

小樽市立病院誌

第14巻 第1号



The Journal of Otaru General Hospital

Vol.14 No.1 2025

巻 頭 言

小樽市立病院誌第14巻発刊によせて

小樽市病院事業管理者・病院局長 有村佳昭



一降りごとに雪の深さが増し、本格的な冬の厳しさを実感する時節柄、皆様いかがお過ごしでしょうか？

この度、トロイカ新体制の下、小樽市立病院誌の記念すべき第14巻が発刊されたことは誠に嬉しい限りです。本巻では、外科2編、脳神経外科、薬剤部各1編の計4編の症例報告、地域がん診療連携拠点病院および患者支援センター活動状況に関する総説をがん診療センターおよび看護部から各1編いただいております。検査室から原著を1編掲載しています。メディアでは病院の赤字、赤字のオンパレードですが、身近な北海道の市立病院はこの影響を受け一体どうなっているのか、そして当院は現在その中でどのような立ち位置なのか正確に把握することは、未来に向けて対策を練る礎になります。この点に関しては私自身が執筆した総説を参照頂けると幸いです。

ご存知のとおり、現在の公立病院を取り巻く医療環境は、これまでに類を見ないほど厳しく、それはもう真冬どころでは済まされない、例えるなら南極大陸のブリザードの真ただ中に放り出されたとしても言うべき非常事態です。このような厳しい医療情勢の中で小樽市立病院は生き残りをかけ何を目指していけば良いのでしょうか？ 答えはホームページに掲げたMVV (Mission, Vision, Value) のうち Vision である「信頼できる病院」「選ばれる病院」であり続けることに他なりません。ではそのためにはどうしたらよいか？ということになります。

究極の答えは「教育（人材育成）」になります。

最新号の絆で私は座右の銘を聞かれ以下のように答えています。一つは司馬遷の史記の「桃李不言下自成蹊」です。桃や李は何も言わないが、その美しい花や実にはひかれて人が集まってくるので木の下には自然と小道（蹊）ができるという意味です。徳が高く、尊敬される人物のもとには徳を慕って人々が集まってくるという「たとえ」というのが一般的な解釈です。しかし、私はこれを人のみならずむしろ組織にこそあてはまると考えており、そのような組織を理想像として思い描いています。この場合の桃李は、その組織の成果物であり、具体的には、学会活動、受賞・表彰、シンポジウム演者、国際学会参加、論文執筆、グラントや特許獲得などが当てはまるでしょう。もう一つの座右の銘は、後藤新平の「財を遺すは下、事業を遺すは中、人を遺すは上」を挙げています。結局は、教育によって人を遺す（人材育成）ことこそ最も価値があるのです。つまり人材というダイヤの原石を磨くことで組織の宝とすることに他なりません。こうした地道な活動は同時に教育関連病院として医育大学への強烈なアピールとなり、巡り巡って人材派遣に好循環をもたらします。今こそわれわれは肅々と改善すべき眼前の問題に真摯に取り組み、教育を主眼とした組織開発に職員全員参加で取り組むべきなのです。

就任のご挨拶



小樽市病院局 副局長 金内 優典

平成30年度小樽市立病院誌第7巻から編集責任者を拝命して7年になります。今は令和7年の年末ですが、病院誌の最終編集が佳境に達し、冬の匂いが混じるようになるこの時期になると、編集にご協力いただいている方々や地域医療を支えてくださっている小樽・後志の皆さまの存在の大きさを改めて思い起こします。日頃より小樽市立病院の運営や診療に温かいご理解とご協力をいただいていることに、まずは心より御礼申し上げます。このたび、トロイカ体制の一員として病院局副局長を務めることとなり、本誌第14巻の発刊に寄せてご挨拶を述べさせていただきます。

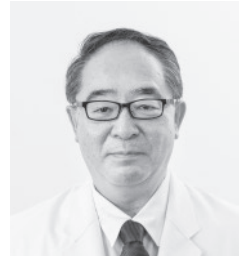
私は大学医育機関で長く学生や若手医師の教育に関わり、その後、縁あって8年前に当院に着任いたしました。婦人科悪性腫瘍を専門として診療体制の整備に取り組み、地域がん診療連携拠点病院の認定取得や、その後の運営にも深く携わってきました。こうした歩みを支えてくれたのは、職員一人ひとりの誠実な努力にほかなりません。当院が地域がん医療の中核として役割を果たせるようになったことは、共に働く仲間と共有したい大きな成果だと感じています。本号には、がん診療センター長としての経験を踏まえ、これまでの取り組みを総説としてまとめました。お時間の許す際に目を通していただければ幸いです。

また、学会での婦人科がん治療ガイドライン作成や研修教本の編纂に関わる中で、医師の育成が医療の未来を左右するという思いは年々強くなっています。人を育てることは一朝一夕で成るものではありませんが、組織の底力につながる最も重要な営みだと私は考えています。副局長としての立場からも、研修医のみならず多様な職種が成長できる環境づくりを続け、当院の強みを地域の内外へ発信していきたいと思っています。

私自身の座右の銘は「不撓不屈」です。医療・保険行政の厳しさは増し、医療需要の変化や地域医療構造の課題など、自治体病院を取り巻く環境は決して容易ではありません。しかし、どのような状況であっても、市民の皆さまの健康を守り、安心につながる医療を提供し続けることが、私たちに課された使命であることには変わりはありません。その使命を果たすためには、組織の基盤をしっかりと支えながら、「信頼され、選ばれる病院」であり続ける努力を怠らないことが欠かせません。

これからも職員の皆さんとともに歩みを進め、地域医療のより確かな礎となるよう力を尽くす所存です。本誌が当院の取り組みや姿勢を伝える一助となり、多くの方にとって実りある内容となることを願っております。

就任のご挨拶



小樽市立病院 院長 越前谷 勇 人

今年度当院は、4期16年を務めた偉大なる病院事業管理者「並木昭義先生」が退任され、有村新局長、金内副局長、そして院長である私越前谷の3人協力体制でこの病院を管理・運営していくことになりました。

並木先生は札幌医科大学・学長経験者として、当時火中の栗を拾うようなものと揶揄されながらも小樽市病院事業管理者に就任され、卓越したリーダーシップにより、当時最大の未解決事案であった二つの市立病院の統合新築を成し遂げ、小樽後志二次医療圏に医療の質向上と構造的改革とをもたらしました。並木先生が築き上げた理念と組織文化は今後も私たちの誇りとして継承し、さらに発展させていくことが我々に課せられた使命であると考えています。

コロナ禍を通じて各医療機関の役割分担と地域連携の重要性が明らかになり、自治体病院の重要性が再認識されました。我々は小樽後志二次医療圏のチームリーダーとしてこの地域の医療を牽引する責務があります。そのためには病院全体として志を一つにしていくことが不可欠です。目的達成のための優先順位は、第一に、病院としての明確なビジョンの確立すること。第二に、「中間管理職の意識改革に基づく断らない医療を実践すること」です。前者のビジョンは「市民に信頼される病院・選ばれる病院になること」です。そして問題なのは後者です。この問題の解決なくしてビジョンの達成はあり得ません。そこで私は院長に就任して以来、全国様々な病院関連会議等に出席して情報を収集し人脈を作り、当院の臨床や経営状況のみならず小樽後志二次医療圏の統合・再編・連携等に関わる複数の講演会を企画開催し中間管理職の意識改革に努めてきました。

経常収支で公立病院の83%、民間医療機関でも31%が赤字経営であることは周知の事実です。この赤字を埋めるためには診療報酬制度上は前年度比10%のアップが必要であるにもかかわらず、来年度の厚生労働省の一般会計予算請求額は1.48%増に過ぎず、最終的に財務省から示されたアップ率は3.09%増であり、その他の支援金を併せても大幅に不足しています。

このように全国的に医療経済は未曾有の危機に瀕し、さらには医療需要の減少により専門医の教育と育成に必要な症例数が不足した結果、診療科の集約化と均点化の動きが加速度的に生じ、医療の現場はまさに野戦状態と化しています。

一方小樽市は医療構造的な問題点を抱えています。すなわち高齢化率が極めて高いにもかかわらず急性期病床が過剰であり、特別養護老人ホーム等の中間施設が少なく、介護福祉施設に頼りきりの状態です。また高齢者の独居が多く山坂が多いという小樽市特有の社会背景や地理的問題を抱えるため、国が進める在宅医療への転換は極めて困難であると言えます。

以上どの局面においても単独では解決困難な状況におかれているこの地域の窮状を打破するためには、自治体病院である当院が中心となりこの地域のチームリーダーとしての役割を果たしていかななくてはなりません。

皆様のご理解ご支援ご協力を宜しくお願い致します。

目 次

巻頭言	小樽市病院事業管理者・病院局長 有村 佳昭	1
就任のご挨拶	小樽市病院局 副局長 金内 優典	2
	小樽市立病院 院長 越前谷 勇人	3
病院の沿革・概要・施設認定等		6
組織図		16
論文		
総 説	「北海道の15市立病院の経営状況—小樽市立病院の現在の立ち位置—」 小樽市病院事業管理者・病院局長 有村 佳昭	19
総 説	「地域がん診療連携拠点病院としての活動実績（2017-2024年における当院のがん治療動向の解析も含めて）」 小樽市病院局 副局長 金内 優典	27
総 説	「MSW との継続的な事例検討が看護管理者の退院支援の捉えと役割認識に与えた効果」 看護部 濱崎 弓子	39
原 著	「 <i>Escherichia coli</i> のチミジン依存性が疑われた small colony variants (SCVs) の検討」 検査室 伊藤 好樹 他	49
症例報告	「腹腔鏡下幽門側胃切除術後に食道裂孔ヘルニア修復術を施行した1例」 外科 渡邊 義人 他	57
症例報告	「原因不明の急性DICによる致死的脳出血—剖検で判明したエンドリーク再発非破裂腹部大動脈瘤—」 脳神経外科 越前谷 すみれ 他	61
症例報告	「術後に肝膿瘍を来した虫垂炎の一例」 外科 八木橋 雄大 他	69
症例報告	「卵管がん化学療法中にペグフィルグラスチムによる大動脈炎を発症した一例」 薬剤部 伊佐治 麻里子 他	75
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		99
セミナー、カンサナーボード、院内発表会		102
受賞・資格取得		105
市民公開講座、その他		107
手術実績等		109
看護部の活動		123
業務報告		
薬剤部		135
検査室		136
放射線室		136
リハビリテーション科		137
臨床工学科		138
栄養管理科		139
内視鏡科		140
精神科医療センター		141
認知症患者医療センター		141
患者支援センター		142
診療情報管理課		143
感染防止対策室		147
スキンケア管理室		149
緩和ケア管理室		150
外来化学療法室		151
院内委員会の活動報告		153
論文表彰		175
投稿規定		177
編集後記		180

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 宇を避病院とする（11 月廃止）
		7	其他	開拓使は高島郡手宮村字稲穂沢に避病院及び消毒所を設置（11 月廃止）
1880	明治 13	10	其他	小樽有志は共有病院の設置を出願、医員は官立病院から派遣を要請
		12	其他	札幌病院小樽出張所は入船町に派出所を開設
		12	其他	札幌病院小樽出張所は産婆養成所を開設
		12	其他	入船町の札幌本庁官立病院派出所（札幌病院小樽出張所派出所）開業式挙行
1882	明治 15	2	其他	開拓使廃止に伴い「官立小樽病院」は「公立小樽病院」になる
1886	明治 19	5	其他	入船町 67 で火事、公立小樽病院ほか 123 戸焼失
		11	其他	公立小樽病院は相生町に新築移転
1894	明治 27	2	其他	住初町 32 番地に福原病院開院
1901	明治 34	12	其他	現在の長橋 3 丁目に伝染病院を新築
1902	明治 35	11	其他	手宮裡町原野 3 の伝染病院落成
1906	明治 39	9	其他	福原病院は量徳町に新築移転
1912	明治 45	7	其他	本間賢次郎、早川両三、青木乙松、宮腰定作の 4 氏の共同出資により、福原病院の土地建物等を譲り受け、（私立）小樽病院の設立認可を申請【小樽市医師会史】
		8	其他	福原病院は永井町 15 へ移転開業、旧福原病院は小樽病院と改称認可
	大正元	10	其他	量徳町の旧福原病院の建物敷地を買収、小樽病院開院
		11	其他	小樽病院看護婦養成所設置
1913	大正 2	7	其他	小樽病院増築落成
		10	其他	小樽病院耳鼻科開始
1915	大正 4	2	其他	伝染病院増築工事申請
1916	大正 5	11	其他	小樽病院看護婦養成所は看護婦規則による道庁指定となり、卒業生は無試験で免状下付
1922	大正 11	11	其他	量徳町 1 に株式会社小樽病院設立（11 月 15 日設立、11 月 22 日登記）、小樽病院は株式会社組織となる

1926	大正 15	4	其他	伝染病院は市立小樽病院長橋分院と改称
1927	昭和 2	11	其他	市会では株式会社小樽病院を 18 万円で買収決定
1928	昭和 3	3	其他	株式会社小樽病院解散（3 月 31 日解散、4 月 2 日登記）
		4	樽病	4 月 1 日 市立小樽病院開院 診療科目 内科、外科、産婦人科、小児科、皮膚泌尿科、耳鼻咽喉科、眼科 病床数 139 床
1930	昭和 5	7	樽病	病棟増設（35 床）病床数 174 床
1931	昭和 6	4	其他	小樽市連合衛生組合附属診療所として市役所構内、組合事務所階上に開設
		12	樽病	改築工事竣工
1932	昭和 7	5	其他	小樽市連合衛生組合事務所並びに附属診療所は落成式挙行（小樽公園 1 番地に病棟を新築、診療所を移転）
1933	昭和 8		医七	市民からの寄附もあり、市立小樽病院長橋分院は 1 号棟の新築並びに増改築を実施
1934	昭和 9	1	樽病	病棟増設（30 床）病床数 204 床
		5	医七	市立小樽病院長橋分院の竣工式挙行
		5	医七	幸町 41 番地の市立小樽病院長橋分院病舎敷地 6,393 坪のうち 2,230 坪を精神病舎敷地として造成工事に着手
		9	樽病	市立小樽病院の附属病舎完成、行旅病者など移転収容
1935	昭和 10		其他	高島町役場新築（後の市立小樽高島診療所）
1936	昭和 11	6	樽病	精神・神経科新設
		6	医七	市立小樽病院長橋分院精神神経科病舎開設（総建坪 360 坪、病床 31 床）
1940	昭和 15	4	其他	高島町を合併（高島町役場は後の市立小樽高島診療所）
1941	昭和 16	1	医七	小樽市連合衛生組合解散、附属診療所は市に委譲し、「市立小樽診療院」に改称（病床 13 床）
1942	昭和 17	9	其他	源町に小樽結核療院（市立小樽療養院）が開院
1943	昭和 18	4	其他	小樽結核療院（市立小樽療養院）は医療営団（日本医療団）へ譲渡
		4	医七	市立小樽病院長橋分院から精神神経科を独立させ、市立小樽静和病院に改称
		4	医七	市立小樽病院長橋分院は市立小樽長橋病院と改称し、単独伝染病院として再出発
		5	医七	3 月に閉鎖した市役所の高島出張所は市立小樽高島診療所となる
1944	昭和 19	10	医七	市立小樽静和病院は患者増への対応として奥沢水源地本家茶屋建物を買収し、病室及び寄宿舎に移転転用（総建坪 483.2 坪、病床 65 床）
1947	昭和 22	11	医七	市立小樽診療院は「市立小樽市民病院」と改称 診療科目 内科、外科、眼科、理学診療科（病床 155 床）
1949	昭和 24	10	医七	市立小樽静和病院施設整備 4 病棟（病床 78 床）、職員 28 名（うち医師 2 名、看護婦 14 名）
1950	昭和 25	4	樽病	附属看護婦養成所寄宿舎新築（定員 30 名）
1951	昭和 26		医七	市立小樽市民病院は利用増を勘案して 4 年間にわたり施設を拡充 病床数（昭和 25 年末 89 床→昭和 29 年末 132 床）
		11	医七	伝染病激減に伴い市立小樽長橋病院の 150 床中 100 床を転用改造し、市立小樽療養所を開設
		12	医七	市立小樽高島診療所に外科併設
1952	昭和 27	2	医七	市立小樽療養所開所式挙行
		3	樽病	看護婦養成所は厚生省指定市立小樽病院附属乙種看護婦養成所となる
1953	昭和 28	10	樽病	第 1 新館新築工事完了、竣工式挙行 許可病床数 422 床（D 棟）
1954	昭和 29	8	医七	朝里町 63 に市立小樽市民病院附属朝里診療所を開設
		11	医七	市立小樽静和病院増築

1955	昭和 30	1	樽病	更生医療機関指定（耳鼻咽喉科）
		3	樽病	看護婦養成所は市立小樽病院附属准看護婦養成所となる
		8	医七	市立小樽高島診療所にレントゲン機導入
		12	医七	市立小樽長橋病院を市立小樽療養所に併設し新築（建坪 270 坪） 施設内容 診療科目 内科 病床 45 床 職員 9 名（うち医師 1 名、看護婦 2 名）
1956	昭和 31	8	医七	市立小樽静和病院は院内整備工事により 119 床に増床
1957	昭和 32	3	医七	小樽第二病院条例公布、市立小樽市民病院・同附属朝里診療所・市立小樽静和病院・市立小樽療養所・市立小樽高島診療所の経理面を統合、第二病院（特別会計）設置、総院長任命
		6	樽病	整形外科新設
		9	樽病	喘息治療に IPPB（間歇陽圧呼吸器）導入
		12	樽病	更生医療機関指定（整形外科）
		12	樽病	市立小樽病院条例全部改正、基本計画制定
1958	昭和 33	1	樽病	小樽病院会計は企業会計に移行
		3	樽病	第 2 新館新築工事完了 許可病床数 500 床（一般 352 床、結核 148 床）
		4	樽病	市立小樽病院第 2 新館落成式挙行
		8	医七	市立小樽静和病院は医師公宅 1 棟新築
		12	医七	市立小樽静和病院は男子開放病棟増築（建坪 126 坪、病床 149 床）
1959	昭和 34	1	医七	市立小樽静和病院増築落成式挙行
		3	医七	市立小樽市民病院附属朝里診療所廃止
		10	医七	市立小樽高島診療所は小児科新設
1960	昭和 35		其他	市議会第 1 回定例会に「小樽市総病院条例案」「小樽市総病院が行う事業に地方公営企業法の規定を適用する条例案」「市立小樽病院条例等を廃止する条例案」「小樽市総病院の行う事業の基本計画について」提出。すべて可決。これにより市立小樽病院・市立小樽市民病院など 5 病院を統合した総病院を設置し、総病院に総院長を置く
		2	樽病	市立小樽病院看護婦宿舍落成式挙行
		4	其他	病院事業に地方公営法の規定を適用、小樽病院会計と第二病院を統合、小樽市総病院事業会計を設置
		4	医七	市立小樽静和病院は労災保険指定病院指定
		6	医七	市立小樽静和病院は基準看護 3 類実施
		10	医七	市立小樽静和病院・市立小樽療養所・市立小樽長橋病院の汽缶室一元化を図るため、中央汽缶室を新築（建坪 37 坪）
1961	昭和 36		医七	市立小樽市民病院は汽缶室を新設（47.64 坪）
		4	医七	市立小樽静和病院は準看護 2 類実施
		6	医七	市立小樽静和病院は開院 25 周年記念式開催
		7	樽病	労災指定医療機関指定
1963	昭和 38	10	医七	市立小樽高島診療所廃止
1964	昭和 39	9	樽病	救急病院指定
1966	昭和 41	11	樽病	増改築工事着工（AB 棟）
1967	昭和 42	12	樽病	市立小樽病院新館で診療開始
1968	昭和 43	4	樽病	市立小樽病院高等看護学院開校（3 年課程、定員 1 学年 30 名）
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院は北海道教育委員会から学校教育法の規程により認可

1969	昭和 44	1	樽病	全国初のオープン病棟開設（病床数 37 床）
		7	樽病	増改築工事完了 許可病床数 550 床（一般 402 床、結核 148 床）
1970	昭和 45	9	樽病	市立小樽病院高等看護学院宿舎完成（定員 96 名）
1971	昭和 46	5	医七	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	医七	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	医七	市立小樽市民病院閉院（4 病院統合新築のため）
		10	医七	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	医七	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	医七	市立小樽第二病院完成
		9	医七	市立小樽静和病院、市立小樽療養所、市立小樽長橋病院廃止（4 病院統合新築のため）
		9	医七	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
1975	昭和 50	11	医七	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
		4	医七	人工透析開始
1976	昭和 51	9	樽病	市立小樽病院看護婦宿舎新築工事完了（定員 30 名）
		3	医七	結核病棟廃止
		5	医七	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）
1977	昭和 52	8	樽病	麻酔科新設
		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	医七	神経内科外来開始
		12	医七	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	医七	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	医七	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	医七	胸部外科外来棟増築（149.76m ² ）
		12	医七	外科診療棟竣工、胸部内科と内科の 2 診体制開始
1984	昭和 59	11	樽病	日本消化器外科学会専門医修練施設認定
1985	昭和 60	6	樽病	許可病床数変更 550 床（一般 503 床、結核 47 床）
1986	昭和 61	1	医七	高気圧酸素療法開始
		12	医七	呼吸器科外来開始
1987	昭和 62	10	樽病	オープン病棟 6 床増床（計 43 床）
		11	樽病	市立小樽病院高等看護学院は開学 20 周年記念式典挙行
1989	平成元	2	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 20 周年記念式典挙行
		3	其他	医事課業務電算化

1989	平成元	3	樽病	市立小樽病院高等看護学院開学 20 周年記念誌発刊
		6	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 20 周年記念誌発刊
1990	平成 2	2	樽病	コンピューターを使った新検査システム始動
		2	樽病	検査科業務電算化、脳神経外科外来新設
		4	樽病	脳神経外科外来新設、1 階に案内・相談コーナー設置
		4	医七	麻酔科新設
		11	医七	MRI 棟増築 (136.5m ²)
1993	平成 5	3	樽病	自動再来機設置
		5	医七	精神科デイケア試行開始
1994	平成 6	10	樽病	5-3 病棟休床 (35 床)
1995	平成 7	10	医七	一般病棟で新看護体制 2 対 1 を実施
1997	平成 9	1	樽病	災害拠点病院指定
		9	樽病	市立小樽病院高等看護学院は開学 30 周年記念式典挙行
1998	平成 10	10	医七	精神病棟で新看護体制 3.5 対 1 を実施
1999	平成 11	4	医七	伝染病床 25 床を廃止し、感染症病床 2 床を設置
		6	医七	医事業務を一部委託
		9	医七	2-1 病棟休床 (23 床)
		10	樽病	院内向け広報誌「病院だより」を創刊 (11 月号から「優思 (ゆうし)」)
		11	其他	市立病院統合新築へ向け、庁内に「市立病院総合調整会議」設置
		12	其他	市立病院統合へ向けた市立病院新築検討懇話会発足
2000	平成 12	4	樽病	許可病床数変更 540 床 (一般 493 床、結核 47 床)
		4	医七	市立小樽第二病院精神病棟で新看護体制 3 対 1 を実施、3-1 病棟 (精神・神経科 50 床) 休床
		4	其他	市立病院新築への相次ぐ寄付に対応するため、新築基金の設置決定、市議会に条例案提案
		5	医七	精神科外来でデイケアを実施
		9	医七	脳神経外科で電気刺激療法を道内で初めて実施
2001	平成 13	6	其他	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	医七	従来午前中のみだった内科外来診療を火曜・木曜は午後も実施
		4	医七	脳ドック開設
		5	其他	市議会市立病院調査特別委員会で新病院の開業は早くても 2007 年度となることを表明
2003	平成 15	4	医七	保育業務を委託
		7	其他	「新市立病院基本構想」を発表
		9	其他	市議会市立病院調査特別委員会で量徳小学校と築港地区を新病院の候補地とする
		11	医七	デイケア拡大 (小規模から大規模へ)、神経内科外来中止
2004	平成 16	4	医七	循環器科新設
		10	樽病	臨床研修病院指定
		10	其他	新市立病院基本構想の精査・検討結果まとまる。移転地は築港地区を予定
		11	其他	市は新病院の建設候補地として、学校適正配置計画の対象となった量徳小学校跡地とすることを表明
		11	樽病	ホームページを開設

2004	平成 16	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	其他	新病院敷地購入延期を発表
		4	樽病	5-1病棟休床（43床）等
		4	医セ	狭心症・腎不全、ペースメーカー各専門外来開設
		6	其他	市立病院改革プラン策定のため、小樽市医師会・病院長を交えた再編・ネットワーク化協議会を設置
		6	樽病	精神科・神経科外来休診

2008	平成 20	6	医七	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	医七	メタボリック症候群、肺がん・胸腹部 CT 検診開始
2009	平成 21	1	其他	小樽市立病院改革プラン（市立小樽病院・市立小樽第二病院）を策定
		3	医七	医事会計・検体検査・輸血部門各システムをオーダーリングシステムに対応可能なものに更新
		3	樽病	市立小樽病院オープン病棟開設 40 周年式典挙行
		4	其他	市立病院への地方公営企業法全部適用を決定し小樽市病院局を設置、初代局長に札幌医科大学並木昭義名誉教授就任。総務部市立病院新築準備室は廃止、病院局経営管理部に継承
		4	樽病	皮膚科外来は週5日に拡充。病床数は呼吸器内科分を一般内科に吸収し 37 床となる
		4	樽病	形成外科外来開設、6-3 病棟休床 6-2 病棟へ再編
		5	医七	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	医七	名称を「小樽市立脳・循環器・こころの医療センター」に改称
		6	樽病	特定健診・保健指導（メタボ健診）・骨密度検査を開始
		6	其他	病院局長は市長に新市立病院建設地は量徳小学校敷地が最適と提言、市長も優位性を認識
		7	樽病	オストメイト専門のストーマ外来を開設
		7	樽病	許可病床数変更 223 床（一般 208 床、結核 15 床）
		7	医七	許可病床数変更 222 床（一般 120 床、精神 100 床、感染症 2 床）
		8	樽病	北海道初のプチ健診導入
		8	樽病	院内に女性医師・看護師対象の保育所併設
		9	其他	再編・ネットワーク化協議会は計画素案をまとめ、市長に最終報告
		10	樽病	形成外科開設（週2回）
		10	樽病	呼吸器内科外来復活（週1回）
		10	其他	両院の患者 ID 番号を統合
		11	樽病	オーダーリングシステム導入、がん相談支援センター設置
11	医七	オーダーリングシステム、放射線科情報システム（RIS）を導入、薬剤支援・給食・透析管理・診断書管理各システムを更新		
2010	平成 22	3	樽病	病院ボランティア活動開始
		4	樽病	形成外科に常勤医着任。健診を専門に扱う健康管理科新設
		5	其他	量徳小学校 PTA との説明会で市は 2012 年 3 月閉校、新病院 2014 年夏開院のスケジュールを表明
		6	其他	新市立病院計画概要を策定
		6	其他	診断群分類包括評価支払制度（DPC/PDPS）準備病院指定、医療安全管理室設置
		7	其他	新市立病院の基本設計に着手
2011	平成 23	3	其他	市議会は新市立病院実施設計費を可決
		4	其他	東日本大震災被災地救援のため DMAT を気仙沼市に派遣
		4	其他	小樽後志地域医療連携システム（ID-Link）運用開始
		10	其他	広報部門・院内 LAN・病院年報・市民講座の各部門で専門委員会発足、両院統合へ準備

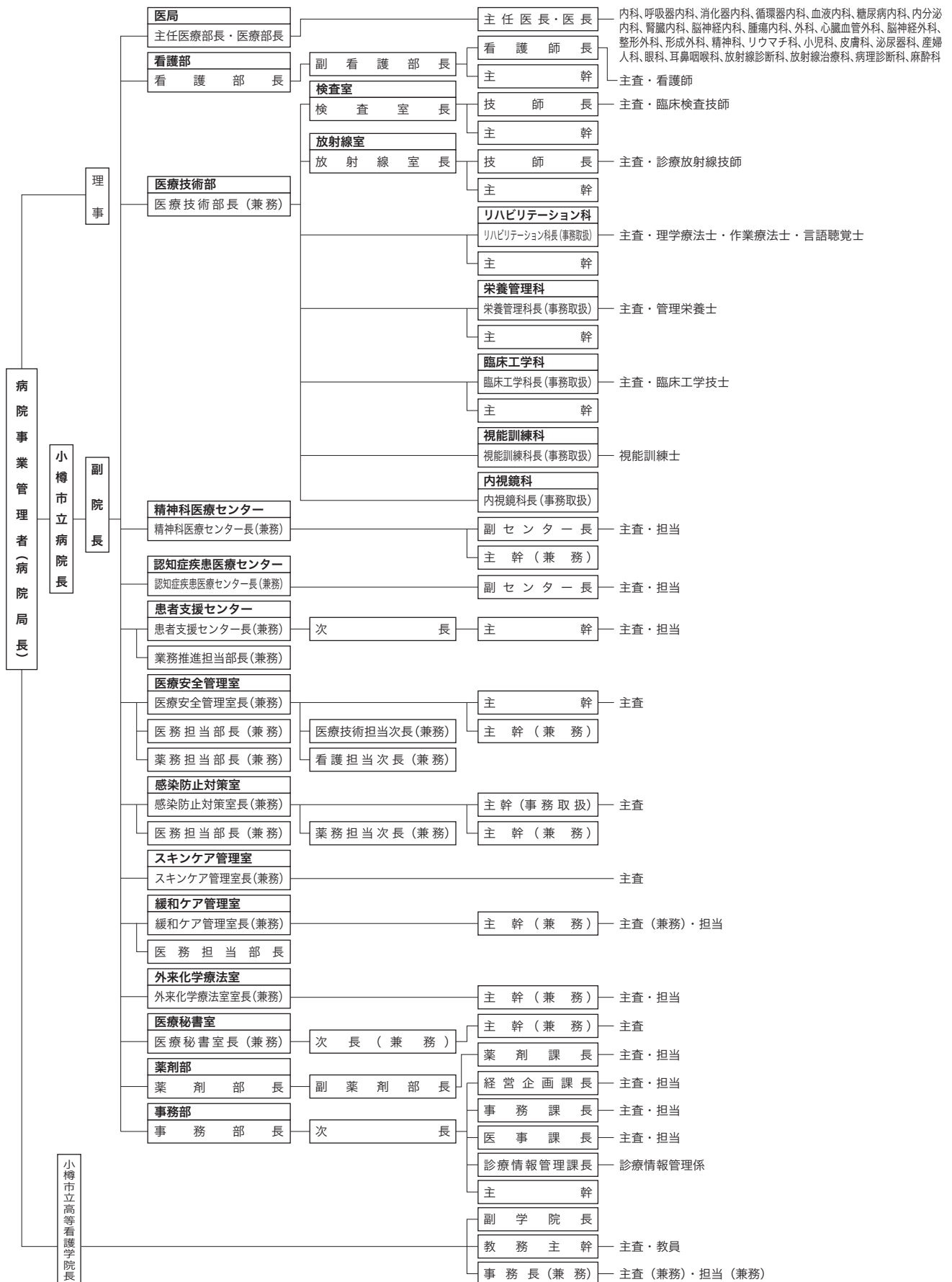
2012	平成 24	1	其他	電子カルテシステム導入		
		2	其他	両院の広報誌を統合し、病院広報誌「絆」創刊		
		3	其他	新市立病院新築工事入札は談合情報により入札延期		
		3	樽病	量徳小学校児童がリングプル回収で交換した歩行器寄贈		
		4	其他	診断群分類包括評価支払制度（DPC/PDPS）対象病院認定		
		4	医セ	医療安全管理室、感染防止対策室設置		
		4	其他	両院のホームページ統合		
		5	其他	新市立病院新築工事入札は再び中止、開院は2014年夏となる		
		8	其他	新市立病院新築工事入札		
		8	樽病	消化器内科開設		
		9	其他	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

2017	平成 29	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
		7	マイナンバーカード対応型再来受付機導入
		11	新市立病院開院 10 周年記念病院まつり開催
		12	新市立病院開院 10 周年記念式典挙行
2025	令和 7	3	新市立病院開院 10 周年記念「小樽市立病院ガイドブック」発行

建 設 概 要		
1	名称	小樽市立病院 (平成 26 年 12 月 1 日開院)
2	所在地	小樽市若松 1 丁目 1 番 1 号
3	敷地面積	14,882.85m ²
4	建築面積	7,342.61m ²
5	延床面積	30,862.52m ² (実床面積 30,335.01m ²)
6	階数	地下 1 階、地上 7 階、搭屋 1 階
7	構造種別	鉄筋コンクリート造、免震構造
病 院 の 概 要		
8	病床数	388 床 (一般 302 床、精神 80 床、結核 4 床、感染 2 床)
9	診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、糖尿病内科、内分泌内科、腎臓内科、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	日本消化器病学会専門医制度認定施設
紹介受診重点医療機関	日本消化器内視鏡学会専門医指導施設
保険医療機関	日本呼吸器内視鏡学会認定施設
労災保険指定医療機関	日本肝臓学会専門医制度特別連携施設
生活保護法指定医療機関	日本循環器学会循環器専門医研修施設
指定自立支援医療機関 (育成・更生医療、精神通院医療)	日本心血管インターベンション治療学会研修施設
原子爆弾被爆者一般疾病指定医療機関	日本透析医学会専門医制度教育関連施設
エイズ診療拠点病院	日本腎臓学会認定教育施設
地域がん診療連携拠点病院	日本外科学会外科専門医制度修練施設
北海道指定精神科病院	日本消化器外科学会専門医修練施設
北海道指定精神科病院応急入院指定病院	日本婦人科腫瘍学会専門医制度指定修練施設
第二種感染症指定医療機関 (結核病床・感染症病床)	心臓血管外科専門医認定機構認定基幹施設
災害拠点病院	日本脈管学会認定研修指定施設
北海道 DMAT 指定医療機関	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
原子力災害医療協力機関	日本脳卒中学会認定研修教育病院
救急告示病院	日本形成外科学会専門医制度認定施設
小樽市二次救急医療機関 (病院群輪番制病院)	日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設
北海道認知症疾患医療センター	日本泌尿器科学会専門医教育施設
特定疾患治療研究事業受託医療機関	日本眼科学会専門医制度研修施設
小児慢性特定疾患治療研究事業受託医療機関	日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設
日本脳卒中学会認定一次脳卒中センター	日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
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	日本病理学会研修登録施設
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	日本臨床細胞学会認定施設
日本ステントグラフト実施基準管理委員会 認定胸部ステントグラフト実施施設	日本麻酔科学会麻酔科認定病院
日本臨床衛生検査技師会精度保証施設	日本ペインクリニック学会指定研修施設
日本臨床検査標準協議会精度保証施設	日本緩和医療学会基幹施設
基幹型臨床研修病院	日本がん治療認定医機構認定研修施設
日本内科学会教育認定施設教育関連病院	日本静脈経腸栄養学会 NST 稼働施設
日本リウマチ学会教育施設	札幌医科大学卒前教育関連施設
	病院機能評価 機能種別版評価項目 3rdG : Ver.2.0 (一般病院 2、精神科病院)

小樽市病院局組織図（令和6年4月1日現在）



論 文

北海道の15市立病院の経営状況

—小樽市立病院の現在の立ち位置—

有村 佳昭

小樽市病院事業管理者・病院局長

要 旨

本稿は、令和6年度決算に基づき北海道内15市立病院の経営状況を比較し、小樽市立病院の現状（立ち位置）を分析したものである。調査の結果、全病院が本業の医業収支で赤字（平均約22億円）という危機的状況が判明した。小樽市立病院は、修正医業収支比率が84.2%で4位、医業収支の赤字は10位、病床利用率は道内首位を維持するなど、相対的には健闘している。一方で、給与費比率は適正範囲にあるものの、昨今の材料費比率の著しい上昇と入院患者数の減少により、収支改善が停滞していることが明らかになった。

今後経常収支の黒字化を目指すためには、「医療材料費の削減」と「新入院患者の獲得」を最優先課題に挙げたい。市立病院と言えども病院機能の「選択と集中」を通じて持続可能な地域医療拠点の構築を目指す。

キーワード：道内市立病院、経営状況、修正医業収支比率、相関分析

はじめに

現在の病院存続の危機は、主に以下の要因で引き起こされているという。1) 人件費の高騰と人材不足、2) 医師の働き方改革への対応、3) 診療報酬制度と収益構造の問題、4) 物価高騰と設備投資の負担、5) 新型コロナウイルス感染症の影響、6) 経営戦略・マネジメント能力の問題。これらにより特に公立病院は本業では95%が赤字だという¹⁾。まさに未曾有の非常事態と言わざるを得ない。

小樽市立病院が現在の医療を取り巻く激流の中で生き残り、地域に貢献し続けるためには、批判を覚悟で現状を詳らかにし、識者の進言を素直に受け入れそれを今後の糧にする必要がある。尚、本稿は医師会だより107号に掲載した論文²⁾を一部改変したものであることをご容赦いただきたい。

目的と方法

令和7年度北海道公立病院連盟「定期総会・事務長会議・看護部長会議」が去る7月11日グランドパーク小樽で開催された。その際、資料として配布された令和6年度病院事業決算状況比較表³⁾を基に道内の市立病院の経営状況を把握し、現在の小樽市立病院の立ち位置を説明することを目的とした。

調査対象は、札幌、函館、釧路、砂川、小樽、岩見沢、旭川、苫小牧、名寄、室蘭、千歳、稚内、滝川、江別、深川の計15の市立病院である。統計解析には、SPSS statistics® (version 21, IBM) を使用し相関分析を行った。p値は0.05以下を有意水準とみなした。さらに、総務省ホームページの病院事業決算状況・病院経営分析比較表⁴⁾を用いて令和元年度から6年度の小樽市立病院の経営諸指標を用いて経時的な検討を加えた。

まず初めに本稿に使用された経営指標⁵⁾について簡単に概説する(図1)。医業収益は、「入院収益」「外来収益」及び室料差額収益等の「その他医業収益」並びに地方公営企業法施行令第8条の5第1項第3号の経費に係る繰入金のうち、救急医療の確保、保健衛生行政事務に要する経費に相当する「他会計負担金、運営費負担金」等の合計である。修正医業収益とはこの医業収益から最後の「他会計負担金、運営費負担金」等のみを除いたものである。修正医業収支比率とは、病院の本業である医業活動から生じる医業費用に対する修正医業収益の割合を示す指標である。つまり医業費用が、修正医業収益によってどの程度賄われているかを示すものであり、医業活動における経営状況を判断する。その計算式を図1aに示す。給与費比率は、正式には職員給与費対医業収益比率であり、医業収益の中で職員給与費が占める割合を示す指標である(図1b)。同様に材料費率は正式には材

料費対医業収益比率であり、医業収益の中で材料費が占める割合を示す指標である（図1c）。

結果

1. 道内公立病院の経営比較

まず驚くべきことに本業である修正医業収支は、道内の全ての市立病院で赤字であった。しかもその平均額は単なる赤字では済まされない年間およそ22億円という莫大な赤字であった。給与費比率も平均59.1%と軒並み高水準であった（図2）。しかしこの修正医業収支と給料費比率には全く相関が認められなかった。

そこで修正医業収益に着目し、給料費比率との関係をグラフ（図3a）で見ると、収益は、札幌、函館、釧路、砂川、小樽（修正医業収益は年間107億円、給与費比率は57%）の順に多く、両者には反比例の関係が予想されたので、相関分析を行った（図3b）。その結果、 $p=0.001$ と有意な負の相関が認められた（ $r=-0.77$ ）。次に、医師一人当たりの修正医業収益を検討したが、有意な結果が得られなかった。そこでベッド1床あたりの修正医業収益を用いて再検討した（図4）。小樽の収益は千歳に抜かれ6位に順位を落とすも（図4a）、両者には有意な負の相関が認められた（ $p=0.001$ 、 $r=-0.77$ 、

a

	算出式（公営企業）	算出式（地方独立行政法人）
③修正医業収支比率（%）	$\frac{\text{入院収益} + \text{外来収益} + \text{他会計負担金を除くその他医業収益}}{\text{医業費用}} \times 100$	$\frac{\text{入院収益} + \text{外来収益} + \text{その他医業収益}}{\text{営業費用}} \times 100$

b

	算出式
⑦職員給与費対医業収益比率（%）	$\frac{\text{職員給与費}}{\text{医業収益(営業収益)}} \times 100$

c

	算出式
⑧材料費対医業収益比率（%）	$\frac{\text{材料費}}{\text{医業収益(営業収益)}} \times 100$

図1. 病院事業における経営指標の概要

- a. 修正医業収支比率の計算式
 - b. 給与費比率の計算式
 - c. 材料費比率の計算式
- 詳細は本文を参照のこと

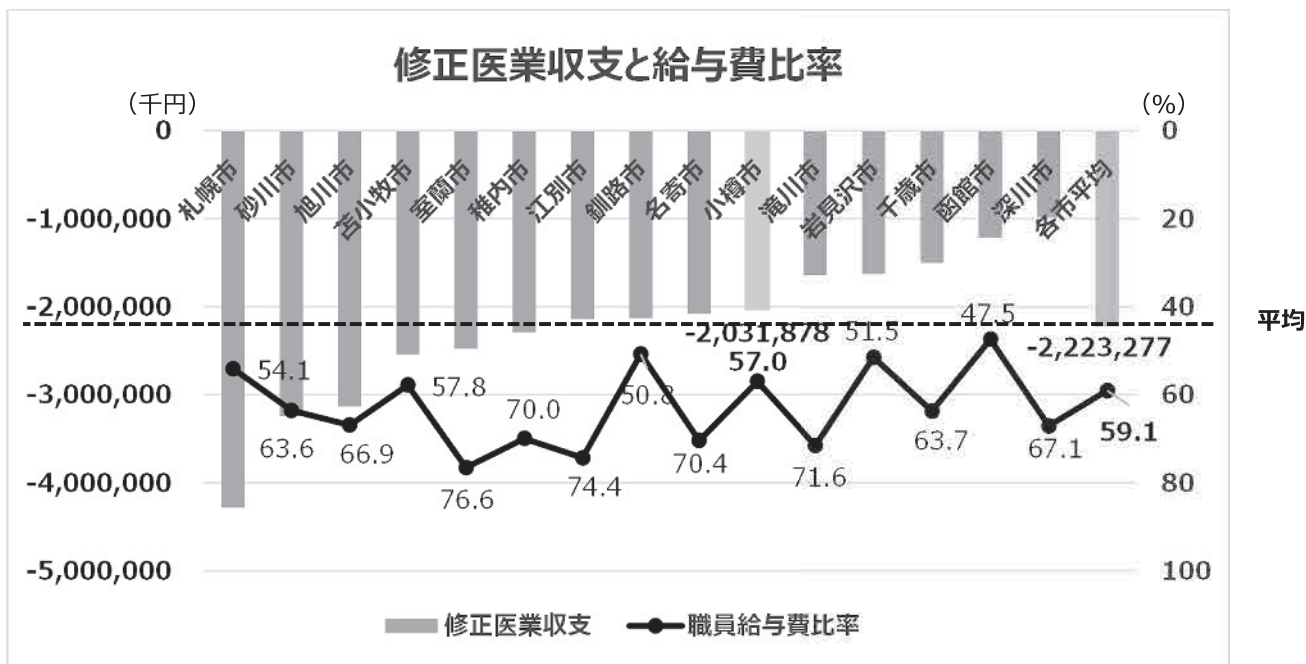


図2. 修正医業収支と給与費比率

棒グラフは修正医業収支の赤字額の多い順に並べた。対応する市立病院の給与費比率は折れ線グラフとして示した。右端に平均値（破線）を示した。

図4b)。結局、修正医業収支比率と給与費比率には、有意な負の相関が認められた（図5、 $p=0.002$ 、 $r=-0.74$ ）。

修正医業収支比率と材料費比率には、正の相関があることが知られているが、本検討でも有意な正の相関が認められた（ $p=0.002$ 、 $r=0.74$ 、図6a）。同様に給与費比率と材料費比率には負の相関があることが知られているが、本検討でも、 $p=0.003$ 、 $r=-0.72$ （図6b）とそれが確認された。最後に病床利用率と給与費比率（図7a）、および修正医業収支比率の関係をグラフにより検討した（図7b）。

次に、修正医業収支比率の経年変化に着目した（図8）。令和4年から令和6年までの3年間の推移を降順にソートしてグラフ化した（図8a）。直近2年間の差を同様にソートしてグラフ化した（図8b）。

2. 小樽市立病院の経営状況の経時的変化

図9に小樽市立病院の令和元年から令和6年までの修正医業収益、収支、収支比率の年次推移を示す。令和2年のコロナパンデミックによる悪化から収益を回復し右肩上がりに伸ばしているのと同時に収支の赤字も拡大し

てしまっている。その結果、修正医業収支比率も令和3年84.8%、令和4年85.1%からやや低下し令和5、6年も84.2%とプラトーを維持していた。費用のうち給与費、材料費、経費とも額面上上昇傾向が持続していた（図10a）。これらの比率としてその推移と年間延べ入院患者数と共に図示すると、費用の中でとくに材料費比率のみが明らかな右肩上がりの増加を示し、年間延べ入院患者が令和5年から6年にかけてコロナ禍を通じて初めて低下したことが判明した（図10b）。

考察

1. 道内公立病院の経営比較

北海道の市立病院の令和6年度の当期純利益は、市立函館病院を除き全て赤字であり、黒字の函館も本業である修正医業収支ではおよそ12.2億円もの赤字である。参考までに医業外収益（図11）とは、受取利息・配当金、国庫補助金、道補助金、他会計補助金、他会計負担金、長期前受金戻入など本業の医業以外から得る経常的な収益を指す。函館の場合、実際には18.6億円もの医業外収益があり、最終的に会計上黒字に転化したものにはすぎない。この医業外収益の自治体による格差が大きい

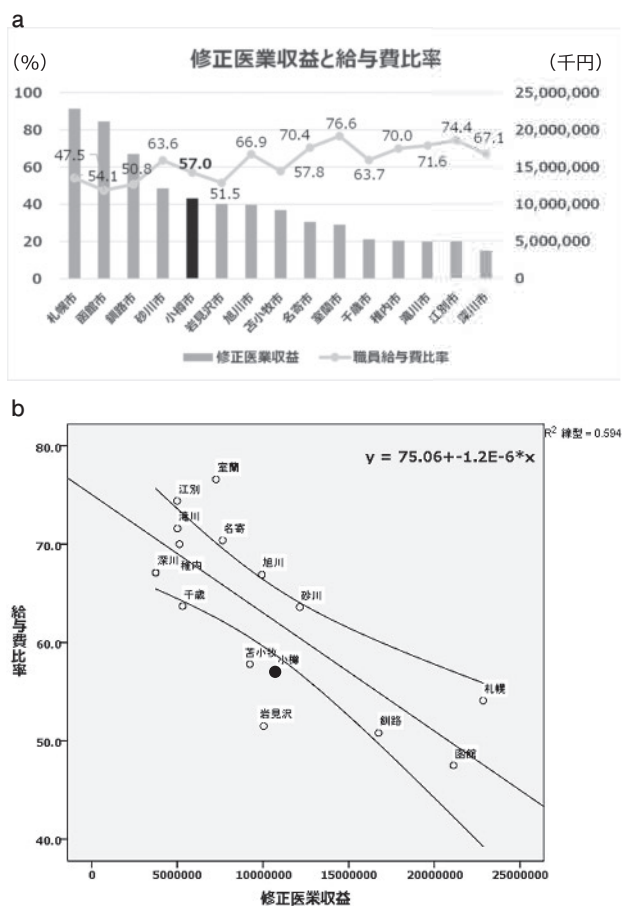


図3. 修正医業収益と給与費比率

a. 棒グラフは修正医業収益額でソートした。b. 相関分析の散布図

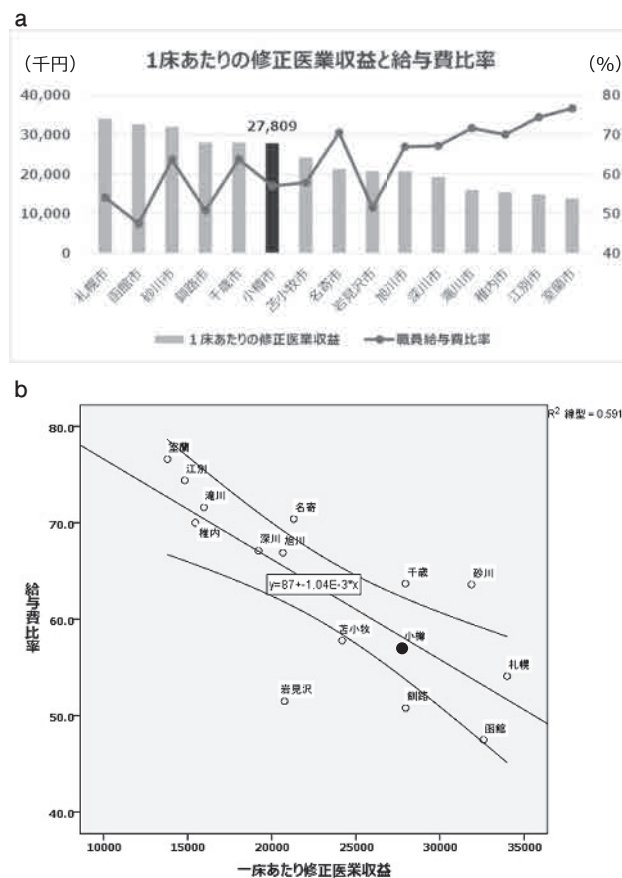


図4. 1床あたりの修正医業収益と給与費比率

a. 棒グラフは1床あたりに換算した修正医業収益でソートした。b. 相関分析の散布図

ことも見逃せない。道内の公立病院の年間平均赤字額は22.2億円の巨額に及び、これが記憶に新しい週刊現代の「この赤字病院は避けなさい」と題した記事の全国公立病院赤字ランキング100⁶⁾の基データである(図2)。これが公立病院の95%が赤字といわれる所以であり、常軌を逸しているが紛れもない現実である。

まず医業諸費用の中でもっとも高額な給与費を取り上げ検討した。しかし修正医業収支と給与費比率に何ら関連が認められなかったため、次に修正医業収益に着目した。なぜなら修正医業収益は、多くの医師にとって実際の本業での働きを表すため感覚的に理解しやすいと思われるからである。そもそも給与費比率の計算式の分母が医業収益のため(図1)、両者に強い負の相関があるのはもっともである(図3b)。さらに一歩進めて医師一人当たりの修正医業収益と給与費比率を検討したが、残念ながら有意な結果が得られなかった。これには各病院の常勤医、非常勤医フルタイム、非常勤医パートタイムなどの採用・雇用形態のバリエーションが交絡するためと考えられた。そこでベッド1床あたりの修正医業収益を採用したところ、給与費比率と有意な負の相関が認めら

れた(図4b)。しかし、こうすることで小樽市立病院の収益はランキング上位5位から6位へ後退した(図4a)。これは80床の精神科病棟を解析に含めたためと思われる。修正医業収支比率と給与費比率には有意な負の相関が認められた(図5)。小樽市立病院の修正医業収支比率は84.2%であり、市立札幌病院と同率の4位であったが、修正医業収支比率が高い5病院の中で比較すると給与費比率が最も高値であり、改善の余地を残すものと考えられた(図5a)。地域毎の個別の事情はさておき、本業の医業活動に比して不釣り合いに給与が高い傾向にあるのは、室蘭、名寄、稚内、江別であり、反対に低い傾向にあるのは、苫小牧、岩見沢、札幌であった(図5b)。

次に給与費の次に高額な診療材料費に焦点をあて検討した。修正医業収支比率と材料費比率には、正の相関があるのが知られているが、本検討でも有意な正の相関が認められた。この検討で材料費が過大と思われるのは、旭川、砂川、札幌、岩見沢であり、反対に材料費が過小

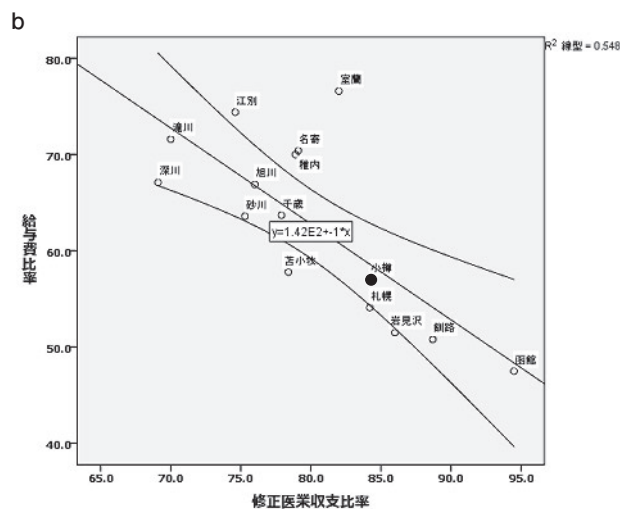


図5. 修正医業収支比率と給与費比率

- a. 修正医業収支比率の降順でソートした。
- b. 相関分析の散布図

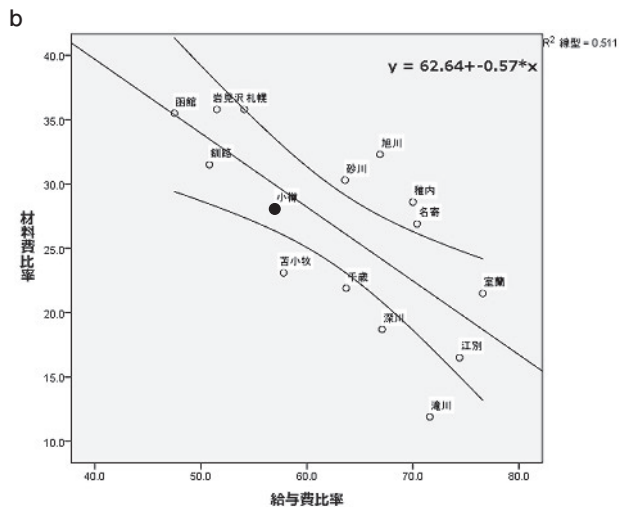
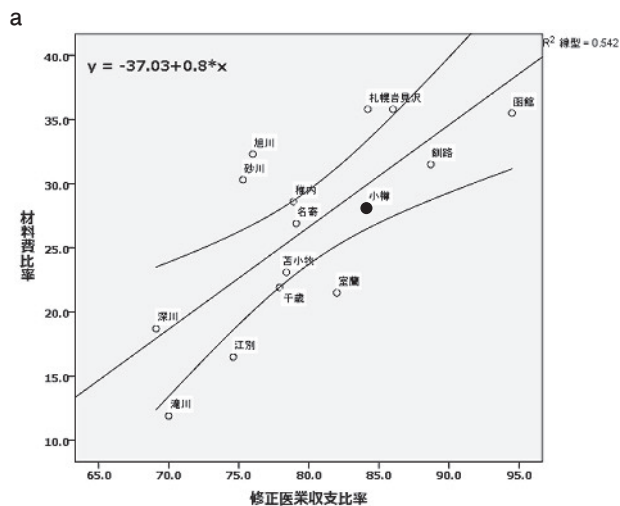


図6. 材料費比率と修正医業収支比率 (a) と給与費比率 (b) の相関分析図

と思われるのは、室蘭、江別、滝川であった（図6a）。同様に給与費比率と材料費比率には負の相関があるのが知られているが、本検討でも有意な負の相関が認められた。その中で給料に比べて材料費が過大なのが、旭川、稚内、砂川、名寄であり、反対に過小なのが滝川、苫小牧、深川、千歳であった（図6b）。

更に病床利用率を取り上げ検討した。病床利用率と給

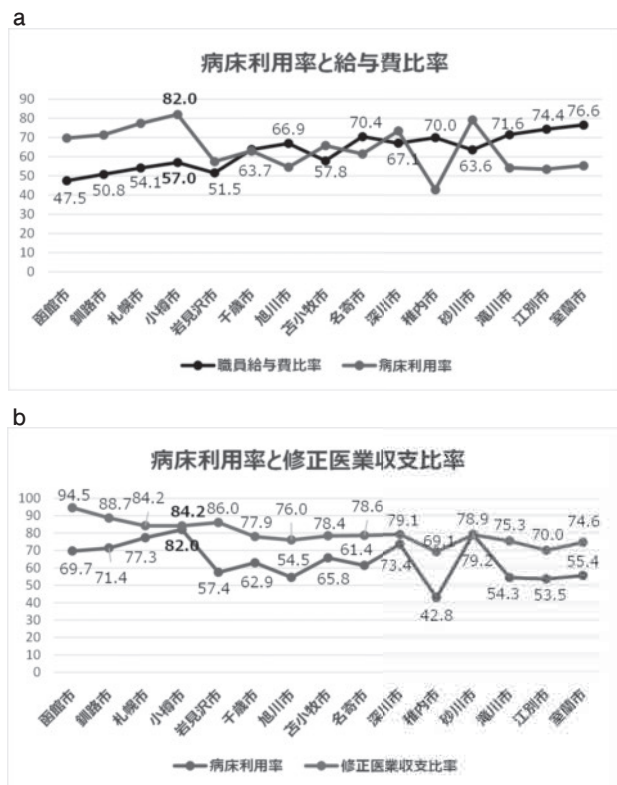


図7. 病床利用率と給与費比率 (a) および修正医業費比率 (b) の折れ線グラフ

与費比率（図7a）とのグラフの比較から、大まかに3グループに分類できた。すなわち給与費が低く利用率が高い群（函館、釧路、札幌、小樽）、その正反対で給与費が高いのに利用率が低い群（室蘭、江別、滝川）、最後にそのどちらにも属さない3群である。病床利用率と

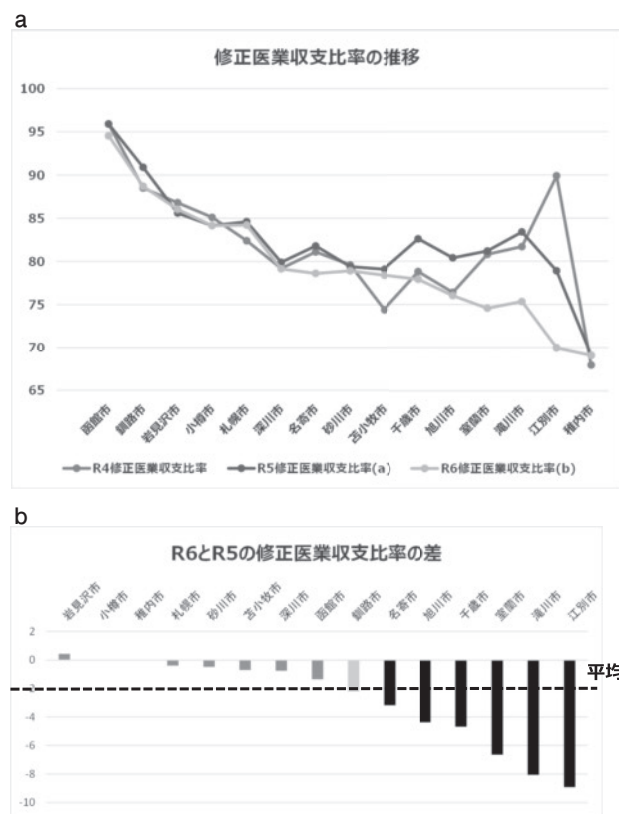


図8. 修正医業収支比率の推移 (a) の3年間の推移 (b) 令和5年度と令和6年度における各市立病院における修正医業費比率の差

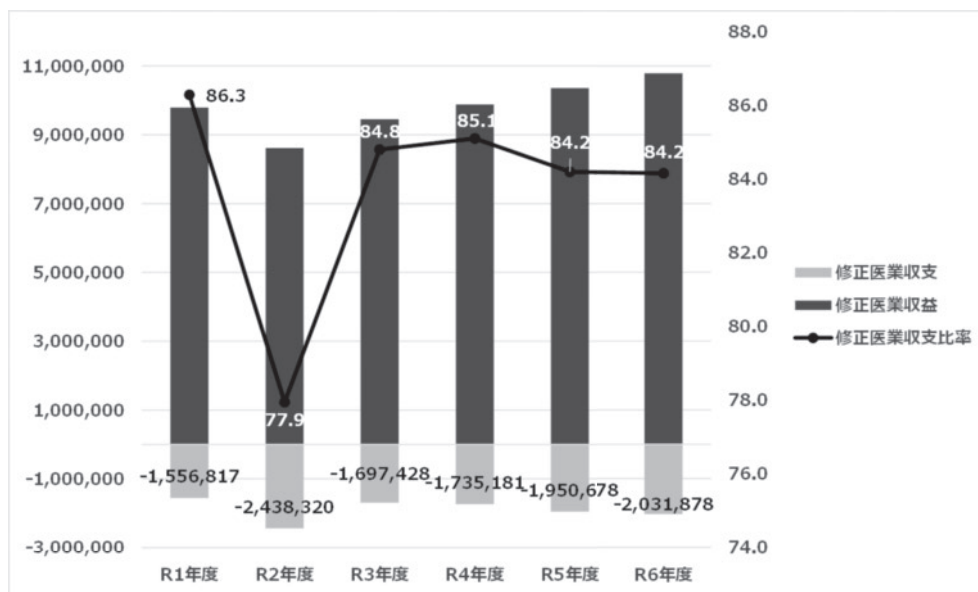


図9. 小樽市立病院の修正医業収益、収支および収支比率の年次推移

修正医業収支比率（図7b）には、明らかな関連は見いだせなかったが、年間の病床利用率のトップは、例年小樽市立病院であり、令和6年度も82%とトップの座をかるうじて死守した（道内公立病院の平均は64.8%であった）。

最後に各病院の修正医業収支比率の3年間の推移を比較した（図8a）。苫小牧市より右側に位置する病院は、修正医業収支比率が最低である稚内を例外とすると令和6年度の比率が最低でありかつ、変動幅が大きい。一方、左側は変動幅が小さくコロナ補助金に左右されず経営努力をしていることが伺われる。令和5年度と6年度の比率の差でみると（図8b）、稚内を例外として、収益が改善したのは岩見沢のみ、差がなかったのは小樽のみであり、その他大部分の病院は令和6年度の収益が悪化していた。

2. 小樽市立病院の相対的な立ち位置

上記のデータを総合し小樽市立病院の相対的な立ち位置を示す。

小樽市立病院は、修正医業比率は15病院中4番目に高く（市立札幌病院と同率4位、図5a）、医業としての赤字は10番目、医業外の収益は10番目にランクされる。収益と給与費のバランスおよび使用されている医療材料費も適正である。修正医業収益と給与費比率との相関をみた散布図（図3b）や例年1位を誇る病床利用率（図7b）からみると給与はむしろ控えめと言える。昨今の医療情勢を考慮すると、令和6年度の修正医業収支比率は令和5年と等しく84.2%を維持している点は評価できる（図8）。医療供給体制としての病院規模や医療需要として小樽後志地域の高い高齢化率を考慮するとむしろ健闘していると言える。

3. 小樽市立病院の経営状況の経時的変化

図9に示すように、令和6年度の修正医業収支比率の伸び悩みの原因は、収益の伸び以上に費用がかさんでいることは明らかである。費用のうち給与費、材料費、経費とも額面上上昇傾向が持続しているが（図10a）、そ

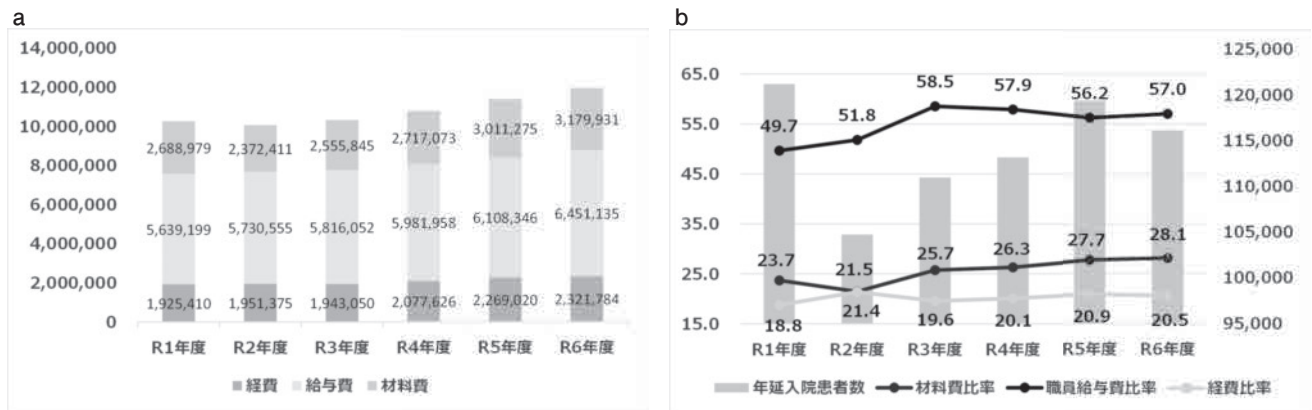


図10. 小樽市立病院の医業費用の内訳 (a) と医業費用比率と年延入院患者数の年次推移 (b)

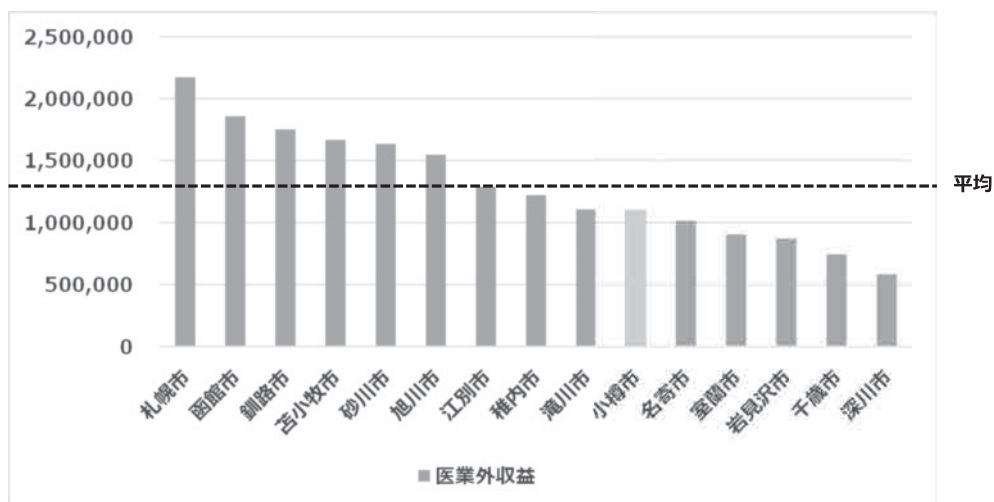


図11. 医業外収益の比較
平均額を赤破線で示した。

れぞれを比率としてグラフ化すると材料費比率のみが明らかな右肩上がりの増加を示した(図10b)。また年間延べ入院患者が令和5年から6年にかけてコロナ禍を通じて初めて低下していることも明らかになった。

以上の結果を踏まえると、医療材料費の削減と新入院患者の獲得が小樽市立病院の経営改善に対する最優先課題と思われた。

おわりに

小樽市立病院は、厳しい医療環境の変化の中で、「地域に信頼され選ばれる中核病院」としての役割を再定義し、機能の「選択と集中」を図りながら、効率的かつ持続可能な経営モデルの構築を目指している。そのためには、「経営基盤の強化」「地域連携の中核機能強化」「人材確保」「市民との共創」という4つの柱を戦略的に推進し、地域住民、行政、地域の医療機関そして病院職員が一丸となって取り組むことが成功への鍵であろう。これは、「前向きな撤退戦略」の一部、すなわち「何に特化し、何を強化するか」という集中と選択を明確にし、懸念される経営課題に対し、単なる利益確保だけでなく、効率性と地域貢献を両立させる具体的な行動が必須である。

ここまでで本稿では道内の公立病院の経営状況の燦燦たる惨状を報告した。しかし、この過酷な医療環境の中で精神科病棟80床を抱えた急性期一般病棟302床の中規模の北海道の公立病院として小樽市立病院は粛々と地道な経営努力を続けていることがお分かりいただけたらうか？ そうした努力にもかかわらずその台所事情は火の車であり、現実問題として資金不足に陥っている。職員一同、現状を把握しつつも小樽市立病院がまだまだ発展途上であることをご理解いただきたい。今後も地域になくてはならない拠点病院として努力を継続する所存であり、皆様のなご一層のご支援、ご鞭撻を賜りますことを切にお願いしたい。

参考文献

- 1) 令和6年度 公立病院の経営に関する調査 結果報告書, 全国衛生部長会 調査研究部会, 令和7年3月
- 2) 有村佳昭. 北海道公立病院の経営状況. 小樽市医師会だより 107号, 2025, 21-26
- 3) 令和6年度病院事業決算状況比較表, 北海道公立病院連盟, 令和7年6月調
- 4) https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/kessan-bunseki/index.html
- 5) https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/

jititai/011.html

- 6) 週刊現代 2025年7月21日号, p22-27, 講談社(東京)

地域がん診療連携拠点病院としての活動実績 (2017-2024年における当院のがん治療動向の解析も含めて)

金内 優典

小樽市病院局 副局長・小樽市立病院がん診療センター長

要 旨

当院が2021年に地域がん連携拠点病院の認定を受け5年が経過した。この区切りとして2017～2024年度のがん治療症例の年次推移を解析し、地域がん診療連携拠点病院としての機能と課題を考えてみたい。全症例数は増加し、特に非手術症例が有意に増加したことが総症例増加の主因であった。部位別には肺・大腸で非手術例が増加し、卵巣では手術例の増加がみられた。術式別解析では大腸・腎・婦人科領域で鏡視下手術の割合が上昇し、低侵襲化が進行していた。化学療法・放射線療法は前立腺で治療選択の変化を反映し、肺でも治療構成の変化が示唆された。これらは全国的動向と概ね一致し、当院の拠点病院としての機能整備（外来化学療法体制、放射線治療設備、専門職配置）の成果と思われる。また当院では、地域医療機関・行政・学校と連携した「小樽・後志がん診療セミナー」および学校教育現場あるいは一般市民を対象とした講演活動を継続し、がん予防・早期受診・適切治療に関する啓発と医療連携強化を図ってきた。今後も予防から治療まで地域完結型がん医療の一層の発展を目指し、がん医療の充実をはかる必要がある。

キーワード：地域がん診療連携拠点病院、がん治療、教育・啓発活動

緒言

近年、我が国においては、社会保障の視点から「がんとの闘い」が国家的な重要課題に位置付けられてきた。2006年の「がん対策基本法制定により、がん予防・早期発見・適切治療・患者支援という包括的な対策が制度化され、厚生労働省や地方自治体が一体となった体制が整備されてきた¹⁾。加えて、全国各地に設けられた「地域がん診療連携拠点病院」の指定は、がん医療の質と量を全国均てん化し、地域住民が適切な医療を受けられることを目的としており、これらの施設は、がん診療を行う医療機関の中核として、標準診療の提供、多職種によるチーム医療、臨床試験やデータベース登録の実施、そして地域医療機関との連携強化など、多機能を担っている。

地域がん診療連携拠点病院には、「切れ目ないがん医療」の構築が求められており、がんが疑われた時点から診断・手術療法・放射線療法・化学療法・緩和ケアに至るまでの診療プロセスを地域内で円滑に提供・調整できる体制の構築が必須である。目指すべき姿は、ただ単に手術や化学療法の実施件数を増やすことなく、標準治療の適時・適格な実施、低侵襲や集学的治療の普及、

地域の医療機関や診療所との継続的な連携、そしてエビデンスに基づく治療を確立することにあると言える。加えて、最新治療（分子標的薬、免疫療法、ロボット支援下手術など）を地域に根付かせ、地域格差を是正することで、住民が「自分の町で治療を完結できる」信頼を持つことが重要であり、それこそが当院の目指すべき姿である。

本報告では、当院が2021年に地域がん診療連携拠点病院として指定を受けてから5年を経過した現時点において、当院でのがん治療の全体像とがん種別の動態変化、手術術式・放射線療法・化学療法の動向を整理・解析し、地域がん診療連携拠点病院としての役割を果たす上での実態と今後の方向性を考察する。

I. がん診療実績について

対象と方法

解析対象は2017～2024年度に当院でがん治療を受けた7299症例であり、部位別には大腸（1087例）、胃（609例）、肺（1173例）、乳房（788例）、膵臓（229例）、腎臓（204例）、前立腺（686例）、膀胱（439例）、子宮体部（160例）、子宮頸部（178例）、卵巣（106例）、甲状腺（86例）、その他の悪性腫瘍（1558

例)を含む。

年度別、がん種別に手術・非手術症例を集計し、年度毎の全治療総数あるいはがん種別の合計件数について傾向解析を実施した。解析手法としては、非線形的な変化を考慮するためにSpearman順位相関検定、線形的な増加・減少の傾向を評価するために線形回帰分析を併用した。有意水準は $p < 0.05$ とした。

次いで、当院で施行された胃がん、大腸がん、膀胱がん、前立腺がん、腎がん、肺がん、子宮体がん、子宮頸がんの手術症例について、開腹手術、鏡視下手術(腹腔鏡・胸腔鏡)、内視鏡手術(経尿道的・胃内視鏡・大腸内視鏡など)の三群で年度ごとの件数を集計し、Cochran-Armitage傾向検定により線形的な年次変化を評価した。また、術式割合のオッズ比(1年あたりOR)を二項ロジスティック回帰により算出した。有意水準は $p < 0.05$ とした。

さらに、化学療法に関しては大腸がん、胃がん、乳がん、肺がん、前立腺がん、子宮体がん、すい臓がんの7がん種で、放射線療法に関しては大腸がん、乳がん、肺がん、前立腺がん、子宮頸がんの5がん種で、それぞれの症例の年次推移を分母を総症例(手術+非手術)、分子を化学療法・放射線療法症例数として、部位別・年度別の化学療法・放射線療法割合を算出した。年次傾向はCochran-Armitage傾向検定および二項ロジスティック回帰により術式割合のオッズ比(1年あたりOR)を算

出した。有意水準は $p < 0.05$ とした。

データは当院DPC情報および部門集計資料を用い、匿名化後にソフトウェアEZRを用いて統計処理を行った²⁾。なお本研究については当院倫理委員会の承認を得た。

結果

1. 全がん症例の治療内容の年次推移(図1、表1)

全がん種を通じた年間治療総症例数は2017年の631件から2024年の1002件へと増加した。非手術例(Spearman $\rho = 0.74$, $p = 0.04$)および合計症例(Spearman $\rho = 0.71$, $p = 0.05$)で有意な増加を認め、それぞれ95.9件/年($R^2 = 0.67$, $p = 0.01$)、117.3件/年($R^2 = 0.61$, $p = 0.02$)の有意な増加傾向であった。手術例も増加の方向は認められるが、有意差は認められなかった(Spearman $\rho = 0.29$, $p = 0.49$)。

2. がん種別の治療内容の年次推移(図2、表2)

全体として、非手術件数は多くのがん腫で緩やかな増加傾向を示し、手術件数は一部腫瘍で増加、または横ばいを示した。Spearman順位相関検定[3]において、非手術群では有意な増加($p < 0.05$)を認める腫瘍が複数存在し、線形回帰分析でも回帰係数が正の値を示す傾向が多く観察された。一方、手術群では統計的有意差を示す腫瘍は限られていた。

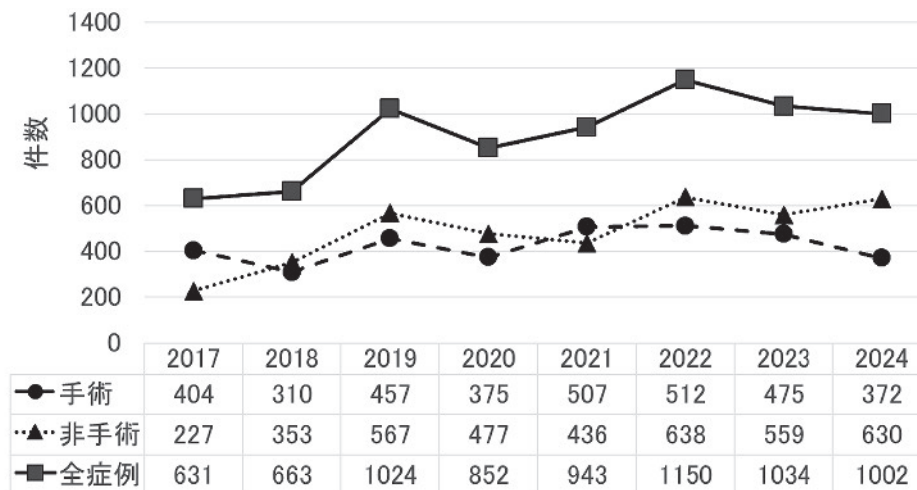


図1. 年度別がん治療件数の推移

表1. 年度別がん治療件数の推移

項目	Spearman 順位相関		線形回帰		
	ρ	p	OR	R^2	p
総数	0.71	0.05	+117.3	0.61	0.02
手術	0.29	0.49	+21.4	0.13	0.38
非手術	0.74	0.04	+95.9	0.67	0.01

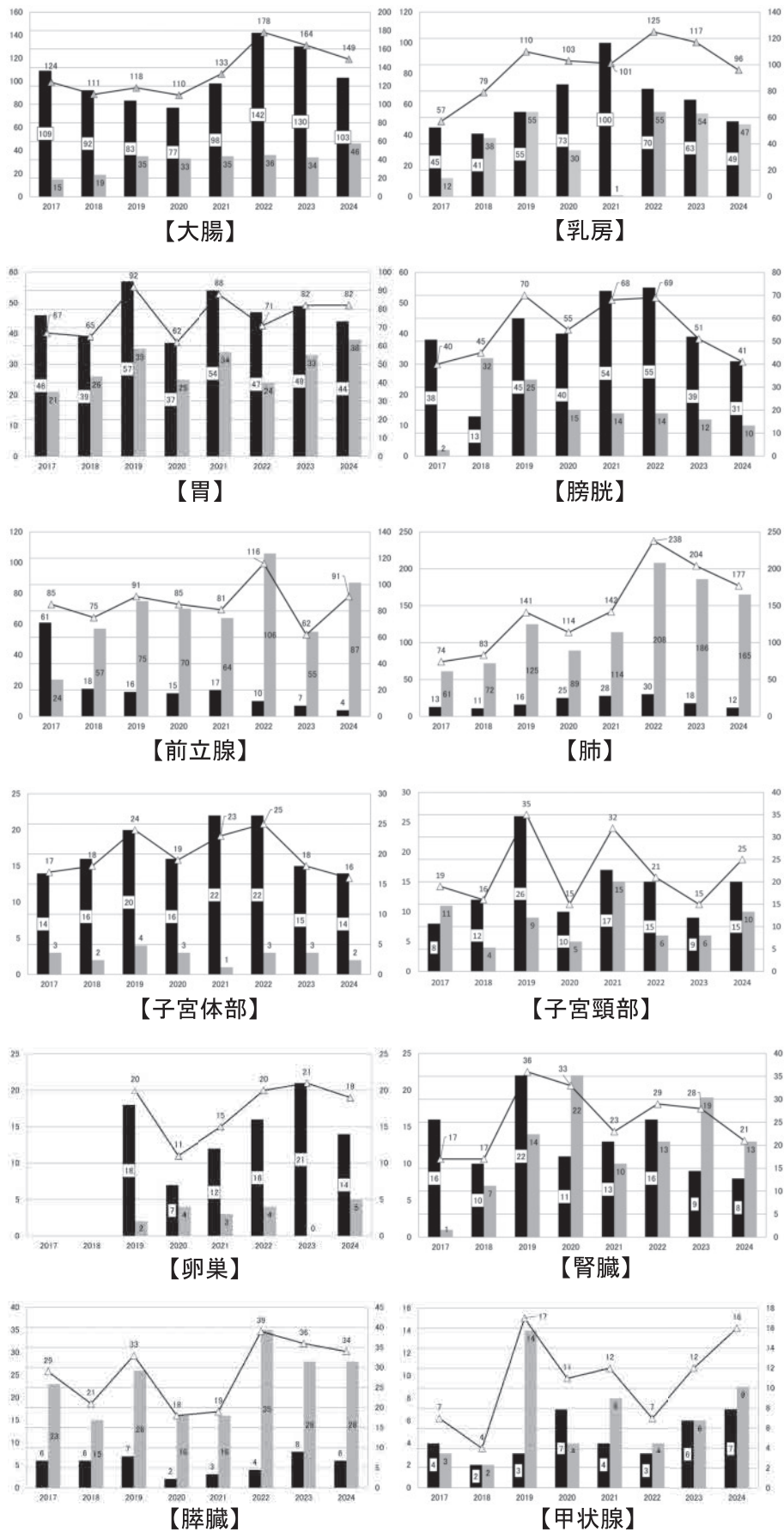


図2. 年度別がん種別治療件数の推移
 ■：手術症例、■：非手術症例、△：総数

表2. 年度別がん種別治療件数の推移

がん種	対象	Spearman 順位相関		線形回帰		
		ρ	p	OR	R ²	p
大腸	手術	0.40	0.32	4.12	0.20	0.26
	非手術	0.79	0.02	3.54	0.76	0
	総数	0.69	0.06	7.65	0.55	0.04
乳房	手術	0.40	0.32	2.50	0.10	0.44
	非手術	0.35	0.40	3.52	0.17	0.30
	総数	0.52	0.18	6.02	0.46	0.06
胃	手術	0.12	0.78	0.27	0.01	0.82
	非手術	0.50	0.21	1.55	0.37	0.11
	総数	0.35	0.40	1.82	0.16	0.33
膀胱	手術	0.19	0.65	1.49	0.07	0.51
	非手術	-0.32	0.43	-0.93	0.06	0.55
	総数	0.12	0.78	0.56	0.01	0.80
前立腺	手術	-0.93	0	-5.6	0.59	0.03
	非手術	0.50	0.21	6.17	0.39	0.10
	総数	0.14	0.73	0.57	0.01	0.83
肺	手術	0.31	0.46	0.87	0.08	0.50
	非手術	0.83	0.01	18.71	0.72	0.01
	総数	0.88	0.00	19.58	0.7	0.01
子宮体部	手術	0.00	1.00	0.08	0	0.89
	非手術	-0.23	0.58	-0.08	0.05	0.60
	総数	-0.04	0.93	0	0	1.00
子宮頸部	手術	0.22	0.61	0.10	0	0.92
	非手術	0.08	0.84	0.05	0	0.94
	総数	0.04	0.93	0.14	0	0.92
卵巣	手術	0.66	0.08	2.40	0.55	0.04
	非手術	0.59	0.12	0.48	0.32	0.14
	総数	0.70	0.05	2.88	0.64	0.02
腎	手術	-0.56	0.15	-0.92	0.23	0.23
	非手術	0.48	0.23	1.54	0.33	0.14
	総数	0.23	0.59	0.62	0.05	0.61
膵	手術	0.05	0.91	0.02	0	0.95
	非手術	0.65	0.08	1.51	0.26	0.19
	総数	0.52	0.18	1.54	0.21	0.25
甲状腺	手術	0.52	0.19	0.45	0.33	0.14
	非手術	0.53	0.18	0.43	0.07	0.53
	総数	0.47	0.24	0.88	0.23	0.23

(1) 大腸がん

非手術例 (Spearman $\rho=0.79$, $p=0.02$) で有意な増加 (3.5 件 / 年, $R^2=0.76$, $p=0.01$) が認められた。総数でも 7.7 件 / 年 ($R^2=0.55$, $p=0.04$) で増加する傾向が認められた (Spearman $\rho=0.69$, $p=0.06$)。手術例は全体として増加の方向がうかがわれるが有意ではなかった。

(2) 乳がん

手術例、非手術例ともに有意な変化は認められない

が、総症例数としては有意ではないものの (Spearman $\rho=0.52$, $p=0.18$)、6.0 件 / 年 ($R^2=0.46$, $p=0.06$) の増加傾向がうかがわれた。

(3) 胃がん

手術例、非手術例ともに有意な変化は認められないが、非手術症例に有意ではないものの緩やかな上昇傾向がうかがわれた (1.6 件 / 年, $R^2=0.37$, $p=0.11$)。

(4) 膀胱がん

手術例、非手術例ともに有意な変化は認められない。2018年には非手術症例が一時的に増加し、その後減少に転じているが有意な低下傾向ではなかった（-5.6件/年、 $R^2=0.59$ 、 $p=0.55$ ）。

(5) 前立腺がん

手術件数が年次的（5.6件/年、 $R^2=0.59$ 、 $p=0.03$ ）に有意に減少していた（Spearman $\rho=0.93$ 、 $p=0.001$ ）。非手術症例に緩やかな上昇傾向がうかがわれた（6.2件/年、 $R^2=0.39$ 、 $p=0.10$ ）。

(6) 肺がん

非手術例が年次的（18.7件/年、 $R^2=0.72$ 、 $p=0.01$ ）に明確な増加傾向を示した（Spearman $\rho=0.83$ 、 $p=0.01$ ）。総症例数の増加は主として非手術例の増加によるものであった。

(7) 子宮体がん

手術件数はおおむね横ばいからわずかに増加の一方で、非手術症例数には一定の年次変動がみられたものの、統計学的に有意な増減は認められなかった。

(8) 子宮頸がん

手術例、非手術例ともに有意な変化は認められなかった。

(9) 卵巣がん

手術例（Spearman $\rho=0.66$ 、 $p=0.08$ ）で増加の傾向（2.4件/年、 $R^2=0.55$ 、 $p=0.04$ ）が認められた。総数での有意な上昇傾向（Spearman $\rho=0.70$ 、 $p=0.04$ ；2.9件/年、 $R^2=0.64$ 、 $p=0.02$ ）は手術例の増加に起因するものであった。

(10) 腎がん

2019～2020年に非手術例が増加し、その後も年度により非手術比率が高い年がみられた。Spearman および回帰分析の結果は、手術がやや減少、非手術が増加方向を示すが、統計学的に有意な変化は限定的であった。手術例、非手術例ともに有意な変化は認められなかった。

(11) 膵臓がん

手術件数は小さく年次変動も大きい。非手術例に上昇方向が認められるが（Spearman $\rho=0.65$ 、 $p=0.08$ ）、回帰分析は有意ではなかった（1.5件/年、 $R^2=0.26$ 、 $p=0.19$ ）。手術例では有意な傾向を示さなかった。

(12) 甲状腺がん

2019年に非手術例が一過性に増加したが、その後は手術・非手術ともに緩やかな増加傾向をうかがわせるが症例数も少なく有意ではない。手術件数は小さくほぼ横ばいであった。

3. がん種別の手術術式割合の年次推移（図3、表4）

8がん種全体で開腹手術の割合は経年的に減少し、鏡視下手術および内視鏡手術の割合が増加する傾向を認めた。この傾向は特に大腸がん・腎がんで明確であった。子宮体がんや頸がんでも同様の傾向をうかがわせる推移がみられた。

(1) 胃がん

開腹手術の割合が年度の経過とともに減少し、鏡視下手術（腹腔鏡下手術）の割合が増加するように見られるが有意な変化ではなかった（開腹手術： $Z=-1.54$ 、 $p=0.12$ 、鏡視下手術： $Z=0.38$ 、 $p=0.71$ ）。内視鏡手術の割合はほぼ同水準で推移していた。

(2) 大腸がん

開腹手術は年度の経過とともに有意に減少し（ $Z=-2.78$ 、 $p=0.006$ ）、オッズ比は0.87（95% CI：0.78-0.96、 $p=0.006$ ）であった。一方、鏡視下手術（腹腔鏡下手術）は有意に増加する傾向を示し（ $Z=2.64$ 、 $p=0.01$ ）、オッズ比は1.08（95% CI：1.02-1.15、 $p=0.01$ ）であった。内視鏡手術については明確な線形傾向は認められず、年度ごとの変動に留まった。

(3) 膀胱がん

内視鏡手術の割合は一貫して高く、開腹手術は低水準で推移し、鏡視下手術は症例数が少なく手術術式の割合に有意な変化は認められない。

(4) 前立腺がん

手術術式の割合として有意な変化は認められない。前項でも示したように手術件数が現状では少ないため十分な判断には及ばなかった。

(5) 腎がん

2017～2019年と2021年以降で症例構成が変化し非手術例数が手術例数を上回るようになってきている（図2）。近年は開腹手術が0件の年度もみられるためトレンド推定は鏡視下手術側に強く引かれる可能性があるが、鏡視下手術は年度の経過とともに増加し（ $Z=4.79$ 、 $p<0.001$ ）、オッズ比は1.84（95% CI：1.39-2.42、 $p<0.001$ ）

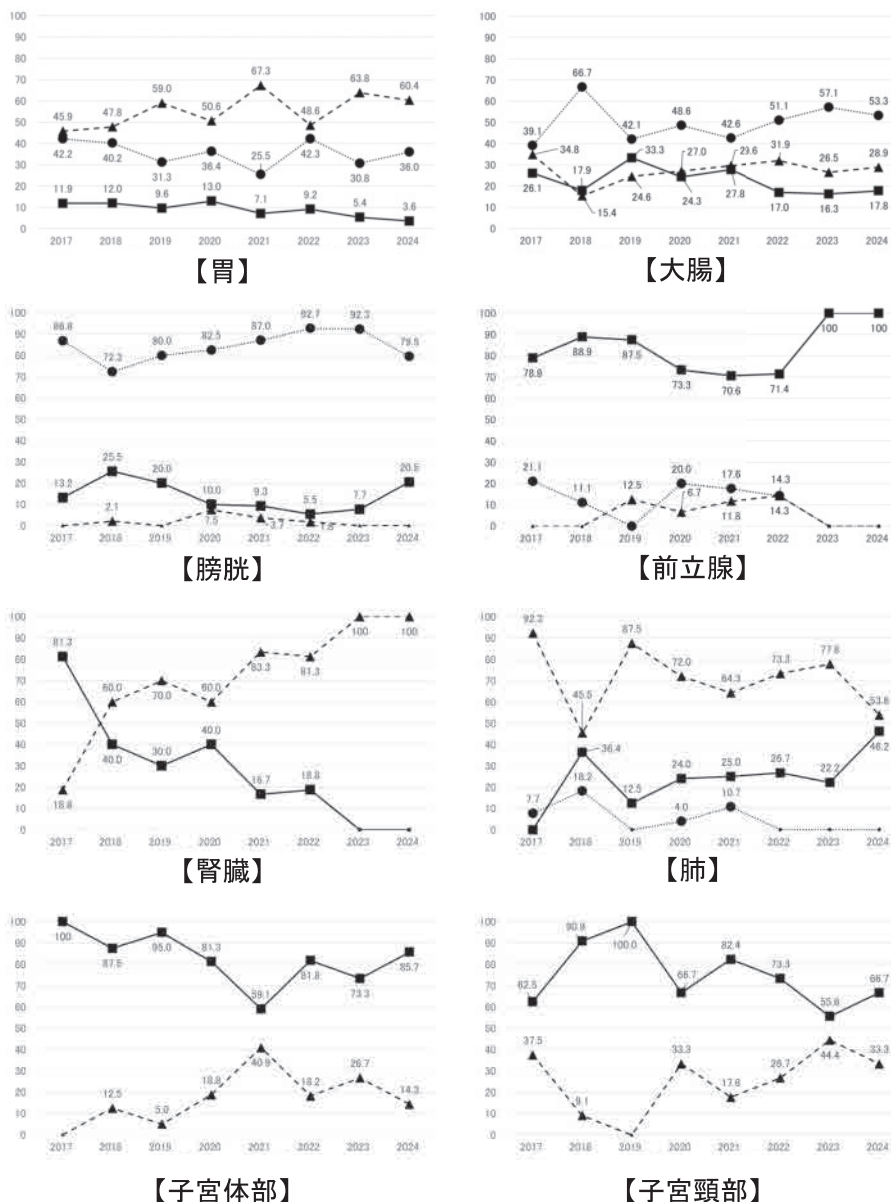


図3. 年度別がん種別手術術式（割合）の推移
 —■—：開腹（胸）手術、---▲---：鏡視下手術、...●...：内視鏡手術

であった。

(6) 肺がん

鏡視下手術（胸腔鏡手術）の割合が増加しているように見えるが、前項で示した通り当院での治療手段として手術例は多くないので、術式の割合として有意な変化は認められなかった。

(7) 子宮体がん

統計的に有意な傾向は認められなかったが、鏡視下手術（腹腔鏡下手術）は年度の経過とともに増加する傾向が認められ ($Z=1.94, p=0.052$)、オッズ比は1.23 (95% CI: 0.99-1.52, $p=0.06$) であった。開腹手術の割

合は相対的に減少していた。

(8) 子宮頸がん

鏡視下手術（腹腔鏡下手術）は年度の経過とともに有意に増加し ($Z=2.00, p=0.045$)、オッズ比は1.25 (95% CI: 1.00-1.56, $p=0.049$) であった。ただし、本症例中には多くのHSIL/CIN3（かつての上皮内がん）が含まれているため解釈には注意が必要である。

4. がん種別の治療内容の年次推移

(1) がん種別化学療法施行例の推移 (図4、表4)

前立腺がんでは化学療法施行割合が有意に低下し ($Z=-5.07, p<0.01$)、オッズ比は0.72 (95% CI: 0.63-

表3. 年度別がん種別手術術式（割合）の推移

がん種	対象	Cochran-Armitage		ロジスティック回帰	
		Z (p)	OR (95% CI)	p	
胃	開腹手術	-1.54 (p=0.12)	0.92 (0.83-1.02)	0.12	
	鏡視下手術	0.38 (p=0.71)	1.02 (0.92-1.13)	0.71	
	内視鏡手術	-0.96 (p=0.34)	1.05 (0.96-1.14)	0.34	
大腸	開腹手術	-2.78 (p=0.01)	0.87 (0.78-0.96)	0.006	
	鏡視下手術	2.64 (p=0.01)	1.08 (1.02-1.15)	0.01	
	内視鏡手術	-1.11 (p=0.27)	0.97 (0.91-1.03)	0.27	
膀胱	開腹手術	-1.48 (p=0.14)	0.90 (0.78-1.04)	0.14	
	鏡視下手術	-0.28 (p=0.78)	0.95 (0.68-1.34)	0.78	
	内視鏡手術	1.51 (p=0.13)	1.11 (0.97-1.26)	0.13	
前立腺	開腹手術	0.18 (p=0.86)	1.02 (0.80-1.31)	0.86	
	鏡視下手術	0.92 (p=0.36)	1.20 (0.81-1.79)	0.36	
	内視鏡手術	-0.86 (p=0.39)	0.87 (0.64-1.19)	0.39	
腎	開腹手術		0.55 (0.41-0.72)		<0.001
	鏡視下手術	4.79 (p<0.001)	1.84 (1.39-2.42)		
肺	開胸手術	1.97 (p=0.049)	1.22 (1.00-1.49)	0.05	
	鏡視下手術	-1.03 (p=0.30)	0.91 (0.76-1.09)	0.30	
	内視鏡手術	-1.80 (p=0.07)	0.70 (0.48-1.04)	0.08	
子宮体部	開腹手術		0.81 (0.66-1.01)		0.06
	鏡視下手術	1.94 (p=0.05)	1.23 (0.99-1.52)		
子宮頸部	開腹手術		0.80 (0.64-1.00)		0.049
	鏡視下手術	2.00 (p=0.045)	1.25 (1.00-1.57)		

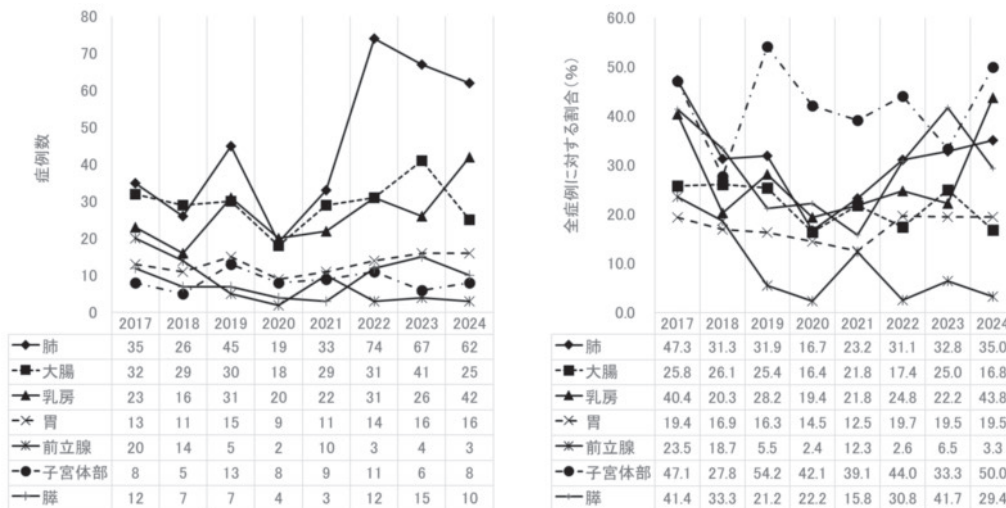


図4. 年度別がん種別化学療法施行例・割合の推移

0.82, p<0.01)であった。大腸がんで減少傾向 (Z = -1.83, p=0.07) がみられ、オッズ比は0.94 (95% CI: 0.89-1.00, p=0.07)であった。他のがん種では有意な変化を認めなかった。

(2) がん種別放射線療法施行例の推移 (図5、表5)

前立腺がんで放射線療法割合が上昇する傾向が認められ (Z=1.89, p=0.06)、オッズ比は1.08 (95% CI:

1.00-1.18, p=0.06)であった。肺がんで放射線療法割合が低下する傾向が認められ (Z = -1.77, p=0.08)、オッズ比は0.94 (95% CI: 0.89-1.00, p=0.06)であった。

まとめ

がん治療実績を俯瞰して考察するに、全がん種を通じた年間治療総症例数は2017年から2024年にかけて、総

表4. 年度別がん種別化学療法施行例・割合の推移

部位	Cochran-Armitage	ロジスティック回帰	
	Z (p)	OR (95% CI)	p
肺	-0.17 (p=0.87)	1.00 (0.94-1.06)	0.87
大腸	-1.83 (p=0.07)	0.94 (0.89-1.00)	0.07
乳房	0.93 (p=0.35)	1.04 (0.96-1.12)	0.35
胃	0.44 (p=0.66)	1.02 (0.93-1.12)	0.66
前立腺	-5.07 (p<0.01)	0.72 (0.63-0.82)	<0.01
子宮体部	0.00 (p=1.00)	1.00 (0.87-1.16)	1.00
睪	0.02 (p=0.99)	1.00 (0.89-1.13)	0.99

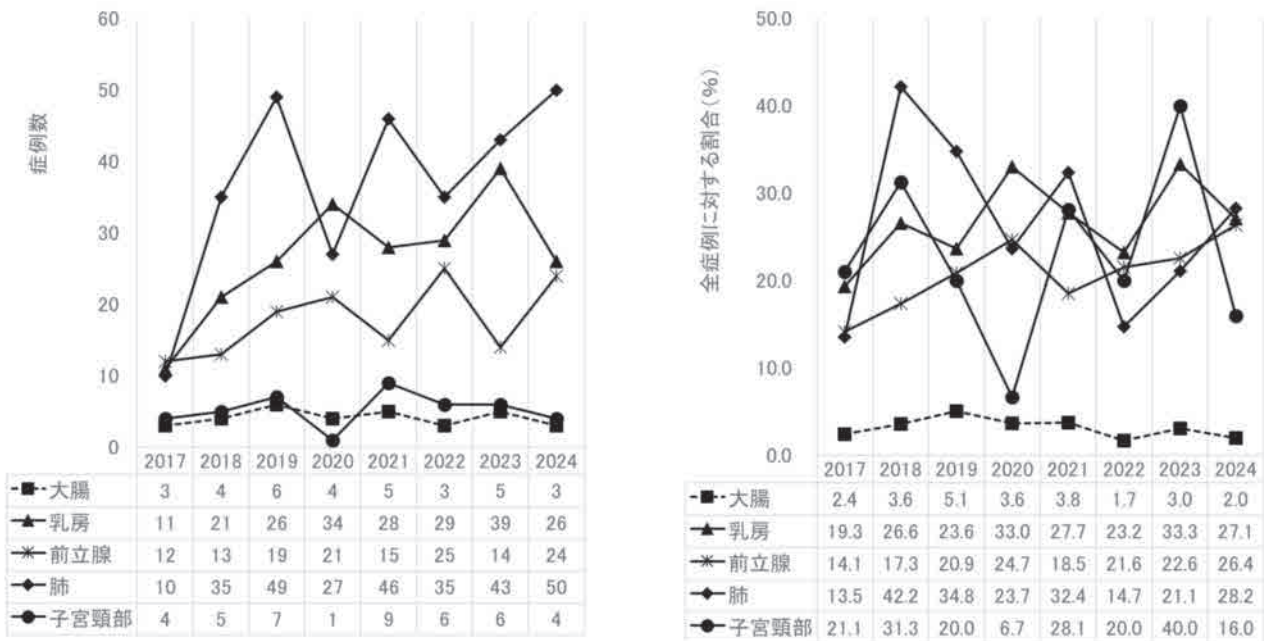


図5. 年度別がん種別放射線療法施行例・割合の推移

表5. 年度別がん種別放射線療法施行例・割合の推移

部位	Cochran-Armitage	ロジスティック回帰	
	Z (p)	OR (95% CI)	p
大腸	-0.86 (p=0.39)	0.94 (0.81-1.09)	0.39
乳房	1.12 (p=0.26)	1.04 (0.97-1.12)	0.26
前立腺	1.89 (p=0.06)	1.08 (1.00-1.18)	0.06
肺	-1.77 (p=0.08)	0.94 (0.89-1.00)	0.06
子宮頸部	0.05 (p=0.96)	1.00 (0.86-1.18)	0.96

症例数は約1.6倍に増加しており、その主因は非手術症例の増加にあった。全体として手術件数は年度による変動を認めるものの横ばいであり、結果として手術割合は年次を経るごとに低下している。この傾向の背景として、小樽・後志医療圏の人口高齢化に伴う手術リスクの上昇による外科的治療適応の相対的な低下、また近年特に分子生物治療薬や免疫チェックポイント阻害薬などの適応拡大が進み、手術適応の無い症例に対する治療門戸

が開かれたことに起因するもので、全国的な傾向と思われる。がん種別にみれば、非手術症例の増加傾向が複数のがん腫で共通してみられ、特に肺がん・大腸がんでは明確であった。子宮体がんや卵巣がんの総治療数、手術症例も増加の傾向を示しており、これに関しては2017年以降、当院で婦人科がん手術に対応できる人的体制が整い順調に運用されていることの結果であろう。

術式別解析では、胃がん・大腸がん・腎がん・子宮体

がんで鏡視下手術の割合が有意に上昇した。大腸がんでは開腹手術が減少し、腹腔鏡手術が全体の7割近くを占めるまでに拡大、腎がんでも開腹手術の減少と鏡視下手術の顕著な増加が認められ、全国的な傾向と一致する³⁾。一方、子宮頸がん・前立腺がんなど一部の腫瘍では症例数変動が大きく、当院施設独特の影響が推測される。特に前立腺がんでは、手術件数の有意な減少が当院では特徴的であった。これは近年、全国的には前立腺がんの手術術式がロボット支援下手術に移行していることによると思われる。当院でも2025年より手術支援ロボットが導入され外科・婦人科・泌尿器科で順調に稼働しており、向後は前立腺がんの手術症例が増加することが十分期待できる。

全治療症例の中で、化学療法は、子宮体がん・乳がん・肺がんなどで有意な増加傾向は認められないが、例年高い実施率を維持している。ただ、前立腺がんでは有意な低下、大腸がんでも減少傾向が認められる。前立腺がんには放射線療法そしてホルモン療法などの治療手段があることによると思われる。大腸がんで総症例数、非手術例が増加傾向であるのに化学療法施行例に減少傾向がみられるのは一見矛盾しているように感じる。手術術式として大腸内視鏡手術症例は横ばいであることから、当院での手術適応の症例に術後補助化学療法が不要な早期症例が増えている可能性が示唆されるが、進行別解析

については向後の検討課題としたい。

放射線療法は、前立腺がんが増加傾向であり前述した主たる治療様式と手術支援ロボットを有していなかった当院の状況を反映したものである。肺がんでの放射線療法の例は2021年度以降に年40~50件で安定して経過しているが、治療割合としては減少傾向にあり、免疫チェックポイント阻害薬などを含めた化学療法の増加が影響している可能性がある。

II. がんに関する啓発活動について

地域でのがん医療に関する啓発活動も我々の使命である。当院では、地域がん連携拠点病院認定後の2021年秋より毎年2回の頻度で医療関係者を対象に「小樽・後志がん診療セミナー」として専門セミナーを継続開催し、小樽・後志地域でのがんに関する正しい知識の普及と医療連携の強化を図ってきた(表6)。講演は各種がん治療やがん研究のスペシャリティはもちろん、小樽・後志地区の臨床の現場で活躍されている臨床医師によるもので、地域に広報し広く参加者を募り開催してきた。

また闘病され、人知れず多くの悩みを抱えておられるがん患者の皆様が自由にその悩みを話し合える場所を提供する「ポプラの会」という場を2017年から月2回で毎年おおむね20数回開催してきた(表7(A))。あいにく2020年、2021年とコロナ禍により開催を停止せざる

表6. 小樽・後志がん診療セミナー開催一覧

No.	開催日	年度別開催回数	演 題 名	演 者
1	2022/2/24	令和3年度第1回	当院における緩和ケアチームの取り組み～アドバンス・ケア・プランニングへの取り組みとせん妄予防～	済生会小樽病院 精神科・腫瘍精神科・緩和ケア内科 医長 菊地 未紗子 先生
			癌と血栓症	北海道社会事業協会小樽病院 院長 柿木 滋夫 先生
2	2022/5/13	令和4年度第1回	腎細胞癌薬物治療におけるCabozantinibの位置づけと展望	北海道大学大学院医学研究院 腎泌尿器外科教室 教授 篠原 信雄 先生
3	2022/12/1	令和4年度第2回	がんに対する近年の放射線治療について	北海道大学大学院医学研究院 放射線治療学教室 教授 青山 英史 先生
4	2023/5/18	令和5年度第1回	間質性肺炎と肺癌	札幌医科大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座 教授 千葉 弘文 先生
5	2023/7/10	令和5年度第2回	ゲノム医療時代のがん診療と遺伝医療	札幌医科大学医学部 遺伝医学 教授 櫻井 晃洋 先生
6	2024/6/13	令和6年度第1回	血液がん診療アップデート	北海道大学大学院医学研究院 血液内科学教室 教授 豊嶋 崇徳 先生
7	2024/10/21	令和6年度第2回 (開院10周年記念特別講演会)	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～	東京医科歯科大学大学院 臨床腫瘍学分野 教授 浜本 康夫 先生
8	2025/6/12	令和7年度第1回	脳卒中診療の現状と課題：がん関連脳卒中を中心に	北海道大学大学院医学研究院 脳神経外科学教室 教授 藤村 幹 先生
9	2025/11/5	令和7年度第2回	小児とAYA世代のがん：臨床像からゲノム医療まで	北海道大学大学院医学研究院 小児科学教室 教授 真部 淳 先生

るを得なかったが、2022年から再開し現在は講師による講演形式となっている。将来的には従来の方法で開催回数を増やしていきたいと考えている。

その他当院がん治療に携わる医師や認定看護師による

派遣講演による啓発活動も行ってきた。一つは北海道教育庁学校教育局健康体育課の「がん教育等外部講師連携支援事業」に協力し行っている学校現場でのがん教育講義（表7（B））、もう一つは当院と保健所、図書館との

表7. がんに関する患者・市民向け啓発活動

(A) がん患者サロン「ポプラの会」開催一覧

年度	回数	開催日	演 題 名	講 師
2017	23 (のべ)	毎月第2第4水曜日	13時30分～（場所：患者支援センター前）	
2018	24 (のべ)	毎月第2第4水曜日	13時30分～（場所：患者支援センター前）	
2019	21 (のべ)	毎月第2第4水曜日	13時30分～（場所：患者支援センター前）	
2022	1	5/25	【テーマ】身の回りで起こった楽しかったこと、新しい発見・出会い	
	2	7/6	食べれない時、食欲がない時、どうしたら良いの？	栄養管理科 渡辺 恵子
	3	8/24	【テーマ】小樽市立病院～がん治療を支える医療者たち	
	4	10/19	コロナ禍におけるストレスについて	認知症疾患医療センター 山崎 典子
	5	1/25	抗がん剤の副作用とその対策～がん薬物療法をサポートする支持療法	薬剤部 前田 直大
	6	3/22	がんと診断されたらまず運動！～がん治療を支える運動の効果	リハビリテーション科 佐藤 真人
2023	1	6/28	介護保険のお話し～申請からサービス利用まで	患者支援センター 大淵 洋
	2	3/7	女性がん患者さんのための脱毛ケア	(株)スヴェンソン 源 恵美 (毛髪技能士)
2024	1	6/12	食事に困った時のヒント	栄養管理科 渡辺 恵子
	2	8/21	がんと診断されたらまず運動！～がん治療を支える運動の効果	リハビリテーション科 佐藤 真人
	3	12/25	がん治療とリンパ浮腫～リンパ浮腫について知ってほしいこと	患者支援センター 渡邊 裕恵
	4	3/12	女性がん患者さんのための脱毛ケア	(株)スヴェンソン 源 恵美 (毛髪技能士)
2025	1	5/27	がんと食事～味覚障害があるときの工夫	栄養管理科 川野 夕花里
	2	7/22	医療費に関すること～高額療養費制度について	医事統括室 北川 里美
	3	9/8	がんとこころ～こころのセルフケア	精神科医療センター 橋本 和花子

(B) がん教育講義

No.	開催日	講義先/対象	演 題 名	講 師
1	2023/12/14	小樽市立長橋中学校 全学生	がんになった人との関わり方	腫瘍内科医療部長 大橋 広和 がん化学療法看護認定看護師 大森 幸恵
2	2022/5/13	小樽市立西陵中学校 全学年	がんという病気について 考えてみよう	がん化学療法看護認定看護師 大森 幸恵
3	2022/12/1	北海道小樽潮陵高等学校 定時制1年生	「がん」について 学ぼう	がん化学療法看護認定看護師 大森 幸恵

(C) 図書館講演会 (*:当院職員)

No.	開催日	サブタイトル	演題名	講 師
1	2023/10/31	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	がん予防、北海道・小樽市のがんに関する動向	小樽市保健所 五十嵐 彩乃 (保健師)
			がんの治療全般に関すること	患者支援センター 大森 幸恵*
			緩和ケアに関すること	緩和ケア管理室 村上 真貴*
2	2024/9/26	がんについて考えよう ～あなたと大切な人のために	がん予防、北海道・小樽市のがんに関する動向	小樽市保健所 伊澤 佑佳 (保健師)
			がん患者さんとの向き合い方	患者支援センター 大森 幸恵*
			緩和ケアに関すること、アドバンスケアプランニングについて	緩和ケア管理室 村上 真貴*
3	2025/9/25	がん検診に行こう ～あなたと大切な人のために	北海道・小樽市のがんに関する動向、検診のすすめ	小樽市保健所 乳久保 沙織 (保健師)
			がんの基本、検診のすすめ	腫瘍内科 大橋 広和*
			がんに関する書籍の紹介	市立小樽図書館 伊藤 佳織 (司書)

共催で行っている「図書館講演会」(表7(C))である。このような市民を対象とした啓発活動こそがプロフェSSIONALが集まる当院に課せられた使命であると言える。

結語

当院では全体のがん治療件数が増加し、鏡視下手術などの低侵襲治療および化学療法や放射線療法も含めた集学的治療が進展していることが明らかとなった。これは、全国的な治療動向と一致しており、地域がん拠点病院としての機能強化が進んでいることを示している。

放射線療法と化学療法の増加は、当院のがん治療センター機能の充実を反映している。放射線療法専門医の招聘と専任スタッフ配置により、拠点指定以前に比べて約1.5倍の稼働率を達成した。化学療法では、外来化学療法室の拡張と看護師・薬剤師の専門資格者増員が、実施件数の増加と安全管理体制の強化に直結している。

当院が目指すがん医療は高度化と同時に地域完結型医療の確立である。緩和ケア、がんサバイバー支援など、地域医療圏における「多職種連携」と「生活支援型医療」の構築を目指し、地域連携部も含めた院内の診療科横断チームによる体制を整備し、地域中核病院・診療所との情報共有体制を強化し、紹介・逆紹介の円滑化や緩和ケア・在宅支援のネットワーク化をさらに推進する必要がある。そのためにも小樽・後志地区でのがん治療に関する教育、啓発活動に関しては現状に満足せず、より地域の関係者や一般の方、学生・学童も巻き込んでいく機会や機運の醸成に努力を続ける必要がある。

今回、診療実績の評価を行ったことは、将来的には地域がん登録あるいは全国データとの連携解析に道を開くものと期待している。向後のがん治療に関して責任ある立場でより一層の努力を続け、かつ他施設との連携を強化し、小樽・後志地区の住民の皆様の健康と福祉にますますの貢献を果たしたいと考えている。

謝辞

本稿作成に関し、当院のがん治療データ作成にご尽力いただいている、事務部医事統括室 医事グループ 村上真貴子様、吉井 寛子様、患者支援センター 主幹 柴田隆一様に深謝申し上げます。

文献

1) 厚生労働省. がん対策推進基本計画. mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html?utm_source=chatgpt.com.

- 2) Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software `EZR' for medical statistics. *Bone Marrow Transplant*. 2013 Mar; 48(3): 452-8.
- 3) 日本内視鏡外科学会. 内視鏡外科手術に関するアンケート調査 第17回報告. https://www.med-mc.com/jcs_society/member/info/?cont=no17_index&societyCode=jses

MSW との継続的な事例検討が看護管理者の退院支援の捉えと役割認識に与えた効果

濱崎 弓子

小樽市立病院 看護部

要 旨

超少子高齢社会において療養場所が病院から在宅等へ拡がる中、看護師は患者が望む場で療養継続できるように多職種と連携し支援することが求められる。しかし、看護師の退院支援が不足したり他職種に任せきりのような実態があり看護部は懸念を抱いていた。そこで患者を支援する医療ソーシャルワーカーと病棟管理者が協働し、継続的に退院支援に関する事例検討を行った。本研究は、事例検討前後における管理者の退院支援の捉えの変化、支援推進への役割認識、推進上の悩みと課題について明らかにすることを目的とした。結果、事例検討を通じ管理者は、患者を多面的に捉えて患者の望む支援をすることが退院支援であると捉え、多職種協働の推進やスタッフ育成の役割を再認識した。管理者が看護師に求められる専門性を認識してスタッフを育成すると共に、患者を中心とした多職種連携の調整役として役割発揮できるよう育成・支援することが看護部の課題である。

キーワード：退院支援、看護管理者、事例検討、多職種協働

はじめに

近年、超少子高齢化が進展するわが国では地域包括ケアシステムの構築、病院完結型医療から医療・ケアと生活が一体化した地域完結型医療への転換が着実に進められてきた。多様な生き方、働き方、考え方が存在する中で看護は自律した専門職として患者ひとり一人の意思を最大限に尊重し、多職種によるチーム医療、介護や福祉を含む地域包括ケアシステムにおいて連携のキーパーソンとして活躍することが期待されている¹⁾。患者を全人的に捉え、価値観や意向に沿う最善を模索する過程は看護の基本であり、看護職には患者が必要な医療・ケアを切れ目なく受けられるように支援する役割がある。

当院は後志医療圏において地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院の役割を担い、専門的治療や持続的なケアのために「かかりつけ医」等との連携を強化し地域医療を支えている。当医療圏は、既に高齢化率が40%を超える町村が半数を超え、住民の死因はがん、心疾患、脳血管疾患などの慢性疾患が上位を占める。療養場所の捉えが病院から在宅等へ拡がり、医療に加え高齢者介護や生活困窮、治療と日常生活との両立など患者の抱える課題は多岐にわたる。看護師はそれらの課題や困難を包括的に捉え、地域の多職種との調整等を行い患者が望む場で療養継続できるよう支援することが求められる。

当院看護部では数年前より看護部目標に「退院支援の強化」を掲げ、取り組んできた。しかし、高齢独居患者の医療処置継続に必要な支援が入院中に不足し、退院後に再調整が必要となることや医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）等の他職種に任せきりのような支援の実態があり看護部として懸念を抱いていた。急性期病院における看護師の退院支援に関する研究²⁾では、病棟看護師の退院支援実践能力向上への取り組みなど多くの看護師が退院支援の必要性を認識している反面、日常業務に追われて支援に十分な時間をかけることができない、経験により支援の質や内容に差が生じるなどの現状も報告されていた。石橋ら^{3) 4)}は退院支援が多職種によるチームアプローチであり、主に看護師とMSWが担う。ふたつの職種は支援の目的や意図が共通であっても各々の専門性により「介入」に特徴や違いがあり相互が理解し協働することでより質の高い支援につながる可能性を述べた。さらに山本ら⁵⁾は同職種であっても地域連携部署に所属し退院支援に係る看護師は、病棟管理者（以下、管理者）と視座が違い、病棟全体として支援に取り組む組織文化の醸成への働きかけをしていたと述べた。これらを参考に看護部は、病棟全体の取り組みを視野に管理者と退院支援看護師、MSWによる退院支援に関する事例検討を2023年より継続的に行った。

本研究は、事例検討前後における管理者の退院支援の

捉えの変化、支援推進への役割認識、推進上の悩みと課題について明らかにすることを目的とした。これにより支援の充実に向けた管理者の在り方への示唆を得て、患者に対する支援の質向上につながると考えた。

用語の定義

退院支援：患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援であり、患者の自己決定を実現するために患者・家族の意向をふまえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐための退院調整プロセスを含んだもの

研究目的

退院支援事例検討による看護管理者の退院支援の捉えの変化と支援推進への管理者の役割認識、支援推進上の悩みと課題を明らかにする（図1）。

研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究
2. 研究対象と選定基準：研究対象は看護管理者とし、急性期一般病棟で実際に支援に関わっている看護師長とした。
3. 調査方法

事例検討の方法：事例検討は2023年5月～2025年1月の間に16回行った（表1）。看護師長は、専任MSWと退院支援の遅れや不足により検討が必要だと考える患者を選択し、看護部と協働して看護アセスメント枠組み「ゴードンの機能的健康パターン」を用いて情報整理とアセスメント、支援方針、支援の実際について記述した。その内容を用いて管理者、退院支援看護師、MSWで「患者のニーズや意向」「支援内容」「必要なサービス」「支援における看護師・MSW双方の役割」等について検討し、見解をまとめ全体共有した。

調査期間：2024年12月～2025年3月

データ収集方法：同意を得られた対象者に対し、独自に作成したインタビューガイドを用いて半構造的面接を

施した。

調査内容：事例検討前後の支援の捉え、支援推進への管理者の役割、支援推進上の悩みとした。

データ分析方法：面接内容は逐語録にして質的帰納的に分析し、内容の意味を損なわないようにコード化、その後全コードから内容の類似性によってサブカテゴリー、カテゴリーを作成した。分析データはスーパーバイズによる妥当性確保に努め質的に分析した。

倫理的配慮

病院看護部倫理審査会の承認を得た。研究対象者に研究目的、意義、研究方法および個人情報の保護に関する事項、同意の撤回方法、学会や病院誌等で発表することなどについて文書と口頭で十分に説明した。研究への参加は自由意思によるものであり、拒否した場合でも不利益を被ることはないことを説明した。調査協力の同意は、署名による同意書をもって確認した。取得したデータは匿名化処理を行い、個人が特定できないように配慮した。また、研究終了後のデータ保存について文書を用いて口頭・文書で説明し、同意後に半構造化面接を行った。

結果

研究参加者は4名であり年齢は37～50歳（平均43.5±5.7歳）、管理者経験年数は3～14年（平均9.8年±4.8年）であった（表2）。検討前後における管理者の支援の捉え、支援推進における役割と推進上の悩みとして119コード・39サブカテゴリー・15カテゴリーが生成された（表3）。以下、コードを「」、サブカテゴリーを《》、カテゴリーを【】で示す。

1. 事例検討前の退院支援の捉え

検討前の支援の捉えは、【「不確かさ」の中にある退院支援】【形骸化した退院支援】【退院支援の主体】【チーム運営という認識の薄さ】の4つのカテゴリーが生成された。

【「不確かさ」の中にある退院支援】のカテゴリーは、

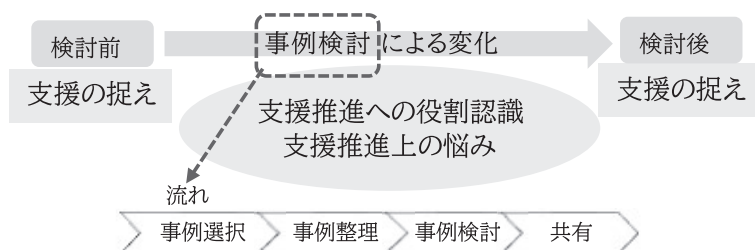


図1 概念図

表1 検討した事例の概要

診断名	年齢	事例内容	退院先
COPD 末期 AS	70代	終末期で呼吸状態悪化による突然死のリスクがある患者の療養先の検討。療養転院の方針だが患者は自宅退院を希望。	転院
咽頭がん末期 脱水	80代	自宅で訪問診療を受けていたが食事・水分摂取困難となり入院。転院の方針に家族は同意するが、患者は自宅退院を希望。	転院
脳出血	70代	術後にせん妄発症し、管理目的で精神科転院の方針だが、精神科入院に対する家族の想いがあり、自宅療養を選択。	自宅
膀胱がん	80代	回腸導管造設を受けた高齢独居患者のストマ管理に向けた支援。	自宅
うっ滞性皮膚炎 DM	80代	高齢独居患者の生活指導を含めた適切な創傷管理に向けた支援。	自宅
仙骨部褥瘡 D3 全盲	80代	介護者のネグレクトを否定できない状況での医療処置継続に向けた支援。転院の方針だが患者・介護者は自宅退院を希望。	自宅
慢性心不全	80代	生活指導の不遵守に起因する心不全増悪を繰り返す患者の支援。転院方針だが患者は自宅退院を希望。	自宅
間質性肺炎 肝がん	70代	呼吸困難増悪に対する医療用麻薬導入目的の入院。療養転院の方針だが患者は自宅退院を希望。	自宅
脳梗塞	70代	不全麻痺あり、リハビリ転院の方針に介護者は同意するが、患者は自宅退院を希望。	転院
直腸がん再発 統合失調症	70代	統合失調症である独居患者の医療処置継続にむけた支援。	自宅
腰部脊柱管狭窄症	70代	ADL 介助を要するがサポート体制が不足している患者の支援。患者は経済的事情により自宅退院を希望。	転院
直腸がん	70代	終末期で緩和目的の転院が望ましいが、患者は自宅退院を希望。	自宅
肺がん 転移性脊髄腫瘍	70代	脊髄圧迫による除圧固定術後に化学療法継続。要介護5の判定となり転院の方針だが、患者・家族は自宅退院を希望。	自宅
狭心症 脱水	80代	認知症の家族を介護している患者の療養継続先の検討。患者は介護のために自宅退院を希望。	施設
膀胱がん 水腎症	60代	今後、集学的治療を受け、継続的な医療処置を要する患者の支援。患者は経済的事情により自宅退院を希望。	自宅
前立腺がん 転移性脊髄腫瘍	70代	終末期で化学療法継続中。転移性脊髄腫瘍による疼痛や ADL 低下を認める患者の支援。患者は自宅退院を希望。	自宅

表2 研究参加者概要

	A	B	C	D	平均値±SD
年齢(歳)	40.4	45	37.7	50.9	43.5±5.7 歳
管理者経験(年)	7.8	12.8	3.8	14.8	9.8±4.8 年

《患者の「生活」の見えにくさ》《つかめない退院支援》《職種で左右される判断》の3サブカテゴリーが含まれた。管理者は、退院支援について「頭では入院した日からその人の支援は始まっていると知っていた。だからといって、この人はどうかという視点でみていなかった。」「地域に戻ってからのことや退院後の生活まで想像できなくて、今の状況でしか考えていなかった。」など《患者の「生活」の見えにくさ》があった。また「看護師がどこまでやらないといけないか、どうやって多職種を巻きこむか、自分の中では迷って」おり《つかめない退院支援》であった。「自宅退院しても大丈夫と看護師は思うが、医師の認識とは大きく差があった。」「医師が言うなら仕方がないという感じで、そこで積極的なアプロ

チはしていなかった。」など《職種で左右される判断》の違いがあった。

【形骸化した退院支援】のカテゴリーは、《スムーズさを重視する支援》《型にはめる支援》の2サブカテゴリーが含まれた。退院支援は「方針が変更するとは考えられなかったので、なぜ帰れないのだろうという患者を説得できるかという思いの方が強く、惑わさずに退院先に行けるようにする」という《スムーズさを重視する支援》であった。そして「実際はテンプレート通りというか、表面的なものにとどまって、それでできているつもりだった。」「過程とかあまり意識して介入できていなかった。」など《型にはめる支援》であった。

【退院支援の主体】のカテゴリーは、《患者のニーズを優先》《患者以外のニーズを優先》《患者に最善という思い込み》の3サブカテゴリーが含まれた。管理者は「主治医が決めた退院の方向性は絶対的」で「方針は決められたルールで疑問は抱かず、患者は納得していると思っていた。」そして支援の主体は「どちらかという患者のニーズや思いより家族の意向」など《患者のニーズを

表3 看護管理者の事例検討前後の支援の捉え、支援推進への役割認識と推進上の悩み

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
「不確かさ」の中にある退院支援	患者の生活の見えにくさ	<ul style="list-style-type: none"> ・頭では入院した日からその人の支援は始まっていると知っていた。だからといって、この人はどうかという視点でみていなかった。 ・地域に戻ってからのことや退院後の生活まで想像できなくて、今の状況でしか考えていなかった。
	つかめない退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師がどこまでやらないといけないか、どうやって多職種を巻き込むか、自分の中では迷っている。 ・退院先は家族と主治医、MSW が話して「こう決めます」となって看護師におりてきた。
	職種で左右される判断	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中症状が良くなり自宅退院しても大丈夫と看護師は思うが、医師の認識とは大きく差があった。 ・医師が言うなら仕方がないという感じで、そこで積極的なアプローチはしていなかった。
形骸化した退院支援	スムーズさを重視する支援	<ul style="list-style-type: none"> ・方針が変更すると考えられなかったので、なぜ帰れないのだろうという患者を説得できるかという思いの方が強く、惑わさずに退院先に行けるようにする。 ・退院支援がうまく流れるようにできるスタッフを育てないといけない。
	型にはめる支援	<ul style="list-style-type: none"> ・実際はテンプレート通りというか表面的なものにとどまって、それでできているつもりだった。 ・転院が決まったら患者支援センターが動いて、そこに至る過程とかあまり意識して介入できていなかった。
退院支援の主体	患者のニーズを優先	<ul style="list-style-type: none"> ・まず患者本人の希望。一緒に目標を決めて望むところに向かって支援していくのが退院支援。 ・病院でも自宅でも患者に合わせて退院することを整える。
	患者以外のニーズを優先	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医が決めた退院の方向性は絶対的で、それが家族の意向と合致したら良く、患者の意向は二の次だった。 ・どちらかと言うと患者のニーズや思いより家族の意向を優先していた。
	患者に最善という思い込み	<ul style="list-style-type: none"> ・方針は決められたルールで疑問は抱かず、患者は納得していると思っていた。 ・患者が安心して帰れる場所に帰すのを支援と思っていたけどその安心は私たちの安心で患者の想いとは違った支援だった。 ・治療方針からいちばん望ましい退院先がだされたので、そこに向けて看護師は動く感覚が強かった。
チーム運営という認識の薄さ	任せきりの退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ・理想は部署全体と思っていたけれど、実際は一部のスタッフが着目してやっていた。 ・他職種に任せていた退院支援だと思っている。
	多職種を理解する力不足	<ul style="list-style-type: none"> ・MSW は転院の候補先を探すのに支援を受けることが多くても、そこまで必要だという感覚もなかった。 ・難しくなったら患者支援センターに頼む、相談する。
	管理者の「働きかけ」への希薄さ	<ul style="list-style-type: none"> ・チームで関わっていくのは大事だと研修を受けてわかっていた。 ・何か行動として部署に働きかけたりしなかった。
実情への模索	医療者主体の支援への内省	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者主体だったり、こっちの考えに寄せたいところもあった。 ・今までいいと思っていた退院支援が実は患者のニーズに沿っていなかった。
	部署の実情への葛藤	<ul style="list-style-type: none"> ・情報収集しているけど入院時の意向確認で途絶える。 ・入院が長期化している患者に介入できていない時もある。
患者の「いきる」「暮らす」の支え方	患者が望む支援の実現	<ul style="list-style-type: none"> ・やっぱりまずは患者のニーズを把握することはすごく大事だと思ってます。 ・今だと退院支援は患者さんが望む退院場所とか療養場所と一緒に考えて叶えること。
	退院支援の多面性への確信	<ul style="list-style-type: none"> ・患者のいろんな側面を見て想いを確認して進めなくてはいけない。 ・患者のいろんな側面をアセスメントできていない実感があって、事例検討してみて気がついた側面もあった。
	意思決定を支えるための視点・方法の拡大	<ul style="list-style-type: none"> ・家の中の階段があるかどうかだけじゃなく、患者が元の環境に戻った時に生活が成り立つかという視点が増えた。 ・カンファレンスでスタッフから情報を引き出し、チームで共有して支援について考えていく。
	支援を開始する時期への模索	<ul style="list-style-type: none"> ・退院困難要因のもつ人に気づけるスタッフがいるかどうかで介入のタイミングがずれる。 ・タイミングを逃して帰れなかったこともあったので、早いうちにいろんな選択肢を考えて行動することが必要。

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
事例検討による効果	MSW・専任看護師への親近感の実感	<ul style="list-style-type: none"> 自分たちだけで思いつかない支援方法を知っている MSW や専任看護師と連携することが大事だと思った。 事例検討で MSW ともっと協働できると感じて任せられる部分もあると思った。
	しくみとして取り組んだ効果	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援に関して個人目標をあげている。自分の働きかけよりスタッフの意識でしていると思う。 自宅退院したい患者の意向やりハビリ状況を医師に伝え調整している。
チーム作りの難しさ	患者に必要なチーム作り	<ul style="list-style-type: none"> 看護師だけではやっぱりできないと感じた。 全員が気づくのは難しいし時間もかかるので、気づける人がアドバイスをして思っている。 MSW や専任看護師と連携することが大事だと思ひ、協働に向けてスタッフを動かしていくのが役割だと思う。
	多職種協働の理解不足	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師は患者の内服管理が不十分だと評価されて初めて思い浮かぶ。 薬剤師が個別に面談して指導していることを看護師は気づいていない。 MSW と在宅に帰る際は、連携の意識はあまりなかった。
	通じ合わない困惑さ	<ul style="list-style-type: none"> うまく伝達できなくて調整してくれたけど、こちらの求めているものと違う。多分、すり合わせが足りなかった。 互いにそれはそっちでやってみたいになる。臨機応変にできない。
「管理者」を思い知る内省	支援のあり方への内省	<ul style="list-style-type: none"> 意向確認や希望を聞いて多職種に発信するのが役割。 多職種に発信するのが看護師の役割。サービスの導入や転院先等とのやりとりは MSW が担うと思っている。
	継続する「働きかけ」への内省	<ul style="list-style-type: none"> 入院時の意向で途絶えてしまい、変化に合わせて患者・家族に確認できていない。 外来との連携や転院後の先を見据えることはもう少し意識しなくてはならないと思っている。スタッフがそう動けるように指導していかなくてはならない。
	管理者である自分への内省	<ul style="list-style-type: none"> この患者は入院、この患者は入院できない、先生の中で何かがあるが自分の中で腑に落ちていない。 なぜだめなのか、なぜいいのかが自分の中でもしっかり説明できない。今も課題で解決できていない。
多側面から看護を実践できるスタッフを育成する役割	「思い込み」と気づいた退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 事例検討をしているうちに患者に必要なだと調整したものは看護師の思い込みではないか、患者は本当に望んでいたのかと思うようになった。
	「看護を多側面で捉える」ためのスタッフの育成	<ul style="list-style-type: none"> スタッフに直接的な指導や投げかけをしなければならぬ役割を意識した。 疾患管理に着目するだけでなく、生活面などより視点を広げて患者の退院支援を考えられるような関わりはできると思う。 スタッフの退院支援で不足しているところに教育的に関わり、部署全体でできるようになればいい。
	管理者として退院支援に関する考え・迷い	<ul style="list-style-type: none"> 前は退院支援が滞ってれば自ら実践して解決できたらよと思っていた。 スタッフは自然とできるようになっていくのではなく、意図的に育成しないとイケないと考えは変わった。
退院支援にむけた多職種協働推進への役割	事例検討から得た具体的な退院支援の対策	<ul style="list-style-type: none"> 介護にかかるお金は全然知らないことを自覚し、意識して支援の必要性を考えていなかった。MSW に介入してもらおうといい。 MSW の役割というか互いの役割の違いがわかってきた。
	よりよい多職種協働にむけた管理者の調整機能	<ul style="list-style-type: none"> 管理者として多職種に協力してもらいたい時は他部門長に相談する。 患者の意向や看護師側の提案と医師指示との違いで妥協できるところはないか医師に確認する。
業務感覚の退院支援	「業務」の中の退院支援	<ul style="list-style-type: none"> スタッフは入院日数が短くなればよいという勘違いをしている。 カンファレンスは忙しいと中止することも多い。 定時で帰ろうとするので退院調整に時間がうまく使えない。明日でもいいけど、そのまま 2、3 日延びてしまう。
	患者が置き去りの退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 退院先と患者の価値観はあまり一緒に考えていない。 患者は自宅退院する気持ちでいるのに、リハビリの状況で家族が心配なら結局転院になる。 患者は帰りたのに医師が言うから転院で進めることは自部署もあると思った。
部署スタッフ育成への葛藤	スタッフとの関わりから表出する感情	<ul style="list-style-type: none"> 患者がどんなふうに住生活しているか、1 日のイメージができていない。自分だったら聞くだろうと思うところをうまく伝えられない。 患者が今どこまで動けるのか、スタッフも家族から聞かれないと説明しないままになり急に転院になったりする。 緊急入院時は治療優先だから聞くのは今じゃないと思っているのか、患者の意向を確認しないまま流れる。

表3 看護管理者の事例検討前後の支援の捉え、支援推進への役割認識と推進上の悩み（つづき）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
部署スタッフ育成への葛藤	プライマリーナースの在り方	<ul style="list-style-type: none"> ・日勤でプライマリーが担当できるような配慮もほぼされていない。 ・プライマリーであり続けることに負担感があるなどネガティブな受け止めをしている。 ・プライマリーがやってほしいというよりはプライマリーは意識をしてほしい。
	「看護の意味」を理解できる育成	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の想いは必要だから聞くのではなく業務だから聞く感じ。 ・看護に関して互いの考えを話し合う機会は少ない。 ・指導しているけど実践になかなか活かさない。業務に余裕がないからコミュニケーションなどに至っていない。
多職種協働への壁	患者支援センターと協働するための壁	<ul style="list-style-type: none"> ・どちらかが絶対ここをやらなくてはいけないみたいに、お互いとらわれている。 ・まだまだコミュニケーションも足りなくて壁がある。
	医師と協働するための壁	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望や家族の想いを大事にしたいけど、医師と家族で話が進んでいることが多い。 ・患者の意向と方針がそぐわなくて悩む。話し合いにもっていけない自分の弱さがある。
理想とする退院支援チームのギャップ感	チーム運営の実態	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が方針を話してそのままの流れで決まりそうな時に、スタッフが「患者はどう言っているのか」と発信してくれる場面が増えた。 ・退院支援の業務をすごく負担に感じるスタッフもいる。 ・すごく一生懸命にやるスタッフもいれば、誰かがやるだろうという気持ちのスタッフもいる。
	チームを動かす挑戦と困難さ	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフみんなができるかと言うとそうではない。それを補うために小さなチームにして、情報共有していこうと開始した。 ・うまく伝えられないことがもどかしいし、浸透させられないというか。なかなかチームを動かさないところにもどかしさがある。

優先するより《患者以外のニーズを優先》していた。「患者が安心して帰れる場所に帰すのを退院支援と思っていたけど、その安心は私たちの安心で、患者の想いと違った支援だった。」など《患者に最善という思い込み》があった。

【チーム運営という認識の薄さ】のカテゴリーは、《任せきりの退院支援》《多職種を理解する力不足》《管理者の「働きかけ」への希薄さ》の3サブカテゴリーが含まれた。支援の「理想は部署全体と思っていたけれど、実際は一部のスタッフが着目してやっていた。」もしくは「他職種に任せていた。」など《任せきりの退院支援》であった。「転院の候補先を探すのに支援を受けることが多くてもそこまで必要だという感覚もなかった。」など《多職種を理解する力不足》があった。そのため「何か行動として部署に働きかけたりしなかった。」など《管理者の「働きかけ」への希薄さ》があった。

2. 事例検討後の退院支援の捉え

検討後の退院支援の捉えは、【実情への模索】【患者の「いきる」「暮らす」の支え方】【事例検討による効果】【チーム作りの難しさ】【「管理者」を思い知る内省】の5つのカテゴリーが生成された。

【実情への模索】のカテゴリーは、《医療者主体の支援への内省》《部署の実情への葛藤》の2サブカテゴリーが含まれた。「医療者主体だったり、こっちの考えに寄せたいところもあった。」「いいと思っていた退院支援が

実は患者のニーズに沿っていなかった。」など《医療者主体の支援への内省》があった。また「情報収集しているけど入院時の意向確認で途絶える」《部署の実情への葛藤》があった。

【患者の「いきる」「暮らす」の支え方】のカテゴリーは、《患者が望む支援の実現》《退院支援の多面性への確信》《意思決定を支えるための視点・方法の拡大》《支援を開始する時期への模索》の4サブカテゴリーが含まれた。検討後は《患者が望む支援の実現》にむけて「まずは患者のニーズを把握することはすごく大事」であり「患者のいろんな側面を見て想いを確認して進めなくてはいけない。」など《退院支援の多面性への確信》をしていた。「患者が元の環境に戻った時に生活が成り立つか」という視点を持ち、「カンファレンスでスタッフから情報を引き出し、チームで共有して支援について考えていく。」など《意思決定を支えるための視点・方法の拡大》について考えていた。また「退院困難要因をもつ人に気づけるスタッフがいるかどうかで介入のタイミングがずれる」ため、「早いうちにいろいろな選択肢を考えて行動することが必要」など《支援を開始する時期への模索》があった。

【事例検討による効果】のカテゴリーは、《MSW・専任看護師への親近感》《しくみとして取り組んだ効果を実感》の2サブカテゴリーが含まれた。管理者は、「自分たちだけで思いつかない支援方法を知っているMSWや専任看護師と連携することが事例検討をして大事だと

思った。」「もっと協働できると感じて任せられる部分もあると思った。」など《MSW・専任看護師への親近感》をもっていた。また「支援に関して個人目標をあげている。自分の働きかけよりスタッフの意識でしていると思う」など部署の《しくみとして取り組んだ効果を実感》していた。

【チーム作りの難しさ】の категорияは、《患者に必要なチーム作り》《多職種協働の理解不足》《通じ合わない困惑さ》の3サブカテゴリーが含まれた。支援は「看護師だけではやっぱりできない」と感じ、《患者に必要なチーム作り》《多職種協働の理解不足》について考える一方で「薬剤師は患者の内服管理が不十分だと評価されて初めて思い浮かぶ」、「MSW と在宅に帰る際は、連携の意識はあまりなかった」など《多職種協働の理解不足》があった。実際が多職種協働では、依頼する際に「うまく伝達できなくて調整してくれたけど、こちらの求めているものと違う。多分、すり合わせが足りなかった。」「互いにそれはそっちでやってみたいになる。」など《通じ合わない困惑さ》を感じていた。

【管理者】を思い知る内省】の категорияは、《支援のあり方への内省》《継続する「働きかけ」への内省》《管理者である自分への内省》の3サブカテゴリーが含まれた。看護師は「意向確認や希望を聞いて多職種に発信するのが役割」という《支援のあり方への内省》をしていた。一方で「入院時の意向で途絶えてしまい、変化に合わせて患者・家族に確認できていない」ことに対し「外来との連携や転院後の先を見据えることはもう少し意識しなくてはならないと思っている。スタッフがそう動けるように指導していかななくてはならない。」など《継続する「働きかけ」への内省》があった。また退院後のフォロー体制に対する医師の判断の違いが「自分の中で腑に落ちていない」まま「今も課題で解決できていない。」という《管理者である自分への内省》があった。

3. 支援推進への管理者の役割認識

支援推進の役割認識は、【多側面から看護を実践できるスタッフを育成する役割】【退院支援にむけた多職種協働推進への役割】の2カテゴリーが生成された。

【多側面から看護を実践できるスタッフを育成する役割】の категорияは、《「思い込み」と気づいた退院支援》《「看護を多側面で捉える」ためのスタッフの育成》《管理者として退院支援に関する考え・迷い》の3サブカテゴリーが含まれた。管理者は「事例検討をしているうちに患者に必要なだと調整したものは看護師の思い込みではないか、患者は本当に望んでいたのか」など《「思い込み」と気づいた退院支援》があった。そして「ス

タッフに直接的な指導や投げかけをしなければならない役割を意識」して「疾患管理に着目するだけでなく、生活面などより視点を広げて患者の退院支援を考えられるような関わり」など《「看護を多側面で捉える」ためのスタッフの育成》を考えていた。また「前は退院支援が滞っていたら、自ら実践して解決できたらよいと思っていた」が「スタッフは自然とできるようになっていくのではなく、意図的に育成しないといけないと考えは変わった」など《管理者として退院支援に関する考え・迷い》があった。

【退院支援にむけた多職種協働推進への役割】の categoriaは、《事例検討から得た具体的な退院支援への対策》《よりよい多職種協働のための管理者の調整機能》の2サブカテゴリーが含まれた。管理者は「介護にかかるお金は全然知らないことを自覚し、意識して支援の必要性を考えていなかった。MSW に介入してもらいたい。」など《事例検討から得た具体的な退院支援への対策》を考えていた。また「多職種に協力してもらいたい時は他部門長に相談する。」スタッフと共に「患者の意向や看護師側の提案と医師指示との違いで妥協できるころはないか医師に確認する」など《よりよい多職種協働のための管理者の調整機能》について考えていた。

4. 支援推進上の悩み

支援推進上の悩みは、【業務感覚の退院支援】【部署スタッフ育成への葛藤】【多職種協働への壁】【理想とする退院支援チームのギャップ感】の4カテゴリーが生成された。

【業務感覚の退院支援】の categoriaは、《「業務」の中の退院支援》《患者が置き去りの退院支援》の2サブカテゴリーが含まれた。管理者は、支援についてスタッフが「入院日数が短くなればよいという勘違いをしている。」ことや「カンファレンスは忙しいと中止する。」ことから《「業務」の中の退院支援》と感じていた。また「退院先と患者の価値観はあまり一緒に考えていない。」「患者は自宅退院する気持ちでいるのに家族が心配なら結局転院になる。」ことから《患者が置き去りの退院支援》と感じていた。

【部署スタッフ育成への葛藤】の categoriaは、《スタッフとの関わりから表出する感情》《プライマリナーズの在り方》《「看護の意味」を理解できる育成》の3サブカテゴリーが含まれた。管理者は、スタッフに患者が「どんなふうに住生活しているか、1日のイメージができていないか。自分だったら聞かだろと思うところをうまく伝えられない。」など《スタッフとの関わりから表出する感情》をもっていた。「日勤でプライマリナー

担当できるような配慮もほばされていない。」ことや「プライマリーであり続けることに負担感があるなどネガティブな受け止めをしている。」など《プライマリナーズの在り方》への思いもあった。「患者の想いは必要だから聞くのではなく業務だから聞く感じ」で「看護に関して互いの考えを話し合う機会は少ない。」ことや「指導しているけど実践になかなか活かせない。業務に余裕がないからコミュニケーションなどに至っていない。」などから《「看護の意味」を理解できる育成》が必要だと感じていた。

【多職種協働への壁】のカテゴリーは、《患者支援センターと協働するための壁》《医師と協働するための壁》の2サブカテゴリーが含まれた。実際の支援は「どちらかが絶対ここをやらなくてはいけないみたいに、お互いとらわれて」おり「コミュニケーションも足りなくて壁がある。」と《患者支援センターと協働するための壁》を感じていた。また「患者の希望や家族の想いを大事にしたいけど、医師と家族で話が進んでいることが多い。」ため、「患者の意向と方針がそぐわなくて悩む。話し合いにもっていけない自分の弱さがある。」など《医師と協働するための壁》を感じていた。

【理想とする退院支援チームのギャップ感】のカテゴリーは、《チーム運営の実態》《チームを動かす挑戦と困難さ》の2サブカテゴリーが含まれた。「医師が方針を話してそのままの流れで決まりそうな時にスタッフが『患者はどう言っているのか』と発信してくれる場面が増えた。」と感じる一方で、忙しくなると「退院支援の業務をすごく負担に感じるスタッフもいる。すごく一生懸命にやるスタッフもいれば、誰かがやるだろうという気持ちのスタッフもいる。」という《チーム運営の実態》があった。「スタッフみんなができるかと言うとそうではない。それを補うために小さなチームにして、情報共有していこうと開始した。」実践と「うまく伝えられないことがもどかしいし、浸透させられないというか、なかなかチームを動かせないとこにもどかしさがある。」など《チームを動かす挑戦と困難さ》があった。

考察

1. 事例検討による退院支援の捉えの変化

「生活の質」や「全人的医療」という概念は、病理学的に説明される「疾患」でなく、病む人の社会的・心理的背景から「病い」に注目し、生活そのものや人間の全体性を医療の対象にしようとする場合に用いられる⁶⁾。退院支援は、患者が病気や障害を理解し、継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援である。よっ

て患者の価値観や意向は支援の軸となる。看護師は、患者・家族が「疾患」のもたらした心身の変化から生活を再構築する際、その考えや望む生活を捉えて支援することが求められる。

検討前、管理者は「退院支援」を漠然と捉えていたが、検討後は医療者主体ではなく患者の望む支援について考え、多面的に患者を捉えることの必要性を感じるようになった。管理者は事例検討で「その患者」の抱える困難の明確化に取り組んだ。事例の記述において上司の直接的な指導を受けながら、アセスメント枠組みを用いることでより多くの視点から患者を全人的に捉えようとした。疾患や症状を「その時点」だけではなく、患者の時間軸で捉えるなどより視野を拡げて支援の方向性や方法を考えることの必要性を理解した。また患者や家族の意向を重視し、生活の視点からの調整力をもつMSWとの検討は、管理者が「その患者」の生活を具体的に想像し理解する手助けとなった。これら一連の過程により管理者の支援の捉えが変化したと考える。

2. 支援の基盤となる多職種協働の課題

多様な背景やニーズを考慮して行う退院支援は、多職種協働が基盤となる。チーム医療は専門職が「各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する」と表現⁷⁾される。多職種は患者の「生活の質」を専門的視点から捉え、さまざまなアプローチを探り患者に最適な医療を提供する。

今回、管理者は支援に共に関わるMSWと繰り返し検討することで、MSWが患者と家族の関係性や想いを慎重に把握し関わっていることや家族の介護や経済的な負担を軽減するサービスについて考え支援していることを再認識した。一方で管理者は、薬剤師やリハビリ、栄養士などの多職種と協働して患者を理解することや連携における看護の役割について具体的に表現できなかった。要因として看護部では多職種協働に関する教育研修はこれまで行っておらず、理解不足があるのではないかと考える。また、同職種である退院支援看護師や病棟チーム内の連携において、コミュニケーションの不足や語りから「絶対にここをやらなくてはいけないみたいにお互いとらわれている」実態があった。そのような組織風土は、看護師の多職種理解や協働を妨げる。今後、管理者はリハビリや栄養士など各職種が持つ情報について職種間の対話により共通理解を深め、ともに問題を捉えて患者の支援を検討する必要がある。このために部署の管理者は、看護の専門性を基に患者を中心とした多職種連携への調整役を担うことが求められ、調整できる管理

者育成、支援が看護部の課題である。

3. 看護の専門性から退院支援の充実に向けた育成

海野ら⁸⁾は、地域包括ケアシステムにおいて求められる看護師の能力について文献検討し、患者を生活者として捉え、想いに寄り添い患者・家族の意思決定を支えることや患者の情報を収集・統合しニーズをとらえ必要なケアを導く、先のことを予測して症状マネジメントをするなどの能力の必要性を示した。

管理者は語りから、スタッフが患者の抱える困難を十分に把握できず、退院支援を業務的に捉えていたり、率先して支援を行うスタッフに任せきりな状況に対して積極的に働きかけていなかったと振り返っていた。事例検討を通して管理者は、スタッフが支援の重要性を理解できるような働きかけや意図的な教育の必要性を感じていた。石橋ら^{3) 4)}は看護師とMSWがそれぞれ特有な専門性を反映した技術を用いており、そのことを理解し協働することでより質の高い支援につながることを示唆した。MSWの専門性は、患者・家族の関係性を維持しながら経済的・介護等の負担軽減を意識して療養環境を予測し、関係機関との協力体制を整備することであり、看護師は協働する中で学ぶ意識を持つことが重要である。一方、看護師の専門性は、今後予測される身体状態を第一に考え、患者の意向を基盤に在宅での療養が可能かどうかをアセスメントし専門職間で検討を重ねることなどを述べた。

管理者は、看護師に求められる専門性を認識してスタッフを育成するとともにMSWの実践から学ぶ機会を意図的に創るべきである。管理者が、退院支援を推進する意識をもち、部署全体として支援に取り組む組織文化を醸成できるよう看護部はMSW等との協働を推進し支援していく。

おわりに

病棟管理者とMSWによる退院支援の事例検討により管理者は、患者の望む支援について考え、多面的に患者を捉えることの必要性を感じ、スタッフ育成や多職種協働の推進の役割を再認識した。管理者が看護師に求められる専門性を認識してスタッフを育成すると共に、患者を中心とした多職種連携の調整役として役割発揮できるよう育成・支援することが看護部の課題である。

引用・参考文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会：看護の将来ビジョン 2040～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～：

<https://www.nurse.or.jp/home/assets/vision2040.pdf>：2025年7月1日参照

- 2) 鈴木智子, 宮本瑛季. 急性期病院における看護師の退院支援についての文献検討. 四国大学紀要 (B) 52: 1-10, 2021.
- 3) 石橋みゆき, 吉田千文, 雨宮有子ら. 退院支援過程において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術の特徴. 保健医療福祉連携 10: 19-28, 2017.
- 4) 石橋みゆき, 吉田千文, 木暮みどりら. 退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴. 千葉看護誌 17: 1-9, 2011.
- 5) 山本詩帆, 森下安子. 退院調整看護師による病棟看護師の実践能力向上へのかかわり—退院支援における状況の認識・働きかけに焦点を当てて—. 高知女子大学看護学会誌 41: 60-69, 2016.
- 6) 細田満知子. 「チーム医療」とは何か 第2版：患者・利用者本位のアプローチに向けて. 日本看護協会出版会：84-89, 2023.
- 7) 厚生労働省：チーム医療の推進について（チーム医療推進に関する検討会報告書）：<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>：2025年7月1日参照
- 8) 海野潔美, 田村麻里子, 村井文江. 地域包括ケアシステムにおいて看護師に求められる能力に関する文献検討. 常盤看護学研究雑誌 2: 63-73, 2020.

Escherichia coli のチミジン依存性が疑われた small colony variants (SCVs) の検討

伊藤 好樹・義煎 元・新田 彬秀・西尾 英樹・小山田 重徳

小樽市立病院 検査室

要 旨

small-colony variants (以下 SCVs) とは、野生型が形成するコロニーの 1/10 程度の小型のコロニーを形成する細菌の総称である。SCVs は、何らかの代謝経路などに異常をきたした状態であり、その原因にはチミジン依存性、ヘミン依存性、炭酸ガス依存性、グルタミン依存性などが知られている。このうち、チミジン依存性 SCVs は、DNA の構成要素であるチミジンおよびチミジル酸の生合成ができなくなるにより発育性に影響し、その多くは、ST 合剤の長期投与によって発生すると考えられている。本分離株は、ミュラーヒントン寒天培地に発育せず、BTB 寒天培地に発育することからもチミジン依存性 SCVs が疑われた。そこで、チミジル酸生合成に関わる thyA 遺伝子に変異があるか否かシーケンス解析にて確認した。本分離株の thyA 遺伝子の塩基配列について、K12 株と比較したところ、117A>G、186T>C、312A>G、375G>C、378C>G、548T>G、763C>A、772G>A の遺伝子変異が確認された。このうち 548T>G は Leu183X の置換によりナンセンス変異が生じていた。ST 合剤の抗菌作用は、テトラヒドロ葉酸の合成を阻害することにより DNA のもとであるチミジル酸の合成を妨げる機序である。チミジン依存性 SCVs は、その合成酵素遺伝子にその活性が失われるような遺伝子変異が生じる。今回我々が経験した分離株では thyA 遺伝子にナンセンス変異が生じており、SCVs の原因であったと考えられた。

キーワード：small colony variants (SCVs)、チミジン、ST 合剤、thyA 遺伝子

はじめに

small colony variants (SCVs) は、その菌種の通常型に比べて発育が遅く、野性株が形成するコロニーの 1/10 程度の大きさのコロニーを形成する細菌の亜集団であり、慢性感染症や再発感染に関連することが報告されている。細菌検査での分離・同定・薬剤感受性試験で正しい結果を得ることが困難になることがある。臨床細菌検査からの分離例では、*Staphylococcus aureus*、*Escherichia coli*、*Pseudomonas aeruginosa* などが報告されている。小型のコロニーを形成する理由は何らかの代謝経路等の異常をきたした状態であるため、発育に必要な化合物を合成できない。そのため、菌体外から取り込むなど SCVs の増殖速度が遅くなるからである。その原因となる遺伝子変異としてチミジン・ヘミン・炭酸ガス・グルタミン・脂肪酸依存性などが知られている。今回、出血性膀胱炎を繰り返す患者の尿培養から SCVs 疑いの *E. coli* を分離した。本分離株は、血液寒天培地、BTB 寒天培地に発育し、ミュラーヒントン寒天培地に発育しないことからチミジン依存性 SCVs が疑われ

た。そこで SCVs の遺伝子解析や分離・同定・薬剤感受性試験などの検討を行ったので報告する。

患者背景

患者：90 歳代 女性

主 訴：血尿、膿尿

既往歴：水腎症

現病歴：20XX 年 7 月に血尿・膿尿を主訴に受診し、出血性膀胱炎と診断された。尿培養が提出され、経口抗菌薬 ST 合剤が処方された。その後も残尿が多く、出血性膀胱炎を繰り返した。20XX 年 8 月まで約 2 か月間 ST 合剤が継続処方された。

細菌学的所見

1. 培養検査

本分離株を羊血液寒天培地、チョコレート寒天培地、BTB 寒天培地、ミュラーヒントン寒天培地に画線塗抹し、好気環境下で 35℃ 48 時間培養まで実施した。24 時間培養では発育がみられず、48 時間培養で血液寒天培地、チョコレート寒天培地、BTB 寒天培地に発育がみ

られた。血液寒天培地のコロニー性状は、直径0.2~1.0mm程度で大小不同、チョコレート寒天培地では直径0.2~1.0mm程度、BTB寒天培地では直径0.5mm程度であった (Fig. 1)。

発育性から各種 SCVs の可能性を考えるフローチャートを Fig. 2 に示す³⁾。このフローチャートから血液寒天培地、ミュラーヒントン寒天培地、BTB寒天培地の発育性によりチミジン・グルタミン・ヘミン・脂肪酸依存性のいずれかを推定することが可能である。今回の症例では、血液寒天培地で発育がみられ、ミュラーヒントン寒天培地で発育が見られず、BTB寒天培地で発育がみられ、ST合剤の長期投与があったことからチミジン依存性 SCVs が疑われた。

2. 質量分析法による同定検査

MALDI-TOF MSによる同定検査を行った。純培養した本分離株をセルスマ法を用いて測定し同定した。データベースはバージョン13 (12438株)を使用した。スコアが高い順に1から10番目まで候補が挙げられ、全スコア2.00以上で *E. coli* であった。MALDI-TOF MSでは *E. coli* と *Shigella spp.* を区別できないが、運動性陽性、ガス産生能陽性が確認できたことから、本分離株は *E. coli* と同定された。

3. 薬剤感受性検査

本分離株を血液寒天培地で純培養後、McFarland0.5と同様に濁度調整した菌液を作成し100 μ g/mlになるように希釈水 (ベックマン・コールター) に添加し、

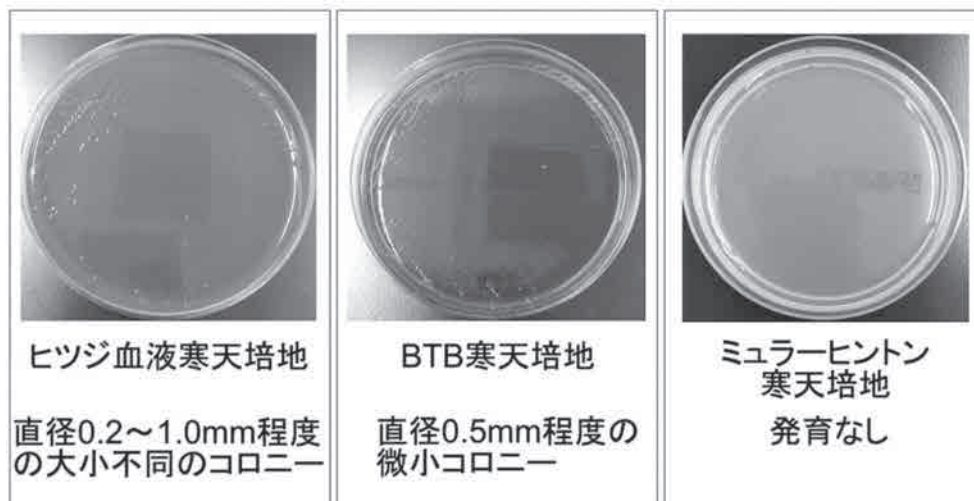


Fig. 1 各培地の発育状況

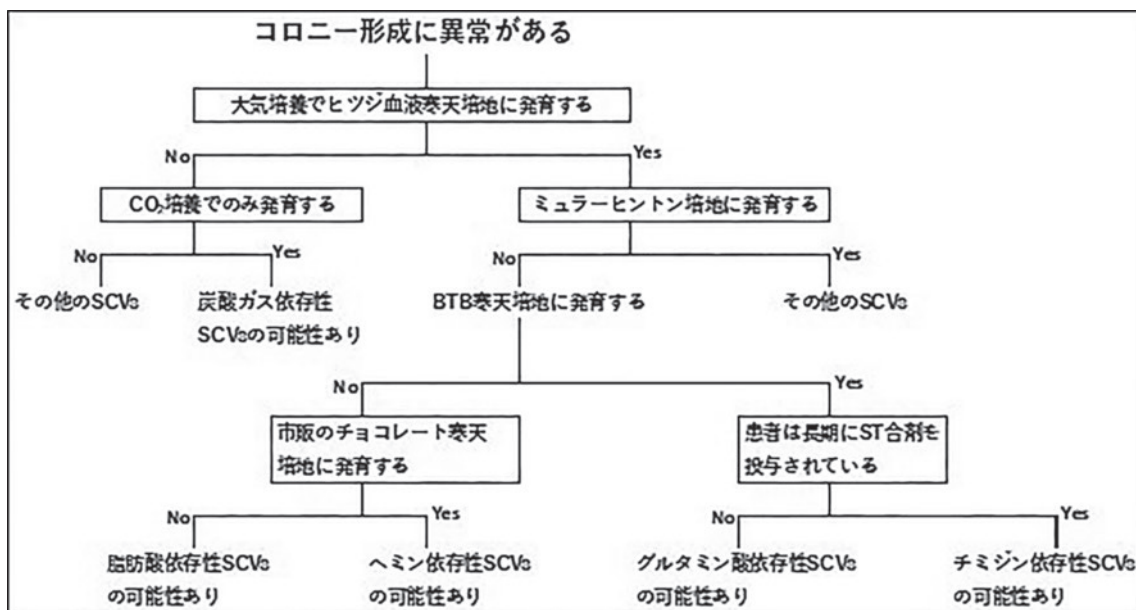


Fig. 2 SCVs の要因を推定するために考案されたフローチャート
松本 竹久 日本臨床微生物学会雑誌 Vol.33 No.2 2023. 101-108.

Neg2J パネル（ベックマン・コールター）に接種した。MicroScan WalkAway96（ベックマン・コールター）による薬剤感受性検査を行った。結果、24 時間培養後グロスウェルに発育を認めず、発育不良と判定された。*E. coli* ATCC25922 を用いた同ロットの Neg2J パネルの精度管理測定では、薬剤感受性結果は精度管理限界値内であった。

次にミュラーヒントンブロス、LHB ブロス、HTM ブロスを使用し、薬剤感受性試験を実施したが全てのブロスにおいて発育不良と判定された。

そこで同様に濁度調整した菌液 100 μ l を 100 μ g/ml チミジン加希釈水に添加し、それを用いて Neg2J パネルへ接種した結果、グロスウェルに発育が認められ判定可能であった (Fig. 3)。結果、マイクロスキャンで自動判定され、ESBL 疑いと判定された。そこで ESBL 遺伝子解析を行ったところ、CTX-M-27 型を保有していることが確認され一致した結果だった。また、菌液調整はプロンプト法にチミジンを添加しても同様に発育が認められた¹⁰⁾ (Fig. 4)。

4. チミジン要求性試験・耐性菌のスクリーニング試験

本分離株のチミジン要求性試験を行った。チミジン



Fig. 3 チミジン添加後のウェル内の発育状況

抗菌薬	MIC	判定
ABPC	>16	R
PIPC	>64	R
CEZ	>16	R
CTX	>2	R
CAZ	16	R
CFPM	16	I
CTRX	>2	R
CMZ	≤ 16	S
FMOX	≤ 4	S
PIPC/TAZ	≤ 8	S
CPZ/SBT	32/16	I
IPM	≤ 1	S
MEPM	≤ 1	S
LVFX	>4	R
CPFX	>2	R
FOM	≤ 4	S
ST	$\geq 2/38$	R

Fig. 4 チミジン添加後の薬剤感受性試験結果

100 μ g/ml 水溶液を作成し、McFarland0.5 と同様に濁度調整した菌液を作成し、ミュラーヒントン培地に全面に塗布し直径 6mm の濾紙を置いてその濾紙にチミジン水溶液を約 10 μ l を滴下し、35 $^{\circ}$ C、24 時間培養した結果、チミジン水溶液を滴下した濾紙周辺にのみコロニーの形成が見られた¹⁾ (Fig. 5)。

次に AmpC/ESBL 鑑別ディスク（関東化学）を用いて、耐性菌のスクリーニング試験を行った。チミジン 100 μ g/ml 水溶液を作成し、McFarland0.5 と同様に濁度調整した菌液を作成し、ミュラーヒントン培地に全面に塗布し、各ディスクをのせ、35 $^{\circ}$ C 24 時間培養を行った。判定結果から ESBL 産生菌が疑われたが、チミジン水溶液を添加しているので参考値とした。

5. チミジンおよびチミジル酸添加試験

チミジル酸合成経路を Fig. 6 に示す。thyA に変異が起これると①経路である dUMP から dTMP の生合成ができなくなり、菌体内にチミジル酸が不足し DNA 合成不全になる。そこで、SCVs は②の別経路を利用するために菌体外からチミジンを取り込みチミジル酸を生成する。そこで、①経路：チミジル酸添加、②経路：チミジン添加のどちらを補填するほうが発育不良の改善につながるか検討した^{8) 9)}。

方法は、ミュラーヒントン寒天培地に McFarland0.5 の対象菌液を滅菌綿棒で塗布し、各濃度のチミジンあるいはチミジル酸を添加したディスクを配置し、24 時間培養後発育性を確認しました。結果、チミジン、チミジル酸いずれも 1 ディスクあたり 1mg の濃度以上で発育がみられましたが、1mg/ml の濃度で 24 時間培養ではチミジンもチミジル酸も発育が認められたが、チミジンの方が発育が良い結果だった (Fig. 7)。

遺伝子解析結果

チミジン依存性 SCVs に関わる thyA 遺伝子の解析を行った。thyA 遺伝子の変異解析方法は、培地上のコロニーから DNA を抽出し、PCR で thyA 領域を増幅後、



Fig. 5 ミュラー・ヒントン培地にチミジン水溶液を塗布した濾紙のまわりに発育する *E. coli* SCVs

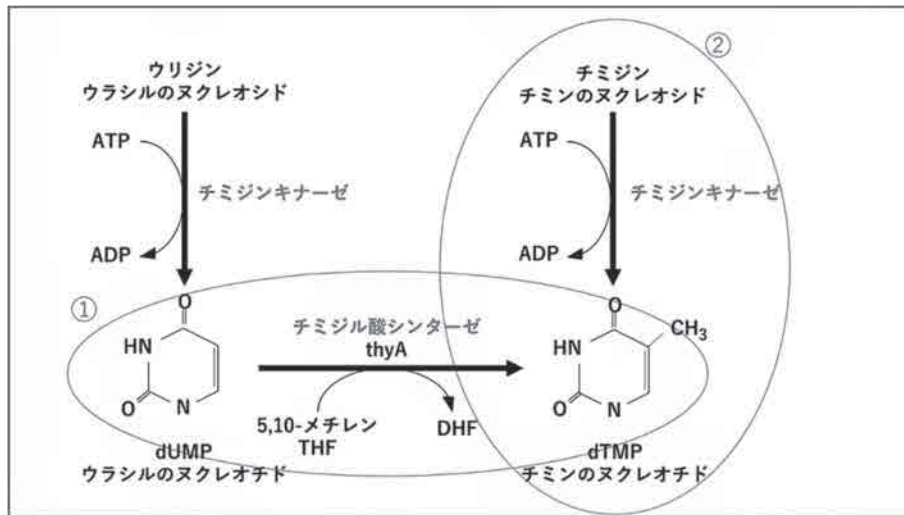


Fig. 6 チミジル酸合成回路

	10 μ g	100 μ g	1mg	10mg
チミジン	発育なし	発育なし	発育あり	発育あり
チミジル酸	発育なし	発育なし	発育あり (微小コロニー)	発育あり

チミジン1mg

チミジル酸1mg
(微小コロニー)

Fig. 7 チミジンおよびチミジル酸添加試験

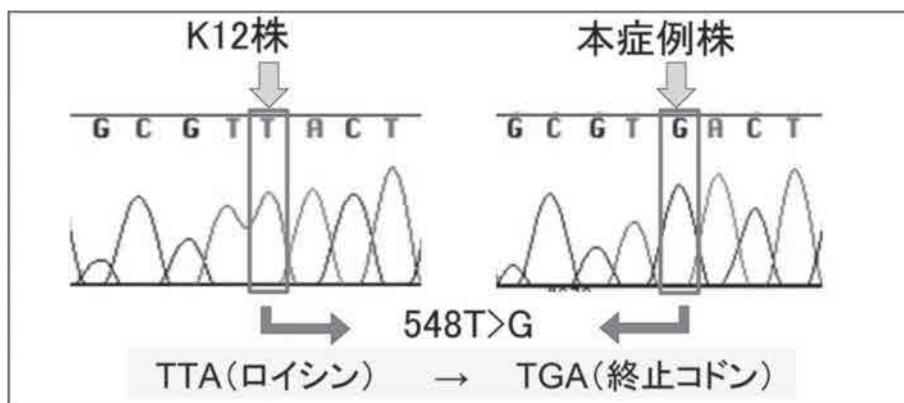


Fig. 8 遺伝子解析結果

サンガーシーケンサーにて塩基配列を決定した。野生株としてK12株のthyA領域の塩基配列と比較し、変異の有無を確認した。結果、117、186、312、548、763、772番目の塩基に置換を認めたがこのうちアミノ酸置換に影響があったのは548番目であり、ナンセンス変異であった。すなわち、548番目の塩基について、左

のK12株ではT(チミン)であったに対し、本症例ではG(グアニン)に置換されたことにより、アミノ酸がロイシンから終止コドンへと置換された(Fig. 8)。なお、SCVsのthyA遺伝子変異において、明らかなhot spotは確認されていないが今回我々と同じ部位におけるナンセンス変異の報告は存在した^{2) 4)}。

考察

今回、出血性膀胱炎を繰り返す患者の尿培養から SCVs 疑いの *E. coli* を分離した。*E. coli* SCVs には、チミジン・ヘミン・炭酸ガス・グルタミン・脂肪酸依存性などに依存して増殖を示す株が報告されている。本分離株は、血液寒天培地、BTB 寒天培地に発育し、ミュラーヒントン寒天培地に発育しないこと、ST 合剤が 2 か月間投与されていたことからチミジン依存性 SCVs が疑われた。チミジンは DNA の構成要素であり、一般細菌の多くはチミジンを合成できるためミュラーヒントン培地やミュラーヒントンブロスに発育するが、本分離株はチミジンを合成できないため、ミュラーヒントン培地やミュラーヒントンブロスに発育できなかったと考える。ST 合剤はテトラヒドロ酸の合成を妨げることにより、間接的に DNA の基になるチミジンの合成を妨げて抗菌的に作用する。このため、ST 合剤によってテトラヒドロ葉酸の合成が阻害されると DNA の構成酵素であるチミジン合成が阻害され、細菌の増殖が抑制される。このことからチミジンを細胞外から取り込む本分離菌は ST 合剤の作用を受けにくいと考える⁵⁾。

同定検査は MALDI-TOF MS で行った。スコアが高い順に 1 から 10 番目まで候補が挙げられ、全スコア 2.00 以上で *E. coli* であった。通常と同定パネルや同定キットでは発育しないため、SCVs の同定には質量分析が有用である。

薬剤感受性試験に関して、使用したミュラーヒントンブロス、LHB ブロス、HTM ブロスは全て発育しなかった。ミュラーヒントンブロスは牛肉エキス、カザミノ酸、スターチを含み、LHB ブロスはミュラーヒントンブロスにウマ溶血液を添加したものであるが、ウマ溶血液にはチミジンホスホリラーゼと呼ばれる酵素があり、培地中のチミジンを分解するため、LHB ブロスには発育しなかったと考えられた。HTM ブロスは、ミュラーヒントンブロスに酵母エキス、ヘマチン、NAD が添加したものである。牛肉エキスと酵母エキスにチミジンが含まれているが、本分離菌が発育可能な濃度ではなかったと考える⁶⁾。

次に濁度調整した菌液 100 μ l を 100 μ g/ml チミジン加希釈水に添加し、それを用いて Neg2J パネルへ接種した結果、グロスウェルに発育が認められ判定可能であった。同様に *E. coli* ATCC25922 を用いた同ロットの Neg2J パネルの精度管理測定では、薬剤感受性結果は ST 合剤に対する MIC が 2/38 μ g/ml より高値であり、精度管理限界値の範囲外であった。よって、チミジンを添加した場合、本分離株の ST 合剤の MIC が高値を示

したのは偽耐性の可能性があるといえる。CLSI ガイドラインでは、チミジン含有濃度の高い培地では、ST 合剤の偽耐性の原因となりうるとしている⁷⁾。

thyA 遺伝子はチミジル酸合成酵素 (thymidylate synthase) をコードし、DNA 合成に必須なチミジル酸の生合成に関与している。この酵素活性が失われると、細菌は外因性のチミジン供給に依存せざるを得なくなり、その結果、チミジン供給の限られた培地条件下で増殖が抑制され、小集落を形成する。このようなチミジン依存性 SCVs は、臨床的には抗菌薬曝露後に選択されやすく、特に ST 合剤治療歴のある患者から高頻度に分離されることが報告されている。

本研究では、チミジン依存性 SCVs が疑われる *E. coli* を臨床検体から分離し、その薬剤感受性試験においてチミジン添加が結果に大きな影響を与えることを確認した。しかし、本分離株のチミジン依存性の分子基盤については未解明であり、thyA 遺伝子変異の有無や関連代謝経路の変化を明らかにするため、今後は全ゲノム解析や遺伝子発現解析が必要である。また、チミジン依存性 SCVs は ST 合剤を含む抗菌薬治療後に選択されやすく、感染の再発や遷延化に寄与する可能性が高い。そのため、SCVs を的確に検出し、偽耐性のリスクを回避するための標準化された検査手法の確立が求められる。特に、質量分析法や分子生物学的解析を組み合わせることで、従来の培養依存的検査では検出困難な SCVs をより正確に同定できると考えられる。

さらに、臨床的観点からは、SCVs 感染症における治療戦略の最適化が課題となる。チミジン依存性 SCVs が関与する感染症では、従来の薬剤感受性試験に基づいた治療効果の予測が困難であるため、分子基盤に基づく耐性機序の解明と、それに基づいた抗菌薬選択指針の構築が必要である。

以上より、チミジン依存性 SCVs の出現機序や臨床的意義を明らかにすることは、抗菌薬耐性研究および感染症マネジメントにおける重要な課題である。

終わりに

今回、*E. coli* のチミジン依存性が疑われた SCVs の検討を行った。SCVs は発育の遅さからコロニーが小さく、正常な細菌と異なる点から見落としやガイドラインに準拠した方法ではできない。SCVs に対する理解や本分離株で行ったチミジンを添加する方法等で参考値ながら臨床へ報告することが必要だと考える。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

参考文献

- 1) 高橋尚子, et al. チミジン要求性 *Escherichia coli* Small Colony Variant による小児の急性腎盂腎炎 日本臨床微生物学会雑誌 2022 ; 32 (3) : 166-172.
- 2) Negishi T, et al. Characterization of clinically isolated thymidine-dependent small-colony variants of *Escherichia coli* producing extended spectrum b-lactamase J Microbiol. 2018; 67: 33-39.
- 3) 松本竹久. 臨床細菌検査で問題となる Small-colony variants. 日本臨床微生物学会雑誌. 2023 ; 33 (2) : 101-108.
- 4) Mashlach D, Bacasen EM, Singh S et al. Mutat Res. 2021
- 5) 松本竹久, et al. *Staphylococcus aureus* の small-colony variants. 日本臨床微生物学会雑誌 2016 ; 26 (1) : 1-10.
- 6) 日本ベクトン・ディッキンソン. BDBBL 培地マニュアル. 坂崎利一 (監修). 近代出版 ; 1995.
- 7) Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing, 31th Edition.
- 8) Carreras CW, et al. The catalytic mechanism and structure of thymidylate synthase. Annu Rev Biochem. 1995; 64: 721-762.
- 9) Galperin MY, et al. Comparative genomics of thymidylate synthases. FEBS Lett. 2000; 476(1-2): 1-5.
- 10) Banerjee R, et al. Genetic and metabolic basis of antimicrobial resistance in *Escherichia coli*. Nat Rev Microbiol. 2021; 19(6): 379-391.

Investigation of small colony variants (SCVs) of *Escherichia coli* suspected of thymidine dependency

Koki Ito, Gen Yoshiiri, Akihide Nitta, Hideki Nishio, Shigenori Oyamada

Medical Technology Department Laboratory, Otaru General Hospital

Abstract

Small-colony variants (SCVs) are a general term for bacteria that form colonies approximately one-tenth the size of those formed by wild-type strains. SCVs are characterized by abnormalities in certain metabolic pathways, with known causes including thymidine dependence, hemin dependence, carbon dioxide dependence, and glutamine dependence. Among these, thymidine-dependent SCVs affect growth due to their inability to synthesize thymidine and thymidylate, which are components of DNA. Many are thought to arise from long-term administration of [ST/Sulfamethoxazole-trimethoprim (ST)?] combination drugs. This isolate was suspected to be a thymidine-dependent SCV because it did not grow on Mueller-Hinton agar but did grow on BTB agar. Therefore, sequence analysis was performed to confirm whether a mutation existed in the *thyA* gene, which is involved in thymidylate biosynthesis. Comparison of the nucleotide sequence of the *thyA* gene of this isolate with that of the K12 strain revealed gene mutations at 117A>G, 186T>C, 312A>G, 375G>C, 378C>G, 548T>G, 763C>A, and 772G>A. Among these, 548T>G resulted in a nonsense mutation due to the substitution of Leu183X. The antibacterial action of ST combination drugs is based on the mechanism of inhibiting the synthesis of tetrahydrofolate, thereby preventing the synthesis of thymidylate, a precursor to DNA. Thymidine-dependent SCVs develop gene mutations in their synthetic enzyme genes, resulting in a loss of activity. In the isolate we [experienced/ investigated?/analyzed?], a nonsense mutation occurred in the *thyA* gene, which was considered to be the cause of the SCVs.

Keywords: Small colony variants (SCVs), thymidine, trimethoprim/sulfamethoxazole, *thyA* gene

腹腔鏡下幽門側胃切除術後に 食道裂孔ヘルニア修復術を施行した1例

渡邊 義人・八木橋 雄大・島田 慎吾・喜納 政哉・越前谷 勇人

小樽市立病院 外科

要 旨

患者は81歳男性で、胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除術が施行されていた。術前の内視鏡で食道裂孔ヘルニアを指摘されていたが症状がなく経過観察となった。術後経過は良好であったが次第に胃食道逆流症状が強くなり内服治療を開始したが症状が増悪し経口摂取が困難となったとのことで、術後2年3か月目に外科治療を行うことになった。腹腔鏡下で食道裂孔ヘルニア修復術、逆流防止手術を行うこととした。腹腔鏡下幽門側胃切除術に準じたポートセッティングとし手術を開始、術後の癒着剥離に難渋したがヘルニア門の露出は可能で、非吸収糸で縫縮し逆流防止手術はToupet法を行った。残胃の可動性が不良であったため食道背側からの胃壁の誘導が困難であったが手術は可能であった。術後逆流症状はほぼ消失し経口摂取も改善、現在経過観察中である。幽門側胃切除術の際に食道裂孔ヘルニアの合併を認めることはしばしば経験される。本邦において今回のように術後に症状が悪化し手術治療を行なった報告はなく、手技的に困難ではあるが食道裂孔ヘルニアが併存した胃切除術においては本術式が考慮されるべきと考えらる。

キーワード：食道裂孔ヘルニア、腹腔鏡手術、腹腔鏡下幽門側胃切除術

はじめに

胃切除術前に胃内視鏡検査を行った際に食道裂孔ヘルニアが偶然発見されることをしばしば経験する。多くが無症状であるためそのまま予定通りの手術を行うことが多く術後にヘルニアが問題となることはほとんどない。今回我々は術前にI型食道裂孔ヘルニアを認めた胃癌症例に対し腹腔鏡下幽門側胃切除術を行ったが、術後にヘルニアによる症状が増悪したため食道裂孔ヘルニア手術を行った1例を経験した。本法での報告例がなく貴重な1例であるため今回報告する。

症例

患者：82歳 男性

主訴：胸やけ 摂食障害

現病歴：20XX年胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除術、ビルロートI法再建が行われていた。術前から食道裂孔ヘルニアを指摘されていたが無症状であったため経過観察となっていた。術後より胃食道逆流症状が出現したため内服治療が開始されたが症状の増悪を認めたため術後2年3か月後に手術加療目的に当科紹介となった。

入院時現症：身長162cm 体重57.5kg BMI 21.91 眼

瞼結膜、眼球結膜に異常なし。胸部異常なし。腹部平坦、軟。前回術創を臍部、上腹部に認める。血液検査所見：WBC：3700/ μ l、RBC：361 \times 10⁴、Hb：11.3g/dl、Ht：34.8%、PLT：143 \times 10³/ μ l、総蛋白：6.2g/dl、総ビリルビン：0.69mg/dl、AST：34U/l、ALT：25U/l、BUN：23.7mg/dl、Cr：1.3mg/dlと軽度貧血を認める以外は特記すべき異常はなかった。

上部消化管内視鏡所見：前回手術前に活脱型（I型）食道裂孔ヘルニアを認めたが明らかな逆流性食道炎の所見は認めなかった（図1）。今回術前にはgrade Cの胃食道逆流症（GERD）とともにより高度な滑脱を来した食道裂孔ヘルニアを認めた（図2）。

腹部CT所見：I型食道裂孔ヘルニアを認めた（図3a、b、c）。

以上の所見より内服治療で改善しない食道裂孔ヘルニアを起因とする逆流性食道炎と診断し手術を行う方針とした。

手術所見：手術は前回手術と同創で行うこととし図のごとくポートを配置した（図4）。腹腔内は前回手術後の癒着を広範囲に認めた。残胃の小弯と肝下面の癒着は強固であったが剥離は可能であった。癒着を剥離し腹部食道を全周で露出し、開大した食道裂孔を確認した。食道

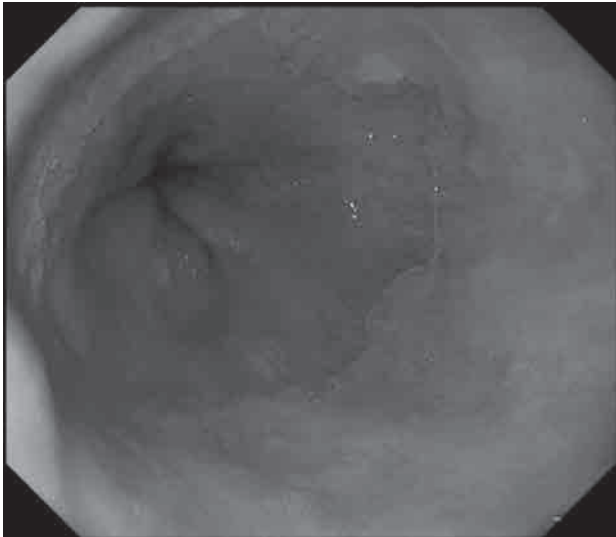


図1 術前内視鏡では明らかな逆流性食道炎は認めなかった

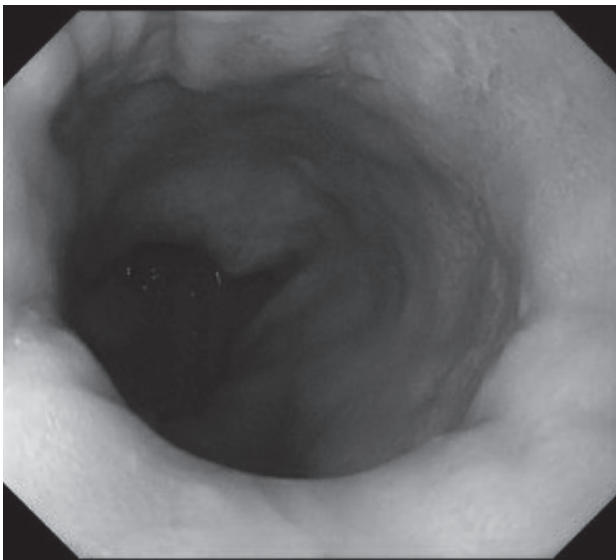


図2 Grade Cの胃食道逆流症

裂孔の縫縮は2-0V-loc®（非吸収性有棘糸）による連続縫合で行った（図5）。胃穹窿部を食道の約半周に巻きつけ縫合固定しToupet法に準じた逆流防止手術を行い、手術を終了した（図6）。

手術時間は198分、出血量は10mlであった。

術後経過：術後1日目より飲水を開始し、術後3日目に胃食道造影検査を行い逆流がないことを確認後、食事を開始した。術後12日目に退院となった。

術後内視鏡所見：術後6カ月目に内視鏡検査を行い胃食道逆流所見の改善を確認した（図7a、b）。

考察

食道裂孔ヘルニアは高齢者に比較的多く認められる疾患である。GERD研究会による報告では初回内視鏡検査において49.3%に食道裂孔ヘルニアを認めると報告さ

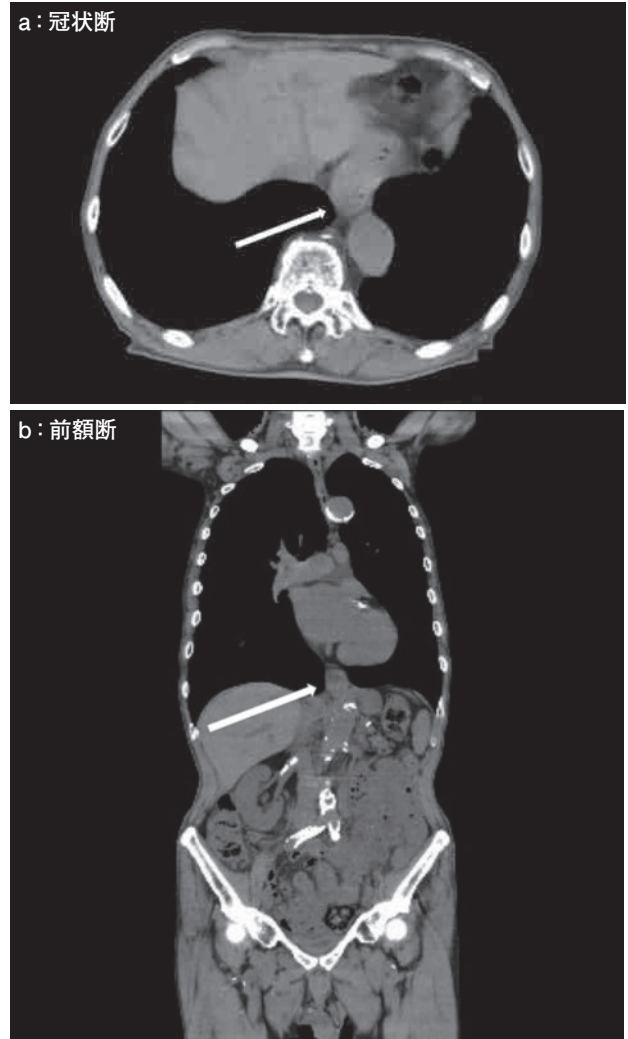


図3 I型食道裂孔ヘルニア

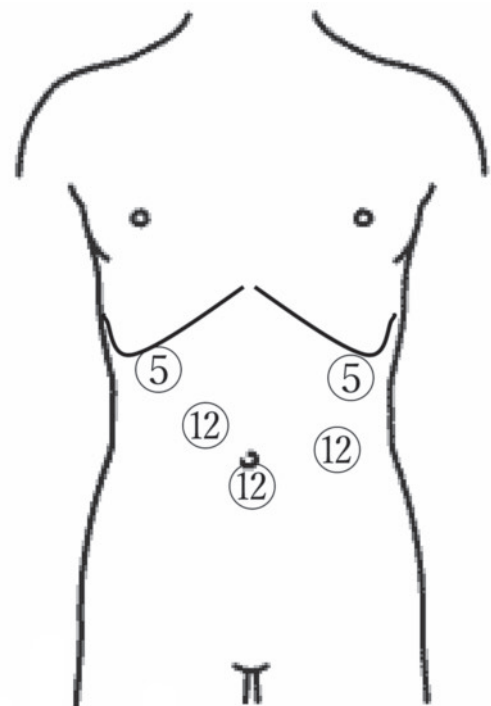


図4 ポート配置

⑤：5mm ポート ⑫：12mm ポート

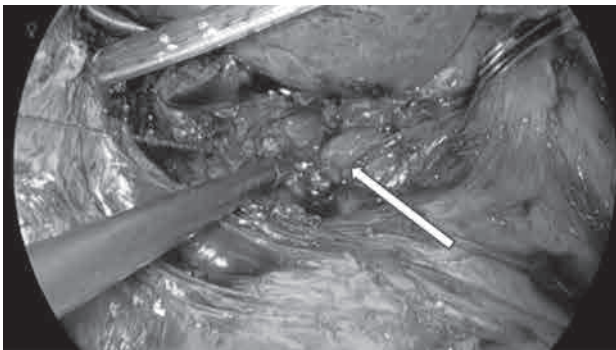


図5 縫縮された食道裂孔 (矢印)

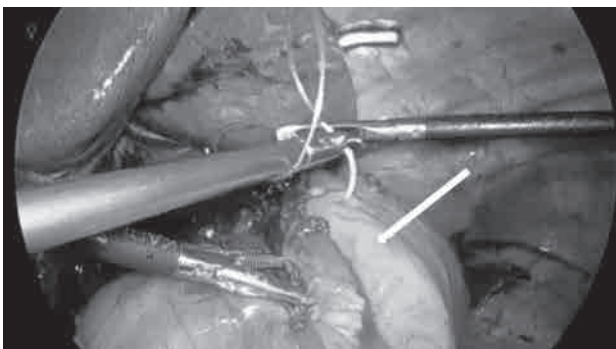


図6 胃壁 (矢印) の食道壁への巻きつけ

れており、その頻度は加齢に伴い増加傾向にある¹⁾。胃癌の診断においては内視鏡検査は必須であるが、その際に偶発的に認めた食道裂孔ヘルニアに対しては無症状であればそのまま経過観察とされることが多いと思われる。

今回の症例は術前に無症状でかつ胃食道逆流所見がなかった食道裂孔ヘルニアが、その後の逆流症状が増悪したため手術治療に至ったものである。原因として術後の一時的な通過障害による胃内圧の上昇、さらに嘔吐を繰り返すことによりヘルニアが増悪したために逆流症状が増悪したものと考えられる。

食道裂孔ヘルニアの手術は①脱出臓器の腹腔内への環納②腹部食道の確保③食道裂孔の縫縮④噴門形成術の工程が必要である。今回は大きな脱出は認めないため②以降の工程で手術を行う必要があったが、術後であるため癒着が大きな障壁となり②、③の工程で困難が予想された。また胃切除後であるため残胃の大きさにより④も困難になることが予想された。今回の手術においては幸い慎重な操作により癒着の剥離を行うことができ、食道裂孔の確認、縫縮を行うことができた。この際比較的癒着が強くない食道左側からの剥離を先行することで食道の確保が容易となった。また横隔膜脚の右側は胃切除術の際に操作が行われており癒着が強固であることが予想されたため、食道左側の剥離から連続し横隔膜脚の左側を同定することで食道裂孔の確認が容易となった。噴門形



a: 胃食道逆流症の改善



b: His角 (矢印) の形成

図7

成術については当科では Toupet 法に準じ露出した食道の後壁側 3/4 周に胃穹窿部を巻きつけ胃と食道を縫合する方法を原則としている²⁾。今回は胃切除術後であり残胃が小さいことから困難が予想されたが穹窿部自体は残存していたため胃と食道の縫合自体は可能であった。通常の食道裂孔ヘルニア手術の場合十分な巻きつけが可能となるように短胃動脈を切離し授動を行いやすくするが、幽門側胃切除術後の場合短胃動脈は残胃への血流に必要な血管であり切離することができない。そのため穹窿部の巻きつけが十分ではなく本来 3/4 周の巻きつけが 1/2 周程度となった。術後 6 カ月の内視鏡検査では His 角が形成され十分な逆流防止効果があったと思われ、1/2 周程度の巻きつけでも十分効果があることが示唆された。

食道裂孔ヘルニアの手術においては第一に症状の軽減が目的とされるため逆流防止手術は必須であり、かつ今後の再発予防のために食道裂孔の縫縮も行われるべきで

ある。今回はほぼ予定通りの手術を行うことができたが癒着の状況など個々の症例において操作が困難な場面が想定される。必要な工程である食道裂孔の縫縮については先に述べた左側からのアプローチが有用であるが、縫縮が困難な場合はメッシュを使用した再発予防も検討されるべきである。また逆流防止手術においては十分な食道の露出が困難であることや、穹窿部の授動が困難であることが想定される。本症例のように1/2周程度の巻きつけでも十分効果が期待できるため、食道壁の部分的な露出が可能であれば穹窿部を食道、横隔膜脚もしくは横隔膜に縫合することで逆流防止が期待できると思われた。

食道裂孔ヘルニアの存在が幽門側胃切除術、ビルロートI法再建後の胃食道逆流のリスク因子であることが報告されており³⁾、食道裂孔ヘルニアが存在する場合はビルロートI法以外の再建方法が選択されるべきかもしれない。当科での幽門側胃切除術後の再建はビルロートI法を標準術式としているが、食道裂孔ヘルニア合併症例においては術後の症状増悪が懸念される場合には再建方法の変更を検討するべきであると考えられる。

腹腔鏡下幽門側胃切除術後の食道裂孔ヘルニア手術については現状では個別の対応とならざるを得ない。まず必要なのは術後に症状が増悪しないようにすることで、ビルロートI法を選択する場合には吻合部の狭窄など通過障害を来さぬように留意することが肝要である。すでに高度な食道裂孔ヘルニアが存在する場合は同時手術も検討されるべきである。

本症例のように腹腔鏡下幽門側胃切除術後の腹腔鏡か食道裂孔ヘルニア手術を行った症例は本邦での報告例はないが、食道裂孔ヘルニアを合併した胃癌に対し幽門側胃切除術を行った報告は散見される。食道裂孔ヘルニアに対する術式で噴門形成術を行ったものは1例のみ⁴⁾で他は胃切除術と同時手術であったためかヘルニア囊内への環納を予防する目的での横隔膜の縫縮、もしくは胃壁、食道壁の横隔膜への縫着のみが行われていた^{5) 6) 7) 8) 9) 10)}。その後の再発については不明であり評価は難しいが、術後の症状の増悪の可能性を考えるとできる限り逆流防止を目的とした手術を行うべきである。術後に増悪した場合には本症例のように食道裂孔ヘルニアに対する通常の手術を行うことは可能であり、困難ではあるが行う意義はあると考える。少なくとも開大した食道裂孔の縫縮は可能と思われ、逆流防止手術については可能であればToupet法など通常の手術を行うことが望ましいが完全ではなくとも前述のような手技を行うべきである。

高齢者の増加に伴い今後も食道裂孔ヘルニア手術は増加している。胃切除術を行う際には留意されるべきであり、症状により適切な治療が行われる必要がある。本症

例の貴重な経験を踏まえ今後も適切な手術治療を行っていききたい。

文献

- 1) 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
- 2) 渡辺義人, 森越健之助, 葛西弘規 他. 当科における腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術の実際 小樽市立病院誌; 13 (1) : 57-61, 2024
- 3) Hitoshi Tsuchiya, Itaru Yasufuku, Masahiro Fukuda, et al. Postoperative reflux esophagitis in laparoscopic distal gastrectomy with Billroth- I reconstruction for gastric cancer: Nutritional effect and peroperative risk factors. Asian J Endosc Surg.; 16 (4): 695-705, 2023
- 4) 木戸上真也, 浦川真哉, 深田唯史 他. 超高齢者の進行胃癌および食道裂孔ヘルニアに対し姑息的腹腔鏡下手術を施行した1例 Jpn J Cancer chemother; 50(13): 1727-1729, 2023
- 5) 食道裂孔ヘルニアを合併した早期胃癌に対して腹腔鏡下胃切除とヘルニア修復術を行った1例 Jpn J Cancer chemother; 51(2): 217-219, 2024
- 6) 立川伸雄, 嶋根学, 中島理恵 他. 混合型食道裂孔ヘルニアを合併した胃 Gastrointestinal stromal tumor に対し同時に腹腔鏡下手術を施行した1例 日外科系連合誌; 46 (4) 462-469, 2021
- 7) 小林克己, 岩波弘太郎, 佐藤泰輔 他. Upside Down Stomach を呈した食道裂孔ヘルニアの3例 KMJ THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL; 69: 243-248, 2019
- 8) 根塚秀昭, 芳炭哲也, 伊井徹 他. Upside down stomach に過形成性ポリープから発生した胃癌を合併した1例 Gastroenterol Endosc; 59(6) 1409-1415, 2017
- 9) 小南裕明, 川崎健太郎, 上野公彦 他. 腹腔鏡下胃切除を行った upside down stomach を伴う早期胃癌の1例 日臨外会誌; 75 (5) : 1265-1270, 2014
- 10) 若杉健弘, 川邊泰一, 藤川寛人 他. 腹腔鏡手術が有用であった upside down stomach に併存した胃癌の1例 日臨外会誌; 75 (2) : 437-441, 2014

原因不明の急性 DIC による致死的脳出血

—剖検で判明したエンドリーク再発非破裂腹部大動脈瘤—

越前谷 すみれ¹⁾・伊東 雅基¹⁾・新谷 好正¹⁾・真柄 和史²⁾・
辻脇 光洋²⁾・佐藤 宏³⁾・中崎 明日香¹⁾・古川 浩司¹⁾・
山崎 和義¹⁾・深田 穰治³⁾・馬淵 正二¹⁾

- 1) 小樽市立病院 脳神経外科
2) 小樽市立病院 病理診断科
3) 小樽市立病院 心臓血管外科

要 旨

腹部大動脈瘤への低侵襲治療である endovascular aortic repair (EVAR) の術後には、消費性凝固障害を生じ転帰に直接的影響を及ぼすことがある。本症例は、原因不明の急性播種性血管内凝固症候群 (disseminated intravascular coagulation ; DIC) により致死的脳出血を発症し、剖検で腹部大動脈瘤 (abdominal aortic aneurysm ; AAA) に対する腹部ステントグラフト治療 (endovascular abdominal repair ; EVAR) 後の瘤内エンドリークが判明した一例である。

患者は、70 歳代男性。2 年半前に最大形 66mm の AAA に対して EVAR を施行。術後経過において AAA 瘤径拡大・エンドリークは認めていなかった。無症候性右内頸動脈閉塞に対して脳神経外科で経過観察中、緩徐に物忘れが進行し、右前頭葉白質に非典型的な高信号域の拡大を認め、神経膠腫が疑われたため定位脳針生検を実施した。生検術後 14 日目に右前頭葉を中心とする致死的脳出血を発症した。EVAR 後の AAA は瘤径拡大を認め (66 → 74mm)、不明の契機で線溶亢進型 DIC を急激に発症したことが致死的脳出血の原因と考えられた。開頭血腫除去術は適応外と判断され、翌日死亡した。全脳を含む剖検肉眼所見にて、ステントグラフト外の AAA 瘤内に非器質化・新鮮血栓を認め、Type II または V エンドリークの新規発症が示唆されたが、今回の線溶亢進の直接的要因であることを示唆する所見は得られなかった。最終的な全脳を含む剖検病理組織診断の結果を待たなければ結論は出ないが、日常臨床で遭遇しうる稀有な経過であり、広く共有すべき症例と考えられたので報告する。

キーワード：致死的脳出血、DIC、腹部大動脈瘤、EVAR、消費性凝固障害

緒言

播種性血管内凝固症候群 (disseminated intravascular coagulation ; DIC) は敗血症や悪性腫瘍、外傷など多様な基礎疾患を背景として、全身の細小血管内で凝固系が異常に活性化し、微小血栓が多発するとともに、線溶系も亢進することで出血傾向と臓器障害を併発する重篤な病態である¹⁾。進行すると止血凝固因子の消費により高度の凝固障害を呈し、時に致死的経過を取る。DIC に合併する脳卒中は脳梗塞の報告が多く、脳出血の発症は比較的少ないとされているが²⁾、急性経過を示す場合には重篤で予後不良であることが多い^{3) 4)}。近年、腹部大動脈瘤 (abdominal aortic aneurysm ; AAA) に対する治療方法としてカテーテルを用いた非開腹手術である

endovascular aortic repair (EVAR) が広く普及しているが、術後に瘤内の血流流入とされるエンドリークが残存し、血栓溶解から消費性凝固障害を生じ、生命予後に直接的な影響を及ぼすことが稀ながら報告されている⁵⁾。今回われわれは、急性 DIC に合併した致死的脳出血をきたし不良の転帰を辿った、AAA に対する EVAR 治療歴を有する症例を経験した。剖検の結果、AAA 瘤内において非器質化・新鮮血栓を認め、術後慢性期におけるエンドリークの新規発症と致死的脳出血の経過への関与が疑われたため、稀な一例として報告する。

症例

症例：75 歳，男性
主訴：昏睡、血性嘔吐、共同偏視

現病歴：下記臨床経過で当科通院中。右前頭葉脳生検術後14日目、コンビニエンスストア駐車場に停車中、自家用車内で血性嘔吐を伴い昏睡状態で発見され救急搬送された。

現病に至る経過：X-2年に腹部大動脈瘤を当院心臓血管外科にて指摘された。術前精査で、右前頭葉皮質下白質虚血性変化及び右内頸動脈慢性閉塞を認めたが、無症候性で脳循環不全は認めず（図1a-d）、抗血栓療法および脳血管再建術を適応とはならなかったため、脳神経外科で経過観察を開始した。最大径66mmのAAAに対し、EVARを実施した（Endurant™ II s, Medtronic, USA）。最終造影にてステント外漏出や血管外漏出を認めず、EVARは終了している。術後経過観察中、エンドリークや動脈瘤径拡大は認めなかった（図2a, b）。

X-1年、脳MRIで右前頭葉皮質下白質虚血性変化と考えていた高信号域に増大傾向を認めたが、臨床的に

無症状であったので経過観察とした（図3a, b）。

X年6月の定期外来で、文字が読めない、入浴を拒む、整容に無頓着になるなどの認知・行動変容がみられた。MRIで右前頭葉白質病変の拡大に加え、島回皮質下に複数の嚢胞性病変が新たに出現していた（図3c, d）。慢性脳虚血性変化としては非典型的な臨床経過であり、病変が淡く造影されることから低悪性度神経膠腫などの脳腫瘍を疑った（図4a, b）。全身麻酔下に定位針生検を実施した。右前頭部に穿頭孔を設け、Neuro Navigation Systemを用いて嚢胞内容と高信号を呈する白質病変の2カ所から吸引採取を行った。術後脳出血なく、1週間で自宅退院した（図5a, b）。生検病理組織診断では、嚢胞内容に悪性細胞は認めず、赤血球のみ小数認めた。白質病変は反応性の gliosis が疑われる所見であり、確定診断に至らず、今後の方針を検討中であった。

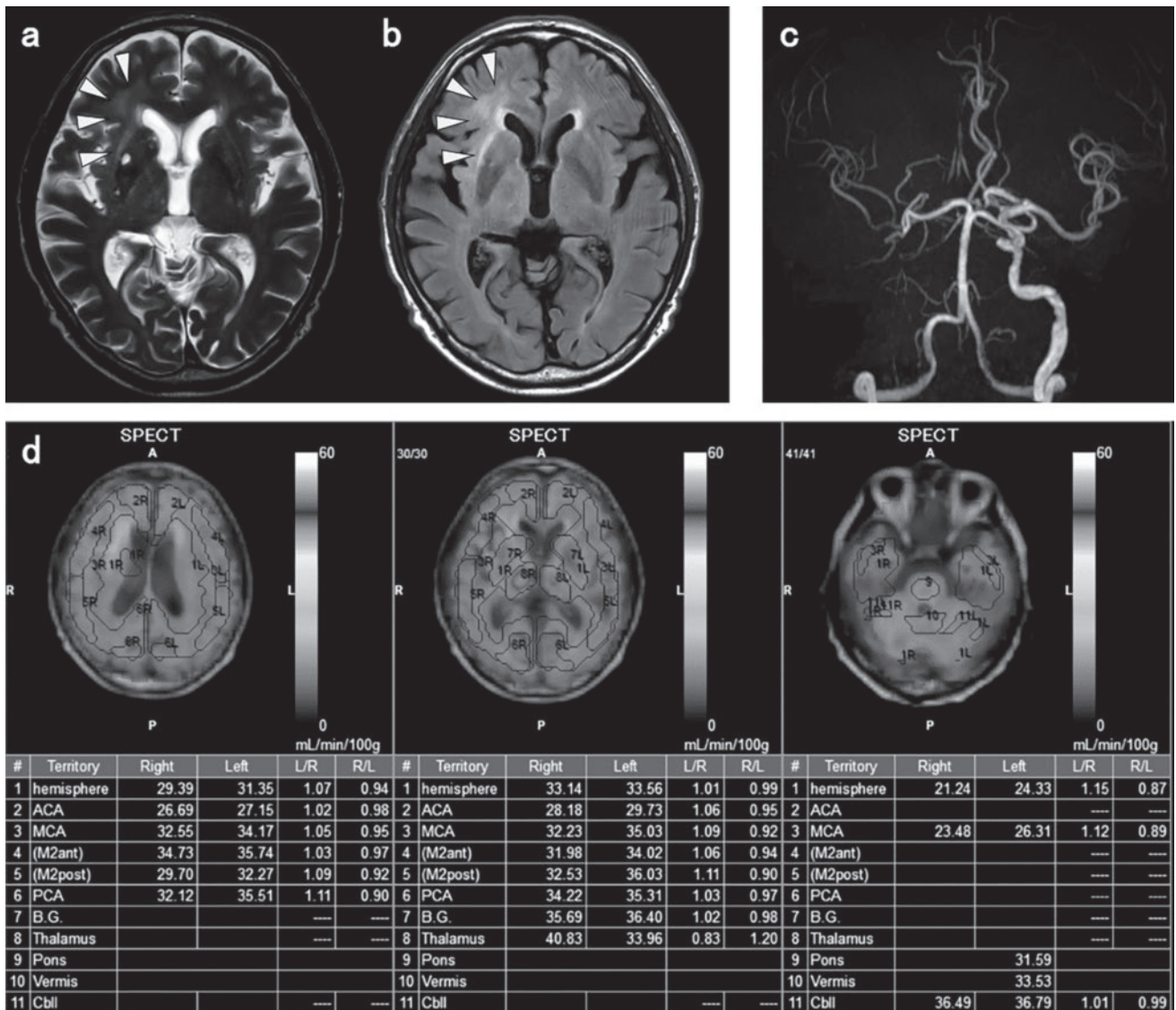


図1. 脳外科初診時 MRI および SPECT 画像。

右前頭葉皮質下白質虚血性変化（矢頭）（a: T2, b: FLAIR）。右内頸動脈慢性閉塞（c）。脳循環不全は認めなかった（d: SPECT）



図2. 腹部大動脈瘤。術前腹部造影 CT (a)。EVAR 施行時の DSA ではステントの近位・遠位部の圧着は良好でエンドリークは認めない (b)。

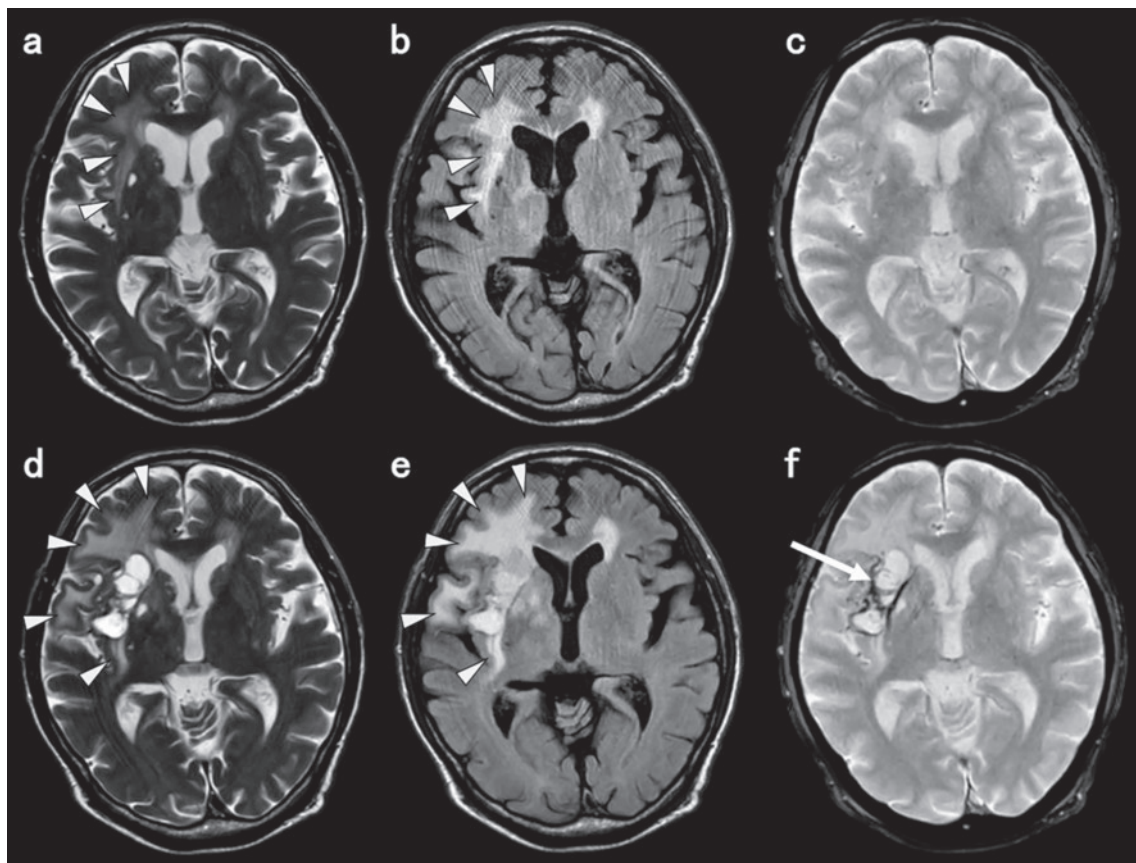


図3. 右前頭葉病変の拡大。X-1年には白質高信号が拡大 (矢頭) (a, b)。X年には微小な出血を周囲に伴う嚢胞性変化も認めた (矢印) (c, d, e: T2*)

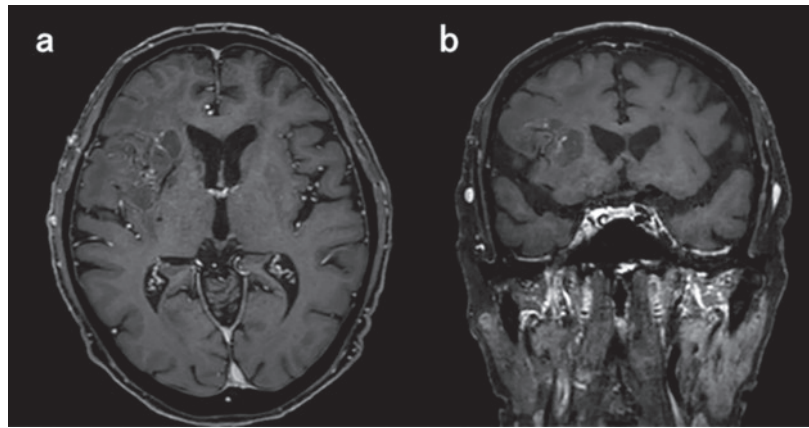


図4. 右前頭葉病変は淡く造影される (a: axial、b: coronal)。

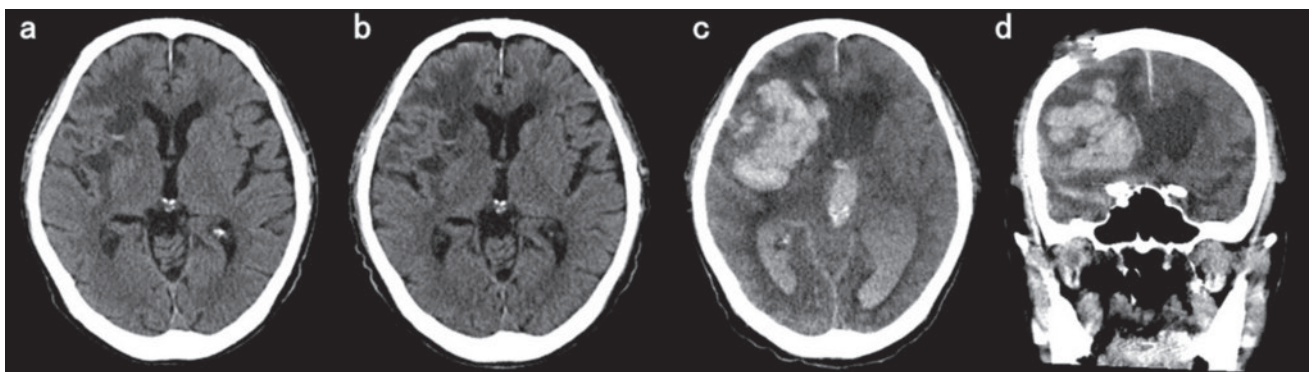


図5. 頭部 CT。脳生検前 (a)。脳生検後 (b)。水頭症を伴う右前頭葉脳出血発症 (c: axial、d: coronal)。

既往歴：無症候性右内頸動脈閉塞、肺扁平上皮癌術後 (Stage III A；5年寛解で終診)、気腫合併肺線維症 (在宅酸素療法中)、慢性関節リウマチ、中等度大動脈弁閉鎖不全症、高血圧症、腹部大動脈瘤ステント留置術後 (EVAR)

内服薬：レベチラセタム、サルボグレラート、フェキソフェナジン、ファモチジン、ポラプレジンク、メコバラミン、セレコキシブ、レバミピド、(イグラチモド〔抗リウマチ薬〕は休薬中)

入院時現症：血圧 208/145mmHg、脈拍 108/分 (整)、SpO₂ 88% (room air)、自発呼吸あり。JCSⅢ-200/GCS E1V1M1。瞳孔径は右 3mm/左 2mm、右共同偏視を認めた。四肢は弛緩していた。針生検術後創部に皮下膨隆を認め、緊急ルート確保のための末梢静脈穿刺部から多量の出血があり止血困難であった。

血液検査所見：WBC 19000/ μ l、Hb 13.0g/dl、Plt 94000/ μ l、PT-INR 2.13、APTT 68.4 秒、Fib 46mg/dl、FDP 2629 μ g/ml、D-dimer 59.5 μ g/ml、CRP 2.46mg/dl (旧厚生労働省研究班 DIC 診断基準 8点)。

頭部単純 CT 所見：右前頭葉に 40×40×60mm の脳内血腫を認め、脳室穿破を伴っていた。正中構造偏位及びテント上脳室の拡大を認めた (図 5c、d)。

頭部造影 3DCT 血管撮影：右内頸動脈は閉塞しており、脳動脈瘤や脳動静脈奇形は認めなかった。脳内血腫内部に血管外造影剤漏出所見を認めなかった (図 6a、b)。

体幹部 CT (上記頭部造影 3DCT 血管撮影後に撮像)：AAA に対する EVAR 治療後であり、最大径は 74mm に拡大していた (それまでの腹部大動脈瘤横径 66mm) (図 7a、b)。腹腔内および後腹膜腔血腫は無く、ステントグラフト内に閉塞を示唆する所見は認めなかった。瘤腔内の CT 吸収値は不均一であり、EVAR 後の Type II または V エンドリークの存在が示唆された (図 7b)。診断と治療経過：脳出血発症 1 週間前の脳生検実施時点では Plt 169000/ μ l、PT-INR 1.15、APTT 30.9 秒、Fib 262mg/dl、FDP 15.9 μ g/ml、D-dimer 5.3 μ g/ml、CRP 0.45mg/dL であり、旧厚生労働省研究班 DIC 診断基準では 1 点であった。今回、線溶亢進型 DIC を急激に発症したと考えられ、これを原因とする非外傷性重症脳内出血と診断した。

救命目的に緊急開頭術を行う方針とし、救急外来で挿管気道確保、緊急降圧、マンニトール及び止血剤投与を開始し、新鮮凍結血漿を取り寄せた。さらに、前回針生検穿頭部皮膚を救急外来で切開し、緊急血腫吸引・減圧

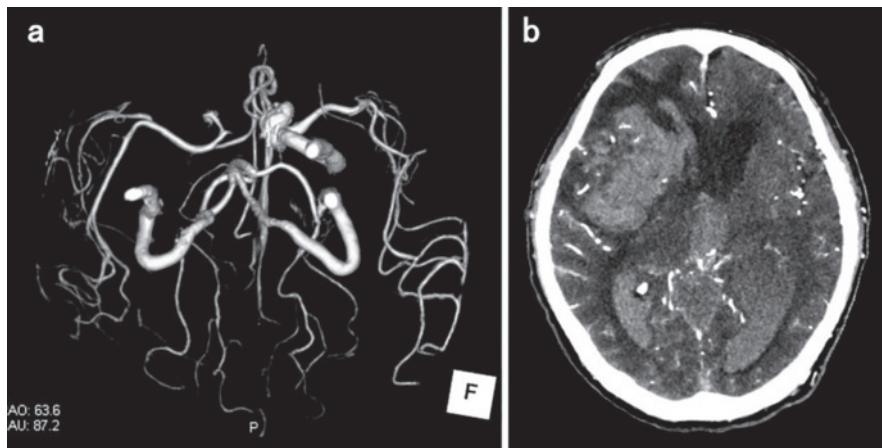


図6. 頭部造影 CT。右大脳動脈に動脈瘤や AVM を認めず (a)、脳血腫内に造影剤の血管外漏出なし (b)。

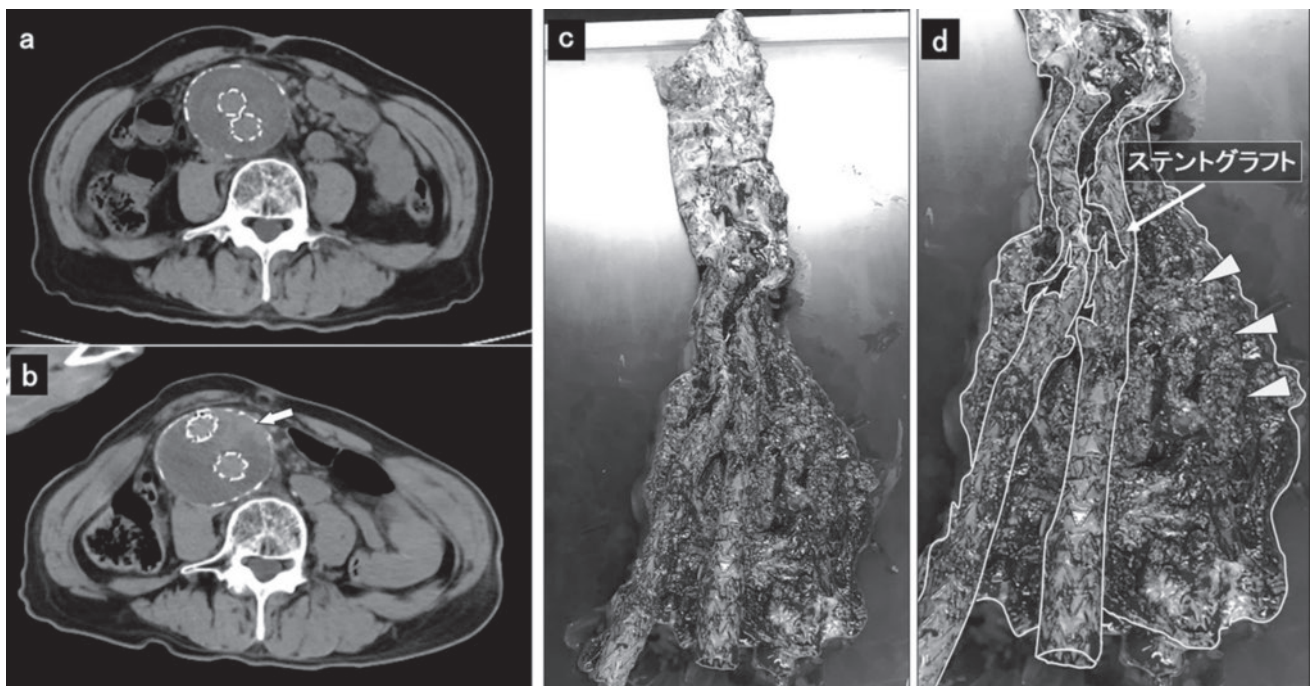


図7. 腹部単純 CT と AAA (開放) 病理肉眼像。瘤径の増大と瘤内に限局的な高吸収像 (矢印) を認めエンドリークを疑う所見 (a: EVAR 直後、b: 脳出血発症時)。ステントグラフト外瘤内に非器質化血栓 (矢頭) を認めた (c: AAA 病理肉眼像 d: トレースシエマ)。

を試みたが、血腫が噴出し、皮膚切開部からの止血すら困難であった。このため救命のための開頭術も実施困難と判断し、保存的加療を開始したが、脳出血発症後 24 時間以内に死亡退院した。脳出血発症から短時間で死亡に至る激烈な経過であり、家族の意志を確認のうえ、全脳を含む剖検を実施した。

剖検所見 (肉眼所見)：ステントグラフト外の AAA 瘤内に器質化していない血栓を認め、それまで認めていなかったエンドリークの可能性が示唆された (図 7c、d)。脳組織診断を含む最終診断は現時点では未確定であり、線溶亢進型 DIC を急激に発症した原因も明らかでない。

考察

DIC に合併する脳卒中は凝固亢進による脳梗塞の報告が多く、脳出血の発症は比較的少ないとされている²⁾。急性経過を示す場合には基礎疾患に関わらず、急速な脳ヘルニアを来し予後不良であることが多い^{3) 4) 6)}。DIC は基礎疾患を背景に全身に持続的かつ著明な凝固活性化を呈し、細小血管内に微小血栓が多発する病態である⁷⁾。凝固活性化と線溶亢進が並行して起こり、そのバランスは基礎疾患により異なる。大動脈瘤や大動脈解離、急性前骨髄球性白血病などでは線溶亢進型 DIC となる事が多く、止血血栓が溶解されやすく出血も高度で重篤になりやすい一方で、臓器障害は少ないとされ

る^{1) 8)}。DIC の治療は補充療法と抗凝固療法が主体となるが、線溶亢進型 DIC の治療においてはいまだ確立したものはない。

今回の症例においても、血小板減少は軽度で FDP の著明高値 ($\geq 80\mu\text{g/ml}$)、フィブリノゲンの著明低下 ($< 100\text{mg/dL}$) があり、線溶亢進型 DIC と判断した⁹⁾。

大動脈瘤や偽腔開存型の大動脈解離においては抜歯や外傷を契機に止血が困難となる慢性 DIC となることがあり^{6) 9)}、腹部大動脈瘤の 2-4% で DIC が合併するとの報告がある^{10) 11) 12)}。線溶亢進型 DIC の成因は、動脈瘤内や偽腔内の壁血栓の形成と溶解や、血液の乱流が関連して消費性凝固障害から発展すると考えられているが、不明な点も多く治療指針は確立されていない。近年、AAA に対するカテーテル治療として EVAR が普及しているが、術後合併症の 1 つに消費性凝固障害を生じることがあり、術後のエンドリークとの関連が注目されており^{13) 14)}、術後の生命予後に直接的に影響を及ぼすことがある⁶⁾。

しかし、本症例では、ステント留置術時点でエンドリークは認められず、その後の経過においても線溶亢進型 DIC の発症は確認されていなかった (図 8)。また、脳出血発症前まで明らかな大動脈瘤の拡大がなく、出血発症時の腹部 CT 画像では瘤径の増大や瘤内の高吸収像を認めたものの、ステントグラフトの近位および遠位非置換部大動脈との圧着は、EVAR 施行時と同様に良好であった。これらの所見から、本症例で認められた Type II または V エンドリークは、線溶亢進型 DIC の進行に伴い二次的に顕在化・増悪した可能性が示唆された。

一方、脳側の病態としては、EVAR 前スクリーニングで指摘された無症候性の慢性内頸動脈閉塞と慢性脳虚血性変化の臨床経過としては非典型的な、年単位で進行する認知機能障害および白質浮腫もしくは変性の進行が認められた。これらの経過から、低悪性度神経膠腫など

の脳腫瘍を疑い針生検を施行したが組織学的には明確な腫瘍性病変は同定されなかった。しかし、剖検病理学的な最終診断は得られていないため、出血を生じた脳組織病理は現時点で不明である。

致死性の脳出血の背景としては、動脈硬化を基盤とした穿通動脈の硝子様変性による脳内出血に加え、慢性関節リウマチなどの炎症性疾患や抗リウマチ薬の影響、さらに生検後の脳病変内の微小な出血の関与が考慮される。また、一般に、EVAR 施行後の経過において D-dimer 及び FDP が軽度上昇することは稀ではないが、本症例でも持続して認められており、凝固線溶系の不均衡が出血性病態に一定の影響を及ぼした可能性が考えられる。

これら複数の病態が相互に関連し、明確な単一の原因を特定することは困難であるものの、結果として線溶亢進型 DIC へ進行し、致死性の脳出血に至ったと推察される。EVAR 直後から脳出血発症時までの FDP や D-dimer といった線溶マーカーの時系列推移 (図 8) や、脳出血発症時の腹部 CT 所見で EVAR 後の AAA が拡大していたこと (66mm \rightarrow 74mm)、さらに肉眼的所見にとどまるが、EVAR 治療後の瘤内に非器質化・新鮮血栓を認めたことは、こうした病態の相互作用を支持する所見と考えられる。

最終的な全脳を含む剖検病理診断の結果を待たなければ結論は得られないが、日常臨床で遭遇しうる特異な経過を辿った症例であり、全脳を含む病理解剖初見を得た貴重な症例として広く臨床医に共有する意義があると考えられた。

文献

- 1) 朝倉英策. 播種性血管内凝固症候群 (DIC), 臨床に直結する血栓止血学 改定 2 版. 朝倉榮策編. 中外医学社; 2018. p.286-299.
- 2) 亀山正邦, 東儀英夫, 山之内博. 脳卒中臨床上の諸

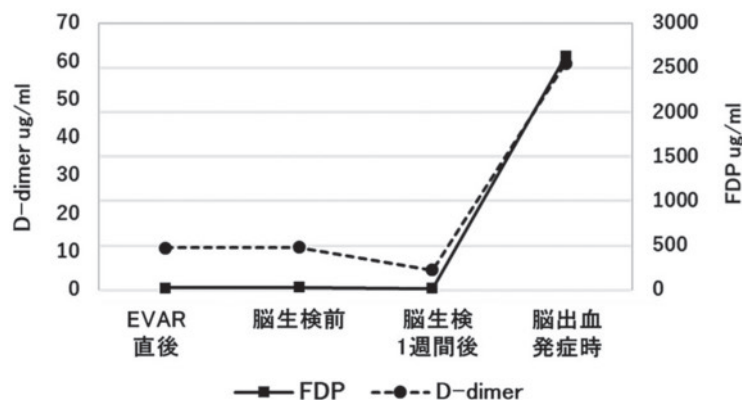


図8. FDPとD-dimer 推移。生検後から発症までの間に値が急上昇している。

- 問題. 血管内凝固 (DIC) 症候群, 血液ヘマトクリット値と脳血管障害. 日内会誌; 65: 1380-1384, 1976
- 3) Kawakami Y, Ueki K, Chikama M, et al. Intracranial hemorrhage associated with nontraumatic disseminated intravascular coagulation. Report of four cases. *Neurol Med Chir (Tokyo)*; 30: 610-617, 1990
 - 4) Baek HJ, Lee DH, Han KH, et al. Fatal intracranial hemorrhage in a patient with disseminated intravascular coagulation associated with sepsis. *Korean J Crit Care Med*; 31(2): 134-13, 2016
 - 5) 日本循環器学会 / 日本心臓血管外科学会 / 日本胸部外科学会 / 日本血管外科学会合同ガイドライン 2020年改訂版 大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン. *日血外会誌*; 30: 259-263, 2021
 - 6) Oyama C, Arakawa Y, Ikeda Y, et al. Chronic-phase chronic myeloid leukemia with intracranial hemorrhage complicated with tumor lysis syndrome. *Rinsho Ketsueki*; 62: 346-351, 2021.
 - 7) 朝倉英策. 播種性血管内凝固 (DIC) の診断と治療. *日内会誌*; 109 (7): 1378-1385, 2020
 - 8) Asakura H. Classifying types of disseminated intravascular coagulation: clinical and animal models. *J Intensive Car* 2: 20, 2014.
 - 9) 日本血栓止血学会 播種性血管内凝固 (DIC) 診療ガイドライン 2024. *血栓止血誌*; 36(1): 68-156, 2025
 - 10) Fisher DF, Yawn DH, Crawford ES. Preoperative disseminated intravascular coagulation associated with aortic aneurysms. A prospective study of 76 cases. *Arch Surg*; 118: 1252-1255, 1983
 - 11) Sasaki S, Fukuda Y, Kuniyama T, et al. Preoperative disseminated intravascular coagulation associated with aortic aneurysms. *J Cardiovasc Surg (Torino)*; 42: 595-599, 2001
 - 12) Aboulaia DM, Aboulaia ED. Aortic aneurysm-induced disseminated intravascular coagulation. *Ann Vasc Surg*; 10: 396-405, 1996
 - 13) Higashiura W, Kichikawa K, Sakaguchi S, et al. Deteriorating consumptive coagulopathy with type III endoleak following endovascular repair for abdominal aortic aneurysm associated with liver cirrhosis. *J Endovasc Ther*; 14: 421-425, 2007
 - 14) Keo HH, Diehm N, Baumgartner I, et al. Disseminated intravascular coagulopathy caused by endoleak type I: successful treatment by endovascular stent-graft extension. *Eur J Vasc Endovasc Surg*; 12: 68-70, 2006

術後に肝膿瘍を来した虫垂炎の一例

八木橋 雄大・喜納 政哉・島田 慎吾・渡邊 義人・越前谷 勇人

小樽市立病院 外科

要 旨

症例は39歳女性。2日前からの発熱と腹痛を主訴に前医を受診し、虫垂炎の疑いで当院紹介となり、紹介翌日に腹腔鏡下虫垂切除術を行った。虫垂周囲の癒着や間膜の炎症は高度であったが、穿孔や膿瘍形成はなかった。術後経過は良好で4日目に退院となった。退院3日目に激しい右側胸部痛を訴え前医へ救急搬送となった。CTで右横隔膜直下の肝膿瘍の診断となり、再び当院紹介となった。当初セフメタゾール (CMZ) による治療を行っていたが、症状・CT所見ともに増悪したため、CMZ投与7日目にセフェピム (CFPM) とメトロニダゾール (MNZ) へ抗菌薬を変更した。変更3日目から急速に症状は改善し、入院28日目に退院となった。

医療環境の充実した近年では虫垂炎の治療は速やかに行われることが多く、虫垂炎の重症化に続発する肝膿瘍は少ない。1990年から2025年まで医学中央雑誌で「虫垂炎」と「肝膿瘍」をキーワードに検索したところ、虫垂炎に続発した肝膿瘍は自験例を含めて20例の報告のみであった。若干の文献的考察を加え報告する。

キーワード：虫垂炎、肝膿瘍

緒言

虫垂炎は日常臨床で遭遇する機会が多い疾患である。医療環境の充実した近年では、虫垂炎は重症化する前に抗菌薬投与や手術などの治療が速やかに行われることが多く、虫垂炎の重症化に続発する肝膿瘍を経験することは少ない。今回虫垂炎術後に肝膿瘍を続発した症例について、文献的考察を加え報告する。

症例

患者：39歳女性

主訴：発熱、右側胸部痛

現病歴：2日前からの発熱と腹痛を主訴に前医を受診。虫垂炎の疑いで当院紹介となり、紹介翌日に腹腔鏡下虫垂切除術を行った。術後経過は良好で4日目に退院となった。退院3日目に激しい右側胸部痛を訴え前医へ救急搬送となり、CTで横隔膜直下の肝膿瘍が疑われたため、再び当院紹介となった。

既往歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

再入院時現症：身長165.9cm、体重79.3kg、BMI28.8kg/m²、血圧120/79mmHg、脈拍78回/分、体温37.2℃、呼吸数23回/分、SpO₂96% (室内気)。右側

胸部に強い自発痛と叩打痛を認める。

再入院時血液検査所見：白血球数16,100/ μ L、CRP7.87mg/dL、T-Bil0.74mg/dL、AST13U/L、ALT20U/L、ALP236U/L、 γ -GTP40U/L

再入院時CT所見：肝S4に低吸収値域を認めた (図1a)。虫垂切除部周囲に脂肪織濃度上昇を認めた。虫垂切除部周囲に膿瘍形成は認めなかった。

臨床経過：初回入院時のCT検査では虫垂の腫大と周囲脂肪織濃度上昇を認めたが、肝に膿瘍形成はなく、急性虫垂炎の診断として入院翌日に腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。手術は、臍部にカメラポート、左側腹部に5mmポート、下腹部正中に5mmポートを挿入して3ポートで行った。虫垂周囲の癒着や間膜の炎症は高度であったが、穿孔や膿瘍形成はなく (図2)、虫垂を根部で切除し手術終了とした。手術時間は1時間47分、出血量は3mlであった。術後経過は良好で術後4日目に退院となった。病理組織学的には、虫垂全層性に好中球を多く含む中等度から高度炎症細胞浸潤、出血、血管の拡張を認め、粘膜上皮は剥離、消失している部分が多くなっていた。虫垂壁構造は保持されており、蜂窩織炎性虫垂炎と診断した。

退院から3日目に激しい右側胸部痛で前医を再診し、横隔膜直下の肝膿瘍の診断となり再度当科紹介入院と

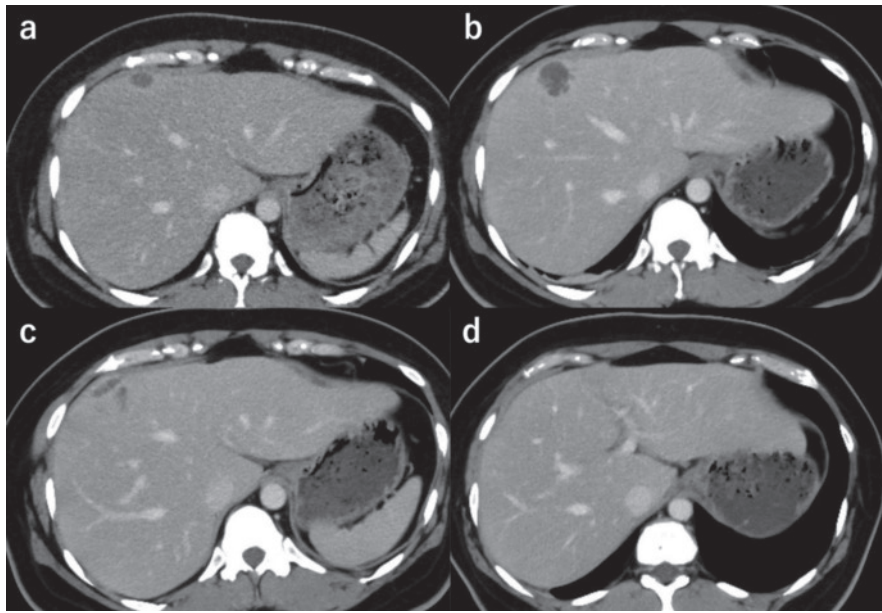


図1

- (a) 再入院時 肝 S4 に低吸収値域を認めた。
 (b) 入院 8 日目 肝 S4/8 に辺縁造影効果を伴う低吸収値域を認め、入院時より増大傾向であった。
 (c) 入院 15 日目 膿瘍縮小傾向。
 (d) 入院 26 日目 膿瘍消失。

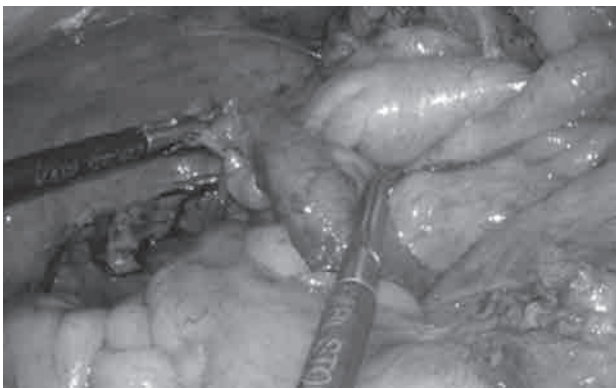


図2

虫垂周囲の癒着や間膜の炎症は高度であった。穿孔や膿瘍形成は認めなかった。

なった。CMZによる保存的治療を開始したが、38度台の発熱と右側胸部が持続し、炎症反応の改善も乏しく、CT検査で肝S4/8の膿瘍が増大したため(図1b)、入院8日目にCFPMとMNZへ抗菌薬を変更した。入院時に採取した血液培養は陰性であった。抗菌薬変更3日目から急速に症状は改善し、入院15日目のCT検査で膿瘍の縮小を認めた(図1c)。入院26日目の血液検査で炎症反応の改善を認め、CT検査で肝膿瘍の消失を確認し(図1d)、入院28日目に退院となった(図3)。

考察

肝膿瘍は細菌感染に起因する化膿性肝膿瘍と *Entamoeba histolytica* (赤痢アメーバ) 感染によるアメー

バ性肝膿瘍に大別される¹⁾。治療は抗菌薬の投与を基本とし、難治性の場合にはドレナージを考慮する²⁾。

一般的な化膿性肝膿瘍の感染経路として最も多いのは経胆道性(約55%)であり、次いで経門脈性(約5%)である³⁾。その他に経肝動脈性、直達性、外傷性、医原性、特発性がある。抗菌薬が普及する1960年代頃までは虫垂炎による経門脈性肝膿瘍が30.8-34.2%と最多であったが、近年では虫垂炎が重症化する前に治療がなされており、虫垂炎に続発する肝膿瘍は非常にまれである^{1) 4)}。主な起因菌は *Escherichia coli*、*Klebsiella pneumoniae*、*Pseudomonas* 等のグラム陰性桿菌、*Bacteroides*、*Fusobacterium* 等の嫌気性菌である¹⁾。

アメーバ性肝膿瘍は消化管に入った胞子(cyst)が大腸内で栄養型(trophozoite)になり、虫体が経門脈性に肝臓に達することにより形成される⁵⁾。抗アメーバ抗体の検査や、海外渡航歴、汚染された食品や水の摂取、性交渉等の生活歴を確認することが診断に有用である⁶⁾。自験例では海外渡航歴、汚染された食べ物の摂取、直近の性交渉はなかった。

1990年から2025年まで医学中央雑誌で「虫垂炎」と「肝膿瘍」をキーワードに検索したところ、虫垂炎に続発した肝膿瘍は自験例を含めて20例の報告のみであった(表1)^{1) 5) ~22)}。20例について、年齢幅は7歳-86歳で中央値は38.5歳、男性4:女性1で男性に多く、肝膿瘍発症時期は虫垂炎発症とほとんど同時期、または虫垂炎発症後1週間-1ヶ月の間で発症する症例が多かつ

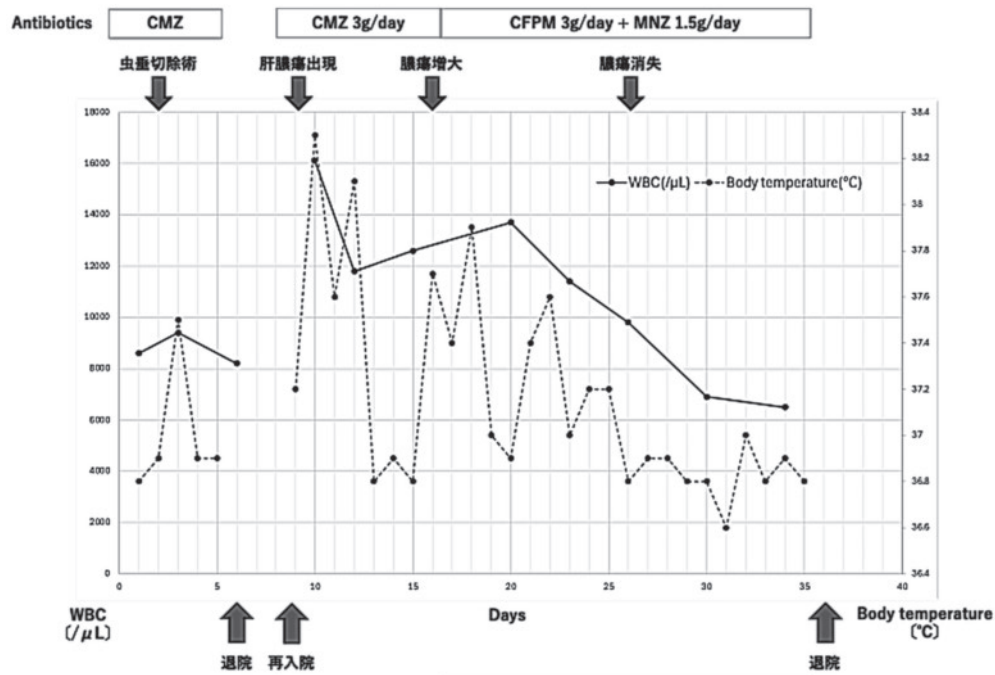


図3 臨床経過

表1

No	報告者	年齢	性別	病因	部位と数	肝膿瘍発症時期	治療	虫垂所見
1	井上	19	男	<i>Fusobacterium nucleatum</i>	右葉単発	同時期	肝膿瘍ドレナージ	化膿性
2	阪本	45	男	赤痢アメーバ	右葉単発	同時期	肝膿瘍ドレナージ	蜂窩織炎性
3	五味	80代	女	不明	左葉単発	同時期	抗菌薬	壊疽性
4	渡邊	16	女	ムコール	両葉多発	6日	膿瘍摘出	不明
5	眞鍋	52	男	不明	右葉単発	同時期	抗菌薬	化膿性
6	野々山	86	男	<i>B. fragilis, E. coli, Enterococcus sp.</i>	右葉単発	1ヶ月	膿瘍ドレナージ	穿孔性
7	石原	58	男	<i>Fusobacterium sp.</i>	右葉単発	同時期	膿瘍ドレナージ	壊疽性
8	増田	41	男	赤痢アメーバ	右葉単発	同時期	膿瘍ドレナージ	蜂窩織炎性
9	吉村	7	男	<i>K. pneumoniae</i>	右葉単発	同時期	膿瘍ドレナージ	カタル性
10	青木	77	男	<i>Enterococcus sp.</i>	両葉多発	1ヶ月	抗菌薬	不明
11	古城	53	男	<i>E. coli</i> 、赤痢アメーバ	両葉多発	2ヶ月	膿瘍ドレナージ	穿孔性
12	坪井	55	男	<i>Fusobacterium sp.</i>	右葉単発	不明	膿瘍ドレナージ	穿孔性
13	高島	8	男	<i>E. coli, B. fragilis, Enterococcus sp.</i>	右葉単発	6-9日	膿瘍ドレナージ	穿孔性
14	吉川	22	女	<i>E. coli, Enterococcus sp.</i>	右葉単発	3週間	膿瘍ドレナージ	壊疽性
15	清水	9	男	不明	右葉単発	1年	抗菌薬	穿孔性
16	三枝	38	男	赤痢アメーバ	右葉単発	同時期	膿瘍ドレナージ	穿孔性
17	小出	7	男	不明	右葉単発	18日	膿瘍ドレナージ	穿孔性
18	近藤	10	男	<i>P. aeruginosa, E. coli</i>	右葉単発	8日	膿瘍ドレナージ	化膿性
19	小川	9	男	<i>B. fragilis</i>	両葉単発	13日	抗菌薬	不明
20	自験	39	女	不明	右葉単発	10日	抗菌薬	蜂窩織炎性

た。虫垂炎の重症度の内訳は、穿孔性7例、壊疽性3例、化膿性3例、蜂窩織炎性3例、カタル性1例、不明例が3例であった。肝膿瘍の発生部位は肝右葉単発15例、肝左葉単発1例、両葉に跨って多発した症例が4例であった。原因微生物については、細菌性が10例であ

り、そのうち *Fusobacterium* 3例、*Bacteroides fragilis* 3例であった。また、真菌性1例、アメーバ性4例、詳細不明5例であった。アメーバ性4例のうち、3例に海外渡航歴、1例に同性愛の生活歴を認めた。

自験例では、虫垂炎発症から10日後に肝右葉に単発

性の膿瘍を発症した。肝右葉に膿瘍を形成する症例が多い理由として、虫垂が門脈に環流する血管の支配下であり、右門脈枝が肝臓への門脈血流の60-70%を占めていることが考えられる。自験例において抗菌薬はCMZを術前日から術翌日までの3日間投与した。穿孔や膿瘍形成のない蜂窩織炎性虫垂炎であったが、虫垂周囲の炎症が高度であったため、術後の抗菌薬の投与を数日間継続することで肝膿瘍の形成を予防できた可能性もある。また、術前のCT検査では肝膿瘍を認めなかったが、CT検査では検出できない初期の肝膿瘍が術前からすでに存在していたということも否定できない。初回退院時の血液検査では、WBC 8200/ μ Lと正常化し、解熱も得られていたため退院となった(図3)。しかし振り返ると、当時腹痛の訴えがあり、創部痛と判断していたその疼痛は肝膿瘍によるものであった可能性もある。結果的には体表に近い肝S4の膿瘍であり、エコー検査を行うことで退院前に膿瘍の形成に気づくことができたかもしれない。原因微生物については血液培養が陰性であったため不明であるが、虫垂炎の経門脈性の感染と考えられる。

自験例では、術前の画像検査では肝膿瘍は認めなかったが、虫垂炎と肝膿瘍が同時期に発生する症例報告もある。そのため臨床所見には細心の注意を払い、虫垂炎に対する手術の術前画像評価では肝膿瘍の有無も考慮に入れることが望ましい。また、虫垂炎治療後に感染徴候がみられた場合には、肝膿瘍も念頭に置いた画像評価が必要と考えられる。

結語

術後に肝膿瘍を来した虫垂炎の一例を経験した。虫垂炎後に感染徴候がみられた場合には、肝膿瘍の可能性も念頭に置く必要があると考えられる。

利益相反

なし

文献

- 1) 眞鍋茂雄, 安岡貴之, 遠藤雄基, 他. 気管支瘻形成により経気道的にドレナージされたと考えられた虫垂炎続発肝膿瘍の1例. 日本消化器病学会雑誌 114 ; 1015-1022 : 2017
- 2) Dhaval O Mangukiya, Jitendra R Darshan, Vijay K Kanani, et al. A prospective series case study of pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and management. *Indian J Surg* 74(5); 385-390: 2012

- 3) Gilaad G Kaplan, Daniel B Gregson, Kevin B Lau- pland, et al. Population-based study of the epide- miology of and the risk factors for pyogenic liver abscess. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2(11); 1032-1038: 2004
- 4) 木本誠二. 肝膿瘍. *外科診療* 5 ; 538-552 : 1963
- 5) 阪本達也, 田端正己, 藤村 侑, 他. 虫垂炎および肝膿瘍を発症した赤痢アメーバ症の1例. *日本外科感染症学会雑誌* 15 (6) ; 678-682 : 2018
- 6) 増田 亨, 濱口哲也, 川村幹雄, 他. 虫垂炎に合併したアメーバ性肝膿瘍の1例. *治療* 96 (9) ; 1404-1407 : 2014
- 7) Kazuyuki Inoue, Yusuke Watanabe, Hiroyuki, et al. Pyogenic liver abscess caused by *Fusobacterium nucleatum* with an inflammatory scar in the abdominal cavity. *Clin J Gastroenterol* 14(2); 617-620: 2021
- 8) 五味 卓, 三澤賢治, 小田切範晃, 他. 急性虫垂炎を契機にして門脈血栓症, 肝膿瘍をきたした1例. *相澤病院医学雑誌* 15 ; 73-76 : 2017
- 9) 渡邊一寿, 鈴木孝二, 谷澤昭彦, 他. 白血病治療中のムコール虫垂炎および肝膿瘍に対する外科治療の役割. *小児科臨床* 70 (10) ; 1501-1507 : 2017
- 10) 野々山敬介, 北上英彦, 安田 顕, 他. 腫瘤形成性虫垂炎の経過観察中に生じた肝膿瘍の1例. *日本腹部救急医学会雑誌* 36 (6) ; 1125-1129 : 2016
- 11) 石原陽介, 園山輝久, 若狭基見, 他. 重症化した急性虫垂炎が原因と考えられる肝膿瘍の1例. *日本臨床外科学会雑誌* 75 (11) ; 3125-3128 : 2014
- 12) 吉村 歩, 松林 正, 松林里絵. *Klebsiella pneumoniae* 血清型 K2 による肝膿瘍の1例. *小児感染免疫* 24 (3) ; 274-278 : 2012
- 13) 青木真理子, 木村泰宏, 三ツ本直弘, 他. 門脈炎から敗血症性ショックに至った1例. *日本集中治療医学会雑誌* 19 (4) ; 693-694 : 2012
- 14) 古城 都, 寺坂勇亮, 三宅 亮, 他. 急性虫垂炎から発症し, 多発性肝膿瘍, 敗血症にて死亡したアメーバ赤痢合併 AIDS 患者の1例. *日本外科感染症学会雑誌* 8 (4) ; 387-391 : 2011
- 15) 坪井俊二, 岡田禎人, 柴原弘明. ドレナージチューブからの色素注入で, 虫垂開口部からの流入を確認できた虫垂炎続発腸腰筋膿瘍の1例. *日本臨床外科学会雑誌* 66 (10) ; 2573-2576 : 2005
- 16) 高島 健, 川本雅樹, 奥 雅志, 他. 小児虫垂炎術後に発症した化膿性肝膿瘍の1例. *日本消化器外科学会雑誌* 35 (1) ; 45-48 : 2002

- 17) 吉川智道, 菅 優, 佐々木一晃, 他. 急性虫垂炎が原因と考えられた肝膿瘍の1例. 日本消化器外科学会雑誌 34 (3); 214-218: 2001
- 18) 清水マリ子, 五月女友美子, 松山 健. 保存的治療で軽快した孤立性肝膿瘍の9歳男児例. 小児科臨床 53 (6); 961-966: 2000
- 19) 三枝弘志, 星野正己, 山田博基, 他. 急性虫垂炎・肝膿瘍を合併したアメーバ赤痢の1例. 日本救急医学会関東地方会雑誌 18 (1); 46-47: 1997
- 20) 小出紀正, 近藤 哲, 大場泰洋, 他. 小児虫垂炎術後に発症した肝膿瘍の1例. 日本臨床外科医学会雑誌 58 (2); 439-441: 1997
- 21) 近藤 敏, 坂本喜彦, 南 宣行. 腹腔内に破裂した虫垂炎手術後の小児肝膿瘍の一例. 長崎医学会雑誌 68 (4); 391-395: 1993
- 22) 小川 淳, 島倉泰裕. 小児感染症の変容 嫌気性菌による敗血症, 肝膿瘍の1小児例. 小児科診療 54 (6); 1373-1377: 1991

卵管がん化学療法中にペグフィルグラスチムによる 大動脈炎を発症した一例

伊佐治 麻里子¹⁾・金内 優典²⁾・日下部 鮎子¹⁾・畑谷 圭治¹⁾・鶴谷 勝実¹⁾

1) 小樽市立病院 薬剤部

2) 小樽市立病院 産婦人科

要 旨

持続型 G-CSF 製剤であるペグフィルグラスチム (PEG-G) は、がん化学療法に伴う発熱性好中球減少症の予防に用いられるが、稀な副作用として大型血管炎が報告されている。今回、卵管がん化学療法中に PEG-G 誘発性大動脈炎を発症した 60 歳代女性の症例を報告する。

患者は卵管がんに対し TC+BV 療法を開始し、3 コース目に PEG-G を投与した。その後発熱が持続したため当院を受診され、CT で大動脈弓部の壁の肥厚を認め、大動脈炎と診断された。プレドニゾン投与で症状は改善し、異なる G-CSF 製剤を使用することなく治療を完遂できた。

G-CSF 製剤誘発性大型血管炎の機序は不明であるが、好中球が関与する免疫機序が提唱されている。本症例から、G-CSF 製剤投与後の発熱時には大型血管炎を鑑別診断に加えることの重要性が示唆された。安全ながん治療のため、医療者と患者の連携による早期発見が不可欠である。

キーワード：がん化学療法、ペグフィルグラスチム、大動脈炎、G-CSF 製剤誘発性大型血管炎

緒言

顆粒球コロニー形成刺激因子 (granulocyte colony stimulating factor, G-CSF) 製剤は、骨髄中の好中球前駆細胞に作用し、末梢血中の好中球数を増加させることで、がん化学療法に伴う発熱性好中球減少症 (febrile neutropenia, FN) を予防する。持続型 G-CSF 製剤であるペグフィルグラスチム (PEG-G) は、ポリエチレングリコール (PEG) 化によりフィルグラスチムの血中半減期を延長させた製剤であり、がん化学療法による FN の発症抑制の適応として 2014 年に発売された。

G-CSF 適正使用ガイドライン¹⁾では、乳がんや肺がん等の一部レジメンにおいて FN の一次予防投与が推奨されており、当院でもこれらのレジメンで高頻度で使用されている。一方、卵巣がんを含む他のがん種においては、一次予防投与の有用性が確立されていないことが多いものの、FN 発症率の低下を期待し、臨床判断に基づき投与されている。

PEG-G は骨痛や背部痛といった一過性の副作用は報告されているものの、安全性の高い薬剤と認識されてきた。しかし、発売から約 3 年間で因果関係が否定できない大型血管炎の報告が 11 例あり、2018 年に重大な副作用として追加された。今回、我々は卵管がん化学療法中

に PEG-G 誘発性大動脈炎を発症した症例を経験したため、その詳細を報告する。

症例

患者：60 歳代、女性

主訴：発熱

既往歴：高血圧、内頸動脈狭窄症

現病歴：他院で子宮筋腫の経過観察中、超音波検査で精査を勧められ、X 年 Y 月に当院を紹介された。MRI で右骨盤壁に 3cm 大の充実性腫瘤が認められ、CT では他臓器に明らかな腫瘍を認めず、右卵巣腫瘍が疑われた。

X 年 Y+1 月、両側卵管・卵巣摘出+子宮全摘出+大網切除+腹膜生検が施行され、病理診断により卵管がん pT3b [cN0M0]、Stage III B と診断された。

治療経過：術後薬物療法として、X 年 Y+3 月よりパクリタキセル+カルボプラチン (TC) 療法が開始され、2 コース目からはベバシズマブ (BV) が追加された。3 コース目 day7 に FN の予防投与として PEG-G が投与され、day17 に 39 度台の発熱を認め近医を受診された。近医受診時、COVID-19 とインフルエンザは陰性と確認され、WBC $10.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、CRP 11.99mg/dL と高値のため当院受診を勧められ、同日受診された。

来院時所見：身長 157.7cm、体重 45.5kg、バイタルサイ

ン不明

来院4日後 (day21) の検査所見：WBC $2.9 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、CRP 10.79mg/dL、IgG4 30.9mg/dL、抗核抗体陰性

来院8日後 (day25) の検査所見：PR3-ANCA 陰性、MPO-ANCA 陰性

臨床経過 (図1、2)：近医での採血結果に基づき、PEG-G投与後の副反応あるいは腫瘍熱の可能性が考慮された。ナプロキセン錠 300mgが5日間処方され、day21に再診が予定された。ナプロキセン投与により一過性の解熱傾向を認めたものの、CRP高値は持続していたため、CT検査が施行された。3コース day8に施行されたCTと比較して、大動脈弓部の壁の肥厚が認め

られ、大動脈炎と診断された (図3)。

同日よりプレドニゾン (PSL) 30mgが開始され、4日後には解熱を認めた。TC+BV療法は入院中に施行されたため、4コース以降は入院中の患者本人に症状を聴取しつつ継続された。抗がん剤投与後の一過性の発熱はあったものの持続せず、胸背部痛も認められなかった。計6コースの治療はG-CSF製剤を使用することなく、FNを合併することなく完遂された。

PSLは徐々に減量され、56日後に中止となった。大動脈炎の再燃は認められず、発症から98日後のCT検査では大動脈炎の改善が確認された (図4)。

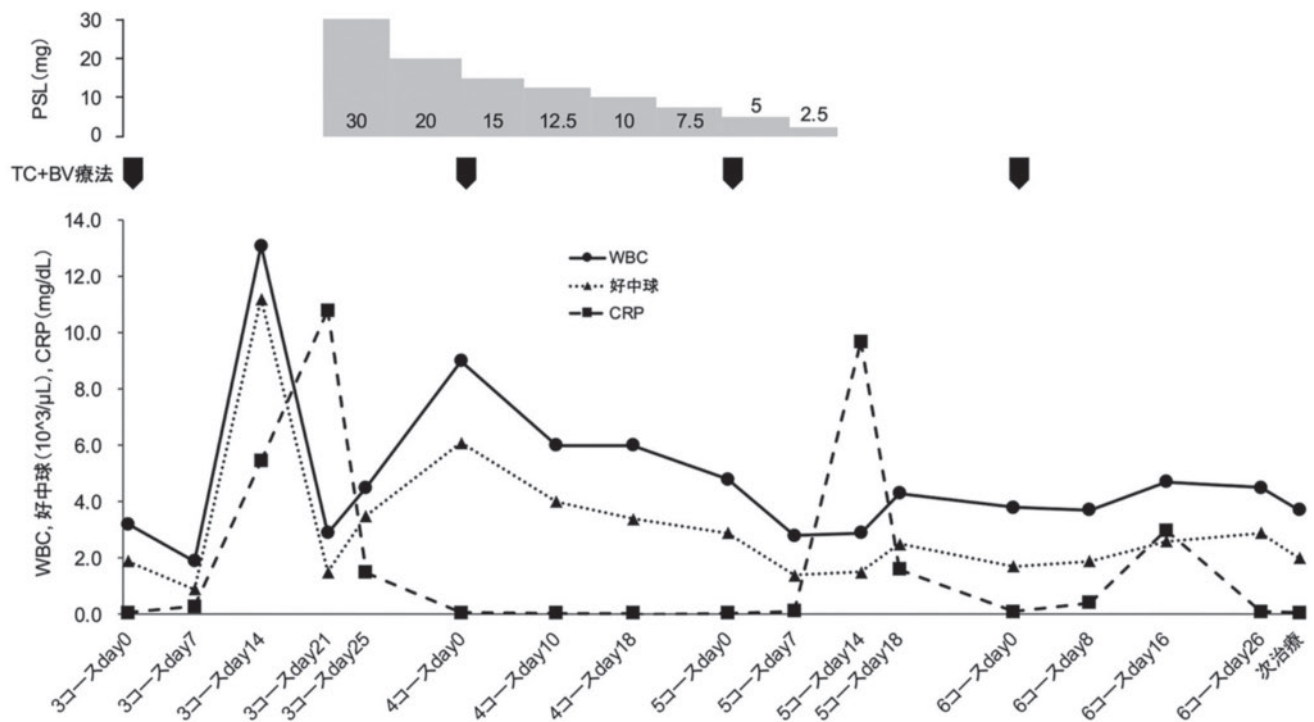


図1 臨床経過

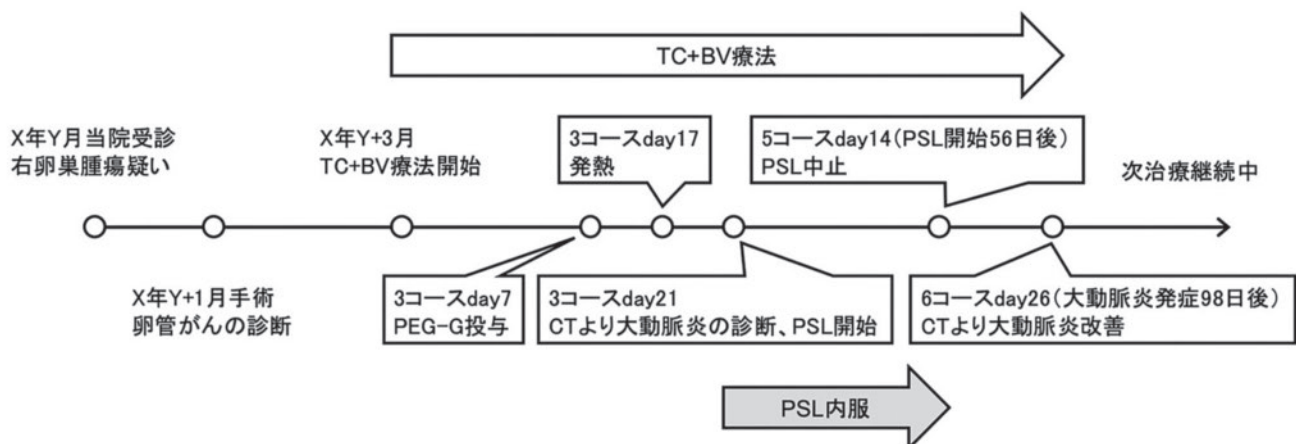


図2 タイムライン

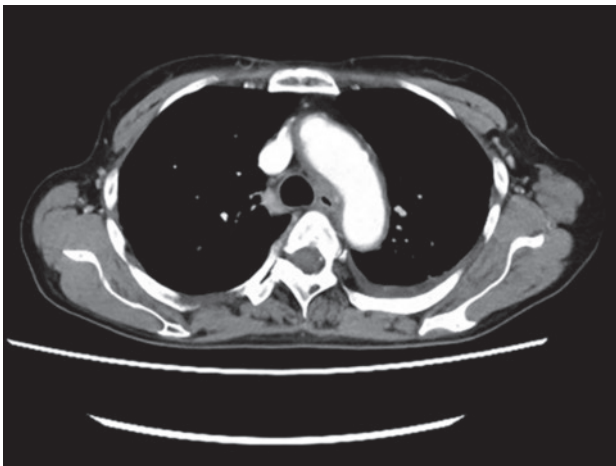


図3 大動脈炎診断時のCT

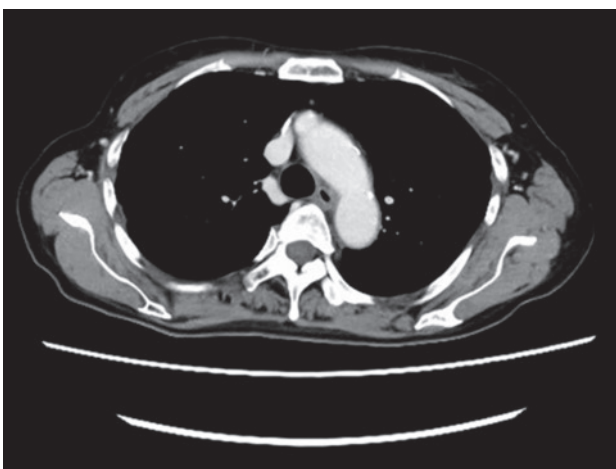


図4 大動脈炎改善時のCT

考察

PEG-Gは2014年に先発品であるジースタ®皮下注3.6mgの発売後、2022年に自動投与デバイスであるジースタ®皮下注3.6mg ボディーポッド、2023年にバイオシミラーが発売された。当院では2015年の導入以降、2025年7月までに計380例に使用された。G-CSF適正使用ガイドラインでFN一次予防投与が推奨されている乳がんや肺がんでの使用頻度が高く、外科と呼吸器内科での使用が80%以上を占めている(表1)。婦人科は2024年より一次予防投与として使用しており、近年増加傾向である。

本症例では、CT検査により大動脈炎の診断に至った。しかし、IgG4、抗核抗体、PR3-ANCA、MPO-ANCAなどの特異的抗体が全て陰性であったことから、IgG4関連大動脈炎やANCA関連血管炎といった自己免疫性疾患は除外された。この結果は、本症例の大動脈炎が、G-CSF製剤誘発性大動脈炎である可能性を示唆している。

表1 PEG-G使用患者(2015.11~2025.7)

診療科	使用患者数(%)
外科	173(45.5)
呼吸器内科	144(37.9)
婦人科	35(9.2)
泌尿器科	17(4.5)
消化器科内科	7(1.8)
血液内科	2(0.5)
腫瘍内科	2(0.5)

G-CSF製剤誘発性大動脈炎に関する症例報告は複数ある。Ting Zhaoら²⁾が調査したG-CSF製剤誘発性大動脈炎72例の報告によると、PEG-Gによるものは52例(63.4%)と最多であった。がん種別では乳がん患者が最多の31例(43.06%)であり、卵巣がん患者は4例(5.56%)であった。報告された卵巣がん患者のうち、PEG-Gが使用されていたのは1例のみであった。男女比は女性が80.6%を占め、治療レジメンとしては好中球減少の程度が強いドセタキセルを含むレジメンが多かった。本症例が使用したTC療法は4例であった。大動脈炎の治療としてはステロイド投与が42例(58.3%)で有効であった一方、20例(27.8%)は無治療で症状が消失していた。また、Setoら³⁾は異なるG-CSF製剤の再投与により薬剤性大型血管炎が再燃した症例を報告している。

本症例では大動脈炎の発症後早期にPSLが開始され、迅速な症状改善に至った。さらに、重篤な好中球減少が発現しなかったため、先行研究で再燃が報告されている異なるG-CSF製剤の使用を回避できたことも、良好な転帰の一因と考えられる。

本症例では発熱を契機に診断に至ったが、PEG-G誘発性血管炎の発熱は、薬剤性発熱や感染症との鑑別が困難な場合が多い。Takamatsuら⁴⁾の後方視的なCT画像の調査では、647例中18例にPEG-G誘発性大型血管炎が確認されたものの、そのうち11例は無症状であったと報告されている。このことから約10年間PEG-Gを使用してきた当院においても、無症候性の患者が一定数存在する可能性があり、G-CSF製剤誘発性大型血管炎の病態把握のためには、今後のさらなる検討が不可欠であると考えられる。

現時点ではG-CSF製剤誘発性大型血管炎の発症機序は不明である。しかし、近年では好中球が中心的な役割を果たす発症機序が提唱されている⁵⁾。この仮説では、G-CSF製剤は炎症性サイトカインであるインターロイキン-23(IL-23)を介してTh17細胞を誘導し、これがIL-17を産生することで、好中球の大量動員と活性化

が起こる。活性化された好中球は、未知の自己抗体や NETs (好中球が放出した DNA) 形成を伴う細胞死により血管内皮を損傷させる。さらに、NETs 由来のミトコンドリア成分が自己抗体を誘導し、炎症を増幅させる可能性も示唆されている。これらの複雑な免疫応答の連鎖が、G-CSF 製剤誘発性大型血管炎の病態を形成すると推察される。

PEG-G 誘発性大動脈炎は、その希少性から鑑別だけでなく予防も困難な課題であると考ええる。また、患者への詳細な情報提供が不安を招く可能性も考慮すると、患者指導のあり方については今後議論が必要だろう。近年、免疫チェックポイント阻害剤の登場により、がん化学療法の副作用は複雑化している。重篤な転帰を防ぐためには、医療者が常に稀な副作用の可能性を念頭に置くこと、そして患者や家族が症状を自覚した際に迅速に医療機関へ連絡することの重要性を改めて強調したい。

結語

本症例は、PEG-G 投与後の発熱や炎症所見を認めた場合に、鑑別診断として大型血管炎を考慮することの重要性を示唆する。鑑別が困難な稀な副作用のため、医療者がその可能性を念頭に置くことが早期発見と適切な治療介入につながると考える。

参考文献

- 1) 日本治療学会. G-CSF 適正使用ガイドライン 2022 年 10 月改訂 第 2 版. <http://www.jsco-cpg.jp/g-csf/>. 2025 年 8 月 24 日参照
- 2) Ting Zhao, Huanhuan Xu. Literature review analysis of aortitis induced by granulocyte-colony stimulating factor. *Frontiers in Pharmacology*; 15: 1487501, DOI: 10.3389/fphar.2024.1487501. 2024
- 3) Yurie Seto, Tadaaki Yamada, Masashi Egami et al. Recurrence of Large-Vessel Vasculitis Induced by Multiple Types of Granulocyte Colony-Stimulating Factor Preparation in Patient with Large-Cell Neuroendocrine Lung Carcinoma: A Case Report. *Case Rep Oncol*; 16: 771-778. 2023
- 4) Atsushi Takamatsu, Kotaro Yoshida, Fumihito Toshima et al. Single-Center Analysis of Pegfilgrastim-induced Aortitis Using a Drug Prescription Database and CT Findings. *Radiology*; 305: 729-740. 2022
- 5) Despina Michailidou, Tomas Mustelin, Christian Lood. Role of Neutrophils in Systemic Vasculitides.

Frontiers in Immunology; 11: 619705, DOI: 10.3389/fimmu.2020.619705. 2020

学術業績

学 術 業 績

[学術発表、講演、講義、その他]

【消化器内科】

- ・第301回日本内科学会北海道地方会 令和6年7月13日 札幌
「ウレアーゼ産生菌による尿路感染症から高アンモニア血症を呈した1例」
松家美典
- ・第129回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会 令和6年8月31日-9月1日 札幌
「長期経過を追えた十二指腸神経内分泌腫瘍の1例」
松家美典
- ・小樽市医師会 会員研究発表会 令和6年9月27日 小樽
「ウレアーゼ産生菌による尿路感染症から高アンモニア血症を呈した1例」
松家美典
- ・第11回「消化器疾患ネットワーク研究会」 令和7年2月26日 オンライン
「当院における消化管出血の検討」
松家美典
- ・第136回日本消化器病学会北海道支部例会 令和7年3月1日-2日 札幌
「髄膜癌腫症を認めた胃癌の1例」
渡辺紹成（指導医松家美典）

【循環器内科】

- ・SCJ meeting in NEBUTA 令和6年8月3日 青森
「Alone Again」
高川芳勅
- ・鎌倉ライブデモンストレーション Co-Medical TRI Session 2: 令和6年12月15日 横浜
「シースレスガイディング」
高川芳勅
- ・須磨ハートクラブライブデモンストレーション2025 令和7年1月24日 神戸
「It's a slender world, Otaru」
高川芳勅

【腎臓内科】

- ・第54回日本腎臓学会東部学術大会 令和6年9月29日 宇都宮
「シヤントエコーで中枢動脈狭窄が疑われ、左鎖骨下動脈起始部に高度石化化狭窄を認めた1例」
吉原真由美

【脳神経内科】

- ・第 65 回日本神経学会総会 令和 6 年 5 月 1 日 東京
「パーキンソン関連診療における進行性核上性麻痺の意義」
井原達夫

【心臓血管外科】

- ・第 124 回日本外科学会定期学術集会 令和 6 年 4 月 18 日 -20 日 名古屋
「冠動脈バイパス術における free radial と ITA+radial artery I-composite graft の遠隔期 20 年成績」* Young Investigator's Award
佐藤宏、深田穰治、小松茂樹、田宮幸彦
- ・第 15 回 札幌胸部外科アカデミー 令和 6 年 7 月 13 日 札幌医大記念ホール
「高度癒着を伴う慢性 A 型大動脈解離に対して Inclusion 法で中枢吻合を行った一例」
小松茂樹
- ・第 7 回北海道外科関連学術機構合同学術集 令和 6 年 9 月 14 日 -15 日 札幌
「左腎静脈走行以異常を伴う今日腹部大動脈瘤に対して左腎全面剥離でアプローチした 1 例」
佐藤宏、深田穰治、小松茂樹、田宮幸彦
- ・第 7 回北海道外科関連学術機構合同学術集 令和 6 年 9 月 14 日 -15 日 札幌
「Translocated total arch replacement 後の再開胸 AVR において脳保護と中枢切開に工夫を要した 1 例」
小松茂樹、佐藤宏、深田穰治、田宮幸彦
- ・第 7 回小樽心臓血管カンファレンス 令和 6 年 9 月 27 日 小樽市立病院
「急性大動脈解離に対するステントグラフト治療」
佐藤宏
- ・第 7 回小樽心臓血管カンファレンス 令和 6 年 9 月 27 日 小樽市立病院
「肺癌手術と周術期管理」
札幌医科大学附属病院病院長 札幌医科大学医学部 呼吸器外科名誉教授 渡辺敦先生
- ・第 65 回日本脈管学会学術総会 令和 6 年 10 月 24 日 -25 日 東京
「医療経済、日常生活動作（ADL）的観点、術式の妥当性からみた急性期逆行性 A 型大動脈解離に対する TEVAR の立ち位置」
深田穰治、三田学、小松茂樹、佐藤宏、田宮幸彦
- ・The 38th EACTS Annual Meeting 9-12 October 2024 Lisbon
「Luminal shape and aortic remodeling after total arch replacement for type A dissection: conventional and frozen elephant trunks」
Hiroshi Sato, Yutaka Iba, Takuma Mikam, Yu Iwashiro, Tomohiro Nakajima, Shigeki Komatsu, Nobuyoshi Kawaharada, Joji Fukada

- ・第77回日本胸部外科学会定期学術集会 令和6年11月1日-4日 金沢
「急性A型大動脈解離に対する弓部置換術後のaortic remodeling: conventionalとfrozen elephant trunkの遠隔期比較—シンポジウム(心臓2) 急性A型解離に対するFrozen elephant trunk(FET)の中期成績—予後改善効果はあるのか」
佐藤宏、川原田修義、中島智博、小松茂樹、深田穰治、田宮幸彦

【脳神経外科】

- ・第47回日本脳神経CI学会総会 令和6年4月20日 長崎
「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56回北海道脳卒中研究会 令和6年7月13日 北海道
「横静脈洞硬膜動静脈瘻に合併した上糸状静脈洞血栓症に対して急性期血栓回収療法を行った1例」
中崎明日香
- ・第25回日本脳神経血管内治療学会北海道地方会 令和6年9月24日 北海道
「上糸状静脈洞血栓症に対して急性期血栓回収療法を行った1例」
中崎明日香
- ・日本脳神経外科学会第83回学術総会 令和6年10月17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92回日本脳神経外科学会北海道支部会 令和6年10月26日 北海道
「破裂PICA動脈瘤に対して急性期にコイル塞栓術を行いその後OA-PICA bypass併用flow reductionを行い根治した一例」
中崎明日香
- ・STROKE2025 令和7年3月7日 大阪
「硬膜動静脈瘻を合併した上矢状静脈洞血栓症に対して急性期血栓回収療法を行った一例」
中崎明日香
- ・第93回日本脳神経外科学会北海道支部会 令和7年3月29日 北海道
「再発を繰り返す脳梗塞に対し責任血管末梢への選択的STA-MCAバイパスが有効であった1例」
中崎明日香

【整形外科】

《学会》

- ・第67回日本手外科学会学術集会 令和6年4月25日-26日 奈良
「大菱形骨、中手骨骨形態が母指CM関節症発症に及ぼす影響
～CT-osteoborptiometry法を用いた関節面応力分布解析～」
佃幸憲
「橈骨遠位端骨折患者への骨折リエゾンサービス介入が骨粗鬆症治療へ及ぼす効果の検討」
宮野真博、佃幸憲

- ・第 97 回 日本整形外科学会学術総会 令和 6 年 5 月 23 日 -26 日 福岡
 「橈骨遠位端骨折に対する骨折リエゾンサービスが骨粗鬆症治療導入へ及ぼす効果の検討」
 佃幸憲
 「AI による胸腰椎椎体骨折自動診断を用いた骨粗鬆症診療の遠隔医療へ向けた取り組み」
 佃幸憲
 「内側閉鎖式大腿骨遠位内反骨切り術が膝蓋大腿関節の応力分布に与える影響：CT osteoabsorptiometry 法を用いた検討」
 濱崎雅成
 - ・第 143 回 北海道整形災害外科学会 令和 6 年 6 月 8 日 -9 日 旭川
 「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～通院先病院間の比較検討～」
 佃幸憲
 「AI による腹部 CT を使用した骨密度測定の有用性 ～潜在的な骨粗鬆症患者を見つけるための取り組み～」
 小泉航洋
 「腰椎固定術後隣接椎における骨性椎間孔狭窄に対して全内視鏡下椎間孔除圧術が有効であった 1 例」
 小泉航洋
 「当院の人工膝関節置換術施行患者における骨粗鬆症」
 山賀慎太郎
 - ・第 26 回 日本骨粗鬆症学会 令和 6 年 10 月 13 日 金沢
 「外側広筋不全患者に AFF を生じた 1 例」
 高橋練也
 「大腿骨近位部骨折受傷後 1 年時の骨粗鬆症治療状況の施設間比較」
 木津谷菜悠、佃幸憲
 - ・第 51 回 日本股関節学会学術集会 岡山
 「外側広筋不全患者に AFF を生じた 1 例」
 高橋練也
 - ・第 51 回 日本肩関節学会学術集会 京都
 「上腕骨近位端骨折における骨折リエゾンサービス効果の検討」
 佃幸憲
 - ・第 2 回 日本膝関節学会 令和 6 年 12 月 6 日 -7 日 沖縄
 「外反膝に対する内側閉鎖式大腿骨遠位内反骨切り術が大腿脛骨関節の応力分布に与える効果：CT osteoabsorptiometry 法を用いた検討」
 濱崎雅成
 「高位脛骨骨切り術後の脛骨関節面軟骨下骨骨密度分布の経時的変化」
 高橋練也
- 《講演》
- ・第 2 回小樽市医歯薬連携の会 ～共に診る Bone Health と医歯薬連携～ 令和 6 年 7 月 4 日 小樽
 「骨粗鬆症治療と多職種連携の重要性 ～医歯薬連携で防ぐ二次骨折～」
 佃幸憲

- ・第71回 北海道薬学大会 ランチョンセミナー 令和6年7月7日 札幌
「手外科医が考える手の更年期障害対策 ～運動器疾患に対するエクオールの有効性～」
佃幸憲
- ・ジクトル® テープ 75 mg 発売3周年記念講演会 in 札幌 令和6年9月7日 札幌
「肩関節障害外来治療におけるジクトルテープの有効性」
佃幸憲
- ・ジクトル® テープ 75 mg 発売3周年記念講演会 in 新潟県 令和6年9月21日 新潟
「中高年に生じる肩関節障害の外来治療 ～全身作用型貼付剤ジクトル® テープの有効性に注目して～」
佃幸憲
- ・ジクトル® テープ 75 mg 発売3周年記念講演会 in 釧路 令和6年10月22日
「肩関節障害における疼痛コントロールへの新たなアプローチ ～ジクトル® テープの有効性に注目して～」
佃幸憲
- ・胆振骨粗鬆症 WEB セミナー 令和6年11月21日 web
「大腿骨近位部骨折だけではなく骨折リエゾンサービスの実践に向けて」
佃幸憲
- ・開院10周年記念 病院まつり 市民公開講座 令和6年11月23日 小樽市立病院
「人生100年時代を健康に生きるための骨粗鬆症治療 ～骨折でねたきりにならないために～」
佃幸憲
- ・北海道臨床整形外科医会 学術講演会 令和7年1月25日 札幌
「中高年の肩関節障害に対する治療戦略 ～保存加療から手術加療まで～」
佃幸憲
- ・第60回 道東溪和会 令和7年1月31日 釧路
「持続可能な骨粗鬆症診療に向けたチーム作り ～FLSからOLSへ向けた当院の取り組み～」
佃幸憲
- ・ジクトル® テープ 75 mg 発売3周年記念講演会 in 新さっぽろ 令和7年2月12日 札幌
「中高年肩関節障害の治療戦略 ～ジクトル® テープの有効性に注目して～」
佃幸憲
- ・道央 骨粗鬆症 WEB セミナー 令和7年2月20日 web
「骨粗鬆症治療早期導入に向けた骨折リエゾンサービス」
佃幸憲
- ・ジクトル® テープ 75 mg Orthopaedic Web Seminar 令和7年2月26日 web
「肩関節障害における疼痛コントロールへの新たなアプローチ ～ジクトル® テープの有効性に注目して～」
佃幸憲

[FLS チーム]

《学会》

- ・ 第 26 回日本骨粗鬆症学会 令和 6 年 10 月 11 日 -13 日
「アバロパラチド自己注射機器の記憶機能の有用性の検証 ―注射指導への有用性についての調査―」
看護部 畑知見
「当院における大腿骨近位部骨折受傷後の二次骨折予防に向けた骨折リエゾンサービスによる取り組みの 1 年成績」
看護部 満田諒
「骨折リエゾンサービスによるアバロパラチド自己注射導入時の指導体制の工夫 ―病棟外来間連携による業務改善―」
看護部 田口圭奈
「当院アロマターゼ阻害薬処方患者における骨粗鬆症検査・治療介入率と骨折発生率の関連性について」
薬剤部 中村友一
「急性期病院退院時の大腿骨近位部骨折患者歩行能力予測因子の検討」
リハビリテーション科 遠藤智康
「AI による腹部 CT を使用した骨密度測定の有用性の検討 ―CT を使用してどこまで骨密度の推定ができるか―」
放射線室 本間優斗
「リエゾンサービスによる一次骨折予防に向けた骨密度測定検査数上昇に向けての取り組み―続発性骨粗鬆症後の骨折を防ぐために―」
放射線室 佐々木斐名

- ・ 第 62 回全国自治体病院学会 令和 6 年 10 月 31 日 -11 月 1 日 新潟
「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～」
放射線室 佐々木斐名
「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 ―退院後通院先病院間の比較―」
看護部 畑知見
「急性期病院退院時の大腿骨近位部骨折患者歩行能力予測因子の検討」
リハビリテーション科 遠藤智康

- ・ 第 37 回北海道骨粗鬆症研究会学術集会 令和 7 年 1 月 11 日 札幌
「大腿骨近位部骨折に対する FLS 開始後の 1 年成績 ～外来通院患者治療中断率の病院間比較と課題～」
看護部 畑知見

- ・ 第 12 回日本脆弱性骨折ネットワーク学会 令和 7 年 3 月 7 日 -8 日
「AI による腹部 CT を使用した骨粗鬆症スクリーニング有用性の検討 ―CT から骨密度を推定する試み―」
放射線室 本間優斗
「骨粗鬆症治療継続率の病院間比較 ～二次性骨折予防継続管理料算定の効果に着目して～」
看護部 満田諒

《院内発表会》

- ・ 第 15 回 小樽市病院局発表会 令和 7 年 2 月 28 日 小樽市立病院
「高齢者における握力と下肢筋体積との相関の検証～人工知能（AI）を用いた三次元解析による検討～」
リハビリテーション科 赤井畑朱里
「治療効果と治療継続の両面からみた ～当院大腿骨近位部骨折クリニカルパス有用性の検討～」
看護部 田口圭奈

《講演》

- ・ OLS スタッフミーティング茨城県央 令和6年6月13日 茨城
「急性期病院で開始・継続する骨折リエゾンサービス ～治療継続に繋げる多職種・地域連携を目指して～」
看護部 畑知見
- ・ 第3会札幌市西区三師会連携セミナー 令和6年7月3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 ～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
- ・ 骨粗鬆症自己注射指導 WEB セミナー 令和6年7月20日 Web 全国配信
「急性期病院における骨粗鬆症自己注射指導の取り組み ～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
- ・ 第2回 ほね Café 令和6年9月21日 札幌
「小樽市立病院での骨粗鬆症自己注射指導の取り組み ～治療開始・継続を支える看護師の役割～」
看護部 畑知見
- ・ 小樽後志 骨粗鬆症を考える会 令和6年11月15日 小樽
「転倒予防にむけた当院リハビリテーション科での第一歩」
リハビリテーション科 遠藤智康
「診療放射線技師による骨折リエゾンサービス ～骨粗鬆症の画像検査・検査数増加に向けた取り組み～」
放射線室 本間優斗
- ・ 札幌病院薬剤師会 学術シンポジウム 令和7年2月19日 札幌
「整形領域における疼痛マネジメント ～二次骨折予防からの観点も踏まえて～」
薬剤部 中村友一
- ・ FLS 院内研修会 令和7年3月7日 小樽市立病院
「多職種で支える FLS ～OLS へ繋げる新たな展開～」
放射線室 佐々木斐名
- ・ 南空知地区骨粗鬆症リエゾンチームの会 令和7年3月26日 岩見沢
「多職種チームで取り組む FLS/OLS 活動 ～急性期病院における骨粗鬆症マネージャーの役割～」
看護部 畑知見

【皮膚科】

- ・ Atopic Dermatitis Treatment Seminar in Sapporo 令和6年4月 札幌
特別講演「当科におけるデュピクセント使用経験」
保科大地
- ・ 小樽市小児科部会学術講演会 令和6年6月 小樽
特別講演「小児アトピー性皮膚炎診療の近況」
保科大地

- ・ Clinical Dermatology Pfizer AD Seminar 令和6年7月 札幌
講演「アトピー性皮膚炎診療における経口JAK阻害剤の活用法」
保科大地
- ・ 炎症性皮膚疾患セミナー 令和6年7月 札幌
特別講演「アトピー性皮膚炎に対する全身療法～経口JAK阻害剤の活用法～」
保科大地
- ・ アップヴィ乾癬セミナー 令和6年9月 札幌
講演「専門外来のない市中病院での乾癬バイオ診療の現状」
保科大地
- ・ 第76回日本皮膚科学会西部支部学術大会 令和6年9月 徳島
学会発表「デルゴシチニブ軟膏が奏功したT細胞性偽リンパ腫の1例」
保科大地、木村彩萌
- ・ Psoriasis Up To Date Seminar 令和6年12月 函館
特別講演「低分子化合物としてのソーティクツの活用法」
保科大地
- ・ SUN 皮膚疾患セミナー in 札幌 令和6年12月 札幌
講演「乾癬バイオ診療におけるイルミアの立ち位置」
保科大地
- ・ TORII Pharmacist Web Seminar 令和6年12月 札幌
講演「最近のアトピー性皮膚炎診療～新たな外用剤をどう活用するか～」
保科大地
- ・ 多汗症診療を考える会 令和7年3月 札幌
講演「多汗症診療の現状と課題」
保科大地
- ・ SUN 皮膚疾患セミナー in 函館 令和7年3月 函館
講演「乾癬バイオ診療におけるイルミアの立ち位置」
保科大地

【病理診断科】

- ・ 札幌医科大学 病理学実習 令和6年5月29日 札幌医科大学
大学講義「肺癌」
辻脇光洋

【緩和ケア管理室】

- ・ 第17回日本緩和医療薬学会年会 令和6年5月25日-27日 東京
講演「タベンタドールまたはトラマドールと強オピオイド鎮痛薬の併用による鎮痛効果の検討」
日下部鮎子

- ・院内認定看護師プログラム ラダーⅡ以上 令和6年7月2日 小樽
研修「(がん分野合同) 緩和ケアの概要と考え方」
村上真貴
- ・院内認定看護師プログラム ラダーⅡ以上 令和6年7月17日 小樽
研修「(分野別) 癌疼痛マネジメント」
村上真貴
- ・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 令和6年9月26日 小樽
講演「緩和ケアとアドバンス・ケア・プランニングのおはなし」
村上真貴
- ・キャンサーボード 令和6年10月29日 小樽
勉強会「緩和ケアチーム看護師が経験した終末期がん患者の家族ケアの1事例」
村上真貴
- ・院内認定看護師プログラム ラダーⅠ 令和6年11月5日 小樽
研修「(がん分野合同) 緩和ケアの概要と考え方」
村上真貴
- ・医療法人社団心優会野口病院研修会 令和7年3月26日 小樽
講演「緩和ケアと痛み」
和智純子

【看護部】

- ・第20回 日本クリティカルケア看護学会 令和6年6月22日-23日 沖縄
実践報告「治療期間中に舌壊死を併発した慢性腎不全患者と「生きがい」を再獲得するために一緒に歩んだ道のり」
作田麻由美
- ・小樽市医師会主催院内感染対策研修会 令和7年1月21日 小樽
講義「手指衛生について」
村上圭子

【薬剤部】

- ・薬剤師のための循環器セミナー in 小樽 2024 令和6年4月24日 小樽市立病院
講演「心不全と服薬アドヒアランス」
柳岡祥太
- ・小樽 TNBC セミナー 令和6年5月21日 小樽
講演「当院の免疫療法の現状～高齢者の多い地域で薬剤師ができること～」
伊佐治麻里子
- ・第17回日本緩和医療薬学会年会 令和6年5月25日-26日 東京
学術発表「タベンタドールまたはトラマドールと強オピオイド鎮痛薬の併用による鎮痛効果の検討」
日下部鮎子

- ・小樽薬剤師会講演会 令和6年5月30日 小樽
講演「CKD シールを活用して腎機能に注目する薬剤師になろう」
前田直大
- ・CKD 診療連携の明日を考える会 令和6年6月11日 小樽
講演「当院における CKD シールの導入と運用について」
前田直大
- ・余市医師会講演会 令和6年6月19日 余市
講演「当院における CKD シールの導入と運用について」
前田直大
- ・第71回北海道薬学大会 令和6年7月6日 札幌
学術発表「当院アロマトラーゼ阻害薬処方患者における骨粗鬆症検査・治療介入率と骨折発生率の関連性について」
中村友一
- ・第18回日本腎臓病薬物療法学会学術集会・総会 令和6年9月6日-8日
学術発表「アバコパンを導入した3症例と病棟薬剤師の取り組み」
松本琢博
学術発表「炭酸リチウムのオーバードーズに対し持続的血液濾過透析を施行した一例」
前田直大
- ・日高東部CKDネットワーク 令和6年10月3日 日高
講演「CKD シールの導入と運用～CKD シールを活用した地域連携～」
前田直大
- ・第26回日本骨粗鬆症学会 令和6年10月11日 金沢
学術発表「当院アロマトラーゼ阻害薬処方患者における骨粗鬆症検査・治療介入率と骨折発生率の関連性について」
中村友一
- ・第62回全国自治体病院学会 令和6年10月31日-11月1日 新潟
学術発表「尿路感染症におけるレボフロキサシンの適正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」
村上梨沙子
- ・Otsuka 抗精神病薬研究会 in 小樽 令和6年11月18日 小樽
講演「抗精神病薬の小樽薬業連携を考える」
笠原真理
- ・令和6年度第7回後志病院薬剤師会学術講演会 令和6年11月27日 web
講演「当院の便秘治療薬使用状況と慢性便秘症に対する薬剤選択」
松本琢博
- ・POS ネット北海道 2024年度講演会 令和7年2月15日 札幌
講演「“にも包括”に関して病院薬剤師が出来ること」
笠原真理

- ・第51回 糖尿病薬剤師研究会 令和7年3月11日 web
講演「外来化学療法施行中の糖尿病患者への関わり」
日下部鮎子

【検査室】

- ・第96回北海道医学検査学会 令和6年8月24日 旭川
発表「当院で経験した大動脈一尖弁の1例」
大谷ひろみ
発表「*Escherichia coli* のヘミン依存性が疑われた small colony variants (SCVs) の1例」
伊藤好樹
発表「試薬変更に向けた不規則抗体スクリーニング 試薬0.8%セルスクリーン J-Alba の検討」
矢部優太
発表「尿中に出現した乳頭状腎細胞癌の1例」
鈴木美咲子
- ・小樽臨床検査技師会 小樽地区会フォーラム 令和6年10月1日 小樽
講師「各施設の輸血手順や疑問点について」
浦山和博
- ・小樽臨床検査技師会 会員研究発表会 令和6年11月26日 小樽
発表「LT オートワコー RF 改良試薬の基礎的検討と旧試薬との比較」
田中里歩
発表「*Actinotignum schaalii* による尿路感染症の1例」
義煎元
- ・令和6年度日臨技北日本支部医学検査学会 令和6年12月13日 宮城
発表「Unicel DxH800 による CPD を用いた骨髄異形成症候群のスクリーニングについて」
鹿野寿樹
発表「当院における輸血インシデントの検討 ～失念・認証未実施を考える～」
西尾英樹
- ・北日本支部研修会 輸血細胞治療部門 令和7年1月10日 web
講師「どうやっていきますか？ 輸血検査の新人教育と非専任者への指導」
浦山和博

【放射線室】

- ・第80回日本放射線技術学会総会学術大会 令和6年4月11日 横浜
学術発表「The Prediction of Neurological Prognosis for Cervical Spondylotic Myelopathy Using Diffusion Tensor Imaging.」
横浜拓実
- ・第47回日本脳神経 CI 学会総会 令和6年4月19日 長崎
学術発表「Super Selective ASL を用いた脳腫瘍の画像診断～有用性と技術的限界」
伊原陸

- ・ Road to Gyro 6th 令和6年7月2日 web
講演「Deep Learning を用いた臨床への戦略的アプローチ」
横浜拓実

- ・ 小樽・後志放射線技師会 MIC 講演会 令和6年6月14日 小樽
講演「戦略的に考えた小樽市立 AIS protocol」
大浦大輔

- ・ 九州国立病院機構診療放射線技師会 令和6年6月20日 web
講演「はやく撮るための準備と実践」
大浦大輔

- ・ 東北 Gyro meeting 令和6年6月22日 仙台
講演「My BEST Gyro cup」
大浦大輔

- ・ 第77回 北海道放射線技師会 学術講演会 令和6年6月28日 札幌
講演「頸部プラークの病態と診断～MRI 編」
伊原陸

- ・ Grobal Gyro meeting 令和6年7月24日 web
講演「Fastest MRI protocol for Acute ischemic stroke」
大浦大輔

- ・ 小樽看護専門学校 令和6年8月19日他2日 小樽
講義「臨床放射線医学1～3」
横浜拓実

- ・ 第54回日本磁気共鳴医学大会 令和6年9月20日 千葉
学術発表「術前 ADC 値の機械学習は虚血性脳卒中における患者予後を予測することができる」
大浦大輔

- ・ 第52回日本磁気共鳴医学会大会 令和6年9月20日 千葉
学術発表「Deep learning を用いた MRI 再構成技術の画質への影響」
伊原陸

- ・ 北海道科学大学保険医療学部設立10周年企画 令和6年9月21日 札幌
講演「医療 DX 時代に向けて ～10年後の保険医療を見据えた現状と課題～」
本間優斗

- ・ 第26回日本骨粗鬆症学会 令和6年10月11日 金沢
学会発表「AI による腹部 CT を使用した骨密度測定の有用性の検討 ―CT を使用してどこまで骨密度の推定ができるか―」
本間優斗

- ・学会発表「リエゾンサービスによる一次骨折予防に向けた骨密度測定数上昇に向けての取り組み —続発性骨粗鬆症後の骨折を防ぐために—」
佐々木斐名
- ・先進医用画像処理セミナー 令和6年10月22日 web
講演「心臓MRI解析のキホンとNew technique」
大浦大輔
- ・第62回 全国自治体病院学会 令和6年10月31日 新潟
学術発表「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～」
佐々木斐名
- ・第1回日本放射線医療技術学術大会 令和6年10月31日 沖縄
学術発表「4D MRAにおけるDeep Learning Reconstruction 効果の検証」
横浜拓実
- ・小樽後志放射線技師会秋季会員研究発表会 令和6年11月9日 小樽
学術発表「STAT 画像報告支援ツールの開発」
佐藤晋平
学術発表「Deep Learning を用いた TOF MRA に対する血管セグメンテーションの有用性」
河原康太
- ・小樽後志 骨粗鬆症を考える会 令和6年11月15日 小樽
講演「診療放射線技師による骨折リエゾンサービス ～骨粗鬆症の画像検査・検査数増加に向けた取り組み～」
本間優斗
- ・KAMAKURA LIVE Demonstration Course 2024 令和6年12月13日 横浜
学術発表「廃棄プロテクターを使用した循環器検査における術者の被曝低減の検討」
明英一郎
- ・小樽後志放射線技師会 特別講演会 令和7年2月21日 小樽
講演「戦略的に考える脳血管障害のMRIプロトコール」
津田紅衣
- ・Cyber MRI Basic 令和7年2月27日 web
講演「どう撮る？ 胸部MR-Angiography」
大浦大輔
- ・札幌 Emergency Imaging conference 令和7年3月1日 web
講演「MRIで“頭痛”を撮る」
大浦大輔
- ・東京MR励起会 令和7年3月7日 web
講演「Acute ishemic stroke へのこだわり」
大浦大輔

- ・FUJI FILM MRI Forum in HOKKAIDO 令和7年3月7日 web
講演「急性期脳卒中に活かす新旧のテクニック」
大浦大輔
- ・STROKE2025 令和7年3月8日 大阪
学術発表「脳動脈バイパス術における血流オーバーレイ 3D画像の活用と術前計画支援」
佐藤晋平
- ・第12回日本脆弱性骨折ネットワーク学術集会 令和7年3月7日 北九州
学会発表「AIによる腹部CTを使用した骨粗鬆症スクリーニング有用性の検討 ―CTから骨密度を推定する試み―」
本間優斗
- ・北海道放射線技師会_頭部・頸部領域部会_Webセミナー 令和7年3月12日 web
講演「現場で使える！ MRAの基礎から実践まで_基礎編」
伊原陸

【リハビリテーション科】

- ・後志エリア 透析勉強会 令和6年12月5日 小樽
講演会「当院での腎臓リハビリテーションについて」
中濱沙代
- ・日本ペインリハビリテーション学会 令和6年6月8日-9日 長崎
学術発表「脊髄刺激療法 tria 期間前後の短期的な疼痛・身体機能の推移について」
遠藤智康
- ・日本骨粗鬆症学会 令和6年10月11日-13日 石川
学術発表「急性期病院退院時の大腿骨近位部骨折患者歩行能力予測因子の検討」
遠藤智康
- ・全国自治体病院学会 令和6年10月31日-11月1日 新潟
学術発表「急性期病院退院時の大腿骨近位部骨折患者歩行能力予測因子の検討」
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11月15日 小樽
講演会「転倒予防に向けた当院リハビリテーション科での第一歩」 小樽
遠藤智康

【臨床工学科】

- ・第34回 日本臨床工学技士会 令和6年5月18日 福井
学術発表「急性炭酸リチウム中毒に対して High-Flow CHD を施行して早期退院をなしとげた一例」
大沢卓爾
学術発表「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」
浜幸樹

- ・第49回 日本体外循環技術医学大会 令和6年10月12日 旭川
学術発表「急性A型解離に対する体外循環症例における人工肺酸素化不良についての検討」
石田絢也
- ・STROKE 2025 令和7年3月7日 大阪
学術発表「体外循環を併用した内頸動脈内膜剥離術～臨床工学技士の目線から～」
石田絢也

【認知症疾患医療センター】

- ・5月のつどい 令和6年5月27日 札幌
講師「こころを大切にするためのセルフケア」
山崎典子
- ・令和6年度認知症講座 令和6年9月18日 小樽
講演「認知症と共に生きるために～認知症の基礎知識～」
高丸勇司
- ・小樽世界アルツハイマーデー記念映画上映会 令和6年9月28日 小樽
講演「小樽市立病院認知症疾患医療センター、若年性認知症支援コーディネーターの紹介」
嶋影保孝
- ・北海道こころの臨床研究会 令和7年2月21日 札幌
講演「抗アミロイドベータ抗体薬と認知症診療」
高丸勇司
- ・第39回日本老年精神医学会 令和6年7月12日 札幌
講演「シンポジウム5」
高丸勇司

【患者支援センター】

- ・第9回日本がんサポーターズケア学会学術集会 令和6年5月18日-19日 埼玉
ポスター「がん相談支援センターのとりくみ～市立図書館との連携～」
大森幸恵

[学会・研究会座長、その他]

【循環器内科】

- ・Slender Club Japan Annual Meeting 2024 令和6年4月7日 神戸
「臨床研究を紐解く統計学」
座長 高川芳勅
- ・心不全セミナー in 小樽 令和6年6月20日 小樽
座長 高川芳勅
- ・後志糖尿病フォーラム 2024 令和6年10月25日 小樽
座長 高川芳勅

- ・会津心臓病・血管疾患研究会 令和6年11月16日 会津若松
「PCI VIDEO Live ②」
座長 高川芳勅
- ・鎌倉ライブデモンストレーション 令和6年12月15日 横浜
「TRI for distal radial approach」
座長 高川芳勅
- ・心不全と腎臓病セミナー in 小樽 令和7年3月11日 小樽
座長 高川芳勅

【腎臓内科】

- ・第30回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 令和6年11月16日 福岡
「RRT/SDM1」
座長 吉原真由美
- ・臨床工学技士会後志支部 シャント管理セミナー 令和6年7月13日 小樽
「エコーによるシャント評価管理について」
講師 吉原真由美

【心臓血管外科】

- ・第7回北海道外科関連学術機構合同学術集会 令和6年9月14日-15日 札幌
「一般演題大血管」
座長 佐藤宏
- ・第7回小樽心臓血管カンファレンス 令和6年9月27日 小樽
「特別講演：肺癌手術と周術期管理 演者：札幌医科大学附属病院病院長渡辺敦名誉教授」
座長 深田穰治
- ・第55回日本心臓血管外科学会学術総会 令和7年2月20日-22日 下関
「大動脈解離」
座長 深田穰治

【整形外科】

- ・若手医師のためのスキルアップセミナー ―外傷編― 令和6年8月29日
座長 浦勝郎
- ・小樽・後志骨粗しょう症サポートネットワーク 令和7年1月23日
座長 佃幸憲

【皮膚科】

- ・Psoriasis Mastery Seminar 令和6年6月 札幌
ディスカッサー 保科大地
- ・乾癬治療 Up To Date Web セミナー 令和6年7月 札幌
座長、パネリスト 保科大地

- ・第4回 SUN Relationship Meeting 令和6年10月 札幌
症例提示 保科大地
- ・アトピー性皮膚炎治療 Up To Date 令和6年10月 札幌
座長 保科大地
- ・北海道 PPP 医療連携セミナー 2024 令和6年10月 札幌
パネリスト 保科大地
- ・第3回小樽後志皮膚科診療研究会 令和7年2月 小樽
座長 保科大地

【緩和ケア管理室】

- ・第18回日本腎臓病薬物療法学術集会・総会 令和6年9月8日 札幌
「シンポジウム：腎機能低下時における緩和医療を考える」
座長 前田直大
- ・第14回小樽市立病院緩和ケア研修会 令和6年12月7日 小樽市立病院
企画責任者 和智純子
- ・第1回小樽緩和ケア連携カンファレンス 令和7年2月5日 小樽
司会 和智純子

【薬剤部】

- ・令和6年度第1回後志病院薬剤師会学術講演会・総会 令和6年4月23日 小樽/ハイブリッド
座長 日下部鮎子
- ・薬剤師のための循環器セミナー in 小樽 2024 令和6年4月24日 小樽市立病院/ハイブリッド
座長 鶴谷勝実
- ・Hokkaido Society of Pharmaceutical Oncology～薬剤師のためのスキル UP セミナー～ 令和6年4月26日 札幌/
ハイブリッド
司会 伊佐治麻里子
- ・令和6年度第2回後志病院薬剤師会学術講演会 令和6年5月28日 web
座長 鶴谷勝実
- ・令和6年度第3回後志病院薬剤師会学術講演会 令和6年6月20日 小樽市立病院/ハイブリッド
座長 日下部鮎子
- ・令和6年度第4回後志病院薬剤師会学術講演会 令和6年7月18日 web
座長 鶴谷勝実
- ・第18回日本腎臓病薬物療法学術集会・総会 令和6年9月8日 札幌
「シンポジウム：腎機能低下時における緩和医療を考える」
座長 前田直大

- ・ Otsuka 抗精神病薬研究会 in 小樽 令和6年11月18日 小樽市立病院 / ハイブリッド
座長 鶴谷勝実
- ・ Oncology Web Seminar for Pharmacists 令和6年11月22日 web
座長 伊佐治麻里子
- ・ 令和6年度第7回後志病院薬剤師会学術講演会 令和6年11月27日 web
座長 鶴谷勝実
- ・ 後志 PD セミナー 令和6年12月16日 web
座長 鶴谷勝実
- ・ 令和6年度第8回後志病院薬剤師会学術講演会 令和7年1月29日 web
座長 日下部鮎子
- ・ 第2回 POS ネット北海道講演会 令和7年2月15日 札幌 / ハイブリッド
座長 鶴谷勝実
- ・ 令和6年度後志病院薬剤師会会員研究発表会 令和7年2月26日 小樽市立病院
座長 鶴谷勝実
- ・ 第51回 糖尿病薬剤師研究会 令和7年3月11日 web
座長 橋本哲郎

【検査室】

- ・ 第36回日本臨床微生物学会総会・学術集会 令和7年1月24日 愛知
「日韓合同微生物検査シンポジウム」
座長 伊藤好樹
「地区別対抗企画 (K-1 グランプリ北海道地区代表)」
パネリスト 新田彬秀

【放射線室】

- ・ 第80回日本放射線技術学会学術大会 令和6年4月11日 横浜
座長 大浦大輔
- ・ 第1回日本放射線医療技術学術大会 令和6年10月31日 沖縄
座長 大浦大輔
- ・ 先進医用画像処理セミナー 令和7年2月28日 web
座長 大浦大輔
- ・ 小樽後志放射線技師会秋季会員研究発表会 令和6年11月9日 小樽
座長 大浦大輔
- ・ 小樽後志放射線技師会 特別講演会 令和7年2月21日 小樽
座長 三嘴肇

【臨床工学科】

- ・臨床工学技士会後志支部 シャント管理セミナー 令和6年7月13日 小樽
「シャントエコー管理について」
講師 小西優理恵
「シャント管理セミナー」
座長 難波泰弘

【認知症疾患医療センター】

- ・KOWA WEB カンファレンス 令和6年5月9日 web
座長 高丸勇司
- ・第39回日本老年精神医学会 令和6年7月12日-13日 札幌
「特別講演Ⅱ」
「シンポジウム5」
「シンポジウム12」
座長 高丸勇司
- ・認知症地域連携セミナー in 後志 令和7年3月27日 小樽
座長 高丸勇司

【診療情報管理課】

- ・第17回 DoCoM (北海道自治体病院 DPC 勉強会) 令和6年10月4日 旭川
「経営状況と経営改善等の取り組み」
発表 堀合謙一

〔学術論文、雑誌掲載、その他〕

【脳神経内科】

- ・小樽市立病院誌 2024;13:35-40
「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

【外科】

- ・小樽市立病院誌 2024;13:57-61
「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
- ・小樽市立病院誌 2024;13:69-71
「精神運動発達遅延を背景とした急性胃軸捻転に対して腹腔鏡下医固定術を施行した一例」
森越健之介
- ・小樽市立病院誌 2024;13:73-77
「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一例」
玉那覇朝雄

【心臓血管外科】

- ・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.

- ・北海道外科学会雑誌
「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

- ・小樽市立病院誌 2024；13：51-54
「下肢静脈瘤再手術症例の再発携帯とその特徴についての検討」
藤澤康聡、佐藤宏、深田穰治

- ・Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2024 Aug 6.
「Effects of temperature on transient neurologic dysfunction after total arch replacement.」
Keitaro Nakanishi, Hiroshi Sato (Corresponding Author), Yutaka Iba, Ayaka Arihara, Shuhei Miura, Tsuyoshi Shibata, Jyunji Nakazawa, Tomohiro Nakajima, Takeo Hasegawa, Nobuyoshi Kawaharada.

【整形外科】

- ・The American Journal of Sports Medicine Oct. 2024; 3255-3265
「Stress distribution patterns of the femorotibial joint after medial closing-wedge distal femoral varus osteotomy: an evaluation using computed tomography osteoabsorptiometry.」
Masanari Hamasaki

- ・Cartilage Jan. 2025; 14: 19476035241311542
「Intra-Articular Administration of Ganglioside Sugars Protects Cartilage from Progressive Degeneration in an Instability OA Rabbit Model.」
Masanari Hamasaki

- ・日本手外科学会雑誌 2025；41（5）：539-542
「橈骨遠位端骨折患者への骨折リエゾンサービス介入が骨粗鬆症治療へ及ぼす効果の検討」
宮野真博、佃幸憲

- ・Journal of Orthopaedic Science Jan. 2025; on line
「Association between the number of remaining teeth and pseudarthrosis after lumbar interbody fusion: A retrospective cohort study」
浦勝郎

【皮膚科】

- ・皮膚科の臨床 2024 ; 66 : 565-568
「血清プロカルシトニン高値を認めた膿疱性乾癬の1例」
織田晃央、保科大地
- ・皮膚科 2024 ; 6 : 193-194
「皮膚科専門医のための模擬テスト 32」
保科大地
- ・皮膚科 2024 ; 6 : 277-280
「皮膚科専門医のための模擬テスト 32 —解答と解説—」
保科大地
- ・皮膚科の臨床 2025 ; 67 : 213-216
「関節エコーにより評価した多中心性細網組織球症の1例」
木村彩萌、保科大地、大谷ひろみ

【婦人科】

- ・臨床婦人科産科 sep, 2024; 78(9): 842-846
「自律神経温存広汎子宮全摘出術①子宮頸がんの根治手術」
金内優典、加藤達矢、半田康、小館英明、星信哉、渡利英道、櫻木範明
- ・臨床婦人科産科 oct, 2024; 78(10): 950-955
「膀胱子宮靭帯後層の解剖学と分離・切断手技」
金内優典、加藤達矢、半田康、小館英明、星信哉、渡利英道、櫻木範明
- ・臨床婦人科産科 nov, 2024; 78(11): 1047-1051
「神経温存広汎子宮全摘出術の適応基準と自立神経への進展・浸潤リスク」
金内優典、加藤達矢、半田康、小館英明、星信哉、渡利英道、櫻木範明

【病理診断科】

- ・Diagnostics (Basal) 28 May, 2024; 14(11): 1115. doi 10:3990/diagnostics14111115
「Evaluating Cellularity Estimation Methods: Comparing AI Counting with Pathologists' Visual Estimates.」
Kiyuna T, Tsujiwaki M, et al.

【麻酔科】

- ・日本集中治療医学会専門医テキスト 第4版 2025
編集：一般社団法人 日本集中治療医学会教育委員会
「X. 感染 4. 院内感染」
大槻郁人

【けんしんセンター】

- ・小樽市立病院誌 2024 ; 13 : 27-34
「令和6年度能登半島地震、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

【緩和ケア管理室】

- ・日本緩和医療薬学雑誌 1 dec; 2024; 119-126
「緩和ケア患者の腎機能評価の適正化に Geriatric Nutritional Risk Index は有用であるか」
前田直大

【看護部】

- ・小樽市立病院誌 2024 ; 13 : 63-68
「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
- ・日本クリティカルケア看護学会誌 Vol.19 2024 ; 155-171
「集中治療室における災害時の事業継続計画（BCP）に関する実態調査」
作田麻由美（共同研究）

【薬剤部】

- ・日本緩和医療薬学雑誌 1 dec 2024; 119-126
「緩和ケア患者の腎機能評価の適正化に Geriatric Nutritional Risk Index は有用であるか」
前田直大

【放射線室】

- ・INNERVISION sep 2024; 39(9): 31-34
「急性期脳血管障害に対する arterial spin labeling の最前線」
大浦大輔
- ・MRI 一問一答 jul 2024; 216-217
「4. 心臓 MRI 息止め不良や不整脈の患者の撮像ポイントは？」
大浦大輔
- ・Multimodal Technologies and Interaction feb 2024; 9(2): 17
「Application of 9-Channel Pseudo-Color Maps in Deep Learning for Intracranial Hemorrhage Detection」
佐藤晋平
- ・小樽市立病院誌 2024 ; 13 : 41-49
「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

〔セミナー、カンサーボード、院内発表会〕**【研修医セミナー（臨床研修委員会主催）】**

- ・令和6年 4月 2日 薬剤処方オーダーの基本 薬剤部 道谷省
- ・令和6年 4月 2日 検体検査のオーダーと参照法 検査室 西尾英樹
- ・令和6年 4月 2日 電子カルテの使い方 研修医 荒井悠久
- ・令和6年 5月 7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6年 5月 14日 縫合の基本手技 外科 葛西弘規
- ・令和6年 5月 21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6年 5月29日 腹痛患者の見方 消化器内科 矢花崇
- ・令和6年 6月 4日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・令和6年 6月11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6年 6月18日 蕁麻疹と皮膚科救急 皮膚科 保科大地
- ・令和6年 6月26日 救急初診への対応法 脳神経外科 新谷好正
- ・令和6年 7月 2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 練合かのこ
- ・令和6年 7月 9日 胸痛患者の見方 循環器内科 高川芳勲
- ・令和6年 7月16日 文献検索、参考文献の探し方のポイント 脳神経外科 内野晴登
- ・令和6年 7月31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6年 8月13日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・令和6年 8月20日 ショックの対応 麻酔科 川口亮一
- ・令和6年 9月 3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6年 9月 6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6年 9月10日 小児科の基本 小児科 小野暁
- ・令和6年 9月17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6年 9月18日 covid-19における現状と対策 外科 越前谷勇人
- ・令和6年 9月25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6年10月 8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6年10月15日 CV シミュレーション 麻酔科 高桑一登
- ・令和6年10月16日 超音波実習 検査室 池田桂子
- ・令和6年10月22日 1時間で学ぶ1年間のACS！ 循環器内科 古川哲章
- ・令和6年10月23日 退院支援について 患者支援センター 大淵洋
- ・令和6年10月30日 ケモのキホンのキ（ケモセラピーについて） 薬剤部 日下部鮎子
- ・令和6年11月 5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11月12日 肺癌の薬物療法 呼吸器内科 長野佑太郎
- ・令和6年11月19日 輸液の基本 麻酔科 中林賢一
- ・令和6年11月27日 薬剤処方オーダーの基本 薬剤部 道谷省
- ・令和6年12月10日 産婦人科で扱う腹痛の診断 婦人科 小館英明
- ・令和6年12月18日 腹腔鏡手術の基本と注意点 外科 渡邊義人
- ・令和6年12月25日 研修医が知っておきたいエストロゲンの作用と機能 part1 婦人科 櫻木範明
- ・令和7年 1月 7日 研修医が知っておきたいエストロゲンの作用と機能 part2 婦人科 櫻木範明
- ・令和7年 1月14日 当院の疾患別リハビリの現状 リハビリテーション科 庄司浩他
- ・令和7年 1月21日 痛みの治療 麻酔科 久米田幸弘
- ・令和7年 1月29日 研修医に覚えてほしい事 精神科 小原絵夢
- ・令和7年 2月 4日 腎疾患の治療の基本的なポイント 腎臓内科 山地浩明
- ・令和7年 2月18日 病理レポートの見方 病理診断科 辻脇光洋
- ・令和7年 2月26日 IVR で何ができるか 放射線診断科 市村亘
- ・令和7年 3月 4日 細胞診の知識と活用法 検査室 小笠原一彦
- ・令和7年 3月11日 放射線治療の基本など 放射線治療科 土屋和彦

【内科・外科合同カンファレンス】

- ・毎週木曜日 17時
- 小樽市立病院医局カンファレンスルーム

【がんサーボード】

- ・令和6年5月28日
「胃癌の大腸転移と考えられた一例」
- ・令和6年5月28日
「(臨時) 癌性腹膜炎の一例」
- ・令和6年6月25日
「肛門管転移と両側鼠径リンパ節転移を認めた stage IV S 状結腸癌の1切除例」
- ・令和6年7月30日
「トレーニングレポートの活用方法と薬剤師外来の導入に向けて」
- ・令和6年8月6日
「(臨時) 子宮頸癌の腹部傍大動脈リンパ節転移による十二指腸狭窄への対応についての相談症例」
- ・令和6年8月27日
「子宮体癌術後33年目に癌性腹膜炎として再発した一例」
- ・令和6年9月24日
「多発骨転移をきたし近位置換型人工骨頭挿入術を行った前立腺癌の一例」
- ・令和6年10月29日
「緩和ケアチーム看護師が経験した終末期がん患者の家族ケアの1事例」
- ・令和6年11月26日
「髄膜癌腫症を認めた胃癌の一例」
- ・令和6年12月11日
「(臨時) 乳癌の脳転移の一例」
- ・令和6年12月24日
「肺癌に合併した oncology emergency の6症例」
- ・令和7年1月28日
「PET 検査のいろは—今さら聞けない PET 検査の基本—」
- ・令和7年1月28日
「(臨時) 肺癌と子宮頸癌の治療方針についての相談」

【臨床病理検討会 (CPC)】

- ・令和7年2月25日
「多発転移をきたした原発不明神経内分泌癌の1例」

【小樽市病院局発表会】

令和7年2月28日

第15回小樽市病院局発表会

- ・A班 座長 消化器内科 副院長 金戸宏行
A-1「高齢者における握力と下肢筋体積との相関の検証～人工知能 (AI) を用いた三次元解析による検討～」
リハビリテーション科 赤井畑朱里 (優秀賞)
- A-2「AIを活用したMRA画像の自動3D画像化ツールの開発～Deep Learningによる血管セグメンテーションの有
用性～」
放射線室 河原康太 (最優秀賞)
- A-3「大腿骨近位部骨折患者への入院中歯科連携重要性の検討～即入患者へ対応するために病棟看護師ができるこ
と～」
看護部7階西病棟 佐藤慎太郎

- ・B班 座長 泌尿器科 主任医療部長 山下登
- B-1「病理検査室におけるホルマリンとキシレンの作業環境対策と管理」
検査室 小笠原一彦
- B-2「治療効果と治療継続の両面からみた当院大腿骨近位部骨折クリニカルパス有用性の検討」
骨折リエゾンサービス向上部会（看護部4階西病棟） 田口圭奈（優秀賞）
- B-3「疑義照会簡素化プロトコルの導入とその効果～保険薬局へのアンケート調査結果と考察～」
薬剤部 千葉祐輔

〔受賞・資格取得〕

〔受賞〕

- ・心臓血管外科 佐藤宏、深田穰治、小松茂樹、田宮幸彦
第124回日本外科学会定期学術集会「Young Investigator's Award」
冠動脈バイパス術における free radial と ITA+radial artery I-composite graft の遠隔期20年成績 (Twenty-year outcomes of free and I-composite radial artery grafts for coronary artery revascularization)
- ・心臓血管外科 佐藤宏
小樽市立病院誌第12巻 最優秀賞
Twenty-year outcomes of free and I-composite radial artery grafts for coronary artery revascularization. Sato H, Fukada J, Iwashiro Y, Tamiya Y Surg Today 2023; 53: 1132-1138
- ・看護部 作田麻由美
日本クリティカルケア看護学会 示説：最優秀賞
- ・放射線室 大浦大輔
小樽市立病院誌第12巻 優秀賞
「Quality Assurance of Chest X-ray Images with a Combination of Deep Learning Methods.」
- ・放射線室 佐々木斐名
第62回全国自治体病院学会 優秀賞
- ・放射線室 本間優斗
第12回日本脆弱性骨折ネットワーク学会 最優秀演題賞
- ・FLS チーム 放射線室 佐々木斐名
第62回全国自治体病院学会 優秀賞
- ・FLS チーム 看護部 畑知見
第37回北海道骨粗鬆症研究会学術集会 トラベリングアワード
- ・FLS チーム 放射線室 本間優斗
第12回日本脆弱性骨折ネットワーク学会 最優秀演題賞
- ・事務部 佐々木真一
小樽市立病院誌第12巻 優秀賞
「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」

〔資格取得〕

- ・外科 葛西弘規
北海道大学病院 臨床研修指導医
- ・脳神経外科 中崎明日香
日本脳卒中学会 日本脳卒中学会認定脳卒中専門医
- ・整形外科 浦勝郎
日本病院会 臨床研修指導医

- ・ 整形外科 濱崎雅成
北海道・北海道医師会 臨床研修指導医
- ・ 婦人科 半田康
北海道・北海道医師会 臨床研修指導医
- ・ 放射線診断科 市村亘
臨床研修協議会 卒後医師臨床研修プログラム責任者
- ・ 麻酔科 水口はるか
全国自治体病院協議会 臨床研修指導医
第5回 函館J-MELS 講習会 J-CIMELS ベーシックコース修了
- ・ 緩和ケア管理室 和智純子
日本ペインクリニック学会 日本ペインクリニック学会認定専門医
日本緩和医療学会 日本緩和医療学会認定専門医・指導医
- ・ 薬剤部 村上梨沙子
日本糖尿病療養指導士認定機構 糖尿病療養指導士
- ・ 薬剤部 中村友一
日本病院薬剤師会 日病薬病院薬学認定薬剤師
- ・ 検査室 宮野祐枝
日本臨床衛生検査技師会 認定臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師
- ・ 検査室 佐藤明日香
日本超音波医学会 超音波検査士（循環器領域）
- ・ 検査室 桃井優奈
日本臨床検査同学院 二級臨床検査士（血液学）
- ・ 検査室 鹿野寿樹
日本臨床検査同学院 二級臨床検査士（血液学）
- ・ 検査室 長田陸
日本臨床検査同学院 緊急臨床検査士
- ・ 検査室 田中里歩
日本不整脈心電学会 心電図検定1級
- ・ 放射線室 佐々木斐名
一般社団法人 日本骨粗鬆症学会 骨粗鬆症マネージャー
- ・ 放射線室 津田紅衣
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 小野摩由美
一般社団法人 日本集中治療医学会 集中治療理学療法士
- ・ 患者支援センター 渡邊裕恵
国立研究開発法人国立がん研究センター がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)
- ・ 患者支援センター 杉村拓哉
国立研究開発法人国立がん研究センター がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)
- ・ 臨床工学科 村岡大起
日本 DMAT 日本 DMAT 隊員
- ・ FLS チーム
看護部 畑知見
日本脆弱性骨折ネットワーク FLS コーディネーター
- ・ FLS チーム
看護部 田口圭奈、放射線室 佐々木斐名、看護部 野村朱理
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

〔市民公開講座、その他〕

- ・市民講演会 令和6年9月26日 市立小樽図書館
がんについて考えよう～あなたと大切な人のために～
「がん患者さんとの向き合い方」
患者支援センター 大森幸恵
「緩和ケアに関すること アドバンスケアプランニングについて」
緩和ケア管理室 村上真貴
- ・市民公開講座 令和6年11月23日 小樽市立病院
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鬆症治療～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 高川芳勅

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	1,528	4	127	1	1,655	5		
呼吸器内科	11,351	31	9,915	41	21,266	72		
消化器内科	8,651	24	11,428	47	20,079	71		
循環器内科	6,909	19	11,281	46	18,190	65		
血液内科	0	0	1,854	8	1,854	8		
糖尿病内科	0	0	2,123	9	2,123	9		
内分泌内科	0	0	802	3	802	3		
腎臓内科	3,305	9	10,077	41	13,382	51		
脳神経内科	370	1	1,945	8	2,315	9		
腫瘍内科	6	0	237	1	243	1		
外科	7,307	20	8,630	36	15,937	56		
心臓血管外科	4,244	12	4,470	18	8,714	30		
脳神経外科	15,818	43	7,370	30	23,188	74		
整形外科	15,692	43	31,005	128	46,697	171		
形成外科	1,243	3	5,122	21	6,365	24		
精神科	20,136	55	16,794	69	36,930	124		
リウマチ科	0	0	4,045	17	4,045	17		
小児科	46	0	3,252	13	3,298	14		
皮膚科	814	2	11,504	47	12,318	50		
泌尿器科	5,346	15	16,349	67	21,695	82		
産婦人科	3,316	9	6,203	26	9,519	35		
眼科	416	1	7,840	32	8,256	33		
耳鼻咽喉科	1,532	4	6,935	29	8,467	33		
放射線診断科	0	0	1,450	6	1,450	6		
放射線治療科	2	0	5,745	24	5,747	24		
麻酔科	558	2	4,834	20	5,392	21		
小計	108,590	298	191,337	787	299,927	1,085	386	77.0
感染症	(126)	-	-	-	-	-	2	17.3
合計		298	191,337	787	299,927	1,085	388	76.7

※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6年度】

〔麻醉別集計〕

(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	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3
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	62	45	55	42	46	54	43	59	39	44	45	589
	その他	0	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	0	9
	計	55	62	46	56	43	47	56	44	60	39	45	45	598
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	25	22	17	19	15	14	16	10	23	15	11	7	194
	その他	9	1	0	0	4	0	2	3	2	3	0	0	24
	計	34	23	17	19	19	14	18	13	25	18	11	7	218
腎臓内科	全麻	1	1	1	1	1	1	4	1	3	3	1	6	24
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	8	1	6	7	6	1	2	10	2	6	8	6	63
	その他	6	14	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	26
	計	15	16	12	8	7	2	7	11	5	9	9	12	113
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	36	44	44	42	36	42	46	51	30	36	40	40	487
	脊椎	1	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	5
	局麻	15	15	10	12	7	12	10	19	12	5	14	9	140
	その他	1	0	0	1	0	2	2	2	3	2	2	0	15
	計	53	59	54	55	43	56	61	72	46	43	56	49	647
心臓血管外科	全麻	15	16	19	18	11	15	12	17	13	11	12	15	174
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	17	15	5	6	12	10	5	17	12	9	10	7	125
	その他	5	2	0	3	0	0	1	0	5	3	0	0	19
	計	37	33	24	27	23	25	18	34	30	23	22	22	318
脳神経外科	全麻	27	41	36	27	39	23	31	33	40	28	36	25	386
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	15	19	19	10	16	16	14	10	17	17	13	12	178
	その他	0	0	1	4	2	0	1	2	1	1	2	3	17
	計	42	60	56	41	57	39	46	45	58	46	51	40	581
整形外科	全麻	46	64	57	62	45	59	84	58	51	71	69	57	723
	脊椎	7	5	4	7	2	5	7	4	4	4	13	9	71
	局麻	17	13	11	11	15	7	11	9	12	14	9	14	143
	その他	5	10	11	10	3	9	7	10	12	19	13	11	120
	計	75	92	83	90	65	80	109	81	79	108	104	91	1,057
形成外科	全麻	7	10	11	6	11	6	9	12	9	9	8	2	100
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	局麻	62	46	55	44	49	49	67	63	55	62	48	59	659
	その他	2	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	7
	計	71	58	66	51	60	56	76	75	66	72	56	61	768

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	3	2	0	3	7	8	3	4	2	4	3	3	42
	その他	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	計	3	3	0	3	7	8	3	4	2	4	3	3	43
泌尿器科	全麻	18	34	24	25	27	24	27	26	31	21	19	23	299
	脊椎	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	4
	局麻	5	1	0	3	3	7	2	4	3	1	3	0	32
	その他	14	17	10	17	15	12	19	14	18	12	12	23	183
	計	37	52	34	45	46	43	48	44	53	34	34	48	518
産婦人科	全麻	16	22	19	29	20	20	31	28	20	18	19	13	255
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	5	0	2	1	0	0	1	2	0	0	2	2	15
	その他	3	3	2	1	3	3	3	2	5	0	2	3	30
	計	24	25	23	31	23	23	35	32	25	18	23	18	300
眼科	全麻	1	2	3	7	6	4	10	6	7	4	3	8	61
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	25	41	29	32	35	28	45	30	28	35	30	26	384
	その他	0	1	1	4	0	0	1	0	0	1	0	0	8
	計	26	44	33	43	41	32	56	36	35	40	33	34	453
耳鼻咽喉科	全麻	17	21	20	25	20	11	15	16	17	8	20	20	210
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	3	2	4	12	9	7	3	4	8	3	4	10	69
	その他	2	2	1	2	3	1	2	2	1	3	0	0	19
	計	22	25	25	39	32	19	20	22	26	14	24	30	298
放射線診断科	全麻	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	脊椎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局麻	10	14	9	8	10	7	9	11	11	12	7	9	117
	その他	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	計	10	14	9	9	10	7	9	11	12	13	7	9	120
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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
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	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	計	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
合計	全麻	184	255	234	242	216	205	269	248	222	209	227	209	2,720
	脊椎	8	5	4	7	3	5	10	4	7	5	13	11	82
	局麻	265	253	214	223	229	212	242	236	244	222	207	209	2,756
	その他	47	53	32	45	32	29	41	36	49	45	32	40	481
	計	504	566	484	517	480	451	562	524	522	481	479	469	6,039

※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6年度診療報酬点数表の高い順から掲載し、3,000点未満はその他を含む

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（頭頸部その他）	1
気管支異物除去術（直達鏡によるもの）	1
経皮的膿胸ドレナージ術	1
計	3

消化器内科	
内視鏡的乳頭切開術（胆道碎石術を伴うもの）	11
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）	1
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	10
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）	22
内視鏡的胆道結石除去術（胆道碎石術を伴うもの）	9
内視鏡的胆道拡張術	14
食道狭窄拡張術（拡張用バルーンによるもの）	3
内視鏡的胆道ステント留置術	56
内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のもの）	38
小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	1
下部消化管ステント留置術	22
経皮的肝膿瘍ドレナージ術	2
経皮的胆管ドレナージ術	1
内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	1
小腸結腸内視鏡的止血術	16
内視鏡的胆道結石除去術（その他のもの）	8
食道狭窄拡張術（内視鏡によるもの）	1
内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	8
食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）	5
内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	3
内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍ポリープ切除術）	1
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル以上）	17
食道ステント留置術	8
胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	4
内視鏡的結腸異物摘出術	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）	2
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	254

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）	1
胸水・腹水濾過濃縮再静注法	4
内視鏡的消化管止血術	42
内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	22
その他	1
計	598

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）	1
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）	22
腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）	2
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）	5
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）（アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの）	2
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）	11
四肢の血管拡張術・血栓除去術	1
経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症に対するもの）	3
経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）	49
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）	4
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）	20
ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）	19
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1日につき）（初日）	9
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）	25
ペースメーカー交換術	14
体外ペースメーカーキック術	14
鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手技料を含む。）（1局所につき）	1
その他	9
計	218

腎臓内科	
経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	52
連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	22

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）	8
中心静脈注射用植込型カテーテル設置（頭頸部その他に設置した場合）	2
その他	29
計	113

外科	
腓頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合）	3
腓頭部腫瘍切除術（十二指腸温存腓頭切除術の場合）	1
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）	9
腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術）	3
腓頭部腫瘍切除術（腓頭十二指腸切除術の場合）	1
腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）	7
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）	4
腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）	1
肝切除術（2区域切除）	1
腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	1
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）	3
肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもの）	1
腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	1
胃全摘術（悪性腫瘍手術）	2
腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	2
腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）	10
肝切除術（亜区域切除）	2
肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く。））	1
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）	4
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	53
腓体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合）	1
胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施するもの）	1
胃切除術（悪性腫瘍手術）	3
腓体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術の場合）	1
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
胆管悪性腫瘍手術（肝外胆道切除術によるもの）	1
胸腔鏡下肺切除術（部分切除）	1
直腸切除・切断術（切除術）	1

腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）	14
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）	27
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）	5
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。）））	4
腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	2
腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。）	1
結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	2
胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除によるもの））	1
肝切除術（部分切除）（単回の切除によるもの）	5
腹腔鏡下噴門形成術	1
腹腔鏡下脾摘出術	1
人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後のもの）	1
小腸切除術（複雑なもの）	2
胃切除術（単純切除術）	1
胸腔鏡下膿胸掻爬術	2
腹腔鏡下小腸切除術（その他のもの）	9
腹腔鏡下直腸脱手術	2
結腸切除術（結腸半側切除）	1
乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの））	3
肝嚢胞摘出術	1
子宮全摘術	1
胆嚢摘出術	6
腓体尾部腫瘍切除術（腓尾部切除術の場合）（脾同時切除の場合）	1
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）	1
結腸切除術（小範囲切除）	9
腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）	1
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	5
腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術	2
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	68
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））	11
腹腔鏡下胃捻転症手術	1
腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）	13
腓体尾部腫瘍切除術（腓尾部切除術の場合）（脾温存の場合）	1

腹腔鏡下胆嚢摘出術	43
腹腔鏡下腸管癒着剥離術	11
腹腔鏡下ヘルニア手術（大腿ヘルニア）	4
リンパ節群郭清術（腋窩）	4
腹腔鏡下幽門形成術	1
腹腔鏡下人工肛門造設術	7
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）	62
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）	2
腹腔鏡下ヘルニア手術（腹壁癒着ヘルニア）	2
リンパ管腫摘出術（長径5センチメートル以上）	1
胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む。）	1
小腸切除術（その他のもの）	6
急性汎発性腹膜炎手術	3
胃局所切除術	1
腹腔鏡下ヘルニア手術（半月状線ヘルニア、白線ヘルニア）	2
腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）	19
肝嚢胞切開術	1
胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）	2
腸管癒着症手術	1
人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴わないもの）	1
腹腔鏡下試験開腹術	3
痔核手術（脱肛を含む）（PPH）	1
皮膚悪性腫瘍切除術（単純切除）	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）	19
経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	1
腸吻合術	1
分層植皮術（100cm ² 以上200cm ² 未満）	1
甲状腺部分切除術（片葉のみの場合）	1
甲状腺腫摘出術（片葉のみの場合）	1
直腸脱手術（経会陰によるもの）（腸管切除を伴わないもの）	1
乳腺腫瘍摘出術（長径5センチメートル以上）	5
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）	2
ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）	9
痔核手術（脱肛を含む。）（根治手術）	4
腹壁腫瘍摘出術（形成手術を必要としない場合）	1
痔核手術（脱肛を含む。）（硬化療法（四段階注射法によるもの）	6
痔瘻根治手術（単純なもの）	5
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径3cm以上、6cm未満）	4

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）	7
手掌異物摘出術	1
創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径10センチメートル以上）（その他のもの）	1
その他	69
計	647

心臓血管外科	
大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）	1
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術）（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。）（上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術）（その他のもの）	1
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（上行大動脈）（大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの）	2
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（弓部大動脈）	2
弁置換術（2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）（その他のもの）	2
冠動脈、大動脈バイパス移植術（2吻合以上）	4
弁置換術（1弁のもの）	14
冠動脈、大動脈バイパス移植術（1吻合）	1
肺静脈隔離術	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（下腿、足部動脈）	2
血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）	2
血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）	2
ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）	7
大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）（腹部大動脈）（その他のもの）	2
ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）	23
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）	1
不整脈手術（左心耳閉鎖術）（開胸手術によるもの）	9
血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）	22
人工心肺（1日につき）（初日）	30
動脈血拴内膜摘出術（その他のもの）	13
四肢の血管拡張術・血拴除去術	54

末梢動静脈瘻造設術（内シャント造設術） （単純なもの）	31
経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	22
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）	2
心筋縫合止血術（外傷性）	1
動脈塞栓除去術（その他のもの（観血的な もの））	7
試験開胸術	1
大伏在静脈抜去術	6
下肢静脈瘤手術（抜去切除術）	1
心膜切開術	2
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）（1 日につき）（初日）	2
血管縫合術（簡単なもの）	3
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）	14
ペースメーカー交換術	3
内シャント血栓除去術	2
筋肉内異物摘出術	1
経皮的心肺補助法（1日につき）（2日目以 降）	1
その他	15
計	318

脳神経外科	
脳動静脈奇形摘出術（単純なもの）	3
頭蓋内腫瘍摘出術（その他のもの）	14
脳動脈瘤頸部クリッピング（2箇所以上）	5
脊髄腫瘍摘出術（髄内のもの）	1
脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所）	36
内視鏡下経鼻の腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	4
脊髄血管腫摘出術	1
動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）	11
脳血管内手術（脳血管内ステントを用いる もの）	1
脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して 行うもの）（1箇所）	1
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多 椎間又は多椎弓の場合を含む。）（前方後方 同時固定）	2
脳血管内手術（1箇所）	10
脊髄腫瘍摘出術（髄外のもの）	4
血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動 脈）	2
頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）（脳 内のもの）	28
動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）	22
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）	15

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）	22
髄液漏閉鎖術	1
重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込 型ポンプ設置術	1
頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）（硬 膜下のもの）	8
脊椎腫瘍切除術	1
頭蓋骨悪性腫瘍手術	1
頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）（硬 膜外のもの）	1
経皮的頸動脈ステント留置術	8
経皮的脳血栓回収術	41
黄色靱帯骨化症手術	1
脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置 した場合）	21
減圧開頭術（その他の場合）	10
水頭症手術（シャント手術）	26
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）	44
頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴うもの）	12
椎間板摘出術（後方摘出術）	2
頭蓋骨腫瘍摘出術	1
脳膿瘍排膿術	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）	12
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） （その他のもの）	7
経皮的椎体形成術	8
脳切截術（開頭して行うもの）	2
頭蓋骨形成手術（頭蓋骨のみのもの）	8
脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留 置した場合）	12
試験開頭術	1
脊髄刺激装置交換術	1
皮弁作成術・移動術・切断術・遷延皮弁術 （25以上100cm ² 未満）	1
脊椎内異物（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）	11
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	66
中心静脈注射用植込型カテーテル設置（頭 頸部その他に設置した場合）	1
関節鏡下手根管開放手術	5
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（その他 の頭蓋）	3
水頭症手術（シャント再建術）（腹側のも の）	2
脊椎骨（軟骨）組織採取術（試験切除によ るもの）（その他のもの）	2

手根管開放手術	1
気管切開術	10
創傷処理（筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）（その他のもの））	4
その他	60
計	581

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）	2
人工関節再置換術（股）	2
関節形成手術（膝）	2
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（前方椎体固定）	7
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）	26
関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑なもの）	3
人工関節置換術（膝）	64
人工関節置換術（股）	56
人工関節置換術（肩）	2
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
関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	3
一時的創外固定骨折治療術	4
脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（後方又は後側方固定）	34
関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴わないもの）	1
内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）	3
内視鏡下椎弓形成術	3
脛骨近位骨切り術	6
関節形成手術（手）	6
骨切り術（大腿）	1
人工関節置換術（手）	1
脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）	4
関節鏡下関節内骨折観血的手術（膝）	4
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）	39
人工股関節摺動面交換術	1
四肢切断術（下腿）	4
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）	29
神経移行術	5
椎間板摘出術（後方摘出術）	3

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）	3
関節鏡下関節内骨折観血的手術（手）	3
関節鏡下関節内骨折観血的手術（足）	1
骨切り術（下腿）	1
観血的関節固定術（足）	4
骨折観血的手術（大腿）	70
骨折観血的手術（上腕）	18
骨折観血的手術（肩甲骨）	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）	40
関節内骨折観血的手術（股）	5
関節内骨折観血的手術（肘）	5
関節内骨折観血的手術（膝）	2
化膿性又は結核性関節炎搔爬術（股）	2
経皮的椎体形成術	17
人工骨頭挿入術（股）	37
関節鏡下半月板縫合術	8
関節脱臼観血的整復術（肘）	1
骨折観血的手術（前腕）	39
骨折観血的手術（下腿）	35
骨折観血的手術（手舟状骨）	1
腱移行術（その他のもの）	1
関節滑膜切除術（膝）	1
関節鏡下関節滑膜切除術（膝）	3
関節鏡下関節滑膜切除術（肩）	1
脊椎骨搔爬術	1
関節内骨折観血的手術（足）	9
関節内骨折観血的手術（手）	7
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家骨移植）	21
腱移行術（指（手、足））	1
関節鏡下半月板切除術	3
腱縫合術（指）	2
腱縫合術	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
関節内骨折観血的手術（指）（足）	1
骨折観血的手術（鎖骨）	10
骨折観血的手術（足）	4
骨折観血的手術（膝蓋骨）	2
骨折観血的手術（指）	2
骨折観血的手術（その他）	1
関節滑膜切除術（手）	1
膝蓋骨滑液嚢切除術	1
硬膜外腔癒着剥離術	1
第一足指外反症矯正手術	1
デュブイトレン拘縮手術（1指）	1
関節鏡下手根管開放手術	30
関節滑膜切除術（指）（手）	1
関節滑膜切除術（指）	1

アキレス腱断裂手術	7
観血的関節固定術（指）（足）	2
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（前腕）	1
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（大腿）	5
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（上腕）	2
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（肩甲骨）	1
靱帯断裂縫合術（指）	1
関節切除術（指）（足）	2
椎間板内酵素注入療法	4
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（前腕）	30
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（下腿）	27
超音波骨折治療法（一連につき）	9
脊椎骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）（その他のもの）	1
手根管開放手術	9
骨折経皮的鋼線刺入固定術（前腕）	6
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（手）	1
鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手術料を含む。）（1局所につき）	10
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（手）	1
骨内異物（挿入物を含む。）除去術（足）	1
骨部分切除術（指）	5
創傷処理（筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）（その他のもの））	4
ガングリオン摘出術（指）（手）	1
その他	194
計	1057

形 成 外 科

動脈（皮）弁術	1
分層植皮術（200cm ² 以上）	2
四肢切断術（大腿）	6
四肢切断術（足）	1
耳介形成手術（耳介軟骨形成を要するもの）	3
顔面神経麻痺形成手術（静的なもの）	1
頬骨骨折観血的整復術	4
眼窩骨折観血的手術（眼窩プローアウト骨折手術を含む。）	2
皮膚悪性腫瘍切除術（単純切除）	23
全層植皮術（25cm ² 未満）	2
皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）（長径3cm以上6cm未満）	1
分層植皮術（100cm ² 以上200cm ² 未満）	3
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（躯幹）	8
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（肩）	1
四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術（下腿）	1
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径12センチメートル以上）（6歳以上）	2
慢性膿皮症手術（複雑なもの）	1
断端形成術（骨形成を要するもの）（指）（足）	4

断端形成術（骨形成を要するもの）（指）（手）	2
眼瞼下垂症手術（眼瞼挙筋前転法）	17
腋臭症手術（皮弁法）	4
眼窩内腫瘍摘出術（表在性）	1
分層植皮術（25cm ² 以上100cm ² 未満）	3
眼瞼下垂症手術（その他のもの）	54
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）（長径4センチメートル以上）（6歳以上）	22
皮膚腫瘍摘出術（露出部）（長径4センチメートル以上）（6歳以上）	5
皮下腫瘍摘出術（露出部）（長径4センチメートル以上）（6歳以上）	2
デブリードマン（100cm ² 以上3,000cm ² 未満）	3
眼瞼外反症手術	1
骨腫瘍切除術（その他）	2
眼瞼内反症手術（眼瞼下制筋前転法）	16
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径6センチメートル以上12センチメートル未満）（6歳以上）	17
皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径6センチメートル以上12センチメートル未満）（6歳以上）	1
先天性耳瘻管摘出術	9
毛巣洞手術	3
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）（長径2cm以上、4cm未満）	46
皮膚腫瘍摘出術（露出部）（長径2cm以上、4cm未満）	6
皮下腫瘍摘出術（露出部）（長径2cm以上、4cm未満）	4
分層植皮術（25cm ² 未満）	3
皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）（長径3cm未満）	3
皮膚血管腫摘出術（露出部）（長径3cm未満）	2
皮下血管腫摘出術（露出部）（長径3cm未満）	2
皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径3cm以上、6cm未満）	21
皮膚腫瘍摘出術（露出部以外）（長径3cm以上、6cm未満）	6
皮下腫瘍摘出術（露出部以外）（長径3cm以上、6cm未満）	6
足底異物摘出術	2
ガングリオン摘出術（指）（手）	5
ガングリオン摘出術（指）	3
口唇腫瘍摘出術（その他のもの）	1
その他	430
計	768

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	41
計	43

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））	8
膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの））	2
腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	13
腹腔鏡下腎摘出術	1
膀胱単純摘除術（その他のもの）	1
腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	1
腎（尿管）悪性腫瘍手術	2
前立腺悪性腫瘍手術	1
腹腔鏡下副腎摘出術	1
膀胱悪性腫瘍手術（切除）	1
経尿道的尿路結石除去術（レーザーによるもの）	52
経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用のもの）	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）	14
尿道狭窄内視鏡手術	2
経尿道的尿路結石除去術（その他のもの）	3
尿管皮膚瘻造設術	1
経皮的腎（腎盂）瘻造設術	16
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用のもの）	51
停留精巣固定術	5
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（その他のもの）	9
経尿道的電気凝固術	29
膀胱結石摘出術（経尿道的手術）	16
膀胱異物摘出術（経尿道的手術）	2
精索捻転手術（対側の精巣固定術を伴うもの）	1
膀胱水圧拡張術	3
陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）	1
膀胱瘻造設術	2
経尿道的尿管ステント留置術	175
精巣摘出術	35
その他	69
計	518

産婦人科	
直腸切除・切断術（低位前方切除術）	2
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	4
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	2
子宮悪性腫瘍手術	15
女子外性器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合）	1
子宮付属器悪性腫瘍手術（両側）	17
腹腔鏡下仙骨腔固定術	8
腹腔鏡下腔式子宮全摘術	66
腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	8
子宮全摘術	14
腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	4
子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡によるもの）	69
子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡によるもの）（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して行った場合）	1
結腸切除術（小範囲切除）	1
異所性妊娠手術（腹腔鏡によるもの）	3
子宮付属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡によるもの）	2
子宮鏡下子宮筋腫摘出術（電解質溶液利用のもの）	1
卵巣部分切除術（腔式を含む。）（腹腔鏡によるもの）	1
子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（開腹によるもの）	11
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）	2
広靱帯内腫瘍摘出術	3
大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わないもの）	1
腹腔鏡下試験切除術	1
試験開腹術	3
子宮内膜ポリープ切除術（電解質溶液利用のもの）	2
流産手術（妊娠11週までの場合）（手動真空吸引法によるもの）	1
子宮頸部（腔部）切除術	9
子宮頸部摘出術（腔部切断術を含む。）	1
子宮頸部異形成上皮レーザー照射治療	1
バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術（造袋術を含む。）	4
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	41
計	300

眼 科	
網膜復位術	2
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合） （縫着レンズを挿入するもの）	1
網膜光凝固術（その他特殊なもの（一連につき））	20
硝子体切除術	4
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合） （その他のもの）	329
網膜光凝固術（通常のもの（一連につき））	19
隅角光凝固術	3
水晶体再建術（眼内レンズを挿入しない場合）	5
眼瞼結膜腫瘍手術	1
翼状片手術（弁の移植を要するもの）	2
角膜・強膜縫合術	1
その他	66
計	453

耳 鼻 咽 喉 科	
喉頭悪性腫瘍手術（切除）	1
内視鏡下鼻・副鼻腔手術4型（汎副鼻腔手術）	10
耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）	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）	41
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	4
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）	3
甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術（片葉のみの場合）	1
甲状腺腫摘出術（片葉のみの場合）	1
鼻中隔矯正術	12
下咽頭腫瘍摘出術（経口腔によるもの）	1
粘膜下鼻甲介骨切除術	4
喉頭腫瘍摘出術（直達鏡によるもの）	4
声帯ポリープ切除術（直達喉頭鏡によるもの）	8
鼻甲介切除術（その他のもの）	30
口蓋扁桃手術（摘出）	26
気管切開術	3
喉頭蓋嚢腫摘出術	1
その他	134
計	298

放 射 線 診 断 科	
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） （止血術）	13
血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） （その他のもの）	8
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）	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）	61
肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） （2センチメートル以内のもの）（その他のもの）	2
経皮経肝胆管ステント挿入術	1
経皮経肝バルーン拡張術	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）	9
経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	7
経皮的胆管ドレナージ術	7
経皮的肝膿瘍ドレナージ術	3
その他	4
計	120

放 射 線 治 療 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（頭頸部その他）	2
計	2

麻 酔 科	
内視鏡的胆道ステント留置術	1
その他	1
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	182	197	159	200	203	147	195	201	192	208	156	169	2,209
うち入院	148	150	131	146	150	114	151	161	157	162	121	124	1,715

地域別内訳	地域別内訳												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
小樽市内	135	154	116	155	157	112	141	151	136	146	113	116	1,632
	(74.2%)	(78.2%)	(73.0%)	(77.5%)	(77.3%)	(76.2%)	(72.3%)	(75.1%)	(70.8%)	(70.2%)	(72.4%)	(68.6%)	(73.9%)
余市・仁木 方面	17	19	24	13	24	19	30	22	26	32	15	20	261
	(9.3%)	(9.6%)	(15.1%)	(6.5%)	(11.8%)	(12.9%)	(15.4%)	(10.9%)	(13.5%)	(15.4%)	(9.6%)	(11.8%)	(11.8%)
岩内・寿都 方面	14	8	7	12	14	5	6	12	12	9	10	11	120
	(7.7%)	(4.1%)	(4.4%)	(6.0%)	(6.9%)	(3.4%)	(3.1%)	(6.0%)	(6.3%)	(4.3%)	(6.4%)	(6.5%)	(5.4%)
倶知安方面	16	15	12	20	8	11	18	16	18	20	17	20	191
	(8.8%)	(7.6%)	(7.5%)	(10.0%)	(3.9%)	(7.5%)	(9.2%)	(8.0%)	(9.4%)	(9.6%)	(10.9%)	(11.8%)	(8.6%)
その他	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	5
	(0.0%)	(0.5%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(0.5%)	(0.6%)	(1.2%)	(0.2%)

※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	60	52	49	52	47	61	69	62	60	48	48	65	673

診療科別内訳	診療科別内訳												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
麻酔科	6	6	6	16	11	12	17	16	15	8	10	14	137
心臓血管外科	10	13	19	18	11	12	11	15	20	9	10	15	163
循環器内科	13	5	4	2	4	6	9	4	7	1	0	4	59
外科	17	21	16	10	15	22	18	12	11	20	13	16	191
脳神経外科	1	2	0	0	0	0	1	3	2	0	4	2	15
整形外科	2	3	1	1	1	1	4	4	1	3	1	3	25
泌尿器科	1	0	0	1	2	2	4	3	3	3	2	1	22
婦人科	3	2	0	2	1	1	3	0	1	3	5	1	22
その他	7	0	3	2	2	5	2	5	0	1	3	9	39

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

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。

患者に安心な連携を促進する

目 標	評 価
<p>【財務の視点】 DPC 期間Ⅱ 超え率 組織目標達成 連携促進を評価する加算算定数増加</p> <p>【顧客の視点】 患者・家族の満足度向上 職員の満足度向上</p> <p>【業務プロセス】 連携を促進するしくみづくり</p> <p>【学習と成長】 連携に必要な知識の習得</p>	<p>A 評価 (8%) B 評価 (92%) C 評価 (0%)</p> <p>地域医療支援病院として急性期医療に注力していく中、適正な入院期間内の退院支援が重要である。看護部は経営参画と看護の質維持の両立という考えのもと、患者・家族が安心できる連携を促進する目標を掲げ取り組んだ。</p> <p>【学習と成長】では「在宅療養指導」「在宅サービス活用」「IADL」「事例検討」などの観点から必要な知識の習得に努めた。【業務プロセス】では部署の連携促進の課題抽出と達成、病棟専任看護師・SW との協働促進に関する方策を検討し、実践した。【顧客の視点】退院支援に関する患者満足度調査の結果、総合評価は概ね8割が安心したと答えたが、「希望の確認」「心配事の確認」「相談できたか」で評価が低い部署もあった。</p> <p>【財務の視点】DPC Ⅱ 超え率は38.3%で未達成。入退院支援加算算定数は前年度に比較し増加した。部署ごとの残された課題は次年度に継続して取り組むこととした。</p>

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上の課題抽出と解決 2. 業務標準化の推進と内容の成文化	1. 2023年度に作成した「看護補助者業務基準」に沿った業務となるよう看護師・補助者双方に再周知を行い、テストで理解度を確認した。認識に相違があった項目については所属長からフィードバックし、理解の浸透を図った。10月に基準に沿った業務となっているかの聞き取り調査を行った結果、問題なく実施出来ているとの結果であった。看護補助者業務手順の改訂を予定していたが、完成には至らず、次年度引き続き取り組む。 2. 業務の標準化と効率化の必要性理解を踏まえて、説明用のスライド活用に取り組んだ。各部署で使用頻度の高い説明内容をスライド化したが、活用の定着には至らなかった。人材不足やタスクシフト/シェアの観点からも運用の定着は必須であり、次年度も取り組みを続けていく。 看護手順の改訂は昨年度から継続して実施したが、内容が広範囲であり年度内に終了しなかった。次年度は方法を検討し、年度内の改訂を目指す。
安全委員会	1. 身体拘束率低減につながるケア実践と評価 2. 患者認証の確実な実施による安全な医療・看護の提供	1. 前年度の各部署の転倒転落事例を全例分析し、傾向を明確にした上で、重点対策を立案した。身体拘束についてはスタッフが体験してレポートを作成し、自部署で不足している看護ケアについて検討した。身体拘束の影響と拘束最小化に向けた学習会や記録監査を行うことで、課題を抽出し、対策を立案して取り組みを行った。 2. 患者誤認の事例を委員会で共有し、発生要因と対策を部署毎に検討した。また、患者確認方法を全部署で監査し、自部署の傾向を踏まえた対策を立案・実践した。同じ機序の患者誤認が繰り返し発生する傾向があり、今後も取り組みが必要である。継続して取り組んでいた注射認証についても各部署で取り組みを行った結果、16部署中15部署で定期注射の認証率が90%以上となったが、100%実施を目指しており、こちらについても継続した取り組みが必要である。
記録委員会	1. 看護の質を維持かつ簡素化した記録の実施	後期行ったGWでは、記載が必要な内容について言語化できていた兆しがあり、看護記録の質に関与する成果は少しだけあったと考える。 各記録委員は、記載が必要な看護記録について言語化することはできた。しかし、部署内へのフィードバックには至っていないため、要因を明確にする必要がある。看護職員全体として、看護記録に何を記載するか、継続看護に活かされる記録の必要性の理解が不十分であり、今後は、基礎的な知識の習得、部署内伝達と理解度を確認できる仕組みづくりが必要である。 次年度は、一つ一つ確実に理解でき各委員が行動出来るような仕組みを検討する。さらに、管理者が効果的な支援を行うために必要な知識や方法の検討も行っていく。

2024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2・3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、早期に環境に適応できる。 3. 看護に必要な基礎知識を再確認できる。 【内容】 講義、演習	新人看護師、看護助手 (実施内容・効果) 病院の目指す医療・看護、公務員としての心構え、他職種連携、接遇など組織人、社会人として必要な知識を習得した。また専門職業人として医療安全、感染防御、看護記録等の知識を習得した。	27
4月5日 4月12日 4月19日	新人看護職員 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。	27
4月11日	新人実地指導者研修 (基礎)	【目的】 新人教育に求める内容を理解し、支援方法を学ぶ。 【内容】 講義、グループワーク	主査 (実施内容・効果) 新人看護職員への学びを提供したり、共感・支援するために必要な「報連相」や実地指導者同士の「横のつながりを強化」へのアプローチについて考えた。	22
4月26日 5月9日	フィジカルアセスメント	【目的】 フィジカルアセスメントを復習し、根拠性のあるアセスメントを言語化できる。 【内容】 講義、グループワーク	ラダーⅠ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 根拠性のあるフィジカルアセスメントとヘルスアセスメントの視点の違いを理解し、2つのアセスメントの視点から看護問題・優先性を検討、明らかになった看護問題のうち1つの看護計画を立案した。	27
5月24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。	31
5月28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。	23
6月7日	現場で出会う看護疑問	【目的】 日々の看護実践で感じる看護に関する疑問を言語化し、見解をまとめる。 【内容】 講義、グループワーク	ラダーⅡ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 看護疑問はなぜ起こるのかを考え、自分の考え・書籍・雑誌などの資料から見解をまとめ、発表した。	17

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)
6月11日	メンバーシップ研修	【目的】 組織におけるメンバーシップとは何かを考え、実践できる。 【内容】 講義、グループワーク	リーダーⅡ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 看護部理念・目標・部署目標・個人目標のつながりについて、「チーム」の中で自分にできるメンバーシップ行動とその理由等を検討した。部署内で自分がとるメンバーシップ行動について考えた。	20
6月21日	多重課題研修	【目的】 多重課題の対処ができる。 【内容】 講義、グループワーク	リーダーⅠ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 多重課題の対処法を学び、部署で出会った多重課題の場を振り返った。	26
6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。	36
6月28日	退院支援・退院研修 (基礎)	【目的】 退院支援とは何かを考え、効果的な退院支援に向けた取り組みを計画できる。 【内容】 講義、グループワーク	リーダーⅢ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 退院支援とは何かを学び、自部署の退院支援上の課題達成に向けた計画を立案した。	9
7月5日	新人看護職員3ヵ月研修	【目的】 患者のニーズをとらえ、看護問題を導き、看護計画を立案できる。 【内容】 グループワーク	リーダーⅠ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 自分が関わった患者1名についてゴードン機能的健康パターンと関連づけ、患者情報をアセスメントして、4側面のニーズを導き出し、看護計画を立案した。	26
7月26日	臨床実習指導者研修 (基礎)	【目的】 看護学生の学びを支援する方法を理解し、自己の行動を言語化できる。 【内容】 講義、グループワーク	リーダーⅢ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 臨床実習指導者の役割と行動を理解し、指導者としての不安・課題の共有を行った。その後、実習指導計画を作成した。	4
8月9日	リーダーシップ研修 (基礎)	【目的】 組織におけるリーダーシップとは何かを考え、自己の行動を言語化できる。 【内容】 講義、グループワーク	リーダーⅡ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) リーダーシップとは何かを学び、自分がとるリーダーシップを意識した行動とその行動は部署のチーム作りにどのようにつながっているのかについて検討した。	9
9月5日	看護倫理に基づく看護実践と業務	【目的】 看護実践を振り返り、よりよい支援方法を言語化できる。 【内容】 講義、グループワーク	リーダーⅡ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 看護倫理について学び、Jonsenの4分割表を用いた事例検討を行った。	9

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)
9月13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。	26
9月25日	新人看護職員6カ月研修	【目的】看護師が持つべき管理的視点について理解し、行動を言語化できる。 【内容】講義、グループワーク	ラダーⅠ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 安全・情報・業務・薬剤・災害/防災・物品・コストについて、看護師が持つべき管理的視点を理解した。自分が部署で実践する管理的行動を言語化した。	24
9月26日	概念化スキル・分析・思考判断力・問題解決技法研修 〈基礎〉	【目的】概念化を理解し、課題を分析し判断するための知識と技法を学ぶ。 【内容】講義、グループワーク	看護師長 (実施内容・効果) 概念化スキルを学び、自部署の課題を分析し、解決方法を検討した。	14
10月10日	患者・家族の意思決定支援	【目的】意思決定支援に必要な知識・技術を学び、行動を言語化できる。 【内容】講義、グループワーク	看護師長 (実施内容・効果) 意思決定支援に必要な知識を学び、患者の意思を尊重するために自らができることは何か、患者の意思決定支援を部署でどのように取り組むかについて検討した。	14
10月11日	看護理論に基づく看護過程展開	【目的】危機理論を用いて実際の看護過程/実践を振り返り、今後の実践に活かす方法を言語化できる。 【内容】講義、グループワーク	ラダーⅡ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) アギュララとメズイックの危機の問題解決モデルを用いた看護実践の振り返りを行った。	10
10月18日	論理的文章〈基礎〉	【目的】論理的に文章を書くための基本事項を理解し、テーマに沿った文章を作成できる。 【内容】講義	ラダーⅢ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 論理的に文章を書くための基本事項を理解し、テーマに沿った文章を作成した。	11
10月25日	退院支援・退院調整 〈応用〉	【目的】部署で実践した退院支援計画を評価し、今後の対策を立案できる。 【内容】講義、グループワーク	ラダーⅢ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 基礎で立案した取り組み計画を客観的に評価し、今後の部署の対策を言語化した。 訪問看護ステーションの同行実習を通じて、双方向性を意識した退院支援・調整 方法を明確にし、看護部全体で必要な支援方法をまとめて発表した。	7
11月12日	臨地実習指導者研修 〈応用〉	【目的】指導計画に基づいた指導/支援を振り返り、客観的に評価できる。 【内容】グループワーク	ラダーⅢ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 基礎実習で作成した指導計画に基づいた指導の振り返りと今後の課題について検討し、計画を修正した。	3

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)
12月13日	チームビルディングとオーナーシップ研修〈基礎〉	【目的】 組織の仕組みと機能/チームを作る方法を理解し、管理的視点と行動を言語化できる。 【内容】 講義、グループワーク	看護師長 (実施内容・効果) 自部署(チーム)を看護部の視点で考えた問題とは何か、課題を解決するために、どのように行動し取り組むかについて検討した。	14
1月17日	新人実地指導者研修〈応用〉	【目的】 指導/支援の実際を振り返り、客観的に評価できる。 【内容】 講義、グループワーク	主査 (実施内容・効果) 作成した指導計画について、指導/支援の実際を振り返り、評価を行い、今後の行動を言語化した。	22
1月21日	リーダーシップ研修〈計画〉	【目的】 基本的な組織の仕組みと機能を学習し、管理的な視点と行動を言語化できる。 【内容】 講義、グループワーク	ラダーⅢ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 組織の仕組みとリーダーシップについて学び、自分が取り組める部署の問題について解決に向けた自己の行動を検討した。	13
1月30日	概念化スキル・分析・思考判断力・問題解決技法研修〈応用〉	【目的】 フレームワークを用いて部署の組織分析を行い、次年度のBSCを作成できる。 【内容】 講義、グループワーク	看護師長 (実施内容・効果) 各部署のSWOT分析を行い、次年度のBSCを作成した。	14
2月7日	看護における管理的側面	【目的】 看護師が持つべき管理的視点を理解し、言語化できる。 【内容】 講義、グループワーク	ラダーⅡ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 看護師が持つべき管理的視点とチームの一員としての行動を学び、自部署で実践している行動を管理的視点から振り返り、望ましい行動を検討した。	12
3月7日	新人看護職員12カ月研修	【目的】 実際に関わった患者に関する看護過程の展開・評価ができる。インシデント事例についてチームで検討できる。看護師としての今の想いと今後の目標を言語化できる。 【内容】 講義、グループワーク	ラダーⅠ到達を目指す看護師 (実施内容・効果) 事前課題を基に看護過程の振り返りを行った。また、共通事例において、インシデントに至った要因・対策を検討し、2年目看護師として今後自分がとる行動を言語化した。看護師としての今の想いと今後の目標を共有した。	23
7月12日・19日 8月2日	看護補助者研修 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) 守秘義務/個人情報取り扱い、患者の安全を守ることを基本とした業務遂行、看護職員として必要な管理的側面、看護師との協働の必要性を学んだ。	63
11月15日・27日 12月3日	看護補助者研修 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) 接遇やマナー、当院の感染対策の基本ルール、基本的なケア(口腔ケア・食事介助・移乗)、必要な管理的側面(安全・情報・業務・災害/防災・物品・コスト)とは何かについて学んだ。	64

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5日	24	
	II以上	〈合同研修〉 がんの基礎知識（臨床腫瘍学など）	7月2日	2	2
		〈単独研修①〉 安全・確実な投与管理	6月25日	2	
		〈単独研修②〉 薬剤の特徴と副作用対策・服薬管理	11月5日	2	
緩和ケア	I	〈合同研修〉 緩和ケアの概要と考え方	11月5日	24	
	II以上	〈合同研修〉 緩和ケアの概要と考え方	7月2日	4	
		〈単独研修〉 がん疼痛マネジメント	7月17日	3	3
皮膚・排泄ケア	I	皮膚バリア機能 スキンケアの基本	4月5日	28	
		褥瘡予防方法・ポジショニングなど	5月15日	28	
認知症看護	I	認知症者の関わり方の基本、認知症の病態の理解、 向精神薬の知識と使い方	6月6日	26	
	II以上	認知症看護の考え方・病態の理解	5月6日	2	2
		せん妄・アセスメント方法	7月6日		
		向精神薬の知識と使い方	9月10日		
	認知症者の疑似体験	11月12日			
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14日	26	
	II以上	摂食嚥下障害の状況に応じた看護展開	9月10日	4	3
感染管理	I	正しい手指衛生と個人防護具の着脱	1月29日	24	
	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	内視鏡室 救急外来	18
急性・重症患者 看護	I	急変対応（メンバーシップ）	12月17日	24	
	II以上	急変対応（リーダーシップ）	4月8日	6	6
	I	看護倫理	12月12日	24	
	II以上	看護倫理	9月5日	4	4

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。

〈令和6年度〉

内 容		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	
処方箋枚数	外来処方箋枚数	9,098	9,086	8,184	9,106	8,862	8,267	9,329	8,297	8,830	8,146	7,553	8,040	102,798	
	入院処方箋枚数	7,658	8,276	7,721	7,825	7,888	7,669	8,481	8,807	8,493	7,962	7,221	7,407	95,408	
	注射箋枚数	6,596	6,934	7,267	6,794	6,751	6,342	7,189	7,475	7,368	8,016	6,349	6,382	83,463	
病棟業務	薬剤管理指導件数1(安全管理)	695	748	684	818	722	712	756	747	628	650	675	700	8,535	
	薬剤管理指導件数2(その他)	354	359	344	394	331	382	392	354	371	308	329	342	4,260	
	麻薬管理指導加算件数	12	11	10	17	27	4	23	18	11	16	11	15	175	
	退院時薬剤情報管理指導件数	305	319	293	327	324	307	346	319	320	254	306	291	3,711	
	退院時薬剤情報連携加算件数	36	17	22	32	31	19	16	11	14	10	10	17	235	
無菌調製	無菌製剤処理1	抗癌剤無菌調製件数(外来)	231	241	231	257	256	186	245	202	206	329	215	244	2,843
		抗癌剤無菌調製件数(入院)	102	140	119	142	127	98	142	105	77	111	134	101	1,398
	無菌製剤処理2	IVH無菌調製件数	6	10	0	3	0	13	5	10	14	46	11	12	130
TDM解析件数		25	38	27	31	23	30	44	33	24	37	36	16	364	
院内製剤	滅菌製剤件数	15	23	18	23	19	15	28	18	26	13	8	21	227	
	非滅菌製剤件数	57	41	50	52	62	36	69	48	29	39	41	42	566	
持参薬識別件数		472	529	489	520	491	499	520	533	453	513	465	475	5,959	
がん性疼痛緩和指導件数		6	6	6	5	5	6	4	10	11	6	7	6	78	
外来腫瘍化学療法診療科1件数		216	221	210	232	229	218	220	185	197	216	191	225	2,560	
外来腫瘍化学療法診療科1連携充実加算件数		105	106	95	113	105	101	105	104	110	110	109	108	1,271	
バイオ後続品使用体制加算		-	-	48	25	17	15	9	16	10	14	13	11	178	

〈採用品目数〉

種類	令和6年3月末	新規採用品目数	採用中止品目数	令和7年3月末
内用	719	15	11	723
外用	258	4	6	256
注射	454	6	6	454
合計	1,431	25	23	1,433

〈抗がん剤レジメン登録件数〉

	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6年度末登録件数	98	68	55	29	66	25	1	5	0	2	349

検査室

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

(件数)

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
検体検査	144,199	145,717	133,690	148,126	141,195	137,731	153,666	141,631	141,532	140,425	127,049	134,566	1,689,527
輸血検査	258	258	245	313	249	226	362	294	317	317	257	252	3,348
生理検査※1	4,123	3,980	3,691	4,045	3,980	3,911	4,246	3,957	3,699	3,683	3,277	3,617	46,209
病理・細胞診※2	1,228	1,218	1,204	1,306	1,166	1,244	1,375	1,303	1,045	956	1,028	1,164	14,237
外注検査	3,068	2,931	2,768	2,759	3,213	2,716	2,901	2,723	2,741	2,714	2,686	3,126	34,346
合計	152,876	154,104	141,598	156,549	149,803	145,828	162,550	149,908	149,334	148,095	134,297	142,725	1,787,667

※1 生理検査のうち、超音波検査（エコー）の件数

(件数)

内 容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
超音波検査 (エコー)	外来	1,272	1,219	1,153	1,141	1,139	1,220	1,352	1,234	1,037	1,042	978	13,920
	入院	199	207	167	245	164	194	198	215	223	187	152	2,325
	計	1,471	1,426	1,320	1,386	1,303	1,414	1,550	1,449	1,260	1,229	1,130	16,245

※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	4	0	0	2	2	0	1	2	1	2	1	1	16

放射線室

当院では、後志管内唯一の放射線治療装置（リニアック）、PET-CT装置、3テスラMRI装置をはじめとして、高性能なCT、SPECT、DR撮影装置などの高度医療機器が稼働しています。日々進歩する放射線技術に対応し、医療の質や安全性の向上を目指して精度の向上に努めており、放射線画像診断医や治療医との連携のもと、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備え、急性期疾患（脳、心臓、血管）への迅速な検査体制を整え、後志地区の救急医療にも対応できるように医療を支援しています。

令和6年度は古いSPECT装置1台を更新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	3,271	3,323	2,947	3,137	2,904	3,448	3,300	2,927	2,803	2,810	2,789	2,905	36,564
ポータブル撮影	611	531	491	593	574	532	664	671	626	648	461	467	6,869
乳房撮影	70	60	87	83	90	100	118	115	81	74	67	83	1,028
手術室	113	161	115	114	100	116	138	124	130	144	153	137	1,545
ハイブリッド透視	18	22	19	11	17	23	17	24	19	12	16	18	216
造影・透視	105	101	93	100	112	105	123	110	112	103	99	96	1,259
血管造影	66	59	53	68	68	50	52	47	41	40	52	32	628
CT	1,445	1,612	1,394	1,426	1,486	1,343	1,566	1,447	1,389	1,414	1,245	1,337	17,104
MRI	721	757	734	778	742	643	775	738	720	637	625	648	8,518
核医学	72	85	76	100	96	77	72	60	61	34	75	52	860
PET-CT	74	73	75	66	54	55	70	43	68	63	74	55	770
放射線治療	579	388	335	428	539	388	402	415	431	271	409	384	4,969
結石破碎（廃止）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
骨密度	111	123	119	112	147	115	123	124	133	113	126	132	1,478
3D処理件数	348	386	293	316	353	327	372	370	346	305	302	353	4,071
コピー	735	795	725	729	596	688	833	720	687	636	645	719	8,508
合計	8,339	8,476	7,556	8,061	7,878	8,010	8,625	7,935	7,647	7,304	7,138	7,418	94,387

リハビリテーション科

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

(人数)

内 容	種類	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
心大血管	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	入院	296	208	179	307	260	203	316	289	228	241	214	164	2,905
	計	296	208	179	307	260	203	316	289	228	241	214	164	2,905
脳血管疾患	外来	34	11	6	8	4	4	7	4	4	4	0	0	86
	入院	1,445	1,434	1,126	1,252	1,201	1,066	1,302	1,218	1,316	1,255	1,100	1,142	14,857
	計	1,479	1,445	1,132	1,260	1,205	1,070	1,309	1,222	1,320	1,259	1,100	1,142	14,943
運動器疾患	外来	955	966	864	883	763	707	736	642	634	547	571	645	8,913
	入院	948	1,158	1,002	952	762	783	1,049	921	873	739	1,016	1,016	11,219
	計	1,903	2,124	1,866	1,835	1,525	1,490	1,785	1,563	1,507	1,286	1,587	1,661	20,132
呼吸器疾患	外来	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	入院	218	263	143	157	258	227	251	165	237	323	247	233	2,722
	計	218	263	143	158	258	227	251	165	237	323	247	233	2,723
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	228	171	236	285	252	322	230	247	240	218	115	143	2,687
	計	228	171	236	285	252	322	230	247	240	218	115	143	2,687
廃用症候群	外来	2	0	2	1	0	0	1	0	0	3	0	0	9
	入院	289	261	236	397	282	251	307	230	264	201	153	226	3,097
	計	291	261	238	398	282	251	308	230	264	204	153	226	3,106
消炎・鎮痛	外来	24	20	17	20	18	17	20	16	16	10	7	8	193
	入院	0	0	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	10
	計	24	20	20	27	18	17	20	16	16	10	7	8	203
合計	外来	1,015	997	889	913	785	728	764	662	654	564	578	653	9,202
	入院	3,424	3,495	2,925	3,357	3,015	2,852	3,455	3,070	3,158	2,977	2,845	2,924	37,497
	計	4,439	4,492	3,814	4,270	3,800	3,580	4,219	3,732	3,812	3,541	3,423	3,577	46,699

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)	16	8	16	7	19	18	12	13	9	10	12	8	148
PCI (経皮的冠動脈形成術)	12	7	9	6	4	2	8	4	11	8	6	3	80
PMI (新規ペースメーカー植込み)	2	3	4	10	6	1	3	2	1	2	2	2	38
GE (ペースメーカー交換)	2	3	1	2	0	3	1	1	1	0	2	1	17
ILR (植込み型心電用データレコーダー)	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3
IABP (大動脈バルーンポンピング)	3	1	0	1	1	0	1	3	3	2	0	1	16
PCPS (経皮的補助循環装置)	0	1	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	6
TPM (体外式ペースメーカー)	4	0	2	5	7	3	2	2	0	0	0	2	27
人工心臓	3	2	4	5	1	1	2	1	3	3	3	2	30
心筋保護	3	2	2	4	0	1	2	1	3	3	3	2	26
自己血回収術	3	3	5	5	1	1	2	1	3	3	3	2	32
シャント PTA (心臓外科)	3	3	0	1	1	0	0	1	2	2	1	0	14
シャント PTA (腎臓内科)	7	3	4	5	9	3	2	8	1	4	6	4	56
PPI (経皮的末梢血管形成術)	8	4	4	3	8	9	7	7	8	3	6	4	71
心臓外科血栓除去術	2	1	0	1	0	2	0	5	2	2	1	2	18
EVAR (腹部ステントグラフト内挿術)	1	4	1	2	1	2	2	3	3	1	3	5	28
TEVAR (胸部ステントグラフト内挿術)	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	5
HD (血液透析件数)	544	575	517	520	518	545	608	559	543	597	553	622	6,701
CART	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4
CHDF (持続的血液濾過透析) ※稼働日数	4	8	2	39	28	13	14	13	1	1	2	5	130
病棟 HD (ICU での血液透析)	2	0	0	1	0	0	1	3	0	0	0	1	8
PE	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	9
DHP (PMX)	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3
DHP (Rheocarna)	6	14	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
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)	34	43	38	33	28	39	35	27	24	22	27	39	389
ペースメーカーチェック (病棟)	7	11	7	14	9	8	4	4	3	3	7	3	80
ペースメーカーチェック (OPE 前後)	6	1	1	2	2	3	4	3	6	0	0	1	29
ペースメーカー MRI 撮像対応	5	8	6	10	11	9	11	10	6	8	8	6	98
脳外科体外循環	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3
脳外科血栓回収・CAS・AG	11	16	9	11	8	4	10	7	6	2	13	2	99
水晶体再建術 (機器始業点検・術中機器操作)	21	28	22	28	33	27	31	20	21	26	25	18	300
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)	23	25	30	20	24	13	22	27	12	22	19	29	266
婦人科鏡子下手術・レーザー (機器始業点検・動作確認)	8	8	6	13	10	11	14	15	14	12	8	9	128
整形外科 (機器始業点検・動作確認)	10	9	10	12	11	4	10	11	10	13	13	10	123
泌尿器手術 (機器始業点検・動作確認)	8	4	7	6	6	4	3	2	8	4	3	9	64
耳鼻科 NAVI・レーザー (機器始業点検・動作確認)	8	11	6	9	8	7	9	5	6	4	8	10	91
脳外 NAVI (機器始業点検・動作確認)	1	2	4	3	0	1	1	2	3	3	1	1	22
ECT (機器始業点検・動作確認)	0	3	13	15	15	6	7	8	6	1	7	2	83
高気圧酸素療法	113	7	41	69	87	61	60	53	33	39	68	20	651
SCS チェック	17	17	10	10	16	8	7	6	13	9	14	6	133
NO 療法	3	2	4	5	1	1	2	1	3	3	3	2	30
シャントエコー	13	9	11	10	8	7	19	8	5	10	10	12	122
合計	913	847	801	890	883	821	918	847	777	822	839	846	10,204

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	92	106	72	78	74	80	76	65	72	60	84	92	951
外来	12	17	15	20	13	9	10	10	10	14	6	9	145
糖尿病透析予防	0	0	0	0	0	3	5	4	5	3	1	0	21
慢性腎臓病透析予防	0	0	3	2	1	3	2	4	6	2	1	2	26
個別栄養食事管理	4	1	1	8	9	6	1	12	10	11	1	3	67
栄養情報提供	1	2	6	7	1	2	3	2	2	2	2	2	67
早期栄養介入管理加算	87	68	64	72	50	51	97	93	81	31	46	55	795

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
糖尿病透析予防	糖尿病性腎症 2期以上
慢性腎臓病透析予防	慢性腎臓病（医師が透析予防に関する指導が必要だと認めたもの）

○その他の取り組み

高等看護学院講師派遣 渡邊
糖尿病健康教室（11月） 浅井

内視鏡科

内視鏡科は、消化器内科医師6名、呼吸器内科医師4名、看護師8名（うち消化器内視鏡技師3名、小腸カプセル内視鏡読影支援技師2名）、受付職員1名、看護助手1名、内視鏡洗浄スタッフの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看護師5名は待機を導入しています。

内視鏡検査・治療は鎮静剤使用による苦痛と負担の軽減の需要が高まっております。

低侵襲治療（コールドポリペクトミー、内視鏡的粘膜下層剥離術、バルーン拡張など）による治療技術の向上、AIの導入や超音波内視鏡など診断技術も進歩しています。

私たちは、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、内視鏡研究会、内視鏡技師研究会に意欲的に参加しています。院内勉強会も定期的開催し、質の高い医療・看護が提供できるよう努力しています。

2024年度内視鏡検査・治療総件数

○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	1,735
経鼻内視鏡検査	317
(胃)(食道)内視鏡的粘膜下層剥離術	23
腹腔鏡・内視鏡合同手術	1
上部内視鏡的粘膜切除術	3
内視鏡的異物除去術	21
内視鏡的上部消化管止血術	44
内視鏡的食道ステント留置術	7
内視鏡的胃十二指腸ステント留置術	8
内視鏡的食道静脈瘤硬化療法	5
内視鏡的食道静脈瘤結紮術	3
内視鏡的胃・十二指腸狭窄部拡張術	1
内視鏡的食道狭窄部拡張術	3
経皮内視鏡的胃瘻造設術	4
内視鏡的胃瘻チューブ交換術	8
胃瘻抜去術	0
上部超音波内視鏡検査	52
上部超音波内視鏡下穿刺吸引法	15
超音波内視鏡下瘻孔形成術	0
上部イレウス管挿入	73
合計	2,323

○下部消化管内視鏡検査・治療

内 容	件 数
大腸内視鏡検査	775
(大腸)内視鏡的粘膜下層剥離術	9
内視鏡的粘膜切除術・ポリープ切除術	137
コールドポリペクトミー	136
内視鏡的小腸・結腸止血術	16
内視鏡的経肛門イレウス管留置術	2
内視鏡的下部消化管ステント留置術	23
内視鏡的結腸異物除去術	2
下部超音波内視鏡検査	1
内視鏡的結腸捻転解除術	5
内視鏡的小腸・結腸狭窄部拡張術	1
合計	1,107

○小腸内視鏡検査

内 容	件 数
カプセル内視鏡検査	6
パテンシーカプセル検査	3
小腸ファイバースコープ	3
合計	12

○胆管・膵臓の内視鏡検査・治療

内 容	件 数
内視鏡的逆行性膵胆管造影	7
内視鏡的結石除去術・減黄術（乳頭切開術・胆道ドレナージ術・膵管ステント留置術等）	149
合計	156

○気管支内視鏡検査・治療

内 容	件 数
気管支ファイバースコープ	47
気管支肺胞洗浄	11
経気管支肺生検法（透視下生検）	98
気管支異物除去術	2
超音波気管支鏡ガイド下リンパ節生検	36
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	7
気管支鏡下レーザー腫瘍焼却術	0
気管支瘻孔閉鎖術	0
気管・気管支ステント留置術	0
胸腔鏡	9
合計	210

内視鏡検査・治療総件数 3,808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	33	53	31	42	32	41	41	38	27	31	36	46	451
	計	33	53	31	42	32	41	41	38	27	31	36	46	451
臨床心理室	心理検査	14	25	18	19	8	17	14	8	11	12	9	13	168
	延べカウンセリング	57	50	49	53	36	30	38	33	33	26	22	21	448
	計	71	75	67	72	44	47	52	41	44	38	31	34	616
作業療法室	外来 延べ利用者数	2	2	2	3	2	0	2	2	3	2	2	2	24
	入院 延べ利用者数	239	255	268	278	219	198	223	152	252	264	235	268	2,851
	計	241	257	270	281	221	198	225	154	255	266	237	270	2,875
訪問看護室	訪問看護	29	27	26	34	30	31	35	33	29	31	25	26	356
	退院前訪問看護	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3
	計	30	27	26	34	30	33	35	33	29	31	25	26	359
デイケア室	延べ利用者数	224	210	222	289	305	265	312	279	244	239	268	316	3,173
	計	224	210	222	289	305	265	312	279	244	239	268	316	3,173

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	41	14	15	26	34	53	32	42	36	35	20	23	371
	面接	11	10	10	8	12	10	16	16	10	7	6	10	126
認知症鑑別画像検査	12	7	14	4	7	7	12	16	5	4	16	8	112	

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	593	573	550	601	529	494	597	531	477	453	458	485	6,341
逆紹介患者数	967	976	912	938	804	871	1,013	973	853	731	805	862	10,705

(%)

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	67.08	67.25	72.46	74.75	69.42	70.27	68.86	75.75	64.03	70.23	73.05	74.50	70.64
逆紹介率	109.39	114.55	120.16	116.67	105.51	123.90	116.84	138.80	114.50	113.33	128.39	132.41	119.54

○市民向け講演会

【市民公開講座】

「令和6年度第1回市民公開講座」

開催日：令和6年11月23日（土祝）「新市立病院開院10周年記念病院まつり」

場 所：小樽市立病院講堂

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 高川芳勅

【市民講演会】※共催：市立小樽図書館、小樽市保健所

「がんについて考えよう～あなたと大切な人のために～」

開催日：令和6年9月26日（木）

場 所：市立小樽図書館視聴覚室

講演1「がんについてのお話」

講師 小樽市保健所健康増進課 伊澤佑佳（保健師）

講演2「がんになった人との向き合い方」

講師 患者支援センター 大森幸恵（がん相談員）

講演3「緩和ケアとアドバンス・ケア・プランニングのおはなし」

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)

R6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	R6		35	31	1	1		3	6	4	2	2	1	1	5	15	8		1	3		8	127	1.7%
	R5	2	33	23	4			5	4	3	2	2			4	7	6	2				6	103	1.5%
	増減	-2	+2	+8	-3	+1	0	-2	-3	-3	-4	-2	0	0	-4	-12	-14	0	0	-1	0	-5	+24	+0.2%
第II章 新生物	R6	2	496	767	1	1		1	415	4	30	5	42			1	410	379	1	42		5	2,602	34.7%
	R5	11	415	628	3			1	384	1	26	5	55	1			370	307		28		3	2,238	32.5%
	増減	-9	+81	+139	-2	+1	0	0	-381	-1	-15	-9	-11	0	0	-2	-446	-342	0	-26	0	-2	+364	+2.1%
第III章 血液・造血器疾患	R6	4	4	16	2			1		6	1												34	0.5%
	R5	7	5	4	1				1						1								19	0.3%
	増減	-3	-1	+12	+1	0	0	+1	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	-1	+15
第IV章 内分泌・代謝疾患	R6	12	6	13	6			8	12	4	1	1		1			2	1		4		6	77	1.0%
	R5	23	6	10	18	1		12	9	1	1			2	2		6	1		3		5	100	1.5%
	増減	-11	0	+3	-12	-1	0	-4	-8	0	-4	-1	0	-2	-5	0	-3	0	-3	-2	0	-9	-23	-0.4%
第V章 精神障害	R6	1		1	1					1				102								1	107	1.4%
	R5			1					1	1	1			109									113	1.6%
	増減	+1	0	0	+1	0	0	0	-1	0	0	0	0	-139	0	0	0	0	0	0	0	-3	-6	-0.2%
第VI章 神経系疾患	R6	8	1	2	5	11				3	93	15		6						6		3	153	2.0%
	R5	8	1		9	13		1	1		80	16		10						4		15	158	2.3%
	増減	0	0	+2	-4	-2	0	-1	-3	-1	-97	-27	0	-7	0	0	0	0	0	-8	0	-6	-5	-0.3%
第VII章 眼及び付属器疾患	R6										1		18						312				331	4.4%
	R5												4						203				207	3.0%
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0	0	0	0	0	-353	0	0	0	+124	+1.4%
第VIII章 耳及び乳様突起疾患	R6					1					13									37			51	0.7%
	R5		1	2	1				1		5									19			29	0.4%
	増減	0	-1	-2	-1	+1	0	0	0	-1	-8	0	0	0	-1	0	0	0	0	-26	0	0	+22	+0.3%
第IX章 循環器系疾患	R6	10	5	12	391	1		12	18	231	422	2	2			5	1					44	1,156	15.4%
	R5	15	8	6	431	2		10	12	223	425	3	2	1		2						34	1,174	17.1%
	増減	-5	-3	+6	-40	-1	0	+2	-13	-211	-465	-3	-5	-1	0	0	-2	-2	0	0	0	-31	-18	-1.7%
第X章 呼吸器系疾患	R6	27	247	4	12			10	13	6	2	3		2	9		4			93		3	435	5.8%
	R5	16	247	10	11	2		3	6	1	1	3		2	11		6			73		11	403	5.9%
	増減	+11	0	-6	+1	-2	0	+7	-11	-3	-1	-1	0	0	-12	0	-7	0	0	-49	0	-14	+32	-0.1%
第XI章 消化器系疾患	R6	4	2	337	2			2	262	1		3				1	1	2		1		4	622	8.3%
	R5	3	1	348	1				286	1	1	2					2	2		1		2	650	9.5%
	増減	+1	+1	-11	+1	0	0	+2	-258	0	-1	-2	0	0	0	0	-1	-2	0	-1	0	-2	-28	-1.2%
第XII章 皮膚・皮下組織の疾患	R6								3	1		8	35			30	1			1			79	1.1%
	R5	1	1	2		1					1	3	34	1	1	13	1		1	1		1	62	0.9%
	増減	-1	-1	-2	0	-1	0	0	-4	-3	0	-5	-14	0	0	-23	0	-1	0	-2	0	-1	+17	+0.2%
第XIII章 筋・骨格系疾患	R6	1	6	2	5	2		9	3		112	274	3	1		1						1	420	5.6%
	R5		3	4	2			10			55	324	1	1								5	405	5.9%
	増減	+1	+3	-2	+3	+2	0	-1	-1	0	-88	-287	0	0	0	-4	-1	0	0	0	0	0	+15	-0.3%
第XIV章 腎・尿路・生殖器系疾患	R6	9	4	5	10			153	3	47	1		1	2	1		189	62				2	489	6.5%
	R5	3	4	4	23			94	1	50		1			1		182	57				2	422	6.1%
	増減	+6	0	+1	-13	0	0	+59	-2	-60	-3	-1	-2	0	0	-1	-190	-75	0	0	0	-4	+67	+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XIV章 妊娠・分娩・産褥	R6																	7					7	0.1%	
	R5																	7					7	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	0	0	-0.0%
第XV章 周産期に発生した病態	R6																						0	0.0%	
	R5																						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	0
第XVI章 先天性疾患	R6							2			5	1	9	1			3			1			22	0.3%	
	R5		1					1	1	1	1		3				3			2			13	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	+9	+0.1%	
第XVII章 異常所見・症状	R6	1	1								7									3		2	14	0.2%	
	R5			1	1						2											1	5	0.1%	
	増減	+1	+1	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+9	+0.1%	
第XVIII章 損傷・中毒・外傷・熱傷	R6	2		6	5			7	26	11	102	495	16	6		2	1		1			22	702	9.4%	
	R5	2	3	3	2			1	24	5	113	443	19	7		2	5	2				34	665	9.7%	
	増減	0	-3	+3	+3	0	0	+6	-21	-11	-122	-473	-10	-9	0	0	-4	-2	-1	0	0	-25	+37	-0.3%	
第XIX章 エマージェンシーコード (COVID-19)	R6	1	25	11	7	1		3	5	3	1	2	2	2	1	4	9						77	1.0%	
	R5	3	31	14	10			5	1	3	7	2	5		5	3	3	10					1	103	1.5%
	増減	-2	-6	-3	-3	+1	-5	+2	-13	-8	-16	-14	0	-1	-9	-8	-12	-3	0	0	0	-4	-26	-0.5%	
総計	R6	82	832	1,207	448	18	0	211	766	322	793	811	129	124	16	57	630	452	314	192	0	101	7,505	100%	
	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%	
	増減	-12	+72	+147	-69	-1	-5	+72	+32	+28	+77	+4	+11	-15	-6	+29	+39	+74	+110	+61	0	-19	+629		

※ 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)

R6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	R6	9	7	11	8	13		1	8	16	535	1		21		11	4	2		1		8	656	8.7%
	R5	2	5	3	11	15		2	1	1	516	1		27						1		16	601	8.3%
	増減	+7	+2	+8	-3	-2	0	-1	+7	+15	+19	0	0	-6	0	+11	+4	+2	0	0	0	-8	+55	+0.4%
MDC02 眼科系疾患	R6							4			1		23			1			312			1	342	4.6%
	R5												7						203				210	6.5%
	増減	0	0	0	0	0	0	+4	0	0	+1	0	+16	0	0	+1	0	0	+109	0	0	+1	+132	-2.0%
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	R6		5	16		1			8	1	15		1		1		1			167		1	217	2.9%
	R5		6	2	2	1			2		7		1		2					113			136	2.0%
	増減	-6	+3	+14	-1	+1	0	0	+6	+1	+8	0	0	0	-1	0	+1	0	0	+54	0	+1	+81	+0.8%
MDC04 呼吸器系疾患	R6	28	752	16	15			10	36	6	2	5	28	2	8		7	2				5	922	12.3%
	R5	18	681	13	14	2		3	28	1	1	3	1	2	9		6					12	794	9.7%
	増減	+10	+71	+3	+1	-2	0	+7	+8	+5	+1	+2	+27	0	-1	0	+1	+2	0	0	0	-7	+128	+2.6%
MDC05 循環器系疾患	R6	10	3	7	386			12	18	222	3	2	1			5						42	711	9.5%
	R5	15	5	3	427			8	11	222	4	2	2	1		2						33	735	10.1%
	増減	-5	-2	+4	-41	0	0	+4	+7	0	-1	0	-1	-1	0	+3	0	0	0	0	0	+9	-24	-0.6%
MDC06 消化器系疾患	R6	5	4	1,087	2			4	399	1		6			3	1	12	2		1		5	1,532	20.4%
	R5	10	1	982	2				457	2	2	2		1	3		11	3				3	1,479	19.3%
	増減	-5	+3	+105	0	0	0	+4	-58	-1	-2	+4	0	-1	0	+1	+1	-1	0	+1	0	+2	+53	+1.1%
MDC07 筋骨格系疾患	R6	1	9	2	5	3		9	14		122	291	19	1		4			1	3		1	485	6.5%
	R5	1	8	5	3			10	5		64	342	17	2		1				1		5	464	5.7%
	増減	0	+1	-3	+2	+3	0	-1	+9	0	+58	-51	+2	-1	0	+3	0	0	+1	+2	0	-4	+21	+0.7%
MDC08 皮膚・皮下組織疾患	R6				1				3	1		4	24		1	27	1			1		2	65	0.9%
	R5	1	1	2		1			1			2	56		1	18	1		1	1		1	87	1.1%
	増減	-1	-1	-2	+1	-1	0	0	+2	+1	0	+2	-32	0	0	+9	0	0	-1	0	0	+1	-22	-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	R6								221														221	2.9%	
	R5	1							178															179	2.8%
	増減	-1	0	0	0	0	0	0	+43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+42	+0.1%
MDC10 内分泌・ 栄養・代 謝疾患	R6	13	7	13	6			8	16	4	4	4	5	1		2	3	1		13		7	107	1.4%	
	R5	23	6	10	18	1		14	9	1	3	1	9	2	2	1	6	1		9		5	121	1.2%	
	増減	-10	+1	+3	-12	-1	0	-6	+7	+3	+1	+3	-4	-1	-2	+1	-3	0	0	+4	0	+2	-14	+0.2%	
MDC11 腎・尿路系 及び男性生 殖器系疾患	R6	10	5	5	10			153	4	48	2			2	1		577	3				3	823	11.0%	
	R5	4	4	5	23			94	3	50		1	1		1		540	4				4	734	10.9%	
	増減	+6	+1	0	-13	0	0	+59	+1	-2	+2	-1	-1	+2	0	0	+37	-1	0	0	0	-1	+89	+0.1%	
MDC12 女性生殖器 系疾患及び 産褥期疾患	R6			1					1	1			1			3	440						447	6.0%	
	R5				1												365						366	6.0%	
	増減	0	0	+1	-1	0	0	0	+1	+1	0	0	+1	0	0	0	+3	+75	0	0	0	0	+81	-0.0%	
MDC13 血液・造血 器・免疫臓 器疾患	R6	4	3	21	3			2	8	7	4					1				3		1	57	0.8%	
	R5	7	4	10	1				4		1					1	3			3			34	0.6%	
	増減	-3	-1	+11	+2	0	0	+2	+4	+7	+3	0	0	0	0	-1	-2	0	0	0	0	+1	+23	+0.2%	
MDC14 新生児疾 患	R6							2				1	8	1			3			1			16	0.2%	
	R5		1					1		1	1		3				3			2			12	0.2%	
	増減	0	-1	0	0	0	0	+1	0	-1	-1	+1	+5	+1	0	0	0	0	0	-1	0	0	+4	+0.1%	
MDC15 小児疾患	R6										2												2	0.0%	
	R5																						0	0.0%	
	増減	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+2	+0.0%	
MDC16 外傷・熱 傷・中毒 疾患	R6	1		5	3			2	20	3	92	488	15	6		2	1					19	657	8.8%	
	R5	2	3	1	2			1	19	1	108	444	18	7		2	5					34	647	9.8%	
	増減	-1	-3	+4	+1	0	0	+1	+1	+2	-16	+44	-3	-1	0	-2	-3	+1	0	0	0	-15	+10	-1.1%	
MDC17 精神疾患	R6			1	1					1				88									91	1.2%	
	R5			1					1	1	1			92									96	1.5%	
	増減	0	0	0	+1	0	0	0	-1	0	-1	0	0	-4	0	0	0	0	0	0	0	0	-5	-0.3%	
MDC18 その他	R6	1	37	22	8	1		4	10	11	11	9	4	2	2	6	16	1	1	2		6	154	2.1%	
	R5	4	39	23	14		5	6	15	14	8	9	3	5	4	3	16	5		1		7	181	4.2%	
	増減	-3	-2	-1	-6	+1	-5	-2	-5	-3	+3	0	+1	-3	-2	+3	0	-4	+1	+1	0	-1	-27	-2.2%	
総計	R6	82	832	1,207	448	18	0	211	766	322	793	811	129	124	16	57	630	452	314	192	0	101	7,505	100%	
	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%	
	増減	-12	+72	+147	-69	-1	-5	+72	+32	+28	+77	+4	+11	-15	-6	+29	+39	+74	+110	+61	0	-19	629		

※ 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

R6 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	32	50	82	3	0	3	0	0	0	0%
呼吸器内科	542	290	832	46	16	62	23	8	31	50.0%
消化器内科	655	552	1,207	32	16	48	23	10	33	68.8%
循環器内科	252	196	448	19	20	39	0	0	0	0%
腎臓内科（腎透析）	135	76	211	17	9	26	2	0	2	7.7%
脳神経内科	6	12	18	0	0	0	0	0	0	0%
外科	308	458	766	19	19	38	6	9	15	39.5%
心臓血管外科	203	119	322	17	13	30	1	0	1	3.3%
脳神経外科	410	383	793	9	10	19	0	0	0	0%
整形外科	296	515	811	3	3	6	0	0	0	0%
形成外科	62	67	129	1	2	3	0	0	0	0%
精神科	40	84	124	1	4	5	0	0	0	0%
小児科	11	5	16	0	0	0	0	0	0	0%
皮膚科	29	28	57	1	1	2	1	0	1	50.0%
泌尿器科	465	165	630	14	4	18	10	2	12	66.7%
婦人科		452	452		8	8		7	7	87.5%
眼科	132	182	314	0	0	0	0	0	0	0%
耳鼻咽喉科	107	85	192	2	1	3	2	0	2	66.7%
麻酔科	49	52	101	29	31	60	2	1	3	5.0%
総計	3,734	3,771	7,505	213	157	370	70	37	107	28.9%

【2】診療情報提供（開示）件数

R6 年度

診療記録等開示	文書送付囑託等 (※)	合計
52 件	8 件	60 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、おたるイアクリニック）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6年6月19日「COVID-19対策～5月8日から1年経過し、感染対策上変化したこと、困っていること～」
参加施設 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、おたるイアクリニック、小樽市立病院
第2回 令和6年10月16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、勤医協小樽診療所、三浦外科肛門科医院、おたるイアクリニック、小樽市立病院
第3回 令和6年11月20日「コロナ検査状況と定点報告」
参加施設 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、おたるイアクリニック、小樽市立病院
第4回 令和7年2月19日「コロナ治療薬の自己負担額の変更に伴う処方量の変化について」
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、おたるイアクリニック、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6年11月19日 医療法人ひまわり会 札幌病院
令和7年2月6日 社会福祉法人 北海道社会事業協会 余市病院
令和7年3月14日 公益社団法人 北海道勤労者医療協会 小樽診療所
令和7年3月21日 医療法人北光会 朝里中央病院
- ・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、新興感染症で院内対策会議にて、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》

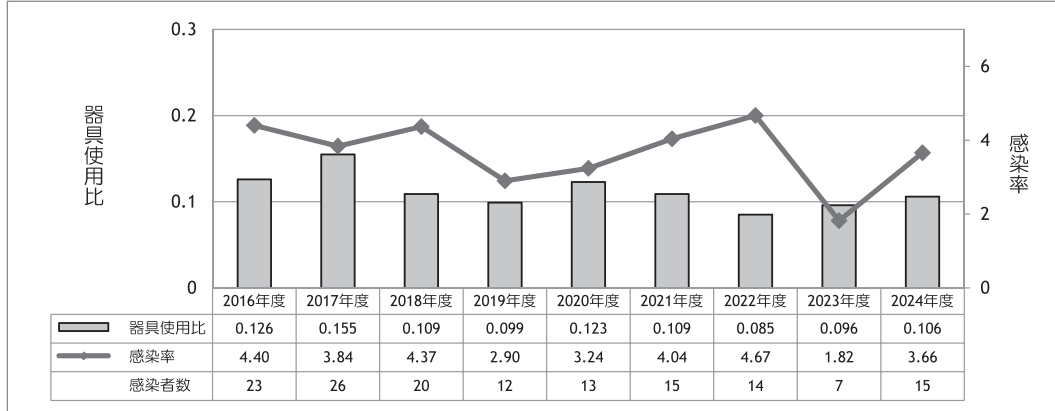
ポートを含む中心静脈ライン関連血流感染サーベイランスを血液等の培養結果の他に臨床的敗血症で判定を行い、結果を日本環境感染学会が実施しているサーベイランス（以下 JHAIS）データと比較している。

目標値は JHAIS 50% タイル値を2年連続クリアすることであり、2024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
「キャピロン非アルコール性皮膚膜ワイプ 滅菌済」導入
- 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。
- 2024年度：注意喚起

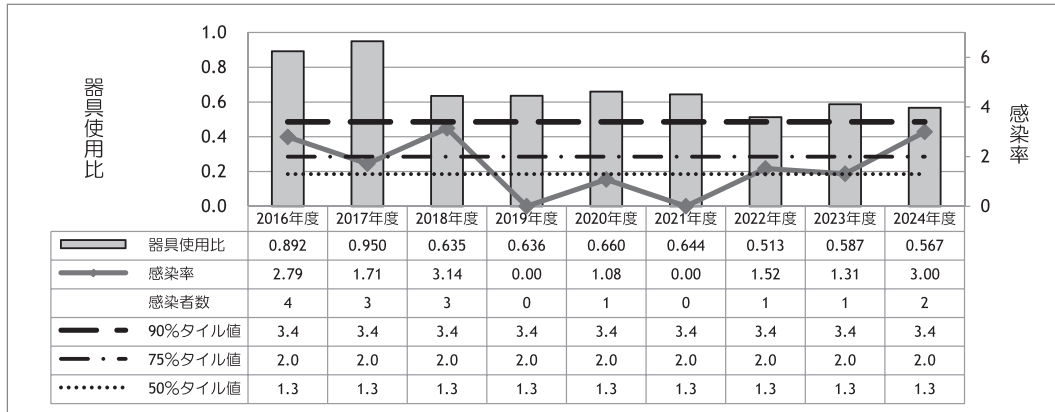
全ターゲット病棟（ICU、3階東病棟、3階西病棟+SCU、5階東病棟）集計結果



器具使用比が0.106に上昇のため、中心静脈ライン挿入患者は2021年度並みに増加。感染者数も15名*に増え、感染率は3.66に悪化した。

*CVC：7、PICC：2
FDL：6

JHAISのクリティカルケアのICU 112施設と当院ICUの比較



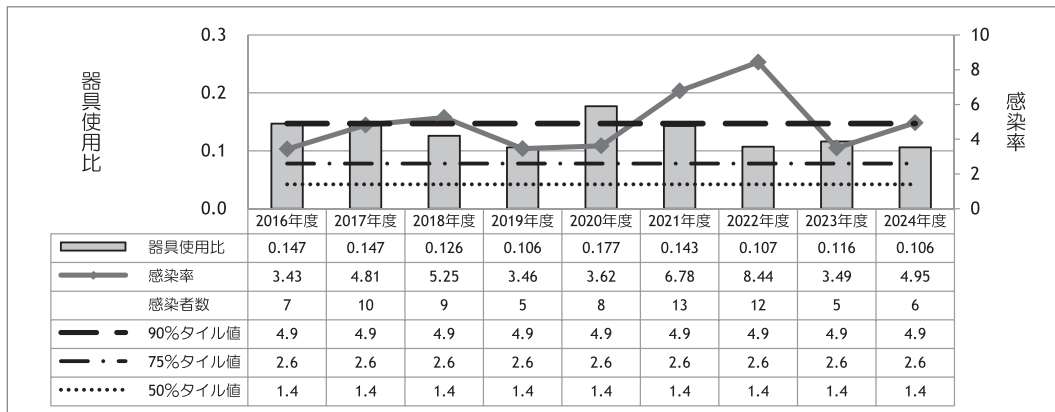
器具使用比は0.567減ったが、感染者数が2名*に増え、感染率は3.00に悪化した。

*FDL：2

2021年：0
2022年：FDL1
2023年：CVC1

※JHAIS 器具使用比：
50%タイル値 0.49
75%タイル値 0.64
90%タイル値 0.72

JHAISの急性期一般病床の循環器内科28施設と3階東病棟の比較



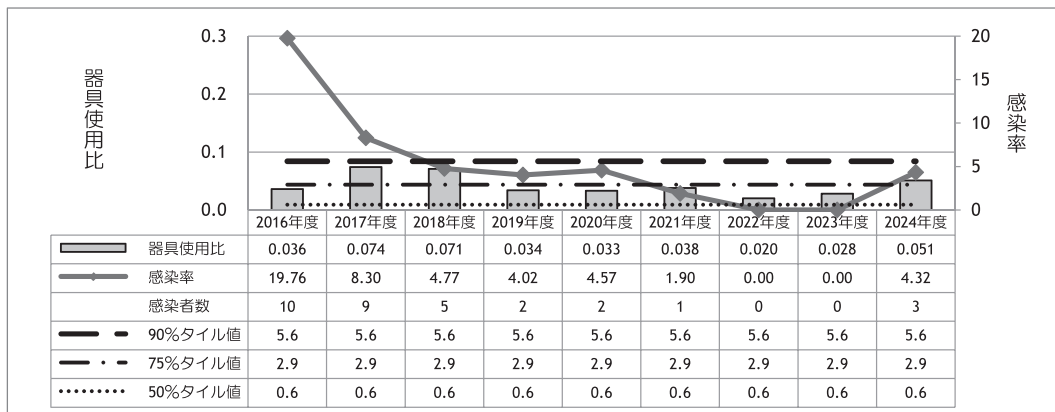
病棟編成の影響か、器具使用比は0.106に減ったが、感染者数が6名*に増え、感染率は4.95に悪化した。

*CVC：3、PICC：2
FDL：1

2021年：CVC7、FDL6
2022年：CVC5、FDL7
2023年：CVC2、PICC1、FDL2

※JHAIS 器具使用比：
50%タイル値 0.05
75%タイル値 0.09
90%タイル値 0.14

JHAISの急性期一般病床の脳神経外科20施設と3階西病棟+SCUの比較



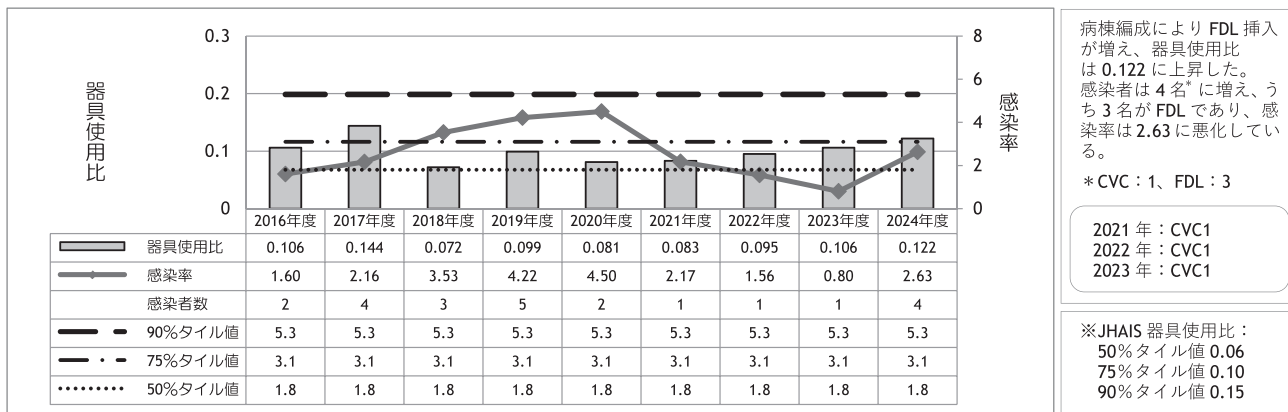
器具使用比が0.051と前年度の2倍近くに増え、JHAISの75%タイル値を超えた状態。感染者数も3名*に増え、感染率は4.32に悪化した。

*CVC：3

2021年：CVC1
2022年：0
2023年：0

※JHAIS 器具使用比：
50%タイル値 0.01
75%タイル値 0.05
90%タイル値 0.19

JHAIS の急性期一般病床の内科系混合 74 施設と 5 階東病棟の比較



○ AST 業務について

- 2024 年 4 月より薬剤師を 1 名感染防止対策室へ配置（専任）
- 【主な業務実績（2024.4～2025.3）】
- ・広域抗菌薬使用患者モニタリング件数：954 件（間欠的：663 件、持続的：291 件）
- 介入件数：203 件（薬剤変更・中止、投与量変更、追加検査依頼、相談、病棟薬剤師へのアドバイス）
- ・血培陽性速報時の介入件数：25 件
- ・AST カンファレンスの運営
- その他
- ・バンコマイシンの TDM の新運用方法の開始
- ・抗菌薬サーベイランス事業（J-SIPHE）への参加

スキンケア管理室

スキンケア管理室は小樽市立病院に設置した部門で、皮膚・排泄ケア認定看護師が所属しています。主に外来・入院患者さんのスキンケアと排泄の援助を行っており、健全な皮膚を維持するためのスキンケアを通して、創傷治癒の促進を図ります。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）	134	143	142	164	141	145	193	143	129	159	126	134	1,753
新規褥瘡発生患者数（人）	5	5	5	2	5	1	3	6	10	2	6	9	59
持ち込み褥瘡患者数（人）	4	6	7	7	7	1	7	8	4	6	1	4	62
新規褥瘡発生率（%）	0.55	0.53	0.67	0.43	0.45	0.33	0.41	1.04	0.99	1.07	0.45	1.03	0.66
月褥瘡保有率（%）	1.77	1.69	1.67	2.06	1.91	1.22	1.24	2.19	2.31	2.38	1.36	1.94	1.81
褥瘡有病率（%）	2.67	2.71	2.21	2.36	4.12	1.06	1.04	1.85	3.17	3.06	0.87	2.14	2.27
推定発生率（%）	0.71	0.31	0.71	0	0.97	0.35	1.26	0.6	3.78	0.31	0.66	1.82	0.96
既に有していた褥瘡の改善率（%）	23.1	25.0	8.3	56.3	25	55.6	20	23.8	28	52.4	0.0	44.4	30.2
持ち込み褥瘡の改善率（%）	23.1	27.3	0	14.57	25	33.3	11.1	0	33.3	33.3	0	28.6	19.1
先月以前当院で発生した褥瘡の改善率（%）	0	0	100.0	50.0	0	100	100.0	0	100.0	85.7	0	100.0	53.0
新規褥瘡の改善率（%）	20.0	20.0	60.0	100.0	40.0	0.0	0.0	50.0	9.1	50.0	1.7	50.0	33.40

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）	61	67	61	54	51	50	75	85	76	87	75	92	834
ストーマケア（件）	91	131	123	118	131	110	154	141	109	142	108	109	1,467

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6年度（2024年4月～2025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	8	10	9	15	10	12	6	15	9	7	4	5	110
継続介入患者のべ数	26	26	25	32	36	41	37	38	32	31	24	25	373
緩和ケア診療件数 (ただし、診療患者数とは異なる)	62	38	29	86	93	108	59	136	65	64	49	65	854

令和6年度（2024年4月～2025年3月）その他の活動内容

- 緩和ケア研修会の開催：2024年12月7日 第14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（年5回：6月～2月の偶数月）
- 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～
 - ・2024年11月5日 ラダーⅠ （がん分野合同）：「緩和ケアの概要と考え方」
 - ・2024年7月2日 ラダーⅡ以上（がん分野合同）：「緩和ケアの概要と考え方」
 - ・2024年7月17日 ラダーⅡ以上（分野別）：「がん疼痛マネジメント」
- 院外緩和ケアカンファレンスの開催
 - ・2025年2月5日 第1回小樽緩和ケア連携カンファレンス
- 講演会
 - ・2025年3月26日 医療法人社団心優会野口病院研修会
『緩和ケアと痛み』 講演 和智純子
 - ・2024年9月26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
「緩和ケアとアドバンス・ケア・プランニングのお話し」 発表 村上真貴
- カンサナーボード
 - ・2024年10月29日
「緩和ケアチーム看護師が経験した終末期がん患者の家族ケアの1事例」 発表 村上真貴
- 学会
 - ・2024年9月8日 第18回 日本腎臓病薬物療法学会・総会 札幌市
シンポジウム：腎機能低下時における緩和医療を考える 座長 前田直大
 - ・2024年5月25-26日 第17回 日本緩和医療薬学会年会
「タペンタドールまたはトラマドールと強オピオイド鎮痛薬の併用による鎮痛効果の検討」 発表 日下部鮎子
- 論文
 - ・2024年12月1日 日本緩和医療薬学雑誌 P119-126 前田直大
「緩和ケア患者の腎機能評価の適正化に Geriatric Nutritional Risk Index は有用であるか」

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	230	243	230	254	253	228	247	201	220	229	218	251	2,804

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	129	545	153	813	110	632	249	173	2,804

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	60	2.39%
細胞+免疫	209	8.33%
免疫	493	19.6%
細胞+分子	499	19.9%
分子	450	17.9%
細胞	799	31.8%
合計	2,510	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、顧問、部会長、副部会長、委員の人数については、令和6年4月現在の名簿を基に掲載しています。

〔診療報酬の算定に基づく委員会〕

※委員会五十音順（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4名、委託業者1名

事務局：診療情報管理課

3 開催回数

年4回

4 その他 特記事項（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 χ の分析資料について

NST 委員会

1 委員会の活動概要

職種の壁を越えて専門的な知識・技術を活かし、入院早期より患者の栄養状態を把握して適切な栄養療法を実施することにより、回復を早め、合併症の予防、QOL の向上を計る。

（検討事項）

- ① 栄養管理の要否のこと
- ② 栄養評価についてのこと
- ③ 栄養管理法の指導・提言についてのこと
- ④ 栄養管理に伴う合併症の予防・早期発見・治療についてのこと
- ⑤ 資材・素材についてのこと
- ⑥ 入院患者の QOL についてのこと
- 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：医局2名、看護2名、医療安全管理室1名、スキンケア管理室1名、薬剤部1名、検査室2名、リハビリテーション科2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

日本栄養治療学会 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

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：医局8名、看護部1名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、栄養管理科1名、リハビリテーション科1名、臨床工学科1名、事務局1名

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6年4月12日「離床キャッチ操作説明会」
出席者：28名
- 2) 令和6年7月18日「医療安全報告会」
内容：①2023年度下半期のインシデント・アクシデント集計報告
②「静脈注射と神経損傷の知識を得る」
担当者：①医療安全管理室 ②整形外科主任医療部長
出席者：会場+ZOOM参加177名、アーカイブ+資料参加636名
- 3) 令和6年12月19日「医療安全報告会」
内容：①2024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「心理的安全性」
担当者：①医療安全管理室 ②心臓血管外科副院長
出席者：会場+ZOOM参加136名、アーカイブ+資料参加700名
- 4) 令和6年8月29日「医療安全講習会」
内容：医療安全に必要なDNAR基礎知識
講師：ほくと総合法律事務所 坂本大蔵弁護士
出席者：会場+ZOOM参加108名、アーカイブ+資料参加632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、委託業者1名、医療安全管理室2名

事務局：医療安全管理室

3 開催回数

月1回（第1水曜）

画像診断情報等の確認管理部会

1 部会の活動概要

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

- 1) 各部門における報告書管理の実施状況の評価を行い、実施状況及び評価結果を記録するとともに、報告書管理の実施状況の評価を踏まえて、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6年4月23日 講習会

内容：画像診断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 市村亘医療部長

出席者：会場+ZOOM参加29名 アーカイブ+資料参加93名

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：山下登（泌尿器科主任医療部長）

副委員長：保科大地（皮膚科医療部長）

小野暁（小児科主任医療部長）

顧問：信野祐一郎（特任理事）

委員：院長、医局1名、看護部3名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、リハビリテーション科1名、栄養管理科1名、臨床工学科1名、事務部1名、医事課1名、感染防止対策室2名

事務局：感染防止対策室

3 開催回数

定例：月1回 毎月第3水曜日 開催回数12回

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（整形外科主任医療部長）

委員：医師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1名、医事課1名

事務局：事務部（経営企画課）

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。

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：小野暁（小児科主任医療部長）

副部長：保科大地（皮膚科医療部長）
 委員：医局2名、看護部4名、薬剤部3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、医事課1名、事務課1名、感染防止対策室2名
 事務局：感染防止対策室

3 開催回数

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
2024年9月3日	耐性菌を知ろう ~MRSA~	講習会参加91名 テスト665名
2024年10月2日	パンデミックの経験から、自施設で確認しておきたい感染対策	講習会参加77名 テスト602名

5 その他 特記事項

2024年度 ICT 部会ラウンド結果
 ラウンドチェック表を用いて実施
 A 判定：95%以上⇒改善を要するが現状維持
 B 判定：80%以上⇒1ヶ月以内に改善状況を感染防止対策室へ提出
 C 判定：80%未満⇒1ヶ月以内に改善状況を感染防止対策室へ提出し再ラウンド

日付	ラウンド場所	スコア (%)	判定	改善報告書
6月26日	給食調理室	87.3	B	済
7月31日	手術室	90.6	B	済
8月28日	中央滅菌室	81.4	B	済
9月25日	院内保育所	93.9	B	済
10月30日	病院業務管理センター	/	/	済
11月27日	外来Aブロック	98.6	A	/
1月29日	外来Bブロック	96.6	A	/
3月26日	外来C（泌尿器科/婦人科）	96.2	A	/

リンクナース

1 リンクナースの活動概要

ICT 部会の下部組織として看護師で構成し、感染対策を推進する。

- 1) 院内感染防止対策委員会及び ICT 部会等の決議事項を自部署に連絡する。
- 2) 医療関連感染対策を自部署の職員に周知徹底する。
- 3) 現場の感染対策上の問題点を発見し ICT 部会

に報告するとともに、改善するよう活動する。

- 4) アウトブレイクの防止、調査、制圧を ICT 部会とともに進行。
- 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：齊藤朋美（看護師長）
 委員：リンクナース12名、サブリンクナース26名
 *アドバイザー：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

自部署の手指衛生強化のほか、感染対策ラウンドにて手指衛生の実施状況と防護具の着用状況を相互評価し、フィードバックを行った。

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）

部長：保科大地（皮膚科医療部長）
 副部長：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2名、検査室3名、医事課1名、感染防止対策室2名
 事務局：感染防止対策室

3 カンファレンス開催回数

週1回 毎週火曜日 開催回数43回（症例数：227症例）

4 イベント等の実績（講演会など）

開催日	テーマ	参加者
2024年 8月23日	AST講習会 ①抗菌薬を知らう〜公MRSZ薬編〜、②簡単そうで難しい蜂窩織炎	講習会参加42名
2025年 2月17日	AST講習会 ①血液培養とAS (Antimicrobial Stewardship)、② <i>Mycobacterium lentiflavum</i> による pseudo-out break の事例に関する環境培養と遺伝子学的解析	講習会参加31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：医局1名、看護部2名、医療安全管理室1名、薬剤部1名、リハビリテーション科1名、事務課1名、医事課1名、栄養管理科3名

事務局：栄養管理科

3 開催回数

月1回

4 イベント等の実績（講演会など）

嗜好調査を年2回実施し、病院食の喫食状況、量、味付け、主食の固さについて聞き取り調査を行った。

がん化学療法レジメン管理委員会

1 委員会の活動概要

医療安全の確保およびがん薬物療法の標準化を目的として、化学療法レジメン（がんの薬物療法を安

全に行うため、投薬の種類、用量、方法などを時系列で示した治療計画書）について、医学的、薬学のおよび論理的な妥当性を審査する。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：大橋広和（腫瘍内科医療部長）

副委員長：渡邊義人（外科主任医療部長）

顧問：近藤吉宏（特別補佐）

委員：医局3名、緩和ケア管理室2名、外来化学療法室2名、看護部1名、患者支援センター1名、薬剤部1名、栄養管理科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（10回開催）

検査適正化委員会

1 委員会の活動概要

小樽市立病院検査室の効果的・効率的運営及び臨床検査の適正化に関して、次の事項について審査を行っている。

- (1) 検査室運営に関すること
- (2) 検査結果に関する問題点及び改善項目の検討に関すること
- (3) 精度管理（外部精度管理、内部精度管理）に関すること
- (4) 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：吉原真由美（腎臓内科主任医長）

委員：医局2名、看護部1名、薬剤部1名、事務部1名、医事課1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

患者福祉に関する法律第36条の規定により、「医療または保護に欠くことの出来ない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。」とされている。行動制限の具体的態様は様々であるが、患者の病状又は状態像に応じて個別具体的に決めなければならない、合理的と認められる必要最小限の範囲内で行われる必要がある。行動制限最小化委員会では、これらが適正に実施されているかの審議を行い、できる限り行動制限を行わない方法で入院治療を行うことを目標としている。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：笹川嘉久（精神科主任医療部長）

副委員長：小原絵夢（精神科医長）

委員：医局2名、看護部6名、精神科医療センター4名、認知症疾患医療センター1名、薬剤部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 R6.5.28 ② R7.1.21

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「がんと栄養」

R7年3月14日（金）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

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ヘフィードバック
- ・診療情報管理委員会 NEWS を年3回発行
- ・電子カルテスキャン書類の分類修正
- ・入院診療計画書の仕様変更
- ・下書き記事機能使用改善

●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：医局1名、看護部1名、事務課1名、臨床工学科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：医局14名、看護部6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6年度実績 2回

[法令に基づく委員会]

※委員会五十音順に掲載

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：川口亮一（麻酔科主任医長）

委員：看護部1名、放射線室1名、検査室1名、臨床工学科1名、医療安全管理室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

て院内がん登録委員会を設置する。委員会は設置目的を達成するため、次に掲げる事項について調査し、又は審議する。

- (1) 院内がん登録の目的と機能に関すること
- (2) 登録対象、収集項目の決定に関すること
- (3) 登録資料の集計・解析・管理・利用に関すること
- (4) 登録患者の予後調査に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：市村亘（放射線診断科医療部長）

副委員長：辻脇光洋（病理診断科主任医長）

委員：医局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、医事課1名

事務局：患者支援センター

3 開催回数

年1回

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

衛生委員会

1 委員会の活動概要

労働安全衛生法等に基づき、職員の労働災害、健康の保持増進及び職場環境の向上を図ることを目的

とする。

(調査審議事項)

- ①職員の健康障害を防止するための基本となるべき対策に関すること
- ②職員の健康の保持増進を図るための基本となるべき対策に関すること
- ③職員の労働災害の原因及び再発防止対策で、衛生に係るものに関すること
- ④その他職員の健康障害の防止及び健康の保持増進に関する重要事項

2 メンバー（部署、役職）

委員長：佐々木真一（事務部長）

副委員長：濱崎弓子（看護部長）

顧問：櫻木範明（特任理事）

委員：医局2名、緩和ケア管理室1名、看護部1名、認知症疾患医療センター1名、組合推薦6名

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：大橋広和（腫瘍内科医療部長）

副委員長：土屋和彦（放射線治療科医療部長）

顧問：高丸勇司（診療顧問）

委員：看護部2名、薬剤部1名、検査室1名、事務部1名、診療情報管理課1名

事務局：医事課

3 開催回数

必要に応じて開催

4 その他

個人情報保護院内勉強会（zoom 併用）開催

講演①「病院におけるサイバー攻撃の実態と当院の対策」

講演②「電子カルテシステムで個人情報を守るために」

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：医局1名、看護部1名、薬剤師1名、事務部1名、外部委員3名

事務局：薬剤部

3 開催回数

必要に応じて開催

ハラスメント対策委員会

1 委員会の活動概要

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

2 メンバー（部署、役職）

委員長：深田穰治（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：医局2名、緩和ケア管理室1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6年度実績2回

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、薬剤部1名、検査室1名、事務課2名

3 開催回数

令和6年度実績 なし

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（麻酔科医療部長）

副委員長：佐藤宏（心臓血管外科医療部長）

委員：医局3名、看護部2名、薬剤部1名、事務部1名、検査室3名、医事課1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（麻酔科医療部長）

副委員長：伊藤雅浩（事務部次長）

委員：医局1名、看護部2名、放射線室1名、臨床工学科1名、経営企画課1名、事務課1名、検査室1名、感染防止対策室1名

事務局：経営企画課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

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・病院局長）

副委員長：有村佳昭（院長）

委員：事務部2名、関係診療科長、関係部門長

事務局：経営企画課・各部門（対象機種ごと）

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

医療情報システム委員会

1 委員会の活動概要

病院局における医療情報システムの適正な運用及び管理に関し必要な事項を定め、システムの構築及びその機能に関して、業務の効率化と安全性の向上を図る。

(1) 医療情報システムの導入に関すること

(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：医局1名、看護部2名、薬剤部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、検査室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

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

務課 1 名、診療情報管理課 1 名、医事課 1 名

事務局：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

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「情報セキュリティ研修」
令和 7 年 3 月 12 日（水）開催

開示委員会

1 委員会の活動概要

開示申請対象者からの依頼に基づき、インフォームド・コンセント（十分な説明と同意）の一環として、診療録等を患者に提供することにより、患者及びその家族が疾病と診療内容を十分理解し、より積極的に治療に参加することができるよう支援する。

更に、医師と患者及びその家族が相互に信頼関係を保ちながら、より質の高い医療の実現を目指すことを目的とする。（診療録等開示取扱要綱第 1 条より要約して抜粋）

具体的には診療情報開示請求事案について、内容を検討し開示の可否を決定する意思決定機関としての役割をもつ。

2 メンバー

委員長：有村佳昭（院長）

副委員長：土屋和彦（放射線治療科医療部長）

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

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
52 件	8 件	60 件

※法令に基づき、裁判所及び警察署等から診療情報等の開示を依頼されたもの。

開放型病床運営委員会

1 委員会の活動概要

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

2 メンバー（部署、役職）

委員長：有村佳昭（院長）

副委員長：小梁川義則（小樽市医師会）

顧問：近藤吉宏（特別補佐）

委員：医師会 3 名、医局 2 名、看護部 2 名、患者支援センター 2 名、事務部 1 名、医事課 1 名

事務局：事務部、患者支援センター

3 開催回数

令和 6 年度 開催実績 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：医局4名、看護部7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1名、事務課1名、診療情報管理課1名
 事務局：医事課

2 開催回数

月1回

3 その他 特記事項

主な協議事項

- ・衛生材料の給付について
- ・短期入院の促進について
- ・電子問診の導入について
- ・年末年始期間中の定期受診患者への対応について

患者支援センター管理運営委員会

1 委員会の活動概要

小樽市・後志地域を中心とした地域医療連携の推進及び啓発を目的に、患者サービスの向上やがん相談の強化、地域連携の運営方針等に関する調査・審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：有村佳昭（院長）
 副委員長：越前谷勇人（副院長）
 特任：濱崎弓子（患者支援センター業務推進担当部長）
 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：医局4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1名、医事課1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

部長：新井孝志郎（形成外科医療部長）
 副部長：保科大地（皮膚科医療部長）、柴田隆一（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、事務課1名

担当部署：患者支援センター

(2) 入退院支援部会

部長：古川浩司（脳神経外科医療部長）

副部長：金戸宏行（副院長）

古田睦子（患者支援センター主幹）

委員：医局2名、看護部2名、患者支援センター4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、医事課1名

担当部署：患者支援センター

(3) ベッドコントロール部会

部長：有村佳昭（院長）

顧問：並木昭義（病院事業管理者・病院局長）

常任委員：医局2名、看護部1名、診療情報管理課1名

委員：医師9名、看護部1名、患者支援センター2名、医事課1名

担当部署：患者支援センター

(4) がん相談支援部会

部長：大橋広和（腫瘍内科医療部長）

副部長：渡邊義人（外科主任医療部長）、

渡邊裕恵（患者支援センター主幹）

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

(5) 医療業務支援部会

部長：深田穰治（副院長）

副部長：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：医局1名、医事課1名、医療秘書室6名、患者支援センター2名

担当部署：患者支援センター

がん診療センター管理運営委員会

1 委員会の活動概要

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

調査・審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：金内優典（副院長）

副委員長：汐谷心（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：医局 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 がん診療連携推進拡大会議

議長：金内優典（副院長）

副議長：有村佳昭（院長）

顧問：並木昭義（病院事業管理者・病院局長）

委員：がん診療センター管理運営委員会委員・顧問、がん化学療法レジメン管理委員会委員長、院内がん登録委員会委員長、
 キャンサーボード・CPC 運営部会部長、がん相談支援部会部長

担当部署：患者支援センター

5 専門部会

(1) 放射線療法部会

部長：土屋和彦（放射線治療科医療部長）

副部長：市村亘（放射線診断科医療部長）

小笠原弘（放射線室長）

委員：医局 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

部長：大橋広和（腫瘍内科医療部長）

副部長：渡邊義人（外科主任医療部長）

渡邊裕恵（患者支援センター主幹）

顧問：近藤吉宏（特別補佐）

委員：医局 3 名、看護部 1 名、患者支援センター 1 名、緩和ケア管理室 1 名、薬剤部 2 名、医事課 1 名

担当部署：外来化学療法室

(3) 手術療法部会

部長：渡邊義人（外科主任医療部長）

副部長：山下登（泌尿器科主任医療部長）

船場ひろみ（看護師長）

委員：医局 7 名

担当部署：手術室

(4) 緩和ケア部会

部長：和智純子（緩和ケア管理室医務担当部長）

副部長：笹川嘉久（精神科主任医療部長）

村上真貴（緩和ケア管理室）

顧問：久米田幸弘（特別補佐）

委員：医局 4 名、薬剤部 2 名、看護部 1 名、患者支援センター 3 名、栄養管理科 1 名、医事課 2 名、リハビリテーション科 1 名

担当部署：緩和ケア管理室

(5) 推進・普及部会

部長：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：医局 3 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

部長：金内優典（副院長）

副部長：市村亘（放射線診断科医療部長）

和智純子（緩和ケア管理室医務担当部長）

顧問：久米田幸弘（特別補佐）

委員：医局 5 名、看護部 1 名、患者支援センター 2 名、リハビリテーション科 1 名、栄養管理科 1 名、薬剤部 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 6 年度開催実績 1 回（必要に応じて開催）

教育・人材育成委員会

1 委員会の活動概要

病院の理念、基本方針を実現するための教育・人材育成について提言、助言等を行うことを目的とする。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高川芳勅（循環器内科主任医療部長）

副委員長：市村亘（放射線診断科医療部長）

顧問：櫻木範明（特任理事）

委員：医局4名、看護部1名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、事務部1名

事務局：事務課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

禁煙推進委員会

1 委員会の活動概要

禁煙に係る適切な管理・運営を図る。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高川芳勅（循環器内科主任医療部長）

副委員長：汐谷心（呼吸器内科医療部長）

委員：医局1名、看護部1名、薬剤部1名、検査室1名、放射線室1名、医療秘書室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7年3月6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発活動

(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

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) 学術集会参加：第24回日本クリニカルパス学会学術集会（愛媛県）

参加者：越前谷委員長・田島主事・金家主事
院内クリニカルパス大会にて参加報告実施

(2) 院内講演会の開催：『第9回小樽市立病院クリニカルパス大会』

発表演題は以下3題

・「パス学会参加報告」事務局 診療情報管理課
田島主事

・パス分析「TKAパス」4階西病棟 田口看護師

・パス分析「橈骨遠位端骨折/ORIFパス」7西病棟 佐藤看護師

参加人数：現地24名・オンライン15アカウント

(3) その他（令和6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6件／パス改定18件／パス終了6件／パス総数229種）

・パス使用状況の報告：令和6年度パス利用率50.3%

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1名、経営企画課1名、事務課1名、医事課1名、診療情報管理課1名

事務局：事務部

3 開催回数

4回（R6.6.11、R6.7.9、R6.12.10、R7.3.11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 令和5年度取組状況について
- ・経営強化プラン実行計画の評価方法について
- ・経営強化プラン評価委員会の開催について
- ・経営強化プラン評価報告書【令和5年度】について
- ・経営強化プラン実行計画の令和5年度未達成項目について

(2) 小樽市立病院経営強化プラン評価委員会開催状況

- ・4回（R6.7.2、R6.9.6、R6.10.7、R6.11.18開催）

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（院長）

副委員長：岸川和弘（医師）

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、医療秘書室1名、医事課1名、委託業者2名

事務局：事務部

3 開催回数

適宜開催（令和6年度は6回開催）

4 その他

検診に「尿で調べるがんリスク検診（miSignal）」導入

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：医局4名、看護部1名、臨床工学科2名、事務課1名

事務局：臨床工学科

3 開催回数

年2回以上

4 その他

広報委員会

1 委員会の活動概要

地域住民や医療関係者が必要とする小樽市立病院に関する情報を適切にかつわかりやすく発信することを目的に、病院広報誌の発行、ホームページの運用、その他広報活動に関する調査・審議を行う。

2 メンバー（部署、役職）

委員長：今井章仁（形成外科主任医療部長）

副委員長：矢花崇（消化器内科主任医療部長）

佃幸憲（整形外科主任医療部長）

委員：医局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1名、事務課1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（8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（病院事業管理者・病院局長）

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 6 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：医局 5 名、看護部 1 名、薬剤部 1 名、事務 2 名、医事課 1 名

事務局：医療安全管理室

3 開催回数

不定期で開催、令和 6 年度は 1 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：医局 10 名、看護部 2 名、検査室 1 名、薬剤部 1 名、放射線室 1 名、臨床工学科 1 名、事務課 1 名

部会委員：上記委員を含め 35 名

事務局：看護部手術室

3 開催回数

月 1 回 令和 6 年度は 5 回開催

新興感染症 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）

副委員長：山下登（泌尿器科主任医療部長）
信野祐一郎（特任理事）

顧問：並木昭義（病院事業管理者・病院局長）

委員：医局 15 名、看護部 16 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 2 名、感染防止対策室 2 名、事務部 2 名、事務課 1 名、医事課 1 名、診療情報管理課 1 名

事務局：感染防止対策室

3 開催回数

開催回数：1 回

*コアメンバーによる打合せ：2 回

開催回 開催年月日 議題

第 58 回 2024 年 5 月 15 日

- ・事前検討内容報告
- ・職員検査フロー改訂（案）
- ・診療支援チーム
- ・その他

新病院開院 10 周年式典・行事实行委員会

1 委員会の活動概要

当院の開院 10 周年記念式典及び関連行事に関する企画・運営を行う。

2 メンバー（部署・役職）

委員長：新谷好正（副院長）

副委員長：佐々木真一（事務部長）
 顧問：馬淵正二（統括理事）
 委員：医局7名、緩和ケア管理室1名、看護部1名、事務部1名、患者支援センター1名、栄養管理科1名
 事務局：事務部、患者支援センター

3 開催回数

必要に応じて開催

4 イベント等の実績

(1) 特別講演会

①日程：令和6年10月21日（月）

内容：特別講演会Ⅰ「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／東京医科歯科大学大学院 臨床腫瘍学分野
 教授 浜本康夫 先生

②日程：令和6年11月14日（木）

内容：特別講演会Ⅱ「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

③日程：令和6年11月22日（金）

内容：特別講演会Ⅲ「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

(2) 市民公開講座

①日程：令和6年11月23日（土）

②内容：「第10回病院まつり」のイベントとして開催

《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／小樽市立病院 女性医療センター 特任理事 櫻木範明

《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～骨折でねたきりにならないために～」

講師／小樽市立病院
 整形外科 理事・主任医療部長 佃幸憲

(3) 開院10周年記念式典

①日程：令和6年12月1日（日）

②内容：《記念式典》

《記念講演》「地球 社会 医学」
 講師／北海道大学
 総長 寶金清博 先生

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：渡邊義人（外科主任医療部長）
 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6年度開催なし（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（脳神経内科医師）
 委員：医局2名、看護部1名、薬剤部1名、放射線室1名、検査室1名、事務課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：高川芳勲（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：医局1名、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1名、経営企画課1名、診療情報管理課1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

病院広報著書作製委員会

1 委員会の活動概要

開院10周年記念事業の一環として、市民や地域の医療機関に対し、当院がどのような病院であることを広く周知することを目的として、病院広報著書の発行に向けた調査・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（副院長）
顧問：並木昭義（病院事業管理者・病院局長）
委員：医局20名、看護部2名、事務部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、臨床工学科1名
事務局：患者支援センター、事務部
 病院広報著書作製受託者（株式会社アイワード）

3 開催回数

全体会議1回、コア会議6回

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：医局6名、看護部2名、患者支援センター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
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13巻第1号：令和7年2月発行
特集 小樽市立病院10周年記念関連行事 掲載

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
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6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（先進病院視察・病床管理指標の策定・イントラネットでの掲示開始）
- (3) 有料個室運用マニュアルの策定

保険診療委員会

1 委員会の活動概要

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

また、全職員を対象とした「保険診療に関する勉

強会」を開催して理解を深める。

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

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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、委託事業者2名

事務局：医事課

院内委員会

3 開催回数

月1回

4 イベント等の実績（講演会など）

- ・令和6年5月9日
院内勉強会「診療報酬改定2024の概要～薬剤部に関すること～」
- ・令和6年5月13日
経営戦略会議報告「診療報酬改定2024による収支改善策の立案と実施」
- ・令和6年5月15日
院内勉強会「診療報酬改定2024の概要～栄養管理課に関すること～」
- ・令和6年5月23日
院内勉強会「診療報酬改定2024の概要～看護部に関すること～」
- ・令和6年5月30日
院内勉強会「診療報酬改定2024の概要～精神科に関すること～」

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：中下並人（整形外科医長）

委員：看護部6名、薬剤部3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、医事課1名

事務局：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

⇐ FLS2024 年度業績を参照してください。

慢性腎臓病・糖尿病ケアチーム運営委員会

1 委員会の活動概要

慢性腎臓病・糖尿病に関する診療、療養指導を実施するにあたり、提供するサービスの質の向上とともに、院内の関係する職種・部門が円滑に連携、運営すること目的とし、以下の事項について活動を行う。

- ①腎臓病教室および糖尿病健康教室の企画・運営に関すること
- ②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
- ③糖尿病教育入院の受付及び調整に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：金戸宏行（副院長）

副委員長：吉原真由美（腎臓内科医長）

顧問：なし

委員：医局2名、看護部3名、検査室2名、薬剤部2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

事務局：看護部

3 開催回数

月1回 第3火曜日

4 その他

『腎臓病教室』令和6年6月7日開催

講演①「CKDってどんな病気」

講演②「腎臓とお薬」

『糖尿病教室』令和6年11月1日開催

講演①「糖尿病の食事療法」

講演②「糖尿病とフットケア」

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：鈴木亮（消化器内科主任医長）
委員：医局 8 名、看護部 1 名、薬剤部 1 名、事務部 1 名
事務局：薬剤部

3 開催回数

月 1 回

4 その他 特記事項

電子版医薬品集にて随時採用医薬品の追加・修正・削除を行い、迅速な医薬品情報を提供している。院内 LAN にて医薬品集の閲覧、採用薬品や期限切れ薬品の情報提供を行い、医薬品の適正な保守管理に努めている。

リハビリテーション運営委員会

1 委員会の活動概要

- (1) リハビリテーション科の充実に関すること
- (2) リハビリテーション科の適切かつ円滑な運営に関すること
- (3) チーム医療に関すること

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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（脳神経内科診療補佐）
委員：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

令和 6 年度実績 1 回

臨床研究審査委員会

1 委員会の活動概要

病院で行われる人間を対象とした医学研究、看護研究及び臨床応用（以下「研究等」という。）につ

いてヘルシンキ宣言（世界医師会）の趣旨に沿った倫理的配慮を図ることを目的とする。

（審議事項）

- ① 病院で行われる臨床医学研究や看護研究等の実施計画及び成果の公表（以下「実施計画」という。）に関して医学的、倫理的及び社会的観点から審査する。
- ② 先進的な医療や特殊医療の臨床導入や適応外使用について手順の正当性や倫理的妥当性を審査する。

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

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

臨床研修管理委員会

1 委員会の活動概要

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

2 メンバー（部署、役職）

委員長：高川芳勅（循環器内科主任医療部長）
副委員長：金内優典（副院長）
顧問：市村亘（放射線診断科医療部長）
委員：医局 9 名、看護部 1 名、薬剤部 1 名、事務部 1 名、大学病院 2 名、協力病院・施設 8 名、保健所 1 名、医師会 1 名
事務局：事務部

3 開催回数

1 回（令和 7 年 3 月 17 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修了評価について
 - ・ 令和 7 年度プログラム採用予定者について
 - ・ 令和 7 年度研修スケジュールについて
 - ・ 令和 8 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（副院長）

副部会長：中林賢一（副院長）

高川芳勅（循環器内科主任医療部長）

委員：医局 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

3 開催回数

5 回（不定期）

臨床倫理委員会

1 委員会の活動概要

病院における医療行為（臨床研究及び治験を除

く。）について、法的及び倫理的観点から検討を行う。

（審議事項）

①院内における臨床倫理方針とガイドライン等の作成と見直し

②臨床倫理の教育及び研修の企画・立案

③臨床の倫理的問題への対応

2 メンバー（部署、役職）

委員長：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、医局 3 名、看護部 2 名、薬剤部 1 名、事務部 1 名

事務局：事務課

3 開催回数

必要に応じて適宜開催

論文表彰

病院誌編集委員会では、次ページの定めにより、小樽市立病院誌第13巻第1号（令和6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しました。



左から越前谷勇人院長、大浦大輔放射線室主幹（優秀賞受賞者）、金内優典副局長（病院誌編集委員会委員長）、有村佳昭病院局長、横浜拓実放射線室技師（最優秀賞受賞者）、小笠原弘放射線室長

最優秀賞 **横浜拓実**（小樽市立病院 放射線室）

発表論文 「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～」

選考理由 肺の腫瘍に対する定位放射線治療ではターゲットとなる腫瘍の呼吸による移動をできるだけ小さくし、正常肺へのダメージを軽減する必要がある。そのために横隔膜下腹部圧迫法による横隔膜の運動抑制はそのために行われる簡便な手段である。本研究は当院での臨床研究として当院での横隔膜下腹部圧迫法の意義と精度を検証した非常に有用な論文である。

優秀賞 大浦大輔（小樽市立病院 放射線室）

発表論文 「Predicting Mechanical Thrombectomy Outcome and Time Limit through ADC Value Analysis: A Comprehensive Clinical and Simulation Study Using Machine Learning.」

選考理由 急性期脳梗塞に対する機械的血栓除去術では、治療適応の判断と迅速な再灌流が予後を大きく左右する。本研究はMRI ADC値の詳細解析に機械学習を組み合わせることで、治療後の機能予後を高精度に予測し、さらに画像撮影から再灌流までの許容時間をシミュレーションにより提示したものである。本成果は急性期脳梗塞に対する適切かつ効果的な治療介入の実現に寄与する極めて有用な論文である。

「最優秀論文及び優秀論文」の表彰について

小樽市立病院誌を通じた臨床医学の発展、医療レベルの更なる向上、職員のモチベーションの向上のため、下記のとおり論文表彰を実施する。

●最優秀論文及び優秀論文の選考基準

- 1 小樽市立病院で行われた臨床研究であり、研究の独創性、合理性、インパクト、将来性などの面から評価する。
- 2 選考対象論文は、前年度に発行した小樽市立病院誌に掲載された論文とする。また、前年度に発行した小樽市立病院誌の学術業績に掲載されている論文も選考対象とすることができる。この場合、病院誌編集委員会の委員により推薦されたものとするが、自薦によることもできるものとする。
- 3 選考時点において、執筆者が小樽市病院局又は小樽市に在籍している場合に選考対象論文とすることができる。
- 4 多施設共同研究の場合、院内登録症例数が一番多いこと、かつ筆頭著者の所属が小樽市病院局のみであるときに、選考対象論文とすることができるものとする。

●選考委員

病院誌編集委員会とする。

●決定

病院局長が決定する。

●表彰

最優秀賞 賞状と副賞（国内学会参加費用等を病院局で負担する）

優秀賞 賞状と副賞（国内学会参加費用等を病院局で負担する）

※副賞は、論文表彰の翌年度に開催される学会を対象とし、学会開催時に、受賞者が小樽市病院局に在籍していない場合には、当該費用は負担しないものとする。

小樽市立病院誌投稿規定

1. 投稿資格

原則として、小樽市立病院職員、小樽市立高等看護学院職員及び小樽市病院局に関わりを有する者とする。

2. 投稿内容

他誌に未発表のものに限る。

3. 原稿の種類、内容及び文字数

1) 原著

科学的妥当性の高い方法で得られた新しい知見であること。

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

2) 総説

医学的課題あるいは医療的課題についての総括的論述であること。

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

3) 報告（症例、調査、学会など）

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

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

4) 短報

医学医療の分野における調査報告、興味深い事例の報告であること。

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

5) その他

1) ～4)の種類以外の報告

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

4. 原稿の書き方

- 1) Microsoft Word を用いて、A4 判で字数を 1 枚に 40 字×30 行 (1,200 字) とする。外国語の原語綴は行末で切れないように、その言葉の頭で改行する。
- 2) 現代仮名遣いに従い医学用語を除き常用漢字とする。
- 3) 文中の外国人名、地名、科学用語は原語あるいはカタカナを用い、固有名詞やドイツ語のみ、頭文字は大文字とする。
- 4) 文中にしばしば繰り返される語は、略語を用いる。文中の初出の時に完全な用語を用い、以下、略語とする。

5. 文献

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

- 2) 文献の記載順序

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

- a) 医学雑誌等の場合：引用番号. 著者名. 題名. 雑誌名, 巻：頁～頁, 西暦年号

例 1) 朝里一郎, 新光洋子, 高島太郎 他. 内視鏡による食道癌深達度診断に関する研究. 南小樽医学雑誌; 89 : 815-827, 2007

例 2) Cain CC, Wilson RD, Murphy RF et al. Isolation by fluorescence-activated cell sorting of Chinese hamsterovary cell lines with pleiotropic, temperature-conditional defects in receptor recycling. J Biol Chem; 266: 11746-11752, 1991

- b) 書籍の場合：引用番号. 著者名. 書名. (版). 発行地, 発行所, 西暦年号, p 頁 - 頁

例 1) 小樽太郎, 余市一郎. 腎細胞癌病態の推移. 後志三郎編. 腎細胞癌：早期発見のために. 東京内外医学社；2008. p.80-84.

例 2) Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1974. p.457-472.

欧文誌名の省略は、「List of Journals Indexed in Index Medicus」(U.S. National Library of Medicine) (最新版) に準じる。和文誌名は省略せずに誌名を記載する。

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

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

例 2) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: ATC/DDD Index 2016: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/. accessed December 21, 2019.

6. 図表及び写真

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

7. 校正

初校のみを著者校正とする。

8. 論文の採択

論文採択に当たっては査読制をとり、病院誌編集委員会における審査により、掲載の可否を決定する。

9. 原稿の提出

投稿原稿は正本 1 部と電子ファイルを提出する。また、論文採択後に、修正後の原稿 1 部及び電子ファイルを提出する。原稿提出先は、病院誌編集委員会事務局（患者支援センター）とする。

10. 刊行

小樽市立病院誌は年1回刊行し、冊子体刊行後、電子版として公開する。

なお、各論文の著作権は小樽市立病院に帰属する。

11. その他

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

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

臨床倫理委員会の承認を得て実施した研究は、本文中に記載する。

— 編集後記 —

この度、第14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6年度版の今号は、当院が後志地区で唯一の地域医療支援病院に承認され、地域の中核病院としての役割を果たすために、職員が一丸となって取り組んだ年でありました。

また、当院は、令和6年12月1日に開院10周年を迎えることができましたので、記念事業の一環として、「小樽市立病院ガイドブック」を発刊した年でもありました。

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も、医師をはじめコメディカルなどから8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と思っております。御多忙の折、御協力をいただいた皆様に対し、心から感謝を申し上げます。

《病院誌編集委員会》

委員長 金内 優典

副委員長 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、小山 裕徳、
大口 明男、鶴谷 勝実、小笠原 弘、小山田 重徳、
庄司 浩

事務局 柴田 隆一、中津 江利子

小樽市立病院誌（令和6年度版）

令和8年3月発行

発行 小樽市病院局

編集 病院誌編集委員会

（事務局）〒047-8550

小樽市若松1丁目1番1号

小樽市立病院 患者支援センター

電話：0134-25-1211 FAX：0134-25-1600

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

