

小樽市立病院誌

第7巻 第1号

特集「小樽市立病院90周年記念関連行事」



The Journal of Otaru General Hospital

Vol.7 No.1 2018

巻 頭 言

小樽市立病院誌第7巻発刊によせて

小樽市病院事業管理者・病院局長 並 木 昭 義



平成30年（2018年）の当市立病院では時代の大きなうねりの中で掲げた目標達成のため職員一同力を尽して活動してきた。重要な課題は①新小樽市立病院改革プランの策定と実施、②経営改革のためベッド稼働率90%の実施、③職員の働き方改革の検討、④診療のセンター化・チーム医療の推進、⑤地域医療連携の充実、⑥創立90周年記念行事の企画と実施などであった。

改革プランの外部評価委員会から平成29年度の収入面の取り組みは高い評価を得たが物品管理、医療材料費を含め支出面での改善を指摘された。日本の黒字病院では病床稼働率90%、紹介・逆紹介率70%を超えている。当院も病床稼働率を90%に設定しその状況下での経営の黒字化を推し進めることにした。しかし平成30年度になり、外科系医師の増加、病棟の複数診療科の運営、医師、看護師そして他職種とのコミュニケーション、連携不足などから看護師の負担が大きくなり看護師不足が生じ一時的に病床数の削減を余儀なくされる事態に陥った。

私はこの事態を悲観的に考えずに病院体制の見直しと改善を図るチャンスと考え、職員一同で問題点の本質を考え、働き方改革を推し進める覚悟である。対策として現状、目標、方針の情報を公開、共有、そして活用することで見える化を実行する。実行に当たっては取り組みのスピード力、行動する先進力、そして円滑、円満に実践する現場力を高めることが大切である。組織および人にはその存在感を世間に適正に知ってもらうことが重要である。そのために発言、発表、報告、論文執筆、刊行などの手段を用いる。この度、小樽市立病院九十周年記念誌そして小樽市立病院誌第7巻を刊行した。この記念誌は当院の90年間の貴重な歴史の歩みを掲載しており、当院の将来に大いに役立つものとなる。本誌にも特集として取り上げている。この病院誌第7巻は当院における平成29年度の活動内容を掲載した。本誌には学術業績、各種統計データ、看護部の活動、業務報告、院内委員会の活動報告、論文表彰などの項目がある。学術業績では論文数が15編で総説3編、原著4編、報告6編、症例報告2編であり、医局9編（医師8編、研修医1編）、看護部2編、検査室1編、放射線室1編、栄養管理科1編、事務部1編であった。多忙な中、平成28年度より論文数そして提出部門も多く喜ばしいことである。道内外の学会発表で4名が表彰され、また小樽市立病院誌の最優秀賞と優秀賞の2名を紹介している。これから当院が激動の世の中を生き抜くためには組織の発展とそこに所属する人たちの成長が必要である。勢いがあり、強い組織になるためには構成する人たちの意気込みが重要であり、お互いに思いやりがあり、自己中心的な言動を慎しみ、信頼のある絆でつながることが大切である。職員各位の健康と健闘を祈るとともに関係各位のご支援とご協力をよろしくお願いする次第です。

目 次

巻頭言	小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義	1
病院の沿革・概要・施設認定等		5
組織図		15
論文		
総説	「医療従事者の知っておくべき倫理問題」 小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義	19
総説	「医師のキャリアアップに必要な条件」 小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義	27
総説	「病院の価値を高めるための連携活動の重要性と組織の社会的責任 (corporate society responsibilities: CSR) を意識したブランディング戦略 ～脳神経外科における取り組み」 脳神経外科 新谷 好正	35
原著	「成人てんかん症例の背景因子の検討」 神経内科 井原 達夫 他	39
原著	「ストレスチェック結果分析—小樽市立病院職員は高ストレスにさらされているか?—」 産業医 岸川 和弘 他	45
原著	「当院における腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術 (TAPP 法) の短期治療成績の検討」 外科 小野 仁 他	51
原著	「神経血管圧迫病変に対する手術支援画像～Phase Contrast 法の新しい臨床応用～」 放射線室 横浜 拓実 他	55
報告	「腹腔鏡手術を施行した大腸癌 55 症例における周術期成績の検討」 外科 大淵 佳祐 他	61
報告	「塩分に焦点をあてた栄養指導の現状報告と課題」 栄養管理科 和田 裕子 他	65
報告	「結核菌群核酸検出検査 (LAMP 法) の院内導入とその有用性について」 検査室 宮野 祐枝 他	71
報告	「新改革プランの推進による経常収支黒字化へ向けた取組 ～アクションプランの実践による収支改善～」 事務部 澤里 仁 他	75
報告	「両下肢に麻痺が生じた脊髄疾患患者への座ることを目指した関わり ～協働的パートナーシップ理論での振り返り～」 看護部 釣賀 百華 他	83
報告	「夜勤開始時期における看護師長と新人看護師の受け止めのギャップについて ～プラス 1 の夜勤回数の統一を試みて～」 看護部 萩原 正子 他	87
症例報告	「腎原発 Ewing 肉腫の 1 例」 泌尿器科 星 達也 他	93
症例報告	「診断に苦慮した髄膜癌腫症の 1 例」 研修医 工 由佳 他	97
学術業績		
学術発表		105
学会・研究会座長		116
講演、講義		119
学術論文、雑誌掲載、その他		122
講演会、研修会の主催、共催		125
セミナー、勉強会・講習会、キャンサーボード、院内発表会		125
受賞、資格取得		128
市民公開講座、健康教室		129
手術実績等		133
看護部の活動		143
業務報告		
薬剤部		151
検査室		152
放射線室		152
リハビリテーション科		153
臨床工学科		154
栄養管理科		155
内視鏡科		156
精神科医療センター		157
認知症疾患医療センター		158

地域医療連携室	159
診療情報管理課	160
感染防止対策室	165
スキンケア管理室	166
緩和ケア管理室	166
院内委員会の活動報告	169
論文表彰	185
投稿規定	187
特集「小樽市立病院 90 周年記念関連行事」	
小樽市立病院 90 周年記念誌発行	191
病院まつり	191
パネル展	191
講演会（医療関係者向け）	192
市民公開講座	192
記念式典・祝賀会	192
編集後記	199

病院の沿革・概要・施設認定等

沿革

【種別】 樽病：市立小樽病院

医セ：小樽市立脳・循環器・こころの医療センター（市立小樽第二病院）ほか

其他：両院共通、その他

年 月		種別	沿 革	
1869	明治 2	9	其他	兵部省は小樽役所病院を設立【開拓使事業報文 4 卷】
1870	明治 3	4	其他	小樽石狩両所の兵部省設立の病院は開拓使に移管、小樽の官立病院は札幌病院に属し、小樽病院となる【開拓使事業報文 4 卷】
1871	明治 4	8	其他	小樽病院は病室増床をし、患者入院を許可【開拓使事業報文 4 卷】
1872	明治 5	9	其他	開拓使は忍路郡忍路村に病院設置
1873	明治 6	5	其他	忍路の官立病院は小樽病院に合併【開拓使事業報文 4 卷】
1874	明治 7	1	其他	小樽病院は出張病院と改称【開拓使事業報文 4 卷】
1875	明治 8	6	其他	小樽出張病院は小樽病院派出所と改称【達乙第 53 号】
1876	明治 9	4	其他	小樽病院派出所は小樽病院出張所と改称
		9	其他	小樽病院出張所は札幌病院小樽出張所と改称【達乙第 103 号】
1877	明治 10	9	其他	開拓使は祝津村に仮避病院を開設（10 月閉鎖）
1879	明治 12	7	其他	開拓使は忍路村の寺院 1 字を避病院とする（11 月廃止）
		7	其他	開拓使は高島郡手宮村字稲穂沢に避病院及び消毒所を設置（11 月廃止）
1880	明治 13	10	其他	小樽有志は共有病院の設置を出願、医員は官立病院から派遣を要請
		12	其他	札幌病院小樽出張所は入船町に派出所を開設
		12	其他	札幌病院小樽出張所は産婆養成所を開設
		12	其他	入船町の札幌本庁官立病院派出所（札幌病院小樽出張所派出所）開業式挙行【函館新聞】
1882	明治 15	2	其他	開拓使廃止に伴い「官立小樽病院」は「公立小樽病院」になる
1886	明治 19	5	其他	入船町 67 で火事、公立小樽病院ほか 123 戸焼失【函館新聞】
		11	其他	公立小樽病院は相生町に新築移転
1894	明治 27	2	其他	住初町 32 番地に福原病院開院
1901	明治 34	12	其他	現在の長橋 3 丁目に伝染病院を新築
1902	明治 35	11	其他	手宮裡町原野 3 の伝染病院落成
1906	明治 39	9	其他	福原病院は量徳町に新築移転【小樽新聞】
1912	明治 45	7	其他	本間賢次郎、早川両三、青木乙松、宮腰定作の 4 氏の共同出資により、福原病院の土地建物等を譲り受け、（私立）小樽病院の設立認可を申請【小樽市医師会史】
1912	大正 元	8	其他	福原病院は永井町 15 へ移転開業、旧福原病院は小樽病院と改称認可
		10	其他	量徳町の旧福原病院の建物敷地を買収、小樽病院開院【小樽新聞】
		11	其他	小樽病院看護婦養成所設置
1913	大正 2	7	其他	小樽病院増築落成【北海タイムス】
		10	其他	小樽病院耳鼻科開始【北海タイムス】
1915	大正 4	2	其他	伝染病院増築工事申請
1916	大正 5	11	其他	小樽病院看護婦養成所は看護婦規則による道庁指定となり、卒業生は無試験で免状下付

1922	大正 11	11	其他	量徳町 1 に株式会社小樽病院設立 (11 月 15 日設立、11 月 22 日登記)、小樽病院は株式会社組織となる【小樽新聞】
1926	大正 15	4	其他	伝染病院は市立小樽病院長橋分院と改称【『小樽市史』第 4 巻】
1927	昭和 2	11	其他	市会では株式会社小樽病院を 18 万円で買収決定【小樽新聞】
1928	昭和 3	3	其他	株式会社小樽病院解散 (3 月 31 日解散、4 月 2 日登記)
		4	樽病	4 月 1 日 市立小樽病院開院 診療科目 内科、外科、産婦人科、小児科、皮膚泌尿科、耳鼻咽喉科、眼科 病床数 139 床
1930	昭和 5	7	樽病	病棟増設 (35 床) 病床数 174 床
1931	昭和 6	4	其他	小樽市連合衛生組合附属診療所として市役所構内、組合事務所階上に開設
		12	樽病	改築工事竣工【小樽新聞】
1932	昭和 7	5	其他	小樽市連合衛生組合事務所並びに附属診療所は落成式挙行 (小樽公園 1 番地に病棟を新築、診療所を移転)
1933	昭和 8		医七	市民からの寄附もあり、市立小樽病院長橋分院は 1 号棟の新築並びに増改築を実施
1934	昭和 9	1	樽病	病棟増設 (30 床) 病床数 204 床
		5	医七	市立小樽病院長橋分院の竣工式挙行
		5	医七	幸町 41 番地の市立小樽病院長橋分院病舎敷地 6,393 坪のうち 2,230 坪を精神病舎敷地として造成工事に着手
		9	樽病	市立小樽病院の附属病舎完成、行旅病者など移転収容
1935	昭和 10		其他	高島町役場新築 (後の市立小樽高島診療所)
1936	昭和 11	6	樽病	精神・神経科新設【小樽新聞】
		6	医七	市立小樽病院長橋分院精神神経科病舎開設 (総建坪 360 坪、病床 31 床)
1940	昭和 15	4	其他	高島町を合併 (高島町役場は後の市立小樽高島診療所)
1941	昭和 16	1	医七	小樽市連合衛生組合解散、附属診療所は市に委譲し、「市立小樽診療院」に改称 (病床 13 床)
1942	昭和 17	9	其他	源町に小樽結核療院 (市立小樽療養院) が開院【小樽新聞】
1943	昭和 18	4	其他	小樽結核療院 (市立小樽療養院) は医療営団 (日本医療団) へ譲渡【北海道新聞】
		4	医七	市立小樽病院長橋分院から精神神経科を独立させ、市立小樽静和病院に改称【『小樽市史』第 4 巻】
		4	医七	市立小樽病院長橋分院は市立小樽長橋病院と改称し、単独伝染病院として再出発
		5	医七	3 月に閉鎖した市役所の高島出張所は市立小樽高島診療所となる
1944	昭和 19	10	医七	市立小樽静和病院は患者増への対応として奥沢水源地本家茶屋建物を買収し、病室及び寄宿舎に移転転用 (総建坪 483.2 坪、病床 65 床)
1947	昭和 22	11	医七	市立小樽診療院は「市立小樽市民病院」と改称 診療科目 内科、外科、眼科、理学診療科 (病床 155 床)
1949	昭和 24	10	医七	市立小樽静和病院施設整備 4 病棟 (病床 78 床)、職員 28 名 (うち医師 2 名、看護婦 14 名)
1950	昭和 25	4	樽病	附属看護婦養成所寄宿舎新築 (定員 30 名)
1951	昭和 26		医七	市立小樽市民病院は利用増を勘案して 4 年間にわたり施設を拡充 病床数 (昭和 25 年末 89 床→昭和 29 年末 132 床)
		11	医七	伝染病激減に伴い市立小樽長橋病院の 150 床中 100 床を転用改造し、市立小樽療養所を開設
		12	医七	市立小樽高島診療所に外科併設【市政だより】
1952	昭和 27	2	医七	市立小樽療養所開所式挙行

1952	昭和 27	3	樽病	看護婦養成所は厚生省指定市立小樽病院附属乙種看護婦養成所となる【『小樽市史』第9巻】
1953	昭和 28	10	樽病	第1新館新築工事完了、竣工式挙行 許可病床数 422床 (D棟)
1954	昭和 29	8	医七	朝里町 63 に市立小樽市民病院附属朝里診療所を開設
		11	医七	市立小樽静和病院増築【『小樽市史』第4巻】
1955	昭和 30	1	樽病	更生医療機関指定 (耳鼻咽喉科)
		3	樽病	看護婦養成所は市立小樽病院附属准看護婦養成所となる【『小樽市史』第9巻】
		8	医七	市立小樽高島診療所にレントゲン機導入【広報おたる】
		12	医七	市立小樽長橋病院を市立小樽療養所に併設し新築 (建坪 270坪) 施設内容 診療科目 内科 病床 45床 職員 9名 (うち医師 1名、看護婦 2名)
1956	昭和 31	8	医七	市立小樽静和病院は院内整備工事により 119床に増床
1957	昭和 32	3	医七	小樽第二病院条例公布、市立小樽市民病院・同附属朝里診療所・市立小樽静和病院・市立小樽療養所・市立小樽高島診療所の経理面を統合、第二病院 (特別会計) 設置、総院長任命
		6	樽病	整形外科新設
		9	樽病	喘息治療に IPPB (間歇陽圧呼吸器) 導入
		12	樽病	更生医療機関指定 (整形外科)
		12	樽病	市立小樽病院条例全部改正、基本計画制定
1958	昭和 33	1	樽病	小樽病院会計は企業会計に移行
		3	樽病	第2新館新築工事完了 許可病床数 500床 (一般 352床、結核 148床)
		4	樽病	市立小樽病院第2新館落成式挙行
		8	医七	市立小樽静和病院は医師公宅 1棟新築
		12	医七	市立小樽静和病院は男子開放病棟増築 (建坪 126坪、病床 149床)
1959	昭和 34	1	医七	市立小樽静和病院増築落成式挙行
		3	医七	市立小樽市民病院附属朝里診療所廃止
		10	医七	市立小樽高島診療所は小児科新設
1960	昭和 35		其他	市議会第1回定例会に「小樽市総病院条例案」「小樽市総病院が行う事業に地方公営企業法の規定を適用する条例案」「市立小樽病院条例等を廃止する条例案」「小樽市総病院の行う事業の基本計画について」提出。すべて可決。これにより市立小樽病院・市立小樽市民病院など5病院を統合した総病院を設置し、総病院に総院長を置く
		2	樽病	市立小樽病院看護婦宿舍落成式挙行
		4	其他	病院事業に地方公営法の規定を適用、小樽病院会計と第二病院を統合、小樽市総病院事業会計を設置
		4	医七	市立小樽静和病院は労災保険指定病院指定
		6	医七	市立小樽静和病院は基準看護3類実施
		10	医七	市立小樽静和病院・市立小樽療養所・市立小樽長橋病院の汽缶室一元化を図るため、中央汽缶室を新築 (建坪 37坪)
		12	医七	市立小樽静和病院・市立小樽療養所の共同看護婦寄宿舍新築 (名称：睦月寮、建坪 131坪)
1961	昭和 36		医七	市立小樽市民病院は汽缶室を新設 (47.64坪)
		4	医七	市立小樽静和病院は準看護2類実施
		6	医七	市立小樽静和病院は開院 25周年記念式開催
		7	樽病	労災指定医療機関指定
1963	昭和 38	10	医七	市立小樽高島診療所廃止

1964	昭和 39	9	樽病	救急病院指定
1966	昭和 41	11	樽病	増改築工事着工 (AB 棟)
1967	昭和 42	12	樽病	市立小樽病院新館で診療開始
1968	昭和 43	4	樽病	市立小樽病院高等看護学院開校 (3年課程、定員1学年30名)
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院は北海道教育委員会から学校教育法の規程により認可
1969	昭和 44	1	樽病	全国初のオープン病棟開設 (病床数37床)
		7	樽病	増改築工事完了 許可病床数550床 (一般402床、結核148床)
1970	昭和 45	9	樽病	市立小樽病院高等看護学院宿舎完成 (定員96名)
1971	昭和 46	5	医セ	市立小樽静和病院・市立小樽市民病院・市立小樽療養所・市立小樽長橋病院の4病院の統合・成人病院化計画を市議会において検討
1972	昭和 47	4	医セ	市議会において、4病院を閉鎖・統合した第二病院新設計画を発表
		8	医セ	市立小樽市民病院閉院 (4病院統合新築のため)
		10	医セ	市立小樽第二病院建築着工
1973	昭和 48	10	樽病	市立小樽病院附属保育室開設 (定員30名)
1974	昭和 49	3	医セ	市立小樽静和病院精神科作業療法施設承認 (道内第1号)
		8	医セ	市立小樽第二病院完成
		9	医セ	市立小樽静和病院、市立小樽療養所、市立小樽長橋病院廃止 (4病院統合新築のため)
		9	医セ	市立小樽第二病院落成式挙行、開院は看護婦不足のため延期
		9	樽病	放射線科新設
		11	医セ	11月5日 市立小樽第二病院開院・診療開始 診療科目 内科、脳神経外科、精神神経科 病床数300床 (一般・結核150床、精神神経150床)、別に伝染病床45床
1975	昭和 50	4	医セ	人工透析開始
		9	樽病	市立小樽病院看護婦宿舎新築工事完了 (定員30名)
1976	昭和 51	3	医セ	結核病棟廃止
		5	医セ	胸部外科開設 (50床)、人工透析室併設 (10床)、精神・神経科50床増床 (開放150床、閉鎖50床)
		8	樽病	麻酔科新設
1977	昭和 52	6	樽病	日本麻酔学会による麻酔科研修施設指導病院認定
1978	昭和 53	3	医セ	神経内科外来開始
		12	医セ	CT・アンジオ棟増築 (141m ²)
1979	昭和 54	2	樽病	防災施設 (消防用) 工事完了
		6	樽病	市立小樽病院オープン病棟10周年記念式典挙行、市立小樽病院オープン病棟10周年記念誌発刊
		7	医セ	人工透析室拡張 (病床17床)
1981	昭和 56	11	樽病	R.C.U 3床届出
1982	昭和 57	3	樽病	全身用X線コンピューター断層撮影装置 (CTスキャナー) 導入
		4	医セ	伝染病隔離病舎改築 (病床25床)
1983	昭和 58	4	樽病	社団法人日本整形外科学会による研修施設認定
		12	医セ	胸部外科外来棟増築 (149.76m ²)
		12	医セ	外科診療棟竣工、胸部内科と内科の2診体制開始
1984	昭和 59	11	樽病	日本消化器外科学会専門医修練施設認定
1985	昭和 60	6	樽病	許可病床数変更 550床 (一般503床、結核47床)

1986	昭和 61	1	医七	高気圧酸素療法開始
		12	医七	呼吸器科外来開始
1987	昭和 62	10	樽病	オープン病棟 6 床増床 (計 43 床)
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院は開学 20 周年記念式典挙行
1989	平成元	2	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 20 周年記念式典挙行
		3	其他	医事課業務電算化
		3	樽病	市立小樽病院高等看護学院開学 20 周年記念誌発刊
		6	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 20 周年記念誌発刊
1990	平成 2	2	樽病	コンピューターを使った新検査システム始動
		2	樽病	検査科業務電算化、脳神経外科外来新設
		4	樽病	脳神経外科外来新設、1 階に案内・相談コーナー設置
		4	医七	麻酔科新設
		11	医七	MRI 棟増築 (136.5m ²)
1993	平成 5	3	樽病	自動再来機設置
		5	医七	精神科デイケア試行開始
1994	平成 6	10	樽病	5-3 病棟休床 (35 床)
1995	平成 7	10	医七	一般病棟で新看護体制 2 対 1 を実施
1997	平成 9	1	樽病	災害拠点病院指定
		9	樽病	市立小樽病院高等看護学院は開学 30 周年記念式典挙行
1998	平成 10	10	医七	精神病棟で新看護体制 3.5 対 1 を実施
1999	平成 11	4	医七	伝染病床 25 床を廃止し、感染症病床 2 床を設置
		6	医七	医事業務を一部委託
		9	医七	2-1 病棟休床 (23 床)
		10	樽病	院内向け広報誌「病院だより」を創刊 (11 月号から「優思 (ゆうし)」)
		11	其他	市立病院統合新築へ向け、庁内に「市立病院総合調整会議」設置
		12	其他	市立病院統合へ向けた市立病院新築検討懇話会発足
2000	平成 12	4	樽病	許可病床数変更 540 床 (一般 493 床、結核 47 床)
		4	医七	市立小樽第二病院精神病棟で新看護体制 3 対 1 を実施、3-1 病棟 (精神・神経科 50 床) 休床
		4	其他	市立病院新築への相次ぐ寄付に対応するため、新築基金の設置決定、市議会に条例案提案へ【北海道新聞】
		5	医七	精神科外来でデイケアを実施
		9	医七	脳神経外科で電気刺激療法を道内で初めて実施
2001	平成 13	6	其他	市議会で夜間急病センターの診療開始までの時間帯は市立病院で外来患者の受け入れを検討と表明【北海道新聞】
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院で指定校推薦枠を追加
2002	平成 14	2	医七	従来午前中のみだった内科外来診療を火曜・木曜は午後も実施【北海道新聞】
		4	医七	脳ドック開設
		5	其他	市議会市立病院調査特別委員会で新病院の開業は早くても 2007 年度となることを表明
2003	平成 15	4	医七	保育業務を委託
		7	其他	「新市立病院基本構想」を発表
		9	其他	市議会市立病院調査特別委員会で量徳小学校と築港地区を新病院の候補地とする

2003	平成 15	11	医七	デイケア拡大（小規模から大規模へ）、神経内科外来中止
2004	平成 16	4	医七	循環器科新設
		10	樽病	臨床研修病院指定
		10	其他	新市立病院基本構想の精査・検討結果まとまる。移転地は築港地区を予定
		11	其他	市は新病院の建設候補地として、学校適正配置計画の対象となった量徳小学校跡地とすることを表明
		11	樽病	ホームページを開設
		12	其他	新市立病院をはじめ地域医療の課題について検討する諮問機関「救急医療体制検討委員会」設置を決定
2005	平成 17	2	其他	小樽市医師会と市立小樽病院・第二病院は、救急医療体制検討委員会で、4月から夜間急病センターに市立病院とともに市内の各病院も医師を派遣することを合意【北海道新聞】
		3	其他	救急医療体制検討委員会は新市立病院の救急部門について公設民営が望ましいとの中間答申
		4	樽病	給食調理部門委託開始
		4	其他	市総務部に市立病院新築準備室設置
		4	樽病	病棟のある10科にクリニカルパス導入開始
		4	樽病	禁煙外来開始
		5	樽病	MRI 導入
		9	医七	下肢静脈瘤専門外来開設
		9	医七	血管造影撮影装置導入
		9	其他	市議会で量徳小学校閉校方針撤回により新市立病院建設地の築港地区変更を検討と報告
		10	医七	画像保存通信システム（PACS）導入
2006	平成 18	1	樽病	尿路結石治療衝撃波装置導入
		4	樽病	市立小樽病院は小児科常勤医確保困難により入院治療不可能となる。産科も休診。医師は4人減の28人【北海道新聞】
		4	樽病	3-3病棟・4-1病棟休床
		4	医七	給食業務委託
		5	其他	市議会で新市立病院の築港での建設を正式表明（09年着工、11年開院予定）
		6	樽病	許可病床数変更518床（一般471床、結核47床）
		6	医七	一般病棟で入院基本料7対1、精神病棟で15対1の算定開始
		8	樽病	市立小樽病院高等看護学院は旧堺小学校校舎（東雲町）に移転
		9	其他	新病院建設に向け、小樽築港駅周辺地区の都市計画を変更
		9	医七	2007年度から市立小樽第二病院の内科を市立小樽病院へ一本化。脳神経外科拡充・専門病棟設置、精神病棟縮小方針を決定
		12	其他	市議会で新病院建設の基本設計予算可決
2007	平成 19	1	樽病	末梢血管専門外来、血管ドック開設
		3	其他	新市立病院の基本設計業務の受託業者を決定
		3	樽病	3-1病棟休床（43床）
		4	樽病	神経内科診療開始（月2回）
		4	樽病	地域医療連携室・医療情報管理室設置。市立小樽第二病院内科を市立小樽病院に統合
		4	医七	内科を市立小樽病院に統合、地域医療連携室・医療情報管理室設置、4-1病棟（精神・神経科50床）休床、3-2病棟（20床）・2-2病棟（10床）休床…脳神経外科、心臓ドック開設

2007	平成 19	12	其他	総務省は公立病院改革ガイドライン策定、市は地方公営企業法全部適用も準備
2008	平成 20	1	其他	新病院敷地購入延期を発表
		4	樽病	5-1 病棟休床（43 床）等
		4	医セ	狭心症・腎不全、ペースメーカー各専門外来開設
		6	其他	市立病院改革プラン策定のため、小樽市医師会・病院長を交えた再編・ネットワーク化協議会を設置【北海道新聞】
		6	樽病	精神科・神経科外来休診
		6	医セ	医療機器安全管理室設置
		10	樽病	呼吸器内科の医師退職で結核病床休止。皮膚科、週 3 回に縮小
		11	樽病	小樽市医師会は、市立小樽病院と連携した「オープン病棟」が地域医療体制の確立などに貢献したとして、日本医師会の最高優功賞を受賞【北海道新聞】
		12	医セ	メタボリック症候群、肺がん・胸腹部 CT 検診開始
2009	平成 21	1	其他	小樽市立病院改革プラン（市立小樽病院・市立小樽第二病院）を策定
		3	医セ	医事会計・検体検査・輸血部門各システムをオーダーリングシステムに対応可能なものに更新
		3	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 40 周年式典挙行
		4	其他	市立病院への地方公営企業法全部適用を決定し小樽市病院局を設置、初代局長に札幌医科大学並木昭義名誉教授就任。総務部市立病院新築準備室は廃止、病院局経営管理部に継承
		4	樽病	皮膚科外来は週 5 日に拡充。病床数は呼吸器内科分を一般内科に吸収し 37 床となる
		4	樽病	形成外科外来開設、6-3 病棟休床 6-2 病棟へ再編
		5	医セ	市の新型インフルエンザ対策本部は「発熱外来」を設置、感染症病棟のある市立小樽第二病院が担当【北海道新聞】
		6	医セ	名称を「小樽市立脳・循環器・こころの医療センター」に改称
		6	樽病	特定健診・保健指導（メタボ健診）・骨密度検査を開始
		6	其他	病院局長は市長に新市立病院建設地は量徳小学校敷地が最適と提言、市長も優位性を認識
		7	樽病	オストメイト専門のストーマ外来を開設
		7	樽病	許可病床数変更 223 床（一般 208 床、結核 15 床）
		7	医セ	許可病床数変更 222 床（一般 120 床、精神 100 床、感染症 2 床）
		8	樽病	北海道初のプチ健診導入
		8	樽病	院内に女性医師・看護師対象の保育所併設
		9	其他	再編・ネットワーク化協議会は計画素案をまとめ、市長に最終報告
		10	樽病	形成外科開設（週 2 回）
		10	樽病	呼吸器内科外来復活（週 1 回）
		10	其他	両院の患者 ID 番号を統合
		11	樽病	オーダーリングシステム導入、がん相談支援センター設置
11	医セ	オーダーリングシステム、放射線科情報システム（RIS）を導入、薬剤支援・給食・透析管理・診断書管理各システムを更新		
2010	平成 22	3	樽病	病院ボランティア活動開始
		4	樽病	形成外科に常勤医着任。健診を専門に扱う健康管理科新設
		5	其他	量徳小学校 PTA との説明会で市は 2012 年 3 月閉校、新病院 2014 年夏開院のスケジュールを表明
		6	其他	新市立病院計画概要を策定

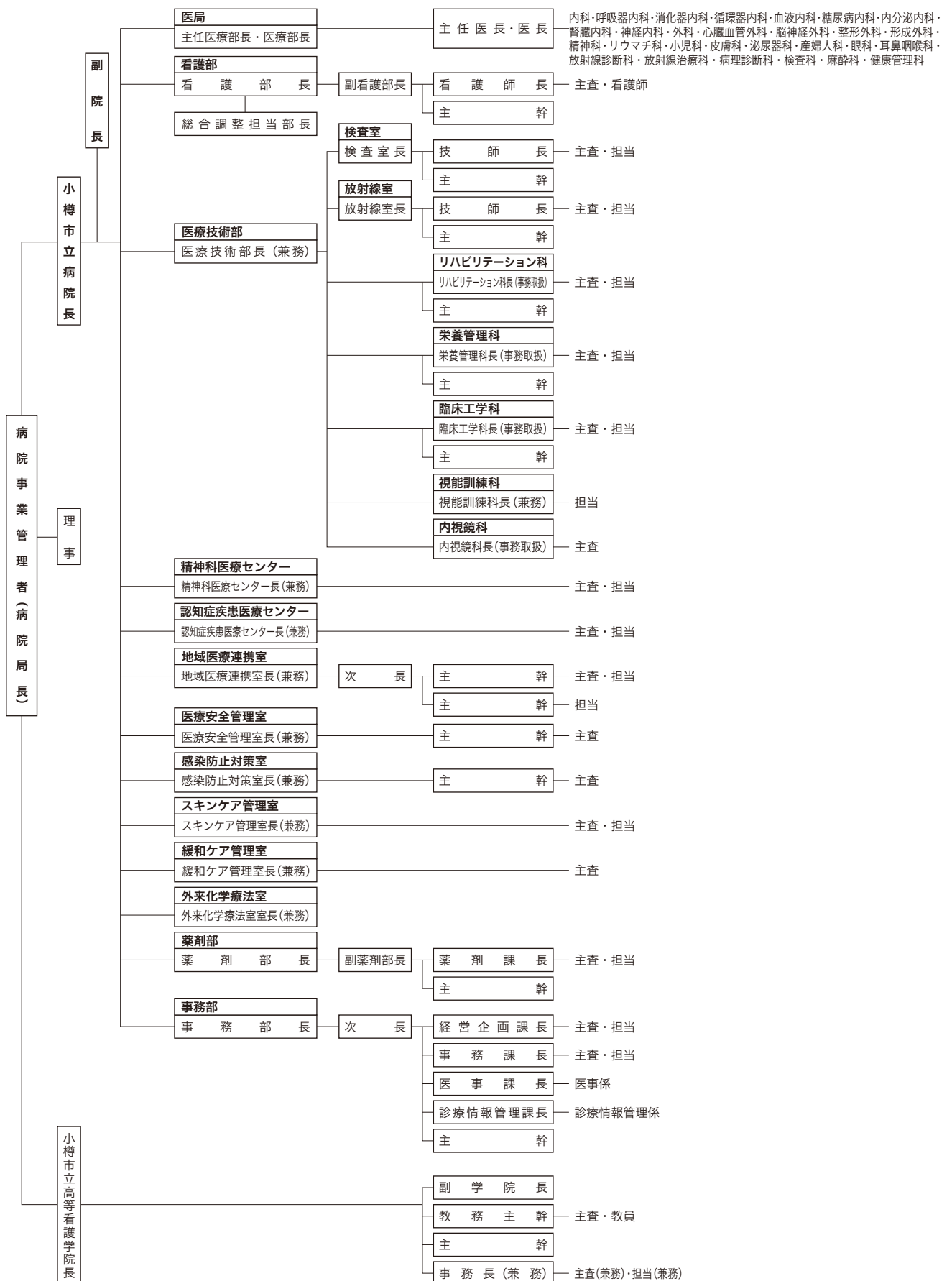
2010	平成 22	6	其他	診断群分類包括評価支払制度（DPC/PDPS）準備病院指定、医療安全管理室設置
		7	其他	新市立病院の基本設計に着手
2011	平成 23	3	其他	市議会は新市立病院実施設計費を可決
		4	其他	東日本大震災被災地救援のため DMAT を気仙沼市に派遣
		4	其他	小樽後志地域医療連携システム（ID-Link）運用開始
2012	平成 24	10	其他	広報部門・院内 LAN・病院年報・市民講座の各部門で専門委員会発足、両院統合へ準備
		1	其他	電子カルテシステム導入
		2	其他	両院の広報誌を統合し、病院広報誌「絆」創刊
		3	其他	新市立病院新築工事入札は談合情報により入札延期
		3	樽病	量徳小学校児童がリングプル回収で交換した歩行器寄贈
		4	其他	診断群分類包括評価支払制度（DPC/PDPS）対象病院認定
		4	医セ	医療安全管理室、感染防止対策室設置
		4	其他	両院のホームページ統合
		5	其他	新市立病院新築工事入札は再び中止、開院は 2014 年夏となる
		8	其他	新市立病院新築工事入札
		8	樽病	消化器内科開設
		9	其他	小樽市立病院起工式挙行
		12	樽病	「がん患者サロン」開設
12	其他	両院共同で小樽市立病院誌（第 1 巻第 1 号）を発刊		
2013	平成 25	2	樽病	病棟再編（4-2 病棟と 4-3 病棟を合併、3-2 病棟と ICU を合併）
		2	医セ	4-2 病棟（5 床）休床
		3	其他	両院で診療科案内発行
		4	樽病	北海道がん診療連携指定病院指定、初期被ばく医療機関指定
		7	其他	夜間急病センター新築移転開業
		11	医セ	脊椎外来（しびれ外来）開設
		12	其他	新市立病院の開院を 2014 年 12 月 1 日と決定
2014	平成 26	1	樽病	脊椎外来（しびれ外来）開設
		4	樽病	呼吸器内科は入院再開、院外処方実施
		4	医セ	神経内科開設
		5	医セ	小樽市立脳・循環器・こころの医療センター内で運営する「認知症センター」は「後志認知症疾患医療連携協議会」を設立
		9	其他	小樽市立病院定礎式挙行
		10	其他	新市立病院のロゴマーク決定（応募数 505）
		10	其他	量徳小学校校友会は量徳小学校メモリアルガーデンの植樹式挙行
		11	其他	開院前の小樽市立病院でドクターヘリによる患者搬送訓練実施
		11	其他	市立小樽病院閉院、小樽市立脳・循環器・こころの医療センター閉院（両市立病院統合新築のため）
		12		12 月 1 日 小樽市立病院開院
12		診療科目 内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、麻酔科 病床 388 床（一般 302 床、精神 80 床、結核 4 床、感染 2 床）		
12		小樽市立病院開院記念式挙行		

2014	平成 26	12	市立小樽病院高等看護学院は名称を「小樽市立高等看護学院」に変更
2015	平成 27	10	旧市立小樽病院跡地に 250 台分の有料駐車場オープン
		10	第 1 回病院まつり開催
2016	平成 28	7	病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG : Ver.1.1 (一般病院 2、精神科病院) 認定
		8	血液内科、糖尿病内科、内分泌内科、腎臓内科、リウマチ科開設
2017	平成 29	3	新小樽市立病院改革プラン策定
		4	地域がん診療病院指定
		4	緩和ケア管理室設置
		4	小樽市立高等看護学院 50 周年記念誌発刊
		5	小樽市立高等看護学院創立 50 周年記念式典挙行
		7	バイプレーン血管造影装置導入
2018	平成 30	4	医療秘書室設置
		10	開院 90 周年記念病院まつり開催、小樽市立病院 90 周年記念誌発刊
		11	開院 90 周年記念式典挙行

建 設 概 要		
1	名称	小樽市立病院 (平成 26 年 12 月 1 日開院)
2	所在地	小樽市若松 1 丁目 1 番 1 号
3	敷地面積	14,882.85m ²
4	建築面積	7,342.61m ²
5	延床面積	30,862.52m ² (実床面積 30,335.01m ²)
6	階数	地下 1 階、地上 7 階、搭屋 1 階
7	構造種別	鉄筋コンクリート造、免震構造
病 院 の 概 要		
8	病床数	388 床 (一般 302 床、精神 80 床、結核 4 床、感染 2 床)
9	診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、糖尿病内科、内分泌内科、腎臓内科、神経内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、精神科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、麻酔科
10	専門センター	消化器病センター、心臓血管センター、脳卒中センター、認知症疾患医療センター
11	駐車施設	市立小樽病院跡地に 250 台収容の駐車場 (平成 27 年 10 月 16 日供用開始) を整備 ※身体障がい者用駐車場 : 16 台 (駐車場内 5 台、正面玄関前 (屋根付き) 4 台、救急前 7 台)

施 設 認 定 等
保険医療機関
労災保険指定医療機関
生活保護法指定医療機関
指定自立支援医療機関（育成・更生医療、精神通院医療）
原子爆弾被爆者一般疾病指定医療機関
エイズ診療拠点病院
地域がん診療病院
北海道指定精神科病院
北海道指定精神科病院応急入院指定病院
第二種感染症指定医療機関（結核病床・感染症病床）
災害拠点病院
北海道 DMAT 指定医療機関
原子力災害医療協力機関
救急告示病院
小樽市二次救急医療機関（病院群輪番制病院）
北海道認知症疾患医療センター
特定疾患治療研究事業受託医療機関
小児慢性特定疾患治療研究事業受託医療機関
基幹型臨床研修病院
日本内科学会教育認定施設教育関連病院
日本リウマチ学会教育施設
日本消化器病学会専門医制度認定施設
日本消化器内視鏡学会専門医指導施設
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
日本外科学会外科専門医制度修練施設
日本消化器外科学会専門医修練施設
日本婦人科腫瘍学会専門医制度指定修練施設
心臓血管外科専門医認定機構認定基幹施設
日本脈管学会認定研修指定施設
浅大腿動脈ステントグラフト実施基準管理委員会認定施設
日本ステントグラフト実施基準管理委員会認定腹部ステントグラフト実施施設
日本ステントグラフト実施基準管理委員会認定胸部ステントグラフト実施施設
日本脳神経外科学会専門医認定制度研修プログラム研修施設
日本脳卒中学会認定研修教育病院
日本形成外科学会専門医制度認定施設
日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設
日本泌尿器科学会専門医教育施設
日本眼科学会専門医制度研修施設
日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設
日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
日本病理学会研修登録施設
日本臨床細胞学会認定施設
日本麻酔科学会麻酔科認定病院
日本ペインクリニック学会指定研修施設
日本がん治療認定医機構認定研修施設
日本静脈経腸栄養学会 NST 稼働施設
札幌医科大学卒前教育関連施設
病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG : Ver.1.1（一般病院2、精神科病院）

小樽市病院局組織図（平成 29 年 4 月）



病院の沿革・概要・施設認定等

沿革

【種別】 樽病：市立小樽病院

医セ：小樽市立脳・循環器・こころの医療センター（市立小樽第二病院）ほか

其他：両院共通、その他

年 月		種別	沿 革	
1869	明治 2	9	其他	兵部省は小樽役所病院を設立【開拓使事業報文 4 卷】
1870	明治 3	4	其他	小樽石狩両所の兵部省設立の病院は開拓使に移管、小樽の官立病院は札幌病院に属し、小樽病院となる【開拓使事業報文 4 卷】
1871	明治 4	8	其他	小樽病院は病室増床をし、患者入院を許可【開拓使事業報文 4 卷】
1872	明治 5	9	其他	開拓使は忍路郡忍路村に病院設置
1873	明治 6	5	其他	忍路の官立病院は小樽病院に合併【開拓使事業報文 4 卷】
1874	明治 7	1	其他	小樽病院は出張病院と改称【開拓使事業報文 4 卷】
1875	明治 8	6	其他	小樽出張病院は小樽病院派出所と改称【達乙第 53 号】
1876	明治 9	4	其他	小樽病院派出所は小樽病院出張所と改称
		9	其他	小樽病院出張所は札幌病院小樽出張所と改称【達乙第 103 号】
1877	明治 10	9	其他	開拓使は祝津村に仮避病院を開設（10 月閉鎖）
1879	明治 12	7	其他	開拓使は忍路村の寺院 1 字を避病院とする（11 月廃止）
		7	其他	開拓使は高島郡手宮村字稲穂沢に避病院及び消毒所を設置（11 月廃止）
1880	明治 13	10	其他	小樽有志は共有病院の設置を出願、医員は官立病院から派遣を要請
		12	其他	札幌病院小樽出張所は入船町に派出所を開設
		12	其他	札幌病院小樽出張所は産婆養成所を開設
		12	其他	入船町の札幌本庁官立病院派出所（札幌病院小樽出張所派出所）開業式挙行【函館新聞】
1882	明治 15	2	其他	開拓使廃止に伴い「官立小樽病院」は「公立小樽病院」になる
1886	明治 19	5	其他	入船町 67 で火事、公立小樽病院ほか 123 戸焼失【函館新聞】
		11	其他	公立小樽病院は相生町に新築移転
1894	明治 27	2	其他	住初町 32 番地に福原病院開院
1901	明治 34	12	其他	現在の長橋 3 丁目に伝染病院を新築
1902	明治 35	11	其他	手宮裡町原野 3 の伝染病院落成
1906	明治 39	9	其他	福原病院は量徳町に新築移転【小樽新聞】
1912	明治 45	7	其他	本間賢次郎、早川両三、青木乙松、宮腰定作の 4 氏の共同出資により、福原病院の土地建物等を譲り受け、（私立）小樽病院の設立認可を申請【小樽市医師会史】
1912	大正 元	8	其他	福原病院は永井町 15 へ移転開業、旧福原病院は小樽病院と改称認可
		10	其他	量徳町の旧福原病院の建物敷地を買収、小樽病院開院【小樽新聞】
		11	其他	小樽病院看護婦養成所設置
1913	大正 2	7	其他	小樽病院増築落成【北海タイムス】
		10	其他	小樽病院耳鼻科開始【北海タイムス】
1915	大正 4	2	其他	伝染病院増築工事申請
1916	大正 5	11	其他	小樽病院看護婦養成所は看護婦規則による道庁指定となり、卒業生は無試験で免状下付

1922	大正 11	11	其他	量徳町 1 に株式会社小樽病院設立 (11 月 15 日設立、11 月 22 日登記)、小樽病院は株式会社組織となる【小樽新聞】
1926	大正 15	4	其他	伝染病院は市立小樽病院長橋分院と改称【『小樽市史』第 4 巻】
1927	昭和 2	11	其他	市会では株式会社小樽病院を 18 万円で買収決定【小樽新聞】
1928	昭和 3	3	其他	株式会社小樽病院解散 (3 月 31 日解散、4 月 2 日登記)
		4	樽病	4 月 1 日 市立小樽病院開院 診療科目 内科、外科、産婦人科、小児科、皮膚泌尿科、耳鼻咽喉科、眼科 病床数 139 床
1930	昭和 5	7	樽病	病棟増設 (35 床) 病床数 174 床
1931	昭和 6	4	其他	小樽市連合衛生組合附属診療所として市役所構内、組合事務所階上に開設
		12	樽病	改築工事竣工【小樽新聞】
1932	昭和 7	5	其他	小樽市連合衛生組合事務所並びに附属診療所は落成式挙行 (小樽公園 1 番地に病棟を新築、診療所を移転)
1933	昭和 8		医七	市民からの寄附もあり、市立小樽病院長橋分院は 1 号棟の新築並びに増改築を実施
1934	昭和 9	1	樽病	病棟増設 (30 床) 病床数 204 床
		5	医七	市立小樽病院長橋分院の竣工式挙行
		5	医七	幸町 41 番地の市立小樽病院長橋分院病舎敷地 6,393 坪のうち 2,230 坪を精神病舎敷地として造成工事に着手
		9	樽病	市立小樽病院の附属病舎完成、行旅病者など移転収容
1935	昭和 10		其他	高島町役場新築 (後の市立小樽高島診療所)
1936	昭和 11	6	樽病	精神・神経科新設【小樽新聞】
		6	医七	市立小樽病院長橋分院精神神経科病舎開設 (総建坪 360 坪、病床 31 床)
1940	昭和 15	4	其他	高島町を合併 (高島町役場は後の市立小樽高島診療所)
1941	昭和 16	1	医七	小樽市連合衛生組合解散、附属診療所は市に委譲し、「市立小樽診療院」に改称 (病床 13 床)
1942	昭和 17	9	其他	源町に小樽結核療院 (市立小樽療養院) が開院【小樽新聞】
1943	昭和 18	4	其他	小樽結核療院 (市立小樽療養院) は医療営団 (日本医療団) へ譲渡【北海道新聞】
		4	医七	市立小樽病院長橋分院から精神神経科を独立させ、市立小樽静和病院に改称【『小樽市史』第 4 巻】
		4	医七	市立小樽病院長橋分院は市立小樽長橋病院と改称し、単独伝染病院として再出発
		5	医七	3 月に閉鎖した市役所の高島出張所は市立小樽高島診療所となる
1944	昭和 19	10	医七	市立小樽静和病院は患者増への対応として奥沢水源地本家茶屋建物を買収し、病室及び寄宿舎に移転転用 (総建坪 483.2 坪、病床 65 床)
1947	昭和 22	11	医七	市立小樽診療院は「市立小樽市民病院」と改称 診療科目 内科、外科、眼科、理学診療科 (病床 155 床)
1949	昭和 24	10	医七	市立小樽静和病院施設整備 4 病棟 (病床 78 床)、職員 28 名 (うち医師 2 名、看護婦 14 名)
1950	昭和 25	4	樽病	附属看護婦養成所寄宿舎新築 (定員 30 名)
1951	昭和 26		医七	市立小樽市民病院は利用増を勘案して 4 年間にわたり施設を拡充 病床数 (昭和 25 年末 89 床→昭和 29 年末 132 床)
		11	医七	伝染病激減に伴い市立小樽長橋病院の 150 床中 100 床を転用改造し、市立小樽療養所を開設
		12	医七	市立小樽高島診療所に外科併設【市政だより】
1952	昭和 27	2	医七	市立小樽療養所開所式挙行

1952	昭和 27	3	樽病	看護婦養成所は厚生省指定市立小樽病院附属乙種看護婦養成所となる【『小樽市史』第9巻】
1953	昭和 28	10	樽病	第1新館新築工事完了、竣工式挙行 許可病床数 422 床 (D 棟)
1954	昭和 29	8	医七	朝里町 63 に市立小樽市民病院附属朝里診療所を開設
		11	医七	市立小樽静和病院増築【『小樽市史』第4巻】
1955	昭和 30	1	樽病	更生医療機関指定 (耳鼻咽喉科)
		3	樽病	看護婦養成所は市立小樽病院附属准看護婦養成所となる【『小樽市史』第9巻】
		8	医七	市立小樽高島診療所にレントゲン機導入【広報おたる】
		12	医七	市立小樽長橋病院を市立小樽療養所に併設し新築 (建坪 270 坪) 施設内容 診療科目 内科 病床 45 床 職員 9 名 (うち医師 1 名、看護婦 2 名)
1956	昭和 31	8	医七	市立小樽静和病院は院内整備工事により 119 床に増床
1957	昭和 32	3	医七	小樽第二病院条例公布、市立小樽市民病院・同附属朝里診療所・市立小樽静和病院・市立小樽療養所・市立小樽高島診療所の経理面を統合、第二病院 (特別会計) 設置、総院長任命
		6	樽病	整形外科新設
		9	樽病	喘息治療に IPPB (間歇陽圧呼吸器) 導入
		12	樽病	更生医療機関指定 (整形外科)
		12	樽病	市立小樽病院条例全部改正、基本計画制定
1958	昭和 33	1	樽病	小樽病院会計は企業会計に移行
		3	樽病	第2新館新築工事完了 許可病床数 500 床 (一般 352 床、結核 148 床)
		4	樽病	市立小樽病院第2新館落成式挙行
		8	医七	市立小樽静和病院は医師公宅 1 棟新築
		12	医七	市立小樽静和病院は男子開放病棟増築 (建坪 126 坪、病床 149 床)
1959	昭和 34	1	医七	市立小樽静和病院増築落成式挙行
		3	医七	市立小樽市民病院附属朝里診療所廃止
		10	医七	市立小樽高島診療所は小児科新設
1960	昭和 35		其他	市議会第1回定例会に「小樽市総病院条例案」「小樽市総病院が行う事業に地方公営企業法の規定を適用する条例案」「市立小樽病院条例等を廃止する条例案」「小樽市総病院の行う事業の基本計画について」提出。すべて可決。これにより市立小樽病院・市立小樽市民病院など5病院を統合した総病院を設置し、総病院に総院長を置く
		2	樽病	市立小樽病院看護婦宿舍落成式挙行
		4	其他	病院事業に地方公営法の規定を適用、小樽病院会計と第二病院を統合、小樽市総病院事業会計を設置
		4	医七	市立小樽静和病院は労災保険指定病院指定
		6	医七	市立小樽静和病院は基準看護3類実施
		10	医七	市立小樽静和病院・市立小樽療養所・市立小樽長橋病院の汽缶室一元化を図るため、中央汽缶室を新築 (建坪 37 坪)
		12	医七	市立小樽静和病院・市立小樽療養所の共同看護婦寄宿舍新築 (名称：睦月寮、建坪 131 坪)
1961	昭和 36		医七	市立小樽市民病院は汽缶室を新設 (47.64 坪)
		4	医七	市立小樽静和病院は準看護2類実施
		6	医七	市立小樽静和病院は開院 25 周年記念式開催
		7	樽病	労災指定医療機関指定
1963	昭和 38	10	医七	市立小樽高島診療所廃止

1964	昭和 39	9	樽病	救急病院指定
1966	昭和 41	11	樽病	増改築工事着工 (AB 棟)
1967	昭和 42	12	樽病	市立小樽病院新館で診療開始
1968	昭和 43	4	樽病	市立小樽病院高等看護学院開校 (3年課程、定員1学年30名)
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院は北海道教育委員会から学校教育法の規程により認可
1969	昭和 44	1	樽病	全国初のオープン病棟開設 (病床数37床)
		7	樽病	増改築工事完了 許可病床数550床 (一般402床、結核148床)
1970	昭和 45	9	樽病	市立小樽病院高等看護学院宿舎完成 (定員96名)
1971	昭和 46	5	医セ	市立小樽静和病院・市立小樽市民病院・市立小樽療養所・市立小樽長橋病院の4病院の統合・成人病院化計画を市議会において検討
1972	昭和 47	4	医セ	市議会において、4病院を閉鎖・統合した第二病院新設計画を発表
		8	医セ	市立小樽市民病院閉院 (4病院統合新築のため)
		10	医セ	市立小樽第二病院建築着工
1973	昭和 48	10	樽病	市立小樽病院附属保育室開設 (定員30名)
1974	昭和 49	3	医セ	市立小樽静和病院精神科作業療法施設承認 (道内第1号)
		8	医セ	市立小樽第二病院完成
		9	医セ	市立小樽静和病院、市立小樽療養所、市立小樽長橋病院廃止 (4病院統合新築のため)
		9	医セ	市立小樽第二病院落成式挙行、開院は看護婦不足のため延期
		9	樽病	放射線科新設
		11	医セ	11月5日 市立小樽第二病院開院・診療開始 診療科目 内科、脳神経外科、精神神経科 病床数300床 (一般・結核150床、精神神経150床)、別に伝染病床45床
1975	昭和 50	4	医セ	人工透析開始
		9	樽病	市立小樽病院看護婦宿舎新築工事完了 (定員30名)
1976	昭和 51	3	医セ	結核病棟廃止
		5	医セ	胸部外科開設 (50床)、人工透析室併設 (10床)、精神・神経科50床増床 (開放150床、閉鎖50床)
		8	樽病	麻酔科新設
1977	昭和 52	6	樽病	日本麻酔学会による麻酔科研修施設指導病院認定
1978	昭和 53	3	医セ	神経内科外来開始
		12	医セ	CT・アンジオ棟増築 (141m ²)
1979	昭和 54	2	樽病	防災施設 (消防用) 工事完了
		6	樽病	市立小樽病院オープン病棟10周年記念式典挙行、市立小樽病院オープン病棟10周年記念誌発刊
		7	医セ	人工透析室拡張 (病床17床)
1981	昭和 56	11	樽病	R.C.U 3床届出
1982	昭和 57	3	樽病	全身用X線コンピューター断層撮影装置 (CTスキャナー) 導入
		4	医セ	伝染病隔離病舎改築 (病床25床)
1983	昭和 58	4	樽病	社団法人日本整形外科学会による研修施設認定
		12	医セ	胸部外科外来棟増築 (149.76m ²)
		12	医セ	外科診療棟竣工、胸部内科と内科の2診体制開始
1984	昭和 59	11	樽病	日本消化器外科学会専門医修練施設認定
1985	昭和 60	6	樽病	許可病床数変更 550床 (一般503床、結核47床)

1986	昭和 61	1	医七	高気圧酸素療法開始
		12	医七	呼吸器科外来開始
1987	昭和 62	10	樽病	オープン病棟 6 床増床 (計 43 床)
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院は開学 20 周年記念式典挙行
1989	平成元	2	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 20 周年記念式典挙行
		3	其他	医事課業務電算化
		3	樽病	市立小樽病院高等看護学院開学 20 周年記念誌発刊
		6	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 20 周年記念誌発刊
1990	平成 2	2	樽病	コンピューターを使った新検査システム始動
		2	樽病	検査科業務電算化、脳神経外科外来新設
		4	樽病	脳神経外科外来新設、1 階に案内・相談コーナー設置
		4	医七	麻酔科新設
		11	医七	MRI 棟増築 (136.5m ²)
1993	平成 5	3	樽病	自動再来機設置
		5	医七	精神科デイケア試行開始
1994	平成 6	10	樽病	5-3 病棟休床 (35 床)
1995	平成 7	10	医七	一般病棟で新看護体制 2 対 1 を実施
1997	平成 9	1	樽病	災害拠点病院指定
		9	樽病	市立小樽病院高等看護学院は開学 30 周年記念式典挙行
1998	平成 10	10	医七	精神病棟で新看護体制 3.5 対 1 を実施
1999	平成 11	4	医七	伝染病床 25 床を廃止し、感染症病床 2 床を設置
		6	医七	医事業務を一部委託
		9	医七	2-1 病棟休床 (23 床)
		10	樽病	院内向け広報誌「病院だより」を創刊 (11 月号から「優思 (ゆうし)」)
		11	其他	市立病院統合新築へ向け、庁内に「市立病院総合調整会議」設置
		12	其他	市立病院統合へ向けた市立病院新築検討懇話会発足
2000	平成 12	4	樽病	許可病床数変更 540 床 (一般 493 床、結核 47 床)
		4	医七	市立小樽第二病院精神病棟で新看護体制 3 対 1 を実施、3-1 病棟 (精神・神経科 50 床) 休床
		4	其他	市立病院新築への相次ぐ寄付に対応するため、新築基金の設置決定、市議会に条例案提案へ【北海道新聞】
		5	医七	精神科外来でデイケアを実施
		9	医七	脳神経外科で電気刺激療法を道内で初めて実施
2001	平成 13	6	其他	市議会で夜間急病センターの診療開始までの時間帯は市立病院で外来患者の受け入れを検討と表明【北海道新聞】
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院で指定校推薦枠を追加
2002	平成 14	2	医七	従来午前中のみだった内科外来診療を火曜・木曜は午後も実施【北海道新聞】
		4	医七	脳ドック開設
		5	其他	市議会市立病院調査特別委員会で新病院の開業は早くても 2007 年度となることを表明
2003	平成 15	4	医七	保育業務を委託
		7	其他	「新市立病院基本構想」を発表
		9	其他	市議会市立病院調査特別委員会で量徳小学校と築港地区を新病院の候補地とする

2003	平成 15	11	医七	デイケア拡大（小規模から大規模へ）、神経内科外来中止
2004	平成 16	4	医七	循環器科新設
		10	樽病	臨床研修病院指定
		10	其他	新市立病院基本構想の精査・検討結果まとまる。移転地は築港地区を予定
		11	其他	市は新病院の建設候補地として、学校適正配置計画の対象となった量徳小学校跡地とすることを表明
		11	樽病	ホームページを開設
		12	其他	新市立病院をはじめ地域医療の課題について検討する諮問機関「救急医療体制検討委員会」設置を決定
2005	平成 17	2	其他	小樽市医師会と市立小樽病院・第二病院は、救急医療体制検討委員会で、4月から夜間急病センターに市立病院とともに市内の各病院も医師を派遣することを合意【北海道新聞】
		3	其他	救急医療体制検討委員会は新市立病院の救急部門について公設民営が望ましいとの中間答申
		4	樽病	給食調理部門委託開始
		4	其他	市総務部に市立病院新築準備室設置
		4	樽病	病棟のある10科にクリニカルパス導入開始
		4	樽病	禁煙外来開始
		5	樽病	MRI 導入
		9	医七	下肢静脈瘤専門外来開設
		9	医七	血管造影撮影装置導入
		9	其他	市議会で量徳小学校閉校方針撤回により新市立病院建設地の築港地区変更を検討と報告
		10	医七	画像保存通信システム（PACS）導入
2006	平成 18	1	樽病	尿路結石治療衝撃波装置導入
		4	樽病	市立小樽病院は小児科常勤医確保困難により入院治療不可能となる。産科も休診。医師は4人減の28人【北海道新聞】
		4	樽病	3-3病棟・4-1病棟休床
		4	医七	給食業務委託
		5	其他	市議会で新市立病院の築港での建設を正式表明（09年着工、11年開院予定）
		6	樽病	許可病床数変更518床（一般471床、結核47床）
		6	医七	一般病棟で入院基本料7対1、精神病棟で15対1の算定開始
		8	樽病	市立小樽病院高等看護学院は旧堺小学校校舎（東雲町）に移転
		9	其他	新病院建設に向け、小樽築港駅周辺地区の都市計画を変更
		9	医七	2007年度から市立小樽第二病院の内科を市立小樽病院へ一本化。脳神経外科拡充・専門病棟設置、精神病棟縮小方針を決定
		12	其他	市議会で新病院建設の基本設計予算可決
2007	平成 19	1	樽病	末梢血管専門外来、血管ドック開設
		3	其他	新市立病院の基本設計業務の受託業者を決定
		3	樽病	3-1病棟休床（43床）
		4	樽病	神経内科診療開始（月2回）
		4	樽病	地域医療連携室・医療情報管理室設置。市立小樽第二病院内科を市立小樽病院に統合
		4	医七	内科を市立小樽病院に統合、地域医療連携室・医療情報管理室設置、4-1病棟（精神・神経科50床）休床、3-2病棟（20床）・2-2病棟（10床）休床…脳神経外科、心臓ドック開設

2007	平成 19	12	其他	総務省は公立病院改革ガイドライン策定、市は地方公営企業法全部適用も準備
2008	平成 20	1	其他	新病院敷地購入延期を発表
		4	樽病	5-1 病棟休床（43 床）等
		4	医セ	狭心症・腎不全、ペースメーカー各専門外来開設
		6	其他	市立病院改革プラン策定のため、小樽市医師会・病院長を交えた再編・ネットワーク化協議会を設置【北海道新聞】
		6	樽病	精神科・神経科外来休診
		6	医セ	医療機器安全管理室設置
		10	樽病	呼吸器内科の医師退職で結核病床休止。皮膚科、週 3 回に縮小
		11	樽病	小樽市医師会は、市立小樽病院と連携した「オープン病棟」が地域医療体制の確立などに貢献したとして、日本医師会の最高優功賞を受賞【北海道新聞】
		12	医セ	メタボリック症候群、肺がん・胸腹部 CT 検診開始
2009	平成 21	1	其他	小樽市立病院改革プラン（市立小樽病院・市立小樽第二病院）を策定
		3	医セ	医事会計・検体検査・輸血部門各システムをオーダーリングシステムに対応可能なものに更新
		3	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 40 周年式典挙行
		4	其他	市立病院への地方公営企業法全部適用を決定し小樽市病院局を設置、初代局長に札幌医科大学並木昭義名誉教授就任。総務部市立病院新築準備室は廃止、病院局経営管理部に継承
		4	樽病	皮膚科外来は週 5 日に拡充。病床数は呼吸器内科分を一般内科に吸収し 37 床となる
		4	樽病	形成外科外来開設、6-3 病棟休床 6-2 病棟へ再編
		5	医セ	市の新型インフルエンザ対策本部は「発熱外来」を設置、感染症病棟のある市立小樽第二病院が担当【北海道新聞】
		6	医セ	名称を「小樽市立脳・循環器・こころの医療センター」に改称
		6	樽病	特定健診・保健指導（メタボ健診）・骨密度検査を開始
		6	其他	病院局長は市長に新市立病院建設地は量徳小学校敷地が最適と提言、市長も優位性を認識
		7	樽病	オストメイト専門のストーマ外来を開設
		7	樽病	許可病床数変更 223 床（一般 208 床、結核 15 床）
		7	医セ	許可病床数変更 222 床（一般 120 床、精神 100 床、感染症 2 床）
		8	樽病	北海道初のプチ健診導入
		8	樽病	院内に女性医師・看護師対象の保育所併設
		9	其他	再編・ネットワーク化協議会は計画素案をまとめ、市長に最終報告
		10	樽病	形成外科開設（週 2 回）
		10	樽病	呼吸器内科外来復活（週 1 回）
		10	其他	両院の患者 ID 番号を統合
		11	樽病	オーダーリングシステム導入、がん相談支援センター設置
11	医セ	オーダーリングシステム、放射線科情報システム（RIS）を導入、薬剤支援・給食・透析管理・診断書管理各システムを更新		
2010	平成 22	3	樽病	病院ボランティア活動開始
		4	樽病	形成外科に常勤医着任。健診を専門に扱う健康管理科新設
		5	其他	量徳小学校 PTA との説明会で市は 2012 年 3 月閉校、新病院 2014 年夏開院のスケジュールを表明
		6	其他	新市立病院計画概要を策定

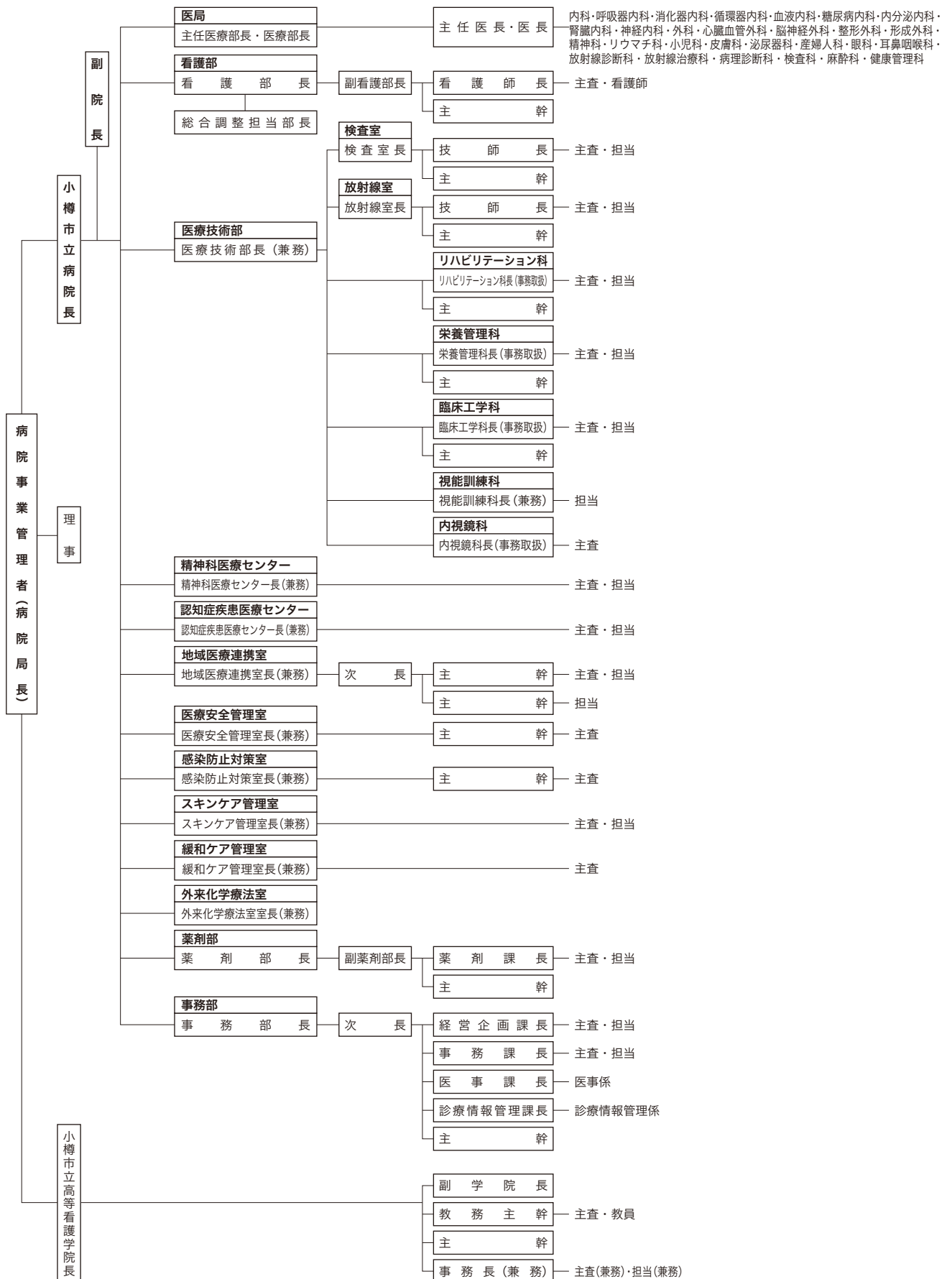
2010	平成 22	6	其他	診断群分類包括評価支払制度（DPC/PDPS）準備病院指定、医療安全管理室設置
		7	其他	新市立病院の基本設計に着手
2011	平成 23	3	其他	市議会は新市立病院実施設計費を可決
		4	其他	東日本大震災被災地救援のため DMAT を気仙沼市に派遣
		4	其他	小樽後志地域医療連携システム（ID-Link）運用開始
2012	平成 24	10	其他	広報部門・院内 LAN・病院年報・市民講座の各部門で専門委員会発足、両院統合へ準備
		1	其他	電子カルテシステム導入
		2	其他	両院の広報誌を統合し、病院広報誌「絆」創刊
		3	其他	新市立病院新築工事入札は談合情報により入札延期
		3	樽病	量徳小学校児童がリングプル回収で交換した歩行器寄贈
		4	其他	診断群分類包括評価支払制度（DPC/PDPS）対象病院認定
		4	医セ	医療安全管理室、感染防止対策室設置
		4	其他	両院のホームページ統合
		5	其他	新市立病院新築工事入札は再び中止、開院は 2014 年夏となる
		8	其他	新市立病院新築工事入札
		8	樽病	消化器内科開設
		9	其他	小樽市立病院起工式挙行
		12	樽病	「がん患者サロン」開設
12	其他	両院共同で小樽市立病院誌（第 1 巻第 1 号）を発刊		
2013	平成 25	2	樽病	病棟再編（4-2 病棟と 4-3 病棟を合併、3-2 病棟と ICU を合併）
		2	医セ	4-2 病棟（5 床）休床
		3	其他	両院で診療科案内発行
		4	樽病	北海道がん診療連携指定病院指定、初期被ばく医療機関指定
		7	其他	夜間急病センター新築移転開業
		11	医セ	脊椎外来（しびれ外来）開設
		12	其他	新市立病院の開院を 2014 年 12 月 1 日と決定
2014	平成 26	1	樽病	脊椎外来（しびれ外来）開設
		4	樽病	呼吸器内科は入院再開、院外処方実施
		4	医セ	神経内科開設
		5	医セ	小樽市立脳・循環器・こころの医療センター内で運営する「認知症センター」は「後志認知症疾患医療連携協議会」を設立
		9	其他	小樽市立病院定礎式挙行
		10	其他	新市立病院のロゴマーク決定（応募数 505）
		10	其他	量徳小学校校友会は量徳小学校メモリアルガーデンの植樹式挙行
		11	其他	開院前の小樽市立病院でドクターヘリによる患者搬送訓練実施
		11	其他	市立小樽病院閉院、小樽市立脳・循環器・こころの医療センター閉院（両市立病院統合新築のため）
		12		12 月 1 日 小樽市立病院開院
12		診療科目 内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、麻酔科 病床 388 床（一般 302 床、精神 80 床、結核 4 床、感染 2 床）		
12		小樽市立病院開院記念式挙行		

2014	平成 26	12	市立小樽病院高等看護学院は名称を「小樽市立高等看護学院」に変更
2015	平成 27	10	旧市立小樽病院跡地に 250 台分の有料駐車場オープン
		10	第 1 回病院まつり開催
2016	平成 28	7	病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG : Ver.1.1 (一般病院 2、精神科病院) 認定
		8	血液内科、糖尿病内科、内分泌内科、腎臓内科、リウマチ科開設
2017	平成 29	3	新小樽市立病院改革プラン策定
		4	地域がん診療病院指定
		4	緩和ケア管理室設置
		4	小樽市立高等看護学院 50 周年記念誌発刊
		5	小樽市立高等看護学院創立 50 周年記念式典挙行
		7	バイプレーン血管造影装置導入
2018	平成 30	4	医療秘書室設置
		10	開院 90 周年記念病院まつり開催、小樽市立病院 90 周年記念誌発刊
		11	開院 90 周年記念式典挙行

建 設 概 要		
1	名称	小樽市立病院 (平成 26 年 12 月 1 日開院)
2	所在地	小樽市若松 1 丁目 1 番 1 号
3	敷地面積	14,882.85m ²
4	建築面積	7,342.61m ²
5	延床面積	30,862.52m ² (実床面積 30,335.01m ²)
6	階数	地下 1 階、地上 7 階、搭屋 1 階
7	構造種別	鉄筋コンクリート造、免震構造
病 院 の 概 要		
8	病床数	388 床 (一般 302 床、精神 80 床、結核 4 床、感染 2 床)
9	診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、糖尿病内科、内分泌内科、腎臓内科、神経内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、精神科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、麻酔科
10	専門センター	消化器病センター、心臓血管センター、脳卒中センター、認知症疾患医療センター
11	駐車施設	市立小樽病院跡地に 250 台収容の駐車場 (平成 27 年 10 月 16 日供用開始) を整備 ※身体障がい者用駐車場 : 16 台 (駐車場内 5 台、正面玄関前 (屋根付き) 4 台、救急前 7 台)

施 設 認 定 等
保険医療機関
労災保険指定医療機関
生活保護法指定医療機関
指定自立支援医療機関（育成・更生医療、精神通院医療）
原子爆弾被爆者一般疾病指定医療機関
エイズ診療拠点病院
地域がん診療病院
北海道指定精神科病院
北海道指定精神科病院応急入院指定病院
第二種感染症指定医療機関（結核病床・感染症病床）
災害拠点病院
北海道 DMAT 指定医療機関
原子力災害医療協力機関
救急告示病院
小樽市二次救急医療機関（病院群輪番制病院）
北海道認知症疾患医療センター
特定疾患治療研究事業受託医療機関
小児慢性特定疾患治療研究事業受託医療機関
基幹型臨床研修病院
日本内科学会教育認定施設教育関連病院
日本リウマチ学会教育施設
日本消化器病学会専門医制度認定施設
日本消化器内視鏡学会専門医指導施設
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
日本外科学会外科専門医制度修練施設
日本消化器外科学会専門医修練施設
日本婦人科腫瘍学会専門医制度指定修練施設
心臓血管外科専門医認定機構認定基幹施設
日本脈管学会認定研修指定施設
浅大腿動脈ステントグラフト実施基準管理委員会認定施設
日本ステントグラフト実施基準管理委員会認定腹部ステントグラフト実施施設
日本ステントグラフト実施基準管理委員会認定胸部ステントグラフト実施施設
日本脳神経外科学会専門医認定制度研修プログラム研修施設
日本脳卒中学会認定研修教育病院
日本形成外科学会専門医制度認定施設
日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設
日本泌尿器科学会専門医教育施設
日本眼科学会専門医制度研修施設
日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設
日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
日本病理学会研修登録施設
日本臨床細胞学会認定施設
日本麻酔科学会麻酔科認定病院
日本ペインクリニック学会指定研修施設
日本がん治療認定医機構認定研修施設
日本静脈経腸栄養学会 NST 稼働施設
札幌医科大学卒前教育関連施設
病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG : Ver.1.1（一般病院2、精神科病院）

小樽市病院局組織図（平成 29 年 4 月）



論 文

医療従事者の知っておくべき倫理問題

並木 昭義

小樽市病院事業管理者・病院局長

要 旨

日常臨床において医学、医療の倫理問題は重要であるが、多忙な医療従事者はあまり関心を寄せないのが現状である。しかし、これからの医学・医療界は時代の要望に応じて変化していくことになり、当然倫理問題にも真剣に取り組むようになる。医療者が高い評価を受けるには自分の知識、技術を磨くことだけでなく、人として正しい道を歩むために倫理観、道徳心を養い、信頼と尊敬を得ていることが強く求められる。本論文では医療人としての自覚と、果たすべき職務を知ること、そして終末期医療における倫理問題について関心を持って対応することを目標にした。そこで具体的な項目として医療の実情、医療人のプロフェッショナルリズム、日本の倫理問題、医の倫理の知識と実践、医師の職業倫理の実際、終末期医療の倫理問題と見解、終末期の治療での開始・継続・中止の問題、延命治療の倫理、安楽死、尊厳死の法制化の問題などを取り上げて既説した。

キーワード：医療従事者の立場と役割、医療人の知っておくべきこと、終末期医療と倫理問題

はじめに

激変する社会環境の中で、医療環境も大きく変化している。これまでの「医療は提供するものである」という考え方から、「医療は求められるものである」との認識を持たなければならない。

「医療は提供するものである」とは医療者側の立場に立った医療である。

「医療は求められるものである」とは①患者・家族、そして国民の立場に立つ医療、②患者・家族に満足と安心感を与える医療、③国民に幸せと希望を与える医療、④患者・家族、そして国民から選ばれる医療である。

この医療の円滑、円満な実施には医療従事者として、知っておくべきこと、特に倫理問題について適正に理解し、実践することが大切である。本論文では医療従事者の立場と役割、医療人として知っておくべきこと、日常臨床で大切な倫理問題の項目についてそれぞれ細項目を挙げて簡潔に概説する。

1. 医療従事者の立場と役割

- (1) 医療は臨床現場における医学（学問）、医術（診療）、医道（倫理）を実践することである。
- (2) 従事者は医療を提供する者（医師）、医療に携わる者（看護師含むコメディカル）、医療を支える者（看護助手、メディカルクラーク、事務職員）の医

療人に分かれる。それぞれの立場、役割を理解してチーム医療に尽力して、貢献することが大切である。

- (3) 医療人には社会人としての常識、医療人としての責任と義務、専門職としての使命感を持って行動することが求められる。

2. 医療人として知っておくべきこと

1) これから医療に求められるもの

- ①患者中心の医療：患者の権利と満足度を重視、②高度の医療：チーム医療の実施、③質の高い医療：evidence based medicine (EBM) に基づく医療、④効率的な医療：クリニカルパスの実施、そして⑤安全な医療：リスクマネジメントの確立などである。

2) 患者中心の医療の実施

- ①情報公開：情報の共有化、②良きコミュニケーション：相互理解、信頼関係、③インフォームド・コンセント：患者の同意のもと最適の医療を提供、そして④サービス精神：患者を顧客として対応することなどが必要である。

3) 患者とのコミュニケーションとインフォームド・コンセントの重要性—ある法律家の忠告

「われわれ法律家が医師の皆さんに与えることができる最善のアドバイスとは、感受性と思いやりを持って振

る舞い、患者を人間として遇することです。そして何よりも重要なことは、患者と話をすること、一度だけでなく何遍も話すことです。インフォームド・コンセントというのはプロセスだということを忘れないことです。

このプロセスを実践する過程で個々の患者の意思決定スタイルが理解できるようになるはずですが、決して決して患者に決定を急がせてはなりません。忙しくて患者と話している時間などないなどと決して患者に思わせてはなりません。なぜならあなたがどれだけ多量の情報を提供したとしても、もし患者が「あなたには自分とは話す時間がないのだ」と思ったとしたら、その患者は怒りの気持ちを抱くことになるからです。『怒った患者』の別名は『原告』ということになるのです。」この内容は日常臨床において常に留意すべきことである。

4) 医療人としてのプロフェッショナリズム¹⁾

(1) プロフェッショナリズムの意味：高度な技能と職業倫理、そして自己規律を保ちながら患者と社会のために専心することである。

(2) 医療人の心構えとして3つの要因が必要：①倫理的、道徳的な要因：患者の幸福の優先、自律性の尊重（患者ファースト）を考えて、倫理・規範・責任の尊重を心掛ける。②人間的な要因：誠実、優しさを示し、他者を思いやり、尊重する気持ちをもつ。③自己啓発的な要因：継続的学習、自己開発を行い、探究心・反省心をもって自分を高める、ことである。

(3) 医療のプロフェッショナルとして評価される要件：
①自分の置かれた状況が医業（患者の生命に直結、24時間365日の仕事）であることを常に認識する。②自分の行動、言動に責任、品格を持ち、周囲から信頼、尊敬される。③自分の仕事に熱心に取り組み、成果を上げ、それが高く評価される。④自分の仕事に対して客観的で、視野を広げる、また違った立場から見直すなどして貴重な経験をして、仕事の内容、質を深める。⑤自分の仕事、活動に対して謙虚、感謝、貢献の気持ちを持って対応する。⑥自分の仕事、生活は自分で責任を持つ覚悟をする、ことである。

(4) 貴重な自験例の紹介：

①自分の父親のがん終末期を家族の立場で経験した。患者が如何に医療者に対して遠慮していること、その一方で厳しい目で人間としての医療者を評価していることを痛感した。教室員には弱い立場にある患者に対応する基本姿勢を指導した。特に患者の立場、存在、プライドを傷つけないことが大切である。

②自分の兄の心肺蘇生に直接携わり、蘇生中止を実施した。医師の兄は生前に私にだけ不必要な延命治療をしないように強く要望していた。そのため、蘇生中止を家族に伝える時、理解、納得を得るのに苦慮した。中止行為が患者の死の最終決定となるので何度経験しても複雑な心境であった。切迫した事態や自分の肉親に対して冷静、客観的に対応することは困難であり、覚悟と勇気が必要である。

③自分が冠動脈バイパス手術を受け、上手な麻酔とは術後苦痛なく円滑に回復すること、そして麻酔科業務は周術期管理であることを確認した。このことは日頃教室員に指導していたことであり、適切な麻酔管理のあり方が明確になった。体験をしてはじめて真のことがわかるものであり、それを最善の医療のために活用することが大切である。

3. 日常臨床で大切な倫理問題について²⁾

1) これまでの日本の倫理問題の特徴

- (1) 医療者の要因：医学教育では患者を生物体とし、ケアより治療を重視、患者中心ではなく医療者中心の診療、医師のパターナリズム（医師にお任せ医療）の普及、看護師などコメディカルの地位と役割の低さがみられた。
- (2) 患者・家族の要因：患者の自律意識と生活観確立の低さ、日本的な家族の絆の強さ、家族が死を受け入れられず治療の要請がみられた。
- (3) 社会・伝統・文化の要因：個人よりも家族重視、パターナリズムを生みやすい風土、患者の精神的負担を可哀想うという考え、終末期ケアへの国民の認識の低さがみられた。
- (4) 医療システムの要因：技術優先で進んできた弊害、緩和ケア体制の欠如、病院に代わるケアの場の不足がみられた。

2) 終末期医療に関する法的諸問題について

- (1) 終末期患者では家族、医療者間で納得、同意を得てもDNR（蘇生を行わない）、治療中止、消極的安楽死、ましてや死に直結する積極的安楽死を行うと、刑事罰に問われることがある。
- (2) 一般的に患者が安らかに死、家族、医療者が納得、満足すれば良いとこれまで思われてきたが、そのことが本当に患者の意思が尊重された適切なものであったかの証明を求められることがある。
- (3) 問題の生じる状況の場合にはその施設の委員会や他の機関に予め通知、承認を得ておく必要が生ずる。
- (4) この問題は医療者間で適切な規範（ルール）を作

る、あるいは行政的ガイドラインを作成するのが妥当である。

3) 医の倫理についての基本的知識³⁾

- (1) 医には科学的な学問としての医学、技術としての医術、道徳的実践としての医道の3つの意味がある。
- (2) 医の実際の医行為が医療である。
- (3) 倫理とは社会生活において人として守るべき正しい道（道徳）である。
- (4) 倫理は時代、文化、地域、国民性、個人的な背景によって影響を受け、理念、活動方針に差違がみられる。
- (5) 医の倫理は医療者の対病者、対世間、対同業者に対する思考、行為を律する決まりである。
- (6) 医の倫理には生命倫理から医学研究の倫理、臨床上の倫理、医業の倫理などがある。

4) 医の倫理の変革—パターナリズムの医療から患者中心の医療へ

近年になって医学・医療が進歩し、人々の医学・医療への関心、知識また期待および権利意識が高まり、これまでの医療行為をすべて医師に任せ、親子関係のような人間関係によるパターナリズム医療に納得しなくなった。そして医療は医師が施す慈善の行為でなく、国民は誰でも医療を受ける権利があり、医療については患者が主体になるべきである。これまでの親子の情に基づく医療が否定され、いわば患者は子供でなく、一人前の人間であるという考え方が強まった。

5) 医の倫理の実践に当たっての要点⁴⁾

- (1) 医の倫理の4つの基本的考え方を念頭におく。臨床倫理の4原則である。それは①患者の自律性、自己決定権の尊重（患者の人権の尊重、擁護）、②善行の原則（患者の利益をまず考える）、③公平、公正さ（患者の貧富、身分などの差別をしない）、④人間性、人道（患者の人格、感情を傷つけない）の実践である。
- (2) 医療は医療機関と患者との間の民法上の契約だと考える。説明と同意が重要であり、同意は適宜文書でとる。
- (3) 倫理は基本的には個人の問題であり、強制的なものでない。しかし人が社会の中で生活していく上での倫理上の共通した考え方、および医療行為についての規定、規則を定めておき、各自がそれを守ることが必要である。

6) 医師（医療者）の職業倫理について^{1) 5)}

指針となる日本医師会の医の倫理綱領（2000年4月採択）は6項目からなっている。対病者、対世間、対同業者向けの戒めが記載されてある。それには①医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。（対病者）②医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。（対世間）③医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。（対病者）④医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。（対同業者）⑤医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。（対世間）⑥医師は医業にあたって営利を目的としない。（対同業者）などである。

7) 日常診療における医師の職業倫理の実際と留意点⁶⁾

- (1) 患者への診療における対応：
 - ①患者を一社会人として人権を尊重する。
 - ②医師の説明—患者の納得—同意のプロセスを重視する。
 - ③診療内容の特徴（利点、欠点）をわかりやすく、しっかりと説明する。
 - ④医師は患者にとって何が最善であるかを判断して診療を進める。
 - ⑤患者にも共に病気に立ち向かっていく覚悟と責任を求める。
- (2) 患者への理解を深める対応：
 - ①患者の真意、要望を知るために最大限努める。
 - ②患者との信頼関係、良きコミュニケーションを取れるよう心掛ける。
 - ③その患者に通じる言葉を用いて会話をし、安心感を与える。
 - ④患者がどの程度自分の病状および医師の説明を理解しているか確認し、対応する。
- (3) 患者にインフォームド・コンセント（IC）を求めるときの対応：
 - ①患者は気兼ね、不安、緊張していることを配慮する。
 - ②医師は同意を求めるに当たり高圧的態度をとらない、決断を急かせない。
 - ③患者が治療に対して拒否する場合、患者にどうしても必要な治療には家族、知人などを交えて説明、相談する。（エホバの証人、がん患者）
 - ④治療が生命に直結する場合には複数の医師、また病院の対策委員会、さらに外部機関に相談して、対応する。
- (4) ICの例外の場合の対応：
 - ①正常の判断能力のない患者：幼少児や知的障害者など、この場合家族や後見人に対するICが必要。
 - ②緊急事態：救命の緊急処置が必要とされるような場合。
 - ③公衆衛生上の必要性：伝染病などは、法律上の規定に従う。
 - ④診療上の必要性：病名や症状を

正しく知らせることが患者の診療に支障をきたす恐れがある。判断は慎重に行う。⑤社会的利益が優先される場合：患者、医師でICを得ても医療行為が許されない場合がある。例えば男女の産み分け、クローン人間の作成、代理母とか特に生殖医療分野で問題を抱えている。

8) 法律で定められた医師の業務上の義務⁹⁾

(1) 応招義務：

「診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には正当な事由がなければ、これを拒んではならない」(医師法第19条)、医師は可能な限り特に緊急を要する場合には診療に応ずるべきで、その判断は医師各自の良識に任されている。

(2) 異常死体等の届出義務：

①「医師は死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異常があると認めるときは24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」(医師法第21条)。②診療中の患者でも担当医は病死以外の事故死や原因不明の死亡については検案し、異常死として警察に届け出る必要があると捉えられている(日本法医学会：異常死体ガイドライン)。③最近では重大な医療過誤が明らかであるか、その疑いが強い場合には所轄の警察署あるいは保健所などの行政当局に届け出るべきであるという考えが強くなっている。

(3) 医師の守秘義務：

- ①「医師が患者について得た情報は他人に漏らしてはならない」(刑法第134条)。この守秘義務は古代から医師の倫理として強調されてきた。
- ②同一の医療機関内では診療上の必要性から医療関係者間で患者情報は共有し利用しうるが、関係者は外部に漏らしてはならない。
- ③例外として、患者が同意、承諾した場合、患者の利益より高次の社会的利益が優先される場合である。裁判所、監督官庁、警察署、マスコミ、その他から情報提供が求められるが慎重に対応し、時に弁護士に相談することが大切である。

4. 終末期医療の倫理問題と見解について^{7), 8)}

1) 終末期と死を巡る諸問題²⁾

- (1) 終末期の定義は2008年日本学術会議が疾病や患者の状態によって3つのタイプに大別した。
- (2) 終末期を①急性型(救急医療など)：妥当な医療の継続にも関わらず死が間近に迫っている状況、②亜急性型(がんなど)：病状が進行して、生命予後が半年以内と考えられる時期、③慢性型(高齢者な

ど)病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態とした。

2) 終末期における治療の開始・継続・中止の問題⁹⁾

全日本病院協会は「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」を2016年に発表した。¹⁰⁾

(1) 生前に意思表示がある場合：

終末期においては、人工呼吸器や経管栄養、補液、抗生剤などの薬物の使用開始と継続が問題となるので、普段から病気の状況に合わせて、事前にどのような治療を受けるのか、或いは治療の継続を中止するのかなどの生前の意思表明を明確にし、文書として残しておく。

(2) 生前に意思表示が不明確か、無い場合：

①本人の言動を常日頃から知っている家族がおり、患者の意思が推測できる場合、その方から本人の意思を聞く。②あらかじめ代弁者が決められており、代理委任状が作成されていれば、代弁者の意思を尊重する。③生前の意思表明が不明確で代弁者が決められておらず、治療により回復が期待できない状態と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い治療を開始しない、或いは治療を中止することを決める。

(3) 蘇生禁止の指示(DNR-order)：

重篤な基礎疾患がある患者で心肺停止のような生命に直接関わる重大な事態が発生した場合、患者の事前の希望があれば主治医は予め「蘇生禁止」の指示書を出しておき、実際に事態が起こった時には蘇生処置を差し控えることが行なわれる。主治医はその適応について十分に検討し、患者・家族の同意を取っておくことが必要である。他の医療者が理解しやすいよう具体的な指示を記載しておくこと、家族や関係者に誤解の生じないように対応することが大切である。

(4) 持続性植物状態に対する延命治療の中止：

わが国では一般の人を対象とした意識調査では多くの人が治療の中止を希望している。日本尊厳死協会の「リビング・ウイル宣言書」でも6ヵ月以上にわたり植物状態にあるような状況になったときの治療の中止を求めている。また学術会議の委員会の報告でも治療の中止について容認する方向を示している。

しかし、わが国では治療の中止を容認する法律もないし、判例もなく、また持続性植物状態患者について行ったアンケート調査(1998年)では治療の中止に

踏み切った例はないとされている。ともあれ、治療の中止の是非についてはなお議論を呼んでいるのが現状である。

3) 延命治療に関する倫理的問題¹¹⁾

回復の見込みのない重症患者のような患者では延命のための医療よりも患者の苦痛を取り、残された日々をより快適に過ごされるようなケア（終末期ケア）を行うほうがよいのではないかと、あるいは人工呼吸器などの助けで延命しているような人ではもはや人間としての尊厳はなく、このような治療は中止すべきではないかと（尊厳死）。

さらに苦痛の激しい人では苦痛から解放するために「持続的深い鎮静セデーション」さらに生命に直結する「延命治療の差し控えや中止」、「安楽死」も考慮したらどうかという主張がされるようになり議論を深めなければならない問題が起きている。

4) 安楽死と尊厳死の法制化の現状¹²⁾

(1) 日本では終末期の患者について行われた医療の中止（抜管など）に対して警察が介入する事件（道立羽幌病院事件（2004年）、射水市民病院事件（2005年））がいくつか起こり、国民の間に日本の終末期医療に対する不信感を生じさせた。

一方医療関係者たちの間では終末期医療における日本の法状況が不明確であり、医療を行うことに不安であり、明確なルールを求める声が上がった。

(2) 厚生労働省はこの不安に対応するため「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を2007年に発表した。

厚労省ガイドラインで強調しているのは①本人の意思に基づいた本人の最善の利益を指導基準とすべきこと、②患者・家族・医療関係者の話し合いによって進められるべきこと、③終末期医療についての決定は担当医一人によるのではなく、「多専門職種医療従事者から構成される医療・ケアチーム」によるべきこと、などである。

(3) 終末期医療の法制化に関する状況：¹³⁾

① 2012年尊厳死法制化を考える議員連盟が発足し、見解を公表するがまだ検討、議論が必要である。②法制化は医療の裁量性を刑罰によって規制しようとするものであり、その法律が一人歩きをする恐れがある。③厚労省ガイドラインが公表された後には終末期医療に関して警察が病院に介入する事件は起こっていない。④リビングウィルを残し、本人が尊厳死を希望しているのにそれが実現されていないという

報告はない。遺族の9割が「最後の医療に生かされた」と回答している。⑤以上のような現状であり、今、無理して尊厳死法を定めなければならないのか疑問がある、との法律家の見解がある。

5. 終末期医療における最近の話題と見解

1) がん患者の持続的深い鎮静の適用について

(1) 症状コントロール困難に対しては：日本緩和医療学会ガイドラインに基づいて検討する。その適用の実施について患者と家族そして医療者側との間で真剣な話し合いを行う必要がある。

(2) 終末期セデーションに関する最近の評価：

①札幌市内の緩和ケア病棟で1年間に10人近くセデーションに関わった医師は「大半の患者は数日で亡くなり、本人の意思でも『命を縮めたのでは』と苦しむ家族が多い。安楽死とは違うが、ボーダーラインだと感じる場合もある」と述べた。患者、家族は意識がなくなり、コミュニケーションがとれなくなることに不安、不満を抱くので適切な対応が必要になる。

②緩和ケア専門病院の医師は「ここ2~3年、緩和ケアを早期から開始し、ケアの質を高めることで終末期の持続的セデーションは行なわれなくなった」と述べた。適切な緩和ケアが早期から実施されるよう心掛けることが重要である。

2) がん患者の心理面のケアやスピリチュアルな面のケアについて

(1) 世界保健機関（WHO）の緩和医療の方針第4項目に患者が死の訪れるまで積極的に生きてゆけるよう支援する体制をとる。家族が患者を世話している間も、また患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとることが示される。

(2) その対応には物語医療（narrative-based medicine, NBM）が有用である。NBMでは患者に自分の人生や苦悩を語らせ、自分の問題に気付かせ、自分に内在する回復力を働かせ自分を回復に向けさせる方法を用いる。

(3) NBMの達成には医療者のコミュニケーション能力が必要である。特に聴き出す能力、安心、信頼される態度が大切である。

(4) 患者は心身の苦痛から解放されることで悩んでいる倫理問題から解消されることがある。

3) 治療方針に対する患者の意思決定支援と体制

(1) アドバンス・ディレクティブ（advance directive, AD）とは¹⁴⁾：事前指示書である。これは「ある患

者あるいは健常人が将来自らが判断を失った際に自分に行なわれる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」である。つまり同意能力のない患者からインフォームド・コンセントを得る方法といえる。アドバンス・ディレクティブには代理人指示と内容的指示がある。①代理人指示とは自前指示を行う者が意思を表示できなくなった場合に決定を行う代理人を指名しておく事前指示である。②内容的指示とは治療についての患者の望みを記録した事前指示で、本人が望んだり拒否したりする治療および代理者が医療の内容を決定する際に指針となる基準を指示しておくものである。

(2) リビング・ウイル (living will) とは：内容的指示のひとつで書面により指示を指す。例えば心肺停止時に心肺蘇生術を希望するか、人工呼吸器の装着を希望するか拒否するか、輸血や輸液など、どこまでの治療を希望するかこれらの治療は拒否するといったことが記載された書面である。

臨床倫理の原則からアドバンス・ディレクティブとリビング・ウイルの日本の現状で起きうる問題点は事前指示と家族の意向が異なるときに国民や民族の文化や歴史が自律尊重より上位に置かれるので、医師の医療行為や決定はそれほど容易でない。また高齢患者の終末期の希望は家族、身体的状況、医療との関係、経験などの因子により影響を受け、容易に変容することが明らかとなった。

(3) アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning, ACP) とは¹⁵⁾：あらかじめ、人生の最終段階に向けて、本人にとって大切な事柄について、よく話し合い、その内容を誰かに伝える、そのプロセスである。ACPは終末期医療において今後ますます重要となってくる。

① ACPの推進の理由は患者本人の意向を尊重できること、家族の心理的負担を軽減できること、地域包括ケアを担い終末期と向き合う病院において、患者本人の選択や本人・家族の心構えを支えることである。

② ACPを生かす意思決定支援体制：それは「本人の意思」「家族の意向」「医学的な判断」の3本柱で構成される。

- a. 本人の意思：「過去」、「現在」、「未来」の3時点における本心の意思からなる。
- b. 家族の意向：「本人の意思の代弁者」、「本人を思う気持ち」、「本人の最善の利益」の3要件からなる。
- c. 医学的な判断：医療の倫理原則に抵触する場合には行為は実施されないことを基本とする。④患者

が望まない医療行為はたとえ医学的には価値があっても実施しない。⑥医療者が推奨できない医療行為は必ずしも実施されない。⑦医療者が無益と考える行為についてはいかに患者が望んでも実施できない、ことである。

- d. 一方、病院医療の現場では最良な医療者でさえ、「本人の意思」を尊重しているつもりでも結果として「医学的利益」を優先する傾向がある。

なお、この課題について最近厚生労働省のホームページに「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の平成30年3月改訂とその解説編が掲載されてあるので一読されることを勧める。

4) 倫理問題に対応する意義と見解¹⁶⁾

時代の流れや社会の要望によって医療状況も変化する。そこで当病院の医療に関する倫理問題の意義と見解に対応する要点について述べる。

- (1) 当病院は急性期患者に対応するため、患者の重症度、医療看護必要度、稼働率、在院日数、入外診療単価、紹介・逆紹介率に敏感に反応する。その一方で倫理的問題に遭遇し、その対応に苦慮する。
- (2) 医療が円滑、円満に実施されるには職員の意識改革、情報の公開、共有、活用そしてチーム医療の要件が必要である。
- (3) 医療従事者には人として正しい道を歩む、時代に受け入れられる倫理観と道徳心すなわち品格を養うことである。
- (4) 品格のある人は人に対して謙虚であり、好かれ、感謝の気持ちを持つことで、信頼され、貢献することで役に立ち、喜ばれる。
- (5) 病院が患者・家族、住民から高い評価をうけるのは患者の診療に対して職員皆が同じ目標に向かって、協力、支援し合い、生き生きと、細心の配慮を払って対応している。
- (6) 職員の勤務体制および環境を時代の変化に適應するように整備する。その実例として複数主治医制、医療者間の連絡、連携体制の推進、IT機器の活用、多職種間での仕事の見直し、協力体制、職員の教育、人材育成などに積極的に取り組む。
- (7) 医療従事者には医療における倫理問題がこれからの患者・家族、そして国民に信頼される、喜ばれる、選ばれる医療にとって極めて重要な要因になるので、その適切な対応が大切である。

おわりに

医の倫理は医療人が正しい道を歩んでいくための指針、規定である。それを円滑、円満に実践していくには、まず医療人である前に立派な社会人になる自覚をもつこと、プロの医療人を目指して知識、技術、人格を磨く自己研鑽をすること、良き人間関係をつくるためにコミュニケーション能力、チーム医療で活躍する実力を身につけることが重要である。

組織（病院）は人（職員）なり、組織の発展には人の成長が大事である。

参考著書・文献・資料

- 1) 特集・医師の倫理・資質向上に向けて：森岡恭彦，跡見裕，羽生田豊，藤川謙二 企画・編集 日本医師会雑誌 140：2509-2567, 2012
- 2) 生命倫理と医療倫理：伏木信次，檉則章，霜田求編 東京 金芳堂：2016
- 3) 医の倫理と法—その基礎知識：森岡恭彦著 東京 南江堂：2004
- 4) WMA 医の倫理マニュアル：樋口範雄監訳 東京 日本医師会：2015
- 5) 医師の職業倫理指針：会員の倫理・資質向上委員会 日本医師会：2016
- 6) 臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ：赤林朗，蔵田伸雄，児玉聡監訳 東京 新興医学出版社：2006
- 7) 終末期医療と生命倫理：飯田亘之，甲斐克則編 東京 太陽出版：2008
- 8) 石垣靖子，清水哲郎：臨床倫理ベーシックレッスン 東京 日本看護協会出版会：2016
- 9) 木村厚：終末期医療をめぐる動向 病院 76：592-598, 2017
- 10) 全日本病院協会：終末期医療に関するガイドライン 2016
<http://www.ajha.or.jp/voice/pdf161122-1.pdf>
- 11) 尾藤誠司：終末期医療の倫理問題 病院 76：599-603, 2017
- 12) 福山好典：人生の最終段階でどこまで医療を提供するか安楽死・尊厳死をめぐる法の動向 病院 77：76-80, 2018
- 13) 日本医師会：安楽死と尊厳死の法制化の現状
<http://www.med.or.jp/doctor/member/kiso/d34.html>
- 14) 植村和正：アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル 日本老年医学会誌 53：207-210, 2015
- 15) 西川満則，三浦久幸：地域におけるアドバンス・ケア・プランニングの進め方 病院 76：604-608, 2017
- 16) 医の知の羅針盤—良医であるためのヒント：Robert B. Taylor 著，石山貴章監修，三枝小夜子訳 東京 メディカル・サイエンス・インターナショナル：2017

医師のキャリアアップに必要な条件

並木 昭義

小樽市病院事業管理者・病院局長

要 旨

本論文の趣旨は「医師という職業における学業、仕事、地位などのレベルを今より高めるためにはどのような条件を必要とするか」である。それを解説するために1) 医療界の実情、2) これから病院および医師に求められるもの、3) 組織の発展と個人の成長、4) 医師としてキャリアアップする具体的要件、5) 人間形成に必要な人、物事との出会いと貴重な思い出などを主たる項目として具体的に取り上げた。

医師のキャリアアップには自己啓発と努力そして組織の人材育成の方針と実践の2つの要因が相互的に作用することが必要条件である。そのことをよく理解して実行すること、特に若手医師には適正な教育、指導をすることが当院だけでなく医療界の将来にとって重要である。

キーワード：医師の立場と役割、教育の方針と実践、キャリアアップの必要条件

はじめに

医師に対する患者・家族そして社会の人達からの期待は大きいものがある。その期待に応えるために医師は知識、技能そして人間力をたえず磨いて、成長していくことが必要である。その達成には医師の真摯な心構え、そして病院の医療および教育の方針と環境をしっかりと整えて、適切に実践することが必要である。そこで本論文では長きに渡り大学、学会等で若手医師の教育、指導に携ってきた者として、若手医師のキャリアアップに役立つ必要な条件について解説する。

1. 医療界の実情

医療は生きものである。医療現場では医療を受ける者で行う者との間に切実、真剣、厳しい、温かい、信頼し合うなど多彩な人間模様が繰り広げられる。この医療現場でこれまでの経験、慣例、規則に固執しては時代遅れの医療が行われ、患者、住民に安心、安全、満足な医療を提供することができない。医療は主として病院で医師の主導のもと行われる

- (1) 医療には：予防、急性期、慢性期の疾患の診療が行われる。診療、教育、研究の充実、発展が求められる。
- (2) 病院には：診療所（クリニック）、中小病院、基幹病院、大学病院がある。各診療科、部門があり、医師はじめ多職種の人達が働いている。最良かつ安全

な医療を提供することが求められる。

- (3) 医師には：臨床研修医、診療医（研究生）、大学院生、各科専門医、指導医、大学のスタッフ（教員）、管理者（病院長など）がいる。それぞれの立場、役割を理解し、医療チームの一員として働くことが求められる。

2. これから病院に求められるもの

- (1) 病院が何のために存在しているのか（理念）、今後何をしようとしているのか（基本方針）を明らかにする。
- (2) 企業・組織からシステムのあり方、経営、管理の仕方を学び、病院の組織機構の改革や職員の意識改革を行う。
- (3) 外部からの客観的意見、助言、そして評価を受けて、改善、改革を進める。
- (4) 病院の医療の質が高いとは：
 - ① 誇れる技術力、対応力、活力をもっている。（診療の質が高い）
 - ② 良好なコミュニケーション、チーム医療が行なわれる。（患者サービスの質が高い）
 - ③ 病院の管理、運営が円滑、円満に実施されている。（経営の質が高い）
 - ④ 患者、職員、そして地域住民と感動、喜びを共有できる。（患者、住民からの評価が高い）

3. これから医師に求められるもの

病院管理者から、同業の医師から、そして患者から、厳しく客観的に評価される。医師として、人間としての評価、実績、資格などが情報公開される。単に医師免許や名前だけの専門医資格をもっているだけでは通用しない時代が確実に来る。このことを肝に銘じ、今から対策を立てておくことが肝要である。

1) 医師として人間として求められるもの

- (1) しっかりした研修、修練を受けている。(出身大学ではなく、どこの病院、診療科で研修、修練を行ったかが重要)
- (2) 医師としての実力、実績、経験があり、客観的に高い評価を受けている。(学会発表、論文作成が重要)
- (3) 医師としての職業意識を持っている。(24時間、365日の仕事を自覚、患者本意の姿勢)
- (4) 医師として望まれる人間性、優れた個人能力を持っている。①人間性。(患者が望むのは明るさ、誠実さ、思いやり、優しさ、安心感、信頼感である) ②常識ある社会性。(挨拶ができる、規則を守る、自分の言動に責任を持つ) ③個性および協調性。④柔軟性と向上心。⑤情報公開力。⑥管理能力。⑦経営的センスなどである。

2) 病院長の苦言：こんな勤務医はいらない(新聞報道)

- (1) ある自治体病院長の苦言(日本病院会ニュース 2017年3月10日)
 - ①人間としての基本的マナーに乏しい。
 - ②時間・規則を守れない。
 - ③協調性に乏しい。
 - ④患者に対して誠実でない。
 - ⑤技術・知識の向上に意欲がない。
 - ⑥総合的に患者を診れない。
 - ⑦反省心がなく、謙虚でない。
 - ⑧医療保険制度を理解しない。
- (2) ある公的中核病院長の苦言(病院新聞 2017年8月3日)
 - ①正論は言うが自分で動かない。
 - ②患者から主治医を変えて欲しいと言われる。
 - ③はい、やりますと言いつつながら他の人に丸投げ。
 - ④看護師、コメディカル等に強気、上司等に弱気である。
 - ⑤責任感、倫理観、覇気がなく、職場の働く雰囲気にも悪影響を及ぼしている。

4. 組織の発展と個人の成長

- 1) この厳しい時代を生き延びる組織には共通点がある。
 - (1) 組織には思いやりがある、コミュニケーションがよくとれている、そして前向きな姿勢で実行している。
 - (2) 働く個人は、相手への思いやりで自分の求められているもの、よく対話することで自分の果たすべき目標、そして前例や経験に囚われずに実行することで自分の成長(キャリアアップ)がわかる。
 - (3) 組織は人なりである。組織の発展には個人の成長が必須であることを理解している。
- 2) 医師のキャリアアップの例—麻酔科医の5段階のレベル(麻酔とは人の心身にわたる全身管理である)
 - (1) 初級：手術患者に麻酔を行う。
 - (2) 中級：患者、術者に麻酔を行う。
 - (3) 上級：患者、術者、看護師、すなわち手術室全体にかつ術後のことを考えて麻酔を行う。
 - (4) 超上級：病院の管理運営に関わり、病院全体に麻酔を行う。
 - (5) 特別級：組織の管理責任者として法人、大学、地方自治体、国に麻酔を行う。
- 3) 組織にとって必要なこと
 - (1) 組織には優秀なリーダーと人材が必要である。
 - (2) リーダーの仕事には気概、見識、実行力が必要である。
 - (3) 人材の育成には教育の環境と体制づくりが必要である。
 - (4) 教育の実施には信頼、尊敬し合える人間関係が必要である。
- 4) 組織のリーダーにとって必要なこと
 - (1) 基本姿勢
 - ①リーダーは一番よく働くことである。働くとは体を働かせる、頭を働かせる、心を働かせることであり、場面に応じてその配分を考える。
 - ②最終の判断と責任を負う。その場合孤独であるが孤立しないことである。
 - ③「オイアクマない精神」、すなわち怒らない、威張らない、焦らない、腐らない、負けない姿勢で対応する。特に自分の都合で怒るのでなく相手のために叱ることに心掛ける。
 - ④職場の雰囲気は明るく、温かく、支え合う、しかし良きライバル意識をもって競い合う、遣り甲斐と緊張感のあるようにする。

(2) リーダー、上司が部下の信頼を失う理由：

- ①多忙を理由に医療の現場にいない。(好かれない、存在感がなくなる)
- ②現場で重大事態が生じた時、迅速かつ適切に対応できない。(信用されない、評価されない)
- ③若手の意見、希望を聞かず自分の考え、経験を押し付ける。(尊敬されない、人が集まらない)

5. 若手医師の人材育成に必要な環境と体制

1) 人材育成に必要な心構え

- (1) 職場は道場である。同じ目的を持った者が知識、技術そして人間性を磨く場である。
- (2) 職場は医学、医療のプロを目差す場である。
- (3) プロとは結果を出し、評価されるために全力を尽す。
- (4) 結果を出すには適切な環境と特に正しい教育、指導が大切である。
- (5) 教育、指導には教える者と教わる者との間に信頼、尊敬し合う人間関係が必要である。
- (6) 若手医師の教育、指導は若手の一生を決めることになるので重要である。
- (7) 若手医師の教育、指導には厳しく指導する者と温かく面倒を見る者が必要であり、その両者の役割分担が大事である。

2) 臨床に興味を持たせるための対策

- (1) 大学ははじめ教育施設においては臨床実習、臨床研修、一般診療の充実を図り、学生、研修医、若手医師に関心をもたせる。(素直な時期に熱意をもって正しい考え方、実技を指導する。鉄は熱いうちに打て)
- (2) 遣りがいのある仕事ができ、その仕事を適切に評価される体制をとる。(人は仕事が忙しいのが辛いのではなく、自分と仕事を正しく認めてくれないことが辛いし、不満である)
- (3) 働く環境の改善および、人間関係が円満にいくように配慮する。(人は理性や権威より、感情、信頼と尊敬の気持ちで動く)
- (4) 各診療科の実情を的確に情報公開する。(ホームページ、広報誌、病院誌など広報手段を充実させる)

3) 臨床研修医、若手医師に贈る5箇条

- (1) 自分が医師として世の中から何を求められているかを知る。(時流を読まなければ渦に巻き込まれるか流される)
- (2) 若い時期の研修、修練を楽に安易に行うと必ず後で

後悔する。(知識、技能が我流になり、医療人として信頼されなくなる)

- (3) 知識、技能は正しく、繰り返し学習し体で覚え込む。(そうすることで知識、技能が知恵になり応用されていく)
- (4) 人から教えを請うにはまず先に自分にできることを積極的に提供する。(give, give and takeの精神である)
- (5) 自分の目標の達成にはPANが必要である。(Pはpriority、Aはaction、Nはnever give upである)

4) 研修医、若手医師の日常診療を円滑、円満に行うのに必要な14の心得

- (1) 所属する病院の理念、基本方針、諸種の規定をよく知って行動する。
- (2) 医師である前に社会人、大人であることを自覚して、社会常識を弁えて行動する。
- (3) 具体的な態度としては：①声を出しての明るい挨拶、特にオアシス運動(おはよう、ありがとう、失礼します、すみません)を心掛ける。②約束、特に時間を守る。③予定のある、都合の付かない場合はきちんと連絡する。
- (4) 必要時、特に緊急時に備えて、いつでも直行できるように、連絡場所、方法を明確に伝えておく。
- (5) 電話連絡があった場合、とにかくすぐに現場に駆けつける。患者の状態を予め把握して対策を立てておくことがより大切である。
- (6) 診療の現場では自分の出来ることを判断して、若さ、体力を最大限活かして活動する。
- (7) 思い込み、独断は危険であるので必ず確認の声かけ、問い合わせを行う。ハウレンソウ(報告、連絡、相談)に基づいて行動する。
- (8) 先輩医師、看護師などドメディカルから好かれ、信頼されて、指名の掛かるように普段から言葉遣い、態度に気を付ける。チームの一員として認められる。
- (9) チームの人達との交流の中での雑談からの耳学問、他の医師達の手技を見学する中で自分に役立つ見取り稽古をする。
- (10) 診療には予習、実施、復習が大切であり、特に自分の実施したことの経過をしっかりと、復習、反省することがその人の成長のため重要である。
- (11) 若手医師、特に研修医は診療に未熟であることを自覚し、診療に当る患者に感謝し、苦痛、不安のないように最大限に配慮する。失敗を恐れずに繰り返しさないように心掛ける。
- (12) 医師として一人前に働くのに必要なペース配分お

よびスタミナを身につける。

- (13) 自分が嫌な目、理不尽な辛い目に会った経験を他人、特に後輩に同じようなことはしない。その態度は後輩から好かれ、信頼される。
- (14) 適切な臨床研修、診療体制、環境、待遇が整えられることは当然であるが病院の状況、自分の実力、実績、立場、役割を弁えずにおねだり要求することを慎む。

5) 特に若手医師に求められるのは

- (1) 明るく、生き生きと、前向きな姿勢で仕事をしている姿勢を医学生、研修医にみせる。(最も効果的な啓発行動になる)
- (2) 高い意識と目標を持って臨床、研究、教育の仕事に取り組む。(専門医、学位、留学に挑戦する)
- (3) 自分の実力、実績を第三者に評価してもらうために、医学・医療の知識、技能そして人間性を磨くことである。(初期研修医の時期から動機付けを行い、良き指導環境を活用する)

6. 医師のキャリアアップする具体的要件

1) 学会発表、論文作成の意義と実行

- (1) 自分が経験した貴重な症例や研究を検討し発表することで自分の仕事を客観視でき、問題点を把握できる。
- (2) 論文作成することで自分の仕事の内容、質をよく理解でき、新しい知見や今後の方向性を知ることができる。
- (3) 学会発表、論文作成の過程は共同・協力者とのチームワークであり、最良のコミュニケーションになる。
- (4) 論文が専門家の査読をうけ雑誌に掲載されて、はじめて仕事が終了したことになり、自分の存在を多くの人達に示すことができる。
- (5) 論文作成活動を繰り返すことにより実力、自信が付き、専門医の資格を円滑に取れる、また学位取得や研究費獲得のための基礎研究、臨床研究を行えるようになる。

2) 雑誌の論文掲載に取り組む目的と意義

- (1) 論文作成には起承転結が必要である。すなわち目的があり、それを明らかにする手段を用い、得られた結果を自分以外のものと比較検討し、自分の仕事から得られた結論を導き出す。このストーリーが大切である。
- (2) 論文作成に当り、大切なことは自分の仕事を通じ、社会に少しでも役立つことを第一に考える。さらに

論文には旬があり、時間が経つと価値が下がるので集中して仕上げる。

- (3) 作成する論文は宝石にたとえられる。宝石は一生懸命、誠実に磨けば磨くほど美しく輝く。この宝石すなわち論文を磨き上げることはその人の人格を磨くことであり、その人の成長、所属する組織の発展に貢献する。
- (4) 独創性、有益性のある仕事そして論文は個人の実績、そのグループの業績だけでなく、病院の評価を高めるためにも重要である。

3) 基礎研究の意義

- (1) 臨床での疑問点の機序を究明できる。
- (2) 物事を論理的に考え、客観的に対応できる。
- (3) 忍耐力と謙虚さ、そしてリサーチマインドが身に付く。
- (4) 質の高い臨床研究が行える。

4) 臨床研究の意義

- (1) これからはしっかりした、優れた臨床研究が高く評価される。
- (2) 臨床研究が海外の学会で通用する、そして雑誌に掲載されることは個人だけでなく施設の評価を高める。
- (3) 学位論文になる臨床研究を目指すことが大切である。
- (4) 臨床研究を通して臨床医としての実力、実績が付き、専門医として若手医師の教育、指導ができる。

7. 患者から最良と評価される病院

1) 患者に最良の病院と評価される理由

- (1) その施設が立派であるとか、著名な医師がいるとかではなく、職員全体が患者の人権を大切に、温かい配慮をするサービス精神がある。
- (2) 職員間のコミュニケーションがよく、病院のどの部門に行っても自分のことを知っていて声を掛けてくれて、安心できる。
- (3) 各部門間でのチーム医療がよく行なわれており、診療内容をわかりやすく説明してくれて満足できる。この患者サービス、コミュニケーション、チーム医療の意義を理解することが大切である。

2) 医療におけるサービス提供の重要性

- (1) 医療でのサービスには医療面、人的面、設備面から考える。
 - ①医療面：患者にとって最善あるいは最高の医療を施す。
 - ②人的面：患者に最良の医療を施し、患者から喜ばれ、感謝され、それを医療者の喜び、生き甲斐にする。

③設備面：患者に快適で、満足、安心できる環境を整える。

良い医療サービスの提供により、患者から信頼され、他の患者を紹介される。

3) 患者への対応の基本姿勢

(1) 患者から良い評判を受ける態度

①患者には思いやる、明るい、ユーモアのある態度で接する。

②患者の自尊心を傷つけない。

③患者の要求に冷静に応じながら指導、治療する。

④治療は説明、納得、同意のもとに行う。

⑤患者に安心感と満足感を与えるように心掛ける。

(2) 患者から悪い評判を受ける態度

①話をよく聞いてくれない。

②言葉遣い、態度が無礼である。

③医療者の考えや都合を一方的に押しつける。

④親身になってくれない。

⑤約束を守らない。

4) コミュニケーションの意義と実施の留意点

(1) コミュニケーションはお互いに必要な知識、情報、経験を共有、共感し、お互いに理解、期待、要求し合うものである。

(2) コミュニケーションには縦、横、斜めの3つの場面がある。

①縦のコミュニケーションはその部門の人達の上下の関係で情報の浸透、汲み上げを行う。

②横のコミュニケーションは他の部門の人達との連絡、連携をとる、チーム医療である。

③斜めのコミュニケーションは専門の関係者、組織（弁護士、保健所、警察、医師会、官庁、保険会社、医療機器、製薬会社など）との相談、連携を行う。

この3つのコミュニケーションが場面に応じて機能し、運営されることが重要である。

(3) 患者に対する基本的なコミュニケーション技能：

①目や顔を見て視線は同じ高さ。

②患者に話すよう促す。

③相槌を打つ。

④患者の話しをさえぎらない。

⑤患者の言いたいことを言葉で反復し、理解したことを伝える。

⑥事実に基づいた情報を提供する。

⑦患者が自由に答えられるような質問をする。

⑧沈黙を恐れることなく無言で寄り添う。

⑨非言語的コミュニケーション（表情、動作、外見に関するもの）が必要である。

5) チーム医療実施上の留意点と意義

(1) 病棟の医師、看護師の他に各科専門医、コ・メディカル、そして家族を含めてチームを構成する。各専門分野の共同作業として質の高い医療を施す。

(2) チームメンバーにはそれぞれ果たす役割、仕事がある。各専門分野で信頼される知識、技術そして経験を提供する。

(3) チームメンバーはお互いを尊重し、助け合うようにする。共通の目標の達成には円滑、円満な人間関係が必要である。

(4) グループとしての長所、短所を知ってまとまりのあるチームにする。情報の公開、共有、活用をして真剣に話し合う。

(5) チームにはリーダーが必要である。

リーダーはリーダーシップ（指導者としての判断力、統率力、見識力、実行力、人間力）を発揮する。

(6) チーム医療を理解、実践できない医療者は医療界から淘汰される。特に緩和医療に携わる者はチーム医療の適切な実施の重要性を知る。

8. 人間形成に必要な出会いと貴重な思い出

「人生出会いと思い出づくり」は私の座右の銘である。人は各々の人生において多くの出会いに遭遇する。その出会いには時代、社会、環境、人物、仕事、立場と役割、その他色々な出来事がある。

人は素晴らしい思い出づくりのために出会いのChanceを最大限活かし、果敢にChallengeし、そして状況を積極的にChangeしていく。その3つのCによって人は進化、成長し、組織は発展し、そして社会は恩恵を受ける。

私の人生において特に貴重な人物との出会いと思い出づくりが重要かつ有意義であった。若い先生方には「人との出会いと思い出づくり」に是非積極的に取り組むこと、その機会を最大限活用することが大切である。

1) 高橋長雄先生（先代教授）の教え

高橋先生の教えは「日常臨床を大切にし、自分のデータを持ち、まとめなさい」であった。それは「自ら臨床および基礎研究を行い、その結果を分析、評価して学会発表、論文投稿をきなさい」という教えであった。

酒好きで強い高橋先生の忠告は酒席で酒に飲まれる、乱れる、迷惑をかけることは酒を飲む資格がないし、酒に対して失礼である。酒はその人の本性を表出させるので注意することであった。（私には多くの酒席で人に出会ったことが私の人間性の育成と人脈形成に役立った）

2) エール大学留学時代の貴重な経験と教え (新しい環境が人を育成する)

- (1) 米国はすべてがスケールが大きく、物質的に豊かで、かつ生活が楽しめる魅力的な国であった。(留学の目的が明確でなければ、仕事は成就せず、安易な生活に流される)
- (2) 個人の権利、主張は尊重するが個人に厳しい評価を与えた。(自分の身は自分で守ること、自分の行動、結果は自分で責任を持つ)
- (3) 人間性は世界共通で、日本で好かれるものは米国でも好かれた。(語学の才能以上に人間性が大切である)
- (4) 北畑先生の主任教授としての責任感のある、誠実で、忍耐強い態度、そして共同研究者の J. G. Collins 先生の研究者、教育者としてのすばらしい才能と人格に感銘した。(米国で生き延びるには才能、努力、人格が必要である)
- (5) 仕事に対する態度、成果は適正に評価された。(誠実に粘り強く、責任を持って努力したことは必ず報われる)

3) 曹洞宗管長、宮崎禅師様の人柄と教え

禅師様は腰痛治療のため福井の永平寺から私のペインクリニックに治療にくる患者さんでした。何事にも悠然としており、オーラを感じる立派な方でした。

禅師様は人間の名誉欲、見栄やわがままな考え方や行動を克服するために座禅をする。座禅による修行とは

- ①毎日集中して、一生懸命実行することである。
- ②何かを求めたい、得たいという雑念が入るから不信、不平、不満が出てくる。
- ③人間はまねることから始まる。まねることは学ぶことである。一生まねると本物になる。繰り返し命がけて実行することが大切であると語られた。

4) 稲盛和夫氏の教え

私は 2009 年 4 月に札幌医科大学の教授から小樽市病院事業管理者として病院再建のため赴任した。その同時期に日本航空が経営破綻し、その再建のために京セラから稲盛和夫氏が会長として赴任した。その対応に当る稲盛氏と私は、それぞれの周囲から火中の栗を拾うことになると同様に心配された。

稲盛和夫氏は「六つの精進」の教えを全職員に提示した。「六つの精進」とは企業経営をしていくための必須条件である。それと同時に、人間として素晴らしい人生を生きていくために守るべき基本的条件である。

この「六つの精神」の内容：

- (1) 誰にも負けない努力をする：一生懸命に働くことで仕事を好きになり、惚れこむことで働くことが苦でなくなる。仕事に打ち込むことで創意工夫が生まれ成長する。
- (2) 謙虚にして驕らず：謙虚であれば人から好かれ、信頼されるため正しい情報が入り、適切な判断ができる。
- (3) 反省のある毎日を送る：反省のある毎日を送ることで自分の人格、魂を磨くことができる。目標が明確になり、成果を上げる。
- (4) 生きていることに感謝する：自分で生きているというより、周囲に生かされていることに気付き、感謝し、共に働くことに幸せを感じる。この気持は人生を豊かで潤いのあるものにする。
- (5) 善行、利他行を積む：人のために善きことを実行すれば運命を良い方向に変えることができる。人が他人に行ったことは後で何らかの形で還元される。
- (6) 感性的な悩みをしない：すでに起こったことはいたずらに悩まず、改めて新しい思いを胸に包み、新しい行動をする。

「人間万事塞翁が馬」である。何が幸いになるか禍になるかわからないので一喜一憂しないことである。そして「人事を尽して天命を待つ」心構えが大切であることを知った。

5) 2人のノーベル賞受賞者との貴重な出会い

根岸英一先生 (80 歳、米国パデュー大学特別教授) には 2015 年 5 月に岡山での開講記念式典、懇親会、そして鈴木章先生 (85 歳、北海道大学名誉教授、私の高校の先輩) には同年 10 月函館での学会、懇親会で出会った。2人に共通する印象は外見に威厳があり、後光のさす雰囲気であるが、直接お会いすると明るい笑顔、元気はつらつとした声、話しにユーモアがあり、相手を気遣うやさしさ、温かみのある態度であり感動した。

(1) 根岸英一先生のメッセージと思い出

- ①化学研究者の心掛けは熱意をもって野心的に挑戦する、基礎的なことをしっかりとかつ広く身に付ける、そして創造的に物事を進めていくことであると強調した。
- ②若い人達には勇気と元気を出して、海外に出て活躍する夢を持ち続けることを勧めた。
- ③現在自分を幸せにする 4 条件は健康、家庭、仕事、趣味に恵まれることである。家庭が仕事より順位が上にある理由は奥様、娘、孫との生活、交流が自分の生きがいのため最も大事にしているからと述べた。

(2) 鈴木章先生のメッセージと思い出

- ①日本は資源のない国なので、日本独自の付加価値の高い、人の役に立つものを創り出し、それを海外に輸出して財源を得なければ生き延びていけない。そのことをしっかり自覚して、きちんとした仕事、研究を行うことが大切であることを強調した。
- ②若い人達は自分のため、日本のため海外に出て、世界の多様な人々の中で身を置き切磋琢磨して、世界に通ずる活躍をすることが大切であると述べた。

9. 21世紀将来の医療の行え

- (1) 患者、国民はコンピューター、インターネットの発達、普及によりより多くの医学専門知識をえる。医師はすべてを知っているわけではなく、自分の限界を隠すべきではない。
- (2) 患者、国民は消費者となり、自らの意思で医療行為を受ける。医師は患者の要望に応じて、治療者やアドバイザーになる。
- (3) 患者、国民は医療専門職や行政と同じテーブルを囲む地位を獲得する。
- (4) 医師は患者と以下のことを同意のうえで契約関係を結ぶ。その内容は：
 - ①死、病い、痛みなどの症状は患者のものである。
 - ②患者は自分の病気および選んだ医療行為に責任を持つ。
 - ③医療には限界がある。特に社会的問題を解決するのは困難である。
 - ④医療には危険を伴う。

おわりに

その人のキャリアアップに必要なのは①自分の意欲、努力、②自分の置かれた環境、③人格、人間関係、人脈、④出会いと運命の4つの要因に恵まれることである。この実現には明るく、素直に、前向きな姿勢と周囲に対する謙虚、感謝、貢献の心構えを忘れずに地道、粘り強く、誠実に実行していくことである。努力、苦勞した者には幸運が巡ってくる。必ず道が拓ける。本論文は私が長きに渡り、医学、医療界での教育と人材育成について、大学の教授として学生、臨床研修医、若手医師および学会の会長、理事長として、若手学会員に指導してきたこと、そして多くの病院、医師会の医療者に対して講演、論文^{1) 2) 3)}、著書^{4) 5) 6)}で啓発してきたこと、さらに多くの人の提言および他者の著書^{7) 8)}で学んだことを加えてまとめたものである。この論文が当院の職員だけでなく、多くの医師のキャリアアップに少しでも役立てば幸いである。

参考著書・文献

- 1) 並木昭義, 日本における麻酔科と麻酔科医の課題と展望, 臨床麻酔; 35: 9-15, 2010
- 2) 並木昭義, 論文発表に取組む目的と意義, 小樽市立病院誌; 1, 11-18, 2012
- 3) 並木昭義, 局長メッセージと広報・教育活動の総括, 小樽市立病院誌; 2, 13-18, 2013
- 4) 思いを伝える教授のメッセージ: 並木昭義著, 札幌, 北海道医療新聞社, 2009年
- 5) ある麻酔科医の軌跡—人生出会いと思い出づくり: 並木昭義著, 東京, 悠飛社, 2011年
- 6) 並木昭義教授退職記念誌: 札幌医科大学麻酔科学講座発刊, 札幌, 中西印刷, 2009年
- 7) 阿部正和著作・講演集: 阿部正和著, 東京, 医学書院, 1993年
- 8) 平静の心—オスラー博士講演集: オスラー著, 日野原重明・仁木久恵訳, 東京, 医学書院, 1984年

病院の価値を高めるための連携活動の重要性と組織の社会的責任 (corporate society responsibilities: CSR) を意識したブランディング戦略

～脳神経外科における取り組み

新谷 好正

小樽市立病院 脳神経外科

要 旨

本来の業務に加えた対外的活動が、組織全体の価値を高めることにつながっている。質の高い総合的医療を行う地域基幹病院を維持するためには、地域で信頼される必要がある。そのためには、より広い範囲での評価を勝ち取る必要があり、行動すべき範囲は地域のみならず、グローバルなものとなる。

キーワード：CSR、地域医療連携、ブランディング、組織運営

背景

いかなる組織であっても継続的に活動が維持されるためには、本来の事業を成功させることはもちろんであるが、同時に社会的責任を果たすことが不可欠である。医療を行う病院にしても、医学のグローバル性の一方で、医療は地場産業であり、向こう三軒両隣で生きて評価されるものでなければならない¹⁾。

近年、組織の社会的責任 (corporate society responsibilities: CSR) の重要性が認識されるようになってきた²⁾。利潤追求のみでは容認されづらくなり、常に社会的責任について自問し続けなければならない時代である²⁾。

公的病院の一部門を担う脳神経外科でもこのような視点からこれまで通常の業務以外にさまざまな活動を発展させ、継続してきた。

近隣施設の訪問から海外での学術活動まで、多岐にわたる我々の貢献について、主に2017年の取り組みについて一部を概説する。

小樽後志地域での活動

職務上直接のやりとりのある医療関係者との交流である。顔の見える信頼関係を構築し、日常診療の円滑化に直結する。

小樽市立病院講堂を会場として年に数回、国内の著名な脳神経外科医を講師として招き小樽脳神経外科カンファレンスを行っている。我々の発表も同時に行っている。脳神経外科医師のみでなく、市内外の病院から医

師、co-medicalも参加し、関係者の知識のレベルアップに大きく貢献している。

2017年3月13日の第5回小樽脳神経外科カンファレンスでは、藤枝平成記念病院脊椎椎疾患治療センターの高橋敏行先生を招き、脊髄外科治療に関する幅広い内容の講演が行われた(図1)。2017年6月2日の第6回小樽脳神経外科カンファレンスでは、藤田医科大学脳神経外科教授の加藤庸子先生を招き、流体力学の応用、蛍光造影画像の手術顕微鏡内表示など脳動脈瘤手術の最新の技術についての講演が行われた(図2)。2017年11月17日に第7回小樽脳神経外科カンファレンスが行われ、宝金清博北海道大学脳神経外科教授・北大病院長を座長に迎え、禎心会病院脳疾患研究所所長の上山博康先生が、高度な脳動脈瘤手術と治療困難な疾患に立ち向かう心構えについて、テレビ番組の抜粋も用いた発表を行った。

長い歴史のある小樽医師会研究発表会は、我々にとっては脳や神経領域を専門としていない他科の医師らも対象に発表を行える希有な機会である。当科では、年に二度開かれる同会に可能な限り演題を発表することとしている。専門性が高まり時に独善的になりがちな研究内容を、一般的な医療者の幅広い立ち位置から見直して貰う良いチャンスであると共に、思わぬ助言が得られることもある。全く毛色の違った分野の演題を聴くことは、また楽しい経験でもある。2017年9月8日の第84回小樽医師会会員研究発表会では、簡易型遠隔画像閲覧システムの活用による病院間連携の効率化の演題を発表した。

これは幸い高い評価を得て研究発表会優秀賞を授与され、2018年1月19日に小樽グランドパークで行われた小樽医師会新年交礼会で記念講演を行った。

近隣地区の医師会では、寿都医師会、余市医師会でそれぞれ講演のため招待される機会を得た。このような近隣市町村での講演では、脳卒中と地域医療連携を話題とすることが多い。当院に救急車で搬入される患者のおよそ三分の一が脳神経疾患で、その半数が脳卒中を占めており、当院と周辺の病院にとって非常に重要な疾患であるからである。それまで書面や電話口のみでのつながりであったような多くの医師と顔見知りとなることができ、信頼関係の強化を実感している。今後もこのような機会を継続的に求めていく方針である。

国内での活動

学会での発表は、研究内容を同業のプロフェッショナル集団にアピールすることが主眼の一つである。多くの専門家の目を通して自らの仕事の正当性を確認され、ときには厳しい批判にさらされることでより研究内容が確かなものとして磨かれる。詳細は業績一覧を参照頂きたい。

例えば、2017年3月16日に大阪国際会議場で行われた第46回日本脳卒中の外科学会では、ビデオセッションにおいて脳動脈瘤クリッピング術におけるアデノシンを用いた超短時間循環静止法の適応を発表して、推薦演題に選出された。この手術法に関しては、2017年2月3日に高松で行われた脳神経外科救急学会でも優秀演題に選ばれている。非常に有用な手術法で、全国的にも注目されている。これらの学会での交流を通して、本州から当院へ我々の手術の見学を訪れる医師もおり、大変名誉なことと考えている。

また同じく脳神経外科救急学会において発表した新しいMRI撮像法であるArterial Spin Labeling (ASL) に関する演題も同時に優秀演題に選出された。ASLは小樽市立病院統合時に導入された3テスラの高性能MRIを放射線科と共同でフルに活用して開発した撮像法で、これも大きな注目を集めており、2017年7月29日に大阪国際会議場で催されたPhilips Radiology Summer Seminar 2017においても、放射線科医を中心とした参加者に向けて講演を行った。

このように、病院の強みを生かし、様々な切り口から研究を展開していくことが重要と考えている。例えそれが直近の利益に結びつかないとしても、社会的利益に基づく要請があれば、積極的に答えていくことが高度な医療を行う施設の社会的責任である。

国外での活動

外国での学会発表は、参加者の多様性が高いところが特徴である。

4年に一度開かれる世界脳神経外科連合 (World Federation of Neurosurgical Societies WFNS) の総会が2017年8月22日からトルコの首都イスタンブールで開催され、今回は学会運営委員として招待を受けた。脳動脈瘤手術におけるバイパスの使用について、招待講演を行った。世界の超一流の脳神経外科医達と肩を並べてレクチャーを行うことは、英語を母国語としないハンディキャップも有り非常に大きなプレッシャーでもあった。しかし、内容に関しては自信はあり、反応や質疑応答に関しても満足いくものであった。当院だけでなく、日本の脳神経外科診療レベルの高さを示すことができたと考えている。また、脳動脈瘤のセッションでは、信州大学脳神経外科教授・信州大学病院長の本郷一博先生とともに、脳動脈奇形のセッションの座長を務めた。時間が超過する中で込み入った議論を捌くのが大変で本郷先生に助けて頂いたが、貴重な経験であった。研究内容を伝えることだけでなく、世界的に活躍する脳神経外科医との人脈を築くことができることも大きなメリットである。

2017年10月2日に行われたヨーロッパ脳神経外科協会 (European Association of Neurosurgical Societies) の総会では、イタリアのヴェネツィアで体外循環を用いた頸動脈内膜剥離術の口演発表を行った。2017年5月16日にはチェコのプラハで開催されたヨーロッパ脳卒中協会会議 (European Stroke Organization Conference) において、アデノシンを使用した脳動脈瘤手術について、ポスター発表を行った。

一方、2017年12月1日よりアフリカのケニアで行われたアジア脳神経外科学会 (Asian Congress of Neurological Surgeons) が主催するケニア・ライブセミナーに講師として招かれ、バイパス手術と頸動脈内膜剥離術について二つの講義を行い、手術の現地指導を行った(図4)。発展途上国においてはもちろんであるが、ある程度の発展を遂げた国であっても、標準的な治療もままならない中で奮闘している地域が多くある。日本では、国民1万人に一人の割合で脳外科医が居るが、アフリカでは国民100万人あたりに脳外科医が一人という状況である。これを改善するために、前述のWFNSが主導して今回セミナーのような脳神経外科医の育成活動を行っている。このような形で、世界的に見れば比較的恵まれた境遇にある我々も協力を行い、社会的責任・CSRを果たしている。

考察

地域で信頼されるためには、即ち‘小樽市立病院’というブランドの価値を高めるためには、より広い範囲での評価を勝ち取る必要がある。従って行動すべき範囲は病院の中だけではなく、CSRを意識した全地球的なものとならざるを得ない³⁾。講演会活動や学会活動などは院内での医療行為と違い、努力・行動と成果・利益が直結していないため、その重要性が見えづらい。因果関係が時間的・空間的に離れていると、目的が分かりにくい。今回本稿を作成した理由の一つは、短期的な収益に目を奪われずに、長期的な射程で戦略的に仕事を継続していくことの重要性を強調するためである。

チーム医療の必要性が話題に上ることが多くなった。病院全体をチームととらえると、高度な医療を担って発展させることを通じて連携を強め、地域医療を支えることが、我々の部門の重要な役割と考えている。それが、健全で自立した病院運営の柱となることを信じて、努力を続けていくつもりである。

結論

本来の業務に加えたCSRを意識した上での対外的活動が、組織全体の価値を高めることにつながる。それが、患者数の増加、やる気のある人材の増加と維持をもたらし、質の高い総合的医療を行う地域基幹病院を維持する基盤となる。マーケティングの分野でブランディングと呼ばれるように、総合的な業績を通じて信用を高め、当院も生き残っていく必要がある。

参考文献

- 1) 寶金清博. 脳神経外科；45：10，2017
- 2) フィリップ・コトラー. マーケティング・コンセプト. 東京，東洋経済，2003
- 3) P. F. ドラッカー. 非営利組織の経営. 東京，ダイヤモンド社，2007



図1



図2



図3



図4

成人てんかん症例の背景因子の検討

井原 達夫¹⁾・新谷 好正²⁾・岩崎 素之²⁾・古川 浩司²⁾
山内 朋裕²⁾・館澤 諒大²⁾・鏡谷 武雄²⁾

1) 小樽市立病院 神経内科

2) 小樽市立病院 脳神経外科

要 旨

けいれん発作を呈して急性期対処を必要とした入院症例を基礎疾患に起因するとみなされた①過性症候性発作群例“Symptomatic group”、②5分以上半身性または全身性けいれん発作が持続しけいれん重責例として集中治療を要した例“generalized convulsive status epilepticus (GCSE) group”、及び③顕性の発作ではないながら臨床経過や脳波所見から意識障害や失語その他の局所症状がてんかん原性獲得に起因する非けいれん性の断続的な発作症状とみなされた例 non convulsive epilepsy (NCE group、非けいれん性てんかん重責 = non convulsive status epilepticus 症例を含む) の3群に分類し比較検討を試みた。

発症時の平均年齢は上記の順に上昇することが確認された。

いずれの群でも基礎疾患として脳血管障害が多かった。疾患別では Symptomatic group において脳梗塞が有意に少ない一方で脳動脈瘤や脳腫瘍が多かった。重責群“GCSE group”では二次的な脳腫脹も伴い病変が大きい傾向がみられた。

いずれの群にも糖尿病などの内科的全身的疾患や精神神経疾患が認められ個別の症例で種々の病態を伴っていたが有意差は認められなかった。

超高齢化社会といわれる中で高齢者のてんかん性疾患の頭蓋内疾患に占める割合は予想以上に大きく原因不明の精神神経症状の原因として常に念頭に置く必要がある。

キーワード：高齢者、症候性てんかん、けいれん重責、非けいれん性てんかん重責

緒言

超高齢化社会を反映して当管内でも高齢者のてんかん症例を診療する機会が多い。てんかんはかつて小児期に多いのが一般的な認識であったが人口減少と高齢者の相対比率増大により脳血管障害をはじめとして種々あるいは複数の背景疾患を持つ成人がけいれん発作で救急搬入される場合が増えており、年齢分布ではむしろ高齢期に一番多いとの認識がなされるようになってきている^{2,7)}。なかにはけいれん重責例として早期に集中管理を要する症例もあり近年のデジタル脳波計の普及や新規治療薬の導入、更には外科治療の普及も進んで近年のてんかん診療の現場は大きく変化しつつある¹⁾。

このような趨勢もあり今後の診療の一助とすべく当院でのけいれん発症症例の背景疾患を検討した。

対象・方法

2013年10月から2018年7月末日までの小児例を除き、主としてけいれん対処のための入院を要するか急性期入院中にけいれん症状を呈した160例を対象とした。症例の内訳を表1に示す。多くは症状経過や脳波所見から診断可能であったが当初てんかんと診断されず事後的な検討で非けいれん性てんかん重責 (Non-convulsive status epilepticus, NCSE) と診断された例も少なくない。なお、成人以降の器質的な背景疾患を持たない側頭葉てんかんを始めとする孤発性の症例は臨床像や定型的手術による効果が確立され一つの独立したカテゴリーとして分類されているので除外した。

上記対象例を①急性または慢性の頭蓋内疾患に関連し一過性けいれんを示したものを症候性発作群 (Symptomatic group)、②5分以上発作症状が持続し重責例としての対応を要したてんかん重責群 (Generalized con-

表1 対象症例

	男性	女性	合計
Symptomatic group	35	34	69
GCSE group	33	26	59
NCE group	14	18	32
	82	78	160

表2 各群の原因疾患 (症例数)

	Symptomatic group	GCSE group	NCSE group
脳血管障害	35	30	17
脳腫瘍	6	0	0
頭部外傷	9	6	3
炎症	3	4	2
パーキンソン病	1	0	1
精神・認知疾患	5	11	2
アルコール嗜好	6	3	0
代謝異常 (糖尿病、肝障害)	2	4	2
他疾患 / 不明	2	1	5
合計	69	59	32

vulsive status epilepticus = GCSE group)、③明瞭な強直性、間代性のけいれん発作はないながら経過並びに画像、脳波検査から NCSE または失語や異常行動などでんかん性の症状と診断された群を Non-convulsive epilepsy (NCE) group として 3 群に分け年齢や基礎疾患、画像所見を比較検討した。

年齢のみ t-test にて有意差を検討し、他の背景因子は Fisher's exact test にて検討し 0.05 を有意差判定基準とした。なおこれら検定はいずれも Excel ソフトの付属機能を用いた。

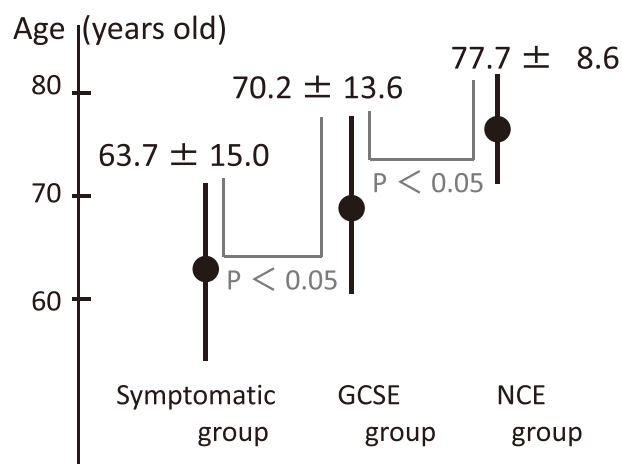


図1 各群の年齢分布; mean ± standard deviation

なお、血管障害例については症例数が多いため部位別に分類して特徴的傾向の抽出を試みた。

結果

各群の年齢分布を図1に示す。平均年齢は Symptomatic group 63.7 歳、GCSE group 70.2 歳、NCE group 77.7 歳でありそれぞれの間で有意差を認めた。

次に背景となる基礎疾患を表2に示す。いずれも脳血管障害が原因疾患として一番多く多くは当院で治療した経緯があり、当院の一線病院としての性質を反映している。脳腫瘍が Symptomatic group のみにみられ他の重責群にはみられなかった。

他の疾患カテゴリーではいずれの group にも有意差はみられなかったが認知・発達障害例は GCSE group に多い傾向がみられた。また NCE group では他の 2 群と異なりアルコール嗜好 (依存) はみられなかった。

頭蓋内の原因ははっきりせず悪性疾患や血糖異常のような内科的全身的原因を伴った例も一部にみられた。

基礎疾患として脳血管障害が一番多かったので出血性、閉塞性を合わせた内訳を表3に示す。Symptomatic group で脳梗塞が相対的に少なくこれは他 group と有意差があった。他方脳動脈瘤は圧倒的に多かったが、検定結果は $0.05 < p < 0.1$ との結果であった。また NCE group で脳出血は 2 例と少なかったが有意差はなかった。

表3 各群の脳血管障害例の内訳（症例数）

	Symptomatic group	GCSE group	NCE group	
症例数 / 全症例	35/69	30/59	17/32	
脳梗塞	10*	20	12	*P<0.05
脳出血	12	10	2	
脳動脈瘤	11**	0	1	**0.05<p<0.1
脳動静脈奇形	1	0	1	
静脈洞血栓	1	0	0	
アミロイド	0	0	1	
アンギオパチー	0	0	1	

表4 脳血管障害例の部位別分布（症例数）

部位	Symptomatic group	NCE group
前頭部	11	3
側頭部	5	2
頭頂部	4	4
後頭部	1	3
視床 / 基底核	3	4
合計	24	16

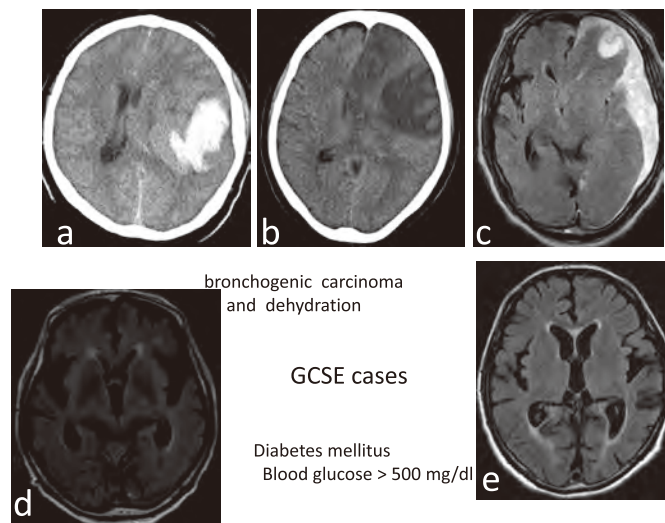


図2 けいれん重責症例 Legend

- 2a 脳出血例。出血周囲に浮腫を伴い周囲への圧迫が認められる
- 2b 脳梗塞例。周囲の前頭葉、側頭葉に浮腫を伴い正中構造の偏移がみられる
- 2c 頭部外傷例。病側先端から後方まで広範な硬膜下血腫が生じ、前頭部では一部脳挫傷を伴っている
- 2d 頭蓋内変化は明らかではないが萎縮性変化がみられる。肺腫瘍が判明し入院時脱水が認められた
- 2e 糖尿病症例。頭蓋内病変は明らかではないが入院時 500mg/dl 以上の著明な高血糖を認めた

また別途脳動脈瘤を除外し Symptomatic group と NCE group についてその部位を検討した結果を表4に示す。Symptomatic group においては前頭部に多いが、これは運動機能野であるという機能局在から当然に首肯できることでありながら有意差は出なかった。一方、NCE group では皮質以外の深部基底核近傍病変の比率が高いがやはり有意差には至らなかった。

この部位別検討で GCSE group との比較は行ってい

ない。その理由は病変がより広範で出血や梗塞に伴う二次的な脳浮腫も伴っていたこと、頭蓋内の急性期ないし局在病変の既往がないながら精神疾患や発達障害、悪性疾患や当座の著明な高血糖など複数の全身的器質的要因を伴う症例が多かったことによる。図2に具体例を示す。出血の圧迫 (a)、梗塞に伴う二次的な脳浮腫が前頭部、側頭部にかけての広範な部分に及び正中構造の偏移を伴い (b)、また外傷例では硬膜下出血が前部から後

表5 各群の最終死亡確認例

	Symptomatic group	GCSE group	NCE group
死亡例 / 全症例	4/69	6/59	6/32
%	5.8	10.2	18.8

部に及び一部脳挫傷も伴っている (c)。

別の例では頭蓋内病変は判明しなかったが全般的に脳萎縮が目立ち、肺がんの既往があり、搬入時脱水も伴っていた (d)。また同様に頭蓋内病変はないながら著明な高血糖が判明した (e)。

退院時または最終確認時点で死亡が確認された症例数を表5に示す。各 group とも平均年齢の上昇とともに (図1) 2倍近く死亡率が上昇している。

考察

近年の頭蓋内疾患の診療における評価手段としての画像技術の進歩はあらゆる疾患カテゴリーで反映されているが、てんかんのような発作性疾患も例外ではなく特に循環動態を示唆する機能画像の有用性については昨年度の本誌にも報告した³⁾。またデジタル脳波計や事後的な解析技術の普及、頭蓋内電極の改良によりてんかん焦点のより正確な同定が可能になり特に専門施設でのてんかん診療は急速に進歩している。また地域人口の減少と急速な高齢化に伴い各年齢層を通じて高齢層でてんかん性けいれん epileptic seizure の有病率が高いことが認識されるようになってきた。

一方で当院のような施設では種々の基礎疾患を有し従来症候性でてんかと診断され救急対応を必要とする症例が圧倒的に多い。

まず明記したいのは高齢者において当初原因不明の意識障害や認知症に伴う譫妄として対処し脳波を含めた事後的な検討で NCSE の確定診断に至った例が少なからずあることである。これらの症例は上述の画像や脳波のような補助手段の発達により早期診断が可能になっており今後とも増加が予想される。また NCSE 自体は独立した疾患名というよりは、症状経過で一時的でも搬送中や入院経過中に顕性のけいれん症状を呈した症例もあり、あくまでてんかん性けいれん epileptic seizure の一症状形態を示す病態診断であるという理解が重要である。意識障害を示す患者の原因としての不顕性のけいれん重責について確立した判断の基準はない。明瞭で特徴的な症状がなく上述のようにあくまでけいれん症状の一形態であるため脳波検査が不可欠である。最近では脳波所見での発作波形に基づいた一定の合意形成の動きがみられる^{5,9)}。

このようなけいれん性ないし発作性と非けいれん性との差異や高齢者に積目した重責例の検討は近年散見されるが、一つの施設で一過性の症候性ないし状況関連性まで含めて背景疾患を比較した報告はあまりみられない⁴⁾。「けいれん」自体が頭蓋内疾患の主要兆候であり原因が広範にわたることも一因と考えられるが、急性期施設での背景因子・原因疾患の考究としてひとつの参考に供する意味で今回検討を試みたものである。

いずれの group においても脳血管障害例が多かったが、これは成人例では共通の傾向である⁷⁾。その原因疾患の比較で有意差が出た項目は限られていたものの一定の傾向がみられた。即ち Symptomatic group では脳梗塞が少ない一方で脳動脈瘤が集中する傾向があった。

また他疾患では脳腫瘍は Symptomatic group のみにみられた。他の原因疾患では有意差はないながら精神疾患や認知症、発達障害、アルコール嗜好は Symptomatic group 及び GCSE group に多かった。またこの group では頭蓋内疾患自体が大きく広範なものがあり浮腫を伴うなど重篤なものがみられ、また急性の頭蓋内疾患がないながら高血糖や悪性疾患をもつものもあり、複数の病態が重畳して重責として重症化する機序が考えられる⁸⁾。

頭蓋外の内科疾患は相対的 NCE group に多い傾向がみられたが、過去5年弱と限定された期間であり今後の症例の蓄積によりまた異なる結論になる可能性がある。

この group のように重責とみなされたものでも高齢化に伴い顕性のけいれん発作を呈さないものも少なくないことが今回示された。このことは超高齢化社会といわれる今日において今後のてんかん診療で病態鑑別として重要と考える⁷⁾。

今回の検討でも重責例でかつ年齢が高くなれば死亡率が高いことが示唆されたが、診断や対応が遅れると治療反応性や予後が悪くなることも指摘されており^{1,6)}、頭部 MRI 画像で所見がなくても意識障害や一見急な不穏やせん妄状態が遷延する場合は常にその可能性を念頭におくべきである。

追記

本稿は第58回日本神経学会学術大会 (XXIII World Congress of Neurology, Kyoto, 2017 と合同) での発表

内容に以後の症例を追加した。

文献

- 1) Di Bonvenura, Mari F, Vanacore N, Fattouch J, Zarabla A, Barardelli A, Manfredi M, Prencipe M, Giallonardo AT. Status epilepticus in epileptic patients. Related syndromes, precipitating factors, treatment and outcome in a video-EEG population-based study. *Seizure* 2008; 535-48
- 2) Faught E, Richman J, Martin R, Funkhouser E, Foushee R, Kratt P, Kim Y, Clements K, Cohen N, Adoboe D, Knowlton R, Pisu M. Incidence and prevalence of epilepsy among older US medicare beneficiaries. *Neurology* 2012; 78: 448-453
- 3) 井原達夫, 新谷好正, 岩崎素之, 大浦大輔. けいれん重責発作を含めた意識障害・脳症症例におけるMRI arterial spin labelling (ASL) imageの有用性. *小樽市立病院誌* 2017; 6; 29-34
- 4) Kellinghaus C, Stögbauer F. Treatment of status epilepticus in a large community hospital. *Epilepsy Behav* 2012; 235-40
- 5) Letinger M, Beniczky S, Rohracher A, Gardella E, Kalss G, Qerama E, Höfler J, Hess Lindberg-Larsen A, Kuchukhidze G, Debesberger J, Langthaler PB, Trinka E. Salzburg consensus criteria for non-convulsive status epilepticus—approach to clinical application. *Epilepsy Behav* 2015; 49: 158-63
- 6) Rohracher A, Reiter DP, Brigo F, Thomschewski A, Novak H, Zerbs A, Debesberger J, Akhundova A, Höfler J, Kuchukhidze G, Letinger M, Trinka E. Status epilepticus in the elderly—A retrospective study on 120 patients. *Epilepsy Res* 2016(127): 317-323
- 7) Towne AR. Epidemiology and outcomes of status epilepticus in the elderly. *Int Rev Neurobiol* 2007; 81: 111-27
- 8) Treiman DM. Treatment of convulsive status epilepticus. *Int Rev Neurobiol* 2007; 81: 273-85
- 9) Trinka E, Letinger M. Which EEG patterns in coma are nonconvulsive status epilepticus? *Epilepsy Behav* 2015; 49: 203-22

Clinical aspects of epileptic seizures in adult cases

Tatsuo Ihara¹⁾, Yoshimasa Niiya²⁾, Motoyuki Iwasaki²⁾,
Koji Furukawa²⁾, Tomohiro Yamauchi²⁾, Ryota Tatezawa²⁾,
Takeo Abumiya²⁾

1) Department of Neurology, Otaru General Hospital

2) Department of Neurosurgery, Otaru General Hospital

Abstract

The authors assigned admitted adult patients who required anticonvulsive treatment into three categorical groups, namely, the “symptomatic group,” the “generalized convulsive status epilepticus” (GCSE) group, and the “nonconvulsive epilepsy” group, comprising nonconvulsive status epilepticus and epileptic speech arrest or focal symptomatic cases.

The mean age increased significantly and respectively in the abovementioned order.

In all groups, cerebrovascular disease was the most common basic disorder.

As regards cerebrovascular disease in each group, cerebral infarction was significantly less common in the “symptomatic group.” No significant difference was found in other intracranial diseases and cerebrovascular disease location.

As for the GCSE group, the acute intracranial lesion was rather large.

Other medical complications such as metabolic abnormality and psychiatric disorder were present in all groups.

In the aged era, epilepsy is most common among elderly patients, and nonconvulsive epilepsy should be considered for the treatment of comatose patients or those with mental disorders.

Key words: elderly patients, symptomatic epilepsy, generalized convulsive status epilepticus, nonconvulsive status, epilepticus

ストレスチェック結果分析

—小樽市立病院職員は高ストレスにさらされているか?—

岸川 和弘¹⁾・小林 一宏²⁾・小樽市立病院 衛生委員会

1) 小樽市立病院 産業医

2) 小樽市立病院 事務課庶務グループ

要 旨

平成 29 年度に、当病院で実施したストレスチェックの結果を、全国の全事業所と一部医療機関、北海道内市立病院と比較した。当病院の高ストレス者の割合は、21.7%で全事業所の予想割合 10%の約 2 倍と高い数値を示した。高ストレス者が 15%以上であるとの報告がある全国医療機関との比較でも、高い傾向であると思われた。また、北海道内の他の市立病院の高ストレス者の割合 14.8%と比べても、高ストレス者が多い傾向であった。(高ストレス者=高ストレス者/全ストレスチェック受検者)

面談指導者の割合を比較すると、全国平均の約 5 倍と多く、北海道内の他の市立病院と比べても、約 3 倍となり、面接指導を求める高ストレス者が多いと推測された。(面接指導希望者の割合=面接希望者/高ストレス者)

高ストレスの背景として、コントロールできない仕事量の多さと、上司や同僚の支援が不足していることが考えられた。このことをさらに分析するために、当病院における、平成 28 年度と 29 年度のストレスチェックの結果を比較した。平成 28 年度は高ストレス者の割合は、15.7%、面接希望者は 7.8%であった。平成 29 年度に高ストレス者が増加している背景として、病床稼働率が 80.1 から 85.8%、時間外時間数が 6089 から 6881 時間 (いずれもストレスチェック実施の直近三ヶ月間の平均) に増加したことが要因である可能性も推測された。

キーワード：ストレスチェック、高ストレス、集団分析、職場改善

はじめに

厚生労働省は、職場におけるメンタルヘルス不調を未然に防止することを目的に、50 人以上の事業所に対し、年 1 回のストレスチェックとその結果に基づく面接指導の実施を義務付けている¹⁾。ストレスチェックの目的は二つある。一つは、個人へのアプローチで、簡易調査表により個人のストレスプロフィールを分析し、うつ病などの疾患をより早期に拾い上げ、必要であれば適切な医療介入を実施することである。もうひとつは、職場ごとのストレスによる健康被害を予想し、その結果をもとに職場環境を改善することである。

この度、厚生労働省から、第 1 回目のストレスチェックの結果が報告された²⁾。この全国でのストレスチェックの結果傾向と、医療機関におけるストレスチェックの傾向、あわせて北海道内市立病院へのアンケート調査の結果を当病院の結果と比較して、当病院における高ストレス者の割合、職場環境の考察を行った。

さらに、当病院のストレスチェックの結果を、平成 28 年度、29 年度の結果を比較し、各年度のストレスチェック実施の直近三ヶ月間の平均病床稼働率および時間外時間数と合わせて考察した。

成績

(1) 当病院での高ストレス者の割合とそれに対する面接指導

平成 29 年度の、当病院でのストレスチェックは、635 名が受け、その中で高ストレスと判定された者は、138 名、21.7%だった。なお、そもそものストレスチェックの設定では、高ストレス者の割合が 10%という目安は、厚生労働省の専門検討会において、現場が対応できる上限として設定されている³⁾。

その中で面接指導を受けた個人は 4 名で、全体の 2.9%だった。面接指導の結果、早期の医療介入が必要な個人はいなかったが、面接指導の全体的な傾向としては、仕事量の多さによる負担、職場人間関係によるスト

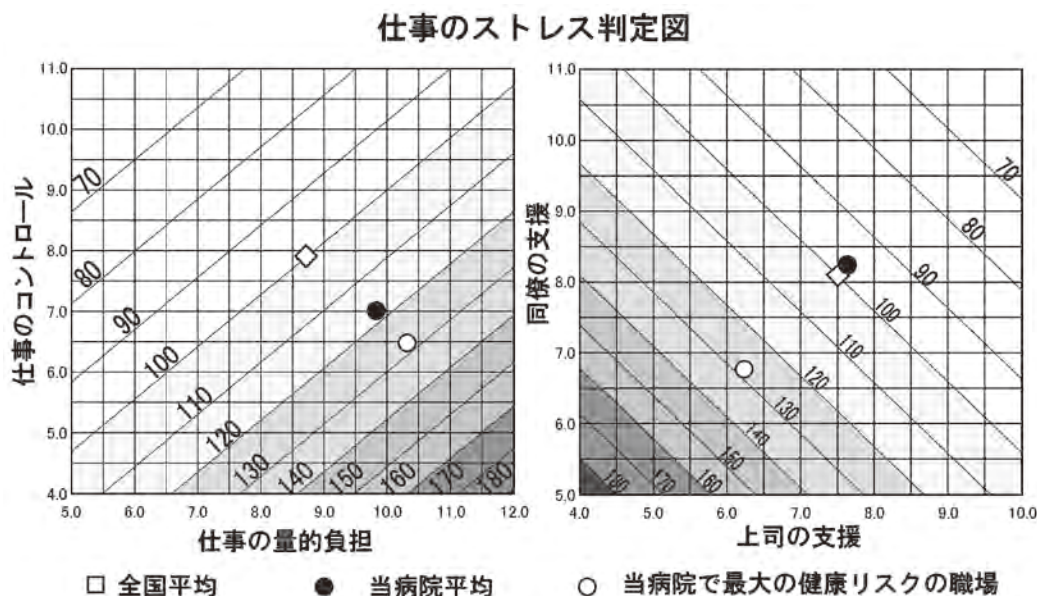


図1 当病院のストレス判定図

レスが背景にある印象であった。

(2) 当病院での仕事のストレス判定図による職場ごとの分析

仕事のストレス判定図により、職場全体、部や課、セクションなどの集団を対象として、仕事の心理的なストレス要因を評価し、それが従業員のストレスや健康リスクに、どの程度影響を与えているかを判定できる⁴⁾。仕事のストレス判定図は、2つの図からなる。ひとつは、仕事の量的負担と仕事のコントロールをストレス要因として、それらから算出されたストレス度を健康リスクとしてプロットして表現した「量一コントロール判定図」(図1左)、もうひとつは、同僚の支援と上司の支援から作成する「職場の支援判定図」(図1右)である。

判定図上の斜めの線は、仕事のストレス要因から予想される疾病休業(精神的および身体的)などの健康問題のリスクを標準集団の平均を100として表しているものである(全国2.5万人の調査データ)。図1では、色の濃い部分にプロットされるほど、ストレスが大きいと判定される。従って、部署ごとに、仕事の量的負担、コントロール、上司からの支援、同僚からの支援の各々の平均点を求めれば、それぞれの部署の健康リスクが算出できる。例えば、ある部署の健康リスクが120の場合は、その部署において健康問題が起きるリスクが全国一般と比較して20%大きいと判断することができる⁵⁾。

図1は当病院でのストレス判定図である。当病院での健康リスク(黒丸)は、仕事量のコントロールが117(上左図)、職場の支援が97(上右図)、全体の健康リスクの値は113という結果であった。全国平均(四角)と

比べると、職場の支援体制は全体として、平均ではあるが、仕事の量的負担が大きく、個人のコントロールを上回っていると読み取れる。

さらに、上図では、当病院で最も健康リスクが高く、高ストレス者が多いと判定された職場をプロットしている(白丸)。この職場では、コントロールできない仕事量の多さと、それに加えて、上司や同僚の支援が不足していることが分かり、それが高ストレス者が多いことに繋がり、将来の健康リスクの増大を招くかもしれないと示唆される。

(3) 全国の結果分析と当病院との比較

全国的なストレスチェックの実施率は82.9%、特に、規模が1,000人を超える事業所は95.5%がストレスチェックを実施しており、高い実施率を示している。そのなかで医師による面接指導を受けたのは0.6%であった²⁾。

ストレスチェックを実施した全事業所のうち、医師による面接指導を実施した事業所は約3割であり、医師による面接指導を実施した事業所のうち、約8割の事業所で、事業所選任の産業医が面接指導を担当していた⁶⁾。

面接指導の割合は、当病院では、2.9%で全国平均の約5倍となった。

(4) 全国の医療機関におけるストレスチェックの結果との比較

ストレスチェックの職種の違いによる結果分析や報告は多くない。その中でも医療機関と教職員は高ストレス傾向であることが報告されているが⁷⁾、別の報告では、

表1 北海道内市立病院への調査質問項目

Q1	ストレスチェック実施時期は？
Q2	ストレスチェック受検者の割合は？
Q3	高ストレス者の割合は？
Q4	面接指導実施者の割合は？
Q5	面接指導担当者の職種は？
Q6	病院全体での健康リスク（総合）の値は？
Q7	所属単位での分析結果を各所属に配布されていますか
Q8	分析結果に対する対策を行っていますか？
Q9	貴院での産業医の立場は？

表2 北海道内市立病院を対象としたストレスチェックアンケート調査結果 市立病院ストレスチェック調査の分析と当院との比較

	ストレスチェック 北海道内市立病院調査 集計結果								
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
	実施時期	受検者の割合	高ストレス者の割合	面接指導の割合	面接指導担当者	病院全体の健康リスク	所属単位分析結果の配布	分析結果に対する対策	産業医の立場
A 病院	7月	99.1%	3.5%	0.0%	産業医		No	月に2回院内で実施している 職員相談室の利用促進	在籍医師 (人事権なし)
B 病院	10月	46.2%	17.8%	1.7%	看護補助員		No	なし	在籍医師 (人事権なし)
C 病院	10月	60.5%			産業医		No	なし	在籍医師 (人事権なし)
D 病院	6月	45.0%	15.9%	0.0%	産業医		No	なし	在籍医師 (人事権なし)
E 病院	9月	86.9%	12.4%	2.2%	医師 (委託先)	110	No	なし	外部の医師
F 病院	7月	94.0%	15.2%	3.1%	産業医	92	Yes	分析結果を衛生委員会へ提出することを検討 現在、対策は実施していない	在籍医師 (人事権なし)
G 病院	10月	86.2%	14.6%	0.0%	産業医		No	なし	在籍医師 (人事権なし)
H 病院	9月	89.0%	16.8%	0.0%	産業医	111	Yes	なし	在籍医師 (人事権なし)
I 病院	7月	60.7%	22.3%	0.0%	産業医	111	No	職員安全衛生委員会での報告資料としてのみ使用	在籍医師 (人事権なし)
平均		74.2%	14.8%	0.9%		106.0			
当院	10月	89.7%	21.7%	2.9%	産業医	113	Yes	検討中	在籍医師 (人事権なし)

宿泊・飲食業が最も高ストレス者が多いという報告もあり⁸⁾、母集団の数等を、慎重に検討する必要があると思われる。

一例として、民間のストレスチェック代行サービス機関によって、36医療機関のストレスチェックの結果が報告されている⁹⁾。91.9%の医療機関で、高ストレス者の割合が10%を超え、15%を超える医療機関が29.7%もあり、医療機関では高ストレス者の割合が高いことが推測される。

当病院の高ストレス者の割合は、21.7%であり、全国

の他の医療機関と同等か高い傾向にあるとも考えられる。

(5) 北海道内市立病院への調査

2016年12月、当病院衛生委員会は、北海道内14市立病院へストレスチェックに関してアンケート調査を実施した。質問項目は以下の通りである。(表1)

回答数9病院で、回答率は64.3%であった。
実施時期：55.6%の市立病院でストレスチェックの実施時期は、9月あるいは10月であった。

受検者の割合：ストレスチェック受検者は45%から

表3 小樽市立病院における平成28年度および29年度実施ストレスチェック結果の結果と要因の比較

小樽市立病院 H28 年および H29 年度ストレスチェック結果比較と要因の比較		
	H28 年	H29 年
実施時期	9 月 10 日～9 月 30 日	10 月 2 日～10 月 13 日
全対象者	675	708
受検者	651	635
高ストレス者割合（人数）	15.7%（102）	21.7%（138）
面接希望者割合（人数）	7.8%（8）	2.9%（4）
面接実施率（人数）	62.5%（5）	100%（4）
病床稼働率	80.2%	85.8%
時間外時間数（時間 / 月）	6089	6881

高ストレス者割合＝高ストレス者 / 全受検者

面接希望者割合＝面接希望者 / 高ストレス者

面接実施率＝実際に面接を受けた者 / 面接希望者

病床稼働率：ストレスチェック実施月の直近 3 ヶ月の平均

時間外時間数：ストレスチェック実施月の直近 3 ヶ月の平均（全職員）

99.1%（平均 74.2%）と幅があったが、当病院は、89.7%と比較的受検者の割合が高かったことが示された。高ストレス者の割合：高ストレス者の割合は、3.5%から 22.3%（平均 14.8%）であったが、当病院は 21.7%で比較的高ストレス者が多かった。

面接指導の割合：高ストレス者のうち、面接指導を受けた者は、0.0%から 3.1%（平均 0.9%）であったが、当病院では 2.9%と面接指導実施者が多い傾向だった。

産業医の立場：各病院における産業医の立場は、外部委託の 1 病院を除き、当病院と同様な、人事権のない在籍医師が担当している状況であった。

面談指導担当者：委託先産業医、看護補助員（詳細不明）の各 1 病院以外、在籍産業医が担当していた。

病院全体の健康リスク：これは病院全体での健康被害の発生予想を分析したもので、100 を超えると健康被害リスクが高い事を示している。92 から 111（平均 106.3）であり、当院の 113 は比較的健康被害リスクが高い事を示していた。

分析結果に対する対応：分析結果を今後の、職場改善に活かす対策を考えているかの回答では、ほとんどの病院で積極的な対応は考えていない状況であった。

当病院における平成 28 年度および 29 年度実施ストレスチェック結果の結果比較

当病院における平成 29 年度実施のストレスチェックを平成 28 年度と比較した。平成 29 年度は高ストレス者の割合は 21.7%で、平成 28 年度の 15.7%より増加していた。仕事負担の指標の一部として、ストレスチェック

実施直近三ヶ月の、病床稼働率と全職員の時間外時間数をとりあげ比較した。高ストレス者の増加した平成 29 年度は、病床稼働率、時間外時間数が各々、85.8%、6881 時間と、いずれも平成 28 年度の 80.2%、6089 時間に比べて上回っていた。

考察

当病院の職員は高ストレスにさらされているのか？

当病院のストレスチェック結果における高ストレス者の割合は、全国全事業所の理想とされる平均値よりも、高い割合であった。これは、北海道内市立病院と比較しても同様な傾向と考えられる。要因分析として、仕事のストレス判定図より、コントロールできない仕事量の多さと、それに加えて、上司や同僚の支援が不足していることが推測された。平成 29、28 年度におけるストレスチェックの結果と、病床稼働率、時間外時間数の比較でも、病床稼働率の上昇とそれに伴う時間外時間数の増加が、高ストレス者の増大に関係する可能性を示唆している。もちろん、個々人のストレス原因が多岐に渡ることは、想像に難くなく、今後の各職場毎の詳細な分析が待たれるであろう。

ストレスチェックの集団分析を現場に活かす

集団分析とは、ストレスチェックの結果を職場や部署単位で集計・分析し、職場ごとのストレスの状況を把握することを指す。集団分析の結果を、業務内容や労働時間など他の情報と併せて評価し、職場環境改善に取り組

むことは、ストレスチェックを職場環境改善に繋げるために有効とされ、事業者の努力義務とされている。全体では、ストレスチェックを実施した事業所のうち、78.3%の事業者が集団分析を実施している。

集団分析の手順は以下のようになる。

- ① 〈職場の管理監督者に、組織分析の結果を伝え、現状の問題を認識してもらう〉
↓
- ② 〈結果をもとに聞き取りを行い、問題と課題を把握して絞り込む〉
↓
- ③ 〈分析結果について意見を交換し、現場にあったプランを立案する〉
↓
- ④ 〈改善計画の実施責任者を決める〉
↓
- ⑤ 〈改善計画実施のフォローアップ計画を立てる〉
↓
- ⑥ 〈四半期や一年ごとに実施状況を評価し、次年度に繋げる〉

しかし、医療機関で、集団分析を行ったという報告は、現在までない。上記の集団分析も、実際の介入は、保健師あるいは産業保健師等が直接関わるのが想定されている。また、集団分析には、様々なアプローチがあり、職場内の同僚間あるいは上司との関係に配慮して、十分な注意とステップを踏むことが必要である⁹⁾。当病院でのストレス判定図の傾向分析からは、職場ごとのストレスと健康リスクの要因は、主に仕事量の多さ、支援の不足（人手不足）と読み取ることができる。これらを改善するためには、単純に集団分析のみでは対応できないことが予想される。今後、当病院を含めて、医療機関での集団分析による職場改善を、どのように活かしていくかは、大きな課題と考えられる。

文献

- 1) 厚生労働省労働基準局安全衛生部. 労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneiseil2/pdf/150507-1.pdf>. 2016.
- 2) 厚生労働省労働衛生課. ストレスチェック制度の実施状況. <https://www.mhlw.go.jp/file/04...11303000.../0000172336.pdf>. 2017.
- 3) 厚生労働省労働基準局安全衛生部. ストレスチェック項目等に関する専門検討会 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000057448.html>. 2014.
- 4) 下光輝一. 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル—より効果的な職場環境等の改善対策のために—平成14年～16年度 厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究【職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究】 www.tmu-ph.ac/topics/pdf/manual2.pdf. 2009.
- 5) 河野慶三. ストレスチェック制度 担当者必携—より良い効果を上げるために—中央労働災害防止協会. 2016
- 6) 内藤大樹. ストレスチェック実施は11月までに！医療機関・介護事業所が実施する際のポイントは？日経ヘルスケア. 64 2016.
- 7) 岡山県教育庁 福利課健康管理班. ストレスチェック結果と集団分析からわかること 健康管理班だより 第10号 www.pref.okayama.jp/uploaded/life/449478_3174763_misc.pdf. 2016.
- 8) 全国労働衛生団体連合会 メンタルヘルス専門委員会. 平成27年度 全衛連ストレスチェックサービス実施結果報告書（新・旧サービス結果）. www.zeneiren.or.jp/cgi-bin/pdfdata/20161019112736.pdf. 2015.
- 9) 産業医学振興団. 嘱託産業医のためのストレスチェック実務 Q & A. 2015

Analysis of Stress Check Test: Are Otaru General Hospital Employees Exposed to High Stress?

Kazuhiro Kishikawa¹⁾, Kazuhiro Kobayashi²⁾,
Otaru General Hospital Occupational Health Committee

1) Otaru General Hospital Industrial Physician

2) Otaru General Hospital Administration Office Administrative Affairs Group

Abstract

The results of the stress check test performed in 2017 at our hospital were compared in all business establishments nationwide, some medical institutions, and in municipal hospitals in Hokkaido. The percentage of highly stressed people at our hospital was 21.7%, which was about twice as high as the expected ratio of 10% in all business establishments. It was also high compared to the percentage of highly stressed people in some medical institutions of 15% or higher. This percentage of highly stressed people in some medical institutions seemed to be higher than the percentage of highly stressed people in other municipal hospitals in Hokkaido, which was 14.8% (highly stressed people = highly stressed people/total stress check examinees).

When comparing the number of cases of post-stress check test counseling, it is estimated that it is about 5 times higher than the national average and about three times higher than that in other municipal hospitals in Hokkaido. Thus, there are many highly stressed people seeking counseling at our hospital.

High stress is a result of uncontrollable amounts of work, with lack of assistance from managers and colleagues. To analyze this further, we compared the results of stress check tests at our hospital between 2016 and 2017. In 2016, the percentage of highly stressed people was 15.7%, and the percentage of highly stressed people who wished to undergo counseling was 7.8%. With the increase in the percentage of highly stressed people in 2017, the hospital bed occupancy rate increased from 80.1% to 85.8%, and the number of overtime hours increased from 6,089 to 6,881 hours (the average over the last 3 months of stress check implementation). It was also considered as one of the factors.

Key words: stress check test, high stress, group analysis, workplace improvement

当院における腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術（TAPP法） の短期治療成績の検討

小野 仁¹⁾・海老沼翔太¹⁾・大瀧 佳祐¹⁾
渡邊 義人¹⁾・越前谷勇人¹⁾・川俣 孝²⁾

1) 小樽市立病院 外科

2) 小樽市立病院 嘱託医

要 旨

【目的】 腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術（TAPP）の有効性、安全性について検討した。**【対象】** 2013年8月から2018年3月までの当科で施行した鼠径ヘルニアに対するTAPP症例157群（以下T群）と2013年4月より2018年3月までに当科で施行した鼠径部切開法によるヘルニア修復術を施行した147例（以下A群）の患者を対象に、手術時間、出血量、術後在院日数、術後合併症に関して比較検討も行った。**【結果】** 手術時間はT群で有意に長く、出血量はT群で有意に少なかった。術後在院日数に関しては両群に有意差はなかった。術後合併症は、術後再発をA群に1例認めた。陰嚢水腫はT群、A群ともに4例ずつ認めた。慢性疼痛はT群にのみ1例認めた。**【結語】** 当科で導入したTAPP法の短期成績について鼠径部切開法と比較検討した。今後さらに症例を蓄積し、安全性や有効性に関する長期成績の検証が必要である。

キーワード：鼠径ヘルニア、TAPP法、短期成績

はじめに

腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術は1990年にGer¹⁾らやShultz²⁾らによって報告された。我が国では1991年に松本ら³⁾によって導入された。当初は全身麻酔が必要になることや、手技の煩雑性、鏡視下での縫合手技が必要であることから、普及に至らなかった。しかし、腹腔鏡下手術が、胃切除や大腸切除へ適応拡大され、腹腔鏡下手術件数および腹腔鏡下手術を行う施設が増加し、腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術が積極的に導入されるようになった。2006年の診療報酬増額を期に全国的に普及するようになった。当院では2013年8月より腹腔鏡下ヘルニア修復術（経腹的腹膜前修復法：transabdominal mesh repair法：TAPP法）を導入した。これまでの当院における腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術の成績を、従来の鼠径部切開法と比較し、短期成績を検討した。

対象と方法

2013年8月から2018年3月までの当科で施行した鼠径ヘルニアに対するTAPP症例157群（以下T群）を対象として、手術時間、術後在院日数、術後合併症について検討した。また対照として2013年4月より2018年

3月までに行った従来法である鼠径部切開法によるヘルニア修復術を施行した鼠径ヘルニア147例（以下A群）との比較検討も行った。鼠径部切開法を選択した症例は、泌尿器科手術の既往のある症例や、全身麻酔困難が困難であるとされた症例、そして患者様が希望された症例であった。

結果

患者年齢の平均値はT群72±11歳、A群72±10歳であった。性別はT群、A群ともに男性が多かった。両側ヘルニアはT群に多かった（表1）。手術時間はT群では全体で110±38分、片側症例で100±29分、両側症例では157±47分であった。A群の手術時間は全体では63±22分、片側症例で59±18分、両側症例で103±19分であった。手術時間は症例全体、片側症例、両側症例ともT群で有意に延長を認めた。出血量はT群では4.3±9.3ml、A群では9.8±11mlであった。出血量ではT群が有意に少量であった。在院日数はT群が4.3±2.9日、A群が4.6±2.4日であった。両群に有意差はなかった（表2）。術後合併症のうち術後再発はA群に1例のみ認めた。陰嚢水腫はT群、A群ともに4例ずつ認めた。慢性疼痛はT群にのみ1例認めた（表3）。

表1 患者背景

	T 群	A 群
患者数 (n)	157	147
年齢 (歳)*	72 ± 11	72 ± 10
男性 (n)	140 (89%)	126 (85%)
片側 (n)	131 (83%)	132 (89%)
両側 (n)	26 (17%)	15 (11%)
不顕性 (n)	6 (3%)	-

* : 平均 ± 標準偏差

表2 手術成績

	T 群 (n=157)	A 群 (n=147)	p 値
手術時間 (分)*	110 ± 38	63 ± 22	<0.001
手術時間 (分) 片側*	100 ± 29	59 ± 18	<0.001
手術時間 (分) 両側*	157 ± 47	103 ± 19	<0.001
出血量 (ml)*	4.3 ± 9.3	9.8 ± 11	<0.001
術後在院日数 (日)*	4.3 ± 2.9	4.6 ± 2.4	0.149

* : 平均 ± 標準偏差

表3 術後合併症

	T 群 (n=157)	A 群 (n=147)
術後再発 (n)	0	1 (0.7%)
陰嚢水腫 (n)	4 (2.5%)	4 (2.7%)
慢性疼痛 (n)	1 (0.6%)	0

考察

腹腔鏡下ヘルニア修復術には TAPP 法と TEP (total extra-peritoneal repair) 法がある。TAPP 法は腹腔内より鼠径ヘルニアを修復するやり方で、TEP 法は腹腔外腔から修復するやり方である。2016 年に内視鏡外科学会により施行されたアンケート調査⁴⁾によると、2015 年の鼠径ヘルニア総手術件数 29,932 件のうち、約 41% に内視鏡下手術が行われ、そのうち TAPP 法は約 34%、TEP 法は約 7% でとされ、腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術は TAPP 法を中心に普及してきている。

上述のアンケート調査⁴⁾によると、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術の適応は、全例に行う施設が 26%、両側例に行う施設が 13%、再発例に行う施設が 13% であった。鼠径ヘルニアに対し、原則として経腹腔的にアプローチする施設が 81%、原則として腹腔外にアプローチする施設が 19% であった。当科では、初発、再発を問わず適応のある症例は原則 TAPP 法を第一選択としている。全身麻酔困難例、腸切除を要する嵌頓症例、同意が

得られない症例は除外している。

TAPP 法のメリットは、ヘルニア門の直接確認が可能であること、内外鼠径ヘルニアのみならず、大腿ヘルニアにも適応可能であり、対側不顕性ヘルニアの診断、一期的治療が可能であることがあげられる⁵⁾。本検討では不顕性ヘルニアが 3% であるが、11.2% という報告⁶⁾もある。当院では術前検査として、腹臥位での腹部単純 CT 検査を行っており、不顕性ヘルニアの有無、脱出臓器の評価を行っているが、過剰評価になりがちであり、医療費や被爆の点からも、適応に関しては今後も検討が必要である⁷⁾。

一方で TAPP 法は全身麻酔が必要であり、腹腔鏡操作が稚拙で不十分な剥離が原因の再発、手技の困難さのための手術時間の延長などのデメリットも報告されている⁸⁾。平均手術時間は、片側も両側も、TAPP 群が有意に長い結果となった。本検討には導入初期の手術に長時間を要した症例もふくまれているが、他施設の TAPP 法の手術時間と遜色ないものであった。TAPP 法は若手の登竜門として定着しており、当院でも同様である。

同一術者のみの集中的に手術経験を積むのは困難であるので、さらなる手術時間短縮のためには、手術手技の定型化、術者の解剖理解の促進、腹腔鏡手術基本手技の修練が必要である。出血量はTAPP群が鼠径部切開群に比べ、有意に少なかった。これは、鏡視下手術の拡大視効果によるものと考えられる。

TAPP法のメリットとして、社会復帰までの期間が短くなるとの報告がある。当科の調査では、在院日数に関しては有意差を認めなかったが、社会復帰までの期間については調査していない。今後、術後一定期間経過後の手術満足度、安静時疼痛、体動時疼痛、メッシュ違和感など調査することで、検証できる可能性があり、今後の課題としたい。

術後再発は、鼠径部切開群で1例、TAPP群では認めなかった。A群での再発は、外鼠径臨内側恥骨結合上部に再発した症例であった。メッシュサイズが小さく、メッシュの固定が不十分で起こった再発であった。陰嚢水腫は鼠径部切開群、TAPP群ともに比率は大きく差はなかった。TAPP群で、認めた慢性疼痛は術後6か月経過しても改善しない慢性陰嚢痛であったが、術後7か月目に神経切断術を行い、疼痛が完全に消失した⁹⁾。当院での手術成績はおおむね良好であるといえるが、観察期間の短い検討例もあり、十分な症例の蓄積が重要である。

結語

当科で導入したTAPP法の短期成績について鼠径部切開法と比較検討した。今後さらに症例を蓄積し、安全性や有効性に関する長期成績の検証が必要である。

文献

- 1) Ger R, Monroe K, Monroe K, Duvivier R, et al: Management of indirect inguinal hernias by a laparoscopic closure of the neck to sac. *Am J Surg* 1990; 159: 370-373
- 2) Schultz L, Graver J, Pietrafitta, et al: Laser laparoscopic herniorrhaphy: A clinical trial preliminary results. *J Laparoendosc Surg* 1990; 1: 41-45
- 3) 松本純夫, 川辺則彦, 森健次 他: 腹腔鏡による鼠径ヘルニア修復術の経験. *日本消化器外科学会雑誌* 1993; 26: 2429-2432
- 4) 日本内視鏡外科学会: 内視鏡外科手術に関するアンケート調査—第13回集計結果報告. *日本内視鏡外科学会雑誌* 2016; 21: 680-688
- 5) 山本明, 藤村昌樹, 平野正満 他: 成人鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡下修復術の経験. *日本臨床外科学会雑誌* 1994; 55: I 974-1979
- 6) Sayad P, Abdo Z, Cacchione R, et al: Incidence of incipient contralateral hernia during laparoscopic hernia repair. *Surg Endosc*. 14: 543-545, 2000
- 7) 田中稔, 小松原春奈, 西出喜弥 他: 腹腔鏡所見からみた鼠径ヘルニアの術前CT診断能. *日本臨床外科学会雑誌* 2016; 77: 1873-1880
- 8) 安田一弘, 白石憲男, 北野正剛: そけいヘルニアに対する内視鏡手術の評価—メタアナリシスの解析: *日本外科学会雑誌* 2007; 108: 284-290
- 9) 村田竜平, 小林展大, 渡邊義人 他: 神経切断術が著効をみた鼠径ヘルニア術後陰嚢痛の1例. *日本臨床外科学会雑誌* 2018; 79: 1798-1803

Short-term therapeutic outcomes of transabdominal preperitoneal hernia repair at our hospital

Hitoshi Ono¹⁾, Shota Ebinuma¹⁾, Keisuke Obuchi¹⁾,
Yoshito Watanabe¹⁾, Hayato Echizenya¹⁾, Takashi Kawamata²⁾

1) Department of Surgery, Otaru General Hospital

2) Medical officer, Otaru General Hospital

Abstract

Objective: This study aimed to examine the efficacy and safety of transabdominal preperitoneal hernia repair (TAPP).

Subjects: The subjects included 157 patients who underwent TAPP for inguinal hernia at our department between August 2013 and March 2018 (the T group) and 147 patients who underwent open groin hernia repair at our department between April 2013 and March 2018 (the A group). Operation times, bleeding amount, postoperative hospital stay, and postoperative complications were compared between the groups.

Results: Operation times were significantly longer and the amount of bleeding was significantly less in the T group than in the A group. Postoperative hospital stay was not significantly different between the two groups. In terms of postoperative complications, there was 1 case of postoperative recurrence in the A group, 4 cases of scrotal hydrocele in both the T and A groups, and 1 case of chronic pain in the T group.

Conclusion: We compared the short-term outcomes after introducing TAPP to those of the open groin method. Going forward, long-term efficacy and safety should be examined as more cases are accumulated.

Key words: hernia repair, TAPP, short-term outcomes

神経血管圧迫病変に対する手術支援画像

～ Phase Contrast 法の新しい臨床応用～

横浜 拓実¹⁾・大浦 大輔¹⁾・佐藤 晋平¹⁾・新谷 好正²⁾

1) 小樽市立病院 放射線室

2) 小樽市立病院 脳神経外科

要 旨

【背景・目的】 三叉神経痛の術前情報として神経と圧迫血管の位置関係が重要である。術前に3D画像を作成することで解剖学的位置を把握できるが、従来法ではそれぞれ別々に神経と血管の撮像が必要である。そのため撮像方法の違いによる幾何学的歪みや、体動による fusion 時の位置ずれが懸念される。本研究では Phase Contrast MRA (PCA) での Velocity Encoding (VENC) の設定により画像描出能が変化することに着目し、短時間で位置ずれなしの神経血管3D画像を作成することを目的とした。**【方法】** 健常ボランティア3名(平均年齢54.7歳)にて、PCAでのVENCを4種類(20、30、40、50cm/s)設定し、従来法と3D画像を比較した。**【結果】** 最適なVENC設定は30cm/sの時であった。また、従来法より短時間で位置ずれのない神経血管3D画像が作成できた。**【考察】** 最適なVENC設定は目的血管の最大流速の125%程度が良い。Basilar Artery (BA)の血流速は 38.5 ± 8.2 cm/sと報告されており、神経圧迫の責任血管においてはこれより遅い流速であると考えられるため、VENC設定は妥当な結果であると言える。**【結論】** PCAの新しい臨床応用として神経血管圧迫病変への適応が可能である。

キーワード：三叉神経痛、CISS、Phase Contrast MRA

背景・目的

三叉神経痛や顔面痙攣などの症状は血管が神経を圧迫していることが原因と言われている¹⁾。初期の主な治療方法としては抗痙攣薬であるテグレトールによる内服療法となるが、それでも奏功が得られない場合には三叉神経ブロック、微小血管減圧術、ガンマナイフによる放射線治療などが選択肢としてあげられる。微小血管減圧術の施行に関して、従来での画像評価は balanced-SSFP 系の sequence である Constructive Interference in Steady State (CISS) を用いることで行っている。balanced-SSFP 系での信号強度は T_2/T_1 に比例するので hydrography に適しており、脳脊髄液 (CSF) は高信号、神経は低信号の画像となる (図1)。しかし、CISS だけでは神経と血管の信号が同程度となってしまうため血管の区別をするため、Time Of Flight (TOF) -MRA の画像を付加して評価を行っていた。手術支援画像を作成するには神経、血管、脳実質の画像を fusion させて3D画像を作成し、解剖学的位置関係の把握に用いる (図2)。しかし、従来法での手術支援画像の問題点として撮像時間の長さや、それぞれの sequence 間で体動が

あると位置ずれを生じてしまうこと、また撮像方法が違うため幾何学的な歪みが発生するということがあげられる。三叉神経が分岐する脳幹部の領域では解剖学的構造が複雑であり、三叉神経痛の誘発は三叉神経起始部である Root Exit Zone (REZ) に血管が圧迫しているかどうか診断のポイントとなる。そのため、3D画像で表現する際の位置ずれが致命的な問題となる。

一方で、非造影血管撮像方法の一種である Phase Contrast MRA (PCA) は1度の撮像で、①組織+血管、②組織と2つの画像を取得することができる (図3)。通常用いられている MRA (③) の画像は①と②のサブトラクションで得られている。PCA では Velocity Encoding (VENC) を設定することによりサブトラクションをした際に血管の描出能を変化させることができるが、目的とする部位の流速を把握し最適な VENC 設定をすることが求められる。しかし、1度の撮像で組織と血管の画像が得られるので、位置ずれのない3D画像が作成できる可能性がある。

本研究では PCA の VENC 設定を変更することで取得画像の描出能が変化することに着目し、後方循環系に合わせた VENC による PCA によって、短時間で位置

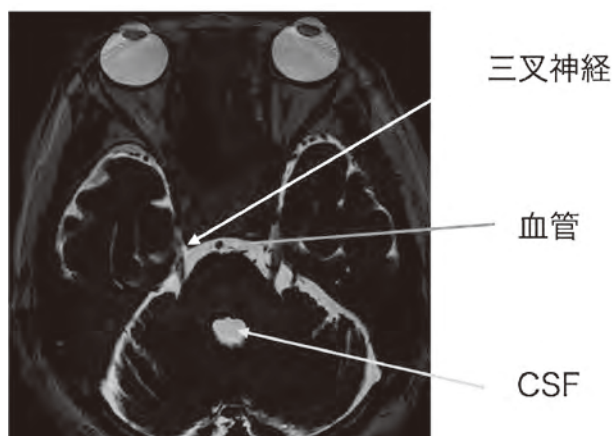


図1 balanced SSFP の信号強度
CSF は高信号、神経は低信号で表示される。

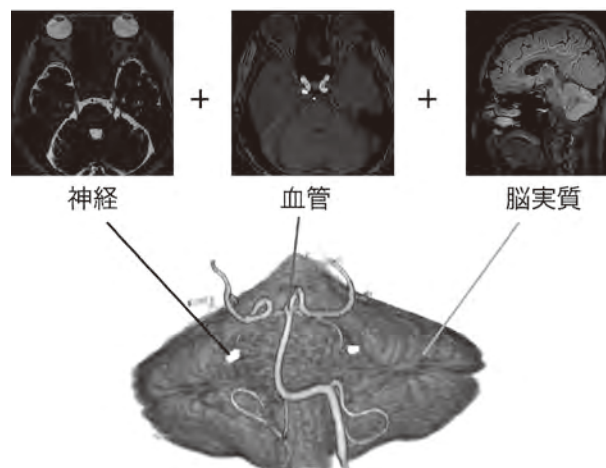


図2 神経血管3D画像

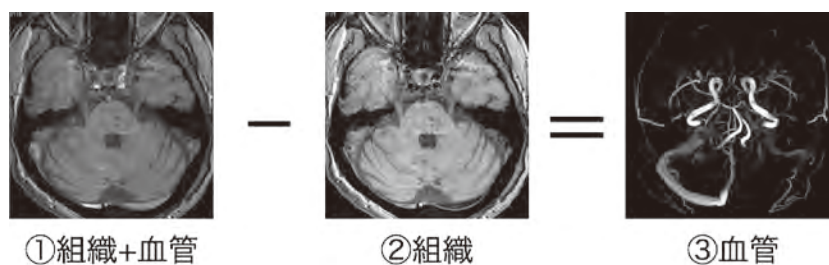


図3 PCA での取得画像

通常用いられている非造影血管撮像方法としての画像 (③) は、①と②のサブトラクションで得られている。

ずれなしの手術支援画像を作成することを目的とした。そのため、① PCA での最適な VENC 設定、②従来法との手術支援画像の描出能の2点について検討をした。

対象と方法

・使用機器・被験者

Ingenia 3T (Philips, Amsterdam, Netherlands) を用い、受信コイルとして ds HeadNeck コイルを使用した。被験者は健常ボランティア3名 (平均年齢 54.7 歳) とし、データ処理には ziostation2 (ziosoft) を使用した。本実験は当院での倫理委員会での検証を経て被験者に研究趣旨を説明し、同意を得て実施した。

① VENC 設定の検討

手術支援画像作成のための最適な VENC を決定するため、従来 PCA の撮像パラメータをもとに 20cm/s、30cm/s、40cm/s、50cm/s と4種類の値を設定した。なお、この4種類の設定は後頭蓋窩の支配血管である Basilar Artery (BA) の流速が $38.5 \pm 8.2 \text{cm/s}$ (平均年齢 61.0 ± 11.0 歳) である²⁾ということから行った。設定

された4種類の VENC で後頭蓋窩領域を Maximum Intensity Projection (MIP) で描出し、三叉神経圧迫の責任血管である SCA の描出能を4名の診療放射線技師 (経験年数はそれぞれ 26 年、14 年、11 年、2 年) で評価し、最も優れた VENC を決定した。

② 手術支援画像の検討

VENC 設定の検討により決定した最良条件の PCA で手術支援画像を作成し、従来法で作成した時の画像と比較した。従来法では CISS と同等のコントラストを示すような heavy T2 TSE、TOF-MRA、FLAIR の画像を fusion させて手術支援画像の作成を行った。各撮像条件は表1のようになった。

結果

① VENC 設定の検討

VENC を変化させた時の MIP 画像を図4に示す。VENC 設定が大きくなるほど流速の遅い静脈の描出はされにくくなり、動脈と静脈の分離がしやすくなると言える。一方で VENC 設定が小さくなるほど流速の遅い

表1 従来法とPCAでの撮像条件

	Heavy T2	TOF-MRA	FLAIR	PCA
Scan time	3 min 33sec	5 min 45 sec	4 min 35 sec	5 min 10 sec
TR (ms)	3000	84	4300	17
TE (ms)	262	3.5	325	7.3
FOV (mm ²)	150×150	150×150	256×256	150×150
Voxel size	0.6×0.6×0.6	0.6×0.6×0.6	1.0×1.0×0.8	0.8×0.8×0.6
Sequence	3D-SE	3D-FFE	3D-IR	3D-FFE

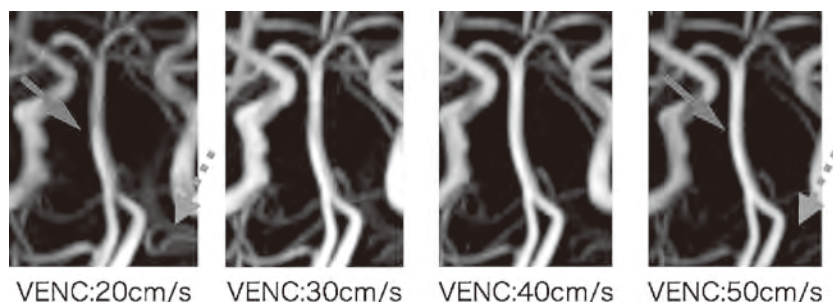


図4 VENCを変化させた時のMIP画像

VENC設定が大きいほど流速の遅い静脈の描出はされにくくなる(破線矢印)が、末梢血管の描出は悪くなる。一方でVENC設定が小さくなるとBAの流速感度が合わなくなり不安定な信号となる(矢印)。

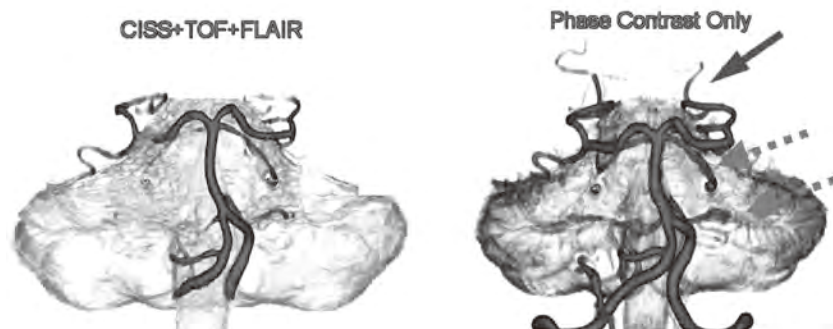


図5 従来法とPCAにおける手術支援画像

PCAでの3D画像の方が末梢血管の描出が良く(図右、矢印)、SCAやAICAなど設定断面に平行な血管でも描出が良好である(図右、破線矢印)。

末梢血管などの描出が良くなるが、VENC20cm/sではBAなど流速感度が合っていない所は信号が不安定な画像となった。三叉神経圧迫の責任血管はSuperior Cerebellar Artery (SCA) や Anterior Inferior Cerebellar Artery (AICA) が多く、最良条件はVENC設定が30cm/sの時に決定した。

② 手術支援画像の検討

PCAで作成した手術支援画像の方が末梢血管、SCA、AICAの描出が良く、良好な画像を得ることができた(図5)。また撮像時間に関して、従来法では3D画像を作成するために13分53秒をかけてそれぞれのシーケンスで撮像をしなければならなかったのに対し、

PCAでの1度の撮像で3D画像を作成することができたため、5分10秒と短時間で3D画像取得ができた。

考察

VENC設定の検討に関して、本研究ではBAの流速をもとに4種類の設定で比較をした。VENC設定は描出したい血管の125%程度の流速が良いと言われている³⁾。三叉神経圧迫の責任血管であるSCAやAICAはBAよりも径が細く流速が遅いということが予想され、125%程度の流速を考慮するとVENC30cm/sが最も良好な結果になったことは妥当であると考えられる。

また手術支援画像作成に関して、従来法での血管描出方法はTOF-MRAによるものである。TOF-MRAは

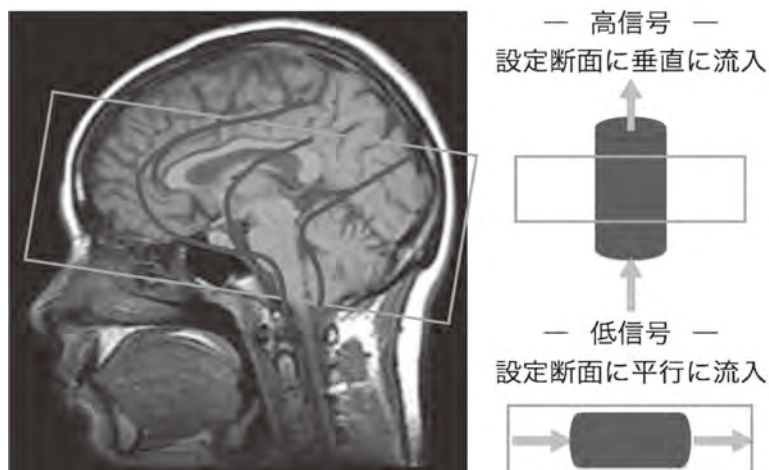


図6 設定断面に対する inflow 効果

設定断面に対して垂直に流入する血管は in-flow 効果が強いので高信号になるが、平行に流入する血管は in-flow 効果が弱いので低信号になりやすい。

in-flow 効果⁴⁾を利用し、設定したスライスの断面に垂直に走行する血管は高信号で得られるが、設定断面に平行な SCA や AICA の描出は不良となる (図6)。一方で、PCA での血管描出方法は血管の流速に対して行うため、設定断面に対する描出能の差は変化しない。したがって末梢血管や神経圧迫責任血管の描出能が優れていることにより、PCA が良好な結果になったと考えられる。また、三叉神経は径が太く PCA で取得された組織の画像だけでも十分に表現することができ、1つのシーケンスを用いているため幾何学的歪みや位置ずれのない手術支援画像が作成されていると言える。

結論

従来法と比較して短時間で位置ずれのない手術支援画像が作成することができ、PCA の新しい臨床応用として神経血管圧迫病変への適応が可能である。

参考文献

- 1) Janetta PJ: Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons in patient with trigeminal neuralgia. J Neurosurg 26: 1159-1162, 1967
- 2) Takeshi Kato, Toshikatsu Indo, Eiji Yoshida, et al Contrast-Enhanced 2D Cine Phase MR Angiography for Measurement of Basilar Artery Blood Flow in Posterior Circulation Ischemia: American Journal of Neuroradiology September 2002, 23(8) 1346-1351
- 3) Maximilian F Reiser, Wolfhard Semmler, Hedvig Hricak - 2007 - Medical: Magnetic Resonance Tomography. p788
- 4) 荒木 力: 決定版 MRI 完全解説. 秀潤社, 2008

New method to image neurovascular compression lesions: Clinical application of three-dimensional imaging by phase-contrast magnetic resonance angiography

Takumi Yokohama¹⁾, Daisuke Oura¹⁾, Shinpei Sato¹⁾, Yoshimasa Niiya²⁾

1) Diagnostic Radiology Room, Division of Medical Technology, Otaru General Hospital

2) Department of Neurosurgery, Otaru General Hospital

Abstract

The positional relation between the nerve and compressed blood vessel is important as preoperative information for trigeminal neuralgia. For the construction of a three-dimensional (3D) image of the responsible lesion, two-step procedures are needed in the conventional method. First, each nerve and blood vessel should be imaged individually and then those images have to be fused together. Therefore, differences caused by geometric distortion or body motion in each image might damage the quality of the fused 3D image. Phase-contrast magnetic resonance angiography (MRA) (PCA) is known as one of the methods to visualize images of blood vessels. Because PCA can also image both brain tissue and blood vessels simultaneously, it might be possible to take better 3D images than those by the conventional method. This study aimed to find a suitable setting of velocity encoding (VENC) in phase-contrast MRA (PCA) to obtain clearer images of the nerve and compressed blood vessel than those with the conventional method in a shorter duration. We used four VENC settings (20, 30, 40, and 50 cm/s) in PCA of three healthy volunteers (average age, 54.7 years) and compared the resolution of the 3D images and the time needed to obtain them between the PCA and conventional methods. The suitable setting of VENC for PCA to obtain a clear image was 30 cm/s. The time it took to construct a 3D image by the conventional method and by PCA was 833 and 310 seconds, respectively. In conclusion, PCA was more useful than the conventional method in obtaining clearer 3D images in a shorter duration. As a new imaging method to construct a 3D image of the neurovascular compression lesion in trigeminal neuralgia, PCA with a VENC setting of 30 cm/s is considered promising.

Key words: trigeminal neuralgia, CISS, phase-contrast MRA

腹腔鏡手術を施行した大腸癌 55 症例における周術期成績の検討

大瀧 佳祐・渡邊 義人・海老沼翔太・小野 仁・川俣 孝・越前谷勇人

小樽市立病院 外科

要 旨

【目的】当科で大腸癌手術の第一選択は腹腔鏡手術である。日本内視鏡外科学会技術認定医の有無による周術期合併症の発生率の違い、術後縫合不全発生リスク因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は北海道大学消化器外科学教室 I に技術認定医の手術指導をランダムに依頼した 2017 年 4 月から 2018 年 6 月の間に腹腔鏡手術を行った大腸癌連続 55 例。この中で、1) 腫瘍の局在が盲腸から直腸 S 状部 (RS) までの 45 例で、認定医の手術指導の有無による合併症発生率の比較、2) double stapling technique (DST) を施行した 20 例における術後縫合不全発生リスク因子を検討した。

【結果】1) 介入群 14 例で非介入群は 31 例。局在は介入群で右側結腸、非介入群で左側が多い。郭清レベル (D1/2/3) は介入群で 3/8/4 例、非介入群で 2/5/24 例と有意差があった ($p=0.0031$)。手術時間、出血量、術後在院日数、周術期合併症発生率に差はなかった。2) DST 20 例中縫合不全は 3 例で発生した。多変量解析で術後縫合不全発生リスク因子は腸管離断の際の staple 複数回使用であった ($p=0.0083$)。

【結語】早期周術期の術後合併症の発生率は技術認定医の指導の有無で違いはなかった。今後、さらなる症例集積が必要である。

キーワード：大腸癌、腹腔鏡下手術、術後縫合不全

【緒言】

消化器外科領域では腹腔鏡手術が広く普及し、とくに大腸癌領域においては、腹腔鏡手術を第一選択とする施設が増えている。2013 年に発表された日本内視鏡外科学会のアンケート集計結果では、大腸癌症例に占める腹腔鏡手術の割合は 57.2%¹⁾ で、年々増加傾向である。腹腔鏡手術は開腹手術に比して手術時間延長、使用する手術器具の増加などの欠点はあるが、それ以上に拡大視による解剖の把握、術中出血量の減少、視野の共有、低侵襲²⁾などの点で利があり、現在は当科でも第一選択としている。当科では、2017 年度から北海道大学消化器外科学教室 I の協力をえて、ランダムに日本内視鏡外科学会技術認定医の手術指導下での大腸癌手術も行っている。

【目的】

技術認定医による手術協力を始めた 2017 年 4 月以降の症例について、1) 技術認定医による手術指導の有無

による短期周術期合併症の発症率の違い、2) double stapling technique (DST) 症例における縫合不全のリスク因子を検討することを目的とした。

【方法】

対象は 2017 年 4 月から 2018 年 6 月までに当科で腹腔鏡下手術を行った大腸癌連続 55 例 (男性 28 例、女性 27 例)。このうち、上部直腸 (Ra) 癌と下部直腸 (Rb) 癌症例を除き、結腸癌と直腸 S 状部 (RS) 癌の 45 例を対象とし、技術認定医の手術指導の有無による短期周術期合併症の発症率の違いについて検討した。また、全症例中で術後縫合不全を呈した 3 例がすべて DST 施行症例であったので、Ra・Rb 癌も含め DST を施行した 20 例で DST による術後縫合不全発生リスク因子について検討した。統計学的解析は EZR³⁾を用いて行い、二群間の比較は Mann-Whitney U 検定、等分散性の比較は F 検定、リスク因子の検討には Logistic 回帰分析による多変量解析を行い、 $p<0.05$ の場合に有意差ありとした。

表1. 認定医介入 (P) 群14例と非介入 (N) 群31例の背景因子の比較

	介入 (P) 群 (n=14)	非介入 (N) 群 (n=31)	
性別 (男性:女性)	7:7	15:16	NS
年齢 (歳)	78.0±7.1	75.0±8.5	NS
身長 (cm)	152.4±7.8	155.2±8.2	NS
体重 (kg)	52.5±7.8	54.1±8.2	NS
BMI (kg/m ²)	22.6±2.9	22.4±3.3	NS
ASA-PS			
1/2/3/4	2/12/0/0	5/21/4/1	NS
腫瘍の局在部位			
C/A/T/D/S/RS	2/4/3/1/4/0	5/4/3/4/10/5	NS
Stage			
I/II/IIIa/IIIb/IV	3/2/5/0/4	4/13/5/6/3	NS
術前ステント留置	2	4	NS
イレウス管留置	1	2	NS
pStage			
I/II/IIIa/IIIb/IV	5/1/4/0/4	4/18/6/0/3	NS
術式			
回盲部切除	3	6	
右側結腸切除	3	1	
結腸右半切除	3	3	
横行結腸切除	0	1	
左側結腸切除	1	2	
結腸左半切除	0	3	
S状結腸切除	4	9	
直腸高位前方切除	0	6	
リンパ節郭清			
D1/2/3	3/7/4	2/5/24	p=0.0031
平均出血量 (中央値) (ml)	40.8 (10)	39.6 (20)	NS
平均時間 (中央値) (分)	194.0 (200.5)	201.7 (195)	NS
開腹移行	1	0	NS

NS : not significant

表2. 認定医介入 (P) 群14例と非介入 (N) 群31例の術後経過および術後短期合併症の比較

	介入 (P) 群 (n=14)	非介入 (N) 群 (n=31)	
食事開始 (日)	4.3	4.7	NS
術後在院日数 (日)	14.9	13.4	NS
術後合併症 (Grade 3、4)	1	2	NS
縫合不全	0	1	NS
麻痺性イレウス	1	1	NS
縫合不全 (Grade 1~4)	0	1	NS
SSI	2	2	NS

NS : not significant

SSI : surgical site infection

【結果】

1) 技術認定医による手術指導の有無による短期術後合併症の発症率の比較

技術認定医の手術指導を受けた介入群 (P) 群 14 例 (男性 7 例、女性 7 例) と、当科常勤医のみで手術を施行した非介入群 (N) 群 31 例 (男性 15 例、女性 16 例) の患者背景を表 1 に示す。年齢の平均は P 群 78.0±7.1 歳、N 群 75.0±8.5 歳、BMI は P 群 22.6±2.9kg/m²、N 群 22.4±3.3kg/m² であった。両群で年齢、BMI に有意な差はなかった。局在は N 群で左側大腸症例が多い傾向があったが、術前ステントやイレウス管留置の割合に差はなかった。郭清に関して D1、D2、D3 郭清はそれ

表3. DST 症例における患者背景と、縫合不全発生危険因子の検討

	吻合不全あり (C) 群 (n=3)	吻合不全なし (S) 群 (n=17)		
性別 (男性：女性)	3：0	9：8		
年齢 (歳)	52.3±9.8	74.6±6.6		
身長 (cm)	163.3±5.9	156.7±6.7		
体重 (kg)	60.5±7.5	53.8±6.9		
BMI (kg/m ²)	24.1±1.6	21.6±2.2		
ASA-PS	0	1		
1/2/3/4	1/2/0/0	4/11/2/0		
術式				
左側結腸切除	0	2		
S 状結腸切除	1	8		
直腸高位前方切除	2	5		
直腸低位前方切除	0	2		
平均出血量 (中央値) (ml)	21.0 (30)	38.0 (20)		
平均時間 (中央値) (分)	213.0 (205)	210.6 (195)		
			単変量 (p 値)	多変量 (p 値)
D3 郭清	2	13	0.4777	
LCA 温存	2	8	0.7640	
circular stapler 25mm	2	4	0.0701	
circular stapler 29mm	1	13	(25mm vs 29mm)	
単回 staple	0	4	0.0072	0.0083
複数回 staple	3	13	(単回 vs 複数回)	(単回 vs 複数回)

LCA : left colic artery

ぞれ P 群で 3、8、4 例、N 群で 2、5、24 例と有意差を認められた (p=0.0031)。手術時間は P 群 194.0 分、N 群 201.7 分、出血量は P 群 40.8ml、N 群 39.6ml で、いずれも有意差はなかった。開腹移行は P 群で 1 例みられた。

術後経過および周術期短期合併症を表 2 に示す。食事開始日は P 群 4.3 日、N 群 4.7 日、術後在院日数は P 群 14.9 日、N 群 13.4 日で、やはりいずれも有意差はなかった。Clavien-Dindo 分類 Grade 3 あるいは 4 の術後合併症は全体で 3 例 (6.7%) に認められ、術後縫合不全は N 群の腹腔鏡下高位前方切除術後 17 日目に判明した 1 例であった。麻痺性イレウスは P 群において腹腔鏡下下行結腸切除術後 2 日目に 1 例、N 群で腹腔鏡下高位前方切除後 2 日目に 1 例みられたが、両群で発生率に差はなかった。また全 Grade の合併症では surgical site infection (SSI) が 4 例 (8.9%) と最も多かった。術後合併症に起因する死亡例はなかった。

2) DST 症例における縫合不全のリスク因子の検討

Ra・Rb 癌を含めた DST 症例 20 例で縫合不全を呈した (C) 群 3 例 (男性 3 例、女性なし) と、縫合不全を呈さなかった (S) 群 17 例 (男性 9 例、女性 8 例) の患者背景を表 3 に示す。年齢の平均は C 群 52.3±9.8 歳、S 群 74.6±6.6 歳、BMI は C 群 24.1±1.6kg/m²、S 群 21.6±3.3kg/m² であった。術式は C 群では S 状結腸切除 1 例、直腸高位前方切除 2 例、S 群では左半結腸切除 2 例、S 状結腸切除 8 例、直腸高位前方切除 5 例、直腸低位前方切除 2 例であった。D3 郭清は C 群 2 例、S 群 13 例に施行されており、左結腸動脈は C 群 2 例、S 群 18 例で温存されていた。使用した自動吻合器のサイズは circular stapler 25mm が C 群 2 例、S 群 4 例、29mm が C 群 1 例、S 群 13 例であり、単回 staple 処理が C 群ではなし、S 群 4 例、複数回 staple 処理が C 群 3 例、S 群 13 例であった。手術時間は C 群 213.0 分、S 群 210.6 分、出血量は C 群 21.0ml、S 群 38.0ml であっ

た。単変量解析では直腸切除での複数回 staple 処理が有意なリスク因子、circular stapler 29mm の使用にリスク因子としての傾向が認められたが、多変量解析では複数回 staple 処理のみが縫合不全のリスク因子として抽出された (表3)。

【考察】

腹腔鏡下大腸切除術は、開腹手術と比較して出血量の減少や在院日数の短縮が図られ、良好な短期成績を示す報告が多い³⁻⁶⁾。JCOG040 試験では腹腔鏡下大腸切除手術における Clavien-Dindo Grade 3 以上の合併症発生率は、18/533 (3.4%) であった⁷⁾。JCOG0404 試験同様に、当科の症例でも盲腸～RS 癌のみで検討すると、合併症発生率は1/35例 (2.9%) であった (RS 癌症例の縫合不全)。これは JCOG0404 試験の結果とほぼ同等だが、症例数が少ない為に今後さらなる症例集積による検討が必要である。縫合不全発生は JCOG0404 試験で 19/533 例 (3.6%) に対して、当科では 1/45 例 (2.2%) であった。また、技術認定医の指導の有無で術後短期合併症の発生率を比較したが、有意差はみられていない。

DST 施行症例で縫合不全のリスク因子として抽出されたものは、直腸離断時の複数回の staple 使用であった。縫合不全症例は、Linear stapler の単回使用で直腸を離断できずに、やむをえず 2 回で切断した症例であった。この経験をもとに、stapler の単回使用での直腸離断が困難であると考えられる症例では、現在では計画的に 2 回使用での離断を施行している。

本研究は単一施設の後方視的研究であり、症例数がまだ少ないために進行情や腫瘍の局在で各々検討することができなかった。当科での症例では、結腸癌と比べて、直腸癌で術後縫合不全発生率が上昇することから、JCOG0404 試験に準じて上下部直腸癌を除く、盲腸から RS までの癌症例を対象としたが、向後引き続き検討が必要である。

当院は医育機関のような high volume center ではなく、安定したスタッフの確保が容易ではない。このため術者間での腹腔鏡手術技術に差異があると思われ、周術期成績に術者の技量が必ずしも反映されていない可能性がある。また今回は、周術期短期の成績のみの比較検討であるので、今後は引き続き認定医介入の有無による長期成績や、介入前後の短長期術後成績を比較し検討を重ねる予定である。

【結語】

技術認定医の手術指導の有無に関わらず、周術期短期術後合併症の発生はほぼ同等であった。合併症減少のためにさらなる手術手技の鍛錬と、症例集積による検討が必要である。

【文献】

- 1) 北野正剛. 内視鏡外科手術に関するアンケート調査—第13回集計結果報告. 日本内視鏡外科学会雑誌. 21: 655-810, 2016.
- 2) Veenhof AA, Vlug MS, van der Pas MH, et al. Surgical stress response and postoperative immune function after laparoscopy or open surgery with fast track or standard perioperative care: a randomized trial. *Ann Surg.* 255(2): 216-221, 2012.
- 3) Kanda Y. Investigation of the freely-available easy-to-use software “EZR” (Easy R) for medical statistics. *Bone Marrow Transplant.* 2013; 48, 452-458.
- 4) 田海統之, 森川充洋, 呉林秀崇ほか. 腹腔鏡下大腸切除術の適応と治療成績. 福井大学医学部研究雑誌. 17: 21-25, 2017.
- 5) Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, et al. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomized trial. *Lancet Oncol.* 6(7): 477-484, 2005.
- 6) Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, et al. Short term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): Multicentre, randomized controlled trial. *Lancet*, 365(9472), 1718-1726, 2005.
- 7) Yamamoto S, Inomata M, Katayama H et al. Short-term surgical outcomes from a randomized trial to evaluate laparoscopic and open D3 dissection for stage II/III colon cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG 0404. *Ann Surg.* 260(1): 23-30, 2014.

塩分に焦点をあてた栄養指導の現状報告と課題

和田 裕子¹⁾・渡邊 恵子¹⁾・川野夕花里¹⁾・越前谷勇人²⁾

1) 小樽市立病院 栄養管理科

2) 小樽市立病院 外科

要 旨

近年、食に対するさまざまな情報が手に入り、減塩の必要性が国民に知られるようになった。

毎年、厚生労働省から発表される国民健康・栄養調査でも塩分摂取量は減少傾向にあるが、外食やレトルト食品、惣菜などの利用により塩分摂取が過剰になるような食環境もうかがえる。

減塩の食習慣は入院中だけで完結できるものではなく、退院後の食生活につなげていく必要があり、今後の栄養指導にかかわる際の課題を明らかにしたい。

キーワード：減塩栄養指導、食塩含浸濾紙ソルセイブ

緒言

栄養管理科は診療部門に属し、栄養管理科長（医師）のもと3人の管理栄養士で構成され、調理部門を全面委託し、栄養管理業務（栄養指導や食事の個別対応、栄養管理計画書作成、NSTを始めとするその他のチーム医療へ参加、経管栄養投与スケジュール作成など）は病棟担当制（1人が3～4病棟を担当）で行っている。今回、心臓血管外科と循環器内科で入院中に減塩栄養指導をおこなった患者86名に聞き取りアンケート調査と食塩含浸濾紙ソルセイブを用いた食塩味覚閾値判定調査を実施した。その結果をもとに栄養指導の現状を把握し今後の課題を明らかにしたい。

目的

味の感じ方は個々人で異なるため、病院食と自宅での食事に関する聞き取りアンケート調査と食塩含浸濾紙ソルセイブを用いた食塩味覚閾値判定調査を行う。その結果を検証し、今後の栄養指導の課題を明確にすることを目的とした。

対象と方法

- 対象は平成29年10月から30年3月までの6ヶ月間に心臓血管外科・循環器内科病棟に入院し、食塩相当量6g/day未満の減塩食を喫食し、栄養相談を行った患者86名。
- アンケート調査（図1）入院前に食べていた食事と病院食の味付けが比較で

お食事に関するアンケート

月 日

食種	減塩 あり/なし					米飯	全粥
年齢	性別					BMI	
10代	20代	30代	40代	50代	男性	身長	
60代	70代	80代	90代	以上	女性	体重	

ソルセイブ

0.6	0.8	1.0	1.2	1.4	1.6
-----	-----	-----	-----	-----	-----

1 病院の朝食の味噌汁と家で飲んでいる味噌汁の味を比べてどのように思いますか？

病院の味噌汁は

① かなりうすい	② うすい	③ 家と同じくらい	④ 濃い	⑤ わからない
----------	-------	-----------	------	---------

2 病院のおかず(魚・肉・野菜料理など)と家でおかずの味を比べてどのように思いますか？

病院のおかずは

① かなりうすい	② うすい	③ 家と同じくらい	④ 濃い	⑤ わからない
----------	-------	-----------	------	---------

3 家での味付けは どうだったと思いますか？

① かなり濃かった	② 濃かったと思う	③ 普通だと思う	④ うす味だと思う	⑤ わからない
-----------	-----------	----------	-----------	---------

4 麺類を食べる回数を教えてください

① 毎食食べる	② 1日1回食べる	③ たまに食べる	④ ほとんど食べない	⑤ わからない
---------	-----------	----------	------------	---------

5 漬物や佃煮は、食べますか？

① 毎食食べる	② 1日1回食べる	③ たまに食べる	④ ほとんど食べない	⑤ わからない
---------	-----------	----------	------------	---------

6 今食べている病院の食事の塩分量は 1日6g未満で作られていることは知っていましたか？

イ: 知らない	ロ: 知っている	ニ: わからない
---------	----------	----------

図1. アンケート調査用紙

きる内容（質問1～3）と、回答によっては退院後に注意していただきたい内容（質問4、5）、血圧低下や心血管合併症の予防・治療のために食塩相当量

6g/day 未満の減塩食を食べていることを理解しているかどうかを確認する内容（質問6）について聞き取り調査を行った。

3. 食塩含浸濾紙ソルセイブによる食塩味覚閾値判定調査

食塩含浸濾紙ソルセイブ（図2）

用途：

減塩の参考として塩辛さを簡単比較確認するために使用する。

特徴：

- 食塩（NaCl）含浸量 mg/cm^2 ：0、0.6、0.8、1.0、1.2、1.4、1.6 の7種類の濾紙が1セットになっている。
- 各々の濾紙を舌にのせ、どの食塩含浸量の濾紙を塩辛く感じるかによって塩辛さを比較する。
- 患者の自覚する訴えを反映する検査で検査手技が簡単に短時間で済む。
- 減塩の参考に使用するものであり、味覚感度の診断に使用するものではない。

使用方法（図3）

- 少し水を飲み 口をしめらす。
- 食塩含浸量 $0\text{mg}/\text{cm}^2$ の濾紙を舌にのせて、3秒後に取り出す（濾紙の味を知る）。
- 食塩含浸量の $0.6\text{mg}/\text{cm}^2$ の濾紙を同様にのせ3秒間で何か感じるかをテストする。
- 塩辛い・しょっぱい・塩味・塩っぽいなどの答えがでるまで 食塩含浸量 $0.6\text{mg}/\text{cm}^2$ の濾紙から順に食塩含浸量の濃い濾紙をテストする。
- 連続三段階の濃度で答えがでない時は 再度水で口をすすぎ 再度濾紙を3秒間舌にのせ、次の濃度に



図2. 食塩含浸濾紙ソルセイブ

移る。

成績

対象患者 86 名中 13 名は、聞き取りアンケート調査は実施できたがソルセイブによる食塩味覚閾値判定を実施できなかった。ソルセイブによる食塩味覚閾値を判定できたのは 73 名であった。このうち、ソルセイブ $0.6\text{mg}/\text{cm}^2$ で感じた患者は 49 名（67.1%）、 $0.8\text{mg}/\text{cm}^2$ 以上で感じた患者は 24 名（32.9%）であった（図4）。以降、過去の報告¹⁾も参考にし、ソルセイブによる食塩味覚閾値判定 $0.6\text{mg}/\text{cm}^2$ 以下を正常群（N 群）、 $0.8\text{mg}/\text{cm}^2$ 以上を好塩群（S 群）とした。

病院の味噌汁と家庭の味噌汁の味とを比べた問いに対し、病院の味噌汁が「かなりうすい」、「うすい」と回答した割合は、N 群では 49%、S 群では 58%であった。S 群で病院の味噌汁を「うす味」と回答した割合が多かった（図5）。病院の副食と家庭の副食の味とを比べた問いに対し、病院の副食が「かなりうすい」、「うすい」と回答した割合は、N 群では 63%、S 群では 70%であり、やはり味噌汁の評価と同様に S 群で病院の副食を

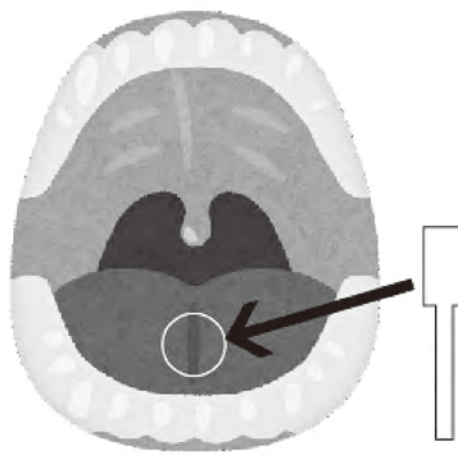


図3. ソルセイブ使用方法

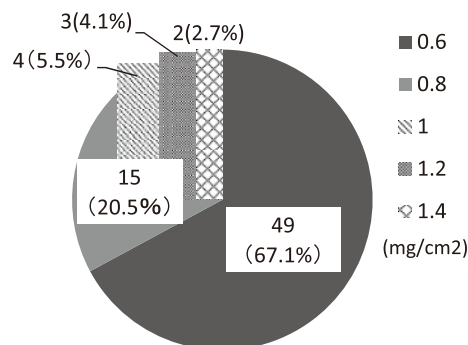


図4. ソルセイブにより判定された食塩味覚閾値による分類

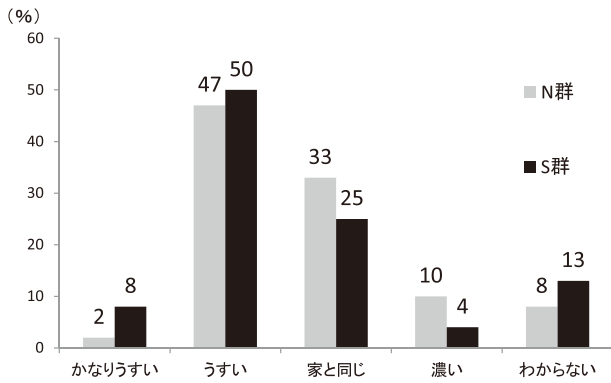


図5. 食塩味覚閾値で分けられた各群での病院味噌汁の評価

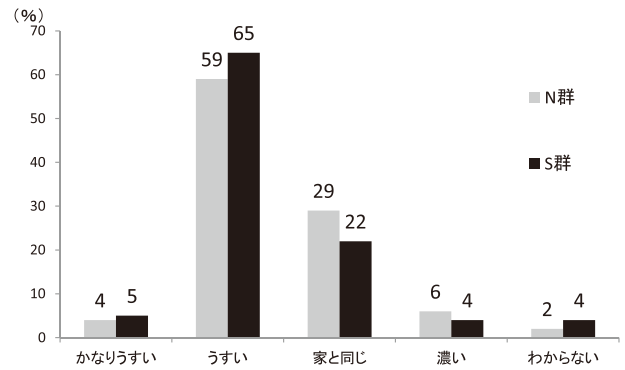


図6. 食塩味覚閾値で分けられた各群での病院副食の評価

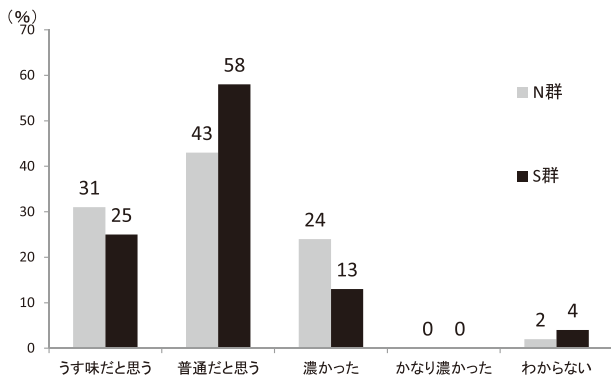


図7. 食塩味覚閾値で分けられた各群での家庭食の評価

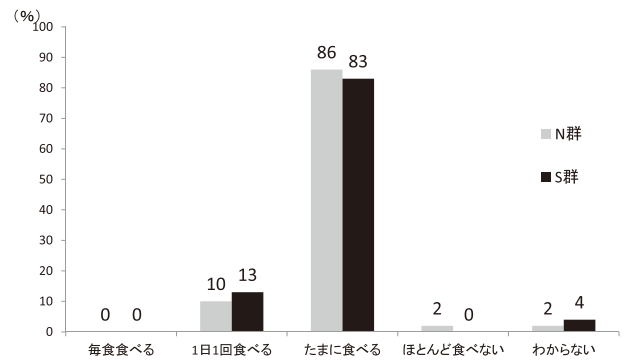


図8. 食塩味覚閾値で分けられた各群での麺類摂取の頻度

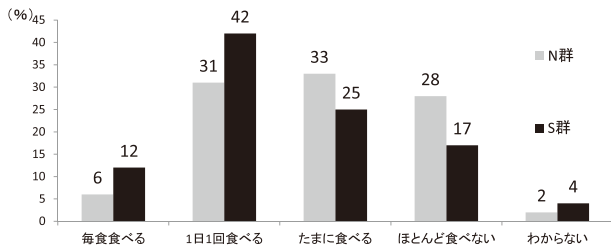


図9. 食塩味覚閾値で分けられた各群での漬物や佃煮摂取の頻度

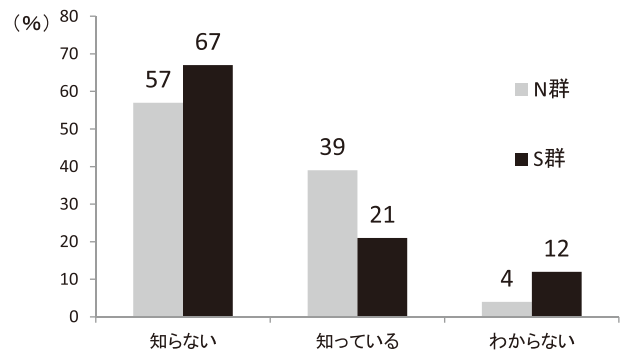


図10. 食塩味覚閾値で分けられた各群での病院食塩分量の認知

「うす味」と回答した割合が多かった（図6）。家での味付けを問うと「普通だと思う」と回答した割合がN群では43%、S群では58%であり、S群で家庭の味付けが「普通だと思う」と回答した割合が多かった。反対に、家庭の味付けが「うす味だと思う」と回答した割合は、N群・S群のどちらでもおおむね30%程度であった（図7）。

麺類を食べる頻度に関しては「毎食食べる」と回答した者はいなかった。「たまに食べる」と回答した割合は、N群・S群のどちらも80%以上という結果だった（図8）。漬物や佃煮を食べる頻度に関しては「毎食食べる」、「1日1回食べる」と回答した割合がN群では37%、S群では54%で、S群に多かった（図9）。因み

に全体では、漬物や佃煮を「毎食食べる」、「1日1回食べる」と回答した患者の約80%、「たまに食べる」あるいは「ほとんど食べない」と回答した患者の約60%が病院の副食を「かなりうすい」または「うすい」と回答しており、塩分を多く含む漬物や佃煮を摂取する頻度が多い患者のほうが病院の副食を「うす味」と感じている割合が多かった（data not shown）。

入院中に提供されている病院食の塩分量が1日6g未満ということを知っているかどうかに関しては、「知っている」と回答した割合がN群では39%、S群では21%であり、N群のほうが「知っている」と回答した割合が多かった（図10）。

考察

今回の我々の調査では、病院の味噌汁より、副食のほうが「うす味」と感じている割合が多く、味噌汁を「うす味」にすることは、取り組みやすさの点で家庭での減塩対策として浸透していることの効果ではないかと思われた。一方、病院食と家庭の副食の味付けを比べると、病院食を「うす味」と回答した割合が63~70%と多数を占めたのに対し、家庭での味付けを「普通だと思う」と回答した割合は43~58%であった。食塩相当量6g/day未満の病院食を摂食した現状での比較だが、味覚には習慣からくる個人差があり、家庭の味を普通だと思う傾向があることがうかがわれる。

また今回の調査で、麺類、漬け物や佃煮といった塩分過多摂取となりやすい食品の摂取習慣を調査したが、塩見閾値の高い患者に漬け物や佃煮の摂取頻度が高いことが見てとれた。栄養指導時に食品に含まれる食塩量について継続して説明していく必要性を感じた。市販の食品や総菜などを利用する患者も多く、「塩分が何g含まれています」と説明しても直ちに理解できない場合も多いため、栄養指導のための見やすくわかりやすい媒体の作成・整理は必須である。また、摂取している病院食の塩分量が1日6g未満ということを知らない患者も約60%と多く、ベットサイドで食事について十分な説明がなされていない可能性があると思われた。

厚生労働省「日本人の食事摂取基準 2015年版」では1日の食塩摂取量 日本人成人男性は8g/day未満、成人女性は7g/day未満が望ましいとされている²⁾。平成29年11月に平成28年国民健康・栄養調査結果概要が発表され平均食塩摂取量は9.9g/dayであった。男女別にみると男性10.8g/day 女性9.2g/dayと10年間で減少傾向にある³⁾。

食塩摂取量が血圧に及ぼす影響は個人差が大きく個人レベルでの評価が必要だが、「高血圧治療ガイドライン2014」では減塩の目標が6g/day未満とされており⁴⁾、心不全患者については「急性・慢性心不全診療ガイドライン2017年改訂版」に日本人の食生活現状を考慮し減塩目標は1日6g/day未満とすることが記載されている⁵⁾。

健康を維持し虚血性心疾患を予防していくためにバランスのとれた適正量のミネラルを摂取することが必要で食塩摂取量に関する疫学試験や減塩介入試験などから高血圧予防のために食塩摂取量は6g/day未満が推奨されており、入院時食事療養費の特別食加算や栄養指導料を算定する特別食における心臓疾患などは6g/day未満となっている。今回対象者86名は全員食塩相当量6g/day

未満の病院食を喫食されていた。病院食を食べることは食事療法の他に、患者が自分にあった食事内容を学ぶという目的がある。自宅での食事内容と病院食の分量・組み合わせ・塩分の加減について比較することが可能になり、退院後の食生活の参考となるはずである。当院の病院食には、食事とともに毎食のお膳に献立名と栄養価(エネルギー・たんぱく質・脂質・塩分量)を記載した食札(図11)を提供している。献立の組み合わせやその時の食事に含まれる栄養素(塩分量他)を退院後の参考にしてもらうことが狙いである。実際に患者の中には、食札の表示内容を見て「今日の食事の塩分量は1.8gって書いてあるけど これくらいが1.8gの味だってわかったよ」、「朝昼夕食の食札に書いてある塩分をたすと1日6gくらいで料理を作っているのだね」などの感想があり、食事に対する関心の高い患者もいらした。主治医の指示により食事摂取量が低下している患者に対しては、入院中でも食塩制限を解除して摂取状況を観察する場合もあり、食塩制限はいつでも誰でも必要というわけではなく、病状と摂取状況に合わせた対応が必要であると感じている。

チーム医療が進むなかで医療スタッフ共通ルールとしてのクリニカルパスがあり、当院でも数多くあるクリニカルパスのいくつかに食事計画だけでなく栄養指導をくみこんだものがある。クリニカルパスや医師依頼の栄養指導を従来実施してきたが、医師からの栄養指導の依頼が少なく指導件数が少ないことが現状であった。そこで、パラメディカルの立場から栄養指導が必要な患者をピックアップし、栄養士側から医師に栄養指導の必要性



図11. 食札例

を問いかけるという運用を行うことを開始し、指導件数を増やす努力を行ってきた。そのため、今年度は前年度と比較して入院時栄養指導件数が2.5倍に増加している。件数増加はもちろんだが、質の高い内容にしていくことも必要だと考えており、そのため、栄養管理科では日本糖尿病療養指導士3名、NST 専門管理栄養士2名、病態栄養認定管理栄養士2名、がん病態栄養専門管理栄養士2名の資格を取得しており、専門知識を高めるよう研鑽を続けている。

結語

「私はうす味が好みです」という話をされる患者が多くおり、アンケート調査でも病院食を「かなりうすい・うすい」と回答していながら 家での味付けは「うすい・病院食と同じくらい」と回答した患者が80%以上であった。うす味の感じ方は個々人で異なり、管理栄養士と患者の考えているうす味はスタートラインから異なっていると思われる。この違いを理解して患者と向き合い、その人らしく食事を楽しみつつ病状を改善できるような食習慣の変更ポイントを、ともに考えそして探すような栄養指導を行う必要がある。入院時の栄養指導が

退院後の家庭での食生活に活かしてもらえるような指導を目指していきたいと考えている。

参考文献

- 1) 松岡海地, 松坂賢一, 秦暢宏 他. 味覚異常外来患者における生化学的検査の臨床的特徴. 日本口腔検査学会雑誌; 3: 53-57, 2011
- 2) 厚生労働省 日本人の食事摂取基準 (2015年版), 2015
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000041733.html>
- 3) 厚生労働省 平成28年国民健康・栄養調査結果: 66, 2017
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h28-houkoku.pdf>
- 4) 日本高血圧学会編 高血圧治療ガイドライン2014: pp39, ライフサイエンス出版株式会社, 東京, 2014
- 5) 日本循環器学会/日本心不全学会編 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版): pp105, ライフサイエンス出版株式会社, 東京, 2018

結核菌群核酸検出検査（LAMP 法）の院内導入とその有用性について

宮野 祐枝・加野 大樹・新田 彬秀
本多 優奈・小山田重徳・田中 浩樹

小樽市立病院 検査室

要 旨

2014年12月、新病院開院に際し結核病床4床稼働となったため、抗酸菌検査体制の見直しを行った。その一環として結核菌群核酸増幅検査（LAMP法）を院内導入し、抗酸菌塗沫検査陽性検体における結核菌群と非結核性抗酸菌との鑑別を確かかつ迅速に行うことにより結核の早期診断、的確な院内感染対策の実施を目指した。運用開始より3年半を経過した現在、院内項目として定着し、診療及び感染管理の一助として有用に運用している。塗沫検査陽性時は即時、また結核が強く疑われる事例では塗沫検査と同時に核酸増幅検査を実施することで検査結果の迅速化が図られ、特異性に優れた結果が得られている。

キーワード：結核菌群 核酸増幅検査 LAMP法

はじめに

結核の診断においては、検査材料からの結核菌の証明が必要となる。抗酸菌検査は結核菌の検出を主要な目的とするものであり、臨床検体の採取、塗沫検査、培養検査、菌種同定および薬剤感受性試験で構成される。塗沫検査は迅速性に優れ、最も重要な検査とされるが、検体中に一定の菌量を必要とするため感度が高いとは言えず、また、塗沫陽性をもって結核菌群と判断することは困難である。検出にあたり最も感度が高いとされるのは培養検査であるが、結核菌の発育に数週間を要する。これらの問題を解決するためにより迅速で感度・特異度に優れた検査法として核酸増幅検査が用いられるようになった。

当院の抗酸菌検査においては、従来、塗沫・培養検査を院内で実施し、核酸増幅検査（PCR法）を外注検査へ委託してきた。旧病院では、結核病床休床により一般病室での対応を行っており、塗沫陽性時には、結核菌か非結核性抗酸菌か判明するまでの数日間、個室管理、患者の行動制限等の感染対策を行う必要があった。また、患者の状況によっては、外注先へ検査の進捗状況等の確認を行う等、様々な問題が生じていた。2014年12月、2つの市立病院の統合・新築に際し、これらの経験と、結核病床4床の設置を踏まえ、新たな抗酸菌検査体制を検討した結果、核酸増幅検査の一方法であるLAMP（Loop-Mediated Isothermal Amplification）法を用いた

結核菌群核酸検出検査を院内検査として導入することとした。院内検査開始後、3年半を経過した当院の核酸増幅検査（以下LAMP法）の運用方法とその検査結果、院内導入の有用性について報告する。

LAMP法とは

LAMP法は、栄研化学が開発した、迅速、簡易、正確な遺伝子増幅法である。標的遺伝子の6つの領域に対して4種類のプライマーを設定、鎖置換反応を利用して一定温度で反応させることを特徴とし、サンプルとなる遺伝子、プライマー、鎖置換型DNA合成酵素、基質等



図1 当院に導入した核酸増幅検査装置
（リアルタイム濁度測定装置 LoopampEXIA®）

表1 LAMP 法による結核菌群検出の主な特徴

主な特徴
・ 特異性・精度の高さ
・ 迅速性
・ 手技の簡便さ
・ 微量な検体量で検査可能
・ 目視による結果確認可能
・ 結核菌群のみ検出 (非結核性抗酸菌 (MAC) は検出不可)

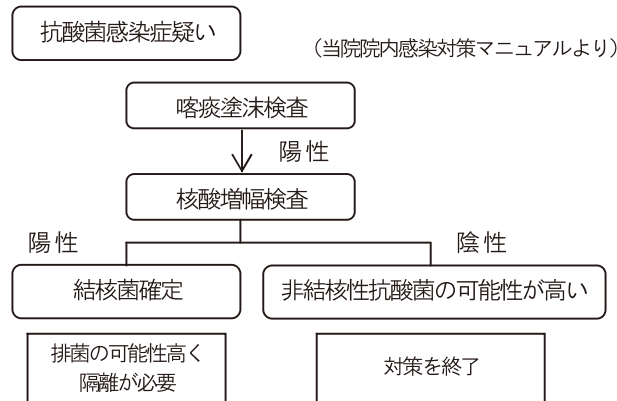


図2 抗酸菌感染症が疑われる患者の対応

を混合し、一定温度 (65℃ 付近) で保温することにより、検出までの工程を 1 ステップで行うことが可能である。増幅効率が高く、DNA を 15 分～1 時間で $10^9 \sim 10^{10}$ 倍に増幅でき、また、極めて高い特異性から増幅産物の有無で目的とする標的遺伝子配列の有無の判定が可能である。

当院では LAMP 法の検査を、Loopamp® PURE DNA 抽出キット (栄研化学) にて検体中に含まれる核酸 DNA を迅速・簡便に抽出し、Loopamp® 結核菌群検出試薬キット (栄研化学) を用いて、LAMP 法専用装置であるリアルタイム濁度測定装置 LoopampEXIA® (栄研化学) 図 1 で増幅、検出を行っている。抽出キットを用いることで、検体由来の阻害物質が除去されるため、喀痰等の検体から直接検査が可能となり、検査時間の短縮につながる。(表 1)

抗酸菌検査体制の構築と運用方法

当院の院内感染対策マニュアルに記載されている抗酸菌感染症が疑われる患者の対応について抗酸菌検査部分を抜粋したものを図 2 に示す。

塗抹検査陽性の場合、結核菌か、非結核性抗酸菌かの鑑別が急がれる。結核菌であった場合、排菌状態にあり、感染リスクが高いとされるため、空気感染予防策が

表2 LAMP 法の運用方法

《通常依頼検査》
・ 当日 15:30 まで受付
・ 当日中に結果報告 (再検時は翌日報告)
《至急依頼検査・塗抹検査陽性検体》
・ 随時受付
・ 至急報告 (LAMP 法検査開始より 1 時間以内)

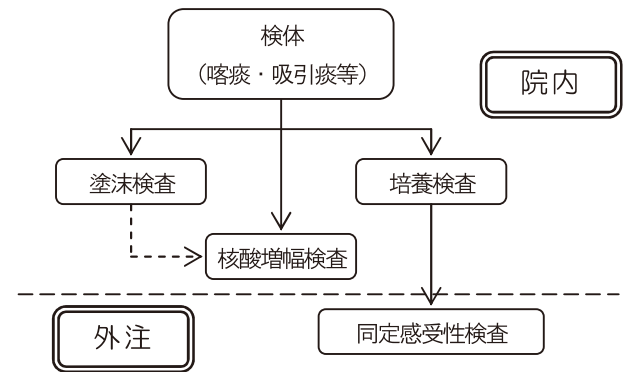


図3 新病院における抗酸菌検査体制

必要となるからである。この鑑別には核酸増幅検査が有用であり、近年 PCR (polymerase chain reaction) 法、LAMP 法、TRC (transcription-reverse transcription concerted reaction) 法など様々な検査法が開発されているが、当院では、検査時間・導入費用・操作の簡便さ・拡張性等を検討した結果、迅速な結核菌同定を最優先要件とし、LAMP 法導入を決定した。

導入後の院内の抗酸菌検査体制を図 3 に、また、LAMP 法の運用方法を表 2 に示す。増幅装置を 2 台導入したことにより、通常検査に加え、至急検査も随時可能な体制となった。通常は 1 日 1 回の検査に集約して実施し、至急検査依頼があった場合や塗抹検査で陽性となった場合においては、随時、検査を実施し、検査開始から 1 時間程度での結果報告を目指した。

院内導入による有用性の検討

対象

2014 年 12 月から 2018 年 5 月に当院細菌検査室に抗酸菌検査を目的として提出された検体は 3140 件 (塗抹検査 3093 件、培養検査 3079 件、核酸増幅検査 692 件 (重複含む)) であった。呼吸器関連検体 (喀痰・吸引痰・気管支洗浄液等) は 2825 件 (塗抹検査 2804 件、培養検査 2786 件、核酸増幅検査 561 件 (重複含む))、こ

表3 直接塗抹検査陽性検体の核酸増幅検査・培養検査結果

直接塗抹検査 (+)	核酸増幅検査		培養検査	
	(+)	(-)	(+)	(-)
26	14	12	26	0

のうち至急で塗抹検査依頼があり、直接塗抹法を行って初回陽性となり引き続き LAMP 法を実施した検体、画像等より強く結核が疑われ、塗抹至急検査・LAMP 法同時に依頼があり塗抹陽性になった検体について、培養同定検査との結果を比較した。なお、至急直接塗抹検査は Ziehl-Neelsen 法、培養検査は小川培地を用いた。培養検査で陽性になった検体は全例結核菌群抗原定性検査を行い、必要な場合、外注検査に委託し、DDH (DNA-DNA ハイブリダイゼーション法)・質量分析による抗酸菌同定を実施した。

結果

塗抹検査で初回陽性となったのは 26 件、このうち LAMP 法で陽性になったのは 14 件、陰性は 12 件、全て培養陽性となった (表 3)。

塗抹検査陽性、LAMP 法陽性検体の同定検査結果は全て結核菌群であった。塗抹検査陽性・LAMP 法陰性検体での同定検査結果は全て非結核性抗酸菌であった (表 4)。

考察

LAMP 法は、未処理喀痰から直接検査を行えるため、検査時間は 1 時間ほどであり、至急の場合喀痰提出から 2 時間以内、通常対応でも即日結果報告が可能であった。初回塗抹陽性患者は全て外来患者 (入院時検査含む) であり、検査結果の迅速化により隔離待機時間の短縮、検査結果を元に的確な感染対策が可能となり、受診当日に確定診断が行えた。また、LAMP 法陽性となった検体の同定結果は全て結核菌群となり、特異性の高い結果が示された。LAMP 法陰性の場合の同定検査では非結核性抗酸菌の様々な菌種が検出された。

核酸増幅検査を導入するにあたり、PCR 法との比較検討を行った。PCR 法は機器が高価なこと、LAMP 法では PCR 法で検査可能な MAC (*M. avium*, *M. intracellulare*) の検出キットがなく、結核菌群のみの検出であることをそれぞれの課題点として捉えていた。しかし今回の同定検査結果より、当院においては、MAC 以

表4 塗抹陽性検体の培養後の同定検査結果

核酸増幅検査 (+)	培養検査	
	<i>M. tuberculosis complex</i>	
		14
	<i>M. avium</i>	8
	<i>M. intracellulare</i>	2
(-)	<i>M. abscessus</i>	1
	<i>M. chelonae</i>	1

外の非結核性抗酸菌が検出され、結核菌群と同時に MAC の PCR 法を実施していても、検査結果は陰性となり、培養検査の結果を待って同定検査が必要であったであろうことが示唆された。このことから、臨床的に PCR 法が優位とはいえないと思われた。検出を結核菌群か否かに絞ることで、感染管理対策が必要な結核菌群の検出を迅速化でき、当院の状況に合った検査方法の最善の選択となり、機器の有効な活用につなげられたと考える。

同時に塗抹・培養・LAMP 法を実施した検体の中には、初回塗抹検査陰性だったが、LAMP 法でのみ陽性となった検体があった。その後の検体提出で塗抹検査・培養検査陽性となり、診断、対応には問題がなかったが、良質な喀痰の採取が困難であるなど、検体に含まれる菌量が少なく塗抹検査陰性となったと考えられる場合には注意が必要と思われた。この結果からは結核疑い患者の早期発見として塗抹検査よりも感度の高い LAMP 法が有用であると考えられる一面もあるが、複数日の採痰の必要性、培養検査の有用性も変わらず示され、検査の感度を維持するためには良質な検体の採取が重要であることを改めて感じた。

この 3 年半の対象期間には、近隣の医療施設での結核集団感染があり、当院受診時には、外来診療中に LAMP 法までの結果を報告し、患者の隔離時間の短縮、診断等につなげることができた。地域の中核病院として、柔軟に検査可能な機器を所有することが、有益と思われた事例であった。

当院は結核病床を有しており、結核菌感染が強く疑われる場合、結果判明前に隔離するなど、感染対策面での対応は可能ではあるものの、まずは外来診療の場において確実な検査結果を提供することが、その後の全てにつながっていくと思われる。今回の検討結果では、今後、迅速な検査結果とともに、感度の高い検査結果をも求めていく必要性を感じた。

2018 年 4 月からは、さらに LAMP 法によるマイコプラズマ核酸検出検査の院内導入も開始した。今後も機器を積極的に活用し、有用な項目の院内導入により検査結

果の迅速化を進めていきたいと考えている。

まとめ

当院では、結核菌群を迅速に同定することを最優先と考え、当時の核酸増幅検査方法では主流であったPCR法ではなく、検査時間が最短であったLAMP法を導入した。検出可能な菌種は結核菌群検出に限られるものの、至急かつ柔軟な対応が可能となった。特異性にも優れ、結果報告までの時間短縮となり、結核の迅速診断、感染管理対策に極めて有用であると思われる。

参考文献

- 1) 日本結核病学会抗酸菌検査法検討委員会 抗酸菌検査ガイド2016 東京 南江堂 2016 67-77
- 2) 御手洗聡 結核菌群遺伝子の臨床検査の進歩 モダンメディア 59巻；194-199：2013
- 3) 高野弘 新たに保険収載された検査法 LAMP法による結核菌群核酸検出検査, マイコプラズマ核酸検出検査, レジオネラ核酸検出検査について モダンメディア 58巻；246-252：2012
- 4) 御手洗聡 LAMP法を使った結核迅速診断キット 複十字 339；11-13：2011
- 5) 大栗田香織, 藤木誠, 諏訪浩 結核菌群検出におけるLAMP法の日常検査への導入と有用性の評価 下呂温泉病院年報 38；26-29：2015
- 6) マイコバクテリウム核酸キット Loopamp 結核菌群検出試薬キット 試薬操作マニュアル 東京 栄研化学 2011

新改革プランの推進による経常収支黒字化へ向けた取組 ～アクションプランの実践による収支改善～

澤里 仁¹⁾・信野祐一郎²⁾・鈴木 健介³⁾・成澤 隆幸³⁾・瀧本 直人³⁾

- 1) 小樽市立病院 事務部
2) 小樽市立病院 泌尿器科
3) 小樽市立病院 事務部経営企画課

要 旨

平成 29 年 3 月に策定した「新小樽市立病院改革プラン」（以下「新改革プラン」）を着実に推進し、経常収支黒字化を実現するため、具体的な行動計画として「新改革プランに係るアクションプラン」（以下「AP」）を策定した。この AP は全職員を巻き込んで取り組んでおり、実施初年度（平成 29 年度）から大きな効果が現れている。今回は AP の内容や取組などについて報告する。

キーワード：新小樽市立病院改革プラン、アクションプラン、新改革プラン推進委員会、経常収支比率

1. はじめに

総務省は、平成 19 年 12 月の「公立病院改革ガイドライン」に基づく各公立病院の取組については一定の成果があったとしつつも、経営効率化、再編・ネットワーク化及び経営形態の見直しなどの視点に立った改革を継続し、地域における良質な医療を確保していく必要があるといった考えなどから、平成 27 年 3 月に、新たに「新公立病院改革ガイドライン」を平成 27 年 3 月に策定して各公立病院へ新改革プランの策定を要請した。

これを受けて、当院では病院機能の見直しや病院事業経営の改革に総合的に取り組むことを基本として、新改革プランを策定した。また同時に AP を策定した。なお、これらの策定に当たっては、有限責任監査法人トーマツ（以下「トーマツ」）に策定指導・助言業務を委託した。

2. アクションプラン策定について

新改革プランの素案作成作業と同時に、トーマツの助言を得ながら AP 事務部案の作成にも着手した。

AP は、改革プランの大きな方向性を基に具体的に取り組むべき事項を 20 のテーマとしてまとめた。さらに、体系的に新改革プランとの整合性を取りながら (1) 民間的経営手法の導入、(2) 経費削減・抑制対策、(3) 収入増加・確保対策、(4) その他の 4 つのカテゴリーに分類した。次に、テーマごとに、より具体的な取組を検討して項目ごとに細分化して、4 年間の計画期間中に

うべき内容や各年度の KPI¹⁾ 等の設定を進めた。

この作業に並行し、新改革プラン推進委員会（以下「委員会」）を設置した。委員会の役割を AP 策定及び策定後の各取組の進捗管理とした。このことから、委員会では事務部案を基に策定作業を進めた。職員が一丸となって取り組むよう、具体的な取組（タスク）ごとに院内各種委員会や各部門が実施部門として実行することを前提とした。そのため、この策定作業で最も注力したことはタスクを担う実施部門とのヒアリングであり、各委員長や委員会事務局、トーマツとのヒアリングを重ねて委員会案を完成し、理事会での協議を経て平成 29 年 3 月 17 日に策定となった。

3. アクションプラン 20 のテーマ及び具体的な取組内容について

AP20 のテーマについて、テーマごとにタスク及び平成 29 年度の主な取組内容を次に示す。

(1) 民間的経営手法の導入

A 民間病院の経営手法の研究

【タスク】

- ・公表データ等により訪問先病院を選定し、訪問による情報収集や情報の分析により民間病院のノウハウを取得する。（訪問の目的は、AP に沿ったものとし、例としては、SPD、院外営業強化、手術室運用、有料個

¹⁾ KPI：key performance indicator 企業目標の達成度を評価するための主要業績評価指標

室運用、外来パスなどを想定)

【実施部門】 事務部

【KPI】 理事会へ年間1件以上の改善提案

【取組内容】

- ・収入増加・確保対策のうち、最優先項目の一つである紹介患者の増加を優先的に取り組む必要があると考え、地域医療連携業務に関して、訪問先で得られた情報を基に、地域医療支援病院を見据えた分析を行い、これに向けて当院が取り組むべき事項という視点で理事会に「業務改善提案書（地域医療連携業務）」を提案。

B DPC 分析結果の積極的な活用

【タスク】

- ・DPC データによる経営モニタリングを実践するために具体的な方法を議論し、対出来高分析、DPC 別平均在院日数分析及びベンチマーク分析を用いて改善計画を策定。
- ・DPC データを活用した全職員向けの勉強会開催（総論）及び診療科別改善検討（各論）。

【実施部門】 DPC 委員会

【KPI】 勉強会開催回数を全職員向けに年1回、診療科ごとに半年1回

【取組内容】

- ・DPC 機能評価係数Ⅱのうち、主に「効率性係数」向上の方策を行うため、EVE²のベンチマークデータを分析
- ・診療科ごとにDPC 症例検討会を随時開催
- ・全職員向けのDPC 勉強会を開催

(2) 経費削減・抑制対策

C 診療科ごとの収支分析の検討

【タスク①】

- ・診療科別収支計算を実施するため、メディカルコード³（以下「MC」）の活用方法及び目的を検討。
- ・MC を活用した収支計算の実施。

【実施部門①】 事務部

【KPI】 検討及び実施

【取組内容①】

- ・MC 原価計算機能の活用方法や目的について、経営戦略会議にてMC の活用イメージや課題・懸念事項について併せて報告。

² 出来高請求とDPC 請求の差額分析、患者数・在院日数・医療資源などの各種指標をDPC 別・疾患症例別などに分析するシステム。他院との比較ができるベンチマーク機能を有する。

³ 医療収益及び医療費用データやDPC データなどの院内データを活用する病院向け経営支援システム。主な機能として、原価計算や算定率向上などがある。

【タスク②】

- ・MC を活用した診療報酬出来高請求向上策の検討

【実施部門②】 保険診療委員会

【取組内容②】

- ・医療の質向上と併せて、入院栄養食事指導料、リンパ浮腫指導管理料、肺血栓塞栓症予防管理料及び退院時リハビリ指導料について、入院から算定までの院内フローを確立。

D 委託契約の点検・見直し

【タスク】

- ・年間1億円以上の高額委託業務については、契約担当者とのヒアリングを改革プラン策定前に先行して実施し、仕様の見直しについての提案を行い、長期契約・より競争性の高い契約を実施。
- ・先行分以外も同様に、現状分析、関係部門とのヒアリングを行い、改善の目標値を設定しながら委託業者と契約内容を交渉。

【実施部門】 事務部

【KPI】 年間委託料比率 11.5%以下

【取組内容】

- ・医事業務：従前の委託料より月額△8.2%。
- ・患者給食業務：指名型プロポーザル方式にて委託業者選定、年間見込額△21,900円。
- ・施設管理業務：これまで「清掃・警備・電話交換・管理」1本であった契約を「清掃」と「警備・電話交換・管理」に分けて入札。「清掃」単体では年額△6.3%、「清掃」+「警備・電話交換・管理」では年額△2.3%。
- ・感染性廃棄物・非感染性廃棄物収集運搬処理業務：入札により年額△25,776千円。

E 採用医薬品数削減の取組

【タスク】

- ・採用医薬品数に対する方針及び目標数の設定にあたり、関係者ヒアリングにより問題点を抽出。
- ・限定医薬品⁴取扱いの再周知及び新規採用ルールの見直し。

【実施部門】 薬事委員会

【KPI】 採用医薬品数 1,550品目以下

【取組内容】

- ・各医師に医薬品の「採用数1増1減の原則」を再度徹底し、「患者限定薬品」などを推奨するため、「新規申

⁴ 院内取り決め事項として、緊急的な使用を要する医薬品に関しては、申請書を基に薬事委員長、薬剤部長と協議の上、限定使用を依頼することができる。この緊急採用薬品は、使用症例終了後に採用中止とし、新規採用の条件とはしない。

請前の使用量不明薬品等の患者限定薬品申請」を通知。
・「入院中の高額限定使用薬品の退院時の使い切り」を通知。

F 後発医薬品割合の向上

【タスク】

・後発医薬品割合（数量シェア率）の方針確認のため、後発医薬品数の基準及び目標数を設定し、関係者ヒアリングにより問題点を抽出。

【実施部門】薬事委員会

【KPI】後発医薬品割合 83%以上

【取組内容】

・後発医薬品を毎月数品目ずつ新規採用しているが、あまり使用に繋がらないため、各医師に「後発医薬品の使用促進について」を通知。
・各病棟担当薬剤師が入院患者への処方内容を確認し、先発医薬品が指示された場合には、主治医に後発医薬品への切り替えが可能であるかを検討依頼。

G 材料調達方法の改善（SPD）

【タスク】

・SPD 拡充・拡大の研究のため、関係部門とのヒアリングや直近で SPD を導入した病院を見学した上で関係部門と検討。

【実施部門】医療材料検討委員会

【KPI】導入評価

【取組内容】

・SPD 業者からの提案を受けて、平成 30 年度に入ってこの業者が受託している道内病院の視察を行うとともに、当院で SPD を拡大する場合の方針、規模及び時期等について引き続き検討。

H 材料調達方法の改善（ベンチマーク）

【タスク】

・ベンチマークを利用した価格交渉の検討。

【実施部門】医療材料検討委員会

【KPI】検討

【取組内容】

・ベンチマークシステムは、今後 SPD システムを拡大するとした場合には、新たに導入する SPD システムに類似の機能が含まれることが想定されるため、この導入議論のみを先行せずに SPD 拡大と一体的に導入を検討。

I 材料調達方法の改善（材料の統一化）

【タスク】

・医療材料を既存品と新規採用品に分けて、それぞれの課題を整理。

・既存品：診療材料統一の方針を確認し、関係部門とのヒアリングを行い、改善目標値を設定。関係部門への周知徹底及び償還材料及び衛生材料（非償還）のモニタリング。

・新規採用品：関係部門とヒアリングの上、新規材料を精査する手順書の作成及び仕組を導入。申請件数のモニタリング。

【実施部門】医療材料検討委員会

【KPI】実施

【取組内容】

・新規採用品については、平成 29 年 10 月に「医療材料採用等取扱要領」を施行。施行後半年間の申請実績を評価し、新規及び既存材料の統一に関する関係部門とのヒアリングを予定。

(3) 収入増加・確保対策

J 救急患者の増加

【タスク①】

・救急患者受入れ方針の整理及び関係部門への周知。
・受入拒否件数データを取得する体制構築。
・救急隊との情報交換・勉強会を実施。

【実施部門①】救急医療対策委員会（救急外来・集中治療室運営部会）

【KPI】年間救急車受入件数 1,700 件以上

【取組内容①】

・「二次救急及び他の医療機関からの紹介について、原則として全ての患者を受け入れる。」ことを再確認し、院内に再周知。
・救急隊からの連絡は、麻酔科医が初期研修医と共に初期診療に当たり、その後に該当科へ依頼する運用を開始（脳神経外科を除く）。

・「小樽・後志救急事例検討会」と題し、各地区の消防関係者や他医療関係者との症例検討会を 3 回開催。

【タスク②】

・ベッドコントロールに関して、課題解決に向けたヒアリングを関係部門と実施。

【実施部門②】病棟運営検討委員会

【取組内容②】

・満床時における病棟間の入院調整や救急入院患者の円滑な受入れなどを目的とした「ベッドコントロールマニュアル」を策定して院内周知。

K 紹介患者の増加

【タスク】

- ・紹介患者拒否データの収集、患者受け入れ方針の院内周知などを行い、紹介患者受入プロセスを改善。
- ・逆紹介の推進に係る課題整理。
- ・院外営業活動の強化のため、医療機関への訪問等の活動計画を整理し、市民啓発の活動計画を整理。

【実施部門】 地域医療連携対策委員会

【KPI】 年間紹介入院患者数 1,240 件以上

【取組内容】

- ・紹介患者の返書管理について、「院内全ての医師が紹介元医療機関を意識し、返書を出すことを共通認識として持ち、忘れずに実行する。」を院内統ルールとして周知。
- ・紹介予約診療を 1 週間以内にすることを目指し、外来患者予約枠の中で「地連予約枠」を増設して予約待ち期間を短縮。
- ・医師及び地域医療連携室スタッフ等による医療機関訪問回数を増強。

L 手術件数の増加

【タスク】

- ・手術データを分析し、関係者ヒアリングを通して手術関連の課題を整理。
- ・医師との問題解決に向けたディスカッションを実施し、改善計画を作成して他部門と協議。

【実施部門】 手術室運営検討委員会

【KPI】 年間手術件数 4,170 件以上

【取組内容】

- ・円滑な手術室運用のため、件数激増の腹腔鏡下手術関連医療機器及び電気メスなどを整備。
- ・手術室運用の効率化を図るために手術室運用システムを導入し、運用状況全般のデータ分析、物品請求管理及び手術材料キット化により、手術準備時間の短縮や在庫の削減を目指す。

M 平均在院日数の短縮

【タスク】

- ・各診療科へ「DPC 期間Ⅱ超え⁵患者リスト」を配布してモニタリング。

【実施部門】 病棟運営検討委員会

【KPI】 平均在院日数 14.4 日以下（精神科を除く）

【取組内容】

- ・「各診療科の他職種カンファにおける退院調整の実施促進と『DPC 入院期間Ⅱ超え患者リスト』の活用」

ついて」を院内周知。期間超え入院患者のうち、看護必要度、MSW 介入、退院予定に該当しない患者は追跡調査を実施。

O クリニカルパスの活用

【タスク】

- ・パスの活用推進のため、職員向け勉強会（院内パス大会）を開催。
- ・パスの策定・見直しのために DPC データなどを分析して使用状況をモニタリング。

【実施部門】 パス委員会

【KPI】 パス利用率 45% 以上

【取組内容】

- ・パス使用率を上げるために、救急などに対応したパスや化学療法パスの作成について検討を開始。
- ・既存パスの入院日数は DPC 入院期間Ⅱを基準に作成しているため、診療報酬改定に伴う調整を実施。

P 高度な診療報酬加算の取得

【タスク①】

- ・7 対 1 看護入院基本料、SCU 及び HCU 加算を堅持するため、看護必要度及び看護体制などを注視。

【実施部門①】 事務部医事課

【KPI ①】 施設基準の維持

【取組内容①】

- ・入院基本料、SCU 及び HCU 加算の施設基準をモニタリング。

【タスク②】

- ・「総合入院体制加算 3」取得のため、施設基準の状況調査及び科別目標値を検討。

【実施部門②】 事務部医事課

【KPI ②】 検討

【取組内容②】

- ・施設基準のうち「外来縮小体制」については対策を要するため、引き続きモニタリングを実施。

Q 有料個室料の取組方法整理

【タスク】

- ・有料個室料の徴収に対する考え方などを整理し、有料個室の運用マニュアルを策定して医師や看護部等関係者へ周知。
- ・有料個室料取得率のモニタリング。

【実施部門】 病棟運営検討委員会

【KPI】 手順化及び有料個室料取得率 80% 以上

【取組内容】

- ・「原則、有料個室は料金を徴収する」という病院の方

⁵ DPC ごとに入院期間はⅠからⅢに区分されており、Ⅱの最終日が当該 DPC の全国平均在院日数となるよう制度設計されている。このため、DPC 病院では入院期間Ⅲにかかる入院患者を長期入院患者と呼ぶ場合がある。

針に沿った患者説明を標準化するため、「有料個室の取り扱いについて」を施行して院内周知。

R 健診業務の最適化の研究

【タスク①】

- ・健診を強化する具体策を組織のあり方を含めて検討。
- ・健診統計の整理。

【実施部門①】 けんしんセンター運営委員会

【KPI】 方向性の検討

【取組内容①】

- ・健診収益を上げる方向で検討を開始。課題を整理して適宜取組を開始。

【タスク②】

- ・メディカルツーリズム（外国人健診の誘致対策）検討のため、基本方針を確認して今後のあり方を検討。

【実施部門②】 事務部

【取組内容②】

- ・「メディカルツーリズム研究会」を発足し、引き続き課題等を整理。

(4) その他

S 職員の意識改革・人材育成（人事評価）

【タスク】

- ・人事評価新制度を医師と医師以外に分けて研究。

【実施部門】 事務部事務課

【KPI】 研究

【取組内容】

- ・既に市長部局が策定した制度が導入済みであり、院内において見直しの必要性が議論しにくい土壌がある中、この現行制度を刷新して新たな制度を構築する場合には、ノウハウをもったコンサルティング事業者の支援が不可欠と考えるが、導入年度やそれ以降の実行支援としての費用を要する。後年度に引き続き研究。

T 職員の意識改革・人材育成（人材育成）

【タスク】

- ・人材育成方針の策定のため、人材育成方針・サポート方法を検討。

【実施部門】 教育・人材育成委員会

【KPI】 策定

【取組内容】

- ・平成29年度改訂版「小樽市人材育成基本方針」が病院局職員を含めたアンケート及びヒアリングを実施して策定されるため、これに基づき人材育成を進める。
- ・資格取得等のサポート体制は、対応が難しい課題であることから現状の取扱いを把握するとともに引き続き

検討。

4. 新改革プラン推進委員会の活動について

AP策定後は、委員会を毎月開催して、各タスクやKPIの達成状況などの進捗管理を行い、理事会や経営運営会議で経過報告を行っている。また、APの職員向け取組状況の説明会を年2回（上期・下期）開催しているほか、取組の進捗状況や目標値の達成状況などをまとめた「新改革プランニュース」を作成して職員への周知を図っている。

5. 経常収支比率について

平成29年度の収支状況は、APの取組による効果が現れ、新改革プラン収支計画を大きく上回る状況となった。実施初年度の取組として、収益増加策を重点として実施し、救急患者や紹介患者の積極的な受け入れや、これに伴う手術件数の増加、病床稼働率の上昇などが大きく貢献したことにより、収益全体を押し上げる結果となった。

このことから、経常収支比率については、新改革プラン収支計画における平成29年度の目標値が92.3%であったが、平成29年度の実績値では3.7ポイント上昇した96.0%となった。

6. アクションプラン KPI 達成状況及び改定について

AP全体のKPI達成状況は（表1）に示すが、達成率としては約77%であり、概ね達成できた。しかし、各実施部門の協力により既にKPIの最終目標値に到達した項目がある一方、初期設定が高すぎたという声も聞こえていた。また、平成30年度の診療報酬改定により、KPIの内容を精査する必要があった。

このことから、AP実施後1年が経過した中で、各実施部門に「今後の取組等がKPIにマッチングしているのか」「追加すべき取組やKPIの目標値の改定が必要かどうか」などについて確認作業を依頼し、その結果を委員会で協議して改定案を策定し、理事会の承認を得て必要な改定を行ったところである。

この改定作業を次年度以降も続けることは、PDCAサイクルによる継続的な改善効果も得られるため、新改革プランの着実な推進に繋がると考えられる。

7. おわりに

新改革プランを実現するためには具体的な行動計画が不可欠であり、その計画を着実に実行、推進することが重要である。また、実際に取り組んで計画を推進するのは委員会による進捗管理だけではなく、全職員で実践す

表1 アクションプラン テーマ別 KPI 達成状況

アクションプラン_テーマ [KPI]	H28年度	H29年度					H30年度					H31年度					H32年度					
		1Q	2Q	3Q	4Q	年度末	1Q	2Q	3Q	4Q	年度末	1Q	2Q	3Q	4Q	年度末	1Q	2Q	3Q	4Q	年度末	
		KPI		KPI			評価	KPI		評価			KPI		評価			KPI		評価		
		実績		実績			実績	実績		実績			実績		実績			実績		実績		
A 民間病院の経営手法の研究 [KPI:改善提案数]	—	(理事会へ)1件以上				達成	(理事会へ)1件以上				(理事会へ)1件以上											
B DPC分析結果の積極的な活用 [KPI:勉強会開催回数]	—	全体1回以上 科別1回以上		科別1回以上		達成	全体1回以上 科別1回以上		科別1回以上			全体1回以上 科別1回以上										
C 診療科ごとの収支分析の検討 [KPI:検討、計算の有無]	—	全体1回 科別19科/19科		科別18科/18科		開催済み																
D 委託契約の点検・見直し [KPI:委託料比率]	—	11.5%以下				達成	11.4%以下				11.2%以下											
E 採用医薬品数削減の取組 [KPI:採用医薬品数]	—	1,575品以下		1,550品以下		達成	1,525以下		1,500以下			1,500以下										
F 後発医薬品割合の向上 [KPI:後発医薬品割合]	80%以上	83%以上				達成	83%以上				83%以上											
G 材料調達方法の改善 (SPD) [KPI:研究、導入評価の有無]	—	導入評価				未達成																
H 材料調達方法の改善 (ベンチマーク) [KPI:検討、実施の有無]	—	導入評価準備中				準備中																
I 材料調達方法の改善 (材料の統一化) [KPI:検討、実施の有無]	—	検討		実施		未達成	実施		実施			実施										
J 救急患者の増加 [KPI:救急車受入件数]	1,600	1,700件以上				達成	1,800件以上				1,900件以上											
K 紹介患者の増加 [KPI:紹介入院患者数]	1,170	1,240件以上				達成	1,320件以上				1,430件以上											
L 手術件数の増加 [KPI:手術件数(手術室)]	4,070	4,170件以上				達成	4,270件以上				4,370件以上											
M 平均在院日数の短縮 [KPI:平均在院日数]	14.6	14.4日以内				達成	14.2日以内				13.9日以内											
O クリニカルバスの活用 [KPI:バス使用率]	40%	45%以上				達成	50%以上				55%以上											
P 高度な診療報酬加算の取得 [KPI:7:1維持] [KPI:SCU維持] [KPI:HCU取得] [KPI:総合入院体制加算3取得検討]	維持	維持		維持		達成	維持		維持			維持										
Q 有料個室料の取組方法整理 [KPI:手順化・モニタリング]	—	80%以上				未達成	80%以上				80%以上											
R 健診業務の最適化の研究 [KPI:方向性の検討]	—	80%以上 60.6%手順化済				74.6%手順化済																
S 職員の意識改革・人材育成 (人事評価) [KPI:研究の有無]	—	検討				検討																
T 職員の意識改革・人材育成 (人材育成) [KPI:人材育成方針の策定]	—	研究				研究																
	—	策定				策定																
	—	策定				達成																
	—	小樽市人材育成基本方針に基づく				H304改訂版策定																

達成数17/全KPI数22 = 77%

ることが必要であるといった意義や重要性といったことを理解させる取り組みが必要である。

当院では AP の実践を通じ、職員間の勉強会等でも、例えばこういう取組を行った場合、このような新しい診療報酬上の点数を取得できるのではないかといった検討や発表が行われるようになってきており、今後のさらなる成果が期待できる状況にある。

引用・参考文献

- 1) 公立病院改革ガイドライン（平成 19 年 12 月 24 日
付け総務省自治財政局長通知）P.1～P.5
- 2) 小樽市立病院改革プラン（平成 21 年 1 月策定）

P.1～P.2

- 3) 新公立病院改革ガイドライン（平成 27 年 3 月 31 日
付け総務省自治財政局長通知）P.1～P.3
- 4) 新小樽市立病院改革プラン（平成 29 年 3 月）P.1,
P.12～P.16, P.25

両下肢に麻痺が生じた脊髄疾患患者への座ることを目指した関わり

～協働的パートナーシップ理論での振り返り～

釣賀 百華・黒田 千賀・工藤 聖子

小樽市立病院 看護部

要 旨

脊椎炎・脊髄硬膜外膿瘍で両下肢の麻痺がある A 氏は疼痛と麻痺があることを受け入れられずリハビリがすすまなかったが、「また座れるようになりたい」という希望も持っていた。そのため、今後どのようなリハビリを行いたいのか、なりたい自分について聞き、座れることを目標としたリハビリを実施していくこと、また家族とも尖足予防の目標を共有し参加してもらった。毎日目標を決めながらリハビリを実施し定期的に A 氏と評価を行い目標達成を共有し、再設定を行った。今回の A 氏との関わりを協働的パートナーシップ理論で振り返ることで、患者参加型看護の実践が A 氏の自己効力感や QOL の改善につながり、医療者とともに健康問題について取り組むことへの意識が高まることがわかったのでここに報告する。

キーワード：協働的パートナーシップ理論、患者参加型看護

はじめに

脊椎炎・脊髄硬膜外膿瘍で痛みが強く、麻痺を受け入れられていない A 氏に対して、リハビリの目標を設定し内容を一緒に考え実施し評価したことにより、目標にむかって主体的にリハビリに取り組むことができた。今回の関わりについて協働的パートナーシップ理論を用い振り返りを行った。

事例紹介

A 氏 70 歳代 女性

家族構成：夫、子ども夫婦

病名：脊椎炎、脊髄硬膜外膿瘍

主訴：腰背部痛の増強、発熱

既往歴：今回の入院 4 ヶ月前に小脳出血で入院し開頭血腫除去術施行。その後リハビリのため転院。

現病歴：平成 X 年 5 月、リハビリ転院中に腰背部痛の増強、発熱があり当院受診。脊椎炎、脊髄硬膜外膿瘍にて入院。即日胸椎椎弓形成術と脊髄硬膜外膿瘍摘出術施行、感染徴候が落ち着き、入院 30 日目に脊椎後方固定と椎弓後方除圧術施行した。

A 氏はリハビリの時期にあったが、両下肢をまったく動かすことが出来ない状態にあり「痛くて起き上がれない」「どうしてこうなっちゃったの」と疼痛と麻痺があることを受け入れられずリハビリが進まない状況で

あった。A 氏は前回入院の際、嘔気・嘔吐がありながらも症状をコントロールしながら共にリハビリに取り組んだ経験があり、目標があれば意欲的に取り組める力を持っていると考え、A 氏の強みを生かし再び共にリハビリに取り組むたいと考えた。

用語の定義

協働的パートナーシップ：

すべてのパートナーの積極的な参加と合意のもとに進む流動的な過程を通して、患者中心の目標を追求するものである。

患者参加型看護：

看護実践において、患者と看護師が互いの情報を共有し合意に基づき看護の全過程（目標設定・計画立案・実践・評価）をともに行うことである。

看護の展開

入院 30 日目、2 度目の手術施行。

入院 37 日目、ADL アップ可の指示があり、鎮痛剤にて腰背部痛をコントロールしながら入院 41 日目より看護師とともに端座位訓練開始。

入院 46 日目、担当の理学療法士（以下 PT）、作業療法士（以下 OT）とカンファレンスを実施。A 氏の現状に合ったリハビリについて、今の段階では起立筋を鍛えることが必要でありリクライニング車椅子の方が適切で

あるとPTよりアドバイスを受けた。OTからは「体動にて痛みの訴えがあり、痛みにばかり注意がいけないよう話しをそらしながら介入を行うこともある。今は痛みに対する意識が強く、下肢の麻痺に対する意識が薄い状態である」と情報があつた。

入院47日目、A氏と家族に対し、現在は治療が終了し今後リハビリを進めていく時期にあることを説明したうえで、今後どのようなリハビリを行っていきたいかを一緒に考えた。患者からは「また座れるようになりたい」という希望があることがわかり、座位を目標にリハビリを計画していくことを本人と共有した。またPTのアドバイスから今の段階ではリクライニング車椅子に乗車することで、端座位保持に必要な起立筋が鍛えられることを説明し、目標を【1日1回リクライニング車椅子に乗車できる】と設定し計画を共有した。また家族に対し、安静臥床の時期が長かったことから、尖足が少しずつ進んできている状況も説明。本人が痛がらない程度に足首の運動をして頂きたいと家族へ依頼した。

入院53日目、本人とともに計画を評価した。毎日リクライニング車椅子に30分から1時間程度乗車することが出来ており、「リクライニング車椅子乗車時には痛みは少なかった」と話された。目標は達成できたことを本人と共有し「できてよかった」と反応があつた。リハビリでは端座位訓練を開始しており、リハビリ以外でも端座位訓練を実施してはどうか本人へ提案。計画を評価し、目標を【1日1回端座位練習が実施出来る】に変更した。日々の関わりで、端座位訓練を行う際には「何分間実施する」というその日その日の目標を立てながら実施していき、出来たことに対しては称讃していった。疲労感の訴えが強く、端座位訓練時間は1日5～10分程度ではあつたが、「起きなくちゃね」「座れるようになってよかった」などの発言が聞かれるようになった。

入院60日目、再度計画を本人と共に評価。今後も端座位が安定するよう練習が必要であるという結論になり計画はそのまま継続とした。

入院67日目、リハビリ目的のため転院。転院前に患者と家族へ話しを伺うことができた。一緒に立案した計画に添い毎日端座位練習ができ、目標は達成できたことをA氏と共有し「よかった」と笑顔が見られた。転院後もリハビリが続くことに対し「やりたくない」と言う言葉が出ることもあつたが、「やらなきゃいけない。一番大事だから」と最後には前向きな発言が聞かれるようになっていた。家族も面会時には、足首の運動を行ってくれており、少しずつであるが足首の可動域が拡大してきていた。家族からは「何をしたいのかがわかって、とても関わりやすかったです」と話されていた。

考察

協働的パートナーシップ理論には5つの基本要素と4つの段階があり螺旋モデルのように進んでいくと言われている。本事例を4つの段階に分け看護の展開を振り返る。

- ・ 第一段階：協働的に取り組むことを探索し相互作用を深める段階（情報交換、信頼関係を築く、問題を打ち明ける）

A氏にはリハビリに取り組むことができる力があると信じ、リハビリの希望を聞くことで、A氏のなりたい自分を知ることが出来た。

- ・ 第二段階：具体的で実現可能な目標を明確にし、優先順位をつけていく段階

リハビリに取り組みたいと思っていることを伝え、互いに思っていることを共有しA氏が望む目標を設定した。

- ・ 第三段階：目標達成に向けた選択肢を考え、計画を実践する段階

座れるようになりたいという目標を元に、その時のA氏の現状からリクライニング車椅子乗車を提案。毎日リクライニング車椅子に乗車するという計画を立案し実施していく過程で、鎮痛剤で痛みのコントロールを行い、A氏に無理をさせないように乗車時間を本人の希望に合わせて、出来たことは称讃し、毎日リハビリが継続できるように調整をした。

- ・ 第四段階：目標達成を可能にしたのは何か、パートナーに与えた影響などについて対象者と看護者が理解できるよう再吟味する段階

目標を設定してから7日後に目標の評価をA氏と実施した。目標を設定し達成できたことを共有した上で、次の段階である端座位という目標を設定し取り組むことが出来た。

今回の看護の展開を協働的パートナーシップ理論で振り返りを行った結果、協働的パートナーシップ理論の4つの段階を踏んで看護展開が行われていたことがわかった。今回座ることを目指し患者参加型看護を展開し、目標達成につながったことは、協働的パートナーシップ螺旋モデルの4段階を踏んで展開できていたことが要因の一つではないかと考える。

まとめ

患者と互いに目標を話し合い共有することは、協働的パートナーシップ理論の5つに基本要素のうち、力を分かち持つこと、心を開き尊重することにあたり、A氏との間に協働的パートナーシップが形成され、螺旋モデ

ルの4段階を踏むことができた。

患者参加型看護を実践することは、自己効力感やQOLの改善につながり、医療者とともに健康問題について取り組むことへの意識が高まることがわかった。

参考文献

- 1) ローリー・N・ゴットリーブ 他. 協働的パートナーシップによるケア. エルゼビア・ジャパン株式会社; 2007 65-79
- 2) 北海道大学病院看護部. 患者参加型看護 患者がケアを評価・修正する新しい看護の形; 2008 2-3

夜勤開始時期における看護師長と新人看護師の 受け止めのギャップについて

～プラス1の夜勤回数の統一を試みて～

萩原 正子・佐藤 淳子・長嶋ひとみ・金谷 順子・阿部 洋子

小樽市立病院 看護部

要 旨

当院は平成26年12月に2つあった市立の病院が統合し1つの病院となった。しかし、様々な異なるルールがありその一つが新人看護師の夜勤の導入方法であった。複数回プラス1の夜勤をさせている部署と、そうではない部署があり、昨年度看護師長と新人看護師の受け止めのギャップを調査した。その後、基本1クール（4回）のプラス1夜勤での統一を図ることとしたため、再調査を行った。その結果、夜勤開始時期が後ろへシフトしたが、プラス1夜勤回数を統一したことよる問題は発生していなかった。また夜勤開始時に身に着けておくべき基本的姿勢と態度及び管理的側面に対する評価は、独り立ち夜勤を遅くした分、肯定的意見が多かった。新人看護師の心理的支援は、プラス1の回数や夜勤開始時期では解決しきれないことであり、明らかなものは本調査では見いだせなかった。

キーワード：夜勤開始時期 看護師長 新人看護師 心理的支援

はじめに

当院は平成26年12月に2つあった市立の病院が統合し1つの病院となった。開院当初は一つ屋根の下に2つの病院が存在しているといった様子で、様々な異なるルールがありその一つが新人看護師の夜勤の導入方法であった。複数回プラス1の夜勤をさせている部署と、そうではない部署があり、「大事にされていないと感じている」という声を聴いた。そのため統一化を図る一方で、実際にバラバラの基準で、もしくは基準を持たずに夜勤開始をしてきた1年を振り返り、看護師長と新人看護師の受け止めのギャップを昨年度調査した。その結果を院内にフィードバックしたところ、基本1クール（4回）のプラス1夜勤での統一を図ることになった。そこで、再調査した結果を報告する。

目的

プラス1の夜勤回数の統一を図ったことで、夜勤開始時期における看護師長と新人看護師の受け止めに対するギャップの変化を確認し、夜勤開始にあたっての心理的支援の一助とする。

【用語の定義】

プラス1の夜勤とは正規の勤務者数に1名増員して夜

勤勤務をすること。

方法

1. 対象は、平成27年度に新人看護師が配属になった部署の看護師長6名、及び平成27年度採用の新人看護師18名と、平成28年度に新人看護師が配属になった部署の看護師長7名、及び平成28年度採用の新人看護師20名とした。
2. 調査方法は自記式アンケートを用いた。
3. 調査期間は平成28年6～7月、平成29年4月～5月であった。
4. データ収集方法は、看護師長を通じて対象者にアンケート用紙を配布した。個人が特定されないように封をして回収した。

調査内容

①プラス1で最初に夜勤をした月と回数②独り立ち夜勤を開始した月③独り立ち夜勤に入るときの基準の明示の有無④プラス1の夜勤独り立ち夜勤開始時の受け止め⑤「独り立ち夜勤開始時に身に着けておくべき基本姿勢と態度」の項目及びその達成度⑥「独り立ち夜勤開始時に身に着けておくべき管理的側面」の項目及びその達成度⑦独り立ち夜勤開始を判断した理由を伝えたか、伝え

表1 看護師長経験年数

経験年数(年)	1~5	5~10
H27年度(人)	4	2
H28年度(人)	4	3

表2 新人看護師の年齢

年齢(歳)	21~24	25~29
H27年度(人)	13	2
H28年度(人)	16	2

表3 プラス1及び独り立ちでの夜勤開始時期

年度と種類		5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
H27年度	プラス1	4人	5人	0人	0人	0人	6人	1人	0人	0人
	独り立ち	0人	0人	2人	2人	4人	5人	3人	0人	0人
H28年度	プラス1	0人	0人	0人	1人	4人	10人	2人	3人	0人
	独り立ち	0人	0人	0人	0人	1人	4人	10人	2人	3人

表4 プラス1夜勤開始時期から独り立ち夜勤開始時期までの間隔

時期	H27年度	H28年度
同月(人)	6	1
翌月(人)	4	18
2か月後(人)	1	1
3か月後(人)	4	0
4か月後(人)	2	0
6か月後(人)	1	0

表6 独り立ち夜勤開始の基準の有無

年度	有り	無し	無回答
H27年(人)	2	4	0
H28年(人)	7	0	0

表5 プラス1の夜勤回数

年度	2回	4回	8回	9回	11回	20回	21回	28回
H27年(人)	1	5	2	1	2	2	1	1
H28年(人)	0	20	0	0	0	0	0	0

られたかについて。①②については勤務表から抽出した。③については看護師長に、④~⑦については両者に聞いた。尚、項目⑤⑥に関しては、厚生労働省の『新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】』より、1年以内に到達を目指す項目のうち、到達の目安が「できる」となっているものを抽出した。

6. 分析方法は単純集計とした。⑤及び⑥に対しては、1位に5点、2位に4点、3位に3点、4位に2点、5位に1点を配点し、重み付けを行い順位をつけた。

7. 倫理的配慮としては、院内の看護研究倫理審査委員会の承認を受けた後、本研究に対する趣旨を文書で説明した用紙と調査票を対象者に配布し、回答をもって同意とみなした。

成績

- アンケート回収率は看護師長が両年度とも100%。新人看護師は平成27年度が83%、平成28年度が90%であった。
- 基本属性としての看護師長の師長経験は、両年度とも1~5年が4人、5~10年が平成27年度は2人、

平成28年度は3人であった(表1)。新人看護師の年齢は、21~24歳が平成27年度は13人、平成28年度は16人で、25~29歳が両年度とも2人であった(表2)。

- 夜勤開始時期は、プラス1の夜勤では、平成27年度では5月、平成28年度では8月が最も早く、遅いのは平成27年度では11月、平成28年度では12月であった。最も多いのは両年度とも10月であった。独り立ち夜勤では、平成27年度では7月、平成28年度では9月が最も早く、遅いのは平成27年度では11月、平成28年度では1月であった。最も多いのは平成27年度では10月、平成28年度では11月であった(表3)。
- プラス1夜勤開始時期から独り立ち夜勤開始時期までの間隔では、平成27年度はプラス1の夜勤の同月に独り立ち夜勤をしている者が6人、平成28年度はプラス1の夜勤の翌月に独り立ち夜勤をしている者が18人と最も多かった。平成27年度では独り立ちまでに6か月かかった者もいたが、28年度は2か月が最高であった(表4)。

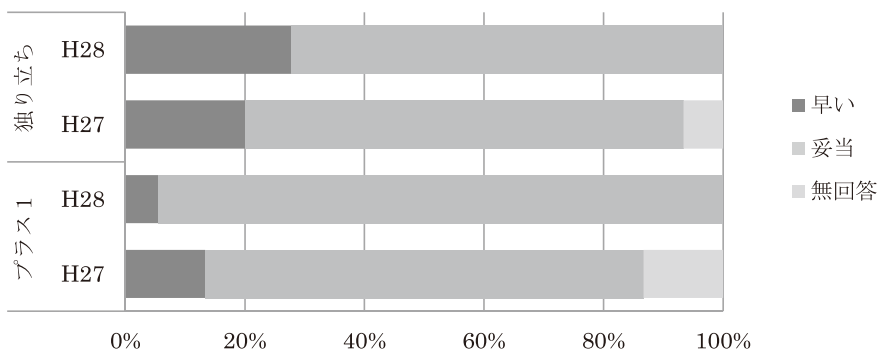


図1 新人看護師のプラス1及び独り立ちでの夜勤開始時期に対する思い

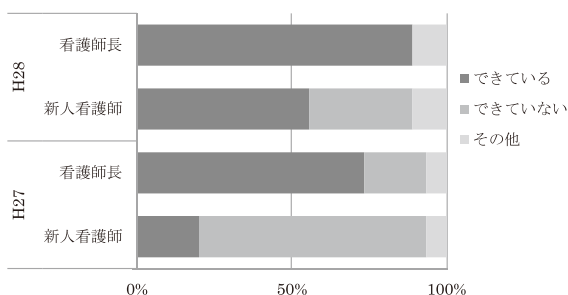


図2 夜勤開始時に身に付けておくべき基本姿勢と態度に対する評価

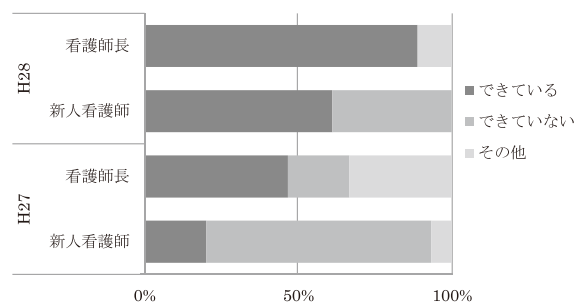


図3 独り立ち夜勤開始時に身に付けておくべき管理的側面に対する評価

5. プラス1の夜勤回数では、両年度とも最も多いのが4回であった。しかし、平成27年度はばらつきが多く、独り立ちまでに28回を要した者も1人いた(表5)。
6. 独り立ち夜勤開始の基準については、有と回答したのが平成27年度は2部署のみであったが、平成28年度は全部署であった(表6)。
7. 夜勤開始時期に対する思いとしては、プラス1ではH28年度の方が妥当と判断したものが多く、独り立ちではH28年度の方が早いとしたものが増加した。しかし、多くの新人看護師は概ねその時期を妥当と感じていた(図1)。
8. 独り立ち夜勤開始時に身に付けておくべき基本姿勢と態度に対する評価、管理的側面に対する評価共に、新人看護師並びに看護師長は平成27年度よりも平成28年度の方ができているという評価が高かった。また、新人看護師の評価よりも、看護師長の評価の方がいずれも高かった(図2、3)。
9. 独り立ち夜勤開始時に身に付けておくべき基本姿勢と態度についての項目は、新人看護師では両年度ともに「2看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識している」と「10周囲や他の医療従事者と適切なコミュニケーションをとる」の順位が高かった。

10. 独り立ち夜勤開始時に身に付けておくべき管理的側面の順位は、新人看護師では平成27年度は「5業務の基準・手順に沿って実施する」が1位で「6業務上の報告・連絡・相談を適切に行う」が2位であった。平成28年度では1位と2位が逆転していた。
- 看護師長では両年度とも同一で「6業務上の報告・連絡・相談を適切に行う」が1位で、「5業務の基準・手順に沿って実施する」が2位であった(表8)。
11. 夜勤に入れる判断については、平成27年度は伝え

表7 役割と態度の項目の順位における看護師長と新人看護師との比較

	H27年度		H28年度		H27年度		H28年度	
	看護師長	順位	看護師長	順位	新人看護師	順位	新人看護師	順位
1 医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人権を擁護する	11	4	13	5	37	3	43	3
2 看護行為によって患者の生命を脅かす危険性もあることを認識し行動する	14	1	31	1	55	1	74	1
3 職業人としての自覚を持ち、倫理に基づいて行動する	12	3	18	3	27	4	15	
4 患者のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する	2		2		19		37	4
5 患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接する	14	1	14	4	22	5	21	5
6 患者・家族にわかりやすい説明を行い、同意を得る	0		2		5		4	
7 守秘義務を厳守し、プライバシーに配慮する	6		0		5		8	
8 看護は患者中心のサービスであることを認識し、患者・家族に接する	8	5	0		3		11	
9 病院及び看護部の理念を理解し行動する	3		0		0		0	
10 同僚や他の医療従事者と適切なコミュニケーションをとる	7		19	2	42	2	46	2
11 自己評価及び他社評価を踏まえた自己の学習課題を見つける	0		0		10		11	

表8 管理的側面の順位における看護師長と新人看護師との比較

	H27年度		H28年度		H27年度		H28年度	
	看護師長	順位	看護師長	順位	新人看護師	順位	新人看護師	順位
1 施設内における医療安全管理体制について理解する	8	4	14	4	35	3	47	3
2 インシデント事例や事故事例の報告を速やかに行う	14	3	18	3	35	3	28	4
3 施設内の医療情報に関する規定を理解する	4		2		7		9	
4 プライバシーを保護して医療情報や記録物を取り扱う	6	5	11	5	22	4	25	5
5 業務の基準・手順に沿って実施する	28	2	29	2	72	1	65	2
6 業務上の報告・連絡・相談を適切に行う	29	1	30	1	57	2	83	1
7 施設内の消火設備の定位置と避難ルートを把握し患者に説明する	5		1		3		13	

ていない看護師長が多かったが、平成28年度は幾分伝わるように伝えていた(図4)。しかし、図5に示したように夜勤開始時評価が伝わった新人看護師と伝わっていない新人看護師とでは両年度とも夜勤開始時期の感じ方には変化はなく、概ね妥当と感じている新人が多かった(図5)。

考察

以下に、夜勤開始時期に対する新人看護師と看護師長のギャップの要因として考えられた項目に沿って考察していく。

【プラス1の回数】

全員が平成28年度は4回みのプラス1での指導を受けていた。平成27年度においては7月までに夜勤を開始している者は独り立ちの夜勤では16人中2人(12.5%)であり、プラス1での夜勤においても16人中9人(56.3%)であり、平田ら¹⁾や永田ら²⁾が述べてい

る夜勤の時期と比べても決して特別に早い時期に開始しているという状況ではなかった。さらに平成28年度では夜勤開始時期が後ろへシフトし、橋本ら³⁾の調査による7~8月を夜勤の平均開始時期とすると、やや遅い入りとなっていた。しかし、他のスタッフの負担でなければ、プラス1で4回以上の実施をしなくてもこの方法でも手厚い支援につながっているといえると考えられた。実際、プラス1での夜勤回数を4回としたことに対する否定的な意見は新人看護師並びに看護師長からもなく、不公平感なく育てられているという実感が持っていると判断される。

【夜勤開始時期】

新人看護師の夜勤開始までに身に着けておくべき基本姿勢と態度、管理的側面においては看護師長との差がみられ、自己評価は看護師長の評価に比べて低いものであった。『交代制勤務をすることは、新人にとって大きな適応力を要するものである』と平田ら¹⁾が述べている

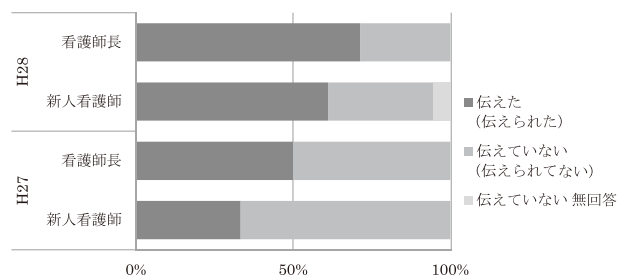


図4 夜勤に入れる判断の伝達

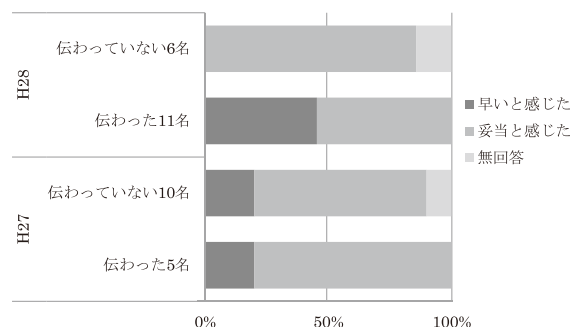


図5 夜勤開始時評価が伝わったものと、そうでない者との夜勤開始時期の感じ方の違い

ように、経験が浅く実践能力が不足している時期であることを考えると十分考えられる結果ではある。逆に看護師長は肯定的な評価をしているが、これは例年の新人看護師の出来上がりを知っているがゆえに、今の段階ではこの程度で大丈夫であるという経験に基づく判断があるものと推察される。一方、夜勤に入る時期についての新人看護師の思いは27年度と28年度を比較すると、共に妥当という評価が上昇していた。この背景として考えられるのは、プラス1夜勤を基本4回としたことで、夜勤開始が後ろへシフトし、十分に日勤としての経験を積んできたことが、受け入れにつながっているのもであると考えられた。しかし、それに伴い独り立ち夜勤の開始時期に関しては早いと回答しているものが若干上昇していた。理由については本研究においては言及できないが、注視する必要がある。

【基準の有無】

夜勤に入る時の基準を作成していたのは平成27年度では2部署のみであったが、平成28年度では全部署が作成していた。基準があることで課題が明確になり、新人看護師の段階的な成長につながることを橋本ら³⁾が述べているように、これらを明示しながら評価を伝えていくことは、大川ら⁴⁾がいう“認める”“ほめる”“任せる”という習得プロセスのアプローチへとつながる重要なサポートとなりうる。従って看護師長から見て、夜勤に入れる状態であると判断されたことを新人看護師に伝えることで、自信や自己効力感につながり、夜勤開始時期を肯定的に受け止められると考えていたが、実際には結果は伝わった者とそうでない者とは明らかな差はなかった。

まとめ

1) プラス1夜勤の回数を原則4回としたことで、夜勤開始時期が後ろへシフトしたが、独り立ち夜勤移行

への問題は発生していなかった。

- 2) 夜勤開始時に身に着けておくべき基本的姿勢と態度及び管理的側面に対して、独り立ち夜勤を遅くした分、肯定的意見が多かった。
- 3) 新人看護師は、プラス1で夜勤に入る時期については妥当と判断しているものが多かった。独り立ち夜勤開始時期については、平成28年度は早いと感じた者が若干増加していたが、その理由については言及できなかった。
- 4) 独り立ち夜勤開始基準が存在し、それに基づく看護師長の評価をしっかりと伝えることが、新人看護師の心理的支援にはつながっていなかった。
- 5) 不安をなくすということは、プラス1の回数や夜勤開始時期では解決しきれない。他の不安を軽くする支援を模索すべきである。

今後の課題

今後は質的研究により、新人看護師の心理的支援を追求していきたい。

参考文献

- 1) 平田香織, 松谷美和子: 新人看護師の職場適応—夜勤における困難な体験— 日本看護学教育雑誌 17 (3) 45-52 2008
- 2) 永田美和子, 小山英子, 三木園生 他: 新人看護師の看護実践上の困難の分析 桐生短期大学紀要 第16号 31-36 2005
- 3) 橋本由加里, 久本真紀, 植村光 他: 新人看護師の夜勤開始時期に関する, 新人, スタッフ, 上司間の判断基準の差異, 高松市民病院雑誌 26巻 56-60 2011
- 4) 大川貴子, 室井由美, 池田由利子 他: 福島県立医科大学看護学部紀要 6 9-23 2004

腎原発 Ewing 肉腫の 1 例

星 達也¹⁾・山田 修平¹⁾・山下 登¹⁾
 信野祐一郎¹⁾・守田 玲奈²⁾・市村 亘³⁾

- 1) 小樽市立病院 泌尿器科
 2) 小樽市立病院 病理診断科
 3) 小樽市立病院 放射線診断科

要 旨

Ewing 肉腫 (Ewing's Sarcoma) は、小児期から青年期に多く発症する肉腫である。発症部位は骨をはじめ、中枢神経、軟部組織等様々であるが、腎原発の Ewing 肉腫は稀である。今回、我々は腎原発の Ewing 肉腫の 1 例を経験したので報告する。症例は 15 歳、男性。20XX 年 3 月に腹部腫瘍を主訴に前医を初診し、右腎腫瘍疑いで同年 4 月に当科紹介となった。腹部エコー、CT、MRI 検査で右腎に 65×47×58mm 大の乏血性腫瘍と腎静脈内への腫瘍進展を認めた。右腎腫瘍 (cT3aN0M0) の診断で、同年 6 月に根治的右腎摘除術を施行した。病理組織学的に腎原発の Ewing 肉腫の診断で、集学的治療目的に他院紹介となった。紹介後の全身検索で新たに多発骨転移と多発肺転移とリンパ節転移を認めた。現在術後化学療法を施行中である。

キーワード：Ewing 肉腫、腎

緒言

Ewing 肉腫 (Ewing's Sarcoma) は、小児期から青年期に最も多く発症する肉腫である。発症部位は骨をはじめ、中枢神経、軟部組織等様々であるが、腎原発の Ewing 肉腫は稀である。今回、我々は若年男性に発症した腎原発の Ewing 肉腫の 1 例を経験したので報告する。

症例

患者：15 歳 男性

主訴：腹部腫瘍

既往歴：なし

現病歴：20XX 年 3 月より臍部 10 時方向に腫瘍を自覚し、近医内科のエコー検査で右腎腫瘍疑いを指摘された。20XX 年 4 月に精査治療目的に当科紹介初診となった。

初診時現症：身長 159cm、体重 45kg、意識清明、右上腹部に腫瘍を触知するが圧痛はなかった。

血液検査所見：LDH 838IU/L、BUN 18.4mg/dL、Cre 1.12mg/dL と LDH の高値および軽度腎機能障害を認められた。ほか特記すべき所見は認められなかった。

画像検査所見

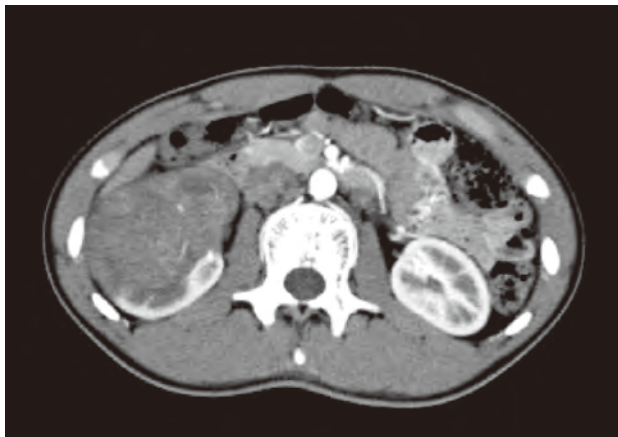
エコー検査所見：右腎中央～下極に ϕ 5cm 大の乏血性の腫瘍影を認めた。内部は不整で一部嚢胞様に描出された。(右腎静脈内腔に充実性変化を疑われた。)

CT 所見：右腎に圧排増殖性かつ浸潤置換性に広がる、境界明瞭、辺縁不整、内部不均一な 65×47×58mm 大の腫瘍影を認めた。単純 CT では正常腎実質よりも軽度高吸収を示し、内部に高吸収域あり出血または石灰化が疑われた。動脈相で明らかな早期濃染なく、その後の相で遷延性に軽度造影され、乏血性腫瘍と考えられた (図 1)。また、一部で腎静脈内への浸潤も認めた (図 2)。なお、この時点で明らかな転移は認めなかった。

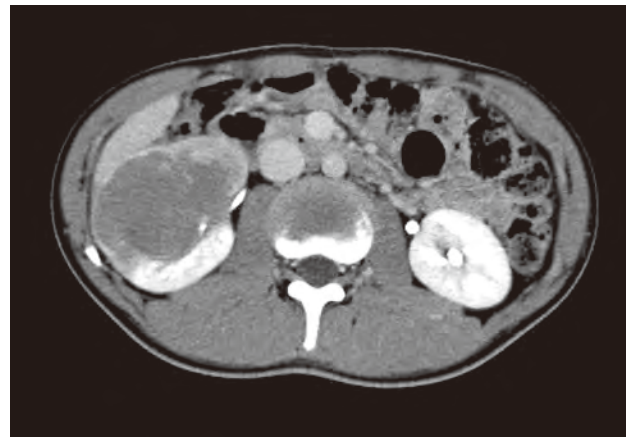
MRI 所見：T1 強調像で低信号、T2 強調像で高信号、拡散強調像では高信号を示した (図 3)。造影後は辺縁主体に漸増性の増強効果を呈していた。腎洞側に突出していたが明らかな外方突出成分は認めなかった。

以上から、典型的な淡明細胞型腎細胞癌ではなく、Bellini 管癌や浸潤性尿路上皮癌などの稀な腎悪性腫瘍が疑われた。また、腎静脈内への腫瘍進展を伴うが、明らかなリンパ節転移や遠隔転移なく、cT3aN0M0 相当と考えられた。

診断と治療目的に、20XX 年 6 月 7 日に根治的右腎摘



a)



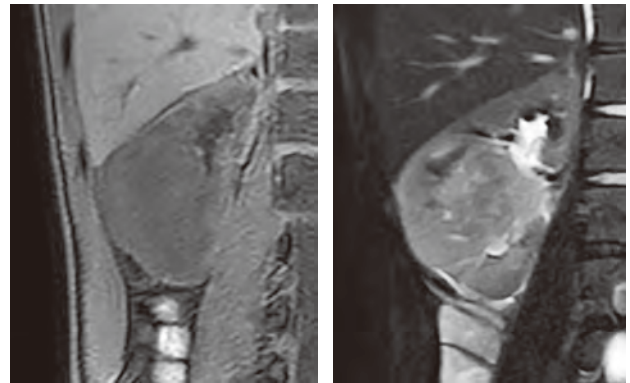
b)

図1 症例 Dynamic CT

a) 動脈相 b) 平衡相



図2 CTで右腎静脈内への腫瘍進展を認める。



a)

b)

図3 症例 MRI

a) 脂肪抑制 T1 強調、b) 脂肪抑制 T2 強調像

除術を施行した。

手術所見：全身麻酔、右腎摘位で腹腔鏡下に手術を開始した。腫瘍が大きく気腹してもスペースが狭く視野が狭かった。腎周囲は怒張した静脈が散見された。腎門部が分かりにくく、腎動静脈が同定できなかった。下大静脈から腎に向かう腎静脈らしき構造物を認めたが、術前CTの腎静脈に比べるととても貧弱に見えた。腎動脈を探す過程で腎静脈から出血し、止血困難となったため、開腹手術に移行した。出血部を止血縫合し、腎門にある細い索状の構造物を2-3本認め、これらを腎動静脈と考えて結紮、切断し、腫瘍を摘出した。なお、右副腎も摘出した。腎門下部・傍大静脈リンパ節が数個腫大しており、これらも摘出した。

手術時間5時間48分、出血量930mlであった。

摘出した腫瘍は80×100×75mm大で、腫瘍の断面は

肉眼的には白色で広範囲に壊死を伴っていた。

病理組織学的所見：顕微鏡的に、腫瘍は線維性被膜を超えて周囲脂肪織に浸潤していた。脈管侵襲も認められた。腎盂への浸潤は認められなかった。核小体を有しクロマチン粗造な大小不同の類円形核を有するN/C比の非常に高い細胞が充実性に増殖していた。一部ではロゼット形成が認められた(図5)。核分裂像が多数認められた。免疫組織学的染色では、CD56、synaptophysin、CD99、Leu7 (CD57)、vimentin、c-kit、NSEが陽性で、CK7、CK-AE1/AE3、CK20、S-100、EMA、SMA、WT-1、CD34、chromogranin A、desmin、LCA、MyoD1が陰性であった。また、FISH解析ではEWSR1 split signal 68%、FLI1 split signal 74%に検出され、EWSR1-FLI1キメラ遺伝子の存在が示唆された。以上より、右腎原発のEwing肉腫/未分化神経外

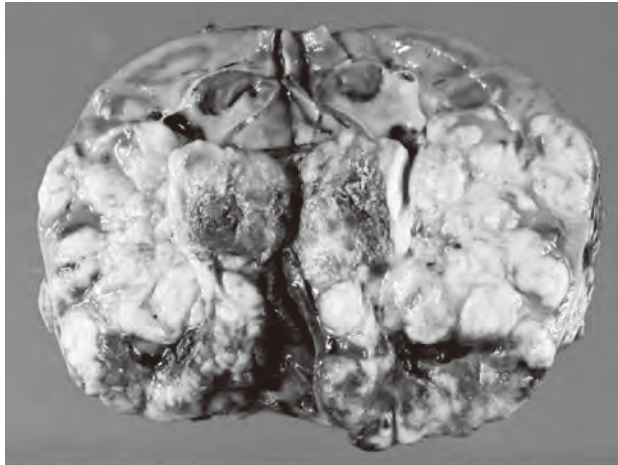


図4 摘出標本。断面には広範囲に壊死が認められる。

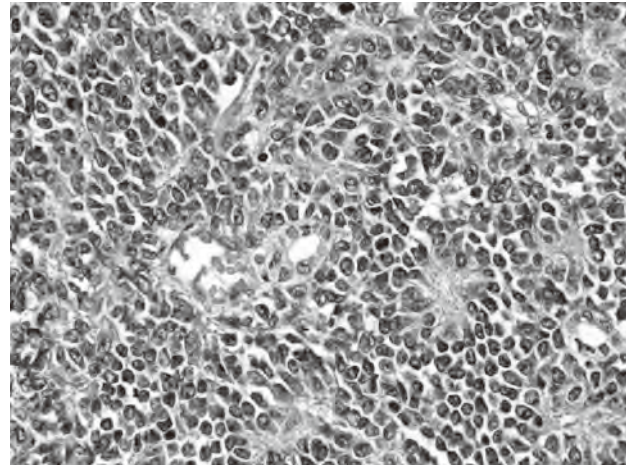


図5 病理学的所見。核小体を有しクロマチン粗造な類円形核を有する N/C 比の高い腫瘍細胞が充実に増殖。管腔様の部分やロゼット形成が一部で認められる。

胚葉性腫瘍 (Primitive neuroectodermal tumor : PNET) と診断した。また、同時に提出した腎門部リンパ節への転移が認められた。

術後経過：腎原発 Ewing 肉腫として、20XX 年 7 月 6 日に集学的治療目的に他院泌尿器科および腫瘍内科に紹介となった。術前の全身検索では明らかな転移は認めなかったが、紹介後の他院での全身検索では新たに多発骨転移および多発肺転移が出現しており、更なるリンパ節転移も認めた。現在術後化学療法として VDC 療法 (Vincristine, Adriamycin, Cyclophosphamide) と IE 療法 (Ifosfamide, Etoposide) の交代療法 (以下 VDC-IE 交替療法) を計 17 コース予定で施行中である。

考察

骨 Ewing 肉腫、骨外 Ewing 肉腫、胸壁 Askin 腫瘍、PNET はもともと別疾患として扱われていたが、近年共通の染色体転座 t (11 ; 22) (q24 ; q21) を有することが明らかになり、まとめて Ewing 肉腫ファミリー腫瘍と呼ばれるようになった。

Ewing 肉腫ファミリー腫瘍全般は未熟な小円形細胞からなる充実性腫瘍であり、10~20 歳代の骨、中枢神経系、軟部組織等に多く発生する。腎原発 Ewing 肉腫は非常に稀であり、1975 年に初めて報告されて以来、現在までの報告数は 100 例に満たない¹⁾。

臨床所見は、背部痛、側腹部痛、肉眼的血尿、腹部腫瘤などである。進行が早く、診断、治療に苦慮する例が多い。予後は不良で、診断から死亡までの期間は中央値 10.9 ヶ月であったとの報告もある²⁾。

画像所見では典型的所見は認めないが、病理組織学的所見および分子生物学的所見により診断が可能である。

典型的な組織所見は、小円形細胞の単調な増殖、多数の核分裂像が見られ、しばしば出血や壊死を伴う。また、免疫組織学的所見としては、CD99、NSE、Vimentin、ProteinS-100、Leu7 が陽性だが、このうち CD99 と NSE は PNET に特異的である。遺伝子学的所見としては、ほとんどの症例で Ewing 肉腫と共通の染色体転座 t (11 ; 22) (q24 ; q12) が見られる。FISH 検査でこの染色体転座で形成されるキメラ転写産物である EWS/FLI1 が検出される。

病期は局所例と転移例に分けられる。いずれの場合も、原発巣切除に加え、術後化学療法、放射線治療と組み合わせた集学的治療が必要である。化学療法としては、米国および本邦では VDC-IE 交替療法 (各コース 3 週間毎、計 17 コース) が標準治療となっている³⁾。

限局例と転移例では予後は明らかに異なり、VDC-IE 交替療法での治療成績は限局例では腫瘍完全摘出と術後化学療法により 4 年以上無再発で経過した症例報告もあり⁴⁾、3~5 年無病生存率は 70% 前後と比較的良好だが、転移例では 5 年無病生存率で 22% 程度との報告がある³⁾。上記の導入化学療法に反応不良の症例に対して、造血幹細胞移植を併用した大量化学療法が行われることもあるが、治療成績の改善は十分ではない⁵⁾。近年では、分子標的薬による治療研究も注目される。染色体転座 t (11 ; 22) (q24 ; q12) で形成されるキメラ転写産物である EWS/FLI1 が VEGF の産生を亢進させるとい報告があり⁶⁾、VEGF 阻害剤の有効性が期待されている。

結論：

今回我々は腎原発のEwing肉腫という非常に稀な一症例を経験した。腎原発Ewing肉腫は一般的に予後不良であるが、限局例では集学的治療による生存率の向上が期待される。

参考文献

- 1) Nirmalya C, Nikhilesh D, Snehasish D, et al. Primary Ewing's Sarcoma/Primitive Neuroectodermal Tumor of of Kidney - a Diagnostic Dilemma, Iran J Cancer Prev; 8: 129-133, 2015
- 2) 上野陽子, 石川雅邦, 鶴田崇 他. 腎原発未分化神経外胚葉性腫瘍の1例, 日本泌尿器科学会雑誌; 99: 560~564, 2008
- 3) Holcombe EG, Mark DK, Nancy JT, et al. Addition of Ifosfamide and Etoposide to Standard Chemotherapy for Ewing's Sarcoma and Primitive Neuroectodermal Tumor of Bone, N Engl J; 348: 694-701, 2003
- 4) Habermann H, Benesch M, Schips L, et al. Findings and clinical course of a localized primitive peripheral neuroectodermal tumor of the kidney, Urol Int; 71: 319-321, 2003
- 5) Gardner SL, Carreras J, Boureau C, et al. Myeloablative therapy with autologous stem cell rescue for patients with Ewing sarcoma, Bone Marrow Transplant; 41: 867-872, 2008
- 6) Dalal S, Berry AM, Cullinane CJ, et al. Vascular endothelial growth factor: A therapeutic target for tumors of the Ewing's sarcoma family, Clin Cancer Res; 11: 2364-2378, 2005

診断に苦慮した髄膜癌腫症の1例

工 由佳¹⁾・金内 優典²⁾・守田 玲菜³⁾・田中 浩樹³⁾・中村 靖広³⁾
小笠原一彦³⁾・横濱真智子³⁾・青山 聖美²⁾・笠井 潔³⁾・櫻木 範明²⁾

- 1) 小樽市立病院 研修医
2) 小樽市立病院 婦人科
3) 小樽市立病院 病理診断科

要 旨

患者は統合失調症にて加療中の60歳代女性。右乳癌にて右乳房全摘術を施行された既往がある。乳癌術後は化学療法が行われ、アロマターゼ阻害剤による内分泌療法が継続されていた。手術から3年8か月経過し、腫瘍マーカーの上昇を認めたが、PET/CT、その他消化器の精査でも悪性腫瘍の存在は確認できなかった。精査開始から2か月後に認知機能の低下がみられ、その後歩行困難などの神経症状や嘔吐が出現し、脳・脊髄MRI検査にて髄膜癌腫症が疑われたため腰椎穿刺を施行した。髄液中には、顆粒状のクロマチン構造をもち、核の中心に腫大した核小体の目立つ偏在核の大型の異型細胞が散在あるいは小集塊状に出現しており、低分化型腺癌由来の異型細胞と考えられた。免疫細胞化学染色ではCK7陽性、CK20陰性、ER陰性、PgR陰性、mammaglobin陰性、CA19-9陽性、CEA陽性、maspin一部陽性、TTF-1陰性であり、原発巣として乳癌もしくは膵胆道系癌の可能性が示唆された。そこで、再度検索を行ったが膵胆道系には悪性所見を認めなかった。髄液中の異形細胞と既往乳癌組織の免疫細胞化学・組織化学染色所見を総合的に考慮し、乳癌の髄膜癌腫症としての単一再発症例と判断した。全脳全脊髄照射を行い、神経症状は改善し、現在慎重に経過観察中である。

キーワード：癌性髄膜症、乳癌、免疫細胞化学染色、免疫組織化学染色

はじめに

髄膜癌腫症は癌細胞が髄膜や髄腔内にびまん性に播種した状態で、全癌腫のおおむね5%程度で見られるとされるが¹⁾、通常は多発転移のひとつとして見出される。原発巣としては乳がんが最も多く、11~64%を占め、次いで肺がん(14~29%)、悪性黒色腫(6~18%)と続き、消化器癌由来は4~14%と報告されている²⁾。つまり髄膜癌腫症は癌の多発転移の一型であることが多く、その予後は不良であると言わざるを得ない。

今回我々は髄液細胞診で髄膜癌腫症と診断されたが、他に明らかな癌病巣の存在を検出できず、髄膜癌腫症としての単一再発症例と判断するに至り、診断に苦慮した症例を経験したので報告する。

症例

患者：60歳代、女性

主訴：乳癌術後管理希望

既往歴：乳癌、統合失調症、糖尿病

家族歴、生活歴：特記事項なし

現病歴：

平成26年2月に当院外科にて右乳癌全摘術を受け、エキセメスタン(EXE)にて術後薬物療法が行なわれていた。平成29年10月下旬にCEA、CA19-9等の腫瘍マーカーが異常高値となり、精査目的に消化器内科を受診した。

初診時現症：身長156cm、体重69.5kg。意識清明。Vital signsに特記すべき所見なし。眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし。右胸部に手術痕あり。腹部に特記事項なし。下腿浮腫なし。

初診時検査所見：CBCは異常なく、肝機能・腎機能に異常は認めなかった。腫瘍マーカーは、CEA 12.1ng/ml、CA19-9 1180U/ml、CA15-3 60.3U/ml、CA125 167.7U/ml、NCC-ST-439 38U/mlと複数上昇していた。腹部CTを施行するも腫瘍像を認めず、PET検査でも異常集積巣は認めなかった。

初診後経過：消化器領域に明確な原発巣は見いだされなかったため、慎重に経過観察していたところ、2か月

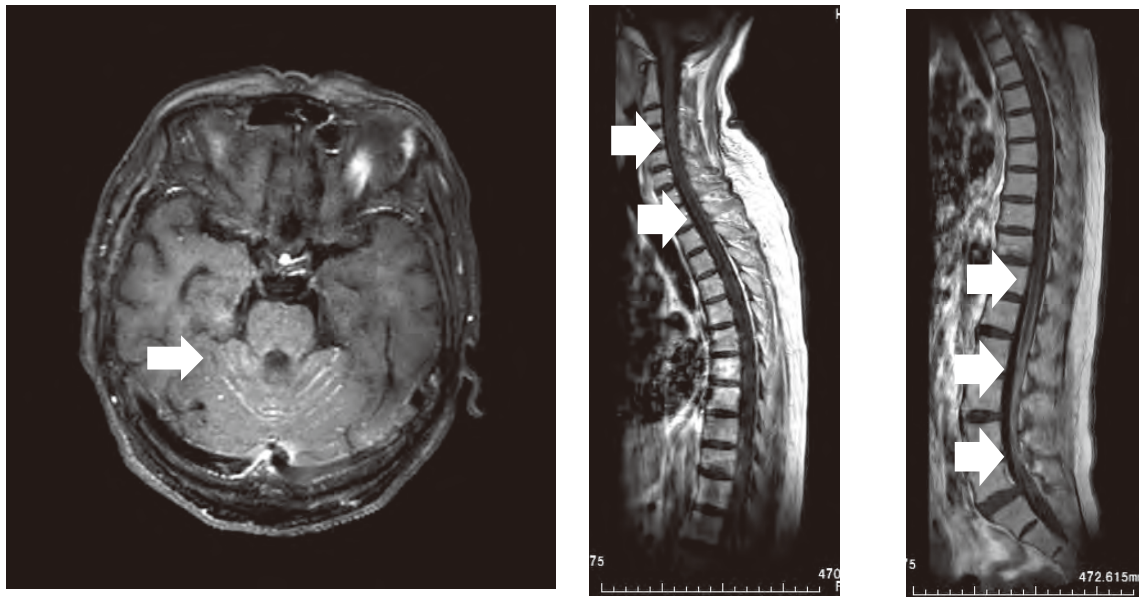


図1 脳脊髄造影 MRI 検査
小脳・脊髄全体に異常増強像（白矢印）を認める。

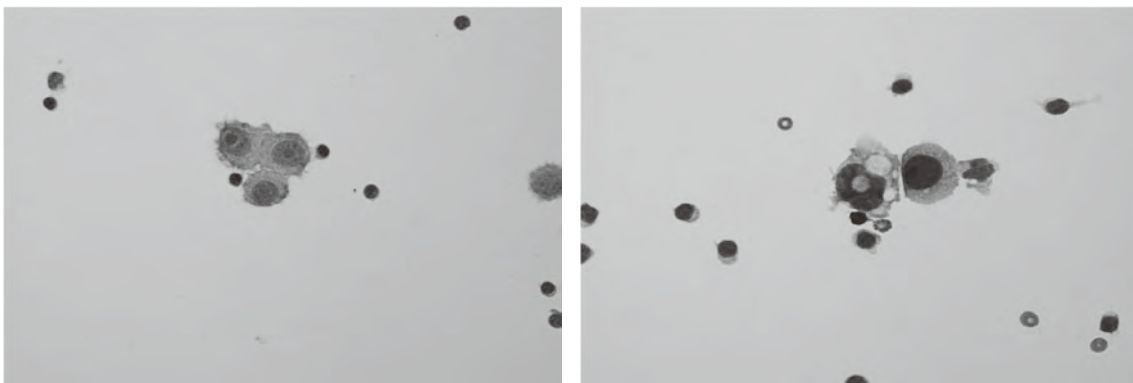


図2 髄液細胞診所見（左：Papanicolaou 染色、×40、右：Giemsa 染色、×40）
腫大した核小体を有し、腫大した類円形核を持つ大型の腫瘍細胞が個細胞性もしくは数個の小集塊を形成している。

後より認知機能の低下がみられ、さらに1か月後には頻回の嘔吐、歩行不安定も認められた。嘔吐と認知機能低下の精査として全身のスクリーニングを行った。

造影 CT：明らかな異常病変は認められなかった。

脳脊髄造影 MRI（図1）：脳実質内に占拠性病変を認められなかったが、小脳および脊髄全体に異常濃染像を認めた。

髄液所見：外観は淡黄色透明、キサントクロミー陽性。蛋白濃度が408mg/dlと増加し、細胞260/μlのうちリンパ球が88%と増加していた。

髄液細胞診（図2）：腫大した核小体を有する類円形核を持つ大型の異型細胞が多くは個細胞性、ときに数個の小集塊を形成し認められる。一部の細胞は胞体内に空胞を有する。

髄液免疫細胞化学染色（図3）：CK7陽性、CK20陰

性、CEA陽性、ER陰性、PgR陰性、mammaglobin陰性、CA19-9陽性、maspin一部陽性、TTF-1陰性。

髄液細胞所見より、原発不明の髄膜癌腫症と診断した。髄液細胞診の所見は低分化腺癌由来と考えられ、原発巣としては既往乳癌または膵胆道系癌の可能性が示唆されたため、膵胆道系のさらなる精査、既往乳癌組織との比較を行った。

EUS：膵胆道系には異常所見は認められなかった。

乳癌病理組織所見（図4）：異型乳管上皮細胞が索状、個細胞性、充実性小胞巣状、管状に増殖し、線維性間質や脂肪織内への浸潤を認めている。

乳癌免疫組織化学染色（図5）：CK7陽性、CK20陰性、CEA陽性、ER30%陽性、PgR40%陽性、mamma-

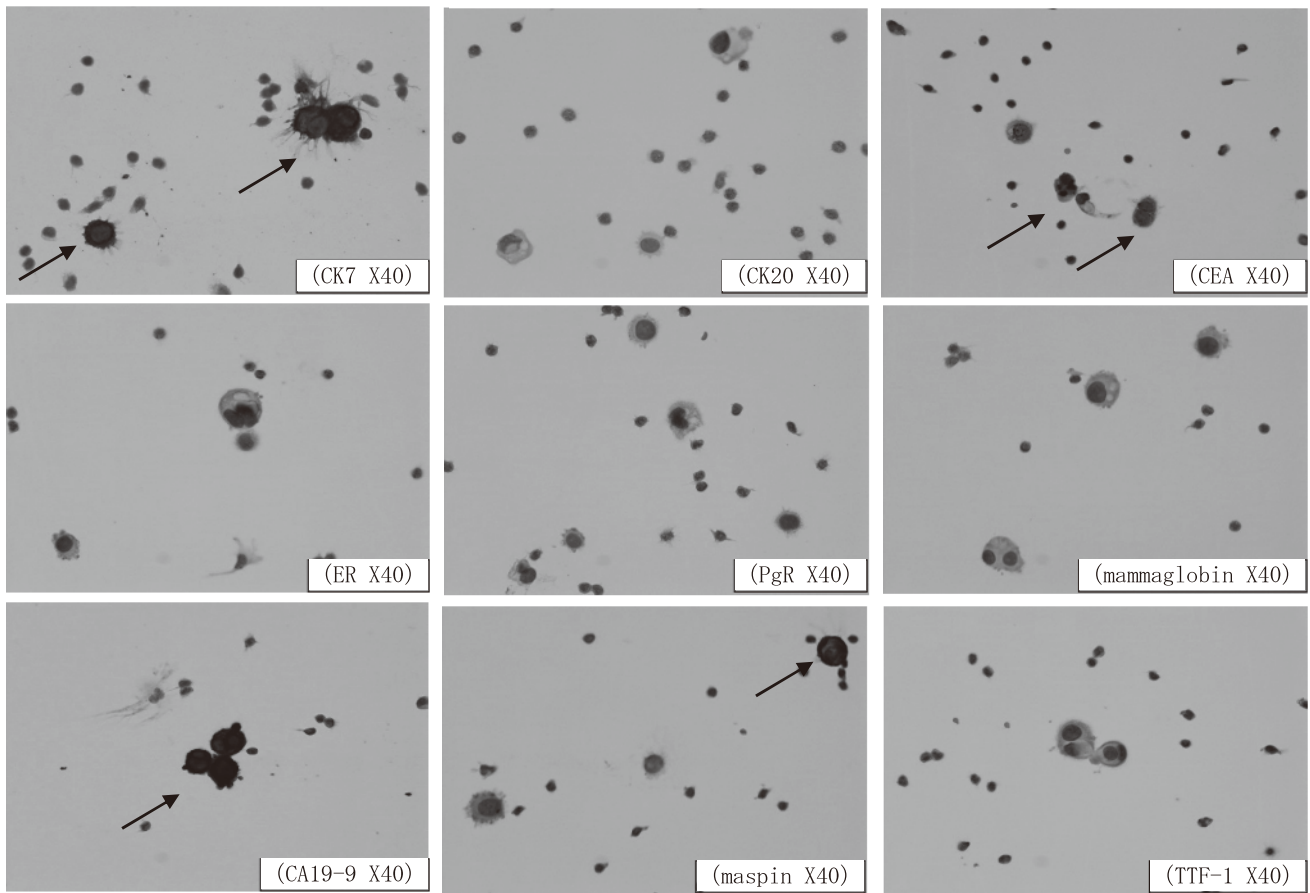


図3 髄液免疫細胞化学染色所見

CK7 陽性、CK20 陰性、CEA 陽性、ER 陰性、PgR 陰性、mammaglobin 陰性、CA19-9 陽性、maspin 一部陽性、TTF-1 陰性。(矢印：陽性腫瘍細胞)

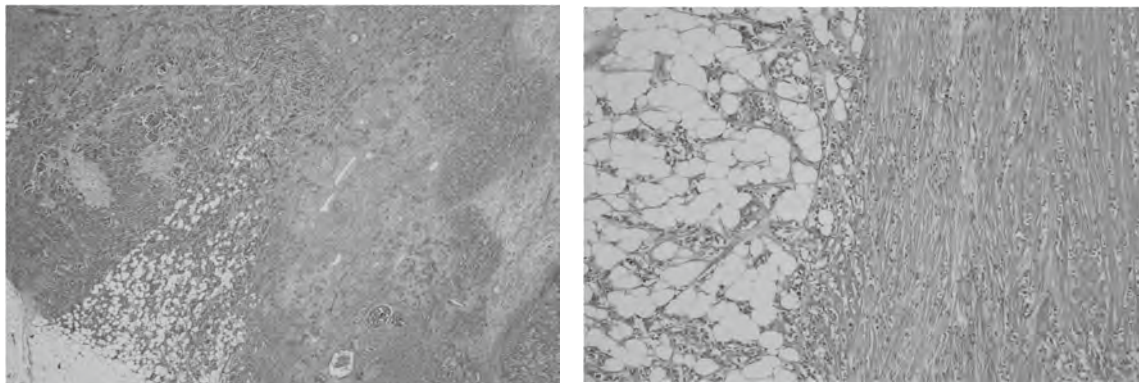


図4 乳癌病理組織所見 (HE 染色、左：×4、右：×10)

腫大した核小体を有し、腫大した類円形核を持つ大型の腫瘍細胞が個細胞性もしくは数個の小集塊を形成している (左)。腫瘍の多くの部分で、線維化の強い間質に scirrhous に浸潤、増殖しており硬癌の所見 (右)。

globin 一部陽性、CA19-9 陰性、maspin 陰性、HER2 score0。

髄液中腫瘍細胞の免疫染色パターンは、CK7 陽性、CK20 陰性、CEA 陽性であり原発乳癌組織の免疫染色のパターンと概ね一致した (表1)。腫瘍細胞は ER 及

び PgR 陰性であったが、原発乳癌組織での ER 陽性は約 30%、PgR 陽性は約 40%であったので、既往乳癌の ER 及び PgR 陰性のクローンが転移再発したものと判断した。

治療経過：平成 30 年 2 月にエキセメスタンをアナス

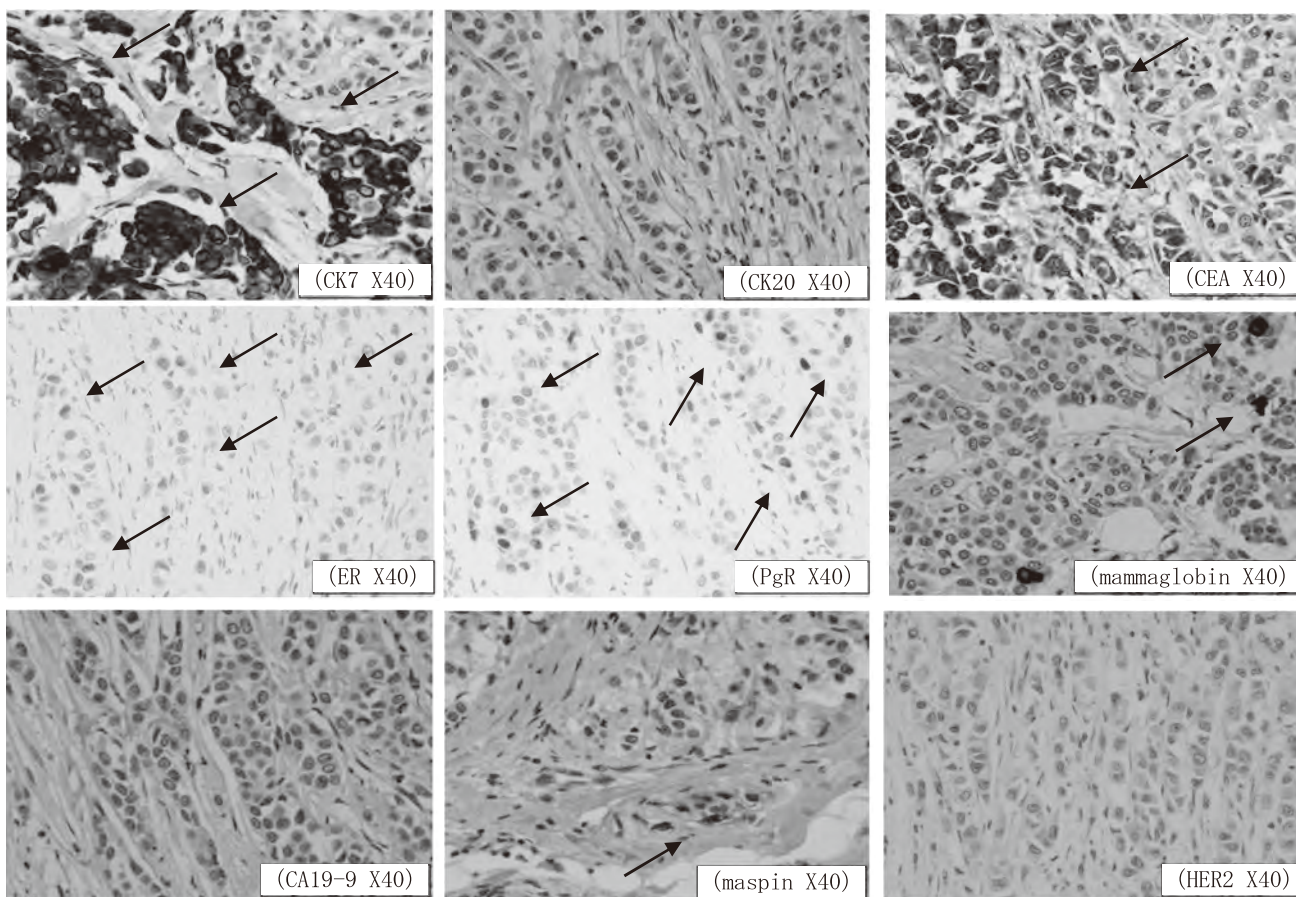


図5 乳癌免疫組織化学染色所見

CK7 陽性、CK20 陰性、CEA 陽性、ER30%陽性、PgR 40%陽性、mammaglobin 陰性、CA19-9 陰性、maspin 陰性、HER2 score0。(矢印：陽性腫瘍細胞)

トロゾール（ANA）に変更し、3月に全脳全脊髄照射（30Gy/15fr）を施行した。嘔吐は消失し、ふらつき歩行不安定は軽減、腫瘍マーカー値もCEA 4.3ng/ml、CA15-3 43.8U/mlと低下した。現在慎重に臨床経過を観察中である。

考察

癌性播種症は極めて予後不良な病態であり、全癌腫のおおむね5%程度でみられるとされる¹⁾。ただし、多発する転移形態の陰に隠れ診断されていない症例が相当数あると推定されることや、近年のがん薬物治療の進歩によりがん患者の延命が進んでいることを考慮すればその頻度はもっと高いであろうと思われる。確認される原発腫瘍として多いのは乳癌、肺癌そして悪性黒色腫とされ、それぞれ11~64%、14~29%、6~18%を占めるとされる²⁾。MRIによる画像診断は神経症状から癌性播種症を疑った際の標準検査であり、その感度は66~98%、特異度は77~97.5%と高い³⁾。本症例では血清腫瘍マーカー値の著明な上昇から、原発あるいは再発腫瘍

の有無を精査したが明らかな所見が見いだすことができなかった。精査開始から2か月経過したところで神経症状を呈するようになり、脳・脊髄MRI検査を施行することによってはじめて癌性髄膜症が想定されるとなった。現在のところ、原発不明癌あるいは再発腫瘍を検索しようとするれば撮像範囲の広いCTあるいはPET検査が優先されるのがごく通常であり、ある程度標的が絞られないとMRI検査が施行される可能性は少ないと思われる。本症例において、初期段階で脳・脊髄MRI検査が行われていたとしても癌性髄膜症が検知できていたかどうかは不明だが、少なくとも癌性髄膜症のみの診断にPET検査がMRI検査より優れているとは言えないことは確かであろう。また、臨床的に再発が強く疑われるにも関わらずPET検査で明確な病巣を見いだせない場合は、癌性髄膜症単独での再発の可能性も考慮して脳・脊髄MRI検査を考慮することも必要であると思われる。

癌性髄膜症の髄液では12~42%で内圧亢進（>200mmH₂O）、48~77.5%で白血球増多（>4/mm³）、56~91%でタンパク濃度増加（>50mg/dl）、22~63%

表1 髄液腫瘍細胞と原発乳癌組織での免疫細胞・組織学的所見の比較

	髄液腫瘍細胞	原発乳癌組織	類似性
CK7	++	++	○
CK20	-	-	○
CEA	++	++	○
ER	-	+	△
PgR	-	+	△
mammaglobin	-	±	△
CA19-9	++	-	×
maspin	±	-	×

-：陰性 ±：弱陽性 ++：陽性 +++：強陽性 ○：強い △：弱い ×：なし

でグルコース濃度低下 (<60mg/dl) の所見がみられると報告されているが、確定診断には髄液中に悪性細胞を認めることが必要である。一度の髄液採取で陽性と判定されるのはおおむね 50% 程度だが、ある程度の採取量で 3 回以上行えば約 85% まで陽性率を上げることができるとされている⁴⁾。癌性髄膜症での髄液細胞診の偽陰性を減少させるためには、可能な限り病巣付近の髄腔を穿刺し、10.5ml 以上の髄液を採取し直ちに検体に供することすることが重要と報告されている⁵⁾。仮に最初の髄液細胞診が陰性であっても、これらに留意し再度髄液採取を施行することによって感度が 80% まで上昇することから、EANO-ESMO のガイドライン³⁾ でもことさら 3 回目の髄液採取まで行うことを奨めてはいない。また、近年では Epithelial cell adhesion molecule (Ep-CAM) をマーカーにしたフローサイトメトリー法で髄液中の癌細胞の検出の感度、特異度をともに 100% とすることができたとの報告もあり⁶⁾、複数回での髄液細胞診でも判定不能は困難症例での応用が期待される。

ただし、現状での髄液細胞診の基本は Papanicolaou 染色や Giemsa 染色によるスクリーニングであり、さらに既知の細胞・組織マーカーを用いた免疫細胞化学染色を併用することによって原発巣の鑑別診断を行うことが簡便で現実的な手法であるといえる。今回の症例でも髄液の一般検査所見、細胞学的所見から癌性髄膜症の確定診断は十分可能であった。CK7 と CK20 は癌の原発巣推定のために頻用されるマーカーである。CK7 は主に乳癌、肺癌、膵臓や胆道系の癌などの非消化管由来の腺癌や婦人科癌で、CK20 は消化管由来腺癌、膵臓や胆道系の癌、卵巣粘液性癌、移行上皮癌などで陽性となり、両者の染色性の違いによる組み合わせが多くの癌腫の原発巣推定に利用されている^{7, 8)}。本症例でも髄液中の腫瘍細胞は CK7 陽性、CK20 陰性であり、乳癌、婦人科癌由来を示唆する所見であった。しかし ER 及び PgR

は陰性であり、CEA と CA19-9 陽性、maspin 一部陽性であったので、膵胆道系の癌由来である可能性も考える必要があった。最終的には既往乳癌組織の免疫組織化学染色の所見を勘案し、既往乳癌による癌性髄膜症と判断するに至った。

結語

今回我々は癌性髄膜症単独で再発したと思われる乳癌症例を経験した。本症例のように明確な腫瘍を形成しない再発腫瘍であっても、再発部の局在を推定するためには脳脊髄 MRI が有用であり、免疫細胞化学・免疫組織化学染色を活用することが診断に有効であることが確認された。

参考文献

- 1) Takei H, Rouah E, Ishida Y. Brain metastasis: clinical characteristics, pathological findings and molecular subtyping for therapeutic implications. *Brain Tumor Pathol*; 33: 1-12, 2016.
- 2) Brower JV, Saha S, Rosenberg SA, et al. Management of leptomeningeal metastases: Prognostic factors and associated outcomes. *J Clin Neurosci*; 27: 130-137, 2016.
- 3) Le Rhun E, Weller M, Brandsma D, et al. EANO-ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with leptomeningeal metastasis from solid tumours. *Ann Oncol*; 28(suppl_4): iv84-iv99, 2017.
- 4) Grossman SA, Krabak MJ. Leptomeningeal carcinomatosis. *Cancer Treat Rev*; 25: 103-119, 1999.
- 5) Glantz MJ, Cole BF, Glantz LK, et al. Cerebrospinal fluid cytology in patients with cancer: minimizing false-negative results. *Cancer*; 82: 733-739, 1998.

- 6) Milojkovic Kerklaan B, Pluim D, Bol M, et al. Ep-CAM-based flow cytometry in cerebrospinal fluid greatly improves diagnostic accuracy of leptomeningeal metastases from epithelial tumors. *Neuro Oncol*; 18: 855-862, 2016.
- 7) Moll R, Löwe A, Laufer J, et al. Cytokeratin 20 in human carcinomas. A new histodiagnostic marker detected by monoclonal antibodies. *Am J Pathol*; 140: 427-447, 1992.
- 8) Sack MJ, Roberts SA. Cytokeratins 20 and 7 in the differential diagnosis of metastatic carcinoma in cytologic specimens. *Diagn Cytopathol*; 16: 132-136, 1997.

学術業績

学術業績

〔学術発表〕

【呼吸器内科】

- ・オープンカンファレンス 平成 29 年 7 月 28 日 小樽
「難治性気管支喘息に対する新しい治療方法について～気管支サーモプラスティを中心に」
小寺祐貴
- ・オープンカンファレンス ～がん症例報告会～ 平成 30 年 3 月 9 日 小樽
「当科における免疫チェックポイント阻害薬の使用経験」
小寺祐貴

【消化器内科】

- ・オープンカンファレンス 平成 29 年 7 月 28 日 小樽
「腹部膨満と低 K 血症を呈した便秘症の一例」
石津帆高、矢島秀教、野澤俊一郎、内藤崇史、矢花崇、仲地耕平、安達雄哉、有村佳昭、近藤吉宏
- ・寿都町医師会学術講演会 平成 29 年 8 月 8 日 寿都町
「Who is really stressed patient or physician? — FGID a thankless practice —」
有村佳昭
- ・オープンカンファレンス ～がん症例報告会～ 平成 30 年 3 月 9 日 小樽
「ESD 後リンパ節再発が疑われた早期胃癌の一例」
田上敬太、安達雄哉、渡邊義人、笠井潔、高橋達

【循環器内科】

- ・Slender Club Japan Award 2017 平成 29 年 4 月 14 日
「V2F-IVUS」
高川芳勅
- ・近畿心血管治療ジョイントライブ 2017 平成 29 年 4 月 21 日
「WORK SHOP から得られるものと今後の課題」
高川芳勅
- ・ADATARA Live Demonstration 2017 平成 29 年 6 月 8 日
「太いカテーテル vs 細いカテーテル」
高川芳勅
- ・市民健康教室 平成 29 年 7 月 27 日
「高血圧」
高川芳勅

- ・ Slender Club Japan Meeting & Live demonstration NEBUTA 2017 平成 29 年 8 月 5 日
「大動脈解離への TEAVER 治療後の腎動脈狭窄」
中田圭
- ・ 第 1 回 小樽・後志救急事例検討会 平成 29 年 8 月 30 日
「CPA 症例報告」
古川哲章
- ・ SCJ AWORD 2017 in SLDC 平成 29 年 9 月 2 日
「オール 3 の成績表」
高川芳勅
- ・ 第 84 回小樽市医師会会員研究発表会 平成 29 年 9 月 8 日
「左心耳内血栓偽陽性の 2 例」
中田圭
- ・ 市民健康教室 平成 29 年 9 月 14 日
「禁煙」
高川芳勅
- ・ 鎌倉ライブデモンストレーションコース 2017 平成 29 年 12 月 10 日
「Missing Link」
中田圭
- ・ 小樽循環器イメージングセミナー 平成 30 年 1 月 26 日
「症例提示」
中田圭
- ・ HOEIC 2018 平成 30 年 2 月 7 日
「Case presentation」
中田圭
- ・ 85th 小樽市医師会会員研究発表会 平成 30 年 3 月 16 日
「高齢者心不全の治療動向～OTARU CHF Registry～」
大嶋優

【血液内科】

- ・ オープンカンファレンス 平成 29 年 7 月 28 日 小樽
「貧血精査で多発性骨髄腫と診断した一例」
長谷川詠子

【外科】

- ・ 小樽市医師会研究会 平成 29 年 9 月 8 日 小樽
「若年者に発症した脂肪肉腫の 2 例」
村田竜平、小林展大、渡邊義人、川俣孝、越前谷勇人

- ・第97回北海道医学大会外科分科会・第107回北海道外科学会 平成29年9月16日 札幌
「胆嚢炎手術9ヶ月後に発覚した胆嚢管癌の一例」
村田竜平、小林展大、渡邊義人、川俣孝、越前谷勇人
- ・第10回日本ヘルニア学会北海道支部総会 平成29年11月18日 札幌
「Upside down stomach を呈した食道裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下に修復し得た1例」
村田竜平、小林展大、渡邊義人、川俣孝、越前谷勇人
- ・第112回日本臨床外科学会北海道支部例会 平成29年12月2日 札幌
「 α グルコシダーゼ阻害薬による腸管気腫症から敗血症に至った一例」
村田竜平、小林展大、渡邊義人、川俣孝、越前谷勇人
- ・第30回日本内視鏡外科学会総会 平成29年12月7日
「前立腺全摘術後に発症した鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡手術」
渡邊義人
- ・第7回小樽内視鏡外科フォーラム 平成30年1月19日
「当院における腹腔鏡下ヘルニア手術」
渡邊義人
- ・第54回腹部救急医学会総会 平成30年3月9日 東京
「 α グルコシダーゼ阻害薬による腸管気腫症から敗血症に至った1例」
村田竜平、小林展大、渡邊義人、川俣孝、越前谷勇人
- ・小樽市医師会研究会 平成30年3月16日 小樽
「緊急手術を要した薬剤性腸管気腫症の2例」
村田竜平、小林展大、渡邊義人、川俣孝、越前谷勇人

【心臓血管外科】

- ・第6回北海道ステントグラフト研究会 平成29年5月27日
「Complicated RTAD に対する PETTICOAT 法の1例」
深田穰治
- ・小樽心臓血管カンファレンス 平成29年10月25日
「胸部大動脈疾患に対するステントグラフト治療の適応拡大について」
深田穰治
- ・心不全地域連携セミナー 平成29年11月2日
「活動期人工弁感染に対する Manouguian 変法による再二弁置換術」
深田穰治
- ・第48回日本心臓血管外科学会総会 平成30年2月19日 三重
「Spiral Opening 法による活動期人工弁感染に対する再二弁置換術の一例」(ビデオ)
深田穰治、中島智博、田宮幸彦

【脳神経外科】

- ・第26回脳神経外科手術と機器学会（CNTT）平成29年4月15日 山梨
「アデノシンによる超短時間一時心停止法を併用した脳動脈瘤クリッピング術の実際」（口演）
新谷好正

- ・ヨーロッパ脳卒中協会会議 European Stroke Organization Conference ESOC
平成29年5月16日 プラハ
「Efficacy and Safety of Adenosine Induced Transient Cardiac Flow Arrest in Cerebral Aneurysm Surgery」（ポスター）
新谷好正

- ・小樽医師会学術講演会 平成29年5月22日
「血栓回収療法をめぐる脳卒中救急診療体制の変革とDOACの役割」（講演）
新谷好正

- ・第5回小樽脳神経外科カンファレンス 平成29年6月2日 小樽市立病院
「Zoom DTIによる頸椎変性疾患での高精度軸索定量評価」（口演）
岩崎素之

- ・第32回日本脊髄外科学会 8th ASIA SPINE
平成29年6月9日 グランキューブ大阪
「Digital Neuralgia Associated with Plantar Transverse Arch and Coronal Balance -Advocacy of the Concept of pTAS」（英語口演 シンポジウム）～優秀演題に選出
岩崎素之

- ・第32回日本脊髄外科学会 8th ASIA SPINE
平成29年6月9日 グランキューブ大阪
「The Postsurgical Change of Highly Accurate Fractional Anisotropy Values in CSM patients Using Zoom DTI」（英語口演 シンポジウム）～優秀演題に選出
岩崎素之

- ・第32回日本脊髄外科学会 平成29年6月 大阪
「腰部脊柱管狭窄症に対する椎弓切除後の腰痛と腰椎周辺疾患の変化」
山内朋裕

- ・第6回小樽脳神経外科カンファレンス 平成29年7月13日 小樽市立病院
「当院における脊椎脊髄末梢神経画像」（口演）
岩崎素之

- ・小樽・後志医療連携セミナー 平成29年7月24日 小樽市立病院
「血栓回収療法をめぐる脳卒中救急診療体制の変革とDOAC～ICTを活用した遠隔地チーム医療」
新谷好正

- ・Philips Radiology Summer Seminar 2017 平成29年7月29日 東京
「脳神経外科救急診療におけるASLのルーチン化の有用性と必要性」（講演）
新谷好正

- ・ Summer Forum for Practical Spinal Surgery 2015 in Tokyo 平成 29 年 8 月 5 日
「術中 VA 損傷をきたした再増大脊索腫の 1 例」(口演)
岩崎素之
- ・ 世界脳神経外科学会 総会 World Federation of Neurosurgical Societies WFNS
平成 29 年 8 月 22 日 トルコ イスタンブール
「Bypass Surgery in Treatment of Large Cerebral Aneurysm」(招待講演)
新谷好正
- ・ 小樽医師会会員研究発表会 平成 29 年 9 月 8 日 小樽市医師会館
「簡易型遠隔画像閲覧システムの活用による病院間連携の効率化」(口演) ~優秀賞授賞
新谷好正
- ・ 小樽医師会会員発表 平成 29 年 9 月 8 日
「脊椎脊髄末梢神経画像のアドバンス」(口演)
岩崎素之
- ・ 第 79 回北海道支部会 平成 29 年 9 月 16 日
「外傷性椎体骨折に対する MIST (PPS) の治療戦略と有用性」(口演)
岩崎素之
- ・ 第 24 回日本脊椎・脊髄神経手術手技学会 平成 29 年 9 月 新潟
「腰部脊柱管狭窄症に対する椎弓切除後の腰下肢痛と腰椎周辺疾患の変化」
山内朋裕
- ・ ヨーロッパ脳神経外科協会 総会 EANS The European Association of Neurosurgical Societies Annual Meeting
平成 29 年 10 月 2 日 イタリア ヴェネチア
「Application of Extracorporeal Circulation Technique in Carotid Endarterectomy for Complicated Carotid Artery Disease: Review of 24 Cases」(口演)
新谷好正
- ・ 寿都医師会学術講演会 平成 29 年 10 月 10 日 黒松内福祉センター
「地域医療連携における急性期脳梗塞治療について」(講演)
新谷好正
- ・ 日本脳神経外科学会 第 76 回学術総会 平成 29 年 10 月 14 日
「脳動脈瘤の内圧コントロールを駆使したクリッピング術~バイパス、母血管遮断、超短時間循環静止の使い分け」
新谷好正
- ・ 日本脳神経外科学会第 76 回学術総会 平成 29 年 10 月 14 日 名古屋
「Digital Neuralgia は Plantar Transverse Arch と Coronal Balance に関連する -pTAS 概念の提唱」(シンポジウム
口演)
岩崎素之

- ・第76回日本脳神経外科学会学術総会 平成29年10月 名古屋
「腰部脊柱管狭窄症に対する椎弓切除後の腰下肢痛と腰椎周辺疾患の変化」
山内朋裕

- ・急性期脳梗塞治療ミーティング 平成29年11月6日 札幌
「地域医療連携の取り組み」(パネルディスカッション)
新谷好正

- ・第7回小樽脳神経外科カンファレンス 平成29年11月17日 小樽市立病院
「脳神経外科手術における独創性」(講演)
新谷好正

- ・第8回小樽脳神経外科カンファレンス 平成29年11月17日 小樽市立病院
「脊椎外科のcutting edge～MIStの実際」(口演)
岩崎素之

- ・アジア脳神経外科コンGRESS Asian Congress of Neurological Surgeons (ACNS) Kenya Live Seminar 平成29年
12月1日～3日 ケニア、モンバサ
「Bypass and other technique in clipping surgery for complicated Cerebral Aneurysm」(口演)
「Standard and advanced technique for Occlusive Cervical Carotid Artery Disease」(口演)

- ・北海道大学脳神経外科イブニングセミナー 平成29年12月12日
「小樽市立病院脳神経外科における院外活動の取り組み」(講演)
新谷好正

- ・attend as National Faculty: AOSpine simulation training in microsurgical decompression and interbody fusion. Sapporo
平成29年12月2日 北海道医療センター
岩崎素之

- ・医師会新年交礼会 平成30年1月19日 グランドパーク
「簡易型遠隔画像閲覧システムの活用による病院間連携の効率化」(講演)
新谷好正

- ・ASNS live surgery seminar コルカタ 平成30年2月10日
「Surgical treatment for cervical carotid artery disease」(口演)
「Surgical treatment of complicated cerebral aneurysm」(口演)
新谷好正

- ・第47回日本脳卒中の外科学会 平成30年3月16日 福岡
「開頭術中の大出血に対する一時循環静止法の有用性」～推薦論文に選出
新谷好正

【整形外科】

- ・ 第 60 回日本手外科学会 平成 29 年 4 月 28 日 名古屋
「TFCC 尺骨小窩附着部断裂症例における遠位橈尺関節骨形態の検討」
佃幸憲

- ・ 第 90 回日本整形外科学会 平成 29 年 5 月 18 日 仙台
「肩甲下筋腱断裂の画像所見による術前予測因子の検討—上腕二頭筋長頭腱障害、結節間溝形態との関連性—」
佃幸憲

- ・ 第 90 回日本整形外科学会学術総会 平成 29 年 5 月 18 日～21 日 仙台
馬場力哉

- ・ 第 9 回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 (JOSKAS)
平成 29 年 6 月 22 日～24 日 札幌
馬場力哉

- ・ 第 133 回北海道整形災害外科学会 平成 29 年 7 月 8 日 札幌
「橈骨尺側切痕の形態が遠位橈尺関節における応力分布に及ぼす影響」
佃幸憲

- ・ 72nd American Society for Surgery of the Hand
平成 29 年 9 月 7 日～9 日 San Francisco
「Morphologic characteristics of the sigmoid notch of the distal radius in patients with avulsed triangular fibrocartilage complex from the ulnar fovea」
佃幸憲

- ・ 第 44 回日本肩関節学会 平成 29 年 10 月 6 日～8 日 東京
「肩甲下筋腱断裂の画像所見による術前予測因子の検討」
佃幸憲

- ・ 寿都医師会学術講演会 平成 30 年 3 月 9 日
「整形外科領域における地域完結型の医療を目指した医療連携」
佃幸憲

【形成外科】

- ・ 第 13 回札幌形成外科研究会 平成 29 年 11 月 25 日
「われわれの採皮創管理」
新井孝志郎

【泌尿器科】

- ・ 第 401 回日本泌尿器科学会北海道地方会 平成 29 年 6 月 17 日
「副腎部形質細胞腫の 1 例」
森口卓哉、山下登、信野祐一郎、笠井潔、長谷川詠子

- ・第403回日本泌尿器科学会北海道地方会 平成30年1月27日
「血尿を主訴とした初診外来患者における臨床的検討」
森口卓哉、山下登、信野祐一郎

【産婦人科】

- ・第59回日本婦人科腫瘍学会学術講演会 平成29年7月28日
婦人科手術学フロンティア 手術セミナーⅡ. 傍大動脈リンパ節郭清
「傍大動脈リンパ節郭清の手順と解剖学的留意点」
金内優典
- ・第59回日本婦人科腫瘍学会学術講演会 平成29年7月29日
特別企画Ⅱ：日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会プロジェクト
「日本産科婦人科学会用語集・用語解説集改訂のポイント」
金内優典
- ・The 5th Biennial Meeting of Asian Society of Gynecologic Oncology (ASGO 2017)
平成29年11月30日～12月2日
「Surgical procedure for para-aortic lymphadenectomy based on the knowledge about the membrane structure of anterior renal fascia」
Masanori Kaneuchi
- ・日本性感染症学会第30回学術大会 平成29年12月2日
イブニングセミナー1 思春期ワクチンとしてのHPVワクチン
「産婦人科領域におけるHPV感染対策とその対策」
金内優典
- ・骨盤局所解剖研究会 平成29年12月23日
特別講演「後腹膜腔へのアプローチ —腎筋膜前葉の構造に留意して—」
金内優典

【放射線診断科】

- ・第2回小樽・後志救急事例検討会 平成29年12月6日 小樽市立病院
「骨盤骨折症例」
市村亘

【麻酔科】

- ・第64回日本麻酔科学会総会 平成29年6月9日 神戸
「リドカイン、プロピトカイン配合クリームとリドカインテープによる静脈留置針穿刺時疼痛軽減効果についての比較的検討」
松本友美、卯月みつる、河内正治、茶木友浩、平田直之、山蔭道明
- ・The annual meeting of the American Society of Anesthesiologists.
平成29年10月22日
「Comparison of Mill Suss-guided™ radial artery catheterization with the long axis ultrasound-guided method.」
Matsumoto T, Ohsuda M, Edanaga M, Yamamoto A, Ihara S, Tanaka S, Yamakage M

- ・臨床麻酔科学会第37回大会 企業後援研究奨励賞講演 平成29年11月3日 東京
「Comparison of fluid leakage across endotracheal tube cuffs using a three-dimensional printed model of the human trachea.」～第3回 Covidien Award 受賞
君島知彦
- ・五号線沿線懇話会 平成29年11月11日 札幌
「人工呼吸中に発生した脳塞栓症の1例」
久米田幸弘

【看護部】

- ・平成29年度北海道看護研究学会 平成29年6月18日
「認知症のある大腿骨骨折患者の疼痛への対処～日本語版アビー痛みのスケールを用いた痛みの評価～」
五十嵐里江子、棚橋めぐみ、小池美紀
- ・日本感染管理ベストプラクティス“Saizen”研究会北海道ブロック第2回セミナー
平成29年9月9日
「薬剤投与実施手順作成について」
矢野誠
- ・第22回日本糖尿病教育・看護学会学術集会 平成29年9月16日～17日
「A病院で糖尿病教育を受けた患者の血糖コントロールと感情負担の推移」
渡辺美和、中垣整
- ・第18回日本脳神経血管内治療学会北海道地方会 平成29年10月7日
「血栓回収療法の時間短縮に向けた看護師主導 Stroke チームの取り組み」
三上沙季、木下ひかり、川口万友美、林誠一、竹内郁子、金子朱美、後藤秀輔、新谷好正、岩崎素之、馬淵正二、川堀真人
- ・第76回日本脳神経外科看護研究学会 平成29年10月12日～14日
「脳神経外科病棟における経腸栄養患者の下痢の持続を解消するための基礎調査」
松田希美、山尾美南海、見尾田美智子
- ・第56回全国自治体病院学会 平成29年10月19日～20日 千葉県
「夜勤開始時期における看護師長と新人看護師との受け止めのギャップについて～プラス1の夜勤回数を統一してみたの比較～」
萩原正子、佐藤淳子、長嶋ひとみ、金谷順子、阿部洋子
- ・第56回全国自治体病院学会 平成29年10月19日～20日 千葉県
「糖尿病外来教育プログラムの導入と評価」
大浦比咲、渡辺美和
- ・平成30年北海道看護協会小樽支部看護研究発表会 平成30年2月17日
「外来診療における看護師の同席についての実態調査～患者と看護師が考える診察時の同席場面の比較～」
緑川智雅、越智朱実、辻本千文、佐藤亮子

【薬剤部】

- ・第64回北海道薬学大会 平成29年5月20日
「緩和ケアに関する北海道地区保険薬局の意識調査」
前田直大
- ・第11回日本緩和医療薬学会年会 平成29年6月3日
「緩和ケアに対する自己評価と経験からの知識度の分析」
前田直大
- ・第6回日本くすりと糖尿病学会学術集会 平成29年9月17日
「脳梗塞発症患者の入院時 HbA1c 値調査」(ポスター)
松原浩司
- ・日本精神薬学会 平成29年9月24日
「後発医薬品に対する薬剤師の意識調査」
笠原真理
- ・第50回日本薬剤師会学術大会 平成29年10月8日
「北海道地区における在宅患者への注射薬の無菌調剤に関する調査」
前田直大
- ・第65回日本化学療法学会西日本支部総会 平成29年10月27日
「当院でのLVFXの適正使用への取り組みとその効果」
道谷省
- ・第27回日本医療薬学会年会 平成29年11月4日
「亜鉛華デンプン散布により皮膚浸潤を伴う耳下腺癌の出血量が減少した1例」
伊佐治麻里子

【検査室】

- ・第58回日本臨床細胞学会(春季大会) 平成29年5月26日
「北海道細胞検査士会プレパラートサーベイ報告」
中村靖広
- ・第91回北海道医学検査学会 平成29年9月30日 小樽市
「Sister Mary Joseph's noduleの1例」
小助川真樹
- ・第91回北海道医学検査学会 平成29年9月30日 小樽市
「脳動脈瘤クリッピング術時におけるMEP変法の有用性」
大谷ひろみ
- ・第91回北海道医学検査学会 平成29年9月30日 小樽市
「血糖コントロール悪化によるCA19-9の異常値の1症例」
浦山和博

- ・ 第 91 回北海道医学検査学会 平成 29 年 9 月 30 日 小樽市
「血液凝固分析装置 CP3000 を用いたクロスミキシングテストのオンライン運用の考案」
長土居和輝
- ・ 第 91 回北海道医学検査学会 平成 29 年 9 月 30 日 小樽市
「外来検査における FMD 検査の影響」
大坂真緒
- ・ 第 6 回日臨技北日本支部医学検査学会 平成 29 年 10 月 14 日
「微小血管減圧術において術中モニタリングが有用であった 1 例」
長土居和輝
- ・ 第 56 回全国自治体病院学会 平成 29 年 10 月 19 日～20 日 千葉県
「結核菌群核酸検出検査（LAMP 法）の院内導入による有用性について」
宮野祐枝
- ・ 第 38 回北海道臨床細胞学会学術集会 平成 29 年 11 月 26 日 札幌
「経皮的 CT ガイド下穿刺吸引細胞診が有効であった胸骨形質細胞腫の一例」
田中浩樹
- ・ 第 30 回細胞診従事者講習会 平成 30 年 3 月 4 日
「第 24 回プレパラートサーベイ報告」
中村靖広

【放射線室】

- ・ 平成 29 年度北海道放射線技師会小樽後志秋季会員研究発表会 平成 29 年 10 月 14 日
「ASL における至適 PDL を目指す factor の検討」
河口蒼
- ・ 平成 29 年度北海道放射線技師会小樽後志秋季会員研究発表会 平成 29 年 10 月 14 日
「ASL における PDL 設定時間の検討」
樋渡麻実
- ・ 第 56 回全国自治体病院学会 平成 29 年 10 月 19 日～20 日 千葉県
「神経血管圧迫病変に対する手術支援画像～Phase Contrast 法の新しい臨床応用～」
横浜拓実、大浦大輔、佐藤晋平、新谷好正
- ・ 鎌倉ライブデモンストレーションコース 2017 平成 29 年 12 月 10 日
「Nine tale fox」
明英一郎
- ・ 第 41 回日本脳神経 CI 学会 平成 30 年 3 月 1 日～3 日
「神経血管圧迫病変に対する手術支援画像～Phase Contrast 法の新しい臨床応用～」
横浜拓実、大浦大輔、佐藤晋平、新谷好正

- ・ Stroke 2018 福岡 平成 30 年 3 月 14 日
「ASL ルーチン化のための Post Label Delay の検討」
大浦大輔

【リハビリテーション科】

- ・ 第 18 回日本認知症ケア学会大会 平成 29 年 5 月 25 日～28 日
「急性期病院における認知症を伴う術後せん妄に対する作業療法」
植村真生
- ・ 第 32 回日本脊髄外科学会 平成 29 年 6 月 8 日
「腰椎疾患術後患者の 6 分間歩行試験の長期観察の有用性」
米花沙代
- ・ 第 56 回全国自治体病院学会 平成 29 年 10 月 19 日～20 日 千葉県
「急性期病院の作業療法士による調理訓練の実施調査報告」
植村真生

【臨床工学科】

- ・ 小樽臨床工学技士会 平成 29 年 10 月 14 日
「当院透析室における災害対策への取り組み」
福井寛之
- ・ 北海道臨床工学技士会 平成 29 年 11 月 19 日
「限られた症例数での人工心肺業務～若手技士（わたし達）にも出来ること！！～」
小野寺鍊
- ・ 小樽カテライブ 平成 30 年 2 月 24 日
「What's 小樽ライブ」
大沢卓爾

【感染防止対策室】

- ・ 第 6 回日本感染管理ネットワーク学会・学術集会 平成 29 年 5 月 20 日
「中心ライン関連血流感染の低減に向けた活動」
森八重子、村上圭子
- ・ 第 6 回日本感染管理ネットワーク学会・学術集会 平成 29 年 5 月 20 日
「尿道留置カテーテル適正使用に向けた取り組み」
村上圭子、森八重子

〔学会・研究会座長〕

【循環器内科】

- ・ 第 11 回 日韓友好 TRI セミナー 平成 29 年 7 月 29 日
座長 高川芳勅

- ・第25回循環器友の会 平成29年10月26日
座長 高川芳勅
- ・小樽市医師会学術講演会 平成29年10月31日
座長 高川芳勅
- ・心不全地域連携セミナー 平成29年11月2日
座長 高川芳勅
- ・鎌倉ライブデモンストレーションコース2017 PCI Live Session 平成29年12月9日
座長 高川芳勅
- ・鎌倉ライブデモンストレーションコース2017 Poster Session 平成29年12月9日
座長 高川芳勅
- ・小樽循環器イメージングセミナー 平成30年1月26日
座長 高川芳勅

【脳神経外科】

- ・第5回小樽脳神経外科カンファレンス 平成29年6月2日 小樽市立病院
座長 新谷好正
- ・世界脳神経外科学会 総会 World Federation of Neurosurgical Societies WFNS
平成29年8月22日 トルコ イスタンブール
座長 新谷好正
- ・第7回小樽脳神経外科カンファレンス 平成29年11月17日 小樽市立病院
座長 新谷好正
- ・第3回北海道 MIST 研究会ナビゲーションセミナー 平成29年12月9日 ほくたけ
座長 岩崎素之

【形成外科】

- ・第95回北日本形成外科学会北海道地方会 平成30年2月3日
「セッション3 熱傷 外傷 手」
座長 今井章仁

【産婦人科】

- ・第69回日本産科婦人科学会学術講演会 平成29年4月15日
「Group54 婦人科悪性腫瘍一症例（腔瘍等）」
座長 金内優典
- ・第59回日本婦人科腫瘍学会学術講演会 平成29年7月27日
一般演題4「子宮体部腫瘍：基礎2」（口演）
座長 金内優典

- ・第59回日本婦人科腫瘍学会 平成29年7月27日～29日 熊本
International Session「臨床1」
座長 櫻木範明
- ・第23回日本家族性腫瘍学会 平成29年8月4日～5日 札幌
要望演題「婦人科遺伝性腫瘍領域における新展開」
座長 櫻木範明
- ・第57回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会 平成29年9月7日～9日 倉敷
海外招待講演「Human uterus transplantation with several births; an update and the global picture」University of Gothenburg. Mats Brannstrom.
座長 櫻木範明
- ・第32回日本女性医学学会 平成29年11月4日～5日 大阪
シンポジウム「HBOC診療の現状」
座長 櫻木範明
- ・第32回日本女性医学学会 平成29年11月4日～5日 大阪
モーニングセミナー「女性の過活動膀胱と夜間頻尿の背景に潜む疾患を考える」
福井大学泌尿器学 青木芳隆 先生
座長 櫻木範明
- ・5th Biennial Meeting of Asian Society of Gynecologic Oncology
平成29年11月30日～12月2日 東京
Free Communication「Ovarian Cancer」
座長 櫻木範明
- ・第4回日本婦人科腫瘍学会研修会 平成29年12月2日
教育プログラム「臨床統計・臨床試験」
大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学講座 服部聡 先生
座長 櫻木範明
- ・第6回日本婦人科ロボット手術研究会 平成30年1月20日 鹿児島
ランチョンセミナー「ロボット支援広汎子宮全摘術のコツと工夫」
島根大学医学部産婦人科 京哲 先生
座長 櫻木範明

【麻酔科】

- ・第1回小樽後志救急事例検討会 平成29年8月31日 小樽
座長 久米田幸弘
- ・緩和医療講演会 平成29年11月10日 小樽
「新しいオピオイドの位置づけ」
講師 岩崎創史 先生
座長 久米田幸弘

- ・第2回小樽後志救急事例検討会 平成29年12月8日 小樽
座長 久米田幸弘
- ・救急医療ジョイントカンファレンス（第3回小樽後志救急事例検討会・第4回小樽 stroke カンファレンス）平成
30年3月15日 小樽
座長 久米田幸弘

【放射線診断科】

- ・小樽 PET/CT 講演会 平成29年10月30日
「日常診療における PET/CT と将来展望」
講師 北海道大学病院 核医学診療科 診療教授 志賀哲 先生
座長 市村亘

【看護部】

- ・第11回日本慢性看護学会学術集会 平成29年7月1日～2日
「慢性看護における新しい看護師役割への挑戦
～CNS+NP 教育課程の修了生の活動から～」
シンポジスト 渡辺美和
- ・日本看護研究学会 第27回北海道地方会学術集会 平成29年7月8日
「超高齢化社会における看護実践の高度専門化を考える」
シンポジスト 渡辺美和
- ・小樽がん診療セミナー 平成29年12月21日
「くたびれない大腸癌化学療法のための看護サポート」
座長 大森幸恵

【薬剤部】

- ・第64回北海道薬学大会 平成29年5月20日
「『地域をつなぐ在宅緩和ケア』～今、薬剤師に求められる役割～」
講師 医療法人社団佳生会 こだま在宅内科緩和ケアクリニック 理事長・院長 児玉佳之 先生
座長 前田直大

【感染防止対策室】

- ・第8回後志感染管理研修会 平成29年5月27日
座長 村上圭子
- ・小樽市院内感染研究会学術講演会 平成29年11月9日
座長 村上圭子

〔講演、講義〕**【消化器内科】**

- ・がん地域連携クリティカルパス説明会 平成29年9月1日 小樽
「趣旨と概要について」
有村佳昭

【循環器内科】

- ・小樽看護高等専修学校特別講義 平成30年2月19日
「禁煙」
高川芳勅

【脳神経外科】

- ・大日本住友製薬社内研修会 平成30年2月20日 札幌
「脳卒中のリスクファクター管理の現状と診療における独自の工夫」(講演)
新谷好正
- ・小樽スポーツ協会講演 平成30年2月27日 小樽市公会堂
「スポーツと頭頸部外傷」(講演)
新谷好正
- ・住之江地区薬局合同講演会 平成30年2月27日 ほくやく小樽支店
「脳卒中診療における薬剤使用の現状と工夫」(講演)
新谷好正
- ・タケダ医学教育会 平成30年3月28日 札幌
「脳卒中と地域医療」(講演)
新谷好正

【看護部】

- ・第8回後志感染管理講習会 平成29年5月27日
「認知症の特徴とケアの方法」バラエティー講演
久米田昌英
- ・平成29年度はつらつ講座「新ふるさと紀行」(小樽市教育委員会道民カレッジ連携講座)
平成29年6月29日
「がんについて考えよう～あなたや身近な人ががんになったときのために～」
大森幸恵
- ・看護職員認知症対応力向上研修①(北海道看護協会主催) 平成29年9月22日～23日
ファシリテーター 久米田昌英
- ・看護職員認知症対応力向上研修②(北海道看護協会主催) 平成29年11月10日～11日
ファシリテーター 本田愛
- ・平成29年度東小樽病院「新人指導者研修」 平成30年3月14日
佐藤淳子

【薬剤部】

- ・選手と薬剤師で考える アンチ・ドーピングワークショップ2017 in とち
平成29年9月16日
「スポーツファーマシストとその活動について」
前田直大

- ・後志病院薬剤師会学術講演会 平成 29 年 11 月 15 日
「糖尿病治療薬の効く理由」
白井博
- ・北海道薬業連携シンポジウム 2017 平成 29 年 12 月 17 日
「北海道における在宅患者への注射薬の無菌調製に関する調査」
前田直大

【放射線室】

- ・PHILIPS 北海道 Gyro meeting 平成 29 年 8 月 19 日 札幌
「Gyrocup 2018 へ行ってみた」
大浦大輔
- ・日本放射線技術学会 秋季学術大会 ランチョンセミナー 平成 29 年 10 月 21 日 広島
「ASL ルーチン化の有用性と応用 technique ―脳外科救急診療を中心に―」
大浦大輔
- ・第 1 回キャノンメディカルエレクトラ北海道放射線治療研究会 平成 30 年 1 月 20 日
「当院における定位放射線治療の運用」
横浜拓実、土屋和彦、小笠原弘、阿部恭兵、田中弥玲、樋渡麻実

【感染防止対策室】

- ・東小樽病院院内感染対策研修会 平成 29 年年 10 月 2 日
「標準予防策の考え方と実際」
村上圭子
- ・日本感染管理ベストプラクティス Saizen 研究会
平成 29 年 6 月 10 日、9 月 9 日、平成 30 年 1 月 21 日
グループワーク助言者 村上圭子
- ・医療法人社団三ツ山病院院内研修会 平成 30 年 1 月 23 日、30 日
「標準予防策と冬の感染症対策」
村上圭子

【地域医療連携室】

- ・寿都町医師会学術講演会 平成 29 年 8 月 8 日 寿都町
「地域医療連携室の役割とかかりつけ医」
中千尋
- ・がん地域連携クリティカルパス説明会 平成 29 年 9 月 1 日 小樽
「参加登録について」
鈴木里美

〔学術論文、雑誌掲載、その他〕

【消化器内科】

- ・小樽市立病院誌第6巻第1号：21-28 平成30年2月発行
「Artificial intelligence を利用した大腸癌リンパ節転移予測」
有村佳昭

【神経内科】

- ・小樽市立病院誌第6巻第1号：29-33 平成30年2月発行
「けいれん重責を含めた意識障害・脳症症例における MRI Arterial spin labelling (ASL) image の有用性」
井原達夫、新谷好正、岩崎素之、大浦大輔

【外科】

- ・日本内視鏡外科学会雑誌 平成29年5月15日発行
「鼠径ヘルニア術後の慢性疼痛に対して腹腔鏡下メッシュ除去が著効した一例」
太田拓児、渡邊義人
- ・北海道外科雑誌 平成29年6月発行
「小腸脂肪腫による腸重積の一例」
渡邊義人、佐野修平、越前谷勇人、権藤寛
- ・日本臨床外科学会雑誌 平成29年7月25日発行
「腹腔鏡手術を行った脳室腹腔シャント留置中の横行結腸癌の一例」
渡邊義人、佐野修平、越前谷勇人、権藤寛
- ・小樽市立病院誌第6巻第1号：35-39 平成30年2月発行
「当院における虫垂切除術の検討」
小林展大、越前谷勇人、村田竜平、渡邊義人、川俣孝
- ・小樽市立病院誌第6巻第1号：57-61 平成30年2月発行
「当院における NST 活動の現状報告と今後の課題」
渡邊恵子、和田裕子、川野夕花里、越前谷勇人
- ・小樽市立病院誌第6巻第1号：67-72 平成30年2月発行
「腎細胞癌術後23年の長期フォローアップ中に異時性孤立性に甲状腺転移と睪転移をきたした一切除例」
越前谷勇人、渡邊義人、村田竜平、小林展大、川俣孝、信野祐一郎、南部敏和、笠井潔
- ・小樽市立病院誌第6巻第1号：73-76 平成30年2月発行
「マムシ咬傷の3例」
村田竜平、小林展大、渡邊義人、越前谷勇人
- ・小樽市立病院誌第6巻第1号：77-81 平成30年2月発行
「同時性5多発大腸癌の1例」
野澤俊一郎、越前谷勇人、小林展大、村田竜平、渡邊義人、川俣孝、市村亘、笠井潔

・日本臨床外科学会雑誌：825-830 2017年発行
「敗血症を伴った α -グルコシダーゼ阻害薬による腸管気腫症の1例」
村田竜平、小林展大、渡邊義人、越前谷勇人

・日本ヘルニア学会誌：33-38 2017年発行
「腹腔鏡下に修復した広範囲 Spigelian Hernia の1例」
村田竜平

【心臓血管外科】

・日血外会誌 2017；26：103-107
「Najuta プロトタイプモデルによる遠位弓部大動脈瘤治療後の開窓部エンドリークに対し VALIANT Captivia の内挿が有効であった一例」
深田穰治、中島智博、田宮幸彦、栗本義彦

【整形外科】

・日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 (JOSKAS) 学会誌 2017年 第43巻
「膝屈筋腱ハイブリッド代用材料を用いた解剖学的2束前十字靭帯再建術の臨床成績：術前待機期間の影響」
馬場力哉

【精神科】

・小樽市立病院誌第6巻第1号：63-66 平成30年2月発行
「数年ぶりに亜昏迷を呈したドパミン過感受性精神病患者の治療経過～aripiprazole への置換と献身的な看護の観点から～」
澤頭亮、笹川嘉久、松倉真弓、高丸勇司

【泌尿器科】

・Internal Med Advance Publication DOI: 10.2109/internal medicine 9523-17
「Renal Mucinous Tubular and Spindle Cell Carcinoma Shows a High Uptake on 18F-FDP PET/CT」
Sho Furuya, Osamu manabe, Toshikazu Nanbu, Noboru Yamashita, Yuichiro Shinno, Kiyoshi Kroenke and Nagara Tamaki

【産婦人科】

・日常診療に活かす 診療ガイドライン UP-TO-DATE 2018-2019, pp901-907, 2018年1月, メジカルビュー社, 大阪
「3. 子宮体癌：子宮体癌治療ガイドライン 2013年版」
金内優典

・婦人科がん 最新の研究動向, pp585-589, 76巻増刊号2, 日本臨床社, 2018年3月, 東京
「IV. 卵巣癌 3. 卵巣癌の治療 (1) 境界悪性腫瘍の取り扱い」
金内優典

・ Cancer Science

「Comparison of human papillomavirus genotyping and cytology triage, COMPACT Study: Design, methods and baseline results in 14642 woman」

Satomi Aoyama-Kikawa, Hiromasa Fujita, Sharon J. B. Hanley, Mitsunori Kasamo, Kokichi Kikuchi, Toshihiko Torigoe, Yoshihiro Matsuno, Akiko Tamakoshi, Takayuki Sasaki, Motoki Matsuura, Yasuhiro Kato, Peixin Dong, Hidemichi Watarai, Tsuyoshi Saito, Kazuo Sengoku, Noriaki Sakuragi

【病理診断科】

・ 小樽市立病院誌第6巻第1号：77-81 平成30年2月発行

「同時性5多発大腸癌の1例」

野澤俊一郎、越前谷勇人、小林展大、村田竜平、渡邊義人、川俣孝、市村亘、笠井潔

【看護部】

・ 小樽市立病院誌第6巻第1号：41-44 平成30年2月発行

「夜勤開始時期における看護師長と新人看護師の受け止めのギャップについて」

萩原正子、佐藤淳子、長嶋ひとみ、金谷順子、阿部洋子

・ 小樽市立病院誌第6巻第1号：45-51 平成30年2月発行

「診療看護師としての2年間の活動報告—日本の診療看護師の現状とともに—」

渡辺美和

・ 小樽市立病院誌第6巻第1号：53-56 平成30年2月発行

「外科病棟看護師の介護衣（つなぎ服）脱衣基準の作成～介護衣着用期間の短縮を目指して」

荒館恵利子、小森真以、猪岡麻里子

【薬剤部】

・ 道薬誌 平成29年9月発行

「腎機能の評価と緩和ケア」

前田直大

・ 北海道体育協会スポーツ科学委員会研究報告 平成30年3月発行

「アンチ・ドーピング教育啓発活動報告2017」

前田直大

【検査室】

・ 病理検査技術教本 平成29年5月25日発行

「日本臨床衛生検査技師会」（分担執筆）

田中浩樹

【放射線室】

・ Magnetic Resonance in Medical Sciences 2018.2.8

「The Reliability of Reduced Field-of-View DTI for Highly Accurate Quantitative Assessment of Cervical Spinal Cord Tracts」

Takumi Yokohama, Motoyuki Iwasaki, Daisuke Oura, Sho Furuya, Tomoyuki Okuaki

〔講演会、研修会の主催、共催〕

【麻酔科】

- ・北海道緩和ケア研修会（小樽市立病院主催） 平成30年3月3日～4日 小樽市立病院
久米田幸弘（企画責任者）

【薬剤部】

- ・第11回日本緩和医療薬学会年会 平成29年6月2日～4日
前田直大（実行委員）

【検査室】

- ・第91回北海道医学検査学会 平成29年9月30日
田中浩樹（学会長）

〔セミナー、勉強会・講習会、カンサーボード、院内発表会〕

【研修医セミナー（臨床研修管理委員会主催）】

- ・平成29年4月11日「研修医心得」 鈴木綜馬
- ・平成29年4月18日「救急初診への対応法」 新谷好正
- ・平成29年5月2日「薬剤処方オーダーの基本」 鶴谷勝実（薬剤部）
- ・平成29年5月9日「検体検査のオーダーと参照法」 小山田重徳（検査室）
- ・平成29年5月16日「超音波実習（1）」 池田桂子（検査室）
- ・平成29年5月23日「栄養管理の基本」 和田裕子（栄養管理科）
- ・平成29年6月6日「腹痛患者の見方」 矢花崇
- ・平成29年6月13日「縫合の基本手技」 越前谷勇人
- ・平成29年6月20日「下腹部症状における婦人科疾患のみきわめについて」 木川聖美
- ・平成29年7月4日「文献検索、参考論文の探し方のポイント」 新谷好正
- ・平成29年7月11日「輸液と輸血の基本」 中林賢一
- ・平成29年7月18日「必修 神経学的所見のみかた・鑑別診断」 井原達夫
- ・平成29年8月8日「抗菌薬の選択と使い方（呼吸器系）」 小寺裕貴
- ・平成29年8月15日「内視鏡をつかいこなす」 安達雄哉
- ・平成29年8月22日「中心静脈ルート確保の手技と管理」 畠山陽介
- ・平成29年9月5日「胸痛患者の見方」 高川芳勅
- ・平成29年9月12日「臨床医が知っておきたい耳鼻咽喉科領域疾患」 松井利憲
- ・平成29年9月26日「救急外来における表在病変への基本的対処法」 新井孝志郎
- ・平成29年10月3日「心臓血管外科による救急診療について」 深田穰治
- ・平成29年10月10日「腎疾患—診断と治療のポイント」 山地浩明
- ・平成29年10月17日「救急外来・ICU・病棟における超音波検査の実際（実習）」 君島知彦
- ・平成29年10月24日「臨床医に必要な整形外科の基本知識」 佃幸憲
- ・平成29年11月7日「血糖の管理—救急から慢性疾患まで」 中垣整
- ・平成29年11月14日「向精神薬の処方（入門編）」 笹川嘉久
- ・平成29年12月12日「超音波実習（2）」 小助川真樹（検査室）
- ・平成29年12月19日「小児症例への対応の基本」 小田川泰久
- ・平成30年1月9日「病理レポートの見方」 笠井潔
- ・平成30年1月16日「腹腔鏡手術の基本と注意点」 渡邊義人
- ・平成30年1月23日「疼痛緩和の基本（入門編）」 久米田幸弘

- ・平成30年 2月 6日「臨床医が知っておきたい眼の症状と診断の手がかり」 井口純
- ・平成30年 2月13日「細胞診の知識と活用法」 横濱真智子（検査室）
- ・平成30年 2月20日「癌化学療法の基礎」 仲地耕平
- ・平成30年 3月 6日「癌治療に必要な放射線治療の基本知識」 小笠原弘（放射線室）
- ・平成30年 3月13日「心電図の見方」 古川哲章
- ・平成30年 3月20日「抗菌薬の選択と使い方（泌尿器系）」 山下登

【勉強会・講習会】

- ・新人看護職員研修静脈注射研修 平成29年4月28日
森八重子

- ・勉強会 平成29年5月25日
「心カテ勉強会（入門編）」
大沢卓爾

- ・勉強会 平成29年5月26日
「輸液・シリンジポンプ 新人看護師研修会」
難波泰弘

- ・医療安全講習 平成29年6月22日
「MRI安全管理について」
大浦大輔

- ・医療安全講習 平成29年8月1日
「MRI安全管理について」
横浜拓実

- ・院内感染管理講習会 平成29年8月1日、8日、15日、17日、平成30年2月8日、15日
「血流感染対策」
森八重子

- ・栄養管理科衛生講習会 平成29年年8月2日
「食中毒発生状況と手洗いの必要性について」
村上圭子

- ・看護助手研修 平成29年8月23日、9月4日、15日
「標準予防策」
村上圭子、森八重子

- ・院内感染管理講習会 平成29年9月5日、6日、12日、14日、平成30年1月19日、2月1日
「インフルエンザ対策」
村上圭子

- ・勉強会 平成29年9月
「CHDF勉強会」
小野寺鍊

- ・栄養管理科衛生講習会 平成 29 年 11 月 29 日
「厨房内ラウンド報告」
森八重子
- ・勉強会 平成 30 年 3 月 9 日
「手術中の電気メス使用によるペースメーカーへの影響」
難波泰弘
- ・勉強会 平成 30 年 3 月 9 日
「除細動器勉強会」
小野寺錬
- ・勉強会 平成 30 年 3 月 16 日
「除細動器勉強会」
小野寺錬

【内科・外科合同カンファレンス】

- ・毎週木曜日 17 時～
小樽市立病院医局カンファレンスルーム

【がんサーボード】

- ・平成 29 年 5 月 30 日
「子宮体部腫瘍と全身多発リンパ節転移を認めた症例」
- ・平成 29 年 6 月 27 日
「診断が困難であった胆道癌の一例」
- ・平成 29 年 7 月 25 日
「若年者に発生した巨大腹部腫瘍の 2 例」
- ・平成 29 年 8 月 29 日
「Bridge to surgery (BTS) としての大腸ステントの有用性」
- ・平成 29 年 9 月 19 日
「ドセタキセル療法が奏功した前立腺癌局所再発の 1 例」
- ・平成 29 年 10 月 31 日
「肺腺癌への化学放射線療法後に腸重責を来した一例」
- ・平成 29 年 12 月 26 日
「血管内治療したトルソー症候群の 2 例」
- ・平成 30 年 1 月 30 日
特別講演「AI による大腸癌リンパ節転移診断～Endoscopic Scientist を目指して～」
有村佳昭

【小樽市病院局発表会】

平成 30 年 1 月 31 日

第 8 回小樽市病院局発表会

- ・ A 班 座長 医療部長 市村 亘
 - A-1 「小樽市立病院入院患者における睡眠薬適正使用に関する指針」
精神科 澤頭亮
共同研究者 笠原真理、鶴谷勝実、笹川嘉久、松倉真弓、高丸勇司
 - A-2 「SaaS 型医療機器管理システムの導入効果」
臨床工学科 難波泰弘
共同研究者 福井寛之、小野寺錬、大沢卓爾、石田絢也、南出薫
 - A-3 「VirtualGrid を使用した胸部ポータブル撮影条件の検討」
放射線室 田中弥玲
共同研究者 阿部俊男、小笠原弘、阿部恭兵

- ・ B 班 座長 医療部長 金内優典
 - B-1 「抗がん剤調製における監査システムの導入」
薬剤部 松本琢博
共同研究者 前田直大、道谷省、白井博
 - B-2 「当院における迅速細胞診（ROSE）の有用性について」
検査室 中村靖広
共同研究者 太田千尋、横濱真智子、加野大樹、小笠原一彦、田中浩樹、笠井潔

- ・ C 班 座長 主任医療部長 有村佳昭
 - C-1 「両下肢に麻痺が生じた脊髄疾患患者への座ることを目指した関わり」
看護部 釣賀百華
 - C-2 「病院の価値を高めるための院外活動の重要性と組織の社会的責任（corporate society responsibilities : CSR）を意識したブランディング戦略」
脳神経外科 新谷好正

〔受賞、資格取得〕**【受賞】**

- ・ 脳神経外科 岩崎素之
第 32 回日本脊髄外科学会 8th ASIA SPINE 「優秀演題」

- ・ 脳神経外科 新谷好正
小樽医師会会員研究発表会 「優秀賞」

- ・ 麻酔科 君島知彦
第 37 回日本臨床麻酔科学会 「第 3 回 Covidien Award」

- ・検査室 長土居和輝
北海道臨床衛生検査技師会「平成 29 年度学会奨励賞」

【資格取得】

- ・検査室 長土居和輝
日本検査血液学会 認定血液検査技師
- ・地域医療連携室 山本紗代
国立研究開発法人国立がん研究センター がん相談支援センター相談員基礎研修 (3)
- ・診療情報管理課 田邊陽子
国立研究開発法人国立がん研究センター がん登録実務初級者

〔市民公開講座、健康教室〕

【市民公開講座】

- ・平成 29 年 6 月 17 日 (土)
講演 1「肩・肘の痛みで悩む方へ～当院でできる肩・肘の痛みに対する最新治療～」
講師 整形外科 佃幸憲
講演 2「膝の痛み～その原因と治療の実際」
講師 整形外科 馬場力哉
講演 3「正しく理解しよう 心臓血管外科疾患」
講師 心臓血管外科 中島智博
- ・平成 29 年 10 月 28 日 (土)「病院まつり」のイベントとして開催
講演 1「乳がんについて」
講師 外科 越前谷勇人
講演 2「婦人科のがんを知りましょう」
講師 産婦人科 金内優典

【健康教室】

- ・平成 29 年 10 月 14 日 (土)
講演「元気に『食べる』～誤嚥性肺炎に負けないために」
講師 看護部 工藤聖子
- ・平成 30 年 3 月 10 日 (土)
講演「認知症の方が快適に生活するために～リハビリの視点からみた認知症ケア・予防」
講師 リハビリテーション科 中村一仁

手術実績等

患者動態

診療科	入院(人)		外来(人)		合計(人)		病床数 (床)	病床利用率 (%)
	延患者数	一日平均	延患者数	一日平均	延患者数	一日平均		
内科	3,239	9	240	1	3,479	10		
呼吸器内科	9,455	26	7,506	31	16,961	57		
消化器内科	10,624	29	16,518	68	27,142	97		
循環器内科	7,198	20	11,219	46	18,417	66		
血液内科	105	0	1,439	6	1,544	6		
糖尿病内科	415	1	8,054	33	8,469	34		
内分泌内科	-	-	682	3	682	3		
腎臓内科	3,034	8	8,855	36	11,889	44		
神経内科	2,606	7	2,625	11	5,231	18		
外科	9,709	27	9,233	38	18,942	65		
心臓血管外科	5,696	16	6,188	25	11,884	41		
脳神経外科	19,086	52	10,968	45	30,054	97		
整形外科	14,920	41	23,913	98	38,833	139		
形成外科	1,483	4	5,080	21	6,563	25		
精神科	25,258	69	23,047	94	48,305	163		
リウマチ科	119	0	1,801	7	1,920	7		
小児科	437	1	6,344	26	6,781	27		
皮膚科	-	-	9,318	38	9,318	38		
泌尿器科	7,263	20	19,956	82	27,219	102		
産婦人科	3,365	9	5,203	21	8,568	30		
眼科	3,485	10	17,442	72	20,927	82		
耳鼻咽喉科	1,722	5	11,095	46	12,817	51		
放射線診断科	-	-	1,270	5	1,270	5		
放射線治療科	-	-	4,017	16	4,017	16		
麻酔科	1,972	5	5,234	21	7,206	26		
小計	131,191	359	217,247	890	348,438	1,249	386	93.1
感染症	-	-	-	-	-	-	2	-
合計	131,191	359	217,247	890	348,438	1,249	388	92.6

手術実績

(件数)

診療科	内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
内科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	計	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
呼吸器内科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	1	3	4	1	0	0	0	0	0	0	1	1	11
	計	1	3	4	1	0	0	0	0	0	0	1	1	11
消化器内科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	42	43	54	45	49	63	54	63	38	49	40	45	585
	計	42	43	54	45	49	63	54	63	38	49	40	45	585
循環器内科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	28	33	4	15	28	30	22	50	37	19	38	21	325
	計	28	33	4	15	28	30	22	54	37	19	38	21	329
腎臓内科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	2	0	8
	計	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	2	0	8
神経内科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	5
	計	0	0	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	5
外科	全麻	46	43	49	59	55	60	56	56	57	41	45	34	601
	脊椎	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	3	8
	その他	20	12	19	21	19	21	17	17	14	21	18	11	210
	計	67	55	68	80	74	82	73	73	71	62	66	48	819
心臓血管外科	全麻	12	17	20	17	25	27	28	16	19	30	17	21	249
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	10	9	17	16	11	17	14	12	3	7	6	3	125
	計	22	26	37	33	36	44	42	28	22	37	23	24	374
脳神経外科	全麻	39	27	41	30	24	34	24	36	35	23	42	21	376
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	16	20	19	16	19	12	22	20	16	26	13	19	218
	計	55	47	60	46	43	46	46	56	51	49	55	40	594
整形外科	全麻	59	38	38	56	58	38	47	36	45	48	51	47	561
	脊椎	2	1	5	4	5	2	5	5	4	12	6	1	52
	その他	16	15	15	30	26	19	23	24	38	26	32	24	288
	計	77	54	58	90	89	59	75	65	87	86	89	72	901
形成外科	全麻	16	10	8	4	9	8	4	4	9	4	14	19	109
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	34	44	60	48	55	43	41	51	38	36	33	34	517
	計	50	54	68	52	64	51	45	55	47	40	47	53	626
精神科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
	計	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
小児科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	1	0	0	1	2	2	1	4	1	1	1	1	15
	計	1	0	0	1	2	2	1	4	1	1	1	1	15

診療科	内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
泌尿器科	全麻	16	26	23	25	32	18	27	26	25	25	18	25	286
	脊髄	4	5	6	5	2	3	6	3	3	3	4	6	50
	その他	20	24	23	19	23	25	21	23	30	27	28	28	291
	計	40	55	52	49	57	46	54	52	58	55	50	59	627
産婦人科	全麻	24	29	17	22	19	22	21	25	25	27	12	16	259
	脊髄	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	4	6	6	3	8	5	6	8	6	1	9	4	66
	計	28	35	23	25	27	27	27	33	31	28	21	20	325
眼科	全麻	8	9	7	4	14	6	8	9	11	6	10	7	99
	脊髄	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	90	83	94	90	92	72	74	78	75	82	79	70	979
	計	98	92	101	94	106	78	82	87	86	88	89	77	1,078
耳鼻咽喉科	全麻	18	13	16	9	17	19	19	8	9	17	19	18	182
	脊髄	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	19	19	18	25	13	15	19	23	24	21	17	19	232
	計	37	32	34	34	30	34	38	31	33	38	36	37	414
放射線診断科	全麻	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	脊髄	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	1	3	2	1	4	1	0	2	3	1	1	19
	計	0	1	4	2	1	4	1	0	2	3	1	1	20
麻酔科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
	脊髄	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	1	6
	計	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	1	1	9
合計	全麻	238	212	220	226	253	232	234	221	236	221	229	208	2,730
	脊髄	7	6	11	9	7	6	11	8	7	15	13	10	110
	その他	302	312	339	334	346	330	316	374	326	324	318	283	3,904
	計	547	530	570	569	606	568	561	603	569	560	560	501	6,744

アンジオ室 (上記内数)	内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
循環器内科 心臓血管外科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	60	87	1	68	69	80	60	89	79	62	80	70	805
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	60	87	1	68	69	80	60	89	79	62	80	70	805
脳神経外科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	9	4	6	7	14	9	8	12	10	10	7	2	98
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	9	4	6	7	14	9	8	12	10	10	7	2	98
合計	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	69	91	7	75	83	89	68	101	89	72	87	72	903
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	69	91	7	75	83	89	68	101	89	72	87	72	903

※レセプト（Kコード）算定ベースの件数

※実施場所は問わない（手術室・外来等）

単位：件数

消化器内科	
【上部消化管 153件】	
胃内視鏡の粘膜切除術・ポリペクトミー	5
食道内視鏡の粘膜下層剥離術	6
胃内視鏡の粘膜下層剥離術	20
止血術	73
ステント留置	6
異物除去	17
食道・胃静脈瘤治療（EVL・EIS・APC）	17
内視鏡の胃瘻造設術	9
【下部消化管 254件】	
大腸内視鏡の粘膜切除術・ポリペクトミー	225
大腸内視鏡の粘膜下層剥離術	8
止血術	21
【肝・胆・膵 130件】	
内視鏡の胆道系治療 (EST、ENBD、胆道拡張、結石、ステントなど)	130
総計	537

外科	
甲状腺手術	4
甲状腺悪性腫瘍手術	3
副甲状腺腫過形成手術	3
乳腺腫瘍摘出術	13
乳腺悪性腫瘍手術	49
胸腔鏡下試験開胸術	3
胸腔鏡下肺切除術	5
胸腔鏡下肺悪性腫瘍切除術	16
肺悪性腫瘍手術	4
食道狭窄拡張術	4
腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	1
腹腔鏡下試験開腹術	10
リンパ節摘出術	11
腹壁腫瘍摘出術	1
腹腔鏡下ヘルニア手術 (腹壁癒痕 8、大腿 1、鼠径 77)	86
ヘルニア手術 (腹壁癒痕 11、臍 1、鼠径 9、大腿 1、会陰 2)	24
急性汎発性腹膜炎手術	10
腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	5
腸管膜損傷手術	1
腹腔鏡下大網、腸管膜、後腹膜腫瘍摘出術	1
後腹膜悪性腫瘍摘出術	5
後腹膜悪性腫瘍手術	5
腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	1
腹腔鏡下胃局所切除術	2
胃切除術	1
胃切除術 (悪性腫瘍)	4
腹腔鏡下胃切除術 (悪性腫瘍)	15
胃全摘術 (悪性腫瘍)	9
腹腔鏡下胃全摘術 (悪性腫瘍)	2

腹腔鏡下胃腸吻合術	3
胆嚢摘出術	8
腹腔鏡下胆嚢摘出術	86
胆嚢悪性腫瘍手術	1
腹腔鏡下肝嚢胞切開術	1
肝切除術	3
膵体尾部腫瘍切除術	3
膵頭部腫瘍切除術	4
脾摘出術	1
破裂腸管縫合術	1
腸管癒着症手術	11
小腸切除術	14
小腸切除術 (悪性)	2
腹腔鏡下小腸切除術 (悪性)	1
腹腔鏡虫垂切除術 (悪性)	31
結腸切除術	13
腹腔鏡下結腸切除術	7
結腸切除術 (悪性)	8
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	39
人工肛門造設術	14
腹腔鏡下人工肛門造設術	8
直腸腫瘍摘出術	3
直腸切除・切断術	1
腹腔鏡下直腸切除・切断術 (低位前方切除術)	13
腹腔鏡下直腸切除・切断術	5
痔核手術	21
肛門周囲膿瘍切開術	4
痔瘻根治手術	1
肛門悪性腫瘍手術	1
CVポート造設	91
その他	122
総計	819

循環器内科	
PCI	208
PMI	43
総計	251

心臓血管外科	
冠動脈、大動脈バイパス移植術	13
弁置換術	16
大動脈瘤切除術（上行大動脈）	2
大動脈瘤切除術（上行および弓部大動脈同時手術）	14
大動脈瘤切除術（腹部大動脈）	11
ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）	19
ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）	23
ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）	3
オープン型ステントグラフト内挿術	7
ペースメーカー交換術	7
内シャント設置術	31
血管拡張術・血栓除去術	51
動脈形成術	13
血管移植術、バイパス移植術	44
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	5
下肢静脈瘤手術	6
その他	61
総計	326

【アンジオ室（心臓血管外科・循環器内科）】（内数）	
PCI（循環器）	208
PMI（循環器）	43
体内埋め込み型心電図計	2
PTA（心外／循環器）	16/5
計	274

脳神経外科	
脳動脈瘤クリッピング	47
頭蓋内血腫除去術	26
頭蓋内血腫除去術（硬膜外）	1
頭蓋内血腫除去術（硬膜下）	13
頭蓋内腫瘍摘出術	9
内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	2
脳動静脈奇形摘出術	1
頭蓋内微小血管減圧術	4
水頭症手術	19
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	80
動脈血栓内膜摘出術	24
動脈形成術、吻合術	3
脳血管内手術	22
経皮的脳血栓回収術	31
経皮的頸動脈ステント留置	17
脳室ドレナージ術	11
頭蓋形成術	8
頸椎疾患（ACDF 25件、形成 13件、後方固定 7件）	45
腰椎疾患（切除 18件、固定 31件）	49
外傷（BKP 7件、固定 5件）	12
腫瘍・炎症（摘出 6件、その他 2件）	8
その他	17
総計	449

【アンジオ室（脳神経外科）】（内数）	
血管内手術	10
選択的脳血管血栓除去術	31
計	41

整形外科	
【上肢疾患 258件】	
鎖骨・上腕骨・前腕骨・手部骨折	96
関節鏡下腱板断裂手術	25
直視下腱板断裂手術	2
関節鏡下肩滑膜切除術	4
人工肩関節置換術（反転型肩関節置換術）	1
人工肩関節置換術（人工肘関節置換術）	3
人工肩関節置換術（人工橈骨頭置換術）	1
人工肩関節置換術（人工指関節置換術）	1
肘、手部関節形成術、関節固定術	8
手部腱縫合術	2
靱帯修復術	2
軟部腫瘍、ガングリオン摘出術	5
金属抜去	35
その他	73
【下肢疾患 306件】	
大腿骨骨折（骨接合術）	70
大腿骨骨折（人工骨頭挿入術）	25
膝蓋骨、下腿骨、足部骨折	41
骨盤骨折	2
アキレス腱縫合術	3
人工膝関節置換術（再置換術2）	40
人工股関節置換術	25
関節鏡下半月板縫合、切除、滑膜切除術	21
膝十字靱帯再建術	4
足部関節固定術（関節鏡下含む）、強制骨切り術	7
軟部腫瘍摘出術	3
金属抜去	40
その他	25
【脊椎疾患 45件】	
頸椎椎弓形成術	4
頸椎固定術	3
胸椎固定術	1
腰椎椎弓形成術（または椎弓切除術）	6
腰椎固定術	16
椎間板摘出術（内視鏡含む）	3
金属抜去	3
その他	9
総計	609

形成外科	
デブリードマン	14
皮下血管腫摘出術	1
皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術	11
皮膚、皮下腫摘出術	229
皮膚悪性腫瘍切除術	23
腋臭症手術	1
癬痕拘縮形成手術	2
分層植皮術	20
皮弁作成術	8
軟部腫瘍摘出術	3
骨内異物除去術	1
腐骨摘出術	1
骨腫瘍切除術	1
ガングリオン摘出術	5
断端形成術	6
陥入爪手術	43
多指症手術	2
眼瞼内反症手術	9
眼瞼下垂症手術	34
眼窩骨折観血の手術	3
先天性耳漏管摘出術	7
耳介腫瘍摘出術	1
耳介形成手術	1
尾骨骨折整復固定術	6
頬骨骨折観血の整復術	2
リンパ管腫摘出術	2
リンパ管吻合術	6
その他	184
総計	626

精神科	
無痙攣通電療法	12
修正型電気痙攣療法	50
総計	62

泌 尿 器 科	
腹腔鏡下副腎摘出術	2
副腎悪性腫瘍手術	1
経皮的尿路結石除去術（レーザーによるもの）	7
経皮的尿路結石除去術（その他のもの）	23
経尿道的尿管狭窄拡張術	1
経尿道的尿管ステント留置術	228
経尿道的尿管ステント抜去術	48
膀胱内凝血除去術	21
膀胱結石摘出術（経尿道的手術）	11
経尿道的電気凝固術	38
膀胱水圧拡張術	1
膀胱悪性腫瘍手術（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	4
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）	79
膀胱瘻造設術	6
尿道結石摘出術（後部尿道）	1
外尿道腫瘍摘出術	1
尿道悪性腫瘍摘出術	1
尿道狭窄内視鏡手術	7
陰茎悪性腫瘍手術	1
包茎手術	6
精巣摘出術	23
精巣悪性腫瘍手術	3
陰嚢水腫手術	7
停留精巣固定術	2
精索捻転手術	1
経尿道的前立腺手術	11
前立腺悪性腫瘍手術	14
CV ポート造設	8
その他	71
総 計	627

産 婦 人 科	
子宮悪性腫瘍手術	13
卵巣悪性腫瘍手術	16
広汎子宮全摘術	2
腹腔鏡下子宮摘出術	44
腹式子宮摘出術	13
腹式付属器腫瘍切除術	11
腹腔鏡下付属器腫瘍切除術	47
子宮脱手術	13
腹式子宮筋腫摘出術	1
腹腔鏡下子宮筋腫摘出術	10
内膜搔把術	12
CV ポート抜去	7
円錐切除術	16
ポリープ切除 他	7
総 計	212

眼 科	
水晶体再建術	766
網膜光凝固術	99
硝子体莖頭微鏡下離断術	70
後発白内障手術	79
翼状片手術	13
硝子体切除術	9
眼瞼結膜腫瘍手術	2
結膜腫瘍摘出術	3
眼球内容除去術	2
その他	35
総 計	1,078

耳 鼻 咽 喉 科	
内視鏡下鼻副鼻腔手術	47
鼻腔粘膜焼灼術	105
気管切開術	20
口蓋扁桃手術（摘出）	38
外耳道・鼻内・咽頭異物除去術	34
鼓膜切開術	66
口蓋腫瘍摘出術（粘液嚢胞摘出術）	3
鼻中隔矯正術	9
粘膜下鼻甲介骨切除術	12
副鼻腔腫瘍摘出術	2
喉頭腫瘍摘出術（直達鏡による）	2
咽頭膿瘍切開術	1
耳下腺腫瘍摘出術	4
扁桃周囲膿瘍切開術	2
鼓膜（排液、換気）チューブ挿入術	30
顎下腺摘出術	1
声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡によるもの）	18
アデノイド切除術	10
その他	10
総 計	414

放 射 線 診 断 科	
CV ポート	5
血管塞栓術	10
下大静脈フィルター留置術	1
下大静脈フィルター除去術	1
経皮的胆管ドレナージ術	1
経皮的肝膿瘍ドレナージ術	1
総 計	19

麻 酔 科	
全身麻酔	2,442
脊椎麻酔	165
総 計	2,607
放射線照射	7
硬膜外チュービング	1
総 計	8

救急車受入実績（地域別）

（件数）

診療月	小樽市内		余市・仁木方面		岩内・寿都方面		倶知安方面		その他・札幌方面		合 計	
		ドクター ヘリ(内数)		ドクター ヘリ(内数)		ドクター ヘリ(内数)		ドクター ヘリ(内数)		ドクター ヘリ(内数)		ドクター ヘリ(内数)
4月	131	0	23	0	6	0	4	0	0	0	164	0
5月	133	0	20	1	13	1	19	3	0	0	185	5
6月	128	0	17	0	11	0	8	1	0	0	164	1
7月	116	0	25	0	9	0	15	1	0	0	165	1
8月	146	0	21	0	13	2	9	0	0	0	189	2
9月	144	0	27	1	11	1	13	0	0	0	195	2
10月	132	0	23	0	18	0	8	0	1	0	182	0
11月	154	0	24	0	16	0	20	1	0	0	214	1
12月	134	0	33	0	8	0	17	0	0	0	192	0
1月	131	0	25	0	10	0	19	0	0	0	185	0
2月	139	0	20	0	11	1	15	0	0	0	185	1
3月	129	0	20	0	7	0	11	1	1	0	168	1
合 計	1,617	0	278	2	133	5	158	7	2	0	2,188	14

看護部の活動

看護部の活動

看護部の活動

看護部は以下の看護部方針のもと、目標立案し実施した。

看護部方針

1. 急性期機能の病院として地域のニーズに対応できるような看護を提供する（退院支援の充実）
2. 職員が同じ方向を向いて、優しさと思いやりのある看護を目指す（受け持ち看護の充実）
3. 経営への貢献

1. 目標と評価

	目 標	評 価
顧客の視点	<p>経営的視点でのベッドコントロールの実施</p> <p>1) 病棟管理医師との連携</p> <p>2) DiNQL データの活用</p>	<p>1) 病棟管理医師が病棟全体を把握することは困難で、定期的にカンファレンスができたととしても自分の科のこのみで終わっていた。それぞれの科の持ちベッド数を意識したコントロールを医師自体が取り組む必要があると考える。今後も根気よく病棟運営委員会ならびに理事会において話していくことを継続する必要がある。</p> <p>2) まだまだ、得られたデータを読み込むまでには至っていないため、ベッドコントロールへの活用までには至らなかった。</p>
財務の視点	<p>1) 患者満足度の向上（看護計画を開示し評価を患者さんとの間で実施する）</p> <p>2) 職員満足度の向上（ノー残業デイの実施）</p>	<p>1) 受け持ちということの認識は徐々に高まってきているが、評価を共にという点まではできていない。継続の必要性がある。</p> <p>2) 退職者などが続き看護師の人数が減り、実践できていない看護室もあったが、取り組んでいた看護室もあり、スタッフの満足度が高いという評価もあった。継続をすることで時間外勤務をしないう気持を強く持つ必要がある。</p>
業務プロセス	<p>受け持ち看護の充実</p> <p>1) 退院支援体制の見直しと変更（スクリーニングシートの使用と介入の体制作り）</p> <p>2) 退院カンファレンスの実施</p> <p>3) ケアカンファレンス実施のための病棟業務の見直し</p>	<p>1) スクリーニング用紙をワーキンググループで再検討した。年度内には見直しが終了して実践に移すことができる。また、病棟看護師主体での退院支援にまではなっていないが、意識の改善は図られつつある。</p> <p>2) 看護室としては取り組んでも医師が入ってこないという現状が散見している。何らかの方法でもう少し医師の参加を得られるようにしていかないと退院が遅くなり、DPC II 越えの患者さんが増加してしまう危険性がある。</p> <p>3) 患者数の増加にともない手を付けられていない。今後も継続して取り組む必要がある。</p>
学習と成長	<p>1) 管理的視点の強化として、受け持ち看護師が自ら問題提起するケアカンファレンスを1回/週実施</p> <p>2) OJT と Off-JT との連携強化（研修直後とおおよその達成時期に合わせての実践報告）</p>	<p>1) 少しは進歩しているが、まだ不十分である。主査もしくはリーダー格ナースの介入を得ながら実践していく必要がある。</p> <p>2) 研修会後の報告はあっても、実践後の報告会ができていない部署が多い。</p> <p>研修に参加した人の力を借りるようにして、本人に能力発揮させることを管理者が意識する必要がある。</p>

2. 各委員会の目標と評価

各委員会	目 標	評 価
教育委員会	教育目標である「小樽市立病院に勤務する看護師に必要な看護実践能力、看護管理能力、教育・研究能力およびより良い職業人として必要な態度の育成」を目指して、教育活動を実践する	<p>新人看護職員研修では、安全な看護実践を目指すとともに、フォローアップ研修を行うことで、1年目看護師としての目標達成に向けて課題の克服に努めることができた。</p> <p>現任教育研修では、それぞれが必要とする知識と態度を深めるとともに、求められる役割を自覚することができ、各々の研修目標はほぼ達成することができた。</p>
業務委員会	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「重症度、医療・看護必要度」テスト全員合格（対象：一般病棟勤務者） 2. 看護必要度監査の結果 100% 3. 時間外の記録・申し送り時間が前年度より減少する 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「重症度、医療・看護必要度」テストに全員合格し、項目の定義の理解を深めることができた。 2. 監査を年4回実施した。最終結果はA項目88%、B項目82%、C項目99%であった。A項目は心電図モニタの管理、シリンジポンプの管理の記録が不足している事例が多くあった。B項目の評価間違いは減少傾向にある。今後も、研修・テストを通して、評価の精度を上げるように取り組んでいく。 3. 記録については、業務量調査を実施した1月からSOAP記録に変更したことと、稼働率の増加もあり、全勤務帯で達成できなかった。申し送りについては、日勤・夜勤は減少したが、準夜・深夜は増加した。
安全委員会	<ol style="list-style-type: none"> 1. 与薬のインシデント件数 200 件以下 2. 患者誤認 0 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 与薬に関するインシデント件数は 395 件。そのうち無投薬は 216 件と多かった。各部署のインシデントの情報共有を行い、原因・対策などについて話し合い、5月9月に強化月間を設けたが大きな効果はなかった。無投薬の対策を強化していく必要がある。 2. 患者誤認 37 件あった（看護師 35 件、看護助手 2 件）。インシデントの傾向を把握し、事例分析、対応策を検討していく必要がある。
記録委員会	<ol style="list-style-type: none"> 1. 統合アセスメントの向上を図る 2. SOAP で記録を書くことができる 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 統合アセスメントの3側面記載率は 90%に向上したが、入院時の情報と、看護問題との連動がまだ不十分であり、質的項目のレベルアップが今後の課題である。 2. 講演会、学習会は予定通り実施できた。今後は実際に SOAP 記録の記載に際して困っている事例を記録委員会全体会の学習会の中で話し合いをして質を上げていく予定。

【3年目事例検討会】

第1回 平成29年9月27日

1. 心不全を繰り返す患者の水管理について	3東	原田 健太
2. 術前患者の不安に対する関わりについて	3東	高橋 朱里
3. 間欠自己導尿の手技確立にむけた看護介入について	5西	松葉 朱乃
4. 知的障害がある患者の癌末期による苦痛の緩和について	5西	西尾 悠理

第2回 平成29年10月3日

1. 高齢患者が前向きな発言ができるようになった関わりについて	3東	佐藤 舞
2. 患者の思いや望みが反映された看護を提供するために大切なこと ～GIST再発を繰り返す患者の事例を通して～	4東	飯田 美咲
3. 人工膝関節置換術を受ける患者の退院支援 ～関節可動域制限のある患者の事例を通して～	7西	笹田 麻希

第3回 平成29年10月17日

1. 脊髄疾患にて両下肢に麻痺が生じた患者の看護 ～座ることを目指した関わりを振り返って～	3西	釣賀 百華
2. 終末期の患者の家族との関わり ～外出・外泊への支援を通して～	3西	麓 愛
3. 医療者に対し不信感を募らせた家族の思いを振り返って	4東	大井 花那
4. ストーマ造設患者との関わり ～悲観的・消極的な状態からストーマを受容した患者と関わって～	4東	石田 俊之

第4回 平成29年11月1日

1. 嚥下障害のある患者に対する経口摂取に向けた関わり	SCU	梅村 総江
2. 意思疎通困難な重度認知症患者・家族との関わりについて	4西	丸山 志乃
3. 骨転移による疼痛があり日常生活に支障を来した患者との関わり	5東	若狭 唯
4. 苦痛を軽減しQOL向上につなげるための援助	5東	滋野 美穂

【看護研究発表会】

第1回 平成29年7月27日

1. スプレーで洗口液を使用した口腔ケア ～簡易的で乾燥予防に焦点をあてた方法～	5東	山本 達郎
2. 長期入院している睡眠障害を持つ高齢者に対する高照度光療法の有用性	6東	竹内 美香
3. A病院人工透析室における看護必要量の実態調査	透析室	高井真由美
4. 外来診療における看護師の同席についての実態調査 ～患者と看護師が考える診察時の同席場面の比較～	外来1	越智 朱実
5. 再入院する高齢心不全患者の増悪要因 ～ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度を用いた評価～	3東	見延亜里紗

第2回 平成29年11月30日

1. A病院内の術前オリエンテーション用紙を比較・検討して	手術室	渡邊 高志
2. 高次脳機能障害のある患者の転倒転落予防への取り組み	3西	山田 美穂
3. A病棟で外科手術を受ける患者の術後せん妄発症要因の分析	4東	堀井 佳那
4. 人工膝関節置換術後の持続的他動運動施行患者に対する看護 ～ウォーミングアップと疼痛コントロールの施行～	7西	田代瀬恵子

平成 29年度

年間教育計画（看護部教育委員会）

研修名	日程	時間	対象者	研修目的	
新人看護職員研修	新人（看護）職員 オリエンテーションⅠ－①②③	① 4/3（月） ② 4/4（火） ③ 4/5（水）	各1日	新人看護職員 ★は院外施設に 公開	1. 小樽市立病院および看護部理念を理解し、組織人、社会人としての心構えができる 2. 病院組織について理解し、早期に環境に適応できる 3. 看護に必要な基礎的知識を再確認することができる
	新人看護職員研修Ⅱ 基礎技術研修－①②③	① 4/14（金）★ ② 4/21（金）★ ③ 5/12（金）★	各1日		1. 提供する看護の目的と根拠を踏まえ、安全・安楽な看護技術を再確認する 2. 基礎的な看護技術を習得し、実践に対する不安を軽減する
	新人看護職員研修Ⅲ－①② 静脈注射研修	① 4/28（金） ② 5/26（金）	各1日		1. 静脈注射を安全に行うための基本的な知識、技術を身につける 2. ハイリスク薬剤を安全に取り扱うための知識、技術を理解する
	新人看護職員研修Ⅳ 3ヶ月フォローアップ研修 ストレスマネジメント	6/30（金）	3時間		1. 3ヶ月間を振り返り、到達点と課題を明らかにする 2. 不安や悩みを共有し、仕事への意欲を持つ
	新人看護職員研修Ⅴ フィジカルアセスメント研修	8/4（金）★	半日 （午前）		看護におけるフィジカルアセスメントの意義がわかる
	新人看護職員研修Ⅵ 多重課題、SBAR	8/4（金）	半日 （午後）		多重課題に対し優先順位を考え、安全な看護を実践することができる
	新人看護職員研修Ⅶ AED、BLS	9/22（金）★	3.5時間		心肺蘇生の基礎がわかり、BLSおよびAEDの使用方法を習得できる
	新人看護職員研修Ⅷ 6ヶ月フォローアップ研修	10/6（金）	3時間		1. 6ヶ月間を振り返り、到達点と課題を明らかにする 2. 不安や悩みを共有し、仕事への意欲を持つ
	新人看護職員研修Ⅸ 12ヶ月フォローアップ研修	H30 3/2（金）	3時間		1年間を振り返り、今後、自分が目指す看護師像を描くことができる
経年別研修	2年目看護師研修	7/21（金）	3時間	2年目看護師	2年目看護師に求められる看護師像がわかる
	事例検討の方法について	6/2（金）	2時間	3年目看護師	受け持ち患者に行った看護を振り返り、今後自分がどのような看護を目指すのか述べる ことができる
	3年目事例検討発表会	9/27、10/3、 10/17、11/1	各1時間		
ベテラン看護師研修	12/15（金）	4時間	キャリア20年前後の看護師	ベテラン看護師としての役割を理解する	

	研修名	日程	時間	対象者	研修目的
ラダー別研修	リーダーシップ研修	11/10 (金)	4時間	ラダー2	看護チームにおけるリーダーの役割を担うために必要な基礎知識、態度を理解する
	フィジカルアセスメント	9/8 (金) ★	4時間	ラダー2	看護におけるフィジカルアセスメントの基礎を学び、身体情報を意図的に収集し、判断する必要性が理解できる
	第1回 看護研究の基礎を学ぶ	5/16 (火)	3.5時間	ラダー2以上	看護研究完成に向けた取り組みができる
	第2回 看護研究の基礎を学ぶ	11/28 (火)	4時間		
	専門看護研修 —高齢者・認知症看護	10/20 (金)	3時間	ラダー2以上	認知症に対する知識と理解を深め、今後の看護実践に生かすことができる
		11/24 (金)	3時間		
看護倫理	8/25 (金)	1日	全看護職員	倫理的視点に基づいた看護を提供する能力を養う	
役割別研修	新人看護職員実地指導者研修	H30 1/24 (水)	4時間	実地指導者 予定の者	新人教育実地指導者の役割を理解し、必要な知識・姿勢を習得する
	新人看護職員実地指導者 フォローアップ研修	7/7 (金)	3.5時間	実地指導者	新人教育実地指導者の役割を再認識する 指導者としての悩みや迷いを共有し、今後の指導への意欲が持てる
	臨地実習指導者研修	H30 2/16 (金)	4時間	臨地実習指導者 予定の者	臨地実習指導者の役割を理解し、必要な知識や姿勢を習得する
	臨地実習指導者 フォローアップ研修	9/13 (水)	3時間	臨地実習指導者	実習指導の実践を振り返り、今後の指導に活かすことができる
	教育担当者研修	6/23 (金)	4時間	教育担当者	教育担当者の役割について理解を深め、実践に活かすことができる
	教育担当者研修 実践報告会	H30 2/16 (金)	80分		
	看護管理者研修 「看護管理に活かすコンピテンシー」	11/25 (土)	4時間	主査・師長	管理的視点を強化する
その他	第1回 看護助手研修	8/23、9/4、 9/15	各 1.5時間	全看護助手	感染対策の方法を理解し、実践に活かすことができる
	第2回 看護助手研修	11/17、11/29、 12/8			日常生活援助を安全・安楽に実践することができる
	第1回 看護研究発表会	7/27 (木)	17:15～ 1時間	全看護職員	発表：外来Ⅰ、透析室、3東、5東、6東 座長／長谷川師長
	第2回 看護研究発表会	11/30 (木)	17:15～ 1時間	全看護職員	発表：手術室、3西、4東、7西 座長／川堰師長
	トピックス研修「退院支援・退院調整」	8/31 (木)	1.5時間	全看護職員	看護師が行う退院支援・退院調整の基本プロセスを学ぶ

* 「ラダー別研修」におけるラダーとは、チャレンジ中のラダーステップを指す

教育目標：小樽市立病院に勤務する看護師に必要な看護実践能力、看護管理能力、教育・研究能力および、より良い職業人として必要な態度の育成に努める

業務報告

業務報告

薬剤部

小樽市立病院薬剤部では、次に掲げる基本方針に基づいて業務を行っています。

1. 患者を中心としたチーム医療の推進に貢献します。
2. 医薬品の安全管理と適正使用に努めます。
3. 迅速で適正な医薬品情報を提供します。
4. 高度医療に対応できる高い知識と技能を習得する。
5. 教育、研修機能を充実させ、信頼できる薬剤師を育成します。
6. 地域の薬剤師と連携をはかり、地域医療に貢献します。

内 容		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	
処方箋枚数	外来処方箋枚数	9,457	9,650	10,123	9,719	10,358	9,486	10,213	9,795	10,097	9,397	9,082	10,004	117,381	
	入院処方箋枚数	7,495	7,862	7,663	7,555	7,356	7,241	7,570	7,715	7,843	6,988	6,903	7,137	89,328	
	注射箋枚数	7,075	7,493	7,343	7,207	6,181	7,022	7,218	7,847	8,055	8,366	7,022	6,927	87,756	
病棟業務	薬剤管理指導件数 2 (安全管理)	746	727	806	793	858	845	811	841	805	771	746	779	9,528	
	薬剤管理指導件数 3 (その他)	361	359	334	415	397	351	421	358	371	387	358	394	4,506	
	麻薬管理指導加算件数	36	34	22	13	25	15	24	19	12	15	14	9	238	
	退院時薬剤情報管理指導件数	356	337	315	403	384	396	368	347	346	257	265	295	4,069	
無菌調製	無菌製剤処理 1	抗癌剤無菌調製件数 (外来)	123	136	109	119	126	124	128	132	122	139	146	149	1,553
		抗癌剤無菌調製件数 (入院)	65	55	54	48	73	63	75	78	80	66	55	73	785
	無菌製剤処理 2	IVH 無菌調製件数	93	99	90	94	38	86	115	90	61	121	95	96	1,078
TDM 解析件数		23	13	23	17	16	23	28	9	42	31	32	31	288	
院内製剤	減菌製剤件数	18	19	30	26	27	17	25	28	29	19	11	22	271	
	非減菌製剤件数	78	72	67	70	71	68	68	54	62	65	66	84	825	
持参薬識別件数		451	442	442	453	455	447	456	452	438	452	418	451	5,357	
がん性疼痛緩和指導件数		4	4	3	2	7	2	6	2	3	3	1	1	38	
外来化学療法加算 1 件数		109	113	92	106	108	106	118	123	108	130	137	135	1,385	

〈採用品目数〉

内 容	平成 29 年 3 月	新規採用品目数	採用中止品目数	平成 30 年 3 月
内用	803	20	45	778
外用	286	6	14	278
注射	493	5	33	465
合計	1,582	31	92	1,521

〈抗がん剤レジメン登録件数〉

(件数)

	消化器内科	呼吸器内科	外科	泌尿器科	婦人科	血液内科	脳外科	リウマチ科	耳鼻咽喉科	計
平成 29 年度末現在登録件数	55	40	56	13	41	20	2	5	1	233

検査室

患者さまの診断や治療のため、血液・尿などの検体を用いた様々な検体検査では、精度管理にもとづいた正確な検査結果を迅速に提供できるように日々努力しております。また超音波、心電図、脳波、聴力検査では、患者さまの協力を得ながら治療に役立つ検査結果を提供できるように努力しています。

(件数)

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
検体検査	132,152	135,297	140,915	137,669	141,991	137,606	144,701	139,770	137,095	144,071	132,664	139,502	1,663,433
輸血検査	302	256	291	260	295	255	277	311	234	280	369	233	3,363
生理検査 ※1	4,263	4,217	4,717	4,287	4,484	4,443	4,485	4,464	4,309	3,952	4,001	4,126	51,748
組織・細胞検体 ※2	980	1,048	1,326	1,154	1,161	1,335	1,154	1,211	1,099	958	968	1,012	13,406
外注検査	2,114	2,380	2,514	2,168	2,165	2,055	2,264	1,982	2,093	1,938	2,035	2,151	25,859
合計	139,811	143,198	149,763	145,538	150,096	145,694	152,881	147,738	144,830	151,199	140,037	147,024	1,757,809

(※1) 生理検査のうち、超音波検査（エコー）の件数

(件数)

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
超音波検査 (エコー)	外来	956	886	1,058	1,000	991	1,023	1,056	967	891	867	851	11,569
	入院	183	200	201	213	263	245	221	245	217	204	215	2,652
	計	1,139	1,086	1,259	1,213	1,254	1,268	1,277	1,212	1,136	1,084	1,055	14,221

(※2) 組織・細胞検体のうち、病理受託検査の件数

(件数)

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
病理受託検査	2	2	1	4	3	1	5	3	0	3	2	4	30

放射線室

当院では、後志管内唯一の放射線治療装置（リニアック）、PET-CT装置、3テスラMRI装置をはじめ、高性能のCT、SPECT、DR撮影装置などの高度医療機器が稼働しており、放射線画像診断医、治療医のもと、優れた画像や技術を提供しています。

また、上記装置に加え、血管造影装置、ハイブリッド手術室を配備し、急性期疾患（脳、心臓、血管）への速やかな検査などにより、後志地区の救急医療に対応すべく医師を支援しています。平成29年度は最新の血管造影装置（シングル→バイプレーンへ変更）を導入しました。

(件数)

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
一般撮影	3,028	3,004	3,067	2,944	3,152	3,360	3,114	2,930	2,865	3,007	2,853	3,101	36,425
ポータブル撮影	637	734	672	676	672	736	765	771	792	841	720	656	8,672
乳房撮影	61	78	131	118	104	137	126	127	103	59	70	87	1,201
造影・透視	93	113	140	140	162	153	157	116	127	128	107	130	1,566
血管造影	78	91	7	77	83	89	68	101	89	72	87	72	914
CT	1,223	1,186	1,339	1,229	1,312	1,289	1,333	1,282	1,286	1,331	1,268	1,360	15,438
MRI	820	800	908	847	927	841	866	910	817	778	692	857	10,063
核医学	84	77	80	80	77	73	102	81	71	63	66	82	936
PET-CT	55	52	67	54	60	60	70	62	50	58	59	50	697
放射線治療	325	202	276	254	292	304	413	400	337	291	297	277	3,668
3D処理件数	296	275	311	280	304	292	282	324	290	315	302	315	3,586
骨密度	34	32	29	33	35	41	36	43	32	30	25	27	397
合計	6,734	6,644	7,027	6,732	7,180	7,375	7,332	7,147	6,859	6,973	6,546	7,014	83,563

リハビリテーション科

急性期脳神経外科疾患、整形外科疾患外科疾患、呼吸器疾患、がん患者リハビリ、また、安静により生じる廃用症候群に対し、早期離床、早期回復を目指した理学療法を行っています。急性期脳神経疾患については必要に応じ、理学療法、作業療法、言語療法を実施しています。

(人数)

内 容	種類	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
脳血管疾患	外来	41	28	29	44	25	38	42	26	32	34	31	27	397
	入院	1,748	1,633	1,816	1,655	1,690	1,863	1,652	1,527	1,620	1,384	1,430	1,616	19,634
	計	1,789	1,661	1,845	1,699	1,715	1,901	1,694	1,553	1,652	1,418	1,461	1,643	20,031
運動器疾患	外来	529	502	590	536	545	534	583	525	522	458	511	578	6,413
	入院	656	770	716	664	799	780	715	728	881	788	769	727	8,993
	計	1,185	1,272	1,306	1,200	1,344	1,314	1,298	1,253	1,403	1,246	1,280	1,305	15,406
呼吸器疾患	外来	0	0	2	4	3	4	6	9	8	10	9	9	64
	入院	13	13	38	53	32	32	24	21	30	28	12	15	311
	計	13	13	40	57	35	36	30	30	38	38	21	24	375
がん患者 リハビリ	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	入院	152	146	183	228	210	195	257	209	158	139	153	144	2,174
	計	152	146	183	228	210	195	257	209	158	139	153	144	2,174
廃用症候群	外来	0	6	9	4	0	8	16	7	0	1	0	0	51
	入院	374	538	632	537	475	362	542	384	362	477	413	561	5,657
	計	374	544	641	541	475	370	558	391	362	478	413	561	5,708
消炎・鎮痛	外来	21	24	32	24	25	25	21	22	19	19	19	36	287
	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	21	24	32	24	25	25	21	22	19	19	19	36	287
合計	外来	591	560	662	612	598	609	668	589	581	522	570	650	7,212
	入院	2,943	3,100	3,385	3,137	3,206	3,232	3,190	2,869	3,051	2,816	2,777	3,063	36,769
	計	3,534	3,660	4,047	3,749	3,804	3,841	3,858	3,458	3,632	3,338	3,347	3,713	43,981

臨床工学科

臨床工学科では24時間365日緊急業務に対応し、生命維持管理装置の保守・管理に従事しています。また、平成29年度からは手術室業務への支援を強化し、外科・婦人科などの鏡子下手術の立会いを始めました。平成30年度は、さらに手術室業務の拡大へ向けて取り組んでいく方針であります。

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
CAG（冠動脈造影）	41	39	8	51	36	38	33	43	28	21	28	36	402
PCI（経皮的冠動脈形成術）	19	21	1	14	14	25	16	21	24	11	15	17	198
PMI（新規ペースメーカー植込み）	2	6	3	2	6	4	4	2	2	0	3	2	36
GE（ペースメーカー交換）	0	2	0	3	3	1	1	3	1	1	0	1	16
IABP（大動脈バルーンパンピング）	2	0	1	1	2	0	2	4	0	2	4	0	18
PCPS（経皮的補助循環装置）	2	0	1	3	0	0	0	1	0	1	2	0	10
TPM（体外式ペースメーカー）	2	7	1	1	4	2	0	2	0	0	2	2	23
人工心肺	3	0	4	4	5	7	4	3	3	6	1	4	44
心筋保護	3	0	4	4	4	7	4	3	3	6	1	4	43
自己血回収術	6	2	4	6	6	9	6	6	4	6	4	5	64
PPI（経皮的末梢血管形成術）	3	5	2	5	3	4	3	2	2	6	4	3	42
EVAR（腹部ステントグラフト内挿術）	0	2	1	1	1	2	4	1	5	4	1	2	24
TEVAR（胸部ステントグラフト内挿術）	2	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	10
HD（血液透析件数）	642	715	648	636	636	657	647	604	573	624	559	685	7626
CHDF（持続的血液濾過透析）※稼働日数	13	23	20	26	17	7	28	19	15	31	37	4	240
病棟HD（ICUでの血液透析）	3	2	0	1	1	1	7	9	12	8	0	1	45
ペースメーカーチェック（外来）	24	26	28	22	36	27	25	23	28	31	31	28	329
ペースメーカーチェック（病棟）	4	9	6	8	10	7	9	10	6	3	2	7	81
ペースメーカーチェック（OPE前後）	0	1	7	2	2	0	0	3	1	1	2	2	21
ペースメーカー MRI撮像対応	5	2	3	2	7	1	6	3	0	3	6	4	42
脳神経外科体外循環	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
水晶体再建術	70	52	78	55	74	39	58	63	52	64	55	49	709
硝子体手術	6	7	4	7	8	7	3	3	5	4	8	5	67
外科鏡子下手術	26	19	28	25	24	33	20	27	24	18	31	21	296
婦人科鏡子下手術		8	5	11	9	14	9	13	9	15	4	4	101
整形外科鏡子下手術												2	2
合計	878	951	857	890	908	892	889	868	797	867	803	890	10490

栄養管理科

チーム医療の一翼を担う部門として、食事療法を通じた疾病治療を推進し、食の質と安全を確保しつつ、個々の病状に即した食事の提供に努めています。また、栄養サポートチーム（NST）を通し、治療に貢献することを目指しています。

フードサービスでは、病態別治療食、個人別対応食等、よりよい食事の提供を行っています。

クリニカルサービスでは、医師及び関係部門と連携を図り、患者の栄養管理を推進します。外来・入院患者、家族及び健診者などを対象に、医師の指示のもと患者の食生活に合わせた栄養相談を実施しています。

○栄養指導実績

(件数)

種別・内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
入院	39	54	63	70	102	88	79	83	74	73	63	81	869
外来	48	43	43	41	35	44	35	45	43	31	37	27	472
集団							2			1			3
糖尿病透析予防	3	5	3	4	3	3	5	3	2	2	2	4	39

主な指導対象疾患名

種別・内容	内容
入院・外来	糖尿病、消化器術後、肺炎、肝硬変、胃・十二指腸潰瘍、高血圧、腎臓病、高度肥満、貧血、心臓疾患、脂質異常症、摂食嚥下機能低下、低栄養、ガン対応 など
集団	糖尿病 腎臓病
糖尿病透析予防	糖尿病性腎症 2期以上

○その他の取り組み

- ・糖尿病教室の実施
- ・糖尿病健康教室（8・11月担当）
- ・高等看護学院講師派遣
- ・第6巻病院誌原稿提出

内視鏡科

内視鏡科は、消化器内科医師6名、呼吸器内科医師3名、看護師4名（うち第一種消化器内視鏡技師2名、小腸カプセル内視鏡読影支援技師1名）、受付職員1名、看護助手1名、内視鏡洗滌員1名のスタッフ構成で成り立っています。年間の内視鏡検査・治療の件数は、4500件程度行っています。また、24時間365日緊急内視鏡検査・治療に対応するため、内視鏡科看護師4名は待機制を導入しています。

最近の傾向として、内視鏡的粘膜下層剥離術、内視鏡的胆管ドレナージ術、大腸メタリックステント留置術など内視鏡的治療が増加しています。私達は、日々進歩する内視鏡検査・治療に対応するため、内視鏡セミナー、内視鏡研修会及び内視鏡技師研究会に意欲的に参加しています。院内勉強会につきましても定期的に開催し、質の高い医療・看護が提供できるよう努力しています。

〈内視鏡検査・治療実績〉

○上部消化管内視鏡検査・治療

内 容	件 数
食道胃十二指腸内視鏡検査	2,156
経鼻内視鏡検査	159
(胃)内視鏡的粘膜下層剥離術	23
(食道)内視鏡的粘膜下層剥離術	4
上部内視鏡的粘膜切除術	7
内視鏡的異物除去術	13
内視鏡的上部消化管止血術	74
内視鏡的食道ステント留置術	2
内視鏡的胃十二指腸ステント留置術	2
内視鏡的食道静脈瘤硬化療法	11
内視鏡的食道静脈瘤結紮術	6
内視鏡的胃・十二指腸狭窄部拡張術	7
経皮内視鏡的胃瘻造設術	7
内視鏡的胃瘻チューブ交換術	22
胃瘻除去術	1
上部超音波内視鏡検査	103
上部超音波内視鏡下穿刺吸引法	24
超音波内視鏡下瘻孔形成術	1
計	2,622

○下部消化管内視鏡検査・治療

内 容	件 数
大腸内視鏡検査	1,240
(大腸)内視鏡的粘膜下層剥離術	7
内視鏡的粘膜切除術・ポリープ切除術・コールドポリペクトミー	242
内視鏡的小腸・結腸止血術	27
内視鏡的小腸・結腸狭窄部拡張術	6
内視鏡的経肛門イレウス管留置術	5
内視鏡的下部消化管ステント留置術	7
内視鏡的結腸異物除去術	1
下部超音波内視鏡検査	1
計	1,536

○小腸内視鏡検査

内 容	件 数
カプセル内視鏡検査	19
パテンシーカプセル検査	6
小腸ファイバースコープ	6
計	31

○胆管・膵臓の内視鏡検査・治療

内 容	件 数
内視鏡的逆行性膵胆管造影	5
内視鏡的結石除去術・減黄術（乳頭切開術・胆道ドレナージ術等）	134
計	139

○気管支内視鏡検査・治療

内 容	件 数
気管支ファイバースコープ	82
気管支肺胞洗浄	15
経気管支肺生検法（透視下生検）	8
気管支異物除去術	4
超音波気管支鏡ガイド下リンパ節生検	16
ガイドシース併用気管支腔内超音波断層法による経気管支肺生検	39
気管支熱形成術	3
気管支瘻孔閉鎖術	1
胸腔鏡	1
計	169

内視鏡検査・治療（合計） 4,497 件

精神科医療センター

精神科医療センターは、精神科医師をセンター長に、医療相談室、臨床心理室、作業療法室、デイケア室、訪問看護室の5つの担当で構成された精神科コメディカル部門です。

それぞれの専門性を活かし多職種医療チームとして協働し、地域生活援助や入院生活の質の向上、早期退院支援等の活動を行っています。

○業務実績

(件数・人数)

担当	業務内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
医療相談室	面談	9	21	18	14	17	21	43	42	32	43	37	43	340
	計	9	21	18	14	17	21	43	42	32	43	37	43	340
臨床心理室	心理検査	3	17	15	13	14	11	13	12	12	11	12	16	149
	延べカウンセリング	26	22	23	14	33	34	33	26	45	36	34	35	361
	インテイク	3	13	13	13	4	10	10	8	4	12	12	4	106
	計	32	52	51	40	51	55	56	46	61	59	58	55	616
作業療法室	外来 延べ利用者数	32	32	42	27	26	17	26	23	25	24	23	22	319
	入院 延べ利用者数	235	242	327	306	315	255	274	240	288	256	247	247	3,232
	計	267	285	370	333	341	272	300	263	313	280	270	269	3,563
訪問看護室	訪問看護	52	56	33	52	53	49	48	60	59	52	48	58	620
	退院前訪問看護	5	0	0	0	3	1	2	2	2	1	2	0	17
	計	57	56	33	52	56	50	50	62	61	53	50	58	637
デイケア室	延べ利用者数	504	508	585	556	552	561	571	555	569	503	521	570	6,555
	計	504	508	585	556	552	561	571	555	569	503	521	570	6,555

認知症疾患医療センター

当院認知症疾患医療センターでは、保健医療・介護機関等との連携を図りながら、認知症に関する鑑別診断、急性期治療、専門医療相談を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者の研修などを行うことにより、地域における認知症医療への貢献を目指しています。(平成26年7月16日「北海道認知症疾患医療センター」指定)

(件数)

内 容		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
専門医療相談	電話	7	7	0	6	7	7	25	32	32	32	59	58	272
	面接	3	0	2	4	2	2	8	12	16	6	20	8	83
認知症鑑別画像検査		4	4	3	5	8	9	9	7	7	8	4	4	72

○後志認知症疾患医療連携協議会の開催

地域の、かかりつけ医、保健医療関係者、福祉関係者、介護関係者、行政機関などを会員とした「後志認知症疾患医療連携協議会」を組織し、地域における認知症医療の連携強化に努めています。

○研修会の開催

かかりつけ医をはじめとする保健医療関係者などへの、認知症に関する知識の向上をはかる研修会を開催しています。また、地域住民向けの講演会・研修会も開催し、認知症に係る情報発信を行っています。

平成29年度 研修会等 一覧

開催日	講演タイトル	演者	開催場所	対象者	主催	参加人数
5月12日	認知症の治療とケア～BPSDへの対応も含めて～	大阪大学精神科 数井裕光 Dr	小樽市立病院	医療・保健福祉・介護関係者	小樽市立病院認知症疾患医療センター	89
9月7日	認知症に関わるお仕事を知る～さまざまな取りくみ～①「家族会活動」	①小樽認知症の人を支える家族の会 事務局長 齊藤 英秋氏 ②北海道若年認知症の人と家族の会 事務局長 平野 憲子氏	小樽市立病院	医療・保健福祉・介護関係者・行政関係者	小樽市立病院認知症疾患医療センター	37
10月4日	認知症に関わるお仕事を知る～さまざまな取りくみ～②「初期集中支援事業」	①小樽市介護保険課 主査 渋間 朋子氏 ②小樽市中部地域包括支援センター 保健師 小野 枝実氏	小樽市立病院	医療・保健福祉・介護関係者・行政関係者	小樽市立病院認知症疾患医療センター	56
10月20日	後志認知症疾患医療連携協議会小樽公開講座2017「アルツハイマー病～今はもう、あなたの知っている認知症とは違います～」	東京慈恵会医科大学 繁田 雅弘教授	小樽市民センター マリンホール	医療・保健福祉・介護関係者・行政関係者・一般市民	小樽市立病院認知症疾患医療センター、後志認知症疾患医療連携協議会	135
10月21日	第11回北海道認知症疾患医療センター懇話会 ①「アルツハイマー型認知症の告知と疾病受容をめぐって」 ②「抗認知症治療薬はどのように理解されているのか」	①東京慈恵会医科大学 繁田 雅弘教授 ②小樽市立病院 高丸 勇司副院長	札幌ビューホテル	北海道認知症疾患医療センター職員	北海道認知症疾患医療センター懇話会、第一三共株式会社	48
11月9日	認知症に関わるお仕事を知る～さまざまな取りくみ～③「認知症カフェ」	①おさんぽカフェ店 ケアプラン 銭函 菅原 智絵氏 ②暖カフェ店 社会福祉法人ノマド福祉会 常任理事・総合施設長 油谷 香織氏	小樽市立病院	医療・保健福祉・介護関係者・行政関係者	小樽市立病院認知症疾患医療センター	28
3月17日	第12回北海道認知症疾患医療センター懇話会 ①「認知症高齢者の人権擁護」 ②「北海道における認知症施策の現状」 ③「多彩な症状から始まるレビー小体型認知症」	①東京都立松沢病院 齋藤 正彦院長 ②北海道庁 ③砂川市立病院 認知症疾患医療センター 内海久美子センター長	日本生命札幌ビル	医療・保健福祉・介護関係者・行政関係者・一般市民	北海道認知症疾患医療センター懇話会、日本老年精神医学会、エーザイ株式会社	79

地域医療連携室

小樽市内と周辺地域の医療機関や保健福祉分野との連携を図り、患者さんが住みなれた地域で安心して生活を送れるよう支援しています。医療機関からの診療予約、検査予約受付をはじめ、市民公開講座の開催、医療相談やがん相談など様々な相談窓口として幅広い対応を目指しています。

○紹介・逆紹介

(人)

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
紹介患者数	452	468	493	466	471	485	476	442	406	458	409	480	5,506
逆紹介患者数	360	326	417	337	351	339	346	350	368	357	495	655	4,701
紹介患者入院数	104	123	105	118	101	111	102	116	115	116	100	103	1,314

(%)

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
紹介率	33.5	33.8	33.7	32.2	30.8	36.5	32.0	31.7	29.9	34.6	32.2	33.7	32.9
逆紹介率	26.7	23.6	28.5	23.3	22.9	25.5	23.3	25.1	27.1	27.0	39.0	45.0	28.1

○連携医療機関訪問

医師による訪問 59 件、その他 471 件、合計 530 件

○市民公開講座・健康教室

※ p129 学術業績の〔市民公開講座、健康教室〕に掲載しています。

診療情報管理課

診療情報管理課は下記の3点の運営方針に基づき活動を行っています。

- 診療情報の量的・質的な標準化を進め、利用可能な情報として蓄積し、その情報を複合的に活用することで、地域医療に貢献する。
- 診療情報の適正な管理に努め、がん登録などの疾病に関する各種統計資料の作成・分析・評価の充実を図る。
- 病院経営の根幹をなすDPCに関する業務の適切な運営に努める。

【1】各種疾病統計

(1) 退院患者疾病統計 (ICD-10 ※章分類)

平成29年度 (前年度比較)

		内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	糖 尿 病 内 科	腎 臓 内 科	神 経 内 科	血 液 内 科	外 科	心 臓 血 管 外 科	脳 神 経 外 科	整 形 外 科	形 成 外 科	精 神 科	リ ウ マ チ 科	小 児 科	泌 尿 器 科	婦 人 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	麻 酔 科	総 計	構 成 比 (率)
第I章 感染症	H29	6	43	44	8		1	2		10	4	2	1			1	11	1	1		7	8	151	1.9%
	H28	9	14	41	2		2	5		9	1	1	2				24				5	7	122	1.4%
	増減	-3	+29	+3	+6		-1	-3		+1	+3	+1	-1	+1		+1	-13	+1	+1		+2	+1	+29	-0.3%
第II章 新生物	H29	6	227	571	1		3		4	399		29	12	32				450	277	2	22	9	2,044	25.7%
	H28	14	254	457	2		5	2		312		31	9	40				440	139		35	4	1,744	27.2%
	増減	-8	-27	+114	-1		-2	-2	+4	+87		-2	+3	-8				+10	+138	+2	-13	+5	+300	+4.5%
第III章 血液・造血 器疾患	H29	2	3	14	2		3		3	1	2	1					2		1			3	37	0.5%
	H28	7	2	12	9							2					6					3	41	0.6%
	増減	-5	+1	+2	-7		+3		+3	+1	+2	-1					-4		+1			±0	-4	-0.1%
第IV章 内分泌・代 謝疾患	H29	19	1	7	3	17	5	1		9	2	5	1	1	2		17	3	1	1		10	105	1.3%
	H28	56		11	12		3	1		4	2	1		1	1		25	2	1	2		7	129	1.6%
	増減	-37	+1	-4	-9	+17	+2	±0		+5	±0	+4	+1	±0	+1		-8	+1	±0	-1		+3	-24	+0.2%
第V章 精神障害	H29	4		1		1				1		4			138							5	154	1.9%
	H28		1	3	1			1		4	1	4			143							8	166	1.8%
	増減	+4	-1	-2	-1	+1		-1		-3	-1	±0			-5							-3	-12	-0.5%
第VI章 神経系疾 患	H29	7	4	1	5			49		3	1	95	39	1	1						28	10	244	3.1%
	H28	9		1	6			60		1	4	104	28		2					1	26	23	265	3.3%
	増減	-2	+4	±0	-1			-11		+2	-3	-9	+11	+1	-1					-1	+2	-13	-21	+0.2%
第VII章 眼及び付 属器疾患	H29											2		36						733			771	9.7%
	H28													35						832			867	9.7%
	増減											+2		+1						-99			-96	+0.5%
第VIII章 耳及び乳 様突起疾 患	H29	4	2					4				13					2				65		90	1.1%
	H28	1			1						1	11									56		70	1.2%
	増減	+3	+2		-1			+4			-1	+2					+2				+9		+20	-0.3%
第IX章 循環器系 疾患	H29	50	2	16	586		7	32		31	241	530	7	11	1		3	3			1	31	1,552	19.6%
	H28	79	2	4	475		9	31		26	288	464	3	9			4				2	27	1,423	20.4%
	増減	-29	0	+12	+111		-2	+1		+5	-47	+66	+4	+2	+1		+3	-1			-1	+4	+129	+0.9%
第X章 呼吸器系 疾患	H29	55	221	11	4		9	1		9	4	2			1	2	59	2			98	15	493	6.2%
	H28	63	172	5	10		3	1		11	2	1					48	1			104	20	441	6.6%
	増減	-8	+49	+6	-6		+6	±0		-2	+2	+1			+1	+2	+11	+1			-6	-5	+52	+0.2%
第XI章 消化器系 疾患	H29	11	1	273	2		1			283					1		1	3	2		2	5	585	7.4%
	H28	25	1	234	2		4	1		217	1	1			1				2		5	6	500	7.0%
	増減	-14	±0	+39	±0		-3	-1		+66	-1	-1			±0		+1	+3	±0		-3	-1	+85	+0.2%
第XII章 皮膚・皮 下組織の 疾患	H29	3	4	2	1		2			6		9	37				1	1			1	1	68	0.9%
	H28	8		4			2			6	1	4	45			4	1	1			2	1	79	1.2%
	増減	-5	+4	-2	+1		±0			±0	-1	+5	-8			-4	±0	±0			-1	±0	-11	+0.3%
第XIII章 筋・骨格 系疾患	H29	4	7	4	1		5	7		2	1	91	177	3	1	4		1				1	309	3.9%
	H28	9		1	1		2	1		2		89	149	6			1				2		263	3.8%
	増減	-5	+7	+3	±0		+3	+6		±0	+1	+2	+28	-3	+1	+4		±0			-2	+1	+46	+1.3%
第XIV章 腎・尿路・ 生殖器系 疾患	H29	15	3	7	8		93			4	40		1	2		1	2	294	65			2	537	6.8%
	H28	39		9	1		81	1		5	40	5		1				335	34			2	553	6.8%
	増減	-24	+3	-2	+7		+12	-1		-1	±0	-5	+1	+1		+1	+2	-41	+31			±0	-16	+1.0%

		内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	糖尿病内科	腎臓内科	神経内科	血液内科	外科	心臓血管外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	精神科	リウマチ科	小児科	泌尿器科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	麻酔科	総計	構成比(率)	
第Ⅳ章 妊娠・分娩・産褥	H29																	10					10	0.1%	
	H28																						1	1	0.0%
	増減																		+10				-1	+9	-0.0%
第Ⅴ章 周産期に発生した病態	H29																							0	0.0%
	H28																							0	0.0%
	増減																							0	0.0%
第Ⅵ章 先天性疾患	H29				1						1	5	1	8				2						18	0.2%
	H28				1							12		7								1		21	0.2%
	増減				±0						+1	-7	+1	+1			+2					-1		-3	-0.0%
第Ⅶ章 異常所見・症状	H29		6	1						1						1						4	4	17	0.2%
	H28		1	1											1							4	1	8	0.1%
	増減		+5	±0						+1					-1	+1						±0	+3	+9	-0.0%
第Ⅷ章 損傷・中毒・外傷・熱傷	H29	1	4	4	10		4	9		22	17	173	424	28	5		4	3	3	6	2	34	753	9.5%	
	H28	6	3	5	9		1	6		32	8	140	337	29	4		2	2	1	3	1	33	622	7.1%	
	増減	-5	+1	-1	+1		+3	+3		-10	+9	+33	+87	-1	+1		+2	+1	+2	+3	+1	+1	+131	+2.6%	
総計	H29	187	528	956	632	18	133	105	7	781	313	952	672	160	150	8	102	763	361	742	230	138	7,938	100%	
	H28	325	450	788	532	0	112	110	0	629	349	866	532	173	152	0	109	786	178	838	243	143	7,315	100%	
	増減	-138	+78	+168	+100	+18	+21	-5	+7	+152	-36	+86	+140	-13	-2	+8	-7	-23	+183	-96	-13	-5	+623		

※ ICD-10（疾病および関連保健問題の国際統計分類 第10版）：WHO（世界保健機関）により定められた疾病分類

(2) 退院患者疾病統計（DPC_MDC ※分類）

平成 29 年度（前年度比較）

		内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	糖尿病内科	腎臓内科	神経内科	血液内科	外科	心臓血管外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	精神科	リウマチ科	小児科	泌尿器科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	麻酔科	総計	構成比(率)	
MDC01 神経系疾患	H29	7	12	3	4		1	79		5	2	612	4	1			1	1			2	16	750	9.4%	
	H28	8	5	4	8			97		3	4	561	1				2			1	3	28	725	9.4%	
	増減	-1	+7	-1	-4		+1	-18		+2	-2	+51	+3	+1			-1	+1		-1	-1	-12	+25	+0.0%	
MDC02 眼科系疾患	H29											2		39						734			775	9.8%	
	H28													37						832			869	9.7%	
	増減											+2		+2						-98			-94	+0.1%	
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	H29	8	2	2				5		1		16					4					216	1	255	3.2%
	H28	7			1						1	16					3					223		251	3.9%
	増減	+1	+2	+2	-1			+5		+1	-1	±0				+1						-7	+1	+4	-0.7%
MDC04 呼吸器系疾患	H29	55	457	11	11		11	1		34	4	5				2	58	4	1			1	16	671	8.5%
	H28	63	422	6	13		4	1		21	5		1				45	2				3	21	607	8.4%
	増減	-8	+35	+5	-2		+7	±0		+13	-1	+5	-1			+2	+13	+2	+1			-2	-5	+64	+0.1%
MDC05 循環器系疾患	H29	50	1	4	584		5			11	235	4	3	7			3	1				1	28	937	11.8%
	H28	76		2	467		9			5	287	3		8								1	24	882	13.3%
	増減	-26	+1	+2	+117		-4			+6	-52	+1	+3	-1			+3	+1				±0	+4	+55	-1.5%
MDC06 消化器系疾患	H29	13	2	846	2		3			512			1				1	3	2				11	1,396	17.6%
	H28	24	3	686	3		10			419	1	1	1		1			4					8	1,161	18.8%
	増減	-11	-1	+160	-1		-7			+93	-1	-1	±0		-1		+1	+3	-2				+3	+235	-1.2%
MDC07 筋骨格系疾患	H29	2	13	5	1		2	5		6	1	119	222	22		4		7					1	410	5.2%
	H28	8	8	5			3	2		8		130	183	14			2	1				1		365	5.2%
	増減	-6	+5	±0	+1		-1	+3		-2	+1	-11	+39	+8		+4	-2	+6				-1	+1	+45	-0.1%
MDC08 皮膚・皮下組織疾患	H29	3	4	2	1		1			6			12	45				1	1			5	2	83	1.0%
	H28	8	1	2			1			5	1		9	66			2	1	1			6	6	109	1.6%
	増減	-5	+3	±0	+1		±0			+1	-1		+3	-21			-2	±0	±0			-1	-4	-26	-0.6%
MDC09 乳房疾患	H29						1			130														131	1.7%
	H28									106														106	1.6%
	増減						+1			+24														+25	+0.0%

		内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	糖 尿 病 内 科	腎 臓 内 科	神 経 内 科	血 液 内 科	外 科	心 臓 血 管 外 科	脳 神 経 外 科	整 形 外 科	形 成 外 科	精 神 科	リ ウ マ 子 科	小 児 科	泌 尿 器 科	婦 人 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	麻 酔 科	総 計	構 成 比 率 (%)
MDC10 内分泌・栄 養・代謝疾 患	H29	19	1	7	4	17	6	1		15	2	7	1	8			17	7	1	1		9	123	1.5%
	H28	58		10	12		5	1		9	2	1		11			25	4	1	2	2	7	150	1.9%
	増減	-39	+1	-3	-8	+17	+1	±0		+6	±0	+6	+1	-3			-8	+3	0	-1	-2	+2	-27	-0.4%
MDC11 腎・泌尿系 及び男性生 殖器系疾患	H29	15	4	10	5		94			2	40		1	1		1	2	725	9			3	912	11.5%
	H28	37		9	1		77	1		4	39	4						768	2			3	945	12.4%
	増減	-22	+4	+1	+4		+17	-1		-2	+1	-4	+1	+1		+1	+2	-43	+7			±0	-33	-1.0%
MDC12 女性生殖器 系疾患及び 産褥期疾患	H29		1							3				1			1	340				1	347	4.4%
	H28	1								1				1			1	166				1	171	2.0%
	増減	-1	+1							+2				±0			±0	+174				±0	+176	+2.4%
MDC13 血液・造血 器・免疫臓 器疾患	H29	6	2	25	2		3	1	7	3	2	3	2				2	4	1		2	7	72	0.9%
	H28	21		21	12			1		2	1	1					6	5	1		1	4	76	1.1%
	増減	-15	+2	+4	-10		+3	±0	+7	+1	+1	+2	+2				-4	-1	±0		+1	+3	-4	-0.2%
MDC14 新生児疾 患	H29				1							4	1	7			2						15	0.2%
	H28				2							4		7							1		14	0.1%
	増減				-1							±0	+1	±0			+2				-1		+1	+0.0%
MDC15 小児疾患	H29	4		22	1					2							10						39	0.5%
	H28	6		24			2			2							17						51	0.7%
	増減	-2		-2	+1		-2			±0							-7						-12	-0.2%
MDC16 外傷・熱 傷・中毒 疾患	H29	2	4	3	3		2	12		17	4	169	419	28			4	2	1	7	2	34	713	9.0%
	H28	4	2	5	6			5		26	1	136	336	29	2		2	2	1	1	1	30	589	6.3%
	増減	-2	+2	-2	-3		+2	+7		-9	+3	+33	+83	-1	-2		+2	±0	±0	+6	+1	+4	+124	+2.7%
MDC17 精神疾患	H29	1		1		1				1		4			150							4	162	2.0%
	H28		1	3	1			1		3	1	4			149							6	169	1.9%
	増減	+1	-1	-2	-1	+1		-1		-2	-1	±0			+1							-2	-7	+0.2%
MDC18 その他	H29	2	25	15	13		4	1		33	23	7	6	1		1	1	5	4		1	5	147	1.9%
	H28	4	8	11	6		1	1		15	6	5	1	0			7	0	2	2	1	5	75	1.6%
	増減	-2	+17	+4	+7		+3	±0		+18	+17	+2	+5	+1		+1	-6	+5	+2	-2	±0	±0	+72	+0.2%
総計	H29	187	528	956	632	18	133	105	7	781	313	952	672	160	150	8	102	763	361	742	230	138	7,938	100%
	H28	325	450	788	532	0	112	110	0	629	349	866	532	173	152	0	109	786	178	838	243	143	7,315	100%
	増減	-138	+78	+168	+100	+18	+21	-5	+7	+152	-36	+86	+140	-13	-2	+8	-7	-23	+183	-96	-13	-5	+623	

※ DPC_MDC : Major Diagnostic Category の略で、主要診断群といい DPC では 18 群に分類

(3) 診療科別悪性新生物死亡退院率

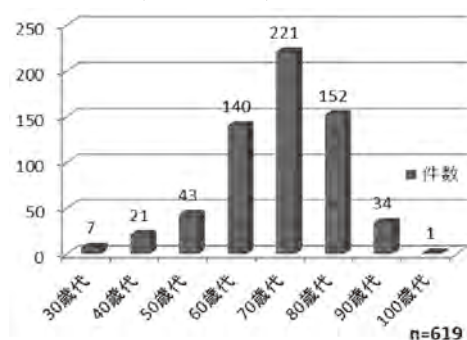
平成 29 年度

診療科	退院患者数			死亡患者数			悪性新生物死亡数			死亡患者に占める 悪性新生物 死亡率 (B)/(A)
	男性	女性	合計	男性	女性	合計 (A)	男性	女性	合計 (B)	
内科	86	101	187	7	11	18	1	3	4	22.2%
呼吸器内科	351	177	528	19	6	25	10	2	12	48.0%
消化器内科	513	443	956	25	19	44	21	16	37	84.1%
循環器内科	441	191	632	22	13	35	0	0	0	0.0%
血液内科	5	2	7	0	0	0	0	0	0	0.0%
糖尿病内科	5	13	18	0	0	0	0	0	0	0.0%
腎臓内科	81	52	133	15	7	22	1	0	1	4.5%
神経内科	47	58	105	4	3	7	1	0	1	14.3%
外科	394	387	781	9	18	27	5	7	12	44.4%
心臓血管外科	218	95	313	8	4	12	0	0	0	0.0%
脳神経外科	482	470	952	28	12	40	1	0	1	2.5%
整形外科	248	424	672	1	0	1	0	0	0	0.0%
形成外科	73	87	160	1	1	2	0	0	0	0.0%
精神科	56	94	150	2	2	4	0	0	0	0.0%
リウマチ科	3	5	8	0	0	0	0	0	0	0.0%
小児科	50	52	102	0	0	0	0	0	0	0.0%
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
泌尿器科	584	179	763	11	1	12	6	0	6	50.0%
婦人科	0	361	361	0	6	6	0	6	6	100%
眼科	316	426	742	0	0	0	0	0	0	0.0%
耳鼻咽喉科	120	110	230	2	0	2	1	0	1	50.0%
麻酔科	78	60	138	38	30	68	3	0	3	4.4%
総計	4,151	3,787	7,938	192	133	325	50	34	84	25.8%

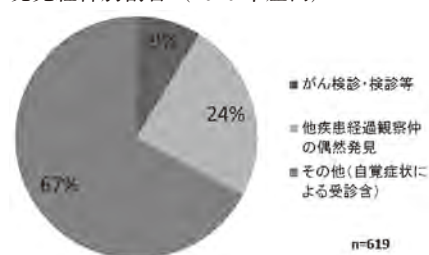
(4) 院内がん登録 (2016 年症例)

順位	ICD10 (中分類)	臓器	2016 年 件数 (n = 619)
1	C61	前立腺	89
2	C34	肺	78
3	C18	結腸	70
4	C16	胃	63
5	C54	乳房	56
6	C67	膀胱	42
7	C20	直腸	36
8	C64	腎臓	21
9	C54	子宮	20
10	C25	膵臓	19
11	C10	咽頭	14
12	C32	声門	14
13	C44	皮膚	12
14	C22	肝臓	11
15	C24	胆管	11
16	C65	腎盂	8
17	C70	髄膜腫	7
18	C73	甲状腺	6
19	C15	食道	6
20	C23	胆のう〈囊〉	6
		その他	30

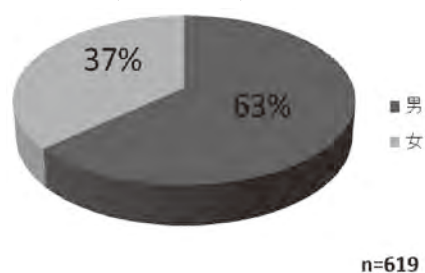
年代別件数 (2016 年症例)



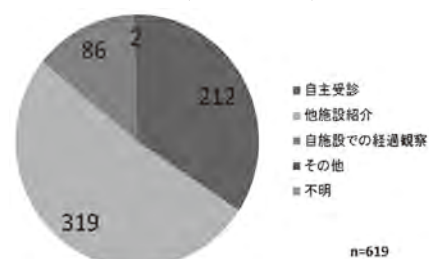
発見経緯別割合 (2016 年症例)



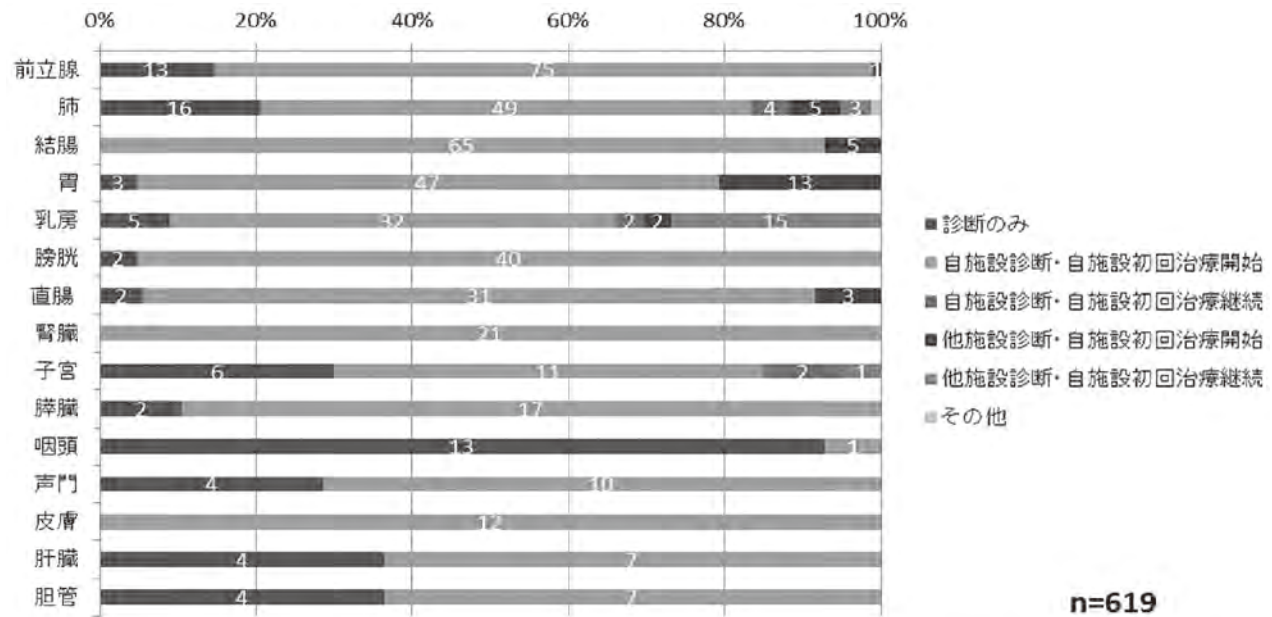
性別割合 (2016 年症例)



来院経路別件数 (2016 年症例)



臓器別症例区分 (2016年症例)



【2】 診療情報提供 (開示) 件数

平成 29 年度

診療記録等開示(※1)	文書送付嘱託等(※2)	その他	合計
35 件 (6 件)	1 件	1 件	37 件

※1: 診療記録等開示件数の内訳は、B 型肝炎訴訟を目的とした開示申請が約半数を占めており、次いで交通事故関係となっている。

() 内は、開示申請を受理した件数の内、小樽市の条例に定められた保管期間 (最終来院日より 10 年) を経過しており、診療記録が廃棄済のために開示が行えず、回答書 (証明書) にてその旨を通知したものの。

※2: 法令に基づき、裁判所及び警察署等から診療情報等の開示を依頼されたもの。

【3】 研修会・学会等参加状況

(1) 診療情報管理関連

- 平成 29 年 6 月 3 日 第 149 回 北海道診療情報管理研究会 (札幌)
- 平成 29 年 9 月 22 日 第 43 回 日本診療情報管理学会学術大会 (札幌)
- 平成 29 年 11 月 18 日 北海道診療情報管理研究会 生涯教育セミナー (初級) (札幌)

(2) DPC 関連

- 平成 29 年 4 月 22 日 第 15 回 MDV 北海道地区勉強会 (深川)
- 平成 29 年 4 月 22 日 第 7 回 北海道 DPC 研究会学術集会 (札幌)
- 平成 29 年 10 月 12 日 DPC データ分析事業「分析報告書読み方勉強会」及び「DPC 分析事例発表会」(札幌)
- 平成 29 年 10 月 24 日 第 16 回 MDV 北海道地区勉強会 (小樽)
- 平成 29 年 10 月 26 日 DPC データ分析事例研究発表会 (東京)
- 平成 29 年 10 月 27 日 DPC データ分析実務研修会 (東京)
- 平成 29 年 10 月 27 日 北海道自治体病院 DPC 勉強会 (DoCoM) (札幌)

(3) がん登録関連

- 平成 29 年 5 月 20 日 平成 29 年度第 1 回 北海道がん登録研修会 (札幌)
- 平成 29 年 7 月 11 日 平成 29 年度 がん登録実務初級認定者研修 (東京)
- 平成 29 年 12 月 9 日 全国がん登録研修会 (札幌)
- 平成 29 年 12 月 12 日 院内がん登録データ集計・分析研修 (東京)
- 平成 30 年 3 月 15 日 北海道がん診療連携協議会 平成 29 年度 第 1 回がん登録部会 (札幌)

(4) その他

- 平成 29 年 8 月 18 日 病院管理 中間管理者研修 (東京)
- 平成 29 年 11 月 30 日 病院経営改善活動見学会 (砂川)
- 平成 30 年 2 月 13 日 診療報酬改定セミナー (札幌)
- 平成 30 年 2 月 16 日 平成 29 年度第 4 回小樽病・医院事務会例会 (小樽)
- 平成 30 年 3 月 10 日 平成 30 年診療報酬改定セミナー (札幌)

感染防止対策室

○地域連携

感染防止対策の連携先である2施設（余市協会病院、小樽掖済会病院）との合同カンファレンスの開催および地域連携施設（倶知安厚生病院）との相互評価*を行った。

※感染防止対策地域連携加算チェック項目表を使用。

- ・合同カンファレンスの開催日およびテーマなど
 - 第1回 平成29年6月13日 「ノロウイルス対応・吐物処理等について」
参加施設 余市協会病院、小樽掖済会病院、小樽市立病院
 - 第2回 平成29年9月26日 「手指衛生」
参加施設 余市協会病院、小樽掖済会病院、小樽市立病院
 - 第3回 平成29年12月5日 「ラウンド」
参加施設 余市協会病院、小樽掖済会病院、小樽市立病院
 - 第4回 平成30年3月13日 「抗菌薬の適正使用の取り組み」
参加施設 余市協会病院、小樽掖済会病院、小樽市立病院

- ・地域連携における相互評価
 - 平成29年6月21日 倶知安厚生病院に赴き感染防止対策に関する評価を実施
 - 平成29年10月11日 倶知安厚生病院を招き、小樽市立病院の感染防止対策に関する評価を受けた

○新型インフルエンザ患者搬送等訓練

平成29年10月20日
小樽検疫所、小樽市保健所、小樽市消防本部と連携し、新型インフルエンザ等患者発生時の搬入訓練を行った。

○実習対応

- ・平成29年10月23～30日 小樽看護専門学校 統合実習

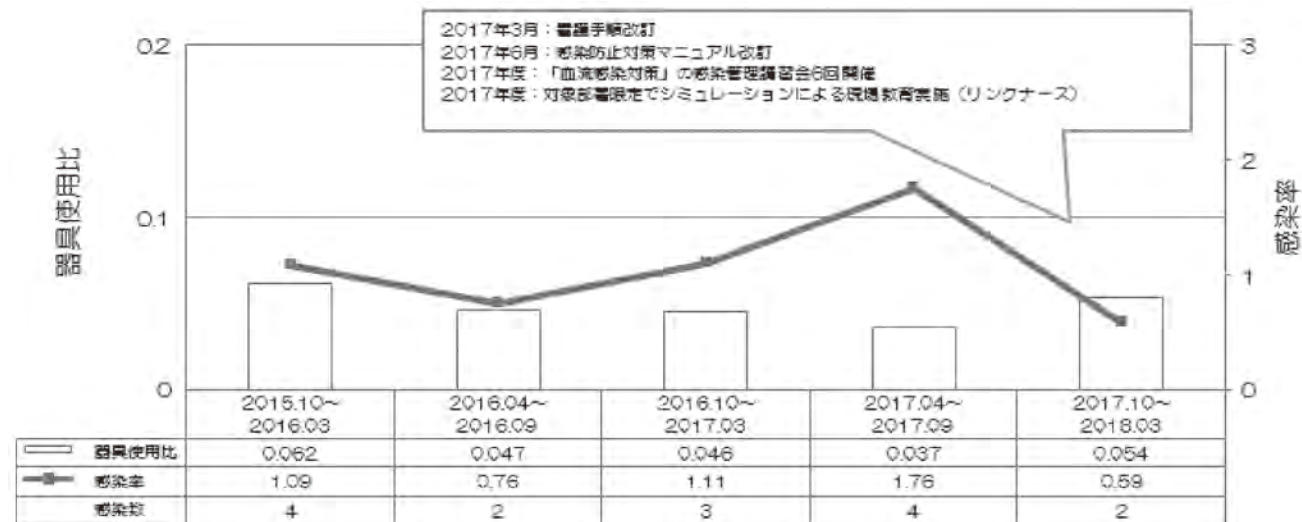
《その他の活動》

感染に関わる各委員会の運営の他、ICT（感染制御チーム）による週1回程度の院内ラウンド、細菌の検出状況や抗菌薬の適正使用に関する症例検討、各種サーベイランスの推進、マニュアル作成、感染管理講習会の開催、アウトブレイク対応、院内外からのコンサルテーション対応など。

《当院のサーベイランス結果》

当院では、ポート関連血流感染をターゲットに2015年10月からサーベイランスを開始している。
2017年度は血流感染に関連した活動を行うことで、感染率低減につなげることができている。

ポート関連血流感染 全病棟



スキンケア管理室

スキンケア管理室は市立小樽病院に設置した部門で、皮膚・排泄ケア認定看護師が所属しています。主に外来・入院患者さんのスキンケアと排泄の援助を行っており、健全な皮膚を維持するためのスキンケアを通して、創傷治癒の促進をはかります。

ストーマケアはストーマをもつ方に対して、ストーマとストーマ周囲皮膚などの管理、日常生活へのアドバイス、精神的なサポートなどを行います。

排泄ケアは便・尿失禁に伴う問題の改善を促すケアを行います。

種 別	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計又は平均
褥瘡ハイリスク加算 (件)	142	148	158	159	151	163	149	154	165	140	141	151	1,821
新規褥瘡発生患者数 (人)	3	5	5	7	0	0	1	3	3	1	5	0	33
持ち込み褥瘡患者数 (人)	5	4	7	5	4	4	7	4	9	3	3	7	62
新規褥瘡発生率 (%)	0.42	0.74	0.74	0.10	0.10	0.00	0.10	0.29	0.49	0.32	0.62	0.10	0.34
月褥瘡保有率 (%)	0.94	1.37	1.69	1.60	0.79	0.50	1.00	0.97	0.78	1.19	1.25	1.01	1.09
褥瘡有病率 (%)	1.32	1.16	0.89	1.53	0.58	0.58	1.15	1.41	2.90	1.76	1.70	2.27	1.44
推定発生率 (%)	0.00	1.84	1.46	0.30	0.31	0.00	0.96	0.00	0.29	0.29	0.85	0.29	0.55

緩和ケア管理室

当院の入院患者・外来患者を対象に緩和ケアチーム（麻酔科医2名・精神科医1名・看護師2名・薬剤師1名）で介入し、管理栄養士、MSW、理学療法士等ともカンファレンスを実施しながら、患者さんやご家族の身体的苦痛や精神的苦痛、療養生活等への心配や不安の緩和に努めています。また、当院での緩和ケア提供体制の整備に努め、その一旦としてがんと診断されたときから、必要とされる緩和ケアが提供されるように苦痛のスクリーニングも実施しています。

介入実績

平成 29 年度 (2017 年 4 月～2018 年 3 月)

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
新規患者数	0	0	0	4	8	6	9	12	7	5	3	2	56
継続介入患者のべ数	4	2	2	6	14	14	18	27	25	19	19	16	166

平成 29 年度 (2017 年 4 月～2018 年 3 月) その他の活動内容

- ・院内緩和ケア勉強会の開催
- ・緩和ケア研修会の開催 3月3日、4日
- ・高等看護学院への講師派遣
- ・がん患者へのカウンセリング
- ・がん患者サロン（ポプラの会）参加

院内委員会の 活動報告

院内委員会の活動報告

委員長、副委員長、部長、副部長、委員については、平成 29 年 4 月現在（人事異動後）の名簿を基に掲載。委員の人数についても同様。

〔診療報酬の算定に基づく委員会〕

※委員会名五十音順（アルファベット優先）に掲載

『DPC 委員会』

1 委員会の活動概要

DPC 対象病院として DPC 業務の適正な運用を図るために次に掲げる事項について調査、検討を行い、その結果及び経過を病院長に報告する。

- (1) 適切な DPC コーディングに関すること。
- (2) 診断及び治療方法の適正化、標準化に関すること。
- (3) その他 DPC 業務に関連する課題に関すること。

2 メンバー

委員長：馬淵 正二（統括理事）

副委員長：信野祐一郎（副院長）

委員：医局 3 名、看護部 2 名、薬剤部 1 名、検査室 1 名、放射線室 1 名、栄養管理科 1 名、リハビリテーション科 1 名、医事課 4 名（うち医事業務委託 1 名）、事務部 1 名、診療情報管理課 6 名（うち事務局担当 5 名）

事務局：診療情報管理課

3 開催回数

年 4 回

4 その他 特記事項

1) 平成 29 年度委員会活動内容

- ・新改革プランに係るアクションプランタスクの実行について
- ・DPC データによる経営モニタリングの実施
- ・DPC データ分析の勉強会の実施と進捗確認
- ・平成 29 年度 病院情報の公表に関する対応について
- ・適切な DPC コーディングについて検討
- ・平成 30 年度診療報酬改定についての情報提供（全職員向け診療報酬改定説明会の実施：保険診療委員会と共催）

2) 主な院外研修会等への参加状況

開催日	研修名	会場（場所）
平成 29 年 4 月 22 日 (土)	第 7 回北海道 DPC 研究会学術集会	北海道自治労会館 (札幌市)
平成 29 年 4 月 22 日 (土)	第 15 回 MDV 北海道地区勉強会	深川市立病院 (深川市)
平成 29 年 10 月 12 日 (木)	DPC データ分析事業「分析報告書読み方勉強会」及び「DPC 分析事例発表会」	札幌市
平成 29 年 10 月 24 日 (火)	第 16 回 MDV 北海道地区勉強会	小樽市立病院 (小樽市)
平成 29 年 10 月 26 日 (木)	DPC データ分析事例研究発表会	東京都
平成 29 年 10 月 27 日 (金)	DPC データ分析実務研修会	
平成 29 年 10 月 27 日 (金)	北海道自治体病院 DPC 勉強会 (DoCoM)	市立札幌病院 (札幌市)

『NST 委員会』

1 委員会の活動概要

職種の壁を越えて専門的な知識・技術を活かし、入院早期より患者の栄養状態を把握して適切な栄養療法を実施することにより、回復を早め、合併症の予防、QOL の向上を計る。

(検討事項)

- ① 栄養管理の要否のこと
- ② 栄養評価についてのこと
- ③ 栄養管理法の指導・提言についてのこと
- ④ 栄養管理に伴う合併症の予防・早期発見・治療についてのこと
- ⑤ 資材・素材についてのこと
- ⑥ 入院患者の QOL についてのこと
- ⑦ NST のために必要な職員の教育及び指導に関すること
- ⑧ 前各号に掲げるもののほか、その他委員長が必要と認める事項についてのこと

2 メンバー（部署、役職）

委員長：越前谷 勇人（外科主任医療部長）

副委員長：笹川 嘉久（精神科医療部長）

委員：看護師長1名、看護師主査1名、皮膚・排泄ケア認定看護師1名、臨床検査技師2名、薬剤師2名、言語聴覚士1名、理学療法士1名、医事係1名、管理栄養士3名

事務局：栄養管理科

3 開催回数

月1回

4 その他 特記事項

日本静脈経腸栄養学会 NST 稼動認定施設

5) 各部門における安全管理対策の報告についてのこと。

6) 医療事故等調査委員会からの報告についてのこと。

7) リスクマネジメント委員会からの報告についてのこと。

8) その他、委員長が必要と認める事項についてのこと。

2. メンバー（部署、役職）

委員長：高丸 勇司（副院長）

副委員長：馬淵 正二（統括理事）

委員：院長、医療部長、医長、看護部長、薬剤部長、放射線室長、検査室長、栄養管理科主幹、リハビリテーション科主幹、臨床工学科主幹、事務部長

事務局：医療安全管理室

3. 開催回数

月1回（第2水曜日）

4. イベント等の実績（講演会など）

1) 平成29年5月30日（火）

「離床キャッチ操作説明会」

出席者：19名

2) 平成29年6月22日（木）・7月6日（木）・8月1日（火）

「医療安全報告会」

内容：①平成28年度下半期のインシデント・アクシデント集計報告

②弾性ストッキングの装着時の留意点

③MRI検査の安全管理

出席者：419名

3) 平成29年9月29日（金）

「医療安全講習会」

内容：なんでやねん力

講師：元 吉本お笑い芸人 W まこと

出席者：83名

4) 平成29年11月7日（火）

「医療安全講習会」

内容：市民・患者からみた医療安全

講師：COML

理事長 山口 育子 先生

出席者：88名

5) 平成29年11月17日（金）・28日（火）・12月7日（木）

「医療安全報告会」

内容：①平成29年度上半期のインシデント・アクシデント集計結果報告

『医師及び看護師の負担軽減委員会』

1 委員会の活動概要

小樽市立病院に勤務する医師及び看護師の負担軽減及び処遇改善を図るため、勤務状況の把握や役割分担を検討し、負担軽減や処遇改善に資する計画を策定する。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：近藤 吉宏（院長）

副委員長：久米田幸弘（副院長）

委員：副院長3名、看護部2名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、事務部1名

事務局：事務部

3 開催回数：必要に応じて開催

平成29年度実績 2回（6月9日、12月11日）

4 その他 特記事項

主な検討事項

- ・医師の負担軽減計画について
- ・看護師の負担軽減計画について
- ・医師の当直について

『医療安全管理委員会』

1. 委員会の活動概要

医療事故等を未然に防ぐため医療の安全と質の向上に資する次に掲げる事項について立案、計画し、実行、評価を行う。

- 1) 医療事故等防止対策の管理体制についてのこと。
- 2) 医療事故等防止対策の推進についてのこと。
- 3) 医療の質を向上させるための提言、啓発、教育、研修についてのこと。
- 4) 医療事故等の情報収集についてのこと。

②ドレーン・チューブの自己抜去後の留意点

出席者：380名

検査室長、栄養管理科主幹、リハビリテーション科主幹、臨床工学科主幹、中央滅菌室担当師長、医事課長、感染防止対策室2名

事務局：感染防止対策室

委員会名 リスクマネジメント委員会

1. 委員会の活動概要

医療安全管理室の指導の下に、次の事項の調査、検討及び企画、立案、実践を行い、必要な事項について委員会に報告する。

- 1) インシデント報告書等の収集、管理についてのこと。
- 2) インシデント事例の原因分析並びに予防策の検討及び提言についてのこと。
- 3) 医療事故及び医事紛争（以下「医療事故等」という。）の原因分析並びに予防策の検討及び提言についてのこと。
- 4) 日常的な医療行為の確認、指導、警告等についてのこと。
- 5) 医療事故等防止のための各種マニュアルの点検、作成についてのこと。
- 6) 医療事故等防止のための啓発、教育、研修についてのこと。
- 7) その他、医療事故等防止に係わる事項についてのこと。

2. メンバー（部署、役職）

委員長：渡邊 義人（外科医療部長）
 副委員長：小田川泰久（小児科医療部長）
 委員：薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、リハビリテーション科1名、臨床工学科1名、精神科医療センター1名、看護部19名、栄養管理科1名、事務課1名、医事課1名

事務局：医療安全管理室

3. 開催回数

月1回（第1水曜）

3 開催回数

月1回 毎月第3水曜日 開催回数12回

部会名 小樽市立病院 ICT 部会

1 部会の活動概要

部門内における感染防止活動の任務遂行のため、企画及び立案並びにその円滑な実施に向けて活動する。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：山下 登（泌尿器科医療部長）
 副委員長：小寺 祐貴（呼吸器内科医師）
 委員：医師2名、看護部4名、薬剤部2名、検査室2名、放射線室1名、栄養管理科1名、リハビリテーション科1名、事務2名、感染防止対策室2名

事務局：感染防止対策室

3 開催回数

月2回 毎月第2、第4水曜日 開催回数21回

4 イベント等の実績（講演会など）

開催日	テーマ	参加者
H29.8.1、8.8、8.15、8.17、H30.2.8、2.15	血流感染対策	503名
H29.9.5、9.6、9.12、9.14、H30.1.19、2.1	インフルエンザ対策	487名
H29.12.20（医局会議）	手指衛生	20名
H30.2.21（医局会議）	当院の耐性菌サーベイランス対象菌について	23名

5 その他 特記事項

2017年度 ICT 部会ラウンド結果 ラウンドチェック表を用いて実施

A 判定：95%以上⇒改善を要するが現状維持

B 判定：80%以上⇒1ヶ月以内に改善状況を感染防止対策室へ提出

C 判定：80%未満⇒1ヶ月以内に改善状況を感染防止対策室へ提出し再ラウンド

『院内感染防止対策委員会』

1 委員会の活動概要

医療関連感染の調査および予防に関する審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：信野祐一郎（副院長）
 副委員長：汐谷 心（呼吸器内科医長）
 委員：院長、ICT 部会長、医局2名、薬剤部長、看護部長、事務部長、放射線室長、

実施日	ラウンド場所	スコア (%)	判定
4月 5日	7階西病棟	97.4	A
	けんしんセンター	100	A
4月 19日	6階東病棟	87.5	B
5月 17日	6階西病棟	97.2	A
5月 31日	5階東病棟	89.5	B
6月 7日	5階西病棟	90.8	B
6月 21日	4階東病棟	93.4	B
7月 5日	4階西病棟	93.2	B
7月 19日	3階東病棟	85.5	B
8月 2日	3階西病棟・SCU	94.5	B
8月 16日	ICU	91.5	B
	透析室	90.3	B
8月 30日	中央滅菌室	93.9	B
9月 6日	手術室	91.4	B
9月 20日	1F放射線室科	81.8	B
10月 4日	リハビリ	91.7	B
	デイケア	100	A
10月 18日	MEセンター	82.8	B
	内視鏡室	98.6	A
11月 1日	生理検査室・中央採血室	98.2	A
11月 15日	給食調理室	91.8	B
11月 29日	地下放射線室	100	A
	保育所	91.7	B
12月 6日	中央処置室	92.1	B
12月 20日	化学療法室	100	A
	Aブロック	98.5	A
1月 17日	Bブロック	91.8	B
1月 31日	Cブロック (内・消・呼・循)	100	A
	Cブロック (泌・婦)	94.0	B
2月 7日	Dブロック (眼・皮・形)	94.4	B
	外来E (精・麻)	100	A
2月 21日	薬剤部	96.4	A
3月 7日	検体・病理検査室	92.3	B
3月 28日	救急外来	98.5	A
3月 30日	血管造影室	88.1	B

リンクナース

1 活動概要

ICT部会の下部組織として看護師で構成し、感染対策を推進する。

2 メンバー (部署、役職)

委員長：小林 広美 (看護師長)

委員：看護師 34名、感染管理認定看護師 2名

3 開催回数

リンクナース会議：月1回 第4月曜日

4 開催回数

年11回開催

『栄養管理委員会』

1 委員会の活動概要

入院患者への食事療養を計画的、合理的に運営し、各部門との連絡調整や医療の一環としての食事の質的向上を目的に審議を行う。医療関連感染の調査および予防に関する審議を行う。

(1) 栄養管理のための計画、栄養指導に関すること。

(2) 食事調査に関すること。

(3) 施設並びに衛生管理に関すること。

(4) 給食業務委託に関すること。

(5) その他、栄養管理科の管理運営に関する事項

2 メンバー (部署、役職)

委員長：越前谷 勇人 (外科主任医療部長)

副委員長：仲地 耕平 (消化器内科主任医長)

委員：感染防止対策室主幹 1名、看護部師長 1名、看護部主査 1名、薬剤師 1名、言語聴覚士 1名、事務課長 1名、医事係 1名、管理栄養士 3名

事務局：栄養管理科

3 開催回数

月1回

4 イベント等の実績 (講演会など)

嗜好調査を年3回実施し、病院食の喫食状況、量、味付け、主食の固さについて聞き取り調査を行った。

『がん化学療法レジメン管理委員会』

1 委員会の活動概要

医療安全の確保およびがん薬物療法の標準化を目的として、化学療法レジメン (がんの薬物療法を安全に行うため、投薬の種類、用量、方法を時系列で示した治療計画書) について、医学的、薬学的

および論理的な妥当性を審査する。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：安達 雄哉（消化器内科医療部長）

副委員長：渡邊 義人（外科医療部長）

委員：医師3名、看護部2名、薬剤部1名、事務部1名

事務局：薬剤部

3 開催回数

少なくとも年1回、必要に応じて随時開催

『検査適正化委員会』

1 委員会の活動概要

小樽市立病院の効果的・効率的運営及び臨床検査の適正化に関して、次の事項について審査を行っている。

- (1) 検査室運営に関すること
- (2) 検査結果に関する問題点及び改善項目の検討に関すること
- (3) 精度管理（外部精度管理、内部精度管理）に関すること
- (4) 外注検査項目の検討に関すること
- (5) セット検査の見直しに関すること
- (6) 医科診療報酬に関すること
- (7) その他、前各項に付帯する事項に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：笠井 潔（病理診断科主任医療部長）

副委員長：岸川 和弘（検査科医療部長）

委員：医師2名、看護部1名、内視鏡科1名、薬剤部1名、事務2名、検査室5名

事務局：検査室

3 開催回数

年2回及び委員長が必要と認めたときに招集し開催

今年度実績 1回開催 平成30年2月5日

『行動制限最小化委員会』

1 部会の活動概要

精神科入院患者においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条の規定により、「医療または保護に欠くことの出来ない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。」とされている。

行動制限の具体的態様は様々であるが、患者の病状又は状態像に応じて個別具体的に決めなければなら

ず、合理的と認められる必要最小限の範囲内で行われる必要がある。

行動制限最小化委員会では、これらが適正に実施されているかの審議を行い、できる限り行動制限を行わない方法で入院治療を行うことを目標としている。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高丸 勇司（副院長）

副委員長：松倉 真弓（精神科医療部長）

笹川 嘉久（精神科医療部長）

委員：精神科医師1名、臨床心理士1名、病棟薬剤師2名、精神保健福祉士2名、病棟及び外来看護師長3名、精神科医療センター・病棟・外来看護師主査7名、作業療法士1名

事務局：認知症疾患医療センター

3 開催回数

月1回（第1木曜日）

4 イベント等の実績（講演会など）

精神保健福祉法又は行動制限に関する研修会を2回開催

① H29.4.26 ② H30.3.27

『診療情報管理委員会』

1 委員会の活動概要

診療録管理、診療情報等に関する問題を協議し、医療の質の向上とより良い医療を提供できるよう、業務の効率化を図るとともに、円滑な運用を図るために次に掲げる事項について立案・審議を行う。

- (1) 診療録の保管管理に関すること。
- (2) 診療録の各種統計業務に関すること。
- (3) 診療録及び関連資料の様式に関すること。
- (4) その他、診療録管理業務に関すること。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：信野祐一郎（副院長）

副委員長：馬淵 正二（統括理事）

委員：医局3名、看護部2名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、医事課1名、医療安全管理室1名、事務部2名

事務局：診療情報管理課

3 開催回数

月1回 第3火曜日

4 その他 特記事項

●診療記録監査を年3回実施し、監査結果の総評を医師等へフィードバックした。

- 診療記録に関する規定・マニュアルを策定・改定し、〈診療記録管理・記載規定等〉として院内グループウェア登録及び院内電子カルテ端末設置箇所へ配布した。
- 診療情報の運用の問題点等について検討・改善を行った。
- 診療情報管理委員会 NEWS を年 4 回発行し、委員会の活動内容（診療記録監査の結果等）を院内周知した。
- その他、主に下記の内容について報告し、改善等について検討した。
 - ・診療記録の貸出状況及び返却率報告
 - ・電子カルテスキヤン文書の状況報告
 - ・退院時要約（サマリー）完成率報告

『褥瘡対策委員会』

1. 部会の活動概要

各病棟における褥瘡対策及び治療についての評価及び指導に関する活動。専任医師及び専任看護師から構成される褥瘡対策チームを設置し、褥瘡対策チームと褥瘡管理者と連携を行い、褥瘡に関する機器、器具の選定を行う。

また、病院全体の褥瘡発生状況及び各ナースステーションの対策と実施状況を随時把握し、定期的に病院長に報告する。

2. メンバー（部署、役職）

委員長：今井 章仁（形成外科医療部長）
副委員長：新井孝志郎（形成外科医長）
委員：看護部 4 名、薬剤部 1 名、検査室 1 名、リハビリテーション科 1 名、栄養管理科 1 名、事務 2 名、スキンケア管理室 1 名
事務局：医事課

3. 開催回数

定例会議は奇数月の第 4 火曜日に開催

なお、院内の各病棟における褥瘡予防および対策の推進のため、褥瘡対策チームを設置し、褥瘡対策チーム会議は毎月第 3 火曜日に開催

4. その他 特記事項

1) 院内褥瘡管理手順改訂（3 回）

5. イベント等の実績（講演会など）

- 1) 平成 30 年 3 月 16 日（金）
褥瘡対策委員会講習会
 1. 平成 29 年度 褥瘡管理報告
 2. がん治療と皮膚障害
 3. 皮膚障害のスキンケア

2) 平成 30 年 2 月 24 日（土）

日本ストーマ排拙リハビリテーション学会
ストーマ近接部に生じたびらんに対して亜鉛華でんぶんを使用し、改善した症例

『医療ガス安全管理委員会』

1 委員会の活動概要

病院の医療ガス設備の安全管理を図り、患者の安全を確保することを目的とする。

（審議事項）

- ①院内の医療ガス設備の点検方法について。
- ②医療ガスの安全・点検管理研修会の実施について。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：久米田幸弘（副院長）
副委員長：君島 知彦（麻酔科医長）
委員：医師 1 名、看護部 1 名、放射線室 1 名、検査室 1 名、医療安全管理室 1 名、臨床工学科 1 名、事務部 2 名
事務局：事務課

3 開催回数

原則毎年 1 回開催

『院内がん登録委員会』

1 委員会の活動概要

小樽市立病院における院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規定の策定等行う機関として院内がん登録委員会を設置する。委員会は設置目的を達成するため、次に掲げる事項について調査し、又は審議する。

- (1) 院内がん登録の目的と機能に関すること
- (2) 登録対象、収集項目の決定に関すること
- (3) 登録資料の集計・解析・管理・利用に関すること
- (4) 登録患者の予後調査に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：笠井 潔（病理診断科主任医療部長）
副委員長：佐藤 仁美（事務部主幹）
委員：医局 1 名、看護部 1 名、検査室 1 名、放射線室 1 名、事務部 1 名、薬剤部 1 名、地域医療連携室 1 名
事務局：診療情報管理課

3 開催回数

年 1 回

4 その他 特記事項

- ・2016年 全国集計結果の報告
- ・当院における2016年症例の報告
- ・院内がん登録に係る変更について

『衛生委員会』

1 委員会の活動概要

労働安全衛生法等に基づき、職員の労働災害、健康の保持増進及び職場環境の向上を図ることを目的とする。

(調査審議事項)

- ①職員の健康障害を防止するための基本となるべき対策に関すること。
- ②職員の健康の保持増進を図るための基本となるべき対策に関すること。
- ③職員の労働災害の原因及び再発防止対策で、衛生に係るものに関すること。
- ④その他職員の健康障害の防止及び健康の保持増進に関する重要事項

2 メンバー (部署、役職)

委員長：金子 文夫 (事務部長)

副委員長：高丸 勇司 (副院長)

委員：医師1名、看護部3名 (うち2名は組合推薦)、感染防止対策室1名、精神科医療センター1名 (組合推薦)、薬剤部1名 (組合推薦)、臨床工学科1名 (組合推薦)

事務局：事務課

3 開催回数

原則毎月1回開催

『個人情報保護検討委員会』

1 委員会の活動概要

個人情報の適切な管理・運営を図る。

2 メンバー (部署、役職)

委員長：松倉 真弓 (精神科医療部長)

副委員長：笹川 嘉久 (精神科医療部長)

委員：看護部2名、薬剤部1名、検査室1名、事務部2名

事務局：事務部医事課

3 開催回数

必要に応じて開催

『治験審査委員会』

1 委員会の活動概要

治験実施の基準 (GCP 省令) に則り、治験実施の可否を検討し、治験開始後は定期的に審査を行う。また、被験者から文書によるインフォームド・コンセントを得るための方法や資料を審査し、承認する。

2 メンバー (部署、役職)

委員長：安達 雄哉 (消化器内科医療部長)

副委員長：井原 達夫 (神経内科医療部長)

委員：医師2名、看護部1名、薬剤部1名、事務部1名、外部委員1名

事務局：薬剤部

3 開催回数

必要に応じて開催

『輸血療法委員会』

1 委員会の活動概要

安全かつ適正な輸血療法を実践するために、関係者が協力して、血液製剤の適正使用などの諸問題について調査、検討、審議を行う。

- ・輸血療法の適応及び実施体制に関すること。
- ・血液製剤の選択及び実施体制に関すること。
- ・自己血輸血の実施体制及び管理に関すること。
- ・輸血療法に伴う事故、副作用及び合併症対策に関すること。
- ・その他、輸血療法に関すること。

2 メンバー (部署、役職)

委員長：新谷 好正 (脳神経外科医療部長)

副委員長：中林 賢一 (麻酔科医療部長)

委員：医師3名、看護部2名、薬局1名、事務部2名、検査室3名

事務局：検査室

3 開催回数

年6回の開催と、別に委員長が必要と認めた時

4 その他 特記事項

- ・看護部新入職員輸血研修講義
- ・輸血療法マニュアルの随時改訂
- ・血液製剤適正使用と廃棄率低減対策
- ・安全な輸血療法に関する院内講演会の開催
- ・「過誤事例から学ぶ安全な輸血」の講習会
8月24日 (木) 赤十字血液センター情報課にて講演。出席者数71名

『医療機器管理運営委員会』

1 委員会の活動概要

小樽市立病院において使用する医療機器を適正に管理し、安全かつ効率的に運営することを目的とする。

(所管事項)

- ①医療機器の機種選定についてのこと。
- ②医療機器の整備計画の策定についてのこと。
- ③その他委員長が必要と認めること。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：田宮 幸彦（副院長）

副委員長：鉢呂 善宏（事務部次長）

委員：医師1名、看護部2名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、臨床工学科2名、事務部2名

事務局：事務課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

『医療情報システム委員会』

1 委員会の活動概要

病院局における医療情報システムの適正な運用及び管理に関し必要な事項を定め、システムの構築及びその機能に関して、業務の効率化と安全性の向上を図る。

- (1) 医療情報システムの導入に関すること。
- (2) 医療情報システムの機能に関すること。
- (3) 医療情報システムのセキュリティに関すること。
- (4) その他、医療情報システムに関すること。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高川 芳勅（循環器内科医療部長）

副委員長：岩崎 素之（脳神経外科医長）

委員：医師1名、看護部1名、放射線室1名、検査室1名、薬剤部1名、医療安全管理室1名、栄養管理科1名、地域医療連携室1名、事務課1名、経営企画課1名、診療情報管理課1名、医事課2名、医事委託業者1名

事務局：医事課

3 開催回数

必要に応じて開催

『開院 90 周年記念誌編集委員会』

1 委員会の活動概要

当院の歴史を後世に伝えることを目的として、「開院 90 周年記念誌」発刊に関する調査・審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：久米田幸弘（副院長）

副委員長：松井 利憲（耳鼻咽喉科医療部長）

委員：医師1名、診療放射線技師1名、看護師2名、事務部職員1名、地域医療連携室職員1名

事務局：地域医療連携室

3 開催回数

3回（月1回程度開催）

『開示委員会』

1 委員会の活動概要

開示申請対象者からの依頼に基づき、インフォームド・コンセント（十分な説明と同意）の一環として、診療録等を患者に提供することにより、患者及びその家族が疾病と診療内容を十分理解し、より積極的に治療に参加することができるよう支援する。更に、医師と患者及びその家族が相互に信頼関係を保ちながら、より質の高い医療の実現を目指すことを目的とする。

(診療録等開示取扱要綱第1条より要約して抜粋)

具体的には診療情報開示請求事案について、内容を検討し開示の可否を決定する意思決定機関としての役割をもつ。

2 メンバー

委員長：近藤 吉宏（院長）

副委員長：馬淵 正二（統括理事）

委員：医師2名、看護部1名、薬剤部1名、事務部2名、医事課1名

事務局：診療情報管理課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催（委員長の判断）

平成 29 年度委員会開催 1 回

（内容：診療記録開示請求についての検討）

4 平成 29 年度 診療情報提供（開示）件数

診療記録等開示 （※1）	文書送付嘱託等 （※2）	その他	合計
35件（6件）	1件	1件	37件

※1：診療記録等開示件数の内訳は、B型肝炎訴訟を目的とした開示申請が約半数を占めており、次いで交通事故関係となっている。

()内は、開示申請を受理した件数の内、小樽市の条例に定められた保管期間（最終来院日より10年）を経過しており、診療記録が廃棄済のため開示が行えず、回答書（証明書）にてその旨を通知したもの。

※2：法令に基づき、裁判所及び警察署等から診療情報等の開示を依頼されたもの。

『外来運営検討委員会』

1 委員会の活動概要

外来診療の適正な管理・運営を図り、下記事項について審議する。

- (1) 外来診療の充実に関すること。
- (2) 外来の管理及び運営に関すること。
- (3) その他外来診療に関すること。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：信野祐一郎（副院長）

副委員長：小田川泰久（小児科医療部長）

委員：医師2名、看護部4名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、地域医療連携室1名、事務部3名

事務局：医事課

3 開催回数

平成29年度は11回実施

4 その他 特記事項

・腎臓内科の受付ブロックの移動

『緩和ケア運営委員会』

1 委員会の活動概要

- (1) 院内での緩和ケア提供体制の整備や強化に関すること
- (2) スクリーニング・麻薬の適正運用に関すること
- (3) 緩和ケア診療での診療報酬に関すること
- (4) チーム医療に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：久米田幸弘（副院長）

副委員長：土屋 和彦（放射線治療科医療部長）

委員：医師5名、看護部1名、栄養管理科1名、地域医療連携室1名、薬剤部2名、診療情報管理課1名、医事課1名

事務局：緩和ケア管理室

3 開催回数

必要に応じて開催 2017年：実績3回

『がん地域連携パス推進委員会』

1 委員会の活動概要

連携医療機関（かかりつけ医）とがん患者の治療経過を共有し、患者に安心して質の高い医療を提供するため、がん地域連携クリティカルパスの導入及びその推進に関する調査・審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：有村 佳昭（消化器内科主任医療部長）

副委員長：越前谷勇人（外科主任医療部長）

委員：看護師5名、薬剤師1名、事務部職員1名、地域医療連携室職員4名

事務局：地域医療連携室

3 開催回数

2回

4 イベント等の実績

(1) がん地域連携クリティカルパス説明会

日程：平成29年9月1日（金）

場所：小樽市立病院 2階 講堂

内容：①「趣旨と概要について」

講師／消化器内科 主任医療部長 有村 佳昭

②「参加登録について」

講師／地域医療連携室 主査 鈴木 里美

『教育・人材育成委員会』

1 委員会の活動概要

病院の理念、基本方針を実現するための教育・人材育成について提言、助言等を行うことを目的とする。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：有村 佳昭（消化器内科主任医療部長）

副委員長：松井 利憲（耳鼻咽喉科医療部長）

委員：医師2名、看護部1名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名

事務局：事務課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

『禁煙推進委員会』

1 委員会の活動概要

禁煙に係る適切な管理・運営を図る。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高川 芳勅（循環器内科医療部長）
副委員長：汐谷 心（呼吸器内科医長）
委員：医師1名、看護部2名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、事務部2名
事務局：医事課

3 開催回数

必要に応じて開催

『クリニカルパス委員会』

1 委員会の活動概要

医療の質の向上・標準化、患者サービスの向上、チーム医療の円滑化・効率化、医療プロセスの効率化を図るためのクリニカルパスの導入及び推進運営に必要な事項を審議・統括する。

- (1) クリニカルパスに関する教育と啓蒙活動
- (2) クリニカルパスの作成、導入、分析、評価
- (3) 新規クリニカルパスの承認と公開

2 メンバー（部署、役職）

委員長：越前谷勇人（外科主任医療部長）
副委員長：今井 章仁（形成外科医療部長）
金谷 順子（看護部副看護部長）
委員：医局3名、看護部2名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、栄養管理科1名、リハビリテーション科1名、地域医療連携室1名、感染防止対策室1名、医事課1名、事務部診療情報管理担当主幹1名

事務局：診療情報管理課

3 開催回数

平成29年度委員会開催6回

4 イベント等の実績（講演会など）

- 1) 院内勉強会
 - ・第2回『小樽市立病院クリニカルパス大会』開催（平成30年1月18日（木））
「最新のクリニカルパスについての情報提供」
クリニカルパス委員会委員長 越前谷勇人外科主任医療部長
「パスリンクナース発表」（4演題）
3階東、4階東、5階西、5階東病棟パスリンクナースより発表
- 2) 学会発表
 - ・第18回日本クリニカルパス学会学術集会（平成29年12月1日（金）、2日（土）大阪府）
ポスターセッション発表

『腹腔鏡下胆嚢摘出術パス改訂前後の結果報告』
小森 真以（パスリンクナース部会員 看護部）
飯田 美咲（パスリンクナース部会員 看護部）
越前谷勇人（クリニカルパス委員会委員長 外科主任医療部長）

3) その他 平成29年度のクリニカルパス委員会活動として

- ・DPCデータを用いたバリエーション分析
- ・新規パス作成・パス改定への啓蒙活動
平成29年度新規パス作成：9種 平成29年度パス総数191種
平成29年度新規パス改定：9種
- ・パスリンクナース活動
- ・パス使用状況の報告：平成29年度パス使用率47.6%

『けんしんセンター運営委員会』

1 委員会の活動概要

- ・けんしんセンターの運営に関する事項を審議する。
- ・その他委員会が必要と認める事項を審議する。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：岸川 和弘（検査科医療部長）
副委員長：田中 浩樹（検査室長）
委員：医局2名、看護部1名、検査室2名、放射線室1名、医事課1名、地域医療連携室1名、その他委員長が必要と認める者
事務局：検査室

3 開催回数

月1回

『広報委員会』

1 委員会の活動概要

地域住民や医療関係者が必要とする小樽市立病院に関する情報を適切にかつわかりやすく発信することを目的に、病院広報誌の発行、ホームページの運用、その他広報活動に関する調査・審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：今井 章仁（形成外科医療部長）
副委員長：矢花 崇（消化器内科医長）
委員：医師2名、看護師3名、薬剤師1名、診療放射線技師2名、臨床検査技師2名、理学療法士1名、臨床工学技士1名、事務部職員2名
事務局：地域医療連携室

3 開催回数

広報誌1回の発行につき、2回程度開催（他にワーキングを1回程度開催）

4 イベント等の実績

病院広報誌「絆」を年4回（5月、8月、11月、3月）発行

場所：小樽市立病院 2階 ホスピタルホール

⑥雪あかりの路

日程：平成30年2月12日（月祝）～平成29年2月13日（火）

場所：小樽市立病院 メモリアルガーデン及び病院正面

5 患者満足度調査等の実施

①外来患者待ち時間調査

実施期間：平成29年7月24日（月）～平成29年7月26日（水）

有効回答数：874件

②外来患者満足度調査

実施期間：平成29年10月16日（月）～平成29年10月18日（水）

有効回答数：414件

③入院患者満足度調査

実施期間：平成29年10月1日（日）～平成29年12月31日（日）

有効回答数：734件

『サービス向上委員会』

1 委員会の活動概要

患者サービス向上対策（院内設備改善、院内イベント、患者満足度調査、ボランティア活動）の企画立案、実施等に関する調査・審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：小田川泰久（小児科医療部長）

副委員長：新井孝志郎（形成外科医長）

委員：看護師3名、薬剤師1名、診療放射線技師1名、臨床検査技師1名、作業療法士1名、理学療法士1名、管理栄養士1名、臨床工学技士1名、事務部職員1名、地域医療連携室職員3名

事務局：地域医療連携室

3 開催回数

12回（月1回開催）

4 イベント等の実績

①ガーデニングボランティア（花苗の植え込み）

日程：平成29年5月13日（土）

場所：小樽市立病院 メモリアルガーデン及び病院正面

②タヒチアンダンスショー

出演：タヒチアンダンススクール「ヒナ・フェティア」

日程：平成29年8月5日（土）

場所：小樽市立病院 2階 講堂

③二胡演奏会（病院まつり）

出演：福本 ゆめ 氏（二胡奏者）

日程：平成29年10月28日（土）

場所：小樽市立病院 2階 講堂

④クリスマスコンサート

出演：小樽少年少女合唱団

日程：平成29年12月26日（火）

場所：小樽市立病院 2階 ホスピタルホール

⑤新春ピアノコンサート

出演：中川 和子 氏（ピアニスト）、市川 映子 氏（ヴァイオリニスト）

日程：平成30年1月19日（金）

『新改革プラン推進委員会』

1 委員会の活動概要

新小樽市立病院改革プランに掲げた収入増加・確保対策及び経費削減・抑制対策等の数値目標を達成するため、関係部門と協議の上、具体的取組（アクションプラン）を策定し、実施部門の進捗管理を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：信野祐一郎（副院長）

副委員長：越前谷勇人（外科主任医療部長）

委員：医局1名、看護部3名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、リハビリテーション科1名、栄養管理科1名、地域医療連携室1名、経営企画課1名、事務課1名、医事課1名

事務局：事務部（経営改善担当、経営企画課）

3 開催回数

12回（毎月第2火曜日）

4 その他 特記事項

(1) 主な議題及び検討事項

- ・アクションプラン実施部門及び報告担当者について
- ・アクションプラン実施状況及びKPI達成状況について
- ・アクションプラン改定について

(2) 院内説明会等開催状況

平成 29 年 4 月 3 日	小樽市立病院新改革プランについて
平成 29 年 4 月 6 日	アクションプラン説明会
平成 29 年 10 月 13 日	平成 29 年度上半期アクションプラン進捗状況報告会

(3) 「新改革プランニュース」発行（計 4 回）

『重大事象検討委員会』

1 委員会の活動概要

医療事故調査制度の対象となる医療事故と病院長が判断した事例に対し、事故の原因究明、再発防止策の策定を行い、その調査結果を患者遺族、医療事故調査・支援センターへ説明し、及び報告する。

- 1) 医療事故の情報収集及び取りまとめについてのこと。
- 2) 医療事故の原因分析についてのこと。
- 3) 医療事故の再発防止策についてのこと。
- 4) 患者遺族への説明についてのこと。
- 5) 医療事故調査・支援センターへの報告のこと。

2 メンバー（部署・役職）

委員長：高丸 勇司（副院長）
副委員長：信野祐一郎（副院長）
委員：副院長 1 名、看護部長、薬剤部長、事務部長、事務部次長
事務局：医療安全管理室

3 開催回数

不定期で開催、平成 29 年度は 2 回開催

『臓器移植委員会』

1 委員会の活動概要

脳死下からの臓器提供事例の発生した際に、適切かつ迅速で円滑な臓器提供が行われるよう調整するとともに、セミナーを開催するなど院内周知を図る。

2 メンバー（部署・役職）

委員長：久米田幸弘（副院長）
副委員長：岩崎 素之（脳神経外科医長）
委員：看護部 4 名、検査室 1 名
事務局：事務部

3 開催回数：必要に応じて開催

平成 29 年度実績 1 回（9 月 27 日）

『地域医療連携対策委員会』

1 委員会の活動概要

小樽市・後志地域を中心とした地域医療連携の推進及び啓発を目的に、地域連携の運営方針等に関する調査・審議を行う。

2 メンバー（部署・役職）

委員長：有村 佳昭（消化器内科主任医療部長）
副委員長：岸川 和弘（検査科医療部長）
保科 英司（地域医療連携室次長）
委員：医師 3 名、看護師 1 名、薬剤師 1 名、診療放射線技師 1 名、臨床検査技師 1 名、理学療法士 1 名、管理栄養士 1 名、臨床工学技士 1 名、事務部職員 2 名、地域医療連携室職員 2 名

事務局：地域医療連携室

3 開催回数

12 回

4 イベント等の実績（講演会など）

(1) 市民公開講座

①日程：平成 29 年 6 月 17 日（土）

場所：小樽市民センターマリンホール

内容：《講演 1》「肩・肘の痛みで悩む方へ～当院でできる肩・肘の痛みに対する最新治療～」

講師／小樽市立病院

整形外科 医長 佃 幸憲

《講演 2》「膝の痛み～その原因と治療の実際」

講師／小樽市立病院

整形外科 医師 馬場 力哉

《講演 3》「正しく理解しよう 心臓血管外科疾患」

講師／小樽市立病院

心臓血管外科 医長 中島 智博

参加人数：142 名（市民 126 名、職員 16 名）

②日程：平成 29 年 10 月 28 日（土）

場所：小樽市立病院 2 階 講堂

内容：「病院まつり」のイベントとして開催

《講演 1》「乳がんについて」

講師／小樽市立病院

外科 主任医療部長 越前谷 勇人

《講演 2》「婦人科のがんを知りましょう」

講師／小樽市立病院

産婦人科 医療部長 金内 優典

参加人数：73 名（市民 58 名、職員 15 名）

(2) 健康教室

- ①日程：平成 29 年 10 月 14 日（土）
 場所：小樽市立病院 2 階 講堂
 内容：《講演》「元気に『食べる』～誤嚥性肺炎に負けないために」
 講師／小樽市立病院
 看護部 主査（摂食・嚥下障害看護認定看護師）工藤 聖子
 参加人数：46 名（市民 41 名、職員 5 名）

- ②日程：平成 30 年 3 月 10 日（土）
 場所：小樽市立病院 2 階 講堂
 内容：《講演》「認知症の方が快適に生活するために～リハビリの視点からみた認知症ケア・予防」
 講師／小樽市立病院
 リハビリテーション科 作業療法士
 中村 一仁
 参加人数：59 名（市民 47 名、職員 12 名）

(3) オープンカンファレンス

- ①日程：平成 29 年 7 月 28 日（金）
 場所：小樽市立病院 2 階 講堂
 内容：《講演 1》「貧血精査で多発性骨髄腫と診断した一例」
 講師／小樽市立病院
 血液内科 医師 長谷川詠子
 《講演 2》「腹部膨満と低 K 血症を呈した便秘症の一例」
 講師／小樽市立病院
 研修医 石津 帆高
 《講演 3》「難治性気管支喘息に対する新しい治療方法について～気管支サーモプラスティを中心に」
 講師／小樽市立病院
 呼吸器内科 医師 小寺 祐貴
 参加人数：45 名

- ②日程：平成 29 年 11 月 10 日（金）
 場所：小樽市立病院 2 階 講堂
 内容：《講演 1》「当院におけるオープン病床入院患者について」
 講師／谷口内科医院
 院長 谷口 聡 先生
 《講演 2》「『低 Na 血症を呈した』3 症例についての検討」
 講師／潮見台内科クリニック

院長 小梁川義則 先生

参加人数：29 名

- ③日程：平成 30 年 3 月 9 日（金）
 場所：小樽市立病院 2 階 講堂
 内容：《講演 1》「ESD 後リンパ節再発が疑われた早期胃癌の一例」
 講師／小樽市立病院
 研修医 田上 敬太
 《講演 2》「当科における免疫チェック阻害薬の使用経験」
 講師／小樽市立病院
 呼吸器内科 医師 小寺 祐貴
 参加人数：42 名

(4) 小樽後志医療連携セミナー

- ①日程：平成 29 年 7 月 24 日（月）
 場所：小樽市立病院 2 階 講堂
 内容：《講演 1》「病院における経営改善事例と経営企画部門の在り方」
 講師／AGS 税理士法人／株式会社 AGS
 コンサルティング
 税理士 宮澤 綾子 先生
 《講演 2》「血栓回収療法をめぐる脳卒中救急診療体制の変革と DOAC ～ICT を活用した遠隔地チーム医療～」
 講師／小樽市立病院
 脳神経外科 医療部長 新谷 好正
 参加人数：81 名

『糖尿病ケアチーム運営委員会』

1 委員会の活動概要

糖尿病に関する診療、療養指導を実施するにあたり、院内の関係する職種・部門が円滑に連携、運営し、提供するサービスの質の向上とともに効率化をはかるため、以下の事項について活動を行う。

- ①糖尿病教育入院の受付及び調整に関すること
- ②糖尿病健康教室の企画・運営に関すること
- ③糖尿病フットケアの受付及び運営並びに調整に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：小梁川直秀（糖尿病内科医師）
 副委員長：井口 純（眼科医長）
 委員：看護部 4 名、検査室 2 名、薬剤部 1 名、リハビリテーション科 1 名、栄養管理科 1 名、事務部 1 名

事務局：看護部

3 開催回数

月1回

4 イベント等の実績（講演会など）

・糖尿病健康教室 毎月1回（第3水曜日）開催

『図書委員会』

1 委員会の活動概要

小樽市立病院における図書の円滑かつ効率的な管理運営を図る。

- ①図書の管理に関すること。
- ②図書室の運営に関すること。
- ③文献・医学雑誌オンラインサービスに関すること。
- ④その他、図書に関すること。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：松井 利憲（耳鼻咽喉科医療部長）

副委員長：山地 浩明（腎臓内科医療部長）

委員：看護部1名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、事務部1名

事務局：事務課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

『病院機能向上委員会』

1 委員会の活動概要

公益社団法人日本医療機能評価機構が定める一定水準の機能を満たすために必要な施設機能及び体制の整備を行うため、自己評価項目に関する事項の調査・検討を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：久米田幸弘（副院長）

副委員長：高丸 勇司（副院長）

委員：看護部2名、薬剤部1名、臨床工学科1名、医療安全管理室1名、感染防止対策室1名、事務部3名

事務局：事務部、地域医療連携専門員

3 開催回数：必要に応じて開催

平成29年度実績 1回（3月28日）

4 その他 特記事項

主な検討事項

- ・期中の確認について
- ・次期更新に向けての組織体制について

『病院誌編集委員会』

1 委員会の活動概要

チーム医療の充実及び医療の質の向上を図ることを目的として、「小樽市立病院誌」発行等に関する調査・審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：笠井 潔（病理診断科主任医療部長）

副委員長：越前谷勇人（外科主任医療部長）

委員：医師4名、看護師2名、薬剤師1名、診療放射線技師1名、臨床検査技師1名、理学療法士1名

事務局：地域医療連携室

3 開催回数

病院誌の発行に先立ち開催

4 イベント等の実績

小樽市立病院誌第6巻第1号：平成30年2月発行

『病棟運営検討委員会』

1 委員会の活動概要

小樽市立病院における円滑な病棟運営を推進するため、病棟運営検討委員会を設置する。委員会は設置目的を達成するため、次に掲げる事項について調査し、又は審議する。

- (1) 病院局の目標とする病床稼働率達成への取り組み
- (2) 円滑なベッドコントロール
- (3) その他病棟運営に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：田宮 幸彦（副院長）

副委員長：有村 佳昭（消化器内科主任医療部長）

委員：医局6名、看護部7名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、経営企画課1名、医事課1名、地域医療連携室1名

事務局：事務部診療情報管理課

3 開催回数

月1回

4 その他 特記事項

平成29年度においては、次に挙げる目標について委員会活動を行った。

- (1) 新改革プランに係るアクションプランの取り組み
アクションプラン項目J
⇒ ベッドコントロールの課題解決に向けた

- 部門間調整を実施
アクションプラン項目 M
⇒ DPC 期間 II 超えリストの配布とモニタリングを実施
アクションプラン項目 Q
⇒ 有料個室料の向上に向けた取り組み（モニタリング）を実施
- (2) 「重症度、医療・看護必要度」に基づいた病棟運用への取り組み
(3) 病棟業務改善への取り組み

『保険診療委員会』

1 委員会の活動概要

当院における保険診療の適正化と円滑な運営を図るため、次に掲げる事項について審議し、院内 LAN 等にて情報発信を行う。

また、全職員を対象とした「保険診療に関する勉強会」を開催して理解を深める。

- ① 保険診療の適正化に関すること
- ② 診療報酬の請求に関すること
- ③ 診療報酬減点通知に基づく減点査定に関する分析に関すること
- ④ 保険情報の収集及びその分析に関すること
- ⑤ その他保険診療に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：近藤 吉宏（院長）
副委員長：信野祐一郎（副院長）
委員：看護部 1 名、検査室 1 名、薬剤部 1 名、放射線室 1 名、栄養管理科 1 名、診療情報管理課 2 名、リハビリテーション科 1 名、地域医療連携室 1 名、医事課 3 名、医事委託事業者 2 名

事務局：医事課

3 開催回数

月 1 回

4 イベント等の実績（講演会など）

- ・平成 30 年 1 月 12 日 診療報酬落ち穂拾い 院内報告会
- ・平成 30 年 3 月 28・29 日 平成 30 年度 診療報酬改定説明会

『薬事委員会』

1 委員会の活動概要

新規採用医薬品、採用中止医薬品、採用医薬品の

変更、後発医薬品の導入について協議決定。緊急採用医薬品、期限切れ医薬品、有効期限の近い医薬品の報告。

なお、採用医薬品については使用状況を定期的に調査し、可能な限り整理・削減を行っている。同種同効薬が多数採用されている薬品については、採用時原則として一増一減を行い品目数の適正化に努めている。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：信野祐一郎（副院長）
副委員長：深田 穰治（心臓血管外科医療部長）
委員：医師 7 名、看護部 1 名、薬剤部 1 名、事務部 1 名
事務局：薬剤部

3 開催回数

月 1 回

4 その他 特記事項

電子版医薬品集にて随時採用医薬品の追加・修正・削除を行い、迅速な医薬品情報を提供している。

院内 LAN にて医薬品集の閲覧、採用薬品や期限切れ薬品の情報提供を行い、医薬品の適正な保守管理に努めている。

『リハビリテーション運営委員会』

1 委員会の活動概要

- (1) リハビリテーション科の充実に関すること。
- (2) リハビリテーション科の適切かつ円滑な運営に関すること。
- (3) チーム医療に関すること。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：岩崎 素之（脳神経外科医長）
副委員長：佃 幸憲（整形外科医長）
委員：医師 3 名、看護部 2 名、栄養管理科 1 名、地域連携室 1 名、事務部 1 名、リハビリテーション科 1 名
事務局：リハビリテーション科

3 開催回数

年 3～4 回

『臨床研究審査委員会』

1 委員会の活動概要

病院で行われる人間を対象とした医学研究、看護研究及び臨床応用（以下「研究等」という。）についてヘルシンキ宣言（世界医師会）の趣旨に沿った

倫理的配慮を図ることを目的とする。

(審議事項)

- ①病院で行われる臨床医学研究や看護研究等の実施計画及び成果の公表（以下「実施計画」という。）に関して医学的、倫理的及び社会的観点から審査する。
- ②先進的な医療や特殊医療の臨床導入や適応外使用について手順の正当性及び倫理的妥当性を審査する。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高丸 勇司（副院長）
副委員長：笠井 潔（病理診断科主任医療部長）
委員：弁護士1名、市職員1名、医師5名、看護部1名、薬剤部1名、事務部1名
事務局：事務課

3 開催回数

原則毎月1回開催

(審議事項)

- ①院内における臨床倫理方針とガイドライン等の作成と見直し
- ②臨床倫理の教育及び研修の企画・立案
- ③臨床の倫理的問題への対応

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高丸 勇司（副院長）
副委員長：笠井 潔（病理診断科主任医療部長）
委員：弁護士1名、市職員1名、医師5名、看護部1名、薬剤部1名、事務部1名
事務局：事務課

3 開催回数

原則毎月1回開催

『臨床研修管理委員会』

1 委員会の活動概要

臨床研修における当院研修プログラムの作成方針の決定、研修医の採用や修了、評価など当院研修プログラムに関する全体的な管理を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：有村 佳昭（消化器内科主任医療部長）
副委員長：松井 利憲（耳鼻咽喉科医療部長）
委員：院長、副院長3名、医師2名、看護部1名、薬剤部1名、事務部1名、保健所1名、医師会1名、札幌医科大学附属病院1名、北海道大学病院1名、他医療機関3名、夜間急病センター1名

事務局：経営企画課

3 開催回数：必要に応じて開催

平成29年度実績 1回（3月22日）

4 その他 特記事項

主な検討事項

- ・平成28年度プログラム研修医の修了評価について
- ・平成30年度プログラム採用予定者について
- ・平成30年度研修スケジュールについて

『臨床倫理委員会』

1 委員会の活動概要

病院における医療行為（臨床研究及び治験を除く。）について、法的及び倫理的観点から検討を行う。

論文表彰

病院誌編集委員会では、次ページの定めにより、小樽市立病院誌第6巻第1号（平成29年度発行）に掲載された論文の中から、最優秀論文及び優秀論文を選定いたしました。



左から、越前谷勇人副院長（栄養管理科長兼務）、渡邊恵子主幹（優秀賞受賞者）、並木昭義病院局長、井原達夫医療部長（最優秀賞受賞者）、近藤吉宏院長

最優秀賞 **井原 達夫**（小樽市立病院 神経内科 医療部長）

発表論文 「けいれん重積を含めた意識障害・脳症症例における
MRI Arterial spin labelling (ASL) image の有用性」

選考理由 脳血管障害の早期診断に近年用いられるようになった arterial spin labelling による MRI 検査で、明確なけいれん発作を呈さない非けいれん性てんかん重積の症例の脳血流評価を行った研究である。従来用いられている SPECT に比べ、簡便でかつ汎用性が高い本検査法が、ごく近い将来それら症例の早期診断のための第一選択検査となりうる可能性を示した研究であり、当院のみならず本邦の脳神経疾患の診断・治療に大きく貢献する可能性を示した論文である。

優秀賞 **渡邊 恵子** (小樽市立病院 栄養管理科 主幹)

発表論文 「**当院における NST 活動の現状報告と今後の課題**」

選考理由 疾病を有する者への栄養管理の重要性については広く知られている。本報告は当院における栄養サポートチーム (NST) が介入した患者を通じて、NST の活動を顧みたものであり、これにより当院での NST 介入の実態や対象とすべき患者が明らかとなった。それをもとにした病院全体の調査により、NST の向後の活動方針や目的を明らかにした。当院の患者の栄養環境の改善と、それによりもたらされるであろう疾病治療成果の向上に大きく寄与する論文である。

「最優秀論文及び優秀論文」の表彰について

病院誌編集委員会では、小樽市立病院誌を通じた臨床医学の発展、医療レベルの更なる向上、職員のモチベーションの向上のため、下記のとおり表彰する。

●最優秀論文及び優秀論文の選考基準

- 1 小樽市立病院 (市立小樽病院、小樽市立脳・循環器・こころの医療センター) で行われた臨床研究であり、研究の独創性、合理性、インパクト、将来性などの面から評価する。
- 2 対象論文は、小樽市立病院誌 (前年度発行) に掲載された論文とする。

また、小樽市立病院誌 (前年度発行) の学術業績に掲載されている論文も選考対象とすることができる。この場合は、病院誌編集委員会の委員により推薦されたものとするが、自薦も可とする。

●選考委員

病院誌編集委員会とする。

●決定

理事会の承認を経て局長が決定する。

●表彰

最優秀賞 賞状と副賞 (国内学会参加費用等を病院局で負担する)

優秀賞 賞状と副賞 (国内学会参加費用等を病院局で負担する)

小樽市立病院誌投稿規定

1. 投稿資格

原則として小樽市立病院職員、小樽市立高等看護学院職員及び病院局に関わりを有する者とする。

2. 投稿内容

他誌に未発表のものに限る。

3. 原稿の種類

投稿論文は邦文の原著、総説、報告（症例報告を含む）、短報、その他（CPC, Cancer Board 及び各種講演会の要旨等）とする。

4. 原稿の書き方

- 1) Word を用いて、A4 判で字数を 1 枚に 40 字×30 行（1,200 字）とする。外国語の原語綴は行末で切れないように、その言葉の頭で改行する。
- 2) 現代仮名遣いに従い医学用語を除き当用漢字とする。
- 3) 度量衡は CGS 単位に限る。
- 4) 文中の外国人名、地名、科学用語は原語あるいはカタカナを用い、固有名詞やドイツ語のみ、頭文字は大文字とする。
- 5) 原著、総説、報告の記載順序は論文の種類、標題、所属科名、著者名、要旨、キーワード、本文、文献、図表の順に記述する。なお、原著、総説、報告の要旨は、400 字程度とする。短報の要旨は、200 字程度とする。キーワードは 4 個以内とする。短報では序文、本文（方法、結果、考察等）の区別はつけず記載し、文献は 5 個以内として、末尾につける。
- 6) 原著の場合、末尾に英文の標題、所属科名、著者名、要旨（200 語程度）、キーワードを記載する。
- 7) 文中にしばしば繰り返される語は、略語を用いる。文中の初出の時に完全な用語を用い、以下、略語とする。

5. 本文枚数

- 1) 原著、総説は文献を含め、原則 12,000 字以内とする。
- 2) 報告は文献を含め、原則として 8,000 字以内とする。
- 3) 短報、その他は原則として 3,000 字以内とする。

6. 文献

- 1) 文献は、原則として本文中に附した引用番号順に配列する。
- 2) 文献の記載順序

著者名は、3 名までは記載し、それ以上は、「～他」、又は、「～et al」とする。

a) 雑誌：引用番号. 著者名. 題名. 雑誌名, 巻：頁～頁, 西暦年号

- (例 1) 朝里一郎, 新光洋子, 高島太郎 他. 内視鏡による食道癌深達度診断に関する研究. 南小樽医学雑誌; 89: 815-827, 2007
- (例 2) Cain CC, Wilson RD, Murphy RF et al. Isolation by fluorescence-activated cell sorting of Chinese hamster-ovary cell lines with pleiotropic, temperature-conditional defects in receptor recycling. J Biol Chem; 266: 11746-11752, 1991

b) 単行本：引用番号. 著者名. 書名. (版). 発行地, 発行所, 西暦年号, p 頁-頁

- (例 1) 小樽 太郎, 余市 一郎. 腎細胞癌病態の推移. 後志 三郎編. 腎細胞癌：早期発見のために. 東京内外医

学社；2008. p.80-84.

(例2) Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1974. p.457-472.

欧文誌名の省略は、「List of Journals Indexed in Index Medicus」(U.S. National Library of Medicine) (最新版) に準じる。和文誌名は省略せずに誌名を記載する。

7. 図・表・写真

原著、総説は原則10個以内、報告は原則8個以内とする。短報、その他は原則6個以内とする。明瞭な印刷のできるもので、画像データ又は大きさL判(8.9cm×12.7cm)以上の写真、白黒を原則とする。挿入箇所を原稿の欄外に朱書きで指示する。

8. 校正

初校のみを著者校正とする。

9. 論文の採択

論文採択に当たっては査読制をとり、病院誌編集委員会における審査により、掲載の採否を決定する。

10. 原稿の送付

投稿原稿は正本1部と電子ファイルのほか、査読用のコピー2部(図表を含む。コピー2部の表紙の所属と氏名は削除しておく)を提出する。

また、論文採択後に、修正後の原稿1部及び電子ファイルを提出する。

原稿提出先は、病院誌編集委員会事務局(地域医療連携室地域医療連携課)とする。

11. 刊行

年1回刊行し、冊子体刊行後、電子版として公開する。

(なお、各論文の著作権は小樽市立病院に帰属する。)

特 集

特

集

小樽市立病院 90周年記念関連行事

旧市立小樽病院は1928（昭和3）年に現小樽市立病院駐車場の場所で開院し、90年間で市内に延べ12院あった市立病院の統廃合を行ってきました。

2014（平成26）年に旧市立小樽病院と旧小樽市立脳・循環器・こころの医療センターを統合新築し、86年の時を経て一つの市立病院となり、2018（平成30）年に開院90周年を迎えました。その歴史を振り返り、記録、節目として90周年記念事業を行いましたので、当誌にてご紹介いたします。

■小樽市立病院 90周年記念誌（平成30年10月発行）



〔市民公開講座〕

講演1 「脳卒中から身を守るには？—ならないために、なった時のために—」

講師：脳神経外科主任医長 鏡谷 武雄

講演2 「骨粗しょう症のキホン—みんなで考えようホネのこと—」

講師：整形外科主任医長 佃 幸憲

講演3 「第三のコレステロールが一番悪い？—知らないと怒られちゃうかも？—」

講師：検査科医療部長 岸川 和弘

■開院90周年記念病院まつり（平成30年10月27日）



〔オープニングの様子〕



〔作品展示・販売コーナー〕

■90周年パネル展（平成30年10月27日～11月17日）



■ 90周年記念講演会 [医療関係者向け] (平成30年11月13日)

「重症患者管理とチーム医療」

講師：函館市病院局長・岡山大学名誉教授

氏家 良人先生

座長：小樽市立病院理事・副院長

久米田幸弘



■小樽市立病院90周年記念式典・祝賀会 (平成30年11月17日)

■ 90周年記念市民公開講座 (平成30年11月17日)

「思い込みと不安からの解放 がんをもっとよく知ろうーがんと遺伝ー」

開催挨拶 「市立病院90年の歩みとがん医療の取り組み」

小樽市病院事業管理者・病院局長

並木 昭義

特別講演 「私のがんは遺伝ですか？ 家族のがんは遺伝ですか？」

講師：札幌医科大学 遺伝医学教授

櫻井 晃洋先生

座長：小樽市立病院特任理事 櫻木 範明



記念式典次第

日時 平成30年11月17日(土) 午後5時～
場所 グランドパーク小樽 銀河の間

開 式

式 辞

小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭 義

祝 辞

小樽市長 迫 俊 哉 様

小樽市議会議長 鈴木 喜 明 様



全国自治体病院協議会会長

北海道医師会副会長 小 熊 豊 様

小樽市医師会長 阿久津 光 之 様

北海道後志総合振興局

保健環境部長 原 田 智 史 様

来賓紹介

祝電披露

閉 式



[開会の様子 / 式辞]



[来賓のご紹介]

記念式典 式辞・祝辞

式辞

小樽市立病院事業管理者・病院局長 並木 昭義

皆様、本日は何かとご多用のところ小樽市立病院90周年記念式典・祝賀会にご出席頂き誠にありがとうございます。特にご多忙なご来賓の方々には厚くお礼申し上げます。

さて、当小樽市において、大正時代の中頃から多くの市民らの「おらがまちにおらが病院をほしい」との気運が高まりました。市当局はその要望に応じて、昭和3年に総合病院の市立病院と結核、伝染、精神科などの専門病院を開設しました。しかし当初より病院の組織体制、経営、運営についての知識、手段そして医師確保の情報などが十分とは言えず多くの困難な事態に遭遇してきました。その後、平成10年頃から病院の再建と将来像について市民らの関心が高まり、医師会ははじめ各方面の関係者から独自の意見、批評が盛んに出されるなど困窮した事態に陥りました。

この事態を打開するため平成20年に当時の山田勝磨市長は病院事業に地方公営企業法の全部適用を採用し病院の管理運営を専属の管理者に任せることを決断し、そして札幌医科大学今井浩三学長に協力、支援を要請しました。そこで私が二人から要望され翌年の4月から病院事業管理者として赴任しました。この赴任に当たり周囲の人達から「火中の栗を拾うことになる」と忠告されましたが、この仕事が私に与えられた使命であると判断し、喜んで受諾した次第です。

私の重要な三つの任務のうち第1は二つの市立病院の統合・新築でした。質の高い、効率的で、安全・安心の医療ができる、コンパクトな病院を建設することでした。第2は病院の経営改善でした。患者に信頼される最良の医療を行うことを最優先して収益を上げることにしました。第3は医師確保でした。医師派遣先の大学教室にとって必要かつ希望する病院になることを心掛けました。

私は就任して嬉しかった出来事が三つほどありました。第1は両病院の全職員が私の見解、方針を受け入れ、同じ目標に向かって共に行動してくれたことです。第2は全会派の市議の皆さんが私を温かく支援してくれたことです。各議員は新病院実現が多くの市民の強い願望であることをよく知っておりました。第3は新病院移転先の量徳小学校の児童からうれしい贈物があったことです。彼らの患者用4輪歩

行器を寄贈する心やさしさと時代の流れの変化に敏感かつ正しく反応する直観力と適応力のすばらしさに感心しました。

新病院は平成26年12月にめでたく開院しました。その際に作成した病院の理念と五つの基本方針を旗印にして歩みこの90周年記念式典・祝賀会を迎えるに至りました。この会を開催する意義は二つあります。まずこれまでの90年歩んだ歴史の中で成し遂げた実績、良き思い出に対して、喜びと感謝の意を示すことです。もう一つはこれから始まる厳しい船出に対して激励と期待の意を示すことです。

全職員がこれから目標として最優先すべきことは理念と基本方針をしっかり理解して実行し、成果を上げることです。当院の理念は「市民に信頼される質の高い総合的医療を行う地域基幹病院を目指す」ことです。この趣旨は三つの要素から構成されています。一つ目は信頼される質の高い医療を行う。それには診療の質、患者安全・サービスの質、病院経営の質、教育・人材育成の質を高めることです。二つ目は総合的医療を行う。それには診療に当たるすべての部門、職員が連携して医療を行うことであり、医療のセンター化とチーム医療を実施することです。特に当院ではがん診療センターを設置して地域がん診療連携拠点病院を目指します。三つ目は地域基幹病院の立場、役割をしっかり認識して、それに相応しい体制作りと活動を行うことです。

当院は地域医療支援病院を目指します。それにはまず当院の最新の医療設備、医療機器を小樽・後志地域の患者・住民の診療のために他の医療機関の方々にも活用してもらおう。そして各医療施設との連携を深め、患者の紹介、逆紹介を盛んに行なう。さらに必要に応じて医師派遣を実施することです。当然地域の救急・災害医療にも力を注ぐこととなります。

基本方針にある健全で自立した病院経営の実施は最も重要な事項です。現在新小樽市立病院改革プランの実施中であり、近い将来に黒字化を目指します。なお外部評価委員から経営面でまだ伸び代があると指摘されていますので、民営的経営手法を見習ってしっかり対策を立て経営改善を進めます。

さて、人間社会の組織は時代のうねりのなかで変化し、30年毎に歴史的な節目を迎えると言われます。当院は30年の節目を3回経て90周年を迎えております。この間に医師会との共同事業であるオープン病床が開設して50周年を迎えることになり、本日共に祝うことにしております。これから当院は

次の30年に向けて小樽・後志地域の住民のために、各医療機関と良き連携をとり、当院の立場、役割をしっかり認識して医療に携わっていく所存であります。皆様のご支援、ご協力を宜しくお願い致します。

結びにこれから始まる記念式典・祝賀会が和やかに、有意義に行なわれますことを念願し、開催のご挨拶とさせていただきます。

祝辞

小樽市長 迫 俊哉 様

本日ここに、小樽市立病院90周年記念式典が多くのご来賓を得て盛大に開催されますことは、誠に喜ばしく心からお祝いを申し上げます。

歴史ある市立病院が長きにわたり市民の皆様から愛され、頼りにされてきたことは、これまで病院運営に携わってきた並木局長、近藤院長をはじめ、日ごろよりご支援・ご協力をいただいております大学医学部の皆様、市内はもとより道内の医療機関の皆様など関係者各位のご努力の賜であり、深く敬意を表す次第であります。

小樽市立病院は、多くの市民の方々から公立病院設立の強い要望を受け、昭和3年に民間病院を買収し、市立病院として発足いたしました。この間、特に思い出されますことは、市として長年の懸案でありました二つの病院の統合新築であります。

当時は、市の財政状況も厳しい中ではありましたが、将来を見据え、山田市政において建設を英断し、中松市政の平成26年12月に新病院が開院となり、現在は、市民に信頼され質の高い総合的医療を行う地域基幹病院を目指すことを基本理念として運営されておりますことは、皆様も周知のところと存じます。

昨今、健康寿命という言葉を目にしますが、生涯において健康をいかに長く維持していくかということは、高齢者のみならず全市民にとりまして共通の課題であります。とりわけ人口に占める65歳以上の方の割合が約4割という全国でも有数の超高齢化都市である本市においては、大変重要な課題の一つであると考えております。

また、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくためには、地域において支え合うネットワークの大切さは言うに及びません。

そのためには、医療はもとより、福祉や介護といった分野の専門家が協力体制を構築し、市民を支援するという観点を、現在推進している地域包括ケ

アシステムの構築と、それらの深化の過程を通じて、小樽市において実現していきたいと考えておりますが、そうした体制において、今後とも医療分野において市立病院が大きな役割を果たしていただけるものと期待しております。

結びとなりますが、小樽市立病院がさらに月日を重ね、市民に親しまれ続けるよう、経営改善の取り組みを進めて参りますとともに、90年の歴史において市立病院に携わられました関係者の方々の今後益々のご活躍、ご健勝を祈念申し上げまして、お祝いの言葉といたします。

小樽市議会議長 鈴木 喜明 様

本日ここに、小樽市立病院90周年記念式典が挙行されるに当たり、一言お祝いの言葉を申し上げます。

小樽市立病院が、昭和3年に開院されて以来、本年でめでたく90周年を迎えられますことを心からお喜び申し上げます。

本病院の開院以来、地域とともに、約1世紀にわたる輝かしい歴史と伝統を築いてこられ、その間、戦前戦後の混乱と激動する社会情勢の中で、市立小樽病院と小樽市脳・循環器・こころの医療センターの統合・新築を経て、小樽・後志地域の基幹病院として施設の整備・拡充はもとより、地域医療の向上と福祉の推進に貢献されておりますことは、誠に喜ばしいことであります。これもひとえに、病院の発展に尽くされました局長並びに歴代の病院長をはじめ、関係者の皆様方の医療にかける情熱と真摯なご努力の賜であり、衷心より敬意を表する次第であります。

また、90周年にあたりまして、本日の記念式典を企画されました皆様方をはじめ、医療関係者の皆様方におかれましては、大切な思い出にあふれた病院をこれまで愛情をこめて支え、お力添えをいただいていたことに、心から感謝を申し上げます。

現在、全国の自治体病院を取り巻く環境は、急速に進行する超高齢化社会により、必要とされるニーズは複雑多様化していることから、安心して良質な医療を提供していただくためにも、市議会として、医療環境整備のための経営安定化対策の推進や、医師確保対策等の各種施策の実現に向けて国を初めとした関係機関に対し、強く要望して参る所存でございます。

結びにあたり、創立90周年を新たな契機といたしまして、小樽市立病院が今後とも、引き続き地域

医療を向上されることに大きな期待を寄せ、本日もご参会の皆様方のご健勝とご多幸を心から祈念申し上げます。お祝いの言葉といたします。

全国自治体病院協議会会長・北海道医師会副会長

小熊 豊 様

小樽市立病院の開院90周年、誠におめでとうございます。

昭和3年に開院以来、多くの困難を乗り越え、小樽市はもとより後志地区の基幹・中核病院として地域の医療に多大の貢献をされておられますことに、全国自治体病院協議会875の会員病院を代表して、心からお祝いを述べさせていただきます。

現在、病院事業管理者をお勤めの並木先生、病院長の近藤先生とは、地域医療に携わる先輩、仲間として、病院事業管理者協議会や当協議会を通じて様々な面でご指導、ご交流をいただいているところでありますが、平成26年に二つの病院を統合され、新小樽病院として開院、医療の充実、発展に努められ、地域住民の皆様から厚い信頼を得ていらっしゃいます。この流れは、両先生の卓越した指導力、歴代市長さん、議会の皆様、ならびに職員を始めとする関係各位の並々ならぬ情熱、ご努力によりもたらされたものであります。この間のご労苦に心から敬意を申し上げ、今日の素晴らしいご発展に心から祝意を申しあげるところであります。

今、我が国の医療界では様々な問題を抱えております。少子高齢化、就労人口の減少問題、社会保障費・診療報酬抑制問題、医師不足・偏在の問題、医療提供体制のあり方、地域医療構想等の問題、医師の働き方改革の問題、そして消費税、損税の問題等です。中でも公立病院の置かれた立場は厳しく、地域医療への貢献のあり方や経営状況などを通して、その立ち位置が問われています。当協議会におきましては、様々な機会を捉え国、関係省庁、団体に、提言等働きかけを行っている所ですが、容易に解決するものではなく、未だ混乱の域を脱し切れておりません。小樽市立病院におかれましては、今後を見据えて地域の他の医療機関との住み分けや、連携等の課題があるやに聞いております。本日もご参集の皆様、関係各位のご支援、ご協力のもと、見事に乗り越えられ、当地域のリーダーとしての機能を継続され、地域づくりそのものに多大の役割を今後も果たされますことをご期待申し上げます。

終わりになりますが、小樽市立病院の今後益々の

ご発展、ならびに職員皆様のご活躍を祈念し、そしてお集まりの皆様の益々のご隆盛を願ってお祝いの言葉とさせていただきます。

本日は誠にありがとうございます。

小樽市医師会長 阿久津光之 様

小樽市立病院が創立90周年を迎えましたこと心よりお喜び申しあげます。小樽市の医療史を語る上で、これからも長く語り続けられるであろう事は平成26年12月に小樽市立病院が新築統合された事ではないかと思っております。市立病院の新築統合問題は平成13年に市民懇話会の提言が発表されて以来長きにわたり議会・市民・医師会を巻き込んだ論争となり、13年という長い期間を経て新築統合されました。この案件には3代に渡る医師会会長が関わっておりますが、医師会としては当初より小樽市全体の医療体制がバランスの取れた中での市立病院のあり方を主張し、考え方に相違はありましたが十二分に議論をし尽くした結果として新築統合されたものと捉えております。

硬直化した新築統合問題の中、平成21年4月に病院局長に並木昭義先生が就任され、病院全体に強い指導力を発揮し、着実に新病院の青写真を提示して行く様を見せて頂きました。平成23年8月発刊の小樽市医師会だよりでは、市立病院統合における先生の強い思いや当時の市当局と医師会に対するご意見などを拝読し、医師会にも大きな影響を与えたものと思っております。

また当時小樽市が過疎市となり、新病院の財源として過疎債が導入でき優遇される地方交付税を獲得することができた事で財政的な問題を一部解決した点などその時の追い風を受けながら、新病院建設に向けて確実に進む様は、医師会だよりに逐次報告されており、医師会会員に取りましても不安を一掃し理解度を深めていったものと思っております。

統合され4年目を迎えるわけですが、2025年に向けて地域医療構想を踏まえた新公立病院改革プラン策定の取り組みが市立病院には求められており、安定した病院経営の下で高度・先進医療等を提供する重要な役割を担うことが求められております。これからも手綱を緩めることなく小樽市立病院の基本理念や基本方針を尊び、改革が病院全体で推し進められ、どのような状況下であっても小樽市民の健康を守る大切な公的財産としての市立病院である事をお願い申しあげたいと思っております。

次に有史以来、小樽市医師会と小樽市立病院との

関係性は緊密なものがあり、特に市立病院内にあるオープン病棟との関係性がその特異性を示しております。

医療の黎明期でもある昭和30年代に当時の武見太郎日本医師会長時代に病診連携と生涯教育としての施設が必要であるとの認識にて全国的に医師会病院設立の機運が高まりました。

小樽市医師会ではオープン制病院調査委員会を立ち上げ検討された結果、市立病院内にオープン病棟を併設する事が望ましいとの結論に達し、当時の皆川忠雄医師会長・福田良平市立小樽病院長そして医師会会員でもあり医療行政に造詣の深い安達与五郎小樽市長の三者の情熱と叡知にて昭和44年本邦初の公立病院オープン病棟が開設されております。

現在ではオープン病床となりましたが、病診連携のもと市民に対しかかりつけ医としての入院医療が展開されております。

このオープン病床も今年で開設50周年を迎えることができました。オープン病棟40周年の際には日本医師会より日本医師会最高有功賞を受賞する榮譽に浴しております。

これからも小樽市医師会は小樽市立病院との連携を深め伝統あるオープン病床の維持運営に貢献できますよう努力する所存です。

最後に小樽市立病院の皆様方の益々のご活躍を祈念申しあげ祝辞とさせていただきます。

北海道後志総合振興局 保健環境部長

原田 智史 様

小樽市立病院90周年記念式典の開催にあたり、一言、お祝いを申し上げます。並木病院局長様、近藤院長様をはじめ、市立病院関係者のみなさま、この度は小樽市立病院が創立90周年を迎えられましたこと、心より、お喜び申し上げます。

皆様のこれまでのご活躍は言うまでもなく、また、ここに至るまでのご苦勞は、計り知れないものがあつたのではとご推察申し上げます。

私ども、北海道といたしましては、これまで、小樽市立病院には、精神疾患患者の緊急事案発生時の対応のほか、認知症疾患医療センター機能をはじめとして、地域がん診療病院、地域災害拠点病院など、多岐にわたる重要な役割を担っていただいているところでございます。

また、他の医療機関との連携にも積極的に取り組まれるなど、私ども北海道、とりわけ後志総合振興局といたしましても、小樽市民の方々への医療の提

供にとどまらず、広く後志管内にお住まいのみなさまにも、様々な場面におきまして、安全な医療の提供のため、ご尽力いただいておりますことに、この場をお借りして、厚く感謝申し上げます。

関係者のみなさまには、10年後の「創立100周年」に向けて、今後とも、後志管内における安全な医療の提供のために、ますます御活躍されますとともに、

本日もご参会のみなさまの、ご健勝とご多幸をお祈り申し上げ、お祝いの言葉とさせていただきます。

本日は、「創立90周年」、誠にありがとうございます。

山 蔭 道 明 様
中村記念病院理事長・病院長 中 村 博 彦 様

社会福祉法人北海道社会事業協会理事長
余市協会病院長 吉 田 秀 明 様

小樽市医師会理事（地域医療連携部担当）
潮見台内科クリニック院長 小梁川 義 則 様

お 開 き

元小樽市長 山 田 勝 磨 様

閉会の辞

小樽市立病院長 近 藤 吉 宏

祝賀会次第

日 時 平成30年11月17日（土）午後6時～
場 所 グランドパーク小樽 樹林の間

開 会

来賓祝辞

札幌医科大学医学部長
循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座教授
三 浦 哲 嗣 様

北海道大学大学院医学研究院 外科学分野
消化器外科学教室I教授 武 富 紹 信 様

衆議院議員 中 村 裕 之 様

衆議院議員 本 多 平 直 様

小樽商工会議所会頭 山 本 秀 明 様

祝 杯

東京大学医科学研究所 学術研究基盤支援室長
元札幌医科大学長 今 井 浩 三 様

祝 宴

スライド上映「小樽市立病院90年のあゆみ」
小樽市立病院理事・副院長 久 米 田 幸 弘

スピーチ

札幌医科大学医学部 麻酔科学講座教授



[来賓祝辞]

札幌医科大学医学部長
循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座教授
三浦 哲嗣 様

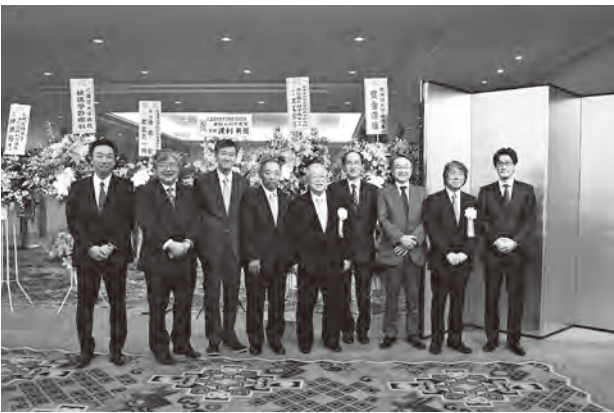


[スピーチ]

小樽市医師会理事（地域医療連携部担当）
潮見台内科クリニック院長
小梁川 義則 様



【お開き】
元小樽市長 山田 勝磨 様



【来賓の皆様を病院スタッフでお見送り】

— 編集後記 —

この度、第7巻第1号の小樽市立病院誌を発行することができました。

平成29年度版の今号は、新小樽市立病院改革プラン策定後の実績を掲載した号であり、プランの達成に向け、地域における当院の役割を再確認するとともに、職員が一丸となって経営改善に取り組んだ年でありました。また、翌年に実施する開院90周年記念事業の準備を始めた年でもあり、平成30年に実施した「小樽市立病院90周年記念関連行事」については、今号で特集しております。

構成としては、前6巻と同じ内容を引き継いでおり、投稿論文につきましても、医師をはじめコメディカルなどから15編の投稿をいただきました。

また、職員のモチベーション向上のため論文表彰を行っており、次巻へ向けて多くの論文が投稿されることを期待しております。

今号を無事刊行することができたのは、投稿論文の執筆者をはじめ、学術業績や業務報告などを寄稿していただいた、多くの関係者の御協力のお蔭とっております。御多忙な折、御協力をいただいた皆様に対し、心から感謝を申し上げます。

病院誌編集委員会

委員長 金内 優典

副委員長 越前谷 勇人

委員 有村 佳昭、深田 穰治、今井 章仁、鏡谷 武雄、
吉倉 明枝、北山 敬子、白井 博、阿部 俊男、
田中 浩樹、佐藤 耕司

事務局 保科 英司、柴田 隆一、中津 江利子

小樽市立病院誌（平成29年度版）

平成31年3月発行

発行 小樽市病院局

編集 病院誌編集委員会

（事務局）〒047-8550

小樽市若松1丁目1番1号

小樽市立病院 地域医療連携室

電話：0134-25-1211 FAX：0134-25-1600

