

# 小樽市立病院誌

第11巻 第1号



The Journal of Otaru General Hospital

Vol.11 No.1 2022

## 基本理念

小樽市立病院は、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します。

## 基本方針

1. 患者の人権を尊重し、患者中心の医療を行います。
2. 病院の運営は急性期医療を主体とし、救急・災害医療の充実に努めます。
3. 質の高い医療を実践するため、患者サービスの充実、医療安全の確保、チーム医療の推進および人材の育成に努めます。
4. 地域の医療機関や保健・福祉分野との連携を進め、地域医療を支えます。
5. 健全で自立した病院経営に努めます。

## 倫理指針

1. 患者中心の医療を目指す

# 巻 頭 言

## 小樽市立病院誌第 11 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



この度小樽市立病院誌第 11 巻が発刊されたことを誠に喜ばしく思う。

最近当院では時代の変化により重要課題が多く発生し、その取り組みに尽力している。

### 1. 2021 年の重要課題と取り組み

#### 1) 新型コロナウイルス感染症対策推進：

今回の貴重な経験を総括し、反省する。それを今後の感染の予防対策に活かし他の施設に役立ててもらうために情報を公表する。新型コロナウイルス感染症対策についての論文は、当院の病院誌に 7 編、小樽市医師会だよりに 2 編の計 9 編が掲載された。

#### 2) 病院機能評価更新審査：

受診の目的は医療機能評価を通して、患者が安心して医療を享受でき、職員が働きやすく、そして地域に信頼される病院づくりに貢献することである。審査結果は前回と比較して S 評価が増加、A 評価が減少、B 評価が増加し、C 評価はなく合格した。現在はサーベイヤールから指摘された項目の改善に取り組む。

#### 3) 地域がん診療連携拠点病院の指定：

当院がこれから地域がん診療連携拠点病院を円滑、円満に運営していくには、医療従事者のがん診療を推進する能力と実行力、病院の活力と運営力そして管理者の見識力とリーダー力などが重要である。指定病院の現在のはがん診療の円滑、円満な運営に努める。

#### 4) 敷地内薬局設置事業の企画と推進：

- ①小樽市立病院敷地内薬局設置事業は民間資金を活用して実施する。
- ②敷地内薬局は当院に土地の賃借料、当院は事業者建物内の入居の使用料を支払う。
- ③当院は敷地内薬局の運営に直接関係するだけでなく、この事業が円滑、円満に実行されるよう調整役として対応する。
- ④6 名の選考委員は 1 次審査会に参加の 5 社、2 次審査会に選出の 2 社の審査を行った。その結果アインファーマシーズが選定された。

### 2. 2022 年の重要課題と取り組み

#### 1) 医師の働き方改革の実現である。

2) 患者に安全・安心そして質の高い医療を提供するために職員定数の増加を要求する。幸運にも 40 名の定数枠が認められた。

3) 地域医療支援病院の指定を目指す。当院の医療体制、設備、機器は十分に整っており、小樽・後志地域の医療機関、住民の期待に応えられる。現在は指定条件の患者紹介率、逆紹介率の増加に努めている。

#### 4) 医療関係のデジタル化、医療情報システムの整備を推進する。

最近、取り組む重要課題が多いことから職員は多忙なため論文数が 10 編と例年より少なかったことは残念である。今回 10 名の執筆者のうち 6 名が医師であり、若手医師、研修医が 1 名と少なかった。部門は外科系診療科が 5 編と多く、看護部 2 編、病院局 1 編、検査室 1 編、事務部 1 編であった。若手職員の論文指導が必要である。

今回表彰された最優秀論文賞は本誌 10 巻に掲載した放射線室の樋渡麻実技師である。優秀論文賞は英文誌に掲載した心臓血管外科の佐藤宏医師である。二人の今後益々の活躍を願う。

これからの医療界は新しい変革の時代を迎える。そして世の中から大きな期待とともに厳しい評価と要望を受ける。この厳しい状況を乗り越えるには全職員が意欲、団結、頑張りを発揮することを大いに期待する。

# 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	「小樽市立病院敷地内薬局設置事業に関する見解と展望」 小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義	19
総 説	「内視鏡外科学会技術認定医取得までの道のり」 外科 渡邊 義人 他	27
原 著	「体腔内吻合を用いた腹腔鏡下結腸切除術の短期治療成績」 外科 小野 仁 他	33
原 著	「酵素基質培地による菌種鑑別能の評価と酵母様真菌の分離状況」 検査室 伊藤 好樹 他	39
原 著	「開心術食事支援プログラムの導入～栄養の早期自立と経営的側面に着目して～」 看護部 伊藤 大輝 他	43
症例報告	「下肢の malperfusion を伴う急性大動脈解離に対し末梢血管用ステントによる 真腔拡大が有効であった2症例」 心臓血管外科 深田 穰治 他	51
症例報告	「腎癌術後の転移性腓腫瘍に対して腹腔鏡下腓体尾部切除術を施行した一例」 外科 石川 昂弥 他	59
報 告	「コロナ災害に対する小樽市医療機関の組織的動向 第二報 ～小樽市におけるコロナ収容体制の再構築～」 外科 越前谷勇人	63
報 告	「当院における看護師育成の現状と課題」 看護部 村上 圭子	73
報 告	「全国がん登録情報を用いた当院での子宮頸がん治療動向について」 患者支援センター 庄武美加子 他	81
学術業績		
学術発表、講演、講義、その他		87
学会・研究会座長、その他		96
学術論文、雑誌掲載、その他		100
セミナー、勉強会・講習会、カンサーボード、院内発表会		104
受賞・資格取得		106
市民公開講座、健康教室		107
手術実績等		109
看護部の活動		123
業務報告		
薬剤部		137
検査室		138
放射線室		138
リハビリテーション科		139
臨床工学科		140
栄養管理科		141
内視鏡科		142
精神科医療センター		143
認知症疾患医療センター		143
患者支援センター		144
診療情報管理課		145
感染防止対策室		149
スキンケア管理室		151
緩和ケア管理室		151
院内委員会の活動報告		153
論文表彰		173
投稿規定		175
編集後記		178

## 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 巻】
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 巻】
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 巻】
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 巻】
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 巻】
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
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
		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
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】
		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
	大正 元	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
		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
		10	其他	小樽病院耳鼻科開始
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
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
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
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
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
		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
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
		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
		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
1952	昭和 27	2	医七	市立小樽療養所開所式挙行
		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
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
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
		8	医七	市立小樽高島診療所にレントゲン機導入
		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 <sup>2</sup> ）
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 <sup>2</sup> ）
		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	医セ	高気圧酸素療法開始
		12	医セ	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	医セ	麻酔科新設
		11	医セ	MRI 棟増築 (136.5m <sup>2</sup> )
1993	平成 5	3	樽病	自動再来機設置
		5	医セ	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	医セ	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	医セ	精神病棟で新看護体制 3.5 対 1 を実施
1999	平成 11	4	医セ	伝染病床 25 床を廃止し、感染症病床 2 床を設置
		6	医セ	医事業務を一部委託
		9	医セ	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	医セ	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
		5	医セ	精神科外来でデイケアを実施
		9	医セ	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	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を受け入れることを検討
		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	医セ	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
		4	医セ	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	医セ	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
		11	医セ	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
		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
		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
		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
		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
2009	平成 21	12	医セ	メタボリック症候群、肺がん・胸腹部 CT 検診開始
		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
		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		

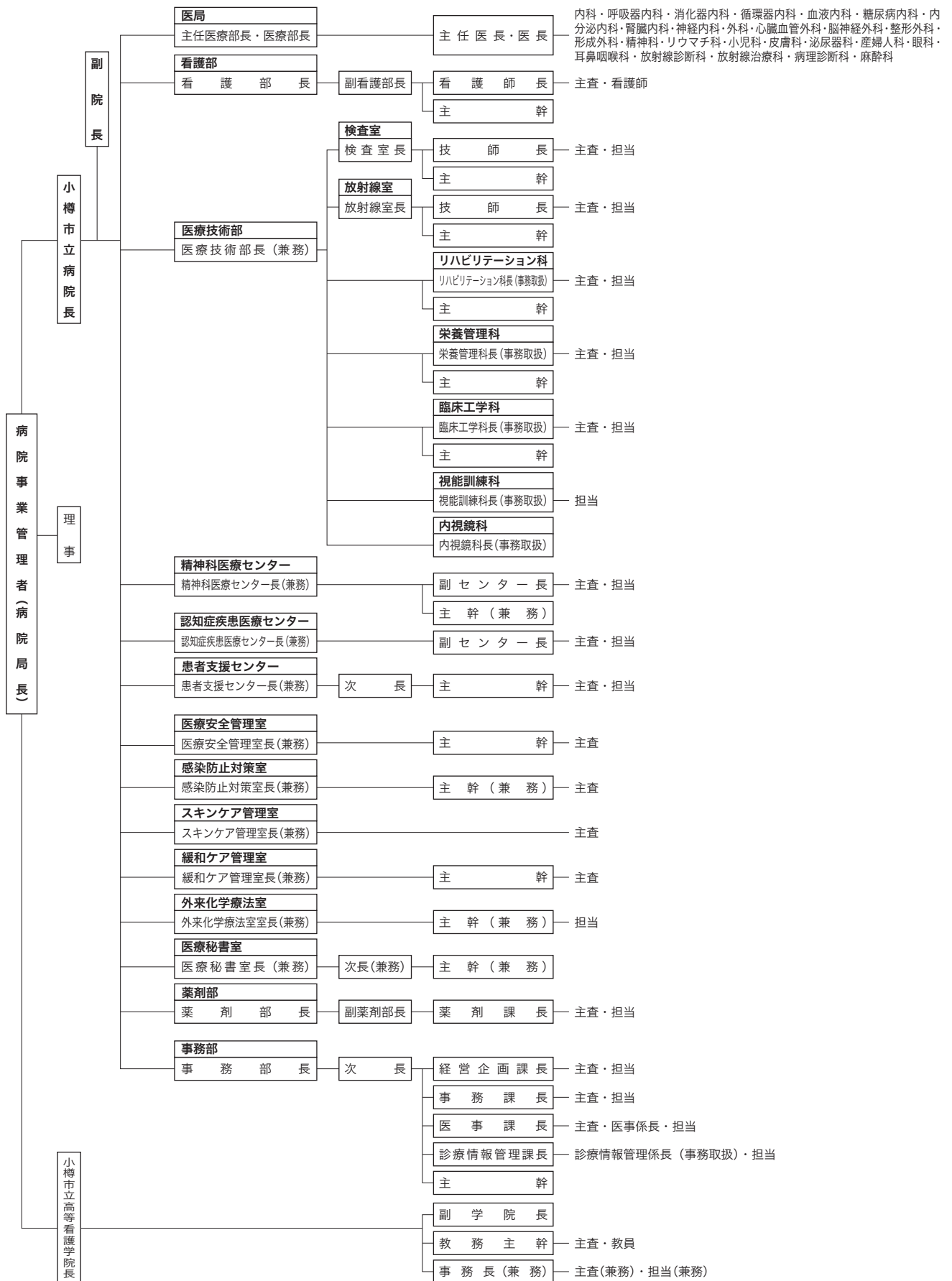
2014	平成 26	12	市立小樽病院高等看護学院は名称を「小樽市立高等看護学院」に変更
2015	平成 27	10	旧市立小樽病院跡地に 250 台分の有料駐車場オープン
		10	第 1 回病院まつり開催
2016	平成 28	7	病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG : Ver.1.1 (一般病院 2、精神科病院) 認定
		8	血液内科、糖尿病内科、内分泌内科、腎臓内科、リウマチ科開設
2017	平成 29	3	新小樽市立病院改革プラン策定
		4	地域がん診療病院指定
		4	緩和ケア管理室設置
		4	小樽市立高等看護学院 50 周年記念誌発刊
		5	小樽市立高等看護学院創立 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
2019	平成 31	1	医科歯科連携開始
		4	高気圧酸素治療装置導入
	令和元	9	健診システム導入
2020	令和 2	2	新型コロナウイルス感染症に係る対応を開始
2021	令和 3	3	地域がん診療連携拠点病院
		6	病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG : Ver.2.0 (一般病院 2、精神科病院) 認定
		8	神経内科を脳神経内科に診療科名変更

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 <sup>2</sup>
4	建築面積	7,342.61m <sup>2</sup>
5	延床面積	30,862.52m <sup>2</sup> (実床面積 30,335.01m <sup>2</sup> )
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、脳神経内科、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、女性医療センター、がん診療センター、手術医療センター
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
地域がん診療連携拠点病院
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
日本脳卒中学会認定一次脳卒中センター
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
日本臨床衛生検査技師会精度保証施設
日本臨床検査標準協議会精度保証施設
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
日本肝臓学会専門医制度特別連携施設
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
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.2.0（一般病院2、精神科病院）

## 小樽市病院局組織図（令和3年4月）



# 論 文

# 小樽市立病院敷地内薬局設置事業に関する見解と展望

並木 昭義

小樽市病院事業管理者・病院局長

## 要 旨

最近、国の規制緩和により公的機関と民間企業との共同事業が推進されている。この敷地内薬局設置事業もその一環である。現在、全国で200を超える病院に敷地内薬局が設置されている。当院は、本事業に対し積極的に取り組む方針である。小樽薬剤師会は反対の意向であるが、当院と薬剤師会の代表者で構成される代表者会議に参加し、本音で話し合った。協議内容は種々の手段を用いて通知した。今回は、小樽市立病院敷地内薬局設置事業に関する私の見解を述べ、敷地内薬局設置に伴う影響の推計調査、患者のアンケート調査、薬剤師会員のアンケート調査、そして門前薬局職員及び小樽薬剤師会員に対し実施された説明会などについてその経緯を説明する。最終的に敷地内薬局設置は、薬剤師会の要望を受け入れる条件で同意の回答が得られた。審査は公募型プロポーザル方式で実施された。5社の1次審査後に、2社による2次審査の結果、アインファーマシーズが選定された。工事は令和4年7月15日から開始され、令和5年4月25日に完成予定である。

キーワード：敷地内薬局の見解、小樽市立病院敷地内薬局の課題と対応、薬局事業の展望

## はじめに

平成26年（2014年）に統合・新築した小樽市立病院は、開院して6年が経過した頃から患者の増加に伴い職員数が増加した。特に増加した医師の職場環境の改善整備、新型コロナウイルス感染症及び地域がん診療連携拠点病院指定への対応、さらに今後、働き方改革での環境改善などが想定されており、現在の限られたスペースではこれらの対応が困難である。課題解決のため、当院の経営状況及び市の財政状況を考慮して、敷地内薬局を誘致し、事業者が建設する建物の一部を貸借し、新たなスペースとしての有効利用を検討した。なお、この新規の敷地内薬局を誘致するには、それに係る情報を収集し、知識としてしっかり学ぶ必要がある。参考資料として国、各団体の公的文書及びホームページに掲載の記事、論文等を活用した。<sup>1)～3)</sup>

この度は、市立病院敷地内薬局設置事業に関する私の見解、当院事務部の敷地内薬局設置に伴う影響の推定調査、患者のアンケート調査、薬剤師会員のアンケート調査、当院への質問の回答書、そして会員説明会の会議録などの資料が作成され、適宜当院職員及び薬剤師会員に報告された。そこでこれらの資料を基にして当院の敷地内薬局設置事業に関する見解と展望について解説する。

## 1. 敷地内薬局に対する各分野の見解<sup>4)～5)</sup>

### 1) 国・厚生労働省の見解

厚生労働省はかかりつけ薬剤師・薬局を推進することにより、患者本位の医薬分業の実現を目指している。「患者のための薬局ビジョン」ではかかりつけ薬剤師・薬局として、かかりつけ医を始めとした他職種・他機関と連携し、地域に溶け込み、地域包括ケアシステムにおいて機能することを目指している。

医薬分業において薬剤師は処方医から独立した立場で患者に薬学的管理を行う。保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則では保険薬局が保険医療機関と「一体的な構造」を取り「一体的な経営」を行うことを禁じている。その規制は2015年6月の政府の規制改革会議において患者の利便性に配慮する観点から、現行の構造上の規制を改めた。2016年3月にその規則の一部改正案が出され、保険医療機関との一体的な構造に対する解釈が変更され、10月1日から適用された。この解釈変更によって医療機関との同一敷地内に薬局を作ることが可能になった。一方、この敷地内薬局改正案を拡大解釈して不適切な対応をとる施設が新たな問題になっている。

最近、総務省は持続可能な地域医療提供制度を確保するためには、限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用すべき方針を打ち出した。そ

のためには病院間の「機能分化と連携強化」を進め、他病院への医師・看護師等の派遣、支援等の連携強化を図ることが重要である。現在、病院薬剤師不足の対応策が急務である。敷地内薬局を経営する大手調剤薬局は毎年多くの薬剤師を採用しており、この点における適正な連携、活用が注目される。

## 2) 日本薬剤師会の見解

医薬分業制度は国の方針として推進することが明確にされた。しかし規制改革実施計画に基づき一部改正保険薬局の指定に係るルール適用において、いわゆる敷地内薬局を誘致する動きが散見される。

患者の薬物療法を安全でより効果的に確保するためには、処方箋の確認と調剤は処方箋を交付する医療機関から独立した薬局において実施されなければならない。保険薬局の指定に当たっては、医薬分業制度の円滑な推進が確保されること、留意事項通知が厳格に適用されることを引き続き強く求めていく必要がある。かかりつけ薬剤師・薬局は地域包括ケアシステムの中で地域住民の相談役としての役割を担う。患者の医療安全確保のために、薬局薬剤師と病院薬剤師の連携を一層推進すべきである。

## 3) 北海道薬剤師会の見解

厚労省が平成27年に策定した患者のための薬局ビジョンでは、服薬の一元的・継続的な把握やそれに基づく薬理学的管理・指導などをかかりつけ薬局・薬剤師が持つべき機能であると定義した。門前からかかりつけ、そして地域へというキャッチフレーズとともに面分業の推進が打ち出されている。本会ではこれらの方針に沿って、地域への展開を目指すのが医薬分業の本質と捉え、かかりつけ薬局・薬剤師の推進や健康サポート機能の強化に取り組んでいる。しかしながら、道内では、その趣旨に反した敷地内薬局の誘致が散見されることは大変遺憾である。敷地内薬局の大きな問題点は、医療機関と薬局が大家と店子という関係が必然的に生じるため、薬局が医療機関から独立する大前提に大きな疑問符がつくことである。

## 4) 小樽薬剤師会の見解

当会では敷地内薬局の問題点について、これまで熱心に議論してきた。

最近も当会に対して、会営の薬局を作る意思があるか打診があったが、当会理事会で検討しお断りした。その理由として敷地内薬局は日本薬剤師会と北海道薬剤師会が反対の姿勢を崩していないこと、3~4階建ての施設

を建築する資金を有していないこと、会員の皆様に将来何らかの不都合、負担を掛ける可能性があるからである。

全国的に敷地内薬局を設置したり、その設置を検討したりする病院が多くなっているが、地元の薬剤師会に十分な相談することなく建設を進める事例が多いようである。この点、小樽市立病院は、地元の薬剤師会や市内の保険薬局に一定の理解を頂くために、当会と数回にわたり協議を繰り返した。その結果、会員に対して「小樽市立病院敷地内薬局設置の経緯と理由」の説明会を開催に漕ぎ着けた。

## 5) 小樽市病院事業管理者・病院局長の見解

我々医療従事者にとって大切なことは、それぞれの職種に求められる立場、役割をよく理解すること、これまでの慣例や利権に固執するのではなく、柔軟な考え方や態度で時代のニーズに即応することである。

厚労省は、かかりつけ薬剤師・薬局を推進することにより、患者本位の医薬分業の実現を目指している。この医薬分業では医師、薬剤師がそれぞれの専門分野で知識、技術、人間力を修得すること、お互いに専門職として信頼、尊敬し合うこと、連携を形成して協働作業をすることが何より肝要である。

これからの薬剤師は、地域薬局、門前薬局、敷地内薬局、病院薬局の4タイプの薬局で働くことになる。i) 地域薬局では、地域のかかりつけ、包括ケアシステムの仕事を薬剤師が担う。そして住民にとって安心、信頼できる身近な薬剤師となる。ii) 門前薬局では、質の高い薬剤師業務を実践する。薬剤師は質の高い知識・技術、患者サービス、医療連携を修得する。iii) 敷地内薬局では、専門分野の知識、技術を修得する。人格的に優れた薬剤師を育成する。他施設、地域と円滑、円満に活躍、連携する薬剤師を育てる。薬剤師の不足する施設、地域への薬剤師協力支援が期待される。iv) 病院薬局では高度な専門的知識、技術及び人間力を修得する。臨床能力に優れ、リサーチマインドをもち薬学分野のリーダーになる薬剤師の教育、育成に力を入れる。要は医学、医療界の指導的立場と役割を果たす優秀な医師と薬剤師によって真の医薬分業が成し遂げられる。

## 2. 敷地内薬局設置に関する小樽市立病院と薬剤師会の活動状況

### 1) 小樽市立病院と薬剤師会の協議成立までの経緯

(1) 令和3年2月22日、市・病院局代表者会議開催。  
メンバーは迫市長、小山副市長、並木病院局長、信野病院長、佐々木事務部長である。市立病院敷地内薬局設置企画が了承される。



- (2) 令和3年5月25日、市立病院・薬剤師会代表者会議設立。メンバーは桂会長、伊藤副会長、並木病院局長、佐々木事務部長である。会議は月1回定期的に開催。
- (3) 6月2日、当院より門前薬局に対する「敷地内薬局設置の検討状況の説明会」の開催。
- (4) 6月17日、当院より「敷地内薬局設置に伴う影響の推計調査」の実施。
- (5) 7月20日、当院職員及び薬剤師会員に対する「小樽市立病院敷地内薬局設置事業に関する見解」の病院局長メッセージの発表。
- (6) 8月4日～10日、薬剤師会より会員に対して「小樽市立病院における敷地内薬局の設置計画に関するアンケート調査」の実施。
- (7) 8月10日～24日、当院より院外処方患者に対して「敷地内薬局設置に関するアンケート調査」の実施。
- (8) 9月14日、当院と薬剤師会共催による「薬剤師会員に対する敷地内薬局設置に関する説明会」の開催。
- (9) 10月19日、薬剤師会から敷地内薬局設置に関する要望書の提出。その主旨は「薬剤師会の要望が満たされるのであれば、前向きに検討する」であった。後日、当方から回答を送付。
- (10) 11月2日、薬剤師会としての結論の提示。その主旨は「上部団体等の意向もあり賛成は仕兼ねるが、病院の状況は理解するとともに、医療の質の向上や利便性など小樽市民のことを第一に考えて対応すると同意する」であった。
- (11) 12月14日、市議会の厚生常任委員会で本件の要旨を説明し了解される。

## 2) 講演、説明会、調査活動の具体的内容

### (1) 病院局長の見解<sup>6)</sup>

最近2年間に道内外の大手調剤薬局7社から直接訪問を受け、当院での敷地内薬局設置に関する強い要望があった。現在、我国では200を超える病院の敷地内薬局の設置が報告されており、その関心度は高いものがある。当院は自治体病院であることから慎重かつ公正に、そして誤解の生じないように対応することが必須である。特に市の薬剤師会、調剤薬局、本庁そして市議会には的確な情報提供、知識共有、そして現状を基に事業の展望を話し合った。その中で当院の見解や展望の意図を明確に伝えた。

#### [1] 当院の現状と展望

- ①当院では医師数の増加により医局が手狭になり、生活環境に不都合がみられており、その対応が急務である。

- ②業務過多に伴い医療従事者の執務室、会議室、そして休憩室等の増設が必要である。
- ③時代の変遷とともに、現在の病院における事務事業の充実、事務部の新たな役割が重要である。
- ④現在の事務部は、新しく第2医局に改築されるので、新建築物内に移転する。
- ⑤新建築物は3から4階建を想定して病院正面の左側の敷地内に建設する。
- ⑥地下から1階は調剤薬局として使用され、その経営方針は事業者の独自性、要望を尊重する。
- ⑦2階、3階は当院の入居スペースである。
  - i) 事務業務の効率的、作業のためICT機器を十分に活用する。
  - ii) 新しい事業として、医療情報通信、地域連携、予防医学・健康管理の推進部門を設ける。
  - iii) 各種の会議、研修、講演等が実施できる多目的会議室を設置する。
  - iv) 会議室は薬剤師会並びに院外の調剤薬局にも開放し、薬剤師の実力、実績の向上に活用する。
- ⑧事務部に病院事業管理運営部門を設置し、病院全体の事業の管理運営の重要な責務を果す。
  - i) 院内だけでなく院外での活動を積極的に取り組む。
  - ii) 当地域の基幹病院として地域医療支援病院の役割を果たす。
  - iii) これから当院に求められる重要な事業（働き方改革、人材育成、地域医療等）に力を尽す。
- ⑨地域がん診療連携拠点病院の活動の一環として、当院は地域連携に関わり、医師、看護師、薬剤師らによるチーム医療に携わる。

#### [2] 当院敷地内薬局の特徴と展望

- ①小樽市立病院敷地内薬局設置事業は民間資金を活用して実施する。選定された調剤薬局はその建築物の建設、及び運営に関する必要な費用を負担する。
- ②敷地内薬局は当院に土地の賃借料を、一方、当院は事業者建物内に入居使用料を支払う。
- ③今回の建築費用が民間資金の活用で賄えることは、病院の経営及び市の財政にとって有益であり、かつ建設工事等により市内経済に好ましい影響をもたらす。
- ④当院は敷地内薬局の運営に直接関係せず、この事業が円滑、円満に実行されるべく調整役として対応する。
- ⑤この事業の成功、発展のために敷地内薬局の本社から当院へ寄付支援が提示される。
- ⑥敷地内薬局は6箇所の門前薬局全てが道路反対側にあり、当院外来者にとっては、近接しており便

利である。

- ⑦敷地内薬局は院外調剤薬局より薬剤基本料が安く、支払う自己負担額に反映される。
- ⑧敷地内薬局は当院に近接しているので、情報提供、教育等の便宜が得られ易い。
- ⑨敷地内薬局と院外調剤薬局における適度な緊張感と切磋琢磨により、薬局のサービス、薬剤師の質の向上が期待できる。

以上、敷地内薬局設置事業の件に関しては当院の理事会、経営戦略会議さらに経営運営会議において説明し、了承を得た。従ってこの件は当院がこれから新時代を迎えるにあたり重要であり、病院の方針として真摯に取り組むことにする。また薬剤師会、会員に対して、これらの見解を提示し、理解と協力、支援を得ることが大切である。

## (2) 敷地内薬局設置に伴う影響の推計調査（当院事務部実施）

### [1] 方法

- ① 76 病院を対象。
- ② 当院の令和元年度の処方箋枚数は 116,384 枚、そのうち 6 門前薬局が 70,100 枚 60%、70 の市内薬局が 45,900 枚 40% を活用。
- ③ 当院に敷地内薬局が設置された際の処方箋枚数の減少を他施設からの既報告を参考に 3 割と見積もり、それをベースに推計した。

### [2] 結果

- ① 当院発行の処方箋を応需している薬局数は月に 470 枚以上；6 門前薬局、市内薬局で 101 枚以上；11 薬局、61～100 枚；13 薬局、21～61 枚；31 薬局、20 枚以下；15 薬局。
- ② 3 割処方箋減少の影響を受けるのは月に 61 枚以上、1 日に 3 枚以上応需している 30 薬局。
- ③ 影響を受ける薬局の処方箋減少枚数は 6 門前薬局で 1 日平均 14 枚減少、市内薬局で 1 日 3 枚減少 2 薬局、2 枚減少 9 薬局、1 枚減少 13 薬局、影響を受けない 46 薬局。
- ④ 敷地内薬局設置の影響を大きく受けるのは門前薬局であり、他の市内薬局は軽微の影響を受けることが推計された。

## (3) 敷地内薬局設置に関する患者アンケート調査（当院事務部実施）

### [1] 方法

- ① 対象者数 500 名（当院で院外処方を受けている患者を無作為に抽出）。
- ② 郵送により調査、回答者数 331 名 66.2%。
- ③ 当院で院外処方とされた患者の属性と利用してい

る調剤薬局、その薬局を利用している理由、そして敷地内薬局が出来た際の利用意向等を把握し、敷地内薬局設置に伴う患者動向の変化を探った。

### [2] 結果

- ① 当院を受診の際どちらの調剤薬局で処方してもらうか；当院周辺 59%、自宅の近く 17%、別にかかっている医療機関の近く 11%。
  - ② 調剤薬局を選んでいる理由；当院から近い 34%、自宅に近い 13%、かかりつけ薬局だから 12%。
  - ③ 当院の処方箋 FAX コーナーを利用しているか；利用している 63%、していない 34%、無回答 3%。
  - ④ 病院に敷地内薬局が出来た場合；利用したい 45%、利用しない 42%、まだわからない 11% であった。現在門前薬局利用者の 63% が利用したい、一方自宅近くにある薬局の利用者の 70%、市内中心部にある薬局の利用者の 69% が利用しないとそれぞれ回答。現在利用している薬局によって患者の利用意向は大きく異なっていた。
  - ⑤ 利用したいを選んだ理由；病院から近くなる 83%、新しい薬局を利用してみたい 5%。
  - ⑥ 利用しないを選んだ理由；かかりつけ薬局がある 22%、利用している薬局が立ち寄り易い 17%、利用している薬局が自宅に近い 16%、敷地内薬局は混雑しそうである 14% であった。
  - ⑦ 自由記載より、かかりつけ薬局を持っている患者はかかりつけ薬局の重要性を認識している。
- ## (4) 小樽市立病院敷地内薬局の設置計画に関するアンケート調査（薬剤師会実施）

### [1] 方法

- ① 対象；薬局数 88 薬局（小樽市 74、余市町 14）  
60 薬局回答 68%。

### [2] 結果

- ① 小樽市立病院の敷地内薬局をどう思うか；反対 42%、特に問題なし 37%、条件付き賛成 13%、回答できない 8%。
  - ② どのような条件なら可能か；FAX コーナーの維持 5 件、会営薬局なら良い 2 件、現在の門前薬局への配慮 1 件。
  - ③ 反対理由；かかりつけ薬局・薬剤師との面分業に反する 13 件、敷地内薬局を設置する理由不明 10 件、処方箋減少 9 件であった。
- ## (5) 門前薬局に対する敷地内薬局設置の検討状況の説明会（当院事務部実施）

- [1] 参加人数、6 門前薬局 20 名。

[2] 結果：公募に関する質問、FAX コーナーの存続を懸念する意見があった。

(6) 小樽薬剤師会員に対する敷地内薬局設置の説明会（当院・薬剤師会共催）

[1] 参加人数 43 名。

[2] 桂会長挨拶：小樽薬剤師会としては、今、敷地内薬局設置反対という立場にある。並木病院局長は薬剤師会員に一定の理解を得たいと言われて、当院と何度かその話を繰り返した。門前薬局に対する説明会は既に終えており、その際には特に大きな反対の意見もなかった。是非皆さんのご意見、ご要望を頂きたい。本会としては薬剤師・薬局を守ることが必要であるが、小樽市民の健康を守ることが、もう一つ、重要なファクターである。その点では市立病院も薬剤師会も一致した考えである。患者様のサービス、患者様の健康を守るということを前提に置いた論議をお願いする。

[3] 並木病院局長挨拶：最近、我が国では、敷地内薬局設置の関心度は高いものがある。

当院は、道内外の大手の調剤薬局から、開設の要望が来ている。当院が自治体病院であることから慎重かつ公正に、そして誤解を生じないように対応するように心掛けている。特に薬剤師会との話し合いを重要視している。本会では会員の方々に客観的かつ的確に理解してもらうために必要な資料を配布する。

これから始まる説明会を通して、会員の皆さんが当院の実情を理解し納得して頂けることを期待する。

[4] 門前薬局の意見：① S 薬局； i) 患者さんの利便性を考えれば有意義である。 ii) 民間のお金ありきで建てる考え方に個人的に反対である。 iii) 選定する際に地域の薬局との繋がりとか患者のことを第一に考えるところを優先する。② N 薬局；選定には地域医療の貢献度を重視する。③ W 薬局；敷地内薬局建設には病院と門前薬局との患者の交流に支障のないようにする。④ なお前回同様に経営面での問題を懸念する意見はなかった。

[5] その他の市内薬局； i) 市中に出る処方箋が少なくなることに困惑する。 ii) 敷地内薬局設置の理由が不十分である。

### 3. 敷地内薬局建設の実現に向けての活動

#### 1) 建設のスケジュール

(1) 令和 3 年 12 月 20 日；プロポーザル実施公告、(2) 令和 4 年 1 月 14 日；参加表明書提出期限、(3) 2

月 9 日；書類審査通知、(4) 2 月 19 日；1 次審査会、(5) 3 月 12 日；2 次審査会、(6) 3 月 18 日；結果通知、(7) 7 月 15 日；工事着工、(8) 令和 5 年 4 月 25 日完工予定である。

#### 2) 設置事業者選定の審査

(1) 審査は並木病院局長、有村病院長、信野特任理事、白井薬剤部長、佐々木事務部長、山岸市建設部次長の選考委員 6 名と敷地内薬局 1 社 4 名の代表者、合計 10 名で実施する。

##### (2) 1 次審査会

[1] 審査要項：①審査時間は 40 分で、発表 20 分、質疑応答 20 分、②プロポーザルの評価項目、配点、評価内容を予め具体的に明示、③◎印は薬剤師会からの要望事項を提示、④評価項目は評価内容の発表と各質問事項に関する回答内容を総合的に判断して採点、⑤ 1 次審査の結果から 2 次審査において交渉権者を選定する。

##### [2] 評価項目、配点、評価内容の実例

①基本姿勢（10 点）； i) 事業者の基本理念と活動方針、 ii) 当院の敷地内薬局設置事業に参入した理由、 iii) 今後の当院に期待すること、 iv) 今後の医薬業界の動向の見解。

②実施体制（20 点）； i) 事業者の保険薬局運営に関する実績、 ii) 事業者の経営方針、 iii) 薬局の責任者、薬剤師、一般職員等の人員体制、 iv) 職員の教育と人材育成体制、 v) 薬局の営業日、営業時間、◎vi) 夜間休日等の時間外対応・問い合わせへの対応。

③建設・運営（15 点）； i) 建物の外観、内部構造等の特徴、 ii) 建設計画、スケジュール、 iii) 工事期間中の患者への安全対策、騒音対策、 iv) 事業の収支計画。

④サービス提供体制（15 点）； i) 薬局スペースの特徴、 ii) 「専門医療機関連携薬局」を目指す計画の有無、 iii) 専門・認定薬剤師資格を有する薬剤師の配置、 iv) 在宅患者への薬学的管理及び服薬指導の可否、 v) 混雑緩和や待ち時間短縮に対する工夫、◎vi) 無菌調剤処理の対応。

⑤医療機関及び他の保険薬局との連携（20 点）； i) 処方内容の提案、副作用のフィードバック、疑義照会など医療機関との連携、 ii) 患者の服薬指導や残薬管理、医療機関、健診・保健指導との連携、 iii) 当院が今後進める予定の在宅医療への協力・連携、 iv) 当院及び小樽市が進める事業への協力・連携、◎v) クリーンルーム、クリーン



ベンチの設置と地域の薬局との共同利用。

- ⑥地域医療への貢献 (15点) ; i) 市内におけるこれまでの実績、ii) 地元薬剤師会への加入状況、iii) 敷地内薬局における地元薬剤師会への加入方針、◎iv) 地域の薬局から薬剤在庫の確認や提供依頼があった場合の対応、v) 当院や薬剤師会等と連携した研修や講演会の開催、◎vi) 地域の医療・介護・福祉関係者との連携の取組、vii) 地域医療の向上に資する提案。
- ⑦市内経済への貢献 (10点) ; i) 市内におけるこれまでの調剤薬局の実績、ii) 敷地内薬局建設の際の地元発注割合、iii) 職員の本市居住への対応、iv) 職員の地元採用や地元定着のための取組、v) 市内経済に対する提案。
- ⑧災害時の対応 (15点) ; i) 災害時等に備えた設備、ii) 災害時等に営業可能な備蓄又は流通の確保、iii) 災害時の当院への協力、◎iv) 災害時の地域医療への協力、v) 災害時の敷地内薬局への会社のバックアップ体制。
- ⑨運用に支障きたす機能に対する代替案 (10点) ; i) 来院者用通路の代替案、ii) 身体障害者用駐車場の代替案、iii) 身体障害者用スロープの代替案。
- ⑩当院借入スペースの提案 (20点) ; i) 事務スペースに関する提案、ii) 会議スペースに関する提案、iii) その他当院借入スペースに関する有益な提案。
- ⑪土地賃借料及び当院借入スペースの提案 (15点) ; i) 「土地賃借料－当院の賃貸料」に関する知識と実績、ii) その他有益な提案。
- ⑫自由提案 (20点) ; 当院の運営に資する有益で、かつ具体的な提案。
- ⑬実現性・信頼性等 (15点) ; i) プロポーザルでの態度や意欲、ii) 提案内容の信頼性や実現性、iii) 質疑応答での適切な対応。

### (3) 2次審査会

- [1] 審査要項 : ①審査時間は50分で、発表10分、質疑応答40分、②1次審査を通過した2社の2次審査は予め提示した4項目の見解について実施、③その評価事項は発表と各質問事項の回答内容を総合的に判断して採点、④設置事業者は6名の委員の1次、2次の総合点数の順位で選定する。
- [2] 4項目の見解、配点、評価事項の実例
  - ①小樽市立病院敷地内薬局設置事業に対する見解 (10点) ; i) 参加の目的、ii) 参加者の体制(責任者、他メンバーの役職と担当)、iii) 当院及

び小樽薬剤師会の情報収集と評価内容、iv) 市内の調剤薬局との共存・共栄、v) 貴社本部の企画運営方針。

- ②敷地内薬局設置事業実施に対する見解 (15点) ; i) 設計及び建設会社の選定、ii) 建築物の使用上及び構造上の特徴、アピールポイント、iii) 建築物本体及び付属建造物の配置場所と周囲との調和で特に考慮した点、iv) 工事の詳細な工程表及び工程実現。
- ③建築物の管理運営及び経済的対応に関する見解 (15点) ; i) 建築物の賃借料金の算定根拠及び寄付金額の算出理由、ii) 寄付金の使用に関する条件、要望、iii) 賃借料及び寄付金の貴社提示の年限の供与に対する保証。
- ④建築物の円滑、円満な管理・運営及び確実な経済的対応についての見解 (10点) ; i) 管理・運営に関する貴社の方針及び体制、ii) 危機管理対応、iii) 社員教育の実際、iv) 本日参加された代表者達の発表、疑義応答時の内容、態度。

### (4) 審査結果

- [1] 評価点数 : ①1次審査では点数配分1,200点、各選考委員の配点200点、選考委員6名の合計点数で評価、②2次審査では点数配分300点、各選考委員の配点50点、選考委員6名の合計点数で評価、③総合点数は点数配分1,500点、選考委員6名の1次と2次の合計点数で評価する。
- [2] その結果①1次審査会で2社が選定された。②2次審査会において、総合点数はアインファーマシーズが1,175点、なの花北海道が1,170点であった。従って③選考委員会においてアインファーマシーズを優先交渉権者、なの花北海道を次順位者に決定した。

### (5) 審査総括

- [1] 1次、2次審査会は選考委員各個人の公正、厳格、適切な対応と選考委員会、事務部の協力、支援体制により円滑、円満に実施され、適正な成果を上げた。
- [2] 審査を受けた調剤薬局は熱心に、誠実に、真剣に発表、回答をしており立派であった。
- [3] 敷地内薬局開設の歴史が浅く、各調剤薬局の対応の質量に差異がみられた。
- [4] 評価するに当たって3つの要点を重視した。①敷地内薬局に対する経験と実績、②社会及び医療界の状況の変化に迅速、確実に対応、③当院及び薬剤師会の方針、要望を正確に把握して、積極的に行動する。それらのことを総合的に判断した。

[5] 当院の敷地内薬局は道内の300床以上の自治体病院で最初に設置・実施されるので、その活躍、成果が目される。従って当院としてもその期待に応えるために最大限力を尽す覚悟である。

### 3) 設置事業者決定後の活動

#### (1) 株式会社インファーマシーズの紹介

[1] 会社体制：①本社札幌市、②全国の総従業員数11,145名、総店舗数826薬局、敷地内薬局数68薬局、薬剤師数5,032名、③道内の店舗数108薬局、敷地内薬局数14薬局、薬剤師数537名、④小樽市内の敷地内薬局に派遣予定者数は薬剤師13名、一般職員11名である。

[2] 活動方針：①小樽市立病院の敷地内薬局として在宅医療や地域医療機関との連携を行う「地域連携薬局」及び、がん治療に関する専門性を持ち小樽市立病院と連携を行う「専門医療機関連携薬局」の両認定を道内で初めて取得する。②認定薬剤師を含む幅広い専門性を持ち、地域より選ばれる薬局・薬剤師になるためには教育・人材育成が最重要であると考えて実行する。③後志も含めた地域連携の重要拠点であり、地域がん診療連携拠点病院の指定を受け、地域医療支援病院の指定を目指す小樽市立病院とともに地域医療の拠点となる敷地内薬局を作り上げていくことに尽力する。

#### (2) 当院の敷地内薬局設置・運営事業の実情

[1] 運営規約：①運営事業者：株式会社インファーマシーズ、②事業用定期借地権設定契約締結日：令和4年6月29日、③借地権の契約期間：令和4年7月1日～令和25年3月31日。

[2] 建設工事：①建設施工業者：阿部・西條共同企業体、②建物の工事期間：令和4年7月15日～令和5年4月25日（予定）、③建物の名称：イン薬局、病院業務管理センター、④延べ床面積：1,056.8m<sup>2</sup>（319.68坪）。⑤建設により支障をきたす機能の代替：身体障害者用駐車場は南小樽駅側の駐車場移設、屋根付きの駐車場が8台に拡大、車いす用スロープを廃止し、エレベーターを設置する。

[3] 建物の構造・規模：①鉄骨造り、地上3階・地下1階の4階建てにして、地下・1階を薬局、2階・3階を病院が使用する。②敷地内薬局の状況：1階投薬席7席、個室投薬カウンター3席、待合スペース40席、地下1階薬局職員の休憩室、備品庫、クリーンルームを設置、※クリーンルームは、他の保険薬局との共同利用可である。③当院

借入スペースの設備等；2階には大会議室50名程度収容、小会議室、Web用会議室1人用2室、2人用1室、医療情報センター、3階には事務室、管理室、各種センターを設置する。

#### (3) 敷地内薬局地域連携懇談会設立

令和4年8月現在、当院では敷地内薬局の建設に向けて、事業者と詳細な協議を進めている。今後は地元の保険薬局、敷地内薬局そして当院の連携が重要になっていく。従って小樽薬剤師会、調剤薬局のイン薬局、そして当院から10名程度の代表者を選出し「敷地内薬局地域連携懇談会」を設立する。なお、第1回の立ち上げ懇談会は令和4年6月23日に開催された。

#### おわりに

当院の敷地内薬局設置にはいくつかの課題がある。それらはポジティブな発想と行動により解決するものと確信する。

最近の患者の多くはかかりつけ薬局、薬剤師の存在意義と役割について関心を寄せている。適切な情報提供と啓発活動が必要である。国の方針としても、患者本位のかかりつけ薬局、薬剤師としての活動を推進している。

これからの医療は患者、市民からの厳しい評価を受け、選ばれる時代になる。調剤薬局の運営も同様である。病院薬局、敷地内薬局、門前薬局、地域薬局などはそれぞれ立場、役割をしっかりと認識し、切磋琢磨して薬学的管理の知識、技術、医療サービス、そして社会貢献に励むことが重要である。最近、国の規制緩和により公的機関と民間企業との共同事業が推進される。この敷地内薬局設置事業もその一環であり、目先の損得に固執するのではなく、時代のニーズに適応する中長期的展望に立って薬局、薬剤師本来の仕事を推し進めていくことが大切である。当院敷地内薬局の円滑、円満な活動と発展を大いに期待する。

#### 参考資料・文献

- 1) 規制緩和で「医薬接近」？薬局の病院敷地内開設が解禁—「かかりつけ」推進との矛盾：  
Answers News：https://answers.ten-navi.com/pharmanews/7533/：2016年9月14日参照
- 2) 敷地内薬局とは？：ファーマシスタ：https://pharmacist.jp/contents/skillup/director/pharma.law.info/medical-insurance-system/4545/：2020年11月28日参照
- 3) 敷地内薬局の不安とメリット・デメリットとは？：転職カモ：https://shift.co.jp/tenshokukamo/yaku-



zaishi/column.yakuzaishi/on-site.htm : 2023 年 7 月 13 日参照

- 4) 病院の敷地内に薬局が続々とできている理由：日経メディカル：<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/men/pub/report/201711/553668.html?pr=1> : 2021 年 3 月 1 日参照
- 5) 敷地内薬局に対する見解：ぼうそう医薬情報室：<https://yakujoho.com/2018/11/12/pharmacy/> : 2021 年 5 月 24 日参照
- 6) 並木昭義. 小樽市立病院の最近の重要課題と取り組み. 小樽市医師会だより : 第 100 号 : 17-20, 2022

# 内視鏡外科学会技術認定医取得までの道のり

渡邊 義人・小野 仁・葛西 弘規・石川 昂弥・越前谷 勇人

小樽市立病院 外科

## 要 旨

日本内視鏡外科学会技術認定医制度は安全な内視鏡手術を行う目的で制定された。内視鏡外科技術認定医の取得は内視鏡外科を行う外科医にとって目標とすべきものであるが、取得難易度は高く努力を要する。技術認定医を取得することで安全かつ後進の指導者たる技術を持つと認定される。今回技術認定医の取得にあたって、その制度の意義や問題点につき考察した。取得することが目的ではなく、今後のさらなる安全な手術を行うことと後進の指導を正しく行うことが本来の目的になるため、引き続き精進しなければならない。

キーワード：「内視鏡外科学会技術認定医」「日本内視鏡外科学会技術認定医制度」「大腸」

## はじめに

近年の消化器外科手術において内視鏡外科手術はその主流と言っても過言ではなく様々な疾患に対し内視鏡手術が行われている。日本国内では2019年には29万例以上の手術が行われ年々増加傾向にある<sup>1)</sup>。内視鏡手術の黎明期においてはその技術的な安全性が不安視されていたが現在は日本内視鏡外科学会が制定する内視鏡外科技術認定医制度によりその安全性が担保されていると言ってもよい。内視鏡外科手術を行う外科医にとっては内視鏡外科技術認定医（以下技術認定医）の取得は大きな目標となっている。大きな目標というのはその取得が他の資格試験と比較し狭き門であることその他ならない。今回筆者の技術認定医取得に際し内視鏡外科技術認定医制度の概要と、取得にあたり見えてきたいくつかの問題点や今後の課題について解説したい。

## 内視鏡外科技術認定制度の背景

日本内視鏡外科学会が制定する内視鏡外科技術認定医制度は外科医の手術技量を評価し学会レベルで認定しようという世界にも類を見ない試みである。このような制度が制定された背景には本邦で1990年代初頭から始まった内視鏡外科手術が急速に普及し、それとともに社会的な問題に直面することになったからである。開始当時胆嚢摘出術に行われていた内視鏡外科手術は同時期に欧米から報告された胃切除術、大腸切除術などの高難度手術に対しても施設ごとに徐々に採用されるようになってきた。その際もその安全性に疑問符がつくこともあつ

たところで内視鏡外科手術に伴う死亡例、重大合併症例がマスメディアに取り上げられるようになってきた。マスメディアの批判的な論調と、国民の不信感からいわゆる医療崩壊と言われた時期のことで、追い討ちをかけるように2002年の慈恵医大青戸病院事件が起きた。担当医が刑事責任を問われる事態となりその後数年に渡り増加傾向であった手術症例数に停滞が起きた。マスメディアの批判的論調により手術の適応を躊躇せざるを得なかったこと、患者側が手術を望まなくなったことが理由としてあげられる。このような事態にあたり日本内視鏡外科学会が法的非難を浴びる可能性の軽減、内視鏡外科の健全な発展を目的とした技術認定制度委員会を制定したのは2001年のことである。前事件が起きる前よりこのような制度が企図されていたのは先見の明と言えるが、事件をきっかけに議論が加速し2003年婦人科領域で、2004年に消化器・一般外科、泌尿器科領域で第一回の認定業務が行われるに至った<sup>2)</sup>。

## 技術認定医の審査基準

技術認定医の審査においては外科学会専門医取得、並びに2年間の内視鏡外科の修練（日本内視鏡外科学会会員歴）を要する。消化器・一般外科領域の申請は胆摘術、ヘルニア手術などの低難度手術と食道手術、悪性腫瘍に対する胃切除、S状結腸切除術の高難度手術に分けられ低難度手術では50例、高難度手術では20例以上の手術経験が要求される。他の要件としてはセミナーの参加、業績（全国学会での口演、論文）がありそれぞれの基準を満たす必要がある。そしてこの制度の根幹である

症例ビデオの提出が必要となる。筆者が初めて申請した当初、高難度手術は1例の提出であったが2018-2019年度において3例の提出が必要となった。3例提出のうち1例をランダムに選択し審査を行うこととなっていたが、2020年度より1例の提出に再度変更された。原則非公開の審査員2名による匿名のビデオ審査が行われ、合否が分かれた場合にはさらに第三者による判断が行われる。最も重要視されるのはビデオ審査であるが審査にあたっては共通基準と臓器基準が設けられている。共通基準は内視鏡外科手術の基本的な操作が評価されるもので手術の進行、術野の展開、手術手技、縫合結紮の4カテゴリーに分けられそれぞれに細分化された項目ごとに採点が行われ60点満点として点数が出される。臓器基準はそれぞれの申請臓器ごとに決められた術式を行い、手術を行う上でのポイントごとに点数が設定され40点満点として点数が出される。両者合計で70点以上が合格とされている。書類審査ののちにビデオ審査が行われ合否が決定されることになる。

### 技術認定医の合格率

技術認定医審査が始まった2004年からの合格率は当初30-40%の間で推移していたが申請者数の増加とともに減少傾向となり近年では20-30%の間で推移しており他の資格試験と比較し難関と言ってよいだろう(図1)。難関であるために申請回数が複数回となることも多いが、回数が増えるごとに合格率が低下する傾向にある(表1)。また申請時の年齢についても40歳代をピークとして年齢が増すごとに合格率は低下している<sup>2)</sup>。

### 内視鏡外科秘術認定制度の目的

日本内視鏡外科学会が制定する技術認定医制度の目的は安全な内視鏡外科手術の普及にある。その規則には“内視鏡手術に携わる医師の技術を高い基準にしたがっ

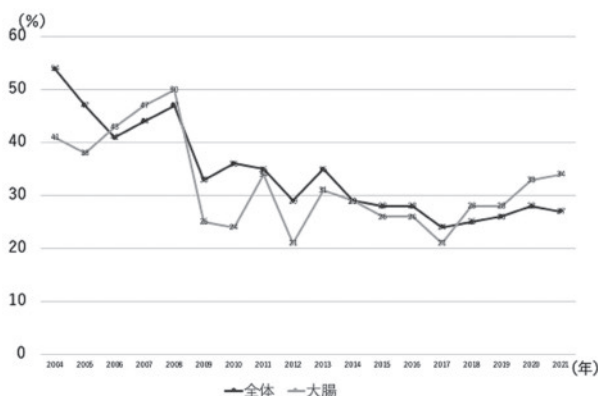


図1 内視鏡外科技術認定医合格率の推移

日本内視鏡外科学会ホームページ (<https://www.jses.or.jp>) より改変

て評価し、後進を指導するに足る所定の基準を満たした者を認定するもの”とある。つまり高い技能を競う制度ではなく、安全かつ後進の指導という面に重点が置かれた制度である。

後進を指導するに足る、ということはどのような手技を行えばよいか。それは安全で確実な手技を行なっていること、癌の手術にふさわしい手技を行なっていること、定型化された手技を行なっていることが満たされた手技を行う必要がある。これらを満たす外科医による安全な手術が行われ、かつ今後の内視鏡外科がさらに発展していくことが期待される。

### 今回の技術認定医申請までの道のり

筆者の消化器癌に対する内視鏡外科手術は2007年に胃癌に対する幽門側胃切除術を第一例目として行った。その手術については無事手術が終了したものの決して褒められるべきものではなかった。それまでに筆者はエキスパートの未編集ビデオを何度も繰り返し見ることによって手術イメージをすり込ませ、アニマルトレーニングで実際の手技を学ぶ機会を積極的に利用し手術が施行できると自己判断し手術に臨んだが、上級医の内視鏡外科手術に対する理解が十分に得られておらず、また手術開始後も経験不足の助手を相手に経験不足の術者が手術を行うこととなり、手術の終了までに大変な苦勞をした。本来であれば科として全体で取り組まなければならないところであったが、そのような状況には至らなかった。当時筆者は最若手として勤務しており上級医に自分の意思をうまく伝えられないこともあり手術の遂行自体が困難な時期もあった。その後筆者より若手の医師が赴任するようになり、彼らは内視鏡外科に強い関心を持っていてくれたことで手術の準備、手術施行、フィードバックが機能するようになり相互に技術を高めることができた。その

表1 申請回数別合格率

申請回数	申請者数	合格者数	回数別合格者割合	回数別合格率
1	370	102	38.5%	28%
2	252	73	27.5%	29%
3	154	43	16.2%	28%
4	99	21	7.9%	21%
5	51	14	5.3%	27%
6	31	5	1.9%	16%
7	14	3	1.1%	21%
8	5	1	0.4%	20%
9	6	2	0.8%	33%
10以上	5	1	0.4%	20%
計	987	265	100.0%	127%

日本内視鏡外科学会ホームページ (<https://www.jses.or.jp>) より改変

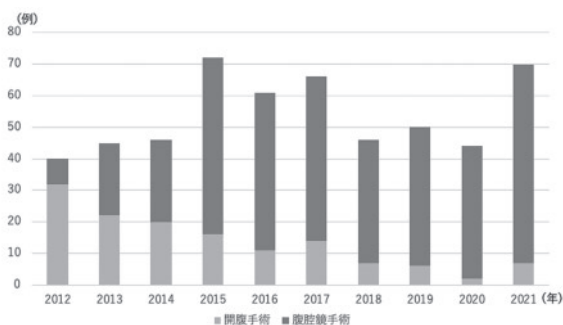


図2 当院の大腸癌手術

結果手術手技が徐々に安定し、いよいよ技術認定医の申請を行うこととなる。

筆者の初めての申請は幽門側胃切除術で申請することとなった。当時申請臓器として胃もしくは大腸での申請を考えていたが、提出期限前までに行なった手術のビデオの中で基準を満たしていると判断し胃での申請を行なった。結果は不合格であった。結果とともに必ず詳細な審査コメントが添えられてくるがその内容は厳しいものであった。特に助手との協力ができていないことが指摘されており、その後の課題となった。コメントを踏まえ翌年も同手術で申請を行なったが結果は不合格であった。改善はあったようだがやはり指導に足るとは認定されなかった。

この頃当院に手術応援として北海道大学消化器外科 I から消化管グループの医師が派遣されるようになった。大学医局として技術認定医の取得に精力的に取り組んでおり、そのための指導を行うことが目的であった。彼らすべて大腸での技術認定医を取得しており、必然的に申請は大腸で行う流れとなった。

### 当科における大腸癌手術の現状

当科の大腸癌手術の推移は表の通りであり、全手術件数の大きな変動はない (図 2)。その中で内視鏡外科手術の割合は年々増加傾向となり 2021 年は 90% を占めることとなった。技術認定医の申請は S 状結腸から直腸 S 上部までの手術が対象となり、その割合は約 20% 程度となる。技術認定医取得を目指す上で術者としてある程度手術を行う必要があり、さらにその中でビデオ提出に望ましい症例となると年間数例のみとなる。実際に術前の状況のみで申請可能なビデオが撮影できるかは不確定な部分が多く、必然的に手術を重点的に割り振る必要がある。一方で S 状結腸切除術は大腸内視鏡外科においては基本的な術式でもあり、本来であれば若手が経験すべき手術でもある。筆者が取得を目指すことで若手の手術機会を奪うことにならぬようその振り分けにその振

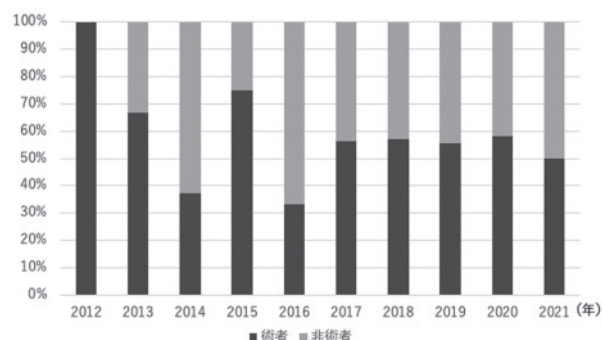


図3 大腸癌手術における術者の割合

り分けに腐心した (図 3)。

### 大腸での技術認定医申請

大腸での技術認定医取得のため以下を継続した。

- 1) 講演会やセミナーへの参加
- 2) アニマルトレーニングへの参加
- 3) 学会への参加
- 4) 手術ビデオの視聴
- 5) エキスパートの指導下での手術
- 6) エキスパートのビデオクリニックへの参加

本来であれば他施設の手術見学、短期の国内留学などに行えればよかったのだが当科のマンパワー的に不可能であった。また近年は新型コロナウイルス感染の蔓延により他施設での研修が困難な状況であった。

これらを継続する中で申請の準備を進めたところ申請の条件が大きく変わることとなった。2018 年度申請よりこれまで提出ビデオが 1 本であったところ 3 本の提出が必要となった。当科の現状として年間 3 例の同様のクオリティーを持つビデオ提出はハードルが高く、やや申請にふさわしくないビデオも含めて提出せざるを得なかった。結果 3 本提出の 2018-2019 年度は合格することができなかった。この制度下では当院のような規模の施設では症例の集積が今後取得は困難となることが予想され、大腸での取得、技術認定医の取得をあきらめようとも考えることもあった。

しかし 2020 年度より再び提出ビデオが 1 本に変更されたこともあり上記の取り組みを継続し取得を目指すこととし、2021 年度に 6 回目の申請で無事技術認定医を取得することができた。

### 技術認定医取得にあたって

技術認定医を取得するという目標があることでこれまで以上に講習会やセミナーに参加するようになった。特にこの 2 年間は新型コロナウイルスの影響で web での開催が増えたこともありより多く参加する機会を得た。



また申請に必要な実績として学会や学会主催のセミナーにも積極的に参加するようになった。エキスパートによる手術手技動画の閲覧は日常的に行うようになり、自身の手技との比較、反省に大いに生かされたと思う。特に解剖学的な知識、手術操作のコツなどは知るほどに興味がわき自身の学びにも繋がった。ただしエキスパートの手技がそのまま技術認定医の審査に生かされるとは限らず、とすればさらに自分には過ぎた技術を取り入れようとするところもあった。そのような時にエチコン社の会員限定 web サイトで新規技術認定医取得者の動画を閲覧する機会があり、これにより自分の手技の中で実際の合格に足りないものや必要な手技をより具体的に知ることができた。様々な媒体で様々な手術手技を見ることができるが、自分に必要な手技が何であるのか、どういう目的で見るとかを意識せずただ漫然と見るだけでは実際の手術に生かすことは困難である。自分の現在の立ち位置を知ることと今後目指す方向性をきちんと定めることが重要と考える。技術認定医に必要な要素として指導的な立場で手術を主導することが必要であるが、目指す過程でそれまでより術者として自分のしたいこと、助手にして欲しいことをより具体的に伝えるように意識してきた。若手の医師が遠慮や萎縮することがないように手術中のコミュニケーション頻繁にとるように心掛けてきた。従来の開腹手術では場面によっては術者以外が全く何を見ているか、何をしているかわからないことがあったが、内視鏡手術では同じ画面を全員が共有できる。それによりコミュニケーションをとることが以前より容易になったと感じる。手術手技もほぼ定型化されており、場面ごとに今何をしているか、これから何をするのかを共有されているため手術が非常に円滑に進められるようになった。

### 技術認定医制度の問題点

制度として非常に優れた技術認定制度であるが、いくつかの問題点がある。症例ビデオとして適当であるとされる条件がいくつかあるが、当院の現状ではその条件に合う症例の確保が困難である。具体的には高度肥満もしくは痩せた症例、高度進行癌でない症例、解剖学的に下行結腸よりの症例などは避けた方が無難と言われている<sup>3)</sup>。当院は地域の中核病院であり近隣の施設から様々な症例が紹介されてくる。特に合併症を持つ患者、全身状態が不良な患者、手術そのものが困難な患者に出会うことも少なくない。高度進行癌症例も多く含まれるために技術認定審査に提出するビデオとして適当ではない症例が多くなる現状がある。技術認定審査に提出されるビデオ

オとしては先に述べた条件を満たすような円滑な手術が可能な条件で、その技術が発揮されるものが望ましいと思われる。そのような症例に出会うことはむしろ少なくその中で審査に相応しいビデオを提出するのは困難となる。筆者は技術認定医の取得を目指していた頃は優先的に手術ができるように消化器内科の医師や上級医にお願いすることもあった。マネージメントする立場になってからは自身で症例を選択し優先的に手術を行うこともあった。本来平等に手術を振り分ける立場にある人間がこのような行為を行うことは本来であれば若手医師に示しがつかないところである。マネージメントを行う際にはそういったことに不満を抱かれないような配慮が必要で、自分が技術認定医審査に合格したいことを理解していただき対象となる手術以外の症例は自分より若手の医師に優先的に振り分けるようにした。技術認定医の取得まで若手の手術機会を奪うことに常に後ろめたさを感じていた。早期に取得していればそのように感じることはなかったかもしれないと自分の未熟さを反省している。

また技術認定医を取得したいという強い思いが、とすれば手術そのものが技術認定医取得を目的としたものになる可能性がある。技術認定医の取得は大きな目標でありそのために努力をすることは重要であるが、あくまで日常診療の延長上にあるべきである。取得のための特別な手術を行うのではなく、日常的に我々が行う手術が合格に足る手術でなければならない。

### 今後に向けて

最終的に6回の申請を経て無事技術認定医を取得することができた。技術認定医の取得は目標ではあるが終着点ではない。技術認定医制度の主旨が安全に手術を行えることと指導者たり得ることにあることから今後は若手の指導、さらには自分に続く技術認定医の育成が目標となる。また手術技術は日々進歩しており今後も精進していかなければならない。またロボット支援手術など新しい手術も急速に普及してきており、内視鏡外科医の関心は常に先へ先へと向いている。残念ながら当院でのロボット支援手術システムの導入は未だ検討されておらず最先端からは取り残されている感がある。このような状況の中でも大切なことは安全かつ確実な手術を行い、その結果患者に恩恵がもたらされることである。最先端にも目を配りつつも足元を確固たるものにしていかねばならないことを、今回技術認定医を取得したことで再認識することができたと思う。

### 謝辞

技術認定医取得までに時間がかかり多くの方のご迷惑

をおかけしました。同僚の医師をはじめ、手術室、病棟、外来のスタッフの皆様、MEをはじめとしたメディカルの皆様、消化器内科、麻酔科をはじめとした医師の皆様、多くの方の協力と支えがあったからこそ結果だと思います。改めて深謝いたします。

## 文献

- 1) 日本内視鏡外科学術委員会. 内視鏡外科手術に関するアンケート調査—第15回集計結果報告—. 東京, 一般社団法人 日本内視鏡外科学会; 2021. P2-3.
- 2) 森俊幸, 山川達郎, 木村泰三, 他. 日本内視鏡外科学会技術認定制度のコンセプト. 臨外; 74: 534-539, 2019
- 3) 黒柳洋弥, 戸田重夫. 臓器別: 大腸 技術審査委員からのアドバイス. 臨外; 74: 567-571, 2019

# 体腔内吻合を用いた腹腔鏡下結腸切除術の短期治療成績

小野 仁・石川 昂弥・葛西 弘規・渡邊 義人・越前谷 勇人

小樽市立病院 外科

## 要 旨

### 【背景・目的】

腹腔鏡下結腸手術の吻合の際には、小開腹において体外で吻合を行うことが一般的である。腸管を小開腹創より引き出す際に、広範囲の腸管授動が必要で、開腹創も大きくなることがある。体腔内吻合はこれらの問題点を解決するために行われているがその有用性についてはまだ定かではない。当科で行った腹腔鏡下結腸切除における体腔内吻合症例と体腔外吻合症例を比較し、その有用性を検討することとした。

### 【対象】

当科で施行した2019年より2021年までに施行した盲腸癌、上行結腸癌、横行結腸癌、下行結腸癌に対する腹腔鏡結腸手術症例を後方視的に検討した。

### 【結果】

対象期間に行った体腔内吻合症例は4例で、体腔外吻合症例は64例であった。短期成績に関わる、手術時間、出血量、術後食事開始期間、術後入院期間では両群の差を認めなかった。

### 【結語】

腹腔鏡下結腸手術における体腔内吻合は低侵襲で有用である可能性がある。

キーワード：腹腔鏡下手術 体腔内吻合 結腸癌

## はじめに

腹腔鏡下結腸切除術は本邦において低侵襲手術として広く普及している。腹腔鏡下結腸切除では、切除標本の摘出や腸管吻合は5-7cmの小切開を加えて体外で行うのが一般的である。体外への腸管挙上のために、広範囲の腸管剥離や授動が必要となる。体腔内吻合は、腸管吻合を体腔内で行うため、腸管剥離や授動が最低限で良く、小切開創も小さくできる。ただ、短期成績や、長期成績に関してエビデンスは十分に蓄積されていない。当科で行った腹腔鏡下結腸切除術を後方視的に解析し、体腔内吻合と体腔外吻合の短期成績を検討した。

## 対象および方法

2019年1月から2021年12月までに当科で行った、盲腸癌、上行結腸癌、横行結腸癌、下行結腸癌に対する体腔外吻合症例と2021年より導入した体腔内吻合症例を比較した。体腔内吻合の適応としては、イレウス症例がない、術前診断にてStage II以下の症例とした。高度肥満や腹部手術歴のある患者は適応外とした。

体腔内吻合症例と体腔外吻合症例の患者背景因子とし

て、年齢、性別、American Society of Anesthesiologists physical status、body mass index、開腹歴の有無、腫瘍占拠部位、術式、病理学的因子、病期分類を比較検討した。手術関連因子として、手術時間、出血量、郭清領域、開腹移行率を比較検討した。術後短期成績として、合併症、術後入院日数に関して比較検討した。なお、経肛門的に腸管吻合を行う、S状結腸癌症例は検討から除外した。病期は大腸癌取扱い規約第9版<sup>1)</sup>に、術後合併症基準はClavien-Dindo分類に従った。

両群間の検定は $\chi^2$ 検定、Fisher正確確率検定およびMann-Whitney U検定を用いて $p < 0.05$ を有意と判定した。本研究は院内倫理委員会の承認を得て施行した。

Open法にて臍部に12mmカメラポートを挿入し、右側腹部に5mmポート、右下腹部に12mmポート、左側腹部に12mmポート、左下腹部に5mmポートを挿入し、5ポートにて腹腔鏡手術を行った。回腸結腸吻合および結腸結腸吻合の手術手技について以下に述べる。

体腔内吻合として、本邦では主に、機能的端々吻合、側々吻合、デルタ吻合が行われている。当科ではデルタ吻合を採用した。その理由としては、腸管剥離授動が最低限ですむこと。当科では腹腔鏡下幽門側胃切除術を施



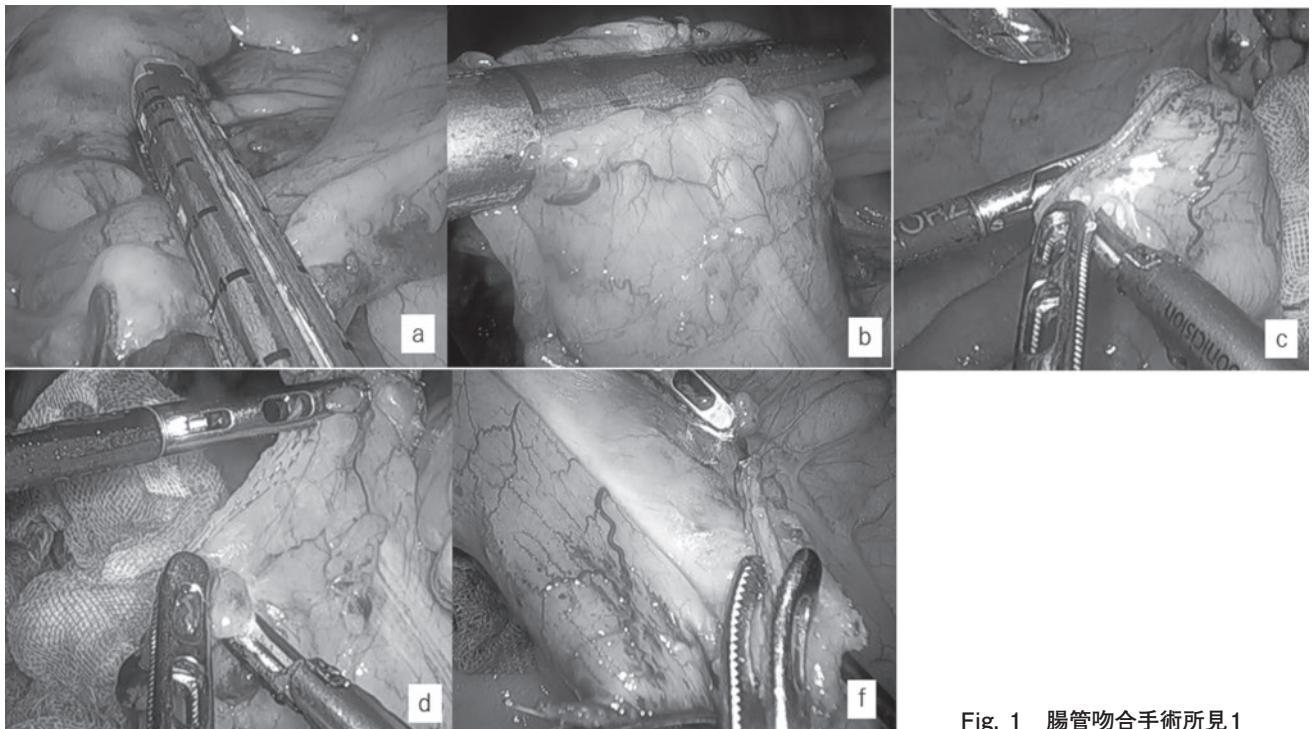


Fig. 1 腸管吻合手術所見1

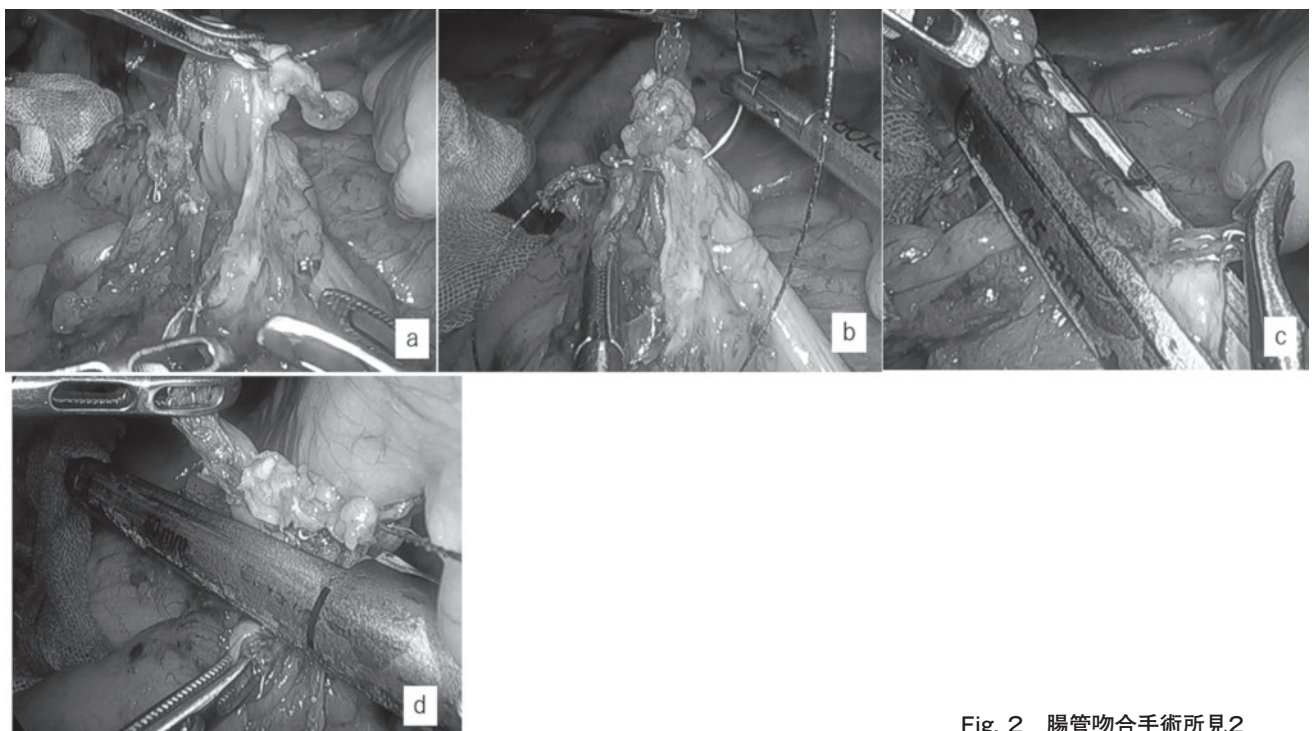


Fig. 2 腸管吻合手術所見2

行っており、体腔内吻合のなかではデルタ吻合に慣れているためである。

病巣が右側にある場合は、術者は患者左側に立ち手術を行う。まず、口側腸管をエンドステイプラーで切離し (Fig. 1a)、続いて肛門側腸管をエンドステイプラーで切離する (Fig. 1b)。腸間膜対側に小孔を作成し (Fig. 1c, d)、肛門側腸管に自動縫合器のカートリッジを挿

入、そのまま口側腸管に自動縫合器のアンビルジョーを挿入し、腸管同士を吻合する (Fig1. f)。この時、補強材付きエンドステイプラー 45mm で吻合する。ステープルラインがずれるように縫合糸で挿入後を仮閉鎖する (Fig2. a, b)。エンドステイプラー 45mm、60mm を使用し挿入口を閉鎖する。計画的2発切りを行っている (Fig. 2c, d)。ICG 蛍光法で腸管血流を確認している。



Table 1 患者背景

		体腔内吻合群	体腔外吻合群	p 値
年齢		73	76.7	0.43
性別	男性	3	33	0.36
	女性	1	31	
ASA 分類	1	2	5	0.22
	2	1	46	
	3	1	13	
	4	0	0	
BMI		22.89	22.2	0.35
開腹歴	あり	1	27	0.49
	なし	3	37	
腫瘍占拠部位	盲腸	1	9	0.39
	上行結腸	0	30	
	横行結腸	2	16	
	下行結腸	1	9	
術式	回盲部切除	1	17	0.66
	結腸右半切除	1	26	
	横行結腸切除	1	9	
	結腸左半切除	1	12	
pT	0	0	3	0.07
	1	1	2	
	2	1	5	
	3	2	35	
	4	0	19	
pN	0	3	37	0.42
	1	1	17	
	2	0	8	
	3	0	2	
M	0	4	56	0.45
	1	0	8	
p Stage	0	0	2	0.09
	I	2	6	
	II	1	24	
	III	1	24	
	IV	0	8	

Table 2 周術期成績

		体腔内吻合群	体腔外吻合群	p 値
手術時間 (分)		252.3	200.8	0.07
出血量 (ml)		4.3	31.9	0.12
リンパ節郭清度	D1	0	3	0.27
	D2	0	12	
	D3	4	49	
開腹移行		0	0	

Table 3 術後短期成績

術後合併症		体腔内	体腔外	p 値
Clavien-Dindo 分類	Grade I	1	1	
	Grade II	0	2	
	Grade III	0	6	
	Grade IV	0	0	
	Grade V	0	0	
	All Grade	0	9	
	Grade III以上	0	6	
縫合不全		0	1	
腹腔内膿瘍		0	0	
腸閉塞		1	6	
創感染		0	3	
その他		0	1	
術後食事開始日数 (日)		5.5	4.2	0.15
術後在院日数 (日)		11.5	13.8	0.27

病巣が左側にある場合は、術者は患者右側に立ち手術をおこなう。

## 結果

対象期間内に施行された、体腔内吻合症例と体腔外吻合症例の患者背景は Table 1 に示す通りである。年齢、性別、術前全身状態、BMI に有意差を認めなかった。開腹手術の既往、腫瘍占拠部位、術式では両群に有意差は認めなかった。腫瘍深達度に関しては、体腔外吻合症例に深達度の深い症例が多い傾向はあったが有意差は認めなかった ( $p=0.07$ )。リンパ節転移、遠隔転移に関しては有意差を認めなかった。病期分類では、体腔外吻合症例に stage の進んだ症例が多かったが、有意さは認めなかった ( $p=0.09$ )。

両群の手術関連因子に関しては Table 2 に示す通りである。手術時間、出血量、郭清領域いずれにおいても有意差を認めなかった。リンパ節郭清領域に関しては両群に有意差を認めなかった。両群ともに開腹移行症例は認めなかった。

術後短期成績に関しては Table 3 に示す通りである。術後食事開始日数、術後入院日数に有意差を認めなかった。術後合併症に関しては、体腔内吻合症例には認めなかった。体腔外吻合症例では計 9 例認めている。縫合不全が 1 例で術後 6 日目に人工肛門造設術を行っている。腹腔内膿瘍は認めなかった。腸閉塞は 6 例。2 例は絶食にて症状が改善したが、4 例はイレウス管挿入を必要とした。創感染は 3 例で、3 例とも持続陰圧洗浄療法を施行した。

## 考察

大腸癌に対する腹腔鏡手術は本邦では、1993 年に渡辺らによって導入され<sup>2)</sup>、1996 年には早期大腸癌に対して保険収載され、2002 年には進行癌に対しても保険適用が認められ広く普及してきている。大腸癌のうち、直腸癌に対する吻合の際は、double stapling technique により体腔内吻合が行われているが、結腸癌に対しては、小開腹を置いて体外で吻合することが一般的である。体腔外で腸管を引き出し、切離吻合を行うため、広範囲の腸管剥離、授動が必要であり、腹壁切開創も大きくする必要はある。一方体腔内吻合であれば、腸管の授動範囲が少なく、吻合時の小開腹が不要で標本摘出できる最小限の切開でよいとされる。結腸の体腔内吻合は、肥満症例の多い海外の報告に伴い、国内でも徐々に報告例が増えてきているが、普及が進まない原因として、便による腹腔内汚染の可能性があること、腫瘍学的安全性が不明であること、手技的に難易度が高く煩雑であるためであると考えられる。

腹腔内で腸管を開放することで、糞便が腹腔内に流出して腹腔内膿瘍になることが懸念される。体腔内吻合の短期成績に関する報告は、数多く報告がある。Oosten-dorp らは、meta-analysis で体腔内吻合と体腔外吻合を比較し、腹腔内膿瘍、SSI を含め短期合併症全体が体腔内吻合で少なかったと報告している<sup>3)</sup>。Lee らは後方視的検討で術後腹腔内膿瘍の発生率は体腔内吻合と体腔外吻合とで差がなかったと報告している<sup>4)</sup>。Anania らは、大規模多施設共同前向き研究を行い、腹腔内膿瘍の発生率に体腔内吻合と体腔外吻合で差を認めなかった<sup>5)</sup>。当

科では、腸管内容汚染予防のため、ガーゼをしき、補強材つきエンドステイプラーを使用し、補強材部分を把持することで、汚染を予防している。

腹腔内で腸管を開放することで、腫瘍細胞が腹腔内にこぼれ腹膜播種を起こすことも懸念される。体腔内吻合の長期成績の検討に関しては、短期成績と違い、非常に少ない。いずれの報告も、生存率や再発率に差は認めないとするものである。ただ再発形式も明らかでなく、検討例も少数である。長期安全性に関しては十分なエビデンスに乏しく、大規模に症例を蓄積して、予後や再発形式を検討する必要があるだろう。

体腔内吻合の手術手技は、体腔外での直視下の吻合と比較すると難易度が高く、自動縫合器の取り回しや、縫合・結紮手技を多用しなければならない。また、体腔外では、辺縁血管の確認も直視で可能で、血流や吻合径を触診で確認できるが、体腔内では不可能である。AllaixらのRCTによると、手術時間に関して、ほぼ同等で、縫合不全に関しては、有意差は認めないが、2.9% vs 8.6%と体腔内吻合で多く発生していた<sup>6)</sup>。BolloらのRCTによると、手術時間は体腔内吻合で長く、縫合不全に関しては、有意差を認めないが、7% vs 4%と体腔外吻合で多く発生している<sup>7)</sup>。これらのRCTは140例近くをランダム化しており、適切なトレーニングを行い、手術に慣れていても、手術時間がかかることが懸念される。また、本邦の結腸癌の縫合不全率は1.51%と海外に比べはるかに低いものであり、これらのRCTの解釈には注意が必要である。本邦での大規模な手術成績の蓄積と検討が望まれる。当検討では、手術時間、縫合不全発生率などで有意差を認めなかったが、体腔内吻合は適応を絞って行っていることに留意する必要がある。とはいえ、体腔内吻合であれば、腸管剥離、腸管牽引を最小限にでき、術中出血や術後麻痺性腸閉塞を軽減できる。また、剥離に難渋する腹腔内癒着症例や腹腔外への腸管挙上が困難な肥満症例では有効であると考えられる。当検討では、術後経口摂取開始時期や術後入院期間に差はでなかったが、術後回復に寄与するとの報告も多い。

本検討は症例数が少なく、単施設の後方視的観察であり短期成績の検討にすぎない。体腔内吻合の安全かつ有用な低侵襲手術であるかどうか、本邦での成績の蓄積と予後や再発形式の検討が必要である。

## 結語

今回、われわれは腹腔鏡下結腸手術における体腔内吻合の短期成績を検討した。腹腔鏡下手術における体腔内吻合は低侵襲で腸管授動を最小限にとどめ、術中出血や術後麻痺性腸閉塞を現象させる可能性があるが、本邦で

の大規模な短期成績や長期成績の検討が必要であると考えられた。

## 参考文献

- 1) 大腸癌取扱い規約. 大腸癌研究会(編) 第9版. 東京: 金原出版. 2018.
- 2) 渡邊昌彦, 大上正裕, 寺本龍生, 他. 早期大腸癌に対する低侵襲手術の適応. 日本消化器外科学会誌; 26: 2548-2552, 1993
- 3) Oostendorp S, Elfrink A, Borstlap W, et al. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in right hemicolectomy: A systematic review and meta-analysis. Surg Endosc; 31: 64-77, 2017
- 4) Lee KH, Ho J, Akmal Y, et al. Short-and long-term outcomes of intracorporeal versus extracorporeal ileocolic anastomosis in laparoscopic right hemicolectomy for colon cancer. Surg Endosc; 27: 1986-1990, 2013
- 5) Anania G, Agresta F, Artioli E, et al. Laparoscopic right hemicolectomy: The SICE network prospective trial on 1225 cases comparing intra corporeal versus extra corporeal ileocolic sidotoside anastomosis. Surg Endosc; 34: 4788-4800, 2020
- 6) Allaix M, Degiuli M, Bonino M, et al. Intracorporeal or extracorporeal ileocolic anastomosis after laparoscopic right colectomy a double-blinded randomized controlled trial; Ann Surg; 270: 762-767, 2019
- 7) Bollo J, Turrado V, Rabal A, et al. Randomized clinical trial of intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy IEA trial; Br J Surg; 107: 364-372, 2020

# Short-term outcomes of laparoscopic colectomy using intracorporeal anastomosis

Hitoshi Ono, Takaya Ishikawa, Hironori Kasai, Yoshito Watanabe and Hayato Echizenya

Department of Surgery, Otaru General Hospital

## Abstract

### 【Background/purpose】

Extracorporeal anastomosis using minilaparotomy is usually performed in laparoscopic colon surgery. Extraction of the intestine through a minilaparotomy incision requires extensive mobilization of the intestine and may cause enlargement of the abdominal incision. Intracorporeal anastomosis has been performed to solve these problems, but its effectiveness has not yet been confirmed. To investigate its effectiveness, cases of intracorporeal and extracorporeal anastomosis in laparoscopic colectomy performed at our department were compared.

### 【Subjects】

Cases of laparoscopic colectomy for cecal, ascending colon, transverse colon and descending colon cancer performed at our department between 2019 and 2021 were retrospectively investigated.

### 【Results】

During the target period, there were four cases of intracorporeal and 64 of extracorporeal anastomosis. There were no differences between the two groups in terms of short-term outcomes, such as the operation time, amount of hemorrhage, duration of postoperative meal initiation and duration of postoperative hospitalization.

### 【Conclusion】

Intracorporeal anastomosis in laparoscopic colectomy is minimally invasive and potentially effective.

Keywords: laparoscopic surgery, intracorporeal anastomosis, colon cancer



# 酵素基質培地による菌種鑑別能の評価と酵母様真菌の分離状況

伊藤 好樹・新田 彬秀・桃井 優奈・加野 大樹  
西尾 英樹・小山田重徳

小樽市立病院 医療技術部 検査室

## 要 旨

真菌同定培養において、酵素基質培地が頻用されている。発育したコロニーの色調により菌種の鑑別が可能、真菌の同定に要する時間が短縮できる、複数菌種による感染の見落としを防げるなどの点において優れている。しかし、最近では質量分析機器 (MALDI-TOF-MS) の導入が増えたことで、同じような色調を呈する複数の菌種が存在する事や薬剤耐性菌が含まれている場合があるので注意が必要である。そこで臨床分離株 148 株を酵素基質培地と質量分析装置を用いて菌種鑑別能の評価、当院の酵母様真菌の分離状況を検討した。今回、緑色のスムーズ型コロニーでは *C. albicans* と *C. dubliniensis* の 2 菌種が質量分析により同定された。培地上で *C. albicans* と推定された中に質量分析で *C. dubliniensis* と同定された株が 10.4% (10/96) あった。鑑別培地の色調による同定結果の不確かさを理解すること、無菌材料などから真菌が検出された場合は、質量分析や同定キットを組み合わせることで活用することが重要である。

キーワード：酵素基質培地、MALDI-TOF MS、*Candida dubliniensis*

## 【はじめに】

真菌同定培養において、酵素基質培地が頻用されている。発育したコロニーの色調により菌種の鑑別が可能、真菌の同定に要する時間が短縮できる、複数菌種による感染の見落としを防げるなどの点において優れている。しかし、最近では質量分析機器 (MALDI-TOF-MS) の導入が増えたことで、同じような色調を呈する複数の菌種が存在する事や薬剤耐性菌が含まれている場合があるので注意が必要である。今回、当院で分離された酵母様真菌の菌種別分離頻度を調べるとともに、酵素基質培地を用い、酵母様真菌のコロニー形態と色調を確認し、その鑑別能を評価した。

## 【対象と方法】

2022年3月～6月まで臨床検体から分離された真菌 148 株を対象とした。分離された酵母様真菌は、質量分析装置「MALDI-TOF MS」を用いて菌種同定した。Scorevalue : 2.0 以上を採用することとした。酵素基質培地による菌種鑑別能は、CHROMagar Candida 培地 (日本 BD 株) を用い、35℃好気条件下で 48 時間培養し、コロニー性状と色調を確認した。なお、CHROMagar Candida 培地の色調での鑑別可能な菌種として

は、緑色のスムーズ型コロニーでは *C. albicans*、濃青色のスムーズ型コロニーでは *C. tropicalis*、ピンク色のラフ型コロニーでは *C. krusei* が鑑別可能である。(Fig.1)

## 【結果】

### 1) 酵素基質培地鑑別結果と質量分析同定結果

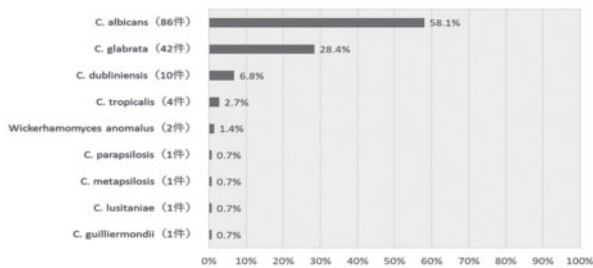
今回、検出された菌種について、青緑～緑色を呈したスムーズ型コロニーは 96 株で質量分析での同定結果は *C. albicans* と *C. dubliniensis* であった。薄ピンク～紫色を呈したスムーズ型コロニーは 46 株で *C. glabrata*、*Wickerhamomyces anomalus*、*C. lusitaniae*、*C. guilliermondii* であった。濃青色を呈したスムーズ型コロニーは 1 株で *C. tropicalis* であった。白～クリーム色を呈したスムーズ型コロニーは 2 株で *C. parapsilosis*、*C. metapsilosis* であった。

### 2) 酵母様真菌の菌種別分離頻度

酵母様真菌の菌種別分離頻度について、*C. albicans* 86 株 (58.1%)、*C. glabrata* 42 株 (28.4%)、*C. dubliniensis* 10 株 (6.8%)、*C. tropicalis* 4 株 (2.7%)、*Wickerhamomyces anomalus* 2 株 (1.4%)、*C. parapsilosis* 1 株 (0.7%)、*C. metapsilosis* 1 株 (0.7%)、*C. lusitaniae* 1 株 (0.7%)、*C. guilliermondii* 1 株 (0.7%) であった。

(Fig.1) 主な酵素基質培地

培地	メーカー	鑑別可能な菌種	判定時間
CHOMagar Candida	関東化学(株)	<i>Candida albicans</i> <i>Candida tropicalis</i> <i>Candida krusei</i>	48 時間
BD CHOMagar Candida	日本 BD (株)	<i>Candida albicans</i> <i>Candida tropicalis</i> <i>Candida krusei</i>	48 時間
ポアメディア ViCandida	栄研化学(株)	<i>Candida albicans</i> <i>Candida glabrata</i> <i>Candida tropicalis</i> <i>Candida parapsilosis</i> <i>Candida krusei</i>	22 ± 2 時間 (発育不良は 48 時間)
カラー Candida	極東製薬工業(株)	<i>Candida albicans</i> <i>Candida glabrata</i> <i>Candida tropicalis</i> <i>Candida parapsilosis</i> <i>Candida krusei</i>	24 および 48 時間



(Fig. 2) MALDI-TOF-MS による菌種別分離頻度

(Fig.2)

## 【考察】

今回、酵素基質培地による菌種鑑別能の評価と当院の臨床検体より分離された酵母様真菌の分離状況について検討した。CHROMagar Candida 培地鑑別結果と質量分析同定結果について、CHROMagar Candida 培地の色調での鑑別可能な菌種としては、緑色のスムーズ型コロニーでは *C. albicans*、濃青色のスムーズ型コロニーでは *C. tropicalis*、ピンク色のラフ型コロニーでは *C. krusei* が鑑別可能となっている<sup>1)</sup>。今回、緑色のスムーズ型コロニーでは *C. albicans* と *C. dubliniensis* の2菌種が質量分析により同定された。培地上で *C. albicans* と推定された中に質量分析で *C. dubliniensis* と同定された株が 10.4% (10/96) あった<sup>2)</sup>。コロニーの色調による同定結果の不確かさを再認識した。濃青色を呈したスムーズ型コロニーでは質量分析での同定結果は *C. tropicalis* と同定結果は同じであった。ピンク色のラフ型コロニーの *C. krusei* については今回、検出されなかった<sup>3)</sup>。

酵母様真菌の菌種別分離頻度について、*C. albicans* が 86 株 (58.1%) と最も多く分離され、次に *C. glabra-*

*ta* が 42 株 (28.4%) と多く、*Candida* 属主要菌種が上位だった。3 番目に検出が多かったのが *C. dubliniensis* 10 株 (6.8%) だった。*C. dubliniensis* はヒト免疫不全ウイルス (human immunodeficiency virus : HIV) 陽性患者の口腔 *Candida* 症や免疫不全者の血流感染症などで報告されている。*C. dubliniensis* はフルコナゾールに耐性化しやすく問題となることが報告されている<sup>4) 5)</sup>。文献では臨床検体からの *C. dubliniensis* の検出率は 1.6% (5/301)<sup>6)</sup> との報告があり、当院では高い検出率であった。原因として、質量分析機器の導入により詳細な菌種同定が可能となったことが考えられた。ただ、今回の検討期間では一概に言えず、今後もデータを集積する事が重要である。

これまで *Candida* 属の同定は、臨床材料を酵素基質培地で分離培養後、コロニーの色調や形態で鑑別している。さらに同定キットで生化学性状を調べて行っている。2010 年のアンケート調査では 42.1% の施設が鑑別培地で菌種報告していると報告されている<sup>7)</sup>。現状では質量分析機器を導入している施設は限られている。鑑別培地の色調による同定結果の不確かさを理解すること、無菌材料などから真菌が検出された場合は、質量分析や同定キットを組み合わせて活用することが重要であると思われた。

## 【結語】

*Candida* 症の原因菌種が多様化するとともに、菌種同定は不可欠となっている。今後も更なる情報の集積と地域性や耐性菌の情報共有が重要である。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

## 参考文献

- 1) 小野真弓, 他: 当院における酵母様真菌菌種別分離頻度と酵素基質培地による鑑別能の評価, 北臨技会誌 2015; 13: 21-22
- 2) 小野真弓, 他: 質量分析装置「MALDI Biotyper」を用いた酵母様真菌同定に及ぼす培地と蛋白抽出法の影響, JJCLA 2014; 39: 395-399.
- 3) 蕪澤慎也, 他: Candida 属主要5菌種における「バイタルメディア カラー Candida 寒天培地」の発育指示能と菌種鑑別能に関する検討, JJCLA 2011; 36: 391-396
- 4) 山口英世: 病原カンジダ菌種の多様化とその医真菌学的インパクト, モダンメディア 2012; 58 (9): 261-277.
- 5) 小栗豊子, 他: 日常微生物検査における標準的真菌検査マニュアル (2013), Med. Mycol. j. 2013; 54: 345-360.
- 6) CR Hsiao et al: Identification of Medically Important Molds by an Oligonucleotide Array, J. Clin. Microbiol. 2005; 43(8): 3760-3768.
- 7) 阿部美知子, 他: 「臨床真菌検査に関するアンケート調査成績—1994年, 2002年および2010年の調査成績の比較—」, 日本臨床微生物学雑誌, 2012; 22: 135-145

# Evaluation of the ability of an enzyme substrate medium to differentiate between strains and the isolation status of yeast-like fungi

Koki Ito, Akihida Nitta, Yuna Momoi, Hiroki Kano,  
Hideki Nishio and Shigenori Oyamada

Medical Technology Department Laboratory, Otaru General Hospital

## Abstract

Enzyme substrate media are frequently used to identify and culture fungi. Advantages of the method include potential differentiation of strains based on the color tone of the grown colony, shortening of the time required for fungus identification, and prevention of overlooking infection with multiple strains. However, as the use of mass spectrometers (MALDI-TOF-MS) has recently increased, care must be taken about the possibility of multiple strains with similar color tones or antimicrobial-resistant bacteria. We therefore evaluated strain differentiation of 148 clinical isolates using an enzyme substrate medium and a mass spectrometer, and studied the isolation status of yeast-like fungi in the hospital. From the green smooth colony in this study, two strains, *C. albicans* and *C. dubliniensis*, were identified by mass spectrometry. Of the strains identified as *C. albicans* on the media, 10.4% (10/96) were identified as *C. dubliniensis* by mass spectrometry. It is important to understand the uncertainty of the identification results based on the color tone of the differential medium, and to use mass spectrometry in combination with an identification kit if a fungus is detected from sterile or other materials.

Keywords: enzyme substrate medium, MALDI-TOF MS, *Candida dubliniensis*



# 開心術食事支援プログラムの導入

## ～栄養の早期自立と経営的側面に着目して～

伊藤 大輝<sup>1)</sup>・佐藤 宏<sup>2)</sup>・和田 裕子<sup>3)</sup>・青山万亀子<sup>4)</sup>  
伊藤 有希<sup>4)</sup>・宮田 花歩<sup>4)</sup>・岩井 千紘<sup>4)</sup>・高橋 若葉<sup>5)</sup>  
小倉みゆき<sup>4)</sup>・深田 穰治<sup>2)</sup>

- 1) 小樽市立病院 看護部 3階西病棟  
2) 小樽市立病院 心臓血管外科  
3) 小樽市立病院 栄養管理課  
4) 小樽市立病院 看護部 3階東病棟  
5) 小樽市立病院 看護部 看護管理室

### 要 旨

クリティカルケア領域に含まれる開心術後の看護において、術後の迅速な回復を促すためには栄養摂取の早期自立が重要であるといわれている。しかしながら、術後適切な栄養管理方法は確立されていない。我々はこの問題に着目し、周術期における食事支援プログラムを考案、2019年10月から導入した。プログラム導入前後の喫食状況、静脈栄養費を比較し、術後経過、経営的側面への影響を検証したので報告する。

キーワード：開心術 食事支援プログラム 栄養の早期自立 経営的側面

### I. はじめに

クリティカルケア領域で、生体が受けた侵襲からの早期回復を目指す上で重要視すべき点は、身体活動性と栄養摂取の早期自立である。開心術後の患者は医療者にケアを委ねがちになるが、患者自身の回復意欲が重要である。患者と医療者双方がこのことを理解し、効率的な栄養摂取を計画的に進めなければならない。

周術期は、血糖コントロール、免疫力の回復、創部治癒促進などの観点から消化管を使用した栄養管理を第一とすべきである。しかし、開心術の周術期栄養管理に特化した報告はみられない。そのため、開心術後の食事支援は各施設独自の方法で行われており、適切な食事支援方法やそれによる効果は明らかにされていない。

当院は診断群分類別包括評価（以下DPC）対象病院であり、病名や診療内容に応じて定められた点数で入院診療費が算定されている。さらに、看護面での報酬は、一患者あたりの看護師数によって評価されるため看護ケア方法による病院収益への影響は不明である。

そこで、待機的開心術を受ける患者に対して食事支援方法（以下食事支援プログラム）を考案、実践し、それによる栄養摂取の早期自立の達成と静脈栄養費用にお

ける病院収益への影響、クリティカルケア領域での看護の役割について検証した。

### II. 研究方法

#### 1. 食事支援プログラムの概要

術直後食事摂取量が低下する傾向があること、さらにその問題を克服すべく考案した食事支援プログラムの趣旨を対象者に説明し、希望対応食の試食を行う。試食後、術後食事開始から3日間の食事メニューを対象者に選択させる。術後食事開始3日間を希望対応食とし、4日目以降に常食を提供する。希望対応食メニュー表例を図1、希望対応食と常食のイメージを図2に示した。

#### 2. 研究デザイン：観察研究と準実験的研究

#### 3. 概念枠組み：図3に示した。

#### 4. 研究対象

当院で食事支援プログラム導入前の2017年12月から2019年9月までに待機的に胸骨正中切開にて開心術を受けた患者をコントロール群、2019年10月から2022年5月までに待機的に開心術を受け、実際食事支援プロ



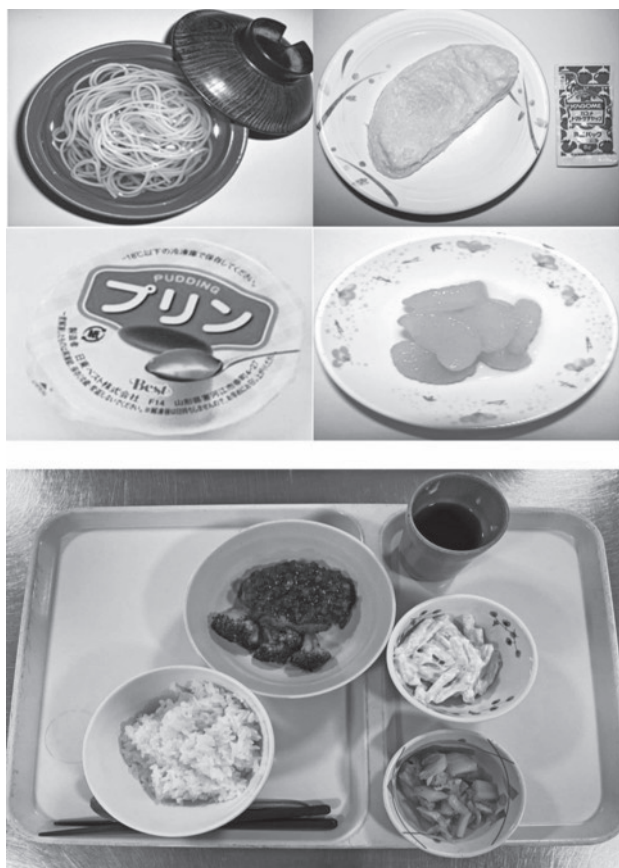


図2 希望対応食イメージ（上）と常食イメージ（下）

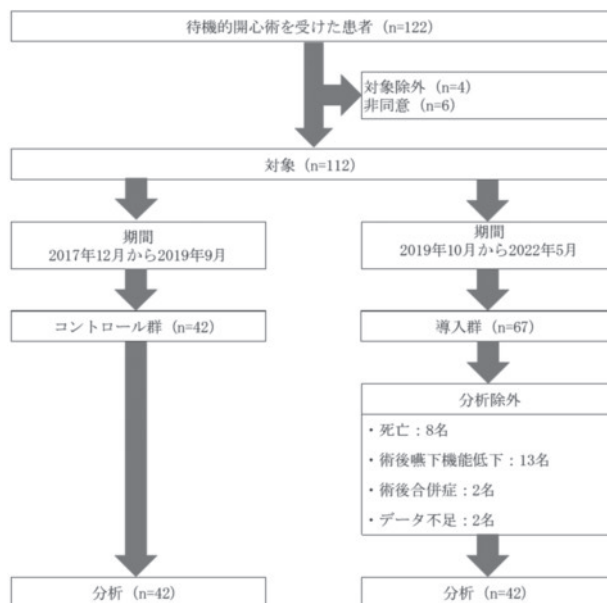


図4 対象患者のフローチャート

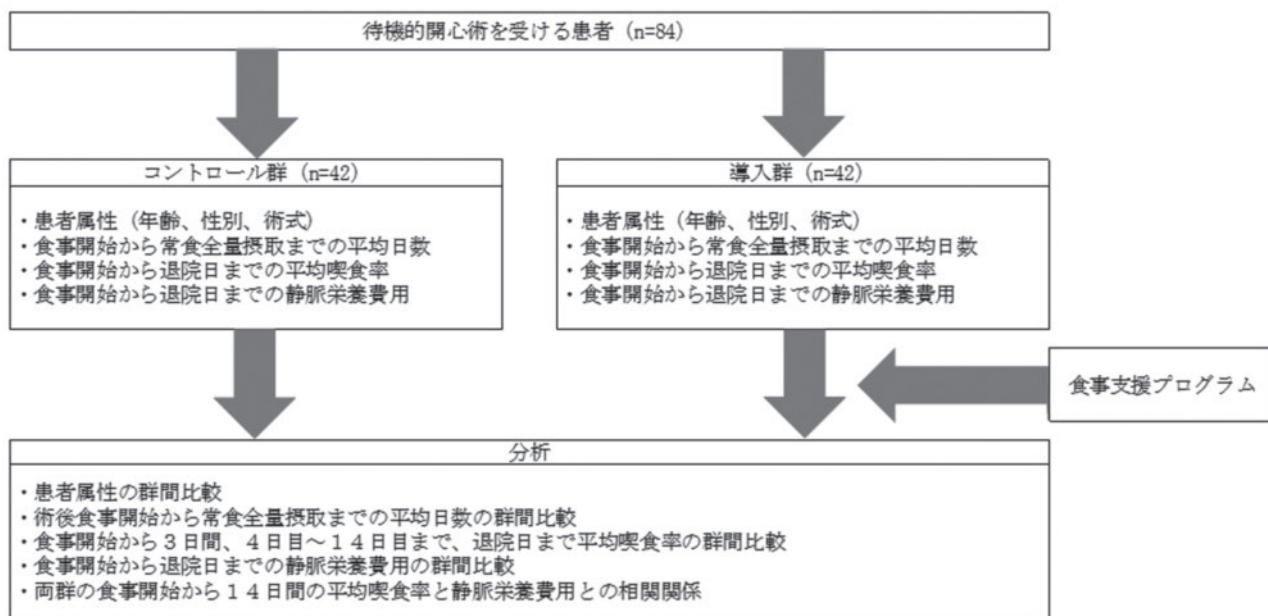


図3 概念枠組み

意思を表明後も参加を取り消す事ができること、研究場所、個人情報特定できないように匿名性の確保に努め、収集したデータは本研究のみに使用し、研究終了後は破棄すること、学会での発表の可能性について説明、同意を得られた場合のみを研究対象とする。研究方法や

内容について小樽市立病院看護部倫理委員会に申請し、承諾を得られたうえで実施した。

### Ⅲ. 結果

対象患者は 84 名（導入群 42 名、コントロール群 42



表1 患者属性 (括弧内は%)

	コントロール群 (n=42)	導入群 (n=42)	p 値
年齢 (歳)	70.04 ± 9.9	71.1 ± 7.1	0.954 <sup>a)</sup>
(最小～最大)	46-85	42-83	
性別			
男性	25 (59.5)	30 (71.4)	0.359 <sup>b)</sup>
女性	17 (40.5)	12 (28.6)	
EuroSCORE			
Low	3 ( 4.8)	2 ( 7.1)	0.184 <sup>b)</sup>
Intermediate	16 (21.4)	9 (38.1)	
High	23 (73.8)	31 (54.8)	
既往歴			
高血圧	24 (57.1)	29 (69.1)	0.366 <sup>c)</sup>
脂質異常症	15 (35.7)	14 (33.3)	n.s <sup>c)</sup>
糖尿病	15 (35.7)	12 (28.6)	0.641 <sup>c)</sup>
慢性腎不全	9 (21.4)	10 (23.8)	n.s <sup>c)</sup>
脳血管疾患	8 (19.1)	9 (21.4)	n.s <sup>c)</sup>
PAD	7 (16.7)	3 ( 7.1)	0.313 <sup>c)</sup>
COPD	2 ( 4.8)	3 ( 7.1)	n.s <sup>c)</sup>

a) t 検定 b)  $\chi^2$  検定 c) Fisher exact test  
 PAD: 末梢動脈疾患、COPD: 慢性閉塞性肺疾患

表2 術式 (括弧内は%)

	コントロール群 (n=42)	導入群 (n=42)	p 値
冠動脈バイパス術 (CABG)	14 (33.3)	14 (33.3)	n.s <sup>a)</sup>
弁置換術	15 (35.7)	12 (28.6)	0.641 <sup>a)</sup>
大動脈人工血管置換術	7 (16.7)	6 (14.3)	n.s <sup>a)</sup>
複合手術	3 ( 7.1)	7 (16.7)	0.313 <sup>a)</sup>
その他	3 ( 7.1)	3 ( 7.1)	n.s <sup>a)</sup>

a) Fisher exact test

名)であった。対象患者のフローチャートを図4に示した。各群の平均年齢は、導入群が71.1歳、コントロール群が70.0歳であった。年齢、性別、EuroSCORE、既往歴、術式で群間における有意差を認めなかった(表1、2)。

術前背景、手術内容などの影響を受け、術後の回復過程には個人差があるため、術後の食事開始日はそれぞれの患者で一致しない。そこで食事開始日を1日目と統一し、導入群とコントロール群の術後食事開始日から14日目まで1日ごとの平均喫食率を比較した(図5)。14日間すべて導入群で上昇する傾向が認められた。平均喫食率を期間を区切って比較した(表3)。両群間で食事開始から3日目、食事開始から退院日の期間では、導入群で有意に増加していた。一方、食事開始4から14日目の期間には明らかな差を認めなかった。さらに、常食全量摂取までに要した平均日数を比較したところ導入群で有意に短縮していた(表4)。食事開始後の静脈栄養費用は、導入群で有意に減少しており(表5)、食事開始から14日間の平均喫食率と静脈栄養費用には負の相関が認められた(図6)。

#### IV. 考察

##### 1. 食事支援プログラム

開心術が他の手術と異なる点は、人工心肺の使用、低体温の併用、輸血量の増加などを伴うことである。これらは全身の炎症を惹起し、多臓器、特に肺、腎機能にネガティブな影響を及ぼす。結果、術後は心不全や不整脈の管理に加えて、呼吸状態や体液量の適正な管理が必要となる。

周術期の栄養管理は、全身性の炎症が消退するまでの期間を短縮する上で、免疫力の向上、創部治癒機転の促進をはかるために最も重要である。しかし、心臓手術では高度の侵襲を伴い、術後は一定期間異化亢進が起きているため、従来の静脈栄養を中心とした栄養管理では過剰なエネルギー供給となり、高血糖による創部治癒遅延などの術後合併症に陥りやすい(overfeeding)。

そこで、心臓手術後は腸管吸収能が保たれている利点を活かし、消化管を使用した栄養管理を第一に考えるべきといわれている。しかし、現在まで開心術を受ける患者への食事支援方法は確立されておらず、各施設独自の方法で実施されていた。当院でも術後に医師から食事開



表3 食事開始から各期間における平均喫食率 (%)

期間	コントロール群 (n=42)	導入群 (n=42)	p 値
食事開始から 3 日目	55.5	76.0	0.001 <sup>a)</sup>
4 日目から 14 日目	81.4	87.0	0.105 <sup>a)</sup>
食事開始から退院日	79.2	87.3	0.014 <sup>a)</sup>

a) t 検定

表4 術後常食全量摂取までの平均日数 (日)

期間	コントロール群 (n=42)	導入群 (n=42)	p 値
常食全量摂取まで	12.2	6.7	0.006 <sup>a)</sup>

a) t 検定

表5 静脈栄養費用 (円)

期間	コントロール群 (n=42)	導入群 (n=42)	p 値
食事開始から退院日	227,903	92,160	0.016 <sup>a)</sup>

a) t 検定

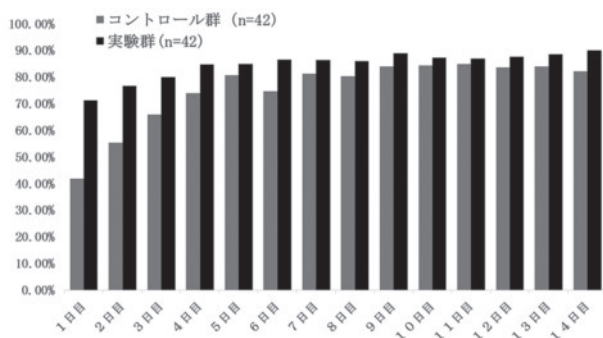


図5 食事開始から14日目までの平均喫食率

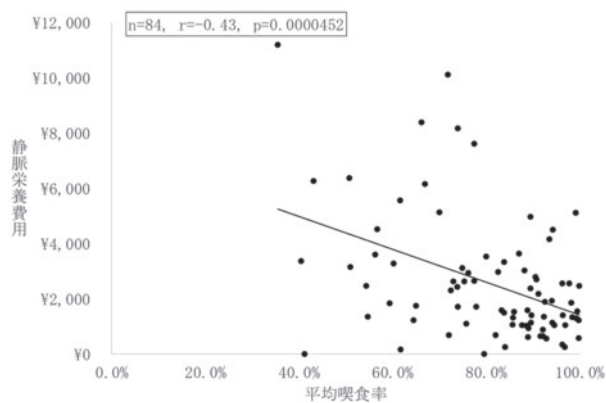


図6 平均喫食率と静脈栄養費用の相関関係 (食事開始から14日間)

始指示を受けた時点で術前と同じ食事形態を提供していた。患者からは「食欲がなく食べられない」などの発言が多く聞かれ、食事摂取量が低下する症例が散見されていた。

宮田は栄養摂取の早期自立について、栄養必要量を経静脈的に満たすことは「本人の自立」という観点からは好ましくない選択であり、自力で必要量を摂取できることが回復には必要であると述べている。さらに、本人が術後の回復に必要な栄養量および達成度を認識することも重要である。そして、医療者はこの認識を患者に自覚させ、必要量を供給するのではなく、必要量を摂取できるように促すことが肝心であると述べている<sup>1)</sup>。小泉らによると、手術後の高齢者が最も回復を自覚する場面は経口摂取の開始であると述べており<sup>2)</sup>、小林らは心臓手術を受けた患者の回復意欲の構築において、患者自身がクリティカルケアの必要な時期に看護師や医師から提供される情報を回復度合いの指標としており、医療者は患

者に対して日時、身体状態及びこれから行われる処置や経過というような先の見通しにつながる情報を提供する必要があると述べている<sup>3)</sup>。

以上を踏まえて、我々が考案した食事支援プログラムは、その導入目的や方法について対象者にあらかじめ説明し、食事開始3日間の希望対応食メニューを試食、選択していたことで看護師と対象者間で術後経過のイメージを共有でき、対象者自らが回復過程を自覚することが可能であったと思われる。

食事開始から3日目までの平均喫食率が導入群で増加した主要な理由は、希望対応食の食事提供量が常食よりも少ないためであったと考えられる。しかし、術後急性期の最も困難な時期に食事を摂取できたことで全身状態回復への弾みがつき、また、提供された量をほぼ完全に摂取できたことが達成感を与え、さらなる回復への意欲を高めることになったと考えられる。

4 から 14 日目の期間で平均喫食率に差が出なかった

原因として、血行動態が安定し、強心薬が漸減され、過剰な体液量を調整するために利尿薬の使用が始まり、血管内脱水、消化管の血流低下が起きやすい時期と重なったことが原因として考えられる。しかし、術後の経過を通してみると、導入群では常食全量摂取までの平均日数が有意に短縮し、平均喫食率も改善していることから我々が考案した食事支援プログラムの効果があったのではないかと思われた。

## 2. 病院収益

当院ではDPC制度を導入しており、投薬や注射費用は1日あたりの定額医療費に含まれる。一方、食事代は出来高払いで算定される。食事代は施設基準により算定され、さらに、開心術を受ける患者は心臓疾患として特別食加算が加えられる。開心術直後は静脈栄養にて栄養管理を行い、医師の指示に基づき、経口摂取の開始、経口摂取量が確保されない場合は、静脈栄養で不足栄養量を補う必要があり、結果としてDPC外の静脈栄養費用が病院負担となる。

平均喫食率と静脈栄養費用に負の相関が認められ、導入群では静脈栄養費用の削減が確認されたことから、食事支援プログラムの導入は病院収益の増加に寄与していると推察された。

看護の報酬評価は患者の一人あたりの看護師数によっ

て算定される。しかし、看護ケアの質において経営的視点から客観的に評価している文献は少ない。看護師は病院職員の半数を占めており、病院経営に及ぼす影響が大きい存在であることから経営参画の意識を持ち、看護ケアの質の向上を目指していく姿勢が求められる。

## V. 結論

- 1) 食事支援プログラムの導入は、栄養の早期自立に有用であった。
- 2) 食事支援プログラムの導入は、常食変更後の平均喫食率低下に伴う静脈栄養追加費用を削減し、病院収益の増加に寄与した。

## VI. 引用文献

- 1) 宮田剛. ESSENSE とはなにか～外科手術後の回復を促進するための4つのキーワード～. 外科と代謝・栄養; 47巻: 147-154, 2013
- 2) 小林美佐子, 大塚きく子, 伊藤まゆみ 他. 手術を受けた高齢者の回復過程の知覚と回復意欲をはぐくむ看護支援について. Kitakanto Med. J; 50(3): 275-285, 2000
- 3) 小林礼美, 下平唯子. 心臓手術を受けた患者の回復意欲の構造. 日本クリティカルケア看護学会誌; Vol.10, No1: 41-50, 2014

# Introduction of a postcardiotomy meal support program With the focus on early nutritional independence and business aspects

Hiroki Ito<sup>1)</sup>, Hiroshi Sato<sup>2)</sup>, Yuko Wada<sup>3)</sup>, Makiko Aoyama<sup>4)</sup>,  
Yuki Ito<sup>4)</sup>, Kaho Miyata<sup>4)</sup>, Chihiro Iwai<sup>4)</sup>, Wakaba Takahashi<sup>5)</sup>,  
Miyuki Ogura<sup>4)</sup> and Joji Fukada<sup>2)</sup>

1) 3F West Ward, Department of Nursing, Otaru General Hospital

2) Department of Cardiovascular Surgery, Otaru General Hospital

3) Department of Nutrition Management, Otaru General Hospital

4) 3F East Ward, Department of Nursing, Otaru General Hospital

5) Nursing Management Office, Department of Nursing, Otaru General Hospital

## Abstract

In case of postcardiotomy nursing, which is included in the field of critical care, early independence of nutrient intake is said to be important to facilitate quick postoperative recovery. However, an appropriate postoperative nutritional management method has not been established. Focusing on this problem, the authors devised a perioperative meal support program and introduced it in October 2019. This paper presents the results of comparing eating status and cost of intravenous nutrition before and after introduction of the program and verification of its effects on the postoperative course and business aspects.

Keywords: cardiotomy, meal support program, early nutritional independence, business aspects

# 下肢の malperfusion を伴う急性大動脈解離に対し 末梢血管用ステントによる真腔拡大が有効であった 2 症例

深田 穰治・岩代 悠・佐藤 宏・田宮 幸彦

小樽市立病院 心臓血管外科

## 要 旨

急性大動脈解離に併発する malperfusion (臓器灌流障害) によって下肢虚血をきたした症例の死亡率は高い。腸管虚血の合併や筋腎代謝症候群の続発が原因であり緊急の対応が必要である。外科的開窓術、腋窩-大腿動脈バイパス術が行われてきたが、近年は胸部大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR) による内膜亀裂 (entry) の閉鎖が第一選択となった。今回我々は急性大動脈解離の下肢虚血併発例に対し末梢血管用ステントの真腔内挿により良好な結果を得たので報告する。症例 1 は、66 歳、女性、急性 B 型解離、右下肢虚血。外科医が 1 人であったため TEVAR では不測の事態に対応できないと判断し末梢血管用ステントを右腸骨動脈真腔に内挿した。下肢血流の再開をえたが 5 日目に両下肢虚血をきたした。腎動脈レベルまでステントを追加し下肢虚血は解除された。その後、腎動脈以下の偽腔は消失した。症例 2 は、73 歳、女性、早期血栓閉塞型の急性 A 型大動脈解離であり、背部痛からの発症で entry は下行大動脈と推測された。将来の TEVAR に備え、腕頭動脈再建を含む上行近位部分弓部人工血管置換を行った。翌日朝、両下肢虚血を発症。腎動脈中枢から両側腸骨動脈にかけて末梢血管用ステントの内挿を行った。下肢虚血は解除され偽腔は吸収、2 週目に自宅退院した。本治療では entry は残存し偽腔が盲端となっている病態に変化はないため、より中枢で真腔の圧迫を生じうる。しかし再灌流が安全、短時間、低侵襲に行えるというメリットがあり、大動脈解離による下肢虚血に対する重要な選択肢の一つと考えられた。

キーワード：大動脈解離、malperfusion、下肢虚血

## はじめに

急性大動脈解離が重篤で致命的な疾患であることは広く知られている。しかし、実際に死に至る直接的な病態は意外と知られていないのではないだろうか。大動脈解離では動脈壁は穿破しておらず、血液が瞬時に血管外に失われる破裂性大動脈瘤とは異なる病態である。

急性 A 型大動脈解離の死因として代表的な心タンポナーデ、Stanford 分類に関わらず起る破裂は、直感的に理解しやすい死亡原因である。一方、malperfusion (臓器灌流障害) は (図 1)、知名度は低い治療に難渋し血管外科医を悩ませる重篤な解離の併発病変である<sup>1)</sup>。

急性大動脈解離で偽腔拡大、真腔虚脱による malperfusion によって下肢虚血 (図 1F) を併発した症例の死亡率は高い<sup>2)</sup>。併存する腸管虚血や続発する筋腎代謝症候群が死亡原因となり早期の対処が重要である。外科的開窓術、腋窩-大腿動脈バイパス術が行われてきたが、近年は胸部大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR)

による entry 閉鎖が第一選択となった。今回我々は末梢血管用ステントの真腔内挿により良好な結果を得たので報告する。

## 症例 1

66 歳、女性、右下肢の激痛のため救急搬送された。3DCT で、右鎖骨下動脈の末梢に直径 3cm 程度の entry を有する偽腔開存型の急性 B 型大動脈解離であることを確認した。偽腔の拡大が右大腿動脈までおよび、そこで真腔を押しつぶし右下肢の虚血を併発していた (図 2a)。外科医が 1 人であったため TEVAR では不測の事態に対応できないと考え末梢血管用ステントを右腸骨動脈真腔に内挿した (図 2b)。下肢血流の再開をえたが 5 日目に両下肢の完全虚血を起こした。3DCT で、初回 CT にはなかった腹部大動脈レベルの偽腔膨隆が認められ、末梢の真腔血流が途絶していた (図 2c)。初回の腸骨動脈領域のステントから中枢に腎動脈末梢までステントを追加し両下肢の虚血を解除した (図 2d)。その後



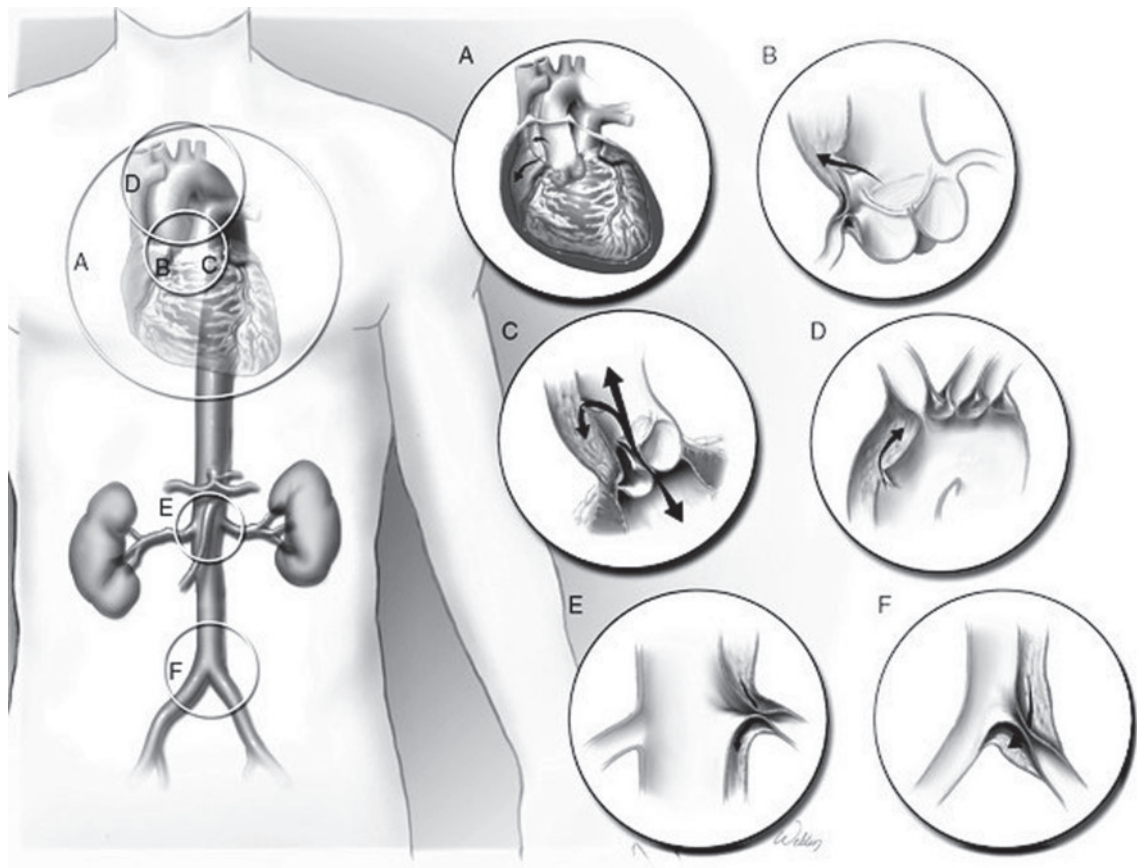


図1 大動脈解離に伴う各臓器の malperfusion

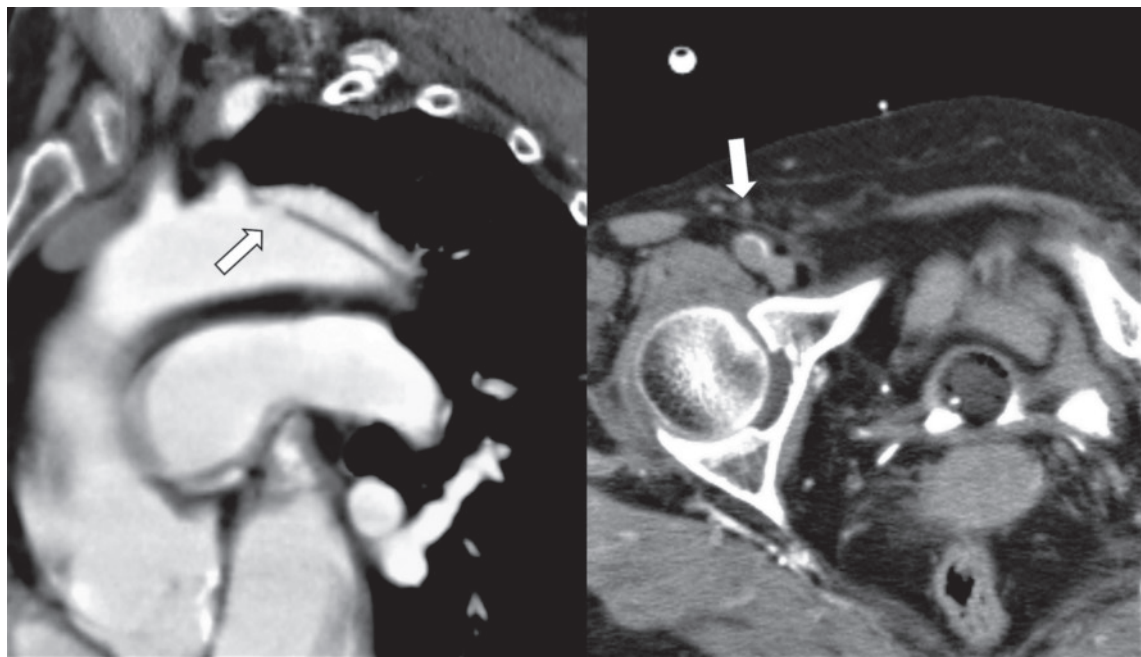


図2a 発症時3DCT

腎動脈レベル以下の偽腔は吸収され消失した (図 2e)。

#### 症例 2

73 歳、女性、背部痛で緊急搬送された。3DCT にて早期血栓閉塞型の急性 A 型大動脈解離と診断した。Pri-

mary entry は判別できず、偽腔は腹部レベルで収束していた (図 3a)。経過が背部痛からの発症で entry は下行大動脈と推測された。このため将来必要になりうる二期的 TEVAR で弓部をステントグラフトでカバーする際に、頸部分枝をバイパスできるような腕頭動脈の再建を

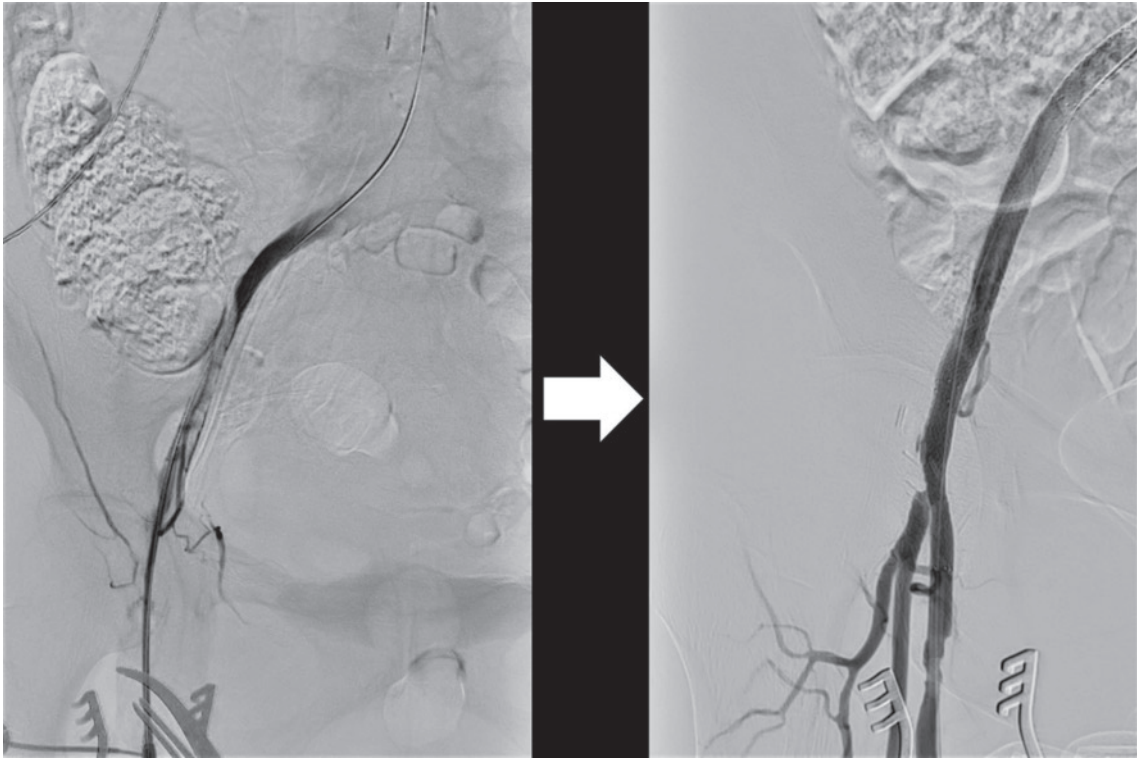


図2b 末梢血管用ステント内挿前後 DSA

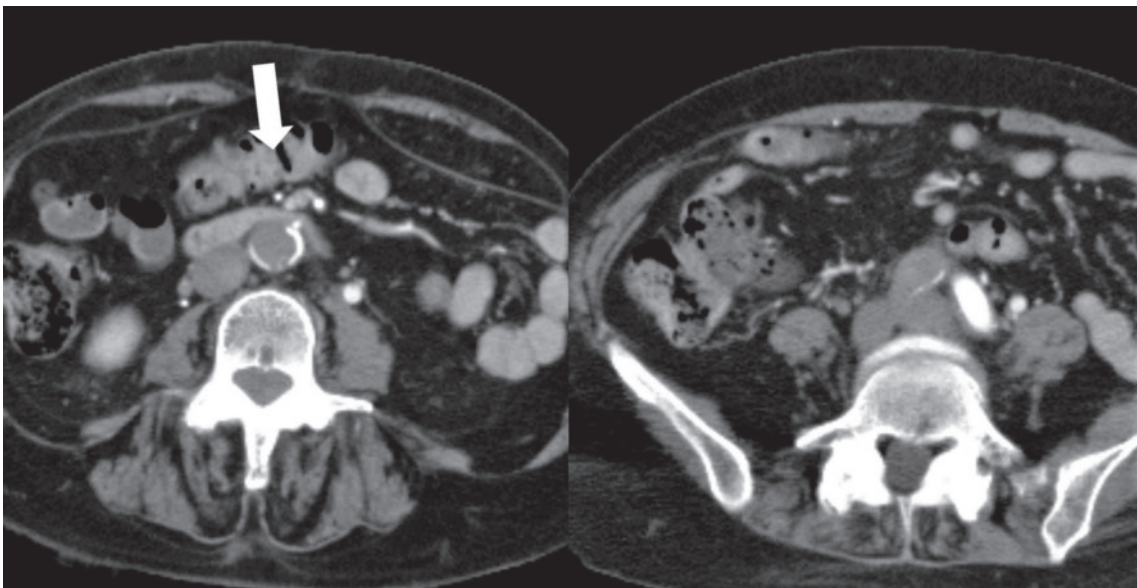


図2c Malperfusion 再発時造影 CT

伴う上行近位部分弓部置換を行う方針とした。全身麻酔、胸骨正中切開、完全体外循環に選択的脳灌流、低体温循環停止を併用し、4分枝付き人工血管の枝一本を腕頭動脈再建に使用して、上行近位部分弓部大動脈の人工血管置換術を行った（図3b）。翌日朝、突然、両下肢大腿動脈の拍動が消失した。前日の手術にて entry は切除できていないため、偽腔拡大による malperfusion を疑い 3DCT を撮影したところ、偽腔が左右腸骨動脈にまで新たに進展しており、腹部レベルから真腔が狭小化し

腸骨動脈では真腔が虚脱していた（図3c）。高度な侵襲をとまなう手術から24時間経過しておらず、TEVARを行うには正中創をまたぐ右腋窩から左頸動脈および左腋窩動脈へのバイパスが必要であったため、腎動脈中樞から両側腸骨動脈にかけて末梢血管用ステントの内挿を行った（図3d）。その後、下肢虚血は解除され偽腔は吸収された（図3e）。2週目に自宅退院した。



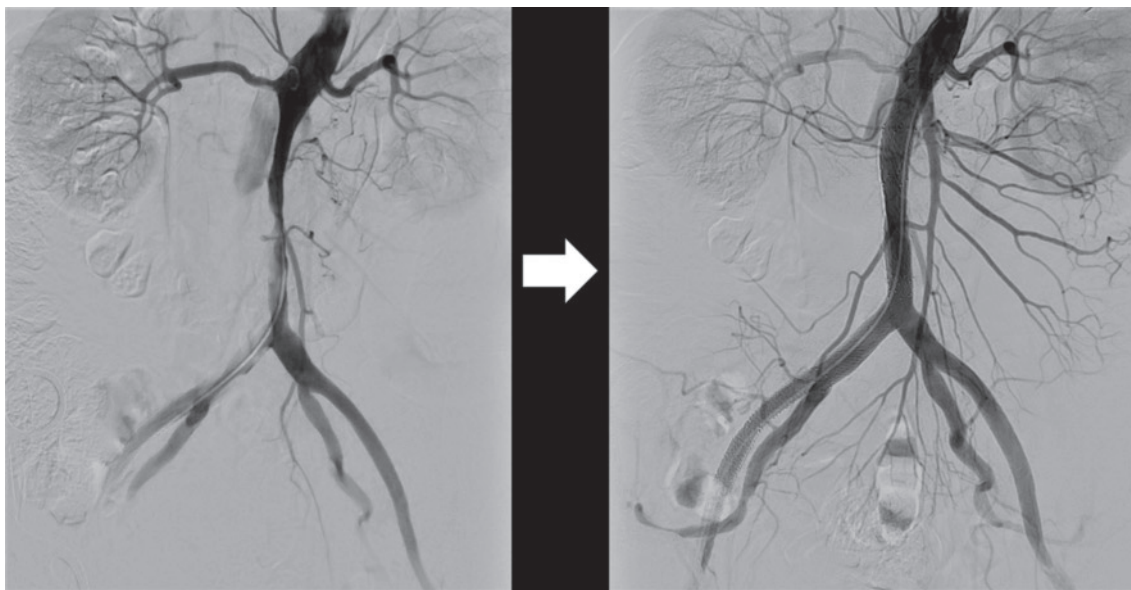


図2d 末梢血管用ステント追加前後 DSA

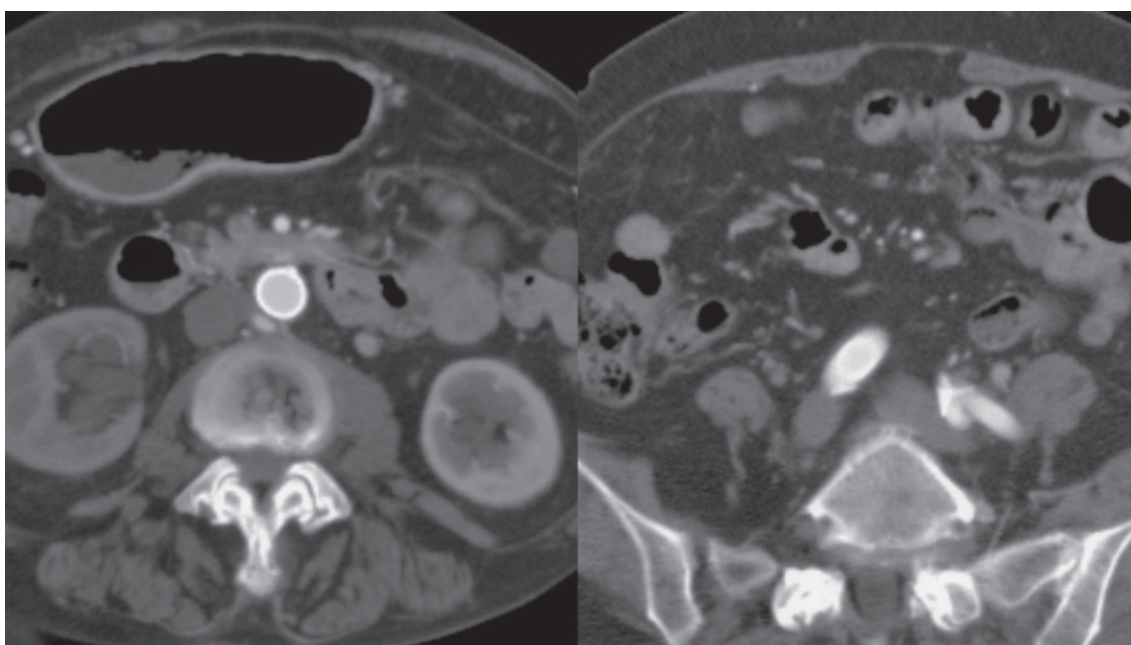


図2e 治癒期造影 CT

## 考察

Malperfusion とは、解離によってもたらされる様々な臓器の血流障害である。その機序は大きく二つに分類される。内膜に亀裂 (entry) が生じると、内膜外膜間の組織学的に脆弱な平滑筋層に高い圧力で血流が一気に入り込み偽腔を形成する。通常は大動脈の末梢に、偽腔の圧力が開放されるべき二つ目の内膜亀裂 (re-entry) が時間差をおいて形成される。その結果、偽腔は減圧され真腔と偽腔は等圧あるいは真腔有意となり、偽腔による真腔の圧迫が起きることはない。しかし、re-entry の径が小さく偽腔から流出する血流が少ないかほとんど

ない場合、偽腔の末梢側が盲端となり偽腔の拡大により真腔側が圧迫され、真腔から起始する重要な分枝の血流を阻害する動的閉塞 (dynamic obstruction) が起きる。これが malperfusion の一つ目の発生機序である (図 4a、b)。

多くの症例で動脈の分枝にも解離は進展するが、通常、分枝の末梢に re-entry が形成され、臓器の血流は再開する。しかし、分枝の末梢で re-entry ができなかった場合や真腔内の血流低下により血栓が形成され分枝血管自体の静的閉塞 (static obstruction) にいたる症例がある。これが malperfusion 発生のもう一つの原因である (図 5)<sup>3)</sup>。

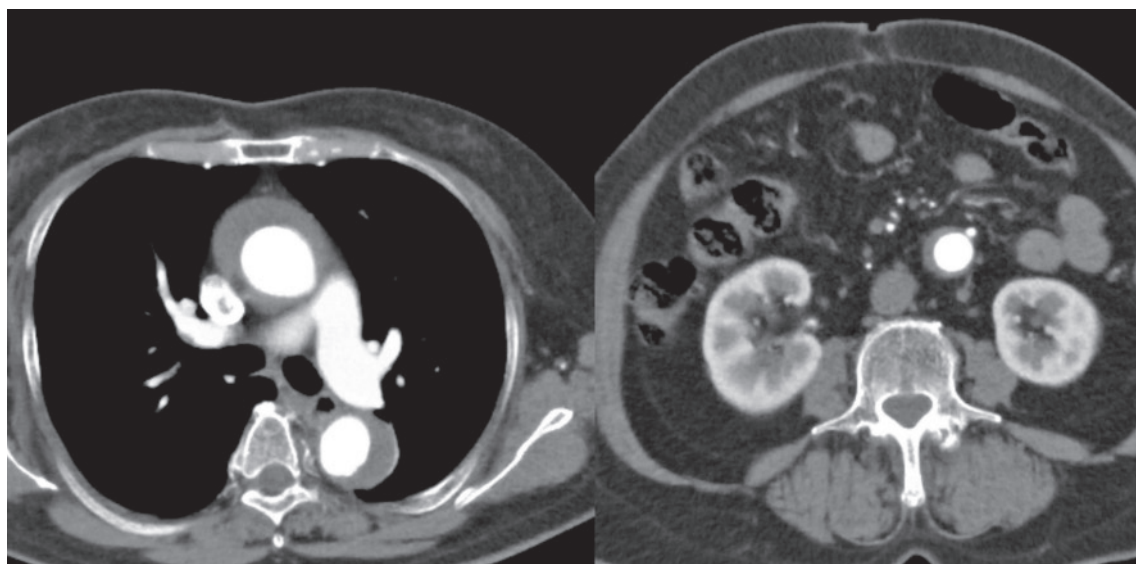


図3a 術前造影CT



図3b 術後3DCT



図3c Malperfusion 発症時3DCT

Malperfusion はあらゆる分枝に起こりうるが、冠動脈 (図 1B)、特に左冠動脈主幹部、頸部分枝 (図 1D)<sup>4)</sup>、上腸間膜動脈に起きた場合には予後不良である<sup>5)</sup>。腎動脈、下肢動脈も malperfusion をきたす。急性 B 型解離における下肢虚血の発生率は 5.7~30.0% と高く<sup>2)</sup>、下肢虚血合併例の死亡率は高い<sup>6)</sup>。しかし、人工透析など代替療法の存在や虚血に対する許容時間から前述の三臓器に比べれば救命する上で若干の時間的猶予が許される病

態でもある。

下肢動脈の malperfusion が予後不良な理由は、偽腔の膨隆がより中枢から起きており、その結果、腸管虚血も併発している可能性が高いこと<sup>2, 7)</sup>、下肢全体の高度な虚血の結果、筋腎代謝症候群を続発することが原因である。したがって早期の詳細な全体像の把握が重要である。しかし、診断は必ずしも容易ではない。一次病院で血栓塞栓による急性動脈閉塞を疑い Fogarty カテーテ



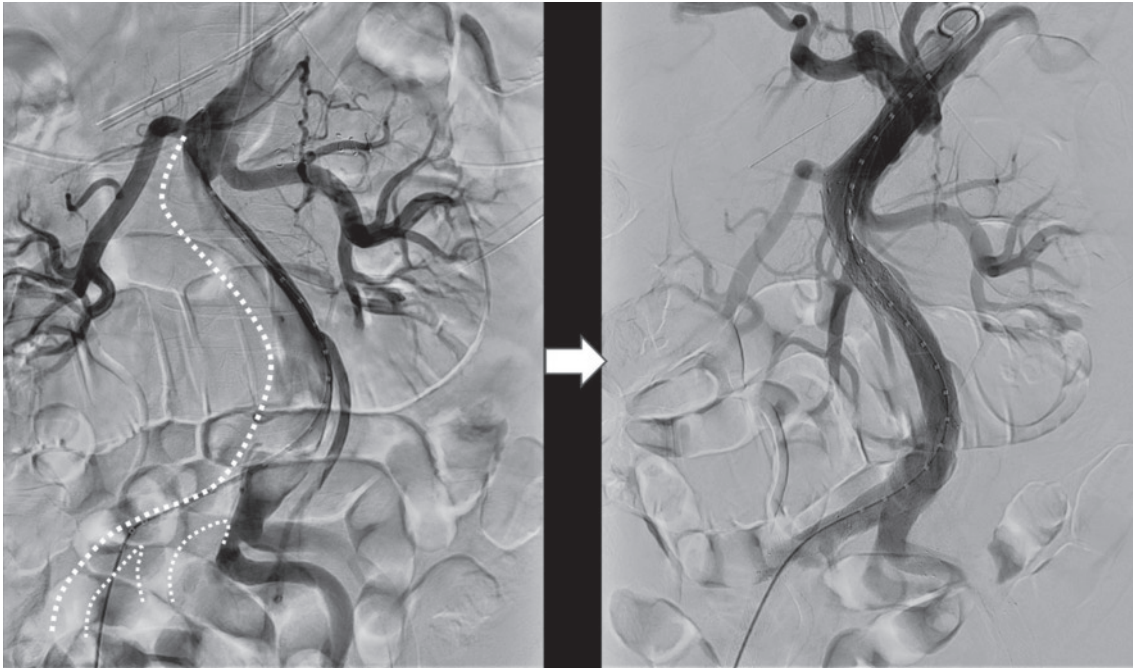


図3d 末梢血管用ステント内挿前後 DSA

ルによる血栓除去が行われることもある<sup>8)</sup>。強い胸背部痛のため下肢痛まで訴えられないことがあり、下肢虚血が存在しても下肢痛、知覚障害、運動麻痺などの症状が現れるのは15~20%と少ない<sup>2)</sup>。下肢の運動障害はこの下肢虚血または脊髄虚血で起こり、約半数は両側発症である。

解離に伴う下肢虚血の治療法は、malperfusionの原因、すなわち前述の二つの機序がどのような割合で虚血に影響しているかを見極めることが最も重要である。腹部分枝のstatic obstructionがあれば、閉塞した分枝へのバイパスあるいは可能な場合にはステント留置を先行しなければ臓器の壊死を招き、下肢虚血の治療以前に救命には至らない。しかし、dynamic obstructionが虚血の中心的原因であれば、1) entryの閉鎖、具体的にはTEVARにより偽腔への血流遮断による偽腔の減圧、真腔拡大、2) 解離の中樞から下肢へのバイパス、具体的には腋窩-大腿動脈バイパスによる真腔血流確保、3) 開腹し腹部大動脈レベルで大きなre-entryをあけ偽腔の減圧、真腔への血流再開を行うなどの方法で末梢の真腔拡大、分枝血流障害の解除が可能である。灌流再開後には、筋腎代謝症候群とコンパートメント症候群に注意が必要である。前者に対しては、必要に応じて血液透析濾過が救命のために必要となる<sup>9)</sup>。後者はmalperfusion発生の数時間後から筋肉の浮腫で筋膜内の圧が高まり、新たに血行障害を生じて筋壊死をきたすおそれがある。触診に加え筋膜内の圧を測定し、30mmHg以上なら早急に筋膜切開を加え、コンパートメント症候群のさらなる悪化を防ぐ必要がある。

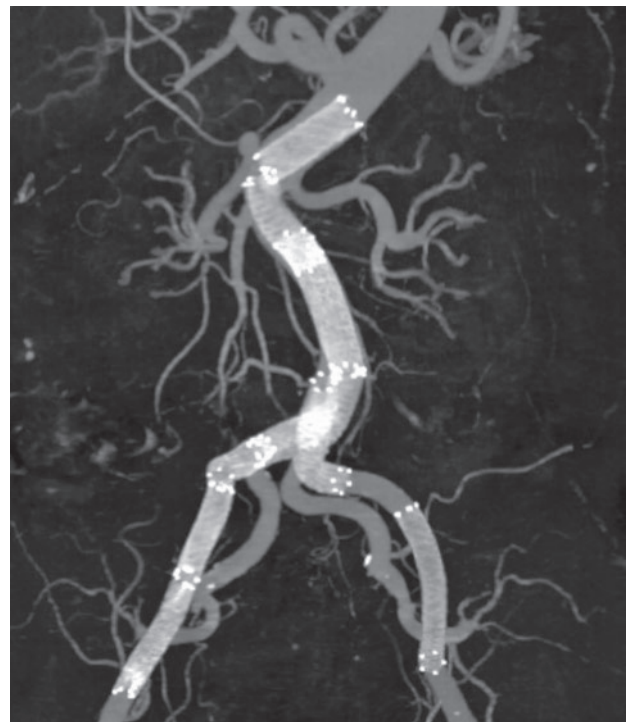


図3e 退院時3DCT

いずれの方法も習熟した複数の血管外科医の存在が必須であり、また一定の侵襲とリスクを伴う。今回 malperfusion によって下肢虚血をきたした二症例は、いずれも dynamic obstruction が原因であった。従って、TEVAR は malperfusion の緊急解除および大動脈解離の病態を安定化させ長期予後を改善する上で最も有効な方法であると考えられた。しかし、TEVAR は術中破裂、アプローチに利用する腸骨大腿動脈の損傷、留置し

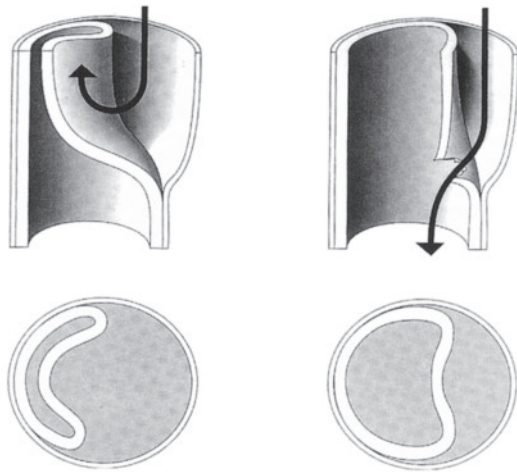


図4a 大動脈解離における re-entry の役割

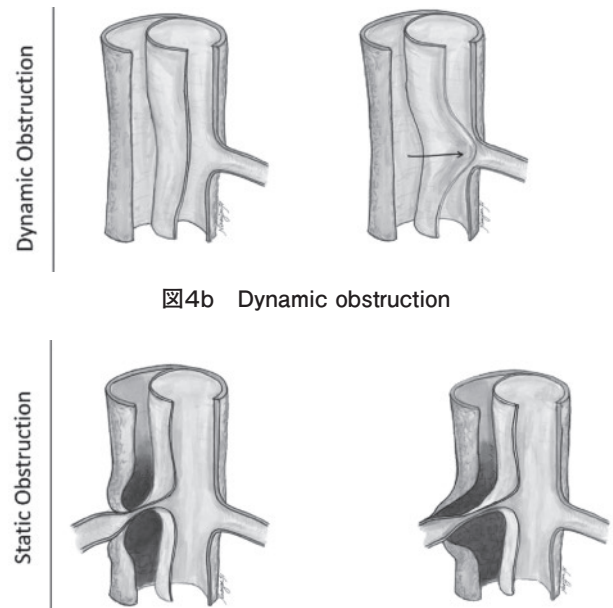


図4b Dynamic obstruction

図5 Static obstruction

たステントグラフトの中枢に新たな大動脈解離（医原性逆行性 A 型解離）をきたすなど、極めて重篤な合併症を起こしうる。一人の血管外科医で TEVAR は施行可能だが、合併症への対応は不可能である。同様に人工血管バイパスや開腹 re-entry 作製も一人の外科医ではリスクが大きい。そこで一例目は末梢血管用ステントを偽腔に圧排された真腔に挿入し真腔血流の確保を試みた。二例目は人工血管置換手術の翌日であったため、低侵襲を売りにする TEVAR といえども、その侵襲を無視できないと判断し、末梢血管用ステントの留置にて緊急事態からの脱出を試みた。

末梢血管用ステントの真腔への留置は、偽腔圧の軽減という目的を達することはできないため、偽腔の拡大が持続しステント留置部より中枢で真腔が再度虚脱する可能性が残る。しかし、破裂や malperfusion などの合併症がない急性 B 型大動脈解離の治療では、いまだに降圧安静が第一選択である。また、entry が極めて小さく、そのため早期血栓閉塞型となる症例においても発症後徐々に dynamic obstruction をきたす症例もあれば、malperfusion を起こさずに偽腔が消滅し治癒する症例も多い。Primary entry と re-entry の相互関係によるものと思われる<sup>10, 11)</sup>。大動脈解離におけるこれらの様々な臨床的経過を顧みれば、とりあえず 1) 末梢血管用ステントで下肢虚血を解除し、2) 厳重な降圧により偽腔圧を下げ、3) さらに偽腔の拡大を防ぐという治療手段も成り立つのではないかと考えた。

末梢血管用ステントの真腔内留置で必須となる厳重な降圧にはリスクも伴う。腎機能障害の進行、脳血管疾患、冠動脈疾患などを有する症例での病態悪化などの可

能性がある。降圧に耐えられない症例では一定のリスクを覚悟して従来型の治療法を選択せざるをえない。また末梢血管用ステントの拡張力では偽腔にかかる圧に抗することができず真腔径が確保できないことがあることも予想される。しかし再灌流が安全、短時間、低侵襲に行えるという極めて大きな魅力がある。経過観察を慎重に行い dynamic obstruction の再発に備えること、二次的 TEVAR を考慮し太めのステントを使用することなどに注意をすれば下肢 malperfusion に対する重要な治療選択肢の一つになりうると考えられた。

結語

急性大動脈解離の合併症である malperfusion により下肢虚血をきたした 2 症例に対し、虚脱した真腔に末梢血管用ステントを留置し良好な結果を得たので報告した。

文献

- 1) Borst HG, Laas J, Heinemann M. Type A aortic dissection: diagnosis and management of malperfusion phenomena. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 3: 238-241. 1991
- 2) Gargiulo M, Bianchini Massoni C, Gallitto E, et al. Lower limb malperfusion in type B aortic dissection: a systematic review. *Ann Cardiothorac Surg.* 3: 351-367. 2014
- 3) Williams DM, Lee DY, Hamilton BH, et al. The dissected aorta: percutaneous treatment of ischemic complications- principles and results. *J Vasc Interv Radiol.* 8: 605-625. 1997

- 4) Fukada J, Morishita K, Kawaharada N, et al. Isolated cerebral perfusion for intraoperative cerebral malperfusion in type A aortic dissection. *Ann Thorac Surg.* 75: 266-268. 2003
- 5) 饗場正宏, 川田忠典, 丸田一人, 他. 臓器虚血を伴った急性大動脈解離に対する外科治療. *日血外会誌.* 12 : 581-586. 2003
- 6) Suzuki T, Mehta RH, Ince H, et al. International Registry of Aortic Dissection. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). *Circulation.* 108 Suppl: II312- II317. 2003
- 7) Charlton-Ouw KM, Sandhu HK, Leake SS, et al. Need for Limb Revascularization in Patients with Acute Aortic Dissection is Associated with Mesenteric Ischemia. *Ann Vasc Surg.* 36: 112-120. 2016
- 8) Liu WP, Chen WK, Ng KC. Aortic dissection presenting as acute lower extremity ischemia: report of a case. *Yale J Biol Med.* 75: 211-214. 2002
- 9) Kashima I, Tsutsumi K, Okamoto M. Salvage of severe ischemic lower limb having peak creatine phosphokinase level exceeding 200,000 IU/L treated by continuous hemodiafiltration. *Ann Vasc Surg.* 28: 1795. e15-1795. e18. 2014
- 10) Sato H, Ito T, Kuroda Y, et al. New predictor of aortic enlargement in uncomplicated type B aortic dissection based on elliptic Fourier analysis. *Eur J Cardiothorac Surg.* 52: 1118-1124. 2017
- 11) Sato H, Fukada J, Tamiya Y, et al. Morphometric Predictors of Aortic Remodeling after Frozen Elephant Trunk Repair of Type A Dissection. *Ann Vasc Surg.* doi: 10.1016/j.avsg.2022.01.007



# 腎癌術後の転移性腓腫瘍に対して腹腔鏡下腓体尾部切除術を施行した一例

石川 昂弥・渡邊 義人・小野 仁・葛西 弘規・越前谷 勇人

小樽市立病院 外科

## はじめに

腎細胞癌は肺、肝、骨などへの血行性転移が比較的多いとされ、腓臓への転移は比較的稀である。今回、我々は腎摘出術後16年目に転移をきたした転移性腓腫瘍に対して腹腔鏡下腓体尾部切除術を施行した症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 症例

症例：73歳、男性。

主訴：特になし。

現病歴：2004年1月に右腎癌に対して根治的右腎摘出術を施行された。病理組織学的診断は淡明細胞型腎細胞癌であった。その後のフォローで明らかな再発なく経過していた。しかし、2020年8月の定期的CT検査で腓尾部に腫瘍性病変を指摘された。後方視的に見ると、2020年2月のCT画像と比較し、腓腫瘍影は増大傾向であった。腎細胞癌の腓転移が考えられ、手術加療目的

に当科紹介となった。

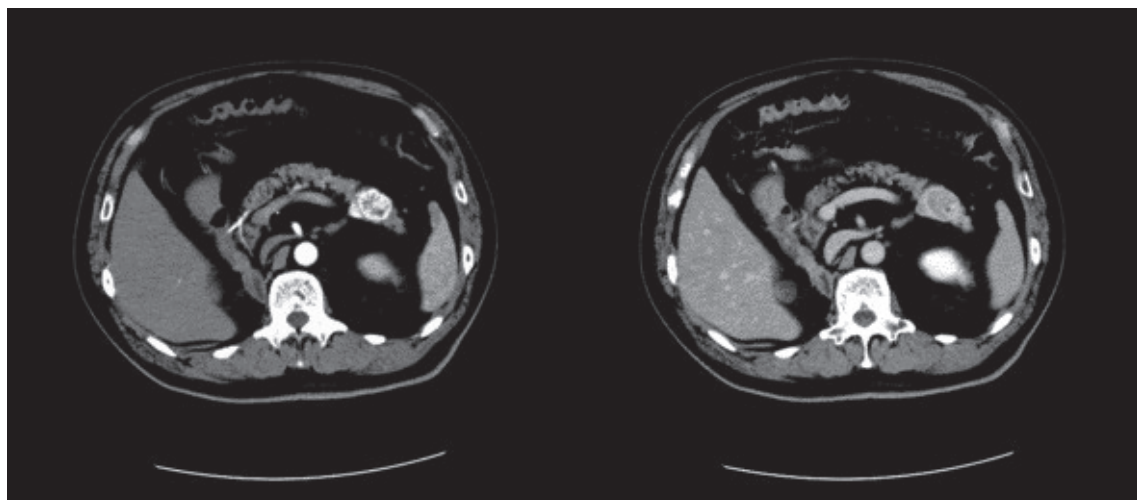
入院時現症：身長161.6cm、体重79.1kg。眼瞼結膜に蒼白なく、眼球結膜に黄染なし。腹部は平坦、軟で圧痛なし。腫瘍は触知されず。右側腹部に右腎摘出術時の手術痕を認めた。

入院時血液検査所見：血液生化学検査、全血球計算検査、凝固検査に特記事項なく、腫瘍マーカーも上昇は認めなかった。

腹部造影CT検査所見：腓尾部に38mm大の早期相で濃染され（図1a）、後期相でwash outされる（図1b）、境界明瞭な腫瘍性病変を認める。その他、明らかな転移巣やリンパ節腫大は認めず。腹水もなし。

腹部MRI検査所見：腓尾部に38mm大のT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を示す腫瘍性病変を認めた。Dynamic studyでは早期相で強く増強され、遅延相で信号の低下を認めた。

PET-CT検査所見：腓尾部の腫瘍性病変に軽度の集積亢進を認めたが、その他に明らかな異常集積は認めな



(a)

(b)

図1

腹部造影CT検査所見：腓尾部に38mm大の早期相で濃染され（a）、後期相でwash out（b）を示す腫瘍性病変を認める。



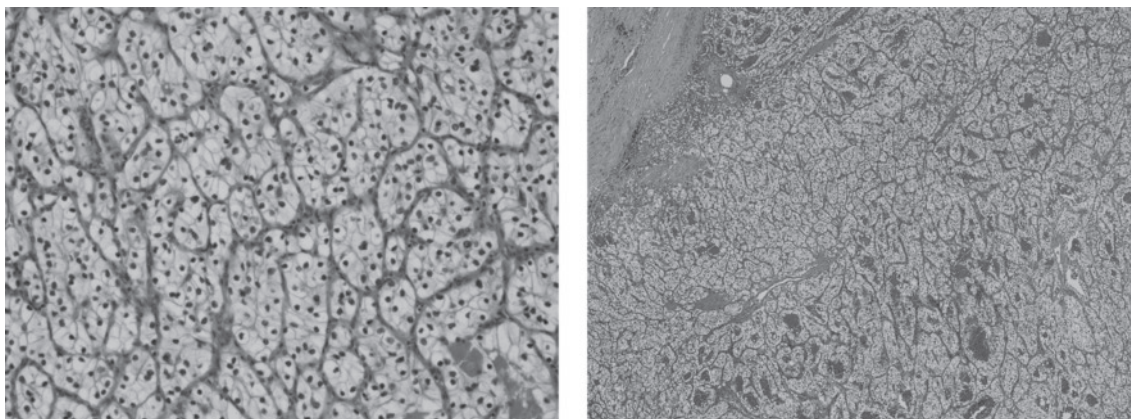


図2

病理組織学的所見：腫大した円形核を有する胞体の広い淡明腫瘍細胞の充実性増殖を認めた。

かった。

以上から、腎細胞癌の膵転移と考えられ、膵尾部の孤発性の腫瘍であり、根治的手術が可能と判断し、2020年9月に腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した。鑑別診断としては膵神経内分泌腫瘍などが挙げられた。

手術所見：膵尾部に腫瘍を認めた。周囲組織への浸潤やその他の転移は認めず、腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した。

病理組織学的所見：腫大した円形核を有する胞体の広い淡明腫瘍細胞が充実性に増殖しており、既往の淡明細胞型腎細胞癌の転移として矛盾しない所見であった（図2）。

術後経過：術後経過は良好で術後15日目に退院となった。現在術後2年が経過しているが明らかな再発なく経過している。

## 考察

腎細胞癌は肺、肝、骨などへの血行性転移が比較的多いとされるが、膵転移の頻度は1.4～2.8%程度と比較的稀である<sup>1)</sup>。臨床症状としては閉塞性黄疸や体重減少、腹痛、貧血をきたす場合もあるとされるが、大半は無症状で、偶発的に画像検査で発見されており、近年の診断能力の向上による部分も大きいと考えられる<sup>2)</sup>。転移性膵腫瘍の鑑別疾患としては多血性腫瘍を呈する膵神経内分泌腫瘍や腺房細胞癌などが挙げられる。一方で原発性膵癌の80%を占める膵管癌ではhypovascular tumorのため、鑑別は比較的容易である<sup>2)</sup>。また、PET検査において、腎癌は一般にFDGの取り込みが低く、偽陰性となることも多いと指摘されている<sup>3)</sup>。本症例では腎細胞癌の既往があり、Dynamic studyで典型的な早期濃染およびwash outを呈しており、また、PET-CTでFDGの軽度の取り込み亢進を認めていたことから、腎

癌の膵転移を疑った。

治療については、切除可能例では切除を推奨する報告も多い。非切除療法としてはインターフェロン療法や分子標的薬であるsunitinibも使用されているが、奏功率はそれぞれ6～20%、28～37%とされている<sup>4)</sup>。また、膵転移切除術後の5年生存率は72.6%であり、非切除群では14%であったとの報告<sup>5)</sup>もあり、切除可能であれば切除が望まれる。術式としては、単発の転移であれば部位によって、核出術または膵体尾部切除術が可能であるが、多発症例や腫瘍の局在によっては膵頭十二指腸切除や膵全摘術が必要となる。この場合は、かなりの高侵襲手術となること、膵全摘術後には膵内外分泌機能が失われ、消化酵素やインスリンの補充が不可欠となる。しかし、残膵再発の報告<sup>6)</sup>もあり、膵機能温存のため、核出術を含む膵部分切除を推奨する報告<sup>7)</sup>と、根治性を追求する膵全摘を推奨する報告<sup>6), 8)</sup>とが存在し、controversialな点である。加えて、術後の患者のQOLの低下についても十分に検討して選択する必要があると考える。本症例では、臨床上孤発性の膵尾部に位置する腫瘍であったため、膵温存と、さらに低侵襲手術として腹腔鏡下膵体尾部切除術を選択した。

術後経過は良好であり、現在術後2年が経過しているが、明らかな再発なく経過している。

## おわりに

今回我々は腎細胞癌術後16年目に膵転移をきたした稀有な一例を経験し、適切な手術治療を行い、良好な治療経過が得られたと考えられた。転移性膵腫瘍に対して、積極的に切除を検討し、さらには患者の術後のQOLも考慮して、臓器温存および低侵襲手術を検討する必要性があると考えられた。

## 文献

- 1) 松木雅裕, 市原浩司, ほか. : 腎癌術後膵転移 6 症例の臨床的検討. 泌尿紀要, 60 : 105-108, 2014.
- 2) 横西哲広, 伊藤悠亮, ほか. : 腎癌術後 25 年目に膵転移を来たした 1 例. 泌尿紀要, 56 : 629-633, 2010.
- 3) Montravers F, Grahek D, et al.: Evaluation of FDG uptake by renal malignancies (primary tumor or metastasis) using a coincidence detection  $\gamma$  camera. J Nucl Med 41: 78-84, 2000.
- 4) 安岡宏展, 浅野之夫, ほか. : 腎癌術後多発膵転移切除 3 症例の臨床的検討. 膵臓 32 : 912~919, 2017.
- 5) Tanis PJ, van der Gaag NA, et al.: Systematic review of pancreatic surgery for metastatic renal cell carcinoma. Br J Surg. 96: 579-92. 2009
- 6) 松本正成, 草塩公彦, ほか. : 腎癌多発膵転移の 2 切除例. 日消外会誌, 40 (10) : 1694~1699, 2007.
- 7) 三橋 登, 木村文夫, ほか. : 術前の詳細な検査により膵全摘を回避した腎細胞癌多発膵転移の 1 例. 日臨外会誌. 70 : 797-802, 2009.
- 8) 檜垣栄治, 後藤田直人, ほか. : 腎細胞癌術後に 17 個の膵内転移をきたし膵全摘術にて切除しえた 1 例. 膵臓. 26 : 517~523, 2011.

# コロナ災害に対する小樽市医療機関の組織的動向 第二報

## ～小樽市におけるコロナ収容体制の再構築～

越前谷 勇人

小樽市立病院 外科（小樽市医師会救急医療部担当理事、小樽市夜間急病センター管理者）

### 要 旨

新型コロナウイルス感染症は世界中で猛威を振るい、収容・検査体制を中心に医療は逼迫した。小樽後志二次医療圏では当初小樽市立病院が一極集中的に全ての入院患者を請け負ってきた。その後市内の複数の総合病院が中心となり組織的収容体制を構築したが、経済的支援不足により瞬く間に崩壊したことは前回報告した通りである<sup>1)</sup>。

しかしながら自治体病院に集中したコロナ災害の初動体制のままでは、今後新たに迫りくる大規模な新興感染症災害を乗り越えることはできないのは明白である。

そこで本稿では、小樽市の組織的収容体制が崩壊後どのような過程を経て現在の協力体制に再構築されてきたかを、政府および北海道の対応の推移と小樽市保健所行政の支援にフォーカスを当て顧みることにし、小樽市の今後の新興感染症災害に対する新たな体制構築の一助としたい。

キーワード：コロナウイルス感染症、新興感染症、初動、自治体病院

## 1. はじめに

我が国において2020年初頭より始まった新型コロナウイルス感染症に対する病床確保は当初困難を極め、PPEの徹底、3密の回避、ホテル療養、治療薬の開発、ワクチンの導入、政府主導の財政的支援など様々な介入により段階的に改善してきた。しかしながら現在もお全国

様々な医療機関・介護施設・学校・会社などの社会集団においてクラスターは発生し多くの問題が生じている。

2020年1月16日に日本国内で最初の新型コロナウイルス感染症が発生してから2022年10月現在で2年と9か月が経過した。この間新型コロナウイルス感染者は急増と減少を繰り返し、現在は第7波のピークを越えたと考えられている（図1）。

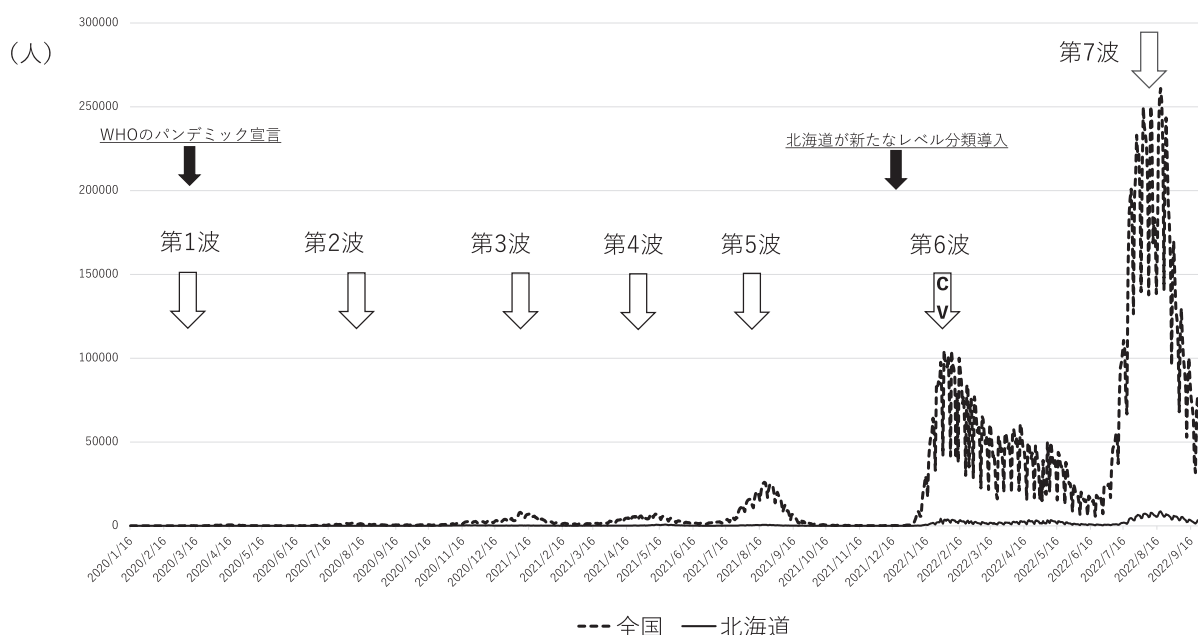


図1 新規陽性者の推移（厚生労働省オープンデータより作成）

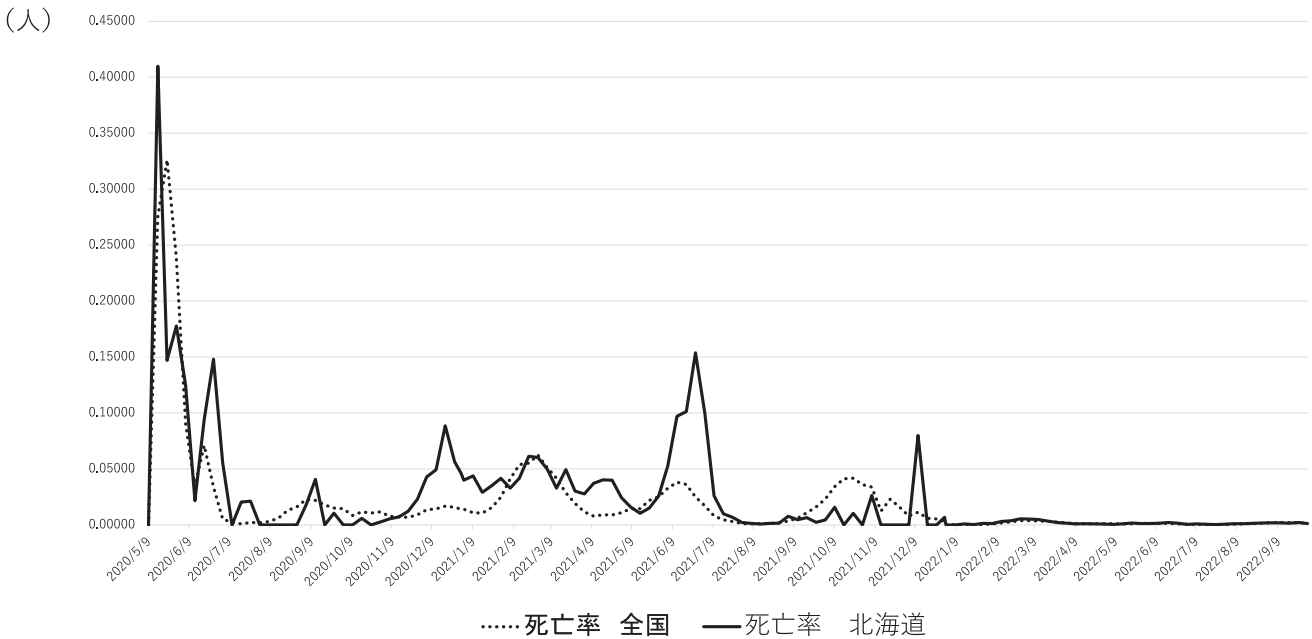


図2 死亡率の推移（厚生労働省オープンデータより作成）

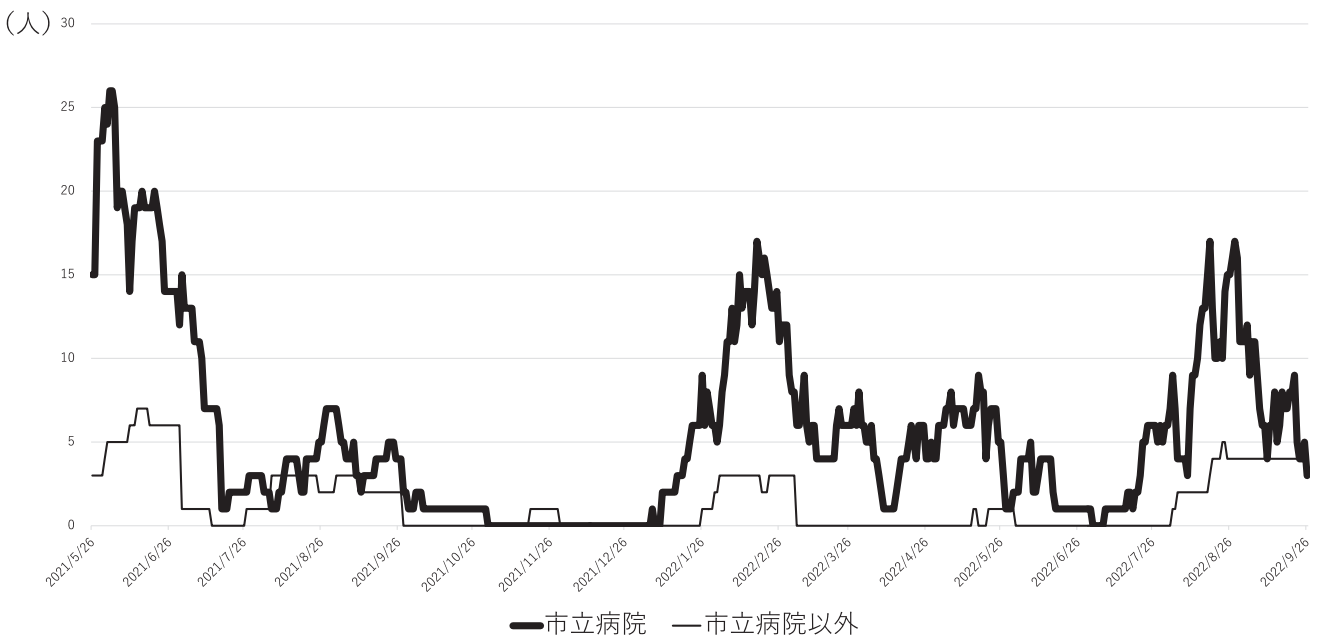


図3 入院状況（小樽市保健所提供データより作成）

当初正体の分からない新興感染症に対する不安と恐怖から多くの医療機関が感染者の受け入れを敬遠する中、地域住民の健康と命を守るという使命感から新型コロナウイルス感染症に対する初動の時期からこの感染症と真正面から対峙してきたのは、全国の自治体病院をはじめとする公的医療機関であることに異論をはさむ余地はないであろう。

2020年1月16日に本邦で初めて新型コロナウイルス感染症が確認された。そこからさかのぼること4か月、2019年9月26日に厚生労働省は再編統合など地域医療構想を踏まえ財政的側面から再検証を要する424病院を

公表し、これを契機に自治体病院不要論が日本中を席卷した。

しかしながらその後新型コロナウイルス感染症が全国に蔓延し、特にその初動期の大混乱の最中に不安と恐怖におのきなながらも、他の医療機関ができないのなら自分たちがやるしかないといった気概を持ち風評被害をもつとせず、現在のように治療薬もなくワクチンもない時期に、自からの危険を顧みずに感染した患者を受け入れ地域社会を守ってきたのは他でもない多くの自治体病院であった（図2、図3）。

総務省は2022年3月29日に「持続可能な地域医療提



供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を策定し、新興感染症の感染拡大時の対応という視点をもって公立病院の経営を強化していくことが重要であるとした。公立病院の存続に関して以前とは180度方向転換したと言える。

このように自治体病院不要論からベクトルの方向が真逆になり、新興感染症や災害医療を乗り切るために自治体病院が不可欠であると国の方針が転換してきたとしても、それだけでは現実の臨床の現場が動くことはなかった。

国が大枠を作り、各都道府県がそれを受け、各地方行政が主導して其々の医療機関と粘り強い交渉をしていくことにより初めて地方の医療を動かすことが可能となる。

小樽市に於いても、新型コロナウイルス感染症が蔓延しだした第1波から第2波初期あたりの大混乱の時期は自治体病院である小樽市立病院一辺倒であり中等症以上の患者のみならず軽症者及び疑似症患者も数多く入院し瞬く間に病床は逼迫した。軽症者を中心とした組織的収容体制の構築を試みたが適わなかったのは前述のとおりである。

ただし小樽市として取り決めた組織的収容体制の維持は叶わなかったが、経済的打撃を被りながらも地域社会のために感染症病棟を作り呼吸器内科医がいなくても関わらず懸命にコロナ患者を受け入れていただいた医療機関や、収容は中々難しくとも検査に協力いただいた市内医療機関の皆様には感謝の念に堪えません。

その後種々のクラスターの発生及び保健所長の交代の時期を経てウイルスの感染力の増加に伴い、小樽市立病院の新型コロナウイルス感染者及び濃厚接触者を収容する病床が逼迫し限界に達した。このような小樽市立病院の危機的状況は、小樽市保健行政を担う保健所職員諸氏が日夜丸となり総力を挙げてPCR検査やワクチン集団接種を主導しつつ宿泊療養並びに自宅待機患者等の健康観察を行い協力してくれたおかげで救われた(図4、図5)。また保健所長の粘り強い交渉が功を奏し少しずつはあるが小樽市立病院以外の医療機関にも受け入れられるようになってきた。

小樽市立病院において院内クラスターが発生したのは2020年8月19日、45日目の10月2日に終息宣言をした。ちょうど北海道は第3波の最中であり小樽市内の医療機関が少しずつコロナ患者に慣れてきた時期であった。院内クラスターの詳細については、金内による「本誌第9巻第1号p45~46」を参照されたい<sup>2)</sup>。私がここで強調したいのはコロナ患者の受け入れに対し主導的役割を担ってきた小樽市立病院が院内クラスターの発生により完全に機能不全に陥り、それまで何とか稼働させて

きた感染症医療と救急医療との両輪を失うことになったこと。またそれに伴い小樽市内の救急医療を市内の代表的医療機関が肩代わりしてくれたことにより小樽市の救急医療を何とか継続できたことである。その後当院と同様に院内クラスターが他の医療機関にも生じたが、集団発生を生じていない医療機関同士が補完し合い小樽市内の救急医療を継続してきている。

ここまでの道のりを顧みると最も大変であったのは紛れもなくコロナ災害の初期の初動対応である。現在では当たり前のように使用している治療薬やワクチンなどは存在せず不安と恐怖が交錯し手探り状態のなかでの初動対応こそが最も困難であった。ただし今回の新型コロナウイルス感染症によるコロナ禍は災害医療の範疇に入るものであり、地域全体で考えた時にはどちらも不可欠である(図2~3)。

今後の新興感染症に備えるためにこれまで小樽市医療機関がコロナと対峙した軌跡を、収容体制を中心に日本政府及び北海道の制度的側面から振り返る。

## 2. 新型コロナウイルス感染症の国内および小樽市立病院の状況(図1~図5)

2019年中国武漢から全政界に拡大した新型コロナウイルス感染症の原因ウイルスは様々な変異を重ねてきた。わが国でも2020年当初第1波から始まる従来型から第4波では $\alpha$ 変異ウイルス(B.1.1.7株)が中心となり第6波のオミクロン株BA1からBA5が中心の第7波へと変遷を重ね2022年10月現在では第7波はピークを越え漸く減少の兆しを見せてきた。今後はコロナウイルスと共存してゆく可能性が叫ばれているが、現実的には未だに様々な障壁が存在し地域全体としてのコロナ災害に対する対応は各々の地域で実情に合わせ手探りの状態が続いている。

小樽市に於いても同様であり、コロナ災害の初動時期の混迷については前術の通りであった。

すなわち新型コロナウイルス感染症が小樽市で発生した当初、小樽市立病院が一極集中的に全ての入院患者を請け負ってきたが、北海道からの指導もあり他の医療機関と協力して受け入れる体制を構築する必要に迫られ4病院が中心となり組織的収容体制を構築した。しかしながら公的経済支援不足による赤字経営の影響は甚大であり自治体病院以外の医療機関はこれを乗り切るだけの体力がなかった。その結果小樽市の複数の基幹病院が集まり度重なる協議を経て構築したはずの組織的収容体制は瞬く間に崩壊し、小樽市立病院が新型コロナウイルス感

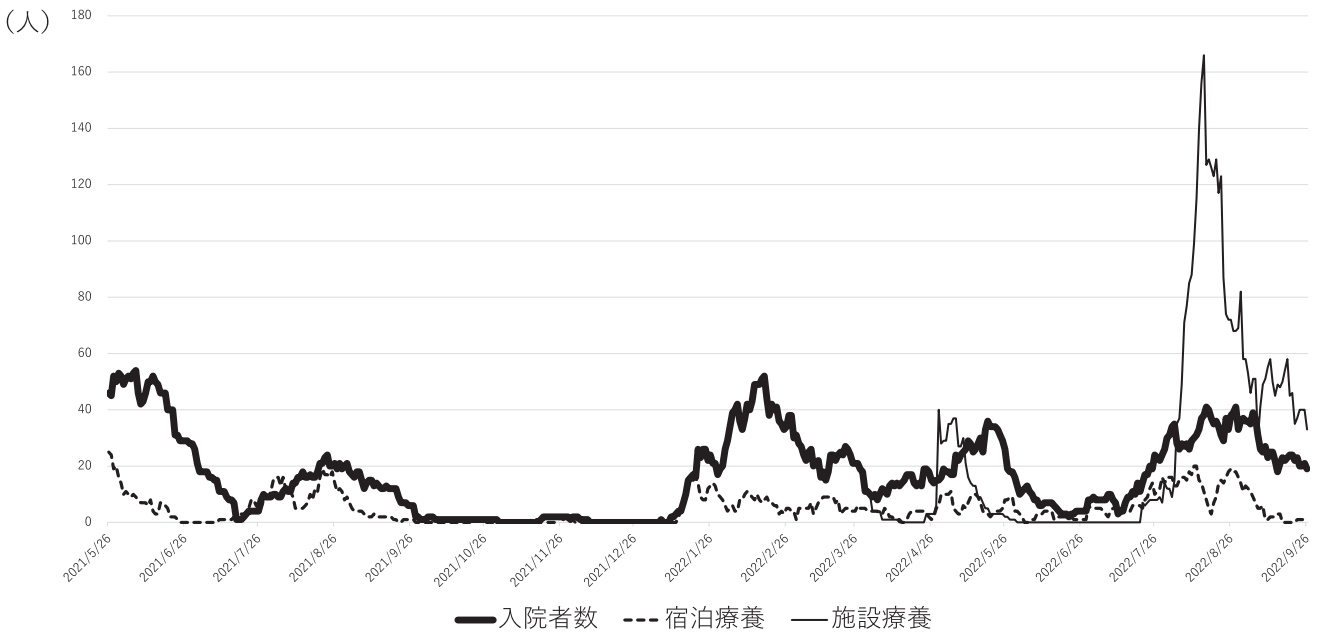


図4 療養状況（自宅以外）（小樽市保健所提供データより作成）

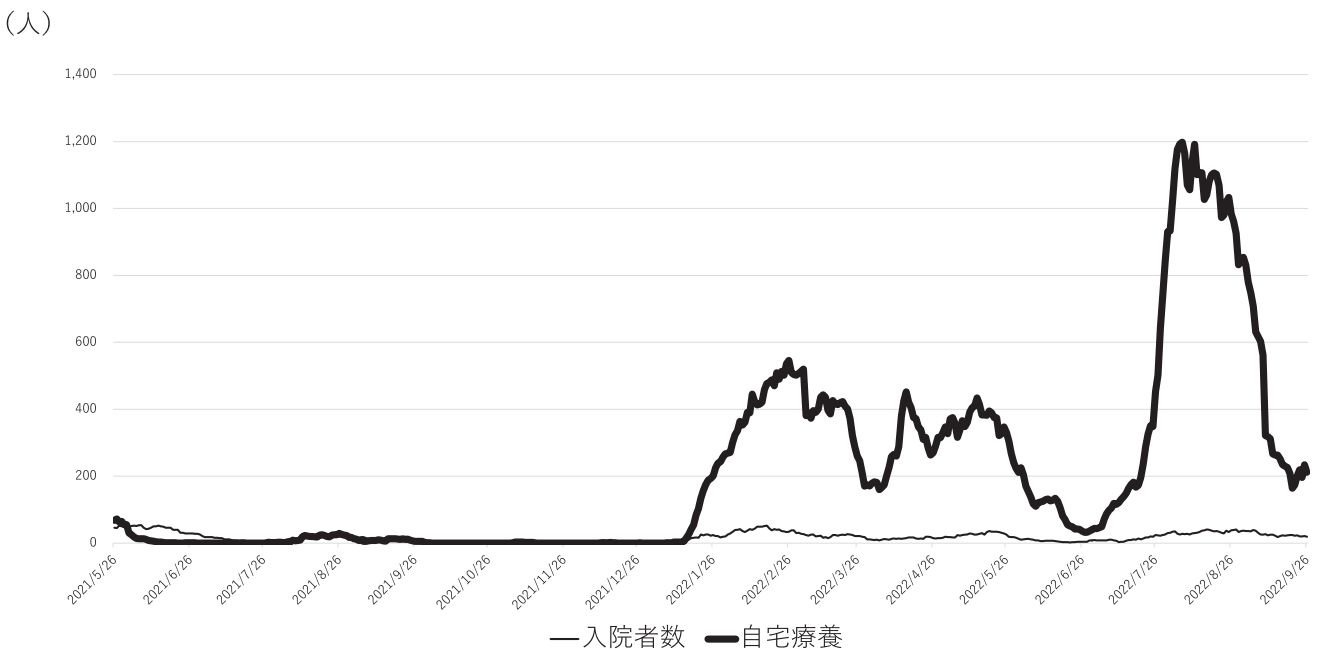


図5 療養状況（自宅）（小樽市保健所提供データより作成）

染症に罹患した患者を一手に引き受けるという状況が続いてきた。

2022年10月現在、未知なる感染症に対する不安とともに世界中を恐怖の渦に巻き込んだ新型コロナウイルス感染症も発生から3年目に突入した。ウイルスは度重なる変異を繰り返し弱毒化し重症化率および死亡率は明らかに低下してきている。

発生当初は雲を掴むような手探りの状態が続いた新型コロナウイルス感染症は、当初飛沫及び接触が感染経路と考えられていた。新型コロナウイルス感染症に対峙す

る術は、第1波と言われる感染の比較的早期より国立感染症研究所をはじめ様々なところから発出された。しかしながら未知なる感染症に対する不安と恐怖を払拭することは困難を極めた。

また北海道ではススキノを中心とするクラスターが発生し、Go to トラベルに伴う移動により全国的に拡大した（第2波）。また一旦院内クラスターが発生すると医療機関は機能不全に陥った。コロナ患者を受け入れた多くの医療機関では一般病棟の一部を閉鎖縮小しコロナ患者専用の病床を確保した。コロナ患者一人にかかるマン

パワーは他の一般的疾患に罹患した患者の何倍もの労力を必要とすることは今となっては周知の事実である。すなわちコロナ患者を受け入れた医療機関はコロナ患者を受け入れるために一般病床を閉鎖縮小しコロナ患者専用の病床を確保するのみに留まらず、多くのマンパワーをコロナ患者のために投入しなくてはならない。その結果一般病床を受け持つマンパワーが不足し、急性期疾患患者の入院や外来・手術なども制限せざるを得なくなり大幅な減収となり財政難に陥った。

その後新型コロナウイルスに関しては、様々な分析が進みその全容が明らかとなり膨大な数の科学的知見が蓄積されてきた。現在ではある程度治療法も定型化しつつあり、各々の医療機関ごとに治療プロトコルが作成されてきている。

しかしながらこのウイルスは2週間に一度の変異を繰り返すとされ、第7波のピークを超えた現在もお新新型コロナウイルス感染症は世界中のいたるところで発生している。

また接種率には世代による大きな格差があるにせよ政府主導のワクチン接種政策は功を奏し重症化予防および死亡率の低下という点では大きく前進した。しかしながら若い世代の接種率が中々上らず感染し、家庭内で感染が広がり社会の様々な場面でエッセンシャルワーカーが不足し支障を来している。小樽市立病院でも家庭内感染から休職を余儀なくされ、深刻な看護師ならびに各種職員の不足が問題となっている。

医療の現場では家族内感染ないしは新型コロナウイルス陽性家族の濃厚接触者として休職を余儀なくされ、コロナ患者の対応のみならず救急及び一般診療に影響を及ぼしている。

### 3. 政府の病床確保対策

2020年3月11日WHOがパンデミック宣言を發出し、新型コロナウイルスが急速に猛威を振るい医療の現場では病床が逼迫し各地で医療崩壊が叫ばれるようになってきた。

政府はこの状況を打破するために、以下に挙げる4つの対応を行ってきた。

#### ①ウイルス感染防止対策；

- 1) PPEと手指消毒の徹底、換気、3密（密閉・密集・密接）の回避により患者発生数のピーク時期を遅らせ最大患者数を抑制する
- 2) 緊急事態宣言とまん延防止等重点措置の発令など

#### ②医療提供体制の強化；

- 1) 重点医療機関・協力医療機関・その他の医療尾機関に分け経済支援を行い新興感染症に対する窓口を広げ病床確保により収容体制を整備する
  - 2) 必要に応じて人的資源の投入を行い現場の混乱を回避する
  - 3) 軽症患者が療養できる宿泊施設等の確保など
- ③新規感染症に対する治療薬の開発；
- 1) 従来からある薬剤の特例承認
  - 2) 全く新しい薬剤の開発承認など
- ④ワクチンの開発と接種による予防医学の可及的早期介入；
- 1) mRNAワクチンを中心とする拡散ワクチンの開発
  - 2) ウイルスベクターを介在するベクターワクチンの開発など

以下に上記①～④に対する国と北海道の対応を、ポイントを絞りまとめてみた。

### 4. 緊急事態宣言とまん延防止等重点措置

#### ①緊急事態宣言発令の要件；「時短」「休業」とともに要請と命令が可能、罰則規定あり30万円以下の過料

- 1) 国民の生命、健康に著しく重大な被害を与える恐れがある
- 2) 全国かつ急速な蔓延により国民生活と経済に甚大な影響を及ぼす恐れがある

以上の要件を満たすと諮問委員会が判断すると首相が宣言を発出する

それに伴い都道府県知事が外出自粛要請や学校・保育所・老人福祉施設やホールの使用停止・イベントの開催制限等の要請や指示の発出を行う

#### ②まん延防止等重点措置の要件；「時短」のみ要請と命令が可能

罰則規定あり20万円以下の過料

- 1) 都道府県で感染の拡大のおそれがある
- 2) 医療の提供に支障が生じるおそれがあると認められる

#### A) 日本政府発令分；

##### i) 緊急事態宣言

- ・ 第一回：2020/4/7～5/25 第1波に対応
- ・ 第二回：2021/1/8～3/21 第2波に対応
- ・ 第三回：2021/4/25～6/20 第3波に対応
- ・ 第四回：2021/7/12～9/30 第4波に対応

##### ii) まん延防止等重点措置

- ・ 第一回：2021/4/5～9/30



- ・第二回：2022/1/9～3/21

## B) 北海道発令分；

### i) 緊急事態宣言

- ・2020/2/28～3/19 全国に先駆け北海道が独自に発出した外出自粛要請
- ・2020/4/16～5/25
- ・2021/5/16～6/20
- ・2021/8/27～9/30

### ii) まん延防止等重点措置

- ・2021/5/9～5/15
- ・2021/6/21～7/11
- ・2021/8/2～8/26
- ・2022/1/27～3/21

## 5. 北海道におけるレベル分類 (図1)

- ① 2021年12月8日、北海道は以下の目的のためにこれまでの警戒ステージに代わる新たなレベル分類を決定した。

### 目的；

- ・ワクチン接種等が進む中、医療ひっ迫が生じない水準に感染を抑え、日常生活や社会経済活動の回復を促進する
- ・新規感染者数等を注視しつつ、医療のひっ迫に重点を置き、感染状況の分析や評価を行った上で、対策を講じる
- ・レベル0及びレベル1：新規感染者の増加が見られ、医療の負荷が生じはじめている状況。このレベルが続くと、新規感染者数が短期間に急速に増加し、医療のひっ迫が進む可能性があることから、警戒を強化して感染リスクを回避するための対策を講じる。
- ・レベル2：新規感染者の増加が見られ、医療の負荷が生じはじめている状況。このレベルが続くと新規感染者数が短期間に急速に増加し医療のひっ迫が進む可能性があることから、警戒を強化して感染リスクを回避するための対策を講じる。
- ・レベル3：一般医療を相当程度制限しなければならない状況。このレベルが続くと、必要な人への適切な医療が提供できなくなることが想定されることから、緊急事態措置やまん延防止等重点措置などの「強い対策」が求められる。
- ・レベル4：最大確保病床数を超えた数の入院が必要となり、一般医療を大きく制限しても新型コロナウイルス感染症に対応できない、避けなければならない状況。さらなる「強い制限を伴う対策」が求められる。

- ②北海道は第7波の急増に伴い2022年8月10日に発令していた「BA・5宣言」を全道の病床使用率の減少に伴い9月30日付で終了した。これに伴い北海道は確保病床数を「フェーズ3：2258床」から「フェーズ2：1764床」に引き下げた。

## 6. 地域医療構想と新型コロナウイルス

### ①地域医療構想；

2019年12月に中国湖北省武漢から発生した新型コロナウイルス感染症は瞬く間に全世界に蔓延したが、このような全世界を巻き込む感染症災害ともいえるイベント発生からさかのぼること3か月、2019年9月26日に厚生労働省は、地域医療構想を踏まえた再検を要する424病院を公表し、その後436病院を実名で公表した。

厚生労働省が推進する地域医療構想は当初、財政収支に焦点を当て赤字経営の自治体病院不要論を巻き起こした。しかしながら新型コロナウイルス感染症が世界中に蔓延しWHOがパンデミックを宣言する中、科学的知見が乏しく有効な治療薬もなくワクチンもなかった初動の時期に、実際に積極的に患者を受け入れコロナ災害に対峙してきたのは、多くの自治体病院が中心であったことは紛れもない事実である。

このような事実を受け政府は大きく方針を転換し、自治体病不要論から一転し自治体病院を中心とした機能分化と地域連携へとシフトしてきた。2020年12月15日厚生労働省は「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」を公表した。

### ②今後の方向性；

前述の政府の考え方からは、i) 平時の入院医療体制を想定した取り組み、ii) 感染拡大時を想定した取り組みに分け、今までのコロナ禍から学んだ経験を検証し現状をしっかりと把握した上で新たな仕組みを構築する必要がある。

ただしこのような仕組みづくりは実際に現場を担う医師・看護師・検査技師・薬剤師・事務職員などの実務者の理解と協力がなければ到底なしえないことは明白である。

経済的支援、人的資源の有効活用・再配置や再分配、またそのためにはまず地域としての明確なビジョンのもとに段階的なステップを踏み合理的なシステムを構築する必要があると考える。

最後にコロナ陽性者の推移を保健所の登録データ



をもとに小樽市立病院を中心に顧みる。

## 7. コロナ陽性者および死亡者数と今後の発生数の把握 (図2)

①第7波がピークを越えた2022年10月10日現在、日本国内の新型コロナウイルス感染者は、2156万人を超えた。北海道内の感染者数は76万4832人。小樽市では1万5395人となった。総務省統計局「人口推計」(確定値)によると、2022年4月1日現在日本の総人口は1億2507万人1千人、北海道の総人口数は515万5445人、住民基本台帳に基く小樽市の総人口数は10万9712人である。従って新型コロナウイルス感染者の人口比率は、日本全体では17.2%、北海道では14.8%、小樽市では14.0%となり、北海道及び小樽市は全国平均からそれぞれ2.4%、3.2%下回る結果となっている。

同様に死亡者数について調べてみると、2022年10月10日現在、日本全体では4万5544人、北海道では2620人、小樽市では87人であり、人口比率はそれぞれ、0.0364%、0.0508%、0.0792%と北海道及び小樽市は全国平均を上回っている。これらの要因は北海道からの詳細な検討結果を待たないといけませんが、若年層では死亡率が低く、65歳以上の高齢者は死亡率が高いことを踏まえると、北海道及び小樽市は全国平均に比べ高齢化率が高いことと大きく関係していると考えられる。こちらに関しては行政からの正式な報告と発表を待ち地域としてしっかりと把握し対応していかなくてはならない。

②ただし政府は2022年9月26日に、新型コロナウイルス感染者の全数把握を全国一律で簡略化した。発生届が必要な対象者は、65歳以上の陽性者、入院が必要な人、重症化リスクが高く治療薬や酸素投与を必要とする人、および妊婦である。

届け出対象外の人は簡易抗原検査等での自己検査で陽性が判明した場合、健康フォローアップセンターに自ら登録し自宅療養を開始することができるシステムにはなっているが、ただでさえワクチン接種率が低い若者たちが自ら進んでどの程度登録を行うかは未知数である。ただしもし自主的な登録が習慣化し若者の多くがこの新たなシステムを活用するようになれば従来の全数把握とまではいかないまでもかなり正確な全体像が見えてくることになる。今後の動向に期待したい。

## 8. 濃厚接触者の待機期間の見直し

令和4年7月22日政府は事務連絡を一部改正し、濃厚接触者の待機期間の見直しを行い従来の7日から5日間に短縮した。

## 9. 療養機関の見直し

令和4年9月7日政府は事務連絡にて、以下のごとく療養機関の見直しを行った。

1 有症状又は無症状患者の療養期間等について、下記のとおりとすること。

(1) 有症状患者(※1)(a)(b)以外の者；発症日から7日間経過し、かつ、症状軽快後24時間経過した場合には8日目から解除を可能とする。ただし、10日間が経過するまでは、感染リスクが残存することから、検温など自身による健康状態の確認や、高齢者等ハイリスク者との接触、ハイリスク施設への不要不急の訪問、感染リスクの高い場所の利用や会食等を避けること、マスクを着用すること等、自主的な感染予防行動の徹底をお願いする。(b)現に入院している者(※2)(従来から変更無し)。発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した場合に11日目から解除を可能とする。 ※1 人工呼吸器等による治療を行った場合を除く。 ※2 高齢者施設に入所している者を含む。

(2) 無症状患者(無症状病原体保有者)；検体採取日から7日間を経過した場合には8日目に療養解除を可能とする(従来から変更なし)。加えて、5日目の検査キットによる検査で陰性を確認した場合に、5日間経過後(6日目)に解除を可能とする。ただし、7日間が経過するまでは、感染リスクが残存することから、検温など自身による健康状態の確認や、高齢者等ハイリスク者との接触、ハイリスク施設への不要不急の訪問、感染リスクの高い場所の利用や会食等を避けること、マスクを着用すること等、自主的な感染予防行動の徹底をお願いする。

## 10. 全数把握の簡略化

政府は2022年9月26日、新型コロナウイルス感染者の全数把握を全国一律に簡略化した。簡略化の目的は、高齢者などの重症化リスクの高い人に重点的に医療を提供することにある。

また発生届が必要な対象者を、65歳以上の高齢者、入院が必要な人、重症化リスクが高く治療薬や酸素投与

が必要な人、妊婦のみに限定し、医療機関の負担を軽減した。その一方、若者を中心とした軽症者等は届け出が不要となる反面、保健所等の介入がないため急変時の対応が遅れることが懸念される。そのため政府は、発生届の対象外となる若者を中心とする軽症者が安心して自宅療養ができるように健康フォローアップセンターなどの支援施設を各都道府県に整備し運用を開始した。

なお健康フォローアップセンター等の支援施設を含め、感染者数は年代別に管理されることになったが市町村ごとの感染者数および感染者の動向の把握は困難となる。

## 11. 感染症法の改正

2022年10月7日政府は感染症医療の提供義務を盛り込んだ感染症法などの改正案を閣議決定した。その骨子は以下の通りである。

- ①平時には都道府県と医療機関は感染症患者の受け入れなどに関する協定を締結する
- ②感染症発生時には公立・公的病院などに感染症医療の提供を義務付ける
- ③医療機関が協定に従わない場合、都道府県が勧告・指示・機関名を公表する
- ④流行初期の初動対応を担う医療機関には減収分を保障(図2~3)
- ⑤医療機関に義務付けられる患者情報の届け出は原則電子化

小樽市立病院をはじめ自治体病院の多くは他の医療機関が敬遠していた、コロナ禍の初動対応の時期から率先して新型コロナウイルス陽性者と対峙し格闘してきた。現行では確保病床の空床を少なくし稼働率を上げて対応してきた医療機関ほど助成金の恩恵が少なく、空床が多く新型コロナウイルス感染患者専用の病床稼働率が低い医療機関ほど助成金の恩恵が高く経営が安定するという何とも皮肉な結果が明らかになってきた。

そのため上記④の項目が盛り込まれたことは誠実に新型コロナウイルスに感染した患者に向き合ってきたにもかかわらず報われず忸怩たる思いを抱いてきた医療機関には朗報と言える。

## 12. 初動期における問題点と支援事業

コロナ災害の初動期に小樽市内3病院が参画できなかった事由は以下のものがあげられる

- i) 新型コロナウイルスの情報不足
- ii) 不安と恐怖
- iii) 助成金不足

- iv) 呼吸器内科医の不足・不在
- v) 感染症認定看護師の不足
- vi) 感染症専門医の不在
- vii) 新興感染症に対する体制が構築されていなかった

補助金関係は以下の通りである

- i) 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業・補正予算(国)  
令和2年度~令和4年度
- ii) 感染症病床確保促進事業費補助金(北海道)  
令和2年度~令和4年度

## 13. パンデミックの終焉

世界保健機関(WHO)は、2020年1月30日、新型コロナウイルス感染症について、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」を表明しその後、世界的な感染拡大、重症度等から3月11日新型コロナウイルス感染症のパンデミックを宣言した(図1)。

WHO(世界保健機関)のテドロス事務局長はパンデミック宣言から2年7か月の2022年9月14日にマスコミへの説明会で、「先週の新型コロナの死者が、パンデミックを宣言した1昨年3月以来、最も少なかったとして、新型コロナの流行の終わりが近い。」という認識を示した。「ただしゴールは見えているがまだ到達していない、ここで歩みを止めてはいけません。今こそ歩みを早め、確実にゴールし、このチャンスつかみ取ろう。」と政府を鼓舞し、COVID-19および今後パンデミックとなりうる新興感染症に対して対策を強化することを渴望した。

## 14. 最後に

本稿執筆に際し、現在もお小樽市の医療行政のために身を粉にして悪戦苦闘している小樽市保健所の皆様、ワクチン対策本部の皆様、コロナ患者の急増に対し協力して対処くださっている小樽市医師会の皆様、市内の医療・介護・福祉関係の全ての皆様、関係諸氏の皆様、そして常に我々医療従事者を支え続けてくださっている市民の皆様に改めて感謝の意をお伝えいたします。

世界中を不安と恐怖に陥れた新型コロナウイルス感染症も、治療法の定型化やワクチン接種などにより漸く鎮静化の兆しが見え始めてきた。日本政府の方針もコロナとの共存を見据えた方向に確実に舵を切り始めている。しかしながら我々はここで今一度立ち止まり、今なお続くコロナとの戦いの軌跡を真摯な態度で振り返り、今後の新興感染症への新たな体制構築に向け走り始めていか

なくてはいけない。本稿が小樽市における今後の新興感染症に対する新たな体制構築の一助となることを願い筆を置く。

#### 参考文献

- 1) 越前谷 勇人：コロナ災害に対する小樽市医療機関の組織的動向～小樽市におけるコロナ収容体制の構築と崩壊、行政検査提出の原則から新規診療検査体制確立までの軌跡～. 小樽市立病院誌. ; 9 : 1 : 49-57, 2020
- 2) 金内 優典：小樽市立病院での新型コロナウイルス感染症対策と院内集団感染発症について. 小樽市立病院誌. ; 9 : 1 : 41-47, 2020

# 当院における看護師育成の現状と課題

村上 圭子

小樽市立病院 看護部

## 要 旨

少子・超高齢・多死社会を迎える中、患者や家族が抱えるニーズはより複雑化・多様化している。地域基幹病院の看護師として役割を果たすためには、1人ひとりが資質を向上させ、自律していく必要がある。2016年5月、日本看護協会は変化する医療ニーズに対応するため、看護実践能力の標準的指標として『看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）』を公表した。当院でも、高齢化が進む小樽・後志地域の現状を踏まえて、必要とされる能力を明確にし、到達目標や評価基準、知識・技術の習得度を示した当院版のキャリアラダーを整備した。ラダーの取得状況や看護部のSWOT分析からは、ラダーⅢレベルの職員層の育成が課題であることが明らかになった。ラダーⅢ到達のための研修の充実とともに、自己の課題に取り組んでいけるような意図的な関わりと、研修の学びを実践に活かせる仕組みづくりが必要である。

キーワード：人材育成 キャリアラダー

## 1. はじめに

2025年、わが国は世界に前例のない少子・超高齢・多死社会を迎える。多様化するニーズに応え、安全で良質な医療・看護を提供し続けていくには、看護師1人ひとりが資質を向上させ、自律していく必要がある。2016年5月、日本看護協会は変化する医療ニーズに対応するため、様々な場で活動する看護師に共通の看護実践能力の標準的指標として『看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）』<sup>1)</sup>（以下、「JNAラダー」）を公表した。これにはⅠ～Ⅴの段階毎に期待される能力が定義され、看護実践能力として「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」のそれぞれに具体的な行動目標が示されている。当院でも、高齢化が進む小樽・後志地域の現状を踏まえて、必要とされる能力を明確にし、到達目標や評価基準、知識・技術の習得度を示した当院版のキャリアラダーを整備した。地域基幹病院として役割を果たせる看護師の育成が求められる中、ラダーを基にした看護師育成に関する現状と課題について述べる。

## 2. キャリアラダー整備の経緯と取得状況

2010年、「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律」の一部改正に伴い、新人看護職員（以下、新人看護師）研修が努力義務化された。翌

年、厚生労働省が「新人看護職員研修ガイドライン」<sup>2)</sup>を策定した。その中で新人看護師が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修整備と指導体制構築の重要性が示された。

当院は2014年12月、市立小樽病院と小樽市立脳・循環器・こころの医療センターを統合し、新病院として開院した。看護部は、それぞれの病院の教育理念や教育方針、ラダー、研修計画について協議したうえで統合し、教育体制を整備した。新人看護師研修はガイドラインに沿って教育方針や研修計画を作成した。1年間の新人研修終了後、翌年には2年目看護師に求められる役割理解のための研修が、3年目には事例検討が組まれていたが、4年目以降を対象とする研修は少なく、リーダー、新人看護職員実地指導者や臨地実習指導者、看護研究担当等の役割に特化した研修が主であった。

JNAラダーと比較して開院時の当院ラダーは、看護師経験年数に応じて習得すべき能力を規定していたが、ラダー毎の到達目標や評価基準、知識・技術の習得度が明文化されていなかった。ラダーは段階毎にキャリア向上に求められる課題を明確にすることにより、看護師が短期・中長期的な目標を掲げながら着実にスキルアップを図ることを可能とするものである。しかし、中堅以降の看護師は研修参加の機会が少ない上に、自身のキャリア開発の目標を見出しにくい環境に置かれていたといえる。職員にとって目標が明らかになることは自身の課題



表1 看護部教育理念と教育方針

教育理念	専門職業人として、時代のニーズにあった質の高い看護が提供できる、倫理的かつ自律した看護師を育成する 科学的根拠に基づいた看護を実践できる能力を育成する
教育方針	社会情勢、病院の役割の変化に応じた看護を実践できる能力を育成する 職員ひとり一人のキャリアを意識し、継続した学びを支援する

表2 キャリアラダーの目的

①自己の臨床看護実践能力を高める。
②自己のキャリア開発の目的を明確にする。
③臨床看護実践能力の適切な評価と動機づけとする。
④ラダー結果から教育の必要性の把握をする。
⑤適切な人材配置・活用のための指標とする。

表3 目指す看護師像

ラダーⅠ：チームの一員であることを自覚し、助言を受けて基準に沿った看護を実践する。
ラダーⅡ：チームの中でメンバーシップを発揮し、自律して標準的な看護を実施する。
ラダーⅢ：組織の中でリーダーシップを発揮し、適切で個別性のある看護を実践する。
ラダーⅣ：幅広い視野と予測的判断に基づき、チーム医療の中で専門性を発揮する。
ラダーⅤ：より複雑な状況において患者に適切な手段を選択し、卓越した看護を実践する。

の明確化につながる。人材育成の上でも組織が求める看護師像や能力の明文化は重要である。そのため、看護部の教育理念と教育方針（表1）を定め、具体的なキャリアプランを示すために、キャリアラダーの整備に着手した。2019年にJNAラダーレベルに準拠した当院版のキャリアラダーを整理し、目的（表2）と目指す看護師像（表3）を示した。

JNAラダーは標準的指標であり、各々の組織の理念・ビジョンや地域における役割などから目指す看護師像や必要な能力を規定してよいとされている。小樽・後志地域は他地域に先行して高齢化が進んでおり、現在の高齢化率41.4%が2045年には52.1%まで上昇すると予測されている<sup>3)</sup>。超高齢社会とともに多死社会を迎えることになる現状を踏まえ、当院のキャリアラダーには臨死期や看取りに対する看護実践能力の段階的な向上を追加した。看護実践能力以外に、組織の理念・基本方針に基づき、その達成のために行動する「組織役割遂行能力」、専門職業人として自己の課題と目標を明確にし、学習に取り組む「自己教育・研究」能力、立場・年代・背景の異なる他者と関係を構築できる「対人関係」能力を定め、ラダー毎の到達目標や評価基準、必要な知識・技術の習得度を明確にした。現在も看護部長会議、看護主査会議で検討を続けている。

ラダーⅠは新人看護職員を想定し、助言を受けて基準に沿った看護が実践できるレベル、ラダーⅡは2年目～3年目看護師を想定し、自立して標準的な看護が実践できるレベルとした。ラダーⅢは、組織の中でリーダーシップを発揮し、患者や家族の個別性や潜在的なニーズ

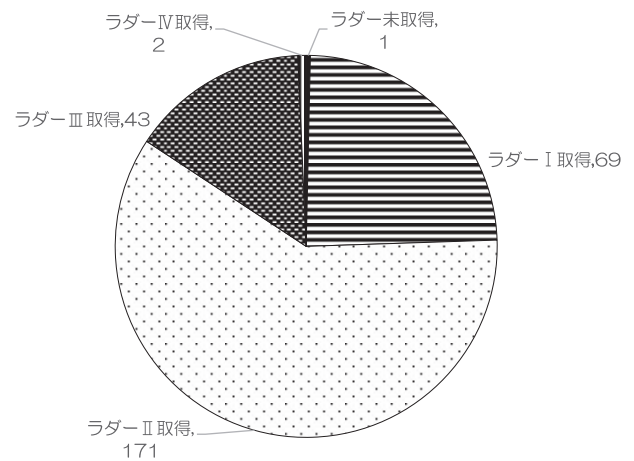


図1 ラダー取得者数

に対応できるレベルとなっている。

2021年度末のラダー取得者数を図1および図2に示す。ラダーⅡが全体の約6割を占めており、Ⅰが24%、Ⅲが15%であった。ラダー別申請者数と取得者数（図3）ではラダーⅢの申請者が164名（57%）と最多で、うち取得した者が22名（13%）、しなかった者が142名（87%）であり、対象者286名中約半数がラダーⅢを申請して取得しなかった者という結果であった。

2022年度期首に行った看護部のSWOT分析において、弱みとして「所属診療科以外の医療・看護の知識や実践が少なく、他部署での協働に不安や抵抗感がある」「患者の看護問題に対する成果（目標達成のすがた）が明確にならないため、個別のケア介入の評価ができな

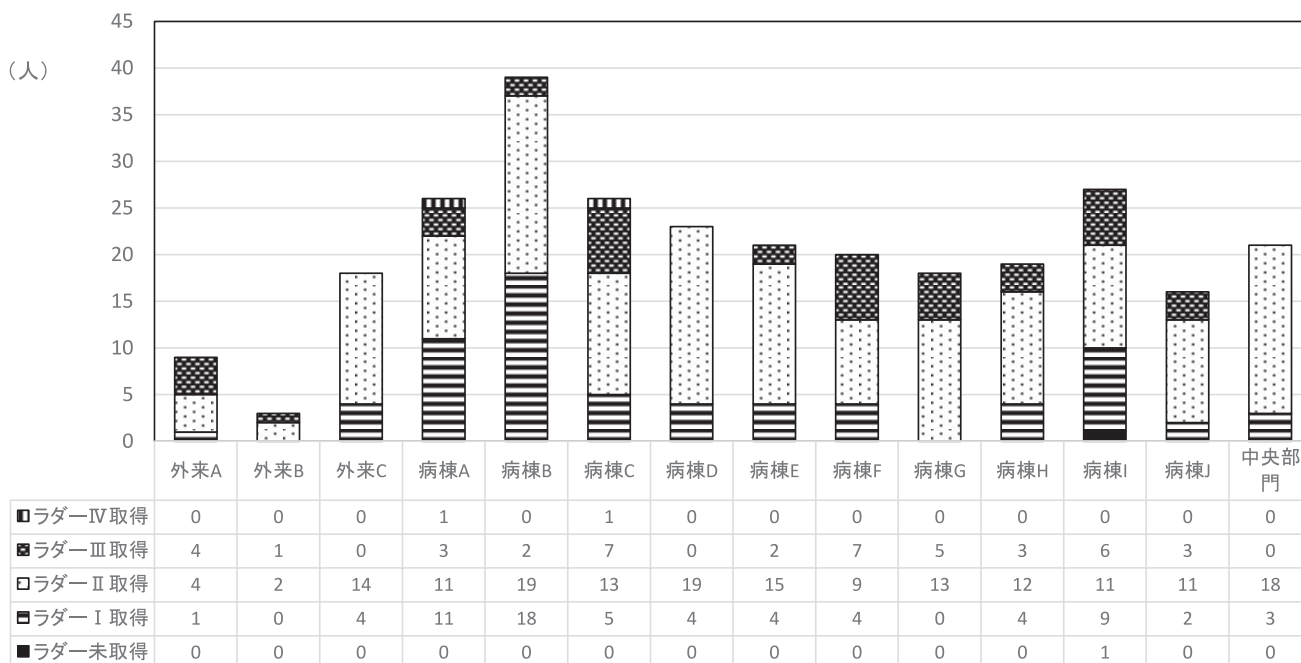


図2 部署別ラダー取得者数

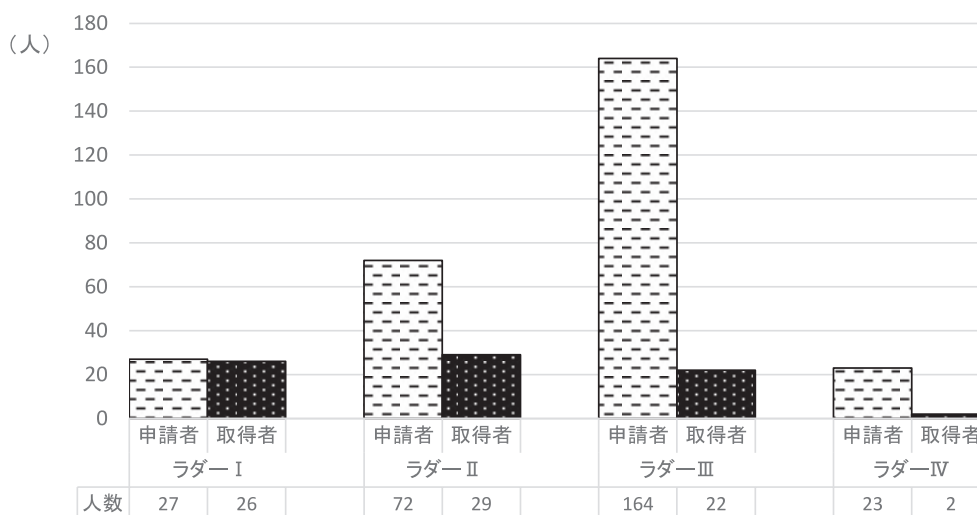


図3 ラダー別申請者数と取得者数

い」「地域完結型における看護師の役割や患者を生活者として捉える認識が低く、退院支援が不十分である」という項目が挙げられた。これらはいずれも表4に示すようなラダーⅢレベルの能力を必要とする。当院看護部の理念と基本方針（表5）を達成するためにも、すべての看護師がラダーⅢ相当の能力を獲得する必要がある。ラダーの整備によって、当面目指さなければならない人材育成の方向は最多層であるラダーⅡがⅢに上がることであることが明確になった。

### 3. 教育の課題

ラダーの整備に伴い、研修計画は経験年数別や役割別からすべてラダー別とした。各研修にラダーとの整合性

を持たせ、獲得すべき能力が習得できるよう研修の目的・目標や内容も変更した。ラダーは経験年数ではなく、習得すべき能力を獲得して上がっていくものであるため、「ラダー申請要件」の研修を定め、申請時には要件研修をすべて受講済みであることを課した。表6に2022年度の教育計画を示す。例えば、「リーダーシップ」研修はリーダーシップに関する知識や姿勢の理解を目指す内容から、ラダーⅢの行動目標を踏まえ、看護部の理念達成に向けて自部署の課題を明確にし、他のスタッフに働きかけて問題の解決を図り、チームとして適切で個性のある看護の提供を目指す、という内容に変更した。他の研修も同様にあるべき姿達成に向けた目的・目標とし、より実践的な内容に修正した。また、ラ

表4 ラダーⅢに求められる目標（抜粋）

看護実践	ニーズをとらえる力	顕在的・潜在的ニーズから、患者の全体像・個別性をとらえるために必要な情報収集ができる。 得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる。
	ケアする力	患者の全体像・個別性を踏まえ、工夫しながら適切なケアを実践できる。
	協働する力	患者の個別的なニーズに対応するため、患者や関係者とケア方法への合意形成ができる。 患者に必要な退院支援・調整ができる。
	意思決定を支える力	患者や家族など、それぞれの意思決定能力を評価し、この評価に基づいて意思決定に必要な情報を提供できる。
組織役割遂行	病院及び看護部の目標達成に向けて、主体的に参画し行動できる。 リーダーシップを理解し行動できる。 部署の課題を解決するため、リーダーシップを発揮しながら検討した具体策を遂行できる。	
自己教育・研究	よりよい看護の提供に向け、参考図書・雑誌・文献などから調べた内容を理解し行動できる。	
対人関係	立場の異なる他者の背景や事情を理解できる。 相手がどのような情報を求めているかを理解して伝えることができる。	

表5 看護部の理念と基本方針

【看護部理念】
患者の人権を尊重し、やさしさと思いやりのある看護を目指します。
【看護部基本方針】
1. 患者・家族の意思を尊重し、安心・安全な看護を提供する。
2. 高い倫理観を持ち、自律した看護職を目指し、自己研鑽する。
3. 看護職としての役割を自覚し、チーム医療を推進する。
4. 効率的かつ健全な病院経営に参画する。

ダーⅢの前段階として、ラダーⅡで患者のニーズを全体的にとらえたケアを考えるために「看護過程」を、組織の目標達成に向けて部署の一員として行動できるために「メンバーシップ」の研修受講を必須とした。

超高齢社会において、複数の疾患を併せ持つ高齢者のケアには対応する知識の習得が必須となる。看護実践をする上で、自部署の担当診療科の知識だけでは安全なケア提供は困難であり、新人看護師の時から「5大疾患に関する病態生理」の習得が求められている。今後は認定看護師会やeラーニングを活用した計画的な学習の機会を設ける必要がある。

各自が課題解決に取り組むためにはラダーや研修を整えるだけでは十分とはいえない。目指す看護を実現するためにはラダーⅢ以上の能力獲得が必須であることを理解した上で、目標と自己の現状との隔たりを正しく認識し、課題と目標を明確化しなければならない。所属長や主査には定期的な面談時だけでなく、日常の実践の中で課題を認識できるような意図的な関りが求められる。また、学んだことを実践に活用でき、患者・職員双方の満

足につながるような仕組みづくりも重要である。

#### 4. おわりに

現在の看護部の人材育成の課題はラダーレベルⅢ取得の職員層を厚くしていくことにある。ラダーⅢに到達するための研修を充実させ、一旦研修から遠ざかった中堅看護師に受講を動機付けると共に、その後の活用の仕組みを作っていくことが求められる。人口構造や社会背景の変化により、医療・看護に求められるニーズはより複雑化・多様化している。今後、急性期から患者を生活者としてとらえ、外部の医療・介護・福祉機関と連携してケアを提供していくためには、より広い視野や専門的知識を持つ人材の確保と活用が求められることになる。「看護職の倫理綱領」（日本看護協会、2021年）に「看護職は、常に、個人の責任として継続学習による能力の開発・維持・向上に努める」<sup>4)</sup>とされている。生涯を通じての継続学習を支援してゆける組織づくりに今後も取り組んでゆく。

表6 2022年度 院内研修年間計画

研修名	新人看護職員研修ガイドライン・ラダー・学習内容と照らし合わせた研修のねらい	申請要件
オリエンテーション	ラダーⅠに求められる【組織役割遂行】の目標は「病院及び看護部理念に基づき、組織人・社会人としての責任を理解した行動がとれる」ことである。オリエンテーションでは、組織・看護部の理念、基本方針を理解することをねらいとする。	●
基礎技術	ラダーⅠに求められる【ケアする力】の目標は「安全な看護を実践する」ことである。看護手順やガイドラインに沿った基本的看護技術が実施できること、その看護技術を患者に提供する時に配慮すべき点が理解できることをねらいとする。	●
3ヵ月 フォローアップ	ラダーⅠの【自己教育・研究】の目標は「日々の看護を振り返る習慣をつくる」である。入職後3ヶ月の自分自身を振り返り、何ができて何ができないかを確認することで、今後の目標の共有を行う。同期と状況や悩みを共有することで悩んでいるのは自分だけではないことに気づけること、看護の喜びや楽しさについて共有でき、前向きに取り組む気持ちになることをねらいとする。早期に夜勤に入ることを目指し、研修内容にSBARを含める。	●
フィジカル アセスメント	ラダーⅠの【ニーズをとらえる力】の目標は「患者の状況（場）のニーズをとらえる」であり、「助言を受けながら患者に必要な身体的・精神的・社会的・スピリチュアル的な側面の情報収集ができる」「助言を受け、患者の状況から緊急度をとらえる」ことが求められる。フィジカルアセスメントのプロセスを学び、フィジカルイグザミネーションで得た情報から、患者の身体状態を判断する能力を養う。また、5大疾患である病態を事例にとり入れ、身体状況と今後起こりうる可能性についてアセスメントするとともに患者にどのような看護ケアを行うべきかを検討し、理解を深めることをねらいとする。	●
ラダーⅠ到達のための研修 多重課題	ラダーⅠの【組織役割遂行】においては「助言を受け業務の優先度を考えることができる」ことが求められている。また、新人看護職員研修ガイドライン（厚生労働省）の基本方針には「新人看護職員研修は、看護基礎教育では学習することが困難な、医療チームの中で複数の患者を受け持ち、多重課題を抱えながら、看護を安全に提供するための臨床実践能力を強化することに主眼を置くことが重要である」と記されている。多重課題を回避するための方法、多重課題発生時に優先順位を判断して実施計画を変更すること、ひとりで対応できない時には的確に応援を依頼することが患者の安全を守るために必要なことが理解できることを研修のねらいとする。	●
6ヵ月 フォローアップ	ラダーⅠの【組織役割遂行】の目標は「病院及び看護部理念に基づき組織人・社会人としての責任を理解した行動がとれる」である。看護師に求められる臨床実践能力は「基本姿勢と態度」「管理的側面」「技術的側面」の3つからなり、患者への看護を通して臨床実践の場で統合されていく。研修では『新人看護職員研修ガイドライン』の「看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標」および「管理的側面についての到達目標」の内容を確認する。自己に求められている役割を認識するとともに、その達成が看護部の理念や基本方針の達成につながることを理解する。	●
BLS	「新人看護職員研修ガイドライン」をベースに作成した「新卒看護師が1年間で習得すべき看護技術チェック表」の「救急救命処置技術」では「意識レベルの把握とチームメンバーへの応援要請」が3ヶ月以内に「一人で実施できる」こと、「気道確保、人工呼吸、心臓マッサージ、気管挿管の準備と介助」が1年以内に「指導のもとで実施できる」ことを目指している。夜勤では限られた人数で業務を行い、患者の急変に遭遇した場合、夜勤責任者等の指導のもと、一次救命処置に関わることになる。心肺蘇生に関する正しい技術を習得することが患者の救命だけでなく予後にも影響するため、実践できることを目標とする。	●
12ヵ月 フォローアップ	新人看護職員は「新人看護職員研修ガイドライン」に沿った研修とOJTでの学びを通して、臨床実践能力の向上につとめてきた。新人が倫理的かつ自律した看護師として、質の高い看護が提供できるようになるためには、クリニカルラダーに示される4つの領域それぞれの能力が向上し、職業人としてのあり方の基本となる看護観が養われていく必要がある。自身の看護を振り返り、大切にしたい看護を共有し目指す看護師像を描くこと、ラダーⅠの目標と学習内容から残された課題を明確にすることを研修のねらいとする。事前課題は、倫理原則、看護職の倫理綱領をふまえ、自分と患者の関わりの中で印象に残っている看護場面を記載し、それをもとにグループワークを実施する。	●
ラダーⅡ到達のための研修 看護過程 ①アセスメント、 看護計画編	ラダーⅡの【ニーズを捉える力】においては「自立して患者に必要な身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな側面の情報収集ができる」「患者の全体像を把握し、看護上の課題をとらえる」ことが求められる。到達目標は「チームの中でメンバーシップを発揮し、自律して標準的な看護を実践する」ことである。ゴードンの機能的健康パターンに沿ってアセスメントを行い、全体像を捉えて、必要な看護援助を考える能力を養うことをねらいとする。また、多職種（リハビリ、栄養士、薬剤師など）から得られる情報も、身体面・社会面・精神面・スピリチュアルな側面に関する重要な情報として統合し、必要な看護援助を考えることを目指す。	●
メンバーシップ	ラダーⅡの【組織役割遂行】では「看護部目標を理解し、目標達成に向けて看護室の一員として行動できる」「社会人・看護職としての自覚と責任に基づき、看護チームの一員としてメンバーシップを発揮し、行動できる」ことが求められる。講義、グループワークをとおして、組織目標と個人目標はつながっていることを理解する。組織やチーム内で、それぞれのメンバーが能力を発揮し、互いに認め合い、それぞれの個性を生かすことで、相乗効果が生み出される。そのために、コミュニケーションスキルとしてのアサーションが必要である。自分の意見を伝えるとともに他者の意見を受け止めることの重要性を学ぶ。	●



研修名	新人看護職員研修ガイドライン・ラダー・学習内容と照らし合わせた研修のねらい	申請要件
リーダーシップ 初級	ラダーⅢにおける【組織役割遂行】の目標は「病院及び看護部理念に基づく看護部目標を理解し、リーダーシップを発揮できる」である。看護チームにおけるリーダーは、優れた看護ケアの実践者としてスタッフのモデルとなり、スタッフの指導・教育の他、看護チームがめざす目標達成のために全体を統率する役割を持つ。組織の中でリーダーシップを発揮し、適切で個性のある看護を実践するために、若手看護師の育成や多職種と連携しながら家族も含めた調整をする役割を遂行できることをねらいとする。	●
看護過程②看護実践と 評価編	ラダーⅢでは、標準的な看護ではなく「適切で個性のある看護を実践する」能力が求められる。患者の個別的なニーズをとらえ、適切なケアを実践するためには、患者を全人的にアセスメントする能力が必要である。さらに、患者や周囲の人々の意向について情報を収集し、患者に必要な退院支援を行っていく能力が求められている。「看護過程①」研修での学びを踏まえ、ゴードンの機能的健康パターンの枠組みを使用し、患者の状態・状況を明らかにしていく。また、患者を取り巻く周囲の人々の意向を確認し支援していくために必要な「家族看護」や「退院支援・調整」の視点を学ぶ。事例検討会では対象患者に対し、自分が行った看護について他者に伝えるとともに、他者の意見や考えを聞くことで対象理解を深める。看護の実践と評価を通して、個別的な看護実践について学びを深めることをねらいとする。	●
フィジカルアセスメント	ラダーⅢの【ニーズをとらえる力】では「顕在的・潜在的ニーズから、患者の全体像（4側面）・個性をとらえるために、必要な情報収集ができる」「得られた情報から優先度の高いニーズをとらえることができる」こと、また【ケアする力】では「患者の全体像・個性を踏まえ、工夫しながら適切なケアを実践できる」ことが求められる。本研修は「症状」からアセスメントを行い、ケアにつなげる実践力を養うことをねらいとする。	●
退院支援・調整	ラダーⅢの【協働する力】では地域をみる視点もち「患者に必要な退院支援・調整ができる」ことが求められる。本研修は、退院支援・退院調整の基礎知識、プロセスを復習するとともに、訪問看護ステーション職員から訪問看護の実際や病院看護師に求めることについて学ぶ。地域における当院の役割として、住み慣れた地域での在宅医療を推進するために、病院看護師が行うべき連携、生活の質の維持、その人らしい生活を支えるための支援・調整ができるようになることをねらいとする。	
看護倫理	ラダーⅢにおける【意思決定を支える力】の目標は「患者や関係者の意思決定に必要な情報提供や場の設定ができる」である。「看護者の倫理綱領」「倫理原則」を基に、共通事例を用いて患者、家族、医療者それぞれの考え・価値観を整理・分析し「最善は何か」について検討し、倫理的視点に基づいた看護を提供する能力を高めることをねらいとする。	●
ラダーⅢ到達のための研修 臨地実習指導者	ラダーⅢにおける【組織役割遂行】の行動目標は「指導者として必要な知識・技術・態度を理解し行動できる」である。知識面では、論理的な考え方・問題解決思考、技術面では人間関係構築のためのコミュニケーション技術を習得することが求められる。また、態度面では患者の多様な価値観を認識し、看護師としてそれを尊重できる倫理観や共感的態度が必要である。臨地実習指導の役割を担う者が、指導者として必要な基礎的知識・技術・態度を習得し、学校ごと、実習の領域ごとに求められる内容と場の教材化について理解することをねらいとする。	
臨地実習指導者フォ ローアップ	臨地実習指導者研修をふまえ、自身の指導の傾向と課題、その課題に対する具体的な行動を考える機会とする。また、演習とグループワークを通して相互理解のためのコミュニケーションの重要性を学ぶ。臨地実習指導を振り返り、今後の指導に活かすことをねらいとする。	
新人看護職員実地指導 者	ラダーⅢの【組織役割遂行】では「指導者として必要な知識・技術・態度を理解し行動できる」ことが求められる。役割を遂行するために部署のスタッフと協働しながら、意図を持ち、新人看護職員に教育的に関わるために必要な知識・技術・態度を習得することをねらいとする。 新人看護職員の夜勤導入時期を7月中とし、ラダーⅠのレベルを確認して、一通り自分で行えるようになるまで夜勤を先延ばしにする考え方を見直す内容とする。活動計画の中間報告だけでなく、主査・師長とともに指導の進捗状況を確認し、目標達成に向けて、調整を図る。	
新人看護職員実施指導 者 フォローアップ	「新人看護職員実地指導者研修」をふまえ、指導場面で経験する悩みや戸惑い、或いは喜びを他者と共有し、自己が描いた指導者像通りに指導が行えているか、現場を離れて振り返る機会とする。理想とする姿と現状を照らし合わせることで、自身の課題を明らかにする。研修を通して、相手や場面に合わせた指導方法について、理解することをねらいとする。	
リーダーシップ 中級	ラダーⅢにおける【組織役割遂行】の目標は「病院及び看護部理念に基づく看護部目標を理解し、リーダーシップを発揮できる」である。看護部理念である「患者の人権を尊重しやさしさと思いやりのある看護」の実現に向けて、チームリーダーとして看護師一人一人が患者に適切なケアを提供していくよう働きかけていく能力が必要である。今年度も、認知症に関する基礎知識を踏まえた上で、自部署の認知症看護における問題点を明らかにし、スタッフを巻き込み、問題解決に向けて取り組む過程で、リーダーシップを発揮し、適切で個性のある看護を実践する能力を養うことをねらいとする。	●
論理的文章の書き方と プレゼンテーションの 基礎	ラダーⅢでは「病院および看護部の目標達成に向けて、主体的に参加する」ことや「各看護室の合意形成を行いながら、医療安全に関する課題を検討し、チームの具体的な対策を明確にできる」「経済的な視点から看護室の業務改善を検討し、具体策を明確にできる」など課題抽出や課題解決の能力が求められている。課題をとらえて明文化し、解決に向けてメンバーに説明や動機付けを行うためには、根拠を明確にし、筋道をたてて相手に伝えられる論理的思考能力が必要である。本研修は、論理的思考と文章を書くための基礎、効果的なプレゼンテーションについて、実際の資料作成を通して習得することをねらいとする。	
教育担当者	教育担当者は、新人看護職員の教育計画の立案・実施・評価を中心となって行う他、実地指導者への助言・指導、新人看護師への指導・評価を行う者である。新人看護師の目標達成に向け実地指導者と新人看護師を支援する教育担当者として必要な知識・技術・態度を習得する。「新人看護師が夜勤に入る基準」を題材に、目標の明確化の過程を話し合い、自部署の教育計画の見直しに取り組むための基礎をつくることをねらいとする。新人看護職員の夜勤を7月に開始することを目指し、昨年考えた「新人看護師が夜勤に入る基準」を再検討する。講義では、目標設定の仕方を復習し、コルプの経験学習サイクルの実践、つまづきの分析、目標の細分化について取り上げる。また、ラダーⅠのレベルを確認し、一通り自分で行えるようになるまで夜勤を先延ばしにしてきた新人教育のあり方を見直す内容とする。	

## 引用参考文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会：看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）：<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/ladder.pdf>：2022年8月30日参照
- 2) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン(改訂版)：<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000049472.pdf>：2022年8月3日参照
- 3) 小樽市：小樽市人口ビジョン（令和2年改訂版）令和2年7月：[https://www.city.otaru.lg.jp/docs/2020120200195/file\\_contents/vision.pdf](https://www.city.otaru.lg.jp/docs/2020120200195/file_contents/vision.pdf)：2022年8月30日参照
- 4) 公益社団法人日本看護協会：看護職の倫理綱領 [https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code\\_of\\_ethics.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf)：2022年8月3日参照

# 全国がん登録情報を用いた当院での子宮頸がん治療動向について

庄武美加子<sup>1)</sup>・佐藤 仁美<sup>1)</sup>・橋本 幸一<sup>1)</sup>・金内 優典<sup>2)</sup>・市村 亘<sup>3)</sup>

1) 小樽市立病院 患者支援センター

2) 小樽市立病院 婦人科

3) 小樽市立病院 放射線診断科

キーワード：全国がん登録 女性医療センター 子宮頸がん 手術件数

## はじめに

当院は2017年より「女性医療センター」を設立し、婦人科腫瘍専門医が女性のがんの治療を中心に診療を行える体制を確保したところである。当院は人口20万人程の二次医療圏である後志地区に属しているが、従来までは婦人科がん患者の多くは近隣の札幌市で治療を受ける状況であった。

「女性医療センター」の設立により女性のがんの治療が可能となったことから、当院で治療を受けた患者は後志地区でどれくらいであったかを調査するため、我々は全国がん登録情報をもとに後志地区の子宮頸がんの患者の治療動向について検討した。

## 方法

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課発行「2017年北海道のがん登録状況」<sup>1)</sup>では市町村毎の罹患数をはじめ、北海道の詳細な全国がん登録状況の分析を見ることができ。

当院が「女性医療センター」を設立した2017年の罹患数等の詳細は、2021年の3月発行号に記され、本検討を行った時点で最新の情報である。

手順ははじめに「2017年北海道のがん登録状況」より、後志地区の「子宮頸がん（上皮内癌を含む）」の罹患数を抽出し、「小樽市」と「小樽市以外の地域」に分類後、全体像の把握を行った。

次に当院が保有する全国がん登録（治療）情報から同様に、「小樽市」と「小樽市以外の地域」に分類を行い、比較の条件を揃えた。続いて当院の登録（治療）情報から、後志地区に占める「年齢」「術後病理学的進展度」「来院経路」を抽出して患者動向について検討した。なお、本研究については院内の臨床倫理委員会の承認を得ている。

## 結果

2017年の北海道の「子宮頸がん（上皮内癌を含む）」罹患数は1,600人であり、後志地区では47人、うち「小樽市」は27人、「小樽市以外の地域」が20人だった（表1）。同年の当院での登録（治療）数は15人、うち「小樽市」12人、「小樽市以外の地域」3人であった。「小樽市」においては、約4割の患者が当院で治療を受けていたが、「小樽市以外の地域」では2割に満たなかった。

ここからは当院の登録（治療）数から得られた情報から、後志地区に占める「年齢」「術後病理学的進展度」「来院経路」を抽出した結果を示す。年齢は「小樽市」中央値49.5歳（平均値52.4歳）、「小樽市以外の地域」中央値59.0歳（平均値53.0歳）であった（表2）。

術後病理学的進展度は、上皮内がん「小樽市」5人、中央値41.0歳（平均値41.8歳）、「小樽市以外の地域」1人、中央値41.0歳（平均値41.0歳）、上皮内がんを含まない「小樽市」7人、年齢は「小樽市」中央値54.0歳（平均値60.0歳）、「小樽市以外の地域」2人、中央値59.0歳（平均値59.0歳）、であった（表2）。

来院経路については、「がん検診・健康診断・人間ドック」は「小樽市」が5人、「小樽市以外の地域」3人、他施設紹介が「小樽市」が7人、「小樽市以外の地

表1 割合別登録数

	当院登録数 (%)	当院分を除く 全国がん登録数 (%)
小樽市 (n=27)	12 (25.5)	15 (31.9)
小樽市以外 (n=20)	3 (6.4)	17 (36.2)
合計 (n=47)	15 (31.9)	32 (68.1)

表2 後志地区に占める当院の統計量

	術後病理学的進展度	当院登録数	中央値 (歳)	平均値 (歳)
小樽市 (n=12)	上皮内がん	5	41.0	41.8
	上皮内がんを含まない	7	54.0	60.0
	合計	12	49.5	52.4
小樽市以外 (n=3)	上皮内がん	1	41.0	41.0
	上皮内がんを含まない	2	59.0	59.0
	合計	3	59.0	53.0
合計 (n=15)	上皮内がん	6	41.0	41.7
	上皮内がんを含まない	9	59.0	59.8
	合計	15	50.0	52.5

域」0人であった(表3)。

### 考察

子宮頸がんは一般に、20歳代後半から30歳代に発生  
のピークがあり、成人型がんの内最も早い年代で発生す  
ると言われている<sup>2)</sup>。そのため当院の登録(治療)数か  
ら年齢と術後病理学的進展度を抽出し比較したところ、  
上皮内がんを含む北海道全体の罹患率のデータでは、  
30-34歳の年齢階級が最も高いが、当院の症例では  
40-44歳が最も高い。また、北海道の「上皮内がんを含  
まない」罹患率では30-49歳の年齢階級が最も高くなっ  
ているが、当院では40-44歳と50-59歳で高くなる2峰  
性を示し、20歳代の年齢階級の患者は存在しない特徴  
が見られた(図1)。

当院の患者構成は、「病院指標」の年齢階級別退院患  
者数から見る事ができる<sup>3)</sup>。

20歳代~50歳代の年齢階級は全体の平均の約15%で  
あり低いことがわかる。中でも20歳代~30歳代は約  
3%であり、地域の患者層として少ないこととの関連が  
推測される。

表3 当院来院経路

	がん検診・健康診 断・人間ドック (%)	他施設紹介 (%)
小樽市 (n=12)	5 (33.3)	7 (46.7)
小樽市以外 (n=3)	3 (20.0)	0
合計 (n=15)	8 (53.3)	7 (46.7)

「女性医療センター」が開設となった2017年から5年  
以上が経過している現在の状況について、当院の院内が  
ん登録のデータより手術件数の推移をまとめたところ、  
子宮頸がんをはじめ、子宮体がん、卵巣がん、外陰部が  
んにおいて、2020年を除いて年々増加の傾向が見られ  
た(図2)。また2015年~2021年の手術症例における来  
院経路件数推移では、地域のクリニック等からの紹介に  
よるものが2020年を除いて年々増加を示し、地域の連  
携体制を一定程度満たしていると考えられた(図3)。

患者層として少ない20歳代~30歳代へ対しては、が

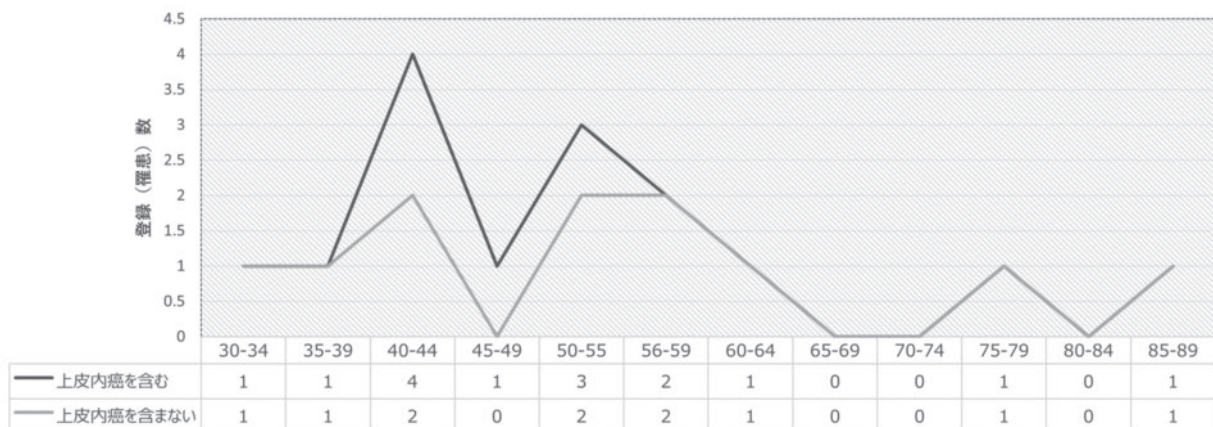


図1 当院年齢罹患数



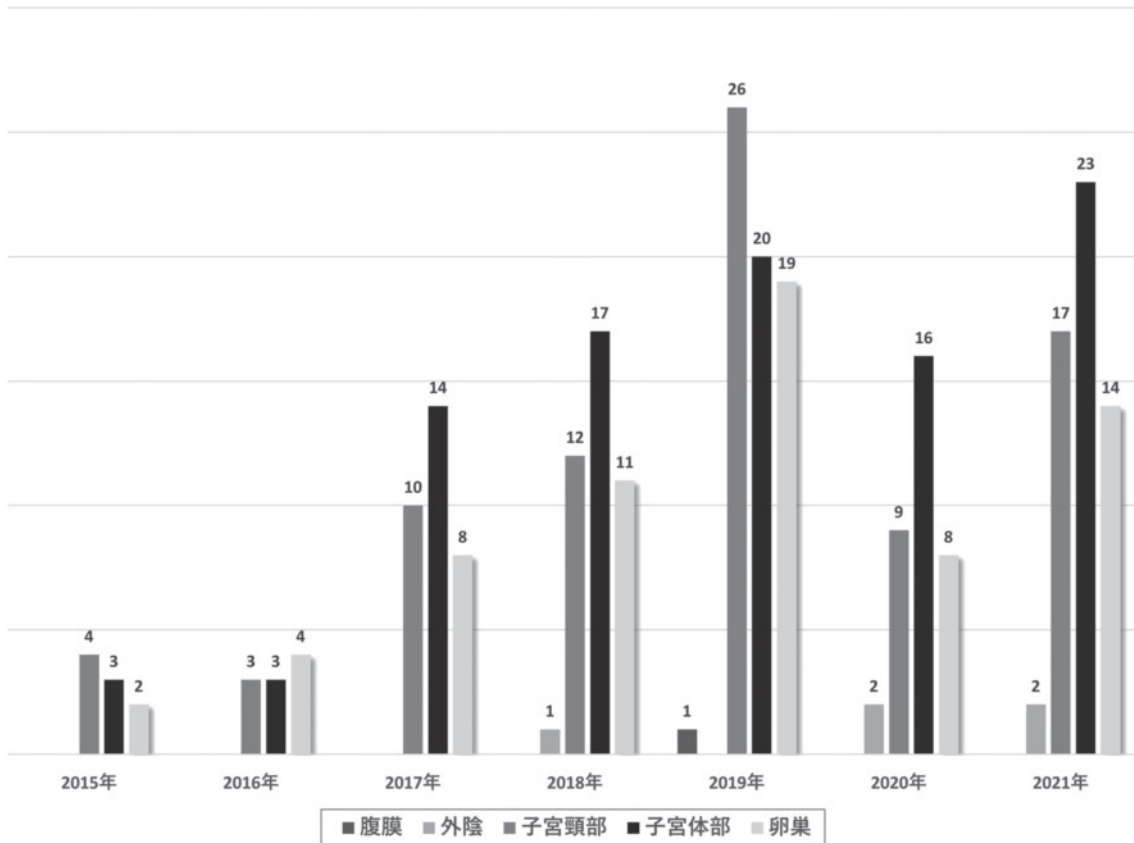


図2 手術件数推移

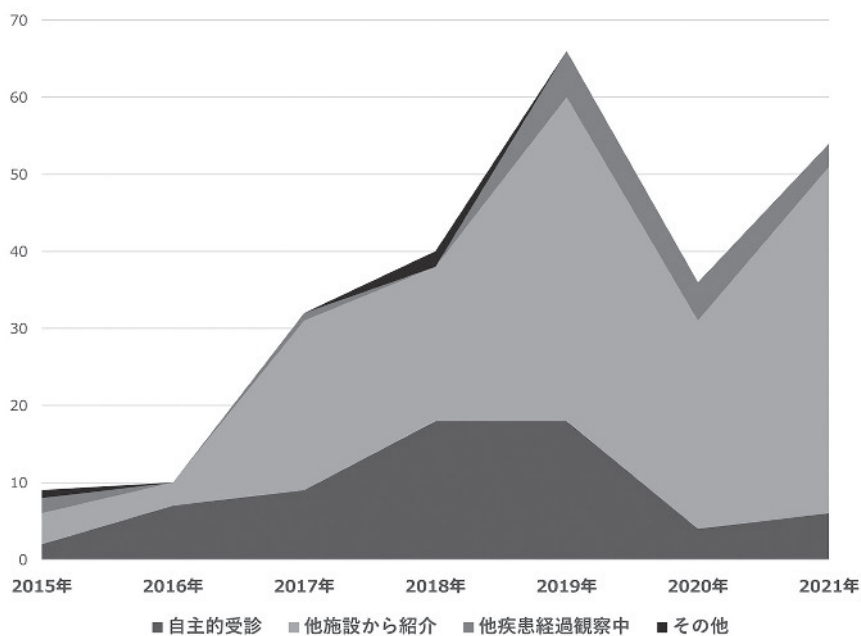


図3 来院経路件数推移

ん検診の精査機関として認知を広げることで今後の伸びしろへ期待がされる。

結論

当院「女性医療センター」の設立により子宮頸がんの治療数は、「小樽市」では開設時から地域医療の充足に

役立ち始めていることが示唆された。一方で「小樽市以外の地域」では小樽市ではなく隣接する札幌市へ向かう数が引き続き多いと考えられた。

より近年は治療数の増加とともに、若い世代へ向けた地域医療の充足と共に、地域で女性のがん治療が可能となったことの周知・広報、並びに施設間での相談支援体制の整備等、現在の状況を踏まえた向後の検討が必要である。

本稿は日本がん登録協議会第30回学術集会 in 長野で発表したものを元に追筆し作成した。学会では今後公開されるデータからの年度比較や、がん種ごとに地域のカバー率を求めると、更に「女性医療センター」の状況が

分かるのではないかとアドバイスをいただいた。

#### 引用文献

- 1) 公益財団法人 北海道対がん協会 | 女性のためのがん検診 <https://hokkaido-taigan.jp/medical/for-women/>.2022.09.20
- 2) 北海道保健福祉部安全局地域保健課 2017 北海道のがん登録状況
- 3) 小樽市立病院「病院指標」  
[https://www.otaru-general-hospital.jp/template/H30/template\\_H30.html](https://www.otaru-general-hospital.jp/template/H30/template_H30.html).2022.09.20

# 学術業績

## 学術業績

### 〔学術発表、講演、講義、その他〕

---

#### 【呼吸器内科】

- ・第94回日本生化学会大会 令和3年11月3日 Web  
「METの糖鎖による機能制御メカニズムの解析」  
齋藤淳、長谷川喜弘、藤谷直樹、有木茂、上原康昭、松本邦夫、高橋素子

#### 【循環器内科】

- ・最新カテーテル治療を学ぶ 令和3年4月16日 web  
「dRA OTRU STYLE～診断から止血まで～」  
講師 高川芳勅
- ・SCJ 秋のビデオライブ大会 令和3年11月27日 八王子市  
「ビデオライブ Session 4」  
高川芳勅
- ・鎌倉ライブデモンストレーション TIKTOK2021 令和3年12月19日 横浜市  
「署名又は記名と押印」  
「TRI」  
高川芳勅
- ・鎌倉ライブデモンストレーション コロナとコロナリ 令和3年12月19日 横浜市  
「コロナとコロナリ 小樽市立病院」  
高川芳勅
- ・小樽市医師会会員研究発表会 令和4年3月4日 web  
「心血管造影における感染対策」  
高川芳勅
- ・Slender Club Japan 春よ、来い 令和4年3月25日 web  
「プチリモート・プチサポート」  
高川芳勅

#### 【腎臓内科】

- ・第64回日本腎臓学会 総会 令和3年6月19日 横浜市  
「NELL1 関連膜性腎症の臨床病理学的検討」  
辻隆裕、大寺紗夜、島本真実子、山地浩明

#### 【外科】

- ・第58回日本腹部救急医学会総会 令和4年3月15日 Web  
「高齢者盲腸捻転の1例」  
小野仁



## 【心臓血管外科】

- ・第121回日本外科学会定期学術集会 令和3年4月8日～10日 千葉  
「当院における腹部大動脈瘤手術の10年成績：遠隔期成績改善のための適切な術式選択」  
佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦
- ・日本血管外科学会学術総会 令和3年5月19日～21日 名古屋  
「組織充填なしに治癒した急性A型解離に対する上行弓部置換+FET後縦隔洞炎+膿胸の1例」  
深田穰治、佐藤宏、田宮幸彦
- ・第4回北海道外科関連学会機構合同学術集会、第105回日本胸部外科学会北海道地方会 令和3年9月13日 札幌  
「急性A型大動脈解離に対するFrozen Elephant Trunk technique 20例の臨床成績」  
佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦
- ・第26回日本体外循環技術医学大会北海道地方会 令和3年9月12日 小樽  
「特別講演：私の視点からみた弓部大動脈手術における脳保護の歴史」  
深田穰治
- ・第62回日本脈管学会 令和3年10月14日～16日 札幌  
「頭頸動脈高度狭窄、左鎖骨下動脈閉塞、冠動脈前下行枝 高度狭窄に対するバイパス術による完全血行再建の1例」  
深田穰治、佐藤宏、田宮幸彦、新谷好正
- ・第4回小樽心臓血管カンファレンス 令和3年10月29日 小樽  
「急性A型大動脈解離に対するFrozen Elephant Trunk technique：臨床成績とremodelling予測因子の解析」  
佐藤宏
- ・第74回日本胸部外科学会定期学術集会 オンデマンド口演 令和3年10月31日～11月3日 東京  
「中等度低体温循環停止による弓部置換術に対する温度の解析：冷却度と臨床転機の関係」  
佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦、川原田修義、他
- ・第52回日本心臓血管外科学会学術総会 一般口演「大動脈（A型解離）」 令和4年3月5日 横浜  
「中等度低体温循環停止による弓部置換術に対する温度の解析：冷却度と臨床転機の関係」  
佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦、川原田修義、他
- ・第121回日本臨床外科学会 北海道支部総会 一般口演「心臓・大血管」 令和4年3月12日 函館  
「急性A型解離術後の慢性解離性動脈瘤に対し再開胸弓部置換術+Open Stent Graftを使用した1例」  
佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦

## 【脳神経外科】

- ・アジアオセアニア放射線カンファレンス AOOCR 令和3年4月15日 横浜、web同時  
「MRI for Acute Management of Stroke～Arterial Spin Labeling as a Key Decision Maker」  
招待講演 新谷好正
- ・バイエル薬品 第2回WRT講演会講演 令和3年5月20日 web  
「日本の将来を先取りする高齢化先進医療圏における脳梗塞診療のセンター化」  
新谷好正

- ・第36回日本脊髄外科学会 令和3年6月3日 京都市  
「急性期脊髄損傷に対する羊膜幹細胞静脈投与の脊髄—腸相関への関与」  
「ICG 静注と生理食塩水動注を用いた脊髄動静脈瘻の短絡点同定法」  
高宮宗一郎
- ・第86回日本脳神経外科学会北海道支部会 令和3年9月18日 札医大、web 同時開催  
「脳室経由アプローチによる深部脳内血腫除去術」  
口演 新谷好正
- ・第86回日本脳神経外科学会北海道支部会 令和3年9月18日 札幌  
「キアリ I 型奇形に対する大後頭孔減圧術 + 硬膜外層切除の効果予測因子の検討」  
高宮宗一郎
- ・日本脳神経外科学会 第80回学術総会 令和3年10月27日 横浜  
「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実際 ～60例の検討」  
口演 新谷好正
- ・日本脳神経外科学会 第80回学術総会 令和3年10月27日 web  
「急性期脊髄損傷に対する羊膜幹細胞静脈投与の脊髄—腸相関への関与」  
高宮宗一郎
- ・WFNS foundation ACNS Autumn WEB seminar 令和3年11月21日 web  
「Various strategies for cerebral aneurysm decompression」  
Web 口演 新谷好正
- ・第47回日本脳卒中学会学術集会 令和4年3月17日 web  
「慢性期脳出血に対する間葉系幹細胞 + 足場剤 (CellSaic) の有効性」  
高宮宗一郎
- ・第87回日本脳神経外科学会北海道支部会 令和4年3月26日 札幌  
「拡散テンソル画像を用いた頸椎症性脊髄症の治療予後予測」  
高宮宗一郎

#### 【整形外科】

- ・第64回日本手外科学会 令和3年4月22日～23日 長崎  
「当院における Centerline Endoscopic Carpal Tunnel Release System を用いた鏡視下手根管開放術の治療成績」  
佃幸憲
- ・第94回日本整形外科学会学術総会 令和3年5月21日～22日 東京  
「椎間板内酵素注入療法の短期治療成績 コンドリアーゼ単独群と神経根ブロック群との比較」  
平塚重人
- ・第94回日本整形外科学会学術総会 令和3年5月21日～22日 東京  
「3D スキャン技術を利用した関節表面曲率変化による軟骨変性」  
濱崎雅成

- ・第94回日本整形外科学会学術総会 令和3年5月21日～22日 東京  
「人工股関節全置換術中のステム前捻角評価 —デバイス一体型角度計の精度—」  
「椎体内骨密度の低下した胸椎びまん性特発性骨増殖性 (DISH) 患者の特徴 —椎体 Hounsfield 値での検討—」  
宮野真博
- ・北海道骨粗鬆症 web セミナー 令和3年5月25日 web  
「骨粗鬆症における薬物治療 骨折リスクの高い骨粗鬆症における薬剤の使い分け」  
講演 平塚重人
- ・第140回北海道整形災害外科学会 令和3年6月5日 web  
「一次修復不能な肩甲下筋腱断裂を伴う肩腱板断裂に対して鏡視下上方関節包再建と鏡視補助下小胸筋移行を施行した1例」  
佃幸憲
- ・第140回北海道整形災害外科学会 令和3年6月5日 web  
「大菱形骨、中手骨の骨形態が母指 CM 関節における応力分布に及ぼす影響」  
宮野真博
- ・JOSKAS-JOSSM meeting 2021 令和3年6月18日 札幌  
「当院における Centerline Endoscopic Carpal Tunnel Release System を用いた鏡視下手根管開放術の治療成績」  
佃幸憲
- ・JOSKAS-JOSSM meeting 2021 令和3年6月18日 札幌  
「リバー型人工肩関節置換術後ステム周囲骨吸収に関する単純 X 線評価 —セメントとセメントレスでの比較—」  
宮野真博
- ・旭化成骨粗鬆症 web 令和3年7月21日 web  
「骨粗鬆症における薬物治療」  
講演 平塚重人
- ・ロモソズマブの基礎と臨床を考える会 令和3年9月9日 web  
「骨折リスクの高い骨粗鬆症における薬剤の使い分け」  
講演 平塚重人
- ・29 SECEC-ESSSE CONGRESS 令和3年9月15日～18日 Poznan (Poland)  
「The radiographic evaluation of the humeral stem after reverse shoulder arthroplasty」  
佃幸憲
- ・American Society for Surgery for the Hand Annual Meeting 令和3年9月30日～10月2日 San Francisco  
「Influence on stress distribution patterns across the thumb carpometacarpal joint due to bony morphologic difference of trapezium and metacarpal bones」  
佃幸憲
- ・第48回日本肩関節学会 令和3年10月29日 名古屋  
「上方関節包再建術の治療成績および移植腱断裂例の検討」  
佃幸憲

- ・第48回日本肩関節学会 令和3年10月29日 名古屋  
「一次修復不能な肩腱板断裂に ASCR と小胸筋移行を施行した1例」  
宮野真博
- ・第46回日本足の外科学会 令和3年11月11日～12日 東京  
「長母趾伸筋腱断裂に extensor hallucis capsularis の残存を認めた一例」  
井上亮 / 佃幸憲
- ・Hip Step Jump～大腿骨近位部骨折について語らないかい 令和3年12月20日 web  
「大腿骨近位部骨折と骨粗鬆症に関する講演」  
講演 宮野真博
- ・寿都医師会講演会 令和4年1月28日 寿都  
「高齢化社会に伴う変形性関節症、骨粗鬆症治療の実際」  
講演 佃幸憲
- ・Orthopaedic Research Society 2022 令和4年2月4日～8日 Tampa, Florida  
「Influence of Differences in Bone Morphology on Stress Distribution Patterns Across the Trapeziometacarpal Joint」  
佃幸憲

#### 【皮膚科】

- ・第1回後志病院薬剤師会学術大会 令和3年4月 web  
「アトピー性皮膚炎 UpToDate2021」  
保科大地
- ・第95回日本感染症学会学術講演会 令和3年5月 web  
「ルリコナゾール爪外用液で軽快した *Candida guilliermondii* による緑色爪症候群」  
保科大地、新田彬秀、伊藤好樹
- ・北後志ケア連絡会 WEB研修会 令和3年6月 web  
「乾皮症・カンジダ性間擦疹といったありふれた皮膚疾患 Q & A」  
保科大地
- ・Lilly AD Web Seminar 令和3年8月 web  
「地域医療におけるアトピー性皮膚炎診療の現状」  
保科大地
- ・第427回日本皮膚科学会北海道地方会 令和3年9月 web  
「Secukinumab 投与中に発症し、Risankizumab で軽快した壊疽性膿皮症の1例」  
織田晃央、保科大地、廣崎邦紀
- ・デュピクセント Web Seminar in 北海道 令和3年9月 web  
「地域医療におけるデュピクセント導入についての課題」  
特別講演：保科大地



- ・第2回札幌皮膚科連携会 令和3年10月 札幌（ハイブリッド）  
「コロナ禍における皮膚科病診連携のありかた～小樽・後志～」  
保科大地
- ・第73回日本皮膚科学会西部支部学術大会 令和3年11月 web  
「免疫グロブリン大量静注療法中に無顆粒球症を併発した pembrolizumab 誘発性水疱性類天疱瘡の1例」  
保科大地、堀田萌子
- ・TAIHO 皮膚疾患セミナー 令和3年11月 web  
「冬場の皮膚疾患の特徴と治療～抗ヒスタミン薬、塗り薬を選ぶ際のポイント～」  
特別講演：保科大地
- ・爪白癬治療を考える会 in 後志 令和4年3月 web  
「当科でのホスラブコナゾールを用いた爪白癬治療について」  
織田晃央

#### 【認知症疾患医療センター】

- ・認知症フォローアップ講座 令和3年8月2日、10月7日、11日 小樽  
講師 山崎典子

#### 【薬剤部】

- ・第14回日本緩和医療薬学会年会 令和3年5月13日～16日 web  
「外来でメサドンから経口オキシコドンにスイッチングし疼痛コントロールが良好となった1例」  
日下部鮎子
- ・第5回日本精神薬学会 令和3年8月21日 web  
「コロナ禍における薬剤師業務への影響」  
笠原真理
- ・Psychiatry Pharmacist Seminar～精神科におけるチーム医療を考える～ 令和3年9月30日 web  
「チーム医療とLAI～薬剤師の介入～」  
パネリスト 鶴谷勝実
- ・第31回日本医療薬学会年会 令和3年10月9日～10日 web  
「ケイセントラ®使用後のPT-INR 再上昇とビタミンK2 追加投与で再出血を回避できた症例」  
柳岡祥太
- ・Hokkaido Oncology Pharmacist Meeting 令和3年10月27日 web  
「抗 VEGF 抗体薬による高血圧・蛋白尿」  
講師 伊佐治麻里子
- ・日本臨床腫瘍薬学会学術大会 2022 令和4年3月12日～13日 web  
「CARG スコアと抗がん剤用量に関する現状調査」  
伊佐治麻里子

- ・不眠症治療 Web セミナー in 小樽 令和4年3月29日 web  
「睡眠薬選択フローチャート導入に向けての取り組み」  
講師 鶴谷勝実

**【検査室】**

- ・小樽臨床検査技師会 地区会フォーラム 令和3年9月30日 小樽  
「生理検査における新型コロナウイルスの感染対策」  
小山内直人
- ・第94回北海道医学検査学会 令和3年10月16日 札幌  
「クラウド型在庫発注管理システムによる検査試薬管理の運用とその効果」  
小山田重徳
- ・第94回北海道医学検査学会 令和3年10月16日 札幌  
「当院における耳鼻科領域のエコーガイド下FNA症例の検討」  
池田桂子
- ・第94回北海道医学検査学会 令和3年10月16日 札幌  
「当院における迅速細胞診（ROSE）の現状」  
小笠原一彦
- ・第94回北海道医学検査学会 令和3年10月16日 札幌  
「液状プロトロンビン時間測定試薬「コアグピア PT-Liquid」の基礎的検討」  
「血液培養より *Gordonia sputi* が検出された1例」  
本多優奈
- ・第94回北海道医学検査学会 令和3年10月16日 札幌  
「*Staphylococcus argenteus* によるカテーテル関連血流感染の1例」  
新田彬秀
- ・第94回北海道医学検査学会 令和3年10月16日 札幌  
「大腿骨骨折後、脂肪塞栓症候群疑いにより心肺停止を合併した1症例」  
浦山和博
- ・第9回北日本支部医学検査学会 令和3年11月1日 岩手  
「院内感染発生時のCOVID-19検査体制とLAMP法の有用性」  
新田彬秀
- ・第9回北日本支部医学検査学会 令和3年11月1日 岩手  
「尿より *Vagococcus fluvialis* が検出された1例」  
本多優奈
- ・第59回全国自治体病院学会 令和3年11月4日 奈良  
「血液培養陽性時における質量分析（MALDI-TOF MS）の有用性」  
伊藤好樹

- ・第59回全国自治体病院学会 令和3年11月4日 奈良  
「病理組織検体の適切な取り扱いに向けての当院での取り組み」  
加野大樹
- ・小樽臨床検査技師会 地区会研究発表会 令和3年11月26日 小樽  
「尿中薬物スクリーニング検査においてアンフェタミンが偽陽性となった1症例」  
矢部優太
- ・小樽臨床検査技師会 地区会研究発表会 令和3年11月26日 小樽  
「当院の乳腺生検症例における後方視的検討」  
横濱真智子
- ・小樽臨床検査技師会 地区会研究発表会 令和3年11月26日 小樽  
「SARS-CoV-2 遺伝子検査における LoopampEXIA および GENECUBE の使用経験」  
新田彬秀

### 【放射線室】

- ・第77回日本放射線技術学会総会 令和3年4月17日 web  
「How to Creation of High-Quality Brain Aneurysm using Casting Method」  
大浦大輔
- ・第77回日本放射線技術学会総会学術大会 令和3年4月17日 横浜  
「The construction of short-time 4D-MRA using Compressed Sensing.」  
伊原陸
- ・SMRT International Clinical Session 令和3年5月18日 web  
「7 Minute Comprehensive MRI Protocol Including ASL, Rapid PCA, Chest CO for Acute Ischemic Stroke」  
大浦大輔
- ・小樽看護専門学校 放射線特別講義×3 令和3年7月1日～15日 小樽  
「放射線および各種検査について」  
横浜拓実
- ・脳卒中のトータルケアセミナー in 小樽 令和3年7月8日 web  
「脳卒中における最先端 MRI — Arterial Spin labeling を中心に—」  
大浦大輔
- ・九州 Gyo meeting 令和3年7月10日 web  
「Acute Ischemic Stroke vs Gyro cup」  
大浦大輔
- ・保険診療に関する勉強会 令和3年10月27日 小樽市立病院2階講堂  
「PET-CTの現状と今後の課題」  
三嘴肇

- ・第49回日本放射線技術学会 秋季学術大会 令和3年10月15日 熊本  
「主幹動脈閉塞における短時間 Phase contrast angiography を用いた MRA、塞栓物質の同時描出」  
大浦大輔
- ・第59回自治体病院学会 in 奈良 令和3年11月5日 奈良  
「第58回全国自治体病院学会最優秀演題発表 急性期脳梗塞に対する短時間 MRI プロトコール運用の実臨床成績」  
伊原陸
- ・一般社団法人北海道放射線技師会研修会 小樽後志秋期会員研究発表会 令和3年11月20日 web  
「主幹動脈閉塞における短時間 Phase contrast angiography を用いた MRA、Black blood の同時描出」  
蛭名翼
- ・一般社団法人北海道放射線技師会研修会 小樽後志秋期会員研究発表会 令和3年11月20日 web  
「Deep learning を利用した完全非侵襲手術支援画像の初期検討」  
佐藤晋平
- ・Slender Club Japan 学術セミナー 令和3年11月27日～28日 web  
「橈骨動脈 CT 撮影の実際と問題点」  
明英一郎
- ・関東 MRI 研究会 令和4年2月5日 web  
「ASL で照らすたった一つの真実」  
大浦大輔
- ・リハオンデマンド 令和4年3月10日 web  
「脳神経外科急性期での MRI の役割」  
大浦大輔
- ・Chiba MR After work Club 令和4年3月25日 web  
「“困っている事”と“基礎原理”を結ぶ」  
大浦大輔

#### 【臨床工学科】

- ・近畿心血管治療ライブ2021 令和3年4月9日 web  
「コメディカルにも解る CTO PCI ; Retrograde approach」  
平田和也
- ・第31回日本臨床工学会 令和3年5月22日 web  
「CVIT コメディカル部会における教育研修に対する取り組みと展望」  
平田和也
- ・ADATARA Live Demonstration 2021 令和3年10月15日 web  
「Imaging Device 「IVUS」について」  
平田和也



- ・ CCT2021 令和3年10月29日 web  
「デバイスに関する合併症とバイアウトを血管モデルで学ぶ」～いま何が起きて、何をすべきか～  
平田和也
- ・ ARIA2021 令和3年11月26日 web  
「臨床工学技士として考えるタスクシェア/タスクシフト」  
平田和也
- ・ 中国四国ライブ in 倉敷 2022 令和4年2月26日 web  
「皆で診よう IVUS・OCT」 web  
平田和也

#### 【精神科医療センター】

- ・ 北海道臨床心理士会 第3回感染症対策本部主催情報交流会 令和3年4月4日 web  
「総合病院におけるコロナ禍のなかのメンタルヘルス活動」  
山崎典子

#### 【感染防止対策室】

- ・ 小樽市立高等看護学院 講義 令和3年6月7日、10日 小樽市立高等看護学院  
「成人看護学援助論Ⅱ 感染症」  
講師 森八重子

## 〔学会・研究会座長、その他〕

---

#### 【循環器内科】

- ・ SCJ IL Workshop on WEB 令和3年4月2日 web  
コメンテーター 高川芳勅
- ・ 小樽高尿酸血症 WEB セミナー 令和3年4月14日 web  
座長 高川芳勅
- ・ マスーレッド WEB 講演会 令和3年5月24日 web  
座長 高川芳勅
- ・ Slender Club Japan Annual Meeting in 八王子 2021 SCJ AWARD 2021 令和3年5月28日 web  
司会 高川芳勅
- ・ Slender Club Japan Annual Meeting in 八王子 2021 PCI LIVE 4 令和3年5月29日 web  
コメンテーター 高川芳勅
- ・ エベレンゾ講演会 令和3年7月9日 web  
座長 高川芳勅
- ・ SCJ2021ANNEX 令和3年8月7日 web  
コメンテーター 高川芳勅

- ・ ADATARA Live Demonstration 2021 Slender Video Live 1 令和3年10月1日 web  
コメンテーター 高川芳勅
- ・ 仙台PTCA ネットワークライブ ビデオライブ2 令和3年10月22日 web  
コメンテーター 高川芳勅
- ・ 高血圧疾患啓発講演会 令和3年10月29日 web  
座長 高川芳勅
- ・ 会津心臓病・心血管疾患研究会 令和3年11月13日 web  
コメンテーター 高川芳勅
- ・ 鎌倉ライブデモンストレーション 令和3年12月18日、19日 web  
コメンテーター 高川芳勅
- ・ 肺高血圧症セミナー 一般講演 令和4年1月18日 web  
座長 高川芳勅
- ・ Cardio Neuro Joint Meeting 令和4年1月31日 web  
座長 高川芳勅
- ・ 心不全と弁膜症 令和4年2月3日 web  
座長 高川芳勅
- ・ East Japan Micra Webinar Series Vol. 1 明日から出来る Leadless Pacemaker ～Micra AV Video Live～ 令和4年3月8日 web  
コメンテーター 高川芳勅
- ・ Sapporo Live Demonstration Course 2019 PCI LIVE 5 令和4年3月19日 web  
コメンテーター 高川芳勅

**【腎臓内科】**

- ・ 第2回小樽市国民健康保険糖尿病性腎症予防対策協議会 令和3年11月26日 小樽市  
委員 山地浩明

**【心臓血管外科】**

- ・ 第4回小樽心臓血管カンファレンス 令和3年10月29日  
座長 深田穰治  
演者：札幌医科大学心臓血管外科学講座 主任教授 川原田修義  
低侵襲化が進む弁膜症手術：対応可能になった高齢患者に対する抗凝固療法にも触れて
- ・ 第74回日本胸部外科学会定期学術集会 令和3年10月31日～11月3日  
座長 深田穰治  
オンデマンド口演 心臓32 実験・再生医療3

**【脳神経外科】**

- ・第12回小樽脳神経外科カンファレンス 令和3年5月21日 小樽  
座長 新谷好正
- ・脳卒中のトータルケアセミナー in 小樽～予防・診断・治療・予後～ 令和3年7月8日 小樽  
座長 新谷好正
- ・脳神経外科医のためのてんかん入門セミナー 令和3年9月2日 札幌、web同時開催  
座長 新谷好正
- ・Cardio Neuro Joint Meeting 令和4年1月31日 web  
座長 新谷好正
- ・Stroke Hot Topics @ Web Seminar 令和4年3月10日 web  
座長 新谷好正
- ・STROKE 2022 令和4年3月17日 大阪国際会議場  
「アデノシンを用いた超短時間循環静止法の適応」  
プレナリーシンポジウム シンポジスト 新谷好正

**【整形外科】**

- ・小樽看護専門学校講義 令和3年6月～7月  
講師 佃幸憲
- ・STV ラジオ 明石のいんでしょ大作戦！教えて先生！背骨のお悩み相談 令和3年10月23日 ラジオ  
平塚重人
- ・Hip Step Jump～大腿骨近位部骨折について語らないかい 令和3年12月20日 web  
座長 平塚重人

**【形成外科】**

- ・第36回北日本形成外科学会学術集会 令和3年6月19日 札幌  
座長 今井章仁

**【皮膚科】**

- ・Lilly Web Seminar 令和3年4月 web  
座長 保科大地
- ・Clinical Web Seminar on Psoriasis III 令和3年4月 web  
座長 保科大地
- ・患者さんを笑顔にするためのアトピー性皮膚炎治療講演会 令和3年9月 web  
座長 保科大地
- ・第2回札幌皮膚科連携会 令和3年10月 札幌（ハイブリッド）  
ディスカスタント 保科大地

・爪白癬治療を考える会 in 後志 令和4年3月 web  
座長 保科大地

・Lilly AD & PsO Web Seminar 令和4年3月 web  
座長 保科大地

#### 【緩和ケア管理室】

・第10回小樽・後志緩和医療研究会 令和3年9月10日 小樽  
「特別講演Ⅱ「がんのリハビリテーション～当院での試み、緩和病棟も含めて」」  
札幌清田病院 内科・リハビリテーション科部長 後藤義朗先生  
座長 和智純子

・第11回小樽市立病院緩和ケア研修会 令和3年11月13日 小樽  
企画責任者 和智純子

#### 【認知症疾患医療センター】

・新規抗精神病薬を考える会 from 小樽 令和3年6月8日 小樽  
座長 高丸勇司

・認知症診療の近未来を考える会 令和3年6月30日 web  
座長 高丸勇司

・北海道認知症疾患医療センター対象レビー小体型認知症 WEB 講演会 令和3年8月27日 web  
座長 高丸勇司

・第18回北海道認知症疾患医療センター懇話会 令和3年10月23日 web  
座長 高丸勇司

・第19回北海道認知症疾患医療センター懇話会 令和4年3月19日 web  
座長 高丸勇司

・不眠症 WEB セミナー in 後志 令和4年3月29日 web  
座長 高丸勇司

#### 【薬剤部】

・後志病院薬剤師会講演会 令和3年5月18日 web  
座長 伊佐治麻里子

・小樽・後志 Oncology セミナー 令和3年6月3日 web  
座長 伊佐治麻里子

・後志病院薬剤師会会員研究発表会 令和4年2月28日 web  
座長 鶴谷勝実



**【検査室】**

- ・北臨技精度管理セミナー「コスモス」 令和3年11月3日 札幌  
講師 浦山和博
- ・北臨技基礎セミナー「微生物」 令和4年1月14日 札幌  
講師 新田彬秀
- ・北臨技基礎セミナー「微生物」 令和4年1月14日 札幌  
講師 本多優奈

**【放射線室】**

- ・第418回小樽後志放射線技師会研修会特別講演 令和4年2月7日 web  
「DWIBS検査のアレコレ ～基礎知識と撮像のコツ～」  
東海大学医学部付属病院 高野晋先生  
座長 大浦大輔

**【臨床工学科】**

- ・CCT2021 令和3年10月28日 web  
「チーム医療のための基礎知識①」  
座長 平田和也
- ・中国四国ライブ in 倉敷2022 令和4年2月26日 web  
「カテ室でのタスクシフト！各施設の現状を知る」  
座長 平田和也
- ・Sapporo Live Demonstration Course 2021 令和4年3月19日 web  
「PCI Video Live Session 3」  
コメンテーター 平田和也

**〔学術論文、雑誌掲載、その他〕**

---

**【呼吸器内科】**

- ・Cancer Science. 2022; 113: 1292-1304.  
「N-glycosylation regulates MET processing and signaling」  
Atsushi Saitou, Yoshihiro Hasegawa, Naoki Fujitani, Shigeru Ariki, Yasuaki Uehara, Ukichiro Hashimoto, Atsushi Saito, Koji Kuronuma, Kunio Matsumoto, Hirofumi Chiba, Motoko Takahashi

**【外科】**

- ・日本腹部救急医学会雑誌 41巻5号 339-342 令和3年7月  
「Spigel 腱膜に発生したポートサイトヘルニアの1例」  
小野仁
- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 53-57 令和3年12月  
「術前に診断し、腹腔鏡・内視鏡合同手術にて切除し得た肺癌胃転移の1例」  
小野仁、市村健太郎、葛西弘規、渡邊義人、越前谷勇人

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 63-65 令和3年12月  
「当院のコロナ禍における大腸癌手術の検討」  
和久井洋祐、小野仁、葛西弘規他

#### 【心臓血管外科】

- ・ Ann Vasc Surg. 2021 Oct; 76: 309-317. doi: 10.1016/j.avsg.2021.03.047. Epub 2021 Apr 24.  
「Impact of instructions for use and endoleaks on long-term mortality after treatment for abdominal aortic aneurysm」  
Sato H, Fukada J, Tamiya Y, Kawaharada N, et al
- ・ JAHA. 2021 Apr 6; 10(7): e018905. doi: 10.1161/JAHA.120.018905. Epub 2021 Mar 28.  
「Antiatherosclerotic phenotype of perivascular adipose tissue surrounding the saphenous vein in coronary artery bypass grafting」  
Mikami T, Furuhashi M, Kawaharada N, Fukada J, et al
- ・ Ann Thorac Surg 2022 Jan; 113(1): 256-263. doi: 10.1016/j.athoracsur.2020.12.060. Epub 2021 Feb 3. PMID: 33545153  
「Estimation model for hypothermic circulatory arrest time to predict risk in total arch replacement」  
Sato H, Kawaharada N, Fukada J, Tamiya Y, et al
- ・ Ann Vasc Surg. 2022 Jan31; -9. doi: 10.1016/j.avsg.2022.01.007.  
「Morphometric predictors of aortic remodeling after frozen elephant trunk repair of type A dissection」  
Sato H, Fukada J, Tamiya Y
- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 47-57 令和3年12月  
「腕頭動脈高度狭窄、左鎖骨下動脈閉塞、冠動脈前下行枝高度狭窄に対するバイパス術による完全血行再建術の1例」  
深田穰治、佐藤宏、田宮幸彦他

#### 【脳神経外科】

- ・ Neurologia Medico-Chirurgica 61(5): 321-333 2021.4  
「Cerebral Aneurysms with Internal Carotid Artery Agenesis: A Unique Case Similar to Moyamoya Disease and Literature Review」  
Soichiro Takamiya
- ・ World Neurosurgery 151: 132-137 2021.5  
「Intraoperative Identification of the Shunt Point of Spinal Arteriovenous Malformations by a Selective Arterial Injection of Saline to Subtract Signals of Indocyanine Green: Technical Note」  
Soichiro Takamiya
- ・ NMC Case Report Journal 8(1): 195-200 2021.6  
「Dyspnea Associated with Cervical Spondylotic Radiculopathy: A Case Report and Review of Literatures」  
Soichiro Takamiya
- ・ Asian Spine J online ahead of print 2021.9  
「Efficacy of Two-Stage Surgery for Spinal Cord Ependymomas」  
Soichiro Takamiya

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 59-61 令和3年12月  
「病院機能評価再受審の経過と意義～病院機能評価受審を終えて～」  
新谷好正、中千尋

#### 【整形外科】

- ・iScience 24p1026-43 May 24, 2021  
「Flightless I is a catabolic factor of chondrocytes that promotes hypertrophy and cartilage degeneration in osteoarthritis」  
Ebata T, Hamasaki M
- ・Journal of Orthopaedic Science S0949-2658(21)00268-2 Sep 3, 2021  
「Utility of thermal image scanning in screening for febrile patients in cold climates」  
Ogawa T, Tsukuda Y

#### 【皮膚科】

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 91-93 令和3年12月  
「リン酸ベタメタゾン・硫酸フラジオマイシン配合剤による両側眼瞼の接触皮膚炎の1例」  
谷向哲也、保科大地、堀田萌子

#### 【婦人科】

- ・日本公衆衛生雑誌 第68巻 719-727 令和3年11月  
「細胞診と自己採取ヒトパピローマウイルス検査を選べることの効果：北海道での子宮頸がん検診未受診者対策の成績」  
谷口しのぶ、櫻木範明、シャロン・ハンリー、築山真如、藤田博正、寒河江悟、梶井直文、渡利英道、玉腰暁子
- ・Surg J (N Y). Vol.7 (Suppl 2) S48-S56 令和3年12月  
「Nerve-Sparing Radical Hysterectomy Using the Okabayashi-Kobayashi Method」  
Sakuragi N, Kaneuchi M.

#### 【眼科】

- ・眼科 63巻6号 583-588 令和3年6月  
「抗 VEGF 薬硝子体内注射後 MRSE 眼内炎の1例」  
渡部恵、日景史人、太田千秋、伊藤格、井田洋輔、大黒浩
- ・Scientific Reports 11(1) Article number: 15286 令和3年7月  
「Diverse effects of pan-ROCK and ROCK2 inhibitors on 2D and 3D cultured human trabecular meshwork (HTM) cells treated with TGF $\beta$ 2.」  
Megumi watanabe, Yousuke Ida, Hiroshi Ohguro, Chiaki Ota, Fumihito Hikage

#### 【病理診断科】

- ・診断病理 第38巻2号 146-150 令和3年4月  
「症例報告 腎原発 Ewing 肉腫の1例」  
守田玲菜、笠井潔、星達也他

**【認知症疾患医療センター】**

- ・全国自治体病院協議会雑誌 44-47 令和3年7月  
「小樽市立病院精神科の紹介～85年の歴史と現状～  
高丸勇司
- ・Journal of Alzheimer's Disease 第83巻4号 1917-1927 令和3年8月  
「Psychotic Features Among Patients in the Prodromal Stage of Dementia with Lewy Bodies During Longitudinal Observation」  
Kumiko Utsumi, Ryo Fukatsu, Yuko Hara, Yuji Takamaru, Shuichi Yasumura.

**【看護部】**

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 67-71 令和3年12月  
「クラスター後の看護部感染対策の取り組み」  
村上圭子

**【薬剤部】**

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 31-34 令和3年12月  
「癌化学療法時におけるHBVスクリーニング実施率の調査」  
桑山果織、伊佐治麻里子、白井博

**【検査室】**

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 35-38 令和3年12月  
「血液培養陽性時における質量分析（MALDI-TOF MS）の有用性  
伊藤好樹、新田彬秀、本多優奈他
- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 81-83 令和3年12月  
「病理組織検体の適切な取り扱いへ向けての当院での取り組み ～個別化医療への適応～」  
加野大樹、鈴木美咲子、太田千尋他

**【放射線室】**

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 39-45 令和3年12月  
「3Dプリンターを利用した乳腺MRIの脂肪抑制改善補助具の開発」  
樋渡麻実、大浦大輔、佐藤晋平

**【リハビリテーション科】**

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 85-90 令和3年12月  
「カンファレンスアプリケーションの導入とその有用性について ～リハビリテーション業務の効率化による負担軽減の観点から～」  
青木朱里、岩井涼李圭、庄司浩他

**【患者支援センター】**

- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 27-30 令和3年12月  
「院内がん登録データから見た現状」  
庄武美加子、佐藤仁美、生瀬裕司



- ・小樽市立病院誌 第10巻1号 73-80 令和3年12月  
「病院機能評価認定を受けての今後の取り組み～認定までの準備、課題への実践～」  
中千尋、新谷好正、高丸勇司他

### 【放射線室】

- ・Magn Reson Imaging 2021 85: 193-201. (時期)  
「Construction of super-rapid brain MRA using oblique transverse acquisition phase contrast angiography with tilted optimized non-saturated excitation pulse.」  
大浦大輔
- ・Acta Radiologica Review Article P-P 2021.10.7  
「Increased muscle fiber fractional anisotropy value using diffusion tensor imaging after compression without fiber injury」  
Takumi Yokohama, Motoyuki Iwasaki, Daisuke Oura, Sho Furuya and Yoshimasa Niiya

## 〔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）】

- ・令和3年 4月 6日 救急初診への対応法 脳神経外科 新谷好正
- ・令和3年 4月 13日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・令和3年 4月 20日 敗血症の初期診療 麻酔科 川口亮一
- ・令和3年 4月 28日 内視鏡を使いこなす 消化器内科 佐々木基
- ・令和3年 5月 11日 救急外来での耳鼻咽喉科疾患の対応方法 耳鼻咽喉科 高橋亜由美
- ・令和3年 5月 18日 救急外来における表在病変への基本的対処法 形成外科 新井孝志郎
- ・令和3年 5月 25日 血糖の管理—救急から慢性疾患まで 糖尿病内科 小梁川直秀
- ・令和3年 6月 9日 心臓血管外科による救急診療について 心臓血管外科 深田穰治
- ・令和3年 6月 15日 蕁麻疹と皮膚科救急 皮膚科 保科大地
- ・令和3年 6月 22日 腹痛患者の見方 消化器内科 矢花崇
- ・令和3年 6月 30日 臨床医が知っておきたい眼の症状と診断のてがかり 眼科 大内夢衣花
- ・令和3年 7月 6日 胸痛患者の見方 循環器内科 高川芳勅
- ・令和3年 7月 13日 文献検索、参考論文の探し方のポイント 脳神経外科 新谷好正
- ・令和3年 7月 20日 中心静脈ルート確保の手技と管理（基礎編） 麻酔科 高桑一登
- ・令和3年 8月 3日 輸液の基本 麻酔科 中林賢一
- ・令和3年 8月 10日 縫合手技と腹腔鏡手術の基礎知識 婦人科 青山聖美
- ・令和3年 8月 26日 脊椎疾患に伴う運動麻痺～脊椎損傷のみかた～ 整形外科 佃幸憲
- ・令和3年 9月 7日 必修 神経学的所見のみかた・鑑別診断 脳神経内科 井原達夫
- ・令和3年 9月 14日 小児の感染症 小児科 小田川泰久
- ・令和3年 9月 21日 腹腔鏡下手術で用いる Energy device の基礎知識～皮膚モデルを用いて 婦人科 青山聖美
- ・令和3年 10月 5日 抗菌薬の選択と使い方（呼吸器系） 呼吸器内科 齋藤淳
- ・令和3年 10月 12日 抗菌薬の選択と使い方（泌尿器系） 泌尿器科 山下登
- ・令和3年 10月 19日 栄養管理の基本（院内約束食事箋を中心に） 栄養管理科 和田裕子
- ・令和3年 11月 24日 COVID-19における現状と対策 外科 越前谷勇人
- ・令和3年 12月 7日 IVR で何ができるか 放射線診断科 市村亘
- ・令和3年 12月 14日 中心静脈ルート確保の手技と管理（応用編） 麻酔科 高桑一登
- ・令和3年 12月 15日 レポート作成について 消化器内科 有村佳昭

- ・令和3年12月21日 脳血管障害の手術 脳神経外科 新谷好正
- ・令和3年12月22日 外用剤の使い方 皮膚科 保科大地
- ・令和4年1月4日 産婦人科で扱う腹痛の診断 婦人科 青山聖美
- ・令和4年1月11日 当院の疾患別リハビリの現状 リハビリテーション科 大石督、杉本美果、香川要
- ・令和4年1月18日 縫合の基本手技 外科 小野仁
- ・令和4年1月26日 向精神薬の処方（入門編） 精神科 末岡智文
- ・令和4年2月1日 痛みの治療 麻酔科 久米田幸弘
- ・令和4年2月8日 腎疾患の診療の基本的なポイント 腎臓内科 山地浩明
- ・令和4年2月9日 腹腔鏡手術の基本と注意点 外科 渡邊義人
- ・令和4年2月16日 放射線治療の基本など 放射線治療科 土屋和彦
- ・令和4年3月8日 病理レポートの見方 病理診断科 笠井潔
- ・令和4年3月15日 細胞診の知識と活用法 検査室 小笠原一彦
- ・令和4年3月29日 1時間で学ぶ1年分のACS！（2021年度版） 循環器内科 古川哲章

#### 【勉強会・講習会等】

- ・新採用職員オリエンテーション 令和3年4月1日  
「感染管理の基本と当院のCOVID-19対策」  
感染防止対策室 森八重子
- ・保険診療委員会勉強会 令和3年10月27日  
座長 整形外科 佃幸憲
- ・診療報酬改定勉強会 令和4年3月24日  
座長 整形外科 佃幸憲

#### 【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

#### 【カンサーボード】

- ・令和3年6月1日  
「高齢者のがん治療をどうするか」
- ・令和3年6月29日  
「免疫チェックポイント阻害薬でIrAEを生じた腎がんの1例」
- ・令和3年7月27日  
「肺がん診療におけるCT検査室の取り組み」
- ・令和3年8月31日  
「IrAEとして水疱性類天疱瘡を併発した肺腺癌の1例」
- ・令和3年9月28日  
「乳がんと外陰がんの重複癌」
- ・令和3年10月26日  
「免疫組織化学染色について」
- ・令和3年11月30日  
「原発不明の脊椎腫瘍により急速に進行する両下肢不全麻痺を呈した1例」
- ・令和3年12月21日  
「肝摘の4年後に肝多房性嚢胞を生じた1例」

### 【臨床病理検討会（CPC）】

- ・令和4年3月1日  
「閉塞性大腸癌の切除後に誤嚥性肺炎を発症した一例」  
「腹膜播種と多量腹水を伴った4型進行胃癌の一例」

### 【小樽市病院局発表会】

令和4年3月11日

第12回小樽市病院局発表会

- ・A班 座長 外科 主任医療部長 渡邊義人  
A-1「主幹動脈閉塞における短時間 Phase contrast angiography を用いた MRA、Black blood の同時描出」  
放射線室 蛭名翼  
A-2「当院の院外処方せんにおける疑義照会内容の分析」  
薬剤部 武石可菜  
A-3「かかりつけ医との連携強化を目指して～紹介・逆紹介患者報告書の提供～」  
患者支援センター 中千尋
- ・B班 座長 循環器内科 主任医療部長 高川 芳勅  
B-1「臨床研修病院のPRにおけるWebの活用について」  
経営企画課 成澤隆幸  
B-2「当院におけるSARS-CoV-2遺伝子検査」  
検査室 新田彬秀  
B-3「開心術食事支援プログラムの導入 回復の促進と経営的側面に着目して」  
看護部3階東病棟 伊藤大輝

## 〔受賞・資格取得〕

---

### 【受賞】

- ・脳神経外科 高宮宗一郎  
第36回日本脊髄外科学会 学術研究優秀賞
- ・整形外科 濱崎雅成  
第140回北海道整形災害外科学会 最優秀発表賞

### 【資格取得】

- ・呼吸器内科 齋藤淳  
全国自治体病院協議会 第160回臨床研修指導医  
医学博士
- ・外科 越前谷勇人  
臨床研修協議会 プログラム責任者
- ・脳神経外科 越前谷すみれ  
全国自治体病院協議会 第161回臨床研修指導医
- ・皮膚科 保科大地  
インфекションコントロールドクター（ICD）

- ・眼科 太田千秋  
視覚障害者用補装具適合判定医  
全国自治体病院協議会 第157回臨床研修指導医
  
- ・放射線診断科 市村亘  
全国自治体病院協議会 第156回臨床研修指導医
  
- ・検査室 茂古沼裕以  
日本臨床検査同学院 二級臨床検査士「血液学」
  
- ・検査室 加野大樹  
日本臨床細胞学会 細胞検査士
  
- ・検査室 太田千尋  
日本臨床細胞学会 細胞検査士
  
- ・検査室 桃井優奈  
日本糖尿病療養指導士認定機構 糖尿病療養指導士

## 〔市民公開講座、健康教室〕

---

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため開催見合わせ



# 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	1,466	4	207	1	1,673	5		
呼吸器内科	7,810	21	6,469	27	14,279	48		
消化器内科	7,437	20	12,395	51	19,832	72		
循環器内科	7,814	21	13,048	54	20,862	75		
血液内科	0	0	886	4	886	4		
糖尿病内科	34	0	4,268	18	4,302	18		
内分泌内科	0	0	720	3	720	3		
腎臓内科	582	2	9,079	38	9,661	39		
脳神経内科	765	2	1,952	8	2,717	10		
外科	8,179	22	8,281	34	16,460	57		
心臓血管外科	5,063	14	4,778	20	9,841	34		
脳神経外科	14,975	41	8,710	36	23,685	77		
整形外科	16,793	46	31,635	131	48,428	177		
形成外科	669	2	5,608	23	6,277	25		
精神科	20,097	55	18,222	75	38,319	130		
リウマチ科	0	0	3,342	14	3,342	14		
小児科	99	0	3,361	14	3,460	14		
皮膚科	733	2	12,877	53	13,610	55		
泌尿器科	5,562	15	19,060	79	24,622	94		
産婦人科	3,644	10	6,292	26	9,936	36		
眼科	1,006	3	12,739	53	13,745	55		
耳鼻咽喉科	796	2	7,123	29	7,919	32		
放射線診断科	4	0	1,223	5	1,227	5		
放射線治療科	3	0	4,871	20	4,874	20		
麻酔科	1,054	3	5,236	22	6,290	25		
小計	104,585	287	202,382	836	306,967	1,123	386	73.0
感染症	(1,704)	-	-	-	-	-	2	233.4
合計		287	202,382	836	306,967	1,123	388	73.8

※感染症病床の患者数は、診療科別患者数の内数です。

# 手術実績

## 【令和3年度】

(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
	局麻	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	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	1	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
	局麻	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
消化器内科	全麻	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	45	27	35	30	44	64	76	66	62	52	26	44	571
	その他	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	6
	計	45	28	36	30	44	65	78	67	62	53	26	45	579
循環器内科	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
	局麻	17	15	28	18	19	16	11	17	15	17	11	19	203
	その他	2	1	2	0	3	0	0	2	0	5	0	4	19
	計	19	16	30	18	22	16	11	19	15	22	11	23	222
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
	局麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	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	1	1
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
	局麻	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
外科	全麻	44	34	25	27	56	36	56	45	38	39	40	36	476
	脊椎	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
	局麻	15	6	11	14	7	20	19	14	10	8	8	13	145
	その他	1	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0	0	8
	計	60	40	37	43	65	57	75	61	50	47	48	49	632
心臓血管外科	全麻	16	13	19	17	11	12	11	15	11	14	16	16	171
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	9	9	12	13	6	14	11	11	13	8	9	8	123
	その他	0	0	4	0	13	0	0	0	1	3	0	8	29
	計	25	22	35	30	30	26	22	26	25	25	25	32	323
脳神経外科	全麻	36	31	42	39	29	35	11	27	35	22	26	28	361
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	11	15	10	8	16	18	15	6	12	15	13	11	150
	その他	0	0	0	1	3	2	4	3	2	2	0	2	19
	計	47	46	52	48	48	55	30	36	49	39	39	41	530
整形外科	全麻	74	40	63	43	58	43	58	63	61	67	48	68	686
	脊椎	2	4	6	3	6	4	2	3	3	9	2	2	46
	局麻	13	13	10	14	10	4	7	12	12	5	5	19	124
	その他	7	4	6	13	13	8	10	8	12	19	10	4	114
	計	96	61	85	73	87	59	77	86	88	100	65	93	970
形成外科	全麻	5	4	2	4	5	4	4	6	8	3	2	0	47
	脊椎	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	局麻	52	48	46	72	52	52	66	59	54	42	46	50	639
	その他	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	計	58	52	48	76	57	56	70	66	62	45	48	51	689

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
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
	局麻	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	計	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	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
	局麻	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
	局麻	1	2	4	11	12	6	1	2	6	4	0	2	51
	その他	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
	計	1	2	4	11	12	6	4	2	6	4	0	2	54
泌尿器科	全麻	24	16	28	22	26	25	23	29	33	24	18	36	304
	脊椎	0	0	1	2	4	1	1	4	1	3	2	3	22
	局麻	1	3	1	2	2	1	4	5	1	3	3	1	27
	その他	18	13	15	23	19	18	27	15	20	17	10	13	208
	計	43	32	45	49	51	45	55	53	55	47	33	53	561
産婦人科	全麻	34	13	14	22	37	27	25	34	32	20	10	21	289
	脊椎	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	局麻	8	4	1	8	4	1	1	0	4	2	3	6	42
	その他	6	5	4	6	3	7	3	6	2	0	0	3	45
	計	48	22	20	37	44	35	29	40	38	22	13	30	378
眼科	全麻	0	9	6	13	15	7	10	13	12	9	10	11	115
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	24	19	34	43	56	50	51	35	47	61	27	47	494
	その他	3	3	2	1	1	7	0	2	0	1	2	1	23
	計	27	31	42	57	72	64	61	50	59	71	39	59	632
耳鼻咽喉科	全麻	11	8	3	2	4	3	2	16	18	16	7	10	100
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	3	1	5	8	4	5	6	3	4	14	6	6	65
	その他	4	2	0	2	2	6	0	0	1	0	0	3	20
	計	18	11	8	12	10	14	8	19	23	30	13	19	185
放射線診断科	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
	局麻	5	1	1	2	4	6	4	2	5	2	4	2	38
	その他	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	計	5	1	2	2	4	6	4	2	6	2	4	2	40
放射線治療科	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
	局麻	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
麻酔科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	5
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	計	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	2	1	7
合計	全麻	244	168	202	189	241	192	201	248	248	215	177	227	2,552
	脊椎	3	4	9	6	11	6	3	7	4	12	4	5	74
	局麻	207	164	199	243	236	257	272	233	247	234	162	230	2,684
	その他	41	29	35	48	58	49	48	41	41	47	23	40	500
	計	495	365	445	486	546	504	524	529	540	508	366	502	5,810

※レセプト（Kコード）算定ベースの件数（入院・外来問わず）

※複数の診療科が交代で手術を行った場合は、主たる診療科で集計

\*各診療科手術実績は令和3年度診療報酬点数表の高い順から掲載し、3,000点未満はその他を含む

(件数)

内 科	
中心静脈注射用植込型カテーテル設置（頭頸部その他に設置した場合）	1
計	1

呼吸器内科	
気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	1
気管支異物除去術（直達鏡によるもの）	1
その他	1
計	3

消化器内科	
内視鏡的乳頭切開術（胆道碎石術を伴うもの）	6
内視鏡的膵管ステント留置術	2
内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）	4
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	13
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜下層剥離術）	30
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置（頭頸部その他）	11
抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用植込型カテーテル設置（頭頸部その他）	1
内視鏡的胆道結石除去術（胆道碎石術を伴うもの）	2
内視鏡的胆道拡張術	15
内視鏡的胆道ステント留置術	46
内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみのもの）	35
小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	1
下部消化管ステント留置術	19
内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	4
中心静脈注射用植込型カテーテル設置（頭頸部その他に設置した場合）	3
胆管外瘻造設術（経皮経肝によるもの）	3
小腸結腸内視鏡的止血術	20
内視鏡的胆道結石除去術（その他のもの）	3
内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	2
食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）	7
内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	6
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル以上）	18
食道ステント留置術	1
胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	4
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（その他のポリープ・粘膜切除術）	6
内視鏡的胃ポリープ・粘膜切除術（その他のポリープ・粘膜切除術）	2

内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	241
胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2
内視鏡的消化管止血術	55
内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	16
その他	1
計	579

循環器内科	
経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞に対するもの）	3
経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞に対するもの）	28
腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	2
経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）	3
経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症に対するもの）	22
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）	1
経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）	71
経皮的冠動脈形成術（その他のもの）	5
末梢動静脈瘻造設術（内シャント造設術）（単純なもの）	8
経皮的心肺補助法（1日につき）（初日）	3
ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）	26
ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）	1
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）（初日）	7
ペースメーカー交換術	14
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）（2日目以降）	12
体外ペースメーカーキック術	6
その他	10
計	222

腎臓内科	
その他	1
計	1

外 科	
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもの）	17
腓頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合）	1
腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）	11
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）	2
胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもの）	1
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）	1



肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)	3
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除)	1
胃全摘術(悪性腫瘍手術)	7
肺悪性腫瘍手術(区域切除)	1
腹腔鏡下胃切除術(悪性腫瘍手術)	8
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(部分切除)	4
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	44
胃切除術(悪性腫瘍手術)	10
胆嚢悪性腫瘍手術 (胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。))	2
胸腔鏡下肺切除術(部分切除)	5
腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	1
肝切除術(部分切除) (複数回の切除を要するもの)	1
腹腔鏡下結腸切除術 (小範囲切除、結腸半側切除)	7
乳癌悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの)	24
乳癌悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。)))	7
乳癌悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの)	2
腹腔鏡下人工肛門閉鎖術(悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。)	1
胸腺摘出術	1
肝切除術(部分切除) (単回の切除によるもの)	2
拡大胸腺摘出術	1
結腸切除術 (全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)	6
腸閉塞症手術(結腸切除術) (全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術)	1
人工肛門閉鎖術(腸管切除を伴うもの) (直腸切除術後のもの)	3
小腸切除術(複雑なもの)	1
胸腔鏡下膿胸腔掻爬術	1
腹腔鏡下小腸切除術(その他のもの)	10
腹腔鏡下直腸脱手術	2
腸閉塞症手術(結腸切除術)(結腸半側切除)	1
腹腔鏡下胃局所切除術 (内視鏡処置を併施するもの)	3
乳癌悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	6
人工肛門閉鎖術(腸管切除を伴うもの) (その他のもの)	6
胸壁悪性腫瘍摘出術(その他のもの)	1
胆嚢摘出術	9
甲状腺悪性腫瘍手術(切除) (頸部外側区域郭清を伴うもの)	1
結腸切除術(小範囲切除)	6
腹腔鏡下ヘルニア手術(閉鎖孔ヘルニア)	2
腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	3

腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	1
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	53
乳癌悪性腫瘍手術(乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの))	12
腹腔鏡下虫垂切除術 (虫垂周囲膿瘍を伴うもの)	9
腹腔鏡下胆嚢摘出術	72
腹腔鏡下腸管癒着剥離術	6
肝縫合術	1
リンパ節群郭清術(腋窩)	1
子宮付属器腫瘍摘出術(両側) (開腹によるもの)	1
腹腔鏡下人工肛門造設術	2
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置(頭頸部その他)	37
抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用植込型カテーテル設置(頭頸部その他)	1
腹腔鏡下ヘルニア手術(腹壁癒着ヘルニア)	5
胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	1
小腸切除術(その他のもの)	7
腸閉塞症手術(小腸切除術)(その他のもの)	2
副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術 (副甲状腺(上皮小体)摘出術)	2
胸腔内(胸膜内)血腫除去術	3
乳癌悪性腫瘍手術 (単純乳房切除術(乳癌全摘術))	2
急性汎発性腹膜炎手術	3
胃局所切除術	1
腹腔鏡下虫垂切除術 (虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	19
腸管癒着症手術	2
腸閉塞症手術(腸管癒着症手術)	1
腹腔鏡下試験開腹術	2
痔核手術(脱肛を含む)(PPH)	1
中心静脈注射用植込型カテーテル設置 (頭頸部その他に設置した場合)	11
中心静脈注射用植込型カテーテル設置 (四肢に設置した場合)	1
ヘルニア手術(腹壁癒着ヘルニア)	1
人工肛門造設術	1
腸吻合術	1
ヘルニア手術(大腿ヘルニア)	3
甲状腺腫摘出術(片葉のみの場合)	2
直腸脱手術(経会陰によるもの) (腸管切除を伴わないもの)	1
乳癌腫瘍摘出術(長径5センチメートル以上)	6
痔核手術(脱肛を含む。)(根治手術(硬化療法(四段階注射法によるもの)を伴うもの))	4
乳癌腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき) (マンモグラフィー又は超音波装置によるもの)	5
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)	11
痔核手術(脱肛を含む。)(根治手術)	3

痔核手術（脱肛を含む。） （硬化療法（四段階注射法によるもの））	4
血管縫合術（簡単なもの）	1
痔瘻根治手術（単純なもの）	4
皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径2cm以上、4cm未満）	1
皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径3cm以上、6cm未満）	2
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径3cm以上、6cm未満）	1
乳腺腫瘍摘出術 （長径5センチメートル未満）	4
その他	91
計	632

心 臓 血 管 外 科	
大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）	1
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術）（その他のもの）	3
オープン型ステントグラフト内挿術 （上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術） （その他のもの）	1
オープン型ステントグラフト内挿術 （弓部大動脈）	3
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） （弓部大動脈）	1
心室中隔穿孔閉鎖術（単独のもの）	1
弁置換術（2弁のもの）	4
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） （上行大動脈）（その他のもの）	2
冠動脈、大動脈バイパス移植術（2吻合以上）	11
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） （下行大動脈）	2
弁置換術（1弁のもの）	10
冠動脈、大動脈バイパス移植術（1吻合）	2
血管移植術、バイパス移植術（大動脈）	1
血管移植術、バイパス移植術 （下腿、足部動脈）	1
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） （腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの））	1
ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）	11
血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	2
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） （腹部大動脈（その他のもの））	6
ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）	16
ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）	2
血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）	3
血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）	26
人工心臓（1日につき）（初日）	38
動脈血栓内膜摘出術（その他のもの）	2
四肢の血管拡張術・血栓除去術	56
動脈形成術、吻合術（その他の動脈）	1

経皮的血管内異物除去術	4
末梢動脈静脈瘻造設術（内シャント造設術） （単純なもの）	50
経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	15
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 （1の実施後3月以内に実施する場合）	1
動脈血栓除去術 （その他のもの（観血的なもの））	1
経皮的心肺補助法（1日につき）（初日）	1
試験開胸術	1
下肢静脈瘤手術（抜去切除術）	4
血管結紮術（その他のもの）	2
ペースメーカー交換術	2
血管縫合術（簡単なもの）	1
大動脈バルーンパンピング法（IABP法） （1日につき）（2日目以降）	28
その他	6
計	323

脳 神 経 外 科	
脳動脈瘤奇形摘出術（単純なもの）	2
頭蓋内腫瘍摘出術（その他のもの）	11
脳動脈瘤頸部クリッピング（2箇所以上）	8
脊髄腫瘍摘出術（髄内のもの）	1
脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所）	49
内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	1
動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	3
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	1
脳血管内手術 （脳血管内ステントを用いるもの）	2
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。） （前方後方同時固定）	9
脳血管内手術（1箇所）	8
脊髄腫瘍摘出術（髄外のもの）	1
頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）（脳内のもの）	25
頭蓋内微小血管減圧術	5
動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	30
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（後方椎体固定）	32
髄液漏閉鎖術	2
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（前方椎体固定）	22
頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）（硬膜下のもの）	1
脳切除術	1
経皮的頸動脈ステント留置術	7
経皮的脳血栓回収術	36
内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）	4
黄色靭帯骨化症手術	2

減圧開頭術（その他の場合）	3
水頭症手術（シャント手術）	30
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（椎弓形成）	23
脊髄刺激装置植込術 （脊髄刺激電極を留置した場合）	3
頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴うもの）	6
神経移行術	2
椎間板摘出術（後方摘出術）	4
脳膿瘍排膿術	3
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施） （その他の場合）	50
経皮的椎体形成術	5
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） （その他のもの）	1
頭蓋骨形成手術（頭蓋骨のみのもの）	3
脊椎骨搔爬術	1
脊髄刺激装置植込術 （ジェネレーターを留置した場合）	1
試験開頭術	1
脊椎内異物（挿入物）除去術	2
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（椎弓切除）	1
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	74
神経剥離術（その他のもの）	2
神経腫切除術（その他）	2
関節鏡下手根管開放手術	1
手根管開放手術	5
気管切開術	3
その他	41
計	530

## 整形外科

脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。） （前方後方同時固定）	1
脊髄腫瘍摘出術（髄外のもの）	1
人工関節再置換術（股）	3
関節形成手術（膝）	1
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。） （後方椎体固定）	24
観血的関節授動術（膝）	1
関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑なもの）	4
人工関節置換術（膝）	51
人工関節置換術（股）	42
人工関節置換術（肩）	6
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。） （前方椎体固定）	3
関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	4
一時的創外固定骨折治療術	4

脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。） （後方又は後側方固定）	20
骨悪性腫瘍手術（大腿）	1
内視鏡下椎間板摘出（切除） 術（後方摘出術）	12
骨移植術（軟骨移植術を含む。） （同種骨移植）（生体）	1
人工関節置換術（足）	2
関節形成手術（手）	1
人工関節置換術（肘）	1
関節鏡下関節内骨折観血的手術（膝）	4
変形治療骨折矯正手術（前腕）	1
関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単なもの）	31
神経縫合術（その他のもの）	1
四肢切断術（下腿）	3
四肢切断術（足）	1
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術 （多椎間又は多椎弓の場合を含む。） （椎弓形成）	47
神経移行術	2
椎間板摘出術（後方摘出術）	4
観血的整復固定術（インプラント周囲骨折 に対するもの）（大腿）	1
関節鏡下関節内骨折観血的手術（手）	1
関節鏡下関節内骨折観血的手術（足）	1
骨切り術（下腿）	10
骨移植術（軟骨移植術を含む。） （同種骨移植）（非生体）（その他の場合）	21
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施） （その他の場合）	13
関節内骨折観血的手術（股）	12
関節内骨折観血的手術（膝）	8
関節内骨折観血的手術（肘）	7
関節内骨折観血的手術（肩）	2
化膿性又は結核性関節炎搔爬術（肩）	2
経皮的椎体形成術	19
人工骨頭挿入術（股）	28
骨折観血的手術（大腿）	76
骨折観血的手術（上腕）	14
関節鏡下半月板縫合術	13
腱移植術（人工腱形成術を含む。） （指（手、足））	1
関節滑膜切除術（股）	1
関節滑膜切除術（膝）	1
関節鏡下関節滑膜切除術（膝）	9
関節鏡下関節滑膜切除術（肩）	2
関節内骨折観血的手術（足）	28
関節内骨折観血的手術（手）	12
関節鏡下関節滑膜切除術（足）	1
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨移植）	8
靭帯断裂縫合術（膝側副靭帯）	1

靱帯断裂形成手術（指）	1
骨折観血の手術（前腕）	27
骨折観血の手術（下腿）	11
骨折観血の手術（手舟状骨）	1
関節鼠摘出手術（膝）	1
腱移行術（指）	1
偽関節手術（鎖骨）	1
神経縫合術（指）	1
関節鏡下半月板切除術	6
関節脱臼観血の整復術（指）	2
関節脱臼観血の整復術（指）（足）	1
関節形成手術（指）	2
関節形成手術（指）（足）	1
指伸筋腱脱臼観血の整復術	1
腱縫合術（指）	1
脊椎内異物（挿入物）除去術	8
骨盤内異物（挿入物）除去術	1
神経再生誘導術（指（手・足））	1
難治性骨折超音波治療法（一連につき）	7
関節内骨折観血の手術（指）（足）	1
関節内骨折観血の手術（指）	1
骨折観血の手術（指）	4
骨折観血の手術（膝蓋骨）	3
骨折観血の手術（足）	3
骨折観血の手術（鎖骨）	2
関節滑膜切除術（肘）	1
神経剥離術（その他のもの）	1
中心静脈注射用植込型カテーテル設置 （頭頸部その他に設置した場合）	1
デュピイトレン拘縮手術（1指）	1
関節鏡下手根管開放手術	35
筋膜移植術（その他のもの）	3
アキレス腱断裂手術	5
観血的関節固定術（指）（手）	1
観血的関節固定術（指）（足）	1
骨切り術（足）	1
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（上腕）	1
断端形成術（骨形成を要するもの） （指（手、足））	1
椎間板内酵素注入療法	23
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（下腿）	17
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（前腕）	16
超音波骨折治療法（一連につき）	14
手根管開放手術	2
骨折経皮的鋼線刺入固定術（前腕）	3
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（足）	1
鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行っ た場合の手技料を含む。）（1局所につき）	8
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（鎖骨）	4
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（膝蓋骨）	2
骨内異物（挿入物）除去術（指）	1
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（足）	1
筋肉内異物摘出術	1

体外ペースメーカー術	1
四肢関節離断術（指）（足）	1
ガングリオン摘出術（手）	1
ガングリオン摘出術（足）	1
その他	163
計	970

形 成 外 科	
全層植皮術（100cm <sup>2</sup> 以上 200cm <sup>2</sup> 未満）	1
分層植皮術（200cm <sup>2</sup> 以上）	2
四肢切断術（下腿）	2
四肢切断術（大腿）	2
四肢切断術（足）	1
四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（上腕）	1
四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（大腿）	1
耳介悪性腫瘍手術	1
皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術 （露出部以外）（長径 6cm 以上）	2
皮膚悪性腫瘍切除術（単純切除）	21
全層植皮術（25cm <sup>2</sup> 未満）	5
耳介形成手術（耳介軟骨形成を要しないもの）	2
皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部） （長径 3cm 以上 6cm 未満）	2
分層植皮術（100cm <sup>2</sup> 以上 200cm <sup>2</sup> 未満）	5
瘻痕拘縮形成手術（その他）	1
断端形成術（骨形成を要するもの）（指） （足）	3
断端形成術（骨形成を要するもの）（指） （手）	1
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（肩）	2
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（軀幹）	1
眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）	12
眼瞼下垂症手術（その他のもの）	43
眼瞼結膜腫瘍手術	2
耳介腫瘍摘出術	3
涙嚢摘出術	1
皮弁作成術・移動術・切断術・遷延皮弁術 （25cm <sup>2</sup> 未満）	2
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 4cm 以上）	16
皮膚腫瘍摘出術（露出部）（長径 4cm 以上）	1
骨腫瘍切除術（その他）	2
骨腫瘍切除術（足）	1
デブリードマン（100cm <sup>2</sup> 以上 3,000cm <sup>2</sup> 未満）	6
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 6cm 以上、12cm 未満）	11
皮膚腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 6cm 以上、12cm 未満）	1
先天性耳瘻管摘出術	4
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	57
皮膚腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	2



皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	1
分層植皮術（25cm <sup>2</sup> 未満）	2
皮膚、皮下、粘膜下血管腫瘍摘出術（露出部） （長径 3cm 未満）	7
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 3cm 以上、6cm 未満）	20
皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 3cm 以上、6cm 未満）	1
手掌異物摘出術	6
足底異物摘出術	3
ガングリオン摘出術（手）	2
ガングリオン摘出術（指）	1
ガングリオン摘出術（指）（手）	1
その他	425
計	689

精神科	
中心静脈注射用植込型カテーテル設置 （頭頸部その他に設置した場合）	1
その他	2
計	3

皮膚科	
皮膚悪性腫瘍切除術（単純切除）	2
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	9
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 3cm 以上、6cm 未満）	4
その他	39
計	54

泌尿器科	
膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの））	3
膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの））	4
腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	20
腎（尿管）悪性腫瘍手術	7
前立腺悪性腫瘍手術	5
腹腔鏡下副腎摘出術	1
腎部分切除術	1
経尿道的尿路結石除去術 （レーザーによるもの）	52
経尿道的尿管狭窄拡張術	2
経尿道的前立腺手術 （電解質溶液利用のもの）	7
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）	1
腎摘出術	1
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型 カテーテル設置（頭頸部その他）	7
抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用植込型 カテーテル設置（頭頸部その他）	1

経皮的腎（腎盂）瘻造設術	12
精巣悪性腫瘍手術	4
膀胱破裂閉鎖術	1
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術） （その他のもの）	95
ヘルニア手術（腹壁癒着ヘルニア）	1
停留精巣固定術	1
経尿道的電気凝固術	29
膀胱結石摘出術（経尿道的手術）	12
膀胱異物摘出術（経尿道的手術）	1
精索捻転手術（その他のもの）	1
膀胱水圧拡張術	2
膀胱瘻造設術	2
経尿道的尿管ステント留置術	198
その他	90
計	561

産婦人科	
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 （子宮体がんに限る。）	7
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 （子宮頸がんに限る。）	2
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。） （内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）	1
女子外性器悪性腫瘍手術 （皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合）	1
子宮悪性腫瘍手術	21
子宮付属器悪性腫瘍手術（両側）	14
腹腔鏡下仙骨腔固定術	8
直腸切除・切断術（切除術）	1
腹腔鏡下腔式子宮全摘術	63
リンパ節群郭清術（後腹膜）	1
腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	6
結腸切除術 （全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	2
大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術 （腸切除を伴うもの）	1
子宮全摘術	14
腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	1
子宮付属器腫瘍摘出術（両側） （腹腔鏡によるもの）	83
卵管全摘除術（両側）（腹腔鏡によるもの）	1
子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）	4
結腸切除術（小範囲切除）	1
異所性妊娠手術（腹腔鏡によるもの）	6
皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 （100 平方センチメートル以上）	1
子宮付属器癒着剥離術（両側） （腹腔鏡によるもの）	2
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 （電解質溶液利用のもの）	1



子宮附属器腫瘍摘出術（両側） （開腹によるもの）	14
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型 カテーテル設置（頭頸部その他）	29
腹腔鏡下ヘルニア手術（腹壁瘢痕ヘルニア）	1
小腸切除術（その他のもの）	1
腸管癒着症手術	1
人工肛門造設術	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径12cm以上）	1
腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。） （腔門蓋に及ぶ裂創）	1
腔壁形成手術	1
腔閉鎖術（中央腔閉鎖術（子宮全脱））	1
子宮内膜ポリープ切除術（その他のもの）	4
皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径6cm以上、12cm未満）	1
子宮頸部（腔部）切除術	8
子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）	5
バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術 （造袋術を含む。）	1
皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径3cm以上、6cm未満）	1
その他	65
計	378

眼 科	
増殖性硝子体網膜症手術	1
硝子体茎頭微鏡下離断術 （網膜付着組織を含むもの）	25
網膜復位術	6
硝子体茎頭微鏡下離断術（その他のもの）	5
緑内障手術（流出路再建術）	1
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合） （縫着レンズを挿入するもの）	1
網膜光凝固術 （その他特殊なもの（一連につき））	47
硝子体切除術	9
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合） （その他のもの）	359
網膜光凝固術（通常のもの（一連につき））	35
隅角光凝固術	19
水晶体再建術（眼内レンズを挿入しない場合）	10
虹彩光凝固術	7
結膜腫瘍摘出術	1
毛様体光凝固術	2
翼状片手術（弁の移植を要するもの）	7
体外ペースメーカー術	1
その他	96
計	632

耳 鼻 咽 喉 科	
内視鏡下鼻・副鼻腔手術4型（汎副鼻腔手術）	4
耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）	7
内視鏡下鼻・副鼻腔手術3型（選択的 （複数洞）副鼻腔手術）	21
甲状腺悪性腫瘍手術（切除） （頸部外側区域郭清を伴わないもの）	4
副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 （副甲状腺（上皮小体）摘出術）	2
鼻副鼻腔腫瘍摘出術	1
甲状腺部分切除術（片葉のみの場合）	2
甲状腺腫瘍摘出術（片葉のみの場合）	1
鼻中隔矯正術	10
内視鏡下鼻腔手術1型（下鼻甲介手術）	1
喉頭腫瘍摘出術（直達鏡によるもの）	2
声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡によるもの）	6
粘膜下下鼻甲介骨切除術	6
口蓋扁桃手術（摘出）	10
鼻甲介切除術（その他のもの）	13
気管切開術	9
その他	86
計	185

放 射 線 診 断 科	
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） （止血術）	5
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） （選択的動脈化学塞栓術）	3
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） （その他のもの）	5
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型 カテーテル設置（頭頸部その他）	14
経皮的腎（腎盂）瘻造設術	1
経皮的肝膿瘍ドレナージ術	7
経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	2
胆管外瘻造設術（経皮経肝によるもの）	1
胆嚢外瘻造設術	1
経皮的膿胸ドレナージ術	1
計	40

麻 酔 科	
鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行っ た場合の手技料を含む。）（1局所につき）	1
気管切開術	3
その他	3
計	7

## 救急車受入件数

(件数)

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
件数	155	139	172	192	181	165	200	180	203	170	147	195	2,099
うち入院	128	102	126	138	127	137	147	145	160	126	105	156	1,597

地域別内訳	地域別内訳													計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
小樽市内	114	103	138	151	134	127	158	130	144	133	107	145	1,584	
	(73.5%)	(74.1%)	(80.2%)	(78.6%)	(74.0%)	(77.0%)	(79.0%)	(72.2%)	(70.9%)	(78.2%)	(72.8%)	(74.4%)	(75.5%)	
余市・仁木方面	21	15	16	22	30	14	16	26	26	22	14	24	246	
	(13.5%)	(10.8%)	(9.3%)	(11.5%)	(16.6%)	(8.5%)	(8.0%)	(14.4%)	(12.8%)	(12.9%)	(9.5%)	(12.3%)	(11.7%)	
岩内・寿都方面	15	10	9	10	7	13	12	11	15	12	13	12	139	
	(9.7%)	(7.2%)	(5.2%)	(5.2%)	(3.9%)	(7.9%)	(6.0%)	(6.1%)	(7.4%)	(7.1%)	(8.8%)	(6.2%)	(6.6%)	
倶知安方面	5	9	8	9	10	9	14	13	18	3	12	14	124	
	(3.2%)	(6.5%)	(4.7%)	(4.7%)	(5.5%)	(5.5%)	(7.0%)	(7.2%)	(8.9%)	(1.8%)	(8.2%)	(7.2%)	(5.9%)	
その他	0	2	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	6	
	(0.0%)	(1.4%)	(0.6%)	(0.0%)	(0.0%)	(1.2%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.7%)	(0.0%)	(0.3%)	

※構成比の数値は、小数点以下第2位を四捨五入しているため、個々の集計値の合計は100%とならない場合があります。

## ICU入室患者数

(件数)

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
件数	58	43	54	58	56	42	62	55	52	46	40	49	615

診療科別内訳	診療科別内訳													計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
麻酔科	14	10	15	21	14	10	16	13	20	15	11	13	172	
心臓血管外科	10	8	11	13	11	10	10	13	10	7	12	10	125	
循環器内科	10	4	8	6	3	3	4	5	7	9	5	10	74	
外科	19	12	12	5	19	13	20	15	9	10	10	7	151	
脳神経外科	0	0	0	2	1	1	2	0	1	2	0	0	9	
整形外科	5	4	4	6	4	4	8	3	0	0	1	6	45	
泌尿器科	0	1	0	2	1	0	1	2	1	1	1	2	12	
婦人科	0	3	4	2	3	1	0	4	4	2	0	1	24	
その他	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	

救急外来・集中治療室運営部会資料から抜粋

# 看護部の活動

看護部の活動

## 看護部の活動

### 1. 目標と評価

看護部は、以下の目標を掲げ、各看護室が取り組みを行った。結果は看護室単位で、A～Cの3段階で評価した。

#### 1) 1人ひとりが標準予防策を遵守し、感染拡大を予防できる

	目 標	評 価
財務	病院機能の維持 (救急・急性期医療の提供)	A 評価 (45%) B 評価 (55%) C 評価 (0%) 部署ごとで標準予防策や手指衛生のタイミング、COVID-19 関連のガイドラインやマニュアル、実際のケア見学等を通して、知識・技術を習得した。実践では、毎月個人の感染対策の遵守状況を観察・評価し、管理者による個別指導を徹底した。目標としていた職員相互の指導は一部に限られ、定着していると言い難い。感染対策に対する患者満足度調査では、職員の【手指衛生】【PPE】に対し、99%の患者が「よい」と評価した。下半期では、市中で複数のクラスター発生が続き、職員の感染を疑い、濃厚接触者として観察期間が設けられた患者がいた。しかし、職員を介した水平感染、クラスターの発生は認めなかった。
顧客	感染対策に対する患者満足度調査	
業務プロセス	感染対策が定着するしくみづくり	
学習と成長	COVID-19 の知識を深め、適切な感染対策が理解できる。	

#### 2) 他部署と協働できる

	目 標	評 価
財務	協働しあえる職場環境整備による離職率低下	A 評価 (40%) B 評価 (60%) C 評価 (0%) 各部署が、協働を推進する上で重要なコミュニケーション技術や未経験の診療科ケアに必要な知識の習得にとりくんだ。協働する際は、ルールに沿った対応を促したが、一部、理解不十分な面も伺えた。実際の応援としては、1月に介護度の高い患者層が複数名濃厚接触者として対応しなければならない部署があった。その際、多くの部署が協働を申し出、患者のケアにあたった。以前に COVID-19 関連で応援の恩恵を受けた部署の職員は率先して協働に参加し、双方の満足度はあがった。協働に関連した理由で離職はなかった。
顧客	他部署との協働に対する職員満足度向上	
業務プロセス	他部署との協働を推進するしくみづくり	
学習と成長	担当診療科以外のケアに関する知識・技術の習得	

	目 標	評 価
財務	看護に対する満足度向上による紹介率向上	A 評価 (40%) B 評価 (60%) C 評価 (0%) 病棟においては、退院支援・調整についての取り組みを計画した。患者の人権擁護、意思決定支援に係る学習に取り組んだ。各部署の退院支援リンクナースが中心となり患者支援センターと協働し、実践力の向上を目指し取り組んだ。退院支援に対する患者満足度踏査では、『退院後の生活について看護師と相談できなかった』と答えた割合が18%だった(前期33%)。患者が相談しなかった内容として選択した項目(複数選択)は【処置の方法:11%】【日常生活の注意点:38%】【退院後の生活の場:12%】【介護サービス:8%]だった。患者家族のニーズに対応できていない状況が伺えた。 財務の視点の評価は、短期間の取り組みであり評価困難である。
顧客	意思決定支援に対する患者満足度向上	
業務プロセス	患者の意向を意識して確認できるためのしくみづくり	
学習と成長	患者の権利擁護に関する知識の習得	

## 2. 各委員会の目標と評価

各委員会	目 標	評 価
教育委員会	<p>【教育理念】 専門職業人として、時代のニーズにあった質の高い看護が提供できる、倫理的かつ自律した看護師を育成する。</p> <p>【教育方針】 科学的根拠に基づいた看護を実践できる能力を育成する。 社会情勢、病院の役割の変化に応じた看護を実践できる能力を育成する。 職員ひとり一人のキャリアを意識し、継続した学びを支援する。</p>	<p>主査会におけるキャリアラダーの見直しと連動し、ラダー毎に求められる能力や役割を育成するための研修を企画、実施した。院内の専門看護師、認定看護師や過去の研修受講者を活用して科学的根拠に基づいた看護実践能力の育成に努めた。加えて新人研修においてはファシリテータとして病棟スタッフを活用した。事前準備を行ったが、効果的なファシリテーションが行えたかは評価基準が曖昧であり、客観的評価が難しい部分があった。</p> <p>前年度より研修成果の客観的評価に取り組んでおり、企画段階で評価の測定方法の検討を行ったが、達成指標を明確化できなかった研修もあり、継続して取り組んでいく。</p>
業務委員会	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 応援業務手順に基づき、安全に他部署の応援が実施できるよう協働を推進する</li> <li>2. 看護必要度について正しく理解し、適切に評価ができる</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 部署間の協力体制を機能していくために、実際の応援状況や業務内容を把握し、応援手順に沿って実施されているか適宜検討を行った。応援先の不具合事案は双方の部署にフィードバックし改善に向け取り組んだ。今年度は管理者を中心にアサーティブ・コミュニケーションの理解について研修会を実施した。次年度は、職員一人ひとりの協働貢献を高め、部署間の協力体制を構築していく。</li> <li>2. 看護必要度研修計画に沿って、新人看護職員への研修会、全看護師対象にeラーニング視聴による学習、知識理解度テストを実施した。各部署ではオンライン研修の受講者による伝達講習を行い、最新の知識や適切評価の習得に向け活動を行った。</li> </ol>
安全委員会	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「転倒転落リスクのある患者の標準看護計画」に沿った看護ケアが実施できる</li> <li>2. 感染予防対策の定着</li> <li>3. 施設基準からみた当院の静脈注射の安全性の評価</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 昨年度改定した「標準看護計画」を用いて、転倒転落スクリーニングの定着、個別の患者アセスメントに基づいた計画立案と実施について、全部署が共通目標を掲げ、安全なケアが提供できるよう活動を推進した。カンファレンスを反映した個別対策に課題があり、次年度も継続して取り組んでいく。</li> <li>2. ICT リンクナースと協働して、各部署では感染対策の遵守状況を確認し、相互チェックを実施した。手指衛生や防護具の適切使用では90%以上の遵守率であるが、さらに感染対策を強化していく。</li> <li>3. 改定した研修計画に沿って実施した。抗がん剤や循環動態に関連する薬剤の取り扱い等、専門知識や安全性についてCN等を活用した。教育計画や運用方法の再検討を行い、次年度は、OJTを充実させ、CNや多職種との連携を進めていく。</li> </ol>
記録委員会	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 転倒転落リスクのある患者のSOAP記録が適切に書ける。</li> <li>2. 転倒転落発生に伴う看護計画の終了が適切に行われる。</li> <li>3. 継続看護のための記録が行える。</li> </ol>	<p>安全委員会の「転倒転落リスクのある患者の標準看護計画」に沿った看護ケアの実施の取り組みに連動し、ケアが適切に記録され、継続看護につなげられることを目標とした。</p> <p>転倒転落時の事故としての経過記録と日常のSOAP記録の使い分けや、カンファレンスの実施、計画の評価、取り組みが継続されるためのサマリーへの記載に取り組み、評価のために記録監査を実施した。カンファレンスの実施率や記録記載率は徐々に上昇したが、いずれも8割以下であり、継続的な取り組みが必要である。</p>



## 【事例検討】

2021年12月10日

1. 予後不良を宣告された転移性脳腫瘍患者へ生きる意欲を支え退院に向けた看護	3西	大友彩奈絵
2. 失語患者の疾患受容のための関わりについて	SCU	熊田由梨花
3. 患者の意思決定支援について—終末期患者の関わりを振り返って—	4東	藤原 美咲
4. 抜管後に抑鬱状態となった患者への気分転換・向上を目指した関わり方と振り返り	5東	石山 春菜
5. COVID-19の急激な状態悪化により若年で亡くなった患者とその家族への関わり	5東	藤村 希望
6. 身体抑制によりせん妄症状が増悪した患者の看護について	5西	工藤 麻美
7. 老年期における糖尿病患者への退院支援	7西	加藤 沙耶
8. 患者の迷いや葛藤を受容し、患者が自身で意思決定を行うための看護支援	7西	小林 奈央
9. ストレスが垣間見える気丈な患者への支援	7西	満田 諒

## 【2021年度 看護研究発表会】

2021年11月25日

1. 高齢患者が外来看護に求めるニーズと看護の実際	外来1・2	大地 美香
2. 患者・家族が望む「退院支援」への取り組み —退院調整シートを用いた支援方法の検討と効果—	4西	濱井 優花
3. 術後の早期離床に対する看護師の意識と 早期離床の必要性を組み込んだ術前オリエンテーションの検討	5西	石田美香子

## 2021年度 研修実績

実施年月日	到達を目指すラダー	研修名	研修目的及び内容	参加状況及び実施内容・効果	参加人数(人)
2021年 4月1日～2日	I	新人看護職員研修Ⅰ オリエンテーション	【目的】 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. 看護に必要な基礎知識を再確認できる。 【内容】 講義、演習	新人看護師、看護助手 (実施内容・効果) 病院の目指す医療・看護、公務員としての心構え、他職種連携、接遇など組織人、社会人として必要な知識を習得した。また専門職業人として医療安全、感染防御、看護記録等の知識を習得した。	35名
2021年 4月9日 4月16日 4月23日	I	新人看護職員研修Ⅱ 基礎技術研修①②③	【目的】 提供するケアの目的と根拠を踏まえ、安全・安楽な看護技術を習得する。 【内容】 講義、演習	新人看護師、小樽市内他施設の新人看護師 (実施内容・効果) 基礎的技術の根拠を踏まえ、安全・安楽に実施するために必要な知識・技術を習得した。	新人看護師 35名 他施設2名
2021年 4月28日	I	重症度、医療・看護 必要度研修	【目的】 「看護必要度」に係る評価表の「項目の定義」「判断基準」「記録」について理解する。 【内容】 「看護必要度」に係る評価表の項目の解説	看護部職員 (実施内容・効果) 看護必要度は、患者の状態によって必要な看護内容とその量を推定するという仕組みに基づき、患者の状態評価を正確に評価することが必要であることを学んだ。	新人看護師 28名
2021年 5月21日 9月17日	I	静脈注射研修	【目的】 1. 静脈注射を安全に行うための基本的な知識・技術を習得する。2. 毒性が強い薬剤や循環動態への影響が大きい薬剤の静脈注射、輸血が安全に実施できる。 【内容】 講義、演習	新人看護師、研修医、臨床検査技師 (実施内容・効果) 静脈注射を安全に実施するために必要な知識・技術を習得した。	新人看護師 25名 研修医6名
2021年 7月9日	I	新人看護職員研修Ⅲ 3ヶ月フォローアップ研修 ストレスマネジメント	【目的】 ラダーⅠに求められる看護実践能力を理解し、現状を受け止めて、課題を見出すことができる。 【内容】 講義、GW	新人看護師 (実施内容・効果) ストレスの対処方法を学んだ。3ヶ月時点の到達点や今後の課題を考えることができた。	新人看護師 28名
2021年 8月17日	I	新人看護職員研修Ⅳ フィジカルアセスメント研修	【目的】 フィジカルアセスメントの基礎を学び、身体状況を判断し、判断した内容から「看護ケア」を導くことができる。 【内容】 講義、GW	新人看護師、小樽市内他施設の新人看護師 (実施内容・効果) 目的を持って患者を観察し、看護ケアに生かすことを講義で学び、事例検討を通して知識の統合を図った。	新人看護師 28名 他施設2名
2021年 9月3日	I	新人看護職員研修Ⅴ 多重課題・SBAR研修	【目的】 1. 安全な看護を提供するための優先順位を理解できる。 2. 緊急場面において確実に情報を伝える方法を習得できる。 【内容】 講義、GW、演習	新人看護師 (実施内容・効果) SBARについて学んだ。動画を用いて、優先度を考えながら課題解決や応援要請するタイミングについて検討した。	新人看護師 26名
2021年 10月1日	I	新人看護職員研修Ⅵ 6ヶ月フォローアップ研修	【目的】 組織の理念・目標と自己に求められる役割のつながりを理解する。 【内容】 講義、GW	新人看護師 (実施内容・効果) ラダーⅠに求められる看護実践能力の内容、求められる行動を理解し、自己の成長が組織目標につながるものであることを学んだ。	新人看護師 26名
2021年 10月29日	I	新人看護職員研修Ⅶ BLS研修	【目的】 心肺蘇生に関する基礎的知識・技術を習得できる。 【内容】 講義、演習	新人看護師 (実施内容・効果) 一次救急処置の一連の流れを学んだ。	新人看護師 27名 他施設2名
2022年 3月4日	I	新人看護職員研修Ⅷ 12ヶ月フォローアップ研修	【目的】 自分が目指す看護師像を描き、現時点の課題を明確にできる。 【内容】 講義、GW	新人看護師 (実施内容・効果) GWでの意見交換を通して、就職から1年が経過時の到達点や今後の課題を考えることができた。	新人看護師 26名

実施年月日	到達を目指すラダー	研修名	研修目的及び内容	参加状況及び実施内容・効果	参加人数(人)
2021年 6月8日 12月10日	Ⅱ	看護過程②看護実践と評価編	【目的】患者の全体像をとらえ、個別的な看護を実践できるために必要な知識を学び、看護観を養う。 【内容】講義、GW	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師(実施内容・効果) 看護過程の重要性、事例選択等について学んだ。自己の実践した看護の振り返りを他者と共有できた。	10名
2021年 6月25日	Ⅱ	メンバーシップ研修	【目的】看護チームの一員として役割や責任が果たせ、メンバーシップを発揮するために必要な知識・態度がわかる。 【内容】講義、演習	看護部職員(実施内容・効果) 組織の中でメンバーシップを発揮する重要性と自己の役割について考え、今後、どのように役割発揮すべきか目標を掲げることができた。	23名
2021年 9月14日	Ⅱ	リーダーシップ初級	【目的】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。 【内容】講義、GW	ラダーレベルⅡ到達を目指す看護師(実施内容・効果) 勤務帯リーダーに求められる役割や心構えを理解し、目指すリーダー像について考えることができた。	12名
2021年 10月5日 11月16日	Ⅱ	看護過程①アセスメント、看護計画編	【目的】患者の全体像をとらえ、必要な看護援助を考えることができる。 【内容】講義、GW	ラダーレベルⅡ到達を目指す看護師(実施内容・効果) 講義を通して患者の全体像をとらえてアセスメントすることと看護過程の知識を整理した。共通事例をアセスメントし、グループワークを行うことで、ゴードンの機能的健康パターンの理解を深めることができた。	15名
2021年 9月10日	Ⅱ	フィジカルアセスメント(ラダーⅡ)	【目的】患者が呈した「症状」からフィジカルアセスメントを行い、判断した内容から患者個々に必要な看護の「視点」を導き、「ケア」に繋げることができる。 【内容】講義、GW	看護部職員 同じ内容で2回開催(実施内容・効果) フィジカルアセスメントのプロセスを復習し、事例を用いて症状からフィジカルアセスメントを行うGWを行った。アセスメントの視点を深めることができた。	21名
2021年 5月18日 11月24日	Ⅲ	リーダーシップ中級	【目的】看護部理念に沿った看護を提供するために、自部署の問題解決に向け、チームリーダーとしての役割を遂行できる能力を養う。 【内容】講義、実践、GW	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師(実施内容・効果) 認知症に関する基礎知識を踏まえ、自部署の認知症ケアの問題点を確認し、ケアの改善に向けて取り組むことができた。	10名
2021年 6月1日	Ⅲ	看護研究の基礎を学ぶ	【目的】日常の看護実践における問題や疑問を看護研究につなげるプロセスを学ぶ。 【内容】講義、GW	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師(実施内容・効果) 看護研究の意義や看護研究を進めるために必要な基礎知識について理解できた。	11名
2021年 6月29日 9月24日	Ⅲ	退院支援・退院調整初級研修	【目的】 1. 退院支援・退院調整の意義を理解することができる。 2. 退院支援・退院調整に必要な知識を習得することができる。 3. 退院支援・退院調整における看護師の役割を理解し、実践に活かすことができる。 【内容】講義、事例検討	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師(実施内容・効果) 講義を通して退院支援・調整における病院看護師の役割を再確認した。各自がかかわった退院支援・調整事例をまとめて発表会を行い、望ましい退院支援・調整のあり方について検討することができた。	11名
2021年 7月20日	Ⅲ	新人看護職員実地指導者フォローアップ研修	【目的】 1. 新人教育実地指導者の役割を再認識する。 2. 指導者としての悩みや迷いを共有し、指導への意欲が持てる。 【内容】講義、GW	看護部職員(実践内容・効果) 改めて指導者としての役割を再確認し、今後の指導方法について考えることができた。	6名
2021年 8月27日	Ⅲ	看護倫理	【目的】倫理的視点に基づいた看護を提供する能力を養う。 【内容】講義、GW	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師(実施内容・効果) 日常の看護場面における倫理的問題とは何か、その解決方法について学び、共通事例に基づくGWを通じて理解を深めた。	10名

実施年月日	到達を目指すラダー	研修名	研修目的及び内容	参加状況及び実施内容・効果	参加人数(人)
2021年 10月15日	Ⅲ	臨地実習指導者フォローアップ研修	【目的】 臨地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。 【内容】 講義、演習、GW	看護部職員 (実施内容・効果) 相互理解のためのコミュニケーションについて講義と演習で学びを深めた。自己の指導についてグループワークを通じて振り返りを行った。	4名
2022年 1月14日	Ⅲ	新人看護職員実地指導者研修	【目的】 実地指導者として必要な知識、技術、態度を習得し、新人看護師の目標達成に向けて効果的に指導する能力を養う。	看護部職員 (実施内容・効果) 新人看護職員研修ガイドラインと当院の新人教育体制、指導の実際について学んだ。指導者の役割について具体的に考え、イメージすることができた。	8名
2021年 10月26日	Ⅲ	論理的文章の書き方とプレゼンテーションの基礎	【目的】 読み手に伝わる論理的な文章を書くための基本知識とプレゼンテーションの基本を学ぶ。 【内容】 講義	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 講義を通して論理的に描くための基礎知識を理解した。課題に取り組むことで、文章の推敲やプレゼンテーション資料作成の実施を行った。	15名
2022年 1月28日	Ⅲ	臨地実習指導者研修	【目的】 臨地実習指導者の役割を理解し、必要な知識、技術、態度を習得する。 【内容】 講義、GW	看護部職員 (実施内容・効果) 看護基礎教育の現状、臨地実習者に臨むことや実習指導の実際について学んだ。指導者の役割について具体的に考え、イメージすることができた。	9名
2021年 5月28日	Ⅳ	教育担当者研修	【目的】 教育担当者として必要な知識、技術、態度を身につけ、新人の目標達成に向けて実地指導者と新人看護職員を支援する能力を養う。 【内容】 講義、GW	教育担当者(看護師) (実施内容・効果) 「新人看護職員研修ガイドライン」の内容と教育担当者の役割について学んだ。各部署での新人看護職員の教育計画についてグループワークを行った。	12名
2021年 11月25日		看護研究発表会	看護の質向上に向けた看護研究の成果を発表する。他部署での研究成果を聴講することで新たな知見を得る 内容：看護研究発表会 1回につき3部署発表	看護部職員 (実施内容・効果) 3部署の看護研究を発表した。他部署の研究を聴講し新たな知見を得た。	62名
2021年 7月13日 7月30日 8月6日		看護助手研修 (第1回)	【目的】 看護チームの一員としての役割を理解し、看護助手業務を遂行するための基礎知識、技術、態度を身につける。 【内容】 講義、グループワーク	看護助手全員 同じ内容で3回開催 (実施内容・効果) 看護助手の業務範囲の理解、日常生活ケアの基本、個人防護具の正しい使用方法について学んだ	79名
2021年 11月9日 11月12日 12月3日		看護助手研修 (第2回)	【目的】 看護チームの一員としての役割を理解し、看護助手業務を遂行するための基礎知識、技術、態度を身につける。 【内容】 講義、グループワーク	看護助手全員 同じ内容で3回開催 (実施内容・効果) 認知症患者の思いと状況に応じた対応方法の理解、守秘義務・個人情報保護について学んだ。また、個人防護具の正しい着脱について演習を行った。	81名

## 2021年度 年間教育計画

看護部教育委員会

ラダーレベル	研修名	日程	時間	対象者	研修目的・目標
I	新人(看護)職員 オリエンテーションI	4/1(木) 4/2(金)	各1日	新人看護職員  ★は院外施設に公開	【目的】 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. 病院組織と各部署の役割を理解できる。 3. 看護に必要な基礎的知識を習得できる。
	新人看護職員研修II 基礎技術研修-①②③	4/9(金)★ 4/16(金)★ 4/23(金)★	各1日		【目的】 提供するケアの目的と根拠を踏まえ、安全・安楽な看護技術を習得する。 【目標】 項目別に設定。
	新人看護職員研修III-①② 静脈注射研修	5/21(金) 9/17(金)	1日 半日 (午前)		【目的】 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。 【目標】 項目別に設定。 *例年、①安全委員会が、②を教育が実施しているが、要項や講師への依頼文作成は教育が行っている。
	新人看護職員研修III 3ヶ月フォローアップ研修 ストレスマネジメント	7/9(金)	半日 (午後)		【目的】 1. 3ヶ月間を振り返り、自己の現状と課題を明らかにする。 2. 他者と不安や悩みを共有できる。 【目標】 ①9月までの行動計画に対する3ヶ月間での達成状況の確認ができ、今後の目標を共有することができる。 ②自分のストレスを振り返り、適切な対処方法がわかる。
	新人看護職員研修IV フィジカルアセスメント研修	8/17(火)★	半日 (午前)		【目的】 フィジカルアセスメントの基礎を学び、身体情報を判断し、判断した内容から「看護ケア」を導くことができる。 【目標】 ①フィジカルアセスメントのプロセスを理解できる。 ②患者の身体的な特徴を捉えて、正常異常を判断できる。 ③収集した情報から身体的状況をアセスメントし、必要な「看護ケア」を検討できる。
	新人看護職員研修V 多重課題、SBAR	9/3(金)	半日 (午後)		【目的】 1. 安全な看護を提供するための優先順位を理解できる。 2. 緊急場面において確実に情報を伝える方法を習得できる。 【目標】 ①多重課題のなかで優先順位を考慮することができる。 ②安全に配慮し、他者に協力を依頼するか判断できる。 ③SBARを用いて相手に的確に伝えることができる。
	新人看護職員研修VI 6ヶ月フォローアップ研修	10/1(金)	半日 (午後)		【目的】 組織の理念・目標と自己に求められる役割のつながりを理解する。 【目標】 ①看護実践能力の内容、求められる行動を理解する。 ②自己の成長が組織目標の達成につながることを理解する。



ラダーレベル	研修名	日程	時間	対象者	研修目的・目標
I	新人看護職員研修Ⅶ BLS	10/29 (金)	半日 (午後)	新人看護職員	<p>【目的】 心肺蘇生に関する基礎的知識を習得できる。</p> <p>【目標】</p> <p>①一次救命処置 (BLS) の一連の流れを習得できる。</p> <p>② AED の使用方法を理解できる。</p> <p>③救急カート内の物品とその使用方法を理解できる。</p>
	新人看護職員研修Ⅷ 12ヶ月フォローアップ研修	3/4 (金)	半日 (午後)	★は院外施設に公開	<p>【目的】 自分がめざす看護師像を描き、現時点の課題を明確にできる。</p> <p>【目標】</p> <p>①自分が大切にしたい看護を考えることができる。</p> <p>②ラダーⅠに求められる看護実践能力を理解し、自己の課題を考えることができる。</p>
II	看護過程① アセスメント、看護計画編	10/5 (火) 11/16 (火)	半日 (午前)		<p>【目的】 患者の全体像をとらえ、必要な看護援助を考えることができる。</p> <p>【目標】</p> <p>①事例の個別的な状況 (身体面、精神面、社会面、スピリチュアルなど) を整理し、関連づけ、患者の全体像をとらえることができる。</p> <p>②多職種からの情報や過去の健康状態・生活歴を統合し、対象理解を深めることができる。</p> <p>③全体像から必要な看護介入を考えることができる。</p>
	メンバーシップ	6/25 (金)	半日 (午後)		<p>【目的】 看護チームの一員として役割や責任が果たせ、メンバーシップを発揮するために必要な知識・態度がわかる。</p> <p>【目標】</p> <p>①看護チームの一員としての自己の行動を振り返ることができる。</p> <p>②メンバーシップに必要な協働やチームワークの重要性がわかる。</p> <p>③組織の一員としてメンバーシップを発揮できる。</p>
	フィジカルアセスメント (ラダーⅡ)	9/10 (金)	半日 (午前)		<p>【目的】 患者が呈した「症状」からフィジカルアセスメントを行い、判断した内容から患者個々に必要な看護の「視点」を導き、「ケア」につなげることができる。</p> <p>【目標】</p> <p>①フィジカルアセスメントのプロセスを復習し、理解できる。</p> <p>②「症状」から「フィジカルアセスメント」を行い、患者の身体的状況をとらえることができる。</p> <p>③「フィジカルアセスメント」による判断から、必要な看護の「視点」と「ケア」を検討できる。</p>
	リーダーシップ 初級	9/14 (火)	半日 (午前)		<p>【目的】 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。</p> <p>【目標】</p> <p>①業務リーダーの役割や求められる能力が理解できる。</p> <p>②自分がめざすリーダー像について考えることができる。</p>
III	リーダーシップ 中級	5/18 (火) 11/24 (水)	半日 (午前)		<p>【目的】 看護部理念に沿った看護を提供するために、自部署の問題解決に向け、チームリーダーとしての役割を遂行できる能力を養う。</p> <p>【目標】</p> <p>①認知症看護に関する基本的な知識を理解し、自部署の認知症看護における問題点を明らかにする。</p> <p>②チームリーダーの役割を理解し、問題解決のために行動できる。</p>

ラダー レベル	研修名	日程	時間	対象者	研修目的・目標
Ⅲ	看護研究の基礎	6/1 (火)	半日 (午後)		<p>【目的】 日常の看護実践における問題や疑問を看護研究につなげるプロセスを学ぶ。</p> <p>【目標】</p> <p>①看護研究の意義を理解する。 ②研究における文献の重要性を理解する。 ③看護研究の全体的なプロセスを理解する。</p>
	看護過程② 看護実践と評価編	6/8 (火)	半日 (午後)		<p>【目的】 患者の全体像をとらえ、個別的な看護を実践できるように必要な知識を学び、看護観と基礎知識を養う。</p> <p>【目標】</p> <p>①事例の個別的な状況（身体面、精神面、社会面、スピリチュアルなど）を分析、統合して患者の全体像をとらえる。 ②個別的な看護を提供する上で必要な「家族看護」や「退院支援・退院調整」の視点を学ぶ。 ③事例に提供した看護の根拠を明らかにして、その看護が適切であったのかを評価する。 ④事例検討を通して対象理解を深め、自分の看護についての考えを述べる。</p>
	事例検討会	12/10 (金)	半日 (午後)		
	新人看護職員実地指導者 フォローアップ研修	7/20 (火)	半日 (午後)	昨年度新人看護職員実地指導者研修を受講し、指導者を担った者	<p>【目的】</p> <p>1) 新人教育実地指導者の役割を再認識する。 2) 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。</p> <p>【目標】</p> <p>①実地指導者として、今後の課題を明確にすることができる。 ②自身が行ってきた指導を振り返り、悩みや迷い、喜びを他者と共有できる。 ③新人指導への意欲を持続できる。</p>
	退院支援・退院調整	①研修 8/3 (火)	半日 (午後)	過去に退院支援・退院調整研修を受講し、看護室で中心となって退院支援・調整を実施している者	<p>【目的】 療養の場で起こりうる課題を予測的に判断し、患者・家族が安心できる退院支援・調整が実践できる能力を養う。</p> <p>【目標】</p> <p>①患者・家族のニーズを適切にとらえられているか、事例を通して検討できる。 ②退院支援・調整の実践事例を他者と共有することで社会資源の活用を幅を広げることができる。</p>
		②研修 11/2 (火)	半日 (午後)		
	看護倫理	8/27 (金)	半日 (午前)		<p>【目的】 倫理的視点に基づいた看護を提供する能力を養う。</p> <p>【目標】</p> <p>①倫理に関する基礎的な知識・考え方を理解する。 ②「看護者の倫理綱領」「倫理原則」を理解し、倫理的視点で看護を考えることができる。 ③日常の看護場面における倫理的問題を解決していく視点を理解する。</p>
新人看護職員実地指導者研修	1/14 (金)	半日 (午後)	新人実地指導者 予定の者	<p>【目的】 実地指導者として必要な知識、技術、態度を習得し、新人看護師の目標達成に向けて効果的に指導する能力を養う。</p> <p>【目標】</p> <p>1) 「新人看護職員研修ガイドライン」の内容を理解できる。 2) 当院のラダーと学習内容を理解できる。 3) 実地指導者に求められる能力について理解できる。</p>	

ラダー レベル	研修名	日程	時間	対象者	研修目的・目標
IV	教育担当者研修	5/28 (金)	半日 (午後)		<p>【目的】 教育担当者として必要な知識、技術、態度を身につけ、新人の目標達成に向けて実地指導者と新人看護職員を支援する能力を養う。</p> <p>【目標】 1) 「新人看護職員研修ガイドライン」の内容と背景を理解できる。 2) 教育担当者の役割が理解できる。 ①新人看護職員の適応状況を把握し、教育が効果的に行われるよう実地指導者と新人看護職員を指導する方法が理解できる。 ②部署における新人看護職員の研修計画の立案・実施・評価の方法がわかり、自部署の教育計画を見直すことができる。 ③新人看護職員と実地指導者の関係調整と精神的支援の方法について検討できる。</p>
	臨地実習指導者 フォローアップ研修	10/15 (金)	半日 (午後)	昨年度臨地実習指導者研修を受講し、実地指導者を担った者	<p>【目的】 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。</p> <p>【目標】 ①自身の指導の傾向と課題がわかり、課題に対する具体的な行動を考えることができる。 ②講義と演習を通して、相互理解のためのコミュニケーションの重要性を学ぶ。</p>
	臨地実習指導者研修	1/28 (金)	半日 (午後)	臨地実習指導者 予定の者	<p>【目的】 臨地実習の意義を理解し、指導者として必要な知識・技術・態度を習得する。</p> <p>【目標】 ①臨地実習の意義と看護教育制度、看護基礎教育について理解する。 ②臨地実習指導者の役割を理解する。 ③実習指導の方法について具体的に考えることができる。</p>
その他	看護助手研修	① 7/13 ② 7/30 ③ 8/6 ..... ④ 11/9 ⑤ 11/12 ⑥ 12/3	② 10:00～ 11:30 ①③ 13:30～ 15:00 各90分	全看護助手	<p>【目的】 看護チームの一員としての役割を理解し、看護助手業務を遂行するための基礎知識・技術・態度を身につける。</p>
	看護研究発表会	11/25 (木)	17:15～ 60分程度	全看護職員	発表：外来1・2、4西、5西 座長／林師長

\* 「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

教育理念：専門職業人として、時代のニーズにあった質の高い看護が提供できる、倫理的かつ自律した看護師を育成する  
 教育方針：科学的根拠に基づいた看護を実践できる能力を育成する  
 社会情勢、病院の役割の変化に応じた看護を実践できる能力を育成する  
 職員ひとり一人のキャリアを意識し、継続した学びを支援する

# 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	9,603	8,315	9,262	9,124	9,304	9,476	9,282	9,139	9,592	8,697	8,003	10,143	109,940	
	入院処方箋枚数	7,860	7,249	7,172	6,942	7,012	7,016	7,330	6,997	7,605	7,747	6,870	7,544	87,344	
	注射箋枚数	7,223	7,248	7,355	6,664	6,779	6,103	6,420	6,236	7,276	7,169	6,330	7,738	82,541	
病棟業務	薬剤管理指導件数 2 (安全管理)	703	547	596	625	626	672	695	694	755	689	556	664	7,822	
	薬剤管理指導件数 3 (その他)	294	231	247	281	319	306	313	377	355	307	281	356	3,667	
	麻薬管理指導加算件数	10	8	7	9	17	15	9	12	13	15	15	13	143	
	退院時薬剤情報管理指導件数	264	194	235	276	289	274	339	321	364	278	222	306	3,362	
無菌調製	無菌製剤処理 1	抗癌剤無菌調製件数 (外来)	154	122	123	137	139	150	127	126	136	156	171	209	1,750
		抗癌剤無菌調製件数 (入院)	59	43	46	43	47	46	65	68	77	80	50	76	700
	無菌製剤処理 2	IVH 無菌調製件数	38	54	41	24	59	71	86	63	44	51	48	51	630
TDM 解析件数		46	48	42	37	58	46	31	53	28	49	44	32	514	
院内製剤	滅菌製剤件数	13	17	20	10	13	8	13	14	17	14	9	21	169	
	非滅菌製剤件数	64	44	52	51	50	50	56	54	68	68	32	53	642	
持参薬識別件数		377	370	407	399	442	432	433	443	430	437	348	437	4,955	
がん性疼痛緩和指導件数		6	6	3	6	5	16	12	9	12	10	11	9	105	
外来化学療法加算 1 件数		151	123	118	134	135	144	121	119	128	147	159	195	1,674	
外来化学療法加算 1 連携充実加算件数		76	72	68	72	80	79	65	76	80	86	87	103	944	

### 〈採用品目数〉

内容	令和3年3月末	新規採用品目数	採用中止品目数	令和4年3月末
内用	741	12	18	735
外用	266	2	2	266
注射	448	14	11	451
合計	1,455	28	31	1,452

### 〈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	産婦人科	血液内科	脳神経外科	リウマチ科	耳鼻咽喉科	皮膚科	計
令和3年度末現在登録件数	75	56	65	19	56	24	1	5	0	2	303



## 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	137,100	119,645	130,136	123,023	125,361	123,794	128,912	126,611	130,608	126,628	112,469	144,241	1,528,528
輸血検査	272	217	214	284	222	216	216	265	284	280	204	295	2,969
生理検査 ※1	4,282	3,342	3,597	3,701	3,893	3,659	4,196	4,117	3,763	3,544	3,332	4,245	45,671
組織・細胞検体 ※2	1,160	872	1,094	1,039	1,095	1,138	1,339	1,304	1,251	1,031	881	1,269	13,473
外注検査	1,840	1,424	1,888	1,643	2,105	1,074	2,001	1,484	1,571	1,456	1,340	1,853	19,679
合計	144,654	125,500	136,929	129,690	132,676	129,881	136,664	133,781	137,477	132,939	118,226	151,903	1,610,320

(※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	1,154	889	1,045	986	1,056	1,035	1,199	1,125	1,023	946	886	12,560
	入院	181	169	203	187	190	162	166	215	198	211	140	2,224
	計	1,335	1,058	1,248	1,173	1,246	1,197	1,365	1,340	1,221	1,157	1,026	14,784

(※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	3	1	1	3	2	2	0	1	3	0	0	0	16

## 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。新型コロナウイルスの影響はまだありますが検査数は以前の状況に戻りつつあります。ポータブル撮影装置新規導入によるコロナ検査対応強化及び多機能透視装置（Cアームタイプ、DSA機能）の更新がありました。

(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	3,211	3,211	2,744	2,790	2,916	3,290	3,064	3,007	3,068	2,880	2,574	3,344	36,099
ポータブル撮影	631	724	775	692	618	612	616	661	670	632	675	808	8,114
乳房撮影	69	62	70	94	98	93	134	138	104	69	60	79	1,070
手術室	141	92	132	110	118	110	121	146	136	160	107	146	1,519
ハイブリッド透視	15	13	10	15	13	18	23	10	13	9	13	11	163
造影・透視	103	79	75	124	110	99	114	120	132	103	65	92	1,216
血管造影	45	41	70	58	47	38	43	44	46	40	26	43	541
CT	1,325	1,141	1,189	1,199	1,226	1,195	1,261	1,314	1,277	1,220	1,123	1,415	14,885
MRI	768	579	702	729	733	746	810	650	706	669	552	805	8,449
核医学	79	55	67	66	62	67	67	63	61	55	51	60	753
PET-CT	70	58	68	58	58	67	61	68	65	58	39	46	716
放射線治療	350	306	461	315	275	217	308	311	332	303	296	355	3,829
結石破碎	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
骨密度	53	35	62	56	51	65	59	44	50	51	45	72	643
3D処理件数	387	288	349	345	336	289	340	349	330	323	342	347	4,025
コピー	521	417	478	437	465	497	566	510	521	492	505	631	6,040
合計	7,769	7,101	7,252	7,088	7,126	7,403	7,587	7,435	7,511	7,064	6,473	8,254	88,063

## 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
心大血管	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	入院	264	189	233	234	199	152	119	169	203	195	150	272	2,379
	計	264	189	233	234	199	152	119	169	203	195	150	272	2,379
脳血管疾患	外来	14	14	2	0	1	0	4	0	3	5	3	3	49
	入院	1,759	1,387	1,764	1,480	1,754	1,641	1,561	1,203	1,316	1,191	1,073	1,097	17,226
	計	1,773	1,401	1,766	1,480	1,755	1,641	1,565	1,203	1,319	1,196	1,076	1,100	17,275
運動器疾患	外来	679	579	677	627	621	624	691	688	626	617	600	810	7,839
	入院	792	620	750	716	838	829	1,136	1,159	1,021	997	652	934	10,444
	計	1,471	1,199	1,427	1,343	1,459	1,453	1,827	1,847	1,647	1,614	1,252	1,744	18,283
呼吸器疾患	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	入院	140	201	344	345	311	323	336	408	354	195	83	200	3,240
	計	140	201	344	345	311	323	336	408	354	195	83	200	3,240
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	237	248	337	180	247	273	232	276	285	238	167	177	2,897
	計	237	248	337	180	247	273	232	276	285	238	167	177	2,897
廃用症候群	外来	1	3	5	2	9	13	7	3	3	4	4	5	59
	入院	465	321	358	469	468	373	432	401	445	261	181	341	4,515
	計	466	324	363	471	477	386	439	404	448	265	185	346	4,574
消炎・鎮痛	外来	69	52	50	57	62	51	78	63	59	46	41	56	684
	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	69	52	50	57	62	51	78	63	59	46	41	56	684
合計	外来	763	648	734	686	693	688	780	754	691	672	648	874	8,631
	入院	3,657	2,966	3,786	3,424	3,817	3,591	3,816	3,616	3,624	3,077	2,306	3,021	40,701
	計	4,420	3,614	4,520	4,110	4,510	4,279	4,596	4,370	4,315	3,749	2,954	3,895	49,332

## 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・操作、及び生命維持管理装置を用いた治療において当該治療に関連する医療用の装置（生命維持管理装置を除く）の操作に従事しています。

(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
CAG（冠動脈造影）	15	13	23	16	4	7	14	19	17	14	6	16	164
PCI（経皮的冠動脈形成術）	12	11	23	12	5	8	7	8	9	9	9	15	128
PMI（新規ペースメーカー植込み）	1	1	1	4	6	1	4	3	1	1	1	1	25
GE（ペースメーカー交換）	4	1	1	0	1	1	0	3	2	2	0	0	15
ILR（植込み型ループレコーダー）	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
IABP（大動脈バルーンポンピング）	1	1	4	0	3	0	0	0	1	2	0	4	16
PCPS（経皮的補助循環装置）	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	1	6
TPM（体外式ペースメーカー）	0	2	0	1	4	1	3	3	0	1	0	2	17
IVCフィルター挿入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人工心肺	5	2	4	3	2	2	1	4	3	5	1	6	38
心筋保護	5	2	2	2	2	2	1	4	3	5	1	4	33
自己血回収術	7	3	6	3	2	3	2	5	4	5	2	6	48
シャントPTA	1	1	1	1	2	1	1	0	2	1	1	2	14
心外血栓回収	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	1	0	7
PPI（経皮的末梢血管形成術）	5	5	4	10	4	8	10	6	1	2	2	5	62
EVAR（腹部ステントグラフト内挿術）	0	1	1	2	2	3	0	0	2	1	4	1	17
TEVAR （胸部ステントグラフト内挿術）	2	0	1	1	1	0	1	2	0	0	1	1	10
HD（血液透析件数）	606	625	573	624	555	584	572	543	654	548	524	530	6,938
CART	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CHDF（持続的血液濾過透析） ※稼働日数	23	15	13	6	16	10	5	4	4	19	14	14	143
病棟HD （病棟ICUでの血液透析・限外濾過）	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1	0	1	7
PE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PMX（エンドトキシン吸着療法）	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
G-CAP（白血球吸着療法）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ペースメーカーチェック（外来）	40	33	43	31	28	37	42	31	37	32	26	29	409
ペースメーカーチェック（病棟）	8	6	7	8	15	7	5	13	7	5	1	0	82
ペースメーカーチェック（OPE前後）	3	2	5	3	3	1	4	3	1	2	2	1	30
ペースメーカー MRI 撮像対応	6	7	17	6	2	8	7	2	4	3	8	3	73
脳外科体外循環	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
脳外科血栓回収・造影	1	1	3	4	2	1	5	1	2	1	2	1	24
水晶体再建術 （機器始業点検・術中機器操作）	8	9	24	24	31	31	31	20	26	34	17	30	285
硝子体手術 （機器始業点検・術中機器操作）	0	1	1	4	3	3	2	2	2	3	0	5	26
外科鏡子下手術 （機器始業点検・動作確認）	32	18	15	9	35	26	29	27	20	25	17	17	270
婦人科鏡子下手術・レーザー （機器始業点検・動作確認）	15	8	5	13	17	15	15	13	16	11	4	7	139
整形外科鏡視下手術 （機器始業点検・動作確認）	17	6	11	6	9	10	11	11	16	11	8	19	135
泌尿器鏡視下手術・レーザー （機器始業点検・動作確認）	7	8	7	5	8	13	10	6	6	3	5	13	91
耳鼻科鏡視下手術・Navigasion （機器始業点検・動作確認）	5	3	1	2	0	0	1	5	5	5	0	3	30
脳外 Navigasion （機器始業点検・動作確認）	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	2	11
ECT（機器始業点検・動作確認）	0	7	7	1	10	7	3	4	7	0	0	0	46
高気圧酸素療法	52	60	32	30	42	46	65	62	48	69	73	70	649
合計	884	855	841	833	817	839	853	805	905	822	731	809	9,994

## 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	103	94	106	89	107	131	138	143	114	110	79	113	1,327
外来	21	26	21	20	21	12	28	21	25	16	18	23	252
集団	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
糖尿病透析予防	10	9	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	26
個別栄養食事管理	11	5	5	1	7	8	13	9	7	6	13	3	88
栄養情報提供	1	5	3	0	5	5	5	2	1	4	3	1	35

### 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
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

- ・高等看護学院講師派遣 渡邊
- ・2021年11月5日 小樽後志 Oncology オンラインセミナー講師 浅井

## 内視鏡科

内視鏡科は、消化器内科医師5名、呼吸器内科医師3名、看護師5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。

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5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	1,702
経鼻内視鏡検査	303
(食道)(胃)内視鏡的粘膜下層剥離術	37
腹腔鏡・内視鏡合同手術	3
上部内視鏡的粘膜切除術	9
内視鏡的異物除去術	17
内視鏡的上部消化管止血術	49
内視鏡的食道ステント留置術	1
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	7
内視鏡的食道静脈瘤結紮術	7
経皮内視鏡的胃瘻造設術	4
内視鏡的胃瘻チューブ交換術	8
上部超音波内視鏡検査	75
上部超音波内視鏡下穿刺吸引法	4
計	2,228

#### ○下部消化管内視鏡検査・治療

内 容	件 数
大腸内視鏡検査	699
(大腸)内視鏡的粘膜下層剥離術	11
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	259
内視鏡的小腸・結腸止血術	23
内視鏡的経肛門イレウス管留置術	4
内視鏡的下部消化管ステント留置術	20
下部超音波内視鏡検査	1
計	1,017

#### ○小腸内視鏡検査

内 容	件 数
カプセル内視鏡検査	6
パテンシーカプセル検査	7
計	13

#### ○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	13
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・膵管ステント留置術)	106
計	119



○気管支内視鏡検査・治療

内 容	件 数
気管支ファイバースコピー	26
気管支肺胞洗浄	11
経気管支肺生検法（透視下生検）	9
気管支異物除去術	2
超音波気管支鏡ガイド下リンパ節生検	19
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	34
気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	1
計	102

内視鏡検査・治療（合計） 3,479 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	51	48	46	47	48	64	66	54	46	32	34	35	571
	計	51	48	46	47	48	64	66	54	46	32	34	35	571
臨床心理室	心理検査	25	11	28	26	17	31	32	25	13	9	17	20	254
	延べカウンセリング	54	43	54	63	60	70	62	59	45	31	21	36	598
	インテイク	8	2	9	7	5	8	3	3	0	0	0	2	47
	計	87	56	91	96	82	109	97	87	58	40	38	58	899
作業療法室	外来 延べ利用者数	1	1	1	1	0	1	1	2	8	4	5	3	28
	入院 延べ利用者数	265	226	293	228	177	180	228	172	169	135	149	179	2,401
	計	266	227	294	229	177	181	229	174	177	139	154	182	2,429
訪問看護室	訪問看護	30	30	31	37	39	33	32	35	35	33	11	13	359
	退院前訪問看護	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6
	計	32	32	31	37	39	33	33	36	35	33	11	13	365
デイケア室	延べ利用者数	266	227	277	279	286	274	267	285	268	209	196	224	3,058
	計	266	227	277	279	286	274	267	285	268	209	196	224	3,058

## 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、保険医療・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)

○専門医療相談件数（月別）（電話による相談及び面接による相談それぞれの件数）と、

認知症鑑別画像検査件数

(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
専門医療相談	電話	13	19	17	29	40	18	37	37	15	19	19	298
	面接	4	5	8	15	8	4	4	4	7	10	5	86
認知症鑑別画像検査	3	6	7	6	7	6	10	5	4	5	7	3	69

## 患者支援センター

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	500	340	392	387	428	444	511	482	416	353	358	532	5,143
逆紹介患者数	583	520	832	557	543	612	660	619	612	501	450	574	7,063

(% )

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	年度計
紹介率	55.1	55.1	48.9	50.1	46.3	49.8	52.5	50.6	51.7	48.9	61.3	58.6	52.2
逆紹介率	64.3	84.3	103.9	72.2	58.7	68.6	67.8	65.0	76.1	69.4	77.1	63.2	71.7

### ○市民公開講座・健康教室

令和3年度については、新型コロナウイルス感染症の感染予防のため、開催しませんでした。

### ○がん相談件数

相談内容	集計
転院	114
その他	54
不安・精神的苦痛	46
介護・看護・養育	39
がんの治療	32
症状・副作用・後遺症	29
医療費・生活費・社会保障制度	22
在宅医療	19
医療機関の紹介	15
ホスピス・緩和ケア	12
食事・服薬・入浴・運動・外出など	6
患者会・家族会	4
セカンド（受入）	3
医療者との関係	3
患者－家族間の関係	3
受診方法・入院	3
がんの検査	2
セカンド（一般）	2
仕事・就労・学業	2
生きがい・価値観	2
セカンド（他への紹介）	1
不明	1
合 計	414

# 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、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)

R3年度 (前年度比較)

		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	腎臓内科	脳神経内科	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	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	R3	1	22	27	9				4	3	3	4	2		4	12	14			1	5	111	1.7%	
	R2	1	24	22				1	4	3	2	2	1	2	1	7	11	1		1	8	91	1.6%	
	増減	0	-2	+5	+9	0	0	-1	0	0	+1	+4	0	-1	-2	+3	+5	+3	-1	0	0	-3	+20	+0.1%
第II章 新生物	R3	8	229	355	1					381	1	15	9	11		2	446	342		26	2	1,828	28.3%	
	R2	2	186	369	2	15	1	1		339	1	41	8	20	1		345	237	1	24	2	1,595	27.9%	
	増減	+6	+43	-14	-1	-15	-1	-1	0	+42	0	-26	+1	-9	-1	0	+2	+101	+105	-1	+2	0	+233	+0.4%
第III章 血液・造血器疾患	R3	1	1	3											1							7	0.1%	
	R2	2	2	3		8				2							1					18	0.3%	
	増減	-1	-1	0	0	-8	0	0	0	-2	0	0	0	0	0	+1	0	-1	0	0	0	+1	-11	-0.2%
第IV章 内分泌・代謝疾患	R3	11		8	6		2			8		4	1		2	5		3		3	2	9	64	1.0%
	R2	14	1	8	5		13	4	1	3	1	2	1	1		2	1	1		2		2	62	1.1%
	増減	-3	-1	0	+1	0	-11	-4	-1	+5	-1	+2	0	-1	+2	+3	-1	+2	0	+1	+2	+7	+2	-0.1%
第V章 精神障害	R3								1	1					139							3	144	2.2%
	R2	1					2		1	3					113							1	121	2.1%
	増減	-1	0	0	0	0	-2	0	0	-2	0	0	0	0	+26	0	0	0	0	0	0	+2	+23	+0.1%
第VI章 神経系疾患	R3	1	1	1	7				25	3	1	97	27		7						8	6	184	2.8%
	R2	1	1	1	6		1		16			102	24		8						3	6	169	3.0%
	増減	0	0	0	+1	0	-1	0	+9	+3	+1	-5	+3	0	-1	0	0	0	0	0	+5	0	+15	-0.1%
第VII章 眼及び付属器疾患	R3														10					353		363	5.6%	
	R2														20					291		311	5.4%	
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0	0	0	0	0	+62	0	0	+52	+0.2%
第VIII章 耳及び乳様突起疾患	R3	1	1								1	8				1					26	38	0.6%	
	R2			1	2			1				3									23	30	0.5%	
	増減	+1	+1	-1	-2	0	0	-1	0	0	+1	+5	0	0	0	+1	0	0	0	0	+3	0	+8	+0.1%
第IX章 循環器系疾患	R3	11		3	410			1	1	13	211	465	3	5	1		2	2				31	1,159	17.9%
	R2	23	2	7	366			1	4	15	216	412	2	1	1		6					38	1,094	19.1%
	増減	-12	-2	-4	+44	0	0	0	-3	-2	-5	+53	+1	+4	0	0	0	-4	+2	0	0	-7	+65	-1.2%
第X章 呼吸器系疾患	R3	10	136	14	10			1		11	3	1	1			12		7			49	14	269	4.2%
	R2	12	133	6	8			4		7	2	2	1			6		5			21	8	215	3.8%
	増減	-2	+3	+8	+2	0	0	-3	0	+4	+1	-1	0	0	0	+6	0	+2	0	0	+28	+6	+54	+0.4%
第XI章 消化器系疾患	R3	7	1	267	1					258		1	2				1	2		1	2	543	8.4%	
	R2	4		202	1			1		205			1		1		3	2		2	3	425	7.4%	
	増減	+3	+1	+65	0	0	0	-1	0	+53	0	+1	+1	0	-1	0	0	-2	0	0	-1	-1	+118	+1.0%
第XII章 皮膚・皮下組織の疾患	R3	1								4	3		5	14			23		1		2	1	54	0.8%
	R2	2								2	1	1	5	19			20						50	0.9%
	増減	-1	0	0	0	0	0	0	0	+2	+2	-1	0	-5	0	0	+3	0	+1	0	+2	+1	+4	-0.0%
第XIII章 筋・骨格系疾患	R3	2		2						1		88	287				4	1					385	6.0%
	R2	3		3			1		3	1		104	245	1	1		1						363	6.3%
	増減	-1	0	-1	0	0	-1	0	-3	0	0	-16	+42	-1	-1	0	+4	0	0	0	0	0	+22	-0.4%
第XIV章 腎・尿路・生殖器系疾患	R3	8	3	12	42			17		2	60	3	1	2			1	190	75			4	420	6.5%
	R2	7	4	6	12		3	74		6	60		1	1				133	50			1	358	6.3%
	増減	+1	-1	+6	+30	0	-3	-57	0	-4	0	+3	0	+1	0	0	+1	+57	+25	0	0	+3	+62	+0.2%

		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	腎 臓 内 科	脳 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	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	R3																		10				10	0.2%	
	R2																		8					8	0.1%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+2	0	0	0	+2	+0.0%	
第Ⅴ章 周産期に 発生した 病態	R3																						0	0.0%	
	R2																						0	0.0%	
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
第Ⅵ章 先天性疾 患	R3			1								1		4				2			1		9	0.1%	
	R2												1	2							1		4	0.1%	
	増減	0	0	+1	0	0	0	0	0	0	0	+1	-1	+2	0	0	0	+2	0	0	0	0	+5	+0.1%	
第Ⅶ章 異常所 見・症状	R3																						0	0.0%	
	R2																					1	1	0.0%	
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	-1	-0.0%	
第Ⅷ章 損傷・中 毒・外 傷・熱傷	R3	6	1	2	7					21	11	122	473	10	9			4	2	1		25	694	10.7%	
	R2	1		7	5					2	24	2	114	401	16	6			4	3	4		17	606	10.6%
	増減	+5	+1	-5	+2	0	0	0	-2	-3	+9	+8	+72	-6	+3	0	0	0	-1	-3	0	+8	+88	+0.1%	
第Ⅸ章 エマージェン シーコード (COVID-19)	R3		76	11	10					13	8	16	14		1	9	8	12	3			4	185	2.9%	
	R2		178	7	7				2			1				6		1				1	203	3.5%	
	増減	0	-102	+4	+3	0	0	-2	0	+13	+7	+16	+14	0	+1	+3	+8	+11	+3	0	0	+3	-18	-0.7%	
総計	R3	68	471	706	503	0	2	19	31	719	302	825	825	56	159	32	50	682	437	357	116	107	6,467	100%	
	R2	73	531	642	414	23	21	89	31	610	286	781	692	82	133	15	28	511	301	298	75	88	5,724	100%	
	増減	-5	-60	+64	+89	-23	-19	-70	0	+109	+16	+44	+133	-26	+26	+17	+22	+171	+136	+59	+41	+19	+743		

※ 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)

R3年度 (前年度比較)

		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	腎 臓 内 科	脳 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	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	R3	1	7	2	10				29	3	2	561			8				1		1	9	634	9.8%	
	R2	2	5	3	7		1		23	2	1	525	1		8								7	585	10.2%
	増減	-1	+2	-1	+3	0	-1	0	+6	+1	+1	+36	-1	0	0	0	0	0	+1	0	+1	+2	+49	-0.4%	
MDC02 眼科系疾 患	R3													10						353			363	5.6%	
	R2									1				20						294			315	5.5%	
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	-10	0	0	0	0	0	+59	0	0	+48	+0.1%	
MDC03 耳鼻咽喉 科系疾患	R3	1	1	5							1	8				3			1		99		119	1.8%	
	R2			6	2			1		1		4									58	1	73	1.3%	
	増減	+1	+1	-1	-2	0	0	-1	0	-1	+1	+4	0	0	0	+3	0	0	+1	0	+41	-1	+46	+0.6%	
MDC04 呼吸器系 疾患	R3	12	370	16	9					39	2	1	1			11		8	4		1	15	489	7.6%	
	R2	11	319	5	8			6		41	2	1	2		1	6		6				9	417	7.3%	
	増減	+1	+51	+11	+1	0	0	-6	0	-2	0	0	-1	0	-1	+5	0	+2	+4	0	+1	+6	+72	+0.3%	
MDC05 循環器系 疾患	R3	9		1	406			1		13	210	4	3	3				2	1			28	681	10.5%	
	R2	20	2	1	365			1	1	15	216	5	2	1	1			2				37	669	11.7%	
	増減	-11	-2	0	+41	0	0	0	-1	-2	-6	-1	+1	+2	-1	0	0	0	+1	0	0	-9	+12	-1.2%	
MDC06 消化器系 疾患	R3	13	3	628	6					444		1	2			2		7	4			4	1,114	17.2%	
	R2	5	2	573	1		1	1		366			2		1			3	2			3	960	16.8%	
	増減	+8	+1	+55	+5	0	-1	-1	0	+78	0	+1	0	0	-1	+2	0	+4	+2	0	0	+1	+154	+0.5%	
MDC07 筋骨格系 疾患	R3	3	2	6						5		101	315	6			5	3					446	6.9%	
	R2	3	3	7				1	3	7	1	128	268	11	1			2	1				436	7.6%	
	増減	0	-1	-1	0	0	0	-1	-3	-2	-1	-27	+47	-5	-1	0	+5	+1	-1	0	0	0	+10	-0.7%	
MDC08 皮膚・皮 下組織疾 患	R3									6	3		5	12			32				2	2	62	1.0%	
	R2	1		2						1			4	18			27						53	0.9%	
	増減	-1	0	-2	0	0	0	0	0	+5	+3	0	+1	-6	0	0	+5	0	0	0	+2	+2	+9	+0.0%	

		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	腎臓内科	脳神経内科	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	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	麻酔科	総計	構成比(率)	
MDC09 乳房疾患	R3									150													150	2.3%	
	R2									127														127	2.2%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	+23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+23	+0.1%	
MDC10 内分泌・ 栄養・代 謝疾患	R3	13	1	8	6		2			9		5	1	8	2	5	2	4	1	3	9	9	88	1.4%	
	R2	17	1	8	5		13	5	1	3	1	3	2	9		2	1	8		1	7	2	89	1.6%	
	増減	-4	0	0	+1	0	-11	-5	-1	+6	-1	+2	-1	-1	+2	+3	+1	-4	+1	+2	+2	+7	-1	-0.2%	
MDC11 腎・尿路系 及び男性生 殖器系疾患	R3	10	3	12	41			17		2	61	3	2				1	620	5			4	781	12.1%	
	R2	8	4	6	11		3	70		6	60		1					469	2			1	641	11.2%	
	増減	+2	-1	+6	+30	0	-3	-53	0	-4	+1	+3	+1	0	0	0	+1	+151	+3	0	0	+3	+140	+0.9%	
MDC12 女性生殖器 系疾患及び 産褥期疾患	R3												1						413				414	6.4%	
	R2									1			1						292				294	5.1%	
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	+121	0	0	0	+120	+1.3%	
MDC13 血液・造血 器・免疫臓 器疾患	R3	1		8						7						1		3			3	1	24	0.4%	
	R2	3	2	6	2	23				3		1	1					3				8	53	0.9%	
	増減	-2	-2	+2	-2	-23	0	0	0	+4	0	-1	-1	0	0	+1	0	0	0	0	-5	0	-29	-0.6%	
MDC14 新生児疾 患	R3			1								1		4				2			1		9	0.1%	
	R2												1	2							1		4	0.1%	
	増減	0	0	+1	0	0	0	0	0	0	0	+1	-1	+2	0	0	0	+2	0	0	0	0	+5	+0.1%	
MDC15 小児疾患	R3																						0	0.0%	
	R2																						0	0.0%	
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MDC16 外傷・熱 傷・中毒 疾患	R3	4	1	2	4					19	7	120	472	10	8		1	4	2	1		22	677	10.5%	
	R2	1		4	4				2	23	1	113	398	16	6			5	1	3		16	593	10.4%	
	増減	+3	+1	-2	0	0	0	0	-2	-4	+6	+7	+74	-6	+2	0	+1	-1	+1	-2	0	+6	+84	+0.1%	
MDC17 精神疾患	R3								1	1					140							3	145	2.2%	
	R2	1					2		1	3					113							1	121	2.1%	
	増減	-1	0	0	0	0	-2	0	0	-2	0	0	0	0	+27	0	0	0	0	0	0	+2	+24	+0.1%	
MDC18 その他	R3	1	83	17	21			1	1	21	16	20	24	2	1	10	9	29	5			10	271	4.2%	
	R2	1	193	21	9		1	4		10	4	1	10	4	2	7		13	3		1	10	294	5.1%	
	増減	0	-110	-4	+12	0	-1	-3	+1	+11	+12	+19	+14	-2	-1	+3	+9	+16	+2	0	-1	0	-23	-0.9%	
総計	R3	68	471	706	503	0	2	19	31	719	302	825	825	56	159	32	50	682	437	357	116	107	6,467	100%	
	R2	73	531	642	414	23	21	89	31	610	286	781	692	82	133	15	28	511	301	298	75	88	5,724	100%	
	増減	-5	-60	+64	+89	-23	-19	-70	0	+109	+16	+44	+133	-26	+26	+17	+22	+171	+136	+59	+41	+19	743		

※ 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

R3年度（前年度比較）

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	23	45	68	3	2	5	2	0	2	40.0%
呼吸器内科	288	183	471	24	11	35	13	2	15	42.9%
消化器内科	392	314	706	18	9	27	16	7	23	85.2%
循環器内科	305	198	503	30	33	63	0	1	1	1.6%
糖尿病内科	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0%
腎臓内科	12	7	19	2	1	3	0	0	0	0%
神経内科	11	20	31	0	1	1	0	0	0	0%
外科	313	405	718	12	13	25	4	5	9	36.0%
心臓血管外科	200	102	302	17	5	22	0	0	0	0%
脳神経外科	443	382	825	19	25	44	1	0	1	2.3%
整形外科	295	530	825	0	3	3	0	0	0	0%
形成外科	32	24	56	1	0	1	0	0	0	0%
精神科	58	102	160	0	2	2	0	0	0	0%
小児科	16	16	32	0	0	0	0	0	0	0%
皮膚科	18	32	50	0	0	0	0	0	0	0%
泌尿器科	502	180	682	8	1	9	4	1	5	55.6%
婦人科	1	436	437	0	9	9	0	9	9	100%
眼科	162	195	357	0	0	0	0	0	0	0%
耳鼻咽喉科	63	53	116	1	0	1	1	0	1	100%
麻酔科	52	55	107	29	29	58	0	1	1	1.7%
総計	3,188	3,279	6,467	164	144	308	41	26	67	21.8%

## 【2】診療情報提供（開示）件数

R3年度

診療記録等開示（※1）	文書送付嘱託等（※2）	合計
37件（7件）	4件	41件

※1：（ ）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。

※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。

## 感染防止対策室

### ○地域連携

感染防止対策の連携先である3施設（余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院）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。

- ・合同カンファレンスの開催日およびテーマなど
  - 第1回 令和3年6月16日 「薬剤部における感染制御活動」  
参加施設 余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、小樽市立病院
  - 第2回 令和3年9月15日 「検査部門における感染制御活動」  
参加施設 余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、小樽市立病院
  - 第3回 令和3年12月22日 「手指衛生」  
参加施設 余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、小樽市立病院
  - 第4回 令和4年3月23日 「COVID-19対策に関する事項」  
参加施設 余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、小樽市立病院

- ・地域連携における相互評価  
倶知安厚生病院との地域連携は継続。  
感染防止対策地域連携加算チェック項目表に則り各自自己評価を行い、Webにて相互評価を行った。

### 《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、AST（抗菌薬適正使用支援チーム）カンファレンスの他、新型コロナウイルス感染症対策で院内対策会議を15回開催し、各種マニュアル整備・感染対策導入・指導を行った。また、他の2施設にも訪問指導を行っている。

### 《当院のサーベイランス結果》

中心静脈ライン関連血流感染（ポートを含む）サーベイランスにおけるターゲット病棟を絞り込み、日本環境感染学会が実施しているサーベイランス（JANIS）データと比較した。これまでの介入内容と結果は以下の通り。

感染率が上昇した病棟もあったが、全体の感染率は下降してきている。

2016年度：血流感染対策チーム（3階東西病棟+SCU、4階東西病棟）で薬剤混合、薬剤投与の手順書作成・導入、血流感染対策チーム病棟で混合・投与に関するラウンド、看護手順改訂

2017年3月～2018年2月：3階西病棟+SCUのCVC挿入時訪問

2017年度：血流感染対策チームにICUが参加。  
中心静脈カテーテルドレッシング交換の手順書作成、感染防止対策マニュアル改訂、血流感染対策チーム病棟で輸液の混合・投与に関するラウンド、シミュレーションによる現場教育、「血流感染対策」感染管理講習会6回開催、一体型閉鎖式輸液セット導入（2018年度、看護部に遵守状況の確認を依頼）

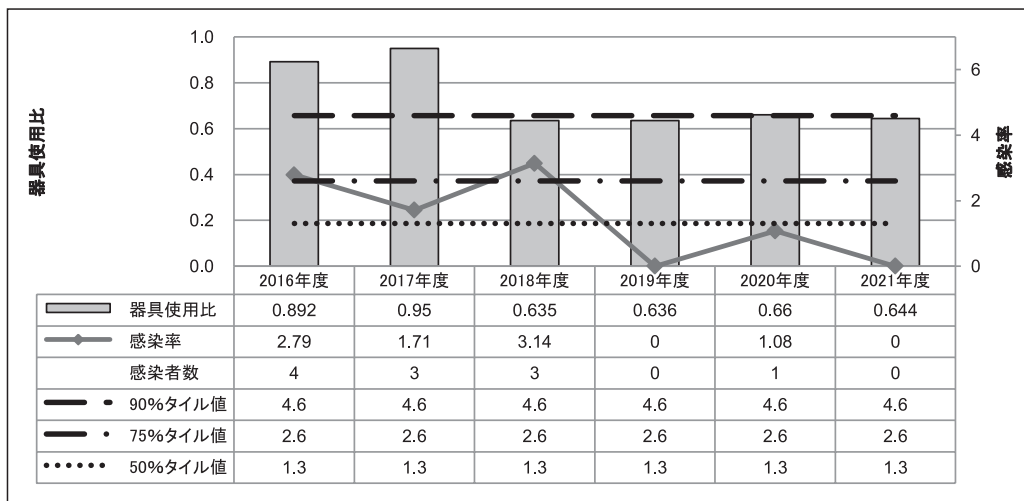
2018年度：中心静脈カテーテルドレッシング交換の手順書導入、シミュレーションによる現場教育

2019年度：血流感染対策チームに5階東病棟が参加。  
CLABSI疑い時点でリンクナースへのフィードバック開始、シミュレーションによる現場教育

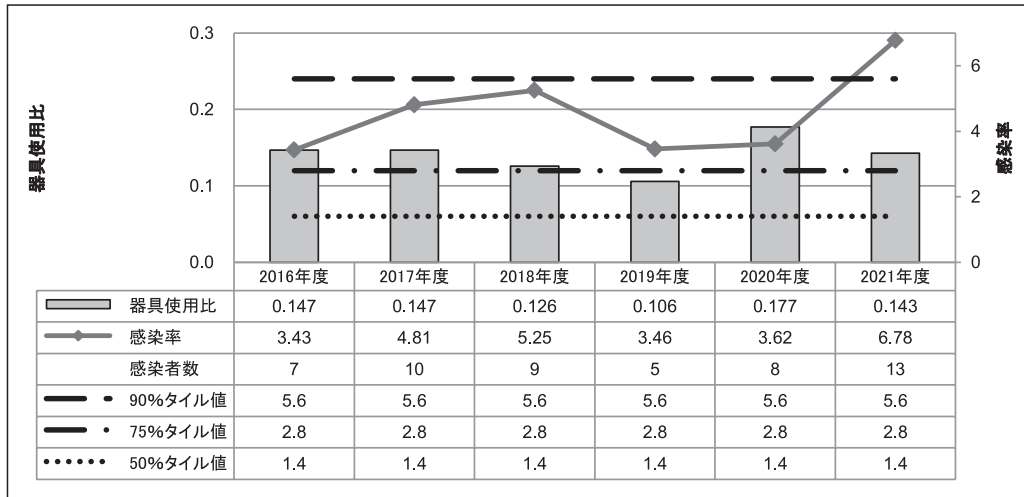
2020年度：主にシミュレーションによる現場教育

2021年度：4階東西病棟をサーベイランス対象外病棟に設定。  
3階東病棟でFDL挿入患者のCLABSIが多発し、主に透析室へ介入。

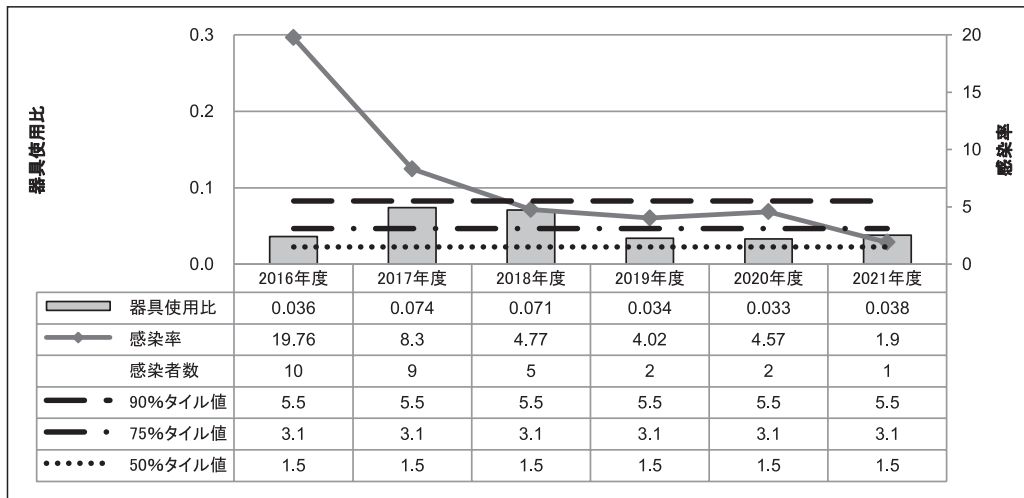
### JHAISのクリティカルケア171施設とICUの比較



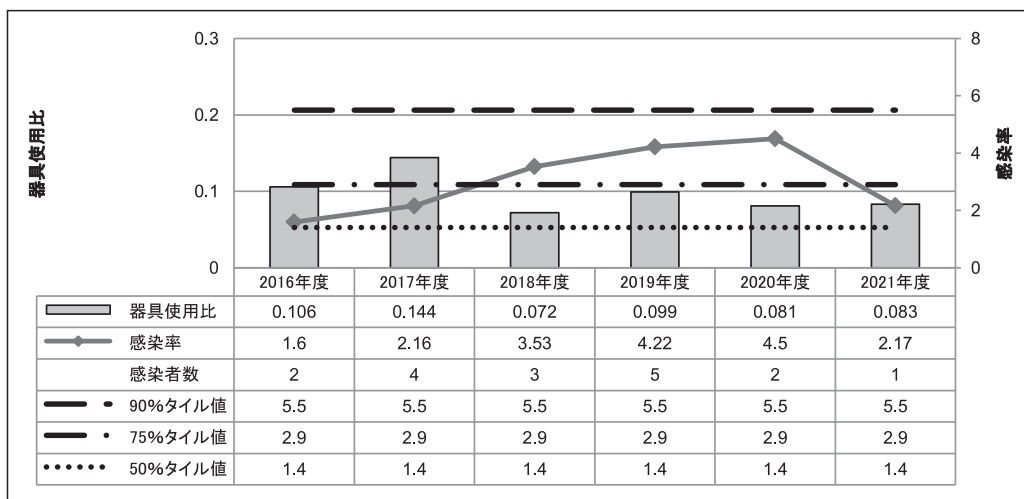
JHAIS の急性期一般病床の内科系 148 施設と 3 階東病棟の比較



JHAIS の急性期一般病床の外科系 107 施設と 3 階西病棟+SCU の比較



JHAIS の急性期一般病床 295 施設と 5 階東病棟の比較



## スキンケア管理室

スキンケア管理室は小樽市立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。

### 1. 年間褥瘡管理報告

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)	152	99	119	116	129	133	134	150	141	125	98	123	1,519
新規褥瘡発生患者数(人)	3	3	6	8	3	8	1	5	2	9	6	6	60
持ち込み褥瘡患者数(人)	4	4	5	2	4	6	4	12	3	3	7	10	64
新規褥瘡発生率(%)	0.37%	0.13%	1.02%	1.16%	0.36%	0.96%	0.67%	0.59%	0.45%	1.25%	1.47%	1.16%	0.80%
月褥瘡保有率(%)	1.12%	0.67%	1.53%	1.67%	1.09%	1.92%	1.68%	2.25%	2.06%	2.38%	2.95%	3.37%	1.89%
褥瘡有病率(%)	0.97%	1.15%	1.33%	2.56%	1.86%	2.76%	1.35%	1.12%	2.06%	3.45%	3.97%	5.43%	2.33%
推定発生率(%)	0.00%	0.35%	0.70%	0.00%	0.00%	1.32%	0.00%	0.68%	0.44%	2.80%	1.06%	1.03%	0.70%
すでに有していた褥瘡の改善率(%)	18.2%	20.0%	46.2%	50.0%	50.0%	25.0%	71.4%	28.6%	15.4%	10.0%	40.0%	22.2%	33.08%
持ち込み褥瘡の改善率(%)	14.3%	20.0%	50.0%	50.0%	50.0%	25.0%	66.7%	28.6%	18.2%	11.1%	25.0%	44.4%	33.61%
先月以前当院で発生した褥瘡の改善率(%)	0.0%		100.0%	50.0%			66.7%		0.0%	1.0%	57.1%	33.3%	38.51%
新規褥瘡の改善率(%)	33.3%	0.0%	33.3%	75.0%	0.0%	37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	16.7%	16.7%	18.63%

### 2. コンサルテーション件数

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
創傷ケア(件)	80	85	115	103	108	128	110	130	84	79	89	81	1,192
ストーマケア(件)	79	50	43	51	59	67	87	96	132	82	61	73	880

## 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1名・精神科医1名・看護師1名・薬剤師2名・管理栄養士2名)で介入し、MSW、理学療法士・作業療法士等多職種カンファレンスを実施しながら、患者さんや御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、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

令和3年度(2021年4月~2022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	9	11	15	11	17	10	13	3	8	9	11	8	125
継続介入患者のべ数	12	14	26	21	27	23	25	20	20	20	25	21	254
緩和ケア診療件数 ただし、診療患者数とは異なる	77	39	94	77	88	85	115	103	54	56	91	81	960

### 令和3年度(2021年4月~2022年3月) その他の活動内容

- ・研修会の開催：第11回小樽市立病院 緩和ケア研修会 小樽市立病院2階講堂
- ・緩和ケアリンクナース会議の開催
- ・院内緩和ケア勉強会の開催
- ・新人看護師研修講師：麻薬投与時の看護に関して がん性疼痛看護認定看護師 長谷川 むつ子
- ・講演会開催：第10回小樽・後志緩和医療研究会 小樽市立病院2階講堂 座長 和智 純子  
特別講演Ⅰ「わかってたつもりのNSAIDs~炎症と抗炎症をめぐるパラダイムシフト~」  
演者：旭川医科大学 緩和ケア診療部 准教授 阿部 泰之 先生  
特別講演Ⅱ「がんのリハビリテーション~当院での試み、緩和病棟も含めて」  
演者：札幌清田病院 内科・リハビリテーション科 部長 後藤 義朗 先生
- ・学会発表：2021年5月13日 薬剤部 日下部 鮎子 第14回日本緩和医療薬学会  
「外来でメサドンから経口オピオイドにスイッチングし疼痛コントロールが良好となった症例」

# 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、部会長、顧問、副部会長、委員については、令和3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：矢花 崇（消化器内科医療部長）  
副委員長：佃 幸憲（整形外科主任医療部長）  
特任：信野祐一郎（特任理事）  
顧問：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、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）、診療情報管理課4名（事務局）

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（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
- ・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
- ・病院ダッシュボードχの分析資料について

#### 『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
- ⑦NST 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：渡邊 義人（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：大槻 郁人（麻酔科医長）・看護部長2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、管理栄養士4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

日本臨床栄養代謝学会 NST 稼動認定施設

#### 『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
- 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：越前谷 勇人（副院長）

副委員長：深田 穰二（心臓血管外科主任医療部長）

委員：院長、医局員 5 名、看護部長、副薬剤部長、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 金曜日）

## 4 医療安全管理室のイベント等の実績（講演会など）

- 1) 令和 3 年 6 月 3 日 「離床キャッチ操作説明会」  
出席者：22 名
- 2) 令和 3 年 7 月 15 日 「医療安全報告会」  
内容：① 2020 年度下半期のインシデント・アクシデント集計報告  
② 「転倒・転落と眠剤について」  
担当者：① 医療安全管理室 主査  
② 薬剤部  
出席者：会場 + ZOOM 参加 67 名  
アーカイブ + 資料参加 756 名
- 3) 令和 3 年 12 月 2 日 「医療安全報告会」  
内容：① 2021 年度上半期のインシデント・アクシデント集計結果報告  
② 「輸液ポンプのインシデントを減らすには…」  
～インシデント解析結果から～  
担当者：① 医療安全管理室 主査  
② 臨床工学科  
会場・Zoom：51 名
- 4) 令和 4 年 1 月 13 日 「医療安全講習会」  
内容：MRI 検査の安全管理  
講師：医局 放射線科 市村医療部長  
会場・Zoom：43 名
- 5) 令和 4 年 3 月 10 日 「医療安全講習会」  
内容：患者誤認防止策について

講師：医療安全管理室 主幹

会場・Zoom：57 名

## 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：医局 2 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、臨床工学科 1 名、精神科医療センター 1 名、患者支援センター 1 名、看護部 14 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）

## 『医療材料検討委員会』

### 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材料について、その採用や在庫管理及び価格の検討を行い、病院経営の改善に資することを目的とする。

（所管事項）

- ① 診療材料の採用品目及び価格についてのこと
- ② 診療材料の在庫管理及び院内流通についてのこと
- 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：中林 賢一（副院長）  
 委員：医師6名、看護部5名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、リハビリテーション科1名、臨床工学科1名、スキンケア管理室1名、事務部2名  
 事務局：事務部（経営企画課、事務課）

3 開催回数

毎月1回のほか、必要に応じて適宜開催

『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：金内 優典（副院長）  
 副委員長：汐谷 心（呼吸器内科主任医長）  
 特任：信野祐一郎（特任理事）  
 顧問：近藤 吉宏（特別補佐）  
 委員：院長、ICT 部会長、ICT 副部会長、薬剤部長、看護部長、事務部長、副看護部長、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、中央滅菌室担当師長、医事課長、感染防止対策室1名（感染管理認定看護師）

事務局：感染防止対策室

3 開催回数

定例：月1回 毎月第3水曜日 開催回数12回  
 新型コロナウイルス感染症院内対策会議を15回開催している。

ICT 部会

1 ICT 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）

部会長：山下 登（泌尿器科主任医療部長）  
 副部会長：保科 大地（皮膚科医療部長）  
 委員：医局1名、看護部4名、薬剤部2名、検査室3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、事務部2名、感染防止対策室1名

事務局：感染防止対策室

3 開催回数

月1回 毎月第2水曜日 開催回数12回

4 イベント等の実績（講演会など）

開催日	テーマ	参加者
10/5	感染管理講習会 血液培養	75名

5 その他 特記事項

2021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

日付	ラウンド場所	スコア (%)	判定	改善報告書	前回スコア (%)
7/21	3階東病棟	91.8	B	済	94.8
8/4	6階東病棟	93.8	B	済	95.7
8/18	3階西病棟+SCU	93.8	B	済	90.9
9/1	給食調理室	91.8	B	済	87.1
9/29	中央滅菌室	85.0	B	済	94.8
10/6	ICU	93.6	B	済	93.2
	透析室	95.5	A	済	95.4
10/20	1階放射線エリア	92.9	B	済	89.7
12/1	MEセンター	86.5	B	済	100
	デイケア	70.6	C	済	92.6
12/15	リハビリテーション科	84.1	B	済	91.9

リンクナース

1 リンクナースの活動概要

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：佐治 明美（看護師長）  
 委員：リンクナース12名（サブリンクナース14名）、感染防止対策室1名（感染管理認定看護師）

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12回開催

AST 部会

1 AST 部会の活動概要

抗菌薬適正使用のため、感染症早期モニタリングと介入、職員研修の企画及び実施に向けて活動する。

## 2 メンバー（部署、役職）

部会長：保科 大地（皮膚科医長）

副部会長：道谷 省（薬剤部薬剤課課長）

委員：医局1名、看護部1名、薬剤部1名、検査室4名、事務部1名、感染防止対策室1名

事務局：感染防止対策室

## 3 開催回数

週1回 毎週火曜日 開催回数 40回

## 4 イベント等の実績（講演会など）

開催日	テーマ	参加者
6/11	AST 講習会 各科における経口抗生剤の使用状況	27名
9/24	AST 講習会 アンチバイオグラム	32名

## 『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：渡邊 義人（外科主任医療部長）

副委員長：鈴木 亮（消化器内科主任医長）

委員：大槻 郁人（麻酔科医長）、看護部部長2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、医事課1名、管理栄養士4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2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、方法などを時系列で示した治療計画書）について、医学的、薬学の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：山下 登（泌尿器科医療部長）

副委員長：渡邊 義人（外科主任医療部長）

顧問：近藤 吉宏（特別補佐）

委員：医師3名、看護師3名、薬剤師1名、栄養士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
- (8) RBPの院内測定から外部委託への変更
- (9) TT3の院内測定から外部委託への変更
- (10) 新規院内検査項目「可溶性IL-2R」の導入

### 2 メンバー（部署、役職）

委員長：古川 哲章（医療部長）

副委員長：後藤 朋子（病理診断科医長）

委員：医師2名、看護部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 令和4年3月18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。行動制限の具体的な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ない、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：笹川 嘉久（医療部長）

委員：精神科医師1名、公認心理師1名、病棟薬剤師2名、精神保健福祉士1名、病棟看護師長2名、精神科医療センター・病棟・外来看護師主査6名、作業療法士2名

事務局：精神科医療センター

### 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 R3.4.28 ② R3.12.17

## 『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3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、医事課1名 事務課用度グループ1名、スキンケア管理室1名

事務局：スキンケア管理室

### 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

なし

### 5 イベント等の実績（講演会など）

褥瘡対策委員会講習会「スキンケア（皮膚裂傷）」

R3年3月17日（水）開催

## 『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：矢花 崇（消化器内科医療部長）

副委員長：葛西 弘規（外科医療部長）

特任理事：信野祐一郎（特任理事）

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、患者支援センター1名、栄養管理科1名、リハビリテーション科1名、医事課1名、診療情報管理課4名（事務局）

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

#### ●診療記録に関する取組事項

- ▶ 診療記録監査を年3回実施、監査結果の総評を医師等へフィードバック
- ▶ 入院診療計画書の多職種による計画立案のルールを策定
- ▶ 診療記録監査の効果判定（経年推移の分析）



を実施

- ▶ 診療情報管理委員会 NEWSを補足版も合わせて年4回発行

●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 ・電子カルテスキャン文書の状況報告
- ・スキャン文書出庫件数の状況報告 ・退院時要約（サマリー）完成率報告

### 『透析機器安全管理委員会』

#### 1 委員会の活動概要

本委員会は、血液透析における機器の安全向上を図り、安全な透析療法の提供を目的とする。

委員会は、次に掲げる業務を行う。

- (1) 透析液水質確保のため関連学会が示す基準に基づき、マニュアルを整備・運用する。
- (2) 透析液検査計画を策定し、検査を実施する。
- (3) 測定記録、保守管理記録を作成し保管する。
- (4) そのほか、必要と認める事項。

#### 2 メンバー

委員長：山地 浩明（腎臓内科 医療部長）  
副院長：平田 和也（臨床工学科 主幹）  
委員：透析室看護師長1名、透析室看護師主任

1名、臨床工学技士1名、事務課長1名

事務局：臨床工学科

#### 3 開催回数

年2回以上

#### 4 その他

### 『働き方改革検討委員会』

#### 1 委員会の活動概要

小樽市立病院に勤務する医師、看護師及び医療従事者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の検討を行うとともに、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：有村 佳昭（院長）  
副委員長：金内 優典（副院長）  
顧問：近藤 吉宏（特別補佐）  
信野祐一郎（特任理事）  
櫻木 範明（特任理事）  
委員：副院長5名、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、事務部1名

事務局：事務局

#### 3 開催回数

令和3年度実績 1回

## 〔法令等に基づく委員会〕

※委員会名五十音順に掲載

### 『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：中林 賢一（副院長）  
副委員長：月花 正幸（脳神経外科主任医長）  
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、医事課1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：市村 亘（放射線診断科医療部長）

副委員長：後藤 朋子（病理診断科医長）

委員：医師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、患者支援センター2名

事務局：患者支援センター

## 3 開催回数

年1回

## 4 その他 特記事項

令和2年度においては、次に挙げる事項について委員会内にて報告および協議を行った。

- ・2020年症例 院内がん登録全国集計提出について
- ・全国がん登録提出
- ・予後調査事業参加
- ・QI研究事業について
- ・診療実績のホームページ掲載について

## 『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：佐々木真一（事務部長）

副委員長：濱崎 弓子（看護部長）

委員：医師2名、看護部1名、認知症疾患医療センター1名、看護部3名（組合推薦）、薬剤部1名（組合推薦）、検査室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：笹川 嘉久（精神科医療部長）

副委員長：青山 聖美（婦人科医療部長）

委員：看護部2名、薬剤部1名、検査室1名、事務部1名

事務局：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：井原 達夫（神経内科医療部長）

副委員長：小田川泰久（小児科医療部長）

委員：医師1名、看護部1名、薬剤部1名、事務部1名、外部委員3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：深田 穰治 主任医療部長

副委員長：高桑 一登 医療部長

委員：医師5名、看護部2名、薬剤部1名、事

務 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

## 〔組織運営に関する委員会〕

※委員会名五十音順に掲載

### 『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)

医療機器の管理運営に関すること

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：橋本 幸一 (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 芳勲 (循環器内科主任医療部長)

副委員長：岩崎 素之 (脳神経外科医療部長)

委員：医師 1 名、看護部 2 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、患者支援センター 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 1 名、医事委託業者 1 名

事務局：事務部 医事課

#### 3 開催回数

必要に応じて開催

### 『医療機器選定委員会』

#### 1 委員会の目的

小樽市立病院で整備する高額医療機器・備品の機種選定を適正に行うことを目的とする。

(所管事項)

①医療機器等の購入にかかる機種選定についてのこと

②その他病院事業管理者が必要と認めること

#### 2 メンバー (部署、役職)

委員長：並木 昭義 (病院事業管理者)

副委員長：有村 佳昭 (病院長)

委員：事務部 2 名、関係診療科長、関係部門長

事務局：事務課・各部門 (対象機種ごと)

#### 3 開催回数

必要に応じて適宜開催

### 『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：有村 佳昭（院長）  
副委員長：高丸 勇司（副院長）  
顧問：馬淵 正二（統括理事）  
委員：医師1名、看護部1名、薬剤部1名、事務部2名、医事課1名、診療情報管理課4名（事務局）  
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）

4 診療情報提供（開示）件数

診療記録等開示	文書送付嘱託等（※）	合計
37件	4件	41件

※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。

『開放型病床運営委員会』

1 委員会の活動概要

小樽市医師会との連携により設置している開放型病床の効率的かつ円滑な運営について協議するとともに、開放型病床における症例の検討を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：有村 佳昭（院長）  
副委員長：小梁川義則（小樽市医師会）  
顧問：近藤 吉宏（特別補佐）  
委員：医師会4名、医局3名、看護部2名、事務部2名  
事務局：患者支援センター、事務部

3 開催回数

令和3年度開催なし

4 その他

開放型病床カンファレンスを月1回開催

『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：佃 幸憲（整形外科主任医療部長）  
副委員長：小田川泰久（小児科医療部長）  
委員：医師4名、看護部5名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、医療秘書室1名、患者支援センター1名、事務部5名  
事務局：事務部医事課

3 開催回数

令和3年度は10回開催

4 その他 特記事項

- ・紹介患者の優先診療対応
- ・発熱トリアージ外来の運営
- ・コロナワクチン対応
- ・入院前患者に対するコロナ事前検査の運用
- ・新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する処方運用

『患者支援センター管理運営委員会』

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、患者サービスの向上やがん相談の強化、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（病院長）  
副委員長：越前谷勇人（副院長）  
顧問：近藤 吉宏（特別補佐）  
常任委員：患者支援センター5名  
委員：医師3名、看護部1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、臨床工学科1名、事務部2名  
事務局：患者支援センター

3 開催回数

必要に応じて開催

4 専門部会

- (1) 患者サービス向上部会  
部会長：小田川泰久（小児科医療部長）  
副部会長：新井孝志郎（形成外科主任医長）  
委員：患者支援センター2名、看護部2名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、精神科医療センター1名、リハビリテーション科1名、栄養管理科1名、臨床工学科1名、医療安全管理室1名、事務部1名



担当部署：患者支援センター

(2) 地域医療推進部会

部会長：有村 佳昭（病院長）

副部会長：生瀬 裕司（患者支援センター次長）

顧問：馬淵 正二（統括理事）

委員：医師3名、事務部1名、患者支援センター3名

担当部署：患者支援センター

(3) 入退院支援部会

部会長：新谷 好正（脳神経外科副院長）

副部会長：古田 陸子（患者支援センター主幹）

委員：看護部2名、患者支援センター3名、薬剤部1名、栄養管理科1名、リハビリテーション科1名、事務部1名、緩和ケア管理室1名、患者支援センター3名

担当部署：患者支援センター

(4) がん相談支援部会

部会長：越前谷勇人（外科副院長）

副部会長：佐藤 仁美（患者支援センター主幹）

委員：医師1名、緩和ケア管理室2名、看護部1名、薬剤部1名、事務部1名、栄養管理科1名、患者支援センター4名

担当部署：患者支援センター

(5) 医療業務支援部会

部会長：深田 穰治

（心臓血管外科主任医療部長）

副部会長：生瀬 裕司（患者支援センター次長）

委員：事務部2名、看護部1名、患者支援センター1名、医療秘書室4名

担当部署：患者支援センター

事務局：患者支援センター

3 開催回数

必要に応じて開催

4 専門部会

(1) 放射線療法部会

部会長：土屋 和彦（放射線治療科医療部長）

副部会長：市村 亘（放射線診断科医療部長）  
小笠原 弘（放射線室技師長）

委員：医師3名、看護部2名、放射線室2名、検査室1名

担当部署：放射線室

(2) 薬物療法部会

部会長：今井 陽俊（血液内科医療部長）

副部会長：渡邊 義人（外科主任医療部長）  
佐藤 仁美（患者支援センター主幹）

顧問：近藤 吉宏（特別補佐）

委員：医師3名、看護部1名、化学療法室1名、薬剤部2名、患者支援センター1名

担当部署：外来化学療法室

(3) 手術療法部会

部会長：渡邊 義人（外科主任医療部長）

副部会長：山下 登（泌尿器科医療部長）  
佐藤 淳子（副看護部長）

委員：医師7名、看護部1名

担当部署：手術室

(4) 緩和ケア部会

部会長：和智 純子（緩和ケア管理室主幹）

副部会長：末岡 智文（医師）  
長谷川むつ子（緩和ケア管理室主査）

顧問：久米田幸弘（特別補佐）

委員：医師3名、薬剤部2名、看護部2名、事務部1名、栄養管理室1名、リハビリテーション科1名、患者支援センター2名

担当部署：緩和ケア管理室

(5) 推進・普及部会

部会長：汐谷 心（呼吸器内科医療部長）

副部会長：岩崎 素之（脳神経外科医療部長）  
生瀬 裕司（患者支援センター次長）

委員：医師3名、看護部1名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、患者支援センター3名

担当部署：患者支援センター

## 『がん診療センター管理運営委員会』

### 1 委員会の活動概要

小樽・後志地区のがん患者に対して、質の高い医療を提供することを目的として、放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケア及び推進・普及の専門部会の活動が円滑に実行されるよう運営方針に関する調査・審議を行う。

### 2 メンバー（部署、役職）

委員長：金内 優典（副院長）

副委員長：汐谷 心（医療部長）

顧問：櫻木 範明（特任理事）

久米田幸弘（特別補佐）

委員：医師4名



## 『救急医療対策委員会』

## 1 委員会の活動概要

救急医療体制の充実を図ることを目的として、組織体制や搬送患者の受入れ、集中治療室の運営、災害時における医療に関することなどの審議を行う。

委員会に「病院管理当直部会」「救急外来・集中治療室運営部会」「脳卒中・中枢神経疾患治療部会」「救急・災害医療啓発部会」を設置している。

## 2 メンバー（部署、役職）

委員長：新谷 好正（副院長）

副委員長：越前谷 勇人（副院長）

顧問：馬淵 正二（統括理事）

久米田 幸弘（特別補佐）

委員：副院長1名、医局5名、看護部1名、事務部1名

事務局：事務部

## 3 開催回数

令和3年度実績 2回

## 『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：高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）

副委員長：市村 亘（放射線診断科医療部長）

顧問：櫻木 範明（特任理事）

委員：医師4名、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

## 『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（循環器内科主任医療部長）

副委員長：汐谷 心（呼吸器内科医療部長）

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1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（副院長）

副委員長：深田 穰治

（心臓血管外科 主任医療部長）

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、リハビリテーション科1名、栄養管理科1名、患者支援センター1名、医事課1名、診療情報管理課4名（事務局）

事務局：診療情報管理課

## 3 開催回数

年6回、隔月開催

## 4 イベント等の実績（講演会など）

## 1) 院内勉強会

第6回『小樽市立病院クリニカルパス大会』を令和4年2月10日に完全オンラインにて開催。

発表演題は以下の3題

①泌尿器科「病院ボードダッシュボードχを用いた前立腺生検パス分析」

②麻酔科「アナフィラキシーショックパス分析結果について」

③耳鼻咽喉科「耳下腺・顎下腺摘出術のパス」

## 2) その他 令和3年度のクリニカルパス委員会活動として

・新規パス作成・パス改定への啓蒙活動（新規パス作成5件／パス改定14件／パス総数213種）

・パス使用状況の報告：令和3年度パス使用率56.0%

## 『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：有村 佳昭（病院長）

副委員長：岸川 和弘（特任）

顧問：近藤 吉宏（特別補佐）

委員：医局1名、看護部1名、検査室1名、放射線室1名、患者支援センター1名、事務部2名、その他委員長が必要と認める者

事務局：検査室、事務部医事課

## 3 開催回数

必要な都度

## 『高気圧酸素治療管理委員会』

## 1 委員会の活動概要

高気圧酸素治療は院内の多科にまたがる治療であり、高気圧酸素治療業務の適切な運用を図るため、治療の知識・技術向上・そして患者の安全管理を検討し、よりよい高気圧酸素治療を計ることを目的とする。

## 2 メンバー

委員長：古川 浩司（脳神経外科医療部長）

副院長：川口 亮一（麻酔科医長）

平田 和也（臨床工学科主幹）

委員：医師医長3名、医師1名、看護副部長1名、臨床工学技士2名、事務主任1名

事務局：臨床工学科

## 3 開催回数

年2回以上

## 4 その他

## 『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（消化器内科医療部長）

委員：医師3名、看護部3名、薬剤部1名、放射線室2名、検査室2名、リハビリテーション科1名、臨床工学科1名、事務部2名

事務局：患者支援センター

## 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3回（6月、10月、3月）発行

## 『施設改修・整備検討委員会』

## 1 委員会の活動概要

小樽市立病院における施設改修及び増改築又はスペースの確保を図るための事情等に関し、必要な事項の調査検討を行う。

## 2 メンバー（部署、役職）

委員長：並木 昭義（管理者）

副委員長：有村 佳昭（院長）

委員：医局1名、薬剤部1名、事務部1名、市職員1名

事務局：事務部

## 3 開催回数

令和3年度実績 4回

## 4 その他

- ・令和3年7月2日設置
- ・敷地内薬局について協議

## 『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：越前谷 勇人（副院長）

副委員長：小田川 泰久（小児科医療部長）

顧問：近藤 吉宏（特別補佐）  
 委員：副院長、医療部長3名、看護部長、薬剤部長、事務部長、事務部次長、医事課長  
 事務局：医療安全管理室

### 3 開催回数

不定期で開催、令和3年度は4回開催

## 『手術医療センター運営委員会』

### 1 委員会の活動概要

小樽市立病院における円滑な手術運営を推進するため、手術医療センター運営委員会を設置する。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) 手術を予定する患者の受付手続き及び手術計画の作成に関すること
- (2) 手術室内での診療に関すること
- (3) 手術室及び手術器械・材料等の管理、滅菌室に関すること
- (4) 関係する診療科や部門との連絡調整に関すること
- (5) その他手術室の運営に必要な事項に関すること
- (6) 5つの部会を置き、各々問題に取り組む

### 2 メンバー（部署、役職）

委員長：中林 賢一（副院長）  
 副委員長：新谷 好正（副院長）  
 顧問：久米田幸弘（特別補佐）  
 委員：医師10名、看護部2名、検査室1名、薬剤部1名、放射線室1名、臨床工学科1名、事務課1名  
 部会委員：上記委員を含め35名  
 事務局：看護部手術室

### 3 開催回数

月1回  
 令和3年度は7回開催

## 『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：有村 佳昭（院長）

副委員長：越前谷勇人（副院長）

顧問：信野祐一郎（特任理事）

委員：医局2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、患者支援センター1名、経営企画課1名、事務課1名、医事課1名、診療情報管理課1名

事務局：事務部（経営改善担当1名、経営企画課2名）

### 3 開催回数

9回（4月から12月までの毎月第2火曜日。書面開催3回を含む。）

### 4 その他 特記事項

- (1) 主な議題及び検討事項
  - ・新改革プラン推進委員会要綱の改訂について
  - ・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
  - ・アクションプラン実施状況報告会の開催について
  - ・新小樽市立病院改革プラン評価報告書（令和元年度）の指摘事項等の対応について
- (2) 新小樽市立病院改革プラン評価委員会開催状況
  - ・3回（令和3年9月6日、10月18日、12月13日）
- (3) 院内説明会等開催状況
  - ・令和3年7月9日 令和2年度アクションプラン実施状況報告会
- (4) 「新改革プランニュース」発行（第16号）

## 『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が発生した際に、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：深田 穰治（副院長）  
 副委員長：古川 浩司（医療部長）  
 顧問：久米田幸弘（特別補佐）  
 委員：医局1名、看護部5名、検査室1名  
 事務局：事務部

### 3 開催回数

令和3年度開催なし（必要に応じて開催）

#### 『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（糖尿病内科医長）

副委員長：太田 千秋（眼科医師）

顧問：有村 佳昭（病院長）

委員：看護部5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、事務局1名

事務局：看護部

#### 3 開催回数

月1回（第3火曜日）

令和3年は6回実施

#### 『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：山地 浩明（腎臓内科医療部長）

副委員長：井原 達夫（脳神経内科医療部長）

委員：看護部1名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、事務局1名

事務局：事務課

#### 3 開催回数

必要に応じて適宜開催

#### 『ハラスメント対策委員会』

#### 1 委員会の活動概要

ハラスメントの防止及びハラスメントに起因する問題の解決を適切に実施することを目的とする。

#### 2 メンバー（部署、役職）

委員長：高丸 勇司（副院長）

副委員長：小田川泰久（医療部長）

顧問：近藤 吉宏（特別補佐）

委員：医師3名、看護部2名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、事務局1名

事務局：事務局

#### 3 開催回数

令和3年度実績 2回

#### 『病院機能評価受審準備委員会』

#### 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：新谷 好正（副院長）

副委員長：高丸 勇司（副院長）

高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）

顧問：久米田幸弘（特別補佐）

委員：看護部5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、事務局3名

事務局：事務局、患者支援センター専門員

#### 3 開催回数：必要に応じて開催

#### 『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：金内 優典（副院長）

副委員長：井原 達夫（神経内科医療部長）

顧問：櫻木 範明（特任理事）

委員：医師5名、看護部2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



事務局：患者支援センター

### 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10巻第1号：令和3年12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又は審議する。

- (1) 適切な病棟運用（病床利用率と稼働目標）への取り組み
- (2) 円滑なベッドコントロール
- (3) 病棟業務改善への取り組み
- (4) 病棟再編成案の作成
- (5) その他病棟運営に関する事

### 2 メンバー（部署、役職）

委員長：田宮 幸彦（副院長）

副委員長：岩崎 素之（脳神経外科 医療部長）

委員：医局7名、看護部6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、患者支援センター1名、診療情報管理課2名

事務局：診療情報管理課

### 3 開催回数

月1回

### 4 その他 特記事項

令和3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  
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  
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の実施  
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) 新型コロナウイルス感染症に係る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事
- ② 診療報酬の請求に関する事
- ③ 診療報酬減点通知に基づく減点査定に関する事
- ④ 保険情報の収集及びその分析に関する事
- ⑤ その他保険診療に関する事

### 2 メンバー（部署、役職）

委員長：佃 幸憲（整形外科主任医療部長）

副委員長：矢花 崇（消化器内科医療部長）

顧問：馬淵 正二（統括理事）

信野祐一郎（特任理事）

委員：看護部1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、医療秘書室1名、患者支援センター1名、診療情報管理課1名、医事課3名、医事委託事業者2名

事務局：事務部医事課

### 3 開催回数

月1回

### 4 イベント等の実績（講演会など）

・令和3年10月27日

院内勉強会「PET-CTの現状と今後の課題」

・令和4年3月24日

院内勉強会「診療報酬改定勉強会」

## 『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：深田 穰治（心臓血管外科主任医療部長）  
副委員長：山下 登（泌尿器科医療部長）  
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、採用薬品や期限切迫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（脳神経外科医療部長）  
副委員長：平塚 重人（整形外科医療部長）  
委員：医師3名、看護部2名、栄養管理科1名、患者支援センター1名、医事課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

必要に応じて開催

## 『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：市村 亘（放射線診断科医療部長）  
顧問：櫻木 範明（特任理事）  
委員：弁護士1名、市職員1名、医師3名、看護部2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

当院の臨床研修プログラム作成方針の決定、研修医の採用や修了に係る評価などを審議し、臨床研修の実施に関する全体的な管理及び検討を行う。

### 2 メンバー（部署、役職）

委員長：高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）  
副委員長：金内 優典（副院長）  
顧問：信野祐一郎（特任理事）  
委員：院長、副院長1名、医師4名、研修医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、大学病院2名、地域医療機関4名、協力病院・施設5名  
事務局：事務部経営企画課

### 3 開催回数

令和3年度実績 1回（令和4年3月17日）

### 4 その他 特記事項

主な検討事項

- ・令和2年度プログラム研修医の修了評価について
- ・令和4年度プログラム採用予定者について
- ・令和4年度研修スケジュールについて
- ・令和5年度研修プログラムの作成方針について

## 部会名 臨床研修推進部会

### 1 部会の活動概要

臨床研修管理委員会の下部組織であり、臨床研修が円滑かつ効果的に実施されるよう臨床研修全般に関する実務的な検討を行う。

### 2 メンバー（部署、役職）

部会長：金内 優典（副院長）  
副部会長：中林 賢一（副院長）  
高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）  
委員：医師6名、看護部1名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、診療情報管理

課1名

事務局：事務部次長、事務部経営企画課

### 3 開催回数

5回（不定期）

## 『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。

（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：市村 亘（放射線診断科医療部長）

顧問：櫻木 範明（特任理事）

委員：弁護士1名、市職員1名、医師3名、看護部2名、薬剤部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

## 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10巻第1号（令和3年度発行）に掲載された論文、学術業績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、有村佳昭院長、佐藤宏医長（優秀賞受賞者）、並木昭義病院局長、  
樋渡麻実技師（最優秀賞受賞者）、阿部俊男室長

最優秀賞 **樋渡 麻実**（小樽市立病院 放射線室）

発表論文 「3D プリンターを利用した乳腺 MRI の脂肪抑制改善補助具の開発」

選考理由 MRI による乳腺撮影での画像精度を向上させる装具をファントム実験を通じて開発した。本装具の使用により、乳腺 MRI 撮影の画像精度は改善し再撮影率が有意に減少したことが実際に示された。MRI 機器の有効利用ならびに患者負担の軽減に寄与する発明をなしとげたとも言える有用な研究報告である。

優秀賞 佐藤 宏 (小樽市立病院 心臓血管外科)

発表論文 「Estimation Model for Hypothermic Circulatory Arrest Time to Predict Risk in Total Arch Replacement」

選考理由 大動脈弓部置換手術における低体温循環停止時間を患者の背景因子、病状因子そして術者因子から予測しうる計算式モデルを導き出した。この計算式によって求められる低体温循環停止時間は実際のもとの高い相関を示し、術後合併症の発生を予測する独立した因子となることを見出した。大動脈弓部置換手術の周術期管理の改善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小樽市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、内容及び文字数

### 1) 原著

科学的妥当性の高い方法で得られた新しい知見であること。

- ・体裁：論文の種類、標題、所属科名、著者名、要旨（400字程度）、キーワード（4個以内）、緒言（はじめに、目的）、方法、結果、考察の項目に分けて記述すること
- ・本文：文献を含め原則12,000字以内
- ・文献：原則30編以内
- ・図表：原則10枚以内
- ・英文：文末に標題、所属科名、著者名、要旨（200語程度）、キーワードを記載すること

### 2) 総説

医学的課題あるいは医療的課題についての総括的論述であること。

- ・体裁：論文の種類、標題、所属科名、著者名、要旨（400字程度）、キーワード（4個以内）、緒言（はじめに）、本文の項目に分けて記述すること
- ・本文：文献を含め原則12,000字以内
- ・文献：原則30編以内
- ・図表：原則10枚以内

### 3) 報告（症例、調査、学会など）

医学医療の分野における興味深い臨床症例の報告、調査報告、学会等の報告であること。

- ・体裁：論文の種類、標題、所属科名、著者名、要旨（400字程度）、キーワード（4個以内）、緒言（はじめに）、症例、考察の項目に分けて記述すること
- ・本文：文献を含め原則8,000字以内
- ・文献：原則15編以内
- ・図表：原則8枚以内

### 4) 短報

医学医療の分野における調査報告、興味深い事例の報告であること。

- ・体裁：論文の種類、標題、所属科名、著者名を記述すること  
序文、本文の区別はつけずに記述すること
- ・本文：文献を含め原則3,000字以内
- ・文献：原則5編以内
- ・図表：原則6枚以内

### 5) その他

#### 1) ～4)の種類以外の報告

- ・体裁：論文の種類、標題、所属科名、著者名を記述すること  
序文、本文の区別はつけずに記述すること
- ・本文：文献を含め原則3,000字以内
- ・文献：原則5編以内
- ・図表：原則6枚以内



#### 4. 原稿の書き方

- 1) Microsoft 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常用漢字とする。
- 3) 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。
- 4) 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. 文献

- 1) 文献は、本文中の引用した箇所右肩に片カッコ付き番号を引用順に付し、引用文献の詳細は記載順序に従い、末尾に一括して記載する。

##### 2) 文献の記載順序

著者名は、3 名までを記載し、それ以上は、「～他」又は「～et al」とする。

- a) 医学雑誌等の場合：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 hamsterovary cell lines with pleiotropic, temperature-conditional defects in receptor recycling. J Biol Chem; 266: 11746-11752, 1991

- b) 書籍の場合：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。

- c) インターネット上の情報の場合：引用番号. 著者名. 題名. URL, 参照日

例 1) 小樽太郎：平成〇〇年度〇〇報告書：<http://www.〇〇>：2020 年 5 月 28 日参照

例 2) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: ATC/DDD Index 2016: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/). accessed December 21, 2019.

#### 6. 図表及び写真

図表及び写真は、掲載順に一連番号と表題（「図 1 表題」、「表 1 表題」）を記載する。また、Microsoft Word、Microsoft Excel、Microsoft PowerPoint で作成した図表及び写真は、すべてグレースケール（白黒）の画像データ (jpeg) に変換して提出するものとし、解像度は原則として 300dpi 以上とする。なお、図表及び写真の画像データは、本文には挿入せず、本文中の該当箇所に一連番号と表題を記載する。

#### 7. 校正

初校のみを著者校正とする。

#### 8. 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、掲載の可否を決定する。

#### 9. 原稿の提出

投稿原稿は正本 1 部と電子ファイルを提出する。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（患者支援センター）とする。

## 10. 刊行

小樽市立病院誌は年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。

## 11. その他

投稿論文は、基礎研究及び臨床研究のいずれにおいても生命倫理に十分な配慮がなされたものであること。また、個人情報保護のために必要な処置を講じたものでなければならない。

## — 編集後記 —

この度、第11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。

前号に引き続き、今号も新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも、日夜、適切な診療の実施に奮闘し、令和3年度の活動実績を掲載した号であります。

構成としては前号と同じく、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10編の投稿があり、掲載いたしました。

いずれも、診療業務等により多忙である中で作成され、「カタチあるもの」として遺された貴重な論文であります。

提出された論文の中で、職員のモチベーション向上のため論文表彰も行っておりますが、今号に投稿された論文の熱量そのままに、再び次号へ向けて多くの論文が投稿されることを希望しております。

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があったのものと思っております。御多忙の折、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	井原 達夫
顧問	櫻木 範明
委員	深田 穰治、金戸 宏行、今井 章仁、齋藤 祐介、 市村 亘、保科 大地、吉倉 明枝、北山 敬子、 鶴谷 勝実、阿部 俊男、小山田重徳、佐藤 耕司
事務局	橋本 幸一、新屋 祐司、中津江利子

## 小樽市立病院誌（令和3年度版）

令和4年12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 患者支援センター  
電話：0134-25-1211 FAX：0134-25-1600