ISSN 0915-5414

由利組合総合病院医報 第三十四号（二〇二三） 令和六年三月発行 （2023年）

由利組合総合病院医報

The Medical Journal of Yuri Kumiai General Hospital

第34号
（2023）

秋田県厚生農業協同組合連合会
由利組合総合病院

巻　頭　言

院長　軽　部　彰　宏

令和５年２月３日に院内学術発表会が開催されました。この歴史ある発表会は恒例の12月から新型コロナウイルス感染症の影響で２か月後での開催となりましたが、今回で第61回目を迎えました。院内学術発表会の内容や各診療科の活動記録・実績がまとめられた第34号の由利組合総合病院医報が発刊されました。由利組合総合病院医報の編集と院内学術発表の開催にご尽力いただいた中西徹先生、および院内教育委員会の皆様に心から感謝申し上げます。

さて、秋田県内で最初の新型コロナウイルス感染症患者が当院に入院したのは、令和２年３月６日でした。それから３年余りが過ぎた５月８日に、感染症法上の分類が「２類」から「５類」に引き下げられました。最近では新型コロナ関連のニュースは減少し、医療・介護施設での集団感染も報道されなくなりました。しかし、この巻頭言を書いている３月11日、当院では多数の新型コロナウイルス感染者が発生している状況です。院内の３病棟で集団感染が認められ、入院患者と職員合わせて57人（入院患者：39人、職員：18人）が検査陽性になっています。感染対策を厳重にするだけでなく、ふたつの病棟の病棟閉鎖と院内の全面的な面会禁止の措置を講じています。

令和５年度の大きな話題と言えば、秋田県の熊被害でした。被害件数は増加し続けて、市街地でも熊が目撃されるようになりました。当院近くでも目撃情報があり、院内に“クマ出没注意”のポスターを掲示しました。熊による人的被害は統計開始後に最多となり、17道府県で160人が熊に襲われ（10月まで）、被害が最も多かったのが秋田県でした。また、ロシアのウクライナ侵攻も解決しないまま、10月にはイスラエルとガザの紛争（戦争）がはじまり、世界情勢も不安定な状況が続いています。昨年末には、自民党の国会議員の裏金問題が明るみに出て、政治倫理が問われています。我々が耳にするニュースは、残念ながら明るい話題は少ないようです。当院の現状に目を向けると、外来・入院患者の数が（緩やかに）減少していること、医療従事者の数が大幅に減少していることが課題です。とくに急性期医療に対応できる看護師数の不足は深刻な問題です。医療従事者の減少と地域医療構想に基づく入院病床数の削減を考慮し、当院の入院許可病床数を606床から399床に変更しました。さらに、４月からは医師の働き方改革により、時間外労働時間が制約される法規制がはじまります。厚生連全体と各病院での働き方改革への対応策は決定されていますが、実際に規制が始まる４月以降に新たな問題が発生する可能性もあります。職員の皆様と協力して、当院が直面している様々な課題を解決したいと考えております。ご理解とご協力のほど、よろしくお願いいたします。

目　次

巻 頭 言…… 院長 軽 部 彰 宏

院内学術発表会論文

摂食・嚥下ケアチームにおける管理栄養士の取り組みと栄養介入の１症例
栄 養 科 佐 藤 里々花……1

「食べたい」と願う患者の思いに寄り添い経口摂取を支援した一事例
9 階しょうぶ病棟 鵜 沼 静 香……3

外来呼吸理学療法によって趣味であるスキーが可能となった胸部食道がん術後の１症例
リハビリテーション科 佐 藤 亜 矢……7

がん患者サポート看護師におけるがん患者の意思決定支援アセスメントツール活用の評価と課題
がん相談支援センター 打 矢 和 子……11

新型コロナウイルスワクチン 4 回目接種における抗体価の推移と影響を与える因子の検討
臨床検査科 北 畠 なつみ……14

一般病棟における集中治療業務に遠隔支援を導入した取り組み
臨床工学科 岡 田 桂 介……17

臨床各科各部門 年間統計 …… 19

業　績 …… 61

医局カンファランス発表演題 …… 68

「由利組合総合病院医報」投稿規定 …… 70

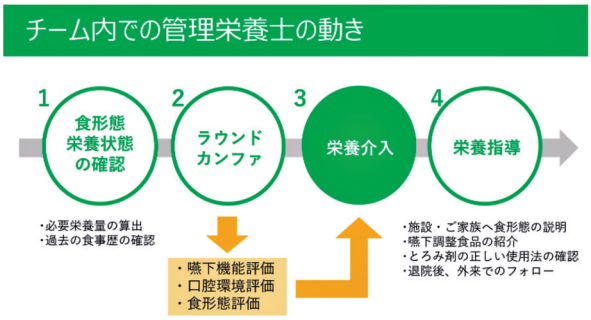
摂食・嚥下ケアチームにおける管理栄養士の取り組みと栄養介入の１症例

栄養科　摂食・嚥下ケアチーム
○佐藤里々花　齋藤理子　舟木智美　芹田侑子　加藤直子
鵜沼静香　三浦さやか　珍田　徹　高成悠紀　笠井直栄

【はじめに】

摂食・嚥下ケアチームは昨年度から活動を開始し、歯科医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士をはじめとした多職種で構成されている。週に１度ラウンドカンファレンスを実施し、経口摂取の支援及び ADL・QOL の維持と向上を目的として活動している。

チーム内で管理栄養士は、食事での調整が必要と判断された際、患者に対して栄養介入を行う。



【目的】

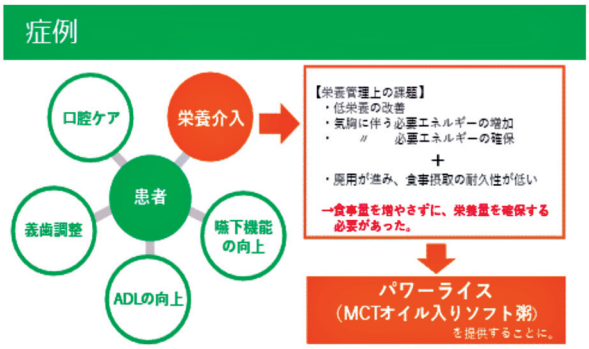
今回、摂食・嚥下ケアチームにおいて、呼吸器疾患により著しい栄養状態の低下が見られた患者に関わった。多職種の介入に加え、この患者に対し栄養介入を行ったところ、短期間で栄養状態の改善が見られた。

管理栄養士がチームに介入することで、患者に適した栄養量や食形態の調整が出来る。また、栄養指導を介して食形態の説明や退院後の継続したフォローも可能となる。

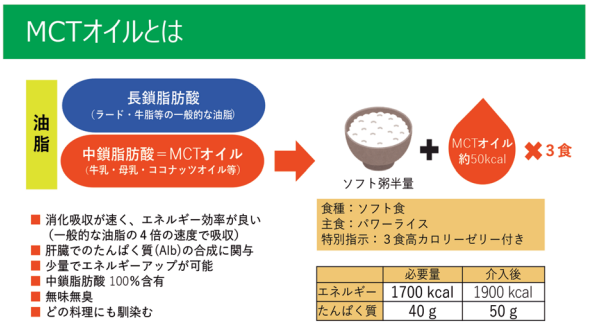
今回はチーム内での管理栄養士の取り組みと、栄養介入の１症例について報告する。

【症例】

《年代・性別》60 代男性
《病名》左肺炎、肺膿瘍、肺気腫、気管切開後、嚥下障害、低栄養、廃用症候群
《既往歴》糖尿病
《身長・体重》163cm 40kg（BMI15.1）
《介入時の食事》　ソフト食（嚥下調整食分類３）、ソフト粥半量、３食１品付き
《生活歴》入院前 ADL 自立、職業大工
喫煙歴有り（20 年前まで× 40 本 / 日）
《経過》入院時、人工呼吸管理および気管切開を要した患者。呼吸器は離脱したが、痰が多いことや嚥下機能低下を考慮し気管切開孔は残されていた。その後３ヵ月の経管栄養を経て、言語聴覚士介入のもとソフト食まで食上げ。摂取も安定し、栄養状態の改善も見られていたが、右気胸を２度発症し栄養状態はさらに低下、Alb1.9g/dL となった。このタイミングで、安全な経口摂取・栄養状態の改善を目的とし、摂食・嚥下ケアチームの介入が開始した。



チームではこの患者に対し、上記の介入を行った。食事に関しては、①低栄養の改善、②気胸に伴う必要エネルギーの増加、③その確保が課題として挙げられた。エネルギーを確保するためには食事量を増やすことが無難だが、この場合廃用が進んでおり、食事への耐久性が低いことから、食事量を増やすことは誤嚥リスクにつながるとチームで判断していた。そのため、食事量を増やさずに栄養量を確保する必要があり、その手段して、MCT オイル入りのソフト粥であるパワーライスを提供することにした。

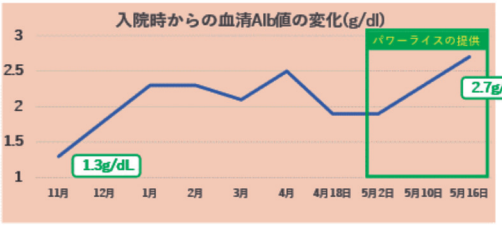


MCT オイルとは、中鎖脂肪酸のことを指す。一般的な油脂である長鎖脂肪酸の 4 倍の速度で吸収され、エネルギー効率が高い特徴がある。また、たんぱく質合成に関与することや、少量でエネルギーアップが可能なことから、低栄養改善目的でも用いられる。加えて、無味無臭であり、補助食品独特の匂いも無いため、患者が摂取しやすい。今回はソフト粥半量に対して約 50kcal 分の MCT オイルを付加し、毎食提供した。

【結果】

提供から 14 日目で Alb1.9g/dL から 2.7g/dL まで改善が見られた。患者はその後転院され、転院先でもパワーライスを継続して頂くこととなった。

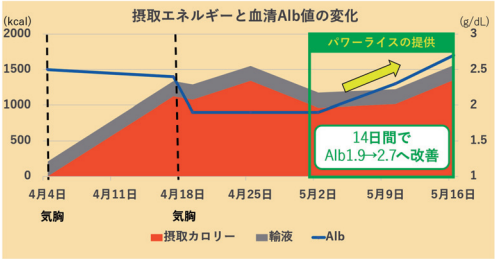
入院時からの変化



入院時からの比較は、以上の通りである。

摂取エネルギーと Alb 値の変化を比較したものは以下の通りである。MCT オイルによるエネルギーの確保もあり、気胸の発症後は平均して 1000kcal 以上の摂取を維持することができた。

介入前後の変化



【考察】

この栄養状態の改善には、MCT オイルによるエネルギーの確保と、たんぱく質の合成促進効果が大きく影響したと考える。また、この症例では Alb1g/dL 台にも関わらず、新規の褥瘡発生は無かった。脂質を多く摂取していたこと・たんぱく質合成が進んだことが、皮膚形成の維持に繋がっていたと考える。

しかし、経口摂取に至るまでは、義歯調整や口腔ケア、ADL の向上に必要不可欠なリハビリテーションなど様々な関わりが存在する。今回は、経口摂取という土台があった上で栄養介入を行い、食事によって更なる効果を発揮できた症例であったと考える。

【まとめ】

摂食・嚥下ケアチームにおいて、誤嚥リスクのある低栄養の患者に対し、食事量を増やさず栄養量を確保する手段としてパワーライスを用いたところ、短期間で栄養状態の改善を図ることができた。

摂食・嚥下リハビリテーションを安全かつ効果的に進める上で、栄養管理は必要不可欠である。また管理栄養士がチームに介入することで、多職種と情報共有を行い、より細やかな栄養介入が可能となる。安全に口から食べる支援が出来るよう、今後もチームの活動に取り組んでいきたい。

「食べたい」と願う患者の思いに寄り添い経口摂取を支援した一事例

JA 秋田厚生連　由利組合総合病院
9 階しょうぶ病棟
摂食・嚥下障害看護認定看護師
○鵜沼静香

key word：患者の思い、経口摂取、誤嚥性肺炎、多職種カンファレンス

【はじめに】

誤嚥性肺炎は、2017 年より厚生労働省による人口動態調査の死因順位として肺炎とは別分類の項目として追加されており、2020 年の死因順位は 6 位であった。誤嚥性肺炎の予防として、口腔ケアや嚥下リハビリテーションが効果的であるということは既に知られているが、近年は“食べて治す病気”と言われており、食形態やポジショニングなど様々な工夫や調整が注目されている。

当地域は高齢化率が非常に高く、加齢に伴う嚥下機能低下や廃用症候群による摂食・嚥下障害により誤嚥性肺炎を生じる事例が多い。当院では 2020 年 11 月に「摂食・嚥下障害患者の“口から食べる”を支援し、ADL および QOL の維持・向上を目指す」を活動方針とし、歯科医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師（以下 CN）、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士、医療事務から成る摂食・嚥下ケアチームを発足した。週 1 回、昼食時間のミールラウンドで嚥下機能評価を行い、同日の多職種カンファレンスで食形態や栄養、食事介助方法など支援計画に関する協議を行い、病棟スタッフとの連携に努めている。

【目的】

誤嚥性肺炎を反復する事例は経口摂取の継続は困難と判断され、代替栄養として経管栄養や中心静脈栄養の選択を提示されることが未だ多い。しかし、食べることに対する価値観や人生観から代替栄養に拒否を示す患者もおり、その思いを尊重した看護が求められている。今回、短期間で誤嚥性肺炎での入退院を繰り返し、嚥下内視鏡検査の結果から、医師より代替栄養の選択を提示されたが、「食べたい。」と経口摂取の継続を強く希望した患者の思いを多職種で支援し、代替栄養へ移行することなく経口摂取継続のまま退院することができた事例を経験したので報告する。

【事例】

70 歳代男性。およそ 1 年前から誤嚥性肺炎で入退院を繰り返しており、今回も前回の退院から 10 日後に発熱と湿性咳嗽を主訴とし誤嚥性肺炎で再入院となった。介護状態区分は要介護 3 で入院前までショートステイを利用しており、施設では刻み食を自力で摂取していた。血管性パーキンソン症候群やアルコール性小脳失調症の既往があり、リスペリドンやコントミンなど複数の向精神薬を内服していた。無動や歩行障害などの症状があり、発語は少ないが意志の疎通は可能であった。日常生活動作は概ね一部介助レベルで、車椅子への移乗動作は腰など身体の一部を支える程度の介助で行えていた。入院時の栄養状態は ALB3.0g/dl、BMI15.3 と低く不良であった。

【方法】

患者と家族の意思を主治医や病棟スタッフ、摂食・嚥下ケアチームで共有し、誤嚥予防策を整え経口摂取を継続する方針とした。摂食・嚥下ケアチームによるカンファレンスで評価および支援計画について話し合い、その内容を CN が主治医および病棟スタッフへフィードバックし、実践へ繋げ、患者が安全に経口摂取を継続することができるよう支援した。

介入開始後の変化を振り返るためのアセスメントツールとして、「口から食べるバランスチャート」（以下 KTBC）を用いて評価を行った。

【倫理的配慮】

患者および家族に本研究会の趣旨を説明し、発表の際は個人が特定されないようプライバシーの保護を厳守することを約束し同意を得た。また、所属機関の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

抗生剤治療により肺炎像の改善を得られ、入院 3 日目より日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013（以下学会分類）コード 1 j に相当するゼリーで経口摂取を開始した。入院 8 日目より学会分類コード 3 に相当するソフト

食へ変更した。以降、誤嚥性肺炎の再燃なく経過し、入院26日目に地域包括ケア病棟へ転棟した。食事動作は、ポジショニングの調整と食具の準備を行えば自力で摂取することが可能であった。しかし、カレースプーン山盛りほどの一口量で摂取ペースも早く、ムセながら食べ続けていた。痰の絡みも観られたが、咳嗽力が弱く自力喀痰は困難な状況であった。口腔内には唾液が貯留しており、座位時は常に流涎が観られていた。

フィジカルアセスメントの結果より、誤嚥性肺炎再燃のリスクが非常に高いと判断し、転棟当日より摂食・嚥下ケアチームでの介入を開始した。初回介入時のKTBCを用いた評価では、栄養の他、呼吸状態、口腔状態、活動の項目で評価点数の低さが目立った（表１）。

表１：KTBCを用いた初回介入時のアセスメント

項目	評価点数	観察・アセスメント
①食べる意欲	5	毎食ほぼ全量摂取されており、食べる意欲は十分にあり、強みと言える。
②全身状態	3	入院時より抗生剤治療を開始し治療効果を得られ、約1ヶ月間発熱なく経過している。
③呼吸状態	2	食後に限らず痰の貯留があり、日中から就寝前まで5～6回の吸引を要する。痰の性状は粘稠性で量は中等量から多量。咳嗽力が弱く自力喀痰は困難である。
④口腔状態	2	歯牙の欠損あり残歯は12本。義歯は未作成。う蝕がありロ腔内は不衛生な状況である。今後、歯科の治療やケアを検討する。
⑤認知機能（食事中）	4	食事に集中できているが、一口量やペース配分が不良であるため、食具の調整および見守りを要する。
⑥咀嚼・送り込み	3	咀嚼動作は緩慢だが、口唇閉鎖可能で送り込み動作も行えている。
⑦嚥下	3	ムセや咽頭残留を認めるが、呼吸状態に変化なくSp02値の低下もない。
⑧姿勢・耐久性	4	身体の一部を支える程度の軽介助で車椅子へ移乗できる。耐久性が低いため、ベッド上リクライニング位においては姿勢が崩れやすいため、ポジショニングの調整を要する。
⑨食事動作	4	テーブルの高さの調整などセッティング介助は必要だが、右手でスプーン、左手で食器を持ち自力摂取できている。
⑩活動	2	車椅子乗車を行ってもすぐに臥床したがる様子あり、活動に対する自発性は低い。
⑪摂食状況レベル	4	3食経口摂取で補助栄養は取り入れていない。10時と15時に水分摂取も行えている。
⑫食物形態	4	ソフト食（主食1/2量）を摂取しており、水分には強めのとろみを付けている。
⑬栄養	1	ALB2.1g/dl，CRP6.3mg/dl，体重29.1kg，BMI14.6 長期的に低栄養の状態にあり、総点数は0点。

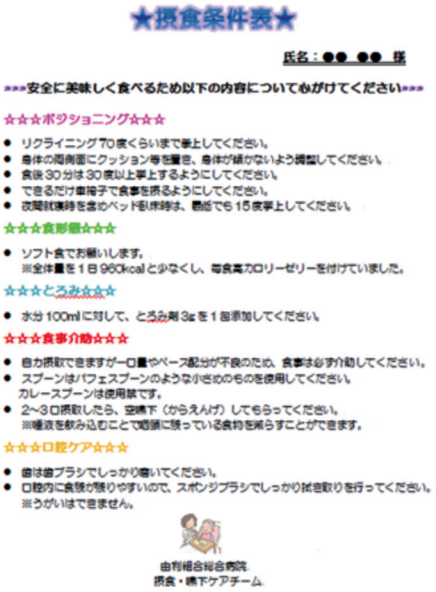
この結果をもとに摂食・嚥下ケアチームでカンファレンスを行い、病棟スタッフと支援内容を共有した。誤嚥性肺炎予防の基本である口腔ケアに関しては、食後だけではなく食前にも行うこととした他、歯科での専門的歯面清掃とう蝕の治療も受け、口腔衛生の改善を図った。活動に関しては、不顕性誤嚥の予防も兼ねて車椅子乗車を積極的に行い離床促進に努めた。

介入開始後11日目に耳鼻咽喉科で嚥下内視鏡検査による嚥下機能評価を受けた。嚥下内視鏡検査の結果は、スコア評価基準（兵頭スコア）より梨状陥凹などの唾液貯留３点、咳反射・声門閉鎖反射の惹起性２点、嚥下反射の惹起性２点、咽頭クリアランス１点、合計スコア８点で、中等度から高度の嚥下障害と診断された。更に、経口摂取の継続は誤嚥性肺炎必発と評価され、耳鼻咽喉科の医師より経管栄養もしくは誤嚥防止術を推奨された。しかし、ALBが基準値以下の低栄養状態が長期的に続いており、胃瘻造設を含め手術を受けることは難しく、優先的に検討されたのは経鼻栄養チューブによる経管栄養であった。患者は主治医から説明を受けたが、「管は嫌だ。」「食べたい。」と経管栄養を拒否し、経口摂取の継続を希望した。後日、家族も主治医から嚥下内視鏡検査の結果と代替栄養の選択について説明を受け悩んだが、「食べることが大好きな人なので、本人の気持ちを尊重して欲しい。」と経口摂取の継続を希望した。

患者および家族の意思を主治医や病棟スタッフ、摂食・嚥下ケアチームで共有し、多職種カンファレンスを行い、経口摂取を安全に継続するための誤嚥予防策を整えた。複数服用していた向精神薬は漸次減量し、精神症状の変化が現れていないことを確認し中止とした。食形態はソフト食が最も適していると判断されたが、安全な提供量となるよう主食副食とも1/2量へ減量した。ポジショニングについては、耐久性が低くベッド上リクライニング位でも姿勢が崩れがちであったため、足底や体幹側面にクッションやバスタオルを用いて調整した。また、臥床時および夜間就寝時はリクライニング15度以上とし、不顕性誤嚥の予防を図った。食具については一口量が多くならないよう小さいスプーンへ変更し、咽頭残留を回避するため複数回嚥下の指導も行った。その後、発熱や食事摂取量の低下なく経過し、ショートステイ利用で退院予定となった。しかし、退院予定の10日前に発熱を認め、誤嚥性肺炎再燃にて再び絶食となった。主治医は経管栄養への移行を検討していたが、患者の意思は変わらず、「食べたい。」と強く希望した。再度多職種カンファレンスを行い、誤嚥予防策について改めて見直しを行った。食事提供量は更に減量し通常量の1/3とした。患者の必要栄養量は1,244kcalであったため、不足分を高カロリーゼリーで補い１日の摂取栄養量を約960kcalとして調整した。また、一口量や摂取ペースが不良であったことから自力摂取自体が安全ではないと考えられ、全介助での食事摂取へ変更した。

その後は誤嚥性肺炎の再燃なく経過し、家族や担当ケアマネージャー、施設職員との退院前のサービス担当者会議で誤嚥予防策をまとめた摂食条件の共有を図り（資料１）、入院80日目で退院を迎えた。

資料１：摂食条件表



★摂食条件表★

氏名：●● ●● 様

＊＊＊安全に美味しく食べるため以下の内容についてお心がけてください＊＊＊

☆☆☆ポジショニング☆☆☆

- リクライニング70度くらいまで挙上してください。
- 身体の両側面にクッション等を置き、身体が傾かないよう調整してください。
- 食後30分は30度以上挙上するようにしてください。
- できるだけ車椅子で食事を摂るようにしてください。
- 夜間就寝時を含めベッド臥床時は、最低でも15度挙上してください。

☆☆☆食形態☆☆☆

- ソフト食でお願いします。
  ※全体量を１日960kcalと少なくし、毎食高カロリーゼリーを付けていました。

☆☆☆とろみ☆☆☆

- 水分100mlに対して、とろみ剤3gを１回添加してください。

☆☆☆食事介助☆☆☆

- 自力摂取できますが一口量やペース配分が不良のため、食事は必ず介助してください。
- スプーンはパフェスプーンのような小さめのものを使用してください。
  カレースプーンは使用禁です。
- 2～3口摂取したら、空嚥下（からえんげ）してもらってください。
  ※唾液を飲み込むことで誤嚥に陥っている食物を減らすことができます。

☆☆☆口腔ケア☆☆☆

- 歯は歯ブラシでしっかり磨いてください。
- 口腔内に食物が残りやすいので、スポンジブラシでしっかり拭き取りを行ってください。
  ※うがいはできません。

由利組合総合病院
摂食・嚥下ケアチーム

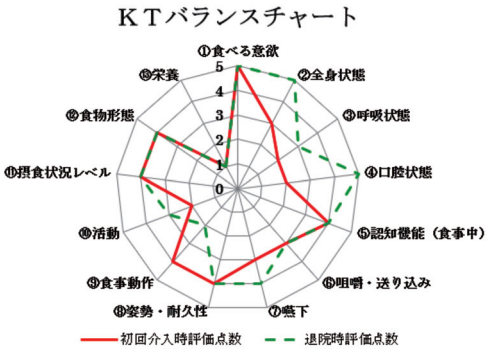
初回介入時にKTBCで評価点数が低かった全身状態、口腔状態、活動は多職種で協働し多面的にアプローチした結果、改善を得ることができた。但し食事動作においては、全介助への変更に伴い自力での食事動作の割合が下がったため、評価点数が低くなった（表２）。

表２：KTBCを用いた介入終了時（退院時）のアセスメント

項目	評価点数	観察・アセスメント
①食べる意欲	5	経管栄養は断固として拒否。発熱のため一時的な欠食時も食べる意欲を常に持ち続けることができていた。
②全身状態	5	誤嚥予防策の共有と多面的アプローチにより、発熱など誤嚥徴候なく安定した。
③呼吸状態	3	自力での効果的な痰出は図られなかったが、食前の吸引を定例処置としたことで、食後の吸引は必要な場合のみとなり吸引回数が減った。
④口腔状態	5	食前食後の口腔ケアの他、歯科でのう蝕治療・専門的歯面清掃の効果により、口腔衛生は良好となった。
⑤認知機能（食事中）	4	全介助での食事へ変更となったが、集中して食事に向かうことができていた。
⑥咀嚼・送り込み	3	介入開始時と変化はなかった。
⑦嚥下	4	時々ムセることはあったが、複数回嚥下により食後の痰のからみが減り咽頭クリアランスの改善を図ることができた。
⑧姿勢・耐久性	4	ベッド上リクライニング位では姿勢が崩れやすいため、バスタオルやクッションでポジショニングを整えた。車椅子での食事はベッド上ほどの崩れはなく安定していた。
⑨食事動作	2	安全性を保つため、やむなく全介助へ変更した。水分摂取時のみ見守りのもと自力摂取可とした。連続飲みはせず、少量ずつ摂取できていた。
⑩活動	3	向精神薬の減量および中止により、日中の覚醒時間を保つことが可能となり、車椅子での離床時間も増えた。
⑪摂食状況レベル	4	安全な食事提供量となるよう全体1/3量へ減量した分、必要栄養量を補うため毎食カロリーゼリーを付加した。
⑫食物形態	4	嚥下状況よりソフト食が最も安全であると判断し、食形態の変更は行わなかった。
⑬栄養	1	ALB2.2g/dl、CRP6.2mg/dl、体重29.9kg、BMI15　総点数0点 今後も栄養フォローが必要であることを施設職員へ申し送りした。

初回介入時と介入終了時の評価点数をレーダーチャートに反映させ可視化し、病棟スタッフと共有した（図１）。

図１：KTBCを用いた初回介入時と介入終了時の変化



この結果について自由記載で感想や意見を募ったところ、「食べたいと希望する気持ちに寄り添い、車椅子乗車や食事介助などみんなで支援した結果が経口摂取を続けることに繋がったと思う。」、「誤嚥性肺炎必発と評価されても、様々な工夫をして経口摂取を続けることができ、とてもいいケースだったと思う。」、「口から食べることの大切さ、患者さんの思いに寄り添うことの大切さを改めて感じた。」などの記載があり、意思決定や倫理的側面においても学びの深い事例となった。

【考察】

誤嚥性肺炎は重症化すると生命に危険を及ぼす軽視できない疾患である。経口摂取の継続は誤嚥性肺炎必発とまで評価された今回の事例に対するアプローチは、倫理的問題を感じる場面もあった。難しい事例ほど倫理的視点の気づきと英知を集めた多職種カンファレンスが重要かつ役立つものとなり、患者の意思を尊重した看護ケアに繋がっていくのではないかと改めて感じた。

宮脇は、「意思決定において最も考慮されるべきは、患者や家族の価値観や人生観であり、患者と医療者がともに納得できるような選択ができるようコミュニケーションを深める必要がある。」[1)]と述べている。新型コロナウイルスに対する感染対策のため面会禁止が続いており、肝要である患者と家族での意思確認を行うことができずコミュニケーションを深めることが難しい状況であった。現在も未だ面会禁止が緩和の方向へ至っておらず、家族は患者の食事場面を実際に見ることが難しく十分な話し合いも行えない状況が続いている。今回の事例のように、進行性の疾患や加齢・廃用症候群に伴う摂食・嚥下障害により経口摂取を継続することが困難となり、代替栄養を提示される場面に直面することは今後も往々にあると思

われる。患者を中心に多職種でのコミュニケーションを深め、代替栄養へ移行するタイミングとして今が適切なのか、安全に経口摂取を継続するための代償方法はないか等、十分に話し合った結果が納得のできるものとなるよう、患者に寄り添いながら支援することが重要であると考える。加えて、このような場合の意思決定においては、患者の食事場面に最も関与している私たち看護師の観察やアセスメント能力が要となるため、食支援に関するスキルも大切であると考える。

また前田は、「食支援は非常に多くの要素に目を向け、その多くの要素をぬかりなく支援することが重要である。つまり、嚥下リハビリテーションを実施することだけが食支援ではない。」[2)]と述べている。主治医や病棟スタッフ、摂食・嚥下ケアチームで患者の意思を共有し、多職種カンファレンスを重ね、患者の強みや弱みから摂食条件を整え、実践に繋げ、経口摂取を継続したままで退院を迎えることができた。これは、主治医や病棟スタッフ、摂食・嚥下ケアチームの間で連携が図られ、患者を支援するすべての医療スタッフが諦めずに粘り強く支援した結果である。何より患者の“食べる意欲”が私たち医療スタッフに共感を与え、成功を導いてくれたのではないかと強く感じる。

【結論】

「食べたい。」と願う患者の思いを尊重し、嚥下機能のみに着目した介入ではなく、多職種で多面的かつ包括的に支援したことにより、患者の希望通り経口摂取を継続することができた。

【結語】

食べたいと願う患者の思いを支えることはその人らしさを支えることに繋がるため、患者の価値観や人生観に寄り添い、CN としての役割を遂行していきたい。

【引用文献】

1）宮脇美保子：身近な事例で学ぶ看護倫理、中央法規出版、P64 ～ 66、2010
2）小山珠美編集：口から食べる幸せをサポートする包括的スキル－ KT バランスチャート活用と支援－第 2 版、医学書院、P 7 ～ 9 、2017

【参考文献】

藤島一郎：嚥下障害をめぐる倫理的な諸問題、嚥下医学 2021 第 10 巻第 1 号、P45 ～ 52

外来呼吸理学療法によって趣味であるスキーが可能となった胸部食道がん術後の１症例

リハビリテーション科　佐　藤　亜　矢

key word：胸部食道がん　呼吸困難感　外来理学療法　食事の見直し

【要旨】

目的：労作時呼吸困難感を訴える胸部食道がん術後の症例に対する外来呼吸理学療法に関わり、趣味であるスキーが行えるまで回復したので報告する。

症例：60 代男性で、１年３か月前にＡ病院で食道切除再建術、右肺下葉合併切除及び胃ろう造設術が施行された。退院後、徐々に労作時呼吸困難感が強くなり、当院での呼吸理学療法開始となった。

経過：理学療法は外来で週１回行い、口すぼめ呼吸による呼吸コントロール、呼吸体操、歩行練習及び筋力強化練習を指導した。呼吸法及び運動指導と並行して嗜好品に偏っていた食事の見直しを図った。開始から 116 日後の最終評価では、６分間歩行距離が改善し、趣味であるスキーが行えるようになったため理学療法終了とした。

結語：本症例は前医退院後、徐々に呼吸困難感が増悪した。当院での外来理学療法によって呼吸困難感への対処法を獲得し、運動習慣をつけることで趣味であるスキーを行えるようになった。

【はじめに】

食道がん術後の患者は、術後の不快症状を含めた生活上の困難を抱え、新たな生活を構築する必要がある[1]とされており、食道がん患者に対し在宅まで術後３か月の理学療法介入を行った結果、スポーツへの従事時間が増加したという報告がある[2]。しかしながら本邦では、周術期における早期離床、理学療法の重要性は確立されているものの、外来の運動リハビリテーション（以下、リハビリ）は不十分なのが現状である[3]。2023 年に策定された第４期がん対策基本計画の骨子[4]では、がん患者は病状の進行により、日常生活に次第に支障をきたし、著しく生活の質は悪化するということがしばしば見られ、がん患者のリハビリを充実する必要があるとされており、外来におけるリハビリの重要性は増している。

今回、１年３か月前に胸部食道がんに対する手術を受けた症例に対し、外来理学療法を行った。症例は退院後から徐々に咳嗽や呼吸困難感が増加し、身体活動性が低下していた。また、「これまでのように食べられない」といった飲み込みへの不満があり、食事や間食が嗜好品に偏っていた。そこで、外来理学療法では呼吸コントロールの獲得と運動負荷量の調整を図りながら食事内容の見直しを図った。結果、６分間歩行距離（6-minute walking distance：以下、６MWD）の向上が得られ、趣味であるスキーが行えるようになったので報告する。

【本症例報告に関する説明と同意】

症例には本報告の趣旨と内容を口頭及び文書にて説明し、書面にて同意を得た。

【症例紹介】

症例は 60 歳代後半の無職の男性（身長 165㎝、体重 40.5kg、BMI14.7kg /m^2）で、併存症はなかったが、喫煙歴が 20 歳から１日 20 本、20 年間であった。妻と息子の３人暮らしで、日常生活動作は自立し車の運転も行っていた。１年３か月前に胸部食道がんに対し、Ａ病院で開腹下胃噴門部切除、右下葉合併切除、胸骨後路胃管再建、胃ろう増設術を施行された。退院後、徐々に呼吸困難感が増加し、Ｘ日リハビリ目的に当院へ紹介となった。内服薬はタケキャブ錠のみであった。

【評価（表１、2)】

肺機能（検査日：Ｘ＋５日）は努力性肺活量（forced vital capacity：以下、FVC）1.77L、１秒量（forced expiratory volume in 1 second：以下、FEV1）1.73L、１秒率（FEV1/FVC：以下、FEV1%）97.74%、最大呼気流量（peak expiratory flow：以下、PEF）4.26L/sec であった。血液検査（検査日：Ｘ＋５日）は血清アルブミン（albumin：以下、Alb）4.1、総タンパク質（total protein：以下、TP）6.8、ヘモグロビン（hemoglobin：以下、Hb）13.7 で、心臓超音波検査（検査日：Ｘ＋16 日）では左室駆出率 69.8%、左室拡張能の指標である E/e’が 9.54 であった。

表１：肺機能／血液検査／心臓超音波検査

			初回評価	最終評価
肺機能	FVC(%FVC)	L	1.77(49.3)	1.96(54.5)
	FEV1(%FEV1)	L	1.73(58.8)	1.91(64.9)
	FEV1%	%	97.74	97.44
	PEF(%PEF)	L/sec	4.26 (53.1)	5.96(74.4)
血液検査	Alb		4.1	4.2
	TP		6.8	7.0
	Hb		13.7	14.7
心臓超音波検査	LVEF	%	69.8	―
	E/e'		9.54	―

FVC(forced vital capacity)：努力性肺活量（%FVC：予測値に対する努力性肺活量）
FEV1(forced expiratory volume in 1 second)：1秒量（%FEV1：予測値に対する1秒量）
FEV1%：FEV1/FVC：1秒率
PEF(peak expiratory flow)：最大呼気流量（%PEF：予測値に対する最大呼気流量）
Alb(albumin)：血清
TP(total protein)：総タンパク質
Hb(hemoglobin)：ヘモグロビン
LVEF(left ventricle ejection fraction)：左室駆出率
E/e'：拡張能指標

表２：６分間歩行距離と体重

	初回評価	最終評価
6MWD(m)	410	480
修正Borg Scale (歩行前→歩行後)	0→4	2→4
SpO_2 (歩行前→歩行後)	98→98	95→96
HR (歩行前→歩行後)	101→121	116→132
体重(kg)	40.5	43.9

6MWD(6-minute walking distance)：6分間歩行距離
SpO_2：経皮的動脈血酸素飽和度
HR(heart rate)：心拍数

理学療法評価（X 日）では浅い呼吸を呈しており深呼吸で容易に咳嗽が誘発された。安静時の経皮的酸素飽和度（以下、SpO_2）は 98%、深呼吸時 SpO_2 は 99%であった。快適歩行速度による 6 MWD は 410m、歩行後の SpO_2 は 98%、修正 Borg Scale は 4、歩行前心拍数（heart rate：以下、HR）は 101、歩行後 HR は 121 であった。主訴は「動くと苦しい、すぐに咳が出る、徐々に動けなくなってきた」と話していた。

１日の食事は 3:30 ラコール 400ml、7:30 バナナ１本、10:00 おやつ（せんべい等）、12:00 おかゆ、カップラーメン、15:00 おやつ（お菓子）、18:00 夕飯（おかゆ、肉、魚）という内容で、食事に関しては「以前のように食べられない、つっかえる、思い切り食べたい」と話していた。（表１、２）

【問題点と理学療法内容】

初期評価から本症例の問題点を①咳嗽による呼吸困難、②運動耐容能低下、③嗜好品に偏った食事、とした。これら問題点に対し、理学療法目的を労作時呼吸困難感の軽減と運動耐容能向上として介入を開始した。理学療法内容は、咳嗽を誘発させないように口すぼめ呼吸の習得を図り、少しずつ胸郭の柔軟性向上を目的に呼吸体操を追加した。運動耐容能を向上させるための歩行練習は１日 3000 歩から始めて 5000 歩へ漸増した（図１）。

これら呼吸練習と歩行練習に並行して、せんべいやカップラーメンなど嗜好品に偏っていた食事

図１：外来理学療法と自主練習内容

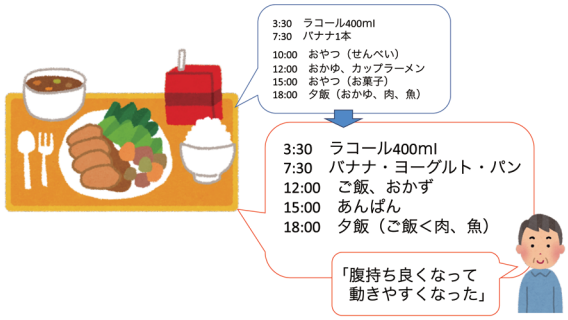


図２：食事の改善

を主菜、副菜等バランス良く摂取してもらうよう指導した（図２）。外来で理学療法を実施したのは 116 日間で 13 回、１回 40 分の介入を行った。週１回から始め、必要に応じて漸減した。（図２）

【経過（図３）】

初回評価時に嗜好品に偏っていた食事は、昼食時のカップラーメンを主菜と副菜へ、10 時や 15 時のせんべいやお菓子をバナナやあんぱんへ変更した。その結果、空腹感が少なくなり、毎日の歩数が 3000 歩から 5000 歩へ漸増した。外来３回目（X ＋ 10 日）に 6 MWD は 460m に向上したが、外来５回目（X ＋ 23 日）には 410m へ戻ったため、本人へ歩行状況を伺うと、「周りに比べて動けない」、「運動する必要性がわからない」、「こんな身体になってしまった」、といった発言が聞かれた。毎日の歩数も 3000 ～ 4000 歩程度に減少していた。そこで運動の目標を本人の趣味であるスキーに切り替え、スキーに必要なバランス練習や筋力強化練習を自主練習へ加えた。また、この頃には口すぼめ呼吸による呼吸コントロールが可能となり、咳嗽が生じにくくなったため呼吸体操も自主練習へ追加した。雪が降り始めた頃から雪寄せ作業時の寒冷に伴う苦痛が聞かれるようになった。動作に伴う腰痛や冷気に伴う胸部痛など症状は様々であったが、腰痛体操やマスク装着など、可能な限り対処法を提案し相談に応じた。外来 12 回目（X ＋ 86 日）にはスキーへ行けるようになり、外来１３回目（X ＋ 108 日）にはスキーの回数が週３回に増え、６MWD も 480m へ改善したので理学療法終了となった。（図３）

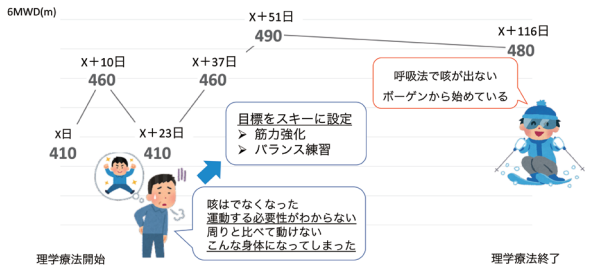


図３：６分間歩行距離と理学療法内容及び患者の主訴

【結果（表１、２）】

肺機能（検査日：X ＋ 51 日）は FVC が 1.77L（%FVC 49.3）から 1.96L（%FVC 54.5）、FEV1 が 1.73L（%FEV1 58.8）から 1.91L（%FEV1 64.9）と増加し、FEV1% は 97.74% から 97.44％と変わらず、PEF が 4.26L/sec（% PEF 53.1）から 5.96L/sec（%PEF 74.4）へ改善した。血液検査（検査日：X ＋ 72 日）は Alb が 4.1 から 4.2、TP が 6.8 から 7.0 と変わらず、Hb が 13.7 から 14.7 へ改善した。運動機能（X ＋ 116 日）は 6 分間歩行距離が 410m から 480m に改善し、歩行後 SpO_2 は 96%、修正 BorgScale は 4 で、歩行後 HR は 132 であった。体重は 40.5kg から 43.9kgに増加した。

【考察】

本症例は、胸部食道がんに対する手術から１年以上経過していた症例である。深呼吸や動作時に生じる咳嗽が呼吸困難を招いており、様々な活動を制限していた。また、これまでのように飲み込めないといった不満から食事が嗜好品へ偏っていた。食道がん患者における退院後の生活を調査した報告[1)5)]では、食生活の変化、体力の低下に不安を抱えているとされ、術後は筋力及び全身耐久性低下による身体活動量の低下が危惧される。本症例では咳嗽が呼吸困難感の一因となり、身体活動性の低下に繋がっていると考えられたため、先ずは咳嗽の対処法の獲得が重要であると考えた。吸気流速が速まる時や頸部伸展時に咳嗽が生じていたことから、口すぼめ呼吸による呼吸コントロールで咳嗽の軽減を図り、呼吸体操を行うことで呼吸筋群の柔軟性を高めた。呼吸法の習得によって咳嗽が軽減されたことで活動しやすくなり、歩行練習時の歩数を伸ばすことができたと考える。また、これら呼吸練習や歩行練習に並行して嗜好品に偏っていた食事内容を見直した。このことで運動時の空腹感が減少し、連続した歩行練習が可能となった。外来 3 回目の 6 MWD は 460 mとなり運動耐容能の向上が図られてきていた。しかし、次の 6 MWD では 410 mへと初回評価時と同等に落ちてしまったことから本人へ状況を確認したところ、「運動する理由がわからない」と目的を失っていた。佐藤ら[3)]は、食道がんの術後症例は入院中の周術期リハビリテーションは行われていても、退院後に継続した介入が行われていないのが現状であり、退院後に運動メニューのトレーニングや嚥下障害や栄養に関するアセスメントや指導が受けられないと身体機能が徐々に低下することが懸念されるとしている。また、朴ら[6)]は食道切除術後の患者において、退院後の身体機能は術前に比べて有意な差は無かったが身体活動量は大きく低下していることを報告している。本症例は退院後に趣味であるスキーに挑戦していた。しかしながら体力低下と運動時の咳嗽で継続が難しく数回で諦めていた。そこで、目標を本人の趣味であるスキーとし、運動へのモチベーション向上を図った。これまでの呼吸法や体操といったコンディショニングと歩行練習に加え、スキー動作に必要なバランス練習や筋力強化も追加し、自主練習メニューも変更した。結果、12 回目の外来ではスキーへ行った話を聞けるようになり、表情が明るくなった。その後はスキーの回数が少しずつ増え、最終的には週に 3 回スキーへ行くようになり身体活動性を上げることができた。

本症例の経験から、術後に様々な不快症状を抱えるとされる食道がん術後患者に対する呼吸理学療法では食事・運動・精神面等多方面からの支援が必要であると感じた。

【引用文献】

1）森恵子，秋元典子：食道がんのために食道切除術を受けた患者が抱える生活上の困難と対処に関する研究，岡山大学医学部保健学科紀要，16：39-48, 2005

2）M.Fagevik Olsen, G.Kjellby Wendt, E. Hammerlid et al：Effects of training intervention for enhancing recovery after ivor-lewis esophagus surgery : a randomized controlled traial. Scandinavian Journal of Surgery, 106(2) : 116-125, 2017.

3）佐藤弘，宮脇豊，藤原直人 他：食道外科における運動療法，外科と代謝・栄養，52(6),

4）厚生労働省：第 4 期がん対策基本計画 https://www.mhlw.go.jp/content/001077913.pdf (mhlw.go.jp) : 20-21, 2023

5）中村美鈴，城戸良弘：上部消化管がん患者が手術後の生活で困っている内容とその支援，自治医大看紀，3：19-31，2005

6）朴文華，立松典篤，坪山直生　他：食道切除術後患者の退院後の身体活動量および身体機能の変化，理学療法学，40（2）：120 ～ 121, 2013

がん患者サポート看護師におけるがん患者の意思決定支援アセスメントツール活用の評価と課題

Evaluation and challenge the use of decision-making support assessment tools for cancer patients by cancer patient support nurses

著者：打矢和子
共著：鈴木聡子　鈴木円花　福田麻実　渡邉利佳
Uchiya Kazuko
Suzuki Satoko, Suzuki Madoka, Fukuda Mami, Watanabe Rika

key words：がん患者　意思決定支援　アセスメントツール

要旨

Ⅰ　目的

がん患者サポート看護師がん患者の病状説明に同席する際の意思決定支援アセスメントツール作成・活用後の評価と課題を明確にする

Ⅱ　方法

1．がん患者サポート看護師５名の意思決定支援の際のアセスメントポイントの共有・検討
2．意思決定支援アセスメントポイントに沿ったテンプレート作成
3．活用後の有効性について聞き取り調査

Ⅲ　結果

1）アセスメントポイントが明確で記録しやすい
2）聞き忘れなく面談でき、自分の支援スキルも明確になった
3）共通認識を持ちやすく、次のケアにつながる
4）記録時間を短縮できた
5）追加として、今後の支援の方向性や家族の反応・状況があると良い
6）サポート看護師以外のスタッフが記録を見て、どう看護に活かしているかであった。

Ⅳ　考察

今回、がん患者サポート看護師が病状説明に同席する際の意思決定支援アセスメントポイントをテンプレートに凝縮し、アセスメントツールを作成・活用したことは、病状説明同席後の面談のしやすさ・情報共有・記録時間短縮において有効であった。しかし、その後、がん患者サポート看護師以外のスタッフがアセスメント内容をどのように看護に活かしているか不明な部分もあり、重要な課題である。そのため、今後はアセスメント内容の活用の現状を分析した上でがん患者家族のより良い支援の継続に向けた検討が必要である。

【背景・目的】

国内において男女とも全がんの粗罹患率は1975年以降増加し続け[1)]、生涯のうちに男女ともに２人に１人はがんに罹り、３人に１人はがんによって亡くなっている。また、がんは1981年以来わが国の死亡原因の第１位を占め、秋田県は1997年以来がん死亡率全国１位であり[2)]、Ａ病院においても年間700人前後の患者ががんと診断されている。がん患者の増加と共に、がんの集学的治療も進歩し、多様な治療選択が可能になってきている。その一方で、生と死が関わる医療上の選択を行う時には、患者自身にも患者の家族にも非常にプレッシャーがかかることが予想される[3)]。がん患者や家族が治療選択に悩む中で、石橋は看護師が常に患者本人の意思決定を尊重し、それを支えるための調整役を果たすことも看護師の役割である[4)]と述べている。そのため、Ａ病院では、2018年にがん看護専門看護師２名・緩和ケア認定看護師１名･がん化学療法看護認定看護師１名･皮膚・排泄ケア認定看護師１名の計５名でがん患

者サポート看護師チームを発足し、がん患者・家族の意思決定支援を目的に活動している。実際には年間平均90件のがん患者・家族の病状説明に同席し、その後のフォローを担っている。しかし、がん患者サポート看護師チーム定例会において、がん関連有資格者として、それぞれの知識・視点を持ち、意思決定に関わる中で、面談や支援の質保証に関する不安を抱えていることがわかった。そのため、意思決定支援の質の担保につながるような文献を検索すると「医師と患者が治療の情報を共有しコミュニケーションを良好にする補助ツール」や「がん患者の療養上の意思決定を支援する共有型看護相談モデル（Nursing Model for Supporting Shared Decision Making：ＮＳＳＤＭ)」はあったが、意思決定支援アセスメントポイントが明確に示された実践的なツールは見当たらなかった。そこで、A病院においてがん患者サポート看護師が病状説明に同席する際の意思決定支援アセスメントツールとしてテンプレートを作成したうえで、ツール活用後の評価と課題を明確にすることを目的に今後のがん看護における意思決定支援の在り方を検討した。

【方法】

１．患者サポート看護師５名の意思決定支援の際のアセスメントポイントの共有・検討

２．意思決定支援アセスメントポイントに沿ったツールとしてテンプレート作成・共有

３．テンプレート作成後の使用状況や有効性について、聞き取り調査をした。内容は、１）テンプレートの使用感覚、２）面談時の有効性、３）情報共有の有効性、４）看護記録と同席支援シートの重複部分削除による記録短縮効果、５）テンプレートの修正・追加、６）その他、課題である。

【結果】

１．がん患者サポート看護師５名（がん関連有資格者）それぞれの意思決定支援で大切にしていることやアセスメントポイントについて、文献や資料などを持ち寄り、テンプレート作成時に必要な項目など検討し、共通認識を持った。

２．検討した意思決定支援アセスメントポイントをテンプレートにまとめて作成した。

１)病状説明の受け止め方、２)意思決定のタイプ、３）コーピング、４）状況的サポート、５）気がかり、６）価値観、７）支援スキル、８）予後予測、９）ＳＴＡＳ―Ｊの９項目である。

３．テンプレートの使用状況や有効性について聞き取り調査した内容を以下に示す。

１）テンプレートの使用感覚については、「アセスメントポイントが明確になっているので記録する際もまとめやすい」、「アセスメントの視点がプラスされたように感じる」、「記録者が項目を選択できるので使いやすい」、「4側面でのアセスメントをさらに統合したトータルペインの視点で記録できる」、「以前より全人的にアセスメントしやすい」であった。

２）アセスメントツールとして面談時の有効性はどうかについては、「面談に臨む前に項目を確認するため、聞き忘れがなく、自分が行っている支援スキルも明確になり、有効であると思う」、「同席時ツールがあることで意識して同席できる」、「傾聴・共感・保証を多用していることで自分の面談スキルを客観視でき、振り返る副次的効果があった」、「コーピングスタイル、意思決定タイプに基づいた個別実践の基礎となった」との意見であった。

３）アセスメントツールとして情報共有での有効性はどうかについては、「特に気がかりや価値観の部分を共有することが多く、外来や病棟スタッフもそれを受けてケアしてくれている」、「記載項目すべて病状の受け止め方・状況的サポートなどから記録を見る側として情報収集・共有している」、「共通認識のもと次の関わりに役立つため有効だと感じる」、「整理された記録で視覚的に見やすく、効率的に情報共有できた」、「アセスメントツール作成時にメンバー内で共通認識を持てたため、作成過程を共有できたことに大きな意味があった」という意見であった。

４)看護記録と同席支援シートの重複部分見直し・削除による記録時間短縮効果はどうかについては、「テンプレートを使用することで記録も整理でき、また記録時間が短縮された」、「順序立てて頭を整理できるようになった」という意見であった。

５）アセスメントポイントやテンプレートなどの見直し・修正・追加・課題はどうかについては、「必要なことが網羅されていると思うので、今の時点では不都合はない」、「追加に関しては、面談後の患者・家族の反応や状態、今後の介入や支援の方向性について記載する欄があればいいなと思いました」、「同席・記録の時間確保が難しい状況」、「サポートメンバーは意識して関わり記録しているが、どのくらいのスタッフが記録を見て看護に活かしているのか？」、「がん看護の有資格者だけでなく、ジェネラリストにも普及できればよ

いが、視点の持ち方など教育的な関わりが必要であり、課題である」、「価値観の項目に何を記載するかが難しい、大切にしたいことなど表現を具体的にするか？あえて記録者にゆだねて幅を持たせるか？」という意見であった。

6）その他、気づいた点など自由意見は、「テンプレートが使用されている記録は、その記録部分だけで大まかな患者像が見える気がする」、「予後予測の項目選択に迷うことがありました」、「記録は面談者がその時アセスメントした一側面であるが、それが絶対的な正解であると、多職種にとらえられることもある」、「記録の共有で、その患者のためになるケアにつながることが目的であるが、何をどこまで書くか、記録の意図が読み手に伝わるか、不安に感じることは多々ある」という意見があった。

【考察・今後の課題】

がん患者・家族の意思決定支援アセスメントポイントをテンプレートに凝縮し、共有・活用したことは、がん患者サポート看護師にとって面談や情報共有のしやすさ、記録時間短縮において有効であった。

また、意思決定支援アセスメントツールの活用は、がん患者サポート看護師にとって病状説明同席や面談時の患者理解の指標にでき、支援スキルの保証につながったと考える。

しかし、他スタッフがどのように看護ケアに活かしているか不明であり、重要な課題である。

今後は、がん患者サポート看護師チームで作成した意思決定アセスメントツールやポイントを押さえた記録の共有や情報の活用など、がん関連のスペシャリストナースとジェネラリストナースの有機的な協働の元でがん患者や家族の利益につながる継続的支援の在り方の検討が必要である。また、日々意思決定を支援する看護師の倫理的苦悩への配慮に向けたピアサポート体制の強化も重要である。

【引用文献】

1）片野田耕太 , 祖父江友孝：悪性腫瘍（がん）診療を取り巻く環境を知るわが国のがんの推移と現状 . 内科 ,100：1006 － 1014,2007.
2）戸堀文雄他：2014 年秋田県地域がん登録の集計報告 . 秋田県医師会雑誌 ,67：38 － 50,2017.
3）浅井篤 , 田上美季：PART 2 意思表示能力の見極めから意思決定支援まで②何を指針として見極めるべきか . 看護 ,59：48 － 53,2007.
4）石橋美和子：特集倫理的問題に対処するトレーニング　看護における倫理的問題への実践的対応と考え方の基礎 .Quality Nursing, 8 ：22-27,2002.

新型コロナウイルスワクチン４回目接種における抗体価の推移と影響を与える因子の検討

臨床検査科
○北畠なつみ　仲谷淳美　柳原圭吾　佐藤和美
加藤　純　藤谷富美子　山内美佐　杉田暁大

Transition of anti-SARS-CoV-2 antibody titers and discussion about factors affecting the antibody titers after a fourth dose of COVID-19 vaccine

○ Natsumi Kitabatake, Atsumi Nakaya, Keigo Yanagihara, Kazumi Sato,
Jun Kato, Tomiko Fujiya, Misa Yamauchi, Akihiro Sugita

key words：新型コロナウイルス　ワクチン　抗体価

【要旨】

新型コロナウイルスワクチン接種においては、感染・発症等の予防効果が期待されている。今回の検討では、当臨床検査科職員を対象にワクチン４回目接種後の抗体価の測定を行い、抗体価に影響を与える因子について解析した。ワクチン４回目接種後２か月時点の抗体価は、２、３回目接種後に比べ70.8%の検体で高くなっていた。また、飲酒頻度が増えるほど抗体価が低くなる傾向が見られた。３回目接種後約８か月時点の抗体価は、２回目接種後８か月時点の抗体価の4.2倍であり、ワクチン接種を重ねることでより長期的な抗体価の維持が可能であることが示唆された。４回目のワクチン接種により、抗体価の獲得と維持が期待できる。また、飲酒を控えることによるさらなる抗体価の獲得が示唆された。

【はじめに】

新型コロナウイルス感染症は、現在も収束に至っていない。新型コロナウイルスワクチン接種により獲得できる抗体には、新型コロナウイルスに対する感染・発症等の予防効果が期待されている[1)]。これまで当臨床検査科では、ワクチン２回目、３回目接種後の抗体価の推移について検討を行ってきた。今回、４回目接種後の抗体価とそれに影響を与える因子について検討したので、報告する。

【対象と方法】

新型コロナウイルスワクチン接種４回目として、スパイクバックス筋注（モデルナ社）を接種した臨床検査科職員25名を対象とした。対象者は、ワクチン接種１回目～３回目ではコミナティ筋注（ファイザー社）を接種している。接種から１週後、２週後、１か月後、２か月後に採血・抗体価測定を行い、抗体価の推移について２回目、３回目接種後の結果と比較した。また、性別、年齢、喫煙頻度、飲酒頻度、身長、体重、BMI、ワクチン接種後の副反応数、解熱鎮痛剤の服用等について、抗体価との関連についての検討を行った。

ワクチン４回目を接種しなかった臨床検査科職員５名に関しても、４回目接種者と同時期に採血を行い、抗体価測定を行った。

【測定機器・試薬】

機器：Alinity i（Abbot社）
試薬：Alinity i SARS-CoV-2 IgG Ⅱ Quant（Abbot社）

カットオフ値は50.0AU/mL、測定上限は40000.0AU/mLである。

【結果】

４回目接種から２ヶ月後の抗体価の最大値は測定上限の40000.0AU/mLを超え、最小値は5828.2AU/mLであった。

３回目接種後の結果と比較すると、前回接種後に対する抗体価の上昇の度合いは、４回目は３回目に比べ緩やかであったが、接種後２か月時点の抗体価は70.8%の検体で４回目の方が高くなっていた。抗体価がピークに達したタイミングは、個人間でばらつきが見られた（表１、図１）。

４回目接種後２か月時点の抗体価と各項目との関連について、性別間での有意差は母数が少なく確認できなかった（図２）。

年齢、身長、体重、BMI、ワクチン接種後の副

	最大値	中央値	最小値	平均値
3回目 1週	>40000.0	20608.5	7211.3	
1か月	>40000.0	19608.5	10468.1	
2か月	37378.0	16065.7	5697.5	18915.9
4か月	24691.4	9069.1	2655.3	10223.0
4回目 1週	>40000.0	27996.3	11266.5	
2週	>40000.0	32354.5	10450.8	
1か月	>40000.0	27903.1	8369.0	
2か月	>40000.0	20029.1	5828.2	

表１　3､4回目ワクチン接種後の抗体価（AU/mL）

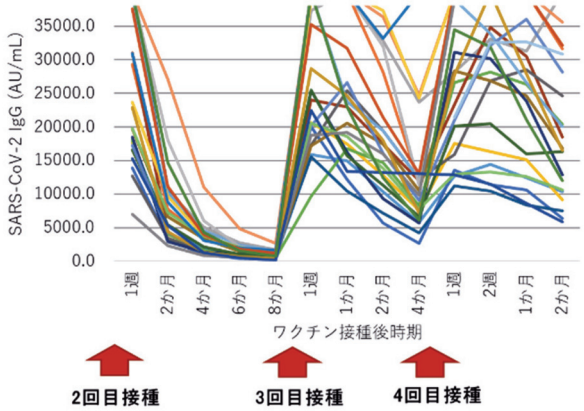
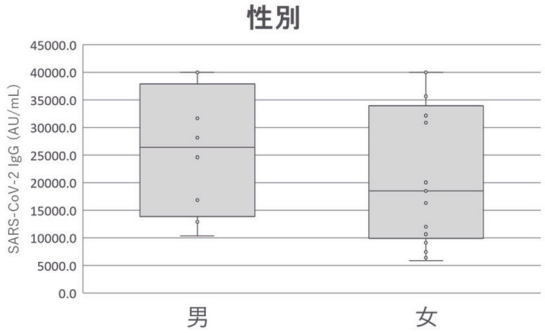


図１　２～４回目ワクチン接種後の抗体価推移



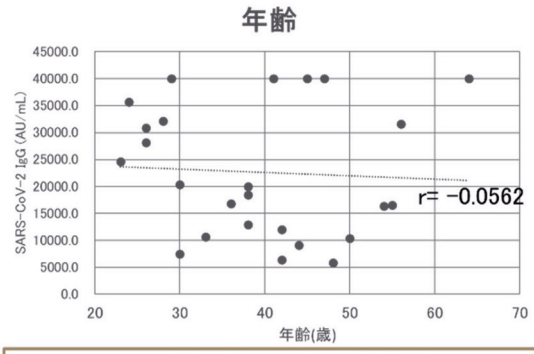
有意差は確認できず

図２　抗体価と性別との関連

反応数、解熱鎮痛剤の服用数について、それぞれ抗体価との強い相関は見られなかった（図３、４、５）。

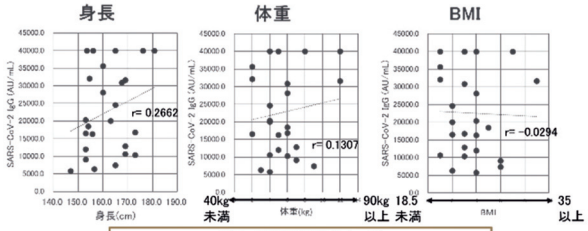
飲酒頻度についても強い相関は見られなかったが、飲酒頻度が高いほど抗体価が低くなる傾向が見られた。また、喫煙との関連については、喫煙者数が少なく、検討はできなかった（図６）。

また、４回目未接種者の抗体価は、接種者の１



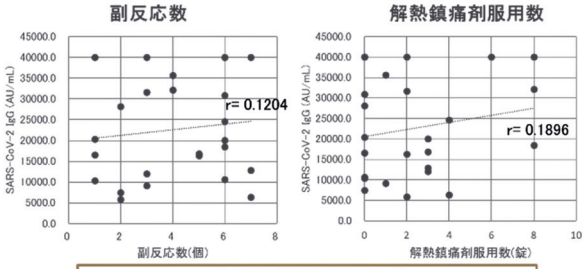
強い相関は見られず

図３　抗体価と年齢との関連



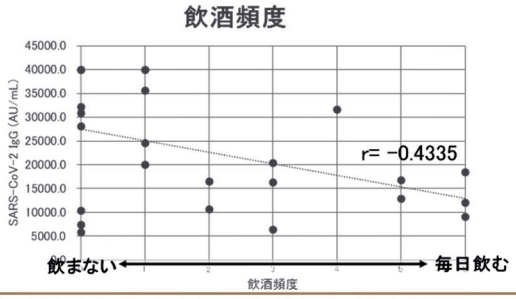
強い相関は見られず

図４　抗体価と身長、体重、BMI との関連



強い相関は見られず

図５　抗体価と副反応数、解熱鎮痛剤服用数との関連



飲酒頻度が高くなるにつれ抗体価が低くなっている

図６　抗体価と飲酒頻度との関連

週後にあたる、３回目接種から約８か月の時点で平均 3817.9AU/mL であった。５名中２名は途中でオミクロン株対応２価ワクチンの接種を行ったため、４回目接種者の２か月後時点の抗体価において上昇が見られた（図７）。

【考察】

接種後２か月時点の抗体価は、70.8% の検体で、４回目の方が３回目よりも高くなっており、より

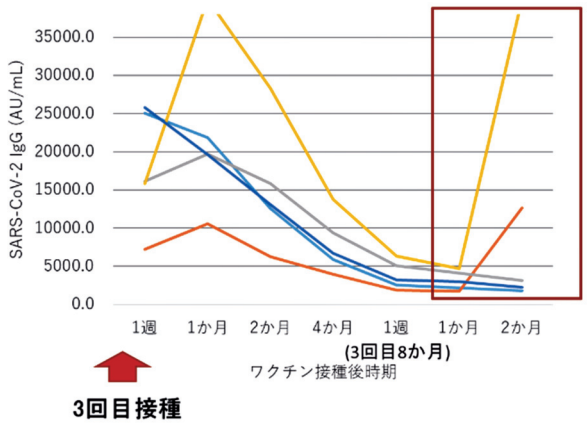


図７　４回目未接種者の抗体価推移

強いブースター効果を確認できた。今回の検討では、３回目まではファイザー社製、４回目はモデルナ社製のワクチンを接種している。３回目の際に１、２回目とは異なるワクチンを接種する交互接種の方が、抗体価が上昇しやすいとの報告もあり[2)3)]、今回の検討では４回目で異なるワクチンを接種したことが抗体価上昇の要因の１つになったと考えられる。

飲酒頻度と抗体価との関連に関しては、飲酒習慣がある人ほどワクチン接種後の抗体価が上がりにくいとする国内の研究があり[4)]、今回の検討でも同様の結果となった。ワクチン接種の効果を十分に得るためには飲酒を控えることが有用となる可能性がある。

肥満の人は、BMI の大きい人ほど循環血漿量あたりのワクチン量が少なくなることから、BMI が大きい人ほど抗体価が上昇しにくい傾向にあると考えたが、今回の検討では確認できなかった。また、男性では BMI が大きいほど抗体価が上昇しにくいという報告[5)]もあるがこれについても今回は確認できなかった。

今回、３回目接種後約８か月時点の抗体価は、２回目接種後８か月時点の抗体価の 4.2 倍であった。今回の結果からは、ワクチン接種を重ねることでより長期的な抗体価の維持が可能であることが示唆された。

【結語】

ワクチン４回目接種により、３回目接種以上の抗体価の獲得と長期間の抗体価の維持が期待できる。

今回の検討では、年齢、身長等各因子との相関は確認できなかった。しかし、抗体価の上昇の程度に飲酒頻度が影響を与える可能性があり、飲酒を控えることでより高い抗体価の獲得が可能であることが示唆された。

【参考文献】

１）厚生労働省：新型コロナワクチン Q&A 従来ワクチン（１価）による接種について、オミクロン株にも追加（３回目）接種の効果はありますか。
https://www.cov19-vaccine.mhlw.go.jp/qa/0111.html
最終閲覧　2022 年 10 月

２）伊藤澄信、他：新型コロナワクチン追加接種並びに適応拡大にかかわる免疫持続性および安全性調査（コホート調査）mRNA ワクチン初回接種者に対する３回目接種後中間報告（9）
https://www.mhlw.go.jp/content/10601000/001011553.pdf
最終閲覧　2022 年 10 月

３）Robert L. Atmar et al. :Homologous and Heterologous Covid-19 Booster Vaccinations, The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE 386:1046-1057,2022

４）Takahiro Kageyama et al. :Antibody responses to BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine and their predictors among healthcare workers in tertiary referral hospital in Japan, Clinical Microbiology and Infection 27: 1861.e1-1861.e-5,2021

５）Shohei Yamamoto et al.: Sex-associated differences between BMI and SARS-CoV-2 antibody titers following the BNT162b2 vaccine, Obesity 30:999-1003,2022

一般病棟における集中治療業務に遠隔支援を導入した取り組み

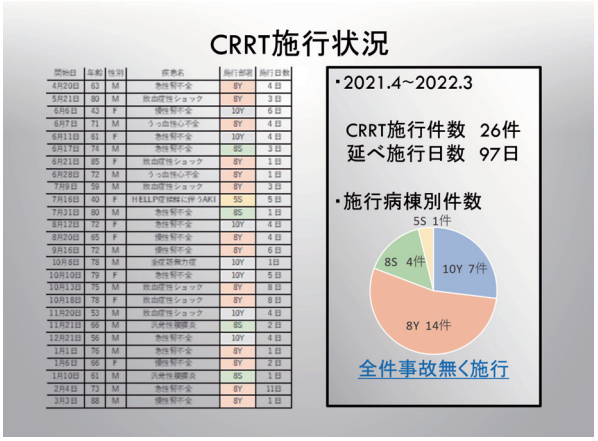
臨床工学科[1)]
岡田桂介[1)]　小松大[1)]　瀬田川舞子[1)]　佐藤周[1)]　池田欄[1)]
椎川雄一[1)]　釜台憲昭[1)]　髙橋広太[1)]　金辰徳[1)]

2021 年 3 月の ICU 閉棟に伴い、集中治療業務や生命維持管理装置の管理は一般病棟にて継続することが決定した。生命維持管理装置の使用率は ICU が最多だったので、一般病棟にて生命維持管理装置の使用機会が増えることが予測された。

この生命維持管理装置とは、人工呼吸器、血液浄化装置、補助循環装置（IABP、ECMO）、除細動器、体外式ペースメーカーなどの総称で、操作・管理には高度な専門知識が必要とされる。しかし、一般病棟では生命維持管理装置の使用経験が少ないことから、我々臨床工学科は人工呼吸器、血液浄化装置、IABP、ECMO とこれら 4 機種の学習会を開催した。

そして、2021 年 3 月に ICU 閉棟を迎えたが、生命維持管理装置の使用頻度は各診療科で一定ではなく、操作・管理の経験機会を設けづらいという課題は残っており、特に持続的腎代替療法（以下 CRRT）に使用する血液浄化装置は、操作も複雑でトラブル時は緊急返血を要する場合もあり、看護師より不安の声が多数あがったので、この問題を解決するべく CRRT に限り、CE は院内に待機しトラブル対応する事とした。

2021 年度の CRRT 施行状況を（図 1）に示す。泌尿器科が設置してある 8 階ゆり病棟以外の診療科でも数多く施行したが、院内待機体制をとって対応していたため全件事故なく施行する事が出来た。

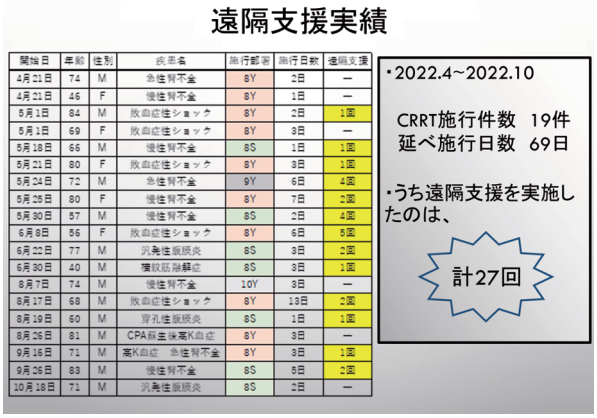


（図 1）2021 年度　CRRT 施行状況

しかし、生命維持管理装置の施行は予測できないため、急遽院内待機体制を構築するのは難しく、翌日の業務予定によっては夜間に院内待機を行ったスタッフがそのまま日勤を行うケースも発生し、スタッフの負担が大きくなっていった。そのため、負担が少なく安全にトラブル対処できる方法は無いものかと検討し、遠隔デバイスの TV 電話機能を利用して自宅待機でトラブル対応の遠隔支援を行うことにした。

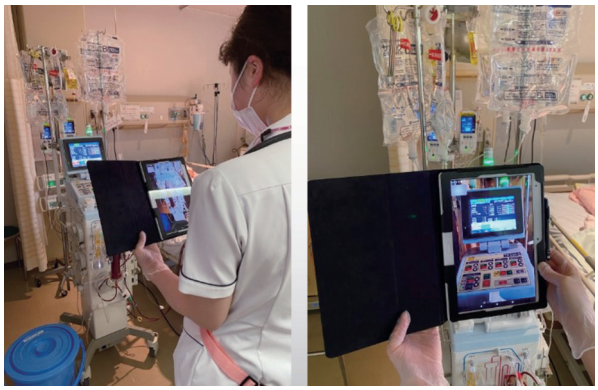
遠隔デバイスを用いて管理を行う背景には、従来の院内待機だと年間 100 万円ほどの人件費が発生していたが、遠隔デバイスを導入すれば CE と看護師がもつ遠隔デバイス端末 3 台と通信費用合計で年間 9 万円となり病院経営的にもコスト削減に繋がることも大きなメリットと考えた。また、前例の無い試みだったので、うまく活用し看護師の不安を軽減できるよう、部署内で協議し遠隔支援を開始した。

これが遠隔支援開始後より 2022 年 10 月までの施行実績で（図 2）、遠隔支援を実施したのは 27 回あった。



開始日	年齢	性別	疾患名	施行部署	施行日数	遠隔支援
4月21日	74	M	急性腎不全	8Y	2日	―
4月21日	46	F	慢性腎不全	8Y	1日	―
5月1日	84	M	敗血症性ショック	8Y	2日	1回
5月1日	69	F	敗血症性ショック	8Y	3日	―
5月18日	66	M	慢性腎不全	8S	1日	1回
5月21日	80	F	敗血症性ショック	8Y	3日	1回
5月24日	72	M	急性腎不全	9Y	6日	4回
5月25日	80	F	慢性腎不全	8Y	7日	2回
5月30日	57	M	慢性腎不全	8S	2日	4回
6月8日	56	F	敗血症性ショック	8Y	6日	5回
6月22日	77	M	汎発性腹膜炎	8S	3日	2回
6月30日	40	M	横紋筋融解症	8S	3日	1回
8月7日	74	M	慢性腎不全	10Y	3日	―
8月17日	68	M	敗血症性ショック	8Y	13日	2回
8月19日	60	M	穿孔性腹膜炎	8S	1日	1回
8月26日	81	M	CPA蘇生後高K血症	8Y	3日	―
9月16日	71	M	高K血症　急性腎不全	8Y	3日	1回
9月26日	83	M	慢性腎不全	8S	5日	2回
10月18日	71	M	汎発性腹膜炎	8S	2日	―

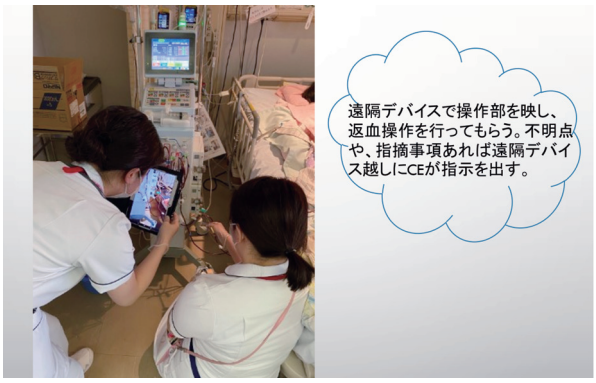
（図 2）2022 年　遠隔支援実績



（図 3）実際の遠隔支援

（図３）は実際の遠隔支援を行っている様子で、看護師は血液浄化器を前に遠隔デバイスを持ちCE と TV 電話を行って、トラブル対処している。

（図４）は緊急返血時の様子で、看護師は２人１組となり遠隔デバイスで操作部を映す担当、返血操作を行う担当に分かれ返血してもらっている。また、不明点や指摘事項あれば遠隔デバイス越しに CE が指示を出している。このように遠隔デバイスを使用してアラーム発生時のトラブル対処方法の説明、圧力表示の説明、緊急返血時の操作の誘導を行うことにより、安全にトラブル対処を行うことができた。



（図４）緊急返血を遠隔支援下で施行

今後の課題としてあげられるのは、遠隔デバイスを持つ CE 側の対応方法が統一されておらず、指示が異なる場合があるので、さらなるマニュアルの整備を進めるのはもちろんのこと、装置自体もさらに視覚的にも操作しやすいように工夫し、習熟度に応じた学習会を適宜開催していくなど病棟スタッフが機器に対して抵抗感を感じないようにすることが重要と考えている。また、現在は、CRRT のみで使用していたが、人工呼吸器や IABP 等の機器でのトラブル対応に活用していきたいと思う。

臨床各科各部門別年間統計

〔内　　科〕

2022年度退院患者疾病リスト

Ⅰ　感染症および寄生虫症	
敗血症・敗血症性ショック	65
感染性胃腸炎	6
急性腎盂腎炎・尿路感染症	32
帯状疱疹	4
COVID-19	152
インフルエンザA型	1
誤嚥性肺炎	62
胸膜炎	1
伝染性単核球症	1
肺膿瘍	1
ウイルス感染症（ウイルス特定なし）	2
マイコプラズマ肺炎	1
肺アスペルギルス症	1
右腸腰筋膿瘍・化膿性椎体炎	1
キャンピロバクター腸炎	1
小計	333
Ⅱ　新生物〈腫瘍〉のうち血液	
急性骨髄性白血病	31
慢性骨髄性白血病	2
急性リンパ性白血病	1
慢性リンパ性白血病	4
骨髄異形成症候群	20
慢性骨髄単球性白血病　CMMoL	10
ホジキンリンパ腫	9
非ホジキンリンパ腫	
びまん性大細胞型　DLBCL	44
濾胞性リンパ腫　FL	7
バーキットリンパ腫　BL	4
原発性中枢神経リンパ腫　PCNSL	2
末梢性T細胞性リンパ腫　PTCL	8
成人T細胞白血病・リンパ腫　ATLL	7
リンパ形質細胞性リンパ腫 LPL/WM	1
節外性NK/Tリンパ腫・鼻型	1
ALK陰性未分化大細胞性リンパ腫ALCL	2
多発性骨髄腫	13
骨髄増殖性疾患　MPD	1
本態性血小板血症　ET	1
原発性骨髄繊維症　MF	2
T細胞性前リンパ性白血病 T-PLL	1
Ⅱ　新生物〈腫瘍〉	
肺がん	2
癌性胸膜炎	1
原発不明がん	1
膀胱がん	1
小計	5
Ⅲ　血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	
免疫性血小板減少性紫斑病　ITP	10
再生不良性貧血	12
赤芽球癆	1
自己免疫性溶血性貧血 CAD	1
鉄欠乏性貧血	2
ビタミンB12欠乏性貧血	3
腎性貧血	1
小計	30
Ⅳ　内分泌、栄養および代謝疾患	
１型糖尿病	3
２型糖尿病	6
糖尿病性高浸透圧症候群	6
糖尿病性ケトアシドーシス	1
高ナトリウム血症	2
高カルシウム血症	3
高カリウム血症	3
低ナトリウム血症	11
低カリウム血症	2
低血糖	5
高アンモニア血症	1
甲状腺機能低下症	1
脱水症	51
小計	95
Ⅴ　精神および行動の疾患	
不安神経症	2
Ⅵ　神経系の疾患	
脳梗塞	2
てんかん	2
重症筋無力症　MG	1
蘇生後脳症	3
パーキンソン病	1
良性発作性頭位変換性めまい　BPPV	3
小計	12
Ⅸ　循環器系の疾患	
うっ血性心不全	21
高血圧性緊急症	1
肺高血圧症	1
来院時心肺停止	1
小計	24
Ⅹ　呼吸器系の疾患	
細菌性肺炎	52

間質性肺炎　IIP	7
慢性閉塞性肺疾患　COPD	5
I 型呼吸不全	2
II 型呼吸不全	1
喀血	1
気管支喘息	1
小計	69

Ⅺ　消化器系の疾患

出血性胃潰瘍	2
アフタ性口内炎	1
下部消化管出血	1
小計	4

Ⅻ　皮膚および皮下組織の疾患

蜂窩織炎	2

ⅩⅢ　筋骨格系および結合組織の疾患

SLE	2
MPO-ANCA 関連血管炎	2
ループス腸炎	2
皮膚筋炎	1
PSS	3
膝関節偽痛風	1
腰部脊柱管狭窄症	2
MCTD	1
小計	14

ⅩⅣ　尿路性器系の疾患

急性腎不全	8
慢性腎不全	8
ネフローゼ症候群	11
腎性浮腫	2
IgA 腎炎	3
慢性糸球体腎炎	11
多発性嚢胞腎　ADPCKD	1
小計	44

ⅩⅨ　損傷、中毒およびその他の外因の影響

急性薬物中毒	5
蜂刺れによるアナフィラキシーショック	3
脊椎圧迫骨折	1
薬疹	1
低体温	7
熱中症	2
小計	19

分類：ICD-10（国際疾病分類）

合　　計	812 件

〔循環器内科〕

●冠動脈造影検査件数　142 件

●冠血流予備量比 (FFR/iFR) 測定件数　62 件

●経皮的冠動脈インターベンション（PCI）
- ○ PCI 件数　182 件
- ○緊急 PCI 件数　69 件
- ○待機的 PCI 件数　113 件
- ○ POBA 件数　12 件
- ○薬剤溶出性ステント留置件数　145 件

●カテーテルアブレーション件数　19 件

● IABP 件数　　8 件

●末梢血管インターベンション (EVT) 件数 41 件

●下大静脈フィルター留置件数　7 件

●心エコー
- ○経胸壁心エコー件数　2881 件
- ○経食道心エコー件数　10 件

●核医学検査
- ○安静時心筋血流シンチ件数　　5 件
- ○薬物負荷心筋血流シンチ件数　6 件

●冠動脈 CT　　132 件

〔脳神経外科〕

2022 年 1 月 1 日～ 2022 年 12 月 31 日

●総入院数		614
脳梗塞：	273	
脳出血：	73	
くも膜下出血：	26	
脳腫瘍：	23	
てんかん：	28	
外傷関連：	8	
他	143	
●脳血管撮影（診断のみ）件数		166
● t-PA 静注療法		15
●脳神経外科的手術の総数（定位放射線治療除く）		143
脳腫瘍：(1) 摘出術	7	
脳腫瘍：(2) 生検術（開頭術）	2	
脳腫瘍：(2) 生検術（定位手術）	0	
脳腫瘍：(3) 経蝶形骨洞手術	0	
脳腫瘍：(4) 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	0	
脳腫瘍：その他	0	
脳血管障害：(1) 破裂脳動脈瘤	2	
脳血管障害：(2) 未破裂脳動脈瘤	5	
脳血管障害：(3) 脳動脈奇形	0	
脳血管障害：(4) 頚動脈内膜剥離術	2	
脳血管障害：(5) バイパス手術	1	
脳血管障害：(6) 高血圧性脳内出血（開頭・内視鏡）	7	
脳血管障害：(6)高血圧性脳内出血(定位)	0	
脳血管障害：その他	4	
外傷：(1) 急性硬膜外血腫	0	
外傷：(2) 急性硬膜下血腫	2	
外傷：(3) 減圧開頭術	0	
外傷：(4) 慢性硬膜下血腫	21	
外傷：その他	0	
奇形：(1) 頭蓋・脳	0	
水頭症：(1) 脳室シャント術	5	
水頭症：その他	1	
機能的手術：(3) 脳神経減圧術	0	
機能的手術：その他	0	
血管内手術：(1) 脳動脈瘤塞栓術（破裂）	18	
血管内手術：(1) 脳動脈瘤塞栓術（未破裂）	12	
血管内手術：(2) 動静脈奇形（脳）	1	
血管内手術：(2) 動静脈奇形（脊髄）	0	
血管内手術：(3) 閉塞性脳血管障害の総数	47	
（内、急性期脳血栓回収術	32）	
血管内手術：(3)（上記のうちステント使用例）	13	
血管内手術：その他	0	
その他：上記の分類全てに当てはまらない	6	

〔消化器内科〕

2022.1.1 ～ 2022.12.31　消化器内視鏡実録

胃内視鏡検査	3486
大腸内視鏡検査（上行結腸及び盲腸）	935
大腸内視鏡検査（下行結腸及び横行結腸）	20
大腸内視鏡検査（S 状結腸）	79
胃 EMR（その他ポリープ・粘膜切除）	4
十二指腸 EMR（その他ポリープ・粘膜切除）	1
大腸 EMR（直径 2 ㎝未満）	240
CSP（直径 2 ㎝未満）	82
大腸 EMR（直径 2 ㎝以上）	17
CSP（直径 2 ㎝以上）	1
食道 ESD（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）	1
胃 ESD（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）	24
大腸 ESD（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）	10
上部止血術、下部（小腸・結腸以外）止血術	48
超音波内視鏡検査（EUS）	34
超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）	13
イレウス用ロングチューブ挿入法	35
食道ステント留置術	4
胃・十二指腸ステント留置術	9
下部消化管ステント留置術	15
内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	11
食道狭窄拡張術（内視鏡）	1
食道狭窄拡張術（拡張用バルーン）	6
胃瘻造設術	5
内視鏡的結腸軸捻転解除術	8
内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術（EVL）	17
胆管・膵管造影法（ERCP）	154
内視鏡的胆道ステント留置術（ERBD）	106
内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	13
内視鏡的膵管ステント留置術	3
内視鏡的胆道、乳頭拡張術（EPBD）	2
内視鏡的胆道、乳頭拡張術（EPLBD）	8
内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみのもの）	41

内視鏡的乳頭切開術（胆道砕石術を伴うもの）	21
内視鏡的胆道結石除去術（胆道砕石を伴うもの）	24
内視鏡的胆道結石除去術（その他のもの）	33

2022.1.1 ～ 2022.12.31　超音波実績

ラジオ波焼灼療法 (RFA)	2
肝生検	7
うち肝腫瘍生検	5
経皮経肝胆嚢ドレナージ (PTGBD)	16
経皮経肝胆嚢穿刺吸引法 (PTGBA)	2
経皮経肝胆道ドレナージ (PTCD)	10

〔整 形 外 科〕

手術総数　735 件

脊髄・脊椎合計 148 件	
頚椎	
前方固定	1
脊柱管拡大術	18
後方固定	4
椎間孔開窓術（ヘルニア摘出術）	3
その他	1
胸椎・胸腰移行部	
椎弓切除	1
後方固定	3
椎体形成術	1
腰椎	
ヘルニア摘出術（Love)	9
ヘルニア摘出術（内視鏡下)	6
後側方固定術	10
椎体間固定術	52
椎弓切除・開窓術	15
抜釘	1
その他	17
脊柱側彎・後彎	6
骨盤部合計　12 件	
骨盤骨折	9
抜釘	2
その他	1
上肢帯・肩・上腕合計　52 件	
関節鏡視下手術	
鏡視下腱板修復術	5
人工関節置換術（人工骨頭含む）	1
骨接合術	
鎖骨（中 1/3）	11
鎖骨（遠位 1/3）	1
上腕骨近位端	21
上腕骨骨幹部	5
その他	8
肘・前腕合計　37 件	
骨接合術	
上腕骨顆上部	6
上腕骨通顆	3
上腕骨外顆	1
肘頭	5
前腕骨幹部	5
Monteggia	1
その他	2
その他の外傷	1
肘部管症候群	

Learmonth	5
異物、抜釘	5
その他	3
手関節・手合計　167 件	
断端形成	3
複合損傷 (骨 , 腱 , 血管 , 神経)	2
骨折	
橈骨遠位端骨折	49
尺骨遠位端骨折	6
舟状骨骨折	2
中手骨骨折	5
基節骨骨折	2
PIP 関節骨折	1
中節骨骨折	1
DIP 関節骨折	3
末節骨骨折	6
腱	
ばね指	26
de Quervain	1
屈筋腱縫合	1
伸筋腱縫合	3
腱移行	1
その他	1
神経	
手根管	27
縫合	3
剥離	1
関節形成術	
CM	3
感染症	1
異物、抜釘	13
その他	6
股関節・大腿合計　155 件	
THA	
Primary THA	18
revision THA	1
人工骨頭置換	44
骨接合術	
頸部内側	16
転子間	65
転子下	3
骨幹部	2
顆上部	2
その他	3
抜釘	1
膝合計　59 件	
変形性膝関節症、関節リウマチ	
TKA	23
UKA	3
関節鏡手術（滑膜切除、ドリリングなど）	1
その他（HTO、synovectomy など）	3
膝蓋大腿関節障害（膝蓋骨脱臼を含む）	
骨組織に対する手術	1
靭帯損傷	
ACL 再建術	4
半月損傷	
半月切除（部分切除、全切除）	2
半月縫合	1
膝蓋骨骨折	4
関節内骨折（大腿骨、脛骨）	9
抜釘	8
下腿・足部合計　87 件	
骨接合術	
下腿骨幹部骨折	4
足関節部骨折	38
踵骨骨折	10
足の骨折	3
アキレス腱断裂	10
断術（腫瘍以外）	2
陥入爪	1
その他	5
抜釘	14
腫瘍合計　18 件	
軟部腫瘍	
上肢	9
下肢	7
体幹、骨盤部	1
生検術	1

〔産 婦 人 科〕

分娩件数	289
正常経腟分娩	207
吸引分娩	32
鉗子分娩	0
骨盤位分娩	0
双胎分娩	0
帝王切開分娩	50
選択帝王切開	31
緊急帝王切開	19
グレードA	4
グレードB	9
グレードC	6
帝王切開率	17.3%
緊急帝王切開率	6.5%
時間帯別分娩件数	
時間内	103
時間外・休日	173
時間内・休日分娩率	59.9%
手術件数	191
婦人科手術（重複あり）	
子宮の手術	
子宮頸部円錐切除術	25
腹式子宮全摘術	31
腟式子宮全摘術	1
骨盤臓器脱手術	10
腹式子宮筋腫核出術	1
準広汎子宮全摘術	2
広汎子宮全摘術	1
子宮頸癌手術	8
子宮体癌手術	12
卵巣の手術	
付属器摘出術	17
卵巣腫瘍摘出術	13
傍卵巣腫瘍摘出術	0
卵巣癌手術	8
卵管の手術	
卵管切除術	1
卵管結紮術（不妊手術）	4
※帝王切開併施を含む	
腟・外陰の手術	
腟壁切除術	1
腹腔鏡手術	
腹腔鏡下子宮全摘術	20
腹腔鏡補助下子宮全摘術	2
腹腔鏡下子宮筋腫核出術	3
腹腔鏡下付属器摘出術	11
腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術	13
腹腔鏡下卵管切除術	1
腹腔鏡手術　計	50
婦人科癌の手術（再掲）	
子宮頸癌手術	8
子宮体癌手術	12
卵巣癌手術	8
腟癌手術	0
外陰癌手術	0
骨盤リンパ節郭清術	7
傍大動脈リンパ節郭清術	1
鼠径リンパ節生検術	0
婦人科癌の手術　計	28
産科手術	
選択帝王切開	31
緊急帝王切開	19
骨盤位外回転術	6
※外回転術成功率	83.3%
子宮頸管縫縮術	0
腟壁血腫除去術	1
子宮内容除去術	0
異所性妊娠手術	1
産科手術　計	58
手術内訳	
定期手術	166
緊急手術	25
産科緊急手術	21
婦人科緊急手術	4
緊急手術率	15.0%

〔外　　科〕

2022 年 1 月 1 日～ 12 月 31 日　手術件数

分類	手術件数	うち（鏡視下・併用）
内分泌系の手術		
甲状腺の手術		
悪性甲状腺腫	0	
良性結節性甲状腺腫	0	
甲状腺機能亢進症	0	
その他の甲状腺手術	0	
副甲状腺の手術		
原発性副甲状腺機能亢進症	0	
続発性副甲状腺機能亢進	0	
その他の副甲状腺手術	0	
副腎の手術	0	
乳腺の手術		
乳腺悪性腫瘍		
温存	5	
全摘	8	
その他の乳腺手術	2	
良性乳腺腫瘍	0	
その他の乳腺手術		
胸部の手術		
肺切除術		うち（鏡視下・併用）
肺葉切除術	19	19
肺部分切除術	16	15
自然気胸	12	12
その他の肺切除術		
胸壁疾患		
縦隔腫瘍	3	3
その他の胸部手術	7	6
消化器系の手術		
食道の手術		
食道悪性腫瘍切除	0	
食道良性腫瘍切除	0	
食道再建術のみ	0	
その他の食道手術	0	
胃の手術		うち（鏡視下・併用）
胃悪性腫瘍手術	19	0
胃良性疾患手術	0	
その他の胃手術	1	
胆道結石手術	0	
胆嚢結石（含ポリープ）	18	15
総胆管結石	0	
肝内結石	0	
その他の胆道結石手術	0	
膵・胆嚢・胆管悪性腫瘍		
膵頭十二指腸切除術	0	

		うち（鏡視下・併用）
膵体尾部切除術	0	
胆嚢癌（胆摘・全層胆摘・肝床切除）	0	
胆嚢癌（S4a+ 5肝切以上を伴うもの）	0	
胆管悪性腫瘍手術（肝門部胆管癌の肝葉切除含む）	0	
その他の膵・胆嚢・胆管手術	0	
膵良性腫瘍、膵炎手術等	0	
脾臓の手術		
脾摘出術	1	
肝臓の手術		
肝悪性腫瘍		
肝細胞癌	0	
転移性肝腫瘍	0	
肝内胆管癌（胆嚢癌・肝門部胆管癌は除く）	0	
その他の肝臓悪性腫瘍手術	0	
肝臓良性腫瘍その他の肝切	0	
肝切全体のうち鏡視下件数	0	
結腸の手術		
結腸悪性腫瘍	27	2
その他の結腸手術	7	
虫垂切除術（小児を含む）	27	3
直腸の手術		
直腸悪性腫瘍	21	3
その他の直腸手術	1	
炎症性腸疾患手術	0	
腸閉塞症・腹膜炎手術		
腸閉塞症手術	10	
汎発性腹膜炎手術	11	
胃・十二指腸穿孔		
胃切除		
大網充填	3	
その他の原因による汎発性腹膜炎手術		
外傷による開腹手術		
その他の消化器系の手術		
鼠径部・外陰部・肛門の手術		
痔核手術	1	
痔瘻手術		
その他の肛門手術	1	
成人鼠径ヘルニア手術	56	
その他		
小児の手術		
小児の手術（15歳未満）		
小児鼠径ヘルニア手術	1	
その他の小児の手術	0	
新生児の手術（生後28日未満）	0	
その他の手術		
その他の手術	28	

〔小 児 科〕

1　感染症及び寄生虫症

カンピロバクター腸炎	1 例
ノロウイルス性腸炎	7 例
アデノウイルス性腸炎	3 例
急性胃腸炎	18 例
細菌感染症	10 例
突発性発疹症	4 例
手足口病	1 例
ヘルパンギーナ	2 例
ウイルス性発疹	3 例
ウイルス感染症	1 例

2　新生物〈腫瘍〉

中頭蓋窩くも膜嚢腫	1 例
仙骨腫瘍	1 例

3　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

IgA 血管炎	1 例
組織球性壊死性リンパ節炎	1 例

4　内分泌，栄養及び代謝疾患

高プロラクチン血症	1 例
思春期早発症	9 例
低身長症	6 例
肥満症	2 例
脱水症	2 例

5　精神及び行動の障害

摂食障害	1 例

6　神経系の疾患

てんかん	8 例

7　眼及び付属器の疾患

視覚障害	1 例
視力低下	1 例

9　循環器系の疾患

WPW 症候群	2 例
腸間膜リンパ節炎	1 例

10　呼吸器系の疾患

アデノウイルス咽頭炎	4 例
急性咽頭扁桃炎	3 例
急性上気道炎	16 例
ヒトメタニューモウイルス肺炎	1 例
急性肺炎	3 例
RS ウイルス気管支炎	15 例
ヒトメタニューモウイルス気管支炎	3 例
クループ性気管支炎	1 例
RS ウイルス細気管支炎	8 例
ヒトメタニューモウイルス細気管支炎	2 例
急性細気管支炎	1 例
気管支喘息	2 例
喘息性気管支炎	6 例
誤嚥性肺炎	1 例

11　消化器系の疾患

潰瘍性大腸炎	1 例
便秘症	1 例

12　皮膚及び皮下組織の疾患

伝染性膿痂疹	1 例
多型滲出性紅斑	1 例

13　筋骨格系及び結合組織の疾患

若年性特発性関節炎	1 例
川崎病	5 例

14　腎尿路生殖器系の疾患

急性腎盂腎炎	10 例
水腎水尿管症	1 例

16　周産期に発生した病態

低出生体重児	8 例
巨大児	1 例
重症新生児仮死	3 例
新生児仮死	2 例
新生児一過性多呼吸	10 例
胎便吸引症候群	3 例
新生児気胸	1 例
新生児無呼吸発作	6 例
新生児感染症	1 例
新生児低血糖	9 例
新生児嘔吐	1 例
哺乳障害	2 例

17　先天奇形、変形及び染色体異常

小頭症	1 例
喉頭軟化症	1 例
口蓋裂	2 例
先天性水腎症	4 例

巨頭症	3 例
潜在性脊椎披裂	1 例
神経線維腫症	1 例

18　症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

遷延性咳嗽	2 例
無呼吸発作	1 例
嘔吐症	1 例
アセトン血性嘔吐症	1 例
周期性嘔吐症候群	2 例
前胸部腫瘤	1 例
振戦	1 例
一過性意識障害	1 例
発熱	2 例
頭痛	8 例
失神	2 例
痙攣重積発作	1 例
熱性痙攣	23 例

19　損傷、中毒及びその他の外因の影響

高エネルギー外傷	2 例
熱中症	1 例
溺水	1 例
食物アレルギー	3 例
アナフィラキシー	2 例
アナフィラキシーショック	1 例
予防接種副反応	1 例
COVID-19	39 例
計	331 例

〔麻　酔　科〕

2022年（令和4年）麻酔科管理症例　　総数（うち臨時件数）

	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	合計
1月	24(1)	84(6)	27(2)	1(1)	0(0)	136(10)
2月	25(0)	70(2)	22(3)	1(0)	0(0)	118(5)
3月	33(3)	69(7)	20(1)	2(2)	0(0)	124(13)
4月	17(1)	76(6)	32(10)	0(0)	0(0)	125(17)
5月	22(9)	67(2)	31(8)	2(2)	0(0)	122(21)
6月	21(2)	71(9)	40(6)	2(1)	0(0)	134(18)
7月	20(2)	66(2)	43(3)	0(0)	0(0)	129(7)
8月	26(1)	73(2)	24(0)	1(1)	0(0)	124(4)
9月	24(3)	77(4)	25(3)	0(0)	0(0)	126(10)
10月	17(0)	72(7)	24(6)	2(2)	0(0)	115(15)
11月	21(3)	80(7)	28(4)	4(4)	0(0)	133(18)
12月	19(0)	75(7)	16(2)	2(2)	0(0)	112(9)
合計	269	880	332	17	0	1498

〔歯科口腔外科〕

（2022年１月～12月）

保存治療

レジン充填	110歯
抜髄	53歯
感染根管治療	43歯
インレー修復	21歯

補綴治療

全部鋳造冠	71歯
硬質レジン前装冠	50歯
メタルコア	74歯
ハイブリッドクラウン	0歯
硬質レジン前装ブリッジ	1装置
全部鋳造ブリッジ	6装置
メタルボンドポーセレン	0歯
総義歯	0床
部分床義歯	24床
顎義歯	0床
止血シーネ	0床
スプリント	9装置
睡眠時無呼吸症候群シーネ	1装置
歯牙再植術	4
骨隆起除去、形成術	3
顎骨腫瘍摘出術	23
口蓋腫瘍摘出術	1
歯槽部腫瘍摘出術	0
顎骨内異物除去	4
軟組織腫瘍摘出	4
唾石摘出術	6
上顎洞根治手術	0
舌小帯伸展術	1
リンパ節摘出術	0

口腔外科手術（件）

抜歯	278
埋伏抜歯	172
消炎手術	18
腐骨除去手術	3
顎骨嚢胞摘出術	0
顎骨嚢胞開窓術	3
粘液嚢胞摘出	6
縫合処置	19
上顎骨骨折観血的整復術	0
下顎骨骨折観血的整復術	3
下顎骨骨折非観血的整復術	1
歯槽骨骨折観血的整復術	1
顎関節脱臼非観血的整復術	2
歯牙再植術	4
骨隆起除去、形成術	3
顎骨腫瘍摘出術	23
口蓋腫瘍摘出術	1
歯槽部腫瘍摘出術	0
顎骨内異物除去	4
軟組織腫瘍摘出	4
唾石摘出術	6
上顎洞根治手術	0
舌小帯伸展術	1
リンパ節摘出術	0

〔放 射 線 科〕

２０２２年　業務統計　（件数）

R４年	ＣＴ	MRI	ＲＩ	治 療	Angio	心カテ	X-TV	一般撮影	ﾎﾟｰﾀ	MMG	DXA	コピー	保活(胸)	保活(胃)
1月	1,269	330	39	164	14	23	188	4,192	821	242	82	203	679	238
2月	1,117	308	40	200	22	44	215	3,827	775	204	69	151	921	297
3月	1,273	377	42	284	25	42	235	4,423	825	190	97	194	441	156
4月	1,228	328	36	162	30	35	154	3,738	1,005	88	91	207	438	138
5月	1,182	350	33	244	14	32	173	4,039	1,068	151	96	180	595	210
6月	1,282	370	22	363	30	39	228	4,576	1,003	249	113	238	971	330
7月	1,138	345	29	282	20	34	201	4,135	986	273	89	223	663	311
8月	1,188	359	24	204	10	24	203	3,387	754	264	89	203	742	340
9月	1,156	321	38	109	25	15	280	3,523	825	254	104	268	689	290
10月	1,168	316	35	211	19	18	151	3,269	801	290	78	196	659	298
11月	1,286	352	29	245	26	45	202	3,538	840	250	85	211	721	267
12月	1,200	330	31	212	21	33	182	3,448	866	241	89	239	760	251
合　計	14,487	4,086	398	2,680	256	384	2,412	46,095	10,569	2,696	1,082	2,513	8,279	3,126

月平均	1,207	341	33.2	223	21.3	32	201	3841	881	225	90.2	209	689	261

〔透析センター〕

2022年 透析患者および透析件数

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
透析患者数	88	92	92	86	88	84	89	86	91	86	89	90	1061
透析回数	1116	1080	1242	1145	1117	1114	1128	1173	1164	1129	1141	1212	13761
CAPD外来患者数	8	10	8	8	8	8	7	8	9	9	9	9	101

2022年 血液透析導入者 36名
2022年 腹膜透析導入者 3名

〔手　術　棟〕

令和4年　月間手術件数

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	小計	合計
外科	全	25	14	27	27	27	34	25	20	20	27	24	17	287	315
	硬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	腰	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4	
	局	1	6	5	2	0	0	2	1	2	2	3	0	24	
整形外科	全	54	46	38	36	48	41	42	42	51	33	50	42	523	722
	腰	5	0	0	6	3	6	1	4	1	2	3	1	32	
	伝	5	7	5	4	4	1	7	11	9	9	3	5	70	
	局	5	11	13	6	7	14	7	5	12	7	4	6	97	
	無	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
脳外科	全	8	6	7	12	3	8	7	5	2	8	4	6	76	103
	静	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	局	2	1	2	3	3	2	1	6	1	1	2	2	26	
心外科	全	2	3	1	0	0	1	4	2	1	0	1	1	16	75
	局	2	1	5	8	5	5	8	4	6	4	6	5	59	
婦人科	全	11	9	8	7	7	17	12	12	15	10	12	14	134	134
	腰	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
産科	全	4	4	4	10	7	2	7	4	5	5	2	1	55	56
	腰	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
泌尿器科	全	21	26	27	23	23	23	20	27	23	22	27	22	284	406
	腰	4	2	3	5	4	2	3	4	4	6	4	1	42	
	硬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	局	6	3	10	6	3	2	5	2	4	1	8	7	57	
	無	3	3	1	2	0	3	0	1	2	3	3	2	23	
耳鼻科	全	3	2	5	5	2	6	8	3	3	6	7	2	52	55
	局	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3	
歯科	全	5	6	7	3	4	1	3	6	3	2	5	5	50	64
	静	1	2	2	0	0	2	4	2	1	0	0	0	14	
麻酔科	全	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	局	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
その他	全	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	腰	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	局	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
眼科	全	3	2	0	2	1	1	1	3	2	2	1	2	20	364
	局	34	18	28	26	20	52	45	4	34	33	31	19	344	
皮膚科	全	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95
	局	9	14	8	11	4	9	7	7	8	10	5	3	95	
合計	全	136	118	125	125	122	134	129	124	125	115	133	112	1498	2390
	静	2	2	2	0	0	2	4	2	1	0	0	0	15	
	硬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	腰	9	2	4	11	8	9	5	8	6	8	7	2	79	
	伝	5	7	5	4	4	1	7	11	9	9	3	5	70	
	局	59	54	71	63	42	85	75	29	68	58	59	42	705	
	無	3	3	1	2	0	3	0	1	2	3	3	2	23	
総計	総計	214	186	208	205	176	234	220	175	211	193	205	163	2390	

令和4年 薬剤科業務集計

【調剤業務】

外来処方箋

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
枚数	198	177	229	197	207	150	387	528	259	267	289	266	3154
剤数	357	350	430	349	401	274	641	931	520	529	595	529	5906

入院処方箋

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
枚数	3403	3173	3573	3265	3574	3804	3479	3295	3512	3306	3563	3605	41552
剤数	6081	5725	3351	6573	6526	7138	6364	6061	6191	5812	6542	6715	73079

【製剤業務】

外来化学療法

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
件数	150	178	226	186	147	195	185	198	155	158	156	174	2108
本数	251	240	310	252	203	294	271	267	215	216	214	254	2987

入院化学療法

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
件数	109	143	126	125	132	141	113	111	170	156	159	151	1636
本数	189	214	190	217	218	250	184	179	261	224	224	240	2590

中心静脈点滴

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
件数	31	43	50	52	57	65	31	5	2	3	3	30	372
本数	31	43	50	58	57	65	31	5	2	3	3	30	378

【薬剤管理指導件数】

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
薬剤管理指導	156	201	180	170	114	144	163	129	130	113	149	121	1770
ハイリスク指導	188	140	155	202	171	187	186	166	181	150	171	180	2077
退院時指導	79	77	80	105	81	106	125	125	108	97	117	139	1239
麻薬指導	10	12	11	15	13	17	8	10	14	6	9	9	134

【連携充実加算】

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
人数	73	72	86	76	68	87	84	77	67	70	78	81	544
件数	73	72	85	74	67	83	80	76	67	68	73	72	519

〔看　護　部〕

１．看護部教育委員会

目的

看護職員一人ひとりが自己の看護観を深め、看護の本質を追及しながら、より質の高い看護を提供できることを目指した主体的な自己成長を支援する。

目標

臨床に活かせる教育研修に取り組み、看護実践能力向上につなげる。

１．学習環境の整備と知識の定着

スタッフが学びたい研修を選択し参加することを目標に、各分野の専門・認定看護師からの講義を企画した。研修会は、コロナ感染状況により、講義から資料を基にした学習方法へ変更した分野もあった。参加人数は、少数だったが、日頃の看護に繋げ、知識を深めることができた。部署学習会では、専門・認定看護師の学習会を出前講座とし、ニーズにあった研修会内容を依頼するシートを作成した。相談する体制を整えた結果、ニーズにあわせた研修会を実施し学ぶことができた。オンデマンド研修は、各委員会からの課題の実施や自分の時間を活用し学習していた。クリニカルラダーについては、教育委員もスタッフが目標とするラダーレベルを把握し、研修会参加などの声掛けを行い申請に向け関わった。

２．新人～３年目看護師の育成　プリセプター・エルダーナースの支援

今年度も新人看護師４名と少数であったが、研修を予定通り実施し、じっくりと関わることができた。研修内容の挿管介助や救急時の対応が不安とあがった。

１度のみの研修だけでなく、機会を設け自信がつくように知識や繰り返しの学習を実施していく必要がある。

２年目看護師は、１名でケースレポートと他部署研修を通し、改めて看護を考える機会となり自部署の看護に繋げたいとやる気の向上に繋がった。

３年目看護師は、支援を受けながら看護研究に取り組み、日頃の看護の中から研究的視点をもって考えることを学んだ。

プリセプターの支援では、エルダーナースと部署スタッフチームとして協力しながら取り組んで新人看護師個々にあった指導を実践できていた。

３．看護チームの一員として、役割を理解し行動できる看護補助者の育成

看護補助者のマニュアルを看護師と共に確認し看護ケアの向上に繋げた。

４．研修会計画・運営に関する委員の学習会実施

教育委員の学習としてオンデマンド研修視聴を行い指導の基本を学んだ。

教育研修実施状況

開 催 日	参加者　（職制・人数等）		研修名
4月15日	全体研修	49人	今年度の看護部目標
6月1～30日	ラダーレベルⅡ以上	42人	［対人関係能力］社会人基礎力を振り返り社会人基礎力を鍛えよう
6月1日	全体研修	28人	看護に活かす　フィジカルアセスメント　基礎編
7月8日	全体研修	11人	看護に活かす　フィジカルアセスメント　呼吸のアセスメント
7月12日	全体研修	15人	安全で安楽な口腔ケアを提供しよう
7月19日	全体研修	18人	摂食･嚥下のアセスメントと食支援
7月12日	ラダーレベルⅡ～Ⅳ	20人	COVID19に曝露しない検体採取方法を学ぶ。
8月23日	全体研修	7人	安楽なポジショニングのコツ
9月16日	全体研修	14人	循環器看護を学ぼう！① ②
9月1～30日	全体研修	317人	重症度･医療･看護必要度評価者訓練
9月1～30日	全体研修	26人	効果的なプレゼンテーション
10月29日	ラダーレベルⅡ以上	18人	協働における担当看護師の役割と多職種カンファレンス
11月9日	全体研修	12人	がん患者の症状緩和の基本
11月15日	ラダーレベルⅡ･Ⅲ･Ⅳ	16人	看護実践場面での倫理的問題から最善の看護を考える
11月30日	全体研修	17人	がん患者の意向を尊重した看護に向けて
12月7日	全体研修	20人	「ここは､押さえたい化学療法看護のキホン」
12月16日	全体研修	19人	倫理的視点を意識した看護ケアができていますか？
R5年1月13日	全体研修	5人	病棟看護師が行う退院支援
1月26日	全体研修	14人	ストーマケアを学ぼう
R5年2月14日	全体研修	14人	急変時の対応
4月5日	新人看護師	4人	入職時オリエンテーション
4月6日			
4月12日	新人看護師	4人	感染管理③感染対策の基礎正しい手指衛生を学ぼう
4月22日	新人看護師	4人	口腔ケア･食事介助
4月26日	新人看護師	4人	スキンケア
5月13日	新人看護師	4人	採血･血管確保･点滴静注注射
5月1～31日	新人看護師	4人	医療安全管理③医療現場におけるKYT
5月27日	新人看護師	3人	ほっと一息研修
6月4日	新人看護師	4人	医療ガスの取り扱いと酸素療法
6月8日	新人看護師	4人	急変時の対応
12月1～31日	3年目看護師	14人	チームリーダーの役割
6月17日	新人看護師	4人	医療機器管理　輸液･シリンジポンプ操作
6月中	新人看護師	4人	多重課題への対応　Part 1　シミュレーション
7月1日	新人看護師	4人	麻薬･劇薬･毒薬の知識と取り扱い
7月5日	新人看護師	6人	重症度･医療･看護必要度評価訓練
7月26日	新人看護師	4名	フォーリーカテーテルの挿入方法
8月3日	新人看護師	4人	高齢者･認知症患者の看護
9月2日	新人看護師	4人	心電図の読み方　「基礎編」
9月21日	新人看護師	4人	地域連携と退院支援
10月14日	新人看護師	2人	バイタルサインの評価

10月15日	新人看護師	4人	交流会　お久しぶり
11月11日	新人看護師	4人	人工呼吸器の管理
R5年1～2月	新人看護師	4人	急変時対応　シミュレーション
R5年3月3日	新人看護師	25人	私の看護を振り返る
6月	2年目看護師	1人	チームメンバーの役割
10月～3月	2年目看護師	1人	他部署研修（3日間）
10月1日･8日	2年目看護師	25人	2年目ケースレポート（2年目看護師1名）
6月4日	3年目看護師	14人	臨床における看護研究の基本を学ぶ
12月まで	3年目看護師	14人	チームリーダーの役割
11月17･18日	3年目看護師	61人	3年目看護研究　（3年目看護師14名）
R5年3月10日	プリセプター･ エルダー研修	16人	みんなで新人育成 新人看護職員研修ガイドラインを読み解く
5月11日 6月14日 7月12日 10月11日 R5年2月14日	管理研修	5人	新任主任研修
5月13日 6月10日 7月19日 10月8日 R5　2月14日	管理研修	3人	新任副師長研修
4月	管理研修	2人	新任師長研修
7月21日～ 8月20日	管理研修		自身の役職の役割について考える。
R5年2月	管理研修		管理研修　成果発表会
4月21日	看護補助者	33人	看護補助者の役割
6月14日～ 21日	看護補助者	46人	感染対策の基礎を学ぼう
7月19日	看護補助者	33人	看護補助者にもとめられる 倫理（看護補助者･クラーク）
10月20日	看護補助者	25人	技術研修 「ポジショニング」

2. 看護部感染対策委員会

目標：感染予防対策の知識を深め、正しい感染予防策による看護実践と部署環境の改善ができる。

1　基本的な感染予防対策の徹底・実践

1）手指衛生の徹底

各部署の擦式手指消毒剤の患者一人あたりの使用量を「病棟 16ml/ 日、外来 0.78ml/ 日、透析 12ml/ 日、手術室は患者在室 1 時間あたり 50ml 以上」を目標として取り組んだ。全部署の使用量の平均は、17.4ml で目標は達成できた。しかし、年間を通して使用量の少ない部署が 3 部署あり、1 部署は下半期で上昇があったが、遵守率を上げ使用量増加につながるような啓発が今後の課題である。ブラックライトによる手洗い検証も例年通り行い、それぞれの手洗いの弱点を確認した。

2）ベストプラクティスの実践

研修会の開催が無く、院内スタッフのみで「静脈注射側管＜閉鎖式＞」のベスプラを作成した。昨年度作成の「咽頭ぬぐい液採取」は、研修会や伝達講習で周知し、チェックリストで手順の確認を全看護師に行った。場面により実施方法に違いはあるものの、基本的な手指衛生のタイミングや正しい個人防護具の着脱を意識してもらい、自分がウイルスに曝露しないように技術を習得することができたとの評価であった。

2　各部署の環境実態把握と改善

1）環境清浄度調査

A 判定は「オーバーテーブル」は 33%、「ミキシング台」は 45%、「PC マウス」は 55%だった。環境清掃の重要性を視覚に訴え使用毎の清掃を啓蒙していく。

2）自部署巡回

「ワゴンや回診車の汚れ」「ベッドパネルの埃」「薬剤の使用期限」の指摘が多かった。定期的な清掃を意識して取り組むよう、確認と継続した啓蒙活動が必要である。

3）他部署巡回

他部署の整理整頓の工夫などを自部署の改善のヒントに問題点と取り組みを考え取り組んだ。声かけ以外の具体策を検討していく必要を感じた。

3　感染予防対策の知識の共有

ニュース（キラキラ星）はタイムリーな発行ができた。ナーシングスキルによる知識の習得では、ユーチューブの動画を使用し、「手指衛生」や「血流感染予防」について学習した。見やすくわかりやすかったとの意見が多く、部署スタッフほぼ全員が受講することができた。

4　研修会の実施

新人「手指衛生 PPE 着脱」では実践による知識の習得に繋がった。看護補助者「ゴミ分別・滅菌物の取り扱い」では知識の確認ができた。クイズ形式で質問しやすかったと意見があった。看護師「咽頭ぬぐい液採取」では根拠に基づき手技の再確認ができた。

3. 看護記録・必要度委員会

Ⅰ．実践した看護と患者が見える記録ができる。

1．看護実践記録の充実

看護記録監査について、目標達成できた部署は 10 部署中 5 部署であったが、サマリー監査は全部署で目標達成できた。年間を通し、看護記録 266 例、サマリー 872 例の監査を実施した。監査から見えた自部署の問題点、疑問点等を委員会内で検討、決定事項を共有し各部署へフィードバックした。決定事項を周知徹底する為、フォーカスニュースを発行し発信した。

Ⅱ．電子カルテの機能を活用し、記録の簡素化を図る。

1．テンプレートの活用

既存テンプレートを見直し、活用しやすいよう修正した。同じようなテンプレートが重複して存在していたものに関しては、活用しやすいよう一つとし、看護部共通というフォルダにまとめた。更に、各

部署で必要なテンプレートについては新規に作成、使用できるようその都度入力をお願いし、記録の簡素化につなげることができた。

2. 疾患に合った観察項目・ADL に合ったケア項目セット内容の活用

観察項目やケア項目セット内容の見直しや修正を行い、全部署で活用できた。更に、新規にセット作成し活用できた部署も 1 部署あった。

Ⅲ．看護必要度を理解し、正しく評価できる。

1．必要度監査の実施

毎月 2 例以上を目標に監査を行った。合計 168 例の監査を実施した。

監査後の疑問点等を委員会で確認し共有した。

2．奇数月に、e ラーニングシステム活用による評価者訓練の実施（100 点とるまで）

3．部署の学習会の実施

奇数月に、ナーシングスキルのテスト問題や院内指導者研修の問題から 5 問選出し実施した。年平均は 74.9 点であった。点数の低かった項目を主にマニュアルを用いて学習会を全部署で実施。50 点以下のスタッフへの個人指導については実施できたのが 4 部署と前年度よりは増加していた。コロナ禍も関係し期間内に e ラーニングを受けなかったスタッフがいたため、次年度は全員受けることができるように検討が必要である。

研修会の実施

新人対象

1．ナーシングスキルを活用した知識の向上として、「看護記録　基礎編」視聴・テストまで実施、対象者は名簿で確認することができた。

2．看護必要度の理解と正しい評価を理解する。

参加人数 6 名、必要度の B 項目について解説を実施した後、 7 問の演習を実施した。

部署の委員が誤回答の項目について再学習を実施後、評価者として認定した。

全職員対象

1．ナーシングスキルを活用した知識の向上「看護記録　中堅編」はクリニカルラダーⅡ以上の看護師を対象に視聴・テストまで実施、対象者は名簿で確認することができた。

2．看護必要度評価者訓練：9 月 1 ～ 30 日　参加人数 317 名

ナーシングスキルを活用し、マニュアルを読んでからテストを受講した。

平均点は 77 点。15 問中 80 点以下が 7 問あり、特に「患者の状態と介助の実施」51 点「衣服の着脱」 54 点と低かった。点数が低かった問題に関しては、留意点の理解不足が原因と分析し、再学習を促した。

4 . 看護倫理・接遇委員会

目標Ⅰ．患者・家族、及び職員同士の満足に繋がる接遇・応対ができる。

Ⅱ．看護場面での倫理問題を認識し行動できる。

Ⅰ－1．専門職業人としての接遇・応対技術を高める。

1）接遇・応対技術の確認と向上のための働きかけ

接遇マニュアルの読み合わせを年 2 回各部署で行った。各部署スタッフからの身だしなみについての質問も複数あり、時代背景を見据えた見直し・検討が必要と思われた。

2）「看護師の接遇チェックシート」の活用

7 月と 2 月の年 2 回チェックした。A 評価が増えているが、「仕事中の私語」と「笑い声」の A 評価が 60% 以下と低い。面会制限により家族や一般見舞客の病棟内への来訪がないことで、周りの眼が気にならず、スタッフ同士の言動に自制がかからないためと思われる。各部署で接遇部署目標の評価を実施し全体の平均値は、5 点満点中 3.94 から 4.18 に上昇していた。概ね「各自の意識づけができた」と

評価している。

3）「入院アンケート」の実施

回収率は年間平均で約 40.5%だった。面会禁止期間が長く家族による記入もできないため低下している。良い意見、悪い意見、その他の項目で指摘されたことに関しては各部署で改善策を検討し状況を委員会で共有し、部署へフィードバックしている。

Ⅱ－１．看護師としての倫理感性を高める。

1）事例検討

毎月、担当部署から出された事例を全部署で検討シートに沿って、問題点、対応、倫理綱領条文との関連について分析後委員会で検討し共有した。その内容を部署にフィードバックさせている。今年度病棟事例は認知機能が低下している患者への関わりについての事例にポイントを絞り行った。検討シートも見直し、BPSD について該当する項目をチェックすることで患者の症状を知り理解を深めることにつながった。看護師の対応も適切なケア、不適切なケアを明確にすることでどう対応すべきだったかを検討することができるようになった。それぞれの部署で問題意識を持って検討することで、日々の看護を振り返り倫理的思考を意識する機会となっている。

研修会の実施

看護補助者、メディカルクラーク対象の研修は「日常生活場面における倫理的課題」についてナーシングスキル視聴を行った。普段経験する場面の事例だったことで認知機能が低下している患者への尊重した関わりを意識する機会になった。研修会後に補助者同士で患者への対応について注意し合いながら援助している場面が見られ研修会が役立っている。ラダーレベルⅡ～Ⅳ対象には「看護実践現場での倫理問題から、最善の看護を考える」のテーマでグループワーク研修を開催した。事前の資料配布で各自意見を持って参加しグループ内で活発な意見交換も見られ目的は達成した。

まとめ

倫理接遇の対応力向上に関しては、継続した働きかけによる意識付けが最も重要なことであると再認識した。

5. スキンケア委員会

目標　スキンケアの知識や効果的なポジショニングを習得し褥瘡発生予防ができる

1．褥瘡発生予防の取り組み

1）褥瘡に関わる知識の向上

（1）委員会内での学習の開催

スキンケア・MDRPU について委員会内で学習会後に部署での学習会を行った。資料をラミネートし活用するなど各部署に合った方法で伝達し浸透を図った。スキンテア上期 21 件、下期 29 件。MDRPU 上期 6 件、下期 2 件報告があった。発生部署や ME と協力し学習会で得た知識をもとに看護ケアへ繋げることができた。

（2）ナーシングスキルの活用

褥瘡リスクアセスメント予防と褥瘡アセスメント処置・治療について全職員対象に行った。褥瘡リスクアセスメント予防の正答率は 76%で昨年度より 4 %上昇した。褥瘡アセスメント処置・治療の正答率 78%であった。アセスメントに関する正答率が 60%以下の項目を重点に各病棟でフィードバックし創傷管理技術について知識を深めることができた。

2）スキンケアレターの発行

回診での気づきや、スキンケアに関するトピックスをタイムリーに年 4 回刊行できた。委員が閲覧のアナウンスや掲示することで自部署への周知に繋げた。

3）月間目標の立案と実施

（1）強化目標を掲げ啓蒙活動の強化

褥瘡発生予防対策のポイント3項目（ポジショニング、保湿・撥水、フィルム保護）を2カ月毎に1項目を強化目標に掲げたことで意識して啓蒙活動に取り組むことができた。スタッフの看護ケアや知識に個人差があり、周知方法や意識づけの方法まで工夫しながら発信することができた。

4）効果的なポジショニングの実施

効果的な体位変換やポジショニングを強化月間に合わせて、年2回、監査表に沿って自部署のラウンドを行った。シーツ・病衣のしわや体のねじれ、患者に合ったマットの選択、効果的な除圧などを監査し自部署の現状を把握しフィードバックし看護ケアに繋がるよう発信できた。

5）DESIGN-R/D3以上の院内褥瘡発生を月4件以内に抑える

褥瘡発生予防対策に取り組んだが、年間通して3回、月4件を超える時期があった。累計154件中40件。（昨年145件中51件）。要因は観察不足や除圧不足だが、背景として全身状態悪化に伴う防ぎきれないケースもあった。ＷＯＣを交えてのカンファレンスを行い、要因から分析まで今後の看護ケアに繋がるよう具体策を検討し、委員会や各部署で共有することができた。今後も褥瘡発生“ゼロ”を目指し啓蒙活動に取り組んでいく。

研修会の実施

5月は新人対象に皮膚の解剖整理からフィルム材について、8月はレベルⅡ以上を対象にポジショニングについて講義と演習を行い、知識と技術向上に向け学びを深める事ができた。

6.看護安全委員会総括

目標　Ⅰ．医療安全に対する知識の強化とマニュアル遵守により、医療事故防止ができる。

Ⅰ－1．医療事故防止の取り組み

令和4年度、誤認誤薬のインシデント･アクシデント件数は146件、前年度と比較し27件の増加だった。安全確認行動チェック表を使用し自己評価を年2回実施した。3ヶ月毎の評価は上昇したが、インシデント数は比例した結果には至らなかった。マニュアル遵守行動の弱い部分が明らかとなり、委員会で情報共有しながら自部署での対応策の検討と実施に努めた。

Ⅰ－2．インシデント・アクシデント後の再発防止

委員会内で時系列分析の学習会を3回実施し、5事例／年の分析を共有した。各事例の対応策の実施について3ヶ月後に評価し確認した。インシデント発生後のカンファレンスの開催、対応策の検討やマニュアルの読み合わせを行い再発防止の取り組みを行った。事例を通してマニュアル遵守を啓蒙した。

Ⅰ－3．急変時対応の技術の向上

救急カートの点検を各部署で毎日実施し、委員が年2回全部署をラウンドし確認した。不備があった項目は、改善できた。急変時の事例のフィードバックにより、それぞれの部署で学習会や浸透を図り意識の向上に繋がった。また、委員会内で3例の事例を基に学習会を実施し、各部署で伝達共有した。レベルⅡ対象の研修会は、オンデマンドで事前学習後予定通り開催できた。

Ⅰ－4．啓蒙活動

ニュース発行は、計画通りに毎月発行できた。

「医療現場におけるKYT」5月に、新人4名に実施し、医療現場に潜む危険を学ぶことができた。

「時系列分析手技法を学ぶ」10月に、クリニカルラダーレベルⅡ、Ⅲ、Ⅳ対象者24名に実施し、イ

ンシデント発生時の分析方法を学ぶことができた。

7. 臨地実習指導者会

Ⅰ　学生が臨床現場における看護の体験や学びを深めることができる。

1．実習環境の整備

1）領域別看護の展開ができるよう指導上の留意点に沿って指導

・指導要綱に沿って指導案、指導上の留意点を確認し、担当教員と情報共有しながら指導することが出来た。しかし、指導者の指導観とずれが生じる場面もある。そのため次年度は各々指導観を作成。指導者で共有しながら評価していきたい。

2）教員との連携

・学生の個々の対応が難しいケースが増えているが、教員と情報交換をしながら進めることが出来ていた。学生が精神的な問題を持ってしまう前にどうにかならないかと考えさせられることもあった。

2．カンファレンスの運営をサポート

・実習グループによって差はあるが、教員、指導者が助言することによって意見交換しあいながら進めることが出来ていた。各実習の要綱を読み込み、目的をきちんと理解した上で指導に臨むことを継続していく。

3．学習会を通した指導力の向上

・事例を用いながら、社会人基礎力について学習した。学生の社会人基礎力が低いこともあるが、指導者としての社会人基礎力はどうなのか、自分を振り返るきっかけに繋がった。
自分の指導がどうなのか振り返る機会は重要である。今後も続けて行きたい。

4．研修会の実施

・テーマ：自身の社会人基礎力を振り返り社会人基礎力を鍛えよう（ナーシングスキル）
期間：R 4年6月～7月
対象：クリニカルラダーレベルⅡ以上（各レベル毎レポート提出）
　今年度から社会人基礎力の研修に変更した。ラダー申請者が24人、レポート提出24人であった。「自分の社会人基礎力について理解できた。」「受け身ではなく自ら発信していきたい。」「自分の強み、弱みがわかった。」「後輩の見本となれるよう努力していきたい。」等、前向きな感想が聞かれた。ただ、視聴時間が長く大変だったという意見も多かったことから、次年度は同じ内容にしても検討が必要である。

5．その他

新型コロナウイルスのクラスターや、学生もコロナに感染するなど、実習を中断せざる終えない状況もあった。そのための補充実習を受けなればならず、指導者の調整が必要だった。

8. 看護部評価

Ⅰ. 安全で安心な看護の実践

1. 実戦可能な対応策による安全の確保

・医療事故防止の取り組みとして、事故防止マニュアルの修正、周知、事例紹介を行った。また安全確認行動自己評価表を活用し、昨年度の誤認誤薬件数より10%減を目標としたが、内服、点滴・注射の誤認・誤薬件数は共に増加する結果となった。書類・検査の誤認は、16%減少できた。要因のトップは、「確認の怠り」であり、次年度の課題となった。

・感染対策として、個々の速乾性手指消毒剤の使用量の目標値を設定し取り組んだ。使用量には個人差もあったが、８割以上の部署で目標を達成した。
・褥瘡対策として、褥瘡ハイリスク患者に対する計画立案を継続し、医療関連機器による皮膚損傷の学習会を実施したことで、発生数を減少させることができた。褥瘡深度 D3 以上の褥瘡発生件数は月４件以下を目標とし、月平均 3.3 件と目標をクリアできた。

２．安全で安心な看護に対する意識の醸成
・新患カンファレンスを多職種で行い、患者のリスクと対策を部署全体で把握するよう努めた部署では、転倒転落レベル２以上の件数が前年度比 48%減少した。
・部署ごとにリフレクションを実施したことにより、「承認の機会」「自信への繋がり」「関係構築の機会」「その後の看護力向上の確認」など、複数の効果をもたらした。

３．確かな知識と確実な技術の習得
・院内研修、ナーシングスキル、専門・認定看護師からの学習会の実施、OJT の強化により、現場で活かせる知識・技術の習得ができた。

Ⅱ.働き続けたい職場環境の整備

１．時間外勤務削減に向けた業務改善
・看護記録時間短縮のためのテンプレートやカンファレンスシートの見直し、動線を意識した物品配置の改善、看護ケアグッズの見直しによる業務削減など業務改善を行ったが、時間外時間削減には至らなかった。要因として、コロナウイルス感染症の入院病棟への派遣や、職員の感染による勤務者の減少が考えられた。

２．協力し合える体制の工夫
・全部署のパソコン上で共有できる「検査処置マニュアル」を作成し活用できた。
・ペアワークを４部署で導入できた。
・有休の積極的な取得を目標とし、全員が 10 日以上取得できた部署が１部署あった。

〔検　査　科〕

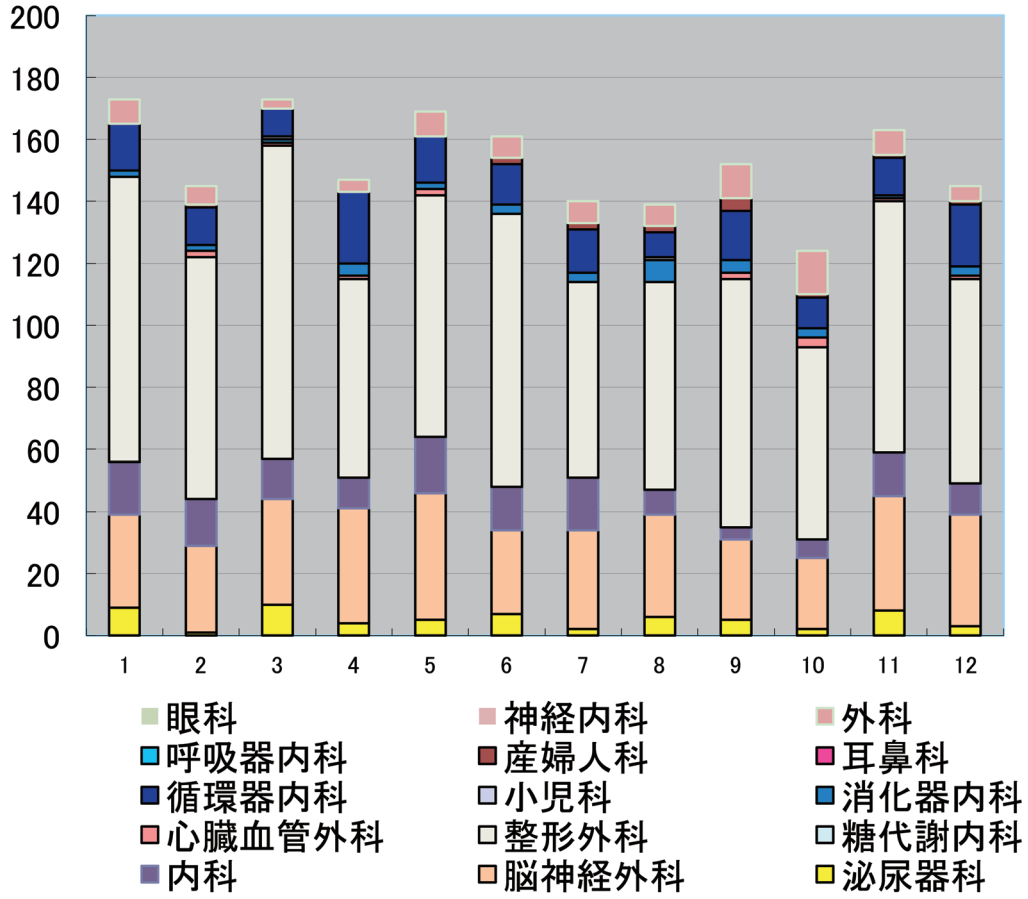
臨床検査科　検査件数　2022年1月 ～ 2022年12月 （令和4年）

月	一般	血液	輸血	交差試験	生化学	免疫	微生物	病理	細胞診	生理	時間外
1月	8,844	26,580	1,011	276	130,030	7,206	2,315	302	398	2,980	9,160
2月	8,972	24,969	935	178	122,241	5,533	1,680	249	387	2,684	9,442
3月	9,122	28,570	1,023	232	138,364	6,293	1,819	305	591	3,087	9,627
4月	8,469	27,314	1,051	312	129,934	6,100	1,383	304	469	2,482	10,480
5月	8,996	27,173	1,077	266	129,370	6,750	2,191	259	482	2,597	10,768
6月	10,844	28,418	1,094	284	142,703	7,100	1,570	329	668	3,148	8,976
7月	9,493	27,255	1,002	224	133,552	7,160	1,635	283	542	2,782	10,378
8月	9,229	26,387	1,023	322	128,103	7,431	1,229	268	381	2,694	9,813
9月	9,109	26,962	1,108	332	131,952	7,345	1,059	309	556	2,586	9,203
10月	8,715	25,939	1,073	376	126,215	6,904	1,050	298	562	2,588	8,924
11月	9,200	27,507	1,205	420	131,362	7,767	1,339	300	539	2,743	10,657
12月	8,800	27,975	1,052	374	136,155	8,976	1,665	282	467	2,595	11,198
合計	109,793	325,049	12,654	3,596	1,579,981	84,565	18,935	3,488	6,042	32,966	118,626
月平均	9,149	27,087	1,055	300	131,665	7,047	1,578	291	504	2,747	9,886

〔リ ハ ビ リ〕

2022年診療科別受付患者数

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
泌尿器科	9	1	10	4	5	7	2	6	5	2	8	3	62
脳神経外科	30	28	34	37	41	27	32	33	26	23	37	36	384
内科	17	15	13	10	18	14	17	8	4	6	14	10	146
糖代謝内科													0
整形外科	92	78	101	64	78	88	63	67	80	62	81	66	920
心臓血管外科		2	1	1	2				2	3	1	1	13
消化器内科	2	2	1	4	2	3	3	7	4	3	1	3	35
小児科			1					1					2
循環器内科	15	12	9	23	15	13	14	8	16	10	12	20	167
耳鼻科													0
産婦人科		1				2	2	2	4	1	1	1	14
呼吸器内科													0
外科	8	6	3	4	8	7	7	7	11	14	8	5	88
神経内科													0
眼科													0
合　　計	173	145	173	147	169	161	140	139	152	124	163	145	1831



〔栄　養　科〕

令和4年1月～12月　栄養指導件数

・入院

食種＼月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
糖 尿 病	10	6	8	19	16	19	12	24	16	18	13	11	172
脂質異常症	1	3	0	2	3	2	1	0	6	1	3	2	24
肥　　満	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
透　　析	2	7	5	5	6	8	0	7	7	5	9	4	65
心 臓 病	25	22	24	24	19	25	27	13	14	11	20	19	243
腎 臓 病	2	6	3	7	4	9	4	2	7	5	6	1	56
肝 臓 病	3	2	2	1	0	0	1	1	3	0	0	1	14
妊娠高血圧症候群	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	6
高 血 圧	4	5	3	5	5	4	3	4	6	4	7	2	52
膵　　炎	2	4	10	9	5	6	8	10	12	10	9	5	90
胃切除術後	3	1	1	2	4	2	3	0	3	3	2	2	26
消化管術後食	13	5	10	11	9	13	15	11	13	14	15	9	138
胃 潰 瘍	2	2	1	1	0	1	2	2	0	5	2	1	19
そ の 他	4	6	9	3	8	4	12	8	12	10	5	18	99
小　　計	71	70	76	90	80	93	89	84	100	87	91	75	1006
集団指導													0
合　　計	71	70	76	90	80	93	89	84	100	87	91	75	1006

・外来

食種＼月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
糖 尿 病	8	5	13	5	8	9	13	14	15	14	15	16	135
脂質異常症	10	9	7	7	3	4	6	9	6	7	3	5	76
肥　　満	2	0	0	1	0	3	2	2	6	2	2	4	24
高 血 圧	2	1	2	0	1	2	10	5	4	3	2	5	37
腎 臓 病	10	4	1	6	5	1	7	6	3	6	2	3	54
胃切除術後	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
妊娠高血圧症候群	0	2	1	0	1	1	2	0	1	0	0	0	8
そ の 他	1	4	0	1	4	3	4	9	2	2	2	2	34
小　　計	33	25	24	21	22	23	44	45	37	34	26	35	369
糖尿病透析予防													0
集団指導													0
合　　計	33	25	24	21	22	23	44	45	37	34	26	35	369

〔保健福祉活動室〕

令和4年保健予防活動集計表

項　　目		実施日数	実施人員
生活習慣病検診	特定健診	151	1,941
	その他健康診査	13	67
	胃部検診	293	1,659
	子宮がん検診	318	967
	乳がん検診	338	1,036
	大腸がん検診	172	2,368
	結核検診	137	2,316
	前立腺がん検診	147	442
小　　計		1,569	10,796
地区健診	地域一般	30	369
事業所健診	事業所一般	482	986
	特殊健診	64	378
	職員定期健診	30	650
	職員特殊健診	28	893
母子保健等	母親学級	8	20
学校保健等	乳幼児健診	14	559
	予防接種	24	1,198
	内科健診	12	100
	耳鼻科健診	0	0
そ　の　他	生命保険健診	2	2
	骨粗しょう症検診	22	33
	その他の健診	0	0
小　　計		716	5,188
検　診　計		2,285	15,984
人間ドック等	日帰りドック	704	1,649
	宿泊ドック	17	17
	総合検診	21	48
	協会健保一般健診	1,706	2,889
	協会健保付加健診	135	151
	脳ドック	50	60
	協会健保子宮がん検診	58	78
人間ドック等　計		2,691	4,892
啓　　発	講演・講話	3	426
	結果報告会・事後指導	2,308	3,976
	健康相談	135	2,332
	健康教育	41	179
	特定保健指導	4	4
啓　発　計		2,491	6,917
ストレスチェック	ストレスチェック	1	687
ストレスチェック計		1	687
合　　計		7,468	28,480

〔ＭＥセンター〕

ME機器 点検件数

1月	2月	3月	4月	5月	6月	
926	973	964	981	920	993	
7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
945	960	946	890	1011	951	11460

血液浄化 特殊治療件数

CHDF	CHDF+PMX	PE	CART
21	8	1	5

※CHDF、CHDF+PMXは導入時でのデータとする。

心臓血管外科

PMI	28
PMR	35

循環器科

CAG	118	（下肢・腹部angio、右心・左心カテ、LITA、Ach、EPS含む）
PCI	178	
EVT	42	
Temporary pacing	19	
IVC filter	8	
ECMO	0	
IABP	2	
ABL	18	

脳外科

Angio	148
CAS、PTA、coil、血栓回収	75

泌尿器科

f-TUL	シャント造影	シャントPTA
57	183	111

耳鼻科

KTPレーザ
7

整形外科

Cell saver
19

消化器内科

上・下部内視鏡検査（GF・SF・CF）
4520
CFP
83
PEG
5
ERCP
154
EUS
47
ESD・EMR
296
その他（異物除去・止血術・Balloon・Stent・EVL・EIS・TSBtube）
111

〔医療福祉相談室〕

令 和 4 年　　相 談 状 況

（単位 ： 件）

	ソーシャルワーク業務	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
1	療養上の問題援助	15	12	25	8	15	12	8	2	7	1	3	1	109
2	退院援助	8	16	13	33	14	25	31	17	15	17	17	24	230
3	社会復帰援助	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	5
4	受診受療援助	8	6	2	8	13	12	12	1	2	2	7	0	73
5	経済的援助	4	5	6	9	9	8	4	7	6	3	5	2	68
6	訪問相談	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
7	家庭問題援助	0	0	0	0	0	6	5	3	2	0	1	0	17
8	心理・情緒的援助	1	0	2	0	2	4	2	3	1	8	1	1	25
9	法制度援助（介護保険）	67	71	73	22	18	26	26	23	18	15	14	31	404
10	医療スタッフとの連携	180	154	189	6	9	7	10	10	15	8	6	11	605
11	地域連携（ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ・施設）	133	112	139	61	53	60	50	46	70	29	49	70	872
12	日常生活援助	0	0	0	90	137	155	155	120	101	84	105	126	1073
13	その他	3	2	1	44	26	28	39	23	25	28	14	14	247
14	就労支援	0	0	2	25	34	39	43	46	30	25	17	19	280
15	法制度援助（身体・障害等）	0	0	2	14	15	10	17	8	20	15	20	21	142
16	地域連携（行政機関）	0	0	1	321	346	392	402	310	314	235	259	320	2900
	合計	419	378	456	642	692	784	804	620	628	470	518	640	7051

令和４年年齢別利用状況（男女別）

（単位：件）

	1月		2月		3月		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		合計		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		男	女
～19	4	17	1	5	1	6	2	1	1	5	3	6	9	3	7	3	5	7	2	4	1	0	0	0	93	36	57
20～29	9	3	5	9	6	9	4	10	3	4	0	14	8	13	3	5	6	17	9	4	4	8	8	4	165	65	100
30～39	14	15	13	10	13	7	4	2	4	12	8	13	5	16	5	7	3	16	13	5	2	6	7	5	205	91	114
40～49	19	8	19	15	8	12	4	3	8	13	6	21	11	12	15	6	12	15	5	15	5	9	11	7	259	123	136
50～59	8	10	10	23	22	21	17	11	13	16	23	15	20	14	20	10	12	4	11	11	7	16	8	28	350	171	179
60～69	29	11	18	13	36	17	23	12	54	14	50	14	28	18	35	8	26	6	10	10	32	8	28	10	510	369	141
70～79	33	23	31	10	34	19	30	28	26	19	33	11	30	6	30	10	34	11	24	11	25	18	26	17	539	356	183
80～	30	40	32	28	53	29	33	57	34	43	40	44	40	62	31	40	28	41	21	26	25	34	34	42	887	401	486
不明	6	0	2	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	17	17	0
合計	152	127	131	113	173	120	120	124	143	126	166	138	151	144	146	89	127	117	95	86	101	99	124	113	3025	1629	1396

令和4年1～12月 がん相談支援センター実績

	施　設　名	由利組合総合病院
年齢	20歳未満	3
	20代	91
	30代	74
	40代	666
	50代	390
	60代	439
	70代	235
	80代以上	172
	90代以上	0
	不明	121
	計	2191
性別	男	689
	女	1465
	不明	37
	計	2191
相談形式	面談	1868
	電話	313
	FAX	0
	メール	3
	郵便	1
	その他	6
	計	2191
相談時間	10分未満	41
	10分～30分未満	1854
	30分～1時間未満	274
	一時間以上	22
	計	2191
相談対象者	自施設入院中	544
	自施設通院中	1153
	他施設入院中	23
	他施設通院中	211
	受診機関なし	0
	その他	260
	計	2191
相談者	本人	1114
	配偶者	108
	親	15
	子	262
相談者	兄弟	42
	親戚	49
	院内スタッフ	0
	院外関係機関	0
	その他	0
	家族・親戚	0
	医療関係者	462
	福祉関係者	0
	一般	1
	友人・知人	123
	不明	15
	計	2191
相談内容	がんの治療	1363
	がんの検査	427
	症状・副作用・後遺症	1614
	セカンドオピニオン（一般）	15
	セカンドオピニオン（受入）	0
	セカンドオピニオン（他紹介）	1
	治療実績	0
	臨床試験・先進医療	15
	受診方法・入院	28
	転　院	17
	医療機関の紹介	61
	がん予防・検診	106
	在宅医療	104
	ホスピス・緩和ケア	196
	食事・服薬・入浴・運動・外出など	130
	介護・看護・教育	87
	社会生活（就労・仕事・就学・学業）	200
	医療費・生活費・社会保障制度	300
	補完代替療法	1
	生きがい・価値観	133
	不安・精神苦痛	1696
	告　知	56
	医療者との関係・コミュニケーション	551
	患者ー家族間の関係・コミュニケーション	661
	友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション	284
	患者会・家族会（ピア情報）	79
	グリーフケア	260
	不明	1
	計	8386

対応内容	傾聴・語りの促進・支援的な対応	2039
	助言・提案	524
	情報提供	760
	自施設受診の説明	5
	他施設受診の説明	3
	自施設他部門への連携	82
	他施設への連携	58
	ピアサポート機能の紹介	0
	苦情・要望への対応	2
	判断不明	1
	その他	0
	計	3474
相談担当者	医師	0
	看護師	1953
	MSW	238
	事務	0
	その他	0
	計	2191
入手経路	医療関係スタッフ(旧)	0
	担当医	80
	その他の医療・福祉関係者(院内)	1205
	その他の医療・福祉関係者(院外)	36
	家族・友人・知人	463
	同業者やその家族・患者会	33
	パンフレット・紹介カード	2
	インターネット	101
	院内掲示	262
	不明	9
	その他	0
	計	2191
臓器別	脳・眼・神経	42
	耳鼻咽喉・口腔	51
	胃	166
	食 道	55
	大・小腸(旧)	
	大腸	448
	小腸・肛門	4
	肝・胆	77
	膵	76
	肺	264
	縦隔・心嚢	8
	乳房	434

臓器別	子宮・卵巣(旧)	
	卵巣・膣・外陰部	79
	子宮	206
	前立腺・精巣(旧)	
	精巣	1
	前立腺	96
	腎・尿管・膀胱	166
	腎・膀胱	
	甲状腺・副腎(旧)	
	甲状腺	69
	副腎	8
	血液・リンパ(旧)	
	リンパ成人T細胞白血病	0
	血液・リンパその他	220
	肉 腫(旧)	
	皮 膚	10
	骨	
	骨・軟部組織	14
	後腹膜・腹膜	1
	中皮腫	1
	原発不明	3
	希少がん	0
	診断なし	0
	不明	0
	その他	0
	計	2499
現在の治療状況	診断なし	204
	治療前	135
	治療中	969
	治療後	21
	経過観察中	383
	緩和ケアのみ	218
	不明	4
	死亡	257
	その他	0
	計	2191
がんの状況	初診	912
	再発・転移	1259
	その他	0

〔医療安全対策室〕

令和４年（２０２２年１月～１２月）インシデント・アクシデント報告

表題別

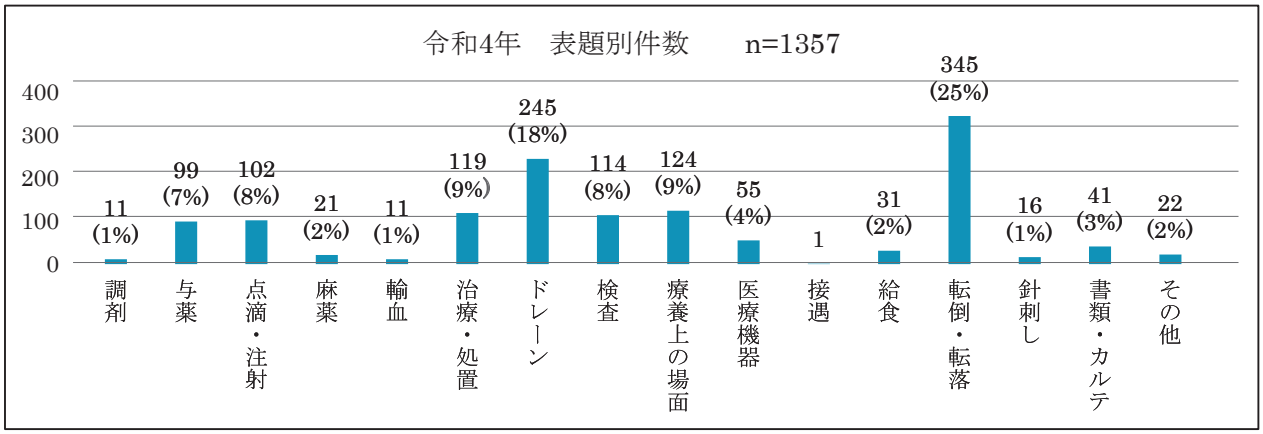
表　題	件数
調剤	11
与薬	99
点滴・注射	102
麻薬	21
輸血	11
治療・処置	119
ドレーン	245
検査	114
療養上の場面	124
医療機器	55
接遇	1
給食	31
転倒・転落	345
針刺し	16
書類・カルテ	41
その他	22
合　計	1357

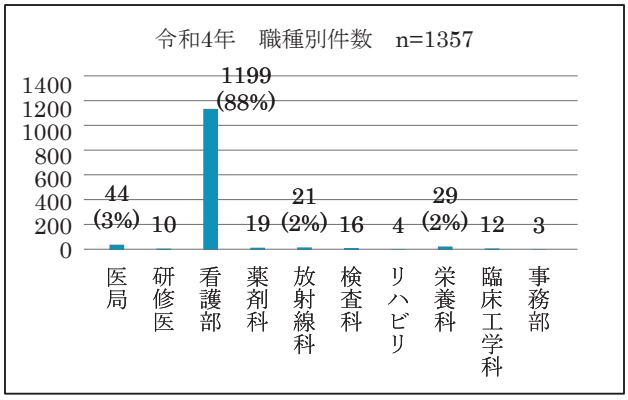
部門別

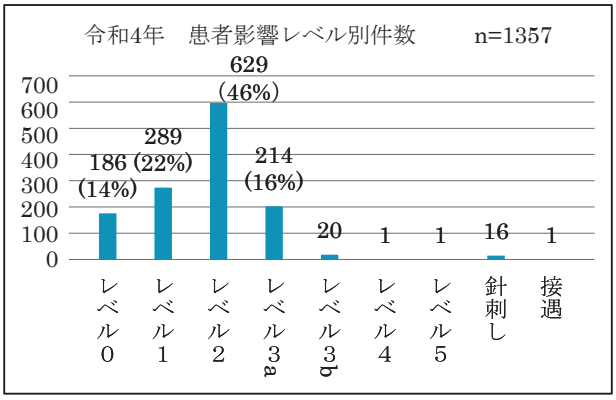
部　門	件数
医局	44
研修医	10
看護部	1199
薬剤科	19
放射線科	21
検査科	16
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科	4
栄養科	29
臨床工学科	12
事務部	3
合　計	1357

患者影響レベル別

レベル	件数
レベル0	186
レベル1	289
レベル2	629
レベル3a	214
レベル3b	20
レベル4	1
レベル5	1
針刺し	16
接遇	1
合　計	1357







医療安全研修会　開催実績（令和４年度）

	開催日	研修会名	対　象	内容／担当	参加者 (名)
1	2022／6／8	医療安全研修会	令和４年度 新採用者 令和３年度 中途採用者	『患者急変時の初期対応　- BLS - 』 －急変時対応を学ぼう！－ 救急看護認定看護師：尾留川 真理	5
2	2022／7／11 ～7／15	医療安全研修会 （基礎前期）	院内全職員	新型コロナウイルスパンデミックから見た 医療安全の現状と課題 パンデミックでの医療安全 職場内研修：資料閲覧 医療安全対策室　木嶋 しげ子	727
3	2022／11／21 ～11／28 2022／12／5 ～12／9	医療安全研修会 （基礎後期）	院内全職員	1. 患者・家族との良い関係を築く コミュニケーション 2. 安全を守る職員間のコミュニケーション 3. チームワークを高める「心理的安全性」 職場内研修：資料閲覧 東京海上日動メディカルサービス㈱ 医療安全対策室　木嶋 しげ子	720
4	2023／1／16 ～1／20	医療放射線 安全管理研修会	院内全職員	【診療用放射線の 安全管理に関する研修会】 職場内研修：資料閲覧 放射線科技師長 阿部　幸成	714

〔感染対策室（ICT/AST）〕2022 年

1. ICT/ASTラウンド（件）

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
特定抗菌薬使用状況確認のべ患者数	15	15	26	25	9	26	10	23	22	20	17	11	219
経路別対策実施確認のべ患者数	17	17	27	19	8	16	7	29	22	14	20	24	220
血液培養結果・その他確認のべ患者数	2	3	5	4	0	7	11	3	2	5	1	0	43

2. 特定抗菌薬使用届発行者数（件）

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
特定抗菌薬使用届発行者数	14	11	18	14	8	13	6	13	19	14	11	12	153
特定抗菌薬使用届のべ発行者数	16	12	21	17	8	16	6	14	22	17	12	12	173
特定抗菌薬継続使用届発行者数	5	0	10	5	2	7	3	9	8	8	6	4	67
特定抗菌薬継続使用届のべ発行者数	5	0	11	6	2	8	3	10	8	9	7	4	73

3. 抗菌薬投与設計（件）バンコマイシンTDM

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
新規使用患者数	5	2	8	6	2	11	1	5	9	8	6	4	67
初期投与計画報告件数	5	0	8	5	2	9	1	5	8	7	5	3	58
TDM対象患者数(4日以上)	5	1	8	4	1	6	1	3	7	6	5	2	49
維持投与量設計数	5	1	7	3	1	5	1	3	7	6	5	2	46

4. 環境ラウンド（部署）

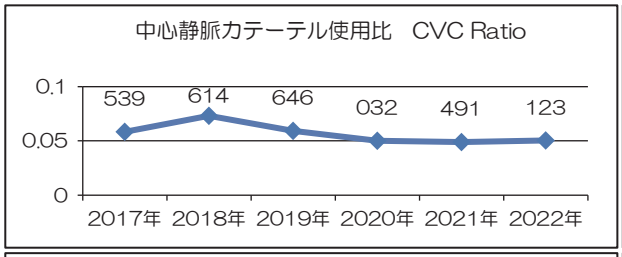
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
年間環境ラウンド実施部署数	4	6	0	6	3	6	1	6	1	5	1	1	40

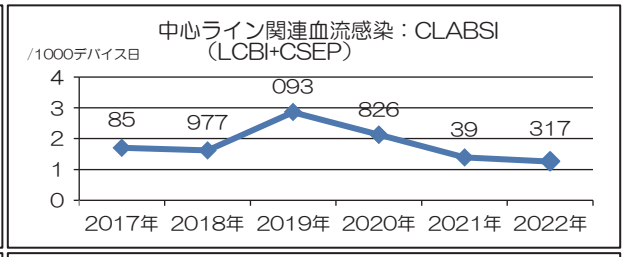
5. サーベイランス

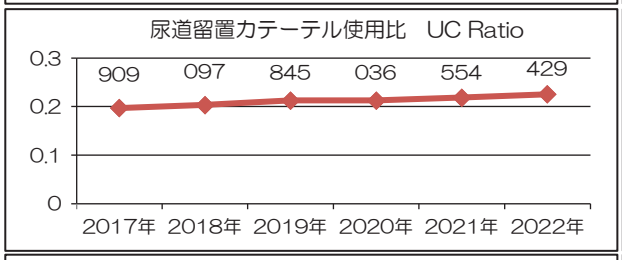
*デバイス使用比=　デバイス使用日／のべ入院患者数

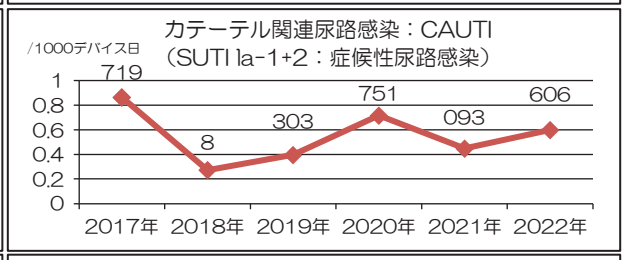
**デバイス感染率= 感染数／デバイス使用日×1,000

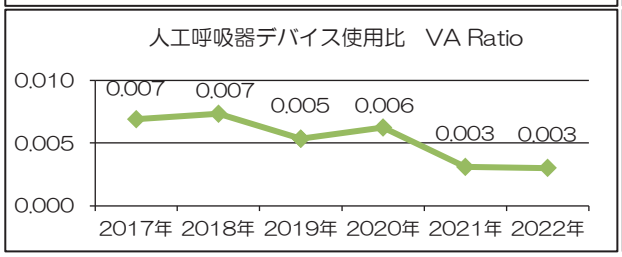
〔全入院患者デバイスサーベイランス〕

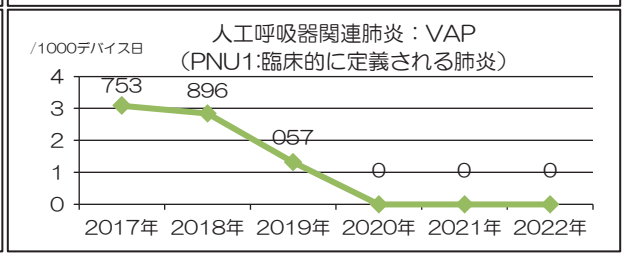












〔SSI（手術部位感染）サーベイランス〕

実施部門：JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）SSI部門（腹部消化器外科）

JANIS

還元情報 2022年1月～12月 年報　　手術部位感染部門

JA秋田厚生連　由利組合総合病院

1.集計対象医療機関数、手術件数、SSI発生率

（対象期間 2022年1月1日～2022年12月31日）

消化器外科系手術

手術手技コード*	自施設の手術件数(件)	自施設のSSI件数(件)	自施設のSSI発生率	集計対象医療機関数	集計対象医療機関		
					手術件数合計(件)	SSI件数合計(件)	全体のSSI発生率
APPY	28	0	0.0%	399	13,049	564	4.3%
CHOL	27	1	3.7%	409	29,168	733	2.5%
COLO	40	0	0.0%	641	47,797	3,852	8.1%
GAST合計	24	0	0.0%	469	15,753	1,195	7.6%
GAST-D	13	0	0.0%	416	7,296	493	6.8%
GAST-T	6	0	0.0%	416	3,085	328	10.6%
GAST-O	5	0	0.0%	428	5,372	374	7.0%
REC	22	0	0.0%	587	17,409	1,798	10.3%
SB	9	1	11.1%	387	7,819	907	11.6%
SPLE	1	0	0.0%	108	270	11	4.1%

＊手術手技コード

APPY	虫垂切除術
BILI合計	胆管胆道、肝臓、膵臓手術
BILI-L	胆道再建を伴わない肝切除
BILI-PD	膵頭十二指腸切除
BILI-O	その他肝胆膵手術
CHOL	胆嚢手術
COLO	大腸手術
GAST合計	胃手術
GAST-D	幽門側胃切除
GAST-T	胃全摘
GAST-O	胃の切開または切除
REC	直腸手術
SB	小腸手術
SPLE	脾臓手術

〔地域医療連携室〕

紹介・逆紹介 診療科別・月別統計（2022）

◎紹介患者数（初診）　（単位：人）

	消化	小児	眼科	耳鼻	泌尿	皮膚	産婦	精神	整外	外科	脳外	心外	内科	放射	循環	リハ	歯科	糖尿	神内	計
1月	27	12	1	7	22	13	17	1	36	13	16	2	19	3	15	0	38	1	2	245
2月	19	6	3	7	17	10	21	8	32	16	15	2	14	4	23	0	33	0	0	230
3月	23	10	2	16	19	15	21	3	32	14	17	2	11	8	27	0	40	2	3	265
4月	36	9	3	10	12	13	22	1	44	18	19	5	21	6	25	0	33	3	1	281
5月	35	11	2	6	11	6	22	2	36	11	18	2	11	6	18	0	21	2	2	222
6月	34	7	1	14	17	17	23	3	47	17	18	4	20	8	15	0	50	2	1	298
7月	33	12	6	7	26	9	16	4	50	19	17	2	14	2	26	0	38	1	1	283
8月	41	9	2	9	17	10	26	1	37	15	10	3	15	6	19	0	36	2	2	260
9月	34	12	4	11	28	20	17	1	35	23	19	3	17	7	27	0	27	2	0	287
10月	42	14	3	6	28	13	16	3	37	18	19	4	16	2	28	0	44	1	1	295
11月	34	10	5	10	22	11	25	2	26	24	22	5	14	2	27	0	44	2	0	285
12月	29	23	5	7	29	7	18	3	27	26	19	4	24	10	26	0	25	2	1	285
計	387	135	37	110	248	144	244	32	439	214	209	38	196	64	276	0	429	20	14	3,236

◎逆紹介患者数　（単位：人）

	消化	小児	眼科	耳鼻	泌尿	皮膚	産婦	精神	整外	外科	脳外	心外	内科	放射	循環	リハ	歯科	糖尿	神内	計
1月	45	6	6	2	20	6	4	10	44	34	45	5	67	4	61	0	15	6	1	381
2月	28	8	4	3	23	10	2	15	25	15	30	4	89	8	44	0	21	3	1	333
3月	34	6	8	4	32	11	4	13	31	24	33	7	79	11	48	0	30	3	3	381
4月	30	6	14	1	40	8	9	10	32	22	40	5	59	10	62	0	26	3	0	377
5月	43	10	8	2	31	4	6	8	21	24	31	2	48	12	58	0	14	4	0	326
6月	30	18	16	6	26	7	5	18	37	23	39	12	68	11	50	0	20	3	5	394
7月	32	24	7	7	31	8	2	13	55	24	36	6	72	6	70	0	28	7	0	428
8月	31	31	7	2	27	4	8	4	35	25	48	4	39	7	49	0	24	3	1	349
9月	34	20	8	8	27	12	10	18	51	35	49	9	63	8	51	0	24	1	3	431
10月	38	7	17	4	27	8	4	19	37	25	36	12	59	6	64	0	22	2	0	387
11月	38	9	11	4	27	8	8	15	43	29	32	10	47	7	124	0	24	2	2	440
12月	38	6	6	4	25	3	8	9	50	27	54	12	44	11	109	0	23	5	2	436
計	421	151	112	47	336	89	70	152	461	307	473	88	734	101	790	0	271	42	18	4,663

◎紹介率

	消化	小児	眼科	耳鼻	泌尿	皮膚	産婦	精神	整外	外科	脳外	心外	内科	放射	循環	リハ	歯科	糖尿	神内	計
1月	59.3	16.7	7.7	17.3	71.8	39.4	37.7	14.3	29.7	49.1	52.5	60.0	43.9	100.0	80.6	−	55.6	100.0	−	40.5
2月	55.6	14.7	33.3	17.1	54.3	47.6	41.2	66.7	39.5	61.5	59.0	−−	61.5	100.0	80.0	−	55.9	−	−	45.0
3月	62.5	15.8	10.0	23.2	61.0	42.9	31.9	42.9	37.6	40.0	73.6	66.7	68.8	100.0	85.0	−	51.9	100.0	100.0	43.0
4月	85.5	12.6	18.8	57.6	52.9	56.0	18.8	100.0	52.3	65.0	230.4	85.7	58.1	31.6	264.3	−	38.4	100.0	100.0	53.2
5月	114.0	16.8	12.5	22.0	68.2	47.1	10.5	40.0	47.9	45.5	107.7	300.0	38.3	100.0	129.6	−	34.4	100.0	−	40.8
6月	68.3	6.6	7.7	43.9	50.0	62.5	28.4	80.0	39.8	44.2	105.0	150.0	42.9	100.0	200.0	−	59.5	−	100.0	45.3
7月	48.4	9.7	27.3	27.8	63.6	32.4	10.5	66.7	59.7	42.9	108.1	50.0	20.6	100.0	100.0	−	54.3	50.0	50.0	36.4
8月	76.8	9.6	11.8	40.0	84.4	52.2	11.3	80.0	56.4	25.0	116.7	200.0	17.8	100.0	65.1	−	46.2	−	66.7	32.1
9月	104.7	11.5	40.0	71.4	68.1	83.3	12.3	10.0	91.4	78.0	156.0	200.0	28.6	100.0	143.3	−	49.1	100.0	−	49.4
10月	103.8	10.8	30.0	54.5	86.5	68.4	13.4	50.0	75.4	51.1	156.0	66.7	18.8	100.0	89.5	−	57.1	100.0	−	43.9
11月	94.1	6.6	71.4	141.7	112.0	64.7	16.1	125.0	104.5	87.2	146.7	350.0	15.0	100.0	102.5	−	64.7	100.0	−	42.6
12月	107.5	12.8	60.0	122.2	80.5	70.0	10.6	50.0	159.4	71.4	325.0	83.3	18.7	100.0	214.3	−	58.1	100.0	100.0	43.7

◎逆紹介率　（単位 1-3月：%　4-12月：‰）

	消化	小児	眼科	耳鼻	泌尿	皮膚	産婦	精神	整外	外科	脳外	心外	内科	放射	循環	リハ	歯科	糖尿	神内	計
1月	83.3	5.3	46.2	3.8	51.3	18.2	5.2	142.9	28.4	64.2	73.8	100.0	101.5	133.3	196.8	−	20.8	600.0	100.0	45.5
2月	62.2	7.3	44.4	7.3	65.7	47.6	2.4	125.0	21.0	38.5	49.2	−	228.2	200.0	125.7	−	35.6	−	−	46.7
3月	70.8	5.0	40.0	5.8	78.0	31.4	3.5	185.7	28.4	53.3	62.3	233.3	246.9	137.5	120.0	−	39.0	150.0	100.0	46.2
4月	30.0	12.1	11.8	1.6	18.6	13.1	6.8	12.1	14.4	19.3	72.1	17.9	26.2	68.5	39.1	−	59.2	10.6	−	21.4
5月	51.0	23.0	7.4	3.5	15.4	9.2	3.6	10.2	9.7	21.1	56.7	6.6	23.5	76.4	37.9	−	39.9	18.2	0.0	19.6
6月	27.2	30.4	13.1	8.4	11.6	11.0	3.1	20.1	15.1	16.2	61.2	33.1	29.9	45.1	32.8	−	48.2	9.9	54.9	20.6
7月	32.9	35.2	6.5	11.1	14.8	14.1	1.3	16.3	23.7	18.9	61.2	22.3	32.6	35.7	46.5	−	77.1	27.5	0.0	24.2
8月	29.9	42.1	8.0	3.3	12.8	9.5	4.4	4.8	16.6	19.2	94.7	13.6	17.6	87.5	29.8	−	69.4	10.5	12.5	19.8
9月	34.2	42.9	7.1	15.1	12.6	21.3	6.2	19.6	26.0	27.5	83.1	26.5	27.2	500.0	34.1	−	77.9	4.0	38.5	24.9
10月	40.9	13.8	14.7	7.8	14.2	17.4	2.6	23.8	21.2	21.2	63.9	51.7	25.7	157.9	43.8	−	62.9	7.2	0.0	23.7
11月	38.3	13.7	9.9	8.4	12.5	19.1	4.6	20.7	24.2	23.2	59.0	32.3	14.7	78.7	74.7	−	79.7	7.0	24.1	24.3
12月	36.1	8.7	5.4	7.3	11.6	7.9	4.5	10.5	27.2	21.1	113.2	36.0	16.9	108.9	74.1	−	80.1	19.7	28.2	24.8

※ 紹介率・逆紹介率の算定は、許可病床数400床以上病院に定められた基準による。（下記）

【1月-3月】

・紹介率 ＝ $\dfrac{\text{文書による紹介患者数（初診のみ）＋緊急入院初診患者数（紹介除く）}}{\text{初診患者数（初診料算定患者数）－救急搬送初診患者数－休日・夜間初診患者数（救急搬送除く）}} \times 100$

・逆紹介率 ＝ $\dfrac{\text{逆紹介患者数（診療情報提供料算定患者数）}}{\text{初診患者数（初診料算定患者数）－救急搬送初診患者数－休日・夜間初診患者数（救急搬送除く）}} \times 100$

【4月-12月】

・紹介率 ＝ $\dfrac{\text{文書による紹介患者数（初診のみ）＋救急搬送初診患者数}}{\text{初診患者数（入院+外来）－救急搬送初診患者数－休日・夜間初診患者数（救急搬送除く）}} \times 100$

・逆紹介率 ＝ $\dfrac{\text{逆紹介患者数（診療情報提供料算定患者数）}}{\text{外来患者数（再診）＋初診患者数（入院+外来）－救急搬送初診患者数－休日・夜間初診患者数（救急搬送除く）}} \times 1{,}000$

〔救　急　室〕

年 間 集 計

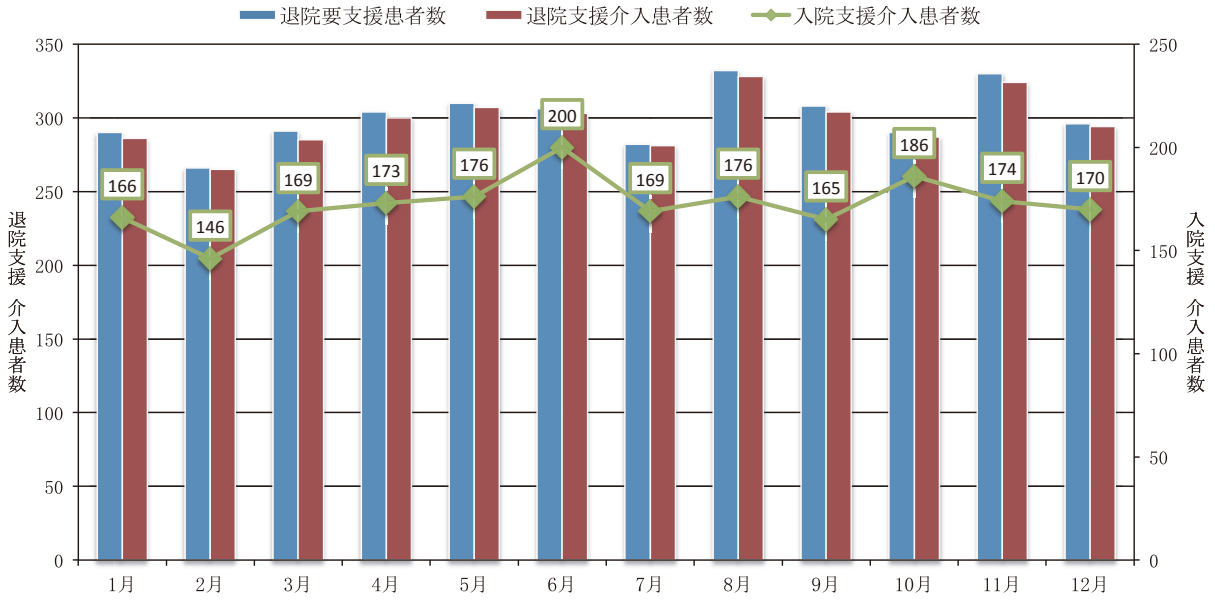
2022年1月～12月

	新患	再来	合計	入院	救急搬送	死亡	解剖	検視
内科	711	1019	1730	363	396	19	0	8
循環器内科	247	653	900	315	385	16	0	5
呼吸器内科	0	0	0	0	0	0	0	0
消化器内科	369	750	1119	404	299	6	0	2
小児科	220	1145	1365	174	103	0	0	0
眼科	73	39	112	0	5	0	0	0
耳鼻科	309	274	583	21	113	1	0	0
泌尿器科	185	561	746	222	166	7	0	1
皮膚科	172	202	374	0	18	0	0	0
婦人科	27	200	227	52	22	0	0	0
精神科	32	45	77	0	39	0	0	0
整形外科	696	1154	1850	301	390	5	0	2
外科	228	488	716	333	206	12	0	3
脳外科	663	618	1281	441	533	9	0	4
心外科	24	66	90	37	42	4	0	0
歯科	57	16	73	5	4	0	0	0
麻酔科	0	0	0	0	0	0	0	0
糖代謝科	0	7	7	0	1	0	0	0
神経内科	0	5	5	0	1	0	0	0
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	4013	7242	11255	2668	2723	79	0	25

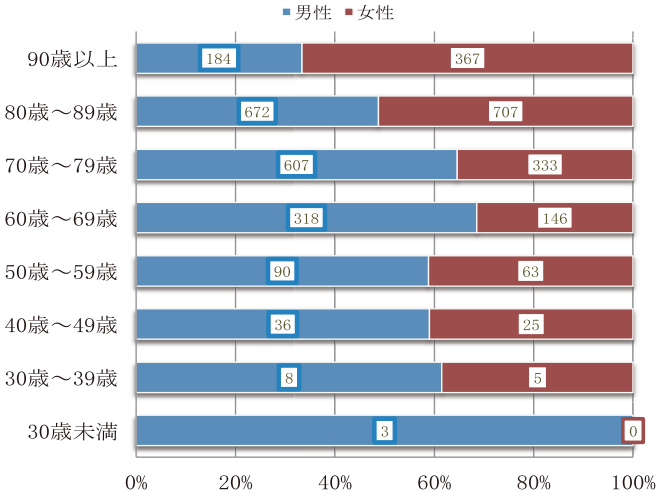
救急搬送　実数						
地域別	由利本荘	にかほ	他	防災ヘリ	ドクターヘリ	合計
人数	1988	699	17	2	17	2723

〔入退院支援センター〕

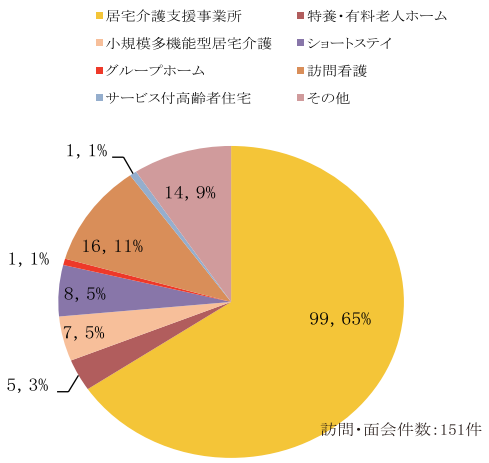
入退院支援部門　患者介入状況
※退院支援集計対象:2022年退院患者、入院支援集計対象:2022年入院前対応患者

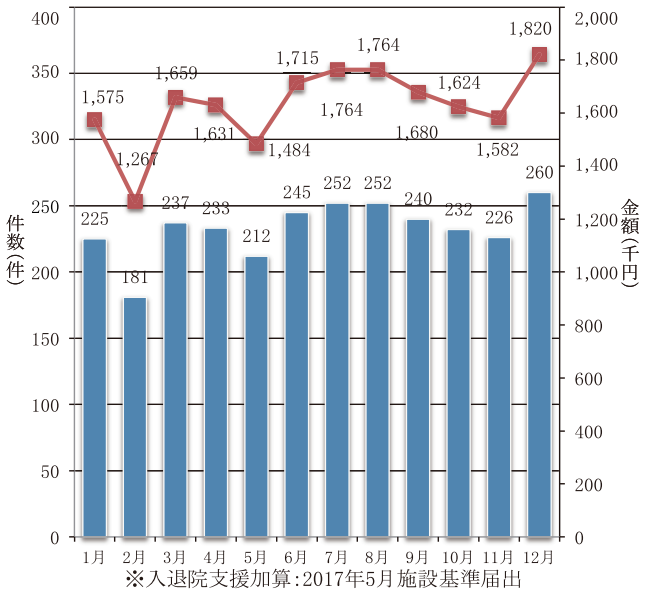


退院支援部門介入状況(性別・年齢別)
※集計対象:2022年退院患者

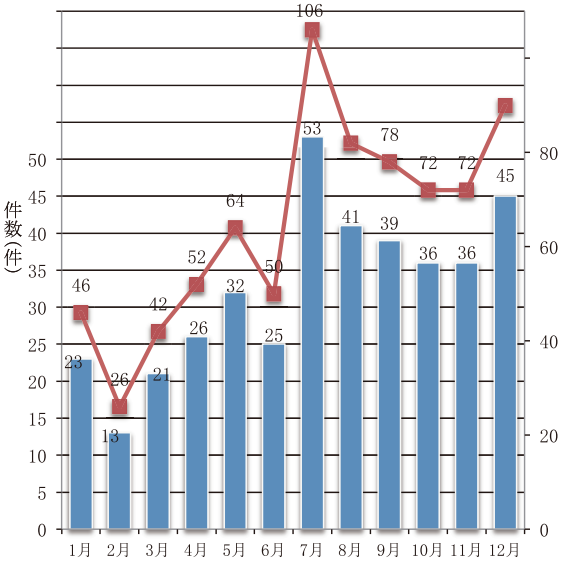


外部事業所訪問・面会状況





※入退院支援加算:2017年5月施設基準届出



※入院時支援加算:2018年4月施設基準届出

〔診療録管理室〕

2022年１月～2022年12月　疾病（大分類）別・診療科別・性別　退院患者数

		消化器内科	小児科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	産婦人科	整形外科	外科	脳外科	心臓外科	内科	循環器内科	全科計
01:感染症及び寄生虫症（A00－B99）	男	13	23	0	2	16	0	1	10	2	3	35	14	119
	女	7	12	0	5	13	2	1	3	1	0	42	8	94
02:新生物＜腫瘍＞（C00－D48）	男	195	2	1	30	270	0	3	321	13	0	96	1	932
	女	89	1	0	16	39	489	1	202	10	0	79	0	926
03:血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害（D50－D89）	男	5	1	0	0	9	0	0	6	0	0	12	1	34
	女	2	3	0	0	5	1	0	3	0	2	31	2	49
04:内分泌，栄養及び代謝疾患（E00－E90）	男	6	9	0	0	5	0	0	6	1	3	33	8	71
	女	2	14	0	1	3	0	1	2	2	2	29	10	66
05:精神及び行動の障害（F00－F99）	男	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	女	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3
06:神経系の疾患（G00－G99）	男	0	15	0	10	2	0	2	0	34	0	1	0	64
	女	0	4	0	6	2	0	2	2	21	0	4	0	41
07:眼及び付属器の疾患（H00－H59）	男	0	1	178	0	0	0	0	0	0	0	0	0	179
	女	0	1	189	0	0	0	0	0	0	0	0	0	190
08:耳及び乳様突起の疾患（H60－H95）	男	2	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	14
	女	1	1	0	9	1	0	1	1	2	0	2	1	19
09:循環器系の疾患（I00－I99）	男	10	1	0	0	13	0	2	3	291	46	11	369	746
	女	12	2	0	0	4	0	1	6	277	48	24	217	591
10:呼吸器系の疾患（J00－J99）	男	10	71	0	10	24	0	5	46	10	13	80	49	318
	女	7	27	0	16	16	1	3	19	8	2	75	20	194
11:消化器系の疾患（K00－K93）	男	322	0	0	1	7	0	1	170	1	0	3	1	506
	女	155	0	0	2	0	4	0	87	1	0	5	1	255
12:皮膚及び皮下組織の疾患（L00－L99）	男	1	0	0	0	1	0	9	2	0	0	1	0	14
	女	2	3	0	1	0	1	6	2	1	0	4	1	21
13:筋骨格系及び結合組織の疾患（M00－M99）	男	1	6	0	0	0	0	114	3	0	0	3	0	127
	女	1	3	0	1	0	0	104	0	2	0	26	1	138
14:腎尿路生殖器系の疾患（N00－N99）	男	1	6	0	0	286	0	0	4	1	6	34	7	345
	女	2	10	0	0	177	45	0	2	0	0	44	8	288
15:妊娠，分娩及び産じょく＜褥＞（O00－O99）	男	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	女	0	0	0	0	0	283	0	0	0	0	0	0	283
16:周産期に発生した病態（P00－P96）	男	0	25	0	0	0	70	0	0	0	0	0	0	95
	女	0	29	0	0	0	53	0	0	0	0	0	0	82
17:先天奇形，変形及び染色体異常（Q00－Q99）	男	0	8	0	2	4	4	0	0	3	0	0	0	21
	女	0	4	0	1	0	2	0	1	1	0	0	0	9
18:症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの（R00－R99）	男	1	19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	21
	女	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
19:損傷，中毒及びその他の外因の影響（S00－T98）	男	5	7	1	2	5	0	245	34	43	2	7	2	353
	女	4	6	0	0	1	2	344	18	31	1	5	1	413
20:傷病及び死亡の外因（V01－Y98）	男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21:健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用（Z00－Z99）	男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22:特殊目的用コード（U00－U99）	男	8	23	0	0	15	0	0	2	3	0	70	6	127
	女	3	36	0	0	5	15	0	5	1	0	86	5	156
合計	男	580	218	180	70	657	74	382	607	403	73	386	458	4088
	女	288	164	189	58	267	898	464	353	359	55	456	275	3826

業　　績

〔内　　科〕

●論文

・Sawamra M. Sawa N, Yamanouchi M, Ikuma D, Sekine A, Mizuno H, Kawada M, Hiramatsu R, Hayami N, Hasegawa E, Suwada T, Kono K, Kinowaki K, Ohashi K, Yamaguchi Y, Ubara Y, Use of biologic agents and methotrexate improves renal manifestation and outcome in patients with rheumatoid arthris : a retrospective analysis. Clin Exp Nephrol. 2022 Apr;26(4):341-349.

・Saito M, Saito A, Abe F, Imaizumi C. kaga H, Sawamura M, Nara M, Ozawa M, Sato R, Nakayama T, Okuyama S, Masai R, Ohtani H, Komatuda A, Wakui H, Takahashi N. Evaluation of a newly proposed renal risk score for Japanese patients with ANCA-associated glomerulonephritis. Clin Exp Nephrol. 2022 Aug:26(8):760-769.

・Nara M, Komatsuda M, Sawamura M, Abe F, kaga H, Saito A, Saito M, Imaizumi C, Nanjo H, Wakui H, Takahashi N, Long-term prognosis of monoclonal immunoglobulin-associated glomerulal diseases with non-organized deposits:A report of 38 cases from a Japanese single center. Clin Nephrol. 2022 Sep:98(3):135-145.

・Sawamura M, Sawa N, Oshima Y, Ikuma D, Yamanouchi M, Hayami N, Sekine A, Mizuno H, Hasegawa F, Suwabe T, Hoshino J, Kono K, Kinowaki K, Ohashi K, Ubara Y. A case of malignant nephrosclerosis occurring with serum renin in the normal range, CEN Case Rep. 2023 Feb:12(1):116-121. doi:10.1007/s13730-022-00726-x. Epub 2022 Aug29.

〔循環器内科〕

●学会発表

・若林飛友　山中卓之　畠山葉月　仙場志保
中西　徹
右室梗塞をきたし救命困難であった VLST の一例
第 50 回日本心血管インターベンション治療学会東北地方会
2022/02/26　仙台市（Web 開催）

・楡井周作　山中卓之　鈴木暢容　鈴木真由
中西　徹
盗血症候群を伴う左鎖骨下動脈閉塞病変に対して EVT を施行した一症例
第 51 回日本心血管インターベンション治療学会東北地方会
2022/07/30　山形市

●講演

・山中卓之
動脈硬化における中性脂肪管理の重要性
～ SPPARM α に期待すること～
KOWA Web Conference
2022/03/02　由利本荘市（Web 開催）

・山中卓之
エリアの健康寿命延伸を考える
～息切れ・大動脈弁狭窄症～
non-AF アブレーションはじまりました
2022/04/18　由利本荘市（Web とのハイブリッド開催）

●その他

・中西　徹
エリアで健康寿命延伸を考える会
～心房細動をいかに見つけ、治療するか～
講演座長
2022/02/22　由利本荘市（Web とのハイブリッド開催）

・中西　徹
エリアの健康寿命延伸を考える
～息切れ・大動脈弁狭窄症～
講演座長
2022/04/18　由利本荘市（Web とのハイブリッド開催）

・中西　徹
由利本荘地区心不全学術講演会
特別講演座長
2022/07/15　由利本荘市（Webとのハイブリッド開催）

・中西　徹
エリアの健康寿命延伸を考える
～静脈血栓塞栓症～
特別講演座長
2022/10/18　由利本荘市（Webとのハイブリッド開催）

・中西　徹
高血圧治療を考える会in由利本荘
講演座長
2022/11/04　由利本荘市（Web開催）

〔脳神経外科〕

2022年1月1日～2022年12月31日

●学会・講演等発表

1）山口卓：「繰り返し血栓回収術を行った症例の検討」、秋大PGカンファ；2022年6月13日

2）山口卓：「最近の難渋症例から～初回血栓回収の5日後に再度血栓回収を行った症例～tandem lesionの症例」、GOLD in 北日本（Web conference）；2022年7月12日

3）畠愛子：「診断に苦慮している若年者の白質病変の一例」
秋大PGカンファ；2022年8月8日

4）仙北谷直幹：「Tandem Lesionに対する血栓回収療法　－単一施設2年間の治療成績－」
第63回日本脳神経外科学会東北支部会；2022年9月3日

5）山口卓：「繰り返し血栓回収を行った症例の検討」
第38回日本脳神経血管内治療学会総会（大阪）；2022年11月10日

6）仙北谷直幹：「Carotid webのその後」、秋大PGカンファ；2022年12月19日

〔消化器科〕

●学会発表

・佐藤悠麿　岩塚邦生　藤原純一　荒田　英
鈴木　翔　道免孝洋　大嶋重敏
アレルギー素因のない多剤内服中の高齢者に発症した好酸球性腸炎
第 212 回日本消化器病学会東北支部例会（仙台市）2022 年 2 月 4 日

・鈴木　翔
機械学習を用いたバーチャル色素内視鏡は胃癌視認性を向上させるか
第 167 回日本消化器病内視鏡学会東北支部例会（仙台市）2022 年 2 月 4 日

・和田邦宏　鈴木　翔　藤原純一　荒田　英
岩塚邦生　道免孝洋　大嶋重敏
高齢者で発症した潰瘍性大腸炎の一例
第 212 回日本消化器病学会東北支部例会（仙台市）2022 年 2 月 5 日

・藤倉佑光　道免孝洋　藤原純一　荒田　英
岩塚邦生　鈴木　翔　大嶋重敏
バンコマイシンの漸減療法が著効した一例
第 212 回日本消化器病学会東北支部例会（仙台市）2022 年 2 月 5 日

・藤原純一　道免孝洋　荒田　英　小林直大
松山磨理
当院における中等症 / 重症胆嚢炎に対する経皮ドレナージの検討 (PTGBD vs. PTGBA)
第 213 回日本消化器病学会東北支部例会（山形市）2022 年 7 月 1 日

・松山磨理　道免孝洋　荒田　英　藤原純一
小林直大
当院においてランデブー法を用いて胆管ステント留置を行った 5 例の検討
第 168 回日本消化器内視鏡学会東北支部例会（山形市）2022 年 7 月 2 日

・藤原純一　道免孝洋　荒田　英　小林直大
松山磨理
当院における中等症 / 重症胆嚢炎に対する治療成績と今後の展望
第 58 回日本胆道学会学術集会（横浜市）2022 年 10 月 14 日

●講演

・道免孝洋
肝疾患診療の近況と診療連携～上部消化管出血のマネージメントも含めて～
消化器 Seminar in 由利本荘（由利本荘市）
2022 年 3 月 4 日

・道免孝洋
生活習慣と肝臓病
日本肝臓学会「肝がん撲滅運動」秋田 市民公開講座～肝臓病をよく知ろう～
（Web 開催）2022 年 7 月 23 日

〔産 婦 人 科〕

●文献

・Daisuke Tamura, Shintaro Narita, Misa Yamauchi, Rina Watanabe, Shota Yokoyama, Akane Kikuchi, Akihiro Shitara, Syuji Chiba, Fumiko Saito, Akihiro Sugita, Kazunari Sato, Akihiro Karube
Perinatal Management in a Pregnant Woman with Ureteropelvic Junction Obstruction: Case Report and Literature Review
Diagnostics. 2022 Apr; 12(4): 913. doi: 10.3390/diagnostics12040913.

・横山翔太　齋藤史子　設楽明宏　田村大輔
軽部彰宏
非癒痕子宮破裂を発症しショックとなるも救命しえた1例.
秋田県産科婦人科学会誌 27, 49-52, 2022

●受賞

・軽部彰宏
令和4年度　日本農村医学会研究奨励賞（英文誌、医師・研究者部門）
秋田県医師会功労者表彰

●学会発表

・経腟分娩した先天性腎尿路異常合併妊娠における周産期管理
渡邊里奈　田村大輔　菊池茜恵　山内美佐
横山翔太　設楽明宏　千葉修治　齋藤史子
軽部彰宏
第12回　由利本荘医師会合同カンファレンス（由利本荘市）　2022年2月5日

●講演

・軽部彰宏
由利本荘地域の子宮頸がんの状況とHPVワクチンの有効性
第39回　由利本荘・にかほ市民医学講座（由利本荘市）　2022年9月24日

・設楽明宏
産婦人科腹腔鏡技術認定医までの道のり
第11回　秋田ギネラパ勉強会（秋田市）2022年11月20日

●性教育

・渡邊里奈　秋田県立本荘高等学校（全日制）
2022年7月5日

・平川威夫　秋田県立仁賀保高等学校　2022年7月12日

・渡邊里奈　秋田県立本荘高等学校（定時制）
2022年7月19日

・平川威夫　秋田県立由利高等学校　2022年10月25日

〔整形外科〕

●学会発表

・笠間史仁　木村竜太　本郷道生　粕川雄司
工藤大輔　東海林諒　宮腰尚久
若手整形外科医の超音波ガイド下頚椎神経根ブロック習得の取り組み
第 15 回東北 MISt 研究会、1 月、仙台

・笠間史仁　木村竜太　本郷道生　粕川雄司
工藤大輔　宮腰尚久
超音波ガイド下 L5 神経根ブロックの刺入経路の検討
第 51 回日本脊椎脊髄病学会学術集会、4 月、横浜

・笠間史仁　土江博幸　永澤博幸　粕川雄司
野坂光司　阿部和伸　齋藤　光　東海林諒
五十嵐駿　原田俊太郎　岡本憲人　大屋敬太
宮腰尚久
軟部肉腫モデルマウスにおける骨代謝に与える影響
第 42 回日本骨形態計測学会、6 月、米子

・長幡　樹　菊池俊彦　長谷川朗彦　野口英明
鈴木紀夫　三田基樹　宮腰尚久
Trans Iliac Trans Sacral screw（TITS）の骨盤骨形態における刺入リスクの検討
第 119 回東北整形災害外科学会、6 月、仙台

・笠間史仁　木村竜太　粕川雄司　工藤大輔
東海林諒　本郷道生　宮腰尚久
超音波ガイド下 L5 神経根ブロックの刺入経路の検討
第 119 回東北整形災害外科学会、6 月、仙台

・笠間史仁　土江博幸　永澤博幸　粕川雄司
野坂光司　阿部和伸　齋藤　光　東海林諒
五十嵐駿　原田俊太郎　岡本憲人　大屋敬太
宮腰尚久
軟部肉腫モデルマウスにおける骨代謝に与える影響
第 40 回日本骨代謝学会、7 月、岐阜 + WEB

・長幡　樹　粕川雄司　菊池俊彦　長谷川朗彦
野口英明　鈴木紀夫　三田基樹　宮腰尚久
脆弱性骨盤輪骨折に対する早期骨接合・骨粗鬆症治療の介入
第 24 回日本骨粗鬆症学会、9 月、大阪

・笠間史仁　土江博幸　永澤博幸　粕川雄司
野坂光司　東海林諒　五十嵐駿　原田俊太郎
岡本憲人　大屋敬太　宮腰尚久
軟部肉腫と抗がん剤がマウスの骨代謝に与える影響
第 37 回日本整形外科学会基礎学術集会、10 月、宮崎

●講演

・長幡　樹
寛骨臼骨折　画像評価・解剖・分類
湘南・札幌外傷整形外科研究所　レジランド、Web、6 月

・菊池一馬
脊椎椎体骨折に対する手術療法
神経障害性疼痛セミナー in 由利本荘・にかほ、11 月

●その他

長幡　樹
鼠径部痛症候群（Groin pain 症候群）とは
JA 秋田しんせい　広報誌　Wind's 健康ガイド

〔臨床検査科〕

●学会発表

・加藤　純　添田有希
抗菌薬適正使用を目的とした血液培養陽性例への微生物検査的介入の効果
秋田県農村医学会第 124 回学術大会
2022.7.9　秋田県 JA ビル

・柳原圭吾　北畠なつみ　仲谷淳美
新型コロナウイルスワクチン接種後の当院職員の抗体価の推移
秋田県農村医学会第 124 回学術集会
2022.7.9　秋田県 JA ビル

・金子　優　今野尚子　佐藤法子
肝内細胆管癌の一例
日本超音波医学会第 64 回東北地方会学術集会
2022.9.11　Web 開催

・加藤　純　添田有希
遺伝子検査を用いたメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）菌血症への介入効果の検討
第 71 回日本農村医学会学術集会
2022.10.13 ～ 14　山口県山口市

・仲谷和彦　三上絢子　齋藤　桜
呼吸サポートチーム（RST）活動において心臓超音波検査が有用であった 1 例
第 44 回秋田県医学検査学会
2022.10.29　大館市

・冨永柊哉　佐藤和美
抗 Fya 抗体保有患者への対応と今後の課題
第 44 回秋田県医学検査学会
2022.10.29　大館市

〔リ ハ ビ リ〕

●講演

・佐藤亜矢
症例から考える呼吸理学療法
秋田県理学療法士会　呼吸理学療法症例共有セミナー
2022 年 10 月　web 開催

●その他

・地域リハビリテーション活動支援事業
年間 3 回　にかほ市

〔心臓血管外科〕

2021年3月にICUが閉棟されてから、当院では開心術が出来なくなったため、それ以降は主にペースメーカーに関連した手術を行っております。

2022年の手術症例としては新規のペースメーカー植え込みが30例あり、内訳として洞不全症候群が12例、房室ブロック（高度ブロック、完全ブロック含む）が11例、徐脈性心房細動が7例でした。平均年齢はいずれも81歳前後でした。ペースメーカーの交換手術は37例でした。

新規植え込みおよび電池交換いずれにおいても、これまでは局所麻酔でのみ手術を行っていましたが、認知症の合併などにより局所麻酔では手術中の安静が保てないと判断された患者様においては麻酔科に依頼して全身麻酔での手術を行う事としています。患者様の侵襲が大きくなるのではと懸念しておりましたが、かえって手術時間が短縮され、心配されていた術後の誤嚥などもなく推移しております。電池交換が必要な患者様においては、植え込みから10年近く時間が経過し、その間に認知症を発症されるケースが予想されます。そのような患者様においては、積極的に全身麻酔での手術を施行する事を考えています。

血管外科手術としては動脈急性閉塞による血栓除去術を3例に、下肢静脈瘤の手術を1例行い、その他の手術を3例行いました。

高齢者人口の増加に伴い、徐脈性不整脈によるペースメーカーの新規植え込みの症例数の増加が予想され、新規植え込みが増加すれば当然以後の交換も増加するものと考えています。これからも合併症の発生を極力回避し、安全で確実な手術を心がけてまいります。

2022年研修医勉強会発表演題

月日	演題	担当医	参加人数
1月11日	救急症例セミナー『脱水？』 救急症例検討会『頸椎損傷』	奥山 学 平岡 由衣	16
1月12日	研修医救急勉強会『血糖異常、電解質異常』	澤村 昌人	13
1月19日	研修医救急勉強会『耳鼻科救急(めまい、鼻出血、咽頭痛、異物)』	荒井 直樹	9
2月2日	研修医救急勉強会『眼科救急(眼痛、視力低下、異物)』	傳法 毅久	15
2月8日	救急症例セミナー『失神』 救急症例検討会『頸椎損傷脆弱性骨盤輪骨折』	奥山 学 和田 邦宏	23
3月15日	救急症例セミナー『頭部外傷』 救急症例検討会『くも膜下出血』	奥山 学 菊地 遼	17
4月26日	救急症例セミナー『ABCD』 救急症例検討会『出血性ショックに重症ARDSを合併した一例』	奥山 学 佐藤 悠磨	11
5月31日	救急症例セミナー『酸素療法』 救急症例検討会『偶発性低体温症』	奥山 学 斉藤 徹	17
6月22日	研修医救急勉強会『頸部外傷、腰痛』	長幡 樹	11
6月28日	救急症例セミナー『熱中症』 救急症例検討会『大動脈解離』	奥山 学 熊谷 彩季	21
7月6日	研修医救急勉強会『頸部外傷、腰痛』	長幡 樹	11
7月19日	救急症例セミナー『意識障害』 救急症例検討会『破傷風の一例』	奥山 学 佐藤 茉莉恵	20
7月20日	研修医勉強会『腹痛、嘔吐、下痢』	藤原純一	12
8月3日	研修医勉強会『内科救急』	渡邊春佳	8
8月24日	研修医勉強会『微生物検査について』	加藤 純	9
8月25日	救急症例セミナー『外傷』 救急症例検討会『交通外傷にて右大腿骨骨頭部脱臼骨折に外傷性大動脈解離を合併した1例』	奥山 学 三浦 宇拓	13
8月31日	研修医勉強会『呼吸困難、心不全』	鈴木 真由	11
9月14日	研修医勉強会『吐血、下血』	松山 磨理	10
9月27日	救急症例セミナー『消化管』 救急症例検討会『重症低Na血症の一例』	奥山 学 富樫 颯	15
10月5日	研修医勉強会『腹痛(急性腹症)』	佐々木 晋一	12
10月12日	救急症例セミナー『動悸、不整脈』	鈴木 暢容	9
10月26日	研修医勉強会『胸部外傷、腹部外傷』	折野 公人 佐々木 晋一	8
11月15日	研修医勉強会『創処置、熱傷』	長幡 樹	13

11月16日	研修医抄読会 『Association Between Angiotensin Receptor Blocker Therapy and Incidence of Epilepsy in Patients With Hypertension』 『Early Rhythm-Control Therapy in Patients With Atrial Fibrillation (AF)』 『Use and utility of stroke scales and grading systems』	熊谷 彩季 齊藤 真穂 湯田 智規	13
12月2日	研修医抄読会 『Risk of Alzheimer's Disease Following Influenza Vaccination 』 『 Conjunctivitis:a systematic review of diagnosis and treatment』 『Early Active Mobilization during Mechanical Ventilation in the ICU』 『Intravenous versus Nonintravenous Benzodiazepines : A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials』 『Protection and Waning of Natural and Hybrid Immunity to SARS-CoV-2 (SARS-CoV-2 に対する自然免疫とハイブリッド免疫の防御効果と減弱)』	佐藤 茉莉恵 白崎 陽一 富樫 颯 時田 爽志 三浦 宇拓	14
12月7日	研修医抄読会『小児救急(1)』	井上 雅貴	10
12月21日	研修医抄読会『小児救急(2)』	小林 壮	14

「由利組合総合病院医報」投稿規定

1、本誌に掲載する論文は由利組合総合病院の職員およびその関係者のものとする。

2、本誌には、総説、原著、症例報告、その他医学研究に関係ある論文で未発表のもの、および学会報告抄録、院内学術発表会抄録、医局カンファランス記録、臨床統計、剖検報告・・・・等を掲載する。

3、原稿はＡ４版400字詰原稿用紙を用い、総説、原著は本文20枚、図表10枚、引用文献20枚以内とし、症例報告、その他は本文10枚、図表５枚、引用文献５枚以内とする。
ワードプロセッサーを使用する場合にはＡ４版用紙を用い、横20字、縦20行で打つこと。

4、論文には、英文タイトル、ローマ字による著者名、５語以内のKey words、600字以内の論文要旨をつけること。

5、外国語の固有名詞は原語を用いること。ただし日本語化しているものはカタカナを用い統一する。外国語はタイプあるいは明瞭な活字体を用いること。

6、数字は算用数字を用い、度量衡単位はＣＧＳ単位等、国際的符号を用いること。

7、図表は表題（図は下、表は上に）と一連番号をつけ、大きさは台紙とも25×18（Ｂ５版）以内とする。文中の図・表はゴシック体で表示し、挿入箇所は欄外に朱書きすること。

8、引用文献は出現順に番号を附し、本文の終わりにまとめて記載する。形式は下記の書式による。外国雑誌は、Index Meidicus 邦文雑誌は、日本医学雑誌略名表による略名を使う。
著者は初出の３名までとし、以下は邦文では他、欧文ではet al. と記載する。
標題名は完全に記載する。

《例》

単行本

(1) 中村恭一，喜納勇：消化管の病理と生検組織診断，医学書院，東京 1980, p 149

(2) Green M & Richmond J : Pediatric Diagnosis,
Saunders, Philadelphia and London, 1980, p 380

雑　誌

(3) 吉村学，前田義春，奥田聖介，他：末期に悪性高血圧症の像を呈した進行性全身性強皮症の１例，最新医学，37:592-596, 1982

(4) 秋本美津子：慢性腎疾患のアミノ酸代謝異常，日腎会誌，23:761-775, 1981

(5) Lipinska I & Gurewich V : The value of measuring percent high-density lipoprotein in assessing risk of cardio-vascular disease Arch Intern Med, 142:469-472, 1982

(6) Enzmann D R, Ranson B, Norman D et al.:Computed tomography of herpes simplex encephalitis, Radiology, 129:419-425, 1978

9、論文の採否は、編集委員会が決定する。

【編集委員】

循環器内科	中西　徹	看護部	木村　祐子
心臓血管外科	松川　誠	看護部	加藤由紀子
放射線科	佐藤　仁志	看護部	伊藤　悦子
検査科	齊藤　学	保健福祉活動室	伊藤さと子
薬剤科	小松　沙希	保健福祉活動室	奥山　雅也
看護部	柴　由美	総務管理課	伊藤　希
看護部	飯尾美和子	経営企画課	大須賀伴基
看護部	井島　弘幸	経営企画課	安宅　祐介
看護部	伊藤たまき	経営企画課	松田　梨沙
看護部	本間　真貴		

由利組合総合病院医報　第34号

発　　行　令和６年３月
発 行 者　由利組合総合病院
編　　集　院内教育委員会
秋田県由利本荘市川口字家後38番地
TEL　0184（27）1200
印　　刷　㈱　本 間 印 刷 所