

小樽市立病院誌

第13巻 第1号

特集「小樽市立病院開院10周年記念関連行事」



The Journal of Otaru General Hospital

Vol.13 No.1 2024

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 13 巻発刊に寄せて —病院局長の最後のメッセージ—

小樽市病院事業管理者・病院局長 並 木 昭 義

はじめに：

私は小樽市立病院に就任して以来、病院誌の制作や発展、また論文の作成と掲載に最大限の努力をしてきた。就任から 3 年目の 2012（平成 24）年に創刊号を発刊し、他の病院と肩を並べることができたことを心から嬉しく思った。統合・新築した新病院開院から 10 年が経過し、当誌は第 13 巻発刊に至る。

各号の巻頭言では、私の思考や方針、要望を伝えてきた。

病院誌を通して多くの貴重な経験を得ることができたことに深く感謝している。

当誌の役割、病院局長としての振り返りと今後の課題について考察し、最後の巻頭言とする。

1. 病院誌の重要性

病院誌は新市立病院の発展にとって以下のような重要な役割を果たす。

1）病院誌の役割：各々の診療科、部門、委員会の活動や業務報告、統計やその内容をまとめた論文を掲載する。

創刊号には「論文発表に取り組む目的と意義」の総説を掲載した。特に、論文作成は辛く、面倒であるからこそ、挑戦する価値があることを強調した。

2）論文作成の意義：個人またはグループで行った仕事を客観的に見直すことにより、仕事の意味や価値が明確になる。

論文作成は研修医、若手医師やコメディカルの教育、人間形成、臨床、研究の基本を学ぶ上で重要である。

全国から病院誌が寄贈され、他病院の診療面、経営面、学術面、働く環境面などの状況を知ることができる。当誌は今後も質と量を高めて継続することが、職員の成長、病院の発展に必要である。

3）本誌第 13 巻の発刊：今年度も病院誌第 13 巻が発刊され喜ばしく思う。論文は例年より少なめの 9 編、著者は医師 7 編、看護師 1 編、放射線技師 1 編である。

今年度の論文表彰の選考対象は本誌を含め 10 編であり、最優秀賞には英文誌に掲載された心臓血管外科 佐藤宏医療部長、優秀賞には放射線室 大浦大輔主査の欧文と事務部 佐々木真一部長の和文が選出された。彼らの今後の活躍、発展を期待する。

2. 新病院開院 10 周年記念事業

1）2024（令和 6）年 12 月 1 日に新小樽市立病院開院 10 周年を迎える。

記念事業として小樽市立病院ガイドブックを出版する。これには入院患者様からの寄付を資金とした。管内の医療機関一覧のほか、市民、患者向けに病気の症状について解説するページなどを掲載する。

また、4 年後の 2028（令和 10）年には創立 100 周年を迎えるため、その準備に活用する。

2）10 年間の主たる事業の紹介：

- ・病院誌の毎年発刊。
- ・2016（平成 28）年病院機能評価認定、2021（令和 3）年更新。
- ・2021（令和 3）年 3 月地域がん診療連携拠点病院の指定。
- ・2024（令和 6）年 4 月、地域医療支援病院の承認。
- ・2024（令和 6）年 5 月、敷地内薬局設置による医療環境整備。
- ・2024（令和 6）年 11 月、病院事業管理者・病院局長 並木昭義、北海道社会貢献賞受賞。

これはこれまでの病院、職員の地域医療活動に対する社会貢献が受賞に繋がったものである。

3）記念行事の具体的な実施：

- ・小樽市立病院開院 10 周年記念として 4 名の歴代院長との座談会を行う。

- ・病院まつり、市民公開講座を実施し、病院見学、体験の他、専門的な医療情報を市民と共有する機会とする。
- ・医療関係者向けに、著名な教授、大学総長を講師として招聘し講演会を実施する。
- ・記念式典を開催する。

以上の記念行事の概要を当誌に特集号として掲載する。

3. 病院事業管理者・病院局長の立場と役割を果たすには

- 1) 病院事業の充実と発展：病院事業の成功には、単に施設や医療機器の整備だけでなく、組織機能や人間関係の円滑な運営が必要となる。病院理念に基づいて職員一同が協力し、目標に向かって進むことが重要である。
- ・経営改善：経営改善には、病院局長のリーダーシップや職員の意識改革、そして市当局や関係団体の支援が不可欠なため、双方向への働きかけが必要である。
- ・広報と学術活動：病院誌を通じて、情報提供や職員の教育、人材育成に役立てる。
- ・将来への対応：小樽市立病院が今後も健全な病院経営を継続するために、変化に適切に対応する体制を整え、職員の立場、役割を時代に合わせて導くことが責務と使命である。

2) 病院事業を充実させる教訓：

- ・仕事の分担：仕事は全て自分でやるのではなく、他の人に任せることが大切だ。これにより、大きな事業を成功させることができる。8割を自分が行い、残り2割を任せることで、受け取り側は達成感を味わい、その後の飛躍となる。
- ・組織の重要性：病院の運営には、建物の立派さ以上に、組織の機能や人間関係が円滑であること、病院の理念、目標に向かって職員一同が同じ方向に進行することが重要である。
- ・職員の姿勢：視察に来た、ある病院長から「施設、医療機器はよく整備されている。それ以上に看護師たちが明るく、いきいきと一生懸命に働いている姿に感心した。」と嬉しい言葉をいただいた。職員一人一人の行動と態度が、病院の顔となる。

3) 病院事業管理者・病院局長の引き際の心構えと姿勢：

私は4期16年間の活動を通じて使命感、緊張感、責任感を持ち、トップリーダーとして数々の決断を行った。市立病院の統合や新築においては、事業が円滑に進行するよう情報を公開、共有、活用し方針を決定した。

今回の退職に伴い、公正、公平に人事を行い、特にトップリーダーに相応しい能力、人格、運勢を有する人物に、スムーズに引き継がれるよう配慮する。人材育成として職員に病院の発展に必要なリーダーを目指す機会を積極的に与え、挑戦させる。

むすびに：

- ・新型コロナウイルス感染症の発生後、医学・医療界は新しい時代を迎えている。組織も個人も変動とニーズに即応することが不可欠であり、病院の発展には、個人の成長が必要になる。
 - ・仕事を成し遂げるためには、体力、覚悟や勇気、知恵が重要である。これからは新しい体制下で若い世代が活躍することが望まれる。
 - ・関係者、職員の皆さんに病院局長の最後のメッセージを贈れたことに心より感謝する。
- 皆さんの幸運と活躍、当院の躍進と社会貢献を祈っている。



【令和6年4月 当院量徳小学校メモリアルガーデンにて】
平成26年の開院時に量徳小学校校友会の方々と記念植樹した「エゾヤマザクラ」は毎年開花数が増え続けている。

目 次

巻頭言	小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義	2
病院の沿革・概要・施設認定等		5
組織図		15
論文		
総 説	「病院局長の立場で学術活動の役割を果す実際と課題」 小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義	19
総 説	「令和6年能登半島地震 小樽市立病院 DMAT 活動内容報告 ― IT による災害医療戦略―」 小樽市立病院 医師 岸川 和弘 他	27
原 著	「Parkinson 関連診療における進行性核上性麻痺の意義についての検討」 脳神経内科 井原 達夫 他	35
原 著	「体幹部肺定位放射線治療における高精度治療へのアプローチ ―横隔膜下腹部圧迫法の有用性と intra fractional motion の評価―」 放射線室 横浜 拓実 他	41
原 著	「下肢静脈瘤再手術症例の再発形態とその特徴についての検討」 藤澤心臓血管クリニック 藤澤 康聡 他	51
報 告	「当科における腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術の実際」 外科 渡邊 義人 他	57
実践報告	「看護管理者の育成に向けた看護部の取り組みの現状と課題」 看護部 濱崎 弓子	63
症例報告	「精神運動発達遅滞を背景とした急性胃軸捻転に対して腹腔鏡下胃固定術を施行した一例」 外科 森越健之介 他	69
症例報告	「イレウス管を挿入し腹腔鏡下手術を施行した小網裂孔ヘルニアの1例」 外科 玉那覇朝雄 他	73
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		95
学術論文、雑誌掲載、その他		98
セミナー、カンサード、院内発表会		102
受賞・資格取得		104
市民公開講座、その他		106
手術実績等		107
看護部の活動		121
業務報告		
薬剤部		131
検査室		132
放射線室		132
リハビリテーション科		133
臨床工学科		134
栄養管理科		135
内視鏡科		136
精神科医療センター		137
認知症患者医療センター		137
患者支援センター		138
診療情報管理課		139
感染防止対策室		143
スキンケア管理室		145
緩和ケア管理室		146
外来化学療法室		147
院内委員会の活動報告		149
論文表彰		170
投稿規定		172
特集 小樽市立病院開院 10 周年記念関連行事		175
開院 10 周年記念歴代院長座談会		177
特別講演会		190
病院まつり・市民公開講座		191
小樽市立病院 10 年のあゆみ		191
小樽市立病院開院 10 周年記念式典		192
特別記念講演会		198
編集後記		200

病院の沿革・概要・施設認定等

沿革

【種別】 樽病：市立小樽病院

医セ：小樽市立脳・循環器・こころの医療センター（市立小樽第二病院）ほか

其他：両院共通、その他

年 月			種別	沿 革
1869	明治 2	9	其他	兵部省は小樽役所病院を設立【開拓使事業報文 4 巻】
1870	明治 3	4	其他	小樽石狩両所の兵部省設立の病院は開拓使に移管、小樽の官立病院は札幌病院に属し、小樽病院となる【開拓使事業報文 4 巻】
1871	明治 4	8	其他	小樽病院は病室増床をし、患者入院を許可【開拓使事業報文 4 巻】
1872	明治 5	9	其他	開拓使は忍路郡忍路村に病院設置
1873	明治 6	5	其他	忍路の官立病院は小樽病院に合併【開拓使事業報文 4 巻】
1874	明治 7	1	其他	小樽病院は出張病院と改称【開拓使事業報文 4 巻】
1875	明治 8	6	其他	小樽出張病院は小樽病院派出所と改称【達乙第 53 号】
1876	明治 9	4	其他	小樽病院派出所は小樽病院出張所と改称
		9	其他	小樽病院出張所は札幌病院小樽出張所と改称【達乙第 103 号】
1877	明治 10	9	其他	開拓使は祝津村に仮避病院を開設（10 月閉鎖）
1879	明治 12	7	其他	開拓使は忍路村の寺院 1 字を避病院とする（11 月廃止）
		7	其他	開拓使は高島郡手宮村字稲穂沢に避病院及び消毒所を設置（11 月廃止）
1880	明治 13	10	其他	小樽有志は共有病院の設置を出願、医員は官立病院から派遣を要請
		12	其他	札幌病院小樽出張所は入船町に派出所を開設
		12	其他	札幌病院小樽出張所は産婆養成所を開設
		12	其他	入船町の札幌本庁官立病院派出所（札幌病院小樽出張所派出所）開業式挙行
1882	明治 15	2	其他	開拓使廃止に伴い「官立小樽病院」は「公立小樽病院」になる
1886	明治 19	5	其他	入船町 67 で火事、公立小樽病院ほか 123 戸焼失
		11	其他	公立小樽病院は相生町に新築移転
1894	明治 27	2	其他	住初町 32 番地に福原病院開院
1901	明治 34	12	其他	現在の長橋 3 丁目に伝染病院を新築
1902	明治 35	11	其他	手宮裡町原野 3 の伝染病院落成
1906	明治 39	9	其他	福原病院は量徳町に新築移転
1912	明治 45	7	其他	本間賢次郎、早川両三、青木乙松、宮腰定作の 4 氏の共同出資により、福原病院の土地建物等を譲り受け、（私立）小樽病院の設立認可を申請【小樽市医師会史】
		8	其他	福原病院は永井町 15 へ移転開業、旧福原病院は小樽病院と改称認可
	大正 元	10	其他	量徳町の旧福原病院の建物敷地を買収、小樽病院開院
		11	其他	小樽病院看護婦養成所設置
1913	大正 2	7	其他	小樽病院増築落成
		10	其他	小樽病院耳鼻科開始
1915	大正 4	2	其他	伝染病院増築工事申請
1916	大正 5	11	其他	小樽病院看護婦養成所は看護婦規則による道庁指定となり、卒業生は無試験で免状下付
1922	大正 11	11	其他	量徳町 1 に株式会社小樽病院設立（11 月 15 日設立、11 月 22 日登記）、小樽病院は株式会社組織となる

1926	大正 15	4	其他	伝染病院は市立小樽病院長橋分院と改称
1927	昭和 2	11	其他	市会では株式会社小樽病院を 18 万円で買収決定
1928	昭和 3	3	其他	株式会社小樽病院解散（3 月 31 日解散、4 月 2 日登記）
		4	樽病	4 月 1 日 市立小樽病院開院 診療科目 内科、外科、産婦人科、小児科、皮膚泌尿科、耳鼻咽喉科、眼科 病床数 139 床
1930	昭和 5	7	樽病	病棟増設（35 床）病床数 174 床
1931	昭和 6	4	其他	小樽市連合衛生組合附属診療所として市役所構内、組合事務所階上に開設
		12	樽病	改築工事竣工
1932	昭和 7	5	其他	小樽市連合衛生組合事務所並びに附属診療所は落成式挙行（小樽公園 1 番地に病棟を新築、診療所を移転）
1933	昭和 8		医セ	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舍新築（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	其他	新市立病院基本構想の精査・検討結果まとまる。移転地は築港地区を予定
		11	其他	市は新病院の建設候補地として、学校適正配置計画の対象となった量徳小学校跡地とすることを表明
		11	樽病	ホームページを開設
		12	其他	新市立病院をはじめ地域医療の課題について検討する諮問機関「救急医療体制検討委員会」設置を決定
2005	平成 17	2	其他	小樽市医師会と市立小樽病院・第二病院は、救急医療体制検討委員会で、4月から夜間急病センターに市立病院とともに市内の各病院も医師を派遣することを合意
		3	其他	救急医療体制検討委員会は新市立病院の救急部門について公設民営が望ましいとの中間答申
		4	樽病	給食調理部門委託開始
		4	其他	市総務部に市立病院新築準備室設置
		4	樽病	病棟のある 10 科にクリニカルパス導入開始
		4	樽病	禁煙外来開始
		5	樽病	MRI 導入
		9	医セ	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	其他	市議会で量徳小学校閉校方針撤回により新市立病院建設地の築港地区変更を検討と報告
		10	医セ	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	其他	市議会で新市立病院の築港での建設を正式表明（09 年着工、11 年開院予定）
		6	樽病	許可病床数変更 518 床（一般 471 床、結核 47 床）
		6	医セ	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	其他	新病院建設に向け、小樽築港駅周辺地区の都市計画を変更
		9	医セ	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	其他	市議会で新病院建設の基本設計予算可決
2007	平成 19	1	樽病	末梢血管専門外来、血管ドック開設
		3	其他	新市立病院の基本設計業務の受託業者を決定
		3	樽病	3-1 病棟休床（43 床）
		4	樽病	神経内科診療開始（月 2 回）
		4	樽病	地域医療連携室・医療情報管理室設置。市立小樽第二病院内科を市立小樽病院に統合
		4	医セ	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	其他	総務省は公立病院改革ガイドライン策定、市は地方公営企業法全部適用も準備

2008	平成 20	1	共他	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	共他	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
		12	医セ	メタボリック症候群、肺がん・胸腹部 CT 検診開始
2009	平成 21	1	共他	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	共他	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	共他	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	共他	再編・ネットワーク化協議会は計画素案をまとめ、市長に最終報告
		10	樽病	形成外科開設（週 2 回）
		10	樽病	呼吸器内科外来復活（週 1 回）
		10	共他	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
2010	平成 22	3	樽病	病院ボランティア活動開始
		4	樽病	形成外科に常勤医着任。健診を専門に扱う健康管理科新設
		5	共他	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	共他	新市立病院計画概要を策定
2010	平成 22	6	共他	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	共他	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
2023	令和 5	3	小樽市立病院経営強化プラン策定
		5	病院業務管理センター稼働開始
		6	2 階売店前と病棟で FREE Wi-Fi の利用開始
2024	令和 6	1	能登半島地震支援のため石川県七尾市に DMAT を派遣
		3	地域医療支援病院承認
		3	高精細 320 列 CT 導入

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
地域医療支援病院
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
日本透析医学会専門医制度教育関連施設
日本腎臓学会認定教育施設
日本外科学会外科専門医制度修練施設
日本消化器外科学会専門医修練施設
日本婦人科腫瘍学会専門医制度指定修練施設
心臓血管外科専門医認定機構認定基幹施設
日本脈管学会認定研修指定施設
日本脳神経外科学会専門医認定制度研修プログラム研修施設
日本脳卒中学会認定研修教育病院
日本形成外科学会専門医制度認定施設
日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設
日本泌尿器科学会専門医教育施設
日本眼科学会専門医制度研修施設
日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設
日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
日本病理学会研修登録施設
日本臨床細胞学会認定施設
日本麻酔科学会麻酔科認定病院
日本ペインクリニック学会指定研修施設
日本がん治療認定医機構認定研修施設
日本静脈経腸栄養学会 NST 稼働施設
札幌医科大学卒前教育関連施設
病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG：Ver.2.0（一般病院2、精神科病院）

[illegible]

論文

病院局長の立場で学術活動の役割を果す実際と課題

並木 昭義

小樽市病院事業管理者・病院局長

要 旨

医学・医療界が進歩するにつれ、病院内外における学術活動が盛んになる。私は「小樽市立病院誌」を創刊して病院の学術活動に尽力する。そして当院の実情を小樽市医師会員に伝えるために、「小樽市医師会だより」に論文を投稿する。さらに道内の医療関係者には個人的な思考、情報、趣味等の論文を「北海道医療新聞特集号」に投稿する。この3つの情報網を最大限に活用しながら情報を有効に提供する。16年間在任中の実績として小樽市立病院誌には原則12,000字で、巻頭言、総説、重要事項に関する問題について26編掲載、小樽市医師会だよりには目安3,000字で、当病院の実情、市内の医療状況の問題について30編掲載、そして北海道医療新聞特集号には目安2,000字で、道内の医療関係者の個人的な問題、一般社会、医療問題について27編掲載する。これらの論文は人間の成長、組織の発展、社会の進歩に貢献することを期待する。

キーワード：学術活動、小樽市立病院誌、小樽市医師会だより、北海道医療新聞特集号

はじめに

これからの医学・医療界は新しい変革の時代を迎える。そして世の中から大きな期待とともに厳しい評価と要望を受ける。

私は病院局長として学術活動に力を注いでいる。私が論文掲載を積極的に推進する理由は①私の現役時の知識、経験を医療従業員に伝える、②良き出会いと貴重な思い出づくりをする、③人材育成、人脈形成、社会貢献に役立てる、④小樽市立病院の存在を高めるために小樽市病院局長と札幌医科大学名誉教授の立場と役割を大いに活用する。⑤現時点では医学・医療界の組織体制、患者の対応、診療方針など時代とともに変動していくのでその見直し、訂正の確認を適時実施する必要がある。

私は学術活動に携わる人達と組織の特徴を考慮して、小樽市立病院、小樽市医師会、北海道医療新聞社の3つのグループにおける仕事を実施する。4期16年間の任期中に①小樽市立病院誌は年1回発刊で巻頭言、総説、当病院の重要課題に関する論文26編掲載、②小樽市医師会だよりは年2回発刊で市立病院の実情および医師会活動に関する論文を30編掲載、そして③北海道医療新聞特集号は年2回発刊で医師会員の公私にわたる個人的な問題、および医療問題に関する論文を27編掲載する。

A. 小樽市立病院誌の学術活動

これまでに10箇所の全国学術集会から講演が依頼される。講演内容から大きく4つのテーマに分けられる。

A) 学会の課題と活動に関する話題

A)-1. 日本麻酔科学会第56回学術集会（2009年8月16日神戸）特別講演：「日本麻酔科学会の課題と展望」

1. 理事長就任に当たっての声明：

- 1) 第1に国民により安全、安心、信頼される医療と福祉を提供する。
- 2) 第2に麻酔科と麻酔科医が一般社会、医学・医療界、病院・各診療科のニーズに応じる。
- 3) 第3に麻酔科医の働き甲斐があり、周囲の評価が高く、将来性のある診療科にする。

2. 日本麻酔科学会と麻酔科医の展望：

- 1) 日本麻酔科学会は麻酔業務だけでなく、集中治療、救急、疼痛、緩和、周産期医療などのサブスペシャリティーを持つ医療集団として連携を保ち、その存在を国内外にアピールし、適正に評価されることを目指す。
- 2) 麻酔科医は患者の全身管理、各科診療のトリアジーのできる総合診療医として、病院の管理・運営業務に携さわる医療者として病院、医療界、行政での活躍を目指す。

A)-2. 第 57 回日本心臓病学会学術集会 (2009 年 9 月 20 日札幌) 教育講演:「術前機能評価で循環器内科医に求めること」

1. 術前コンサルテーションを行う場合の循環器内科医の基本姿勢:

- 1) 循環器内科医の心得は、①麻酔科医の要求を認識する、②周術期の特異性を理解する、③麻酔科の専門技術を尊重する。
- 2) これから高齢化が進み、心循環系疾患患者の手術が益々多く行なわれる。①この手術患者に対して外科医、麻酔科医、循環器内科医によるチーム医療を円滑に行なう、②行なわれた症例の成果を集積、解析する、③ガイドラインを作成して医療現場で普及する。これで、より適切な周術期管理が行なわれる。

A)-3. 第 57 回日本産科婦人科学会北日本連合地方部会 (2009 年 8 月 29 日札幌) 特別講演:「これから医療と医師に求められるもの—麻酔科医の立場と見解—」

1. これから麻酔科に求められるもの:

- 1) 信頼される、魅力ある、将来性のある麻酔科医を育成する。
- 2) 麻酔科の役割は各科、各部門との潤滑油となり、医療の質的向上と活性を高める。
- 3) 麻酔科の仕事として産科・周産期医療の充実、発展を図る。

2. 無痛分娩の展望:

- 1) 高齢初産婦、疾病、リスクのある妊婦の分娩に無痛分娩が普及する。
- 2) 分娩時の安全、安心、円滑な母児管理には無痛分娩が有用である。
- 3) 硬膜外注入による自己調節鎮痛法は医師、助産師の仕事の省略化に役立つ。
- 4) 無痛分娩は少子化対策として期待でき、麻酔科の存在を社会的にアピールできる。

A)-4. 第 12 回日本アロマセラピー学会学術総会 (2009 年 10 月 11 日札幌) 特別講演:「これから医療に求められるもの—緩和医療の動向と展望—」

1. 最近では、アロマセラピー、マッサージなどは緩和ケアの領域でも広く用いられる。

- 1) アロマセラピーにおけるマッサージが、最も介入度としては大きいと考えられる。
- 2) マッサージは疼痛緩和の効果があるだけでなく、リラクセーション誘導効果などもあり、緩和ケアに有効な補完代替医療の一つである。

2. 緩和医療の円滑な実施と展望:

- 1) 医療従事者が意欲を持ち、協力し合うこと、特に病院および施設の責任者の理解とリーダーシップが必要である。
- 2) 終末期患者管理には緩和医療の知識と技術が必須である。
- 3) 緩和医療は医療の質を高めるのに、これから求められる医療として重要である。

B. 多くの医師会員が教室運営、人材育成、業績および医療一般に関する話題に携わる。

B)-1. 第 31 回日本呼吸療法医学会学術総会 (2009 年 7 月 10 日天童) 特別講演:「人を育てる」

人は立場、役割に応じて人を育てる。教室の研究面と教育面の発展に力を注ぐ。

1. 研究面の活動:学会発表、論文作成の意義

- 1) 自分が経験した貴重な症例や研究を検討し発表することで自分の仕事を客観視でき、問題点を把握できる。
- 2) 論文作業は自分の仕事の内容と質をよく理解でき、新しい知見や今後の方向性を知る。
- 3) 学会発表、論文作成の過程は共同・協力者とのチームワークであり、最良のコミュニケーションになる。
- 4) 論文作成は専門家の査読を受け、雑誌に掲載されて、初めて仕事が終了する。

2. 教育面の活動:若手医師に贈る 5 箇条

- 1) 自分が医師として世の中から何を求められているか知る。
- 2) 若い時期の研修、修練を楽に安易に行うと必ず後で後悔する。
- 3) 知識、技術は正しく、繰り返し学習し体で覚え込む。
- 4) 人から教えるを請うにはまず先に自分にできることを提供する。
- 5) 自分の目標の達成には PAN (Priority、Action、Never give up) が必要である。

3. 教室運営および教室員の教育・指導に関する教授(上司)の基本姿勢:

- 1) 一番よく働く。働くとは体を働かせる、頭を働かせる、心を働かせることであり、状況によってその配分を考える。
- 2) 「オイアクマない精神」すなわちオ. 怒らない、イ. 威張らない、ア. 焦らない、ク. 腐らない、マ. 負けない姿勢で対応する。
- 3) 決断するには正確で、客観的な情報が必要であ

る。揉め事は必ず両方の話を聞く。

- 4) 教室の雰囲気は明るく、温かく、緊張感が必要である。教授は太陽の活動を見習う。太陽光線で周囲を照らす、熱線で環境を温かくし、照射線で刺激して警告する。

B)-2. 第45回日本高気圧環境・潜水医学会学術総会 (2010年11月26日岡山) 招請講演：「人をつくる」

1. 組織にとって必要なもの：

- 1) 組織には優れたリーダーと人材が必要である。リーダーには見識力、実行力、教育力が必要である。
- 2) 人材、特に若い人には教育が必要である。彼らは実践の中で適切な教育を積み重ねていくことで人格と知恵が育成される。
- 3) 組織の理念と活動方針が、組織の成果を上げ個人の評価を高める。

2. 小樽市病院事業管理者としての心構え：

- 1) 小樽市民、地域住民に、信頼される医療を提供する。それには市立小樽病院と小樽市立脳・循環器・こころの医療センターの統合・新築が急務である。
- 2) 市長はじめ市部局、議員、両病院職員、医師会、マスコミなど、多くの職種の人達に誠実に対応し理解と信頼を得る。

B)-3. 第10回日本 Awake Surgery 研究会 (2012年9月6日東京) 特別講演「論文発表における秘められた話を語る」

1. 論文発表が重要視される理由：

個人および組織の仕事が周囲から客観的かつ適正に評価されることにより個人の成長および組織の発展に繋がる。

2. 論文作成に取り組む姿勢と意義：

- 1) 論文作成には自覚と責任が必要である。周りからの意見、忠告に素直に耳を傾けることは本人の成長、信頼を得る。
- 2) 論文がインパクトファクターの高い雑誌に掲載されることは、個人および組織にとって喜ばしく、誇りになる。
- 3) 自分で後輩の学位研究を指導して、初めて研究者としての厳しさを知る。
- 4) 臨床医にもリサーチマインドが必要なので、専門医を目指す場合でも学位の研究、論文作成を心掛ける。

C. 若手医療者の学術活動へのメッセージ

C)-1. 第38回日本疼痛学会 (2016年6月24日札幌)

特別講演：「レジェンドからのメッセージー若き疼痛研究者へ：がん疼痛機序解明と鎮痛戦略研究のメッセージ」

1. 若手教室員への研究10箇条の心構え：

- 1) 研究は自分で責任を負う。
- 2) 研究目標およびテーマは自分の身近なところから見つけ出し、プロトコルを作成する。
なお、論文作成の経験は必須である。
- 3) 新しい事実を明らかにするのが研究であり、結果の分かっている実習とは異なる。
- 4) 研究は厳しく辛いものである。それを乗り越える楽しさと喜びを体験する。
- 5) 研究には王道はなく、誠実に地道にねばり強く、行うのみである。
- 6) 壁に当たる、スランプに陥った場合、自分で解決を焦らずに必ず上司に相談する。
- 7) 研究の遂行には研究・実験の準備に4割、実験遂行に3割、学会発表、論文作成、投稿に3割の配分で行う。
- 8) 研究成果は基本的に積極的に国内外の学会で発表し、自分の仕事に対する客観的な評価を受け、仕事の完成を目指す。
- 9) 研究論文は欧文で投稿し、厳しい査読を受けて作成し、雑誌に掲載されて完了する。
- 10) 研究成果および貴重な体験を職場あるいは一般社会に還元する。

2. 重点事項：がん疼痛機序解明と鎮痛戦略

- 1) がん疼痛終末期医療の質を高めるため緩和ケアチームの結成および寄附講座緩和医療学を設立し、患者対応および家族、職員、市民に対する教育、啓発活動を行う。
- 2) 本研究に対して①並木昭義氏（現小樽市病院事業管理者・札幌医科大学名誉教授）は「がん疼痛の機序解明と鎮痛戦力としての治療法および管理体制の確立と普及への貢献」で平成19年度（2007年）北海道科学技術賞を受賞する。②川股知之氏（現和歌山県立医科大教授）は「がん疼痛を科学する」で第30回（2011年）の日本麻酔科学会山村記念賞を受賞する。

3. 2人のノーベル賞受賞者の貴重な提言：

2人には直接お会いして対談する。

- 1) 根岸英一氏（80歳、米国パデュー大学特別教授）の提言と思い出：①化学研究者の心掛けは熱意を

もって野心的に挑戦する、②基礎的なことをしっかりとかつ広く身に付ける、そして創造的に物事を進める。③若い人達には勇気と元気を出して、海外に出て活躍する夢を持ち続ける。

- 2) 鈴木章氏 (85 歳、北海道大学名誉教授) の提言
 と思い出：①日本は資源のない国なので、日本独自の付加価値の高い、人の役に立つものを創り出し、それを海外に輸出して財源を得なければ生き延びていけない。②若い人達は自分のため、日本のため海外に出て、世界の多様な人々の中で身を置き切磋琢磨して、世界に通ずる活躍をする。

C)-2. 第 38 回日本呼吸療法医学会学術集会 (2016 年 7 月 16 日名古屋) 特別講演：「先達に学ぶ：病院の再建に取り組む、事業管理者の思いを伝える局長メッセージ」

1. 病院事業管理者・病院局長として多くの人達との出会いと貴重な思い出づくりの経験：

- 1) 「人生出会いと思い出づくり」は私の座右の銘である。人は各々の人生において多くの出会いに遭遇する。
- 2) その出会いには時代、社会、環境、人物、仕事、立場と役割、その他色々な出来事がある。その出会いに対する思いの強さ、対応の熱心さによって得られる成果が異なる。
- 3) その成果が思い出として残る。その中で重要なことがメッセージとして語られる。

2. 特に伝えたい局長メッセージ：

- 1) 稲盛和夫氏のリーダーの育成

- (1) リーダーの存在意義：①企業経営で一番大事なことは経営幹部に立派な人間性を持つリーダーを据える。②どんな困難に直面しても、逃げることなく、真正面から取り組む勇気のあるリーダーでなければ会社組織をまとめることができない。
- (2) リーダーの心構え：①リーダーと一緒に苦労を共にする社員と常日頃より心の絆を結んでおく。②存在感、緊張感のある組織作り、使命感、責任感のある社員の育成、働き易い、遣り甲斐のある環境作りを実現する。

- 2) 新病院開院に当っての職員の心構え

- (1) 格言に新しい皮袋には新しいブドウ酒を入れる。その意味は古いブドウ酒は新しい皮袋に馴染まず、自分勝手に発酵して、袋を裂いてしまう。すなわち新しい病院には新しい意識と意欲をもつ職員に働いてもらう。

- (2) この社会の組織の中で働き、生きていく上に必要なこと：①組織には人が必要である。②人には教育が必要である。③教育には人間関係が必要である。④人間関係には信頼と尊敬が必要である。⑤組織の発展には人の成長が必要である。
- (3) これからの病院組織の発展には：①病院内外でのチームワーク、チーム医療に力を注ぐ。②職員の成長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。
- (4) これからの医療は選ばれる：①病院は患者、市民、医師、医療スタッフ、大学の教室、一般社会から選ばれる。②選ばれる病院の要因は a. 働きやすく働き甲斐がある、b. 待遇面や生活環境がよい、c. 適正な人事評価を行なう。

D. 病院事業管理者・病院局長の立場と役割

D)-1. 平成 25 年度全国病院事業管理者研修会 (2013 年 5 月 23 日東京) 指名講演「失敗に学ぶ：医師会対応」

1. 医師会と市当局の対立の要因：

- 1) 市当局は病院新築事業を他の公共事業と同様の手順で進めようとする。一方医師会は医療内容、体制を重視するが事前に納得のいく相談がない。また意見を受け入れないことに不信、不満を抱き感情的な対立が生じる。

- 2) 病院事業管理者として心掛けたこと

- (1) 新病院統合・新築は管理者に託された重要かつ緊急な問題であることを覚悟して、強いリーダーシップを発揮する。
- (2) 医師会をはじめ各方面の方々の要望、意見をよく聞き、それを客観的、冷静に判断して方針を決める。
- (3) 活動が円滑に推進するには：①情報公開、②事実の確認、③言動に対する責任、④信頼される態度、⑤歩み寄る大人の対応、⑥適切な引き際を考える。
- (4) リーダーは周囲の人達から推されてなるものであるが、一方その引き際は自分で決断して行動する。
- (5) 蠟燭は消える寸前に一瞬明るく輝いてから消える。それが蠟燭の引き際であり、最後に一花咲かせるのである。

D)-2. 病院事業管理者・病院局長の確認業務

「全国学術集会における講演活動の局長メッセージ」
 の論文は小樽市立病院誌 (第 5 巻 25～31, 2016) に掲

載する。①そこには10題の講演項目を要約して掲載する。②このたび8年も経過しているので、その論文内容については見直し、訂正すべきことがあるか調査、検討し適正であることを確認する。③また小樽市医師会だより、北海道医療新聞特集号の論文を調査、検討し適正な業務が実施されているか確認する。

E. 病院誌と小樽市医師会だよりの学術活動

- 1) 小樽市医師会だよりは1963年2月に第1号が発刊される。
- 2) 私は小樽市立病院に就任時より病院誌の制作と発展および論文の作成と掲載に力を尽す。
- 3) 就任3年後の2012(平成24)年に創刊号が発刊される。これにより病院誌を発刊している他病院と同等となり、心から嬉しく思う。
- 4) 当院では小樽市医師会の先生方に当院の現状と動向、病院局長の思考、方針などを適正に知るために小樽市医師会だよりを活用する。
- 5) 「病院誌の巻頭言の立場と役割を知る」

論文は小樽市医師会だより(第103号15~18. 2023)に創刊号から第12巻までの巻頭言を掲載する。なお、創刊号から第8巻までは病院誌(第9巻19~26. 2020)の「12年間の病院局長任務で重要視した活動メッセージ」の論文にも掲載する。

F. 病院誌に掲載の巻頭言の要約と展望

- 1) 創刊号：これから新市立病院の充実と発展に病院誌の発刊は重要である。
 - (1) 病院誌には職員の仕事や業績、各診療科や各部門の活動実績、病院の統計や紹介などを総説、原著、症例報告として掲載する。
 - (2) 私は病院誌第1巻に論文作成の手引きとして「論文発表に取り組む目的と意義」の総説を掲載する。
- 2) 第2巻：この病院誌発刊には目的がある。
 - (1) 1つ目は病院内に向けての情報提供と啓発活動である。
 - (2) 2つ目は病院外に向けての広報活動である。小樽・後志地区の医療機関、医師会だけでなく、大学の派遣先さらに市当局、議会、マスコミ、市民団体に広報する。
- 3) 第3巻：病院誌の発刊には病院の積極性と活力、職員のやる気と覚悟そして周囲の人達の支援と期待の3条件が必要である。自分達の仕事を学会等で発表することは一瞬の花火にたとえられる。一方論文は宝石にたとえられる。価値のある論文は個人の業績、グループの業績、病院の評価を高める。

- 4) 第4巻：新病院では、病院機能評価受審のため、チーム医療の円滑、円満な実施に取り組んでいる。チーム医療では各部門、職員の立場、役割を尊重し、それぞれ責任をもって協働作業をする。
- 5) 第5巻：病院誌は学会誌、商業誌とは異なり、病院特有の事実、活動、情報を職員および他の医療機関に提示する役割がある。
 - (1) 本誌第5巻の目玉は、初めての病院機能評価の受審活動に関する論文である。①事務部の中千尋氏の「病院機能評価初受審を終えて」、②私の「新小樽市立病院の経営面に関する外部評価の概要と見解」の論文を掲載する。
 - (2) 私は、病院事業管理者・病院局長として「全国学術集会における講演活動の局長メッセージ」の論文を掲載する。
 - (3) 2名の初期研修医の症例報告が掲載される。若い時期に論文作成の習慣は、将来一人前の医師になるのに大事である。
- 6) 第6巻：最近他の病院誌が多く寄贈される。
 - (1) その内容から各病院の診療面、経営面、学術面、そして働く環境面の状況とレベルを良く知ることができる。
 - (2) 当病院は久米田副院長が「小樽市立病院開院90周年記念誌」を発刊する。
- 7) 第7巻：病院誌第7巻に特集「小樽市立病院90周年記念関連行事」が組み込まれる。当病院が激動の世の中を生き抜くためには職員たちの意気込み、思いやり、そして信頼の絆で繋がることである。
- 8) 第8巻：病院誌発刊には意義がある。
 - (1) 病院のアピールは、①病院の存在・評価を高める、②診療活動の充実・発展を促す、③医療者の教育・人材育成に役立つ。
 - (2) 病院誌にはその病院が時代の要請によって活動している様子が反映される。
 - (3) 医療者として実力をつけ、実績を残すには自分の仕事をアピールする。学会発表や論文投稿する機会を積極的に見つけて、成果を積み重ねていく。
 - (4) 今回の病院誌で注目すべき論文は救急・災害対策担当の岸川和弘医療部長の「北海道胆振東部地震～小樽市立病院はどう動いたか？」の総論と各論の2編の総説である。この論文はこれからの小樽市の災害対策を円滑、適切に実施する資料となる。
- 9) 第9巻：2020(令和2)年の当院では新型コロナウイルス感染症で始まり、1年間その対策、対応に明け暮れる。

- (1) 6月には市内クラスターが発生し、その1か月後に院内に職員、患者のクラスターが発生する。その後の懸命な対応により10月に収束宣言を行う。
- (2) この間の活動実態を病院誌に掲載する。

①院内感染防止対策委員長の金内優典副院長が「小樽市立病院での新型コロナ感染症対策と院内集団感染症」、②外来運営検討委員長の有村佳昭副院長が「発熱トリアージ外来開設」、③医師会担当理事の越前谷勇人副院長が「小樽市医療機関の組織的動向」、④設備管理室の坂本保幸氏が「陽性患者受け入れに伴う設備管理対応」の論文を掲載する。コロナ感染症に関する論文は今後の貴重な参考資料になる。

- (3) 私は最近教育の重要性を強く認識する。①組織は人なり、人には教育が必要である。②教育は信頼、尊敬し合う人間関係、人材育成である。③組織の評価は財産を残すが下、仕事、名声を残すが中、人材を残すが上である。最近当院の人材成長がみられ頼もしく思う。

10) 第10巻：2021（令和3）年には当院にとって重要な事項の論文が発刊する。

- (1) まず2月に病院機能評価の更新審査が実施され、7月から認定病院に指定される。その論文として①新谷好正副院長の「病院機能評価再受審の経過と意義」と②事務部の中千尋氏の「病院機能評価を受けての今後の取り組み」を掲載する。
- (2) 2021年4月には長年の念願である地域がん診療連携拠点病院に指定される。私は「当院の地域がん診療連携拠点病院指定の実情と展望」の総説を掲載する。
- (3) 新時代を迎え職員皆さんには時代の変化に気づく、時代のニーズを知る、社会への貢献を考える、そしてポジティブな発想で行動することが大事である。

11) 第11巻：2022（令和4）年当院では時代の変化により重要課題が多く発生し、その取り組みに尽力する。

- (1) 敷地内薬局設置事業の企画と推進：
 - ①当院は医師数の増加により医局が狭小化し生活環境の改善が急がれる。
 - ②小樽市立病院敷地内薬局設置事業は民間資金を活用して実施する。
 - ③敷地内薬局は土地の賃借料、当院は建物内の入居スペースの使用料を支払う。
 - ④6名の審査委員は1次審査会に参加の5社、2次審査会に選出の2社の審査を厳格に行う。その

結果アイン薬局が選定される。

- ⑤建物は4階建てにする。工事期間は令和4年7月から令和5年4月であり、令和5年5月1日に開局する。その論文として私は「小樽市立病院敷地内薬局設置事業に関する見解と展望」を掲載する。
- (2) 患者に安全・安心そして質の高い医療を提供するために、40名の職員定数枠の増加が認められる。
- (3) 医療関係のデジタル化、医療情報システムの整備を推進する。
- (4) 地域医療支援病院の指定を第一目標にする。当院の医療体制、設備、機器は十分に整っており、小樽・後志地域の医療機関、住民の期待に応えられる。

12) 第12巻：

- (1) 地域医療支援病院は2023（令和5）年10月に道庁に書類申請し2024（令和6）年2月に審査を受ける。そして3月1日付指定の認定を受け、4月1日から診療を開始する。その論文として2022年の本誌第12巻には①有村佳昭院長の「後志地域医療ピラミッド構想」と②医師会だより101号に「地域医療支援病院を目指して」、そして③本誌に橋本幸一患者支援センター次長の「地域医療支援病院に向けた小樽市立病院の取り組み」を掲載する。
- (2) 2023（令和5）年に当院の目指す3つの重要課題：①敷地内薬局の開局と実際、②地域医療支援病院の推進と実現、③公立病院経営強化プランの策定と実際である。これら重要課題の円滑、円満な実施には職員の理解と協力、支援そして貢献する行動が必要である。
- (3) なお、2024（令和6）年11月に当院のこれまでの地域医療活動に対する功労として北海道社会貢献賞を受賞する。

G. 北海道医療新聞特集号の学術活動

創刊号は1968年2月15日、特集号は1970年1月の新春と8月の夏季の2回発刊する。多彩な分野、テーマが掲載されており、有意義で、役に立ち、興味のある特集号である。私はこれまで自分が深く関与するテーマを随筆論文にして投稿する。今回私が重要視しているのは新卒の新規採用者への対応と人の立場と役割に関する課題である。

G)-1. 辞令交付式での挨拶の要点を考える。

- 1) この論文は、緑陰随想 北海道医療新聞夏季特集号2022年8月8日に掲載する。

- 2) 今年は2024(令和6)年4月1日に当院職員の辞令交付式が行われる。辞令交付者は88名である。新卒新規採用者に必要なことは自分の言動に責任、明るく・素直で・前向きな態度、一人で悩まず周囲に相談、失敗を恐れず失敗から学ぶ、謙虚・感謝・貢献の気持ちをもつ心構えである。
- 3) 彼らと同世代の大リーガー大谷翔平選手がプロとして生きていく心構えの要点を述べる。
- (1) 自分が今の状況になったのは少年野球監督の父親から野球をしていくうえに大切な心掛けを3つ学び、今でも実践している。
- ① 1つ目は、一生懸命に声を出す。声を出すことで集中力が増すし、自分およびチームメートに自分の存在、考えを伝える、そして勇気、やる気を起こさせる。それでチーム内のモチベーションが盛り上がる。
- ② 2つ目は、一生懸命キャッチボールをする。キャッチボールの基本は相手のことを思いやって、安全、確実に球を受けれるように投げる。円滑なコミュニケーションが築かれることはチームプレーに役立つ。
- ③ 3つ目は、一生懸命走る。走ることで動作が敏捷になり、守備範囲が広がる。足が速いとチームの勝利に貢献できる。
- (2) 彼の実績を上げる心構えは、一生懸命に取り組むことで自分の非力、弱点がわかり、それを乗り越えるために頑張る。地道に持続して実行する活動が彼の特徴である。

G)-2. 人の立場と役割の果たす意味を考える。

この論文は新春随想 北海道医療新聞新春特集号 2017年1月1日に掲載する。

- 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。
- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 立場を得るために一生懸命に苦勞、努力することは、人間力のある人を作る。
- (4) 人は得られた立場を謙虚に受けて、善用することで周囲に喜び、幸せをもたらす。
- (5) 立場は人に世の中の厳しさを教える。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人間性を周囲から厳しく評価され、寂しい想いをする。

2) 人は自分の引き際の適切な時期を考える。

- (1) ある著名な外科の名誉教授は講演会後の酒宴の席で今後3つの事から引退することを突然話される。それは①自分の行った臨床、基礎研究のデータがもうないので学術講演は行わない。②登山家としての判断力と体力が衰えたので登山メンバーの生命の危険を避けるためリーダーにはならない。③これまで男気と義理で無理していろいろ面倒をみてきたが今後余計なことはしないとの発言である。
- (2) 自分の人生は責任と義務をもって自分で考え、決断し、実行して、成果を上げる。そのためには能力、気力、体力が必要であり、このうちで体力が引き際、引退を決めるうえで最も重要な要因である。
- (3) 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。その忠告は極めて大切であり、しっかりと心に留めておくことである。

おわりに：

人は立場と役割によって活動、活躍して、組織、社会に貢献する。トップリーダーは周囲の人達から推されるのであるが、一方その引き際は自分で判断して行動する。

今回の仕事は私にとって年齢的と身体的そして病状での要因から最後になる。これまで4期16年間の在任中に3つの雑誌への投稿に関わった論文総数が83編になり、ある程度頑張ることが出来たことに感慨深いものがある。そして職員の皆さんが日常臨床面および学術活動においても成長がみられることを喜ばしく思う。これも偏に関係者皆さんの頑張りと努力、そして協力、支援によるものであり、心より感謝申し上げる。

私はこれまでに50回を超える公的式典、行事に出席して挨拶を述べる。その感謝の気持ちとして病院誌第12巻に「思い出に残る挨拶メッセージを振り返る」を掲載する。皆さんにはこの世の中では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つての活躍を期待する。皆さんの健康と成長そして当病院と小樽・後志地区の医療施設の活躍と繁栄を祈っている。

令和 6 年能登半島地震 小樽市立病院 DMAT 活動内容報告 — IT による災害医療戦略—

岸川 和弘¹⁾・石渡 大輔²⁾・濱井 優花²⁾・小笠原一彦³⁾・日下 亮子⁴⁾

1) 小樽市立病院 医師

2) 小樽市立病院 看護師

3) 小樽市立病院 臨床検査技師

4) 三浦外科肛門科医院 看護師

キーワード：令和 6 年能登半島地震、DMAT、災害派遣

はじめに

令和 6 年能登半島地震において、小樽市立病院 DMAT が派遣されたので、その活動の概要を報告する。(DMAT：Disaster Medical Assistance Team 以下「DMAT」という)

移動を含めた活動期間は 2024 年 1 月 9 日（火）より 2024 年 1 月 14 日（日）であった。

出動 DMAT 隊員は 5 名であり、日下亮子隊員は、小樽市立病院を退職しているが、災害医療に対する造詣、経験を活かすために、小樽市立病院と派遣協定を締結し、小樽市立病院 DMAT の一員として参加した。(表 1 出動隊員)

出動経緯

1 月 1 日（月）：

16 時 10 分発災、全国の DMAT は自動待機体制となる。DNAT 自動待機とは、あらかじめ決められた災害想定に対し、全国の DMAT が、自主的に派遣のための待機を行うことである。自動待機を行う災害想定として、①東京 23 区で震度 5 強以上の地震が発生した場合、②その他の地域で震度 6 弱以上の地震が発生した場合、③震度 7 の地震発生、大津波警報が発表された場合があるが、今回の能登半島地震では、②および③が該当した¹⁾。また、小樽を含めた北海道日本海側沿岸に、津波注意報が発令され²⁾、正月元旦、まんじりともせず、各隊員は、テレビニュースの画面を注視していた。

1 月 2 日（火）：

DMAT 自動待機は、中部ブロック DMAT 以外は待機解除となった。しかし、石川県および富山県の DMAT は被災状況把握を含めた活動を開始していた。我々も、随時、EMIS（イーミス）（注 1）により、DMAT の活動状況、現地、基幹病院の被災状況などの情報把握に努めた。（注 1）広域災害・救急医療情報システム（EMIS：Emergency Medical Information System 医療機関の被災状況や DMAT の活動内容把握などのための、災害支援運用の重要な情報収集ツール）

1 月 3 日（水）：

厚労省 DMAT 事務局より、中部ブロック DMAT へ派遣要請（第二次隊）が発信された。以降、順次、派遣要請ブロックは拡大されていった。各隊員共に、北海道への派遣要請の心積りを固めていった。

1 月 7 日（日）：

12 時 38 分、ついに北海道ブロックへの派遣要請が下る。厚労省 DMAT 事務局から北海道へ、さらに小樽市立病院を含めた全道 DMAT 指定医療機関へ能登半島派遣要請（第四次隊）が FAX・メールにて発信された。（各隊員個人にメールと各病院宛には、メールと FAX による通達）

派遣要請の要旨では、① 1 月 8 日（月）10 時に公立

表 1 出動隊員

出動 DMAT 構成員	
岸川和弘	医師
石渡大輔	看護師
濱井優花	看護師
小笠原一彦	業務調整員（検査技師）
日下亮子	看護師 三浦外科肛門科医院（当院 DMAT として協定締結）

表2 主な資機材

主な携行資機材	
病院宿泊、食糧・水の現地確保が困難と予想されたため携行資機材の調整をした	
医療資機材	超音波検査装置・心電図モニター・AED
薬品類	破傷風トキソイド・インスリン・輸液・隊員用タミフル（予防投与用）
検査用品	インフルエンザ・新型コロナ簡易検査キット（各50個）
隊員用感染対策用品	ガウン・ゴーグル・手袋
業務調整資機材	PC・プリンター・衛星携帯電話・事務用品
個人装備品（1）	ユニフォーム・ヘルメット・安全靴・トランシーバー
個人装備品（2）	保存食料・飲用水（新潟でも追加購入）・寝袋・断熱シート・簡易トイレ

能登総合病院に参集、②現地では、宿泊先・トイレなし、水・食糧調達不可、病院での寝泊まりのため寝袋用意という、現地の厳しい被災状況を伝えていた。ただちに出勤準備と勤務調整などを開始した、まず、小樽市立病院 DMAT 隊員間のグループ LINE により各隊員の出勤意志確認を行った。しかし、翌8日は祝日であったため、関係病院職員や病院長・事務部長への、連絡、派遣許可を得るのに時間を要した。

1月9日（火）：

夕方にかけて、出発準備等を行った。規定の災害時現地活動費（現金）の確保に事務職員が奔走して頂いた。

出勤準備：全行程でレンタカーを使用した。派遣要請通達に沿って、携行資機材を準備した。（表2 主な資機材）各隊員の飲料水・非常食・寝袋・簡易トイレ・感染防護セット・走行時の不慮のパンクに対応するための器具などが必要になるため、医療資機材や薬品は最小限に限定した。インフルエンザ・新型コロナ感染症簡易検査キットや各隊員用の予防投与のためのタミフルを準備した。資機材を限定したにも関わらず、車内の荷室はあふれかえる状態であった。（写真1）15：30 小樽港より新潟港へ向けてのフェリーに乗船するため、病院を出発した。出発時、並木昭義 病院局長により見送りをしていただき、士気を高めることができた。（写真2）

北海道第一次隊として、18チームが派遣された。（表3 第一次派遣 DMAT）各 DMAT チームの移動方法は、空路（富山・小松空港）が7チーム、フェリー利用が11チームであった。なかでも市立函館病院チームは、フェリーで青森に向かい、その後、陸路で能登半島へ向かうという強行軍であった。慣れないフェリーで



写真1 あふれかえる荷物



写真2 並木局長の見送り

あったためか、一部隊員は船酔いで苦しんでいた。

1月10日（水）：

9：00 新潟港着。陸路（北陸自動車道）にて七尾市能登医療圏 DMAT 活動拠点本部（公立能登総合病院内）へ向かう。新潟では不足していた、隊員用の飲料水・非常食糧（カップ麺）を購入した。北陸自動車道は路面には、異常なかったが、やや渋滞気味であったため、移動に時間を要した。17：00 頃、能登医療圏 DMAT 活動拠点本部より連絡があった。明るいうちに参集できない見通しであり、富山付近で宿泊し、翌朝に参集するように指示変更があり、富山市で一泊した。

石川県七尾市は、いわゆる中能登地区の中核で、人口約46,000人、小樽の近隣と比較すると、留萌市ほどの面積。65歳以上の高齢者人口は、これも留萌市と同程度の、約38%である。基幹病院である公立能登総合病院は、災害拠点病院であり、能登地区で唯一の救命救急センターを含め約400床で、地域の二次および三次救急医療を担っている。また、石川県が運航するドクターヘ

表3 第一次隊 DMAT

北海道派遣 DMAT（北海道第一次隊 全国では第四次隊）					
	DMAT 隊	出発日	活動日数	移動手段 1	移動手段 2
1	札幌医大	1月7日	4日間	空路	レンタカー
2	手稲溪仁会	1月7日	4日間	空路	
3	旭川日赤	1月7日	5日間	フェリー	
4	旭川医大	1月7日	4日間	フェリー	
5	東徳洲会	1月7日	4日間	フェリー	
6	市立室蘭	1月7日	5日間	フェリー	
7	製鉄記念病院	1月7日	4日間	フェリー	
8	北大	1月8日	3日間	空路	レンタカー
9	市立札幌	1月8日	4日間	空路	レンタカー
10	砂川市立	1月8日	4日間	フェリー	
11	帯広厚生	1月9日	4日間	空路	レンタカー
12	名寄市立	1月9日	3日間	空路	レンタカー
13	町立中標津	1月9日	4日間	空路	レンタカー
14	市立釧路	1月9日	3日間	フェリー	
15	小樽市立	1月9日	2日間	フェリー	
16	市立函館	1月9日	6日間	フェリー	
17	王子総合	1月11日	4日間	フェリー	
18	苫小牧市立	1月11日	5日間	フェリー	

りの能登地区における拠点基地となっている。

活動中の LINE 利用：札幌には、北海道 DMAT 調整本部（札幌医療圏内 札幌救急部 DMAT）が立ち上がっていた。グループ LINE を利用して、北海道 DMAT 調整本部からの情報、各 DMAT 間での情報共有が行われた。現地道路状況・トイレ情報・給油情報、先発隊からの活動内容などの共有がなされ、非常に役立つことになった（図1）

1月11日（木）：

7：30 に七尾市 能登医療圏 DMAT 活動拠点本部（公立能登総合病院内）に参集した。七尾市へ向かう、国道249号線に入ると、途端に、路面状況は悪化、段差や陥没が至る所にあり、慎重な走行が必要であった。能登半島へ入った時の、第一印象は、被害を揶揄する意向は毛頭ないが、バラバラになったジグソーパズルのような状況で、瓦礫の上に瓦礫がかさなり、被災された方の心情をおもんばかりであった。（写真3）

能登医療圏 DMAT 活動拠点本部（公立能登総合病院内）では、全国から参集している DMAT チームが本部運営を取り仕切っていた。（写真4）能登半島全体においての DMAT 活動本部は主に6箇所に分かれていた。（図2）参集本部到着後、到着報告や持参資機材の報告



図1 北海道 DMAT グループ LINE

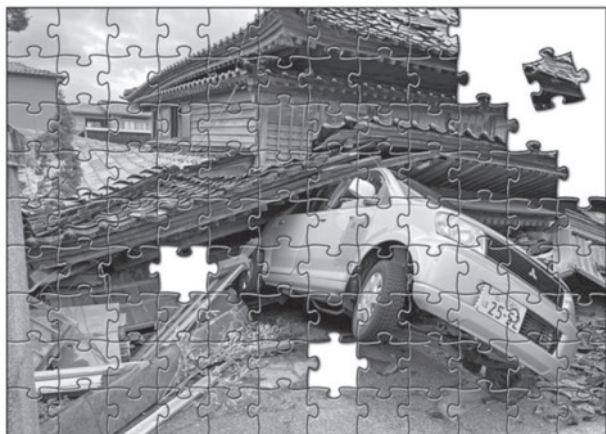


写真3 バラバラになったジグソーパズル



写真4 本部

を行い、いよいよ第一日目のミッション・活動内容の付与を、1時間ほど待機場所で待った。

1月11日（木）：

第一日目ミッション

七尾市、介護老人保健施設 寿老園が建物被害のため、今後、施設利用不可となる可能性が大きくなっていた。他施設への移送のために、入居者87名のリスト作成と移送優先順位を作成することがミッションとなった。目的地まで約1時間半の経路。携帯電話はドコモが繋がりにくいとの本部情報であったが、各社電波は、接続されたり、しにくかったり、また、テザリングはかなり遅く使用不可であった。我々が派遣された当時の報道されていた被災状況は、死亡 約200名、避難者 約20,000名、能登半島のほぼ全域が断水（約50,000戸）、道路の寸断・交通規制が多数という状況であった。

派遣された施設では、建物全体が地震のため、横に変形しているような状態であった。（写真5）電気は通っていたが、断水。職員は施設に寝泊まりしている方もお



図2 能登半島 DMAT 本部



写真5 施設の状況

り、入居者の食事調理にも苦勞している様子であった。特に長期間、入浴や口腔内ケアができず、介護度が高くなることを懸念していた。移送リスト作成のミッション、当初はPCでエクセルを使って行くと想定していたが、現場に着くと、DMAT本部より、Googleアンケート機能（Google Forms）を使った、スマホでの入力をするようにと指示された³⁾。まず、隊員の中にはGoogleアカウントになじみがないものもあり、初見のアプリの起動方法など、難渋した。しかし、このアプリを小笠原一彦 隊員が迅速に把握し、各隊員が使うことが可能になった。この集計アプリにより、リスト入力の途中でも、DMAT本部でもリアルタイムに集計を確認することができ、北海道DMAT用グループLINEと共に、災害医療現場でのIT化の有用性を感じることができた。リスト作成は、入居者のカルテを参照し、主疾病や介護度などを参照し、優先順位を決定、また、移送の際に、重要な点となる、担送・護送・自力歩行可などの情報をピックアップしていった。リスト作成中、発熱者1名を診察した。インフルエンザ・新型コロナ簡易検査キットを使用し、陰性を確認、肺炎兆候はなく、軽症と判断、解熱剤で対処とした。さらに、リスト作成中に施設担当者から、建物の雨水配管の修理を手伝って欲しいとの依頼があった。DIYの達人である石渡大輔 隊員が見事にやり遂げた。常日頃から、DMAT隊員の研修や訓練で学んできた、“DMATの仕事でないものはない—すべて被災地のために何でもしなければならない”というDMAT隊員心得のようなものを実践できたと感じている。リスト作成後に、石川県職員より連絡があった。搬送リストの上位10名が3時間程度の移送に、身体的に耐えられるかをDMATで診察して欲しいという依頼であった。10名の診察後に、家族に連絡がつき、移送の了解を得られた4名を行政手配のマイクロバスで、新潟県長岡市の1.5次避難所へ移送できた。17:00頃、現場でのミッションは終了し、報告のため、能登医療圏DMAT活動拠点本部（公立能登総合病院内）へ向かった。本部での報告を終了し、第一日目ミッション終了。約1時間半かけて、富山市に戻り宿泊。宿泊施設は、能登からの1.5次避難所となっており、孤独そうな高齢者の避難者が、ロビー内にたたずんでいたのが、心痛む情景であった。

しかし、この後事件が起きた。ホテルでチェックイン中に、DMAT本部から連絡。患者搬送のミッションが突然発生。そのために、本部へ参集せよとの連絡であった。なぜ我々がと疑問がたち浮かんだが、本部では、我々チームは病院救急車で派遣されていると認識していたのだ。レンタカーで移動していることを告げ、

DMAT本部も理解し、ミッション履行には至らなかったが、患者搬送可能な機動力の必要性を、ひしひしと感じた事件であった。

1月12日（金）：

第二日目ミッション

7:30 七尾市 能登医療圏DMAT活動拠点本部（公立能登総合病院内）に参集。

ミッションは、七尾市内 福祉施設の巡回（全60施設を10DMATチームで分担）。

グループホームなどの小規模福祉施設は、七尾市の山間部に点在しており、まだ行政の支援が不十分であったため、DMATの機動力が期待された。医療ニーズの確認と必要物資をあらかじめ確認し、手持ち資機材あるいは七尾市役所の支援物資配布ステーションから調達して運搬した。我々のDMATチームは、灯油・消毒薬などを届けた。その他のチームでは簡易トイレ（ラップポン® 日本セイフティー株式会社）やインフルエンザ検査キットやオムツなどを運搬していた。情報収集の過程では、やはりトイレ問題への対応、毎日のレトルト食品ばかりでなく、野菜が食べたいなどの切実な要望が多く聞かれた。日下亮子 隊員の、被災者によりそう情報収集が多いに貢献した。しかし、我々がすべてに対応することができない、歯がゆさも強く感じた。

さて、2日目のミッションでも新しいIT戦略の有用性を目の当たりにした。福祉施設の情報収集では、石川県が作成した、Kintoneというサイボーズ社の汎用情報収集アプリを活用した⁴⁾。また、DMAT本部への報告には、Google driveを利用した。このようなIT戦略は、リアルタイムの情報収集には、大変利便性が高いが、反面、多種類のアプリの操作に習熟する必要や、複数のアプリ入力の煩雑さなどの課題も感じたミッションであった。なお、濱井優花 隊員は、2日目のミッションとして、公立能登総合病院内のDMAT福祉調整本部で本部業務サポートを任命され、不慣れな現地での本部業務を手際よく裁いていただいた。任務終了し、報告のため七尾市 能登医療圏DMAT活動拠点本部（公立能登総合病院内）へ帰還。19:00頃、二日間のミッションを終了し、上越市に向かい宿泊した。

1月13日（土）：

11:00 新潟港よりフェリーで小樽港へ向かう。幸いなことに、船酔い者は発生せず。

表4 第二次派遣チーム

北海道第二次隊 DMAT チーム（全国第六次隊）					
No.	病院名	クール	出発日	活動期間	移動手段
1	八雲総合病院	1クール	2024/01/14	4日間	フェリー
2	日鋼記念病院	1クール	2024/01/14	5日間	フェリー
3	手稲溪仁会病院	1クール	2024/01/17	4日間	空路
4	五稜郭病院	1クール	2024/01/16	5日間	空路
5	旭川医科大学病院	1クール	2024/01/16	4日間	空路
6	王子総合病院	2クール	2024/01/19	3日間	空路
7	帯広厚生病院	2クール	2024/01/19	3日間	空路
8	北海道医療センター	2クール	2024/01/20	3日間	空路
9	北見赤十字病院	2クール	2024/01/19	3日間	空路
10	富良野協会病院	2クール	2024/01/18	3日間	空路+フェリー
11	北海道大学病院	3クール	2024/01/22	3日間	空路
12	札幌東徳洲会病院	3クール	2024/01/23	3日間	空路
13	市立札幌病院	3クール	2024/01/22	3日間	空路
14	手稲溪仁会病院	3クール	2024/01/23	3日間	空路
15	市立釧路総合病院	3クール	2024/01/17	3日間	フェリー
16	旭川赤十字病院	4クール	2024/01/26	3日間	空路
17	留萌市立病院	4クール	2024/01/26	3日間	空路
18	札幌医科大学	4クール	2024/01/26	3日間	空路
19	北海道大学病院	4クール	2024/01/26	3日間	空路
20	根室市立病院	5クール	2024/01/29	3日間	空路
21	旭川医科大病院	5クール	2024/01/29	3日間	空路
22	市立釧路総合病院	5クール	2024/01/29	3日間	空路
23	市立稚内病院	6クール	2024/02/01	3日間	空路
24	苫小牧市立病院	6クール	2024/02/01	3日間	空路
25	市立函館病院	6クール	2024/02/01	3日間	空路

1月14日（日）：

6：45 小樽港着。小樽市立病院で資機材を撤収後に解散。

1月15日（月）：

病院局長・院長・事務部長に帰還報告。

後日談：

派遣中は各隊員とも、疲労を感じていないようであったが、帰還翌日頃より、多くの隊員が、強度の疲労を感じたようであった。回復まで一週間ほどを要したようである。1月14日より、北海道からのDMAT二次派遣が開始された。二次派遣は25チームが参加、一時派遣と合わせて、43チームが参加した。（表4 第二次派遣チーム）また、全国のDMATの活動内容は、主に①本部活動 ②患者搬送業務 ③病院支援（ER・発熱外来など） ④避難所支援 などであった。派遣された全DMATは、のべ1,100チームとなった。全国のDMAT

チームは約2,000であり、おおよそ半数が派遣された。ちなみに、東日本大震災では、約400、熊本地震では、約500のDMATチームが派遣されている。北海道のDMAT指定医療機関は、現在37医療機関であり、ほぼ道内すべてのDMAT指定医療機関から派遣されたことになる。過去最大級のDMATチームが長期間に渡って派遣されたことに関して、DMAT事務局次長を務める近藤久禎医師は、能登半島地震の特殊性として、地域は狭いものの深刻な災害を受けていて、一気に支援を投入しても、問題を解決できず、何をやるにも時間がかかったという背景を述べている⁵⁾。2月3日をもって、DMATは撤収となり、医療は地元医療機関へ引き継ぎを目標に、そのための支援もJMAT（日本医師会災害医療チーム）や、地元機関へと橋渡しを行った。移行の様々な調整の要となる、現地保健所と支援チームとなるDHEAT（Disaster Health Emergency Assistance Team 災害時健康危機管理支援チーム）の活躍が期待された。



写真6 市役所報告会

活動報告

- (1) 2月26日：病院経営運営会議で、報告会（岸川和弘、小笠原一彦）
- (2) 3月22日：小樽市役所にて、塩見日本柔道整復師会災害対策室副室長、桂北海道薬剤師会小樽支部長らとともに、畚小樽市長を含めた、市役所職員に対して報告会を行う。（岸川和弘）活動報告に加えて、現小樽市立病院 DMAT の課題についても情報提供した。（写真6）

まとめと今後の課題：

今回の、能登半島地震への派遣は、小樽市立病院 DMAT としては、初めての被災地派遣による活動であった。2011年東日本大震災の当時は、当病院にはまだ、DMAT は発足してなく、自治体病院医療支援チームとして合計3回派遣された。（DMAT 発足は2013年）2016年熊本地震では、派遣に手を上げたが、自衛隊輸送機による派遣のため、チーム数に制限があり、残念ながら自衛隊輸送機に搭乗できなかった。2018年北海道胆振・東部地震では、当院 DMAT は、小樽市立病院で、DMAT 後志活動拠点本部を運営、後志および小樽市の核となり、小樽市立病院の機能維持にも専念した。このように、DMAT 発足から10年目で、北海道外の被災地へ派遣され、多くの経験と知見をいただいた。その中で見えた課題をいくつか述べたい。

(1) ダウンサイジング

今回のように、長期にわたる断水が生じている場合、被災地では医療を継続できなくなる可能性が大きい。しかし、東日本大震災で経験したように、病院の完全な撤退は、撤退するための膨大な戦力が必要であり、復興し

ても病院再開への長い道のり、あるいは撤退中の患者容態悪化や最悪な犠牲が起きること、などが明らかになっていた⁶⁾。そこで、今回の能登半島地震では、完全な撤退・避難ではなく病院・福祉施設の機能維持のために、患者・入居者を減らすダウンサイジングの戦略が行われた。我々が携わった一日目の福祉施設でも、ダウンサイジングを目指していた。また、珠洲市総合病院では150床から20床へダウンサイジングを行い、病院機能を最低限維持して、病院籠城戦略を選択していた。

この珠洲市総合病院のダウンサイジングには、多くの DMAT 車両が活躍した。患者搬送能力がある、病院救急車や専用の DMAT カーが利用された。

小樽市立病院の DMAT に欠如しているのは、このような機動力かと痛感した。小樽市立病院 DMAT の次の10年の目標として、病院救急車の装備拡充や DMAT カー導入、そのための DMAT 隊員の補充などを考えていきたい。その中でも、2024年4月に、病院に新規導入された救急車を、DMAT 活動に利用できないか、今後の訓練を通じて検証していく予定である。

(2) 災害医療の IT 戦略

内閣府においても、災害対策に AI の活用を推奨していくようである⁷⁾。

今回我々も、派遣中の北海道 DMAT 用グループ LINE による情報共有とサポート体制、第一日目の Google アンケート機能の利用、第2日目の kintone アプリや Google drive への情報入力、従来から使用している DMAT 活動の要としての EMIS 機能など、活動中の新しい IT 戦略駆使をいくつか経験した。これらの新戦略のリアルタイム性や共有の容易さには、おどろかされたが、同時に使用方法の熟練が必要、かえって複数の入力業務が強いられるなどの課題も浮き彫りになったようである。おそらく、今後の検討や訓練などでの検証が待たれるであろう。

(3) DMAT 自体の厳しい環境への対応

派遣要請指示で提示された、食糧・水の調達不可、トイレも持参、病院泊の覚悟など、大変厳しい被災地の環境が予想されていた。もちろん、被災されている方が、最も厳しい環境に、出口の見えない長期間を強いられていたことに異論はない。しかし、短期間とはいえ、安全な医療支援を行うために、DMAT 隊員の災害環境への適応力を高める必要があることも痛感させられた。たとえば、フェリーなどの船舶を利用した、支援チームへの宿泊施設（1/15 前後からフェリーが七尾港に停泊して、支援チームへの宿泊提供が開始された）、また、複数の場所

に、医療支援資機材を集積したハブを設置し、各 DMAT は軽装備で迅速に現地へ向かうことができる体制などが検討されることを願っている。実際に都立病院 DMAT チーム（7-10 病院）は、富山に前線基地を作り、資機材を集約させていた。私事であるが、私はキャンプやアウトドアが苦手で、一度も寝袋で寝たことがなく、これが 1 番の心配事であった。申し訳なく思っている。

（4）働き方改革・職場と家庭の支援・小樽市立病院職員として派遣される自覚

DMAT の働き方改革も考えて見たい。DMAT 派遣には、職場の大きな支援と家族・家庭の支えが必要である。個人が旅行に行くのとはちがい、スムーズな準備・出勤には、多くの方々の協力が不可欠である。それらに、感謝した上で、DMAT 隊員はボランティアではないという認識の上で、DMAT 隊員への何らかのインセンティブを考える時代ではないだろうか？ この中には、派遣後のクールダウン期間としての十分な公休制度も考慮に値するであろう。インセンティブの具体的な方法は、各医療機関で、今後、議論していくことを希望する。また、今回の出動で、訓練では考えもしなかった、DMAT 隊員の被災時保証が明文化されていないことに気づいた、日本 DMAT 活動要領や北海道 DMAT 設置運営要綱でも、明らかな記述はない⁸⁾。ただ厚労省では、派遣自治体が病院との協定により保証するとだけ記されているのみである。今後、本災害が落ち着いた時点で、小樽市立病院としても、北海道と DMAT 隊員の災害補償を協議し、明文化していく予定と伺っている。

最後に、最も大事な事であるが、DMAT 派遣は、小樽市立病院職員として派遣されているということを忘れてはいけないことである。被災地での活動姿勢、生活マナー（派遣 DMAT は被災地でのコンビニ利用は控える、依頼された仕事は拒否しないなど）、これら以外にも小樽市立病院職員の代表として派遣されているという矜持を持ち続けることが大切であると感じている。そのことが、これからの小樽市立病院 DMAT が病院職員と小樽市民から信頼され応援を受けるために必要なことであると信じている。

本原稿執筆時点（2024 年 5 月末）で、地震の犠牲者は直接死 230 人と災害関連死の疑い 15 人の計 245 人と公表されている。住宅損壊 8 万棟を超え、輪島、珠洲両市では計 2,170 戸で断水が続いている。依然として、避難者数は約 3,500 人と報告されている。

末尾であるが、能登半島地震で被災された方へのおくやみと、お見舞いを申し上げ、1 日も早い復興を願っていることを付記する。

文献

- 1) 日本 DMAT 活動要領 令和 4 年改正版 厚生労働省 医政局
- 2) 気象庁「令和 6 年能登半島地震」について（第 4 報）令和 6 年 1 月 2 日
- 3) Google Forms https://www.google.com/intl/ja_jp/forms/about/
- 4) 災害支援とサイボウズ <https://saigai.cybozu.co.jp/>
- 5) 被災地の医療は…被災地の外からの支援縮小 “地域の医療” どう確保 課題は NHK NEWS WEB 2024 年 2 月 13 日
- 6) 福島原発事故 10 年検証委員会 民間事故調最終報告書 一般財団法人 アジア・パシフィック・イニシアティブ・2021
- 7) AI 技術の防災・減災への活用 内閣府（科学技術・イノベーション担当）https://www.bousai.go.jp/kohou/kouhoubousai/r01/98/news_05.html
- 8) 北海道 DMAT 設置運営要綱 令和 4 年改正版 北海道 DMAT 連絡協議会

Parkinson 関連診療における 進行性核上性麻痺の意義についての検討

井原 達夫¹⁾・輿水 修一²⁾・新保 和賢²⁾・水島 慶一³⁾・大浦 大輔⁴⁾

1) 小樽市立病院 脳神経内科

2) 北海道脳神経外科記念病院 脳神経内科

3) 北海道大学大学院 神経内科

4) 小樽市立病院 放射線室

要 旨

パーキンソン病及びその近縁疾患の診療においては相互の鑑別が問題になるが初期段階では症状が不完全でその後の経過や治療に対する反応性の変化により診断の変更を余儀なくされることがしばしば起こる。特に動作緩慢や歩行障害、固縮が主症状の場合にはパーキンソン病の他に、進行性核上性麻痺との鑑別が問題になることがある。両者は症状経過が類似しながら原因となる蓄積タンパクや病変部位、治療反応性が全く異なるためその鑑別は重要である。進行性核上性麻痺はパーキンソン病とは別個のものとして報告された臨床病理学的概念であるが、当科診療開始以来両者いずれかと診断された例に加え、両者の異同が問題になった例を含め進行性核上性麻痺疑い例としてその診療上の問題につき検討した。両者は病理学的にも排斥しあうものではないことも示されており鑑別を急ぐ必要はなくパーキンソン病に準じた対応をしながら必要に応じて再評価すべきである。

キーワード：パーキンソン病、進行性核上性麻痺、鑑別、治療反応性

緒言

パーキンソン病 (Parkinson's disease, PD) を始めとする錐体外路疾患の診療においては同様の症状を呈する類縁疾患が複数あり、特に固縮や動作緩慢、歩行障害が主症状の場合には PD と進行性核上性麻痺 (Progressive supranuclear palsy, PSP) との鑑別がしばしば問題になる。PD は α シヌクレインタンパクが蓄積し、PSP は別異のタウタンパクが蓄積するものであり、また両者は病変分布の差に加えて治療に対する反応や予後が異なるものとされているためその鑑別は重要である^{5, 6)}。しかしこの両者の鑑別はしばしば困難な場合があり診療経過に伴い診断や対応の変更を余儀なくされることもまれではない。更に最終的な PSP 診断確定例でも複数の臨床亜型が分類されていることが判断を複雑にしている^{2, 3)}。今回は PSP に視点を置き両者の診断、対応上の問題につき検討した。

対象・方法

対象症例は 2014 年 4 月当科診療開始以来 PSP との最終的な臨床診断に至った 9 例 (臨床診断例)、鑑別上考

慮した疑い例 (疑い例) 12 例である。PSP の確定診断は最終的な病理診断によるものであるためこのような用語分類にした。一方比較対象として最終診療時点で PD と判断された 62 例を選択し各診療記録を後方視的に比較検討した。なお本研究に際し当院臨床研究審査会にオプトアウト方式で公示する旨を含めて申請し承認を得た。なお本稿は第 65 回日本神経学会 (東京、2024 年) において発表した内容に、症例の追加選択を行ったものである。

結果

初診時年齢と男女別を表 1 に示す。平均年齢は臨床診断例、疑い例、PD 例の順序でわずかに上昇する傾向があったが有意差は認めなかった。男女別では PSP 臨床診断例及び疑い例では男性が 2/3 前後と多く PD 例では女性が男性の 2 倍以上であったが有意差はみられなかった。

表 2 に PSP 臨床診断例の問題となった項目を示す。全例で補助検査である脳シンチグラム検査 (Dopamine transporter scintigraphy ; DAT scan) において集積低

表1 対象症例内訳

	初診時年齢 (歳)		男性	女性	計	
PSP 臨床診断例	69.8±6.5		6	3	9	
PSP 疑い例	72.2±4.9		7	5	12	
PD 例	73.0±6.9	P>0.05	19	43	62	P>0.05

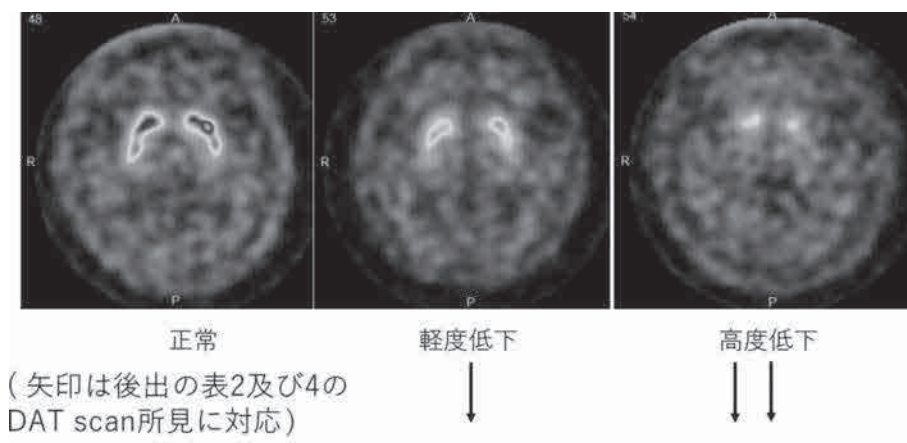


図1 DAT スキャン (Dopamine transporter scintigram)

表2 PSP 臨床診断例 DAT scan の集積低下の所見につき図1対応

症例	振戦	DAT scan	診断施設	ドーパ剤治療	他項目
1	+	↓↓	他施設	+	
2	+	↓↓	他施設	中止	
3		↓↓	他施設	+	*MIBG 心筋シンチグラフィーで所見あり
4	+	↓↓	当院	+	
5		↓↓	当院	+	
6		↓	他施設	+	
7		↓↓	当院	+	
8		↓↓	当院	中止	
9		↓↓	当院	+	**脊椎症

下が認められた (図1 参照)。なお図1においては以下の表2 及び表4 における DAT scan 所見の程度を統一するため画像の visual 所見と半定量値とを併せて軽度低下及び重度低下に分けそれぞれの矢印に対応するようにした。いずれも当初パーキンソン症状とみなした内服治療を開始したが9 例中2 例で効果を得られず中止になった。

また特記すべきは当初当科で PD と診断し他医紹介または転医後に PSP に診断名が変更になった例が4 例あったことである。この理由は当初振戦がみられたことや (症例1、2) MIBG 心筋シンチグラフィーでの洗い出し (washout) 比率がやや亢進しており (症例3、図2 参照)、またドーパ剤内服治療で軽快が得られたことで PD の臨床経過と矛盾しなかったことによる (症例6)。

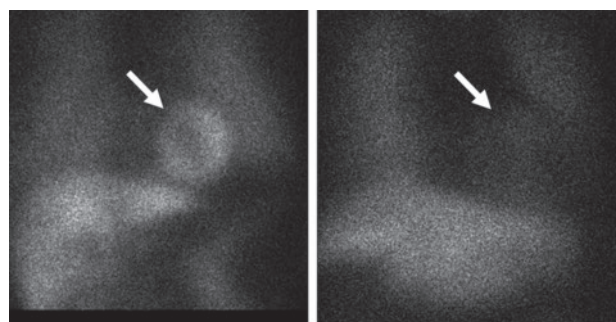


図2 MIBG 心筋シンチグラフィー

表3 振戦症状の有無

	振戦あり	振戦なし	
PSP 臨床診断例	3	6	
PD 例	47	15	P<0.05

表4 PSP 疑い例 DAT scan 低下所見につき図1対応

症例	鑑別診断 1	鑑別診断 2	他疾患	DAT scan	ドーパ剤治療
1	皮質基底核症候群 多系統萎縮症		脊椎疾患	↓↓	中止
2	皮質基底核症候群			↓↓	有効
3	脳梗塞	小脳性失調	脊椎症 下肢動脈閉塞	↓	有効
4	PD		脊椎症	↓↓	効果不明
5	PD	多系統萎縮症	脊椎症	↓	無効
6	PD	多系統萎縮症		↓↓	薬効減弱
7	PD (* MIBG 心筋シンチ グラフィーで所見あり)			↓↓	有効
8	正常圧水頭症	脳虚血		↓↓	無効
9	PD		(腎障害)	↓	効果不明
10	PD 多系統萎縮症	小脳性失調 認知症		↓↓	有効
11	正常圧水頭症			↓↓	有効
12	PD			→ (低下なし)	無効

そこで鑑別の一視点として振戦症状の有無を検討した。表3に内訳を示すがPDで有意に多いことが示された。

また1例で歩行障害の原因として頸部脊椎症の関与も疑われ除圧手術を行った(症例9)。

次にPSPの疑い例の概要を表4に示す。初診時以降の経過や随伴症状によりPDを含む他の類縁疾患の可能性が考えられた。皮質基底核症候群はPD類似の運動障害に加え大脳皮質レベルの高次機能としての失行のような運動遂行障害や言語障害を伴う疾患であり、多系統萎縮症は小脳性失調や起立性低血圧を伴うものである。脳虚血や梗塞としたのは画像上無症候性の虚血や梗塞性変化が判明し、これに伴う二次性の運動障害としての脳血管性パーキンソン症状が考えられたものである。起立時の平衡障害や歩行障害については画像から小脳性失調の関与、更には認知症の影響が示唆される例もある。加えて下肢動脈疾患や脊椎疾患の影響が加わると長期にわたり判断が困難になっており診断は確定していない。

症例7は脳幹部症状から当初PSPと診断したが経過に伴いMIBG心筋シンチグラフィーで集積低下とwashout亢進が確認され(図2参照)現時点でPDとして治療中である。

DAT scanでは1例を除いて低下が確認されいずれもPDに準じた治療を開始しているが効果は一定しない。

考察

パーキンソン病(PD)は従来知られたもっとも重要

な錐体外路疾患であり、症状の記載から始まり、病理学的及び遺伝子レベルの解明はもとより神経伝達物質であるドーパミンを含有する神経を含有する中脳黒質の変性脱落を前提とする薬物治療の選択が広まり、近年は外科的なモデュレーションの普及まで含めて200年以上の沿革がある^{8, 10)}。

一方の進行性核上性麻痺(PSP)は1960年代に脳幹部病変に起因し眼球運動障害と易転倒性を示す姿勢調節障害を主症状とする疾患としてSteele-Richardson-Olszewski症候群として病理所見とともに報告されたのを嚆矢とする^{3, 6)}。両者は別個の疾患とされる一方で、いずれも麻痺のない歩行ないし運動障害が進行性に悪化する経過をとることからしばしばその鑑別が問題にされるが、この傾向に対しては基盤となる病理学的プロセスが全く異なることから安易に鑑別診断にあげることにについて警鐘をならす主張もみられる⁵⁾。

先述のようにPSPは当初から臨床病理学的概念として報告されたため、その確定診断は病理所見に基づかなければならないが⁶⁾、近年確定診断例でも複数の臨床亜型の蓄積が進み検討グループにより新たな分類基準が提唱されている^{2, 3)}。その臨床亜型の内訳は上記のSteele-Richardson-Olszewski症候群を基本型(Richardson型)としPDとの症候学的な重複がみられるParkinson型、高次脳機能障害を伴う皮質基底核症候群型、更に加えて認知症や小脳性失調を伴う亜型など進行性の認知及び運動機能障害をきたす変性疾患の大半を包摂している印象があるが、鑑別が不必要に複雑になっている印象を否定できない。しかしやはりPDとPSPの鑑別が病初期の

経過の類似性や内服治療の効果や機能予後の観点から一番問題になると思われる。

今回の検討で PSP 臨床診断例では経過に伴い眼球運動障害や歩行障害、認知機能変化があらわれる傾向があり (Richardson 型)、また最初の検査で DAT scan において明瞭な集積低下がみられるため一定期間を経過して診断が確定された。これは PSP においては潜在的に進行した段階で診断される場合が多いことを示唆するが、このような症例では従来の定型的な PD との区別に困難はないことを意味する。

もっとも 9 例中 4 例において当科で診断した PD から転医後に診断が PSP に変更になっている。初期段階では症状が不完全で上述のように PD 類似の経過をたどることもあるが PSP の亜型分類の影響に伴う担当医や施設の経験、視点の違いにもよると考えられる。

個別の症状については PD では 7 割以上に振戦を伴うとされるため⁷⁾ PSP 臨床診断例と PD 例の振戦症状の有無を比較したところ有意差がみられた。しかし PSP 例でも 4 割で振戦を伴うとの報告もあり個別の例では振戦の有無が必ずしも決定的なものではないことに注意を要する⁴⁾。

次に疑い例を検討すると鑑別の対象として PD の他に類縁関係の錐体外路疾患が当然問題になるが認知機能障害が問題になる例もあり、MRI 画像の普及から脳梗塞に伴ういわゆる脳血管性パーキンソンニスムや脳室拡大を理由とする正常圧水頭症、小脳障害の関与も考えられた。

更に歩行ないし平衡障害の症例は他の脊椎疾患や下肢の動脈閉塞疾患により症状や経過が修飾され判断困難例として最終的な診断を保留している。これは高齢化と他疾患の影響に不可避免的に伴うものといえるがこれらの合併症を除外しても 12 例中 11 例で DAT scan で集積低下がみられたことから一義的には錐体外路系の類縁疾患同士の鑑別が問題になる。

症状の基盤となる病理学領域でも PD と PSP は中脳黒質部の病変が共通する以外は、PSP の方がより病変部位が広範であり、特異的な形態像や原因となるタンパクが異なることも知見として確立している。しかし一方で両者の併存した例も報告され、両者はかならずしも排斥しあうものではないことが示されている^{9, 11, 12)}。これらの臨床像及び病理像双方の所見についての報告は両者の知見の集積に伴う正常な相互作用というべきであり適切な診療指針の改良に結実することが望まれる。

一方症状や病理の比較のみでなく治療効果に着目すれば経過観察においてドーパ剤内服による効果も判断の一助として重要である。Parkinson 型の PSP ではドーパ

剤による内服治療にある程度反応することと言われており^{1, 3)}、今回の臨床診断例でも改善した例があった。しかしプラセボ効果の可能性を否定できず長期観察が必要である。臨床診断例及び疑い例を併せて大多数の症例で DAT scan の結果から PD に準じて一定期間治療を試みているがいずれも効果は一定していない。

今回の検討結果からは現時点で PD として加療しても特に治療期間の比較的短い症例では今後の経過によって一部 PSP に診断が変更になる可能性があることが示唆される。しかし診療上の問題としては初期段階では拙速に確定診断に急がず PD に準じて標準的な内服薬治療を進めるのが実用的と考える¹⁾。症状の変化や治療に対する反応をみながら補助的にシンチグラム検査を追加反復するなど柔軟かつ長期的な時間軸をみすえた対応が重要である。

後記

本研究においては下記施設より対象症例をご紹介いただき、また転院後の診療経過につきご教示いただきました。ここに明記し深謝申し上げます

越前谷脳神経クリニック
済生会小樽病院脳神経内科
新さっぽろ脳神経外科病院脳神経内科
札幌西円山病院神経内科
北祐会北海道脳神経内科病院
北海道医療センター脳神経内科

文献

- 1) Bluett B, Pantelyat AY, Litvan I, et al. Best practices in the clinical management of progressive supranuclear palsy and corticobasal syndrome: a consensus statement of the CurePSP centers of care. *Front Neurol* 2021 Jul 1; 12: 694872
- 2) Boxer AL, Yu JT, Golbe LI, et al. Advances in progressive supranuclear palsy: new diagnostic criteria, biomarkers, and therapeutic approaches. *Lancet Neurol* 16; 552-563, 2017
- 3) Coughlin DG, Litvan I. Progressive supranuclear palsy: advances in diagnosis and management. *Parkinsonism Relat Disord* 73; 105-116, 2020
- 4) Fujioka S, Algom AA, Murray ME et al. Tremor in progressive supranuclear palsy. *Parkinsonism Relat Disord* 27; 93-7, 2016
- 5) 平山恵三 神経症候学 II 改定第二版, 東京, 文光

堂, 2010, p1110-1111

- 6) Höglinger GU, Respondek G, Stamelou M, et al. Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: the Movement Disorder Society criteria. *Movement Disorders* 32; 853-864, 2017
- 7) Hughes AJ, Daniel SE, Blankson S. A clinicopathological study of 100 cases of Parkinson's disease. *Arch Neurol*, 50(2); 140-148, 1993
- 8) 河村満, 岡本保, 菊池雷太. 振戦麻痺からパーキンソン病へ—現代の目からの再検討 *Brain and Nerve (Tokyo)* 71(8); 847-855 2019
- 9) 中田聡子, 石田千穂, 高橋和也 他. 2024 進行性核上性麻痺の病理像を伴ったパーキンソン病の1部検例. 第65回日本神経病理学会総会学術研究会 P-52
- 10) 日本神経学会. パーキンソン病診療ガイドライン, 東京, 医学書院, 2018
- 11) Rigby HB, Dugger BN, Hentz JG et al., Clinical features of patients with concomitant Parkinson's disease and progressive supranuclear palsy pathology. *Mov Disord Clin Pract* 29; 2(1); 33-38, 2014
- 12) 津山恒, 谷口大祐, 井上枝理子 他. 2024 レビー小体病と進行性核上性麻痺 (PSP-PNLA) の病理診断基準を満たした一部検例. 第65回日本神経病理学会総会学術研究会 P-50

Significance of progressive supranuclear palsy in management of Parkinson's disease and related disorders

Tatsuo Ihara¹⁾, Shuichi Koshimizu²⁾, Kazuyoshi Shinpo²⁾, Kei-ichi Mizushima³⁾,
Daisuke Ohura⁴⁾

1) Department of Neurology, Otaru General Hospital

2) Department of Neurology, Hokkaido Neurosurgical Memorial Hospital

3) Department of Neurology, Graduate School of Medicine, Hokkaido University

4) Department of Radiology, Otaru General Hospital

Abstract

The differential diagnosis of Parkinson's disease and related disorders is often difficult, especially in the early stages, sometimes necessitating a change in diagnosis over time based on subsequent conditions and changes in the response to treatment. It is difficult to differentiate between Parkinson's disease (PD) and progressive supranuclear palsy (PSP) because they have similar symptoms, such as bradykinesia, gait disturbance and rigidity, despite differences in pathogenic aggregated proteins, the location of pathological changes, and the response to medical treatment.

PSP was first reported as a clinicopathological entity different from PD.

The authors studied the problems in clinical diagnosis and treatment of these two different disorders.

As the two disorders are pathologically related, it may not be necessary to differentiate them in the early stages. Treatment of suspicious cases should follow that for PD, and be reevaluated as necessary.

Keywords: Parkinson's disease, progressive supranuclear palsy, differential diagnosis, response to treatment

体幹部肺定位放射線治療における高精度治療へのアプローチ ～横隔膜下腹部圧迫法の有用性と intra fractional motion の評価～

横浜 拓実¹⁾・土屋 和彦²⁾・隅谷 孟由¹⁾・小笠原 弘¹⁾

1) 小樽市立病院 医療技術部 放射線室

2) 小樽市立病院 医局 放射線治療科

要 旨

放射線治療では、腫瘍に対して必ずしも限局して照射できるわけではなく、腫瘍体積に対しマージンを加えている。体幹部肺定位放射線治療では大線量を照射するため、正常組織の副作用低減のためにはマージンを小さくする必要があるが肺腫瘍は呼吸により大きく動いてしまう。そこで呼吸移動対策の一つとして横隔膜下腹部圧迫法が提案されている。また、照射中の腫瘍の動き (intra fractional motion : IFM) に関して、体動や呼吸により照射野外に逸脱していないかは治療後の 4D-CT を撮影することにより確認をしていたが、視覚的評価に留まったままであった。

本研究では肺定位放射線治療を行った患者 75 名を調査し、腹部圧迫の有用性と IFM を治療前後の 4D-CT から計測することにより治療の正確性を評価した。

腹部圧迫法により下葉では有意に腫瘍移動量が低減され、解剖学的位置に依存していることがわかった。また、治療前後の IFM を確認することにより、肺定位放射線治療が正確に行われていることが定量的に示された。

キーワード：体幹部肺定位放射線治療、呼吸移動対策、intra fractional motion

〔緒言〕

体幹部肺定位放射線治療 (Stereotactic body radiation therapy : SBRT) は早期非小細胞肺癌 (NSCLC) に対する根治的治療法として急速に台頭してきた¹⁾。SBRT は、米国治療放射線腫瘍学会 (ASTRO) および米国放射線学会 (ACR) により、「1 回または少数の分割を使用して、体内の標的に高線量の放射線を非常に正確に照射するために使用される方法」と定義されている。この治療法は、30 年以上にわたって頭蓋内病変に使用され、成功を収めてきた長い歴史があるが、同様の治療を脳外で行うことができるようになったのは最近のことである。近年では NSCLC に対する局所進行、転移性疾患への適応も拡大しており、効果的な治療方法として注目されている。

肺 SBRT に対しては直径 5cm 以下の小さな腫瘍に対して、治療計画時の照射中心位置を 3 次元の各軸方向に 5mm 以内と、治療中に高精度に再現できることが適応条件となっている。放射線治療の目的は、周囲組織へのダメージを最小限に抑えながら、腫瘍を完全に局所制御することである。しかし、放射線治療は必ずしも腫瘍だ

けに限局して照射できるわけではなく、呼吸や蠕動運動による体内での動きである IM (internal margin) や毎回の治療患者のセットアップ時や機械の幾何学的な精度のずれ SM (set up margin) を考慮して、ある程度広がりをもった体積である計画標的体積 PTV (planning target volume) を設けて照射を行なっている。すなわち、腫瘍組織以外の正常細胞にも放射線が当たってしまうことにより、副作用の増大が懸念される。

肺 SBRT では、高線量での照射になるため、PTV はできるだけ小さい方が望ましいが²⁾、通常、自由呼吸では肺腫瘍は 2.5cm まで動くことが報告されており³⁾、大きなマージンが必要になる (図 1)。そのため、肺腫瘍に対するいくつかの呼吸移動対策が考案されており⁴⁾、息止め照射、横隔膜下における腹部圧迫法、呼吸ゲーティング、金マーカー留置による動体追跡 (Real time tumor tracking radiation therapy : RT-RT)⁵⁾ などがある。その中で横隔膜下における腹部圧迫法は簡便であり、スループットが良いため当院での肺 SBRT に採用をしているが (図 2)、呼吸移動対策に有用であるかどうか、定量的に評価を行なっていなかった。また、肺 SBRT では高線量付与により治療時間が長くなる可能性

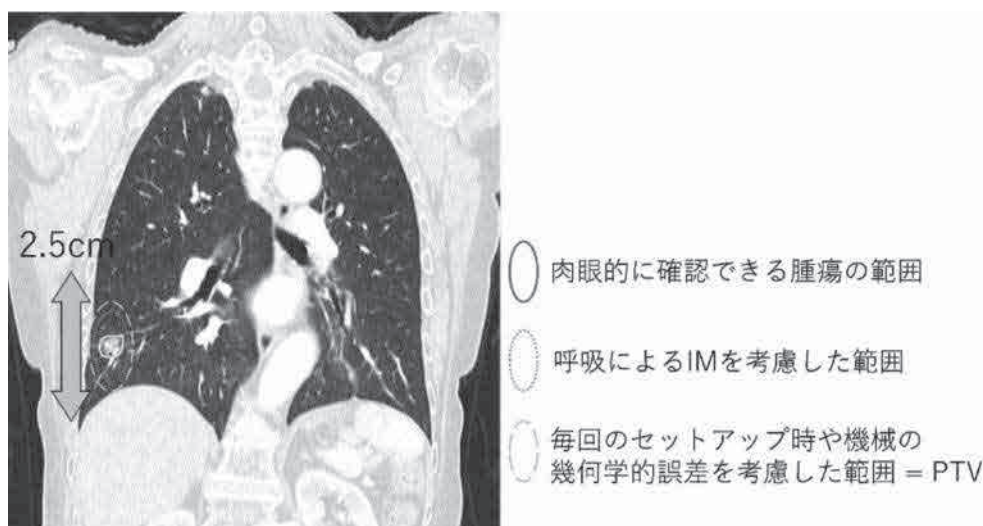


図1. 肺 SBRT における肺腫瘍の動き
肉眼的に確認できる腫瘍の範囲より、自由呼吸の影響などで実際に照射する範囲はさらに大きくなる



図2. 当院における横隔膜下腹部圧迫方法
腹部にタオルを当てて発泡スチロールをバンドで固定することにより圧迫を行なっている

があるため、胸腔内腫瘍変位のリスクが高くなり、その結果、隣接する危険臓器（OAR）への過剰照射や標的への過小照射のリスクが高くなる。さらに照射体積の小ささゆえ、治療中の患者の動きや治療体位の保持の不確かさによる照射中の腫瘍の動き、すなわち intra-fractional motion：IFM の影響は通常照射より大きくなる。当院における肺 SBRT では照射前に撮影した 4D-CT で位置照合を行い、照射後に撮影した 4D-CT で腫瘍位置を確認することで照射中に腫瘍が照射領域外に動いていないかどうかという正確性の評価を行なっている。（図 3）しかし、視覚的評価に留まったままであった。

【目的】

当院の肺定位放射線治療における横隔膜下腹部圧迫法の有用性を検討すると共に、intra-fractional motion を定量的に評価し、当院での放射線治療が正確にされているか明らかにする。

【方法】

Elekta 社 Synergy にて 2017 年 4 月から 2023 年 9 月まで肺 SBRT を行った患者 75 名（男性 42 名、女性 33 名、平均年齢：80.3±7.6 歳）を調査した。画像照合装置は XVI、治療計画装置は Monaco を用いた。なお、本研究においては院内 IRB の承認を得ている。

①横隔膜下における腹部圧迫法の検証

腹部圧迫法を施行した 28 名の患者を retrospective に解析した。

XVI にて撮影した 4D-CT を Monaco に転送し、Monaco 上で最大吸気と最大呼気の位相それぞれにおける肉眼的腫瘍体積（Gross tumor target volume：GTV）を ROI（Region of interest）を囲って定義し、腫瘍の移動量を算出した。（図 4）

そして腹部圧迫法を用いた場合とそうではない場合で、肺の上葉、中葉、下葉にわけて算出を行った。

なお、腫瘍の移動量は以下の式を用いて算出を行った。

$$\text{腫瘍移動量} \Delta M = \sqrt{\Delta x^2 + \Delta y^2 + \Delta z^2}$$

Δx ：吸気と呼気の x 座標の差、 Δy ：吸気と呼気の y 座標の差、 Δz ：吸気と呼気の z 座標の差

統計解析は paired-t test を用い、解析ソフトには JMP version 12（SAS Institute Inc., Cary, NC, USA）

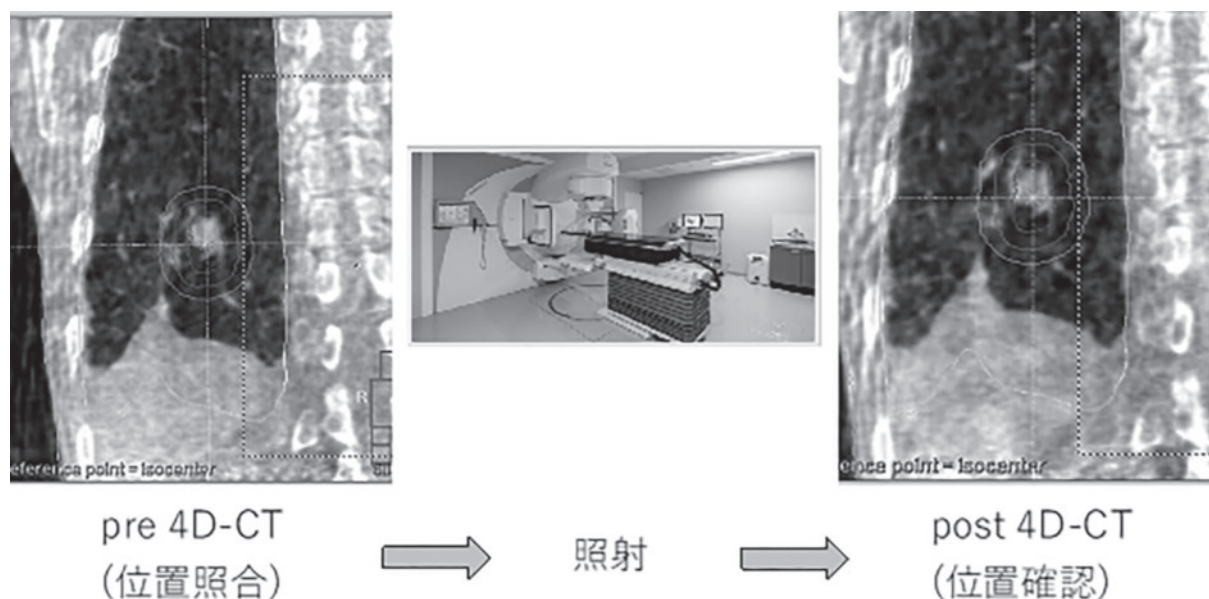


図3. 肺 SBRT における治療ワークフロー

照射前後に 4D-CT を撮影することで、位置照合から照射野範囲外に腫瘍が逸脱していないか確認することができる

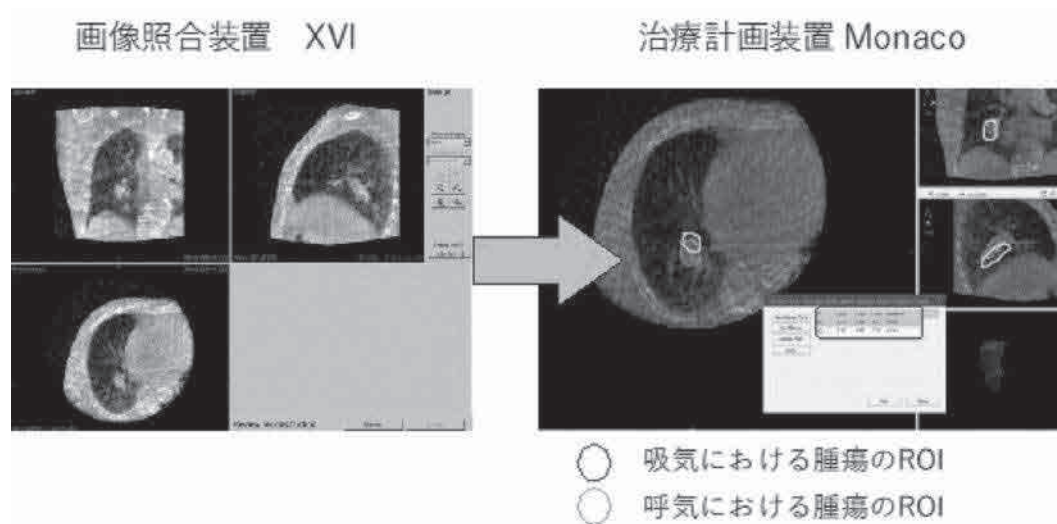


図4. 腫瘍移動量算出方法

画像照合装置 XVI で取得した 4D 画像を治療計画装置 Monaco に転送し、吸気と呼気それぞれで ROI を設定し腫瘍の重心座標を求めることにより算出している

を使用した。 $p < 0.05$ を統計的有意差ありとして算出した。

② Intra-fractional motion : IFM の評価

Retrospective に解析できた患者 33 名の 127 照射分を調査した。画像照合装置 XVI にて照射後に撮影した 4D-CT 画像から、各マージンを加えた領域である計画標的体積 (PTV) が一致するように補正を行った (図 5)。

補正後の x 、 y 、 z の 3 方向 (左右、頭尾、前後) の移動量は治療前後の IFM ($\Delta x'$ 、 $\Delta y'$ 、 $\Delta z'$) に相当するので、それぞれ算出し、当院におけるセットアップマージンと比較した。

なお、IFM の合成移動量は以下の式を用いて算出を行った。

$$\text{IFM 合成移動量 } \Delta M' = \sqrt{\Delta x'^2 + \Delta y'^2 + \Delta z'^2}$$

$\Delta x'$: 治療前と治療後の x 座標の差、 $\Delta y'$: 治療前と治療後の y 座標の差、 $\Delta z'$: 治療前と治療後の z 座標の差

[結果]

① 中葉 + 下葉の群において腫瘍平均移動量は、腹部圧迫前で $15.8 \pm 0.70\text{mm}$ 、腹部圧迫後で $8.51 \pm 0.59\text{mm}$ と有意差が見られた ($p < 0.05$, paired-t test)。一方で上葉では腹部圧迫前で $5.14 \pm 0.21\text{mm}$ 、腹部圧迫後で 4.07

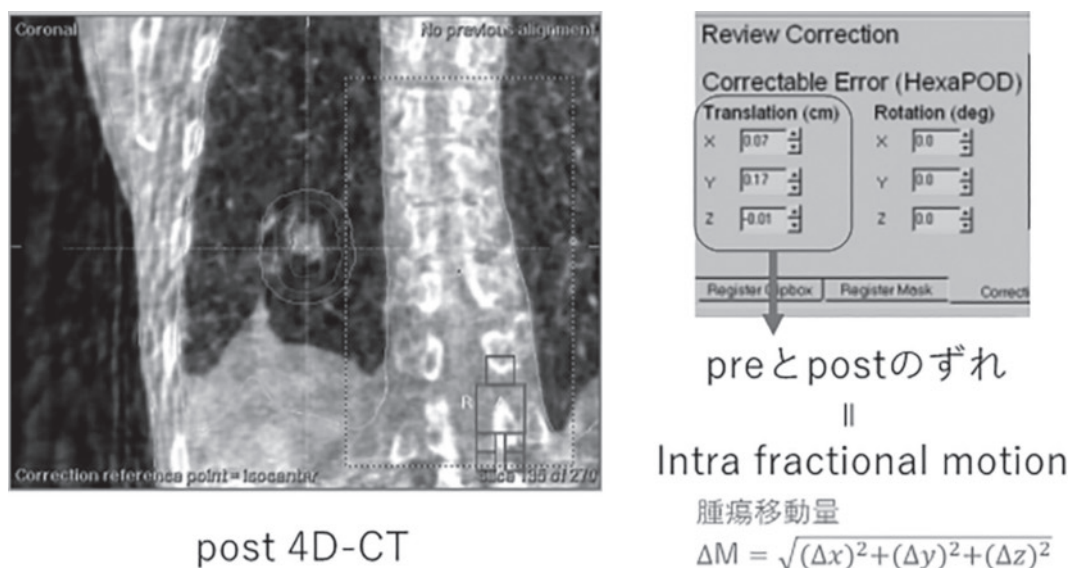


図5. Intra fractional motion の算出
post 4D-CT による位置合わせから算出することができる

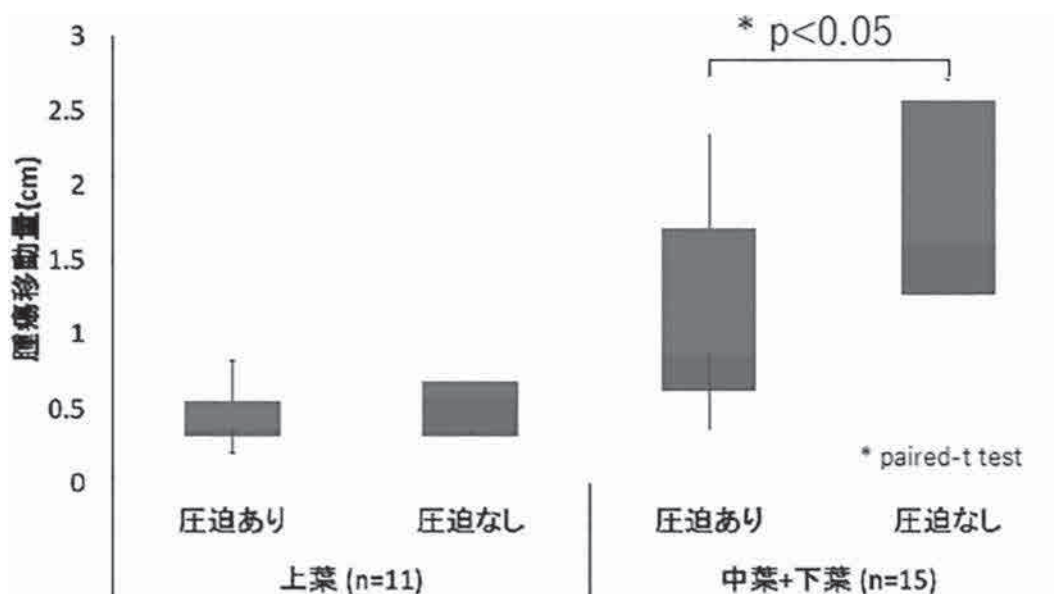


図6. 解剖学的位置における腹部圧迫前後の腫瘍移動量

±0.16mm と有意差は見られなかった。(図 6)

また、全方向別の腫瘍移動量の結果を表 1 に示す。頭尾方向の移動量を示す Δy では、上葉、中葉+下葉それぞれの腹部圧迫前後において有意差が見られた ($p<0.05$, $p<0.01$, paired-t test) (図 7)。

② IFM の結果を表 2 に示す。平均 IFM は $\Delta x'$ 、 $\Delta y'$ 、 $\Delta z'$ 方向でそれぞれ $1.1 \pm 0.9\text{mm}$ 、 $1.5 \pm 1.5\text{mm}$ 、 $1.7 \pm 1.4\text{mm}$ となり、当院におけるセットアップマージン 5mm の設定と比較して小さな値となった。また方向別では $\Delta x'$ 方向の移動量が $\Delta y'$ 、 $\Delta z'$ と比較して有意に小さかった ($p<0.05$, $p<0.001$, paired-t test) (図 8)。

[考察]

肺腫瘍の運動は、主に横隔膜の運動、胸壁腔の拡張、心臓が発生させる心拍リズムなどの内臓の作用によって駆動される。肺腫瘍の動きを制限するために、深吸気息止め⁶⁾、呼気終末期呼吸ゲーティング⁷⁾、腹部圧迫装置の使用^{8, 9)}などの呼吸管理技術¹⁰⁾の実施がかなり有効であることが証明されている。深吸気息止め法は患者の積極的な参加とコンプライアンスに依存するため、その恩恵を受けられる患者の数は 50%未満に限られると報告されている⁷⁾。

一方、腹部圧迫法は治療時間が短く、患者のコンプラ

表1 腹部圧迫前後における吸気と呼気の各方向移動量の算出

上葉	n 数	圧迫あり							圧迫なし						
		吸気			呼気				吸気			呼気			
		x	y	z	x	y	z	ΔM(cm)	x	y	z	x	y	z	ΔM(cm)
	1	2.4	3.95	1.3	2.3	3.95	1	0.316	1.7	0.95	0.5	2.2	1.45	0.3	0.735
	2	3.1	-0.05	-0.4	3	-0.05	-0.1	0.316	3.3	-1.05	-0.1	3.2	-0.55	-0.2	0.52
	3	2.2	0.95	2.7	2.2	0.95	3	0.3	2.7	-0.05	2.9	2.3	0.45	3	0.648
	4	-2.23	5.45	-3.74	-1.81	5.45	-3.4	0.54	-2.2	5.45	-3.55	-1.73	5.45	-3.49	0.474
	5	-2.23	4.45	-6.36	-2.03	4.45	-6.33	0.202	-1.92	3.45	-6.61	-1.87	3.45	-6.55	0.078
	6	-1.8	3.45	-0.21	-2.04	3.95	-0.15	0.558	-1.85	2.95	-0.1	-1.99	3.45	-0.3	0.556
	7	-1.7	3.45	-4	-1.41	3.95	-4.18	0.605	-2	1.95	-4.2	-1.9	2.45	-3.9	0.592
	8	0.86	5.45	-3.63	0.78	5.55	-3.69	0.141	0.62	5.05	-3.55	0.66	5.15	-3.58	0.112
	9	1.5	5.55	-4.98	1.24	5.55	-5.24	0.368	2.03	4.85	-3.82	1.73	5.15	-4.38	0.703
	10	-2.61	0.65	-2.14	-2.73	1.45	-2.04	0.815	-2.6	-0.25	-2.37	-2.67	1.05	-2.28	1.305
	11	-1.84	7.05	-4.03	-1.76	6.85	-4.33	0.369	-2.09	6.85	-4.03	-2.06	6.85	-4.18	0.153
		Δx (cm)	Δy (cm)	Δz (cm)					Δx (cm)	Δy (cm)	Δz (cm)				
	平均	0.172	3.677	0.203				0.412	0.2	0.38181818	0.16818182				0.53418182
中葉 下葉	1	-6	0.75	-1.3	-6.1	1.05	-1.6	0.436	-6	0.45	-1.4	-6	1.15	-0.2	1.389
	2	-0.75	3.95	-6.26	-0.81	3.95	-6.34	0.1	-0.3	1.95	-6.43	-0.39	2.95	-6.28	1.015
	3	4.42	-1.55	-3.38	3.84	-0.05	-3.5	1.613	4.49	-3.05	-3.43	4.23	-1.55	-3.99	1.622
	4	0.2	-2.15	-4.7	0.15	-2.95	-5.77	1.337	-0.7	-2.55	-5.6	0.3	-5.05	-5.4	2.7
	5	-0.73	1.95	-8.13	-0.67	2.45	-7.8	0.602	-1.61	0.95	-7.36	-1.82	1.45	-7.31	0.545
	6	-2.7	0.85	-8.6	-2.6	-0.35	-8.3	1.241	-6.46	-4.45	-7.46	-6.5	-3.15	-7.67	1.317
	7	-3.3	-3.45	-0.7	-3.1	-2.95	-1.1	0.671	-3.2	-4.85	0.3	-3	-3.65	0	1.253
	8	-2.56	-7.25	-9.34	-1.8	-5.05	-9.09	2.341	-2.68	-8.05	-9.14	-2.14	-5.55	-9.15	2.558
	9	-0.1	2.05	-5.2	-0.2	2.85	-4.9	0.86	-1.6	-0.25	-3.9	-1.5	2.35	-3.8	2.604
	10	7.3	-3.15	-3.8	7.1	-1.35	-3.7	1.814	5.9	-4.25	-4.2	5.7	-2.45	-4.3	1.814
	11	-0.1	2.05	-5.2	-0.2	2.85	-4.9	0.86	-1.6	-0.25	-3.9	-1.5	2.35	-3.8	2.604
	12	7.3	-3.15	-3.8	7.1	-1.35	-3.7	1.814	5.9	-4.25	-4.2	5.7	-2.45	-4.3	1.814
	13	3.95	0.75	-2.41	3.94	1.35	-2.26	0.619	4.18	-0.85	-2.02	3.91	0.35	-1.76	1.257
	14	-5.78	-4.15	-8.26	-5.42	-3.75	-8.29	0.539	-5.88	-4.55	-8.04	-5.7	-3.95	-8.26	0.664
	15	-2.56	-7.25	-9.34	-1.8	-5.05	-9.09	2.341	-2.68	-8.05	-9.14	-2.14	-5.55	-9.15	2.558
		Δx (cm)	Δy (cm)	Δz (cm)					Δx (cm)	Δy (cm)	Δz (cm)				
	平均	0.24266667	2.96333333	0.272				1.146	0.262	1.62	0.238				1.714

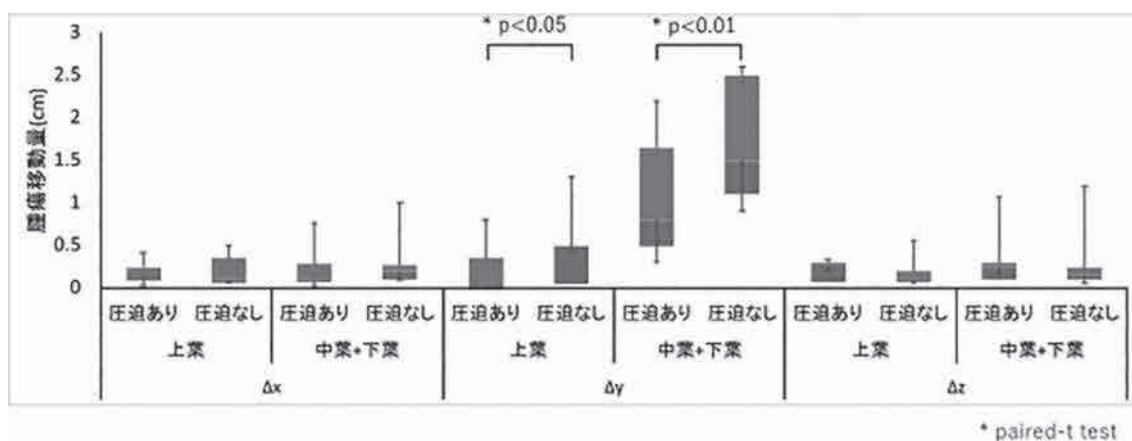


図7. 全方向別における腫瘍移動量

腹部圧迫ありの場合、頭尾方向の移動量である Δy が有意に減少した

表2 intra fractional motion の算出

n = 127	Δx'(mm)	Δy'(mm)	Δz'(mm)	ΔM'(mm)
平均	1.1	1.5	1.7	2.9
標準偏差	0.9	1.5	1.4	1.5

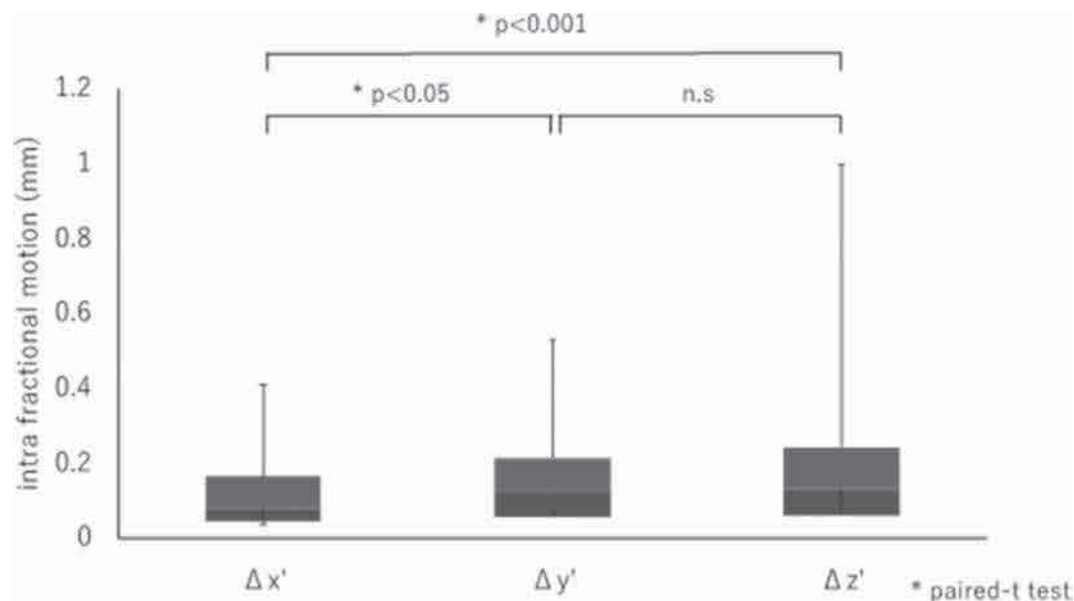


図8. 各方向別の intra fractional motion

$\Delta y'$ 、 $\Delta z'$ と比較して左右方向の移動量である $\Delta x'$ が治療前後において有意に小さかった

イアンスにそれほど依存しない。先行研究によると、根来らは、定位体フレームシステムを用いた腹部圧迫により、呼吸器腫瘍の動きが8~20mmの範囲から2~11mmの範囲へと有意に減少したことを報告している⁸⁾。Liuらの報告によると、腫瘍の左右方向、前後方向、尾側頭蓋方向の平均運動量はそれぞれ1.2、1.6、14.7mmであった¹¹⁾。

本研究では、腹部圧迫下にある患者の頭尾方向の肺腫瘍の動きが大きく抑制されたことを示した。また、上葉においては腹部圧迫の効果は少なく、中葉、下葉でその影響が大きいということも示された。この影響を考慮して当院では上葉における肺SBRTでは腹部圧迫なしで自由呼吸下での治療を採用している。治療対象患者の平均年齢が 80.26 ± 7.643 歳と高齢者に対しての腹部圧迫は治療中の動きや不快感につながると考えられるため、上葉の肺SBRTでは腹部圧迫はなしの方が望ましいと言える。一方で中葉や下葉に対する肺SBRTは腹部圧迫を用いて自由呼吸下で治療を行うことが適切であると考ええる。

一般に腫瘍体積が小さいほど全体的な動きが大きくなるという報告がある^{12, 13)}。本研究ではサンプル数の少なさゆえその挙動を検証することはしなかったが、肺SBRT適応患者は早期I / II型の非小細胞肺癌に限られるため、腫瘍の大きさが直径5cm以内である。すなわち全ての腫瘍は小さいと言えるため、腫瘍サイズによる動きの影響は本研究において大きくないと考えられる。

当院での横隔膜下腹部圧迫法の課題は、毎回の腹部圧迫の程度は一定でないということがあげられる。患者の

体型や圧迫時の痛みの程度により圧迫方法はその都度調整され、主観的なものになってしまうため統一する指標が今後必要であると考えられる。

IFMのx方向の移動量が有意に小さかったことは、左右方向が最も呼吸状態の影響を受けにくい方向であるからだと考えられる。当院での治療方法は自由呼吸下での照射になるため、y方向は呼吸変動による影響が大きい。そしてz方向で最もIFMが大きくなった要因としては、腹部圧迫の程度が毎回一定ではないため、前後方向に影響したからだと言える。しかし呼吸性移動対策ガイドライン¹⁴⁾では照射範囲の拡大が三次元的な各方向において5mm以下に低減すること、と推奨されており、IFMの結果はその基準に十分達している。

このことから、肺の上葉など動きの少ないと考えられる部分ではさらに厳密なPTVマージン設定をすることにより、より高精度の治療を達成できる可能性がある。

しかし実際には、画像と放射線アイソセンターの一致性¹⁵⁾、および観察者間の変動、観察者内の変動、寝台運動の機械的限界、呼吸パターンの潜在的な変動、4D-CTの再構成と登録誤差、ターゲットの変動¹⁶⁾などの要因、これらの要素をすべて考慮すると最小PTVマージンは3~5mmに近づく可能性があることが示唆されている^{17, 18)}。

したがって、本研究におけるIFMが許容範囲内であり、腹部圧迫によって腫瘍の移動量が抑制されたという結果であったとしても、上述の理由からPTVマージンは解剖学的位置によらず、5mmと設定している。

本研究での IFM の移動量算出は x、y、z の 3 方向、いわゆる 3 軸合わせでしか行っていない。Rotation (roll, pitch, yaw) を加えた 6 軸での補正で算出している先行研究⁹⁾があるが、椎体の定位照射に関する報告までに留まっている。

また、体幹部放射線治療ガイドラインでは照射中心の固定精度は 3 次元での各軸方向の最大ズレが 5mm 以内と記載されているように、6 軸までの精度は言及されていない¹⁴⁾。IFM の腫瘍移動の合成量 ΔM の平均が $2.9 \pm 1.5\text{mm}$ という結果のため、最大の直線距離の移動量をもってしても 5mm 以内に収まっている。したがって、3 軸補正だけの結果でも十分な評価は可能であったと考えられる。

さらに post 4D-CT による視覚的評価で腫瘍の動きが PTV の外に逸脱していないことを毎回確認しているので、6 軸補正まで考慮した IFM の算出は、本研究の結果に大きな影響は与えないと考えられる。

以上のことから、当院における肺 SBRT の治療は正確に行われているということが定量的に判断できたと考えられる。

[結論]

本研究により肺腫瘍の動きは解剖学的位置に依存し、横隔膜下腹部圧迫法は中葉、下葉に対して有用であるということが示された。また、治療中の intra fractional motion を評価することで、体幹部肺定位放射線治療が正確に行われているということを定量的に示すことができた。

参考文献

- 1) Sana Rehman, MD, Michael C. Roach, MD, Jeffrey D. Bradley, MD, et al. Lung Stereotactic Body Radiation Therapy. *Mo Med*. 2015 Sep-Oct; 112(5): 361-365.
- 2) Timmerman R, McGarry R, Yiannoutsos C, et al. (2006) Excessive toxicity when treating central tumors in a phase II study of stereotactic body radiation therapy for medically inoperable early-stage lung cancer. *J Clin Oncol* 24: 4833-4839.
- 3) Mageras GS, Pevsner A, Yorke ED, et al. (2004) Measurement of lung tumor motion using respiration-correlated CT. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 60: 933-941.
- 4) Maverick W. K. Tsang. Stereotactic body radiotherapy: current strategies and future development. *J Thorac Dis* 2016; 8(Suppl 6): S517-S527
- 5) Hiroki Shirato, Shinichi Shimizu, Kei Kitamura, et al. Organ motion in image-guided radiotherapy: lessons from real-time tumor-tracking radiotherapy. *Int J Clin Oncol*. 2007 Feb; 12(1): 8-16. doi: 10.1007/s10147-006-0633-y. Epub 2007 Feb 25.
- 6) Onishi H, Kuriyama K, Komiyama T, et al. (2003) CT evaluation of patient deep inspiration self-breath-holding: how precisely can patients reproduce the tumor position in the absence of respiratory monitoring devices? *Med Phys* 30: 1183-1187.
- 7) Mageras GS, Yorke E (2004) Deep inspiration breath hold and respiratory gating strategies for reducing organ motion in radiation treatment. *Semin Radiat Oncol* 14: 65-75.
- 8) Negoro Y, Nagata Y, Aoki T, et al. (2001) The effectiveness of an immobilization device in conformal radiotherapy for lung tumor: reduction of respiratory tumor movement and evaluation of the daily setup accuracy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 50: 889-898.
- 9) Mampuya WA, Nakamura M, Matsuo Y, et al. (2013) Interfraction variation in lung tumor position with abdominal compression during stereotactic body radiotherapy. *Med Phys* 40: 091718.
- 10) Keall P, Vedam S, George R, et al. (2006) The clinical implementation of respiratory-gated intensity-modulated radiotherapy. *Med Dosim* 31: 152-162.
- 11) Liu HH, Balter P, Tutt T, et al. (2007) Assessing respiration-induced tumor motion and internal target volume using four-dimensional computed tomography for radiotherapy of lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 68: 531-540.
- 12) Plathow C, Fink C, Ley S, et al. (2004) Measurement of tumor diameter-dependent mobility of lung tumors by dynamic MRI. *Radiother Oncol* 73: 349-354.
- 13) Maxim PG, Loo BW, Shirazi H, et al. (2007) Quantification of motion of different thoracic locations using four-dimensional computed tomography: implications for radiotherapy planning. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 69: 1395-1401.
- 14) 日本放射線腫瘍学会. 呼吸性移動対策ガイドライン 第 2 版. 2019.
- 15) E. F. Klein, J. Hanley, J. Bayouth, et al. Report No. 142 - Task Group 142 report: Quality assurance of

- medical accelerators. *Med. Phys.*, 36 (2009), pp. 4197-4212
- 16) M. van Herk. Errors and margins in radiotherapy. *Semin. Radiat. Oncol.*, 14 (2004), pp. 52-64
- 17) J. Bellec, F. Arab-Ceschia, J. Castelli, et al. ITV versus mid-ventilation for treatment planning in lung SBRT: a comparison of target coverage and PTV adequacy by using in-treatment 4D cone beam CT. *Radiat. Oncol.* (2020), p. 15, 10.1186/s13014-020-01496-5
- 18) K. Jasper, B. Liu, R. Olson, et al. Evidence-based planning target volume (PTV) margin reduction for modern lung stereotactic ablative radiotherapy (SABR) using deformable registration. *Adv. Radiat. Oncol.*, 6 (2021), Article 100750, 10.1016/j.adro.2021.100750
- 19) Ahmed Hadj Henni, David Gensanne, Maximilien Roge, et al. Evaluation of inter- and intra-fraction 6D motion for stereotactic body radiation therapy of spinal metastases: influence of treatment time. *Radiation Oncology* volume 16, Article number: 168 (2021)

An approach to high precision lung stereotactic body radiation therapy

論

文

— Evaluation of the usefulness of subdiaphragmatic abdominal compression and quantitative assessment of intra-fractional motion using 4D-CT imaging —

Takumi Yokohama¹⁾, Kazuhiko Tsuchiya²⁾, Takeyoshi Sumiya¹⁾, Hiroshi Ogasawara¹⁾

1) Department of Radiology, Otaru General Hospital

2) Department of Radiation Oncology, Otaru General Hospital

Abstract

Since tumors cannot always be targeted precisely for radiation therapy, a margin is added around the tumor volume. In the case of lung stereotactic body radiation therapy (SBRT), which involves high doses of radiation, this margin must be minimal to reduce side effects on normal tissues. Since lung tumors move significantly with breathing, a subdiaphragmatic abdominal compression technique has been proposed to control the respiratory tumor displacement.

Post-treatment 4D-CT imaging has also been used to visualize intra-fractional motion (IFM) during irradiation to check for positional deviation of the tumor from the irradiation field due to body movement or breathing.

In this study, 75 patients who had undergone lung SBRT were studied to evaluate the usefulness of abdominal compression and the accuracy of treatment by measuring IFM from 4D-CT images before and after treatment.

The results showed that the abdominal compression technique significantly reduced tumor motion in the lower lobe, which was found to depend on the anatomic location. Examination of pre- and post-treatment IFM could also quantitatively confirm that lung SBRT was performed accurately.

Keywords: stereotactic body radiation therapy, abdominal compression, intra-fractional motion

下肢静脈瘤再手術症例の再発形態とその特徴についての検討

藤澤 康聡¹⁾・佐藤 宏²⁾・深田 穰治²⁾

1) 藤澤心臓血管クリニック

2) 小樽市立病院 心臓血管外科

要 旨

再手術を行った再発性静脈瘤 215 肢について、再発形態やその特徴について検討した。再発の原因は様々であったが、初回手術から再発までの期間はおおむね 15～20 年程度であった。再発形態が複雑な場合も多く、再手術を行う際には、十分な知識と経験のもとに適切な術式を選択することが重要である。また血管内治療において、遠隔期の再発を予防する技術の追求が求められる。

キーワード：下肢静脈瘤、再発静脈瘤、再手術、副伏在静脈

はじめに

下肢静脈瘤に対し、歴史的に様々な治療が行われてきたが、どの治療法においても再発性静脈瘤 (recurrent varices after surgery : REVAS) を生じて再治療が必要になる可能性がある^{1, 2)}。また一口に REVAS といっても、過去の術式などによってその形態は多様であり、中には複雑で特異な逆流形態を呈する場合もあることが報告されている。そうした症例について、再治療が可能なか、可能な場合どの治療法を選択すべきかを決定する際に、再発の形態を正確に把握することは初回手術以上に重要であることが指摘されている^{3, 4)}。

再発形態を評価するにあたり重要なのは、まず再治療が必要になる症例はどのような形式が多いのか、どのような特徴があるのかをしっかりと理解しておくことである。そこで本研究では、当院で再手術を行った REVAS 症例を対象に、再発形式と割合、再発までの期間などを調査した。

対象と方法

2013 年 1 月から 2022 年 12 月までの間に、当院で再手術を行った REVAS 症例 215 例を対象とした。再発の定義は「初回手術と同側の下肢に新たに発生した静脈瘤」とした。再手術の適応は「手術希望のある静脈鬱滞症状や鬱滞性皮膚炎を有する患者」とし、硬化療法のみで再治療を行った症例は対象から除外した。

男性 40 例、女性 175 例で、再手術時の平均年齢は 67.0 ± 8.4 歳であった。215 例中 208 例 (96.7%) は他の医療機関で初回の手術を受けていた。初回手術の内訳

は、単独硬化療法 42 例、単独瘤切除 29 例、ストリッピング 100 例、高位結紮術 (high ligation ; HL) 36 例、血管内レーザー焼灼術 (Endovenous Laser Ablation : EVLA) が 8 例であった。他の医療機関で初回治療が行われた症例については、問診、手術痕、エコー所見をもとに初回の治療法を推定した。

再発の分類は、REVAS 分類⁵⁾ をもとに、以下の 9 つに区分した：

- ① 単独硬化療法後再発
- ② 単独瘤切除後再発
- ③ 異所性伏在静脈逆流
- ④ HL 後再疎通
- ⑤ 不全穿通枝 (incompetent perforating vein : IPV) による再発
- ⑥ 副伏在静脈 (accessory saphenous vein : ASV) 再発
- ⑦ 新生血管 (Neovascularization)
- ⑧ EVLA 後再疎通
- ⑨ 外陰部静脈瘤による再発

複数の原因が重複しているケースについては、主要な病態を著者の主観で選択した。そして、①～③を不適切な術前評価による戦略的失敗群 (tactical failure group)、④～⑨をそれ以外の群 (non-tactical failure group) に分け、統計学的に検討した。各群間の差を検定するために、paired t-test、Welch's t-test、Fisher's exact test を用い、一元配置分散分析における多重比較には Bonferroni 法を適用した。

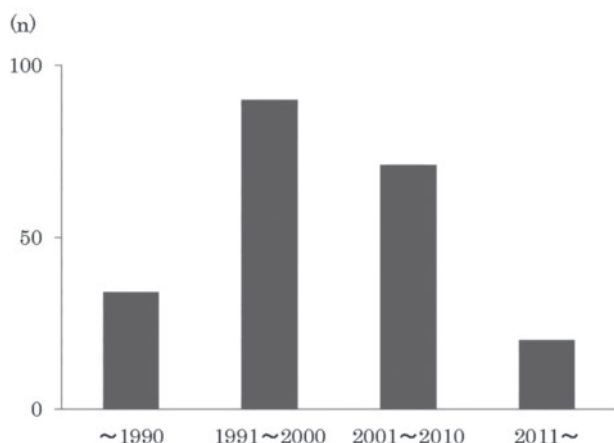


Fig. 1 A. D. year of initial treatment of REVAS cases
Most were treated between 1991 and 2000 or 2001 and 2010.

Table. 1 Characteristics of initial and re-operation groups
The re-operation group was significantly older and had a higher female ratio.

Group	Age	Female (%)
initial operation (n=2668)	64.7 ± 11.0	1838 (68.9%)
re-operation (n=215)	67.0 ± 8.4	175 (81.4%)
P value	<0.01	<0.01

結果

1) 再手術例全体について

初回治療が行われた時期を10年ごとに集計した結果、1999年以前が34例、1991~2000年が90例、2001~2010年が71例、2011年以降が20例であった (Fig. 1)。

平均年齢及び性別の差について、同時期に当院で行われた初回手術例と比較した結果、再手術例は平均年齢が有意に高く、また女性の比率も有意に高いことが示された (Table. 1)。

2) Tactical failure 群について

単独硬化療法後再発42例、異所性再発 (例: GSV 治療後のSSV再発) 36例、単独瘤切除後再発29例の順に多かった (Fig. 2)。再発までの期間は、単独硬化療法後再発群で14.8 ± 1.1年、異所性再発群で16.0 ± 1.3年、単独瘤切除後再発群で18.4 ± 1.6年であり、3群間に有意差はみられなかった (Fig. 3)。

3) Tactical failure 以外の群について

HL後再疎通30例、IPVによる再発28例、ASV再発26例、新生血管15例、EVLA後再疎通6例、外陰部静脈による再発3例であった。さらに、これらの症例をGSV群とSSV群に分けた結果、GSV群ではASV再発、HL後再発、IPV再発の順に多く、SSV群ではIPV

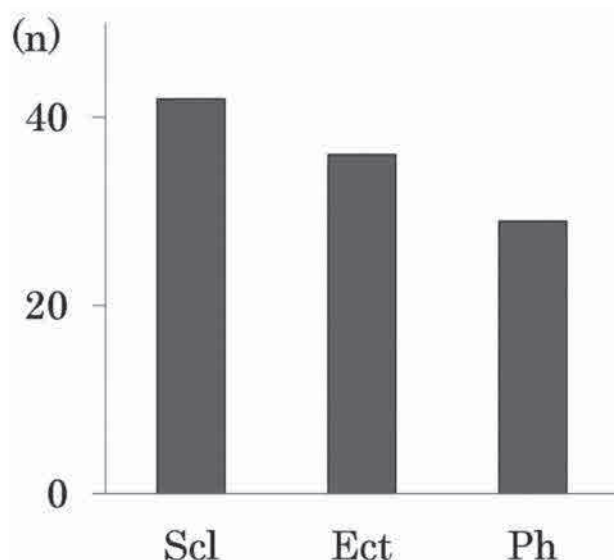


Fig. 2 Tactical failure groups

Scl: recurrence after sclerotherapy only, Ect: ectopic recurrence, Ph: recurrence after phlebectomy only.

Recurrences were more common after sclerotherapy, ectopic recurrence, and phlebectomy, in that order.

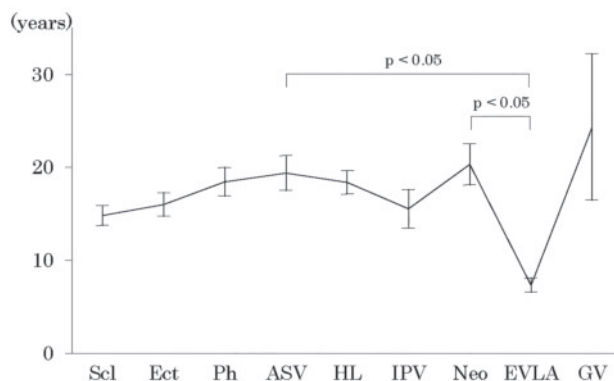


Fig. 3 Years between initial treatment and recurrence

ASV: recurrence of accessory saphenous vein, HL: recurrence after high ligation, IPV: recurrence of incompetent perforating vein, Neo: Neovascularization, EVLA: recanalization after endovenous laser ablation, GV: recurrence caused by genital varices. The time between initial operation and re-operation was generally 15~20 years except for post-EVLA recanalization.

再発、HL後再疎通、EVLA後再疎通の順に多かった (Fig. 4)。SSV群におけるIPV再発は、全てSPJ付近のIPVによるものであった。

再発までの期間は、HL後再疎通群で18.4 ± 1.3年、IPVによる再発群で15.6 ± 2.1年、ASVによる再発群で19.4 ± 1.9年、新生血管群で20.3 ± 2.2年、EVLA後再疎通群で7.3 ± 0.8年、外陰部静脈による再発群で24.3 ± 7.9年であった。EVLA後再疎通群は、ASV再発群および新生血管群と比較して有意に早期に再発していたが、その他の群間では有意差はみられなかった (Fig. 3)。

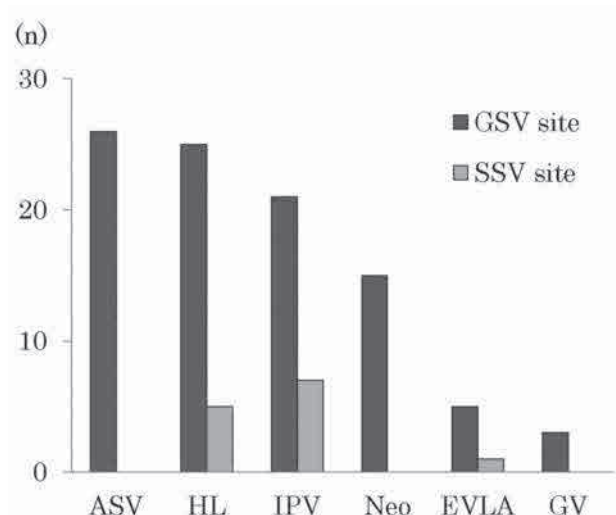


Fig. 4 non-Tactical failure groups

In the GSV group, recurrence was most common in the ASV, followed by post-HL, and then IPV. In the SSV group, IPV recurrence was the most common, followed by post-HL.

考察

今回、当院で再手術が行われた REVAS 症例を検討した結果、Tactical Failure であるか Technical Failure であるかにかかわらず、EVLA 後再疎通以外は、初回手術から再手術までの期間がおおむね 15~20 年であることが示された。また、2011 年に EVLA が保険適応となって以降、高周波焼灼術 (Radiofrequency Ablation: RFA)、血管内塞栓術 (cyanoacrylate closure: CAC) といった新技術が登場し、静脈瘤治療がさらに急速に広まった。これらの事実を鑑みると、今後 5~10 年後には再手術が必要な患者が増加する可能性が考えられる。

血管内焼灼術のテクニックやデバイスの進歩により、不十分な焼灼による再疎通の頻度は減少すると予測されるが、今後の再発形式として最も懸念されるのは、GSV の場合、ASV 再発にみられる sapheno-femoral junction (SFJ) 付近の分枝残存によるものである⁶⁻⁹⁾。SSV に関しても SPJ 根部までの治療が難しいため、sapheno-femoral junction (SPJ) 周辺の不全枝再発は引き続き重要な再発形態であると考えられる¹⁰⁾。

最近、CAC が急速に普及しているが、長期遠隔期の成績は十分に明らかにはなっていない¹¹⁾。CAC の手術方法を考慮すると、血管内焼灼術同様に SFJ/SPJ 付近の分枝再発が増加する可能性が指摘される¹²⁾。また体内に遺残する塞栓物質が長期に渡りどのような異物反応を引き起こすのかについても慎重な経過観察が必要とされている¹³⁾。

いずれにしても、初回手術が自院で行われているケー

スであればまだしも、何十年も前に他院で治療されている場合、その手術記録や検査所見を入手するのは容易ではない。したがって再発症例に際しては、エコー検査や手術痕による再発形式の正確な把握が非常に重要である。そのためには、様々な手術法に熟知している必要があり、再治療の適応や術式を判断する際にも十分な知識と経験が求められる。そして、将来の再発に対処するため、どのような形態にも対応できる技術の進歩が今後ますます必要になると考える。

新しい血管内治療デバイスは、手技の簡便性と手術への侵襲が少ないという利点から、便益即時型の治療法と言える。合併症が少なく、症状を迅速に緩和できる点は評価されるが、手術治療の本質として「再発のリスクの最小化」も考慮すべき大切なポイントである。短期的な便益ばかりに焦点を当てるのではなく、遠隔期をしっかりと見据えた治療を提供することが、われわれ血管外科医には求められと考える。

結語

下肢静脈瘤治療の進歩に伴い、再発のパターンやその要因も変化していくと考えられる。この変化を正確に把握し、再発の予防や対策についての議論を深めることは、下肢静脈瘤治療を行う医療者にとって重要な責務である。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

付記

倫理的配慮を必要とする研究。小樽市立病院・臨床研究審査委員会の承認済 (承認番号 05-017)。

本論文は、第 43 回日本静脈学会総会 (2023 年、愛媛) にて発表した。座長推薦演題。

文献

- 1) Perrin MR, Guex JJ, Ruckley CV, et al: Recurrent varices after surgery (REVAS), a consensus document. REVAS group. Cardiovasc Surg 2000; 8: 233-245.
- 2) Hamann S.A.S., Giang J., De Maeseneer M.G.R., Nijsten T.E.C., van den Bos R.R. Editor's Choice—Five Year Results of Great Saphenous Vein Treatment: A Meta-analysis. Eur. J. Vasc. Endovasc Surg. 2017; 54(6): 760-770.
- 3) 春田直樹：下肢静脈瘤に対する治療法の変遷とその

再発形式の特徴を考慮した治療法の現状. 日血外会誌 2022 ; 31 : 193-199.

- 4) 草川 均, 小津泰久, 井上健太郎, 他: 大腿部の筋膜下静脈もしくは伏在静脈本幹に逆流源を有する再発性下肢静脈瘤に対する手術症例の検討に対する手術症例の検討. 静脈学 2016 ; 27 (3) : 323-330.
- 5) Perrin MR, Labropoulos N, Leon LR: Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS). J Vasc Surg 2006; 43: 327-334.
- 6) 清水 剛: 下肢静脈瘤血管内レーザー焼灼術後の再発. 日本レーザー医学会誌 40 (2) : 179-185, 2019.
- 7) 中井義廣, 角瀬裕子, 山口剛史, 他: 血管新生による下肢静脈瘤再発. 静脈学 2016 ; 27 (3) : 421-426.
- 8) O'Donnell TF, Balk EM, Dermody M, et al: Recurrence of varicose veins after endovenous ablation of the great saphenous vein in randomized trials. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2016; 4: 97-105.
- 9) De Maeseneer MGR, Biemans AA, Pichot O: New concepts on recurrence of varicose veins according to the different treatment techniques. Phlebology-Ann Vasc 2013; 66: 54-60.
- 10) 宇藤純一, 塚本芳春, 信岡博済: 再発性下肢静脈瘤に対する再手術症例の検討. 脈管学 2020 ; 60 : 13-17.
- 11) 広川雅之, 佐戸川弘之, 八杉 巧, 他: 下肢静脈瘤に対するシアノアクリレート系接着材による血管内治療のガイドライン. 静脈学 2020 ; 31 (3) : 141-152.
- 12) 山本 崇: 下肢静脈瘤血管内塞栓術でのスタンプ長を短縮する工夫. 静脈学 2021 ; 32 (3) : 359-365.
- 13) 近藤禎晃: 下肢静脈瘤血管内塞栓術後に未治療の分枝に生じた phlebitis の 1 切除例, 日血外会誌 2023 ; 32 : 63-67.

A Study of Recurrence Patterns and Characteristics in Cases of Re-operation for Varicose Veins

Yasuaki Fujisawa¹⁾, Hiroshi Sato²⁾, Joji Fukada²⁾

1) Fujisawa Cardio-Vascular Clinic

2) Department of Cardiovascular Surgery, Otaru General Hospital

Abstract

The recurrence patterns and characteristics of varicose veins of 215 limbs that had undergone re-operation were studied. Although the causes of recurrence varied, the period from the initial surgery to recurrence generally spanned 15 to 20 years. Since the morphology of recurrent varicose veins is often complex, it is crucial to select an appropriate surgical method for re-operation based on sufficient knowledge and experience. In the case of endovascular treatment, it is essential to pursue techniques that will prevent recurrence in the long term.

Keywords: varicose veins, recurrent varices after surgery (REVAS), re-operation, accessory saphenous veins

当科における腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術の実際

渡邊 義人・森越健之介・葛西 弘規・喜納 政哉・越前谷勇人

小樽市立病院 外科

要 旨

当科において腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術は新病院開設時の10年前から導入された。現在まで12例を経験し比較的良好な手術成績を納めてきたので報告する。症例のほとんどが高齢者であるために侵襲が少なく安全な手術が求められており、ガイドライン上でも腹腔鏡下手術は開腹手術より有用とされている。当科での腹腔鏡下手術はほぼ同一術者の執刀で行われてきたが手術時間は195分とやや長かったものの出血量は15mlと少なく術後合併症も2例のみであった。経験とともに近年では手術時間の短縮、出血量の減少傾向が見られ術式が安定してきたと思われる。再発症例の経験もなく安全かつ有用な手術と考えられ今後も積極的に行なっていきたい。

キーワード：食道裂孔ヘルニア、腹腔鏡手術

はじめに

高齢者人口の増加の伴い食道裂孔ヘルニアを有する患者は増加傾向にある。食道裂孔ヘルニアは食道裂孔より主に胃噴門部が縦隔内の脱出したもので、内ヘルニアに分類される。食道裂孔ヘルニアの手術適応は胃食道逆流症（GERD）治療ガイドライン¹⁾により示されているが、良性疾患であることから侵襲的な治療がこれまで積極的に行われて来なかった。近年腹腔鏡手術の普及により食道裂孔ヘルニアに対する手術が比較的低侵襲で行えるようになったことから手術件数は飛躍的に増加している。²⁾ 当院では10年前から同手術を導入し、件数は少ないながらも良好な成績を収めてきた。当科での手術成績を振り返り今後の課題などを検討する。

食道裂孔ヘルニアについて

1) 疫学

GERD研究会による報告では初回内視鏡施行患者2560例のうち49.3%に食道裂孔ヘルニアを認めていた。³⁾ これは年代とともに増加傾向にあり、特に女性においては加齢に伴い頻度が増加する傾向にあるとする報告が多い。

2) 病態

食道裂孔ヘルニアは食道裂孔をヘルニア門とし胸膜、横隔膜食道靱帯、腹膜をヘルニア嚢とする内ヘルニアである。加齢とともに支持組織の脆弱化、椎体変形などに

よる食道裂孔の開大、肥満、腹圧上昇（妊婦、食習慣などによる）などが原因として考えられている。

3) 分類

食道裂孔ヘルニアは形態的に以下に分類される。

- ①滑脱型（type I） 食道胃接合部が食道裂孔より縦隔内に変位し胃体上部が脱出した状態。
- ②傍食道型（type II） 食道胃接合部は正常位に位置するが胃穹窿部の一部が脱出した状態。全胃が脱出した場合 upside down stomach と呼ばれる。
- ③混合型（type III） 食道胃接合部が縦隔内に変位し胃体部と穹窿部が脱出した状態。
- ④複合型（type IV） ヘルニア内容として胃以外の臓器の脱出を伴うもの。

4) 臨床症状

食道裂孔ヘルニアには様々な症状があるが特に逆流性食道炎との関連が強くこれに起因する症状を呈することが多い。³⁾ また脱出する臓器による症状、特に胃が大きく脱出した場合に食物の通過障害、脱出した臓器によって肺や心臓が圧迫されることで呼吸苦や不整脈が生じることがある。

5) 治療

食道裂孔ヘルニアは解剖学的異常であるため薬物療法で治癒することはできない。逆流性食道炎関連の症状に対しては薬物療法が効果的ではあり軽度な滑脱型ヘルニ

アでは内科的治療で経過観察は可能である。逆流性食道炎が難治性である場合、食物の通過障害が生じている場合、その他ヘルニアに起因する症状が持続する場合は手術療法の適応となる。GERD ガイドラインによると PPI 抵抗性 GERD、長期的な PPI の維持投与を要する GERD、食道外症状を有する GERD は手術治療を検討すると記載されている。¹⁾ また大きなヘルニアの場合、脱出臓器がヘルニア門で絞扼される可能性もあり手術療法の適応となる。

食道裂孔ヘルニアの手術

食道裂孔ヘルニアの手術は現在腹腔鏡下で行われることが多くなっておりガイドラインでも開腹手術より有用とされている。¹⁾ 開腹下、腹腔鏡下ともに同様の手術内容であるが、脱出臓器の整復、開大した食道裂孔の縫縮、逆流防止手術が必要とされている。日本内視鏡外科学会技術認定制度でも食道裂孔ヘルニアは評価術式となっており、評価項目が以下のように示されている。

Category I 脱出臓器の腹腔内への環納 (図 1)

Category II 腹部食道の確保 (図 2)

Category III 食道裂孔の縫縮 (図 3)

Category IV 噴門形成術 (図 4)

以上が標準術式とされており、当科でも同様の手術を行っている。

当科での手術の実際

患者は仰臥位、やや頭高位としている。臍部にカメラポートを置くが、患者体型により特に円背、小柄な患者では尾側にポート位置を変更している。他のポート配置は胃切除術に準じ、鎖骨中線上の左右季肋下に 5mm、鎖骨中線上臍よりやや頭側右側に 12mm、鎖骨中線上臍と同じ高さ左側に 12mm のポートを刺入し、心窩部よりネイサンソン鉤を刺入肝外側区を挙上する。

腹腔内を観察し食道裂孔ヘルニアであることを確認、脱出臓器を慎重に腹腔内に引き出し環納する。(図 1) ヘルニア門が確認され、胃、食道を尾側に牽引しつつ食道全周を剥離し、胃穹窿部を露出し後の逆流防止手術に十分な範囲を授動する。(図 2) 食道の剥離の際には迷走神経に注意し前幹、後幹ともに温存する。食道を 5-7cm 剥離し可及的にヘルニア囊である腹膜を切除、左右横隔膜脚を露出する。横隔膜の縫縮は非吸収の有棘糸を使用し背側から連続縫合で閉鎖する。(図 3) 緊張がかかる場合は腹側から同様に縫合を追加する。締めすぎに注意し操作鉗子 1 本分が通過する程度の隙間を残すようにしている。逆流防止手術は Nissen 法もしくは Toupet 法にて行う。(図 4) 胃穹窿部を食道に巻きつけるように誘導し全周、もしくは 3/4 周で食道壁に胃を縫



図1 脱出臓器の腹腔内への環納 (⇨: 食道裂孔)

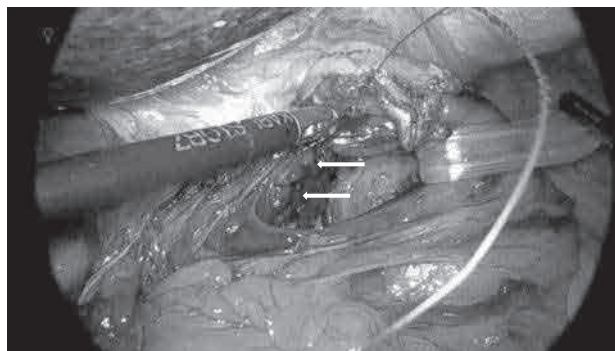


図3 食道裂孔の縫縮 (⇨: 横隔膜縫合部)



図2 食道全周を剥離し腹部食道を確保 (⇨: 食道)



図4 Toupet 法による噴門形成術 (⇨: 食道壁と胃壁の縫合部)

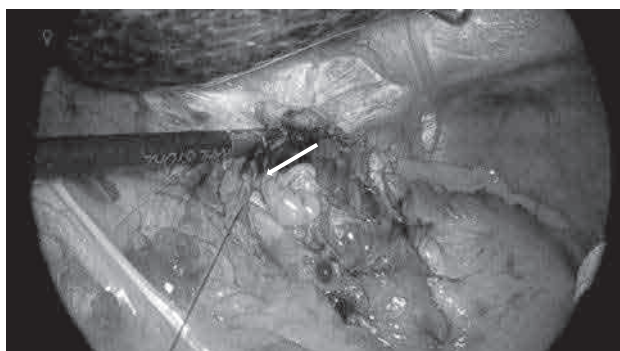


図5 胃壁と横隔膜の縫合（⇒）

合する。巻きつけた胃を左右横隔膜脚に縫合し手術を終了する。（図5）

当科の手術成績

食道裂孔ヘルニア手術に対する腹腔鏡手術は新病院開院後の2014年から開始した。現在まで12例の手術を経験しており患者背景を図に示す。（表1）女性の高齢者がほとんどを占め男性は1例のみであった。ヘルニア型はⅢ型が多く、まれとされている upside-down stom-

ach を5例経験した。主訴はほとんどが消化器症状であったが呼吸器症状を訴えた症例を1例認めた。主訴がなく検査で偶発的に指摘された症例が4例あった。逆流性食道炎との関連が指摘される本疾患ではあるが術前の内視鏡検査で逆流性食道炎が指摘されたのは7例であった。また体型で円背を有する患者は6名であった。

当科の手術成績を図に示す。（表2）手術時間は全手術例で195.5分、ヘルニア手術単独症例は174.5分であった。出血量は全手術、単独手術ともに15mlであった。術後合併症は2例に認め、狭窄症状と肺炎を1例ずつ経験した。横隔膜縫縮の際のメッシュの使用は1例のみであった。逆流防止手術は当初 Nissen 法で行っていたが、術後の狭窄症状を経験したことから Toupet 法に変更し現在まで5例に施行している。術後の在院日数は10日となっており、また現在まで再発を認めていないことから手術成績としては良好と考えている。

考察

食道裂孔ヘルニアは高齢者に比較的高い頻度で遭遇する疾患であるが、症状の主体は逆流性食道炎によるもの

表1 患者背景

		N=12	
年齢（歳）		主訴	
中央値	82.5(74-94)	あり	8
性別		嚥下困難	2
女性	11	胸やけ	2
男性	1	嘔気、嘔吐	3
ヘルニア型		呼吸苦、咳嗽	1
I	2	なし	4
II	2	円背	
III	8	あり	6
IV	0	なし	6
upside-down stomach	5	逆流性食道炎	
		あり	7
		なし	5

表2 手術成績

手術時間（分）		メッシュ使用	
中央値（全手術）	195.5（104-298）	あり	1
中央値（単独手術）	174.5（104-298）	なし	11
出血量（ml）		逆流防止手術	
中央値（全手術）	15（1-150）	Nissen 法	7
中央値（単独手術）	15（1-150）	Toupet 法	5
術後合併症		術後在院日数	
あり	2	中央値（全手術）	10（7-38）
なし	10	中央値（単独手術）	10（7-15）

が多く、近年の内服薬の進歩により手術に至る症状はまだ少ないのが現状である。しかしながら薬物抵抗性の逆流性食道炎については手術治療が効果を期待できる治療として推奨されている。¹⁾ これまであまり手術が行われなかった理由として患者の多くが高齢者であるが故に合併症も多く、良性疾患であることから診断の時点で内科治療が優先され手術治療が勧められていなかったのではないかと推察される。重症になると脱出した臓器による心肺の圧迫症状が生じることがあり、また通過障害が続くことで栄養障害をきたす可能性がある。明確な手術基準はあることから全身状態が許す限りは有症状の場合はもちろん、症状が軽微であっても大きなヘルニアの場合は手術治療が検討されるべきである。

当科における手術はこの10年で12例となっている。新病院開設後から導入された手術であるがほぼ同一術者で行われてきた。同様の手術は過去に当院で行われたことはなく、食道裂孔ヘルニアと診断された患者は多くいるものの良性疾患であることや患者への負担を考慮し手術対象としていなかった可能性がある。本手術の導入に至った経緯として2007年から当科で本格的に導入された腹腔鏡による消化管手術の術式が安定しつつあったことが大きく、上部消化管手術の症例数が増加に伴いほぼ同一の視野での手術に抵抗がなくなってきたことから当科でも手術は可能と判断し導入された。食道周囲の剥離が本手術の重要かつ困難なポイントの一つであるが、腹腔鏡下の胃全摘術で同様の手技が行われているため抵抗なく安全に導入することができた。ヘルニア門である食道裂孔の縫縮は非吸収性の有棘縫合糸を用いた連続縫合を当初から導入した。通常は非吸収糸による結節縫合で縫縮されることが多いが、有棘縫合糸を用いることで縫合の時間が短縮されること、針糸の出し入れがなくなるため常に安定した視野が得られること、緊張がかかる部位への縫合が容易であることを期待し導入した。実際に使用してみると連続縫合であるために予定の縫合部まで確実に、かつ緊張がない状態で針をかけることができること、緊張がかかる部位での縫合が不要であるために糸が緩むことなく縫縮できることが利点と考えられた。結節縫合による縫縮は行っていないため比較することができずその効果は不明である。しかしながら導入時から特に困難なく手術が行えており、大きな問題も生じていないことから今後も継続していく予定である。食道裂孔の閉鎖は緊張がかかることが多く、補強としてメッシュを使用する施設もある。報告では短中期成績であるがメッシュ使用群の再発率が低いとされている。^{4, 5)} しかしながらメッシュによる食道穿孔など重篤な合併症の発生も報告されていることや長期成績の報告がないこ

とから、メッシュの使用についてはいまだに議論が分かれるところである。当科ではメッシュ非使用ではあるが再発例は認めておらず、またメッシュの使用の際にはメッシュのトリミングやメッシュの固定に時間が取られ手術時間が延長する一因となりうると考え現在のところ導入の予定はない。今後学会等での統一見解で使用が推奨された場合には導入を検討したい。

逆流防止手術については当初 Nissen 法を導入した。全周性の胃の食道へのラッピングとなるが、縫合が一辺のみで済むことによる手術時間の短縮と比較的簡便であることから導入となった。しかしながらラッピング部が原因と思われる狭窄症状を経験したためもう一つの標準術式である Toupet 法に変更した。両術式での比較検討が行われており、Nissen 法と Toupet 法は同等の再発率であったが狭窄症状などの合併症が Nissen 法に多いという結果となった。^{6, 7)} これにより現在は Toupet 法が標準術式として推奨されている。¹⁾ Toupet 法は胃と食道の縫合が二辺となるため当初は手術時間の延長が危惧されたが、縫合技術の向上により大きな時間のロスはなくなっていること、術後の成績も良好であることから今後も継続する予定である。

術式において最後の重要な点は巻きつけた胃と横隔膜脚の縫合にあると考えている。手術中は食道が尾側に牽引され緊張がかかった状態となっているが、この縫合により腹腔内の正しい位置に胃食道接合部が保たれる。これが不十分であると食道は短縮しようとするためヘルニアの再発が起きる可能性が高くなるとわれ再発の防止に重要な処置と考える。本手術においてはいかに再発を抑えるかが重要となってくる。近年では再発予防を目的とし胃壁を腹壁に固定する術式が報告されており有用であるとのことであった。⁸⁾ 今後も様々な工夫が報告されると思われ有用と思われる術式は当科でも導入を検討していきたい。

当科における症例数はまだ少ないが手術成績は良好であった。高齢の女性がほとんどを占めており、平均寿命が延長している現在において今後の手術症例数の増加が見込まれる。手術時間は120分程度を想定していたが実際には195.5分と時間を要していた。出血量も15mlとやや多いと思われた。開始当初で不慣れであったことや他疾患の同時手術例が含まれていたためこのような結果となったと思われる。しかしながら最近の手術においては想定時間を下回ることも多く、出血量も少ない傾向にあった。今後さらに経験を積んでいくことで安定した成績が得られると考えている。幸い大きな合併症や再発を経験することなく手術が行われてきたため今後も安定した結果を得るために努力していきたい。今後の課題とし

て症例数の少なさと、ほぼ同一術者での手術が行われたことによる手術術式の共有が不十分であることが挙げられる。症例数の少なさは手術の有用性の認知が不十分であることが考えられ、高齢者や合併症のある患者でも安全に手術ができることを周知させていきたい。症例が増えることで手術機会が多くなり多くの外科医が術者として手術を行うことができる。自科内で術式の共有を図りつつさらに症例を積み上げ良好な成績を維持していきたいと考えている。

結語

当科における腹腔鏡下での食道裂孔ヘルニア手術につき検討した。導入後10年を経過し症例数は少ないながらも良好な手術成績であると思われた。今後症例数は増加していくと推察されるが、消化器内科医と密なコミュニケーションをとりつつ安全で満足度の高い手術であることを認知していただき手術症例数の増加を目指していきたい。

文献

- 1) 日本消化器病学会編. 胃食道逆流症 (GERD) ガイドライン 2021. 南光堂: 2021. p83-95
- 2) 日本内視鏡外科学会. 内視鏡外科手術に関するアンケート調査. 一第16回集計結果報告 2022. p34-36
- 3) 草野元康, 神津照雄, 河野辰幸 他. 日本人の食道裂孔ヘルニアの頻度 Gastroenterological Endoscopy; 47 (4): 962-973, 2005
- 4) Petersen LF, McChesney SL, Daly SC, et al. Permanent mesh results long-term symptom improvement and patient satisfaction without increasing adverse outcomes in hiatal hernia repair. Am J Surg; 207(3): 2005 445-448. 2014
- 5) Alicuben ET, Worrell SG, DeMeester SR. Resorbable biosynthetic mesh for crural reinforcement during hiatal hernia repair. Am Surg; 80(10): 1030-1033. 2014
- 6) Zornig C, Strate U, Fibbe C, et al. Nissen vs Toupet laparoscopic fundoplication. Surg Endosc; 16(5): 758-766. 2002
- 7) Strate U, Emmermann A, Fibbe C et al. Laparoscopic fundoplication: Nissen versus Toupet two year outcome of a prospective randomized study of 200 patients regarding preoperative esophageal motility. Surg Endosc; 22(1): 21-30. 2008

- 8) 矢野文章, 増田隆洋, 坪井一人 他. 食道裂孔ヘルニア・逆流性食道炎に対する外科治療 update. 外科; 86 (4): 309-314. 2024

看護管理者の育成に向けた看護部の取り組みの現状と課題

濱崎 弓子

小樽市立病院 看護部

要 旨

社会情勢の変化にともない多様化する国民のニーズを捉え、良質な看護を提供するために看護管理者の育成は重要な課題である。看護部では、管理者の実践力と行動特性双方のアプローチとしてキャリアラダー・マネジメントラダー・コンピテンシーを導入した。これらにより看護師・看護管理者は、段階的に期待される能力が示され、到達度を客観的に評価されるため、自己の課題を意識してキャリアを形成していくことが可能となった。今後の課題は、評価者・被評価者が各ラダーやコンピテンシーを適正に理解して運用できることである。このためには、ラダーに連動して再構築した教育研修の企画・評価を通して、より具体的に理解を深めるとともにコンピテンシー的視点を日々のフィードバックに積極的に取り入れていく必要がある。

キーワード：キャリアラダー、マネジメントラダー、コンピテンシー、キャリア発達、キャリア開発

はじめに

少子超高齢社会の進展や人口・疾病構造が変化する中、自施設の医療機能に関わる看護の質維持に留まらず、地域における看護提供体制を俯瞰的に捉えていく必要がある。また、生産年齢人口の減少に向けた看護職の定着対策、職員の育成と十分な能力発揮により看護提供を量・質両面から保証していくことが重要となる。看護管理者は、それらを実現していくための要であり、看護現場の分析に基づく問題把握、経営を視野に入れた組織運営、地域全体を捉えた連携推進などの能力向上が求められている。特に当院看護部においては、数年以内に看護師長の6割が定年を迎えるため、看護管理者育成は重要課題である。これらの背景から、看護管理者の育成に向けた看護部の取り組みの現状と今後の課題について報告する。

1. 従前の看護管理者教育

当院の看護管理者教育の主軸は、日本看護協会が主催する「認定看護管理者制度」教育課程受講によるものだった。この制度は、「多様なヘルスケアニーズを持つ個人、家族及び地域住民に対して、質の高い組織的看護サービスを提供することを目指し、看護管理者の資質と看護の水準の維持及び向上に寄与することにより、保健医療福祉に貢献すること」を目的としており、教育課程は3段階に分かれる。一施設の受講枠が定められている

ため、当院看護管理者の受講率は半数～7割である。これら教育課程修了後の継続的な能力開発にむけた体系的なしくみはなく、管理者自身の研鑽に委ねられていた。

2. 看護管理者育成の枠組み

看護管理者を適切に支援・育成するには、管理者の実践力（外的側面）と管理者自身の行動特性（内的側面）双方を理解したアプローチが必要である（図1）。当院の看護管理者の育成・支援のツールを各側面で述べる。

1) 外的側面

当院看護部では、2019年より臨床実践能力の向上とキャリア形成をめざすラダーの検討を重ね、2021年ジェネラリストのキャリアラダーを完成させた。ジェネラリストとは、特定領域の専門あるいは看護分野にかか

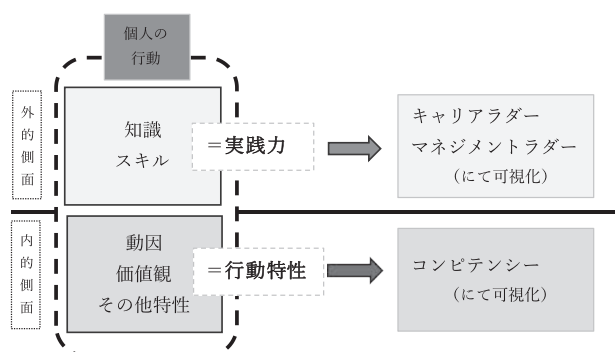


図1 看護管理者個々を捉えた支援・育成の枠組み

表1 キャリアラダー 4つの能力と定義

看護実践能力	ニーズをとらえる力	対象をとらえ、判断し、その人に適した方略を選択する力
	ケアする力	ケアの実践・評価を行う力
	協働する力	対象を中心に多職種間で情報共有し、ケアの方向性を検討、連携する力
	意思決定を支える力	対象が治療・最期の迎え方等の場面で、その人らしい意思決定を支える力（倫理的判断などの能力を含む）
組織役割遂行能力	組織の理念・目標の達成に向けて、専門職業人・組織人として求められる役割を遂行するために発揮する能力	
自己教育・研究能力	専門職業人として自己の実践力を高めるとともに、看護の改善や発展に取り組み、探求する力	
対人関係能力	様々な年代や立場、職種の人と人間関係を形成する能力（コミュニケーション能力も含む）	

表2 マネジメントラダー 6つの能力と定義

組織管理能力	組織の方針を実現するために資源を活用し、看護組織をつくる力
質管理能力	患者の生命と生活、尊厳を尊重し、看護の質を組織として保証する力
人材育成能力	将来を見据えて看護人材を組織的に育成、支援する力
危機管理能力	予測されるリスクを回避し、安全を確保するとともに、危機的状況に陥った際に影響を最小限に抑える力
政策立案能力	看護の質向上のために制度・政策を活用及び立案する力
創造する能力	幅広い視野から組織の方向性を見出し、これまでにない新たなものを創り出そうと挑戦する力

表3 マネジメントラダー レベル到達目標

レベルⅠ	自部署の看護管理者とともに看護管理を実践できる
レベルⅡ	自部署の看護管理を実践できる
レベルⅢ	トップマネジメントを担う一員として看護管理を実践できる
レベルⅣ	病院全体の管理・運営に参画するとともに、地域まで視野を広げた看護管理を実践できる

わらず、どのような対象に対しても経験と教育研鑽を基盤に、その場に応じた知識・技術・能力を発揮できる看護職者を指す。検討の背景には、変化する医療・看護ニーズに対応するため、日本看護協会が標準的看護実践能力の指標として「看護師のクリニカルラダー 日本看護協会版（以下、クリニカルラダー）」を公表したことがある。クリニカルラダーは、エンジニアの技能レベルの習熟度を5段階でモデル化したものを起源とし、P. Benner が看護実践能力の習熟段階を示すものとして応用したものである。ラダーは「梯子」を意味し、段階ごとに期待する能力と到達度を示す。公表されたクリニカルラダーは看護実践能力に特化したものであり、組織の理念・ビジョン、地域における機能や役割、組織で求める看護師像と能力を踏まえ、自施設独自に追加すべきとされる。そこで看護部は、組織の理念・目標達成のため役割を遂行する組織役割遂行能力、専門職業人として自己研鑽に励む自己教育・研究能力、多様化する人々と人間関係を形成する対人関係能力の3つの能力を追加して完成し（表1）、キャリアラダーと改称した。

続いて看護部は2023年、「病院看護管理者のマネジメ

ントラダー 日本看護協会版（以下、マネジメントラダー）」¹⁾を基礎に、看護管理者に対する目標の具体化と評価基準の作成を進め、当院のマネジメントラダーとして導入した。マネジメントラダーは、看護管理者を対象とした管理者実践能力開発プログラム等の人材育成ツールであり、看護管理者が地域まで視野を広げた管理を行うために組織管理能力、質管理能力、人材育成能力、危機管理能力、政策立案能力、創造する能力という6つの能力に焦点化し、能力別（表2）・段階別（表3）に行動目標を可視化したものである。日本看護協会は、クリニカルラダーで臨床実践能力を積み重ねながら、管理的役割を担う段階になった者がマネジメントラダーを活用し、看護管理者として必要な能力を修得することを意図している。看護部には、管理者の育成・能力開発に用いるツールがなかったことから、マネジメントラダーの導入を決定した。

2) 内的側面

さらに我々は「コンピテンシー」という概念に着眼し、2023年、導入に至った。導入の背景には、昇格な

表4 東京大学医学部附属病院看護部・東京大学医科学研究所附属病院看護部 コンピテンシー²⁾

コンピテンシー		定義
個人の特性	信念の維持	看護観・倫理観に裏づけされた信念・良心に基づき、一貫した言動をとる
	正確な自己評価	自分の強み、弱み、限界を正しく評価し、自覚して適切に行動する
	感情の自己認識	自己の感情を認識し、その感情が仕事に与える影響について認識し、適切に行動する
	セルフ・コントロール	ストレス状況においても感情的にならず、ネガティブな反応を回避し、対応する
	内省力	自分の考えや行動などを深く省みて、次の行動の改善につなげる
	自己研鑽・学習力	あらゆる機会や経験から学び続ける。またその姿勢を部下にも示し、行動する
思考力	専門性の発揮	職務に関する専門的な知識や技術を高め、深化し、活用する
	情報志向	職務の遂行に必要な情報・データを早く正確に、かつ幅広く収集する
	分析的思考	詳細に状況を比較・検討・分析して現状を把握し、有効な対策を立てる
	概念化	物事や出来事のつながり、隠れたパターンを認識して見抜き、状況を統合的に理解し、課題を設定する
企画実行力	達成志向	ビジョンを達成するという強い意思をもって高い目標を設定し、その達成のために力を注ぐ
	顧客志向	患者・家族、スタッフ、院内職員、他施設、その他内外の顧客のニーズを発見・理解し、それに応えようと努力する
	改革力	先取的に課題や問題を捉え、解決の方法を企画し、人や組織を巻き込みながら柔軟に実行する
	質保証	部署で提供されているサービス・業務の質が均一で一定の水準に保たれるようプロセスを見直し、モニタリングを継続している
	コンプライアンス	法令や就業規則、各種ガイドラインや社会規範と照らし合わせ、どんな場面でも社会的信用を守る公正で適切な行動を選択する
影響力	対人感受性	相手の気持ち、感情を察知して的確に理解し、配慮できる
	対人影響力	自分の考え、立場や目標を表明することができ、相手を説得したり納得させたりして、自部署の目標達成に必要な関係者のサポートを得る
	ネットワーク構築力	目標達成に役立つ、友好的関係やネットワークを構築し維持する
	組織感覚力	公式・非公式の力関係や風土を見抜き、効果的に活用する
チーム運営力	組織へのコミットメント	自部署の利益よりも、病院全体の利益を考えて、物事を進める
	リーダーシップ	病院全体の方針に沿って部署の方針、戦略、ビジョンを示し、その方向に組織を動機づけ、動かす
	指導・強制力	倫理的に、または社会人として守るべき事柄に対し、職位の責任のもとに部下へ要求・指導し、状況を好転させる
	育成力	部下の目標や能力を理解し、段階的な学習の機会を提供しながら効果的に関わる
	チームワーク	部下が目標達成に向けて相互理解をし、協調的な行動がとれるように関わる
	トラブル対応	トラブル内容を認識し、双方の気持ちや見解を聞き、合意形成を図る

どで看護実践者から管理者という新たな役割を担うことになった者にアイデンティティーの揺らぎがあるためである。管理者は、この移行期に自己に求められる役割や行動が不明確となり不安を感じやすい。加えて、職位に伴う重責から自己効力感が低下しやすい。人は知識やスキルのみならず、個人の内的な特性や価値観から「行動」する。導入したラダーは、知識やスキルなど外的側面に対する行動指標であり、管理者の内的側面に対するより深い支援をするためには、コンピテンシーの理解が不可欠であると考えた。コンピテンシーは、「その行動」を引き出した動因や動機、自己効力感、思考、スキル、知識などを含む総合的な能力の概念であり、高業績につながると予測されるもの」である。

東京大学医学部附属病院看護部・東京大学医科学研究所附属病院看護部と武村は、成果につながる看護管理力

として5領域25のコンピテンシーを明らかにし、看護管理者の管理能力を高めるツールとして発表した（表4）。武村は、成果をあげるには“何をするか”と同時に、“どのようにするか”が重要であり、この“どのようにするか”という内的なプロセスが、コンピテンシーであると述べた²⁾。そして、この運用には、経験学習の概念が取り入れられている。経験学習とは、学習者がさまざまな状況に直面し積み重ねた経験を想起し、多様な観点から捉え直すことによって、実践に根差した知識やスキルを獲得し、別の機会でも当てはめて実践するというものであり、知識の「行動化」に必要なプロセスである。倉岡は、管理実践について「看護師長がひとりで内省するのではなく、看護師長のおかれている状況を知る上司として、看護部長や看護副部長との対話を取り入れることで、より深い内省に到達できる可能性がある」と

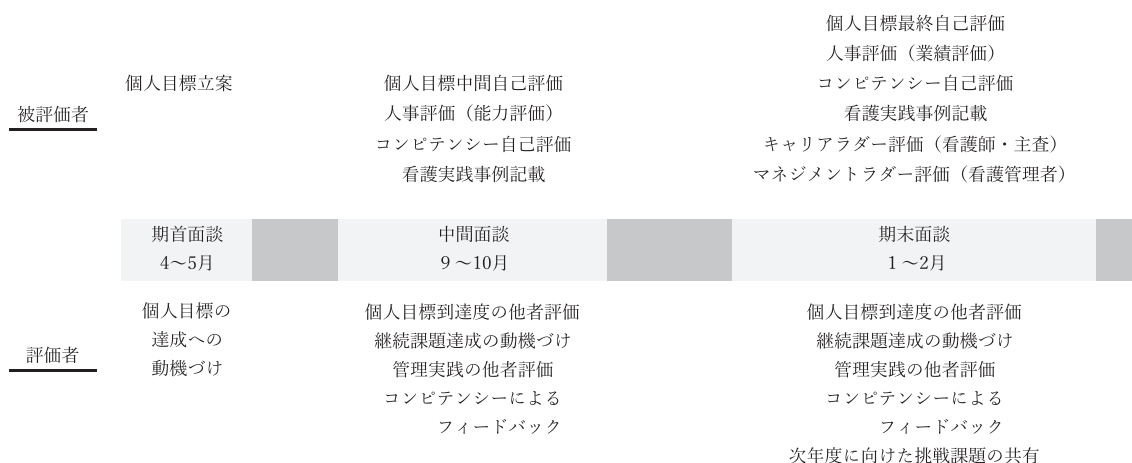


図2 1年間の評価・支援のプロセス

述べた³⁾。看護管理者が、自己を他者と内省することにより「経験」の厚みを増すことは、どのようにすると成果につながりやすいのかを行動レベルで理解することと同義である。支援者にとっても必要な行動を言語化・可視化することができ、成果につながる行動を具体的に助言・指導できる意義がある。また、運用においても看護管理者の経験学習を促進することが期待されることから看護部での導入を決定した。

3. 評価・支援体制

一年を通じた評価・支援のプロセスを図2に示す。

(1) キャリアラダー評価方法

被評価者は、主査を含む正職看護師である。被評価者は年度末に1回、自己の習熟段階に該当するレベルの評価表を用い、4つの臨床実践能力の到達度を、評価基準を用いて自己評価する。評価者は人事考課の一次評価者、認定者は二次評価者と同様である。

【期首面談時】評価者（看護師長・主査）は、部署において、職員の年度末評価から1年を通して取り組む個人目標と具体的な行動を確認し、職員の動機づけを行う。

【中間・期末時】評価者は、被評価者の日頃の看護実践を想起し、評価基準を用いて客観的に評価する。面談時に評価者は被評価者のできている点、改善が必要な点を具体的にフィードバックするが、双方の評価に相違がある点は、評価に至った理由を説明、確認する。改善が必要な点は、次にとるべき行動を伝え、意識づけする。

評価は、評価基準を到達度A（80%以上）～C（59%以下）に定めて行い、評価項目の8割以上がA評価かつC評価がないこと、次レベルに移行する際の必須研修受講を要件として、すべてを満たした場合に認定とする。認定者は、評価者が判断した日頃の看護実践評価を

確認し、認定する。このように二段構造の評価体制としたのは、キャリアラダー導入からまだ2年であり、到達度の評価に偏りが生じないためである。

(2) マネジメントラダー・コンピテンシー評価方法

被評価者は、副看護部長を含む看護管理者である。被評価者は年度末に1回、6つの看護管理者実践能力の到達度を、評価基準を用いて自己評価する。マネジメントラダー導入時は、レベルⅠ（主任想定）から評価を始め、到達度に応じてレベルⅡ（看護師長想定）へ進む。コンピテンシーは、評価基準を用いて5領域25コンピテンシーについて自己評価する。評価者は人事考課の一次評価者、認定者は二次評価者と同様である（副看護部長のみ看護部長が評価・認定者を兼ねる）。

【期首面談時】評価者（副看護部長・看護部長）は、管理者の年度末評価から1年を通し、意識して取り組むマネジメントラダー行動目標と発揮するコンピテンシーを共有し、職員の動機づけを行う。

【中間・期末時】被評価者は、目標の到達度と5領域25コンピテンシーについて、各コンピテンシーの定義や構成要素を確認し、評価基準を用いて自己評価する。同時に、半年間の管理実践を振り返り、その中で「うまくいった事例」「うまくいかなかった事例」の2つを記述し、その中で発揮されたコンピテンシーについて自己分析する（図3）。評価者は目標の到達度を、被評価者の日頃の看護管理実践から想起し、評価基準を用いて被評価者のできている点、改善が必要な点を明確にする。事例では、被評価者の行動の意図に焦点をあて、面談時、その行動に至る思考や判断を確認する。コンピテンシーの定義や構成要素、評価基準をともに再確認し評価判定すると同時に、次にとるべき行動についてコンピテンシーを用いてフィードバックする。これにより被評価者

記載年月日： 年 月 日
氏名：
部署

【うまくいった管理実践の振り返り・うまくいかなかった管理実践の振り返り】

【どのような管理実践だったのか、想像できるように具体的に記載】

【上記の際の自分の考え】

【上記の際に自分がとった実際の行動】

【その行動の結果】

【何を感じ、何を考えたか】 【何がよかったか】 あるいは 【何がよくなかったか】

【発揮したコンピテンシーとレベル】
「 」 レベル（ ）
「 」 レベル（ ）

【（よい事例の場合）より良い効果的な行動は】 【（うまくいかなかった事例の場合）今後とるべき行動は】

図3 コンピテンシー事例記載シート

が気づいていないコンピテンシーの意識づけや管理実践へのリフレクションを行う。

4. 「キャリア発達」「キャリア開発」の視点からの評価・支援の実際

続いて、評価・支援の実際を「キャリア発達」「キャリア開発」双方の視点から述べる。「キャリア」について Hall D. T は、単に仕事を意味するのではなく、人生と深くかかわる「人の生き方そのもの」であり、生涯にわたって「キャリア」は様々な要因と関連しながら変化発達すると述べた。ここで示す看護師の「キャリア発達」は、専門職業人としての職業生活全体にわたる自己実現の過程を指し、組織の「キャリア開発」とは、組織の活性化・存続の鍵を握る有能な人材の育成・能力開発を指す。これら2視点から考えを述べる。

1) 看護師の「キャリア発達」の視点

看護部では前述したキャリアラダーで示す4つの臨床実践能力を統合した姿を「めざす看護師像」として、習熟段階に分けて示している（表5）。段階ごとに複雑さや困難度は増すが、看護師は自己の目標を定め、挑戦していくことができる。看護師は、客観的評価基準に沿って到達度を自己評価し、上司から他者評価を受ける。その際、自己の強みや強化すべき内容のフィードバックを受けることで意識的に「キャリア形成」が促進される。

日本看護協会は、看護実践における専門職が引き受ける責任の範囲を社会に明示して、あらゆる場で実践を行う看護職の行動指針となるように「看護職の倫理綱領」を公表した。条文のひとつに、「看護職は常に個人の責任として継続学習による能力の開発・維持・向上に努める」ことが謳われている。看護師は、少子超高齢社会の進展や社会的価値の変化にともない多様化する国民のニーズに対応し、より質の高い看護を提供するために生涯、主体的に自ら学び続ける必要がある。

看護師のキャリアは、ジェネラリストとして経験を積み重ねる他、認定看護管理者、認定・専門看護師等のスペシャリスト、大学院への進学などがある。ジェネラリストとして臨床実践能力を計画的に均衡よく獲得し、自律性や主体性をもって学び続けることは、結果的に自己の可能性を広げ、キャリアデザインを行う上での強みとして蓄えられることになる。

看護管理者においても、これまで管理基準で示される職位ごとの業務分掌により役割を理解し、上司や同僚をモデルに管理実践をしていた。しかし、マネジメントラダーとして職位想定目標や能力が、段階ごとに可視化されることがなければ、自己目標を設定しにくい。マネジメントラダーの導入により看護管理者や管理者をめざす者は、管理者に必要な能力や研鑽すべき方向を明確に理解することができる。また、コンピテンシーについて笠松は「コンピテンシーの理解により、看護管理者として必要な冷静さや俯瞰力がつき、自分の判断に自信もてる。コンピテンシーの理解が深まるにつれ、コンピテンシーを意図して発揮することができるようになる。」と述べた⁴⁾。よって、ラダー・コンピテンシーの導入は管理者の「キャリア発達」に効果的であると考えられる。

2) 組織の「キャリア開発」の視点

看護の質を保証し、患者満足の高い看護実践を看護部全体で実現するためには、要となる看護管理者を育成することが重要である。マネジメントラダーの導入により、管理者が職位ごとに求められる目標や行動を理解することは、自己の課題を明確にする。育成側にとっても、個々の管理者の「どの部分」を重点的に「どのように」育成すべきかが明確になる。マネジメントラダーやコンピテンシーは看護管理者の行動の模範であり、その背後にある「大切にすべきこと」を一緒に伝えることができる。看護部における日々のフィードバックやコミュニケーションに、これらを活用することは、どのように思考し行動する管理者を求めているのかをぶれなく伝えることを可能とし、管理者の育成を促進できる。

表5 キャリアラダー レベル到達目標

レベルⅠ	チームの一員であることを自覚し、助言を受けて基準に沿った看護を実践する
レベルⅡ	チームの中でメンバーシップを発揮し、自律して標準的な看護を実践する
レベルⅢ	組織の中でリーダーシップを発揮し、適切で個別性のある看護を実践する
レベルⅣ	幅広い視野で予測的判断を持ち、チーム医療の中で専門性を発揮する

5. 今後の課題

看護管理者を適切に支援・育成するため、管理者の実践力（外的側面）と管理者自身の行動特性（内的側面）へのアプローチのツールとして、キャリアラダー・マネジメントラダー、コンピテンシーを導入した。ラダーにより段階的に期待される能力が示され、到達度によって能力が客観的に評価されるため、看護師・看護管理者は、次に目標とする段階を意識してキャリアを形成していくことが可能となった。しかし、実際の運用において外的側面では、到達度や求められる能力が評価者、被評価者間で共有されにくい現状が見えてきた。この対策として2024年度はラダーに連動し、教育研修の企画・運営・評価体制を再構築し、理解促進を目的として看護師長担当制とした。評価者が、自律的に行動できるための支援体制が重要であるとともに、ラダーレベル別の支援、各ラダーレベルに求める看護実践、支援者に求められる行動などの理解をより具体的に深めるねらいがある。成果として適正な評価を求めていく。

また内的側面では、コンピテンシーの定義や構成要素の理解を促進する取り組みが不十分であった。コンピテンシーの正しい理解は、他者の行動や思考を捉え、自己の意図的な管理実践につながる。今後は、看護部全体で日々のフィードバックやコミュニケーションにコンピテンシー的視点をを用いることを意図し、積極的に取り入れ、管理者がより自分を捉えていくことが求められる。これら3つのツールの理解を深めながら管理者個別の課題を見極め、課題達成できるように支援していく。

引用・参考文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会：病院看護管理者のマネジメントラダー日本看護協会版：https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/nm_managementladder.pdf：2024年7月31日参照
- 2) 東京大学医学部附属病院看護部，東京大学医科学研究所附属病院看護部，武村雪絵編．看護管理に活かすコンピテンシー—成果につながる「看護管理力」

の開発—．メディカルフレンド社；2014.

- 3) 倉岡有美子．管理者の経験学習：概念分析．聖路加看護学会誌：22（1）．2018．5-12.
- 4) 笠松由佳，小玉淑巨，福家幸子 他．「『看護管理者のコンピテンシー・モデル』を活用した教育プログラム」が看護管理者にもたらす変化．日看管会誌：26（1）．2022．104-114
- 5) 虎の門病院看護部．看護管理者のコンピテンシー・モデル開発から運用まで．医学書院：2013.

精神運動発達遅滞を背景とした急性胃軸捻転に 対して腹腔鏡下胃固定術を施行した一例

森越健之介・葛西 弘規・喜納 政哉・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69歳、男性。既往歴に新生児仮死、知的障害がある。主訴は受診日前日からの腹痛、嘔吐。受診日前日から腹痛、嘔吐あり、当科受診となった。血液検査では白血球数 $21,100/\mu\text{L}$ 、CRP 32.84mg/dL と炎症反応の著明な上昇を認めた。CT検査では拡張した胃の大湾が小湾側に捻転している像を認めた。食道裂孔ヘルニアや腫瘍性病変は認められなかった。以上の所見より急性胃軸捻転が疑われ手術の方針となり、同日腹腔鏡下胃壁固定術を施行した。術中所見は、胃体部大湾が小湾側で胃背側に回り込むように捻転している所見があり、愛護的に整復した。術後は腹部経過良好で術後26日目に退院した。胃軸捻転症は精神運動発達遅滞やADL低下、認知機能低下のリスクファクターである可能性が示唆されている。上腹部痛や嘔吐などの主訴に対して既往歴や患者背景から胃軸捻転を想起し、虚血や穿孔が疑われる状況であれば速やかな外科的治療介入が肝要であると考えられる。

キーワード：胃軸捻転、精神運動発達遅滞、腹腔鏡下胃固定術

緒言

胃軸捻転症は、胃全体やその一部が生理的範囲を超えて捻転する疾患である。虚血壊死や穿孔、門脈ガス血症等を来している症例では緊急手術が必要である。また精神運動発達遅滞、ADL低下、認知機能低下が胃軸捻転のリスクファクターである可能性が示唆されている。今回、我々は精神運動発達遅滞を背景に、過食傾向にある患者の胃軸捻転に対して腹腔鏡下胃固定術を施行した一例を経験したので報告する。

症例

患者：69歳、男性。

主訴：食欲不振、発熱、左側腹部痛、嘔吐

既往歴：新生児仮死の後遺症で知的障害あり、腹部手術歴なし

現病歴：施設入所中の患者。普段は過食傾向にあった。2024年5月に食欲不振、発熱、左側腹部痛、嘔吐があり。前医を受診した、腹部所見で筋性防御があり、外科的加療目的に当院へ転院搬送された。

来院時現症：

身長161cm、体重38.4kg BMI 14.78kg/m²

血圧112/73mmHg、脈拍105回/分、体温37.5℃、呼吸数19回/分、SpO₂ 93%（室内気）、腹部は平坦、

軟。左側腹部を触診すると苦悶様表情を認め、左側腹部に筋性防御を認めた。

血液生化学検査所見：

白血球 $21,100/\mu\text{L}$ 、CRP 32.84mg/dL と炎症反応の高度な上昇を認めた。その他、特記すべき所見を認めなかった。

胸腹部レントゲン写真（Fig. 1）：胃の著明な拡張を認めた。明らかな二重鏡面像の形成は認めなかった。

胸腹部造影CTとシエーマ（Fig. 2a、b）：胃の著明な拡張と、胃大湾側が小湾側に長軸性に軸捻転している所見を認めた。胃壁の造影不良はなく、食道裂孔ヘルニアや横隔膜ヘルニアは認めなかった。左胸腔内に臓器が凹になる形で液体貯留を認めた。

以上より急性胃軸捻転（間膜軸性）、及び左肺膿胸疑いで同日審査腹腔鏡、腹腔鏡下胃軸捻転固定術を施行した。

手術所見：臍部に12mmのカメラポートを挿入して気腹を開始し、右肋弓下に5mmポート、右側腹部に5mmポートを挿入して、計3ポートで手術を行った。

腹腔内観察し、胃の血色は良好であり、虚血はなかったと考えられた。臓器軸性による軸捻で小湾側にはまりこんだ胃体部大湾側を愛護的に整復した。閉創の際に胃前壁大湾側を臍部創直下まで引き下ろし、2-0針付き合成吸収性ブレイドで臍部腹膜腹直筋後鞘→胃体部前壁漿



Fig. 1 胸腹部レントゲン写真

胃の著明な拡張を認めるものの、胃軸捻転に典型的である胃の二重鏡面像は認めなかった。

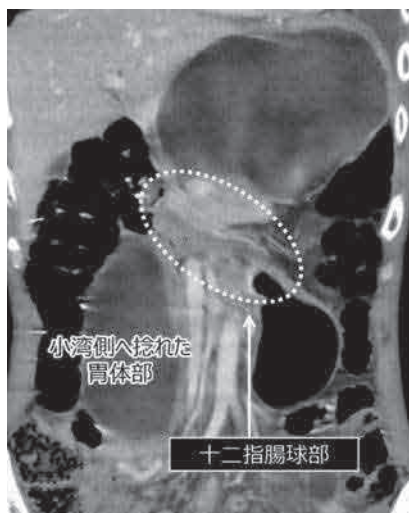


Fig. 2a 腹部造影 CT 画像（冠状断）

胃の著明な拡張と臓器軸性の軸捻を認めた。

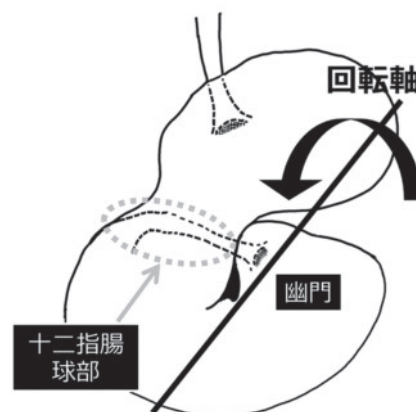


Fig. 2b シェーマ

図のように大湾側が臓器軸性に前方から軸捻していた。

腹筋層→臍部腹膜腹直筋後鞘の順で縫合し胃固定および閉腹し手術終了した。手術時間は 33 分、出血量は 10ml であった。

術後経過

術後嘔吐等なく、術後 5 日目に食事開始した。一方で左臍胸の改善が乏しく、初回手術後 10 日目に胸腔鏡下臍胸腔搔爬術施行。その後は経過良好であり、初回手術後 26 日目に退院された。初回手術後 31 日目に誤嚥性肺炎で入院され、急激に増悪し初回手術後 34 日目に逝去された。

考察

胃軸捻転は胃の全体または一部が生理的範囲を超えて軸捻転し、通過障害を来す疾患である。文献的には 1866 年に Berti によって剖検例で初めて報告された¹⁾。発生頻度は小児で 3.4%、成人では 0.17% とされ比較的稀な疾患である²⁾。原因は特発性と続発性に分類される。特発性では胃を固定している靱帯（肝胃靱帯、胃結腸間膜、胃脾靱帯、胃横隔膜靱帯）の脆弱性や過食、吞気症、抗精神病薬による腸管蠕動不全、慢性的な胃拡張、拡張した結腸による胃の圧排、腹圧の上昇、胃下垂などが原因になる。続発性の原因としては食道裂孔ヘルニアや横隔膜ヘルニア、横隔膜弛緩症などの横隔膜疾患、遊走脾、腫瘍性病変などが考えられる。成人発症の 2/3 が続発性とされ、その 8 割は横隔膜疾患が占めるとされる^{2) 3) 4) 5)}。臨床症状としては、Borchardt の 3 徴（①吐物のない嘔吐、②上腹部痛と腹部膨満、③胃管挿入困難）が知られているが、いずれかが揃わないことも

多い⁶⁾。また、虚血による腸管壊死から門脈ガス血症を来した症例報告や、続発する胃穿孔を伴う症例報告もあり、迅速な診断と治療が必要である⁷⁾。また複数の報告で精神運動発達遅滞や ADL 低下、認知機能低下が胃軸捻転のリスクファクターである可能性が示唆されている^{3) 8)}。自験例では知的障害を背景とする過食が原因の特発性胃軸捻転であったと考えられる。

胃軸捻転症の分類には、一般的に Singleton の分類が用いられることが多い。これは胃軸捻転を 1) 軸性、2) 捻転の程度、3) 捻転の方向、4) 原因、5) 発症時期の 5 つの要素において分類するものである。1) 軸性では、噴門と幽門を結んだ線を軸として 180 度以上捻転する臓器軸性（長軸性）と、小彎と大彎を結んだ線を軸として 180 度以上捻転する腸間膜軸性（短軸性）およびその複合型で分類する。廣岡らの報告では 54% が臓器軸方向への回転であり、腸間膜軸方向への回転よりやや多い傾向がある⁹⁾。2) 捻転の程度では 180 度以上（完全型）と 180 度未満（不完全型）に分類する。3) 捻転の方向では前方型と後方型で分類する。4) 原因では上述の原発性と続発性で分類する。5) 発症時期では急性型と慢性型に分類する^{10) 11)}。自験例では 1) 間膜軸性 2) 不完全型 3) 前方型 4) 特発性 5) 急性の胃軸捻転であったと考えられる。

診断には上述した Borchardt の 3 徴に代表される臨床症状もさることながら、画像診断が最も有用である。腹部単純 X 線における胃の著明な胃拡張像、腹部 CT 検査における胃の走行異常で診断される。また内視鏡は胃の軸捻状態と虚血の評価に不可欠で、そのまま治療への移行が可能である⁴⁾。自験例では造影 CT 検査にて胃

軸捻転の診断となり手術加療の方針となった。

治療は第一選択として胃管挿入による減圧や、内視鏡的整復術が施行される。外科的治療の適応としては①虚血による壊死や穿孔、門脈ガス血症⁷⁾を生じている症例、②噴門部閉鎖があり胃管や内視鏡の挿入困難がある症例、③保存的治療で改善しない症例、④再発を繰り返す症例などがある。術式としては胃壁固定術や、手術所見によっては胃切除術も考慮される¹¹⁾。胃壁固定術の方法としては開腹、腹腔鏡下、経皮内視鏡的胃壁固定術などがあり、症例に応じて適切に選択する必要がある⁸⁾。また固定術を施行する際は1点で固定するとその点を軸に捻転が再発する可能性があるため、最低三点以上の密な縫合や、あるいは面で固定する必要がある。自験例では左上腹部-側腹部にかけての筋性防御や血液検査での炎症反応高値があり、胃軸捻転による虚血壊死等が疑われていた。そのため胃管挿入による減圧後に内視鏡的整復を試みず、審査腹腔鏡を施行する運びとした。胃を固定する際、自験例では2針固定としたが、上述の通り3点以上の固定や面での固定が望ましかったと考えられる。

なお、本稿の要旨は第7回北海道外科関連学会機構合同学術集会にて発表した。

結語

精神運動発達遅滞を背景とした胃軸捻転に対して腹腔鏡下胃固定術を施行した一例を経験した。精神運動発達遅滞を背景とする患者に腹痛や嘔吐がみられた際は胃軸捻転を想起されたい。また虚血壊死や穿孔が疑われた胃軸捻転に対しては速やかな外科的治療が必要と考えられる。

利益相反

なし

文献

- 1) Berti A. Singolare attorcigliamento dell'esofago col duodeno seguito da rapida morte. Gazz Med Ital. 1866; 9: 139-41.
- 2) 金井武彦：胃軸捻転。胃と腸。1969；4：731-742
- 3) 高橋宏明，若山顕治，蔵谷大輔，他：腹腔鏡下胃固定術を施行した精神遅滞を伴う成人特発性胃軸捻転症の1例。日外科系連会誌。2013；38：998-1004
- 4) 小畑真介，上藤聖子，五井孝憲，他。腹腔鏡下胃固定術を施行した成人特発性胃軸捻転症の1例。福井大学医学部研究雑誌。2021；21：39-44.
- 5) 河口賀彦，河野浩二，三井文彦，他：成人胃軸捻転

症の2例。日本臨床外科学会雑誌71：1471-1476，2010

- 6) Borchardt M: Zur pathologie une Therapie des Magenvolvulus. Arch Klin Chir 1904; 74: 243-260
- 7) 伊東紀子，中本充洋，野口純也，他：門脈ガス血症を呈した胃軸捻転症の1例。日臨外会誌68：2740-2744，2007
- 8) 北田峻平，木下陽亮，藤原靖弘，他。繰り返す胃軸捻転症に対し，内視鏡的胃壁4点固定術が有効であった1例。日本消化器内視鏡学会雑誌。Vol.64 (9)，Sep. 2022
- 9) 廣岡昌史，黒瀬清隆，岡部壮一，他：胃粘膜壊死を疑い手術を施行した急性胃軸捻転症の1例。日消誌2002；99：1455-1459
- 10) Singleton AC. Chronic gastric volvulus. Radiology. 1940; 34: 53-61.
- 11) 星野夏希，田中優作，望月康久，他。胃穿孔をきたした特発性胃軸捻の1例。日臨外会誌84 (5)，733-737，2023

イレウス管を挿入し腹腔鏡下手術を施行した 小網裂孔ヘルニアの1例

玉那覇朝雄・小野 仁・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

小網裂孔ヘルニアは希少疾患であるため診断も難しく、そのほとんどが開腹手術となっている。今回、我々は術前に小網裂孔ヘルニアを疑い、腹腔鏡下で治療した症例を経験した。症例は26歳男性、前医より腸閉塞の診断で治療目的に当科に紹介となった。入院日当日にイレウス管挿入し、入院3日目に腹腔鏡下にヘルニア解除、ヘルニア門の縫合閉鎖を施行した。イレウス管による減圧は本症例における腹腔鏡下手術に有用であり、小網裂孔ヘルニアでも腹腔鏡下で低侵襲に治療可能であった。

キーワード：小網裂孔ヘルニア、腹腔鏡下手術、イレウス管

緒言

小網裂孔ヘルニアは内ヘルニアの一種で小網の異常裂孔に腸管が陥入することで発症する稀な疾患である。希少疾患であるため診断も難しく、そのほとんどが開腹手術となっている。今回、我々は術前に小網裂孔ヘルニアを疑い、イレウス管で減圧のもと腹腔鏡下で治療できた症例を経験したので文献的な考察を加え報告する。

症例

患 者：26歳、男性

主 訴：心窩部痛

既往歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

生活歴：喫煙歴なし、飲酒歴なし

現病歴：突然発症の心窩部痛を主訴に前医を受診、腹部CT検査で腸閉塞の診断となり、治療目的に当院へ紹介となった。

入院時現象：身長180cm、体重74kg、体温：37.7℃
血圧：122/68mmHg 脈拍：85回/分 SpO₂：98%
呼吸数：12回であった。心窩部に経時的に変化する疼痛と圧痛、腹部全体に膨満感を認めた。

Vital：体温：37.7℃、血圧：122/68mmHg、脈拍：85回/分、SpO₂：98%、呼吸数：12回

入院時採血：WBC：12.1×10³/μl、CRP：0.56mg/dl、CK：332U/l、LD：225U/lであった。

腹部Xp：上腹部を中心とした小腸の限局的な拡張を認

めた（図1）。

腹部造影CT：胃の小彎部と臍部周辺の小腸の集簇と軽度拡張を認めた。腸管の造影不良域や腹水、腸間膜の浮腫はなく、絞扼の所見はみとめなかった（図2、3）。

入院後経過：内ヘルニアを疑い、小網裂孔ヘルニアも鑑別に挙げられたが、症状が軽度なこと絞扼の所見がなかったことから、減圧による腸閉塞の解除を期待し、イレウス管を挿入し絶食管理と補液で保存的加療の方針となった。入院後症状の改善乏しく、イレウス管からの排泄液も増加傾向であったため、入院後3日目に腹部CT検査を施行した。小腸の集簇と腸管拡張（図3、4）の改善みられなかったため腹腔鏡下手術の方針となった。

手術所見：臍部に12mmカメラポートを挿入し腹腔内を確認、トライツ靱帯より100cmの部分が腹腔内から小網内へ陥入しており、腸管の壊死は認めなかった（図7）。患者右側に12mmポート、左手に5mmポートを挿入、患者左側に5mmポート1本挿入し処置を開始した（図6）。陥入した腸管を取り出すと直径3cm程度の小網の異常裂孔を認めた（図8）。裂孔を3-0PDSを用いて2針・単結紮縫合行いヘルニア門を縫合閉鎖した（図9）。手術時間は1時間33分 出血量は3mlであった。

入院後経過：術後2日目より食事開始し、経過問題なく7日目に退院となった。術後再発なく経過している。

考察

内ヘルニアはSteinkeによって体腔内の陥凹窩、孔の中に臓器が入り込んだものと定義され、腹膜窩ヘルニアと異常裂孔ヘルニアに分類される¹⁾。内ヘルニアは腸閉



図1 腹部レントゲン

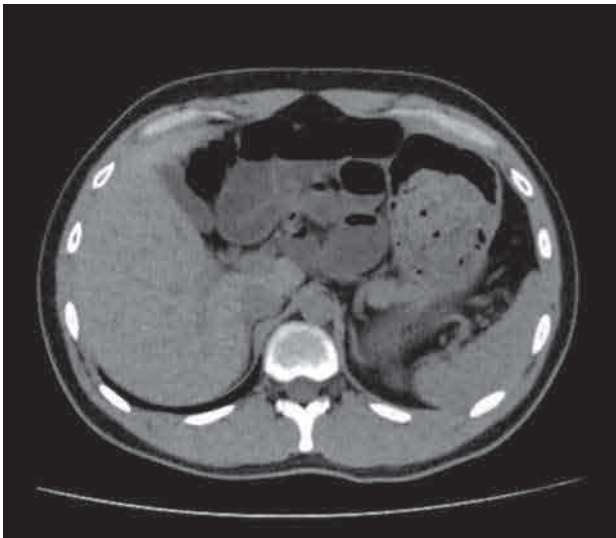


図2 腹部 CT 水平断



図3 腹部 CT 冠状断

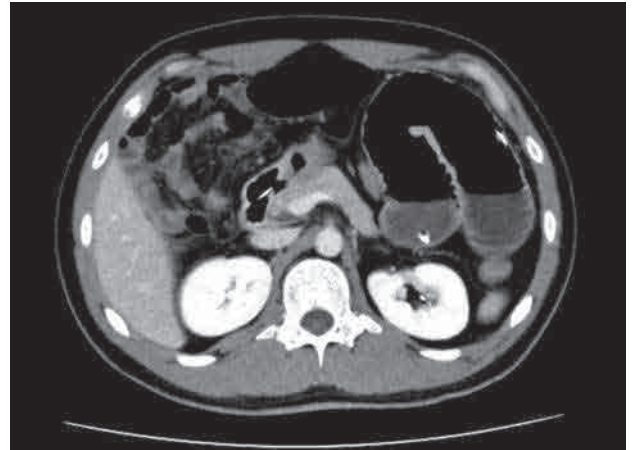


図4 腹部 CT 水平断

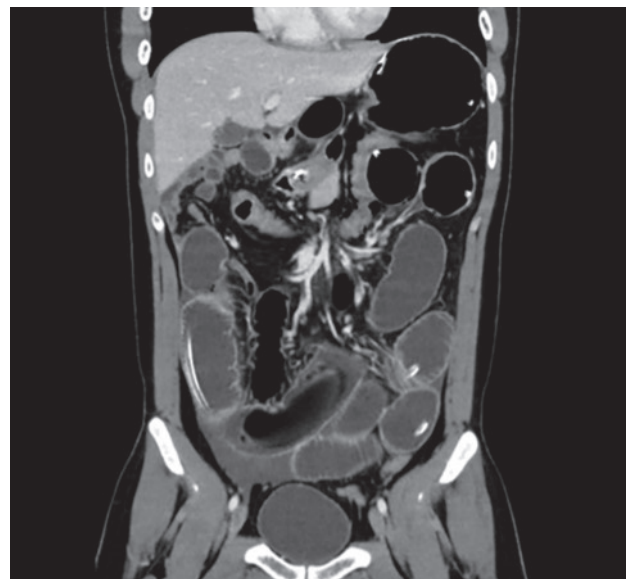


図5 腹部 CT 冠状断

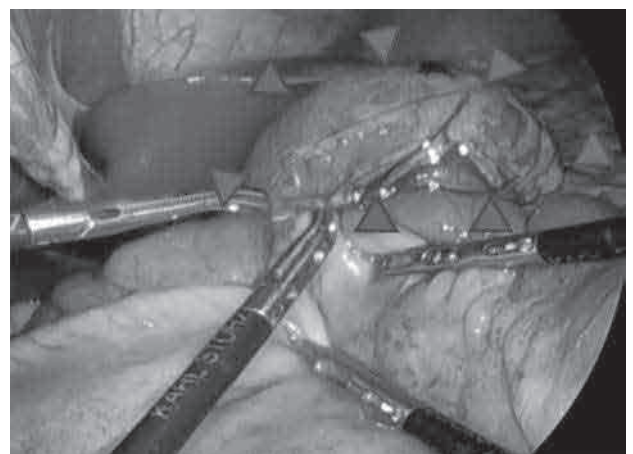


図6 術中所見①

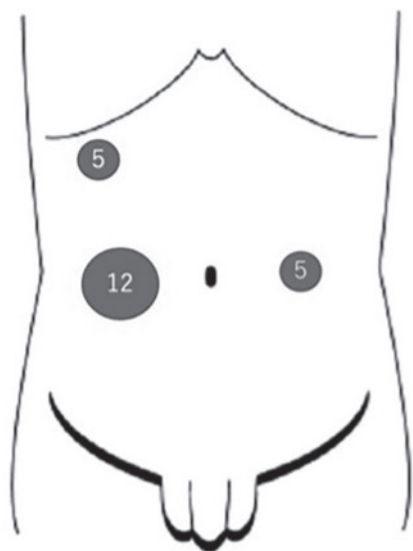


図7 ポート配置

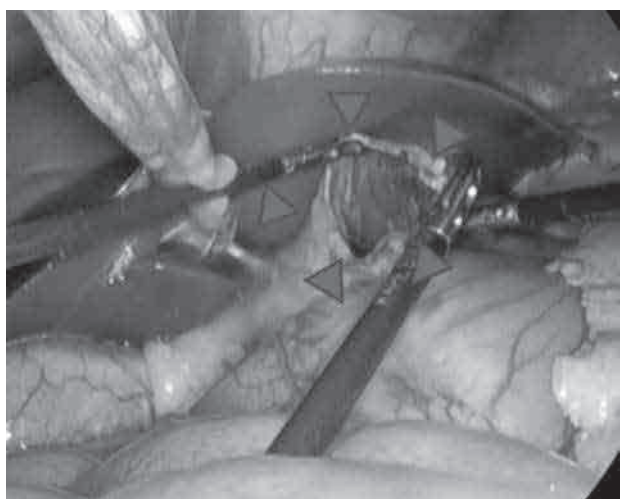


図8 術中所見②

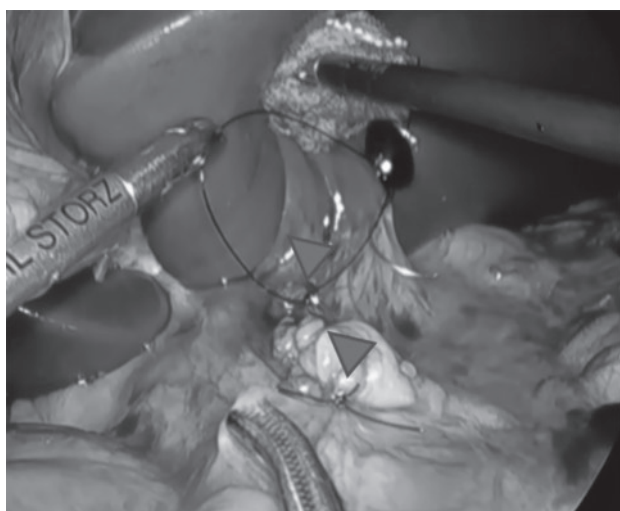


図9 術中所見③

塞の原因の内0.5～5%と少なく、そのうち小網裂孔ヘルニアの報告は極めて稀である²⁾。北岸らは小網裂孔ヘルニアの様式を腸管が腹腔から小網裂孔を通過して網嚢内に陥入するⅠ型と胃腸管膜の欠損部を通過して胃背側から網嚢内に陥入し、小網裂孔から脱出するⅡ型に分類している³⁾。医学中央雑誌で「小網裂孔ヘルニア」をキーワードに1990年～2023年で検索したところ19例が報告されており、それに自験例を含めた20例について検討した(表1)⁵⁻²²⁾。異常裂孔が生じる機序としては外傷性、炎症性、先天性といった可能性が指摘されている²³⁾。今回検索した過去報告20例では、腹部手術既往を認めたのは2例のみと少なく、本症例でも手術歴はなかった。小網裂孔ヘルニアの診断に際し、造影CTは有用である。小網裂孔ヘルニアの典型的な画像所見としては①胃小弯内側に腸管が存在する所見、②胃前面の拡張腸管の存在と網嚢内の虚血腸管を認め、胃の小弯に小腸の血管が集簇している所見、が挙げられる⁵⁾。しかしながら20例中術前に診断可能であったのは5例と少ない。希少疾患であるためCT所見から本疾患を疑うのは難しく絞扼性イレウスや内ヘルニアの診断で緊急手術となり術中所見で診断されることが多いと推察される。本症例はCTで②の所見を認めており、術前に小網裂孔ヘルニアを疑うことが可能であった。

腸管壊死を伴い腸管切除を行った症例は11例。開腹手術は17例、腹腔鏡での処置は3例のみとなっていた。画像所見上、腸管壊死を示唆する所見を認めなかったことからイレウス間で減圧を行った上で後日、待機的に手術加療を行った。小腸の拡張を軽減させることで手術の際の空間の確保が可能となり、腹腔鏡下に治療が可能であった。当科では腸閉塞に対して腹腔鏡下手術が積極的に施行されている。利点としては低侵襲、術後創部痛の軽減、癒着の減少が挙げられる。術前にイレウス管を挿入し減圧することでスペースの確保できるとともに術後の麻痺性腸閉塞となった場合も引き続き減圧することができ有用である。術前のイレウス管挿入は手術までの時間に猶予があれば、考慮される処置である。

治療は脱出臓器の整復と裂孔の処置である。裂孔部の処置に関して4例は開放、16例は縫合閉鎖を行っている。いずれの症例でも再発の報告はなく、ヘルニア門の処置については一定の見解は得られていない。本症例ではヘルニア門が3cm程度と小さく、縫合部位も腹腔鏡下で縫合可能な箇所であったため、縫合閉鎖を選択した。

結語

腹腔鏡下にヘルニア門の縫合閉鎖を行った小網裂孔ヘルニアの1例を経験した。絞扼所見なければ、イレウス

表1

症例	報告者	年齢	性	主訴	腹部手術歴	術前診断	アプローチ	術式	分類	陥入臓器
1	桎塚	23	男	心窩部痛	なし	イレウス	開腹	腸切除+裂孔開放	Ⅱ	小腸
2	末永	34	男	上腹部痛	なし	イレウス	開腹	裂孔閉鎖	Ⅱ	小腸
3	菊池	78	女	腹痛	なし	イレウス	開腹	裂孔開放	Ⅰ	小腸
4	北岸	19	女	腹痛	なし	絞扼性イレウス	開腹	腸切除+裂孔閉鎖	Ⅱ	小腸
5	川崎	43	女	腹痛、嘔吐	なし	小網裂孔ヘルニア	開腹	腸切除+裂孔閉鎖	Ⅱ	小腸
6	太田	76	男	上腹部痛	なし	絞扼性イレウス	開腹	腸切除+裂孔閉鎖	Ⅰ	小腸
7	三谷	76	女	下腹部痛、腹満感	なし	イレウス	開腹	腸切除+裂孔閉鎖+人工肛門造設	Ⅱ	小腸+結腸
8	岩田	48	男	腹部膨満感	なし	内ヘルニア	開腹	裂孔閉鎖	Ⅰ	小腸
9	須井	42	男	腹痛、腹満感	なし	小網裂孔ヘルニア	開腹	裂孔閉鎖	Ⅱ	結腸
10	坂田	16	女	心窩部痛	なし	絞扼性イレウス	開腹	腸切除+裂孔開放	Ⅱ	小腸+結腸
11	二階	36	男	腹痛、嘔吐	なし	内ヘルニア	開腹	裂孔閉鎖	Ⅱ	小腸
12	中尾	59	男	上腹部痛	なし	絞扼性イレウス	開腹	腸切除+裂孔閉鎖	Ⅱ	小腸
13	嶋	69	女	嘔吐	あり	胃軸捻転	腹腔鏡	裂孔閉鎖	Ⅰ	胃
14	橋本	37	女	上腹部痛	なし	内ヘルニア	開腹	腸切除+裂孔開放	Ⅱ	粘膜
15	菊池	41	男	腹痛、嘔吐	あり	小網裂孔ヘルニア	開腹	裂孔閉鎖	Ⅱ	小腸
16	鈴木	95	女	食欲不振、嘔吐	なし	内ヘルニア	開腹	裂孔閉鎖	Ⅱ	小腸
17	佐藤	88	男	腹痛、嘔吐	なし	小網裂孔ヘルニア	開腹	腸切除+裂孔閉鎖	Ⅰ	小腸
18	福岡	40	男	心窩部痛	なし	内ヘルニア	開腹	腸切除+裂孔閉鎖	Ⅱ	小腸
19	岩永	63	男	上腹部痛	なし	小網裂孔ヘルニア	腹腔鏡	裂孔閉鎖	Ⅰ	小腸
20	自験例	26	男	心窩部痛	なし	小網裂孔ヘルニア	腹腔鏡	裂孔閉鎖	Ⅰ	小腸

管で減圧し腹腔鏡下にイレウス解除・ヘルニア門の縫合閉鎖を施行できた。症例を選定すればイレウス管で減圧のもと小網裂孔ヘルニアに対して安全かつ低侵襲に腹腔鏡下手術を施行することが可能である。

文献

- Steinke CR: Internal hernia. Three additional case reports. Arch Surg 25: 909-925, 1932
- Mock CJ, Mock HE Jr: Strangulated internal hernia associated with trauma. AMA Arch Surg 1958; 77: 881-886
- 北岸英樹, 高橋均, 丸山克之, 他: 細菌性食中毒を契機に発症した小網裂孔ヘルニアの1例. 消外 22: 1817-1821, 1999
- 鈴木雄之典, 宇田裕聡, 伊藤将一郎, 他: 医原性小腸穿孔を契機に発見された、大網形成不全に伴う小網裂孔ヘルニアの1例. 日本腹部救急医学雑誌 39 (6): 1049-1025, 2019
- 桎塚登美男, 田中千凱, 伊藤隆夫, 他: 大網小網裂孔 網囊ヘルニアの1治験例. 臨外 43: 115-117, 1988
- 末永豊邦, 年永隆一, 馬場国昭: 大網小網裂孔網囊ヘルニアの1例. 日消外会誌 21: 1126-1129, 1988
- 菊地洋一, 安藤善郎, 吉田典行: 小網裂孔ヘルニアの1治験例. 日臨外医会誌 56: 1446-1449, 1995
- 川崎健太郎, 大西律人, 安田貴志: 術前に診断した特異な嵌挿様式を示す大網裂孔網囊ヘルニアの1例. 日臨外会誌 63: 2022-2025, 2002
- 太田義人, 福長 徹, 小澤弘侑, 他: 小網裂孔ヘルニアの1例. 日臨外会誌 65: 1392-1396, 2004
- 三谷泰之, 岡 正巳, 中谷佳弘: 腸回転異常を併存した小網裂孔ヘルニア. 日臨外会誌 67: 1695-1698, 2006
- 岩田直樹, 木村保則: 小網裂孔ヘルニアの1例. 日臨外会誌 70: 1512-1515, 2009
- 須井健太, 青木秀樹, 重安邦俊: 横行結腸が嵌頓した小網裂孔ヘルニアの1例. 日臨外会誌 75: 1717-1720, 2014
- 坂田治人, 鈴木孝雄, 清水英一郎: 大網小網裂孔網囊ヘルニアの1例. 日腹部救急医会誌 34: 1489-1492, 2014
- 二階春香, 石澤義也, 高橋礼: 大網小網裂孔網囊ヘルニアの1例. 日腹部救急医会誌 35: 345-349, 2015
- 中尾英一郎, 西岡清訓, 辻村直人: 大網形成不全に伴う小網裂孔ヘルニアの1例. 日臨外会誌 77 (8): 2090-2095, 2016
- 嶋健太郎, 上野達也, 鈴木オリ: 小網裂孔に胃体部が嵌挿して発症した胃長軸捻転症に対し腹腔鏡下整復固定術を施行した1例. 日内視鏡外会誌 22: 311-317, 2017
- 橋本 崇, 伊藤康博, 廣江成欧: 下行結腸が嵌頓した大網小網裂孔網囊ヘルニアの1例. 臨外 80:

1374-1378, 2018

- 18) 菊地 慈, 赤間悠一, 島貫公義: 腹腔鏡補助下大腸全摘術後に発症し術前診断し得た小網裂孔ヘルニアの1例. 日腹部救急医学会誌 39: 89-93, 2019
- 19) 鈴木雄之典, 宇田裕聡, 伊藤将一郎: 医原性小腸穿孔を契機に発見された大網形成不全に伴う小網裂孔ヘルニアの1例. 日腹部救急医学会誌 39: 1049-105, 2019
- 20) 佐藤 馨, 二科オリエ, 阿部立也: 小網裂孔ヘルニアの1例. 外科 82: 1388-1390, 2020
- 21) 福岡伴樹, 杉原 実, 富永奈沙: 大網小網裂孔網嚢ヘルニアの1例. 日腹部救急医学会誌 41: 347-350, 2021
- 22) 岩永直紀, 山本剛史, 伊藤謙: 術前に診断し待機的に腹腔鏡下修復術を施行した小網裂孔ヘルニアの1例. 日鏡外会雑誌 28: 195-200, 2023
- 23) 小菅信哉, 竹林徹郎, 桑谷俊彦, 他: 小網裂孔ヘルニアの1例. 北外誌 67 巻 2 号: 124-127. 2023

学術業績

学 術 業 績

〔学術発表、講演、講義、その他〕

【消化器内科】

- ・ 令和5年度第1回小樽市立病院オープンカンファレンス講演会 令和5年9月5日 小樽
「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」
荒井悠久
- ・ 第128回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会 令和6年3月2日 札幌
「PTP 誤飲症例における画像所見の検討」
荒井悠久／指導医 鈴木亮

【循環器内科】

- ・ Slender Club Japan Annual Meeting 2023 令和5年6月10日 東京
「dRA is just an ordinary procedure.」
高川芳勅
- ・ CVIT2023 令和5年8月4日 福岡
「血管が細くてシースが入らない」
高川芳勅
- ・ CVIT2023 令和5年8月6日 福岡
「Slender education -Otaru Style- Burning the bridges behind us.」
高川芳勅
- ・ Expand of Brady Therapy Options with Micra 令和5年10月28日 オンライン
「スレンダー好きインタベ医が考えるこれからのペースメーカー治療」
高川芳勅
- ・ 鎌倉ライブデモンストレーション TIKTOK 2023 令和5年12月17日 横浜
「TIKTOK 2023」
高川芳勅
- ・ KSIC 2024 Winter 令和6年1月12日 ソウル
「Techniques and Mind to Become a Slender Master」
高川芳勅
- ・ Slender Club Japan Winter Live & Meeting 2024 令和6年2月16日 八王子
「次世代に伝えるシースレスガイディングカテーテル」
高川芳勅

【腎臓内科】

- ・第 68 回日本透析医学会学術集会 令和 5 年 6 月 16 日 神戸
「VA エコー管理非施行施設における VA トラブルの発症状況」
吉原真由美
- ・第 53 回日本腎臓学会東部学術集会 令和 5 年 9 月 16 日 仙台
「腎移植後帯状疱疹発症リスクの検討」
吉原真由美

【外科】

- ・第 11 回北海道外科学会 令和 5 年 9 月 札幌
「小網裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下にてヘルニア孔の縫合閉鎖を行った 1 例」
玉那覇朝雄
- ・第 36 回日本内視鏡外科学会総会 令和 5 年 12 月 1 日 横浜
「腹腔鏡下手術で修復した小網裂孔ヘルニアの 1 例」
小野仁
- ・第 36 回日本内視鏡外科学会総会 令和 5 年 12 月 2 日 横浜
「表在性型非乳頭部十二指腸潰瘍に対して内視鏡腹腔鏡合同手術（D-LECS）を施行した 1 例」
玉那覇朝雄
- ・第 11 回小樽後志漢方講演会 令和 6 年 1 月 25 日 小樽
「消化器外科医の日常診療と漢方」
葛西弘規

【心臓血管外科】

- ・第 51 回日本血管外科学会総会 令和 5 年 5 月 31 日 -6 月 2 日 国際医療福祉大学
「脳 malperfusion を合併した急性 A 型大動脈解離に対し頸部分枝末梢の非解離部から選択的脳灌流を先行して弓部置換 + FET を施行した 1 症例」
深田穰治、岩代悠、佐藤宏、田宮幸彦
- ・第 14 回胸部外科アカデミー 令和 5 年 7 月 8 日 札幌医科大学
「冠動脈バイパス術における radial artery graft の遠隔期 20 年成績」
佐藤宏
- ・第 107 回日本胸部外科学会北海道地方会（胸部外科分科会）令和 5 年 9 月 9 日
「高度癒着を伴う慢性 A 型大動脈解離に対して Inclusion 法で中枢吻合を行なった一例」
小松茂樹、佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦
- ・第 107 回日本胸部外科学会北海道地方会（胸部外科分科会）令和 5 年 9 月 10 日
「心室中隔穿孔に対する右室アプローチダブルパッチ法での閉鎖術時に三尖弁置換術を要した 1 例」
佐藤宏、小松茂樹、深田穰治、田宮幸彦

- ・第6回小樽心臓血管カンファレンス 令和5年9月22日 小樽市立病院
「心筋梗塞後心室中隔穿孔に対する治療戦略」
佐藤宏（座長：阿久津内科医院院長 阿久津尚孝先生）
- ・37th European Association of Cardio-thoracic Surgery Annual Meeting 2023/10/3-7 Vienna, Austria
「Temperature Analysis for Transient Neurologic Dysfunction after Proximal Aortic Repair with Hypothermic Circulatory Arrest」
Hiroshi Sato, Keitaro Nakanishi, et al.
- ・第76回日本胸部外科学会定期学術集会 令和5年10月19日-21日 東北大学
「低体温循環停止による上行置換・弓部置換術後の一時的脳機能障害に対する温度解析」
中西敬太郎、佐藤宏他
- ・第64回日本脈管学会総会 令和5年10月26日-27日 慶応義塾大学
「脳脊髄合併症の低減と根治性を重視した広範囲大動脈瘤に対する三期的ハイブリッド手術の1例」 会長要望演題：
戦略的胸部大動脈治療
深田穰治、小松茂樹、佐藤宏、田宮幸彦
- ・第97回小樽市医師会会員研究発表会 令和6年3月1日 小樽市医師会館
「中枢神経障害の防止を前提とした当院オリジナルの分割ハイブリッド全大動脈置換（上行から腹部）手術」
小松茂、佐藤宏、田宮幸彦、深田穰治

【脳神経外科】

- ・第90回日本脳神経外科北海道支部会 令和5年9月9日 札幌
「CEA 術前検査としての FRACTURE の有用性」
中崎明日香
- ・第51回日本磁気共鳴医学会大会 令和5年9月24日 軽井沢
「Acute ischemic stroke (AIS) 診断における完成型としての 7min protocol の臨床的インパクト」
シンポジウム招待講演 新谷好正
- ・日本脳神経外科学会 第82回学術総会 令和5年10月23日 横浜
「脳動脈瘤クリッピング術における心拍出コントロールの有用性」
ビデオシンポジウム 新谷好正
- ・STROKE2024 令和6年3月7日 横浜
「脳動脈瘤手術におけるアデノシンを用いた超短時間循環静止法と母血管遮断との違い～68例の検討」
シンポジウム 新谷好正
「体外循環を用いた頸動脈内膜剥離術の安全性～35症例の検討」
口演 新谷好正
- ・STROKE2024 令和6年3月7日 横浜
「CEA 術前検査としての PACIFIC (Plaque and Calcification Image with FRACTURE Image without Contrast Medium) の有用性」
中崎明日香

- ・第 91 回日本脳神経外科北海道支部会 令和 6 年 3 月 23 日 札幌
「鋳型状脳室内血腫に対する開頭血腫除去の可能性」
中崎明日香

【整形外科】

《学会》

- ・第 66 回日本手外科学会学術集会 令和 5 年 4 月 20 日 -21 日 東京
「Centerline Endoscopic Carpal Tunnel Release System による鏡視下手根管開放術の利点と欠点 ―合併症と医療経済の側面から―」
佃幸憲
- ・第 142 回北海道整形災害外科学会 令和 5 年 6 月 10 日 -11 日 札幌
「当院における大腿骨近位部骨折受傷後 48 時間以内の実態調査」
「種子骨嵌頓を伴った母趾趾節間関節脱臼に観血的整復を要した 1 例」
山賀慎太郎
- ・第 142 回北海道整形災害外科学会 令和 5 年 6 月 10 日 -11 日 札幌
「AI による胸腹部 CT 画像を用いた椎体骨折患者の自動検出 ―骨粗鬆症スクリーニングツールとしての応用に向けて―」
松岡知樹、佃幸憲
- ・第 142 回北海道整形災害外科学会 令和 5 年 6 月 10 日 -11 日 札幌
「広範な膝軟骨欠損に対するアテロコラーゲンをを用いた自家培養軟骨移植の中期臨床成績」
「ハイドロゲルを用いた骨肉腫細胞における幹細胞特性の迅速誘導と新規治療標的分子の探索」
「人工膝関節置換術施行患者における金属アレルギーの疫学と臨床成績」
「逆 V 字型 HTO 後の骨癒合と短期臨床成績に対して、T 字型 small locking plate による補助固定の追加が与える効果」
甲斐原拓真
- ・International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine (ISAKOS) 2023.6.18-21 Boston, USA
Atelocollagen-associated Autologous Chondrocyte Implantation for the Repair of Large Cartilage Defects of the Knee: Results at 3 to 7 Years.
Takuma Kaibara
- ・第 51 回日本関節病学会 令和 5 年 7 月 21 日 -22 日 東京
「広範な大腿骨内側顆軟骨剥離に対して自家骨軟骨柱移植による軟骨接合および高位脛骨骨切り術を行った一例：10 年成績」
甲斐原拓真
- ・第 72 回東日本整形外科学会 令和 5 年 9 月 22 日 -23 日 旭川
「アテロコラーゲンをを用いた自家培養軟骨移植後に軟骨下骨嚢胞を生じた 1 例」
甲斐原拓真

- ・ 25 回日本骨粗鬆症学会 令和 5 年 9 月 29 日 -10 月 1 日 名古屋
「当院における大腿骨近位部骨折受傷後 48 時間以内手術の実態調査」
木津谷菜悠
- ・ 第 34 回臨床スポーツ医学会学術集会 令和 5 年 11 月 11 日 -12 日 横浜
「広範な膝軟骨損傷に対するアテロコラーゲンをを用いた自家培養軟骨移植術後のスポーツ復帰」
甲斐原拓真
- ・ 第 1 回日本膝関節学会 令和 5 年 12 月 8 日 -9 日 横浜
「T 字型 small locking plate による内側補助固定の追加が、逆 V 字型 HTO 後の骨癒合と短期臨床成績に与える効果」
甲斐原拓真
- ・ 第 54 回日本人工関節学会 令和 6 年 2 月 23 日 -24 日 京都
「人工膝関節置換術施行患者における金属アレルギーの疫学と臨床成績」
甲斐原拓真

《研究会》

- ・ 第 10 回北海道 MIST 研究会 令和 5 年 9 月 30 日 札幌
「腰椎変性すべり症に対する新しい制動術の試み corrective dynamic stabilization ―矯正制動固定術の自験例の報告―」
平塚重人

《講演》

- ・ 共に診る・高齢者診療 令和 5 年 7 月 7 日 小樽
「大腿骨近位部骨折治療のための骨折リエゾンサービス ～多職種で取り組む工夫と効果～」
佃幸憲
- ・ 十勝病院薬剤師会学術集会 令和 5 年 7 月 20 日 Web
「二次性骨折予防のための大腿骨近位部骨折リエゾンサービス ～多職種でつなぐ脆弱性骨折治療戦略～」
佃幸憲
- ・ 第 9 回北海道手外科ハンドセラピー研究会 令和 5 年 9 月 2 日 札幌
「ジクトル®テープの使用経験 ～貼付剤の利点を活かした疼痛コントロール～」
佃幸憲
- ・ 二次骨折予防セミナー 令和 5 年 12 月 1 日 帯広
「当院における脆弱性骨折の治療戦略と地域連携 ～大腿骨近位部骨折から神経障害性疼痛をもつ椎体骨折まで～」
佃幸憲
- ・ Sapporo OLS Seminar 2023 令和 5 年 12 月 9 日 札幌
「大腿骨近位部骨折症例の二次骨折予防を目的とした当院での取り組み ～院内 FLS 活動から地域を通じた連携活動まで～」
佃幸憲

・ジクトル®テープ 75mg 効能追加 1 周年記念講演会 in 後志 令和 6 年 2 月 9 日 小樽
「肩関節障害の保存加療から手術加療まで ～保存加療におけるジクトル®テープの使用経験」
佃幸憲

・小樽市歯科連携の会 令和 6 年 2 月 29 日 小樽
「人工関節置換術前に整形外科が歯科受診を求める理由」
佃幸憲

・HTS セミナー in 浜松 令和 6 年 3 月 22 日 浜松
「当院における脊椎術中の止血メソッド」
平塚重人

・ジクトル®テープ 75mg 効能追加 1 周年記念講演会 in 江別 令和 6 年 3 月 28 日 江別
「肩関節障害の治療戦略 ～保存加療におけるジクトル®テープの有効性～」
佃幸憲

《院内研修会》

・FLS 向上部会 令和 6 年 3 月 14 日 小樽市立病院
「当院の骨粗鬆症リエゾンサービス活動 ～2023 年度活動報告～」
佃幸憲

《講義》

小樽看護専門学校講義 令和 5 年 6 月 -7 月
佃幸憲

[FLS チーム]

《学会》

・第 25 回日本骨粗鬆症学会 令和 5 年 9 月 29 日 -10 月 1 日 名古屋
「アバロパラチド自己注射機器に関するアンケート調査 ―注射機器の発展に伴う高齢者への影響―」
看護部 畑知見
「大腿骨近位部骨折後の二次骨折予防における骨折リエゾンサービス導入の効果」
看護部 満田諒
「AI を用いた胸腹部 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
「当院での大腿骨近位部骨折後の骨粗鬆症治療におけるゾレドロネートの年代別使用状況の検討」
薬剤部 中村友一
「クリニカルパスを用いた二次性骨折予防のための治療介入率向上のための当院の工夫 ―他職種連携における薬剤師の役割―」
薬剤部 中村友一
「当院における大腿骨近位部骨折患者の転院時歩行可否に影響を与える術直後因子についての検討」
リハビリテーション科 遠藤智康

- ・第61回全国自治体病院学会 令和5年8月31日-9月1日 札幌
「大腿骨近位部骨折後の二次骨折予防における骨折リエゾンサービス導入の効果」
看護部 満田諒
「AIを用いた胸部腹部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

《講演》

- ・一から始める二次骨折予防セミナー 令和5年5月15日 札幌
「急性期病院で始める骨折リエゾンサービス ～活動における課題への取り組み～」
看護部 畑知見
- ・後志病院薬剤師会学術講演会 令和5年5月26日 web
「当院における骨折リエゾンサービス ～骨粗鬆症治療率向上のために薬剤師が出来ること～」
薬剤部 佐藤礼菜
- ・二次骨折予防セミナー ～骨折連鎖を断ち切るためのリエゾンサービス（FLS）の意義 令和5年6月8日 小樽
「治療継続につなげる骨折リエゾンサービス ～急性期病院である当院の取り組み～」
看護部 畑知見
- ・OLS ミーティング 令和5年6月17日 旭川
「チームで取り組む二次骨折予防 ～当院の大腿骨近位部骨折クリニカルパスと各職種の役割」
看護部 畑知見
- ・十勝病院薬剤師会学術集会 令和5年7月20日 web
「脆弱性骨折における薬剤選択の重要性 ～骨折リエゾンサービスでの薬剤師の役割～」
薬剤部 中村友一
- ・第2回小樽 FLS 連携フォーラム 令和5年9月8日 小樽
「小樽市立病院の骨折予防への取り組み ～行政を巻き込んだ地域多施設連携を目指して～」
看護部 畑知見
- ・小樽後志エリア二次性骨折予防セミナー 令和5年11月17日 小樽
「二次骨折予防につなげる多職種・地域連携を目指して ～急性期病院である小樽市立病院の取り組み～」
看護部 畑知見
- ・二次性骨折予防連携セミナー 令和5年12月1日 帯広
「急性期病院で始める二次骨折予防 ～治療継続につなげる多職種チームの取り組み～」
看護部 畑知見
- ・小樽市医科歯科連携の会 令和6年2月19日 小樽
「骨粗鬆症治療薬の種類・機序について」
薬剤部 中村友一
「当院の FLS リエゾンサービス活動について」
看護部 満田諒

- ・骨粗鬆症診療セミナー～骨粗鬆症の早期治療介入と継続の意義を考える～ 令和6年3月5日 札幌
「多職種チームで開始・継続する骨折リエゾンサービス～地域連携に向けた課題と今後の展望～」
看護部 畑知見
- ・苫小牧エリア看護師セミナー 令和6年3月8日 苫小牧
「治療継続につなげる骨折リエゾンサービス～骨粗鬆症領域における自己注射導入・継続に向けた課題と取り組み～」
看護部 畑知見
- ・函館骨粗鬆症指導セミナー 令和6年3月23日 函館
「自己注射指導と二次性骨折予防に向けた当院の取り組み～治療継続につなげる院内・地域連携をめざして～」
看護部 畑知見

《パネリスト》

- ・OLS ナースのお仕事 令和5年8月26日 札幌
看護部 畑知見

【皮膚科】

- ・Atopic dermatitis treatment lecture in Sapporo 令和5年5月 札幌 ハイブリッド
特別講演「皮膚科領域の分子標的治療薬診療」
保科大地
- ・多汗症治療 Web セミナー 令和5年5月 札幌 web
講演「当院における多汗症診療」
保科大地
- ・日本臨床皮膚科医会北海道ブロック第73回研修講演会 令和5年8月 札幌 web
特別講演「掌蹠膿疱症診療の実践」
保科大地
- ・IL-23 Conference for Dermatologist 令和5年8月 札幌 web
講演「分子標的治療薬を用いた乾癬・掌蹠膿疱症診療」
保科大地
- ・第87回日本皮膚科学会東部支部学術大会 令和5年9月 盛岡
「アバタセプトの関与が考えられた菌状息肉症様皮疹の1例」
保科大地
- ・日本皮膚科学会東北六県合同地方会学術大会第402回例会スイーツセミナー 令和5年11月 弘前 web
講演「日本皮膚科学会診療ガイドラインにおける抗ヒスタミン薬の位置づけ」
保科大地
- ・TAIHO 皮膚疾患セミナー 令和5年11月 札幌 web
特別講演「冬場の皮膚疾患の特徴と治療～抗ヒスタミン薬、塗り薬を選ぶ際のポイント～」
保科大地

- ・第436回日本皮膚科学会北海道地方会 令和5年12月 札幌
「S状結腸癌の発見の契機となった抗TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎の1例」
長田悠里、保科大地、鈴木亮、小野仁

- ・How to Use Moizerto 令和6年1月 web
一般講演「モイゼルト使用経験からの考察」
保科大地

- ・寿都医師会学術講演会 令和6年3月 寿都
講演「アトピー性皮膚炎 UpToDate2024」
保科大地

【緩和ケア管理室】

- ・緩和ケアにおける慢性便秘症治療を考える Zoom LIVE SEMINAR in 小樽 令和5年4月6日 小樽
「緩和ケアにおける便秘の看護—看護において必要なこと—」
村上真貴
- ・小樽薬剤師会 講演会 令和5年6月22日 小樽
「緩和ケアにおける便秘の看護—現状と課題—」
村上真貴

【看護部】

- ・第61回 全国自治体病院学会 in 北海道 令和5年8月31日 札幌
「二次救急医療圏におけるクリティカルケア看護師と救急救命士のメンタルヘルス」
作田麻由美

【薬剤部】

- ・令和5年度第2回後志病院薬剤師会学術講演会 令和5年5月26日 web
「当院における骨折リエゾンサービス～骨粗鬆症治療率向上のために薬剤師が出来ること～」
佐藤礼菜
- ・十勝病院薬剤師会 令和5年7月20日 帯広
「脆弱性骨折における薬剤選択の重要性～骨折リエゾンサービスでの薬剤師の役割」
中村友一
- ・第61回全国自治体病院学会 in 北海道 令和5年8月31日-9月1日 札幌
「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～」
柳岡祥太
- ・第7回 日本精神薬学会 令和5年9月16日-17日 岡山
「病院薬剤師による退院時薬剤情報提供の現状と課題」
笠原真理
- ・第25回日本骨粗鬆症学会 令和5年9月29日 名古屋
「当院での大腿骨近位部骨折後の骨粗鬆症治療におけるゾレドロネートの年代別使用状況」
中村友一

- ・第25回日本骨粗鬆症学会 令和5年10月1日 名古屋
「クリニカルパスを用いた二次性骨折予防のための治療介入率向上に向けた当院の工夫」
中村友一
- ・第70回日本化学療法学会東日本支部総会 令和5年10月25日-27日 東京
「当院整形外科病棟における過体重患者への術後感染予防抗菌薬の介入」
尾崎裕之
- ・第33回日本医療薬学会年会 令和5年11月3日-5日 仙台
「退院時薬剤情報連携加算に関する薬剤管理サマリーの内容調査と保険薬局へのアンケート調査」
伊佐治麻里子
- ・2023年度 第4回「がん専門薬剤師」セミナー 令和5年11月17日 札幌
「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～退院時薬剤情報連携加算の活用～」
伊佐治麻里子
- ・第1回 POS ネット北海道講演会～睡眠薬適正使用を考える～ 令和6年2月3日 札幌
「睡眠薬適正使用への取り組み―薬剤師介入による使用薬剤の変化―」
笠原真理
- ・第11回小樽後志漢方講演会 令和6年3月7日 小樽市立病院
「当院の漢方薬の使用状況について」
鶴谷勝実

【検査室】

- ・第61回全国自治体病院学会 令和5年8月31日 札幌
「当院における新型コロナウイルス感染症対策の評価」
伊藤好樹
- ・第53回北臨技基礎セミナー 令和5年9月2日 苫小牧
「初めての血液遺伝子染色体」
外崎裕以
- ・第234回北臨技講習会（一般検査部門） 令和5年10月28日 札幌
「初心者のための尿沈渣検査実技講習会」
浦山和博
- ・第11回日臨技北日本支部医学検査学会 令和5年11月4日 福島
「WEBカメラを用いた組織検査の精度管理」
中村靖広
- ・第14回精度管理セミナー「コスモス」 令和5年11月11日 札幌
「各検査領域における誤った検体採取・保存事例」
外崎裕以

・小樽臨床検査技師会 地区会会員研究発表会 令和5年11月16日 小樽
「臨床とのコミュニケーションにより同定し得た *Finegoldia magna* による術後人工血管感染の1症例」
加野大樹

・第95回北海道医学検査学会 令和5年11月25日 帯広
「Unicel DxH800 による Cell Population Data を用いた脱顆粒好中球の検出について」
鹿野寿樹
「超音波ガイド下トロンビン注入法で止血した仮性動脈瘤の1例」
小山内直人
「当院超音波検査室におけるパニック所見報告の現状」
小助川真樹
「チミジン依存性 *Escherichia coli* の Small colony variant の遺伝子解析」
伊藤好樹

・第43回北海道臨床細胞学会総会・学術集会 令和5年11月26日 札幌
「臓器横断シンポジウム その他領域」
小笠原一彦

・第53回北臨技基礎セミナー 令和5年12月2日 小樽
「輸血日当直担当者・初心者のための輸血の基礎」
浦山和博

・日本臨床微生物学会総会・学術集会 令和6年2月9日 横浜
「チミジン依存性 *Escherichia coli* の Small colony variant (SCVs) の遺伝子解析」
伊藤好樹

【放射線室】

・第79回日本放射線技術学会総会学術大会 令和5年4月13日 横浜
「T2 preparation pulse を用いた呼吸停止下 MRCP の構築と評価」
伊原陸

・The International Society for MR Radiographers & Technologists (ISMRT) 令和5年6月2日 トロント
大浦大輔

・循環器 MRI 研究会 令和5年6月16日 web
「Acute ischemic stroke に対する ASL でのアプローチ」
大浦大輔

・第5回 日本メディカル AI 学会学術集会 令和5年6月16日-18日 東京
「頭部核医学検査における体動管理システムの構築」
佐藤晋平

・第33回日本心臓核医学学会総会・学術大会 令和5年6月22日-25日 長崎
「201TlCl 負荷心筋血流 SPECT における心外集積の影響と cardioMUSK 有用性の評価」
本間優斗

- ・札幌放射線技師会 令和5年6月23日 札幌
「AIS (Acute Ischemic Stroke) のMRI」
大浦大輔

- ・小樽看護専門学校 令和5年7月3日、10日、24日 小樽
臨床放射線医学1～3
横浜拓実

- ・十勝放射線技師会 令和5年7月22日 帯広
「頭部救急領域で使いたい撮像 technique」
大浦大輔

- ・北海道 Gyro meeting 令和5年7月22日 札幌
「Gyro cup Silver award 報告 _ TPT MRCP ～施設3連覇への挑戦～」
伊原陸

- ・第7回 Tukiji RT Conferenc 令和5年8月19日 東京
「がんと救急を症例画像から学ぶ」
大浦大輔

- ・第61回 全国自治体病院学会 in 北海道 令和5年8月31日 -9月1日 札幌
「AIを用いた胸腹部CT検査による潜在的な骨粗鬆症患者の検出」
本間優斗

- ・東海MRI研究会 令和5年9月2日 名古屋
「頭部救急領域で使いたい撮像 technique」
大浦大輔

- ・日本磁気共鳴医学会 令和5年9月22日 軽井沢
「Acute ischemic stroke (AIS) 診断における完成型としての7min protocol の臨床的インパクト」
大浦大輔

- ・Advanced imaging seminar 令和5年10月20日 東京
「AI はじめの一步」
大浦大輔

- ・2023年度日本診療放射線技師会 北海道地域学術大会 令和5年10月21日 -22日 札幌
「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

- ・第82回 日本脳神経外科学会 学術総会 令和5年10月25日 横浜
「Super Selective ASLによる脳腫瘍の栄養血管診断の有用性」
伊原陸

- ・ 第 51 回日本放射線技術学会秋季学術大会 令和 5 年 10 月 27 日 -29 日 名古屋
「なぜ慢性硬膜下血腫の麻痺の影響は可逆的なのか？—DTI パラメーターは運動繊維障害に関連がある—」
横浜拓実

- ・ 札幌テクノロジーフォーラム 令和 5 年 11 月 2 日 札幌
「ECR Magna cum laude までの軌跡」
大浦大輔

- ・ 2023 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 5 年 11 月 11 日 小樽
「AI と詳細な ADC 値解析を用いた Acuteischemic stroke の予後予測」
大浦大輔
「シンポジウム『急性腹症』 シンポジスト・肝胆膵領域」
本間優斗
「脳 MRI デジタルファントムの作成」
宮尾純奈

- ・ 日本放射線腫瘍学会第 36 回学術大会 令和 5 年 11 月 30 日 -12 月 2 日 横浜
「4D-CT imaging を用いた肺定位放射線治療における腹部圧迫の有用性
The Usefulness of Abdominal Compression in Lung SBRT using 4D-CT Imaging」
横浜拓実

- ・ 岡山放射線技師会セミナー 令和 5 年 12 月 3 日 岡山
「ECR Magna cum laude までの軌跡」
大浦大輔

- ・ 佐賀 リフレッシュセミナー 令和 6 年 1 月 13 日 佐賀
「脳外科手術に直結する MR 撮像技術」
大浦大輔

- ・ 北海道放射線技師会 フレッシュャーズセミナー 令和 6 年 2 月 23 日 札幌
「フレッシュャーズセミナー～その後 当直マスター講座」
伊原陸

- ・ 東京都技師会学術部 MR 勉強会 令和 6 年 2 月 28 日 web
「これで安心！！ 婦人科 MRI」
伊原陸

- ・ 多摩画像研究会 令和 6 年 3 月 2 日 立川
「虚血性脳卒中に対する MRI の基本と裏技」
大浦大輔

- ・ 第 49 回日本脳卒中学会学術集会 令和 6 年 3 月 7 日 -9 日 横浜
「詳細な ADC 値解析と機械学習による AIS の予後予測：再灌流までのタイムリミットのシミュレーション」
大浦大輔

【リハビリテーション科】

- ・第25回 日本骨粗鬆症学会 令和5年9月29日-10月1日 名古屋
「当院における大腿骨近位部骨折患者の転院時歩行可否に影響を与える術直後因子について」
遠藤智康
- ・小樽・後志骨粗鬆症サポートネットワーク 令和6年3月15日 小樽
「大腿骨近位部骨折に関する転倒の知識と予防」
遠藤智康

【臨床工学科】

- ・第61回全国自治体病院学会 令和5年8月31日-9月1日 札幌
「医用テレメーターが近隣の医療機関と混信した事例報告」
前祥太

【栄養管理科】

- ・第27回 日本病態栄養学会 令和6年1月26日-28日 京都
「当院膀胱がん患者に対する積極的栄養介入のための現状評価」
川野夕花里

【認知症疾患医療センター】

- ・NPO 法人北海道若年性認知症の人と家族の会 令和5年7月23日 札幌
「何度聞いても聞きたい認知症の薬のはなし、病気のはなし」
高丸勇司
- ・薬剤師のためのライブシンポジウム 令和5年8月7日 web
「Live Symposium for Pharmacist～「人生100年時代」を見据えた薬薬連携～」
高丸勇司
- ・認知症サポーターステップアップ講座 令和5年9月20日 小樽
山崎典子
- ・旭川市 永山地域包括支援センター研修会 令和5年9月29日 旭川
「精神科における認知症治療～自律を尊重するにはどうすればよいのか～」
高丸勇司
- ・認知症サポーターステップアップ講座 令和5年10月16日 小樽
山崎典子
- ・市民向け講演会 令和5年11月18日 釧路
「老いても若くても認知症と共に生きる」
高丸勇司
- ・Next Stage Start up Meeting of Early AD 令和6年3月27日 札幌／ハイブリッド
「早期アルツハイマー病について」
高丸勇司

【患者支援センター】

- ・第 61 回全国自治体病院学会 in 北海道 令和 5 年 8 月 31 日 -9 月 1 日 札幌
「がん診療が当院の経営に与えるインパクト」
庄武美加子

- ・第 49 回日本診療情報管理学会 令和 5 年 9 月 14 日 -15 日 青森
「院内がん登録情報を活用した大腸がん手術症例の入院長期化の検討」
庄武美加子

【診療情報管理課】

- ・第 61 回全国自治体病院学会 in 北海道 令和 5 年 8 月 31 日 -9 月 1 日 札幌
「DPC 機能評価係数向上への他職種協働の取り組み」
堀合謙一

〔学会・研究会座長、その他〕**【循環器内科】**

- ・Slender Club Japan Annual Meeting 2023 令和 5 年 6 月 10 日 東京
「Keynote Lecture, Symposium」
座長 高川芳勅

【心臓血管外科】

- ・第 6 回小樽心臓血管カンファレンス 令和 5 年 9 月 22 日 小樽
座長 深田穰治
演題 七転び八起の国産補助人工心臓開発
演者 米国 University of Pittsburgh 元准教授、東京女子医科大学元主任教授 山崎健二先生
- ・第 76 回日本胸部外科学会定期学術集会 令和 5 年 10 月 19 日 -21 日
座長 深田穰治
セッションテーマ 縦郭炎

【整形外科】

- ・二次骨折予防セミナー 令和 5 年 6 月 8 日 小樽
講演会座長 佃幸憲
- ・共に診る・高齢者診療 令和 5 年 7 月 7 日 小樽
講演会座長 佃幸憲
- ・第 2 回 小樽 FLS 連携フォーラム 令和 5 年 9 月 8 日 小樽
講演会座長 佃幸憲
- ・Arthrex Japan Shoulder Cadaver Training 令和 5 年 11 月 9 日 -10 日 Singapore
Faculty 佃幸憲
- ・小樽後志エリア二次性骨折予防セミナー 令和 5 年 11 月 17 日 小樽
講演会座長 佃幸憲

【皮膚科】

- ・小樽乾癬治療地域連携セミナー 令和5年5月 ハイブリッド
座長 保科大地
- ・ビンゼレックス発売1周年記念セミナー from Hokkaido 令和5年5月 札幌 web
座長 保科大地
- ・Lilly Dermatology Web Seminar 札幌 令和5年6月 web
座長 保科大地
- ・第39回日本臨床皮膚科医会総会・臨床学会大会 令和5年6月 札幌
シンポジウム20 皮膚科救急医の選択：この急患。どうしますか？
座長 保科大地
- ・アポハイドローション20%発売記念講演会 in 北海道 令和5年8月 札幌 ハイブリッド
座長 保科大地
- ・爪乾癬治療を考える会 令和5年9月 札幌 web
座長 保科大地
- ・第3回 SUN Relationship Meeting 令和5年11月 札幌
症例提示 保科大地
- ・乾癬 Web セミナー～乾癬治療のこれからを考える～ 令和5年11月 札幌 web
座長 保科大地
- ・Lilly PsO Web Seminar 令和5年11月 札幌 web
座長 保科大地
- ・TWIST for HH 令和6年2月 東京
アドバイザーボード 保科大地
- ・小樽後志皮膚科診療研究会 令和6年2月 小樽
座長 保科大地
- ・Port town AD Seminar 令和6年3月 札幌 web
パネリスト 保科大地

【病理診断科】

- ・第204回 日本病理学会北海道支部学術集会 令和6年3月9日 札幌
座長 辻脇光洋

【緩和ケア管理室】

- ・緩和ケアにおける慢性便秘症治療を考える Zoom LIVE SEMINAR in 小樽 令和5年4月6日 小樽
「2病院における緩和ケアの便秘治療の現状」
座長 和智純子

- ・第61回 全国自治体病院学会 in 北海道 令和5年8月31日-9月1日 札幌
看護分科会ポスターセッション 座長 村上真貴
- ・第13回小樽市立病院緩和ケア研修会 令和5年11月11日 小樽
企画責任者 和智純子
- ・第144年次 日本薬学会 令和6年3月28日 横浜
「オピオイド鎮痛薬未使用のがん疼痛患者におけるフェントステープと経口オキシコドン徐放製剤の疼痛薬物療法の比較検討」多施設共同研究
研究代表：亀田総合病院 共同研究者 日下部鮎子
- ・第1回 緩和ケア連携推進勉強会 令和6年2月16日 小樽

【看護部】

- ・第61回 全国自治体病院学会 in 北海道 令和5年8月31日-9月1日 札幌
看護分科会ポスターセッション
座長 作田麻由美
座長 長谷川和代
座長 工藤聖子
座長 村上圭子

【薬剤部】

- ・第70回北海道薬学大会 令和5年5月20日-21日 札幌
北海道病院薬剤師会 会員研究発表会座長 伊佐治麻里子
- ・令和5年度第2回後志病院薬剤師会学術講演会 令和5年5月26日 web
座長 鶴谷勝実
- ・令和5年度第3回後志病院薬剤師会学術講演会 令和5年6月21日 web
座長 鶴谷勝実
- ・第2回 Live Symposium for Pharmacist 令和5年8月7日 web
座長 笠原真理
- ・令和5年度第5回後志病院薬剤師会学術講演会 令和5年9月19日 web
座長 鶴谷勝実
- ・小樽・後志 薬業連携勉強会 令和5年10月12日 小樽
座長 伊佐治麻里子
- ・後志PDセミナー 令和5年11月30日 web
座長 鶴谷勝実
- ・令和5年度第7回後志病院薬剤師会学術講演会 令和5年12月18日 web
座長 鶴谷勝実

- ・令和5年度第8回後志病院薬剤師会学術講演会 令和6年1月23日 web
座長 鶴谷勝実
- ・第1回 POS ネット北海道講演会 令和6年2月3日 札幌
司会 鶴谷勝実
- ・令和5年度後志病院薬剤師会会員研究発表会 令和6年2月28日 小樽市立病院
座長 鶴谷勝実
- ・令和5年度第9回後志病院薬剤師会学術講演会 令和6年3月21日 web
座長 鶴谷勝実

【検査室】

- ・第95回北海道医学検査学会 令和5年11月25日 帯広
座長 伊藤好樹

【放射線室】

- ・第61回 全国自治体病院学会 in 北海道 令和5年8月31日-9月1日 札幌
座長 小笠原弘
座長 三嘴肇
- ・2023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5年11月11日 小樽
座長 阿部恭兵
座長 横浜拓実

【認知症疾患医療センター】

- ・小樽ミニ講座 令和5年8月8日 小樽市立病院
座長 高丸勇司

【診療情報管理課】

- ・第61回全国自治体病院学会 in 北海道 令和5年8月31日-9月1日 札幌
経営・管理分科会（ポスターセッション）座長 堀合謙一

〔学術論文、雑誌掲載、その他〕

【呼吸器内科】

- ・小樽市立病院誌 2023；35-40
「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

【消化器内科】

- ・小樽市立病院誌 2023；12：27-34
「後志地域医療ピラミッド構想」
有村佳昭

- ・小樽市立病院誌 2023；12：51-55
「5-ASA 製剤に不耐を呈した潰瘍性大腸炎の一例」
谷向慎矢

- ・北海道医療新聞 令和6年4月15日
「PTP 誤飲症例における画像所見の検討」
荒井悠久

【循環器内科】

- ・心臓 第56巻第3号 281-288 令和6年3月
「オンライン会議システムを流用した緊急 PCI 治療の遠隔支援」
高川芳勅

【外科】

- ・小樽市立病院誌 2023；12：47-50
「腹腔鏡下胃内手術で摘出した胃内異物の1例」
小野仁

【心臓血管外科】

- ・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.
- ・Interdiscip Cardiovasc Thorac Surg. 2023; 36: ivac282.
「Twenty-year outcomes of free and I-composite radial artery grafts for coronary artery revascularization.」
Hiroshi Sato, Joji Fukada, Yu Iwashiro, Yukihiro Tamiya.
- ・小樽市立病院誌 2023；12：41-45
「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、小松茂樹、佐藤宏、田宮幸彦、古川浩司、新谷好正
- ・北海道外科学会機関誌 2023；68：46-47
「低体温循環停止による上行・弓部置換術に対する冷却侵襲定量化のための温度解析」
佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦他
- ・日本心臓血管外科学会雑誌 2024；53：329-332
「心室中隔穿孔に対する経右室拡大ダブルパッチ法での閉鎖術時に三尖弁置換術を要した1例」
小松茂樹、佐藤宏、田宮幸彦、深田穰治

- ・ European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2024; 66(5): ezae375
「Luminal shape and aortic remodeling after total arch replacement for type A aortic dissection: conventional and frozen elephant trunks」
Horoshi Sato, Takumi Mikami, Yu Iwashiro, Tomohiro Nakajima, Dhigeki Komatsu, Nobuyoshi Kawaharada, Joji Fukada.
- ・ 北海道外科学会機関誌 in press
「弓部を含む広範囲の胸腹部重複大動脈瘤に対し横隔膜レベルで wrapping し TEVAR 併用の三期的ハイブリッド手術を行った 1 例」
深田穰治、佐藤宏、小松茂樹、田宮幸彦

【整形外科】

- ・ Journal of Medical Case Reports 17(1): 456 2023 Oct
「Chronic shoulder injury related to vaccine administration following coronavirus disease 2019 vaccination: a case report」
Masahiro Miyano, Yukinori Tsukuda
- ・ Journal of Orthopaedic Science 28(6): 1470-1477 2023Nov
「Medial closed-wedge distal femoral osteotomy with local bone grafts for large collapsed steroid-induced osteonecrosis of the lateral femoral condyle: A case report」
Takuma Kaibara
- ・ 北海道医療新聞 特集
「小樽市立病院で低侵襲脊椎治療をフルラインナップ」
平塚重人
- ・ 北海道医療新聞 特集
「菱形骨の骨形態の違いが横領に及ぼす影響を検証」
佃幸憲
- ・ 北海道医療新聞 特集
「骨折予防へ市と連携 受傷前からアプローチへ」
佃幸憲
- ・ 学会誌誌上シンポジウム 北海道整形災害外科学会誌 Vol.65 No.1 : 21-26 2023.8 月
「AI による胸腹部 CT 画像を用いた椎体骨折自動診断 ―骨粗鬆症スクリーニングツールとして遠隔医療への応用に向けて―」
佃幸憲

【皮膚科】

- ・ 日本医事新報 2024 ; 5204 : 36-37
「治療法の再整理とアップデートのために 専門家による私の治療 脂漏性皮膚炎」
保科大地

- ・ Pan Afr Med J. 2023 46: 95
「Dose-dependent, non-pigmenting fixed drug eruption with eczematous lesions induced by bosutinib: case report.」
Youn J, Yamaguchi Y, Kawamura T, Hoshina D.
- ・ Australas J Dermatol. 2024 65: e77-e78.
「Mycosis fungoides-like eruptions associated with abatacept.」
Hoshina D, Nagata Y.
- ・ Int J Dermatol. 2024 63: 1610-1611
「Cutaneous T-cell pseudolymphoma successfully treated with topical delgocitinib.」
Hoshina D, Kimura A.

【婦人科】

- ・ Japan Society of Gynecologic Oncology 2022 guidelines for uterine cervical neoplasm treatment. J Gynecol Oncol. 2024; 35(1)
Seino M, Nagase S, Tokunaga H, Yamagami W, Kobayashi Y, Tabata T, Kaneuchi M, Hirashima Y, Niikura H, Yoshino K, Takehara K, Baba T, Katabuchi H, Mikami M.

【看護部】

- ・ 小樽市立病院誌 2023；12：57-60
「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

【検査室】

- ・ 小樽市立病院誌 2023；12：77-79
「当院の TAZ/PIPC（tazobactam/piperacillin）使用状況と耐性菌の検出状況」
伊藤好樹

【放射線室】

- ・ Diagnostics 2023, 13(13), 2138 2023 Jun 21
Predicting Mechanical Thrombectomy Outcome and Time Limit through ADC Value Analysis: A Comprehensive Clinical and Simulation Study Using Machine Learning
Daisuke Oura, Soichiro Takamiya, Riku Ihara, Yoshimasa Niiya, Hiroyuki Sugimori
- ・ Radiol Phys Technol 2024 Mar; 17(1): 297-305 2023 Nov 7
The montage method improves the classification of suspected acute ischemic stroke using the convolution neural network and brain MRI
Daisuke Oura, Masayuki Gekka, Hiroyuki Sugimori
- ・ Acta Radiologica 64 巻 12 号 (p2969-2976) 2023 Dec 23
Magnetic resonance cholangiopancreatography using T2 preparation pulse: quantitative and qualitative analyses
Riku Ihara

【患者支援センター】

- ・日本診療情報学会誌「診療情報管理」令和5年5月
「大腸がん検診が診療内容と医療費に与える影響の検討」
庄武美加子
- ・小樽市立病院誌 2023；12：69-76
「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

【事務部】

- ・小樽市立病院誌 2023；12：61-67
「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

〔セミナー、カンサード、院内発表会〕

【研修医セミナー（臨床研修委員会主催）】

- ・令和5年 4月 4日 薬剤処方オーダーの基本 薬剤部 道谷省
- ・令和5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5年 4月 5日 電子カルテの使い方 研修医 谷向慎矢
- ・令和5年 4月 18日 救急初診への対応法 脳神経外科 新谷好正
- ・令和5年 5月 9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5年 5月 16日 縫合の基本手技 外科 玉那覇朝雄
- ・令和5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5年 5月 23日 腹痛患者の見方 消化器内科 矢花崇
- ・令和5年 5月 31日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・令和5年 6月 7日 心臓血管外科で知っておくべきこと 心臓血管外科 深田穰治
- ・令和5年 6月 13日 蕁麻疹と皮膚科救急 皮膚科 保科大地
- ・令和5年 6月 28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 井田悠
- ・令和5年 7月 4日 胸痛患者の見方 循環器内科 高川芳勅
- ・令和5年 7月 11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5年 7月 18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5年 8月 15日 ショックの対応 麻酔科 川口亮一
- ・令和5年 8月 22日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・令和5年 8月 30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
- ・令和5年 9月 5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5年 9月 12日 小児科の基本 小児科 小野暁
- ・令和5年 9月 19日 腹腔鏡下手術で用いる Energy device の基礎知識～皮膚モデルを用いて 婦人科 小館英明
- ・令和5年 9月 27日 covid-19における現状と対策 外科 越前谷勇人
- ・令和5年 10月 3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5年 10月 10日 尿路感染症 カテーテル関連尿路感染症 泌尿器科 山下登
- ・令和5年 10月 24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 10月 25日 輸液の基本 麻酔科 中林賢一
- ・令和5年 11月 7日 研修医に覚えてほしい事 精神科 末岡智文
- ・令和5年 11月 14日 産婦人科で扱う腹痛の診断 婦人科 小館英明
- ・令和5年 11月 21日 腹腔鏡手術の基本と注意点 外科 渡邊義人

- ・令和5年12月5日 IVRで何ができるか 放射線診断科 市村亘
- ・令和5年12月12日 CVシミュレーション 麻酔科 高桑一登
- ・令和5年12月13日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・令和5年12月15日 グラム染色の見方 検査室 伊藤好樹
- ・令和5年12月27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6年1月9日 当院の疾患別リハビリの現状 リハビリテーション科 庄司浩ほか
- ・令和6年1月16日 XP、CTの読み方 放射線診断科 市村亘
- ・令和6年2月6日 痛みの治療 麻酔科 久米田幸弘
- ・令和6年2月21日 放射線治療の基本など 放射線治療科 土屋和彦
- ・令和6年3月5日 病理レポートの見方 病理診断科 辻脇光洋
- ・令和6年3月12日 細胞診の知識と活用法 検査室 小笠原一彦
- ・令和6年3月15日 抗不整脈薬の使い方 循環器内科 古川哲章

【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

【がんセンターボード】

- ・令和5年6月27日
「原発不明の膀胱腫瘍（第2報）」
- ・令和5年7月25日
「骨転移に対する骨シンチグラフィー」
- ・令和5年8月29日
「免疫チェックポイント阻害薬により傍腫瘍神経症候群としての腸閉塞をきたした肺小細胞癌の一例」
- ・令和5年8月29日
「原発不明の胸膜病変の一例」
- ・令和5年9月26日
「食道胃接合部癌の一例」
- ・令和5年10月31日
「がん治療関連心筋障害を心エコーで評価する」
- ・令和5年10月31日
「原発不明の胸膜病変の一例（第2報）」
- ・令和5年11月28日
「胆嚢摘出後にICPNの診断に至った一例」
- ・令和5年12月26日
「S状結腸癌に合併した皮膚筋炎の一例」

【臨床病理検討会（CPC）】

- ・令和6年2月27日
「切除不能腓尾部癌の一例」

【小樽市病院局発表会】

令和6年2月8日

第14回小樽市病院局発表会

・A班 座長 循環器内科 主任医療部長 高川芳勅

A-1「肺定位放射線治療における intra-fractional motion の検出」

放射線室 隅谷孟由

A-2「骨折リエゾンサービス介入による骨密度測定検査数向上効果の検証～骨折以外での骨粗鬆症治療率向上に向けて～」

骨折リエゾンサービス向上部会（放射線室） 佐々木斐名

A-3「社会参加が困難であった女性が当院転院を機に就労継続支援B型事業所に通所するまで～日々のセルフケアの重要性について～」

認知症疾患医療センター 山崎典子

・B班 座長 心臓血管外科 副院長 深田穰治

B-1「大腿骨近位部骨折患者における急性期病院退院時歩行能力予測因子の検討～効率的なりハビリ、転院調整に向けて～」

リハビリテーション科 遠藤智康

B-2「適切な輸血管理業務の再確認と輸血教育の試み」

検査室 浦山和博

B-3「SCS業務の現状と課題～臨床工学技士が新たな業務“脊髄刺激療法”に関わりはじめて～」

臨床工学科 浜幸樹

・C班 座長 婦人科 副院長 金内優典

C-1「大腿骨近位部骨折患者に対する骨折リエゾンサービスの1年成績～外来通院患者治療中断率の病院間比較と治療継続率を上げるための工夫～」

看護部整形外科外来 畑知見

C-2「院内がん登録情報を活用した大腸がん手術症例の入院期間長期化の検討」

患者支援センター 庄武美加子

C-3「尿路感染症におけるレボフロキサシンの適用使用に電子カルテのポップアップ機能を利用した取り組み～本当に使いたい時に使えなくならないように～」

薬剤部 村上梨沙子

〔受賞・資格取得〕

【受賞】

・消化器内科 荒井悠久／指導医 鈴木亮

日本消化器内視鏡学会北海道支部 研修医優秀演題賞

・腎臓内科 吉原真由美

日本腎臓学会東部学術集会 大会長賞（ダイバーシティの部）

・FLS チーム

International Osteoporosis Foundation Silver star (Capture the Fracture)

【資格取得】

・腎臓内科 吉原真由美

透析バスキュラーアクセスインターベンション治療医学会 VAIVT 血管内治療医・VAIVT 認定専門医

・腫瘍内科 大橋広和

全国自治体病院協議会 臨床研修指導医

- ・脳神経外科 新谷好正
臨床研修協議会 卒後医師臨床研修プログラム責任者
- ・脳神経外科 中崎明日香
日本脳神経外科学会 専門医
- ・精神科 末岡智文
全国自治体病院協議会 臨床研修指導医
- ・精神科 筒井真衣子
日本精神神経学会 日本精神神経学会認定専門医
- ・眼科 井田悠
全国自治体病院協議会 臨床研修指導医
- ・看護部 畑知見
日本骨粗鬆症学会 日本骨粗鬆症学会認定骨粗鬆症マネージャー
- ・看護部 満田諒
日本骨粗鬆症学会 日本骨粗鬆症学会認定骨粗鬆症マネージャー
- ・看護部 佐藤慎太郎
日本骨粗鬆症学会 日本骨粗鬆症学会認定骨粗鬆症マネージャー
- ・薬剤部 佐藤礼菜
日本骨粗鬆症学会 日本骨粗鬆症学会認定骨粗鬆症マネージャー
- ・薬剤部 中村友一
日本骨粗鬆症学会 日本骨粗鬆症学会認定骨粗鬆症マネージャー
- ・リハビリテーション科 遠藤智康
日本骨粗鬆症学会 日本骨粗鬆症学会認定骨粗鬆症マネージャー
- ・放射線室 本間優斗
日本骨粗鬆症学会 日本骨粗鬆症学会認定骨粗鬆症マネージャー
- ・薬剤部 笠原真理
薬学教育協議会 認定実務実習指導薬剤師
- ・薬剤部 松本琢博
薬学教育協議会 認定実務実習指導薬剤師
- ・検査室 加野大樹
日本臨床衛生検査技師 認定病理検査技師
- ・検査室 鈴木美咲子
国際細胞学会 国際細胞検査士
- ・検査室 太田千尋
日本臨床検査同学院 二級臨床検査士（免疫血清学）
- ・検査室 澤里瞳
日本不整脈心電学会 心電図専門士
- ・検査室 矢部優太
日本不整脈心電学会 心電図検定2級
- ・検査室 田中里歩
日本不整脈心電学会 心電図検定2級
- ・放射線室 桑島志穂
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 佐々木斐名
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
- ・リハビリテーション科 遠藤愛
認知症ケア専門士

- ・リハビリテーション科 土門遼次
がんのリハビリテーション研修
- ・リハビリテーション科 長畑啓太
がんのリハビリテーション研修
- ・リハビリテーション科 山本奏美
がんのリハビリテーション研修
- ・リハビリテーション科 都築奈未
がんのリハビリテーション研修
- ・緩和ケア管理室 村上真貴
がんのリハビリテーション研修 E-CAREER
- ・視能訓練科 渡邊莉恵
公益社団法人 日本視能訓練士協会 認定視能訓練士
公益社団法人 日本視能訓練士協会 視能訓練士臨地実習指導者講習会
国立障害者リハビリテーションセンター 視能訓練士ロービジョンケア研修会

〔市民公開講座、その他〕

- ・市民講演会 令和5年10月31日 市立小樽図書館
がんのことを正しく知ろうー自分らしく暮らしていくためにー
「がん治療最前線」
患者支援センター 大森幸恵
「がん医療における緩和ケアのお話」
緩和ケア管理室 村上真貴
- ・市民公開講座 令和5年11月23日 小樽市立病院
講師・座長 院長 有村佳昭
OpeningRemarks「地域医療を守るために」
院長 有村佳昭
講演1「乳がん治療とBRCA遺伝子」
講師 外科 副院長 越前谷勇人
講演2「卵巣がんの新しい知識ー遺伝子検査と遺伝検査の違いー」
講師 産婦人科 副院長 金内優典
- ・がんに関する出前講座 令和5年12月14日 長橋中学校
「がんになった人とかかわり方」
患者支援センター 大森幸恵

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	1,973	5	203	1	2,176	6		
呼吸器内科	11,977	33	9,804	40	21,781	73		
消化器内科	8,854	24	11,775	48	20,629	73		
循環器内科	8,566	23	12,497	51	21,063	75		
血液内科	0	0	1,363	6	1,363	6		
糖尿病内科	0	0	2,384	10	2,384	10		
内分泌内科	0	0	854	4	854	4		
腎臓内科	2,415	7	8,514	35	10,929	42		
脳神経内科	695	2	1,947	8	2,642	10		
腫瘍内科	44	0	243	1	287	1		
外科	8,368	23	8,907	37	17,275	60		
心臓血管外科	3,872	11	4,688	19	8,560	30		
脳神経外科	16,229	44	7,661	32	23,890	76		
整形外科	16,152	44	31,760	131	47,912	175		
形成外科	1,215	3	5,786	24	7,001	27		
精神科	20,548	56	17,182	71	37,730	127		
リウマチ科	0	0	3,880	16	3,880	16		
小児科	82	0	4,179	17	4,261	17		
皮膚科	627	2	12,852	53	13,479	55		
泌尿器科	5,564	15	16,420	68	21,984	83		
産婦人科	3,181	9	5,933	24	9,114	33		
眼科	405	1	7,003	29	7,408	30		
耳鼻咽喉科	911	2	6,950	29	7,861	31		
放射線診断科	3	0	1,356	6	1,359	6		
放射線治療科	1	0	5,035	21	5,036	21		
麻酔科	1,029	3	5,028	21	6,057	24		
小計	112,711	308	194,204	799	306,915	1,107	386	79.8
感染症	(222)	—	—	—	—	—	2	30.4
合計	112,489	308	194,204	799	306,915	1,107	388	79.6

※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5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	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
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	0	1	2	3	0	0	0	1	0	1	0	1	9
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	0	1	2	3	0	0	0	1	0	1	0	1	9
消化器内科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	55	52	49	55	49	38	52	42	52	59	47	59	609
	その他	0	2	0	0	0	1	1	3	1	2	0	0	10
	計	55	54	49	55	49	39	53	45	53	61	47	59	619
循環器内科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	24	24	28	23	16	10	13	15	10	28	9	24	224
	その他	2	0	10	1	11	0	4	5	0	8	2	0	43
	計	26	24	38	24	27	10	17	20	10	36	11	24	267
腎臓内科	全麻	0	1	0	0	0	1	1	0	2	2	3	1	11
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	0	3	3	2	4	3	6	2	7	4	5	16	55
	その他	0	0	2	0	1	0	0	0	3	7	9	8	30
	計	0	4	5	2	5	4	7	2	12	13	17	25	96
脳神経内科	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	50	49	58	51	42	49	44	30	40	40	37	30	520
	脊椎	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	局麻	5	20	18	21	16	18	13	12	15	18	12	19	187
	その他	1	1	1	2	1	1	5	8	3	1	2	1	27
	計	57	70	78	75	59	68	62	50	58	59	51	50	737
心臓血管外科	全麻	17	16	15	19	13	13	14	17	11	14	11	16	176
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	8	9	17	15	10	9	9	7	15	7	11	10	127
	その他	7	0	0	1	6	0	0	0	1	2	0	0	17
	計	32	25	32	35	29	22	23	24	27	23	22	26	320
脳神経外科	全麻	28	15	25	18	18	18	32	27	22	33	32	32	300
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	18	8	12	10	16	4	15	11	16	17	9	21	157
	その他	1	1	1	0	3	1	0	4	1	0	1	3	16
	計	47	24	38	28	37	23	47	42	39	50	42	56	473
整形外科	全麻	49	56	59	56	70	36	55	59	59	60	70	58	687
	脊椎	8	7	8	5	2	4	7	4	8	8	11	5	77
	局麻	22	18	17	17	17	14	26	12	10	6	17	13	189
	その他	11	11	5	3	11	11	9	9	10	16	25	11	132
	計	90	92	89	81	100	65	97	84	87	90	123	87	1,085
形成外科	全麻	15	6	5	13	6	8	8	7	6	11	9	12	106
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	局麻	49	60	67	47	63	48	68	65	55	40	48	48	658
	その他	0	1	3	1	0	1	0	1	1	0	0	0	8
	計	64	67	75	61	69	57	76	73	62	52	57	60	773

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	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
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	4	3	2	1	4	4	1	1	1	1	2	4	28
	その他	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	5
	計	4	4	2	1	5	4	1	2	1	2	2	5	33
泌尿器科	全麻	33	33	20	29	24	23	19	16	16	25	27	15	280
	脊椎	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	5
	局麻	1	3	5	1	3	3	3	5	1	2	4	3	34
	その他	13	14	18	15	14	12	14	7	14	9	13	18	161
	計	47	50	45	47	41	38	36	29	31	36	44	36	480
産婦人科	全麻	21	23	23	21	29	25	25	28	25	20	22	19	281
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	2	7	3	3	2	1	2	0	3	2	4	3	32
	その他	2	0	2	1	3	0	4	1	3	2	1	1	20
	計	25	30	28	25	34	26	31	29	31	24	27	23	333
眼科	全麻	0	1	2	2	2	0	0	3	4	0	0	2	16
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	12	23	24	24	19	27	24	25	24	42	39	23	306
	その他	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	3
	計	12	24	26	27	21	27	24	28	28	42	41	25	325
耳鼻咽喉科	全麻	19	12	17	11	29	11	22	26	12	23	15	14	211
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	9	0	4	6	7	4	8	7	5	6	3	6	65
	その他	1	2	1	4	3	1	2	1	0	2	4	0	21
	計	29	14	22	21	39	16	32	34	17	31	22	20	297
放射線診断科	全麻	0	0	0	1	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	6	10	12	10	7	7	5	7	10	11	8	4	97
	その他	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	5
	計	6	11	12	12	8	7	5	7	11	12	8	4	103
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	1	0	0	0	0	0	0	1
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
麻酔科	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	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	その他	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	計	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
合計	全麻	232	212	224	221	233	184	220	213	197	228	226	199	2,589
	脊椎	9	7	11	8	2	4	7	5	8	9	11	5	86
	局麻	215	241	263	238	234	191	245	212	224	244	218	254	2,779
	その他	38	34	43	31	55	28	39	40	38	51	59	43	499
	計	494	494	541	498	524	407	511	470	467	532	514	501	5,953

※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

呼吸器内科	
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置（四肢）	1
気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	3
気管支異物除去術（直達鏡によるもの）	3
気管支瘻孔閉鎖術	1
気管・気管支ステント留置術（軟性鏡によるもの）	1
計	9

消化器内科	
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）	17
内視鏡的膵管ステント留置術	8
内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）	5
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	3
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）	28
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）	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）	1
内視鏡的胆道結石除去術（胆道碎石術を伴うもの）	1
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）	1
内視鏡的胆道ステント留置術	68
内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみもの）	43
小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	3
下部消化管ステント留置術	26
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	17
内視鏡的胆道結石除去術（その他のもの）	3
内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	6
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル以上）	15
食道ステント留置術	2
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。）	7
痔核手術後狭窄拡張手術	2
内視鏡的結腸異物摘出術	1
内視鏡的胃ポリープ・粘膜切除術（その他のポリープ・粘膜切除術）	2
内視鏡的胃、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）	1

内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	247
胸水・腹水濾過濃縮再静注法	8
内視鏡的消化管止血術	61
内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	22
その他	1
計	619

循環器内科	
経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞に対するもの）	3
経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞に対するもの）	35
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）	6
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）	16
経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症に対するもの）	4
経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）	64
経皮的冠動脈血栓吸引術	1
経皮的冠動脈形成術（その他のもの）	7
経皮的心肺補助法（1日につき）（初日）	2
下大静脈フィルター留置術	1
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）	26
ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）	16
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）（初日）	17
ペースメーカー交換術	8
体外ペースメーカー装着術	8
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）	40
その他	13
計	267

腎臓内科	
経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	40
連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	11
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）	3
中心静脈注射用植込型カテーテル設置（頭頸部その他に設置した場合）	1
その他	41
計	96

外科	
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
胆管悪性腫瘍手術（その他のもの）	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）	7
腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術）	1
腭頭部腫瘍切除術（腭頭十二指腸切除術の場合）	5
腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）	14
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）	6
腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）	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）	1
肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもの）	5
噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	3
直腸切除・切断術（低位前方切除術）	3
胃全摘術（悪性腫瘍手術）	2
腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）	18
肝切除術（亜区域切除）	1
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）	3
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	54
腭体尾部腫瘍切除術（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
胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	2
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	1
子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	1
肺切除術（区域切除（1肺葉に満たないもの））	1
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）	6
胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む。））	1
肝切除術（外側区域切除）	2
胸腔鏡下肺切除術（部分切除）	2
腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）	5
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）	22
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。）））	9
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）・胸筋切除を併施するもの）	3
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
結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	2

腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含むもの）	1
肝切除術（部分切除）（単回の切除によるもの）	4
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
胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）（胆嚢摘出を含むもの）	1
腹腔鏡下小腸切除術（その他のもの）	2
結腸切除術（結腸半側切除）	2
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））	7
人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他のもの）	1
胆嚢摘出術	7
結腸切除術（小範囲切除）	6
腹腔鏡下ヘルニア手術（閉鎖孔ヘルニア）	2
腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	3
腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	4
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	88
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））	18
腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）	18
腭体尾部腫瘍切除術（腭尾部切除術の場合）（脾温存の場合）	1
腹腔鏡下胆嚢摘出術	59
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術）	1
腹腔鏡下腸管癒着剥離術	4
腹腔鏡下胃局所切除術（その他のもの）	1
ヘルニア手術（内ヘルニア）	1
腹腔鏡下ヘルニア手術（大腿ヘルニア）	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）	83
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（腹壁癒着ヘルニア）	5
リンパ管腫摘出術（長径5センチメートル以上）	1
腸間膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わないもの）	1
小腸切除術（その他のもの）	5
乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術））	3
腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）	25
乳管腺葉区域切除術	2
全層植皮術（25cm ² 以上100cm ² 未満）	2
腸管癒着症手術	4
腸閉塞症手術（腸管癒着症手術）	1

十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開復によるもの）	1
腹腔鏡下ヘルニア手術（臍ヘルニア）	3
腹腔鏡下試験開腹術	5
痔核手術（脱肛を含む）（PPH）	1
中心静脈注射用植込型カテーテル設置（頭頸部その他に設置した場合）	24
経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	4
腸切開術	1
人工肛門造設術	2
分層植皮術（100cm ² 以上 200cm ² 未満）	1
ヘルニア手術（大腿ヘルニア）	1
乳腺腫瘍摘出術（長径5センチメートル以上）	3
試験開腹術	2
痔核手術（脱肛を含む。）（根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの））	4
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）	4
ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）	4
痔核手術（脱肛を含む。）（根治手術）	7
血管結紮術（その他のもの）	2
痔核手術（脱肛を含む。）（硬化療法（四段階注射法によるもの））	2
分層植皮術（25cm ² 未満）	1
経尿道的尿管ステント留置術	1
皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径3cm以上、6cm未満）	1
乳腺腫瘍摘出術（長径5センチメートル未満）	4
その他	95
計	737

心 臓 血 管 外 科	
大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）	2
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
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（上行大動脈）（人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術）	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）	8
弁置換術（3弁のもの）	2
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）	1
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）	5
弁置換術（2弁のもの）	3
冠動脈、大動脈バイパス移植術（2吻合以上）	3

弁置換術（1弁のもの）	5
冠動脈、大動脈バイパス移植術（1吻合）	2
冠動脈バイパス移植術（1吻合）	1
冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（1吻合のもの）	1
血管移植術、バイパス移植術（大動脈）	1
血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	2
血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）	1
血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	2
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの））	3
ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）	8
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））	5
収縮性心膜炎手術	1
ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）	21
ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）	5
血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）	2
不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術によるもの）	1
血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）	15
バイパス移植術（その他の動脈）	4
人工心肺（1日につき）（初日）	34
動脈血栓内膜摘出術（その他のもの）	5
四肢の血管拡張術・血栓除去術	52
動脈形成術（その他の動脈）	1
動脈形成術、吻合術（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）	2
経皮的血管内異物除去術	4
末梢動脈静脈瘻造設術（内シャント造設術）（単純なもの）	36
経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	17
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）	5
動脈塞栓除去術（その他のもの（観血的なもの））	2
試験開胸術	1
大伏在静脈除去術	11
下肢静脈瘤手術（抜去切除術）	1
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）（初日）	2
上腕動脈表在化法	4
血管結紮術（その他のもの）	6
血管縫合術（簡単なもの）	1
ペースメーカー交換術	2
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
内シャント血栓除去術	2
その他	8
計	320

脳 神 経 外 科	
頭蓋内腫瘍摘出術（その他のもの）	17
脳動脈瘤頸部クリッピング（2箇所以上）	8
脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所）	30
動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	9
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	1
脳血管内手術（脳血管内ステントを用いるもの）	2
脳血管内手術（1箇所）	5
脊髄腫瘍摘出術（髄外のもの）	4
頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）（脳内のもの）	30
頭蓋内微小血管減圧術	1
動脈血拴内膜摘出術（内頸動脈）	24
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）	11
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）	12
経皮的脳血管形成術	1
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）	7
脳膿瘍全摘術	2
頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）（硬膜外のもの）	2
経皮的頸動脈ステント留置術	6
経皮的脳血拴回収術	31
黄色靱帯骨化症手術	1
減圧開頭術（その他の場合）	8
水頭症手術（シャント手術）	24
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）	18
脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）	9
頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴うもの）	11
椎間板摘出術（後方摘出術）	5
皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（100平方センチメートル以上）	1
脳膿瘍排膿術	3
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施）（その他の場合）	11
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他のもの）	3
経皮的椎体形成術	5
頭蓋骨形成手術（頭蓋骨のみのもの）	5
脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）	2
試験開頭術	1
脊髄刺激装置交換術	1

神経剥離術（鏡視下によるもの）	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。）（椎弓切除）	9
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	68
神経剥離術（その他のもの）	1
関節鏡下手根管開放手術	1
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（その他の頭蓋）	1
分層植皮術（25cm ² 以上100cm ² 未満）	1
椎間板内酵素注入療法	2
体外ペースメーカーリング術	1
気管切開術	12
その他	63
計	473

整 形 外 科	
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（前方後方同時固定）	1
人工関節再置換術（股）	3
関節鏡下関節授動術（股）	1
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（後方椎体固定）	19
関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑なもの）	5
人工関節置換術（膝）	63
人工関節置換術（股）	51
人工関節置換術（肩）	3
関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単なもの）（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）	5
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	2
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（後方又は後側方固定）	15
内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）	13
内視鏡下椎弓形成術	4
脛骨近位骨切り術	5
骨切り術（大腿）	3
関節形成手術（手）	3
関節形成手術（肘）	1
関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩）	1
関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単なもの）	23
体外式脊椎固定術	1
神経縫合術（その他のもの）	1
四肢切断術（大腿）	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）	42
脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）	12
神経移行術	5
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
関節鏡下関節内骨折観血の手術（手）	8
関節鏡下関節内骨折観血の手術（足）	1
骨切り術（下腿）	7
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（手）	2
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）	11
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）	9
関節内骨折観血の手術（股）	8
関節内骨折観血の手術（肘）	8
関節内骨折観血の手術（膝）	1
化膿性又は結核性関節炎掻爬術（股）	1
経皮的椎体形成術	7
人工骨頭挿入術（股）	41
骨折観血の手術（大腿）	43
骨折観血の手術（上腕）	20
関節鏡下半月板縫合術	19
観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）（下腿）	1
腱移植術（人工腱形成術を含む。）（指（手、足））	2
滑液膜摘出術（膝）	1
関節鏡下関節滑膜切除術（膝）	9
関節鏡下関節滑膜切除術（肩）	3
関節鏡下滑液膜摘出術（膝）	1
関節内骨折観血の手術（手）	14
関節内骨折観血の手術（足）	4
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨移植）	14
脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）	8
骨折観血の手術（下腿）	36
骨折観血の手術（前腕）	32
骨折観血の手術（手舟状骨）	1
関節鼠摘出手術（膝）	1
腱移行術（指）	7
腱移行術（指）（手）	1
偽関節手術（膝蓋骨）	1
関節鏡下半月板切除術	35
関節脱臼観血的整復術（肩鎖）	1
関節形成手術（指）	1
腱縫合術（指）	5
腱縫合術	1
脊椎内異物（挿入物）除去術	4
骨盤内異物（挿入物）除去術	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。）（椎弓切除）	1
難治性骨折超音波治療法（一連につき）	4
骨搔爬術（大腿）	1

骨折観血の手術（足）	5
骨折観血の手術（膝蓋骨）	5
骨折観血の手術（鎖骨）	4
骨折観血の手術（指）	3
硬膜外腔癒着剥離術	13
第一足指外反症矯正手術	1
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	29
筋膜移植術（その他のもの）	1
アキレス腱断裂手術	7
観血的関節固定術（指）（足）	2
観血的関節固定術（指）	1
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（上腕）	5
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（大腿）	2
断端形成術（骨形成を要するもの）（指）（足）	1
断端形成術（骨形成を要するもの）（指）（手）	1
四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術（大腿）	1
椎間板内酵素注入療法	13
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（前腕）	25
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（下腿）	19
超音波骨折治療法（一連につき）	41
手根管開放手術	12
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（足）	3
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（膝蓋骨）	3
骨内異物（挿入物）除去術（指）	2
鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所につき）	2
骨搔爬術（手）	1
ガングリオン摘出術（手）	1
ガングリオン摘出術（足）	1
ガングリオン摘出術（指）	1
その他	210
計	1,085

形 成 外 科	
筋（皮）弁術	1
四肢切断術（大腿）	4
四肢切断術（足）	4
四肢切断術（下腿）	2
四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（軀幹）	1
頬骨骨折観血的整復術	1
上顎骨折観血の手術	1
眼窩骨折観血の手術（眼窩ブローアウト骨折手術を含む。）	3
皮弁作成術・移動術・切断術・遷延皮弁術（25以上100cm ² 未満）	1
腸管癒着症手術	1
皮膚悪性腫瘍切除術（単純切除）	31
全層植皮術（25cm ² 未満）	6
耳介形成手術（耳介軟骨形成を要しないもの）	2
分層植皮術（100cm ² 以上200cm ² 未満）	9

皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 12cm 以上）	5
指瘢痕拘縮手術	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）	2
断端形成術（骨形成を要するもの） （指（手、足））	1
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（大腿）	3
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（躯幹）	3
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（肩）	1
眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）	13
分層植皮術（25cm ² 以上 100cm ² 未満）	2
眼瞼下垂症手術（その他のもの）	38
頬腫瘍摘出術（その他のもの）	1
デブリードマン（100cm ² 以上 3,000cm ² 未満）	7
涙嚢摘出術	1
皮弁作成術・移動術・切断術・遷延皮弁術 （25cm ² 未満）	8
眼瞼外反症手術	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 4cm 以上）	17
皮膚腫瘍摘出術（露出部）（長径 4cm 以上）	3
骨腫瘍切除術（その他）	4
腱切離・切除術 （関節鏡下によるものを含む。）（指）	3
眼瞼内反症手術（眼瞼下制筋前転法）	15
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 6cm 以上、12cm 未満）	22
皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 6cm 以上、12cm 未満）	3
皮膚腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 6cm 以上、12cm 未満）	3
皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術 （露出部以外）（長径 3cm 以上 6cm 未満）	1
先天性耳瘻管摘出術	3
毛嚢洞手術	3
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	36
皮膚腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	16
皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	5
分層植皮術（25cm ² 未満）	1
皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部） （長径 3cm 未満）	8
皮膚血管腫摘出術（露出部）（長径 3cm 未満）	1
粘膜下血管腫摘出術（露出部） （長径 3cm 未満）	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 3cm 以上、6cm 未満）	23
皮膚腫瘍摘出術（露出部以外） （長径 3cm 以上、6cm 未満）	10

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	2
ガングリオン摘出術（指）	1
ガングリオン摘出術（指）（手）	1
ガングリオン摘出術（足）	1
その他	428
計	773

皮 膚 科	
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） （長径 2cm 以上、4cm 未満）	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	31
計	33

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））	4
腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	15
腹腔鏡下腎摘出術	1
前立腺悪性腫瘍手術	2
腹腔鏡下副腎摘出術	1
経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	1
経尿道的尿路結石除去術（レーザーによるもの）	42
腎摘出術	1
経尿道的尿管狭窄拡張術	2
尿失禁手術（その他のもの）	1
経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用のもの）	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）	14
尿道狭窄内視鏡手術	8
経尿道的尿路結石除去術（その他のもの）	2
経皮的腎（腎盂）瘻造設術	8
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用のもの）	33
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
尿膜管摘出術	1
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（その他のもの）	27
停留精巣固定術	3
経尿道的電気凝固術	35
膀胱結石摘出術（経尿道的手術）	14
膀胱水圧拡張術	1
精巣上体摘出術	1
膀胱瘻造設術	2

経尿道的尿管ステント留置術	163
その他	91
計	480

産 婦 人 科	
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	5
子宮悪性腫瘍手術	9
子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）	24
腹腔鏡下仙骨腔固定術	3
リンパ節群郭清術（後腹膜）	4
直腸切除・切断術（切除術）	1
腹腔鏡下腔式子宮全摘術	71
腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	7
腹腔鏡下小腸切除術（その他のもの）	1
子宮全摘術	16
腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	6
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡によるもの）	66
結腸切除術（小範囲切除）	2
異所性妊娠手術（腹腔鏡によるもの）	6
子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡によるもの）	11
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）	14
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置（頭頸部その他）	6
広靱帯内腫瘍摘出術	1
子宮筋腫摘出（核出）術（腔式）	1
腹腔鏡下試験開腹術	1
大網切除術	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径12cm以上）	1
腔壁形成手術	1
腔閉鎖術（中央腔閉鎖術（子宮全脱））	1
試験開腹術	2
子宮内膜ポリープ切除術（電解質溶液利用のもの）	7
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径6cm以上、12cm未満）	1
子宮頸部（腔部）切除術	7
子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）	1
バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術（造袋術を含む。）	4
その他	49
計	333

眼 科	
網膜復位術	1
網膜光凝固術（その他特殊なもの（一連につき））	24

硝子体切除術	1
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	209
網膜光凝固術（通常のもの（一連につき））	13
隅角光凝固術	2
虹彩光凝固術	6
眼球内容除去術	1
翼状片手術（弁の移植を要するもの）	3
その他	65
計	325

耳 鼻 咽 喉 科	
内視鏡下鼻・副鼻腔手術4型（汎副鼻腔手術）	7
耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）	3
舌悪性腫瘍手術（切除）	1
甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴うもの）	1
内視鏡下鼻・副鼻腔手術3型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	40
甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴わないもの）	4
副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術（副甲状腺（上皮小体）摘出術）	1
鼻副鼻腔腫瘍摘出術	1
頸嚢摘出術	2
顎下腺摘出術	2
甲状腺部分切除術（片葉のみの場合）	1
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術（片葉のみの場合）	1
鼻中隔矯正術	22
下咽頭腫瘍摘出術（経口腔によるもの）	1
頬腫瘍摘出術（その他のもの）	1
鼻前庭嚢胞摘出術	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
粘膜下鼻甲骨骨切除術	7
口蓋扁桃手術（摘出）	36
気管切開術	12
鼻甲介切除術（その他のもの）	45
その他	98
計	297

放 射 線 診 断 科	
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）	5
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他のもの）	12
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	3
抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置（頭頸部その他）	37
経皮的腎（腎盂）瘻造設術	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）	21
経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	11
経皮的胆管ドレナージ術	6
経皮的肝膿瘍ドレナージ術	5
その他	2
計	103

放 射 線 治 療 科	
経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	1
計	1

麻 酔 科	
その他	2
計	2

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	183	193	188	189	214	188	194	182	219	242	182	170	2,344
うち入院	154	139	150	153	160	142	157	136	168	194	135	128	1,816

地域別内訳	小樽市内	144	142	132	132	171	153	137	141	158	172	137	118	1,737
		(78.7%)	(73.6%)	(70.2%)	(69.8%)	(79.9%)	(81.4%)	(70.6%)	(77.5%)	(72.1%)	(71.1%)	(75.3%)	(69.4%)	(74.1%)
	余市・仁木 方面	24	23	31	23	17	16	24	16	27	39	16	26	282
		(13.1%)	(11.9%)	(16.5%)	(12.2%)	(7.9%)	(8.5%)	(12.4%)	(8.8%)	(12.3%)	(16.1%)	(8.8%)	(15.3%)	(12.0%)
	岩内・寿都 方面	7	18	8	12	14	14	17	15	16	17	16	13	167
		(3.8%)	(9.3%)	(4.3%)	(6.3%)	(6.5%)	(7.4%)	(8.8%)	(8.2%)	(7.3%)	(7.0%)	(8.8%)	(7.6%)	(7.1%)
	倶知安方面	8	10	17	20	11	4	16	9	17	14	12	13	151
		(4.4%)	(5.2%)	(9.0%)	(10.6%)	(5.1%)	(2.1%)	(8.2%)	(4.9%)	(7.8%)	(5.8%)	(6.6%)	(7.6%)	(6.4%)
	その他	0	0	0	2	1	1	0	1	1	0	1	0	7
		(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(1.1%)	(0.5%)	(0.5%)	(0.0%)	(0.5%)	(0.5%)	(0.0%)	(0.5%)	(0.0%)	(0.3%)

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

ICU 入室患者数

(件数)

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
件数	53	58	58	54	54	53	64	54	50	60	52	47	657

診療科別内訳	麻酔科	13	19	14	12	17	10	14	16	14	13	11	15	168
	心臓血管外科	13	15	12	9	7	14	14	13	13	16	14	11	151
	循環器内科	9	5	12	11	10	5	7	9	7	10	7	6	98
	外科	14	15	14	16	17	19	15	9	14	13	13	8	167
	脳神経外科	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	5
	整形外科	2	1	1	2	0	1	3	2	1	1	3	2	19
	泌尿器科	1	0	2	1	0	0	0	1	0	1	0	1	7
	婦人科	0	2	2	2	2	4	5	4	1	2	2	1	27
	その他	1	1	1	0	1	0	6	0	0	2	1	2	15

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) 高齢者ケアの質向上と地域連携を強化する

目 標	評 価
【財務の視点】 平均在院日数組織目標値達成 【顧客の視点】 機能維持・退院支援に対する患者・家族満足度向上 【業務プロセス】 せん妄、BPSD 予防ケアの充実 退院支援における自部署の課題解決 【学習と成長】 せん妄、認知症看護の理解 社会資源特定と利用に関する知識の習得	A 評価（23%） B 評価（77%） C 評価（0%） 各部署は、【学習と成長】として疾患管理に必要な療養指導、客観的指標に沿ったせん妄出現の予測と予防ケア、転倒予防ケア、社会資源活用に関する知識習得に向け学習会を実施し理解を深めた。【業務プロセス】では看護計画立案による統一ケアの実施、継続的なケア提供にむけた情報共有（記録）、カンファレンスによるケアの評価などの仕組みを計画し実践した。【顧客の視点】では取り組みに対する患者・職員の満足度調査を実施した。一連の過程から総合的に B 評価とした部署が 8 割だった。ケアの実践と評価にあたる【業務プロセス】の取り組みが不足していることが要因である。残された課題を明確にし、継続して取り組むこととした。

2) 質を維持した業務効率化を推進する

目 標	評 価
【財務の視点】 時間外削減、看護職の離職率低下 【顧客の視点】 仕事に対する職務満足度向上 【業務プロセス】 ローカルルール抽出と撤廃 業務標準化を意識した媒体の統一化・簡素化 【学習と成長】 自部署の課題抽出 安全なタスクシフト / シェアの理解	A 評価（15%） B 評価（85%） C 評価（0%） 業務委員会の諮問として「業務標準化」と「看護補助者との協働」をあげた。各部署は、業務委員の活動を中心に【学習と成長】では業務標準化のメリット、看護補助者との協働を促進する際の基本的な学習などを行い理解を深めた。【業務プロセス】では、各部署が標準化した内容と実際の比較、変化に伴う職員の反応の確認、変更した内容の周知などを行った。具体的に標準化した内容等の成文化に至らないなどの理由から B 評価とした部署が多かった。今後も業務委員会の活動に沿って部署の業務標準化を推進する。

2. 各委員会の目標と評価

各委員会	目 標	評 価
業務委員会	1. 看護師-看護補助者間の協働推進 2. 業務標準化の推進	1. タスクシフト / シェアに向けて、看護師と看護補助者の協働の意義や業務範囲、各々の責任について学習し、理解を深めた。補助者業務の標準化と安全な実践のため、補助者が実施する業務内容や看護師の指示の必要性を明文化し、周知した。実践が短期間となり、課題の抽出には至らなかったため、次年度も継続して取り組んでいく。 2. 安全な業務実施と効果的な人的資源の活用に向け、ローカルルール撤廃と業務の標準化に取り組んだ。複数診療科や病棟で使用する説明用紙などの統廃合に取り組んだが、作成できたのは一部であった。また、看護手順の改訂に着手したが、内容が膨大であり、こちらも一部のみの実施にとどまった。次年度以降も継続して実施する。
安全委員会	1. 身体拘束率低減につながる転倒転落ケアの実践 2. 患者認証の徹底	1. 転倒転落リスクを高める要因を理解し、個別のアセスメントに基づく看護ケアを実施することで、身体拘束に依らない転倒転落ケア実践を目指して活動した。自部署の転倒転落事例の検討や学習会を開催し、記録による実施確認を行った。結果として、知識の習得にはつながったが、実際のケアへの適用が不十分であり、身体拘束率低減に繋がったかの評価は難しかった。 2. 注射と輸血の認証実施状況を電子カルテデータから抽出し、部署毎にフィードバックして認証徹底に向けた取り組みを行った。全体の認証率は90%程度まで上昇したが、通年で70～80%前半で経過した部署もあり、継続的に取り組んでいく必要がある。検査案内や配膳時の患者誤認やカルテ誤記載など、確認不足・不履行によるインシデントが繰り返し発生しており、効果的な取り組みが実施できていなかった。
記録委員会	1. 個別の看護が伝わる看護サマリーの記載ができる 2. 看護の質を維持かつ簡素化した記録の実施	1. 個別の看護が伝わる看護サマリーの記載については、退院支援に必要な情報や患者に必要な支援・介入方法についてなど考えることができるよう事例検討を実施し言語化することができていたが、実際にどのように記載するとよいのかまではイメージ化できていなかった。記載内容を具体的にコメントすることで、記載方法のイメージ化ができ、個別看護が以前よりも記載されるようになった。記録委員から部署への周知にバラツキがあることも今後の課題である。 2. 看護の質を維持かつ簡素化した記録の実施については、アセスメントに必要な情報をあえて記録し重複記録となっているケースもあったことから記載手順の理解不足がある。またカンファレンスで検討した内容がサマリーに記載できていない現状があるため、管理者の支援状況を確認していく必要がある。

2023 年度 研修実績

1) 看護部教育委員会・業務委員会・安全委員会主催

実施年月日	研修名	研修目的及び内容	対象者及び実施内容	参加人数 (人)
4月4日	新人看護職員研修 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、社会人とし必要な知識を習得した。また専門職業人として医療安全、感染防御、看護記録等の知識を習得した。	35
4月7日 4月14日 4月21日	新人看護職員研修 基礎技術研修①～③	【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。	35
5月16日 11月10日	リーダーシップ中級研修	【目的】 看護部理念に沿った看護を提供するために、自部署の課題解決に向け、チームリーダーとしての役割を遂行できる能力を養い、リーダーシップを発揮できる。 【内容】 講義、グループワーク	ラダーレベルⅢ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 講義をふまえ、自部署の認知症看護における課題を明確にし、課題解決のための活動計画を立案して、実践した。	7
5月26日	静脈注射研修 (基礎)	【目的】 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 (実施内容・効果) 静脈注射を安全に実施するために必要な薬剤の知識、輸液ポンプやシリンジポンプの操作方法、患者誤認防止対策について学び、留置針の挿入の演習を実施した。	45
4月26日 5月24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。 評価表の項目を理解し、正しく評価できる。 【内容】 「看護必要度」に係る評価表の項目の解説	新人看護師 (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。	35
7月7日	新人看護職員研修 3か月フォローアップ	【目的】 患者のニーズをとらえ、看護を実践できる。 【内容】 講義、グループワーク	新人看護師 (実施内容・効果) 助言を受けて患者のニーズをとらえ、ニーズに沿ったケア提供について考えた。	31
7月25日	静脈注射研修 (ステップアップ2)	【目的】 安全・安楽にがん化学療法を実施するための知識・技術を習得する。 【内容】 講義、演習	2年目看護師、抗がん剤投与未経験者 (実施内容・効果) がん化学療法の基礎知識、曝露予防のためのプライミング方法、CVポートの管理を学び、CVポートの穿刺の演習を行った。	23

実施年月日	研修名	研修目的及び内容	対象者及び実施内容	参加人数 (人)
8月18日 8月25日	新人看護職員研修 フィジカルアセスメント	【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、グループワーク	新人看護師、小樽市内他施設の看護師 (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。	36
9月5日	メンバーシップ研修	【目的】 メンバーシップを発揮するために必要な知識・態度を習得し、組織目標達成のための行動をとることができる。 【内容】 講義、グループワーク	ラダーレベルⅡ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) メンバーシップ発揮のために必要な知識・態度を習得し、自己目標を再検討して、組織目標達成にむけた実践を行った。	15
9月8日	新人看護職員研修 多重課題研修	【目的】 多重課題の対処ができる 【内容】 講義、ディスカッション	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。	28
9月15日	静脈注射研修 〈ステップアップ1〉	【目的】 細胞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) 抗がん剤の基礎知識、輸血療法の基礎知識を学び、中心静脈カテーテルの管理の演習を実施した。	31
10月13日	新人看護職員研修 6か月フォローアップ研修	【目的】 看護ケアを管理的側面から考えることができる。 【内容】 講義、グループワーク	新人看護師 (実施内容・効果) 事例を用いて、すべてのケアには管理的側面があることを理解した。	28
10月27日	新人看護職員研修 BLS・気管内挿管介助技術研修	【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と気管内挿管介助の方法を学んだ。	31
3月1日	新人看護職員研修 12か月フォローアップ研修	【目的】 1年間の看護実践を振り返り、評価できる 【内容】 グループワーク	新人看護師 (実施内容・効果) 各自がまとめた事例をもとに看護実践を振り返り、患者のニーズをとらえた、個人に合わせた看護が提供できたかを評価した。	28
7月11日・28日 8月1日	看護助手研修 1回目	【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に必要な基礎知識・技術を身につける。 【内容】 講義・演習	看護補助者 (実施内容・効果) 「接遇、マナーの基本」「守秘義務、個人情報保護」「標準予防策」について学び、手指衛生の演習を実施した。	65
11月7日・14日 12月1日	看護助手研修 2回目	【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に必要な基礎知識・技術を身につける。 【内容】 講義	看護補助者 (実施内容・効果) 「タスクシフト/シェアの意義」「口腔ケアと食事介助の基本」について講義を行い、理解を深めた。	66

2) 認定・専門看護師会主催

分野名	対象 ラダー	研修内容	開催日	参加人数	認定人数
がん化学療法 看護	I	〈合同研修〉 がんの知識と患者の特徴・関わり方	11月17日	29	
	II 以上	〈合同研修〉 がんの基礎知識（臨床腫瘍学など）	7月4日	3	2年計画のため 該当なし
		〈単独研修①〉 安全・確実な投与管理	7月25日	1	
		〈単独研修②〉 薬剤の特徴と副作用対策・服薬管理	8月29日	1	
緩和ケア	I	〈合同研修〉 緩和ケアの概要と考え方	11月17日	29	
	II 以上	〈合同研修〉 緩和ケアの考え方	7月4日	3	
		〈単独研修〉 急性期病院における緩和ケアの特徴・当院の提供体制など	7月19日	2	2
皮膚・排泄ケア	I	皮膚バリア機能 スキンケアの基本	4月7日	32	
		褥瘡予防方法・ポジショニングなど	5月17日	32	
	II 以上	創傷治癒過程・管理・薬剤と創傷被覆材の使用方法	6月29日	4	4
		ストマ・失禁関連皮膚炎の管理・トラブル時の対処	8月23日	4	4
認知症看護	I	認知症者の理解と関わり方の基本	6月1日	32	
	II 以上	①認知症看護の考え方・病態の理解	4月27日	5	3
		②認知症者とのコミュニケーション・環境調整方法			
		③アセスメント方法（せん妄を含む）	8月17日		
		④薬の知識と使い方・在宅サービスや施設の知識			
		⑤認知症者の擬似体験	12月12日		
⑥事例検討（グループワーク）					
摂食・嚥下障害 看護	I	基本の口腔ケア・嚥下評価・食事介助	5月9日	32	
	II 以上	摂食嚥下障害の状況に応じた看護展開	4月19日	1	1
			9月12日	1	0
感染管理	I	正しい手指衛生と個人防護具の着脱 ケアの中でのタイミングの理解	1月17日	30	
	II 以上	ケアの中での手指衛生のタイミング 時部署の目標設定・自主的な活動	6月～2月	6西病棟	12
急性・重症患者 看護	I	急変対応（メンバーシップ）	12月20日	30	
	II 以上	急変対応（リーダーシップ）	4月6日	9	9
	I	看護倫理	6月13日	32	
	II 以上	看護倫理	9月7日	2	2

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	8,793	8,857	8,930	8,877	9,487	8,463	9,350	9,000	9,061	8,133	8,342	8,697	105,990	
	入院処方箋枚数	7,942	7,975	7,685	7,728	8,505	7,695	8,234	8,335	7,930	8,190	8,103	8,150	96,472	
	注射箋枚数	6,500	7,087	8,037	7,139	7,961	7,837	8,336	8,164	7,386	7,781	6,940	6,973	90,141	
病棟業務	薬剤管理指導件数 1（安全管理）	668	699	709	660	744	588	757	661	640	708	665	711	8,210	
	薬剤管理指導件数 2（その他）	359	342	343	324	364	275	311	284	337	301	288	316	3,844	
	麻薬管理指導加算件数	17	12	11	15	12	19	12	14	9	7	19	7	154	
	退院時薬剤情報管理指導件数	288	307	338	300	317	317	291	251	319	272	283	318	3,601	
	退院時薬剤情報連携加算件数	31	24	23	14	16	16	23	26	31	19	19	29	271	
無菌調製	無菌製剤処理 1	抗癌剤無菌調製件数 (外来)	198	201	212	199	226	202	212	227	213	204	232	229	2,555
		抗癌剤無菌調製件数 (入院)	85	77	75	80	78	76	90	87	86	91	89	131	1,045
	無菌製剤処理 2	IVH 無菌調製件数	8	40	67	57	50	62	77	71	55	36	11	4	538
TDM 解析件数		40	27	23	42	29	47	52	53	49	44	40	33	479	
院内製剤	滅菌製剤件数	17	12	19	27	11	12	24	16	18	13	17	8	194	
	非滅菌製剤件数	50	55	49	58	42	63	56	47	47	44	48	53	612	
持参薬識別件数		404	448	411	441	437	364	460	405	430	493	421	449	5,163	
がん性疼痛緩和指導件数		11	11	8	10	9	8	12	9	7	5	9	7	106	
外来腫瘍化学療法診療料 1 件数		193	198	206	191	222	192	193	207	217	209	225	219	2,472	
外来腫瘍化学療法診療料 1 連携充実加算件数		85	88	88	96	96	104	109	120	103	109	116	121	1,235	

〈採用品目数〉

種類	令和 5 年 3 月末	新規採用品目数	採用中止品目数	令和 6 年 3 月末
内用	733	7	21	719
外用	256	5	3	258
注射	450	7	3	454
合計	1,439	19	27	1,431

〈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 5 年度末現在登録件数	91	69	58	25	60	25	1	5	0	2	336

検査室

病気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	135,162	138,935	140,803	137,788	144,202	135,464	145,514	139,866	136,822	139,423	129,119	132,279	1,655,377
輸血検査	238	236	274	257	194	264	250	317	296	319	228	241	3,114
生理検査※ 1	3,998	4,103	4,231	3,837	3,985	3,741	4,230	3,830	3,555	3,555	3,469	3,670	46,204
病理・細胞診※ 2	1,208	1,276	1,346	1,123	1,285	1,265	1,326	1,212	1,199	1,069	1,023	1,221	14,559
外注検査	2,507	2,654	2,936	2,621	3,125	2,344	2,611	2,557	2,640	2,468	2,406	2,385	31,248
合計	143,113	147,204	149,590	145,626	152,791	143,078	153,931	147,782	144,512	146,834	136,245	139,796	1,750,502

※ 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	1,289	1,244	1,192	1,070	1,160	1,159	1,253	1,153	1,050	987	967	13,634
	入院	188	224	224	186	173	196	198	214	183	221	180	2,364
	計	1,477	1,468	1,416	1,256	1,333	1,355	1,451	1,367	1,233	1,208	1,147	15,998

※ 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	0	2	2	0	0	0	0	2	2	4	14

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。令和 5 年度は骨密度検査の制限を廃止して検査件数を増やしました。また、老朽化した CT 装置 1 台を廃止し、最新の 320 列 CT を配備し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	3,308	3,002	3,188	2,961	3,043	3,248	3,020	2,866	2,861	2,870	2,802	3,028	36,197
ポータブル撮影	581	690	769	735	798	795	766	787	770	792	623	589	8,695
乳房撮影	64	82	89	85	96	123	125	114	88	85	61	90	1,102
手術室	140	122	132	113	103	73	110	118	112	121	141	138	1,423
ハイブリッド透視	12	13	19	14	8	18	14	13	12	15	18	12	168
造影・透視	96	59	110	114	104	89	117	105	117	131	108	118	1,268
血管造影	48	59	67	60	43	32	58	52	45	85	38	58	645
CT	1,471	1,448	1,410	1,349	1,434	1,288	1,532	1,391	1,372	1,332	1,322	1,295	16,644
MRI	727	742	799	766	741	646	771	714	698	656	641	701	8,602
核医学	71	58	66	57	56	53	62	55	59	48	69	70	724
PET-CT	58	61	65	51	51	53	54	63	58	57	48	47	666
放射線治療	481	470	306	291	415	306	330	325	311	209	236	436	4,116
結石破碎（廃止）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
骨密度	80	85	94	77	106	93	98	127	115	97	100	113	1,185
3D 処理件数	318	340	341	284	325	251	251	333	309	309	324	320	3,705
コピー	670	716	744	681	618	68	714	648	660	654	594	727	7,494
合計	8,125	7,947	8,199	7,638	7,941	7,136	8,022	7,711	7,587	7,461	7,125	7,742	92,634

リハビリテーション科

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

(人数)

内 容	種類	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
心大血管	外来	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	入院	235	267	273	214	186	175	225	248	285	249	290	295	2,942
	計	235	267	273	214	186	175	226	248	285	249	290	295	2,943
脳血管疾患	外来	2	5	5	11	15	9	10	12	12	11	15	21	128
	入院	1,481	1,389	1,331	1,264	1,473	1,112	1,245	1,196	1,392	1,443	1,432	1,522	16,280
	計	1,483	1,394	1,336	1,275	1,488	1,121	1,255	1,208	1,404	1,454	1,447	1,543	16,408
運動器疾患	外来	603	613	679	670	726	673	800	752	767	685	687	822	8,477
	入院	901	832	985	974	992	879	886	1,007	992	871	953	976	11,248
	計	1,504	1,445	1,664	1,644	1,718	1,552	1,686	1,759	1,759	1,556	1,640	1,798	19,725
呼吸器疾患	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	入院	149	214	191	218	288	384	510	335	258	182	198	185	3,112
	計	149	214	191	218	288	384	510	225	258	182	198	185	3,112
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	192	207	184	168	219	229	244	178	189	141	212	197	2,360
	計	192	207	184	168	219	229	244	178	189	141	212	197	2,360
廃用症候群	外来	2	0	0	4	2	0	0	0	1	0	1	1	11
	入院	151	226	440	329	275	284	298	267	176	239	198	259	3,142
	計	151	226	440	333	277	284	298	267	177	239	199	260	3,153
消炎・鎮痛	外来	36	40	30	25	27	24	31	23	25	25	25	23	334
	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	36	40	30	25	27	24	31	23	25	25	25	223	334
合計	外来	643	658	714	710	770	706	842	787	805	721	728	867	8,951
	入院	3,109	3,135	3,404	3,167	3,433	3,063	3,408	3,231	3,292	3,125	3,283	3,434	39,084
	計	3,752	3,793	4,118	3,877	4,203	3,769	4,250	4,018	4,097	3,846	4,011	4,301	48,035

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）	15	16	17	25	9	14	13	12	14	24	17	14	190
PCI（経皮的冠動脈形成術）	14	11	11	14	3	7	7	10	7	17	5	21	127
PMI（新規ペースメーカー植込み）	5	5	3	6	9	2	1	2	1	4	3	1	42
GE（ペースメーカー交換）	1	0	1	1	2	0	1	2	1	1	0	2	12
ILR（植込み型心電用データレコーダー）	0	2	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	7
IABP（大動脈バルーンパンピング）	3	0	2	1	3	1	0	2	1	7	0	0	20
PCPS（経皮的補助循環装置）	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4
TPM（体外式ペースメーカー）	2	3	5	3	2	0	1	3	1	1	1	0	22
人工心臓	5	3	3	1	2	2	3	2	2	3	1	5	32
心筋保護	5	3	3	3	2	2	2	2	1	3	1	5	32
自己血回収術	6	3	3	3	4	2	4	3	3	4	2	6	43
シャント PTA（心臓外科）	1	0	4	1	3	0	1	1	2	0	1	1	15
シャント PTA（腎臓内科）	1	3	3	5	4	0	6	0	9	6	2	3	42
PPI（経皮的末梢血管形成術）	5	5	8	8	3	12	10	4	2	3	7	7	74
EVAR（腹部ステントグラフト内挿術）	4	2	3	2	0	4	2	3	1	3	1	0	25
TEVAR （胸部ステントグラフト内挿術）	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	2	0	8
HD（血液透析件数）	419	491	513	588	562	551	513	494	495	524	462	501	6,113
CART	0	2	0	0	0	1	0	3	1	1	0	0	8
CHDF（持続的血液濾過透析） ※稼働日数	0	19	21	14	18	13	8	30	23	4	0	1	151
病棟 HD（ICU での血液透析）	0	0	2	4	5	2	1	1	2	3	0	0	20
PE	1	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	7
DHP（PMX）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DHP（Rheocarna）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	17	30
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）	44	32	41	40	22	31	38	30	39	33	20	40	410
ペースメーカーチェック（病棟）	6	9	4	8	17	4	1	4	3	9	9	4	78
ペースメーカーチェック（OPE 前後）	3	5	3	3	5	1	1	1	4	5	5	1	37
ペースメーカー MRI 撮像対応	4	9	7	13	13	11	6	7	7	7	4	4	92
脳外科体外循環	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	5
脳外科血栓回収・CAS・AG	0	5	2	5	0	0	7	11	8	11	1	5	55
水晶体再建術 （機器始業点検・術中機器操作）	5	10	19	14	17	16	18	18	9	24	30	15	195
硝子体手術 （機器始業点検・術中機器操作）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外科鏡子下手術 （機器始業点検・動作確認）	31	36	35	29	23	27	33	21	20	19	18	19	311
婦人科鏡子下手術・レーザー （機器始業点検・動作確認）	11	12	11	10	11	10	13	14	19	12	11	5	139
整形外科（機器始業点検・動作確認）	7	15	13	13	18	14	18	3	17	13	15	19	165
泌尿器手術 （機器始業点検・動作確認）	12	10	5	10	5	0	8	6	3	3	7	4	73
耳鼻科 NAVI・レーザー （機器始業点検・動作確認）	2	3	4	1	6	3	6	6	3	6	5	7	52
脳外 NAVI （機器始業点検・動作確認）	0	1	0	0	3	0	0	2	3	3	2	4	18
ECT（機器始業点検・動作確認）	2	8	17	4	0	4	16	3	0	9	3	0	66
高気圧酸素療法	46	77	94	79	66	38	75	54	51	41	76	85	782
SCS チェック	0	0	0	0	0	0	10	8	5	14	19	15	71
NO 療法	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	5	10
シャントエコー	0	0	0	0	0	0	0	0	4	8	8	8	28
合計	661	801	860	909	837	778	826	765	768	829	752	825	9,502

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	87	94	95	95	94	72	84	98	101	90	92	95	1,097
外来	12	18	14	18	11	7	7	11	20	20	19	15	171
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	7	6	1	0	12	11	13	2	3	6	4	3	68
栄養情報提供	5	4	5	4	4	1	0	4	3	3	7	3	46
早期栄養介入管理加算	84	98	114	87	80	83	84	48	69	65	69	68	949

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

○その他の取り組み

- ・ 高等看護学院講師派遣 渡邊
- ・ 2023 年全国自治体病院学会 ポスターセッション座長 渡邊
- ・ 2024 年 1 月病態栄養学会 ポスターセッション発表 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	1,733
経鼻内視鏡検査	251
（胃）（食道）内視鏡の粘膜下層剥離術	34
腹腔鏡・内視鏡合同手術	1
上部内視鏡の粘膜切除術	3
内視鏡的異物除去術	19
内視鏡的上部消化管止血術	60
内視鏡的食道ステント留置術	2
内視鏡的胃十二指腸ステント留置術	6
内視鏡的胃・十二指腸狭窄部拡張術	1
内視鏡的食道狭窄部拡張術	1
経皮内視鏡的胃瘻造設術	7
内視鏡的胃瘻チューブ交換術	11
上部超音波内視鏡検査	48
上部超音波内視鏡下穿刺吸引法	16
超音波内視鏡下瘻孔形成術	1
上部イレウス管挿入	57
合計	2,251

○下部消化管内視鏡検査・治療

内 容	件 数
大腸内視鏡検査	824
（大腸）内視鏡的粘膜下層剥離術	4
内視鏡的粘膜切除術・ポリープ切除術	125
コールドポリペクトミー	132
内視鏡的小腸・結腸止血術	17
内視鏡的経肛門イレウス管留置術	8
内視鏡的下部消化管ステント留置術	27
内視鏡的結腸異物除去術	1
下部超音波内視鏡検査	1
内視鏡的結腸捻転解除術	3
内視鏡的小腸・結腸狭窄部拡張術	5
合計	1,147

○小腸内視鏡検査

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

○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	14
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）	153
合計	167

○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	43
気管支肺胞洗浄	7
経気管支肺生検法（透視下生検）	39
気管支異物除去術	7
超音波気管支鏡ガイド下リンパ節生検	41
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	72
気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術	3
気管支瘻孔閉鎖術	1
気管・気管支ステント留置術	1
胸腔鏡	9
合計	223

内視鏡検査・治療総件数 3,793 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	52	36	40	44	45	40	35	35	19	29	32	26	433
	計	52	36	40	44	45	40	35	35	19	29	32	26	433
臨床心理室	心理検査	14	16	25	17	18	14	18	20	11	11	10	16	190
	延べカウンセリング	34	31	35	41	35	44	43	50	52	52	51	50	518
	計	48	47	60	58	53	58	61	70	63	63	61	66	708
作業療法室	外来 延べ利用者数	3	2	2	1	2	3	3	3	3	2	3	3	30
	入院 延べ利用者数	167	174	192	264	311	156	227	220	128	224	232	350	2,645
	計	170	176	194	265	313	159	230	223	131	226	235	353	2,675
訪問看護室	訪問看護	25	27	31	30	33	37	31	35	34	36	29	31	379
	退院前訪問看護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	計	25	27	31	30	33	37	31	35	34	37	30	31	381
デイケア室	延べ利用者数	184	184	237	224	245	228	251	230	231	208	205	224	2,651
	計	184	184	237	224	245	228	251	230	231	208	205	224	2,651

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	29	20	34	45	39	27	51	44	48	18	50	49	454
	面接	17	10	9	8	14	10	13	9	12	10	10	22	144
認知症鑑別画像検査		7	5	7	8	8	3	2	5	4	4	7	3	63

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	490	473	537	494	488	446	505	492	476	486	488	475	5,850
逆紹介患者数	970	918	958	814	800	780	844	779	770	735	770	828	9,966

(%)

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	平均
紹介率	69.11	59.35	54.57	55.07	51.42	51.80	54.07	53.42	55.03	68.07	57.41	58.86	57.35
逆紹介率	136.81	115.18	97.36	90.75	84.30	90.59	90.36	84.58	89.02	102.94	90.59	102.60	97.92

○市民公開講座・健康教室

【市民公開講座】

「令和5年度第1回市民公開講座」

開催日：令和5年11月23日（木） 場所：小樽市立病院講堂

座長 院長 有村 佳昭

Opening Remarks「地域医療を守るために」

院長 有村 佳昭

講演1「乳がん治療とBRCA 遺伝子」

講師 外科 副院長 越前谷 勇人

講演2「卵巣がんの新しい知識—遺伝子検査と遺伝検査の違い—」

講師 産婦人科 副院長 金内 優典

【市民講演会】※共催：市立小樽図書館、小樽市保健所

「がんのことを正しく知ろう～自分らしく暮らしていくために～」

開催日：令和5年10月31日（火） 場所：市立小樽図書館視聴覚室

講演1「がん予防、北海道・小樽市のがんに関する動向」

講師 小樽市保健所健康増進課 五十嵐 彩乃（保健師）

講演2「がんの治療最前線」

講師 患者支援センター 大森 幸恵（がん化学療法看護認定看護師）

講演3「がん医療における緩和ケアのお話」

講師 緩和ケア管理室 村上 真貴（緩和ケア認定看護師）

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)

R5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	腎 臓 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	R5	2	33	23	4			5	4	3	2	2			4	7	6	2				6	103	1.5%
	R4	1	29	26	5	2			2	3	2				11	11	4		1	3		6	106	1.6%
	増減	+1	+4	-3	-1	-2	0	+5	-3	-3	-4	-2	0	0	-4	-12	-14	0	0	-1	0	-5	-3	-0.1%
第Ⅱ章 新生物	R5	11	415	628	3			1	384	1	26	5	55	1			370	307		28		3	2,238	32.5%
	R4	8	356	530	1				388	2	25	2	23			3	409	357	2	32		2	2,140	31.3%
	増減	+3	+59	+98	+2	0	0	+1	-381	-1	-15	-9	-11	0	0	-2	-446	-342	0	-26	0	-2	+98	+1.2%
第Ⅲ章 血液・造 血器疾患	R5	7	5	4	1				1							1							19	0.3%
	R4	4	2	8	2				1	1								1		1			20	0.3%
	増減	+3	+3	-4	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	-1	-1
第Ⅳ章 内分泌・ 代謝疾患	R5	23	6	10	18	1		12	9	1	1			2	2		6	1		3		5	100	1.5%
	R4	8	4	11	9				2		5	1		1	4				4	4		9	62	0.9%
	増減	+15	+2	-1	+9	+1	0	+12	-8	0	-4	-1	0	-2	-5	0	-3	0	-3	-2	0	-9	+38	+0.5%
第Ⅴ章 精神障害	R5			1					1	1	1			109									113	1.6%
	R4	3							1		1			133	1								139	2.0%
	増減	-3	0	+1	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	-139	0	0	0	0	0	0	0	-3	-26	-0.4%
第Ⅵ章 神経系疾 患	R5	8	1		9	13		1	1		80	16		10						4		15	158	2.3%
	R4	2		1	5	32					77	16		10						5		4	152	2.2%
	増減	+6	+1	-1	+4	-19	0	+1	-3	-1	-97	-27	0	-7	0	0	0	0	0	-8	0	-6	+6	+0.1%
第Ⅶ章 眼及び付 属器疾患	R5												4						203				207	3.0%
	R4										1		3						441				445	6.5%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0	0	0	0	0	-353	0	0	0	-238	-3.5%
第Ⅷ章 耳及び乳 腺突起疾 患	R5		1	2	1				1		5									19			29	0.4%
	R4	2				1					9									18			30	0.4%
	増減	-2	+1	+2	+1	-1	0	0	0	-1	-8	0	0	0	-1	0	0	0	0	-26	0	0	-1	-0.0%
第Ⅸ章 循環器系 疾患	R5	15	8	6	431	2		10	12	223	425	3	2	1		2						34	1,174	17.1%
	R4	10	6	8	419	2			16	189	385	1	5	1		2	3	1				39	1,087	15.9%
	増減	+5	+2	-2	+12	0	0	+10	-13	-211	-465	-3	-5	-1	0	0	-2	-2	0	0	0	-31	+87	+1.2%
第Ⅹ章 呼吸器系 疾患	R5	16	247	10	11	2		3	6	1	1	3		2	11		6			73		11	403	5.9%
	R4	8	177	11	12	1			9	4	3			1	9		5			65		7	312	4.6%
	増減	+8	+70	-1	-1	+1	0	+3	-11	-3	-1	-1	0	0	-12	0	-7	0	0	-49	0	-14	+91	+1.3%
第Ⅺ章 消化器系 疾患	R5	3	1	348	1				286	1	1	2					2	2		1		2	650	9.5%
	R4	13	1	302	7				273	1		2	1	1	1		4			1		3	610	8.9%
	増減	-10	0	+46	-6	0	0	0	-258	0	-1	-2	0	0	0	0	-1	-2	0	-1	0	-2	+40	+0.5%
第Ⅻ章 皮膚・皮 下組織の 疾患	R5	1	1	2		1					1	3	34	1	1	13	1		1	1		1	62	0.9%
	R4	2		1					3	2	1	9	16			19				1			54	0.8%
	増減	-1	+1	+1	0	+1	0	0	-4	-3	0	-5	-14	0	0	-23	0	-1	0	-2	0	-1	+8	+0.1%
第Ⅼ章 筋・骨格 系疾患	R5		3	4	2			10			55	324	1	1								5	405	5.9%
	R4	1	3	4	1	1				1	56	279		1	1							1	349	5.1%
	増減	-1	0	0	+1	-1	0	+10	-1	0	-88	-287	0	0	0	-4	-1	0	0	0	0	0	+56	+0.8%
第Ⅽ章 腎・尿 路・生殖 器系疾患	R5	3	4	4	23			94	1	50		1			1		182	57				2	422	6.1%
	R4	3	4	7	62				4	51	1		4		1		208	44				3	392	5.7%
	増減	0	0	-3	-39	0	0	+94	-2	-60	-3	-1	-2	0	0	-1	-190	-75	0	0	0	-4	+30	+0.4%

		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	腎 臓 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Ⅳ章 妊娠・分娩・産褥	R5																	7					7	0.1%
	R4																	4					4	0.1%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0	0	0	0	+3	+0.0%
第Ⅴ章 周産期に発生した病態	R5																						0	0.0%
	R4																						0	0.0%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
第Ⅵ章 先天性疾患	R5		1					1	1	1	1		3				3			2			13	0.2%
	R4										2	2	6				2			3			15	0.2%
	増減	0	+1	0	0	0	0	+1	0	0	-1	0	-4	0	0	0	-2	0	0	-1	0	0	-2	-0.0%
第Ⅶ章 異常所見・症状	R5			1	1						2											1	5	0.1%
	R4										5		1		1				1				8	0.1%
	増減	0	0	+1	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-3	-0.0%
第Ⅷ章 損傷・中毒・外傷・熱傷	R5	2	3	3	2			1	24	5	113	443	19	7		2	5	2				34	665	9.7%
	R4	4	1	7	11				22		119	466	13	6	4		2	4	1			24	684	10.0%
	増減	-2	+2	-4	-9	0	0	+1	-21	-11	-122	-473	-10	-9	0	0	-4	-2	-1	0	0	-25	-19	-0.3%
第Ⅸ章 エマージェンシーコード (COVID-19)	R5	3	31	14	10		5	1	3	7	2	5		5	3	3	10					1	103	1.5%
	R4		56	32	20	1	3	0	15	7	6	18	1	9	25	9	12	1	2	2	1	2	222	3.2%
	増減	+3	-25	-18	-10	-1	+2	+1	-13	-8	-16	-14	0	-1	-9	-8	-12	-3	0	0	-1	-4	-119	-1.8%
総計	R5	94	760	1,060	517	19	5	139	734	294	716	807	118	139	22	28	591	378	204	131	0	120	6,876	100%
	R4	69	639	948	554	40	3	0	736	261	698	796	73	163	58	44	649	412	451	136	1	100	6,831	100%
	増減	+25	+121	+112	-37	-21	+2	+139	-2	+33	+18	+11	+45	-24	-36	-16	-58	-34	-247	-5	-1	+20	+45	

※ 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）

R5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	腎 臓 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	R5	2	5	3	11	15		2	1	1	516	1		27						1		16	601	8.7%
	R4	2	5	2	7	35					464	1		44	1							7	568	8.3%
	増減	0	0	+1	+4	-20	0	+2	+1	+1	+52	0	0	-17	-1	0	0	0	0	+1	0	+9	+33	+0.4%
MDC02 眼科系疾患	R5												7						203				210	3.1%
	R4										1		3						442				446	6.5%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	+4	0	0	0	0	0	-239	0	0	0	-236	-3.5%
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	R5	6	2	2	1				2		7		1		2					113			136	2.0%
	R4	4		3	2	1			1		12		2							115			140	2.0%
	増減	+2	+2	-1	-1	-1	0	0	+1	0	-5	0	-1	0	+2	0	0	0	0	-2	0	0	-4	-0.1%
MDC04 呼吸器系疾患	R5	18	681	13	14	2		3	28	1	1	3	1	2	9		6					12	794	11.5%
	R4	10	550	16	11	1			42	4	5			1	9		6					10	665	9.7%
	増減	+8	+131	-3	+3	+1	0	+3	-14	-3	-4	+3	+1	+1	0	0	0	0	0	0	0	+2	+129	+1.8%
MDC05 循環器系疾患	R5	15	5	3	427			8	11	222	4	2	2	1		2						33	735	10.7%
	R4	10	3	4	416				14	190	4	1	3			2	3	1				37	688	10.1%
	増減	+5	+2	-1	+11	0	0	+8	-3	+32	0	+1	-1	+1	0	0	-3	-1	0	0	0	-4	+47	+0.6%
MDC06 消化器系疾患	R5	10	1	982	2				457	2	2	2		1	3		11	3				3	1,479	21.5%
	R4	20	1	838	7				424	1		2		1	9		14					3	1,320	19.3%
	増減	-10	0	+144	-5	0	0	0	+33	+1	+2	0	0	0	-6	0	-3	+3	0	0	0	0	+159	+2.2%
MDC07 筋骨格系疾患	R5	1	8	5	3			10	5		64	342	17	2		1				1		5	464	6.7%
	R4	1	5	6		2			2		70	294	5		1	2	3						391	5.7%
	増減	0	+3	-1	+3	-2	0	+10	+3	0	-6	+48	+12	+2	-1	-1	-3	0	0	+1	0	+5	+73	+1.0%
MDC08 皮膚・皮下組織疾患	R5	1	1	2		1			1			2	56		1	18	1		1	1		1	87	1.3%
	R4	2	1	2					3	2		5	28			28				2			73	1.1%
	増減	-1	0	0	0	+1	0	0	-2	-2	0	-3	+28	0	+1	-10	+1	0	+1	-1	0	+1	+14	+0.2%

		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	腎 臓 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	R5	1							178														179	2.6%
	R4								190				1										191	2.8%
	増減	+1	0	0	0	0	0	0	-12	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-12	-0.2%
MDC10 内分泌・ 栄養・代 謝疾患	R5	23	6	10	18	1		14	9	1	3	1	9	2	2	1	6	1		9		5	121	1.8%
	R4	8	4	11	9				5		7	5	7	1	5				4	9		8	83	1.2%
	増減	+15	+2	-1	+9	+1	0	+14	+4	+1	-4	-4	+2	+1	-3	+1	+6	+1	-4	0	0	-3	+38	+0.5%
MDC11 腎・尿路系 及び男性生 殖器系疾患	R5	4	4	5	23			94	3	50		1	1		1		540	4				4	734	10.7%
	R4	4	5	6	62				4	52	1				1	1	602	2				3	743	10.9%
	増減	0	-1	-1	-39	0	0	+94	-1	-2	-1	+1	+1	0	0	-1	-62	+2	0	0	0	+1	-9	-0.2%
MDC12 女性生殖器 系疾患及び 産褥期疾患	R5				1												365						366	5.3%
	R4			2									5				402						409	6.0%
	増減	0	0	-2	+1	0	0	0	0	0	0	0	-5	0	0	0	0	-37	0	0	0	0	-43	-0.7%
MDC13 血液・造血 器・免疫臓 器疾患	R5	7	4	10	1				4		1					1	3			3			34	0.5%
	R4	4		14	3				8	1	2		1			1	1	1		4			40	0.6%
	増減	+3	+4	-4	-2	0	0	0	-4	-1	-1	0	-1	0	0	0	+2	-1	0	-1	0	0	-6	-0.1%
MDC14 新生児疾 患	R5		1					1		1	1		3				3			2			12	0.2%
	R4											2	5				2			2			11	0.2%
	増減	0	+1	0	0	0	0	+1	0	+1	+1	-2	-2	0	0	0	+1	0	0	0	0	0	+1	+0.0%
MDC15 小児疾患	R5																						0	0.0%
	R4																						0	0.0%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MDC16 外傷・熱 傷・中毒 疾患	R5	2	3	1	2			1	19	1	108	444	18	7		2	5					34	647	9.4%
	R4	4	1	8	10				15	1	116	464	9	7	4		2	4	1			24	670	9.8%
	増減	-2	+2	-7	-8	0	0	+1	+4	0	-8	-20	+9	0	-4	+2	+3	-4	-1	0	0	+10	-23	-0.4%
MDC17 精神疾患	R5			1					1	1	1			92									96	1.4%
	R4								1		2			100	1								104	1.5%
	増減	0	0	+1	0	0	0	0	0	+1	-1	0	0	-8	-1	0	0	0	0	0	0	0	-8	-0.1%
MDC18 その他	R5	4	39	23	14		5	6	15	14	8	9	3	5	4	3	16	5		1		7	181	2.6%
	R4		64	36	27	1	3		27	10	14	22	4	9	27	10	16	2	4	4	1	8	289	4.2%
	増減	+4	-25	-13	-13	-1	+2	+6	-12	+4	-6	-13	-1	-4	-23	-7	0	+3	-4	-3	-1	-1	-108	-1.6%
総計	R5	94	760	1,060	517	19	5	139	734	294	716	807	118	139	22	28	591	378	204	131	0	120	6,876	100%
	R4	69	639	948	554	40	3	0	736	261	698	796	73	163	58	44	649	412	451	136	1	100	6,831	100%
	増減	+25	+121	+112	-37	-21	+2	+139	-2	+33	+18	+11	+45	-24	-36	-16	-58	-34	-247	-5	-1	+20	45	

※ 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

R5 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	33	61	94	2	2	4	0	1	1	25.0%
呼吸器内科	517	243	760	59	28	87	27	11	38	43.7%
消化器内科	621	439	1,060	35	19	54	26	12	38	70.4%
循環器内科	293	224	517	22	22	44	0	0	0	0%
腎臓内科（腎透析）	87	52	139	8	2	10	0	0	0	0%
脳神経内科	6	13	19	2	1	3	0	0	0	0%
腫瘍内科	2	3	5	0	0	0	0	0	0	0%
外科	343	391	734	15	17	32	3	9	12	37.5%
心臓血管外科	182	112	294	18	10	28	1	0	1	3.6%
脳神経外科	370	346	716	23	21	44	0	0	0	0%
整形外科	303	504	807	4	6	10	0	0	0	0%
形成外科	61	57	118	1	1	2	0	0	0	0%
精神科	49	90	139	1	1	2	0	0	0	0%
小児科	11	11	22	0	0	0	0	0	0	0%
皮膚科	14	14	28	0	1	1	0	0	0	0%
泌尿器科	436	155	591	17	9	26	12	6	18	69%
婦人科	0	378	378	0	6	6	0	6	6	100%
眼科	101	103	204	0	0	0	0	0	0	0%
耳鼻咽喉科	73	58	131	1	1	2	1	1	2	100%
麻酔科	67	53	120	34	27	61	2	0	2	3.3%
総計	3,569	3,307	6,876	242	174	416	72	46	118	28.4%

【2】診療情報提供（開示）件数

R5 年度

診療記録等開示	文書送付嘱託等 (※)	合計
48 件	5 件	53 件

※ 1：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の開催
小樽市医師会及び小樽市保健所と連携し、感染防止対策の連携医療機関（余市協会病院、札幌病院、朝里中央病院、勤医協小樽診療所、三浦外科肛門科医院）と院内感染対策に関するカンファレンスを開催し、うち1回は、小樽検疫所と共催で、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施した。
第1回 令和5年6月21日「5月8日以降の感染対策の変化について」
参加施設 余市協会病院、朝里中央病院、札幌病院、勤医協小樽診療所、三浦外科肛門科医院、小樽市立病院
第2回 令和5年10月18日「新型インフルエンザ等患者搬送訓練」
参加施設 小樽検疫所、余市協会病院、朝里中央病院、札幌病院、三浦外科肛門科医院、小樽市立病院
第3回 令和5年11月15日「抗菌薬の出荷調整及び出荷停止で困っていること、またはこう対応しています」
参加施設 余市協会病院、朝里中央病院、札幌病院、勤医協小樽診療所、三浦外科肛門科医院、小樽市立病院
第4回 令和6年2月21日「後志地区の結核菌状況」
参加施設 余市協会病院、朝里中央病院、札幌病院、勤医協小樽診療所、三浦外科肛門科医院、小樽市立病院
- ・連携医療機関訪問（院内感染対策に関する助言）
令和5年11月1日 医療法人ひまわり会 札幌病院
令和5年12月12日 医療法人北光会 朝里中央病院
令和6年1月18日 社会福祉法人 北海道社会事業協会 余市病院
令和6年3月15日 公益社団法人 北海道勤労者医療協会 小樽診療所
令和6年3月28日 三浦外科肛門科医院
- ・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。

《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3回開催し、アウトブレイク報告及び感染対策の見直し等を行っている。

《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》

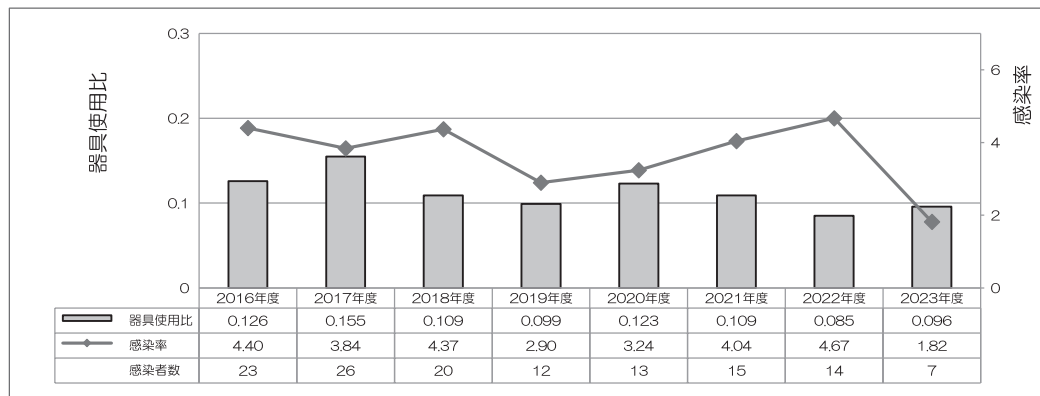
ポートを含む中心静脈ライン関連血流感染サーベイランスを血液等の培養結果の他に臨床的敗血症で判定を行い、結果を日本環境感染学会が実施しているサーベイランス（以下 JHAIS）データと比較している。

目標値は JHAIS50% タイル値を2年連続クリアであり、2023年度のターゲット病棟はICU、3階東病棟、3階西病棟+SCU、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。

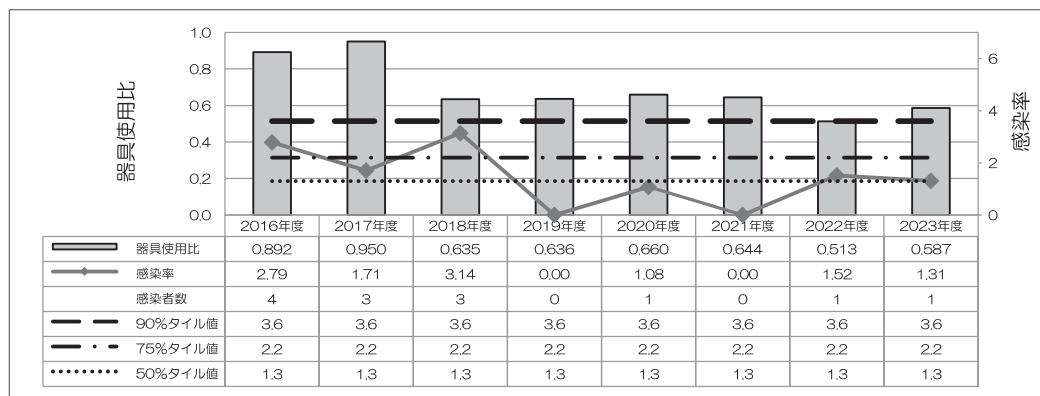
- 2016年度：血流感染対策チーム（3階東西病棟+SCU、4階東西病棟）で薬剤混合、薬剤投与の手順書作成・導入、血流感染対策チーム病棟で混合・投与に関するラウンド、看護手順改訂
- 2017年3月～2018年2月：感染防止対策室にて3階西病棟+SCUのCVC挿入時訪問
- 2017年度：リンクナース会議の血流感染対策チームにICUが参加。
中心静脈カテーテルドレッシング交換の手順書作成、感染防止対策マニュアル改訂、血流感染対策チーム病棟で輸液の混合・投与に関するラウンド、シミュレーションによる現場教育、「血流感染対策」感染管理講習会6回開催、一体型閉鎖式輸液セット導入（2018年度、看護部に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。
- 2023年度：3階東病棟師長及びICT部会会議メンバーである主査に、CLABSI改善に向けた取組を依頼。必要データ提供等を行っている
- ＊3階東病棟取組内容
病棟会議にて、CLABSI及び血液培養件数を毎月報告し、アンケート調査にて、苦手と感じている中心静脈ラインの管理手技を抽出し、職員にフィードバックを行った。
そのほか、点滴ラインが長すぎて床と接触していることがあり、検査などを終えた後は短くする取組や、三方活栓も感染源になるため不要となった場合は外すよう指導している。

全ターゲット病棟（ICU、3階東病棟、3階西病棟+SCU、5階東病棟）集計結果



- ・昨年度より感染者数は7名減り、初の一桁となった。
- ・器具使用比は0.096に上昇したが、感染者数が減ったことから感染率は1.82に大きく改善した。

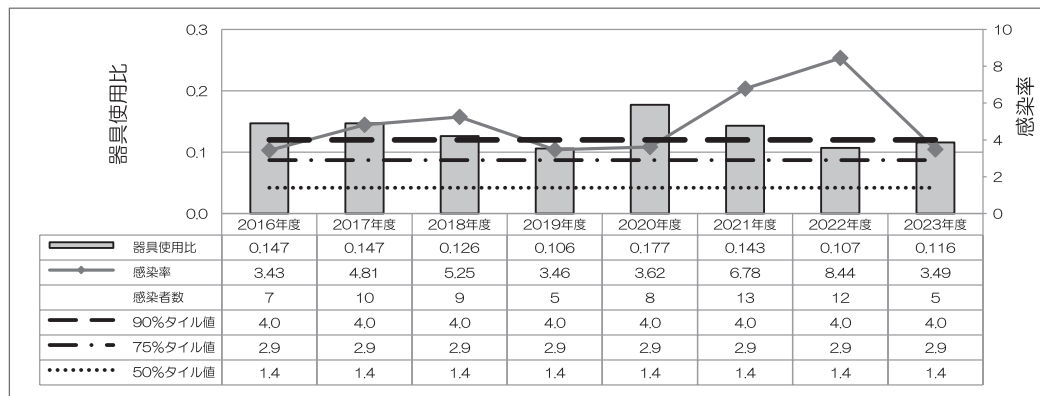
JHAIS のクリティカルケア 130 施設と ICU の比較



- ・昨年度と感染者数は変わらないが、器具使用比は0.587に増えたため、感染率は1.31に改善。
- ・目標のJHAIS50%タイル値はクリアできなかった。

※JHAIS器具使用比：
50%タイル値0.41
75%タイル値0.61
90%タイル値0.70

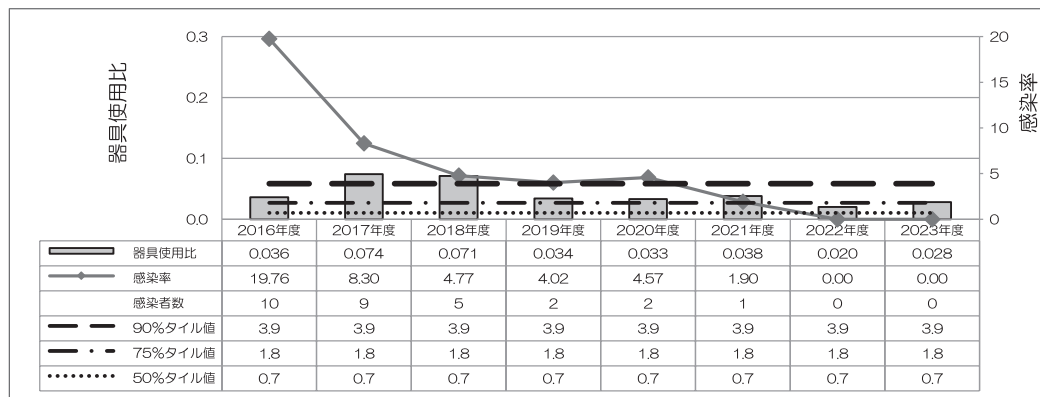
JHAIS の急性期一般病床の内科系 166 施設と 3 階東病棟の比較



- ・昨年より感染者数は7名減り、器具使用比は0.116に増えたことから、感染率は3.49に大きく改善した。

※JHAIS器具使用比：
50%タイル値0.06
75%タイル値0.11
90%タイル値0.23

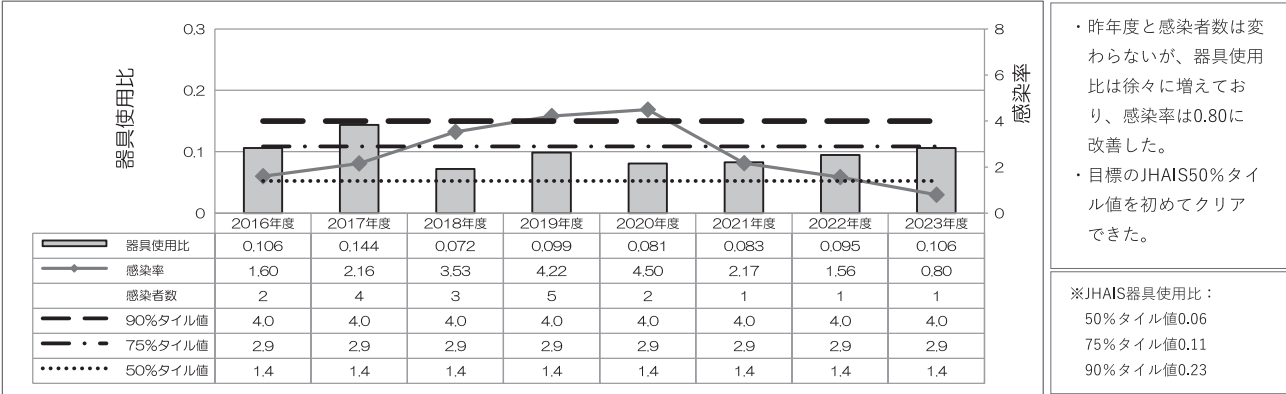
JHAIS の急性期一般病床の外科系 119 施設と 3 階西病棟+SCU の比較



- ・2年連続感染者数がゼロだった。
- ・目標値のJHAISの50%タイル値も2年連続クリアできた。

※JHAIS器具使用比：
50%タイル値0.04
75%タイル値0.11
90%タイル値0.17

JHAIS の急性期一般病床 166 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、健常な皮膚を維持するためのスキンケアを通して、創傷治癒の促進を図ります。
ストーマケアはストーマを持つ方に対して、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)	118	128	140	132	122	116	145	126	156	140	113	116	1,552
新規褥瘡発生患者数 (人)	4	4	6	4	5	5	6	9	6	10	2	4	65
持ち込み褥瘡患者数 (人)	6	13	7	11	9	8	8	7	9	11	14	14	117
新規褥瘡発生率 (%)	1.08	0.9	0.78	1.00	1.11	1.20	1.00	1.54	0.95	1.17	0.92	0.66	1.03
月褥瘡保有率 (%)	1.91	2.35	1.45	1.88	1.78	2.03	1.88	2.25	1.90	2.81	2.31	2.10	2.05
褥瘡有病率 (%)	2.55	2.97	2.16	1.01	1.88	2.15	1.97	2.34	1.24	2.9	2.45	4.24	2.32
推定発生率 (%)	1.72	0.66	1.25	1.31	1.27	1.29	1.81	0.63	0.85	2.42	0.58	0.34	1.18
既に有していた褥瘡の改善率 (%)	25.0	30.0	11.1	13.3	23.1	45.5	23.5	60.0	9.1	40.0	35.0	20.0	28.0
持ち込み褥瘡の改善率 (%)	16.7	30.8	14.3	18.2	20.2	37.5	12.5	57.1	22.2	46.3	35.7	21.4	27.7
先月以前当院で発生した褥瘡の改善率 (%)	33.3	33.3	0.0	0.0	33.3	66.7	0.0	66.7	0.0	0.0	16.7	0.0	20.8
新規褥瘡の改善率 (%)	25.0	25.0	33.3	0.0	60.0	20.0	50.0	33.3	33.3	10.0	50.0	25.0	30.41

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)	63	104	101	99	74	99	88	85	77	82	77	86	1,035
ストーマケア (件)	113	100	115	109	118	96	104	98	106	98	73	84	1,214

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・公認心理師 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 5 年度（2023 年 4 月～2024 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	14	9	7	20	15	14	15	6	13	8	8	6	135
継続介入患者のべ数	34	26	22	34	36	43	43	35	37	29	31	24	394
緩和ケア診療件数 (ただし、診療患者数とは異なる)	83	62	27	35	106	109	164	84	64	40	67	64	905

令和 5 年度（2023 年 4 月～2024 年 3 月）その他の活動内容

○緩和ケア研修会の開催：2023 年 11 月 11 日 第 13 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委員会の開催

○緩和ケア部会の開催

○院内研修講師（緩和ケア認定看護師 村上 真貴）

～院内認定看護師プログラム～

- ・2023 年 11 月 17 日 ラダーⅠ「緩和ケアの概念と考え方」
- ・2023 年 7 月 4 日 ラダーⅡ以上「緩和ケアの考え方」
- ・2023 年 7 月 19 日 ラダーⅡ以上「急性期病院における緩和ケア」

○院外緩和ケア勉強会の開催

- ・2024 年 2 月 16 日 第 1 回緩和ケア連携推進勉強会

○講演会

- ・2023 年 4 月 6 日 緩和ケアにおける慢性便秘症治療を考える Zoom LIVE SEMINAR in 小樽

『2 病院における緩和ケアの便秘治療の現状』 座長 和智 純子

「緩和ケアにおける便秘の看護—看護において必要なこと—」 発表 村上 真貴

- ・2023 年 6 月 22 日 小樽薬剤師会 講演会

「緩和ケアにおける便秘の看護—現状と課題—」 発表 村上 真貴

- ・2023 年 10 月 31 日 がんのことを正しく知ろう—自分らしく暮らしていくために— 小樽市立図書館

「がん医療における緩和ケアのお話し」 発表 村上 真貴

○学会

- ・2023 年 9 月 1 日 第 61 回 全国自治体病院学会 in 北海道 札幌市

看護分科会ポスターセッション 座長 村上 真貴

- ・2024 年 3 月 28 日 第 144 年次 日本薬学会 横浜市

「オピオイド鎮痛薬未使用のがん疼痛患者におけるフェントステープと経口オキシコドン徐放製剤の疼痛薬物療法の比較検討」
多施設共同研究 研究代表：亀田総合病院 共同研究者 日下部 鮎子（緩和薬物療法認定薬剤師）

○研修修了

- ・2023 年 3 月 10 日 厚生労働省後援 がんのリハビリテーション研修 E-CAREER 村上 真貴

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	198	190	210	200	234	202	208	229	216	214	221	227	2,549

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	118	488	109	802	67	592	172	201	2,549

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	51	2.40%
細胞＋免疫	191	8.90%
免疫	399	18.6%
細胞＋分子	670	31.1%
分子	189	8.80%
細胞	649	30.2%
合計	2,149	100.0%

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

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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）・小原 絵夢（精神科医長）、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1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（副院長）

委員：院長、医局員7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5年6月5日「離床キャッチ操作説明会」
出席者：33名
- 2) 令和5年7月13日「医療安全報告会」
内容：①2022年度下半期のインシデント・アクシデント集計報告
②「MRI検査の安全管理」
担当者：①医療安全管理室 ②放射線室主査
出席者：会場+ZOOM参加153名、アーカイブ+資料参加772名
- 3) 令和5年12月15日「医療安全報告会」
内容：①2023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「重大事象から学ぶ麻薬管理」
担当者：①医療安全管理室 ②薬剤部
出席者：会場+ZOOM参加111名、アーカイブ+資料参加698名
- 4) 令和5年10月31日「医療安全講習会」
内容：患者・家族とのコミュニケーション
講師：SOMPO リスクマネジメント担当者
出席者：会場+ZOOM参加103名、アーカイブ+資料参加708名
- 5) 令和6年2月29日「医療安全講習会」
内容：①化学療法におけるリスクマネジメント
②カルテ開示を意識した診療記載
講師：①がん化学療法看護認定看護師 ②診療

情報管理課

出席者：会場+ZOOM参加80名、アーカイブ+資料参加683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）

部長：渡邊 義人（外科主任医療部長）

副部長：小野 暁（小児科主任医療部長）

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15名、栄養管理科1名、事務課1名、医事課1名、医療秘書室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

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5年4月20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検査室長

出席者：会場+ZOOM 参加31名 アーカイブ+資料参加109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（主任医療部長）

委 員：医師4名（第4回委員会より3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：山下 登（泌尿器科主任医療部長）

副委員長：汐谷 心（呼吸器内科医療部長）

顧 問：信野祐一郎（特任理事）

委 員：病院長、ICT 部会長、ICT 副部会長、小児科主任医療部長、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
2023 年 11 月 29 日	標準予防策（感染対策の基本を振り返りましょう）	講習会参加 72 名 テスト 687 名
2024 年 2 月 28 日	HIV/AIDS 出張研修（HIV/AIDS の基礎知識・陽性者のケアと感染予防）	講習会参加 69 名 テスト 639 名

5 その他 特記事項

2023 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
11 月 22 日	給食調理室	77.8	C	済
12 月 27 日	院内保育所	91.8	B	済

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 24 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 4 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 46回

4 イベント等の実績（講演会など）

開催日	テーマ	参加者
2023年 10月24日	AST講習会 ・抗菌薬と耐性菌	講習会 38名
2024年 2月2日	AST講習会 ・カテーテル関連血流感染にお ける抗菌薬	講習会 18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、薬学的および論理的な妥当性を審査する。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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4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（7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：辻脇 光洋（病理診断科主任医長）

副委員長：保坂 倫子（病理診断科医長）

委員：医師3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。行動制限の具体的な態様は様々であるが、患者の病状又は状態像に応じて個別具体的に決

めなければならず、合理的と認められる必要最小限の範囲内で行われる必要がある。行動制限最小化委員会では、これらが適正に実施されているかの審議を行い、できる限り行動制限を行わない方法で入院治療を行うことを目標としている。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：笹川 嘉久（主任医療部長）

副委員長：小原 絵夢（医長）

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 R5.5.23 ② R6.1.23

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（形成外科主任医療部長）

副委員長：新井孝志郎（形成外科医療部長）

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「褥瘡と栄養管理 下痢・便秘」

R6年3月14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
- ・診療情報管理委員会 NEWS を年1回発行
- ・電子カルテスキャン書類の分類修正・削除
- ・研究目的での電子カルテ閲覧時の届出制開始

●その他、主に下記の内容について報告し、改善等について検討した。

- ・診療記録の貸出状況及び返却率報告・電子カルテスキャン文書の状況報告
- ・スキャン文書出庫件数の状況報告・退院時要約（サマリー）完成率報告

透析機器安全管理委員会

1 委員会の活動概要

本委員会は、血液透析における機器の安全向上を

図り、安全な透析療法の提供を目的とする。

委員会は、次に掲げる業務を行う。

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

2 メンバー

委員長：山地 浩明（腎臓内科 医療部長）

副委員長：難波 泰弘（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5年度実績 1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）（10月1日から欠員）

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

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（病理診断科主任医長）

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

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

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4名（組合推薦）、放射線科1名（組合推薦）、臨床工学科1名（組合推薦）

事務局：事務課

3 開催回数

原則毎月1回開催

個人情報保護検討委員会

1 委員会の活動概要

個人情報の適切な管理・運営を図る。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：笹川 嘉久（精神科主任医療部長）

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

治験審査委員会

1 委員会の活動概要

治験実施の基準（GCP 省令）に則り、治験実施の可否を検討し、治験開始後は定期的に審査を行う。また、被験者から文書によるインフォームド・コンセントを得るための方法や資料を審査し、承認する。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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、看護師1名、薬剤師1名、事務員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：深田 稔治（副院長）

副委員長：金戸 宏行（副院長）

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5年度実績 5回

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

事務局：検査室

3 開催回数

年6回の開催と、別に委員長が必要と認めた時

4 その他 特記事項

・看護部新入職員輸血研修講義

・輸血療法マニュアルの随時改訂

・血液製剤適正使用と廃棄率低減対策

・安全な輸血療法に関する院内講演会の開催

〔組織運営に関する委員会〕

※委員会名五十音順に掲載

医療機器管理運営委員会

1 委員会の活動概要

小樽市立病院において使用する医療機器を適正に管理し、安全かつ効率的に運営することを目的とする。

(所管事項)

医療機器の管理運営に関することその他委員長が必要と認めること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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

- (1) 医療情報システムの導入に関すること
- (2) 医療情報システムの機能に関すること
- (3) 医療情報システムのセキュリティに関すること
- (4) その他、医療情報システムに関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）

副委員長：土屋 和彦（放射線治療科医療部長）

委員：医師1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、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

情報セキュリティ対策部会

1 委員会の活動概要

医療情報システムにおける適切な情報セキュリティ対策の整備・維持と、情報セキュリティに係る院内職員への教育・情報共有等を円滑に図る。

- (1) 情報セキュリティ対策の整備・維持に関すること。
- (2) 情報セキュリティに関する総合的な調整及び運用に関すること。
- (3) 情報セキュリティに関する職員への教育に関すること。
- (4) その他情報セキュリティに係る重要事項に関すること。

2 メンバー（部署、役職）

部会長：高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）

委員：看護部1名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、医療安全管理室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

4 イベント等の実績（講演会など）

院内職員向け講習会「情報セキュリティ研修」

令和6年3月1日（金）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。

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）

- ・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

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：土屋 和彦（医療部長）

顧問：馬淵 正二（統括理事）

委員：看護部1名、薬剤部1名、事務部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

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
48 件	5 件	53 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。

委員：医師会2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5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：小野 暁（小児科主任医療部長）

顧問：小田川泰久（小児科医療部長）

委員：医師4名、看護部5名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、医療秘書室1名、患者支援センター1名、事務部7名

事務局：事務部医事課

2 開催回数

令和5年度は7回開催

3 その他 特記事項

主な協議事項

- ・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
- ・総合入院体制加算の届出について
- ・外来診療単価の推移について

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）

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（院長）

副委員長：越前谷勇人（外科副院長）

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

補 佐：放射線室 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

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：新井孝志郎（形成外科医療部長）

副部会長：保科 大地（皮膚科医療部長）
新屋 祐司（患者支援センター主幹）

委 員：患者支援センター 1 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) 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

(3) がん相談支援部会

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）

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、リハビリテーション科 1 名、認知症疾患医療センター 1 名

担当部署：患者支援センター

(4) 医療業務支援部会

部 会 長：深田 穰治（心臓血管外科副院長）

副部会長：佃 幸憲（整形外科主任医療部長）
橋本 幸一（患者支援センター次長）

委 員：医師 1 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（産婦人科副院長）

副委員長：汐谷 心（呼吸器内科医療部長）

顧 問：櫻木 範明（特任理事）

久米田幸弘（特別補佐）

専任委員：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、看護部 1 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（泌尿器科主任医療部長）
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）

副部長：今本真衣子（精神科医師）
 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、栄養管理科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（産婦人科副院長）
 副部長：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5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 芳勲（循環器内科主任医療部長）
 副委員長：市村 亘（放射線診断科医療部長）
 顧問：櫻木 範明（特任理事）
 委員：医師4名、看護部1名、薬剤部1名、放
 射線室1名、検査室1名、事務部1名
 事務局：事務課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

禁煙推進委員会

1 委員会の活動概要

禁煙に係る適切な管理・運営を図る。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高川 芳勲（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1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

4 イベント等の実績（講演会など）

院内職員向け講習会「禁煙セミナー」
 令和6年2月22日（木）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3名、看護部2名、薬剤部1名、放

射線室 1 名、検査室 1 名、リハビリテーション科 1 名、栄養管理科 1 名、患者支援センター 1 名、医事課 1 名、診療情報管理課 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) 学術発表：第 23 回日本クリニカルパス学会学術集会（埼玉県）
 - ・演題発表者：ICU 病棟 川村看護師
 - ・演題名「患者のニーズに合わせた 2 種類の経直腸的前立腺生検パスの検証」
- (2) 院内講演会の開催：『第 8 回小樽市立病院クリニカルパス大会』

発表演題は以下 2 題

 - ・「パス学会への参加報告から考えるパスの方向性」事務局 堀合診療情報管理課長
 - ・パス分析「内視鏡的大腸ポリープ切除術」4 階西病棟 田口看護師

参加人数：現地 21 名・オンライン 16 アカウント
- (3) その他（令和 5 年度のクリニカルパス委員会活動）
 - ・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 2 件／パス改定 10 件／パス終了 0 件／パス総数 229 種）
 - ・パス使用状況の報告：令和 5 年度パス利用率 52.5%
 - ・クリニカルパス委員会 NEWS 第 2 号を発行

経営強化プラン推進委員会

1 委員会の活動概要

令和 5 年 3 月に策定した「小樽市立病院経営強化プラン」に基づき、病院事業の経営強化に総合的に取り組むことを目的として、プランの実施状況に係る点検、評価及び結果の公表やプラン実行計画の進捗管理等について協議・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

4 回（R5.5.9、R5.10.10、R5.12.18、R6.3.15 開催。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
 - ・経営強化プラン実行計画について
 - ・経営強化プラン実行計画の評価方法について
 - ・経営強化プラン実行計画の進捗状況について
 - ・経営強化プラン評価委員会について
- (2) 院内説明会等開催状況
 - ・令和 6 年 1 月 29 日 経営強化プラン実行計画 令和 5 年度上半期実績報告（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（医局）
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

令和 5 年度開催なし

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（麻酔科主任医長）
難波 泰弘（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

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（形成外科主任医療部長）

副委員長：矢花 崇（消化器内科医療部長）

：佃 幸憲（整形外科主任医療部長）

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（7月、12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5年度開催なし

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：小野 暁（小児科主任医療部長）

顧問：近藤 吉宏（特別補佐）

委員：副院長、医療部長4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5年度は2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30名

事務局：看護部手術室

3 開催回数

月1回 令和5年度は6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顧問）

顧問：並木 昭義（病院事業管理者・病院局長）

委員：

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（副院長・臨床倫理委員会委員長）、高川理事（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）、佃理事（主任医療部長・外来管理委員会委員長）、笹川主任医療部長、山下理事（主任医療部長・ICC副委員長・ICT部会長・5階西病棟担当）、小野主任医療部長（小児科・ICC委員）、今井主任医療部長（5階東病棟担当）、汐谷医療部長（ICC副委員長）、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・ICT副部会長・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）、小笠原室長（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）、大石主幹（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）、伊藤課長（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：3回

開催回	開催年月日	議 題
第55回	2023年 4月10日	・5月8日以降の対応について
第56回	2023年 5月22日	・5月8日以降の対応で気になること
第57回	2023年 12月25日	・クラスター及びアウトブレイク発生状況 ・陽性職員・患者の療養期間の見直し ・職員フロー改訂 ・夜間・休日の相談窓口について

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：古川 哲章（医療部長）

顧問：久米田幸弘（特別補佐）

委員：医局2名、看護部4名、検査室1名
事務局：事務部

3 開催回数

令和5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（眼科主任医長）

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：葛西 弘規（外科医療部長）
顧問：井原 達夫（脳神経内科医）
委員：医師1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

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：高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）
笹川 嘉久（精神科主任医療部長）
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：金戸 宏行（副院長）
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12巻第1号：令和5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) 病棟業務改善への取り組み
- (3) その他病棟運営に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：深田 穰治（副院長）
副委員長：金戸 宏行（副院長）
顧問：有村 佳昭（院長）
委員：医局8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5年度においては、次に挙げる事項について委員会活動を行った。

- (1) 病棟関連指標のモニタリング（DPC 期間Ⅱ以内退院率を含む各 KPI 指標）
- (2) 病棟業務改善への取り組み（転棟候補患者選出ルールの作成・一般病床空きベッド数の掲示およびイントラネット内の掲載・入院時のしおり

- に札幌への転院説明文を掲載)
- (3) ベッドコントロールマニュアルの改訂議論
- (4) 次年度病棟編成案の確認

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2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5年9月21日
- 院内勉強会「リハビリテーションの診療報酬について」
- 「リハビリテーションの現状報告」

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折中～」

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10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：佃 幸憲（整形外科主任医療部長）

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や倫理的妥当性を審査する。

メンバー（部署、役職）

委員長：金戸 宏行（副院長）

副委員長：市村 亘（放射線診断科医療部長）

顧問：馬淵 正二（統括理事）

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（婦人科副院長）

委員：院長、医師6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、協力病院・施設9名

顧問：市村 亘（放射線診断科医療部長）

事務局：事務部経営企画課

3 開催回数

令和5年度実績2回（令和5年10月3日、令和6年3月14日）

4 その他 特記事項

主な検討事項

- ・令和5年度プログラム研修医の中断評価について
- ・令和4年度プログラム研修医の修了評価について
- ・令和6年度プログラム採用予定者について
- ・令和6年度研修スケジュールについて
- ・令和7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）

部会長：金内 優典（婦人科副院長）

副部会長：中林 賢一（麻酔科副院長）、高川 芳勅（循環器内科主任医療部長）

委員：医師8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

6回（不定期）

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

放射線安全管理委員会

1 委員会の活動概要

放射性同位元素等の規制について必要な事項を審議するために、放射線安全管理委員会を設置し、小樽市立病院放射線障害予防規定に定める事項を満たすために必要な施設機能および体制の整備を行う。

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：土屋 和彦（放射線治療科医療部長）

委員：放射線室5名、看護部1名、薬局1名、検査室1名、事務部2名

3 開催回数

令和5年度実績 1回

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：金戸 宏行（副院長）

副委員長：市村 亘（放射線診断科医療部長）

顧問：馬淵 正二（統括理事）

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

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12巻第1号（令和5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。



写真1 左から放射線室 小笠原弘室長、大浦大輔主査（優秀賞受賞者）、有村佳昭院長、並木昭義病院局長、
心臓血管外科 佐藤宏医療部長（最優秀賞受賞者）、深田穰治副院長

最優秀賞 **佐藤 宏**（小樽市立病院 心臓血管外科）

発表論文 「Twenty-year outcomes of free and I-composite radial artery grafts for coronary artery revascularization.」

選考理由 虚血性心疾患に対する橈骨動脈を利用した血行再建術式の評価に関する検討である。本研究は約30年にわたる当院のみでの治療成績を検討した完全にオリジナルの研究成果の発表であり、国際的にも非常に高い評価を受けており向後当院発の世界標準治療となる可能性を含んだ極めて有用な論文である。

優秀賞 大浦 大輔（小樽市立病院 放射線室）

発表論文 「Quality Assurance of Chest X-ray Images with a Combination of Deep Learning Methods.」

選考理由 立位、臥位、座位で撮像した胸部 X 線写真のデータをもとに、人工知能（AI）を利用し胸部 X 線写真の撮像体位を正しく推定できるシステムを構築する研究である。本研究をもとにすれば胸部 X 線撮影の現場での検査技師による撮像体位の確認を AI に委ねることが可能となり、業務負担の軽減につながり「働き方改革」に寄与できる可能性があることを示唆する有用な論文である

優秀賞 佐々木 真一（小樽市立病院 事務部）

発表論文 「当院におけるアプレシエイティブ・インクワイアリ導入に関する考察」

選考理由 組織として当院の機能を十分に発揮するためには職員の活躍が大切であり、そのために風通しの良い職場環境の維持が必要である。アプレシエイティブ・インクワイアリ（Appreciative inquiry：AI）を用い職場のコミュニケーションを闊達にし問題解決力の向上につなげるために、院内で行った AI 講習会についての一次的成果に関する報告であり、向後の当院の職場環境の整備に寄与するための有用な論文である。



写真2 左から事務部 佐々木真一部長（優秀賞受賞者）、並木昭義病院局長

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 hamster ovary 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。

特集 小樽市立病院 10周年記念関連行事



小樽市立病院開院 10 周年記念関連行事

小樽市立病院は平成 26 年 12 月に統合・新築し 10 周年を迎えました。

10 周年を記念し、講演会、式典のほか各種記念行事を行いましたので、特集にてご紹介します。

開院 10 周年記念歴代院長座談会

「小樽市立病院設立に関する課題と 展望を振り返る」

日時：令和 6 年 7 月 29 日

場所：病院業務管理センター 2 階

出席者：小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義
統括理事 馬淵 正二

(院長在任期間：平成 26 年 12 月～平成 27 年 3 月)

特別補佐 近藤 吉宏

(院長在任期間：平成 27 年 4 月～平成 31 年 3 月)

特任理事 信野祐一郎

(院長在任期間：平成 31 年 4 月～令和 3 年 3 月)

院 長 有村 佳昭 (令和 3 年 4 月就任)

※当記事は座談会での発言要旨を再編し、構成を一部変更いたしました。



1. 開会の挨拶

並木：本日はお忙しいところ座談会にお集まりいただきありがとうございます。司会・進行係の病院局長の並木です。宜しくお願いします。

さて、小樽市立病院は平成 26 (2014) 年に市立小樽病院と市立小樽第二病院：以下「第二病院」(平成 21 (2009) 年に小樽市立脳・循環器・こころの医療センターに改称) が合併し、小樽・後志地区の基幹病院として開院しました。令和 6 (2024) 年の今年、2 病院が統合し、新病院が新築・開院してから 10 周年を迎えます。お集まりになった歴代院長の 4 先生には、ここまでの 10 年の歩みを振り返ってもらい、新病院誕生までの道のりや苦労したこと、そして、患者や医師から選ばれる病院になるために注力したことなどを語っていただきたいと思います。また、4 年後の令和 10 (2028) 年には、小樽市に市立病院が誕生して 100 周年となる節目の年を迎えます。小樽・後志地域の皆さんからより一層信頼される病院になるための新たな取り組みや今後の展望なども語り合っていきたいと思います。



2. 歴代院長先生方の経緯の紹介

並木：まずは歴代院長の皆さん方にはどういう経緯で新病院の開院に至ったのかも含めて、皆さんと小樽市立病院とのかかわり、今日までの歩みをそれぞれの先生の視点、観点からお話してください。それでは順次自己紹介をお願いします。

1) 馬淵：私は第二病院に平成 13 (2001) 年に勤務し、平成 18 (2006) 年～平成 26 (2014) 年まで院長に、そして 2014 年から 2015 年まで、新築の小樽市立病院の初代院長を務めました。

2) 並木：私が馬淵先生とほぼ同期に市立小樽病院の院長を務めた鈴木隆先生について紹介します。

彼は平成 17 (2005) 年から平成 24 (2012) 年まで市立小樽病院の院長に就任し、その後定年退職し、令和 4

(2022)年に逝去されました。従って本日の企画には残念ながら出席されていません。

3) 近藤：私は鈴木先生が退職後の平成24(2012)年から平成27(2015)年3月まで市立小樽病院の院長代行に、そして平成27(2015)年から平成31(2019)年の4年間を小樽市立病院の院長を務めました。この期間中に市立病院創立90周年記念式典・祝賀会が盛大に開催されました。

4) 信野：私は平成31(2019)年から令和3(2021)年までの2年間院長に就任し、コロナ感染症の治療と対策に尽力しました。さらに経営改善にも取り組んでおりました。

5) 有村：私は令和3(2021)年に院長に就任し、地域医療支援病院認定取得に鋭意に取り組みました。患者支援センターの責任者としてベッドコントロールの適切な管理により病院経営、救急医療の活動に力を注いでいます。

3. 各先生方の新旧病院において、 苦勞された出来事や印象に残る思い出

1) 馬淵：鈴木先生と苦勞したことをまず披露させてください(笑)。

(1) 小樽市では、並木局長が着任されるずいぶん前から市立病院の建て替えについて協議していましたが、建設場所を量徳小学校跡にするか、現在の済生会病院さんのある築港地域にするかで、委員会が変わるたびに二転三転していました。

(2) 量徳小学校跡地に最終的に決定したのは平成21(2009)年のことでした。並木先生が小樽市病院事業管理者・病院局長に就任され、建築場所を交通の利便性がよく、駐車場が整備しやすい市立小樽病院と量徳小学校を合わせた敷地が最適であると判断し、市長に病院敷地変更の進言をし議会で決定されました。

(3) 振り返ると、平成18(2006)年ぐらいから小樽医師会の先生たち、市の職員の皆さん、一般市民の方々からいろいろな意見がありました。主なものは、市立小樽病院と第二病院を統合するなら、ある程度小さな病院でいい、救急に特化した病院がいいのでは、とにかくダウンサイズするべき、という意見でした。私どもとしては、病院の両方の機能をしっかり備えたある程度の規模の病院をつくりたいと考えていました。



(4) 平成21(2009)年ごろから、鈴木先生と私は市内の町内会の皆さんに集まってもらって、情宣活動を展開しました。草の根で説明会を開催し、市立小樽病院の持つ多くの診療科による様々な疾病を診療できる体制と、第二病院の持つ脳神経外科、心臓血管外科、精神科など専門的な医療を提供できる体制、この2つ医療機能・体制をひとつに併せた病院をつくりたいという思いや必要性を丁寧に説明し続けました。それでも、救急だけに特化した病院で十分ではないか、小樽に大きな病院はいらない、慢性期の病気は札幌で診てもらおうようにしたいなど、並木局長が赴任されるまでは新病院建設反対勢力の嵐がおさまらなかった。本当に辛かったし、大変でした。心が折れそうになる瞬間もありましたね。

(5) それが並木局長の就任で一気に風向きが変わりました。大学病院の教授であった並木局長は、様々な要職を歴任されており医療だけでなく医療行政にも明るい、その道のプロです。市内・後志地区の病院、診療所の院長や医師派遣先の大学病院の教授、医師会や小樽市の皆様の支援も受け、あっという間に両病院の統合・新築を実現する道筋をつけることに成功しました。病床数の決定には紆余曲折ありましたが、結果として、両病院を400床程度の中規模病院として再編統合することとし、新病院と3公的病院がそれぞれの特徴を出して医療連携を深め共存共栄を図るという方向性が決められたのです。

(6) 平成21(2009)年は医療業界にもデジタル化の波が押し寄せてきた時期だったことも覚えています。レントゲン検査のデジタル化があり、当院もそうでしたが診断群分類包括評価(DPC)と呼ばれる制度を採用する病院が増えました。DPC制度に不可欠となる電子カルテの導入も進みました。そんな中、平成24(2012)年9月に新病院の起工式があり、本格的に工事が始まったわけです。簡単ではなかった病院の統合・新築と新病院の開設決定までの歩みを、私なりに簡単に駆け足で振り返ってみました。

4. 小樽市立病院開設に至る厳しい道のり

1) 並木：

(1) 当時の市立病院の状況は、市の財政が厳しいため病院の統合・新築計画の中止、全国自治体病院の中で最低レベルにある経営状態、医師の離職と大学からの医師派遣中止による医師不足、新病院開設に関する市と医師会と大学医局間の軋轢など多くの難題を抱えていました。医師の数は2病院あわせても42人しかなくなっていました。現在は90人近くに復活しています。何より、医師派遣先の大学医局とのやり取りがうまくいってなかったのが一番の原因だと思います。

(2) 当時の小樽市長も非常に困っておられた。そういった状況に際して、小樽市長から要請があり、私が小樽市病院事業管理者・病院局長に就任しました。たとえ市長であっても、医療に疎い行政関係者が大学病院に行つて、医師の数が足りないので医師を派遣してほしいと訴えても、「はい、分かりました」と二つ返事で協力してくれる時代じゃなかったのです。

(3) 病院事業管理者は、病院運営だけでなく自治体の医療行政にも携わります。医療全体、病院全体を俯瞰し、時代の潮流や社会的背景もよく知らなくては、その職務を果たすことはできません。私は平成 14 (2002) 年に札幌医科大学医学部附属病院の病院長になり、麻酔科教授を兼任していた時期があったので、その時の貴重な経験を活かしながら、新病院で医師が余裕を持って、高いモチベーションを保ちながら、最良の医療を行うことのできる病院づくりに注力し、医師確保に努めました。

(4) 医師が勤務したい、あるいは教室員を派遣したい病院とは、①患者数が多い、②教育、研修体制がよい、③専門医の資格がとれる、④医療機器、設備が備わる、⑤仕事および生活環境が整う、⑥給与をはじめ待遇面がよい、⑦病院職員、住民が親切である、⑧交通のアクセスがよい、⑨人事が公平である、⑩引き際が適切に行なわれるなどです。このことをよく理解しながら地道な努力を続け、少しずつ医師数も増加していきました。

2) 馬淵:

(1) 新病院の開設前は、病院のベッドの半分以上が休床しており、医師と看護師の退職が続いていたので患者さんを受け入れることができないケースも多々あり、病院としてほとんど機能していないと言っても過言ではない状況でした。そんな「どん底」の時に、並木局長が赴任されたんです。どん底から、新病院の構想を考え、実現していった。

(2) 繰り返しになりますが、本当は 456 床にしたかったのですが、医師も看護師も足りていない状況ですから、逆風が強かったんです。結果、388 床となり、現在の院長の有村先生をはじめ、現在病院を引っ張っていらっしゃる先生、職員の皆さんには迷惑をかけてしまったと心苦しく思っています。

(3) 平成 21 (2009) ~22 (2010) 年ごろ、研修医の制度が変わったこともあり、両市立病院から医師がどんどんいなくなっていました。施設や設備の老朽化と不便さも進んでいて、医師の確保もできず、病院を続けていくことすら難しい状況に陥っていました。呼吸器内科が



なくなり、整形外科がなくなり…医者も看護師も少なくなり、新病院の構想でも当初予定していた 456 床から、ダウンサイズした方がいいのではと指摘されるようになってしまったんです。

(4) 第二病院は元々 40 人近くの医師がいたのに当時は 16 人になっていました。市立小樽病院の医師数も半分ぐらいになっていたと記憶しています。そういった事情を踏まえての、新病院の基本設計案で、388 床に減らさざるを得なかったのです。

(5) 並木局長が中心となって、平成 22 (2010) 年、23 (2011) 年あたりに新病院の基本設計案を作成しました。ここまで何年もの間右往左往してきたわけで、対立する意見も異なる意見もまとめ上げて基本設計案をつくることができたのは、本当に画期的というか、凄いことだと思いました。

(6) 新病院の建設場所が量徳小学校に決まった経緯について少し付け加えてください。振り返ると、根強い反対意見もありました。声の大きい人は目立ちますからね。強く反対する皆さんへの説得材料として、量徳小学校に建てられていた記念碑や思い出を残せるよう、新病院には「量徳小学校メモリアルガーデン」を造成するという案を打ち出しました。校舎がなくなり、新病院が建った後も、量徳小学校の記憶が蘇るような場所にする強く訴えました。当院玄関横のガーデンのことです。今は私が管理しており、様々な木花が植えられ、小さいながらも四季の風景をつくり上げ、通院する患者さんの憩いの場となっています。

5. 小樽市病院事業管理者 病院局長体制に至る具体的な経緯

1) 信野:

(1) 約 30 年前の平成 7 (1995) 年から小樽病院に勤めております。平成 11 (1999) 年くらいから、小樽病院と第二病院の統合・新築の方針があがっており、その実現に向けていろいろ取り組んできた歴史があります。



(2) 市立病院が 2 つに分かれていることの非効率性を解消するために、平成 11 (1999) 年度に両病院の統合・新築しようとの動きが活発化しましたが、両病院が不良債務を抱えていたことなどから計画は立ち消えました。その後、平成 18 (2006)、19 (2007) 年あたりには、鈴木院長が中心となって、今度は統合・新築計画は設計まで進んでいましたが、それも両病院の経営改善を図るのが最優先という方針に変更となり、結局中断することになりました。統合・新築に向けて動いていた医師の多く

は、計画の頓挫にとにかくがっかりしました。落胆を隠せず、日々の医療業務にモチベーションを保つことも難しくなっていたと想像します。何度も期待を裏切られて、氣力を失い、退職という道を選んだ先生達も多かったと思います。

2) 並木:

(1) 鈴木院長が新病院の図面を持って大学の私の部屋に説明にきたこともありましたが、病院計画推進に苦労している様子でした。

計画が頓挫したのは、小樽市と医師会と大学教室が理解し合っていなかったことが原因です。市長をはじめ行政関係者だけで問題を解決するのは、すでに難しい段階にきていた。山田勝磨元市長は、平成 21 (2009) 年が両病院を一つに統合する最後のチャンスであるにとらえ、札幌医科大学に支援の要請をしにきました。もう自分たちだけではどうしようもできないから、ここは専門の人たちに任せた方がいいと判断されたのだと思います。

(2) 小樽市病院事業管理者・病院局長体制を選ぶ際に、小樽市長が札幌医科大学の今井浩三学長に相談したところ、学長が私を推薦したそうです。その理由は、私が 65 歳で札幌医科大学の麻酔科教授を退任するタイミングだったこと、昭和 51 (1976) 年に市立小樽病院に院長として赴任し麻酔科を開設したこと、そして教授時代に小樽・後志地域の 4 病院に麻酔科を創設したという実績があったからです。当時の小樽病院・第二病院の運営状況をよく知る周囲の人たちからは、「火中の栗を拾うようなものだから大変だぞ」と言われましたが、私としては天が与えた使命だと考え、迷うことなく小樽市病院事業管理者・病院局長の職を引き受けました。

(3) 組織・事業の運営を成功させるには、天地人の格言、すなわち「天の時」、「地の利」、「人の和」が必要です。天の時は、自分が時代の情勢から必要とされることです。このことに関しては、先に挙げた「3 月に大学を定年退職する」、「小樽病院や小樽・後志地域の病院の麻酔科を創設しており実情を知っている」ことに加え、「病院長の経験がある」、「日本麻酔科学会の理事長として日本の医療に携わっている」ことなどが挙げられます。「地の利」は、「小樽市は札幌市に接し、大学および多くの病院と連携が取りやすいこと」、「小樽市内の麻酔科のほとんどが私の教授時代に開設したものであり、それぞれの病院の状況を知っていること」です。「人の和」は、「小樽市内の各病院長、医師会の先生方と親交・面識があること」です。「職員は以前に小樽病院に勤務していたことや就任前の新聞報道などで私を知り、温かく迎えてくれていること」、「就任直後の両病院での私の見

解・方針について講演などによりよく理解されていると思われること」そして「各会派の議員達からも快く迎えられること」です。これら「天・地・人」が揃っていたからこそ、小樽市長に代わり、病院事業の全責任を負う大役を迷うことなく引き受けたのです。

(4) 医療状況の変動や長引く景気低迷などに伴い、小樽市の病院事業は多額の不良債務を抱え、さらに医師不足に伴う医業収益の減少も顕著となっていました。平成 21 (2009) 年に私が小樽市病院事業管理者・病院局長に就任し、平成 22 (2010) 年度には一般会計からの繰入金などにより不良債務を解消し、平成 23 (2011) 年度から新病院の統合・新築工事を始め、平成 25 (2013) 年度には地方財政上の資金不足の解消を達成し、平成 26 (2014) 年 12 月 1 日に新病院の小樽市立病院を開院しました。

これは偶然なのですが、新病院の新築工事をスタートさせたのが、建築・建設費の高騰・高止まりする前で、振り返ってみると最も費用を抑えられるタイミングに発注できました。このように幸運に恵まれて、なんとか事業を成功につなげることができました。

6. 病院事業管理者・病院局長の活動を振り返る

1) 並木:

(1) 私の就任の主たる目的は①両病院の統合・新築の実現、②経営改善、③医師確保である。私は新病院の医療の質を上げ患者、住民に信頼、喜ばれる医療を提供することに最大限注力することです。

(2) 病院事業管理者として心掛けたこと

①新病院統合・新築は管理者に託された重要かつ緊急な問題であることを覚悟して、強いリーダーシップを発揮する。

②医師会をはじめ各方面の方々の要望、意見をよく聞き、それを客観的、冷静に判断して方針を決める。

③活動形式は管理者のトップダウン方式を適宜行い、病院局を中心にして積極的、迅速かつ慎重に推し進める。

④この活動形式を円滑に推進するには、a. 情報公開、b. 事実の確認、c. 言動に対する責任、d. 信頼される態度、e. 歩み寄る大人の対応、f. 適切な引き際を考えることです。

(3) 具体的な活動事例報告

①両病院の各診療科の医師たちと面談し、また派遣先の大学教室の意向、そして病院経営の専門家の意見を参考にして、新病院の病床数を 388 床に決定しました。多くの医療関係者の意見、要望をよく聞き、それを検討した結果です。病床数の内訳は、一般病床 302 床、精神科 80 床、結核 4 床、感染症 2 床であり、当初一

般病床 302 床のうち 30 床は市内で開業している先生方が利用できるオープン病床としました。

②建設場所については、当初築港地域で決まりそうになっていましたが、私が赴任して市長たちといろいろ見て回ったところ、どう考えても市立小樽病院と量徳小学校の両敷地の方が、駐車場も確保しやすく、市民の皆さんや患者さんにとって通院の利便性が高いのは明らかでした。築港地域の敷地は民間所有の土地で買い上げると 7 億円近くかかるデメリットもありました。量徳小学校に通う児童たちとその父兄の皆さんが了承してくださるのであれば、地域の基幹病院・中核病院としての存在感を発揮できるという確信がありました。小学生の父兄への説明・説得にも力を入れ、最終的にご理解いただけました。

③当時、一番心配していたのは、量徳小学校が閉校することで通学先が変わる子どもたちの気持ちです。子どもたちが嫌がっているのであれば、親御さんも強く反対の立場を取るようになります。そこで子どもたちにアンケート調査が行なわれた。その結果 9 割近い児童が隣接する潮見台小学校や花園小学校との統合について賛成、良いことだと思うと回答してくれたことに、すごく安堵しました。子供たちは時代の流れをしっかりと感じ取り、時代に必要なものを捉えているのだと感心しました。さらに児童会から当院に対してリングブルの回収資金から患者用歩行器を寄贈され感動しました。

④校舎を取り壊していく際に、なるべく卒業生の目に入らないよう配慮してほしいという要望もありました。138 年の長い歴史を持つ、小樽で一番古い小学校ですから、思い入れのある方が多かった。量徳小学校の最後の児童たちには、私は「138 年の歴史を持つ量徳小学校跡地が市民の健康と福祉に役立つ病院に生まれ変わる。皆さんの中には将来、その病院で働く人もきっと出てくると思う。病院でたくさんの人に頼られ、感謝されるような仕事ができるよう、これからも一生懸命勉強に励んでほしい」と伝えました。

量徳小学校跡地に新病院を建設することに反対する人たちにも、どこかに「おらがまちの、おらが病院」と誇れるような新病院がほしいという願いはあったものと思います。

⑤新聞記者の皆さんには、少数の反対意見ばかり大きく取り上げるのではなく、多くの市民の皆さんの本当の意見や思いを聞いて、それを記事にしてほしいと強くお願いしました。その後に記者さんに聞くと、安心して通えるしっかりした病院がほしいという意見が大勢を占めていたそうです。この市民の皆さんの求める声、願いは私たち病院側に大きな活力、勢いとなりま

した。

⑥地域住民に対して、医療・福祉は安心と幸福を、教育は知恵と品格を、土地利用・産業振興は文化と繁栄を与える。そして地域医療は、地域住民の意志・知恵・実行・責任によって作られるものであることを説明しました。

7. 小樽市立病院開院後の活動状況

1) 信野院長の活動を振り返って

(1) 私が院長に就任したのは平成 31 (2019) 年 4 月でした。このころ国は地域医療構想と医師の働き方改革と医師偏在対策を三位一体で進めることを重要視しておりました。道内各自治体病院院長の集まりにおいてこの点が主題となっている時期



でした。そんな翌年には新興感染症として新型コロナウイルス感染症が出現し主役の座を奪い取ってしまいました。

(2) 当院への新型コロナウイルス感染陽性者の入院の第 1 号は令和 2 (2020) 年 2 月 12 日でした。札幌のライブハウスに参加し発熱をきたした患者でした。3 月 16 日には小樽市医師会会長主催の第 1 回新型コロナウイルス感染対策協議会が開催されました。協会病院が妊産婦・小児を担当する以外は大方当院での対応の形が長期に継続となりました。同時期に院内対策会議も開催されましたが、備蓄防護具の心もとなさに絶句した思い出がありました。

(3) 4 月 24 日には空手道場の集団感染 (クラスター) がさらに 6 月 23 日には昼間のカラオケスナックの集団感染が発生し多数の患者が当院に入院し高齢者が多かったこともあり重症者や死亡例も多い時期でした。8 月 19 日 3 東職員・患者すべてに LAMP 検査を施行し職員 6 名、患者 10 名が陽性判明となりました。

(4) 8 月 20 日には記者会見を行いました。記者会見はじめての経験で、矢継ぎ早の質問の嵐には疲れ切りました。帰院後同日現地対策本部を講堂に設置いたしました。私が本部長を担当し、金内感染防止対策室長と田中小樽保健所長が副本部長を担当しました。また、道の感染防止対策班や国のクラスター対策班からの応援をお願いしました。

(5) 当院のクラスターは 9 月 17 日に最後の陽性者確認後 14 日間新たな陽性者が確認されず 10 月 2 日に終息宣言がなされました。クラスターのうち死亡された患者さまの奥様に後日面会しお詫びしたこともつらい思い出として覚えております。その後当院におけるクラスター発生の要因を検討し全職員にフィードバックしました。

(6) しかし市内における新型コロナウイルス感染症の猛威は収まらず同年暮れや元旦に保健所長からの要請もあり病棟患者の大移動を要するに至りました。まさに院長2年目の1年間はコロナとともに歩んだ1年で以後有村先生に引き継ぐことになりました。

2) 並木：当院のコロナ感染症について全国病院事業管理者協議会で注目されました。

そこで下記の院内コロナクラスター対応の要約を報告しました。

(1) 職員達にはこの初めての重大な事態に遭遇し、戸惑いと不安、恐れ、の雰囲気のみられたので、前向きで協力し合う対応が行えるように配慮する。

(2) 日常業務を的確に客観的に見直し、情報伝達を浸透させ、現場でしっかり検証して、成果を確認する。

(3) 当病院の地域医療における立場、役割について病院職員だけでなく、地域の医師会員、住民に理解されるよう努める。

(4) 多くの団体、個人からの連携、支援、協力は極めて大切であり、そのために普段から各方面との良好な人間関係、人脈の形成に努める。

(5) 今回の貴重な経験を総括し、今後の感染予防対策に活かすこと、および他の施設にも役立つように公表する。

3) 当院ではコロナ感染症の活動実態と対策を病院誌第9巻2020年に4論文特集にして掲載しました。それらは院内感染防止対策委員長の金内副院長が「小樽市立病院での新型コロナウイルス感染症対策と院内集団感染症」、外来運営検討委員長の当時は有村副院長が「発熱トリアージ外来開設」、医師会担当理事の越前谷副院長が「小樽市医療機関の組織的動向」、そして設備管理室の坂本氏が「コロナ陽性患者受け入れに伴う設備管理対応」であり、日常臨床で貴重な参考資料として活用される。

2) 有村院長としての見解と活動

(1) 道内の10万都市の地方中核病院となっている自治体病院の中で、388床の当院は一番小さな規模の病院ではないでしょうか。388床という病床数、病院の規模が適正なのかどうかは、これから10年先を見ていかないと正確には判断できない、今すぐに答えは出せないと考えていますが、この病床数では、医療者・医療スタッフをはじめ病院運営にかかわる人間が、少なからず苦しい思いをしているのは確かです。

(2) 以前、日本病院会副会長のお話の中で「この20年で、病院のベッド数は変わっていないけれど、医療従事者の数は1.5倍になっている」という話題がありまし

た。診療報酬はマイナス改定続きで、抑えられていて、病院経営はますます厳しくなっている状況です。当院は388床という病床数では、理想の医療提供・病院経営を目指すために医師の数を十分に増やすことができないという課題に直面しています。

(3) また、小樽市は道内10万都市の中で、最も人口減少が加速している都市の一つです。近年は毎年2000人前後の人口減が常態となっています。にもかかわらず、救急患者数はまったく減っていません。むしろ増加傾向にあります。医師不足と増える救急医療の需要、このバランスの不均衡が続く現在、そして今後10年先ぐらいまでは、需要に見合う受け入れ体制を確保していくのが非常に難しくなると危惧しています。

(4) 先ほどの各先生のお話にもありましたように、新病院を開設するにあたって計画・設計段階で将来・未来を見越した病床数を決めることは非常に難しい作業だったと理解しています。十分に理解してはいるのですが、限られた病床数が要因となって、これからの病院づくり・病院経営に懸念があるというのも偽らざる感想です。

(5) もう一つの重要な課題として。各先生方はこれまで話題として取り上げていらっしゃいませんが、小樽医師会内における当院の立場についても触れたいと思います。①いまだに、小樽医師会の中では、旧小樽病院の評判が悪く、負のイメージが根強く残っているのが事実です。病院としての評価の低さ、評判の悪さを払拭するために、院長である私をはじめ、多くの先生が苦勞しています。

②現在、私は小樽医師会で副会長の職についているが、医師会に所属する各病院・医院・クリニックの先生方と「顔の見える関係」をしっかりと築き、より一層コミュニケーションを進化・深化させて、当院の負のイメージを取り払っていく必要があると強く感じています。

3) 並木：最近の当院における活動状況と評価

(1) 当時の旧小樽病院は、それまで患者さんやご家族、小樽市民、そして大学、医療関係者などから厳しい評価を受けてきました。病院としての態度・対応に、批判的な思いを抱いていた先生方の中には、今もお当院に悪い印象を持ち続けている先生もいらっしゃるでしょう。もちろん旧病院の体制は、医師・医療スタッフ・職員のモチベーションも非常に落ちておりましたし、施設や設備も老朽化と不便さが進んでおりました。しかしながら、旧病院の悪評は必ずしも正当なものではなく、時に誤解や不信感を招いていることも少なからずありました。実際のところ、当院から小樽医師会の副会長を輩出するまでには相当な時間がかかりました。負の根強いイメージは、本当に困ったものだと感じました。

(2) このような事態を打開し、信頼される、高い評価を受ける病院にする最後のチャンスが、新病院の統合・新築だと私は捉えておりました。そのチャンスを確実にし、発展させるため、今日お集まりの各先生方はもちろん、職員一同が一丸となって日々努力した結果が、今の病院の姿につながった。規模はコンパクトですが、機能的で質の高い医療を提供し、患者さんやそのご家族だけでなくここで働く医療従事者にとっても安全、満足、やる気持てる病院になっていると、私はそう見ています。

(3) 私は赴任して以来、現在もそうですが、各方面に積極的に挨拶回りし、いろいろなご意見を伺うようにしています。そうして市立病院・公的病院・医師会との連携を強めてきたつもりです。これからも今まで以上に、連携を密にし、顔の見える関係をより一層強いものにし、医師会全体・地域全体で、小樽・後志の皆さんから信頼される、頼られる医療を提供する医療機関にしていこう、そういう思いを全員が抱いてやっていかなければいけないと考えています。最近の救急医療対応には医師会の先生方との関係も以前より良好なものに変わってきているのではないかと思います。お互いに現場をよく知って話し合うことが大切です。

8. 当院の救急患者の実情と対応

1) 有村：

(1) 昔に比べて、当院に好意的な印象を持ってくださっている先生が増えているのを感じます。ただ、特に、救急患者の受け入れについては、今も誤解されている点が多いので残念に思っています。



(2) 当院の現在の救急体制では、どうしても受け入れられない状況が発生することがあります。緊急手術が重なってしまった場合など特別な事情で患者さんの搬送を断らざるを得ないケースもあります。しかしながら、そういった事情をまったく汲み取ってもらえず、過剰に反応されることが非常に多く、心を痛めています。「市立病院なのにどうして断るんだ」と強い口調で怒られる。怠慢など散々な言葉をぶつけられることもあります。実際のところは、消防白書など客観的なデータを確認してみると、当院だけでなくどの救急病院も、同じぐらいの割合で断っている、断らざるを得なかった事情があることがはっきりと示されています。つまり、実際は「お互い様」なのです。

(3) 市立病院が断ると目立ってしまう。医師の負担など、救急医療が厳しいのはどこも一緒に、言ってしまうと地域の医療機関全体の問題なのです。当院の救急受け

入れ体制にぶつけられる不満の多くは、誤解であり、決して当直を担当する医師の怠慢や、受け入れ体制の整備に問題がある訳ではないことを少しずつでもご理解いただけるよう説明を尽くしているのが現状です。

2) 並木：

救急の受け入れについては、当病院の開設当初からある悩ましい問題です。実際の診療現場の様子、事情などを分かっておらず、また中には分かっている、市立病院なのだから救急搬送の連絡があれば必ず受け入れるべきだと訴える声も多かったのです。

近藤先生が院長の時は、救急搬送の患者さんを受け入れることができなかった場合は、必ず、追ってこちらからどうして受け入れることができなかったのか、事情などを説明する連絡を入れるようにしていました。本当に丁寧に説明を尽くしました。そうしていくうちに、本来は当たり前のことなのですが、市立病院といえども手術中・患者対応中や専門医の不在などで、救急患者をどうしても診ることができないタイミングやケースがあることを理解してもらえるようになっていきました。

3) 近藤：

(1) 並木先生のお話にあった通り、救急搬送の患者さんを受け入れることができなかった時は、個別に連絡し、事情を説明するようにしていました。また当院のオープン病床を利用されている開業医の先生方と定期的な勉強会を開催していましたが、会の後は並木局長にも来ていただいて、近くの居酒屋で飲んで語って、さらにコミュニケーションを深めた思い出があります。少しずつですが理解を深めてきたように感じていましたが、有村先生の話聞いて、あれから10年経った今でもそれ程変わっていないのかと少々驚きました。



(2) 強く感じたことは顔の見える関係をつくらなければならないということでした。そこで特に新しい先生が赴任された時は、当院の地域連携室の事務方スタッフといっしょに各病院・医院を訪問するように心がけていました。どの先生も診療で忙しい最中であつたはずですが、皆さん快く時間を設けてくださり、温かく迎え入れてくれました。当院に対し、とても厳しい意見をお持ちの病院・クリニックもちろん数多く回りました。そういう先生のなかにはむしろ歓迎してくださる先生もいらっしゃるで大変ありがたいと思いました。各先生方と分かり合えたような気がするとうれしかったですし、非常にありがたいと思いました。

(3) もう一つ私が強く意識したことは内科の診療体制です。当時在籍されていた内科の先生方は、それぞれ専門家として力量のある方が揃っていましたし、献身的に診療されていました。しかしながら、人数も少なく専門外の領域にも従事せざるを得ない状況でした。総合病院としての医療レベルを維持するうえで内科の診療体制を整備する必要性を痛感していました。救急では専門領域でない病氣も診ざるを得ませんが、初期対応を行い翌日は専門科への転科あるいは指示を仰ぐなどでできればずいぶん精神的に楽になったのではないかと思います。断らない救急は大事ですが、診療体制を整備せずに個人の献身的な努力に依存するだけでは解決しないように感じていました。

9. 当院の救急医療体制の見直しと充実を図る

1) 並木：

(1) 救急分野は、すごく慎重に扱わなければいけない医療領域だと認識しています。当院もこの4月から地域医療支援病院となりましたので、救急分野にはより一層力を入れていかなければなりません。原則、断らない救急を目指して、救急医療体制の充実を図っているところです。重要なのは、リーダーや上司となる先生は、中堅の先生、若い先生にきっちり指導し、それぞれの立場、役割をしっかり理解してもらった上で、現場でよく働いてもらうことです。現在の病院では、そういうことがしっかりできているので、病院がワンチームとして円滑に、円満に運営できているように見えます。当院が、地域医療支援病院であること、地域がん診療連携拠点病院であることなど、いろいろな場面を見て若い先生方が病院の持つ役割、果たすべき使命というものを十分に理解し、行動しているなと感じ取っています。

(2) 一方で、小樽市立病院は、おらがまちのおらが病院であるから、なんでもやってくれるという錯覚を起こしている部分もあります。それで地域の皆さんには地域の医療機関がネットワークをつくり、相互に機能分担して地域の医療ニーズをカバーしていることを理解してもらえるように、当院の特色や役割、得意なことなどを説明、アピールしていくことも大切だと考えています。

(3) 業務が多忙、自分の診療科以外の患者を診るのが嫌、人員不足、賃金に不満などの理由から、公立病院では働きたくないとする医師、医療スタッフ、職員がいるのは事実です。だからこそ、当院は「選ばれる公立病院」を目指していかなければならないと強く思い、患者さんやご家族からだけでなく医療従事者からも選ばれるために、ハード面もソフト面も拡充を続けてきました。公立病院でも小樽市立病院で働きたい、そう思ってもら

える病院に一步步近づいていると私自身はそう考えています。これまでの地道な努力、医師をはじめ職員たちの親切な態度などで、現在、当院は臨床研修医など若手医師に非常に人気がある病院となっています。

2) 有村：

(1) 現在、大学医学部、医局と当院との間に特に問題はありません。並木先生が大学医学部の教授の皆さんと非常に密に連携、コミュニケーションを取っておられることもあり、各大学・医局との関係は非常に良好です。

(2) 並木局長のお話にあったように、当院は札幌に非常に近いので、今以上に「教育」という面を各機関にアピールしていかなければならないと強く考えています。より一層「研修医や若手医師から選ばれる病院」を目指していくつもりです。おかげさまで、現状、小樽という場所柄もそうですが、当院は中でも比較的、医学生・研修医からの人気が高く、研修医の希望者が多くなっています。臨床研修病院の合同プレゼンテーションでも、相当な数の研修医が当院のブースに集まってくれました。近いうちに研修医の増員を予定しています。

(3) 各医育大学には当院が若手医師や研修医の教育・育成に力を入れている病院であることを強くアピールしていくことが大切です。また当院は今年4月から地域医療支援病院の任務として若手医師の教育・育成に力を注いでいくことになります。

3) 馬淵：

(1) 救急についてももう少し意見を述べさせていただきます。当時の旧病院の救急は、救急と時間外に発症した病気の診療とをごちゃまぜに考えられているきらいがありました。小樽市内の救急の役割分担が、1次救急は置いておき、時間外に発症した2次救急、もしくは2.5次救急をどの医療機関がどこまで診るのかという枠組みが確立されていなかったんです。私が赴任した時、山田元市長に明確に線引きし、枠組みを確立してほしいと頼んだことがありましたが、2次救急を診てくれる病院がなかった、どの医療機関も手を挙げてくれなかったのが当時の小樽の状況でした。「2次も2.5次も市立病院で診てくれ」という意見が大部分でした。

(2) ある程度の規模の総合病院の院長に、「なぜ2.5次救急を診てくれないのか」と理由を尋ねてみたことがあります。答えは、医師の多くが札幌に住んでおり、病院まで毎日札幌から通勤しているという事情でした。当直医は当然ながら確保していますが、当直医以外の先生はほとんど札幌に帰ってしまう。そういう病院が2.5次救急を十分にこなすのは確かに難しいでしょう。結局、市

立病院が複数の当直医を勤務・宿直させなければならぬ流れになってしまったのです。

(3) 第二病院の頃から、地域の救急医療体制づくり、役割分担をしっかりとやってこなかったことが、先ほどから各先生がご苦労なさってきたことの根本の原因だと私は思っています。言い訳になりますが、私もただ手をこまねいていたわけではなく、行政の方々と救急医療の現場における各医療機関のあり方、役割分担についての検討会・諮問会を開催してもらい、いろいろ話し合いの場を持ったのですが、ぜんぜんうまくまとまりませんでした。

(4) 先ほど、近藤先生がお話になられた消化器の救急、吐血や下血などが夜中に起こるとまず市立病院に電話が入ります。なぜか、それは市立病院しか診ることができなかったからです（笑）。笑い話ではなく、今でも、そういった状況はそれ程変わっていないかなと思います。一言でいうなら、なんでもかんでも診ないといけない。ただ、大きな負担がかかっている状況を永久に続けていくわけにもいきませんから、そういった状況の解決策を今、有村院長と相談しているところです。

(5) 例えば、救急の外来でさまざまな救急患者を受け入れ初期治療にあたって、あとは各診療科に任せるような、いわゆる「ERセンター」を開設するのがいいのかなと考えています。というより、開設せざるを得ないのかなと。10年以上、病院の運営にかかわってきて、切実にそう思います。

10. 当院における救急医療体制の改善と展開を図る

1) 並木：

救急室、救急外来の開設については、今、いろいろ検討されているということですが、その進捗状況は如何ですか。

2) 有村：

(1) 現在、当院では来るべく超高齢社会の到来による、医療需要の急激な変化に対応するため、今馬淵先生がおっしゃったようにER、救急科の開設の準備をしています。先にもう一つ加えさせていただくと、総合診療科の創設も進めているところです。

(2) 一連の新型コロナウイルス感染症対応の経験から得られた最大の教訓は、いつ何時も各々が医療のプロフェッショナルであることを再自覚することが、最小限の被害でこの未曾有の試練を乗り越える最良の道であることを確信したことに尽きます。未曾有のコロナ禍を乗り越えた当院



のコロナ入院診療チームや発熱トリアージ外来は、脱専門化医療として救急科チームや総合診療科に発展的に解消されるべきものと考えています。各々の専門性を尊重しつつも、科学の目に基づく脱専門化医療のチームを確立していく必要があるのです。

(3) もう少し地域の救急医療体制について述べさせてください。近年、小樽市内の救急医療体制は、2次救急は輪番制が一応は成り立っており、役割分担ができていました。しかしながら、最近になってこの体制は崩れつつあります。患者さんだけでなく、医療従事者が高齢化しているのが一番の原因です。市立病院以外の公的病院もだいたい総合力が落ちてきており、以前とはだいぶ様相が変わってきています。結果的に、当院に一極集中となりつつあります。これが続くと、388床のこの規模、現在の医師数ではやっていけなくなります。今日の座談会の最初にあがった話題、病院の規模と医師数の問題に戻ってきます。

(4) 当院は、今も外観や内装、しつらえなどはたいへんきれいな病院なのですが、総合受付に入っていくとスペースが手狭に感じます。救急外来もありますが、例えば、市の夜間急病センターでは年間4000人が受診しているわけですから、それを一手に引き受けるとなるとあるいは、引き受けざるを得ない状況になるとすれば、今のままではスペース、人員的にも不可能です。

(5) 現在、市内の二次救急搬送に限るとおよそ4割を当院が受け入れています。そのため、1次救急を担う夜間急病センターの役割は重大で、これがなくなった場合やうまく機能しなくなった場合の地域の救急医療への影響は甚大です。今後は、限られた医療資源を集約するため、市内の医療機関が本当の意味で連携し、役割分担していけないと小樽・後志地区の救急医療を維持することは難しいです。

(6) 本当の意味での連携も、少しずつは取れるようになってきています。そう感じています。例えば、下り搬送。具体的には救急外来を受診した患者さんや病棟で入院後3日以内の患者さんを対象に、連携する他の医療機関でも対応可能と判断する患者さんを転院搬送する仕組み、システムですが、この下り搬送については、当院と各医療機関が密接に連携し、協力し合ってスムーズにやり取りすることができています。

(7) 連携には、医療DXもかかわってきます。救急隊と病院間の迅速で正確な情報共有が重要で、お互いに病態・病床数などをリアルタイムに確認しながら、搬送先がなかなか決まらない「救急搬送困難事案」を防ぎ、1件の出動にかかる時間を短縮するための仕組みなども求められています。救急隊と各病院が、患者の症状や既往

症などを迅速・効率的に共有するネットワークシステムを早急に構築・導入していく必要があると考えています。

3) 馬淵:

(1) 救急医療体制の良いお手本が、札幌市。昔から1次救急は救急センター、1次から外れた2次～2.5次は当番病院で診ていますよね。小樽も将来的にはそういった感じになればいいと考えています。札幌には救急医療にも人員もスペースも十分に当てることのできる力のある病院がたくさんあるから、その体制をつくり、維持することができているのですが。小樽は、今、当院しか、ある程度の総合力を持った病院がないですからね。

(2) 有村院長がおっしゃるように、2次救急・2.5次救急を任せることのできる病院と、本当の意味で協力、連携しなければいけないのはそのとおриだと思います。若い先生方の中には、「なんでうちだけがやらなくてはいけないのだ、負担が大きすぎる」などの不満が出るでしょうが、そういういろいろな意見をまとめながら当院が中心となって構想を進めていってもらいたいと願っています。

4) 有村:

(1) 夜間急病センターは開業医が主体で対応するのが基本ですが、現在は夜間から翌朝までの診療時間の大半を北大などの派遣医師が担当しています。開業医の減少や医師の高齢化が主な原因、理由です。2次救急も、内科・外科の診療を輪番で対応する「休日当番医」が担当しているのですが、それらの病院もやはり医師の高齢化、人員不足などで力がだんだん弱ってきています。

(2) 市夜間急病センターと休日当番医、この2つの力の弱まりを、市立病院が一手にカバーしなければならないのです。今はまだギリギリこなせているが、これがずっと続くようであれば、当院も対応できなくなるのは必然です。だとしたら、そういう状況がくることを想定して、今からある程度の体制を作っておかなければなりません。その意味でも、救急科と総合診療科の創設は絶対に必要です。

当院は388床という規模のしぼりの中で、いろいろな準備を進めていくしかない。つまり、病床機能の再編が基本になるわけで、その中で、現在急ピッチに準備を進めております。

11. 当院の将来における役割と展望に関する貴重な意見

1) 並木:

今、有村先生から病院がこれから力を入れていく点についていろいろお話を伺いましたが、他の先生にも病院の将来について意見をいただきたいです。

2) 信野:

(1) 手術支援ロボットの導入ですね。ロボットの活用は、より精密な手術を可能とし、低侵襲で、合併症のリスクも低いなどの患者さんにとってメリットが大きいものです。当院の責務である高度かつ専門的な医療を地域に対して提供していくためにも必要となります。

(2) 同時に、研修医の教育という面でも、ロボットを導入するメリットは大きいと考えます。ロボット支援下手術のトレーニングをしたい、経験を積みたいという若手医師は非常に多いでしょうから、研修医・若手医師への教育・指導をより一層充実させる意味でも、いち早い導入を望みます。

3) 並木:

世の中の進歩を機敏にキャッチしながら周囲より一歩前に進んでいく病院づくりのため、また研修医や若手医師への教育を充実させ、医療人の育成に注力する病院として、広く認知してもらうためにも手術支援ロボットの導入は欠かせないと私も考えています。導入に向けて、私も尽力していくつもりです。なお現在道内には32病院に手術支援ロボットが導入されています。当院では早急に導入に向けての委員会を立ち上げ準備に取り掛かっております。

4) 近藤:

(1) ご承知のとおり、内科には、一般内科をはじめ循環器内科や呼吸器内科、消化器内科、腫瘍内科、腎臓内科、脳神経内科、膠原病内科、血液内科、内分泌・代謝などさまざまな専門分野が存在します。現在、当院の内科専門外来は開院当時に比べると比較にならない程充実してきました。派遣していただいている大学の各教室ならびに当院で診療に当たられている先生方に感謝したいと思います。私は、内科医が消化器内科医だけの時代を経験していますので、内科の専門領域を確保できないことが医療レベルの低下につながることを肌で感じております。内科の専門領域の確保・充実、病院の医



療の質の担保、医療レベルの向上に大きくかかわるものと考えています。

市内の先生方には専門医として大変力量のある方がいらっしゃると思います。私も一人の医師として、オープン病床を利用されている先生方と協力し患者さんの診療にあたったり、また、膠原病と思われる患者さんを市内の先生に逆紹介し、診断をつけていただき研修医に論文にまとめていただいた経験もあります。こうした地域の先生方との交流、協力、連携は今後ももちろん重要でさらに密にしていくなければならないものだと思います。その上でそういった先生方からの患者さんの受け皿として機能していくためにも当院の内科医・専門診療分野の充実に一層力を入れていくなければと考えています。当院では早急に導入に向けての委員会を立ち上げ準備に取り掛かっております。

5) 並木：

(1) 現在そして今後は、人口減少を見据えた急性期医療のあり方、医療機関の役割分担、在宅医療の提供体制の確保が地域医療の喫緊の重点課題です。当院の大きな役割の一つは、後志圏唯一の地域医療支援病院として医師などを集約し、手術や救急に確実に対応できる急性期機能を担うことです。日頃の診療は「かかりつけ医」が担い、専門的な診療は当院のような基幹的な病院が担うことで医療の役割分担を行います。さらに、それぞれが連携することで、住み慣れた場所で行き届いた治療ができる体制を目指しています。

(2) 患者さんやご家族も、最初は札幌への通院も問題ないと思う方が多いでしょうが、入院するとなると小樽の方がいい、便利、助かるとおっしゃられる方がほとんどです。後志の方であれば、小樽なら日帰りで行くこともできます。近藤先生のお話にもありましたが、小樽で専門的な診療を、という患者さんも一定数おられるので、小樽・後志地区の健康を守るために、高い専門性と幅広い分野の総合性を両立させた病院づくりへの取り組みにも力を入れていく必要があるでしょう。

6) 有村：

(1) 北海道は、100歳になるまで医療費が右肩上がりに上昇する地域です。全国の他の地域の場合、85歳になるとグラフの角度は平坦に近づき、95歳にはゆるやかに減少していくのが普通です。それはなぜなのか。道庁の医療行政担当者と話をする機会がありましたが、すっきりした答えは返ってきませんでした。ただ、その会議では北海道は在宅医療がまだ未熟で浸透していないのではないかと推論が導き出されました。

(2) 私のイメージですが、どんなに歳をとっても、たとえ他の臓器がボロボロになっていても、全体的にとらえることなく、ひとつの病気、ある臓器や部位の病気に、一生懸命治療を施している、そんなイメージが浮かんできました。高度な医療が提供される安心感というののももちろん非常に大切なのですが、「過不足ある医療」「過度な医療」が提供されており、それだけ医療費が高騰しているのではないかと想像しております。やはり、専門性の追求も非常に重要なことであるのは確かだけれども、どこかに総合診療の目線が必要だと考えます。

(3) 小樽は、この規模の都市としては、同様の高齢化率の他の全国の都市と比較すると、医療費が最も高い都市です。これが表しているのは、急性期病院が多く、必要のない医療、先ほどの過不足ある医療、必要のない過剰な医療が提供されている現状、だと私は思っています。地域医療全体として、そういうところにもメスを入れていかなければならない。繰り返しになりますが、地域の医療機関が顔を突き合わせ、本当の意味での連携、役割分担について話し合い、本当に後志・小樽地域の人々のためになる医療を実現していく必要があります。

7) 並木：

(1) 時代や社会の要請で、求められる医療の形は変わっていきます。これからは医療には「生活者の視点」を入れていかななくてはなりません。地域の医療が手を携えながら、単に治すだけでなく、治し、支える医療を提供していくことが求められているのです。病院の中だけで患者さんを持ち、医療を提供する時代ではないということ、研修医や若手医師にしっかり理解し、身に付けてもらえるような教育が本当に重要になってくると思います。

(2) 同時に、当院の果たす役割、当院が力を入れている医療分野、地域医療支援病院とはどんな病院なのか、治し、支える医療とはどういうことなのか、そういったことを患者さんやご家族の皆さんにもよく知っていただくよう、地域住民の皆さんとのコミュニケーションも深めていかなければなりません。

8) 近藤：

小樽・後志地域は、確かに急性期の病院が多いです。一方、超急性期病床が少なく、また回復期病床はぜんぜん足りていない。「地域医療構想」では各地域に設置された地域医療構想調整会議を通じて病床数の調整方針を定め、効率的な医療提供体制を目指すということになっていますが、地域の病院との機能区分の話し合いはどうなっているのですか。

9) 有村：

(1) 正直なところ、活発ではありません。が、少しずつは進んでいる。講師を呼んで勉強会を開いたり、各病院の院長が集まり話し合ったりする機会は増えています。皆さん、真剣に考え、それぞれ思うところがあると思います。

(2) まず、それぞれの病院が現状として個別に抱える事情に関して情報公開することから始めるべきです。それから問題点を相互に補完し合うために役割分担が決まり、連携強化に繋がります。つまり、分担、共有の下にはじめて連携が成り立つのです。密な分担、共有、連携でもどうしても手に負えない場合は、将来的には、さらに踏み込んだ連携推進法人化なども視野に入れる必要があります。いずれにしても、限られた医療資源を最大限に利用して、市民のために継続可能な地域医療体制を確保することが最優先になります。

(3) 市立病院は地域の基幹病院として覚悟を決めてリーダーシップを発揮する準備があります。その最たる例が地域医療支援病院に立候補した理由に他ならないのです。本気で地域医療を考え、そういう役割分担をはっきりさせた方がいいだろうと頑張って活動してきました。今後は、地域医療調整会議との連携を図りつつ小樽後志地区の地域医療を支えていきたいと考えています。

10) 近藤：

今日何度か出た課題ですが、医療機関同士の情報の共有、連携が重要であると思います。有村先生は今、医師会で副会長として重要な職責を担っていらっしゃる。有村先生のコミュニケーション能力は非常に高く、これまでの負のイメージを払拭して、新たに良い関係を築いていくのに、これほど適任の先生は他にいないと私は思っています。本当に期待しているところです。

11) 並木：

(1) 繰り返しになりますが、これから医療に対する考え方はどんどん変わっていきます。従来の医療のやり方が、現在では通用しないように、将来・未来の医療も形も変わっていく。常に、今までのやり方がこれからも通用することはない、ということを十分に理解しておく必要があります。

(2) もう一つ、当院が理想としているのが、患者さんとご家族に「この病院で診てもらえてよかった」と思ってもらえることです。医療技術が高いのはもちろんですが、最終的に重要となるのは人間関係だと思います。病院全体にサービス精神があることが大切です。そういったことを、上の指導する立場の先生が、中堅の先生、若

手医師、そして研修医に伝えていくこと、指導していくことが何よりも重要です。

12) 近藤：

(1) 並木局長と一緒に北大など大学を訪問させてもらった時、複数の先生方が若い時に旧市立小樽病院で教育・指導を受けたという思い出を話されました。そういう話を聞かされた時に、小樽病院は北海道の医療界の中で、たくさんの素晴らしい先生を輩出し、大きな役割を果たしてきた病院なのだと感じました。人と人の交流、良い先輩との出会いは、その先生にとって一生の財産になります。

(2) 今後はさらに教育に注力するとのことですから、ぜひ多くの志ある若い先生に集まっていただきたいと思えますし、若い先生方に背中を見せることのできる熱意ある指導医の先生方にも来ていただけるような病院にしていってほしいと思います。

(3) 研修医の募集に対して、応募がゼロという時代がありました。ひとりひとり増えてきました。多くの医師、関係者の努力により現在があると感じています。今、当院の競争倍率が3倍近くになっているのを聞くと喜ばしい限りです。素晴らしいことです。

12. おわりに、今後に向けての局長メッセージ

並木：本日は歴代の院長をお務めになった先生方からいろいろ有意義なお話を伺いました。特に本音で語られており、役に立ちました。本当にありがとうございました。私は来年第7年3月まで在職16年間働かせて頂きますが年齢面、心身面病状



面よりここで引き際とするのが適切であると考え引退することにしました。長い間本当にお世話になりました。しかも今回座談会の企画、司会をさせて頂いたことに心より感謝申し上げます。おわりに、今後に向けての局長メッセージを皆さんに贈ることに致します。その内容は、私が小樽市病院事業管理者・病院局長として16年間の活動を通して多くのことを学び、貴重な経験をしたことからのエッセンスであります。この活動には使命感、緊張感、責任感をもって取り組み、そしてトップリーダーの決断で行動しました。市立病院の統合・新築は事業が円滑、円満に進行するように情報の公開、共有、活用そして関係者の話をよく聞いたうえで方針を決めました。経営改善対策は局長のリーダーシップ、職員の意識改革、市当局をはじめ各団体の支援による協働活動が必要でありました。そして広報・学術活動は病院の情報提供、職員の教育、人材育成そして実力、実績の向

上に役立ったことでした。

更に、当市立病院がこれからの時代を生き延びていくためには、その変化を的確に捉えて適切に対応していく体制を整える。そして当病院およびそこで働く職員達の立場、役割が時代に適応するように導くことである。それが病院事業管理者・病院局長の責務であり、使命であります。

最近私は自分の引き際を真剣に考えておりました。そこで私の後継者には管理者の思考、方針を適切に伝える局長メッセージを適宜発信すること、病院の重要な人事、人材育成を公正、適切に行うこと、そして広報・学術活動の一環として病院誌発刊に責任をもって携わること、これらの要因を継続して実行することを強く願望します。

新型コロナウイルス感染禍後の医学・医療界は確実に新しい時代を迎える。そこで仕事を成し遂げるには先見性、スピード感、実行力のある有能な人材が必要とな

る。喜ばしいことに当院の若手リーダー達には実力、実績そして人間性が育ってきていることであります。さらに最近に当院にとって喜ばしく、光栄な出来事がありました。それは私が11月10日に地域医療功労者として令和6（2024）年度、北海道社会貢献賞を受賞したことでした。当院が地域医療に関して職員一同が真剣、誠実、懸命に取り組んでいることを高く評価されたものであります。それは大変名誉であり、ありがたいことです。従ってこれからの当病院の医学・医療は時代の要望に即して新しい体制下で若い世代の人達が大いに活動、活躍していくことが切望されます。

このメッセージが皆さんに少しでもお役に立てば幸いです。職員皆さんの成長と幸運、そして当院の発展と社会貢献を心より祈っております。

文責 小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義



特別講演会

特別講演会Ⅰ／小樽・後志がん診療セミナー

開催日：令和6年10月21日

「がん薬物療法の現在・過去・未来

～分子標的薬・免疫療法・ゲノム・ADC製剤～」

講師：東京科学大学 臨床腫瘍学分野

主任教授 浜本 康夫先生

座長：小樽市立病院副院長／がん診療センター長

産婦人科 金内 優典



特別講演会Ⅲ

開催日：令和6年11月22日

「炎症性腸疾患診療の近未来」

講師：札幌医科大学医学部 消化器内科学講座

教授 仲瀬 裕志先生

座長：小樽市立病院副院長 消化器内科

金戸 宏行



特別講演会Ⅱ

開催日：令和6年11月14日

「当科におけるロボット支援手術の導入と治療成績」

講師：北海道大学大学院医学研究院

外科系部門外科学分野 消化器外科学教室Ⅰ

教授 武富 紹信先生

座長：小樽市立病院副院長 外科 越前谷 勇人



病院まつり・市民公開講座

開催日：令和6年11月23日

〔病院まつり〕



病院まつりデイケア・作業療法室展示販売の様子



病院まつりデイケア・ポスター展示の様子



病院まつりデイケア・内視鏡体験の様子

〔市民公開講座〕

講演 1

「女性のあなたが知っておくべきエストロゲンの話ベスト3」

講師：女性医療センター 特任理事 櫻木 範明

座長：泌尿器科 主任医療部長 山下 登

講演 2

「人生100年時代を健康に生きるための骨粗しょう症治療

～骨折で寝たきりにならないために～」

講師：整形外科 主任医療部長 佃 幸憲

座長：循環器内科 主任医療部長 高川 芳勲



小樽市立病院 10年のあゆみ

小樽市立病院 副院長 心臓血管外科 深田 穰治



小樽市立病院開院 10 周年記念式典

日時：令和 6 年 12 月 1 日（日）

場所：小樽市立病院 2 階講堂



記念式典次第

開式

スライド上映「小樽市立病院 10 年のあゆみ」

小樽市立病院 副院長 深 田 稜 治

式辞

小樽市病院事業管理者・病院局長

並 木 昭 義

来賓祝辞

小樽市長 迫 俊 哉 様

小樽市議会 副議長 秋 元 智 憲 様

小樽市医師会 会長 鈴 木 敏 夫 様

小樽薬剤師会 会長 土 屋 総 之 様

小樽市歯科医師会 会長 渋谷 祐 史 様

小樽市保健所 所長 田 中 宏 之 様

来賓紹介

祝電披露

謝辞

小樽市立病院 院長 有 村 佳 昭

閉式

小樽市立病院開院 10 周年記念式典

式 辞

小樽市病院事業管理者・病院局長 並木 昭義

はじめに：

皆様、本日は何かとお多用のところ小樽市立病院開院 10 周年記念式典にご出席頂き誠にありがとうございます。

私は小樽市病院事業管理者・病院局長として 4 期 16 年間、この仕事に携わり、責務を果たして参りました。私はその最後の仕事として、小樽市立病院開院 10 周年記念行事の企画と実施に携われることになり心より感謝申し上げます。

さて：1. 小樽市立病院開院については旧市立小樽病院が 1928（昭和 3）年 4 月 1 日に現在の小樽市立病院駐車場の場所に開院しました。そして 2014（平成 26）年 12 月 1 日に旧小樽市立脳・循環器・こころの医療センターとの統合・新築により現在の小樽市立病院が誕生した次第です。その落成式・開院祝賀会は 2015（平成 27）年 1 月 31 日に盛大に行なわれました。

2. それでは小樽市立病院の最近 10 年間の重要な出来事とその意義について私の立場と役割から振り返ることに致します。

まず 1) 小樽市立病院は 2014 年（12 月 1 日）に開院され、4 年後の 2018 年に 90 周年記念式典・祝賀会が開催されました。そして 2024 年の本日（12 月 1 日）に開院 10 周年記念式典が開催され、その 4 年後の 2028 年には小樽市立病院創立 100 周年記念式典・祝賀会が開催されることになります。この歴史的出来事の経緯には興味ある因縁を感じます。

2) さて小樽市立病院の病院誌は創刊号が 2012（平成 24）年に発刊されました。これにより、病院誌を持つ他の病院と同等に評価されることになり喜ばしく誇りに思います。また職員一同は病院誌発刊活動に大きな期待を寄せております。

3) 2016（平成 28）年に病院機能評価の認定を受け病院のハード、ソフト両面の体制を整えました。2021（令和 3）年には更新審査に合格し、現在その評価に相応しい病院運営に努めております。

4) 病院経営は当院の重要課題の 1 つです。2017（平成 29）年に経営対策として病床稼働率を 90％に設定した。しかし看護師の負担が大きくなり看護師不足も生じて、一時的に元の体制に戻すことを余儀なくされました。現在はこの状況克服のために病院長を中心に効率的なベッドコントロールに取り組んでおります。

5) 当院は 2018（平成 30）年に開院 90 周年を迎えました。それまでの歴史、実績をしっかりとめて後世に残すために「小樽市立病院 90 周年記念誌」を発刊しました。その記念誌は詳しく、わかりやすいので好評であります。

6) 2019（令和元）年、北海道胆振東部地震における当院の対応について、病院誌第 8 巻に重要な論文を掲載しました。その論文はこれからの小樽市の災害対策の貴重な資料として活用されるものであります。

7) 2020 (令和 2) 年の当院は新型コロナウイルス感染症で始まり、1 年間の対策と対応に明け暮れました。今回のコロナ感染災害の対応には病院誌に掲載された地震・災害時対応の論文が活用されております。

8) 2021 (令和 3) 年 4 月に当院は長年念願の地域がん診療連携拠点病院に指定され活動を開始しております。

9) 2021 年には当院の医師数増加による医局環境の狭小化などが大きな問題になりました。その改善のために民間資金を活用することにしました。そこで小樽市立病院敷地内薬局設置事業が実施され、その建築物には 2023 (令和 5) 年 5 月からアイン薬局の開局および病院施設として病院業務管理センターの使用が行なわれております。

10) 2022 (令和 4) 年から地域医療支援病院の承認を取得のため本格的に準備を進めました。この病院は地域医療確保のため都道府県知事の承認が必要となります。その承認要件としては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、および地域の医療従事者の質の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を実施することにあります。

11) 2024 (令和 6) 年の 3 月に地域医療支援病院の審査に合格し、4 月から活動を開始しております。そして大変光栄なことに先月の 11 月に北海道知事より地域医療功労者として北海道社会貢献賞を受賞しました。これは私はじめ当院職員皆さんの熱心な活動が高く評価されたものであり、大変喜ばしいことであります。

3. さて次に、現在実行されている、小樽市立病院開院 10 周年記念行事の企画と実施について簡潔に報告させていただきます。

1) まず記念行事の体制面の特徴は：

(1) 当院の理事会メンバーが中心となり事業、広報、企画、実施の活動に取り組むことにしました。

(2) そこで新病院の診療状況を広報する著書を作製することが企画されました。それは当院に長期に入院されていた患者様達からの寄付の支援と要望により実施されました。そこで患者、市民に対して分かりやすい医学・医療書を作製することにした次第です。そのタイトルは「保存版小樽市立病院ガイドブック～80 人の医師が語る身近な病気と対策～」であります。

(3) 今年度の病院誌第 13 巻に特集号を組み入れて式典と座談会の概要を掲載することにします。座談会は病院局長と 4 名の歴代病院長による「小樽市立病院 10 年の軌跡と展望」についてであります。

(4) 今回実施される講演会は病院 2 階講堂と Zoom を用いて市内、周辺町村においても参加できるようにハイブリッド形式で行うことにしました。

2) 次にプログラム内容の特徴については：(1) 10 月末から約 1 カ月の記念行事期間中に 3 名の特別講演を企画しました。まず一人目は浜本康夫東京医科歯科（現在東京科学）大学臨床腫瘍学教授、二人目は武富紹信北海道大学消化器外科学教授、そして三人目は仲瀬裕志札幌医科大学消化器内科学教授であり、それぞれの専門分野の講演が行なわれ好評でした。

(2) 病院まつりの市民公開講座には当院の櫻木範明特任理事が婦人科そして佃幸憲理事が整形外科領域の市民に興味ある講演が行われ喜ばれました。

(3) 本日の式典での特別記念講演は寶金清博北海道大学総長が「地球・社会・医学」のタイトルで行われ、有意義な講演として評価されました。

(4) なお、11 月 23 日（土）の病院まつりはコロナ感染症のため 5 年振りに開催されました。約千名（見学者 850 名、職員・世話人 150 名）が参加され楽しく、おもしろく、役に立つ内容であり大盛況でした。

4. それではおわりに、これから小樽市立病院に求められる重要なことについてお話をさせていただきます：

1) 当院の果たすべき立場と役割については：

(1) 1 つ目は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・精神科領域の不採算・特殊部門に関わる医療を提供する。

(2) 2 つ目は小樽・後志圏域に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、住民への相談支援や情報提供を行う。

(3) 3 つ目は「かかりつけ医」制度の積極的な活用により、小樽・後志圏域初の「地域医療支援病院」としての円滑、的確な運営を実施する。

(4) そして 4 つ目は地域の基幹病院として医師を地域全体で有効に活用すべく、関係医療機関へ派遣する、という重要な問題もあります。

2) 次に学術・広報活動の活用については：

「小樽市立病院誌」を病院内外の学術・広報活動に活用する。そして当院の実情を小樽・後志地域の医師会員に伝えるために、「小樽市医師会だより」に論文を掲載する。さらに道内の医療関係者には「北海道医療新聞特集号」に論文を投稿する。この 3 つの情報網を最大限に活用しながら情報を有効に提供することです。

3) 医療に携わる者の適正な心得と行動については：現在国の医療方針として「機能分化と連携強化」があります。それを活用することで、当小樽市立病院と小樽・後志地域さらには札幌地域の医療機関との医療および人間関係において良好な連携を図るようにする。そして病院の役割分担と診療のセンター化、およびチーム医療が円滑、的確に実施されるように努めることです。

むすびに：皆さんへのメッセージは私のこれまでの生活、仕事、人間交流などにおいて貴重な出会いと思い出づくりから得られたものです。

私は16年間、小樽市病院事業管理者・病院局長として周囲の方々の温かい支援、協力を得て仕事をさせていただきました。誠に幸せ者でした。その一方で今回の仕事は私にとって年齢的、心身的および病状面の要因から最後の厳しい試練になると覚悟して取り組みました。それを職員皆さんのお陰で何とか成し遂げられたことを心より喜び、感謝しております。当院には後継者として優秀な若き人材が育ってきています。今後は彼らが活躍、活動することを大いに期待しております。それでは職員皆さんの成長と当院の発展を心より願っています。そして本日ここにご出席の皆様方のご健勝とご多幸、そして貴医療機関のご繁栄を祈っております。これをもちまして、小樽市立病院開院10周年記念式典の式辞とさせていただきます。本日は誠にありがとうございます。

祝 辞

小樽市長 迫 俊哉 様

本日ここに、ご来賓並びに多くの関係者各位のご臨席のもと、小樽市立病院開院10周年記念式典を盛大に開催されますことは、誠に喜ばしく心からお祝いを申し上げます。

歴史ある市立病院が市民の皆様から愛され、頼りにされていることは、これまで病院運営に携わってきた並木局長、有村院長をはじめ、日頃よりご支援、ご協力をいただいております大学医学部の皆様、市内外の医療機関の皆様など関係者各位のご努力の賜であると存じます。

さて、小樽市立病院は、市民の皆様から公立病院設立の強い要望を受け、昭和3年に民間病院を買収し、市立病院として発足いたしました。以後、永きにわたり、市民の健康と命を守り続けているところですが、この間、市として長年の懸案でありました二つの病院の統合新築を実施しております。当時は、市の厳しい財政状況の下、将来を見据え、山田市政において建設を決断し、中松市政の平成26年12月1日に、新病院が開院となり、現在にいたります。

特にこの数年間は、新型コロナウイルス感染症という未曾有の危機に直面する中、私たちの生活は一変し、医療現場にはこれまで想像もしなかったような負担をしいることになりました。

感染拡大の初期段階においては、未知の感染症患者を率先して受け入れる恐怖や、その後も繰り返し続く感染

拡大による、先の見えない不安と戦いながらも、市民の健康と命を守るため、日夜絶え間なく最善を尽くしてくださいましたことに心から感謝いたします。

また、昨今、全国的な医師や看護師等の不足、人口減少や少子高齢化の急速な進展に伴う医療需要の変化、医療の高度化による経営環境の急激な変化等を背景とする厳しい環境変化に直面しており、病院の経営は、より一層困難になっていくことが想定されるところではありますが、自治体病院には、地域における基幹的な公的医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たすことが求められます。

そうしたことから、小樽市立病院は、小樽・後志地域における持続可能な地域医療提供体制を確保するための地域医療支援病院として、また、新興感染症や大規模災害などの緊急事態が発生した際には機動的・弾力的に即応し、市民の命を守る最後の砦として、その果たす役割はますます重要になると感じているところです。

結びとなりますが、小樽市立病院が、このたびの開院10周年を、ひとつの節目として、これまで築いてこられた信頼と実績を基に、引き続き地域医療の中核として市民に親しまれ、更に発展を続けることをご期待申し上げますとともに、これまで市立病院に携わられました関係者の方々の今後ますますのご活躍、ご健勝を祈念申し上げます。お祝いの言葉といたします。

小樽市議会 副議長 秋元 智憲 様

小樽市議会副議長の秋元でございます。

本来であれば市議会を代表して鈴木議長からご挨拶を申し上げるところですが、本日出席が叶いませぬので、代わって私から、ご挨拶を申し上げます。

まずもって、本日、盛大に小樽市立病院開院10周年記念式典を迎えられましたことを心からお喜び申し上げます。

市立病院の建て替えに当たっては、議会においても特別委員会が設置され、様々な議論が行われました。そのような経過を経て、10年前、地域住民に対しより良い医療サービスを提供すべく、2つの市立病院を統合し設置された、この小樽市立病院は、利用者が快適に過ごせる環境づくりに努めるだけでなく、地域医療の連携や災害拠点病院の機能を併せ持つ病院として、「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」を目指した基本理念のもと、地域医療の向上と福祉の推進に、大きく貢献されてこられました。これまでの弛まぬご努力に対しまして、深く敬意を表します。

これもひとえに、並木病院局長、有村病院長をはじめ

とした職員の皆さん、そしてこれまで病院運営に携わってこられました多くの皆様の、医療にける情熱と真摯な取組の賜物であります。

少子高齢化による医療需要の変化、医療従事者の不足など、医療を取り巻く環境は、大変厳しい状況にあり、公立病院の経営はなお厳しく、医療体制の維持には多くの課題を抱えていることは十分認識しておりますが、患者の立場に立った医療を実践し、より質の高い医療を効果的に提供する体制を構築できるよう、今後ともご尽力賜りますようお願い申し上げます。

結びとなりますが、小樽市立病院が開院10周年の節目を契機とされ、さらなるご発展を遂げられますことと、関係各位のますますのご健勝とご活躍を心から祈念いたしまして、お祝いの言葉といたします。

小樽市医師会 会長 鈴木 敏夫 様

小樽市立病院開院10周年誠にありがとうございます。小樽市医師会を代表し御祝いと感謝を申し上げます。

貴院の沿革は明治2年の小樽役所病院設立に遡りますが、旧市立小樽病院は昭和3年4月に開院され以後96年間、小樽・後志の医療に大きな貢献をされてきました。また平成26年12月1日には旧市立小樽第2病院(後の小樽市立脳・循環器・こころの医療センター)と統合新築され、免震構造を採用し屋上のヘリポートを備えた最新の建物になりました。

新築統合に先立つ平成21年4月には小樽市病院局が設置され並木昭義先生が初代局長に就任されました。並木先生におかれましては昭和51年に開設されました麻酔科の初代医長を務められたこともあり、病院のみならず小樽市内の医療を俯瞰され、現在に至るまで小樽市医師会と頻繁に意見交換をいただき貴重な示唆もいただいています。

医療への貢献は後志圏域に止まらず、平成23年には東日本大震災被災地救援のため、病院の災害派遣医療チームDMATを派遣されています。また本年1月1日に発生しました能登半島地震では、北海道派遣DMATの1次隊として1月9日午後には小樽港からフェリーで出発し新潟経由で被災地に向かい救援活動を行われました。

日頃から医師会員に対して1次・2次救命処置の講習を施行していただいていたが、災害時の対応についても小樽市・小樽市保健所と共に準備を進められ、平成30年夏には複数回の机上訓練・講習の後に9月初旬の土曜日に実地訓練を行う予定であった直前の9月6日木曜日に北海道胆振東部地震が起これ北海道全域停電ブラックアウトとなりました。事前の打ち合わせ通りに自

家発電装置を備えていた貴院のまさにこの2階講堂に関係者が参集いたしました。緊急を要するCT検査等にも対応いただきました。

令和2年初頭からの新型コロナウイルス感染症に対しては、まだ市内の医療体制が確立していなかった初期から入院対応にも応じていただきました。その後4年間に渡り現在も繰り返す感染の波の中で、一般病棟を専用病棟として確保いただくなどワクチン接種も含め多大な貢献をいただきました。

高齢化率40%を超える小樽市においては病院・診療所間の病診連携、病院間の病病連携が極めて重要ですが、基幹病院としてその役割を果たしていただき心から感謝いたします。

新医師臨床研修制度において貴院は充実した設備や指導体制から全国でも人気の病院となられています。

ある土曜日の午後に市内で突然発症された呼吸困難の患者さんの救急車に同乗し、即座に受け入れ許可をいただいた貴院救急外来で非常に重篤な病態に対して的確な処置を行い救命された現場を目撃した医師として、改めて卓越した医療技術と使命感に対して尊敬の念と感謝を申し上げます。

結びに今後の貴院の益々の発展とご活躍を祈念し御祝いの挨拶といたします。

小樽薬剤師会 会長 土屋 総之 様

小樽市立病院開院10周年という記念すべき日を迎えられましたこと、心よりお祝い申し上げます。このような盛大な式典にお招きいただきましたこと、また日頃より薬剤師会の活動にご理解とご支援を賜っておりますことに、深く感謝申し上げます。

小樽市立病院がこの地に移転されてからの10年間、地域医療の中核として数多くの方々の命と健康を支えてこられました。その素晴らしい歩みは、私たち地域の医療従事者にとっても心強い存在でございます。特に、並木病院局長、有村院長をはじめとする病院職員の皆様が、日々、患者様のために献身的に取り組まれている姿には、心より敬意を表します。

さて、この10年を振り返りますと、医療を取り巻く環境は大きく変化してまいりました。高齢化社会の進展、新型感染症の流行、そして医療技術の進歩と、課題は多岐にわたりました。しかしながら、小樽市立病院はその都度、地域医療の中核として確かな存在感を示し、患者様やご家族に安心を届けてこられました。

その中で、病院と薬局が連携し、患者様の治療を切れ

目なく支える体制が築かれてきたことも重要な成果の一つです。

特に、小樽市立病院では、退院時に患者様の情報を地域薬局と共有する仕組みが整備されており、退院後のフォローアップを円滑に進める取り組みを行っています。このような情報共有は、患者様が安心して治療を継続できる環境を支えるうえで、極めて重要です。

また、患者様の血液検査の値といった薬の選択に大きく影響する情報を、処方箋に記載する取り組みや、腎臓の機能の低下が見られる患者様に対して、お薬手帳に注意喚起のシールを貼付するといった取り組みも整備されております。

このような取り組みは、地域薬局としては非常に意義深いものです。これにより、薬剤師がより適切な指導を行うことができ、患者様に最適な薬物療法を提供するためのサポートが強化されます。

このような細やかな配慮が、患者様を中心としたチーム医療、そして病院・薬局連携の質を高めていることに深く感銘を受けています。

薬剤師会としても、これらの取り組みを支え、地域全体で患者様を守る「地域包括ケアシステム」の一翼を担うことに、これからも全力を尽くしてまいります。

そうした中で、私ども薬剤師会も小樽市立病院と力を合わせ、市民の皆様に健康の大切さを伝える活動を行ってまいりました。その一環として、先月23日の「病院まつり」に併せて開催させていただきました「薬局まつり」では、大変多くの市民の皆様にお越しいただきました。

薬剤師の仕事の紹介や健康機器による測定、薬の相談コーナー、さらにはお子様向けの調剤体験など、薬剤師の職能を市民の皆様に直接お伝えする貴重な機会となりました。

これも、病院の皆様のご協力あってこそ実現できたイベントでした。この場をお借りして、改めて感謝申し上げます。

今回のイベントは、地域の薬剤師が小樽市立病院とともに協力し合い、市民の皆様に寄り添う形で医療情報を発信できた、非常に意義深い取り組みでした。このような交流の場を通じて、病院と地域薬局との連携がさらに強化されていくことを願っております。

小樽市立病院は、医療技術の提供のみならず、地域の健康づくりや医療従事者の連携の中心でもあります。薬剤師会としても、引き続き小樽市立病院と連携しながら、地域の皆様が「安心して暮らせる医療環境」を築くために尽力してまいります。

最後になりますが、今回の10周年という節目が、さらなる発展への第一歩となることを心よりお祈り申し上げ

げます。そして、この場にお集まりの皆様方のご健勝とご多幸をお祈りし、祝辞とさせていただきます。

本日は、誠にありがとうございます。ありがとうございました。

小樽市歯科医師会 会長 渋谷 祐史 様

小樽市立病院開院10周年記念式典のご盛会おめでとうございます。

小樽市立病院は小樽・後志地区の基幹病院としてなくてはならない存在であります。日頃より大変お世話になっており、心より感謝申し上げます。

私からは国も推奨している医科歯科連携、他職種連携について、少しお話しさせていただきたいと思います。病院局長 並木昭義先生、院長 有村佳昭先生、小樽市立病院の関係各所の皆様と私共小樽市歯科医師会の市村昌久元会長、中川靖子地域医療担当理事がご協議頂き周術期の連携が始まりました。その後、整形外科領域の大腿骨近位骨折、骨粗鬆症治療においても連携が重要とのことで整形外科主任医療部長 佃幸憲先生にリーダーシップを取って頂き薬剤部、看護部の方々と小樽市医歯薬連携の会がつくられました。本年度は2回研修会が開催され、佃先生から「人工関節置換術前に整形外科が歯科受診を求める理由」「骨粗鬆症治療と他職種連携の重要性、医歯薬連携で防ぐ二次骨折」、薬剤関連では「骨粗鬆症治療薬の種類・機序について」「薬理作用から見た薬剤関連顎骨壊死」、看護部からは「小樽市立病院のFLSリエゾンサービス活動について」、小樽市歯科医師会からは「歯科連携の実際・患者受診の流れ」など多くの他職種の方と学ばせて頂きました。今後ますます医歯薬連携が強化され小樽市立病院の皆様が中心になり小樽市民の健康増進に繋がることを祈念しております。本日はおめでとうございます。

小樽市保健所 所長 田中 宏之 様

小樽市立病院が新病院となって、今年でちょうど節目の10周年を迎えられたこと、心からお慶びを申し上げます。

また、平素から、結核対策をはじめとする感染症対策、精神保健対策、難病対策など、小樽市保健所の各般の事業におきまして、全面的にご支援とご協力をいただいております。深く感謝申し上げます。

特に令和2年から始まった新型コロナウイルス感染症

対策におきましては、市内はおろか、後志全域で爆発的に増大した患者・感染者の診療依頼に対し、担当された医師・看護師の皆様をはじめ、検査室や患者支援センターなど、関係部署の方々には、昼夜にわたり懸命にご対応をいただきました。当時のことを思い出すと、市立病院の皆様には今でも感謝の意が尽くせぬ思いがいたします。この場をお借りして改めてお礼を申し上げます。

このコロナ対策をはじめ、小樽市立病院は、後志で初の地域医療支援病院となられたほか、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、第二種感染症指定医療機関として、当地の中核的かつ政策的な医療を担っておられます。

市民の健康の保持・増進のため、こうした市立病院の機能がますます充実したものとなるよう、私どもも行政としての役割をしっかりと担っていかなければならないと考えておりますので、今後とも連携を密に図らせていただきますようお願いいたします。

なお、私どもの小樽市保健所ですが、明日から、ウイングベイ小樽一番街四階に庁舎を移転させます。市民の皆様には、これまで以上に利用していただける保健所を目指して、職員一同意識を新たに努めてまいりますので、本日お集まりの皆様には、引き続き厳しくそして暖かい叱咤激励をよろしくお願いいたします。

小樽市立病院が今日の日を迎えられたことを心からお慶び申し上げ、私からのご挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございます。

謝辞

小樽市立病院 院長 有村 佳昭

皆様、本日はお忙しい中、小樽市立病院開院10周年記念式典にご臨席賜り、誠にありがとうございます。

この10年間、市立病院は地域の皆様の健康を守るために、日々努力を重ねてまいりました。今日ここに立ち、これまでの歩みを振り返ると、多くの困難や挑戦がありましたが、それらを乗り越えられたのは、ひとえに皆様のご支援とご協力の賜物と感謝申し上げます。

中でも並木病院局長の卓越したリーダーシップは驚嘆すべきことであるのは言うまでもありません。ここで、少々お時間を頂いて私の目から見た並木先生をご紹介します。これまでのご苦勞を労（ねぎら）たいと思いますのでご容赦ください。

私は平成8年から平成28年まで20年間札幌医大第一内科（現消化器内科）教室に在籍しておりました。一方、並木先生は昭和62年に教授に就任され平成21年に退官するまでお隣の麻酔科教室を教授として主宰しておりました。つまり、同一の教育研究棟4Fの狭いフロアにいたにも関わらず、不思議なもので、私とは10年間ほとんどお会いする機会もなく過ごしていたことになります。

私が消化器内科の教授選考に敗れ意気消沈していた頃に、当時の病院長の近藤吉宏先生とともに医大の私のもとを訪れてくれて小樽市立病院に誘って頂いたおかげで現在の私があるのです。

当時私は、傷心のあまりCMV初感染による急性肝炎を発症し退院したばかりでした。これからは医局のしがらみから逃（のが）れてどこか遠い田舎でのんびり余生を過ごそうかなどと考えていました。

ところが、いざ小樽に来てみると、新築2年たらずの綺麗で立派な病院と職員の満ち溢（あふ）れた活気、折に触れてどこか大学を思い出させてくれる並木先生の熱いご指導は、私にとっては本当に救いであり幸運でした。今でも思い出すのは「有村先生それは講師の意見だ」と言われ、自分の了見の狭さに「はっ」と気づかされたこともありました。それからというものは、今日に至るまで苦しくも楽しく充実した仕事をさせて頂いていることを、この場をお借りして深謝申し上げます。

並木先生は、誰にでも慕われる偉ぶらない謙虚なお人柄で、上司と部下の課題をきれいに分離され、父性（paternity）と知性を兼ね合わせた指導者としては超一流であることは疑う余地はありません。あえて一言苦言を呈するなら、患者としては今一つ安静を保つことができないのが玉に瑕ということでしょうか。いずれにしましてもこれまで長きにわたり小樽市立病院の礎を築かれ、現在の姿まで発展させられたことに心より敬意を表します。

また、現場の医療スタッフの皆様には、日々の献身的な努力と患者さんへの温かい対応に心から感謝申し上げます。また、地域の皆様、そして関係者の皆様には、常に私たちを支えてくださり、感謝の念に堪えません。

さて、話は変わりますがVUCAという言葉をご存じでしょうか？ 現代のビジネス環境や社会情勢を表すために使われる言葉で、以下の4つの単語の頭文字をとった頭字語です。すなわち変動性 Volatility のV、不確実性 Uncertainty のU、複雑性 Complexity のC、曖昧性 Ambiguity のAでVUCAという訳です。つまり、現代のビジネス環境は、これらの要素が組み合わさることで

非常に予測困難であり、柔軟な対応が求められるということです。VUCA の概念はそのまま医療に当てはまるわけで、これからの市立病院としてのリーダーシップや戦略の立案において重要な視点となっています。

最後になりますが、VUCA 時代、小樽市立病院は地域医療の発展と皆様の健康を守るために、さらなる努力を続けてまいります。どうぞ、今後とも一層のご支援とご協力を賜りますようお願い申し上げ、簡単ですが私の謝辞とさせていただきます。

本日は誠にありがとうございました。

特別記念講演会

日時：令和 6 年 12 月 1 日（日）

「地球 社会 医学」

講師：北海道大学 総長

寶金 清博先生

座長：小樽市立病院副院長

脳神経外科 新谷 好正



— 編集後記 —

この度、第13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。

令和5年度版の今号は、全国的に猛威を振るった新型コロナウイルス感染症が5類に移行したことで、コロナ前の日常を取り戻しながら、地域の中核病院としての役割を果たすとともに、地域医療支援病院の承認に向けて、職員が一丸となって取り組んだ年でありました。

また、平成26年12月1日に二つの市立病院を統合・新築して開院した当院は、令和6年に10周年を迎えることができましたので、開院10周年記念行事や歴代院長による座談会を、今号で特集しております。

構成としては、これまでと同じ内容を引き継いでおり、投稿論文につきましては9編の投稿をいただきました。

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、吉倉 明枝、大地 美香、
橋本 幸一、鶴谷 勝実、小笠原 弘、小山田重徳、
大石 督

事務局 柴田 隆一、中津江利子

小樽市立病院誌（令和5年度版）

令和7年2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