美**：滋賀医科大学 4 学年講義 「災害と救急医療制度」：2019年11月8日：滋賀医科大学
- 4) **大内政嗣**：滋賀県消防学会講義「胸部外傷」「異物」（非常勤講師）：2020年2月5日：東近江市（滋賀県消防学校）
- 5) **北村直美**：滋賀県消防学会講義「骨盤骨折」「四肢外傷」（非常勤講師）：2020年2月26日：東近江市（滋賀県消防学校）

# 各 部 門 の 活 動 報 告

---

- 1) 薬剂部
- 2) 放射線科
- 3) 研究検査科
- 4) リハビリテーション科
- 5) 栄養管理室
- 6) 看護部
- 7) 医療安全管理室
- 8) I C T
- 9) N S T
- 10) 地域医療連携室
- 11) 手術室
- 12) がん診療センター

# 薬 剤 部

## スタッフ (2019 年度)

役 職	氏 名	資 格
薬剤部長	河合 実	日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師 日本医療薬学会認定薬剤師 感染制御認定薬剤師
副薬剤部長	庄野 裕志	日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師 日本医療薬学会がん専門薬剤師 栄養サポートチーム (NST) 専門療法士
製剤主任	永松 陽子 (育休中)	日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) 日本病院薬剤師会生涯研修認定薬剤師 日本臨床薬理学会認定 CRC
薬務主任	横山 晋一郎	日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師 日病薬病院薬学認定薬剤師 抗菌化学療法認定薬剤師 感染制御認定薬剤師 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)
調剤主任	西村 幾美	日本薬剤師研修センター認定実務実習指導薬剤師 日本薬剤師研修センター認定薬剤師 日病薬病院薬学認定薬剤師 栄養サポートチーム (NST) 専門療法士
製剤主任	植田 裕美	外来がん治療認定薬剤師 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)
薬剤師	山村 真奈 (育休中)	日本薬剤師研修センター認定薬剤師 日病薬病院薬学認定薬剤師 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)
薬剤師	音羽 美貴 (育休中)	日病薬病院薬学認定薬剤師
薬剤師	朝日 有紀	日病薬病院薬学認定薬剤師 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)
薬剤師	松井 駿亮	日病薬病院薬学認定薬剤師 外来がん治療認定薬剤師
薬剤師	塚原 優太	日病薬病院薬学認定薬剤師 (10月1日付 舞鶴医療センターへ異動)

薬剤師	豊田 悠二	日病薬病院薬学認定薬剤師 日本薬剤師研修センター認定薬剤師
薬剤師	東 里映	
薬剤師	上野 由貴	
薬剤師	高屋 麻由	
薬剤師	山下 裕介	
医療秘書 (受託)	小泉 和美	

## 診療概要

薬剤部では調剤業務以外に、抗がん剤や高カロリー輸液の無菌調製を行う製剤業務、医薬品の有効性、安全性などの情報を収集・整理・評価し、医療スタッフに情報を提供する医薬品情報管理業務、患者さんへ薬効や副作用の説明、副作用の発現の有無を確認する薬剤管理指導業務、新薬開発のための臨床研究（治験）等をサポートする治験管理業務等を行っている。また、2014年10月から病棟薬剤業務を開始し、医師への処方提案や投与前に相互作用の確認を行い、薬物療法の質向上と安全の確保に努めている。また、医療チームの一員として糖尿病教室・感染対策チーム・抗菌薬適正使用支援チーム・栄養サポートチーム・褥瘡対策チームなどに薬剤師が積極的に参画し、薬の専門職として医療に貢献できるよう日々努めている。

## 臨床活動報告

(2019年度 業務実績)

薬剤管理指導件数（包括病棟含む）	7,211 件
退院指導件数（包括病棟含む）	1,546 件
病棟薬剤業務実施加算	13,215 件
無菌調製件数（化療+TPN）	4,375 件
外来化学療法における服薬指導件数	239 件
医薬品安全性情報報告件数	2 件
プレアボイド報告件数	14 件

## 調剤業務

処方せん毎に内容（用法・用量・相互作用等）を確認し調剤を行っている。注射の払い出しは、医薬品の管理や過誤防止のため1施用毎の払い出しを行っている。

院外処方発行率は、93.6%で、2017年度の発行率（94.5%）に比べ大きな変動はなかった。

## 製剤業務

### ●院内製剤

市販品では十分な治療や検査に対応できない場合において、患者の状態や疾患に応じた医療を提供できるよう院内製剤医薬品を調製している。2019年度はクラスⅠを4種類、クラスⅡを6種類、クラスⅢを2種類作成した。



## ●無菌製剤

依頼された高カロリー輸液・抗がん剤の処方監査・無菌調製を実施している。新規のがん化学療法レジメンについて、がん化学療法委員会にて審議し、承認、登録を行うことにより、安全に施行できるよう努めている。無菌調製件数は、4,093件（2018年度）から4,375件（2019年度）へ増加した。また、抗がん剤調製時の曝露を防止するため、揮発性の高い抗がん剤等に対し閉鎖式接続器具を使用し対策をとっている。

## 医薬品管理業務

購入した薬剤の品質について患者に交付されるまで、薬剤師が専門的な知識を基に管理している。また、使用頻度の低い薬剤や後発医薬品への切り替えについて、薬事委員会にかけ定期的に採用薬の見直しを行っている。2019年度に採用医薬品数は2品目減り1,058品目となった。また10品目が後発医薬品へ切り替わり、採用品目のうち後発医薬品が市販されている医薬品の後発品採用品目比率は、87.1%となった。

## 医薬品情報管理業務

薬剤についての多くの情報を収集・評価し、必要なものを医師やその他の医療スタッフへ伝達することにより患者の安全性を確保している。また、万一薬剤で何か不具合が生じた時には、発生した情報を製薬企業や医薬品医療機器総合機構（Pmda）へ報告を行っている。

## 病棟業務

入院患者へ薬効や用法、副作用等の注意点を説明し、アドヒアランスの向上に努めている。退院指導に関しては、お薬手帳を利用し地域密着型の指導を目指している。2019年度は薬剤管理指導が7,211件、退院時指導件数は、1,546件であった。また、注射剤の流速や投与量の確認、TDM等を通して、薬物療法の有効性と安全性の向上に努めており、TDMは43件、プレアボイド報告は14件を上げている。

## 受託業務

2013年10月に治験管理室を設置し、治験の契約取得に向けて実施体制の整備を行い、治験や医薬品の特定使用成績調査・使用成績調査・EBM研究の事務局業務と治験の被験者対応を行っている。2019年度より、治験管理室に看護師1名が増員された。薬剤師CRCが2名となり、CRC業務および事務局業務を分担することができ、業務の効率化に繋がった。2019年度は、治験契約を3件新たに契約した。今後も、積極的に治験業務に取り組み新薬開発へ貢献していく。

## 学術活動報告

### ●論文業績

- 1) Katsuhito Nagai, Sachiko Omotani, Masahito Shibano, Akihiko Kobayashi, Yasutoshi Hatsuda, Junji Mukai, Michiaki Myoutoku, **Ikumi Nishimura**, **Akihiko Ito**, Hitomi Teramachi : Effects of semi-solidification of enteral nutrients on the Pharmacokinetics behavior of orally administered Carbamazepine in rats: **International Journal of Medical Sciences** 1283-1286. 16(9).2019

### ●学会発表

- 1) **松井駿亮**：外来がん化学療法における問診票の有用性の検討：第73回国立病院総合医学会：2019年11月9日：名古屋
- 2) **高屋麻由**：当院でのニボルマブ固定用量変更による安全性の実態調査：第41回日本病院薬剤師会近畿学術大会：2020年2月15日：京都

- 3) 西村幾美：結核患者に対する NST 活動の実際とその効果：第 35 回日本臨床栄養代謝学会学術大会：2020 年 2 月 27 日：京都
- 4) 東里映：抗結核薬による消化器関連症状の発現状況と NST の関わり：第 35 回日本臨床栄養代謝学会学術大会：2020 年 2 月 27 日：京都

●研究会発表

- 1) 河合実：東近江総合医療センターの地域連携の現状：伏見薬業連携協議会：2019 年 6 月 8 日：京都
- 2) 庄野裕志：外来がん化学療法における薬剤師の役割：東近江医療圏薬業連携研修会：2019 年 10 月 5 日：滋賀

# 放射線科

## スタッフ (2019 年度)

役 職	氏 名	出身大学	資 格
医師	渡邊 尚武	滋賀医科大学	放射線科診断専門医 マンモグラフィ読影認定医
非常勤医師	居出 健司	滋賀医科大学	放射線診断専門医 消化器内視鏡専門医
非常勤医師	仲口 孝浩	滋賀医科大学	放射線診断専門医 放射線治療専門医
非常勤医師	河野 直明	滋賀医科大学	放射線診断専門医 放射線治療専門医 日本 IVR 学会専門医
診療放射線技師長	村川 圭三		医療情報技師 核医学専門技師 PET 認定技師
副診療放射線技師長	泊 義幸		医療情報技師 医用画像情報専門技師
撮影透視主任	坂本 典士		
照射主任	黒木 悠司		放射線治療専門放射線技師 放射線治療品質管理士 衛生工学衛生管理者
特殊撮影主任	西田 祐介		磁気共鳴専門技術者 AI 認定診療放射線技師 X線作業主任者 ガンマ線透過写真撮影作業主任者
診療放射線技師	林 陽一		検診マンモグラフィ精度管理認定 検診マンモグラフィ撮影技術認定 救急救命士
診療放射線技師	久木 繁行		第 1 種放射線取扱主任者 X 線 CT 認定技師
診療放射線技師	岩崎 友樹		
診療放射線技師	太田 竜介		第 1 種放射線取扱主任者

診療放射線技師 川嶋 里佳 検診マンモグラフィ精度管理認定  
検診マンモグラフィ撮影技術認定  
医療情報技師

診療放射線技師 舟塚 千陽 (2019年6月まで)

診療放射線技師 安倍 朱音 (2019年8月から)

## 診療概要

CT、MRI、RI を中心に、院内の画像診断を担当するとともに、地域医療機関からの検査依頼を随時受付け、結果につきましても即日対応し、地域医療連携室と協力して地域医療への貢献を目指しています。また、画像診断を利用した低侵襲治療（IVR）を行っており、肝臓の動脈塞栓術、CT ガイド下にての生検、膿瘍ドレナージ、ERCP、PTCD 等も行っています。平成 27 年には体外衝撃波結石破碎装置を導入しており、腎臓・尿管結石に対し体外衝撃波結石破碎術（ESWL）を行っています。

リニアック装置による放射線治療では、年間 118 症例を超える実績をあげています。より一層の大型医療機器の共同利用の推進を図り、質の高い検査及び治療技術の提供に努めたいと思います。

## 運営方針

- 病院経営の黒字化
  - ・経費節減と費用対効果を考慮した検査施行
  - ・DPC 制度の適切で円滑な運用（外来検査増へ向けた院内への情報発信）
- 医療と看護の質向上
  - ・がん診療機能の充実
  - ・安全で安心な医療の提供
  - ・スタッフの撮影・検査技術の向上
- 職員個々の更なるスキルアップと技術の取得
  - ・各種認定（専門）資格・免許等の取得の推進
  - ・国立病院機構病院との交流によるスキルアップ
  - ・各種学会への積極的な参加
- 働き方改革
  - ・勤務時間の管理の適正化
  - ・職員満足度の向上
- 地域医療への貢献
  - ・地域医療との連携強化
  - ・大型医療機器共同利用への推進

## 機器設備等

リニアック、MDCT（16列・64列）、MRI（1.5T）、ガンマカメラ（SPECT）  
血管撮影装置（心カテ・IVR-CT）、X線 TV、結石破碎装置、乳房撮影装置、一般撮影装置

## 業務実績

放射線治療件数	2,575 件／年
MRI 件数	3,275 件／年
CT 件数	11,138 件／年
RI 件数	386 件／年

### 講演（放射線科医師）

- 1) **渡邊尚武**：魚骨により急性胆管炎を生じた1例：第39回 東近江総合医療センター臨床談話会：2019年9月6日：八日市ロイヤルホテル
- 2) **渡邊尚武**：救急画像のABC：東近江内科集中セミナー：2020年1月11日：東近江総合医療センター
- 3) **渡邊尚武**：熱源検索お願いします～腹部感染症を中心に～：東近江勉強会：2020年2月6日：近江八幡医療センター

### 講演（診療放射線技師長）

- 1) **村川圭三**：ここだけはおさえておきたい心筋シンチ撮像のポイント：第69回 Osaka Nuclear Technologist Conference：2019年4月19日：TKP ガーデンシティ PREMIUM 心齋橋

### 院内研修会

- 1) **村川圭三**：診療用放射線の安全利用のための研修 2020.4～の法令改正に対する対応：第2回医療安全管理研修会：2019年12月25日：東近江総合医療センター

### 座 長

- 1) **村川圭三**：心臓その他：第39回日本核医学技術学会総会学術大会：2019年11月2日：松山市総合コミュニティセンター

### 院内研修会・講習会（診療放射線技師）

- 1) **久木繁行**：放射線業務従事者講習会：2019年7月8日：東近江総合医療センター きらめきホール
- 2) **西田祐介**：医療安全研修会：2019年10月2日：東近江総合医療センター きらめきホール

### 研究会発表（診療放射線技師）

- 1) **久木繁行**：できることから始めよう！国立病院機構 QC 活動 CTA における造影剤減量の取り組み：2019年10月21日：国立病院機構 近畿グループ
- 2) **安倍朱音**：放射線科読影レポートにおける未参照通知機能の効果：ポスター：2020年3月7日：東近江総合医療センター きらめきホール

# 研究検査科

## スタッフ (2019 年度)

役 職	氏 名	資格 (専門医・認定医など)
研究検査科長	前野 恭宏	日本内科学会 総合内科専門医・指導医 日本糖尿病学会 専門医・研修指導医 日本プライマリ・ケア連合学会 認定指導医 日本医師会 認定産業医
臨床検査技師長	岡部 勲	超音波検査士 (循環器) 特定化学物質等作業主任者
副臨床検査技師長	藤原 克彦	認定輸血検査技師 輸血機能評価認定制度視察員
細菌主任	山中 淳	
病理主任	池田 俊彦	細胞検査士 国際細胞検査士 特定化学物質等作業主任者 有機溶剤作業主任者
生理学主任	池上 公美子	超音波検査士 (消化器・健診)
血液主任	川村 知織	緊急臨床検査士
臨床検査技師	長岡 由香理	特定化学物質等作業主任者
臨床検査技師	一瀬 亮介	二級臨床検査士 (免疫血清学、臨床化学、血液学) 認定臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師
臨床検査技師	島池 沙也香	糖尿病療養指導士
臨床検査技師	伊藤 美里	
臨床検査技師	村中 絵理	細胞検査士
臨床検査技師	井上 雄斗	
非常勤臨床検査技師	岸川 千恵子	

## 検査体制

### ◎検体検査部門（検査形態）

FMS 方式：生化学、免疫血清、血液（形態、凝固を含む）、血液ガス、一般（尿・便）  
自主運用：輸血、細菌、病理

### ◎生理機能検査部門：心電図、超音波、肺機能、脳波、筋電図、聴力検査

超音波診断装置（心エコー：Vivid E9、腹部エコー：LOGIQ S8）

## 研究検査科 基本方針

【医療人としての自覚を持ち、臨床検査技師として常に技術向上のため自己研鑽に努めます。】

## 2019 年度 研究検査科部門目標

1. 病院経営の黒字化
  - ①生理機能検査における予約枠を効率的に活用
  - ②検査関連消耗品の継続的見直しによる経費削減
2. 医療の質の向上
  - ①確実な精度管理の実施
  - ②検査結果の迅速報告と臨床への情報提供
  - ③確実な是正処置、事例共有、予防処置による医療安全対策
  - ④チーム医療への連携強化
3. 働き方改革
  - ①業務の効率化による超過勤務の削減
  - ②リフレッシュ休暇および年次休暇が均一的に取得できる体制作り

## 業務実績（外注除く）

検体検査	1,069,015 件／年
微生物学的検査	20,126 件／年
結核菌 PCR 検査	1,487 件／年
細胞診検査	3,149 件／年
病理組織検査	2,967 件／年
心電図検査	4,967 件／年
脳波検査	198 件／年
筋電図検査	773 神経／年
呼吸機能検査	2,729 件／年
超音波検査	2,865 件／年
聴力検査	893 件／年

## 座 長

- 1) 一瀬亮介：第 59 回 日臨技近畿支部医学検査学会：免疫化学部門シンポジウム：2019 年 10 月 26 日：  
滋賀県 ピアザ淡海

## 研究発表

- 1) 山中 淳：血液培養装置 BACTEC FX40 による培養陽性時間の検討：院内研究発表会ポスター発表：  
2020 年 3 月 16 日：東近江総合医療センター きらめきホール



## 研修会講師

- 1) 山中 淳：アンチバイオグラムについて：抗菌薬適正使用支援研修会：2019年5月8日：  
東近江総合医療センター きらめきホール
- 2) 藤原克彦：3点認証の意味を知っていますか？：医療安全管理委員会：2019年5月22日：  
東近江総合医療センター きらめきホール
- 3) 井上雄斗：先輩技師から若手技師へのアドバイス：滋賀県臨床検査技師会：2019年11月16日：  
滋賀県 大津赤十字病院
- 4) 伊藤美里：心エコーハンズオン：東近江内科集中セミナー：2020年1月11日：  
東近江総合医療センター きらめきホール

## 教 育

- 1) 藤原克彦：輸血検査実技指導：国臨協近畿支部：基礎研修会：2019年5月11日：  
京都市 京都医療センター
- 2) 藤原克彦：I&A 審査 輸血機能評価認定制度：日本輸血・細胞資料学会：2019年12月18日：  
大阪府 大阪医科大学
- 3) 一瀬亮介：日本臨床検査同学院 二級臨床検査士試験：臨床化学分野試験員：2019年7月7日：  
兵庫県 神戸常盤大学

# リハビリテーション科

## スタッフ (2019 年度)

役 職	氏 名	資 格
リハビリテーション科医長 整形外科医長	菊地 克久	<整形外科記載項目参照>
理学療法士長	中本 久一	3学会合同呼吸療法認定士 福祉住環境コーディネーター2級 がんリハビリテーション研修終了
主任理学療法士	岡田 直秀	3学会合同呼吸療法認定士 がんリハビリテーション研修終了
理学療法士	青野 智一	がんリハビリテーション研修終了
理学療法士	梅景 洋介	3学会合同呼吸療法認定士 福祉住環境コーディネーター2級 がんリハビリテーション研修終了
理学療法士	森下 亮	がんリハビリテーション研修終了
理学療法士	荒木 貴光	がんリハビリテーション研修終了
理学療法士	鳥原 誠人	福祉住環境コーディネーター2級 がんリハビリテーション研修終了
理学療法士	奥脇 基	がんリハビリテーション研修終了
理学療法士	川瀬 咲	
作業療法士	上西 桃子	がんリハビリテーション研修終了
作業療法士	小川 章先	がんリハビリテーション研修終了
作業療法士	大野 佳奈	がんリハビリテーション研修終了
作業療法士	宮本 茄奈	
作業療法士	本若 俊介	
言語聴覚士	白石 智順	<神経内科記載項目参照>
言語聴覚士	藤岡 江里子	<神経内科記載項目参照>

## 特色、運営方針、機器設備等

特色－運動器疾患、呼吸器疾患、神経筋疾患を中心とし幅広い疾患に対して治療を実施している。

また、地域包括ケア病棟においては、自宅退院に向けた積極的な支援を展開している。

運営方針－患者様が、安心してリハビリテーションに取り組んでいただけるように、日ごろからスキルアップに励み、安全に配慮した質の高い医療を提供していくように努めている。治療対象は、運動器、呼吸器、神経筋疾患をはじめ、内科疾患、外科術後の廃用症候群およびがんに対する治療を行い、身体機能の維持、向上を目指し、早期回復、退院の手助けを行う。

約 200 m<sup>2</sup>の機能訓練室、ADL 室および言語聴覚室を有し、各種治療機器を備える。

## 業務実績

<u>理学療法</u>	件数	単位数
運動器	1,1219件／年	19,016単位／年
呼吸器	2,012件／年	2,776単位／年
脳血管	2,500件／年	4,030単位／年
廃用症候群	4,702件／年	6,488単位／年
がん	2,934件／年	3,907単位／年
総数	23,367件／年	36,217単位／年

<u>作業療法</u>	件数	単位数
運動器	8,321件／年	10,250単位／年
呼吸器	571件／年	871単位／年
脳血管	1,423件／年	2,164単位／年
廃用症候群	1,921件／年	2,436単位／年
がん	681件／年	816単位／年
総数	12,917件／年	16,537単位／年

<u>言語療法</u>	件数	単位数
脳血管	1,248件／年	2,164単位／年
廃用症候群	969件／年	1,392単位／年
がん	311件／年	476単位／年
総数	2,528件／年	4,032単位／年

摂食機能療法 3,230件／年

## 学会発表

- 1) 小川章先、上西桃子、岡田直秀、中本久一、菊地克久：肘関節再脱臼に対し保存療法下で関節機能改善を認めた 1 症例：第 15 回滋賀県作業療法士学会：2019 年 11 月 3 日：滋賀県

## 院内研究発表会

- 1) 荒木貴光、中本久一、菊地克久：大腿骨近位部骨折患者における術後の歩行能力と側方リーチテストの関連：第 14 回院内研究発表会：2020 年 3 月 7 日：東近江総合医療センター

# 栄養管理室

## スタッフ (2019 年度)

役 職	氏 名	資 格
栄養管理室長	田中 勝久	管理栄養士
栄養士 (NST 専従管理栄養士)	山根 あゆみ	管理栄養士 NST 専門療法士 (日本臨床栄養代謝学会)
栄養士 (NST 専従管理栄養士)	畠中 真由	管理栄養士 NST 専門療法士 (日本臨床栄養代謝学会)
栄養士	谷口 恵美	管理栄養士
栄養士	源藤 真由	管理栄養士
栄養士	鈴木 翔太	管理栄養士
非常勤栄養士	山本 順子	管理栄養士
事務助手	高屋 優子	

## 診療概要

地域に根差した中核病院としての責務を全うするため、栄養管理室は管理栄養士が中心となり患者さまの「栄養管理」や「給食管理」を担っています。また、それらの充実に向けて医療の質の向上、美味しい食事提供、衛生安全管理体制の強化に努めています。

### 1. 栄養管理の充実

- ① 栄養管理体制の充実 (NST チームの推進)
- ② 栄養食事指導の充実
- ③ チーム医療 (糖尿病ワーキンググループ・褥瘡対策チーム・嚥下チーム等) への積極的参加
- ④ スタッフへの各種認定資格取得推進

### 2. 給食管理の充実

- ① 患者満足度向上への追及
- ② HACCP (ハサップ) に沿った衛生管理の徹底
- ③ 低食欲者や嚥下機能障害者に配慮した食事対応
- ④ 選択食の実施、行事食の開催、お祝い膳の提供など患者サービスの充実

## 臨床活動報告【2019 年度 業務実績】

食事療養患者数	79,553 人／年
食事療養食数	214,297 食／年
特別食加算率	51.0%／年
個人栄養食事指導件数 (入院)	1,638 件／年
個人栄養食事指導件数 (外来)	1,076 件／年
集団栄養食事指導件数 (入院)	69 件／年
集団栄養食事指導件数 (外来)	114 件／年
アレルギー負荷試験食	43 食／年
嚥下造影検査食	39 食／年

## 学会発表

- 1) 谷口恵美、山根あゆみ、畠中真由、源藤真由、山本順子、田中勝久、石河顕子、坂田瑞穂、前野恭宏：  
外国人の糖代謝異常妊婦に対する栄養指導の取り組み：第56回日本糖尿病学会近畿地方会：  
2019年11月9日
- 2) 山根あゆみ、畠中真由、山本順子、山下美帆、田中勝久、西村幾美、東里映、一瀬亮介、白石智順、太田裕之、伊藤明彦、辻川知之：リフィーディング症候群 高リスク患者の抽出と介入：  
第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：2020年2月27日
- 3) 山本順子、伊藤明彦、東里映、西村幾美、白石智順、山根あゆみ、畠中真由、田中勝久、太田裕之、辻川知之：Wilson病の栄養管理～銅含有量の少ないツインラインNF®を用いて～：  
第35回日本臨床栄養代謝学会学術集会：2020年2月27日

## 院内研究会発表

- 1) 山根あゆみ、田中勝久、谷口恵美、源藤真由、鈴木翔太、山本順子：経腸栄養のススメ：  
第2回敗血症勉強会：2019年11月3日
- 2) 鈴木翔太、田中勝久、山根あゆみ、谷口恵美、源藤真由、山本順子：どうする？褥瘡の栄養管理：  
第50回ひがしおうみ栄養塾：2020年1月15日
- 3) 山根あゆみ、田中勝久、谷口恵美、源藤真由、鈴木翔太、山本順子：どうする？褥瘡患者の栄養管理  
～チームで関わった症例を通して～：第50回ひがしおうみ栄養塾：2020年1月15日
- 4) 田中勝久、山本順子、鈴木翔太、源藤真由、谷口恵美、山根あゆみ：食物アレルギーについて  
～電子カルテ入力～：医療安全管理研修会：2020年1月29日
- 5) 谷口恵美、前野恭宏、坂田瑞穂、石河顕子、田中勝久、山根あゆみ、畠中真由、山本順子、源藤真由、鈴木翔太：言葉の壁を越えろ！！～外国人糖代謝異常妊婦に対する栄養指導の取り組み～：  
第14回院内研究発表会：2020年3月7日

## 著書業績

- 1) 山根あゆみ：がんばる栄養士を応援します！わたしたちの施設の期待の星：メディカ出版：  
2020年7月号1-7

## 社会活動報告

- 1) 谷口恵美：看護の日・栄養相談：2019年5月26日：ショッピングプラザアピア

# 看護部の活動報告

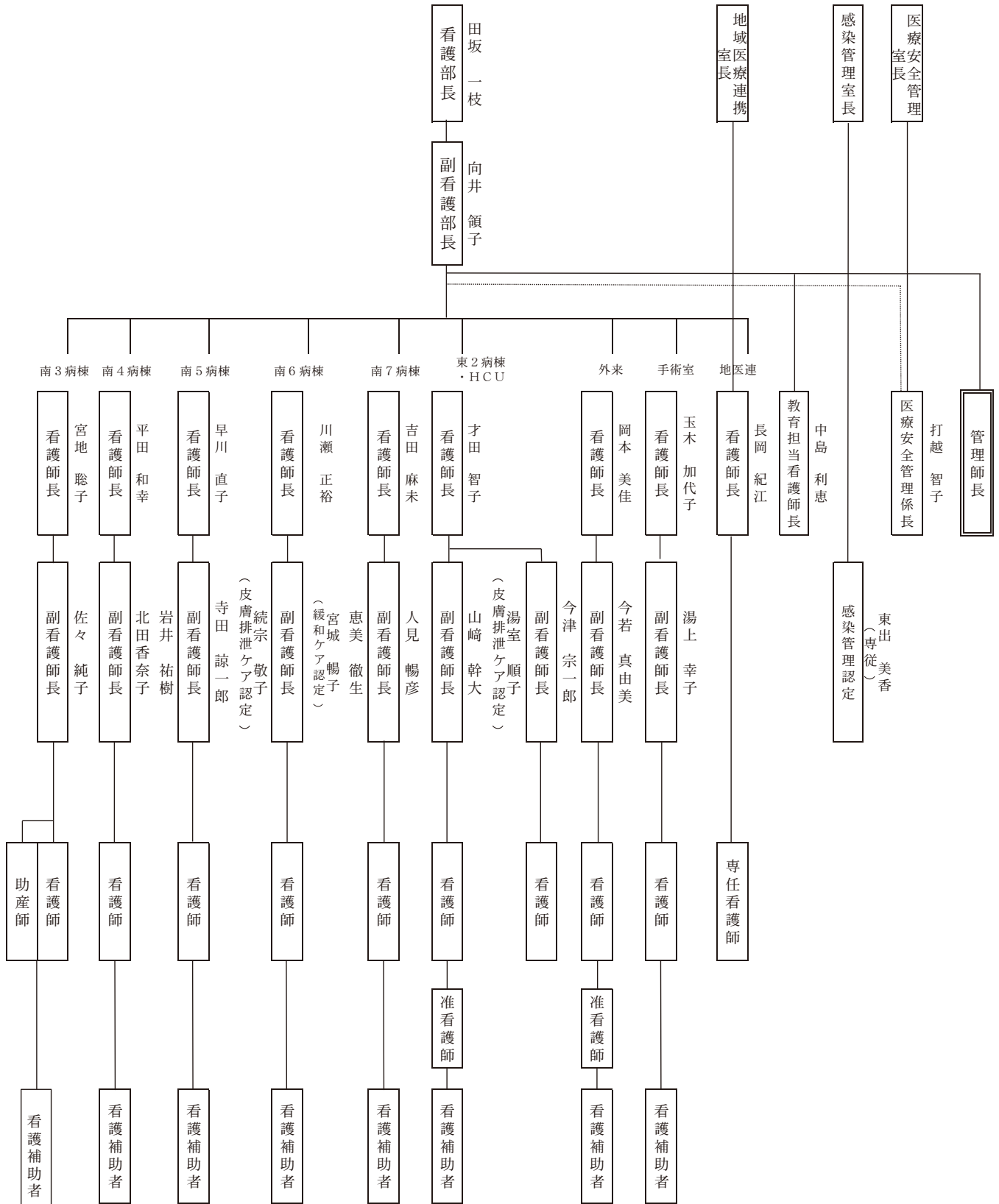
---

- 1) 看護部組織図
- 2) 看護部会議・委員会一覧
- 3) 看護部の理念
- 4) 看護単位別看護の年度目標
- 5) 看護単位別看護の概要
- 6) 患者の状況
- 7) 看護部研修実績
- 8) 委員会活動報告
- 9) 看護研究等業績
- 10) 講師派遣
- 11) 学会・研修参加状況
- 12) 院内研修参加状況
- 13) 実習受け入れ状況

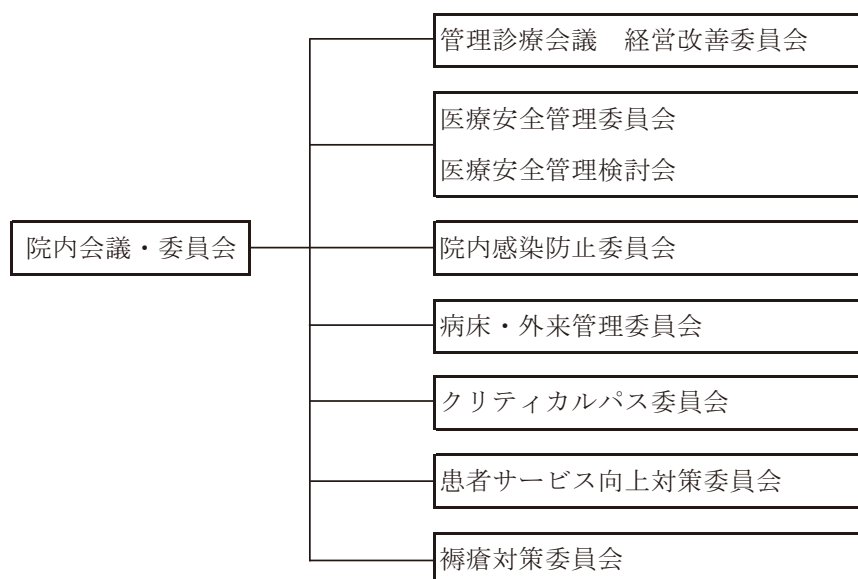
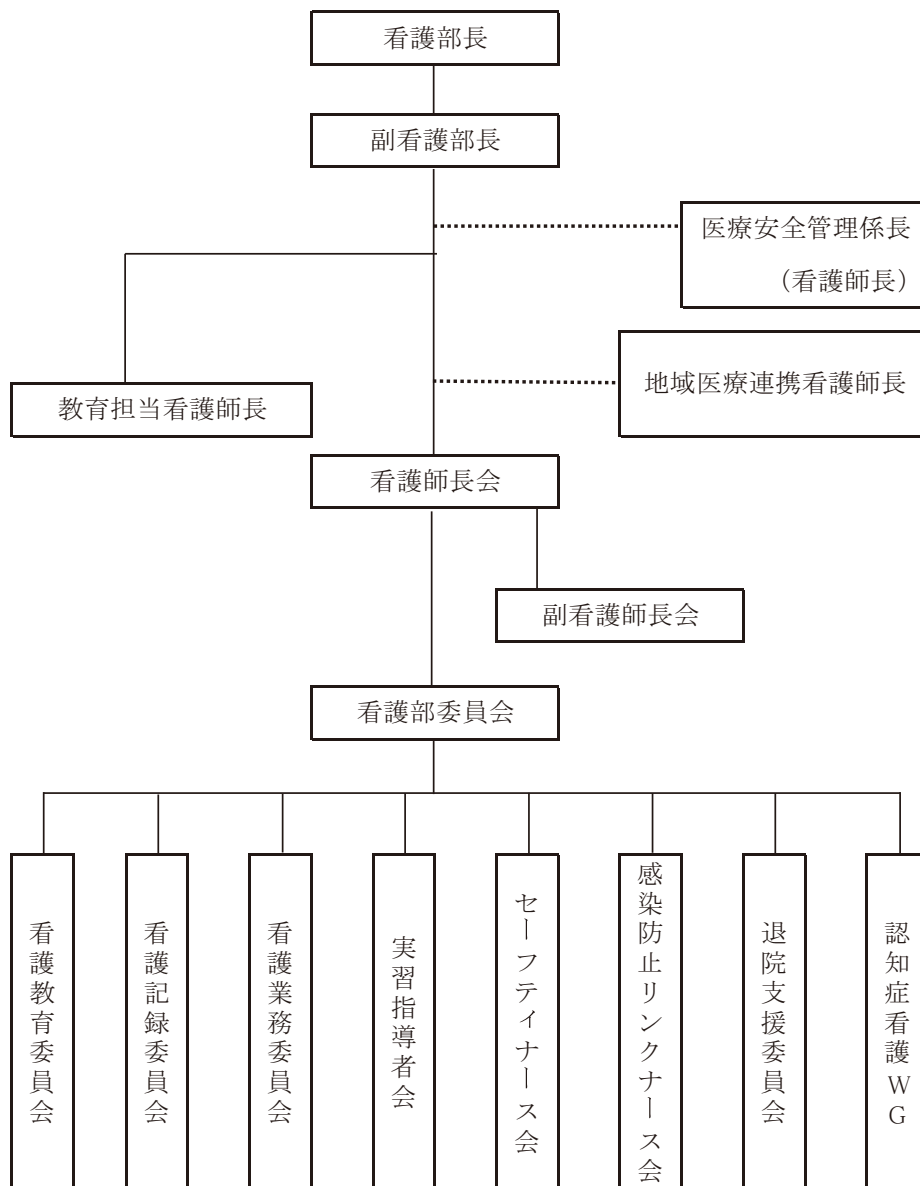


# 1) 看護部組織図

2019年4月1日



## 2) 看護部会議・委員会一覧（機能図）



### 3) 看護部の理念

## 看護部理念

よい看護・やさしい看護・こころ癒す看護

### 看護方針

- ①専門職業人としての科学性・倫理性・創造性に基づく看護技術を提供します。
- ②患者さんに寄り添うことができる感性を磨き、看護実践します。
- ③患者さんやご家族の目線にたった満足と安心の得られる看護を提供します。

### 2019 年度看護部の目標

1. 安全で質の高い看護の提供
  - 1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供
  - 2) 個別性のある看護展開ができるシステムの構築
  - 3) 高齢者の看護・認知症看護の実践力の向上と体制整備
  - 4) ACTy に則ったキャリアアップの支援
  - 5) 看護の専門性にかかる適正な加算（がん・認知症・褥瘡）の取得
2. 経営改善への参画
  - 1) 効率的な病床管理
  - 2) 地域包括ケア病棟の活用と稼働率の向上
  - 3) 地域との連携強化による入退院支援の充実
  - 4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成
3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供
  - 1) リーダーナースの育成
  - 2) PNS を強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供
  - 3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備

#### 4) 看護単位別看護の年度目標

看護単位	看護単位別年度目標
南3病棟 産婦人科 皮膚科 眼科 歯科口腔外科 耳鼻咽喉科	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 認知症看護ケアマニュアルを活用し、認知症看護の強化をはかる</li> <li>(2) 褥瘡発生の低下</li> <li>(3) NCPR を活かした安全な出生時のケアができる</li> <li>(4) 乳房ケアの充実を行い、母乳栄養率が増加する</li> </ol> </li> <li>2) 個別性のある看護展開ができるシステムの構築                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) オーデットに則った、看護実践のみえる看護記録</li> <li>(2) がん性疼痛緩和パスの活用</li> </ol> </li> <li>3) 高齢者の看護・認知症看護の実践力の向上と体制整備                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 高齢者看護、認知症看護の充実</li> </ol> </li> <li>4) Acty に則ったキャリアアップの支援                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ラダー対象者が目標達成できる環境を整える</li> </ol> </li> <li>5) 看護の専門性にかかる適正な加算（がん・認知症・褥瘡）の取得                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 適正な加算取得に向けた知識の習得</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 病床利用率 80%</li> </ol> </li> <li>2) 地域包括ケア病棟の活用と稼働率の向上                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) DPCⅢ期を見越した退院調整、地域包括ケア病棟への転棟調整ができる</li> </ol> </li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 患者に応じた入退院支援の実施ができる</li> </ol> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 退院支援ルールに則った支援ができる</li> <li>(2) IC の内容が看護計画に反映できる</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) トータルリーダーの育成とリーダーシップの発揮</li> <li>(2) ラダー目標到達に向けての支援ができる</li> </ol> </li> <li>2) PNS を強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) PNS の強化をはかり、個別的な看護計画の立案・実践・記録ができる</li> <li>(2) 安全な療養環境の提供</li> </ol> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 育児時間・育児短時間・介護時間取得者への支援ができる</li> <li>(2) 計画的に年休取得ができる</li> <li>(3) 時間外勤務時間の減少</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
南4病棟 整形外科 小児科 神経内科 糖尿病・内分泌内科 総合内科	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で質の高い看護の提供               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 認知症ケア加算 2 の算定数が昨年度より増加する</li> <li>(2) がん診療セミナーへ参画</li> <li>(3) 褥瘡発生件数が昨年度より 10% 減少する</li> </ol> </li> <li>2) 個別性のある看護展開ができるシステムの構築                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 初期計画の評価率が 90% 以上</li> <li>(2) IC 同席率 90% 以上 IC 後の記録が 100%</li> <li>(3) 各チームで 1 件 / 週以上患者カンファレンスを実施する</li> <li>(4) 患者満足度アンケート A⑤・G③ともに 4.8 以上</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 病床利用率 80% 以上 有料個室利用率 85% 以上 特別室利用率 50% 以上 (小児療養加算含む) 重症個室利用率 100% 以上 平均在院日数 16 日以下</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

看護単位	看護単位別年度目標
南4病棟 整形外科 小児科 神経内科 糖尿病・内分泌 内科 総合内科	<ul style="list-style-type: none"> <li>(2) クリティカルパス 4 件以上作成</li> <li>(3) 入退院支援計画書立案率が 90% 以上、回収率 98%、チェックシート利用率 90% 以上</li> <li>2) 地域包括ケアの活用と稼働率の向上             <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) DPC 期間を考慮し、転棟調整する</li> <li>(2) 毎週の判定会議で転棟患者を決定する</li> </ul> </li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実             <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 退院前訪問 4 件 / 年 退院後訪問 4 件 / 年</li> <li>(2) 介護連携指導料 2 件 / 月 拡大カンファレンスの実施</li> </ul> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成             <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) IC 同席率 90% 以上 IC 後の記録 100%</li> <li>(2) TL 役割評価を実施し TL 育成対象者が目標に到達する</li> <li>(3) 各委員会のリンクナースが役割を發揮し、病棟や各委員会の目標を達成する</li> </ul> </li> <li>3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) TL 役割評価を実施し TL 育成対象者が目標に到達する</li> </ul> </li> <li>2) PNS を強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) インシデント件数昨年度より 10% 減少</li> <li>(2) 褥瘡発生件数昨年度より 10% 減少</li> <li>(3) 手指消毒薬使用量達成者率 80% アウトブレイク 0</li> <li>(4) 患者満足度アンケート・職務満足度アンケート結果の上昇</li> <li>(5) 年休取得率 1 日 / 月 / 人以上</li> <li>(6) 時間外勤務時間数 8.0 / 月 / 人以下</li> </ul> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 個人に合わせた多様な働き方ができる</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
南5病棟 地域包括 ケア病棟	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 認知症研修者による勉強会の開催ができ、認知症患者の特徴を理解した看護ができる</li> <li>(2) がん診療セミナーやがん看護に関する研修に参加できる</li> <li>(3) 終末期患者に対してステージにあった看護が提供できる</li> </ul> </li> <li>2) 個別性のある看護展開ができるシステムの構築                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 患者の個別性にあった看護記録が記載でき、実践につなげることができる</li> <li>(2) 専門性の高い看護を提供し患者満足度を高める</li> </ul> </li> <li>3) 高齢者の看護・認知症看護の実践力の向上と体制の整備                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 高齢者・認知症看護の質を向上することができる</li> <li>(2) 倫理的視点をもった看護が実践できる</li> </ul> </li> <li>4) ACTy に則ったキャリアアップの支援                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 集合研修と OJT をリンクさせた勉強会が実施できる</li> <li>(2) 年間計画を立案し、各自が積極的に自分のレベルに応じた学びをもつことができる</li> </ul> </li> <li>5) 看護の専門性にかかる適正な加算（がん・認知症・褥瘡）の取得                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 専門性をもった看護が実践できる</li> <li>(2) 専門性を發揮し、褥瘡発生を予防することができる</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>2. 経営改善への参画             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 患者家族が安心して 60 日以内に退院できる</li> <li>(2) 短期入院患者に対してバスの活用ができる</li> </ul> </li> <li>2) 地域包括ケア病棟の活用と稼働率の向上                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 判定会議を活用し、患者数を確保し病床稼働率が向上する</li> <li>(2) 個室稼働率が向上する</li> </ul> </li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 入退院支援が充実し、患者が安心して在宅での生活に戻ることができる</li> </ul> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成                 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 患者を生活者としてとらえた個別性のある看護を提供することのできる看護師が育成できる</li> <li>(2) 集合教育とリンクした OJT により効果的な教育ができる</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

看護単位	看護単位別年度目標
南5病棟 地域包括 ケア病棟	<p>3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) TLが自己の役割を果たし、病棟の看護の質が向上する</li> <li>(2) 各自が自己のリーダーの目標を認識し、目標達成ができる</li> </ol> </li> <li>2) PNSを強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) PNSを活用した教育体制が整い、チームでの看護が充実する</li> <li>(2) 看護記録の質が向上し、チーム医療が充実する</li> <li>(3) 6Rの確認が徹底でき、誤薬をおこさない</li> <li>(4) 自己の役割に責任をもち、骨折事例を「ゼロ」にすることができる</li> <li>(5) 観察・アセスメント技術が向上し、新規褥瘡を予防できる</li> <li>(6) カンファレンスを実施し、インシデントや倫理に関する振り返りが徹底できる</li> <li>(7) 感染アウトブレイクが起こらない</li> </ol> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 個人に合わせた多様な働き方をチームで支援することができる</li> <li>(2) 業務の見直しを適宜行い、働きやすい職場環境をめざす</li> </ol> </li> </ol>
南6病棟 消化器内科 外科 泌尿器科	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 根拠に基づいた安全な看護の提供</li> </ol> </li> <li>2) 個別性のある看護展開ができるシステムの構築           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 看護の経過が見える看護記録の充実</li> </ol> </li> <li>3) 高齢者の看護・認知症看護の実践力の向上と体制整備           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 倫理観の向上と倫理に基づいた看護実践</li> </ol> </li> <li>4) ACTyに則ったキャリアアップの支援           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ACTy年間計画に沿った支援とOJTの連携</li> </ol> </li> <li>5) 看護の専門性にかかる適正な加算（がん・認知症・褥瘡）の取得           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 看護の専門性にかかる適正な加算の理解と取得</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) クリティカルパス、地域包括ケア病棟を活用した効率的な病床運用</li> </ol> </li> <li>2) 地域包括ケア病棟の活用と稼働率の向上</li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 地域と連携し患者の思いに沿った入退院支援の充実</li> </ol> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成</li> </ol> </li> <li>3. 質の高い看護実践に繋がる職場環境の提供       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) リーダーナースの育成</li> </ol> </li> <li>2) PNSを強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) PNSの体制を強化と安全な看護の提供</li> </ol> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 業務改善により時間外勤務の縮減を図り、働きやすい職場環境への改善</li> </ol> </li> </ol> </li></ol>
南7病棟 呼吸器外科 呼吸器内科 (結核)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 認知症・がん看護の充実</li> </ol> </li> <li>2) 個別性のある看護展開ができるシステムの構築           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 個別性のある看護の充実 患者満足度の向上</li> </ol> </li> <li>3) 高齢者の看護・認知症看護の実践力の向上と体制整備           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 高齢者・認知症患者看護の充実</li> </ol> </li> <li>4) ACTyに沿ったキャリアアップの支援           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 集合研修とOJTの連携強化</li> </ol> </li> <li>5) 看護の専門性に係る適正な加算（がん・認知症・褥瘡）の取得           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 適切な認知症ケア加算の算定ができる</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床運営           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 病床利用率アップ</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>



看護単位	看護単位別年度目標
南7病棟 呼吸器外科 呼吸器内科 (結核)	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) 地域包括ケア病棟の活用と稼働率の向上               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 地域包括ケア病棟の効率的な運用に向けた調整</li> </ol> </li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 入退院支援の充実</li> </ol> </li> <li>4) 患者を生活者としてとらえた看護実践ができる看護師の育成               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 個別性のある看護の実践</li> </ol> </li> </ol> <p>3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) TLの育成</li> </ol> </li> <li>2) PNSを強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) PNSマインド強化 PNS職務満足度向上</li> </ol> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 年休取得率の向上 時間外勤務の縮減</li> </ol> </li> </ol>
東2病棟 呼吸器外科 循環器内科 救急科	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 認知症ケアマニュアルに基づいた看護が実践できる</li> <li>(2) がん看護の専門性を高め、受け持ち看護師中心に個別性のある看護を実践する</li> <li>(3) 患者の皮膚トラブルを予防でき、褥瘡を発生させない</li> </ol> </li> <li>2) 個別性に応じた看護過程の展開ができる                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 看護過程オーディットを用いて、監査を行い、看護のプロセスが見える記録の充実を図る</li> <li>(2) 受け持ち看護師は、患者の状態に応じて、看護計画の評価を行い、看護計画に沿った看護が実践できる</li> <li>(3) 患者満足度アンケートおよび退院時アンケートの結果をもとに改善策を検討し、患者満足度を高める看護が実施できる</li> </ol> </li> <li>3) 高齢者および認知症患者に対して、正しいアセスメントに基づいた看護が実践できる                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 身体拘束回避カンファレンスを行い、身体拘束を受けている患者を減少できる</li> <li>(2) 看護倫理に関するカンファレンスを開催し、倫理観を深め、適切なケアを実践できる</li> </ol> </li> <li>4) ACTy年間計画に沿った集合研修を支援し、OJTとの連携を図る</li> <li>5) IVナースを育成し、安全な輸液管理および抗がん剤投与が実施できる</li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 個室・重症個室の利用率を95%以上保ち、緊急入院の受け入れ体制を強化する</li> <li>(2) クリティカルパスを作成・運用し、平均在院日数の縮減を図る</li> </ol> </li> <li>2) DPCⅢ期を考慮して、地域包括ケア病棟を活用する</li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 退院支援ルールを理解し、入院時から退院を見据えた看護を実践できる</li> <li>(2) 地域との連携を図り、入退院支援の充実を図る</li> </ol> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 患者を生活者として捉え、精神的ケアを考慮した看護が実践できる</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) TL役割評価表を活用して、TLの育成に努める</li> </ol> </li> <li>2) PNSを強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) PNSに関する理解を深め、PNSを強化し、安全で質の高い看護が提供できる</li> <li>(2) 確認行動を徹底して行い、安全な療養環境を提供でき、転倒転落に関するインシデントが減少する</li> <li>(3) 0レベルヒヤリハット報告件数が増加する</li> <li>(4) スタンダードプリコーションの徹底に努め、アウトブレイクを起こさない</li> </ol> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 計画的に年休を取得する</li> <li>(2) PNSのメリットを活かし業務調整能力を向上し、時間外勤務の縮減を図る</li> <li>(4) 平成31年度新採用者離職率0%を目指す</li> <li>(5) 計画的な勉強会を開催し、質の高い看護が実践できる</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>



看護単位	看護単位別年度目標
HCU	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 認知症ケアマニュアルに基づいた看護が実践できる</li> <li>(2) 患者の個性を考慮した看護ケアが実践できているか事例検討を行う (3例/年)</li> <li>(3) 患者の皮膚トラブルを予防でき、褥瘡を発生させない</li> </ol> </li> <li>2) 個性に応じた看護過程の展開ができる <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 看護過程オーディットを用いて、監査を行い、看護のプロセスが見える記録の充実を図る</li> <li>(2) 受け持ち看護師は、患者の状態に応じて、看護計画の評価を行い、看護計画に沿った看護が実践できる</li> <li>(3) 投書箱の意見をもとに改善策を検討し、患者満足度を高める看護が実施できる</li> </ol> </li> <li>3) 高齢者および認知症患者に対して、正しいアセスメントに基づいた看護が実践できる <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 身体拘束回避カンファレンスを行い、身体拘束を受けている患者を減少できる</li> <li>(2) 看護倫理に関するカンファレンスを開催し、倫理観を深め、適切なケアを実践できる</li> </ol> </li> <li>4) ACTy年間計画に沿った集合研修を支援し、OJTとの連携を図る</li> <li>5) IVナースを育成し、安全な輸液管理が実施できる</li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) HCU入室患者：平均4.5名を確保する</li> </ol> </li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 入院時に退院後の生活について情報収集を行い、早期に退院支援カンファレンスを実施できる</li> </ol> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 患者を生活者として捉え、精神的ケアを考慮した看護が実践できる</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) TL役割評価表を活用して、TLの育成に努める</li> </ol> </li> <li>2) PNSを強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) PNSに関する理解を深め、PNSを強化し、安全で質の高い看護が提供できる</li> <li>(2) 身体拘束患者の安全を確保し、ドレーン・チューブ類のインシデントが減少する(アクシデントを起こさない)</li> <li>(3) 0レベルヒヤリハット報告件数が増加する</li> <li>(4) 患者認証システム(バーコード認証)を100%実施できる</li> <li>(5) スタンダードプリコーションの徹底に努め、アウトブレイクを起こさない</li> </ol> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 計画的に年休を取得する</li> <li>(2) PNSのメリットを活かし業務調整能力を向上し、時間外勤務の縮減を図る</li> <li>(3) 平成31年度新採用者離職率0%を目指す</li> <li>(5) 計画的な勉強会を開催し、質の高い看護が実践できる</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
外来	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 専門的な知識を活かし、入退院支援やがん看護を提供する</li> </ol> </li> <li>2) 個性のある看護展開ができるシステムの構築 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 外来看護記録を充実し、個性のある看護を提供する</li> </ol> </li> <li>3) 高齢者の看護・認知症看護の実践力の向上と体制整備 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 高齢者や認知症患者に合わせた看護実践力を向上する</li> </ol> </li> <li>4) ACTyに則ったキャリアアップの支援 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 自己のACTyレベルに応じた業績評価目標を設定し、日々の看護を実践する</li> </ol> </li> <li>5) 看護の専門性にかかる適正な加算(がん・認知症・褥瘡)の取得 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 化学療法室の看護を充実し、患者が安心して看護を受けられる体制を整える</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 地域医療連携室と連携し、効果的な病床管理につなげる。</li> </ol> </li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 入退院支援室を立ち上げ、患者情報を捉え病棟と連携することで、支援の充実を目指す</li> </ol> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 退院時初回受診時に介入し、退院後の生活を把握する中で必要な支援を提供する</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

看護単位	看護単位別年度目標
外来	<p>3. 質の高い看護の実践に繋がる職場環境の提供</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 外来 PNS を作り上げ、トータルリーダーを育成する</li> </ol> </li> <li>2) PNS を強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) PNS の補完体制を構築し、ペア間で問題解決や業務調整を行う能力を向上する</li> </ol> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) スタッフの身体的・精神的負担を軽減できる職場環境を整える</li> </ol> </li> </ol>
手術室 中央材料室	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 根拠に基づいた看護の提供</li> </ol> </li> <li>2) 個別性に応じた看護過程の展開ができる           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 患者満足度を高める看護実践改善 オーディットに則った記録の監査</li> </ol> </li> <li>3) 高齢者の看護・認知症看護の実践力の向上と体制整備           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 倫理カンファレンスの開催と内容の確認 高齢者看護の実践力の向上</li> </ol> </li> <li>4) ACTy に則ったキャリアアップの支援           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ACTy 年間計画に沿った集合研修の支援と OJT の連携</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 効率的な手術受け入れ</li> </ol> </li> <li>2) 地域包括ケア病棟の活用と稼働率の向上           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 地域包括ケア病棟との連携</li> </ol> </li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 診療報酬の確実な請求と物品管理</li> </ol> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 手術を受ける患者を生活者として捉える看護師を育成</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) リーダーナースの育成</li> </ol> </li> <li>2) PNS を強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 手術室における PNS 看護方式が定着する</li> <li>(2) 医療機器関連のインシデント減少 確認行動を徹底 滅菌関係のインシデント減少</li> <li>(3) 手術部位感染防止と職業曝露防止</li> </ol> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 業務改善による時間外勤務の縮減</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
地域医療連携室	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安全で専門性の高い看護の提供       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) チーム医療に参画し、入退院支援の専門性を発揮する</li> </ol> </li> <li>2) 個別性のある看護展開ができるシステムの構築           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 継続看護において積極的な介入ができる</li> </ol> </li> <li>3) 高齢者の看護・認知症看護の実践力の向上と体制整備           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Acty レベルに応じた役割発揮ができる</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. 経営改善への参画       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 効率的な病床管理           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 院内の空床を効率的に利用することができる</li> </ol> </li> <li>2) 地域包括ケア病棟の活用と稼働率の向上           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) DPC を考慮した地域包括病棟の活用ができる</li> </ol> </li> <li>3) 地域との連携強化による入退院支援の充実           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) ケアマネ・訪看との連携強化が図れる</li> </ol> </li> <li>4) 患者を生活者として捉えた看護実践ができる看護師の育成           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 病棟の退院前・後訪問に対して支援ができる</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

看護単位	看護単位別年度目標
地域医療連携室	3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供 <ul style="list-style-type: none"> <li>1) リーダーナースの育成               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 退院支援を通してリーダーナースの成長を支援</li> </ul> </li> <li>2) PNS を強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) PNS 強化に参画する</li> </ul> </li> <li>3) 多様な働き方に合わせた職場環境の整備               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) WLB に合わせた働き方の提案</li> </ul> </li> </ul>
医療安全管理室	1. 安全で専門性の高い看護の提供 <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的な研修修了者を中心とした看護の提供               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 医療安全管理体制を強化しアクシデント4、5の重大事故発生を「0」にする。</li> </ul> </li> </ul> 2. 経営改善への参画           3. 質の高い看護の実践につながる職場環境の提供 <ul style="list-style-type: none"> <li>1) PNS を強化し、患者に応じた安全で質の高い看護の提供               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 医療安全行動を強化するために医療安全に対する意識・実践力が向上する</li> </ul> </li> </ul>

## 5) 看護単位別看護の概要

看護単位	看護の概要
南3病棟 定床 55 床	<ol style="list-style-type: none"> <li>           診療科および病床利用率            診療科：産婦人科 歯科口腔外科、皮膚科、眼科            1日平均患者数 34.4人 平均年齢 48.01歳 平均在院日数 8.1日 病床利用率 62.5%            主な手術：腹腔鏡下子宮全摘術及び卵巣摘出術 子宮脱手術 陰部円錐切除術            舌部分切除術 埋伏智歯抜歯 下顎骨折整復術 皮下腫瘍切除術 白内障手術            分娩取扱い件数 249件/年 全身麻酔手術：167件 脊椎麻酔手術：64件 静局麻手術：348件            化学療法：卵巣腫瘍 子宮体癌 子宮頸癌など         </li> <li>看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</li> <li>看護の状況            産科は、妊婦一人ひとりのバースプランを大切に、安心と満足のいく分娩に取り組んでいる。病棟助産師が、外来で妊婦健診や保健指導に関わり、妊娠の経過や必要な情報を共有し継続した看護を提供している。水曜日は助産師外来、月曜日はマタニティヨガやベビーマッサージ、それ以外の午後は母乳外来を開催し妊娠から分娩、育児と継続してサポートしている。また、産科医師、小児科医師、助産師で周産期カンファレンスを行い、妊婦とベビーの情報の共有とリスクが予測される場合の対策を検討している。分娩は第一期から家族の方と一緒に陣痛を乗り越え、アロマによる産痛緩和や立会い等の希望に応じている。分娩後は、母児同室とし個々に合わせて育児の支援や母乳のケアを行なっている。新生児が入院の延長が必要となった場合、母親が入院を継続できる「産褥入院」というシステムを導入し、母子分離にならないように努めている。婦人科、歯科口腔外科、眼科、皮膚科の手術には、クリティカルパスを多く活用し手術を安心して安全に受けて頂けるように看護している。            歯科口腔外科は、鎮静による親知らずの抜歯や全身麻酔による手術まで幅広く、術後の疼痛緩和や食事の調整等安楽に生活できるように支援している。            皮膚科は、蜂窩織炎、褥瘡の治療（バック療法）などを行っており、疼痛緩和や日常生活が安楽に送れるように関わっている。            また、化学療法を受けられる患者さんが、納得して安全・安楽に治療が受けられるように、医師、薬剤師、栄養士と連携しケアに努めている。         </li> </ol>
南4病棟 定床 55 床	<ol style="list-style-type: none"> <li>           診療科および病床利用率            診療科：整形外科、小児科、耳鼻咽喉科、糖尿・内分泌内科            1日平均患者数 41.6人 平均年齢 43.56歳 平均在院日数 16.2日 病床利用率 75.7%            全身麻酔手術件数 150件 脊椎麻酔手術件数 100件 局所麻酔手術件数 14件            主な手術：人工膝関節置換術・人工股関節置換術・骨接合術・腰椎・頸椎手術            扁桃摘出術・内視鏡下副鼻腔手術            小児の主な疾患：川崎病・気管支喘息・気管支炎・肺炎・不明熱・熱性痙攣・感染性胃腸炎            RSウイルス感染等         </li> <li>看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</li> <li>看護の状況            整形外科では、骨折による手術適応の患者さんが多く、術前術後を通し異常の早期発見や合併症の予防に努めています。患者さんのほとんどが高齢者の方であり、早期に社会復帰するためリハビリを行い、ご家族や関係機関と連携をとり入院時から退院を見据えた支援を行っています。            小児科では、肺炎や喘息、川崎病など急性期、短期入院を対象とし、乳幼児期から学童期・思春期と年齢層の広い患者さんに安全で安心できる入院生活が提供できるように看護にあたっています。            耳鼻咽喉科では慢性的な耳鼻咽喉科疾患の患者さんが多く鼻中隔彎曲症や肥厚性鼻炎等で入院されています。全身麻酔で手術を受けられる患者様が多く、手術前後の患者さんの個別性に合わせた日常生活援助、社会復帰を見据えたコミュニケーションなどきめ細やかな看護を目指しています。            糖尿・内分泌内科では、インスリンでの血糖コントロールや様々な検査入院の患者さんが多く、血糖測定やインスリン注射の指導を行っており、生活指導を中心に退院後も在宅で自己測定及び自己注射ができるように看護を行っています。         </li> </ol>

看護単位	看護の概要
南5病棟 定床 55床	<ol style="list-style-type: none"> <li>           診療科および病床利用率            診療科：地域包括ケア病棟            1日平均患者数 32.3人 平均年齢 78.8歳 平均在院日数 45.8日 病床利用率 60.9%            在宅復帰率 94.0%            退院前訪問実施件数 20件/年 退院後訪問実施件数 2件/年         </li> <li>看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</li> <li>看護の状況            当病棟は、急性期治療が終了し病状が安定したものの、すぐに自宅や施設などの療養に移行することが不安な患者さんに対して、在宅復帰に向けた退院支援を行っています。在宅復帰をスムーズに行うために、地域のケアマネージャー、訪問看護師、在宅医師と多職種（医師・看護師・リハビリ）などと合同カンファレンスを行っています。            また、必要時は退院前訪問、退院後訪問を行い、より丁寧な退院支援に力を入れて取り組んでいます。ポストアキュート機能として整形外科の疾患で手術後の患者や肺炎などの急性期を脱し、機能回復などが必要な患者また、短期滞在手術として白内障手術、糖尿病教育入院、レスパイトケア入院、サブアキュート機能として、入院療養が必要な患者の受け入れを行っています。            糖尿病患者への看護として、フットケア外来や糖尿病教室を行い、糖尿病重症化予防に努めています。         </li> </ol>
南6病棟 定床 55床	<ol style="list-style-type: none"> <li>           診療科および病床利用率            診療科：消化器内科、外科、泌尿器科            1日平均患者数 46.1人 平均年齢 68歳 平均在院日数 13.6日 病床利用率 83.7%            手術件数 361件（全麻 211件、脊麻 103件、局麻 47件）、主に腹腔鏡下胆嚢摘出術、腹腔鏡下胃切除術、腹腔鏡下結腸切除術、人工肛門造設術、腹腔鏡下虫垂切除術、腹腔鏡下鼠経ヘルニア修復術、TUR-BT、前立腺生検、尿道結石砕石術などを行っている。            肝切除や膵頭十二指腸切除も増えている。            内視鏡検査（GIF153件、CF77件、ERCP68件）・内視鏡治療（大腸EMR119件、EIS・EVL11件）、エコー下肝生検 6件、骨髄穿刺 5件、肝動脈塞栓術 4件等を行っている。         </li> <li>看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</li> <li>看護の状況            外科・消化器内科・泌尿器科の疾患に対し、手術及び内視鏡検査・治療を受ける患者の看護を行っている。            手術を受ける患者に対しては、術前・術後を通し、異常の早期発見や合併症予防に努め、クリティカルパスを使用し、スムーズに入院中の治療が受けられるよう看護の提供を行っている。また、がんに対して化学療法・放射線療法・緩和ケアを受ける患者の治療への支援をはじめ、患者さんの必要性に応じてがんリハビリテーションを入院時より開始し、早期の回復、在宅に安心して退院できることを目指している。            緩和ケアチームやNSTチームなどの医療チームがラウンド・介入を行い、チームで患者の治療の支援を行い、患者、家族への精神的配慮を含めたケアに努めている。            地域医療連携室と連携し、自宅への在宅調整や施設などの調整を行い、スムーズに退院できるように努めている。         </li> </ol>
南7病棟 定床 48床 結核 16床 モデル4床 一般 28床	<ol style="list-style-type: none"> <li>           診療科および病床利用率            診療科：呼吸器内科、呼吸器外科、結核、総合内科            平成12年11月14日に結核病棟として開棟。平成25年4月25日に移転し完全ユニット化令和1年11月1日より総合内科が加わる            1日平均患者数：一般 24.4人 結核 9.5人 平均在院日数：一般 17.9日 結核 88.9日            平均年齢：71.69歳 病床利用率：一般 76.3% 結核 59.7%         </li> <li>看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</li> <li>看護の状況            呼吸器科内科では高齢患者が多く、早期退院を目指し、ADLの維持拡大を図りながら、日常生活援助を行っている。入院時から対象患者の退院後の生活を考えた看護計画を立案し、患者・家族、地域医療連携室、地域の施設等を交えたカンファレンスを開催し患者・家族を支援している。結核治療で最も重要な内服薬（化学療法）の服薬を確実にを行うため、抗結核薬の継続服薬の重要性を説明し、確実に服薬できるようDOTS（直接監視下短期化学療法）を対象患者に100%実施している。退院に向けて、保健師を交えたDOTSカンファレンスを行い、退院後の服薬継続支援を行っている。また、結核病床では長期入院に伴うストレスや不安の緩和に努めている。病棟における特徴的な検査として、気管支鏡やCTガイド下肺生検、胸腔鏡検査などが行われている。治療としては、抗がん剤による化学療法、放射線療法、胸腔ドレナージ、酸素療法やHOT導入への支援、ステロイドパルス療法が挙げられる。         </li> </ol>



看護単位	看護の概要
東2病棟 定床 46 床	<p>1 診療科および病床利用率 診療科：呼吸器外科・救急科・循環器内科 1日平均患者数 38.3人 平均年齢 71歳 平均在院日数 20.8日 病床利用率 83.3%</p> <p>2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</p> <p>3 看護の状況 呼吸器外科では、肺癌・気胸で手術を受ける患者に対して個別性を考慮し、合併症予防や異常の早期発見に努めている。手術は肺癌・気胸74件／年、気管支鏡検査は81件／年、細径 VATS は13件／年となっている。肺癌については手術療法のみでなく、化学療法・放射線療法・緩和ケアを受ける患者の治療への支援をはじめとし、循環器内科では急性心筋梗塞、狭心症、心不全の検査、治療目的の入院が多く、緊急入院にも対応している心臓カテーテル 56 件／年、ペースメーカー植え込み 3 件／年実施となっている。</p>
HCU 定床 6 床	<p>1 診療科および病床利用率 診療科：救急科・呼吸器外科・循環器内科・消化器内科・外科・産婦人科 1日平均患者数 4.2人 平均年齢 71.2歳 平均在院日数 15.1日 "</p> <p>2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</p> <p>3 看護の状況 救急科では重症疾患及び CHDF・PCPS や人工呼吸器をはじめとする集中治療および看護を必要とする患者に対してケアを行っている。又、各科の周手術期の術後の患者の受け入れも行っており、合併症の予防と異常の早期発見に努め、術後早期離床が図れるように看護を行っている。クリティカルケアを必要とする患者に対し高度な知識と技術で看護できるように日々努めている。</p>
手術室・ 中央材料室	<p>1 手術室・中央材料室の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手術室 5 室（うちバイオクリーンルーム 1 室、陽圧・陰圧の調節可能な部屋 1 室） 主に外科・整形外科・呼吸器外科・産婦人科・歯科口腔外科・眼科・泌尿器科・皮膚科・耳鼻咽喉科の手術を行っている。 令和 1 年度 年間手術件数：1601 件 麻酔別手術件数：全身麻酔 175 件・全身麻酔＋硬膜外麻酔 536 件・ 脊椎くも膜下麻酔＋硬膜外麻酔 45 件 脊椎くも膜下麻酔 237 件・局所麻酔 589 件 神経ブロック 9 件 その他 10 件 診療科別手術件数：外科 314 件 整形外科 317 件 呼吸器外科 105 件 婦人科 154 件 歯科口腔外科 61 件 眼科 286 件 産科 56 件 泌尿器科 142 件 皮膚科 68 件 耳鼻科 83 件 その他 15 件</li> <li>・中央材料室はオートクレーブ 2 台・EOG 滅菌装置 1 台・低温プラズマ滅菌装置 1 台、 ハイスピードオートクレーブ 1 台を設置している。 稼働状況は、オートクレーブ 73.6 件／月 EOG 19.3 件／月 プラズマ 12.5 件／月。</li> </ul> <p>2 看護体制 手術件数や手術時間等を考慮した遅出勤務・早出勤務を導入している。また時間外はオンコール体制をとり、緊急手術に対応。平成 30 年度 6 月から手術室における PNS 看護方式を導入した。</p> <p>3 看護の状況 患者の安全と患者・家族の安心を目指し看護を行っている。 麻酔科外来に同席し、患者の状態を確認したり、説明内容の理解度を確認し状況に合わせて説明を加え、安心して手術を受けていただけるように関わっている。 術前訪問では、パンフレットと看護計画を用いて、手術室で行われる看護内容を説明をし、術前訪問で得た患者情報を看護計画に活かし実践している。手術体位を工夫し安楽で二次障害を予防するように努めている。 低体温の予防に対しては、術前プレウォーミングを導入。また、露出部位に応じた保温加温対策を講じている。 患者入室時は、少しでも緊張感を和らげ安心して手術に臨んでもらえるよう、笑顔で患者に言葉をかけている。患者誤認防止のため、患者に名前を名乗ってもらい看護師 2 名でリストバンドの認証を行っている。手術部位の確認は、入室時に患者から口頭で言ってもらい、左右のある部位は術前に主治医がマーキングを行うようにしている。また、タイムアウトで多職種で手術部位、術式等を確認している。 手術予定時間より延長した場合などは、手術室看護師が主治医と連携して術中訪問を実施し、待機家族の待ち時間の不安軽減に努めている。 手術終了後は術後訪問を行い、得た情報を基にカンファレンスを開き、術中看護を評価し次に活かせるようにしている。</p>

看護単位	看護の概要
外来	<p>1 診療科、患者動向  診療科：25 診療科を標榜 1 日平均患者数：508.2 人 新患率：9.7% 紹介率：76.1%  逆紹介率：46.4%  救急患者数：5811 名（内入院患者 1336 名） 救急車対応：1560 人  内視鏡検査総数 3737 件 化学療法室対応 1553 人  ストーマ外来（第 1・3 火曜日） 乳腺外来（毎火・木曜日）  小児科午後診 15:00～17:00（月・火・水・金） 完全予約制（当日も可） 木曜日は予防接種</p> <p>2 勤務体制 常勤看護職員 8：30～17：15 非常勤看護職員：週 18 時間～32 時間  救急患者対応：救急外来に 3 床あり、救急搬送患者や外来患者の急変時などに対応している  化学療法室：8 床あり、抗がん剤治療を行っている。</p> <p>3 看護の状況  年齢、症状など多岐にわたる外来患者に対して、安全で安心できる診療の補助および療養上の世話を心がけ、日々の生活が円滑に送れるように支援している。外来の患者全体に目を向け、患者の状態や緊急性、感染等を考慮し少しでも安心して安全に診療を受けることができるよう他部門と連携調整している。  各診療科の専門性・特徴を踏まえ、患者に必要な情報が速やかに提供でき検査等も安全かつ安心に受けられるように援助している。  また、二次救急患者の受け入れに対して、体制の整備と共に、対応できる知識・技術の習得に励んでいる。  内視鏡検査では特殊検査・治療件数も増加し、対応できる人材作りを行っている。化学療法室では殺細胞性抗がん剤や分子標的阻害剤や免疫チェックポイント阻害剤を用いた治療を行い IV ナースが活躍している。  病棟や地域医療連携室と連携をとり、在宅支援に向け患者の生活指導と精神的・社会的な支援に努め、継続した看護の提供をめざしている。</p>
地域医療連携室	<p>1 地域医療連携室看護職員  看護師長 1 名、常勤看護師 4 名</p> <p>2 地域医療連携室の活動状況  地域の医療機関からの紹介患者さんの診療がスムーズに行われるよう、FAX による診察受け入れや検査の予約を行っている。また、紹介元への返書管理を行っている。市民公開講座・セミナー開催・CPC 等の協力・開催を実施。Web 会議や Web カンファレンスも取り組み、院内や地域へ発信していく。  退院調整は退院調整看護師が MSW と協働し、①入院後 3 日以内に提出される入院時スクリーニングシートを受け、情報収集のうえ対象患者をスクリーニング ②入院 7 日以内に病棟看護師、病棟専任担当者とコメディカルを交えて退院支援カンファレンス ③入退院支援計画書に基づき、患者家族との面談やケアマネージャや訪問看護ステーション・他施設との連携し、情報共有 ④必要時退院前カンファレンスを開催。今年度より入院支援センターと連携し、入院前から介入を行い、患者さんが安心・安全な療養生活の提供につなげたい。  &lt;R1 年度実績&gt;  1) 入退院支援加算 1 109 件 / 月 退院時共同指導料 2 2 件 / 月  介護支援連携指導料 22 件 / 月  2) 退院支援入院後 7 日以内カンファレンス 1608 件 / 年 ケアマネ調整 1269 件 / 年  3) 転院調整件数 116 件 / 年 施設退院調整件数 34 件 / 年  4) 転院受け入れ調整件数 65 件 / 年  5) 市民公開講座等イベント開催件数 13 件  がんセミナー 9 回、がん診療公開講座 2 回、市民公開講座 1 回、出張相談 1 回（健康フェア共催）など</p>



## 6) 患者の状況

### 1) 病棟の入院患者の状況

2020年3月31日現在

年度	区分	医療法 病床数 床	収容可能 病床数 床	一日平均 在院患者 数	新入 院	退 院	死亡 再掲	平均在 院日数	収容可能 病床利用 率	病床 回転 数
2017	一般	304	304	238.2	5,654	5,678	239	15.3	78.3%	23.8
	結核	16	16	8.8	34	36	5	91.9	55.1%	3.9
	全体	320	320	247.0	5,688	5,714	244	15.8	77.2%	23.1
2018	一般	304	304	238.2	5,319	5,278	205	15.0	78.3%	22.3
	結核	16	16	9.8	38	31	7	93.2	59.8%	3.6
	全体	320	320	248.0	5,357	5,309	212	15.5	77.3%	21.5
2019	一般	304	304	221.6	5,269	5,264	213	15.4	72.8%	24
	結核	16	16	9.4	36	42	7	88.7	59.1%	4.1
	全体	320	320	231.0	5,305	5,306	220	15.6	72.2%	23.0

### 2) 手術・麻酔等件数

2020年3月31日現在

年度	手術件数				麻酔			剖検
	合計	8,000点以上	3,000点~7999点	3,000点未満	全身	腰椎	局所	総数
2017	1,705	1,203	232	270	725	315	665	2
2018	1,577	1,135	212	230	630	296	651	5
2019	1,601	1,140	206	255	711	285	605	6

### 3) 分娩件数・新生児の状況

2020年3月31日現在

年度	分娩件数	新生児取扱数		
			1,000g未満	1,000-2,500g
2017	305	307	0	28
2018	346	348	0	15
2019	248	248	0	18

### 4) 特殊検査・特殊治療件数

2020年3月31日現在

項目	特殊検査件数										特殊治療件数											
	心カテ	肝生検	脊椎造影	下肢静脈造影	血管撮影	気管支鏡	胃カメラ	ERCP	CF	骨髄穿刺	ペースメーカー体外	ペースメーカー植込	PTCA	PTCR	PTCD	ポリペクトミー	食道ステント挿入	TAE	EVL	PEIT	EIS	肺血栓溶解術
2017	194	8	1	0	3	255	1,959	124	1,008	11	2	2	1	0	6	272	19	4	3	0	3	0
2018	133	7	1	0	1	204	1,684	136	871	11	0	5	0	0	1	192	1	8	3	0	2	0
2019	67	9	0	0	4	336	2,657	188	1,510	21	2	8	3	0	6	151	0	7	20	0	5	0

## 7) 看護部研修実績 (2019 年度)

### 集合研修

	対象	研修目的	研修目標	研修内容	方法	時間数	開催日	
キャリアラダー	レベル I	国立病院機構の職員としての役割を理解することができる	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 国立病院機構の概要、病院の概要を理解し、組織の一員としての役割を理解する。</li> <li>2) 看護部の概要を理解し、看護部の一員としての役割を理解する。</li> <li>3) 臨床における倫理の重要性を理解する。</li> <li>4) 医療安全管理体制について理解し、安全管理のための基本的能力を身につける。</li> <li>5) 院内感染防止対策について理解し、感染防止のための基本的能力を身につける。</li> <li>6) 多職種・関連部門の役割業務および連携が理解できる。</li> <li>7) 看護記録記載基準に沿った記録ができる基本的能力を身につける。</li> <li>8) 国立病院機構職員としてふさわしいマナー、態度を身につける。</li> <li>9) 看護実践に必要な基本的能力を習得する。</li> </ol>	オリエンテーション	講義 演習	2日 6.5H	4/1 4/2 4/3	
		体位変換・ポジショニング・移動時の介助方法を身につけることができる	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 患者に応じたポジショニング、移動介助について考えることができる</li> <li>2) 患者の体位変換ができ、安楽な体位を保持することができる</li> <li>3) 安全な車いす・ストレッチャーへの移乗ができる</li> </ol>	移動動作 ポジショニング	演習	1.5H	4/3	
		医療ガス（アウトレット）について理解し、正しく使用できる 酸素投与器具や吸引器具の種類や特徴、使用上の留意点などを理解し、正しく使用できる	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 家用ガスの種類を理解できる</li> <li>2) アダプタープラグの取り扱い方法や注意事項が分かり、正しく使用できる</li> </ol>	酸素吸入 吸引 膀胱留置 カテーテル	演習	3H	4/10	
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 酸素療法の実施目的がわかる</li> <li>2) 酸素投与の必要物品がわかり、準備できる</li> <li>3) 看護手順に沿って、正しく酸素投与を実施できる</li> <li>4) 酸素療法中の観察項目と注意点がわかる</li> </ol>					
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 酸素ポンベの使用目的が分かる</li> <li>2) 酸素ポンベ使用時の必要物品が分かり、準備できる</li> <li>3) 看護手順に沿って、正しく酸素ポンベを使用できる</li> <li>4) 酸素ポンベ使用中の観察項目と注意点が分かる</li> </ol>					
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 吸引の実施目的がわかる</li> <li>2) 吸引時の必要物品がわかり、準備できる</li> <li>3) 気道粘膜の損傷や低酸素に注意しながら、口鼻腔の吸引ができる</li> <li>4) 吸引中の観察項目と注意点がわかる</li> </ol>					
			膀胱留置カテーテルの目的を理解し、安全な膀胱留置カテーテルの挿入する技術を身につけることができる	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 膀胱留置カテーテルの実施目的がわかる</li> <li>2) 膀胱留置カテーテル挿入のポイントが理解できる</li> <li>3) 患者の羞恥心の配慮し、安全に膀胱留置カテーテルの挿入ができる</li> <li>4) 膀胱留置カテーテル挿入中の観察項目と注意点がわかる</li> </ol>				
			真空採血、血糖測定の手技を理解し、安全に実践できる	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 真空採血の準備・実施方法と真空採血管の取り扱いが理解できる</li> <li>2) 真空採血が安全、確実に実施できる</li> <li>3) 血糖測定の準備と実施の方法がわかり、実践できる</li> </ol>	真空採血 血糖測定 与薬	講義 演習	3.5H	4/17
		安全な与薬が実践できる	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 安全な与薬に向けた行動が理解できる</li> <li>2) 経口与薬が安全、確実に実施できる</li> </ol>					

	対象	研修目的	研修目標	研修内容	方法	時間数	開催日
キャリアラダー	レベルI	輸液実施の一連の流れを理解し、安全で確実な輸液を実施する	1) 薬剤準備から輸液終了までの一連の流れが理解できる 2) 薬剤を清潔に取り扱い、正しく準備できる 3) 輸液中および終了後の患者の観察内容がわかり実施できる	滴静脈内注射 輸液管理	講義 演習	3.5H	4/24
		輸液実施の一連の流れを理解し、安全で確実な輸液を実施する	1) 輸液ポンプ・シリンジポンプの取り扱いが理解できる。 2) 輸液ポンプ、シリンジポンプに触れることができる	輸液ポンプ シリンジポンプ	講義 演習	1.17H	5/20
		夜勤時の看護の実際を理解するとともに、患者急変時の自己の役割と行動を理解し行動する	1) 夜間の看護の特性を理解できる 2) 夜間リーダーへの報告・連絡・相談ができる 3) 夜間急変時の対応について理解できる	夜間における看護（急変時の対応）	講義 演習	1.83H	
		新採用者がレクリエーション活動を通して、心身のリフレッシュができる	1) 看護の現場から離れた環境の中で、心身共にリフレッシュできる 2) 新採用者同士が交流を深め、思いを共有することができる 3) 自分自身を見つめなおすことができる	リフレッシュ研修		1日	6/15
		看護の専門職として倫理観を養い、倫理的行動がとれる	1) 「看護者の倫理綱領」「医療倫理4原則」について理解を深めることができる。 2) 事例をもとに倫理的な看護実践を考えることができる 3) 今後の看護実践において、倫理観を持ち行動することができる	看護倫理	講義 グループワーク	2H	7/23
		静脈留置針の使用法や留意点を理解でき、安全な血管確保ができる	1) 静脈注射の実施範囲や確認行動の必要性について再認識できる 2) 静脈留置針（誤刺防止機能付き）の使用手順を理解し、安全に取り扱うことができる 3) 静脈留置針留置の際、留意事項をふまえて実施できる	静脈留置針	講義 演習	1.5H	9/4
		看護チームの一員として担当する複数患者の看護ケアの優先度を決定し、チームメンバーとして、効果的な報告・連絡・相談ができる	1) 看護を提供するための優先順位の判断の必要性が理解できる 2) 報告・連絡・相談の必要性について考えることができる 3) 優先順位について考えることができる 4) 日々の看護を振り返り、課題を見出すことができる	報告・連絡・相談（優先順位の判断）	講義 グループワーク	2H	10/2
		患者を生活者として捉え、質の高い看護が実践できる	1) 地域において、自施設の果たす役割と位置づけを理解することができる 2) 看護に活かすための患者の生活に関する情報収集ができる 3) 得られた情報から患者の退院後の生活をイメージできる 4) 退院後の生活をイメージした看護について考えることができる	患者の生活を支える看護	講義 グループワーク	2H	12/4
		日々の看護を振り返り、看護観を深める	1) 日々の看護について振り返ることができる 2) 自分の大切にしている看護についてまとめ、述べるができる 3) 他者の看護観、意見を聴き、看護観を深めることができる	私の大切にしている看護（看護観発表）	発表	2H	2/5
	レベルII	フィジカルアセスメントの理解を深め、4側面を統合し、臨床においてエビデンスに基づいた看護を実践する	1) 問診、フィジカルイグザミネーションを用いて、患者の情報収集ができる 2) 得られた情報（4側面）から患者の状態をアセスメントし、問題を抽出することができる 3) 対象の生活を踏まえたエビデンスに基づいた看護に結びつけることができる	フィジカルアセスメント	講義 グループワーク	2H	5/27

	対象	研修目的	研修目標	研修内容	方法	時間数	開催日
キャリアラダー	レベルⅡ	チームの中でメンバーシップを発揮することができる	1) チームの中のメンバーの役割が理解できる 2) メンバーシップを発揮するための行動が理解できる 3) アサーティブコミュニケーションが理解できる 4) 日頃のメンバーとしての行動を振り返り、今後の課題を見出すことができる	メンバーシップ アサーティブコミュニケーション	講義 グループワーク	2H	7/3
		日常業務の中で危険を予測し、看護を実践することができる	1) 患者の状況に応じた看護実践を考慮することができる 2) 起こりうる危険性を予測した対策について考えることができる 3) 予測される危険を回避した事故防止策について看護計画に組み入れることができる	事故防止策 (危険の予測)	講義 グループワーク	2H	10/28
		倫理上のジレンマを表現し、倫理観に基づいた看護が提供できる	1) 患者個々の多様な価値観について理解できる 2) 患者・家族の思いに寄り添い、意思決定支援の必要性を理解できる 3) 倫理的な問題に対する看護師としての行動について考えることができる	看護倫理 ケーススタディ導入	講義 グループワーク	2H	11/18
		根拠に基づいた看護を実践できる	1) ケーススタディを通して、個別性に応じた看護について考え実践に活かすことができる 2) 看護実践を通して問題解決のプロセスを構築・論理的思考が展開できる 3) 文献検索とその活用方法が理解できる	ケーススタディ 発表	発表	2H	2/14
	レベルⅢ	高い倫理観に基づいた質の高い看護が提供できる	1) 医療倫理・看護上の問題に気付き、問題提起ができる 2) 倫理に基づいた自発的な行動ができる	倫理カンファレンス	部署内カンファレンス		4～3月
		リーダーシップを発揮するための能力を養う	1) リーダーシップとは何か理解することができる 2) 後輩の力を引き出すためのコーチングの理解ができる 3) リーダーシップを発揮するための自らの行動について考えることができる	リーダーシップ	講義 グループワーク	2H	6/24
		看護ケアの質の評価を行い、看護の質向上に向けた改善の手立てを提案する	1) 患者満足度調査の結果の把握ができる 2) 自部署の問題について理解できる 3) 問題の原因を明確化するための現状把握の必要性を理解できる 4) 改善の手立てを提案し、病棟でリーダーシップを発揮しながら取り組むことができる	患者満足度調査の問題分析	講義 グループワーク	2H	9/25
			1) 自部署の課題解決に向けた取り組みの過程を振り返ることができる 2) 問題解決の取り組みの中でのリーダーシップの発揮について考えることができる 3) 看護の質向上に向けた取り組みに対する自らの役割と課題について明確にできる	患者満足度調査の問題分析 活動発表会	発表 意見交換	2H	12/18
		地域のネットワークを活用し、退院支援に向けた情報共有ができる	1) ケアマネージャーの役割を理解できる 2) 退院支援のためにケアマネージャーとの情報共有の必要性について理解できる 3) 退院支援を実施していくための、自己の役割を見出すことができる	退院前カンファレンス等の場 に同席	情報共有の場 に同席 レポート	1H	10～1月
		患者の個別性を重視した看護を実践できる	1) 「ケアマネージャーとの情報共有」研修での学びを言語化できる 2) 患者の状況に応じた看護について考えることができる 3) 状況に応じた看護を実践していくための、自己の課題を明確にできる	状況に応じた看護実践：発表・意見交換	発表 意見交換	2H	1/28

	対象	研修目的	研修目標	研修内容	方法	時間数	開催日
キャリアラダー	レベルⅣ	高い倫理観に基づいた質の高い看護が提供できる	1) 倫理的視点にもとづく看護実践ができる 2) 倫理原則に基づいた問題解決ができる 3) 倫理的行動について後輩のモデル的役割を果たすことができる	倫理カンファレンス	部署内カンファレンス		4～2月
		リーダーの役割を理解し、主体的に行動できる能力を身につけることができる	1) リーダーの役割が理解できる 2) 問題解決に向けたリーダーとしての行動について考えることができる	リーダーの役割	講義 グループワーク	2H	5/29
		現場の問題解決捉え、解決するための能力を身につけることができる	1) Q.C.的問題解決法について理解できる 2) 問題解決にむけて要因分析の必要性を理解できる 3) 部署内の問題解決にむけて、リーダーシップを発揮しながら活動することができる	問題解決手法(QC手法)	講義 グループワーク	2H	7/17
			1) 病棟における問題と、見出した真の要因を言語化できる 2) 今後の対策活動の方向性を見出すことができる 3) これまでのリーダーシップ行動を振り返り、今後の自己の課題を見出すことができる	問題解決手法(QC手法)～重要要因と問題解決のための対策～	グループワーク	2H	10/21
			1) 自部署の問題を解決するためのこれまでの活動を言語化できる 2) どのようにリーダーシップを発揮しながら活動してきたかを言語化し、評価できる 3) 今後の自己の役割と課題を明確にできる	問題解決手法(QC活動)活動報告	発表 意見交換	2H	11/25
		訪問看護ステーションが提供する訪問看護サービスに同行・見学し、在宅療養を理解した退院支援ができる	1) 在宅療養に関わる他機関の役割・機能を理解できる 2) 在宅療養に関わる多職種との連携・協働の必要性について理解できる 3) 退院後の生活を見据えた、主体的な退院支援ができる	訪問看護ステーションの同行・見学	同行・見学	1日	1/6～2/7
	高い倫理観に基づいた質の高い看護が提供できる	1) これまでの倫理カンファレンスを振り返ることができる 2) 他者の発表、意見交換を通して倫理観を深めることができる 3) 事例をもとに倫理原則について考え、倫理的問題解決に向けた自己の課題を見出すことができる	看護倫理「倫理観発表」	発表 グループワーク 意見交換	2H	2/25	
	レベルⅤ	看護管理を理解し、管理的視点を育成できる	1) 看護管理の概念について理解できる 2) 看護管理に必要なロジカルシンキングの考え方が理解できる	管理的視点の育成	講義 グループワーク	2H	6/18
		看護管理の実際を理解し、看護チームの管理・教育的役割モデルとなり、病棟運営に参画する	1. 自部署の看護師長の行動をみて、各部署における看護管理の実際を理解する 2. 自己の課題達成に向け、具体的な行動が見いだせる	地域医療連携係長・ICT、医療安全ラウンド シャドー研修	シャドー研修	2日 1H	7～8月
			1) 看護師長シャドー研修で学んだ管理の視点を言語化できる 2) シャドー研修での学びと目標管理を関連させて考えることができる 3) 病棟運営への参画に向けた自己の役割と課題を明確にできる	管理的視点の育成 シャドー研修のまとめ	発表 意見交換 グループワーク	2H	11/22
研究的に取り組む	1) 研究クリティークを行い、研究プロセスを身につけることができる 2) 研究的に取り組むための自らの行動について考えることができる 3) 研究的な視点を持ち、院内研究発表会で質問・意見が発表できる	看護研究クリティーク 院内研究発表への参加	講義 グループワーク	1.5H	1/20 3/16～19		



## 専門研修

研修名	対象	研修目的	研修目標	研修内容	方法	時間数	開催日
実地指導者研修	実地指導者	効果的な新人看護師教育を推進し、新人看護師に対して適切な指導が行えるように実地指導者の役割を理解し、新人看護師教育に必要な知識・技術・態度を習得する	1) 新人看護職員研修ガイドラインにおける実地指導者の位置づけ、役割について理解できる 2) 当院における教育システムについて理解する 3) 実地指導者に求められているコミュニケーション能力（コーチングスキル）について理解できる	実地指導者の役割とコミュニケーションスキル	講義	1.5H	4/23
			1) 看護師育成のための基礎理論について理解できる 2) 看護実践の場における教育について考える 3) 実地指導者としての今後の行動を見出すことができる	看護技術演習 看護技術の評価方法	講義 演習	1.5H	8/1
プリセプター研修	プリセプター	プリセプティの現状を理解し、プリセプターとしての役割を果たすことができる	1) プリセプティの現在の状況が理解できる 2) プリセプターのプリセプティに対する関わりを客観的に振り返ることができる 3) プリセプターとしての今後の関わりについて考えることができる	プリセプター研修	グループワーク 意見交換	1H	5/22
			1) 6ヶ月を経過したプリセプティの現状が理解できる 2) プリセプティの成長と課題を見出すことができる 3) プリセプターとしてのこれからの行動について考えることができる	新人の現状を受けて	グループワーク 意見交換	1.5H	10/9
		プリセプターとしての1年を振り返り、後輩指導に活かす	1) プリセプティの成長を認めることができる 2) プリセプターとしての成長に気づくことができる 3) 今後の後輩指導に向けた課題について考えることができる	1年間の振り返り	グループワーク 意見交換	1H	2/17
		プリセプターの役割を理解し、新人看護師を受け入れる準備を行う	1) プリセプターの役割を理解できる 2) プリセプティを受け入れるための心構えができる 3) プリセプターとしての役割を果たすための具体的な行動について考えることができる	プリセプター導入研修	講義 グループワーク	1H	3/4
新任看護師長研修	新任看護師長	看護を提供するための組織化ならびにその運営の責任を担うために必要な知識・技術・態度を習得する	勤務割り振り表作成にかかわる労働関連法規の理解 勤務表作成の目的がわかり、作成上の留意点	勤務割り振り表作成	説明 ディスカッション	1H	4/12
			問題分析に関わる基本的理論が理解できる 自部署の問題分析ができ対策が立案できる	自部署の問題分析	説明 ディスカッション	1H	5/14
			勤務時間管理に関わる法令が理解できる 自部署の問題分析ができ対策が立案できる	勤務時間管理	説明 ディスカッション	1H	6/12
			看護師長の業務内容の全体像が理解できる 「看護師長行動チェック」を活用し、自己の看護管理の傾向と課題を明らかにすることができる	管理基準にもとづく自己評価	説明 ディスカッション	1H	10/23
			病棟目標を評価するための基本原則が理解できる 自部署の現状分析から病棟目標の評価ができる	自部署の問題評価	説明 ディスカッション	1H	1/22
新任副看護師長研修	新任副看護師長	副看護師長としての役割を再認識し、職務遂行に必要な知識・技術・態度を習得し、管理能力の向上を図る	病院経営における病床管理の重要性を理解し、日々の上昇管理ができる 副看護師長に求められる役割を理解し、自己の課題を見出すことができる	副看護師長としてのスタッフへの関わり	講義 ディスカッション	1H	9/3
			CREATEを活用し、自己の看護管理の傾向と課題を明らかにすることができる	管理基準にもとづく自己評価	ディスカッション	1H	2/26

研修名	対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日
看護研究	研究メンバー	看護研究の視点がわかり、院内外での研究発表ができる	研究計画書の内容について	研究計画書	個別指導	3H	6/26
			分析方法について	分析方法	個別指導	3H	9/10
			研究結果・考察について	研究結果・考察	個別指導	3H	12/13
			プレゼン方法について	プレゼン方法	講義	3H	2/4
看護補助者研修	看護補助者	看護補助者として医療安全対策が実践できる	1) 看護補助者に必要な基本姿勢と態度を理解し、実践できる 2) アサーティブコミュニケーションを理解できる	看護補助業務における医療安全・感染防止	講義 グループワーク	1H	7/9、 10
		看護補助者として医療制度の概要と感染予防対策を理解できる	1) 医療制度の概要および病院機能と組織の理解 2) 院内感染予防策を実施することができる	感染防止と冬季ウイルス疾患・接遇	講義 デモンストラーション	1H	10/29、 30
		看護補助者としての倫理観を養い、行動することができる	1) 集合規則における倫理について理解できる 2) 個人情報保護について理解し、行動できる 3) 感染防止について理解し行動できる	就業規則における倫理 ノロウイルス感染症について	講義 グループワーク	1H	12/10、 11



## 8) 委員会活動報告

### 2019年度 副看護師長会活動報告

リーダー	委員長：今津副看護師長 (HCU) 副委員長：宮城副看護師長 (南6)	
メンバー	佐々副看護師長 (南3) 北田副看護師長 (南4) 岩井副看護師長 (南4) 寺田副看護師長 (南5) 続宗副看護師長 (南5) 恵美副看護師長 (南6) 人見副看護師長 (南7) 山崎副看護師長 (東2) 湯室 副看護師長 (東2) 湯上副看護師長 (手術室) 今若副看護師長 (外来) 東出副看護師長 (看護部長室)	
目的	安全で質の高い看護を提供できるよう、看護実践能力の強化と人材育成に努める	
目標	1. 病棟でリーダーシップを発揮できるリーダーの育成をする 2. PNSの各役割をスタッフが理解できるように育成し、質の高い看護の提供する 3. 副看護師長としての看護管理能力、指導能力を高めることができる。	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月11日	年間活動計画の検討 1. 「日々のTLとは」役割自己評価の検討 2. PNSの役割評価表実の検討 3. 副看護師長管理業務基準の検討と実施	目標1. 「日々のTL」評価表実施。評価表にて50%出来ていない項目が3項目あった。 「5つのタイミング唱和・インシデントカンファレンスの時間調整」「業務調整シートの活用をした業務調整」「各チーム間での補充」であった。 業務地要請シートの記入方法は様々だが同じ業務調整シートの活用のため作成。 使用実施後、業務調整能力向上につながったが、各病棟の特色を織り込む必要がある。「日々のTL」評価表より50%以下の項目は「業務調整に関する項目」であり今後かかわりを行っていく必要がある。 研修実施を計画していたが、実施まで至らなかった。しかし、計画修正後、業務調整シートを見直し業務調整能力の向上からリーダー育成を行うことを行い、業務調整を行う能力の向上につながった。また、その後の課題も明確にできた。 ＜次年度の課題＞
5月16日	各グループ活動の報告と検討 1. 「日々のTLとは」役割自己評価の実施 2. PNSの役割評価表実施 3. 副看護師長管理業務基準の評価	1. ・病棟の特色を再度組み込んだ業務調整シートをトータルリーダーとともに各病棟の副看護師長が作成する。 ・業務調整シート評価でスタッフの評価が副看護師長より高いところもあったため、副看護師長に対してもトータルリーダーとしての評価をしていく必要がある。 ・今後も継続して業務調整シートを有効に活用するために、各病棟のトータルリーダーとともに副看護師長が業務調整シートの見直し、改訂を行う。来年度も定期的に業務調整シートを評価表を用いて、評価していく。また、業務調整シートの活用状況と超過勤務の内容を把握し、業務調整シート内に組み込まれるように働きかける。
6月13日	各グループ活動の報告と検討 1. 「日々のTLとは」役割自己評価の結果報告とリーダー育成に向けた勉強会の実施の検討 2. PNS役割評価表の実施後の結果報告 3. 退院調整リスク因子調査、看護必要度1dayチェックの検討と実施	1. ・病棟の特色を再度組み込んだ業務調整シートをトータルリーダーとともに各病棟の副看護師長が作成する。 ・業務調整シート評価でスタッフの評価が副看護師長より高いところもあったため、副看護師長に対してもトータルリーダーとしての評価をしていく必要がある。 ・今後も継続して業務調整シートを有効に活用するために、各病棟のトータルリーダーとともに副看護師長が業務調整シートの見直し、改訂を行う。来年度も定期的に業務調整シートを評価表を用いて、評価していく。また、業務調整シートの活用状況と超過勤務の内容を把握し、業務調整シート内に組み込まれるように働きかける。
7月11日	各グループ活動の報告と検討 1. リーダー育成に向けた勉強会の実施の検討 2. 職務満足度調査(8月実施)マインド研修(レベルⅣ以上:7月 レベルⅡ/Ⅲ:8月)実施に向けて説明 3. 事例検討会・勉強会実施(福利厚生)	目標2. PNS 役割評価表実施・マインド研修を行うことで各役割とPNSにおけるマインドの理解ができた。PNSラウンドにおいても実際の状況を評価でき、PNSでの業務を行えていることが明確にできた。また、課題も明確になった。職務満足度調査では、若いスタッフに満足度が高い傾向がみられたことから、ベアリングやベテランスタッフへのフォローの必要性など課題も明確になった。 ＜次年度の課題＞
9月12日	中間評価 1. 業務調整シートの見直しと修正 2. 職務満足度調査の結果説明・評価 3. 看護必要度1dayチェックの実施説明、事例検討会・勉強会(医療安全コードホワイト)	2. ・マインド研修の継続 ・PNSの役割の指導を引き続き行っていく ・職務満足度調査の継続 ・看護師長と連携し時間外勤務や業務量調査とインシデントの関連性を含めた分析
10月10日	各グループ活動の報告と検討 1. TL育成に向けた各病棟の業務調整シートの見直しと修正 2. マインド研修の検討と実施説明 3. 看護必要度1dayチェックの結果説明・評価	目標3. 副看護師長業務基準を行い副看護師長が弱い点に関して、事例検討・勉強会を行うことで改善につながった。また、退院調整リスク因子要員分析や看護必要度への取り組みを行い知識の向上、問題点の明確化ができた。 ＜次年度の課題＞
11月14日	各グループ活動の報告と検討 1. TL育成に向けた各病棟の業務調整シートの見直しと修正と実施説明 2. マインド研修 レベルⅠ実施説明 3. 副看護師長管理業務基準の実施説明、事例検討会・勉強会(勤務表・勤務変更)	3. 1) 継続教育について各部署の看護師長と改善策を計画的に進める。 2) その場で看護記録をタイムリーに記録するよう教育を行っていく。患者カンファレンスの実施に向け、業務調整シート等を使用し計画的に進めていけるように副看護師長が積極的に取り組み方を示して行く。 3) では薬事法・麻薬取締法に基づいた薬品の管理の教育・指導の徹底を行う。 4) では、副看護師長が積極的にOJTを行っていく。 5) では、副看護師長が積極的に自己研鑽に努め研究的視点を持った取り組みを行う。 6) 看護の経済性・採算性への意識を持ち、取り組んでいく。 7) 職場環境の整備に努めていく。副看護師長の知識・能力向上に向けた勉強会や事例検討は効果があり、今後も継続していくことが必要。
12月12日	各グループ活動の報告 1. TL育成に向けた各病棟の業務調整シートの実施状況報告 2. PNSラウンド実施 3. 副看護師長管理業務基準の結果報告と評価	・各部署が持つ退院調整を妨げている原因に対しアプローチを行い、改善に向け副看護師長がOJTを行っていく。 ・退院支援に向け地域連携室職員と密な連携を図り退院支援活動行っていく。 ・看護必要度記載に対し、継続的な教育と適切な記載ができていないかチェックを行いOJTを実施していく。 ・定期的に状況確認を行うことが必要である。
1月16日	各グループ活動の報告 1. 「日々のTLとは」役割自己評価の実施の説明 2. PNSの役割評価表実施と職務満足度調査実施に関する説明 3. 退院調整リスク因子調査	
2月13日	今年度の活動評価	
3月12日	次年度の活動についての検討と計画立案	

## 2019年度 実習指導者会活動報告

委員長	委員長：早川看護師長（南5） 副委員長：中島教育担当看護師長	
メンバー	池田（南3） 橋本（南4） 木下（南5） 恵美副看護師長（南6） 人見陽副看護師長（南7） 沖村（東2） 深港（HCU） 西久保（手術室） 辻（外来）	
目的	臨地実習において効果的な指導が実践できるように実習内容・方法を検討する	
目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病棟全体で実習を受け入れることができる実習環境を整える             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 指導方法の知識、技術を深め、実践する</li> <li>2) 実習に携わる指導者を育成する</li> </ol> </li> <li>2. 病棟内において教育担当の一員としての役割が果たせる</li> </ol>	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月26日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実習指導者会規程について</li> <li>2. 平成31年度実習指導者会活動計画</li> <li>3. 平成31年度実習受け入れ計画</li> <li>4. グループ活動について</li> </ol>	<p>目標1について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・会議は2か月に一回。2つのグループに分かれて活動した。</li> <li>・実習生からのアンケートをまとめるグループは、アンケート結果を集計し該当病棟へフィードバックすることで実習環境の改善に取り組んだ。アンケート結果をうけて実習指導者としての役割について考える機会をもつことができた。しかしタイムリーな共有ができなかったことや、実習を受け入れない病棟への還元が課題が残った。</li> <li>・勉強会グループはレベルⅢ～Ⅳレベルのスタッフに対して2回の勉強会を実施できた。実施後のアンケートでは内容の理解を得ることが出来たという反応があった。しかし準備に時間を要したこと、委員会の場で話合う機会があまり持てないまま実施になったことが課題。</li> </ul> <p>目標2について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・教育担当者と協力し、病棟における教育の役割を担うことはできていた。</li> <li>・実習の受け入れが少なくなったことで、一部の病棟以外は実習指導者会の内容が病棟に還元できなかった。実習指導者会の中で得た学生の反応や実習での課題などを病棟に還元することができるように指導が必要であった。</li> <li>・実習のない病棟ではとくに、中学生の職業体験やインターンシップの受入れなどに取り組むことができていた。</li> </ul> <p>次年度はインターンシップや職業体験などの受入れを主に行うなどして、対象のレディネスに合わせた指導について経験することを目指す。</p>
6月28日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実習について（母性看護学実習、助産学実習の状況報告）</li> <li>2. グループ活動からの報告、検討内容</li> <li>3. 病棟内での活動報告</li> </ol>	
9月27日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実習について（小児看護学実習準備状況・母性看護学実習の振り返り）</li> <li>2. 中間評価（個人・グループ・委員会）</li> </ol>	
11月29日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実習について（小児看護学実習の振り返り）</li> <li>2. グループ活動からの報告、検討内容</li> <li>3. 病棟内での活動報告</li> <li>4. 事例検討</li> </ol>	
1月24日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実習について（小児看護学実習の振り返り）</li> <li>2. 年間活動の評価と次年度への課題</li> </ol>	
3月27日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実習について</li> <li>2. 次年度の課題と来年度の活動について</li> <li>3. 次年度のグループ活動について</li> <li>4. 各領域の実習指導案の修正について</li> </ol>	

## 2019年度 教育委員会活動報告

委員長	委員長：中島教育担当看護師長                      副委員長：吉田看護師長（南7）	
メンバー	寺川（南3） 望月（南4） 寺田副看護師長（南5） 宮城副看護師長（南6） 村田（南7） 平松（東2） 鈴木（HCU） 茶谷（手術室） 北川有（外来）	
目的	良質な看護サービスを提供できる看護師を育成し、看護実践能力の向上を図る	
目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 看護職員能力開発プログラムに基づいた集合研修の企画・運営と評価ができる。</li> <li>2. 集合教育と機会教育との連携促進を図ることができる。</li> <li>3. 各部署において機会教育を実践できる。</li> </ol>	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月8日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 教育委員会規程</li> <li>2. 年間活動計画について</li> <li>3. 年間研修計画について</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;レベルⅠ&gt;急変対応を5月に実施したが、業務に慣れてきたところでの急変対応が発生しており、急変対応力を維持できるような研修計画を検討する。</li> </ol>
5月7日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 新人看護師の状況・オリエンテーション</li> <li>2. 4月技術演習の参加者の反応と到達状況について</li> <li>3. 新人看護師の看護技術評価について（チェックリスト）</li> <li>4. 5月研修について（研修の目的、内容の理解と研修への動機づけ）</li> <li>5. 6月研修の目的・目標と対象者のレディネスの情報交換、研修内容の検討（学習者観について）</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;レベルⅡ&gt;ケーススタディの取り掛かりの時期に部署差が発生した。9～10月頃の発信を検討する。</li> <li>&lt;レベルⅢ&gt;年度後半に課題が重なり、苦言がみられた。問題分析研修を年度前半に組み込み、9～10月に発表することで、リーダーシップ→問題分析→多職種協働・入退院支援と段階的に学べると考えるため、開催時期を調整する。</li> </ol>
6月3日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. 6月研修について</li> <li>3. 新人看護師の看護技術評価（3ヶ月）について</li> <li>4. 7月研修の目的・目標と対象者のレディネスの情報交換、研修内容の検討（教材観について）</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;レベルⅣ&gt;年間を通して看護倫理カンファレンスを進めているため、各研修の際に倫理カンファレンスと関連付けた問いかけや投げかけが必要であった。</li> </ol>
7月1日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 6月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. 7月研修について</li> <li>3. 新人看護師の看護技術評価について（評価結果と今後の課題、到達に向けた支援）</li> <li>4. 9月研修の目的・目標と対象者のレディネスの情報交換、研修内容の検討（教材観、学習者観から指導観を考える）</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>&lt;レベルⅤ&gt;年間を通し、看護研究の一員としての活躍をしてほしいため、看護研究クリティークの開催時期を看護研究計画書作成時期に合わせることで、現場の研究力の向上につながると思う。</li> </ol>
9月2日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 7月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. 9月研修について</li> <li>3. ACTy ver2 中間評価について</li> <li>4. ACTy ver2 OJT の状況と問題点</li> <li>5. 10月の研修計画について（三観、研修計画の検討）</li> <li>6. 委員会の中間評価</li> </ol>	<p>研修企画書のほとんどの研修が1週間前の発信となったため、次年度は2週間前の配布を目指す。</p> <p>看護師長と教育委員とで話し合う時間がとれなかった様子で連携が不足し、研修の動機づけなく出席している研修生もいた。研修前動機づけを強化する。</p>
10月7日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 9月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. 10月研修について</li> <li>3. ACTy ver2 中間評価の結果について（評価結果と今後の課題、到達に向けた支援）</li> <li>4. 11月の研修計画について（三観、研修計画の検討）</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. OJT シートの活用方法は部署に任せていたが、研修生と看護師長とのやり取りに留まり効果的と言えなかった。しかし、研修生の思考をまとめたり、学びをどのように活かしたいのかを可視化できるため、次年度も継続し部署内での教育に活用してもらおう。そのためには、教育委員をはじめ教育に携わるスタッフが OJT シートについて正しい認識を持つことが必要があり、次年度は OJT シートの在り方を現場でディスカッションするように統一する。</li> </ol>
11月5日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. 11月研修について</li> <li>3. 12月の研修計画について（三観、研修計画の検討）</li> <li>4. ACTy ver2 OJT の指導を考える</li> </ol>	
12月2日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 11月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. 12月研修について</li> <li>3. 1月の研修計画について（三観、研修計画の検討）</li> </ol>	
1月6日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 12月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. 1月研修について</li> <li>3. 事例検討後の指導について</li> <li>4. 2月の研修計画について（三観、研修計画の検討）</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. 自部署の機会教育の充実には、教育体制の確立が必要であり、課題があることを実感することができた。次年度は屋根瓦教育の充実に向けリーダー会などで教育の視点でディスカッションすることで、意図的な教育を充実させる。また、スタッフの教育スキルの向上が課題であり、PNS の中で考えさせる発問力を身につけられるように、教育委員が主体となり現場教育の変化を目指す。</li> </ol>
2月3日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. 2月研修について</li> <li>3. ACTy ver2 最終評価について</li> <li>4. 3月の研修計画について（三観、研修計画の検討）</li> <li>5. 委員会年間活動のまとめ及び次年度の課題</li> </ol>	
3月2日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2月研修の参加者の反応と評価について</li> <li>2. ACTy ver2 最終評価結果について</li> <li>3. 次年度の委員会活動について</li> </ol>	



## 2019年度 看護記録委員会活動報告

委員長	委員長：才田看護師長（東 2） 副委員長：平田看護師長（南 4）	
メンバー	小森（南 3） 村田（南 4） 小西（南 5） 恵美副看護師長（南 6） 加藤（南 7） 奥居（東 2） 今津副看護師長（HCU） 奥田（手術室） 深井（外来）	
目的	1. 看護記録の充実を図り、看護の質の向上を図る。	
目標	1. 看護過程オーデジットマニュアルを用いて監査を行い、看護プロセスが見える記録ができる。 2. 統一した看護の提供を行うために、個性のある看護過程の展開ができる。 3. 継続看護に活かす退院時看護要約の記載ができる。	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月5日	1. 2019年度年間活動計画案について検討する。 1) 看護のプロセスが見える記録（監査・初期評価・患者カンファレンス・IC 同席など） 2) 個性のある看護過程の展開（電子カルテ） 3) 継続看護に活かす退院時看護要約の記載	電子カルテ更新に伴い、データベース・経過表・看護計画等について委員会メンバーの意見を聴取しながら検討を行なった。 1. 昨年度から実施できていないカンファレンスに関する項目は、未だ改善が見られていない。カンファレンスに関しては、多職種カンファレンスを実施していく。IC 記録に関しては、前期 50%であったが、78.6%と上昇した。今後、医師とICの時間調整を行い、100% 同席できるようにしていく。また、IC に同席する意義について、委員会メンバーが理解できるよう指導していく。
5月10日	1. 病院機能評価の看護記録に関する評価項目や、看護過程 オーデジットマニュアルを用いた監査結果と今後の対策を検討 2. 初期評価実施率、看護要約記載状況の把握と対策 3. 電子カルテ更新に伴い、看護計画について検討する	2. 初期評価実施率の平均は 72.7%であった。前期の実施率平均は 78% であり、実施率は減少している。電子カルテ更新に伴い、患者一覧画面で初期評価の実施の有無が確認できるようになった。しかし、受け持ち Ns の意識が低いと、委員会メンバーが初期計画の期日を受け持ち Ns に提示および依頼しているのが現状である。今後、受け持ち Ns の役割や記録の簡略化等について、委員会メンバーが考え、実践できるように意図的に検討させる場を設けていき、記録の質を向上させる必要がある。
6月7日	1. 電子カルテ更新に伴い、進捗状況の説明と看護計画の検討 2. 記録の充実を図るため、記録監査・初期評価・看護要約について検討する	個別性のある看護過程の展開について、各病棟で取り組んだ結果を電子カルテの画面を見ながら発表した。委員会メンバーで情報共有ができ、学びを共有することができた。今後、個性のある看護過程の展開について、各病棟の取り組み内容を共有しながら、具体策の検討を行なっていく。
7月12日	1. 電子カルテ更新に伴い、新システムから進捗状況の説明（データベース・看護計画・経過表・看護要約） 2. 初期評価実施率・看護要約記載率の向上にむけて、電子カルテの機能設定について検討する。	3. 看護要約記載率の平均は 80.1%であった。前期の記載率平均は 68% であり、実施率は上昇した。電子カルテ更新に伴い、看護要約を看護師長が確認後に確定すれば、スキャンは不要となった。また、看護サマリー検索画面で、作成状況を確認できるため実施率が上昇したと考える。継続看護に活かすことができる看護要約について検討していく必要がある。
9月6日	1. 電子カルテ更新後の問題点の抽出、改善策の検討 看護過程がスムーズに展開できているか 2. 中間評価と後期の取り組みについて（各病棟）	
10月4日	1. 委員会としての中間評価と今後の取り組みについて 2. 看護過程の展開について、事例検討を行う	
11月1日	1. 病院機能評価の看護記録に関する評価項目や、看護過程 オーデジットマニュアルを用いた監査結果と今後の対策を検討 2. 初期評価実施率、看護要約記載状況の把握と対策	
12月6日	1. 電子カルテ更新に伴う看護過程オーデジットマニュアルの改訂 2. 看護記録記載要領の改訂 3. 看護記録ワンディ調査の結果と今後の取り組みについて検討する。	
1月7日	1. 看護過程オーデジットマニュアルの改訂 2. 看護記録記載要領の改訂：データベースの内容を検討 3. 看護記録ワンディ調査の結果と今後の取り組みについて検討する。	
2月7日	1. 看護記録記載要領の改訂：データベース・外来検査用紙検討 2. 個性のある看護過程の展開 1) 看護過程の展開に関する伝達講習の実施状況の把握 2) 取り組み内容について電子カルテの画面で実施状況発表 3. 年間活動のまとめと今後の課題	
3月6日	1. 看護記録記載要領の改訂：データベース 2. 初期評価実施率・看護要約記載状況の把握と対策 3. 次年度の課題と活動計画について	

## 2019 年度 業務委員会活動報告

委員長	委員長：岡本看護師長（外来）	副委員長：吉田看護師長（南 7）
メンバー	森崎明（南 3） 北田副看護師長（南 4） 伊藤将（南 5） 中村（南 6） 寺田（南 7） 山崎副看護師長（東 2） 北川（HCU） 吉川（手術室） 赤松（外来）	
目的	看護業務に関する調査、検討を行い、看護の質の向上に寄与する	
目標	1. 電子カルテ更新に伴う看護手順・ワークシートの見直しを行い、看護業務の効率化を図る 2. 退院時アンケートの結果から問題点を抽出し、改善策を実践し患者サービスの向上を図る	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4 月 16 日	1. 看護業務委員会規定について 2. 委員会活動計画について	<p>看護手順の修正を各部署に振り分け行った。電子カルテ更新に伴う点や、医師と相談し現在は使用していない処置や治療項目の削除や、新しくなった医療機器の項目の追加を行い、ペア病棟を決め、お互いの手順の修正箇所を確認した。</p> <p>各病棟から電子カルテのワークシートの利用状況を聞き取り、患者ワークシートに何をどこまで反映させるか（血糖測定や検査項目など）、各病棟で意見を聞き、委員会にて決定した。</p> <p>毎月退院時アンケートの意見に対しそれぞれの病棟でカンファレンスを行い、改善策を立案し、申し送りノートなどを活用し病棟スタッフへの周知を図っている。大部屋での携帯電話を使用しているという意見に対し、全ての部屋の頭もとに、携帯電話の通話に関する注意喚起の張り紙を行うなど病棟での対応を行っている。</p> <p>身だしなみチェックを 6 月は自己評価、8 月・11 月に他者評価を行った。</p>
5 月 21 日	1. 電子カルテ更新を見据えたワークシートの様式の検討 2. 退院時アンケート結果と改善策の共有	
6 月 18 日	1. 「東近江総合医療センターが目指す理想の看護師像」をもとに身だしなみチェック実施に向けた項目の検討、チェックリスト作成 2. 退院時アンケート結果と改善策の共有	
7 月 16 日	1. 身だしなみチェックの実施、実施結果集計・評価 2. 退院時アンケート結果と改善策の共有	
9 月 17 日	1. ワークシートの使用状況を把握し情報共有 2. 退院時アンケート結果と改善策の共有	
10 月 15 日	1. ワークシートの使用方法の評価 2. 退院時アンケート結果と改善策の共有	
11 月 19 日	1. 看護手順の見直しが必要な項目の抽出・割り振り 2. 退院時アンケート結果と改善策の共有	
12 月 16 日	1. 看護手順の意見交換、審査 2. 身だしなみチェックの実施、実施結果集計・評価 3. 退院時アンケート結果と改善策の共有	
1 月 21 日	1. 看護手順の意見交換、審査 2. 退院時アンケート結果と改善策の共有	
2 月 18 日	1. 年間活動計画のまとめ	
3 月 17 日	1. 次年度の課題と活動計画について	

## 2019年度 セーフティナース会活動報告

委員長	委員長：打越医療安全管理係長                      副委員長：宮地看護師長（南3）	
メンバー	松村（南3） 岩井副看護師長（南4） 清水（南4） 庄司（南5） 水野（徳橋）（南6） 落合（南7） 山田（東2） 近藤（HCU） 湯上副看護師長（手術室） 中野（外来）	
目的	看護現場のリスクに対する感性を高め、医療安全行動が実践できる医療安全文化の醸成に寄与すること	
目標	1. 確認行動を率先して実施し、患者確認行動手順の定着を図る 2. 安全な療養環境（転倒防止、身体拘束ゼロ）を整えることができる 3. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動を行う	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月8日	1. 平成31年度活動計画（案）について 2. グループ活動について	目標1. 確認行動を率先して実施し、患者確認行動手順の定着を図る 【取り組み内容】
5月13日	1. 4月ヒヤリハット集計報告 2. 患者確認行動手順（フローチャート）周知 3. 安全な療養環境（転倒防止、身体拘束ゼロ）	5月新採用者に6Rの周知、6月患者確認フローチャート、7月与薬（内服薬）行動手順チェック看護師全員実施、11月患者確認フローチャート輸血用、12月～1月与薬（点滴）行動手順チェックを実施 【結果・評価】
6月10日	1. 5月ヒヤリハット集計報告 2. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動 3. KYTの取り組み	内服薬、点滴の与薬行動手順のチェックを行うことで、薬剤インシデントの発生率の減少につながった。定期的な手順の遵守状況のチェックは振り返る機会となった。 【課題】
7月8日	1. 6月ヒヤリハット集計報告 2. 患者確認行動手順（フローチャート）周知 3. 安全な療養環境（転倒防止、身体拘束ゼロ）	来年度は内服薬はシングルチェックで確実な与薬行動ができるように、定期的な行動確認を実施する
9月9日	1. 8月ヒヤリハット集計報告 2. 中間評価 3. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動（広報誌）	
10月16日	1. 9月ヒヤリハット集計報告 2. RCA分析	目標2. 安全な療養環境（転倒防止、身体拘束ゼロ）を整えることができる 【取り組み内容】
11月11日	1. 10月ヒヤリハット集計報告 2. 患者確認行動手順（フローチャート）周知 3. 安全な療養環境（転倒防止、身体拘束ゼロ）	身体拘束実態調査を5月、7月、11月、1月に行った。認知症患者が多く、転倒転落防止、チューブ抜去防止で実施されていた。身体拘束実施率5月13.8%（26人）→7月12.9%（31人）→11月7.8%（18人）に減少、期間は57.3日→42.9日に短縮された。認知症ケアの取り組みでは、地域包括病棟で「身体拘束をしない看護」に取り組み成果があった。多職種でのカンファレンスを行い、身体拘束の回避や解除につながった。 【課題】
12月9日	1. 11月ヒヤリハット集計報告 2. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動（広報誌） 3. KYTの取り組み	身体拘束の弊害を認識し、「身体拘束をしない看護」を全病棟で実現できるように取り組む
1月14日	1. 12月ヒヤリハット集計報告 2. 患者確認行動手順（フローチャート）周知 3. 安全な療養環境（転倒防止、身体拘束ゼロ）	
2月10日	1. 1月ヒヤリハット集計報告 2. 最終評価	目標3. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動を行う 【取り組み内容】
3月9日	1. 2月ヒヤリハット集計報告 2. 次年度に向けた取り組み案作成	RCAを1回、KYTを2回実施した。広報誌2回発行 【課題】 インシデント分析からSBARやチームステップスなど予防ケアに積極的に取り組む



## 2019年度 感染防止リンクナース会活動報告

委員長	委員長：玉木看護師長（手術室） 副委員長：川瀬看護師長（南6）	
メンバー	打越医療安全管理係長 東出副看護師長（看護部長室） 佐々副看護師長（南3） 松尾（南4） 竹村（南5） 二本柳（南6） 内谷（南7） 湯室副看護師長（東2） 遠藤（HCU） 林（手術室） 北野（外来）	
目的	1. 職員及び患者・家族・来訪者の適切な感染防止対策の指導、実施が出来る。	
目標	1. リンクナースの知識向上をはかり、感染防止対策を職員へ指導できる 2. 手指衛生に対してアルコールジェル使用量が目標値に100%達成できる 3. 侵襲的デバイスサーベイランス、プロセスサーベイランスを行い、デバイス関連感染が昨年度より低下する。	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月9日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 平成31年活動内容についての検討 3. リンクナースの役割について	1) リンクナースの知識向上を図り、感染防止対策を職員へ指導できる ・リンクナースの知識向上のための勉強会の実施はでき、スタッフへの伝達も実施できた。しかしまだ不適切な対応もあるため、マニュアルを活用し対象患者が発生した時には対応していけるよう繰り返し行っていく必要がある。 ・標準予防策、流行性疾患感染対策について2回ラウンドを実施し2回目には改善が見られた。 ・グループ活動により委員会の目標達成に向けて取り組めた。機関誌により感染防止リンクナース会の活動内容とその成果について、スタッフに周知でき、メンバーのモチベーションの向上につながった。
5月14日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 各グループ年間活動計画の立案内容の検討 3. ケアプロセス遵守について年間活動計画に準ずる（デバイスケアG） 4. 手指衛生遵守について年間活動計画に準ずる（手指衛生G） 5. 環境整備について年間活動計画に準ずる（環境整備G）	2) 手指衛生に対してアルコールジェル使用量が目標値に100%達成できる ・アルコールジェル使用量が目標値に達成できたのは73%。達成していない人は、1回量が少なかったり、適切なタイミングで実施できていない。自己で振り返ることで改善策に繋がり、達成していない人が41%から27%に改善したが、その後の改善が見られない。 ・モニタリングでは、バイタルサイン測定の場合で、患者に触れる前、触れた後、患者周辺の物品に触れた後の手指衛生ができていないことが明らかになった。 ・手指衛生を行う目的や見えていないところで省くことの危険性など、手指衛生の必要性とその方法について、再度周知徹底していく必要がある。
6月11日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ケアプロセス遵守について年間活動計画に準ずる（デバイスケアG） 3. 手指衛生遵守について年間活動計画に準ずる（手指衛生G） 4. 環境整備について年間活動計画に準ずる（環境整備G） 5. 感染症に対する対応について（CD） 6. デバイスケアG 機関誌の発行	・手洗いは、手順に沿って93%の人が実施できる。手技をチェックし、不十分なところがある人にはその場で指導できた。 ・手指衛生ができていない人に関わり、できるようにする。どこができていないか問題は確認できたので、改善できる取り組みを行っていく。
7月9日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 標準予防策ラウンド結果から改善策の討議 3. ケアプロセス遵守について年間活動計画に準ずる（デバイスケアG） 4. 手指衛生遵守について年間活動計画に準ずる（手指衛生G） 5. 環境整備について年間活動計画に準ずる（環境整備G） 6. 感染症に対する対応について（感染性胃腸炎） 7. 手指衛生G 機関誌の発行	3) 侵襲的デバイスサーベイランス、プロセスサーベイランスを行い、デバイス関連感染が昨年度より低下する ・CVカテーテル管理ケアバンドルサーベイランスについては、手順について周知し、部署の弱点部位に対する改善策を実施し後期に繋がった結果から100%遵守でき、改善した ・CVカテーテル挿入ケアバンドルサーベイランスの結果から各病棟100%実施できており、前期・後期共に前年度と比較して低下なく遵守率は維持できている ・尿管留置カテーテル挿入ケアバンドルサーベイランスについては、後期は全病棟100%実施できており、遵守率低下することなく周知徹底できた ・人工呼吸器装着患者のデバイスケアについて知識、技術の向上を図りどの病棟でも対応できるよう取り組む ・環境整備の目的や方法については研修会により周知した、各部署にあった実施可能な具体的な方法を検討し実施・継続できるようにしていく。後半は、電子カルテワゴンの環境整備に取り組む、実施状況については今後確認していく。
8月	1. 環境整備G 機関誌の発行	
9月10日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 中間評価 3. ケアプロセス遵守について年間活動計画に準ずる（デバイスケアG） 4. 手指衛生モニタリングについて年間活動計画に準ずる（手指衛生G） 5. 環境整備について年間活動計画に準ずる（環境整備G）	
10月8日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ケアプロセス遵守について年間活動計画に準ずる（デバイスケアG） 3. 手指衛生遵守について年間活動計画に準ずる（手指衛生G） 4. 環境整備について年間活動計画に準ずる（環境整備G） 5. 感染症に対する対応について（インフルエンザ）	
11月12日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 冬季流行性疾患対応について 3. ケアプロセス遵守について年間活動計画に準ずる（デバイスケアG） 4. 手指衛生遵守について年間活動計画に準ずる（手指衛生G） 5. 環境整備について年間活動計画に準ずる（環境整備G）	
12月10日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ケアプロセス遵守について年間活動計画に準ずる（デバイスケアG） 3. 手指衛生遵守について年間活動計画に準ずる（手指衛生G） 4. 環境整備について年間活動計画に準ずる（環境整備G） 5. デバイスケアG 機関誌の発行	
1月15日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 標準予防策ラウンド結果から改善策の検討 3. ケアプロセス遵守について年間活動計画に準ずる（デバイスケアG） 4. 手指衛生遵守について年間活動計画に準ずる（手指衛生G） 5. 環境整備について年間活動計画に準ずる（環境整備G） 6. 手指衛生G 機関誌の発行	
2月12日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 最終評価 3. 環境整備G 機関誌の発行	
3月10日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 今年度の活動評価 3. 次年度への課題、活動内容	



## 2019 年度 退院支援委員会活動報告

委員長	委員長：長岡地域医療連携看護師長 副委員長：統宗副看護師長（南 5） 今若副看護師長（外来）	
メンバー	瀬戸（南 3） 田原（南 4） 統宗副看護師長（南 5） 岡田（南 6） 西山（南 7） 端（東 2） 東木場（HCU） 普光江（手術室） 今若副看護師長（外来） 土居（地域医療連携室）	
目的	退院支援に関する知識の向上と入退院支援の実践能力を向上させる	
目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 東近江圏域の退院支援ルールの活用を図り、退院支援の実践ができる</li> <li>2. 退院前訪問・退院後訪問について支援し、患者の生活を知り看護計画に反映することができる</li> <li>3. 社会資源に関する知識の向上を図ることができる</li> </ol>	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月10日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 退院支援委員会の規程について</li> <li>2. 平成 31 年度の活動計画について</li> <li>3. 看護部の目標とリンクナースの役割について</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 今年度は偶数月の委員会開催となり、自部署での活動が主となった。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援計画書に関すること</li> <li>・東近江圏域の手引き、退院支援チェックシートの活用に関すること</li> <li>・退院支援に関わるリンクナースとしての活動に関すること</li> </ul> </li> </ol> <p>の 3 点について活動報告を行った。</p> <p>各部署で、入退院支援計画書をカンファレンスまでに作成し時間を有効に使うようにした。</p> <p>また、退院支援チェックシートがほとんど活用できておらず、次年度は活用することで、スムーズに入退院支援が各部署でできるようにしていく必要がある。</p> <p>退院支援チェックシートを活用しながら方向性の確認、必要な情報収集と退院を見据えた支援を看護計画と連動させて看護展開させていく必要がある。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 退院前訪問・退院後訪問については地域包括病棟での訪問件数は増加しているが、一般病棟での件数は 1 件のみに終わった。次年度は地域包括病棟と一緒にまずは同行するなどし、実践に繋げていくような工夫が必要である。</li> <li>3. 社会資源に関する知識については、各部署で勉強会を行ったところもあった。</li> <li>4. その他事例検討は成功事例で行い、部署で実践に繋げられるものであった。 <ul style="list-style-type: none"> <li>フィードバックカンファレンスについては手法と目的を知る機会となり今後の開催に向けた動機づけを行った。</li> </ul> </li> </ol>
6月12日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 前年度からの引継ぎを受けての現状と課題について 今年度の病棟内での活動について</li> <li>2. 入院患者の情報収集の質・問題点の明確化について</li> <li>3. その他</li> </ol>	
7月～9月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者全員を対象に入院時スクリーニングシート記入</li> <li>・対象者に入退院支援計画書を立案</li> <li>・サマリーは退院後 1 週間以内に記載しスキャンする（死亡患者・パス患者除く）</li> <li>・入退院支援計画書を立案した患者は入退院支援チェックシートを活用</li> <li>・東近江圏域退院支援ルールに基づいた退院支援の展開</li> <li>・退院前・後訪問の対象者に行えるように活動し、看護展開する（毎月月末までに活動の進捗を委員長へメールで提出）</li> </ul>	
10月9日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 中間評価</li> <li>2. 事例検討（南 5 病棟を中心に上手くいった事例）</li> <li>3. その他</li> </ol>	
12月11日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. フィードバックカンファレンス</li> <li>2. その他</li> </ol>	
2月12日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 年間評価と活動報告</li> <li>2. 次年度に向けての取り組みについて</li> <li>3. その他</li> </ol>	

## 2019 年度 認知症看護ワーキング活動報告

委員長	委員長：川瀬看護師長（南 6） 副委員長：今津副看護師長（HCU）・岩井副看護師長（南 4）	
メンバー	岩井祐樹副看護師長→清水（南 4） 福島（南 3） 伊藤（南 5） 岩下（南 6） 福田（南 7） 田島（東 2） 平塚（外来）	
目的	認知症患者の特徴を理解し、認知症看護の質を向上させる	
目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症患者の特徴について理解を深めることができる</li> <li>2. 認知症看護について、各部署のスタッフに情報発信できる</li> <li>3. 認知症患者のケアマニュアルの改訂ができる</li> </ol>	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
5月8日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2019年度のワーキング活動計画について</li> <li>2. グループ活動内容とメンバーについて</li> <li>3. 病棟での役割について</li> <li>4. 事例検討について</li> </ol>	<p>ワーキング内の勉強会グループで認知症ケア研修の内容をもとに資料を作成した。各部署で勉強会を開催できるように部署毎に日程を調整し、他部署の勉強会にも参加できるようにした。内容は認知症ケア研修の内容を基に基礎的な内容となり、全スタッフに伝達すべき内容にすることができた。</p> <p>看護師だけでなく全職種を対象にした勉強会も1回/年開催することができた。</p> <p>知識はついてきたが実践につなげていないこともあり、実践力の強化をしていく必要がある。</p> <p>認知症ケア加算については電子カルテ更新に伴い一時的に減少したが順調に回復し、リンクナースが各部署で算定漏れ防止対策をしていることもあり、年度当初よりも算定できるようになっている。</p> <p>ワーキング内のマニュアルグループで認知症患者のケアマニュアルの改訂を行った。内容の見直しはリンクナース全員で行うことができ、各部署のスタッフの意見も取り入れることができた。マニュアルに沿った看護が提供できているか評価するために、評価指標をワーキング内で決定した。</p>
7月10日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各部署の活動報告</li> <li>2. 勉強会の資料の検討・作成</li> <li>3. 認知症患者のケアマニュアルの改訂</li> </ol>	
9月11日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各部署の活動報告</li> <li>2. 各部署での勉強会の実施</li> <li>3. 勉強会の資料の検討・作成</li> <li>4. 認知症患者のケアマニュアルの改訂</li> <li>5. 中間評価</li> </ol>	
11月13日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各部署の活動報告（マニュアルに沿った看護提供の評価）</li> <li>2. 事例検討会</li> <li>3. 院内勉強会資料の検討・作成</li> </ol>	
1月8日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各部署の活動報告（マニュアルに沿った看護提供の評価）</li> <li>2. 事例検討会</li> <li>3. 院内勉強会の実施</li> </ol>	
3月11日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各部署の活動報告</li> <li>2. 最終評価</li> <li>3. 次年度の認知症ワーキングのあり方を検討</li> </ol>	

## 9) 看護研究等業績（院内）

研究発表等	病棟名	発表者名	テーマ
院内研究発表	南3病棟	吉川 友美子	当院独自のチェックシートを用いたハイリスク妊産婦の選定の実践と評価～ハイリスク妊産婦の継続支援～
院内研究発表	南4病棟	外川 翼	大腿骨頸部骨折・大腿骨転子部骨折術後の高齢患者の踵部の褥瘡予防方法の検討～ワセリンによる保湿を実施して～
院内研究発表	南5病棟	伊藤 将大	糖尿病教育入院前後での糖尿病治療に関する負担感情の変化～PAIDを使用した患者の負担感情変化の検討～
院内研究発表	南6病棟	岩下 尚子	末梢静脈からのオキサリプラチン投与時の血管痛に対する輸液加温器アニメックの有用性の検討
院内研究発表	南7病棟	豊田 幸香	麻薬性鎮痛剤（レスキュードーズ）の自己管理に向けた取り組みについて
院内研究発表	東2病棟	鳩 彩乃	患者体験型勉強会を取り入れた、車椅子座位時の褥瘡予防の取り組み
院内研究発表	HCU	村山 仁衣菜	全身麻酔の術後HCUに入室する患者へのHCU看護師が行う術前訪問の導入～パンフレットを使用した術前訪問による患者の不安の軽減～
院内研究発表	外来	井上 睦実	外来における看護師のストレス実態調査～NSS-J調査を通して～
院内研究発表	看護師長会	中島 利恵	看護管理者の能力向上に向けた活動～ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）を目指して～
院内研究発表	副看護師長会	今津 宗一郎	副看護師長会活動報告～副看護師長会の取り組みについて～
院内研究発表	セーフティナース会	湯上 幸子	身体拘束「ゼロ」に向けたセーフティナース会の取り組み
院内研究発表	感染管理対策室	東出 美香	令和2年1月インフルエンザアウトブレイクを経験して

## 看護研究等業績（院外）

研究発表等	日付	場所	病棟名	発表者名	テーマ
第30回滋賀県呼吸不全研究会	6月22日	ホテルニューオウミ	HCU	東野 佑実	NPPV管理が必要となった筋ジストロフィー患者に対し、無気肺・換気改善への取り組み～体位による呼吸ケア～
第30回滋賀県呼吸不全研究会	6月22日	ホテルニューオウミ	南7病棟	人見 暢彦	病棟での呼吸リハビリテーションに向けての看護師の意識変化の調査～パンフレットを導入して～
第61回 近畿看護学会	9月1日	大阪国際交流センター	南4病棟	橋本 浩和	整形外科病棟における術後低活動型せん妄のリスク因子の再検討～Liptzinらの低活動型せん妄の診断基準を用いて～
第61回 近畿看護学会	9月1日	大阪国際交流センター	HCU	寄木 藍	A病院における、救急・集中治療部門で勤務する看護師の思い
第41回日本手術医学会総会	9月28日	東京ドームホテル	手術室	湯上 幸子	呼吸器外科肺切除術における低体温予防の確立～術前プレウォーミングの効果～
第73回国立病院総合医学会	11月9日	名古屋国際会議場	南5病棟	正司 円	終末期患者の下肢浮腫に対するアロマセラピートリートメントの効果
第73回国立病院総合医学会	11月8日	名古屋国際会議場	南6病棟	川原 幸恵	褥瘡発生した患者に対して看護師が行った看護の実態調査
第73回国立病院総合医学会	11月9日	名古屋国際会議場	東2病棟	平松 育美	抗がん剤投与に携わる看護師の不安～アンケート調査を通して～
第72回国立病院総合医学会	11月9日	名古屋国際会議場	感染管理対策室	東出 美香	手指衛生遵守に向けた取り組み～MRSAの院内発生の低減に向けて～
第17回 国立病院看護研究学会学術集会	12月14日	KFC Hall&Rooms	外来	平塚 久恵	免疫チェックポイント阻害剤を使用しているがん患者の気がかりの傾向～外来化学療法室で治療を受けるがん患者の気がかり調査から～
第35回日本環境感染学会総会・学術集会	2月15日	パシフィコ横浜	感染管理対策室	東出 美香	消化器外科における手術部位感染減少に向けた取り組み～サーベイランス結果を活かして～
第29回滋賀県母性衛生学会	2月24日	公立甲賀病院	南3病棟	小辰 葵	継続支援に向けた当院のハイリスク妊産婦の抽出方法の検討

## 10) 講師派遣

テーマ	主催	月日	講師名
小児看護学演習Ⅱ	京都医療センター附属京都助産看護学校	10月21日	川瀬 正裕
褥瘡ケアを見直そう －傷の見方と局所管理－	日本褥瘡学会	6月29日	続宗 敬子
褥瘡予防のポイント －こんな皮膚にご注意を－	日本褥瘡学会	6月29日	湯室 順子
各病院における入退院支援・調整の実際	滋賀県看護協会	7月25日	長岡 紀江
オープンキャンパス 「先輩からのメッセージ」	聖泉大学	8月4日	奥村奈菜子
京都府立医科大学地域医療教育推進事業実習および「皮膚ケアリンクナース会体験勉強会」	舞鶴医療センター	9月5日	湯室 順子
小児看護学演習Ⅱ	京都医療センター附属京都看護助産学校	10月31日	北田香奈子
滋賀県看護協会第4地区支部研修会 「在宅、施設における感染対策」	滋賀県看護協会	11月2日	東出 美香
小児看護学演習Ⅱ	京都医療センター附属京都看護助産学校	11月11日	北田香奈子
届けます！看護の魅力配達事業	八幡高等学校	11月26日	伊藤 将大
オストメイト地域相談会	日本オストミー協会滋賀県支部	9月26日	続宗 敬子
第3回地域を支えるがん診療勉強会 がん性疼痛のスクリーニング	テルモ株式会社	1月24日	宮城 暢子
クリティカルパス研修	近畿ブロック	2月20日	川瀬 正裕 平田 和幸
訪問看護ステーション同行・見学参加者の研修後情報交換会	滋賀県病院協会	2月21日	長岡 紀江

## 11) 学会・院外研修参加状況

研修名	主催	期間（日付）	参加者	参加人数
幹部看護師（看護師長等） 管理研修Ⅰ	機構本部	7月1日～7月12日	才田智子	1
初級者臨床研究コーディネーター 養成研修	機構本部	講義 5月27日～31日	宮崎むつみ	1
骨・運動器疾患看護研修会	機構本部	10月2日～4日	山脇七海	1
情報セキュリティ研修 （実務担当者向け）	機構本部	12月2日～3日	田坂一枝	1
良質な医師を育てる研修 腹腔鏡セミナー	機構本部	R2 1月24日～25日	中西茉帆	1
実習指導者講習会	近畿グループ	6月4日～8月1日	寺田諒一郎 西久保鉄也	2
勤務時間管理研修	近畿グループ	5月16日	平田和幸 吉田麻未	2
教育担当看護師長研修	近畿グループ	5月15日	中島利恵	1
医療安全管理係長研修	近畿グループ	5月23日	打越智子	1
新任中間監督者研修 看護師長新任研修	近畿グループ	7月3日～5日	平田和幸 吉田麻未	2
国立病院機構近畿学生フォーラム	近畿グループ	7月12日	田坂一枝 中島利恵 正司 円 望月里咲 木下瑞恵 小森郁子 沖村明美	7
病院経営研修Ⅱ	近畿グループ	7月16日	早川直子	1
退院支援フォローアップ研修	近畿グループ	7月23日	岡本美佳 木下千鈴	2
保健師助産師看護師実習指導者講習会	近畿グループ	7月31日	才田智子	1
第61回看護学会	近畿地区国立病院看護部長・ 副学校長・教育主事協議会	9月1日	橋本浩和 寄木 藍 中島利恵 加藤帆乃夏 大林桜菜 中村彩乃 今津宗一郎 野村佳子 土田波奈 井上幸歩 田中麻美香 湯上幸子 茶谷恵美子 奥田真緒 長岡紀江 川瀬正裕 立石 恵 下井まどか 岩下尚子 竹下出萌 奥村奈菜子 濱田緋奈 板倉悠紀 東出美香 吉村美紗子 古崎菜々穂 森 茜音 井上史彬 吉田麻未 眞山絢圭 山田万智 吉岡里佳子 岡本美佳 今若真由美 井上睦実	35
個人情報保護研修	近畿グループ	9月6日	長岡紀江	1

研修名	主催	期間（日付）	参加者	参加人数
認知症ケア研修	近畿グループ	1回目： 9月5日～6日 2回目： 11月28日～29日	〈1回目〉 田原佳奈 続宗敬子 東野佑美 谷澤由香里 下井まどか 正司 円 奥居綾香 〈2回目〉 木下裕可里 瀬戸重里沙 巽 美咲 大阪麻佑	6 4
虐待防止対策研修	近畿グループ	9月19日～20日	湯室順子	1
副看護師長新任研修	近畿グループ	10月3日～4日	続宗敬子	1
中堅看護師長研修	近畿グループ	11月1日	川瀬正裕、宮地聡子 （聴講）向井領子	2
がん看護研修	近畿グループ	11月2日、23日	福本妃可里、大西夏子	2
ハラスメント相談員研修	近畿グループ	11月14日	向井領子	1
メンタルヘルス・ハラスメント研修	近畿グループ	11月25日	吉田麻未	1
医療安全管理研修	近畿グループ	12月2日～6日	佐々純子	1
インフォームド・コンセント研修	近畿グループ	12月12日	平田和幸	1
医療安全管理係長研修	近畿グループ	12月19日	打越智子	1
QC手法研修	近畿グループ	1月22日	湯室順子	1
チーム医療推進のための研修3（輸血）	近畿グループ	1月31日	村山仁衣菜 奥田真緒	2
クリティカルパス研修	近畿グループ	2月20日	吉川友美子 市川佳代子 大西 翼 柴田裕代 巽 美咲 仲川侑希奈 樋口由希 村瀬史人 川瀬正裕 平田和幸	10
チーム医療推進のための研修2 （がん化学療法）	近畿グループ	R2 2月20日～21日	下井まどか	1
院内感染対策研修	近畿グループ	2月7日	福田志穂	1
認定看護管理者教育課程 ファーストレベル公開講座	滋賀県看護協会	6月14日	打越智子	1
新人看護職員交流会	滋賀県看護協会	6月18日、19日、 21日、26日、27日 いずれか1日	竹下出萌 奥村奈菜子 濱田緋奈 田中麻美香 平田真衣 井上幸歩 大谷優衣 井上史彬 吉村美紗子 古崎菜々穂 武久奈津美 宇佐美晴菜 熊木美聡 森 茜音 眞山絢圭 山田万智 吉岡里佳子 加藤帆乃夏 中村綾乃 大林桜菜 土田波奈 野村佳子 吉岡 葵 木戸怜奈 榎 愛	25



研修名	主催	期間（日付）	参加者	参加人数
滋賀県看護協会第4地区支部 令和元年度定期集会	滋賀県看護協会	6月29日	北田香奈子	1
訪問看護研修ステップI	滋賀県看護協会	6月20日、7月2日、 31日、11月28日 実習2日間 (9月～10月)	鈴木ゆかり	1
滋賀県看護トップマネジャー研修会 (地域看護ネット報告会)	滋賀県看護協会	7月27日	長岡紀江、岡本美佳	2
看護倫理～意志決定支援時における倫理的問題を解決するために～	滋賀県看護協会	8月23日	村瀬史人 豊田幸香	2
看護職員認知症対応力向上研修会	滋賀県看護協会	9月12日～14日	宮地聡子	1
病院の副看護部長研修	滋賀県看護協会	9月19日	向井領子	1
ワーク・ライフ・バランス研修会	滋賀県看護協会	9月21日	中島利恵	1
新人看護職員研修（研修責任者研修・ 教育担当者研修）	滋賀県看護協会	10月1日、10日、 23日、25日	正司円	1
「認知症患者の看護」研修会	滋賀県看護協会 第4地区支部	10月5日	川瀬正裕 阪本伊織	2
主任（相当）が行うチームマネジメント	滋賀県看護協会	10月22日	北田香奈子 村田恵美	2
感染管理研修会「在宅や施設における 感染対策」～冬に向けてインフルエンザ とノロウイルス～	滋賀県看護協会	11月2日	田坂一枝 中島利恵 湯上幸子	3
3年目看護職員研修会	滋賀県看護協会	11月12日、11月22日、 12月4日のいずれか 1日	〈11月12日〉 谷くるみ 山脇七海 樋口由希 山田裕佳 伊藤美里 大林夏帆 東野佑実 仲川侑希奈 〈11月22日〉 寺西真理 吉澤奈々子 外川 翼 赤穂知奈津 伊藤未来 福本妃可里 前田祥圭 奥田真緒 〈12月4日〉 村田 梓 小川美彩子 大藪育子 田村彩華 大西夏子	21
看護管理者研修会	滋賀県看護協会	11月23日	北田香奈子	1
〈診療所・病院の外来部門で働く看護 職対象〉認知症対応力向上研修会	滋賀県看護協会	12月19日	増倉咲子	1
看護管理者研修会	滋賀県看護協会 滋賀県看護連盟	12月14日	長岡紀江、早川直子	2
看護補助者活用推進のための看護管理 者研修	滋賀県看護協会	1月17日	中島利恵	1
生涯教育研修会 災害看護研修	滋賀県看護協会	1月20日	前田祥圭	1
滋賀県看護職員認知症対応力向上研 修会フォローアップ研修	滋賀県看護協会	2月5日	宮地聡子	1



研修名	主催	期間（日付）	参加者	参加人数
ワーク・ライフ・バランス推進研修会	滋賀県看護協会	2月13日	中島利恵	1
令和元年度 看護師交流集会 看護師職能委員会I（病院領域）	滋賀県看護協会	2月22日	田坂一枝 中島利恵 川瀬正裕	3
実習指導者研修会	京都医療センター附属京都 看護助産学校	5月16日、6月19日、 12月11日	小森郁子 続宗敬子 下井まどか 吉田智加 沖村明美 北川由紀 茶谷恵美子	7
第49回京滋緩和ケア勉強会		5月18日	宮城暢子 立石恵	2
地域を支える滋賀がん診療勉強会		5月22日、1月24日	宮城暢子	1
第82回 日本消化器内視鏡技師会	日本消化器内視鏡技師会	5月31日	中川留美子	1
がん看護研修〈基礎編〉	滋賀県立総合病院 滋賀県がん診療連携協議会 研修推進部会	6月15日、7月13日、 8月10日	正司 円 小川美彩子 大藪育子	3
助産師キャリアアップ応援事業研修 （新人助産師）	滋賀県	6月28日、7月27日 10月5日、2月15日	竹下出萌、板倉悠紀 奥村奈菜子	3
ALS患者・家族交流会	東近江健康福祉事務所	6月16日	長岡紀江 木下千鈴	2
緩和ケア医療学術集	緩和医療学会	6月21日、6月22日	宮城暢子	1
ICU・CCUでの循環管理	アシスロラーニング	6月22日	奥田真緒 仲川侑希奈 中西茉帆	3
滋賀呼吸不全研究会	滋賀呼吸不全研究会	6月22日	田坂一枝 向井領子 中島理恵 吉田麻未 人見暢彦 才田智子 東野佑実	7
在宅褥瘡セミナー	日本褥瘡学会	6月29日	山口ゆづほ	1
産後ケア従事者研修会	滋賀県助産師会	7月10日、8月28日	宮地聡子、小辰葵	2
永源寺地区「気づきの勉強会」		7月11日	木下千鈴	1
看護部長・副看護部長合同研修会	全国国立病院看護部長協議 会近畿支部	7月13日	田坂一枝 向井領子	2
湖東フットケア研究会	近江八幡市立医療センター	7月18日	続宗敬子 大阪麻佑	2
第21回日本女性骨盤底学会	日本女性骨盤底学会	7月20、21日	湯上幸子 茶谷恵美子	2
第6回大阪府のがんのリハビリテー ション研修会	大阪府のがんのリハビリテー ション研修会実行委員会	7月20日、21日	端穂乃花	1
臨地実習指導者学習会	滋賀県堅田看護専門学校	8月9日	望月里咲 田村美樹	2
感染管理・感染防止対策研修会	滋賀県病院協会 滋賀県感染制御ネットワーク	8月10日	東出美香 佐々純子 二本柳李香	3
地域「里親」学生支援 交流会	認定NPO法人 滋賀医療人 育成協力機構 滋賀医科大学 里親学生支援室	8月19日	向井領子 中島利恵 武久奈津美	3

研修名	主催	期間（日付）	参加者	参加人数
第39回東近江総合医療センター臨床懇話会	東近江総合医療センター	8月22日	湯上幸子	1
関西ストーマケア講習会・関西STOMA研究会	京都橘大学	8月30日	湯室順子 続宗敬子	2
看護職員感染対策研修会	滋賀県病院協会	8月30日、9月27日、10月29日	佐々純子	1
退院支援機能強化事業 訪問看護ステーション同行・見学	滋賀県病院協会	9月～R2 1月	松尾未来 村山仁衣菜 上田穂乃花 岡田千春 今若真由美	5
パーキンソン病医療講演会	東近江健康福祉事務所	9月16日	長岡紀江	1
結核予防会結核研究所 保健師・看護師等基礎実践コース第3回	公益社団法人 結核予防会結核研究所	9月24日～27日	東出美香	1
第41回日本手術学会	日本手術学会	9月26,27日	湯上幸子 玉木加代子	2
東近江災害医療を考える会	東近江市	10月10日	奥田真緒 仲川侑希奈 玉木加代子	3
手術看護学会	手術看護学会	10月11日	湯上幸子	1
愛知がんリハビリテーション研修会	愛知がんリハビリテーション 研修会実行委員会	10月13日、14日	端穂乃花 松野円香	2
東近江圏域看護職ネット研修会	東近江健康福祉事務所	10月13日	長岡紀江	1
第25回埼玉県消化器内視鏡技師研究会	関東消化器内視鏡技師会	10月19日	中川留美子	1
第17回茨城県消化器内視鏡技師研究会	関東消化器内視鏡技師会	10月20日	中川留美子	1
第340回 OLSA-ICLS	NPO 法人おうみライフサポート 協会（日本救急医学会）	10月26日	橋本浩和	1
チームステップス近畿	チームステップス	10月27日	打越智子 佐々純子 東出美香	3
医療安全管理研修	滋賀県医師会	10月31日	打越智子	1
滋賀医科大学クリティカルパス大会	滋賀医科大学	10月31日	川瀬正裕 平田和幸	2
難病医療者研修	滋賀医科大学附属病院	11月1日	長岡紀江	1
退院支援機能強化事業全体研修会	滋賀県病院協会	11月6日	田坂一枝 長岡紀江 村上由佳 森奈津美	4
アロマコーディネーター インストラクター指定講習会	日本アロマコーディネーター協会	11月17日～18日	山本かおり	1
令和元年度医療安全に関するシンポジウム	近畿厚生局	11月21日	打越智子	1
第83回日本消化器内視鏡技師会(大阪)	日本消化器内視鏡技師会	11月23日	中川留美子	1
2019年度フラッシュアップセミナー	近畿地区手術看護認定 看護師会	11月23日	湯上幸子	1

研修名	主催	期間（日付）	参加者	参加人数
麻酔セミナー基礎編	日本手術看護学会 近畿地区	11月23日	奥田真緒 中西茉帆	2
がん看護研修	京都医療センター	11月23日	大西夏子 福本妃可里	2
第50回京滋緩和ケア勉強会	滋賀医科大学	11月24日	宮城暢子 立石 恵 岡田千春	3
医療安全対策研修会		11月26日	打越智子	1
第14回医療の質・安全学会学術集会	第14回医療の質・安全学会 学術集会事務局	11月29～30日	打越智子	1
ELNEC-J コアカリキュム看護師教育プログラム	彦根市立病院	11月24日、12月1日	松野円香	1
第4回滋賀医科大学特定行為フォーラム 将来の医療を支える看護師の特定行為～研修制度改正、何が変わる？～	滋賀医科大学	12月7日	向井領子 中島利恵 続宗敬子 湯上幸子	4
褥瘡予防対策セミナー	メディカルセミナーズ	12月8日	仲川侑希奈 奥田真緒 中西茉帆	3
東近江退院支援ルール評価・検討事業 病院訪看ケアマネ合同ワーキング	滋賀県病院協会 滋賀県東近江健康福祉事務所	12月9日	岡田千春 西山光子 木下千鈴	3
感染予防についての研修会	近江八幡総合福祉センター	12月10日	東出美香	1
第342回 OLSA-ICLS	NPO 法人おうみライフサポート協会（日本救急医学会）	12月14日	橋本浩和	1
東近江圏域認知症従事者研修会	東近江保健所 東近江健康福祉事務所	1月14日	川瀬正裕 岩下尚子 伊藤美里 伊藤綾子 谷澤由香里	5
第3回地域を支えるがん診療勉強会	地域を支える滋賀がん診療 研修会	1月24日	中島利恵 湯上幸子	2
糖尿病看護資質向上推進事業 フォローアップ研修	滋賀医科大学附属病院	1月25日	大阪麻佑	1
看護部長協議会近畿支部合同研修	近畿地区看護部長協議会	1月30日	吉田麻未	1
滋賀県病院協会看護部長部会研修会	一般社団法人 滋賀県病院 協会	1月30日	田坂一枝 中島利恵 平田和幸 吉田麻美	4
第39回滋賀県病院大会	一般社団法人 滋賀県病院 協会	2月2日	田坂一枝 向井領子 打越智子 早川直子 中島利恵 湯上幸子	6
東近江圏域 看護フォーラム	東近江健康福祉事務所	2月8日	長岡紀江	1
東近江退院支援ルール評価検討会	東近江健康福祉事務所	2月19日	長岡紀江 田原佳奈 上田穂乃花 井上睦実	4
多職種連携化学療法研修		2月20～21日	下井まどか	1
退院支援機能強化事業 訪問看護同行・見学参加者の研修後 情報交換会	滋賀県病院協会	2月21日	長岡紀江 松尾未来 村山仁衣菜 岡田千春 上田穂乃花 今若真由美	6
日本がん看護学術集会	日本がん看護学会	2月22～23日	宮城暢子	1

## 12) 院内研修参加状況

研修名	主催	期間 (日付)	参加者											参加人数
			南3	南4	南5	南6	南7	東2	HCU	手術室	外来	地域連携室	看護部長室	
標準予防策・感染経路別予防策	ICT、院内感染防止委員会、看護部感染防止リンクナース会	4月10日	6	8		5	7	5	2	12		1	5	51
ひがしおうみ栄養塾vol. 43	N S T	4月17日	1	5	5	4								15
リブレ勉強会	栄養科	4月23日			9									9
第31回東近江がん診療セミナー		4月25日	1	1	9	6	1	1		2	3		5	29
アンチバイオグラム研修	院内感染防止委員会、AST	5月8日	1	5	7	1	6	2	1	8	1		4	36
第32回東近江がん診療セミナー ひがしおうみ栄養塾vol. 44 「がん患者の栄養管理」～ある患者さんから我々へのメッセージ～	N S T 合同開催	5月15日	1	2	11	5	1			2			1	23
病棟における退院支援について	地域医療連携看護師長 長岡 紀江	5月20日	1	2		2							1	6
輸血用血液製剤について	医療安全管理室、検査科	5月22日	7	9	9	3	4	3	6	10	3	1	5	60
第2回地域を支えるがん診療勉強会 第33回がん診療セミナー	地域を支える滋賀がん診療研究会	5月22日	1	5	12	4	1	2		2	1		5	33
ハイリスク薬の医薬品管理	医療安全管理室、薬剤部	5月28日	1	4	8	2	2	2		10			4	33
知っておきたい褥瘡治療のポイント	褥瘡委員会	5月29日	4	4	6	2	5			11			1	33
第34回がん診療セミナー		6月6日		1	9	2		4			3		5	24
環境整備～病棟編～	ICT、院内感染防止委員会、看護部感染防止リンクナース会	6月12日	1	3	6	2	2	3	1	10			3	31
ひがしおうみ栄養塾 vol. 45 「こんな時どうする？補助食品・栄養剤」	N S T	6月19日		2	5	5	1			7				19
免疫チェックポイント阻害剤のIVAE対策を多職種連携		6月26日	2		5	1				6				14
医療機器安全管理研修「人工呼吸器」	医療安全管理室、ME室	6月27日		6	4	1	1	5	3	7	1		1	29
第35回東近江がん診療セミナー 「抗がん剤による暴露予防」		7月4日		2	8	2	1	1		3			4	21
放射線研修		7月8日		2			1						5	8
ひがしおうみ栄養塾vol. 46	N S T	7月17日		2	7	2				1				43
第1回 医療安全管理研修会及びDVD上映 第1回 感染予防対策研修会及びDVD上映	医療安全管理室 感染管理対策室	7月30日	全員											
PNS看護マインド研修	副看護師長会PNS強化グループ	8月5日 8月22日 8月29日		14		10								24
ハイリスク薬の基礎知識		8月6日 8月19日 8月29日	2	4		1				11				18
抗菌薬の適正使用	院内感染防止委員会、AST	8月14日	2	1	4				2	6			1	16

研修名	主催	期間 (日付)	参加者											参加人数		
			南3	南4	南5	南6	南7	東2	HCU	手術室	外来	地域連携室	看護部長室			
病院経営研修Ⅱ伝達講習		9月3日	1	2		1										4
第36回東近江がん診療セミナー 「医療用麻薬の基礎知識」		9月5日	1	3	8	4	1	2	2	2	3			5		31
デバイス関連感染防止対策 ケアバンドルを遵守していますか	ICT、院内感染防止委員会、 看護部感染防止リンクナース会	9月11日	1		7		1	1	1	9				5		25
ひがしおうみ栄養塾vol.47	N S T	9月18日			7	2	1			1						11
フィードバックカンファレンス	東近江健康福祉事務所	9月20日												1		1
第1回敗血症勉強会 「敗血症かも!？」	敗血症診療チーム	9月24日	1	1	5	1	1	1	4	1	1	1	3			20
第1回医療安全管理研修会及びDVD上映 「不当要求防止対策」	医療安全管理室	9月25日	全員											0		
ポジショニング	褥瘡委員会	9月25日		2	7	4	1				10					24
MR I の安全管理	医療安全管理室、放射線科	10月2日	4	5	5	3	4	3	2	3				2		31
第37回東近江がん診療セミナー 「AYAがん患者の特徴と支援」		10月3日	3	3	7	2	1			1	1		3			21
重症度、医療・看護必要度 伝達講習及び DVD上映	副看護師長	10月8日	全員													
環境整備～院内編～	ICT、院内感染防止委員会、 看護部感染防止リンクナース会	10月9日	1		8	3					13			1		26
接遇研修	患者サービス向上対策委 員会	10月10日	1	4	3	1	2		1	3				4		19
東近江災害を考える会		10月10日	2		8		1							3		14
ひがしおうみ栄養塾vol.48 「地域包括ケアシステムにおけるシームレス N S Tな連携を目指して」		10月16日	1		6	3										10
第2回地域医療連携セミナー	地域連携	10月21日		1	9	2				3						15
個人情報保護研修 伝達講習		11月5日	1	1		1	2			1				5		11
ノロウイルス対策	ICT、院内感染防止委員会、 看護部感染防止リンクナース会	11月13日	1	2	6	3	1	2	4	5	1			4		29
ひがしおうみ栄養塾vol.49	N S T		1			3										4
ハラスメント研修（一般職向け）		11月21日	4	1	2	2	2	1		6		2	1			21
実習指導者の役割	実習指導者会	11月25日		1	4	1				5				3		14
医療安全管理研修会 「安全な移乗・移送方法」	医療安全管理室、リハビリ テーション科	11月27日	2		4	2	1	4	2	9	2			3		29
実習指導者講習会伝達講習		12月2日	1		5	1				5				3		15
第2回敗血症勉強会 「くすりの基本」・「経腸栄養のススメ」	敗血症診療チーム	12月3日	1		6	2	1	3		5				3		21

研修名	主催	期間 (日付)	参加者											参加人数		
			南3	南4	南5	南6	南7	東2	HCU	手術室	外来	地域連携室	看護部長室			
褥瘡予防の基礎知識	褥瘡対策委員会	12月4日	1	2	8							8			3	22
第38回がん診療セミナー		12月5日	1	5	5	1	1	1				3			5	22
結核道場	院内感染防止委員会、ICT	12月11日	1	2	11	1	2	1	1	5	1	3	5		33	
東近江がん免疫療法セミナー		12月12日								1				1	2	
ハラスメント研修（職場長向け）		12月16日	1	1	1	1	1	1	1	1	1				9	
ひがしおうみ栄養塾vol. 50		12月18日				2									2	
第1回 クリティカルパス大会 クリティカルパス作成時の考え方～アウトカム志向のパス作成～	クリティカルパス委員会	12月19日	1			2					2			1	6	
中堅看護師長研修伝達講習会 ～自分を知り、看護管理に活かす～	宮地聡子 川瀬正裕	12月20日	1	1	2	1	3	2		1	1	1	4		17	
メンタルヘルス研修伝達講習	吉田麻未	12月24日	1		1					1	1	1	3		8	
第2回 医療安全管理研修会及びDVD上映 第2回 感染予防対策研修会及びDVD上映	医療安全管理室 感染管理対策室	12月25日	全員													
ひがしおうみ栄養塾vol. 51	N S T	1月15日	2		5	5	1				4			1	18	
医療安全研修伝達講習会 キーワードで考える医療安全		1月21日	1							1				4	6	
第3回救急勉強会		1月22日	1							1			3		5	
情報セキュリティ研修 伝達講習会	田坂看護部長 山田契約係長	1月23日	1	2	1	1	1	1		7	1	1	4		20	
食物アレルギーについて 誤接続防止コネクタの国内導入の経緯	医療安全管理室、栄養管理室	1月29日	1	3	5	5	2	2		1	4	1	5		29	
認知症対応力向上研修：伝達講習	宮地聡子	1月31日	1	1	3					1				1	7	
第39回東近江がん診療セミナー		2月6日		2	12	2	1	1		3		2	3		26	
退院支援看護師養成フォローアップ研修 伝達講習	岡本美佳 木下千鈴	2月14日			3									3	6	
ひがしおうみ栄養塾vol. 52		2月19日			4	2								1	7	
実習指導者会 勉強会 学生と一緒に考えることの大切さ	実習指導者会	2月25日		2	5	1				1				2	11	
医薬品安全管理研修会「麻薬・劇薬・向精神薬の管理」	医療安全管理室、薬剤部	2月26日	3	7	3	1	4	1	1	8				3	31	
診療報酬改定における変更点 「看護必要度」		3月5日	1	5		1	1							3	11	



### 13) 実習受け入れ状況

#### 看護課程・養護教諭課程

2019年度	滋賀医科大学医学部看護学科 助産学実習・統合看護学実習	助産課程	2人×44日	88人
	聖泉大学看護学部 助産学実習Ⅰ・Ⅱ	助産課程	1人×49日 1人×45.5日	94.5人
	NHO京都医療センター附属京都看護助産学校 助産科 助産学実習	助産課程	3人×1日 2人×5日 1人×16日	29人
	明治国際医療大学 助産学実習	助産師国家試験 受験資格取得コース	2人×37日	74人
	堅田看護専門学校 母性看護学実習	3年生	6人×10日 3人×10日	90人
	滋賀医科大学医学部看護学部 母性看護学実習	3年生	6人×8日 6人×9日 5人×2日	100人
	滋賀県立総合保健専門学校 看護学科 母性看護学実習	3年生	5人×10日 7人×10日 7人×9日	183人
	公立大学法人滋賀県立大学 人間看護学部 母性看護学実習	3年生	5人×7日 6人×7日 5人×7日 6人×7日	154人
	堅田看護専門学校 小児看護学実習	3年生	3人×8日	24人
	NHO京都医療センター附属京都看護助産学校 看護師科 小児看護学実習	3年生	84人×2日 1人×2日	170人
	びわこ学院大学 教育福祉子ども学科	3年生	2人×10日	20人

#### 小・中・高校 学生職場体験実習

年度	学校名	学年	人数×日数	延べ人数
2019年度	東近江市玉園中学校	2年生	5人×5日	25人
	東近江市愛東中学校	2年生	5人×5日	25人
	東近江市聖徳中学校	2年生	5人×5日	25人
	高校生「一日看護体験」(看護協会)	2年生	9人×1日	9人

# 医療安全管理室

## スタッフ（2019年度）

役職	氏名	職名
医療安全管理室長	辻川 知之	副院長
医療安全管理係長	打越 智子	看護師長
医薬品管理責任者	河合 実	薬剤部長
医療機器管理責任者	速水 良高	主任臨床工学技士
医事専門職	八島 健蔵	医事専門職

## 活動概要

### 1) ヒヤリ・ハット体験報告の集計・分析・対策の実施

職員のヒヤリ・ハット体験をすべてレポートで集計・分析し、具体的な改善策の提案・推進を行っている。ヒヤリ・ハット報告件数は953件、レベル1、レベル0、レベル2の順に多い。ヒヤリ・ハット報告の発生率は、薬剤1.71%、転倒転落3.20%、チューブ類1.91%、骨折のレベル3b報告件数は2件で、高齢者の転倒による骨折が多い現状である。電子カルテ更新に伴い、医療安全管理マニュアルの電子化を図った。また、転倒転落後の初期対応について、院内で統一できるようフローチャートを作成した。今後も転倒転落アセスメント評価の徹底と予防ケア、本人・家族への十分な説明が課題である。また、身体拘束患者「ゼロ」に向けて取り組み、身体拘束実施率は13.4%へ減少している。

### 2) 医療安全管理室ウォーキングラウンドの実施

定期的にテーマごとに院内のラウンドを行い、職員に対する医療安全対策マニュアルの遵守状況、各現場における医療安全上の問題点と改善のために助言や指導を行っている。モニターアラーム対応、薬品管理、人工呼吸器管理など

2019年度のラウンド回数43回、ラウンド部署16部署である。（うち環境チェックシートを用いたラウンド回数は11回、ラウンド部署8部署）

### 3) 医療安全に関する職員教育に向けた取り組み

新採用者オリエンテーションの実施や研修会の開催

テーマ	参加人数
医療安全管理研修（計2回）	767名
医薬品安全管理研修（計2回）	88名
医療機器安全管理研修（計1回）	42名
放射線安全管理研修（計1回）	43名

### 4) ニュースレターの発行

医療安全情報：12回 医療安全管理ニュース：2回 警鐘事例の発行

### 5) 医療安全相互チェックの実施

地域の3施設で相互にチェックを行い、医療安全質の向上、情報交換を行った。

## スタッフ（2019年度）

役職	氏名	資格／職名
総合内科部長	杉本 俊郎	院内感染対策委員長
副看護師長	東出 美香	感染管理認定看護師（C N I C）
細菌検査主任	山中 淳	臨床検査技師
薬務主任	横山 晋一郎	抗菌化学療法認定薬剤師
医事専門職	八島 健蔵	医事専門職

## 活動概要

院内感染防止委員会の実動チームであり、感染サーベイランス、感染防止に関するルール、マニュアル作成、物品選択、アンチバイオグラム作成、抗菌薬の適正使用への取り組みなどのほとんどの概要を立案している。

院内アウトブレイク時の初動、加療にも当たっている。

### カンファレンス：毎週1回

細菌及びウイルス検出状況、抗菌薬使用状況、院内感染対策状況、県内外、医療治機器のトピック等を議題として取り上げ、討議している。

年4回他施設との合同ICTカンファレンスへ参加している。

### ラウンド：毎週1回

定期的ラウンドと共にカンファレンスで問題になった事象についての、不定期のラウンドも行っている。

### サーベイランス

中心静脈ライン、尿道留置カテーテル、人工呼吸器関連感染、手術部位感染、ケアプロセス、症候性、耐性菌、環境の細菌培養、手指衛生などに関して、サーベイランスを行い現場へ反映する事を目的としている。JANISやJHAISのサーベイランス事業にも参加している。

## 研修、啓蒙活動

院内研修として全職員参加の感染予防研修を年2回開催、院内自由参加の研修として医療関連感染防止、抗菌薬の適正使用、N-95マスクのフィットテスト研修等の開催、その他部門別研修などを適時行っている。

地域貢献活動として地域連携加算病院、施設、保健所等からの依頼を受け、院外研修にも積極的に協力している。

## その他

国立病院機構の行うEBM研究では、過去に、MMRV、新型インフルエンザワクチン、CD-NHO等、ICT主導での研究参加も行っている。国立病院総合医学会、日本環境感染学会での研究発表も行っている。

また、手術室、薬剤部の水質、内視鏡とその保管庫などの細菌培養検査も定期的に行っている。

## スタッフ (2019 年度)

役 職	氏 名	資格／認定
消化器内科医長 (リーダー)	伊藤 明彦	日本臨床栄養代謝学会認定医・代議員 日本内科学会認定内科医・総合内科専門医 日本消化器病学会専門医・指導医 日本消化器内視鏡学会専門医 P E G・在宅医療学会 代議員 日本P T E G研究会 世話人 日本栄養アセスメント研究会 世話人 T N T - D 認定
外科医長 (サブリーダー)	太田 裕之	日本外科学会専門医・指導医 日本消化器外科学会専門医・指導医 消化器がん外科治療認定医 日本消化器病学会消化器病専門医 日本大腸肛門病学会大腸肛門病専門医 日本がん治療認定医機構がん治療認定医 日本乳がん学会認定医 インфекションコントロールドクター 家族性腫瘍コーディネーター T N T - D 認定
糖尿病・内分泌内科医長	前野 恭宏	日本内科学会総合内科専門医・指導医 日本糖尿病学会専門医・研修指導医 日本プライマリケア連合学会認定医・指導医 日本医師会認定産業医 T N T - D 認定
歯科口腔外科医師	堤 泰彦	日本顎咬合学会認定医 日本口腔診断学会認定医
NST 専従 管理栄養士	畠中 真由 山根 あゆみ	N S T 専門療法士 (日本臨床栄養代謝学会) N S T 専門療法士 (日本臨床栄養代謝学会)
薬剤師	西村 幾美 東 里映	N S T 専門療法士 (日本臨床栄養代謝学会) 日病薬病院薬学認定薬剤師 認定実務実習指導薬剤師
栄養管理室長	田中 勝久	

管理栄養士	谷口 恵美 源藤 真由 鈴木 翔太 山本 順子	
臨床検査技師	一瀬 亮介	二級臨床検査士（免疫血清学、臨床化学、血液学） 認定臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師
言語聴覚士	白石 智順 藤岡 江里子	滋賀県言語聴覚士会理事
南 6 病棟看護師長	川瀬 正裕	
南 3 病棟看護師	田村 美樹	
南 4 病棟看護師	西村 朝子	
南 5 病棟看護師	齊藤 真由	
南 6 病棟看護師	加藤 智恵子	
南 7 病棟看護師	森 しのぶ	
東 2 病棟看護師	関谷 美津	
HCU病棟看護師	村山 仁衣菜	
医事係長	千賀 智子	
副院長	辻川 知之 (オブザーバー)	日本内科学会総合内科専門医・指導医 日本消化器病学会専門医・指導医 日本消化器内視鏡学会専門医・指導医 日本老年医学会認定専門医 日本消化管学会認定医 日本カプセル内視鏡学会認定医 TNT-D認定

## 活動概要

患者さまの栄養状態を評価し、最適な栄養療法が実施できるように監視すると共に適切な指導・提言を行い、治療成績の向上に努めることにより早期の疾病からの回復と社会復帰を図ることを目的とし、チーム医療を行っています。また、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）の栄養サポートチーム専門療法士取得にかかる実地修練施設として院内外の医療職スタッフへ研修を行っています。

- ・NST稼働施設認定取得（日本臨床栄養代謝学会）
- ・NST教育施設認定取得（日本臨床栄養代謝学会）

- \*ラウンド 毎週水曜日 13：30～ 栄養状態の不良な患者さまのラウンドを行っています。
- \*カンファレンス 毎月第3水曜日 16：00～ 症例検討及び全体会議を行っています。
- \*勉強会 毎月第3水曜日 17：30～ 栄養療法の啓発のため勉強会を開催しています。
- \*NST外来 毎週火曜日 午後  
当院外来患者様のうち、栄養状態の不良な方に対して栄養摂取方法などの提案を行っています。
- \*嚥下造影検査 毎週木曜日 11：30～  
NST医師、歯科口腔外科医師、言語聴覚士、放射線技師、病棟看護師、管理栄養士にて摂食嚥下障害の患者さまの嚥下評価を実施し、適切な食事形態や摂食方法の提案を行っています

## 【NST勉強会】

4月17日	栄養サポート ～多職種で患者さんを下支え～	伊藤明彦 消化器内科医長	39名参加
5月15日	がんセミナーとのコラボ勉強会 がん患者さんの栄養管理 ～ある患者さんから我々へのメッセージ～	伊藤明彦 消化器内科医長	83名参加
6月19日	こんな時どうする？補助食品・栄養剤 ～NSTケーススタディ 試飲・試食会開催～	畠中栄養士	45名参加
7月17日	嚥下評価と食事介助 ～3つのポイントとおまけ～	白石言語聴覚士	37名参加
9月18日	看護師から見た経腸栄養管理	加藤智恵子看護師	42名参加
10月16日	地域包括ケアシステムにおけるシームレスな連携を目指して	伊藤明彦 消化器内科医長 敬愛病院栄養士ら	84名参加
11月20日	上手に使おう脂肪乳剤 ① 脂肪乳剤編 ② 症例編	西村薬剤師 東薬剤師	34名参加
1月15日	どうする？褥瘡患者の栄養管理 ～チームで関わった症例を通して～	鶴飼皮膚科医長 鈴木栄養士 山根栄養士	49名参加
2月19日	口腔ケアについて	堤泰彦歯科口腔外科医長	37名参加

## 2019年度実績

### 【NST実地修練終了者数】

院内 3名  
院外 5名

## 学会発表

- 1) **東 里映**：抗結核薬による消化器関連症状の発現状況と NST の関わり：第 35 回日本臨床栄養代謝学会学術総会：2020年2月：京都
- 2) **白石智順**：神経難病と胃瘻を考える～経口摂取併用のツールとして～：第 35 回日本臨床栄養代謝学会学術総会：2020年2月：京都
- 3) **西村幾美**：結核患者に対する NST 活動の実際とその効果：第 35 回日本臨床栄養代謝学会学術総会：2020年2月：京都
- 4) **山根あゆみ**：リフィーディング症候群高リスク患者の抽出と介入：第 35 回日本臨床栄養代謝学会学術総会：2020年2月：京都
- 5) **山本順子**：Wilson病の栄養管理 ～銅含有量の少ないツインラインNF®を用いて～：第 35 回日本臨床栄養代謝学会学術総会：2020年2月：京都

## 書籍

- 1) **山根あゆみ**：がんばる栄養士を応援します！わたしたちの施設の期待の星：Nutrition Care：メディカ出版：2020年7月号：1～7：2020年7月10日発行

### 【栄養サポートチーム活動】

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
NST 加算算定患者数(件)	524	1,153	946	1,158
カンファレンス件数(件)	926	1,302	1,219	1,412
新規登録患者数(人)	237	426	340	433
嚥下造影検査実施数(人)	-	39	56	39



# 地域医療連携室

## 概要

当院は地域に根ざした中核病院として、急性期医療を提供し在宅までの地域医療の推進という役割を担っています。地域医療連携室では、医療機関からの予約対応や病病連携・病診連携の推進を行っています。また、退院支援・退院調整についても介護専門支援員及び訪問看護師との連携強化も進めております。

市民へ向けた研修会・セミナー等の運営・開催等も行っております。

## スタッフ構成

地域医療連携室室長（副院長）	目片 英治
地域医療連携室室長補佐（経営企画室長）	岸本 勇
地域医療連携係長（看護師長）	長岡 紀江
看護師	福井 久枝・木下 千鈴・土居 真理子・門野 正代
社会福祉士	横山 京子・山下 恵・寺本 隆人・北村 拓也・ 安藤 千佐果
事務員	河田 謙治・居松 建治・松野 和美

## 活動実績

【紹介件数・紹介率・逆紹介率状況】\*年度：4月～3月

区分	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31(令和元)年度
紹介件数	4,894 件	5,213 件	5,597 件	6,013 件	6,837 件	7,067 件
紹介率	48.23%	46.06%	50.78%	51.82%	71.06%	76.93%
逆紹介率	21.37%	19.74%	39.23%	41.28%	66.57%	62.11%

【平成 31 年度（令和元年度） 市民公開講座・医療従事者向け研修会等】\*年度：4月～3月

開催日	研修会名・内容	主な演者	会場
2019年8月22日	臨床談話会	演題 1：「ACP（アドバンスケアプランニング）について」 総合内科医師 兒玉 征也 演題 2：「膵癌早期診断のために～当院での現状と試み～」 消化器内科医師 伊藤 昂 演題 3：「神経内科のご紹介～神経診断学の視点から～」 神経内科医師 山本 寛 演題 4：「魚骨により急性胆管炎を生じた1例」 放射線科医師 渡邊 尚武 演題 5：「顎関節症の基礎知識～地域医科診療所に顎関節症患者が受診した際に必要な基礎知識～」 歯科口腔外科医師 森 敏雄 演題 6：「前立腺癌クリニカルパスについて」 泌尿器科医師 鈴木 友理 演題 7：「当院耳鼻咽喉科の現状とこれからの展望」 耳鼻咽喉科医師 須藤 智之	八日市ロイヤルホテル

開催日	研修会名・内容	主な演者	会場
		演題 8:「当院における胃がん手術の現状」 外科医師 安 炳九 演題 9:「発災！その時病院は」 救急部副部長 北村 直美 演題 10:「整形外科の新体制～東近江医療圏における人工関節の普及に向けて」 整形外科医長 古屋 佑樹	
2019年9月26日	CPC カンファレンス	座長：東近江総合医療センター 糖尿病・内分泌内科医長 前野 恭宏 症例提示：「胆嚢炎を契機として偶発的に発見された多発肝腫瘍の一例」 東近江総合医療センター 消化器内科 大槻 晋士 病理報告：滋賀医科大学病理学講座 物理学講座 猪飼 信康	東近江総合医療センター：きらめきホール
2019年10月21日	地域医療連携セミナー	特別講演「回復期リハビリテーション病棟受け入れ基準について」 座長：東近江総合医療センター 整形外科医長 菊地 克久 講演：済生会守山市民病院 リハビリテーション科 診療科部長 平田 智大 特別講演 「退院支援 医療療養病床編」 座長：東近江総合医療センター 総合内科部長 杉本 俊郎 講演：医療社会事業専門員 寺本 隆人	東近江総合医療センター：きらめきホール
2019年10月27日	第11回東近江圏域がん診療市民公開講座	演題 1:「きれいな空気で健康長寿・健康都市づくり～がん予防の王道を目指して～」 座長：滋賀医科大学付属病院 腫瘍センター長 醍醐 弥太郎 講演：近江八幡市立総合医療センター 副院長・病理診断科 部長 細川 洋平 演題 2:「膵がんへの対策～早期発見と病診連携～」 座長：近江八幡市立総合医療センター 外科部長 中野 且敬 講演：東近江総合医療センター 外科医長 赤堀 浩也 特別講演:「あなたにとっての支えは何でしょう?～エンドオブライフ・ケアから見出すいのちの意味～」 座長：東近江総合医療センター 泌尿器科医長 坂野 祐司 滋賀医科大学付属病院 看護師長 服部 聖子 講演：(医)拓海会 大阪北ホーム ケアクリニック 院長 白山 宏人	東近江総合医療センター：きらめきホール

開催日	研修会名・内容	主な演者	会場
2019年12月1日	東近江総合医療センター 市民公開講座 ～地域で支える健康～	総合司会：総合内科部長 杉本 俊郎 演題 1：「良質な睡眠をとるために にできること」 総合内科医師 児玉 征也 演題 2：「知っていますか？隣が んとリスクの話」 消化器内科医師 大槻 晋士 演題 3：「頻尿、尿もれでお困り のあなたへ」 泌尿器科医師 鈴木 友理	東近江市保健子育て複 合施設ハピネス
2019年12月1日	第12回東近江医療圏 がん診療公開講座 この時代に知っておきた いがん診療 救える命 私たちにでき ること！	演題 1：「がん治療後の人生設計 のために若年者（AYA）のが ん、がん生殖医療」 座長：東近江総合医療センター 産婦人科医長 石河 顕子 講演：滋賀医科大学 外科学講座 助教 河合 由紀 演題 2：「みなさんも力になれる 血液がんの治療」 座長：近江八幡市立総合医療センター 血液内科部長 高橋 良一 講演：近江八幡市立総合医療センター 血液内科医師 赤松 園子 特別講演：「今を生きること～い のちを燃やして 陶芸家とし て、母として、そして今～」 座長：滋賀医科大学付属病院 腫瘍センター副センター長 村田 聡 講演：陶芸家・滋賀骨髓献血の和 を広げる会 会長 神山 清子 特別講演：「がんでもパパやママ に・・・自らの白血病体験を 通して今、思うこと」 座長：滋賀医科大学付属病院 腫瘍センター長 醍醐 弥太郎 講演：全国骨髓バンク推進連絡 協議会 顧問 大谷 貴子	滋賀県立男女共同参画 センター G-NET しが
2020年1月11日	第6回東近江内科集中セ ミナー2019 (臨床研修医向け)	演題1：「もう怖くないDKAとHHS」 糖尿病・内分泌内科医師 坂田 瑞稀 演題2：「怖い便秘、怖い下痢」 消化器内科医師 大槻 晋士 演題3：「腹部エコーハンズオン」 消化器内科チーム 演題4：「けっこう大切！高齢者総合 機能評価（CGA）」 総合内科医師 田丸 大 演題5：「心エコーハンズオン」 循環器内科チーム 演題6：「救急画像診断のABC」 放射線科医師 渡邊 尚武	東近江総合医療センター： きらめきホール
2020年2月8日	防災訓練		東近江総合医療センター

開催日	研修会名・内容	主な演者	会場
2020年2月13日	CPC カンファレンス	座長：東近江総合医療センター 糖尿病・内分泌内科医長 前野 恭宏 症例提示：「化学療法中に腸管突 穿孔した単形性上皮向性 T 細 胞リンパ腫 (MEITL) の一例」 東近江総合医療センター 消化器内科医師 水田 寛郎 病理報告：滋賀医科大学病理学講座 病理診断科医師 苗村 智	東近江総合医療センター： きらめきホール
2020年2月18日	地域医療連携セミナー	特別講演：「在宅診療科の取り組 みについて」 座長：東近江総合医療センター 総合内科部長 杉本 俊郎 講演：彦根市立病院 在宅診療科 一岡 慶紀	東近江総合医療センター： きらめきホール

【退院支援・調整活動実績】＊年度：4月～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	合計
退院時共同指導料	2	5	3	0	0	9	1	2	2	1	3	0	28
介護支援連携指導料	7	11	14	23	13	14	19	31	34	32	36	24	258
入退院支援加算1	108	80	106	102	99	99	129	106	159	80	102	134	1,304

退院支援カンファレンス	2,321件/年
退院前拡大カンファレンス	137件/年
転院調整件数	125件/年
転院受け入れ調整件数	65件/年
施設退院調整件数	34件/年

【がん相談件数】

平成 31 (令和元) 年度 252件

# 手術室

## 手術部会

各診療科と麻酔科と手術室看護師が手術枠や医療安全の取り組みなどを検討し調整する。

## スタッフ（2019年度）

委員長：藤野能久麻酔科部長

副委員長：玉木加代子手術室・中央材料室看護師長

スタッフ：目片英治副院長 尾崎良智外科診療部長 菊地克久整形外科医長

太田裕之外科医長 西村宙起産婦人科医長 鵜飼佳子皮膚科医長

中島智子眼科医師 堤泰彦歯科口腔外科医師

坂野祐司泌尿器科医長 星参耳鼻咽喉科医長

書記：医師事務作業補助者

## 令和1年度 整備機器

特になし

## 手術実績

令和1年度【診療科別】

	外科	呼吸器外科	婦人科	産科	泌尿器科	整形外科	眼科	歯科口腔	皮膚科	耳鼻科	救急科	合計
合計	314	105	154	56	142	317	286	61	68	83	15	1,601
うち 時間内緊急	33	0	12		5	38	2	0	0	1	2	93
うち 時間外緊急	30	0	15		5	9	0	0	0	1	3	63

# がん診療センター

## 概要

がん疾患は、特別な疾患ではなく国民の半数に関わる一般的な病です。しかし、予防に関する啓蒙、早期診断、標準治療、診断時からの緩和ケアの実施、専門的ながん看護、専門的な薬物療法、がん登録情報から臨床現場へのフィードバック等を、当たり前実施していく必要があります。平成 28 年に設置されたがん診療センターが、その責務を担っています。

## スタッフ（2019 年度）

センター長 目片副院長

副センター長 尾崎外科診療部長

### ○がん化学療法委員会

尾崎良智、太田裕之、和田広、西村宙起、星参、堤泰彦、神田暁博、鈴木友理、岡部勲、植田裕美、松井駿亮、川瀬正裕、才田智子、岡本美佳、打越智子、平塚久恵、千賀智子

### ○がん登録委員会

太田裕之、和田広、西村宙起、堤泰彦、坂野祐司、神田暁博、岸本勇、崎川紘史、太田悦子

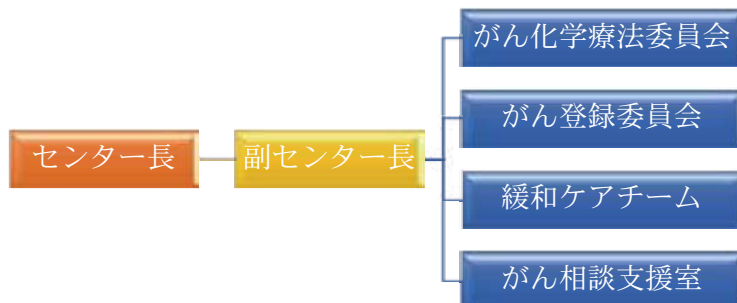
### ○緩和ケアチーム

坂野祐司、赤堀浩也、松井駿亮、上野由貴、宮城暢子、堺恵、端穂乃花、横山京子

### ○がん相談支援室

目片英治、岸本勇、河田謙治、長岡紀江、福井久枝、木下千鈴、門野正代、土居真理子、横山京子、山下恵、居松建治、松野和美

## 組織構成



## 活動報告

### ■がん診療セミナー（院内・院外の医療者向け）

前半の特別講演で、主に外部講師からの活動報告を拝聴し、現状のアップデートを図り、後半の症例検討会で、各部門の取り組み発表やケーススタディーを通じて、当院のチーム医療の現状を知り、今後へ活かしていく事を目標に活動しています。



・平成 31（令和元）年度 東近江がん診療セミナー開催状況

回	実施日	特別講演演題	演者	司会	参加者数
第31回	H31.4.25	①化学療法室の紹介 ②当院の緩和ケアチーム ③禁煙に向けての行動変容	看護師（平塚）・ 緩和ケア認定看護師（宮城）・ 総合内科医師（田丸）	副院長（目片）	64人（1人）
第32回	R1.5.15	～がん患者の栄養管理～	消化器内科医長（伊藤）	副院長（目片）	81人（7人）
第33回	R1.5.22	BESTな大腸癌治療を目指して ～第2回 地域を支えるがん診療勉強会 共催～	薫風会 佐野病院 消化器がんセンター長 小高 雅人	公立甲賀病院 消化器外科主任部長 池田 房夫	80人（35人）
第34回	R1.6.6	～EGFR阻害薬による皮膚症状と治療～	皮膚科医長（鶴岡）・薬剤師（松井）・ 看護師（平塚）	泌尿器科医長（坂野）	47人（0人）
第35回	R1.7.4	～抗がん剤による暴露予防～ ～大腸癌に全身リンパ節腫大を伴った症例の検討～	副薬剤部長（庄野）・ 消化器内科医師（大槻）	副院長（目片）	47人（0人）
第36回	R1.9.5	～とっても簡単！緩和ケアと医療用麻薬の 基礎知識～ ～肺がん患者のがん性疼痛に対する関わり～	NHO兵庫中央病院 副薬剤部長 古川 順章・看護師（端）	副院長（目片）	65人（6人）
第37回	R1.10.3	～AYA世代のがん患者さんの特徴と支援～ ～喉頭がん患者の在宅へ向けた関わり～	滋賀医科大学付属病院 がん看護専門看護師 木村 由梨・ 助産師（池田）	副院長（目片）	42人（0人）
第38回	R1.12.5	～危険な飲酒をみつけよう～ ～がん疾患をもった患者の大腿骨折術後のリハビリ テーション～	研修医（石田）・看護師（山脇）	副院長（目片）	57人（0人）
第39回	R2.2.6	～病院での終末期看護と看取りについて～ ～がん患者とその家族への関わりについて～	ヴォーリス記念病院 緩和ケア認定看護師 谷川 弘子・ 看護師（正司・小川）	泌尿器科医長（坂野）	49人（2人）

※参加者数（ ）は院外参加者数を再掲

■東近江医療圏がん診療市民公開講座

当院と滋賀医科大学医学部附属病院、近江八幡市立総合医療センターの3病院（東近江圏域のがん診療連携病院）の共催で、がん診療市民公開講座を年2回開催し、市民に対するがんに関する知識の普及啓発に努めています。

・平成 31（令和元）年度開催状況

回	実施日	講演演題	演者	座長	参加者数
第11回	R1.12.1	講演1 がん治療後の人生設計のために 若年者（AYA）のがん、がん生殖医療 講演2 みなさんも力になれる 血液がんの治療 講演3 今を生きること～いのちを燃やして陶芸家として、母として、そして今～ 講演4 がんでもパパやママに・・・自らの白血病体験を通して今、思うこと	滋賀医科大学 外科学講座 助教 河合 由紀 近江八幡市立総合医療センター 血液内科医師 赤松 園子 陶芸家・滋賀骨髓献血の和を広げる会 会長 神山 清子 全国骨髓バンク推進連絡協議会 顧問 大谷 貴子	産婦人科医長（石河） 近江八幡市立総合医療センター 血液内科部長 高橋 良一 滋賀医科大学付属病院 腫瘍センター副センター長 村田 聡 滋賀医科大学付属病院 腫瘍センター長 醍醐 弥太郎	145人

■がん情報相談会

滋賀県がんと向き合う週間啓発活動の一環として、令和2年2月7日に「がん情報相談会」を開催しました。

ブース形式で、当院の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が個々の患者さんが抱える悩みや気になる事について質問に答えるなど、相談支援、情報提供に取り組んでいます。新たにアピアランス関連ブースを追加しました。

# 各委員会 の 活動報告

---

- 1) 褥瘡対策委員会
- 2) 病床・外来管理委員会
- 3) クリティカルパス委員会
- 4) 診療録等管理委員会
- 5) がん診療センター会議
- 6) がん化学療法委員会
- 7) がん登録委員会
- 8) 薬事委員会
- 9) 手術室管理運営委員会
- 10) 臨床検査委員会
- 11) 輸血療法委員会
- 12) 栄養管理委員会
- 13) 患者サービス向上委員会
- 14) 広報委員会

# 褥瘡対策委員会

## 目的

1. 褥瘡患者の発生状況に関すること。
2. 褥瘡患者の診療計画の評価に関すること。
3. 褥瘡処置材料の使用に関すること。
4. 陰圧器具の使用に関すること。
5. 褥瘡看護計画の評価に関すること。
6. 院内褥瘡研修会の開催、院外研修会の情報収集に関すること。

## 構成委員

皮膚科医長、皮膚科医師、主任薬剤師、管理栄養士、理学療法士、副看護部長、看護師長、皮膚・排泄ケア認定看護師、各病棟・手術室看護師（1名ずつ）、医事係長

## 活動記録

開催日	議題及び実績
2019年4月19日 2019年5月17日 2019年6月21日 2019年7月19日 2019年9月20日 2019年10月18日 2019年11月15日 2019年12月20日 2020年1月17日 2020年2月21日 2020年3月19日	<p>褥瘡対策委員会では、発生届の提出された褥瘡について各々の症例を検討することで発生原因の追究、予防策についての議論を行っています。</p> <p>委員会内で開催される勉強会の内容を各病棟へフィードバックし褥瘡の知識を共有することと併せ、全職員向けの勉強会を実施し、病院全体での褥瘡発生防止に取り組んでいます。</p> <p>第1回褥瘡勉強会 『知っておきたい褥瘡治療のポイント～TIMEコンセプトを中心に～』 講師：鶴飼皮膚科医長 開催：2019年5月29日 参加人数：68名 ・TIMEコンセプトを基とし、具体的な外用剤、ドレッシング材の特徴、使い分けについても実症例を挙げながら解説を行いました。</p> <p>第2回褥瘡勉強会 『よりよいポジショニングとは』 講師：リハビリテーション科 岡田主任理学療法士 開催：2019年9月25日 参加人数：54名 ・リハビリテーション科の視点から、臥位・座位の際のポジショニング、上方移動の方法等について、実践を交えての勉強会となりました。</p> <p>第3回褥瘡勉強会 『褥瘡予防の基礎知識～院内発生症例から振り返る～』 講師：皮膚・排泄ケア認定看護師 続宗副師長 開催：2019年12月4日 参加人数：41名 ・一番患者さんと接する看護の視点より、現在行っている褥瘡対策の改善項目や簡単に実践出来るケアの方法について学びました。</p> <p>第4回褥瘡勉強会～NSTミーティングとのコラボレーション 『どうする？褥瘡患者の栄養管理～チームで関わった症例を通して～』 講師：鶴飼皮膚科医長、山根栄養士、鈴木栄養士 開催：2020年1月15日 参加人数：49名 ・NSTチームとの合同勉強会ということで、褥瘡のケアと栄養管理という両面からのアプローチで改善した事案を通じ、改めて褥瘡と栄養の関係を考える機会となりました。</p>

# 病床・外来管理委員会

## 目的

1. 病床の効率的運用及び秩序維持に関すること。
2. 病床の病棟別・科別の割り当て及び目標患者数に関すること。
3. 感染症患者等の収容に関すること。
4. 入退院に関すること。
5. 平均在院日数に関すること。
6. 待機患者及び地域医療機関等からの受け入れ状況に関すること。
7. 重症者室及び特別室の利用状況に関すること。
8. 院長から特に指示を受けた事項。
9. その他、委員長が必要と認める事項。

## 構成委員

副院長、特命副院長、内科診療部長、外科診療部長、病棟管理者、各科医長、副薬剤部長、医療安全係長、看護部長、副看護部長、病棟管理補佐（各病棟看護師長）、手術室看護師長、外来看護師長、地域医療連携師長、主任理学療法士、事務部長、経営企画室長、医事係長

## 活動記録

開催日	議題及び実績																																																																																																																																																																																																																																																										
2019年4月12日 2019年5月10日 2019年6月14日 2019年7月12日 2019年9月13日 2019年10月18日 2019年11月22日 2019年12月13日 2020年1月10日 2020年2月14日 2020年3月13日	<p>各病棟における患者数、個室利用状況の報告、患者確保や病棟運営の問題点についての協議を行っている。</p> <p>■2019年度病棟利用率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H31.4</th> <th>R1.5</th> <th>R1.6</th> <th>R1.7</th> <th>R1.8</th> <th>R1.9</th> <th>R1.10</th> <th>R1.11</th> <th>R1.12</th> <th>R2.1</th> <th>R2.2</th> <th>R2.3</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>南3病棟</td> <td>59.0%</td> <td>66.7%</td> <td>69.3%</td> <td>70.6%</td> <td>63.7%</td> <td>59.6%</td> <td>62.1%</td> <td>55.6%</td> <td>57.7%</td> <td>61.3%</td> <td>57.1%</td> <td>67.0%</td> <td>62.5%</td> </tr> <tr> <td>南4病棟</td> <td>81.0%</td> <td>74.6%</td> <td>82.0%</td> <td>75.3%</td> <td>78.7%</td> <td>76.5%</td> <td>73.0%</td> <td>73.9%</td> <td>66.1%</td> <td>71.7%</td> <td>79.6%</td> <td>76.4%</td> <td>75.7%</td> </tr> <tr> <td>南5病棟</td> <td>60.7%</td> <td>58.7%</td> <td>70.2%</td> <td>56.9%</td> <td>56.2%</td> <td>58.3%</td> <td>59.4%</td> <td>52.2%</td> <td>50.9%</td> <td>54.7%</td> <td>66.2%</td> <td>60.3%</td> <td>58.7%</td> </tr> <tr> <td>南6病棟</td> <td>85.0%</td> <td>81.5%</td> <td>84.7%</td> <td>79.7%</td> <td>84.2%</td> <td>85.6%</td> <td>88.6%</td> <td>84.2%</td> <td>81.3%</td> <td>80.5%</td> <td>86.8%</td> <td>83.0%</td> <td>83.7%</td> </tr> <tr> <td>南7病棟</td> <td>65.7%</td> <td>68.0%</td> <td>78.6%</td> <td>76.7%</td> <td>76.4%</td> <td>80.8%</td> <td>75.4%</td> <td>74.8%</td> <td>81.3%</td> <td>80.1%</td> <td>81.4%</td> <td>87.0%</td> <td>77.2%</td> </tr> <tr> <td>東2病棟</td> <td>87.8%</td> <td>82.7%</td> <td>84.2%</td> <td>81.1%</td> <td>83.7%</td> <td>84.3%</td> <td>83.9%</td> <td>76.2%</td> <td>81.3%</td> <td>74.5%</td> <td>90.1%</td> <td>90.7%</td> <td>83.3%</td> </tr> <tr> <td>HCU病棟</td> <td>57.2%</td> <td>65.6%</td> <td>66.7%</td> <td>75.8%</td> <td>68.8%</td> <td>68.9%</td> <td>50.5%</td> <td>73.3%</td> <td>76.3%</td> <td>80.6%</td> <td>82.8%</td> <td>74.7%</td> <td>70.1%</td> </tr> <tr> <td>南7病棟結核</td> <td>91.3%</td> <td>80.8%</td> <td>56.0%</td> <td>39.1%</td> <td>53.2%</td> <td>51.7%</td> <td>57.5%</td> <td>63.3%</td> <td>50.0%</td> <td>55.2%</td> <td>59.1%</td> <td>52.2%</td> <td>59.1%</td> </tr> <tr> <td>全体</td> <td>73.9%</td> <td>72.3%</td> <td>76.6%</td> <td>71.3%</td> <td>72.2%</td> <td>72.2%</td> <td>72.1%</td> <td>68.7%</td> <td>67.7%</td> <td>69.1%</td> <td>75.4%</td> <td>75.0%</td> <td>72.2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>■2019年度重症個室利用率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H31.4</th> <th>R1.5</th> <th>R1.6</th> <th>R1.7</th> <th>R1.8</th> <th>R1.9</th> <th>R1.10</th> <th>R1.11</th> <th>R1.12</th> <th>R2.1</th> <th>R2.2</th> <th>R2.3</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東2病棟</td> <td>91.7%</td> <td>96.0%</td> <td>102.5%</td> <td>100.8%</td> <td>118.5%</td> <td>100.8%</td> <td>102.4%</td> <td>100.8%</td> <td>97.6%</td> <td>96.0%</td> <td>98.3%</td> <td>100.0%</td> <td>100.5%</td> </tr> <tr> <td>東3病棟</td> <td>101.7%</td> <td>79.0%</td> <td>98.3%</td> <td>101.6%</td> <td>93.5%</td> <td>101.7%</td> <td>91.9%</td> <td>96.7%</td> <td>88.7%</td> <td>98.4%</td> <td>93.1%</td> <td>101.6%</td> <td>95.5%</td> </tr> <tr> <td>南4病棟</td> <td>105.0%</td> <td>95.2%</td> <td>106.7%</td> <td>96.8%</td> <td>112.9%</td> <td>96.7%</td> <td>100.0%</td> <td>103.3%</td> <td>98.4%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>104.8%</td> <td>101.6%</td> </tr> <tr> <td>南6病棟</td> <td>104.2%</td> <td>103.2%</td> <td>104.2%</td> <td>104.8%</td> <td>104.8%</td> <td>102.5%</td> <td>111.3%</td> <td>93.3%</td> <td>95.2%</td> <td>110.5%</td> <td>105.2%</td> <td>104.0%</td> <td>103.6%</td> </tr> <tr> <td>南7病棟</td> <td>86.7%</td> <td>90.3%</td> <td>91.7%</td> <td>108.1%</td> <td>79.0%</td> <td>105.0%</td> <td>129.0%</td> <td>120.0%</td> <td>124.2%</td> <td>122.6%</td> <td>115.5%</td> <td>148.4%</td> <td>110.1%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>97.9%</td> <td>94.7%</td> <td>101.4%</td> <td>102.5%</td> <td>104.6%</td> <td>101.4%</td> <td>106.9%</td> <td>101.2%</td> <td>99.5%</td> <td>104.8%</td> <td>102.2%</td> <td>109.0%</td> <td>102.2%</td> </tr> </tbody> </table>														H31.4	R1.5	R1.6	R1.7	R1.8	R1.9	R1.10	R1.11	R1.12	R2.1	R2.2	R2.3	合計	南3病棟	59.0%	66.7%	69.3%	70.6%	63.7%	59.6%	62.1%	55.6%	57.7%	61.3%	57.1%	67.0%	62.5%	南4病棟	81.0%	74.6%	82.0%	75.3%	78.7%	76.5%	73.0%	73.9%	66.1%	71.7%	79.6%	76.4%	75.7%	南5病棟	60.7%	58.7%	70.2%	56.9%	56.2%	58.3%	59.4%	52.2%	50.9%	54.7%	66.2%	60.3%	58.7%	南6病棟	85.0%	81.5%	84.7%	79.7%	84.2%	85.6%	88.6%	84.2%	81.3%	80.5%	86.8%	83.0%	83.7%	南7病棟	65.7%	68.0%	78.6%	76.7%	76.4%	80.8%	75.4%	74.8%	81.3%	80.1%	81.4%	87.0%	77.2%	東2病棟	87.8%	82.7%	84.2%	81.1%	83.7%	84.3%	83.9%	76.2%	81.3%	74.5%	90.1%	90.7%	83.3%	HCU病棟	57.2%	65.6%	66.7%	75.8%	68.8%	68.9%	50.5%	73.3%	76.3%	80.6%	82.8%	74.7%	70.1%	南7病棟結核	91.3%	80.8%	56.0%	39.1%	53.2%	51.7%	57.5%	63.3%	50.0%	55.2%	59.1%	52.2%	59.1%	全体	73.9%	72.3%	76.6%	71.3%	72.2%	72.2%	72.1%	68.7%	67.7%	69.1%	75.4%	75.0%	72.2%		H31.4	R1.5	R1.6	R1.7	R1.8	R1.9	R1.10	R1.11	R1.12	R2.1	R2.2	R2.3	合計	東2病棟	91.7%	96.0%	102.5%	100.8%	118.5%	100.8%	102.4%	100.8%	97.6%	96.0%	98.3%	100.0%	100.5%	東3病棟	101.7%	79.0%	98.3%	101.6%	93.5%	101.7%	91.9%	96.7%	88.7%	98.4%	93.1%	101.6%	95.5%	南4病棟	105.0%	95.2%	106.7%	96.8%	112.9%	96.7%	100.0%	103.3%	98.4%	100.0%	100.0%	104.8%	101.6%	南6病棟	104.2%	103.2%	104.2%	104.8%	104.8%	102.5%	111.3%	93.3%	95.2%	110.5%	105.2%	104.0%	103.6%	南7病棟	86.7%	90.3%	91.7%	108.1%	79.0%	105.0%	129.0%	120.0%	124.2%	122.6%	115.5%	148.4%	110.1%	合計	97.9%	94.7%	101.4%	102.5%	104.6%	101.4%	106.9%	101.2%	99.5%	104.8%	102.2%	109.0%	102.2%
	H31.4	R1.5	R1.6	R1.7	R1.8	R1.9	R1.10	R1.11	R1.12	R2.1	R2.2	R2.3	合計																																																																																																																																																																																																																																														
南3病棟	59.0%	66.7%	69.3%	70.6%	63.7%	59.6%	62.1%	55.6%	57.7%	61.3%	57.1%	67.0%	62.5%																																																																																																																																																																																																																																														
南4病棟	81.0%	74.6%	82.0%	75.3%	78.7%	76.5%	73.0%	73.9%	66.1%	71.7%	79.6%	76.4%	75.7%																																																																																																																																																																																																																																														
南5病棟	60.7%	58.7%	70.2%	56.9%	56.2%	58.3%	59.4%	52.2%	50.9%	54.7%	66.2%	60.3%	58.7%																																																																																																																																																																																																																																														
南6病棟	85.0%	81.5%	84.7%	79.7%	84.2%	85.6%	88.6%	84.2%	81.3%	80.5%	86.8%	83.0%	83.7%																																																																																																																																																																																																																																														
南7病棟	65.7%	68.0%	78.6%	76.7%	76.4%	80.8%	75.4%	74.8%	81.3%	80.1%	81.4%	87.0%	77.2%																																																																																																																																																																																																																																														
東2病棟	87.8%	82.7%	84.2%	81.1%	83.7%	84.3%	83.9%	76.2%	81.3%	74.5%	90.1%	90.7%	83.3%																																																																																																																																																																																																																																														
HCU病棟	57.2%	65.6%	66.7%	75.8%	68.8%	68.9%	50.5%	73.3%	76.3%	80.6%	82.8%	74.7%	70.1%																																																																																																																																																																																																																																														
南7病棟結核	91.3%	80.8%	56.0%	39.1%	53.2%	51.7%	57.5%	63.3%	50.0%	55.2%	59.1%	52.2%	59.1%																																																																																																																																																																																																																																														
全体	73.9%	72.3%	76.6%	71.3%	72.2%	72.2%	72.1%	68.7%	67.7%	69.1%	75.4%	75.0%	72.2%																																																																																																																																																																																																																																														
	H31.4	R1.5	R1.6	R1.7	R1.8	R1.9	R1.10	R1.11	R1.12	R2.1	R2.2	R2.3	合計																																																																																																																																																																																																																																														
東2病棟	91.7%	96.0%	102.5%	100.8%	118.5%	100.8%	102.4%	100.8%	97.6%	96.0%	98.3%	100.0%	100.5%																																																																																																																																																																																																																																														
東3病棟	101.7%	79.0%	98.3%	101.6%	93.5%	101.7%	91.9%	96.7%	88.7%	98.4%	93.1%	101.6%	95.5%																																																																																																																																																																																																																																														
南4病棟	105.0%	95.2%	106.7%	96.8%	112.9%	96.7%	100.0%	103.3%	98.4%	100.0%	100.0%	104.8%	101.6%																																																																																																																																																																																																																																														
南6病棟	104.2%	103.2%	104.2%	104.8%	104.8%	102.5%	111.3%	93.3%	95.2%	110.5%	105.2%	104.0%	103.6%																																																																																																																																																																																																																																														
南7病棟	86.7%	90.3%	91.7%	108.1%	79.0%	105.0%	129.0%	120.0%	124.2%	122.6%	115.5%	148.4%	110.1%																																																																																																																																																																																																																																														
合計	97.9%	94.7%	101.4%	102.5%	104.6%	101.4%	106.9%	101.2%	99.5%	104.8%	102.2%	109.0%	102.2%																																																																																																																																																																																																																																														

# クリティカルパス委員会

## 目的

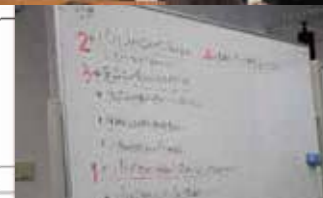
1. 対象疾患の選択・決定に関すること。
2. 診療計画の企画、立案、見直し、試行及び評価に関すること。
3. 当院職員の教育に関すること。
4. バリエーションの収集及び分析に関すること。
5. その他、院長若しくは委員長が指示した事項に関すること。

## 構成委員

特命副院長、内科診療部長、外科医長、薬剤師 1 名、副診療放射線技師長、副臨床検査技師長、栄養管理室長、主任理学療法士、副看護部長、看護師長 1 名、各病棟・手術室看護師（1 名ずつ）、企画課長、経営企画室長、診療情報管理士 1 名

## 活動記録

開催日	議題及び実績																														
2019年4月18日 2019年6月20日 2019年9月19日 2019年10月17日 2019年12月19日 2020年2月20日	<p>クリティカルパス委員会では、従来から運用しているクリティカルパスの電子カルテへの登録をすすめ統計資料を作成している。また電子カルテ（2019年10月）の更新により新しいクリティカルパスの登録及び運用における変更等を実施し、パスの利用向上に向けてより一層進んでいる。また今年度は院内での発表会を実施し、クリティカルパスの必要性や作成の仕方について発表があった。</p> <p>今年度は近畿グループ病院職員の知識・技術の向上のため当院により、令和元年度クリティカルパス研修会を実施し、18名の参加があり、概ね参加者からよかったという結果が得られた。</p> <p style="text-align: center;"><b>令和元年度クリティカルパス研修プログラム</b></p> <p style="text-align: center;">日時:令和2年 2月 20日(木)12:30~16:30 会場:東近江総合医療センター きららのきホール4A</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>時間</th> <th>プログラム</th> <th>講師・担当</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:30-12:40</td> <td>開会挨拶</td> <td>東近江総合医療センター 院長 近畿グループ 空山看護専門職</td> </tr> <tr> <td>12:40-13:25</td> <td>研修会の進捗説明 【グループワークの進め方について】 グループワーク① 【院内バス・地域連携バス推進のための自転車 道での取り組み事項について】 懇話会の開催</td> <td>東近江総合医療センター 日片副院長</td> </tr> <tr> <td>13:25-14:25</td> <td>講義① 【急性期病棟におけるバリエーション評価-消化器科】 講義② 【急性期病棟におけるバリエーション評価-整形外科】 講義③ 【診療情報管理士の視点】</td> <td>東近江総合医療センター 山崎南6病棟看護師長 東近江総合医療センター 平田南4病棟看護師長 東近江総合医療センター 太田診療情報管理士</td> </tr> <tr> <td>14:25-14:35</td> <td>休憩</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14:35-15:35</td> <td>グループワーク② 【グループワーク①での課題点を解決しよう】</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15:35-15:45</td> <td>講義④ 【診療の質向上に向けたクリティカルパス】</td> <td>東近江総合医療センター 日片副院長</td> </tr> <tr> <td>15:45-16:25</td> <td>グループワーク③ 【グループワーク②での課題結果・発表】</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>総括・開会挨拶</td> <td>東近江総合医療センター 日片副院長</td> </tr> <tr> <td>16:25-16:30</td> <td>アンケート記入</td> <td>事務局</td> </tr> </tbody> </table>	時間	プログラム	講師・担当	12:30-12:40	開会挨拶	東近江総合医療センター 院長 近畿グループ 空山看護専門職	12:40-13:25	研修会の進捗説明 【グループワークの進め方について】 グループワーク① 【院内バス・地域連携バス推進のための自転車 道での取り組み事項について】 懇話会の開催	東近江総合医療センター 日片副院長	13:25-14:25	講義① 【急性期病棟におけるバリエーション評価-消化器科】 講義② 【急性期病棟におけるバリエーション評価-整形外科】 講義③ 【診療情報管理士の視点】	東近江総合医療センター 山崎南6病棟看護師長 東近江総合医療センター 平田南4病棟看護師長 東近江総合医療センター 太田診療情報管理士	14:25-14:35	休憩		14:35-15:35	グループワーク② 【グループワーク①での課題点を解決しよう】		15:35-15:45	講義④ 【診療の質向上に向けたクリティカルパス】	東近江総合医療センター 日片副院長	15:45-16:25	グループワーク③ 【グループワーク②での課題結果・発表】			総括・開会挨拶	東近江総合医療センター 日片副院長	16:25-16:30	アンケート記入	事務局
時間	プログラム	講師・担当																													
12:30-12:40	開会挨拶	東近江総合医療センター 院長 近畿グループ 空山看護専門職																													
12:40-13:25	研修会の進捗説明 【グループワークの進め方について】 グループワーク① 【院内バス・地域連携バス推進のための自転車 道での取り組み事項について】 懇話会の開催	東近江総合医療センター 日片副院長																													
13:25-14:25	講義① 【急性期病棟におけるバリエーション評価-消化器科】 講義② 【急性期病棟におけるバリエーション評価-整形外科】 講義③ 【診療情報管理士の視点】	東近江総合医療センター 山崎南6病棟看護師長 東近江総合医療センター 平田南4病棟看護師長 東近江総合医療センター 太田診療情報管理士																													
14:25-14:35	休憩																														
14:35-15:35	グループワーク② 【グループワーク①での課題点を解決しよう】																														
15:35-15:45	講義④ 【診療の質向上に向けたクリティカルパス】	東近江総合医療センター 日片副院長																													
15:45-16:25	グループワーク③ 【グループワーク②での課題結果・発表】																														
	総括・開会挨拶	東近江総合医療センター 日片副院長																													
16:25-16:30	アンケート記入	事務局																													



# 診療録等管理委員会

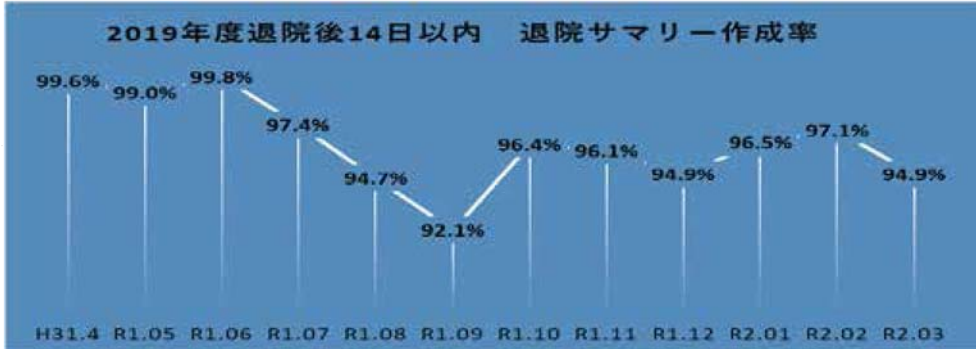
## 目的

1. 診療録及び指示書の様式の変更並びに記載事項等の改定に関すること。
2. 診療録及び指示書の保管、管理並びに廃棄に関すること。
3. 診療録及び指示書のフォーマットや枠組みに関すること。
4. 診療録及び指示書の質的記載内容の向上に関すること。
5. 研究、統計等の施策の立案に関すること。
6. 院長から特に指示を受けた事項。
7. その他診療行為に付随し記録・記載等が必要となる事項に関すること。

## 構成委員

特命副院長、内科診療部長、外科診療部長、薬剤部長、診療放射線技師長、臨床検査技師長、理学療法士長、栄養管理室長、副看護部長、看護師長 2 名、企画課長、経営企画室長、算定・病歴係長、診療情報管理士

## 活動記録

開催日	議題及び実績																										
	<p>2019 年度退院サマリー作成率 (診療録管理体制加算 1) 要件 14 日以内作成率 90%以上</p>  <table border="1"> <caption>2019年度退院後14日以内 退院サマリー作成率</caption> <thead> <tr> <th>期間</th> <th>作成率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>H31.4</td><td>99.6%</td></tr> <tr><td>R1.05</td><td>99.0%</td></tr> <tr><td>R1.06</td><td>99.8%</td></tr> <tr><td>R1.07</td><td>97.4%</td></tr> <tr><td>R1.08</td><td>94.7%</td></tr> <tr><td>R1.09</td><td>92.1%</td></tr> <tr><td>R1.10</td><td>96.4%</td></tr> <tr><td>R1.11</td><td>96.1%</td></tr> <tr><td>R1.12</td><td>94.9%</td></tr> <tr><td>R2.01</td><td>96.5%</td></tr> <tr><td>R2.02</td><td>97.1%</td></tr> <tr><td>R2.03</td><td>94.9%</td></tr> </tbody> </table>	期間	作成率	H31.4	99.6%	R1.05	99.0%	R1.06	99.8%	R1.07	97.4%	R1.08	94.7%	R1.09	92.1%	R1.10	96.4%	R1.11	96.1%	R1.12	94.9%	R2.01	96.5%	R2.02	97.1%	R2.03	94.9%
期間	作成率																										
H31.4	99.6%																										
R1.05	99.0%																										
R1.06	99.8%																										
R1.07	97.4%																										
R1.08	94.7%																										
R1.09	92.1%																										
R1.10	96.4%																										
R1.11	96.1%																										
R1.12	94.9%																										
R2.01	96.5%																										
R2.02	97.1%																										
R2.03	94.9%																										
<p>第1回 2019年4月19日</p>	<p>『新電カルに向けて』★文書管理 WG 各種院内文書の原本移行用作成</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 退院サマリー項目記載状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>* 主病名 98.8%、アレルギー歴 56%、退院後の方針 62.5%、入退院日 100%、退院時転帰 95.6%であった。</li> <li>* 退院後の方針には、当院か他院の別を記載する。</li> <li>* アレルギー歴は、問診より看護師が記載する。なしの時は「なし」と記載する。日付を忘れないように。</li> </ul> </li> <li>2. 2019 年度質的点検の予定について <ul style="list-style-type: none"> <li>* 9 月に電子カルテが新規に更新されるため、年 4 回を年 3 回にすることとなった。</li> </ul> </li> <li>3. 新電子カルテ移行に伴うお願い <ul style="list-style-type: none"> <li>* 説明と同意書の整理を行う。</li> <li>* QR コード、タイムスタンプ、文書管理番号が付与される。</li> <li>* 電子カルテ上の疑い病名を 1 ヶ月で中止してはどうかという意見がある。</li> </ul> </li> <li>4. 電子カルテダウン時における紙カルテの運用について <ul style="list-style-type: none"> <li>* BCP ワーキングで災害対応カルテの見直しをかけた後に、その内容を診療録等管理委員会で承認する必要があると考えている。</li> </ul> </li> </ol>																										



開催日	議題及び実績
第2回 2019年5月24日	『新電カルに向けて』文書分類作業 1. 院内文書（電子カルテ移行に伴う）について【文書ワーキング】 SE 同席 * 各部署 中分類・小分類の振り分けを行い、6/7までに提出する。 * 具体的な作業説明は5/30に行う。 * 疑い病名は3ヶ月で自動更新される。（承認） 2. 入院診療計画書の様式変更 * 総合評価加算の運用に伴い、様式の変更とシステムオーダーの説明があった。医局会で報告する。 3. 統計報告 * 問題点をフィードバックして改善につなげる方法を新電子カルテで考えるよう副院長より指示があった。
第3回 2019年6月21日	『新電カルに向けて』退院サマリー欄の構築 文書の電子保存に関する管理規程作成 1. 入院診療計画書作成状況について * 転科分の入院診療計画書が作成されていないことがある。 2. 新電子カルテ WG（病歴）の進捗について * 退院サマリーは当委員会で決まった事を基に提案している。 * スキャンについては、スキャン WG で運用を決める。タイムスタンプは24時間以内にスキャンが原則なので「回収」という作業が発生する。 * 「診療諸記録のスキャンによる電子保存に関する管理規程（案）」を説明した。 * 手術記録運用は、画像、スケッチも含めて「手術 WG」で決定してもらう。 * 栄養計画管理システムが今までのように作れない。 * 旧カルテで出来ていたことが出来ないことはおかしい。例を挙げて確認すること。特に医療安全が損なわれないようにすること。
第4回 2019年7月19日	『新電カルに向けて』長期署名規程 承認 1. 第1回質的監査の結果について（フィードバック方法） * 医師：委員長が個別に面談を行う。* 看護部：チームで見ていたので全員の底上げをしていく。 * 部門：部門別に配布しフィードバックする。 2. 長期署名文書について * 最終意見をまとめて最終決定とする。
第5回 2019年9月27日	『新電カル稼働』問題点の抽出を行い検討する。 1. 新電子カルテに関すること * 院内ホームページ「診療情報管理室」でフィードバックしていく。 * 患者情報抽出依頼の流れについて「情報取り出しマニュアル」に基づき「医療情報抽出依頼書」の作成説明があった。 * 印刷権限と印刷物について：印刷物に「個人情報である。取扱い厳重等」の注意喚起の印刷を要望している。：対応を検討している。（業者） * 自在に USB・SD カード等で情報が取り出せるパソコンが病棟にある。早急な対応の説明があった。 * 退院サマリー「医師完了日未入力」の現状についてSEより説明があった。
第6回 2019年10月18日	『新電カル稼働』情報取り出しの徹底 権限の見直し 運用不具合の検証 1. 情報取り出しに関すること * 「情報取り出しマニュアル」の説明をおこない承認された。 * 電子カルテの印刷権限は医師、看護部長、副看護部長、看護師長、副看護師長、リハビリ権限者となった。 * 「医療情報抽出依頼書」の提出が、機構の情報セキュリティーマニュアルと異なるため、委員長、管理課長と調整することとなった。 2. その他問題点 * 説明と同意書は複数枚で1セットであるが、QRコードの付いている説明部分が廃棄され、同意書部分のみスキャンセンターに回ってきている。運用の徹底をはかりたい。

開催日	議題及び実績
第7回 2019年11月15日	『新電カル稼働』スキャン運用の徹底 1. スキャン運用（フローチャート） ＊電子署名（QRコード）を採用し、原則24時間以内若しくは休日の時は休み明け速やかにスキャンを行う。との取り決めを行ったが、現状は従来とおりの運用を行っていた。 2. その他 ＊第2回質的点検の実施 依頼があった。 ＊「医療安全・医療の質」の観点から診療録に伴うインシデント報告を行う事となった。
第8回 2019年12月20日	『新電カル稼働』質的点検にて各部門の問題点 病棟スキャン文書の扱い再徹底 1. 第2回質的点検（新電子カルテ）を行うにあたっての問題点 ＊職種によって見える画面が異なるので点検できなかった。若しくは、ヘルプデスクにアプリをつけてもらった。等の感想があった。 ＊アレルギー歴をいつ・誰が入力したのかわからない。 ＊医師の記録が不足しているように思える。 ＊研修医の記録に対して指導コメントの入れ方、タイミングがわからない。 ＊リハビリの場所がわからない。他職種からもよく聞かれる。 ＊カルテ入力画面の上部タブで不要なものが多いのもう一度整理していく必要がある。 2. 退院サマリー点検結果 ＊項目の空白部分が多い。 3. スキャンの運用について ＊病棟の QR コード付き文書は、「スキャナー依頼ファイル」に入れて、メッセージにより医事課に提出し病歴室で翌日までにスキャンを行う。 ＊QRコード付き文書は、退院フォルダーに入れない。 4. その他 ＊12/5の医療監視で「学会等への発表のための抽出」について聞かれ『医療情報抽出依頼書』について『匿名化して抽出する』のチェックボックスを作ってはどうかとの事で検討していただきたい。
第9回 2020年1月17日	『新電カル稼働』診療情報管理室に問い合わせ、要望等される事 1. 委員会の分散について ＊電子カルテ運用の内容及び操作や設定については、診療録等管理委員会で議論、決定、変更するには限界があり、「医療情報管理委員会」の開催に向けて進めるよう承認された。 2. 第2回質的点検結果 ＊主治医へのフィードバックは、「望ましい記載例」をつけて配布するよう指示があった。 3. 量的点検結果（12月完了日入力分 266件） ＊12点検項目の必要文書 266件中、スキャン未は8件であった。 ＊胃持続ドレーナージチューブの同意書は不要と承認された。 ＊病棟・外来に運用フローチャートを配布することとなった。 4. その他 ＊説明と同意書の運用原則として、QRコードの付いている複数文書は順番を変えない事、一部を抜いてスキャンしないようにすること。と指示があった。
第10回 2020年2月21日	『新電カル稼働』サマリー作成率 退院サマリー 要望は次に 1. スキャン運用の進捗 ＊運用が定着するまでのスキャン文書の保存は発生日より1年とする。（定着後は規程通り1ヶ月） ＊師長会にてスキャン運用フローチャートに対して意見を募っている。 2. 退院サマリートのガイダンスと対策 ＊退院時要約等の診療記録に関する標準化推進合同委員会より、退院サマリー規約が作成され公表された。 ＊これに伴い、当院の電子カルテシステムを極力近づけるため、準備を行う事となった。 3. 診療マニュアルの更新について ＊3月委員会にて承認を行う。 4. その他 ＊研修医の記録に対する承認は、速やかに行うよう医局会にて徹底してほしい。
第11回 2020年3月19日	1. 量的点検結果 ＊各項目で原本ダウンロードあり、スキャンなしの現象がある。 ＊同意書が必要な手技で取得できていない項目は、個別にフィードバックしていく。 2. 新規説明と同意書の作成について ＊原則診療情報等管理委員会にて承認されてからアップするルールとする。

# がん診療センター会議

## 目 的

1. センターの管理運営に関すること。
2. 設置規程第4条に定める業務の適正、かつ円滑な遂行に関すること。
3. 各組織の重要事項の報告及び連絡事項。
4. その他、センター長が必要と認めた事項。

## 構成委員

がん診療センター長（特命副院長）、がん診療センター副センター長（外科診療部長）、外科医長2名、産婦人科医長、泌尿器科医長、皮膚科医長、呼吸器内科医長、耳鼻咽喉科医長、消化器内科医師1名、歯科口腔外科医師1名、薬剤部長、副薬剤部長、主任薬剤師1名（化学療法担当）、薬剤師1名（化学療法担当）、主任放射線技師1名、栄養管理室長、理学療法士長、地域医療連携看護師長、病棟副看護師長1名、看護師1名（化学療法担当）、経営企画室長、医事係長、地域医療連携係長、診療情報管理士1名、医療社会福祉事業相談員1名、地域医療連携係1名（オブザーバー）院長、副院長、看護部長、事務部長

## 活動記録

開催日	議題及び実績
2019年4月15日	<p>平成31年4月に実施し、各部門・部会員から報告を行った。</p> <p>院内各部門</p> <p>がん化学療法委員会 外来化学療法は129件増加した。平成30年度から開始されたIVナースによる穿刺率は90%以上となっている。入院期間の短縮に対応し、確実にオリエンテーションを実施していく。</p> <p>がん登録委員会 登録実績の報告。</p> <p>緩和ケアチーム 依頼件数、介入件数について報告、がん疼痛パスの対象患者の拡大は達成している。がん性疼痛パス、記載を徹底していく。</p> <p>がん相談支援室 相談シートの利用は270件（前年198件）。</p> <p>協議会各分会</p> <p>相談支援分会 相談シートの標準化はできている。 相談シートの利用による集計を実施。</p> <p>地域連携分会 滋賀県がん地域連携パス運用状況の報告。 胃がん、大腸がんパス適用率の報告。</p> <p>がん登録推進分会 当院は平成26年から参加し登録件数も増加。</p> <p>診療支援分会 がん医療の質の向上に向けたアウトカム評価の検討等の報告。</p> <p>研修調整分会 研修の実施状況、講演会開催予定等の報告。</p> <p>緩和ケア推進分会 緩和研修が従来の2日間からEラーニング導入により1日に変更されてよかったという意見と、通常の講義の方がよいという意見の両方があった。</p>

# がん化学療法委員会

## 目的

1. 複数種類の腫瘍に対する抗がん剤治療に関すること。
2. がん治療成績のデータ収集・管理に関すること
3. がんについての情報提供及び療養上の相談に関すること。
4. がん治療における他の医療機関等との連携に関すること。
5. がん治療にかかる教育と研修に関すること。
6. キャンサーボード（がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・検討・確認等するためのカンファレンス）の運営に関することその他必要な事項。
7. その他がん治療等に関すること。

## 構成委員

がん診療センター副センター長（外科診療部長）、呼吸器内科医長、外科医長、産婦人科医長、耳鼻いんこう科医長、歯科口腔外科医長、消化器内科医師 1 名、泌尿器科医師 1 名、副臨床検査技師長、主任薬剤師 1 名（化学療法担当）、薬剤師 1 名（化学療法担当）、病棟看護師長 2 名、外来看護師長、看護師 1 名（化学療法担当）、医事係長、医療安全管理係長

## 活動記録

開催日	議題及び実績
2019年4月19日	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 新規レジメンの申請について I. トラベクテジン療法【悪性軟部腫瘍】</li><li>2. レジメンの適応追加について I. レミケード療法【強直性脊椎炎】</li><li>3. B型肝炎スクリーニング状況の報告（3月）：22件</li><li>4. 入院化学療法件数（3月）：65件</li><li>5. 外来化学療法室運用状況の報告（3月）：128件</li><li>6. 当院におけるICI投与状況の報告（3月）：ICI投与件数40件</li><li>7. 化学療法マニュアルの改訂について（病棟におけるIVナースの活動）</li><li>8. 外来化学療法室における閉鎖式デバイスの導入について</li></ol>
2019年5月17日	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 新規レジメンの申請について I. アクテムラ療法【関節リウマチ】</li><li>2. B型肝炎スクリーニング状況の報告（4月）：17件</li><li>3. 入院化学療法件数（4月）：64件</li><li>4. 外来化学療法室運用状況の報告（4月）：145件</li><li>5. 当院におけるICI投与状況の報告（4月）：ICI投与件数30件</li><li>6. ラモセトロン注シリンジの販売中止に伴う対応について</li><li>7. 入院化学療法における承認時間について</li><li>8. 電子カルテワーキングの進捗状況について</li></ol>
2019年6月21日	<ol style="list-style-type: none"><li>1. B型肝炎スクリーニング状況の報告（5月）：19件</li><li>2. 入院化学療法件数（5月）：74件</li><li>3. 外来化学療法室運用状況の報告（5月）：135件</li><li>4. 当院におけるICI投与状況の報告（5月）：ICI投与件数33件</li><li>5. 第3回ICI勉強会の開催案内</li></ol>
2019年7月19日	<ol style="list-style-type: none"><li>1. B型肝炎スクリーニング状況の報告（6月）：16件</li><li>2. 入院化学療法件数（6月）：54件</li><li>3. 外来化学療法室運用状況の報告（6月）：145件</li><li>4. 当院におけるICI投与状況の報告（6月）：ICI投与件数31名</li><li>5. CVポートからのオプジーボ投与一時見合わせについて</li><li>6. 院内レジメン集の提供方法変更について</li></ol>

開催日	議題及び実績
2019年9月20日	1、新規レジメンの申請について I. CBDCA+VP-16+Atezolizumab triweekly 【進展型小細胞肺癌】 2、レジメンの適応追加について I. Atezolizumab triweekly 【進展型小細胞肺癌（維持）】 3、レジメンの変更について I. Nab-PTX+GEM【膵癌】の制吐剤変更 4、B型肝炎スクリーニング状況の報告（7～8月）：28件 5、入院化学療法件数（7～8月）：67件（7月）・51件（8月） 6、外来化学療法室運用状況の報告（7～8月）：139件（7月）・146件（8月） 7、当院におけるICI投与状況の報告（7～8月）：ICI投与件数41件（7月）・29件（8月） 8、電子カルテ変更に伴う外来化学療法室の運用変更について
2019年10月18日	1、レジメンの適応追加について I. Ramucirumab biweekly 【化学療法後増悪したAFP400ng/mL以上の切除不能肝細胞癌】 II. レミケード療法【腸管型ペーチェット病】 2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（9月）：9件 3、入院化学療法件数（9月）：34件 4、外来化学療法室運用状況の報告（9月）：140件 5、当院におけるICI投与状況の報告（9月）：ICI投与件数42件 6、抗癌剤の誤投与事例の報告、レジメン一括承認・抗癌剤の投与量変更方法について 7、休業期間が必要な経口抗癌剤を処方する際のアラート機能について 8、マイトマイシン注の自主回収について
2019年11月15日	1、新規レジメンの申請について I. GCS療法【胆道癌】 2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（10月）：13件 3、入院化学療法件数（10月）：67件 4、外来化学療法室運用状況の報告（10月）：146件 5、当院におけるICI投与状況の報告（10月）：ICI投与件数39件 6、抗癌剤調製後の投与中止事例の報告 7、外来化学療法患者に対する時間外の電話対応について 8、第4回ICI勉強会の開催案内
2019年12月20日	1、レジメンの適応追加について I. インフリキシマブ療法【乾癬】 2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（11月）：20件 3、入院化学療法件数（11月）：66件 4、外来化学療法室運用状況の報告（11月）：132件 5、当院におけるICI投与状況の報告（11月）：ICI投与件数31件 6、第4回ICI勉強会の開催報告
2020年1月17日	1、新規レジメンの申請について I. CDDP+PEM+Atezolizumab【切除不能・再発の非小細胞肺癌（非扁平上皮癌）】 II. CBDCA+PEM+Atezolizumab【切除不能・再発の非小細胞肺癌（非扁平上皮癌）】 III. PEM+Atezolizumab【切除不能・再発の非小細胞肺癌（非扁平上皮癌）】 IV. CBDCA+nab-PTX+Atezolizumab【切除不能・再発の非小細胞肺癌（非扁平上皮癌）】 2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（12月）：9件 3、入院化学療法件数（12月）：60件 4、外来化学療法室運用状況の報告（12月）：134件 5、当院におけるICI投与状況の報告（12月）：ICI投与件数44件

開催日	議題及び実績
2020年2月21日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1、B型肝炎スクリーニング状況の報告（1月）：13件</li> <li>2、入院化学療法件数（1月）：54件</li> <li>3、外来化学療法室運用状況の報告（1月）：156件</li> <li>4、当院におけるICI投与状況の報告（1月）：ICI投与件数48件</li> <li>5、CVポートからのオブジーボ投与見合わせ解除について</li> <li>6、後発医薬品への変更について（イメンド125mg・80mg、ゼローダ<sup>®</sup>300mg）</li> <li>7、抗癌剤調製後の破損事例の報告</li> <li>8、外来化学療法室における閉鎖式デバイスの運用開始について</li> <li>9、病棟におけるIVナースの活動状況について</li> </ol>
2020年3月19日	<ol style="list-style-type: none"> <li>1、新規レジメンの申請について <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Atezolizumab+Nab-PTX【PDL-1陽性の手術不能又は再発トリプルネガティブ乳癌】</li> </ol> </li> <li>2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（2月）：20件</li> <li>3、入院化学療法件数（2月）：77件</li> <li>4、外来化学療法室運用状況の報告（2月）：135件</li> <li>5、当院におけるICI投与状況の報告（2月）：ICI投与件数46件</li> <li>6、安全キャビネットの不具合について</li> <li>7、ハーセプチン注60mgの回収について</li> <li>8、外来化学療法室における閉鎖式デバイスの運用状況の報告</li> <li>9、がん化学療法に関連する診療報酬改定への対応について</li> </ol>



# がん登録委員会

## 目的

1. 院内がん登録の目的と機能に関すること。
2. 登録対象、収集項目の決定に関すること。
3. 登録資料の集計・解析・報告・管理・利用に関すること。
4. 登録患者の予後調査に関すること。
5. その他、委員会が必要と認める事項。

## 構成委員

外科医長、呼吸器内科医長、産婦人科医長、泌尿器科医長、消化器内科医師 1 名、  
歯科口腔外科医師 1 名、経営企画室長、診療情報管理士

## 活動記録

開催日	議題及び実績																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
2019年3月30日 2018年症例について 各委員に持ち回り にて承認を得た。	<p>★2018年症例の分析（一部抜粋）</p> <p><b>2018年症例：地域がん診療連携拠点病院・支援病院の登録件数と責任症例</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>施設名</th> <th>件数</th> <th>責任症例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1,204</td><td>1,204</td></tr> <tr><td>2</td><td>1,204</td><td>1,412</td></tr> <tr><td>3</td><td>771</td><td>699</td></tr> <tr><td>4</td><td>643</td><td>575</td></tr> <tr><td>5</td><td>959</td><td>691</td></tr> <tr><td>6</td><td>1,809</td><td>1,371</td></tr> <tr><td>7</td><td>833</td><td>737</td></tr> <tr><td>8</td><td>1,126</td><td>663</td></tr> <tr><td>9</td><td>843</td><td>809</td></tr> <tr><td>10</td><td>767</td><td>634</td></tr> <tr><td>11</td><td>730</td><td>729</td></tr> <tr><td>12</td><td>615</td><td>606</td></tr> <tr><td>13</td><td>253</td><td>149</td></tr> <tr><td>合計</td><td>17,419</td><td>13,941</td></tr> </tbody> </table> <p>2018年院内がん登録件数</p> <p>責任症例とは：地域がん診療連携拠点病院の要件で自施設で治療を行った症例が500件以上であること。</p> <p><b>1. 東近江 2018年症例 部位別・男女別件数</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>部位名</th> <th>男</th> <th>女</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 口腔・咽頭</td><td>8</td><td>7</td><td>15</td></tr> <tr><td>2 食道</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>3 胃</td><td>29</td><td>19</td><td>48</td></tr> <tr><td>4 大腸</td><td>29</td><td>39</td><td>68</td></tr> <tr><td>5 肝臓・胆管</td><td>12</td><td>5</td><td>17</td></tr> <tr><td>6 膵臓</td><td>4</td><td>6</td><td>10</td></tr> <tr><td>7 肺</td><td>12</td><td>13</td><td>25</td></tr> <tr><td>8 腎臓</td><td>7</td><td>7</td><td>14</td></tr> <tr><td>9 泌尿器</td><td>104</td><td>53</td><td>157</td></tr> <tr><td>10 骨・軟部</td><td>5</td><td>4</td><td>9</td></tr> <tr><td>11 皮膚</td><td>5</td><td>4</td><td>9</td></tr> <tr><td>12 乳腺</td><td>21</td><td>21</td><td>42</td></tr> <tr><td>13 子宮体部</td><td>0</td><td>24</td><td>24</td></tr> <tr><td>14 子宮頸部</td><td>0</td><td>17</td><td>17</td></tr> <tr><td>15 卵巣</td><td>0</td><td>9</td><td>9</td></tr> <tr><td>16 甲状腺</td><td>44</td><td>7</td><td>51</td></tr> <tr><td>17 内分泌</td><td>21</td><td>7</td><td>28</td></tr> <tr><td>18 骨・軟部</td><td>11</td><td>7</td><td>18</td></tr> <tr><td>19 皮膚</td><td>8</td><td>10</td><td>18</td></tr> <tr><td>20 泌尿器</td><td>9</td><td>17</td><td>26</td></tr> <tr><td>21 骨・軟部</td><td>15</td><td>8</td><td>23</td></tr> <tr><td>22 消化器</td><td>11</td><td>4</td><td>15</td></tr> <tr><td>23 泌尿器</td><td>2</td><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>24 皮膚</td><td>3</td><td>0</td><td>3</td></tr> <tr><td>25 骨・軟部</td><td>3</td><td>0</td><td>3</td></tr> <tr><td>合計</td><td>559</td><td>240</td><td>800</td></tr> </tbody> </table> <p><b>2. 部位別・症例区分別件数</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>部位名</th> <th>診断のみ</th> <th>自診・自治</th> <th>自診・自診</th> <th>自診・他診</th> <th>他診・自診</th> <th>他診・他診</th> <th>終了後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>口腔・咽頭</td><td>3</td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>食道</td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td></tr> <tr><td>胃</td><td>1</td><td>40</td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>大腸</td><td>2</td><td>65</td><td></td><td>4</td><td>2</td><td></td><td>4</td></tr> <tr><td>肝臓・胆管</td><td>1</td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td></tr> <tr><td>膵臓</td><td>1</td><td>10</td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td>1</td></tr> <tr><td>肺</td><td>1</td><td>21</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>腎臓</td><td>14</td><td>109</td><td>4</td><td>7</td><td>1</td><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>骨・軟部</td><td>1</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>皮膚</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td></tr> <tr><td>乳腺</td><td>0</td><td>12</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>9</td></tr> <tr><td>子宮体部</td><td>0</td><td>23</td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td>8</td></tr> <tr><td>子宮頸部</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>卵巣</td><td>0</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>前立腺</td><td>2</td><td>21</td><td></td><td>3</td><td>14</td><td></td><td>4</td></tr> <tr><td>膀胱</td><td>5</td><td>14</td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>腎・泌尿器</td><td>2</td><td>8</td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>骨・軟部</td><td>5</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>甲状腺</td><td>4</td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>消化器</td><td>4</td><td>18</td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>泌尿器</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td></tr> <tr><td>皮膚</td><td>1</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td></tr> <tr><td>内分泌</td><td>1</td><td>15</td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td>1</td></tr> <tr><td>その他</td><td>6</td><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td></tr> <tr><td>部位名</td><td>診断のみ</td><td>自診・自治</td><td>自診・自診</td><td>自診・他診</td><td>他診・自診</td><td>他診・他診</td><td>終了後</td></tr> <tr><td>合計</td><td>64</td><td>431</td><td>7</td><td>32</td><td>30</td><td></td><td>38</td></tr> </tbody> </table> <p>10: 診断のみ              * 自施設で診断したが、治療の施行は他施設へ紹介・依頼した場合              20: 自施設診断・自施設治療開始              * 自施設で診断および初回治療に関する決定をし、腫瘍そのものへの治療を開始した場合（“経過観察”の決定及び実行も含む）              21: 自施設診断・自施設初回治療開始              * 自施設で診断した後、他施設で初回治療がなされ、その後、自施設で経過治療の一部を実施した場合（経過観察の実行は含まない）              30: 他施設診断・自施設初回治療開始              * 他施設で診断された後、自施設を要請し、自施設で腫瘍の治療を開始した場合              31: 他施設で診断した後、他施設で初回治療を開始され、その後、自施設で経過治療の一部を実施した場合              40: 初回治療終了後              * 他施設で初回治療終了後に自施設を要請した場合              40: その他              * 10~40にいずれにも分類できない場合</p>	施設名	件数	責任症例	1	1,204	1,204	2	1,204	1,412	3	771	699	4	643	575	5	959	691	6	1,809	1,371	7	833	737	8	1,126	663	9	843	809	10	767	634	11	730	729	12	615	606	13	253	149	合計	17,419	13,941	部位名	男	女	合計	1 口腔・咽頭	8	7	15	2 食道	0	1	1	3 胃	29	19	48	4 大腸	29	39	68	5 肝臓・胆管	12	5	17	6 膵臓	4	6	10	7 肺	12	13	25	8 腎臓	7	7	14	9 泌尿器	104	53	157	10 骨・軟部	5	4	9	11 皮膚	5	4	9	12 乳腺	21	21	42	13 子宮体部	0	24	24	14 子宮頸部	0	17	17	15 卵巣	0	9	9	16 甲状腺	44	7	51	17 内分泌	21	7	28	18 骨・軟部	11	7	18	19 皮膚	8	10	18	20 泌尿器	9	17	26	21 骨・軟部	15	8	23	22 消化器	11	4	15	23 泌尿器	2	1	3	24 皮膚	3	0	3	25 骨・軟部	3	0	3	合計	559	240	800	部位名	診断のみ	自診・自治	自診・自診	自診・他診	他診・自診	他診・他診	終了後	口腔・咽頭	3	12						食道	2	0					1	胃	1	40		10			2	大腸	2	65		4	2		4	肝臓・胆管	1	12					1	膵臓	1	10			1		1	肺	1	21					2	腎臓	14	109	4	7	1		2	骨・軟部	1	6					2	皮膚	5	6					1	乳腺	0	12	2				9	子宮体部	0	23			2		8	子宮頸部	0	1	1					卵巣	0	9						前立腺	2	21		3	14		4	膀胱	5	14		2				腎・泌尿器	2	8			1		2	骨・軟部	5	14						甲状腺	4	12						消化器	4	18			1		2	泌尿器	1	1					1	皮膚	1	5					1	内分泌	1	15			1		1	その他	6	15					1	部位名	診断のみ	自診・自治	自診・自診	自診・他診	他診・自診	他診・他診	終了後	合計	64	431	7	32	30		38
施設名	件数	責任症例																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
1	1,204	1,204																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
2	1,204	1,412																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
3	771	699																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
4	643	575																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
5	959	691																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
6	1,809	1,371																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
7	833	737																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
8	1,126	663																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
9	843	809																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
10	767	634																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
11	730	729																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
12	615	606																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
13	253	149																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
合計	17,419	13,941																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
部位名	男	女	合計																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
1 口腔・咽頭	8	7	15																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
2 食道	0	1	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
3 胃	29	19	48																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
4 大腸	29	39	68																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
5 肝臓・胆管	12	5	17																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
6 膵臓	4	6	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
7 肺	12	13	25																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
8 腎臓	7	7	14																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
9 泌尿器	104	53	157																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
10 骨・軟部	5	4	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
11 皮膚	5	4	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
12 乳腺	21	21	42																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
13 子宮体部	0	24	24																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
14 子宮頸部	0	17	17																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
15 卵巣	0	9	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
16 甲状腺	44	7	51																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
17 内分泌	21	7	28																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
18 骨・軟部	11	7	18																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
19 皮膚	8	10	18																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
20 泌尿器	9	17	26																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
21 骨・軟部	15	8	23																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
22 消化器	11	4	15																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
23 泌尿器	2	1	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
24 皮膚	3	0	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
25 骨・軟部	3	0	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
合計	559	240	800																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
部位名	診断のみ	自診・自治	自診・自診	自診・他診	他診・自診	他診・他診	終了後																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
口腔・咽頭	3	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
食道	2	0					1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
胃	1	40		10			2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
大腸	2	65		4	2		4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
肝臓・胆管	1	12					1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
膵臓	1	10			1		1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
肺	1	21					2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
腎臓	14	109	4	7	1		2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
骨・軟部	1	6					2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
皮膚	5	6					1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
乳腺	0	12	2				9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
子宮体部	0	23			2		8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
子宮頸部	0	1	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
卵巣	0	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
前立腺	2	21		3	14		4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
膀胱	5	14		2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
腎・泌尿器	2	8			1		2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
骨・軟部	5	14																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
甲状腺	4	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
消化器	4	18			1		2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
泌尿器	1	1					1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
皮膚	1	5					1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
内分泌	1	15			1		1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
その他	6	15					1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
部位名	診断のみ	自診・自治	自診・自診	自診・他診	他診・自診	他診・他診	終了後																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
合計	64	431	7	32	30		38																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
6. アンケートについて 国立がんセンターからのアンケートを抜粋し院内がん登録情報の個人情報について周知することで承認を得た。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

## 4. 部位別・臨床病期別

部位名	0	0a	0b	1A	I	IE	IA1	IA2	IA3	IE	II	IIA	IIA2	IIIB	IIIC	IV	IVA	IVB	IVC	該当せず	不明	総計		
1. 口腔-咽頭	1				7					1				1			4					1	15	
2. 食道					4									1			1					1	8	
3. 胃				2	25							1		5	6			2	8			5	54	
5. 大腸	B				16								16		1	12	5	5	2	2		9	77	
6. 肝臓				3		3					5				1				2			3	17	
7. 胆嚢-胆管					1					1	1		1	1		2	1		3			1	12	
8. 肺臓					1	1	1						2	4			14					2	25	
9. 転移	1				2									2						2			7	
10. 脳						10	5	25	19					6	2	15	9	2		23	20		137	
11. 骨-軟部				2																		2	4	
12. 皮膚	2				4							1		1									9	
13. 乳房	3			9								5		3		2	4						31	
14. 子宮体部	25				1							1	1							1			30	
15. 子宮体部				2		1					1											1	5	
16. 卵巣				4												1							8	
17. 睾丸腫					12						7			10								5	44	
18. 膀胱		13	2		8						3			2									28	
19. 腎-泌尿器					2						1			2			3					4	13	
20. 腎-中枢神経																						18	18	
21. 甲状腺					8						2			1									1	12
悪性リンパ腫				3						1	2			1			5						3	15
悪性肉腫																						6	6	
多発性骨髄腫																						3	3	
白血病																						1	1	
26. その他				2	8										1	1	1	1				8	23	
総計	41	13	2	25	100	15	5	25	19	1	23	24	1	19	29	20	24	11	38	38	36	2	44	602

## 6. 院内がん登録 実態調査アンケート(抜粋)

## Ⅲ 個人情報保護について

1. 「情報セキュリティの方針を踏まえた院内がん情報の運用管理規則」がありますか。 [東近江総合医療センターがん登録規程](#)
2. 情報セキュリティ方針の名称 [院内がん登録データ利用申請書](#)
3. 院内がん登録の担当者は、個人情報保護に関する教育訓練を定期的(年1回以上)受けていますか。 [はい](#)
4. 院内がん登録の個人情報が含まれる情報機器は所定の位置より移動・持出しをさせないように運用管理規程で定められていますか。 [はい](#)

【QI 研究】

- ★国立がん研修センターの行う 院内がん登録と DPC を用いた QI 研究  
2014 年症例から参加している。  
2019 年度は、2016 年症例で参加した。

# 薬事委員会

## 目的

1. 医薬品の新規採用の審査に関すること。
2. 医薬品の使用管理及び医薬品情報の交換、副作用情報に関すること。
3. 特定医療材料の新規採用の審査に関すること。
4. 検査用試薬の新規採用の審査に関すること。
5. 医薬品、特定医療材料、検査用試薬のリストの作成、管理に関すること。

## 構成委員

副院長、統括診療部長、各診療部長、各科医(科)長、薬剤部長、副薬剤部長、看護部長、医療安全管理係長、事務部長、企画課長、業務班長、専門職、契約係長

## 活動記録

開催日	議題及び実績
第1回薬事委員会 (2019年4月26日)	2019年度は11回(8月を除き、毎月1回)開催され、下記のとおり審議、報告された。 <ul style="list-style-type: none"><li>・新規採用申請医薬品は、13品目あり、審議の結果、13品目が採用された。また、切り替え削除医薬品は7品目であった。</li><li>・新規採用申請検査試薬、医療材料は、81品目あり、審議の結果、すべて採用となった。切り替え削除検査試薬、医療材料は、39品目であった。</li><li>・限定採用申請医薬品は、のべ103品目あり、すべて承認された。</li><li>・先発医薬品から後発医薬品への切り替えについて、10品目が審議され、すべて切り替えが承認された。採用医薬品のうち後発医薬品のある品目の後発医薬品比率は87.1%となり、購入数量ベースでは95.5%と高い水準で維持されている。</li><li>・後発医薬品のメーカー変更について、13品目が審議され、すべて切替えとなった。</li><li>・販売中止、供給停止などに対する対応について、19品目が審議され、15品目がメーカーを切り替えて採用し、4品目は削除となった。</li><li>・使用頻度の低い採用医薬品について、16品目が審議され、13品目が削除、3品目が要時購入となった。</li><li>・期限切迫医薬品について、17品目の採用医薬品と23品目の患者限定医薬品が使用された。</li><li>・医薬品医療機器等安全性情報報告は2件報告された。</li></ul>
第2回薬事委員会 (2019年5月31日)	
第3回薬事委員会 (2019年6月28日)	
第4回薬事委員会 (2019年7月26日)	
第5回薬事委員会 (2019年9月27日)	
第6回薬事委員会 (2019年10月31日)	
第7回薬事委員会 (2019年11月29日)	
第8回薬事委員会 (2019年12月27日)	
第9回薬事委員会 (2020年1月29日)	
第10回薬事委員会 (2020年2月28日)	
第11回薬事委員会 (2020年3月27日)	

# 手術室管理運営委員会

## 目 的

1. 手術室の管理運営に関すること。
2. 手術室の設備・機器等の調査研究に関すること。
3. その他手術室の管理運営に必要な事項。

## 構成委員

特命副院長、外科診療部長、手術室部長、外科系各医長、副看護部長、医療安全管理係長、東2病棟看護師長、手術室看護師長、外来看護師長、経営企画室長、業務班長、医事係長

## 活動記録

開催日	議題及び実績
2019年4月12日	①麻酔科医不在に伴う麻酔科外来の休診について ②手術の麻酔科依頼用紙の締め切り日について ③5月連休前の手術依頼締め切り日について ④新電子カルテ導入に伴う手術依頼の変更について ⑤手術室看護師の異動について
2019年5月10日	①手術室入室時、患者・スタッフともに腕時計、ピアスなど装飾品をすべて除去することについて ②手術関連の次世代電子カルテ WG 活動について ③麻酔科学会に伴う麻酔科医の不在について ④麻酔科外来担当医の変更について
2019年6月14日	①手術関連の同意書の提出の仕方について ②手術関連の同意書に関する WG について ③藤野 Dr の休暇に伴う手術枠、麻酔科外来の変更について
2019年7月12日	①藤野 Dr の夏季休暇と手術枠・麻酔科外来日について再確認 ②次期電子カルテでの手術申し込み方法について ③今後の次期電子カルテ WG のスケジュールについて
(8月度は開催なし)	
2019年9月14日	①新電子カルテの手術申し込みについて ②手術申し込み時の「依頼コメント」の入力について ③手術予定変更届の提出とその後の手術申し込みについて ④麻酔薬の薬疹対応について ⑤感染症検査の有効期間について ⑥手術器械が1セットのみの複数手術の対応について（歯科口腔外科・耳鼻科・泌尿器科など）
2019年10月11日	①耳鼻咽喉科の手術枠の増加について ②フリーフォルダの全麻予定表の活用について ③手術室部門システム導入、電子カルテ更新に伴う不具合や変更希望について ・麻酔科対診の日までに手術申し込みを済ませることについて ・手術申し込み時の手術希望入室時間の入力について ・左右両側の手術を実施した場合の会計に反映する手術実施入力の方法について ・執刀医は直接入力できるが、助手はできないため名前の登録が必要なことについて
2019年11月9日	①耳鼻咽喉科の手術枠の増加について ②麻酔科外来予約枠の変更について ③「手術予定変更届」の運用の変更について ④12月の土曜日のワックスがけについて ⑤術後に術者や助手の登録変更を行う方法について ⑥「手術終了時間」と「操作終了時間」について

開催日	議題及び実績
2019年12月13日	<ul style="list-style-type: none"> <li>①年始1月6日の週の手術申し込みについて</li> <li>②1月からの麻酔科外来の担当枠の変更について</li> <li>③12月14日(土)15日(日)の手術室ワックスがけについて</li> <li>④EOGガス滅菌器の更新について</li> <li>⑤手術室カーナシステム(映像)の更新について</li> </ul>
2020年1月10日	<ul style="list-style-type: none"> <li>①2月からの手術枠の変更について</li> <li>②井上Drの休みに伴う2/21の麻酔科外来休診について</li> <li>③麻酔科管理枠、脊椎麻酔および局所麻酔枠の活用について</li> <li>④まつ毛エクステ装着患者が術後の角膜潰瘍になった事例からの今後の対応について</li> </ul>
2020年2月7日	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「手術予定変更届」の運用方法と手術申し込み締切日までの変更についての再周知</li> <li>②手術申し込み時の手術希望入室時間の入力について再周知</li> <li>③手術予定時間の入力について</li> <li>④学会等で予定手術枠を使用しない場合の情報提供のためのファイル入力について</li> <li>⑤6月の麻酔科学会の予定とそれに伴う手術、麻酔科外来の休診について</li> <li>⑥手術を円滑に行うため、全ての入室時間を手術室から主治医、病棟に連絡する件について</li> <li>⑦タイムアウト時にインプラントの左右確認を行う件について</li> <li>⑧術中の褥瘡予防のため、概ね3時間毎の除圧を行うことについて</li> <li>⑨緊急輸血の場合、今後は手術室より検査科と病棟の両方に連絡を入れることについて</li> </ul>
2020年3月13日	<ul style="list-style-type: none"> <li>①5月の連休に伴う手術申し込み締切日について</li> <li>②学会等で予定手術枠を使用しない場合の情報提供のためのファイル入力についての再周知</li> </ul>



# 臨床検査委員会

## 目 的

1. 臨床検査の機器整備に関すること。
2. 臨床検査の精度管理に関すること。
3. 外部委託検査に関すること。
4. 保険適用外検査に関すること。
5. 診療報酬の適正化に関すること。
6. その他臨床検査に必要な事項に関すること。

## 構成委員

副院長、特命副院長、内科診療部長、外科診療部長、各科部長、研究検査科長、薬剤部長、臨床検査技師長、副臨床検査技師長、看護部長、契約係長、医療安全管理係長

## 活動記録

開催日	議題及び実績
2019年4月26日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③TAT評価について ④ゴールデンウィーク中の検査業務について ⑤病理医不在の連絡（再度）
2019年5月31日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③外部委託検査一時中止項目について
2019年6月28日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②SMS収支について ③FMS契約延長について
2019年7月26日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③HBs抗原定量検査の取り扱いについて ④検査機器のメンテナンスについて
2019年9月27日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③新カルテ運用について
2019年10月31日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③新電子カルテにおける外来迅速検体加算について
2019年11月29日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③時間外検査体制の変更について ④年末に向け外部委託検査および保存不適検体について ⑤臨床検査委員会規定改正について



開催日	議題及び実績
2019年12月27日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③時間外検査体制について ④年末年始の検査体制について
2020年1月29日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③時間外検査体制変更の検証について ④電子カルテ掲載要望項目について ⑤ALP、LD測定法と検査値について
2020年2月28日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③外部委託検査受託中止項目について
2020年3月29日	①外部委託検査、保険適用外検査について ②FMS収支について ③病理検査機器導入について

# 輸血療法委員会

## 目 的

1. 輸血療法の適正化（正しい適応の検討）
2. 輸血の監査（輸血の実施の把握など）
3. 輸血副作用の把握と対策
4. 各種血液製剤の使用状況の把握
5. 輸血療法に関わりのある情報の収集
6. 輸血療法に関する啓蒙
7. 輸血管理簿の適正な記載と管理

## 構成委員

特命副院長、内科診療部長、外科診療部長、救急科部長、研究検査科長、薬剤部長、臨床検査技師長、副臨床検査技師長、看護部長、医療安全管理係長

## 活動記録

開催日	議題及び実績
2019年4月26日	①平成30年度統計報告 ②適正使用加算取得について ③輸血後感染症実施状況 ④返納・廃棄製剤の報告 ⑤輸血副作用の報告 ⑥異型適合血 ⑦インシデント事例
2019年5月31日	①2019年度統計報告 ②適正使用加算取得について ③輸血後感染症実施状況 ④返納・廃棄製剤の報告 ⑤輸血副作用の報告 ⑥研修会の案内
2019年7月26日	①過去1年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③輸血後感染症実施状況 ④返納・廃棄製剤の報告 ⑤輸血副作用の報告
2019年9月27日	①過去1年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③輸血後感染症実施状況 ④返納・廃棄製剤の報告 ⑤輸血副作用の報告
2019年11月29日	①過去1年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③輸血後感染症実施状況 ④副作用報告 ⑤返納・廃棄製剤の報告

開催日	議題及び実績
2020年1月29日	①過去1年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③輸血後感染症実施状況 ④副作用報告 ⑤返納・廃棄製剤の報告
2020年3月27日	①過去1年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③輸血後感染症実施状況 ④副作用報告 ⑤返納・廃棄製剤の報告 ⑥審議事項 輸血マニュアルの改訂

# 栄養管理委員会

## 目的

1. 栄養管理業務の運営に関すること。
2. 食事基準及び栄養食事指導等の栄養管理計画に関すること。
3. 食品材料等の購入及び消費計画に関すること。
4. 衛生管理に関すること。
5. 入院時食事療養にかかる調査・統計に関すること。
6. その他栄養管理業務にかかる必要事項に関すること。

## 構成委員

特命副院長、糖尿病・内分泌内科医長（栄養担当医）、NST リーダー、副看護部長、病棟看護師長 1 名、業務班長、栄養管理室長、管理栄養士

## 活動記録

開催日	議題及び実績
2019年6月6日	①栄養部門経営管理報告 収支状況報告、栄養食事指導実施件数報告、喫食率状況報告、特別食加算状況 ②糖尿病教室ワーキング報告 糖尿病ワーキンググループ規定について、31年度糖尿病教室年間予定について ③NST 報告 NST ラウンド報告、NST 加算算定報告、NST 専門療法士臨床実施修練プログラムについて ④その他 H30.3 食事嗜好調査報告、新電子カルテについて
2019年9月5日	①栄養部門経営管理報告 収支状況報告、栄養食事指導実施件数報告、喫食率状況報告、特別食加算状況 ②糖尿病教室ワーキング報告 糖尿病教室実施記録について、糖尿病教育入院患者用 DVD 運用・理解度確認テストについて ③NST 報告 NST ラウンド報告、NST 加算算定報告、NST 専門療法士臨床実施修練について ④その他 R1.9 食事嗜好調査実施について、新電子カルテにける栄養管理手順について
2019年12月10日	①栄養部門経営管理報告 収支状況報告、栄養食事指導実施件数報告、喫食率状況報告、特別食加算状況 ②糖尿病教室ワーキング報告 在宅自己注射治療中の患者様の針類破棄について ③NST 報告 NST ラウンド報告、NST 加算算定報告、NST 専門療法士臨床実施報告について ④その他 R1.9 食事嗜好調査報告、年末年始体制について、栄養剤の個装デザイン変更について、新電子カルテにおける食物アレルギー入力について
2020年3月5日	①栄養部門経営管理報告 収支状況報告、栄養食事指導実施件数報告、喫食率状況報告、特別食加算状況 ②糖尿病教室ワーキング報告 血糖測定機の使用法指導の標準化について ③NST 報告 NST ラウンド報告、NST 加算算定報告 ④その他 R2.3 食事嗜好調査実施について

# 患者サービス向上対策委員会

## 目 的




1. 患者・家族等の利用者、有職者等からの意見聴取に関する事。
2. 患者の利便性の向上に関する事。
3. 待ち時間の短縮に関する事。
4. 患者対応の改善向上に関する事。
5. 附属設備等の設置改善に関する事。
6. 療養環境等の改善向上に関する事。
7. その他患者サービスの向上改善に関する事。

## 構成委員

循環器内科部長、副看護部長、主任薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、リハビリテーション科スタッフ、外来看護師長、病棟看護師長、看護スタッフ、医事係長、庶務係長、契約係

## 活動記録

開催日	議題及び実績
定例会議（隔月）	退院時アンケート・ご意見箱に寄せられた患者（家族）の意見を共有し、改善項目を検討、併せて各種行事について打ち合わせを実施。
2019年8月13日	盆踊り 外部協力：江洲音頭普及会の皆様 参加者数：40人
2019年10月10日	第1回接遇研修 講 師：セルフケア・カンパニー 近藤宜子「病院職員において留意すべき接遇のポイント」 参加者数：62人
2019年11月10日	御園地区秋まつり（場所：御園小学校グラウンド） 内 容：健康相談コーナー（血圧測定、身長体重測定、体脂肪測定、栄養相談 健康相談、お子様記念撮影（白衣着用）） 来場者数：88人
2019年12月1日	東近江市健康フェア（場所：東近江市保健子育て複合施設ハピネス） 内 容：健康相談コーナー（血圧測定、骨密度測定、運動機能チェック、栄養相談） 来場者数：200人以上
2019年12月24日	クリスマスコンサート 外部協力：ばら園ちびっこ合唱団、女声合唱アザレア、The Living Hope 参加者数：70人



# 広報委員会

## 目的

1. 広報誌「つながり」の発行に関すること。
2. 院内報「大風」の発行に関すること。
3. 業績集の発行に関すること。
4. ホームページの効率的な運用、タイムリーかつ迅速な更新並びに効果的な内容に関すること。
5. マスコミ（新聞、テレビ、専門誌等）への広報活動に関すること。
6. 各種市民公開講座・健康教室・研修会等のPRに関すること。
7. その他、院長若しくは委員長が必要と認める広報活動に関すること。


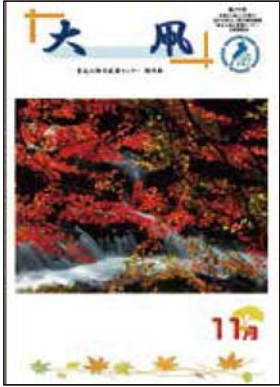

## 構成委員

内科診療部長、副看護部長、管理課長、主任検査技師、薬剤師、理学療法士、栄養士、地域連携係長、外来看護師長、契約係長、地域医療連携係長、医事係長、庶務係長、庶務係

## 活動記録

開催日	議題及び実績
2019年4月15日 2019年5月7日 2019年6月3日 2019年7月2日 2019年8月5日 2019年9月2日 2019年10月7日 2019年11月5日 2019年12月2日 2020年1月9日 2020年2月3日 2020年3月2日	<p>■「あかね」(対象：患者さん、発行月：毎月、配布場所：外来待合等) 各診療科の紹介等</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div>
	<p>■「つながり」(対象・配布場所：近隣医療機関、発行月：各四半期) 各診療科の紹介、開催したイベントの様子等を紹介</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div>



開催日	議題及び実績
	<p>■「大風」（対象：院内職員、発行月：毎月、配布場所：データ配布） 院内にて開催した勉強会やイベントの様子等を紹介</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div>

# 揭 載 論 文

滋賀県守山市で採集された北米からの移入種と思われる  
*Pyrausta inornatalis* (鱗翅目：ツトガ科，ノメイガ亜科)  
 — 日本における2番目の分布記録

前田 憲吾・吉安 裕

Occurrence of *Pyrausta inornatalis* (Fernald) (Lepidoptera: Crambidae, Pyraustinae)  
 in Moriuyama City, Shiga Prefecture, supposed to be introduced from North America  
 — the second distributional record in Japan

Kengo MAEDA and Yutaka YOSHIZASU

宮野 (2020) は、北米原産のツトガ科ノメイガ亜科の *Pyrausta inornatalis* (Fernald, 1885) を、2019 年 7 ~ 10 月に採集された岐阜県産の 4 頭の成虫標本に基づいて日本から初めて記録した。同じ時期に滋賀県守山市でも本種成虫が発見・採集されていたので、今後の分布動向および同定の参考資料として、その同定経緯を含めて報告する。

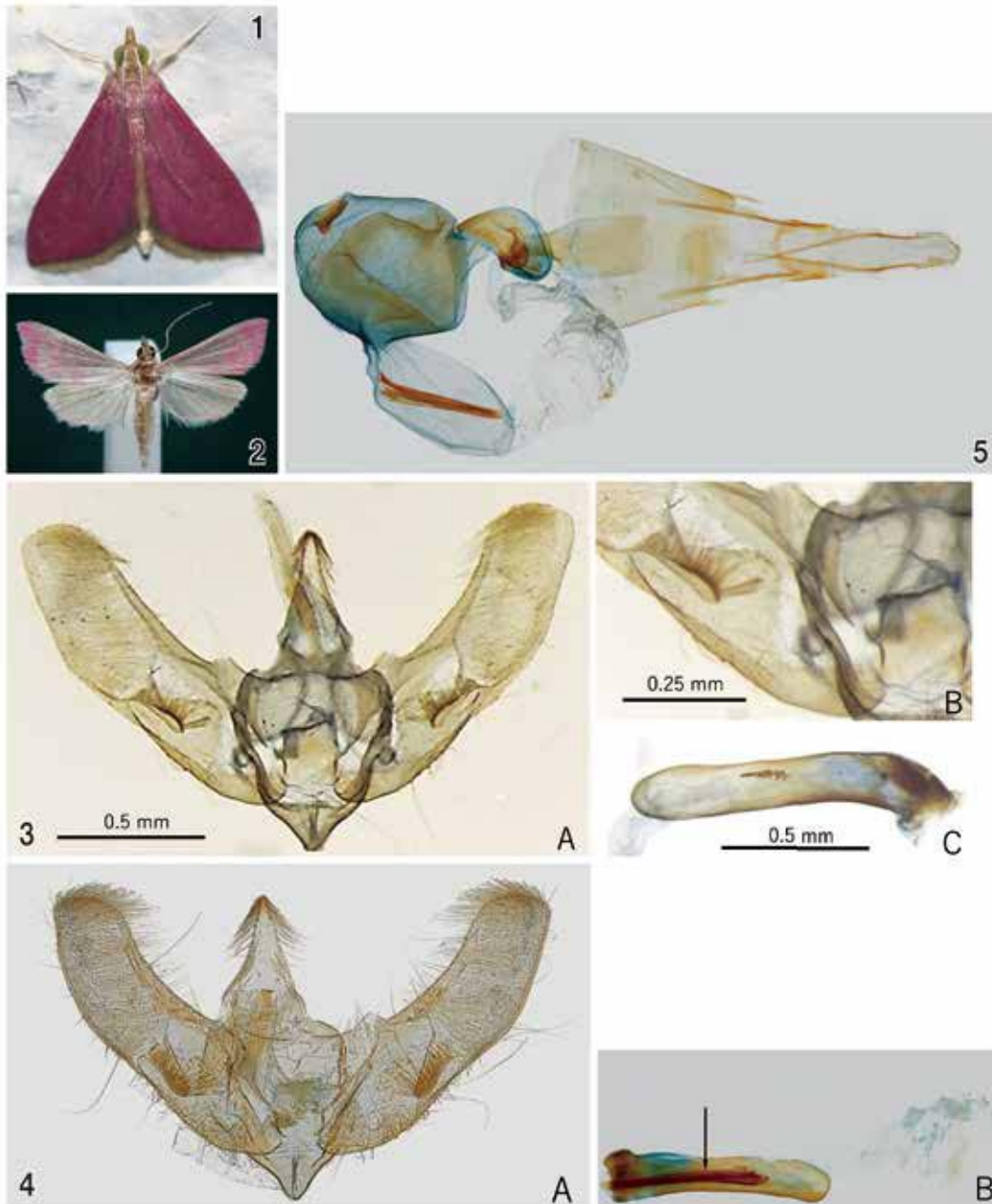
第 1 著者の前田は、2015 年から滋賀県守山市橋磨田町の公園で蝶類の観察をおこなっているが、2019 年 8 月 25 日に、これまで見た経験のないノメイガ亜科の一種を発見した (Fig. 1)。成虫の前翅は、翅頂部が尖り、一様に紫色を帯びた桃色 (灰色) である特徴的な斑紋から調べて、北米産の *Pyrausta inornatalis* (Fernald) と思われた。本種の同定の確認をするため、2019 年 10 月 31 日に同じく当地で採集された同種の雄成虫 1 頭 (Fig. 2) を、滋賀県立琵琶湖博物館の八尋克郎学芸員を通じて、第 2 著者の吉安に届けられ、吉安が同定の確認をすることにした。成虫の交尾器も含めて観察し、Fernald (1885) の原記載と Munroe (1976) による当該種の再記載との比較をおこなった結果、成虫の斑紋やサイズおよび交尾器形態で *P. inornatalis* と類似していることが確かめられたが (Fig. 3)、交尾器の一部に Munroe (1976) の記載と異なる点もあった。そこで、確実な同定をするため、アメリカ合衆国農務省のメイガ上科の分類専門家 Dr Alma Solis に北米産個体との比較確認をお願いし、同時に北米産個体の交尾器写真の送付を依頼した。

2020 年 1 月 28 日に Solis 氏から *P. inornatalis* の雄の交尾器写真 (Fig. 4) が届き、北米産雄交尾器の挿入器に顕著な一群の針状のコルヌティがあること以外には両個体群間に差異は認められなかった。手元の滋賀県産個体では Fig. 3C のようにこのコルヌティ群を欠いていたが、宮野 (2020) は、交尾時にこのコルヌティが雌のアベンディックス・ブルサエに残されることを明示している。さらに、Solis 氏から同時に送付いただいた雌交尾器 (Fig. 5) 内にも同様にコルヌティが認められた。このことは本種ではコルヌティの脱落が比較的起こりやすいことを示している。したがって、今回の滋賀県産の雄では挿入器内の針状コルヌティが交尾時に抜け落ちたと判断し、この個体を *P. inornatalis* と確定した。

*Pyrausta inornatalis* (Fernald) は、古くは北米のフロリダ州 (タイプ産地) とテキサス州西部からメキシコにかけて分布するとされていたが (Munroe, 1976)、近年カリフォルニア州やミズーリ州、ケンタッキー州、テネシー州など合衆国の中部地域にも広く分布することがわかっており、地域によっては年間を通じて発生しているようである (宮野, 2020; <http://butterfliesandmoths.org/species/Pyrausta-inornatalis>, 2020年2月5日閲覧)。

宮野 (2020) で記述されているように、本種の幼虫はシソ科 Lamiaceae のアキギリ属 (サルビア属) *Salvia* の各種の花を摂食することが知られる。本種が日本の東海地方と近畿地方で同じ年に発生していることが確かめられたことから、すでに本州中部に分布が広がっていることも示唆される。また、もし今後定着すれば、アキギリ属の在来種や園芸作物への被害拡大も懸念される。なお、ツトガ科で北米からの移入種が発見されたのは、1960 年代の *Parapediasia teterella* (Zincken, 1821) シバツトガの侵入以降初めてのことと思われる。今回 2019 年 10 月 31 日に守山市橋磨田町で採集した個体は、証拠標本として、大阪府立大学

*Yugata*, 240: 43–45, June 1, 2020.



Figs 1-5. *Pyrausta inornatalis* (Fernald) アメリカピンクノメイガ. 1. Adult female, found on Aug. 25, 2019, in Moriyama City, Shiga Prefecture. 守山市で2019年8月25日に発見された雌成虫. 2. Adult male, collected on Oct. 31, 2019, in the same locality (forewing length: 6.7 mm). 同地で2019年10月31日に採集された雄成虫. 3. 4. Male genitalia. 挿入器. 3. Collected on Oct. 31, 2019, in Shiga Prefecture. 2019年10月31日滋賀県で採集された個体. A, Ventral view, 腹面. B, Base of valva. バルバ基部. C, Left side (lacking a group of long aciculate cornuti). 挿入器, 左側面. 4. Collected in Junction, Kimble County, Texas and preserved in USNM (USNM slide #115923). アメリカ合衆国テキサス州で採集された個体. A, Ventral view, 腹面. B, Right side of phallus, an arrow indicates a group of aciculate cornuti. 挿入器, 矢印はコルスティを示す. 5. Female genitalia collected in Junction, Kimble County, Texas and preserved in USNM (USNM slide #115925). Dorsal view, indicating male cornuti left in appendix bursae. アメリカ合衆国テキサス州で採集された雌個体の交尾器. アベンディックス・ブルサエ内に雄のコルスティが残る.

昆虫学研究室に保管する。

北米産の *Pyrausta inornatalis* の雌雄交尾器写真を送付くださり、その掲載の使用許可をいただいた Dr M. Alma Solis に深謝する。前回は標本同定の仲介をいただいた滋賀県立琵琶湖博物館の八尋克郎氏にお礼申し上げる。

#### 引用文献

- Fernald, C. H., 1885. North American Pyralidae. *Can. Ent.* 17: 55-58.  
 宮野 昭彦, 2020. 日本未記録のピンク色のノメイガ. 誘蛾燈 239: 1-2.  
 Munroe, E., 1976. Pyraloidea. Pyralidae comprising the subfamily Pyraustinae tribe Pyraustini (conclusion). In Dominick, R. B. et al. (eds), *The Moths of America North of Mexico*, 13. 2B. 81-150-xvii pp, 1-9 & I-U pls. F. W. Classey Limited and the Wedge Entomological Research Foundation, London.

**Summary** We recorded *Pyrausta inornatalis* (Fernald, 1885) from Shiga Prefecture, Honshu, Japan. The species is supposed to be accidentally introduced from the original locality of North America. This is the second distributional record from Japan, following the first discovery from Gifu Prefecture, Honshu, by Miyano (2020). The male genitalia were indicated based on the specimen collected on Oct. 31, 2019 from Shiga Prefecture. The cornuti in the male phallus of that specimen were lost. The specimen discovered in Japan was compared with the photos of male and female genitalia (Figs 4 & 5) of this species collected in Texas, United States through the courtesy of M. Alma Solis, specimens dissected and photos by B. Proscheck, USDA, to whom we deeply acknowledge to use them.

The larva of this species is known to feed on *Salvia* (Lamiaceae) plants in the United States. It is needed to carefully observe the expansion of the species to another locality and to watch the effects on the native *Salvia* species and other ornamental plants of this genus in Japan.

(まえだ けんご, 524-0012 滋賀県守山市播磨田町 280-46)

(よしやす ゆたか, 612-8141 京都市伏見区向島二ノ丸町 151-30-3-D-216)

## シロテンチビミノガの生活史 (小型ミノガ類多産地シリーズ 1)

工藤 広悦

Biological note on *Paramarychta albomaculatella* Saigusa (Psychidae) (Micro psychid moth series 1)

Koetsu Kudo

末を細めた白袴を履いた小さな花の精のようなユキノシタ *Saxifraga stolonifera* Meerb. が、陰湿な岩の上に咲く 6 月 (Fig. 1)。栃木県日光市の石垣の多い、とある地区に表題の *Paramarychta albomaculatella* Saigusa, 1961 シロテンチビミノガの大きくなった蛾を見つけることができる (Fig. 2)。他の小型ミノガ類とは明らかに異質の養を持つ。最初は、コヤガ類の繭と勘違いするかも知れない。長さ 12.0-13.5 mm の白緑色の両端が細る三角柱状の繭で、表面には粉状の地衣類をつける。微小な植物片などが織り込まれて堅牢な繭を作る他の種とは形状、繭の素材共に異なる (三枝・杉本, 2013)。

多産するとは言え産地は極めて局所的で、集中して採取する場合はその採集圧に耐えられないと思うので、所在を明確にする細かい地名は省略した。

終齢幼虫と蛹を中心とするシロテンチビミノガの生活史の一部を以下に報告する。

*Yugato*, 240: 45-47, June 1, 2020.



## Akinetopsia on Driving

Kengo Maeda, MD, PhD

---

Akinetopsia is a quite rare symptom. Two types of akinetopsia have been reported: one is cinematographic vision, and the other is invisibility of moving objects. These symptoms are thought to occur due to dysfunction of the MT/V5 area at the occipitoparietal region. I herein describe a 54-year-old man who collided with a car parked on the left side of the road while driving. He complained that the parked car looked to be moving forwards and he could not stop his car when he noticed that it was parked. Magnetic resonance imaging disclosed the fresh infarction on the right temporoparietal region involving the MT/V5 area. His symptom during driving was considered cinematographic vision and it was the cause of the traffic accident. Akinetopsia resulted in illusory kinetopsia on driving and the traffic accident.

**Key Words:** Kinetopsia—Akinetopsia—Optic flow—MT/V5 area—Infarction  
© 2019 Elsevier Inc. All rights reserved.

---

### Case Report

A 54-year-old man was transferred to the hospital due to a traffic accident. He had noticed a slight weakness of his left hand that morning. When he drove his car to his work, he collided with the car parked on the left side of the road. He complained that the parked car seemed to be moving forward. However, when he noticed that it was parked, he could not stop the car. He was mentally normal. Homonymous hemianopsia or left hemispacial neglect was not observed. There was neither hemiparesis, sensory disturbance, nor cerebellar ataxia. Magnetic resonance imaging revealed fresh cerebral infarction in the right frontal and temporo-occipital lobes (Fig 1). The objective tests such as eye tracking test were not available. Treated with antiplatelet agent, he did not note any visual symptom afterward.

---

From the Department of Neurology, National Hospital Organization Higashi-ohmi General Medical Center, Higashi-ohmi, Shiga, Japan.

Received January 10, 2019; revision received February 7, 2019; accepted February 23, 2019.

Address correspondence to: Kengo Maeda, Department of Neurology, National Hospital Organization Higashi-ohmi General Medical Center, 255 Gochi, Higashi-ohmi, Shiga 527-8505, Japan.

E-mail: [maeda.kengo.sb@mail.hosp.go.jp](mailto:maeda.kengo.sb@mail.hosp.go.jp)

1052-3057/\$ - see front matter

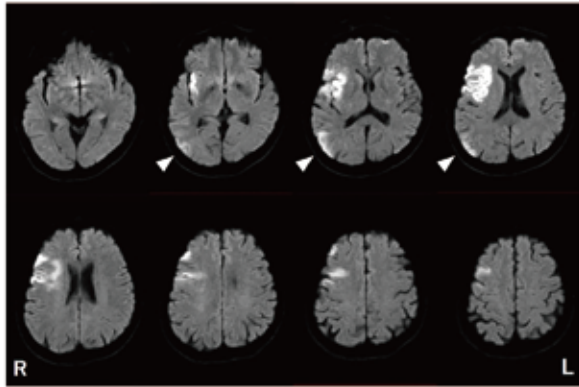
© 2019 Elsevier Inc. All rights reserved.

<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.02.036>

### Discussion

The cause of his traffic accident was considered visual illusory motion perception due to cerebral embolism. Three interpretations for his symptom were considered. First, the patient's complaint that the car parked on the left side of the road looked to be moving forward indicates kinetopsia when simply accepted. Only two epilepsy patients have been reported to show kinetopsia.<sup>1,2</sup> The causative epileptic focus was located on the right occipitoparietal region involving the MT/V5 area, which is a part of the dorsal stream of the visual perception pathway and plays a key role in visual motion detection.<sup>3</sup> However, this is the case when the patient is not moving. Secondly, in the situation involving this patient (driving a car), the surrounding stationary objects were moving from the front to the back. In his visual field, things were moving radially from the center to the periphery, becoming bigger. This radial movement of the stationary objects is called "optic flow".<sup>4</sup> If a car is running at the same speed as his car, it looks stationary. For this patient driving a car, the parked car might not have moved radially like other objects, and it made him feel that it was moving forward. In that sense, his symptom is akinetopsia. Two types of akinetopsia are known: cinematographic vision and invisibility of moving objects.<sup>5</sup> Akinetopsia results from disturbance of MT/V5. Thirdly, human neuroimaging studies have demonstrated that the ventral intraparietal area is the most likely candidate for the area that





**Figure 1.** Diffusion-weighted magnetic resonance images of the patient's brain. Fresh infarction is detected in the right frontal lobe and temporo-occipital lobe. The latter (arrowheads) is considered associated with the patient's complaint.

integrates visual information related to self-motion and vestibular information.<sup>4</sup> However, his infarctions were located at the right temporo-occipital lobe involving MT/V5. Taken together, the patient's symptom on driving indicates transient cinematographic vision. The reason

why other stationary objects in his left visual field did not show cinematographic vision was unclear. However, in the case of epileptic kinetopsia, automatic motion was limited to some objects in the field, not all objects move spontaneously.<sup>1,2</sup>

## References

1. Laff R, Mesad S, Devinsky O. Epileptic kinetopsia: ictal illusory motion perception. *Neurology* 2003;61:1262-1264.
2. Perumal MB, Chinnasami S, Shah A, et al. Epileptic kinetopsia localizes to superior parietal lobule and intraparietal sulcus. *Neurology* 2014;83:768-770.
3. Ardila A. Some unusual neuropsychological syndromes: somatoparaphrenia, akinetopsia, reduplicative paramnesia, autotopagnosia. *Arch Clin Neuropsychol* 2016;31:456-464.
4. Uesaki M, Ashida H. Optic-flow selective cortical sensory regions associated with self-reported states ofvection. *Front Psychol* 2015;6:775. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00775>.
5. Otsuka-Hirota N, Yamamoto H, Miyashita K, et al. Invisibility of moving objects: a core symptom of motion blindness. *BMJ Case Rep* 2014. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-201233>.



## Clinical letter

## Akinetopsia with achromatopsia due to focal epilepsy

Kengo Maeda<sup>a</sup>, Yoshiko Sugihara, Tomoyuki Shiraishi*Department of Neurology, National Hospital Organization Higashi-ohmi General Medical Center, Shiga, Japan*

## 1. Introduction

Akinetopsia is a rare visual symptom of the central nervous system [1]. There are two types of akinetopsia: invisibility of moving objects, and motionless vision resembling freeze frames in a motion picture (cinematographic vision). Since there are only a few reports of akinetopsia, the corresponding region for motion perception is controversial. We herein describe a patient with ictal akinetopsia with achromatopsia whose symptoms and presentation offer insight in considering the issue.

## 2. Case presentation

A 68-year-old woman complained that after she experienced an uncomfortable feeling what she was looking at froze and lost its color like a monochromatic photograph. She did not experience déjà vu, jamais vu, epigastric rising sensation, or olfactory sensation. During the symptom, she could hear surrounding sounds normally. After a few seconds, her vision returned to its normal condition. Her visual symptom appeared on various occasions. Her symptom had appeared one year before and recently occurred every day. She had diabetes mellitus without diabetic complications and received oral hypoglycemic agents. She did not experience any symptoms of hypoglycemia during the symptom. Neurological examination was normal. Routine blood tests including thyroid and adrenal functions were also within normal limits. Magnetic resonance imaging of her brain was normal, and no lesion was enhanced by Gadolinium. Thirty-minute electroencephalogram (EEG) was performed twice before treatment. The first EEG (Fig. 1) revealed the sharp waves four times on the right hemisphere. The phase reversal was found between F8 and T4 electrodes (Fig. 1 arrows). Two minutes after hyperventilation loading, burst of sharp waves appeared on the right frontotemporal regions. During the recording of EEG, she experienced the usual uncomfortable feeling. Although seizure spread was not observed in the second EEG, sharp waves were recorded seven times. Interictal single photon emission computed tomography (SPECT) revealed hyperperfusion in the right frontotemporal region and hypoperfusion in the bilateral occipital regions (Fig. 2, upper). Visual perception test for agnosia (edited by the Japan Society for Higher Brain Dysfunction), also performed

interictally, did not show hemispatial neglect, prosopagnosia, or topographic disorientation. Wechsler Adult Intelligence Scale (3<sup>rd</sup> edition) showed VIQ 116, PIQ 108, and FIQ 114, suggesting normal intelligence. She was treated with 200 mg/day carbamazepine. EEG recorded one month after treatment showed no epileptic discharge. Her visual symptom was suppressed completely. SPECT was also improved 18 months after treatment (Fig. 2, lower).

## 3. Discussion

The visual symptom of our patient is considered to be akinetopsia with achromatopsia caused by epilepsy. Our patient presented cinematographic vision among the two types of akinetopsia. The focus of her epilepsy was considered to be in the right frontotemporal region based on EEG. SPECT was performed interictally. However, the facts that sharp waves were easily observed on EEG and the patient experienced visual symptom every day suggest that the focus was activated even during the interictal phase. Therefore, the hyperperfusion of the right frontotemporal region was probably due to the co-localizing epileptic activity. Interestingly, treatment with carbamazepine ameliorated not only the hyperperfusion of the epileptic focus but also the hypoperfusion of the bilateral occipital regions. Thus, both SPECT findings were most likely caused by the epileptic activity. The possible mechanism for this is remote inhibition, which is defined as the inhibition of neurons that are remote from the epileptic focus and connected with it through cortico-cortical or polysynaptic pathways.

The region responsible for akinetopsia has been thought to be in the area MT/V5. Although the original case presented by Zihl had bilateral lesions, unilateral lesion might be enough to cause akinetopsia [1]. Recently, right ventral visual cortex integrity has been reported to be important in motion perception, as well as the dorsal pathway including the area MT/V5 [2]. It is not determined how two types of akinetopsia are associated with the dorsal or ventral pathway, or the laterality of the lesion.

One difference between our case and the previously reported cases with akinetopsia was the complicating achromatopsia. Our patient mentioned that all the visual field lost its color and became like a monochromatic photograph. As to color perception, there have been

<sup>a</sup> Corresponding author at: Department of Neurology, National Hospital Organization Higashi-ohmi General Medical Center, 255 Gochi, Higashi-ohmi, Shiga 527-8505, Japan.

E-mail address: [maeda.kengo.sb@mail.hosp.go.jp](mailto:maeda.kengo.sb@mail.hosp.go.jp) (K. Maeda).

<https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.03.004>

Received 10 January 2019; Received in revised form 3 March 2019; Accepted 5 March 2019  
1059-1311/© 2019 British Epilepsy Association. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.



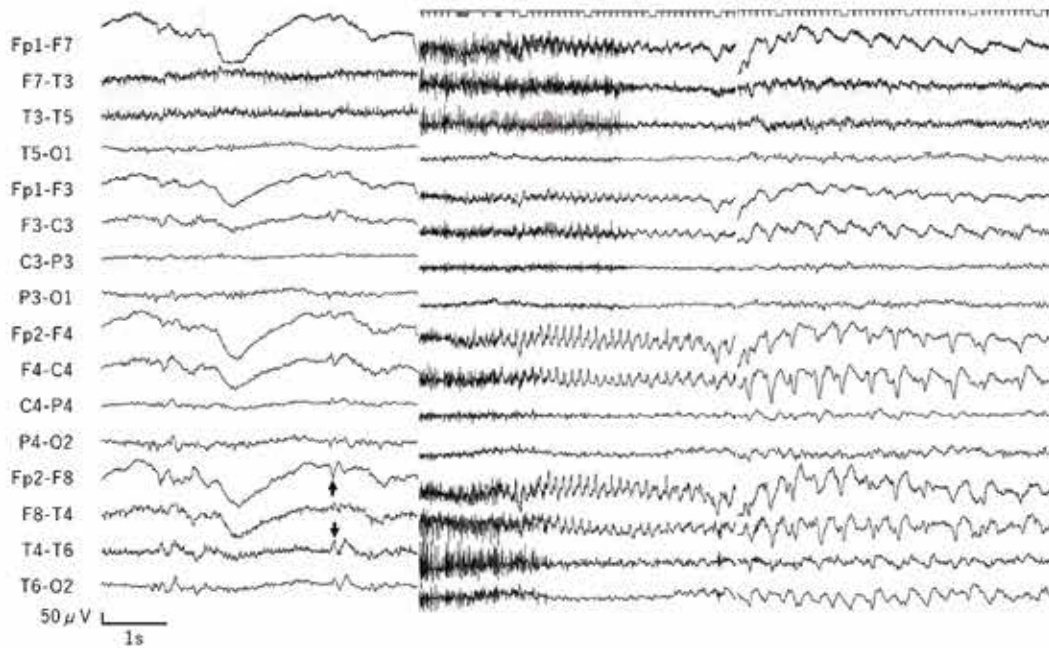


Fig. 1. Electroencephalogram. Sharp waves are observed on the right hemisphere (left). The phase reversal is found between F8 and T4 electrodes (arrows). Epileptic activity began on the right frontotemporal region (center) and disappeared (right).

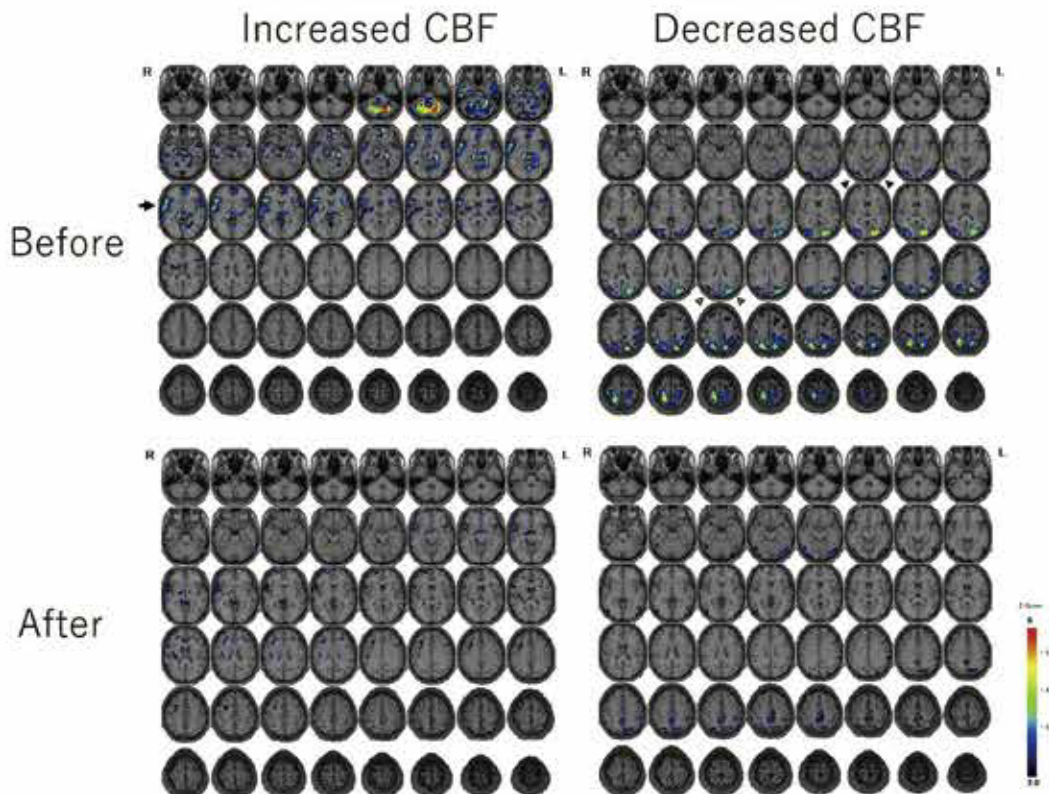


Fig. 2. Interictal single photon emission computed tomography (SPECT) using <sup>99m</sup>Tc-ethyl cysteinyl dimer before treatment. The data were analyzed with the Easy Z-score Imaging System. Areas with increased (Z-score > 2) cerebral blood flow (CBF) (left) and those with decreased CBF (right) are colored. Before treatment (upper), hyperperfusion around the right superior temporal gyrus (arrow) and hypoperfusion of the bilateral occipital regions are revealed. Hypoperfused region involves the area MT/V5 (open triangles) and V4v (closed triangles). Approximately 18 months after treatment (lower), both the hyper- and hypoperfusion seen before treatment are improved.

many discussions about the existence of a color center. Bartolomeo et al. introduced interesting cases of achromatopsia. One was in a hemiachromatopsic patient and involved the inferior part of the left occipital lobe. Another patient did not show achromatopsia after a first stroke involving the left occipitotemporal hematoma, but developed full-field achromatopsia after a second stroke affecting the right occipitotemporal region [3]. Although bilateral ventral occipitotemporal lobes containing the lingual and fusiform gyrus are important in color perception, there might be right-hemisphere dominance.

The hypoperfused regions observed in our patient before treatment involved bilateral classical centers of motion (MT/V5) and color (ventral part of V4; V4v) perception. Epileptic impulses could be retrogradely conveyed from the right frontotemporal region to the ipsilateral MT/V5 and V4v via the right ventral visual pathway and suppress their functions. They could also suppress the contralateral MT/V5 and V4v via callosal connection and result in ictal full-field akinetopsia with achromatopsia.

A similar epilepsy patient showing ictal cinematographic vision was reported to have a focus in the right mesial temporal lobe apart from area MT/V5 [4]. Unlike in that patient, we could derive ictal EEG and SPECT before and after treatment. During the seizure, ictal discharge did not seem to spread to the contralateral hemisphere in our patient. Although both cases seem to show the full-field akinetopsia from the focal seizure whose foci were in the right temporal lobe, akinetopsia, at least in our case, might have been due to the inhibition of the bilateral MT/V5 area.

#### 4. Conclusion

We reported a case of focal epilepsy showing full-field akinetopsia with achromatopsia. The focus of the epilepsy was the right frontotemporal region based on the results of EEG and SPECT. The remote inhibition of the bilateral MT/V5 and V4v via the right ventral visual pathway and callosal connection could be the cause of this rare symptom.

#### Conflict of interest

None.

#### References

- [1] Ardila A. Some unusual neuropsychological syndromes: somatoparaphrenia, akinetopsia, reduplicative paramnesia, autotopagnosia. *Arch Clin Neuropsychol* 2016;31:456–64. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw021>.
- [2] Gilai-Dotan S, Saygin AP, Lorenzi LJ, Egan R, Rees G, Behrmann M. The role of human ventral visual cortex in motion perception. *Brain* 2013;136:2784–98. <https://doi.org/10.1093/brain/awt214>.
- [3] Bartolomeo P, Bachoud-Lévi AC, Thiebaut de Schotten M. The anatomy of cerebral achromatopsia: a reappraisal and comparison of two case reports. *Cortex* 2014;56:138–44. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2013.01.013>.
- [4] Sakurai K, Kurita T, Takeda Y, Shiraishi H, Kusumi I. Akinetopsia as epileptic seizure. *Epilepsy Behav Case Rep* 2013;1:74–6. <https://doi.org/10.1016/j.ebcr.2013.04.002>.



# Long-read sequencing identifies GGC repeat expansions in *NOTCH2NLC* associated with neuronal intranuclear inclusion disease

Jun Sone<sup>1,2,26</sup>, Satomi Mitsuhashi<sup>3,26</sup>, Atsushi Fujita<sup>3,26</sup>, Takeshi Mizuguchi<sup>3</sup>, Kohei Hamanaka<sup>3</sup>, Keiko Mori<sup>4</sup>, Haruki Koike<sup>1</sup>, Akihiro Hashiguchi<sup>5</sup>, Hiroshi Takashima<sup>5</sup>, Hiroshi Sugiyama<sup>6</sup>, Yutaka Kohno<sup>7</sup>, Yoshihisa Takiyama<sup>8</sup>, Kengo Maeda<sup>9</sup>, Hiroshi Doi<sup>10</sup>, Shigeru Koyano<sup>10</sup>, Hideyuki Takeuchi<sup>10</sup>, Michi Kawamoto<sup>11</sup>, Nobuo Kohara<sup>11</sup>, Tetsuo Ando<sup>12</sup>, Toshiaki Ieda<sup>13</sup>, Yasushi Kita<sup>14</sup>, Norito Kokubun<sup>15</sup>, Yoshio Tsuboi<sup>16</sup>, Kazutaka Katoh<sup>17,20</sup>, Yoshihiro Kino<sup>21</sup>, Masahisa Katsuno<sup>1</sup>, Yasushi Iwasaki<sup>18</sup>, Mari Yoshida<sup>18</sup>, Fumiaki Tanaka<sup>10</sup>, Ikuo K. Suzuki<sup>19</sup>, Martin C. Frith<sup>20,22,23</sup>, Naomichi Matsumoto<sup>3,27\*</sup> and Gen Sobue<sup>1,24,25,27\*</sup>

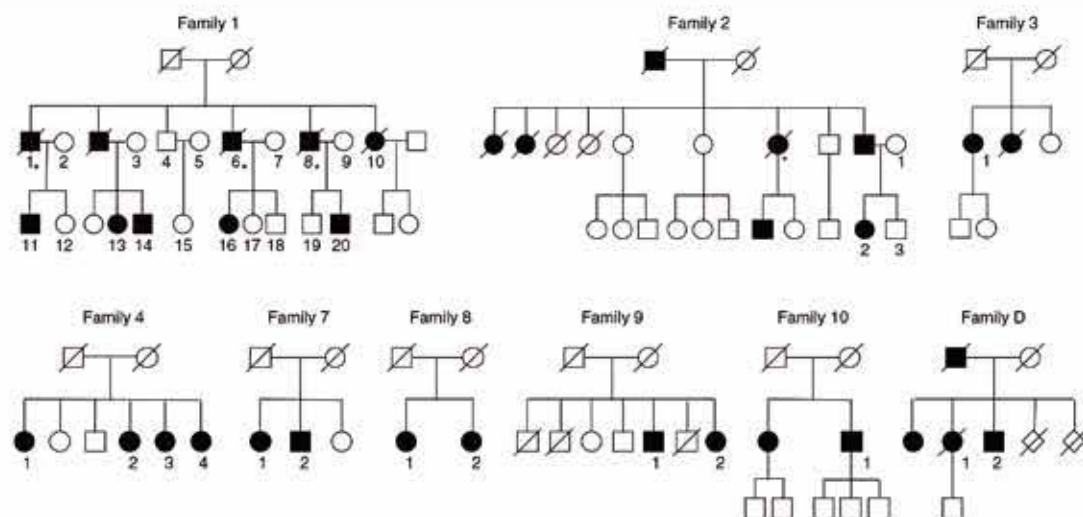
**Neuronal intranuclear inclusion disease (NIID) is a progressive neurodegenerative disease that is characterized by eosinophilic hyaline intranuclear inclusions in neuronal and somatic cells. The wide range of clinical manifestations in NIID makes ante-mortem diagnosis difficult<sup>1–8</sup>, but skin biopsy enables its ante-mortem diagnosis<sup>9–12</sup>. The average onset age is 59.7 years among approximately 140 NIID cases consisting of mostly sporadic and several familial cases. By linkage mapping of a large NIID family with several affected members (Family 1), we identified a 58.1 Mb linked region at 1p22.1–q21.3 with a maximum logarithm of the odds score of 4.21. By long-read sequencing, we identified a GGC repeat expansion in the 5' region of *NOTCH2NLC* (Notch 2 N-terminal like C) in all affected family members. Furthermore, we found similar expansions in 8 unrelated families with NIID and 40 sporadic NIID cases. We observed abnormal anti-sense transcripts in fibroblasts specifically from patients but not unaffected individuals. This work shows that repeat expansion in human-specific *NOTCH2NLC*, a gene that evolved by segmental duplication, causes a human disease.**

Neuronal intranuclear inclusion disease (NIID), also known as neuronal intranuclear hyaline inclusion disease and intranuclear

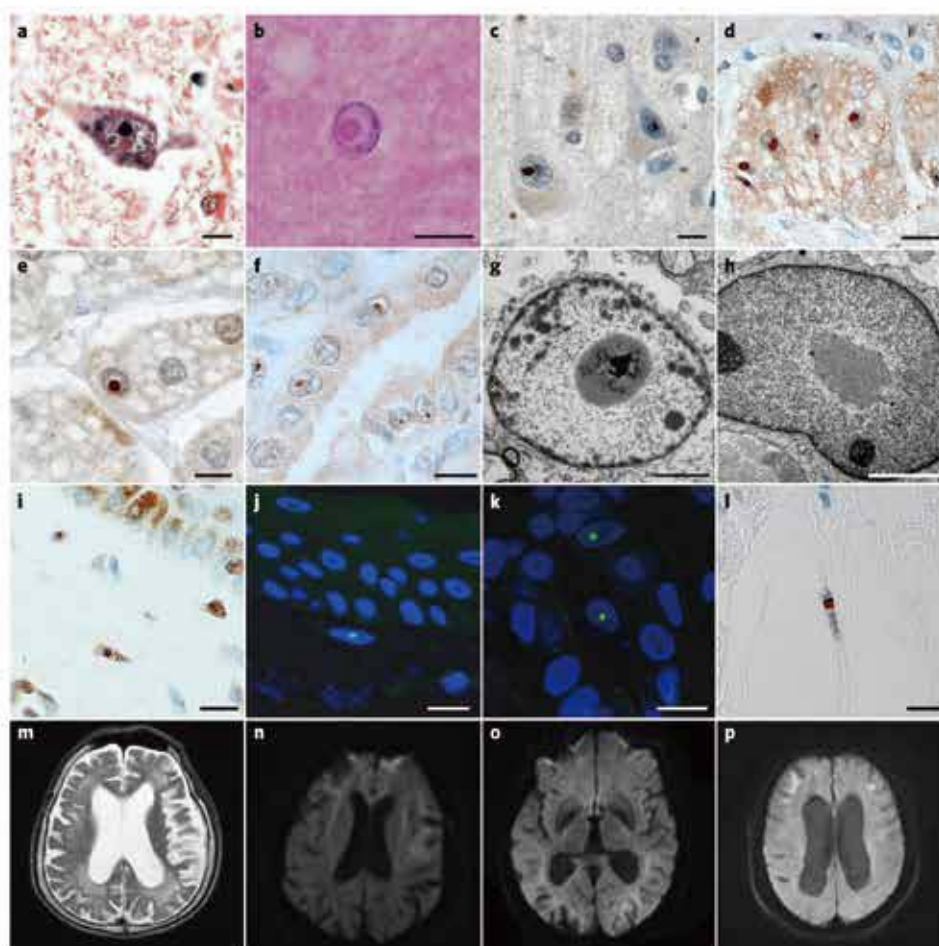
inclusion body disease, is a progressive and fatal neurodegenerative disease<sup>1–3</sup>. NIID presents with neuronal and glial intranuclear inclusions that are widespread through the central and peripheral nervous systems. These inclusions are eosinophilic on hematoxylin and eosin staining, and immunoreactive to anti-ubiquitin and anti-p62 antibodies<sup>4</sup>, and are by ultrastructural examination well-circumscribed masses without a separating membrane composed of a mesh of fine, straight filaments<sup>5,6,13</sup>. Highly variable clinical manifestations of NIID made ante-mortem diagnosis of NIID difficult for a long time, but skin biopsy has overcome this difficulty<sup>11</sup>. Here we describe a consistent genetic alteration in *NOTCH2NLC* within familial and sporadic NIID cases.

We examined patients with NIID (histopathologically diagnosed) from 9 families (Fig. 1), and 40 sporadic NIID cases. Patients with NIID in Families 1 and 2 showed motor-sensory and autonomic neuropathy and weakness<sup>7</sup>, and patients in Families 4, 7, 8, 9, 10 and D as well as 39 sporadic cases showed dementia and leukoencephalopathy, as revealed by T2-weighted imaging, and had high-intensity signal in the corticomedullary junction by diffusion-weighted imaging (DWI) in head magnetic resonance imaging (MRI)<sup>11,14–16</sup>. Patients with NIID in Family 3 (ref. <sup>11</sup>) and

<sup>1</sup>Department of Neurology, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan. <sup>2</sup>Department of Neurology, National hospital organization Suzuka National Hospital, Suzuka, Japan. <sup>3</sup>Department of Human Genetics, Yokohama City University Graduate School of Medicine, Yokohama, Japan. <sup>4</sup>Department of Neurology, Oyamada Memorial Spa Hospital, Yokkaichi, Japan. <sup>5</sup>Department of Neurology and Geriatrics, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Kagoshima, Japan. <sup>6</sup>Department of Neurology, National Hospital Organization Utano National Hospital, Kyoto, Japan. <sup>7</sup>Department of Neurology, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences, Ibaraki, Japan. <sup>8</sup>Department of Neurology, University of Yamanashi, Chuo, Yamanashi, Japan. <sup>9</sup>Department of Neurology, National hospital organization Higashi-Ohmi General Medical Center, Higashi-Ohmi, Japan. <sup>10</sup>Department of Neurology and Stroke Medicine, Yokohama City University Graduate School of Medicine, Yokohama, Japan. <sup>11</sup>Department of Neurology, Kobe City Medical Center General Hospital, Kobe, Japan. <sup>12</sup>Department of Neurology, Anjo Kosei Hospital, Anjo, Japan. <sup>13</sup>Department of Neurology, Yokkaichi Municipal Hospital, Yokkaichi, Japan. <sup>14</sup>Department of Neurology, Hyogo Brain and Heart Center, Himeji, Japan. <sup>15</sup>Department of Neurology, Dokkyo Medical University, Tochigi, Japan. <sup>16</sup>Department of Neurology, Fukuoka University, Fukuoka, Japan. <sup>17</sup>Research Institute for Microbial Diseases, Osaka University, Suita, Japan. <sup>18</sup>Department of Neuropathology, Institute for Medical Science of Aging, Aichi Medical University, Nagakute, Japan. <sup>19</sup>Department of Biological Sciences, Graduate School of Science, The University of Tokyo, Tokyo, Japan. <sup>20</sup>Artificial Intelligence Research Center, National Institute of Advanced Industrial Science and Technology, Tokyo, Japan. <sup>21</sup>Department of Bioinformatics and Molecular Neuropathology, Meiji Pharmaceutical University, Tokyo, Japan. <sup>22</sup>Graduate School of Frontier Sciences, University of Tokyo, Chiba, Japan. <sup>23</sup>Computational Bio Big-Data Open Innovation Laboratory, National Institute of Advanced Industrial Science and Technology, Tokyo, Japan. <sup>24</sup>Department of Neurology, and Brain and Mind Research Center, Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan. <sup>25</sup>Aichi Medical University, Nagakute, Aichi, Japan. <sup>26</sup>These authors contributed equally: Jun Sone, Satomi Mitsuhashi, Atsushi Fujita. <sup>27</sup>These authors jointly supervised this work: Naomichi Matsumoto, Gen Sobue. \*e-mail: [naomat@yokohama-cu.ac.jp](mailto:naomat@yokohama-cu.ac.jp); [sobueg@med.nagoya-u.ac.jp](mailto:sobueg@med.nagoya-u.ac.jp)

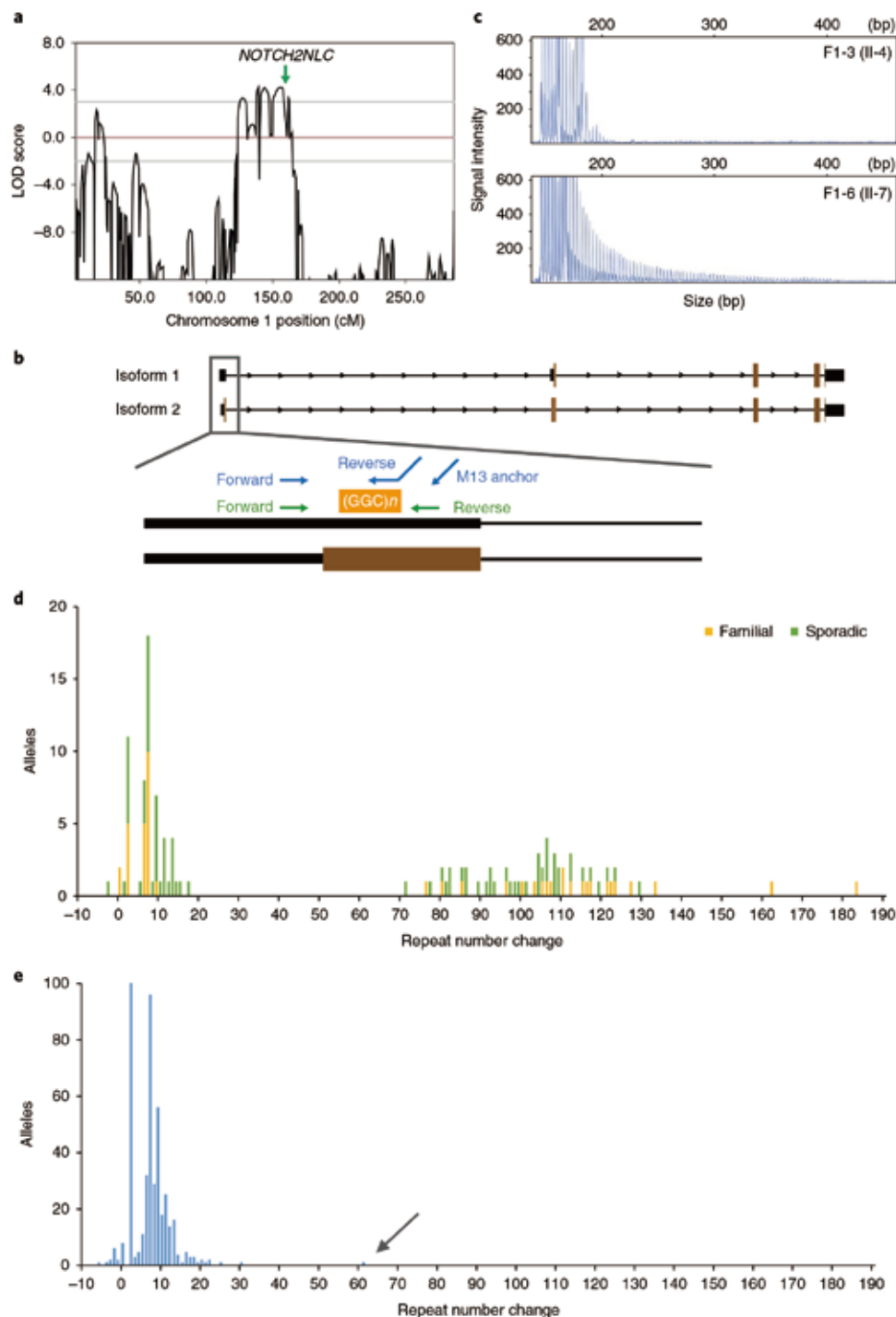


**Fig. 1 | Familial pedigrees.** Black and white symbols represent affected and unaffected members, respectively, in familial NIID with two or more affected members. Asterisks indicate autopsied patients.



**Fig. 2 | Histopathological features and brain MRI findings from patients with NIID.** **a, b,** Intranuclear inclusions observed with hematoxylin and eosin staining of an anterior horn neuron in the cervical spinal cord (F1-8) (**a**) and an astrocyte in the cerebral cortex (sporadic case) (**b**). **c-f,** Immunostaining with anti-ubiquitin antibody of the precentral gyrus (F1-6) (**c**), myenteric plexus (sporadic case) (**d**), adrenal cortex (F1-1) (**e**) and renal tubule (F1-1) (**f**). **g, h,** Electron micrograph of an intranuclear inclusion in an astrocyte in the cervical spinal cord (F1-6) (**g**) and a skin fibroblast (F1-14) (**h**). **i-l,** Skin biopsy findings with anti-ubiquitin antibody immunostaining of fibroblasts (F4-1) (**i**), fibroblasts (F7-2) (**j**), sweat gland (sporadic case) (**k**) and adipocytes (sporadic case) (**l**). **m-p,** Brain MRI findings showing a T2-weighted image (F1-1) (**m**), DWI image (F3-1) (**n**), DWI image (F4-2) (**o**) and DWI image (sporadic case) (**p**). Scale bars, 10  $\mu$ m (**a-f** and **i-l**) and 2  $\mu$ m (**g, h**).





**Fig. 3 | Genetic studies of patients with NIID and controls.** **a**, Linkage analysis of Family 1 identified a 58.1 Mb linked region at 1p22.1–q21.3 with a 4.21 maximum logarithm of odds score. **b**, Schematic representation of the *NOTCH2NLC* gene. The disease-associated repeat expansion (orange box) was identified in exon 1 of NM\_001364012 (isoform 1) and NM\_001364013 (isoform 2). Black and brown boxes show untranslated and coding regions, respectively. Blue and green arrows show the primers using RP-PCR and fluorescence amplicon length analysis, respectively. **c**, Electropherogram of RP-PCR. Upper panel shows no repeat expansion in unaffected individual F1-3. Lower panel demonstrates a saw-tooth tail pattern of the repeat expansion in individual F1-6 with NIID. **d**, Distribution of repeat length in *NOTCH2NLC* detected by fluorescence amplicon length analysis in individuals with NIID (45 alleles in familial cases and 79 alleles in sporadic cases). Allele count is additive. **e**, Distribution of repeat length in *NOTCH2NLC* in normal control individuals (450 alleles). A gain of 61 repeat units was found in one control (arrow).

one sporadic case (ID: 3692) showed both neuropathy (weakness) and dementia. In autopsies of patients from Families 1 and 2 and one sporadic case (ID: 3618), eosinophilic and anti-ubiquitin- and

anti-p62-positive intranuclear inclusions were observed widely in nervous system and visceral organs, and skin biopsy showed the same characteristic intranuclear inclusions in adipocytes, sweat

**Table 1 | Cas9-mediated enrichment sequencing of the *NOTCH2NLC* repeat expansion**

Patients	Phenotype	<i>NOTCH2NLC</i> -targeted MinION sequencing									Consensus repeat sequence from MAFFT alignment
		PCR fragment analysis		Tandem-genotypes output (median)		MAFFT-consensus repeat copy number		Read coverage			
		Normal	Expansion	Normal	Expansion	Normal	Expansion	Normal	Expansion		
F1-1	Familial/Weakness	6	162	6	169	6	164	747	715	(GGC)131(GGA)3(GGC)3 {(GGA)3(GGC)2}7(GGC)5	
F1-8	Familial/Weakness	6	132	6	142	6	137	378	300	(GGC)85{(GGA)3(GGC)2} 12(GGC)5	
F2-2	Familial/Weakness	7	183	7.5	187	6	186	58	61	(GGC)52{(GGA)2(GGC)4} 23(GGA)2(GGC)3(GGA)2 (GGC)2	
F3-1	Familial/Weakness	7	127	7	129	7	126	140	121	(GGC)91{(GGA) (GGC)2}16(GGC)	
F4-2	Familial/Dementia	2	None	3	220	2	217	494	451	(GGC)230	
F7-1	Familial/Dementia	7	105	8	118.5	7	118	340	358	(GGC)131	
F8-1	Familial/Dementia	7	90/106	7	116	7	114	167	161	(GGC)124(GGA)(GGC)2	
F9-1	Familial/Dementia	2	121	3	132	2	130	460	448	(GGC)139(GGA)2(GGC)2	
FD-2	Familial/Dementia	None	60/76	None	79.5	None	80	None	100	(GGC)93	
3619	Sporadic/Dementia	2	73/93	3	100	2	99	96	91	(GGC)112	
3624	Sporadic/Dementia	2	86/106	3	108	2	108	946	849	(GGC)121	
3692	Sporadic/Weakness	17	119	16	118	17	122	414	436	(GGC)44(GGA)(GGC) {(GGA)(GGC)4}2{(GGA)2 (GGC)3}15(GGA)2(GGC)2	

Repeat copy numbers are shown as copy number changes from the hg38 reference (n = 13).

gland cells and fibroblasts, which was the basis for NIID diagnosis (Fig. 2). All of these familial and sporadic cases were without *FMR1* premutation, as determined by Southern blotting<sup>17</sup>.

First, we performed Illumina HiSeq whole-genome sequencing (WGS) or whole-exome sequencing (WES) of affected and unaffected members of Family 1. Linkage analysis of Family 1 using informative SNPs extracted by LinkDataGen<sup>18</sup> from WGS and WES data revealed only two linked regions with >1.0 maximum logarithm of the odds (LOD) scores: a 3.5 Mb region at 1p36.31–p36.22 (chr1:6218354–9719813; maximum LOD 2.32) and a 58.1 Mb region at 1p22.1–q21.3 (chr1:94205228–152350656; maximum LOD 4.21) based on hg38 (Fig. 3a). We could not identify any pathogenic SNPs or copy-number variants (CNVs) in WGS or WES data in the two linked regions (data not shown).

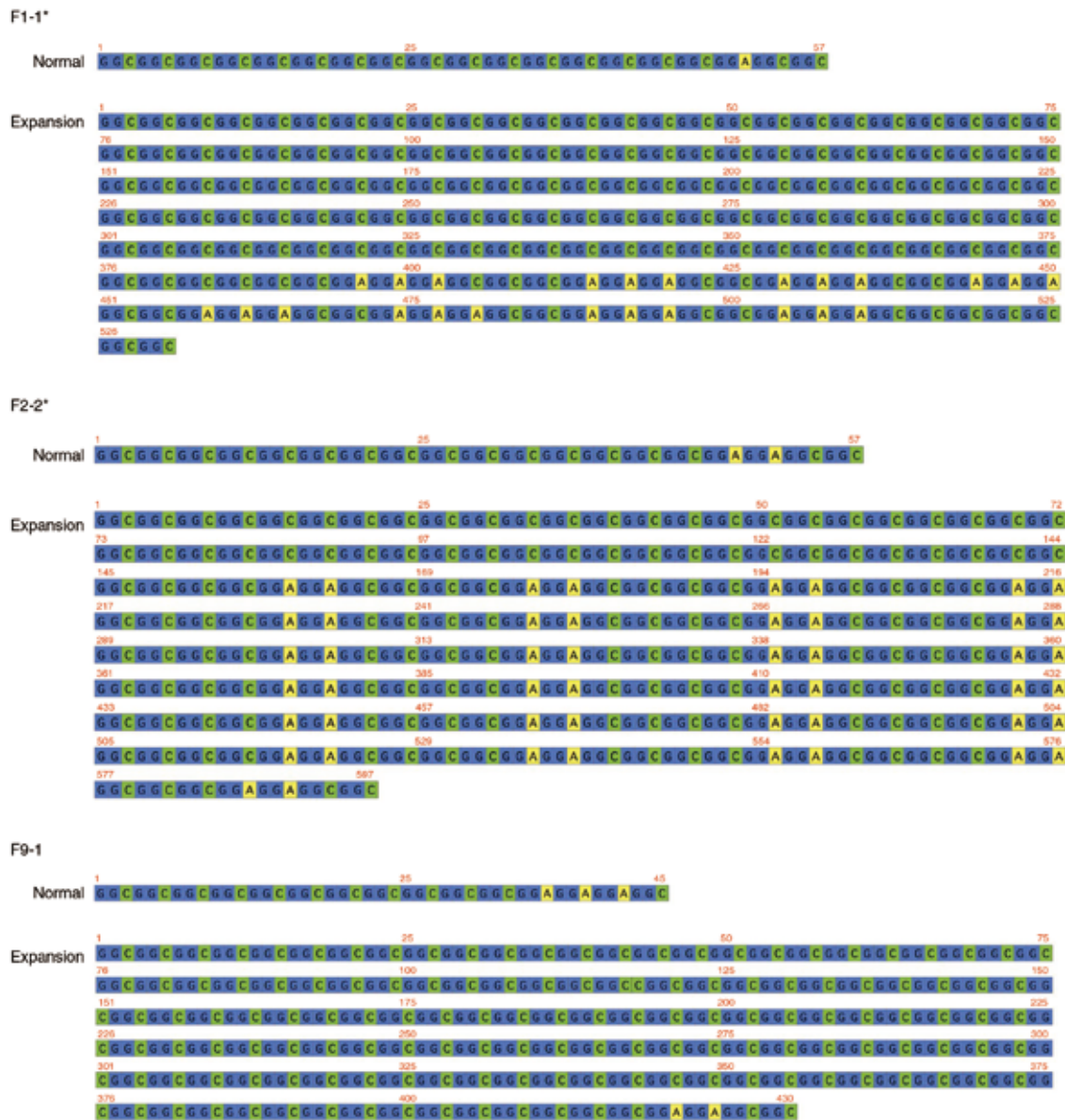
Next, we performed long-read WGS with either PacBio RSII (only for F1–6) or PromethION (for the others) on 13 affected and 4 unaffected members from 8 families. In addition, we recently developed a computational tool, tandem-genotypes<sup>19</sup>, to find tandem repeats possibly causing human diseases. We checked tandem repeat copy-number changes genome-wide using tandem genotypes (<https://github.com/mcfrith/tandem-genotypes>) in all long-read WGS data. Surprisingly, all 13 affected members have GGC repeat expansion at chr1:149390802–149390842, which is in the 5' UTR of the *NOTCH2NLC* gene (NM\_001364012) mapping to the 58.1 Mb linked region (Fig. 3b and Supplementary Figs. 1,2). The repeat expansion was not observed in unaffected family members or in 29 other controls by long-read WGS (Supplementary Fig. 3 and Supplementary Tables 1,2). In all patients, the *NOTCH2NLC* repeat expansions were ranked in the top 5 (usually first) out of 1,014,212 repeats in the genome (in simpleRepeat.txt from <https://www.ucsc.edu>) (Supplementary Table 1) using the tandem-genotypes prioritization tool<sup>19</sup>.

Next, we investigated the segregation of this repeat expansion in the genomes of all 9 families with repeat-primed PCR (RP-PCR).

RP-PCR demonstrated the repeat expansion as a saw-tooth pattern in all patients with NIID tested but not in unaffected family members or in 496 out of 497 normal controls (Fig. 3c and Supplementary Table 3). We also analyzed 40 sporadic NIID cases, and surprisingly, all had the expansion (Supplementary Table 4). We further set up fluorescent amplicon length analysis amplifying regions of repeat expansions together with non-expanded repeats in all 63 patients and 225 normal controls. We confirmed the repeat expansion in all patients who were tested and observed intra- and interfamilial repeat copy-number difference in patients. Importantly, the numbers of repeats were all reduced (–52, –6 and –9) in three affected parent-child pairs of Family 1 (Supplementary Fig. 4 and Supplementary Tables 3,4). We also found a de novo repeat expansion in the family of a sporadic case (ID: 3661) for whom biological parentage was confirmed using polymorphic markers (Supplementary Table 4). In one RP-PCR-positive normal control, the repeat-number gain was 61. Owing to institutional review board (IRB) protocols, we could not obtain any clinical information for this individual. Therefore, the ranges of repeat-number changes are –6 to 61 (controls) and 71 to 183 (NIID) (Fig. 3 and Supplementary Tables 3,4). However, it is possible that the control individual with a repeat-number gain of 61 is an unexpected presymptomatic patient, and when data from this individual are excluded from the control group, the range of repeat-number changes in controls is –6 to 30.

We next used a Cas9-mediated enrichment system of the *NOTCH2NLC* repeat to obtain much higher read coverage at this locus (100×–1,795×) (Table 1 and Supplementary Fig. 5), and constructed consensus sequences using MAFFT v.7 with last-train<sup>20,21</sup> (Table 1, Fig. 4 and Supplementary Figs. 6,7). Repeat copy numbers in the consensus sequences agreed well with the tandem-genotypes v.1.1.0 output median values and fluorescent amplicon length analysis peaks (Table 1). Interestingly, four members of Families 1, 2 and 3, and one sporadic case (ID: 3692), an individual who showed a





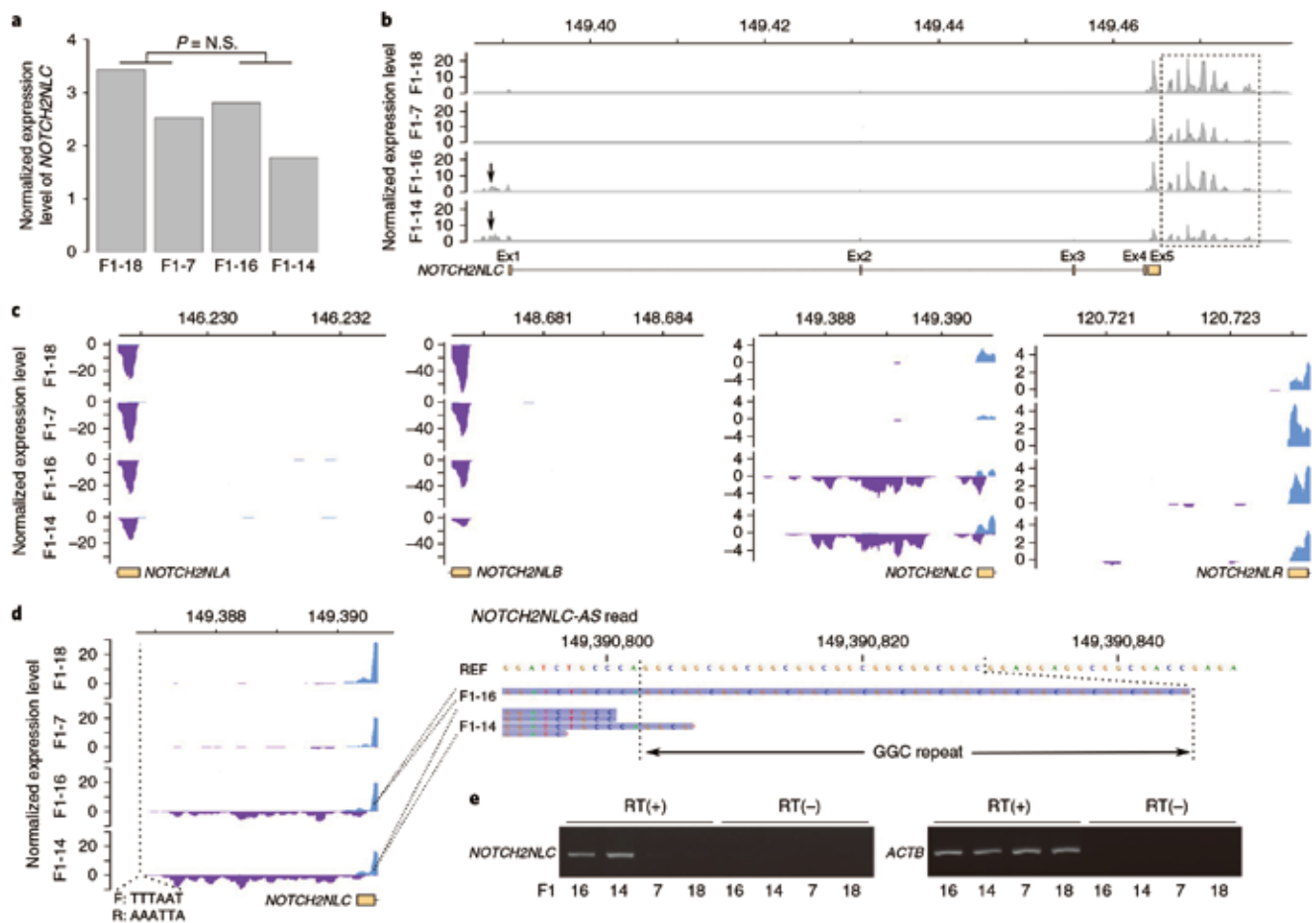
**Fig. 4 | Consensus sequences of the *NOTCH2NLC* repeat in patients with NIID.** *NOTCH2NLC* repeat consensus sequence of multiple alignment using MAFFT (Table 1). Note that there are polymorphisms between normal alleles. F1-1, F2-2, and F9-1 are familial patients. Individual IDs with an asterisk indicate a weakness-dominant phenotype. Individual IDs without an asterisk indicate a dementia-dominant phenotype. Expansion, allele with repeat expansion; normal, normal allele.

weakness-dominant phenotype, have the  $(GGC)_n$  repeat followed by varieties of  $\{(GGA)_n(GGC)_m\}_n$  repeats, whereas other family members and sporadic cases who presented with dementia, who did not show weakness, have pure  $(GGC)_n$  repeats (Table 1, Fig. 4, and Supplementary Fig. 6).  $\{(GGA)_n(GGC)_m\}_n$  repeats might cause a weakness-dominant phenotype. In addition, two different methods detected only  $(GGC)_n$  repeat expansion, but not a normal repeat, in FD-2 (Fig. 4 and Supplementary Table 3). This suggests that FD-2 has homozygous repeat expansion, although these methods do not necessarily ensure diploidy of this locus.

To see transcriptional effects of repeat expansion, we performed RNA sequencing using complementary DNA of fibroblasts from two affected (F1-14 and F1-16) and two unaffected (F1-7 and F1-18) members of Family 1. Surprisingly, abnormal anti-sense transcripts were found from the beginning of or inside the expanded repeat region only in the two affected samples but

not in the unaffected samples (Fig. 5 and Supplementary Note). Differentially expressed gene (DEG) analysis revealed 54 DEGs (39 upregulated and 15 downregulated), in which we found enrichment of 11 biological process ontology (BPO) and 5 mammalian phenotype ontology (MPO) terms (Supplementary Table 5). All the BPO and MPO terms except for one were related to neuronal function (Supplementary Fig. 8).

We examined the 5-methylcytosine (5mC) modification in GGC-expanded sequence and in the adjacent CpG island (chr1:149390845–149391541) immediately downstream of the repeat using a nanopore basecaller, flappie v1.1.0. In addition, we examined the CpG island in blood DNA of a patient and a control by conventional methods. However, no methylation difference was seen in fibroblasts (or blood) of affected and unaffected members (or a control) by either method (Supplementary Figs. 9–11 and Supplementary Note).



**Fig. 5 | RNA sequencing analysis of *NOTCH2NLC* in fibroblasts of two individuals with NIID (F1-16 and F1-14) and two individuals without NIID (F1-7 and F1-18) in Family 1. **a**, Normalized expression level from the sense strand of *NOTCH2NLC*. Statistical significance between control ( $n=2$ ) and patient groups ( $n=2$ ) was checked with a negative binomial generalized model and Wald test using DESeq2. The difference was not significant ( $P=0.53$ ). **b**, Normalized read depth at each exon of *NOTCH2NLC*. Only reads of 255 MQ are shown. Few reads were mapped to exons 2 and 3 because multiple mapped reads were not shown. **c**, Normalized read depth from sense and antisense strands in the regions upstream of the first exons of *NOTCH2NL* paralogs. Only reads of 255 MQ are shown. Forward and reverse strands are colored blue and purple, respectively. The reverse strand is sense for *NOTCH2NLA* and *NOTCH2NLB*, while the forward strand is sense for *NOTCH2NLC* and *NOTCH2NLR*. **d**, Reads of  $>0$  MQ from sense and anti-sense strands of *NOTCH2NLC* and polyadenylation signal (PAS). The PAS site and the sequence of forward (F) and reverse (R) strands are shown (left panel). IGV images of *NOTCH2NLC-AS* reads in the vicinity of GGC tandem repeat (right panel). **e**, Total RNA was extracted from fibroblasts of individuals with and without NIID. RT-PCR (PCR with reverse transcription) was performed twice for the region of anti-sense RNA in *NOTCH2NLC* detected by RNA sequencing. Gel images were cropped from full scan images displayed in Supplementary Fig. 12. RT, reverse transcription.**

*NOTCH2NLC* is one of the three human-specific *NOTCH2*-related genes (*NOTCH2NLA*, *NOTCH2NLB* and *NOTCH2NLC*) at 1q21.1. It is highly expressed in various radial glia populations, including outer radial glia, astrocytes and microglia, and is thought to be involved in the evolutionary expansion of the human cerebral cortex<sup>22,23</sup>. The *NOTCH2NL* genes have  $>99.1\%$  sequence identity with the amino-terminal portion of *NOTCH2*, but *NOTCH2NLC* contains a 2-bp deletion just downstream of the *NOTCH2* start codon and lacks the N-terminal signal peptide, yet produces a protein product. Ectopic expression of *NOTCH2NL* delays cortical neuron differentiation in mouse, and deletion of *NOTCH2NL* affects human cortical organoid development<sup>22</sup>.

The *NOTCH2NL* genes at 1q21.1 were not annotated as three different genes because these regions were assembled erroneously and missed in the human reference genome until the latest version (hg38)<sup>22,23</sup>. These regions are highly similar, and (GGC) $n$  is 100% GC-rich, which is difficult to analyze by standard sequencing methods. Long-read sequencing with  $>10$  kb reads may have a

notable advantage for resolving such homologous (duplicated) and repetitive regions<sup>24</sup>. We applied PromethION to data from multiple patients, and obtained 8 $\times$  to 25 $\times$  whole-genome coverage from single flow cell runs. By using tandem-genotypes<sup>19</sup>, we detected *NOTCH2NLC* repeat expansions in familial and sporadic NIID, even from data with as low as 8 $\times$  depth of coverage. Furthermore, nanopore sequencing with Cas9-mediated enrichment was able to determine complex repeat structures (Fig. 4 and Supplementary Fig. 6). Therefore, this study provides a clear example of the use of long-read sequencing in solving undiscovered genetic causes in human diseases.

To our knowledge, repeat expansions have never been reported among the approximately 30 human-specific genes that evolved through segmental duplications<sup>22,23,25</sup>. Such human-specific genes are very important in human brain evolution but also in human neurological diseases, as shown here. We anticipate that further studies in human-specific genes will reveal additional variations associated with human diseases.



In conclusion, we have elucidated the genetic cause of familial and sporadic NIID. We predict that the prevalence of NIID is higher than thought previously<sup>11</sup>, and we speculate that NIID may account for a substantial proportion of dementia cases. To date, many cases of NIID have been misdiagnosed; for example, as Binswanger's disease or neurodegenerative disease with white matter damage. NIID should be considered as a differential diagnosis for dementia, and its diagnosis, which has been by histopathology, can now be performed genetically. It may be worth investigating the *NOTCH2NL* repeat expansions in a large dementia population.

### Online content

Any methods, additional references, Nature Research reporting summaries, source data, statements of code and data availability and associated accession codes are available at <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0459-y>.

Received: 10 January 2019; Accepted: 29 May 2019;

Published online: 22 July 2019

### References

- Lindenberg, R., Rubinstein, L. J., Herman, M. M. & Haydon, G. B. A light and electron microscopy study of an unusual widespread nuclear inclusion body disease. A possible residuum of an old herpesvirus infection. *Acta Neuropathol.* **10**, 54–73 (1968).
- Schuffler, M. D., Bird, T. D., Sumi, S. M. & Cook, A. A familial neuronal disease presenting as intestinal pseudoobstruction. *Gastroenterology* **75**, 889–898 (1978).
- Michaud, J. & Gilbert, J. J. Multiple system atrophy with neuronal intranuclear hyaline inclusions. Report of a new case with light and electron microscopic studies. *Acta Neuropathol. (Berl.)* **54**, 113–119 (1981).
- Munoz-Garcia, D. & Ludwin, S. K. Adult-onset neuronal intranuclear hyaline inclusion disease. *Neurology* **36**, 785–790 (1986).
- Oyer, C. E., Cortez, S., O'Shea, P. & Popovic, M. Cardiomyopathy and myocyte intranuclear inclusions in neuronal intranuclear inclusion disease: a case report. *Hum. Pathol.* **22**, 722–724 (1991).
- Takahashi-Fujigasaki, J. Neuronal intranuclear hyaline inclusion disease. *Neuropathology* **23**, 351–359 (2003).
- Sone, J. et al. Neuronal intranuclear hyaline inclusion disease showing motor-sensory and autonomic neuropathy. *Neurology* **65**, 1538–1543 (2005).
- Liu, Y. et al. Inclusion-positive cell types in adult-onset intranuclear inclusion body disease: implications for clinical diagnosis. *Acta Neuropathol.* **116**, 615–623 (2008).
- Sone, J. et al. Skin biopsy is useful for the antemortem diagnosis of neuronal intranuclear inclusion disease. *Neurology* **76**, 1372–1376 (2011).
- Sone, J. et al. Neuronal intranuclear inclusion disease cases with leukoencephalopathy diagnosed via skin biopsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* **85**, 354–356 (2014).
- Sone, J. et al. Clinicopathological features of adult-onset neuronal intranuclear inclusion disease. *Brain* **139**, 3170–3186 (2016).
- Sone, J. et al. Reply: Neuronal intranuclear (hyaline) inclusion disease and fragile X-associated tremor/ataxia syndrome: a morphological and molecular dilemma. *Brain* **140**, e52 (2017).
- Janota, I. Widespread intranuclear neuronal corpuscles (Marinesco bodies) associated with a familial spinal degeneration with cranial and peripheral nerve involvement. *Neuropathol. Appl. Neurobiol.* **5**, 311–317 (1979).
- Yamada, W. et al. Case of adult-onset neuronal intranuclear hyaline inclusion disease with negative electroretinogram. *Doc. Ophthalmol.* **134**, 221–226 (2017).
- Araki, K. et al. Memory loss and frontal cognitive dysfunction in a patient with adult-onset neuronal intranuclear inclusion disease. *Intern. Med.* **55**, 2281–2284 (2016).
- Kitagawa, N., Sone, J., Sobue, G., Kuroda, M. & Sakurai, M. Neuronal intranuclear inclusion disease presenting with resting tremor. *Caserep. Neurol.* **6**, 176–180 (2014).
- Maddalena, A. et al. Technical standards and guidelines for fragile X: the first of a series of disease-specific supplements to the standards and guidelines for clinical genetics laboratories of the American College of Medical Genetics. Quality assurance subcommittee of the laboratory practice committee. *Genet. Med.* **3**, 200–205 (2001).
- Smith, K. R. et al. Reducing the exome search space for mendelian diseases using genetic linkage analysis of exome genotypes. *Genome Biol.* **12**, R85 (2011).
- Mitsuhashi, S. et al. Tandem-genotypes: robust detection of tandem repeat expansions from long DNA reads. *Genome Biol.* **20**, 58 (2019).
- Katoh, K., Misawa, K., Kuma, K. & Miyata, T. MAFFT: a novel method for rapid multiple sequence alignment based on fast Fourier transform. *Nucleic Acids Res.* **30**, 3059–3066 (2002).
- Hamada, M., Ono, Y., Asai, K. & Frith, M. C. Training alignment parameters for arbitrary sequencers with LAST-TRAIN. *Bioinformatics* **33**, 926–928 (2017).
- Fiddes, I. T. et al. Human-specific *NOTCH2NL* genes affect notch signaling and cortical neurogenesis. *Cell* **173**, 1356–1369 e22 (2018).
- Suzuki, I. K. et al. Human-specific *NOTCH2NL* genes expand cortical neurogenesis through Delta/Notch regulation. *Cell* **173**, 1370–1384 e16 (2018).
- Sedlazeck, F. J. et al. Accurate detection of complex structural variations using single-molecule sequencing. *Nat. Methods* **15**, 461–468 (2018).
- Dougherty, M. L. et al. Transcriptional fates of human-specific segmental duplications in brain. *Genome Res.* **28**, 1566–1576 (2018).

### Acknowledgements

The authors thank all of the patients and their families for participating in this study. The authors also thank O. Komure, N. Kitagawa, H. Yoshimura, J. Ishii, K. Higashida, M. Togo, T. Yuasa, H. Nakayasu, Y. Suto, T. Manabe, M. Takahashi, M. Tsutiya, N. Uehara, H. Mori, T. Tokunaga, T. Inuzuka, A. Takekoshi, S. Anzai, K. Kondo, T. Takahashi, K. Murguruma, Y. Sugihara, K. Yokote, S. Takamura, N. Oohara, E. Hayano, K. Saiki, D. Hori, Y. Izumi, R. Kobayashi, M. Saiki, Y. Tsukahara, M. Kuriyama, T. Kurashige, Y. Takahashi, T. Noda, S. Takagi, K. Honda, H. Kishida, M. Ito, A. Yarita, Y. Satake, T. Inagaki, K. Hiraga, Y. Kato and many neurologists for clinical evaluation of patients with NIID and for providing support with the diagnosis of patients with NIID. This work was supported by the Japan Agency for Medical Research and Development (AMED) under grant numbers JP18ek0109280, JP18dm0107090, JP18ek0109301, JP18kk0205001, JP18ek0109348, JP18md0107059, JP18ek0109284, JP18dm020715, JP18dm0107059 and JP18am0101108; the Japan Society for the Promotion of Science (JSPS) KAKENHI grant numbers JP19659225, JP17K15639, JP17K16132, JP17K15630, JP17H06994, JP24591257, JP15K09312 and JP16K07464; MEXT Grant-in Aid Project under grant numbers 26119002 and 26117002; the Takeda Science Foundation; the Daiwa Securities Health Foundation; and the Terumo Foundation for Life Sciences and Arts.

### Author contributions

J.S., A.H., H.T., Y. Kohno, H.S., Y. Takiyama, K.M., T.A., T.I., Y. Kita, N. Kohara, N. Kokubun, Y. Tsuboi, H.D., S.K., H.T., H.K., M. Kawamoto, M. Katsuno, F.T. and G.S. assessed individuals with respect to the clinical manifestation of NIID, acquired and analyzed the clinical data of NIID cases continuously. J.S., K.M., H.K., Y.I. and M.Y. performed the histopathological experiments and interpreted data. J.S., S.M., A.F., T.M., K.H., K.K., Y. Kino, I.K.S., M.C.F., N.M. and G.S. performed the genetic experiments and interpreted data. J.S., S.M., A.F., N.M., and G.S. wrote the manuscript with contribution from all remaining authors.

### Competing interests

The authors declare no competing interests.

### Additional information

**Supplementary information** is available for this paper at <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0459-y>.

**Reprints and permissions information** is available at [www.nature.com/reprints](http://www.nature.com/reprints).

**Correspondence and requests for materials** should be addressed to N.M. or G.S.

**Publisher's note:** Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Nature America, Inc. 2019



## Methods

**Samples from families with NIID.** Genomic DNA of peripheral blood leukocytes was extracted from affected and non-affected members of 9 families with NIID and 40 sporadic NIID cases after obtaining informed consent. All affected patients were diagnosed by skin biopsy. Study protocols were approved by institutional review boards of Yokohama City University Faculty of Medicine and Nagoya University School of Medicine.

**Pathology.** Specimens were fixed in 20% formaldehyde and embedded in paraffin. They were cut into 6  $\mu$ m slices and stained by hematoxylin and eosin. Immunostaining and immunofluorescence staining were performed as described previously<sup>9</sup> with anti-ubiquitin antibody (Z0458, Dako), and using the Ventana Discovery system (Roche) with the Ventana DAB map kit (Roche). Samples for electron microscopic study were prepared as described previously<sup>26</sup>.

**FMRI gene analysis.** Genomic DNA was extracted from peripheral blood samples of the patients with NIID who were involved in this study, with informed consent. Southern blotting was performed as described previously<sup>17</sup>. We defined normal alleles as those with between 5 and 44 repeats, and premutation alleles as those with 55 to 230 repeats.

**Linkage analysis.** We performed linkage analysis for Family 1 using WES (F1-4, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 20 and 24) or WGS (F1-6, 7, 16, 17 and 18) data of 7 affected and 7 unaffected individuals. The informative genotyping data were selected by LinkDataGen<sup>18</sup> and linkage analysis was performed with Merlin<sup>17</sup> using the condition of autosomal dominant inheritance with complete penetrance.

**Long-read whole-genome sequencing of samples from patients with NIID.** DNA samples of patients with NIID and unaffected family members were sequenced using the PromethION nanopore sequencer (Oxford Nanopore Technologies). Library preparation was carried out using a 1D Genomic DNA ligation kit (SQK-LSK109) according to the manufacturer's protocol. For each individual, one PRO-002 (R9.4.1) flow cell was used. Base calling and FASTQ conversion were performed with MinKNOW (v1.14.0) (Oxford Nanopore Technologies). One individual sample (F1-6) was sequenced by RSII sequencer (PacBio). Control data sets were sequenced by MinION (Oxford Nanopore Technologies), PromethION or Sequel (PacBio).

**Long-read sequencing data sets from control individuals.** Long-read WGS data sets of individuals without NIID were obtained to investigate genetic alterations in patients with other diseases or their family members. This was done using MinION, PromethION or Sequel sequencers. Publicly available human whole-genome nanopore (rel3) sequence data from one individual (NA12878) were also used<sup>25</sup>. Another publicly available 60 $\times$  coverage human whole-genome nanopore data set from a different individual (NA19240) using PromethION was downloaded from EBI (<https://www.ebi.ac.uk/ena/data/view/PRJEB26791>)<sup>25</sup>. For MinION sequencing, library preparation was carried out using a 1D genomic DNA kit (SQK-LSK108) and sequenced with FLO-MIN106 (R9.4.1) flow cells, according to the manufacturer's protocol. Base calling and FASTQ conversion were performed with MinKNOW v1.11.5.

**Long-read sequence data analysis using LAST.** Reads were aligned to the human reference genome hg38 using LAST (<http://last.cbrc.jp>) v936 or v959, as follows<sup>26</sup>:  
 windowmasker -mk\_counts -in hg38.fa > genome.wmstat  
 windowmasker -ustat genome.wmstat -outfmt fasta -in hg38.fa > genome-wm.fasta  
 lastdb -P8 -uNEAR -R11 -c hg38 genome-wm.fasta  
 last-train -P8 hg38 reads.fasta > train.out  
 lastal -P8 -p train.out hg38 reads.fasta | last-split > alns.maf  
 Tandem repeat genotyping and multi-dataset prioritization were then carried out using tandem-genotypes v1.1.0 (<https://github.com/mcfrith/tandem-genotypes>), also in bioconda) as described elsewhere<sup>27</sup>. Tandem repeat (simpleRepeat.txt) and gene (refFlat.txt) annotations were obtained from the University of California Santa Cruz (UCSC) genome database (<http://genome.ucsc.edu>)<sup>28</sup>. For data from all patients with NIID, two publicly available human data sets (NA12878 nanopore rel3 and NA19240 PromethION ERR2585112-5) and also two unaffected family members (F1-3 and F1-9) were used to de-prioritize possibly benign expansions.

The commands used were:  
 tandem-genotypes -g refFlat.txt simpleRepeat.txt alns.maf > patient-out  
 tandem-genotypes-join patient-out: controls-out > patient-prioritized  
 Dot-plot images for the *NOTCH2NLC* repeat were obtained as follows:  
 last-dotplot -1 chr1:149390802-149390842 --sort2=3 --strands=2 --rot1=v  
 --rot2=h --labels=2 --max-gap2=0,inf --bed1 notch2nlc-repeat.bed alignment.maf alignment.png

**Repeat-primed PCR.** Genomic DNA from members 9 families affected by NIID, 40 sporadic cases and 497 normal control individuals was analyzed by RP-PCR. The PCR mix contained 0.25 U PrimeSTAR GXL DNA Polymerase, 1 $\times$  PrimeSTAR GXL Buffer, 200  $\mu$ M each dATP, dTTP, dCTP (Takara Bio) and 7-Deaza-2'-deoxy-

guanosine-5'-triphosphate (Sigma-Aldrich), 5% dimethyl sulfoxide (Sigma-Aldrich), 1 M betaine (Sigma-Aldrich), 0.3  $\mu$ M each primer mix and 100 ng genomic DNA in a total reaction volume of 10  $\mu$ l. The primer mix contained three primers, NOTCH2NLC-RP-F, M13-(GGC)<sub>7</sub>-R, and M13-linker-R (primer sequences are shown in Supplementary Table 6). After incubation at 98  $^{\circ}$ C for 10 min, the cycling conditions were as follows: 16 cycles of 98  $^{\circ}$ C for 30 s, 66  $^{\circ}$ C for 1 min with a reduction of 0.5  $^{\circ}$ C per cycle, and 68  $^{\circ}$ C for 8 min, and 29 cycles of 98  $^{\circ}$ C for 30 s, 58  $^{\circ}$ C for 1 min and 68  $^{\circ}$ C for 8 min, followed by a final elongation step of 68  $^{\circ}$ C for 10 min. The ramp rate of all cycling step was adjusted 0.5  $^{\circ}$ C per second. Electrophoresis was performed on a 3500xl Genetic analyzer (Thermo Fisher Scientific) and the data were analyzed using GeneMapper software (Thermo Fisher Scientific). We judged a saw-tooth tail pattern in the electropherogram as the disease-associated repeat expansion.

**Fluorescence amplicon length analysis.** Genomic DNA from 23 individuals with and 9 individuals without NIID from 9 families, 40 sporadic cases and 225 normal control individuals were used for fluorescence amplicon length analysis. The composition of PCR mix is identical to that of RP-PCR except for the use of 50 ng genomic DNA as a template and a different primer pair, NOTCH2NLC-AL-F and NOTCH2NLC-AL-R (primer sequences are shown in Supplementary Table 6). The PCR conditions were the same as for RP-PCR. Alternatively, after incubation at 98  $^{\circ}$ C for 10 min, the cycling conditions were as follows: 16 cycles of 98  $^{\circ}$ C for 30 s, 66  $^{\circ}$ C for 1 min with a reduction of 0.5  $^{\circ}$ C per cycle and 68  $^{\circ}$ C for 4 min, and 24 cycles of 98  $^{\circ}$ C for 30 s, 58  $^{\circ}$ C for 1 min and 68  $^{\circ}$ C for 4 min, followed by a final elongation step of 68  $^{\circ}$ C for 10 min. The ramp rate of all cycling steps was the default setting of the T100 thermal cycler (Bio-Rad). Electrophoresis was performed on a 3500xl Genetic analyzer with GeneScan 1200 LIZ dye Size Standard (Thermo Fisher Scientific). The data were analyzed using GeneMapper software and the length of the highest signal peak of expanded allele was used to calculate the repeat number.

**Cas9-mediated enrichment and nanopore sequencing.** The *NOTCH2NLC* repeat region was enriched using the CRISPR-Cas9 system according to the protocol provided by Oxford Nanopore Technologies. In brief, two different Alt-R CRISPR-Cas9 CRISPR RNAs (crRNAs) (IDT) (guide RNA sequences are shown in Supplementary Table 6) were mixed with Alt-R<sup>2</sup> CRISPR-Cas9 tracrRNA (IDT) to form secondary RNA structure, then Alt-R S.p. HiFi Cas9 Nuclease V3 (IDT) was added to form ribonucleoprotein complexes (RNPs). Five micrograms of genomic DNA from each patient were pre-treated with calf intestinal phosphatase (CIP, New England Biolabs) and mixed with RNPs with Taq polymerase (New England Biolabs). Cleaved DNA was subjected to nanopore adapter ligation followed by AMPure XP bead (Beckman Coulter) purification, according to the ligation sequencing kit protocol (SQK-LSK109, Oxford Nanopore Technologies). Prepared library was sequenced by MinION sequencer (Oxford Nanopore Technologies), using a single R9.4.1 flow cell per sample. Base calling and FASTQ conversion were performed with MinKNOW v18.12.9. Reads were aligned to hg38 using LAST. *NOTCH2NLC* repeat copy number changes from hg38 (13 copies) were predicted using tandem-genotypes. Reads were separated into normal and expanded repeat copy number changes, according to the tandem-genotypes output.

**Multiple alignment of reads with *NOTCH2NLC* repeat using MAFFT.** Reads containing the *NOTCH2NLC* repeat with  $\pm$ 50bp flanks were aligned using MAFFT<sup>29</sup>. As nanopore reads have highly biased errors, a special parameter set estimated by last-train<sup>26</sup> for nanopore R9.4 was used. See the parameter file (<https://mafft.cbrc.jp/alignment/server/rawreads/minion94>) for detailed information including the command-line arguments to perform this calculation. To obtain consensus sequence, alignment columns with  $\geq$ 50% gaps were discarded, then the most likely base per column was determined, based on the substitution probabilities from last-train<sup>26</sup>.

**RNA sequencing.** We performed RNA-seq of samples from two unaffected (F1-7 and F1-18) and two affected (F1-14 and F1-16) members of Family 1, for each of whom there were two technical replicates (that is, two libraries independently prepared). Total RNA was extracted from fibroblast with the RNeasy Mini Kit (Qiagen) following the manufacturer's instructions. The RNA integrity number of total RNA was 10 in all samples. From 4  $\mu$ g of total RNA, poly(A) RNA was selected and the cDNA libraries were prepared with the SureSelect Strand-Specific RNA Library Prep Kit (Agilent Technologies) following the manufacturer's instructions. The cDNA libraries were sequenced on a NextSeq 500 System (Illumina) using 151-bp paired-end reads. For the generated BCL file, adaptor trimming and conversion to FASTQ format was performed using bcl2fastq2 (Illumina). The FASTQ files were mapped to human reference genome GRCh38.p12 with STAR 2.5.2b (ref. <sup>32</sup>) using the twopassMode option following the software instruction manual. For gene annotations, a GTF file containing *NOTCH2NLC* paralogs was obtained from a previous study<sup>25</sup>, and for *NOTCH2NLC*, RefSeq annotation (NM\_001364012.1) was used.

**Expression analysis of *NOTCH2NLC* paralogs.** To quantitate the expression level from the sense strand of *NOTCH2NLC*, we counted reads mapped to



the *NOTCH2NLC* sense strand using the quantMode option of STAR, and normalized it with the total read count from the sense strand of all genes. We analyzed the statistical significance with a negative binomial generalized model and Wald test using DESeq2 (ref. 30) as below (see 'Differentially expressed gene analysis').

To resolve *NOTCH2NLC* expression into each strand and each exon, we visualized normalized read counts from the sense or anti-sense strand along the gene with Gviz. For the visualization, we merged FASTQ files of two technical replicates in each sample and generated one BAM file for each sample. To prevent possible mis-mapping of reads from *NOTCH2NLC* paralogs, we extracted only reads of 255 mapping quality (MQ); that is, uniquely mapped reads using samtools. The read count was normalized by the number of input reads using the transformation option of the DataTrack function of Gviz. Reads from sense and anti-sense strands were differentially visualized following a previous script for the importFunction option of the DataTrack function of Gviz ([gist.github.com/sidderb](https://github.com/sidderb)). We modified the script to enable visualization of samples with no reads of either sense or anti-sense strand (<https://github.com/hamanakakohei>).

**cDNA amplification of *NOTCH2NLC-AS*.** Total RNA was extracted from fibroblast cells of F1-7, F1-14, F1-16 and F1-18 using an RNeasy Plus Mini Kit (Qiagen). cDNA was synthesized using 500 ng RNA and the SuperScript III First-Strand Synthesis System (Thermo Fisher Scientific) with random hexamer primers, according to the manufacturer's instructions. PCR was performed using LA taq HS with GC Buffer 1 (Takara Bio) and the primer pairs for *NOTCH2NLC-AS* (primer sequences are shown in Supplementary Table 6) and for *ACTB*<sup>31</sup> (primer sequences are shown in Supplementary Table 6). The annealing temperature was 62°C and PCR cycles for *NOTCH2NLC-AS* and *ACTB* were 30 cycles and 25 cycles, respectively.

**Principal component analysis.** To confirm reproducibility between technical replicates and to examine possible effects of NIID status on the transcriptome, we performed principal component analysis (PCA) of gene expression levels. We normalized expression level of each gene from the sense strand by library sizes and log-transformed it with the varianceStabilizingTransformation function of the DESeq2 package 1.14.1 of the R statistical computing package. We performed PCA of the variance with the pcomp function of R.

**Differentially expressed gene analysis.** We performed differentially expressed gene (DEG) analysis of samples from two individuals who were affected by NIID and two individuals who were unaffected within Family 1, with the negative binomial generalized model and Wald test using DESeq2. In each sample, we merged read counts of technical replicates using the CollapsingReplicates function of DESeq2. The thresholds for DEG were set as follows:  $\log_2$  fold change  $< -2$  or  $> 2$ ;  $-\log_{10}$  adjusted  $P > 1$ . The  $P$  value was adjusted for multiple comparisons using Benjamini–Hochberg method. Among the 54 DEGs, we analyzed the enrichment of BPO and MPO terms. We performed the enrichment analyses with a probability density function and the Benjamini–Hochberg method-adjustment of the  $P$  value using ToppGene Suite<sup>35</sup>. To exclude uncharacterized or nonspecific terms, we only analyzed terms to which 20 to 2,000 genes belong. The threshold for the adjusted  $P$  value was set as 0.1. To summarize GO terms of similar biological process or similar mouse phenotype, we connected two nodes with a line when jacquard and the overlap coefficient between two nodes was  $> 0.375$ , by using the EnrichmentMap plugin of Cytoscape (v3.6.1)<sup>36,37</sup>.

**Statistics.** DEG analysis (Fig. 5a and Supplementary Fig. 8b) was performed comparing control ( $n = 2$ ) and patient ( $n = 2$ ) samples, for each of whom there were two technical replicates, with a negative binomial generalized model and Wald test using DESeq2. The analysis was based on the assumption that sequencing data fit a negative binomial model. The  $P$  value was adjusted using the Benjamini–Hochberg method. Gene ontology enrichment analysis (Supplementary Fig. 8c,d) was performed for DEGs ( $n = 54$ ) with the hypergeometric test using ToppGene Suite. The analysis was based on the assumption that the number of genes of a gene ontology term among DEGs follows a hypergeometric distribution. The  $P$  value was adjusted using the Benjamini–Hochberg method.

**Nanopore 5mC methylation modification calling.** We called 5mC methylation using a nanopore basecaller, flappie v1.1.0 (<https://github.com/nanoporetech/flappie>), as follows:

```
flappie --model r941_5mC fast5 > fastq
```

We tested two *NOTCH2NLC* regions in patients with NIID: the expanded repeat itself and the downstream CpG island, chr1:149390802–149390842 and chr1:149390845–149391541, respectively. We also tested the G-quadruplex (CGGGGG) on chr15:24848213–24848273, which is in a CpG island of *SNRPN*<sup>38</sup>. This region is maternally imprinted and known to be responsible for Prader–Willi syndrome. (We expect to see a bimodal methylation pattern here.) In the obtained sequences, flappie describes 5mC as 'Z'. We aligned these sequences to human reference genome hg38 as described above. Reads aligned to the G-quadruplex of *SNRPN* or the (GGC)<sub>n</sub> repeat of *NOTCH2NLC* were extracted, and the number of 'Z' per 1,000 bases was shown as a histogram.

**DNA methylation analysis.** Nine micrograms of genomic DNA was digested with NheI. NheI-digested DNA was subdivided into three and further digested with *MspI* or *HpaII* to examine the DNA methylation status of the downstream CpG island of *NOTCH2NLC* (chr1:149390845–149391541). An aliquot was taken for the semi-quantitative PCR at the *IGF2R* differentially methylated region (DMR) to confirm methylation-sensitive restriction digestion. Threefold serial dilution of the digested DNA was used as a PCR template. PCR products using the primers (primer sequences are shown in Supplementary Table 6) after 33 cycles were analyzed for the *IGF2R* DMR. Different primers (primer sequences are shown in Supplementary Table 6) were used to evaluate the amount of input DNA at the *IGF2R* region without *MspI/HpaII* sites (PCR control). Digested DNA was run on a 0.8% agarose gel (w/v) in 1.0× TBE buffer and transferred to a positively charged nylon membrane using capillary transfer. The digoxigenin-labeled DNA probe for the *NOTCH2NLC* locus was generated using primers (primer sequences are indicated in Supplementary Table 6) according to the manufacturer's instructions (Merck).

**Reporting Summary.** Further information on research design is available in the Nature Research Reporting Summary linked to this article.

## Data availability

Long-read sequencing data have been deposited in the Human Genetic Variation Database under accession ID: HGV0000008.

## References

- Koike, H. et al. Nonmyelinating Schwann cell involvement with well-preserved unmyelinated axons in Charcot-Marie-Tooth disease type 1A. *J. Neuropathol. Exp. Neurol.* **66**, 1027–1036 (2007).
- Abecasis, G. R., Cherny, S. S., Cookson, W. O. & Cardon, L. R. Merlin—rapid analysis of dense genetic maps using sparse gene flow trees. *Nat. Genet.* **30**, 97–101 (2002).
- Jain, M. et al. Nanopore sequencing and assembly of a human genome with ultra-long reads. *Nat. Biotechnol.* **36**, 338–345 (2018).
- de Coster, W. et al. Structural variants identified by Oxford Nanopore PromethION sequencing of the human genome. *Genome Res.* <https://doi.org/10.1101/gr.244939.118> (2019).
- Frith, M. C. & Khan, S. A survey of localized sequence rearrangements in human DNA. *Nucleic Acids Res.* **46**, 1661–1673 (2018).
- O'Leary, N. A. et al. Reference sequence (RefSeq) database at NCBI: current status, taxonomic expansion, and functional annotation. *Nucleic Acids Res.* **44**, D733–D745 (2016).
- Dobin, A. et al. STAR: ultrafast universal RNA-seq aligner. *Bioinformatics* **29**, 15–21 (2013).
- Love, M. I., Huber, W. & Anders, S. Moderated estimation of fold change and dispersion for RNA-seq data with DESeq2. *Genome Biol.* **15**, 550 (2014).
- Iwama, K. et al. A novel *SLC9A1* mutation causes cerebellar ataxia. *J. Hum. Genet.* **63**, 1049–1054 (2018).
- Chen, J., Bardes, E. E., Aronow, B. J. & Jegga, A. G. ToppGene Suite for gene list enrichment analysis and candidate gene prioritization. *Nucleic Acids Res.* **37**, W305–W311 (2009).
- Merico, D., Isserlin, R., Stueker, O., Emili, A. & Bader, G. D. Enrichment map: a network-based method for gene-set enrichment visualization and interpretation. *PLoS ONE* **5**, e13984 (2010).
- Shannon, P. et al. Cytoscape: a software environment for integrated models of biomolecular interaction networks. *Genome Res.* **13**, 2498–2504 (2003).
- Sharp, A. J. et al. Methylation profiling in individuals with uniparental disomy identifies novel differentially methylated regions on chromosome 15. *Genome Res.* **20**, 1271–1278 (2010).

## Reporting Summary

Nature Research wishes to improve the reproducibility of the work that we publish. This form provides structure for consistency and transparency in reporting. For further information on Nature Research policies, see [Authors & Referees](#) and the [Editorial Policy Checklist](#).

### Statistics

For all statistical analyses, confirm that the following items are present in the figure legend, table legend, main text, or Methods section.

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| n/a                                 | Confirmed  |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> The exact sample size ( <i>n</i> ) for each experimental group/condition, given as a discrete number and unit of measurement   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> A statement on whether measurements were taken from distinct samples or whether the same sample was measured repeatedly  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> The statistical test(s) used AND whether they are one- or two-sided<br><i>Only common tests should be described solely by name; describe more complex techniques in the Methods section.</i>  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A description of all covariates tested  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> A description of any assumptions or corrections, such as tests of normality and adjustment for multiple comparisons   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> A full description of the statistical parameters including central tendency (e.g. means) or other basic estimates (e.g. regression coefficient) AND variation (e.g. standard deviation) or associated estimates of uncertainty (e.g. confidence intervals) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> For null hypothesis testing, the test statistic (e.g. <i>F</i> , <i>t</i> , <i>r</i> ) with confidence intervals, effect sizes, degrees of freedom and <i>P</i> value noted<br><i>Give P values as exact values whenever suitable.</i>                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> For Bayesian analysis, information on the choice of priors and Markov chain Monte Carlo settings  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> For hierarchical and complex designs, identification of the appropriate level for tests and full reporting of outcomes  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Estimates of effect sizes (e.g. Cohen's <i>d</i> , Pearson's <i>r</i> ), indicating how they were calculated  |

Our web collection on [statistics for biologists](#) contains articles on many of the points above.

### Software and code

Policy information about [availability of computer code](#)

Data collection: MinKNOW v.1.14.0 (Oxford Nanopore Technologies)  
RSII data were analyzed with SMRT analysis v2.3.0 (Pacific Biosciences)

Data analysis: LinkDataGen; <http://bioinf.wehi.edu.au/software/linkdatagen/>  
Merlin: <http://csg.sph.umich.edu/abecasis/merlin/>  
LAST: <http://last.cbrc.jp>  
tandem-genotypes: <https://github.com/mcfrith/tandem-genotypes>  
MAFFT: <https://mafft.cbrc.jp>  
Genemapper Software 5 (Release 5.0, Build ID: 3.0)  
Flappie v.1.1.0 (<https://github.com/nanoporetech/flappie>)

For manuscripts utilizing custom algorithms or software that are central to the research but not yet described in published literature, software must be made available to editors/reviewers. We strongly encourage code deposition in a community repository (e.g. GitHub). See the Nature Research [guidelines for submitting code & software](#) for further information.

### Data

Policy information about [availability of data](#)

All manuscripts must include a [data availability statement](#). This statement should provide the following information, where applicable:

- Accession codes, unique identifiers, or web links for publicly available datasets
- A list of figures that have associated raw data
- A description of any restrictions on data availability

Personal sequencing data will be deposited to the Human Genetic Variation Database with accession ID: HG00000008 (<http://www.hgvd.genome.med.kyoto-u.ac.jp/repository/HG00000008.html>).



## Field-specific reporting

Please select the one below that is the best fit for your research. If you are not sure, read the appropriate sections before making your selection.

Life sciences       Behavioural & social sciences       Ecological, evolutionary & environmental sciences

For a reference copy of the document with all sections, see [nature.com/documents/nr-reporting-summary-flat.pdf](https://www.nature.com/documents/nr-reporting-summary-flat.pdf)

## Life sciences study design

All studies must disclose on these points even when the disclosure is negative.

Sample size	9 families with NIID, 39 sporadic NIID patients, 200 controls. In 1968, the first NIID case was described. Until 2011, when we reported the usefulness of skin biopsy in the diagnosis of NIID, only approximately 40 NIID cases (including our 8 cases) have been reported. At that time, NIID was an extremely rare disease. We included most consecutive NIID cases into our research until today.
Data exclusions	No data was excluded.
Replication	NIID is a rare disease. Therefore we included most relevant NIID cases into our research until now. Therefore replication is impossible.
Randomization	The main objective of this study is to discover the genetic cause of NIID. Therefore, randomization is not applicable to this study.
Blinding	Skin biopsy was examined by two independent neuropathologists with no information of patients.

## Reporting for specific materials, systems and methods

We require information from authors about some types of materials, experimental systems and methods used in many studies. Here, indicate whether each material, system or method listed is relevant to your study. If you are not sure if a list item applies to your research, read the appropriate section before selecting a response.

### Materials & experimental systems

n/a	Involved in the study
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Antibodies
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eukaryotic cell lines
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Palaeontology
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Animals and other organisms
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Human research participants
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Clinical data

### Methods

n/a	Involved in the study
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ChIP-seq
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Flow cytometry
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRI-based neuroimaging

## Antibodies

Antibodies used	anti-ubiquitin antibody (Z0458, Dako). anti-p62 antibody (Santa Cruz Biotechnology, catalog No. sc-28359, clone D-3, Lot D1117, dilution 1:100).
Validation	SQSTM1 (D-3) is validated by Santa Cruz Biotechnology, and recommended for detection of sequestosome 1 of human origin by Western Blotting, immunoprecipitation, immunofluorescence, and immunohistochemistry (including paraffin-embedded sections), and used in many recent researches as described in the following datasheet of Santa Cruz Biotechnology.

## Human research participants

Policy information about [studies involving human research participants](#)

Population characteristics	All NIID patients were diagnosed by skin biopsy (with intranuclear inclusion). We include Japanese participants at the ages ranging from 18 to 76 years. They are NIID patients diagnosed by skin biopsy, and their family members without any neurological symptoms. Gender details is 28 males and 46 females.
Recruitment	Participants were recruited by multiple research institutes/hospitals in Japan. We included NIID patients based on the results of histopathological findings that p62 positive intranuclear inclusions were widely observed in autopsy samples or skin biopsy samples as described in previous NIID skin biopsy reports. The abnormal high intensity signal of cortico-medurally junction in DWI image of brain MRI led clinicians to consider possible NIID and plan to perform skin biopsy for patients presenting dementia. Therefore, we may not include NIID patient with very mild change in head MRI findings or without abnormal findings in head MRI, but this may not influence the result of this study.

**Ethics oversight**

Informed consent was obtained from all the patients and their familial members. IRBs of Yokohama City University Faculty of Medicine and Nagoya University School of Medicine approved this experimental protocols.

Note that full information on the approval of the study protocol must also be provided in the manuscript.

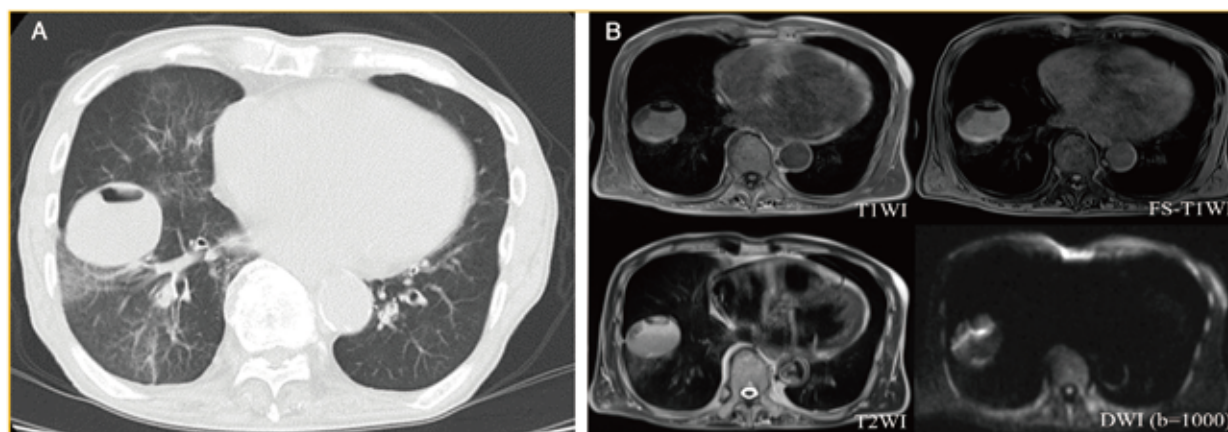
## Magnetic Resonance Imaging Findings of Intrapulmonary Hematoma



Hiroshi Wada, MD, PhD<sup>1\*</sup>, Takuto Sakashita, MD<sup>1</sup> and Akitoshi Inoue, MD, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Respiratory Medicine and <sup>2</sup>Department of Radiology, National Hospital Organization Higashi-ohmi General Medical Center, Higashi-ohmi, Shiga, Japan \*(E-mail: hwada@belle.shiga-med.ac.jp).

**Disclosures:** The authors have no financial or other conflicts of interest to disclose.



FIGURE

### CASE PRESENTATION

**A**n 89-year-old man was referred to our hospital for investigation of a 4 cm × 5 cm round shadow containing air in the right lower lobe (Figure A). He complained of a 1-week history of continuing hemoptysis. He had surgical histories of rectal cancer at 60 years old and gastric cancer at 67 years old. He also had a history of anaphylactic shock when given computed tomography contrast agent. He was taking neither antiplatelet agents nor anticoagulants. He could walk independently using a stick, but had often experienced falls. Vital signs showed no abnormalities. No specific findings were identified on physical examination. Laboratory examination showed a creatine phosphokinase level of 384 IU/L and a C-reactive protein level of 0.76 mg/dL. No rib fractures were apparent on computed tomography.

Magnetic resonance imaging (MRI) of the chest showed a round shadow with high signal intensity on T1-weighted imaging (T1WI), T2-weighted imaging and fat-suppression T1WI, and low signal intensity on diffusion-weighted imaging (Figure B). The round shadow appeared to contain a blood component.

The round shadow was diagnosed as intrapulmonary hematoma based on MRI findings. We followed-up this patient using an oral hemostatic agent, and the tumor shadow regressed spontaneously.

Many intrapulmonary hematomas develop from trauma and most regress spontaneously over time.<sup>1</sup> The diagnosis in cases without a history of trauma and non-regressing shadow is very difficult using conventional methods alone. MRI is very useful to confirm the round shadow contains a blood component. We speculated that this case developed from trauma resulting from repeated falls.

Only one previous English-language report has presented MRI findings of intrapulmonary hematoma.<sup>2</sup> MRI appears very useful in the diagnosis of intrapulmonary hematoma.

### REFERENCES

1. Wilson RF, Murray C, Antonenko DR. Nonpenetrating thoracic injuries. *Surg Clin N Am.* 1977;57:17–36.
2. Takahashi N, Murakami J, Murayama S, et al. MR evaluation of intrapulmonary hematoma. *J Comput Assist Tomogr.* 1995;19(1):125–127.



## 妊娠を契機に診断した骨盤内デスマイド腫瘍の1例

滋賀医科大学 産科学婦人科学講座

米岡 完, 脇ノ上史朗, 天野 創, 郭 翔志

中川 哲也, 喜多 伸幸, 村上 節

滋賀医科大学 地域周産期医療学講座

高橋健太郎

## 概 要

デスマイド腫瘍は筋膜および筋腱膜組織から発生する線維腫症の一種で、発症因子としてエストロゲンの関連を指摘されている。今回、妊娠を契機に診断した骨盤内デスマイド腫瘍を経験したので報告する。

症例は31歳、2経妊2経産の褥婦。前医で妊婦健診中の28週頃から5 cm 大の傍陰壁腫瘤を指摘されていたが腫瘤の増大を認めないため経過観察となっていた。経陰分娩の障害となると判断されたために選択的帝王切開術で分娩に至り、分娩後に腫瘤の増大傾向を認めたため当院に紹介受診となった。針生検では異型性に乏しい紡錘形細胞が増生しデスマイド腫瘍が疑われたため全身麻酔下に手術を施行した。手術では完全切除は出来ず、術後再燃傾向を認めたため現在は放射線治療を行っている。

妊娠中のデスマイド腫瘍の管理方法については一定の見解を持たれていない。妊娠を契機に診断された骨盤内デスマイド腫瘍は過去に Khon, S. K<sup>1)</sup>らと Sportiello<sup>2)</sup>らが各々2例、1例を報告している。それら3例と本症例を検討し、デスマイド腫瘍は画像診断から特異的診断することは困難であるため妊娠中であっても生検を行い組織診断をすることが必要であり、またデスマイド腫瘍と診断された際には妊娠中に治療が必要となることは少なく慎重な経過観察が可能であると考えられた。

Key words: デスマイド, 骨盤内, 妊娠

## 緒 言

デスマイド腫瘍は Stout<sup>1)</sup>らにより臨床病理学的に①分化した線維芽細胞の増殖、②細胞間の膠原線維の増殖、③浸潤性発育形態、④悪性所見を欠く、⑤転移はないが局所再発があると定義された、筋膜および筋腱膜組織より発症する腫瘍である。

発症頻度は年間100万人あたり2.4~4.3人と稀であり、発症部位により腹壁デスマイド、腹壁外デスマイド、腹腔内デスマイドに分類される<sup>2)</sup>。発症に関しては家族性大腸腺腫症や Gardner 症候群に認める APC 遺伝子の変異<sup>3)</sup>や、外傷や手術創などの軟部組織の機械的刺激<sup>4)</sup>が関与していると言われている。

また、腹壁デスマイドに関しては妊娠、分娩後に発症すること多く、高エストロゲン状態が腫瘍の発生や増大に関与していると考えられている<sup>5)</sup>が、妊娠を契機に発見された骨盤内デスマイドの報告は限られ<sup>6)</sup>、今回、その1例を経験したので報告するとともに過去の報告を交えて妊娠管理について考察する。

## 症 例

患者: 31歳, 女性, 2経妊2経産。

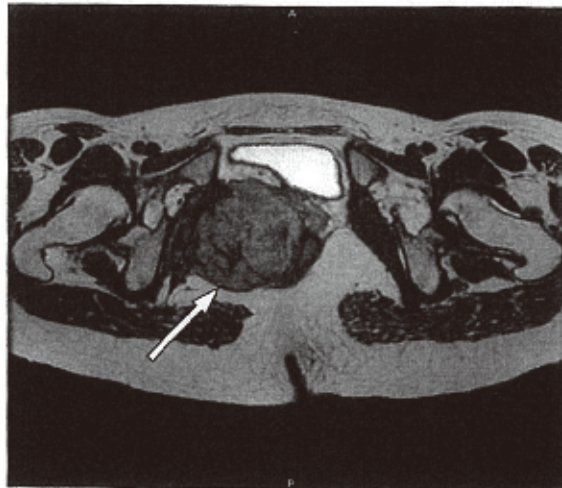
主訴: 会陰部の違和感

既往歴: 29歳, 妊娠41週, 2,622 g の女児を出産。

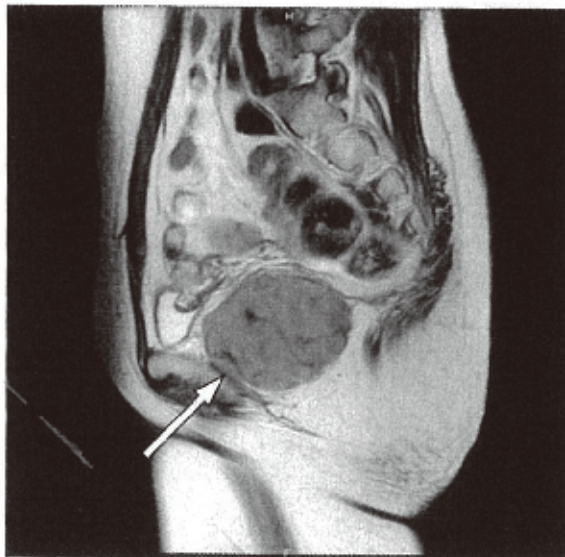
現病歴: 前医で第2子妊娠管理中に妊娠28週頃から5 cm 大の傍陰壁腫瘤を指摘されていたが、血腫の疑いとして経過観察となっていた。この腫瘤が経陰分娩の障害になると判断されたために選択的帝王切開術で分娩に至った。分娩後に腫瘤の増大傾向を認め、違和感も強くなってきたため当院に紹介受診となった。

入院時検査所見: 内診では陰壁右側に6 cm 大の可動性不良な硬い腫瘤を認めた。MRI では右内閉鎖筋内側から陰右側に6.6×6.6×6.7 cm 大の分葉状の腫瘤を認め、内閉鎖筋との境界は不明瞭であった。T2強調画像では淡い高信号、T1 強調画像では低信号を呈し不均一な造影効果を示した。(図1) CT ではMRIと同様に造影効果を認め、右内閉鎖筋との境界は不明瞭であった。血液検査ではCEA, CA125, CA19-9はすべて正常範囲内であった。前立腺生検針を用いて針生検を行い、異型性に乏しい紡錘形細胞が増生した病理組織像を得た。免疫染色では desmin 陰性, S-100 protein 陰性, vimentin 陽性, SMA ごく少数陽性で、 $\beta$ -catenin の核での発現を一部に認めた。

以上の検査結果より、デスマイド腫瘍を疑い全身麻



a



b

図1 骨盤MRI T2強調画像

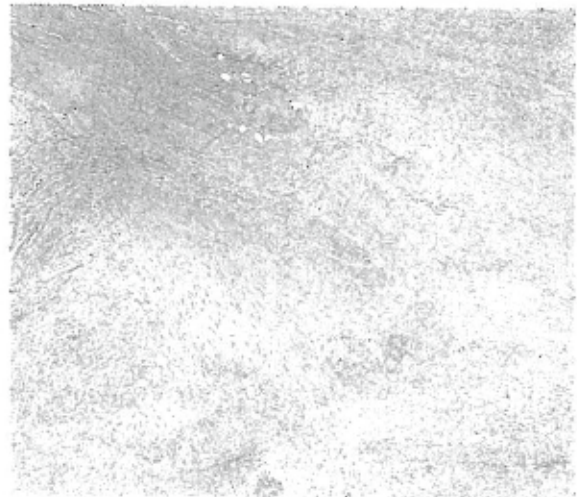
a) 冠状断 b) 矢状断

右内閉鎖筋内側から腔右側に66×66×67mm大の腫瘍あり。直腸とも近接して発育。

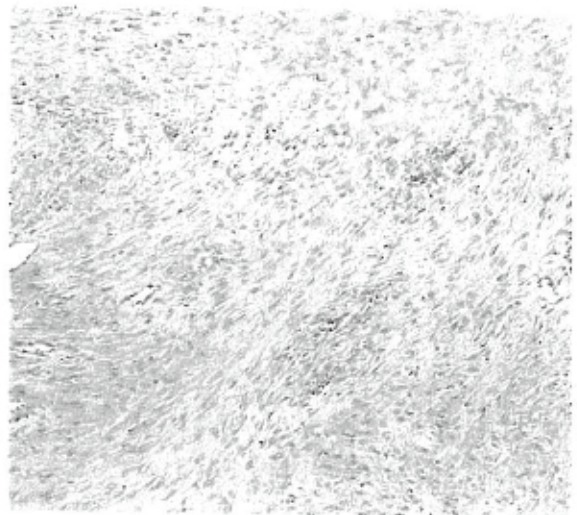
酔下に手術を施行した。

手術所見：患者を砕石位として手術を開始した。8時方向の会陰部と陰壁を切開し腫瘍を剖出させた。腫瘍左側（陰壁側）と尾刺（直腸側）の癒着は軽度であり用手的に剥離可能であった。肛門挙筋腹側には浸潤性に発育しており、肛門挙筋を一部合併切除した。また内閉鎖筋、恥骨にも浸潤性に発育していたが、これらの合併切除は困難であるため腫瘍を一部残存させて切除し腫瘍を摘出した。摘出した腫瘍は90×60×50mm大の白色弾性硬であり、断面は黄白色で均質であった。病理組織学的診断はデスモイド腫瘍であった。（図2）免疫染色ではエストロゲンレセプターは陰性であった。

術後は無症状に経過していたが、術後2ヶ月の



a



b

図2 病理組織所見（H.E.染色）

a) ×4 b) ×10

核異型に乏しい紡錘形細胞が増生しており分裂像はなし。周囲の筋組織に浸潤性に増生あり。生検の免疫染色の結果と併せてデスモイド腫瘍と診断した。免疫染色ではエストロゲンレセプターは陰性。

MRIで5.6×2.9×4.7 cm大の腫瘍の残存を認めたものが、術後7ヶ月のMRIでは5.9×3.6×5.0 cm大と緩徐ではあるが腫瘍の再増大を認め、現在、再燃したデスモイド腫瘍に対して放射線治療を施行している。

## 考 察

本症例は妊娠を契機に診断した骨盤内デスモイドであるが、過去にはKhoo, S. K<sup>7)</sup>らとSportiello<sup>9)</sup>らの3例しか報告されていない。ただし、本邦では妊娠前から診断されていた骨盤内デスモイド合併妊娠が1例報告されており<sup>9)</sup>、上記4例に本症例を加え、妊娠に合併した骨盤内デスモイドの管理方法について考察する。（表1）



表1 妊娠を契機に診断した骨盤内デスマイド腫瘍4例

年	報告者	症状	発見時期	妊娠経過	治療	出血量	合併症
1972	Khoo et al	なし	妊娠後期	増大	手術(完全切除) 分娩後	×	内閉鎖筋切除 外閉鎖筋切除
		なし	妊娠初期	変化なし	経過観察		
1990	Sportiello et al	便秘 直腸の違和感	妊娠後期	増大	手術 分娩後	多量	人工肛門
2008	宮川美帆	歩行困難	妊娠前	変化なし	手術 妊娠前	×	×
2014	本症例	会陰部違和感	妊娠中期	変化なし	手術(一部残存) 分娩後	少量	なし

まず診断に関して、デスマイド腫瘍は超音波では内部に高輝度を有する hypoechoic mass として認められ、CT や MRI でも内部がほぼ均一な充実性腫瘍として認めるが特異的な所見はない。鑑別疾患として悪性リンパ腫や脂肪肉腫などの悪性腫瘍などが挙げられる<sup>10)</sup>。

本症例では分娩後に経膈的に針生検を行っているが、Sportiello ら<sup>11)</sup> の報告では膈壁の血流が豊富となる妊娠中であっても経膈的に穿刺することが可能であった。画像検査からは特異的な診断は困難であるため、妊娠中であっても生検を行い組織診断することが必要であると考えられる。

一方、骨盤内デスマイドという診断が確定すれば、将来の経膈分娩の障害となることは考えられるが、妊娠中の症状に乏しく、積極的な治療の対象とはなりにくい。また、骨盤内には膀胱や直腸という排泄に関わる重要臓器が存在し、血管や神経が豊富にあるため手術による合併症が多くなる。骨盤内デスマイドに対する手術療法の Andrea<sup>11)</sup> らによる検討では7例中全例で輸血を要していた。骨盤内は妊娠期にはさらに血流が豊富であり出血が非妊娠期より多くなることが予想されるため、妊娠中の骨盤内デスマイドの手術療法はすべきではないと考える。

骨盤内に限らずデスマイド治療の第一選択は手術療法であり、分娩後は治療の対象となる。ただし手術療法での再発率は39%と高値であり、さらに不完全切除での再発率は54%と非常に高い。しかし、不完全切除であっても放射線治療を追加することにより再発率を25%にまで下げることができると報告されている<sup>12)</sup>。進行した骨盤内デスマイドを完全摘出するには周囲臓器の合併切除などを要し、手術が困難で侵襲が大きくなることが予想される。上述のように完全切除しても再発率が高いことを考慮すれば、拡大手術にこだわらずに機能温存を重視した手術を行い、術後の注意深い経過観察や放射線治療などを行うことが推奨されよう。本症例では低侵襲手術を心がけ、出血量を減らして合併症による機能低下を防ぎ、術後の経過観察によ

りデスマイド腫瘍の増大傾向を認めたため、放射線治療を施行中である。

なお、デスマイド腫瘍はエストロゲンとの関連性が指摘されているが、それらの50%は妊娠中に増大しないことや37%はエストロゲンレセプター陰性であっても増大することが報告されており<sup>6)</sup> 一定の傾向は得られない。本症例ではエストロゲンレセプターは陰性であり、また分娩後および術後にも腫瘍の増大傾向を認めた。D.Bocale ら<sup>13)</sup> によるとタモキシフェンはデスマイド腫瘍の約50%に治療効果を認め、それは腫瘍のエストロゲンレセプターの有無によらないと報告されている。本症例が放射線治療後にも再発を繰り返す場合にはタモキシフェンが有用な治療法であると考えられる。

## 結 論

今回われわれは妊娠を契機に診断した骨盤内デスマイド腫瘍を本邦で初めて報告した。骨盤内の充実性腫瘍は画像所見から鑑別診断するのは困難であるため、妊娠中であっても経膈的に生検を行うことが推奨される。骨盤内デスマイドの診断が得られれば、妊娠中に治療が必要となることは少なく慎重な経過観察が可能であり、分娩後の集約的な治療を図るのがよいと考えられる。

## 文 献

- 1) Sout AP, Lattes R: Fibroblastic tumors. Atlas of tumor pathology, second series, Fascicle 1, Armed Forces Institute Pathology, Washington. p17-30, 1967
- 2) Reitano JJ, Hayry P, Nykyri E, et al: The desmoids tumor (1): incidence, sex, age and anatomical distribution in the finish population. Am J Clin Pathol. 77: 665-673, 1982
- 3) Bertario L, Russo A, Sala P, et al. Genotype and phenotype factors as determinants of desmoid tumors in patients with familial adenomatous polyposis. Int J Cancer. 95: 102, 2001
- 4) De Cian F, Delay E, Rudigoz RC, et al. Desmoid tumor arising in a cesarean section scar during pregnancy: monitoring and management. Gynecol Oncol. 75: 145, 1999

- 5) Rock MG, Pritchard DJ, Reiman HM, et al : Extra-abdominal desmoids tumors. *J Bone Joint Surg Am.* **66** : 1369-1374, 1984
- 6) 只川真理, 八重樫伸生ほか : 妊娠中に腹壁デスマイド腫瘍摘出術を行い, 正常産に至った1例. *日本周産期・新生児医学会雑誌.* **49** : 369-373, 2013
- 7) Khoo, S.K. The desmoid tumor, a diagnostic problem in the gynaecological patient: A report of four patients. *Aust. N. Z. J. Surg.* **42**: 170-174, 1972
- 8) Sportiello, D.J.; Hoogerland, D.L. A recurrent pelvic desmoid tumor successfully treated with tamoxifen. *Cancer.* **67**: 1443-1446, 1991
- 9) 宮川英机 : 骨盤内デスマイド腫瘍合併妊娠の1例. *日本産科婦人科学会関東連合地方部会会報.* **45** : 263, 2008
- 10) 西 八朗, 田所克己ほか : 結腸間膜デスマイド腫瘍の1例. *日消外会誌.* **30**(8):1864-1868, 1997
- 11) Mariani A, Podratz KC. Et al : Surgical management of desmoid tumors of the female pelvis. *J Am Coll Surg.* Aug **191**(2):175-183, 2000
- 12) Ballo MT, Zagars GK, Pollack A, et al. Desmoid tumor: prognostic factors and outcome after surgery, radiation therapy, or combined surgery and radiation therapy. *J Clin Oncol.* **17**: 158, 1999
- 13) Sportiello DJ, Hoogerland DL. et al : A recurrent pelvic desmoid tumor successfully treated with tamoxifen. *Cancer.* Mar 1; **67**(5): 1443-1446. 1991

## 症例報告

## 卵巣癌術後化学療法中に診断された 腹腔鏡ポート部再発の1例

A case of port site metastasis diagnosed during postoperative  
chemotherapy of ovarian carcinoma

国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科

Department of Gynecologic Oncology, National Cancer Center Hospital

米岡 完	清水 華子	塚田 貴史
Yutaka YONEOKA	Hanako SHIMIZU	Takafumi TSUKADA
小林 真弓	竹原 也恵	高橋 健太
Mayumi KOBAYASHI	Yae TAKEHARA	Kenta TAKAHASHI
筒 慶生	植原 貴史	石川 光也
Keisei TATE	Takashi UEHARA	Mitsuya ISHIKAWA
池田 俊一	加藤 友康	
Shunichi IKEDA	Tomoyasu KATO	

**概要** 診断的腹腔鏡手術後にポート部再発した卵巣癌の1例を経験した。症例は38歳の女性、下腹部痛を主訴に前医を受診、画像検査で腹膜原発腫瘍が疑われ診断的腹腔鏡手術を施行した。病理組織学的検査と画像検査より腹膜癌 IIIc と診断し、加療目的で当院へ紹介受診となった。術前化学療法3サイクル施行後に interval debulking surgery を施行、病理組織学的に最大病変は右卵巣であり最終診断は卵巣癌 IIIc となった。術後化学療法2サイクル終了後に左側腹部のポート挿入部に腫瘍を認め、針生検を施行し再発と診断した。腫瘍切除術を施行したが、その1ヶ月後に針生検部位と腹腔内に再発病変を認めた。婦人科悪性腫瘍領域の腹腔鏡手術は今後増加すると思われるが、ポート部再発率や予防法、その予後に関する影響などについて一定の見解を得られていない。診断的腹腔鏡手術後のポート部再発に関して今後さらなる症例の蓄積と検討が望まれる。

**Key words** : port site metastasis, ovarian carcinoma

### 緒 言

腹腔鏡手術は開腹手術と比較して手術侵襲が少なく、悪性腫瘍に対してもその適応は拡大しつつある。卵巣がん治療ガイドライン2015年版<sup>1)</sup>では、進行卵巣癌の腹腔内観察、組織採取を目的とした腹腔鏡下手術は開腹手術に代わる選択肢になる可能性がある<sup>2)</sup>とされている。一方で、腹腔鏡手術の合併症の一つとしてポート部再発が報告されている。ポート部再発の多くは診断時にポート部以外の再発病変が併存しており、ポート部のみの再発は稀である<sup>3)</sup>。今回、診断的腹腔鏡手術

後に孤発性のポート部再発した卵巣癌の1例を経験したので報告する。

### 症 例

患者：38歳、0経妊0経産。

現病歴：下腹部痛を主訴に前医消化器内科を受診し、腹部CTで大網の肥厚を認めたため同院の外科に紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査では異常所見はなく、CTとPET所見、腫瘍マーカーより腹膜原発腫瘍が疑われたため診断的腹腔鏡下手術を施行した。



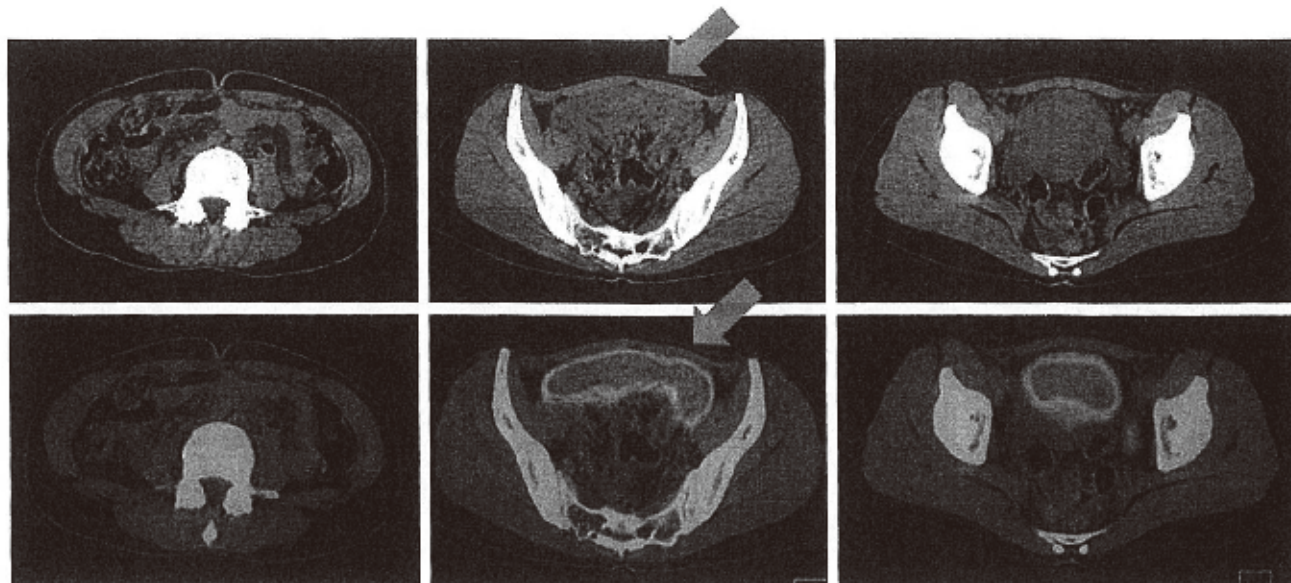


図1 腹部CT画像(上段)、PET画像(下段)

左から左側腹ポート挿入部、大網肥厚部位、両側付属器。大網肥厚と同部位のFDG集積を伴う(矢印)が、両側付属器の腫大やFDG集積を認めない。ポート挿入部近傍に明らかな腹膜播種病変を認めない。

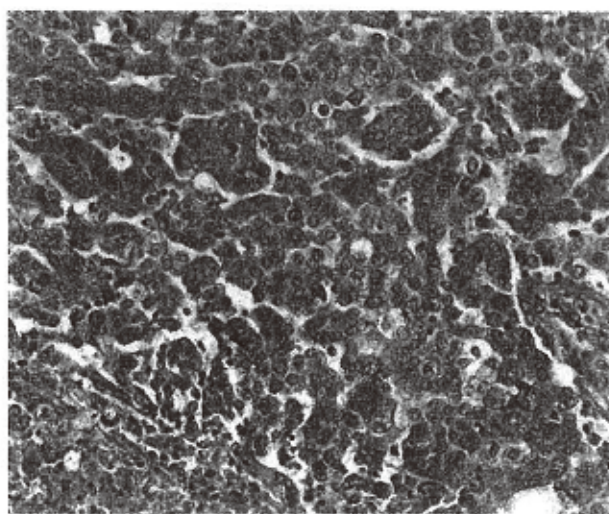


図2 病理組織学的所見①(HE染色×20)  
類円形核を有するN/C比の高い小型から中型の腺系細胞の高密度な配列や乳頭状増殖を認める。

既往歴：頸椎ヘルニア。

家族歴：特記事項なし。

腫瘍マーカー：CA125 1180U/ml、CA19-9 2.7U/ml。

CEA 0.5ng/ml。

画像所見①(図1)：腹部CTでは大網肥厚を認め、PETで同部位のFDG集積を認めた。両側付属器の腫大やFDG集積は明らかではなかった。ポート挿入部近傍に明らかな腹膜播種病変を認めなかった。

手術所見①：臍部に12mmカメラポートをオープン法で挿入し、気腹下に左行の下腹部に5mmポートを挿入した。腹腔内は淡血性の腹水を少量認め、腹壁と大網の広範な癒着と右横隔膜下から左横隔膜下に播種を疑う白色結節を多数認めた。骨盤内は腹壁と大網の癒着が強く観察は困難であった。大網の白色結節を一部切除しメモバックに入れ臍部より体外へ回収した。

腹水細胞診①：Class V。

病理組織学的所見①(図2)：白色結節は病理組織学的に浸潤性の腺癌で、類円形核を有するN/C比の高い小型から中型の腺系細胞の高密度な配列や乳頭状増殖を認めた。

腹腔鏡手術所見と病理組織学的検査から腹膜癌(高悪性度漿液性腺癌)IIICと診断した。

当院での加療を希望されたため、前医で術前化学療法としてpaclitaxel+carboplatin(TC)療法を1サイクル施行後に転院となった。当院ではdose dense TC



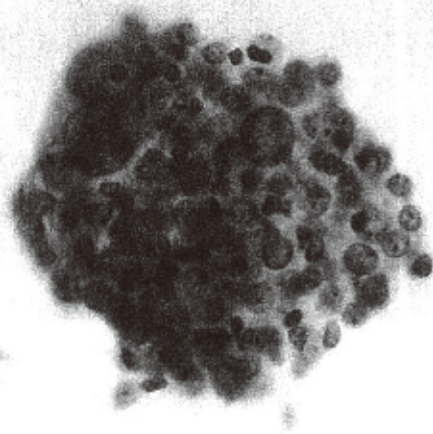


図3 腹水細胞診② (Pap 染色 ×40)  
大小不同で一部に核小体の目立つ核を有する  
N/C 比の高い異型細胞の重積性集塊を認める。

(ddTC) 療法を2サイクル施行後に interval debulking surgery (IDS) を施行した。

手術所見②：腹腔内には血性腹水を少量認め、広範な膀胱子宮窩腹膜播種、直腸筋層に達する10mm大の播種、右横隔膜に多数の微小な播種を認めた。大網の肥厚や両側付属器の腫大を認めなかったが、左付属器と子宮後壁左側は腹膜播種により癒着していた。これら腹膜播種病変を一塊に剝離した単純子宮全摘出と両側付属器切除、大網切除術を施行し残存病変は10mm径以下となった。

腹水細胞診② (図3)：Class V. 大小不同で一部に核小体の目立つ核を有する N/C 比の高い異型細胞の重積性集塊を認めた。

病理組織学的所見② (図4)：右卵巢  $3.5 \times 1.2 \times 1.0$ cm、大網  $17.0 \times 8.5 \times 0.6$ cm。組織学的には、右卵巢、右広間膜、子宮後壁左側から左卵管・卵巢に癒着する腹膜に腺癌を認めた。不整形腫大核を有する腫瘍細胞の充

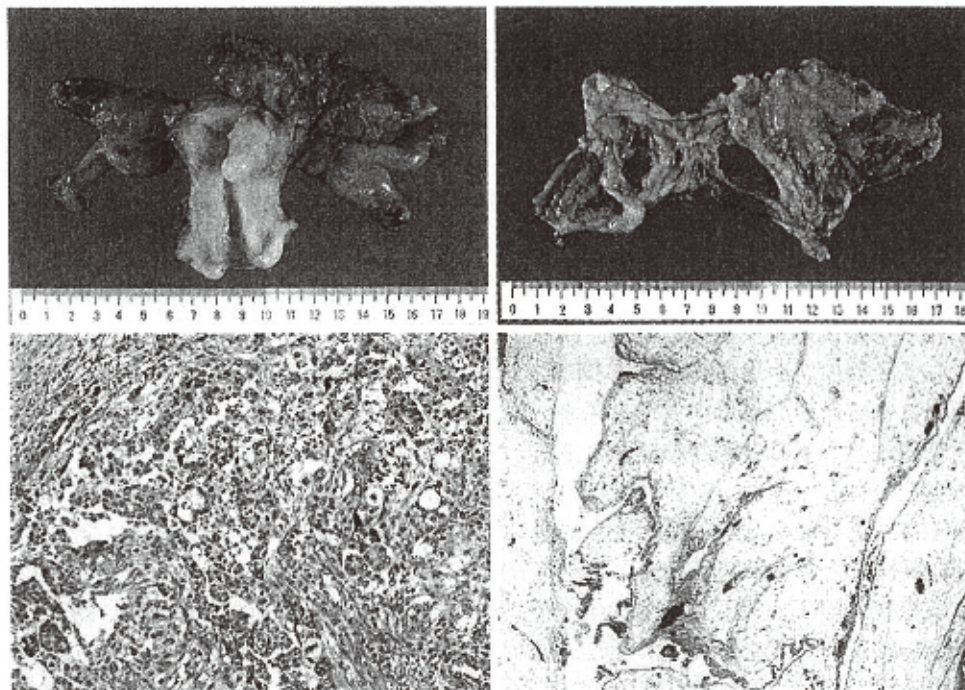


図4 病理組織学的所見②

子宮・両側付属器 (左上)、右卵巢  $3.5 \times 1.2 \times 1.0$ cm、大網 (右上)  $17.0 \times 8.5 \times 0.6$ cm。組織学的には右卵巢 (左下、HE 染色 ×10)、右広間膜、子宮後壁左側から左卵管・卵巢に癒着する腹膜に腺癌を認める。左卵巢、大網 (右下、HE 染色 ×2) に腫瘍を認めない。



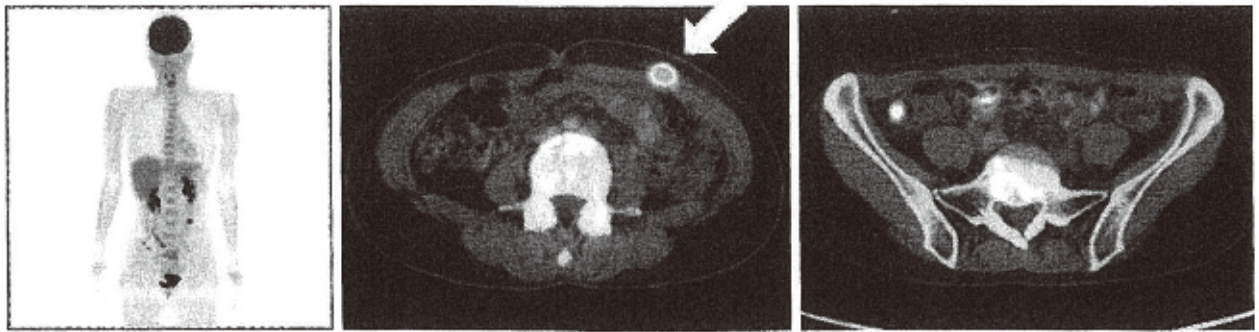


図5 PET 所見

左下腹壁に FDG 集積を示す  $1.6 \times 1.3$ cm の結節を認める (矢印), 骨盤内に結節を認めるが有意な FDG 集積の亢進を認めない (右).

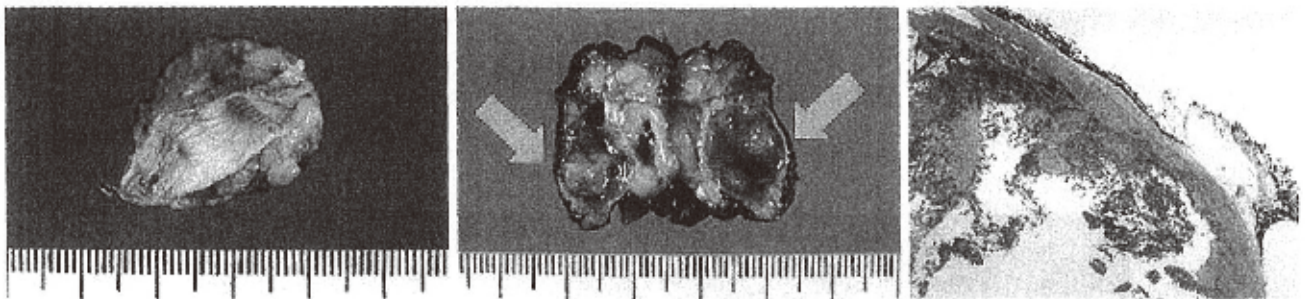


図6 病理組織学的所見③

摘出標本 (左) とその断面 (中央) で, 標本の中央に腫瘍 (矢印,  $1.7 \times 1.2$ cm) を認める. N/C 比の高い異型細胞の乳頭状, 充実性増殖を認め, 漿液性腺癌と考える (右, HE 染色  $\times 125$ ). 切除断端は陰性である.

実性増殖を認め, 化学療法後の変性が加わるが, 高悪性度漿液性腺癌として矛盾のない像であった. 左卵巣, 大網には腫瘍を認めなかった.

病理組織学的所見より最大病変は右卵巣であり, 術後に卵巣癌と診断した.

術後 ddTC 2 サイクル施行後に腹腔鏡手術の左側腹部のポート挿入部に腫瘍を自覚し, 再発を疑い同部位の針生検を行った. 組織学的には前医での大網生検と類似した高悪性度漿液性腺癌を認め, 再発と診断した. CT, PET で再発病変は腹壁のみであり, 他の部位に病変を認めなかったため腹壁の腫瘍摘出術を施行した.

画像所見② (図5): PET で左下腹壁に FDG 集積を示す結節を認めた. 骨盤内に結節を認めたが有意な FDG 集積の亢進を認めなかった.

手術所見③: 局所麻酔下で行った. 腫瘍の下端は筋

膜上であり, 腫瘍を皮膚と周囲の皮下組織とともに一塊にして摘出した.

病理組織学的所見③ (図6): 摘出された皮下組織は  $2.5 \times 2.5 \times 1$ cm で, 検体中央に  $1.7 \times 1.2$ cm 大の腫瘍を認めた. 組織学的には腫瘍に一致して腺癌を認め, N/C 比の高い異型細胞の乳頭状, 充実性増殖を認めた. 切除断端は陰性であった.

しかし, その1ヶ月後には, 腹壁腫瘍の針生検を施行した部位に腫瘍が出現し, また同時期の CT では腹膜播種およびリンパ節転移を認めたため progressive disease (PD) と判断しレジメンの変更を行った (図7).

## 考 察

腹腔鏡手術後のポート部再発は 1978 年に Döbrönte

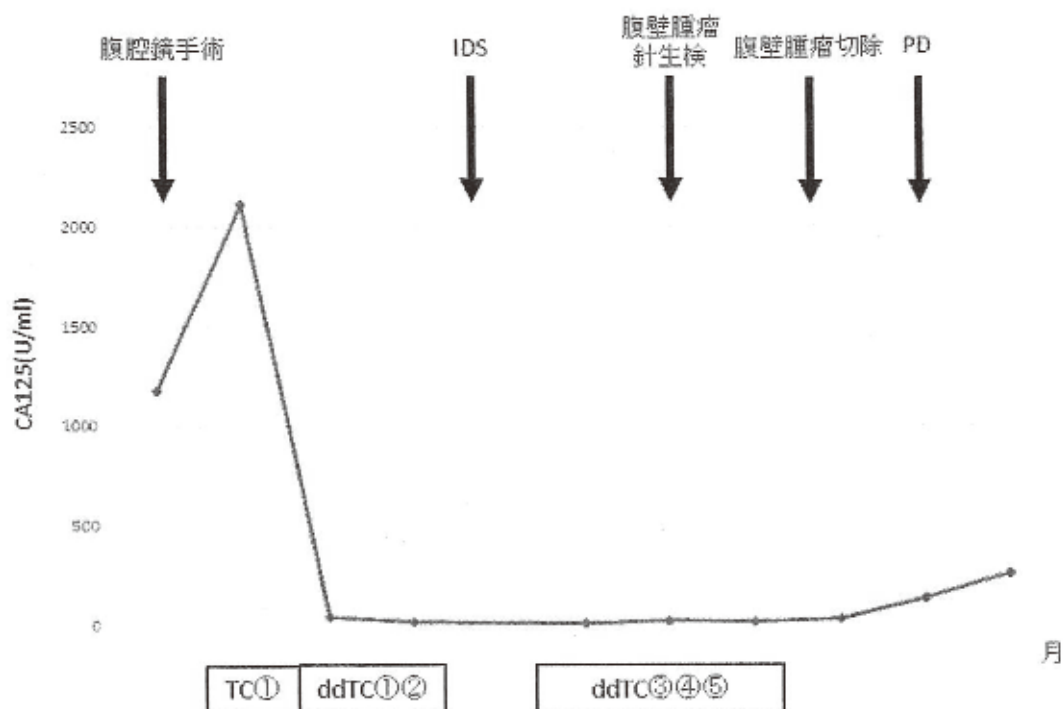


図7 治療経過と腫瘍マーカーの推移

らにより初めて報告され、腹腔鏡手術から2週間後にポート部再発した症例であった<sup>2)</sup>。それ以降、これまでに多くのポート部再発に関する報告がなされている。

Zivanovicらは、卵巣癌に対する767例の腹腔鏡手術後のポート部再発は15例(1.96%)に認めたと報告している。767例の内訳の多くはsecond-look laparoscopyであり、手術と化学療法の初回治療を終了している症例が対象となっていた<sup>3)</sup>。Vergoteらは、診断的腹腔鏡手術を施行した卵巣癌III期、IV期173例を対象とし、8例(5%)にneoadjuvant chemotherapyもしくはprimary debulking surgery (PDS) 施行前にポート部に臨床的に触知する再発腫瘍を認め、71例にはPDSまたはIDS時にポート部の切除を行い、22例(31%)に病理組織学的な再発を認めた。これらポート部再発した30例とその他の143例の3年生存率の比較では有意差を認めず、ポート部再発の予後への影響は否定的であった<sup>4)</sup>。Atasevenらは、卵巣癌に対して診断的腹腔鏡手術後にPDSを施行した214例を対象とし、全例でポート留置部を切除した。病理組織学に腫瘍を認めた症例を再発と定義し100例(46.7%)に病変を認めたと報告している<sup>5)</sup>。Vergoteらの報告と同様

にポート部再発した100例とその他の114例の全生存率に有意差を認めなかった。これらの過去の報告からは、腹腔鏡手術を施行した時期や再発の診断方法によりポート部再発率の違いが生じていると考えられた。また、ポート挿入部の病理組織学的な再発は31%や46.7%と我々が日常臨床から想像するよりも高い割合であったが、初回治療前のポート部再発ではその予後に影響を与えなかった。

卵巣癌に対する診断を目的とした開腹手術後の創部再発と腹腔鏡手術後のポート部再発を比較検討した報告はこれまでにないが、他の癌種において検討した報告は存在する。Shoupらの報告によると、胃癌に対する開腹手術後の創部再発率(0.86%)と腹腔鏡手術後のポート部再発率(0.79%)には有意差を認めなかった<sup>6)</sup>。また大腸癌に対する開腹手術後の創部再発率(0.34%)と腹腔鏡手術後のポート部再発(0.87%)に有意差を認めなかった<sup>7)</sup>。検討対象が手術適応となる胃癌、大腸癌の検討であり、腹腔内播種病変を有することが多い卵巣癌とは異なるが、開腹手術と比べて腹腔鏡手術が創部の再発が増加するという報告は見当たらなかった。



ポート部再発の危険因子として、気腹に用いる二酸化炭素による創部への過度の圧力や組織のアシドーシス、手術手技や腹水中に存在する癌細胞の創部への汚染やそれらの複合的な要素が挙げられている<sup>99)</sup>。Paolucciらは、これらを予防する目的で検体をバッグに入れて回収するなどの工夫にもかかわらず検体摘出に使用したポート部再発を報告している。またポート部再発した症例の40%は検体回収に使用した以外のポート部の再発であった<sup>100)</sup>。本症例でもメモバックを用いて回収しているが、回収した部位と異なる左下腹部ポート部からの再発であった。孤立性のポート部再発を完全に摘出できたものの、IDS後の化学療法中に腹腔内に再発し、またその針生検部からも同様に再発している。当初は化学療法が著効した高悪性度漿液性腺癌であったが、その後化学療法に抵抗性を獲得した悪性度の高い腫瘍であったと考えられた。

婦人科悪性腫瘍領域において腹腔鏡手術が選択される症例が今後増加していくことが予想される。一方で、ポート部再発の発症率や予防法、またその予後に対する影響などについて一定の見解を得られていない。腹腔鏡手術は低侵襲であり、卵巣癌の総合的な治療を考慮すると診断的腹腔鏡手術は有用であると思われ、本報告はそれを否定するものではない。しかし、診断的腹腔鏡手術後のポート部再発に関して不明な点が多く存在するため、今後さらなる症例の蓄積と検討が望まれる。

(本論文の要旨は第381回東京産科婦人科学会例会で発表した。すべての著者は開示すべき利益相反はない。)

## 文 献

- 1) 日本婦人科腫瘍学会編. 卵巣がん治療ガイドライン. 2015年版. 金原出版; 2015. 70-71
- 2) Zivanovic O, Sonoda Y, Abu-Rustum NR et al. The rate of port-site metastases after 2251 laparoscopic procedures in women with underlying malignant disease. *Gynecol Oncol* 2008; 111: 431-437
- 3) Döbrönte Z, Wittmann T, Karácsony G. Rapid development of malignant metastases in the abdominal wall after laparoscopy. *Endoscopy* 1978; 10: 127-130
- 4) Vergote I, Marquette S, Neven P et al. Port-site metastases after open laparoscopy: a study in 173 patients with advanced ovarian carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15: 776-779
- 5) Ataseven B, Grimm C, du Bois A et al. Prognostic Impact of Port-Site Metastasis After Diagnostic Laparoscopy for Epithelial Ovarian Cancer. *Ann Surg Oncol* 2016; 23 (Suppl 5): 834-840
- 6) Shoup M, Brennan M, Conlon K et al. Port site metastasis after diagnostic laparoscopy for upper gastrointestinal tract malignancies: an uncommon entity. *Ann Surg Oncol* 2002; 9: 632-636
- 7) Kuhry E, Schwenk WF, Bonjer HJ et al. Long-term results of laparoscopic colorectal cancer resection. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (2): CD003432
- 8) Curet MJ. Port site metastases. *Am J Surg* 2004; 187: 705-712
- 9) Ramirez P, Wolf JK, Levenback C. Laparoscopic port-site metastases: etiology and prevention. *Gynecol Oncol* 2003; 91: 179-189
- 10) Paolucci V, Schaeff B, Schneider M et al. Tumor seeding following laparoscopy: international survey. *World J Surg* 1999; 23: 989-997





## Chest compression of a pregnant woman by a seatbelt might affect fetal outcome, even in minor to moderate frontal vehicle collisions



Akiko Ishiko<sup>a</sup>, Masahito Hitosugi<sup>b,\*</sup>, Marin Takaso<sup>b</sup>, Koji Mizuno<sup>c</sup>, Shunichiro Tsuji<sup>a</sup>, Tetsuo Ono<sup>a</sup>, Fuminori Kimura<sup>a</sup>, Takashi Murakami<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Shiga University of Medical Science, Otsu, Shiga 520-2192, Japan

<sup>b</sup> Department of Legal Medicine, Shiga University of Medical Science, Otsu, Shiga 520-2192, Japan

<sup>c</sup> Department of Mechanical Engineering, Graduate School of Nagoya University, Nagoya, Aichi 464-8603, Japan

### ARTICLE INFO

#### Article history:

Received 12 March 2019

Received in revised form 23 July 2019

Accepted 23 July 2019

Available online 26 July 2019

#### Keywords:

Chest injury

Fetus

Pregnancy

Safety

Vehicle collision

### ABSTRACT

**Introduction:** Pregnant women often suffer from negative fetal outcomes, despite wearing a seatbelt correctly. When restrained vehicle passengers are involved in a frontal collision without suffering from any injuries, the forces they experience are particularly concentrated in the chest because of the seatbelt. We analyzed the biomechanics of chest injuries sustained by restrained pregnant drivers and possible effects of these injuries on the fetus.

**Material and methods:** The Maternal Anthropometric Measurement Apparatus dummy, version 2B, representing a pregnant woman at 30 weeks of gestation, was used. Sled tests were performed for recreating frontal impact situations with vector velocity changes at impact speeds of 13, 26, and 40 km/h. Overall kinematics of the dummy were examined using high-speed video imaging. Quantitative dummy responses, such as time course of acceleration of the sled and chest, pressure of the belt, and deflection of the chest (right and left) during impact were also measured.

**Results:** Although collision velocities were different, the distances of forward movement of the dummy were similar (121–129 mm) owing to the safety devices. However, maximum deflection of the chest (35.4 mm to the left and 15.7 mm to the right) was obtained at a 26-km/h collision. Additionally, maximum deflection of 28.7 mm to the left and 10.9 mm to the right of the chest were obtained at 40 km/h.

**Conclusions:** Because the uterus enlarges and the fundus reaches the lower part of the rib cage during late pregnancy, we consider that the reason for negative fetal outcomes is partly owing to chest compression and subsequent applied forces on the uterus, even in minor to moderate frontal collisions. This knowledge may be useful for forensic scientists who determine the causes and mechanisms of a fetal death or the offenders' responsibilities for both maternal and fetal outcomes when the mother is involved in a frontal vehicle collision.

© 2019 Published by Elsevier B.V.

### 1. Introduction

Trauma during pregnancy is a leading cause of maternal and fetal morbidity and mortality. Motor vehicle collisions (MVCs) are a significant cause of trauma during pregnancy. Annually, in the United States, approximately 130,000 women are involved in MVCs during the second half of their pregnancy [1]. Of the survivors, 300–3800 sustain fetal loss. According to a national population-based study in Sweden, the incidence of maternal and

fetal deaths related to MVCs were 1.4 and 3.7 per 100,000 pregnancies, respectively [2]. Therefore, underlying mechanisms of maternal injuries should be investigated for reducing and/or preventing maternal, as well as fetal, MVC-related injuries worldwide.

Wearing three-point seatbelts reduces the mortality and extent or severity of injuries of the vehicle occupants. According to previous reports, wearing a seatbelt during pregnancy has better fetal outcomes after MVCs than not wearing a seatbelt [3,4]. Therefore, wearing seatbelts by drivers and vehicle passengers is legally required in many countries. Additionally, the American College of Obstetricians and Gynecologists recommends wearing seatbelts correctly for reducing the risk of injury to the mother and fetus [5]. We have previously performed a series of front and rear

\* Corresponding author at: Department of Legal Medicine, Shiga University of Medical Science, Tsukinowa, Seta, Otsu-city, Shiga 520-2192, Japan.  
E-mail address: [hitosugi@bellie.shiga-med.ac.jp](mailto:hitosugi@bellie.shiga-med.ac.jp) (M. Hitosugi).



impact sled tests using an anthropometric model of a pregnant woman and studied the mechanism of injuries in pregnant drivers [6–8]. We found that wearing a seatbelt reduced abdominal pressure or prevented contact with the steering wheel during frontal and rear collisions. Therefore, we biomechanically confirmed the positive effects of wearing a seatbelt.

However, if belted, pregnant women who are involved in MVCs sustain more morbidities than those not involved in a vehicle collision [9]. When belted vehicle passengers are involved in a frontal collision without sustaining any injuries, any forces they experience are particularly directed at the chest through the seatbelt. For women in late pregnancy who have enlarged uteri reaching the lower part of the chest, forces to the chest may have an impact on the uterus containing the fetus. Therefore, underlying mechanisms of chest injuries in pregnant women need to be understood for forensic scientists to determine causes and mechanisms of a fetal deaths, even if the mother's injuries are considered as minor. However, to the best of our knowledge, there have been no reports concerning the mechanism of chest injuries of restrained pregnant women who are involved in vehicle collisions.

Therefore, in this study, we aimed to examine the biomechanics of chest injuries of restrained pregnant drivers during minor to moderate frontal vehicle collisions.

## 2. Material and methods

### 2.1. Dummy

We used the most recent version of the Maternal Anthropometric Measurement Apparatus dummy, version 2B (MAMA-2B), which was developed by First Technology Safety Systems and the University of Michigan Transportation Research Institute in 2001 [10]. This dummy was developed based on the Hybrid-III, which renders it suitable for vehicle impact tests and for analyzing kinematics of pregnant women during a MVC. The dummy has a modified pelvis and ribcage to enable installation of a silicone rubber bladder representing the uterus at 30 weeks of gestation [11]. The size of the dummy was based on an American female dummy in the fifth percentile, which represents a small female with a height of 153 cm. This size is in accordance with that of a standard Japanese pregnant woman at 30 weeks of gestation [12].

### 2.2. Seating position of the dummy

We determined the seating position on the basis of Japanese pregnant women at 30 weeks of gestation with similar anthropometric dimensions as the dummy [12]. The seating position and posture of the dummy were then determined as follows: seat slide position of 70 mm from the full forward position and reclined at 8.0° (torso angle of 21°).

### 2.3. Test setup

We used the Instron Servo Sled Apparatus. The seat, seatbelt, steering wheel, and steering column that were installed in the test setup were the same as those in the vehicle in which the seating positions of the volunteers were measured. At each test, the dummy was seated in the driver's seat wearing a three-point seatbelt. To represent situations of a frontal impact while driving a passenger vehicle, trapezoid waveforms that were measured during a flat barrier test with vector velocity changes at the time of impact ( $\Delta V$ ) of 13, 26, and 40 km/h were applied to the sled (corresponding to tests 1–3, respectively). Fig. 1 shows the deceleration pulse applied to the test setup.

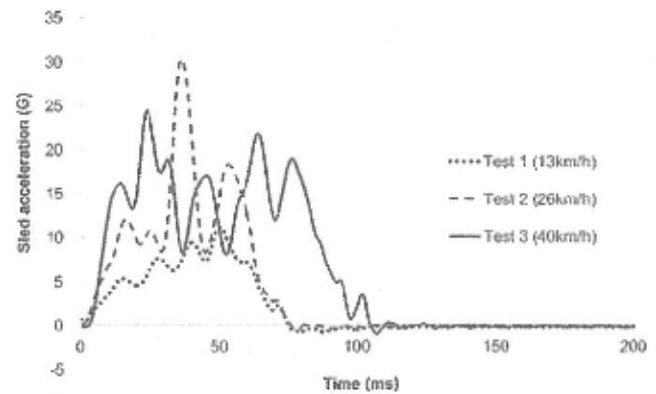


Fig. 1. Deceleration pulse applied to the test setup.

A pretensioner retracted the safety belt almost instantly in a crash to prevent excess slack. This secures the occupant to the vehicle while in early deceleration during the crash. Furthermore, to avoid chest injuries, the belt forces were limited by a force limiter reducing the peak load experienced by the occupant. Vehicles are usually equipped with both systems and were used in these experiments. During test 1, the airbag was not deployed and the pretensioner or force limiter of the seatbelt was not activated. During test 2, the airbag was deployed and the pretensioner was activated without activation of the force limiter. During test 3, the airbag was deployed, and both the pretensioner and force limiter were activated. These conditions were the same as those in real-world frontal collisions. To measure deflections of the chest to the right and left of the chest, a system called Infrared Telescoping Rod for Assessment of Chest Compression (IR-TRACC) was used. This system was mounted inside of the right and left second rib of the dummy. Overall kinematics of the dummy were examined using high-speed video imaging. Quantitative dummy responses, such as time course of acceleration of the sled and chest, pressure of the belt, and deflection of the chest to the right and left during an impact, were also measured.

## 3. Results

### 3.1. Kinematics of the dummy

During test 1, the dummy's chest moved the furthest forward by 125 mm from the initial position at 87 ms from initiation of the impact. The chest did not make any contact with the steering wheel (Fig. 2A). During tests 2 and 3, the dummy moved the furthest forward by 129 mm from the initial position at 69 ms and by 121 mm from the initial position at 72 ms, respectively (Fig. 2B). During tests 2 and 3, the upper chest and the face of the dummy came in contact with the airbag, subsequently causing the dummy to move downward.

### 3.2. Belt force

The time course of belt force that was measured at the shoulder belt is shown in Fig. 3. Maximum values were observed at the time when the dummy moved to the forward-most position at 81, 62, and 49 ms in tests 1, 2, and 3, respectively. With an increase in collision velocity from 13 to 26 km/h, the maximum shoulder belt forces increased from 2.6 to 5.0 kN, respectively. At a collision velocity of 40 km/h, as the force limiter was activated, the maximum shoulder belt force was 4.6 kN, similar to that at 26 km/h.

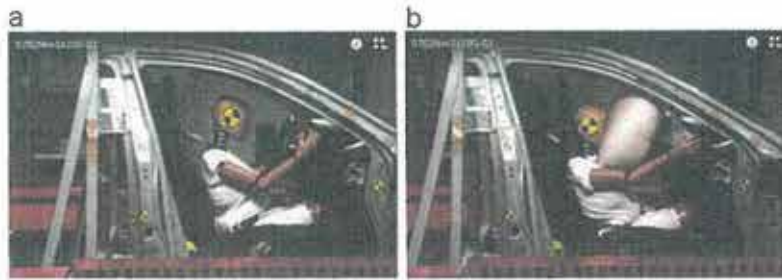


Fig. 2. (A) The instant at which the dummy's chair moved forward the furthest during test 1. (B) The instant at which the dummy's chair moved forward the furthest during test 3.

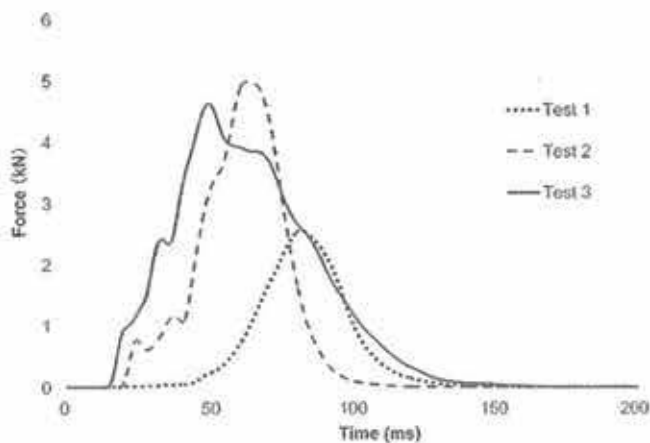


Fig. 3. Time courses of shoulder belt forces during each test.

### 3.3. Deflection of the chest

Time histories of deflection of the chest are shown in Fig. 4. The course of the shoulder belt depends on whether the vehicle is driven on the right or on the left side. In all tests, the values of deflection of the chest to the left were much higher than those to the right owing to the belt path of the driver's seat (from the right shoulder to the left pelvis). During test 1, the maximum values of deflection, 14.2 mm to the left and 3.9 mm to the right, were obtained at 105 ms from initiation of the impact. The maximum deflection, 35.4 mm to the left and 15.7 mm to the right, was obtained at 86 ms in test 2. During test 3, the maximum values of deflection were 28.7 mm to the left and 10.9 mm to the right, which were similar at 72 and 90 ms after initiation of the impact.

## 4. Discussion

In the present study, regarding the scenes of collision, although collision velocities were different, the distances of forward

movement of the dummy were similar (121–129 mm) owing to the safety devices, pretensioner, and force limiter of the seatbelt and airbag. During tests 2 and 3, as the pretensioner was activated in accordance with elevation of delta-V, the maximum forward displacement was observed earlier than that during test 1. In our series, because the dummy did not come in direct contact with the steering wheel, we assumed that pregnant women would not suffer severe chest injuries (i.e., multiple rib fractures and lung laceration) when involved in frontal collision with a delta-V of <40 km/h. Overall, airbags contributed to the safety of the driver by mitigating forward movement, as shown above. In addition, airbags had additional potential benefits related to filling some of the space between the driver and steering wheel. The airbag provided a primary restraint for the head and face, as shown in Fig. 2, minimizing contact with the steering wheel. Furthermore, the airbag distributed the force on the chest and shared loading with the belt system, meaning that belt loading was also reduced with the addition of an airbag. Therefore, the deflection of the chest may be more severe if an airbag is not deployed in tests 2 and 3.

When a pregnant female vehicle passenger is involved in a low-velocity frontal collision, she is considered to be safe if she has no external abnormalities [13]. Indeed, minor injuries that require only emergency department evaluation and subsequent discharge or those that are not referred to physicians are much more common. However, according to epidemiological research studies in the USA, women who are involved in a vehicle collision are more likely to suffer from problems during pregnancy [9,14]. Furthermore, the risks are higher following the second or subsequent crashes [9]. A retrospective cohort study showed that even if pregnant women had worn seat belts, preterm births occurred in 122 of 100,000 pregnancy days [9]. In this retrospective study, 5.2 stillbirths, 7.0 placental abruptions, and 22.3 premature rupture of the membranes were also observed. A population-based study showed that minor injuries for which hospital admission was not required among women in the first or second trimester were independently associated with fetal demise, prematurity, and low birth weight at delivery [15]. Another study reported that 19.2% women with only minor bruising, contusions, or lacerations

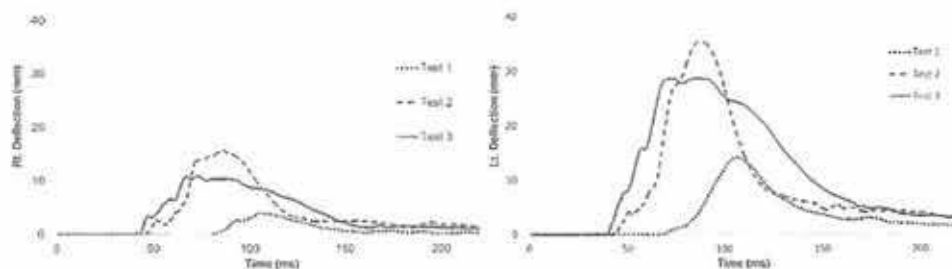


Fig. 4. Time courses of deflections to the left and right of the chest during each test.



suffered from placental abruption, premature delivery, or low birth weight [16]. These results are in accordance with previous reports that state that pregnancy loss can occur after relatively minor collisions without maternal anatomical injury [17,18]. Additionally, a study that reviewed insurance reports of pregnant women involved in traffic accidents showed similar conclusions and mentioned that predicting fetal loss on the basis of severity of anatomical injury is difficult [19]. Therefore, minor injuries may not be as minor for pregnant women as considered previously.

During vehicle collisions, not all external forces that are applied on a pregnant woman will result in demonstrable anatomical injuries with an abbreviated injury scale score of  $\geq 1$ . Indeed, according to a study on pregnant MVC casualties in levels 1 and 2 emergency medical services, although 40.8% of women reported experiencing forces to the chest or abdomen, only 15.6% showed overt injuries to the chest or abdomen [20]. Because the lap belt is placed on the lower part of the abdomen, it sometimes causes abdominal injuries when positioned inappropriately. The lap belt crosses between the right and left anterior superior iliac spine to restrict the bone when used correctly. Under the present study conditions, we considered that the lap belt was not harmful for the abdomen. Therefore, in this study, we focused on the mechanism of minor chest injuries that were sustained by restrained pregnant women using a seatbelt.

In our study, when a dummy representing a pregnant female driver experienced frontal collisions at delta-Vs of 26 and 40 km/h, chest compression of 35.4 and 28.7 mm was sustained, respectively. As gestation progresses, the uterus enlarges and the fundus reaches the lower part of the rib cage. Therefore, chest compression from frontal collisions during later stages of pregnancy could result in external forces to the uterus including the fetus. Klinich et al. showed the risk curve of adverse fetal outcomes by the delta-V of the involved vehicle [4]. If the occupant was properly restrained, the rate of an adverse fetal outcome was approximately 30% at a delta-V of 40 km/h. We considered that the reason for the negative outcome was partly because of chest compression and subsequent applied forces to the uterus. Deflection of the chest leads to acute changes in intrathoracic or intra-abdominal pressure in women during late pregnancy and results in a direct blunt force to the uterus.

Before development of the system of the dummy model with IR-TRACC, which was used in this study, deflection of the chest was only measured by deflection of the sternum. Deflection of the sternum is an injury criterion that is used in current regulatory and consumer tests worldwide to assess the risk of thoracic injury. In vehicle safety regulations, the threshold at which a small, young, middle-aged woman suffers from severe chest injuries with an abbreviated injury scale of  $\geq 3$  was set as a deflection of the sternum of 48 mm [21]. However, according to recent cadaver and animal experiments, the thorax deformation pattern appears to be sensitive to the geometry of the seat belt; displacement of the thorax is different between the right and the left [22,23]. The MAMA-2B has IR-TRACC, which enables separate measurement of deflection of the chest to the right and left. Therefore, we could obtain the actual response of the chest for localized seat belt loading [24]. In crash tests, crash test dummies are used to estimate a human's risk of injury. Consequently, the dummy must possess a sufficient mechanical impact response similar and sensitive enough to cause them to interact with the vehicle's interior in a human-like manner. In this study, although deflected values of the chest were  $< 48$  mm below the threshold of the safety standard, any force might apply to the uterus of a late-term pregnant woman because of chest compression.

Fetal deaths related to MVCs arise with considerable frequency. Placental abruption is the most likely cause of adverse fetal outcome in MVCs. Placental abruption frequently arises alone or in conjunction with other common crash-induced injuries to the

pregnant abdomen, such as direct fetal or uterine injuries [18]. Uteroplacental interface failure, which is the postulated major mechanism of placental abruption, can be caused by external forces at the time of a crash. Characteristics of the uterine muscle (elastic) and placental tissue (inelastic) differ in the pregnant uterus. Therefore, when an external force is applied, the impact on both tissue surfaces act as a separating force. The surface of the uteroplacental border can be damaged because of lower tensile strength than the uterus or placental tissue [25]. Furthermore, the amniotic fluid is incompressible. Therefore, the force applied on the uterus causes the uterine muscle to extend beyond the impact site because of the amniotic fluid. This then causes separation, even though there is no relationship between the impact site and the position of placental attachment [26]. Moreover, increased intrauterine pressure promotes placental abruption and facilitates formation and growth of retroplacental hematomas [25].

During pregnancy, the diaphragm is positioned higher than usual, and the uterus grows and occupies the greatest space in the peritoneal cavity. We observed a considerable amount of thoracic cavity displacement in our test dummy at the time of frontal impact in the present study. This finding suggests that increased intrathoracic pressure in pregnant women at the time of a collision might also cause an external force through the diaphragm. This then leads to a "difference" in the uteroplacental surface, which can cause increased intrauterine pressure. We consider this to demonstrate the cause of premature placental abruption in cases without direct trauma to the maternal abdomen.

## 5. Conclusion

We found that the MAMA-2B dummy, which mimicked a restrained pregnant woman, sustained maximum chest deflection of 35.4 mm when involved in frontal collision with a delta-V of  $\leq 40$  km/h. This finding suggests that chest compression via the seatbelt might lead to a fetal negative outcome, even in minor to moderate frontal collisions. This knowledge may be useful for forensic scientists who determine the causes and mechanisms of a fetal death or the offenders' responsibilities for both maternal and fetal outcomes when the mother is involved in a frontal vehicle collision. Furthermore, development of the seatbelt system for reducing the forces to the chest is desired to safeguard the fetus.

## Authors' contributions

Akiko Ishiko designed the study, analyzed the data and drafted the manuscript.

Masahito Hitosugi designed the study, obtained funding, performed the crash test, and drafted the manuscript.

Marin Takaso performed the crash test and acquired the data.

Koji Mizuno analyzed the data and edited a draft of the manuscript.

Shunichiro Tsuji and Tetsuo Ono analyzed the data and created the figures.

Fuminori Kimura interpreted the data and edited a draft of the manuscript.

Takashi Murakami reviewed the work critically for important intellectual content.

## Funding

This work was supported in part by a JSPS KAKENHI Grant (Number 24590864).

## Conflict of interest

The authors report no conflict of interest.



## Acknowledgments

The authors thank Yasuki Motozawa of Teikyo University for technical assistance and suggestions for the sled tests. We thank Ellen Knapp, PhD, from Edanz Group ([www.edanzediting.com/ac](http://www.edanzediting.com/ac)) for editing a draft of this manuscript.

## References

- [1] K.D. Klimich, L.W. Schneider, J.M. Moore, M.D. Pearlman, Investigation of Crashes Involving Pregnant Occupants, Final Report, University of Michigan Transportation Research Institute, UMTRI, Ann Arbor, MI, 1999 Report No. UMTRI 99-29.
- [2] L. Kvarnstrand, I. Milsom, T. Lekander, H. Druid, B. Jacobson, Maternal fatalities, fetal and neonatal deaths related to motor vehicle crashes during pregnancy, a national population-based study, *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 87 (2008) 946–952.
- [3] M. Griffith, Pregnant women should wear seat belts, *Brit. Med. J.* 311 (1995) 1501.
- [4] K.D. Klimich, C.A.C. Flannagan, J.D. Rupp, M. Sochor, L.W. Schneider, M.D. Pearlman, Fetal outcome in motor-vehicle crashes: effects of crash characteristics and maternal restraint, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 198 (2008) 450.e1–9.
- [5] American College of Obstetricians & Gynecologists Educational Bulletin, Obstetric aspects of trauma management, *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 64 (1999) 87–94.
- [6] Y. Motozawa, M. Hitosugi, T. Abe, S. Tokudome, Effects of seat belts worn by pregnant drivers during low-impact collisions, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 203 (2010) 62.e1–8.
- [7] Y. Motozawa, M. Hitosugi, S. Tokudome, Analysis of the kinematics of pregnant drivers during low-speed frontal vehicle collisions, *Int. J. Crashworth.* 15 (2010) 235–239.
- [8] W.M. Crosby, A.I. King, L.C. Stout, Fetal survival following impact: improvement with shoulder harness restraint, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 112 (1972) 1101–1106.
- [9] C.J. Vladutiu, S.W. Marshall, C. Poole, C. Casteel, K. Menard, H.B. Weiss, Adverse pregnancy outcomes following motor vehicle crashes, *Am. J. Prev. Med.* 45 (2013) 629–636.
- [10] C.D. Foster, W.N. Hardy, K.H. Yang, A.I. King, S. Hashimoto, High-speed seatbelt pretensioner loading of the abdomen, *Stapp Car Crash J.* 50 (2006) 27–51.
- [11] M. Hitosugi, M. Kido, M. Maegawa, T. Nagai, S. Tokudome, Y. Motozawa, The benefits of seatbelt use in pregnant women drivers, *Forensic Sci. Int.* 169 (2007) 274–275.
- [12] Y. Motozawa, M. Hitosugi, S. Tokudome, Analysis of seating position and anthropometric parameters of pregnant Japanese drivers, *Traffic Inj. Prev.* 9 (2008) 77–82.
- [13] A. Aitokallio-Talberg, E. Halmesmaki, Motor vehicle accidents during the second or third trimester of pregnancy, *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 76 (1997) 313–317.
- [14] N.S. Whitehead, Prenatal counseling on seat belt use and crash-related medical care, *Matern. Child Health J.* 17 (2013) 1527–1532.
- [15] P.E. Fischer, B.L. Zarour, T.C. Fabian, L.J. Magnotti, M. Croce, Minor trauma is an unrecognized contributor to poor fetal outcomes: a population-based study of 78,552 pregnancies, *J. Trauma* 71 (2011) 90–93.
- [16] A.G. Cahill, J.A. Bastek, D.M. Stamilio, A.O. Odibo, E. Stevens, G.A. Macones, Minor trauma in pregnancy – is the evaluation unwarranted? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 198 (2008) 208.e1–5.
- [17] L.M. Goodwin, M.T. Breen, Pregnancy outcome and fetomaternal hemorrhage after noncatastrophic trauma, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 162 (1990) 665–671.
- [18] M.D. Pearlman, J.E. Tintinalli, R.P. Lorenz, A prospective, randomized trial of outcome following trauma during pregnancy, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 162 (1990) 1502–1510.
- [19] M. Hitosugi, Y. Motozawa, M. Kido, M. Maegawa, T.T. Nagai, S. Tokudome, Traffic injuries of the pregnant women and fetal or neonatal outcomes, *Forensic Sci. Int.* 159 (2006) 51–54.
- [20] H.Y. Seja, C.F. Weiniger, M. Hersch, A. Stumeloff, N. Laufer, S. Einav, The pregnant motor vehicle accident casualty, adherence to basic workup and admission guidelines, *Ann. Surg.* 254 (2011) 346–352.
- [21] T.R. Laituri, P. Prasad, K. Sullivan, M. Frankstein, R.S. Thomas, Derivation and evaluation of a provisional, age-dependent, AIS3+ thoracic risk curve for belted adults in frontal impacts, *SAE Technical Paper Series 2005-01-0297* (2005) 1–30.
- [22] J. Shin, C. Untarouhi, D. Lessley, J. Crandall, Thoracic response to shoulder belt loading: investigation of chest stiffness and longitudinal strain pattern of ribs, *SAE Paper 2009-01-0384* (2009) 59–68.
- [23] S. Backaitis, A. St-Laurent, Chest deflection characteristics of volunteers and hybrid III dummies, Paper 861884, 30th Stapp Car Crash Conference (1986).
- [24] M. Hitosugi, T. Koseki, T. Hariya, G. Maeda, S. Moriguchi, S. Hiraizumi, Shorter pregnant women restrained in the rear seat of a car are at risk for serious neck injuries: biomechanical analysis using a pregnant crash test dummy, *Forensic Sci. Int.* 291 (2018) 133–137.
- [25] W.M. Crosby, R.G. Snyder, C.C. Snow, P.F. Hanson, Impact injuries in pregnancy. I. Experimental studies, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 101 (1968) 100–110.
- [26] K. David, P.J.S. James, C.P. Weiner, B. Gonik, *High Risk Pregnancy: Management Options-expert Consult*, 3rd ed., Elsevier Health Sciences, Philadelphia, 2006.



原 著

## 全骨盤照射後の過活動膀胱に対する ミラベグロンの有効性の検討

### The efficacy of mirabegron for the management of overactive bladder after whole pelvic radiation

国立がん研究センター中央病院 婦人腫瘍科

米岡 完 久野 育美 塚田 貴史 加藤 真弓  
高橋 健太 館 慶生 清水 華子 植原 貴史  
石川 光也 加藤 友康

Yutaka Yoneoka, Ikumi Kuno, Takafumi Tsukada, Mayumi Kato,  
Kenta Takahashi, Keisei Tate, Hanako Shimizu, Takashi Uehara,  
Mitsuya Ishikawa and Tomoyasu Kato

Department of Gynecologic Oncology, National Cancer Center Hospital

**概要:** 全骨盤照射後の晩期障害に頻尿や尿失禁などの過活動膀胱があるが、これら有害事象に対するミラベグロンの有効性を調査した。

当院で婦人科癌に対して治療した症例でミラベグロン服薬歴のある症例を対象とした。診療録からミラベグロン服薬前後での症状変化と服薬期間を収集し、全骨盤照射歴有りを Radiation 群、全骨盤照射無しを Control 群とし 2 群間の相違を検討した。

Radiation 群は 8 例、Control 群は 7 例であった。Radiation 群では服薬前症状は夜間頻尿が最も多く 7 例に認め、服薬後には 4 例が改善し、夜間排尿回数は平均 2.286 回から 1.167 回に減少した。Control 群でも服薬前症状は夜間頻尿が最も多く 6 例に認め、服薬後には 5 例が改善し、夜間排尿回数は平均 2.333 回から 0.600 回に減少した。有害事象は便秘を 2 例に認め、6 カ月以上の服薬継続は Radiation 群で 5 例 (63%)、Control 群で 5 例 (71%) であった。

ミラベグロンは 2 群とも夜間頻尿に対し高い効果を認め、副作用が少なく長期投与が可能であった。全骨盤照射後の過活動膀胱に対してもミラベグロンは有効であると考えられた。

**Synopsis:** To clarify the efficacy of mirabegron for the management of overactive bladder after whole pelvic radiation, we performed retrospective studies in patients who were treated for gynecological cancer.

We enrolled 15 patients: 8 received whole pelvic radiation therapy and 7 did not. Nocturia was more common than frequent micturition and incontinence in each group. In the radiation therapy group, nocturia were present in 7 of the patients, respectively, and improved in 4 patients, and mean number of nocturia was decreased 2.286 to 1.167 after taking mirabegron. In the control group, nocturia were present in 6 of the patients, and improved in 5 patients, and mean number of nocturia was decreased 2.333 to 0.600 after taking mirabegron. Mirabegron was continued for 6 months in 5 of the 8 (63%) patients in the radiation therapy group and 5 of 7 (71%) in the control groups. Nocturia showed a higher improvement rate with mirabegron, and mirabegron

had few side effects. Thus, mirabegron is effective for overactive bladder after whole pelvic radiation.

**Key words:** Overactive bladder, mirabegron, radiation

## 緒 言

過活動膀胱 (OAB: Overactive bladder) は尿意切迫感を必須とした症状症候群であるが, 通常は頻尿と夜間頻尿を伴い, 切迫性尿失禁を伴うこともあり, Quality of life (QOL) の著しい低下を認める<sup>1)</sup>. OABの原因は加齢や骨盤底筋の脆弱化, 男性では前立腺肥大などの非神経因性のもの, 脳血管障害やパーキンソン病などの神経因性のものなど多彩であり, 治療薬としては抗コリン薬と $\beta_3$ アドレナリン受容体作動薬であるミラベグロンが使用される<sup>2-5)</sup>. 抗コリン薬は膀胱平滑筋のムスカリン受容体にアセチルコリンが結合することを阻害し, 膀胱平滑筋の過収縮を抑制するが, ミラベグロンは膀胱平滑筋の $\beta_3$ 受容体を刺激し, 膀胱平滑筋を弛緩させることで膀胱容量を増加させる.

また, 本邦の癌治療における放射線治療の割合は近年増加傾向であり, 婦人科腫瘍領域でも全骨盤照射や腔内照射が行われている. 全骨盤照射の晩期障害の一つに頻尿や尿失禁がある. 膀胱平滑筋の萎縮, 硬化により膀胱容量が減少することが原因であるが, OABの診断基準を満たす症例も認める. 膀胱平滑筋弛緩作用のあるミラベグロンは全骨盤照射後のOABに対して効果的であると考え, 当院ではこれら症状を呈する患者に使用している.

ミラベグロンの有効性を示す過去の研究は頻尿や切迫性尿失禁などを主訴に外来受診した患者が対象であり, 原因の多くは加齢や骨盤底筋の脆弱化, 特発性と考える. 一方で, 本邦において放射線治療後のOABに対するミラベグロンの有効性は過去に報告されていない. そこで我々は, 放射線治療後のOABに対してもミラベグロンが有効か検討した.

## 方 法

2011年9月から2017年6月までに当院で婦人科癌に対して治療をした患者で, 治療中または治

療後の経過観察中にミラベグロンの服薬を開始した症例を対象とした. 当院で治療前からOAB症状のある症例, ミラベグロン以外の排尿に関連する薬剤を使用している症例は除外した. 全骨盤照射歴のある患者においては照射前からOABである症例, 照射開始から3カ月以内にミラベグロンの服薬を開始した症例は除外した. 診療録及び外来または入院時の問診票から患者情報, ミラベグロン服薬前後での症状変化と服薬期間を収集した. 全骨盤照射歴のある症例をRadiation群, 全骨盤照射歴の無い症例をControl群とし, 2群間におけるミラベグロン服薬前後の症状変化とミラベグロン服薬期間の相違を検討した. 夜間排尿回数における2群間の統計学的検討はWilcoxon's signed-ranks testを用いて検討し,  $p < 0.05$ を有意差ありとした.

## 結 果

2011年9月から2017年6月までに当院で治療した症例は1,807例で, その中でミラベグロンを服薬した症例は18例であった. 全骨盤照射歴がある症例は11例で, ミラベグロン以外の排尿に関連する薬剤を使用している1例, 照射前からOABである1例, 照射開始から3カ月以内にミラベグロンの服薬を開始した1例を除外した8例をRadiation群とした. 全骨盤照射歴が無い症例は7例で, 治療前からOAB症状のある症例は無く, これらをControl群とした (図1). 患者背景を表1に示した. 単純子宮全摘術を施行した5例はRadiation群, Control群とも術後排尿障害は認めなかった. 広汎子宮全摘術を施行した5例のうちRadiation群の1例は術後排尿障害のために一時的にウラジジルを服薬していたが, 全骨盤照射開始前には服薬中止となり, 排尿障害も認めなかった. その他4例においても術後排尿障害は認めなかった.

ミラベグロン服薬前後での症状変化を表2に示した. ミラベグロン服薬前の症状では, 夜間頻尿



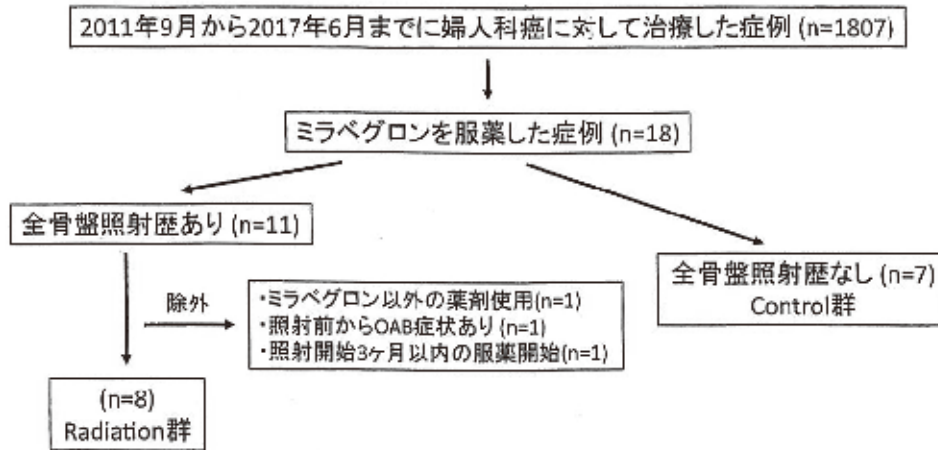


図1 検討対象症例

表1 患者背景

	Radiation群 (n=8)	Control群 (n=7)
年齢(歳)		
中央値(範囲)	61(44~89)	49(40~75)
疾患		
子宮頸癌	7	3
子宮体癌	0	2
卵巣癌	0	1
その他	1	1
手術		
単純子宮全摘術	1	4
広汎子宮全摘術	2	3
化学療法	5	2

表2 ミラベグロン服薬前後での症状変化

	服薬前	服薬後改善	改善率
Radiation群 (n=8)			
昼間頻尿	4	1	25%
夜間頻尿	7	4	57%
切迫性尿失禁	5	1	20%
Control群 (n=7)			
昼間頻尿	1	0	0%
夜間頻尿	6	5	83%
切迫性尿失禁	1	0	0%

がRadiation群で7例(88%)、Control群で6例(86%)に認め、両群とも昼間頻尿や切迫性尿失禁と比較して頻度が高かった。また、ミラベグロン服薬による症状の改善率は夜間頻尿がRadiation群で57%、Control群が83%であり、昼間頻尿と切迫性尿失禁よりも高かった。夜間排尿回数(図2)は、Radiation群は服薬前の $2.286 \pm 0.756$ (平均±標準偏差)回から服薬後には $1.167 \pm 0.983$ (平均±標準偏差)に減少し( $p=0.06$ )、Control群は服薬前の $2.333 \pm 0.516$ (平均±標準偏差)から $0.6 \pm 0.548$ (平均±標準偏差)に減少した( $p<0.05$ )。

ミラベグロンの服薬継続が6カ月以上の症例はRadiation群で5例(63%)、Control群は5例(71%)であった(表3)。服薬中止例の多くは効

果不十分であった。有害事象はControl群で便秘を2例に認めたが、ミラベグロンとの関連性は不明であり、また緩下剤使用により改善を得られた。

## 考 察

2002年の本邦における疫学的調査<sup>1)</sup>では、下部尿路症状で最も多い症状は夜間頻尿であり、女性においてQOLを最も低下させる症状は夜間頻尿と尿失禁であったと報告されている。また、本邦のミラベグロンによる治療効果の検討では、昼間頻尿、夜間頻尿、切迫性尿失禁とも改善したという報告<sup>2)</sup>や、昼間頻尿は変わらないが夜間頻尿と切迫性尿失禁が改善したという報告<sup>3)</sup>がある。今回の検討でも同様に、両群とも夜間頻尿は最も多い症状であり、ミラベグロンはその他の症状と比べて夜間頻尿に対する改善効果が高い傾向にあった。少数の検討であり統計学的有意差を得られなかつ

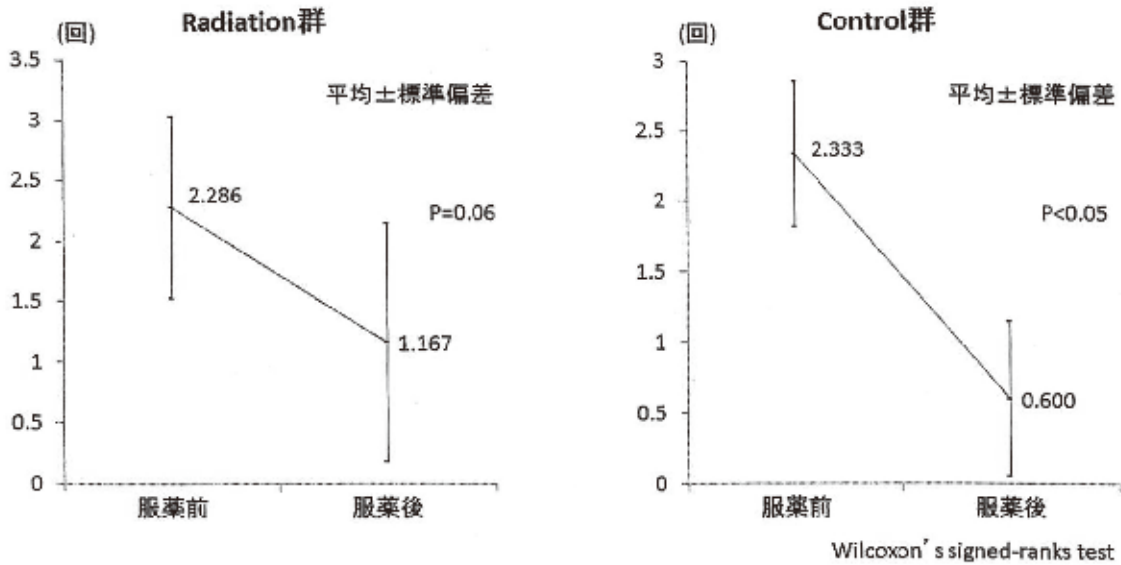


図2 夜間排尿回数

表3 服用継続の有無と中止理由

	Radiation群 (n=8)	Control群 (n=7)
服用継続 (6カ月以上)	5 (63%)	5 (71%)
服用中止	4	2
中止理由		
効果なし	3	2
不明	1	0
有害事象	0	2

たが、夜間排尿はRadiation群で平均して1.119回の減少効果を得られた。

有害事象として便秘を2例に認めたが、便秘による服薬中止例はなかった。欧州における第III相試験において便秘、高血圧、口渇、尿路感染、心電図異常などの有害事象はplacebo群と比較して有意な増加はなかったと報告されている<sup>3)</sup>。同じOAB治療薬である抗コリン薬は口渇、便秘などの副作用があり、このために内服継続ができない症例もある<sup>9)~11)</sup>。また、本邦におけるミラベグロンの長期使用を検討した過去の報告では、投与から24週後において57.3%が服薬継続したもののや<sup>7)</sup>、投与から1年後において29.2%が服薬継続したという報告がある<sup>8)</sup>。本研究ではRadiation群の6カ月以上服薬継続率は63%であり、これら過去の報

告と比較しても同等のものであった。ミラベグロンは副作用が比較的少ない薬剤であり、長期投与も可能であると考えられた。

全骨盤照射による急性期障害として、膀胱粘膜の炎症により頻尿や排尿時痛、残尿感などの膀胱炎症状を呈することがあるが、これらは治療終了とともに軽快する。本研究では放射線治療による不可逆的な排尿障害をきたす晩期障害に対するミラベグロンの有効性を検討するため、照射開始3カ月未満に服薬開始した症例や、照射前からOAB症状を呈する症例、その他排尿に関する薬剤使用症例を除外とした。

Radiation群はControl群と比較して年齢が高い傾向にあり、加齢によるOABが多く含まれる可能性がある。また、Radiation群のOABの原因は全骨盤照射による晩期障害だけではなく、加齢や骨盤底筋の脆弱化などが複合的に組み合わさっていると考えられる。したがって、今回の検討では全骨盤照射が原因となるOABに対するミラベグロンの有効性は必ずしも示されないが、全骨盤照射後に発症したOABに対するミラベグロンの有効性は示されたと考える。

結 論

本研究は全骨盤照射後のOABに対するミラベ



グロンの有効性を検討した本邦で初めての報告である。全骨盤照射の有無に関わらずミラベグロンは有効であり、特に夜間頻尿に対する効果が高かった。副作用が少ない薬でもあるため、婦人科腫瘍医も OAB 患者に対するミラベグロンの積極的な使用を検討すべきである。

本論文に関わる著者の利益相反：なし

## 文 献

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Umstén U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A: The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 2002; 21: 167-178.
- 日本排尿機能学会女性下部尿路症状診療ガイドライン作成委員会編：女性下部尿路症状診療ガイドライン。リッチヒルメディカル：2013.
- Khullar V, Amarencu G, Angulo JC, Cambronerio J, Høye K, Milsom I, Radziszewski P, Rechberger T, Boerrigter P, Drogendijk T, Wooning M, Chapple C: Efficacy and tolerability of mirabegron, a  $\beta(3)$ -adrenoceptor agonist, in patients with overactive bladder: results from a randomised European-Australian phase 3 trial. *Eur Urol*, 2013; 63: 283-295.
- Chapple CR, Kaplan SA, Mitcheson D, Klecka J, Cummings J, Drogendijk T, Dorrepaal C, Martin N: Randomized double-blind, active-controlled phase 3 study to assess 12-month safety and efficacy of mirabegron, a  $\beta(3)$ -adrenoceptor agonist, in overactive bladder. *Eur Urol*, 2013; 63: 296-305.
- Yamaguchi O, Marui E, Kakizaki H, Homma Y, Igawa Y, Takeda M, Nishizawa O, Gotoh M, Yoshida M, Yokoyama O, Seki N, Ikeda Y, Ohkawa S: Phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled study of the  $\beta(3)$ -adrenoceptor agonist mirabegron, 50 mg once daily, in Japanese patients with overactive bladder. *BJU Int*, 2014; 113: 951-960.
- 本間之夫, 柿崎秀宏, 後藤百万, 武井実根雄, 山西友典, 林 邦彦: 排尿に関する疫学的研究委員会: 排尿に関する疫学的研究. *日排尿会誌* 2003; 14: 266-277.
- 鈴木一実, 坂田浩一, 近藤義政, 橋本紳一: 過活動膀胱患者に対するミラベグロンの長期使用経験. *泌尿器科* 2014; 27: 863-869.
- 加藤雅佳子, 小林裕乃, 福島正人, 成木一隆, 竹山政美:  $\beta(3)$  アドレナリン受容体作動薬 (ミラベグロン) の長期投与についての検討. *日排尿会誌* 2013; 24: 344-348.
- 窪田泰江, 佐々木昌一, 日比野充伸, 濱川 隆, 郡健二郎: ミラベグロンの過活動膀胱患者に対する治療効果の検討. *日排尿会誌* 2013; 24: 344-348.
- Homma Y, Paick JS, Lee JG, Kawabe K: Japanese and Korean Tolterodine Study Group: Clinical efficacy and tolerability of extended-release tolterodine and immediate-release oxybutynin in Japanese and Korean patients with an overactive bladder: a randomized, placebo-controlled trial. *BJU Int*, 2003; 92: 741-747.
- Yamaguchi O, Marui E, Kakizaki H, Itoh N, Yokota T, Okada H, Ishizuka O, Ozono S, Gotoh M, Sugiyama T, Seki N, Yoshida M: Japanese Solifenacin Study Group: Randomized, double-blind, placebo- and propiverine-controlled trial of the once-daily antimuscarinic agent solifenacin in Japanese patients with overactive bladder. *BJU Int*, 2007; 100: 579-587.
- Homma Y, Yamaguchi O: Imidafenacin Study Group: A randomized, double-blind, placebo- and propiverine-controlled trial of the novel antimuscarinic agent imidafenacin in Japanese patients with overactive bladder. *Int J Urol*, 2009; 16: 499-506.
- Gotoh M, Yokoyama O, Nishizawa O: Japanese Propiverine Study Group: Propiverine hydrochloride in Japanese patients with overactive bladder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Urol*, 2011; 18: 365-373.
- Yamaguchi O, Nishizawa O, Takeda M, Yoshida M, Choo MS, Gu Lee J, Tong-Long Lin A, Lin HH, Andrew Yip WC, Isowa H, Hiro S: Efficacy, Safety and Tolerability of Fesoterodine in Asian Patients with Overactive Bladder. *Low Urin Tract Symptoms*, 2011; 3: 43-50.
- Yamaguchi O, Uchida E, Higo N, Minami H, Kobayashi S, Sato H: Oxybutynin Patch Study Group: Phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled study of the  $\beta(3)$ -adrenoceptor agonist mirabegron, 50 mg once daily, in Japanese patients with overactive bladder. *BJU Int*, 2014; 113: 951-960.



臨床報告

## 下顎管内へ溢出した非吸収性根管充填材の除去により オトガイ部知覚麻痺が消失した1例

堤 泰彦\* 山本 学\*\*\* 越 沼 伸 也\*\*  
町 田 好 聡\*\* 足 立 健\*\*\* 野 井 将 大\*\*  
渡 邊 裕 加\*\*\*\* 村 上 翔 子\*\*

### A Case of the Recovery Perception by Removed Non-absorbent Root Canal Filling Agent to Escape the Mandibular Canal that Gave Rise to Paresthesia in the Mental Region

YASUHIKO TSUTSUMI\*, GAKU YAMAMOTO\*\*\*, SHINYA KOSHINUMA\*\*,  
YOSHISATO MACHIDA\*\*, TAKESHI ADACHI\*\*\*, SYOTA NOI\*\*,  
YUUKA WATANABE\*\*\*\* AND SYOKO MURAKAMI\*\*

**Abstract** : There have been previous reports wherein extrusion of the root canal filling material through the root apex during filling of the root canal compressed or damaged the inferior alveolar nerve, causing mental nerve paresthesia. We encountered a case where non-resorbable root canal filling material extruded from the apical foramen into the mandibular canal, causing mental nerve paresthesia, and complete recovery of sensation was achieved through surgical removal of the non-resorbable root canal filling material. The patient was a man in his 30s who visited our clinic with the chief complaint of mental nerve paresthesia. Non-resorbable root canal filling material was found to have escaped into the mandibular canal. Spontaneous recovery could have been expected with resorbable root canal filling material, but spontaneous regression of symptoms, with observation as the only treatment, is not possible with non-resorbable root canal filling materials. Therefore, the non-resorbable root canal filling material was removed surgically, under general anesthesia, and the mental nerve paresthesia was resolved completely at an early postoperative stage.

**Key words** : inferior alveolar nerve (下歯槽神経), non-resorbable root canal filling material (非吸収性根管充填材), mandibular canal (下顎管)

(Received Nov. 1, 2018)

### 緒 言

根管充填時に根尖孔から下顎管へ溢出した根管充填材が下歯槽神経を圧迫あるいは損傷させオトガイ部の知覚麻痺が生じた症例<sup>1-7)</sup>がこれまでに報告されている。また、吸

収性根管充填材による症例では経時的に自然治癒した報告例<sup>1-5)</sup>があるが、非吸収性根管充填材の場合は時間経過による改善は期待できず、外科的に摘出することが勧められている。

今回、われわれは非吸収性根管充填材が根尖孔から下顎

\* 東近江総合医療センター歯科口腔外科 (主任：堤 泰彦 歯科口腔外科医師)

\*\* 滋賀医科大学医学部歯科口腔外科学講座 (主任：山本 学 教授)

\*\*\* 長浜赤十字病院歯科口腔外科 (主任：足立 健 副部長)

\*\*\*\* 滋賀県立総合病院歯科口腔外科 (主任：齋藤 翔太 副部長)

\* *Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Higashi Ohmi General Medical Center (Chief: Dr. YASUHIKO TSUTSUMI) 255 Gochicho, Higashiomi-shi, Shiga 527-0044, Japan.*

\*\* *Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Shiga University of Medical Science (Chief: Prof. GAKU YAMAMOTO)*

\*\*\* *Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Nagahama Red Cross Hospital (Chief: Dr. TAKESHI ADACHI)*

\*\*\*\* *Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Shiga General Hospital (Chief: Dr. SYOTA SAITO)*

管内に溢出しオトガイ部皮膚に知覚麻痺が生じた症例において、これを外科的に摘出したところ、同部の知覚が完全に回復した症例を経験したので報告する。

### 症 例

患 者：30 歳代の男性。

初 診：201X 年 9 月。

主 訴：下顎の痛みとしびれが続いている。

既往歴：特記事項なし。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：201X 年 7 月に下顎左側第二大臼歯疼痛が生じたため近在歯科医院を受診した。下顎左側第二大臼歯の歯髄炎と診断され、抜髄処置が行われた。その後同年 8 月下旬に下顎左側第二大臼歯を根管充填された。根管充填処置中に疼痛を感じ、主治医に訴えるも問題ないと判断され疼痛に対して局所麻酔を実施し根管充填された。帰宅後に局所麻酔が覚めるとともに左側オトガイ部に知覚麻痺を自覚

した。担当医に相談したところ、経過観察を指示されるも疼痛と知覚麻痺が消失しないため不安になり、自己判断にて根管充填処置 13 日後に当科を受診した。前医に確認したところ、使用した根管充填材はオブチュレーションガッタ NT<sup>®</sup> であり、低温軟化型ガッタパーチャ単独法を行ったとのことであった。

現 症：

全身所見：体格中等度、栄養状態良好。

口腔外所見：顔貌は左右対称で顔面皮膚の色調は正常であった。開口障害は認めなかった。左側下顎骨全体に持続的な疼痛があり、左側オトガイ部に常時ビリビリとした自覚的な感覚の異常を示す異感覚<sup>®</sup>が認められた（写真 1a）。知覚麻痺の評価はオトガイ部片側中央部を左右一点ずつ測定し行った。自覚的な評価として VAS（Visual Analogue Scale）を用い評価をした。左側オトガイ部の知覚は対健側 3 割で、冷感覚および熱感覚は対健側 5 割であった。また、静的二点識別閾検査結果は中央部を左右一点ずつ 5 回

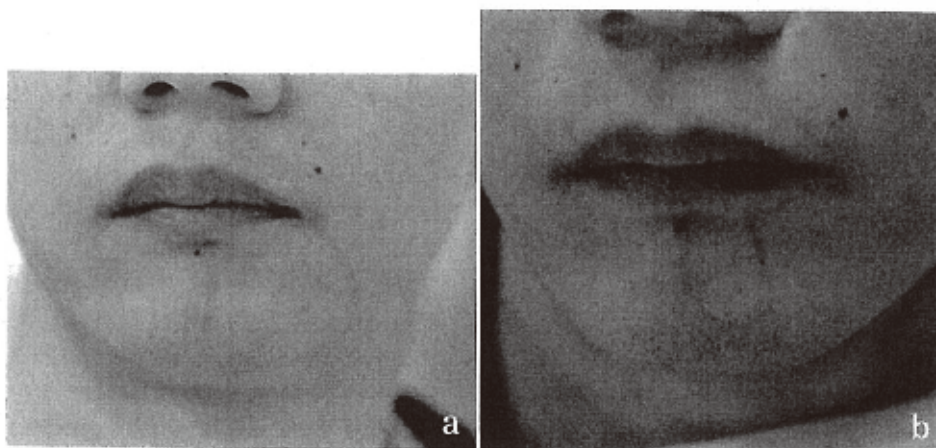


写真 1 オトガイ部における知覚障害範囲  
a：初診時  
b：術後 3 日目（知覚麻痺領域の縮小を認める）

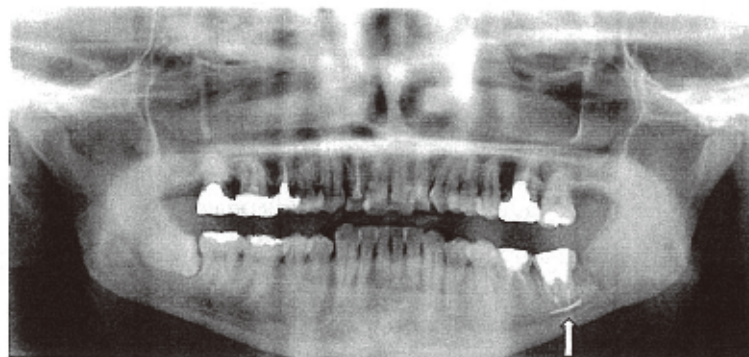


写真 2 初診時のパノラマ X 線像  
下顎左側第二大臼歯の近心根および遠心根の根尖から下顎管内に連続する高密度構造物を認める。



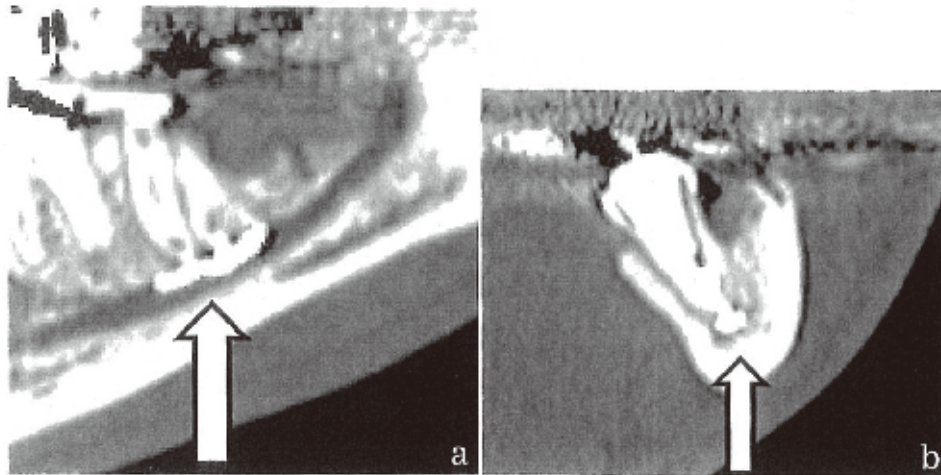


写真3 CT写真

- a: 矢状断像。矢状断面において下顎左側第二大臼歯近遠心根の根尖それぞれから下顎管に連続する均一な高密度構造物が認められる。不透過像は下顎管の上方1/2～2/3を占め、近遠心的に約12mmの範囲に認められる。
- b: 前頭断像。前頭断面において下顎管のほとんどを占拠する高密度構造物を認める。

計測した平均値が患側17mm、健側4mmであった。

口腔内所見：下顎左側第二大臼歯は水硬性セメントにて仮封されていた。下顎左側中切歯～下顎左側第二大臼歯に動揺なく打診痛は認めなかった。下顎左側中切歯～下顎左側第二小臼歯はすべてEPT+ (3～5/10) であった。

パノラマX線写真所見：下顎左側第一大臼歯は以前に根管充填済みであり根尖病巣は認めなかった。下顎左側第二大臼歯近遠心根の根尖より下顎管内に連続する約12×12mmの高密度構造物を認めた(写真2, 矢印)。

CT写真所見：矢状断面において下顎左側第二大臼歯近遠心根の根尖それぞれから下顎管に連続する高密度構造物が認められた。高密度構造物は下顎管の上方1/2～2/3を占め、近遠心的に約12mmの範囲に認められた(写真3a, 矢印)。

また、前頭断面において高密度構造物は下顎管のほとんどを占拠していた(写真3b, 矢印)。

臨床診断：下顎管内異物による下歯槽神経損傷に伴う知覚麻痺。

#### 処置および経過

左側下顎骨の疼痛および左側オトガイ部の知覚麻痺の原因は下顎管内の異物による下歯槽神経への圧迫あるいは損傷である可能性が高いと考えられ、早期に異物を除去することを患者に勧めた。しかし、患者は前医で歯科治療を受けた直後から左側下顎骨の疼痛および左側オトガイ部の知覚麻痺が生じたことから、歯科治療に対して強い不信任が生じており、外科的に原因除去を行うことを拒否し保存的治療を希望した。そのため、初診時より神経賦活剤(アデ

ホス<sup>®</sup>)、ビタミンB<sub>12</sub>製剤(メチコパール<sup>®</sup>)の投与を開始し、約1か月間経過を観察した。しかし、1か月を経過した時点で左側オトガイ部の知覚麻痺はほとんど変化なく、完全寛解は得られなかった。そこで、根管充填処置より約6週間経過しており、このまま経過観察をしても症状が消失する可能性は低く、症状がそのまま固定してしまう可能性が高いことを説明した。この時点で患者は初診時より精神的に随分落ち着きを取り戻しており、加えて知覚麻痺が軽減しないことをとても不安に思っていたことから異物除去を希望し、2018年10月全身麻酔下にて下顎左側第二大臼歯の抜去および下顎管内異物除去を行った。

手術は、セボフルレンによる全身麻酔下にて下顎左側第二小臼歯近心に縦切開、下顎左側第二小臼歯から下顎左側第二大臼歯にかけて頬側歯頸部切開、下顎左側第二大臼歯遠心より下顎枝前縁まで切開を行い、粘膜骨膜弁を形成した。歯根端切除術による治療も説明していたが以前より疼痛を繰り返し抜歯を強く希望されたため下顎左側第二大臼歯を抜去した。下顎左側第二大臼歯抜歯嚙下方に直径約2mmで淡褐色の異物を認めた。異物に沿って慎重に抜歯嚙根尖相当部から下顎管にかけて骨削合を行った。CT写真を参考に根尖から下顎管まで計測した距離(下顎左側第二大臼歯近心根相当部で1.2mm、下顎左側第二大臼歯遠心根相当部で2.0mm)を参考に異物の全貌が直視できるまで下顎管に沿って近遠心方向に頬側の骨を削合した。異物と周囲組織の癒着はなく、その周囲に肉芽組織の形成等は認めなかった。異物は淡褐色でガックパーチャ様であった。異物を崩さないように、下歯槽神経動脈を損傷しないように注意深く摘出した(写真4)。異物を摘出後、下歯槽神

経を入念に観察したが、圧迫痕や変色等の異常所見は認められなかった。

また、患者が完全に麻酔から覚醒した帰宅2時間後に問診をしたところ、下顎の疼痛は消失していた。手術翌日に撮影したパノラマX線写真では下顎管内の不透過像は消失していた(写真5)。

異感覚は術後1日目から経時的に改善し術後7日目には完全消失した。冷感覚および温感覚は、術前には健側比5割であったが、術後1日目には左右差は消失し、完全に回復した(表1)。

知覚麻痺は術後1日目には健側比6割、術後3日目には健側比9割となり術後7日目には完全に回復した(写真1b)。左側オトガイ部における静的二点識別閾は初診時18mm、手術前日14mmであったが、術後1日目には9mm、術後3日目には8mm、術後7日目には健側と同等(5mm)に回復した。術後21日目においても、健側4mm、患側5mmで左右差は認められなかった(図1)。

考 察

下顎管内への異物迷入による下歯槽神経領域の神経麻痺

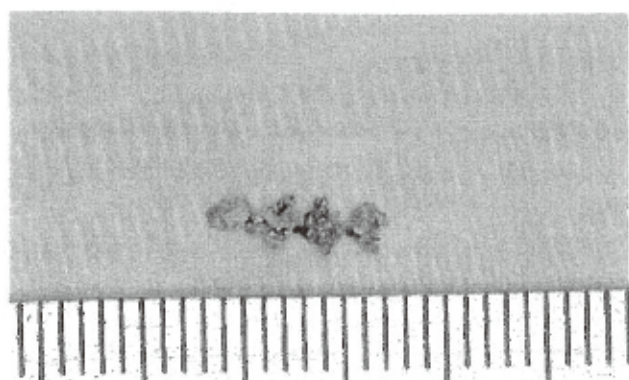


写真4 摘出標本  
淡褐色でワックスバーチャ様。

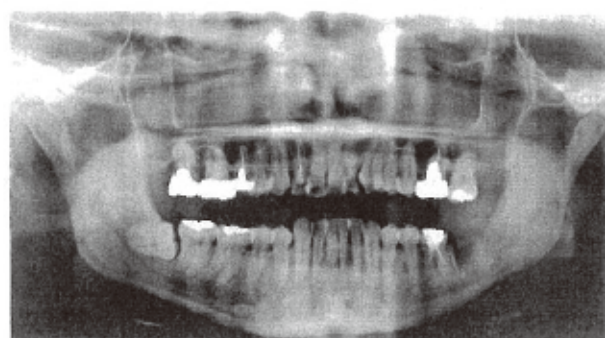


写真5 術後のパノラマX線写真  
異物の摘出により下顎管内の高密度構造物は消失。

表1 オトガイ部知覚推移一覧

		初診時	手術前日	術後1日目	術後3日目	術後7日目	術後21日目
自覚症状	異感覚	++	+	±	±	-	-
	知覚	健側の3割	健側の3割	健側の6割	健側の9割	健側と同等	健側と同等
定性的	冷感覚	健側比5割	健側比5割	+	+	+	+
	温感覚	健側比5割	健側比5割	+	+	+	+

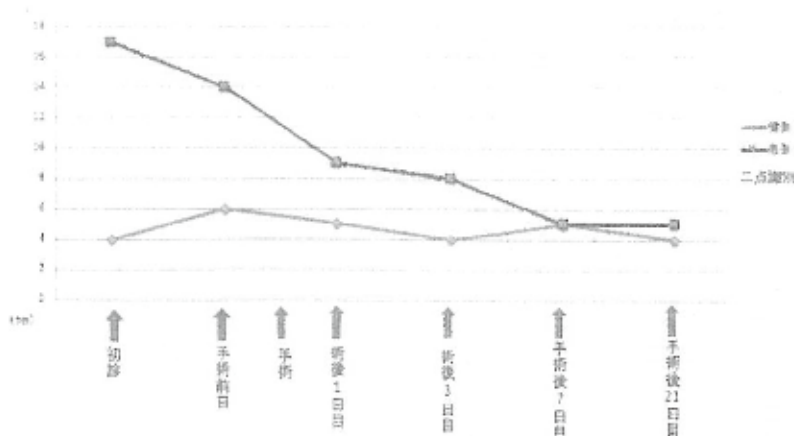


図1 オトガイ部における知覚二点識別閾の推移



などの合併症は数多く報告<sup>1-3)</sup>がされている。特に根管充填に伴う合併症には本症例のように、根管充填材が根尖孔より溢出し下顎管へ迷入し下歯槽神経を障害するものが存在する<sup>1-3)</sup>。

本症例では、二点の刺激と一点の刺激を混ぜながら5回計測して、それらの平均値を求める静的二点識別域検査を実施した。二点識別域は複合感覚と呼ばれ、体性感覚の空間的および時間的識別能を示すとされる。空間的二点識別域とは、皮膚に二点同時刺激を与えた時に二点と感じられるかどうかを判断できる能力である。時間的二点識別域とは、同じ部位に短い時間間隔で2回刺激を与えた時に2回と感じられるか判断できる能力である。一般的に空間的な二点識別域は臨床的検査方法として広く用いられている。その他の感覚神経傷害が疑われる場合の検査としては、Semmes-Weinstein monofilament (セメスワインスタインモノフィラメント: 以下SW テスター) による精密触覚機能検査があり、2018年4月より精密触覚機能検査が保険算定可能となった。SW テスターは各フィラメントに加わる加重を対数表記した値が記されており、口腔顔面領域の検査には値の小さなものから、1.65 (0.008g), 2.36 (0.02g), 2.44 (0.04g), 2.83 (0.07g), 3.22 (0.16g), 3.61 (0.40g), 3.84 (0.60g), 4.08 (1.0g), 4.17 (1.4g), 4.31 (2.0g) までの10本が用いられる。精密触覚機能検査の閾値の評価は、感覚障害部位と障害を受けていない対照部位の異値と比較して行い、原則として対側同名部位を対照部位とし比較し、両側に傷害がある場合は、同側上下顎間等で比較する検査方法であり簡便で再現性も高く有用とされている。

神経損傷の病理学的所見と神経生理学的な症状が一致しない場合があり、感覚異常の質や程度は、他覚的な評価と自覚的な評価では乖離している報告<sup>9)</sup>がある。このため、A $\delta$  線維を評価するSW 知覚検査、支配神経密度を評価する静的二点識別域検査、A $\delta$  線維を評価する痛覚検査を用いることにより異なる神経線維や受容器を刺激する複数の検査を組み合わせ精密な評価を行うことの必要性が勧められている<sup>10)</sup>。より正確な情報を得るためには口腔領域感覚異常の診断基準<sup>10)</sup>に従いSW 検査、静的二点識別域検査、痛覚検査を行うことが望ましいと考えられた。

根尖孔から溢出した根管充填材が下顎管内へ迷入し下歯槽神経を障害した報告例は、糊材の根管充填材によるものが多く<sup>1-6)</sup>、ガッタパーチャは、糊材根管充填材と比較して流動性に乏しいため根尖孔から下顎管まで溢出することはまれであるとされている<sup>11)</sup>。しかし一方、低温軟化型ガッタパーチャ単独法による根管充填の場合で正常な根尖形態を有する歯であっても、3.6%の割合で根尖孔外へ溢出していることを指摘している報告<sup>11)</sup>がある。そのため低温軟化型ガッタパーチャであっても糊剤根管充填材と同様に根管から溢出する可能性のあることを認識し、根管充填

の際には注意深い操作を行うべきであろう。

また、根管充填材が糊材根管充填材のように吸収性の材質であれば保存的経過観察にて症状が改善あるいは消失したという報告<sup>1-3)</sup>がされている。しかし、本症例で使用されたオブチュレーションガッタ NT<sup>®</sup> は非吸収性根管充填材であるため経時的に症状が改善あるいは消失する見込みはなく、症状に改善が認められない場合は早期に除去すべきものと考えられた。

低温軟化型ガッタパーチャ単独法で根管充填がなされ根尖孔より下顎管内へ溢出した場合には、下歯槽神経が熱的損傷を受けた可能性を危惧しなければならない。一般に末梢神経に30秒間熱を加えた場合、55℃以上で形態学的変化が生じて神経の損傷が起こり、さらに95℃以上では神経の再生が困難になると報告<sup>12-15)</sup>されている。本症例において使用されたオブチュレーションガッタ NT<sup>®</sup> の溶解温度は、65~70℃<sup>4,11)</sup>であるため、下歯槽神経が熱的損傷を受けている可能性があるものと考えられた。しかし、術中に下歯槽神経を注意深く観察した結果、明らかな損傷や変色等の異常所見は認められず、熱損傷は受けていなかったものと判断された。熱損傷を受けなかった理由としては、オブチュレーションガッタ NT<sup>®</sup> の最低流動温度は45℃とされており<sup>4)</sup>、本症例では充填材が根尖孔より溢出し下顎管内へ入り下歯槽神経に到達する前に流動性を失わない程度(45~55℃未満)に冷却されたためではないかと推測された。直接神経を圧迫していたが、術後1日目から経時的に改善し術後21日目にオトガイ部の知覚麻痺が回復しており神経損傷の病理組織学的分類としてニューラブラキシアであり早期に知覚麻痺が改善したと推測された。

根管充填材が根尖孔より外部へ溢出した場合の合併症としては、下顎管内へ迷入した異物の周囲に肉芽形成を認めた症例<sup>12)</sup>があることから溢出した根管充填材により炎症が引き起こされる可能性がある。また下歯槽神経への圧迫が継続することにより、知覚の異常だけでは無く神経因性疼痛が出現することも報告<sup>1-3,6,13)</sup>されている。片側性多発性脳神経麻痺を併発した症例が報告<sup>3)</sup>されているように溢出した根管充填材が原因の下歯槽神経障害による神経因性疼痛が脳に影響を与える可能性も指摘されている。神経への圧迫が3か月以上に及ぶ症例では予後が不良であったり、症状が固定した報告<sup>14)</sup>がなされており、神経損傷の原因除去は可能な限り早期に行うべきことが勧められている<sup>1-3,6,13-16)</sup>。

本症例において、当初は患者が医療不信の状態であり下顎管内の異物除去を拒否した。そのため、根管充填処置から初診まで13日間、初診から手術日まで47日間の計60日間の経過観察期間があった。しかし、60日を経ても症状の大きな改善は無く、これ以上時間が経過すると症状が固定する可能性が高いことを何度も丁寧に説明し手術の承

諾を得た。そして異物を除去した結果、症状の消失を得ることができた。

神経障害の原因や症状は様々であるが、本症例では、術中所見で下歯槽神経に明らかな損傷や変性は認めず、加えて異物摘出後早期にすべての症状が改善・消失したことから神経麻痺出現の原因は根管充填時に根尖孔から下顎管へ溢出した非吸収性根管充填材が下歯槽神経を圧迫したことによるものであったことが示唆された。

### 結 語

今回われわれは、根尖孔より下顎管内へ溢出した非吸収性根管充填剤を外科的に除去したところ、オトガイ部の知覚麻痺が完全に回復した症例を経験したので報告した。

**謝辞ならびに利益相反** 本論文に関して、開示すべき利益相反状態はありません。

### 引用文献

- 1) 劉 文憲, 古賀千尋, 岩本 修, 他: 糊剂根管充填材の溢出により生じた下歯槽神経知覚鈍麻の1例. 日口外誌, 45: 127-136, 2004.
- 2) 石橋利文, 砂田今男: 根管充填材 N2 が下顎管内に漏洩して下唇およびオトガイ部に知覚麻痺をきたした症例. 歯科療法, 5: 17-22, 1986.
- 3) 寺本充廣, 若林明人, 各務和宏, 他: 糊剂根充材過剰根充患者に生じた Garcin 症候群の1例. 日口外誌, 25: 1160-1164, 1979.
- 4) 松浦洋志, 田村尚治, 神村正人, 他: オブチュレーションガッタ NT を用いた根管充填時の歯根表面の温度変化について. 福岡歯大誌, 30: 7-11, 2003.
- 5) 高野正行, 高橋哲夫, 松田玉枝, 他: 歯科治療における外傷性知覚神経麻痺一病因, 診断, 対応および処置. 歯科学報, 99: 1102-1112, 1999.
- 6) 野間弘康, 佐々木研一, 山崎康夫, 他: 下歯槽神経麻痺・舌神経麻痺. 第2版, 医歯薬出版, 東京, pp. 21-49, 2011.
- 7) 山田隆久, 佐藤田鶴子, 菊池典久, 他: 歯科治療に関連のある異物迷入症例の臨床統計的観察. 日口外誌, 34: 2031-2038, 1988.
- 8) 清河年剛, 浅田洗一, 佐藤 徹, 他: 抜歯器具の破折片が下顎骨内に迷入した2例. 日口外誌, 49: 27-30, 2003.
- 9) 柴谷源治, 瀬尾憲司, 田中 裕, 他: 三叉神経の損傷と治療. 新潟歯学, 32: 1-9, 2002.
- 10) 口腔顔面神経機能学会: 口腔領域感覚異常の診断基準について. 口腔顔面神経機能学会会報, 5: 190-191, 2002.
- 11) 貞方和明, 北村友昭, 矢野淳也, 他: 低軟化型ガッタパーチャを使用した根管充填法における根尖孔外溢の臨床的比較. 日歯保存誌, 50: 521-529, 2007.
- 12) Douglas, W.H. and Reynoldson, H.P.: A foreign body in the mandible: a case report. Br Dent J, 133: 391-393, 1972.
- 13) 金谷文則: 末梢神経損傷の治療. 日本リハビリテーション医学会雑誌, 51: 52-60, 2014.
- 14) 五十嵐一郎: 末梢神経の熱性障害に対する組織学的検討. 金沢大学十全医会雑誌, 92: 122-135, 1983.
- 15) 本田敬直: 末梢神経の熱損傷に関する実験的研究. 金沢大学十全医会誌, 96: 464-481, 1987.
- 16) Meyer, R.A.: Application of microneurosurgery to the repair of trigeminal nerve injuries. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 4: 405-416, 2001.



## 硬口蓋に生じた glomus 腫瘍の 1 例

堤 泰彦<sup>1)</sup>・弘部 悠<sup>1)</sup>・浅田泰幸<sup>2)</sup>  
町田好聡<sup>2)</sup>・家森正志<sup>2)</sup>・山本 学<sup>1,2)</sup>

## A case of glomus tumor arising in the hard palate

TSUTSUMI Yasuhiko<sup>1)</sup>・HIROBE Yuu<sup>1)</sup>・ASADA Yasuyuki<sup>2)</sup>  
MACHIDA Yoshisato<sup>2)</sup>・YAMORI Masashi<sup>2)</sup>・YAMAMOTO Gaku<sup>1,2)</sup>

**Abstract:** Glomus tumor is a benign tumor derived from glomus cells found in the arteriovenous anastomosis in the vascular plexus of the skin and nail bed. Typically, it is a reddish purple and painful tumor with a predilection site for arising in the extremities, especially the nail bed. There are a few reports of the tumor arising in the oral region as well. Here, we report a case of a glomus tumor that developed in the palate.

The patient was a 69-year-old woman who noticed a tumor in the left side of the palate around 2012, but left it untreated. In 2014, the mass gradually increased, and maladaptation of the denture occurred as a result of which she visited a local dentist. The patient was referred to our hospital for further examination.

An elastic soft mass approximately 20 mm in diameter was discovered in the hard palate in the left maxillary molar region. Biopsy results led to the diagnosis of a glomus tumor. In December 2014, the palatal tumor was resected with the patient under general anesthesia. Five years after operation, no recurrence tendency has been noted, and the postoperative course is favorable.

**Key words:** glomus tumor (glomus 腫瘍), hard palate (硬口蓋)

## 緒 言

Glomus 腫瘍は皮膚や爪床にある血管叢内の動静脈吻合部にみられる糸状細胞 (glomus cells) 由来の良性腫瘍である<sup>1)</sup>。通常は、四肢末端、とくに爪床に好発する赤紫色で有痛性の腫瘍として知られており<sup>1)</sup>、口腔領域における報告は少ない。今回われわれは、口蓋に発生した glomus 腫瘍の 1 例を経験したので報告する。

## 症 例

患 者：69 歳，女性。  
初 診：2014 年 10 月。  
主 訴：左側口蓋歯肉の腫脹。

既往歴：糖尿病，高脂血症。

現病歴：2012 年頃より，左側大白歯相当部口蓋に腫瘤を自覚していたが，疼痛がないため放置していた。その後，腫瘤は緩徐に増大し，義歯の不適合が生じたため，近在歯科を受診したところ，精査加療を目的に紹介され来院した。

現 症：

全身所見；特記事項なし。

局所所見；上顎左側大白歯相当部の硬口蓋に直径約 20mm の弾性軟の腫瘤を認めた。腫瘤の表面は軽度，発赤し，一部にびらんを認めた。周囲粘膜との境界は明瞭であった (写真 1)。自発痛や圧痛は認められなかった。

画像所見；CT では，水平断において左側口蓋に 22×20 mm 大の境界明瞭で内部が均一な充実性の病変を認め，病変の頰側に存在する骨の外方への膨隆が認められた (写真 2A)。また，前頭断において，腫瘤の上方に存在する上顎洞底は上方へ圧排されていた。病変と鼻腔および上顎洞とは一層の骨で境されており，病変と両者に交通は認められなかった。上顎洞内に 24×18mm 大の境界明瞭で内部均一な不透過像を認めた (写真 2B)。口蓋側病変と上顎洞内病変の連続性は認めなかった。

<sup>1)</sup> 東近江総合医療センター 歯科口腔外科  
(主任：堤 泰彦 医師)

<sup>2)</sup> 滋賀医科大学 医学部 歯科口腔外科学講座  
(主任：山本 学 教授)

<sup>1)</sup> Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Higashi Ohmi General Medical Center (Chief: Dr. TSUTSUMI Yasuhiko)

<sup>2)</sup> Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Shiga University of Medical Science (Chief: Prof. YAMAMOTO Gaku)

受付日：2019 年 1 月 23 日

採択日：2019 年 9 月 24 日



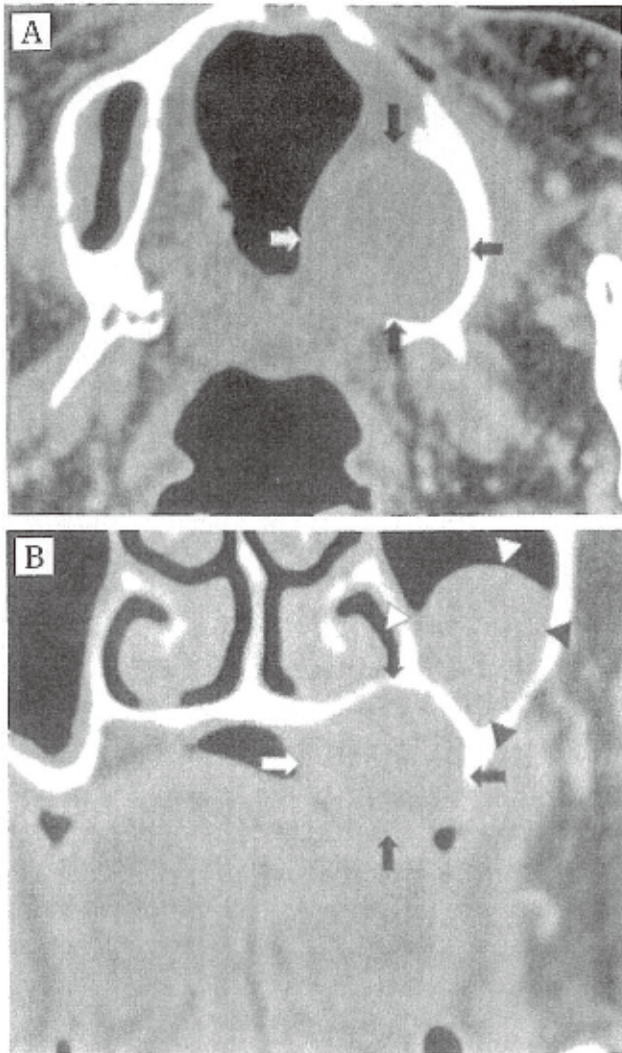


写真2 初診時のCT像

- A: 水平断において口蓋左側に 22×20mm 大の境界明瞭で内部が均一な充実性の病変を認め、病変の頰側に存在する骨の外方への膨隆を認める (矢印)。
- B: 前頭断において、病変の上方に存在する上顎洞底は上方へ圧排されている。病変と鼻腔および上顎洞とは一層の骨で境されており、病変と両者に交通は認められない (矢印)。また、上顎洞内に 24×18mm 大の境界明瞭で内部均一な不透過像を認める (矢頭)、口蓋側病変と上顎洞内病変の連続性は認められない。

MR 画像では、T2W1 において左側口蓋に 22×20mm 大の高信号域を認めた。高信号域の下方 2/3 の内部は均一であったが、上方 1/3 の内部は不均一であった (写真3 矢印)。また、高信号域の下方 1/3 と上方 1/3 の境界は不整であった。上顎洞底には 24×18mm 大の高信号域を認め、その内部は均一で辺縁は明瞭であり、左側口蓋の高信号域との間に連続性は認められなかった (写真3)。

臨床診断：左側口蓋腫瘍および左側上顎洞内貯留嚢胞。

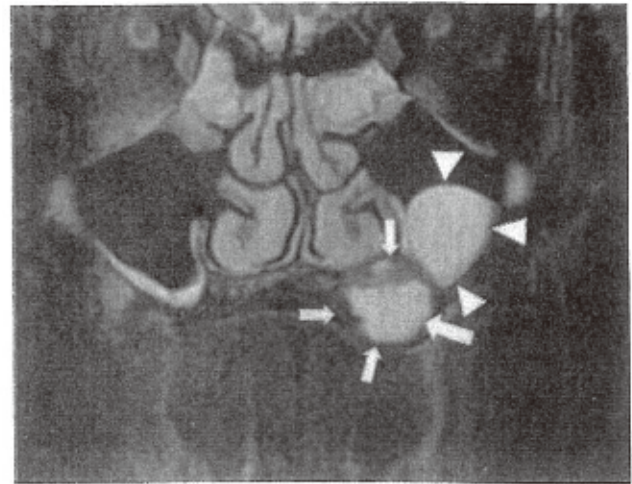


写真3 初診時のMR画像 (T2強調像, 前頭断)

左側口蓋に 23×20mm 大の高信号域を認める。高信号域の下方 2/3 の内部は均一だが、上方 1/3 の内部は不均一である。また、高信号域の内側と上方の辺縁は不整である (矢印)。上顎洞底には 24×18mm 大の高信号域を認め、その内部は均一で辺縁は明瞭であり、左側口蓋の高信号域との間に連続性は認められない (矢頭)。

処置および経過：2014年11月の初診日に左側口蓋腫瘍の生検を行ったところ、glomus 腫瘍の疑いであった。左側上顎洞内貯留嚢胞については、患者と相談した結果、症状がないことから経過観察となった。

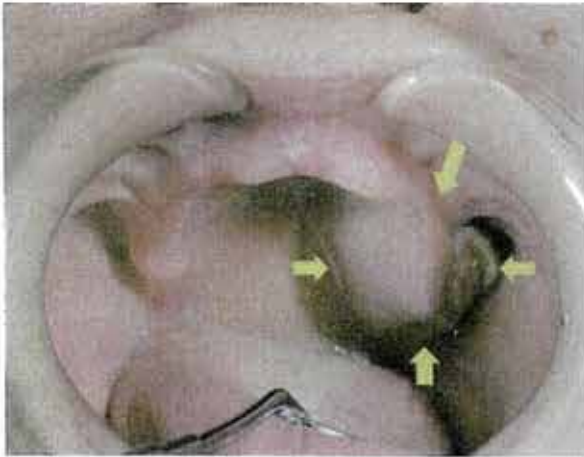
2014年12月、全身麻酔下に口蓋腫瘍切除術を施行した。腫瘍辺縁から 5mm 外方に切開線を設定し、メスにて骨面に達する切開を加えた後、骨膜を含めて骨面より腫瘍を剝離し切除した。腫瘍と骨面との癒着はなく、剝離は比較的容易であった。切除後の骨の表面は滑沢で異常な吸収は認められず、視診上、骨への浸潤は認められなかったが、表層を 2mm 程度骨削合した。切除した創部は開放創とし、バスキチン<sup>®</sup>ガーゼを填入し、毎日交換した。術後11日目、創部に一層の上皮化が認められたため、バスキチン<sup>®</sup>ガーゼ填入を止め、義歯調整のうえ、保護床として使用し術後15日目に退院した。現在、術後5年が経過しているが再発傾向は認められず、経過良好である (写真4)。

切除標本の肉眼的所見；大きさは 30×20mm で、赤紫色の類球形であった (写真5A)。断面は灰黄褐色で、嚢胞状を呈していた (写真5B)。

病理組織学的所見；スリット状の血管組織集塊を認め、血管周囲に卵円形ないしは短紡錘形腫瘍細胞を認めた。核は類円形で核形の不整は目立たず、核分裂像は認めなかった (写真6A)。免疫組織化学染色では、 $\alpha$ -Smooth muscle actin ( $\alpha$ -SMA) において強陽性であった (写真6B)。

病理組織学的診断：Glomus 腫瘍。

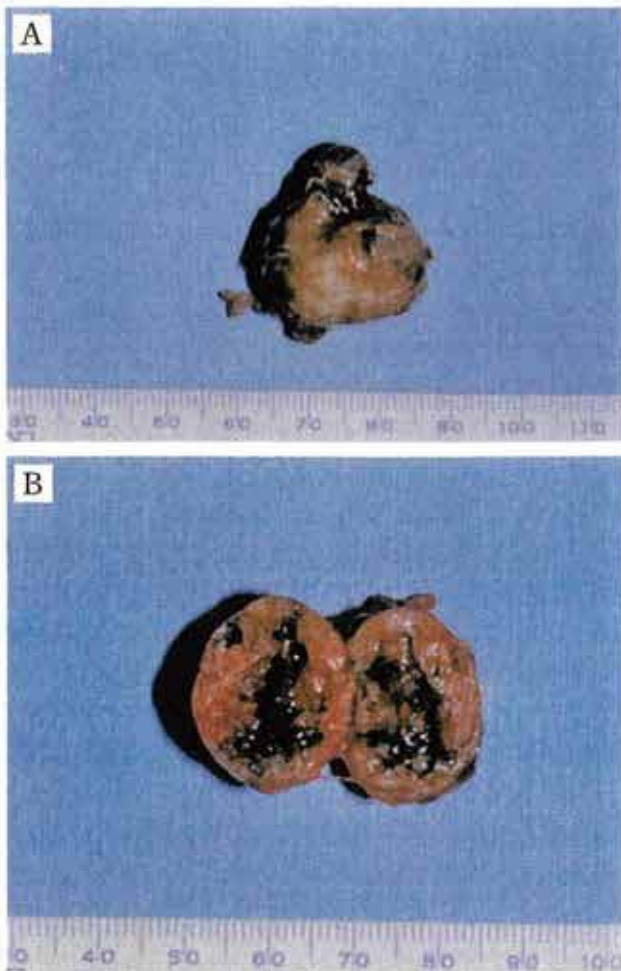




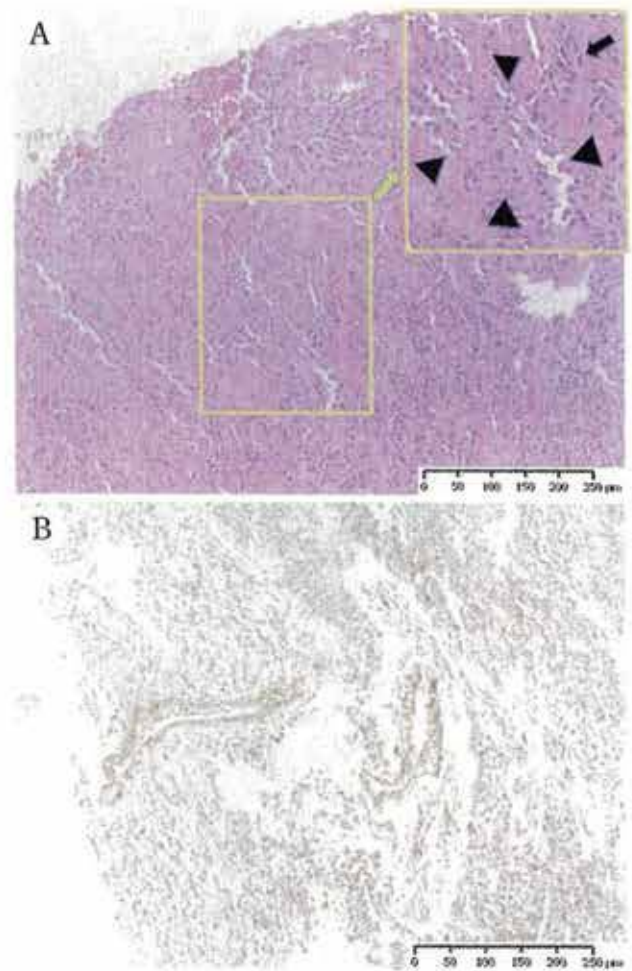
**写真1** 術前の口腔内写真(生検後)  
左側口蓋に直径約20mmの腫瘤を認める(矢印)。  
軽度のびらんと発赤を伴う。



**写真4** 術後5年経過時の口腔内写真  
創部に再発所見は認められない。



**写真5** 切除標本  
A: 外観; 大きさは約30×20mmで被膜に覆われている。  
B: 断面; 断面は嚢胞状を呈している。



**写真6** 病理組織像  
A: HE染色 ×100 (黄色枠内 ×200)  
HE染色において, スリット状の血管組織集塊(黒色矢頭)を認め血管周囲に卵円形ないしは短紡錘形腫瘍細胞(黒色矢印)を認める。  
B:  $\alpha$ -SAM染色 ×100  
 $\alpha$ -SAM染色において強陽性を示している。

表 1 口蓋に生じた Glomus 腫瘍の報告例 (1949 ~ 2018 年)

症例	発表年	報告者	年齢	性別	部位	治療法	再発の有無
1	1949 年	Von Langer <sup>5)</sup>	52	男	硬口蓋	切除	不明
2	1962 年	Grande et al <sup>8)</sup>	42	男	硬口蓋	不明	不明
3	1967 年	Sidhu et al <sup>11)</sup>	10	女	硬口蓋	不明	不明
4	1972 年	富田 et al <sup>12)</sup>	37	女	硬口蓋	切除	記載なし
5	1974 年	鈴木 et al <sup>13)</sup>	20	男	硬口蓋	切除	記載なし
6	1976 年	Charles <sup>14)</sup>	17	女	硬口蓋・口唇・頬部	切除	無
7	1992 年	Geraghty et al <sup>22)</sup>	71	男	硬口蓋	切除	無
8	2001 年	Kessaris et al <sup>26)</sup>	46	女	硬口蓋	切除	無
9	2005 年	前田 et al <sup>2)</sup>	21	女	硬口蓋	切除	無
10	2019 年	自験例	69	女	硬口蓋	切除	無

## 考 察

Glomus 腫瘍は、1924 年に Masson ら<sup>1)</sup>により初めて報告されたまれな腫瘍であり、軟部腫瘍 500 例中わずかに 8 例 (1.6%) という報告<sup>2)</sup>がなされている。本腫瘍は単発型と多発型に分類され、単発性は有痛性で、男女同率に成人に発生することが多く、一方、多発型は無痛性で、男性に発生することが多いとされている<sup>3)</sup>。

本腫瘍は、主として起源となる glomus 器官が認められる四肢の爪床内に発生し、その他、胃、縦隔、心臓、子宮、陰茎、骨、肺、気管、眼瞼などの発生例が報告<sup>4)</sup>されているが、口腔領域に発生した症例はきわめて少ない。口腔領域における報告例は、われわれが渉獵した範囲では、自験例を含め 31 例<sup>2, 5~33)</sup>で、発生部位としては口蓋、舌、口唇、歯槽部などであった。また、性差は認められず、40~60 歳に多かった。

とくに 1949 年以降に本腫瘍が口蓋に発生した報告例は、自験例を含めわずか 10 例<sup>2, 5, 8, 11~14, 22, 26, 29)</sup>であり、これらはすべて硬口蓋に生じたもので、1 例のみ口蓋、口唇および頬部の 3 か所に同時発生したものであった (表 1)。

本腫瘍は、とくに四肢の指の爪床に多く発生し、数 mm の赤紫色の小病巣を作り、しばしば発作性の激痛を伴うことが知られている<sup>4)</sup>。しかし、口蓋に発生した報告例<sup>22, 26)</sup>では疼痛はなく、自験例においても疼痛は伴っていなかった。これは、爪床内のような高密度の結合組織内に発生する場合と異なり、口腔領域では線性結合組織や間質の粘液変性部などに腫瘍が発生するためではないかと推測された。

本腫瘍の増殖は比較的緩慢であり、直径 18mm まで増大するのに 10 年を要した症例<sup>33)</sup>が報告されている。しかしながら、大きさと予後の関連性は見出されていない。本腫瘍は臨床的に良性腫瘍とされているが、周囲組織への浸潤や転移など悪性化を示すものも報告されている<sup>24, 34, 35)</sup>。

悪性 glomus 腫瘍については、2001 年に Folpe ら<sup>36)</sup>が①腫瘍深在径 20mm 以上であること、②異型核分裂像の存在すること、③中等度以上の核異型を有し、高倍率視野 50 視野中に 5 個以上の核分裂像を呈するものの 3 つの所見のうち 1 つ以上該当するものを悪性 glomus 腫瘍と定義している。悪性例としては、他に glomus 肉腫が報告<sup>34, 35)</sup>されており、その腫瘍細胞は顕著な細胞異型や核分裂像を認め、細胞質内や細胞間に C 型腫瘍ウイルスが認められている。このウイルスは肺癌や白血病などの悪性腫瘍内にみられることがあり、潜在的発癌因子ではないかと考えられている。また、本腫瘍の重型として glomangiomyoma が報告されている<sup>37)</sup>。一般に glomus 腫瘍細胞は muscle-actin を発現し、微量ながら粘液を産生し得る筋線維芽細胞への分化を示す細胞であるが、一部の腫瘍細胞が血管内皮細胞への分化を示したものが glomangioma で、平滑筋細胞への分化を示したものが glomangiomyoma であるとされている<sup>19)</sup>。

鑑別すべき疾患として hemoangiopericytoma が挙げられている。これは本腫瘍と比較し、細胞は多形性で、間質には硝子質や粘液変性部などがみられないことが特徴とされている<sup>2)</sup>。また、免疫組織学的に本腫瘍の腫瘍細胞は Vimentin,  $\alpha$ -SMA, HHF-35 に陽性を示し、Keratin, Desmin, S-100 蛋白, Factor VIII に陰性を示すとされている<sup>2, 22)</sup>。自験例では、HE 染色による病理組織学的所見と  $\alpha$ -SMA の強陽性所見の両者を併せて glomus 腫瘍と診断された。

治療法は外科的切除が第一に選択され、再発率は低いとされている<sup>32)</sup>。自験例も外科的切除を行い術後約 5 年が経過するが、再発傾向等は認められず経過良好である。

## 結 語

今回われわれは、硬口蓋に発生した glomus 腫瘍の 1 例を経験したので若干の文献的考察を加え報告した。



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) Masson P : Le glomus neuromyo-arterial des regions tactiles et ses tumeurs. *Lyon Chir* 21: 257-280, 1924.
- 2) 前田庄紀子, 入江太郎, 他 : 口蓋に発生したグロームス腫瘍の一例. *昭和歯会誌* 25: 6-10, 2005.
- 3) Enzinger FM and Weiss SW : *Enzinger and Weiss's soft tissue tumor 6th Ed.* Elsevier/Saunders, Philadelphia, 2014, p581-595.
- 4) 清水 宏 : *新しい皮膚科学*, 第2版, 中山書店, 東京, 2011, 357-376頁.
- 5) Von Langer R : Gromustumor am harten Gaumen. *Wein Med Wochenschr* 99: 67, 1949.
- 6) King ES : Glomus tumor. *Aust N Z J Surg* 23: 280-295, 1954.
- 7) Kirschner H and Strassburg M : Ein am zahnlosen Alveolarfortsatz des Unterkiefers lokalisierter Glomustumor. *Dtsch Zahnarz Z* 17: 912, 1962.
- 8) Grande R and D'Angelo E : Un tumore glomico del plato duro. *Arch Ital Laringol* 70: 89, 1962.
- 9) Frankel VG : Auftreten eines leimyofibromangioms (Glomangioms) im Wangen-und Jochbogenbereich. *Dtsch Zahnartzl Zschr* 20: 168, 1965.
- 10) Harris R and Griffin CJ : Glomus tumor of the periodontal tissues. *Aust Dent J* 10: 33-37, 1965.
- 11) Sidhu SS and Subherwal GL : Glomus tumor of palate. *Indian Dent Assoc* 39: 167-168, 1967.
- 12) 富田喜内, 河正正昭, 他 : 硬口蓋に発生した Glomus tumor の 1 例 - 特に電顕的所見について -. *日口外誌* 18: 681, 1972.
- 13) 鈴木慶二, 堀 貞夫, 他 : 口蓋に発生した glomus tumor の 1 症例 光顕的ならびに電顕的観察. *北関東東医* 24: 223-227, 1974.
- 14) Charles NC : Multiple glomus tumors of the face and eyelid. *Arch Ophthalmol* 94: 1283-1285, 1976.
- 15) Sato M, Shirasuna K, et al : Fine structure of a glomus tumor of the tongue and expression of C type virus in its tumor cells. *Int J Oral Surg* 8: 199-204, 1979.
- 16) Tajima Y, Weaters DR, et al : Glomus tumor (glomangioma) of the tongue : a light and electron microscopic study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 52: 288-293, 1981.
- 17) Saku T, Okabe H, et al : Glomus tumor of the cheek : an immunohistochemical demonstration of actin and myosin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 63: 65-71, 1985.
- 18) Ficarra G, Merrell FW, et al : Intraoral solitary glomus tumor (glomangioma) case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 62: 306-311, 1986.
- 19) Moody GH, Myskow M, et al : Glomus tumor of lip. A case report and immunohistochemical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 62: 312-318, 1986.
- 20) Stajcic Z and Bojic P : Intraoral glomus tumour. A case report. *J Craniomaxillofac Surg* 15: 376-378, 1987.
- 21) 常葉伸也, 佐藤 篤, 他 : 下顎歯肉に発生したグロームス腫瘍の 1 例. *日口外誌* 36: 2295-2299, 1990.
- 22) Geraghty JM, Thomas RW, et al : Glomus tumour of the palate : case report and review of the literature. *Br J Oral Maxillofac Surg* 30: 398-400, 1992.
- 23) Kusama K, Kidokoro Y, et al : Glomus tumor of the upper lip. *J Nihon Univ Sch Dent* 37: 97-101, 1995.
- 24) Sakashita H, Miyata M, et al : Glomus tumor in the upper lip: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 26: 301-302, 1997.
- 25) Yu HJ, Kwon SJ, et al : Localized multiple glomus tumors of the face and oral mucosa. *J Dermatol* 27: 211-213, 2000.
- 26) Kessaris P, Klimis T, et al : Glomus tumor of the hard palate : case report and review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 39: 478-479, 2001.
- 27) Rallis G, Komis C, et al : Glomus tumor: a rare location in the upper lip. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 98: 327-336, 2004.
- 28) Quesada R, Gonzales-Lgunas J, et al : Aggressive glomus tumor of the tongue : report of a case. *Med Oral* 9: 350-354, 2004.
- 29) Lanza A, Muscarello A, et al : Glomus tumor of the lower lip. A case report. *Minerva Stomatol* 54: 687-90, 2005.
- 30) Boros AL, Davis JP, et al : Glomus tumor: report of a rare case affecting the Oral cavity and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 68: 2329-2334, 2010.
- 31) Derand P III, Warfvinge G, et al : Glomangioma : A case Presentation. *J Oral Maxillofac Surg* 68: 204-207, 2010.
- 32) 野上晋之介, 山本哲彰, 他 : 上唇に生じた glomus 腫瘍の 1 例. *日口外誌* 58: 429-433, 2012.
- 33) Kurohara K, Michi Y, et al : The glomus tumor resorbed bone and teeth in the mandible : a case report. *Head & Face Medicine* 14, 2018. [at:https://head-face-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13005-018-0175-3](https://head-face-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13005-018-0175-3) Accessed May 14, 2019.
- 34) 徐 信夫, 草壁秀成, 他 : グロームス腫瘍 - その 3 症例と免疫染色化学的検討 -. *皮膚* 35: 361-367, 1993.
- 35) 岸本忠美, 土屋知子, 他 : グロームス腫瘍 - 5 例の報告と当科経験 5 例を合わせた免疫組織化学的検討 -. *皮膚臨床* 47: 207-213, 2005.
- 36) Folpe AL, Fanburg-Smith JC, et al : Atypical and malignant glomus tumors : Analysis of 52 cases, with a proposal for the reclassification of glomus tumors. *Am J Surg Pathol* 25: 1-12, 2001.
- 37) 太田貴久, 鷺見成起, 他 : 上唇正中部に生じた Glomangiomyoma の 1 例. *口腔腫瘍* 26: 25-30, 2014.

# 各種統計資料



診療科別延べ患者数の年次推移

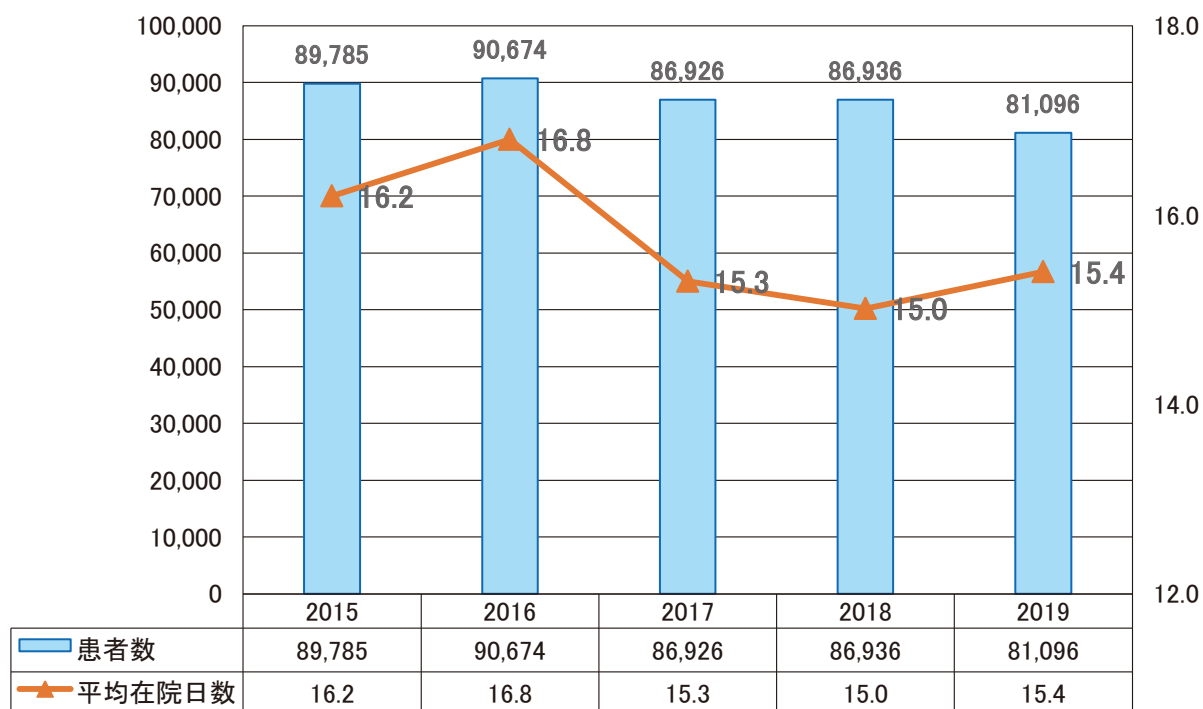
科	年度	外来					入院				
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
総合内科	(20) 4,888	(19) 4,617	(18) 4,414	(23) 5,493	(23) 5,611	(7) 2,516	(7) 2,593	(4) 1,582	(8) 2,991	(8) 3,035	
糖尿病・ 内分泌内科	(24) 5,888	(28) 6,825	(29) 7,173	(29) 7,063	(29) 6,949	(9) 3,160	(12) 4,267	(10) 3,789	(12) 4,341	(9) 3,452	
神経内科	(24) 5,797	(23) 5,499	(22) 5,434	(22) 5,482	(21) 5,077	(13) 4,899	(11) 4,179	(12) 4,340	(11) 3,940	(10) 3,797	
呼吸器内科 (結核病棟再掲)	(21) 4,977	(19) 4,518	(19) 4,712	(21) 5,130	(22) 5,286	(26) 9,628 3,624	(24) 8,791 3,278	(26) 9,390 3,214	(27) 9,870 3,589	(24) 8,756 3,458	
消化器内科	(56) 13,555	(54) 13,083	(55) 13,342	(57) 13,918	(56) 13,439	(34) 12,560	(34) 12,283	(33) 12,170	(36) 13,135	(36) 13,214	
循環器内科	(30) 7,261	(31) 7,508	(32) 7,674	(31) 7,536	(32) 7,663	(14) 5,269	(16) 5,948	(16) 5,825	(13) 4,910	(12) 4,506	
血液内科	(2) 584	(3) 784	(4) 998	(4) 972	(4) 1,054	-	-	-	-	-	
外科	(26) 6,421	(29) 6,979	(30) 7,229	(29) 7,174	(26) 6,262	(25) 9,067	(29) 10,478	(24) 8,798	(25) 9,093	(20) 7,436	
整形外科	(51) 12,368	(50) 12,100	(49) 11,967	(50) 12,209	(53) 12,671	(34) 12,295	(36) 12,947	(33) 12,079	(41) 14,804	(37) 13,703	
精神科	-	-	(0) 2	-	-	-	-	-	-	-	
小児科	(60) 14,638	(37) 9,041	(27) 6,688	(29) 6,983	(33) 7,875	(8) 3,080	(5) 1,917	(6) 2,035	(6) 2,057	(5) 1,769	
脳神経外科	(3) 768	(3) 688	(3) 675	(3) 697	(3) 622	-	-	-	-	-	
呼吸器外科	(20) 4,782	(22) 5,322	(22) 5,403	(24) 5,860	(23) 5,609	(50) 18,256	(50) 18,288	(45) 16,497	(32) 11,805	(33) 11,950	
心臓血管外科	(0) 94	(1) 119	(1) 168	(1) 190	(1) 148	-	-	-	-	-	
皮膚科	(23) 5,596	(22) 5,332	(24) 5,852	(24) 5,793	(24) 5,708	(2) 883	(3) 967	(4) 1,583	(4) 1,539	(5) 1,694	
泌尿器科	(26) 6,339	(27) 6,530	(28) 6,932	(31) 7,488	(31) 7,373	(5) 1,980	(7) 2,544	(8) 2,795	(8) 2,953	(5) 1,938	
産婦人科	(42) 10,184	(34) 8,261	(36) 8,777	(39) 9,439	(36) 8,758	(14) 5,213	(13) 4,890	(13) 4,870	(12) 4,427	(11) 3,971	
眼科	(24) 5,740	(21) 5,048	(21) 5,019	(21) 5,106	(20) 4,838	(2) 572	(1) 528	(2) 599	(2) 604	(2) 565	
耳鼻咽喉科	(16) 3,771	(13) 3,260	(19) 4,581	(20) 4,762	(24) 5,710	(1) 212	(0) 160	(2) 768	(3) 994	(4) 1,625	
放射線科	(8) 1,975	(10) 2,319	(9) 2,267	(8) 1,914	(8) 1,972	-	-	-	-	-	
救急科	-	-	-	-	(3) 701	(7) 2,444	(6) 2,238	(6) 2,150	(5) 1,809	(6) 2,255	
歯科口腔外科	(31) 7,437	(33) 7,955	(32) 7,781	(34) 8,244	(33) 7,900	(3) 1,029	(2) 870	(2) 873	(3) 1,253	(2) 888	
計	(506) 123,063	(477) 115,788	(480) 117,088	(498) 121,453	(505) 121,226	(254) 93,063	(257) 93,888	(247) 90,143	(248) 90,525	(231) 84,554	

※( )内は1日平均人数

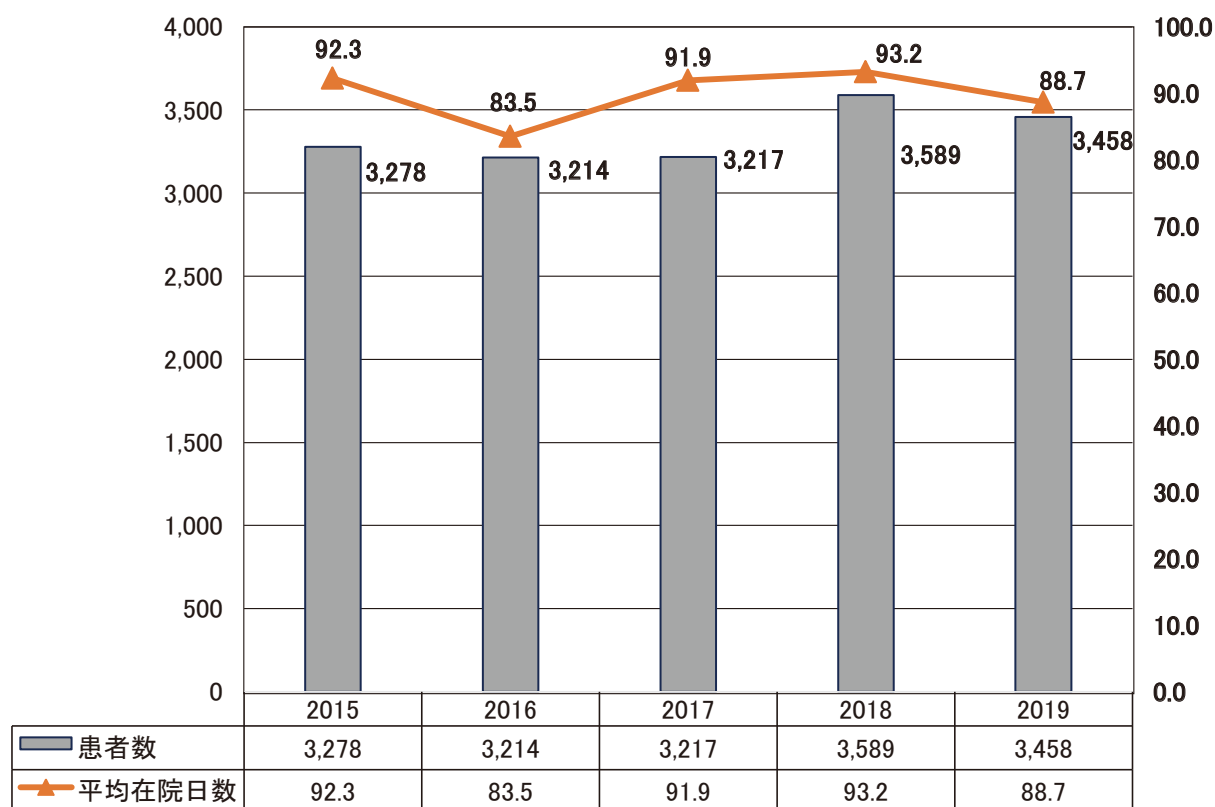
診療科別1日1人あたり診療点数の年次推移

科	年度	外来					入院				
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
総合内科		773	776	798	920	904	3,093	3,802	3,499	3,538	3,667
糖尿病・ 内分泌内科		1,234	1,179	1,198	1,300	1,320	3,155	2,891	2,999	3,228	3,451
神経内科		715	767	773	812	929	3,349	3,344	3,429	3,792	4,061
呼吸器内科		1,199	1,458	1,440	1,476	1,694	3,120	3,077	3,106	3,271	3,629
消化器内科		1,541	1,607	1,733	2,001	2,104	3,916	3,779	4,234	4,422	4,431
循環器内科		920	923	955	1,037	1,079	4,588	4,303	4,390	4,798	4,996
血液内科		2,495	4,355	4,422	3,611	3,705	-	-	-	-	-
外科		1,881	1,894	2,063	2,565	3,333	5,400	5,628	6,122	6,159	6,734
整形外科		739	733	751	760	785	3,676	3,847	3,942	3,965	4,690
精神科		-	-	144	-	-	-	-	-	-	-
小児科		751	925	1,107	1,099	995	5,264	4,915	5,160	5,481	5,329
脳神経外科		871	897	890	826	905	-	-	-	-	-
呼吸器外科		2,595	4,432	4,652	4,437	5,173	4,299	4,312	4,298	4,872	5,093
心臓血管外科		698	692	706	628	728	-	-	-	-	-
皮膚科		427	467	573	623	687	3,167	3,390	3,324	3,210	3,251
泌尿器科		1,112	1,200	1,166	1,207	1,669	4,601	4,421	4,484	4,952	5,612
産婦人科		782	1,153	1,296	1,161	1,135	6,986	7,035	7,564	7,651	7,065
眼科		600	590	604	606	615	10,400	8,934	9,609	11,021	11,182
耳鼻咽喉科		578	541	717	691	678	5,191	5,023	6,001	6,733	4,738
放射線科		1,915	1,906	1,926	1,864	1,967	-	-	-	-	-
救急科		-	-	-	-	1,388	3,388	3,740	4,725	3,735	4,407
歯科口腔外科		709	750	731	762	770	4,574	5,374	5,267	5,360	5,305
合計		1,037	1,240	1,318	1,378	1,490	4,242	4,258	4,445	4,609	4,838

### 延べ入院患者数及び平均在院日数の推移（一般病棟）



### 延べ入院患者数及び平均在院日数の推移（結核病棟）



# 令和元年度 東近江総合医療センター 病院指標

診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）

## ■消化器内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
060100xx01xx0x	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 定義副 傷病 なし	136	2.48	2.63	0.00	68.12	
060340xx03x00x	胆管（肝内外）結石、胆管炎 限局性腹腔 腫瘍手術等 手術・処置等2 なし 定義副傷 病 なし	49	12.35	9.79	0.00	78.06	
060102xx99xxxx	穿孔または膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術 なし	32	8.84	7.65	3.13	64.12	
060020xx04x0xx	胃の悪性腫瘍 内視鏡的胃、十二指腸ポー プ・粘膜切除術 手術・処置等2 なし	29	10.66	8.27	0.00	72.55	
060210xx99000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術・ 処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副 傷病 なし	25	10.12	8.89	0.00	71.28	

## ■外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア（15歳以上） ヘルニア手術 鼠 径ヘルニア等	35	7.69	4.85	0.00	69.66	
060150xx99xx0x	虫垂炎 手術なし 定義副傷病 なし	34	6.24	6.94	0.00	36.79	
060335xx02000x	胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術 等 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 な し 定義副傷病 なし	24	8.75	7.13	0.00	63.33	
060035xx01000x	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍 結腸切除 術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定 義副傷病 なし	18	19.94	15.02	0.00	71.67	
060210xx99000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術・ 処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副 傷病 なし	15	7.53	8.89	0.00	66.93	

## ■呼吸器外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
040040xx9910xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 あ り 手術・処置等2 なし	100	4.07	3.34	2.00	73.57	
040040xx97x0xx	肺の悪性腫瘍 手術あり 手術・処置等2 な し	44	18.34	11.51	0.00	69.75	
040040xx9900xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 な し 手術・処置等2 なし	36	32.67	14.62	8.33	77.86	
040200xx01x00x	気胸 肺切除術等 手術・処置等2 なし 定 義副傷病 なし	31	10.65	10.18	0.00	31.81	
040040xx99040x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 な し 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 なし	24	27.42	9.59	4.17	70.63	



■小児科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
040090xxxxxx0x	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症(その他) 定義副傷病 なし	63	5.29	6.19	0.00	1.25	
080270xxxx1xxx	食物アレルギー 手術・処置等 1 あり	43	1.00	2.15	0.00	2.33	
140010x199x00x	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害(出生時体重2500g以上) 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	28	6.39	6.17	0.00	0.00	
040070xxxxx0xx	インフルエンザ、ウイルス性肺炎 手術・処置等 2 なし	24	5.25	5.73	4.17	2.75	
0400801199x00x	肺炎等(1歳以上15歳未満) 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	21	5.76	5.69	0.00	2.48	

■整形外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	66	58.64	25.94	28.79	82.61	
160690xx99xx0x	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。) 手術なし 定義副傷病 なし	20	53.20	19.40	0.00	79.60	
07040xxx01xxxx	股関節骨頭壊死、股関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等	20	33.85	21.53	0.00	67.25	
070230xx01xxxx	膝関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等	18	38.83	23.56	0.00	80.39	
160760xx97xxxx	前腕の骨折 手術あり	11	5.64	5.54	0.00	36.73	

■産婦人科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
120170xx99x0xx	早産、切迫早産 手術なし 手術・処置等 2 なし	37	22.38	19.06	29.73	30.32	
120070xx02xxxx	卵巣の良性腫瘍 卵巣部分切除術(腔式を含む。) 腹腔鏡によるもの等	30	7.57	6.21	0.00	43.63	
120200xx99xxxx	妊娠中の糖尿病 手術なし	28	5.57	5.59	0.00	29.61	
12002xxx02x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍 子宮頸部(腔部)切除術等 手術・処置等 2 なし	20	3.15	3.13	0.00	38.60	
120140xxxxxxxxx	流産	16	1.38	2.51	0.00	31.00	

■泌尿器科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
11012xxx040x0x	上部尿路疾患 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）手術・処置等1なし 定義副傷病なし	56	2.25	2.64	0.00	59.02	
110080xx991x0x	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1あり 定義副傷病なし	42	2.00	2.49	0.00	72.02	
110070xx0200xx	膀胱腫瘍 膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	35	8.26	7.07	0.00	78.14	
11012xxx020x0x	上部尿路疾患 経尿道的尿路結石除去術 手術・処置等1なし 定義副傷病なし	17	5.35	5.61	0.00	65.53	
110200xx02xxxx	前立腺肥大症等 経尿道的前立腺手術等	16	7.81	8.52	0.00	72.50	

■呼吸器内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
040110xxxxx0xx	間質性肺炎 手術・処置等2なし	41	27.66	18.84	4.88	76.83	
040040xx9910xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1あり 手術・処置等2なし	24	3.08	3.34	0.00	76.25	
040100xxxxx00x	喘息 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	12	14.33	6.64	0.00	53.58	
040120xx99000x	慢性閉塞性肺疾患 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	-	-	13.61	-	-	
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	-	-	20.84	-	-	

■眼科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	235	3.01	2.78	0.00	75.13	
020250xx97xxxx	結膜の障害 手術あり	-	-	3.08	-	-	
020230xx97x0xx	眼瞼下垂 手術あり 手術・処置等2なし	-	-	3.10	-	-	
020250xx99xxxx	結膜の障害 手術なし	-	-	6.13	-	-	
020320xx97xxxx	眼瞼、震器、眼高の疾患 手術あり	-	-	3.27	-	-	

■循環器内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
050130xx99000x	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	21	31.95	17.71	4.76	84.95	
050050xx02000x	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1なし、1,2あり 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	20	4.80	4.40	0.00	69.85	
050050xx99100x	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等1あり 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	14	7.00	3.01	0.00	66.71	
050070xx99000x	頻脈性不整脈 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	-	-	7.56	-	-	
050210xx97000x	徐脈性不整脈 手術あり 手術・処置等1なし、1,3あり 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	-	-	10.80	-	-	

■総合内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バス
110310xx99xx0x	腎臓または尿路の感染症 手術なし 定義副 傷病 なし	12	23.50	12.58	0.00	70.33	
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等 2 な し 定義副傷病 なし	10	38.80	20.84	20.00	88.20	
100202xxxxxxx	その他の副腎皮質機能低下症	-	-	10.83	-	-	
030400xx99xxx	前庭機能障害 手術なし	-	-	5.01	-	-	
050130xx99000x	心不全 手術なし 手術・処置等 1 なし 手 術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	-	-	17.71	-	-	

■耳鼻咽喉科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バス
030350xxxxxxx	慢性副鼻腔炎	22	5.18	6.80	0.00	50.68	
030240xx99xxx	扁桃周囲膿瘍、急性扁桃炎、急性咽頭喉頭 炎 手術なし	16	5.94	5.45	0.00	38.00	
030230xxxxxxx	扁桃、アデノイドの慢性疾患	12	9.42	7.80	0.00	22.67	
030240xx01xxx	扁桃周囲膿瘍、急性扁桃炎、急性咽頭喉頭 炎 扁桃周囲膿瘍切開術等	10	6.20	7.76	0.00	41.50	
030400xx99xxx	前庭機能障害 手術なし	10	8.90	5.01	0.00	62.60	

■神経内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バス
040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	12	25.00	20.84	16.67	91.25	
010160xx99x00x	パーキンソン病 手術なし 手術・処置等 2 な し 定義副傷病 なし	-	-	17.72	-	-	
010230xx99x00x	てんかん 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義 副傷病 なし	-	-	7.10	-	-	
010040x099000x	非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫 以外）（JCS10未満）手術なし 手術・処 置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷 病 なし	-	-	18.81	-	-	
010060x2990211	脳梗塞（脳卒中発症3日目以内、かつ、 JCS10未満）手術なし 手術・処置等 1 な し 手術・処置等 2 2あり 定義副傷病 1あ り 発症前Rankin Scale 0、1又は2	-	-	18.54	-	-	

■救急科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バス
060060xx99x30x	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 2 3あり 定義副傷病 なし	-	-	7.31	-	-	-
060335xx02000x	胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術等 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	-	-	7.13	-	-	-
160980xx99x0xx	骨盤損傷 手術なし 手術・処置等 2 なし	-	-	19.59	-	-	-
160690xx99x0x	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし 定義副傷病 なし	-	-	19.40	-	-	-
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア（15歳以上） ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等	-	-	4.85	-	-	-

■皮膚科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バス
080007xx010xxx	皮膚の良性新生物 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）等 手術・処置等 1 なし	10	13.40	4.01	0.00	64.80	
080006xx01x0xx	皮膚の悪性腫瘍（黒色腫以外） 皮膚悪性腫瘍切除術等 手術・処置等 2 なし	-	-	7.90	-	-	-
180060xx97xxxx	その他の新生物 手術あり	-	-	6.39	-	-	-
070010xx970xxx	骨軟部の良性腫瘍（脊椎骨髄を除く。） その他の手術あり 手術・処置等 1 なし	-	-	4.67	-	-	-
080010xxxx0xxx	腫皮症 手術・処置等 1 なし	-	-	12.55	-	-	-

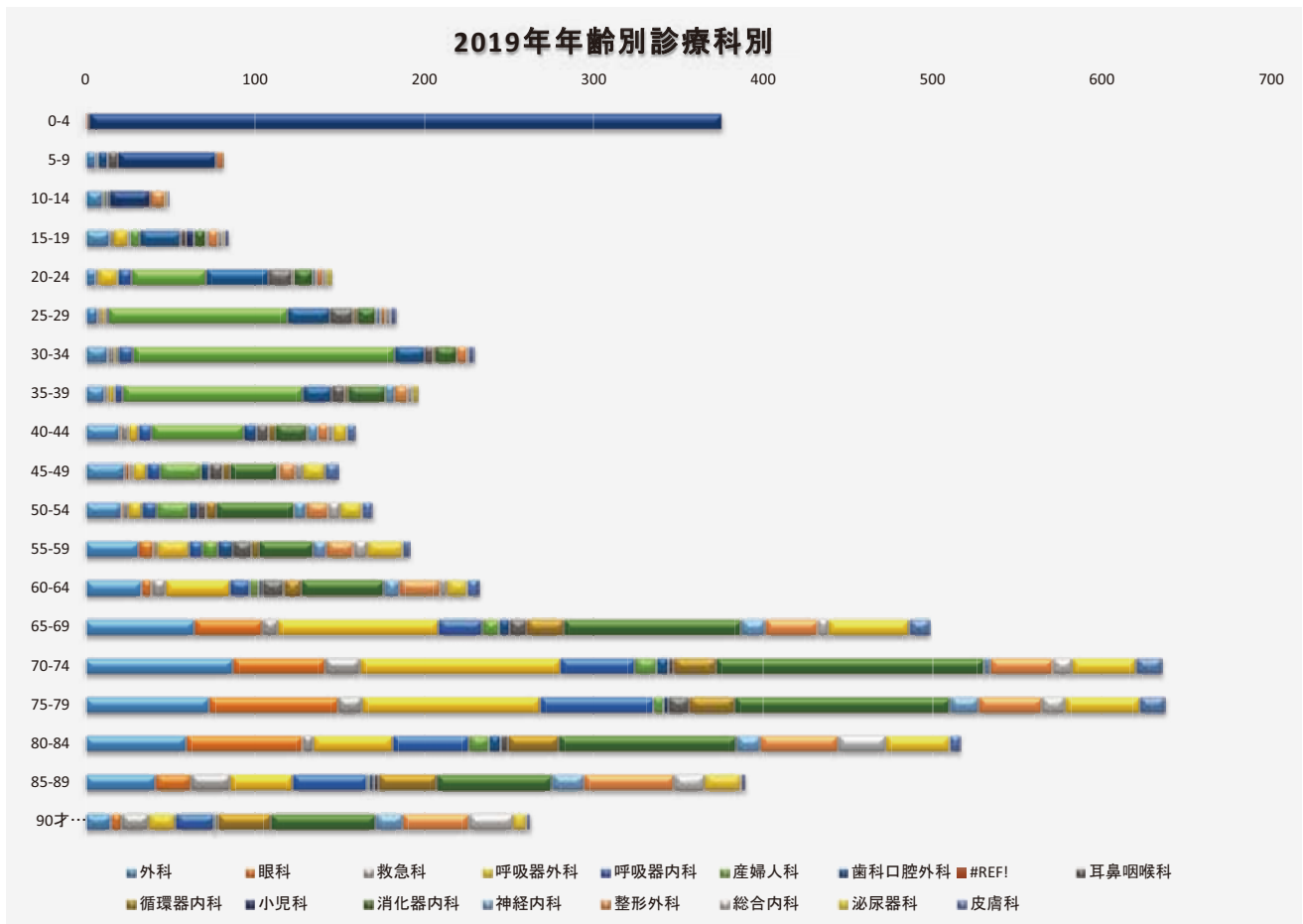
■糖尿病・内分泌内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バス
100070xx99x100	2型糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く。）（末梢循環不全なし。） 手術なし 手術・処置等 2 1あり 定義副傷病 なし 85歳未満	-	-	13.72	-	-	-
100040xxxxx00x	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	-	-	13.41	-	-	-
100071xx99x100	2型糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く。）（末梢循環不全あり。） 手術なし 手術・処置等 2 1あり 定義副傷病 なし 85歳未満	-	-	14.10	-	-	-
100202xxxxxxxx	その他の副腎皮質機能低下症	-	-	10.83	-	-	-
110310xx99x0x	腎臓または尿路の感染症 手術なし 定義副傷病 なし	-	-	12.58	-	-	-



2019年度 退院患者性別・年齢別分布

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90才以上	総計
外科		6	10	14	6	7	13	11	20	23	21	31	33	64	87	73	59	41	15	534
眼科									1	3	1	9	6	40	54	76	69	21	6	286
救急科		1		2	1	2	4	2	4	2	3	2	8	9	21	14	6	23	16	120
呼吸器外科				9	12	3	2	4	6	8	8	19	38	95	118	105	47	37	16	527
呼吸器内科				1	8	1	9	5	8	8	9	8	12	26	44	67	45	44	23	318
産婦人科			1	6	44	106	154	106	54	24	19	9	5	10	13	6	12	1	1	571
歯科口腔外科		6	2	24	37	25	18	17	8	5	5	9	2	6	7	3	7	3	0	184
耳鼻咽喉科	1	6	1	3	14	14	5	8	7	8	5	11	13	10	3	12	4	3	1	129
循環器内科				1	2	1	1	2	4	4	6	4	10	22	25	27	30	34	31	203
小児科	373	58	24	5															0	460
消化器内科				7	11	11	13	22	19	28	46	32	49	105	158	127	105	68	62	863
神経内科				1	2	3	3	5	6	1	7	8	9	14	4	17	14	19	16	126
整形外科		4	9	6	4	3	6	8	6	10	13	16	24	31	37	37	46	53	39	352
総合内科				3	2	3	1	3	3	4	7	8	4	6	11	14	28	18	26	141
糖尿病・内分泌内科				2	2	7	6	6	5	7	11	8	2	10	13	18	8	8	15	128
泌尿器科			1	1	3			3	8	13	13	21	12	48	38	44	38	22	8	273
皮膚科			1	2		3	3		5	8	6	4	7	12	15	15	6	2	2	91
総計	374	81	49	86	147	190	235	202	164	156	180	199	234	508	648	655	524	397	277	5306



# 第14回 院内研究発表会

## 第 14 回 院内研究発表会 プログラム(ポスター掲示)



日 時：令和 2 年 3 月 16 日（月）～ 19 日（木）

場 所：2 階渡り廊下（南病棟～外来病棟間）

番 号	題 名	部署・氏名	
1	大腿骨近位部骨折患者における術後の歩行能力と側方リーチテストの関連	リハビリテーション科	荒木 貴光
2	言葉の壁を超えろ!! ～外国人糖代謝異常妊婦に対する栄養指導の取り組み～	栄養管理室	谷口 恵美
3	血液培養装置 BACTEC FX40 による培養陽性時間の検討	研究検査科	山中 淳
4	放射線科読影レポートにおける未参照通知機能の効果	放射線科	安倍 朱音
5	調剤過誤ゼロを目指して	薬剤部	西村 幾美
6	診療費債権回収業務委託契約の導入	企画課	吉田 和弘
7	令和 2 年 1 月インフルエンザアウトブレイク経験して	感染管理対策室	東出 美香
8	身体拘束「ゼロ」に向けたセーフティナース会の取り組み	セーフティナース会	湯上 幸子
9	看護管理者の能力向上に向けた活動～ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）を目指して～	看護師長会	中島 利恵
10	当院独自のチェックシートを用いたハイリスク妊産婦の選定の実践と評価～ハイリスク妊産婦の継続支援～	南 3 病棟	吉川 友美子
11	大腿骨頸部骨折・大腿骨転子部骨折術後の高齢患者の踵部の褥瘡予防方法の検討～ワセリンによる保湿を実施して～	南 4 病棟	外川 翼
12	糖尿病教育入院前後での糖尿病治療に関する負担感情の変化～ PAID を使用した患者の負担感情変化の検討～	南 5 病棟	伊藤 将大
13	末梢静脈からのオキサリプラチン投与時の血管痛に対する輸液加温器アニメックの有用性の検討	南 6 病棟	岩下 尚子
14	麻薬性鎮痛剤（レスキュードーズ）の自己管理に向けた取り組みについて	南 7 病棟	豊田 幸香
15	患者体験型勉強会を取り入れた、車椅子座位時の褥瘡予防の取り組み	東 2 病棟	鳩 彩乃
16	全身麻酔の術後 HCU に入室する患者への HCU 看護師が行う術前訪問の導入～パンフレットを使用した術前訪問による患者の不安の軽減～	HCU	村山 仁衣菜
17	外来における看護師のストレス実態調査～NSS-J 調査を通して～	外来	井上 睦実
18	副看護師長会活動報告～副看護師長会の取り組みについて～	副看護師長会	今津 宗一郎

## 1. 大腿骨近位部骨折患者における術後の歩行能力と側方リーチテストの関連

リハビリテーション科 ○荒木 貴光、中本 久一、菊池 克久

- 【目的】 大腿骨近位部骨折は、側方への転倒が大きな要因となっている。また術後においては、歩行の自立度を判断する客観的指標に乏しく、担当者の主観に依存するところが大きい。自立度判定のため、前方への重心移動を評価する Functional Reach Test(以下、FRT)を用いた報告は認められるが、側方へのバランス評価は乏しい。今回、大腿骨近位部骨折術後患者において側方リーチテスト(以下、LRT)が自立度判定の指標と成り得るか検討する。
- 【方法】 対象は、左大腿骨近位部骨折術後の指理解良好であった患者2名(症例1.80代女性、症例2.60代男性)とし、立位が安定した時点から1週間毎にLRT、FRT、LRT時荷重率(以下、WBR)を測定。歩行器、T字杖の歩行が監視下10m以上可能となった日にも上記項目及び10m最大歩行速度を測定。
- 【結果】 2症例共に経過に伴いWBR、LRT値の改善を認めた。症例1は、術後27日目に歩行器歩行が監視、症例2に比較し、初期の左LRT値に対する左WBR、FRT値が低かった。症例2は、術後5日目に歩行器歩行、7日目に杖歩行が監視、症例1に比較し、初期の左LRT値に対する左WBR、FRT値が高かった。
- 【考察】 症例1は、受傷前から歩行車歩行レベルと元々のバランス能力が低く、回復に時間を要したと考えられる。症例2は、症例1に比較し、初期から歩行能力が高かったが、左LRT値が低かった。これらは、症例1が症例2に比較し、左LRT値に対する左WBRが低く、LRT時に適切に荷重出来ていなかった可能性があると考えられる。また、FRT/LRT比が低く、LRT時の体幹回旋等の代償運動の影響も考えられる。
- 【結論】 今回は、歩行能力とLRTの関連を明らかに出来なかった。今後は、LRT測定時のアライメントの規定を行い、対象者数を増やし、検討していく必要がある。

## 2. 言葉の壁を越えろ！！

～外国人糖代謝異常妊婦に対する栄養指導の取り組み～

栄養管理室 ○谷口 恵美、田中 勝久、山根 あゆみ、畠中 真由  
山本 順子、源藤 真由、鈴木 翔太  
石河 顕子、坂田 瑞稀、前野 恭宏

- 【背景】 2019年4月にいわゆる改正出入国管理法が施行され、東近江市市民のうち、外国籍住民の割合は約2%から3%へと増加傾向である。今後、当院を受診される外国人患者も増加することが予想される。
- 【要旨】 当院を受診された外国人患者のうち、糖代謝異常を有する外国人妊婦に対して栄養指導を複数名経験した症例の中には患者自身が全く日本語を解せず、同伴近親者も患者の母国語を解しないというような介入に難するケースもあった。指導方法も個別に対応し、翻訳アプリの利用・通訳者を解した指導など多様であった。手りの指導媒体など、我々が行っている工夫を課題を交えて紹介する。
- 【結語】 外国人妊婦への栄養指導を通して、言葉の壁が治療の大きな障壁になり得ることを再確認した。増加する外国人に対し、医療者側の他文化理解と指導技術が求められるとともに、効率的な指導ツールの整備が必要と考える。



### 3. 血液培養装置 BACTEC FX40 による培養陽性時間の検討

研究検査科 ○山中 淳、長岡 由香理、岡部 勲、前野 恭宏

- 【目的】血液培養検査は、感染症において重要な検査で、血液培養陽性の判定は抗生剤投与に大きく影響する。従来、BACTEC 90501 台で対処していたが、2017 年 2 月に血液培養装置 BACTEC FX40 が導入され 2 台となった。新規の装置は、これまでの装置と機能・原理は同じであるが、新たに培養陽性までの時間が記録される機能が追加された。そこで、培養陽性時間と菌種の関連性について検討した。
- 【対象と方法】2019 年 12 月 21 日から 2020 年 2 月 7 日までに提出された血液培養検査 133 件を対象とした。菌株の同定は自動同定感受性装置フェニックス M50 を使用した。
- 【結果】分離された菌株総数は 33 株。分離菌はグラム陽性球菌 22 株（平均陽性時間 22 時間）、グラム陰性桿菌 10 株（平均陽性時間 19 時間）と有意な差は認めなかった。培養陽性時間は、8-12 時間 6 件（27.6%）、3-24 時間 29 件（50.0%）、25-48 時間 8 件（13.8%）、48 時間以上（8.6%）と 2/3 以上が 24 時間以内に分離された。
- 【考察】培養時間と菌種との関連はなかった。これは、血液中の菌が微量なため菌量が大きく左右するものと思われる。しかし、発育の遅い酵母様真菌では、44 時間と長時間要した。また、抗菌薬投与後の再感染例では、最短 38 時間とかなり抗菌薬の影響が示唆された。
- 【結論】今回の検討では、期間が短く培養陽性時間と菌種との間に明確な関連性が見いだせなかった。しかし、CV ポートと末梢血同時採血例では、培養陽性時間を計測することで CV ポートからの感染が証明された。今後も症例数を増やし、コンタミネーションを含めて検討を続けていきたい。

### 4. 放射線科読影レポートにおける未参照通知機能の効果

放射線科 ○安倍 朱音、川嶋 里佳、太田 竜介、泊 義幸  
村川 圭三

- 【目的】近年、放射線科読影レポートの未参照によって病変を指摘されているにも関わらず放置し、医療事故につながった報道が散見される。当院では 2019 年 9 月の電子カルテ（以下、電カル）更新時に未参照レポートがある場合、通知するシステムを採用した。通知の機構は、電カルログイン者が依頼した放射線科各種検査において未参照レポートが存在すれば画面の右下に「未参照のレポートが存在します。」と表示点滅し通知するものである。今回、電カル更新前の未参照通知機能（以下、通知機能）がない場合と更新後の通知機能を運用した場合において未参照レポート件数の推移を調査し、その効果について調べる。
- 【方法】調査は、通知機能の運用前、運用後の同月において CT、MRI、RI の未参照件数および全検査件数に対する割合を調べた。また通知機能の認識や活用などについてアンケート調査を行った。
- 【結果】通知機能の運用前後ではレポートの未参照件数および、その割合は減少した。アンケートからは通知機能の認識は持たれており、活用されている状況も確認できた。
- 【考察】未参照件数の減少は、通知機能により未参照レポートの存在に気づきやすくなったためと考える。また、未参照レポートを 1 クリックで参照できることから利便性が高く、活用されたものと考えられる。
- 【結論】放射線科読影レポートの通知機能を採用することにより、レポート未参照件数は減少し、その効果が見られた。  
通知機能を運用することにより未参照による医療事故は減少の可能性がある。

## 5. 調剤過誤ゼロを目指して

薬剤部 ○西村 幾美、庄野 裕志、河合 実

- 【背景】医療安全推進と医療の質向上に対する薬剤師の関与が重要視されている。薬剤に関わる事故は重篤な転帰を辿ることもあり、安全性を確保するために医療事故の要因分析を行うことは重要である。これまでも薬品の配置変更などの対策を講じ件数減少へつなげてきた。今年度、新電子カルテシステムの導入をすることから、これまで行えなかった対策をとる事ができ、効果を認めたので報告する。
- 【方法】2019年5月ヒヤリハット事例の環境要因分析のため、ヒヤリハット事例記載用紙の変更を行った。集積したヒヤリハット事例を分析し、9月新電子カルテシステム導入時に調剤方式の変更・処方せん表記の変更を行った。また、10月には部員のタイムスケジュールの変更も行った。さらに11月人為的要因分析し、各個人に合った過誤対策を講じるため、薬剤部員を3グループに分けスモールグループディスカッション(SGD)を行った。
- 【結果】ヒヤリハット報告件数は2019年4月～8月 内服:74件 注射:44件、9月～1月 内服:63件 注射:27件であった。また、インシデント報告件数は2019年4月～8月 内服:4件 注射:2件、9月～1月 内服:2件 注射:0件であった。SGD実施前(10～11月)のヒヤリハット事例報告件数は44件、SGD実施後(12月～1月)は34件であった。
- 【考察】今年度のインシデント報告件数・ヒヤリハット報告件数は減少傾向にあり、新電子カルテ導入に合わせ行った対策は効果的であったと考えられた。また、SGDによって講じた対策の効果を検証して、さらなる対策を構築していく必要がある。今後も調剤過誤ゼロを目指し、医療安全への貢献へつなげていきたい。

## 6. 診療費債権回収業務委託契約の導入

事務部企画課 ○吉田 和弘、山田 生三郎、森内 宏治

- 【目的】当院での医療費債権未収額は、毎年、約2千万円以上に上っており、これは医業収益の約0.3%に当たる。
- このため、医療事務業務委託業者(ニチイ学館)と、当院財務管理係長による督促業務を実施するも、回収率約1.0%と、著しい効果が上がっているとは言い難く、もっと効果・効率的な回収方法について、検討した。
- 【方法】世の中には診療費債権の回収業務を実施している業者があり、その中には、弁護士法人の経営や、弁護士を抱えている業者もいる。こういった業者は、合法的に回収業務を遂行でき、全国的に医療機関からの受託実績があり、且つ、回収効果も高い、との調査結果により、当院でも、債権回収委託業務の導入を行うこととした。
- 【結果】「公募型企画競争契約」という、所謂、業者プレゼンテーションにより、価格点及び運営方法等を総合的に判断し、業者を決定した。これは、予定価格を上回る業者とは契約せず、ある程度の品質を確保できる業者を選定できるメリットがある。結果として、2者応札し、「弁護士法人ライズ綜合法律事務所」を契約業者として選定した。
- 【考察】現在、2千万円の未収債権について、債権回収業務を委託したところである。回収率は30%を目標としており、これにより6百万円の債権回収が見込める。なお、成功報酬制としており、業者取り分は25%である。
- 【結論】債権回収については、事務職が慣れない督促を行ったところで、費用対効果ならぬ「時間対効果」「手間対効果」が芳しくない。専門分野は、専門業者に外部委託する事で浮いた時間を他業務に傾注し、業務効率化を図ることは、「働き方改革」にも通じるものと考えられる。また、病院経営の一旦を担うこととなることは、言うまでもない。

## 7. 令和2年1月 インフルエンザアウトブレイクを経験して

感染管理対策室 ○東出 美香、杉本 俊郎

【目的】アウトブレイクを繰り返さないために感染対策を評価する。

【方法】インフルエンザ（以下Fluとする）が拡大した病棟要因を明らかにし、患者要因としてバーセルインデックス（基本的生活動作評価尺度：以下BI）を用いて分析する。

【経過・結果】1月18日Flu陽性患者8名、Flu陽性看護師1名、1月21日Flu陽性看護師1名、1月22日Flu陽性患者1名（1月18日のFlu陰性患者）であった。Flu陽性患者9名の診療科、病棟内看護チームの関係性は断言できず、発症した病室も4人部屋6室であった。感染対策として1月18日より入院制限・転棟制限・面会制限、接触患者17名に予防内服を実施。感染対策の再周知を行った。HCUの面会者の待機場所を東2病棟のラウンジからHCU入り口でスクリーン及び椅子を置き対応とした。1月22日に病棟患者12名に追加の予防内服を実施した。病棟に携わる職員27名の希望者にも予防投与を実施した。BIはFlu陽性患者9名中100点が4名、15点以下が4名、50点が1名であった。

【考察】Flu陽性患者は1月17日から発熱、上気道症状があり病棟看護師が早期に気が付いたことが今回のアウトブレイクが拡大しなかったことに寄与したと考える。Flu陽性患者のBIより生活動作自立患者が移動や食堂の利用によりFluが拡大した可能性と、それらの患者に接触した職員の手指を介し感染が伝播した可能性が高いと考える。また、面会者、外出者の関与は完全否定できず、患者、家族への感染防止教育及び外出時に症状がある場合は事前に報告してもらうことも伝えていく必要がある。

【結語】感染防止対策患者教育、適切な標準予防策実施がアウトブレイクを繰り返さないために重要である。

## 8. 身体拘束「ゼロ」に向けたセーフティナーズ会の取り組み

看護部 ○湯上 幸子、打越 智子、セーフティナーズ会メンバー

【目的】身体拘束実施患者の多くは、認知症状を有し、転倒予防、ルート抜去防止などの安全を確保する目的で身体拘束が長期化する現状があった。そこで、看護部セーフティナーズ会で身体拘束「ゼロ」に向け、認知症ケアの取り組みとチームカンファレンスの充実により、身体拘束実施率の減少、実施期間の短縮に効果があったため報告する。

【方法】1. 身体拘束回避マニュアル遵守によるカンファレンス実施と認知症ケアの取り組み

2. 全病棟の身体拘束実態調査および転倒転落、チューブ類インシデント発生率の比較

調査期間：令和元年4月～令和2年1月

【結果】身体拘束実施患者（率）は、令和元年5月26人（13.8%）→11月28日（7.3%）と減少。また、実施期間も57.3→38.4日に短縮。チームカンファレンスを行うことで身体拘束の回避や終了に繋がり、地域包括病棟では、身体拘束「ゼロ」を実現することができた。インシデント発生率は、転倒転落2.65%（昨年3.35%）、チューブ類1.91%（昨年2.42%）と減少した。

【考察】身体拘束「ゼロ」に向けて認知症ケアの充実、チームカンファレンスを行うことで身体拘束の回避や早期の終了に繋がった。その期間、転倒転落、チューブ抜去などのインシデントの増加はみられていない。診療報酬では、身体拘束実施することで、認知症ケア加算が減算されるため、経営改善の観点からも有用である。

【結論】身体拘束「ゼロ」に向けて取り組むことで実施率の減少、期間の短縮につながった。その期間のインシデント発生率の増加も見られなかった。今後は身体拘束「ゼロ」を全病棟でも実現できるよう取り組む。



## 9. 看護管理者の能力向上に向けた活動 ～ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）を目指して～

看護師長会 ○中島利恵、川瀬正裕、看護師長会メンバー

【はじめに】看護管理者として、看護職員が安心して働き続けられる環境を提供したいと考え、「ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）」をキーワードに、問題改善に向け取り組んだため報告する。

【目的】看護管理者として必要な看護管理能力を向上できる。

- 【目標】
1. ヘルシーワークプレイスを理解し、看護管理者に求められていることを理解できる。
  2. 業務上の危険要因について、自部署の問題を抽出できる。
  3. 改善に向けた実践を行い、成果を出せる。

【活動内容】看護師長会で「ヘルシーワークプレイスとは」を理解し、業務上の7つの危険の各要因について問題を抽出した。全部署に共通した要因は『勤務・労働時間要因』であったが、各部署の特徴により統一した活動は難しいと考え、各部署で活動することとした。問題抽出は、患者数や入退院数、勤務者数、看護必要度などの項目について、11月と1月の1週間調査し数値化して前後比較した。

【結果】改善した部署は、新たに受け入れ始めた診療科の看護の充実を図ったB病棟と、業務量に応じ人員配置を行ったD病棟であった。また、F病棟は調査期間が感染拡大となり、感染拡大の影響を受けたC病棟と共に評価に至れず。しかし、C病棟は看護師の経験年数に着眼し、日々の勤務者の経験度の平均化を図っている。A・E・G・H病棟は明らかな改善は見られず今後も継続し評価していく必要がある。

【結論】看護管理者として、ヘルシーワークプレイスを理解し同じ目標をもって活動することができた。今回『勤務・労働時間要因』に焦点を当て、データを用いて問題を抽出し各部署の特徴をもとに改善に向けた取り組みを行うことができた。

## 10. 当院独自のチェックシートを用いたハイリスク妊産婦の選定の実践と評価 ～ハイリスク妊産婦への継続支援～

南3病棟 ○吉川 友美子、瀬戸 亜里沙、寺西 真理、谷 くるみ  
小辰 葵、松村 好美、佐々 純子、宮地 聡子

【目的】昨年度作成したチェックシートの妥当性を検証し、評価、改善することを目的とした。

【方法】質的研究。当院で妊婦健診を受けており、研究期間中に分娩、1ヶ月健診を行なった全例の妊産褥婦を対象に、外来保健指導でチェックシートを用いてハイリスク妊産婦の抽出を行った。また産後のアンケート及びエジンバラ産後うつ質問票（以降、EDPS）の集計から、身体的・精神的・社会的側面からスクリーニングが行なえているか検証した。

【結果】研究期間中の対象者のうちハイリスクとして抽出出来た対象は10名であった。いずれも身体的・社会的・精神的な要因から実際に問題となる点が見られた。一方で妊娠中のチェックシートの評価ではハイリスクとして抽出されなかったが、EDPSにて高得点であり支援が必要であった対象は6名おり、これらの対象者の特徴としては外国人・切迫早産での入院歴が挙げられた。

【考察】ハイリスクと抽出された10名は、実際に支援が必要な方々であったと考える。しかしハイリスクとして抽出されなかったが、EDPSにて高得点（9点以上）であった褥婦がいたことからチェック項目の内容が十分でなかったことが挙げられる。切迫早産は長期入院によるストレスがあること、外国人は言語や習慣の違い、サポート不足であることから、この項目に該当する対象者もハイリスクとして支援する必要がある。EDPSを用いることで産後うつの評価がしやすくなり、今後活用すべきと考えた。

【結論】昨年度作成したチェックシートは有用であったと言える。さらに「切迫早産での入院歴」「外国人」などの項目を設け、「産後うつ」の項目を「EDPS9点以上」に変更することを改善点とした。



## 11. 大腿骨頸部骨折・大腿骨転子部骨折術後の高齢患者の踵部の褥瘡予防方法の検討 ～ワセリンによる保湿を実施して～

南 4 病棟 ○外川 翼、村田 梓、望月 里咲、橋本 浩和  
北田 香奈子、平田 和幸

- 【目的】 大腿骨頸部骨折・大腿骨転子部骨折術後患者の踵部にワセリンを塗布し、保湿を行うことによる褥瘡予防の効果を明らかにする。
- 【方法】 研究対象は 2019 年 9 月 1 日～2020 年 1 月 31 日に入院し大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折の手術を受けた患者で①65 歳以上②下肢麻痺がない③持ち込み褥瘡が無い④術前の栄養状態が TP6.0g/dL、ALB3.0g/dL 以上である。毎日踵部にワセリンを塗布し保湿する前と保湿を開始した後の踵部の水分量とずれ力を測定し保湿の効果を数値化した。術前と術後 7 日目の数値を t 検定で分析した。
- 【結果】 研究対象者は 17 名であり、平均年齢は 83.94 歳であった。大腿骨転子部骨折の患者が 11 例、大腿骨頸部骨折の患者が 6 例であった。すべての患者に褥瘡発生はなかった。水分量は術前と術後 7 日目を比較すると、増加が 14 例、減少が 2 例、変化なしが 1 例であった。ずれは術前と術後 7 日目を比較すると、増加が 6 例、減少が 11 例であった。
- 【考察】 水分量では有意差を認めため、ワセリンを塗布することで水分量は増加し保湿に効果があるといえる。ずれでは有意差は認められなかったが、減少する傾向にあると考えられる。結果より水分量は増加、ずれは軽減し褥瘡は発生しなかった。そのことからワセリン塗布は効果があったと考えられる。また、ワセリンを塗布することで観察や除圧の意識付けにもつながったと考えられる。ワセリン塗布などのスキンケアと共に体圧分散ケア、栄養管理も総合的に行っていくことで褥瘡予防につながると考えた。
- 【結論】 褥瘡は発生しなかったため、ワセリンは水分量を増加し保湿効果とずれ力を減少する傾向がある。

## 12. 糖尿病教育入院前後での糖尿病治療に関する負担感情の変化 ～ PAID を使用した患者の負担感情変化の検討～

南 5 病棟 ○伊藤 将大、木下 裕可里、樋口 由希、早川 直子  
前野 恭宏

- 【目的】 PAID という統一した評価指標を用いて客観的な評価を行うことで、教育入院患者が入院生活を通して、どのように思いが変化しているのか明らかにする。
- 【方法】 対象者へ入院時（入院日または 2 病日目）に PAID 質問表の記載を依頼し、回答いただいた質問表の項目に対しての聞き取りを実施。退院日前日に再度質問表の記載をしてもらい聞き取りを実施した。
- 【結果】 30 歳代～80 歳代の 2 型糖尿病患者 7 名を対象に質問表の記載・聞き取りを実施した結果、PAID 点数を前後で比較すると 4 名が減少、3 名が上昇する結果となった。各症例の結果を読み解く中で、「食事療法について」、「糖尿病教育」、「周囲からのサポート」の 3 側面についての意見が多く挙げられた。
- 【考察】 食事療法に関しては、意識の低下が疾患の悪化や再教育入院に繋がっているのではないかという事が示唆された。糖尿病教育に関しては、初発患者すべてにおいても不安を抱きながらも、自分なりに治療を継続していくことへの前向きな発言がみられるようになった。周囲からのサポートに関しては、7 例中 6 例が配偶者または親が同居されているが、必ずしも協力体制が得られる状況ではない現状があり、家族や周囲の人へ協力が得られるように教育していく必要があることが示唆された。
- 【結論】 食事療法に関しては、意識の低下が疾患の悪化や再教育入院に繋がっているのではないかという事が示唆されたため、退院後も定期的な知識の確認と継続した指導を実施していく必要である。また、家族や周囲の人から適切なサポートが得られるように入院中より家族指導や生活歴の聴取を行い、退院後の療養生活を支えていく環境づくりを支援していく必要がある。

### 13. 末梢静脈からのオキサリプラチン投与時の血管痛に対する 輸液加温器アニメックの有用性の検討

南6病棟 ○岩下 尚子、下井 まどか、中村 良子、恵美 徹生  
宮城 暢子、川瀬 正裕

- 【目的】 輸液加温器の使用の有用性を明らかにし、オキサリプラチンの投与時の血管痛の予防を図る。
- 【方法】 末梢静脈からオキサリプラチンを投与している初回、2回目以降の患者を輸液加温器アニメックの使用とホットタオルでの保温を行う患者(A群)とホットタオルでの保温のみ行う患者(B群)に無作為に分け、血管痛の有無に関する実態調査である。
- 【結果】 今回A群3名(患者1~3)、B群4名(患者4~7)、計7名の患者の協力を得て血管痛について評価を行った。疼痛を訴えたのは7名中3名であり、A群2名(66%)・B群1名(25%)であった。
- 【考察】 輸液加温器・ホットタオルはどちらも1)「血管を拡張し、血流量を多くすることで薬液が流れやすくなる、寒冷刺激による血管痛の誘発を防ぐ」ことができると示されている。患者2と患者7は輸液加温器とホットタオルを外した状態で血管痛が出現しているため、輸液加温器やホットタオルの使用は血管痛の予防に有用である可能性がある。血管痛が出現した事例では、患者7のみ血管痛(NRS)が増強しており、輸液加温器は出現した血管痛の増強を防ぐことができている可能性がある。しかし、輸液加温器を使用した患者群の方が血管痛の出現の割合が高く、輸液加温器の使用は血管痛の予防に有用であるとは言い切れない。ホットタオルの使用は温罨法によるリラックス効果を与えた。
- 【結論】 オキサリプラチンの血管痛予防に対して輸液加温器が必ずしも有用ではない可能性がある。症例数が少なく一般化できないため症例数を増やして継続的に介入していく必要がある。温罨法によってリラックス効果をもたらす治療への不安の軽減につながった。

### 14. 麻薬性鎮痛剤(レスキュードーズ)の自己管理に向けた取り組みについて

南7病棟 ○豊田 幸香、加藤 孝子、福田 志穂、寺田 遥奈  
伊藤 美里、緩和ケアチーム、薬剤部

- 【目的】 患者がレスキュードーズ(以下レスキュー)を自己管理できるよう麻薬自己管理体制を整えることで、突出痛出現から服用するまでの時間を短縮し、患者が希望する適切なタイミングでレスキューを服用することで、効果的な鎮痛が図れるかを調査した。
- 【方法】 麻薬自己管理に関するシステム作りを行い、麻薬自己管理アセスメントにおいて自己管理可となった対象患者に対して自己管理を導入した。また、対象患者に自己管理に関するアンケート、南7階病棟看護師25名に対して、麻薬自己管理に関する医療者の意識調査アンケートを実施した。
- 【結果】 先行研究を参考に麻薬自己管理手順を作成し、内容は表現方法を明確にすることで、統一したアセスメントが行えた。A氏へ導入した際には、突出痛出現時は自己判断でレスキューを服用できており、麻薬管理も問題なく経過できた。アンケート結果でも、服用までの時間が短くなりすぐに飲んでいたと回答があった。医療者、患者共に今回麻薬自己管理を導入したことでバリエーション発生はなかった。
- 【考察】 麻薬自己管理導入にあたり、医療者と患者にとって不安のない麻薬自己管理システムの構築が必要であった。緩和ケアチームや薬剤部と問題点を抽出し基準を定めたことで、バリエーションの発生のない安全な麻薬自己管理システムの構築が出来たと考える。A氏は自己管理導入後からは痛みを我慢することなく希望するタイミングで服用できており、患者の除痛に対する意識の向上となり、効果的な鎮痛に繋がったと考える。
- 【結論】 麻薬自己管理手順を作成したことで当院独自の麻薬自己管理システムの導入に繋がった。また、自己管理を導入したことで、患者が希望する適切なタイミングでレスキューの使用ができ、効果的な鎮痛に繋がった。

## 15. 患者体験型勉強会を取り入れた、車椅子座位時の褥瘡予防の取り組み

東 2 病棟      ○鳩 彩乃、奥居綾香、巽 美咲、上田 穂乃花  
関谷 美律、大林 夏帆、山崎 幹大、湯室 順子、才田 智子

- 【目的】当病棟では、今年度 1 ヶ月間に車椅子座位による褥瘡が 3 件発生した。患者体験型勉強会を実施し、勉強会前後の車椅子座位時の褥瘡予防について、看護師の意識及び看護実践の変容と褥瘡発生件数の減少や深達度、褥瘡治療日数の短縮につながるのか検証する。
- 【方法】対象：当病棟に勤務する看護師 24 名      研究期間：令和元年 6 月 1 日～令和元年 12 月 31 日  
方法：患者体験型勉強会前後に車椅子座位時の褥瘡予防についてアンケートを実施する。  
分析方法：勉強会前後のアンケート結果を比較検討する。また、褥瘡発生件数、深達度、褥瘡治療日数も比較検討する。
- 【結果】勉強会前のアンケートでは、車椅子座位時の褥瘡予防対策に関して、除圧 36%、体圧分散寝具の使用は 34% と多かった。しかし、スキンケアや排泄ケアに関しては、4～6% と少ない傾向であった。勉強会前後の比較では、褥瘡予防対策の実践について、「できている」0% から 56% に上昇した。勉強会後のアンケートでは、「自分自身の中で変化はあったか」の問いについて「変化があった」と 100% 回答している。勉強会后、車椅子座位による褥瘡発生は 0 件であった。
- 【考察】患者体験型勉強会を実施して、自分自身の中で変化があったと 100% 回答しており、スタッフに意識の変容が見られた。また、車椅子座位時の褥瘡予防対策の実践に関して、勉強会後には 56% と上昇した。これは、車椅子座位時の苦痛と安楽を自ら体験し、苦痛緩和のためのケア実践につながったと考える。
- 【結論】患者体験型勉強会は、患者の苦痛や安楽の経験により、スタッフの車椅子座位時の褥瘡予防についての意識が変容した。

## 16. 全身麻酔の術後 HCU に入室する患者への HCU 看護師が行う術前訪問の導入 ～パンフレットを使用した術前訪問による患者の不安の軽減～

HCU      ○村山 仁衣菜、前田 祥圭、北川 由紀、今津 宗一郎  
才田 智子

- 【目的】パンフレットを使用した術前訪問を導入し、手術後患者の不安が軽減できるか明らかにする。
- 【方法】対象：全身麻酔下における術後 HCU 入室予定患者      研究期間：平成 31 年 4 月 1 日～令和 2 年 3 月 31 日  
方法：A 病院 HCU 特有の不安点、6 項目（HCU のイメージが湧かない、痛みに対する不安、術後の過ごし方、トイレはどうすればよいか、術後の体動制限、術後どのようなコード類装着されるのか）より作成したアンケートを術前および術後に実施する。また、術前には 6 項目を反映させたパンフレットを使用し術前訪問を行う。HCU 退出後、術後アンケートを実施する。分析：術前および術後アンケートの結果をもとに対応のある t 検定にて検証する。
- 【結果】①「手術後 HCU のイメージができず、入室に対する不安がある」の設問では、「そう思わない」と 40% が回答している。設問②「手術後の痛みに対する不安」、③「手術後の過ごし方がイメージできない」、④「手術後、トイレはどうしたらいいか」、⑤「手術後、体をどこまで動かしていかか」、⑥「手術後、どのような管が挿入されるか」では、半数以上が「そう思う」「ややそう思う」と回答している。⑦「手術前の情報が手術直後のイメージと一致していた」の設問では、80% が「そう思う」「ややそう思う」と回答している。術前訪問実施後、設問①は P 値 0.16 であったが、設問②～③は P 値 0.05 以下であった。
- 【考察】設問①以外は P 値 < 0.05 以下で有意差が見られ、術前訪問を行ったことにより患者の不安が軽減したと考える。設問⑦では 80% が術前の説明と術直後のイメージが一致しており、パンフレットが有用であったことがわかる。
- 【結論】パンフレットを使用し、術前訪問を行うことで、術後のイメージを具体的に理解でき患者の不安を軽減することができた。



## 17. 外来における看護師のストレス実態調査 -NSS-J 調査を通して-

外来 ○井上 睦実、増倉 咲子、北野 亜季、奥田 美和子  
今若 真由美、岡本 美佳

- 【目的】NSS-Jを使用したストレス調査を行い、外来看護師のストレス内容を明らかにする。
- 【方法】1) 期間:2019年10月15日～10月28日 2) 対象:外来看護師30名(師長・副師長除く) 3) 方法:フェースシート、Nursing Stress Scale 日本語版(以下、NSS-J)(34項目7下位尺度)無記名自己記入式質問紙調査を実施した。
- 【結果】対象看護師30名中27名、看護師経験年数7～35年で平均は18.1年(SD7.5)、外来経験年数1年未満～20年で平均6.34年(SD5.4)、1か月間で担当した診療科数は平均3.2であった。NSS-Jの総得点は14～82点、平均39.9点(SD13.8)であった。高得点領域は53点以上3名、中得点領域は26点以上53点未満20名、低得点領域は26点未満4名であった。下位尺度VI【労働量】因子別平均点1.8と最もストレスが高い。外来経験年数別比較では、3～5年目が最も高く、続いて1-2年目であった。7年目以降では低くなっていく傾向にある。具体的ストレスの自由記載内容については、32コード抽出された。
- 【考察】多重業務によって、本来看護師として行いたい十分な看護ができていない挫折感、充実感のなさが、ストレスを高くしていると考えた。1-2年目今まで行ってきた病棟看護との違いを感じることや、人間関係の戸惑い、経験と違う分野などに携わることでストレスが高くなると考える。3-5年目は外来看護業務に慣れてくる一方で、委員会や経験の浅い看護師の指導などの役割も増え、ストレスが増大する。
- 【結論】1. 労働量に対してのストレスが最も高い。2. 外来経験年数別比較で3～5年目のストレスが最も高く、7年目以降では低かった。

## 18. 副看護師長会活動報告 ～副看護師長会の取り組みについて～

副看護師長会 ○今津 宗一郎

- 【目的】安全で質の高い看護の提供ができる看護実践能力の強化と人材育成ができる副看護師長看護管理能力の向上を図る。
- 【方法】リーダー育成・PNS強化・管理能力向上の3Gで取り組みを行った。リーダー育成G:「日々のTLとは」の評価実施(5、1月)、業務調整シートの改善。PNS強化G:PNSの役割評価表実施(5、1月)職務満足度調査(7、12月)マインド研修(6月)PNSラウンド(7月)実施。管理能力向上G:副看護師長管理業務基準評価(5、11月)、退院調整リスク因子調査(6、2月)看護必要度1dayチェック(6、9月)事例検討会・勉強会(7、9、11月)実施。
- 【結果】リーダー育成G:「日々のTLとは」の評価結果から、50%以上出来ていなかった2項目は30%以上改善した。PNS強化G:職務満足度調査結果4項目で向上がみられたが3項目で減少した。管理能力向上G:副看護師長管理業務基準の評価で8項目中7項目が上昇した。看護必要度1DAY調査では、適切な記載は7部署中1部署であった。退院調整妨げ要因調査では、第2回調査後の改善策を実施後は「改善された14%」「改善傾向33%」であった。
- 【考察】リーダー育成G:業務調整シートで改善策を具体的に見本として提示したことや残務を記載できる項目を追加したことが改善につながられたと考える。PNS強化G:PNS役割評価表実施・マインド研修を行うことで各役割とPNSにおけるマインドの理解ができ、PNSでの業務を行っていることが明確にできたと考える。管理能力向上G:副看護師長管理業務基準の課題は、事例検討をとおし解決することができるかと考える。退院調整を妨げている原因に対しアプローチを行い、改善に向け取り組むことは、多職種との連携、OJTに繋げることができると考える。
- 【結論】各取り組みにより看護実践能力の強化と人材育成に向けた副看護師長看護管理能力の向上は可能である。



# 院内・国内外イベント

## 東近江総合医療センター トピックス —令和元年度— (院内)



4月1日

職員採用



5月26日

### 看護の日記念行事「看護フェア」

血圧・脈拍・身長・体重・骨密度・体脂肪測定などの健康チェック、手洗いの演習・ロコモ体操やBLSなどの看護・介護演習、高齢者・妊婦体験、ナース服体験コーナー、薬剤・栄養・看護介護相談などを、地域住民を対象に行った。

### 8月22日 臨床談話会

第39回東近江総合医療センター臨床談話会が八日市ロイヤルホテルで開催された。

この臨床談話会は東近江医師会8月例会にひき続いて行われ、多くの開業医の先生方が参加された。



### 12月1日 市民公開講座

エコー装置を準備し、事前に予約された10名を対象に膵臓のチェックを行った。

また、会場では尿で調べられるピロリ抗体の検査がおこなわれ58名が関心をもって参加された。



### 1月11日 第6回東近江内科集中セミナー

受講生は当センターと滋賀県立総合病院の研修医、さらに滋賀医大5回生の一人を加えた15名で、指導医側は講師陣以外に10名を超える当院の先生方、さらに滋賀県立総合病院の松村先生、ヴォーリズ記念病院の五月女先生など多くの先生に参加いただきました。



8月13日

### 盆踊り

今年も滋賀県江州音頭普及会の皆様にご協力頂き、きらめきホールにて盆踊りを開催した。

### 11月10日 御園秋祭り

地域の方々の模擬店が並ぶ中、当院は身体計測・健康相談ブースを開設した。

当日は100名程の地域住民が立ち寄ってくださり地域住民と交流を図ることができた。



2月8日

### 令和元年度防火・防災訓練

令和元年11月に作成した当院BCP(Business continuity plan:事業継続計画)の内容の職員への周知とBCPの内容の「検証」を目的として、総勢96名の職員が訓練に参加した。

災害対策本部チーム、現地指揮所チーム、病棟・部門チームに分かれて実際にBCP、アクションカードを見ながら動いていただき、その問題点や改善点について話し合う時間をとる必要があるため、今回は机上訓練を行うこととした。

4月1日

### 新元号を「令和」と決定

政府は2019年4月1日に平成に代わる元号を「令和」（れいわ）と発表した。

出典は「万葉集」である。4月30日の平成天皇の退位に伴い皇太子さまが新天皇に即位される。5月1日午前0時に改元する。



5月25日 国賓来日

トランプ米大統領が25日午後、来日する。日本政府は元号が令和に変わって初の国賓として迎え、強固な日米関係を国際社会に示す。天皇陛下との会見や晩さん会のほか、安倍晋三首相とのゴルフや大相撲観戦など異例の厚遇で迎える。

6月28・29日

### G20大阪サミット開催

第14回 G20大阪サミット、2019年6月28日から6月29日大阪府大阪市で開催された。

日本で初めて開催されたG20首脳会合となった。会場は大阪国際見本市会場（インテックス大阪）

8月

### 香港で反政府抗議活動

2019年3月から香港で継続して行われている一連のデモ活動の総称である。

このデモは「逃亡犯条例改正案の完全撤回」や「普通選挙の実現」などを含む五つの目標「五大要求」の達成を目的としている。

9月24日

### トゥンベリさん、怒りの訴え 国連気候サミット閉幕

スウェーデンの高校生環境活動家グreta・トゥンベリ(Greta Thunberg)さんは23日、米ニューヨークで開幕した国連気候行動サミット(UN Climate Action Summit 2019)で演説した。トゥンベリさんは、世界の首脳らが温室効果ガス排出問題に取り組まず、自分たちの世代を裏切ったと非難し、「よくもそんなことを」と怒りをぶつけた。

アントニオ・グテレス(Antonio Guterres)国連事務総長が開催した同サミットは、実現が危ぶまれる地球温暖化対策の国際的枠組み「パリ協定(Paris Agreement)」を再び勢いづかせる狙いがある。熱のこもったトゥンベリさんの演説は、サミットの基調を定めるものとなった。

### 7月18日 京都アニメーション放火殺人事件

2019年(令和元年)7月18日に京都府京都市伏見区で発生した放火殺人事件。

アニメ制作会社「京都アニメーション」の第1スタジオに男が侵入し、ガソリンを撒いて放火したことで、男を含む70人が死傷した。

10月1日

### 消費税10%スタート

2019年10月1日、消費税率が8%から10%に引き上げられた。急激な少子高齢化が進む中で、膨らみ続ける社会保障財源を確保することが狙いだが、国民負担の増加で景気が失速するリスクと背中合わせで、政権にとっては難しいかじ取りを求められる。消費税をめぐる曲折の歴史を振り返る。



11月18日

### ローマ教皇が38年ぶり来日

第266代教皇フランシスコが11月23日から26日に38年ぶりの来日。

ローマ教皇の来日は、1981年の第264代教皇ヨハネ・パウロ二世以来、2度目となります。

今回の教皇来日のテーマは、「すべてのいのちを守るため～PROTECT ALL LIFE」です。

11月3日～5日

### ASEAN 首脳会議開催

11月4日(月曜日)午後5時15分から午後6時10分(現地時間)まで、タイにおいて、日ASEAN首脳会議が開催され、我が国から安倍総理大臣が出席した。

最後に、議長国タイは、すべての参加国の賛同を得て、連結性に関する日ASEAN首脳会議共同声明の発出を宣言し、会合を了した。

### 1月17日 「チバニアン」正式決定 千葉の地層、地質時代名に

チバニアン(英語:Chibanian)は、地質時代の区分の一つで、78.1万年前から12.6万年前までの期間である。

2020年1月17日、国際地質科学連合により「チバニアン」(Chibanian、千葉時代)と命名された。

### 2月3日 新型肺炎でクルーズ船が横浜港停泊

2月3日に横浜港に到着しているクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」については、海上において検疫を実施中ですが、これまで新型コロナウイルスに関する検査結果が判明した31名のうち、10人については、新型コロナウイルス検査の陽性が確認されたため、神奈川県内の医療機関へ搬送されました。

### 1月31日 英国がEU離脱

3度も延期されていたが、2020年1月31日午後11時(GMT、EU本部のあるブリュッセルの中央ヨーロッパ時間では2020年2月1日午前0時)、イギリスは正式にEUを離脱した。



3月25日

### 新型コロナウイルス国内感染者2千人超

新型コロナウイルスの感染拡大が続く中、国内では25日、東京や千葉、青森といった20都道府県と空港検疫などで計96人の感染が確認された。1日の感染者としては最多。クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス」の乗船者を含め、感染者は2,000人を超えた。



写真提供:時事通信フォト 令和2年11月

## 【編集後記】

2019年度の業績集が完成しました。2019年度の業績集ですが、実際の作業は、2020年度に行われました。2020年度は、広報委員長の交代や、新型コロナウイルス感染症の蔓延等がありましたが、病院の職員の皆様のご尽力により、無事完成いたしました。編集の任にあられた、明比氏、古田氏に深謝いたします。

2020年11月

内科診療部長 杉本 俊郎



## 2019 業績集

発行 独立行政法人国立病院機構  
東近江総合医療センター

印刷 株式会社 ヤマジ  
滋賀県東近江市緑町 14 番 5  
0748-20-4416

