

100
YEARS



Kokura Memorial Hospital

1916 → 2016

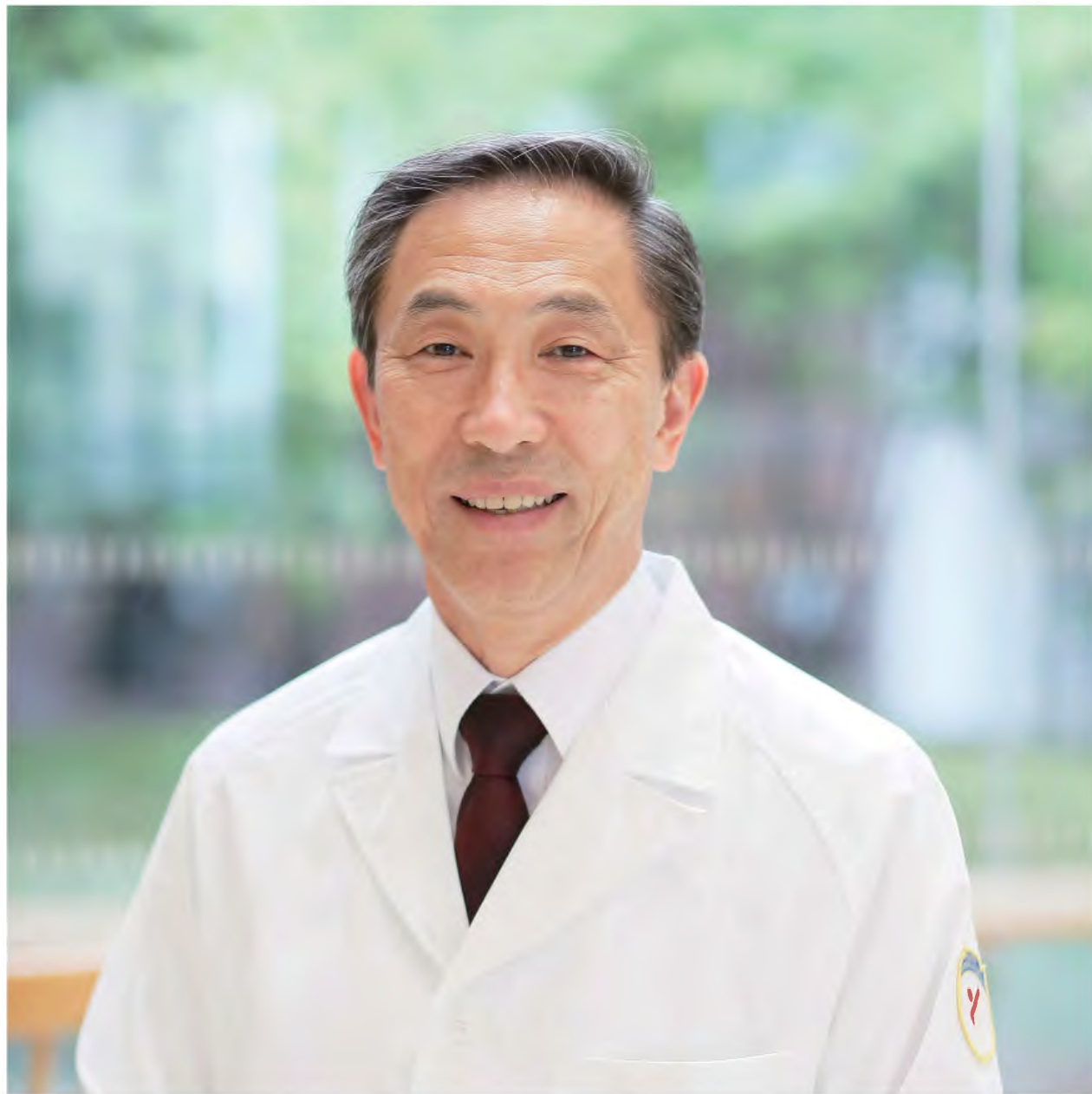
100

YEARS



Kokura Memorial Hospital

いつもの暮らしに、いつものあなた



100周年を迎えて

小倉記念病院 病院長 永田 泉

2016年(平成28年)6月25日、小倉記念病院はめでたく創立100周年を迎えることが出来ました。当院は大正5年6月25日、京都大学助教授を辞した副島豫四郎先生が宝町にあった外科病院を母体に私立小倉記念病院を創立されたのが始まりです。大正天皇の御大典が大正4年に行われたことを記念し、「小倉記念病院」と命名されました。宝町という町名は現在残っておりませんが、常盤橋東詰から南に延びる中津街道や香春街道の起点となる由緒正しい町でした。その後病室の増設や診療科の充実が図られ、一時は下関に分院も開設されました。副島院長は小倉医師会長としても活躍されております。支那事変勃発後は大変な時期もあったようですが、空襲の戦火をくぐり抜け終戦を迎えました。戦後は国の方針により昭和23年1月当院は厚生省に移管され、経営は朝日新聞西部厚生事業団に委託し、社会保険病院として再出発しました。昭和25年5月には井筒屋との境界を変更して新病棟が増築され、その後も数次にわたり増築されるとともに診療科も充実され小倉の中核病院として発展してまいりました。しかし病院は手狭になり、また周囲は繁華街であり騒音問題なども生じていた所に井筒屋から敷地買収の提案があり、昭和45年12月に元十條製紙社宅跡の貴船町に新病院が落成し移転しました。昭和54年には心臓病センターも設立されましたが、この新病院も時代とともに老朽化し新病院建設が計画されましたが、この時期国家財政の悪化の中、社会保険病院自体の存在意義が問われるようになり計画は頓挫しておりました。このような状況の中、平成16年に開設者が朝日新聞厚生文化事業団から財団法人平成紫川会となり平成20年には社会保険庁から許可を得て、平成22年12月浅

野の現病院へ移転しました。平成24年には名称が「社会保険小倉記念病院」から「財団法人平成紫川会小倉記念病院」に変更され、平成26年から「一般財団法人平成紫川会小倉記念病院」となっております。

このように小倉記念病院は諸先輩方の絶え間ない努力によりハード・ソフトとも充実が図られてきましたが、医療内容は一貫して地域のすべての人に安心な高度医療を提供するというものでした。現在の病院の理念も患者さんの幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求するというものです。

しかし昨今の医療事情には厳しいものがあります。2025年には団塊世代すべてが後期高齢者となり、これまでにない高齢化社会が出現します。国民医療費は増加の一途であり国の財政は逼迫し医療費削減の必要性が叫ばれています。今後しばらくは医療の効率化というキーワードの元、医療連携の推進、急性期病床削減、病床機能の整理・厳格化、費用対効果の検証などの医療改革政策が進むものと予想されます。

このように急性期病院にとっては厳しい状況の中、小倉記念病院は100周年を迎えることとなりました。小倉記念病院が急性期病院として今後も地域医療の中核を担って行くためには絶え間ない自己変革が必要であろうと考えております。こういう時期に当たって100周年記念誌が発行されることには意義深いものがあります。諸先輩方の努力と思いを振り返り、その歴史の長さ、重さを知ることが、我々に大きな力を与えてくれるでしょう。また小倉記念病院のこれからの100年を担う後輩諸君のみちしるべになればと祈念しております。

小倉記念病院
創立100周年に
寄せて



名誉院長
伴 敏彦

この度、小倉記念病院が創立100周年を迎えられるとのこと、誠におめでとうございます。大正5年私立小倉記念病院として創立され、その後、社会保険病院、財団法人とその経営形態は変わりましたが1世紀の長きに亘り地域の中核病院として高度医療を推進してきた輝かしい歴史を思うとき、この病院に勤務したことを心から誇りに思っております。

私が小倉記念病院の名前を知ったのは昭和30年頃、京都大学医学部の学生の時のことでした。当時、外科学第1講座の助教授であった本庄一夫先生(後の京大教授)は手術の名手として学生の間でも知られていました。先生は小倉記念病院の外科部長であった昭和24年、戦後間もない極めて困難な時期に世界で最初の膵臓全摘術、さらにLortat-Jacobに次ぐ世界で第2例目の系統的肝右葉切除術(後に術後1年以上の経過観察を加えて報告された本庄先生の症例が第1例と認定された)に成功されたことで有名でありました。このことで九州に小倉記念病院という立派な関連病院が在ることを知った次第です。

ちなみに私は本庄先生に憧れて外科教室に入局したのですが、入局直後に先生は金沢大学教授として赴任され直接指導を受ける機会がなく、心臓外科を専門とすることになったのであります。

さて、私は昭和48年3月から58年12月末まで心臓血管外科部長として、そして平成9年4月から副院長、8月からは院長として平成15年8月まで合わせると18年間記念病院に勤務したことになり、大変お世話になりました。私にとって小倉記念病院は最も長く勤務した職場であり、貴船町の旧病院は多くの懐かしい思い出に満ちた場所です。なかでも、心臓血管外科部長と務めた11年間

は、外科医としての人生の中で最も充実し、実り多き時代であっただけに、小倉記念病院といえば、まずこの時代のことが生き生きとよみがえってきます。

小倉記念病院における心臓血管外科創設の経緯については「社会保険 小倉記念病院50周年記念誌 日に新たなり」(1998年刊)に既に記したところであり、重複を避けますが、要は、当時の副島院長の英断で心臓外科を含む胸部外科が新築移転した新病院に創設されたのであります。

昭和48年3月私が部長として着任し、肺外科専門の浅井信明先生、千葉幸夫先生の3人で第2外科として診療を開始しました。当時、小倉記念病院には内科、小児科ともに循環器疾患の専門家は居なかったため、心臓外来を開始し、必要な患者には心臓カテーテル検査、心血管造影検査を行い、手術適応の有無を検討したのであります。

心臓手術の第1例は49年6月18日、僧帽弁狭窄症の20才の男性で人工心肺使用下に直視下交連切開術を行い成功しました。引き続いて週1例のペースで12月末までに25例の手術が行われ心臓外科を軌道に乗せることができましたのであります。

翌年には循環器専門の延吉正清先生、小児循環器専門の加来省三先生が着任され、小倉記念病院での循環器疾患の治療体制の基礎が固まりました。それ以降、我々は外科治療のみに専念すればよいことになり、手術症例数も増加し、50年には、当時心臓外科での採算の取れる最低条件とされていた開心術週3例をクリアすることができたのです。さらに、内科、小児科、外科が一体となる専門家チームが形成され、先天性、後天性弁膜症、虚血性心疾患、大動脈疾患のいずれに対しても

トップレベルの手術成績を上げることで、九州はもとより、中国、四国、さらに関西地方からも患者が紹介されるようになってきました。ことに、虚血性心疾患では延吉先生が心血を注いでの努力によって、本院が冠動脈造影のメッカと目されるようになったことから、冠動脈バイパス手術は症例数、手術成績ともに全国で1,2を争うまでになりました。患者の急激な増加に対処すべく、54年に循環器科、心臓血管外科の患者を集团的に治療する心臓病センターが設置され、さらに手術部、ICUの改装による拡張が行われました。これによって心臓手術は毎日、月曜、金曜は1日2例と週6～7例の予定手術、さらに緊急手術にも十分対応可能となり、症例数、手術成績ともに全国で十指に入る施設へと発展するに至ったのであります。これは延吉先生をはじめとする循環器科、小児循環器科の先生方、宮本茂先生、井上清一郎先生をはじめとする麻酔科の先生方、手術部、ICU、心臓病棟の看護師の皆さんの協力があって達成されたものであります。

私は天理よろづ相談所病院、小倉記念病院、京大病院と3つの施設の心臓血管外科に勤務しましたが、小倉記念病院での関係各科、関係部署との協力関係が最も密接かつスムーズで、その調整に苦勞したことは殆ど記憶にありません。

この間ともに苦勞した心臓血管外科のスタッフの先生方には敬意と感謝の気持ちでいっぱいであります。この仲間の中から、或いは大学教授、或いは大学病院の心臓血管外科部長として大いに活躍され、また現在も活躍しておられる方々がいることは本当に嬉しいことであります。

平成9年3月、京都大学を定年退職し武下浩先生の後を受け病院長に就任、再び記念病院に勤務することとなりました。

小倉記念病院は経営の面では極めて安定しており、この点での苦勞はありませんでした。問題は老朽化し手狭となった病院の新築でありました。

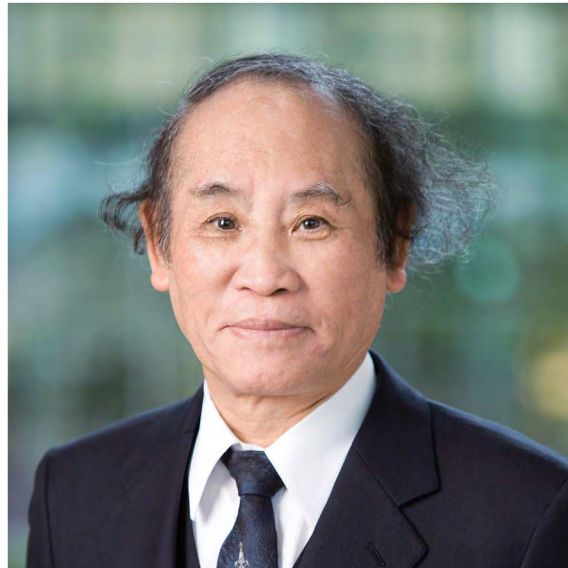
新病院の建設は前院長の武下先生のもとで構想が練られ、推進されましたが国家財政の悪化に加えて行政改革という大波の影響もあって当初の予定通りには進まない状況にありました。このため、院内の改装、エレベーターの増設などで当面の対応をせざるを得なかったのであります。そのうちに社会保険病院の存在自体が問題とされる事態となり、国費による新病院の建設は不可能となったのであります。一方、経営母体である朝日新聞西部厚生文化事業団が東京の朝日新聞厚生文化事業団に吸収され一本化されることとなり、その管轄が福岡県から東京都に移ることになりました。福岡県の管轄下で社会保険病院として50年以上の歴史ある小倉記念病院であっても東京都としては新規の申請として取り扱うこととなり、問題が生じたのであります。すなわち、社会保険病院の経営母体としての社会福祉法人についてで、発足当時には存在せず、後に制定された条件「経営受託が出来るのは病院経営が主たるものでない社会福祉法人に限る」に抵触するというのである。小倉記念病院の経常収支は、朝日新聞厚生文化事業団の予算規模からして病院経営が主たるものと判断せざるを得ないとして、このままでは許可出来ないとのことで、早急な経営母体の変更を求められたのであります。

かくして50年以上に亘った朝日新聞厚生文化事業団による病院経営受託に終止符がうたれることとなり、病院は新たに創設される財団法人によって経営されることとなったのであります。この道筋が確定したことで、私の役目は終わったと考え、後を延吉先生に託して平成15年8

月をもって退職いたしました。

その後、立派な病院が小倉駅前の浅野に新築され、更なる発展を遂げ今日に至りました。輝かしい創立100周年を心からお祝い申し上げるとともに、今後の更なる発展を祈念いたします。

小倉記念病院
創立100周年に
寄せて



名誉院長
延吉 正清

この度、小倉記念病院創立100周年を迎えられましたこと、誠にありがとうございます。

私が循環器科を目指すきっかけは、昭和41年に京都大学を卒業、内科に入局、第二内科（内分泌科）の時に、細菌性心内膜炎の患者さんを受け持ったところ、患者さんが頻脈を訴えて非常に苦しがっていたため、上長の指示で、その当時の新薬であったインデラルを投与したことです。しかし、不幸にも心不全が悪化し死亡。私は非常にショックを受け、第三内科（循環器科）の上司に尋ねると、「頻脈に対して、そのような投薬をするなんて非常識だ」と言われて、この時の言葉が強く心に刻まれてからのことでした。その後、高知市民病院、岐阜大学を経て、昭和49年2月に小倉記念病院に赴任しました。当院の循環器科は、私が赴任して始まりました。2月に小倉に来た時には、心臓血管外科の伴敏彦部長（後の京都大学心臓外科の初代教授で、退官後、小倉記念病院の院長）が赴任して来ていました。伴部長からは「ACバイパスをしたいので、冠動脈造影をやってくれないか」と言われていました。昭和49年5月、虎の門病院の山口先生がクリーブランドクリニックから冠動脈造影法（Sones法）を習っていると聞き、一週間ほど先生の下で指導を受けました。しかし、左右冠動脈口が心臓のどの辺りに位置するのか判断に苦慮しました。そこで、自宅に剖検心を持ち帰り、研究を重ねた結果、スムーズに冠動脈造影を行えるようになりましたが、慣れるまでは、一人の患者さんの治療に2時間かかったことを覚えています。

その後のPCIとの出会いや取組みなどについては回顧録に譲るとして、ここでは、私が病院長に就任してからの思い出を記したいと思います。

私は、平成15年9月に病院長に就任しました。この時、

経営母体の朝日新聞厚生文化事業団より、「事業団の所管官庁が福岡県から東京都に移管した際に、都議会から事業団と小倉記念病院の関係に問題があるとの指摘があり、このままでは翌年の3月31日で小倉記念病院は解散することになる。病院存続のために財団法人をつくろう」という話が起っていました。しかし、福岡県の実情が得られない。とにかく準備だけは始めました。翌16年1月末に福岡県より「財団法人を作ってもよろしい。ただし、設立資金2億円調達するように」ということで、朝日新聞厚生文化事業団が1億円、私が1億円集めることになりました。1ヵ月間でなんとか2億円が集まり、3月16日、財団法人の設立許可が下りました。そして、4月1日より財団法人平成紫川会が小倉記念病院の開設者となりました。（その後、平成18年6月には朝日新聞が完全に経営から手を引きました）。

私は小倉記念病院に赴任以来、改革に改革を重ねてきました。院長に就任早々、職員への情報開示と職種間の連携を強化するため、1泊研修を実施。職員に院内の方向性及び経営状況などを説明し、医療の安全や医療連携、その他の講義を2日間にかけて行いました。これは、「医療のレベルも高いが、人間性も高い職員が集まる病院にする」という、私の基本的な考えのもとでした。

また、一般職員が院長と話す機会がないため、月に一度、終業後に食堂でビールを飲みながら食事をして、私が一時間余り病院の経営状況や病院の方向性について説明をし、その会ごとにテーマを決めて、グループ毎の討論をする「院長と語る会」を開催しました。どのような話をしても良いということで、様々な意見が出てきました。この場ですぐに解決できることはすぐに解決し、今はできないが時間をいただければ解決できそうなものは時間を

らい、また解決不可能なものは、出来ないと私は答えました。この会により、横のつながりができると同時に、自分たちも意見を言えば病院はわかってくれる、院長は末端の職員の意見を聞いてくれるという、信頼感が芽生えたのではないかとと思っています。職員が幸せになるということは、院長が病院の短期・長期の方向性を出し、それを理解し、病院を発展させる。そして、その中で自分の力を発揮させ、自分も成長していく(人間性が向上する)ことだと思っています。

また、新しい理念として「3つの幸せ」を設定しました。病院では、患者さんが一番大切で幸せになることを誰もが願っていることは疑う余地もなく、全職員が毎日患者さんの幸せを願って仕事をしているものです。そこで、新しく「患者さんの幸せ並びに地域医療の進歩発展に尽力し、地域住民の幸せに貢献すると同時に全職員の幸福を追求します」として患者・職員・地域の3つの幸せの追求を理念としました。職員が笑顔で仕事ができなければ、患者さんを幸せにすることはできないということを何度となく職員に対して説明しました。はじめのうちは理解されず、受け入れられるようになるまでどのようにすればよいか考えなければいけませんでした。

併せて、経営の透明性と情報の共有を考え、毎月の収入支出、利益、人件費の細部にいたるまで、公開することにしました。そこで、月に一度、病院経営にかかわるものを全職員に公表し、全職員で病院を経営しましょうと呼びかけました。

更に、給与制度改革にも手がけました。それまでは公務員に準じて年功序列の給与制度でしたが、これでは頑張る人もそうでない人も同じ評価になるとのことで、コンサルタントを入れて給与制度を見直し、一年間かけて公

務員とはまったく異なる給与体制・役割等級制度、を導入しました。すなわち、重要な職務についている人には高い給与を払う制度です。この制度を作るにあたって、労働組合長にも参画してもらい、十分な時間をかけて新しい制度を作りました。これにより、よく頑張った人が評価されるようになり、職員も頑張ろうという気持ちも出てきたと思います。

そして、もうひとつ成し遂げたい熱い想いがありました。それは、新病院の建設でした。

旧病院は昭和45年11月に貴船町に移転して以来、40年間の永きにわたり皆様に愛されてきました。昭和54年に心臓病センターを開設して以来、皆様方の温かいご支援のおかげで、心臓疾患においては高い評価をいただけるようになりました。

特に虚血性心疾患の診断・治療は内容、技術、実績ともに充実しており、国内トップクラスの症例数を誇る診療拠点として認知されるまでになりました。しかし、同時に建物の老朽化が顕著になってきたこと、併せて、患者数の増加により廊下や待合が手狭になり、また大型医療機器導入に伴って患者さんの移動導線の効率性が損なわれるなど、種々の問題が頻発するようになりました。当然ながら古い建物においても出来得る限りの入念なメンテナンス・徹底した日々の清掃を施してきましたが、常に最善の先進医療に取り組む中で、旧病院のままで、これ以上の維持・発展することに限界が見え始めていました。また、患者さんが病気と対峙していく中で必要なのは先進医療技術だけではなく、より快適で心が安らぐ療養環境を提供していくことが求められていることも痛感していました。

小倉記念病院が将来にわたって、最高の医療・最高

の療養環境を提供して「選ばれる病院」でありつづけるためには、新病院の建設が強く望まれていたのです。

平成22年12月、小倉駅新幹線口に移転開業した新病院の敷地面積、延床面積は旧病院の約3倍の広さとなり、4階までを共通フロアとした地上13階建ての総合病棟と地上10階建ての心臓血管病棟の建物にしました。旧病院の延床面積からするとかなり広大な病院になりました。私は今後さらに複雑多様化する医療情勢にもすぐ対応できるように、あえて将来スペースを適度に確保することが必要だと考えました。増築での対応も可能ですが、増築は病院全体の調和が崩れ、院内導線の複雑化は避けられず、結果的に患者さんに多大なご迷惑をかけることに繋がります。

そして、移転計画で、私が第一に最重視したのは立地条件です。地域医療の中核病院としてはもちろん、全国・アジア地域等からの患者さんも広く受け入れるために、交通アクセス機能は大切な要素です。小倉駅新幹線口に隣接するという抜群の立地は駅から伸びるペデストリアンデッキ(歩行者用高架デッキ)で病院2F玄関に直結することもできました。

更に、こだわったのは建物本体の充分といえる堅牢性・長期耐用性能です。大地震においても大切な患者さんを確実に守り、高度医療の永続的持続を支える性能をもった建築物はこれからの中核病院として重要な要素です。また、このような好条件な立地を鑑みたと、50年程度で再び新築移転するのではなく、この病院を超長期で使用するという前提で、構造躯体は最高100年以上の使用に耐えうる設計とすることが必要だと考えました。新病院はもともと耐震性の高い鉄骨構造(一部鉄筋コンクリート)ですが、さらに鉄・コンクリート等は劣化しにくい

最高品質の部材を厳選して惜しみなく投入し、強固な基礎の上に極めて頑丈な躯体を完成させました。

また、新病院は海岸に近いことから周辺地盤より1.8メートル高くして建築しており、万一の高波にも被害を最小限に抑える工夫を施しました。ベッド数は658床と変更ありませんが、様々なニーズに応えるバリエーションに富んだ個室が従来比10倍以上の278床に増やしました。多床室は1室4床で1床あたりの面積も5割近く広くしています。室内は落ち着いた木目調の色彩で統一感を出しており、天井高も約2.8mと開放感溢れる仕様にしました。新病院の設計コンセプトは「Simple Is Best」で、表面的な華美ではなく、機能美を追求し居心地の良い空間が完成し、私の大きな役割の一つが形作られたのです。かつてクレイジーと言われたPTCAも、今ではやらない方がむしろおかしいと言われる時代になりました。新しい何かを始めるには信念が必要です。

これからも小倉記念病院は、高い人格と倫理性を持った職員による救急医療及び高度医療の推進に努めながら、職員・患者・地域の幸せを追求していただきたいと思います。職員のためにも、患者さんのためにも、地域のためにも、今後の益々発展を祈念いたします。

病院長ご挨拶	3	診療科・コメディカル	
		循環器内科	97
		心臓血管外科	101
		血管外科	105
		脳神経外科	109
		脳神経内科	113
		外科	117
		呼吸器外科	121
		消化器内科	125
		胃腸内科	129
		泌尿器科	133
		耳鼻咽喉科・頭頸部外科	137
		婦人科	141
		眼科	145
		整形外科	149
		形成外科	153
		麻酔科・集中治療部	157
		皮膚科	161
		血液内科	165
		糖尿病・内分泌・代謝内科	169
		呼吸器内科	173
		緩和ケア・精神科	177
		病理診断科	181
		救急部	185
		小児科	189
		看護部	193
		薬剤部	221
		検査技師部	225
		放射線技師部	233
		リハビリテーション課	237
		栄養管理課	241
		事務部	245
		健康管理センター	249
		臨床研究センター	253
創立100周年に寄せて		小倉記念病院の100年	256
伴 名誉院長	5	病院歌	267
延吉 名誉院長	9	歴代役職者	269
小倉記念病院の歴史	16	組織図・患者数	271
病院長時代の回顧		病院概要	273
廣戸 幾一郎	67	あとがき	277
伴 敏彦	73		
延吉 正清	79		
創立100周年事業			
100周年記念連携会	87		
100周年特別記念講演	89		
100年ごはん	91		

小倉記念病院の歴史



前身・私立小倉記念病院

今日の小倉記念病院の前身である私立小倉記念病院（旧小倉市宝町51番地、現小倉井筒屋パーキングビル付近）は、大正4年、大正天皇即位の御大典の年に起工したので、「記念」と命名して大正5年6月25日に創立された。

かつて由井正雪が居を構えていたと伝えられるこの場所には、当時、藤本外科病院があったが、院長の死後、背中合わせに耳鼻科医院を開業していた次郎丸真次氏がこれを買収し、総合病院の建設を企画したものである。院主次郎丸先生は、旧愛知医学専門学校の出身で、京都帝国大学耳鼻科の和辻春次教授に師事した関係から、同教授に病院開設に伴う人事を依頼した。和辻教授は、外科の伊藤準三教授と協議し、佐賀県出身の副島謙四郎助教授に白羽の矢を立てた。

初代院長兼外科部長に就任した副島謙四郎先生は、「患者の福祉と医療の研究的態度をあくまで維持する」ことを病院のモットーとして、医療スタッフの人選に当たった。その結果、村上純一内科部長、榎林篤三小児科部長、明比竹馬婦人科部長、小出源吉耳鼻科部長という、新進気鋭の京都帝国大学出身による陣容が整い、診療が開始された。創立当時の本館は、木造モルタル2階建、120床で、当時においては珍しい天井の高い重厚な洋風建築であった。

大正6年には、名実ともに小倉記念病院は副島院長の所有に移り、順次、眼科、皮膚科、歯科を増設、各部長に浅沼武夫先生、永松武雄先生、中島正二先生を迎えた。手術の神様と言われた副島先生をはじめ、これらの優秀な医員スタッフの評判は、北九州地域のみならず、山口県や大分県にも広がり、多くの患者が集まった。

地域医療重視の精神のもと、大正8年10月には、下関市南部町に分院を設け、外科と内科を主とする外来診療を開始している。日を追って患者が増え、入院室がなくては応じきれなくなったため、大正10年には下関市田中新町に総合病院を建築、内科、外科、産婦人科、耳鼻科の4科を設けるに至っている。以来、小倉記念病院には小倉と下関に2つの総合病院を経営することになり、名実ともに関門地域をまたにかけて、発展の一途をたどった。

東に慶応義塾大学、西に小倉記念病院

昭和9年に内科部長に就任し、後に院長も務めた松岡謙之助先生は、「大正の初めで、私がまだ京都大学の学生であったころ、東に慶應義塾大学の医学部ができ、西に小倉記念病院ができて、スタッフは両者とも京都大学で人選されているという話を聞いたことがある。そして小倉記念病院の部長は全部博士号を有する人を選考しているというので大変評判であった」と、当時を回想している。

副島院長は「病院は営利会社ではない、患者の幸福を願って仕事を進めるべきだ」という強い信念を持っていた。同時に、院長自身も外科臨床の権威であり、学問・研究への情熱は並々ならぬものがあつた。それは、医局員を内地留学させるという画期的な制度を採用したことからもうかがえる。3年から4年の期間を区切って、院長の母校である京都帝国大学に派遣して先端の医学研究の機会を与えるというこの制度の恩恵に浴した医師は多数にのぼり、その結果として、部長クラスは有学位者によって網羅されたのであつた。また、中学・高校の学生で苦学している者には育英資金を提供し、人材育成に努めた。

さらに、病院在職者の研究発表の場として、学術集談会を開催。後に院外の関係者にも開放されて、昭和10年には70数回にも及んでいる。読書会も活発で、外国の医学雑誌や文献も多数集められていた。赴任したば

かりの若い医師たちは、「この病院には内外の臨床雑誌や医学資料が大学に劣らないくらい集められている」と感嘆した。

このように、病院や副島院長の声望はあがる一方であつたが、「院長は金銭に無頓着。貧しい入院患者からは診療費をとらず、難病の患者は率先して入院させ、病気の解明や医学研究に全力を尽くした。また、各先生の研究資材や図書、診療上必要な機器の購入に際しては、いかなる場合でも必ずよいものを購入するよう絶対的であつた。経理のほうは火の車」であつたと、山本孝次郎事務局長は語っている。

大正6年4月には、附属看護婦講習所を創設。幸い、当時の女性の新しい職業として志願者が殺到したため優秀な人材を得ることができ、看護婦の育成と技術の向上に大きな効果をあげている。副島院長は後年、「人間の体は、自然に一人で治っていく力を持っている。決して医師や薬が治すものではない。医者と薬は、人間自体が持っている自然治癒力の発動を助ける働きをするまでである」と述べており、生命の力を見つめる1人の医師の精神をうかがうことができる。



附属看護婦講習所創設時の集合写真

戦中の困難な時代に

昭和9年ころから、世相は物騒がしくなり、非常時の声が巷に満ちるようになっていった。副島院長も救護訓練などの指導に当たることが多くなってきた。このような状況の中で、昭和12年7月6日、副島院長が直腸癌で逝去される。楢林篤三先生が院長に就任した。楢林先生の胸中には、当時京都帝国大学に在学中の副島露先生(故副島豫四郎次男)が亡父の遺業を継承する日が訪れるまで、病院管理者としての責務を全うしようという強い思いがあった。

昭和16年12月8日、太平洋戦争が布告されるや、いよいよ出征医者の数も増え、ついに青年男子医局員は皆無に等しくなったが、大阪女子医学専門学校から女医を募り、この難局を乗り越えることができた。

終戦の前年に、政府は日本医療団を設け、国家の医療体制を整えるために既設病院を買収していたが、ついに下関分院の強制買収を提議した。全職員と建物が移管されたが、1年後の昭和20年7月2日の未明、戦火を受けて消失した。(下関分院は、改組を伴い、後に下関市立病院となったと記録にある)。

戦中の困難な時代に院長を務めた楢林先生の業績としては、母親啓蒙、育児指導への貢献があげられる。戦前の日本人の平均寿命が短い原因の一つとして、新生児の死亡率が高く、非衛生な育児環境と母親の医学・育

児知識レベルが低いことに着目し、昭和3年に「赤ん坊審査会」を開始した。そして自ら提唱者として、健康優良児の表彰や「母の会」の組織化に当たった。これが、その後全国に設置された保健所の予防衛生活動に組み込まれ、審査会も九州から全国に広がった。

一方では積極的に往診を行い、地域医療にも心を砕いている。戦時中も、一般市民の食糧難や不衛生、薬剤欠乏を強いられた結果、栄養障害や伝染病が増え、結核患者や寄生虫病が多くなったのをみかね、地元医師の協力を得て、井筒屋デパートの一室で医療相談や乳幼児相談を行った。



1945

副島謙院長の就任

太平洋戦争は、当然のことながら医療界にも大きな影を落とした。昭和20年になると、旧小倉市にもたびたび米軍機が来襲するようになった。

榎林院長と松岡副院長は、このような状況の中では小倉記念病院を私立病院として保持するのは非常に困難であり、十分な医療ができないと、小倉の本院を、かねてから交渉を受けていた日本医療団に譲渡してはどうかという意向を、当時京都帝国大学の外科学教室に勤務していた副島謙先生に相談している。以前から理想的な病院として米・ミネソタ州のメイヨー・クリニックを思い描いていた副島先生は、私立病院の限界を感じ、財閥系による病院経営を考えていた。そのためには病院を無償で提供してもいいとさえ思っていた。それを踏まえ、榎林・松岡両先生の申し出に対して、副島先生は、戦争が終わるまで何とかこのまま持ちこたえてもらいたいと懇願している。この根底には、病院は個人のものではなく、公のものとして役立つ存在でなければならないという副島先生の強い信念があった。

昭和20年8月15日、終戦を迎えたが、薬の購入、営繕などはいっそう困難を極めるようになった。病院職員一同、和合協力して、病院復興のために涙ぐましい努力が続けられた。同年10月、榎林院長の後を受けて、副島先生が院長に就任。戦後の混乱は各分野に波及しており、

国民の生活は困難を極め、本院においても組合運動が活発になる中、病院経営に乗り出した。

「今後の日本が文化国家として立ち直っていくためには、文化というものと切り離すことができない保健医療の面も、国家的に拡充されていかなければならないはずである。このような場合に、何とかして当病院を大いに役立てたい」というのが、当時の副島謙院長の心境であった。





新たな病院経営の形へ

敗戦直後の混乱もどうにか切り抜け、社会全体が立ち直りの機相を呈しはじめていた昭和22年、医療飢餓と呼ばれる社会状況の中で、GHQからの要請もあり、厚生省では、結核対策を主として、社会保険病院を各県に設置していた。(GHQ:連合国最高司令官総司令部)

“国有民营”“独立採算”の委託方式のこの社会保険病院は、当時の医療需要に大きな役割を果たし、保険診療の普及など、社会保障制度の確立に貢献した。

そのころ、厚生省保険課長の友納武人氏は、旧知であった朝日新聞厚生事業団主事の寺田勤氏に、「民間有力病院を『社会保険病院』として朝日新聞の各本社の厚生事業団に経営を託したい」という構想を伝えている。これを聞いた朝日新聞社は、必ずしも乗り気ではなかったが、西部本社では小倉市立病院と小倉記念病院を候補にあげ、引き受ける意向を表わしていた。しかし、小倉市立病院からは、市が経営するのが本筋という理由で断られている。

その年の5月、本院の顧問兼内科部長であった松岡謙之助先生は、「朝日新聞西部本社が、理想的なモデル病院設立の目的で、その候補となるべき病院を物色しているらしい」という話を副島院長に伝えている。かねがね、従来の形式や規則にとらわれず、理想に向かって自由に運営できる総合病院をめざしたいと考えていた副島

院長は、その実現のチャンスが到来したことを知り、ただちに朝日新聞社との会見を希望した。

厚生省保険課長の友納武人氏らが来院したのは、昭和22年6月の終わりだった。副島院長は、本院事務長の八谷祐氏とともに病院の食堂で対応した。このとき、友納課長は、社会保険病院の構想を次のように説明している。

- (1) 今後の日本の医療を充実し、国民の健康を向上せしめるために厚生省としては、当時まで全く置きざりにされていた健康保険制度の充実を図らねばならない。
- (2) この目的達成への手段として、社会保険を国民に徹底的にPRするとともに、そのモデル病院ともいべき理想的な病院を設置したい。
- (3) しかも、従来の国立ないし公立の病院は多くの法律や規程に束縛されて、その機能を十分に発揮できないおそれがあるので、むしろ国有・民营の形式をとり、国有の病院であって、しかもこれを民間に自由に運営させたい。
- (4) 以上のような意味では、あらゆる面から考えて、朝日新聞社にその経営を委託するのが最善と考える。

この説明をうけた副島院長は、かねてから抱いていた自分の理想の病院に相通ずるものがあると直感し、「小倉記念病院が朝日新聞社の経営受託で、公的な病院と



して新発足することは、亡父のこの病院創立の精神と合致するので、一切白紙でお任せします」と即座に了解した。

ただ、医療者の立場としての見識と責任から、社会保険病院ということについて、次のように提示している。

(1)健康保険も確かに今後の国家、社会の医療の形態として非常に大切なことであると思うが、従来往々にして見られたセクショナリズム的な考えから、あまりに健康保険というものにとらわれて、単に健康保険の患者のみを数多く、安価に診療しさえすればよい、というような考えには賛成しかねる。

(2)健康保険の拡充、その患者の診療に努力するのは当然であるが、そればかりではなく、さらに高い見地と広い視野から、すべての国民に、被保険者である与否にかかわらず、最も優れた技術と最良の施設とをもって、最高の権威ある治療を行い、さらに進んでは医学の進歩にも寄与することのできる真の理想的なモデル病院に目標をおきたい。

(3)もし、このような希望が叶えられるならば、この病院を無償で提供してもよいとさえ思っている。

以上を述べ、互いに終局の目標は国民全体の健康維持にあることで理念の一致をみた。こうして、社会保険病

院への移管交渉がスタートした。

その後、副島院長は朝日新聞西部厚生事業団の青野勲磁氏、本院の八谷事務長、福岡県保険課長とともに上京して、厚生省、朝日新聞東京本社などに出向いて交渉を重ねた。また、朝日新聞社からは病院調査のため、納所孝企画部長らの来院などが相次いだ。なお、納所氏は、その後の移管に伴い、新生、社会保険小倉記念病院の病院総務として赴任している。

忙しい合間をぬって、京都大学医学部にも出向き、当時の医学部長であった服部峻次郎教授や、京都大学附属病院長の三浦百重教授にも面会し、状況報告とともに側面からの応援を依頼した。両教授からは、強い激励の言葉とともに「京都大学医学部として全面的に小倉記念病院を応援する」というメッセージを朝日新聞社のほうに伝えてもらっている。



社会保険病院としての新しい歩み

昭和23年1月1日、多少の曲折はあったものの、厚生大臣と財団法人朝日新聞西部厚生事業団の加藤理事長との間に小倉記念病院委託契約が結ばれ、私立小倉記念病院は厚生省に移管された。

副島院長の意向で、私立病院でありながら、ほとんど無償に近い価格での委託であった。当初の基金は20万円。院長には、引き続き副島謙先生が就任した。

この移管に際して、副島院長が朝日新聞社に提示した条件は、次のとおりであった。

- (1) 病院の全従業員をそのままの形で引き継いでもらいたい。
- (2) 記念病院は当時すでに30年以上の伝統を有し、北九州というよりむしろ九州の小倉記念病院として、全国的にも、医学界、医療界に厚い信頼を維持してきているのであるから、小倉記念病院の名称はそのまま残してもらいたい。

この2条件については、いずれも承認された。こうして私立小倉記念病院は30数年の歴史を閉じたことになる。しかし、これは副島院長にとって長年心に描いていた念願が叶って、より大きな理想と構想のもとに躍進する機会が訪れたということでもある。

私立小倉記念病院の解散は決して外部から強いられたものではなく、新しい日本にふさわしい文化社会の建設

に一役買いたいという積極的な意図と、厚生省および朝日新聞西部厚生事業団の医療に対する理念が合致した結果の表れである。

ところで、朝日新聞西部厚生文化事業団の発足の経緯についても触れておきたい。

厚生省では、病院を委託するからには、株式会社朝日新聞では困るとして、朝日新聞社としても公益法人として受注するという建前でその創立にとりかかり、財団法人朝日新聞西部厚生事業団が正式に許可されたのは昭和23年2月11日のことであった。そして理事長には加藤祇文氏、副理事長には黒住征士氏、副島院長が理事に、納所孝氏が理事兼総務にそれぞれ就任していた。

ところが困ったことに、副島院長が私立小倉記念病院を国に譲った昭和23年1月1日からこの日までの41日間、あくまで法的にはあるが、経営責任者のいない病院が誕生するという珍妙な現象が起こった。万全の管理体制を敷き、この間、火災などの事故のないように努め、やっと新病院の開院式の日を迎えることができた。

※「財団法人朝日新聞西部厚生事業団」は、昭和27年、「社会福祉法人朝日新聞西部厚生文化事業団」に名称を変更している。

1949

世界初、膵臓全摘出術の成功

終戦直後の困難な時代に、高度医療によって社会貢献をめざす本院から、世界的な業績が発表されたことは大きな光明であった。

当時まだ木造であった本院の手術室で、京都大学出身の外科部長、本庄一夫先生（のちに京都大学教授）が、米国のWendellに次ぐ世界の第2例として、肝臓右葉全切除術に成功し、さらに引き続き世界で最初の膵臓全摘出術に成功した。このことは世界の外科学史に特筆されるべきものであり、本院の歴史にもその輝かしい業績の1ページとして長く語り継がれている。

昭和24年12月、手術室では、本庄外科部長執刀による膵臓の全摘出手術が行われていた。7時間余りにおよぶ大手術であったが、結果は良好であった。患者は膵臓癌の初期であった。当時、膵臓の一部切除は行われていたが、全摘出は非常に困難な手術であり、世界でも手術例はなかった。それは膵臓が腹部の一番深いところにあり、メスが届きにくい上に、周囲に大血管が集まっており、全部とるためには十二指腸全部と胃や腸の一部とともに切除する必要があるため、最高の外科的手腕が要求されるためであった。

膵臓癌は摘出が最良の処置とわかっていてもその診断が難しく、当時としては手術はごく初期のうちしかできなかった。また膵臓をとるとインスリンの分泌がなくなるた

め、人工的に糖尿病をつくることになり、患者はインスリンをとり続けなくてはならなくなる。本庄先生はあらかじめその対策も考えていた。術後の小倉記念病院集談会では、手術の経過を報告するとともに、「予期したとおり、ゲーフェス（血管）の分厚い壁との戦いだった」と述べている。

世界はもとより日本最初のこの手術の成功は、マスコミでも全国的に取り上げられた。

昭和25年9月には京都大学医学部附属医専教授として転出、後に金沢大学教授や京都大学教授を歴任している。同29年に、米・シカゴで開催された第19回国際外科学会に日本代表として出席、膵臓外科についての講演を行った。

昭和40年には、日本医師会設立記念医学大会で「膵臓外科の研究」により医学研究奨励賞を受けている。十余年にわたり、膵臓全摘出術および術後続発症防止について実験的、臨床的研究を進め、従来は術後に必発するとみられていた脂肪肝の予防法を発見。また、切除率の向上と手術の安全性確保につながるいろいろな術式を案出し、膵臓全摘出術の基礎を確立した功績が高く評価されたものである。本庄先生のその後の偉大な業績の基礎づくりの一翼を、本院が担ったことは大きな誇りである。





科の分化

副島院長は昭和20年、すでに整形外科併設の必要性を認め、昭和24年、当時外科医員であった桐田良人先生を内地留学として京都大学整形外科教室に派遣し、京都大学整形外科近藤鋭矢教授の指導を受けさせていた。本庄一夫外科部長は、同級生である山口医科大学の伊藤鉄夫教授に整形外科設立準備のための応援を求め、月に1~2回の出張をお願いし、整形外科患者の診療や手術を担当してもらっていた。桐田先生の帰院までには整形外科を新設しておこうということになり、京都大学外科教室から鶴海寛治先生が赴任し、昭和26年5月1日、念願であった整形外科が新設された。

当時、小倉市は日本でも有数の整形外科スタッフの充実した地域であり、労災病院、国立病院などが先んじているような状況であった。しかし、朝鮮戦争による特需景気にわく小倉では、労災事故が多発しており、外傷患者が次々と本院に送られてくるようになり、症例数も他病院と肩を並べることができる状態になっていった。

時代の要請にも応えて、昭和41年5月には、京都大学病院脳神経外科から三谷哲美先生を脳神経外科部長に迎え、北九州では初の脳神経外科を開設。当時の脳外科は、脳腫瘍を取り扱うことが多かったが、時代を経てその対象範囲を広げ、頭部外傷、脳血管障害の治療、定位破壊手術なども広範囲に行うようになった。

この脳神経外科の開設と、私立小倉記念病院創立から50周年を記念して、昭和41年6月11日、小倉北区米町の新小倉ビル大ホールで学術講演会を開催した。これは記念式や記念品にお金をかけるよりも、地域や医療に貢献できる有意義な催しを企画したいという考えによるもので、朝日新聞社が後援している。

講師には京都大学脳神経外科の半田肇教授、九州大学神経内科の黒岩義五郎教授を招いた。また、当時話題となっていた医療保険問題については、社会保険庁の加藤威二医療保険部長に講演を依頼、北九州市内はもとより、福岡県下、山口県下から、医師、看護婦、警察や消防署の救急業務担当者、社会保険関係者ら200余人が聴講し、この種の講演会としては大盛会のうちに終わった。

1956

老朽化した建物を鉄筋に新築

昭和23年2月、社会保険小倉記念病院としてスタートした時、建物は私立時代のものを一部改修したにすぎなかった。木造モルタル造りの本館のほかに、病棟、看護婦宿舎などは築後20年から30数年を経ており、かなり老朽化していた。

昭和26年1月、松岡隆之介院長が就任。この頃より小倉記念病院は昔の面影が徐々に消え、近代的建築に変わっていった頃である。だが、その交渉は順調にはいかなかった。

社会保険病院への移管に尽力した厚生省健康保険課の友納武人課長に、総務の納所孝氏ら関係者は、鉄筋建物への新築を懇請していた。しかし、保険財政の赤字が続いたために実現は遅れた。

昭和28年6月の北九州大水害では被災を免れたものの、「もう一度でかい台風が来たら小倉記念病院は崩れ去る。もし大事故になったら」と、山本正敏健康保険課長に、総務の竹内上一氏らが説得を重ねた結果、1億3千万円の建設予算を獲得し、昭和30年3月に南病棟の完成をみた。鉄筋コンクリート地下1階、地上4階建の建物は延べ約2,640㎡で、350床に増床された。

一方、旧本館はたび重なる台風で、玄関脇待合室の壁が崩れ落ちたのを機に診療棟も解体し、その古材で紫川岸の空き地に木造の仮病棟を建てた。この地は

今日の井筒屋別館がある場所である。そして朝日新聞東京厚生文化事業団主事の寺田勤氏と竹内氏は、台風被害の現場写真や仮病棟の全写真を添付して、厚生省に鉄筋化の予算折衝を行ったのである。その後、交渉を粘り強く続けた結果、建設費が認められた。

昭和31年7月に完成した本館は、鉄筋コンクリート地下1階、地上5階建、延べ約3,710㎡であった。その後、第3期となる北棟とボイラー棟が、昭和38年3月に落成。また、昭和42年2月には当時の小倉区宮野に鉄筋コンクリート4階建の看護婦宿舎が完成するなど、建物の整備充実が順調に進められていった。





横断的診療科の発足

昭和37年2月には麻酔科を増設した。当時麻酔科は耳新しい科であり、北九州では2番目の開設であった。京都大学麻酔科への内地留学を終えた宮本茂麻酔科部長の努力によって、その基盤は着実に整備されていった。昭和40年には北九州初の麻酔指導医になり、その間北九州麻酔懇談会の世話役として、麻酔講演会を開催するなど、医療水準の向上に貢献している。

昭和44年6月には、診療科の1つとして放射線科が開設された。これは従来の放射線科は診断が主体であったものを、治療に重点をおいていこうというものであった。初代放射線科部長として、松岡順之助先生が着任した。そして翌45年には、放射線診断、治療、核医学診断の3部門が設置され、放射線科としての形骸が整っていった。

臨床研修病院の指定

本院は昭和43年7月16日、厚生省から「臨床研修病院」の指定を受けた。これは、医師法改正により新しく発足した臨床研修制度の趣旨を生かすための病院たらしめということである。

当時指定を受けた病院は全国で126、社会保険病院はわずかに3つである。それだけに、指定を受けたということは、内容の充実した水準の高い病院として認められたといえる。

こうして本院は医療の発展をめざして、優秀な人材育成の一翼を担うことになったのである。なお、昭和46年3月には、臨床研修病院が「臨床研修指定病院」に変更、昭和63年3月には、外国医師臨床修練指定病院に指定されている。外国医師の臨床研修には、厚生大臣が認定した臨床修練指導医師が当たる。この認定は医師個人が受けるもので、英語力や留学歴などの経歴が要求される。

1970

貴船町へ病院移転

小倉の中心地の繁華街近くにあつて重宝がられた小倉記念病院であつたが、当時、周囲の大気汚染や騒音がひどくなった上に、敷地や建物が手狭のため、新しい医療設備などを設けることもできず、地域中核病院としての機能を果たすことが難しくなつていた。

隣接するアパートの井筒屋から、敷地買収の話が幾度となく持ち上がったが、最後に正式に打診があつたのは昭和42年4月のことであつた。

本院としては、前身の私立病院時代から地域住民に親しまれ、足場が便利で経営上有利なこの場所を離れてよいものかどうか、新病院を建てるなら百年の計を持って立派なものがほしいが、井筒屋としてはどの程度の代償を払う用意があるのかなど、折衝は1年近くも続けられた。しかし、土地、建物とも国有で、朝日新聞西部厚生文化事業団経営という特殊な事情から、厚生省と大蔵省の協議により、土地売却で移転用地を確保する財産交換方式にすることを決定し、福岡県当局や社会保険庁の了承のもとに、翌43年4月、移転申請願の手続きをした。

病院の土地・建物売り払いと新用地選定について、大蔵省、北九州財務局、地方国有財産審議会、医師会、その他各方面の了解を得る折衝を根気よく繰り返した結果、移転先は北九州市小倉北区貴船町一番地の元十

条製紙社宅跡、約12,600㎡に決まつた。

建設費は、「国庫債務負担行為」として国会に提出され、昭和40年度予算として可決成立した。厚生保険特別会計として、12億4,100万円が計上されたが、それだけでは足りないため寄付などによってまかなわれた。設計には、九州大学工学部の青木正夫助教授が当たっている。昭和44年6月21日に起工式が行われ、翌45年12月13日に落成式を迎えた。

3階から9階までが病棟となり、3階に小児科、眼科、放射線科。4階に産婦人科、新生児室、未熟児室。5階に外科、脳外科。6階に整形外科、耳鼻科。7階に内科、皮膚科、泌尿器科。8階に内科、9階に室料差額病室が配置され、許可床数は550床となった。

また、2階には最新のICU(集中治療室)、CCUのベッド13床が置かれた。

当時としては市内屈指の高層建築で、大々的に報道され各界の話題を集めた。

新築移転を記念して、病院前庭に月桂樹が植えられた。これと前後して病院構内に樹木160本、ツツジなど920株が植えられ、四季の花を織り交ぜた花壇も森庭に設けられた。また、病院内の待合ホールや廊下などには、著名画家や北九州出身の画家などの作品が展示され、絵のある病院としても知られるようになった。





心臓グループの活躍

昭和48年3月、伴敏彦先生(のちに京都大学教授、小倉記念病院院長に就任、現名誉院長)を迎え、心臓血管外科(当時、第2外科と呼称)の診療が開始され、小児科の心臓外来もスタートした。また翌49年2月には、内科に延吉正清医長ほか3名の医師が着任、心音図、ベクトル心電図、超音波診断、35ミリシネなどによる虚血性心疾患の診断を開始した。さらに、小児科には加来省三医長が着任。ほぼ1年のうちに着々と陣容が整備されていった。

心臓血管外科および循環器科が標榜診療科となったのは、昭和54年1月1日のことであるが、この2科の開設によって診療面の整備が着々と進み、本院は新たな飛躍の時期をむかえることになる。

これら心臓グループの活躍は、日を追って高度に展開され、九州はもとより全国的に期待と注目が集まるようになった。このように循環器系では、内科、外科、小児科が一体となる専門化したチームが形成されて、先天性心疾患、虚血性心疾患、弁膜疾患のいずれに対しても、トップレベルの診断と治療が行われるようになった。患者も九州はもとより全国から訪れ始めた。

また、昭和54年には循環器科、心臓血管外科の患者を集めて治療する心臓病センターを開設、24時間体制で遠方からも多数の患者を受け入れており、北九州市に

おける救急心疾患患者のための中心的存在となったといっても過言ではない。その後も引き続く患者の増加に伴って病床不足が顕著になり、同59年3月には増築してこれに対応している。

以上のような心疾患に対する治療効果は、心臓グループの優れた診断と技術が基盤となっているが、さらに麻酔、手術室、ICU、放射線科、検査診断科などの協力なくしてはありえなかった。

1975

地域住民の健康への取り組み

昭和50年9月、小倉記念病院の歴史に特筆すべき出来事があった。院長交替人事である。

大正5年から続いた私立病院が国有民営の社会保険病院となった激動の時期と、現在地へ移転・新築という飛躍の時期に采配を振るった副島謙院長が、「成すべき事は一応成し終えた」という心境で勇退され、後任に、桂英輔京都大学名誉教授を迎えることになった。

昭和54年4月には、循環器科、心臓血管外科、小児心臓を集中して、心疾患の診療・検査・入院治療に当たる事を目的として、地下1階、地上3階建の心臓病センターを新築・開設した。センターの建築主は朝日新聞西部厚生文化事業団であるが、国に寄付され、国有財産となっている。

その後、桂院長は健康上の理由で昭和56年4月15日付で引退、廣戸幾一郎九州大学教授が就任した。「事をなすのは人であり、事を成功に導くのは人の和である」ということを基本方針に、内科的医療と外科的医療の有無相通じる体制づくりを理想として、医療体制のさらなる充実を目指すこととなった。

この間、患者が急増し、慢性的な病床不足を解消するために、心臓病センターの増改築その他の工事が開始され、昭和59年4月に完成した。病床数は心臓病棟だけで108床、本館病棟数と合わせると約659床となり、医療

サービスの充実に寄与することとなった。7月には、本館3階病棟にクリーンルームを設置したため、病床数は658床に変更された。

さらに、いわゆる包括医療体制のもと、「地域社会の健康度向上に資する」この大命題実現のために長治良知総務は、病院の構想として福岡県・社会保険庁に健康管理センター設置の要請を幾度となく繰り返した。その結果、設置が認められ、昭和62年1月に落成し、地上3階建の威容が姿を現した。1階は事務室、身体計測、採血室と3室からなる問診室、眼底、眼圧、聴検室に加えて婦人科関係、心電図室、栄養指導室があり、2階には胃・大腸内視鏡、胸部撮影室、肺機能、超音波、透視室と、内科、放射線関係がずらりと並び、3階は集団、個人、栄養の各指導室、医師、技師各室に会議室などがある。3月には開設し、社会保険病院の存在意義である「地域住民へのサービス」「生涯を通じての健康の実現」に大きく貢献することになったのである。





診療・健診部門の充実

昭和57年9月1日には、標榜診療科目に消化器科と形成外科を加えた。消化器科は院内的には従来から独立診療科扱いになっていたが、これを対外的にもはっきりさせたわけである。医学の進歩によって、臓器別診療の時代が訪れており、細分化は時代の要請でもあった。

なお、病院当局の意向として、近い将来、消化器系の内科と外科とが同一フロアで診療を行うという、消化器病センター構想がすでに描かれており、その先見性がうかがえる。これは10年の歳月を経て、平成5年11月に達成された。

一方形成外科は新設で、担当医は青柳進部長である。開設1ヶ月前から院内に治療例ポスターを掲示するなどして宣伝に努めただけに、外来、入院とも順調にスタートした。

また昭和57年12月からは神経内科椎裕章先生が赴任。当初は脳神経外科外来で診療を始めた。そして翌年の1月から標榜科目の手続きを行った。平成5年11月には脳神経センターが開設されたが、チーム医療の基盤はここから培われていたといえる。

当時の本院は社会保険病院という性格から、特に社会医療部という部門をもって健診活動にも力を注いだ。折しも、社会保険庁から40歳以上の中高年に対する健診活動の活発化が提唱された。

いわゆる予防やリハビリまでも含んだ包括医療体制のもと、地域住民の健康度向上の実現のため、健康管理センター設置構想が具体化していった。その目的が、疾病の早期発見にあるということはいうまでもない。

また、中核病院としての機能を果たすためには精神科の設置が不可欠となってきた。そこで平成8年4月、精神科を開設。久留米大学精神科から野瀬巖先生が初代主任部長として着任した。そして患者や家族に受け入れられやすいように、科名を当時院長の武下浩先生の提案で「神経心療科」とした。それが功を奏したのか、患者が比較的気軽に外来に訪れるようになり、早期治療に大きな効果をあげている。

1982

日本初の心臓カテーテル治療

当時循環器科を牽引していた延吉正清医師(後に副院長、院長に就任する。現名誉院長)が、昭和57年秋、日本で最初のPTCA(経皮的冠動脈形成術)に成功した。このことが、小倉記念病院を更に飛躍させる大きな要因となった。このように、先進的治療を日本でいち早く導入したことにより、循環器疾患をともなった患者さんは増加し、それに伴い平成12年2月CCU病床を20床に増設した。

のちに、延吉正清医師は、PTCAとの出会いを以下のように記している。

「1977年Grüntzig先生がスイスでPTCAを開始したことは、1978年のAHAでのポスターで見ていた。しかし、バルーンで血管を傷つけると血栓が出来るのではないかと、この時にはPTCAに疑問を持っていた。しかしながら、Grüntzig先生がアトランタに渡り、アメリカでは1979年、1980年と多くの病院でPTCAが行われ、良好な成績を示していることを知り、私も日本でのPTCA開始を決意した。

Simpson先生が、昭和56年(1981年)に来日され、Simpson-Robertのバルーンの説明があった。又バルーンも入手できることとなり、私も1981年(昭和56年)に第一例目を行ったが緊急バイパス手術となった。

その後も失敗が続き、緊急バイパス手術になったた

め、伴先生から「心臓外科に迷惑をかけるPTCAは、一時中止しろ」と言われ、アメリカに十数回に渡り見学に行き、ガイドワイヤーの回し方、バルーンカテーテルの進め方、ガイドワイヤーの位置など、詳細にメモを取り帰国した。

昭和57年秋、はじめてPTCAが成功し、その後、症例数、見学者ともに増え続けた。それからは、PTCAの技術と知識を深めるために昭和59年に小倉ライブを開始。多くの医師に手技を披露し、勉強してもらう機会を作った。また、ライブだけではディスカッションが困難なため、私は「冠動脈形成研究会」を発足させた。それは大変好評で日本全国から様々な症例が集まってきた。その後、平成4年4月にJSIC学会を設立、平成13年にJACCTを設立させ、平成21年7月に2つの学会は合併し、日本心血管インターベンション治療学会(CVIT)として現在に至っている。

一方、平成2年6月12日に日本初のPalmaz-Shatzステントの埋め込みに成功し、その後、ロータブレード、DCA、TECなどの様々なNew deviceを使用した。現在では、Drug Eluting Stent(DES)が、かなり多く使用されている。しかし、DESは新生内膜の形成を著明に抑制することにより、PCI後の再狭窄率の低下に大きく寄与している反面、血管壁における修復過程(特に内皮細胞の



日本で最初のPTCA(経皮的冠動脈形成術)の様子

再生)に高度な抑制(遅延)がみられ、ステント血栓症の危険性が長期にわたって及ぶ可能性が高い。従ってDES留置後には、注意深い経過観察を長期的に行う必要がある。このように、このステントも多少問題があり、さらに改良されることが期待される。私の考える理想的なDESは、(1)適度な内膜増殖抑制と健全な再内皮化を促す薬剤、(2)吸収されるポリマー、(3)柔軟性のある挿入性に

優れた吸収されるステントであると考えます。治療は、長期予後が非常に重要で、今だけ良くてもだめである。局所療法、薬物療法、全身療法をうまく組み合わせ、治療を受けた患者が健康で長生きしているか否か調査し、自分たちの治療を常に検証していかなければならない。」



移転構想

武下院長は、病院が老朽化していることから、着任当初から新病院の建設を描いていた。それを受けて、病院の将来計画に関するワークショップが設けられた。委員長を佐長先生とし、各職域からの意見が集められ、平成4年には答申が出ている。

その後、長治総務とともに、社会保険庁などに活発な働きかけを行い、病院の現状と将来展望を説いて回った。その結果、平成4年度には老朽度調査費がついた。平成4、5年度には病院環境調査費が交付され、福岡県は財団法人北九州都市協会に事業を委託し、報告書が提出された。また、平成7、8年度には福岡県によって病院の立地選定調査が実施され、平成9年3月に報告書がまとめられた。この間、市当局からは絶大な支援を、また北九州市医師会、小倉医師会からは温かい理解を得ている。

このようにして、新病院建設に向かって着々と準備が進められ、調査会から提案された移転候補地も次第に絞られてきたが、政府管掌健康保険の財政悪化、国家的経済不況、とくに行財政改革が声高に叫ばれる中、社会保険病院そのものの意義も問われるようになって、移転、新築の計画が凍結されるカタチになった。しかし、従来社会保険病院の果たしてきた役割と今後の保険医療に起こりうる変革を予見すると、さらに充実、発展させる

必要があると考えられた。

本院においても、将来展望を持ち移転新築構想を実現すべく最大の努力をしなければならない。それまでの対応として、救急医療など当座の病院管理、運営上の困難を乗り切る必要がある。そこで現在の敷地、病院内での部門の移転、改築等を行うことになり、福岡県とも相談して、一連の施設整備に着手した。

こうして新病院の移転新築構想が進められる間も、病院の組織化が行われたり、平成5年には、患者さんを複数科で診断、治療法の検討、実践するという集学的治療の実践を目指して、より高度でかつ包括的医療を実践する消化器病センターや脳神経センターが設置された。

さらに、同年から医療施設の機能分化を念頭に、北九州ではいち早く診療連携室を発足させ、病診連携、病病連携（紹介率の向上）など、開かれた病院を目指した努力を続けている。

2002

社会保険小倉記念病院看護専門学校閉校

平成9年8月1日、武下院長の後任として、伴敏彦副院長が院長に就任した。病院の機能分担が進み、小倉記念病院は急性期医療を中心とした高度医療を推進する一方で、地域の診療所や病院との密接な協力関係を持つ地域医療支援病院を目指した。このような中で、本館内にリハビリテーション室、病理検査室、細菌検査室などが完成した。平成12年2月、血液透析棟を新築、CCUを20床に増設した。平成13年4月、開設者が朝日新聞西部厚生文化事業団から朝日新聞厚生文化事業団となる。これは、朝日新聞社は東京・大阪・西部・名古屋の各厚生文化事業団を合併させ、新たに「社会福祉法人朝日新聞厚生文化事業団」として発足し、併せて小倉記念病院の開設者も朝日新聞厚生文化事業団となり、所轄庁も福岡県から東京都に変更になったためである。

平成14年3月、社会保険小倉記念病院看護専門学校が閉校となり85年の歴史に終止符をうった。この看護専門学校は、私立小倉記念病院附属看護婦講習所として、大正6年に創設されたものである。初代の所長には副島豫四郎氏（当時の小倉記念病院院長）が就任している。

社会保険小倉記念病院看護専門学校閉校に際しては、当時の学校長である伴敏彦氏（当時の小倉記念病院院長）が、社会保険小倉記念病院看護専門学校閉

校記念誌「ともしびを永遠に」の中に、次のような言葉を残している。

“社会保険小倉記念病院看護専門学校は、平成14年3月末日をもって閉校することになった。歴史を振り返ってみると、まず第一歩は私立小倉記念病院附属看護婦講習所の設置に始まる。入学資格は高等小学校卒業、学業期間3年間で入学試験の競争率は10倍以上に及ぶ狭き門であったとのことである。戦後、社会保険病院となり、法律の制定や医療の高度化に対応するため、その都度、学校の名称やカリキュラムが変更され、昭和53年4月からは学校教育法の一部の改正に基づき専修学校制度が設立され、3年課程の看護教育が実施された。このように、小倉記念病院では時代の要請する高いレベルの看護師を育成する努力を続けてきた。近年、学校を取り巻く状況は大きく変わりつつある。大学看護学部や学科の数が飛躍的に増加し、しかもその定員はわれわれ看護専門学校の3～4倍である。このため、最近では入試に際して、成績上位者の多くが大学を併願しており、学生の質を保つためには、定員を大きく下回る数しか入学させられない状況となってきた。この傾向は今後さらに強まるものと考えられる。これを克服し、時代の要請に応える方法は看護大学の設置であろうが、一社会保険病院にとっては到底実現は不可能なことである。もちろん、看護専



社会保険小倉記念病院看護専門学校での戴帽式の様子

門学校の存在意義がなくなるわけではないが、北九州地区には多くの看護専門学校があることから、このたび、栄光の歴史を汚すことなく閉校することを決断した次第である。

私立小倉記念病院の附属看護婦講習所として設立された大正6年4月から数えて85年、1,641名に及び看護師を送り出し、地域医療に大きく貢献してきた看護学校

は、今その幕を閉じようとしている。卒業生の皆さんには、多くの人材を育成し、小倉記念病院だけにとどまらず、地域医療に大きく貢献してきた実績と誇りを胸に、今後のさらなる飛躍を期待したい。最後に、これまでご支援ご鞭撻くださった社会保険庁をはじめとする関係各位に感謝するものである。”と締めくくっている。

延吉正清院長の就任と財団法人平成紫川会の設立

平成15年9月1日に、伴院長の後任として、当時の延吉正清副院長が新院長として就任した。

就任後は、中長期計画として、「新病院建設」「人間性豊かな人材の育成」「日本一すばらしい病院作り」の3つの柱を設定し、新しい理念の創設や人事・給与制度改革等を行った。特に、新病院建設については、並々ならぬ力を注いでいった。

平成16年には、経営母体が変わるという事案が生じた。平成13年4月の開設者変更に伴い、小倉記念病院は朝日新聞厚生文化事業団の経営となり、所轄庁が福岡県から東京都に移行した。移行後、窓口である東京都福祉局から朝日新聞厚生文化事業団に「社会福祉法人として従たるべき公益事業である小倉記念病院の経営規模が、主であるべき社会福祉事業よりはるかに規模が大きいのは社会福祉法の趣旨に反する」との指摘を受け、病院運営事業を朝日新聞厚生文化事業団から分離させる必要が生じた。

朝日新聞厚生文化事業団は社会保険庁との協議の上、新たな経営委託先を探したが、職員の雇用や剰余金等の精算の問題があった。そこで、法人の連続性及び病院事業の継続性を勘案した結果、朝日新聞厚生文化事業団から派生する新法人を設立することになった。

新法人は継続性を持たせるため、理事長は当面朝日

新聞厚生文化事業団の理事長が行い、設立に必要な資金の2分の1を朝日新聞厚生文化事業団が負担し、残り2分の1は病院を支援してくれている地域の有志の方や企業等広く多数の方の寄付でまかなうことになった。このような経緯より、平成16年3月1日多くの企業や地域の有志の方と朝日新聞厚生文化事業団の寄付による設立資金が確保され、福岡県知事認可の民法第34条による公益法人として「財団法人平成紫川会」が設立されたのである。

・住所:北九州市小倉北区浅野2-8-4

・設立資金:206,600,000円

・寄付者数:103名(朝日新聞厚生文化事業団含む)

平成16年4月1日社会保険庁は、財団法人平成紫川会の設立が許可されたため社会保険小倉記念病院の経営を朝日新聞厚生文化事業団から派生する財団法人平成紫川会と委託契約を締結し、開設者が、朝日新聞厚生文化事業団から財団法人平成紫川会となった。併せて、呼吸器科・呼吸器外科を増設、一方、小児科医師の確保が困難になったことにより、小児科を閉科、標榜科は計19科となった。



新病院建設への第一歩

平成16年5月には、新病院建設用地として、小倉北区浅野に土地を取得した。(財団法人平成紫川会にて)ここで、小倉記念病院における新病院建設までの概要を紹介したい。

小倉記念病院では、予て(平成2年頃、武下病院長)より、昭和45年建築の病院建物が老朽化等で耐震能力に乏しく、狭隘化で医療法に定められた病床施設基準を満たすことができない等で新病院建設を検討し、社会保険庁等行政機関にその必要性を訴えてきた。過去に社会保険庁が建物の老朽度調査、新病院建設に向けての環境調査や移転候補地の調査を行ってきたが、阪神・淡路大震災(平成7年1月17日(火))に発生した兵庫県南部地震による大規模地震災害の発生や社会情勢から国からの建設資金調達ができないだけでなく、建設の許可さえ出ない状況であった。

新病院建設については引き続き社会保険庁に建設許可をお願いし、病院独自で候補地の検討を行っていた。その最中、小倉駅北口側(現在は新幹線口と名称が変更)の小倉北区浅野の和気耐火工場跡地が破産管財人により売却されると聞き、社会保険庁にその土地を取得することの許可を幾度も懇願した結果、「新病院建設は許可できないが、財団法人平成紫川会がその責任において土地を取得することは問題ない」との見解が示さ

れ、財団法人平成紫川会名義でその土地を購入することができた(住所:北九州市小倉北区浅野3-2-1 面積:27,615.62㎡)のである。

新病院建設については、一進一退を繰り返しながらも度重なる社会保険庁との交渉の末、平成20年6月社会保険庁に提出した社会保険病院の重要財産の取得が承認された。この結果、新病院建設が承認されることになった。これに伴い、同年10月新病院建設に向けての起工式を執り行った。ここで、長年の含願であった「新病院」建設の第一歩をようやく踏み出すことができたのである。

その間、平成17年4月に、地域医療支援病院・救急告示病院の指定を受ける。(地域医療支援病院とは、1997年(平成9年)4月の医療法の第3次改正で制度化された医療機関の機能別区分のうちの一つ。主な役割は、地域の中核病院として地域の診療所・クリニック等では対応が困難な専門的な治療や高度な検査、手術等を行い「地域完結型医療」の中心的役割を担う病院のことをいう)平成18年10月、財団法人日本医療機能評価機構より区分4として認定(Ver5)を受け、平成20年4月には、血液内科、腎臓内科、糖尿病内科、血管外科の増設により、標榜科は計23科となった。



社会保険病院等の整理合理化

平成20年、予てから国策として議論されていた社会保険病院、厚生年金病院等のあり方についての方向性が示された。概要は以下のとおりであった。

社会保険病院や厚生年金病院は、健康保険や厚生年金保険の被保険者等に対する医療提供施設として設置されてきた。しかし、保険財政の悪化や各病院の厳しい運営状況を背景に、社会保険病院は平成14年から、厚生年金病院は平成16年から整理合理化の議論が本格化した。その後、平成17年10月1日には、独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構（以下「RFO」という。）が設立され、社会保険病院及び厚生年金病院は平成20年10月1日にRFOに出資され、その下で、譲渡等を目指すこととなった。しかし、昨今の地域医療の状況等を背景として、社会保険病院等を存続させるために「独立行政法人地域医療機能推進機構法案」が、第173回国会の平成21年10月27日に提出された。同法案は、継続審議となった後、第174回国会の平成22年6月16日、審議未了により廃案となった。

しかし、RFOの存続期限は平成22年9月30日までとされていたため、期限到来により、RFOは社会保険病院及び厚生年金病院を保有することができなくなり、両病院の運営に支障を来すおそれが生じていた。そこで、第175回国会の平成22年8月3日、RFOの存続期限を2年間延長する「独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構法の

一部を改正する法律案」が提出され、成立している。

このような流れのもと、当院も平成20年10月1日付で社会保険庁所有からRFO（独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構）が所有することになった。

社会保険病院の整理合理化の背景として、社会保険病院については、健康保険の財源逼迫等のため、平成14年2月11日の「医療制度改革に関する政府・与党合意」において、その在り方の見直しが求められた。これを受けて、同年7月に成立した健康保険法等の一部を改正する法律（平成14年法律第102号）の附則に病院の見直しに関する規定が盛り込まれた。同年12月25日、厚生労働省は、「医療保険制度の運営効率化について」を取りまとめ、社会保険病院については、各病院の経営実績を評価し、①単独で経営自立ができる病院、②単独で経営自立は困難であるが地域医療にとって重要な病院、③その他の病院に分類した。その上で、地域の実情を勘案しつつ、①及び②については、それぞれの経営状況等に応じた新しい経営形態への移行等を、③については、統合、移譲（売却）等を検討し、その検討結果を整理合理化計画として取りまとめることとなったのである。このように、現在の小倉記念病院の姿に落ち着くまでには、社会情勢の流れを背景に、先人たちの様々な行政官庁との意見交換や度重なる交渉がなされた結果なのである。



2010

浅野へ病院移転

平成21年8月には、医療業界のICT化の流れにも沿う形で電子カルテシステム導入、また、平成22年9月に、医薬品や医療機器の治験及び臨床研究の支援業務を行う部門として、臨床研究センターを設置した。

一方、新病院建設については、平成22年10月に「新病院竣工式」が執り行われ、11月27日(土)には、リーガロイヤルホテル小倉において、落成記念パーティーを盛大に行った。そして、いよいよ12月に、北九州市小倉北区浅野に新築移転(移転期間:平成22年12月24日(金)～26日(日))を果たしたのである。併せて、乳腺外科、頭頸部外科を増設、循環器科を改め循環器内科、消化器科を改め消化器内科、呼吸器科を改め呼吸器内科と改称し(循環器科・消化器科・呼吸器科は法律の改正による名称変更)、呼吸器外科は閉科となり標榜科計24科、平成23年5月には糖尿病内科を改め糖尿病・内分泌・代謝内科とした。

平成24年4月1日 前記した社会保険病院の整理合理化政策を背景に、度重なる検討の末、RFO(独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構)との契約が終了したことによって、名称を「財団法人平成紫川会 社会保険小倉記念病院」から、「財団法人平成紫川会 小倉記念病院」へと改称した。このことによって、完全に独立した財団法人設立の医療機関として歩みをはじめたのである。

また、平成25年5月精神科を改め緩和ケア・精神科へ、

平成26年4月病理科を改め病理診断科(施設基準の改正による名称変更)となった。更に、最新治療として、平成25年10月循環器内科において、先端医療として経カテーテル大動脈弁置換術(TAVI)が開始され、その後、北九州市内ではじめて冷凍アブレーションを開始、脳神経系分野では、脳梗塞での血栓摘出術、脳梗塞急性治療支援システム導入など、先端医療を常に取り入れる努力を各診療科で研鑽している。

平成20年12月には、民間非営利部門の活動の健全な発展を促進し、公益法人制度に見られる様々な問題に対応するため、従来の主務官庁による公益法人の設立許可制度を改めるべく行政改革が行われ、公益法人制度改革関連三法が制定された。この法律の制定に伴い、現行の公益法人は、公益法人関連三法の施行の日から5年間の移行期間内に、公益社団・公益財団法人への移行認定の申請を行うのか、又は一般社団法人・一般財団法人への移行認可の申請を行う必要があった。移行期間中に移行しない法人は、移行期間満了の日に解散したとみなされるものであった。これら法改正を背景に、平成26年4月1日付けにて、法人名が「財団法人平成紫川会」から「一般財団法人平成紫川会」へと変更となり、小倉記念病院の正式名称も「一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院」と変更になった。



小倉記念病院 健康保険組合の設立

RFOから新しい機構に改組される影響として、経営母体の変更だけではなく、当院職員の健康保険加入についても判断を迫られることになった。平成25年6月、当時の社会保険病院健康保険組合より、「平成26年4月1日より、RFOから改組された新しい組織として、独立行政法人地域医療機能推進機構になります。それに応じて、社会保険健康保険組合も、新しい組織の健康保険組合に変わるので、小倉記念病院としては事業者として、脱退していただきたい」との通知があった。

当院の理念でもわかる通り、当院で働く職員とその職員をサポートする家族の健康管理・増進こそがもっとも大切であり、当院として全力で取り組まなければならない重要課題のひとつであった。そのためには、自ら保険者となって、当院の職員とその家族に見合った健康管理・増進の施策を実施することが最善の方法であると考え、健康保険組合の設立を目指すとの結論に至り、平成26年9月1日付にて、「小倉記念病院健康保険組合」を単独で設立した。

2016

次の100年に向けて

平成26年4月1日、延吉院長の後任として、永田泉教授（長崎大学医学部脳神経外科学教室）が新院長として就任した。永田院長は、平成3年7月から平成4年11月まで、小倉記念病院の脳神経外科主任部長として勤務しており、この度の院長就任を多くの職員は「おかえりなさい」という気持ちでお迎えした。永田院長は病院運営に対する造詣が深く、就任早々に、経営基盤を永続的に盤石なものとするべく、患者さんや地域に信頼される病院づくりをビジョンとし、近隣医療機関への挨拶訪問をはじめ、情報開示やブランド力の強化等の年度目標を提示・実行するなど、学生時代に培ってきたラグーマン魂と持ち前のバイタリティーを活かして、組織リーダーとしての手腕を発揮、一時期落ち込んでいた経営収支も年々向上している。また、フルマラソンを完走するなど、自らもスポーツに取組まれ、全職員を対象としたリレマラソン（永田杯）を企画、職員の親睦と健康増進にも力をいれている。

また、平成27年10月1日、神経内科を「脳神経内科」と改称した。平成28年1月1日より、肺癌等を含む肺疾患の増加に伴い、外科の診療科内にあった呼吸器疾患の外科的治療分野を、患者さんや近隣医療機関に対しても、わかりやすく周知していくため、独立した診療科として呼吸器外科を開始した。そして平成28年2月1日には、消化器外科の標榜を開始した。

小倉記念病院は平成28年6月に創立100周年を迎えた。これまでの地域医療への貢献に対する歴代の院長をはじめとする職員の地道な活動の積み重ねである。そして、100周年を迎えるにあたり、地域医療機関の先生方や関係機関・地域住民の皆さまに「ありがとう」の感謝を伝えるため、平成28年6月30日に開催された第14回医療連携会では名誉院長を招いての100周年企画を催した。平成28年7月23日には100周年記念特別市民公開講座を実施した。特別講演では、三浦雄一郎氏（プロスキーヤー・冒険家）を招いて、1,000人を超える地域住民の方々の参加もあつて盛大に終えることができた。

今後も高齢化社会に対応するために、国策として地域包括システムの推進と、医療機能の分化・連携を一層進めることが急務となっている。そして、これまで以上に病連携、病診連携、在宅医療や地域との連携が求められる。小倉記念病院は、先進医療を住みなれた地域で受けることができるように日々努力してきた。また、いち早く地域医療連携にも取り組んできた。今後もこの志は揺るぎないものとして、質が高く、やさしい急性期・高度医療が提供できるように邁進することを誓い、次の100年に向けて舵をとった。



病院長時代の回顧



廣戸 幾一郎

小倉記念病院との出会い

九州大学における教授在任8年目の終わり頃のことではなかったかと思う。まだ停年までに3年も余して、教授を辞めて、市内のある病院の院長として転出してもらえないかという申し入れが九州大学病院長からあった。何のために九州大学に招聘されたのか、私は即座に断った。

それから1年後に、再び、今度は教授在任のままでもいいから、院長を兼任してもらえないかという交渉があった。その病院は労組の力が強く、病院の玄関には赤旗が立っているという噂の病院だった。とても兼務では務まりそうもない。昔のようにただ座っていればいいという院長職では務まるはずがないから、二兎を追う事はできない。結局は教授を辞めざるを得なくなるとして、この申し入れも拒否した。2回も九州大学が提供してくれた病院長の椅子を蹴ったのであるから、九州大学はもう私の停年後の世話はしてくれまい。今後は自分の力で開拓するしかないと思った。

こういうことがあってから、1年近く経った後のこと、昭和55年11月末ではなかったかと思う。小倉記念病院耳鼻咽喉科部長・粕谷尚男君から、久留米大学教授・平野実君を介して、「小倉記念病院で病院長を公募している」との情報が寄せられた。停年までに1年を余していたが、公募に応じる決心をした。

その後、紆余曲折を経て昭和56年院長に就任したが、平野教授を始めとし、当時日本大学の斉藤教授、山口大学の小西学長などの推薦、支援があって初めて可能であったことと思う。

就任して1年近く経ったとき、京都大学医学部長から「フリーで相談したいことがあるから、上洛の時には時間

を割いて欲しい」と言ってきた。相談とは「2年後には現学長は任期満了になるので、その後任に座るという含みで、島根医科大学の副学長(院長)として行ってもらえないか」ということであった。私はいろいろな人にお願いして、推薦してもらい院長に就任したという経緯がある。1年も経たないうちに他の職に転ずるということは信義が許さない。即座にお断りした。その後も、医学部の幹部クラスの教授から執拗に誘いが続いたが断り続けた。

それから暫くして、私は久留米大学の学長候補の1人に寄せられていることを噂で知った。ちょうどその頃、久留米大学同窓会の北九州支部総会が開催されることになり、今回は特に、大学理事長と学長代理をしている医学部長とが出席されとの通知があった。医学部長が学長就任を決っていることは聞いていた。また、理事長が同窓会の支部総会などに出席するということは今まで全くなかったことなので、ひょっとしたら会議の出席にかこつた理事長による人物考査が目的ではなかろうかと考えた。ややこしいことになるのを避けるために、東京出張の用事をつくって会の当日は小倉にいなかった。

私はもともと研究よりは臨床のほうが好きである。性格的にも学長よりも院長の方が向いていると思っている。院長とは俗っぽい職業である。学長は高踏的であろう。学長が純文学とすれば、院長は通俗文学といった程度の差があるように思う。

院長としてのポジション

小倉記念病院に赴任が決まったころ、当時の九州大学医学部長・柳瀬教授が「虎の門病院院長になられた沖中重雄先生が、大学教授と病院長とは全く異質のもの

だと述懐しておられた」と話したことがあった。その時はただ、そういうものかと思っただけであった。

教授は辞めても学会の世話役はそのまま務めていた。病院長とは名ばかりで、西も東も分からない間は大学時代からの仕事の継続として別に負担を感じなかったが、病院にも馴れ、病院経営の重責がのしかかってくるにつれて重荷になってきた。というよりは、面倒臭くなってきたと言ったほうが正しいかもしれない。

大学教授の仕事は教育、研究、臨床であって、その中には管理業務といった要素はほとんどない。だから学会の管理は、教授時代にはある意味では気晴らしになっていたと言ってもいいかもしれない。ところが病院長の仕事はすべてが管理業務であるから、学会管理という同じ性質の仕事は過重以外の何物でもないわけである。病院の本務に精を出せば出すほど、学会の方が疎かになるような気がして、任期が終わるのを幸いに理事長職には再任しなかった。病院は規模、人的構成、独立採算制の有無など、その内情種々であり、病院長の業務内容もそれに従ってさまざまであるが、少なくとも私の場合は学会の世話に責任が持てなかったのである。

教授と病院長が異質であることの証左は、関心をもつ書物の差としても現れている。純医学的書物を読まないわけではないが、「現代病院経営概説」「財務諸表のみかた」「労働法解説」「医学関係法規集」謎の勉強を強いられるし、月刊誌の「病院」「社会保険」「日本病院会雑誌」などが必読誌となり、以前は見向きもしなかった「モダンメディスン」「日経メディカル」にも毎号目を通すようになった。

こういった経営管理に仕事の重点を置かねばならない状態では、その分だけ学問的分野を減量せずにはいら

れない。日本耳鼻咽喉科学会、日本気管食道科学会、日本頭頸部腫瘍学会、日本癌治療学会、日本音声言語医学会といった従来から関係の深い専門分野の学会を除いて、ほかの諸学会からはすべて退会した。これらの学会も、実は名誉会員の待遇をしてくれているから残っているだけで、といった面がないわけではない。

病院管理学に関する本は数冊読んではみたが、得た知識はあまり実地の役には立たなかった。ダーウインの進化論に対して、「棲み分け理論」を提唱された動物学の今西錦司先生は岐阜大学学長になられたとき、立派な挨拶をしようと思って、南原繁・東京大学総長などの過去の訓辞集を繕いてみたが、結局は役に立たず、自分の生地で行くしかなかったと語っておられる。借り物は所詮役には立たないのである。病院管理も同じことである。自分が今までに培ってきた常識、企画力、判断力など、要するにwisdomを頼りにその時々への対応をするしかない。

ある時、ある雑誌に病院長の5つのタイプが載っていた。(1)西郷隆盛的東洋風大人物型、(2)植木庭園愛好型、(3)社交型、(4)事務屋型、(5)臨床専念型がそれである。以上の1つのタイプ単独で律せられる院長は少ないであろうが、私も(1)の些事は事務長に任せる型、(3)の社交渉外型、(5)の臨床専念型の混合型であったろうと思っている。

病院で取り扱う書類にはどれにも院長捺印欄があって、すべてに目を通すことになっている。しかし、私はまだ臨床をやりたいし、また学会の他に社会保険協会の理事会にも出席しなくてはならず結構忙しい。そんな純事務的なことに時間を奪われるのはいやであった。しかし、総務の協力のもとで、いろいろ工夫しながら諸々の事務関連の仕事をスムーズに処理することができたので、私は

院長在任中、せわしない気持ちに駆られたことはなかった。

以前読んだ「パーキンソンの法則」に次のような話があった。ある理事会で予算100億円の大型プロジェクトが審議された。理事長の説明は詳細ではあったが、ほとんど意見らしい意見も開陳されず、予算は無修正で承認された。続いて予算100万円のプロジェクトが上程された。今度は意見続出で、予算は大幅に修正されたということである。似たようなことはどの社会でも認められるのであろう。病棟の増築、新しい診療科の設置など、病院としてのいわば大型プロジェクトに対しては可否の意見はほとんど聞かれないが、増築と決まった後の病棟の内装などに関しては侃々諤々となるのである。院長としては最高意思決定さえすればいいので、後はなるようになるさと任せてしまい、些細なことには自説を主張しないことにしていた。

久留米大学在職のころ、大阪大学主管で西日本の医科大学の学生部長会議が開かれたことがあった。大学紛争の最中の時のことである。会議後の2次会で曲直部・大阪大学附属病院長と同席したが、「私は、学生たちが私たちを面罵するほどの激しい行動をとった時、彼らは芝居をしているのだと思うことにしているのです。芝居だと思うと、馬鹿らしくて怒る気にもなれず、冷静に対応できるのです。」と話された。なるほど芝居かと、大いに参考になった。それ以来、私も全共闘の学生の言動を芝居とみなして対処するようになったが、小倉記念病院にも、むやみに激しい言葉を発する方が1～2名おられた。激すれば、それによってますます激するものである。これも私は、芝居とみなしてことさら冷静に対応した。そのためか、そのうち穏やかな口調に変えられてきたように思う。

院長時代の仕事

社会保険小倉記念病院は国有民営の病院である。その経営管理は、朝日新聞西部厚生文化事業団が行うことになっているが、実際は院長に全面的に委託されていて、新聞社は口を出さない。それだけに院長の責任は重かった。

小倉記念病院の院長の任期は、第1期5年、第2期3年となっているが、私は第1期の5年でおおよその仕事はし終えた。初年度には、シンチカメラの導入によるRI診療部の新設と中央検査部の自動化。次年度には、外科副部長の国立がんセンターでの研修による呼吸器外科の能力アップと消化器内科の独立と病棟増築計画の策定。3年度には循環器病棟の増床完了、神経内科、形成外科の新設とwhole body CTの設置。3年間で、着任当初に院長の抱負として公約したことをすべて成し遂げてしまい、一時努力目標を失った。

その頃、日本経済新聞社から日本経済の過去100年間の統計的観察による「会社の寿命」という本が出版された。結論は(1)会社の寿命(繁栄の期間)は30年である。(2)社員の平均年齢が35歳を超えると会社は衰退に向かう。(3)それを防止して繁栄を長引かすには、主要産業の他に副次産業を持つことが大切である。と書いてあった。

病院にとっての副次産業とは何か。健康管理業務か、リハビリテーション業務しか考えられない。当時は厚生省の意識が健康診断重視に傾斜しつつある頃であった。ところで、小倉記念病院は全社連の特別会員として3つの病院、3つの健康管理センターとともに1グループを構成し、毎年1回会合を開いていた。その会合で、私は決算書

の開示を議題としたのである。もちろん、小倉記念病院が総収入も収益もダントツであったが、健康管理センターの総収入は小倉記念病院の10分の1にも満たないのに、収益の方は小倉記念病院に迫る勢いを示していた。私が健康管理センターの設置を決断したのは、これが理由の1つであった。ちょうどその頃、社会保険庁が社会保険病院に対して、健康管理センターの併設を薦め始めていた。小倉記念病院はその要請に真っ先に応じたわけである。

医師という人種は病人に対して興味をもって真剣になるが、健康人に対しては全く無関心なものである。健康管理センターを設置するときどこでも苦勞するのが、担当医師をどうやって確保するかということである。進んでやろうという医師は皆無に近い。病院勤務医のパートでやるしかないが、彼らは一様にいやがる。小倉記念病院の場合は、放射線科が協力的であったこと、内科の結婚している女医さんが専任を希望したこと、それでもなお不足の場合は産業医科大学の研修医を雇うことで賄い、開設当初より順調に滑り出した。

健康管理センターの建築に取りかかった頃、医局から私に対して説明会を開いてくれという申し入れがあった。説明会とは要するに団交であったが、大学紛争時とは異なり、どちらかという紳士的であった。つまり、同じ土俵の上での討論であったということである。これで一応、医局の了解も得たという形になった。

このようなわけで、4年度には健康管理センターの新設を企画し、5年度に建築を完成した。任期の前半では設備投資、後半ではその結果を摘み取ったということになる。

小倉記念病院の診療の目玉は、心臓病センターである事は自他ともに認めている。私はこの目玉のほかにもう



一つ副となる目玉はないかと考えていた。7年度になって、対外衝撃波結石破碎装置の第2世代のEDAPという機械ができていることを知った。早速、これを副の目玉にしようと思って導入した。保険点数は決められていなかったから、私費診療で運用するつもりであった。ところが、年度末になって東京の社会保険病院にも急に導入され、保険点数も慌ただしく決められた。予想外のことで、これだけは私の思惑が完全に外れた。

小倉記念病院の診療報酬は常に多額の減額査定を

受けていた。それでも収益は黒字であったから、私は喧しいことを一度も言わなかった。看護婦、事務員、炊事婦などは、病院からの補助金による年1回の慰安旅行があって、福祉面でのサービスを受けているが、医師はほとんど参加しないから、こういう面での福祉がない。少しぐらいは査定を受けても、伸び伸びと自由に診療できるようにすることが医師に対する福祉であると考えていたからである。万一、赤字に転落しそうになったら、その時に引き締めればよいと思っていた。ちなみに、私の時代には九

州にある他の社会保険病院では、査定される額は0.1ないし0.2%だったが、小倉記念病院ではおよそ2%であった。

私は任期を1年間延長してもらって9年間務めた。見回したところ、人格識見といい、小倉記念病院の院内事情から見ても、私の後任には山口大学の武下浩教授が最適任だと思った。当時、山口大学病院長をしておられた武下先生が、任期満了して院長を辞められるのを待って、無理に小倉記念病院院長就任方を懇請したのである。



名誉院長
伴 敏彦

記念病院における 心臓血管外科創設の 経緯と発展の歴史

今回の記念誌発刊の機会に心臓外科新設の経緯とその後の心臓外科を中心とした循環器疾患の治療体制の発展について、それに直接携わった者の1人として書き留めておきたいと思う。

現在、小倉記念病院は多くの専門分野で高い評価を受けているが、その中でも循環器疾患の分野では、わが国を代表する施設の1つとして国際的にも広く知られる存在となっている。

本院における、循環器疾患に対する本格的な取り組みがなされるようになったのは、昭和48年3月の心臓外科の新設からである。

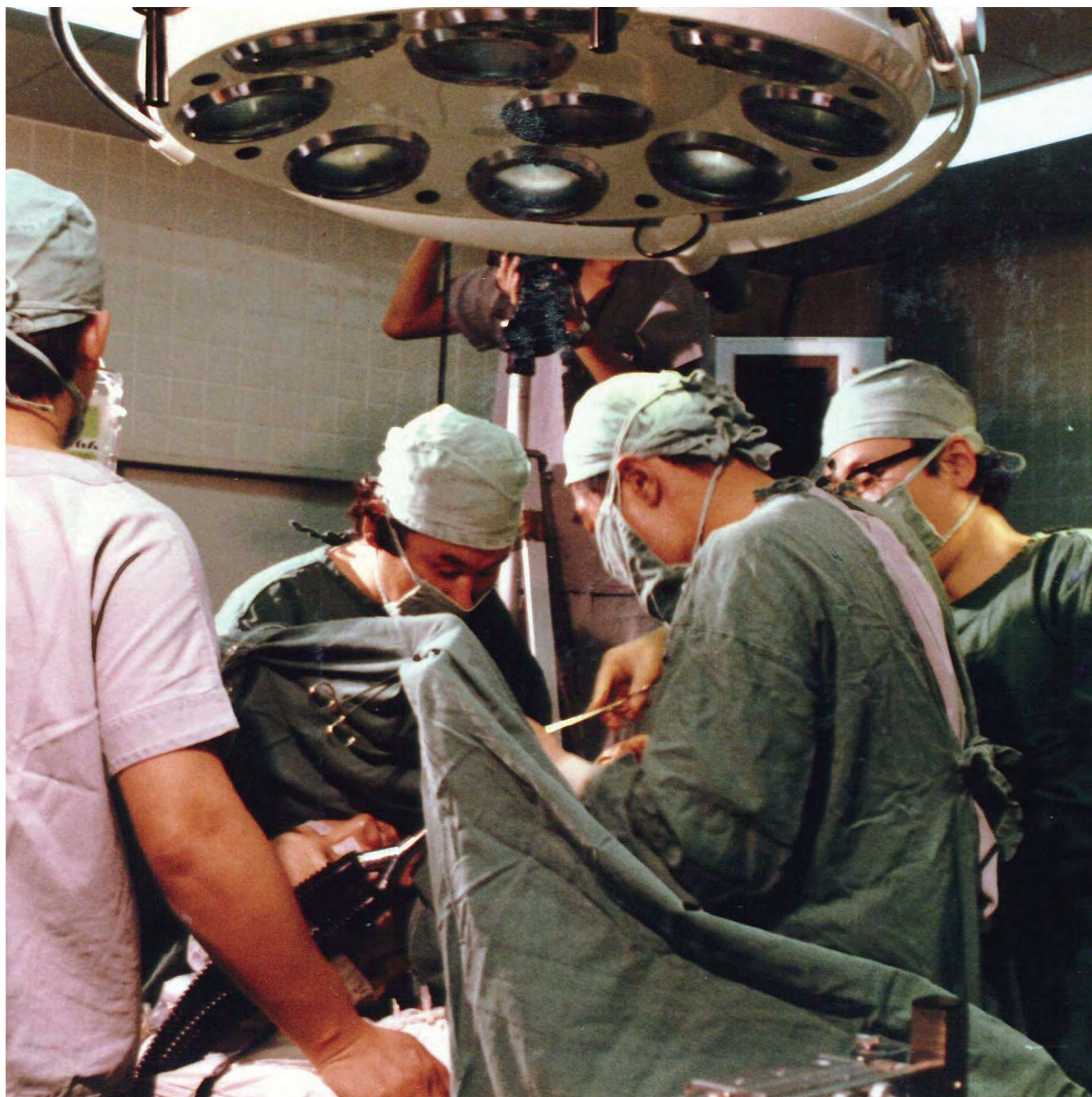
小倉記念病院に心臓外科を新設するという話は、ある意味では偶然の出会いから始まったといってもよい。昭和45年、私は当時の西ドイツ・ケルン大学に留学していた。同じ頃、小倉記念病院から小児科部長の古庄巻史先生もマールブルグ大学に留学中であり、私の天理よろづ相談所病院時代の友人で同じくドイツ留学中の浅井伸明先生と知り合いとなった。

この2人の話の中で、小倉記念病院がその年の秋には新築移転し、病床も増えること、これを機会に副島謙先生が胸部外科(肺外科)の新設を内々考えておられるようだが、将来的にどんなものだろうかという話になったわけである。そして浅井先生を通じて、このことについての私の意見を求められた。私は天理よろづ相談所病院での経験から、胸部外科を新設するのであれば肺外科だ

けではなく心臓外科をやらなければ、将来、大きな発展は望めない旨を伝えた。古庄先生は、その直後帰国されたのでドイツで直接お会いする機会にはなかったが、私の意見を副島先生に伝えられたようである。先日、当時九州厚生年金病院の心臓外科部長で後の九州大学心臓外科・徳永皓一教授に伺った話では、古庄先生が九州厚生年金病院を訪ねられ心臓外科のことについて色々と聞いて帰られたことがあるとのことであった。この頃に、副島先生が心臓外科を含んだ胸部外科の創設を模索しておられたのではないかと推察する。

私は昭和47年1月から、再び古巣の天理よろづ相談所病院心臓血管外科に勤務していたが、その年の秋、古庄先生から連絡があり、副島先生が心臓外科を含めた胸部外科を新設する気持ちになっておられることを知らされた。学会で当時の京都大学第二外科教授で、私の師で日笠頼則先生にお会いした際、「まだ、はっきりしたことではありませんが、こういう話がありますので、一応、出す人を考えておいてください」と申し上げておいた。その後、何日かして日笠教授から呼ばれ「副島先生から心臓外科新設についての相談があり、君を推薦しておいたから、そのつもりでいるように。実は、ある日赤病院に心臓外科新設の話があり、君を考えていたのだが、故郷に近いことでもあり、小倉の方がよいだろう」とのことであった。

その後、副島先生から直接お電話があり、一度会いたいのことで初めて小倉記念病院を訪ねた。第二外科として胸部外科(心臓血管外科と肺外科)の診療を行うこととし、必要な設備がどれくらいになるのか、体制をどのようにするのかなどを相談した。医師については、肺外科の専門家である浅井先生がちょうどドイツから帰国したところであったので来ていただくことにし、あと1人[その後



京都大学から千葉幸夫先生に来てもらうこととなった]を加え計3人でとりあえず診療を開始することになった。そして心臓の方では循環器科と小児循環器科の専門家による診療体制を整えることが将来の発展には不可欠なことを申し上げ理解していただいた。設備の方で特にお願ひしたのは35mmシネカメラの設置であった。当時、わが国での心血管造影はAOTが主流で、35mmシネカメラをもっていた施設はほとんどなかった。ドイツ留学中の2年間は、米国で冠動脈バイパス手術が普及しはじめ、ヨーロッパでも試み始められた時期であった。わが国でも、これからの心臓外科は冠動脈外科が大きな分野を占めることになるかと確信していたので、診断に必須である冠動脈造影のできる設備が絶対に必要だと思っていた。これが後に本院が冠動脈外科のみならず、冠動脈造影、PTCA、New Deviceなどの冠動脈疾患の診断、治療のあらゆる面で、わが国をリードする存在に発展したことにつながったと思っている。

循環器科の方は、延吉正清先生が1年後には来てくれることを約束してくれ、また将来は冠動脈疾患の治療に取り組むことが重要であるという点で意見が一致し、意気投合した次第である。小児循環器科については、京都大学からは来てもらえる人がなく、私が小倉に赴任した後、あちこちの大学にお願いして回り、最終的に熊本大学から加来省三先生に来ていただくことになった。

天理よろづ相談所病院の方の都合もあり、私は昭和48年3月に小倉記念病院に着任した。この年の1月か2月だったと思うが、天理よろづ相談所病院の方へ当時手術部の小野田婦長、後の看護部長の井上副看護部長、森園庶務部長の3人が3日ほど来院され熱心に視察された。自宅の方にも来ていただき、いろいろ病院の事情を伺

い、また将来の展望についても話したことは懐かしい思い出の1つである。吃驚したのは、最初に紹介された時、井上さんの「鬼の井上と言われております」との言葉でどんなに恐い人かと思ったが、付き合ってみればなんということもなく安心した。

さて、着任したものの、器械はまだ揃っていないし、それよりもまず手術する患者探しから始めなくてはならなかった。成人の患者は外科外来で、小児は小児外来でそれぞれ週一回ずつ、外来の空いている午後の時間に心臓外来を始めることとした。そして、必要な患者には心臓カテーテル検査、心血管造影を行い、手術適応の有無を検討した。小倉記念病院ではそれまで心臓カテーテル検査は行われておらず、内科、小児科の専門家も先に述べたようなことで未だいないことから、すべて自分でやらなければならなかった。ぼつぼつ先天性心疾患、弁膜症の手術適応の患者が集まり、器械も揃ってきたので着任3ヶ月後の6月から心臓手術を始めることにして準備を進めた。それまでの間は、手術としては肺の手術だけが行われたことになる。ちなみに第二外科として最初の手術症例は、私が執刀した肺癌に対する右上葉切除である。

心臓手術の第1例では、昭和48年6月18日、僧帽弁狭窄症の20歳の男性で、人工心肺使用下に直視下交連切開術を行い成功した。引き続いて週1例のペースで12月末までに25例の心臓手術を行い、当時としては優れた成績を上げることができ、心臓外科を軌道に乗せることができた。当時、九州厚生年金病院、国立小倉病院、下関市立病院ですでに心臓手術が行われており、そのため簡単な症例は少ないうえ、滑り出しで失敗すれば手術症例はなくなることも覚悟しなければならず、かなり緊張したことを思い出す。先日、開心術第3例目で僧帽弁の人



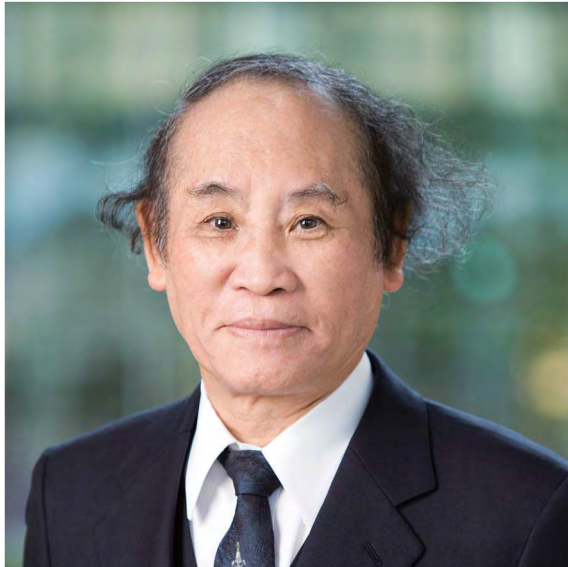
工弁置換術を行った患者に出会ったが、24年後の現在も人工弁に異常なく元気で、いろいろと話をしながら当時のことを思い浮かべて感慨深いものがあった。

昭和49年に入って、循環器専門の延吉先生、少し遅れて小児循環器の加来先生が着任され、小倉記念病院での循環器疾患の治療体制の基礎が固まった。それ以後、我々は外科治療にのみ専念すれば良いこととなり、週2例、さらに1年後には週3例の開心術を行うことが可能となった。当時、心臓外科で採算の取れるのは週3例の手術が最低条件であったので、これを2年足らずで達成できたことで随分と気が楽になったことを覚えている。先天性心疾患の重症例で、西日本地区ではこれまで手術不能として放置されていた症例に対しても、当時としては高い成功率を上げたことから、北九州だけでなく福岡、山口、熊本、さらには関西地区からも患者が紹介されるようになり、手術症例は著しく増加した。一方、後天性心疾患については、延吉先生の心血を注いでの努力によって、本院が冠動脈造影のメッカと言われるようになったのは、周知の通りである。冠動脈外科の推進は当初からの目標でもあり、昭和50年からは冠動脈バイパス手術を開始。手術症例は飛躍的に増加し、症例数、手術成績ともに本邦で1,2を争う施設となった。

昭和54年1月、これまでの第二外科を正式に心臓血管外科と呼称することとなり、同年4月、心臓病センターが設置された。これ以後も手術症例は増加の一途を辿り、月曜日から金曜日まで毎日1例の手術では間に合わず、手術、ICUの改装によって対処することとなった。これによって開心術は月、金は1日2例、さらに緊急手術にも充分対応が可能となり、症例数では全国で十指に入る施設へと発展した。当時の手術症例は先天性心疾患、後天性弁

膜症、虚血性心疾患とそれなりにバランスのとれた疾患構成で、それぞれの分野でトップレベルの成績を上げることができた。これは延吉先生をはじめとする循環器科、小児循環器科の先生方、宮本茂先生をはじめとする麻酔科の先生方、手術部、ICU、心臓病棟の看護婦の皆さんはもちろんのこと、心臓外科の発展に多大なサポートを惜しまれなかった代々の院長先生、その他関係各位のお陰であることを記して心から感謝を捧げたい。また、ともに苦勞した心臓外科のスタッフの先生方にも敬意と感謝の気持ちでいっぱいである。

昭和59年1月から私は京都大学へ移ったが、その後の本院での心臓血管外科の発展はご存知の通りで、今年年間手術数でも、またその成績でも、我が国で五指に入る施設として内外に知られた存在となっていることは誠に嬉しいことであり、今後のさらなる発展を心から望むものである。



名誉院長
延吉 正清

私が歩んできた道

私に寄稿依頼をいただきましたが、私の特技である冠動脈形成術(PTCA)を行うきっかけやその後の発展について述べさせていただきたいと思います。

私は昭和41年に京都大学医学部を卒業し、京都大学病院で2年間研修後、高知市立市民病院に赴任しました。1年間勉強したところで、京都大学病院に戻るつもりでしたが、学生運動の最中にあったことから、4年間高知市民病院で勤務しました。その後、岐阜大学の教授をしていた先輩に誘っていただき、岐阜大学に2年間勤務しました。岐阜大学は、動物実験が盛んで臨床には熱心ではありませんでした。臨床しか興味がなかった私は、2年間で岐阜大学を辞めて、小倉記念病院に赴任しました。当時の心臓外科部長は伴先生で、「ACバイパス術をしたいので、冠動脈造影をやってくれないか」と言われ、もともと冠動脈造影を行うことが私の主目的でしたので、冠動脈造影を開始しました。ただ、冠動脈造影はカテーテルが現在のように良くなく、とくに股動脈を切開してのJudkins法は、1例検査するのに3時間位かかっていました。

昭和45年の5月、虎の門病院にSones先生の所で冠動脈造影法を勉強した山口先生がいらっしゃるということで、一週間虎の門病院で勉強させていただきました。その後Sones法で冠動脈造影法を開始しましたが、まだ左右冠動脈口が心臓のどの辺りにあるのかさっぱりわからず、また、冠動脈造影についての本も殆どありませんでした。その為、自宅に剖検心を持ち帰り、冠動脈の位置などの研究を重ねた結果、数ヵ月後には冠動脈造影がスムーズに行えるようになりました。

100例ほど行った経験を医師会で紹介をしたところ、ある有名な先生に2人に1人は死亡するという危険な検査であるという厳しいコメントをいただきました。

それまで九州では、冠動脈造影は殆ど行われていませんでした。私は重大決心をしなければならないと思い、妻に「自分は悪い事をしているのではない。信念を持ってやっていることだ。万一、刑務所に入るようなことがあっても3、4年で帰ってこられるだろう。そのつもりでいてくれ」と告げたところ、快く了解してくれました。このように、私は、最悪の状態を想定して、冠動脈造影を続ける覚悟を決め、外圧にも負けずに冠動脈造影を続けました。その結果、昭和51年頃より見学者も多くなり、また当院に冠動脈造影を学ぶために赴任する医師が多くなりました。

昭和53年に冠動脈造影普及の為『冠動脈造影法』という本を執筆し、現在もまだこの本は多くの人に読んでいただいております。

また、心臓外科は伴先生の功績により、九州全域や、四国から患者が集まるようになりました。多分、伴先生は日本一の術者であったと思います。

私は、冠動脈造影法は直接治療法につながるものと考えをもっておりました。昭和54年7月に下壁梗塞(右冠動脈が完全に閉塞している)患者にニトリールを冠動脈内に注入したところ、血栓はありましたが再疎通(詰まっている血管が再び流れ出す)しましたので心筋梗塞の原因は冠スパズムと血栓ではないかと考え、血栓溶解療法を行いました。そして、東京にこの結果を持っていき報告したところ、延吉はクレイジーではないかと非難され、人間扱いされませんでしたが、私の実績をみて、あっという間に心筋梗塞の治療法として血栓溶解療法は日本中に普及していきました。



この頃、スイスにいたGrüntzig先生が狭心症の患者の冠狭窄部をバルーンで拡張して治療する方法(PTCA)を1978年アメリカで開かれた学会(AHA)でポスター発表しました。当時、血管を傷つけると血栓ができるという事が一般論であったため、危険な治療法ではないかと疑っていました。しかしながら、アメリカで1979年から80年にかかりの病院でPTCAを行い、良好な成績を上げていたことから、私も1981年にPTCAを開始しました(日本で私を含め3人)。第1例目はバルーンが通過せず、緊急ACバイパス術を施行することになりました。1982年に初めて成功、1986年には1年間に1206例のPTCAを行い、PTCA件数は順調に増加していきました。

そこで私は、本邦でもPTCAを行なう医師が増えてきているのにPTCAの知識や手技を十分に会得していない医師が多くいることを知っていましたので、少しでも自分の技術を教えようと思い、1984年5月10日に第一回小倉ライブデモンストレーションを行ないました。アメリカよりDorros先生に来ていただき10例行ないましたが、全て成功でこのライブでDorros先生がPTCAに必要な素晴らしい技術を披露され、また、各病院にどのように取り組むべきかを教えてくださいました。見学の先生も非常に勉強になったと言っておられました。このライブデモンストレーションは現在も続いていますが、その特徴は、私自ら術者として立ち、実際に治療している様子を別の会場にいる参加者に生中継するというものです。そして、会場にいるコメンテーターと話しながら、「こういう病変にはどういう考えで臨み、どういう器具を使ってどう操作するのか」を問いかけるのです。参加した医師もまるで自分が治療しているかのように、固唾をのんで私の手技を見つめています。参加した医師らはこのライブで多くのことを学

んで、それぞれの場で実践しています。

小倉ライブデモンストレーションの中で、私が強調したかったことは「3S」(simple, speedy, safety)です。1人の患者さんに2時間も3時間もかけて治療するというのはプロではない。「プロとはこうなんだ」ということを実感してもらうために、私はライブでは午前午後で各15例ずつ治療しました。症例が多いということはそれだけ多くの病変を見ることができますから、参加者も勉強になるはずです。PTCAの普及は何も日本だけに留まりません。私は術者として南米、中国、タイ、シンガポール、インドネシア、インドなどあらゆる国々を訪れ普及に努めてきました。

また、バルーンのみでは急性冠閉塞などの合併症がおこっていましたので、1990年4月に相当数のステントを植込んでおられるアリゾナハートのShatz先生を訪ねました。そこでPalmaz-Shatzステントの治療を見学し、私もステントを植込む決意をしました。同年の6月12日に日本で第1例目のステントを植込みました。ここに至るまで、冠動脈に小さな金属を入れることで血栓などをつくるのではないかと非常に心配でしたが、ステントの成績は非常によく、2年後には厚生省が保険償還材料として認可されました。これはアメリカよりも早く使用できるようになった画期的な出来事でした。その後もいろいろな種類のステントが出ており、現在、ステントなくて若い医者はPTCAはできないのではないかと考えています。

その後、平成4年には大学人以外では初めての学会として日本心血管インターベンション学会を設立し、多少日本の医療に貢献できたのではないかと考えています。また、私は学園にとらわれず多くの医師を養成し、その数は約600人以上となり、その方達は北は北海道、南は沖縄まで冠動脈インターベンションで頑張っています。



現在、日本では約15万人の患者さんが冠動脈インターベンション(カテーテルによる冠動脈の治療)を受けていると言われています。大多数の患者さんは2、3泊の入院で狭心症や心筋梗塞の発作から開放され、通常の日常生活が出来ます。このように、冠動脈インターベンションの普及は多くの人に変化をもたらしていると思っています。これも、私が信念を持ち続け、35年前周囲の反対にもかかわらず冠動脈インターベンションを開始した事が、現在の普及に貢献しているのではないかと自負しています。今後も患者さんが快適な生活を送れるように、生活の質(QOL)を高められるように、医療を提供することが大事だと考えています。

創立100周年事業



100周年記念連携会

当院は、平成5年に北九州でいち早く診療連携室を発足させ、病病連携・病診連携を深め、常に開かれた病院を目指してきた。平成28年6月に行われた創立100周年記念 第14回医療連携会には、地域医療機関から約470名の方々にご参加いただき、この百年間の感謝の気持ちをお伝えするとともに、地域の先生方と活発な意見交換を行うことができた。

会のなかでは病院長の永田から、昔の小倉市街の街並みや大正5年の折尾駅、昭和44年の紫川沿いの風景などをスライドで紹介させていただくと、当時を懐かしむ声を多くいただいた。

当院の礎を築かれた伴敏彦名誉院長・延吉正清名誉院長にもお越しいただき、心臓病センターを立ち上げられた時のお話や、日本初の心臓カテーテル治療に挑戦された当時の懐かしいエピソードなども伺うことができた。日々進化する医療において、スピーディーに柔軟に果敢に取り組まれたお二人のお姿、人に寄り添う思いやりのある医療、地域医療機関との強い連携など、伝統ある譽を受け継いだと再認識することができた。

これからも地域医療機関と密に連携して、個々の患者さんに最適な医療を提供できる連携体制を整えるために、「顔の見える連携」を今後も進めていきたい。



小倉記念病院 名誉院長
延吉 正清



小倉記念病院 名誉院長
伴 敏彦



100周年特別記念講演

平成28年7月に、地域の方々に100年間の感謝の気持ちを込め、「もっと自由に歩ける人生を」と題し、北九州芸術劇場大ホールにて100周年特別市民公開講座を開催した。

特別ゲストとして、2013年80歳にてエベレスト登頂に成功され、世界最高齢登頂記録を更新されたプロスキーヤーでもあり冒険家でもある三浦雄一郎先生にお越しいただいた。約1,500名の地域の方々にご応募いただき、北九州芸術劇場大ホールがほぼ満席の状態でスタートとなった。

当院からは循環器内科部長 曾我芳光が専門分野でも

ある末梢動脈疾患について講演し、「もっと自由に歩ける人生を」送るために、まず足があること、自由に動く足を持つこと、負荷に耐えられる体を維持すること、継続して歩ける足にすること、歩こうとする意欲を保つこと。そのための生活習慣や食事、運動方法や心の持ち方について市民の方々に講演を行った。

三浦先生からは「人生はいつも今から～80歳エベレスト登頂～」についてご講演いただいた。エベレスト登頂という命懸けの挑戦を前向きに明るく取り組んでいく姿がとても印

象的で、いくつになっても可能性・希望・夢を持ち続ける大切さは、ご参加いただいた多くの市民の方々に伝わったようだった。

最後の三浦先生・永田病院長・曾我部長のトークショーは、ちようど会の前日に三浦先生が校長を務めるクラーク記念国際高等学校が通信制高校としては初めて夏の甲子園出場を決めたこともあり、それまでの道のりも何うことができた。

今後も地域の方々が健康で豊かに暮らしていけるよう、市民公開講座の取り組みを続けていきたい。



健康、この先ずっと 100年ごはん

当院では、地域を元気にする活動の一環として地場企業とコラボしたノベルティ製作を平成27年より実施している。第一弾が、平成27年春に無添加石けんメーカーのシャボン玉石けん(株)との手洗い石けんパブルガード。そして第二弾として、トイレットペーパーの生産量で国内トップクラスの大分製紙(株)とトイレットペーパーを製作した。トイレットペーパーの原料には、当院で使用済みの古紙も再利用されている。

そして平成28年6月。100周年を記念し1913年創業の「ごとう醤油」と、体に優しい調味料シリーズ(心臓に優しいしいたけポン酢・脳に優しいブルーベリー醤油・腎臓に優しい小倉牛ドレッシング)を共同開発した。商品名は、地域の方々がずっと健康でいてほしいという願いを込め「100年ごはん」と名付けている。当院栄養管理課の監修のもと、健康面への素材のこだわりはもちろん、美味しさも満足していただけるものに仕上げた。

ごとう醤油との出会いは、当院ホームページのトップにご協力いただいたのが始まりである。当院のトップページ

は“病院の主役は患者さんだ”という考えのもと、北九州に住む人々や町の写真がスライドショーで映し出されるようになっており、最後にタグラインである「いつもの暮らしに、いつものあなた」という言葉が現れる。ごとう醤油には平成28年1月から6月までホームページにご登場していただいた。平成27年11月の撮影の際、ごとう醤油社長五嶋隆二氏と「これをご縁に、何か一緒にモノづくりをやりたいですね」という話をしていたのがきっかけとなった。

平成28年2月から発足された100周年プロジェクトチームにて、創立100周年記念 第14回医療連携会での手土産をごとう醤油とのコラボ商品にする企画が承認され、栄養管理課も含めた商品開発がスタートした。

商品開発は、当院が得意とする心臓・脳・腎臓に優しいものを作ろうということをコンセプトとして、栄養管理課と五嶋隆二氏とともに3ヶ月という短い期間の中で、食材や味、塩分を抑えるための工夫など、試行錯誤しながら進められていった。

そして完成したものが次の商品である。





心臓に優しい しいたけポン酢

しいたけは、血液中のコレステロール上昇を抑える効果があります。血液をサラサラにし、心臓の負担緩和に有効な食材です。玉ネギ酢をブレンドし、極めて減塩かつ豊かなしいたけの風味を出すために、小倉南区水晶山で井上さんが栽培する原木椎茸を使用しています。

脳に優しい ブルーベリー醤油

減塩した醤油に、脳の酸化を抑え記憶力の衰えを防ぎメモリーフードと称されるブルーベリーをブレンド。フルーツやデザートにも合う醤油に仕上げました。甘酸っぱい夏の味をお届けするために、平尾台の麓で壱岐路さんが丹精込めて作ったブルーベリーを使用しています。

腎臓に優しい 小倉牛ドレッシング

腎機能が低下すると、タンパク質の摂取を制限する必要があります。低タンパク食でもお肉を食べる感覚を味わっていただくために、小倉南区の畜産農家、奥田さん、佐野さん、柳野さんの育てた北九州ブランド「小倉牛」のビーフエキスをを使用しています。

創立100周年記念 第14回医療連携会では手土産だけではなくリーガロイヤルホテル小倉のご協力のもと、会での食事にも「100年ごはん」をご使用いただき、出席いただいた医療連携機関の方々には喜んでいただけたと思う。

こうして役目を終えた「100年ごはん」であったが、創業100年を超える病院と企業が手を結び生み出したこの商品は、現在ごとう醤油のラインナップとして市場で販売されている。メディアでも報道され、地域活性化の一役を担うことができたのは非常に喜ばしいことである。

今後も地元企業と手を取り合い、この北九州という地を盛り上げていきたい。



診療科・comedical



循環器内科

1979年1月1日 開設

循環器内科近年の歩み

平成10年以降の循環器内科について述べていきたい。

平成8年にCCUが8床に増設され、平成12年には旧心臓病センターの4階にCCU20床が増設となった。CCUの環境が整備されると共に、重症の症例にも適切な集中治療を行える環境が整っていった。平成22年末には小倉駅新幹線口にある新病院の更に大きな心臓血管病センターに移動した。新しい心臓血管病センターは10階建てで、1階が心臓カテーテル室6部屋、2階が外来、3階がCCU20床、5階がセミCCUと心不全病棟、6階が心臓外科病棟、7階が末梢血管病棟、8階が冠動脈疾患病棟、9階が不整脈病棟、10階は特別個室で、病床数も約250床に大幅増となり、循環器内科の更なる発展に寄与することとなった。

現在の治療方法

冠動脈インターベンション治療については引き続き順調に発展していった。バルマツツ・シャツツ・ステント以降のベアメタル・ステントの使用に伴い安全に冠動脈治療ができるようになり、平成10年には3030例のPCIを行った。その後、平成16年に薬剤溶出性ステントが保険償還されてからは再狭窄が減少し、更にPCIの有効性が向上した。平成22年ごろからは、よりよいPCI治療の結果を追求して、IVUSやOCTなどのモダリティを積極的に使うようになり、更に再狭窄やステント血栓症が減少した。また同時期にFFRの導入を行い、より適切なPCI治療戦略をめざしており、現在では年間約2000例のPCIを行っている。平成24年には冠動脈造影20万例、平成27年にはPCI6万例となり、日本一の症例数となっている。

末梢血管のインターベンション治療も、平成16年以降さらに積極的に行われるようになり、現在では曾我先生を中心に年間約600例の治療を行っている。以前は治療困難であった浅大腿動脈の完全閉塞や膝下の病変に対してもデバイスの進化と共に治療可能となっている。その結果、下肢の切断が行われる症例が減少していったのは喜ばしいことである。一方、循環器内科で日本を先導して行ってきた頸動脈ステント治療に関しては、脳神経外科の方がより専門的な治療を行うようになってきたことから、脳神経外科にお願いすることとなった。



白井伸一郎長 TAVI300症例達成



小倉ライブ 曾我芳光部長の末梢動脈へのカテーテル治療

またカテーテル・アブレーションも順調に発展していった。特に心房細動に対する肺静脈隔離術が治療方法として確立されてからは症例数も飛躍的に伸び、また3次元マッピングの手法が主流となってからはより治療が安全に行えるようになっている。現在は廣島先生を中心に年間700例以上、通算7000例以上のアブレーションを行い日本でも有数の施設となっている。

平成10年に植え込み型除細動器、平成16年に心臓再同期療法が保険償還されてからはペースメーカーを含めたデバイス治療も積極的に行われるようになった。心不全に対する治療方法は、当時薬物療法しかなかったが十分な効果を発揮するとはまでは言えなかった。ところが心臓再同期療法の導入により心不全は劇的に改善するようになり、心不全患者の治療戦略が一変した。心臓再同期療法の導入と同時にベータ遮断薬やACE阻害薬・ARBなどの心不全に対する薬物療法も発達し、また心エコーによる心不全の診断能力も各段に上がっていった。デバイス治療に関しては現在、安藤を中心に年間約400例を行っている。

構造的心疾患に対する治療戦略も徐々に変わっていった。日本の感染症の減少に伴い僧帽弁狭窄症は減少し、井上寛治先生から教わったPTMCの症例数は減少したが、一方高齢化に伴い大動脈弁狭窄症の患者は増加していった。大動脈弁狭窄症に対するバルーン拡張術(BAV)を平成23年に池上総合病院の坂田芳人先生に教えていただき、その後順調に症例を延ばしていった。また平成25年には大動脈弁ステント留置術(TAVI)を導入して、更に症例数を伸ばしている。現在では白井先生を中心に週2例、年間80例以上のTAVIを行っている。またこのチームでは心房中隔欠損症に対するカテーテル閉鎖術も平成25年より取り組んでいる。

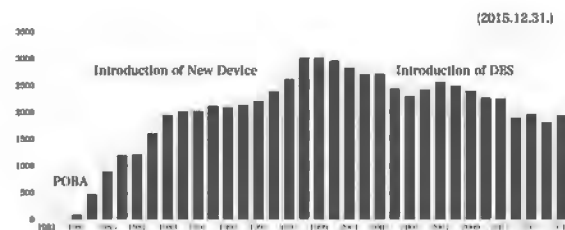
医師の成長とともに地域への貢献

当科では決まった医局からの派遣医師が少なく、多くの医師が公募で来ている。そのため若手医師の更なる成長の場を設けるため留学制度を平成24年から作ることとなった。第一号は磯谷先生でドイツのブランデンブルグ・ハートセンターのブツタ先生の所に2年間留学し、僧帽弁クリップ術の心エコーを中心にに関して勉強してこられた。現在では心エコーのチーフとして活躍されている。また平成26年からは、山地杏平先生がスイスのベルン大学に冠動脈インターベンションのイメージングを中心に留学されている。また大学の医局に負けないレベルで臨床データを国内外に発表することも継続している。毎年ACC/AHA/ESCを中心とした海外学会に数本ずつの演題発表、その演題の論文文化も積極的に行っており国内外から高い評価を得ている。日々の診療のみならず、留学制度や学会への参加を通じて、循環器内科の医師

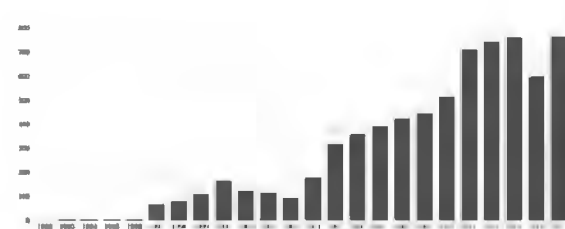
が成長出来るよう努めている。

今後も循環器内科は、患者さんのために高度医療を行い、病病・病診連携を通してより地域医療に貢献し、その結果、日本の医療発展のために活躍する医師を育てていきたいと思っています。

■PCI治療件数



■カテーテルアブレーション治療件数



〔歴代主任部長〕

延吉	正清	1979.1.1～2003.8.31
野坂	秀行	2003.9.1～2004.7.31
安本	均	2004.8.1～2008.7.31
岩淵	成志	2008.8.1～2013.5.9
安藤	献児	2013.5.10～



心臓血管外科

1979年1月1日 開設

これまでの歴史

伴敏彦先生が昭和48年に第1例目の開心術を施行されたのが心臓血管外科の始まりである。当時は胸部外科を標榜し、肺外科も行われていた。開心術症例数は年々増加し、特に冠動脈バイパス術に関しては日本でのパイオニア的存在となった。昭和59年、伴先生が京都大学医学部心臓血管外科教授になられた後は、佐賀医科大学胸部外科の教授をされていた宮本忠臣先生にバトンタッチされた。その後も症例数は増加し、年間開心術症例数は300例を超えるようになった。平成3年12月からは岡林均先生がバトンを引き継がれた。冠動脈バイパス術を中心に弁膜症、大動脈疾患、先天性心疾患すべてに高いレベルで対応され、平成7年からは年間開心術は400例を超えた。順調に症例数は増加し、平成12年から

は年間500例以上の開心術が行われた。なかでも、人工心肺装置を使用しない心拍動下冠動脈バイパス術（OPCAB）を虚血性心疾患に対する標準術式とされ日本をリードしてきた。平成18年10月、岡林先生が岩手医科大学心臓血管外科教授になられた後、羽生道弥が主任部長を引き継いだ。最初は400例を超える症例を安全に手術する体制を整えるために苦心し症例数を減らしたが、平成23年以降年間500例を超える開心術を行っている。特記事項は低侵襲手術の導入である。平成20年10月に大動脈瘤に対するステントグラフト治療を導入し、平成23年1月からは大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル大動脈弁留置術の治験に関わり、保険収載された平成25年10月から本格的に開始した。いずれも部長の新井善雄先生が中心となり対応している。

平成27年12月現在、開心術総数は15,000例を超え、日本有数の施設である。

心臓血管外科の現況

外来診療は、新患外来と再診外来に分けている。新患外来は予約制で、主に手術を希望される方を対象に毎日3名ほどの患者さんを診ている。再診外来は手術後のフォローアップが中心で、原則として予約制である。開心術症例の増加に伴い、2011年から外来枠を拡大し火曜日、水曜日、木曜日の終日行っている。



ICUでの風景(中央 新井善雄部長)



朝のカンファレンスにて

手術は毎日2～3例の開心術を行っている。手術後はICU入室を原則としているが、症例数が多い場合はCCUも協力してくれている。また、手術後の患者管理および夜間の救急症例に対応するため、1名が当直医として残り、24時間体制をとっている。当科は北九州市機能別救急体制の心臓血管外科部門も担っている。近年、北九州近隣の行橋や水巻地区の心臓血管外科が閉鎖され当院に搬送される急患が増加し、緊急心大血管手術は年間120例前後と全症例数の22%程になっている。なお、平成26年度の診療報酬改訂では、勤務医の負担の大きな原因である、時間外・休日・深夜の緊急手術に対して加算が新設され、厳しい施設基準を満たした施設の医師に対する緊急手術手当の支給が限定的にはあるが認められた。心臓血管外科医のインセンティブにつながる流れになるのか注目している。

[新しい手術術式の導入]

(1)弓部大動脈瘤に対する補助手段の工夫

弓部大動脈全置換を行う症例では、循環停止法を用

いることが前提となるため、その間の脳保護が重要となる。平成5年から冷却した血液を脳血管に選択的に灌流する方法(cerebroplegia)を採用してから、術中に脳合併症が激減し手術成績が向上した。さらに手術後の合併症を減らすため、平成9年からは循環停止する際の最低温度を20℃から26～27℃まで引き上げ、体外循環時間の短縮化の良好な結果が得られた。平成23年からは最低体温を25℃とし、70分までの循環停止でも合併症なく、術者によらず安全に手術が行えるようになった。更に術式の統一化もあり術翌日にICU退出が可能な症例も出てきた。

(2)心拍動下冠動脈バイパス術(OPCAB)

狭心症や心筋梗塞といった冠動脈の動脈硬化性病変に対する手術を冠動脈バイパス術という。現在でも多くの施設では人工心肺装置を心臓に装着してこの手術を行っているが、機械による非生理的な血流であるため、脳血管の狭窄が強い患者さんや、腎機能障害や呼吸機能障害を有する重症の患者さんは合併病変が悪化することが危惧されていた。この問題を解決すべく、当院では平成12年からスタビライザーと言う器具を、冠動脈が走行する心臓表面に固定して心臓の拍動を抑えて血管吻合する<心拍動下冠動脈バイパス術>を標準術式とした。以前では手術適応にならなかった高度の脳血管障害を有する患者さんや、ご高齢の患者さんにも低侵襲で手術が行えるようになり、7日から10日での早期退院も可能となった。

(3)胸部大動脈瘤に対するステントグラフト治療

(TEVAR)

胸部大動脈瘤に対する手術は、大きく開胸して、人工心

肺装置を装着し、動脈瘤を切除して人工血管で置換するのが標準術式である。しかし、呼吸機能障害がある患者さんや以前に開胸手術を受けたことのある患者さん、高齢の患者さんには負担が大きい手術であった。これに対して、形状記憶合金を巻き付けた人工血管を折り畳んでシースと呼ばれる管に充填し、このシースを大腿動脈から瘤のある胸部大動脈まで誘導して折り畳んだ人工血管をシースから大動脈内に押し出して瘤への血流を遮断する治療<ステントグラフト治療>が保険適応となり、当院でも本格導入した。この治療により、患者さんの負担はかなり軽減され、7日から10日での早期退院・早期社会復帰が可能となった。

(4)重症大動脈弁狭窄症に対する

経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)

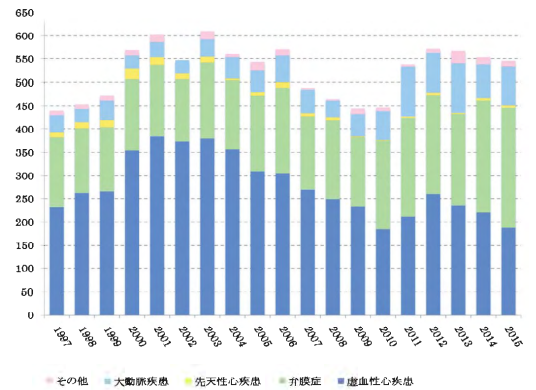
大動脈弁狭窄症の患者さんに対しては、従来から人工心肺装置を用いて石灰化で開かなくなった大動脈弁を切除して人工弁(生体弁・機械弁)に置き換える手術(外科的大動脈弁置換術)が行われており、その安全性も確立した標準術式である。しかし、様々な理由で手術ができないか、非常に危険と判断された重症大動脈弁狭窄症の患者さんに対して、経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)という治療が保険適応になった。当科でも循環器内科、麻酔科、手術部ナース、カテーテルナース、放射線技師、臨床工学士とハートチームを形成して治療を行っている。この治療の指導的立場の施設となり全国からの見学者を受け入れている。

心臓血管外科の今後の展望

高齢化社会に対応するため心臓大血管に対する治療

では人工心肺装置を用いない低侵襲治療の導入が加速していく。虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈形成術(PCI)、大動脈瘤に対するステントグラフト治療(TEVAR)、そして重症大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)がその代表である。当院でも、いち早く低侵襲治療を導入し、この分野をリードする施設になっている。その流れの中で、低侵襲治療では対応できない重症患者が増加している。従来の人工心肺装置を用いた手術も最新の知見に基づき改良を加えて、より安全に手術を行う努力を続けていくことには変わりはない。1日1日を大切にして歴史を刻んで行ければと考えている。

■1997年(平成9年)から2015年(平成27年)の年間症例数



[歴代主任部長]

伴 敏彦	1975.5.1～1983.12.31
松田 光彦	1983.12.16～1985.12.15
宮本 忠臣	1984.5.16～1991.10.31
岡林 均	1991.12.1～2006.10.31
羽生 道弥	2006.11.1～



血管外科

2007年4月1日 開設

開設の経緯

2007年は血管外科領域において大きな転機が訪れた年であった。一つはPAD（末梢動脈閉塞性疾患）に対する治療ガイドラインとしてTASC IIがまとめられ発表されたこと、もう一つは腹部大動脈瘤治療用の企業製ステントグラフトが国内で初めて認可・発売されたことである。PAD治療に関しては、従来Golden Standardであった外科的バイパス術を行ってきた血管外科医に対して循環器内科や放射線科医が血管内治療で参入し、治療件数を爆発的に伸ばしていた。しかしながら中には治療の適応を全く無視し治療件数と技術的成功のみを誇る内科医も多く、その適応や成績をめぐる血管外科医との間に大きな軋轢を起こしていた時代であった。このような背景の中でPADの治療ガイドラインと言えるTASC

IIが編纂され、明確な治療方針が示されたのである。当時小倉記念病院循環器内科においてもPADの治療症例が爆発的に増加しつつあり、その中で血管内治療の適応とならないもの、治療後再閉塞を繰り返すもの、虚血性潰瘍など外科的処置が必要なものなど内科医では対処できない症例が増えつつあった。このような中、当時循環器内科部長であった横井宏佳先生は、PAD治療を継続していくには末梢血管外科医との連携が不可欠と考え、製鉄記念八幡病院で血管外科部長をしていた三井信介先生を招聘した。

現在に至るまでの状況

当時、北九州地区の末梢血管外科症例のほとんどは製鉄記念八幡病院で血管外科を行っていた三井先生の元に集まっていたが、それがそのまま年間数百例の手術症例とともに小倉記念病院に移ってきた格好となった。一からの立ち上げでもあり当然ながら最初は大変な苦労をされたと聞いている。しかし、国内で発売が始まったばかりのステントグラフトを使用した腹部大動脈ステントグラフト内挿術をいち早く導入し、隈宗晴先生をはじめ優秀なスタッフの拡充、循環器科の全面的なバックアップなどもあって手術症例は順調に伸び、開設2年目にはPAD100～150例、動脈瘤90～100例、静脈瘤150例程度と全国でも有数の手術症例を有する施設に成長した。



石田勝副部長の手術



カンファレンス風景

その後、新病院に移転を果たした2010年末、諸事情により三井先生は異動することとなり、後任として2011年4月より岡崎が赴任することとなった。当時岡崎は九州大学第二外科の血管外科部門に在籍していたが、経験の多くは消化器・一般外科のものであり血管外科専属での経験は浅く、寝耳に水の人事であった。しかし研修時代の師匠であり学会の重鎮でもある三井先生の指名ということで、とにかく手術症例数を減らさないように、また特にステントグラフト内挿術で経験不足であった自身のスキルアップのため、残留してくれた隈宗晴先生の助けも借りながら積極的に手術に関わり、経験値を上げていくことに注力した。2012年には下肢静脈瘤のレーザー治療を導入し、また豊富な症例数を活かして治療データベースを整備し、内外の学会で積極的に発信するように心がけた。その甲斐あってか2013年には手術症例500例を達成した。

血管外科スタッフは2011年のみ岡崎を含め一時4名体制であったが、2012年より3名体制で診療を行っている。2015年には開設以来のスタッフであった隈宗晴先生

が惜しまれつつも異動となり、後任の田中潔先生、2013年から赴任した石田勝先生が現在のメンバーである。

現在の取り組み

血管外科の取り扱う疾患で最も特徴的なものはPADである。特に自家静脈を用いた足部動脈へのバイパス症例では全国有数の症例と経験を有している。北九州地区で最大規模の透析施設を有し、全国的にも有名な循環器内科を擁する小倉記念病院には数多くのPAD患者が集まってくる。PADの治療には血管内治療と外科的バイパス術があり、本来であれば個々の症例に応じてそれぞれの治療法の長所・短所を熟知のうえで治療法を選択していかなければならないが、血管外科開設以前は循環器内科が血管内治療のみを行っていた。しかし、症例の増加とともに虚血性潰瘍や壊死を伴う重症下肢虚血の増加、また血管内治療困難例、そもそもの適応の誤りなどもみられるようになり、循環器内科のみで診療を完結することは不可能となった。こうした背景の中で血管外科が開設されたわけであるが、血管外科の役割としては治療適応・創傷の管理・外科的治療と血管内治療の選択について循環器内科と密接に協議し、的確な助言と創傷管理およびハイレベルの外科的血行再建術を提供していくことと認識している。

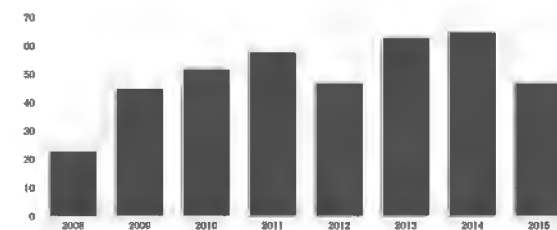
次にもう一つの治療の柱は腹部大動脈瘤の治療である。腹部大動脈瘤には従来の開腹人工血管置換術と低侵襲なステントグラフト内挿術があるが、総数で年間約90例、その約半数がステントグラフト内挿術となっている。腹部用企業製ステントグラフトは現在それぞれ特徴の異なる4機種が発売されており、機種ごとに資格が必要な

だけでなく、機種ごとに異なる構造と性能、手術手順を熟知していなくてはならない。スタッフ全員が2015年発売のものを除く3機種の指導医資格を取得しており、豊富な症例に対応している。また近年では緊急ステントグラフト内挿術による破裂症例の救命率向上が報告されているが、当科でも積極的に応用している。

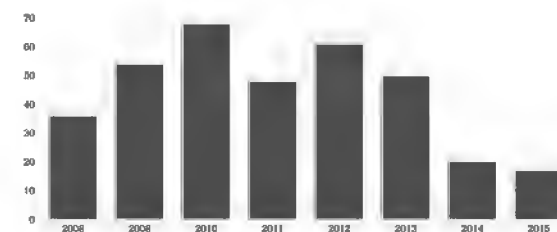
静脈瘤の治療では、低侵襲な血管内レーザー焼灼術と従来の静脈瘤除去切除術（ストリッピング手術）双方を行っている。基本的には1泊～3泊程度の入院治療を行っているが、患者さんの希望により日帰り手術も行っている。最近ではレーザー焼灼術が注目されているが、そもそもストリッピング手術もそれほど侵襲が大きいわけではなく、経験豊富な施設であれば手術時間・入院期間とも短く成績は非常に良好で患者満足度も高い術式である。安全性や根治性、病状や患者さんの希望を基に術式を選択しており、年間約150例のうち約半数がレーザー治療となっている。

小倉記念病院は北九州地区で最大規模の透析施設を有し、また交通の利便性も良く、その医療圏は北九州全域と山口県西部、行橋市や田川市、日豊本線沿いの大分県北部にまで広がっている。このため多くの循環器・心・脳・末梢血管疾患の患者さんが集まってくるうえに、現在のところこれらの地域には当院と済生会八幡総合病院以外は末梢血管外科がほぼ皆無ということもあり、地域に果たす責任は重い。これからも最先端かつ質の高い医療を提供することで地域に貢献していきたい。

■腹部大動脈瘤ステントグラフト治療件数



■下肢虚血下腿・足部バイパス治療件数



〔歴代主任部長〕

三井 信介 2007.4.1～2011.3.31

岡崎 仁 2011.4.1～



脳神経外科

1966年5月1日 開設

脳神経外科開設のあゆみ

基本診療科18科の一つである「脳神経外科」が医療法において標榜診療科として法制化されたのは、昭和40年4月のことである。京都大学関連施設では、昭和37年に北野病院、昭和38年に大阪赤十字病院、昭和39年に京都大学に脳神経外科が開設された。さらに、昭和40年に倉敷中央病院、昭和41年4月に天理よろづ相談所病院に引き続き、同年5月に京都大学関連施設の中では5番目に小倉記念病院脳神経外科が開設された。九州で初めて脳神経外科が開設されたのが九州大学の昭和41年4月であり、当院はほぼ同時期に開設された北九州市で唯一の脳神経外科、九州で二つの脳神経外科のうちの一つであった。初代部長は京都大学から着任された三谷哲美先生である。開設当初の手術台帳には、

頭部外傷や頸椎外傷などが多数を占めていたが、次第に脳腫瘍や脳動脈瘤の手術も始まった。昭和44年には京都大学から青木秀夫先生が着任され、昭和47年に山口大学脳神経外科初代教授として赴任された。昭和48年には再び三谷哲美先生が4代目部長として就任され、約20年にわたって北九州地方の脳神経外科診療をリードされ、手術件数は飛躍的な増加を遂げた。

マイクロサージェリーの導入と発展

現在の脳神経外科手術の両輪の一つがマイクロサージェリーであるが、当院の記録で確認可能な、当院初のマイクロサージェリーが昭和49年11月27日である。日本にマイクロサージェリーを導入された菊池晴彦先生（当時、北野病院脳神経外科、後に京都大学教授）、唐澤淳先生、三谷先生により、右前頭側頭開頭術により右中大脳動脈瘤および脳底動脈瘤ネッククリッピング術が行われている。菊池先生がチューリッヒ大学より帰学し北野病院に赴任されてマイクロサージェリーを日本に導入したのが、昭和46年頃であり、当院への導入はその約3年後となる。導入後、脳神経外科手術の成績は飛躍的に向上し、脳動脈瘤クリッピング術のほか、STA-MCA吻合術やHardy手術なども数多く行われるようになった。昭和52年の手術件数は199件に達した。

平成3年京都大学脳神経外科で菊池晴彦教授の片



波多野武人主任部長による血管内治療



脳神経外科集合写真

腕であった永田泉先生（現病院長）が着任され、マイクロサージェリーの黄金期を迎える。平成5年には第6代部長として西川方夫先生が着任された。西方先生も菊池先生と同様にチューリッヒ大学でマイクロサージェリーを学ばれ、バイパス手術のみならず、心臓血管外科とのCEA・CABG同時手術も開始された。脳血管障害の手術を中心に爆発的に手術件数は増加し、平成7年には手術件数は301件を記録している。当院は、北九州市における脳血管外科手術の拠点としての地位を確固たるものとした。

脳血管内治療の導入と発展

平成12年には第7代部長として、中原一郎先生が着任された。中原先生は京都大学において、滝和郎先生とともに脳血管内治療の黎明期より仕事をされたパイオニアの一人であり、国立循環器病センターを経て当院に就任された。現在の脳神経外科手術の両輪のもう一輪が脳血管内手術であることは疑いの余地がなく、当院に

中原先生が着任された意義は極めて大きい。

日本に脳動脈瘤塞栓コイルであるGDCの導入、京都大学で日本初の頸動脈ステント留置術（CAS）が行われたのが平成9年であり、まさに血管内治療が全国で普及し始めた頃、中原先生は九州の地にいち早く、このGDCとCASを導入した。平成12年に5件であったCASは、平成19年には90件に到達している。GDCも平成22年には約80件に到達しており、名実ともに血管内治療のトップセンターとなっている。総手術件数は平成23年には600件を超えており、その約50%が脳血管内治療である。

当院がこの地区においてneurovascular centerの地位を確立したのは、「低侵襲手術」という言葉が盛んに使われるようになった2000年代に、いち早くこの脳血管内手術を導入した中原先生の偉大な功績である。平成23年には会員数3000人を超える日本脳神経血管内治療学会の第26回学術集会会長を中原先生が務められ、小倉記念病院脳神経外科のブランドを揺るぎないものとした。

脳卒中センターの発展

中原先生のもう一つの偉大な功績が脳卒中センターの開設である。現在の脳卒中診療を語るキーワードの一つは“Hybrid”であるが、この単語には様々な意味が含まれている。優れた脳卒中センターには脳神経外科だけでなく、脳血管障害診療に長けた脳神経内科医が従事していること、脳神経外科医はマイクロサージェリーだけでなく脳血管内治療も行うこと、脳神経内科医は内科的治療だけでなく脳血管内治療も行うなど、脳卒中診療において診療科間の垣根は非常に低くなっている。いまや脳梗塞の急性期再開通治療のエビデンスの多くは、血管内

治療を行う神経内科医によって確立されている。中原先生はこのトレンドをいち早く察知し、当院脳卒中センターにも九州大学第2内科や神経内科から大勢の内科医を受け入れて、脳血管内治療を普及させた。平成27年4月に中原先生は藤田保健衛生大学脳卒中科教授としてご栄転されて、京都大学より石井先生が第8代部長を、そして現在は、波多野先生が第9代部長として就任している。

現在の脳神経外科

現在、永田泉病院長以下、11名が脳神経外科に所属している。最も若手が平成21年卒であり、全体として非常に若いチームである。この中で4名が神経内科医であり、いまや脳卒中センターの運営において脳神経内科医は欠かせない存在である。内科治療に精通しているだけでなく、脳血管内治療専門医でもある彼らは脳動脈瘤塞栓術も術者として行う。一方、脳神経外科専門医は7名であり、脳血管内治療だけでなく、当然ながらマイクロサージェリーも担当する。神経内科医が行う脳血管内治療の成績は非常に良く、マイクロサージェリーもこれまでにない高いレベルが要求されている。このように脳血管内治療を通じて、科内でも内科や外科のバックグラウンドのハードルを越えた切磋琢磨が行われている。例えば、再開通までの時間が最も機能予後に直結する「脳梗塞の急性期再開通治療」は11名全員が術者として担当し、再開通までの時間を競っている。平成28年3月現在の最短記録は穿刺開始から10分03秒である。

時代は手術件数だけでなく、手術の成績を競う新たな時代に入りつつある。米国ではこの手術成績を担保するために、治療困難な疾患に介入することに慎重な施設が

増えつつあるという。最先端医療にフロンティアスピリットは絶対に欠かせない。同時に、小倉記念病院脳神経外科が現在の地位を維持していくには、自身の手術成績をdataにして客観的に振り返りpublicationとして残していくことが求められている。フロンティアスピリットを忘れずに、かつ「謙虚」な脳神経外科として、今後も成長していきたいと考えている。

■治療件数

	2011	2012	2013	2014	2015
開頭手術	137	156	116	100	77
機能的脳外科	4	3	9	9	5
血行再建術	42	29	19	18	8
経嚥形骨折手術	3	0	6	1	0
脊髄・脊髄手術	9	29	23	18	7
穿頭術	50	66	59	74	85
シャント手術	18	18	11	15	18
脳血管内手術	267	260	200	226	209
神経内視鏡手術	1	5	3	5	5
その他	85	50	45	23	10
合計	616	616	491	489	426

〔歴代主任部長〕

三谷 哲美	1975.5.1～1991.6.30
永田 泉	1991.7.1～1992.11.30
植田 浩之	1992.12.1～1993.1.31
西川 方夫	1993.3.1～2000.4.30
中原 一郎	2000.5.1～2015.3.31
石井 暁	2015.4.1～2016.3.31
波多野武人	2016.4.1～



脳神経内科

1983年1月1日 開設

脳神経内科の歴史

昭和57年12月九州大学神経内科学教室から初代神経内科部長として椎裕章先生が赴任され、神経内科の開設準備が始まり、翌58年1月、当時の病院（貴船町）の1階にあった脳神経外科外来で神経内科の診療が開始された。その当時の脳神経外科主任部長であった三谷哲美先生をはじめ、脳神経外科の先生方や看護婦主任の有松ミサ子さんの強力なバックアップの元スタートした。昭和59年4月、病院の2階に脳神経センター神経内科部門が移動となった。神経内科初代の看護婦は川原由子さん（昭和59年4月～同61年3月）で、医療事務は西尾由美さん（昭和59年4月～同63年3月）であった。研修医として産業医科大学神経内科の大学院生であった橋口英志先生（昭和60年4月～同61年8月）が加わり2人体制とな

った。その後、研修医として交代で、産業医科大学から、松永蕉先生（昭和61年9月～同62年6月）、床並房雄先生（昭和62年7月～同63年6月）、赤松直樹先生（昭和63年7月～平成元年6月）、金川賢二先生（平成4年10月～同5年2月）が勤務し、九州大学神経内科からは、安武多恵子先生（平成元年7月～同2年5月）、井上勲先生（平成2年6月～同3年5月）、古川ひさ子先生（平成3年6月～同4年5月）、河野祐治先生（平成4年6月～同5年5月）、山口道子先生（平成5年6月～同11年3月）、吉村怜先生（平成17年4月～同19年3月）、副島直子先生（平成19年4月～同20年3月）、上田麻紀先生（平成20年4月～同22年3月）、中垣英明先生（平成22年10月～同23年9月）、田中公裕先生（平成23年10月～同26年3月）、古田興之介先生（平成22年10月～同27年3月）、藤井敬之先生（平成24年4月～同26年3月）、白石渉先生（平成26年4月～同27年3月）、雑賀徹先生（平成27年4月～同28年3月）が交代で勤務した。

平成27年9月初代神経内科椎裕章部長の定年退職に伴い九州大学神経内科より松本省二が部長として赴任した。その移動に伴い診療科名が神経内科から新たに脳神経内科に変更となった。現在、松本省二部長、橋本哲也医長（平成27年10月～）、辻本篤志医員（平成28年4月～）の3人体制で、で外来（新患、再来）、救急外来、病棟患者の診療に当たっている。



脳梗塞緊急支援システム「タスカル・ストローク」を運用



看護師へ脳卒中について講義

地域の医療レベルの向上をめざして

北九州神経カンファレンスという集まりが月1回のペースで行われている。北九州の神経内科、脳神経外科、整形外科、内科、精神神経科などの医師が参加し、産業医科大学、JCHO九州病院、九州労災病院、当院が会場を提供し症例検討を行っている。昭和41年に始められ現在に至っている。ここで提示された症例は貴重な症例が多く、北九州地域の神経学の進歩に大いに寄与しており、当神経内科もこの会を1つの節目として経過してきた感がある。

神経疾患の診療には各科との連携が重要である。外科的アプローチが必要であるときは脳神経外科、整形外科にお願いし、術前術後の機能評価が必要なときは当科で診ることになる。精神症状を有するときは精神科、呼吸管理や神経痛では麻酔科、そしてすべての他科と密接な関係を保ってきた。また、神経内科の患者さんには理学療法を必要とすることが多く、当院でもリハビリ部門

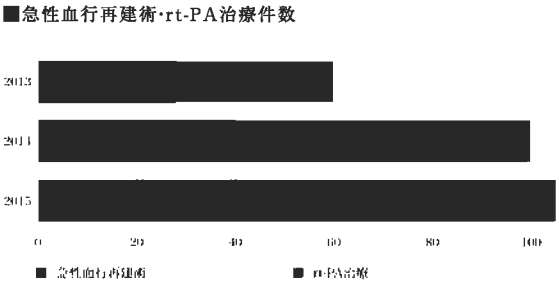
と緊密な連絡体制をとっており、週1回は医療連携課、看護部と合同での病棟回診を行っている。

脳卒中センターの一員として

平成12年5月、当時の脳神経外科主任部長であった中原一郎先生をセンター長として脳神経センターが開設された。平成22年10月に脳神経センターから脳卒中センターへと名称が変更され現在に至っている。平成27年4月に藤田保健衛生大学病院の脳卒中科教授ご栄転に伴い、開設時からセンター長を勤められてきた中原先生から松本省二がセンター長を引き継ぐことになり、平成29年2月現在神経内科医3名、脳神経外科医8名の体制で24時間365日体制で脳疾患と立ち向かっている。

神経系の生理学的評価、解剖学的評価のための臨床検査は、神経内科診療にとって欠かすことができない。当院では、末梢神経伝導速度、大脳誘電位(体性感覚、視覚、聴覚)、脳波、重心動揺計、眼振などの電気生理学的検査や中枢神経系のCT、MRI、SPECT、頸部血管超音波検査、経頭蓋ドブラ検査、脳血管撮影検査などによる画像検査が速やかに行われており、日常診療上非常に役立っている。今後も日進月歩している検査を取り入れ、さらに医療レベルを上げていく必要がある。

現在、高齢化社会が進んでいる。それに伴い、当科で治療を行っている脳卒中、認知症等の患者数も増加している。当院脳神経内科においてはこのような社会状況も視野に入れながら、地域の医療機関や行政機関、各事業所等と連携し、患者さんに適切な診療を提供し続けることができるよう、常に心がけていく所存である。



〔歴代主任部長〕

椎 裕章 1986.4.1～2015.9.3

松本 省二 2015.9.4～



外科

1948年1月1日 開設

外科の歴史

百年の計と言われるように一世紀は一つの節目である。病院は、国家という枠組みの中で医療保険、医学教育、社会福祉行政の大きな影響を受けるし、日進月歩の医科学、医療技術の流れの中で著しい変化をしていく。病院も時代の流れに翻弄されるが、時間が経過するとようやくその歴史的評価も定まってくる。小倉記念病院は、大正5年、京都帝国大学医学部外科教室助教授、副島豫四郎氏により恩賜病院として創立後、百年を迎えることになり外科の歴史を記す。

1900年から1945年までの外科医学の足跡を調べると、創立当時の外科医療がどのようなものであったかを知ることが出来る。世界では、1900年、Ringerがリンゲル液創製、同年、Prebeleが食道静脈瘤は肝臓の血流障

害によることを記載。1901年、RontgenがX線の発見により第1回ノーベル物理学賞を受賞、Landsteinerが血液型をABOの3種に分類し輸血法を適正化、1903年、Kellyが直腸鏡検査を創案、1908年、Pringleが肝阻血法を発表、Rouxが胃全摘の際のRoux-en-Y型再建法を提唱、1909年、Kocherが甲状腺の病態整理、外科治療でノーベル生理学・医学賞を受賞、1912年、Kauschが膨大部癌に対し臍頭十二指腸切除に成功、1922年、BantingとBestが膵臓インスリンを発見、1924年、GrahamとColeが造影剤静脈内注射による胆嚢造影法を創始、1929年、Flemingがペニシリンを発見、1935年、Whippleが十二指腸乳頭部癌に対し臍頭十二指腸切除に成功、1941年、Rockeyが膵全摘術に成功、1943年、Dragstadtが十二指腸潰瘍に対する迷走神経切離術を提唱している。日本では、1901年脊椎麻酔法の創出、1906年、虫様突起炎の手術時期選択論争、1909年全身麻酔法の創出、1918年、虫様突起炎の早期手術開始、1923年、胆道外科の研究開始、1924年、胃潰瘍に胃切除を応用、1930年、食道外科の黎明期となった。以上から推測すると、戦前の当院での外科治療は、急性虫垂炎、胆石症、胃十二指腸潰瘍、胃癌に対する外科治療が浸潤麻酔、脊椎麻酔で行われていたことになる。

第二次世界大戦後、小倉記念病院外科ではエポックメイキングな外科手術が行われている。昭和23年5月に本庄



手術室通路にて集合写真



河村祐一郎部長による腹腔鏡手術

一夫先生が外科部長として赴任し、昭和24年3月7日に腰椎麻酔下で、世界初の系統的肝右葉切除を施行した（肝臓右葉（亜）全切除について。手術、4:345-349.1950、Total resection of the right lobe of the liver . J Int Coll Surg, 23: 23-28, 1955）。また同年12月9日には本邦初の膵全摘術を施行している（膵臓全摘出術について。手術、4:399-403,1950、Total pancreatectomy. J Int Coll Surg, 25: 551-557, 1956）。現在の肝右葉切除は全身麻酔下、超音波メスで脈管を露出処理し、肝実質は超音波凝固切開、生理食塩水を浸し電気凝固して止血しながら肝切除を行っている。その所要時間は概ね4-6時間であることを考えると、腰椎麻酔で同術式を施行されたというのは驚くばかりである。その後、本庄先生は昭和34年金沢大学教授就任、昭和40年京都大学教授就任、昭和52年退官された。

医療制度、医学教育制度については様々な変遷曲折を経て来た。無給医によるインターン制度に対する大学紛争が生じ、先述の本庄教授の頃燃え盛った。大学講義をボイコットし医師国家試験を合格後、大学医局人事

で赴任をするのではなく自主赴任をしたという時代もあったと聞く。京都大学外科交流センターでは10年前から若手医師は完全マッチング制度で研修病院を選択できる制度を採用してきたが、結果都市部に若手外科医集中が生じ変革が検討されている。

近年の外科について

2005年から医師免許取得後2年間の初期研修医制度が導入され、2018年からは3年間の外科専攻医制度が開始される。さらにその上位に消化器外科、内視鏡外科、乳腺外科、呼吸器外科、小児外科、心臓血管外科の専門医制度が位置づけられ、知識と技能、症例数が問われる資格制度となる。外科手術はArtとされてきたが、Evidence-based Medicineが導入され、学会主導の診療ガイドライン、マニュアルが作成され、外科治療の標準化均一化が進んできている。国の制度として、National Clinical Dataが登録されるようになり、万単位の症例が集積され、Big Dataが活用されるようになり、胃癌、大腸癌、食道癌、肝臓癌、膵臓癌の手術死亡率が明らかとなった。

田中明は2007年、外科部長として着任した。京都大学と山口大学外科教室が協力して外科診療に携わるという外科の世界では珍しい運営形態を踏襲して再スタートすることになった。当初は週に1-2例の胆石症、ヘルニアなどの一般外科症例であったが、2015年には連日3-4例の定期手術症例を施行し、それに加えて緊急症例をこなす状況であり、年間症例数は940例となっている。

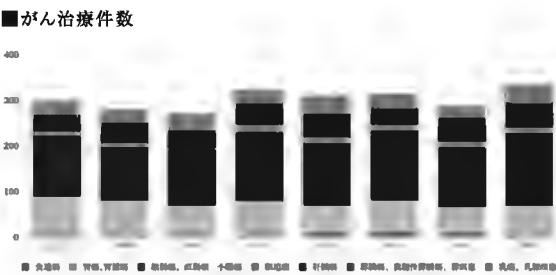
外科の進歩と共に、小倉記念病院外科は、肝胆膵外科、食道・胃の上部消化管外科、大腸・直腸の下部食道

外科、乳腺外科、呼吸器外科、一般総合外科に分化発展を続けている。その中で消化器外科では鏡視下手術導入が進んでいる。新病院移転に伴い手術室の広いスペースが確保され、内視鏡外科対応の手術室も整備された。手術に使われるデバイスも進歩が進み、超音波メス、超音波凝固切開装置等エネルギーデバイスが導入され、従来の手術と異なり手術に伴う出血量の減少、侵襲の軽減に大きく貢献している。

外科領域の固形癌は、血液癌と比較して化学療法が有効ではないとされてきたが、最近は新しい抗癌剤、分子標的薬が開発され成績の向上が見られる。一方では従来の抗癌剤では骨髄抑制が主たる副作用であったが、分子標的薬では皮膚障害、肝障害、腎障害、肺障害などが見られ、思わぬ有害事象に遭遇することもある。分子標的薬は腫瘍増殖、シグナル伝達、血管リモデリングなど分子レベルの機序に関係する遺伝子の多型性により効果が異なるので、その遺伝子多型、変異を事前に検査部の協力を得て検索している。その上で術前、術後、再発症例についてそれぞれの癌腫のガイドラインに基づき、副作用をモニターしながら、医師、薬剤師、看護師と共同でチーム医療として実施されている。癌治療では、放射線治療、免疫療法が外科治療と並行して行われる。放射線治療については、新病院移転時にリニアックが導入され、外科としての治療範囲が拡大されている。

時代の潮流は情報化社会であり、インターネットで情報が押し寄せてくる。情報化社会にあっても外科の世界は依然徒弟制度が残る技術の習得が第一義である。外科医は文化人類学的にサイコパシー度が高く、脳科学の研究から心と脳の地形図が特異的とされる。一方で外科医志望の若手医師は減少しており危機が叫ばれてい

る。生命進化の中で生じてきた癌が100年後に撲滅され人類は桃源郷に辿り着くとは考えられないが、小倉記念病院外科は100年後にはどう変わって行くのであろうか。



〔歴代主任部長〕

山内	皓	1975.5.1～1991.6.30
福山	訓生	1991.7.1～2004.3.31
菅野	元喜	2004.4.1～2006.1.31
本田	五郎	2006.2.1～2006.3.31
田中	明	2006.7.1～



呼吸器外科

2016年1月1日 開設

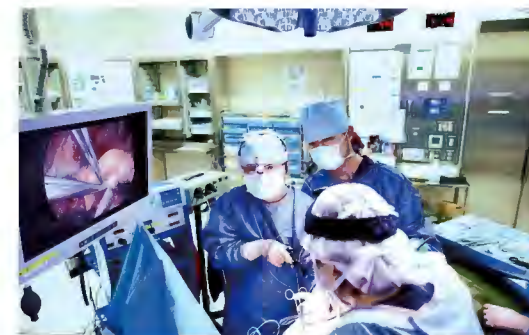
開設から現在の診療について

呼吸器外科医不在であった当院に、肺癌手術を中心とする呼吸器外科診療を開始する目的で、平成25年4月に岩田輝男が外科副部長として赴任。九州で一番の肺癌症例数を誇る産業医科大学の呼吸器・胸部外科田中文啓教授のご高配によるものであった。当初より外科の先生の応援を賜り、すぐに呼吸器外科手術を開始した。主な対象疾患は肺癌、転移性肺腫瘍、縦隔腫瘍、気胸、であり手術のほぼ全例に胸腔鏡を活用し低侵襲化をはかっている。当院は循環器疾患を併存する患者さんが多いが、腕のいい麻酔の先生が多く、循環器医のフットワークも軽く、狭心症等の併存症を持つ患者さんにも積極的に手術療法を行い、その周術期にも万全を期することができている。迅速な診断と治療、手術患者さんの出来



入院患者さんとお話される岩田輝男部長

るだけ待たせない、他科との連携を大切に、肺癌に関しては診断、治療、化学療法、分子標的治療、放射線治療、緩和ケア、その全てに対応している。呼吸器外科手術症例数は、43例、70例、115例と年々増加の一途をたどり、そのうち肺癌手術数は年間60例に増加し、福岡県内でもトップ10に入る肺癌手術数に達した。平成26年には呼吸器外科専門医合同委員会の関連施設に認定された。平成27年10月には呼吸器外科医の門司祥子先生を迎え、平成28年1月より呼吸器外科として独立する運びとなった。手術に関しては、安全性、根治性、低侵襲性の3つの柱を柔軟性とバランス感覚を持って達成することを心がけている。診療理念は、自分や自分の家族がうけたい医療を強い気持ちで実践することであり、自分達



岩田輝男部長による胸腔鏡手術



外来の様子 門司祥子先生

の技術、最新の知見、経験の全ては患者さんに還元するためにあると考えている。初期の肺癌から厳しい状態の肺癌まで、どんな状況でも患者さんと御家族の立場に立って共に戦う覚悟であり、呼吸器内科、外科、麻酔科をはじめ関連スタッフと連携をとり、安全でホスピタリティーの高い入院生活をおくっていただけるようにベストを尽くし続ける。

今後はVATS (Video-assisted thoracic surgery) のさらなる向上を探究心を持って取り組んでいく。同時に、学会発表、論文作成、啓蒙活動、教育活動など、情報を発信し続け、地域から安心して医療を任せてもらえるブランド力を持った診療科としての成長、成熟を目指す。

呼吸器外科に赴任して

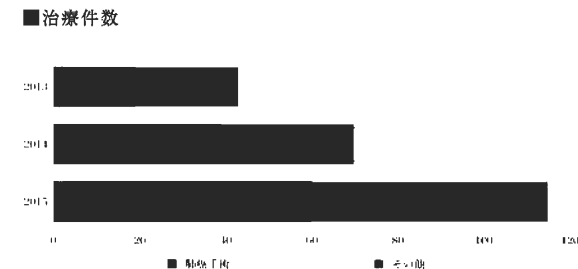
平成25年4月に岩田部長が呼吸器外科として当院へ赴任して以来、外科チームの中で呼吸器症例を担当していたが、症例数の増加に伴い平成27年10月に呼吸器外科医の増員という形で門司祥子が赴任することとなっ

た。当院へ赴任して一番の感想はとにかく病院がきれいということに尽きるだろう。きれいで広い手術室はそれだけで外科医のモチベーションを上げてくれるし、職員食堂から海が見えるのも日々の診療の疲れを癒してくれる。当院の理念は、「職員の幸せが、患者さんの幸せ・地域の幸せにつながる」ということらしいので、全くその通りだと思う。さて、そんな恵まれた環境での岩田輝男の業務をご紹介します。外来は毎週月曜日の午前で、木曜日以外が手術日なので大体週3日くらいが呼吸器外科の手術、もう1日は消化器外科のお手伝いに入ったり、フリーだったりする。当院は言わずと知れた心臓の病院であるが、手術患者も例にもれずほぼ心疾患を合併しており、抗凝固剤2-3剤併用は当たり前である。普通であれば麻酔を拒否されそうな心機能であっても当院の麻酔科は対応してくれ、実に頼もしい。また手術室スタッフの動きもよく、非常に手術がやりやすく、外科医にとっては最高である。今年は消化器外科医の人数も増えたので消化器の手術に入る機会はずいぶん減ってしまったが、同年代の外科医の執刀を見られるのは励みになるし、勉強になる。逆に呼吸器外科は2人体制なので手術の時は必ず消化器



術中の門司祥子先生

外科の若手の先生に手伝って貰っているが、腹腔鏡で鍛えられているので胸腔鏡のカメラワークもとても上手で大変ありがたい。フリーの日は患者さんとおしゃべりする貴重な日である。「病は気から」というが、入院生活が長くなると精神的にしんどくなり、ますます病人になってしまうくらいがあるように思う。我々の仕事はまず第一に手術で治すこと、次に適正な薬を使って治すことだが、やはり患者さん自身の生命力に左右されるところも大きいように思う。時にじっくり話を聞いたり、一緒に落ち込んだり、励ましたり、冗談を言ったり、あの手この手で患者さんの「病気を治そう、元気になろう」という力を引き出す手伝いをしている。この点において当院はコメディカルのスタッフがとても優秀で、看護師はもちろん、リハビリスタッフから病棟クラーク、はたまた看護助手や清掃担当の皆さんも、実に自然に患者さんのサポートをしてくれている。また、病棟薬剤師がこれだけべったり病棟に張り付いてくれているのもこれまで経験がなく、薬剤師自身が患者さんの病態からキャラクターまでよく把握してくれているので薬の相談も非常にしやすい。さらにスタッフ間の連携が非常に良いのでリハビリの相談や転院調整などもスムーズでとても助かっている。今後もこの恵まれた環境を最大限に生かして、外科医として精進し、患者さんの治療に当たりたいと思う。



〔歴代主任部長〕

岩田 輝男 2016.1.1～



消化器内科

1980年4月1日 開設

消化器内科の誕生～歩みを支えた先生

昭和41年11月、山口大学医学部第一内科より消化器専門医として、中村克衛講師が非常勤指導医として、また河村奨先生が常勤医として赴任し、小倉記念病院における消化器内科の本格的な診療が始まった。その後、佐藤康先生、藤本茂博先生、白石徹先生、西明義晃先生、松原龍男先生、牧坂泰治先生が、昭和40年代に相次いで赴任され、現在の消化器内科の黎明期を築いた。昭和40年代初めは、ようやくファイバースコープが開発され、世に出回り始めた頃であり、まだ一般的には盲目的に胃内を撮影する胃カメラが中心の時代であった。

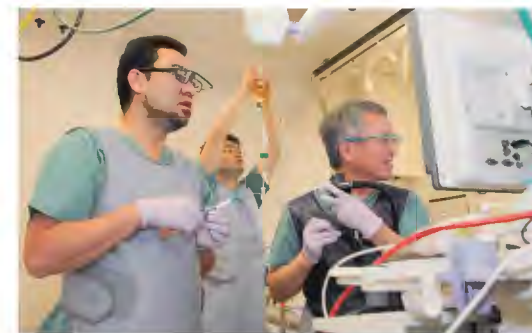
大学の医局人事によって常勤医の交替も盛んになり、昭和50年代には松浦宏先生、阿美子秀美先生、椎葉（岡）富子先生、浜田義之先生、清水道彦先生、青山栄

先生、木下善二先生、小田原満先生、前谷昇先生が赴任され、症例数の増加とともに昭和55年4月に、内科から独立して、消化器科となった。昭和57年には、飯田洋三先生が主任部長として就任され、以後25年間、消化器科を牽引された。

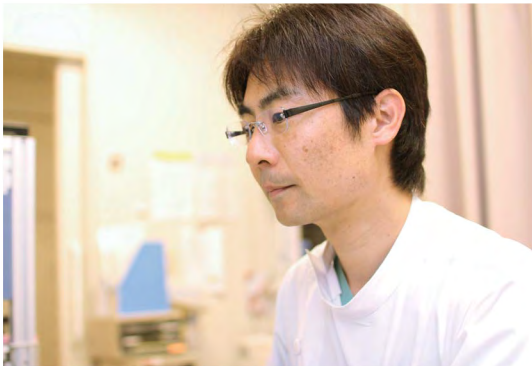
飯田洋三先生のもとでは、以下、大変多くの先生が赴任し、消化器科を躍進させた。野田健一先生、川嶋正男先生、江崎隆朗先生、木下久美子先生、野口隆義先生、古川哲也先生、久保善嗣先生、良沢昭銘先生、原田俊也先生、西明真先生、沖田聡先生、伊藤忠彦先生、竹中一行先生、西川潤先生、数住宗貴先生、岡本健志先生、平野厚宣先生、小嶋登先生、祐徳浩紀先生、白石慶先生、斉木泰彦先生、青山浩司先生、浦山直樹先生、藤本憲司先生。このうち、野田健一先生は、現在福岡県医師会の副会長としてご活躍中であり、小田原満先生は、北九州小倉病院の院長を、飯田洋三先生は北九州湯川病院の副院長を務められている。

また、良沢昭銘先生は埼玉医科大学国際医療センター消化器内科教授に、西川潤先生は、山口大学大学院医学部研究科保健学科の基礎研科学教授に就任した。さらに、当院消化器内科で研修医時代を過ごした日野啓輔先生は、川崎医科大学、肝胆膵内科学教授として活躍中である。

平成19年には、吉田智治が就任した。8年間、7-10名の常勤医、3-4名の非常勤医で専門色を出しながら消



2011年11月 吉田智治部長による内視鏡治療



青山浩司副部長の外来風景

化器内科診療を行っている。その間、大森薫先生、仁科惣治先生、松本俊彦先生、牟田口真先生、中村綾子先生、谷本治子先生、石垣賀子先生、山本隆裕先生、白井保之先生、喜多真也先生、野口達矢先生らが赴任した。

現在の主な治療方法

消化器内科では上部、下部消化管、肝臓、胆道および膵臓疾患の診療を行っている。消化管疾患、肝臓疾患、胆・膵疾患といった現在の主な治療方法として、食道・胃・大腸の内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）、内視鏡的粘膜切除術（EMR）、超音波内視鏡ガイド下穿刺術（EUS-FNA）、内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）関連手技、EIS、ダブルバルーン小腸内視鏡、肝がんの動脈塞栓術（TAE）、経皮的ラジオ波焼灼療法（RFA）、抗ウイルス療法等を積極的に行っている。

ESDは、高周波メスを使って、粘膜下層のレベルで病変を剥がし取る手技であり、主に消化管腫瘍の治療に用いられる。ESDの利点としては、大型の病変、潰瘍を伴

う病変、切除が難しい部位にある病変なども切除ができるところである。従来の治療法と比べ技術的難易度が高いこともあり、出血や穿孔等の合併症の頻度が高いことも注意が必要であり、十分な訓練と経験を持った医師が医療することが望まれる。ESDの実績は、平成25年102例、同26年121例、同27年125例と年々増加している。また、内視鏡的粘膜切除術（EMR）は、切除前に粘膜内に生理食塩水などを局注して病変部を隆起させてからスネアというループ状のワイヤーをかけて、ワイヤーをしぼりながら高周波電流を流して焼き切る治療方法である。

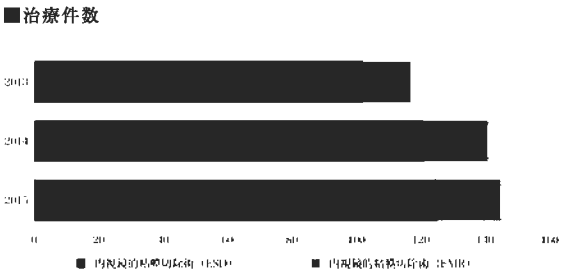
今後の展望

日本人の死因の一位は癌であり、消化器癌はその代表である。大腸癌、食道癌、膵臓癌は年々増加しており、胃がん、肝臓がんも減少傾向ではあるが、依然として症例数は多い。今後も消化器癌の早期診断、早期治療に重点をおいた診療を行っていく予定である。また、北九州市は人口の高齢化が顕著であり、特に小倉記念病院では抗血栓薬内服症例が多い。高齢者の消化器病診療、



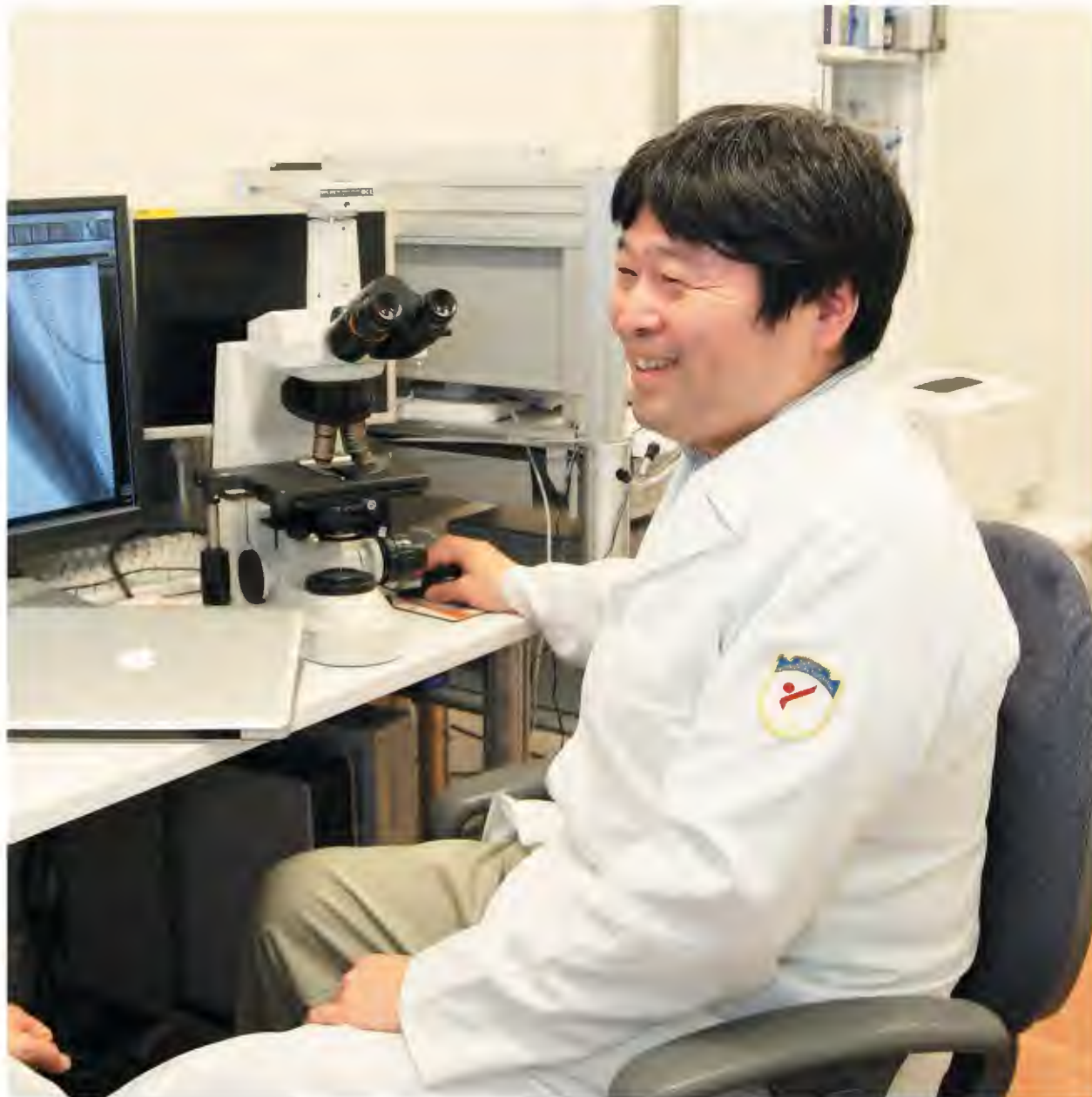
白井保之副部長の治療風景

とくに抗血栓薬内服症例にも重きを置いた診療を目指したい。



〔歴代主任部長〕

牧坂 泰治	1982.9.1～1982.12.31
松原 龍男	1983.1.1～1983.4.30
濱田 義之	1983.5.1～1983.8.31
飯田 洋三	1983.9.1～2008.3.31
吉田 智治	2008.4.1～



腎臓内科

2008年4月1日 開設

赴任してからの11年間

延吉前院長から直々に所属研究室へ依頼があり、平成17年4月に博多から腎臓内科開設と内科系診療拡充のために赴任した。金井英俊の紹介を簡単にさせていただくと、所属は九州大学病態機能内科学(旧第二内科)腎臓研究室。検尿から移植後再導入まで管理する腎臓内科医を理想とし、座右の銘は“Nobody is perfect.”である。研修医2年目(門司)、昭和63年(八幡)に続き3回目の北九州地区への出向となった。

心脳血管病の救命救急に特化した小倉記念病院の中で腎臓内科的サポートを目的とのことであったが、院内では既に年間50例前後の維持血液透析HD導入が行われていた。門司・八幡地区では歴史ある既存の腎センターが複数あり、若干の不安も感じていた。そこで、異動を決める前夜に、近隣で開業している同門の同級生に

直接会って状況を確認したところ、「地域の基幹・総合・救急病院に腎専門医の常勤を切望している、それが同門ならなお嬉しい」との言葉が背中を押してくれた。

同時期に血液内科と糖尿病内科の再編成が行われた。旧病院では最上階、血液内科・呼吸器内科・糖尿病と麻酔科救急を含めた混合病棟で、“その他”内科として外来も同居生活の状況であった。特に大分大学から出向の糖尿病専門医(但馬先生、現在は太田市で開業)とは、賃貸1DK単身赴任かつ一人部長での開設と同じような境遇であった。開設当初は腎臓病の外来・入院もなく、専門医としては実質休診状態であった。連携施設0で当然のこと院外からの紹介はなく、週術期の腎機能障害例の対応から取り掛かり、緊急透析はもちろん循環器系疾患の水・電解質異常症を是正し、可能な限りCCUの朝回診に参加してコメントを行った。対外的には、院外への往診やメーカー主催で少人数の掛かり付け医を交えて勉強会を開催した。

翌年には初の腎生検(典型的な慢性腎炎ではなく急速進行性糸球体腎炎)、AVF造設と透析導入、6月から平野先生(初代副部長、現福岡白十字病院腎臓内科部長)翌年から医員(有村先生、現掖済会門司病院腎臓内科部長)が補充され、医局の系列病院でこれまで慣れ親しんだ職場環境が整ってきた。

医師スタッフは九州大学から自分を含め4名派遣体制を維持し、副部長はほぼ3年毎に異動となっている(二代



10周年記念パーティー集合写真



カンファレンス風景

目:篠崎先生・現新百合ヶ丘勤務、三代目:田村先生・現JCHO九州病院腎臓内科、四代目:福岡先生・岡山大学出身)。症例の増加とともに九州大学以外から研修の応募があり、これまでに社保仙台病院・昭和大・聖マリアンナ大学・獨協大学・久留米大学・東女医大学等から半年～2年間延べ13名の医師の研修を受け入れてきた。このように、同門の同期・先輩・OBのみならず、新天地での院内・外の様々な職種の方々からのご支援で新参の内科として継続する事が出来たのである。

当時、“慢性腎臓病CKD”の概念が実地臨床で流布しはじめた事も幸いであった。尿量と尿蛋白以外には無口な臓器である腎臓、自覚症状を呈した場合は既に不可逆性変化である場合が多い事、血清クレアチニン値でなく推定腎機能eGFRで評価する事、腎臓内科の目標は透析導入ではなく透析回避であることを力説し、地域毎に小グループの掛かり付け医の先生方とのCKDに関する勉強会を戴き、CKD患者さんのご紹介を請うことが出来た。紹介を受けた患者さんは原則お返しし、処方是最低限、CKDステージに応じて再診と個人栄養指導・

CVDなど合併症評価を外来で行っていった。

旧病院では大部屋に2-4泊入院での腎臓教室を年10回行い、総数800家族に食事治療・非侵襲的検査・キーパーソンと受講を施行してきた。数日の入院であるが受講前後でのCKDの進展(eGFR下降度)は有意に改善し、患者さん・家族へのCKD啓発の重要性を実感する事が出来た。新病院では教育入院の受け入れが困難で中座していたが、当初の経験から、face to faceの連携は極めて重要と痛感し応用可能であると鑑み、その後もCKD/維持透析/透析アクセス障害の連携、特定健診(北九州市CKD予防連携)などでも同様のシステムで拡充・発展を目指し、努力を続けた。ただ、各分野・職種での研究会が雨後の筈の如く乱立し、日々の臨床でご多忙な掛かり付けの先生方に多くご足労を戴いた事に誠に深謝致します。

平成28年度は非常勤医師を含めて医師は9名体制となり、年間の業績として腎生検100例/年、HDアクセスPTA280例/年、維持透析導入150例/年超、透析アクセス手術475例/年、維持PD管理200例超という状況である。特にPTAは、旧病院では心臓カテーテル室で夕方施行していたが、移転後は現場のスタッフの配慮と理解で専任の治療室で連日対応が可能となった。現在、外来は泌尿器科と同居し腎センターとして独立、透析ベッドは35床、うち隔離・重症用個室4床、加えて個人用10台を備え、院内の全てのユニット系入院患者と手術室での体外循環に終日対応している。通院HD患者は3名で、基本的に入院・導入・救急のHDのみを施行している。特にPD管理に関して、全体の1割強の維持PD患者さんは紹介元ないしは地域の掛かり付け医に委託し医療連携で透析管理を継続している。また、日本腹膜透析学会

の医師・看護師CAPD教育研修医療機関として、随時、プログラム研修・短期/中期研修を受入れている。加えて臨床研究、九州大学とのCKD/透析コホート研究、phase-II/III治験、体外循環に関する高度先進医療に積極的に参入し、日々の診療に励んでいる。1例1例を臨床経験として蓄積するとともに、医師・スタッフ個々の医療技術を修練し腎臓内科学の科学的発展に寄与するべく努力の日々である。

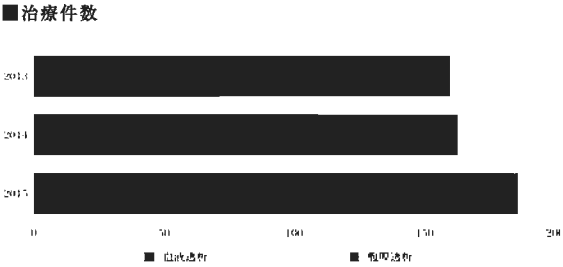
慢性腎臓病CKD対策

慢性腎臓病CKDは体液電解質異常のみならず複合的かつ重度の心血管障害を合併する進行性の疾患群である。北九州市では平成23年度より国民健康保険の特定検診項目にCKD対策(北九州市慢性腎臓病CKD予防連携システム)が織り込まれ、内容として、1)検診報告書に腎機能と尿所見を表記し、2)掛かり付け医へ受診勧告を行う。3)掛かり付け医はCKDと判断後に腎専門医を紹介、4)腎専門医は腎障害と合併症の評価を行い、5)掛り付け医と連携しアドバイスと専門的治療を行う事とした。

北九州市で新規に維持透析を導入した国保被保険者数は、他の政令指定都市と比較して鈍化する傾向である。今後は、糖尿病専門医の指導下で糖尿病腎症の早期発見と網膜症進展予防に積極的介入を進めていき、CKD対策はチーム医療で、多施設・多職種との有機的な連携が望まれる。MetSやCVDはじめ内科全般の実地臨床に応じて、流動的に評価内容と数値目標値を変様させる事が肝要となる。

最後に数名足らずの腎専門医と多くの他職種スタッフ

をガラムマサラとして、実地の医療・介護・福祉施設の方々とともに、患者さん・家族・地域が満足する美味しいカレーを仕込みます。



[歴代主任部長]

金井 英俊 2005.4.1～



泌尿器科

1948年1月1日 開設

小倉記念病院泌尿器科の歴史

小倉記念病院100年の歴史の中でも比較的古くから存在した泌尿器科は、大正から昭和に変わるところ皮膚科が皮膚泌尿器科と標榜したところからが始まりと聞いているが、正式に泌尿器科として誕生したのは昭和34年に山口医専（現山口大学医学部）から赴任された馬込蔵之輔先生が、昭和38年に当時の皮膚泌尿器科部長からの指示で、泌尿器科を標榜して皮膚泌尿器科から独立させた時と聞いている。

馬込先生は昭和41年に泌尿器科部長に就任され、昭和44年に開業で退職されるまで地域医療への貢献を目指して小倉記念病院泌尿器科の礎を築かれた。その後、馬込先生の後任に就任された多喜良部長は一般泌尿器科の診療に加え、当時としては珍しい腎不全治療

に力を注がれ、現在の小倉記念病院泌尿器科のスタイルを構築された。その後、後任の小宮俊秀主任部長が昭和46年に血液透析室を新設するなど小倉記念病院の泌尿器科を確固たるものにすることができたのは、前任の佐長俊昭先生をはじめ歴代の（主任）部長の先生方のご尽力によるもので、今後は単なる歴史を引き継ぐだけでなく、随時最新治療や医療機器を導入するなど更なる進化を遂げられるように努力し、当科の歴史に新たな一歩を刻みたいと思う次第である。

現在の当科の治療

現在、当科では泌尿器科全般の治療を城嶋和孝主任部長、坂野滋部長、福田昌史副部長の3人で行っている。主に腎臓、膀胱、前立腺など尿路性器の病気に対して専門的な診療を行っており、前立腺癌、腎癌、尿路上皮癌（膀胱癌、腎盂癌、尿管癌）、精巣腫瘍などの悪性腫瘍、前立腺肥大症、神経因性膀胱、尿失禁、尿路結石、尿路感染症（腎盂炎、膀胱炎、前立腺炎）、慢性腎不全など、泌尿器科としての変遷とともに時勢に沿った最新の治療を取り入れている。具体的には慢性腎不全に対する透析治療の早々の取り組み以外にも腎・膀胱・尿管結石治療のための体外衝撃波結石破碎装置を九州地方では初めて導入した。

現在はレーザー装置や内視鏡ビデオシステムによる経



2011年11月 術中の城嶋和孝主任部長



手術前の城嶋和孝主任部長

尿道的手術、腹腔鏡下手術など最新治療機器の導入により侵襲が少なく安全で患者さんに優しい治療の提供を行っている。また、当科と密接な関係にある山口大学にならって腎移植にも積極的な取り組みを行っており、平成8年から献体腎移植の西日本ブロック移植施設に認可され、近隣では数少ない腎臓移植施設としての実績を有しているので、ご希望の患者さんがいましたら、是非ご相談いただければ幸いです。

手術は3～4人で年間300件を下回ることなく行っており、開腹手術だけではなく、経尿道的手術・レーザー切除術、腹腔鏡手術など低侵襲手術も行っている。また、前立腺癌、腎癌などの組織内照射など悪性腫瘍への放射線組織内照射なども積極的に実施している。

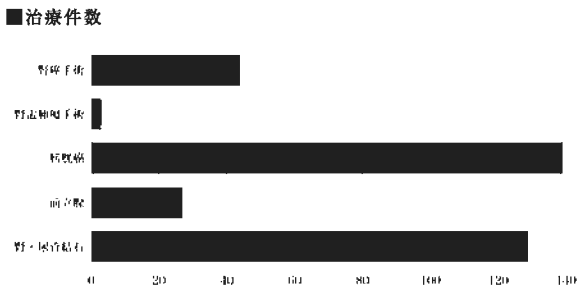
現在、将来の治療方針のひとつとしては、内視鏡手術支援ロボットの導入を検討している。現在の健康保険適応手術は前立腺癌に対する根治手術だけだが、その適応も広がることは時間の問題と思われ、今後は手術の主流となるものと思われる。費用の問題はあるが、ぜひ導入したいと考えている。

今後の診療について

昨今日本では高齢化が問題となっており、特に北九州市においては深刻で、元々泌尿器科疾患の高齢者が多い地域ではあるが、前立腺悪性腫瘍や前立腺肥大症は年々著しく増加しているなど更に患者さんは増えてくものと予想される。しかし、大規模病院での泌尿器科は、医師不足もあり、医師の撤退で閉科を余儀なくされている病院も多々あり、北九州地区においてもその状況は見受けられる。当科に医師の派遣依頼や患者さんの紹介を行って来る病院が増えている傾向があり、改めて当科の地域での役割を実感しているところである。そのため当科にご紹介していただく患者さんには大変ご迷惑をお掛けしているが、待ち時間が長くなっているのも患者集中によることが原因の一つになっているのが現状である。待ち時間が短縮できるようにスタッフ一同努力しているが、なかなか難しい問題であり、今後も継続して努力していく所存である。近隣の先生方にも患者さんをご紹介させていただき、ご迷惑お掛けする事もあるかと思いますが、緊急時の患者さんの受け入れ等、今以上に充実させたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

現在、泌尿器科の診療は従来イメージされた外科系診療科の一専門分野としてではなく、より広い疾患領域を対象とした内科的治療も行う総合的な診療科として重要な役割を有しており、近隣では山口大学系列の大規模病院泌尿器科は九州ではほとんど見かけないが、当科も総合的な診療科として、地域の先生方や大学など関係医療機関の皆様にご支援をいただきながら、急性期医療を行う地域の基幹病院の一端として医師ばかり

でなくスタッフ一同、病院一丸となって地域住民の要望に応えられるように更なる100年を目指して精進していくつもりでございますので今後ともご支援のほどよろしくお願いいたします。



〔歴代主任部長〕

小宮 俊秀	1975.5.1～1978.3.31
佐長 俊昭	1978.4.1～2002.3.12
城嶋 和孝	2002.3.12～



耳鼻咽喉科・頭頸部外科

1948年1月1日 開設

はじめに

耳鼻咽喉科・頭頸部外科は聴覚、平衡感覚、嗅覚、味覚といった感覚器、並びに摂食嚥下や発声といった機能を取り扱っており、これらはより良い暮らしを送るために欠かせないものである。日本も超高齢化社会となるにつれ、加齢その他の要因でこれらの機能障害の増加は必発であり、更なる医療の向上が求められる。また高齢化、喫煙、飲酒などの要因で頭頸部癌の患者数も増加し、重要臓器、多数の神経が近接している特性も踏まえ、治療率の向上かつ形態、機能維持が求められている。当科における取組みも踏まえながら各領域の現状を一部紹介する。

耳科疾患

慢性中耳炎といった炎症性疾患は抗生物質の進歩により大きな改善を得られた。しかしながら、不適切な抗菌薬使用、集団保育の影響などで耐性菌感染やその拡散が問題となることが増加している。保存的加療のみでは治癒しえない真珠腫性中耳炎や慢性中耳炎症例に関しては鼓膜形成術、鼓室形成術といった手術加療を行い、手術手技、薬剤の進歩なども相まって、良好な結果も得られている。しかし耳管機能、乳突蜂巣のガス交換能などといった部分に関しては新たな治療法の確立までは至らず、治療法の進歩という点では足踏みしていると思われる。また老年性難聴などに代表される感音難聴に関しては、IPS細胞などでの神経再生が期待されるところだが、研究の域を出ない状況である。高度の感音難聴に関しては人工内耳手術が確立されており、人工内耳施設への紹介を行う。突発性難聴などに関してはステロイド投与での治療を行っており、また補聴器の紹介で対応している。

鼻疾患

アレルギー性鼻炎症例は増加している。また保存的加療で改善しない慢性副鼻腔炎症例に関しては手術を行っている。鼻科手術は内視鏡下手術が主流であり、当科



術中の大野覚副部長



市丸和之部長 外来診察室にて

でもナビゲーションシステムを併用して安全・教育面に配慮した手術を行っている。また内視鏡手術の適応も良性腫瘍から、限局した悪性腫瘍切除、髄液漏閉鎖などの頭蓋底手術、鼻腔涙嚢吻合術など拡大している。副鼻腔真菌症や好酸球性副鼻腔炎といった細菌感染とは病態の異なる疾患の増加も認めている。嗅覚に関してはステロイド点鼻など古典的な加療が中心であり、新たな進歩は得られていない。

咽頭・喉頭疾患

当科では扁桃炎などでの口蓋扁桃摘出術は以前より行っているが、IgA腎症での扁桃摘出+ステロイドパルス療法が確立され、高齢でも扁桃摘出術を行うことが増加した。また音声改善手術として、喉頭微細手術でmicro flapを用いたボリーブ切除などを行い、声帯麻痺に対しては、ゴアテックスなどの人工材料を使用した喉頭形成術を行っている。早期喉頭癌に関してはレーザーでの声帯切除を行っている。上気道炎といった炎症性疾患は

外来診療で保存的に対応している。食生活の欧米化などで逆流性食道炎が増加し、喉頭肉芽腫などの診療機会が増加している。味覚障害に関しては著効が期待できる加療は確立されていない。また高齢化、既往症の増加は嚥下障害、嚥下性肺炎の増加をもたらしている。嚥下機能のスクリーニング検査、嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査などの諸検査、リハビリテーション及び誤嚥防止手術などの必要性は益々高まると思われる。

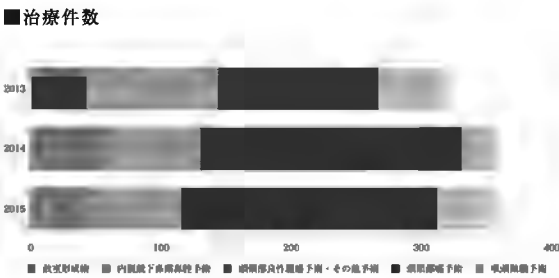
頭頸部外科疾患

頭頸部において、頭蓋内疾患、眼球内疾患、脊椎疾患や美容疾患以外の外科的疾患は当科で対応している。具体的には外科治療を考慮する甲状腺、唾液腺（耳下腺、顎下腺）などの腫瘍性病変、嚢胞などの良性腫瘍、そして悪性腫瘍への対応である。頭頸部領域では複雑な解剖学的構造、多数の脳神経、気管や食道、頸動静脈などがあり、頭頸部癌治療を難しくしている。また飲酒、喫煙歴との相関が強く、食道癌などとの重複症例、頭頸部領域だけでも多重癌を認めることも多い。以前は術前化学療法を行った後に拡大切除を行い、再建手術を行うことも多かったが、近年は放射線化学療法が奏功する症例が多く、これが第一選択になることが多い。現状では戸畑共立病院がん治療センターと連携し、加療を行っている。しかし、放射線治療後の再発例などに対するsalvage手術は今後増加することとなり、難度、合併症の増加に対応することが必要となる。精度の高い手術を目標に日々研鑽する所存である。また消化器内科でのNBI内視鏡観察が当科にも導入され、従来進行癌で判明することが多かった下咽頭痛などが、表在癌、早

期癌として診断されることも増加している。この場合は経口的に粘膜病変のみ部分切除する術式を選択している。

今後の展望

感覚器を取り扱う耳鼻咽喉科・頭頸部外科であるが、感覚器、神経再生へのハードルはまだまだ高いのが現状である。しかし対応可能な上記疾患に対して、その都度最適な治療法を選択している。より良い生活が可能になるよう機能再建外科として存在感を示す必要がある。また今後は嚥下障害への対応がますます増加すると考えている。特に頭頸部癌に関しては、再建手術での形成外科をはじめとし、放射線科や外科、消化器内科といった様々な診療科との連携、看護部、リハビリテーション課、薬剤部といった部門との連携が重要となっている。5大癌などと比較すれば症例数の蓄積が少ないが、十分なエビデンスも得られるようになっており、新しい治療方針も選択していく予定である。



〔歴代主任部長〕

富永 泰栄	1975.5.1～1977.5.15
市川 昭則	1977.11.1～1979.5.31
佐藤 意生	1980.3.1～1980.6.30
國武 博道	1980.7.1～1980.12.31
粕谷 尚男	1981.1.1～2004.7.31
松田 洋一	2004.8.1～2007.3.31
坂本 菊男	2007.4.1～2008.3.31
玉木 久信	2007.4.1～2015.3.31
市丸 和之	2015.4.1～



婦人科

1948年1月1日 開設

産婦人科の歩み

北九州市内に開業されている小倉記念病院産婦人科のOB、OGの先生方で、十日会という勉強会・懇親会を毎月1回開催している。もう数十年続いているとの事で現在7名の先生がおられるが、私が赴任してきた時とはメンバーも新旧交代し、当時居られた先生は、とみの産婦人科の吉永正先生だけとなった。

小倉記念病院産婦人科の開設は昭和23年で、以前に故大久保壽先生から伺ったお話しでは、「まだ病院が井筒屋の裏（室町）にあった頃は、吉田稔先生が部長で、以下主任1名、医員2名、助産婦1名の編成であった」との事であった。昭和24年に鍋島光雄先生が来られ、当時は三林式広汎性子宮全摘出術を得意とされており、摘出標本の作製で「基靱帯をしっかり延ばして」と良く指

導されたとの事であった。また腔式子宮全摘出術、腔式卵管結紮術が行われる様になったと伺った。

その後、林圭三先生、鯉坂貞美先生、中村隆一先生が部長を務められた。また昭和45年紫川横の貴船町に移転してからは藤井恵先生が部長をされていた。その頃は分娩数も多く、ベッド数の関係から分娩は月60例に制限していたが、里帰り分娩の紹介、ハイリスク妊娠、緊急母体搬送を合わせると毎月の平均出生数は70例を超えていたとの事である。昭和50年に部長になられた郡田義光先生は、子宮頸癌手術ではリンパ節郭清の完遂度が予後に大きく影響するとの考えで、リンパ節郭清に力を入れていた。

昭和57年10月からは、山口大学産婦人科教室より圓谷一雄先生が主任部長として赴任され、子宮頸癌の診断と治療を専門とされた。特に手術では岡林式広汎性子宮全摘出術を得意とされ、従来に比して手術所要時間が短縮し、術中・術後の合併症も少なくなった。先生は「医療事故の撲滅と人の和」を大切にされていたが、平成5年12月に在職中に突然病に倒れられ翌年1月22日に55歳で永眠された。

平成6年7月に山下裕幸が後任として赴任してきた。当初は私を含め6名の医師で診療を行っていた。分娩数は年間300～400例、手術件数も外来手術を除き300例余り有り、多くは良性疾患であったが悪性腫瘍手術も年間30～40例実施していた。



「十日会」メンバー



産後の沐浴指導

平成9年にはNICU3床を開設していたこともあったが、平成14年に産科が閉鎖となったことにより、その後次第に医師は減少した。また産婦人科の医師不足も重なり、常勤医は私と宮崎博章副部長の2人となったが、年間の手術件数は300例前後を行い、悪性腫瘍の手術も30～40例は維持することが出来た。平成25年8月より坂口優子副部長が加わり3人体制で婦人科診療を行っている。最近では手術症例も約350例と増加している。

婦人科の現況

現在の婦人科のスタッフは山下裕幸部長、宮崎博章副部長、坂口優子副部長の3名で診療、治療に当たっている。山下は悪性腫瘍の診断・治療、宮崎は感染、婦人科一般、坂口は婦人科良性疾患、思春期、不妊治療を専門として、診療を行っている。以前は特殊外来・専門外来を行っていたが、2名で外来診療を行っていた時期に中止となった。今後は特殊外来、専門外来の再開を考慮する必要があると考えている。

外来診療では年間約8000件の細胞診を行っており、紹介患者さんを含め異常を認めた症例では、コルポスコピー下狙い組織診を行い中等度異型上皮ではレーザー蒸散術も行っている。子宮、卵巣の良性疾患では超音波検査、CT・MRI等の画像検査を行い診断、治療を決定している。悪性腫瘍の治療は子宮頸癌では手術療法（広汎子宮全摘出術、準広汎子宮全摘出術）と同時化学・放射線療法（CCRT）を症例により選択している。また術後に治療が必要な時には放射線療法、化学療法を個別に選択している。子宮体癌、卵巣癌では手術療法を第一選択としており基本術式としては子宮全摘出術に骨盤内リンパ節摘出術、大動脈リンパ節摘出術、大網部分切除術を行っている。追加治療が必要な場合にはTC、DC（パクリタキセル+カルボプラチン、ドセタキセル+カルボプラチン）療法を初回化学療法として選択しているが、組織型等により化学療法の個別化も必要と考えている。進行・再発婦人科癌において疼痛等がある場合には早期より緩和医療を導入している。

当院の特徴としては、私が赴任した頃より行なっている子宮鏡下手術がある。子宮内膜ポリープ、子宮筋腫切



腹腔鏡下手術

除の他、子宮内癒着や異物除去も行うことがある。また妊娠を希望されないが過多月経、月経困難症の患者さんで子宮摘出に抵抗のある場合では、子宮内膜マイクロ波アブレーションを行っている。

不妊症では、不妊検査ならびに不妊治療を行っている。体外受精は行っていないが、配偶者人工授精（AIH）は行っている。その他思春期女性の診療、子宮内膜症の診断および治療と管理、更年期障害の管理と治療、高齢化にともなう骨盤内臓器脱の患者さんも多く居られる。当院では循環器疾患・心臓疾患を合併させている患者さんで抗凝固療法をされている方も多く、検査、手術の管理に注意を要することが多い。

産科は、現在分娩を扱っていないため当院にかかりつけの患者さんで妊娠初期のスクリーニングを行っているのみで、胎児の確認が出来れば、希望の医院、病院に紹介しているのが現状である。

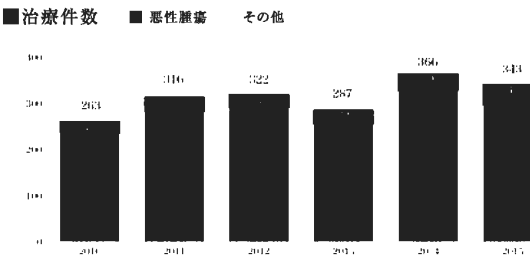
研究、研修面では、宮崎副部長が感染症で九州のみならず各地での講演、学会発表をしており、坂口先生は多忙な日々の中で福岡産婦人科学会での演題発表を行っている。日本産婦人科学会、日本癌治療学会、感染症学会などへも出席し新たな知識の吸収も行っている。

これからの目標

現在は3名の医師で診療を行っているが、これから中核病院としての責任を担っていくには若い先生に来て頂く必要がある。専門医制度も新しくなり大学病院等の基幹病院での研修が必要となることが予想され、若い先生方に魅了ある研修施設とするためにも特徴のある診療を考える必要がある。当院での特徴として子宮鏡下

手術が挙げられる。内膜ポリープ、粘膜下筋腫の他、マイクロ波子宮内膜アブレーションを当院では行っている。現在、腹腔鏡下手術は卵巣の疾患だけであるが、子宮の良性疾患の腹腔鏡下手術も一般病院程度には行える様になる事が必要と考える。

また将来的には産科を再開し、当院の特徴を生かして、心疾患・循環器疾患合併妊娠あるいは腎疾患合併妊娠の管理が出来ればと考えている。



〔歴代主任部長〕

郡田 義光	1975.5.1～1982.9.30	
圓谷 一雄	1982.10.1～1994.1.22	
※伊東忠一郎	1994.1.1～1994.6.30	※主任部長代行
山下 裕幸	1994.7.1～	



眼科

1948年1月1日 開設

平成10年以降の軌跡

平成4年から平田昭先生（昭和54年京都大学卒、現在大阪府箕面市にて開業）が約8年の長きにわたって主任部長を勤め、多大な成果をあげた。最盛期には6人の眼科医を擁し、地域における白内障手術ならびに網膜硝子体手術の中心病院としての評価は確固たるものとなった。

平成12年からは篠田久治先生（昭和56年熊本大学卒、現在福岡市南区にて開業）が主任部長となった。インドシアニンググリーン蛍光眼底造影検査が導入され、現病院の眼科部門の間取り図面作成が開始されたのもこの時期からであった。平成元年に主任部長であった山川良治先生が、奈良県天理よろづ相談所病院眼科部長を経て久留米大学眼科教授に就任したことから、平成12年より久留米大学眼科から医師派遣が開始された。この時期から、眼科外来は予約制へ移行した。導入された主な器材としては、眼底

カメラTRC-50IX、手術顕微鏡カメラシステム、CV24000、YAGレーザーなどがある。

平成17年に小林博先生（昭和56年京都大学卒、現在関門医療センター眼科）が部長となった。平成17年から三村治先生（兵庫県立医大眼科教授）、平成18年から皆良田研介先生（元佐賀医科大学眼科助教授 現在福岡市皆良田眼科）を、非常勤医師として招聘した。臨床研修医制度の導入による眼科研修医の減少に伴い、この時期には派遣医師も途絶え、常勤医師は3人、病棟ベッド数も18床までに減少した。その中にあっても、加齢黄斑変性に対するPDTや、Cirrus HD-OCT、白内障手術器械インフィニティ、眼内内視鏡システム、マルチカラーレーザーなどを導入し、眼科の現代化を目指した。

平成21年から官原晋介（平成9年京都大学卒）が部長として着任。眼科業績の向上にて平成23年10月から主任部長となった。官原の天理よろづ相談所病院研修医時代に当時天理にいた山川良治部長に師事したこともあって、平成21年より久留米大学眼科からの医師派遣が再開し、眼科医師数は4人となった。また、視能訓練士（ORT）は3人勤務し、平成24年からORTにも主任職を設置した。

平成21年以降の発展

平成21年に眼科画像ファインディングシステムNAVISを導入した。同年、レーザー走査型眼底検査装置HRA2とOPMI



術中の森哲副部長



手術前の宮原晋介主任部長

Lumera顕微鏡を導入し、画像診断精度が最先端レベルまで向上し、2列の手術が共に高解像度の顕微鏡で出来るようになった。翌年12月に現病院へ移転し、眼科病床数は、旧病院の9階18床から総合病棟8階23床へと増加した。外来も、診察室4部屋ならびに広大な検査室を得て拡張された。

月水金曜が外来日、火木曜が手術日である。一般初診は全て二診担当とし、初診患者診察の責任所在を明確にした。一診は宮原で固定、三診・四診は再診患者診察である。

手術日は、午前1列、午後2列で手術している。手術日の外来は午前のみ一人が担当し、外来での硝子体注射も午前中10件までで施行している。平成27年から非常勤医師が新たに加わったため、火木曜の外来を任せることができ、午後にも外来硝注枠を5件増やすことができた。

乱視矯正のトーリックレンズや先進医療の多焦点レンズに対応するため、平成23年ウェーブフロントアナライザーを導入し、白内障手術を中心とした、より高度な視機能獲得への屈折矯正検査体系を確立した。更に、硝子体手術器械コンステレーションを導入し、最重要手術である硝子体手術のレベルが飛躍的に向上した。また、ワイドビューイングシステムのリサイトの導入も相まって、安全性が高まり、手術時間も短縮された。手術場の協力によって各手術の出し入れが早く

なったこともあり、手術件数の大幅な増加に繋がった。

一方で、当眼科の診療に対する地域での評価が高まり、紹介が殺到してきた。OCTの登場に代表される検査機器の発達と、重症患者の増加によって、患者一人当たりに必要な検査時間が増加した。さらに、電子カルテの導入によって、記載に多くの時間がかかるようになった。症例数が増えるのは嬉しいことではあるものの、終業時間が遅くなり、医局員の疲弊が目立つようになった。そのため、平成24年10月から宮原の初診受け入れに予約枠を設定し(緊急疾患は除く)、また一般初診も紹介状持参の初診患者のみに限るという制限を設けた。

抗VEGF薬として、平成21年1月ラニビズマブ(ルセンチス)、平成24年11月アフリベルセプト(アイリーア)がそれぞれ保険適応となり、硝子体注射の件数が激増した。平成25年4月に、手術顕微鏡OPMI 1 FR pro並びに眼科手術用ベッドを外来に導入して以降は、硝注やテノン注は外来にて施行できるようになった。

手術症例数の充実

平成27年1月から12月までの手術件数は、1611件であった(硝注を除く)。主な内訳は、硝子体手術361件、緑内障手術135件、網膜復位術15件、白内障手術1060件、斜視手術7件。また、外来における硝子体注射は797件であった。白内障手術については、平成26年度の診療報酬改定にて短期滞在手術に組み込まれたのをきっかけに、医師ごとに一日の件数枠を設定した。現在は一日合計9件までで運営している。

白内障手術は、平成21年から現在に至るまで、2.4mmの角膜切開もしくは経結膜の強角膜切開にて施行している。

手術機器は、インフィニティが主で、並列時にはCV24000を使用している。件数に制限枠を設定した結果、難症例が選択的に紹介される傾向にある。

硝子体手術は、平成21年には23ゲージトロッカーシステムだったが、平成24年10月に眼内内視鏡の画像処理装置isBoardを購入したのを契機に、25ゲージトロッカーシステムへと移行した。上記の硝子体手術器械コンステレーションとリサイトの組み合わせで成績が安定し、各々の技能も向上し続けている。手術も重症例が選択的に紹介されてくると、緊急疾患である網膜剥離を積極的に受け入れている。

緑内障手術は、従来からの線維柱帯切開術、マイトマイシンC併用の線維柱帯切除術に加えて、保険適応になり次第、EXPRESSインプラント、そして硝子体手術併用の毛様体扁平部挿入型バルベルト・インプラントを逐一導入している。診断学を大事にして丁寧な診療を続けてきた結果、緑内障の紹介が増え、平成27年には年間100件を超えて、なおも増加傾向にある。

持続的な質的成長を目指す

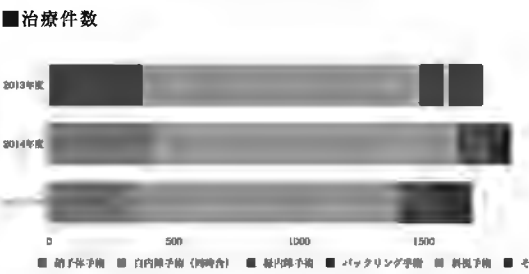
眼科医としての診療レベルを持続的に上げていくことを第一に考えている。新しい術式に挑戦すること(攻め)も大事だが、臨床医として治療に携わる以上は、既存の治療法の精度を底上げして全ての患者さんに最高レベルの医療を提供し続けること(守備)も重要と思われる。そのために、診察、診断、治療方針の決定、治療、といったそれぞれの手順を基本に忠実に遂行していくことを心がけている。

新人教育もシステムとして確立した。最初が肝心で、手術については1年目は部長がつきっきりで白内障手術を指導する。顕微鏡下手術の基本を最初にみっちり叩き込ん

でおけば、2年目から硝子体手術、緑内障手術といった応用編を開始できる。外来診療も部長診コンサルトや画像カンファレンスで、各疾患に対する治療理念を逐一意思疎通して共有していく。

手術件数については、数は追い求めない。評判が高まるほど患者さんが集まり疲弊してしまい、結局続かない。勤務医として働き続けられる程度に紹介件数を制限すると、紹介側も難しい症例を選んで送ってくれるようになった。それでも緊急その他の紹介が殺到してくるので、意識としては制限していても、全体数は微増し、重症症例の比率も上昇する。それを個々の能力成長や、組織改革によってカバーしていくというのを続けている。

人間の考え方は変化するし、今後の社会情勢が変化した場合などは、以上の限りではない。



〔歴代主任部長〕

岡 信次郎	1975.5.1～1989.2.14
浅井 英男	1989.2.15～1989.8.31
山川 良治	1989.9.1～1992.3.31
田中 英夫	1992.4.1～1992.9.30
平田 昭	1992.10.1～2000.3.31
小林 博	2005.4.1～2009.1.31
宮原 晋介	2009.2.1～



整形外科

1951年5月1日 開設

歴代主任部長の業績

昭和25年から鶴海寛治先生（昭和18年京都帝国大学卒）が初めて常勤医師として診療を行い、翌年5月1日に開設された。開設後しばらくは1人医長であった。朝鮮戦争による特需が起こり非熟練工の労災事故が多発したため患者さんが急増し、先行した他院の整形外科と肩を並べるようになった。手術時には外科の先生方に手伝っていただくなど、当時の発展には外科の協力も大きかった。

鶴海先生の後を受け、手島宰三先生（昭和20年大阪高等医専卒）が主任部長となった。以後、昭和53年まで約23年間に在任した。昭和30年代には骨関節結核の治療を数多く手掛け、一方では全期を通じて腰痛・坐骨神経痛の手術法を改良し数多くの手術を行った。

昭和54年から平成2年まで栗屋梧老先生（昭和24年

山口医専卒）が主任部長として活躍した。臨床研修医の採用が始まり、昭和58年には日本整形外科学会認定研修施設となり、毎年数名の臨床研修医および整形外科認定医（現在専門医）取得前の医師の教育および研修を行った。また、近隣の開業医の先生方との連携を密にするため、骨関節懇話会を開始した。

平成2年から同4年まで嶋充浩先生（昭和40年京都大学卒）が主任部長となった。長年の念願であった手術室のクリーンルーム設置に尽力し、同3年に実現した。以後、人工関節置換術を本格的に行うようになった。

平成5年から同9年まで、榎本龍喜先生（昭和41年京都大学卒）が主任部長となり、活動を休止していた骨関節懇話会を再開した。診療面では脊椎手術を盛んに行った。また四肢救急外傷の受け入れを積極的に行うようになり、それに伴い手術件数が増加した。

平成9年から同18年まで、山中三知夫先生（昭和53年京都大学卒）が主任部長となった。現在も行っている2皮切法での手根管開放術や手関節鏡手術などの手術を多く行った。腰椎椎間板ヘルニアに対する経皮的レーザー手術を行っていたのもこの時期である。

平成18年から同23年まで、多田弘史先生（昭和59年京都大学卒）が主任部長をつとめた。脊椎手術を多く行うほか、手術の低侵襲化を手がけ、顕微鏡下椎間板ヘルニア手術、小皮切の骨接合術・人工骨頭挿入術を行った。この間に電子カルテ導入、病院移転という大きな変革があっ



術中の松崎尚志部長



病棟にて安全管理部 鈴木課長と話をされる松崎尚志部長

た。新病院では整形外科用のクリーンルーム手術室や外来ギブス室の確保がなかったものの、病床数が減少することとなり、整形外科にとっては厳しい船出となった。

平成23年、松崎尚志(平成7年京都大学卒)が整形外科部長を拝命した。人工関節置換術ほか高齢者の骨折、関節手術を中心にを行っている。長年の懸案であった骨密度測定装置(DEXA)の導入が決まり、骨粗鬆症診療の本格化にも道がひらけた。

最近の診療実績

過去3年の手術件数を領域ごとに掲載するほか、この機会に過去10年(平成18～27年)の手術件数の推移を手術台帳で調査した。期間の前半は手術件数が年間300件を越えていたが、諸事情により平成24年より常勤医が大幅に減少し、掲載のように200件を割り込む年もある。マンパワーの問題に加え、多田先生の退職により脊椎手術が減少した影響から立ち直っていない現状がある。

紙面の関係で実数は示さないが、年代別の手術件数

を抽出してみた。年代はいわゆる前期・後期高齢者の定義にあわせ65歳以上・75歳以上、そして学会発表等で超高齢者とされることの多い85歳以上で分けた。

全体の手術件数が減少するなか、高齢者、特に後期高齢者や超高齢者の手術件数はあまり減っておらず、これらの占める割合が増す傾向にある。心臓・脳血管などの合併症のある症例が紹介されてくることが多いことを反映していると思われる。

近年の研究実績

樫本先生は、腰部脊柱管狭窄症の椎間孔内での狭窄の診断をMRI検査で可能にし、手術にも応用して成績を向上させた。藤尾先生(昭和60年大阪医大卒)は、手根管症候群に対して2カ所の小皮切で手根管を開放する手技を発表した。鏡視下手術に匹敵する術後回復の早さと手術創の小ささを実現した。後藤先生(平成7年京大卒)は、椎間板ヘルニアと鑑別困難な梨状筋症候群をエコーガイド下にブロックする手技を発表した。角度可変、プレート分割により小切開で大腿骨転子部骨折に対する骨接合術が可能なASヒップスクリューの使用経験は多くの先生が発表した。吉村先生(平成12年京大卒)は、下肢切断例の予後調査を行い、糖尿病・透析の併存する切断例は予後不良であることを明らかにした。外傷や腫瘍での切断例が減少し、ASOなど血管病を背景にした切断例が増えるという疾患構造の変化がわかる結果であった。

現状および今後の課題

整形外科は四肢体幹の運動器官を扱う診療科であ

る。頭部は除くが頸椎から手、足の先まで、組織も骨、軟骨、筋肉、腱、脊髄、末梢神経など多岐にわたる。治療技術の進歩に伴い、他科と同様に専門化がすすみ、日本整形外科学会の他に専門領域の学会や研究会が多数開かれている。一方で、資格認定は日本整形外科学会が認定する整形外科専門医(新制度へ移行予定)の他は脊椎脊髄、リウマチ、手など他の基本領域の診療科と競争、協同のある領域に限られている。人工関節置換術や関節鏡視下手術など、専門性は高いものの整形外科医以外が手がけない領域については整備されていない。

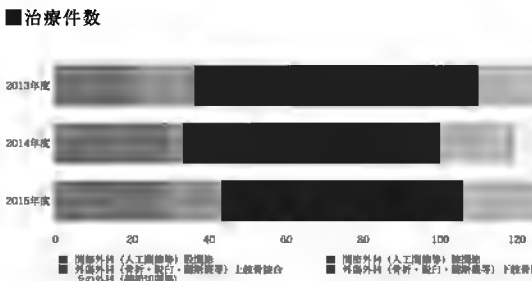
疾病構造も大きく変化している。骨関節結核は化学療法法の進歩により、先天性股関節脱臼は予防活動により激減した。労災事故や交通外傷も、産業構造の変化や種々の対策により減少している。一方で、高齢化に伴い骨粗鬆症に起因する骨折、変形性関節症、脊椎疾患が増加した。

高齢者は様々な合併症を伴い、治療に際し他科との緊密な連携が必須である。当院の特徴としては心臓血管病センターを有することもあり循環器合併症を有する患者さんの比率が高い。平成23年に高齢者の人工骨頭挿入術の調査をすると、半数近くの患者さんが抗血栓薬を使用していた。周術期の休薬の要不要、休薬期間の設定など判断すべきことも多い。術前に経カテーテル的に大動脈弁形成を行って循環動態を安定させる、条件付きではあるがMRI対応のペースメーカーなど、当科の診療に影響を与える新規のデバイスも多く、それらの動向にも目を配っている。

常勤医の減少により四肢骨折などの救急受け入れは減少しているが、近隣から合併症のために手術を依頼されるケースは多い。循環器疾患以外にも他科と連携を要

する患者さんが多く、麻酔科の協力を仰ぎながら安全に手術を行っていきたい。

当科の問題点として、他科と比較して平均在院日数が長いことが挙げられる。リハビリテーションの必要性、高齢化や家族構成の変化による社会的要素からどうしても入院は長期化しがちである。術前待機期間の短縮、早期からリハビリを開始できる器具や術式の選択がひとつの答えであるが、少ない病床数で急性期病院としての使命を果たしていくには当科の努力だけでは応えられない。近隣医療機関との緊密な連携が今まで以上に必要である。



〔歴代主任部長〕

手島 幸三	1975.5.1～1978.10.31
栗屋 梧老	1979.2.1～1990.5.2
嶋 充浩	1990.4.1～1992.12.15
山中三知夫	1992.12.16～1993.1.15
樫本 龍喜	1993.1.16～1997.3.31
山中三知夫	1997.4.1～2006.5.31
多田 弘史	2006.6.1～2011.10.31
松崎 尚志	2011.11.1～



形成外科

1982年9月1日 開設

形成外科の歴史と診療

形成外科は昭和57年に開設された診療科である。開設当初、外来は皮膚科の一部を借りて行い、昭和59年より当時は婦長室であった2階の部屋に移動した。平成5年センター構想が浮上し現実化するに至って以降、数回の外来診療室の移動を繰り返した。その後、平成22年12月に新築移転を機に、形成外科は皮膚科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科と外来受付を兼用し、専用の診療室2室、レーザー室1室で診療を行っている。

発足当初の医師のスタッフは高柳進先生1人であったが、症例の増加とともに昭和59年より2人となり、翌60年からは研修医を加え3人体制となった。昭和63年、高柳先生の開業を機に後任として大塚守正が赴任した。しばらくこの3人体制は続いたが、平成6年には形成外科の

収益減少を理由に1人体制となり、この期間は約1年近く続いた。その後、河田恭孝先生（平成6年12月～同7年11月）、佐々木奈穂先生（平成8年1月～同9年4月）、杉本陽子先生（平成9年5月～同14年3月）、夫一龍先生（平成14年4月～同16年3月）、江野尻竜樹先生（平成16年1月～同18年3月）、石谷幸子先生（平成18年4月～同19年8月）、田中宏典先生（平成19年8月～同23年3月）、高田佑真先生（平成23年3月～同25年4月）、村田舞先生（平成25年4月～同26年3月）、佐野弾先生（平成26年4月～同27年3月）が赴任し複数名での診療体制をかうじて維持してきたが、平成27年4月より京都大学医局人事により1名体制となり現在に至っている。

開設当初の唯一の形成外科医であった高柳先生は新大阪駅前にメガクリニックを開業され、美容形成外科発展に努力されている。また、高柳先生は京都大学形成外科ではマイクロサージャリーの先駆者であり、皮弁等による再建に秀でられていたため現在もその分野を踏襲し、耳鼻咽喉科などの頭頸部を主とした各部悪性腫瘍切除後の再建を行っている。再建は筋皮弁や動脈皮弁などの有茎皮弁や遊離皮弁などのマイクロサージャリーとなることが多く、手術は長時間に及ぶため麻酔科、手術室のスタッフの協力があればこそ可能な手術であると感謝している。



2011年11月 術中の大塚守正部長



2014年6月 手術前の大塚守正部長

現在の診療について

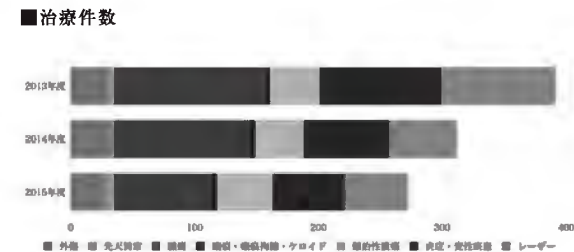
形成外科は全身を対象に組織欠損の修復や機能再建など多岐におよぶ分野であるため、マイクロサージャリーによる再建外科を主とする治療や各科のトラブル症例の診療に当たっている。また、平成26年7月にはQスイッチルビレーザー及び炭酸ガスレーザーの新機種を導入したアザ・シミ・ホクロなどの最新治療、外見的に傷が残らない眼瞼下垂症の治療などの特徴的治療も行っている。治療の実績については、次ページのグラフを参照していただきたい。

これからの形成外科について

形成外科は前述したが、外傷、先天奇形、腫瘍（良性・悪性）、瘢痕（ケロイドなど）、難治性潰瘍（褥瘡など）、美容などの全身の疾患を扱う科であるが、各病院がすべての疾患を網羅している訳ではない。当院の場合、いわゆる交通事故などの外傷、熱傷などの救急疾患は受け入

れしておらず、小児科や産科もなくなったため、以前は加療していた先天奇形や小児疾患の受け入れをすることはできない。つまり形成外科は各病院内の組織やその地域での役割分担によって大きく守備範囲が変わるということである。具体的には三次救急まで受け入れている病院の形成外科であれば外傷などの疾患が多く、子供病院などでは先天奇形などの疾患を多く扱うようになる。

当院は心臓疾患の症例が多く、現在はペースメーカーや心臓手術後の疾患を多く扱っており、その分野の形成外科としてはかなりの実績があると自負している。しかし、将来当院の診療科が変化した場合には、それに伴い形成外科の体制も修正していかなければならないであろう。また現在は多くの形成外科医が美容外科を目指しており、いわゆる再建・創傷外科を目指す医師は減少傾向にあるように思われる。今後当院のような形成外科を維持していくためには再建・創傷外科を行う形成外科医の確保が問題となるだろう。



〔歴代主任部長〕

高柳 進 1982.9.1～1988.3.31

大塚 守正 1988.4.1～



麻酔科・集中治療部

1962年2月20日 開設

21世紀の新たな展開

武下浩先生（現名誉院長）には、平成9年7月末に院長を退任された後の3年間、非常勤で週1回麻酔科外来を担当していただいていた。麻酔科医は、その後の平成12年以降も、心臓血管外科が専門の伴敏彦先生（現名誉院長）の下で、心臓手術の麻酔、中枢神経系モニターに高い関心を持って活動していった。

平成8年に日本心臓血管麻酔学会第1回学術大会が開催され、主任部長の瀬尾勝弘も理事（その後、常務理事を経て、現在、監事）として学会活動に深く関わっていくことになった。平成13年に、瀬尾は山口大学医学部臨床教授となり、山口大学医学部5年生を、学外実習として2週間ごとに3名程度引き受けるようになった。平成15年9月には、延吉正清先生（現名誉院長）の就任に伴い、岡

林均心臓血管外科主任部長とともに瀬尾は副院長に就任した。

学会活動としては、瀬尾は平成14年に日本臨床麻酔学会の評議員（その後、理事）になり、その後、平成16年に日本蘇生学会、平成17年に日本集中治療医学会、平成21年に日本神経麻酔・集中治療研究会（現、学会）の評議員に、同年に日本麻酔科学会の代議員、理事に、平成22年には日本臨床モニター学会の評議員に、平成23年に日本麻酔科学会の常務理事（現在、理事、安全委員会委員長）に就任した。また、この間に、宮脇宏部長（平成8年6月赴任）が、日本心臓血管麻酔学会の評議員に、角本眞一郎（平成9年10月赴任）が日本神経麻酔・集中治療研究会（現、学会）の評議員に就任している。平成28年に両名はそれぞれ、日本心臓血管麻酔学会の理事、評議員に就任している。

現在の麻酔科・集中治療部の中核的立場を占めるスタッフとして、近藤香副部長が平成18年7月に赴任、栗林淳也副部長が平成23年9月に赴任している。

平成22年12月25日クリスマスの日に貴船町からJR小倉駅新幹線口から徒歩数分の距離の浅野の新病院に移転して、手術室、集中治療室が1.5倍に増加するのに伴い、麻酔科・集中治療部スタッフの増員が不可欠となった。麻酔科医確保に努めた結果、数名以上の中堅スタッフの応募が得られ、平成23年にはスタッフ11名から17名に増員できた。充実した設備と麻酔科医のマンパワー



後進の指導をされる瀬尾勝弘副院長



カンファレンス風景

の下に、年間麻酔科管理件数は、2,500件程度から3,000件を超えるまでになった。そのうち、開心術と人工心肺を使用しない冠動脈バイパス術（OPCAB）を合わせた心臓手術症例数は、平成12年にOPCABを積極的に行うようになってから増加して平成15年には年間600例を超えていたが、心臓血管外科主任部長の交代に伴いやや減少し、最近では500例前後で推移している。

このように新病院での症例数増加の中で、平成24年から理事会、病院の問題もあり、麻酔科医の数は2年間で6名が減少して、最終的には10名になった。これに対処するために、平成26年からは非常勤麻酔科医を毎日3名前後確保して、麻酔科管理症例の対応に追われた。

日々多忙な中ではあったが、平成25年9月には、日本心臓血管麻酔学会第18回学術大会を主催して、北九州国際会議場、西日本総合展示場AIMビル3階を会場として、219題の一般演題、1,200名近い参加者を集めることができた。この学会には、米国メイヨークリニックより平成27年のアメリカ麻酔科学会会長に決まっていたJohn P. Abenstein教授と、Mark H. Ereth教授、Philippe R.

Housmans教授の計3名と、ドイツ、英国、韓国からの3名の、海外からの計6名の専門家に来ていただいた。

学会活動として特筆すべきは、2018年11月に、日本臨床麻酔学会第38回大会を主催することが決まったことである。この学会は、会員数は5,000名あまりで麻酔科領域では2番目に大きな学会で参加者数が3,000名を超えることが予想されている。一般病院から会長を務めるのは30年ぶりとなり、全国の一般病院に勤務する麻酔科医に今後の道を拓くものとして期待されている。

麻酔科・集中治療部、救急部の業務は、平成16年から救急部主任部長を務めている中島 研主任部長（平成10年11月赴任）に救急医療の軸が移って、麻酔科・集中治療部として運営されている。

現在の麻酔科

現在は、院内外の管理業務で忙殺される主任部長の瀬尾を支えて、宮脇部長が麻酔業務、集中治療の実務の中心として活躍している。角本部長は、平成25年10月から保険償還となった経カテーテル大動脈弁留置術（TAVI）に精力的に関わり、ハートチームの中心的メンバーとして活躍している。近藤副部長は、宮脇部長とともに、麻酔業務、集中治療の両面にきめ細かい対応をしている。栗林副部長は、経食道心エコーの知識と海外留学経験を生かして、中堅スタッフの周術期経食道心エコー試験（JB-POT）などの資格取得に指導的役割を担っている。

集中治療に対する保険診療の算定要件は平成26年より変わり、1日1名当たり4万円あまりの増収が期待される“特定集中治療室管理料加算1”が新設された。これは、

集中治療専門医相当の経験を有した上で集中治療に関する講習会30時間以上の受講履歴のある医師2名の存在や臨床工学技士1名の常駐体制に加えて、より高い患者重症度などの要件を満たした上で申請可能となったものである。当院集中治療室は、平成27年7月より福岡県で初めて承認された。この流れに連動した形で、特定集中治療室管理料加算の保険診療請求の査定が厳しくなってきた、保険診療委員会の委員長を務めている瀬尾としてもその対応を考えさせられている。

関連大学として、以前からの山口大学（中島救急部主任部長を含めて計7名）、琉球大学に加えて、熊本大学（隈元泰輔副部長：平成26年4月赴任）、昭和大学横浜市北部病院からのスタッフを迎えているが、残りのスタッフは、多いときには半数近くが、当院での心臓麻酔、神経麻酔の修練を目指して応募してきた麻酔科医である。平成28年4月には、麻酔科・集中治療部スタッフとしては計13名となった。平成29年4月には、計16名にまで回復する予定である。このような増員により、以前のように手術室での麻酔を常勤スタッフで対応できるようになるのに加え、院内での活躍の場が広がることが期待されている。

日本麻酔科学会は、他の学会に先駆けて、平成27年度から専門医研修プログラムを開始している。2017年度（平成29年度）から開始される予定であった日本専門医機構による専門研修プログラムは、翌年以降に持ち越されたが、当院は基幹施設として全国14施設の連携施設とともに年間最大6名の募集定員を確保する予定にしている。

〔歴代主任部長〕

宮本	茂	1975.5.1～1990.11.20
内本	亮吾	1990.11.21～1992.3.31
瀬尾	勝弘	1992.4.1～



皮膚科

1966年3月1日 開設

皮膚科の歴史

皮膚科の歴史を過去に遡ってみると、大正5年私立小倉記念病院発足の翌年に永松武夫先生を皮膚科部長として診療が開始された。大正10年から石川信一先生、同13年から野平安芸雄先生が部長を務められ、野平部長の時に皮膚科から皮膚泌尿器科となっている。野平部長の退職に伴い、昭和2年から退職される同8年まで石川先生が皮膚泌尿器科部長を務められ、木下和雄先生が部長を引き継がれた。木下部長は昭和26年に退職されるが、在職期間中に副院長への就任、さらには院長代行も努められた。その後、野平先生が再び部長となり、昭和33年から小森谷正義先生、昭和36年から同41年まで井口久男先生が部長を務めている。井口部長の時に皮膚泌尿器科が皮膚科と泌尿器科に分離し、昭和38年

に正式に皮膚科と泌尿器科となり、ここから皮膚科が新たにスタートした。

ここ20年ほど、皮膚科は常勤医1名体制で診療を行っている。平成9年の原明子先生、平成16年の丸田耕治先生、平成20年の古賀千律子先生と常勤医1名体制で引き継がれてきた。古賀千律子先生の時代、平成22年には貴船町の旧病院から新病院へ移転され、新たにCO2レーザーが導入され、脂漏性角化症やアクロコルドンなどを代表とした良性小腫瘍の除去にCO2レーザーを使用できるようになり、治療方法の選択肢が広がった。平成26年8月に古賀先生が退職されてからは、一時的に産業医科大学病院からの派遣による週3日の非常勤体制となった時期が半年続いたが、平成27年2月より川上が赴任し、常勤医1名による診療が再開された。月曜から金曜の毎日、外来患者の診療を行い、時には外来でコントロール困難となった症例、例えば带状疱疹、蜂窩織炎、水疱症などの入院治療を行いつつ、その合間をぬって他科からのコンサルテーションへの対応、皮内テストや皮膚生検などの検査、皮膚腫瘍の外来小手術を行っている。

現在の診療

皮膚科の場合、患者数は7～9月の夏場に増加する傾向にあり、また、全身の軟膏処置や創処置、生検といった手間のかかる検査も診察と同時並行で一人でこなして



古賀千律子部長の診察風景



外来での診察風景

いかなくはならないため、看護師と協力して複数の診察室を移動しながら休む間もなく診療するような状況になることも多々ある。病診連携は以前から密に行っており、地域のクリニックで施行しにくい精査、例えばアレルギー疾患であればパッチテストや皮内テスト、腫瘍性病変や難解な疾患であれば皮膚生検による病理学的診断を行い、診断をつけ、治療を行っている。また、逆に安定した状態であれば地域のクリニックでのフォローを依頼したり、紫外線照射機器をお持ちのクリニックへはアトピー性皮膚炎や乾癬など紫外線照射が効果を発揮するような疾患の治療をお願いしたりすることもある。

平成27年4月～9月の半年間で、皮膚生検件数は110件、外来手術は32件、パッチテストや皮内テストといったアレルギーテストは60件であった。

皮膚疾患というのは、アトピー性皮膚炎や蕁麻疹、薬疹のような炎症性皮膚疾患、白癬や蜂窩織炎のような感染症、自己免疫性の水疱症や膠原病、角化症、良性悪性腫瘍など、多岐に渡る。なかでも当院の皮膚科の特徴といえる点は、病院全体で心疾患、腎不全、糖尿病、悪

性腫瘍など基礎疾患を多数抱える重症患者が多いため、投与中の薬剤に関わる問題＝薬疹が多い、という点かもしれない。新薬は次々に発売され、各科で最先端の治療を行っている当院では、多数の薬剤が投与されることにより、必然的に薬疹患者の数が多くなる。紅斑丘疹型薬疹や多型紅斑型薬疹などといった代表的なタイプの薬疹の他に、今話題の分子標的療法や生物学的製剤などによる皮膚障害も多彩である。特に上皮成長因子受容体阻害薬はほぼ皮膚症状が必発であり、介入を求められることも多く、他科の治療にもアンテナを張り巡らせていなければ対応できない。薬疹を疑った場合、過去に遡って薬歴を整理し、原因薬の検索を行いつつ、治療を行う。個人的には、大学病院に在籍している期間に薬疹患者のサイトカイン測定を行っていたことがあり比較的好きな分野ではあるが、症例によっては多数の薬剤が同時に投与されているケースも多く、薬疹の検査をしても偽陰性となることも多いため、なかなか一筋縄ではいかないのが現状である。原因薬の特定に至らないこともあり、その場合は患者さんにも主治医の先生にもはがゆい思いをさせてしまうのだが、治療のための薬剤で患者さんが必要以上の不利益を被ること、特に重症薬疹への対応が遅れて命取りになるようなことがないよう、専門科として積極的に関わっていきたいと考えている。

最後に、皮膚病の患者は周囲の視線を気にする人が多く、さらにプライベートパーツの診察も多いため、精神的にもナーバスになっていることが少なくない。そのため、疾患部分だけでなく精神的な面にも配慮した対応を心がけ、多忙の中でもひとりひとりの患者とのコミュニケーションを大切にして信頼関係を築き、満足いただける医療を提供できるよう努力したい。

〔歴代主任部長〕

力丸 正治	1982.9.1～1993.3.31
今村 隆志	1993.4.1～1997.3.31
原 明子	1997.4.1～2001.8.31
工藤比等志	2002.4.1～2004.3.31
丸田 耕司	2004.5.1～2008.3.31
古賀千律子	2008.4.1～2014.9.30
川上 千佳	2015.2.1～



血液内科

2008年4月1日 開設

血液内科の歴史

昭和49年10月藤田一之先生（京都大学卒）が当院に着任し、翌50年4月から一人で血液疾患を担当することとなった。当初は循環器内科との二足のわらじを履いてのスタート、昭和51年からは血液内科専属となる。当時の検査室（特に血液、血清、細菌検査室など）の技師、そして木下久美子先生らの尽力も大きかったと聞く。

骨髄移植を行うことを目指し、血液分離器による院内での血小板採取、小児病棟のクリーンルームを整備した。昭和59年6月には慢性骨髄性白血病の血縁者間同種骨髄移植に成功。これは、中国、四国、九州での初の成人骨髄移植成功例となり、この実績が今日の血液内科診療の基礎になっている。

昭和60年に産業医科大学第一内科から山崎嘉宏先

生、京都大学第一内科（現血液腫瘍内科）から和泉洋一郎先生、翌年京都大学から沢田仁先生が着任。さらに昭和61年からは血液内科の研修医として産業医科大学第一内科から1名ずつ派遣されるようになり、血液内科は急速に拡大していく。

患者数の増加、骨髄移植の実績が認められ、平成5年5月には骨髄移植推進財団から非血縁者間骨髄移植の実施設と認定される。北九州市で初めて認定され、その後は他院からの紹介、骨髄移植推進財団や他施設からの依頼を受けて、骨髄採取術も多数行うようになった。

平成7年9月には産業医科大学第一内科から元当院研修医・和氣敦先生を招くこととなる。当時の厚生省の研究班から資金援助を受けながら血縁者間同種末梢血幹細胞移植と自家末梢血幹細胞移植を実施したのもこの時期だった。

当初、小児科が作った無菌室を借りて成人の移植を行っていたが、移植症例の増加に伴い、無菌室の増設が必要不可欠となり、平成9年旧病院の9階病棟の個室2室を無菌室に改造し計3室となった。平成11年には、沢田仁先生に代わり神尾昌則先生が着任。その後、平成15年には旧病院の8階病棟の一部も無菌病室に改造し、計15床の無菌室が完成する。この時の血液内科スタッフは、山崎先生、和泉先生、和氣先生、神尾先生の4名体制で診療に当たっていた。

平成14年に当院に着任、現在も副部長として活躍中



2016年12月 カンファレンス風景



2014年11月 病棟で治療される片山映樹先生

の大中貴史先生（産業医大卒）は、その時の状況をこう語る。

「当時の部長である和泉先生をはじめ、山崎先生、神尾先生、和氣先生とベテランの医師が多く、研修医にとっては緊張の毎日。和泉先生は非常に厳しく、若手医師は病棟全体に響き渡るような声で指導を受けたものだ。その威圧感たるや恐怖を覚えるほど。ただそれ以上に包み込むような温かさを持ち、“自分がいるから思う臨床をしろなさい”と言われたときには深い安心感を得られたものである。山崎先生は多くの患者様の診断から治療までを常に傍らで指導し、その姿勢は今日に至るまで数多くの若い医師の礎となっている。神尾先生は成人T細胞白血病リンパ腫の研究をされていたこともあり、臨床業務を終えた後から英文の教本や文献の抄読を欠かさなかった。和氣先生は我々研修医と最も多くの時間を費やした医師である。一見やさしいが、こと指導に関しては非常に厳しい目であったことが印象的。初めて担当した移植患者の診療では、カルテとは別のノートに臨床的な問題点のみならず、一般的な移植の知識を記載させながら“造血

幹細胞移植”をマンツーマンで指導したことが、現在の私に大変大きな影響を与えてくれている。経験豊富な4名と我々研修医が集ったカンファレンスはいつも喧々譁々、しかし“自らの意見”を発言することが求められるそのカンファレンスこそが、私を含めた研修医の“自律性”を高める結果になったと思う。」

その後、和泉先生、和氣先生は平成16年に当院を去る。内科全体としても昭和54年に循環器内科は当時心臓病センターに、昭和55年には消化器内科も独立したため、血液疾患以外には内分泌・代謝、呼吸器のみとなり、血液内科は非常に厳しい時代に入る。

しかし、今田和典先生が平成17年に部長として着任すると、その後副院長に昇進、血液内科を復活させ病院経営にも大いに貢献した。そして平成19年には米澤昭仁先生が着任する。

この時の大きな出来事といえば、平成22年12月の新病院への移転である。血液内科の総病床数は変わらず33床、うち15床はクリーンルームとなる。クリーンルームは旧病院と比べて広くなり、またユニットは3床であるが個室は計7床、同時に複数の患者の移植が可能となった。

翌23年度には、京都大学から森美奈子先生、佐々木裕哉先生が加わり、そして当院初期研修医から血液内科後期研修医となった北川智也先生により、計6名となる。新病院でスタッフも増えたこともあり、血液内科は復活した。北川先生は当科では初めてのいわゆる “生え抜き”。現在もスタッフの一員として大活躍している。しかし、森先生の京大大学院進学、佐々木先生の久留米大学転勤により、わずか3年で再び厳しい時代へ逆戻りすることになった。そして、今田先生の突然の転勤。平成27年4月からは米澤昭仁先生が引き継ぎ、大中先生、北川先生

との3人で現状を乗り切るしかなかった。ところが幸い、片山映樹先生が“生え抜き”2号として血液内科を専攻し、当科の救世主となるのである。

現在の血液内科

現在、後期研修医を含む計4名体制で白血病・悪性リンパ腫・骨髄異形成症候群・多発性骨髄腫・再生不良性貧血などの難治性造血疾患に対する化学療法、放射線療法、分子標的療法、造血幹細胞移植療法（自家および同種）、放射免疫療法から、貧血、血小板減少、出血傾向などの一般的な血液疾患の診療まで幅広く治療を行っている。特に造血幹細胞移植については総計200症例を超え、近年は毎年20～30症例実施している。平成23年度には九州では7番目の実績となる。輸血部とともに細胞管理の整備を行い、自家・同種末梢血幹細胞の凍結保存および非血縁末梢血幹細胞採取施設として認定される。そのことは無菌室管理料加算、移植後患者指導管理料など診療報酬の面でも我々には追い風となった。

尚、放射免疫療法に関しては、全国4位の実績を挙げている。また、国立病院機構小倉医療センター、九州労災病院、門司メディカルセンター、新小倉病院の血液内科と毎月症例検討会を行い、病病連携の推進に努めている。臨床研究に関しても他施設・大学との協同研究から自施設独自の研究まで幅広く取り組んでいるところである。

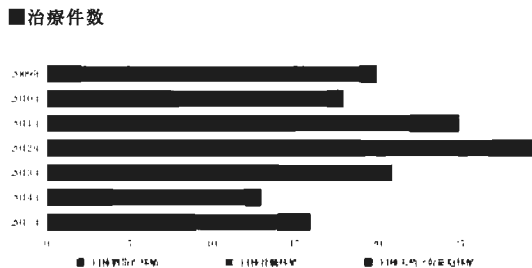
今後の展望

①がん診療に従事している他の診療科と協力し、がん拠点病院を目指す。

②造血幹細胞移植に関しては、近隣の病院と連携して積極的に患者さんを受け入れ、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等の多くの職種で構成する移植チームでのチーム医療を確立させる。

③北九州市のみならず、豊前、筑豊地区、山口県（下関）、大分県（中津、別府）含めた医療圏で血液内科のメッカとなる。

以上の3本柱を軸に日々精進している。



〔歴代主任部長〕

今田 和典 2005.7.1～2015.3.31

米澤 昭仁 2016.4.1～



糖尿病・内分泌・代謝内科

2008年4月1日 開設

開設の経緯と現在に至るまでの状況

糖尿病内科開設の経緯についてほとんど知ることができないため、現在小倉北区で開業されている大郷勝三先生が執筆された前回の記念誌を参考にすると、糖尿病外来は昭和42年に佐藤猛先生により開設されている。昭和30年代に厚生省により「成人病」は「主として、脳卒中、がん、心臓病などの40歳前後から死亡率が高くなり、しかも全死因の中でも上位を占め、40～60歳くらいの働き盛りに多い疾病」として提唱された。昭和40年代は食生活の欧米化が進み、糖尿病患者が増加してくる時期である。糖尿病は、「生活習慣と深く関係があり、放置すると合併症が出現する疾患」と国民の大半が認知しており、また糖尿病の病態や原因遺伝子などについても研究が進んだ。近年、新規薬剤が立て続けに登場して

いるが、当時は糖尿病の診断基準も不完全で確立されておらず、治療薬もインスリンとビグアナイド薬、SU薬のみに限られている。佐藤先生は、九州大学第二内科糖尿病研究室の平田幸正先生（元東京女子医科大学名誉教授）の門下生であった関係から、当時の内科主任部長の田中貞男先生の計らいにより昭和42年6月から1か月間、関西や関東の糖尿病専門施設で糖尿病診療の実際や糖尿病教室、教育入院や栄養管理について学ばれ、当科の発展に大きく貢献された。

平成3年に佐藤先生の後任として宮崎医科大学内科より大郷勝三先生が内科主任部長として赴任され、糖尿病だけでなく、内分泌疾患の診療、患者教育や市民向けの啓発運動にご尽力された。その後、大学病院からの派遣は産業医科大学第一内科学、大分医科大学第一内科学と変遷し、平成19年より一時期、糖尿病内科は常勤医が不在となった。その間は国立病院機構小倉医療センター（九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学）や久留米大学内科学講座内分泌代謝学などに協力を仰ぎ、非常勤医師による診療を行っていた。平成23年4月に久留米大学から原健人先生と岩田慎平先生が常勤医として赴任し、糖尿病・内分泌・代謝内科として新たに再出発した。平成24年からは原先生の後任で加藤智子先生が赴任したが、平成27年9月の退職に伴い一人体制となり、現在曾我理香が部長に就任している。



診察される原健人先生



カンファレンスをされる加藤智子部長

当科の取り組み

当科の取り組みとしては、糖尿病の専門的な診療および患者教育、内分泌疾患の診断と治療である。当院は虚血性心疾患や脳血管障害、慢性腎不全患者が多く、これらは基礎疾患として糖尿病を有している頻度が高い。ため、循環器内科や脳神経外科、腎臓内科と併診しているケースが多い。外来の新患は開業医の先生方からの紹介のほか、平成20年度より始まった特定健診で耐糖能異常を指摘され自ら受診する患者も少なくない。また糖尿病では1型糖尿病や悪性疾患に対する化学療法により発症したステロイド糖尿病も増加している。当院は糖尿病以外にも脂質異常症、肥満症、内分泌疾患である甲状腺や下垂体、副腎疾患についても診療する機会が比較的多いのが特徴である。ここ数年は原発性アルドステロン症や褐色細胞腫などの副腎疾患の増加が目立つが、難治性高血圧や若年性高血圧から二次性高血圧症が疑われることやCT、MRI、PETなど画像検査の進歩により副腎偶発腫の指摘が増加していることなどが

原因であろう。平成22年12月に小倉駅新幹線口の浅野へ移転しアクセスが良くなったことも影響し、平成23年度より平成27年度にかけて外来受診・入院患者とも増加傾向となっている。

当科は糖尿病教育にも力を入れており、糖尿病教育入院を再開したが、これは原・岩田両先生の貢献が大きい。翌年、コメディカルスタッフの協力もあり糖尿病テキストを作成することができ、患者の知識の向上を確実なものにしている。教育入院では、病棟および外来看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士とともにカンファレンスを実施し、患者さんの病態や性格、治療方針などの情報を共有しながら教育・治療を行っている。

平成27年9月より診療体制を変更し、糖尿病教育入院は現在行っていないが、他科入院中の患者さんや外来患者さん、家族が自由に参加できる糖尿病教室として教育活動を継続している。外来においては平成24年度より糖尿病腎症2期以上の患者さんに対する透析予防指導に力を入れている。予防医学という観点から患者教育・指導が最重要であると考えており、糖尿病認定看護師と管理栄養士をはじめスタッフ一丸となり取り組んでいる。定期的に医療スタッフ向けの糖尿病レクチャーの実施、糖尿病サポートチームを結成し、糖尿病診療のシステムの構築とインシデントの予防に努めている。

平成23年に糖尿病患者の会である「浅野こころの会」を発足した。日本糖尿病協会に属しており、「糖尿病の予防と療養についての正しい知識の普及啓発」、「患者・家族と広く予備群の方々への療養支援」など、糖尿病を克服し国民の健康の増進に寄与することを目的としている。患者さんとその家族、医療スタッフで構成されており、年に数回の勉強会、ワークラリーなどの運動、パイ

キング形式の食事会などを企画し、毎回多くの参加者に楽しんでもらいながら、糖尿病の知識と治療に対するモチベーションの向上を図っている。

治療については平成24年より持続皮下血糖モニタリング(CGM)を導入し、血糖プロファイルの詳細な解析、インスリンや経口血糖降下薬など薬物療法の検討、二次性糖尿病の病態の把握など行っている。また1型糖尿病患者さんにおいては持続皮下インスリン注入療法(CSII)による治療も行っており、平成27年より最新式のインスリンポンプ療法(SAP療法)も行っている。

ここ数年はコメディカルスタッフを含め学会発表活動なども徐々に増加してきた。周術期の血糖コントロールなどで日常診療が忙しく、学会参加が躊躇される時もあるが、最新の知識を習得するためにも学会には積極的に参加し、日頃の診療や研究の成果をできるだけ発表するように心がけている。

今後の抱負

前述したが、平成27年9月より当科の医員が減少し、診療体制の大幅な縮小を余儀なくされている。常勤医1名と非常勤医師2名で外来診療にあたっているが、現在、入院患者と他の医療機関からの新患の受け入れを停止しており、主に他科外来受診患者のコンサルテーションと他科入院中の糖尿病患者の血糖コントロールを行っている。近隣の医療機関や他科の先生方にはご迷惑をおかけし心苦しい限りであるが、久留米大学医局の医師確保が困難となっていることから今回の体制変更とさせて頂いた。糖尿病患者は増加の一途をたどっており、専門医も増加してきていることから、今後当科の

医員が増員され、通常の診療体制に復帰できることを祈っている。

また糖尿病をはじめ生活習慣病は予防が大切である。患者教育のみならず、医療スタッフの糖尿病に対する知識の向上も必要である。糖尿病認定看護師や療養指導士の育成などにも力をいれていきたいと考えている。

〔歴代主任部長〕

加藤 智子 2012.4.1～2015.8.31

曾我 理香 2015.11.1～



呼吸器内科

2004年4月1日 開設

呼吸器内科の開設

呼吸器部門の端緒を開いたのは、昭和42年から在職した藤井百合蔵先生である。当時胸部外科を担当されていたのは浅井信明先生であったが、昭和52年の藤井先生の退職に先立って、京大胸部研に復帰されていた。昭和55年10月に加藤達治先生が循環器内科から内科に移られ、呼吸器を担当されるまでの3年間は呼吸器疾患を担当する部署がなく、加藤先生が循環器内科に属しながら、2~3名、多くても5~6名の入院患者を細々と診療されていたという。手術が必要な場合、京都大学から浅井先生に来ていただいたり、心臓血管外科に依頼したりしていた。この状態は後の外科主任部長福山先生が国立がんセンターの内地留学から帰院され、胸部の外科手術を開始されるまで続いた。

加藤先生が内科に移られた当初、既に呼吸器診療の必須の器具となっていた気管支鏡、肺機能検査装置を更新された。内科の呼吸器外来として軌道に乗ってくると、呼吸器専門の内科医師を複数にすること、院内で外科手術が出来る体制を作ることが課題となった。当時、手術適応の患者さんを紹介していただいても、やむを得ず他の病院にお願いする事があり、地域の信頼を失うと回復するのに多大の努力を必要とすることを骨身に染みて味わい、当時の廣戸幾一郎院長の「内科部門に対応する外科部門（あるいは逆も）が必要である」という方針



外来での田浦裕輔部長

のもと、福山先生が胸部外科を開始されたときは何ともうれしく、安堵する思いであった、と加藤先生は語られている。昭和58年には築城健義先生（現在八幡東区で開業）が着任され、以降遠藤和夫先生（元大津日赤呼吸器科）、山崎裕先生（現門司メディカルセンター）と加藤先生の2人体制となった。

当時診療の重点は肺癌と呼吸不全であった。在宅酸素療法を始めたのは比較的早く、昭和58年8月に酸素濃縮装置を用いて行った53歳男性の肺結核後遺症の患者さんが第1例目である。昭和60年に在宅酸素療法は保険適応となるが、本院が初めて申請したのは平成3年8月であった。申請が遅れたのは、主に緊急時のベッド確保が様々な理由により困難なためであったという。以降在宅



研修医に指導する風景

酸素療法導入例は増加し、ほとんどの症例に液体酸素を用いているのが当科の特徴となっている。

平成9年からは田浦裕輔が内科に所属し、また産業医科大学呼吸器内科から1名を派遣頂き、加藤先生、山崎先生の御指導の下、4名の常勤医体制で呼吸器診療を行うこととなった。当時は現在ほど臓器別診療の垣根がはっきりしていない過渡期の段階で、発熱はあるものの呼吸器領域の画像に異常がない症例や、原発不明癌の症例など幅広く診療を行っていた。この頃より急性期病院という当院の性格上から、慢性呼吸不全急性増悪の回復後や肺癌のターミナル症例などを支援いただける施設との病診連携の重要性が高まった。

平成16年から臓器別診療となり、当科は呼吸器外科の植田充宏先生（現姫路医療センター）、大淵俊朗先生（現聖マリア病院）と呼吸器科として再編成されたが、人員不足から十分に内科領域に対応することが出来ず、困難を強いられた。その後数年間ではあったものの里村剛先生（現新田原聖母病院）や高宮みさき先生（現浜松医療センター）が赴任され、マンパワーの重要性を再認

識させられることとなった。平成22年暮に現病院に移転、23年10月から産業医科大学呼吸器内科迎寛教授（現長崎大学医学部第二内科教授）の御高配により鈴木雄先生を派遣いただき、一時的に高木努先生（現産業医科大学病院）と交代されたものの、常勤医2人体制となり現在に至っている。

現在の診療

主としてCOPD、気管支喘息、間質性肺炎、慢性呼吸不全、肺癌を対象に診断、治療を行っている。当院の特徴として血管病変を合併した患者さんが多く、抗血小板剤やワーファリンを内服中であれば、気管支鏡や胸腔穿刺の際に休薬の可否についての確認や、出血を最低限に抑えることなど慎重に行うことを心がけている。

COPDは長期の喫煙歴がある中・高齢者に発症するため、喫煙や加齢に伴う併存症が多くみられる。また、肺以外にも併存症を引き起こしている可能性もあることから、全身性疾患として捉えることも出来る。高齢化に伴い心血管病変、糖尿病、骨粗鬆症、睡眠障害など日常的に遭遇することの多い疾患と併存していることを念頭に置き、包括的な重症度の評価と管理を行う必要がある。

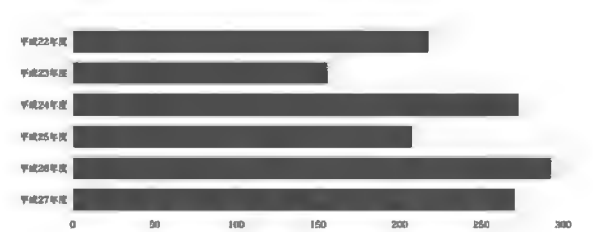
気管支喘息はわが国ではこの20年間に最も死亡者数が減少した疾患であり、治療薬の新規開発と臨床応用が進んだこと、喘息予防・管理ガイドラインによる病態や治療法に関する情報発信が貢献したためとされている。コントローラーとしての吸入ステロイドの普及は、喘息発作の予防、救急受診の減少として実感される。長時間作用型 β 2刺激薬との配合剤が数多く使用できるようになり、より効果が得られるようになっている。しかしながら高

齢者喘息や難治性喘息、新規薬剤が登場するものの良好なアドヒアランスが実現できないなどの問題もあることから個々の症例に応じた方針を模索しなければならないことが多い。

間質性肺炎においては急性間質性肺炎、非特異的間質性肺炎、器質化肺炎、薬剤性間質性肺炎など他科からの紹介や、緊急入院する例が多く、その診断・治療に難渋することが多い。ステロイド、あるいは免疫抑制剤との併用を主体として治療するが、無効例があること、副作用やリバウンドなど今後新規薬剤の登場を含め治療法の確立に期待したい。特に肺線維症に対しては抗線維化薬により病勢の進展に一定の歯止めがかけられることが期待できるものの、治癒は出来ないと考えられるので新薬の登場に期待したい。

肺癌では、初回は入院して化学療法を行うものの、以降は放射線治療併用であっても可能な限り外来化学療法を行うこととしている。小細胞癌にはファーストラインとしてCDDP+CPT-11あるいはCBDCA+ETPを選択している。一方非小細胞肺癌には従来のプラチナ系を含むレジメンでの化学療法はもちろん、特に非扁平上皮癌のEGFR遺伝子変異陽性例に対してはEGFR-TKIによる治療の推奨度が高まり、投与する症例が増えた。耐性獲得後のre-biopsyをいつ、いかなる臓器から、どのような方法で行うか確定的ではないが、今後あらゆる診療科と連携をとり、re-biopsyをスムーズに行えるよう整備していく必要がある。その他異なるルートでの分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬など新たな治療薬が上市され、より個別化治療を行っていけるものと期待したい。

■外来化学療法治療件数



〔歴代主任部長〕

田浦 裕輔 2011.7.1～



緩和ケア・精神科

1996年4月1日 開設

開設時からの歴史

緩和ケア・精神科は平成8年9月2日に前任の野瀬巖部長(現小倉蒲生病院副院長)によって神経心療科として開設された。開設までの経緯や平成10年以前の出来事については「日々新たなり」に詳述されている。そこには、総合病院での精神科医療の必要性の高まりと共に当時の新研修医制度での必要性が大きな後押しとなったものであったことが記されている。その後野瀬部長の下、精神科医2人体制の確立や外来診療の充実が図られ、外来患者は1日30人を超え新患者数は年間540人に至った。一方、専門外来の確立や、精神科医が直接病棟を訪れる「御用聞き型コンサルテーション・リエゾンサービス」の導入が課題として残されていた。

平成11年3月をもって野瀬部長が久留米大学に帰任

することになった。野瀬部長と同様総合病院の精神科の開設経験があり、久留米大学病院で外来医長を担当していた三木浩司に、当時の前田久雄教授より野瀬部長の後任として出向の打診があった。大学医局のような大きな組織の運営に関わる能力が極めて乏しい三木浩司としては、今後の進路について悩んでいたこともあり、喜んでお引き受けさせていただいた。また野瀬部長とは大学への入局が同期で気心の知れた仲であったことも大きかった。

平成11年4月より神経心療科部長として小倉記念病院に赴任することになったが、同時に野瀬部長が担当されていた北九州市精神医療審査会委員も引き継がせていただいた。野瀬部長に対する厚い信頼があり、院内では当初からとても順調に受け入れていただいた。また、交代時期をずらしていただいた西浦医師の存在も大きかった。精神医療審査会や研究会を通して地域の精神科の先生とも早急に連携を築くこともできた。(後になり、北九州地区の精神科医同士の連携の良さは、長く医学部を持たなかったこの地域の伝統であると教えられた。)

こうした中、神経心療科の名称は心療内科との区別がはっきりしないのご指摘をいただき、精神科と改めることにした。患者さんの負担軽減のための命名であったと聞いていただけに、心配もあったが、変更によってそうした面での影響はほとんどなかったように思う。三木浩司が赴任した時点ではもう名称よりも科の信頼が上回って



TQM大会の賞状を手にする三木浩司部長

いたであろう。その後平成25年からは、今後のがん医療への対応も考え名称を緩和ケア・精神科に変更した。

現在の診療について

野瀬部長から引き継いだ、専門外来の開設は現在まで進んではない。三木浩司の力不足もあるが、この十数年間に生じた患者さんの質の変化によるところも大きいと考えている。うつ病に代表されるように定型的なうつ病はほとんど見られなくなった。代わって状況により気分が大きく異なるといった非定型うつが多く見られるようになった。基礎に発達障害を抱えた患者さんも多く見られるようになった。また高齢化が進み加齢の問題を同時に抱える患者さんも増加した。この結果、疾患の非定型化、複合化が進み、精神科専門外来が捉えにくい状況が生じてきてしまった。個々の疾患への特化よりも患者さん個人への特化が求められる時代に変化したのではないだろうか。もう一つの課題であった「御用聞き型コンサルテーション・リエゾンサービス」については、毎日病棟への往診を行うスタイルが確立できている。また週に1回、緩和ケアと認知症の認定看護師とそれぞれ病棟ラウンドを実施する試みも行うようになった。今後とも緩和ケア・精神科医療の柱として依頼があれば迅速に対応を行っていきたい。

外来診療では、北九州市の物忘れ外来への取り組みに、平成11年から参加してきた。近年では周囲の診療所でも物忘れ外来の標榜が多くなったものの、MRIやSPECTといった医療器械を所有する当院の役割はまだ大きいものと考えている。最近注目されることが多くなった、大人の発達障害については、近隣の医療機関では

診療が難しいこともあってか受診が多くなっている。臨床心理士が勤務し、心理テストの実施も容易であるということも、発達障害への対応に利点となっている。また小倉駅に直結する地理的利便性の良さから、仕事や学校帰りの若年の受診者が多いところも当科の特徴であろう。科の名称を緩和ケア・精神科としてからは、がん性疼痛のコントロールやがんに伴う精神的な問題での相談も増加してきている。当初は臨床研修での必要性から設置された面も大きい当科ではあるが、がん対策基本法の施行に伴い、緩和ケアの必要性が大きく求められるようになった。今後は緩和ケアでの役割果たすことでその意義をより確かなものにできると考えている。

これまで、放送大学を中心に臨床心理学専攻の実習生の受け入れを行ってきたが、平成27年度からは九州産業大学からも実習生の受け入れを開始した。また同じく平成27年度から地域の作業所担当者の方々と「心理的ケア研究会」を年3回程度で開催することになった。こうした教育面での活動も地域貢献の一環として行っていければと考えている。

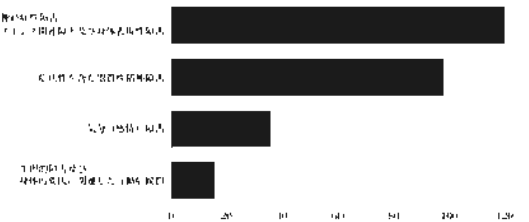
新臨床研修制度の実施に伴い、大学の人手不足は深刻化し、平成15年9月から一人体制が長く続くことになった。この間久留米大学から非常勤で来ていただいた多くの先生に支えていただいた。平成27年4月より産業医科大学より奥野香苗先生に加わっていただきようやく、精神科医2人体制に戻ることができた。また臨床心理士の松尾温夫先生には、長期にわたって心理アセスメントや動作法の臨床で大きな力になっていただいた。

本稿を書くための資料を整理していて、大学での診療、研究の期間よりも小倉記念病院での期間がいつの間にか上回っていたことに気づいた。常にご支援いただ

いた久留米大学前田久雄教授、内村直尚教授、そして長期出張で来ていただいた諸先生に感謝したい。そして個々のお名前はあげられないものの、これまで支えていただいた患者さん、病院スタッフをはじめ多くの方々に感謝します。

作成にあたって久留米大学医学部神経精神医学講座秘書原口扶実子さんにご協力いただきました。ありがとうございました。

■2015新患件数



〔歴代主任部長〕

野瀬 巖 1996.9.1～1999.3.31

三木 浩司 1999.4.1～



病理診断科

2014年5月1日 開設

「検査部の病理」から「病理診断科」へ

私立小倉記念病院時代の病理検査に言及している記録は見当たらない。

社会保険小倉記念病院が開設された昭和23年当時、血清検査(梅毒検査が主体)、細菌検査(結核菌の染色、培養が主体)、病理検査(婦人科および歯科の組織標本作製が主体)が研究室(検査助手1名)で実施されていた(富田順夫氏の覚書ノートによる)。当時の病理検査は、現九州歯科大学附属病院に依頼していた。その後、山口大学医学部病理学第一講座(山大一病理)が病理業務に参加することになり、九州歯科大学の病理学教室と共同で病理業務を行っていた。

剖検台帳に記載されている病理解剖の第一号、KS1は昭和44年7月4日、執刀者は赤崎信正先生(山大一病

理)、介助者は村上浩二、若林太、主治医は内科の白石徹先生、患者さんは48歳の女性、病理解剖の主診断は両側腎盂腎炎である。貴船町の小倉記念病院に移転する約1年4ヶ月前である。以後、平成27年12月までの47年間に1634柱の剖検をさせていただいている。画像診断の発達につれ、剖検数は減少し、最近では年間、十数例である。

病理組織検査、細胞診検査に関しては、昭和41年(1966年)から年ごとの「あいうえお」台帳が残されている。平成元年(1989年)からはパーソナルコンピューターを用いた自前の組織検査台帳、細胞診検査台帳を使用しており、平成17年(2005年)にはインテック社製の病理業務支援システムEXpathⅡが導入され、現在はEXpathⅢが稼働している。

病理診断業務は大学から病理医が非常勤医師として出張診断していたが、平成3年4月1日に横田忠明(山医大、昭和51年卒)が小倉記念病院の初めての常勤病理医として赴任した。所属は検査部の病理で、若林太、寺本三佐子、中西政晴(後に一般検査へ移動)、鬼木登与志(後に血液検査へ移動)、田中小夜の5名の検査技師がいた(その当時、病理検査室の片隅の小さなテーブルで昼12時のNHKテレビニュースを見ながら弁当を食べていた。平成3年6月3日に発生した大火砕流を伴う雲仙普賢岳噴火のニュースが印象に残っている)。

検査部の病理は平成10年に検査部病理課と診療部



切り出しをする横田忠明先生



病理室集合写真

所属の病理科とに別れた。しかし、診療報酬を規定する医科点数表の中では「第3部検査(病理学的検査)」の位置づけであった。平成20年は病理にとって最も注目すべき診療報酬改定年であり、「第3部検査、第2節病理学的検査」から独立し「第13部 病理診断」として新設された。部の新設は昭和63年に「第2部在宅医療」が新設されて依頼の20年以上ぶりの大改定であった。

横田部長が赴任した平成3年4月から非常勤病理医として山大医学部病理学講座の内野文彌教授、石原得博教授、そして現在は池田栄二教授のご支援を頂いている。平成24年7月1日に村田建一郎病理専門医・細胞診専門医(長崎大学医学部、昭和61年卒)が病理科副部長として勤務する事となり、長年続いていた一人病理医体制がようやく解消された。そして平成26年4月の診療報酬改正に伴う「病理診断管理加算」の算定にあたり、同年5月1日から「病理診断科」を標榜することとなった。平成27年10月31日に横田部長は定年退職、村田副部長が病理診断科部長に、横田部長は嘱託医として勤務。平成28年7月現在の検査技師部病理課のスタッフは

主任 田中小夜、安河内達郎、甲斐桜子、内田準、パートの寺本三佐子である。(文責:横田忠明)

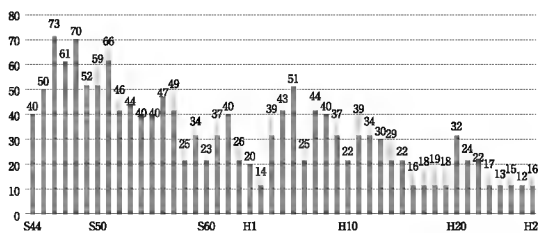
もう100年、まだ100年。

私事であるが、最初の留学先であるカナダのトロントに滞在した折、丁度、建国125周年であった。今から、20年以上も前の話である。大学院時代は細胞免疫に携わっていた私に、分子生物学的な実験手技をしてくれた中東出身のイスラムの同僚が、「125年なんて、まだ赤ちゃんの国だ。米国でさえ、200数十年だ。我々には何千年の歴史がある。日本もそうだろう」と話しかけられ、「日本の歴史は2000年以上だとの話があるが、それは事実ではないが、少なくとも1000年以上はある」と答えたこと記憶している。「Thousand」が、「沢山」に聞こえるような、英語力の貧弱な私のことであるから、この会話の内容が、どれだけ真実であったかは不明である。いずれにせよ、日々の仕事に追われている我々から見れば、100年も1000年も、とてつもなく長い時間である。

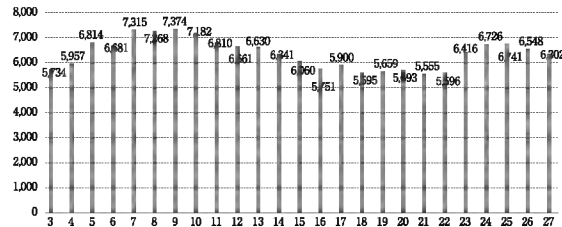
2010年12月に新築移転した現病院を計画した折に、延吉前院長は「100年は持つ建物」との構想であったと聞く。単に、建造物が物理的に維持されるだけでなく、「100年後の医療現場においても、高機能病院として、必要な改築・改装ができる建物」との意味だと拝察する。人の先を考える人間は尺度が違う。「古さ」を歴史や伝統として、意義あるものにするためには、この先100年を見据えて、今、何を成すべきか、「建物」を良好な状態維持するのに日々の手入れが必要のように、働く者が、意欲を維持し、より向上するためには、日々の心配りが肝要である。ただ、病理医の置かれた現実、病理診断の向上に貢

献した団塊世代の先生方の大量引退が目前に迫って、途方に暮れているような、情けない状態である。小人には、「患者さんにご迷惑をかけないように」と、日々、精進あるのみである。(文責:村田建一郎)

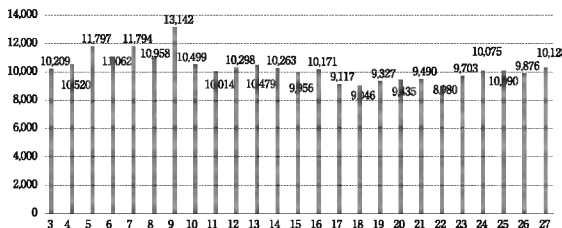
■剖検数(昭和44年～平成27年)



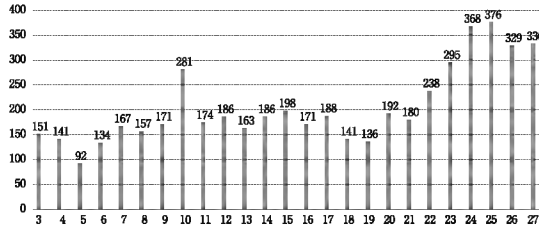
■病理組織診断の検体数の推移(平成3年～平成27年)



■細胞診の検体数の推移(平成3年～平成27年)



■術中迅速診断の検体数の推移(平成3年～平成27年)



[歴代主任部長]

横田 忠明 2014.5.1～2015.10.31

村田建一郎 2015.11.1～



救急部

救急医療との関わり

小倉記念病院は、初代麻酔科主任部長の宮本茂先生の時代から、麻酔科は積極的に院内の救急医療に取り組んでいた。「119コール」という院内急変対応システムで急変患者さんへの迅速な対応を行っている。

北九州市では、昭和62年より各病院の専門性を活かした「機能別救急医療体制」とをとっている。この体制は365日、24時間受け入れ体制をとることが必要で、本院では、循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科の3診療科がその対象になっている。心血管・脳血管系疾患の救急医療体制は、院外からも高く評価されてきた。

平成2年に院長として赴任した武下浩先生（現名誉院長）は、山口大学麻酔・蘇生学講座教授のときから、麻酔科医が救急・集中治療領域に積極的に関わることを

望んでいたため、武下先生の指導のもとに、麻酔科医は救急医療、集中治療に関与することになった。

平成5年より救急・集中治療部という名称で救急医療を行ってきた。平成18年に救急部が開設し、開設当初から中島が専従医として勤務し、現在に至っている。

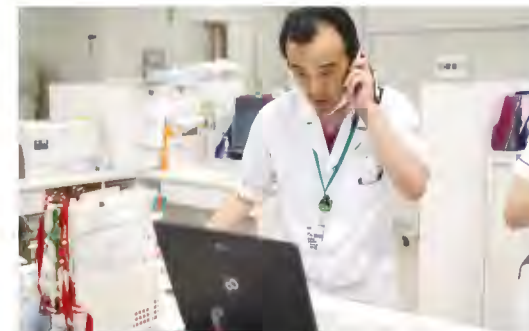
本院の救急医療体制

救急医療体制を運用するに当たっては、病院全体が一丸となって行うことが不可欠である。救急部、医事課・保安課をはじめとする事務部、看護部などが協力して救急医療体制を円滑に機能させるとともに、より充実させるように努めている。

当直体制は充実していて、8名で日々の当直体制をとっている。内科系、外科系当直以外に循環器内科、心臓血管外科、麻酔科（ICU）、循環器内科（CCU）、脳神経外科・脳神経内科（SCU）、研修医で行っている。上記以外の診療科も宅直体制で、救急対応を行っている。医師以外にも、看護師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士が当直をしている。

緊急心臓カテーテル治療は、救急搬入直後から循環器内科専門医が対応して、早期診断・早期治療の体制を取っている。

脳血管障害・脳梗塞の治療は、救急隊からの通報段階で救急医から脳卒中センター専門医（脳神経外科・脳



救急隊と連絡を取り合う中島研主任部長



2015年10月 市民の方々に心肺蘇生の講座を行う様子

神経内科)・放射線部内(CT・MR・血管造影検査)・検査部内(血液検査)・治療スタッフ(看護師、臨床工学技士)に連絡を取り、患者さんの搬入前に治療体制を整えることで血行再建までの時間短縮を図っている。

外科系疾患(一般外科、心臓血管外科、血管外科、脳神経外科)については、当直医・麻酔科医・手術部スタッフの連絡・連携体制により、緊急手術に対応している。

緊急入院については、各診療科毎の一般病棟の他、重症例は、集中治療室(ICU)、重症患者治療室(CCU、セミCCU、HCU)、脳卒中治療室(SCU)で入院治療を行っている。

救急部の現状

救急搬送症例の受入れと時間外症例の初期対応を担当し、全診療科、全部署との協力体制のもと現状として、グラフにもあるように救急車搬入数過去5年間では、平成23年度4,633件、24年度4,321件、25年度4,484件、26年度4,248件、27年度4,612件であり、毎年4,000件以

上の救急車搬送による受診をしている。また、救急患者数は、平成23年度9,378件、24年度8,833件、25年度9,021件、26年度9,239件、27年8,872件と推移しており、例年おおよそ9,000例以上の救急症例を受け入れている。救急症例のうち約4割を心臓血管系・脳血管障害の疾患・救急症例が占めているのが当院救急部の特徴である。その他の診療科でも各科の専門医が高度な診療を行っている。初期臨床研修医の指導医として、当院の特徴を生かした研修を救急部にローテーションで来る研修医に対して行っている。

将来の展望

「機能別救急医療体制」で受け入れている循環器内科、心臓血管外科、脳卒中(脳神経外科・脳神経内科)の3診療科や、これらの疾患を有する他科疾患の診療において、当院は地域の市民や医療機関から頼られる存在である。この信頼に応え・維持していくためには、救急部としても診療体制の充実を図る必要がある。

救急部の現状は常勤医一人体制であり専従医の増員が必要だが、新専門医制度が実施されると単独の医療機関だけで救急専門医の養成・確保が難しくなる。大学病院や地域の医療機関との連携し、これらの医療機関と協力して当院と地域の救急医療体制の充実を目指す。

また、救急専門医だけでなく、循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科・脳神経内科など機能別救急領域の医師や、外来患者に対応する内科・総合診療医などの専従体制を構築したい。

■救急車搬入数



[歴代主任部長]

中島 研 2006.4.1～



小児科 古庄巻史先生の業績

川崎病における功績

1983年(昭和58年)、古庄巻史先生は、世界に先駆け、「川崎病におけるガンマグロブリンの大量点滴療法」を発表された。

川崎病(英名Kawasaki disease, KD)は、1967年川崎富作博士によって報告された小児の熱性疾患である。

アジア～欧米の小児にも発症する川崎病の最も重大な合併症は、冠動脈瘤発生などの冠動脈障害であり、のちに心臓血管系に重い後遺症を残しうる。

それまでのアスピリン療法では、冠動脈障害が40～50%に発生していたが、ガンマグロブリンの大量点滴療法によって、その発生率を10%以下に抑制することを世界で初めて報告した。



1967年当時の小児外来スタッフ

Preliminary Studyを経て、多施設によるControlled Studyを行い、本療法が冠動脈障害予防効果を含めて、臨床症状を軽減するのに極めて有効であることが立証された。本療法は、国際的な追試によってその有効性が確認され、現在は全世界で教科書に記載されるようになり、川崎病急性期の第一選択の治療法となっている。その結果、川崎病の死亡率が激減した。現在、本邦では川崎病の年間発生は10000～15000人にのぼるが、その90%近くに本療法が適応されている。

また、古庄先生は、その4年前の1979年(昭和54年)、川崎病原因論について果敢に挑戦された。当時、日本の家屋構造が西欧化し、屋内塵中のダニ抗原が増加し、喘息などのアレルギー疾患が増加してきたことと並行して川崎病が増加してきたこと、川崎病患者の血清中にダニ特異IgG・IgEが病初期に増加すること、ダニに対するリンパ球幼若化反応が著しいことなどを根拠に、「川崎病ダニ抗原説」を唱えられた。その後の追試にて、支持を得るまでには至らなかったが、原因論に関しては、未だに史上最もセンセーショナルな議論を巻き起こした発表であった。世界的に原因についての研究が続くが、川崎病発見以来、その原因は今日に至るまで未だ不明である。

古庄先生筆頭の川崎病関連論文・医学書は日英文60編を超える。



1990年当時の小児科スタッフ

小児気管支喘息における功績

1976年（昭和51年）、「喘息重責状態に対するイソプロテレノール持続点滴療法」を日本で最初に導入し、急性呼吸不全に陥った喘息児に同治療法が極めて有効であることを証明された。

本治療法は全国に普及し、それまでならば、気管内挿管による呼吸管理が必至であった重症喘息発作例に劇的な効果を現し、呼吸管理を受ける症例が激減した。のちに、この治療法が基礎となってイソプロテレノール持続吸入療法が考案され、現在、小児気管支喘息の大発作や呼吸不全患児に適応されている。

また、1989年（平成元年）、小児気管支喘息に対する画期的な治療法として、「DSCG（インターール）+β2刺激剤定期吸入療法」を提唱された。これは、優れた発作予防効果を持つ同法に早くから着目し、40施設によるControlled Studyを計画し、全国規模での有用性を証明したものである。

本治療法の導入以来、全国の難治性喘息児の長期

入院例が激減した。

血液疾患における業績

1967年（昭和42年）小児白血病患児に対して、日本で初めて骨髄移植を行った。その後7年間、本邦では骨髄移植が行われなかったが、現在では血液疾患の治療として不可欠な一般的治療となっている。

1994年（平成6年）古庄巻史先生は、京都大学医学部小児科学教室教授に就任された。

（参考冊子:古庄巻史先生著 私のたどった医学）



看護部

看護の移り変わり

小倉記念病院の100年の歴史は創設から幾多の変遷を経て現在の当院に至っている。看護も同様に病院のあゆみのなかで多くの変遷を重ねてきた。当院の発展に多大なご尽力をされた諸先輩方のご苦勞と看護への一貫した誠意、熱い情熱に深い感銘を受けると同時に、私たちに課せられている使命を改めて認識している。

100年の歴史のなかで、当院の看護部は戦後の混乱がまだ色濃く残る昭和23年、私立小倉記念病院から社会保険病院へ組織が変わったとき総婦長制の発足により、看護の責任者として前田マスヨ氏(故)が初代総婦長として就任された。就任早々看護業務の指揮命令、指導監督、管理の一元化が図られ、看護部の組織体制を確立し、看護業務の構築に全力を注がれ現在の看護部の

基礎を作った。それぞれの時代のなかで、諸先輩方の意思が行動となって積み重ねられた看護部の歴史を踏まえ、看護はいつの時代も患者さんに寄り添い、信頼を得ながら、回復を支援していく役割を果たすこと、誠心誠意、患者さんに向き合うことが小倉記念病院の看護の本質であることを肝に銘じ、今後もさらに課せられた役割を考えながら看護の専門性を発揮し、社会に信頼される質の高い看護を持続的に発展させられるよう努力していきたいと思っている。

現在の看護部は、平成18年の一般病棟看護師配置「7対1」の新設、及び、平成22年12月に新病院への移転を機会に看護師数は増員となった。看護師配置:ICU(2:1)CCU(2:1)HCU(4:1)SCU(3:1)一般病棟(7:1)看護単位数24、看護職員数838名である。内訳は看護師775名(内男性看護師74名)看護助手63名。また日本看護協会認定看護師としての資格取得者数は急性・重症患者看護専門看護師(1名)認定看護師13領域(26名)認定看護管理者(6名)と大きな組織となった。医療環境の劇的な変化のなかで、看護師に期待される役割はさらに大きくなっている。将来に向けてその変化を見据えながら、小倉記念病院の看護師として、常に患者さんに依って立つ確実な看護実践をするという基礎を作り、小倉記念病院との看護の意義を考え、主体的で創造的な看護の実践に取り組んでいきたいと考えている。そして看護の価値ある文化や風土を継承し、さらに発展させる人材育





成、人づくりに全力で取り組む所存である。

看護方式

今までは固定チームナーシング、モジュール型継続受け持ち方式、プライマリーナーシング等の自己完結型であった。1人に対して担当患者さんを振り分けられ、その患者ケアを1人で責任を持ち、業務を行っていた。在院日数の短縮、患者さんの重症化が重なり、ますます負担感、重圧感が大きいうえに、仕事も終わらない状態で無理が生じていた。また、能力や経験値により、看護実践能力に差があるため重症患者さんのケアが看護師に多く委ねられ偏りが認められていた。このような問題を解決するために、平成27年よりパートナーシップ・ナーシング・システム（以下PNS）を新看護体制として一部導入している。PNSはパートナーとなった看護師が看護業務を一緒に実践し、看護師個々をパートナーやチームメンバーで補完・協力し合い、看護ケアを効率的に提供する看護体制であり、看護技術の伝承・伝授、労働環境の改善などが実施できる体制である。

勤務体制

勤務体制は当初より変則3交代制の勤務であり、日勤（C勤）中勤（B勤）夜勤（A勤）で構成された勤務スタイルであった。平成6年に2交代制勤務が認められるようになり、当院でも“連続した休みの取得”や“夜間の看護配置の増員”など職務満足と患者さんの安全性の確保の観点から平成14年より先行的に2病棟から2交代勤務トライアルを始め、その後全病棟で導入し、平成21年まで続いた。しかし、この勤務は所定労働時間から換算した「調整時間」が発生し調整時間の消化が難しいことや、7対1看護体制からの除外時間が多く発生し、適切な人員配置の実態が見えにくいこと、またスーパー日勤や2連続夜勤が続くことによる肉体的・精神的疲労の蓄積など問題も顕在し、平成21年より新たな2交代勤務を導入した。これは、日本看護協会が提唱する勤務ガイドラインに近づけた勤務パターンであり、夜勤・交代勤務による「健康」「安全」「生活」への影響を少なくするという観点から見直しを行ったものである。現在の勤務は日勤8:10～17:00、夜勤16:00～9:10を基本とし、選出は4タイプのバリ



エーション、また育児短時間制度として複数タイプの業務時間を選択できる勤務などWLB（ワークライフバランス）を考慮した勤務へと変化している。

今後も看護師が働き続けられる職場環境を目指すとともに勤務体制も実態に即したものと臨機応変に対応していきたい。

看護教育

2025年問題を踏まえて地域包括ケアシステムが推進される中で、看護師に求められる役割は、医療のみならず「暮らしを支える」ためと変化している。当院は、地域の中核病院として「高い技術とやさしい心の看護の推進」を看護部の理念に掲げ、専門職としてのたゆまざる研鑽を続けている。

近年、看護の量と質は高まる一方だが、安全で安心な看護の提供をするためには、一人ひとりが専門職としての自覚を持ち、高度な知識に基づいた的確な看護診断を適切な看護技術をもって効率的に提供することが求められる。

100年の歴史のなかで、初代総婦長・前田マスヨ氏（故）をはじめ歴代の総婦長の方々が、その時代を見据えて、看護師教育に尽力されて今日がある。昭和46年に教育担当の副総婦長が位置付けられ、以降専任の教育担当を配置して、看護師教育に取り組んでいる。

経年別教育からクリニカルラダーへ

看護部の教育方針は、「看護部理念・基本方針のもと、専門職業人として誇りを持ち、看護実践能力の向上



に努める。さらに、質の高い看護サービスを提供し、患者さんはもとより、医療スタッフからも信頼される自律した看護師を育成する」である。

以前は、経年別に行っていた現任教育だが、平成8年よりクリニカルラダーを取り入れ、試行錯誤の上、平成22年より、現在の体系となった。当院のクリニカルラダーの導入目的は、「①個人の目標設定を明確化し、一人ひとりの臨床看護実践能力を高める。②個人の能力を適切に評価し、さらに向上するための動機づけとする。③看護師の仕事への満足度を高める。④個人のキャリア開発を最大限支援し、適正な人事配置・人材活用の参考資料として活用する。」である。

ラダー習得段階は、ベナー看護論をもとにI～Vとし、構成要素は、＜看護と対人関係＞＜看護実践＞＜研究＞＜管理・教育＞の4つとした。ラダー認定は、年度末に自己申請としたが、ラダーVにおいては、ラダー認定委員会では一人ひとり面接を行い、将来構想についての確認を行っている。一例を上げると＜看護と対人関係＞では、ラダーⅡにおいて、看護観の育成のために、症例をまとめ、発表

会を開催している。さらに、ラダーⅢでは、リーダー役割を果たすため、グリーンケアについてGWを行い、意見交換をしている。最後に、ラダーⅣでは、今まで自身が経験した看護の中で一番印象に残っている事を語る少人数のGWを行い、互いの看護について熱く語り合う場を設けている。それぞれの事例には、深みがあり、忙しい仕事の中で振り返る良い機会となっている。それぞれのラダー別に成長度合いと役割を考えて研修をプログラムしている。

実際の院内集合教育は、教育委員会を中心に行い、年30回以上企画立案し、看護実践力の向上につながる研修、マネジメント能力の強化につながる研修、自身の看護観を深めるための研修等、臨床の場で生かせる教育プログラムが充実している。時に外部講師を使い、学習者のニーズに対応したものを実施している。又、トピックス研修として、認知症患者さんの映画を上映や他院と共同して講師を迎えマネジメント教育も行っている。

新人看護師教育

毎年、80名～100名近くの新人看護師が入職してく



る。プリセプターシップを軸として部署全体で育てる体制づくりを行い、年々離職者は減少傾向にある。基礎教育の変遷とともに習熟力・対応力などにおいて変化してくる新人看護師に対し、エビデンスを抑えた教育を4月には集中的に電子カルテ・看護記録、注射や採血などの集合教育を実施している。また、看護技術の統一のため、写真入りの看護ケア手順を当院独自のものを作成し、新人に配布している。平成28年には、注射マニュアルも当院バージョンを作成した。さらに、新人ファイルと称して、各月ごとの到達度を示したチェックリストや社会人基礎力や夜勤導入シートを用いて可視化できる評価を行っている。

2010年新人看護職員研修が努力義務化される以前より各部署の教育担当主任が中心となり、新人からプリセプターまで幅広い教育支援を行い、現場の看護師と協力して、新人一人ひとりに個別の支援を行っている。

新人ローテーション研修

平成19年より、新人ローテーション研修を実施している。当初は、3週間であったが、現在は、関連部署を1週間かけてローテーションしている。ローテーション研修の最大の目的は、配属部署では習得できない幅広い臨床実践能力を獲得するためである。看護師は学生時代に多くの分野で実習しているが、本格的なケアを体験できたとは言えない。関連部署の特殊性を知り、患者さんの一連の流れが把握でき、視野も広がり、自部署以外で行われる看護に結び付けられる。将来はこういう方向に進みたい、こんなケアをしたいという具体的な希望へとつなげるものもある。ローテーション研修の付加価値として、新人の職場適応の促進という一面もある。初めて病院の中



で、関連する部署のローテーション研修を通し、患者さん目線を体験することで、患者さんとのコミュニケーションや学習の方法などプラスの効果をもたらしている。

当院独自の院内専門看護師の育成

平成21年より、循環器・脳神経外科・がん・救急の4分野で院内専門看護師を育成している。基礎編・基礎共通・専門編とシミュレーション教育を軸に3年をかけ、実習も取り入れながら認定をして現在18名誕生しそれぞれの分野で活躍している。

中堅看護師になると、一人で通常のルーティーン業務はできるようになるが、ライフイベントや業務に忙殺され、次の目標を見出せない者も多い。この時期の看護師にこそ、後輩指導、他職種との連携や患者さん・ご家族のニーズの把握等役割モデルとなって欲しい。

そこで、平成21年より、当院の目指す“高い技術とやさしい心の看護の推進”が実践できる役割モデルとなる「小倉記念院内専門看護師」の院内認定制度を発足さ

せ、効果的な看護の提供と院内での指導や相談・調整役として看護実践が行える、院内専門看護師の育成に取り組んだ。小倉記念院内専門看護師認定システムは、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践のできる看護師を育成することにより、看護ケアの質の向上を図ることを目的とする。

当院は、民間病院で教育機関もなく、課題達成のためには、組織化が重要な鍵を握ると考え、院内に働きかけ、小倉記念院内専門看護師認定委員会プロジェクトを発足させた。プロジェクトのメンバーは、看護部長、医師、教育担当部長、各コースの担当科長・主任、人事課により構成し、定期的に会議を開催した。コースは、循環器・脳神経外科・がん・救急の4コースとし、各コースのコアとなる科長を中心として、規定の作成、役割・到達目標・受講者の要件等の協議を行い、病院運営会議や科長会で概要説明を行い、コンセンサスを得た。受講者の要件は、クリニカルラダーⅣ以上で、当該分野での経験5年以上、上司の推薦としたが、院内専門看護師になることを「自ら希望している」ということも重要な項目のひとつとした。

まず、1年目の共通基礎科目は、人間理解・リーダーシップ・看護研究・専門看護師活動などで、3分野共通の基礎的内容、32時間で、特に、フィジカルアセスメントを基礎科目に上げ、当院の特徴とした。次に2年目の専門基礎科目・専門科目は、各専門分野において看護実践をする上で基本となる内容と必要な病態とケアに関する知識を40時間、そして、3年目は、総合科目として、演習・実習を行った。

学生および研修生の受け入れ

当院は、大学2校（西南女学院大学・日本赤十字国際



看護大学)、専門学校1校(北九州小倉看護専門学校)の実習を受けている。各部署に実習指導者を配置して、専任で実習指導に当たっている。又、福岡県看護協会の高校生1日看護体験やふれあい看護体験、中学生や個別に高校生などの看護体験を多く受け入れて、好評を得ている。さらに、認定看護師や専門看護師の実習や潜在看護師の再チャレンジ研修も実施している。

看護研究

看護研究発表は、年間50件近く行い、看護部互助会より金1万円を援助している。調査研究委員会より査読を受け、年々質の高いものになっている。腎臓内科領域においては、毎年海外発表も行っている。その他、研修・学会など、年1回の学会参加は、病院から援助もあり、多くの者が参加している。

ワーク・ライフ・バランス

看護部ではワーク・ライフ・バランスを保持し、看護の質の向上のために雇用の質の向上を行うことが重要であると考えている。人材の採用定着、患者サービスの取り組み、労働環境の整備、部門内の会議等の調整が主な業務である。人間力の高い看護師の採用・定着・育成という柱を念頭に看護師に対する支援体制を構築している。

現在、入職前に新人のアンケートや入職後のヒヤリングを行い、新人一人ひとりの顔が見える支援体制を実施している。卒後1年間は、学生から社会人への移行、業務の変化や職場の人間関係など様々な理由で職場適応に影響するため、心の変化のタイミングに合わせて職場適応のサポートを実践している。平成21年度より1年間の職業性ストレス調査、平成24年度より個人の行動特性調査(PCエゴグラム)、ポートフォリオなど様々なツールを導入し、各部署の管理者とともに個別に支援する仕組みがある。また、新人だけではなく看護職員のメンタルサポートも強化しており、当院の精神科医・臨床心理士と連携をとっている。看護管理者のメンタルサポートへの意識の向上につながっている。

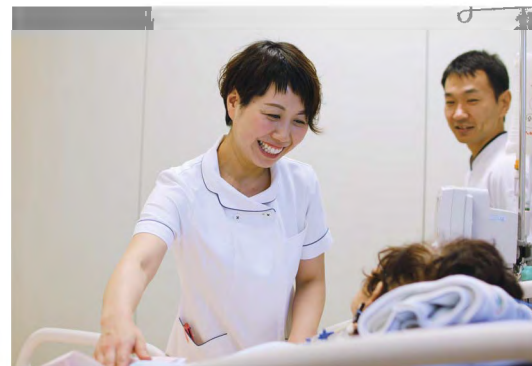
もう一つは、ライフステージのバックアップである。平成17年度以降育児休暇取得者は年間10名程度であったが、徐々に増加し、平成27年度以降常時約30名が取得している現状である。平成21年度より導入の育児短時間制度は多くの看護師が利用し、現場の担い手となっている。また、キャリアアップの途中での介護や病気などライフイベントに関しても個別に相談できる体制を整備している。個人のモチベーションの向上や優秀な看護師の定着のために、看護師がキャリアを積み上げていける労働環境を提供できるように、病院内関連部門と連携をとりながら体制を整え実践している。採用に関しても病院説明会・

インターンシップを実施し、学生への積極的なアプローチを行い毎年100名以上の応募者を有している。

育児や介護などWLB制度を使用する看護師のみならず、頑張っている管理者や看護職員にも焦点を当て、生き生き働けるための調整を実践していきたいと考えている。平成29年度には、WLB委員会を設立し、部門内全体での取り組みに広げていきたいと考えている。そのような中で、固定観念にとらわれることなく、個人の状況に応じた柔軟で丁寧な対応と職場環境の充実に継続的に取り組んでいきたい。

地域包括ケアシステム構築に向けての取り組み

地域における各医療機関は、専門性や特性による機能分担を図り、患者さんの身近な地域で症状にあった適切な医療を効率よく提供していくことが求められている。当看護部は「患者さんの日常生活圏内で切れ目のない包括的な「地域ケア」の提供ができる体制づくり」に取り組んできた。平成17年、地域で患者情報の共通ツールの



作成、医療連携室への退院調整看護師配置及び看護相談科設立による組織再編成。平成19年、施設内及び他施設との看護師間の連携強化を図るための研修・留学制度の構築、在宅支援の強化に向けて、病棟より退院前後の患者さんの在宅訪問及びモニタリング等を実施。また、病棟中心に行ってきた病院マネジメントを抜本的に見直し、入退院管理を集中的に行い、より効率的、効果的に運用を図るための入退院支援システムの構築として「入退院支援センター」開設。更に業務拡大し退院後に在宅支援が必要とする患者さんをスクリーニングし入院前、入院中、退院後の施設及び在宅訪問を実施し、その評価に取り組んでいる。今後は、患者さん、地域住民や地域の医療資源を把握し、方向性を定めどのように組み合わせ、他職種の人材を協働させるかといったマネジメントに、地域に必要な社会インフラとして機能する看護部であるという価値を発揮できるように取り組んでいきたい。

看護部自治会(ゆかり会)活動

看護部自治会である「ゆかり会」は昭和44年に看護職員の親睦と会員相互の協力により教養を高め、専門職業の向上に寄与する目的で発足した。9つの部会(教育部・文化部・福祉厚生部・体育部・調査研究部・渉外部・出版部・規約部)で構成し役員51名で運営を開始した。看護の質の向上のために教育部の活動に力を入れていた。その中で、日々の看護を探求し、研究的見地を磨くということが重要であるという視点から昭和39年に始まった「看護研究発表会」もゆかり会での運営に移行し活発な発表会に成長していった。昭和49年よりボーリング大会やバレーボール大会などのスポーツを通じた親睦会



も開催されるようになった。また、文化的な交流としてクリスマス会・ナイチンゲール生誕記念祭の参加の企画もされるようになった。発足当時より時代の変遷や看護職員のニーズに合わせて、運営部会も6つに絞り、看護部の研修参加や教育物品等の教育に関連する支援を中心に、看護職員の親睦やリフレッシュのための食事会・リレーマラソン大会・ヨガ・映画鑑賞・ボーリング大会や綱引き大会なども行っている。クリスマスキャロルやリレーマラソン大会はゆかり会からの活動が病院全体のイベントとして行われるようになった。看護師の相互のつながりと看護部全体のチームワークを高めるために、自治会活動の盛り上げを期待し活動をしている。

病院移転

100周年を迎えるにあたり、小倉記念病院の最大のプロジェクトは病院の新築移転だったのではないかと思う。

小倉記念病院は昭和45年11月に小倉北区貴船町に移転して以来40年間の時を経て、老朽化に伴い堅牢で瀟洒な印象を受ける貴船町の病院から平成23年12月

25日小倉駅新幹線口の小倉北区浅野へ新築移転した。前病院以上に瀟洒でブラウンを基調とした落ち着いた佇まいで、小倉駅新幹線口にどっしりと北九州市に根差す病院として、移転に携わった者の一人として身の引き締まる思いを抱いたのを覚えている。

病院移転に関しては、1年以上前から関係各署と準備を始めてはいたが、タイトなスケジュールの中で備品購入や物品搬入、安全な患者移送のための具体的かつ綿密な計画、職員の配置、電子カルテのシステム移行、新病院での業務フローの確認、リハーサルなど、多くの課題があり、あつという間に当日を迎えることとなった。

中でも患者移送に関しては、安全性を踏まえ移転前後の診療体制をどのようにするのかを各診療科のヒヤリングのもと、定期手術全面中止日、遡って入院制限、外来救急診療停止日を決定し、移送患者数を予測した。患者さんの移送に関しては12/25の1日で行うという基本方針の下、全職員で一丸となって当日を迎えた。当日は気温の低下・積雪の予想を覆し、晴れ晴れとした天気の中、職員が旧病院と新病院に分かれ、院長挨拶、それに続く最終内容確認の後、患者さんの全身状態チェックを行い、ほぼ予定通りの9時に1巡目の患者さんが病棟をスタートした。

新病院では1Fのメインエントランスより重担架送・担架送の患者さんの受け入れ、1F駐車場側入り口より護送・独歩の患者さんの受け入れを行い、病棟までの導線で交差しないように細心の注意を払った。また、入口と出口で患者認証を行い、誤認がないように努めた。職員の連絡体制は、主要なポストが携帯電話を使用し調整を行った。

2名の患者さんが当日になり車椅子（介護タクシー）移送より担架送への移送へと変更になったが、順番調整も

スムーズに行なわれ、大きなトラブルなく14:30にすべての患者さんの移送が終了した。

重担架送…1～6号車 6巡

担架送…7～16号車 5巡

介護タクシー…1～6号車 6巡

マイクロバス…1台 5巡

移送回数 計22巡

移送患者数 計165名

全ての患者さんの移送終了後より、旧病院の荷物整理が始まった。最後まで稼動していた病棟のスタッフも旧病院へ戻り、荷物の整理および、旧病院から新病院へ荷物の搬送も行なわれた。基本的に25日にすべての荷物搬送が終わるように、山九株式会社さんに協力していた。

病院移転に際しては、1年以上前より様々な対応に関して話し合いの場を持ち、その結果、病院移転という大きなプロジェクトにより小倉記念病院の全職員の結束力と患者家族も含めた関係各署の大きな支援を肌で感じ、無事に全引越し工程を終えることができた。

平成25年12月27日、新病院は本格稼動、新たなスター



トを切った。

今後の展望

創立100周年というこの大切な節目に看護部として伝統ある歴史を振り返るとともに今後の当院の未来に思いをはせるところである。当院の高度・急性期医療を支える看護スタッフは現在760名を数える。充実した教育システムのもと、高度な看護技術・専門的知識に裏打ちされた観察力・判断力を養い、患者さん一人ひとりに適した「より質の高い看護」でチーム医療を実践している。そして私たちが今までも、そしてこれからも最も大切にすることは「人を大切にする心」である。患者さんに寄り添い、「優しい心の看護」を実践するためには職員自身が自分の仕事に誇りとやりがいが高くもつこと。そしてその中でたくさんの喜び・悩みを経験してはじめて「相手の気持ちに共感できる豊かな感性」をもった人間に成長できるのだと思う。

当院の正面玄関に大きな楠（クスノキ）が植樹され、年を重ねるごとに成長している。この巨木のように、職員一人ひとりのエネルギーを大きな力に変え、創立100年を超えても地に根付いた地域に愛される信頼のある病院として職員とともに躍進していきたいと思っている。

〔看護部長〕

玉井 照美

〔看護部担当部長〕

里田 佳代子 後藤 明子

松岡 さおり 溝口 裕美

（前看護部担当部長 今里 とみ子）

入退院支援センター 科長 小野有美

入退院支援センターは平成26年6月9日に開設された。入院前に患者さんが抱える身体的、精神的、社会的な不安や問題に早期に介入するとともに社会的資源の投入を行い、又患者さんからの相談内容が入院生活、医療費、退院後の療養と多岐にわたることを想定しシームレスに支援できることを目標としている部署である。患者さんが安心、安全に入院生活を送ることができ退院後には入院前と同様の生活ができる、又は入院前より支援状況を把握し退院後にスムーズな支援体制へと進める事が出来るよう、日々患者さんの生活に視点を置く問診を行い切れ目のない看護を目指している。

開設当初は看護師3名、事務2名での出発でしたが、現在は体制を整備し看護師は増員されている状況だ。患者さんにとっての入院は生活の中の一部にすぎず、今までと同様、変わらない生活を入院中も送って頂き、地域に戻って頂く。又入院中も安全、安心を配慮したケアが出来るよう日々各外来、入院病棟、その他関連部署との交渉も行っている。当部署開設前は入院後に患者さんの日常が見え介入する状況だったが、現在は入院前、所謂外来より患者さんの日常を知り早期介入、他部署と協力連携を行う事で、患者さんが安心され満足されるような支援へと結びつける事が当部署の役割であるとスタッフ一同感じている。

「患者さんにとって一番良いことかどうか」を常に考え、今後も患者さんやご家族の方に安心して頂ける医療機関として支援を行う一部署として精進していきたいと思う。

健康管理センター 科長 林田仁美

健康管理センターは、年間2万人(1日平均80人)の健診者の方々が気持ちよく健診を受けていただけるように、日々接遇や環境の改善に努力している。

近年、高齢化社会の到来や生活習慣の変化により、がんを含めた生活習慣病は著しく増加。病気はある程度進行しないと自覚症状が現れないため、放置されがちだが、健診により、そのような病気の早期発見・早期治療につながった時、健診の大切さを改めて実感する。さらに、肥満に起因する各種疾病は、生活習慣を改善することで未然に予防ができ、そのために保健師による保健指導は大切な事業のひとつだ。

平成20年から始まった特定保健指導は、知らず知らずに崖へ向かって行く人に安全な道を案内する役割として、平成26年には800人の健診者の方へお受けいただいた。

また、平成27年からは新しく立ち上がった小倉記念病院健康保険組合と、様々な健康事業を計画し、当院職員向けに糖尿病性腎症重症化予防、禁煙プロジェクトの実施など、年々保健師活動の幅は広がっている。

新病院建設による移転により、小倉駅と直結した利便性のよさ、当院の各診療科との連携体制を強みとした健康管理センターとして、今後は国際的なニーズにも応えた人間ドックも視野に入っている。これからも皆様の健康を守り続ける、より充実した健康管理センターを目指していきたい。

看護助手科 科長 宮武みゆき

看護助手科は平成18年度に看護部の組織編制において看護助手科が設置され、平成28年度で10年になった。各部署に、2～4名配属の57名で業務を行っている。看護助手の役割は、「看護師の指示のもと看護業務を補助する」こと。看護チームの一員として、看護の専門的判断を要しない、療養上のお世話及び診療補助に関わる周辺業務を行っている。その業務内容とは①患者さんのサポート(配膳、下膳、搬送業務、ケア業務)②環境整備、リネン類の整備(ベッドメイキング)③メッセージ業務④備品点検(車椅子、ストレッチャー)のチェックなど、他にもいろいろと業務がある。その実践の中でより業務が円滑にいくようにミーティングを行い、各階の入退院状況を把握し協力体制に取り組んでいる。また月1回のカンファレンスも行い、各部署との意見交換を行っている。今後、業務を遂行していく上で、スムーズに仕事が行えるよう、看護部・教育係・院外講師の方による勉強会研修会などを開催している。自分達のモチベーション向上と、スタッフや患者さんとのコミュニケーションが円滑にいくように、倫理感・立ち振る舞い、コミュニケーション能力の向上などにも取り組んでいる。また、スキルの向上が個人のモチベーションにつながるように常に向上心を持ちみんなで努力している。

看護助手科は一人ひとりのモチベーションのレベルUPとチームワークで楽しく活き活き仕事が行えるように日々邁進していきたいと思う。



薬剤部

薬剤部の歴史

当院の薬剤部の歴史がいつ始まったかという記録は残念ながら残っていない。記録に残る最古の薬剤部長は藤原重徳先生である。藤原先生は昭和48年まで部長を務めておられた。昭和38年にはすでに部長であったようであるが、それ以前の記録はなく不明である。病院が現在の井筒屋の場所にあった昭和30年代、薬剤師数は5人で、当直もしていたという話を聞いたことがある。その後、安部保先生（昭和48～平成元年）、小島弘先生（平成元年～同4年）、秋吉昭先生（平成3年～同8年）、増田和久先生（平成8年～同24年）、そして平成24年からは入江利行が部長を務めている。昭和62年、薬剤部は薬剤師13名と調剤助手11名で、外来処方（約800枚/日）に加え、入院処方、注射薬調剤、製剤業務などを手作業

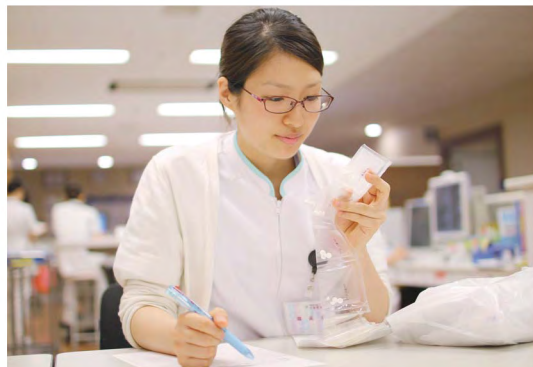
で行っていた。当時、目の回るような忙しさの中、先輩方と仕事をしていたことが懐かしく思い出される。

調剤業務から病棟業務への転換

薬剤師の病棟業務は、昭和63年に調剤技術基本料として制度化された。その後、数回の点数改定を経て、平成6年には名称も薬剤管理指導業務と改められた。当院では平成6年に施設認可を取得し、循環器内科の病棟でこの業務を開始した。しかし、当時、外来処方院内調剤であり、薬剤師の増員もなく開始したため、月に50件程度しか実施できていなかった。そのような中、平成11年の院外処方せん全面発行を契機に薬剤師の病棟配置を進め、平成12年にはCCUにも薬剤師を配置してチーム医療を実践してきた。そして、平成24年、入院基本料に対する加算として病棟薬剤業務実施加算（週1回100点）が制度化された。これは、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に算定できる。さらに平成28年、ICUやSCUなどの治療室においても病棟薬剤業務実施加算2（1日につき80点）が算定可能となったことは、ICU、CCUへの薬剤師配置を積極的に展開してきた当薬剤部にとっては大きな追い風となった。薬剤部の人員は、平成24年当時、薬剤師19名+調剤助手7名であったが、平成28年までには



注射薬混合調製



持参薬鑑別

薬剤師34名（パート2名を含む）+調剤助手6名と大幅に増員することができた。この時点での薬剤師配置は調剤室12名、麻薬管理1名、DI業務1名、外来業務（入院院支援センター）1名、臨床研究センター1名、病棟業務18名となり、念願であった全17病棟への薬剤師配置を実現した。

中央業務

調剤業務は今でも薬剤師の基本的な業務である。しかし、この業務も時代とともに進化し機械化が進んできた。当薬剤部では平成22年の病院移転後、注射薬自動払出装置、全自動PTPシート払出装置、自動錠剤分包機を増設した。これにより、業務の省力化とともに正確性を向上させた。

がん化学療法における抗がん剤の注射については、平成20年より、すべてのレジメンを登録制とした。調製は全て薬剤師が安全キャビネット内で無菌的に行う。これは、抗癌剤の調製者や使用者に対する被爆を防ぎ、さら

に患者さんの安全な薬物療法の施行にも役立っている。また、従来より行っている薬物血中濃度の測定・解析は、移植患者さんの免疫抑制剤治療や感染症診療支援のため必須の業務である。

薬剤師の専門性向上

薬剤師の教育制度についても大きな変革があった。平成18年度より、薬学部の薬剤師養成課程が4年から6年となったのである。これにより薬剤師を目指す学生は、病院と調剤薬局で実務実習を受け、より深い知識と実践的な医療を体験することになった。さらに、医療の進歩に伴い各科の専門性が高まるにつれて、薬剤師にも高度な専門性が求められるようになり、多くの学会において専門・認定制度が開始された。これに対して、当院の薬剤師も多くの分野で認定を取得している（平成28年現在、日本病院薬剤師会：感染制御専門薬剤師1名・感染制御認定薬剤師1名・がん薬物療法認定薬剤師1名、日本医療薬学会：専門薬剤師1名・認定薬剤師4名・がん専門薬剤師1名、日本化学療法学会：抗菌化学療法認定薬



散薬調剤

剤師2名、インфекションコントロールドクター1名、日本糖尿病療養指導士認定機構：日本糖尿病療養指導士1名、日本静脈経腸栄養学会：NST専門療養士2名、日本腎臓病薬物療法学会：腎臓病薬物療法認定薬剤師1名、日本心臓リハビリテーション学会：心臓リハビリテーション指導士1名）。このように各領域での専門性向上により、各診療科の行う高度な医療にも対応できるよう研鑽を続けている。

DPC制度の導入

他の多くの病院の例に漏れず、当院でも平成26年4月より包括医療費支払い制度（DPC）を導入した。国は国民医療費削減のため、後発医薬品の積極的な使用を推進している。その政策として、平成26年、DPC対象病院の「機能評価係数Ⅱ」において、後発医薬品係数は数量ベース60%を上限として評価されることになった。薬剤部は薬事委員会協力のもと、平成26年のDPC制度導入から後発医薬品への切り替えをすすめてきた。その結果、2016年4月に後発医薬品係数の上限が数量ベース70%と改定された時点では75%以上、平成28年9月には85%まで切り替えをすすめ、病院の収益とともに国民医療費の削減にも貢献している。

このように、薬剤部は時代の流れと変化に対応した業務を展開してきた。今後も、変化を恐れず、常に将来を意識して研鑽を積み、高度な医療と患者さんの安全に寄与していく所存です。



検査技師部

100周年を迎え

検体検査部門では、血液、血清、生化学などの検査機器の更新と検体搬送システム・検査情報システムを導入し、分割されていた検体検査室のワンフロアへの改修、緊急検査室の中央検査室内への吸収、別棟にあった病理検査室と細菌検査室を中央検査室横へ移設し、平成14年4月には、効率的なオープンフロア・チームフロア制が確立し、現病院の検査体制へ継承した。中央検査部門では「全ての検査は緊急検査」をモットーに、早く再現性のある検査データの提供を目指している。なお、日本医師会臨床検査精度管理調査では、満点に近い点数を継続して取得している。

生理検査部門では、生活習慣病の増加を背景に、冠動脈疾患・頸動脈狭窄症・閉塞性動脈硬化症などに対する総合的な診断のために部門が一体となった検査体制の構築を目指し、平成19年3月には、放射線技師部の管轄であった腹部エコーを当部に吸収し、同時に、血管エコー室を併設した。現在では、臨床検査技師の半数以上が生理検査を担当している。心エコー、血管エコー、腹部エコーでは、近隣の臨床検査技師の研修を受け入れている。

工学部門では、平成13年5月に工学室が新設され、医療機器の安全使用のための中央管理、病棟でのME業務、心臓カテーテル室業務、冠動脈解析業務、手術室で

の人工心肺などの業務を担当し、平成18年4月からは透析室業務を開始し、業務を拡大している。平成19年4月の改正医療法により医療機器の安全管理体制を整備するとともに、各種点検機器による医療機器の性能検査を充実した。

医療法の第1条では「病院とは、科学的で適正な医療を組織的に提供する施設である。」と書かれている。臨床検査技術は、患者さんに対し病気の診断、治療法の決定、治療、経過についての見通しや判断の資料にするための検査であり、臨床工学技術は、直接、治療の成功に直結する技術である。

当然のことながら、たった1つの検査が診断の決め手になることもあるが、ほんの少しの誤りが患者さんの命を左右することにもなりかねない。病院検査室の存在と病院臨床検査技師の活躍が、患者さんの命を救い正しい治療法に導く手助けになる。患者さんが、「かかってよかった」、職員が「働いてよかった。」と言える医療に携わることが当部のモットーである。

当部は、地域医療支援病院の診療支援部門として、患者さんへのサービス向上と接遇改善、地域との連携強化、医療安全への貢献、チーム医療への参画と貢献、インフォメーション機能の充実、Technologist、Scientistとして高度医療に対応できる技術と知識向上、新人教育と人材育成などを目標に掲げ、診療部門や患者さんから信頼される検査室・工学室の創造に取り組んでいる。



中央検査課

①生化学検査

平成22年、新病院移転とともに生化学分析機2台、自動免疫検査装置1台（その後2台）が搬送システムで接続され、HbA1C、血糖測定も検体を設置するだけで自動測定が可能となった。平成27年現在、生化学自動分析機44項目、自動免疫検査装置15項目、免疫発光測定装置5項目、その他HbA1C、CPKアイソザイム、電気泳動、血沈等を担当技師2～3名で行っている。

②血液検査

血球計数から標本作製、クロスミキシングテスト等を含めた凝固検査全般を全自動分析装置で実施しており、白血球分画の視算や標本の特殊染色、その他の特殊検査を的手法にて行っている。また、年間400～500例実施される骨髓検査では、医師に同行して必ずベッドサイドで標本作製を行い、その後検査室にて特殊染色と細胞分類を的手法で行っている。

③一般検査

検体検査の自動化が進む中、尿検査と便潜血は、オーダーリングシステム導入前に自動化され、さらに、平成25年までの新機種を導入により、新病院移転後の検体数増加にも対応できた。一方で、尿沈渣をはじめ、髄液・穿刺液・関節液・精液・虫卵検査など、用手法で行う検査も多く残っている。近年保険の適応が認められたピロリ菌関連の検査については、平成24年より尿素呼気による検査を、平成26年には尿・便検体での検査を開始した。

④緊急検査

昭和48年、夜間・休日の緊急検査に対する要望が高まり、化学・血清・血液・機能（ガス分析）を呼び出し体制としたが、昭和54年頃、緊急処置が間に合わないため、当直・宅直制が議論され、まず交差試験が宅直制、昭和55年にはガス分析が当直制になった。当時、臨床検査技師の当直制は全国的にも珍しく、他施設から多くの問い合わせがあった。



輸血細菌検査課

①輸血検査

平成9年9月、それまで薬剤部で行っていた輸血用血液製剤の保管管理を検査部門に移行し、血液製剤の一元管理と当直による輸血検査24時間体制が始まった。自動化が遅れていた輸血部門にも平成21年8月、全自動輸血検査装置が導入され、ABO・Rh(D)血液型検査、不規則抗体スクリーニング検査を自動化した。輸血検査の試験管法は個人差が生じやすく、「慣れ」や「経験」が必要とされるが、全自動輸血検査システムを導入することによって技師間の格差がなくなり、客観的な判定や、再現性のある判定結果が得られるようになった。交差適合試験や不規則抗体の同定検査などは、引き続き用手法（試験管法）で実施している。平成28年2月からは、アルブミン製剤の一元管理も行うようになった。また、輸血検査以外に、末梢血幹細胞の調整保存処理や臍帯血の保管管理など、細胞治療にも携わっている。

②細菌検査

当初、結核菌の染色・培養が主体で赤痢菌・腸チフス菌の培養を行っていたが、件数が少なく兼任であった。昭和39年、1名が専任となり内容も充実していった。抗生物質の開発や耐性菌の登場により業務が複雑化しMRSAなどの院内感染対策も主要な業務となった。現在、一部自動化されてきたが、個人の力量に負うところが多い検査である。平成19年に全自動血液培養装置BACTEC9240(BD)を、平成20年に全自動同定・薬剤感受性検査装置を購入し自動化が進んだ。現在では、年間、一般細菌検査約13,000件、抗酸菌検査約1,700件を3名の専任の臨床検査技師と午後より応援の1名の臨床検査技師で検査している。MRSAに加え、ESBL・VRE・CREといった耐性菌の監視も行い、ICTによる病棟ラウンドへの参加もするようになった。



病理検査課

婦人科および歯科の組織標本作成が主体で細々とやっていたが、昭和41年、助手1名、昭和44年には臨床検査技師1名を採用し本格的に業務を整備し、細胞診スクリーニングを開始した。当初は1週間に組織検査が10～12件、細胞診8～10件、解剖数年40件程度であり、山口大学第一病理教室から非常勤病理医が週一回来られていた。年々、組織標本・剖検数が増加し、平成4年、山口大学第一病理教室から横田忠明助教授が着任され病理部門は確固となった。病理の業務は用手法に頼っているものの、次第に機械化が進み、昭和45年にはロータリー式自動包埋器、昭和63年には自動染色装置、平成7年には全自動ロータリーミクロームなどが整備されていった。解剖は呼び出し制であったが件数の増加にともない宅直制となった。

解剖件数は減少しつつあるが、組織検査は年間、約6,500件、細胞診検査においては10,000件に達し、病理検査件数は増加傾向にある。平成17年に病理業務支

援システムを導入し、検査受付から報告書作成までの煩雑な業務が効率化されると同時に画像情報、診断情報の一括管理が行えるようになった。平成19年には、院内Webによる病理診断結果の開示を開始した。平成21年に電子カルテが導入され、オーダーリングシステムが開始された。病理部門では、バーコード活用によるインシデントの抑制を行い、より安全に検査ができるようになった。平成22年の新病院移転の際には、プッシュプル式の換気装置を施した検査室を設計し、作業環境の整った部屋で業務を行っている。解剖においては、感染防止対策を重視した解剖室にて、安全に病理解剖を行う事が可能になった。分子標的治療薬の開発やオーダーメイド医療の登場で、今や病理検査業務において欠かすことができない免疫組織化学染色は、フルオートの機器により自動染色を行っている。



第一生理検査課

①心電図室

現在、運動負荷心電図はトレッドミル負荷に変更され、より詳細な検査結果を臨床側に提供している。長時間心電図は24時間ホルター心電図に加え、2週間装着可能なイベントレコーダーが加わり、患者さんの症状時変化をより捉えることが可能となった。また、従来の検査に加え、不整脈の検査である加算平均心電図、TWAと他病院では導入が少ない検査が実施されている。さらに、心血管評価のため、中心血圧、トレッドミルを使用した運動負荷前後ABIが導入された。電子カルテ導入以前に、心電図システムが導入され、心電図は紙ベースの結果から、電子記録に移行した。現在は1ヶ月当たりおよそ、安静時心電図6,000件、運動負荷700件、長時間心電図220件、その他50件の検査業務および心エコー検査へのシフトを7名の臨床検査技師で行っている。

②心エコー室

心臓病センターの発展にともない心エコー図検査件数も年々増加し、現在は年間27,000件を超える件数となった。件数増加により心エコーに携わる臨床検査技師も徐々に動員され新病院で心エコー室10室となったのを機に、平成22年には8名となり、新病院でのさらなる件数増加、また待ち時間対策も合わせ、さらに2名の増員となり、現在では10名の技師で心エコー検査を行っている。新病院では、全室のモニターシステムを取り入れ、操作室からの画像確認やカンファレンスでの症例検討で知識の共有を図っている。検査内容は、従来の経胸壁心エコー検査に加え、運動負荷心エコー、ドプタミン負荷心エコーといった通常的心エコーでは隠れている重要な所見を検出する検査も行っている。また、経食道心エコーの件数も増え、年間約1,000件となった。



第二生理検査課

①機能検査

平成13年10月からは血圧脈波検査、平成17年7月からは皮膚灌流圧検査を開始した。平成16年9月から睡眠時無呼吸症候群の簡易検査を開始した。患者説明と機器の装着は臨床工学技士が担当し、解析を機能検査室で臨床検査技師が行っていたが、検査の項目と件数の増加により平成17年7月から臨床工学技士がME室で解析を行うようになった。現在、血圧脈波検査、皮膚灌流圧検査、神経伝導検査、誘発電位、磁気刺激、脳波、肺機能検査、頸部血管エコー、聴力、サーモグラフィー、超音波骨密度、重心動揺検査、自律神経検査と多岐にわたる検査を5.5名の臨床検査技師が担当している。なお、機能検査室から、心臓病センターの心電図室、心エコー室、心カテ室、緊急検査室(平成14年に中央検査室に統合)が開設された。

②腹部・血管エコー

平成16年、多忙な放射線医が腹部エコー室から撤退し、臨床検査技師2名と診療放射線技師3名で腹部エコーを実施するようになった。平成16年、血管エコーが新たな業務として加わり、それにともない臨床検査技師が1名増員された。この頃、血管エコーで技師実施施設が少なく、岸和田徳洲会病院での研修や循環器内科小田代先生のご指導のもと血管エコー体制を確立していった。当初、血管エコーの検査内容は下肢動静脈、腎動脈、頸部動脈が対象であった。平成19年4月、検査技師部に移管され、血管外科新設にともない件数は増加した。血管エコーの対象部位では、シャントエコー、鎖骨下動静脈、下肢静脈瘤の検査も加わり、平成26年には25,000件を超え、多忙および検査待ち時間の増大により平成27年、1名増員し7名の臨床検査技師が腹部・血管エコー検査を担当している。



工学課

①工学室

集中治療室での人工呼吸器、急性血液浄化療法、低体温療法、補助循環装置、医療機器の保守点検、睡眠時無呼吸の検査・治療の介入、幹細胞採取、救急車内の機器管理、職員への医療機器安全使用講習会の実施、医療機器の不具合情報の収集を行っている。

②心カテ室

冠動脈造影や左心・右心カテーテル法、スバズム誘発に対してのポリグラフ操作、経皮的冠動脈形成術(PCI)での血管内超音波検査(IVUS)、光干渉断層法(OCT)の操作や、経皮的心肺補助(PCPS)や大動脈バルーンパンピング(IABP)などの補助循環装置の準備・操作を行っている。カテーテルアブレーション治療中は、電気生理解析装置、心臓三次元マッピング装置、心臓刺激装置、高周波通電装置、冷凍アブレーション装置の操作および不整脈の解析を行っている。

③透析室

検査入院・周術期の血液浄化療法、透析液水質管理を行っている。術後の透析はリスクが高くなることから「効率的で安全な医療を提供すること、患者さんのQOLを追求すること」を念頭に置き、業務に当たっている。

④手術室

心臓血管外科手術時の人工心肺装置の操作や経食道心エコー装置の操作および保守点検を行っている。

検査支援課

ICUでの検査関連臨床支援業務の開始を皮切りに、内視鏡業務と一般病棟、治験管理室、腹部エコー室と心臓リハビリでのCPX、健康管理センターの検査業務を計13名が支援業務を行っていたが、現在では、健診とCCUの検査関連業務で5名となった。



放射線技師部

放射線技師部の歴史

昭和60年以前の歴史については、50周年記念誌「日に新たり」を参考資料とする。

遡る事昭和45年、貴船町(旧病院)に、小倉記念病院が移転を行った年より、放射線技師部も格段に飛躍していくこととなる。当時はまだMRIはもちろんCTやカテ室も存在していなかったが、医療が高度化する中で確実に現在の基礎を築いていった。その後、次の移転時までに随時装置が更新され、平成7年には唯一放射線を使用せず磁気の力を利用する画像診断装置MRIが導入、平成16年心臓カテーテル室、平成19年には冠動脈専用CTも増設された。そして平成22年の移転に伴い、現在では一般撮影7室、ポータブル8台、手術室移動型透視装置3台、乳房撮影1室、乳房生検装置1室、透視4室、

頭腹部血管造影2室、心臓カテーテル6室、手術室ハイブリッド1室、64列MDCT4室(2台は冠動脈CT専用)、MRI 3T・1.5T各1室、ガンマーカメラ2室、リニアック治療装置1室、治療計画装置1台、治療計画用CT1室と、堂々たるラインナップとなっている。

診療放射線技師を取り巻く現状

そんな中、業務の拡大やそれに伴う装置の増加に対応すべく、現在パートタイムや再雇用の方を含め総勢38名の診療放射線技師で業務を行っている。近年、診療放射線技師に求められているものは、幅広い知識と専門性の高さである。他の職種もそうであるが、業務の質を向上すべく学会等認定の専門技師取得にも取り組んでおり、現在20名(重複含む)が取得している。また他の関連資格も29名(重複含む)取得、中でも合格率難易度が非常に高い第1種放射線取扱主任者(合格率2〜3割程度)に至っては、7名の取得者を有している。教育制度も3年生から4年生、そして大学院へと推移しており、最近では海外での発表や論文など活躍する機会も増えている。法的にも平成27年よりCTでの造影剤注入後の抜針や造影剤注入器による注入、肛門へのカテーテル挿入など、よりチーム医療にも貢献できるような仕組みも少しずつではあるが増えてきている。

平成25年からは大学側からの要請により毎年学生実



一般撮影風景



CT検査風景

習も受け入れ、後進の育成にも力を注いでいる。

放射線検査の概要

一般撮影ではFPD（フラットパネルディテクタ）を使用することで、低被ばくで高画質な画像を提供している。最近注目度の高いマンモグラフィー検査では、女性技師（認定専門技師取得）のみで現在運用し件数も増加の一途であり、更に精査をおこなう場合は生検装置も併用して対応している。ポータブル撮影では装置・システムをほぼ全ユニットに配置し、重症患者さんにも迅速な対応を心掛けている。透視業務ではあらゆる診療科に対応、最近では装置側にもプロテクターを装備し術者、スタッフの被ばく低減にも努めている。健診業務においては胃透視、胸部撮影を行い疾患の早期発見に努め、地域の予防医療の充実に努めている。次に画像センター課（CT、MRI）では、当院の特徴である当日検査にも対応するため多忙をさわめているが、通常の撮影に加え3Dの構築・解析も増加しており、診断のみならず手術や治療方針の

決定にも貢献している。その中でも冠動脈専用機として2台のCTを配備、解析用ワークステーションもフルに活用しながら、冠動脈を中心に増加しているTAVIの解析なども行っている。MRIにおいては1日の件数も限られた中で、各診療科の要望や依頼も多く今後も増加が予想されるため、次年度は装置の増設も視野に入っている。血管造影課は、心臓と頭腹部系で装置の仕様を変更している。心臓カテーテル室では現在6室がフル稼働しているが、以前と比べ検査・治療も多種多様となっており、現在では冠動脈をメインとしながらも末梢血管、弁疾患、不整脈治療と幅広く業務が行われている。ハイブリット手術室もTAVIを中心に、大動脈ステントやペースメーカー等も含め順調に件数を伸ばしているところである。頭部領域においては最新のコイル塞栓治療や、急性期の脳梗塞治療にも各チーム連携を組んで業務を進めている。腹部肝疾患に対しては地域的に患者数も多いということもあり、常に治療を中心に行われている。RI（核医学検査）検査では心筋血流シンチ、脳血流シンチを中心に多くの検査数と幅広い検査内容に対応している。また、九州でも施行可能施設の少ないB細胞性腫瘍に対するゼヴァリ



RI検査風景

ン治療も積極的に行っている。放射線治療では、高精度リニアック治療装置を用い他施設からの医師の応援を頂きながら、高精度な放射線治療を提供している。また治療待ち日数が短く、早急に治療を開始することも可能である。

診療放射線技師の今、そして今後の役割

小倉記念病院は、急性期・高度医療を常に実践し地域に貢献している訳だが、その中で診療放射線技師は臨床診断、治療に役立つ画像の提供を基本的におこなっている。しかしそれだけに止まらず、日々進化していく検査や装置の情報を把握し、より高いレベルでの業務を目指さなければならない。またすべての業務において、日勤業務のみならず夜間緊急時にも十分に対応する必要もある。放射線機器については移設を行った装置に関して随時老朽化が進んでいく中、安定した業務をおこなう為また装置管理の観点からも、日々の点検・調整を行うことも重要である。昨今の医療を取り巻く情勢の中、チーム医療においても診療放射線技師業務の範疇に止まらず、積極的に他の業務にも取り組む姿勢である。最後に、我々が使用する放射線については平成23年3月11日の東日本大震災及び福島原発の事故以来、放射線被ばくに関する不安や問い合わせが増加している。国民の関心が高まる中、診療放射線技師の中で最も重要な役割である、医療における放射線防護ALARA (as low as reasonably achievable) の原則に則り、患者さん及び医療スタッフが安心して検査・業務が行えるよう、被ばく線量を可能な限り低く抑える責務があると自覚し、実践していく所存である。



リハビリテーション課

リハビリテーション部門の確立

わが国では、昭和40年「理学療法士法」が制定され、医療職の中に理学療法士の身分が確立し、翌41年に国家試験により理学療法士が誕生した。当院では、昭和30年に整形外科の医療補助者として、医療マッサージ師の池田安夫が勤務しており、その後昭和36年には佐藤繁男が赴任、ともに当院のリハビリテーションの基礎作りに尽力された。

当時のリハビリ対象は整形外科疾患が主たるもので、小児筋性斜頸、先天性股関節脱臼が多く、胸鎖乳突筋マッサージやギプス固定後の拘縮改善などに努めた。その当時、整形外科外来、マッサージ室は小児の泣き声で満ちていたそうである。また当時、脊髄性小児麻痺（ポリオ）が流行し、麻痺に対する装具療法、機能訓練（水治

療法など）に多忙を極めたとのことであった（元整形外科主任部長・手島宰三先生談）。

昭和45年、病院移転時にはマッサージ室から理学療法室へ名称を変え、昭和48年に毛利静子、古見美和子のマッサージ師2名が赴任した。この時期、佐藤は努力を重ね理学療法士の免許を取得している。その後、昭和49年3月には国が定める理学療法施設基準に適合し承認された。昭和50年以降には理学療法の発展に伴い、整形疾患のみならず、わずかずつではあるが脳卒中など中枢性疾患にも対応可能となった。

平成になると、ますます理学療法士の需要が高まり、平成4年に野田喜寛、羽根田亜紀の2名を採用し、池田、佐藤の退職も相まって、翌5年には主任として古島譲が就任した。この年、武下浩前院長の助言もいただき、榎本龍喜前整形外科主任部長の理解も得て、整形外科所属リハビリテーション室がリハビリテーション部となり、施設的にも床、壁など内装を一新。水治療機（ハーバードタンク）を廃棄し治療スペースを拡大。新しいリハビリ機も設置できた。

平成7年に落合裕之が入職。この年、リハビリ処方の一歩オープン化を実施し、各科担当医より直接処方箋が出るようにした。平成9年に勝見良子、翌10年に小林智子、平成13年に田中和重を加え理学療法士6名となり、少しずつ人員を増やしながら対応してきた。

平成13年8月に心臓リハビリの開設により、包括的な心



理学療法士によるリハビリ



歩行訓練の様子

臓リハビリの名の基に多職種による指導と連携というチーム医療の新たな形が出現した。開設当初より旧病院の地階にあったリハビリ（理学療法）室とは別に心臓センター4F（CCU前・旧看護部長室）に心臓リハビリ室を構え、リハビリ室の理学療法士 勝見良子と検査技師部より健康運動指導士でもある臨床検査技師の木村多寿子を迎えて循環器内科・心臓血管外科と心臓センター病棟看護師の支援を受けて、従来からあった病棟での離床プロセスと融合する事で、当院独自の看護サイドとコラボレーションをした病棟ステップアップのプログラムで相互にリスク管理を重視した。安全に運動療法を行える体制と心臓リハビリ部門の黎明期に、心臓リハビリ室にて集約的に多職種で指導を行う事は医師・看護師だけでなく、薬剤師・管理栄養士と共同指導体制による協力関係を築くことになり喜ばしいことであった。

その間、平成15年に石丸智之、翌16年に加藤正和の理学療法士2名を加えたものの、古島議室長や落合裕之主任など理学療法士養成校の教官として新天地に旅立たれた方も多く、退職と補充を繰り返した為に、理学療

法士の増員は停滞気味となり、作業療法士・言語聴覚士の採用と開設が急務であったが実現できないでいた。

平成19年に病院機能評価受審（リハビリ専門職種の充実を勧告）を追い風に、作業療法士 黒塚幸恵と言語聴覚士 西岡依志子の両名を加えて、本来リハビリ部門で中核となる職種をようやく揃える事ができたが、当時は理学療法士でようやく解消に向かっていたマンパワーの問題が再燃することとなった。当院の診療規模では各1名では対応できない症例があり、リハビリ部門で代替できる状況になく、小規模に増員した現在も解消できていない状況である。

平成22年12月に新病院移転したが、それまで歩行するスペースさえ確保できていなかった訓練スペースの拡充と各療法に必要な設備・機器を整備・配備できたことは非常に大きく、リハビリ室内での治療アプローチの選択枝が増えメリットを感じられる。また移転を機に病棟・診療科に沿ったチーム編成を行い、専門性の担保と心臓リハ室：嶋田誠治、心臓病棟担当：宮川幸大、総合病棟担当：黒塚幸恵を主任として配置し、機能的な運用を構築しようと試みている。



作業療法士によるリハビリ



心臓リハビリ

今後の展望

平成4年度は理学療法士3名とリハビリ助手2名で整形外科中心に新患（外来診療を含む）454例／年という極小規模なリハビリ部門であったが、近年は在院日数の短縮化と入院・救急（手術）症例などの急性期治療にシフトしており、2014年度は4,486例／年を理学療法士16名・作業療法士7名・言語聴覚士2名と同規模の急性期病院に比較すると控えめなスタッフ数で優先順位や省力化を極め、スタッフの努力と患者さんへの献身で何とか凌いでいる。今後更に厳しくなる医療情勢やハイリスク症例への対応を鑑み、常勤専従医師によるリハビリ科の設置と専門性を追求し、休日対応できる職種毎の必要人員の確保と教育体制の整備が課題である。



栄養管理課

入院時食事療養費の変化

平成18年4月1日から入院時の食事の負担が、1日単位から1食単位に変更された。これは、医療機関で提供される食事の内容が変わるものではなく、食事の負担額について、食数に関わらず1日単位で計算していたものを1食単位の計算に変更するもので、入院時食事療養費の額は、厚生労働大臣が定める基準にしたがって算出した額から平均的な家計における食事を勘案して厚生労働大臣が定める標準負担額を控除した額260円が患者負担となった。また特別食として高血圧食は加算から除外され、濃厚流動食は治療食としての基準を満たす場合のみ加算が算定できることになった。これにより入院時食事療養費の減額が余儀なくされた。

HACCPに基づく調理システムの導入

新病院では大規模食中毒対策によりHACCPの概念に基づく衛生管理を導入し院内調理設備、調理器具が一新された。厚労省より発行されている大量調理マニュアルもHACCPの概念に基づいており、これを遵守するために、調理作業に殺菌、消毒、温度管理等の記録業務が義務付けられた。特に平成25年にはノロウイルス食中毒患者が急増したため、調理には85℃90秒以上の加熱処理が必要になってきた。

温冷配膳車の導入により、温かいものは75℃、冷たいものは5℃で病棟で食べる直前まで保管することが出来るようになり、より適温での食事提供が可能となった。食事調査の結果から9割以上の方に適温での食事提供ができていていると考えられる。

栄養管理体制の強化

近年、適切な栄養管理の効果として、低栄養状態の改善や褥そうの予防・改善、在院日数の短縮、薬剤使用量の減少、院内感染などの感染症の減少などの効果が報告されている。栄養管理はすべての患者さんにとって生命を維持するとともに、疾病の治療の基本となるものである。平成18年の診療報酬改定において、栄養管理の重要性の高まりから入院料に栄養管理加算（12点/日）



入院患者さんへの栄養指導



盛り付けを行う調理師

が新設された。これまで食事の提供が中心だった栄養管理から、病棟における患者さん中心の栄養管理に変わり、患者さん個別の栄養状態の把握、それに基づく栄養管理計画の策定、計画に基づく栄養管理の実施、評価という一連のマネジメント業務が管理栄養士の仕事として新たに加わった。平成24年診療報酬改定では栄養管理計画書は入院基本料の施設基準の中に含まれ、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成し、栄養管理が必要な患者さんに対し栄養管理計画書を作成し、栄養状態を評価することが義務付けられた。

これらチーム医療の高まりから、病態別対応が出来るように経腸栄養剤の採用数を20種類へと増やし、管理栄養士を病棟担当制にした。しかしながら外来・入院栄養指導、給食管理を抱えての病棟制は非常に時間が制限されており、十分に対応できていないのが現状である。今後、管理栄養士の病棟配置が診療報酬として得られ

ることを期待する。

ライフスタイルに合わせた栄養指導の充実

栄養指導は、病棟制にしたこともあり年々増加している。PCIの集団指導、PPIの個別指導、各科入院時栄養指導、外来栄養指導、糖尿病教室、糖尿病透析予防など年間約3,000件行っている。特に最近では1人暮らしの男性や高齢夫婦が多く、すべて手作り料理での栄養指導は無意味になってきている。スーパーの惣菜や宅食、コンビニを利用し長く続けることが出来る食事の提案、治療食用特殊食品の利用などを提案しながら行うことが多くなってきた。また、糖尿病(浅野こころの会)や腹膜透析(PDピクニック)の患者会が発足され、開催時には、バイキングの実施やミニレクチャー、塩味味覚テストの実施、市販のお弁当を自分の必要量に調整し残す試みなど、体感型の栄養指導の実施を心がけている。

チームの一員として

現在、院内で褥そうチーム、摂食嚥下チーム、栄養サ



担当患者さんの情報収集

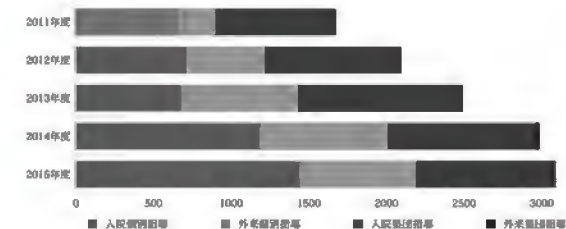


嚥下食

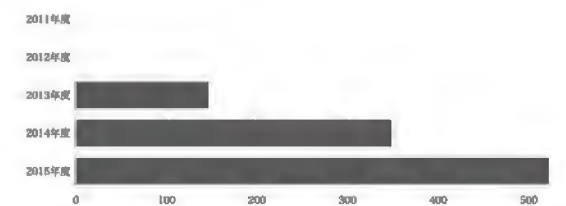
ポートチーム、心リハチーム、脳卒中サポートチームなどの一員としてチーム医療に参画している。特に脳卒中サポートチームでは超急性期から患者さんの在宅復帰をみすえ、機能回復を最大限に支援することを目的としている。その中での栄養チームの関わりとして、早期経腸栄養の開始と嚥下食の改良を行ってきた。SCUでは月平均25名の栄養カンファを実施し、より適切な栄養補給方法の検討を行っている。

嚥下食の改良は調理師が担っている。平成25年の日本摂食嚥下リハビリテーション学会基準に準じた嚥下調整食の提供を目指し、ばさばさして食べにくい白身の魚や保存中に魚独特のにおいが気になるサバ、咀嚼しにくい肉類などを業務用ミキサーや真空包装、スチームコンベクション、プラストチラーを活用し、真空調理、クックチル、クックフリーズを行っている。脳卒中による摂食・嚥下障害者に、より安全な訓練食としての嚥下調整食を提供することは我々の職務であると考えます。患者さんの細かな希望やチームとしての取り組みを即座に反映することが出来るのも、当院調理業務が直営であるからこそである。

■栄養指導件数



■透析予防件数





事務部

新病院での事務部の役割

当院は、貴船町から浅野に移転後も北九州市の中核病院として地域医療に貢献するために、事務部門の役割も以前よりも重要性を増してきた。事務部門は庶務部・経理部・経営企画部・情報システム課・診療情報管理課から構成されており、各々の部署で特色ある業務を行っている。

庶務部

庶務部は管理課・資材課・施設課・保安課の4課で成り立っている。

管理課は多岐に亘る業務を行っており、具体的には、①公文書の処理と管理②施設基準の管理③郵便物の

仕分け④講堂等の設備管理⑤救急車、公用車の運転業務⑥駐車場の管理⑦不在者投票⑧医療監視や消防点検の支援⑨病没者追悼式⑩講演会の準備作業等、多くの業務を行っている。

資材課は医薬品、医療材料、消耗品等の院内物流管理全般、および高額医療器機の購入、修理・管理等が主な業務である。特に医療費を大きく占める医薬品と医療材料は経営に大きな影響を及ぼし、また医療技術の進歩による費用高騰も避けられない問題であるため、基礎知識を学び経営に貢献できるよう切磋琢磨している日々である。

施設課は診療や治療などの病院業務に支障を来さないように、病院建物及び設備の維持管理や災害時の対応などが主たる業務である。それ以外にも改修工事の計画・施工管理や行政関係の申請書類の作成、清掃業務や廃棄物処理業務等の委託業者の管理など多岐に亘っている。また、「建築面積:17,887.06㎡」、「延床面積:86,321.02㎡」と病院の規模も大きいので、電気や都市ガスなどの使用量も多くなっており、光熱水費の削減計画や省エネの取り組みも施設課業務の一つとなっている。

保安課は旧病院からも同じであるが、院内の安全を重視している。東日本大震災そして熊本大震災。このような災害は日本中どこでも起こり得るものである。新病院は耐震構造であるが、防災の備えは充分に行う必要がある。患者さんそしてその家族、更に職員が安心して院内にい



管理課の診療応援当番管理業務



資材課の医薬品棚卸し業務

ることができるよう保安課の責任も今まで以上に増している。

経理部

経理部は経理課および医事課の2課で成り立っている。

経理課は、財務状況、収益状況など経営の現状を把握して、的確な経営判断を行いうる情報を提供する経営管理機能を担っている。現金出納や記帳など一般経理、収益構造の分析、コスト削減提案、債権債務管理、監査法人・金融機関等との対外交渉など、他の事務部門と協働しつつ金銭に関するあらゆる業務を遂行している。また一般法人移行により法人税対策もこれからの重要な業務のひとつである。

医事課は医療事務と呼ばれる業務全般を行っており、業務は大きく窓口業務と請求業務に分けられる。窓口業務では、来院された患者さんが最初に接する病院職員であるため、より良い印象を与えられるよう、笑顔で親切丁寧な受付・案内を行うよう心がけている。請求業務で

は、診療報酬制度のもと、診療で生じた診療報酬を計算し、患者さんに窓口で支払って頂いている。そして、窓口でお支払いいただいた以外の診療報酬については、診療報酬明細書(レセプト)を作成して保険者(健康保険証の発行元)へ請求している。診療報酬制度は複雑なうえ定期的な改定が行われている。収入面から医療に貢献できるよう、制度を熟知し適正な請求が行えるよう努めている。

経営企画部

経営企画部は人事課および企画広報課の2課で成り立っている。

人事課は職員の勤怠・給与・社会保険業務・採用・就業支援・教育サポート等を担っている。新病院に移転してからほとんどの職種で職員数が大幅に増えたことに加え、パートや再雇用・派遣・委託、非常勤といった働き方の多様化にも拍車がかかっている。また出産・育児・介護といったライフイベント支援(法定基準を超える産休付与、託児所運営、短時間勤務プログラムなど)やメンタルサポ



企画広報課の打ち合わせ風景

ートといった職員に対する細やかな就業支援は、職員が仕事と家庭を両立させて安心して幸せに働くために欠かせないものとなっている。

企画広報課は平成26年に「ブランド」をマーケティングツールへ落とし込んでいくための推進役として新設された。ホームページのリニューアル、市民公開講座の拡充、地元企業とのコラボノベルティ、広報誌リニューアル、地域医療連携機関向け勉強会、出張講演、SNSの運用、広告クリエイティブなどを担当し、100周年プロジェクトでは八幡東区にある老舗のごとう醤油さんと、体に優しい調味料シリーズ「100年ごはん」を共同開発した。コアブランドである心臓・脳・腎臓に優しい調味料を作成することをコンセプトに、管理栄養士監修のもと、健康面への素材のこだわりはもちろん、美味しさも満足していただけるものに仕上げている。現在では井筒屋さんで販売され、地域社会とコミュニケーションを図る取り組みを続けている。

情報システム課

情報システム課は、現在では病院業務の基盤となった電子カルテシステムをはじめとした院内システムの安定稼働(保守)を担いながら、増加するIT関連費用の適正配布や新システム導入時の支援などの業務や、情報漏えいに対するルールの作成および対策なども行っている。今後も日進月歩のIT業界の動向を把握し安全で効率的な院内システムの実現に向けて取り組む予定だ。

診療情報管理課

診療情報管理課は、診療情報管理士として診療記録

の監査や督促、DPCの様式1の作成のための適切なICDの付与および個別点検、各種統計作成などが主な業務である。さらに、平成28年より全国がん登録が開始されたために、がん登録業務も義務化となった。今後も、診療記録は保険請求の根拠となるだけでなく、正当な医療行為を証明する公的な文書であるとの観点に基づいて、正確で記載内容の充実した診療記録に向けて監査業務などを充実させていきたい。



健康管理センター

健康管理センター開設のあゆみ

当健康管理センターは、昭和43年に当初社会医療部として開設された。開設当時は契約企業の健診や健康管理を主な業務としており、特に健診車で地域の事業所を回って結核健診を多く実施していた。同時に院内でも成人病健診を実施していたが、専任ではなく病院業務と兼務のスタッフのみで実施しており日に15～20名の健診が限界であった。

その後は日本全体の成長に伴って、成人病健診の需要は増加の一途をたどっていった。その中、前身の社会保険病院の統括組織であった全社連より全国の社会保険病院に健康管理センターの設置指導があったことも後押しとなり、昭和61年1月に健康管理センター建設が着工され、翌昭和62年1月24日に竣工の運びとなった。この

センターは鉄筋コンクリート3階建、延べ床面積2,297.7㎡で健診専門の胸部・胃部X線撮影室、心電図・視力・聴力検査室、婦人検診室を備えており、この建物の中で健診すべてが実施できる状態となった。同時に健康管理センター設置に伴い機構も一新され社会医療部が廃止され健診部健康管理センターと正式に名前も改められた。この健診部の中に医師、婦長（現科長）、検査技師長、放射線技師長を配置し、事務部も創設され、昭和63年3月1日には正式に健康管理センターとして健診業務開始となった。

健康管理センターの発展

昭和63年4月には政府管掌成人病健診推進委員が置かれ、3ヶ月後の同年7月から北九州市一円および京築地区にある従業員30名以上の事業所に対して健診車による巡回訪問・健診を実施して成人病健診の推進にあたった。これをもとに平成元年度からは健診車での出張健診も本格的な開始となった。院内での健診も増加の一途をたどり3年目の平成元年には開設当初目標であった健診者12,000名を突破、その後も着実に増加していたが、施設の受け入れ態勢にも限界があり平成6年度より年間院内、健診車合わせて35,000名前後となった。

平成18年度より政府管掌健診に対し当時の社会保険庁からの年度毎、病院毎の予算消化制度から出来高制の健診となり、また社会全体の景気衰退から健診車・



医師の介助



採血の風景

院内ともに健診者数の増加が期待出来なくなったのに伴い、収益性の高い宿泊ドックにも力を入れて行くように方針も修正した。そのためオプションドックを増設し、当院の得意分野である血管系のドックとして平成17年よりまず脳ドックを、その後平成21年心臓ドックを開始した。また、健診者からの希望が多かった大腸内視鏡による大腸ドックもスタートした。これらオプションドックは関係各科先生方の御協力あつての賜物であり、また常に高度な医療を提供している病院に併設された健康管理センターである当センターの利点が最大に生かされた特色とも言えるようになった。

以前から実施していた航空身体検査（飛行機のパイロット専門身体検査）については、平成18年より就航した地元企業スターフライヤーと契約し、旅客を乗せるエアラインのパイロットの検診もスタートする事となった。

現在の活動について

平成22年12月に小倉駅新幹線口側に現在の新病院

へ移転となった。新病院での健康管理センター設備規模は旧病院時代の3分の2程度に縮小となった。しかしながら、健診者の皆様からの当院・当センターへの信頼をいただいて狭い中でも院内健診・ドック健診者数は旧病院時代と変わらず20,000名前後を維持している。

健診車ででの健診は、年々健診者数が減る傾向にあったことと、当院が社会保険病院ではなくなった事もあり、健診車の設備更新時期に合わせて平成25年をもって終了とした。

平成20年よりスタートした特定健診については、現在健康管理センター専属の保健師4名において保健指導を積極的に実施しており、福岡県内では2位の実績を誇っている。また、平成27年度より当院の健康保険は病院独自の小倉記念病院単体の健康保険となったが、その健康保険組合とタッグを組み当センター保健師に積極的にかかわってもらう形で職員の健康維持、推進となるプランも多数実施中である。

パイロットの検診については、現在県内の旅客を乗せるエアライン2社の全ての航空身体検査を当院で実施しており、平成27年からスタートした68歳まで飛行機の



禁煙外来の様子

運航業務可能となる65歳時の航空身体検査実施施設としては国内三つの病院のうちのの一つとして認定されている。

今後の展望

地域に根ざした職域レベルでの健診から、オプション全てを実施すれば30万円以上の高額となる宿泊ドックまで、過去10年で様々なスタイルの健康チェックを継続出来ているのは、高度で充実した医療を背景としている当健康管理センターの特徴と位置づけられるであろう。今後はそのような立場から、国が推奨する海外からのメディカル・ツーリズムも視野に入れた幅広い価値観を持つ健診・ドック健診者の皆様に更なる満足を感じていただけるように様々なことにチャレンジして行くつもりである。



臨床研究センター

治験管理室から臨床研究センターへ

平成9年、「医薬品の臨床試験の実施に関する基準」（以下新GCP）が施行され、治験の実施には、以前にも増して倫理的・科学的な質の向上が求められるようになった。この新GCPへの対応のため、平成11年、臨床研究センターの前身となる治験管理室が設置された。治験管理室開設当初の年間新規治験件数は5件、年間実施件数は10件程度であったが、病院が移転する平成22年には新規治験件数は17件、実施件数は38件と3倍以上に増加した。このような経過のなか、当初は2名であった治験コーディネーター（Clinical Research Coordinator: 以下CRC）を3名に増員し、平成21年からは業務の一部を治験施設支援機関（Site Management Organization: 以下SMO）に外部委託することとなった。

臨床研究センターは、平成22年の病院移転とともに、医薬品や医療機器の治験及び臨床研究の支援業務を充実させることを目的として、従来の治験管理室の業務を引き継ぐ形で開設された。初代の臨床研究センター長は井上勝美部長であった。この頃、治験や臨床研究の増加に加え、臨床研究審査委員会や生命倫理委員会の事務局業務も担う必要が生じてきた。そこで、平成24年に副センター長であった増田和久前薬剤部長が臨床研究センターに常勤となり、臨床研究支援業務に加え、それまで薬剤部で行ってきた臨床研究審査委員会、生

命倫理委員会の事務局業務を臨床研究センターの業務として確立した。

平成25年、増田前薬剤部長が退職すると、センター長であった井上部長が辞意を表明され、大瀧美帆子総合内科部長が2代目のセンター長に、入江利行薬剤部長が副センター長に就任した。このとき、2名のCRCが退職したこともあり、臨床研究センターを新しく組織する必要があった。そこで、病院との協議を重ね、治験、臨床研究の支援業務、治験審査委員会、臨床研究審査委員会、生命倫理委員会の事務局業務の遂行のため、薬剤師1名、CRC3名、事務員1名をセンターに配置することとなり、現在の臨床研究センターが形成された。

平成26年12月、文部科学省及び厚生労働省は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を公布した。これは、従来使用されてきた「疫学研究に関する倫理指針」及び「臨床研究に関する倫理指針」の適用関係が不明確になってきたことや、研究をめぐる不適正事案が発生したこと等により、両指針の見直しと統合が行われたものである。この指針により、臨床研究についても治験と同水準の倫理性と科学性が求められることとなった。

治験、臨床研究が厳格に行われることで、医薬品や医療機器の有効性・安全性が公平に評価され、ひいては人類の発展に貢献する事が出来る。臨床研究センターの業務は、今後さらに重要になって行くと考えられ、当センターにおいてもさらに努力を続ける所存である。

小倉記念病院の100年

1916 【大正5年】	6月25日	小倉市宝町にあった外科病院を母体に、私立小倉記念病院を創立（名称は、大正天皇御大典を記念して名付けられた） 京都大学助教授を辞した副島達四郎氏が、初代病院長兼外科部長として就任 標榜科:内科、小児科、外科、婦人科、耳鼻咽喉科計5科 木造モルタル二階建、120床
---------------------------	-------	---

1917 【大正6年】	4月	眼科、皮膚科、歯科を増設し、標榜科計8科となる。 附属看護講習所を創設。
---------------------------	----	---

1919 【大正8年】	10月	下関市南部町に分院を設立。
---------------------------	-----	---------------

1921 【大正10年】	7月	分院を下関市田中新町に総合病院として建築、内科・外科・産婦人科・耳鼻科4科を設ける。
----------------------------	----	--

1937 【昭和12年】	7月	橋本篤三　院長就任
----------------------------	----	-----------

1945 【昭和20年】	10月	副島　　　　院長就任
----------------------------	-----	------------

1948 【昭和23年】	1月	私立小倉記念病院を厚生省へ移譲。 朝日新聞西部厚生文化事業団に経営を委託し、社会保険病院となる。 厚生省、私立小倉記念病院を買収、建物の一部を改修して朝日新聞西部厚生事業団に経営を委託、社会保険病院として発足。 戦後、医療飢餓と呼ばれる社会状況の中で厚生省は「国営民営」「独立採算」方式の社会保険病院を全国に設置することを急ぎ、その一環として当時の厚生省保険部長から朝日新聞社に「民間有力病院を社会保険病院として朝日新聞各本社に経営を委託したい」との依頼があり、西部本社のみその意向を示した。厚生省は朝日新聞西部本社と小倉記念病院の委託契約を締結し、小倉記念病院は厚生省に移管され、社会保険病院となる。 敷地面積／2,937平方メートル　標榜科／8科（外科・内科・小児科・産婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚泌尿器科・産科）　許可病床数／117床 職員数／100名
	2月11日	開院式を行う。（小倉・堺町小学校禮堂にて） 厚生省は社会保険小倉記念病院の委託契約を結んだが、株式会社に経営を委託することができなかった。朝日新聞西部本社は朝日新聞西部本社内の財団法人朝日新聞朝日新聞社会事業団西部支部を財団法人朝日新聞西部厚生事業団として独立させ、厚生省はこの財団と委託契約を結び、朝日新聞西部厚生事業団が正式に開設者となる。（1月1日から2月11日までの間、開設者不在） 社会保険小倉記念病院としてスタート。
	9月16日	高松宮殿下　ご視察

1949 【昭和24年】	1月30日	看護宿舍を小倉市（当時）砂津280番地に新築（木造瓦ぶき2階建　延253.50坪）
	3月15日	外科部長本庄一夫に対し、厚顔並びに肝臓手術で、暫期的業績を顕わしたことで病院より表彰。
	12月	世界で2番目となるがん患者の肝臓右葉全切除に成功し、さらに、すい臓がん患者のすい臓全摘出を行い、世界最初の成功をおさめた。これは、世界の外科学会史に記録される輝かしい業績になっている。

1950 【昭和25年】	4月	小倉記念病院附属2種看護学院指定
	5月	北館を新築（木造瓦ぶき二階建＝診療室、検査室、研究室など　延373.30坪）
	8月	副島藤、院長を辞任し、外科部長専任となり、副院長木下和雄が院長代行となる

1951 【昭和26年】	1月9日	松岡藤之介　院長就任
	3月1日	完全給食実施
	5月1日	整形外科を新設し、標榜科計9科となる。
	10月1日	結核予防法医療機関として指定される。

1952 【昭和27年】	10月22日	経営主体の名称が「朝日新聞西部厚生文化事業団」に変更される。 財団法人朝日新聞西部厚生事業団は社会福祉事業法の制定に伴い、組織を社会福祉法人に変更し、朝日新聞西部厚生文化事業団と改称する。
----------------------------	--------	---

1953 【昭和28年】	11月12日	小倉記念病院付属准看護学院指定（福岡県知事）
----------------------------	--------	------------------------

1954 【昭和29年】	1月	仮病棟を紫川の川郷に新築（木造瓦ぶき2階建　延べ300坪）病床数292床になる。
	4月1日	完全看護実施
	5月1日	完全療具実施
	8月26日	南病棟を改築のため解体（病床数200床となる）

1955 【昭和30年】	3月31日	南病棟新築完了（鉄筋コンクリート造地下1階、地上4階、延べ798.96坪）病床数350床となる。
----------------------------	-------	--

1956 【昭和31年】	7月31日	本館・中央病棟あとに本館の新築完了（鉄筋コンクリート造　地下1階、地上5階、延1123坪）病床数360床となる。
	10月3日	高松宮妃殿下　ご視察

1957 【昭和32年】		総合病院の名称使用承認される。 保険医療機関の指定を受ける。
----------------------------	--	-----------------------------------

1958 【昭和33年】	10月1日	基準看護、基準給食及び寝具設備実施施設の承認を受ける。
	10月31日	生活保護法による基準看護、基準給食実施施設の指定を受ける。

1960 【昭和35年】	12月27日	原爆被爆者一般疾病医療機関の指定を受ける。
----------------------------	--------	-----------------------

1961	2月23日	皮膚泌尿器科を皮膚科、泌尿器科に分館。
【昭和36年】	5月	原町宅地敷内に車庫新築、検査記念号検収。

1962	2月1日	麻酔科を開設。標榜科計10科となる。
【昭和37年】	3月31日	小倉記念病院看護学院閉止。
	11月5日	南病棟に5階を増築＝看護学院寄宿舎(軽量鉄骨造 144.19坪)

1963	3月9日	北棟2階建あとに北棟、がイラー棟の新築完了(北棟＝鉄筋コンクリート造 地下1階、地上4階、延907.14坪 がイラー棟＝鉄筋コンクリート造 地階 64.75坪) 病床数400床となる。
【昭和38年】	4月1日	小倉記念病院附属高等看護学院(進学課程)開校。
	12月23日	看護婦宿舍建築用地買収(小倉・富野=400坪)

1964	7月20日	富野看護婦宿舍建築開始。
【昭和39年】	8月12日	未熟児療育医療機関に指定される。

1965	2月2日	富野看護婦宿舍新築完了(鉄筋コンクリート造 4階建、延480坪、120名収容)
【昭和40年】	11月	日本麻酔学会指導病院認定される。

1966	3月	皮膚泌尿器科を皮膚科、泌尿器科に分け、標榜科計11科となる。
【昭和41年】	5月1日	脳神経外科を増設(現 北九州市で初めて)し、標榜科計12科となる。

1967	1月1日	副島 肇 院長就任
【昭和42年】	2月	小倉区富野に看護婦宿舍完成(鉄筋コンクリート4階建て)
	4月	内科に消化器外来を設ける。
	7月	内科に循環器内科を設ける。
	7月14日	結核病床(57床)を廃止して、一般病床へ切り替えと、さらに50床増床の計画が許可される(病床数450床へ)。
	7月31日	看護婦宿舍増築(看護婦増員分居室、その他＝鉄筋コンクリート造 47.36坪)及び附属高等看護学院寄宿舎(5階部分に軽量鉄骨で125.32坪、10室、40人収容)建設工事着工
	12月5日	南病棟5階(看護学院寄宿舎あと)の病室改造完了(増床分の50床使用開始)
	12月11日	看護婦宿舍増築完工
	12月30日	南病棟3階、4階の一部病室改造工事完了

1968	2月10日	病院歌制定発表会開催。
【昭和43年】	7月16日	臨床研修病院に指定される。

1969	6月21日	新病院起工式(鉄筋コンクリート造 地下1階、地上9階、ほかに附属高等看護学院と寄宿舎および食堂)
【昭和44年】	10月	放射線科を開設

1970	7月4日	移転先での新病院園設計可される。
【昭和45年】	11月12日	新病院を北九州市小倉北区貴船町1番1号に新築。新病院建設・移転(財産交換方式) 小倉記念病院は、病院が発展する中で建物の増改築を再三行ってきたが、繁華街での設置環境や建物の老朽化・故障化を考慮した結果、隣接する百貨店「井筒屋」から病院敷地買収の話もあり、昭和44年4月1日厚生省と大蔵省の協議により土地売却で移転用地を確保する財産交換方式で新病院を建築することが承認された。(厚生省所管・厚生保険特別会計・国庫貸負担行為) 井筒屋は自己資金で井筒屋所有の十徳製紙宿舍跡地(小倉北区貴船町1-1)に新病院を建設し、昭和46年11月11日厚生省に譲渡した。厚生省は譲渡された新病院を朝日新聞厚生文化事業団に運営を委託し、社会保険小倉記念病院は貴船町で新たに開設された。(移転4日間) 敷地面積／16,191.96㎡ 建物／(本館)地上9階地下1階建 延床面積／16,184.243㎡(食堂)地上1階地下1階 延床面積／230.228㎡(渡廊下)床面積／26.800㎡ (高等看護学院)地上2階建 延床面積／781.750㎡(学院宿舍)地上3階建 延床面積／777.061㎡(渡廊下)床面積／34.000㎡ 内科・小児科・外科・産婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・泌尿器科・歯科・整形外科・麻酔科・脳神経外科・放射線科 病床数／550床 職員数／441名(医師53人) 宝町売却金額／1,521,240,357円 新病院建設費／1,241,000,000円(土地代300,000,000円、医療機器等設備費を含む)本館建設費／992,000,000円 高等看護学院、学院宿舍、食堂建設費／41,200,000円 屋外工事／18,000,000円 ※井筒屋は、宝町売却額と新病院建設費との差額280,240,357円を国庫へ納入した。 ※上記のほか井筒屋は移転補償金として100,000,000円と備品整備費として10,000,000円を病院に支払った。 新病院落成式 生活保護法による指定医療機関に指定される。

1971	3月	臨床研修指定病院に指定される。
【昭和46年】	5月	病院隣接地を井筒屋から無償譲渡される。昭和45年11月から井筒屋から無償貸与されていた国有地に隣接する土地(小倉北区貴船町1-2)を無償譲渡される。但し、この土地には隣TOTOの送水管が埋設され、地上権の設定がされている。(地上権が設定されていたため病院建設時に国有敷地に包含されなかった) 敷地面積／346.11㎡

1972	2月	基準看護、給食、寝具設備実施承認
【昭和47年】	4月	総合病院名称使用承認
	7月	放射性同位元素等使用許可
	7月28日	職員宿舍(医師住宅)新築起工式 北九州市小倉北区熊谷町、敷地／424.10坪 建物／鉄筋コンクリート造、3階建 延べ／364.90坪(家族用7戸、親身用10戸、その他2戸)
	10月	更生医療(育成)胃臓に関する医療の指定医療機関に指定される。

1973	3月12日	胸部・心臓血管外科を新設
【昭和48年】		

1974	2月1日	循環器科を新設
【昭和49年】	4月8日	小倉記念病院床上学級園遊式
	8月	本館増改築落成式

1975	6月25日	職員・外来食堂増改築工事着工（職員食堂64席を94席へ、外来食堂32席を52席へ）
	9月1日	桂 英輔 院長就任
	10月	職員・外来食堂増改築完工

1976	3月24日	新車庫完工（新しく胃部検診車が入る）
	12月2日	看護婦宿舍の蒸気暖房を温風暖房へ切り替え工事完工
	12月11日	新生児等避難装置（2階管理棟屋上）完工

1977	4月1日	附属高等看護学院を社会保険小倉記念病院看護専門学校に改称（専修学校設置基準による切り替え）
	8月	日本脳神経外科学会認定医師棟施設に認定される。

1978	2月14日	看護専門学校の“3年制へ切り替え”認可される（2年制進学コースは54年3月末で廃止となる）
	3月	屋外避難階段、屋外非常照明設備工事完工
	7月	心臓病棟（心臓病センター）起工式
	10月	防災工事着工（スプリンクラー、非常放送設備）

1979	1月1日	循環器科、心臓血管外科が標榜診療科となり計15科となる。
	4月	心臓病棟（心臓病センター）新築（院費で新築、国に寄贈） 心臓病棟を院費で新築し、国に寄贈する。 地下1階地上3階建 建設費／768,660,000円　病床数／605床 標榜科／15科

	7月	手術室改造工事完工
	8月	手術室、中央材料室他一部使用許可（改造）
	10月	日本外科学会認定医師棟施設に認定される。

1980	1月	コンピューター導入で医事課・薬局・放射線科受付はオープンカウンターに変わり、新診療券の使用開始。
	4月	コンピューターによる外来薬番処理開始。
	11月	コンピューターによる入院薬番処理開始。

1981	4月	廣戸幾一郎 院長就任
	8月	重症者の看護および重症者の収容基準実施承認
	9月	ICUおよび検査室の一部改造完工
	10月	延吉正清（循環器内科）医師 冠動脈形成術（PTCA）1例目

1982	3月	職員宿舍駐車場拡張工事、R1改修工事
	9月	消化器科、形成外科を標榜科とし、標榜科17科となる。
	10月	地下入退院事務室改修工事

1983	1月	神経内科を増設し、標榜科計18科となる。
	3月	心臓病棟の増改築工事起工式
	4月	日本馬主協会より2台目就急車寄贈を受ける。 日本整形外科学会認定医制度研修施設に認定される。
	7月	栄養課事務所、別棟（休憩室・浴室・便所）新築

	8月	コバルト60装置導入
	10月	日本脳科学会専門医制度研修施設に認定される。

1984	1月	日本外科学会認定医師棟施設に認定される。 ホールディングCTを導入
	3月	厨房職員棟新築・心臓病棟増築（院費で増築、国に寄贈） 院費で厨房職員棟を新築、心臓病棟4階及び2階・3階の一部を増築し、国に寄贈する。 建設費／502,730,000円
	4月	心臓病棟の増改築工事落成式 標榜科／18科　許可病床数／659床（うちCCU4床）　職員数／689名
	5月	第1回　小倉ライブデモンストレーション（循環器科）開催。
	7月	本館3階病棟にクリーンルーム設置のため病床数658床に変更。
	11月	各職場ごとに4週5休の新休日体制を敷く。

1985	1月	日本消化器外科学会認定施設に認定される。
	3月	看護学校の増改築工事竣工
	4月	日本形成外科学会認定施設に認定される。 日本耳鼻咽喉科学会認定施設に認定される。 看護学校の増改築工事落成式
	9月	放射線科血管造影室改造終了
	12月	健康管理センター新築工事着工

1986	3月	日本小児科学会認定医制度研修施設に認定される。
	6月	運動療法等施設基準実施届

1987	1月	健康管理センター落成式
	2月	無菌親割処理の施設基準の承認
	3月	健康管理センター開設（国費）　職員数／776名 高齢化社会の到来で医療が従来の枠にとどまらず、予防やリハビリまでも含んだ包括的医療体制の構築へ転換する中で特に全社連関連の社会保険病院に健康管理センター設置の指導が行われ、新しい医療体制へいち早く転換するために健康管理センター建設が行われることになり、昭和61年1月8日に着工し、昭和62年3月1日に開設した。 建物／地上3階建 延床面積／2,297.9㎡

--	--	--

1988	1月	胃結石破碎装置導入
	3月	外国医師臨床修練指定病院に指定される。
	4月	看護特三類（心臓病センター3階、54床）の承認を受ける。
	12月	乳がん検診の精密1次検査実施機関に指定される。 本館外装並びに外来食堂等地盤沈下補修工事

1989	3月	検診車車庫竣工

1990 【平成2年】	5月	武下 浩 院長就任
	6月	延吉正清 (循環器内科) 医師 日本初のPalmetz-Shataステント埋め込み成功。

1991 【平成3年】	4月	特定集中治療室 (集中治療部) 13床許可
-------------------------------	----	-----------------------

1992 【平成4年】	8月	新生児特定集中治療室 (新生児室) を新設、1床許可
-------------------------------	----	----------------------------

1993 【平成5年】	2月	本院建物老朽度調査実施
	3月	本院の環境調査研究調査委員会発足
	4月	診療連携室新設
	6月	第3カテ室増設
	11月	消化器病センター、脳神経センター診療開始。

1994 【平成6年】	1月	MRI装置設置
	3月	本院の環境調査研究調査委員会報告書まとまる。

1995 【平成7年】	1月	第1土曜日休診となる。
-------------------------------	----	-------------

1996 【平成8年】	2月	社会保険小倉記念病院看護婦宿舍新築落成 (6階建、79室)
	3月	心臓病センターにスプリングラー設置 本館玄関、自動扉に改修
	4月	医療相談室新設 精神科 (神経診療科) を増設、緩和科19科になる。
	10月	特定集中治療室 (CCU) 8床増設

1997 【平成9年】	3月	CT増設
	4月	救急用専用病室設置 救急病床24床 (7階病棟)、3ヵ月後に救急病床48床へ (7階病棟)
	5月	患者用新駐車場開設 (375台収容)
	8月	伴 敏彦 院長就任 輸血部を新設 職員会館 (休憩棟・更衣棟) 新築
	9月	新生児特定集中治療室 (新生児室) 2床増床

1998 【平成10年】	10月	駐車場購入 (院費) 患者数や職員数の増加により敷地内に駐車場の確保ができなくなり、院費で日本国有鉄道清算事業団九州支社所有の近隣 (小倉北区東篠崎3丁目) の土地を朝日新聞厚生文化事業団の名義で購入する。ただし、国鉄清算事業団の土地は日本国有鉄道清算事業団法により直接購入できないため、北九州土地開発公社を経由して購入する。面積／14,001.46㎡ 購入価格／910,094,900円
--------------------------------	-----	--

1999 【平成11年】	5月	院外処方せん全面発行開始
--------------------------------	----	--------------

2000 【平成12年】	2月	CCU増設 (20床)
	4月	小倉記念病院経営委託契約変更。地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律の施行に伴い、旧健康保険法施行令の規定に基づき、平成12年4月1日をもって社会保険庁長官から福岡県知事への委任が廃止されたことから、小倉記念病院の経営委託契約を社会保険庁長官と社会福祉法人朝日新聞西部厚生文化事業団理事長が直接締結する。

	8月	エレベーター棟増築・透析棟新築・手術室改修 (院費で改修、国に寄贈) ①病院本館にはエレベーター5台設置されているが、配膳用エレベーターを除く3台では543床の患者や見舞客、増加する外来患者に対応できないため、国費による整備 (施設整備承認申請) を随情、国の予算化が困難な上に急務を要したため自主整備を行うことにし、設置後国に寄贈することで社会保険庁の承諾を得る。エレベーター棟 (寝台用15人用1台、非常用17人用1台) 延床面積 (エレベーター棟) ／755.95㎡ 延床面積 (厨房・職員休憩棟) ／80.64㎡ 建設費等／428,820,000円 ②透析室は8床で稼働していたが、透析を有する入院患者が増えている上、エレベーター棟を設置すると透析室の一部を削らなければならなかったためエレベーター棟と同様に自主整備を行い、設置後国に寄贈することで社会保険庁に承諾を得る。透析棟 (地上2階建) 延床面積／669.71㎡ 建設費等／294,945,000円 病床数／20床 ③手術室は8室716㎡で他の社会保険病院と比較しても8～9分の1の広さで他の社会保険病院と同等かそれ以上の手術件数であったため手術室増設が検討されていた。今回新設することになった透析棟の2階部分を利用して、手術室内の更衣室・倉庫を移動することで手術室を1室 (55㎡) 増設が可能であるため自主整備することになる。建設費／211,785,000円
--	----	--

2001 【平成13年】	4月	開設者が、朝日新聞西部厚生文化事業団から朝日新聞厚生文化事業団となる。朝日新聞社は東京、大阪、西部、名古屋の各厚生文化事業団を合併させ、新たに「社会福祉法人朝日新聞厚生文化事業団」として発足し、小倉記念病院の開設者も朝日新聞厚生文化事業団となり、所轄庁も福岡県から東京都に変更となる。
	9月	財団法人日本医療機能評価機構「一般病院種別 B」の認定を受ける。

2002 【平成14年】	1月	産科を閉科し、標準科計18科となる。
	3月	社会保険小倉記念病院看護専門学校開校
	4月	産婦人科を改め婦人科となる。
	7月	救急病床を4階へ移動し、救急病床38床、HCU13床開設。
	12月	本館8階病棟にクリーンルームを13床に設置。(計15床)

2003 【平成15年】	1月	産科を閉科し、標準科計18科となる。
	3月	社会保険小倉記念病院看護専門学校開校
	4月	産婦人科を改め婦人科となる。
	7月	救急病床を4階へ移動し、救急病床38床、HCU13床開設。
	12月	本館8階病棟にクリーンルームを13床に設置。(計15床)

2004 【平成16年】	1月	産科を閉科し、標準科計18科となる。
	3月	社会保険小倉記念病院看護専門学校開校
	4月	産婦人科を改め婦人科となる。
	7月	救急病床を4階へ移動し、救急病床38床、HCU13床開設。
	12月	本館8階病棟にクリーンルームを13床に設置。(計15床)

2003 【平成15年】	9月	延吉正清 院長就任
--------------------------------	----	-----------

2004	3月	財団法人平成薬川会設立。 小倉記念病院は4事業団合併で朝日新聞厚生文化事業団の経営となり、所轄庁が福岡県から東京都に移行した。 移行後、窓口である東京都福祉局から朝日新聞厚生文化事業団に「社会福祉法人として従たるべき公益事業である小倉記念病院の経営規模が、主であるべき社会福祉事業よりはるかに規模が大きいのは社会福祉法の趣旨に反する」との指摘を受け、病院運営事業を朝日新聞厚生文化事業団から分離させる必要が生じた。朝日新聞厚生文化事業団は社会保険庁との協議の上、新たな経営委託先を探したが、重員の雇用や剰余金等の精算の問題があるため、法人の連続性及び病院事業の継続性を勘案し、朝日新聞厚生文化事業団から派生する新法人を設立することになった。 新法人は継続性を持たせるため、理事長は当面朝日新聞厚生文化事業団の理事長が行い、設立に必要な資金の2分の1を朝日新聞厚生文化事業団が負担し、残り2分の1は病院を支援してくれている地域の有志の方や企業等広く浅く多数の方の寄付でまかなうことになった。 平成16年3月1日多くの企業や地域の有志の方と朝日新聞厚生文化事業団の寄付による設立資金が確保され、福岡県知事認可の民法第34条による公益法人として「財団法人平成薬川会」が設立された。 (財団法人平成薬川会) 理事長／島村秀一(朝日新聞厚生文化事業団理事長)　住所／北九州市小倉北区浅野2-8-4 設立資金／206,600,000円　寄付者数／103名(朝日新聞厚生文化事業団含む)
	4月	平成16年4月1日社会保険庁は、財団法人平成薬川会の設立が許可されたため社会保険小倉記念病院の経営を朝日新聞厚生文化事業団から派生する財団法人平成薬川会と委託契約を締結した。開設者が、朝日新聞厚生文化事業団から財団法人平成薬川会となる。 呼吸器科・呼吸器外科を増設、小児科を閉科し、緩和科計19科となる。
	5月	新病院建設用地として、小倉北区浅野に土地を取得。(財団法人平成薬川会) 小倉記念病院では予て(平成2年頃、武下病院長)より昭和45年建築の病院建物が老朽化等で耐震能力に乏しく、狭隘化で国の定める病床施設基準を満たすことができない等で新病院建設を検討して、社会保険庁等行政機関にその必要性を訴えてきた。過去に社会保険庁が建物の老朽度調査、新病院建設に向けての環境調査や移転候補地の調査を行ってきたが、阪神大震災や社会情勢から国からの建設資金調達ができないだけでなく、建設の許可さえ出ない状況であった。

	10月	新病院建設については引き続き社会保険庁に建設許可をお願いし、病院独自で候補地の検討を行っていたが、小倉駅北口側の小倉北区浅野の和気耐火工場跡地が破産管財人により売却されると聞き、社会保険庁にその土地を取得することの許可を懇願した結果、「新病院建設は許可できないが、財団法人平成薬川会がその責任において土地を取得することは問題ない」との見解が示され、財団法人平成薬川会名義でその土地を購入する。 住所／北九州市小倉北区浅野3-2-1 面積／27,615.62㎡ 取得価格／3,550,000,000円
	10月	臨床研修指定病院に指定される。
	4月	地域医療支援病院・救急告示病院に指定される。
2005	4月	地域医療支援病院・救急告示病院に指定される。
【平成17年】		
	4月	7：1看護施設基準取得
2006	10月	財団法人日本医療機能評価機構より区分4として認定(Ver5)を受ける。
【平成18年】		
	4月	血液内科、腎臓内科、糖尿病内科、血管外科の増設により、標準科計23科となる。
2008	5月	協議書(重要財産の取得について)を社会保険庁に提出し、受理される。
【平成20年】	6月	社会保険庁に提出した社会保険病院の重要財産の取得が承認され、新病院建設が承認される。

	10月	新病院起工式 平成20年10月1日付で社会保険庁所有からRFO(独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構)所有になる。
2009	4月	電子カルテシステム　導入
【平成21年】		
	9月	臨床研究センター　設置
2010	10月	新病院竣工式
【平成22年】	12月	北九州市小倉北区浅野3丁目2-1に新築移転 移転期間／平成22年12月24日(金)～26日(日) 乳癌外科、頭頸部外科を増設、循環器科を改め循環器内科、消化器科を改め消化器内科、呼吸器科を改め呼吸器内科、呼吸器外科を閉科し、緩和科計24科となる。
2011	4月	財団法人平成薬川会付属保育所　開設
【平成23年】	10月	糖尿病内科を改め糖尿病・内分泌・代謝内科となる。
2012	4月	RFO(独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構)との契約終了にともない、「財団法人平成薬川会社会保険小倉記念病院」から「財団法人平成薬川会小倉記念病院」へ改称。
【平成24年】	6月	延吉理事長・病院長の退任をめぐって、小倉記念病院職員を巻き込んだ司法争議が生じる。この間、瀬尾副院長、田中副院長が病院長職を代行する。

2013	5月	精神科を改め緩和ケア・精神科となる。
【平成25年】	10月	経カテーテル大動脈弁置換術(TAVI)開始。
2014	4月1日	永田　泉　院長就任 公益法人制度改革関連三法の制定に伴い、名称を「財団法人平成薬川会小倉記念病院」から「一般財団法人平成薬川会小倉記念病院」に変更となる。
【平成26年】	9月1日	病種科を改め「病理診断科」となる。 小倉記念病院健康保険組合を設立する。
	10月1日	神経内科を「脳神経内科」に改称
2015	10月1日	神経内科を「脳神経内科」に改称
【平成27年】		
	1月1日	呼吸器外科　開設
2016	2月1日	消化器外科　緩和
【平成28年】	6月25日	創立100年を迎える
	7月23日	創立100周年記念特別市民公開講座開催(特別講演として、三浦雄一郎(プロスキーヤー・冒険家)を招く)



小倉記念病院 病院歌

社会保険病院開院20周年を迎えるに当たり病院歌を制定することとなった。まず、作曲は国立音楽大学教授服部正氏が引き受けてくれることに決まった。歌詞を院内職員およびOBや病院関係者の範囲内で懸賞募集したが、応募作品は7編のみだった。審査の結果、3編を佳作に選んだものの当選該当作品がなく、作詞も服部教授にまかせることとなり、現在の病院歌が誕生した。

昭和43年2月10日の20周年記念式典で、服部教授の指揮、当院器楽部の演奏、コーラス部により発表会が行われた。

小倉記念病院歌

一、記念^{ゆかり}たつねて 集^あい来^きし
叙^{えん}和^わを高く 世に示^しす
企^き救^{きう}の海^{かい}辺^へは 広^{ひろ}やかに
平^{へい}尾^びの峰^{みね}の 道^{みち}遙^{とほ}か

二、時^{とき}代^{だい}の風^{ふう}の す^すさ^さびに^も
病^{はな}める同^{どう}胞^{ぱう} 援^{えん}け^けつ^つ
心^こゆ^ゆた^たけし 大^{たい}海^{かい}の
夕^ゆ月^{げつ}照^てらす 水^{みづ}の面^{めん}

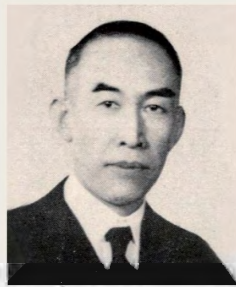
三、やさし平^{へい}和^わの 夢^{ゆめ}溢^{あふ}れ
移^{うつ}りゆ^ゆく世^よも 揺^ゆが^がじ^な
癒^{なご}しの道^{みち}を 仰^{あや}ぎ^ぎつ^つ
女^め情^{じやう}の泉^{いずみ} 永^{とこ}久^くに

歴代役職者

[院長]



副島 豫四郎
1916.6.25～1937.7.6



榎林 篤三
1937.7.7～1945.10.31



副島 謙
1945.11.1～1950.8.17
1967.1.1 ～1975.8.31



松岡 謙之介
1951.1.9～1966.12.31



桂 英輔
1975.9.1～1981.4.14



廣戸 幾一郎
1981.4.15～1990.4.30



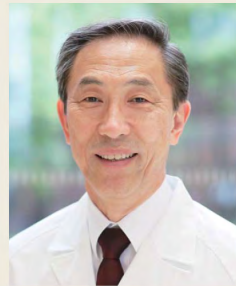
武下 浩
1990.5.1～1997.7.31



伴 敏彦
1997.8.1～2003.8.31



延吉 正清
2003.9.1～2014.3.31



永田 泉
2014.4.1～現 職

[副院長]

木下 和雄	1950.2.17	～	1951.12.17
大崎 大禪	1952.1.9	～	1960.4.30
原本 政治	1967.1.1	～	1968.8.21
鯨坂 貞美	1968.9.1	～	1970.11.30
田中 貞雄	1968.9.1	～	1981.10.31
宮本 茂	1975.11.1	～	1990.11.20
古庄 巻史	1981.11.1	～	1990.12.31
三谷 哲美	1991.1.1	～	1995.6.30
延吉 正清	1995.7.1	～	2003.8.31
伴 敏彦	1997.4.1	～	1997.7.31
福山 訓生	2002.7.1	～	2004.3.31
岡林 均	2003.9.1	～	2006.10.31
野坂 秀行	2005.4.1	～	2013.3.25
今田 和典	2008.4.1	～	2015.3.31
羽生 道弥	2013.4.1	～	2017.3.31

田中 明	2010.12.1	～	現 職
山下 裕幸	2008.4.1	～	現 職
瀬尾 勝弘	2003.9.1	～	現 職
金井 英俊	2015.4.1	～	現 職
玉井 照美	2006.2.1	～	現 職
中井 栄治	2015.4.1	～	現 職

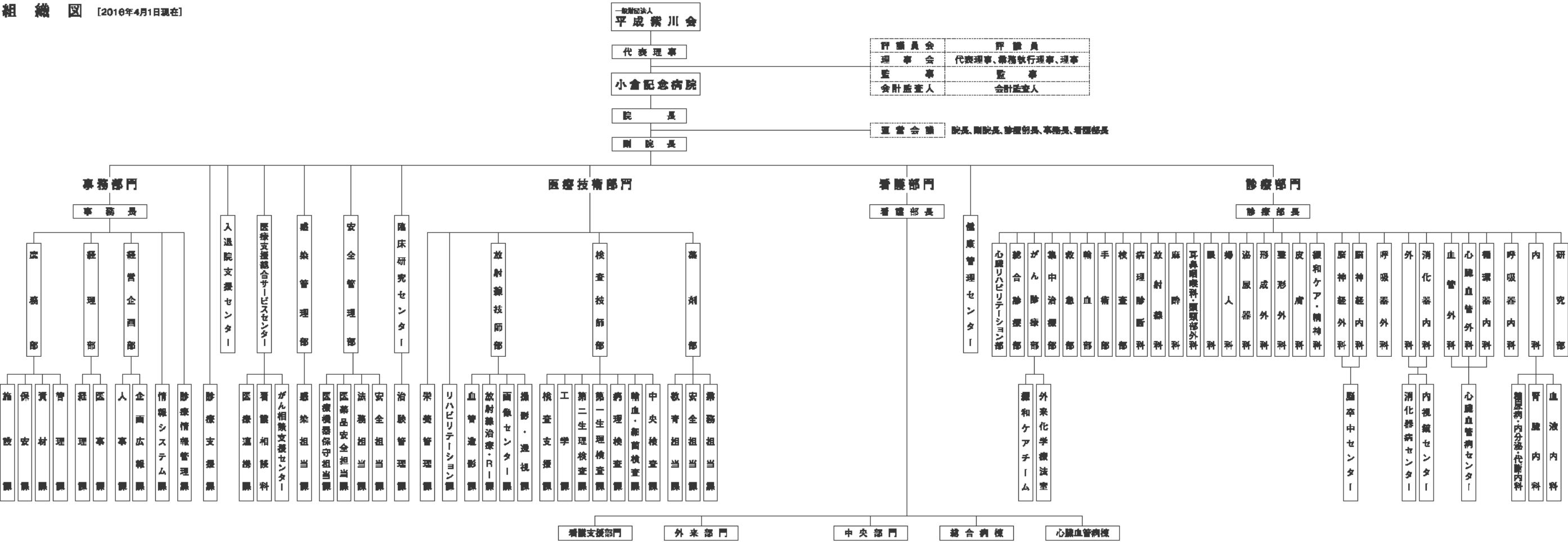
[事務長]

納所 孝	1948.1.1	～	1949.3.31
竹内 上一	1951.1.9	～	1959.9.10
納所 孝	1959.9.11	～	1967.3.31
北崎 彊	1967.4.1	～	1976.12.31
富田 英二郎	1977.1.1	～	1984.6.30
長治 良知	1984.7.1	～	1996.8.31
柴田 弘義	1996.9.1	～	2002.1.10
白石 敏	2002.2.3	～	2003.8.31
福井 正行	2003.9.1	～	2004.5.31
鳥巢 照吉	2005.7.11	～	2008.6.30
林田 加代	2008.7.1	～	2009.1.1
島村 秀一	2009.2.1	～	2012.9.25
中井 栄治	2014.2.1	～	現 職

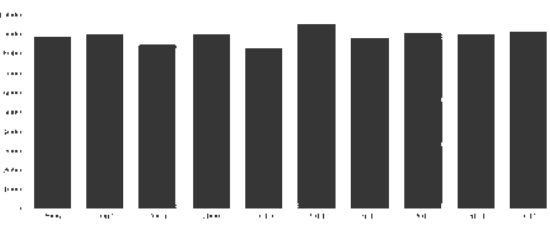
[看護部長]

前田 マスヨ	1949.10.1	～	1974.3.31
大庭 静枝	1974.4.16	～	1977.12.31
井上 登志子	1978.1.1	～	1986.10.15
吉竹 敦子	1986.10.16	～	1996.1.31
原田 扶美子	1996.4.1	～	2001.3.31
稲富 紀代	2001.4.1	～	2005.3.31
玉井 照美	2005.4.1	～	現 職

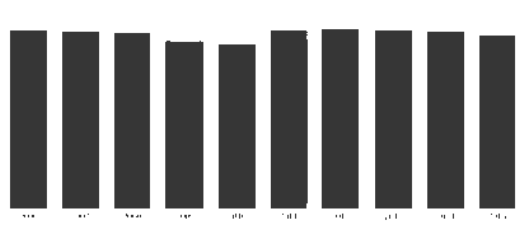
組 織 図 [2016年4月1日現在]



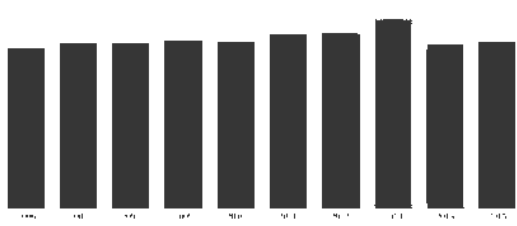
■ 2006-2015 救急患者数推移



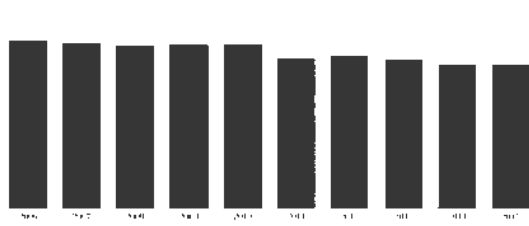
■ 2006-2015 外来患者数推移



■ 2006-2015 入院患者数推移



■ 2006-2015 平均在院日数



病院概要

名	称	小倉記念病院
所	在	〒802-8555 福岡県北九州市小倉北区浅野3丁目2番1号 TEL (093) 511-2000(代表) FAX (093) 511-3240
役	員	病院長 永田 泉 副院長 田中 明 副院長 山下 希幸 副院長 瀬尾 勝弘 副院長 羽生 道弥 副院長 金井 真俊 副院長 兼 看護部長 玉井 照美 副院長 兼 事務長 中井 栄治
創	立 年 月 日	大正5年6月
開	設 者	一般財団法人 平成薬川会
理	事 長	永田 泉
構	造	鉄骨造、一部鉄筋コンクリート造 本館 地上13階塔屋1階（一般病棟13階、心臓血管病センター10階、一部地下1階） エネルギーセンター棟 地上3階 駐車場棟 地上5階塔屋1階
施	設 概 要	敷地面積／26,686.32㎡ 建築面積／17,887.06㎡ 延床面積／86,321.02㎡
2	7 診 療 科	[心臓血管病センター] 循環器内科、心臓血管外科、血管外科 [脳卒中センター] 脳神経外科、脳神経内科 [消化器病センター・内視鏡センター] 外科、消化器内科、消化器外科 [腎センター] 腎臓内科、泌尿器科 耳鼻咽喉科、頭頸部外科、婦人科、眼科、整形外科、形成外科、皮膚科、乳腺外科、呼吸器外科、麻酔科、内科、血液内科、糖尿病・内分泌・代謝内科、呼吸器内科、放射線科、緩和ケア・精神科、病理診断科、健康管理センター
病	床 数	658床（うち個室278室）（内訳）一般病床／591床（うち無菌室15床）、CCU／20床、ICU／20床、SCU／15床、HCU／12床
一	般 病 床 の 1床あたりの面積	個室／16.4―32.6㎡ ※特別室除く 多床室／8㎡以上（平均5.35㎡）
職	員 数	1,330人（パート含む 平成28年4月1日現在） 医師／144人 看護師／771人 看護補助者／63人 保健師／4人 薬剤師／34人 放射線技師／41人 臨床検査技師／60人 臨床工学技士／18人 理学療法士／18人 作業療法士／7人 言語聴覚士／2人 管理栄養士／7人 栄養士／3人 調理師／24人 視能訓練士／3人 治療コーディネーター／3人 ソーシャルワーカー／5人 事務／108人 一般技術員／9人 その他／7人

施設認定・施設基準

基本診療科施設基準		
●一般病棟入院基本科（7対1入院基本科） ●超急性期脳卒中加算 ●診療録管理体制加算1 ●医師事務作業補助体制加算2（25対1） ●急性期看護補助体制加算（25対1）看護補助者5割以上 ●看護職員夜間配置加算1（12対1） ●療養環境加算	●重症者等療養環境特別加算 ●無菌治療室管理加算1 ●無菌治療室管理加算2 ●医療安全対策加算1 ●感染防止対策加算1（感染防止対策地域連携加算） ●患者サポート体制充実加算 ●褥瘡ハイリスク患者ケア加算	●病棟薬剤業務実施加算1 ●病棟薬剤業務実施加算2 ●データ提出加算2 ●退院支援加算2 ●特定集中治療室管理科1 ●ハイケアユニット入院医療管理科1 ●脳卒中ケアユニット入院医療管理科
特掲診療科施設基準		
●糖尿病合併症管理科 ●がん性疼痛緩和指導管理科 ●がん患者指導管理科1 ●がん患者指導管理科2 ●がん患者指導管理科3 ●糖尿病透析予防指導管理科 ●院内トリアージ実施科 ●ニコチン依存症管理科 ●開放型病院共同指導科 ●肝炎インターフェロン治療計画科 ●薬剤管理指導科 ●医療機器安全管理科1 ●持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定 ●遺伝学的検査 ●HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） ●検体検査管理加算（IV） ●心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算 ●時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト ●ヘッドアップティルト試験 ●長期継続頭蓋内脳波検査 ●神経学的検査 ●CT撮影及びfMRI撮影 ●抗悪性腫瘍剤処方管理加算 ●外来化学療法加算1 ●無菌製剤処理科 ●心大血管疾患リハビリテーション科（I） ●脳血管疾患等リハビリテーション科（I） ●運動器リハビリテーション科（I） ●呼吸器リハビリテーション科（I） ●がん患者リハビリテーション科 ●集団コミュニケーション療法科 ●医科点数表第2章第9節処置の通則5に掲げる処置の休日加算1 ●医科点数表第2章第9節処置の通則5に掲げる処置の時間外加算1 ●医科点数表第2章第9節処置の通則5に掲げる処置の深夜加算1 ●透析液水質確保加算1 ●脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術	●脊髄刺激装置埋込術及び脊髄刺激装置交換術 ●緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）） ●網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの） ●網膜再建術 ●乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検（単独） ●経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） ●経カテーテル大動脈弁置換術 ●経皮的中隔心筋焼灼術 ●ベースメーカー移植術及びベースメーカー交換術 ●両心室ベースメーカー移植術及び両心室ベースメーカー交換術 ●植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経帯脈電極抜去術 ●両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 ●大動脈バルーンパンピング法（IABP法） ●補助人工心臓 ●胆管悪性腫瘍手術（胆道十二指腸切除及び肝切除（兼以上）を伴うものに限る。） ●胆嚢摘下方切除術 ●体外衝撃波碎石破砕術 ●胆嚢摘下方体尾部腫瘍切除術 ●早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 ●体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 ●同種死体腎移植術 ●生体腎移植術 ●人工尿道括約筋植込・置換術 ●医科点数表第2章第10節手術の通則12に掲げる手術の休日加算1 ●医科点数表第2章第10節手術の通則12に掲げる手術の時間外加算1 ●医科点数表第2章第10節手術の通則12に掲げる手術の深夜加算1 ●医科点数表第2章第10節手術の通則16に掲げる手術 ●輸血管理科I ●輸血適正使用加算 ●人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 ●胃瘻造設術嚥下機能評価加算 ●麻酔管理科（I） ●麻酔管理科（II） ●高エネルギー放射線治療	●病理診断管理加算1 ●医科点数表第2章第10節手術の通則5（歯科点数表第2章第9節の通則4を含む。）及び6に掲げる手術（平成27年件数） ・鼓室形成手術等 39件 ・肺悪性腫瘍手術等 68件 ・経皮的カテーテル心筋焼灼術 792件 ・初発断裂形成手術等 1件 ・水頭症手術等 117件 ・鼻副鼻腔癌性腫瘍手術等 1件 ・尿道形成手術等 11件 ・角膜移植術 0件 ・肝切除術等 60件 ・子宮附件癌性腫瘍手術等 16件 ・上顎骨形成術等 0件 ・上顎骨悪性腫瘍手術等 4件 ・パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉） 0件 ・母指化手術等 1件 ・内反足手術等 0件 ・食道切除再建術等 4件 ・同種死体腎移植術等 4件 ・区分4に分類される手術の件数 392件 ・人工関節置換術 15件 ・乳児外科施設基準対象手術 0件 ・ベースメーカー移植術及びベースメーカー交換術 285件 ・冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないものを含む）及び体外循環を要する手術 685件 ・経皮的冠動脈形成術 194件 ・急性心筋梗塞に対するもの 5件（再掲） ・不安定狭心症に対するもの 19件（再掲） ・その他のもの 170件（再掲） ・経皮的冠動脈弱固心除術 0件 ・経皮的冠動脈ステント留置術 1603件 ・急性心筋梗塞に対するもの 126件（再掲） ・不安定狭心症に対するもの 175件（再掲） ・その他のもの 1302件（再掲）
食 事		
●入院時食事療養（I）	●特別の療養環境の提供 ●病床数が200床以上の病院について受けた再診	●180日を超える入院 ●病床数が200床以上の病院について受けた初診

各学会における認定医・専門医・指導医

所 属 学 会	分 類	人数
10学会構成日本ステント・グラフト 実施基準管理委員会	指導医(腹部大動脈瘤ステントグラフト)	4
	指導医(胸部大動脈瘤ステントグラフト)	1
3学会構成心臓血管外科学会	専門医	5
下肢静脈瘤血管内焼灼術実施・管理委員会	指導医	1
眼科PDT研究会	認定医	2
日本医師会	認定産業医	4
日本化学療法学会	抗菌化学療法認定医	1
	抗菌化学療法指導医	1
日本外科学会	認定医	7
	専門医	16
	指導医	6
日本感染症学会	認定医	1
	専門医	1
	指導医	1
	ICD	3
日本肝臓学会	専門医	2
日本肝胆脾外科学会	高度技能指導医	1
日本がん治療認定医機構	認定医	6
	暫定教育医	4
日本眼科学会	専門医	2
	指導医	1
日本救急医学会	専門医	2
日本胸部外科学会	認定医	2
日本形成外科学会	認定医	1
	専門医	1
日本結核病学会	認定医	1
日本血液学会	専門医	2
	指導医	2
日本呼吸器学会	専門医	1
日本呼吸器外科学会	専門医	1
日本産科婦人科学会	認定医	2
	専門医	3
日本耳鼻咽喉科学会	専門医	2
日本集中治療医学会	専門医	4
日本循環器学会	専門医	16
日本周術期経食道心エコー委員会	認定医(JB-POT)	6

所 属 学 会	分 類	人数
日本消化器外科学会	認定医	3
	専門医	5
	指導医	4
	消化器がん外科治療認定医	5
日本消化器内視鏡学会	専門医	5
	指導医	2
日本消化器病学会	専門医	5
	指導医	1
日本静脈経腸栄養学会	認定医	1
日本食道学会	認定医	1
日本神経学会	専門医	3
	指導医	1
日本神経内視鏡学会	技術認定医	1
日本心血管インターベンション治療学会	認定医	18
	専門医	3
日本心臓リハビリテーション学会	心リハ指導士	1
日本心臓血管外科学会	専門医	2
	指導医	1
日本臨床補助人工心臓研究会	認定植込型補助人工心臓実施医	1
日本心臓血管麻酔学会	専門医	3
日本腎臓学会	認定医	1
	専門医	4
	指導医	1
日本整形外科学会	専門医	1
日本精神神経学会	専門医	1
	指導医	1
日本腎臓外科学会	認定医	1
日本蘇生学会	指導医	1
日本造血細胞移植学会	認定医	2
日本創傷外科学会	専門医	1
日本頭頸部外科学会	暫定指導医	1
日本糖尿病学会	専門医	1
	指導医	1
	専門医	4
日本透析医学会	指導医	3
	専門医	1

所 属 学 会	分 類	人数
日本内科学会	認定医	50
	専門医	5
	指導医	4
日本内視鏡外科学会	技術認定医	4
日本内分泌学会	専門医	1
日本人間ドック学会	認定医	1
日本脳神経外科学会	専門医	7
日本脳神経血管内治療学会	専門医	5
	指導医	1
日本脳神経超音波学会	認定脳神経超音波検査士	2
日本脳卒中学会	専門医	7
日本泌尿器科学会	専門医	3
	指導医	3
日本泌尿器内視鏡学会	泌尿器腹腔鏡技術認定医	1
日本皮膚科学会	専門医	1
日本病理学会	病理専門医	2
	専門医研修指導医	2

所 属 学 会	分 類	人数
日本不整脈学会	専門医	2
	植込み型除細動器・ペースング による心不全治療 登録医	2
日本麻酔科学会	認定医	3
	専門医	2
	指導医	8
日本眼科学会	認定眼管専門医	4
日本輸血・細胞治療学会	認定医	0
日本臨床検査医学会	認定医	1
日本臨床細胞学会	専門医	2
	指導医	2
日本臨床腫瘍学会	専門医	1
	暫定指導医	1
日本プライマリケア連合学会	認定医	3
	指導医	2
マンモグラフィ検診精度管理中央委員会	認定医	1

※掲載の資格を所有している医師がいるため重複している場合があります。(平成28年4月1日現在)

学会等施設認定

公 的 認 定 状 況		
●地域医療支援病院 ●臨床研修指定病院	●外国医師臨床研修指定病院 ●救急告示病院	●DPC対象病院
学 会 等		
●日本内科学会認定医教育病院 ●日本血液学会認定血液研修施設 ●日本循環器学会循環器専門医研修施設 ●日本心血管インターベンション治療学会研修施設 ●日本消化器病学会専門医制度認定施設 ●日本消化器内視鏡学会認定専門医指導施設 ●日本消化器外科学会専門医制度修練施設 ●日本神経学会専門医制度教育施設 ●日本脳神経血管内治療学会専門医研修施設 ●日本脳卒中学会専門医認定制度研修教育病院 ●日本脳神経外科学会専門医訓練施設 ●日本外科学会外科専門医制度修練施設 ●心臓血管外科専門医認定機構認定基幹施設 ●腹部大動脈瘤ステントグラフト実施基準による 血管内治療施設	●胸部大動脈瘤ステントグラフト実施基準による 血管内治療施設 ●日本整形外科学会認定医研修施設 ●日本形成外科学会認定医認定施設 ●日本泌尿器科学会専門医教育施設 ●日本眼科学会専門医研修施設 ●日本耳鼻咽喉科学会認定専門医研修施設 ●日本気管食道科学会認定気管食道科専門医研修施設 ●日本麻酔科学会麻酔指導医指導病院 ●日本集中治療医学会専門医研修施設 ●日本救急医学会救急科専門医指定施設 ●心臓血管麻酔専門医認定施設 ●日本病理学会研修認定病院B ●日本臨床細胞学会認定施設 ●日本透析医学会専門医制度認定施設	●日本腹膜透析医学会教育研修施設 ●日本腎臓学会研修施設 ●日本がん治療認定医機構認定研修施設 ●日本臨床腫瘍学会認定研修施設 ●日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設 ●日本不整脈学会・日本心電学会認定 不整脈専門医研修施設 ●日本眼科学会認定研修施設 ●日本感染症学会研修施設 ●日本肝胆脾外科学会認定施設B ●日本呼吸器外科専門医認定修練施設 ●経カテーテル的大動脈弁置換術実施施設 ●下肢静脈瘤に対する血管内レーザー焼灼術の 実施基準による実施施設 ●日本輸血・細胞治療学会認定医制度指定施設



あとがき

地球の年齢46億年、生命最古の化石は細菌、34億年前。現生人類の共通祖先はおよそ20万年前のアフリカで誕生（現生人類アフリカ単一起源説）。類的存在としてのヒトの「いのち」は連綿と耐えることなく続き、そして、100年前、日本、九州北部、小倉の地に小倉記念病院が産声を上げた。

小倉記念病院はこれまでに節目の年に記念誌を発行してきた。最初の記念誌は昭和41年12月「小倉記念病院50年史」（私立小倉記念病院創立から50周年記念誌）、次いで昭和53年6月「アルバム」（社会保険小倉記念病院10周年記念誌）、3冊目の記念誌が平成10年7月「日に新たなり」（社会保険小倉記念病院50周年記念誌）である。そして、この度、創立100周年記念事業の一環として「創立100周年記念史」の発行が企画された。この100年史の基本コンセプトは既刊の3冊の記念誌を第一級の参考資料として、「日に新たなり」より以降、平成10年から現在までの記載に重きを置き、視覚的要素を多く取り入れ、コンパクトな記載で読みやすい記念誌を目指した。

これからも小倉記念病院が存続し、発展し続けていく

ためには、病院が置かれている環境にどのように主体的に関与していくかが甚だ重要であり、周囲環境との円環的な相互作用によって、記念病院らしさが形成され、社会的存在として発展し続けていけるのではないだろうか。記念誌的な本は、ややもすると本箱の片すみに忘れられ、本箱の肥やしになっている印象にあるが、これからの100年を刻むにあたって、時々はこの記念誌を手にして頂いて、諸先輩の方々の100年の軌跡、足跡を辿り、その継続である今をしっかりと見つめ、耳を澄まして聞き、考え、洞察し、進む道を見据える道標の一つになれば幸である。

記念誌の作製にあたっては、100周年記念誌プロジェクトメンバーの方々はもとより、企画や執筆に携わって頂きました数多くの皆様方に深甚なる感謝をいたします。特に事務部のメンバーの方々には多大な尽力と時間を頂きました。ありがとうございました。

平成28年12月吉日 横田忠明

[小倉記念病院 100周年記念誌]

発行日 2017年6月25日
発 行 一般財団法人 平成薬川会 小倉記念病院
福岡県北九州市小倉北区浅野3丁目2番1号

編 集 100周年記念誌プロジェクトメンバー

病理診断科	横田 忠明
麻 酔 科	宮脇 宏
循環器内科	白井 伸一
外 科	藤川 貴久
脳神経内科	松本 省二
薬 剤 部	入江 利行
看 護 部	後藤 明子
庶 務 部	福地 誠
経営企画部	野田 耕作
管 理 課	樋口 隆一
企画広報課	松本 卓
人 事 課	篠崎 敦史

©一般財団法人 平成薬川会 小倉記念病院 許可なく転載、複製を禁じます。