

小樽市立病院誌

第12巻 第1号



The Journal of Otaru General Hospital

Vol.12 No.1 2023

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 12 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 12 巻が発刊されたことを誠に喜ばしく思う。令和 5 年における、当院の目指す重要課題は 3 つある。1 つ目は、敷地内薬局の開局と実際、2 つ目は地域医療支援病院の推進と実現、そして 3 つ目は公立病院経営強化プランの策定と実施である。これらの重要課題が円滑、円満に実施されるには職員皆さんの理解と協力、支援、そして貢献する行動が必要になる。

1. 敷地内薬局に関して：

- 1) 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る。
- 2) 医療従事者に大切なことは、それぞれの職種に求められる立場、役割をよく理解する、これまでの慣例や利権に固執せずに、柔軟な考え方、態度で時代のニーズに即応する。
- 3) 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と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、お互いに専門職として信頼、尊敬し合う、連携して共同作業をする。
- 4) 小樽市立病院は後志を含めた地域連携の重要拠点であり、アイン薬局と連携して地域医療の拠点となる敷地内薬局を創立する。

2. 地域医療支援病院に関して：

- 1) 地域医療支援病院とは地域医療の確保を図る病院であり、都道府県知事が個別に承認した病院である。救急医療の提供や病院の施設・設備を共同で利用できる体制、地域の医療従事者の質向上を図るための研修を行うなど、地域医療の中核を担う役割がある。
- 2) 地域医療支援病院に承認されるには 11 項目の承認要件をクリアする必要がある。最も重要な要件は救急医療の提供である。当院は救急搬送された重症患者をいつでも受け入れられるように、24 時間体制で検査や治療の体制を整える要件を満たす。

3. 公立病院経営強化プランに関して：

- 1) 総務省の「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」に基づき、小樽市立病院経営強化プランを策定する。

2) 当院の果たすべき役割・機能は：

- ①災害拠点病院として、救急医療、高度急性期機能の推進、小児・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供。②後志圏域唯一の地域がん診療連携拠点病院として、専門的がん医療の提供、連携協力体制の整備及び患者への相談支援や情報提供。③「かかりつけ医」をもつことを推進し、患者の紹介の積極的な実施等により、後志圏域で初となる「地域医療支援病院」の運営。④限られた医療資源である医師・看護師を確保しつつ、地域全体で効率的に活用すべく、基幹病院として関係医療機関への派遣。⑤後志圏域の精神医療の提供状況を踏まえながら認知症患者の診療。以上を実施する。

4. 掲載論文掲載に関して：

第 12 巻病院誌の論文数は 10 編である。部門別では病院局・事務部 4 編、外科系診療科 2 編、内科系診療科 2 編、看護部 1 編、検査室 1 編である。注目するのは有村院長と橋本次長の 2 編で、地域医療支援病院の取組と展望に関する貴重な論文である。

今回表彰された論文は当院での仕事を和文誌 9 編、欧文誌に 4 編掲載された 13 編から選定された。今回の最優秀論文賞は放射線室の大浦大輔主査の欧文であり、優秀論文賞は検査室の伊藤好樹主査の和文である。審査結果の詳細は本病院誌に掲載されている。二人の今後益々の活躍を期待する。

自分および所属する組織の仕事をアピールするには論文掲載が大変有効な手段である。投稿執筆者は他職員に対して論文作成、投稿を積極的に働きかけ、指導する。特に若手に対する指導は本人の成長、各部門と病院の発展に重要である。職員皆さんの健闘を祈る。

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	「思い出に残る挨拶メッセージを振り返る」 小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義	19
総説	「後志地域医療ピラミッド構想」 小樽市立病院 病院長 有村 佳昭	27
原著	「当院における肺がんマルチプレックス遺伝子検査の後方視的検討」 呼吸器内科 齋藤 淳 他	35
症例報告	「脳の灌流障害を併発した急性 A 型大動脈解離に対する外科治療の課題」 心臓血管外科 深田 穰治 他	41
症例報告	「腹腔鏡下胃内手術で摘出した胃内異物の 1 例」 外科 小野 仁 他	47
症例報告	「5-ASA 製剤に不耐を呈した潰瘍性大腸炎の一例」 消化器内科 谷向 慎矢 他	51
報告	「COVID-19 クラスタ施設への支援活動を通して捉えた課題と今後の自己の活動」 看護部 村上 圭子	57
報告	「当院におけるアプレシエティブ・インクワイアリ導入に関する考察」 事務部 佐々木真一 他	61
報告	「地域医療支援病院承認に向けた小樽市立病院の取り組み」 患者支援センター 橋本 幸一 他	69
短報	「当院の TAZ/PIPC (tazobactam/piperacillin) 使用状況と耐性菌の検出状況」 検査室 伊藤 好樹 他	77
学術業績		
学術発表、講演、講義、その他		81
学会・研究会座長、その他		93
学術論文、雑誌掲載、その他		98
セミナー、勉強会・講習会、カンサーボード、院内発表会		102
受賞・資格取得		105
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		133
検査室		134
放射線室		134
リハビリテーション科		135
臨床工学科		136
栄養管理科		137
内視鏡科		138
精神科医療センター		139
認知症疾患医療センター		139
患者支援センター		140
診療情報管理課		141
感染防止対策室		145
スキンケア管理室		147
緩和ケア管理室		147
外来化学療法室		148
院内委員会の活動報告		149
論文表彰		171
投稿規定		173
編集後記		176

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】
	大正 元	8	其他	福原病院は永井町 15 へ移転開業、旧福原病院は小樽病院と改称認可
		10	其他	量徳町の旧福原病院の建物敷地を買収、小樽病院開院
		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		医セ	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	医セ	市立小樽病院長橋分院の竣工式挙行
		5	医セ	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	医セ	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	医セ	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	医セ	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	医セ	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	医セ	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	医セ	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	医セ	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	医セ	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		医セ	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	医セ	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	医セ	市立小樽高島診療所に外科併設
1952	昭和 27	2	医セ	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	医セ	朝里町 63 に市立小樽市民病院附属朝里診療所を開設
		11	医セ	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	医セ	市立小樽高島診療所にレントゲン機導入
		12	医セ	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	医セ	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	医セ	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	医セ	市立小樽静和病院は医師公宅 1 棟新築
		12	医セ	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	医セ	市立小樽静和病院増築落成式挙行
		3	医セ	市立小樽市民病院附属朝里診療所廃止
		10	医セ	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	医セ	市立小樽静和病院は労災保険指定病院指定
		6	医セ	市立小樽静和病院は基準看護 3 類実施
		10	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	医セ	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		医セ	市立小樽市民病院は汽缶室を新設（47.64 坪）
		4	医セ	市立小樽静和病院は準看護 2 類実施
		6	医セ	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	医セ	市立小樽高島診療所廃止
1964	昭和 39	9	樽病	救急病院指定
1966	昭和 41	11	樽病	増改築工事着工（AB 棟）
1967	昭和 42	12	樽病	市立小樽病院新館で診療開始

1968	昭和 43	4	樽病	市立小樽病院高等看護学院開校（3 年課程、定員 1 学年 30 名）
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院は北海道教育委員会から学校教育法の規程により認可
1969	昭和 44	1	樽病	全国初のオープン病棟開設（病床数 37 床）
		7	樽病	増改築工事完了 許可病床数 550 床（一般 402 床、結核 148 床）
1970	昭和 45	9	樽病	市立小樽病院高等看護学院宿舎完成（定員 96 名）
1971	昭和 46	5	医セ	市立小樽静和病院・市立小樽市民病院・市立小樽療養所・市立小樽長橋病院の 4 病院の統合・成人病院化計画を市議会において検討
1972	昭和 47	4	医セ	市議会において、4 病院を閉鎖・統合した第二病院新設計画を発表
		8	医セ	市立小樽市民病院閉院（4 病院統合新築のため）
		10	医セ	市立小樽第二病院建築着工
1973	昭和 48	10	樽病	市立小樽病院附属保育室開設（定員 30 名）
1974	昭和 49	3	医セ	市立小樽静和病院精神科作業療法施設承認（道内第 1 号）
		8	医セ	市立小樽第二病院完成
		9	医セ	市立小樽静和病院、市立小樽療養所、市立小樽長橋病院廃止（4 病院統合新築のため）
		9	医セ	市立小樽第二病院落成式挙行、開院は看護婦不足のため延期
		9	樽病	放射線科新設
		11	医セ	11 月 5 日 市立小樽第二病院開院・診療開始 診療科目 内科、脳神経外科、精神神経科 病床数 300 床（一般・結核 150 床、精神神経 150 床）、別に伝染病床 45 床
1975	昭和 50	4	医セ	人工透析開始
		9	樽病	市立小樽病院看護婦宿舎新築工事完了（定員 30 名）
1976	昭和 51	3	医セ	結核病棟廃止
		5	医セ	胸部外科開設（50 床）、人工透析室併設（10 床）、精神・神経科 50 床増床（開放 150 床、閉鎖 50 床）
		8	樽病	麻酔科新設
1977	昭和 52	6	樽病	日本麻酔学会による麻酔科研修施設指導病院認定
1978	昭和 53	3	医セ	神経内科外来開始
		12	医セ	CT・アンジオ棟増築（141m ² ）
1979	昭和 54	2	樽病	防災施設（消防用）工事完了
		6	樽病	市立小樽病院オープン病棟 10 周年記念式典挙行、市立小樽病院オープン病棟 10 周年記念誌発刊
		7	医セ	人工透析室拡張（病床 17 床）
1981	昭和 56	11	樽病	R.C.U 3 床届出
1982	昭和 57	3	樽病	全身用 X 線コンピューター断層撮影装置（CT スキャナー）導入
		4	医セ	伝染病隔離病舎改築（病床 25 床）
1983	昭和 58	4	樽病	社団法人日本整形外科学会による研修施設認定
		12	医セ	胸部外科外来棟増築（149.76m ² ）
		12	医セ	外科診療棟竣工、胸部内科と内科の 2 診体制開始
1984	昭和 59	11	樽病	日本消化器外科学会専門医修練施設認定
1985	昭和 60	6	樽病	許可病床数変更 550 床（一般 503 床、結核 47 床）
1986	昭和 61	1	医セ	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 ² ）
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	医セ	循環器科新設
		10	樽病	臨床研修病院指定
		10	共他	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	共他	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	共他	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	共他	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	共他	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	共他	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	医セ	下肢静脈瘤専門外来開設
		9	医セ	血管造影撮影装置導入
		9	共他	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	医セ	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	医セ	給食業務委託
		5	共他	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	医セ	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	共他	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	医セ	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	共他	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	共他	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	医セ	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	共他	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）
2010	平成 22	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
		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

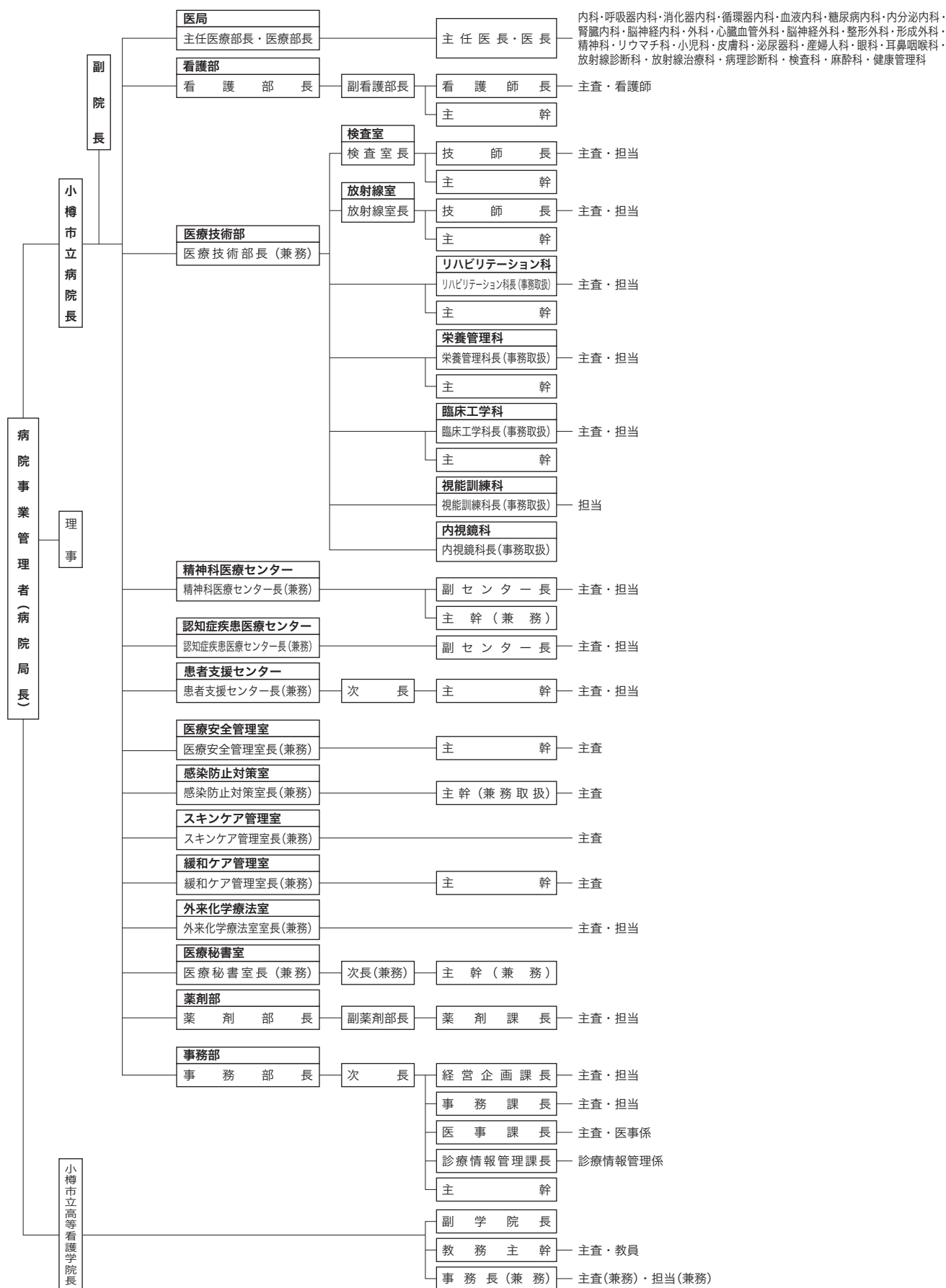
2010	平成 22	6	其他	診断群分類包括評価支払制度（DPC/PDPS）準備病院指定、医療安全管理室設置
		7	其他	新市立病院の基本設計に着手
2011	平成 23	3	其他	市議会は新市立病院実施設計費を可決
		4	其他	東日本大震災被災地救援のため DMAT を気仙沼市に派遣
		4	其他	小樽後志地域医療連携システム（ID-Link）運用開始
		10	其他	広報部門・院内 LAN・病院年報・市民講座の各部門で専門委員会発足、両院統合へ準備
2012	平成 24	1	其他	電子カルテシステム導入
		2	其他	両院の広報誌を統合し、病院広報誌「絆」創刊
		3	其他	新市立病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 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指定
		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
2022	令和 4	11	腫瘍内科開設

建 設 概 要		
1	名称	小樽市立病院 (平成 26 年 12 月 1 日開院)
2	所在地	小樽市若松 1 丁目 1 番 1 号
3	敷地面積	14,882.85m ²
4	建築面積	7,342.61m ²
5	延床面積	30,862.52m ² (実床面積 30,335.01m ²)
6	階数	地下 1 階、地上 7 階、搭屋 1 階
7	構造種別	鉄筋コンクリート造、免震構造
病 院 の 概 要		
8	病床数	388 床 (一般 302 床、精神 80 床、結核 4 床、感染 2 床)
9	診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、糖尿病内科、内分泌内科、腎臓内科、脳神経内科、腫瘍内科、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	駐車場：250 台 (内、身体障がい者用 5 台) 病院正面：車イス・身体障がい者用 15 台 (ご本人が運転して来院する場合)

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
日本呼吸器内視鏡学会認定施設
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
日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設
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4年4月）



論 文

思い出に残る挨拶メッセージを振り返る

並木 昭義

小樽市病院事業管理者・病院局長

要 旨

病院行事として辞令式、記念式、年末・年始の式など重要な式典・会合がある。挨拶メッセージは式典・会合の目的と参加者の仕事、立場、役割の意義を十分に考慮して作成される。この言葉は人が円滑、円満に生活、仕事をするうえに重要である。

私は小樽市病院事業管理者・病院局長としての15年間で50回を超える公的式典・会合に参加して、その場に相応しい挨拶メッセージを述べるように努めてきた。今回5つの代表的な思い出に残る挨拶メッセージを提示し、それぞれの時代における当院の状況と対応策について明示した。

まず1つ目は平成21年病院事業管理者・病院局長の就任挨拶と記念講演でのメッセージ、2つ目は平成30年小樽市立病院90周年記念式典・祝賀会での開催挨拶の式辞、3つ目は平成27年仕事始めの挨拶と新病院開院に当っての心構えのメッセージ、4つ目は令和元年仕事納めの重要な挨拶メッセージ、5つ目は令和3年の仕事納めと4年の仕事始めの連携挨拶メッセージについて述べた。

キーワード：病院行事、挨拶メッセージ、仕事・立場・役割の意義

はじめに

私の重要な仕事として、私の立場、役割を果たすために挨拶する機会を活用して私のメッセージを伝達することである。

私は札幌医科大学の教授を退職後、第二の人生として、小樽市病院事業管理者・病院局長に就任して貴重な経験を積んで現在に至った。特に私の仕事、立場、役割の意義と活用をしっかりと理解して適切に活動することが極めて大切である。この行動は人が生活、仕事を円滑、円満に実施する重要な伝達手段の一つである。

1. 人の仕事、立場、役割の意義とあり方

人は仕事を通して人生を経験し、成長する。人は仕事の意義とあり方についての情報、知識を、自らの会話、見聞、読書、経験などを活用することで学べる。¹⁾

1) 人の仕事の果たす意味

- (1) 仕事の意義：丹羽宇一郎氏は「人間の仕事とは、人が人のためにする仕事、人の成長を育むようにする仕事をいう。仕事の向こうに常に人の幸福を見据えていることが本当の仕事である」と述べた。
- (2) 仕事のあり方：松下幸之助氏は「自分は病弱であったが、毎日必死に仕事をした。そのお蔭で会社が発

展した。会社はお客の満足のため、社会、国に貢献するために仕事を優先させることで社会から信用を得た」と述べた。

- (3) プロの仕事：プロ社会は実力主義で生存競争が厳しく、辛い。しかしそれを乗り越えることで成長し、周囲、社会から高く評価される。大相撲の世界では、ある親方が「辛抱、努力、根気の心構えをもって地道に、真剣に、激しく稽古に励まなければ幕内力士になれない」と語った。三役力士と幕内力士の差は「土俵での立ち合いの勢いとスピード、取り組み中の集中力、そして最後の詰め厳しさと粘り」にある。横綱の日馬富士は「相撲のことを24時間真剣に考えて行動しなければ横綱になれない」と語った。
- (4) 教授の仕事：私は札幌医大麻酔科学教室の教授として22年間にわたり仕事に従事した。その間共に働き、指導した教室員の中から、現在までに14名が学内外の教授に就任した。私は彼らに教授としての心構えを伝えた。それは「1番よく働く、人に謙虚で好かれる、感謝して信頼される、貢献して尊敬される、麻酔科医として知識、技術、人格を磨き一流を目指すこと」である。当教室出身の教授達が仕事のできる麻酔科医として高く評価されていることを嬉しく思う。瀬戸内寂聴氏は「仕事で成功した人は

自分だけの手柄ではなく、部下や同僚、上司などの協力がある、謙虚さと感謝の気持ちを持ち合わせている。そして頭の良さだけでは世間を渡っていけない」と語った。

- (5) 病院局長の仕事：私は仕事をしていく上で重要な活動テーマの語句を活用した。

- ①. 「オイアクマない精神」を実践する。この精神の基本は円滑、円満な人間関係で組織が運営され、仕事の成果を上げるには主観的な考えや行動をとるのでなく、状況を冷静かつ大局的な見地から客観的に考え、行動する。具体的には「オ、怒らないで叱る。イ、威張らないで相手の立場で考える。ア、焦らないで原点に戻って考え直す。ク、腐らないで視点を変えて行動する。マ、負けないで頑張る」である。
- ②. 現場主義を重要視する。重要な課題は現場にある。そこから情報がスピーディーに正確に伝わる、できるだけ上層部が現場に直接行き、実情を正確に把握する、そして早急に対応を考え実行することが大切である。それで現場は納得、安心、安定する。
- ③. 時代の変化に適応するよう意識改革し行動する。人は周囲の状況を自分の都合の良ように解釈し、またこれまでの慣例を鵜呑みにして行動する。それを防ぐ方法として日常業務の見直し、方針、改善事項の浸透、成果の検証を実行する。
- ④. 職員の意識を変えるには、情報の公開、共有、活用を積極的に行う。病院局長は円滑、円満な人事と効果的な仕事の配分を実行する。

2) 人の立場と役割の果たす意味²⁾

- (1) 人生においてその人の立場、役割の果たす意味を知って行動することが重要である。立場は人を作る、人を変える、人に教えることによってその人の思考、態度、行動に大きな影響を及ぼし、その人に果たすべき役割を与える。役割はその人に割り当てられた任務である。人は立場に相応しい役割を果たさなければ評価されない。立場を得るために一生懸命に苦労、努力することは、人間力のある人を作る。人は得られた立場を謙虚に受けとめて善用することで周囲に喜び、幸せをもたらす。
- (2) 人は立場での仕事、行動によって周囲から評価されることを認識する。その立場を離れるとその人のこれまでの実績や人間性を周囲から厳しく評価さる。
- (3) 私の人生において立場と、役割の果たす意味は重要であった。立場を得るには与えられた機会に果敢に

挑戦する場合と、周囲から強力に要請、支援される場合がある。その立場を成し遂げるにはその立場に相応しい実力、実績を付ける切実感、組織の発展、人の成長を図る使命感、そして組織の円滑、円満に運営する責任感が必要である。

- (4) この世の中を元気に活動、活躍し自分の立場と役割を立派に果たしていくには、基礎体力を鍛え、体質を改善し、体調を整えて総合体力を維持することが重要である。

2. 私の代表的な思い出に残る挨拶メッセージの提示

1) 小樽市病院事業管理者・病院局長の就任挨拶と記念講演のメッセージ³⁾

2009（平成 21）年 4 月に 2 カ所の市立病院（市立小樽病院、小樽市立脳・循環器・こころの医療センター）で私の就任挨拶と記念講演が行なわれた。テーマとして「これからの医療と医療人そして新小樽市立病院に求められるもの」を取り上げた。

- (1) 私の経歴：1969（昭和 44）年に札幌医科大学を卒業し、それ以来 40 年間に渡り医師・麻酔科医として活動し、そのうち 22 年間麻酔科学講座の教授、2 年間札幌医科大学医学部附属病院長そして 2007（平成 19）年から日本麻酔科学会の理事長を務めた。これらの活動を通して常に考え、行動してきたことは世の中から求められる麻酔科の発展と麻酔科医の育成であった。これまでの経験、知識そして実績は小樽市立病院の医療を担ううえに大いに役立つと確認する。
- (2) 医療環境の変化：激変する社会環境の中で、医療環境も大きく変化している。これまでの「医療は提供するものである」という考え方から、「医療は求められるものである」との認識を持たなければならない。「医療は提供するものである」とは医療者側の立場に立った医療である。「医療は求められるものである」とは患者・家族、そして国民の立場に立つ医療である。
- (3) これから医療に求められるものは患者・家族に満足と安心感を与える医療、国民に幸せと希望を与える医療、患者・家族、そして国民から選ばれる医療である。具体的には①患者中心の医療：患者の権利と満足度を重視、②高度の医療：チーム医療の実施、③質の高い医療：Evidence Based Medicine (EBM) に基づく医療、④効率的な医療：クリニカルパスの実施、⑤安全な医療：リスクマネジメントの確立である。
- (4) これから病院に求められるもの

- ①病院が何のために存在しているのか（理念）、今後何をしようとしているのか（基本方針）を明らかにする。
 - ②企業・組織からシステムのあり方、経営、管理の仕方を学び、病院の組織機構の改革や職員の意識改革を行う。
 - ③外部からの客観的意見、助言、そして評価を受けて、実質的に改善、改革を進める。
- (5) 病院の改革と医療の質の向上を図るには
- ①病院のすべての職種の人達が同じ目的を持って同じ方向に力を出す。
 - ②人材が必要である。前向きな知恵を出すもの、勇気がある判断を出すもの、そして真摯に汗を出すもの達である。
 - ③病院で働くものは自分の言動に責任をもつ、病院と自分との役割を客観的かつ冷静に判断して行動する、そして病院の要請に応えられる実力、実績を身に付けることである。
 - ④管理者は職員との信頼、協調関係に配慮し、かつ職員の仕事、行動に責任を持つ姿勢で臨み、職員達に思い切って、安心して仕事ができる環境作りをする。
- (6) 医師として人間として求められるもの
- ①しっかりした研修、修練を受けている。
（出身大学ではなく、どここの病院、診療科で研修、修練を行ったかが重要）
 - ②医師としての実力、実績、経験があり、客観的に高い評価を受けている。（学会発表、論文作成が重要）
 - ③医師としての職業意識を持っている。
（医療は24時間、365日の仕事を自覚、患者本意の姿勢）
 - ④医師として望まれる人間性、優れた個人能力を持っている。人間性として、患者が望むのは明るさ、誠実さ、思いやり、優しさ、安心感、信頼感である。そして常識ある社会性として、挨拶ができる、規則を守る、自分の言動に責任を持つことである。
- (7) この厳しい時代を生き延びる組織の要件
- ①組織に思いやりがある、コミュニケーションがよくとれている、そして前向きな姿勢で実行している。
 - ②そこで働く個人は、相手への思いやりで自分の求められているもの、よく対話することで自分の果たすべき目標を知る。
 - ③そして前例や経験に囚われずに実行することで自分の成長がわかる。
 - ④組織の発展には個人の成長が必要である。
- (8) これから小樽市立病院に求められるもの
- A. 小樽市病院事業管理者を受諾した理由は：
- ①. 1976（昭和51）年に市立小樽病院の麻酔科創設に当たり、先代教授（小樽市出身）から市立病院の麻酔科診療だけでなく、小樽市民のために働くように言われた。今回は病院経営、病院新築問題で難渋している状況であるので、その打開のために働くチャンスを与えられた。
 - ②. 3月31日で定年を迎えることで、新しい仕事に就き易いこと、教授、病院長の経験そして日本麻酔科学会の会長、理事長として医学、医療界の管理運営に携わってきたことが注目、評価され、指名された。
 - ③. 札幌医科大学では小樽市、小樽商科大学と連携して地域医療の推進プログラムを企画しており、その実行、実現のために人を必要としていた。その役割を担うために指名された。
 - ④. 小樽には教授時代に麻酔科を開設した病院（小樽第二、済生会、掖済会）があり、その院長とも親交が深く、また医師会にも知人が多いことから働き易いと思った。
 - ⑤. 小樽は札幌から近く、自然に恵まれ、歴史のある魅力的な都市であり、働き甲斐があると思った。
- B. 病院事業管理者・病院局長としての心構えと方針は：
- ①. 着任の第一目的は病院経営の赤字化を解消をするだけでなく、市民および周辺住民に最良の医療を供給し、安心、信頼されることで病院を立て直していくことである。
 - ②. そのためには両病院を統合して新病院を開設させ効率的で質の高い医療そして経営面を安定させるように早急に対応策を立てる。
 - ③. 小樽市立病院は公立病院として市民および周辺住民に必要とされる質の高い医療を提供していくことである。
 - ④. 早急の対策としては収入を上げるには医師の補充、増員が必要である。収益を上げるにはこれまでの慣例を見直し、医師が診療に専念できる体制、無駄な、非効率的なことを行わない、収入になることを見落とさないなど改善すべきことを積極的に行い、一方支出を極力抑える。
 - ⑤. 新病院開設まで時間を要するので、両病院の職員にはすでに1つの病院に統合されているものと自覚し、相互診療の実施、各部門毎に会合、勉強会を適宜開催し、情報交換、知識、技術の習得に努め、積極的に病院内外で発表し、レベルを向上させるように心掛ける。

- ⑥. 職員が希望とやる気を持って仕事していけること、安心、納得、幸せを感じられる環境を作ること、行った努力、苦勞が適正に評価され、何らかの報酬のえられる制度を作ることが必要である。
- ⑦. 病院の実情を職員だけでなく、マスコミ、市民によく知ってもらうため、情報公開、広報活動を行う。また市民によるボランティア活動を受け入れる。
- ⑧. 小樽市立病院はこれからがん診療に力を注ぎ小樽、後志地区のがん診療連携拠点病院を目指し、がん患者の治療および緩和医療を行う。
- ⑨. 小樽市立病院は小樽市内だけでなく、後志特に北後志地区の病院、診療所さらには札幌の第三次医療病院と医療ネットワークを構築し、患者の医療情報を円滑、適正に伝達、活用することでセンター病院としての役割を果たす。

2) 小樽市立病院 90 周年記念式典・祝賀会開催の式辞⁴⁾

(1) 病院統合、新築の経緯：

- ①当小樽において、大正時代の中頃から多くの市民らの「おらがまちにおらが病院をほしい」との気運が高まった。市当局はその要望に応じて、昭和3年(1928年)に総合病院の市立病院と結核、伝染、精神科などの専門病院を開設した。しかし当初より病院の組織体制、経営、運営について多くの困難な事態に遭遇してきた。
- ②この事態を打開するため2008(平成20)年に当時の山田勝磨市長は病院事業に地方公営企業法の全部適用を採用し病院の管理運営を専属の管理者に任せることを決断し、そして札幌医科大学今井浩三学長に協力、支援を要請した。そこで私が翌年の4月から病院事業管理者として赴任した。
- ③この赴任に当たり周囲の人達から「火中の栗を拾うことになる」と忠告を受けたが、この仕事が私に与えられた使命であると判断し、喜んで受諾することにした。

(2) 私の重要な3つの任務：

- ①2つの市立病院の統合・新築である。質の高い、効率的で、安全・安心の医療ができる、コンパクトな病院を建設することにした。
- ②病院の経営改善である。患者に信頼される最良の医療を行うことを最優先して収益を上げることにした。
- ③医師確保である。医師派遣先の大学教室にとって必要かつ希望する病院になることを心掛けた。

(3) 私は就任して嬉しかった3つの出来事：

- ①両病院の全職員が私の見解、方針を受け入れ、同じ

目標に向って共に行動してくれた。②全会派の市議会の皆さんが私を温かく支援してくれた。各議員は新病院実現が多くの市民の強い願望であることをよく知っていた。③新病院移転先の量徳小学校の児童からうれしい贈物があった。彼らの患者用4輪歩行器を寄贈する心やさしさと時代の流れの変化に敏感かつ正しく反応する直観力と適応力のすばらしさに感心した。

- (4) 新病院は2014(平成26)年12月にめでたく開院：その際に作成した病院の理念と5つの基本方針を旗印にして歩み始めた。

①当院の理念は「市民に信頼される質の高い総合的医療を行う地域基幹病院を目指す」でした。この趣旨は3つの要素から構成されている。1つ目は信頼される質の高い医療を行う。それには診療の質、患者安全・サービスの質、病院経営の質、教育・人材育成の質を高める。2つ目は総合的医療を行う。それには診療に当るすべての部門、職員が連携して医療を行うこと、医療のセンター化とチーム医療を実施することでした。特に当院ではがん診療センターを設置して地域がん診療連携拠点病院を目指した。3つ目は地域基幹病院の立場、役割をしっかりと認識して、それに相応しい体制作りと活動を行うことでした。それで当院は地域医療支援病院を目指した。

②基本方針にある健全で自立した病院経営の実施は最も重要な事項でした。現在新小樽市立病院改革プランの実施中であり、近い将来に黒字化を目指した。なお外部評価委員から経営面でまだ伸び代があると指摘されたので、民営的経営手法を見習ってしっかり対策を立て経営改善を進めることにした。

③2018(平成30)年に小樽市立病院90周年記念式典・祝賀会を盛大に開催した。当院と医師会の共同事業のオープン病床が開設して50周年を迎えるので、共に祝うことにした。

3) 平成27年仕事始め挨拶と局長メッセージ⁵⁾

新小樽市立病院開院の仕事始めに当たり一言挨拶と新病院開院に当っての心構えのメッセージを述べた。開院式典が厳粛ななかにも和やかな雰囲気で行われた。

(1) 挨拶メッセージで強調した5項目：

- ①1つ目は立派ですばらしい病院が建設されたので、この病院の診療、運営が円滑、円満に行なわれ、患者、市民に喜ばれる診療と地域に信頼される医療に深く関わり、貢献していくことである。
- ②2つ目は当院の新築工事起工式、定礎式、竣工式、植樹式、メモリアルガーデン開園式、病院見学

会、患者搬送そして開院式の全ての行事が天候に恵まれた。新病院建設が天から祝福されているようで大変嬉しく、幸せと感謝の気持ちで一杯になった。

- ③ 3つ目は新病院の円滑で円満な診療と運営が実現するように職員の皆さんには熱い意気込みと強力な実行力を切望した。そして早急に取り組むべき具体的な2項目の4つ目と5つ目がある。
 - ④ 4つ目はことわざに新しい皮袋には新しいブドウ酒を入れる。その理由は古いブドウ酒が新しい皮袋に馴染まず、自分勝手に発酵して、袋をさいてしまうからである。すなわち新しい病院には新しい意識と意欲をもった職員に働いてもらうことが重要である。
 - ⑤ 5つ目はこれまでのそれぞれの病院の慣例、既得権にとらわれずに新しい病院の理念と基本方針に従って働くことが大切である。
- (2) この社会の組織の中で働き、生きていくうえに必要なことは：
- ① 組織には人が必要である。人には教育が必要である。教育には人間関係が必要である。人間関係には信頼と尊敬が必要である。そして組織の発展には人の成長が必要である。
 - ② これから病院という組織が発展していくには病院内と外でのチームワーク、すなわちチーム医療に力を注ぐことが必要である。職員が成長するには個々人のモチベーション、コミュニケーション、パフォーマンスを最大限発揮し、活躍することが必要である。
- (3) これから医療は選ばれる時代になるとは：
- ① 病院は患者、市民、医師、医療スタッフ、大学の教室そして一般社会から選ばれる。選ばれる病院の要因は働きやすく働きがいがある、待遇面や生活環境がよい、適正な人事評価をしてくれることである。
 - ② 当病院の特徴は医師数が不足しているため総医療収益が少なく、人件費率が高く、赤字体質である。これを解決するにはどうしても2つの病院の統合、新築が必要である。
 - ③ 幸いなことに早速医師の人事面で新築効果がみられた。それは医師数の増加によって余裕をもって診療、臨床研究、教育を行うことができ、質の高い医療、患者サービスそして病院経営面で大きなプラスになり、当院の評価が高まっていく良循環が形成されることである。

4) 令和元年小樽市病院局仕事納め・忘年会の挨拶と重要な局長メッセージ⁶⁾

私はこの1年間当院にとって重要な2つの指針を述べてきた。

- (1) 病院を取り巻く状況が時代の変化とともに変わっていくのでこれまでのやり方を絶えず見直すこと、病院方針、各部署の連絡指示を確実に浸透させること、そして現場の状況をしっかり検証して、成果が上がるようよく話し合い、解決できない問題点を上司および理事会に報告することである。
ある医療コンサルタントは経営のよい病院では現場への対応を大切にすることで末端の職員までが経営改善に熱心に取り組んでいると語っていた。
- (2) 病院で質の高い、円滑、円満な医療が行なわれるには、職員個々人の経験、実力に相応しい立場、役割を自信を持って果せるように考慮、実現する。すなわち若い人達は自分の診療を通して専門の知識、技術を修得すること、中堅の人はチーム医療を重視して自分の診療科が他の診療科、部門の人達に役立つように努めること、そして病院および各部門の幹部は病院管理者の立場から自分の診療科、部門の仕事を客観的にみて、有益に活用されるように指導することである。
- (3) 私はこの1年を振り返り、社会での出来事、病院での出来事、そして個々人の出来事の中で特に印象に残ったことについて述べる。

① まず、社会での出来事では、今年は時代が平成から令和に変わり、両天皇と皇后陛下の退位と即位の儀式が厳かに執り行われた。

a 両天皇と皇后は自分の立場、役割をしっかりと自覚され、誠実に責任を果された。特に両天皇のお姿には品格と威厳があり、両皇后には気品と優雅さが漂っており、国民の象徴として誠に立派な立ち振る舞いに感動した。

b 一方最近のマスコミ報道で驚くべきことは政治家、官僚、役人そして経済、芸能、スポーツ、さらに医療界において不誠実、不信、無責任な言動を行う者や自分の立場、役割を弁えずに自己中心的でかつ公私混同の態度を平気でとる者が相当数いた。彼らの行動には呆れ果て、強い憤りを感じた。彼らのような者は歴史の中で繰り返しみられており、人間の愚かさ、弱さ、高慢さを示すものであった。

② 次に病院での出来事では、病院経営が苦境に陥ったことが今年の最も重大な問題でした。当院では自治体病院に課せられた経営の黒字化を達成するために

病床稼働率 90%以上を維持することを実施した。

しかし残念ながらそれを達成される体制、力量、熱意が不十分であったこと、その状況を私はじめ上層部の見直し、認識、対応が甘かったことにより、その見直しを余儀なくされた。そのことを深く反省した。

(4) さて、個々人での出来事において、特に印象と教訓になったものがあつた。

①群馬県の医療法人理事長の田中志子先生でした。彼女は「私はこの仕事をして職員や患者から喜ばれるので楽しい。子供達も私の仕事を理解して協力、励ましてくれるので嬉しい。そして地域住民からも私の仕事が喜ばれているのです」と笑顔で話された。田中先生の話には楽しい、嬉しい、喜ばれるとの明るく、素直で、前向きな言葉が使われた。これはプロの医療人の資質として最も大切なものであり、感心した。

②ニトリの会長は今日このような立場、状態になれたのは、自分の実力 30%、あと 70%が自分の不遇の時に支援、協力してくれた人達との人間関係のお蔭である。これら信じ合える人達と仕事をすると楽しく、前向きな仕事ができると語った。

③現在の当院職員にとって大切なことは「自らを信じ、仲間を信じて、積極的に仕事に当れば必ず道は開かれる」という教訓を実行することである。私は皆さんが自分の隠れた才能に気付き、才能を磨いて有効に活かし、そして意欲的に院内外で活動する。それを地道に継続していくことで医療人として大きく成長し、病院の発展に大いに寄与するものと確信している。

5) 令和 3 年の仕事納めと令和 4 年の仕事始めの連携挨拶メッセージ⁷⁾

さて時代は大きく変化し、昨年の令和 3 年は歴史の節目として色々な出来事があり注目された。

(1) 令和 3 年は 4 つの重要な課題を取り上げて、それぞれの対応に追われた。そして、それら課題の対応は今年の令和 4 年に引き継がれた。

①「新型コロナウイルス対策」であり、その実績、経験が論文掲載され、当院および他の施設の医療従事者達に役立っている。

②「病院機能評価更新審査」に合格し、認定病院継続になった。現在はサーベヤー達との面談の講評で問題を指摘された箇所の改善対応を行っている。

③「地域がん診療連携拠点病院更新申請」に合格し、指定病院継続となった。現在はがん診療の円滑、円

満な運営の体制づくりに精を出している。

④病院の環境整備のため「敷地内薬局設置事業」に企画から今年度完成までの具体的作業を行っている。

(2) 令和 4 年では新しい重要課題を 4 項目取上げた。

①「働き方改革の実行」である。研修医、若手医師の健康が損なわれない、研修、診療が効率的に実施される。そして余裕のある時間を活用して自分を磨ける配慮が大切である。

②患者に安全・安心そして質の高い医療が提供されるために「職員定数の増加」を要求する。これは当市の財政状況が厳しいことから議会の承認を得ることは困難が予想される。しかし現在の当院の安心、安全な運営に必要であることを強調する。そのために誠意と透明性をもって説明する。幸いにも 40 人枠の増員が認められる。

③「地域医療支援病院の認定」を目指す。当院の医療体制、設備、器機は十分に整っており、小樽・後志地域の医療機関、住民の期待に十分に答えられる。現在は認定条件を満たすため患者紹介率、逆紹介率の増加に努めている。

④「医療機器のデジタル化、医療情報システムの整備」を推進する。医療関係における IT の進歩は目覚ましく、その適正使用はこれからの医療に欠かせないものである。

(3) 令和 4 年においては総計 8 項目の重要な課題に取り組むことになる。職員の皆さんには大きな負担を掛けることを危惧する。このような状況を解決する対応策が急務である。

①ポジティブな思考と行動力により自分の仕事の責務を果たす人達が必要になる。ポジティブな人はどうしたら解決するか自分でよく考えて、多くの人達と連携を取り合って積極的に行動し、組織、社会の成長、発展に導くように尽力する人間的特性を有している。

②当院の職員達の特性として、自分の長所、能力を正しく知らずに、その力を十分に発揮できないでいる者が見られる。これらの人達は当院にとって大変惜しい人材であり、彼らの活用が急務である。

③職員達にはこれまでの自分の思考、慣習に捉われずに勇気を出してポジティブな発想や行動を取ってみるようくり返し指導する。それにより自信が付き、新しい力が発揮され、組織、社会に大きく貢献することが期待できる。

むすびに

実際の職務に携わる職員の方々にとって大切な心構え

を5項目明示する。

- (1) 自分に何が求められるか気づくこと、どのようにすれば出来るかよく考えること、そして成果が得られるように懸命に行動することが必要である。
- (2) この行動するにはあせらず、あわてず、あきらめずの気持ちと明るく、素直で、前向きな態度をもって目的に向って一団になって進むことが大切である。
- (3) 全国学会に自分達の研究、経験を発表し、アピールすることは自分達の仕事のレベルに気づき、その医療の質を高めるのに大切な行動になる。
- (4) この医療の質を高めることに気づき、考えて、行動することは職員個人の成長だけでなく病院の発展にも大きく貢献する。
- (5) この病院という組織が円滑、円満に管理、運営されるには職員の教育、人材育成の質を高めることが大切である。以上

皆さんにはこの世の中は日々変わって行く、常識も規則もどんどん変わって行くので変化に寄り添える柔軟な心を持って元気に活動することを期待する。

参考文献・資料

- 1) 並木昭義：仕事の意義とあり方，新春随想 北海道医療新聞 新春特集号 2020年1月
- 2) 並木昭義：人の立場と役割の果す意味を考える，新春随想 北海道医療新聞 新春特集号，2017年1月
- 3) 並木昭義：小樽市病院事業管理者に就任して思うこと，小樽市医師会だより 75：50-51，2009
- 4) 並木昭義：「小樽市立病院90周年記念関連行事」式辞，小樽市立病院誌 7：193-194，2018
- 5) 並木昭義：新市立病院の開院を迎えて為すべきこと，小樽市医師会だより 86：17-20，2015
- 6) 並木昭義：令和元年小樽市立病院仕事納め・忘年会の挨拶，小樽市立病院 CoMedix2020年1月8日
- 7) 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 100：17-20，2022

後志地域医療ピラミッド構想

有村 佳昭

小樽市立病院 病院長

要 旨

地域医療は、少子高齢化、医師偏在・フリーアクセス、働き方改革などそれを取り巻く潮流に翻弄され最大の危機に瀕している。持続可能な地域医療構想として、ここに後志地域医療ピラミッド構想を提唱する。すなわち、当院は、医育機関との強い連携を維持し、若い医師に選ばれる病院として限られた医療資源を集約し、急性期機能を担う砦として、後志圏域唯一の地域医療支援病院を目指している。地域医療支援病院は、公立病院経営強化プランと親和性が高く、むしろそれを具現化する類型である。健全な経営のもと、必要な時に、必要な患者に、質の高い専門的な医療を適宜提供できる健全な医療が可能となる。未来を見据えると、これは結局、市民のための基幹病院となることを表明することに他ならない。これを契機に当該圏域の各医療機関の「機能分化」を促し、「連携強化」を図ることでこの危機を乗り越えるべく強いリーダーシップをもって臨むつもりである。

キーワード：地域医療支援病院、公立病院経営強化プラン、地域医療構想

1. はじめに

小樽市立病院の基本理念は、市民に信頼され質の高い総合的医療を行う地域基幹病院を目指すことである。その基本方針は、患者中心の医療、急性期医療、質の高い医療、地域医療支援、健全な病院経営の5項目である。現在、道内の自治体病院として札幌、函館、釧路に次いで4番目の地域医療支援病院の申請に向けて取り組んでいる。これに関する当院の医療体制、設備、器械は十分に整っており、小樽後志圏域の医療機関、住民の期待に十分に答えられると思われる。

現在、地域医療は、少子高齢化、医師偏在・フリーアクセス、働き方改革などの医療を取り巻く潮流に翻弄され最大の危機に瀕しているといって過言ではない。本稿では、当院がなぜ地域医療支援病院を目指しているのか、そしてその危機をどのように乗り切るつもりなのかに関して職員の道標となれば幸甚である。なお、本稿は、医師会だよりに寄稿した拙論を一部修正・加筆したものである¹⁾。

2. 市立病院のミッション

(1) 小樽市立病院のミッション

2022年7月7日から8日の2日間第72回日本病院学会が島根県立中央病院 病院長 小阪 真二会長の元、成功裏に開催された。「自治体病院のミッション

と病院経営」と題した会長講演の最初のスライドは、全国自治体病院協議会が作成した「自治体病院の倫理綱領」であった。すなわち、自治体病院は、都市部からへき地に至るさまざまな地域において、行政機関、医療機関、介護施設等と連携し、地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命とするというものである。これを受けて、小阪先生の新人教育における病院長訓話では、「当院は、やりたい医療を行うところではなく、住民が必要とする医療を行うところである」と説明しているという²⁾。言い得て妙と感銘を受け、小樽市立病院のミッションとして「市立病院はやりたい医療を行うところではなく、市民が必要とする医療を行うところ」に決めたいので、この場をお借りして広く周知したい(図1 小樽市立病院のミッション)。

👉 「市立病院は、やりたい医療を行うところではなく、市民が必要とする医療を行うところ」

👉 「断らない」医療を行うところ

図1. 小樽市立病院のミッション

(2) 現状と問題点

上述したミッションに忠実になればなるほど、紹介状のない軽症患者が多数来院するのは自明の理である。当院でも例に漏れず、多い時には一日 1,000 人以上の外来患者が訪れることすらある。当院の外来は 700 名程度の患者を想定に設計されていると言うのであるから、その多さは当然看過できるものではない。これが医師に過重な負担となり、その結果、外来待ち時間の長期化に繋がり、コロナ対策上、医師の働き方改革上、ひいては病院経営上も好ましいとは決して言えない。さらには、これらの軽症患者に限られた入院病床を占拠してしまい、外来のみならず入院、手術の待ち時間を長期化させ、最悪、救急患者のお断りの事態を招く場合もあるからである。したがって、医師や看護師を含めた職場の環境改善、「手術」「救急医療」の更なる充実、強力なベッドコントロール体制の構築などが当院に課された喫緊の課題である。

3. 地域医療の危機

(1) 少子高齢化

全国的に見ると、既に減少している生産年齢人口は、団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年（令和 7 年）以降減少が加速する。一方、2025 年にかけて、65 歳以上人口が急速に増加した後、2040 年（令和 22 年）に向け、緩やかになるが増加し続ける³⁾。北海道では、総人口の減少が続く中で、既に 65 歳以上人口は横ばいで推移しており、75 歳以上人口は、2030 年（令和 12 年）をピークに減少に転じる見込みである⁴⁾。

しかし、後志圏域では、既に 65 歳以上人口が減少に転じているほか、75 歳以上人口は 2025 年をピークに減少に転じ、生産年齢人口については、北海道全体よりも早い 2040 年に 65 歳以上人口を下回ることが見込まれる。世帯総数のうち、単身高齢者（65 歳以上）世帯数の割合は、全国平均 9.2% に比べ、全道平均は 10.8% と高い状況にある。驚くべきことに、後志圏域は 15.0% と道内二次医療圏で第 2 位であった⁴⁾。

なお、都道府県や二次医療圏単位で見た場合、後志圏域のように 65 歳以上人口がすでに減少している地域があり、また、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの時期は地域ごとに異なる。それに伴う医療需要の変化としては、全国での入院患者数は、2040 年、外来患者数は 2025 年にそれぞれピークを迎えることが見込まれているが、後志圏域では、両者とも既にピークを過ぎて減少している。2025 年から 2040 年にかけて 65 歳以上人口が減少する 2 次医療圏（後志を含む 194 の医療圏）では、が

ん・虚血性心疾患の入院患者数減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほど急性期治療件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。いずれにしても医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが予想される。死亡数については、2040 年まで増加傾向にあり、死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

一方、忘れてならないのは医療提供者側の高齢化も進んでいる事実である。道内の医療施設従事者の平均年齢は 51.92 歳と、全国より 1.32 歳高く、二次医療圏別では半数が全国を上回っている。後志は 54.81 歳と道内医療圏で 4 位とかなりの高齢化地域である⁵⁾。

(2) 医師偏在とフリーアクセス

1) 医師の偏在

平成 16 年 4 月から必修化された医師の新臨床研修制度導入により医師の偏在が顕在化した。医師の偏在は、地域における医師の偏在（労働強度の違いに基づく）と診療科における医師の偏在の 2 つ現象より成る⁶⁾。医師の地域的偏在は、主に地方と都会で顕著である。地域における医師の偏在原因に関しては以下が挙げられるが、これらは全て密接に関連している。

ア) 地域における偏在

1. 地方と都市の生活格差

地方から東京などの都会エリアへ集中（東京一極集中）は、医師ならずとも日本全体としての傾向である。特に子供教育環境という点で少しでも都会に居住を求めたがる傾向は強い。

2. 若手医師の意識

3. 臨床研修制度の導入

4. 専門医制度の導入

症例数や指導医などの自分のキャリアアップに関係することも勤務地選択の重要な判断材料となる。

5. 労働環境・給与格差

医師の労働環境、給与格差は特に医師を一般職業と見なし、ワークライフバランスを重視する若手医師の勤務地選択の重要な要因と考えられる。

イ) 診療科における偏在

その原因として以下のものが挙げられる。

1. 仕事量・リスク（労働強度）と給与等のインセンティブの連動がない

2. 若手医師の意識

3. 男女の医師が等しく働く環境整備が不十分

4. 専門医制度における診療科の自由選択

診療科における医師偏在は診療科勤務の「しんどさ」（仕事量、拘束時間、医療事故や訴訟リスク、死との関わり、下積み期間の長さ、専門医取得の難しさ等）と「給与体系」が連動してないことが大きな原因である。「しんどさ」を避け、ワークライフバランスを重視し、安易で安定した生活希求する強い若手医師の意識も大いに関わりがある。彼らは、多くの診療科における「しんどさ」の実態を臨床研修中に体験後、自由に専門診療科を決めることができるのである。地域および診療科における医師偏在はへき地において悪循環を形成するためより顕著になる。

ウ) 自由開業・標榜制

医師は原則として、自由に開業、専門科を標榜することができる。ただし、病院については、医療法に基づき、医療計画が全国の二次医療圏単位で作成され、既存の病床数が必要病床数を上回る場合には、新規に病院を開設したり、増床したりすることは原則できない。しかし、診療所については、現時点では開業規制はない。厚生労働省は、医師の偏在対策の一環として、診療所が多い地域での開業に歯止めをかけるため、「どこにどんな診療科の診療所が開業しているか」について、「見える化」を進める方針である。

エ) 現状と対策

全国的に医師数は増加している。一方で、医師の偏在は、長きにわたり課題として認識されながら、解消には至っていない。これまで医学部定員の増員が図られるとともに、この増員が医師の地域定着につながるよう「地域枠」の推進や都道府県における地域医療支援センターの設置、地域医療介護総合確保基金を通じた医師確保対策等、さまざまな取り組みが行われてきた。近年、新専門医制度や医師の働き方改革などが進められているが、都道府県が医育大学と連携して医師偏在対策を強化することが期待される。現在、全医師に占める女性の割合は20%程度であるが、今後の増加が見込まれる。女性医師が十分に実力を発揮できる環境整備・変革が医師不足解消への切り札となり得る。しかし、現状ではそのような環境整っているとは言えない。

2) フリーアクセス

日本の医療システムは、安心して医療を受けられるように国民全員が公的医療保険に加入し（家族も加入者の扶養家族としてカバーされる）、一人ひとりが保険料を出し合い、助け合うことによって支え

られる（国民皆保険）。患者は保険証1枚さえあれば医療機関を自由に選ぶことができ（フリーアクセス）、窓口負担だけで診療や薬の給付など、必要な医療サービス（現物支給）を平等に受けることができる⁷⁾。これが言わば世界に冠たる日本の医療制度の三種の神器である。2022年に日本医療政策機構により実施された医療の満足度に関する世論調査でも、国民皆保険次いでフリーアクセスの満足度が高い結果であった⁸⁾。

奇しくもコロナ禍で明らかになった、医療アクセス世界一と謳われた日本の医療提供体制の弱点が2つある。すなわち、病棟逼迫による入院診療の硬直性とプライマリケアの脆弱性である。すなわち、コロナ禍において、かかりつけ医によるプライマリケアとゲートキーパー機能がほとんど機能しなかったわけである。かかりつけ医が制度的に位置づけられずにきた背景に、この「フリーアクセス」制限に対する抵抗感が根深く関わってきた事実がある。しかし近年、このフリーアクセスの弊害が際立ち看過できない。平時においても、患者は十分な医療知識を持たず、必ずしも適切な受診先を選択できるわけではない。そのため、軽症でも大病院に行ったり、同じ疾患で複数の医療機関を巡ったりする。結果として、大病院の医師らが押し寄せる軽症患者への対応で疲弊し、本来の高度・専門的医療に集中できない。患者の医療ニーズと受診先の機能のミスマッチが医療効率を低下させている。検査・投薬の重複などの無駄も生じる。少子高齢化、医師偏在、医師の働き方改革などによって生じた限られた医療資源の有効活用の観点から、問題は極めて大きいと言わざるを得ない。経済協力開発機構（OECD）は2014年の報告書「医療の質レビュー 日本」で、フリーアクセスを基本とする日本の医療システムについて、必ずしも超高齢化社会の医療ニーズに適うものではないと指摘している。一方、継続的で、予防的で、個々に合わせたサービスが必要として、プライマリケアの強化を提言している⁹⁾。

(3) 医師の働き方改革

1) 概要

そもそも誰のために医師の働き方改革をするのか考えてみれば、将来の国民・患者のためと言わざるを得ない。日本は既に人口減少社会に突入しており、2025年に団塊の世代が全員75歳以上になり医療・介護など高齢者向けのサービスの需要が増大する。その後は需要の増大は緩やかになる

が、生産年齢人口が大きく減少していく。つまり、需要が拡大するのに担い手が不足するのである。高齢者数のピークの2040年頃まで、どう乗り越えるかが日本の医療が抱える大問題である。今のままの医療のあり方は、財政の面だけでなく人材確保という観点でも持続できない。もう一つ、大切なことは、働き手の人数だけでなく一人ひとりの働き方が問題となることである。現在の勤務医の長時間労働の状況が是正され、医師の健康が確保され医療安全や医療の質が向上し、女性医師も活躍できる、そういう状態が社会全体の働き方改革の観点からも、人材確保の観点からも望ましい。一方で、地域では、現在の勤務医の長時間労働を前提に必要な医療がまかなわれていることを忘れてはならない。すべての医師の労働時間を望ましい水準に短縮すれば、必要な医療を受けられない患者を生み出してしまう。つまり「医師の望ましい働き方・健康確保」と「患者に必要な医療の確保」のバランスをどうとるのが難しいのである。

2) 小樽市立病院の外来機能への影響

医師の働き方改革と地域医療支援病院承認は、当院の外来機能に劇的な変化をもたらす。そもそも経営面からもコストセンターとしての外来の在り方をどうすべきか、長年の懸案であった。前述したように、当院の外来は、一日700人程度と想定して設計されているが、多いときは1000人を超えるのが実情である。働き方改革のみならず感染症対策の面からも看過できない問題である。患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診、必要に応じて「紹介受診重点医療機関」へ紹介されるという流れの強化に国が本格的に乗り出したと言える（図2 定額負担義務化と推進の動き）。今後、外来機能の更なる明確化・連携に向けて、地域におけるかかりつけ医機能の強化、特定機能病院や地域医療支援病院のあり方を含め、これらの機能の分化、連携の強化が図られ

平成28年度	特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院は義務化 ※最低負担額 初診時5000円 再診2500円
平成30年度	地域医療支援病院は400床以上に拡大
令和2年度	地域医療支援病院は200床以上に拡大
令和4年度 (10月1日～)	最低負担額の引き上げ ※初診時7000円 再診3000円 紹介受診重点医療機関制度を創設

図2. 定額負担義務化と推進の動き

ていくのは必至である。当院は、地域医療支援病院として地域住民の啓蒙、かかりつけ医との連携強化し支援することで、医療資源を重点的に活用する、質および専門性の高い紹介患者のための紹介制外来の確保を目指している。

4. 後志地域医療構想

(1) 概要

2025年問題を間近に控え、医療のあり方は、「病院完結型」から「地域完結型」に重点を移す必要がある。地域医療構想は、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めたものである。それを受け、「北海道医療構想」がすでに策定された⁴⁾。それによると、北海道の21の第二次医療圏ごとにどのような区分の医療（高度急性期、急性期、回復期、慢性期等）が、どの程度必要かという「医療の需要」を推計されており、後志圏域では（図3 後志地域医療構想の現状及び課題）のように推定された。

これによると、後志圏域全体で200床程度の減少に留まるが、急性期病床はおおよそ半分に減り、回復期病床が3倍程度増加することが予想されている。

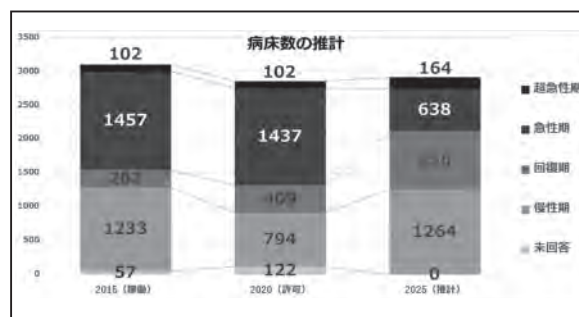


図3. 後志地域医療構想の現状及び課題

(2) 後志地域医療ピラミッド構想

1) 後志圏域唯一の地域医療支援病院

後志圏域地域医療構想調整会議では①人口減少を見据えた急性期機能のあり方、②医療機関の役割分担、③在宅医療の提供体制確保、を喫緊の重点課題とした。三大ピラミッドの中で最大のクフ王のピラミッドの造営時期は約4500年前と推定され、現存するあらゆる建築物の中で最も堅牢といえる。前述したごとく地域医療を取り巻く未曾有の危機（少子高齢化、医師偏在／フリーアクセス、働き方改革など）にびくともしない持続可能な地域医療構想として、ここに後志地域医療ピラミッド構想を提唱したい（図4 地域医療を取り巻く危機と後志地域医療ピラミッド構想）。当院は、地域医療構想調整会議の議論に基づき、各医療機関の機能分化及び連携強

議論がある。具体的には、地域医療構想調整会議において協議された、それぞれ果たすべき機能については、その実施を責務とするのである。したがって地域医療支援病院が、地域医療構想や、地域の医療提供体制の中で、真に必要な役割を果たしているかどうか、今後も検証が必要である。

(3) 紹介受診重点医療機関の概要

令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が公布された。改正のポイントは、患者が医療機関を選ぶ場合、情報不足と大病院志向により、その一部に集中する問題を是正するため紹介受診重点医療機関という類型が創設されたことである。初診患者のうち、医療資源を重点的に活用する外来を40%以上行い、紹介率50%かつ逆紹介40%以上と設定された。

(4) 地域医療支援病院申請までの取り組みと成果

当院は、地域の基幹病院として機能分化し、シームレスな医療連携を目指してきた。そのため、患者支援センターは積極的に医療機関を訪問し、「かかりつけ医」を推奨してきた。さらに、かかりつけ医に対してインセンティブの付与を狙った独自の試みとして、『紹介・逆紹介患者報告書』を作成・提供してきた(図5 紹介・逆紹介報告書)。報告書提供は、実際に紹介患者数の増加に寄与した。当院への紹介が多い、

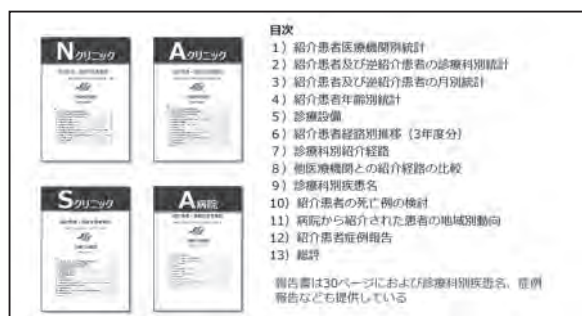


図5. 紹介・逆紹介報告書

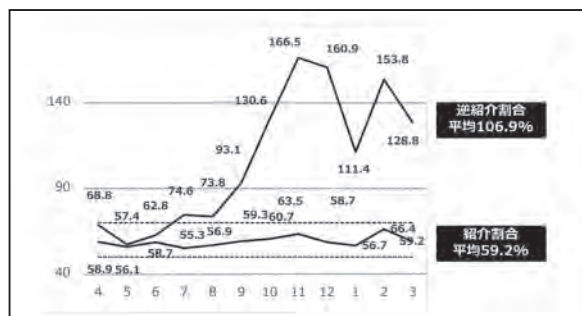


図6. 令和4年度紹介・逆紹介割合の推移

いわゆる「お得意様施設」、逆に当院からの逆紹介が多い「後方支援施設」としての役割がすでに確立した先進的な医療機関もあった。紹介元医療機関の特徴から、紹介先の診療科には大きな偏りがあるため、当院の各診療科はお得意様の医療機関をもち、役割を意識すれば効率の良い病病、病診連携の強化が可能と思われる。一方、当院では逆紹介率の向上が課題であり、職員に基幹病院としての役割をさらに浸透させる必要がある。

当院の令和4年度の紹介割合は59%、逆紹介割合は107%を達成し(図6 令和4年度紹介・逆紹介割合の推移)、令和3年度(紹介割合52%、逆紹介割合72%)に引き続き2年連続地域医療支援病院の承認要件をクリアした。現在は、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、眼科の4診療科において紹介制を導入した。今後も順次紹介制を拡大する予定である。

(5) 地域医療支援病院承認に向けた取り組み

1) 紹介患者に対する医療の提供

紹介患者を診ることは、公立病院経営強化プランの2つのキーワードである当該地域の「機能分化」と「連携強化」に直結する診療行為である。すなわち中核的医療を行う基幹病院として地域医療支援病院に急性期医療を集約する機能分化と紹介・逆紹介を介してかかりつけ医機能を担う医療機関との連携強化に直接資するものである。このことは、当該圏域の地域医療構想と整合性を保つことを意味する。同時に地域医療支援病院の外来のスリム化に伴い、病院経営上も医師の働き方改革上も好ましい影響を及ぼすことが期待される。一方、このことは必ずしも患者の医療機関へのフリーアクセスを制限するものではない。患者は、まずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診する。必要に応じて「紹介受診重点医療機関」や「地域医療支援病院」へ紹介されるという一連の流れに乗るのである。「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されていたフリーアクセスを、今や疲弊した医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という限定的な意味に理解するのである。この受療行動は、需要が拡大するのに担い手が不足するような限られた医療資源を公正かつ効率よく分配し、持続可能な医療を提供するためのルールというより基本的マナーと捉えるべき問題とも思われる。そのため広報活動を通して市民、議会に是非ともご理解頂けるよう丁寧かつ真摯に説明を繰り返すつもりである。

当院が地域医療支援病院に承認された場合、外来の門戸を狭める代わりに、本来の救急医療や手術といった急性期医療をより一層充実させなければならない。さらに、人材確保・育成のため、医育大学との強い連携を維持し、研修医や若手医師に選ばれる病院を目指し、健全な経営のもと健全な医療を目指している（図7 地域医療支援病院のイメージ）。

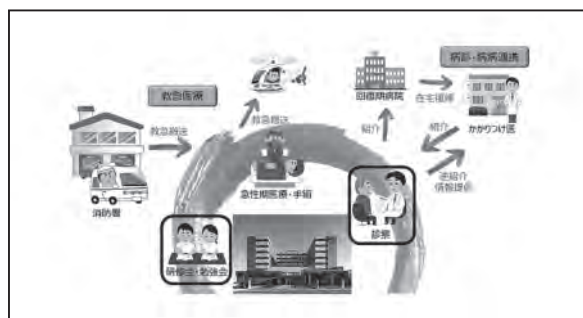


図7. 地域医療支援病院のイメージ

2) 地域医療支援病院指定プロジェクトチームの発足

地域医療支援病院申請は医療審議会の諮問事項となっており、審議会は年2回の開催を予定されている。令和5年度第2回のスケジュールが公開された。正式申請は本年11月末頃、実地検査は令和6年1月頃、指令書交付は翌年3月1日以降の予定である。したがって翌年4月1日からは地域医療支援病院として選定療養費の導入がなされるというスピード感である。

当院では、病院長をリーダーとして3つの部門を発足した。予約推進部門が選定療養費導入準備を、連携強化部門が紹介逆紹介割合の維持を、施設基準・広報部門が議会や市民に対する周知・広報活動をそれぞれ担当するなど病院をあげてその準備に追われている。

3) 市民にとってのメリット・デメリット

ア) メリット

当院が地域医療支援病院になった場合、後志地域医療構想における機能分化と連携強化が推進され、強固なピラミッド構想の実現に近づくであろう。また、限られた医療資源（医師や病床）を最大限に活用することが可能になる。その結果、診療（外来、入院、手術）待ち時間が短縮される。必要な患者に、質の高い専門的な医療を適宜提供可能となる。一方、当院としても本来の急性期病院として「救急医療」「手術」の一層の充実を図ることが可能となる。

イ) デメリット

フリーアクセス制限や選定療養費義務化に対する

不満があげられる。しかし、フリーアクセスを「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に限定して理解すると、限られた医療資源を公正かつ効率よく分配し、持続可能な医療を提供するためのルールというより基本的マナーと捉えることが可能と思われる。また、実際に選定療養費7,700円を支払ってでも受診する方は、例外であり、北海道の地域支援病院に指定された自治体病院では、その数は僅か0.4-2.1%に過ぎない。さらに、選定療養費除外患者も確保されており（図8 選定療養費除外患者）、患者にとって大きなデメリットにはならないように配慮されている。つまり、選定療養費は病院にとってほとんど利益をもたらさず、患者の受療行動の変容が目的であることを理解して頂く必要がある。

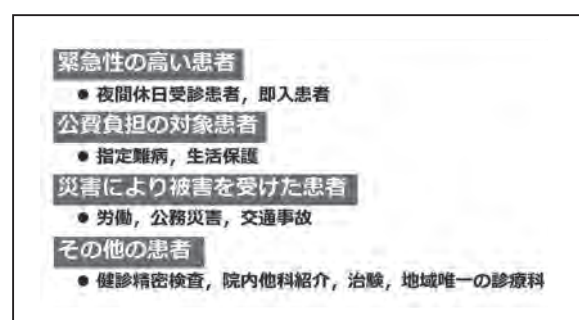


図8. 選定療養費除外患者

6. おわりに

少子高齢化社会の到来、医師偏在、医師の働き方改革をはじめ、先行きの分からない医療の潮流に翻弄され、地域医療は、かつてない危機に瀕している。昔からピンチの中にチャンスありと言う。まず、小樽市立病院は、小樽後志圏域の基幹病院として地域医療支援病院の認可を目指す。このことは持続可能な医療提供体制に必須であり、未来を見据えると、結局は市民のための基幹病院となることを表明することに他ならない。これを契機に当該圏域の各医療機関の機能分化を促し、連携強化を図ることでこの危機を乗り越えるべく強いリーダーシップ・決意をもって臨むつもりである。この実現のためには、職員の皆様のご理解、ご支援がなくては到底成し得ない難題と認識している。当該圏域が持続可能な医療を構築し、再生、活性化されることを夢みて筆を置く。

文献

- 1) 有村佳昭. 地域医療支援病院を目指して. 小樽市医師会だより, 101: 21-24, 2022

- 2) 小阪真二. 自治体病院のミッションと病院経営. 日本病院会雑誌, 69 (9) : 20-28, 2022
- 3) 第8次医療計画及び地域医療構想に関する状況. 令和4年度第1回医療政策研修会及び地域医療構想アドバイザー会議資料1. 厚生労働省. 2022年9月15日
- 4) 北海道医療計画〔改訂版〕(別冊). 北海道. 2016年12月
- 5) 北海道医療新聞. 第2455号. 2023年3月27日
- 6) 医師不足, 現状分析と改善への提言. 国立大学医学部長会議. 2019年5月
- 7) 日本医師会: 世界に誇れる日本の医療保険制度: <https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/>: 2023年6月1日参照
- 8) 日本医療政策機構: 医療の満足度, および医療政策への市民参画に関する世論調査: <https://hgpi.org/research/hc-survey-2022.html>: 2023年6月1日参照
- 9) OECD Reviews of Health Care Quality Japan Raising Standards Assessment and Recommendations. OECD. Nov 5th 2014

当院における肺がんマルチプレックス遺伝子検査の後方視的検討

齋藤 淳¹⁾・長谷山 葵²⁾・長久 裕太¹⁾
丹羽 瑠美¹⁾・榎本 朱里¹⁾・汐谷 心¹⁾

1) 小樽市立病院 呼吸器内科

2) 小樽市立病院 初期研修医

要 旨

【背景】

肺腺がんにおいて複数のドライバー遺伝子変異を同時に検出できるオンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システム（オンコマイン）、Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル（Amoy）が承認されているが、これまで当院における検査データの詳細は検討されることがなかった。

【対象と方法】

2019 年 5 月から 2023 年 3 月までに進行・再発非小細胞肺癌と診断し、オンコマインもしくは Amoy を提出した患者を対象に後方視的に検討した。

【結果】

102 人の患者について検討し、全体症例での検査提出数はオンコマイン、Amoy がそれぞれ 66 例、36 例、遺伝子変異検出率はそれぞれ 60.6%、41.7%、解析成功率はそれぞれ 89.4%、94.4%であった。参考値扱いとなったのは Amoy で 16 例であった。また腺がん症例での検査提出数はオンコマイン、Amoy がそれぞれ 52 例、25 例、遺伝子変異検出率はそれぞれ 65.4%、56.0%、解析成功率はそれぞれ 90.4%、92.0%であった。

【結論】

解析成功率を向上させるために気管支鏡検査での検体採取方法などの改善に努めることが必要である。

キーワード：オンコマイン、肺がん、Amoy

【緒言】

悪性新生物は本邦における死因の第一位であり中でも肺がんは最多で年々増加している¹⁾。肺がんの組織型は小細胞肺癌と非小細胞肺癌に分類され、非小細胞肺癌はさらに腺がんや扁平上皮がんに分類される。その中で特に腺がんにおいて今日までに複数のドライバー遺伝子変異が同定されており、それらに対する分子標的薬の開発により腺がんの治療成績は有意に改善した²⁾。これまでは単一遺伝子検査を順次提出していたが、治療開始までに時間を要することや必要な病理スライド枚数が多くなるなどの課題があった。それらを克服するため複数遺伝子を同時に測定できるマルチプレックス遺伝子検査が開発され、2019 年 5 月には次世代シークエンサーを利用したオンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システム（オンコマイン）が、2022 年 1 月には RT-PCR を利用した Amoy Dx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネ

ル（Amoy）が保険収載された。最新の肺がん診療ガイドラインにおいても、初回治療前に全ての対象遺伝子について優先順位をつけずに診断することが推奨されており³⁾、当院呼吸器内科でもオンコマイン、Amoy を提出し多くの遺伝子変異を検出している。本邦におけるマルチプレックス遺伝子検査の実情に関する報告が散見されるが、一般市中病院である当院での検査データはこれまで検討されることがなかった。

【対象と方法】

当院で 2019 年 5 月から 2023 年 3 月までに進行・再発非小細胞肺癌と診断し、オンコマインもしくは Amoy を提出した患者を対象として後方視的に検討した。遺伝子変異検出率＝遺伝子変異陽性症例数／検査提出症例数、解析成功率＝解析成功症例数／検査提出症例数とした。2023 年 7 月時点で分子標的薬が臨床で使用できない遺伝子変異についても遺伝子変異陽性に含むこ

とした。DNA 不足もしくは RNA 不足により解析結果が判定不能となったものを「解析失敗」として扱い、参考値扱いとなったものについては「解析成功」に含むこととした。組織型で腺がんもしくは扁平上皮がんと明確に分類できなかったものは非小細胞がんとして扱うこととした。解析データは全体症例、腺がん症例に分けて検討した。なお、本研究については院内 IRB の承認を得ている。

【結果】

合計 102 人の患者について検討し、患者背景については表 1 に示す通りである。年齢中央値は 73 歳 (54-85) で 57.8% が男性、喫煙歴がある患者は 73.5% であった。腺がんである患者は 75.5% で Stage IV である患者は 40.2%、PD-L1 発現率が 50% 以上である患者は 35.3% であった。検体採取方法は手術検体 (肺) が 37 例で最多で、次いでガイドシース併用気管支内腔超音波診断 (Endobronchial ultrasonography with a guide sheath : EBUS-GS) が 31 例、超音波ガイド下経気管支針生検 (Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration : EBUS-TBNA) が 17 例であった。

解析結果は表 2 に示す通りである。全体症例での検査提出数はオンコメイン、Amoy がそれぞれ 66 例、36 例であり、遺伝子変異検出率はそれぞれ 60.6%、41.7%、解析成功率はそれぞれ 89.4%、94.4% であった。参考値となったのはオンコメインで 0 例であったが、Amoy では 16 例ありそのうち 15 例が RNA 不足によるもので EBUS-TBNA が 8 例を占めた。また腺がん症例での検査提出数はオンコメイン、Amoy がそれぞれ 52 例、25 例であり、遺伝子変異検出率はそれぞれ 65.4%、56.0%、解析成功率はそれぞれ 90.4%、92.0% であった。検査提出から結果返却までの期間 (turn around time : TAT) の中央値はオンコメインで 12 日、Amoy

で 6 日であった。

検出された遺伝子変異内訳は図 1.2 に示す通りである。全体症例で EGFR L858R : 11.8%、EGFR exon19 del : 9.8%、EGFR uncommon : 4.9%、ROS1 : 2.0%、KRAS G12C : 5.9%、KRAS others : 10.8%、MET exon14 skipping : 4.9%、ERBB2 : 1.0%、PIK3CA : 1.0%、Negative : 46.1% であった。また、腺がん症例で EGFR L858R : 15.6%、EGFR exon19 del : 11.7%、EGFR uncommon : 6.5%、ROS1 : 2.6%、KRAS G12C : 7.8%、KRAS others : 10.4%、MET exon14 skipping : 3.9%、ERBB2 : 1.3%、PIK3CA : 1.3%、Negative : 37.7% であった。

【考察】

当院におけるマルチプレックス遺伝子検査の実情を初めて検討することができた。既報とは条件や症例数が異なるため厳密には比較することはできないが、遺伝子変異検出率・解析成功率を中心に比較検討する。

当院のオンコメインでの腺がん症例の遺伝子変異検出率は 65.4% であり、一般市中病院での単施設報告 (以下、単施設報告) で 57.1%、西日本がん研究機構の 19 施設による多施設での報告 (以下、多施設報告) で 55.3% (172 / 311 例) であった⁴⁻⁵⁾。また当院の Amoy での全体症例の遺伝子変異検出率は 41.7% であり、がん専門病院での単施設報告 (以下、がん専門単施設報告) では 54.9% であった⁶⁾。当院の遺伝子変異検出率はオンコメインでの腺がん症例でやや高く、Amoy での全体症例でやや低い傾向にあった。また遺伝子変異は若年者・非喫煙者で検出されることが多いが既報と当院の患者背景に明確な差は認めず、遺伝子変異内訳についても明確な差は認めなかった。

当院でのオンコメインでの腺がん症例の解析成功率は 90.4% であり、単施設報告で 96.3%、多施設報告で

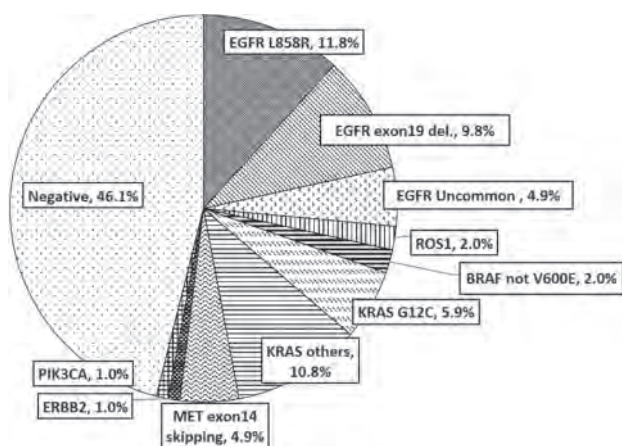


図1：全体症例での遺伝子変異内訳

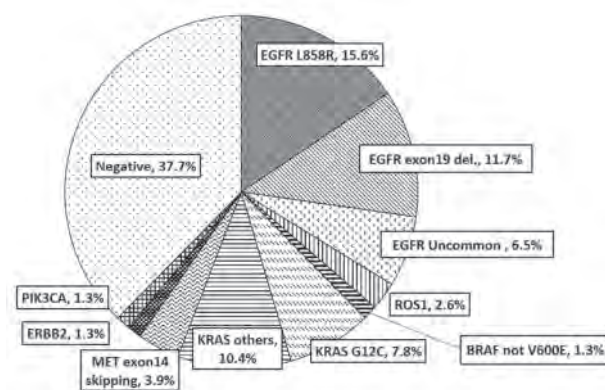


図2：腺がん症例での遺伝子変異内訳

80.1%であった。検体採取法別にみると手術検体（肺）で93.5%（単施設報告90.9%、多施設報告88.0%）、気管支鏡（EBUS-GSとEBUS-TBNA）で81.3%（単施設報告100%、多施設報告76.8%）であった⁴⁻⁵⁾。また当院でのAmoyでの全体症例の解析成功率は94.4%であり、がん専門単施設報告では98.5%であったが⁶⁾、このデータはAmoyが商用化される前のものであり現在市販されているAmoyと感度・特異度などが異なるため解釈には注意が必要である。解析成功率は施設間で差が大きく、当院の解析成功率は既報と比較し低くはなかったが、今後さらなる解析成功率の向上が望まれる。

気管支鏡による検査での解析成功率の向上には、腫瘍含有率および検体量を増やすことが必要である⁷⁾。まず腫瘍含有率の高い検体を採取するためには、事前にPET-CTで集積の強い部位を確認して組織採取を行うなどの工夫が考えられる。また、検体量を増やすためにEBUS-GSでの生検回数に10回と目安を設け解析成功率が100%となっている施設もあり⁴⁾、当院では生検回数は5-10回と術者の判断となっており今後生検回数に一定の目安を設けることが必要であると考ええる。さらに気管支鏡下で肺内病変から十分な検体量が採取できない場合には他部位から生検を行うことが考えられる。当院では、表1に示すように既に耳鼻咽喉科や外科でリンパ節生検を、放射線診断科で経皮肺生検を施行することや、整形外科で転移性骨腫瘍や脳神経外科で転移性脳腫瘍を標的とした手術を一定数行っており、積極的に他科と連携を行って検体を採取できていることがわかった。

当院でAmoyを提出したEBUS-TBNA9例中8例でRNA不足による参考値扱いとなった。RNA不足の原因としては検体処理の問題、EBUS-TBNA手技の問題が考えられる。当院検査科では、検体処理におけるホルマリン固定時間が検査の成否に影響することを考慮し検体取扱規程⁸⁾に準じて休日・祝日でも適切な固定時間で処理されるよう対応しており、検体処理過程によるRNA不足は積極的に疑う状況ではなかった。検体採取の手技的な問題については、当院では検査科の協力により検査中迅速細胞診で異型細胞の検出を確認しているため、適切にリンパ節転移部位から検体を採取できていると考えられる。しかし、内視鏡レポートを振り返ると生検回数は2-4回が多く遺伝子解析には4-6回の生検が必要という報告を考慮すると⁹⁾、EBUS-GS同様に十分量の検体を確保する目的で生検回数に一定の目安を設けることが必要であると考ええる。また、適切な「コア組織」を4個以上採取することで3個以下と比べて成功率が有意に上昇したとの報告もあり¹⁰⁾、生検回数だけではなく検体自体の個数や質についても注意することで参考値扱

表1：患者背景

特徴	数
年齢（範囲）	73 (54-85)
性別	
男性	59 (57.8%)
女性	43 (42.2%)
喫煙歴	
現喫煙	26 (25.5%)
過去喫煙	49 (48.0%)
非喫煙	27 (26.5%)
組織型	
腺がん	77 (75.5%)
非小細胞がん	15 (14.7%)
扁平上皮がん	7 (6.9%)
多形がん	2 (2.0%)
その他	1 (1.0%)
ステージ	
I	19 (18.6%)
II	8 (7.8%)
III	26 (25.5%)
IV	41 (40.2%)
術後再発	8 (7.8%)
PD-L1 発現率	
< 1%	33 (32.4%)
1-49%	31 (30.4%)
≥ 50%	36 (35.3%)
検体採取方法	
手術検体（肺）	37 (36.3%)
EBUS-GS	31 (30.4%)
EBUS-TBNA	17 (16.7%)
経皮リンパ節生検	4 (3.9%)
胸腔鏡下胸膜生検	4 (3.9%)
胸水	3 (2.9%)
経皮肺生検	3 (2.9%)
手術検体（脳）	2 (2.0%)
経皮骨生検	1 (1.0%)

表2：遺伝子変異検出率および解析成功率

	全体		腺がん	
	オンコマイン	Amoy	オンコマイン	Amoy
検査数	66	36	52	25
遺伝子変異検出率 (%)	60.6	41.7	65.4	56.0
解析成功率 (%)	89.4	94.4	90.4	92.0
手術検体 (肺)	91.1	100	93.5	100
EBUS-GS	87.5	93.3	90.0	90.0
EBUS-TBNA	75.0	88.9	66.7	75.0
解析失敗数 (DNA 不足 /RNA 不足)	7 (5/2)	2 (1/1)	5 (3/2)	2 (1/1)
手術検体 (肺)	3 (2/1)	0 (0/0)	2 (1/1)	0 (0/0)
EBUS-GS	2 (2/0)	1 (1/0)	1 (1/0)	1 (1/0)
EBUS-TBNA	2 (1/1)	1 (0/1)	2 (1/1)	1 (0/1)
参考値数 (DNA 不足 /RNA 不足)	0 (0/0)	16 (1/15)	0 (0/0)	9 (1/8)
手術検体 (肺)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/0)
EBUS-GS	0 (0/0)	5 (0/5)	0 (0/0)	4 (0/4)
EBUS-TBNA	0 (0/0)	9 (1/8)	0 (0/0)	4 (1/3)
経皮肺生検	0 (0/0)	2 (0/2)	0 (0/0)	1 (0/1)
TAT (範囲) (日)	12 (4-28)	6 (4-12)	12 (4-28)	6 (4-12)

いを避けることができる可能性がある。今後こういった症例で参考値扱いになっているか、検査室や病理部医師と協議する必要がある。

TAT の中央値は全体症例・腺がん症例いずれもオンコマインで12日（単施設報告12.5日、多施設報告11日）、Amoyで6日（がん専門単施設報告5日）であり、既報とほぼ同等であった⁴⁻⁶⁾。治療をいそぐ進行期の症例では早急に遺伝子変異結果を知る必要があり、Amoyを提出するのが適切であると考え。一方でオンコマインはTAT中央値がAmoyと比較し倍近くかかるデメリットがあるが、遺伝子変異のバリエーションを広くカバーしているというメリットもあり手術症例など早急な化学療法を要さない症例などに提出するのが適切であると考え。当院において手術検体（肺）での遺伝子検査提出はオンコマイン66例中34例、Amoy36例中3例であり上記の方針に沿って提出されていることがわかった。

【結語】

一般市中病院である当院におけるマルチプレックス遺伝子検査の遺伝子検出率・解析成功率について初めて検討することができた。遺伝子変異検出率は既報と比較しオンコマインでの肺腺がん症例でやや高くAmoyでの全体症例でやや低い傾向にあった。解析成功率は施設間で差が大きい、当院の解析成功率は既報と比較し低くはなかった。解析成功率を向上させるために、気管支鏡検査での生検回数に目安を設けるなど検体採取方法などの改善に努める必要があり、参考値扱いを避けるために検査室や病理部医師とさらに連携を図ることが必要である。

【謝辞】

本論文の作成にあたり、データを提供頂きましたSRL札幌営業所大仲恵一氏ならびに多大なご助言を賜りました小樽市立病院検査室加野大樹氏に感謝の意を表します。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省：令和4年（2022）人口動態統計月報年計（概数）の概況 第6表 死亡数・死亡率（人口10万対），死因簡単分類別：<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/index.html>, 2023年7月15日参照
- 2) Takano N, Ariyasu R, Koyama J, et al. Improvement in the survival of patients with stage IV non-small-cell lung cancer: Experience in a single institutional 1995-2017. *LungCancer*; 131: 69-77, 2019
- 3) 肺癌診療ガイドライン 悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む 2022年版. 日本肺癌学会編. 金原出版株式会社：2022. p65-66
- 4) 植松慎矢, 水谷萌, 伊藤雅弘 他. 臨床現場におけるオンコマイン DxTargetTest マルチ CDx システムの実用性に関する後方視的検討. *肺癌*; 62: 26-32, 2022
- 5) Sakata S, Otsubo K, Yoshida H, et al. Real-world data on NGS using the Oncomine DxTT for detecting genetic alterations in non-small-cell lung cancer: WJOG13019L. *Cancer Sci*; 113: 221-228, 2022
- 6) Kunimasa K, Matsumoto S, Kawamura T, et al. Clinical application of the AMOY 9-in-1 panel to lung cancer patients. *Lung Cancer* 179: 107190, 2023
- 7) Murakami S, Yokose T, Nemoto D, et al. Suitability of Bronchoscopic Biopsy Tissue Samples for Next-Generation Sequencing. *Diagnostics*; 11: 391. 2021
- 8) 日本病理学会：ゲノム診療用病理組織検体取扱い規程：https://pathology.or.jp/genome_med/pdf/textbook.pdf, 2023年7月15日参照
- 9) Xie F, Zheng X, Mao X, et al. Next-Generation Sequencing for Genotyping of Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration Samples in Lung Cancer. *Ann Thorac Surg*; 108: 219-226, 2019
- 10) Uchimura K, Yanase K, Imabayashi T, et al. The Impact of Core Tissues on Successful Next-Generation Sequencing Analysis of Specimens Obtained through Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration. *Cancers*; 13: 5879, 2021

A Retrospective Study of Multiplex Genomic Testing for Lung Cancer at Our Hospital

Atsushi Saitou¹⁾, Aoi Haseyama²⁾, Yuta Nagahisa¹⁾, Rumi Niwa¹⁾,
Jyuri Tsuchimoto¹⁾, Makoto Shioya¹⁾

1) Department of Respiratory Medicine, Otaru General Hospital

2) Junior Resident, Otaru General Hospital

Abstract

Background

The Oncomine Dx Target Test Multi-CDx System (Oncomine) and the AmoyDx Lung Cancer Multi-Gene PCR Panel (Amoy), which can simultaneously detect driver gene mutations in lung adenocarcinoma, have been approved, but the details of the test data at our hospital have not been reviewed.

Subjects and method

A retrospective study was conducted on patients who were diagnosed with advanced or recurrent non-small cell lung cancer and for whom Oncomine or Amoy tests were submitted from May 2019 to March 2023.

Results

A total of 102 patient cases were reviewed, with 66 and 36 cases in which Oncomine and Amoy tests were submitted, respectively. The gene mutation detection rates with Oncomine and Amoy were 60.6% and 41.7%, respectively, and the analysis success rates were 89.4% and 94.4%, respectively. Sixteen cases involving Amoy were treated as reference values. In adenocarcinoma cases, the number of tests submitted was 52 and 25 for Oncomine and Amoy, respectively, and the gene mutation detection rates were 65.4% and 56.0%, respectively. The analysis success rates were 90.4% and 92.0%, respectively.

Conclusion

To increase the analysis success rate, it is necessary to improve the specimen collection method for bronchoscopy.

Keywords: Amoy, Lung cancer, Oncomine

脳の灌流障害を併発した急性 A 型大動脈解離に対する外科治療の課題

深田 穰治¹⁾・小松 茂樹¹⁾・佐藤 宏¹⁾・田宮 幸彦¹⁾
古川 浩司²⁾・新谷 好正²⁾

1) 小樽市立病院 心臓血管外科

2) 小樽市立病院 脳神経外科

要 旨

Stanford A 型大動脈解離で脳の malperfusion をきたした症例の救命、社会復帰は困難を極める。今回我々は、全頸部分枝の高度 malperfusion をきたしている急性 A 型大動脈解離症例を経験した。選択的脳灌流に際し、あらかじめ末梢の非解離部で全ての頸部分枝に人工血管を吻合して脳灌流を開始し、脳血流を確保してから全弓部置換+frozen elephant trunk 挿入を施行し良好な結果を得た。本法の利点は、開胸に先立って素早く脳の再灌流が可能であること、頸動脈自体にも波及した偽腔の状態に左右されない確実な脳灌流が行えることと、偽腔内あるいは狭小化した真腔内の血栓を飛散させることによる脳梗塞の発症を予防できること、人工心肺開始に伴う血流変化の影響を受けないこと、頸動脈に残存する解離が術後に増悪して分枝血流不全をきたす可能性を排除できることなどであると考えた。

キーワード：大動脈解離、Brain malperfusion、選択的脳灌流

はじめに

術式の標準化、人工血管や生体糊の進歩、frozen elephant trunk (FET)、thoracic endovascular aortic repair (TEVAR) の導入などにより、急性大動脈解離の治療成績は著しく向上した。しかし、急性大動脈解離で分枝に解離が波及し malperfusion (臓器灌流障害) を伴う症例は現在なお致死率が高い。中でも Stanford A 型で脳の malperfusion (brain malperfusion : BM) をきたしている症例群の院内死亡率は 20.0~40.2% と高率で、昏睡状態の場合には 63.0% にものぼると報告されている^{1, 2)}。従って意識障害を呈する急性大動脈解離症例における手術適応の判断、脳保護手段など術式の選択は現在なお難しい。

今回我々は、一過性意識障害、一過性左半身麻痺と arterial spin labeling (ASL) による左大脳半球の血流低下を認め、3DCT 画像にて全頸部分枝の高度 malperfusion をきたしている急性 A 型大動脈解離症例を経験した。本症例に対する選択的脳灌流 (selective cerebral perfusion : SCP) の送血方法として確実性に疑問の残る弓部分枝真腔へのカニューラ挿入による送血を避け、あらかじめ末梢の非解離部で全ての頸部分枝に人工血管を吻合して SCP を開始し、脳血流を確保してから全弓

部置換+FET を施行し良好な結果を得た。BM をきたした A 型大動脈解離に対する考察を加えて報告する。

症例

69 歳、男性、過去に動脈瘤あるいは解離にて 4 回の手術を受け近位下行大動脈から総腸骨動脈まで人工血管置換されている。意識消失、左半身麻痺にて脳神経外科に緊急搬入された。来院時、意識清明、四肢の麻痺は認められなかった。拡散強調画像 (diffusion weighted imaging : DWI) にて高信号領域を認めず (図 1)、ASL の早期相 (1200ms) で左半球領域の信号が高度に低下していたが (図 2)、後期相 (2200ms) では左右差が低

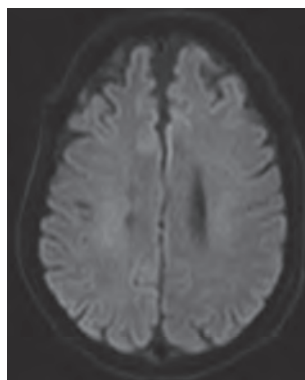


図 1

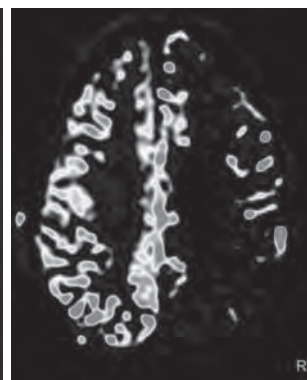


図 2

減していた（図3）。MRI所見から左半球の血流遅延あるいは低下が疑われた。3DCTにて上行は真腔が虚脱し（図4a）、頸部三分枝全てに解離が波及し、左右頸動脈の真腔は緊満した血栓を伴う偽腔により根部が高度に狭窄していた（図4b、c）。左腋窩動脈も真腔が狭小化し、椎骨動脈は真腔から灌流されていた（図4d）。心タンポナーデは認められなかった。心エコーにて高度の大動脈弁逆流を認めた。

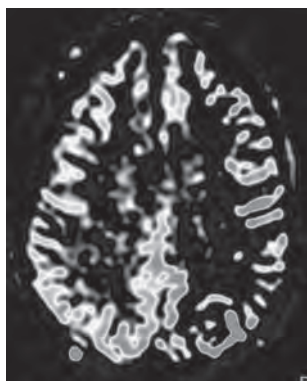


図3

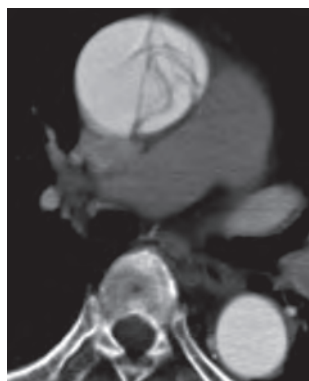


図4a

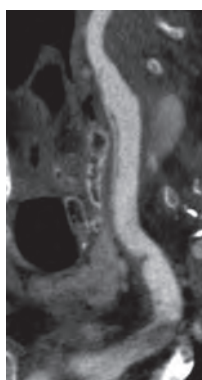


図4b

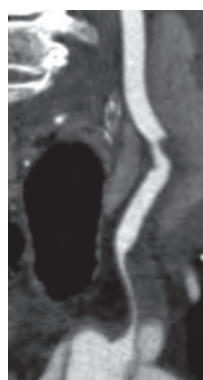


図4c

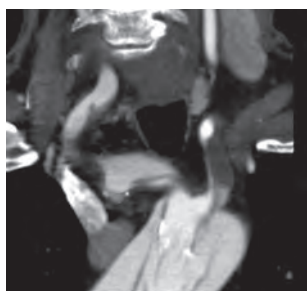


図4d

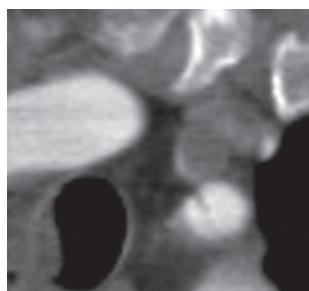


図4e

手術は、両側総頸動脈、両側腋窩動脈を頸部、鎖骨下で露出し小口径人工血管を端側あるいは端々吻合した。胸骨正中切開後、大腿動脈および右腋窩動脈に吻合した人工血管から送血して人工心肺を開始すると同時に、吻合した人工血管を介してSCPを開始し、すぐに冷却を始めた。腕頭動脈中枢で大動脈遮断し、上行大動脈断端

を内外二層フェルト帯および bio-glue にて形成した。生体弁（25mm Carpentier-Edwards PERIMOUNT Magna）にて大動脈弁置換術（AVR）を行った。直腸温 25 度で循環停止とし弓部内を確認したがエントリーは確認できず、頸部分枝の起始部などにエントリーがあったのかもしれない。Zone 0 で弓部大動脈を離断しオープンステンツ（29mm×120mm Frozenix）を以前の下行人工血管内まで内挿した。4 分枝付き人工血管（30mm J-graft）を吻合し、その分枝から下半身の順行性送血と復温を開始した。中枢吻合を行って遮断解除した。頸部分枝に吻合した人工血管を全て縦隔に誘導し弓部人工血管の分枝とそれぞれ吻合し、頸部分枝の起始部は全て結紮した（図5、6）。人工心肺時間：6 時間 11 分、SCP 時間：4 時間 10 分、下半身循環停止時間：35 分であった。術後は神経障害なく独歩退院した。

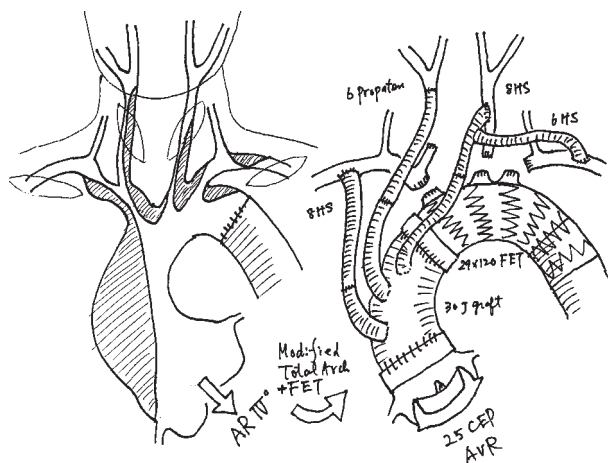


図5

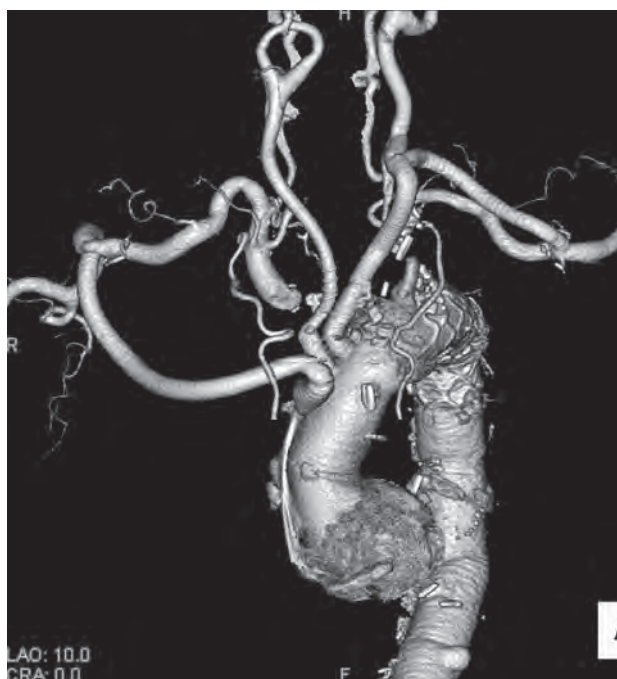


図6

考察

BM を伴う急性 A 型大動脈解離の治療では、1) 昏睡症例における手術適応の判断基準、2) 頸部分枝の完全閉塞例における分枝再建の是非、3) 人工心肺確立時の送血部位、4) 頸部分枝への再灌流方法などがいまだ残された課題である。

1) 手術適応の是非に迷う症状は、院内死亡が高率な術前昏睡症例である^{1, 3)}。急性 A 型大動脈解離の BM に伴う昏睡では、大脳あるいは脳幹に細胞死が既に起きている場合以外に、血流の不足から細胞死には至っていないが機能障害が起きている可能性を考慮する必要がある。前者は DWI にてコアの容積が大きい症例であり、後者は DWI にて高信号領域が認められないか小さいにもかかわらず昏睡を呈しているケースである。

脳血流が急性に低下してくると、閾值的に脳組織は反応する。脳皮質では正常な脳血流量は約 70ml/100g/min であるが、50ml/100g/min 前後に低下すると、神経細胞でのタンパク合成が抑制され始め、30ml/100g/min に低下するとブドウ糖の嫌気性解糖が活性化され、脳組織に乳酸が蓄積するようになる。15ml/100g/min まで減少すると、神経細胞の電氣的活動は停止し（脳波の平坦化）、6ml/100g/min 程度以下になると細胞膜イオンチャネルの活動が停止するために、細胞死を来す⁴⁾。

よって脳血流量 6~15ml/100g/min の間では、神経細胞は、活動電位を発生する機能は停止しているが、細胞膜電位を維持する細胞膜機能は保たれており、いわば休眠（冬眠）状態にあり、この状態の虚血領域がペナンプラと称される⁵⁾。このペナンプラは脳虚血急性期に神経脱落症状を呈してはいるが、血流再開によって症状が回復可能な救済できる領域であり、急性期治療の主なターゲットと考えられる。しかし、虚血発生後、急速にペナンプラ領域は梗塞化して神経後遺症を生ずるため、速なペナンプラ救済が必要である^{6, 7)}。従って、昏睡状態で DWI にてコアの容積が大きい症例は手術適応外、あるいは経過観察とすることで異論はないと考えるが、昏睡であっても DWI でコアが明らかな症例は、手術適応とし急いで脳の再灌流を行う必要がある。

2) 頸動脈が偽腔や血栓によって閉塞した症例で、DWI にて一定の梗塞巣（虚血コア）が認められる場合には、分枝再建によってむしろ出血性梗塞を引き起こし状態悪化を招くリスクがある。そこで梗塞拡大リスクを回避するために頸動脈再建を行うべき

か、現状維持を期待して閉塞した分枝の結紮を行うべきかの判断は、術者の経験に基づいてなされてきた。コアの大きさとペナンプラの評価に基づいて分枝再建の是非を判断する施設も散見されるようになったが、一刻を争う現場では MRI や perfusion CT の適応すら判断に迷う場面も多く、分枝再建における術前評価の重要性も議論の余地を残している。実臨床で急性 A 型解離に伴う CM の重症度を判断する際、脳血流 SPECT、perfusion CT、perfusion MRI などを行うことは時間的に制約が大きい。そこで、clinical-diffusion mismatch (NIHSS などの神経症状スケールと DWI 陽性病変の大きさの差異)、DWI-MRA mismatch (DWI 陽性病変の大きさと MRI での内頸動脈や中大脳動脈起始部の閉塞所見)あるいは DWI-ASL mismatch などが現実的な診断法として用いられているものと想像される。これらの mismatch が大きいほど分枝再建の意義も大きいと考えられる。

大動脈解離を伴わない脳梗塞症例の検討から脳梗塞体積が 100ml 以下の症例では、血管内治療を行った群が行わなかった群と比べ日常生活自立度が高くなるとの報告があり⁽¹⁰⁾、出血性梗塞発症のリスクも考慮すると DWI が 100ml 以下の症例は再建、それ以上の症例は結紮という一つの判断基準が考えられる⁸⁾。

3) 人工心肺の送血路に関しては、右腋窩動脈送血⁹⁾、エコー下にガイドワイヤーを使用しながら上行大動脈の真腔に送血カニューラを挿入する方法、心尖部から上行大動脈に送血カニューラを挿入する方法など¹⁰⁾、個々の症例でエントリーの部位、真腔偽腔の関係、分枝の閉塞機序などを慎重に観察して、SCP 開始までのよりよい送血路が選択されてきた。しかし、たとえ真腔血流を増加させても static obstruction やすでに偽腔が血栓化した dynamic obstruction では分枝の真腔血流を増加できるか完全に予測することは困難であり、その観点から確実な方法はないものと思われる。症例に応じて灌流不全臓器を最小限度にするよう前述の方法を組み合わせる必要があると考えられる。

4) 脳の再灌流法に関しては、central repair 前に頸部分枝の血管内治療を行う施設もあるが¹¹⁾、緊満した偽腔内血栓による閉塞区間を越えて末梢まで到達し真腔をとらえなければならない。そして解離が波及した頸動脈の全長にわたってステントを留置する必要があるため手技は容易でなく時間を要する。直ちに手術室に運び頸動脈から直接灌流を再開するのに

比べて時間的優位性があるか疑問である。また手術では頸部分枝内にステントがある状況での分枝再建になることを考慮しなければならない。

救急外来にて大腿動脈から頸動脈への外シャントを積極的に行う施設も見られる¹²⁾。神経脱落症状を有する症例で、DWIなどの画像診断に要する時間をも節約して、ペナンプラを可及的に救済し術後の神経脱落症状を最小化することを目的とした手技である。しかし、DWIによる評価無しに行うと、コアが大きい場合には出血性梗塞により症状を悪化させる可能性もあると考えられる。

SCPの手技に関しては、通常通り弓部からのカニューラ挿入、解離の無い末梢での挿入、今回行ったように人工血管を末梢の健常部で端側吻合し送血を開始する方法などが選択肢となる。また再灌流時の対策としてのcontrolled reperfusionを行うべきとする施設も散見される¹³⁾。Central repairと脳再灌流の優先順位、SCPの手技、SCP開始時の流量、温度に関する詳細など多くの検討課題がある^{14, 15)}。

本症例が左半身麻痺で発症した経過については、3DCTによる頸動脈の解離の状態とASL所見から推測して、発症時には右腕頭動脈への偽腔進展によって右半球の血流が低下し、その後、偽腔末梢にエントリーが形成されて右頸動脈の血流が再疎通したためと推測した。左頸動脈にも偽腔が進展し左頸動脈の真腔血流は高度に低下したが完全閉塞には至らず、左半球が低灌流の状態となった。左腋窩動脈にも偽腔は進展したが、左椎骨動脈には完全な虚脱を免れた真腔からの血流が持続したことは、脳全体が細胞機能障害に至る閾値を下回らずに済む一因になった可能性もあると考えた。

しかし、頸部分枝全ての血流が不確かで脳全体の血流が不安定であり、偽腔の進展、新たなentryの形成、真腔内の血栓形成などにより、central cannulationによる体外循環開始に伴い術中にさらなる脳の虚血、神経障害をきたす可能性も懸念された^{16, 17)}。ASLにて左半球の灌流低下を認めたが、持続する神経機能障害は呈しておらずペナンプラの状態には至っていない程度の血流低下であったため、頸動脈の血管内治療や救急外来での外シャントによる頸動脈の血流確保などの適応はないが、可及的早期、できれば人工心肺確立と同時の脳血流確保が必要であると考えた。

今回我々が施行した頸動脈の健常部に小口径人工血管を端側吻合してSCPを先行する方法の利点は、

開胸に先立って素早く脳の再灌流が可能であること、頸動脈自体にも波及した偽腔の状態に左右されない確実な脳灌流が行えること、偽腔内あるいは狭小化した真腔内の血栓を飛散させることによる脳梗塞の発症を予防できること、人工心肺開始に伴う血流変化の影響を受けないこと、頸動脈に残存する解離が術後に増悪して分枝血流不全をきたす可能性を排除できることなどであると考えた。

結語

Stanford A型大動脈解離で脳のmalperfusionをきたした症例に対し、末梢の非解離部で全ての頸部分枝に人工血管を吻合して選択的脳灌流を開始し、脳血流を確保してから全弓部置換+frozen elephant trunk挿入を施行し良好な結果を得た。

文献

- 1) Di Eusanio M. Clinical presentation, management, and short-term outcome of patients with type A acute dissection complicated by mesenteric malperfusion: Observations from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *J Thorac Cardiovasc Surg* 42: 557-545. 2012.
- 2) Uchida K, Karube N, Kasama K, et al. Early reperfusion strategy improves the outcomes of surgery for type A acute aortic dissection with malperfusion. *J Thorac Cardiovasc Surg* 156: 483-489. 2018.
- 3) Bossone E, Rampoldi V, Nienaber CA, et al. Usefulness of pulse deficit to predict in-hospital complications and mortality in patients with acute type A aortic dissection. *Am J Cardiol* 89: 851-855. 2002
- 4) 田中耕太郎. 脳梗塞急性期の病態と治療のターゲット. *臨床神経学*. 11: 1150-1162. 2013
- 5) Astrup J, Symon L, Branston NM, et al. Cortical evoked potential and extracellular K⁺ and H⁺ at critical levels of brain ischemia. *Stroke* 8: 51-57. 1977
- 6) 田中耕太郎. 虚血性脳組織傷害の機序. 田中耕太郎, 高嶋修太郎, 編. 必携脳卒中ハンドブック. 東京: 診断と治療社. 335-340. 2008
- 7) 田中耕太郎. 脳組織虚血性傷害メカニズムに基づく治療戦略. 田中耕太郎, 編. 脳卒中診療 Update 改訂第2版. 大阪: 最新医学社. 252-262. 2010
- 8) 吉本武史, 井上学, 田中寛大, 他. Identifying large ischemic core volume ranges in acute stroke

- that can benefit from mechanical thrombectomy. *J Neurointerv Surg* 13: 1081-1087. 2021
- 9) Shiya N, Kuniyama T, Kamikubo Y, et al. Isolation technique for stroke prevention in patients with a mobile atheroma. *Ann Thorac Surg*. 72: 1401-1402. 2001
- 10) Matsushita A, Manabe S, Tabata M, et al. Efficacy and pitfalls of transapical cannulation for the repair of acute type A aortic dissection. *Ann Thorac Surg*. 93: 1905-1909. 2012
- 11) Roseborough GS, Murphy KP, Barker PB, et al. Correction of symptomatic cerebral malperfusion due to acute type I aortic dissection by transcarotid stenting of the innominate and carotid arteries. *J Vasc Surg*. 44: 1091-1096. 2006
- 12) Okita Y, Ikeno Y, Yokawa K, et al. Direct perfusion of the carotid artery in patients with brain malperfusion secondary to acute aortic dissection. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 67: 161-168. 2019
- 13) Munakata H, Okada K, Kano H, et al. Controlled earlier reperfusion for brain ischemia caused by acute type A aortic dissection. *Ann Thorac Surg*. 87: e27-e28. 2009
- 14) Ueyama K, Otaki K, Koyama M, et al. Urgent simultaneous revascularization of the carotid artery and ascending aortic replacement for type A acute aortic dissection with cerebral malperfusion. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 55: 284-266. 2007
- 15) Sugiyama K, Watanuki H, Futamura Y, et al. Impact of direct carotid artery perfusion in acute type A aortic dissection involving the common carotid artery. *Gen Thoracic Cardiovasc Surg*. 69: 1467-1475. 2021
- 16) Conzelmann LO, Kayhan N, Mehlhorn U, et al. Re-evaluation of direct true lumen cannulation in surgery for acute type A aortic dissection. *Ann Thorac Surg*. 87: 1182-1186. 2009
- 17) Fukuda 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

腹腔鏡下胃内手術で摘出した胃内異物の1例

小野 仁・玉那覇朝雄・葛西 弘規・有倉 潤・渡邊 義人・越前谷勇人

小樽市立病院 外科

要 旨

症例は45歳、男性。異物誤飲による食餌性腸閉塞として当院消化器内科に紹介された。上部消化管内視鏡による摘出を試みたところ、異物はゴム手袋と判明し、胃内に3つ存在し、2つしか取り出せなかった。イレウス管を挿入後、当科紹介となった。翌日、腹腔鏡下胃内手術を行い、胃内のビニール手袋を摘出した。

胃内異物に対して、腹腔鏡下胃内手術を施行し、最小限の切開創で、異物を摘出できた。腹腔鏡下胃内手術は、従来胃粘膜下腫瘍に対して行われているが、胃内異物摘出においても有効であると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

キーワード：胃内手術、胃内異物、ゴム手袋

はじめに

異物誤飲の多くは自然排泄で改善すると考えられる。自然排泄が困難な場合、内視鏡的除去や外科的加療が一般的である。

今回われわれは、胃内のゴム手袋に対し腹腔鏡下胃内手術の技を応用し、摘出した症例を経験した。腹腔鏡下胃内手術は、現在胃粘膜下腫瘍に対して行われているが、胃内異物摘出においても有効であると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

I. 症例

患者：45歳、男性。

主訴：嘔吐。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：自閉症。

現病歴：自閉症にて施設入所中であった。某日嘔吐し、近医受診し精査したところ、胃内異物、小腸異物を認め、腸閉塞の所見を認めた。胃内異物除去、腸管内圧減圧目的に当院消化器内科紹介となった。

入院時現症：身長158.7cm、体重58.3kg、血圧115/72mmHg、脈拍74/分、体温36.9℃。腹部は平坦、軟、圧痛を認めなかった。

入院時血液検査：CRP8.22mg/dlと炎症反応の上昇を認めたが、その他特筆すべき異常所見はなかった。

腹部骨盤単純CT：胃内に残渣。小腸の拡張と液貯留を

認め、腸閉塞の所見。左下腹部に小腸内に残渣を認める（図1）。食餌性腸閉塞や異物の可能性があり。腹水を認める。

上部消化管内視鏡検査：繊維状の塊と胃酸暴露により硬化したゴム手袋を認めた。手袋は3つあり、2つは取り出せたが、大きいものは噴門を通過せず取り出せなかった（図2）。

入院後経過：異物による腸閉塞と診断し、イレウス管挿入後、当科紹介となった。同日緊急手術を施行した。

手術所見：臍部にoptical法にて12mmカメラポート挿入。気腹開始。腹腔内観察。右季肋下に5mmポート挿入。胃に近い腹壁の位置を決定し5cm横切開し、小開腹し、Alexis® ウンドリトラクター（M）を装着した。創直下で、胃壁を3cmほど切開し、Alexis® ウンドリトラクター（S）を装着した（図3）。胃内を直視下に観察すると、ゴム手袋を認めた。鑷子で把持し、摘出した。Alexis® ウンドリトラクター（S）に蓋をして気腹し、胃内に異物をないことを確認した（図4）。胃壁をAlbert-Lembert縫合で閉鎖した。鏡視下に回腸異物の場所を探索した。回腸異物の場所を同定、気腹を一旦中止し、腹腔外に引き出した。回腸を切開し、ゴム手袋を摘出し、Albert-Lembert縫合し閉鎖した（図5）。

術後経過：経過良好にて術後4日目に食事を開始し、術後19日目に退院となった。

II. 考察

異食症とは1か月以上続く、栄養分のないものを繰り返し

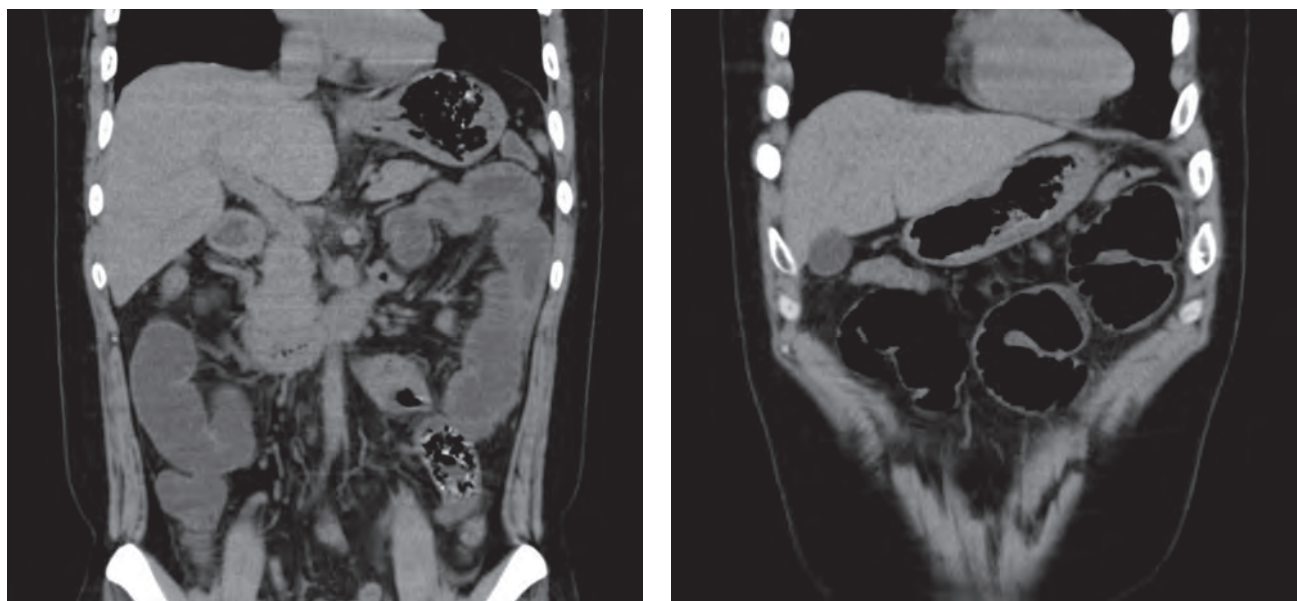


図1

- ・胃内に異物を認める。
- ・左下腹部小腸に異物を認める。小腸の拡張と液貯留を認める。

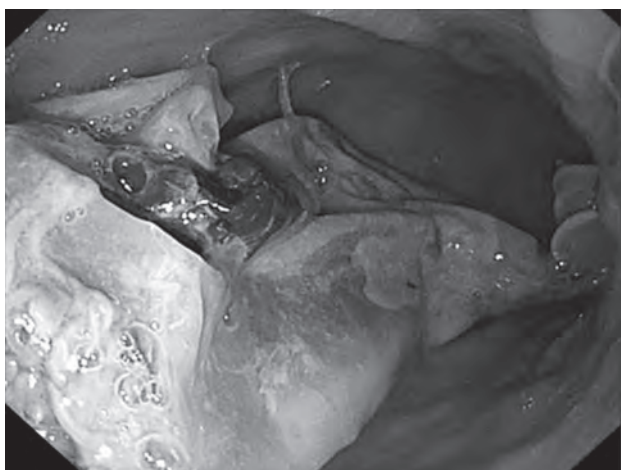


図2

- ・繊維状の塊と硬化したゴム手袋を認めた。
- ・繊維状の塊と手袋 2 つは摘出した。
- ・丸まって摘出不能な異物あり。

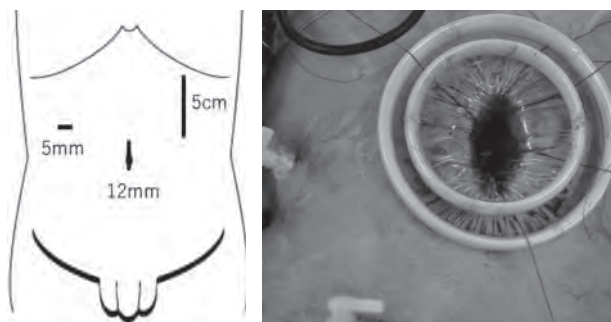


図3

臍部に optical 法で 12mm カメラポート挿入。右季肋下に 5mm ポートを挿入。胃に近い腹壁の位置を確認し、左上腹部に 5cm の縦切開をおいた。

アレクシス M を装着。

胃を引き上げ、胃壁を 4cm 切開し、アレクシス S を装着。

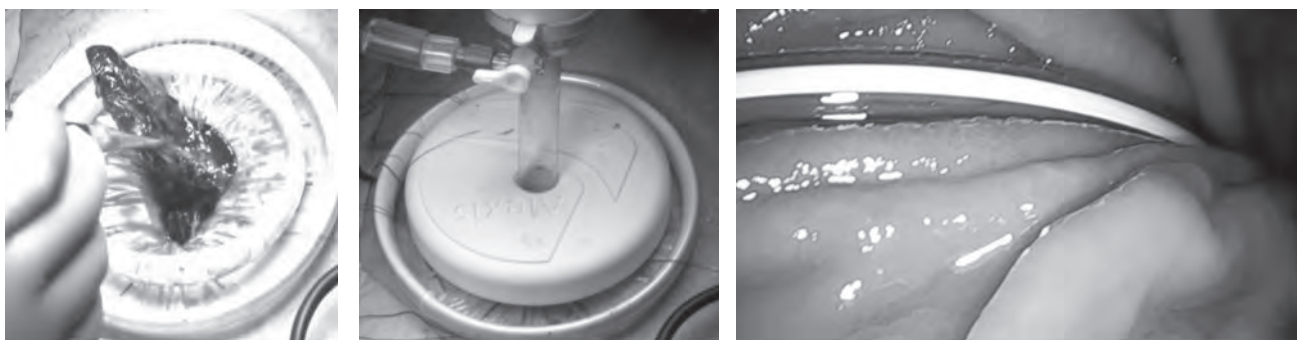


図4

胃内を直視下に観察。異物除去。

胃内を CO2 送気し、胃内を観察。異物なし。

胃壁を全層一層連続縫合で閉鎖。

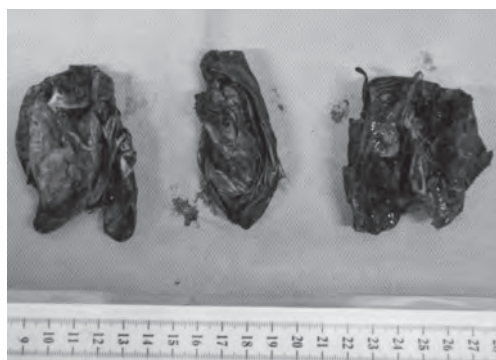


図5

鏡視下に回腸に異物があることを同定。
回腸を腹腔外に引き出し、回腸を切開し、異物除去。
創閉鎖し、手術終了

返し飲み込む行動様式とされる¹⁾。幼児や精神遅滞患者に多いとされる。5cm以上の異物は十二指腸屈曲部を越えられず、自然排出される可能性は低く、異物摘出が望ましい²⁾。ビニール手袋は消化管内で変性し硬化するため、自然排出されづらいとされる³⁾。

医学中央雑誌において「異食」「手袋」をキーワードに検索したところ（会議録は除く）、自験例を含め14例が報告されている（表1）^{4)~14)}。あった。そのうち男性は10例、女性は4例であった。基礎疾患は精神遅滞が6例、自閉症が2例、認知症が2例、そのほかなんらかの精神疾患を有していた。貯留箇所は胃が7例、回腸が7例、食道が1例であった。穿孔症例は2例報告されている。自然排泄した症例は2例であった。術式は開腹手術が8例、腹腔鏡手術が2例、胃内手術が自験例を含めて2例であった。

胃内異物に対する術式としては、侵襲性や創感染のリスクを考えると腹腔鏡手術が有効とされる。硬化したゴ

ム手袋は摘出するには胃壁を切開する必要がある、胃内に遺残がないことを確認するためには術中内視鏡の併用も必要と考えられる。腹腔鏡下胃内手術は、最小限の切開創で異物摘出が可能であり、手術カメラのみで胃内観察を行うことができる。胃内手術で異物摘出を行った症例は自験例を含めたビニール手袋の症例が2例、有鉤義歯を摘出した症例が1例報告されている¹⁵⁾。

腹腔鏡下胃内手術は、早期胃癌に対する縮小手術として報告例がある¹⁶⁾。現在では、胃粘膜下腫瘍に対する術式としても報告例がある。当院でも胃粘膜下腫瘍に対して腹腔鏡内視鏡合同手術と腹腔鏡下胃内手術を症例に応じて選択して行っている。腫瘍に対する胃内手術は、単孔式あるいは多孔式でおこなわれる。今回は、硬化したゴム手袋摘出であり、胃壁切開が必要とされるので単孔式で行った。本症例では、最初にカメラポート、操作ポートを挿入し、胃の創部位置を決定した。異物を胃内より摘出後、胃全体から十二指腸まで確認した。胃壁閉

Table. 1 手袋異食の本邦報告例

No.	報告年度	著者	年齢	性別	基礎疾患	貯留箇所	穿孔の有無	術式
1	1991	加藤	26	男	精神発達遅滞	回腸	なし	開腹
2	2003	竹内	37	男	脳性麻痺			自然排泄
3	2005	水野	37	女	脳症			自然排泄
4	2010	小林	28	女	統合失調症	回腸	なし	開腹
5	2011	横田	24	男	精神発達遅滞	胃、回腸	なし	開腹
6	2015	難波	80	女	うつ病	胃	あり	開腹
7	2016	古谷	17	男	精神発達遅滞	回腸	あり	開腹
8	2016	草開	15	男	自閉症	胃、回腸	なし	開腹
9	2016	坂口	76	女	認知症	回腸	なし	開腹
10	2017	田中	14	男	精神発達遅滞	胃	なし	腹腔鏡
11	2018	佐瀬	60	男	認知症	食道、胃	なし	腹腔鏡
12	2020	原田	45	男	精神発達遅滞	胃	なし	開腹
13	2020	河瀬	73	男	精神発達遅滞	胃	なし	胃内
14	2022	自験例	45	男	自閉症	胃、回腸	なし	胃内

鎖後に、腹腔内汚染のないことを確認した。

胃内手術では、単孔式手術に習熟することや異物の位置に応じて胃壁の切開の場所を決定するなど独特の手技が必要とされる¹⁴⁾。症例に応じて慎重に適応を選択すれば、安全かつ低侵襲に胃内異物除去が可能であると考えられる。

結語

胃内異物に対し、腹腔鏡下胃内手術を摘出した1例を経験した。症例を適切に選択すれば、胃内異物に対し、腹腔鏡下胃内手術は安全かつ有用な術式であると考えられる。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition (DSM-5). APA, Washington DC, 2013; 329-331.
- 2) Spitz L: Management of ingested foreign bodies in childhood. Bri Med J 1971; 20; 469
- 3) 古谷裕一郎, 寺田卓郎, 宗本義則, 他: ビニール手袋の異食により小腸閉塞および穿孔をきたした1例. 日本臨外医会誌 2016; 77: 573-577
- 4) 加藤俊二, 吉岡正智, 田中洋介, 他: 開腹にて摘出した精神障害における消化管異物の3例. 日消外会誌 1991; 24: 3017-3021
- 5) 竹内孝子, 諸星輝明, 千葉峻三: 重度心身障害者の異食によるイレウスの1例—医療用プラスチック手袋の可塑性に関する考察. 日重症心身障害会誌 2005; 30: 257-260
- 6) 水野勇司, 西郷謙二郎, 舎川泰彦, 他: 異食により重篤な合併症を来した重症心身障害者の2例. 日重症誌 2005; 30: 295-298
- 7) 小林敦夫, 関戸仁, 松田悟郎, 他: 医療用手袋により腸閉塞をきたした1例. 日臨外医会誌 2010; 71: 941-945
- 8) 横田豊, 秋山一郎, 國末浩範, 他: 消化管異物による腸閉塞の1例. 岡山医療セ年報 2011; 6: 237-238
- 9) 草間祥平, 生水貫人, 堀江貞志, 他: ビニール手袋の異食により腸閉塞を発症した自閉症の1例. 小児臨 2016; 69: 1243-1247
- 10) 坂口聡, 堂西宏紀, 中井博章, 他: プラスチック手袋異食による腸閉塞の1例. 和歌山医; 2016: 109-111
- 11) 田中麻須美, 川村陽一, 野々山恵章: 血性嘔吐を契機に診断されたビニール手袋の異食症の1例. 小児科 2017; 58: 625-626
- 12) 佐藤友彦, 井伊貴幸, 山並秀章, 他: 腹腔鏡下に摘出した消化管異物の2例. 外科 2018; 80: 174-178
- 13) 原田恭一, 権代竜郎, 藤井俊, 他: 医療用ビニール手袋異食による消化管通過障害に対し, 術前に診断し得て摘出した1例. 京都府医第北部医療セ誌 2019; 5: 47-53
- 14) 河瀬信, 長久吉雄, 橋田和樹, 他: ビニール手袋異食に対し胃内手術が有用であった1例. 日鏡外会誌 2021; 26: 229-234
- 15) 齋藤亮, 今泉潤, 絹田俊爾, 他: 内視鏡下胃内手術で摘出したブリッジ型有鉤義歯の1例. 日臨外会誌 2017; 78: 698-704

5-ASA 製剤に不耐を呈した潰瘍性大腸炎の一例

谷向 慎矢¹⁾・谷口 正浩²⁾・山本 至¹⁾・鈴木 亮¹⁾
矢花 崇¹⁾・金戸 宏行¹⁾・有村 佳昭¹⁾

1) 小樽市立病院 消化器内科

2) 岩内協会病院 消化器内科

キーワード：潰瘍性大腸炎、5-ASA 製剤

【はじめに】

潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis：以下 UC）は、大腸の粘膜にびまん性の炎症や潰瘍を引き起こす原因不明の炎症性腸疾患である。主として直腸の特発性かつ非特異性の炎症を呈し、発症のピークは 20～30 代とされている。免疫病理学的機序や腸内細菌叢などの関与が考えられており下痢や血便、腹痛などの消化器症状のほか、発熱、体重減少、貧血などの全身症状をきたす。

患者数は増加傾向をたどっており、2015 年の厚生労働省による調査では日本における患者数は約 22 万人であると報告されている。

治療には 5-アミノサリチル酸（以下 5-ASA）製剤が寛解導入療法に広く用いられている。しかし投与初期に発熱、下痢、血便、腹痛、頭痛、関節痛などの出現・増悪を認める 5-ASA 不耐を呈することがある。

今回我々は、5-ASA 不耐を呈し劇症化した UC に対して、適切な内科的治療で結腸全摘術を回避し寛解導入に成功した一例を経験したのでここに報告する。

【症例】

患者：20 代、女性

主訴：下痢、血便

現病歴：X 年 3 月から 1 日 3-5 回の下痢・血便を自覚し、同年 5 月 28 日に近医消化器内科クリニックを受診された。下部消化管内視鏡では横行結腸から直腸粘膜の炎症性変化を認め、生検結果から UC と診断された。メサラジン錠 4800mg/day での加療開始したところ症状の増悪を認めたため、X 年 6 月 21 日に当科紹介受診された。

既往歴：特記なし

生活歴：喫煙なし、飲酒なし

内服歴：なし

アレルギー歴：なし

現症：身長 165.4cm、体重 51.4kg、血圧 96/63mmHg、脈拍 115 回/分・整、体温 37.9℃

眼瞼結膜蒼白あり、眼球結膜に黄染なし。腹部は平坦、軟で腫瘤を触知しない。腹部全体に圧痛を認める。関節疼痛なし。

入院時検査（表 1）：白血球高値と小球性貧血、アルブミン低下および CRP 上昇を認める。サイトメガロウイルス、EB ウイルスの抗体検査では有意所見は認めなかった。また、薬剤誘発性リンパ球刺激試験（Drug-induced lymphocyte stimulation test：以下 DLST）を提出したところ、患者に処方されたメサラジン製剤いずれも強陽性の結果となり 5-ASA 不耐が疑われた。

便培養検査：Enterobacter bugandensis（+）、Escherichia coli（+）

腸管出血性大腸菌の検出は認めなかった。

前医下部内視鏡検査（図 1）：横行結腸から直腸に連続性に、全周性に出血やびらんを伴った粘膜炎症像を認め、一部膿性の分泌物の付着も見られ中等症相当の所見と考えられた。

【入院後経過】

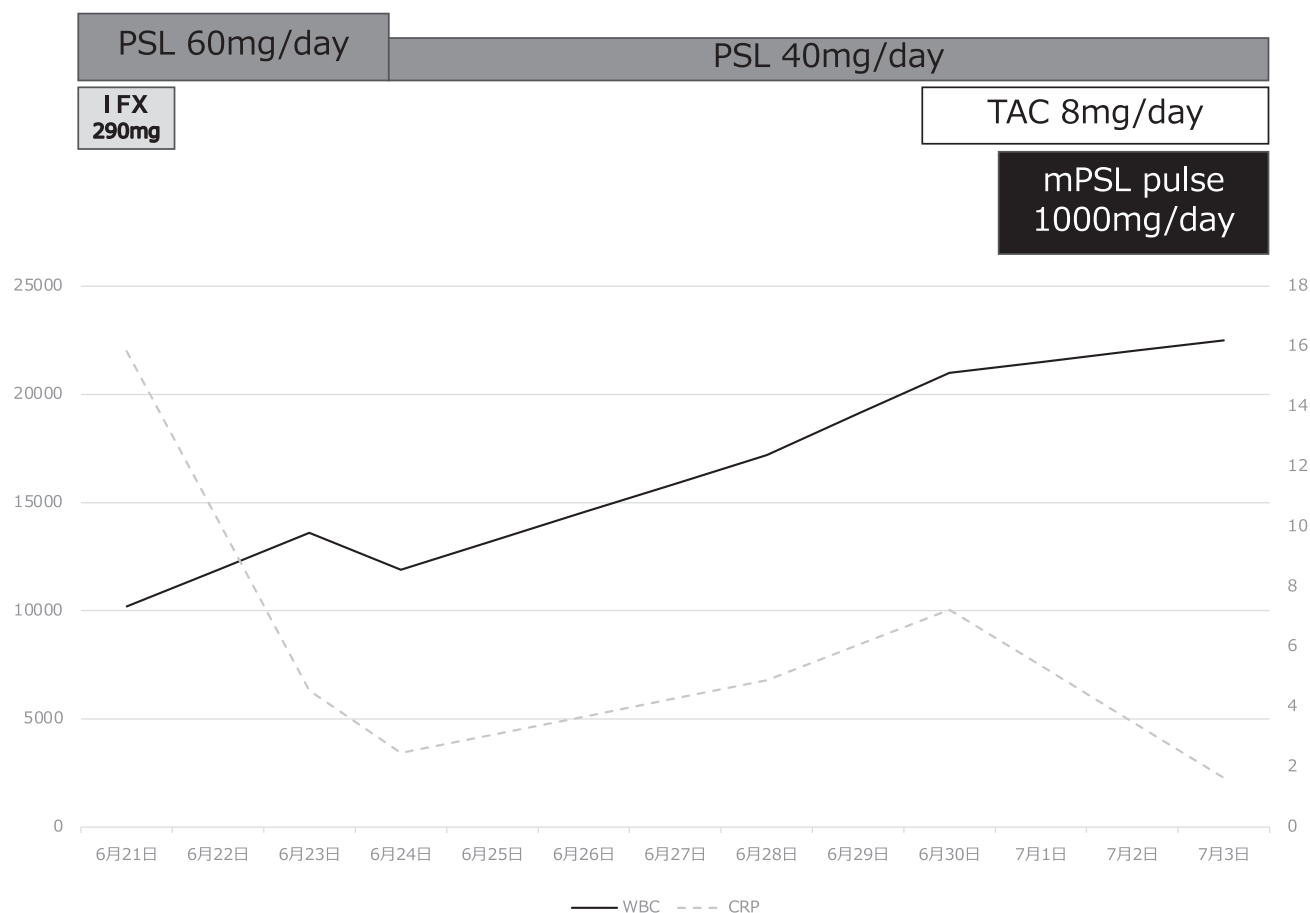
入院後経過を表 2 に示す。X 年 6 月 21 日に入院となり、中等症の UC として、プレドニゾロン（以下 PSL）60mg/day、インフリキシマブ（以下 IFX）290mg/day による寛解導入療法の方針となった。寛解導入療法開始後は解熱傾向であり、血液検査所見や臨床症状は改善傾向であった。

6 月 24 日から PSL 40mg/day へ減量したところ、26 日から腹痛の増強と血便などの消化器症状が再燃、38 度台の発熱も見られた。病状を把握する目的で、下部内視鏡検査（図 2）および造影 CT（図 3）を行うこととなった。下部内視鏡検査では、直腸は拡張し多量の粘血便付着が確認された。送気、送水の操作のみで出血する脆弱な粘膜の状態であり、穿孔リスクの高い所見を認

表1 入院時検査結果

〈血算〉		AMY		〈感染症〉	
WBC	21000/ μ L	リパーゼ	20IU/L	CMV-IgM	< 0.1AU/mL
Neut	86.90%	BUN	3.9mg/dL	CMV-IgG	< 6.0AU/mL
Lym	5.80%	Cre	0.58mg/dL	CMV 核酸定量	検出せず
Mono	5.40%	Na	139mEq/L	CMV-C10/C11	陰性
Eos	1.80%	K	2.8mEq/L	VCA-IgM	0.5 (±)
Baso	0.10%	Cl	102mEq/L	VCA-IgG	0.3 (-)
RBC	357 $\times$ 103/ μ L	Ca	8mg/dL	EBNA-IgG	0.1 (-)
Hb	9.5g/dL	CRP	15.83mg/dL	結核特異的-IFN	陰性
Ht	29.40%	フェリチン	82.2ng/mL	CD 抗原	陰性
MCV	82.4fL	〈免疫〉		CD トキシン	陰性
Plt	314/ μ L	IgA	159mg/dL	COVID-19 抗原	陰性
〈生化学〉		IgM	72mg/dL	〈自己抗体〉	
TP	5.4g/dL	IgG	1124mg/dL	抗核抗体	< 40 倍
Alb	2.4g/dL	非特異的 IgE	178mg/dL	抗 CCP 抗体	1.7U/mL
T-Bil	0.42mg/dL	C3	113mg/dL	MMP-3	97.4ng/dL
D-Bil	0.17mg/dL	C4	34mg/dL	抗 DNA 抗体	< 2.0IU/mL
AST	7IU/L	血清補体価	41.4CH50/mL	RNP 抗体	陰性
ALT	6IU/L	〈DLST〉		SS-A	陰性
LDH	113IU/L	リアルダ錠®	+++ 陽性	PR3-ANCA	3.9IU/mL
ALP (IFCC)	52IU/L	ベンタサ顆粒 94%	+++ 陽性	MPO-ANCA	< 1.0IU/mL
γ -GTP	12IU/L				

表2 入院後経過



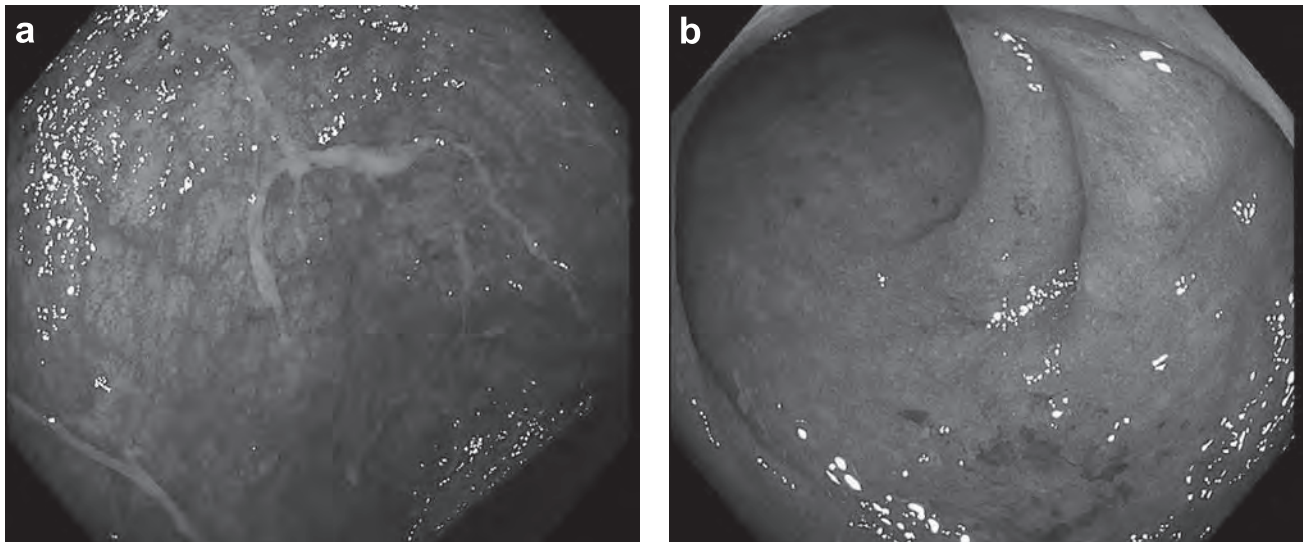


図1 前医内視鏡検査所見

a: S 状結腸、膿性の分泌物が確認される。

b: 横行結腸から直腸にかけて易出血性の粘膜炎症を認める。

め、Matts の内視鏡所見分類で Grade4 相当と考えられた。造影 CT では全結腸にかけて全周性の壁肥厚が確認され、浮腫、炎症の存在が考えられた。各検査所見からも病状の悪化が考えられ、28 日から絶食、中心静脈栄養および赤血球液輸血を行った。

こうした臨床経過から、5-ASA 製剤に不耐を示し、ステロイド依存の UC であることが推測され、IFX の効果も不十分であると考えられた。重症の UC の中でも、劇症化基準（① 1 日 15 回以上の血性下痢が続いている、② 38 度以上の高熱が続いている、③ 10,000/mm³ 以上の白血球増多がある、④ 強い腹痛がある）をすべて

満たすことから劇症と診断し、外科的治療の可能性も考えられた。患者本人、ご家族と協議し、可能な限り大腸温存を目指した内科的治療を継続することを希望された。Y 大学附属病院消化器内科と治療方針を協議した結果、当院で 6 月 29 日からはタクロリムス（以下 TAC）8mg/day の投与を開始し、7 月 1 日から 3 日まで、ステロイドパルス療法（mPSL 1000mg/day）を施行した。ステロイドパルス療法開始後は熱型も安定し、腹痛などの症状も改善傾向を得られた。7 月 6 日に Y 大学附属病院へ転院となった。

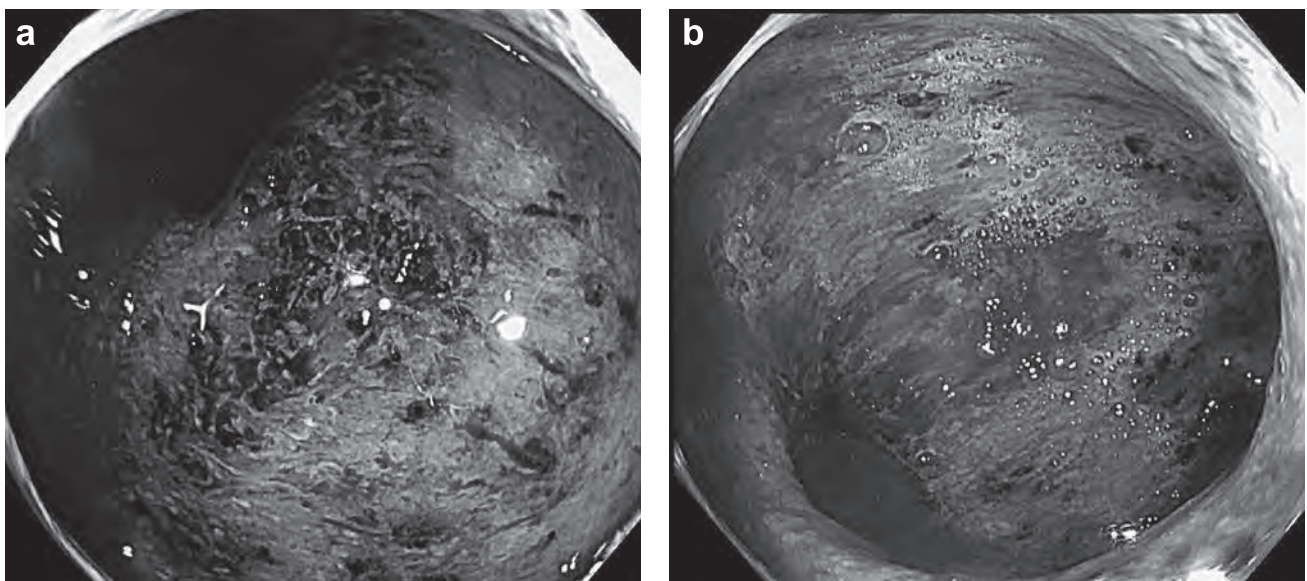


図2 X 年6月28日施行の内視鏡所見

a: 直腸は拡張しており、粘血便の付着を認める。

b: 内視鏡の送気、送水操作のみで出血する脆弱な粘膜を認める。

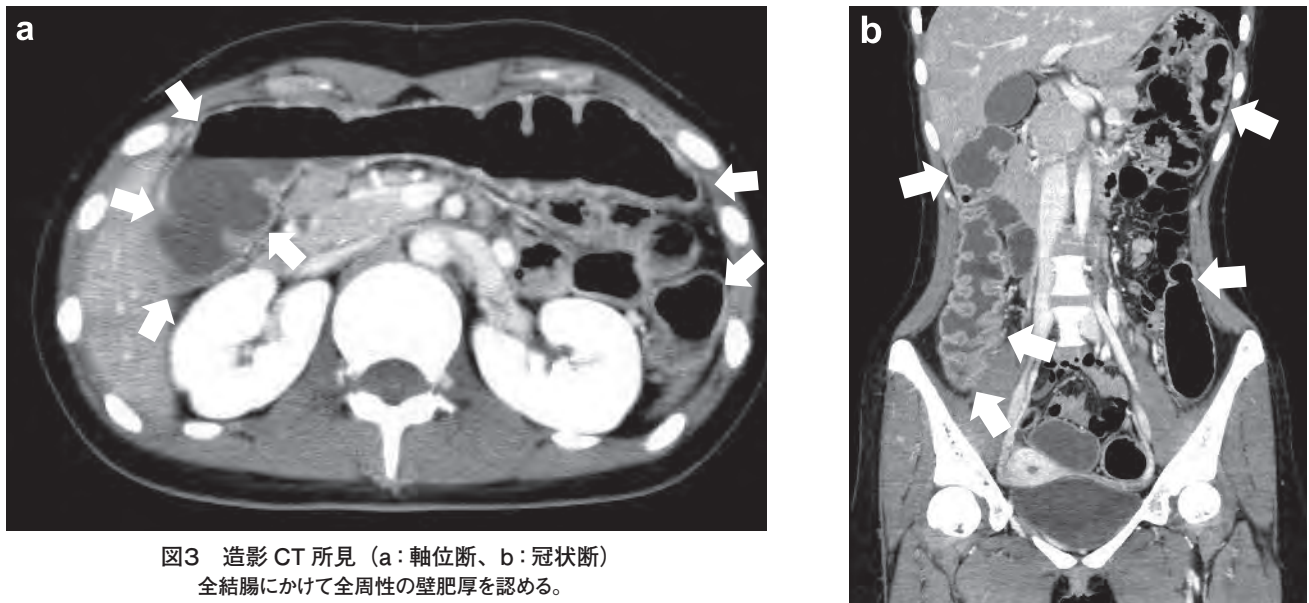


図3 造影 CT 所見 (a:軸位断、b:冠状断)
全結腸にかけて全周性の壁肥厚を認める。

【転院後経過】

Y 大学附属病院に転院後は、TAC の血中濃度測定を
行いつつ、TAC 10mg/day、PSL 30mg/day で投与さ
れた。7 月 14 日には PSL 25mg/day に減量、以降 1 週
間毎に 5mg ずつ減量を続けたが、症状の再燃なく経過
した。

8 月 4 日には PSL 12.5mg/day まで漸減され、8 月 5
日に退院となった。その後は附属病院通院で TAC の継
続と PSL の漸減がなされた。8 月 26 日に行われた下部
内視鏡検査 (図 4) でも、びらんや潰瘍などを認めず、
粘膜性状の改善を認めた。外来フォロー時に時々血便や
腹痛などの症状が出現したが、ブデソニド注腸剤などを

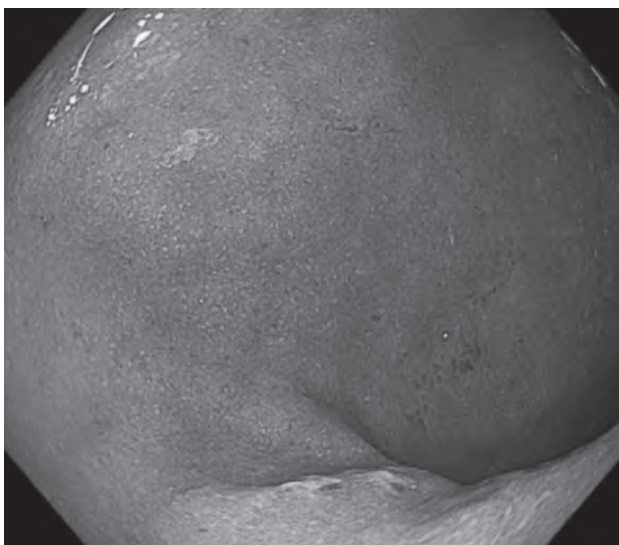


図4 X 年8月26日施行の内視鏡所見
直腸の炎症は消失しており、粘膜所見の改善を認める。

使用しつつ PSL 減量を行った。X 年 12 月から、当院へ
再紹介となり、PSL オフと同時にウステキヌマブへの
スイッチを行う方針とした。現在はウステキヌマブの維
持療法と TAC 減量を続け、ウステキヌマブ単剤での寛
解維持を目標としているが、血便や腹痛などの症状の明
らかな増悪なく現在まで経過している。

【考察】

UC の治療の原則は内科的治療であり、5-ASA 製剤
は、活動期 UC の寛解導入に有効であり、標準治療とし
て広く用いられている薬剤である。しかし、5-ASA 製
剤自体が、腹痛、発熱、血便などあたかも病態が増悪し
ているような症状 (不耐) を呈することがある。不耐症
の発生頻度として、福島らは 2.2%、曽野らは 2.7%、本
谷らは 2.1% と 2% 強の報告が複数見られる¹⁻³⁾。しかし
平岡らの報告⁴⁾ によれば、約 11% の UC 患者が不耐性
を示し、さらに 2007~2010 年は 5.3%、2011~2013 年
は 9.1%、2014~2016 年は 16.2% と、発生頻度が増加傾
向にあるという結果であった。明確な診断基準がないこ
ともあり発生頻度の報告にばらつきは存在するものの、
頻度としては決して少なくなく、臨床にて遭遇しうる病
態であると考えられる。

5-ASA 不耐には 5-ASA 製剤に対する代謝能力が低
いために免疫反応を介さずに副作用が出現する狭義の不
耐と、免疫反応を介して異常反応を生じるアレルギー反
応を含めた広義の不耐があると考えられている。症状の
出現においては、福島らの報告¹⁾ では 5-ASA 製剤不耐
症の出現までに平均 7.7 日を要しており、用量依存性に
出現すると考えられている。不耐の詳細な機序は不明で

はあるが、内服中断や、薬剤変更などの対処がなされることも多い。内服中断のみで軽快した症例報告^{5) 6)}や、同じメサラジン製剤でも徐放性製剤から pH 依存性製剤に変更することで服用可能となった症例報告⁷⁾も散見される。

本谷らは不耐となった症例の DLST 陽性率は 47.6%と報告している³⁾。DLST は感度が低いものの特異度が高い検査⁸⁾である。5-ASA 投与後の臨床経過が不自然な場合は不耐を疑うべきであり、DLST はその診断の一助となるであろう。

一方で臨床的重症度が高いにも関わらず、83.3%の症例では内視鏡的活動度が軽度と乖離する傾向があることも指摘されている³⁾。しかし、本症例のように実際に粘膜病変の増悪を伴った場合は原疾患の増悪との鑑別が難しく、診断の遅れから結腸全摘術が施行された症例も報告されている⁹⁾。

本症例では外科的治療を回避することができたが、内科的治療では改善できない病態（穿孔・大量出血・中毒性巨大結腸症など）は絶対的適応となることには留意すべきである。若年で標準治療とされている回腸嚢は有効であるとされているが、適切な手術時期を逸することで合併症によりおよそ半数が死に至るという報告も見られる¹⁰⁾。若年患者の場合は外科的治療を受け入れることは難しいことが予想されるが、生命予後を改善しようと判断される場合には外科的治療を行うことを患者らに説明し、理解を得る必要がある。

【結語】

5-ASA 製剤開始後の臨床経過が不自然な症例に対しては 5-ASA 不耐を疑い、早期診断および対応を心掛けるべきであり、本症例のように重症・劇症化を来しうることを念頭におき薬剤中止をはじめ UC 治療の変更・強化を検討することが肝要である。

【文献】

- 1) 福島恒男, 中島光一, 辺見英之他. 炎症性腸疾患症例の mesalazine 製剤不耐症に対する脱感作療法. 日本大腸肛門病会誌. 67: 259-262, 2014
- 2) 曾野浩治, 菊池秀昌, 岩佐亮太他. 5-ASA 製剤不耐潰瘍性大腸炎に対する IFX の有効性. 日消誌. A861, 2011
- 3) 本谷 聡, 下立雄一, 田中浩紀他. 5-ASA 不耐 (メサラジンアレルギー) の潰瘍性大腸炎. IBD research. 4: 127-31, 2010
- 4) Sakiko H, Akiko F, Tatsuya T et al. Multicenter

survey on mesalamine intolerance in patients with ulcerative colitis. J Gastroenterol Hepatol. 36: 137-143, 2021

- 5) Tsuboi R, Matsumoto S, Miyatani H et al. Crohn's Disease with Mesalazine Allergy that Was Difficult to Differentiate from Comorbid Ulcerative Colitis. Intern Med. 58: 649-54, 2019
- 6) 白井孝之, 澤本佳奈, 横山知子他. メサラジン不耐が疑われた潰瘍性大腸炎に対し経口メサラジン製剤変更が有効であった 2 例. 月刊消化器内科. 53: 331-334, 2011
- 7) Daisuke S, Mari H, Taro S et al. Evaluation of the drug-induced lymphocyte stimulation test for diagnosing mesalazine allergy. Intestinal Res. 16(2): 273-281, 2018
- 8) 黒木優一郎, 猪 聡志, 阿曾沼邦央他. メサラジン不耐による潰瘍性大腸炎の内視鏡像. 臨床消化器内科. 29: 1524-1528, 2014
- 9) Ding H, Liu XC, Mei Q et al. Ulcerative colitis flair induced by mesalamine suppositories hypersensitivity. World J Gastroenterol. 20: 3716-3718, 2014
- 10) Harbord M, Eriakim R, Bettenworth D et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. Journal of Crohn's Colitis. 11(7): 769-784, 2017

COVID-19 クラスター施設への支援活動を通して 捉えた課題と今後の自己の活動

村上 圭子

小樽市立病院 看護部

要 旨

当院は第二種感染症指定医療機関であり、後志医療圏で新興感染症が発生した場合、他の医療機関に先駆けて患者の受け入れや地域の医療・介護施設支援を行う役割がある。2021～2022 年にかけ、当医療圏の新型コロナウイルス感染症クラスター発生施設に対し、北海道 COVID-19 支援ナース事業による派遣及び保健所職員との同行訪問の機会を得た。感染管理認定看護師として医療現場とは異なる施設を訪問し、職員がそれぞれの場で感染対策を理解し、日常的に継続して実践することの重要性と、それを実現するために必要な支援内容について考えさせられた。国は重大感染症の発生及び蔓延に備えて、医療提供体制の整備や医療人材派遣等の調整の仕組みづくりを進めている。有事の支援体制は大切だが、平時からすべき対策を確実に実施できるよう整備しておくことがより重要である。当院が、保健所等と協力し、地域における情報共有の体制づくり、施設管理者の育成、基本的な標準予防策についての理解と実践への働きかけなどを推進し、地域施設の感染対策の知識や技術の向上を通して、地域住民の生活を支えることが必要と考える。

キーワード：COVID-19 地域支援

1. はじめに

2020 年 1 月に国内第 1 例目の新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）が発生して以降、感染の蔓延は 2023 年 7 月の現在まで続いている。新興感染症発生時には、まず特定感染症指定医療機関・第一種感染症指定医療機関・第二種感染症指定医療機関が中心となって対応し、次いで公立・公的病院や地域医療支援病院の対応へ拡大される。第一種感染症指定医療機関は全国に 55 施設で、後志医療圏には第二種感染症指定医療機関が 2 施設ある。当院はその 1 施設であり、新興感染症の発生時には他の医療機関に先駆けて患者の受け入れや支援を行う役割がある。

今回、感染管理認定看護師として 2021～2022 年にかけて北海道 COVID-19 支援ナース事業によるクラスター施設への派遣と小樽市保健所職員との同行訪問を行う機会を得た。流行の第 6～8 波がほぼ間をあけずに押し寄せていた時期であり、後志管内の介護施設等ではクラスターが頻発していた。COVID-19 流行当初、罹患者は全員が感染症指定医療機関へ入院したが、この時期、軽症者は基本的に自施設で療養することになっていた。認定看護師は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有し、「実践・指導・相談」という役

割を通して、ケアの質の向上に寄与することが期待されている。感染管理認定看護師として「実践・指導・相談」の観点から、無資格者を含めた様々な職種への支援活動を振り返り、今後、どのような活動が求められるのかについて考察する。

2. 派遣や同行訪問から捉えた課題

2021～2022 年に訪問した施設の種別を表 1 に示す。訪問先は介護老人保健施設 4 施設、特別養護老人ホーム 3 施設、病院・診療所・有料老人ホーム各 1 施設であり、高齢者が長期間入所する施設が多かった。訪問を通して捉えた課題を表 2 に示す。訪問時には短時間で効率よく、見落としなく確認するために、日本環境感染学会が作成した「新型コロナウイルス感染症の院内・施設内感染対策チェックリスト」¹⁾を参考に現状把握を行っ

表 1 訪問施設内訳

施設種別	COVID-19 支援ナース派遣	保健所 同行訪問
介護老人保健施設	2	2
特別養護老人ホーム	2	1
病院	0	1
診療所	0	1
有料老人ホーム	0	1

表2 訪問の中で課題と捉えた課題

	要因	行動
標準予防策の対象	汚染リスク時の防護具は全ての人 が対象であることの理解不足	・陽性者対応ではPPEを着用するが、陰性者に対しては検体採取時でもPPEを装着しない。
個人防護具（PPE）	不足（経済面、入手困難）	・施設によってはPPEが不足しており、患者毎のエプロンや手袋交換が難しい。
	使用方法や着脱・交換のタイミング、機能の理解不足	・着脱手順は掲示されているが、着脱の手技があいまいである。 ・レッドゾーン内ではフルPPEで対応しているが、入所者間での交換がほぼされていない施設がある。 ・N95マスク装着時のフィットチェックがされていない。レッドゾーンの中で外している。
ゾーニング	理解不足	・PPEを着用したまま、ゾーン間を往来している。
	施設種別や構造による困難	・陽性者と濃厚接触者、陰性者が同室に混在している。私室であり、移動する認識がない。 ・構造上、レッドゾーンの中にグリーンゾーンがあったり、動線が交差したりする。
その他	感染対策について知識不足	・休憩室でマスクなしで会話をしている。 ・アルコールスプレーの全身噴霧や手袋の上からアルコール消毒を実施している。 ・床や壁、天井にアルコールをスプレーをしている。
	生活の場における感染対策の困難	・私室の入口にのれんやカーテンが設置され、衛生的な管理が難しい。

た。個人防護具（以下PPE）等の資源の不足はある程度解消されており、施設職員の基本的な感染対策の理解度とそれをどのように現場に適用させているかの把握が重要と考えた。

感染管理認定看護師の「実践」としての活動は、主に「ゾーニングの検討と指導」であった。可能な場合は、図面で施設全体の構造とゾーニングの状況を確認した。ゾーニングしたエリア毎の清浄度を維持するためにはPPEの着脱や手指衛生が遵守できていることが必須となる。感染者と非感染者のエリアを分けられるケースと入居者すべてが陽性者か濃厚接触者に該当するケースではゾーニングの方針が異なり、理想的なゾーニングが可能なケースばかりではなかった。ほぼ全体がレッドゾーンとなる施設では、職員の罹患防止を優先し、入所者毎のガウンの交換は行わない方針とした施設もあった。保健所の介入により、エリア分けやPPEの設置が行われていた場合でも、職員がPPEを着用したままゾーン間を往来する様子が見られ、PPE着脱手順やタイミングは適切に理解されていない施設もあった。

「指導」の活動では、ゾーン間の往来やケアの「動線に沿った手指衛生とPPE着脱のタイミング・手技」の現状を把握した。レッドゾーンの中でN95マスクを着脱する、入所者のケア時に防護具の交換がほとんどされていない状況が複数の施設で認められた。小椋らは精神科病院と介護福祉施設におけるCOVID-19対策の実態

調査の結果²⁾、「日常生活介助時では有症状者に対しても100%装着しているPPEは認められず、感染者数が急増している時期に調査した特養のPPE装着率は最も低かった」と述べている。医療施設でない場合、日常的に手指衛生やPPE着脱の指導を受ける機会は少ない。さらに、様々な資格を持つ職員が勤務しており、指導内容に対する認識や実践に臨む姿勢も様々である。そのため、施設構造・人員配置・使用可能なPPEの種類・量が異なる状況の中で、最善と考える動線や手指衛生・PPE着脱のタイミングと手技を具体的に提案し、指導した。手荒れにつながるという理由から手指衛生への抵抗を示す職員に対し、保健所がグローブの上からのアルコール消毒を許容している施設があり、修正に苦慮した。また、アルコールの全身噴霧や環境への噴霧を実施している施設も複数あり、人体への毒性のリスクや効果について説明したが、理解を得られない職員もいた。流行当初は未知のウイルス対応であったCOVID-19も1年以上経過し、日本看護協会等から基本的な感染対策は示されていた。管理者が、最新のエビデンスに沿った情報を主体的に得て、職員へ適切に指導する重要性を実感した。

「相談」の活動は、「職員の不安解消のための相談対応」である。何に困っているのか、不安や不明な点は何か、現場で直接ケアにあたっている職員から聞くように心がけた。多くの具体的な疑問が挙げられた施設があっ

た一方で、感染対策についての知識不足が根底にあり、困り事が認識されていないことも多かった。厚生労働省は『高齢者介護施設における感染対策マニュアル』を改訂³⁾し、職員の衛生知識が向上するよう実用性に留意して整理している。これらを基に、具体例を提示しながら職員の理解度を確認し、実践に対する相談がないかを確認する必要があると感じた。

3. 今後の活動

国は『感染症法』を改正（2024年4月施行）し、重大感染症の発生及び蔓延に備えて、医療提供体制の整備や医療人材派遣等の調整の仕組みを整備している。これを受けて、日本看護協会は新興感染症発生時の応援派遣に対応できる新たな災害支援ナースを育成する仕組み作りを進めている。有事に速やかな支援体制が取れることは必要だが、平時からすべき対策を確実に実施できるよう整備しておくことがより重要である。以下に平時に備えるべき項目を述べる。

1) 地域の感染状況を適時適切に共有する体制づくり

蘆野⁴⁾はCOVID-19対応における地域連携の課題として情報共有を挙げ、「地域全体の感染状況を関係機関が適時適切に共有する工夫が必要である」とし、「保健所が調査した情報の共有がないと連携ができないことは明らか」としている。有事には保健所が主体となって感染者の発生状況等を発信するが、平時には定点報告が行われるのみで各施設が個別の感染症の発生状況を把握することは困難である。自施設で感染症が増加しているという情報は発信しにくいものであるが、保健所が適時適切に情報共有することで、他施設も対策を講じ、必要な応援が得られるメリットがある。特にクラスターの発生状況は、施設側が公表しない限り、外部から知ることはできず、支援につながりにくい。

市内には2023年7月現在、15病院と有床無床あわせて66診療所、6つの介護老人保健施設の他、老人ホームやグループホームがある。保健所の関与を得た公的な体制とし、地域の施設管理者が安心して情報を共有できる関係を構築することは、その後の連携や支援に大きく影響する。感染症指定医療機関として、感染管理認定看護師として保健所と密に連携し、介入を推進していく必要がある。

2) 施設における標準予防策の理解と実践

COVID-19流行初期のように、感染経路や潜伏期間が不明な感染症が発生した場合、職員や患者・入所者を守るのは標準予防策の徹底である。感染対策の基本では

あるが、症状や処置内容による曝露リスクを判断して対策を行う必要があり、確実に実践するのは難しい。全ての職員が同じように判断して実践できなければ、感染拡大につながってしまう。

小椋らは「自施設の実態に合わせた感染対策マニュアルを作成する際は感染対策の専門家の意見を取り入れることが必要である。近隣の医療機関との地域連携や外部の感染対策の専門家と連携できるシステムの構築が急務と考えられた」²⁾と述べている。市内の感染管理認定看護師等が共同で地域共通のマニュアルを作成することで、基盤の整備が可能と考える。実践可能性に違いはあるが、各施設が基準を理解した上で実践できるよう継続的な指導・介入をするため、リーダーシップを発揮していくことが必要である。

3) 感染対策の中核を担う施設管理者の育成

病院では医療法や診療報酬上、感染対策の委員会を設置し、年2回の感染対策の研修を実施することが義務づけられている。2012年の診療報酬改定では「感染防止対策加算・地域連携加算」が取得できるようになり、感染防止加算を算定する医療機関との間で連携や支援の仕組みが作られた。2022年には「外来感染対策向上加算」が新設され、診療所も地域連携の中に入ることが可能となった。これらによって、医療機関には感染対策部門の設置、連携体制の整備、カンファレンスや研修への参加が促されることとなった。しかし、医療福祉介護にかかわる施設の大半はその仕組みには入らない。

施設の大小にかかわらず、入所者や施設の特性を踏まえ、感染対策や職員の労務管理のリーダーシップをとれる管理者の育成は最優先事項である。施設を越えて共通の課題の検討や活動の共有を継続的に実践することが、地域の感染対策の質向上につながる。

4) 保健所や市内他病院とのネットワークづくり

これらの活動は市内の病院に所属する感染管理認定看護師等と協働し、それぞれが持つネットワークと連携する必要がある。また、様々な施設の参加を得るには行政からの働きかけが必須と考える。感染症看護専門看護師と感染管理認定看護師の地域における感染対策活動とネットワークに関して野口らが行った文献検討の結果⁵⁾では、活動内容として「研修会やセミナー開催などの教育活動」と「アウトブレイク時の相談・介入」が多かったことを明らかにし、「地域における感染対策活動の実態把握とその効果についての研究」と「地域の感染対策支援ネットワークの強化の必要性」を示唆している。地域や施設の特性を踏まえつつ、共通の知識基盤を整え、

学習機会や情報を共有し、共に学びあえるネットワークが構築できれば、COVID-19のような新興感染症のみならず日常的に問題になる様々な感染症への対応にも役立つものと思われる。

4. おわりに

医療介護福祉施設でのクラスター多発は地域包括ケアシステムの機能を停止させ、当院でも入退院や在宅移行の調整に難渋した。住民が安心して暮していくためには、地域全体の感染対策の向上が必須である。

当院は第二種感染症指定医療機関であり、地域医療支援病院を目指している。地域の施設における日常的な感染対策の知識や技術の向上を通して、地域住民の生活を支えることは当院が果たすべき役割である。

引用文献

- 1) 一般社団法人日本環境感染学会：新型コロナウイルス感染症の院内・施設内感染対策チェックリスト：
<http://www.kankyokansen.org/modules/news/index>：2023年7月24日参照
- 2) 小椋正道，櫻井大輔，岡部春香 他．医療関連施設における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策の実態～首都圏におけるアンケート調査結果～．環境感染誌；37：256-263，2022
- 3) 厚生労働省：高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index_00003.html：2023年7月24日参照
- 4) 蘆野吉和，地域包括ケアシステムを念頭においたCOVID-19対策の現状，日本在宅医療連合学会誌；3：36-39，2022
- 5) 野口京子，鈴木佳奈，渡部節子．わが国の感染症看護専門看護師および感染管理認定看護師の地域における感染対策活動とそのネットワークに関する文献検討．日健医誌，31（2）：123-129，2022

当院におけるアプレシエティブ・インクワイアリ 導入に関する考察

佐々木真一¹⁾・有村 佳昭²⁾

1) 小樽市立病院 事務部長

2) 小樽市立病院 病院長

要 旨

アプレシエティブ・インクワイアリ (Appreciative Inquiry) は、成功体験やポジティブな要素に焦点を当て、職場のコミュニケーションや問題解決の質を向上させる手法である。昨年の日本産業ストレス学会に参加した有村院長が、甲南大学 北居明教授の講演を聞き、アプレシエティブ・インクワイアリ、いわゆる AI の手法に感銘を受けたことから、当院における職員のメンタルヘルス対策や離職防止に有効と考え、北居先生による体験を含めた講演会を企画したものである。各部門の管理職を中心に参加を募ったところ、医師や看護師をはじめ各部門から 49 名の方々に参加いただき、参加者へのアンケートには 32 名 (65.3%) から回答を得た。その結果に基づき当院における AI の導入に関する考察をした。

キーワード：アプレシエティブ・インクワイアリ (Appreciative Inquiry)、5D サイクル、診断型組織開発、対話型組織開発

はじめに

組織開発の従来アプローチは、問題や課題に焦点を当て原因を分析し、解決策を見つける手法であった¹⁾。このアプローチは、組織を問題の根源とみなし「ネガティブな視点が強調」され、「狭い視野で問題に取り組む」傾向がある。その結果、既存の知識や経験に基づく解決策が優先される傾向があり、「クリエイティブなアイデアやイノベーションの可能性が制限」されやすく、その過程は「困難で時間がかかる」ことから、その間に「組織や個人のモチベーションやエネルギーが低下するリスクがある」ことなどが問題点とされている²⁾。

一方、アプレシエティブ・インクワイアリ (以下 AI) は、1980 年代に Case Western Reserve University で David Cooperrider と Suresh Srivastva らによって開発された、上述の手法とは異なる肯定的なアプローチである³⁾。組織やそこに所属する人を可能性の源泉として捉え、その強みや潜在能力に焦点を当て、そのポジティブな要素を引き出し組織やチームのパフォーマンスを向上させる。参加者が自身やチームのポジティブな要素に気づき、それを基盤として課題解決や改善を図ることを促す効果があるとされている。

講演会を通じて、参加者が AI についてどのような感想を持ったか、さらに、当院における AI 導入の可能性

について考察する。

講演会の概要

今回の講演会は、甲南大学経営学部教授 北居 明先生をお招きして、「前向きな対話を通じた職場づくり～アプレシエティブ・インクワイアリの体験～」と題し令和 5 年 5 月 12 日 (金) 17 時 30 分から 19 時の日程で小樽市立病院 2 階講堂において開催された。開催にあたり、北居先生から単なる講演会ではなく AI の体験も組み入れる提案をいただいた。

講演会では、まず「対話型組織開発」について解説があった。組織開発とは、組織の健全さ、効果性、自己革新力を高めるために、組織を理解し、発展させ、変革する計画的で協働的な過程と定義され⁴⁾、診断型と対話型の 2 つの考え方がある。診断型は、組織の現状を正しく理解し、特定の「真実」に向けてギャップを明らかにし、そこを埋めていく方法である。これは、伝統的な組織開発の考え方であり、問題点の診断・分析を踏まえて、解決策を提示し、それに向かって介入する、いわゆる問題解決手法である。一方、対話型は、対話を通じて人々が直面する「現実」を変化させることから始めるため、あらかじめ問題点の診断は必ずしも必要ではない。対話を通して、目的達成に資する現実構築を助け、自らが新たな行動や思考のオプションに気付くことで改善へ

進むプロセスである。

また、診断型が持つ問題点として、「何が問題か」という議論が、容易に「誰が問題か」という議論にすり替わる「犯人捜し」となり、組織が「問題あり」と「なし」あるいは「治療する」と「される」側に分断される「意図せざる結果」をもたらすことが指摘された。つまり、診断型により関係性を破壊するよりも、対話型により変化を促す方が効率的である。重要なことは「組織に対する新しいイメージを持つことが、組織の中に好循環を生み出すのである。

そのうえで、対話型組織開発としてAIが紹介された。

AIは、システムを人間的、経済的、組織的に最高の状態で機能させる「生命力（ホジティブ・コア）」を探求し、特定、強化する、協働的で、高度に参加的かつ全体的なアプローチと定義される。ヒューレット・パカード、ジョンソン・エンド・ジョンソン、ファイザー、アメリカ海軍など、日本では大阪ガス、東京電力などで導入されるなど世界的な広がりを見せている。なお、導入企業では、業績が黒字化へ転換したり、病気休職者がゼロになったり、ストレスチェックの結果が向上したと紹介された。

次に、AIが基づく5つの原理について解説があった。第1に「構築主義の原理」である。これは語られる「言葉」によって、現実が構成され意味付けがなされると考える。第2の「同時性の原理」は、「問いかけ」それ自体が変化の始まりとする。組織のメンバーが可能性を見つめ、協力して変革を取り組めるような「問いかけ」が即座の変化を促し、その積み重ねにより組織変革を可能にする。第3の「詩的隠喩の原理」は、人間からなるシステムは、複数の解釈が可能とする立場である。組織に関する見方には無限の解釈が可能であり、どのように解釈し、学ぶかを自主的に選択できる。第4は「予期成就の原理」である。これは将来のイメージが現在の行動を決めると考える。明るい未来への期待が、現在の行動を積極的なものにし、その実現性を高める。第5の「ポジティブさの原理」は、ポジティブな問いかけが変化を成功させることである。過去や未来に対するホジティブなイメージを構成・共有することで、メンバー間に変革と潜在能力を発揮させる。

次に、AIの各フェーズの頭文字を取った5Dサイクルについて説明があった⁵⁾。4Dサイクル、すなわち1)「Discover（発見）」、2)「Dream（夢）」、3)「Design（デザイン）」、4)「Destiny（運命）」という4つのフェーズを循環させるモデルがAIの標準である⁶⁾。AIは、まず、検討課題をホジティブに表現する「Affirmative topic（肯定的テーマ）」を選定することから始め

る。この事前準備段階を、もう一つのDである「Definition（問いを立てる）」として、フェーズ1に組み入れたモデルが5Dサイクルである（図1）⁵⁾。

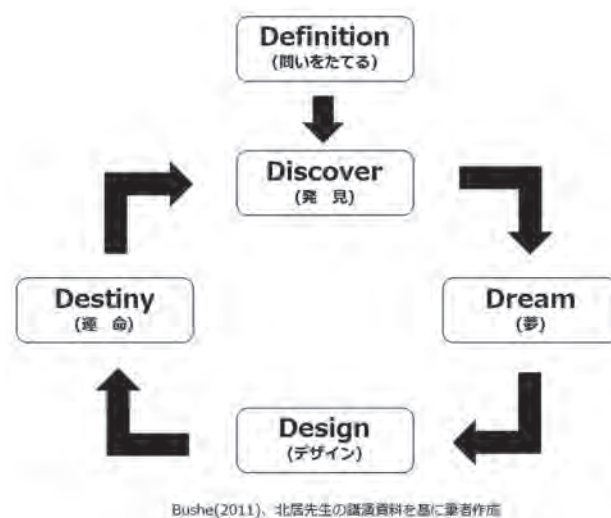


図1. AIの5Dサイクル

「Discover」、「Dream」、「Design」、「Destiny」という4つのフェーズを循環させる4Dサイクルに、事前準備段階を「Definition」として、フェーズの1つとして入れたモデルが5Dサイクルである。

4Dサイクルの各フェーズの説明は次の通りである。

- 1) 「Discover」：主に過去に焦点を当て、自分たちを最も意欲的にさせた最高体験のエピソードを語り、組織のホジティブ・コアを探求する。
- 2) 「Dream」：ホジティブ・コアを最大限に発揮し理想の将来像を描き、それを共有する。
- 3) 「Design」：理想の将来像を実現する理想の組織像を描き、それを探求する。
- 4) 「Destiny」：理想の組織像に近づくための具体的なアクションを実行する。

AI体験にあたり、その手順の説明があった。まず「最高体験のインタビュー」、そして、「ホジティブ・コアの抽出」、その後「理想の未来像のインタビュー」、最後に「具体的な組織像とアクション」を考えるのである。

最後に、AIはどうして効果的なのか、次の4つの事由が挙げられた。

- 1) 新鮮な問いかけに答えることで、新鮮な考え方を生み出すことができる
- 2) 犯人捜しをしない、前向きでいきいきとしたコミュニケーションを通じて問題解決ができる
- 3) 自分たちの体験に基づいた解決案を出すことができる
- 4) 対話プロセスに参加することで、参画意識と信頼関係が形成できる

体験の概要

AI 体験では、あらかじめ「メンバーが相互に助け合いながらも、一人ひとりが生き生きと働いている職場」という Affirmative topic が示され、各班に分かれて以下のワークを行った（図 2）。

- 1) これまでのあらゆる仕事経験の中で、ご自身の最高体験について思い出してください。それは、いつの、どんな出来事でしょうか？
- 2) それは、なぜ実現できたのでしょうか？ 考えられる要因を挙げてください。また、あなた自身はどのように貢献しましたか？
- 3) 今夜あなたが眠っている間に奇跡が起きて、職場が理想の状態になりました。目覚めた時には、まだそれに気がついていません。奇跡が起こったことに気づくのは、いつ、どんなことがきっかけでしょうか？
- 4) 理想の組織像が 10 点、最悪の状態を 0 点とすると、現在の組織は何点でしょうか？



図2. AI体験の様子

示された Affirmative topic により、各班に分かれてワークが行われた。

対象と方法

参加者は主に経営戦略会議のメンバーで各部門の責任者（管理職）を対象に募り、医師 13 名（26.5%）、看護師 19 名（38.8%）、コメディカル 10 名（20.4%）、事務職（14.3%）7 名の総勢 49 名が参加した。体験にあたり参加者を 1 グループ 4～6 人の 10 グループに分け、特定の職種に偏らないように編成した。実際に、職種間の垣根を越えてそれぞれの成功体験が熱く語られていた（図 2）。

体験 1（最高体験はいつ、どんな出来事か）、体験 2

（それは、なぜ実現できたか）は、2、3 名で披露しあった後 2 グループが代表として発表した。体験 3（職場が理想の状態になる奇跡に気づくのは、いつ、どんなことがきっかけか）および体験 4（理想の組織像を 10 点とすると現在の組織は何点か）については、各グループで話し合いがもたれたが、体験 3 は時間的な制約から、体験 4 は、0 点でない理由を探ることが目的であり、点数自体を共有する必要はないため、発表は割愛された。

AI の可能性と導入に関する考えを調査することを目的に、アンケートを実施した。アンケートは、以下の 9 項目について Web での無記名方式とした。すなわち、Q1. 回答者の職種構成、Q2. 講演時間（長さ）、Q3. 体験時間（長さ）、Q4. AI の理解が深まったか、Q5. AI の体験で、自身やチームの成果や強みについて考える機会を持てたか、Q6. AI は、職場でのコミュニケーションや問題解決に役立つと感じたか、Q7. AI により、職場の課題や問題に対して新たな視点や解決策見つけることが出来るか、Q8. 講演会を通じて得た知識やアイデアを、職場の日常業務にどの程度活かせると感じるか（5 段階評価）、Q9. あなたの職場の課題を解決するため AI を導入したいと思うか、以上の 9 項目である。

統計解析には IBM SPSS statistics 21（日本 IBM）を使用し、両側検定において P 値 0.05 未満を統計学的有意と判定した。クロス集計分析には、 χ^2 乗検定をしたが、期待値が 5 未満のセルが 20% 以上の場合、Fisher の正確検定を行った⁷⁾。平均値は t 検定を、3 群以上の平均値の検定には一元配置分散分析をそれぞれ行った。

アンケート結果

参加者 49 名のうち、医師 7 名（回収率 53.8%）、看護師 14 名（73.7%）、コメディカル 5 名（50.0%）、事務職 6 名（85.7%）、合計 32 名（平均回収率 65.3%）からアンケートを回収した（表 1）。

「Q4. AI 理解度」は、「理解が深まった（25.0%）」、「まあまあ理解した（62.5%）」を「理解した群（計 87.5%）」とし、それ以外を「理解できなかった群（計 12.5%）」として、以下、クロス集計分析を行った（表 2）。

「Q5. 成果や強みを考える機会」は、「持てた（21.9%）」、「まあまあ考えることができた（62.5%）」を「持てた群（計 84.4%）」とし、それ以外を「持てなかった群（計 15.6%）」として比較した。Q4 と有意な関連が認められた（ $P=0.008$ 、表 2a）。「Q6. 職場での実効性」は、「大変役立つ（15.6%）」、「まあまあ役立つ（53.1%）」を「役立つ群（計 68.7%）」とし、それ以外

表1 アンケート結果

(n=32)

項目	区分	人数	全体 (%)
Q1 職種	医師	7	21.9
	看護師	14	43.8
	その他コメディカル	5	15.6
	事務	6	18.8
Q2 講演会の時間（体験除く）	長い	1	3.1
	ちょうどいい	23	71.9
	短い	8	25.0
Q3 AIの体験時間	長い	0	0.0
	ちょうどいい	20	62.5
	短い	12	37.5
Q4 講演会を通じてのAIの理解が深まったか	理解が深まった	8	25.0
	まあまあ理解した	20	62.5
	あまり理解できなかった	1	3.1
	難しかった	2	6.3
	その他	1	3.1
Q5 AIの体験で自身やチームの成果や強みを考える機会を持てたか	持てた	7	21.9
	まあまあ考えることができた	20	62.5
	あまり考えることができなかった	5	15.6
	わからない	0	0.0
	その他	0	0.0
Q6 AIは職場でのコミュニケーションや問題解決に役立つと感じたか	大変役立つ	5	15.6
	まあまあ役立つ	17	53.1
	あまり役立つたない	1	3.1
	AIの手法だけでは難しい	7	21.9
	わからない	2	6.3
	その他	0	0.0
Q7 AIで職場の課題や問題に対して、新たな視点や解決策をみつけることができそうか	見つけることができる	2	6.3
	できるかもしれない	24	75.0
	見つけることができない	1	3.1
	わからない	5	15.6
	その他	0	0.0
Q8 講演会を通じて得た知識やアイデアをどの程度活かせるかの評価（5点満点）	5点	2	6.3
	4点	15	46.9
	3点	8	25.0
	2点	5	15.6
	1点	2	6.3
Q9 あなたの職場の課題を解決するため、AIの手法を導入したいと思うか	導入したい	5	15.6
	職場の職員にも体験させたい	21	65.6
	導入するのは難しい	4	12.5
	その他	2	6.3

を「役に立たない群（計25.0%）」として比較した。Q4との有意な関連は認められなかった（ $P=0.079$ 、表2b）。「Q7. 解決策の発見」は、「見つけることができる（6.3%）」、「出来るかもしれない（75.0%）」を「出来る群（計81.3%）」とし、それ以外を「出来ない群（計18.7%）」として比較した。Q4と有意な関連が認められた（ $P=0.015$ 、表2c）。「Q8. 日常業務への活用」の5段階評価の平均は3.3点であった。「理解した群」の平均3.5点に対し、「理解できなかった群」の平均は2.0点であり、有意差を認めた（ $P=0.009$ 、図3）。職種別で

は、医師（4.0点）、その他コメディカル（3.8点）が平均を上回る評価をした。一方、看護師（3.0点）、事務職（2.8点）は平均を下回ったが、有意差は認められなかった（ $P=0.137$ 、図4）。「Q9. AI導入意欲」は、「導入したい（15.6%）」、「職場の職員にも体験させたい（65.6%）」及び「その他」のうち1名（3.15%）を「導入したい・体験させたい群（計84.35%）」とし、それ以外を「導入は難しい群（計15.65%）」として比較した。Q4と有意な関連が認められた（ $P=0.008$ 、表2d）。

表2 クロス集計表

a. 「Q5 強み等を考える機会を持てたか」と「Q4 AIの理解」		$P=0.008$	
	理解した	理解できなかった	合計
持てた	26 96.3%	1 3.7%	27 100.0%
持てなかった	2 40.0%	3 60.0%	5 100.0%
b. 「Q6 職場の問題解決に役立つか」と「Q4 AIの理解」		$P=0.079$	
	理解した	理解できなかった	合計
役立つ	21 95.5%	1 4.5%	22 100.0%
役立たない	7 70.0%	3 30.0%	10 100.0%
c. 「Q7 課題等の解決策を見つけることができるか」と「Q4 AIの理解」		$P=0.015$	
	理解した	理解できなかった	合計
できる	25 96.2%	1 3.8%	26 100.0%
できない	3 50.0%	3 50.0%	6 100.0%
d. 「Q9 AIを導入したい・職場の職員に体験させたい」と「Q4 AIの理解」		$P=0.008$	
	理解した	理解できなかった	合計
導入したい・体験させたい	26 96.3%	1 3.7%	27 100.0%
導入は難しい	2 40.0%	3 60.0%	5 100.0%

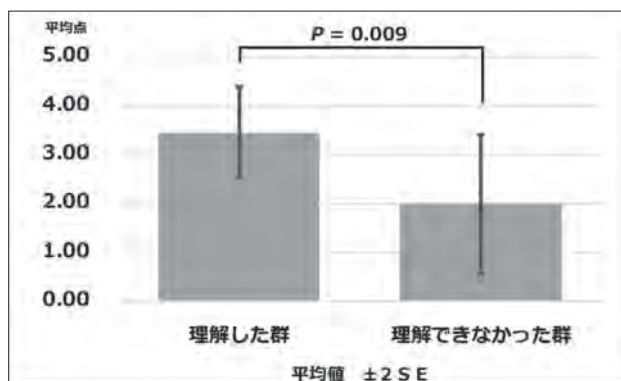


図3. AIの理解度別評価

AIの手法についての理解度別評価。理解している群は評価が高い。

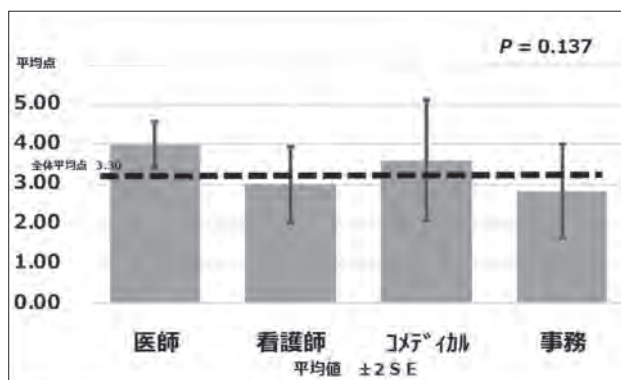


図4. AI手法に対する職種別評価

AIの手法について職種別評価。看護師、事務職の平均点は全体の平均点を下回っていた。

なお、医師、コメディカルは「職場の職員にも体験させたい」という割合が高く、一方、「導入したい」のが最も多かったのは看護師であった。事務職では、これらが50%にとどまったが（図5）、「Q1. 職種」とQ9には有意差は認められなかった（ $P=0.054$ ）。「導入するのは難しい」理由には、「苦しいのは業務量が多いことが原因なので、AIで何とかできると思えない。」「組織の考え方が懲罰的で犯人捜しをしがち。そこを変えなければ難しい」という辛辣な意見もあった。

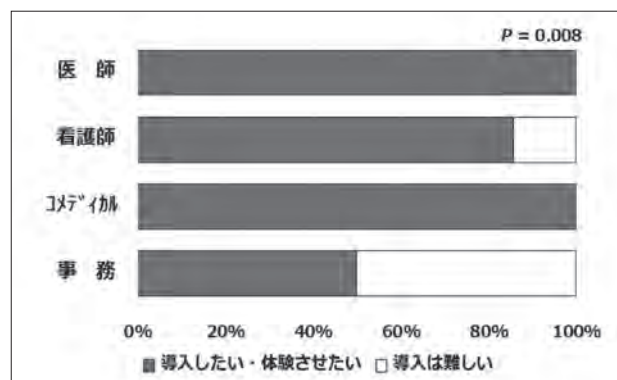


図5. 職種別AI導入回答割合

職種別のAIの導入意欲の割合。事務職は他の職種と比較して導入に否定的な意見が多かった。

考察

質問に回答するには、「Q4. AI の理解度」が重要と思われたため、まず、Q4 と各質問項目との関連を検討した。

「Q5. 成果や強みを考える機会」「Q7. 解決策の発見」「Q8. 日常業務への活用」「Q9. AI 導入意欲」の各項目では、いずれも Q4 と関連があった。すなわち、「理解した群」は総じて肯定的で評価も高く、AI に期待を寄せていることがうかがえた。一方、興味深いことに「Q6. 職場での実効性」については、Q4 との間に有意な関連は認められなかった。

これらの結果は、Q5、Q7-Q9 は、一個人の考えとしての AI の間接的な可能性を問われているため、AI を理解した場合、比較的容易に肯定的な回答ができた。一方、Q6 は、対人関係で成り立つ職場という組織における AI の可能性についての直接的かつ本質的な質問と捉えることができる。つまり、個人へのアプローチでは前向きに捉えることができて、組織へのアプローチとして捉えた場合には、たとえ AI を理解したとしても、その回答により慎重にならざるを得なかったのではない。更に、「理解群」にもやや懐疑的な者が一定数存在することから、当該項目のみ「AI の理解度」との間に有意な差は得られなかったと推察された。

次に、職種別にみた場合、Q8 の 5 段階評価では、有意差は得られなかった。しかし、事務職は他の職種に比べて平均点の低さが際立っていた。また、Q9 においても、 $P=0.054$ のため有意とは言えないが、職種による差が伺われた（データ未発表）。これは、職種という 4 つのカテゴリに比して、アンケート回収率、サンプル数不足による検出力不足が疑われた。

とりわけ、医療職は大多数が肯定的に捉えている反面、非医療職（事務職）のそれは半数に過ぎなかった。本庁から出向した事務職員は、必ずしも病院で最高体験したとは限らず、病院の潜在能力の引き上げに直接的に結びつかないとの疑念が生じたものと考えられた。事務職の Q8 の評価が最も低いことも同様の理由と推察された。一方、医師およびコメディカルは、全員が AI 導入を肯定的に捉えた。とくに医師は、人材開発ならいざ知らず、組織開発を学ぶ機会が乏しいため、恐らく初めて触れた AI のポジティブなアプローチを前向きに捉えたものと思われた。看護教育では、それぞれのレベルに応じた看護実践能力の目標を設定し、「はしご」のように段階的にスキルアップをしていくラダーシステムが確立されている。看護師が組織の中で求められているスキルは「役割遂行スキル」⁸⁾であり、あくまでも組織の中で

自己の役割を意識した遂行能力である。そのため、組織の潜在能力を最大限活かす AI の組織開発プロセスは、看護師の教育システムとは視点そのものが異なる。他職種に比較して看護師の Q8 評価が低いにもかかわらず、Q9 が高い理由は、こうした視点の違いに基づく AI の実効性と可能性の狭間に悩んだ看護師の戸惑いを表しているのではないだろうか。

本研究の弱点は、職種による考え方や職場の違いにより AI の有用性を明確にするのが困難であった点が挙げられる。つまり、不適切な標本集団と絶対的なサンプル数不足が問題と考えられた。また、参加者の大半が管理職のため、一般職の意見は反映されておらず、AI の強味の一つである「職場全体の参画」とは言い難い。今後は、AI の導入を検討していく中で、これらの問題を踏まえて AI の有用性の検証を進めていく必要がある。

おわりに

本研究から、参加者の多くが組織開発としての AI を肯定的に評価し、ポジティブな効果を期待していることがうかがえた。しかし、懐疑的な意見も一定数存在するのも明らかとなった。本研究により、AI の理解がより一層深まれば、「職場の強みを自覚」し、「課題解決の可能性」を見出し、「業務への活用」が促され、「導入意欲が向上」することが示唆されたので、AI の理解を個人レベルから組織レベルへ引き上げることが重要である。

今後、当院において本格的に AI を導入するため、引き続き、北居教授のご指導を仰ぎながら、まずは複数の部署を選定し、実際にパイロットスタディとして介入する予定である。AI が職場にどのような効果を及ぼすのか検証する過程で、AI の理解を職場単位で深めてもらい、導入意欲をさらに高めていくことが鍵であり、その中で当院の文化や風土に合った独自のプロセスや実践方法を見出し、展開することが重要と考えている。

参考文献

- 1) Ashford, G., & Patkar, S. The positive path: Using appreciative inquiry in rural Indian communities. Winnipeg, Canada, International Institute for Sustainable Development, 2001, p41
- 2) Daly, A. J., Chrispeels, J., & Einstein, A. From problem to possibility: Leadership for implementing and deepening the processes of effective schools. Journal for Effective Schools, 4(1): 7-25, 2005
- 3) Cooperrider, D. L., & Srivastva, S. Appreciative Inquiry in organizational life, Research in organiza-

tional change and development. 1987

- 4) 中村 和彦. 入門 組織開発—生き生きと働ける職場をつくる—. 光文社新書, 2015, P81.
- 5) Bushe, G. R., Appreciative inquiry: Theory and critique. The Routledge companion to organizational change, P87-103, 2011
- 6) Whitney, D. & Trosten-Bloom, A. The Power of Appreciative Inquiry A Practical Guide to Positive Change. Berrett-Koehler Publishers, (株式会社ヒューマンバリュー (訳), ホジティブ・チェンジ—主体性と組織を高める AI—, 2006)
- 7) Cochran WG. Some methods for strengthening the common χ^2 tests. Biometrics 1954; 10: 417-51
- 8) 井本 英津子. 看護師の看護実践能力に関するスコーピングレビュー. 日本看護管理学会誌, 第26巻1号: 32-43, 2022

地域医療支援病院承認に向けた小樽市立病院の取り組み

橋本 幸一¹⁾・有村 佳昭²⁾

1) 小樽市立病院 患者支援センター次長

2) 小樽市立病院 病院長

要 旨

現在、地域医療を取り巻く医療供給体制は、医療従事者の高齢化（若い担い手不足）、医師の偏在、働き方改革への対応などにより、かつてないほどの危機に瀕している。一方、高齢者の医療需要は、フリーアクセスを拠り所として今後もますますの増加が見込まれている。したがって、地域医療を維持するためには、限られた医療資源を最大限有効に活用する医療機関毎の機能分化・連携強化は必須である。本院が今後も救急医療を担い、質の高い地域基幹病院の役割を遂行するためには「地域医療支援病院」の承認を受けることが最善の道と考えている。

この度、令和3年度実績においては、様々な特殊な要因が重なり、承認要件の1つである紹介率50%、逆紹介率70%以上を達成できた。そのため、令和6年3月の地域医療支援病院の承認に向けて、プロジェクトチームを立ち上げ、病院一丸となって様々な取り組みを推進した。その詳細についてここに報告する。

キーワード：地域医療支援病院、機能分化・連携強化、紹介率・逆紹介率、紹介制

・はじめに

本院は、「がん」「脳・神経疾患」「心・血管疾患」「認知症疾患」を4つの診療の柱に掲げ、質の高い総合的医療を行う地域基幹病院を目指している。その責務を遂行するため「地域医療支援病院」の承認は長年の悲願であったが、承認要件の1つである紹介率50%・逆紹介率70%¹⁾の達成が最大の障壁であった。

しかしながら、令和3年度実績において、コロナ禍の影響などを含め様々な特殊な要因が重なり、何とか基準を達成できた。そのため、令和6年3月の地域医療支援病院の承認に向けて、プロジェクトチームを立ち上げ、紹介率・逆紹介率の維持のほか、医師会等への協力要請、紹介制の試行、議会への説明、市民への周知など各種取り組みを院内一丸となって行った。その詳細についてここに報告する。

・紹介率・逆紹介率の目標達成までの歩み

本院は紹介率50%以上（図1a）・逆紹介率70%以上（図1b）を目標として、これまで、1) 病院コンシェルジュの配置、2) 積極的な病院訪問、3) 医師の返書ランキングの発表、4) 紹介逆紹介報告書など様々な取り組みを行ってきた。

患者支援センター（旧地域医療連携室）体制強化のため、平成30年10月29日に旭川赤十字病院、令和元年6月26日に市立函館病院を訪問した。当時、本院の患者サービス部門は、看護師（主幹）1名、看護師（主査）1名、医療相談員4名体制で、外来受診調整（前方支援）、退院調整（後方支援）を担っており明確な役割分担がなされておらず脆弱な体制であった。訪問後、徐々に体制を強化し、令和2年度から名称を「地域医療連携室」から「患者支援センター」に変更、「がん相談部門」を併設して看護師（主幹）を増員した。これにより、前方支援、後方支援それぞれ明確に業務を分担することが可能となり、患者サービス及び紹介・逆紹介の質の向上に寄与した。さらに令和3年12月21日市立釧路総合病院を訪問し、承認までの具体的なスケジュール、選定療養費の周知活動、紹介状なし患者の対応方法、議会对応などについてご教示いただいた。令和4年7月28日、最後に、市立札幌病院を訪問し、選定療養費の運用などに関する聞き取りを行った（詳細は、後述の(2)-1)-II 選定療養費の導入検討の項参照）。

最近数年間の推移は、令和元年度は紹介率36%、逆紹介率40%、令和2年度は紹介率43%、逆紹介率54%であった。経営運営会議において紹介率・逆紹介率の向上を各診療科に毎月要請したが、大きな効果が得られな

$$\begin{aligned}
 & \text{紹介患者数} \\
 \text{a} \quad & \frac{\text{紹介患者数}}{\text{初診患者数} - (\text{休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数} + \text{休日・夜間の初診救急患者数})} \times 100(\%) \\
 & \text{逆紹介患者数} \\
 \text{b} \quad & \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数} - (\text{休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数} + \text{休日・夜間の初診救急患者数})} \times 100(\%)
 \end{aligned}$$

図1. 紹介・逆紹介率計算式

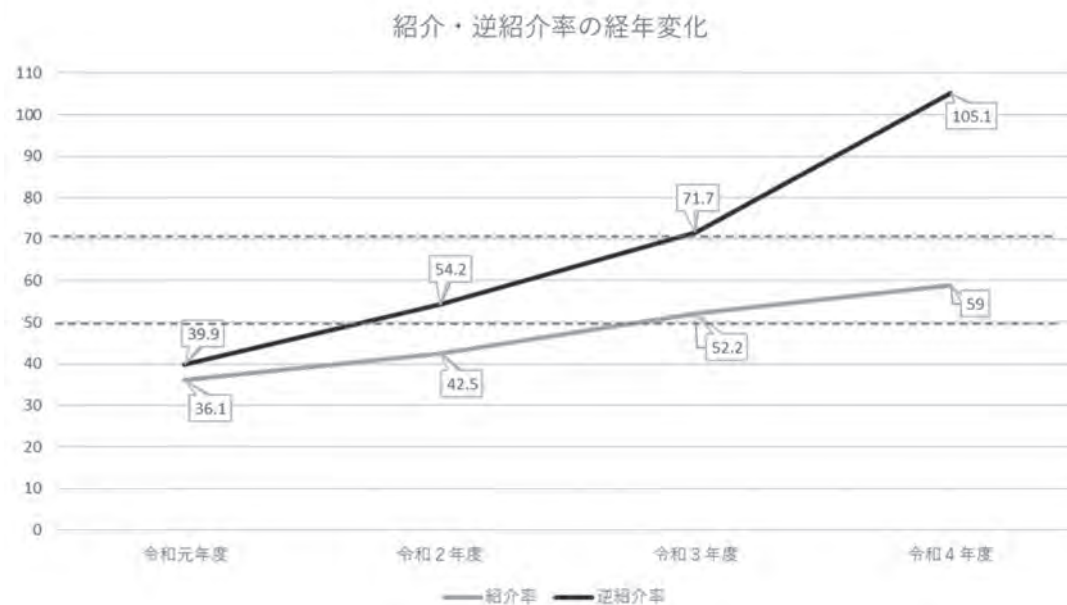


図2. 紹介・逆紹介率の経年変化

令和元年度後から令和4年度までの紹介率・逆紹介率の推移を示す。

かった（図2）。とくに、逆紹介率は、目標を大きく下回り、これが外来患者数の肥大化をもたらし、患者待ち時間の増加、スタッフの疲弊の原因となった。この状況は医師の働き方改革、病院経営の面からも好ましいとは言えず、今後の医療提供体制の維持に弊害をもたらすと考えられた。

(1) 紹介率・逆紹介率計算方法の見直しについて

令和3年度は、コロナ禍での初診患者数の減少（分母の減少）、糖尿病専門医の開業による逆紹介率の向上、小樽協会病院呼吸器内科縮小による紹介患者の増加などの偶発的な要因が重なり、紹介率42%（図3a）、逆紹介率54%（図3b）と改善したが、未だ目標には届かなかった。この状況を何とか打開すべく、令和3年6月に三田医事課長が厚生労働省の指導のもと、初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数の取扱いを含め根本からその計算方法を見直した。令和4年2月28日開催の経営運

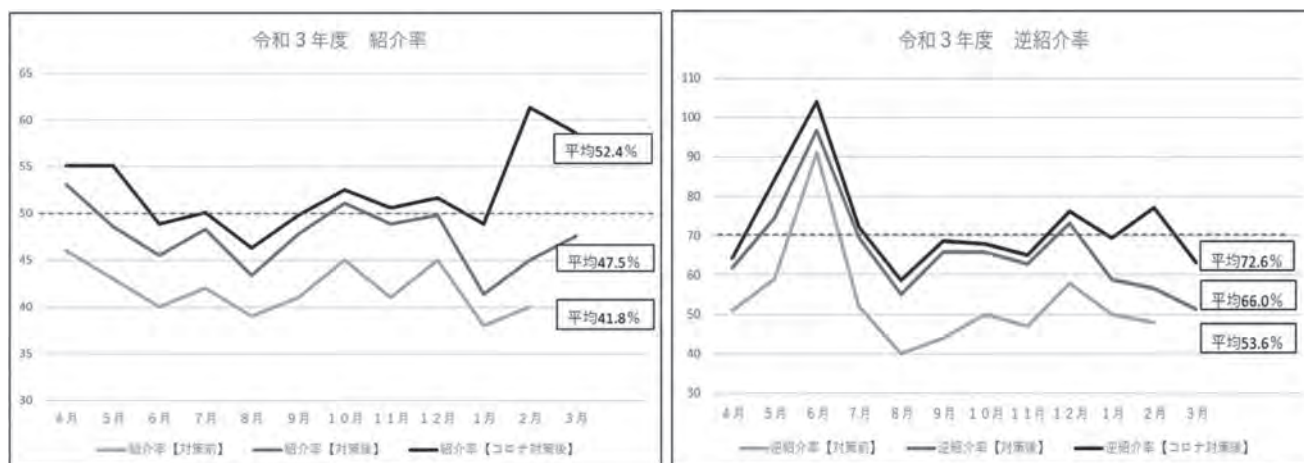
営会議にて承認を得、この取扱いの変更により紹介率48%、逆紹介率66%と大きく向上、目標まであと一歩となった（図3【対策後】）。

1) 初診患者数の取扱い

初診患者数は、紹介・逆紹介率算出の分母となるため、この取扱いは特に重要である。従来、診療報酬上1科目受診の288点を算定する患者数の他に、複数科受診（2科目144点、3科目以上0点）も初診患者数としていたが、288点を算定した患者のみをカウントした。

2) 紹介患者数の取扱い

従来、患者が持参した診療情報提供書を患者支援センター職員が、1カ月分の内容を目視で確認していた。したがって、その数は主観に左右され不正確であった。変更後は、紹介状をシステムに登録し自動的に算出し、新たに要精査の健診患者も紹介患者とした。



a. 紹介率の推移

b. 逆紹介率の推移

図3. 各種対策前後の令和3年度の紹介率・逆紹介率の推移

3種の濃淡の折れ線グラフのうち、淡い灰色は対策前、灰色が計算方法を見直した対策後、黒がさらにコロナ患者を除く取り扱いを講じた（コロナ対策）後の経時的推移を、それぞれ示す。

3) 逆紹介患者数の取扱い

逆紹介患者数も同様に目視でカウントしていた。変更後は医事課レセプトデータを用い自動的に集計し、新たに脳卒中パスを適用した「地域連携診療計画情報提供加算」算定患者も対象とした。

4) 新型コロナウイルス患者の取扱い

当院は、新型コロナウイルス感染症重点医療機関として小樽市保健所から要請された多くのコロナ患者を受け入れていた。前述の取り組みに加え、コロナ患者の取扱いについて北海道保健福祉部地域医療推進局医務業務課に確認した。その結果、「保健所の要請によるコロナ患者は新規患者数から除外してよい」との回答を得た。こうした努力の結果、令和3年度平均値は、紹介率52%、逆紹介率72%と辛うじて目標を達成したのである（図3【コロナ対策後】）。

これを受けて、令和4年10月の地域医療支援病院申請について議会に意見を伺ったところ、以下のアドバイスをいただいた。『地域医療を守るために必要な取り組みとして、小樽市立病院が目指す方向性は理解するが、紹介状のない患者から選定療養費7,700円の徴収はインパクトが大きい。市民の中には「市立病院として来院患者は誰でも診療すべき」との意見もある。お金の話だけが独り歩きされると「市民の負担になることをなぜやるのか」という議論にすり替わり、苦情は直接議員にも来る。これらに適切に対処するには、市民はもちろん、議員に対しても勉強会などを開催し、必要な取り組みであり、決してお金のためではないことを、時間をかけて丁寧に周知すべきではないか。さらに、問題点を把握する

ために、紹介制の試行はとても良い方法だと思う。来年度は統一地方選挙もあるので、新しい議員にもしっかり理解してもらう必要がある。これらを踏まえ、令和4年度の申請は一旦諦め、令和5年度に改めて申請し、令和6年4月からスタートするのがベストではないか。』

こうした議員の意見を考慮し、協議した結果、令和4年度は、地域医療支援病院にふさわしい真の実力を蓄えるための準備期間とし、紹介制を試行する診療科の拡大、市民等への周知を徹底し、令和5年度に申請することとした。実際、令和4年度4月から3カ月間の逆紹介実績は、4月68%、5月57%、6月63%と紹介率はクリアしているものの、逆紹介率は危機的状況に陥った。外来患者数も想定を超える1日1,000名以上の日もあった。感染対策上も好ましいとは言えず、この状況が続けば地域医療支援病院の承認も幻となることから、早急に対処する必要に迫られた。並木局長からは「逆紹介率の向上を当院の最重要課題と位置付け、あらゆる取り組みを実施する」との指示を受けた。

(2) 地域医療支援病院指定プロジェクトチームの発足

病院長が強力にリーダーシップを発揮し、スピーディーに課題を解決するため、病院長をリーダー、信野特任理事を副リーダーとした地域医療支援病院指定プロジェクトチームを令和4年7月15日に設置した。専門的課題を検討する3部門を設置し、問題は必要に応じて地域医療支援部会に諮り、理事会に報告、最終決定とした。

1) 予約推進部門

金戸理事を部門リーダーとし、「選定療養費導入に向

けた検討」「紹介制の試験的導入」「紹介状なし患者のトリアージ体制構築」「総合診療科創設」について検討する。

I) 紹介制の試行開始

地域医療支援病院は「紹介患者に対し適切で高度な医療を提供する」病院である。機能分化・連携強化の観点から、患者は、まずかかりつけ医療機関を受診、必要に応じて当院へご紹介いただく必要がある。紹介状を持参せずに来院する多くの患者の受療行動の変容を促すためにも、まずは1診療科に限定し、「紹介制」を試行した。問題点の把握・改善しつつ、随時、紹介制を拡大し、地域医療支援病院に承認された際、極力混乱を避ける準備とした。

紹介制導入に伴う予約患者の増加が想定されたため、患者支援センター前方担当看護師を1名増員し、体制を強化した。事前に、病院長自ら消化器内科を標榜する市内16医療機関及び公的3病院を訪問し、協力を要請した、連携医療機関には、周知文・紹介制ポスター及び当院が地域医療支援病院を目指す意義について有村院長が著した論文²⁾を送付し、理解を求めた。消化器内科は直近6か月間の平均紹介率が81%と非常に高く、また市内に消化器内科を標榜する医療機関は22と多いため、影響が少ないと判断し、令和4年10月3日、まず、消化器内科において紹介制を試行した(図4a)。

具体的には以下の取り組みである。紹介状を持参せずに、直接来院した患者は、まず総合案内で症状を聴取する。緊急性が低いと判断された場合には、

近隣のクリニック等をご案内する。緊急性の判断には外来師長の協力は不可欠であり、必要に応じて医師に確認した。緊急性が低いにもかかわらず強く受診を希望する患者は、患者支援センター看護師が紹介制の必要性を丁寧に説明しご理解を頂くほか、場合によっては日を改めて受診予約していただいた。その際「地域医療支援病院に指定された暁には、7,700円の選定療養費を徴収する」旨説明を加えた。

紹介制は、予想された大きなトラブルもなく順調に導入できた。しかし、それを知らずに、来院した患者も少なからずいた。開始約1カ月前には各種周知活動をしたが、初めて取り組む制度の重要性を考えれば、周知期間が短いことが反省点である。

これらを踏まえ、令和5年2月から眼科、呼吸器内科、循環器内科、令和5年7月からは泌尿器科へ紹介制の試行を順次拡大した。眼科は、令和5年度から常勤医不在の見込みのため、呼吸器内科は直近9か月間の平均紹介率が129%と高く、小樽協会病院の呼吸器内科縮小により患者数が大幅に増加しているため、循環器内科は直近9か月間の平均紹介率が135%と高いことから、泌尿器科は常勤医4名体制から令和5年6月から常勤医2名、非常勤1名と体制が縮小したことが、それぞれ紹介制導入の主な理由であった(図4b、図4c)。

これまでのところ幸いどの診療科においても大きなトラブルは発生していない。今後、脳神経外科、外科、心臓血管外科への導入を予定している。

小樽市立病院
消化器内科で
紹介制を試行します

令和4年10月3日(月)から

紹介制とは
国の定める制度です。
当院を初めて受診する場合は、
紹介状が必要になります。

なぜ紹介制なの?
紹介状を持って受診することで、これまでの病状や治療経過を正確に把握することができ、より適切な診療を受けることができます。また、紹介状がない場合は、必要に応じて検査を受ける必要があります。

紹介状をお持ちでない患者さんには
当院の医師が、必要に応じて検査を行います。なお、症状が重く、緊急に治療が必要な患者さんは、紹介状がなくても速やかに受診します。

紹介制は、待ち時間の短縮や救急患者さんの速やかな治療につながります。ご協力をお願いします。

a. 消化器内科(令和4年10月開始)

小樽市立病院
循環器内科
呼吸器内科
眼科

令和5年2月6日(月)より
紹介制の試行を拡大します。

※西に紹介制は
令和4年10月より
試行を開始しています。

紹介制を試行している診療科に
初めて受診する場合は、紹介状を
ご持参ください。

なぜ紹介制なの?
国の定める制度です。
まずは「かかりつけ医」や近隣の医療機関を受診していただき、紹介状を
ご準備の上、受診願います。
※待ち時間の短縮や救急患者さんの速やかな治療につながります。

紹介状をお持ちでない患者さんには
当院の医師が、必要に応じて検査を行います。なお、症状が重く、緊急に治療が必要な患者さんは、紹介状がなくても速やかに受診します。

問い合わせ先: 0134(25)1211(代表) ※お問い合わせは0134(09)1-16(09)にお願いします。

b. 循環器内科・呼吸器内科・眼科
(令和5年2月開始)

小樽市立病院
泌尿器科は
新たに紹介制を試行しています

令和5年
7月より

紹介制を試行している診療科に初めて受診
する場合は、紹介状をご持参ください。

既に紹介制試行を行っている診療科
消化器内科 循環器内科 呼吸器内科 眼科

なぜ紹介制なの?
国の定める制度です。
まずは「かかりつけ医」や近隣の医療機関を受診していただき、紹介状を
ご準備の上、受診願います。
※待ち時間の短縮や救急患者さんの速やかな治療につながります。

紹介状をお持ちでない患者さんには
当院の医師が、必要に応じて検査を行います。なお、症状が重く、緊急に治療が必要な患者さんは、紹介状がなくても速やかに受診します。

問い合わせ先: 0134(25)1211(代表) ※お問い合わせは0134(09)1-16(09)にお願いします。

c. 泌尿器科(令和5年7月開始)

図4. 各診療科の紹介制試行開始に係る周知ポスター

II) 選定療養費の導入検討

地域医療支援病院に承認後、紹介状を持参せず受診した患者に対し、選定療養費の徴収義務が生じる。令和4年10月より、従来5,000円であった初診時選定療養費が7,000円に引き上げ保険請求の算定方法も改定された(図5)。また、再診時選定療養費も2,500円から3,000円に引き上げられた³⁾。市立札幌病院を訪問した際に、選定療養費の該当診療科、徴収状況の聞き取り、受付回りなど初診患者の動線を確認した。

2) 連携強化部門

新谷副院長を部門リーダーとし「紹介率向上の対策」を検討する。紹介率向上には、中センター長補佐が中心となり医療機関へ積極的に訪問した。最重要課題の逆紹介率向上には、有村院長のトップダウンの指令により以下の各種取り組みを行った。

I) 逆紹介マニュアルの作成

図6に示すように逆紹介への意識付けのため「逆紹介マニュアル」を作成し全医師に配布した。

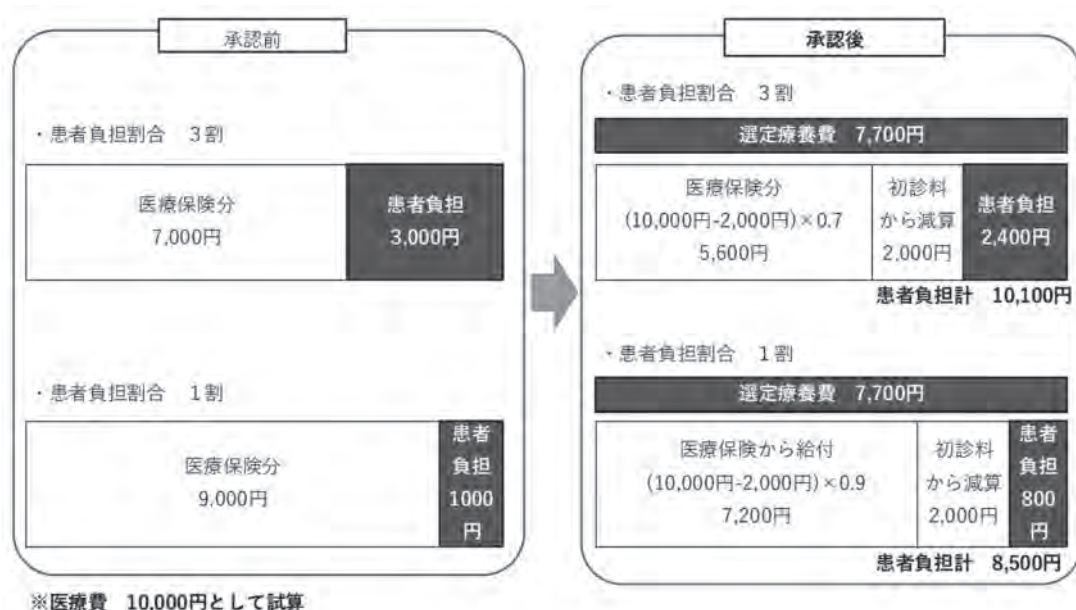


図5. 選定療養費導入前後の患者負担額の試算

選定療養費が導入された際の、負担割合3割、1割それぞれによる負担額の試算

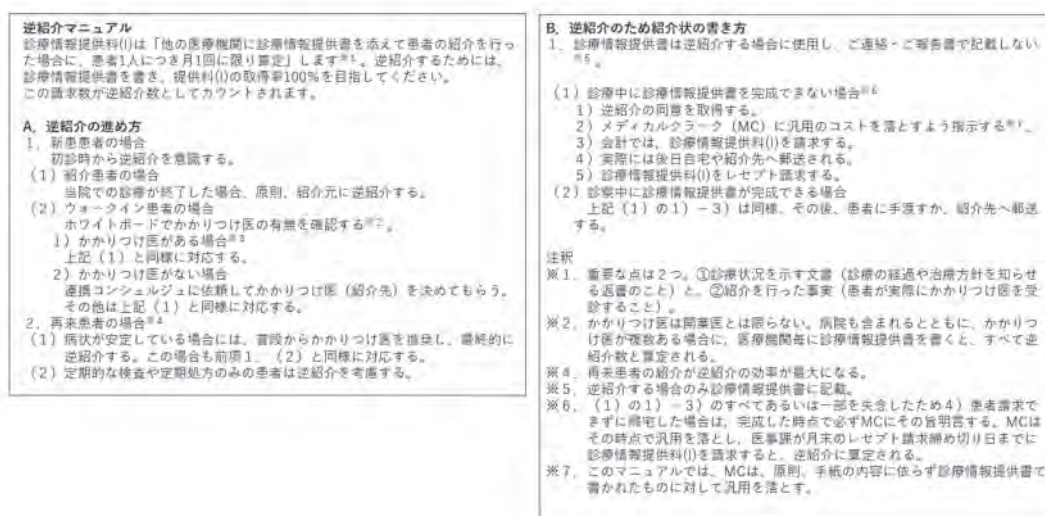


図6. 逆紹介マニュアル抜粋

全医師、医師事務作業補助者に配布したマニュアル

II) 医師事務補助の活用

医師事務補助（メディカルクラーク以下 MC）から逆紹介を医師へ働きかけた。また、返書内容を精査し、診療情報提供書Ⅰとして積極的に算定するための勉強会を令和4年9月13日、15日、16日の3回にわたり開催した。具体的には、その算定要件、必要な記載内容を説明し、「お返事」を積極的に診療情報提供料Ⅰで算定するよう指導した。さらに、中補佐と三田医事課長で3カ月間の返書を全件チェックし、診療情報提供書に準ずる内容にも関わらず算定漏れした事例や、工夫により診療情報提供書として算定できた事例、「連携強化診療情報提供料（旧診療情報提供料Ⅲ）算定のため逆紹介率に繋がらなかった事例などをすべて取りまとめ、MCに配布した。

これらの取り組みにより、逆紹介率が大幅に向上した。とくにその向上に貢献した上位5位の診療科に属するMCに対し、病院の初めての試みとして、令和5年3月30日に表彰を行い、商品券を贈呈した。逆紹介率に逆紹介件数を乗じて算出した順位は、1位心臓血管外科、2位循環器内科、3位消化器内科、4位脳神経外科、5位放射線診断科であった。

III) かかりつけ医問診票の導入

他院の受診状況、現病、逆紹介の希望の有無などを事前に把握するため、初診時にかかりつけ医問診票を記入してもらい、MCが電子カルテに登録する

ことで逆紹介推進のための一助とした。

IV) 取り組みの効果

病院一丸となり取り組んだ結果、令和4年度平均値は、紹介率59.2%、逆紹介率109.9%を達成した。紹介率上昇は、紹介制の導入、医師会員に対する説明会による効果、逆紹介率上昇は、治療が一段落後は速やかに逆紹介する医師の意識の変化、MC等のチェック体制の強化がその要因として挙げられた。図7に令和4年度の紹介率・逆紹介率の推移を示すが、当院の実力が実感された。

3) 施設基準・広報部門

佐々木事務部長を部門リーダーとし、医師会や議会、市民等に対する周知・広報活動、申請に係る施設基準の進捗管理を担当する。

I) 医師会への働きかけ

有村病院長は小樽市医師会副会長として、医師会理事会等において地域医療支援病院の必要性、機能分化・連携強化の重要性を説明し、協力を要請した。令和4年10月26日当院講堂において、当院主催、小樽市、小樽市医師会共催の「地域医療連携説明会」を開催した。医師会からは鈴木会長、大本副会長、阿久津顧問が、市からは小山副市長、田中保健所長が出席した。この説明会では、病院長から地域医療支援病院を目指す理由、必要性について説明し協力を要請した。その後、意見交換が行われ、連

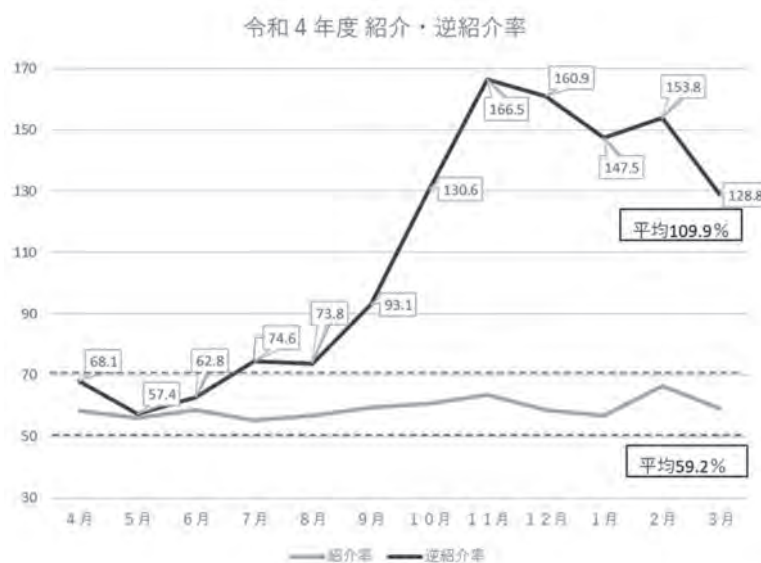


図7. 令和4年度 紹介・逆紹介率の推移
各種取り組みにより、9月から逆紹介率が大幅に増加

携強化に向けて有意義な説明会となった。引き続き、11月25日余市医師会、12月15日羊蹄医師会、寿都医師会、岩内古宇郡医師会に同様の説明会を実施し、後志圏域の基幹病院としての役割を強調した。主な協議内容を以下に示す。

- ・これからは、それぞれの特徴を生かしながら病院も変化していかなければならない。今後の医療提供体制維持のために、市立病院の紹介制の試行は、大きな一歩。紹介・逆紹介の推進、機能分化・連携強化に資する地域医療支援病院の承認は大切であり、お互いWIN-WINの関係構築は、結局患者のためになる。医師会としても積極的に啓発したい。
- ・地方の開業医・かかりつけ医は、基幹病院がないと安心して診療を行えない。市立病院が地域医療支援病院として、連携強化するのは非常にありがたい。現実には、患者が自己判断で専門医療機関に行く事例はあり、かかりつけ医が患者から信頼されることが何より重要。医師会としても、かかりつけ医が実力を蓄えられるよう努力すると同時に、しっかり患者啓発しなければならない。

以上のように、当院が地域医療支援病院の承認を受けることは、概ね好意的に受け止められた。しかし、一方で「小樽市立病院には脳、循環器系ではお世話になっているが、その他の診療科では信頼関係が構築出来ていない。まずは、救急をしっかり受けて頂き、信頼回復できるかが問題だと思う」との厳しい意見もあった。

これをもって、後志管内の全郡市医師会に対し説明会を開催し、当院の地域医療支援病院指定に向けた取り組み、機能分化・連携強化の必要性について理解を得られたと考えている。

II) 小樽市、議会に対する説明

令和4年8月31日市・病院局代表者会議が開催された。病院局長から市長、副市長に対し、当院の外来の混雑状況、今後の医療提供体制を維持するためには機能分化・連携強化が重要であり、そのためには当院が地域医療支援病院の承認を受ける必要があること、その取り組みの一環として10月から消化器内科で紹介制の試行を開始する旨を説明し了承を得た。

9月5日小樽市議会正・副議長に対し、同様に説明した。その後、各会派代表、厚生常任委員会委員に対し説明した。各会派からは、以下の意見を頂戴した。

- ・地域医療を守るためには必要な取り組みであること

をしっかりと説明すべき。

- ・混乱を避けるため、紹介制の試行は良い取り組みだと思う。
- ・選定療養費が独り歩きして、お金のためと勘違いされると困る。何のために目指すのかをしっかりと説明し、「心苦しいがご負担をお願いします。」という姿勢で説明をすべき。
- ・地域医療支援病院に承認されることが開業医の支援にも繋がることを説明すべき。

令和4年9月22日小樽市議会第3回定例会厚生常任委員会において、消化器内科における紹介制導入、地域医療支援病院承認に向けた進捗状況を報告した。その後、令和4年第4回定例会、令和5年第2回定例会においても紹介制試行における苦情や拡大する診療科について丁寧な説明を行い、議会の理解を得られるよう努力した。また、議員に対し機能分化・連携強化の必要性について理解を深めてもらうため、令和5年2月14日、5月30日新旧厚生常任委員会委員に対し勉強会を開催した。勉強会では議員より様々なご意見、ご質問をいただき、理解を深めていただいた。

III) 患者、市民への周知活動

紹介制を開始する概ね1カ月前に院内各所でのポスター掲示、ホームページへの掲載、入り口にチラシを置くなどの対応をとった。ご家族へ周知を期待し、チラシはお持ち帰りいただいた。また、初めて紹介制を開始する際には、市民向けに、町内会の回覧板での周知、市内各サービスセンターに掲示した。(図4a) その他、令和5年7月13日町内会と市の定例連絡会議の場で、各町内会長に対し、地域医療支援病院指定に向けた取り組み、機能分化・連携強化の必要性、紹介制について説明した。

紹介制の試行後、市民から寄せられた反対意見は3件であった。(当院への電話2件、市長への手紙1件)その内容は「市立病院なのに紹介状がなければ受診できないのは冷たい対応である。紹介制は止めるべき」「かかりつけ医が紹介状を書いてくれるか心配なので紹介制は反対である」というものであったが、いずれも丁寧に説明しご理解いただいた。

今後は、さらに市民への理解を深めるため、広報おたる10月号、当院広報誌において特集記事を掲載する予定である。

・おわりに

有村院長も論文で述べているが、今後後志管内の医療

提供体制を維持するためには、「砦としての地域医療支援病院」を頂点に、「回復期を担う後方支援機能をもつ病院」「かかりつけ機能をもつ医療機関」の堅牢なピラミッド構造を構築しなければならない。当院もこの1年、地域医療支援病院としての実力を蓄えるため各種取り組みを強力に推進した。地域医療支援病院の指定まであと一步である、最後まで気を引き締めて病院一丸となり進めていきたい。

参考文献

- 1) 厚生労働省：地域医療支援病院の概要：www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801_00015.html：2022年4月29日参照
- 2) 有村佳昭，地域医療支援病院を目指して，医師会だより，第101号：21-24，2022年9月
- 3) 厚生労働省：紹介状を持たずに特定の病院を受診する場合等の「特別の料金」の見直しについて：www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26666.html：2022年6月7日参照

当院の TAZ/PIPC (tazobactam/piperacillin) 使用状況と耐性菌の検出状況

伊藤 好樹・義煎 元・新田 彬秀・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

【はじめに】

tazobactam/piperacillin (TAZ/PIPC) は、合成ペニシリンであるピペラシリンと β -lactamase 阻害剤であるタゾバクタムを配合した広域スペクトルを示す抗菌薬である。グラム陽性球菌、グラム陰性桿菌、緑膿菌、嫌気性菌に対して有効である¹⁾。今回、empiric therapy に用いられていることが多い印象があったため、当院における過去4年間の使用状況と耐性菌の検出状況について調査したので報告する。

【対象と方法】

2019年から2022年までの4年間の当院における TAZ/PIPC の antimicrobial use density (AUD)、days of therapy (DOT) と ESBL 産生 *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloacae* complex, *Pseudomonas aeruginosa* の TAZ/PIPC 感受性率の推移を調査した。また、2022年の1年間に ESBL 産生 *E. coli*, *K. oxytoca* が検出された入院患者の背景を調査した。菌種の同定には、質量分析器 (MALDI-TOF MS)、薬剤感受性試験には、MicroScan Walk Away96 を用い、Neg 2J パネルを使用し最小発育阻止濃度 (Minimum Inhibitory Concentration: MIC) を測定した。薬剤感受性試験の判定は CLSI (Clinical Laboratory Standard Institute) M100-S26 の基準を用いた。

AUD は WHO の ATCindex に準じて以下の式より算

出した³⁾。

$$\text{AUD} = [\text{抗菌薬使用量 (g)} / \text{DDD}] \times 100 / \text{延べ在院患者数 (defined daily dose ; DDD)}$$

DOT は抗菌薬の使用日数を集計し、以下の式より算出した。

$$\text{DOT} = \text{延べ抗菌薬投与日数} \times 100 / \text{延べ在院患者数}$$

本論文に関連する著者の利益相反：なし

【結果】

TAZ/PIPC の AUD は2019年13.84から2021年20.94となり、2022年は15.88と2021年よりは減少したものの増加傾向であった。DOT も2019年19.52から2022年22.45と増加していた (図1)。今回、調査した菌種の検出数について、ESBL 産生 *E. coli* の検出数は2019年79件から2022年94件、*K. pneumoniae* の検出数は2019年147件から2022年214件、*K. oxytoca* の検出数は2019年68件から2022年83件、*Proteus mirabilis* の検出数は2019年29件から2022年43件、*E. cloacae* complex の検出数は4年間60検体前後と横ばいであり、*P. aeruginosa* の検出数は2019年70件から2022年96件と *E. cloacae* complex 以外の菌種で増加傾向であった (図2)。グラム陰性桿菌の TAZ/PIPC の感受性率の推移では、*E. cloacae* complex, *P. aeruginosa* に関しては大きな変化は見られなかったが、ESBL 産生 *E. coli* に関しては、2019年100%から2022年84%、*K. oxytoca* は2019年100%から2022年89%と低下していた (図3)。さらに2022年の1年間に感受性率の低下が

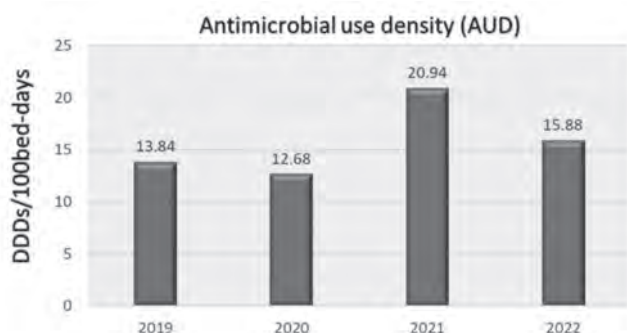


図1 TAZ/PIPC 使用動向 (年度別: AUD)

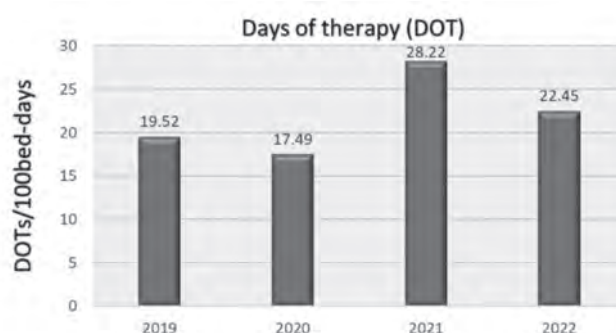


図1 TAZ/PIPC 使用動向 (年度別: DOT)

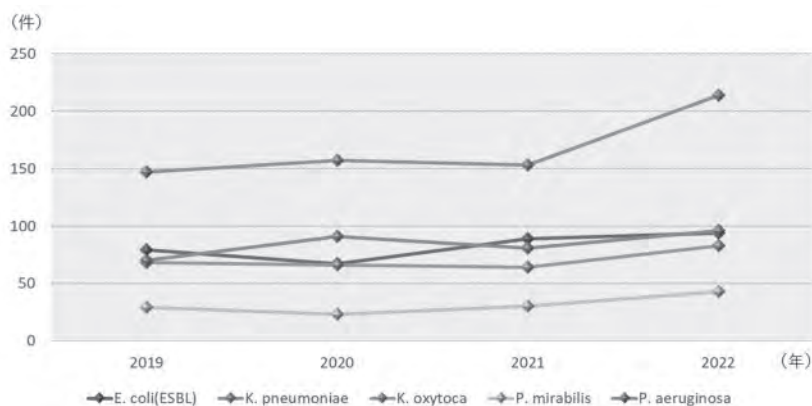


図2 グラム陰性桿菌の検出数（年度別）

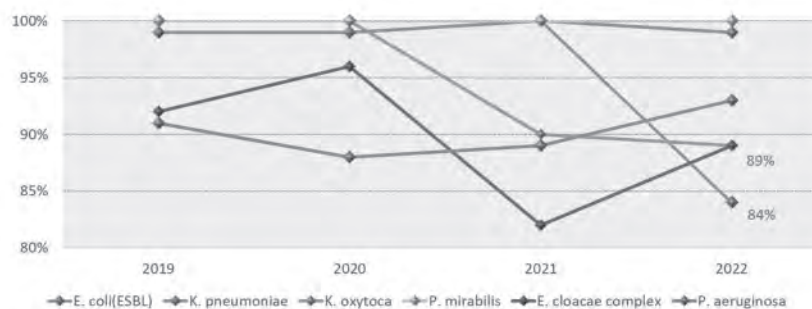


図3 グラム陰性桿菌のTAZ/PIPC感受性率の推移

みられたESBL産生 *E. coli* と *K. oxytoca* が検出された入院患者の背景を調査した（表1）。TAZ/PIPC 感性（susceptible）の群と中間（intermediate）・耐性（resistant）の菌が検出された患者群とを分けて調査した。*K. oxytoca* のTAZ/PIPC 感性群では呼吸器検体での検出が多く、その他は泌尿器検体での検出が多かった。次に2菌種が検出された入院患者に、過去3ヶ月以内に投与されていた抗菌薬を調査した（図4）。ESBL産生 *E. coli* では感性群、中間・耐性群の両方とも第3世代セフェム系の投与が多いことがわかった。TAZ/PIPCの前投与に関しては感性群で8%、中間・耐性群で13%であった。*K. oxytoca* では、中間・耐性群でTAZ/PIPCの全投与が34%と最も多かったが有意差を認めなかった（ $P=0.47$ ）。

【考察】

広域ペニシリンと β -ラクタマーゼ阻害剤の合剤であるタゾバクタム／ピペラシリン（tazobactam/piperacillin；TAZ/PIPC）は、グラム陽性菌、グラム陰性菌及び嫌気性菌に対して有効であり、幅広い抗菌スペクトルを持つ抗生物質である。特に緑膿菌に対する抗菌活性があり、日常臨床下で多くの感染症治療に使用されている。近年、TAZ/PIPC耐性の腸内細菌科細菌（大腸菌

など）が大きな問題となっている。今回、当院で過去4年間のTAZ/PIPCの使用状況と耐性菌について検討をおこなった。その結果、TAZ/PIPCのAUD、DOTともに増加傾向にあること、入院患者から検出されたESBL産生 *E. coli*、*K. oxytoca* で感受性率が低下していることが明らかになった。

ESBL産生菌の割合は、*E. coli* で14.1%から15.4%と耐性化が進んでいた。*K. pneumoniae*、*K. oxytoca*、*P. mirabilis* に関しては検出数が少なく今回は対象外とした。その中でESBL産生 *E. coli* と *K. oxytoca* についてTAZ/PIPCの感受性率が低下していた。2022年にこれらの菌が検出された入院患者背景を調査した結果、*K. oxytoca* で中間・耐性群でTAZ/PIPCの全投与が34%と最も多かった。*K. oxytoca* でTAZ/PIPCに中間・耐性群では、CTX、AZT、CTRXにも耐性がみられる菌が多かったが、これはbla OXY、K1型 β -ラクタマーゼ遺伝子が過剰産生した可能性があると考えた⁴⁾。

今回、当院でTAZ/PIPCの感受性率の調査をおこなった。empiric therapyなどに用いられていることが多いことから、TAZ/PIPCの使用量が増加していることで耐性率が高くなっている菌種があることがわかった。菌種の同定結果や薬剤感受性試験結果が分かり次第、de-escalationをおこなうことが重要と考える。特

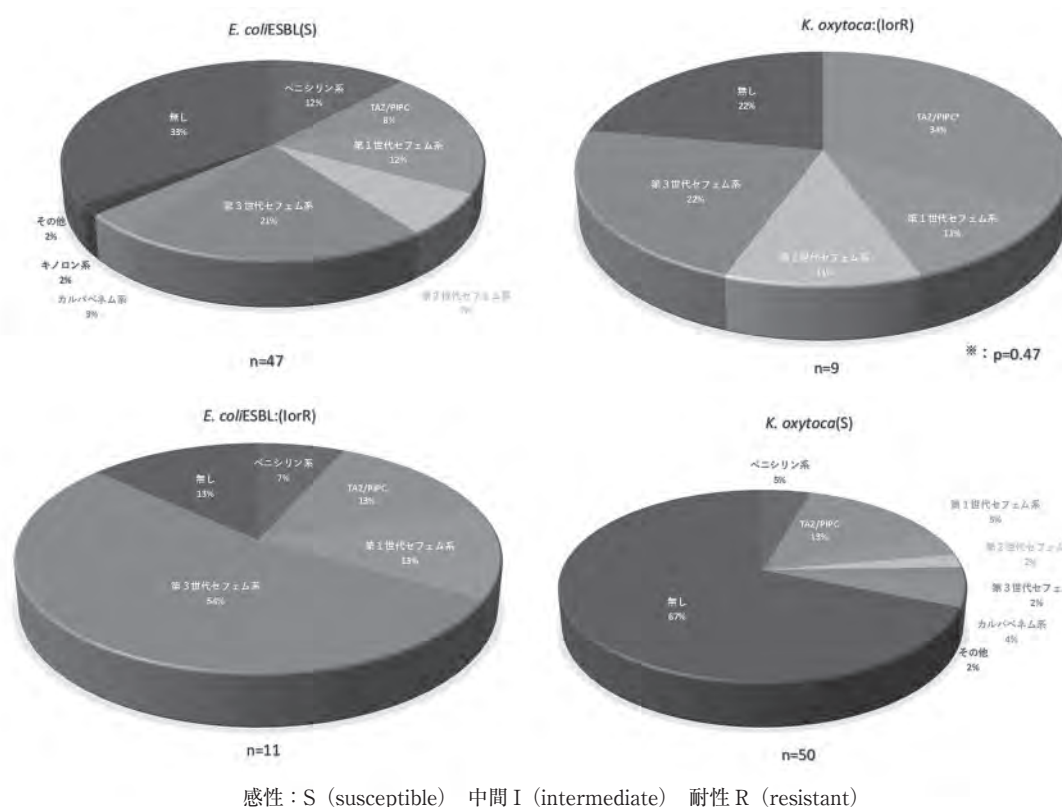


図4 過去3ヶ月以内に投与されていた抗菌薬

表1 感受性率が低下した2菌種が検出された入院患者背景（2021年：TAZ/PIPC 感受性結果別）

	<i>E. coli</i> ESBL		<i>K. oxytoca</i>	
	S (n=47)	I or R (n=11)	S (n=50)	I or R (n=9)
年齢	79.4 ± 12.4	76.7 ± 3.7	80.7 ± 9.3	82.0 ± 6.6
男性 / 女性	13/34	5/6	3/25	5/4
材料				
呼吸器検体	8 (17.0%)	3 (27.3%)	21 (42.0%)	2 (22.2%)
泌尿器検体	25 (53.2%)	6 (54.5%)	19 (38.0%)	4 (44.4%)
消化器検体	2 (4.3%)	0	2 (4.0%)	1 (11.1%)
血液・穿刺液	6 (12.8%)	1 (9.1%)	3 (6.0%)	2 (22.2%)
その他	6 (12.8%)	1 (9.1%)	5 (10.0%)	0

に耐性菌については注意が必要である。今後も TAZ/PIPC の使用状況や耐性菌の検出状況の情報を院内へ発信し、抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：AST）と連携していくことが重要であると考えられる。

【参考文献】

- 1) Petty CM, Markham A. piperacillin/tazobactam: an updated review of its use in the treatment of bacterial infections. *Drugs*. 1999; 57: 805-43.
- 2) 日本感染症学会, 日本化学療法学会 編: JAJD/

JSC 感染症治療ガイド

- 3) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2019. https://www.whocc.no/atc_ddd_index
- 4) Granier SA, Leflon-Guibout V, Goldstein FW, et al. New *Klebsiella oxytoca* beta-lactamase Genes bla (OXY-3) and bla (OXY-4) and a third genetic group of *K. oxytoca* based on bla (OXY-3). *Antimicrob Agents Chemother*. 2003; 47: 2922-8
- 5) 成山倫之, 菊池健太郎, 大谷津翔 他: 当院の tazobactam/piperacillin 使用動向と耐性菌の出現状況. *日病総診誌* 2023; 19 (2) 94-98

学術業績

学 術 業 績

〔学術発表、講演、講義、その他〕

【呼吸器内科】

- ・ Master's seminar of targeted therapy for lung cancer in Sapporo 令和5年2月17日 札幌
「マルチ検査の使い分けと各施設での取り組み」
ディスカッサント 齋藤淳

【消化器内科】

- ・ 第4回 Sapmed G Young Academy 令和5年2月28日 Web
「当院における大腸ステント留置術の検討」
谷口正浩
- ・ 第132回日本消化器病学会北海道支部例会 令和5年3月4-5日 札幌
「当院における悪性大腸狭窄に対する内視鏡的ステント留置術の検討」
松岡珠緒
- ・ 第126回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会 令和5年3月4-5日 札幌
「Rhabdoid featureを呈する上行結腸原発低分化腺癌の1例」
番匠亮文

【循環器内科】

- ・ 低侵襲カテーテル治療症例検討会 令和4年5月13日 Web
「Sheathlessのすべて」
高川芳勅
- ・ CVIT2022 令和4年7月29日 横浜市
「常設ビデオライブシステムの構築」
高川芳勅
- ・ 小樽市医師会会員研究発表会 令和5年3月3日 小樽市
「緊急冠動脈カテーテル治療における遠隔支援」
高川芳勅

【外科】

- ・ 第35回日本内視鏡学会総会 令和4年12月9日 名古屋市
「当院における体腔内吻合を用いた腹腔鏡下大腸切除術の経験」
小野仁、渡邊義人、葛西弘規
- ・ 第35回日本内視鏡外科学会総会 令和4年12月10日 名古屋市
「地域中核病院の外科医が技術認定医を取得するまで～指導的立場の場合」
渡邊義人

- ・ 第 59 回日本腹部救急医学会総会 令和 5 年 3 月 9 日 沖縄県
「内視鏡下胃内手術で摘出した胃内異物の一例」
小野仁

【心臓血管外科】

- ・ 第一回岩内血管外科セミナー 令和 4 年 4 月 22 日 岩内
「心臓血管外科における心臓疾患について」
深田穰治
- ・ 第 5 回小樽心臓血管カンファレンス 令和 4 年 9 月 2 日 小樽
「当院における冠動脈バイパス術の遠隔期 20 年成績」
佐藤宏
- ・ 第 4 回北海道外科関連学会機構 HOPES 令和 4 年 9 月 11-12 札幌
「1-debranching TEVAR 後の type1a endoleak による弓部瘤拡大に対して弓部置換術+Open Stent Graft を施行した 1 例」
岩代悠、佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦
- ・ 第 4 回北海道外科関連学会機構 HOPES 令和 4 年 9 月 11-12 札幌
「急性 A 型解離術後基部拡大に対する Piehler 法を用いた基部置換術の 1 例」
佐藤宏、岩代悠、深田穰治、田宮幸彦
- ・ 第二回岩内心臓血管セミナー 令和 4 年 10 月 17 日 岩内
「心臓血管外科における大血管疾患について」
深田穰治
- ・ 第 63 回日本脈管学会総会 令和 4 年 10 月 27-29 日 横浜
「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
- ・ 小樽市医師会会員研究発表会 令和 5 年 3 月 3 日 小樽
「当院における冠動脈バイパス術の遠隔期 20 年成績」
岩代悠、佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦
- ・ 第 53 回日本心臓血管外科学会学術総会 令和 5 年 3 月 23-25 日 旭川
「冠動脈バイパス術における radial artery graft の遠隔期 20 年成績 (20-year outcome of the radial artery graft for coronary bypass grafting)」
佐藤宏、岩代悠、深田穰治、田宮幸彦

【脳神経外科】

- ・ 小樽薬剤師会生涯教育研修会 令和 4 年 5 月 19 日 小樽
「地域の基幹病院における抗血栓療法と医療連携の取り組み」
新谷好正

- ・ 人生 100 年時代を考える会 令和 4 年 9 月 6 日
「～脳卒中・がん・終末期～
著しい高齢化が進む地域における脳卒中予防と治療に関する具体的な方策」
新谷好正
 - ・ 日本脳神経外科学会 第 81 回学術総会 令和 4 年 9 月 28 日
「未破裂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」
新谷好正
 - ・ 第 10 回 European Japanese Cerebrovascular Congress 令和 4 年 11 月 16 日 京都
「Surgical treatment of cerebral aneurysms with temporary cardiac arrest using Adenosine」
招待講演 新谷好正
 - ・ Expert Web Seminar 令和 4 年 11 月 24 日 札幌
Closing remarks
新谷好正
 - ・ 第 2 回 Stroke 手術手技セミナー in 北海道 令和 5 年 1 月 13 日
「クリッピング術における脳動脈瘤の減圧の工夫」
新谷好正
 - ・ STROKE 2023 令和 5 年 3 月 16-17 日 横浜
「アデノシンを用いた超短時間循環静止法による脳動脈瘤クリッピング術の低侵襲化」
口演 新谷好正
「典型的な地方型脳卒中診療体制における基幹病院としての取り組みと医療連携」
ポスター 新谷好正
「末梢側に余剰と蛇行を伴う “Pseudo- high position” lesion に対する頸動脈内膜剥離術」
口演、推薦論文に選出 新谷好正
- 【整形外科】**
- ・ 第 65 回日本手外科学会学術集会 令和 4 年 4 月 14-15 日 北九州市
「橈骨遠位端骨折に対する APTUS2.5 コレクションプレートの設置位置の検討— CT を用いた検討—」
佃幸憲
 - ・ 第 95 回日本整形外科学会学術総会 令和 4 年 5 月 19-22 日 神戸市
「上肩甲横靭帯の骨化と肩腱板断裂発症との関連性についての検討 — 3DCT を用いた骨形態比較による検討—」
佃幸憲
 - ・ 第 95 回日本整形外科学会学術総会 令和 4 年 5 月 19-22 日 神戸市
「大菱形骨の骨形態の違いが母指 CM 関節における応力に及ぼす影響 — CTOAM 法を用いた解析—」
佃幸憲
 - ・ 第 95 回日本整形外科学会学術総会 令和 4 年 5 月 19-22 日 神戸市
「新型コロナウイルス感染症対策としての設置型サーモグラフィーカメラによる検温の寒冷地域における有用性」
宮野真博、佃幸憲

- ・第 95 回日本整形外科学会学術総会 令和 4 年 5 月 19-22 日 神戸市
「新型コロナウイルス感染症が当院整形外科手術に及ぼした影響 ～2019 年と 2020 年を比較して～」
平塚重人

- ・第 14 回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会（14th JOSKAS） 令和 4 年 6 月 16-18 日 札幌
「上肩甲横靭帯の骨化と肩腱板断裂発症との関連性についての検討 ― 3DCT を用いた骨形態比較による検討―」
佃幸憲

- ・第 14 回日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会（14th JOSKAS） 令和 4 年 6 月 16-18 日 札幌
「逆 V 字型高位脛骨骨切り術後に患側の踵骨脆弱性骨折を発症した壮年男性の一例」
木津谷菜悠

- ・第 141 回北海道整形災害外科学会 令和 4 年 7 月 2-3 日 札幌
「Pfizer-BioNTech COVID-19 ワクチン接種後約 1 年間継続した SIRVA を呈した 2 例 ―本症例から考えられる対策とは―」
佃幸憲

- ・第 141 回北海道整形災害外科学会 令和 4 年 7 月 2-3 日 札幌
「上肩甲横靭帯の骨化と肩腱板断裂発症との関連性についての検討 ― 3DCT を用いた骨形態比較による検討―」
木津谷菜悠

- ・第 141 回北海道整形災害外科学会 令和 4 年 7 月 2-3 日 札幌
「鏡視下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」
宮野真博、佃幸憲

- ・第 141 回北海道整形災害外科学会 令和 4 年 7 月 2-3 日 札幌
「当院での Fixed bearing TKA および Mobile bearing TKA における PF 関節、rotational alignment の比較」
松岡知樹

- ・第 141 回北海道整形災害外科学会 令和 4 年 7 月 2-3 日 札幌
「サブタイプ分類が女性乳がん骨転移症例の生存へ与える影響 ―米国 SEER データベースを用いた研究―」
木津谷菜悠

- ・第 55 回日本整形外科学会骨・軟部腫瘍学術集会 令和 4 年 7 月 14-15 日 東京都
「女性乳がん骨転移症例においてサブタイプ分類が生存に与える影響 ―米国 SEER データベースを用いた研究―」
木津谷菜悠

- ・第 49 回日本肩関節学会 令和 4 年 10 月 7-8 日 横浜市
「上肩甲横靭帯骨化と腱板断裂発症の関連性 ― 3DCT による検討―」
佃幸憲

- ・第 37 回日本整形外科基礎学術集会 令和 4 年 10 月 13-14 日 宮崎市
「断確定時に骨転移を有する乳がん症例においてサブタイプ分類が生存に与える影響 ―米国 SEER データベースを用いた研究―」
木津谷菜悠

- ・第37回日本整形外科基礎学術集会 令和4年10月13-14日 宮崎市
「軟骨細胞パイロトーシス制御による軟骨変性抑制効果」
江畑拓
- ・第47回日本足の外科学会学術集会 令和4年11月3-4日 松山市
「逆V字型高位脛骨骨切り術後に発症した踵骨脆弱性骨折を契機に FGF23 関連低リン血症性骨軟化症の診断に至った壮年男性の一例」
木津谷菜悠
- ・第13回 小樽市病院局発表会 令和5年2月17日 小樽
「当院における大腿骨近位部骨折手術までの受傷後経過時間 ～受傷後48時間いないの手術実施に向けて～」
松岡知樹
- ・小樽看護専門学校講義 令和4年6月-7月
講義 佃幸憲

【皮膚科】

- ・第38回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学術大会 令和4年4月 鹿児島／ハイブリッド開催
「安息香酸ベンジルローションが有効だったイベルメクチン抵抗性爪疥癬の1例」
保科大地
- ・Dupixent Seminar in Hokkaido 令和4年5月 札幌／ハイブリッド開催
Opening Remarks
保科大地
- ・Sun Collaboration Conference 2022 令和4年7月 釧路／ハイブリッド開催
「Safety first で考える乾癬バイオ診療」
講演 保科大地
- ・小樽市薬剤師会生涯教育研修会 令和4年7月 小樽／WEB 開催
「アトピー性皮膚炎 UpToDate2022」
特別講演 保科大地
- ・小樽市医師会講演会 令和4年8月 小樽／ハイブリッド開催
「当院皮膚科での帯状疱疹診療」
講演 保科大地
- ・第86回日本皮膚科学会東部支部学術大会 令和4年8月 新潟／ハイブリッド開催
「局所免疫賦活療法により軽快した SARS-CoV-2mRNA ワクチン接種後のびまん性脱毛の1例」
保科大地
- ・皮膚疾患連携セミナー 令和4年11月 札幌／WEB 開催
「乾癬・掌蹠膿疱症診療のリアル～現状と課題～」
講演 保科大地

- ・第 432 回日本皮膚科学会北海道地方会 令和 4 年 12 月 札幌／WEB 開催
「関節エコーにより評価した多中心性細網組織球症の 1 例」
木村彩萌、保科大地、大谷ひろみ

- ・小樽後志皮膚科診療研究会 令和 5 年 1 月 小樽／ハイブリッド開催
「ネイリン内服による爪白癬診療」
基調講演 木村彩萌

【泌尿器科】

- ・第 415 回日本泌尿器科学会北海道地方会 令和 4 年 5 月 28 日 web
「過去 20 年間の根治的膀胱全摘除術後周術期合併症の検討～周術期アウトカムの改善は得られているか」
山田修平、安部嵩重、信野祐一郎他多施設共同研究
- ・第 416 回日本泌尿器科学会北海道地方会 令和 4 年 10 月 8 日 旭川
「当院における TUL の合併症の検討」
山形優友、佐藤泰之、山下登、信野祐一郎
- ・第 417 回日本泌尿器科学会北海道地方会 令和 5 年 1 月 28 日 札幌
「根治的膀胱全摘術後合併症の長期予後への影響」
安部崇重、山田修平、信野祐一郎他多施設共同研究

【婦人科】

- ・27th Asia & Oceania Federation of Obstetrics and Gynaecology. Bali, Indonesia, May 23-26, 2022.
「Current Status and Future Prospects of Radical Hysterectomy. Chien-Tien Hsu Memorial Lecture.」
国際学会招請講演 Sakuragi N.
- ・12th Asia Pacific Conferene of Gynecological Surgery (APCGS 2022). Bali, Indonesia, October 8-9, 2022.
「Anatomic Dissection in Nerve-Sparing Radical Hysterectomy for Cervical Cancer.」
国際学会招請講演 Sakuragi N.
- ・12th Asia Pacific Conferene of Gynecological Surgery (APCGS 2022). Bali, Indonesia, October 8-9, 2022.
「Bladder Function after Radical Hysterectomy.」
国際学会招請講演 Sakuragi N.

【麻酔科】

- ・日本集中治療医学会 令和 4 年 10 月 29 日 旭川
「メトホルミン関連乳酸アシドーシスに対し持続的血液濾過透析を行い救命し得た 1 例」
水口はるか、川口亮一

【緩和ケア管理室】

- ・第 15 回 日本緩和医療薬学会 令和 4 年 5 月 13 日 web
「緩和ケアチーム介入患者の腎機能評価と関連因子」
前田直大

- ・第4回 日本緩和医療学会北海道支部学術大会 令和4年8月27日 北見市
「自己の生を無意味と感じている患者を支えたケアの力を経験して」
事例報告 長谷川むつ子

【薬剤部】

- ・第69回北海道薬学大会 令和4年5月21日-22日 Web
「当院精神科における下剤の使用状況の変化」
佐藤礼菜
- ・第69回北海道薬学大会 令和4年5月21日-22日 Web
「当院整形外科におけるNSAIDsと胃薬の併用状況について」
村上梨沙子
- ・小樽薬剤師会 生涯教育研修会 令和4年6月29日 Web
「腎機能低下患者への投与設計～腎機能を評価して処方提案につなげる～」
前田直大
- ・後志病院薬剤師会学術講演会 令和4年10月27日 Web
「腎機能を考慮した薬物療法の基礎知識」
前田直大
- ・大鵬薬品工業株式会社 社内研修会 令和4年12月16日 札幌
「病棟業務とレジメン関連業務について」
伊佐治麻里子
- ・小樽薬剤師会 生涯教育研修会 令和5年2月15日 Web
「病棟担当薬剤師ができるがん化学療法における薬薬連携」
伊佐治麻里子
- ・日本臨床腫瘍薬学会 学術大会2023 令和5年3月4日-5日 Web
「初発卵巣がん患者の効果予測因子としてのベバシズマブ関連有害事象に関する多施設共同後ろ向き研究」
伊佐治麻里子

【検査室】

- ・第6回北海道微生物検査研究会 令和4年7月16日 札幌
「真菌同定検査について」
伊藤好樹
- ・第321回北海道細胞検査士会道央地区例会 令和4年7月29日 札幌
症例検討：体腔液 加野大樹
- ・第321回北海道細胞検査士会道央地区例会 令和4年7月29日 札幌
症例検討：頭頸部 鈴木美咲子

- ・第 225 回北臨技講習会（血液遺伝子染色体） 令和 4 年 10 月 29 日 札幌
「資格をゲット～二級臨床検査士（血液学）～」、症例提示
外崎裕以

- ・第 10 回 北日本支部医学検査学会 令和 4 年 11 月 12 日 函館
「臨床化学分析装置 TBA-nx360 による ICG 検査オンライン化の検討」
宮野祐枝

- ・第 10 回 北日本支部医学検査学会 令和 4 年 11 月 12 日 函館
「Unicel DxH800 の Cell Population を用いた異型リンパ球検出の検討」
外崎裕以

- ・第 10 回 北日本支部医学検査学会 令和 4 年 11 月 12 日 函館
「子宮内膜癌と鑑別を要した癌肉腫の一例」
太田千尋

- ・小樽臨床検査技師会 地区会会員研究発表会 令和 4 年 11 月 22 日 小樽
「出血性膀胱炎患者から検出した Escherichia coli の small-colony variants (SCVs) の 1 症例」
伊藤好樹

- ・小樽臨床検査技師会 地区会会員研究発表会 令和 4 年 11 月 22 日 小樽
「薬剤誘発性 QT 延長により torsades de pointes を認めた症例」
佐藤明日香

- ・第 226 回北臨技講習会（一般検査） 令和 4 年 12 月 3 日 札幌
「もっと知りたい！ミニフォトサーベイ」
浦山和博

- ・第 49 回 北臨技基礎セミナー「一般検査」 令和 5 年 2 月 11 日 札幌
「上皮細胞の鑑別のポイント」
浦山和博

- ・小樽臨床検査技師会令和 4 年度ワークショップ 令和 5 年 2 月 18 日 小樽
「令和 4 年度小樽地区精度管理報告」
外崎裕以

【放射線室】

- ・78th JSRT 令和 4 年 4 月 17 日 横浜
「The estimation of the usefulness of multiple image for CNN」
大浦大輔

- ・第 75 回一般社団法人北海道放射線技師会学術講演会 令和 4 年 6 月 18 日 札幌
「当院の AIS へのアプローチ」
伊原陸

- ・東北 MR 技術研究会 令和 4 年 7 月 6 日 Web
「STROKE での撮像技術」
大浦大輔

- ・小樽看護専門学校 令和 4 年 6 月～ 小樽
「放射線特別講義×3」
横浜拓実

- ・50th JSMRM 令和 4 年 9 月 9 日 名古屋
「The Usefulness of the Montage Method in the Classification of Brain MRI of Patients Suspected Acute Ischemic Stroke using Convolution Neural Network」
大浦大輔

- ・50th JSMRM 令和 4 年 9 月 10 日 名古屋
「Construction and evaluation of MRCP using T2 preparation pulse」
伊原陸

- ・第 50 回日本放射線技術学会秋季学術大会 令和 4 年 10 月 7 日 東京
「MRI の心・技・体」
大浦大輔

- ・Gyrocup 2022 令和 4 年 10 月 15 日 東京
「TPT MRCP」
伊原陸

- ・第 1 回 北海道大学 医療 AI シンポジウム 令和 4 年 11 月 5 日 札幌
「Can Deep Learning Method Achieve Quality Assurance of Chest X-ray Picture?」
大浦大輔

- ・2022 年度一般社団法人北海道放射線技師会研修会（小樽後志）秋季会員研究発表会 令和 4 年 11 月 26 日 小樽
「深層学習を用いた胸部 X 腺画像の撮影体位の推定」
桑島志穂

- ・2022 年度一般社団法人北海道放射線技師会研修会（小樽後志）秋季会員研究発表会 令和 4 年 11 月 26 日 小樽
「プログラミングを使用した VSRAD データ解析の自動化」
佐々木斐名

- ・RTG 4th Post Gyro cup 2022 Meeting 令和 5 年 1 月 4 日 Web
「Gyrocup2022 Silver award 受賞演題に関するご講演」
伊原陸

- ・European Congress of Radiology 2023 (ECR2023) 令和 5 年 3 月 1 日 -5 日 Aus
「Clinical usefulness and technical aspects of a 7-min MRI protocol for the fastest acute ischemic stroke treatment」
大浦大輔

- ・ European Congress of Radiology 2023 (ECR2023) 令和5年3月1日-5日 Aus
「Can Deep Learning Achieve Quality Assurance of the Chest X-ray Images?」
大浦大輔
- ・ European Congress of Radiology 2023 (ECR2023) 令和5年3月1日-5日 Aus
「Why the effect of paralysis is reversible in CSDH patients? ~DTI parameters are associated with motor fiber injury~」
横浜拓実
- ・ STROKE 2023 令和5年3月16日 横浜
「AISに特化した7min MRI protocolの技術的アプローチ」
大浦大輔

【リハビリテーション科】

- ・ 第37回日本脊髄外科学会 令和4年6月16日-17日 和歌山
「OLIF術後の大腿前面症候の発生頻度と要因についての検討」
長畑啓太、岩崎素之

【臨床工学科】

- ・ 近畿心血管治療ライブ2022 令和4年4月15日 大阪市
「臨床工学技士のカテ室でのタスクシフト」
平田和也
- ・ 近畿心血管治療ライブ2022 令和4年4月16日 大阪市
「PCIデバイスの基礎を学ぶ「STENT」」
平田和也
- ・ cCT2022 令和4年5月14日 茨木／Web
「心カテ業務における未来展望 ~CVIT コメディカル部会の役割~」
平田和也
- ・ 第30回日本心血管インターベンション治療学会学術集会 令和4年7月23日 横浜
「ITE資格の現状と資格価値を上げるためのコメディカル部会の取り組み」
平田和也
- ・ 第8回北海道・東北臨床工学会 令和4年10月16日 秋田
「心カテ室における臨床工学技士の役割」
平田和也
- ・ CCT2022 令和4年10月28日 神戸
「冠動脈穿孔に動じないために」
平田和也
- ・ CCT2022 令和4年10月28日 神戸
「石灰化病変におけるIVUSの有効利用」
平田和也

- ・第52回日本心血管インターベンション治療学会東北地方会 令和5年2月4日 福島
「心カテ室におけるタスクシフト」
平田和也

【精神科医療センター】

- ・(社)北海道臨床心理士会 公認心理師部局第2回研修会 令和4年10月16日 オンライン
「先輩に学ぶ事例検討会—第二弾—開業カウンセラーによる事例」
山崎典子
- ・第24回有床総合病院精神科フォーラム 令和4年7月2日 オンライン
「観光地小樽における総合病院精神科の地域連携」
井下田充洋

【認知症疾患医療センター】

- ・介護予防サポーターフォローアップ講座 令和4年6月13日 小樽
講師 山崎典子
- ・認知症サポーターステップアップ講座 令和4年12月21日 小樽
講師 山崎典子

【感染防止対策室】

- ・新採用職員オリエンテーション 令和4年4月1日 小樽
「感染管理の基本と当院のCOVID-19対策」
森八重子
- ・小樽市立高等看護学院 令和4年7月11日、15日 小樽
「成人看護学援助論Ⅱ 感染症」
森八重子
- ・小樽市立高等看護学院 令和4年10月26日、28日 小樽
「成人看護学援助論Ⅲ 感染症患者の看護」
森八重子

〔学会・研究会座長、その他〕

【消化器内科】

- ・Kowa Web Conference 令和5年2月3日 札幌
座長 矢花崇
- ・第4回 Sapmed G Young Academy 令和5年2月28日 Web
座長 矢花崇

【循環器内科】

- ・STIC5 2022 令和4年7月16日 南島原市
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4年7月20日 Web
座長 高川芳勅
- ・MICRA 全国講演会 令和4年7月27日 Web
コメンテーター 高川芳勅
- ・CVIT2022 メディカル一般口演 41 (TRI/Slender PCI 2) 令和4年7月28日 横浜市
ディスカッサー 高川芳勅
- ・CVIT2022 メディカル一般口演 58 (Others) 令和4年7月29日 横浜市
座長 高川芳勅
- ・心腎連関を考える会 令和4年8月19日 Web
ディスカッサー 高川芳勅
- ・Slender Club Japan Annual Meeting 2022 PCI LIVE 3 令和4年10月8日 品川区
コメンテーター 高川芳勅
- ・Slender Club Japan Annual Meeting 2022 Symposium 2-2 dRA International 令和4年10月8日 品川区
ディスカッサー 高川芳勅
- ・後志糖尿病フォーラム 2022 令和4年10月12日 Web
座長 高川芳勅
- ・心不全連携カンファレンス 令和4年10月31日 Web
座長 高川芳勅
- ・いわき心血管治療研究会 ライブデモンストレーション 2022 令和4年11月18日 いわき市
PCI オペレーター、コメンテーター 高川芳勅
- ・会津心臓病・心血管疾患研究会 令和4年11月18日 Web
コメンテーター 高川芳勅
- ・ARIA 2022 SCJ @ ARIA ビデオライブ 令和4年11月20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4年12月17日 鎌倉市
座長、コメンテーター 高川芳勅
- ・手稲・小樽エリア IMPELLA conference 令和4年12月19日 Web
ディスカッサー 高川芳勅
- ・腎性貧血治療講演会 in 小樽 令和5年1月23日 Web
座長 高川芳勅

- ・ New Wave Heart Failure Treatment in 4th 令和5年1月30日 Web
座長 高川芳勅
- ・ 小樽 Kowa Web Conference 令和5年2月2日 Web
座長 高川芳勅

【外科】

- ・ 第7回北海道ヘルニア倶楽部 令和4年9月7日 Web
座長 渡邊義人

【心臓血管外科】

- ・ 第5回小樽心臓血管カンファレンス 令和4年9月2日 小樽
座長 深田穰治
- ・ 第4回北海道外科関連学会機構 HOPES 令和4年9月11-12日
座長 佐藤宏
- ・ 第53回日本心臓血管外科学会学術総会 令和5年3月23-25日 旭川
座長 深田穰治

【脳神経外科】

- ・ MIGRAINE FREE SEMINAR IN 小樽 ～頭痛心療のパラダイムシフト 令和4年5月17日 小樽
座長 新谷好正
- ・ 小樽脳神経外科カンファレンス 令和4年8月23日 小樽
座長 新谷好正

【整形外科】

- ・ Japan Fragility Fracture Symposium in 北海道 令和4年5月28日 Web+札幌
講演会パネリスト 佃幸憲
- ・ 後志病院薬剤師会学術講演会 令和4年6月16日 Web
「骨粗鬆症の薬物治療 ～骨折リスクの高い骨粗鬆症の治療戦略」
演者 平塚重人
- ・ 骨粗鬆症診療 update 2022 令和4年6月21日 Web
座長 平塚重人
- ・ 第30回北海道下肢と足部疾患研究会 令和4年8月20日 札幌
「脛骨高位骨切り術後に踵部痛を発症した1例」
演者 木津谷葉悠
- ・ 骨粗鬆症診療 Web Seminar in 小樽 ～二次骨折を防ぐための骨粗鬆症治療～ 令和4年10月5日 Web+小樽
講演会主催 座長 佃幸憲
「高齢者脊椎手術における骨粗鬆症の治療戦略」
演者 平塚重人

- ・小樽 FLS 連携フォーラム 令和5年2月1日 Web+小樽
講演会主催
「高齢者二次性骨折予防のための病診連携 ～大腿骨近位部骨折多職種連携診療を通じて～」
演者 佃幸憲
- ・Oxford Complete Follow Up Learning Center Web Meeting 令和5年2月4日 Web
演者 江畑拓
- ・2nd 二次骨折予防セミナー 令和5年2月21日 Web
「大腿骨近位部骨折後の骨粗鬆症治療戦略 ～重症骨粗鬆症に着目して～」
座長 佃幸憲
- ・共に診る高齢者診療 令和5年3月2日 Web+小樽
講演会主催
「骨卒中や多職種連携に関する話題」
演者 佃幸憲
- ・外傷救急 Web Seminar in Sapporo 令和5年3月7日 Web
座長 佃幸憲

【皮膚科】

- ・第431回日本皮膚科学会北海道地方会 令和4年9月 札幌／WEB開催
座長 保科大地
- ・Lilly AD Web Seminar 令和4年10月 札幌／WEB開催
座長 保科大地
- ・小樽後志皮膚科診療研究会 令和5年1月 小樽／ハイブリッド開催
座長 保科大地

【泌尿器科】

- ・小樽後志がん診療セミナー 令和4年5月12日 小樽
「篠原信雄先生講演 腎細胞癌薬物治療における Cabozantinib の位置づけと展望」
座長 信野祐一郎

【病理診断科】

- ・第200回日本病理学会北海道支部学術集会 令和5年3月11日 札幌
「教育講演「リンパ腫分類の動向」旭川赤十字病院 菊地智樹先生のご講演」
座長 辻脇光洋

【緩和ケア管理室】

- ・第12回小樽市立病院緩和ケア研修会 令和4年11月26日 小樽
企画責任者 和智純子

【薬剤部】

- ・ 令和4年度第2回後志病院薬剤師会学術講演会 令和4年5月19日 Web
座長 鶴谷勝実
- ・ 令和4年度第3回後志病院薬剤師会学術講演会 令和4年6月16日 Web
座長 鶴谷勝実
- ・ 後志PDセミナー 令和4年8月19日 Web
座長 鶴谷勝実
- ・ 後志腎臓病薬物療法研究会学術講演会 令和4年9月27日 Web
座長 前田直大
- ・ 令和4年度第7回後志病院薬剤師会学術講演会 令和5年1月24日 Web
座長 鶴谷勝実
- ・ Live Symposium for Pharmacist 令和5年2月6日 Web
座長 伊佐治麻里子
- ・ Diabetes Update in Otaru 令和5年3月17日 Web
座長 鶴谷勝実

【検査室】

- ・ 第10回 北日本支部医学検査学会 令和4年11月12日 函館
座長 小笠原一彦
- ・ 第10回 北日本支部医学検査学会 令和4年11月12日 函館
座長 伊藤好樹

【臨床工学科】

- ・ 近畿心血管治療ライブ2022 令和4年4月15日 大阪
「コメディカルセッション ビギナーからの脱却 (1): イメージングとデバルキング」
座長 平田和也
- ・ 第54回 CVIT 北海道地方会 令和4年5月21日 札幌
「コメディカルシンポジウム タスクシフティングー医師以外が清潔野業務に入る現場からの声を聞いてみようー」
座長 平田和也
- ・ 第30回日本心血管インターベンション治療学会学術集会 令和4年7月22日 横浜
「コメディカルパネルディスカッション 冠動脈イメージング～コメディカルはなにを術者に話をすべきか?～」
座長 平田和也
- ・ 第30回日本心血管インターベンション治療学会学術集会 令和4年7月23日 横浜
「コメディカル AWARD ME 部門」
座長 平田和也

【認知症疾患医療センター】

- ・小樽市立病院認知症疾患医療センター講演会 2022「精神疾患を持つ人の医療上の意思決定支援」 令和4年7月1日
小樽／Web
地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター
センター長 井藤佳恵先生
座長 高丸勇司
- ・小樽市立病院認知症疾患医療センター講演会 2022「老年精神医療と倫理」 令和4年11月18日 小樽／Web
京都立松沢病院 名誉院長 齋藤正彦先生
座長 高丸勇司
- ・小樽市医師会 学術講演会「コロナ禍でのうつ病治療と自殺予防」 令和5年1月25日 Web
六番町メンタルクリニック 院長 張賢徳先生
座長 高丸勇司
- ・精神科 Up To Date in 小樽
「急性期統合失調症治療におけるラツダの有用性—臨床データから処方のコツを検討する」 令和5年2月10日
Web
倉敷仁風ホスピタル 診療部長 渡邊佑一郎先生
座長 高丸勇司

〔学術論文、雑誌掲載、その他〕

【呼吸器内科】

- ・Internal Medicine. 2023 Feb 22;
「Lung Injury Due to Inhalation of De-icing Spray」
Atsushi Saitou, Yutaro Nagano, Makoto Shioya, Hirohumi Chiba

【外科】

- ・日本腹部救急医学会雑誌 42巻4号 令和4年5月
「高齢者盲腸捻転の1例」
小野仁
- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 63-71 令和4年12月
「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
- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 27-31 令和4年12月
「内視鏡外科学会技術認定医取得までの道のり」
渡邊義人他
- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 33-38 令和4年12月
「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」
小野仁他

- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 59-61 令和4年12月
「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」
石川昂弥他
- ・Annals of Pediatric Surgery volume 18; Article number: 92 令和4年12月
「Management of severe symptomatic abdominal lymphatic malformation complicated by abscess formation, protein-losing gastroenteropathy, and bleeding.」
Hitoshi Ono, Shohei Honda, Hisayuki Miyagi, Masashi Minato, Momoko Ara, Takafumi Kondo, Kazuyoshi Okumura, Tadao Okada and Akinobu Taketomi

【心臓血管外科】

- ・Ann Thorac Surg 2022; 113: 256-263
「Estimation Model for Hypothermic Circulatory Arrest Time to Predict Risk in Total Arch Replacement.」
Hiroshi Sato, Nobuyoshi Kawaharada, Joji Fukada, Yukihiro Tamiya.
- ・Ann Vasc Surg 2022; 31: S0890-5096
「Morphometric predictors of aortic remodeling after frozen elephant trunk repair of type A dissection.」
Hiroshi Sato, Joji Fukada, Yukihiro Tamiya.
- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 51-58 令和4年12月
「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
- ・Circulation Journal. 2023; 87: 791-798
「Comparison of phenotypes in subcutaneous fat and perivascular adipose tissue surrounding the saphenous vein in coronary artery bypass grafting.」
Takuma Mikami, Hiroshi Sato, Joji Fukada, Yukihiro Tamiya. et al.
- ・Interdiscip Cardiovasc Thorac Surg. 2023; 36: ivac282.
「Temperature analysis of aortic repair with hypothermic circulatory arrest to quantify the injury by cooling.」
Hiroshi Sato, Joji Fukada, et al.
- ・Surg Today. 2023; 53: 1132-1138
「Twenty-year outcomes of free and I-composite radial artery grafts for coronary artery revascularization.」
Hiroshi Sato, Joji Fukada, Yu Iwashiro, Yukihiro Tamiya.

【整形外科】

- ・北海道医療新聞 令和4年11月14日
小樽市立病院 骨折リエゾンチーム 記事掲載
佃幸憲
- ・北海道医療新聞 令和4年12月19日
小樽市立病院 ヘルニア治療 記事掲載

- ・ Arthritis Reumatol 16-mar-22
「Macrophage-derived extracellular vesicles trigger non-canonical pyroptosis in chondrocytes leading to cartilage catabolism in osteoarthritis.」
Ebata T

- ・ JOSKAS 学会雑誌 48 巻 1 号 2023.3 月
「逆 V 字型高位脛骨骨切り術後に患側の踵骨脆弱性骨折を発症した壮年男性の一例」
木津谷菜悠

- ・ Sci Rep. 12(1): 12368 20-jul-22
「Influence of differences in bone morphology on the distribution patterns of subchondral bone density across the trapeziometacarpal joint」
Tsukuda Y

- ・ JSES Reviews, Reports, and Techniques Volume 2, Issue 3, Pages 406-411 22-Apr-22
「Superior capsular reconstruction for recurrent anterior shoulder dislocation with irreparable rotator cuff tear: a case report」
Tsukuda Y

- ・ JSES Reviews, Reports, and Techniques Volume 3, Issue 1, Pages 101-106 21-Oct-22
「Arthroscopic superior capsular reconstruction combined with pectoralis minor transfer for irreparable anterosuperior rotator cuff tear: a case report」
Tsukuda Y

【小児科】

- ・ Cureus 14(7), e26540, 2022.7.3
「Kikuchi-Fujimoto Disease Following COVID-19 Infection in a 7-Year-Old Girl : A Case Report and Literature Review」
齋藤祐介他

【皮膚科】

- ・ 皮膚病診療 2022 ; 44 : 928
「後輩たちに伝えたい言葉 皮心伝心：好中球性皮膚症に魅了されて」
保科大地

- ・ 北臨技会誌 2022 ; 20 : 38-43
「Candida guilliermondii が検出された緑色爪症候群の 1 症例」
新田彬秀、伊藤好樹、保科大地

- ・ J Dermatol. 2022 49(5): e175-e176.
「Sweet syndrome after severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 mRNA vaccine: A case report and literature review.」
Hoshina D, Orita A.

- Clin Exp Dermatol. 47: 1372-1374, 2022.
「Pyoderma gangrenosum caused by secukinumab successfully treated with risankizumab: a case report and literature review.」
Orita A, Hoshina D, Hirosaki K
- Dermatol Ther. 35: e15948, 2022.
「Intravenous immunoglobulin for pembrolizumab-induced bullous pemphigoid-like eruption: A case report.」
Hoshina D, Hotta M.

【婦人科】

- Int J Gynaecol Obstet. 2022 Jul; 158(1): 187-193. doi: 10.1002/ijgo.13961. Epub 2021 Oct 25.
「Is cytology/HPV co-testing for cervical cancer screening useful in Japan?」
Oishi T, Kigawa J, Iwanari O, Kasai T, Kurokawa T, Hamada M, Fujita H, Fujiwara H, Yokoyama M, Sakuragi N, Harada T, Suzuki M.
- J Obstet Gynaecol Res. 2022 Sep 29. doi: 10.1111/jog.15432.
「Patterns and predictors of site-specific recurrence in cervical cancer after radical hysterectomy.」
Kato T, Shimada C, Kato F, Okada-Kanno H, Takeda M, Endo D, Ihira K, Mitamura T, Konno Y, Sakuragi N, Watari H.

【病理診断科】

- 診断病理 2023、40（1）：49-54
「傍脊柱領域に発生した軟部明細胞肉腫の1例」
保坂倫子、辻脇光洋、長谷川匡他
- Proc Natl Acad Sci U S A. 2022 Aug 16; 119(33): e2203437119
「Elevated Myl9 reflects the Myl9-containing microthrombi in SARS-CoV-2-induced lung exudative vasculitis and predicts COVID-19 severity」
Iwamura C, Tsujiwaki M, Nakayama T et al.
- Tissue Barriers 2022 Aug 16; 119(33): 1972760
「Dysfunction of epithelial permeability barrier induced by HMGB1 in 2.5D cultures of human epithelial cells.」
Kojima T, Tsujiwaki M, Kohno T et al.
- World J Clin Cases 2022 Oct 6; 10(28): 10358-10365
「COVID-19-associated disseminated mucormycosis: An autopsy case report.」
Kyuno D, Tsujiwaki M, Osanai M et al.

【緩和ケア管理室】

- 日本ペインクリニック学会誌 P15-19 令和5年2月
「メサドンから他のオピオイドにスイッチすることで、副作用が軽減し職場復帰が可能となった1症例」
和智純子

【看護部】

- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 73-79 令和4年12月
「当院における看護師育成の現状と課題」
村上圭子
- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 43-49 令和4年12月
「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～」
伊藤大輝他

【検査室】

- ・北海道臨床衛生検査技師会会誌 2022Vol20 38-43 令和4年12月25日
「Candida guilliermondii が検出された緑色爪症候群の1症例」
新田彬秀他
- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 39-42 令和4年12月
「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」
伊藤好樹他

【放射線室】

- ・Magnetic Resonance Imaging. 2022 Aug 14
「Simultaneous depiction of clot and MRA using 1 min phase contrast angiography in acute ischemic patients.」
大浦大輔
- ・Appl. Sci., Volume 13, Issue 4 2023.2.5
「Quality Assurance of Chest X-ray Images with a Combination of Deep Learning Methods」
大浦大輔

【リハビリテーション科】

- ・作業療法ジャーナル 第56巻第6号 P566-P571 令和4年6月
「頸椎変性疾患の術後経時的評価における簡易上肢機能検査（STEF）の有用性の検討」
香川要、岩崎素之

【患者支援センター】

- ・小樽市立病院誌 第11巻第1号 81-84 令和4年12月
「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

〔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（臨床研修委員会主催）】**

- ・令和4年 4月 4日 薬剤処方オーダーの基本 薬剤部 道谷省
- ・令和4年 4月 4日 検体検査のオーダーと参照法 検査室 小山田重徳
- ・令和4年 4月 5日 電子カルテの使い方 研修医 水沼月子
- ・令和4年 4月12日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・令和4年 4月19日 救急初診への対応法 脳神経外科 新谷好正
- ・令和4年 4月27日 縫合の基本手技 外科 越前谷勇人

- ・ 令和4年 5月10日 救急外来での耳鼻咽喉科疾患の対応方法 耳鼻咽喉科 金子躍人
- ・ 令和4年 5月17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4年 6月 8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4年 6月14日 蕁麻疹と皮膚科救急 皮膚科 保科大地
- ・ 令和4年 6月21日 腹痛患者の見方 消化器内科 矢花崇
- ・ 令和4年 6月29日 臨床医が知っておきたい眼の症状と診断の手がかり 眼科 板東将史
- ・ 令和4年 7月 5日 腹痛患者の見方 循環器内科 高川芳勅
- ・ 令和4年 7月19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4年 7月27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4年 8月 9日 ショックの対応 麻酔科 川口亮一
- ・ 令和4年 8月23日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・ 令和4年 9月 6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4年 9月13日 小児科の感染症 小児科 小田川泰久
- ・ 令和4年10月 4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4年10月18日 輸液の基本 麻酔科 中林賢一
- ・ 令和4年10月26日 covid-19における現状と対策 外科 越前谷勇人
- ・ 令和4年11月 1日 研修医に覚えてほしい事 精神科 末岡智文
- ・ 令和4年11月22日 抗菌薬の選択と使い方（泌尿器系） 泌尿器科 山下登
- ・ 令和4年12月 6日 IVR で何ができるか 放射線診断科 市村亘
- ・ 令和4年12月13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4年12月14日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・ 令和4年12月20日 グラム染色の見方 検査室 伊藤好樹
- ・ 令和4年12月21日 症状と患者背景にあわせた頓服薬の使い方 薬剤部 鶴谷勝実
- ・ 令和5年 1月10日 当院の疾患別リハビリの現状 リハビリテーション科 大石督ほか
- ・ 令和5年 1月11日 産婦人科で扱う腹痛の診断 婦人科 櫻井愛美
- ・ 令和5年 1月17日 肝機能障害を診たらどうしよう 消化器内科 金戸宏行
- ・ 令和5年 2月 7日 痛みの治療 麻酔科 久米田幸弘
- ・ 令和5年 2月14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5年 2月21日 栄養管理（院内約束食事箋を中心に） 栄養管理科 和田裕子
- ・ 令和5年 2月22日 放射線治療の基本など 放射線治療科 土屋和彦
- ・ 令和5年 3月 7日 病理レポートの見方 病理診断科 笠井潔
- ・ 令和5年 3月14日 細胞診の知識と活用法 検査室 小笠原一彦
- ・ 令和5年 3月27日 1時間で学ぶ1年分のACS！（2022-2023年度版） 循環器内科 古川哲章
- ・ 令和5年 3月29日 脊椎疾患に伴う運動麻痺～脊髄損傷のみかた～ 整形外科 佃幸憲

【勉強会・講習会】

- ・ 第一回小樽市立病院職員対象勉強会 令和4年12月14日
「循環と呼吸の勉強」
心臓血管外科 深田穰治
- ・ 第二回小樽市立病院職員対象勉強会 令和4年12月21日
「循環と呼吸の勉強」
心臓血管外科 深田穰治
- ・ 骨折リエゾンサービス（FLS）向上部会 院内研修会 令和5年3月30日
院内研修会 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

【がんサージカルボード】

- ・ 令和 4 年 4 月 26 日
「右腎腫瘍と右卵巣腫瘍疑いを合併した一例」
- ・ 令和 4 年 5 月 16 日
「原発不明癌・癌性腹膜炎の一例」
- ・ 令和 4 年 5 月 31 日
「自己の生を無意味と感じている患者を支えたケアの力」
- ・ 令和 4 年 6 月 22 日
「外陰部パジェット病」
- ・ 令和 4 年 6 月 28 日
「前立腺癌症例に生じた原因不明の骨転移の一例」
- ・ 令和 4 年 7 月 19 日
「前立腺癌患者の原因不明多発骨転移」
- ・ 令和 4 年 7 月 26 日
「がん化学療法における高齢者機能評価」
- ・ 令和 4 年 8 月 30 日
「呼吸器内科における免疫チェックポイント阻害薬副作用の経験例まとめ」
- ・ 令和 4 年 9 月 27 日
「抗腫瘍薬の漏出に伴う皮膚障害について」
- ・ 令和 4 年 10 月 12 日
「悪性リンパ腫の一例」
- ・ 令和 4 年 10 月 25 日
「外来化学療法室の今～外来化学療法加算の変更と課題～」
- ・ 令和 4 年 11 月 29 日
「巨大後腹膜腫瘍に対する集学的治療と鑑別診断」
- ・ 令和 4 年 11 月 29 日
「骨盤部リンパ節病変の一例」
- ・ 令和 4 年 12 月 27 日
「Rhabdoid feature を呈する上行結腸癌の一例」
- ・ 令和 5 年 1 月 31 日
「リンパ浮腫治療の基本と現状」
- ・ 令和 5 年 2 月 28 日
「原発不明横紋筋肉腫の一例」

【臨床病理検討会（CPC）】

- ・ 令和 5 年 2 月 28 日
「切除不能膵体部癌の一例」

【小樽市病院局発表会】

令和 5 年 2 月 17 日

第 13 回小樽市病院局発表会

- ・ A 班 座長 消化器内科 主任医療部長 金戸宏行

A-1「看護記録の適正化・効率化による記録時間削減の取り組み」

看護部記録委員会（看護部4階東病棟） 菊池有希子

A-2「地域医療支援病院承認におけるメディカルクラークの役割」

医療秘書室 谷口広美

A-3「当院脳神経外科入院患者の退院支援について～入退院支援加算Ⅰ取得を目指して～」

患者支援センター 山本紗代

A-4「AIを用いた胸部CT検査による潜在的な骨粗鬆症患者の検出」

放射線室 本間優斗

A-5「院外処方箋への臨床検査値記載と期待される医療経済効果～小樽市内保険薬局へのアンケート調査結果と考察～」

薬剤部 柳岡祥太

・B班 座長 泌尿器科 主任医療部長 山下登

B-1「新型コロナウイルス感染症対策としての設置型サーモグラフィーカメラによる検温の寒冷地域における有用性～科学的根拠による労働環境の改善～」

外来管理委員会（医局整形外科） 佃幸憲

B-2「当院における感染対策の評価～SARS-COV-2 検出検査結果からみた検査体制の評価」

検査室 新田彬秀

B-3「当院におけるオンライン面会の利用実態報告～アフターコロナに向けて～」

医事課 伊藤宏晃

B-4「統合失調症患者への認知リハビリテーション実施報告～言語記憶に改善が見られたが本人の自覚には結びつかなかったケースについて～」

精神科医療センター 藤澤光恵

B-5「当院における大腿骨近位部骨折手術までの受傷後経過時間～受傷後48時間以内手術実施に向けて～」

医局整形外科 松岡知樹

B-6「大腿骨近位部骨折後の骨粗鬆症治療における多職種連携介入の効果～骨粗鬆症治療・検査の介入率・継続率向上に向けて～」

FLS 部会（看護部4階西病棟） 満田諒

〔受賞・資格取得〕

【受賞】

・放射線室 伊原陸

Gyrocup 2022 Silver Award

【資格取得】

・呼吸器内科 齋藤淳

日本内科学会 総合内科専門医

・外科 渡邊義人

日本内視鏡外科学会技術認定医（消化器・一般外科）

・脳神経外科 高宮宗一郎

全国自治体病院協議会 第163回臨床研修指導医

- ・精神科 今本真衣子
認知症サポート医

- ・耳鼻咽喉科 金子躍人
全国自治体病院協議会 第166回臨床研修指導医

- ・麻酔科 水口はるか
日本専門医機構 麻酔科専門医
日本区域麻酔学会 J-RACE2022

- ・薬剤部 前田直大
日本緩和医療薬学会 緩和医療暫定指導薬剤師

- ・薬剤部 日下部鮎子
日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療認定薬剤師

- ・検査室 横濱真智子
日本超音波医学会 超音波検査士 体表臓器領域

- ・検査室 小山内直人
日本（血管外科・脈管、静脈）学会 血管診療技師

- ・検査室 新田彬秀
日本臨床微生物学会 認定臨床微生物検査技師

- ・検査室 新田彬秀
日本臨床微生物学会 感染制御認定臨床微生物検査技師

- ・検査室 矢部優太
日本臨床検査同学院 緊急臨床検査士

- ・検査室 鈴木美咲子
日本不整脈心電学会 心電図検定3級

- ・検査室 小笠原一彦
日本臨床衛生検査技師会 認定病理検査技師

- ・検査室 小山田重徳
日本臨床衛生検査技師会 認定医療技術部門管理資格

- ・検査室 小山田重徳
日本医療機能評価機構 医療安全管理者

- ・放射線室 伊原陸
公益社団法人日本アイソトープ協会 第一種放射線取扱主任者

- ・放射線室 宮尾純奈
NPO 法人日本乳がん検診精度管理中央機構 検診マンモグラフィ撮影認定診療放射線技師
- ・放射線室 横浜拓実
日本放射線治療専門放射線技師認定機構 放射線治療専門放射線技師
- ・放射線室 本間優斗
日本骨粗鬆症学会 骨粗鬆症マネージャー

〔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	1,615	4	185	1	1,800	5		
呼吸器内科	10,335	28	8,943	37	19,278	65		
消化器内科	8,391	23	13,394	55	21,785	78		
循環器内科	9,855	27	13,500	56	23,355	83		
血液内科	0	0	868	4	868	4		
糖尿病内科	0	0	3,316	14	3,316	14		
内分泌内科	0	0	831	3	831	3		
腎臓内科	0	0	8,636	36	8,636	36		
脳神経内科	862	2	2,110	9	2,972	11		
腫瘍内科	29	0	9	0	38	0		
外科	8,786	24	9,126	38	17,912	62		
心臓血管外科	4,261	12	5,125	21	9,386	33		
脳神経外科	14,430	40	8,388	35	22,818	74		
整形外科	15,890	44	33,162	137	49,052	181		
形成外科	897	2	6,117	25	7,014	28		
精神科	18,813	52	17,442	72	36,255	124		
リウマチ科	0	0	3,657	15	3,657	15		
小児科	141	0	3,520	15	3,661	15		
皮膚科	662	2	14,697	61	15,359	63		
泌尿器科	5,316	15	18,843	78	24,159	92		
産婦人科	3,034	8	6,721	28	9,755	36		
眼科	1,046	3	12,261	51	13,307	54		
耳鼻咽喉科	973	3	6,968	29	7,941	31		
放射線診断科	0	0	1,195	5	1,195	5		
放射線治療科	1	0	5,387	22	5,388	22		
麻酔科	895	2	4,876	20	5,771	23		
小計	106,232	291	209,277	865	315,509	1,156	386	74.1
感染症	(1,831)	—	—	—	—	—	2	250.8
合計		291	209,277	865	315,509	1,156	388	75.0

※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4年度】

〔麻酔別集計〕

(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	1	1	0	1	0	0	3
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
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	1	2	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	9
	その他	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	計	1	2	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	10
消化器内科	全麻	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	70	63	93	47	62	76	72	66	69	48	65	51	782
	その他	0	2	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0	8
	計	70	66	93	49	63	77	73	66	70	49	65	51	792
循環器内科	全麻	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	13	25	14	21	17	11	20	8	24	17	18	19	207
	その他	4	4	0	3	0	0	0	1	8	5	0	2	27
	計	17	30	14	24	17	11	20	9	32	22	18	21	235
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	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
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	42	40	54	54	41	45	49	57	33	14	47	52	528
	脊椎	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	局麻	18	21	11	15	8	7	13	16	16	7	9	11	152
	その他	0	6	1	3	0	2	2	0	2	1	1	0	18
	計	60	67	67	72	49	54	64	74	51	22	57	63	700
心臓血管外科	全麻	18	15	16	13	12	12	15	7	16	6	18	13	161
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	10	6	11	15	9	7	5	2	11	12	8	8	104
	その他	1	0	7	2	1	0	0	0	6	4	0	0	21
	計	29	21	34	30	22	19	20	9	33	22	26	21	286
脳神経外科	全麻	21	17	17	22	11	25	25	21	19	18	26	23	245
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	15	7	10	6	2	14	13	20	12	11	13	17	140
	その他	1	4	4	3	2	3	0	2	1	0	3	2	25
	計	37	28	31	31	15	42	38	43	32	29	42	42	410
整形外科	全麻	75	52	65	60	62	48	69	62	66	30	52	57	698
	脊椎	1	4	5	3	1	2	2	3	4	2	4	2	33
	局麻	17	16	13	8	11	19	10	13	7	5	13	15	147
	その他	10	13	8	6	12	10	15	11	8	8	13	14	128
	計	103	85	91	77	86	79	96	89	85	45	82	88	1,006
形成外科	全麻	8	10	8	11	5	3	12	5	1	1	5	8	77
	脊椎	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	局麻	47	55	80	46	64	77	52	63	57	41	53	66	701
	その他	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	1	6
	計	55	65	89	59	69	81	65	68	58	42	59	75	785

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	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
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	9	9	3	6	2	6	1	7	4	1	2	6	56
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	9	9	3	6	2	6	1	7	4	1	2	6	56
泌尿器科	全麻	26	17	25	22	24	26	31	21	26	12	22	23	275
	脊椎	0	0	1	3	2	0	0	3	2	0	3	0	14
	局麻	1	2	0	1	2	3	1	3	3	2	1	3	22
	その他	20	18	17	19	20	19	16	15	14	15	16	20	209
	計	47	37	43	45	48	48	48	42	45	29	42	46	520
産婦人科	全麻	28	31	31	27	22	27	21	16	21	9	27	21	281
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	3	3	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	21
	その他	5	5	1	2	1	4	3	2	2	2	0	2	29
	計	36	39	34	31	24	33	25	19	25	12	28	25	331
眼科	全麻	10	10	11	9	10	2	12	8	8	4	5	5	94
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	41	43	72	58	54	61	45	62	53	53	47	19	608
	その他	1	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	0	8
	計	52	53	84	68	65	63	59	71	61	57	53	24	710
耳鼻咽喉科	全麻	18	3	29	7	22	16	14	10	13	5	11	22	170
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	6	4	5	2	6	6	7	4	5	9	4	7	65
	その他	3	0	1	3	1	3	2	2	0	1	0	1	17
	計	27	7	35	12	29	25	23	16	18	15	15	30	252
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	8	6	6	7	5	12	4	8	9	2	6	78
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	5	8	6	6	7	5	12	4	8	9	2	6	78
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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	0	0	0	1	1	1	2	1	1	0	1	0	8
	その他	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
	計	1	2	0	1	2	1	2	1	2	0	1	0	13
合計	全麻	246	199	256	225	210	204	248	207	203	99	213	224	2,534
	脊椎	1	4	7	6	3	2	3	7	6	2	7	2	50
	局麻	256	264	321	235	247	296	256	272	272	217	238	231	3,105
	その他	46	52	41	46	39	43	42	34	43	37	35	42	500
	計	549	519	625	512	499	545	549	520	524	355	493	499	6,189

※レセプト（Kコード）算定ベースの件数

※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

〔診療科別集計〕

* 各診療科手術実績は令和4年度診療報酬点数表の高い順から掲載し、3,000点未満はその他に含む

内 科		(件数)
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）		2
その他		1
計		3

呼 吸 器 内 科		(件数)
気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術		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
気管支異物除去術（直達鏡によるもの）		1
気管支瘻孔閉鎖術		2
内視鏡的消化管止血術		1
その他		4
計		10

消 化 器 内 科		(件数)
超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍に対するもの）		1
内視鏡的乳頭切開術（胆道碎石術を伴うもの）		9
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）		1
内視鏡的膵管ステント留置術		6
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		19
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）（2cmを超えるもの）（その他のもの）		1
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）		26
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）		25
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）		5
内視鏡的胆道拡張術		17
食道狭窄拡張術（拡張用バルーンによるもの）		2
内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術		2
経皮経肝胆管ステント挿入術		1
内視鏡的胆道ステント留置術		70
内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみもの）		33
下部消化管ステント留置術		13
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）		9
経皮的胆管ドレナージ術		2
内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）		2

胆管外瘻造設術（経皮経肝によるもの）	1
小腸結腸内視鏡的止血術	43
内視鏡的胆道結石除去術（その他のもの）	7
胆嚢外瘻造設術	1
内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	2
内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	3
食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）	1
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2cm以上）	28
食道ステント留置術	5
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。）	6
内視鏡的結腸異物摘出術	1
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）	5
内視鏡的十二指腸ポリープ・粘膜切除術（その他のポリープ・粘膜切除術）	1
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2cm未満）	342
胸水・腹水濾過濃縮再静注法	5
内視鏡的消化管止血術	70
内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	21
その他	1
計	792

循 環 器 内 科		(件数)
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）		46
血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）		1
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）		13
経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症に対するもの）		3
経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）		69
経皮的冠動脈形成術（その他のもの）		2
末梢動脈瘻造設術（内シャント造設術）（単純なもの）		9
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
経皮的心肺補助法（1日につき）（初日）		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
ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）		17
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）		6

大動脈バルーンパンピング法（IABP 法） （1 日につき）（初日）	8
内視鏡的消化管止血術	1
血管結紮術（その他のもの）	1
ペースメーカー交換術	13
体外ペースメーカー交換術	6
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）	15
その他	19
計	100

外 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））	1
腭頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合）	2
腭頭部腫瘍切除術（周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合）	1
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）	18
腹腔鏡下直腸切除・切断術 （超低位前方切除術）	2
腭頭部腫瘍切除術 （腭頭十二指腸切除術の場合）	1
腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）	15
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）	3
腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）	2
肝切除術（2 区域切除）	1
腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	1
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）	3
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）	3
肺悪性腫瘍手術 （肺葉切除又は1肺葉を超えるもの）	2
直腸切除・切断術（低位前方切除術）	1
胃全摘術（悪性腫瘍手術）	5
腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）	9
肺悪性腫瘍手術（部分切除）	1
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）	5
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	47
腭体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合）	1
胃切除術（悪性腫瘍手術）	5
後腹膜悪性腫瘍手術	1
胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に局限するもの（リンパ節郭清を含む。））	1
肝切除術（外側区域切除）	1
肝切除術（部分切除） （複数回の切除を要するもの）	1
直腸切除・切断術（切除術）	1
腹腔鏡下結腸切除術 （小範囲切除、結腸半側切除）	6

乳腺悪性腫瘍手術（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）	31
乳腺悪性腫瘍手術（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。）））	14
腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	1
腹腔鏡下腔式子宮全摘術	1
胸郭形成手術（膿胸手術の場合） （肋骨切除を主とするもの）	1
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
結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	13
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
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
腹腔鏡下小腸切除術（複雑なもの）	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）	1
小腸切除術（複雑なもの）	1
脾摘出術	1
腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	2
腹腔鏡下小腸切除術（その他のもの）	6
腹腔鏡下直腸脱手術	1
結腸切除術（結腸半側切除）	2
腹腔鏡下胃局所切除術 （内視鏡処置を併施するもの）	1
乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの））	3
人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの） （その他のもの）	3
子宮全摘術	1
胆嚢摘出術	5
肺切除術（楔状部分切除）	2
腸間膜損傷手術（腸管切除を伴うもの）	1
胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）（胆嚢摘出を含まないもの）	1
腭体尾部腫瘍切除術（腭尾部切除術の場合） （脾同時切除の場合）	1
結腸切除術（小範囲切除）	9
腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	3
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） （止血術）	2
腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	7
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	59
乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの））	12
皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 （100cm ² 以上）	1

腹腔鏡下虫垂切除術 (虫垂周囲膿瘍を伴うもの)	7
臍体尾部腫瘍切除術 (臍尾部切除術の場合) (臍温存の場合)	1
腹腔鏡下胆嚢摘出術	51
子宮附属器癒着剥離術 (両側) (腹腔鏡によるもの)	1
腹腔鏡下腸管癒着剥離術	7
腹腔鏡下胃腸吻合術	3
腹腔鏡下ヘルニア手術 (大腿ヘルニア)	2
リンパ節群郭清術 (腋窩)	1
腹腔鏡下人工肛門造設術	4
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)	57
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)	3
腹腔鏡下ヘルニア手術 (腹壁瘢痕ヘルニア)	8
リンパ管腫摘出術 (長径 5cm 以上)	2
小腸切除術 (その他のもの)	2
胸腔鏡下試験切除術	1
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
乳腺悪性腫瘍手術 (単純乳房切除術 (乳腺全摘術))	1
急性汎発性腹膜炎手術	2
腹腔鏡下ヘルニア手術 (半月状線ヘルニア、白線ヘルニア)	1
腹腔鏡下虫垂切除術 (虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	20
皮弁作成術・移動術・切断術・遷延皮弁術 (25cm ² 以上 100cm ² 未満)	1
乳管腺葉区域切除術	5
腸管癒着症手術	3
腸閉塞症手術 (腸管癒着症手術)	1
腹腔鏡下ヘルニア手術 (臍ヘルニア)	1
腹腔鏡下試験開腹術	4
腹腔鏡下試験切除術	2
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)	21
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 (腹壁瘢痕ヘルニア)	3
人工肛門造設術	2
ヘルニア手術 (大腿ヘルニア)	2
甲状腺腫摘出術 (片葉のみの場合)	1
甲状腺部分切除術 (片葉のみの場合)	1
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
乳腺腫瘍摘出術 (長径 5cm 以上)	7
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))	10
分層植皮術 (25cm ² 以上 100cm ² 未満)	1

乳腺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)	3
ヘルニア手術 (鼠径ヘルニア)	19
痔核手術 (脱肛を含む。)(根治手術)	4
胸水・腹水濾過濃縮再静注法	1
デブリードマン (100cm ² 以上 3,000cm ² 未 満)	1
血管結紮術 (その他のもの)	1
血管縫合術 (簡単なもの)	1
皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) (長径 6cm 以上、12cm 未満)	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) (長径 6cm 以上、12cm 未満)	1
痔核手術 (脱肛を含む。) (硬化療法 (四段階注射法によるもの))	3
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 5cm 未満)	8
その他	81
計	700

心 臓 血 管 外 科	
大動脈瘤切除術 (胸部大動脈)	3
大動脈瘤切除術 (上行・弓部同時) (人工弁置換を伴う基部置換術)	1
大動脈瘤切除術 (上行・弓部同時) (弁置換術又は形成術)	1
弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	1
心室中隔穿孔閉鎖術 (単独のもの)	1
大動脈瘤切除術 (吻合又は移植を含む。) (弓部大動脈)	7
大動脈瘤切除術 (吻合又は移植を含む。) (上行大動脈) (大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの)	2
オープン型ステントグラフト内挿術 (弓部大動脈)	2
弁置換術 (2 弁のもの)	3
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)	6
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)	4
心腫瘍摘出術 (単独のもの)	1
ステントグラフト内挿術 (胸部大動脈)	7
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))	2
ステントグラフト内挿術 (腹部大動脈)	19
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)	1
横隔膜縫合術 (経胸)	1

血管移植術、バイパス移植術 (その他の動脈)	19
人工心肺 (1 日につき) (初日)	37
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	39
動脈形成術、吻合術 (その他の動脈)	1
動脈形成術 (その他の動脈)	1
血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等) (その他のもの)	1
末梢動静脈瘻造設術 (内シャント造設術) (単純なもの)	43
経皮的シャント拡張術・血栓除去術 (初回)	16
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
心筋縫合止血術 (外傷性)	1
動脈塞栓除去術 (その他のもの (観血的なもの))	5
経皮的心肺補助法 (1 日につき) (初日)	1
下肢静脈瘤手術 (抜去切除術)	12
ペースメーカー移植術 (経静脈電極の場合)	1
心膜切開術	1
大動脈バルーンパンピング法 (IABP 法) (1 日につき) (初日)	2
試験開腹術	1
内視鏡的消化管止血術	1
血管結紮術 (その他のもの)	3
血管縫合術 (簡単なもの)	1
ペースメーカー交換術	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)	18
その他	2
計	286

脳 神 経 外 科	
脳動静脈奇形摘出術 (単純なもの)	1
頭蓋内腫瘍摘出術 (その他のもの)	7
内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 (頭蓋底脳腫瘍 (下垂体腫瘍を除く。))	1
脳動脈瘤頸部クリッピング (1 箇所)	36
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)	7
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	1
脳血管内手術 (2 箇所以上)	1
脳血管内手術 (脳血管内ステントを用いるもの)	1
脳動脈瘤被包術 (1 箇所)	1
後縦靱帯骨化症手術 (前方進入によるもの)	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。) (前方後方同時固定)	2
脳血管内手術 (1 箇所)	3
脊髄腫瘍摘出術 (髄外のもの)	3

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	2
動脈血栓内膜摘出術 (内頸動脈)	14
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)	14
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)	17
髄液漏閉鎖術	2
頭蓋内血腫除去術 (開頭して行うもの) (硬膜下のもの)	6
脳膿瘍全摘術	1
脳切除術	1
経皮的頸動脈ステント留置術	2
経皮的脳血栓回収術	28
減圧開頭術 (その他の場合)	2
顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	2
水頭症手術 (シャント手術)	17
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)	8
脊髄刺激装置植込術 (脊髄刺激電極を留置 した場合)	10
頭蓋骨形成手術 (硬膜形成を伴うもの)	7
椎間板摘出術 (後方摘出術)	7
頭蓋骨腫瘍摘出術	1
脳膿瘍排膿術	3
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)	10
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)	8
血管塞栓術 (頭部、胸腔、腹腔内血管等) (その他のもの)	2
経皮的椎体形成術	6
脳切除術 (開頭して行うもの)	1
水頭症手術 (シャント再建術) (頭側及び腹側のもの)	2
頭蓋骨形成手術 (頭蓋骨のみのもの)	2
脊髄刺激装置植込術 (ジェネレーターを留置した場合)	2
神経剥離術 (鏡視下によるもの)	5
脊椎内異物 (挿入物) 除去術	3
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)	7
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	65
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
関節鏡下手根管開放手術	1
試験開腹術	1

手根管開放手術	1
気管切開術	4
その他	53
計	410

整 形 外 科	
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。） （前方椎体固定）	5
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）	25
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）	2
人工関節置換術（膝）	49
人工関節置換術（股）	37
人工関節置換術（肩）	1
関節鏡下靱帯断裂形成手術（十字靱帯）	4
一時的創外固定骨折治療術	5
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）	26
関節鏡下肩関節唇形成術 （腱板断裂を伴わないもの）	1
骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。）	3
変形治療骨折矯正手術（前腕）	1
人工関節抜去術（股）	1
骨移植術（軟骨移植術を含む。） （同種骨移植）（生体）	1
脛骨近位骨切り術	3
関節形成手術（手）	6
人工関節置換術（肘）	2
関節鏡下関節内骨折観血的手術（膝）	2
関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単なもの）	34
四肢切断術（下腿）	2
四肢切断術（手）	1
四肢切断術（大腿）	1
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）	49
神経移行術	4
椎間板摘出術（後方摘出術）	1
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
骨切り術（下腿）	1
デュプイトレン拘縮手術（2指から3指）	1
観血的関節固定術（足）	1
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）	25

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）	13
関節内骨折観血的手術（肘）	7
関節内骨折観血的手術（膝）	4
関節内骨折観血的手術（股）	2
経皮的椎体形成術	6
人工骨頭挿入術（股）	45
人工骨頭挿入術（肩）	1
骨折観血的手術（大腿）	58
骨折観血的手術（上腕）	31
関節鏡下半月板縫合術	11
滑液膜摘出術（股）	2
関節鏡下関節滑膜切除術（膝）	7
関節鏡下滑液膜摘出術（膝）	1
関節内骨折観血的手術（手）	7
関節内骨折観血的手術（足）	3
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨移植）	5
靱帯断裂縫合術（膝側副靱帯）	1
骨折観血的手術（前腕）	43
骨折観血的手術（下腿）	23
腱移行術（指）（手）	1
神経縫合術（指）	1
関節鏡下半月板切除術	11
関節脱臼観血的整復術（指）	2
腱縫合術（指）	3
腱縫合術	2
脊椎内異物（挿入物）除去術	6
難治性骨折超音波治療法（一連につき）	10
骨折観血的手術（鎖骨）	15
骨折観血的手術（足）	6
骨折観血的手術（膝蓋骨）	4
骨折観血的手術（指）	1
硬膜外腔癒着剥離術	1
神経剥離術（その他のもの）	2
第一足指外反症矯正手術	2
デュプイトレン拘縮手術（1指）	1
関節鏡下手根管開放手術	24
筋膜移植術（その他のもの）	2
創傷処理（筋肉、臓器に達するもの（長径20センチメートル以上のものに限る）（頭頸部のもの））	1
関節滑膜切除術（指）	1
アキレス腱断裂手術	6
観血的関節固定術（指）（手）	3
観血的関節固定術（指）	1
観血的関節固定術（指）（足）	1
滑液膜摘出術（指）（手）	1
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（大腿）	3
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（上腕）	2
靱帯断裂縫合術（その他の靱帯）	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	18

骨内異物（挿入物を含む。）除去術（前腕）	27
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（下腿）	26
超音波骨折治療法（一連につき）	23
手掌、足底腱膜切離・切除術 （鏡視下によるもの）	1
手根管開放手術	3
骨折経皮的鋼線刺入固定術（前腕）	2
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（手）	1
鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手術料を含む。） （1局所につき）	6
骨内異物（挿入物）除去術（指）	4
骨内異物（挿入物を含む。） 除去術（膝蓋骨）	3
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（鎖骨）	3
骨内異物（挿入物を含む。） 除去術（その他）	1
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（足）	1
化膿性又は結核性関節炎搔爬術 （指（手、足））	1
四肢関節離断術（指）	1
ガングリオン摘出術（手）	1
その他	198
計	1006

形 成 外 科	
筋（皮）弁術	1
分層植皮術（200cm ² 以上）	3
四肢切断術（大腿）	5
四肢切断術（下腿）	1
四肢切断術（足）	1
四肢切断術（手）	1
皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 （100cm ² 以上）	1
顔面神経麻痺形成手術（静的なもの）	1
頬骨骨折観血的整復術	1
合指症手術（骨関節、腱の形成を要する）	1
眼窩骨折観血的手術 （眼窩ブローアウト骨折手術を含む。）	1
皮弁作成術・移動術・切断術・遷延皮弁術 （25cm ² 以上100cm ² 未満）	1
瘢痕拘縮形成手術（顔面）	1
皮膚悪性腫瘍切除術（単純切除）	33
全層植皮術（25cm ² 未満）	5
合指症手術（軟部形成のみ）	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）	1
分層植皮術（100cm ² 以上200cm ² 未満）	3
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径12cm以上）	3
瘢痕拘縮形成手術（その他）	1
断端形成術（骨形成を要するもの） （指）（足）	5

断端形成術（骨形成を要するもの） （指（手、足））	3
断端形成術（骨形成を要するもの） （指）（手）	3
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（軀幹）	3
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（大腿）	1
眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）	22
分層植皮術（25cm ² 以上100cm ² 未満）	6
眼瞼下垂症手術（その他のもの）	63
デブリードマン （100cm ² 以上3,000cm ² 未満）	3
皮弁作成術・移動術・切断術・遷延皮弁術 （25cm ² 未満）	1
頬粘膜腫瘍摘出術	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径4cm以上）	18
皮膚腫瘍摘出術（露出部）（長径4cm以上）	3
皮下腫瘍摘出術（露出部）（長径4cm以上）	2
腱切離・切除術 （関節鏡下によるものを含む。）（指）	1
眼瞼内反症手術（眼瞼下制筋前転法）	14
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径6cm以上、12cm未満）	9
皮膚腫瘍摘出術（露出部以外） （長径6cm以上、12cm未満）	3
皮下腫瘍摘出術（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）	48
皮膚腫瘍摘出術（露出部） （長径2cm以上、4cm未満）	4
皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径2cm以上、4cm未満）	3
皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部） （長径3cm未満）	8
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径3cm以上、6cm未満）	31
皮膚腫瘍摘出術（露出部以外） （長径3cm以上、6cm未満）	3
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	2
足底異物摘出術	1
ガングリオン摘出術（指）（足）	2
ガングリオン摘出術（指）（手）	1
その他	448
計	785

精 神 科	
その他	2
計	2

皮 膚 科	
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	6
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 3cm 以上、6cm 未満）	3
その他	47
計	56

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））	2
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））	2
腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	17
腎（尿管）悪性腫瘍手術	3
前立腺悪性腫瘍手術	3
経皮的尿路結石除去術 （経皮的腎瘻造設術を含む。）	1
尿管膀胱吻合術	1
経尿道的尿路結石除去術 （レーザーによるもの）	44
経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	1
経尿道的前立腺手術 （電解質溶液利用のもの）	6
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）	9
尿道狭窄内視鏡手術	2
経皮的腎（腎盂）瘻造設術	2
精巣悪性腫瘍手術	2
連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	1
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術） （その他のもの）	67
ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	1
経尿道的電気凝固術	40
膀胱結石摘出術（経尿道的手術）	14
精索捻転手術 （対側の精巣固定術を伴うもの）	1
膀胱水圧拡張術	1
膀胱瘻造設術	2
経尿道的尿管ステント留置術	192
その他	106
計	520

産 婦 人 科	
直腸切除・切断術（低位前方切除術）	1
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 （子宮体がんに限る。）	3
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 （子宮頸がんに限る。）	1
子宮悪性腫瘍手術	23
子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	14
腹腔鏡下仙骨腔固定術	6

リンパ節群郭清術（後腹膜）	1
腹腔鏡下腔式子宮全摘術	57
腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	11
子宮全摘術	20
腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	2
子宮附属器腫瘍摘出術（両側） （腹腔鏡によるもの）	79
子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）	1
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）	2
子宮附属器癒着剥離術（両側） （腹腔鏡によるもの）	1
子宮鏡下子宮筋腫摘出術 （電解質溶液利用のもの）	3
子宮附属器腫瘍摘出術（両側） （開腹によるもの）	23
腹腔鏡下人工肛門造設術	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）	6
広靱帯内腫瘍摘出術	1
大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術 （腸切除を伴わないもの）	1
小腸切除術（その他のもの）	1
子宮筋腫摘出（核出）術（腔式）	1
子宮附属器癒着剥離術（両側） （開腹によるもの）	1
腸管癒着症手術	1
腹腔鏡下試験開腹術	1
腔壁形成手術	1
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（軀幹）	1
試験開腹術	2
子宮内膜ポリープ切除術（その他のもの）	2
子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術 （その他のもの）	1
皮下血管腫摘出術（露出部以外） （長径 3cm 以上 6cm 未満）	1
子宮頸部（腔部）切除術	6
子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）	6
バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術 （造袋術を含む。）	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 3cm 以上、6cm 未満）	1
その他	46
計	331

眼 科	
硝子体茎頭微鏡下離断術 （網膜付着組織を含むもの）	15
網膜復位術	3
硝子体茎頭微鏡下離断術（その他のもの）	5
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）	6

網膜光凝固術（その他特殊なもの（一連につき））	21
硝子体切除術	3
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	490
網膜光凝固術（通常のもの（一連につき））	28
隅角光凝固術	6
前房、虹彩内異物除去術	2
水晶体再建術（眼内レンズを挿入しない場合）	5
眼窩内腫瘍摘出術（表在性）	1
虹彩光凝固術	7
眼球内容除去術	1
眼瞼結膜腫瘍手術	2
緑内障手術（虹彩切除術）	1
虹彩整復・瞳孔形成術	1
翼状片手術（弁の移植を要するもの）	6
角膜・強膜縫合術	1
その他	106
計	710

耳 鼻 咽 喉 科	
顎下腺悪性腫瘍手術	1
内視鏡下鼻・副鼻腔手術 4 型（汎副鼻腔手術）	10
耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）	2
内視鏡下鼻・副鼻腔手術 3 型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	45
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）	3
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）	3
頸嚢摘出術	1
顎下腺腫瘍摘出術	1
甲状腺部分切除術（片葉のみの場合）	1
甲状腺腫瘍摘出術（片葉のみの場合）	1
甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術（片葉のみの場合）	1
鼻中隔矯正術	9
外耳道腫瘍摘出術（外耳道真珠腫手術を含む）	2
下咽頭腫瘍摘出術（経口腔によるもの）	1
鼻前庭嚢胞摘出術	2
深頸部膿瘍切開術	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）	8
粘膜下鼻甲介骨切除術	8
口蓋扁桃手術（摘出）	20
気管切開術	4
鼻甲介切除術（その他のもの）	37
口唇腫瘍摘出術（その他のもの）	1
その他	88
計	252

放 射 線 診 断 科	
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）	6
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他のもの）	7
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）	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）	35
動脈塞栓除去術（その他のもの（観血的なもの））	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）	10
経皮的胆管ドレナージ術	6
経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	4
経皮的肝膿瘍ドレナージ術	4
胆管外瘻造設術（経皮経肝によるもの）	1
その他	2
計	78

麻 酔 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。）（後方又は後側方固定）	1
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）	1
経皮的心肺補助法（1 日につき）（初日）	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
小腸結腸内視鏡的止血術	1
内視鏡的消化管止血術	1
経尿道的尿管ステント留置術	1
その他	6
計	13

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	181	199	209	180	187	211	209	185	235	194	202	183	2,375
うち入院	145	150	149	140	122	139	147	129	191	145	156	138	1,751

地域別内訳	小樽市内	131	147	155	131	151	160	151	147	174	156	149	131	1,783
		(72.4%)	(73.9%)	(74.2%)	(72.8%)	(80.7%)	(75.8%)	(72.2%)	(79.5%)	(74.0%)	(80.4%)	(73.8%)	(71.6%)	(75.1%)
	余市・仁木 方面	19	27	27	19	15	22	29	18	28	11	28	29	272
		(10.5%)	(13.6%)	(12.9%)	(10.6%)	(8.0%)	(10.4%)	(13.9%)	(9.7%)	(11.9%)	(5.7%)	(13.9%)	(15.8%)	(11.5%)
	岩内・寿都 方面	17	14	11	11	6	16	13	9	15	15	9	11	147
		(9.4%)	(7.0%)	(5.3%)	(6.1%)	(3.2%)	(7.6%)	(6.2%)	(4.9%)	(6.4%)	(7.7%)	(4.5%)	(6.0%)	(6.2%)
	倶知安方面	13	11	15	19	15	12	16	11	18	12	16	12	170
		(7.2%)	(5.5%)	(7.2%)	(10.6%)	(8.0%)	(5.7%)	(7.7%)	(5.9%)	(7.7%)	(6.2%)	(7.9%)	(6.6%)	(7.2%)
	その他	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
		(0.6%)	(0.0%)	(0.5%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.5%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.1%)

※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	46	47	57	57	42	43	54	46	61	58	57	41	609

診療科別内訳	麻酔科	7	12	7	16	15	9	7	13	19	23	14	10	152
	心臓血管外科	17	14	11	9	7	8	13	9	10	12	15	10	135
	循環器内科	4	4	7	9	7	5	4	5	11	7	11	11	85
	外科	10	13	19	15	9	17	20	14	9	10	12	7	155
	脳神経外科	1	0	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0	7
	整形外科	4	2	6	4	0	1	9	1	6	2	1	0	36
	泌尿器科	1	0	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	7
	婦人科	2	2	2	3	0	2	0	2	3	2	2	2	22
	その他	0	0	1	0	1	0	1	1	2	1	2	1	10

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) 継続看護の質を高める

目 標	評 価
【財務の視点】 在宅復帰率増 【顧客の視点】 退院支援に対する患者満足度向上 【業務プロセス】 病院・施設・地域への継続看護のあり方の検討 部署内学習資料の見直し 【学習と成長】 退院支援・調整に必要な知識・技術の習得 退院支援時の自己の役割理解 患者の疾患管理に必要な知識・技術の習得	A 評価（21%） B 評価（64%） C 評価（14%） 各部署は、患者のセルフケアに必要な指導に関する学習会や退院支援の実在事例の振り返りから介入の実際を評価した。業務プロセスでは、退院サマリー内の継続看護の記載内容の検討や実践力向上のためのベアリングによる退院支援実践の推進等に取り組んだ。成果は満足度調査による評価とし良い結果は得られたが、その部署も回収数が少なく指標として妥当といいきれない。財務の視点の評価は、短期間の変化を評価するのに適しておらず、評価困難だった。

2) 働きやすい職場環境をつくる

目 標	評 価
【財務の視点】 時間外削減 【顧客の視点】 職場環境に対する職務満足度向上 【業務プロセス】 業務命令の徹底 業務の標準化・記録の改善 協働を阻む要因の抽出要因ごとの解決策の検討 【学習と成長】 時間外命令の理解 各勤務等の役割理解 応援業務の理解 自部署外の疾患理解 望ましい接遇の理解	A 評価（29%） B 評価（57%） C 評価（14%） 時間外命令と残務内容把握、職員意識変容の重要性について学び、業務プロセスでは、その内容を実践した。同時に、時間外の多くを占める看護記録の簡素化にも取り組み、記録時間の短縮も図れた。職務満足度は、聞き取りによるものであったが、記録の簡素化に対する満足度は高かった。時間外削減は効果のあった部署の満足度は高かった。取り組み成果は前年比600万の削減効果があった。

2. 各委員会の目標と評価

各委員会	目 標	評 価
教育委員会	【教育理念】 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。	2022年度より「看護部キャリアラダー」が運用開始となり、新ラダーに沿った研修の企画を行った。また、昨年度から継続して研修成果の客観的評価にも取り組んだ。目標の測定方法や達成指標を明確にすることで、適正な研修評価を行い、受講者個々の達成状況も明確にできるよう取り組みを行ったが、評価基準作成が研修実施直前になることもあり、評価基準を踏まえた研修とならないこともあった。 昨年課題としていた効果的なファシリテーションに関しては、事前にグループワークの到達目標、検討の過程や場のコントロールについて共通認識できるよう取り組みを行った。ファシリテーション技術そのものの向上については課題を残した。
業務委員会	1. 協働の推進 2. 超過時間外削減の取り組みと評価	1. 働きやすい職場づくりの実現のため、他部署の応援時に円滑に業務遂行できるよう、各部署でアサーティブ・コミュニケーションを学習し、事例検討を行った。職員が互いに対等の立場で補完し合えるよう部署間の協働の推進に取り組んだ。応援に携わる部署が限定的であり、今後は平均化を図ることも視野に取り組みが必要と考える。 2. 時間外命令と残務内容について実態調査を実施した。調査は短期間であったが、時間外命令を適切かつ意図的に実施することで時間外時間の減少につながった。また、各部署の残務内容の傾向が明確になり、今後も継続して取り組んでいく。
安全委員会	1. 個別の「転倒予防」計画に沿ったケアの実施と評価 2. 患者認証の徹底	1. 転倒リスクの高い患者の背景要因や危険予知能力の向上を目的とし、事例検討やKYT学習に取り組んだ。個別の計画立案やケアの実践率は80%程度となったが、自部署の転倒転落インシデントについて、患者の行動パターン等、要因分析をふまえた再発予防策の検討に強化が必要である。引き続きKYTを活用し、活動を進める。 2. 採血・注射・輸血の3項目を対象に年3回、患者認証の実態調査を実施した。未認証0件を目標としたが、場面により遵守すべき行動ができていないことが明確になった。次年度は認証操作を確実にし、定着化に向けた活動を強化する。
記録委員会	1. 記録記載基準の内容を再認識（変更）し、記録の重複部分を削減する。 2. POSの考えを理解し、SOAP記録を記載できる。 3. 看護過程展開に応じた看護記録が効率的に記載できる。	業務の効率化や時間外削減を進める中で、記録の重複が課題となっていた。今年度は記録記載手順を改定し、重複内容や不要と思われる記録を削減することで記録時間の短縮を目指した。併せて、継続看護に必要な記録が残るよう、記載すべき内容を明確にし、記載されているかを監査して確認した。 取り組みの結果、1患者あたりの記録記載時間は削減された。一方で、状態変化や精神面などで記載が必要と思われる場面の記録が書かれない、などの問題が確認された。効率的、効果的な記録という点で課題が残った。

【事例検討】

2022 年 12 月 7 日

1. 脳卒中による後遺症を抱えた患者の自宅退院するために必要な退院支援について	3 西	柏谷 美帆
2. 入院中にせん妄を発症した患者への関わり方について	3 西	桐山 詩織
3. 夜間せん妄と構音障害がある患者とのコミュニケーション	SCU	宮部 明美
4. 90 歳代女性のストーマ造設手術後の意思決定と退院支援を振り返って	4 東	田嶋 結羽
5. 告知から自宅退院にむけた支援	4 東	三浦 綾菜
6. 癌終末期患者の思いに寄りそう看護	4 西	伊藤 七海
7. 疾患への理解が得られない間質性肺炎患者の在宅酸素療法導入に対する支援	5 西	佐藤 美鈴
8. 尿道留置カテーテル管理指導に難渋した一例	5 西	山田麻奈香
9. 患者と家族の自宅退院に対する望みを叶えるための退院支援	7 西	内田亜美佳
10. スピリチュアルペインがある患者を支える支援	7 西	川本 茉由

【2022 年度 看護研究発表会】

2022 年 7 月 28 日

1. 心負荷軽減に向けた治療後早期からの患者指導の実践	3 東	原田 健太
2. COVID-19 感染のため入院した高齢患者の認知機能低下を予防する関わり	5 東	山田 茉実
3. 統合失調症患者の肥満改善に向けた看護的アプローチ —セルフケアの自律を支援し行動が定着するまで—	6 東	菊地奈央子
4. 待機的手術後 ICU に入室した患者の心境	ICU	佐々木悠人
5. 長期入院により運動不足を呈した精神疾患治療患者への便秘解消に向けた取り組み —運動量を増やすことによる自然排便への効果の検討—	6 西	小林 友護

2022 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)
2022 年 4 月 1・4 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、早期に環境に適應できる。 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。	29 名
2022 年 4 月 8 日 4 月 15 日 4 月 22 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 (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 29 名
2022 年 7 月 6 日	I	新人看護職員研修Ⅲ 3 ヶ月フォローアップ研修	【目的】3 ヶ月間を振り返り、現状を受け止め、1 年後に目指す姿を思い描くことができる。 【内容】講義、GW	新人看護師 (実施内容・効果) 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 24 名
2022 年 8 月 16 日 9 月 2 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 (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 20 名
2022 年 9 月 30 日	I	新人看護職員研修Ⅴ 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) ラダーレベル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 22 名
2022 年 10 月 4 日	I	新人看護職員研修Ⅵ 多重課題研修	【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	新人看護師 (実施内容・効果) 事例を用いて、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 22 名
2022 年 10 月 28 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 23 名
2023 年 3 月 3 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 22 名
2022 年 8 月 30 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・態度を習得する。 【内容】講義、演習	ラダーレベルⅡ到達を目指す看護師 (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和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。	22 名
2022 年 9 月 27 日 11 月 15 日	II	看護過程①	【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。	17 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)
2022 年 5 月 17 日 11 月 1 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
2022 年 6 月 7 日 12 月 7 日	Ⅲ	看護過程②	【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。	8 名
2022 年 6 月 21 日 10 月 25 日	Ⅲ	退院支援・退院調整研修	【目的】地域における当院の役割を理解し、退院支援・退院調整のための看護援助が実践できる。 【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。	9 名
2022 年 8 月 2 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
2022 年 10 月 7 日	Ⅲ	新人看護職員実地指導者フォローアップ研修	【目的】新人看護職員の目標達成に向け、個々の特性や進捗状況に合わせた指導を行う能力を養う。 【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。	8 名
2022 年 10 月 14 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	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師 (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。	5 名
2022 年 10 月 18 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】論理的な思考に基づいた文章を書くことができる。 【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。	12 名
2022 年 11 月 29 日 12 月 13 日	Ⅲ	フィジカルアセスメント	【目的】患者の「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、看護実践を検討できる。 【内容】講義、GW	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師 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。	14 名
2023 年 1 月 13 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。 【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) 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。	12 名
2023 年 1 月 27 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	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師 (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

実施年月日	到達を目指すリーダー	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)
2023 年 2 月 10 日	Ⅲ	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	リーダーレベルⅢ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。	6 名
2022 年 5 月 27 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GWを行った。	12 名
2022 年 7 月 28 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 4 部署発表	看護職員 (実施内容・効果) 4 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。	59 名
2022 年 7 月 12 日 7 月 29 日 8 月 5 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。	68 名
2022 年 11 月 8 日 11 月 16 日 12 月 6 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。	61 名
2022 年 4 月 27 日 5 月 18 日		重症度、医療・看護必要度研修	【目的】「看護必要度」の概念、評価表の「項目の定義」・「判断基準」・「記録」について理解する。「看護必要度」評価表の項目について理解し、正しく評価できる。 【内容】講義、理解度テスト	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 24 名
2022 年 5 月 24 日		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。 【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 23 名 研修医 6 名
2022 年 9 月 7 日		静脈注射研修 ステップアップ 1	【目的】 1. 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ための知識と技術を習得する。 【内容】講義、演習	新人看護師 (実施内容・効果) 抗がん剤、輸血療法、ハイリスク薬について、基礎的知識・技術を学んだ。また、中心静脈カテーテル及び CV ポートの管理方法について学んだ。	新人看護師 23 名
2022 年 7 月 29 日		静脈注射研修 ステップアップ 2	【目的】 1. 患者が安全・安楽に抗がん剤治療を受けるための知識・技術を習得する。 【内容】講義、演習	新人看護師 (実施内容・効果) がん化学療法や抗がん投与時の看護、CV ポートの管理方法について知識と技術を習得した。	新人看護師 23 名

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	9,719	9,300	9,928	9,427	10,386	9,962	9,483	9,806	9,459	8,912	8,248	9,642	114,272	
	入院処方箋枚数	7,051	7,260	7,544	7,523	7,628	7,227	7,608	7,369	7,659	7,241	7,370	7,766	89,246	
	注射箋枚数	7,069	7,298	7,308	7,163	6,100	6,309	6,975	6,827	7,576	7,176	7,068	6,804	83,673	
病棟業務	薬剤管理指導件数 2（安全管理）	679	700	798	728	636	662	636	569	584	533	602	639	7,766	
	薬剤管理指導件数 3（その他）	345	318	355	324	323	300	293	288	297	213	307	380	3,743	
	麻薬管理指導加算件数	18	13	16	10	22	10	15	7	10	11	14	10	156	
	退院時薬剤情報管理指導件数	330	283	358	354	299	282	280	252	323	209	283	310	3,563	
	退院時薬剤情報連携加算件数	12	19	25	21	14	21	16	12	15	16	26	24	221	
無菌調製	無菌製剤処理 1	抗癌剤無菌調製件数（外来）	195	183	218	194	228	203	204	209	196	208	201	245	2,484
		抗癌剤無菌調製件数（入院）	65	80	84	74	52	76	94	70	59	81	62	69	866
	無菌製剤処理 2	IVH 無菌調製件数	63	46	41	48	26	41	43	44	32	58	38	16	496
TDM 解析件数		21	43	40	46	48	28	25	26	23	32	38	33	403	
院内製剤	滅菌製剤件数	13	10	23	16	10	14	12	17	10	10	8	15	158	
	非滅菌製剤件数	53	54	63	68	54	63	56	68	44	43	34	43	643	
持参薬識別件数		455	456	534	457	455	475	471	408	392	335	381	402	5,221	
がん性疼痛緩和指導件数		9	7	8	11	4	7	10	7	8	2	8	9	90	
外来腫瘍化学療法診療料 1 件数		114	155	186	180	201	196	205	206	191	200	207	229	2,270	
外来腫瘍化学療法診療料 1 連携充実加算件数		90	95	98	100	102	86	90	97	91	98	105	101	1,153	

〈採用品目数〉

内容	令和 4 年 3 月末	新規採用品目数	採用中止品目数	令和 5 年 3 月末
内用	735	15	17	733
外用	266	3	13	256
注射	451	6	7	450
合計	1,452	24	37	1,439

〈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 4 年度末現在登録件数	94	64	71	21	62	25	1	5	0	2	345

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	140,223	137,999	144,023	136,768	139,009	140,879	139,665	130,137	136,536	131,851	126,014	138,768	1,641,872
輸血検査	279	225	324	246	355	258	253	191	392	232	288	219	3,262
生理検査※ 1	4,046	3,931	4,182	3,687	3,674	3,920	4,122	3,556	3,659	3,520	3,577	3,952	45,826
病理・細胞診※ 2	1,234	1,166	1,447	1,147	1,071	1,318	1,261	1,214	1,126	928	1,122	1,338	14,372
外注検査	2,244	2,040	2,309	2,248	2,636	2,345	2,438	1,919	1,571	1,456	1,340	1,853	24,399
合計	148,026	145,361	152,285	144,096	146,745	148,720	147,739	137,017	143,284	137,987	132,341	146,130	1,729,731

※ 1 生理検査のうち、超音波検査（エコー）の件数 (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	1,237	1,100	1,196	1,028	1,077	1,186	1,216	1,093	1,080	980	1,003	13,462
	入院	195	186	192	154	159	151	173	134	189	189	193	2,109
	計	1,432	1,286	1,388	1,182	1,236	1,337	1,389	1,227	1,269	1,169	1,196	15,571

※ 2 病理・細胞診のうち、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	1	1	1	2	0	0	2	4	3	1	0	3	18

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。新型コロナの影響はまだ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。令和 4 年度は老朽化した結石破碎装置を廃止し、新たに X 線撮影装置を配備し「第 3 撮影室」として運用を開始しました。

(件数)													
内 容	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
一般撮影	3,298	3,199	3,374	3,167	3,329	3,443	3,186	3,014	3,014	2,751	2,761	3,223	37,759
ポータブル撮影	674	718	698	681	693	595	585	599	688	676	715	596	7,918
乳房撮影	57	77	88	95	76	119	120	111	88	57	74	88	1,050
手術室	165	128	140	132	125	110	141	121	140	73	110	112	1,497
ハイブリッド透視	17	12	12	17	12	12	9	5	16	10	11	10	143
造影・透視	83	95	98	116	98	112	124	94	108	111	75	111	1,225
血管造影	34	45	48	42	29	26	42	30	55	42	47	47	487
CT	1,380	1,295	1,366	1,286	1,254	1,364	1,392	1,245	1,271	1,249	1,202	1,332	15,636
MRI	740	747	843	738	665	708	729	675	740	636	671	773	8,665
核医学	57	71	82	65	65	65	66	51	67	61	63	61	774
PET-CT	61	68	43	51	52	51	43	58	53	45	50	74	649
放射線治療	405	454	538	432	442	464	370	350	360	182	237	406	4,640
結石破碎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
骨密度	53	36	72	63	72	75	84	71	77	74	68	74	819
3D 処理件数	323	273	359	288	292	300	371	298	284	293	327	293	3,701
コピー	568	539	577	493	521	570	649	561	616	574	590	698	6,956
合計	7,915	7,757	8,338	7,666	7,725	8,014	7,911	7,283	7,577	6,834	7,001	7,898	91,919

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	5	3	0	0	0	0	0	0	1	1	10
	入院	333	255	290	229	210	192	218	208	217	268	205	280	2,905
	計	333	255	295	232	210	192	218	208	217	268	206	281	2,915
脳血管疾患	外来	4	3	11	4	1	3	1	3	0	7	7	4	48
	入院	1,083	907	998	904	649	706	1,039	1,004	1,009	1,071	1,158	1,377	11,905
	計	1,087	910	1,009	908	650	709	1,040	1,007	1,009	1,078	1,165	1,381	11,953
運動器疾患	外来	729	767	779	742	767	805	738	663	549	444	528	608	8,119
	入院	882	853	984	833	855	849	820	889	896	839	809	923	10,432
	計	1,611	1,620	1,763	1,575	1,622	1,654	1,558	1,552	1,445	1,283	1,337	1,531	18,551
呼吸器疾患	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	入院	177	149	165	142	132	137	178	179	196	149	183	180	1,967
	計	177	149	165	142	132	137	178	179	196	149	183	180	1,967
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	200	200	212	222	278	269	172	142	203	126	174	202	2,400
	計	200	200	212	222	278	269	172	142	203	126	174	202	2,400
廃用症候群	外来	5	3	7	5	2	1	6	8	8	4	4	2	55
	入院	326	288	290	280	350	406	365	227	304	240	297	280	3,653
	計	331	291	297	285	352	407	371	235	312	244	301	282	3,708
消炎・鎮痛	外来	39	28	36	49	29	43	40	42	42	11	33	37	429
	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	39	28	36	49	29	43	40	42	42	11	33	37	429
合計	外来	777	801	838	803	799	852	785	716	599	466	573	652	8,661
	入院	3,001	2,652	2,939	2,610	2,474	2,559	2,792	2,649	2,825	2,693	2,826	3,242	33,262
	計	3,778	3,453	3,777	3,413	3,273	3,411	3,577	3,365	3,424	3,159	3,399	3,894	41,923

臨床工学科

臨床工学科では 24 時間 365 日緊急業務に対応し、生命維持管理装置の保守・管理に従事しています。

(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）	9	12	19	14	8	11	13	8	21	19	17	20	171
PCI（経皮的冠動脈形成術）	7	12	9	10	11	8	10	8	17	13	13	17	135
PMI（新規ペースメーカー植込み）	0	4	2	4	3	1	4	0	3	2	0	2	25
GE（ペースメーカー交換）	1	3	1	1	1	2	2	0	1	2	0	1	15
ILR（植込み型心電用データレコーダー）	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3
IABP（大動脈バルーンパンピング）	2	1	1	4	0	0	0	0	2	1	0	2	13
PCPS（経皮的補助循環装置）	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
TPM（体外式ペースメーカー）	0	0	1	3	1	4	0	1	2	1	1	1	15
IVC フィルター挿入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人工心臓	3	4	4	4	2	2	3	2	4	1	4	4	37
心筋保護	3	4	4	2	1	2	1	2	4	1	4	4	32
自己血回収術	3	4	5	4	2	3	4	2	4	2	6	4	43
シャント PTA	2	2	0	2	1	2	0	1	3	0	2	1	16
心外血栓回収	0	1	0	1	0	0	1	0	1	2	2	1	9
PPI（経皮的末梢血管形成術）	4	3	4	9	4	3	3	0	5	6	3	1	45
EVAR （腹部ステントグラフト内挿術）	8	1	1	1	2	2	0	1	1	0	3	2	22
TEVAR （胸部ステントグラフト内挿術）	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	0	6
HD（血液透析件数）	547	586	554	522	570	536	498	512	562	574	480	476	6,417
CART	0	2	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	7
CHDF（持続的血液濾過透析） ※稼働日数	7	0	14	7	55	2	6	6	17	0	5	5	124
病棟 HD（ICU での血液透析）	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	4
PE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
DHP（PMX）	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
DHP（Rheocarna）	0	0	0	0	0	0	0	2	4	5	0	0	11
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	37	54	36	25	28	43	30	36	34	23	32	418
ペースメーカーチェック（病棟）	4	9	9	6	9	2	4	3	9	5	1	5	66
ペースメーカーチェック （OPE 前後）	3	2	7	5	3	3	3	2	5	0	3	2	38
ペースメーカー MRI 撮像対応	10	3	10	6	10	10	8	7	5	4	4	9	86
脳外科体外循環	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
脳外科血栓回収・CAS・AG	4	2	1	1	1	1	2	8	5	2	6	2	35
水晶体再建術 （機器始業点検・術中機器操作）	25	34	51	47	37	34	28	43	31	26	29	9	394
硝子体手術 （機器始業点検・術中機器操作）	3	3	2	3	0	0	2	1	2	0	1	0	17
外科鏡子下手術 （機器始業点検・動作確認）	24	21	25	28	23	31	22	26	19	6	27	24	276
婦人科鏡子下手術・レーザー （機器始業点検・動作確認）	15	12	17	11	10	14	13	5	8	3	13	8	129
整形外科（機器始業点検・動作確認）	9	10	6	8	11	11	8	9	10	6	8	7	103
泌尿器手術 （機器始業点検・動作確認）	10	2	8	6	7	7	10	7	6	5	5	7	80
耳鼻科 NAVI・レーザー （機器始業点検・動作確認）	5	2	7	5	5	4	5	3	4	1	3	5	49
脳外 NAVI （機器始業点検・動作確認）	0	0	2	4	0	1	1	0	1	0	0	2	11
ECT（機器始業点検・動作確認）	0	0	1	7	9	0	2	6	0	3	0	8	36
高気圧酸素療法	91	53	94	67	45	49	47	92	73	22	59	46	738
合計	840	830	915	831	856	773	747	787	873	749	724	708	9,633

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	104	97	76	75	89	100	91	84	84	64	72	77	1,013
外来	17	12	15	11	17	20	16	11	16	10	13	10	168
集団	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
糖尿病透析予防	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
個別栄養食事管理	10	4	4	2	4	3	8	0	13	4	9	10	71
栄養情報提供	5	2	0	0	6	6	7	5	0	3	2	8	45
早期栄養介入管理加算		134	146	124	34	115	140	90	112	61	94	125	1,175

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
- ・2022 年 8 月 日本臨床栄養代謝学会 北海道支部会 WEB 発表 講師 川野

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 4 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、内視鏡の粘膜下層剥離術、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の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	1,905
経鼻内視鏡検査	283
（胃）（食道）内視鏡の粘膜下層剥離術	31
腹腔鏡・内視鏡合同手術	1
上部内視鏡の粘膜切除術	9
内視鏡的異物除去術	21
内視鏡的上部消化管止血術	73
内視鏡的食道ステント留置術	5
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	2
内視鏡的食道静脈瘤結紮術	3
内視鏡的胃・十二指腸狭窄部拡張術	2
内視鏡的食道狭窄部拡張術	2
経皮内視鏡的胃瘻造設術	5
内視鏡的胃瘻チューブ交換術	11
上部超音波内視鏡検査	76
上部超音波内視鏡下穿刺吸引法	21
超音波内視鏡下瘻孔形成術	1
上部イレウス管挿入	44
合計	2,497

○下部消化管内視鏡検査・治療

内 容	件 数
大腸内視鏡検査	822
（大腸）内視鏡の粘膜下層剥離術	22
内視鏡的粘膜切除術・ポリープ切除術	198
コールドポリペクトミー	165
内視鏡的小腸・結腸止血術	52
内視鏡的経肛門イレウス管留置術	5
内視鏡的下部消化管ステント留置術	14
内視鏡的結腸異物除去術	2
下部超音波内視鏡検査	1
内視鏡的結腸捻転解除術	5
合計	1,286

○小腸内視鏡検査

内 容	件 数
カプセル内視鏡検査	5
パテンシーカプセル検査	2
小腸ファイバースコピー	1
合計	8

○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	7
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等）	157
合計	164

○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	32
気管支肺胞洗浄	15
経気管支肺生検法（透視下生検）	15
気管支異物除去術	1
超音波気管支鏡ガイド下リンパ節生検	43
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	45
気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	1
気管支瘻孔閉鎖術	2
胸腔鏡	9
合計	163

内視鏡検査・治療総件数 4,118 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	36	35	58	47	63	39	46	57	38	31	35	47	532
	計	36	35	58	47	63	39	46	57	38	31	35	47	532
臨床心理室	心理検査	8	12	19	17	17	14	11	13	22	13	19	19	184
	延べカウンセリング	30	25	34	33	28	28	20	8	27	34	28	29	324
	インテイク	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	計	38	38	53	50	45	42	31	21	49	47	48	48	510
作業療法室	外来 延べ利用者数	1	2	4	3	4	3	4	3	2	1	2	2	31
	入院 延べ利用者数	196	171	171	157	236	199	141	155	178	156	212	183	2,155
	計	197	173	175	160	240	202	145	158	180	157	214	185	2,186
訪問看護室	訪問看護	23	18	17	25	20	20	27	21	28	27	26	24	276
	退院前訪問看護	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	計	24	18	17	25	20	20	27	21	28	27	26	24	277
デイケア室	延べ利用者数	217	206	217	211	200	201	228	208	226	192	198	218	2,522
	計	217	206	217	211	200	201	228	208	226	192	198	218	2,522

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	42	38	24	23	21	31	17	14	14	27	21	295
	面接	14	17	16	7	14	22	10	9	12	11	15	159
認知症鑑別画像検査	7	10	7	3	9	6	6	8	6	4	7	5	78

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	514	483	556	435	452	484	437	405	386	378	385	504	5,419
逆紹介患者数	600	494	595	587	586	760	940	1,062	1,059	984	892	1,096	9,655

(%)

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	58.9	56.1	58.7	55.3	56.9	59.3	60.7	63.5	58.7	56.7	66.4	59.2	59.0
逆紹介率	68.8	57.4	62.8	74.6	73.8	93.1	130.6	166.5	160.9	147.5	153.8	128.8	105.1

○市民公開講座・健康教室

令和4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	103
医療費・生活費・社会保障制度	42
不安・精神的苦痛	40
症状・副作用・後遺症	38
その他	29
がんの治療	28
介護・看護・養育	23
在宅医療	12
ホスピス・緩和ケア	11
食事・服薬・入浴・運動・外出など	11
受診方法・入院	10
医療機関の紹介	7
患者会・家族会	6
医療者との関係	4
セカンド（一般）	3
告知	3
就労・仕事・就学・学業	3
生きがい・価値観	2
がんの検査	1
セカンド（他への紹介）	1
合 計	377

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)

R4年度 (前年度比較)

		内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	脳 神 経 内 科	腫 瘍 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	放 射 線 治 療 科	麻 酔 科	総 計	構 成 比 (率)
第Ⅰ章 感染症	R4	1	29	26	5	2		2	3	2				11	11	4		1	3		6	106	1.6%
	R3	1	22	27	9	4		3	3	4	2			4	12	14			1		5	111	1.7%
	増減	0	+7	-1	-4	-2	0	-3	-3	-4	-2	0	0	-4	-12	-14	0	0	-1	0	-5	-5	-0.2%
第Ⅱ章 新生物	R4	8	356	530	1			388	2	25	2	23			3	409	357	2	32		2	2,140	31.3%
	R3	8	229	355	1			381	1	15	9	11			2	446	342		26		2	1,828	28.3%
	増減	0	+127	+175	0	0	0	-381	-1	-15	-9	-11	0	0	-2	-446	-342	0	-26	0	-2	+312	+3.1%
第Ⅲ章 血液・造血 器疾患	R4	4	2	8	2			1	1								1		1			20	0.3%
	R3	1	1	3										1							1	7	0.1%
	増減	+3	+1	+5	+2	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	-1	+13	+0.2%
第Ⅳ章 内分泌・代 謝疾患	R4	8	4	11	9			2		5	1		1	4				4	4		9	62	0.9%
	R3	11		8	6			8		4	1		2	5		3		3	2		9	64	1.0%
	増減	-3	+4	+3	+3	0	0	-8	0	-4	-1	0	-2	-5	0	-3	0	-3	-2	0	-9	-2	-0.1%
第Ⅴ章 精神障害	R4	3						1		1			133	1								139	2.0%
	R3					1		1					139								3	144	2.2%
	増減	+3	0	0	0	-1	0	-1	0	0	0	0	-139	0	0	0	0	0	0	0	-3	-5	-0.2%
第Ⅵ章 神経系疾 患	R4	2		1	5	32				77	16		10						5		4	152	2.2%
	R3	1	1	1	7	25		3	1	97	27		7						8		6	184	2.8%
	増減	+1	-1	0	-2	+7	0	-3	-1	-97	-27	0	-7	0	0	0	0	0	-8	0	-6	-32	-0.6%
第Ⅶ章 眼及び付 属器疾患	R4									1		3						441				445	6.5%
	R3											10						353				363	5.6%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0	0	0	0	0	-353	0	0	0	+82	+0.9%
第Ⅷ章 耳及び乳 様突起疾 患	R4	2				1				9									18			30	0.4%
	R3	1	1						1	8				1					26			38	0.6%
	増減	+1	-1	0	0	+1	0	0	-1	-8	0	0	0	-1	0	0	0	0	-26	0	0	-8	-0.1%
第Ⅸ章 循環器系 疾患	R4	10	6	8	419	2		16	189	385	1	5	1		2	3	1				39	1,087	15.9%
	R3	11		3	410	1		13	211	465	3	5	1			2	2				31	1,159	17.9%
	増減	-1	+6	+5	+9	+1	0	-13	-211	-465	-3	-5	-1	0	0	-2	-2	0	0	0	-31	-72	-2.0%
第Ⅹ章 呼吸器系 疾患	R4	8	177	11	12	1		9	4	3			1	9		5			65		7	312	4.6%
	R3	10	136	14	10			11	3	1	1			12		7			49		14	269	4.2%
	増減	-2	+41	-3	+2	+1	0	-11	-3	-1	-1	0	0	-12	0	-7	0	0	-49	0	-14	+43	+0.4%
第Ⅺ章 消化器系 疾患	R4	13	1	302	7			273	1		2	1	1	1		4			1		3	610	8.9%
	R3	7	1	267	1			258		1	2					1	2		1		2	543	8.4%
	増減	+6	0	+35	+6	0	0	-258	0	-1	-2	0	0	0	0	-1	-2	0	-1	0	-2	+67	+0.5%
第Ⅻ章 皮膚・皮 下組織の 疾患	R4	2		1				3	2	1	9	16			19				1			54	0.8%
	R3	1						4	3		5	14			23		1		2		1	54	0.8%
	増減	+1	0	+1	0	0	0	-4	-3	0	-5	-14	0	0	-23	0	-1	0	-2	0	-1	0	-0.0%
第Ⅼ章 筋・骨格 系疾患	R4	1	3	4	1	1			1	56	279		1	1							1	349	5.1%
	R3	2		2				1		88	287				4	1						385	6.0%
	増減	-1	+3	+2	+1	+1	0	-1	0	-88	-287	0	0	0	-4	-1	0	0	0	0	0	-36	-0.8%
第Ⅽ章 腎・尿 路・生殖 器系疾患	R4	3	4	7	62			4	51	1		4		1		208	44				3	392	5.7%
	R3	8	3	12	42			2	60	3	1	2			1	190	75				4	420	6.5%
	増減	-5	+1	-5	+20	0	0	-2	-60	-3	-1	-2	0	0	-1	-190	-75	0	0	0	-4	-28	-0.8%

		内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	脳 神 経 内 科	腫 瘍 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	放 射 線 治 療 科	麻 酔 科	総 計	構 成 比 (率)
第XV章 妊娠・分娩・産褥	R4																4					4	0.1%
	R3																10					10	0.2%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0	0	0	0	-6	-0.1%
第XVI章 周産期に発生した病態	R4																					0	0.0%
	R3																					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
第XVII章 先天性疾病	R4									2	2	6				2			3			15	0.2%
	R3			1						1		4				2			1			9	0.1%
	増減	0	0	-1	0	0	0	0	0	-1	0	-4	0	0	0	-2	0	0	-1	0	0	+6	+0.1%
第XVIII章 異常所見・症状	R4									5		1		1					1			8	0.1%
	R3																					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	+8	+0.1%
第XIX章 損傷・中毒・外傷・熱傷	R4	4	1	7	11			22		119	466	13	6	4		2	4	1			24	684	10.0%
	R3	6	1	2	7			21	11	122	473	10	9			4	2	1			25	694	10.7%
	増減	-2	0	+5	+4	0	0	-21	-11	-122	-473	-10	-9	0	0	-4	-2	-1	0	0	-25	-10	-0.7%
第XX章 エマージェンシーコード (COVID-19)	R4		56	32	20	1	3	15	7	6	18	1	9	25	9	12	1	2	2	1	2	222	3.2%
	R3		76	11	10			13	8	16	14		1	9	8	12	3				4	185	2.9%
	増減	0	-20	+21	+10	+1	+3	-13	-8	-16	-14	0	-1	-9	-8	-12	-3	0	0	+1	-4	+37	+0.4%
総計	R4	69	639	948	554	40	3	736	261	698	796	73	163	58	44	649	412	451	136	1	100	6,831	100%
	R3	68	471	706	503	31	0	719	302	825	825	56	159	32	50	682	437	357	116	0	107	6,446	100%
	増減	+1	+168	+242	+51	+9	+3	+17	-41	-127	-29	+17	+4	+26	-6	-33	-25	+94	+20	+1	-7	+385	

※ 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）

R4年度（前年度比較）

		内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	脳 神 経 内 科	腫 瘍 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	放 射 線 治 療 科	麻 酔 科	総 計	構 成 比 （ 率 ）	
MDC01 神経系疾患	R4	2	5	2	7	35				464	1		44	1								7	568	8.3%
	R3	1	7	2	10	29		3	2	561			8				1		1			9	634	9.8%
	増減	+1	-2	0	-3	+6	0	-3	-2	-97	+1	0	+36	+1	0	0	-1	0	-1	0	-2	-66	-1.5%	
MDC02 眼科系疾患	R4									1		3						442					446	6.5%
	R3											10						353					363	5.6%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	+1	0	-7	0	0	0	0	0	+89	0	0	0	+83	+0.9%	
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	R4	4		3	2	1		1		12		2							115				140	2.0%
	R3	1	1	5					1	8				3			1		99				119	1.8%
	増減	+3	-1	-2	+2	+1	0	+1	-1	+4	0	+2	0	-3	0	0	-1	0	+16	0	0	+21	+0.2%	
MDC04 呼吸器系疾患	R4	10	550	16	11	1		42	4	5			1	9		6					10	665	9.7%	
	R3	12	370	16	9			39	2	1	1			11		8	4		1		15	489	7.6%	
	増減	-2	+180	0	+2	+1	0	+3	+2	+4	-1	0	+1	-2	0	-2	-4	0	-1	0	-5	+176	+2.2%	
MDC05 循環器系疾患	R4	10	3	4	416			14	190	4	1	3			2	3	1				37	688	10.1%	
	R3	9		1	406			13	210	4	3	3				2	1				28	681	10.5%	
	増減	+1	+3	+3	+10	0	0	+1	-20	0	-2	0	0	0	+2	+1	0	0	0	0	+9	+7	-0.5%	
MDC06 消化器系疾患	R4	20	1	838	7			424	1		2		1	9		14					3	1,320	19.3%	
	R3	13	3	628	6			444		1	2			2		7	4				4	1,114	17.2%	
	増減	+7	-2	+210	+1	0	0	-20	+1	-1	0	0	+1	+7	0	+7	-4	0	0	0	-1	+206	+2.1%	
MDC07 筋骨格系疾患	R4	1	5	6		2		2		70	294	5		1	2	3						391	5.7%	
	R3	3	2	6				5		101	315	6			5	3						446	6.9%	
	増減	-2	+3	0	0	+2	0	-3	0	-31	-21	-1	0	+1	-3	0	0	0	0	0	0	-55	-1.2%	
MDC08 皮膚・皮下組織疾患	R4	2	1	2				3	2		5	28			28				2			73	1.1%	
	R3							6	3		5	12			32				2		2	62	1.0%	
	増減	+2	+1	+2	0	0	0	-3	-1	0	0	+16	0	0	-4	0	0	0	0	0	-2	+11	+0.1%	

		内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	脳 神 経 内 科	腫 瘍 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	放 射 線 治 療 科	麻 酔 科	総 計	構 成 比 (率)
MDC09 乳房疾患	R4							190				1										191	2.8%
	R3							150														150	2.3%
	増減	0	0	0	0	0	0	+40	0	0	0	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+41	+0.5%
MDC10 内分泌・ 栄養・代 謝疾患	R4	8	4	11	9			5		7	5	7	1	5				4	9		8	83	1.2%
	R3	13	1	8	6			9		5	1	8	2	5	2	4	1	3	9		9	88	1.4%
	増減	-5	+3	+3	+3	0	0	-4	0	+2	+4	-1	-1	0	-2	-4	-1	+1	0	0	-1	-5	-0.1%
MDC11 腎・尿路系 及び男性生 殖器系疾患	R4	4	5	6	62			4	52	1				1	1	602	2				3	743	10.9%
	R3	10	3	12	41			2	61	3	2				1	620	5				4	781	12.1%
	増減	-6	+2	-6	+21	0	0	+2	-9	-2	-2	0	0	+1	0	-18	-3	0	0	0	-1	-38	-1.2%
MDC12 女性生殖器 系疾患及び 産褥期疾患	R4			2								5					402					409	6.0%
	R3											1					413					414	6.4%
	増減	0	0	+2	0	0	0	0	0	0	0	+4	0	0	0	0	-11	0	0	0	0	-5	-0.4%
MDC13 血液・造血 器・免疫臓 器疾患	R4	4		14	3			8	1	2		1			1	1	1		4			40	0.6%
	R3	1		8				7						1		3			3		1	24	0.4%
	増減	+3	0	+6	+3	0	0	+1	+1	+2	0	+1	0	-1	+1	-2	+1	0	+1	0	-1	+16	+0.2%
MDC14 新生児疾 患	R4										2	5				2			2			11	0.2%
	R3			1						1		4				2			1			9	0.1%
	増減	0	0	-1	0	0	0	0	0	-1	+2	+1	0	0	0	0	0	0	+1	0	0	+2	+0.0%
MDC15 小児疾患	R4																					0	0.0%
	R3																					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
MDC16 外傷・熱 傷・中毒 疾患	R4	4	1	8	10			15	1	116	464	9	7	4		2	4	1			24	670	9.8%
	R3	4	1	2	4			19	7	120	472	10	8		1	4	2	1			22	677	10.5%
	増減	0	0	+6	+6	0	0	-4	-6	-4	-8	-1	-1	+4	-1	-2	+2	0	0	0	+2	-7	-0.7%
MDC17 精神疾患	R4							1		2			100	1								104	1.5%
	R3					1		1					140								3	145	2.2%
	増減	0	0	0	0	-1	0	0	0	+2	0	0	-40	+1	0	0	0	0	0	0	-3	-41	-0.7%
MDC18 その他	R4		64	36	27	1	3	27	10	14	22	4	9	27	10	16	2	4	4	1	8	289	4.2%
	R3	1	83	17	21	1		21	16	20	24	2	1	10	9	29	5				10	271	4.2%
	増減	-1	-19	+19	+6	0	+3	+6	-6	-6	-2	+2	+8	+17	+1	-13	-3	+4	+4	+1	-2	+18	+0.0%
総計	R4	69	639	948	554	40	3	736	261	698	796	73	163	58	44	649	412	451	136	1	100	6,831	100%
	R3	68	471	706	503	31	0	719	302	825	825	56	159	32	50	682	437	357	116	0	107	6,446	100%
	増減	+1	+168	+242	+51	+9	+3	+17	-41	-127	-29	+17	+4	+26	-6	-33	-25	+94	+20	+1	-7	385	

※ 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

R4 年度

診療科	退院患者数			死亡患者数			悪性新生物死亡数			死亡患者に占める 悪性新生物死亡率 (B) / (A)
	男性	女性	合計	男性	女性	合計 (A)	男性	女性	合計 (B)	
内科	24	45	69	4	3	7	0	1	1	14.3%
呼吸器内科	429	210	639	42	15	57	20	7	27	47.4%
消化器内科	536	412	948	33	24	57	19	15	34	59.6%
循環器内科	341	213	554	30	28	58	0	0	0	0%
脳神経内科	15	25	40	0	2	2	0	0	0	0%
腫瘍内科	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0%
外科	327	409	736	17	16	33	4	9	13	39.4%
心臓血管外科	157	104	261	9	13	22	1	0	1	4.5%
脳神経外科	375	323	698	14	14	28	1	1	2	7.1%
整形外科	322	474	796	1	2	3	0	0	0	0%
形成外科	42	31	73	1	0	1	0	0	0	0%
精神科	62	101	163	3	4	7	0	0	0	0%
小児科	33	25	58	0	0	0	0	0	0	0%
皮膚科	23	21	44	0	2	2	0	1	1	0%
泌尿器科	478	171	649	14	5	19	10	4	14	73.7%
婦人科	0	412	412	0	8	8	0	8	8	100%
眼科	187	264	451	0	0	0	0	0	0	0%
耳鼻咽喉科	70	66	136	2	1	3	2	1	3	100%
放射線治療科	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0%
麻酔科	50	50	100	29	25	54	2	0	2	3.7%
総計	3,473	3,358	6,831	199	162	361	59	47	106	29.4%

【2】診療情報提供（開示）件数

R4 年度

診療記録等開示 (※ 1)	文書送付嘱託等 (※ 2)	合計
29 件 (6 件)	4 件	33 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

医療関連感染等の発生状況の把握、及びその予防に関する業務を行っており、室内には感染制御チーム Infection Control Team (ICT) と抗菌薬適正使用支援チーム Antimicrobial Stewardship Team (AST) が設置されている。

○地域連携

- ・合同カンファレンス及び施設訪問等
小樽市の医師会及び保健所と連携し、感染防止対策の連携施設（余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、阿久津内科医院、うのクリニック、おたるイアクリニック、勤医協小樽診療所、潮見台内科クリニック、三浦外科肛門科医院等）と合同でカンファレンスを開催し、4施設に訪問指導を行った。
- ・開催日およびテーマなど
 - 第1回 令和4年6月15日 「小樽市立病院における COVID-19 の院内持ち込みを避けるための取り組み」
参加施設 余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、阿久津内科医院、うのクリニック、おたるイアクリニック、勤医協小樽診療所、潮見台内科クリニック、三浦外科肛門科医院
 - 第2回 令和4年9月21日 「防護具の着脱と手指衛生のタイミング」
参加施設 余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、阿久津内科医院、うのクリニック、おたるイアクリニック、勤医協小樽診療所、潮見台内科クリニック、三浦外科肛門科医院
 - 第3回 令和4年11月16日 「新型コロナウイルスとインフルエンザの同時流行に備えた対応について」
参加施設 余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、おたるイアクリニック、阿久津内科医院、潮見台内科クリニック、三浦外科肛門科医院
 - 第4回 令和5年2月15日 「連携強化加算について」
参加施設 余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、阿久津内科医院、勤医協小樽診療所、潮見台内科クリニック、三浦外科肛門科医院、真狩村野の花診療所
- ・地域連携における相互評価
地域連携施設である倶知安厚生病院と、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。
- ・新型コロナウイルス感染症対策として、小樽市保健所同行にて3施設、北海道の派遣ナースとして3施設、その他、施設から直接依頼があった1施設に訪問して指導を行っている。

《その他の活動》

感染に関わる各委員会の運営の他、ICT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14回開催し、クラスター分析及び結果報告、各種マニュアル整備、感染対策導入・指導を行っている。

《当院の中心静脈ライン関連血流感染（CLABSI）サーベイランス結果》

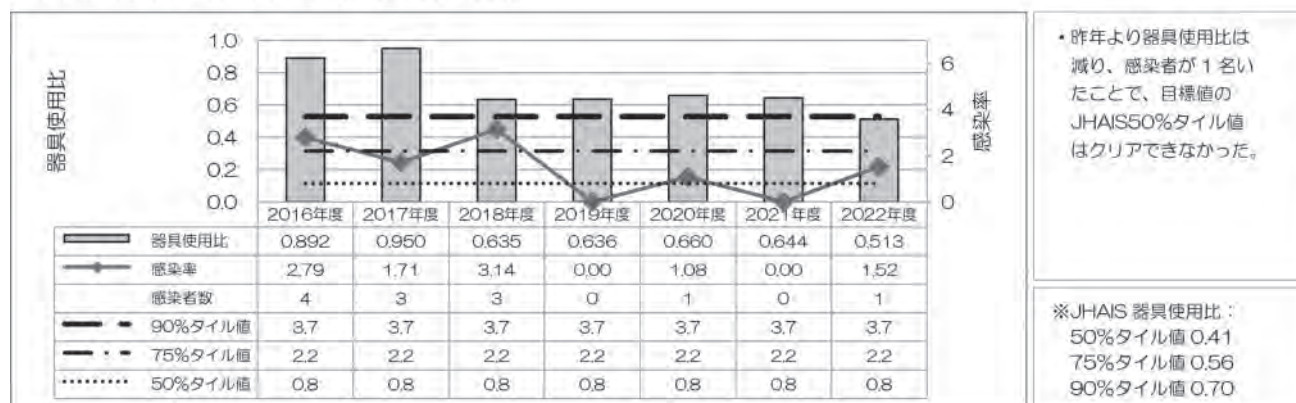
ポートを含む中心静脈ライン関連血流感染サーベイランスを血液等の培養結果の他に臨床的敗血症で判定を行い、結果を日本環境感染学会が実施しているサーベイランス（以下 JHAIS）データと比較している。

目標は JHAIS50% タイル値を2年連続クリアすることであり、2022年度のターゲット病棟はICU、3階西病棟+SCU、3階東病棟、5階東病棟となっている。

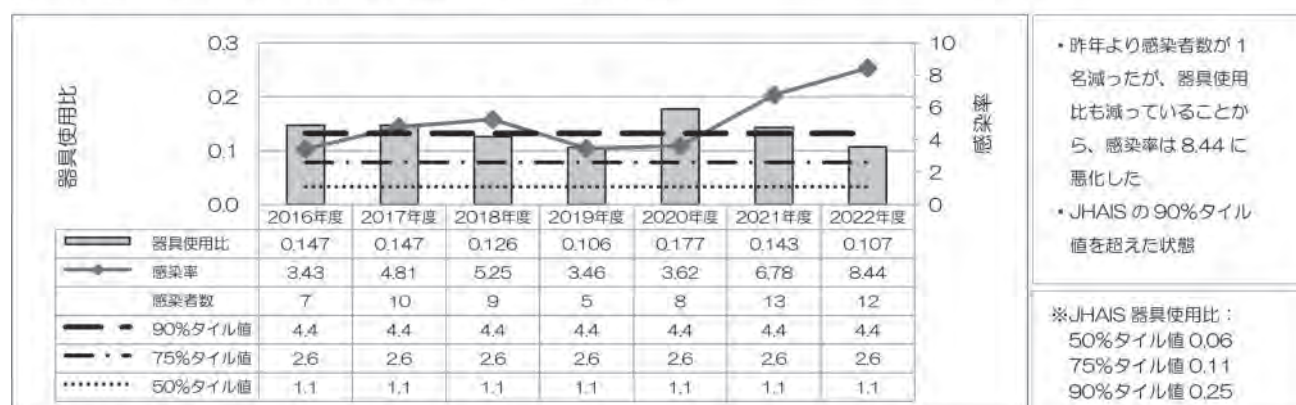
これまでの介入内容と結果は以下の通り。

- 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：感染防止対策室にて3階西病棟+SCUのCVC挿入時訪問
- 2017年度：リンクナース会議の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。

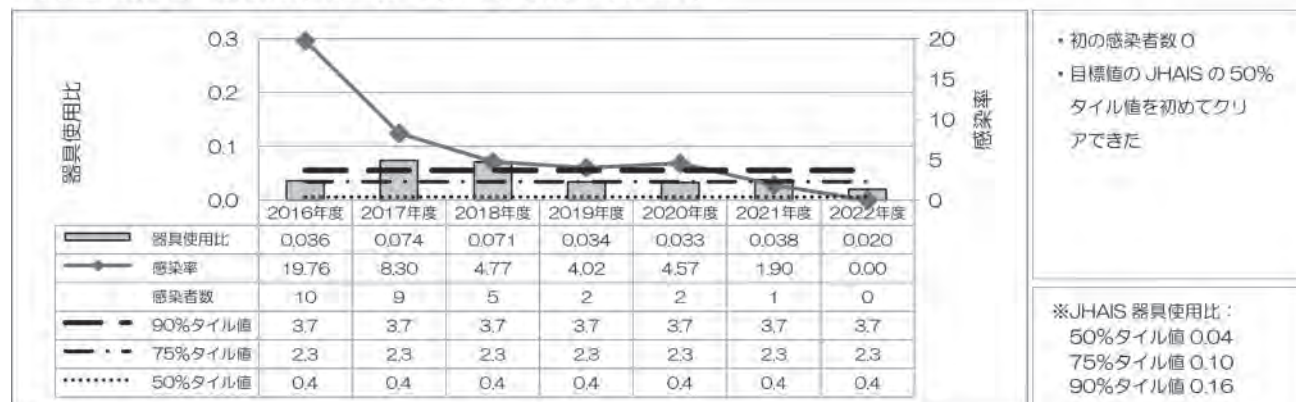
JHAIS のクリティカルケア 128 施設と ICU の比較



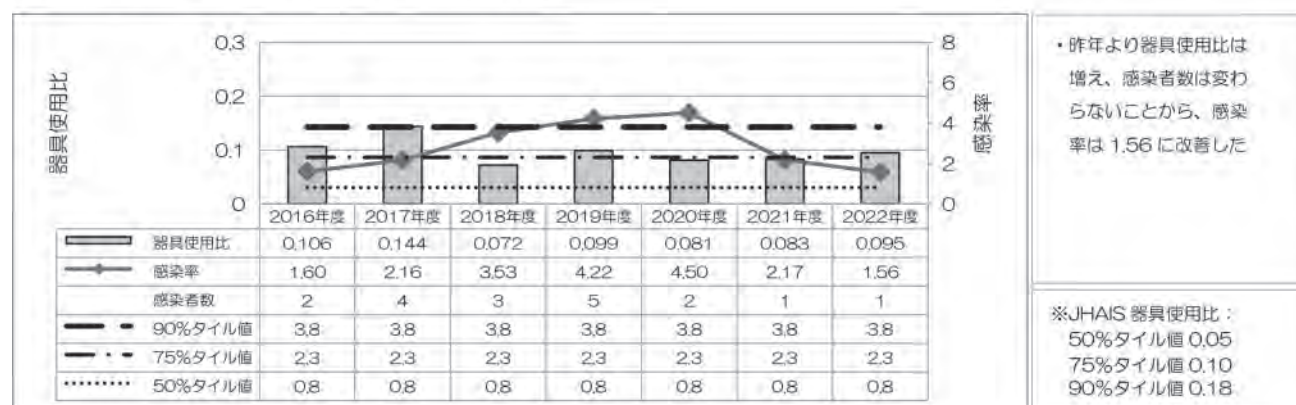
JHAIS の急性期一般病床の内科系 144 施設と3階東病棟の比較



JHAIS の急性期一般病床の外科系 106 施設と3階西病棟+SCU の比較



JHAIS の急性期一般病床 293 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）	119	126	147	108	108	113	117	100	106	93	111	119	1,367
新規褥瘡発生患者数（人）	5	9	4	6	3	8	8	5	6	12	4	11	81
持ち込み褥瘡患者数（人）	10	13	18	13	8	8	8	11	8	9	13	12	61
新規褥瘡発生率（％）	1.02%	1.45%	1.14%	0.78%	0.85%	1.27%	1.25%	1.25%	0.91%	1.96%	1.06%	1.80%	1.23%
月褥瘡保有率（％）	1.81%	2.78%	2.70%	2.13%	1.70%	2.31%	2.51%	2.86%	1.82%	3.07%	2.46%	3.47%	2.47%
褥瘡有病率（％）	3.12%	3.24%	3.39%	4.00%	2.46%	2.30%	2.30%	2.90%	4.47%	2.89%	3.62%	4.95%	3.30%
推定発生率（％）	1.47%	2.97%	0.92%	1.73%	0.71%	1.26%	2.64%	0.66%	0.81%	2.39%	2.24%	2.61%	1.70%
すでに有していた褥瘡の改善率（％）	0.0%	25.0%	30.4%	53.3%	45.5%	30.0%	22.2%	50.0%	50.0%	36.4%	26.3%	33.3%	33.53%
持ち込み褥瘡の改善率（％）	0.0%	23.1%	11.1%	46.2%	37.5%	25.0%	12.5%	45.5%	50.0%	44.4%	30.8%	16.7%	28.57%
先月以前当院で発生した褥瘡の改善率（％）	0.0%	33.3%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%	50.0%	40.0%	50.0%	0.0%	16.7%	66.7%	51.95%
新規褥瘡の改善率（％）	40.0%	55.6%	50.0%	0.0%	33.3%	37.5%	12.5%	40.0%	66.7%	41.7%	50.0%	18.2%	37.13%

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）	70	80	93	79	76	92	74	92	96	99	82	84	1,017
ストーマケア（件）	107	127	126	103	146	71	81	105	96	64	108	141	1,275

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 4 年度（2022 年 4 月～2023 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	7	10	6	8	10	11	12	6	10	9	13	16	118
継続介入患者のべ数	18	23	17	15	19	21	21	17	20	21	28	30	250
緩和ケア診療件数 ただし、診療患者数とは異なる	78	98	61	85	111	63	77	37	65	74	101	161	1,011

令和 4 年度（2022 年 4 月～2023 年 3 月）その他の活動内容

- ・研修会の開催：第 12 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・口腔ケアリンクナース会議の開催
- ・緩和ケア部会の開催
- ・院内緩和ケア勉強会の開催
- ・カンサードでの発表：
 - 第 1 回 カンサード 2022 年 5 月 31 日 小樽市立病院 2 階講堂 司会 和智 純子
「自己の生を無意味と感じている患者を支えたケアの力」がん生疼痛看護認定看護師 長谷川 むつ子
- ・学会発表：
 - 2022 年 8 月 27 日 がん疼痛認定看護師 長谷川 むつ子 第 4 回日本緩和医療学会北海道支部学術大会
「自己の生を無意味と感じている患者を支えたケアの力を経験して 事例報告」
 - 2022 年 5 月 13 日 緩和医療暫定指導薬剤師 前田 直大 第 15 回 日本緩和医療薬学会
「緩和ケアチーム介入患者の腎機能評価と関連因子」

外来化学療法室

外来化学療法実施件数

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	合計
延べ件数	176	165	195	173	209	174	173	166	151	167	183	194	2,126

診療科別実施件数

診療科	リウマチ科	外科	血液内科	呼吸器内科	腫瘍内科	消化器内科	泌尿器科	婦人科	総計
件数	99	452	88	643	3	506	98	237	2,126

外来化学療法室における抗がん剤の点滴や、関節リウマチ、クローン病、潰瘍性大腸炎に対する生物学的製剤治療にも携わっています。

治療を受けられる患者さんやご家族の方が、日々の生活を大切にしながら、安心かつ安全に治療を受けることができるよう、医師・看護師・薬剤師をはじめとするスタッフが協力して取り組んでおります。

レジメン割合		
免疫＋分子	6	1.40%
細胞＋免疫	34	8.00%
免疫	62	14.70%
細胞＋分子	100	23.60%
分子	49	11.60%
細胞	172	40.70%
合計	423	100.00%

細胞：細胞障害性抗がん薬 分子：分子標的治療薬 免疫：免疫チェックポイント阻害薬

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4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）
顧問：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5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
- ・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 X 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栄養管理の可否のこと
- ②栄養評価についてのこと
- ③栄養管理法の指導・提言についてのこと
- ④栄養管理に伴う合併症の予防・早期発見・治療についてのこと
- ⑤資材・素材についてのこと
- ⑥入院患者の QOL についてのこと
- ⑦ NST のために必要な職員の教育及び指導に関すること
- ⑧前各号に掲げるもののほか、その他委員長が必要と認める事項についてのこと

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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）・看護師長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：金戸 宏行（消化器内科主任医療部長）

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4年5月26日「離床キャッチ操作説明会」
出席者：23名

- 2) 令和4年7月14日「医療安全報告会」
内容：①2021年度下半期のインシデント・アクシデント集計報告

②「免疫チェック阻害薬の副作用」

担当者：①医療安全管理室 主査

②薬剤部主査

出席者：会場+ZOOM参加108名、
アーカイブ+資料参加425名

- 3) 令和4年12月15日「医療安全報告会」
内容：①2022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「せん妄・転倒予防睡眠薬選択フローチャート活用の効果」

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89名、アーカイブ+資料参加449名

- 4) 令和4年10月31日「医療安全講習会」
内容：①輸血について第1弾「輸血実施手順の再確認」

②MRI 検査の安全管理

講師：①検査室主査②放射線室長

出席者：会場+ZOOM参加78名、アーカイブ+資料参加459名

- 5) 令和5年2月7日「医療安全講習会」

内容：輸血について第2弾「輸血のリスクを考える」

講師：検査室技師長

出席者：会場+ZOOM参加82名、アーカイブ+資料参加452名

リスクマネジメント部会

1 部会の活動概要

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）

部会長：渡邊 義人（外科主任医療部長）

副部会長：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）

画像診断情報等の確認管理部会

1 部会の活動概要

医療安全管理室の指導の下に、医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断または治療開始の遅延を防止するための体制の整備を行う。

- 1) 各部門における報告書管理の実施状況の評価を行い、実施状況及び評価結果を記録するとともに、報告書管理の実施状況の評価を踏まえた、報告書管理のための業務改善計画書を作成する。
 - 2) 報告書管理を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施する。
 - 3) 医療安全管理委員会との連携状況、院内研修の実績を記録する。
 - 4) 報告書管理の評価に係るカンファレンスを月1回程度開催する。インシデント報告書等の収集、管理についてのこと
- 2 メンバー（部署、役職）**
 部 会 長：越前谷勇人（副院長）
 副部会長：市村 亘（放射線診断科医療部長）
 委 員：医局1名、放射線室1名、検査室1名
 事 務 局：医療安全管理室
- 3 開催回数**
 月1回（第4金曜）
- 4 イベント等の実績（講演会など）**
 令和4年12月8日 講習会
 内容：画像辛酸報告書等の確認不足に対する医療安全対策～当院の現状と取り組み～
 担当者：①医局 放射線診断科医療部長
 出席者：会場+ZOOM参加21名
 アーカイブ+資料参加116名

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：中林 賢一（副院長）
 副委員長：佃 幸憲（副院長）
 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、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対策等について審議を行う。
 1) 医療関連感染防止対策の検討及び推進に関すること。
 2) 医療関連感染防止のため必要な職員の教育及び指導に関すること。
 3) 医療関連感染に係る緊急事態に対する対応に関すること。
 4) 医療関連感染に関する情報収集及び分析に関すること。
 5) 前各号に掲げるもののほか、医療関連感染に関し委員長が必要と認めること。
- 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（呼吸器内科医療部長）
 特 任：信野祐一郎（特任理事）
 委 員：病院長、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、感染管理認定看護師1名
 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

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。
 1) 感染防止対策室の活動計画に基づいて、医療関連感染防止のため活動する。
 2) 院内感染防止対策委員会及びICT部会等の決議事項を所属部門に連絡し、職員に周知徹底を図る。
 3) 部門内における医療関連感染防止活動の実践・評価を行い、必要に応じて感染防止対策室に報告・相談すると共に、改善に向けた活動を行う。
 4) アウトブレイクの防止、疫学調査、制圧を感染防止対策室と共に行う。
 5) 各種サーベイランスを支援する。
 6) 部署単位の定期的な院内ラウンドの実施を行う。

- 7) リンクナースの育成を行う。
- 8) 医療関連感染に関する学習会、研修会に参加し知識の習得に努めるとともに情報を現場に提供する。
- 9) その他、医療関連感染発生防止に関する事項

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 4 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

定例：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
2022 年 9 月 22 日	サル痘について	講習会 99 名 テスト 682 名
2023 年 3 月 3 日	UTI（尿路感染）と CAUTI（カテーテル 関連尿路感染）	講習会 62 名 テスト 610 名

5 その他 特記事項

2022 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
6/29	デイケア	97.1	A	
7/27	給食調理室	93.4	B	済
10/26	中央処置室	93.5	B	済
1/25	内視鏡室	97.4	A	

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。

- 1) 院内感染防止対策委員会及び ICT 部会等の決議事項を自部署に連絡する。
- 2) 医療関連感染対策を自部署の職員に周知徹底する。

- 3) 現場の感染対策上の問題点を発見し ICT 部会に報告するとともに、改善するよう活動する。
- 4) アウトブレイクの防止、調査、制圧を ICT 部会とともに行う。
- 5) サーベイランスの協力をする。
- 6) 副リンクナースと協力して、所属部署の教育を行う。
- 7) 医療関連感染に関する学習会や研修会に参加し、知識の習得に努めるとともに情報を現場に提供する。

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 23 名
 ＊オブザーバー感染防止対策室（感染
 管理認定看護師）1 名

3 開催回数

リンクナース会議：月 1 回 第 4 月曜日 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、次の業務を行う。

- 1) 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- 2) 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- 3) 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標の定期的な評価
- 4) 抗菌薬の適正使用を目的とした院内研修の少なくとも年 2 回程度の実施
- 5) 院内の抗菌薬使用に関するマニュアルの作成
- 6) 院内で使用可能な抗菌薬の種類、用法等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について薬事委員会への中止の提案
- 7) 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談応需

2 メンバー（部署、役職）

部 会 長：保科 大地（皮膚科医療部長）

副部会長：道谷 省（薬剤部副薬剤部長）

委 員：医局 1 名、看護部 1 名、薬剤部 3 名、検査室 3 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 43 回

4 イベント等の実績（講演会など）

開催日	テーマ	参加者
1/13	AST 講習会 ・カンジダ血症の抗真菌薬治療	講習会 15 名
3/24	AST 講習会 ・抗菌薬アレルギーβ-ラクタムアレルギーを中心に ・抗生物質による薬疹について	講習会 13 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）、看護部師長 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（泌尿器科主任医療部長）
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（15 回開催）

検査適正化委員会

1 委員会の活動概要

小樽市立病院の効率的・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) 検体検査管理加算に関すること
- (5) 外注検査項目の検討に関すること
- (6) セット検査の見直しに関すること
- (7) 医科診療報酬に関すること
- (8) その他、前各項に付帯する事項に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：古川 哲章（医療部長）
副委員長：辻脇 光洋（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

行動制限最小化委員会

1 部会の活動概要

精神科入院患者においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 36 条の規定により、「医療または保護に欠くことの出来ない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。」とされている。行動制限の具体的態様は様々であるが、患者の病状又は状態像に応じて個別具体的に決めなければならない、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 2 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 R3.5.24 ② R4.1.26

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「ポジショニング」

R5 年 3 月 23 日（木）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）

顧問：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 5 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
- ▶ 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 を年 1 回発行、院内周知文を年 2 回発行
- ▶ 電子カルテ更新作業に伴う診療記録記載について検討
- ▶ 電子カルテ付箋機能の有効期限切れ調査を実施
- ▶ 病歴庫レントゲンフィルムの廃棄（売却）について
- ▶ 電子カルテスキャン書類の分類変更（保管有無）の修正

●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

その他

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）

副委員長：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

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 9 名、看護部 2 名、薬剤部 1 名、放射線室 1 名、検査室 1 名、事務部 1 名

事務局：事務部

3 開催回数

令和 4 年度実績 5 回

〔法令に基づく委員会〕

※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：辻脇 光洋（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

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）

顧問：櫻木 範明（特任理事）

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

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：高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）

副委員長：大橋 広和（腫瘍内科医療部長）

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

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（主任医療部長）

顧問：近藤 吉宏（特別補佐）

委員：副院長1名、医局2名、看護部2名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、事務部1名

事務局：事務部

3 開催回数

令和4年度実績 3回

個人情報保護検討委員会

1 委員会の活動概要

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（精神科主任医療部長）

副委員長：大橋 広和（腫瘍内科医療部長）

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

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：高桑 一登 医療部長

副委員長：小野 仁 主任医長

委員：医師2名、看護部2名、薬剤部1名、事務2名、検査室3名

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

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事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：高桑 一登（医療部長）

副委員長：鈴木 育子（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

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事

(2) 医療情報システムの機能に関する事

(3) 医療情報システムのセキュリティに関する事

(4) その他、医療情報システムに関する事

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：土屋 和彦（放射線治療科医療部長）

委員：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、臨床工学科1名、栄養管理科1名、医療安全管理室1名、患者支援センター1名、経営企画課1名、事務課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

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5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

診療記録等開示	文書送付嘱託等（※）	合計
29 件	4 件	33 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3名、医局2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4年度実績 1回

4 その他

開放型病床カンファレンスを月1回開催

外来管理委員会

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

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（小児科主任医療部長）

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7名
事務局：事務部医事課

2 開催回数

令和4年度は10回開催

3 その他 特記事項

主な協議事項

- ・紹介制の導入について
- ・発熱トリアージ外来の運営について
- ・新型コロナウイルス感染症5類移行後の対応について
- ・マイナンバーカードによるオンライン資格確認について

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6名
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
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（小児科主任医療部長）

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1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：越前谷勇人（副院長）、橋本 幸一
（患者支援センター次長）

顧問：馬淵 正二（統括理事）、信野祐一郎
（特任理事）、近藤 吉宏（特別補佐）

委員：医師4名、事務部2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 睦子（患者支援センター主
幹）、緑川 智雅（患者支援センター
主幹）

委員：医師2名、看護部2名、患者支援セン
ター5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、外来化学療法室1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（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2名、緩和ケア管理室1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、外来化学療法室1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（副院長）

副部会長：橋本 幸一（患者支援センター次長）

委員：医師2名、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

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5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) 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：大橋 広和（腫瘍内科医療部長）

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、緩和ケア管理室1名、薬剤
部2名、患者支援センター1名
医事課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）

長谷川和代（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：今本真衣子（医師）

村上 真貴（緩和ケア管理室）

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1名、
事務部2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 外来化学療法室1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：葛西 弘規（外科医療部長）

橋本 幸一（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

(6) 学術・研修部会

部会長：金内 優典（副院長）

副部会長：市村 亘（放射線診断科医療部長）
和智 純子（緩和ケア管理室主幹）

顧問：久米田幸弘（特別補佐）

委員：医師5名、看護部1名、薬剤部2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：患者支援センター

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）、岸川 和弘（医局）

委員：副院長1名、医局6名、看護部1名、事務部1名

事務局：事務部

3 開催回数

令和4年度開催なし（必要に応じて開催）

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

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：鈴木 亮（消化器内科主任医長）

委員：医局2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5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7回『小樽市立病院クリニカルパス大会』を令和5年2月10日に会場とZoom併用にて開催。

発表演題は以下の3題

①脳神経外科「くも膜下出血即日クリッピング術」

②精神科「バリエーション分析行動制限（拘束）パス」

- ③薬剤部「セフカペンピボキシル錠適正使用として眼科手術へのパス介入」
- (2) その他令和4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・パス終了への啓蒙活動（新規パス作成24件／パス改定90件／パス終了1件／パス総数227種）
 - ・パス使用状況の報告：令和4年度パス使用率55.1%

経営強化プラン策定委員会

1 委員会の活動概要

令和4年3月に示された国の公立病院経営強化ガイドラインに基づいて、病院の経営強化に総合的に取り組むことを基本として「小樽市立病院経営強化プラン」を策定するため、院内各部門及び関連する市長部局とともに協議、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：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、臨床工学科1名、患者支援センター1名、事務部5名

事務局：事務部

3 開催回数

9回（4月から3月までの毎月第2火曜日。書面開催1回を含む。）

4 その他 特記事項

(1) 主な議題及び検討事項

- ・経営強化プラン策定委員会の新設及び要綱の策定について
- ・公立病院経営強化ガイドラインについて
- ・アクションプランの継続等について
- ・経営強化プラン案及びプラン策定スケジュールについて
- ・経営強化プラン実行計画について

(2) 院内説明会等開催状況

- ・令和4年8月5日 経営強化ガイドライン勉強会
- ・令和4年8月22日 経営強化プラン策定進捗状況報告（経営運営会議）

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3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：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）

副委員長：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4年度実績 1回

重大事象検討委員会

1 委員会の活動概要

医療事故調査制度の対象となる医療事故と病院長が判断した事例に対し、事故の原因究明、再発防止策の策定を行い、その調査結果を患者遺族、医療事故調査・支援センターへ説明し、及び報告する。

- 1) 医療事故の情報収集及び取りまとめについてのこと
- 2) 医療事故の原因分析についてのこと
- 3) 医療事故の再発防止策についてのこと
- 4) 患者遺族への説明についてのこと
- 5) 医療事故調査・支援センターへの報告のこと

2 メンバー（部署・役職）

委員長：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4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4年度は7回開催

新型コロナウイルス感染症院内対策会議

1 委員会の活動概要

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）対策として、2019年度末に活動を開始。COVID-19対策に関連した全ての対応について審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：有村 佳昭（病院長・院内感染防止対策委員会（以下、ICC）委員）

副委員長：金内 優典（理事・副院長・ICC委員長）

特任理事：信野祐一郎（特任理事・ICC特任）

顧問：並木 昭義（病院事業管理者・病院局長）

委員：

高丸理事（副院長・臨床倫理委員会委員長）、越

前谷理事（副院長・医療安全管理委員会委員長）、新谷理事（副院長・救急医療対策委員会委員長）、中林理事（副院長・手術医療センター運営委員会委員長）、深田理事（副院長・病棟管理委員会委員長）、金戸理事（主任医療部長）、濱崎理事（看護部長・ICC 委員）、佐々木部長（事務部長・衛生委員会委員長・ICC 委員）、佃主任医療部長（外来管理委員会委員長）、汐谷医療部長（ICC 副委員長）、今井医療部長（5 階東病棟担当）、山下主任医療部長（5 階西病棟担当・ICT 部会長・ICC 委員）、小田川主任医療部長（小児科）、山地医療部長（透析室運営検討委員会委員長）、保科医療部長（医局長・ICC 委員）、鶴谷部長（薬剤部・ICC 委員）、村上副看護部長（感染防止対策室・ICC 委員）、船場師長（手術室・ICC 委員）、阿部室長（放射線室・ICC 委員）、小山田室長（検査室・ICC 委員）、平田主幹（臨床工学科・ICC 委員）、佐藤主幹（リハビリテーション科・ICC 委員）、渡辺主幹（栄養管理科・ICC 委員）、三田課長（医事課・ICC 委員）、高橋副看護部長（ベットコントロール担当）、佐治師長（ICU 担当）、中村師長（5 階東病棟担当）、渡邊師長（5 階西病棟担当）、後藤師長（外来①担当）、山口師長（外来②担当）、齊藤師長（外来③担当）、鈴木次長（事務部）、野呂課長（事務課）、堀合課長（診療情報管理課）、橋本次長（患者支援センター）、古田主幹（患者支援センター）、森主査（感染防止対策室・ICC 委員）

事務局：感染防止対策室

3 開催回数

開催回数：14 回

定例報告 ・月別新規入院患者数等

・職員、患者の陽性者及び濃厚接触者に関する報告

開催回	開催年月日	議 題
第 41 回	2022 年 4 月 25 日	・医療用テントの設置について ・入院前患者の新型コロナウイルス感染症検査について ・職員の会食及び企業の面会等について ・正面玄関における発熱トリアージ業務 ・今後の報道発表について
第 42 回	5 月 23 日	・クラスター施設から転院患者への対応について ・入院患者が退院基準を満たした後の対応について ・陽性者への面会 ・地域病院のクラスターについて
第 43 回	6 月 27 日	・迅速 PCR 検査拡大に向けた提案・COVID-19 患者死戦期のご家族の面会について ・ボランティア活動の再開について ・多機能空気感染隔離ユニットの設置等の判断について ・伝達事項
第 44 回	7 月 25 日	・陽性職員・患者への対応 ・外来水際対策について ・発生届・健康監査・濃厚接触者の検査の流れ（小樽市保健所）について ・濃厚接触者の復職時期の短縮について
第 45 回	8 月 9 日	・クラスター発生に伴う対応
第 46 回	8 月 15 日	・クラスター発生に伴う対応
第 47 回	8 月 22 日	・クラスター発生に伴う対応
第 48 回	8 月 29 日	・クラスター振り返り ・防護具の備蓄について
第 49 回	9 月 26 日	・感染症発生届（全数報告）の見直しに伴う対応について ・外来管理委員会より ・防護具の備蓄保管場所確保について ・職員の会合等について ・ワクチン接種の状況
第 50 回	10 月 17 日	・入院前の LAMP 検査について ・院内規制について ・職員の会合、ボランティア活動、入院患者の外出・外泊、面会制限等
第 51 回	11 月 7 日	・クラスター発生に伴う対応 ・入院前の LAMP 検査について ・院内規制について
第 52 回	11 月 28 日	・迅速 PCR の Ct 値の院内資料に関する説明 ・無症状濃厚接触職員の早期復帰に向けて ・市中の抗原定性検査キットの活用について ・クラスター振り返り
第 53 回	2023 年 1 月 26 日	・クラスター発生に伴う対応 ・クラスター振り返り

第 54 回	2 月 27 日	・ クラスター振り返り ・ 感染症法上の位置づけ変更に向けた対応
--------	----------	-------------------------------------

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：新谷 好正（副院長）
副委員長：井原 達夫（医療部長）
顧問：久米田幸弘（特別補佐）
委員：看護部 4 名、検査室 1 名
事務局：事務部

3 開催回数

令和 4 年度開催なし（必要に応じて開催）

電子カルテシステム等更新検討会議

1 委員会の活動概要

電子カルテシステム及び周辺システム等の更新を円滑に進めることを目的としている。

2 メンバー（部署、役職）

議長：有村 佳昭（院長）
副議長：高川 芳勅（主任医療部長）
委員：副院長 2 名、医局 2 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 1 名、栄養管理科 1 名、臨床工学科 1 名、リハビリテーション科 1 名、医療安全管理室 1 名、事務部 3 名
事務局：事務部

3 開催回数

令和 4 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：太田 千秋（眼科医長）
副委員長：古川 哲章（循環器内科医療部長）
顧問：なし
委員：看護部 3 名、検査室 2 名、薬剤部 1 名、リハビリテーション科 1 名、栄養管理科 1 名、事務部 1 名
事務局：看護部

3 開催回数

必要に応じて開催

図書委員会

1 委員会の活動概要

小樽市立病院における図書の円滑かつ効率的な管理運営を図る。

①図書の管理に関すること
②図書室の運営に関すること
③文献・医学雑誌オンラインサービスに関すること
④その他、図書に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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、事務部 1 名
事務局：事務課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

病院機能向上委員会

1 委員会の活動概要

公益社団法人日本医療機能評価機構が定める一定水準の機能を満たすために必要な施設機能及び体制の整備を行うため、自己評価項目に関する事項の調査・検討を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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、事務部 3 名

事務局：事務部、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 6 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 11 巻第 1 号：令和 4 年 12 月発行

病棟管理委員会

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、病棟管理委員会を設置する。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こと

2 メンバー（部署、役職）

委員長：深田 穰治（副院長）

副委員長：金戸 宏行（消化器内科主任医療部長）

委員：医局 9 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 3 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 4 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
- (4) 新型コロナウイルス感染症 5 類移行後の対応について
- (5) 円滑なベッドコントロールマネジメントを行うための提言について

保険診療委員会

1 委員会の活動概要

当院における保険診療の適正化と円滑な運営を図るため、次に掲げる事項について審議し、院内 LAN 等にて情報発信を行う。

また、全職員を対象とした「保険診療に関する勉強会」を開催して理解を深める。

- ①保険診療の適正化に関すること
- ②診療報酬の請求に関すること
- ③診療報酬減点通知に基づく減点査定の分析に関すること
- ④保険情報の収集及びその分析に関すること
- ⑤その他保険診療に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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：信野祐一郎（特任理事）

馬淵 正二（統括理事）

委員：看護部 1 名、薬剤部 1 名、放射線室 1 名、検査室 1 名、医療秘書室 1 名、患者支援センター 1 名、栄養管理科 1 名、診療情報管理課 1 名、リハビリテーション科 1 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4年7月21日

院内勉強会 「令和4年度診療報酬改定当院算定開始項目」

「令和3年度落ち穂拾い作戦結果報告」

・令和5年2月16日

院内勉強会 「加算算定へ向けた患者支援センターの取り組み」

骨折リエゾンサービス向上部会

1 委員会の活動概要

後志地域における脆弱性骨折後の患者に対して、他職種で構成したチームや地域との連携により、骨粗鬆症治療開始率、継続率の向上を通して、二次骨折予防を推進する。

2 メンバー

部会長：佃 幸憲（整形外科主任医療部長）

副部会長：平塚 重人（整形外科医療部長）

委員：看護部6名、薬剤部2名、リハビリテーション科2名、放射線室2名、患者支援センター2名、栄養管理科1名、医療秘書室1名

事務局：事務部医事課

3 開催回数

月1回ミーティング

4 イベントなどの実施

2022年5月28日

Japan Fragility Fracture Symposium in 北海道
パネリスト：佃 幸憲

2022年10月5日

骨粗鬆症診療 Web Seminar in 小樽
～二次骨折を防ぐための骨粗鬆症治療～

座長：佃 幸憲

演者：平塚 重人「高齢者脊椎手術における骨粗鬆症の治療戦略」

2022年11月14日

北海道医療新聞掲載

「小樽市立骨折リエゾンチーム～独自の情報共有システム タイムリーに的確アドバイス～」

2023年2月1日

小樽 FLS 連携フォーラム

演者：佃 幸憲「高齢者二次性骨折予防のための病診連携～大腿骨近位部骨折多職種連携診療を通じて～」

畑 知見「多職種チームでつなげる骨折リエゾンサービス～当院の取り組みと今後の課題」

2023年2月17日

第13回小樽市病院局発表会

演者：満田 諒「大腿骨近位部骨折後の骨粗鬆症治療における多職種連携介入の効果～骨粗鬆症治療・検査の介入率・継続率向上に向けて～」優秀賞

2023年2月21日

2nd 二次骨折予防セミナー 座長：佃 幸憲

2023年3月2日

共に診る高齢者診療

演者：佃 幸憲「超高齢社会における二次性骨折予防のための骨粗鬆症治療～内科・整形外科間の連携で防ぐ骨卒中～」

2023年3月30日

骨折リエゾンサービス（FLS）向上部会 院内研修会

座長：佃 幸憲

演者：遠藤 智康「大腿骨近位部骨折を繰り返さないための転倒の知識と予防」

演者：佐藤慎太郎「多職種で介入する骨粗鬆症治療～骨折リエゾンサービスによる骨粗鬆症治療効果～」

今後も年度内1回以上の院内研修会実施予定

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：山下 登（泌尿器科主任医療部長）

副委員長：古川 哲章（循環器内科医療部長）

委員：医師8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：古川 浩司（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）
顧問：井原 達夫
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。
- 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

2 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 芳勲（循環器内科主任医療部長）
副委員長：金内 優典（副院長）
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4年度実績1回（令和5年3月16日）

4 その他 特記事項

- 主な検討事項
- ・令和3年度プログラム研修医の修了評価について
 - ・令和5年度プログラム採用予定者について
 - ・令和5年度研修スケジュールについて
 - ・令和6年度研修プログラムの作成方針について

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）

部長：金内 優典（副院長）
副部長：中林 賢一（副院長）
高川 芳勲（循環器内科主任医療部長）
委員：医師7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

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11巻第1号（令和4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。



左から検査室 小山田重徳室長、伊藤好樹主査（優秀賞受賞者）、有村佳昭院長、並木昭義病院局長、
放射線室 大浦大輔主査（最優秀賞受賞者）、小笠原弘室長

最優秀賞 大浦 大輔（小樽市立病院 放射線室）

発表論文 「Construction of super-rapid brain MRA using oblique transverse acquisition phase contrast angiography with tilted optimized non-saturated excitation pulse.」

選考理由 MRI装置による血管撮像（MRA）では読影判定上の有利さから Time of flight（TOF）法が用いられることが多いが、体動による画質の低下、加齢による生理的な脳血流低下の影響を受けやすい。Phase contrast angiography（PC法）はTOF法と違った原理で血流の状態を撮像するMRAであるがその読影判定には時に注意が必要になるのが欠点である。本研究ではPC法の条件設定の調整と、RFパルスの形の調整によりMRAでの高画質化を図る（tilted optimized non-saturated excitation（TONE））ことにより、PC法でもTOF法による撮像法よりも高画質な撮像条件を確立し広く臨床応用が可能とした報告であり、本法の可能性を内外に示した有用な論文である。

優秀賞 伊藤 好樹（小樽市立病院 検査室）

発表論文 「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」

選考理由 真菌培養による判定を従来の酵素基質培地による視覚での判定と、当院で有する質量分析機器を用いた真菌種同定を比較した研究である。視覚という時に曖昧となる判定に頼らず、科学的な分析が質量分析機器により可能であり、より多くの真菌種の同定に有用であることを明らかにした。臨床的に真菌感染症は compromised host にとってしばしば重篤な状態を引き起こす可能性があるため、薬剤耐性真菌の正確な同定など、当院での向後の診療の向上に大きく寄与する論文である。

「最優秀論文及び優秀論文」の表彰について

病院誌編集委員会では、小樽市立病院誌を通じた臨床医学の発展、医療レベルの更なる向上、職員のモチベーションの向上のため、下記のとおり表彰する。

●最優秀論文及び優秀論文の選考基準

- 1 小樽市立病院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/. 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。

なお、ヒトを対象にした研究では、ヘルシンキ宣言ならびに文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」あるいは他の適切な指針に従うこと。

臨床倫理委員会の承認を得て実施した研究は、本文中に記載する。

— 編集後記 —

この度、第12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。

今年度に入り、5月8日の5類移行後、徐々にではありますが新型コロナウイルスの影響も薄くなり、「以前」の生活に戻ってきたことを実感しておりますが、今号はまだその影響下にあった最後半となる令和4年度の活動実績を掲載した号であります。

構成としては、医師をはじめコメディカルなどから10編の投稿論文があり掲載いたしました。

いずれも、日々の業務を遂行する中で、又は業務の時間以外においても深慮され、貴重な時間をかけて作成された論文であります。

提出された論文の中でも特に優秀と認められた論文については、職員のモチベーション向上のため表彰も行っております。次号も今号に投稿された論文同様、又はそれ以上の良質な論文が多く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

副院長 金戸 宏行

顧問 櫻木 範明

委員 深田 穰治、越前谷勇人、今井 章仁、小野 暁、
市村 亘、保科 大地、金子 朱美、北山 敬子、
鶴谷 勝実、小笠原 弘、小山田重徳、大石 督

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4年度版）

令和5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