

2022

業績集



独立行政法人国立病院機構

東近江総合医療センター

**National Hospital Organization
Higashi-Ohmi General Medical Center**

業 績 集

2022年度

独立行政法人国立病院機構
東近江総合医療センター

2022年度（2022年4月1日～2023年3月31日）

令和4年度東近江総合医療センター業績集発刊に寄せて

独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センターの2022年度の業績集を刊行するにあたり挨拶させていただきます。当センターは昭和16年創立の八日市陸軍飛行連帯病院を前身とし、平成12年に結核病床を含め国立滋賀病院としてスタートし、平成16年に国立病院機構滋賀病院となり、地域医療の崩壊の危機の中、滋賀県地域医療再生計画のもと平成25年に現体制が形作られ、ちょうど10年が経過したことになります。「国立病院」として地域から支えられる中核病院の使命を担うとともに、滋賀医科大学地域医療教育研究拠点として医療職の教育研修・人材育成や臨床研究遂行などを推進していく役割も果たしていかなければなりません。各関連団体やステークホルダーの皆様には本センターにご協力ご支援いただき深く感謝申し上げます。本業績集を通してセンター全職員が自ら、そして病院全体の行動をまとめて顧みることで、問題点を抽出し今後の進むべき方向性を再確認し将来に生かしていきたいと考えております。また、各ステークホルダーの皆様には、当センターの活動を知っていただき忌憚のない提言やアドバイスなどをいただければ有難く存じます。

今年度の当センターの基本理念は、「質の高い医療を提供するとともに、確かな技術と豊かな人間性を備えた医療人の育成に努め、地域から信頼される中核病院を目指します」です。これを実現するために「Staff and patients」（まず職員が安心安全に働ける環境を整え、やりがいを持って働ける職場において患者に良質の医療を提供できる）、「Coproduction（協働）」（共通の目的を達成するために、職員が互いの立場を尊重し、共通する領域の課題の解決に向けて協力・協調する）の2つのスローガンを掲げ、全職員一丸となって地域との連携を強化しつつ質の高い医療機関を目指していきます。ご指導、ご鞭撻の程、宜しくお願い申し上げます。



独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター

院長（脳神経外科）野崎 和彦

東近江総合医療センター理念

質の高い医療を提供するとともに、確かな技術と豊かな人間性を備えた医療人の育成に努め、地域から信頼される中核病院を目指します。

東近江総合医療センター 基本方針

1. 地域医療機関と連携を図り、地域から求められる高い水準の医療を行います。
2. 人権を尊重し、十分な説明と同意に基づく医療を行います。
3. 教育研修、自己研鑽を通して、高い倫理性と技術を持った良質な医療人を育成します。
4. 職員が安心して協働できる組織風土を育て、健全な病院運営を行います。



2022年度 病院目標

東近江総合医療センターは「地域医療支援病院」、「地域がん診療連携支援病院」、「地域医療教育研究拠点病院」のように地域に根ざした中核病院の機能を高める。併せて、新型コロナウイルス感染症の収束後の病床運営の体制強化、地域医療連携の更なる強化と救急患者の積極的な受け入れを行ない、病院経営の黒字化、外来管理棟建替整備を進める。

また、医療の質の向上、病院経営の健全化、働きつつけられる職場づくりが必要である。

よって、2022年度は『地域に根ざした中核病院の機能を高める』、『病院経営の黒字化』を病院目標に掲げることとする。

このため、2022年度は「医療の質の向上」、「病院経営の健全化」、「働きつつけられる職場づくり」の3本を病院目標の柱として掲げ、実践・行動することとする。

目 次

1. 業績集発刊に寄せて	病院長 野崎 和彦
2. 組織図	1
3. 各診療科の活動報告	
1) 総合内科	3
2) 糖尿病・内分泌内科	6
3) 神経内科	8
4) 循環器内科	9
5) 呼吸器内科	14
6) 消化器内科	16
7) 小児科	20
8) 外科	21
9) 整形外科	25
10) 脳神経外科	27
11) 呼吸器外科	31
12) 皮膚科	34
13) 泌尿器科	37
14) 産婦人科	38
15) 眼科	42
16) 耳鼻咽喉科・頭頸部外科	44
17) 歯科口腔外科	47
18) 麻酔科	49
19) 救急科	52
4. 各部門の活動報告	
1) 薬剤部	55
2) 放射線科	58
3) 研究検査科	61
4) リハビリテーション科	64
5) 栄養管理室	66
6) 看護部	69
7) 医療安全管理室	112

8) ICT	113
9) NST	114
10) 地域医療連携室	117
11) 手術室	119
12) がん診療センター	120
5. 各委員会の活動報告	
1) 褥瘡対策委員会	123
2) 病床・外来・手術室管理委員会	124
3) クリティカルパス委員会	125
4) 診療録等管理委員会	126
5) がん診療センター会議	130
6) がん化学療法委員会	131
7) がん登録委員会	134
8) 薬事委員会	137
9) 臨床検査委員会	138
10) 輸血療法委員会	139
11) 栄養管理委員会	140
12) 患者サービス向上対策委員会	141
13) 広報委員会	143
14) 医療情報管理委員会	144
6. 掲載論文	145
7. 各種統計資料	161
8. 第17回 院内研究発表会	179
9. 院内・国内外イベント	181

組 織 図

各診療科の活動報告

- 1) 総合内科
- 2) 糖尿病・内分泌内科
- 3) 神経内科
- 4) 循環器内科
- 5) 呼吸器内科
- 6) 消化器内科
- 7) 小児科
- 8) 外科
- 9) 整形外科
- 10) 脳神経外科
- 11) 呼吸器外科
- 12) 皮膚科
- 13) 泌尿器科
- 14) 産婦人科
- 15) 眼科
- 16) 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
- 17) 歯科口腔外科
- 18) 麻酔科
- 19) 救急科

総合内科

スタッフ（2022年度）

前野 恭宏 糖尿病内分泌内科医長 兼任

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
内科診療部長	杉本 俊郎	滋賀医科大学	日本内科学会 認定医 日本内科学会 総合内科専門医、 日本リウマチ学会 専門医 米国内科学会員 日本腎臓学会 専門医・指導医、日本腎臓学会評議員 日本透析医学会 専門医 日本糖尿病学会員 日本糖尿病学会 近畿支部評議員

専攻医

総合内科医師	山田 安希	滋賀医科大学
総合内科医師	松村 裕	自治医科大学
総合内科医師 (非常勤)	中島 興	滋賀医科大学

略 歴

	内科診療部長 杉本 俊郎
平成元年 3月	滋賀医科大学卒業
平成元年 5月	滋賀医科大学医学部附属病院臨床見学生
平成元年 6月	同 医員（研修医）
平成3年 4月	滋賀医科大学大学院入学
平成7年 3月	同上卒業 医学博士取得
平成7年 9月	米国ミシガン大学生化学研究員
平成10年 4月	滋賀医科大学附属病院医員
平成11年 4月	長寿科学振興財団リサーチレジデント
平成12年10月	滋賀医科大学医学部附属病院 医員
平成14年 1月	滋賀医科大学内科学講座 助手
平成19年 1月	同 講師（学内）
平成20年 2月	滋賀医科大学医学部附属病院卒後研修センター副センター長
平成21年 4月	滋賀医科大学附属病院 糖尿病・内分泌・腎臓内科外来医長
平成22年 6月	同 糖尿病・腎臓・神経内科病棟医長
平成23年 4月	滋賀医科大学総合内科学講座（地域医療支援）准教授 国立病院機構滋賀病院内科医長
平成25年 4月	国立病院機構東近江総合医療センター（名称変更） 総合内科医長
平成27年 4月	国立病院機構 東近江総合医療センター 統括診療部 総合内科部長
令和2年 4月	滋賀医科大学総合内科教授
令和2年 6月	国立病院機構 東近江総合医療センター 統括診療部 内科診療部長

診療概要

総合内科は、当院の内科外来において、総合内科外来を担当し、初診や当院かかりつけの予約外の再診の患者様に対応している。

臨床実績・臨床活動報告

当院は、内科医全員が、総合内科医としての側面を有しており、時間外の内科系の救急診療に従事している。過去3年のCOVID-19のパンデミックにおいては、内科全体で、入院診療に従事した。

杉本は、感染対策委員長としても活動している。

論文業績

- 1) Yamada A, Yamazaki K, Sugimoto T. A Case of COVID-19 Presenting with Acute Epiglottitis. Intern Med. 2022 Sep 1;61
- 2) Yamada A, Nishina Y, Ohta H, Mekata E, Sugimoto T. Non-occlusive Mesenteric Ischemia with Significant Hyperphosphatemia. Intern Med. 2023 Mar 1;62 (5) :729-732
- 3) 山田安希、芝田浩平、杉本俊郎：少量短期間vaptan製剤の投与による低Na血症の補正により、早期手術が可能であった一例：日本プライマリ・ケア連合学会誌2023年46巻1号Page20-24：2023

論文査読

- 1) Internal Medicine 杉本俊郎
- 2) Clinical Experimental Nephrology 杉本俊郎

著書業績

- 1) 杉本俊郎 わかる・つかえる・レベルアップ 賢者の利尿薬：南山堂：2022年
- 2) 杉本俊郎 ケースで学ぶ実践！水・電解質診療：もう一段上を目指す水・電解質の学習法－よりハイレベルな水・電解質の専門家を目指すためにお勧めの学習法－：Page235-236：文光堂：2022.6.9
- 3) 杉本俊郎：2ページで診療が変わる！糖尿病・内分泌疾患ナレッジ100：電解質異常：Page198-208：南山堂：2022.10.10
- 4) 杉本俊郎編集 滋賀医科大学総合内科学講座 内科専門医が教えるジェネラリスト診療ツールキット カイ書林 2023.1

総説業績

- 1) 杉本俊郎：【日常診療で遭遇する電解質・酸塩基平衡異常 よくある病態・見逃してはいけない病態】代謝性アルカローシス：日本内科学会雑誌111巻第5号 Page941-948：2022
- 2) 杉本俊郎：【総合診療外来に“実装”したい最新エビデンス－My Best 3】知っておきたい！Common Disease最新エビデンスMy Best 3 慢性腎臓病：総合診療32巻第6号Page694-696：医学書院：2022.
- 3) 杉本俊郎：腎臓内科 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群（SIADH）のメカニズムは？：日本医事新報5122号Page52-54：日本医事新報社：2022.6.25
- 4) 杉本俊郎：【もっともっとくわしく知りたい！イラストでわかる電解質のふしぎ】脱水・溢水：Nutrition Care 15号 8巻Page704-709：メディカ出版：2022.

学会発表

- 1) 杉本俊郎：酸塩基平衡異常に関する最新重要論文BEST 3：第65回日本腎臓学会学術総会：教育講演7-2：神戸：2022.6.11

教 育

- 1) **杉本俊郎**：滋賀医科大学での講義 3 コマ：3 回生：微生物学 感染症の臨床、医学英語 免疫学 全身性エリテマトーデス
- 2) **杉本俊郎**：滋賀医科大学での講義 2 コマ：4 回生 診断学 EBM 4 回生 腎臓・泌尿器系 電解質異常・酸塩基平衡異常

社会活動

- 1) **杉本俊郎**：心臓と腎臓を護ろう：滋賀医科大学地域医療教育研究拠点市民公開講座いつまでも健康でいたい人のための第 5 回医療セミナー：ピアザ淡海：2023.3.21

研 究

杉本俊郎 日本腎臓学会編 エビデンスに基づく慢性腎臓病診療ガイドライン2023 作成委員

糖尿病・内分泌内科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
糖尿病・内分泌内科医長	前野 恭宏	滋賀医科大学	日本内科学会総合内科専門医・指導医
総合内科医長		滋賀医科大学大学院	日本糖尿病学会専門医・研修指導医
研究検査科長			日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医 内分泌代謝・糖尿病内科領域 専門研修暫定指導医
			日本専門医機構総合診療専門研修特任指導医
			日本医師会認定産業医
糖尿病・内分泌内科医師	坂田 瑞稀	金沢医科大学	日本内科学会認定内科医
糖尿病・内分泌内科医師	鈴江 隆志	滋賀医科大学	
糖尿病・内分泌内科医師 (非常勤)	森 亜希子	滋賀医科大学	日本内科学会認定内科医 日本糖尿病学会専門医

診療概要

当科は糖尿病及び甲状腺、副腎、下垂体等の内分泌疾患の診療を行っています。糖尿病患者さんが増加するなか、東近江の地域ぐるみでその診療を担っていく必要があります。当院は地域の基幹病院として、急性合併症（ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖状態 等）や慢性合併症の診断と治療、インスリン治療が必要になった方への導入期の診療、血糖コントロールが悪化した方の精査・加療を、入院および外来で実施しています。かかりつけ医の役割を担う地域の診療所との連携を促進し、スムーズな病診連携による糖尿病診療を目指しています。また院内の循環器内科、脳神経内科、眼科、歯科等との連携で合併症診療を充実させております。増加する妊娠糖尿病、糖尿病合併妊娠の方の診療は当院の産婦人科と連携して行っています。手術予定で外科系診療科にご入院の患者さんの血糖コントロールについても診療させて頂いております。糖尿病で入院される患者さんの診療においては病状等に応じて可能であればクリティカルパスを運用して、糖尿病教室、合併症・併存症検査、血糖コントロール治療を効率的に連動させています。そして退院後も続いていく患者さんの治療方針を、患者さんやかかりつけ医の先生方へ明確に提示できるような診療を目標としています。

内分泌疾患においては、甲状腺機能異常（バセドウ病、橋本病等）、副腎機能異常、下垂体機能異常等、内科的内分泌疾患の診療を入院および外来で行っております。とくに有病率の高い甲状腺疾患の患者さんを多く診療しております。なお、がん治療に対する免疫チェックポイント阻害薬の普及に伴い、同薬物によって惹起される内分泌障害も増加しており、その治療についてもがん治療の当該科とともに対応させていただいております。

また、常勤医師においては当院総合内科の一員としてその診療も担っています。

臨床実績

外 来	706名
入 院	129名
病棟併診	225名

著書業績

- 1) 前野恭宏：内科専門医が教えるジェネラリスト診療ツールキット 杉本俊郎編：糖尿病専門医が教えるジェネラリスト診療：25-35：カイ書林：2022年

学会発表

- 1) 中島 興 前野恭宏 杉本俊郎：COVID-19感染症と細菌性髄膜炎を合併した1例：第237回日本内科学会近畿地方会：口演（一般演題）：2022年9月10日：Web
- 2) 前野恭宏 山田 衆 榊田昌之助：インスリンを安全に自己注射できない高齢糖尿病患者の東近江市における実態調査：第59回日本糖尿病学会近畿地方会：口演（一般演題）：2022年11月5日：神戸国際会議場

研究会発表

- 1) 前野恭宏：高齢者糖尿病治療の実際：糖尿病疾患にZoom：口演（特別講演）：2022年6月10日：Web
- 2) 坂田瑞穂：ペンブロリズムマブ 副作用報告：第58回東近江がん診療セミナー：口演（コメンテータ）：2022年7月7日：きらめきホール
- 3) 前野恭宏：糖尿病診療TOPICS：Diabetic Neuropathy Seminar：口演（講演）：2022年9月8日：Web
- 4) 前野恭宏：滋賀県東近江市における糖尿病地域医療の実践と挑戦：Taisho Diabetes Web Seminar in 高槻：口演（特別講演）：2023年1月28日：Web
- 5) 前野恭宏：2型糖尿病薬物治療のアルゴリズムと個別化医療：第14回東近江糖尿病研究会：口演（講演）：2023年2月25日：八日市ロイヤルホテル（ハイブリッド）

座長業績

- 1) 前野恭宏：GLP-1 Update Web seminar：2022年7月14日：Web配信
- 2) 前野恭宏：Diabetes Update in 東近江：2022年11月16日：Web配信
- 3) 前野恭宏：KOWA WEBカンファレンス：2022年11月24日：Web配信
- 4) 前野恭宏：第238回日本内科学会近畿地方会：2022年12月10日：Web
- 5) 前野恭宏：2022年度東近江総合医療センター臨床病理検討会CPC：2023年2月9日：きらめきホール（ハイブリッド）
- 6) 前野恭宏：第14回東近江糖尿病研究会：2023年2月25日：八日市ロイヤルホテル（ハイブリッド）

教 育

- 1) 前野恭宏：臨床研修後OSCE 評価者：2022年7月30日：滋賀医科大学
- 2) 前野恭宏：臨床系統別講義 糖尿病（3）治療：2023年1月12日：滋賀医科大学

神経内科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
脳神経内科医師 （非常勤）	金 一暁	滋賀医科大学	日本内科学会 認定内科医 総合内科専門医 日本神経学会 指導医 専門医 滋賀県認知症相談医 サポート医

診療概要

脳神経内科は、脳・脊髄・末梢神経・筋肉に由来するあらゆる病気を内科的に診断・治療する診療科です。頭痛、めまい、しびれやふるえなど多くの方が経験する一般的な症候から、パーキンソン病や筋萎縮性側索硬化症をはじめとする神経難病、認知症、脳血管障害、てんかんなど脳と神経が関わるあらゆる疾患を広く診療しています。

基本的にどの脳神経内科の疾患も、原則、診断・治療等の診療を実施しています。また、頭部MRI・脳血流シンチなどの画像検査や脳波・神経伝導検査などの電気生理検査も行うことが可能です。しかし、神経救急疾患である超急性期脳梗塞、脳炎・髄膜炎、てんかん重積など現在の体制で一部対応が困難となる場合には、高度専門機関をお勧めしたりご紹介させて頂いたりします。

また、脳に由来する症状・疾患でも気分障害（うつ病等）・統合失調症・依存症（薬物等）などの精神科や心療内科が専門となります。また、難治性疼痛や慢性疲労をきたす病態（線維筋痛症や慢性疲労症候群など）も当科で十分な対応は困難となりますので必要に応じて専門部門に案内させて頂きます。

当院で可能な検査

血液・尿検査、髄液検査、末梢神経伝導検査、各種大脳誘発電位、脳波、頸動脈エコー、CT、MRI、RIシンチグラフィ（脳血流シンチ・MIBG心筋シンチ・ダットスキャンなど）、神経・筋・皮膚生検、遺伝子検査（他施設に解析依頼）、ボトックス注射（片側顔面痙攣や眼瞼攣縮）、ALSラジカット点滴（外来）

循環器内科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
循環器内科部長	大西 正人	滋賀医科大学 (平成 2 年卒)	医学博士 (滋賀医科大学) 滋賀医科大学総合内科学准教授 日本内科学会認定総合内科専門医 日本循環器学会循環器専門医 日本内科学会近畿地方会評議員 日本循環器学会近畿支部評議員 日本内科学会認定JMECCインストラクター 日本救急医学会認定ICLSディレクター 日本心臓病学会 日本心不全学会 日本心エコー図学会 日本臨床救急医学会 日本音楽療法学会 モーツァルテウム大学プロジェクト共同研究員
循環器内科医長	田中 妥典	滋賀医科大学 (平成 4 年卒)	滋賀医科大学総合内科学非常勤講師 日本内科学会 日本循環器学会 日本心血管インターベンション治療学会 日本不整脈心電学会 日本心臓病学会
循環器内科医師	内貴 乃生	滋賀医科大学 (平成 15 年卒)	医学博士 (滋賀医科大学) 滋賀医科大学総合内科学助教 日本内科学会総合内科専門医 日本循環器学会循環器専門医 日本心血管インターベンション治療学会
非常勤医師	酒井 宏	滋賀医科大学 (平成 10 年卒)	医学博士 (滋賀医科大学) 滋賀医科大学循環器内科講師 日本内科学会総合内科専門医 日本循環器学会循環器専門医 日本内科学会認定JMECCインストラクター
非常勤医師	中澤 優子	藤田保健衛生 大学 (平成 9 年卒)	医学博士 (滋賀医科大学) 中沢医院院長 滋賀医科大学循環器内科非常勤医師 日本内科学会総合内科専門医 日本循環器学会循環器専門医

診療看護師 (NP) (Nurse practitioner)	生田 一幸	東京医療保健 大学大学院 (令和 3 年卒)	看護学修士 クリティカルケア認定看護師 救急看護学会 日本NP学会 日本循環器学会 準会員
------------------------------------	-------	------------------------------	-----------------------------------------------------------

診療概要

高血圧（本態性、原発性アルドステロン症など）、心不全、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）、不整脈（心房細動、心室期外収縮、洞不全症候群、房室ブロックなど）、心臓弁膜症、閉塞性動脈硬化症など心臓、血管に関わる疾患を担当し、院外心停止、急性心筋梗塞、急性大動脈解離Stanford Aなど一刻を争う緊急度の高い重症症例の集学的医療からプライマリーケアまで、滋賀医科大学や近隣病院と密に連携しながら幅広く診療しています。平成24年（2012年）から本格的に再開した心臓カテーテル検査・治療やペースメーカー手術は、令和4年（2022年）12月に1,100例を突破し、少ないスタッフなので24時間365日対応というわけにはいきませんが、引き続き救急患者の診療に積極的に参画していきます。健診（住民、企業）や学校検診（高校生）の精密検査のご依頼は地域医療連携室を通じて、ペースメーカー移植後の定期点検（第2火曜日の午後1時～3時）、条件付きMRI対応ペースメーカー移植後のMRI撮影、心臓CTは完全予約制（火、金の午後3時～4時）で対応しています。サルコペニア、フレイルな高齢者が多いこの地域で、利尿剤で改善しない心不全、薬剤抵抗性の難渋する高血圧、繰り返す不整脈発作など、実地医家の先生方との緊密な連携をしながら、原因精査を進めています。高血圧、心不全の治療において生活習慣の改善は重要で、1日6gまでの食塩摂取を指導する減塩教室（第3火曜日の午後2時）、令和元年11月からは禁煙外来を始めました（現在休止中）。令和2年からは新型コロナウイルスの感染拡大により、軽・中等症の入院患者の担当チームに参画しています（2022年は31名）。令和5年4月1日から、日本循環器学会認定研修関連施設に承認され、専攻医（後期研修医）の受け入れも可能となりました。滋賀医科大学総合内科学、循環器内科の教官の立場から、研修医・学生、コメディカルや東近江の救急救命士も含めた医療スタッフの指導・教育を通じて、地域医療の発展に貢献しています。

臨床実績

・外来

令和4年度：新来162名、再来6,933名、合計7,095名、1日平均29.2名

令和3年度：新来147名、再来6,777名、合計6,924名、1日平均28.6名

・入院

令和4年度：入院患者数：253人、平均在院日数：16日

令和3年度：入院患者数：195人、平均在院日数：17日

内訳：

- ① 虚血性心疾患（狭心症、急性心筋梗塞、冠攣縮性狭心症）
- ② 心不全（陳旧性心筋梗塞、拡張型心筋症、肥大型心筋症、たこつぼ型心筋症、アミロイドーシス、サルコイドーシス、心筋炎、僧帽弁閉鎖不全、大動脈弁狭窄症）
- ③ 不整脈（心房粗細動、洞不全症候群、心室頻拍、発作性上室性頻拍、完全房室ブロック）
- ④ 血管疾患（閉塞性動脈硬化症、深部静脈血栓症、胸部大動脈瘤切迫破裂、腹部大動脈瘤、急性大動脈解離）
- ⑤ 高血圧症（高血圧緊急症）
- ⑥ 呼吸器疾患（急性肺炎、誤嚥性肺炎、慢性閉塞性肺疾患、新型コロナウイルスCOVID-19、レジオネラ肺炎、喘息様気管支炎）
- ⑦ 救急疾患（心肺停止、敗血症、敗血症性ショック、急性アルコール中毒、熱中症）
- ⑧ 消化器疾患（虚血性腸炎、癒着性腸閉塞、胆石性胆嚢炎、大腸憩室出血、直腸癌、胃軸捻転）

- ⑨ 腎・泌尿器疾患（結石性腎盂腎炎、尿路感染症、尿管結石）
- ⑩ 脳神経疾患（脳梗塞、めまい、パーキンソン病、硬膜下血腫）
- ⑪ 代謝内分泌疾患（低ナトリウム血症、甲状腺機能低下症）
- ⑫ 血液疾患（高度貧血、発熱性好中球減少症、後天性低トロンピン血症）
- ⑬ 整形外科疾患（腰椎圧迫骨折、左第3指切創）
- ⑭ 皮膚科疾患（薬疹Stevens-Johnson Syndrome、足趾壊疽、带状疱疹）

臨床活動報告

検査件数（2022年）：（ ）は前年

- ・心臓カテーテル検査・治療：89例（69例）
冠動脈造影のみ：43例（27例）、冠動脈インターベンション：30（30）例、ペースメーカー移植術：8例（6例）；新規6例（3例）、電池交換2例（3例）、下肢血管形成術：8例（6例）など
- ・冠動脈CT検査：61例（56例）
- ・大血管CT検査：31例（30例）
- ・心筋血流シンチグラム：5例（15例）
- ・マスター負荷心電図：2件（7件）
- ・ホルター心電図・ABPM：141件（155件）
- ・経胸壁心エコー検査：2,131件（1,905件）
- ・経食道心エコー検査：5件（2件）
- ・エルゴメーター負荷心電図：33件（41件）
- ・ABI・CAVI（baPWV）：368件（206件）

論文業績

- 1) 鶴飼佳子、岡田一真、大西正人、水田寛郎、和田 広、野上 毅、清水 馨、大和田晴香、藤本志乃、山口明彦、加藤 威、中西健史、田中俊宏、藤本徳毅：皮膚臨床65巻2号：下腿に多発性の皮膚潰瘍を生じた皮膚クリプトコッカス症の1例：Page184-187；金原出版：2023.2.1

論文査読

- 1) World Journal of Emergency Medicine：大西正人
Joshua Davis, Lauren Jennings: Vaccine-associated myocarditis: a case report and summary of the literature. World J Emerg Med. 13 (6) : 485-487. 2022.

著書業績

- 1) 大西正人：内科専門医が教えるジェネラリスト診療ツールキット：循環器専門医が教えるジェネラリスト診療：Page12-24；カイ書林：2023.1.27
- 2) 大西正人：滋賀循環器懇話会2023January No.3：当院も参加したDELIVER試験の心不全治療における意義

学会発表

- 1) 大西正人：突然の胸痛発作で来院し多彩な心電図変化を呈した若年女性の1例：第25回日本臨床救急医学会総会・学術集会：一般演題（口演）：2022.5.26：大阪（ハイブリッド開催）
- 2) 番匠浩己、田中妥典、大西正人、内貴乃生、杉本俊郎：サトラリズムマブ（pH依存的結合性ヒト化抗IL-6レセプターモノクローナル抗体）投与中にペースメーカー（PM）移植部に感染を生じた1例：日本内科学会第236回近畿地方会：2022.6.25：神戸
- 3) 大西正人：COVID-19患者の入院中に出現した心電図異常についての考察：第70回日本心臓病学会学術集会：一般演題（口演）：2022.9.23：京都
- 4) 大西正人、田中妥典、内貴乃生、生田一幸：ワルファリン内服中にプロトロンピン時間が過延長し

ビタミンK投与による補正を要した77症例についての検討:第76回国立病院総合医学会:一般演題(口演):2022.10.7:熊本

- 5) 生田一幸、大西正人、田中妥典、内貴乃生:薬剤情報共有不足によりペースメーカー (PM) 抜去に至った一例を通して、退院支援に診療看護師 (JNP) が寄与できること:第76回国立病院総合医学会:ポスター:2022.10.7:熊本

研究会発表

- 1) 大西正人:抗凝固療法中に出血事象が発生した進行消化器癌の2例:がんと循環器を考える会【消化器癌編】:2022.5.27:Web配信
- 2) 内貴乃生:『蘇生に成功したが治療方針決定に苦慮した院外心肺停止症例』:東近江循環器カンファレンスWEB:2022.7.14:八日市ロイヤルホテル (WEB配信)
- 3) 大西正人:たばこと健康について:ヴォーリズ記念病院・禁煙推進セミナー:2022.11.22:ヴォーリズ記念病院 (近江八幡市)
- 4) 大西正人:化学療法後の心筋傷害の2例:がんと循環器を考える会【血液癌編】:2023.1.24:Web配信
- 5) 大西正人:化学療法による心筋傷害の早期発見～GLSを活用する～:第62回東近江がん臨床セミナー(令和4年度(2022年度)地域医療介護総合確保基金事業):2023.3.2:東近江総合医療センター (ハイブリッド開催)

社会活動

- 1) 大西正人:ICLSディレクター:第386回OLSA-ICLS第6回八風街道コース:2022.11.5:東近江総合医療センター
- 2) 大西正人、後藤 幸、井口里奈:南7階結核病棟クリスマスコンサート:2022.12.20:東近江

座長業績

- 1) 大西正人:山本孝:講演II『滋賀県循環器病対策推進計画からみた心不全治療について』:循環器診療Up To Date:2022.6.23:Web配信
- 2) 大西正人:中川義久『抗血栓療法をめぐる最新の話』:東近江循環器カンファレンスWEB:2022.7.14:八日市ロイヤルホテル (WEB配信)
- 3) 大西正人:石川博己『脂質異常症と肝疾患』:KOWA WEB Conference:2022.9.15:ホテルニューオウミ (WEB配信)
- 4) 大西正人:第9回東近江内科集中セミナー:2023.3.14:東近江 (ハイブリッド開催)

教 育

- 1) 生田一幸:「看護キャリアデザイン論」滋賀県立大学人間看護学部人間看護学科3回生講義:2022.7.7:滋賀県立大学
- 2) 生田一幸:「看護専門職の展望について」滋賀県立大学人間看護学部人間看護学科4回生人間看護学実習:2022.7.7:滋賀県立大学
- 3) 大西正人:『救急医療 (ACLS)』滋賀医科大学医学科3年生循環器系統講義:2022.10.12:滋賀医科大学
- 4) 生田一幸:「フィジカルアセスメント」滋賀県立大学人間看護学研究科院生講義:2022.12.8:滋賀県立大学
- 5) 大西正人:『心肺停止』令和4年度滋賀県消防学校消防職員専科教育救急科講義:2023.2.7:滋賀県消防学校
- 6) 内貴乃生:あっても無くても不安なST変化:第9回東近江内科集中セミナー2022:2023.3.14:東近江総合医療センター (ハイブリッド開催)

- 7) 大西正人：がん教育授業『たばこの害について』外部講師：2023.3.16：滋賀学園中学校
- 8) 大西正人：減塩教室（南4階カンファレンス室）2022年4月19日、5月17日、6月21日、7月19日、8月23日、9月20日、10月18日、11月15日、12月20日、2023年1月17日、2月21日、3月28日

研 究

- 1) アストラゼネカ（株）：大西正人：左室駆出率の保たれた心不全（HFpEF）患者を対象として、心血管死または心不全悪化の減少に対するダパグリフロジンの効果を評価する国際共同二重盲検無作為化プラセボ対照第Ⅲ相試験（DELIVER試験—左室駆出率が保たれた心不全患者におけるダパグリフロジンの生存状況に対する改善効果の検討—）：1,985,323円
- 2) アストラゼネカ（株）：大西正人：ENDEAVOR試験：左室駆出率が40%超の心不全患者にAZD4831を48週間まで投与した時の有効性及び安全性を評価するランダム化二重盲検プラセボ対照多施設共同後期第2相及び第3相連続試験：3,252,375円

英文論文の別刷

- 1) Masato Ohnishi, Yasunori Tanaka, Sakiya Nishida, Toshiro Sugimoto. Case report of acute myocarditis after administration of coronavirus disease 2019 vaccine in Japan. *European Heart Journal - Case Reports*, Volume 6, Issue 1, 1-7. January 2022, ytab534, <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytab534> 05 January 2022

呼吸器内科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格
呼吸器内科医長 (滋賀医科大学総合内科学講座講師)	和田 広	富山医科薬科大学	日本内科学会認定内科医、専門医 日本呼吸器学会専門医、指導医 日本呼吸器内視鏡学会専門医、指導医 日本アレルギー学会専門医 結核病学会結核、抗酸菌症認定医、指導医
呼吸器内科医師	御園生昌史	滋賀医科大学	
呼吸器内科医師 (非常勤)	山口 将史	滋賀医科大学	日本内科学会認定内科医、専門医 日本呼吸器学会専門医、指導医 日本アレルギー学会専門医

診療概要

2011年度より滋賀医科大学総合内科学講座（地域医療支援）より派遣という形で、呼吸器科の入院診療を立ち上げた。東近江市内のみならず、周辺地域病院においても呼吸器内科の常勤医師が不在である環境であり、専門医という立場で地域病院からの要求にこたえる形で診療を行ってきた。気管支鏡や局所麻酔下胸腔鏡などの検査は呼吸器外科医と協力して行った。感染症やアレルギー、肺結核や膠原病といった多岐にわたる疾患に対応しつつ、近年増加しつつある肺癌や間質性肺炎などの難治性疾患に対しても東近江地区を中心とした紹介に対応した。結核病棟を持つ当院として、多くの排菌陽性の結核症例を受け入れてきた。

2014年より呼吸器内科常勤医が2名になり、肺結核については呼吸器内科ですべて受けるようにし、肺癌の診療については、基本的には多くを呼吸器外科に対応していただき、その他の内科的な疾患を中心に対応した。院内講演や研究会といった形で、呼吸器診療を病院・地域全体でレベルアップできるような活動を行っており、今後も引き続き活動を進めていく予定であるが、それとともに学会等で症例報告を中心に行っていた。

臨床活動報告

○外来患者数（週5回）：4,578人/年 1日平均：18.8人/日

○新入院患者数：159人/年

入院患者（疑い含む）：主病名別

肺炎・胸膜炎	22人	肺癌	13人	心不全	3人
呼吸不全	5人	悪性胸膜中皮腫	1人	腸炎・憩室炎	1人
肺結核、粟粒結核	27人	気管軟化症	1人	肺アスペルギルス症	1人
非定型抗酸菌症	11人	間質性肺炎	23人	咯血	2人
気管支喘息	7人	めまい	2人	熱中症	1人
COPD	21人	肺塞栓症	1人	尿路感染症、尿路結石	3人
その他	12人				

○気管支鏡検査：164例（内科症例：47例 外科症例介助：117例）

○胸腔鏡検査：34例（内科症例：7例 外科症例介助：27例）

学会発表

- 1) 和田 広、御園生昌史、井上修平、尾崎良智、大内政嗣. 免疫性血小板減少を来した結核の 2 例. 第97回日本結核・非結核性抗酸菌症学会総会. (2022年7月1日. 旭川)
- 2) 後藤 幸、御園生昌史、和田 広. 高アンモニア血症を呈した膿胸の 1 例. 第239回日本内科学会近畿地方会. (2023年3月4日. 大阪)

研究会発表

- 1) 和田 広. 重症喘息の治療アプローチ～好酸球性気道炎症を中心に～. GSK Severe Asthma Conference (2022年11月8日. 東近江、WEB開催)
- 2) 和田 広. 好酸球性炎症優位の気管支喘息への治療. Asthma webinar in Shiga. (2023年2月18日、草津、WEB開催)
- 3) 和田 広. 身につけておくべき肺結核の画像所見：第9回東近江内科集中セミナー2022 (2023年3月14日. ハイブリッド開催)

社会活動

- 1) 和田 広. 草津・甲賀・東近江保健所感染症審査協議会委員 (2017年4月から)

系統講義

- 1) 和田 広. 抗酸菌感染症と抗結核薬. 3 学年呼吸器系系統講義 (2022/10/19)

著 書

- 1) 和田 広. 内科専門医が教えるジェネラリスト診療ツールキット：呼吸器専門医が教えるジェネラリスト診療 p54-63.

論 文

- 1) Hiroshi Wada, Miyuki Goto, Masashi Misonou. Case of hyperammonemia due to empyema. Internal medicine. doi: 10.2169/0922-22.
- 2) 鶴飼佳子、岡田一真、大西正人、水田寛郎、和田 広、野上 毅、清水 馨、大和田晴香、藤本志乃、山口明彦、加藤 威、中西健史、田中俊宏、藤本徳毅：皮膚科の臨床65巻2号：下腿に多発性の皮膚潰瘍を生じた皮膚クリプトコッカス症の1例：Page 184-187：金原出版：2023.2.1.
- 3) 大内政嗣、井上修平、尾崎良智、赤澤 彰、和田 広、御園生昌史. 原発巣切除50年後に気道出血で発症し、気管支鏡で診断した頸動脈小体腫瘍肺転移の1例. 気管支学. 2023. 45 (2). 103-109.

消化器内科

スタッフ (2022年度)

職名	氏名	出身大学	資格/学会活動
消化器内科医長	伊藤 明彦	滋賀医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・日本内科学会 総合内科専門医 指導医 近畿支部評議員 ・日本消化器病学会 専門医 指導医 ・日本消化器内視鏡学会 専門医 指導医 ・日本臨床栄養代謝学会 認定医 学術評議員 代議員 理事 近畿支部世話人 ・日本静脈経腸栄養学会 認定医 ・PEG・在宅医療学会 学術評議員 代議員 ・日本医療安全調査機構医療事故調査・支援センター 「胃瘻」専門分析部会 ・日本PTEG研究会 世話人 ・日本栄養アセスメント研究会 世話人
消化器内科医長	神田 暁博	滋賀医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・日本内科学会 総合内科専門医 指導医 ・日本消化器病学会 専門医 指導医 ・日本消化器内視鏡学会 専門医 指導医 ・日本消化管学会 専門医
消化器内科医師	水田 寛郎	滋賀医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・日本内科学会 総合内科専門医 ・日本消化器病学会 専門医 ・日本消化器内視鏡学会 専門医
消化器内科医師	桂木 淳志	東北大学	<ul style="list-style-type: none"> ・日本内科学会 ・日本消化器病学会 ・日本消化器内視鏡学会
消化器内科医師	森 太平	滋賀医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・日本内科学会 ・日本消化器病学会 ・日本消化器内視鏡学会
消化器内科医師	柴田 直季	高知大学	<ul style="list-style-type: none"> ・日本内科学会 ・日本消化器病学会 ・日本消化器内視鏡学会
非常勤医師	辻川 知之	滋賀医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・日本内科学会 総合内科専門医 ・日本消化器病学会 専門医 指導医 ・日本消化器内視鏡学会 専門医 指導医 ・日本老年医学会 認定専門医 ・日本消化管学会 認定医 ・日本カプセル内視鏡学会 認定医

非常勤医師 伊藤 昂 滋賀医科大学 ・日本内科学会
・日本消化器病学会
・日本消化器内視鏡学会

診療概要

当院は東近江医療圏における中核病院であり、消化器内科領域においても拠点病院の一つとして診療を行っております。一般的な上部・下部消化管内視鏡（胃カメラ・大腸カメラ）だけでなく、胆膵内視鏡、超音波内視鏡、小腸内視鏡、カプセル内視鏡も行っており、様々な疾患に対応できるように日々検査を行っております。また、消化管出血や胆道感染症などの緊急を要する処置に対しても、24時間対応できるようにしており、地域住民の方々やかかりつけ医・診療所の先生方のニーズに応えられるような体制を整えています。

臨床実績（2022年度）

- ・ 1日平均患者数（外来） 46.9名（昨年 45.9名）
- ・ 1日平均患者数（入院） 30.8名（昨年 28.2名）
- ・ のべ患者数（外来） 11,385名（昨年 11,102名）
- ・ のべ患者数（入院） 11,258名（昨年 11,295名）

臨床活動報告（2022年度）

上部消化管内視鏡 2,112件（昨年 2,071件）
下部消化管内視鏡 1,199件（昨年 1,100件）
小腸内視鏡 35件（昨年 33件）
胆膵内視鏡 171件（昨年 161件）

原著・学術論文・著書

- 1) 伊藤明彦：レジデントのための食事・栄養療法ガイド第1版：第4章 経腸栄養の合併症と対策・低ナトリウム血症：Page208-212：日本医事新報社：2022年4月21日
- 2) 伊藤明彦：レジデントのための食事・栄養療法ガイド第1版：第4章 経腸栄養の合併症と対策・皮膚トラブル：Page221-224：日本医事新報社：2022年4月21日
- 3) 伊藤明彦：日本臨床栄養代謝学会JSPENコンセンサスブック①がん第1版第1刷：上部・下部消化管内視鏡検査を読む：Page26-30：医学書院：2022年5月15日
- 4) 神田暁博：内科専門医が教えるジェネラリスト診療ツールキット：消化器専門医が教えるジェネラリスト診療（1）：Page36-43：カイ書林：2023年1月27日
- 5) 伊藤明彦：内科専門医が教えるジェネラリスト診療ツールキット：消化器専門医が教えるジェネラリスト診療（2）：Page44-53：カイ書林：2023年1月27日

学会発表

- 1) 白石智順、東 里映、山根あゆみ、畠中真由、井上美咲、西井和信、太田裕之、伊藤明彦：経鼻移管の咽頭交差の影響からみた経腸栄養アクセスの選択：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：ワークショップ：2022年5月31日：横浜
- 2) 島本和巳、今神 透、中村文泰、高田小百合、中嶋容子、西村直子、布施順子、西山順博、伊藤明彦、佐々木雅也：NGT、PEG、PTEGの選択：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：ワークショップ：2022年5月31日：横浜
- 3) 松岡美緒、伊藤明彦、関本 司、福山直人、飯島正平：在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料の算定に関するREDCapを用いた症例登録型データベースの構築について：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：ワークショップ：2022年6月1日：横浜

- 4) 畠中真由、山根あゆみ、井上美咲、西井和信、白石智順、東 里映、太田裕之、伊藤明彦：がん悪液質に対する新規治療薬アナモレリン薬物療法への管理栄養士の関わりの重要性：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：要望演題：2022年6月1日：横浜
- 5) 井上美咲、西井和信、畠中真由、源藤真由、鈴木翔太、山下祐介、東 里映、伊藤明彦：COVID-19治療薬レムデシビルによる副作用と経口摂取状況：第44回日本栄養アセスメント研究会：一般演題（口演）：2022年6月4日：Web開催
- 6) 森 太平、神田暁博、脇坂恭加、大槻晋士、水田寛郎、伊藤明彦：腸管減圧目的にPEG-Jを造設した慢性特発性偽性腸閉塞症の1例：第108回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会：Young Endoscopist Session：2022年6月11日：京都
- 7) 井上美咲、西井和信、畠中真由、源藤真由、鈴木翔太、山下祐介、東 里映、白石智順、村上翔子、太田裕之、伊藤明彦：COVID-19治療薬レムデシビルによる副作用と経口摂取状況：第14回日本臨床栄養代謝学会近畿支部学術集会：一般演題：2022年7月30日：Web開催
- 8) 山田安希、神田暁博、伊藤明彦、杉本俊郎：下部消化管内視鏡検査後に重篤な低Na血症を来した1例：日本内科学会第237回近畿地方会：2022年9月10日：大阪
- 9) 森 太平、柴田直季、桂木淳志、水田寛郎、神田暁博、伊藤明彦：腸管減圧目的にPEG-Jを造設した慢性特発性偽性腸閉塞症の1例：第26回PEG・在宅医療学会学術集会：一般演題：2022年9月10日：Web開催
- 10) 白石智順、源藤真由、鈴木翔太、畠中真由、井上美咲、西井和信、太田裕之、伊藤明彦：言語聴覚士から見たPEG在宅療養：第26回PEG・在宅医療学会学術集会：PEGチーム医療委員会企画：2022年9月10日：Web開催
- 11) 伊藤明彦：ディベート『胃瘻の適応－PEG栄養の継続は倫理に反しているか？』：第12回静脈経腸栄養管理指導者協議会学術集会：2022年9月24日：千里金蘭大学
- 12) 後藤 幸、神田暁博、柴田直季、森 太平、桂木淳志、水田寛郎、伊藤明彦、寺田好孝：腸閉塞症状を繰り返した回腸子宮内膜症の一例：第117回日本消化器病学会近畿支部例会：2022年10月8日：大阪
- 13) 桂木淳志、柴田直季、森 太平、水田寛郎、神田暁博、伊藤明彦、杉本俊郎：術後癒着性腸閉塞の経過観察中に混合性結合組織病に伴う慢性偽性腸閉塞症との診断に至った1例：日本内科学会第238回近畿地方会：2022年12月10日：Web開催
- 14) 柴田直季、大槻晋士、藤城 綾、森 太平、桂木淳志、水田寛郎、神田暁博、伊藤明彦：閉塞性黄疸を契機に診断された十二指腸悪性リンパ腫の一例：日本消化器病学会近畿支部第118回例会：2023年1月21日：京都

研修会発表

- 1) 柴田直季、森 太平、桂木淳志、水田寛郎、神田暁博、伊藤明彦：症例検討：第93回琵琶湖消化器カンファレンス：Web開催：2022年9月8日：Web開催
- 2) 神田暁博：当院におけるPTEG症例の検討～初学者の視点から～：第27回滋賀PEGケアネットワーク：草津：2022.11.13
- 3) 水田寛郎、柴田直季、森 太平、桂木淳志、神田暁博、伊藤明彦：当院のUC重症例について：東近江・彦根IBDカンファレンス：2022年12月8日
- 4) 鈴木翔太、勝本恵理香、源藤真由、畠中真由、井上美咲、西井和信、東 里映、西村幾美、伊藤明彦：結核病棟におけるNST活動とその効果：第32回京滋NST研究会：一般演題：2023年3月4日：Web開催

社会活動（講演会）

- 1) 神田暁博：潰瘍性大腸炎の治療戦略：消化器内科疾患にZoom：Web開催：2022.5.20
- 2) 神田暁博：潰瘍性大腸炎治療薬のポイント：滋賀県薬業連携研修会：オンライン開催：2022.9.15

- 3) 伊藤明彦：高齢者の栄養管理～ ACPでぜひ話し合っしてほしいこと～：第73回ひがしおうみ☆栄養塾：東近江総合医療センター：2022.10.20
- 4) 神田暁博：潰瘍性大腸炎新規治療薬ウパダシチニブについて：湖北消化器肝疾患懇話会：彦根（ハイブリッド開催）：2022.12.1

座長業績

- 1) 伊藤明彦：『腸内細菌と健康のかかわり』（司会）：第5回地域医療支援講演会：2022年4月14日：東近江総合医療センター
- 2) 伊藤明彦：第69回ひがしおうみ☆栄養塾+第56回東近江がん診療セミナー：2022年5月19日：東近江総合医療センター
- 3) 伊藤明彦：ワークショップ03『経腸栄養における投与アクセス選択の根拠を考える！－推奨すべきアクセスは何か？－』（座長）：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：2022年5月31日：横浜
- 4) 伊藤明彦：一般演題3『経腸栄養』（座長）：第14回日本臨床栄養代謝学会近畿支部学術集会：2022年7月30日：Web開催
- 5) 神田暁博：I.症例検討（司会）：第93回琵琶湖消化器カンファレンス：2022年9月8日：Web開催
- 6) 伊藤明彦：II.レクチャー（司会）：第93回琵琶湖消化器カンファレンス：2022年9月8日：Web開催
- 7) 伊藤明彦：要望演題『それぞれのPTEG』（座長）：第20回PTEG研究会学術集会：2022年9月11日：Web開催
- 8) 伊藤明彦：パネルディスカッション『この子らを世の光に』～医療的ケア児に届ける食支援～（座長）：日本在宅医療連合学会第4回地域フォーラム：2022年10月22日：京都府立大学
- 9) 伊藤明彦：一般演題②（座長）：第27回滋賀PEGケアネットワーク：2022年11月13日：草津
- 10) 伊藤明彦：第74回ひがしおうみ☆栄養塾 3病院連携リモート勉強会：2022年11月17日：東近江総合医療センター
- 11) 伊藤明彦：日本内科学会第238回近畿地方会（座長）：2022年12月10日：Web開催
- 12) 伊藤明彦：「地域を灯せ 消化管内視鏡の光～最近のトピックスと当院の現状～」（座長）：Medical Update Seminar：2023年2月4日：近江八幡

教育・社会貢献

- 1) 伊藤明彦：第18回PTEGハンズオンセミナー講師：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：2022年6月1日：横浜
- 2) 伊藤明彦：滋賀医科大学看護師特定行為研修 ろう孔管理関連『①胃瘻の適応』『②誤接続防止コネクタ』『胃瘻交換と合併症』：2022年7月15日：滋賀医科大学
- 3) 伊藤明彦：2022年度看護師特定行為OSCE実技試験：2022年10月1日：滋賀医科大学
- 4) 伊藤明彦：NST 専門療法士実地修練：2022年10月20日～11月24日：東近江総合医療センター
- 5) 伊藤明彦：ファシリテーター：第10回九州PEGサミットin熊本：2022年11月26日～27日：熊本
- 6) 伊藤明彦：2022年度臨床実習前OSCE（Pre-CC OSCE）本試験評価者：2022年12月4日：滋賀医科大学
- 7) 伊藤明彦：東近江市胃内視鏡検診運営委員会：2023年3月9日

小 児 科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
小児科医長	奥野計寿人	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医 日本小児科学会 認定指導医 小児慢性特定疾病指定医 臨床研修指導医
小児科医師	田中 克典	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医 日本小児科学会 認定指導医 小児慢性特定疾病指定医 臨床研修指導医
小児科医師	多賀谷 翠	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医 小児慢性特定疾病指定医
小児科医師 (非常勤)	柳 貴英	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医 日本小児科学会 認定指導医 臨床遺伝専門医 周産期専門医 (新生児)
小児科医師 (非常勤)	藤田 聖実	滋賀医科大学	日本小児科学会 専門医

診療概要

小児科は、滋賀医科大学小児科専攻医研修プログラムの専門研修連携施設の一員として、主に東近江地域の小児科診療に携わっている開業医や病院と連携しながら、常勤医3名と非常勤医2名で患児の診療に当たっています。

診療内容としては子どもの総合医として、可能な限り臓器別医療に偏らずに、患児の成長発達や社会的背景を踏まえた医療を提供しています。一般小児科のみならず、産婦人科と連携して、地域の周産期医療の一翼を担っています。また地域に対しては、乳幼児健診や学校検診の実施、要保護児童対策協議会への協力、東近江医療圏の二次小児救急輪番を担っています。

診療実績

外来 1 日平均患者数	31.0 人/日
年間入院患者数	200 人
予防接種	2,326 件/年
1 か月健診	166 人/年

外科

スタッフ (2022年度)

職名	氏名	出身大学	資格/学会活動
副院長	目片 英治	滋賀医科大学	日本外科学会 認定医・専門医・指導医・代議員 日本消化器外科学会 認定医・専門医・指導医 消化器がん外科治療認定医 日本大腸肛門病学会 認定医・専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 卒後臨床研修評価機構 プログラム責任者講習会修了者
外科医長	太田 裕之	滋賀医科大学	日本外科学会 認定医・専門医・指導医 日本消化器外科学会 認定医・専門医・指導医・ 消化器がん外科治療認定医 日本消化器病学会 専門医 日本大腸肛門病学会 専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本乳癌学会 認定医 日本腹部救急医学会 評議員 インフェクション・コントロール・ドクター 日本遺伝性腫瘍学会 専門医 日本遺伝性腫瘍学会 家族性腫瘍コーディネーター 日本臨床栄養代謝学会 認定医
外科医長	赤堀 浩也	滋賀医科大学	日本外科学会 専門医・指導医 日本消化器外科学会 専門医・指導医 消化器がん外科治療認定医 日本肝胆膵外科学会 肝胆膵外科高度技能専門医 日本内視鏡外科学会 技術認定医 日本腹部救急医学会 認定医・教育医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本胆道学会 認定指導医 日本膵臓学会 認定指導医
外科医長	寺田 好孝	自治医科大学	日本外科学会 専門医 日本消化器外科学会 専門医 消化器がん外科治療認定医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 インフェクション・コントロール・ドクター
外科医師	永井 望	滋賀医科大学	日本外科学会 日本消化器外科学会
救急科副部長	北村 直美	滋賀医科大学	日本救急医学会 医学科専門医 日本腹部救急医学会 認定医

日本外科学会 専門医
 日本消化器外科学会 専門医
 日本がん治療認定機構 がん治療認定医
 日本乳がん学会 認定医
 JATEC インストラクター
 JPTEC 世話人・インストラクター
 ICLS インストラクター
 日本DMAT隊員
 東近江メディカルコントロール部会長

診療概要

地域の中核病院として、消化管、肝胆膵、乳腺の良悪性疾患をはじめ、ヘルニア、肛門疾患（肛門機能不全含む）、外傷など、多岐にわたる「総合外科」診療を行っています。

消化器悪性疾患に対しては、当センター内の消化器内科、放射線科と消化器カンファレンスを定期的に開催し、必要時は滋賀医科大学附属病院の専門性の高い技術をもった医師と連携して、最善の治療が提供できる体制をとっています。

腹腔鏡手術に関しては、日本内視鏡外科学会技術認定医が在籍し、安全第一を考えて、大腸がん・胃がん・胆のう疾患・ヘルニアに対して実施しています。

進行・再発がんに対する集学的治療として、患者の状態に十分に配慮できるように、薬剤師、看護師との情報共有を行い、エビデンスに基づいた化学療法・分子標的治療・放射線療法を行っています。また、「がん診療セミナー」を月1回のペースで行い、講師（院内・院外）から講演を頂くことにより幅広い知識を得るとともに、院内業務の見直しを行えるようにしています。がん治療と並行して、疼痛をはじめとするがん患者さんの身体症状に関わる緩和医療の提供も、心掛けています。

地域の医療機関・関係者と連携を密に保ちながら、今後さらなる「頼れる外科」を目指しています。

臨床活動報告（2022年1月～2022年12月）

《手術症例》

食道疾患	0例	胃十二指腸疾患	15例	大腸疾患	53例
小腸疾患	8例	肝胆膵腫瘍	18例	乳腺疾患	9例
ヘルニア	41例	胆嚢炎・胆石症等	38例	肛門疾患	13例
虫垂炎関連	25例	腹膜炎	1例	腸閉塞	10例
人工肛門関連	6例	その他（生検・局麻など）	37例		
手術合計	274件				

論文業績

- 1) Yusuke Nishina, Hiroyuki Ohta, Yoshitaka Terada, Hiroya Akabori, Naomi Kitamura, Nozomi Nagai, Eiji Mekata : Successful treatment of rectal cancer with pelvic abscess using transrectal drainage followed by laparoscopic radical resection : a case report : **Journal of Surgical Case Reports** : <https://doi.org/10.1093/jscr/rjac284> Case Report : 2022.6

学会発表

- 1) 永井 望、三宅 亨、植木智之、小島正継、村本圭史、新田信人、松永隆志、大竹玲子、徳田 彩、前平博充、東口貴之、竹林克士、貝田佐知子、飯田洋也、山口 剛、谷 眞至 : Crohn病におけるKono-S吻合の導入と短期成績 : **第122回日本外科学会定期学術集会** : 一般演題（口演） : 2022年4月14日 : Web開催
- 2) 北村直美、仁科勇佑、寺田好孝、赤堀浩也、太田裕之、目片英治、任 聿熙、加藤裕美、藤野能久 :

腹腔鏡下胆嚢摘出術における硬膜外麻酔法の効果：第122回日本外科学会定期学術集会：デジタルポスター：2022年4月16日：Web開催

- 3) 白石智順、東 里映、山根あゆみ、畠中真由、井上美咲、西井和信、太田裕之、伊藤明彦：経鼻胃管の咽頭交差の影響からみた経腸栄養アクセスの選択：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：ワークショップ：2022年5月31日：横浜
- 4) 畠中真由、山根あゆみ、井上美咲、西井和信、白石智順、東 里映、太田裕之、伊藤明彦：がん悪液質に対する新規治療薬アナモレリン薬物療法への管理栄養士の関わり的重要性：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：要望演題：2022年6月1日：横浜
- 5) 永井 望、貝田佐知子、谷 眞至：胃GIST・肝転移・腹膜播種に対して外科的切除を含めた集学的治療により長期生存が得られている1例：第77回日本消化器外科学会総会：一般演題（口演）：2022年7月22日：Web開催
- 6) 白石智順、源藤真由、鈴木翔太、畠中真由、井上美咲、西井和信、太田裕之、伊藤明彦：言語聴覚士から見たPEG在宅療養：第26回PEG・在宅医療学会学術集会：PEGチーム医療委員会企画：2022年9月10日：Web開催
- 7) 下地みゆき、村田 聡、シホンピング・アンドレアス・マイケル、竹林克士、児玉泰一、北村直美、小島正継、森 治樹、北村美奈、徳田 彩、三宅 亨、目片英治、谷 眞至：ヒト膵臓がん細胞株T3M4を用いたCD44およびMGST1の発現と細胞死における温熱作用の影響：第81回日本癌学会学術総会：ポスター：2022年9月29日：横浜
- 8) シホンピング・アンドレアス・マイケル、村田 聡、下地みゆき、竹林克士、児玉泰一、小島正継、森 治樹、北村直美、北村美奈、徳田 彩、三宅 亨、目片英治、谷 眞至：外科的炎症による胃癌腹膜転移の促進：第81回日本癌学会学術総会：Japanese Oral Sessions：2022年9月29日：横浜
- 9) 打越智子、木下千鈴、門野正代、福井久枝、寺本隆人、北村拓也、奈良岡容平、居松建治、目片英治：二人主治医制への取組み～在宅看取りを見据えたがん終末期患者の在宅支援～：第76回国立病院総合医学会：ポスター：2022年10月8日：熊本
- 10) 後藤 幸、神田暁博、柴田直季、森 太平、桂木淳志、水田寛郎、伊藤明彦、寺田好孝：腸閉塞症状を繰り返した回腸子宮内膜症の一例：第117回日本消化器病学会近畿支部例会：2022年10月8日：大阪
- 11) 永井 望、太田裕之、寺田好孝、北村直美、赤堀浩也、目片英治：総胆管結石による肝内胆管圧上昇に伴う左肝内胆管穿通、胆汁瘻を認めた1例：第59回日本腹部救急医学会総会：一般演題（口演）：2023年3月9日：沖縄
- 12) 太田裕之、永井 望、寺田好孝、赤堀浩也、北村直美、目片英治：腹腔鏡下低位前方切除術3日目に左肝動脈瘤破裂をきたした1例：第59回日本腹部救急医学会総会：一般演題（口演）：2023年3月10日：沖縄

研究会発表

- 1) 寺田好孝、赤堀浩也、太田裕之、北村直美、永井 望、目片英治：腹腔鏡下手術におけるAcrosurg Revo[®]の使用経験：第41回Microwave Surgery研究会：2022年9月10日：草津
- 2) 寺田好孝、赤堀浩也、永井 望、太田裕之、北村直美、目片英治：ソマトスタチン受容体シンチグラフィで陽性を示した腎癌膵転移の1例：第6回R307研究会：2023年2月3日：甲賀

講演会発表

- 1) 仁科勇佑、太田裕之、寺田好孝、北村直美、赤堀浩也、目片英治：骨盤膿瘍を伴った直腸癌に対して、経直腸的ドレナージ後に根治術を施行した一例：第42回臨床談話会：2022年8月25日：東近江総合医療センター
- 2) 寺田好孝：がん化学療法における各職種役割と連携（医師の立場から）：チーム医療推進のための研修2（がん化学療法）：2023年2月3日：令和4年度国立病院機構近畿グループ

座長業績

- 1) 目片英治：サージカルフォーラム下部消化管 集学的治療－1（大腸）：第122回日本外科学会定期学術集会：2022年4月15日：熊本
- 2) 赤堀浩也：研修医セッション「胆道③」：第84回日本臨床外科学会総会：2022年11月25日：福岡
- 3) 太田裕之：一般演題133大腸良性⑧：第59回日本腹部救急医学会総会：沖縄：2023年3月10日：沖縄
- 4) 目片英治：滋賀医科大学地域医療教育研究拠点市民公開講座いつまでも健康でいたい人のための第5回医療セミナー総合司会：2023年3月21日：大津

教育・社会活動・地域貢献

- 1) 太田裕之：消化器系『小腸（小腸疾患の外科治療）』：滋賀医科大学医学科講義：2022年4月21日
- 2) 北村直美：令和4年度東近江メディカルコントロール部会：東近江行政組合消防本部：2022年5月25日
- 3) 北村直美：救急・家庭医療学『救急医療8 災害と救急医療』：滋賀医科大学医学科講義：2022年6月10日
- 4) 目片英治：令和4年度第1回スーパーサイエンスハイスクール運営指導委員会：滋賀県立膳所高等学校：2022年6月28日
- 5) 目片英治：日本外科学会令和4年度第1回指定施設指定委員会：Web会議：2022年9月1日
- 6) 北村直美：令和4年度共用試験医学系臨床実習前OSCE認定評価者更新講習会：大阪：2022年10月23日
- 7) 北村直美：第386回OLSA-ICLS第6回八風街道コース サブディレクター：東近江総合医療センター：2022年11月5日
- 8) 北村直美：JATECコース講師：ニプロiMEP：2022年11月19日～20日
- 9) 目片英治：令和4年度第2回スーパーサイエンスハイスクール運営指導委員会：滋賀県立膳所高等学校：2022年11月29日
- 10) 北村直美：令和4年度第2回滋賀県メディカルコントロール協議会：滋賀県危機管理センター：2023年2月10日
- 11) 目片英治：令和4年度第3回スーパーサイエンスハイスクール運営指導委員会：大津市民会館：2023年2月17日
- 12) 北村直美：令和4年度滋賀県消防職員専科教育救急科『JPTEC滋賀県消防学校コース』：滋賀県消防学校：2023年2月25日～26日
- 13) 北村直美：令和4年度滋賀県消防職員専科教育救急科『骨盤外傷・四肢外傷』講義：滋賀県消防学校：2023年3月1日

研 究

- 1) 2022年度第一三共寄付プログラム：赤堀浩也：消化管悪性疾患の手術症例における人工膵臓装置を用いた周術期血糖管理がもたらす術後合併症予防効果の病態解明に関する研究：500,000円
- 2) 科学研究費補助金（基盤研究（C））：北村直美：新規エンドトキシン測定法を用いたエンドトキシン吸着療法適応の探索：2022年度交付額 直接経費600,000円 間接経費180,000円
- 3) 科学技術研究費（基盤研究（C））：目片英治：免疫トレランスを回避する複合的がん免疫細胞治療法の開発：2022年度交付額 直接経費1,100,000円 間接経費330,000円
- 4) 受託研究：赤堀浩也：周術期の脂肪組織急性炎症が外科的糖尿病に与える影響に関する観察的前向きコホート研究：2,933,685円（2021/4/23～2023/5/31継続額）

整形外科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
整形外科医長	田中 政信	滋賀医科大学	日本整形外科学会 専門医 認定リウマチ医 認定スポーツ医 認定脊椎脊髄病医 認定運動器リハビリテーション医 日本リウマチ学会 専門医 中部日本整形外科災害外科学会 評議員
整形外科医長	古屋 佑樹	滋賀医科大学	日本整形外科学会 専門医 人工関節学会認定医 認定リウマチ医 認定スポーツ医 認定運動器リハビリテーション医
整形外科医師	芝田 浩平	滋賀医科大学	日本整形外科学会 専門医
整形外科医師	牛山 文孝	兵庫医科大学	

診療概要

入院治療、手術的治療が主で、東近江市の全地域、近江八幡、蒲生、安土、日野の医療機関から、患者様の紹介・手術依頼を多数受けており、地域の中核病院という特性から、出来るだけ整形外科領域全般の治療ができるように努めております。

また、急性期救急病院でもあり、緊急を要する患者様の受け入れ、対応を潤滑に行ない、必要があれば、麻酔科・手術室スタッフと連携し、迅速に緊急手術が可能な病院体制を取っております。

高齢者においては、糖尿病や心不全などの内科的な合併症を持つ患者さんが高齢化に伴い増加傾向であり、そういった患者さんに対しても、当院の各内科や他科の専門診療科スタッフの協力を得て、より安全な医療をご提供できるように取り組んでいます。

手術件数、内容については、下記の通りです。

外傷による骨折手術が最も多く、救急・緊急性の高い場合は手術加療を含め、迅速に対応し、高齢者に多い大腿骨頸部・転子部骨折に対しては、退院後の生活・社会復帰に向けて、地域包括支援病棟でのリハビリテーションや、退院支援などを通じて、安全で安心した生活を送っていただけるよう努めております。

外来診療においては近隣の諸先生方からも多くの症例をご紹介いただき、まずはCTやMRIなど当院の設備を駆使して、精度の高い診断を行い、その病態・病勢に応じたエビデンスに基づいた適切な治療へ繋げるよう努めております。関節リウマチや膠原病についても、内服薬から新しい生物学的製剤まで幅広く治療を行っています。骨粗鬆症に対しては近々導入予定であるDEXAなど、積極的に精査、骨の脆弱化の予防、改善に努めてまいりたいと考えております。

臨床活動報告

手術件数総数	313件	スポーツ	5件
脊椎	14件	小児	5件
上肢・手	32件	腫瘍	9件
下肢	46件	その他	43件
外傷	159件	(うち抜釘)	32件
リウマチ	0件		

学会発表

- 1) 牛山文孝：肩関節脱臼骨折に腋動脈損傷と腕神経叢損傷を合併した一例：第139回中部日本整形外科災害外科学会：ポスター発表：2022年10月29日：大阪（グランフロント大阪）

脳神経外科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
院長	野崎 和彦	京都大学	資格 日本脳神経外科学会 専門医・指導医 日本脊髄外科学会 専門医 日本脳卒中学会 専門医 日本脳卒中の外科学会 技術認定医・指導医 日本脳卒中学会幹事 学会活動 日本脳神経外科学会監事・学術委員長 日本脳神経外科学会近畿支部理事 日本脳神経血管内治療学会近畿支部理事 日本脳腫瘍の外科学会理事・学術委員長 日本頭蓋底外科学会理事 日本脳ドック学会理事・学術委員長 日本術中画像情報学会理事 日本脳神経外科手術と機器学会 監事 日本脳科学関連学会連合評議員
学歴	昭和58年	京都大学医学部卒業	
	平成2年	京都大学大学院医学研究科外科系専攻博士課程修了	
職歴	昭和58年	京都大学医学部附属病院脳神経外科学教室入局	
	平成2年	Massachusetts General Hospital 脳神経外科（研究員）	
	平成4年	京都大学医学部附属病院脳神経外科医員（9月1日）	
	平成5年	京都大学医学部附属病院脳神経外科助手（4月1日）	
	平成11年	京都大学医学部附属病院脳神経外科講師（7月16日）	
	平成15年	京都大学医学部附属病院脳神経外科助教授（7月1日）	
	平成19年	京都大学医学部附属病院脳神経外科准教授	
	平成20年	滋賀医科大学医学部附属病院脳神経外科教授（2月1日）	
	平成28年	滋賀医科大学医学部附属病院副病院長（企画・評価）兼務（4月1日）	
	令和2年	滋賀医科大学医学部附属病院副病院長（医療安全等）兼務（4月1日）	
	令和2年	滋賀医科大学図書館長兼務（4月1日）	
	令和4年	東近江総合医療センター副病院長（4月1日）	
	令和5年	同病院長（4月1日）	
脳神経外科医師 （非常勤）	平井 久雄	滋賀医科大学	日本脳神経外科学会専門医・指導医
脳神経外科医師 （非常勤）	後藤 幸大	京都府立医科大学	日本脳神経外科学会専門医

診療概要

脳・脊髄という中枢神経系の主な疾患として、血管障害（いわゆる脳卒中や脊髄血管病変）、腫瘍性病変（脳腫瘍や脊髄腫瘍）、外傷（急性および慢性の頭蓋内出血、頭蓋骨骨折など）、脊椎疾患（変形性脊椎症、椎間板ヘルニア、椎間狭窄症など）、機能的疾患（てんかん、不随意運動など）、その他（顔面けい

れん、三叉神経痛、正常圧水頭症など)があります。現れる症状として、頭痛、手足の感覚障害(ビリビリする、触った感じがわかりにくい)や運動障害(動かしにくい)、言語障害(言葉が出にくい、人の話を理解しにくい)、複視(物が二重に見える)、難聴(聞こえにくい)、嚥下障害(飲み込みにくい、むせる)などがあります。高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈などの危険因子をお持ちの方は脳卒中発症の危険性が高くなります。

これらの疾患、症状、危険因子のある方に対して、近隣の病院や滋賀医科大学などと連携しつつ治療へ結びつけます。また2023年4月より再開させていただきました脳神経内科と相談しながら診察・検査を行い適切な診断・治療を行わせていただきます。日常生活に支障をきたすような症状でお困りの方や危険因子のある方でご心配の方は受診してください。また、診断された疾患、治療中の疾患で専門医の意見を希望される方はセカンドオピニオンにも対応させていただきます。

臨床実績

<外来患者数>

2018年度	697名
2019年度	622名
2020年度	474名
2021年度	571名
2022年度	679名

(現在、入院での外科手術は行っておりません)

論文業績

- 1) Zuurbier CMC, Molenberg R, Mensing L, Wermer M, Juvela S, Lindgren A, Jääskeläinen J, Koivisto T, Yamazaki T, Uyttenboogaart M, van Dijk JMC, Aalbers M, Morita A, Tominari S, Arai H, **Nozaki K**, Murayama Y, Ishibashi T, Takao H, Gondar R, Bijlenga P, Rinkel GJE, Greving J, and Ruijgrok Y : Sex difference and rupture rate of intracranial aneurysms: an individual patient data meta-analysis : Stroke 53:362-369, 2022
- 2) Yamada S, Ishikawa M, Nakajima M, **Nozaki K** : Reconsidering ventriculoperitoneal shunt surgery and postoperative shunt valve pressure adjustment: our approaches learned from past challenges and failures : Frontier Neurology 12:798488, 2022, doi:10.3389/fneur.2021.798488
- 3) Shitara S, Tanaka-Mizuno S, Takashima N, Fujii T, Arima H, Kita Y, Tsuji A, Kitamura A, Urushitani M, Miura K, **Nozaki K** : Population-based incidence rates of subarachnoid hemorrhage in Japan: The Shiga Stroke and Heart Attack Registry : J Stroke 24:292-295, 2022, doi.org/10.5853/jos.2022.00087
- 4) Kondo K, Arima H, Fujiyoshi A, Sekikawa A, Kadota A, Hisamatsu T, Torii S, Shiino A, Morino K, Miyagawa N, Segawa H, Watanabe Y, Maegawa H, **Nozaki K**, Miura K, Ueshima H, for the SESSA Research Group : Differential association of serum level of marine-derived n-3 polyunsaturated fatty acids with various cerebrovascular lesions in Japanese men: The Shiga Epidemiological Study of Subclinical Atherosclerosis : Cerebrovasc Dis 2022, DOI:10.1159/000524243
- 5) Tsuji K, Nakamura S, Aoki T, **Nozaki K** : The Cerebral Artery in Cynomolgus Monkeys (Macaca fascicularis) . Experimental Animals 71:391-398, 2022. doi: 10.1538/expanim.22-0002
- 6) Nitta N, Moritani S, Fukami T, **Nozaki K** : Cranial vault lymphoma—a case report and its characteristics from a systematic review of the literature : Surg Neurol Int 13:231, 2022, doi.org/10.25259/SNI_28_2022
- 7) Kawano H, Yamada S, Tsuji A, Tsuji K, **Nozaki K** : Four-dimensional flow magnetic resonance imaging analysis of cerebral aneurysm in the carotid rete mirabile : Stroke images 2022;0:10.1161/STROKEAHA.122.040692

- 8) Moniruzzaman M, Kadota A, Hisamatsu T, Segawa H, Kondo K, Torii S, Miyagawa N, Fujiyoshi A, Yano Y, Watanabe Y, Shiino A, **Nozaki K**, Ueshima H, Miura K; SESSA Research Group : Relationship Between Serum Irisin Levels and MRI-measured Cerebral Small Vessel Disease in Japanese Men : J Atherosclerosis Thrombosis 2022 Nov 15. doi: 10.5551/jat.63824. Online ahead of print.
- 9) Sawayama Y, Higo Y, Takashima N, Harada A, Yano Y, Yamamoto T, Shioyama W, Fujii T, Tanaka-Mizuno S, Kita Y, Miura K, **Nozaki K**, Suzuki T, Nakagawa Y Incidence and In-hospital Mortality of Acute Myocardial Infarction: A Report From a Population-based Registry in Japan : J Atheroscler Thromb. 2022 Dec 29. doi: 10.5551/jat.63888.
- 10) Tram HTH, Tanaka MS, Takashima N, Khan K, Arima H, Kadota A, Fujii T, Shitara S, Kitamura A, Miyamatsu N, Kita Y, Urushitani M, Nakagawa Y, Miura K, **Nozaki K** : Control of diabetes mellitus and long-term prognosis in stroke patients: The Shiga Stroke and Heart Attack Registry : Cerebrovasc Dis 52:81-88, 2023

論文査読

- 1) World Neurosurgery : **野崎和彦**
- 2) Neurologia Medico-chirurgica : **野崎和彦**
- 3) 脳卒中 : **野崎和彦**
- 4) 脳神経外科ジャーナル : **野崎和彦**
- 5) CI研究 : **野崎和彦**

著書業績

- 1) **野崎和彦**、九嶋亮治、辻篤司：脳血管奇形の発生機序：最新臨床脳卒中学（第2版）上：181-188：日本臨床80巻2022年1月増刊号
- 2) 宮田悠、青木友浩、**野崎和彦**：くも膜下出血 病因と病態：最新臨床脳卒中学（第2版）下：366-371：日本臨床80巻2022年2月増刊号
- 3) 辻 篤司、**野崎和彦**：無症候性脳動静脈奇形：最新臨床脳卒中学（第2版）下：499-507：日本臨床80巻2022年2月増刊号
- 4) **野崎和彦**：未破裂脳動脈瘤の今後の展望：エビデンスとガイドラインに基づく脳動脈瘤とくも膜下出血：123-127：医学書院：2023年3月刊行

学会発表

- 1) **野崎和彦**：パンデミック後の老年脳神経外科：第35回日本老年脳神経外科学会：シンポジウム：2022年4月23日：徳島
- 2) **野崎和彦**：COVID-19と脳神経外科診療：第42回日本脳神経外科コンgres総会：シンポジウム：2022年5月15日：大阪
- 3) **野崎和彦**：滋賀循環器疾患（脳卒中を含む）発症登録研究：STROKE2023：シンポジウム：2023年3月18日：横浜

研究会発表

- 1) **野崎和彦**：脳卒中・循環器病対策基本法に絡んだ滋賀県での脳卒中診療の取り組みについて：第46回備後地域連携を考える会：特別講演：2022年2月8日：福山
- 2) **野崎和彦**：滋賀県における脳卒中診療の現状とこれから：滋賀県の脳卒中・循環器病の予防と治療を考える会：口演：2022年4月7日：滋賀
- 3) **野崎和彦**：脳卒中・循環器病対策基本法を踏まえた滋賀での取り組み：ストップ！NO卒中プロジェクト支部講演会 in 滋賀：口演：2022年10月8日：滋賀

座長業績

- 1) 野崎和彦：一般演題/脳血管障害：第45回日本脳神経CI学会総会：2022年4月8日：WEB開催
- 2) 野崎和彦：シンポジウム/ARUBA時代のAVM治療統合戦略：第31回脳神経外科手術と機器学会：2022年4月15日：東京（虎ノ門ヒルズフォーラム、WEB参加）
- 3) 野崎和彦：ランチョンセミナー/認知症の画像診断・画像病理関連をとおして：第31回日本脳ドック学会：2022年6月23日：神奈川（大磯プリンスホテル、WEB参加）
- 4) 野崎和彦：シンポジウム/頭蓋底外科を支える科学・モニタリング術中イメージング：第34回日本頭蓋底外科学会：2022年7月7日：東京（KFCH Hall & Rooms）
- 5) 野崎和彦：基礎研究/血管障害1：日本脳神経外科学会第81回学術総会：2022年9月28日：横浜（パシフィコ横浜）
- 6) 野崎和彦：特別シンポジウム/脳神経外科領域における人工知能の役割：日本脳神経外科学会第81回学術総会：2022年9月29日：横浜（パシフィコ横浜）
- 7) 野崎和彦：シンポジウム/脳腫瘍の手術：第27回日本脳腫瘍の外科学会：2022年10月14日：浅草（浅草ビューホテル）
- 8) 野崎和彦：シンポジウム/無症候性病変に対する外科・血管内治療の適応：STROKE2023：2023年3月16日：横浜（パシフィコ横浜）

教 育

- 1) 野崎和彦：基礎と臨床の融合の講義：臨床解剖：2022年6月：滋賀医科大学
- 2) 野崎和彦：神経系講義：解剖と機能：2022年11月：滋賀医科大学

社会活動

- 1) 野崎和彦：滋賀県循環器病対策検討会座長
- 2) 野崎和彦：脳卒中啓発ラジオ放送（2022年11月、FM放送）
- 3) 野崎和彦：令和4年度循環器病滋賀県県民公開講座開催（2023年3月、WEB配信）

研 究

研究費獲得

- 1) 日本学術振興会科学研究費基盤研究（C） 研究代表者 野崎和彦
PKD 遺伝子異常に伴う脳動脈瘤発生の病態解 170万円（うち間接経費51万円）
- 2) 日本学術振興会科学研究費基盤研究（A） 研究代表者 三浦克之
認知症予測の網羅的モデル開発のための一般集団における脳画像長期追跡疫学研究
（研究分担者：野崎和彦） 1,144万円のうち12万円
- 3) 日本学術振興会科学研究費基盤研究（B） 研究代表者 森田明夫
体内微生物の脳動脈瘤の発生・破裂への影響の解明と新しい予防医療の開発
（研究分担者：野崎和彦） 572万円のうち20万円
- 4) 循環器病（脳卒中・心疾患）対策推進事業補助金（田中俊宏、野崎和彦） 935万円
- 5) 滋賀医科大学戦略的・重点的経費配分予算滋賀県脳卒中登録事業 900万円

呼吸器外科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
院長	井上 修平	滋賀医科大学卒	日本外科学会外科専門医・指導医 日本胸部外科学会認定医・指導医・評議員 呼吸器外科専門医 日本呼吸器外科学会指導医・評議員 日本呼吸器学会・専門医・指導医 気管支鏡専門医・指導医 日本内視鏡外科学会評議員 日本結核病学会 結核・抗酸菌症指導医 日本気胸・嚢胞性肺疾患学会編集委員・評議員 関西胸部外科学会評議員 近畿外科学会評議員 インфекションコントロールドクター認定
外科診療部長	尾崎 良智	滋賀医科大学卒	日本外科学会外科専門医・指導医 日本胸部外科学会認定医・評議員 呼吸器外科専門医 日本呼吸器外科学会評議員 日本呼吸器学会・専門医 気管支鏡専門医・指導医 がん治療認定医・暫定教育医 日本結核病学会 結核・抗酸菌症指導医 近畿外科学会評議員 インфекションコントロールドクター認定
呼吸器外科医長 救急科医長	大内 政嗣	滋賀医科大学卒	日本外科学会外科専門医・指導医 呼吸器外科専門医 日本呼吸器外科学会評議員 日本呼吸器学会・専門医 気管支鏡専門医・指導医 日本呼吸器内視鏡学会・評議員 日本結核病学会 結核・抗酸菌症指導医 日本救急医学会救急科専門医 JATECインストラクター NDLSインストラクター 日本DMAT隊員
呼吸器外科医師	赤澤 彰	滋賀医科大学卒	日本外科学会外科専門医

診療概要

呼吸器外科は2000年12月に当院が国立八日市病院から国立滋賀病院に改組されたのと同時に新設され、開設以来20年以上にわたり東近江医療圏での呼吸器診療の中心としてその診療機能を果たしてきた。そのため東近江市域だけでなく、隣接する医療圏からの紹介や入院症例も多い。主に肺癌、縦隔腫瘍や気胸などの手術のほか、結核や近年増加傾向の非結核性抗酸菌症をはじめとした呼吸器感染症、気管支鏡による気道インターベンションなど呼吸器内科とも協力し、広く呼吸器疾患全般を対象に診療している。2021年4月から井上修平（院長）、尾崎良智（外科診療部長）、大内政嗣（呼吸器外科医長・救急科医長兼任）、赤澤彰（呼吸器外科医師）の常勤医師4名体制で診療に当たっている。

肺癌診療はゲノム医療を用いた個別化治療の標準化、免疫療法の確立と併用療法の開発、放射線治療技術の進歩など大きな変革の時代を迎えており、当科においても常に最新のエビデンスに基づいた最適な医療をチームとして提供できるよう心がけている。

手術件数

総数	118件
全麻	81件
局麻	37件（うち局所麻酔下胸腔鏡が30件）

おもな全麻手術内容の内訳：

原発性肺癌：36例、転移性肺腫瘍：4例、気胸・嚢胞性疾患：25例、炎症性肺疾患2例、膿胸：5例、縦隔腫瘍：5例、胸壁腫瘍：2例、横隔膜疾患1例、縦隔鏡検査：1例

業績

I. 学術論文

- 1) Akitoshi Inoue, Masatsuugu Ohuchi, Shuhei Inoue. Asymptomatic air collection in the left atrium after computed tomography-guided lung biopsy. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2022; 30 (1) :129-131.
- 2) 大内政嗣, 井上修平, 尾崎良智, 和田広, 上田桂子, 苗村佑樹, 北村将司. 結核性胸膜炎の治療後8年を経過して発生し肺内に進展した胸膜結核腫の1例. 結核. 2022; 97 (2) : 67-72
- 3) 御園生昌史, 和田広, 田中妥典, 井上修平, 尾崎良智, 大内政嗣, 赤澤彰. 癌性胸膜炎・心膜炎との鑑別を要した結核性胸膜炎・心膜炎の1例. 結核. 2022; 97 (2) : 73-77.
- 4) Masatsugu Ohuchi, Shuhei Inoue, Yoshitomo Ozaki, Takuya Fujita, Keiko Ueda, Shoji Kitamura, Yuki Namura. Efficacy, safety, and optimal timing of single-trocar video-assisted flexible thoroscopic debridement under local anesthesia for complicated parapneumonic empyema. General Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2022; 70 (7) : 634-641

II. 学会・研究会

(1) 全国学会

- 1) 高齢者肺癌に対する根治手術後ADL低下の予測因子の検討. 大内政嗣, 井上修平, 尾崎良智, 赤澤彰. 第39回日本呼吸器外科学会学術集会. 2022/5/20-5/21. グランドニッコー東京台場.
- 2) 肋骨に発生した血管腫の1切除例. 赤澤彰, 大内政嗣, 尾崎良智, 井上修平. 第39回日本呼吸器外科学会学術集会. 2022/5/20-5/21. グランドニッコー東京台場.
- 3) 原発巣切除後約50年目に気道出血で発症した頸動脈小体腫瘍肺転移の1例. 大内政嗣, 井上修平, 尾崎良智, 赤澤彰, 和田広, 御園生昌史. 第45回日本呼吸器内視鏡学会学術集会. 2022/5/27-5/28. 長良川国際会議場・都ホテル岐阜長良川.
- 4) 免疫性血小板減少症をきたした結核の2例. 和田広, 御園生昌史, 井上修平, 尾崎良智, 大内政嗣. 第97回日本結核・非結核性抗酸菌症学会学術講演会. 2022/7/1. 星野リゾートOMO7旭川.

- 5) 右肺下葉切除術により診断した線毛性粘液結節性乳頭腫瘍の1例. 赤澤 彰, 大内政嗣, 尾崎良智, 井上修平. 第63回日本肺癌学会学術集会. 2022/12/1. 福岡国際会議場・マリンメッセ福岡.
- 6) 肺障害によるCrizotinib中止後長期奏効を維持しているROS1融合遺伝子陽性肺癌の一例. 尾崎良智, 井上修平, 大内政嗣, 赤澤 彰. 第63回日本肺癌学会学術集会. 2022/12/2. 福岡国際会議場・マリンメッセ福岡.

(2) 地方会・研究会

- 1) 肋骨に発生した血管腫の1切除例. 赤澤 彰, 大内政嗣, 尾崎良智, 井上修平. 第62回近江呼吸器疾患研究会. 2022/3/12. Web開催.
- 2) 今後の周術期治療について考える・パネルディスカッション. 大内政嗣. Thoracic Surgery Webinar in Shiga. 2022/7/12. Web開催
- 3) 当院におけるアクトサージ®の使用経験. 赤澤 彰, 大内政嗣, 尾崎良智, 井上修平. 第63回近江呼吸器疾患研究会. 2022/9/3. 大津プリンスホテル.
- 4) EGFR遺伝子変異陽性症例に対する術後再発治療の実際. 尾崎良智. Lung Cancer Symposium for Medical Staff. 2022/10/4. Web開催
- 5) 非小細胞肺癌における免疫チェックポイント阻害剤－臨床効果予測スコアの試み－. 尾崎良智. MSD NSCLC Virtual Seminar. 2022/10/19. Web開催

Ⅲ. 対外活動

(1) 座長・司会

- 1) 尾崎良智. 座長 「特別講演：非小細胞肺癌に対する周術期治療－術後補助療法を中心に－」産業医科大学第二外科 田中文啓. Thoracic Surgery Webinar in Shiga. 2022/7/12 Web開催（中外製薬・栗東営業所）
- 2) 尾崎良智. 座長 「長期生存を見据えたEGFR遺伝子変異陽性NSCLCの治療マネジメント」新潟県立がんセンター新潟病院 副院長 田中洋史. Lung Cancer Online Seminar in Ohmi. 2022/9/8 Web開催
- 3) 尾崎良智. 座長 基調講演①「がんの支持療法～末梢神経障害について」長浜赤十字病院 薬剤部製剤係長 祖父江伸匡. 基調講演②「悪心・嘔吐に対する当院での取り組み」東近江総合医療センター がん薬物療法看護認定看護師 平塚久恵. 副作用マネジメントSkill Up Conference in Shiga. 2022/9/21 Web開催
- 4) 尾崎良智. 座長 「プレアボイドによるがん化学療法継続事例」東近江総合医療センター薬剤部製剤主任 市原英則. 第59回東近江がん診療セミナー. 2022/10/6 独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センターきらめきホール.

(2) 査読

- 1) 井上修平. 日本気胸・嚢胞性疾患学会雑誌論文査読
- 2) 井上修平. 日本胸部外科学会定期学術集会・日本胸部外科学会雑誌査読術集会査読.

皮膚科

スタッフ (2022年)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
皮膚科医長	鵜飼 佳子	滋賀医科大学	日本皮膚科学会 皮膚科専門医・指導医 日本皮膚科学会 美容皮膚科・レーザー指導専門医 日本レーザー医学会 レーザー専門医 美容皮膚科学会代議員 厚生労働省研修医指導医 滋賀県難病審査委員 日本皮膚科学会キャリア支援委員会協力委員 日本美容皮膚科学会会員 日本褥瘡学会会員 滋賀県皮膚科医会理事
皮膚科医師	平野 慎悟	滋賀医科大学	
皮膚科医師 (非常勤)	藤本 徳毅	滋賀医科大学	日本皮膚科学会 皮膚科専門医 日本皮膚科学会 皮膚悪性腫瘍指導専門医 日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医 日本アレルギー学会 アレルギー専門医 厚生労働省研修医指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

認定施設

日本皮膚科学会認定専門医研修施設
日本皮膚科学会生物学的製剤承認施設

診療概要

皮膚科で扱う疾患は、皮膚腫瘍、アトピー性皮膚炎などの湿疹・皮膚炎群、乾癬などの炎症性角化症、天疱・類天疱瘡などの自己免疫性水疱症、薬疹、白癬やヘルペスなどの感染症など多岐にわたります。東近江市は皮膚科専門医が少ない地域であり、地域の皆様に適切な診断や治療を提供することが使命と考えております。皮膚腫瘍については、積極的に手術切除を行っています。植皮術や皮弁などでの再建も可能です。全身麻酔下の手術も2021年度は4例でしたが、2022年度は13例と増加傾向です。

難治性皮膚潰瘍などには、高気圧酸素療法も行っています。30例を超える症例に対して行いましたが、良好な結果を得ています。また重症症例については、総合病院の利点を生かして他の診療科とも密に連携して治療を行っています。入院中の褥瘡症例については、チーム医療による治療を積極的に行っています。

診療実績

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
平均外来患者 (人/日)	24.0	23.7	23.8	20.9	22.1	22.1
平均入院患者数 (人/日)	4.3	4.2	4.6	5.4	3.6	4.3
手術件数 (件/年)	147	124	98	96	132	111

手術件数

	2020 (件)	2021 (件)	2022 (件)
皮膚腫瘍切除術	55	92	84
皮膚悪性腫瘍切除術	11	12	12
全層もしくは分層植皮術	12	12	5
血管腫摘出術	0	5	2
皮弁作成術	0	2	4
陥入爪手術（簡単）	1	5	2
その他	19	4	2
手術合計	96	132	111

全身麻酔手術	0	4	13
--------	---	---	----

業 績

●論文

- 1) 鶴飼佳子、岡田一真、大西正人、水田寛郎、和田 広、野上 毅、清水 馨、大和田晴香、藤本志乃、山口明彦、加藤 威、中西健史、田中俊宏、藤本徳毅、：下腿に多発性の皮膚潰瘍を生じた皮膚クリプトコッカス症の1例 皮膚科の臨床 65 (2)；184-187,2023.
- 2) 鶴飼佳子：論文紹介 下腿に多発性の皮膚潰瘍を生じた皮膚クリプトコッカス症の1例大風（東近江総合医療センター院内報）第214号 2023年2月

●学会発表

- 1) 鶴飼佳子、前田泰広、藤本徳毅：陰囊被角血管腫に対して炭酸ガスレーザーによる治療を施行した1例 第40回美容皮膚科学会総会 2022年8月6日東京都（虎ノ門ヒルズフォーラム）
- 2) 平野慎悟、鶴飼佳子、高山 悟、前田泰広、藤本徳毅：顔面の皮下硬結を伴うシェーグレン症候群の1例 第477回京滋地方会 2022年9月17日 滋賀県（滋賀医科大学）
- 3) 山田昌弘、米田健祐、生野泰彬、平野慎悟、國府 拓、高橋聡文、藤本徳毅:プロダルマブ中止後のチルドラキズマブ導入により一時的に増悪がみられた乾癬の1例 第37回日本乾癬学会学術大会 2022年9月9日 かがしま県民交流センター（鹿児島県）
- 4) 浅田春季、藤本徳毅、力武里菜、平野慎悟、塚本雄大、高橋聡文、中西健史、松原亜季子:右母趾に生じた傍骨性骨軟骨異形増生の1例 第37回日本皮膚外科学会総会 2022年9月3日 神奈川県（川崎市産業振興会館）
- 5) 後藤春菜、加藤 威、浅田春季、平野慎悟、力武里菜、山田昌弘、小林佳道、塚本雄大、國府 拓、米田健祐、加太美保、高橋聡文、山本文平、藤本徳毅：当院で施行した皮膚潰瘍に対する多血小板血漿療法のとまとめ 第473回京滋地方会 2022年9月17日 web開催
- 6) 山本麻友香、米田健祐、浅田春季、生野泰彬、加藤 威、高橋聡文、藤本徳毅、鶴飼佳子：Atypical neurofibromatous neoplasms of uncertain biologic potentialの1例 第479回京滋地方会 2023年3月4日 web開催

●論文査読

鶴飼佳子：Aesthtic Dermatology 2022年4月

●座長

鶴飼佳子：一般演題3 色素斑、血管系病変 第40回美容皮膚科学会総会2022年8月6日 東京都（虎ノ門ヒルズフォーラム）

●講演

- 1) 鵜飼佳子：医療チーム活動紹介（褥瘡チームについて）
2022年4月1日 東近江総合医療センター新採用者オリエンテーション 東近江総合医療センターきらめきホール
- 2) 鵜飼佳子：褥瘡対策委員会主催勉強会 当院における院内褥瘡発生の現状について～現状から傾向を考える～ 2022年5月25日 東近江総合医療センター きらめきホール
- 3) 鵜飼佳子：血管外漏出について 静脈注射プログラムⅢ（IVナース）研修 2022年8月 web開催
- 4) 鵜飼佳子：在宅医療でも活かせる褥瘡治療のポイントなど 第3回滋賀県多職種連携講演会 2022年6月18日 滋賀県（滋賀県庁新館7階 大会議室）

泌尿器科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
泌尿器科医長	坂野 祐司	滋賀医科大学出身	日本泌尿器科学会 専門医・指導医 日本泌尿器内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医 日本泌尿器科学会 日本癌治療学会 日本泌尿器内視鏡学会 日本泌尿器腫瘍学会 日本緩和医療学会
泌尿器科医師	竹内 佳代	滋賀医科大学出身	日本泌尿器科学会

診療概要

泌尿器科では、尿路・男性生殖器の疾患の診断・治療にあたっています。対象となる主な疾患・病態は、排尿障害（前立腺肥大症、過活動膀胱、神経因性膀胱、尿失禁）、各種の泌尿器癌（副腎腫瘍、腎癌、腎盂・尿管癌、膀胱癌、前立腺癌、精巣腫瘍、陰茎癌など）、尿路性器炎症性疾患、尿路結石症、勃起障不全（ED）などです。

臨床実績

- ・外来患者数 7,837人（新患 315人）（1日平均 32.3人）
- ・入院患者数 1,710人（1日平均 4.7人）

臨床活動報告

- ・検査 膀胱鏡検査 410件（硬性鏡 110件 軟性鏡 300件）
前立腺生検 74件
- ・手術件数 203件
腹腔鏡手術：3件（腎尿管全摘 1件、根治的腎摘 2件）
内視鏡手術：TUP-P 7件、TUR-Bt 32件、TUL 12件
体外衝撃波結石破碎術（ESWL）：49件

論文

- 1) SUSUMU KAGEYAMA, YUKI OKINAKA, KOJI NISHIZAWA, TORU YOSHIDA, SATOSHI ISHITOYA, YASUMASA SHICHIRI, CHUL JANG KIM, TSUYOSHI IWATA, RYUSEI YOKOKAWA, YUTAKA ARAI, ZENKAI NISHIKAWA, HIROKI SOGA, HIROSHI USHIDA, **YUJI SAKANO**, YOSHIO NAYA, AKINORI WADA, MASAYUKI NAGASAWA, TETSUYA YOSHIDA, MITSUHIRO NARITA and AKIHIRO KAWAUCHI
: Population based prostate specific antigen screening for prostate cancer may have an indirect effect on early detection through opportunistic testing in Kusatsu City, Shiga, Japan : MOLECULAR AND CLINICAL ONCOLOGY 18: 3, 2023: DOI: 10.3892/mco.2022.2599: (2023)

産婦人科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
産婦人科医師	中多 真理	滋賀医科大学	日本産科婦人科学会 専門医 日本専門医機構 産婦人科専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本産科婦人科内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医 日本内視鏡外科学会 技術認定医（産婦人科） 日本外科系連合学会
産婦人科医師	北澤 純	滋賀医科大学	日本産科婦人科学会 専門医・指導医 日本専門医機構 産婦人科専門医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 母体保護法指定医 日本産科婦人科内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医 日本内視鏡外科学会 技術認定医（産婦人科）
産婦人科医師	大橋 瑞紀	滋賀医科大学	日本産科婦人科学会 専門医
産婦人科医師	鯉川 彩絵	金沢医科大学	日本産科婦人科学会
産婦人科医師	鯉川 優	金沢医科大学	日本産科婦人科学会

診療概要

<産科>

2023年5月8日から新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行したことを受け、家族の立ち会い分娩を再開しました。2019年4月から分娩制限を行っていますが、妊娠成立から分娩まで継続した管理を行っています。分娩リスクの高い患者さんは、大学病院や、近隣の高度周産期医療施設に遅滞なく紹介し、安全な妊娠分娩管理を心がけております。分娩への不安が少しでも取り除かれ、前向きに分娩に臨んでもらえるように、バースプランの聞き取りなど可能な限り一人一人の個別相談に力を入れています。

不妊治療は体外受精以上の治療が必要な方は不妊専門クリニックへの紹介をさせて頂いていますが、一般不妊診療（内分泌検査・精液検査・卵管造影などの各種検査、タイミング療法、排卵誘発、人工授精など）を行っています。

<婦人科>

良性疾患から悪性疾患まで幅広く診療しています。良性疾患では子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・月経困難症等の治療を行っており、良性疾患の手術では低侵襲で体への負担の少ない内視鏡下手術を積極的に行っています。卵巣嚢腫茎捻転や異所性妊娠などに対しても、夜間救急においても腹腔鏡下手術で行います。無月経や月経不順で悩む思春期の10代から、更年期症状に悩む中高齢者、骨盤臓器脱治療まで、幅広い年齢層の患者さんに受診して頂いており、漢方やホルモン剤などを用いて、女性のライフスタイルをお手伝いする診療を行っています。

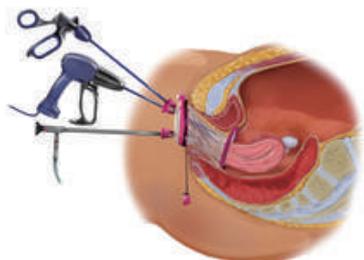
悪性疾患においては、2018年度からは滋賀医科大学付属病院と連携し、初回治療手術は大学で行い、初回治療手術療法後の放射線治療や化学療法を当院で継続して行っております。

【最新の低侵襲手術】

vNOTES (vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) について

従来の腹腔鏡手術は、腹部に3~5カ所の5~10mm程度の切開を入れ、そこからカメラや鉗子を挿入して手術を行っていました。vNOTEsは、自然腔である膣からトロカーを挿入することで、従来の腹腔鏡手術よりも術後の痛みが少なく、体表面に術創を施さないのが、理想的な低侵襲手術と考えられている方法です。2022年5月より滋賀県で初めて当院でも採用しました。vNOTESを安全に行うために、膣部に細いトロカーを挿入することもあります。

子宮筋腫、子宮腺筋症、子宮内膜ポリープ、卵巣腫瘍などの子宮全摘術、付属器切除術（卵巣と卵管の摘出手術）が対象です。詳しくは産婦人科外来にお問い合わせください。



© 2021 Applied Medical Resources Corporation. All rights reserved.

臨床実績

・ 外来	2022年度のべ患者数	7,257人（新規外来患者数 623人）
・ 入院	2022年度のべ患者数	3,494人（新規入院患者数 516人）
・ 手術	2022年1月から12月のべ件数	255件
・ 分娩	2022年のべ件数	94件

臨床活動報告（2022年1月～12月）

手術件数総数	255件			
婦人科開腹手術	3件	腹式単純子宮全摘術	20件	
腹腔鏡下手術	47件	腹腔鏡下子宮全摘術	40件	
膣式手術	90件	膣式子宮全摘術	6件	
悪性腫瘍手術	5件	子宮体がん	1件	卵巣がん 4件
分娩件数総数	174件			
経膣分娩	144件	帝王切開数	33件	

論文業績

- 1) **Mizuki Ohashi**, Shunichiro Tsuji, Sachiko Tanaka-Mizuno, Kyoko Kasahara, Makiko Kasahara, Katsuyuki Miura, Takashi Murakami: Amelioration of prevalence of threatened preterm labor during the COVID-19 pandemic: Nationwide database analysis in Japan, **Scientific Reports**. 2022 Sep 12;12 (1) :15345.
- 2) **中多真理** 田中佑治 竹林明枝 米岡 完 花田哲郎 西村宙起 加来翔志 石河颯子: 腹腔鏡下両側付属器切除術後に一過性水腎症を来し、卵巣遺残症候群が疑われた一例：滋賀県産科婦人科雑誌 2022 Jul 20; 14:13-17
- 3) Kaya Mori-Yamanaka, Fuminori Kimura, Tetsuro Hanada, **Jun Kitazawa**, Aina Morimune, Shunichiro Tsuji, Takashi Murakami: Exploratory study of serum lactoferrin and anti-lactoferrin antibody concentrations in patients with endometriosis. *The Tohoku journal of experimental medicine* 2022 Dec 8; 259 (2) 135-142
- 4) Akiko Nakamura, Fuminori Kimura, Shunichiro Tsuji, Tetsuro Hanada, Akie Takebayashi, Akimasa

Takahashi, **Jun Kitazawa**, Aina Morimune, Tsukuru Amano, Rhoji Kushima, Takashi Murakami: Bovine lactoferrin suppresses inflammatory cytokine expression in endometrial stromal cells in chronic endometritis. Journal of reproductive immunology 2022, Dec; 154 103761-103761

- 5) Yuri Nobuta, Shunichiro Tsuji, **Jun Kitazawa**, Tetsuro Hanada, Akiko Nakamura, Rika Zen, Tsukuru Amano, Takashi Murakami: Decreased fertility in women with cesarean scar syndrome is associated with chronic inflammation in the uterine cavity. 2022, Oct 26; The Tohoku Journal of experimental medicine 258 (3) 237-242
- 6) 竹林明枝 松田淑恵 笠原真木子 **北澤 純** 花田哲郎、森宗愛菜 平田貴美子 伊津野美香 辻俊一郎 村上 節：黄体期採卵における胚の改善に寄与する因子の検討；2022 Oct; 日本生殖医学会雑誌67 (4) 393-393
- 7) 辻俊一郎 伊藤祐弥 笠原真木子 花田哲郎 **北澤 純** 勝本さえこ 村上 節：遺伝カウンセリングを契機にクライアントが疾患理解を深めた先天性第13因子欠乏症合併妊娠の一例；2022 Jun; 日本遺伝カウンセリング学会誌43 (2) 130-130

論文査読

- 1) 滋賀県産科婦人科雑誌：**北澤 純**

学会発表

- 1) **鯉川 優**：婦人科良性疾患に対するロボット支援下手術における surgical site infection (SSI) 発生に関わる因子の検討：第11回日本婦人科ロボット手術学会：口演（一般演題）：2023年1月28日：青森（アートホテル弘前シティ）
- 2) **鯉川彩絵**：仙骨表面電気刺激の妊娠期腰痛に対する効果の検討：第146回近畿産婦人科学会：一般講演：2022年6月18日 京都（メルパルク京都）
- 3) **北澤 純**：当院における vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) の初期経験：令和4年度 第3回滋賀県産科婦人科医会総会・学術研修会：口演：2022年12月11日：びわ湖大津プリンスホテル
- 4) **大橋瑞紀**、辻俊一郎、笠原真木子、村上節 COVID-19感染症の流行が早産および出生児の予後に与えた影響 第58回日本周産期・新生児医学会学術集会 一般・ポスター 2022年7月10-12日 横浜
- 5) **Mizuki Ohashi**, Shunichiro Tsuji, Kyoko Kasahara, Makiko Kasahara, Takashi Murakami, Impact of the COVID-19 pandemic on preterm birth in Japan, 第74回日本産科婦人科学会学術講演会 一般・口演 2022年8月5-7日 福岡
- 6) **Mizuki Ohashi**, Naoko Miyagawa, Masahiko Yanagita, Nagako Okuda, Akira Fujiyoshi, Takayoshi Ohkubo, Aya Kadota, Yukiko Okami, Keiko Kondo, Akiko Harada, Tomonori Okamura, Hirotsugu Ueshima, Akira Okayama, Katsuyuki Miura, Cross-sectional Association Between Sedentary Behavior And Cardiometabolic Risk Factors In Japanese Population: The NIPPON DATA2010, AHA EPI|Lifestyle Scientific Sessions 2023, 一般・ポスター, February 28 – March 3, 2023, Boston, Massachusetts

研究会発表

実績なし

社会活動

北澤 純：当院における経膣的内視鏡下手術（vNOTES）の初期経験について：第60回東近江がん診療セミナー：2022年12月1日：東近江総合医療センター

座長業績

実績なし

教 育

実績なし

眼 科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動
眼科医師	<u>中島 智子</u>	滋賀医科大学	日本眼科学会 日本眼科医会 日本網膜硝子体学会 日本眼科学会専門医 眼科PDT 認定医
眼科医師 (非常勤)	西信 良嗣	奈良県立医科大学	日本眼科学会 日本眼科医会 日本眼炎症学会 日本網膜硝子体学会 日本眼科学会専門医 眼科PDT 認定医 日本眼科学会指導医
眼科医師 (非常勤)	澤田 智子	宮崎医科大学	日本眼科学会 日本眼科医会 日本眼循環学会 日本網膜硝子体学会 眼科PDT 認定医 日本眼科学会指導医 日本眼科学会専門医
眼科医師 (非常勤)	織田 裕敏	島根大学	日本眼科学会 日本眼科医会
眼科医師 (非常勤)	小玉 俊介	帝京大学	日本眼科学会 日本眼科医会

診療概要

コロナウイルス感染は続いておりますが、白内障手術希望患者は増え、白内障手術件数は2021年度より増加しました。

手術については今まで通り白内障と翼状片手術を実施しております。角膜形状解析装置を用い白内障術前の角膜乱視の評価をした上でトーリック眼内レンズ適応を決定し手術を行っております。

今年度は実施しませんでした。霰粒腫の手術や形成外科の非常勤医師とともに眼瞼下垂や眼瞼内反症の手術も引き続き行っていく予定です。加齢黄斑変性や糖尿病や網膜静脈閉塞症や近視性脈絡膜新生血管による黄斑浮腫に対してルセンチス硝子体内注射も継続しております。

外来診療については、ドライアイ、白内障、緑内障、糖尿病網膜症、加齢黄斑変性、斜視など幅広く眼科一般を診療しております。近隣の内科や眼科の開業医の先生方からも多数御紹介頂いております。

臨床実績

(2022年4月～2023年3月)

- ・外来 延べ患者数 930名
- ・外来 1日平均患者数 16.2名
- ・手術 年間手術症例数 203件

臨床活動報告

(2022年4月～2023年3月)

手術件数総数	203件				
白内障手術	188件	翼状片手術	2件	眼瞼下垂手術	0件
眼瞼内反症手術	0件	霰粒腫摘出術	0件		
網膜光凝固術	6件	後囊切開術	7件	その他	0件

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
耳鼻咽喉科医長	星 参	滋賀医科大学	耳鼻咽喉科 専門医・指導医 補聴器相談医 日本耳鼻咽喉科学会 耳鼻咽喉科臨床学会 嚥下講習会受講済 鼻内視鏡手術講習受講済
耳鼻咽喉科医師	山崎 開	滋賀医科大学	日本耳鼻咽喉科学会 日本喉頭科学会 小児耳鼻咽喉科

外来・入院診療

一般的な耳鼻咽喉科疾患および頭頸部腫瘍を含む頭頸部外科の診察をしています。

手術は鼻内視鏡手術・頭頸部腫瘍手術を主に、耳科手術以外を施行しています。

当院の特色として誤嚥性肺炎に対しては、喉頭気管分離術に代わり、声門下閉鎖・声門閉鎖術を施行しています。

2021年から新たに唾液腺内視鏡を導入して、数例ですが、耳下腺唾石・顎下線唾石手術も施行しました。

臨床実績

1日当たりの外来患者数 25 ± 5 人

1日当たりの入院患者数 3 人

入院		R 1	R 2	R 3	R 4
耳	突発性難聴	1	5	2	4
	めまい	10	11	11	10
	悪性外耳道炎	0	0	0	0
	顔面神経麻痺	6	3	4	3
	滲出性中耳炎	0	6	3	2
鼻	慢性副鼻腔炎	25	17	17	10
	鼻副鼻腔腫瘍	1	2	2	3
	鼻中隔彎曲症	5	3	4	5
	鼻骨骨折	0	2	0	1
	鼻出血	3	1	3	2
	肥厚性鼻炎	0	0	1	3
口腔	下歯肉癌	0	0	1	0
咽頭	扁桃癌	0	0	0	1
咽喉頭	習慣性扁桃炎	12	11	8	10
	急性扁桃炎	7	8	4	4
	急性喉頭蓋炎	7	2	1	1
	頬部腫瘍	0	0	0	0
	扁桃病巣感染	1	1	1	0
	声帯ポリープ	2	1	3	4
	声帯白板症	2	0	2	1
	喉頭癌	3	1	2	1
	声帯麻痺	1	0	1	1

咽喉頭	頸部リンパ節転移	2	1	3	2
	舌腫瘍	1	0	1	1
	難治性咽頭潰瘍	0	0	0	0
	急性咽頭浮腫	0	0	0	0
	扁桃周囲膿瘍	9	9	7	4
	睡眠時無呼吸	3	2	3	5
	顎下腺唾石症	0	0	0	2
	耳下腺唾石症	0	0	1	0
頸部	バセドウ病	3	1	1	1
	甲状腺癌	3	8	11	5
	甲状腺腫瘍	2	3	1	3
	顎下線癌	1	0	2	0
	顎下線腫瘍	1	0	2	2
	深頸部膿瘍	2	0	2	1
	耳下腺良性腫瘍	1	1	4	4
	耳下腺癌	0	2	3	0
	誤嚥性肺炎	0	3	2	2
	計	114	104	113	98

手術件数

	R 1	R 2	R 3	R 4
術式（手術室での施行）				
鼓膜チューブ留置術	3	3	5	3
内視鏡下副鼻腔手術	16	16	18	24
鼻中隔矯正術	20	7	8	6
下鼻甲介粘膜切除	29	19	16	16
鼻副鼻腔腫瘍切除術	1	2	2	4
鼻骨骨折整復術	3	3	2	3
鼻粘膜焼灼	0	12	14	15
蝶口蓋動脈クリッピング	0	0	0	0
アデノイド切除	5	5	3	4
口蓋扁桃摘出術	13	13	11	16
軟口蓋形成術	1	0	0	0
ラインゴマイクロ術	6	3	4	3
耳下腺腫瘍手術	1	2	4	4
甲状腺腫瘍手術	8	12	11	9
副甲状腺腫瘍摘出術	1	0	0	0
頸部郭清術	2	0	4	1
顎下腺唾石摘出	0	0	0	2
側頸嚢胞摘出術	1	0	0	0
頸部膿瘍切開排膿術	1	6	4	2
顎下線摘出術	0	2	3	2
咽頭異物摘出術	0	1	0	3
舌腫瘍切除術	1（舌癌）	0	1	1
耳介アテローム摘出術	1	0	0	2
リンパ節摘出術	2	5	8	6
気管切開術	7	2	6	7
声門閉鎖術	1	1	1	1
声門下閉鎖術	2	2	1	0
舌小帯形成術	1	0	1	0
先天性耳漏孔摘出術	1	2	1	1
計	141	118	128	135

論文業績

山崎 開：鼻腔内チューブ留置により治療し得た先天性梨状口狭窄例：日本鼻科学会誌61巻4号
Page670-675：2022年12月

歯科口腔外科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	出身大学	資格／学会活動	
歯科口腔外科医長	堤 泰彦	日本歯科大学	日本口腔外科学会 歯科医師臨床研修 日本顎咬合学会 日本口腔診断学会	専門医 指導歯科医 認定医 認定医
歯科口腔外科医師	村上 翔子	大阪大学	日本口腔外科学会 歯科医師臨床研修 経静脈栄養代謝学会 口腔科学会 日本口腔診断学会	認定医 指導歯科医 認定歯科医 認定医 認定医

診療概要

当院の歯科口腔外科では、顎顔面領域の外科的疾患を中心に治療に取り組んでいます。当科ではほとんどの患者が、かかりつけ歯科医院より病院歯科口腔外科で治療が必要と判断された場合に受診されます。初診患者は、かかりつけ医からの紹介状をお持ちいただくとより円滑に診察ができます。予約患者さんを優先して診察行いますので予約の無い場合は待ち時間が生じます。またむし歯や入れ歯、歯周病などの一般歯科治療は、原則としてかかりつけ歯科医院への受診をお願いしています。（当院入院中の患者様や全身疾患があるなどの場合には受け入れさせていただきます。）患者がベストな口腔外科領域の医療を選択できるように、症例に応じて滋賀医科大学附属病院や他の専門医療機関への紹介も行っております。また、院内入院患者に対する周術期口腔機能管理（口腔ケア）を積極的に実施しています。また、口腔外科処置以外の歯科処置については地域診療所への逆紹介を積極的に行っております。

当科での主な症例は口腔インプラント、智歯等の埋伏歯抜歯、顎変形症（顎骨形成術）、顎関節症、炎症性疾患（顎顔面領域）、顎骨嚢胞、顎骨腫瘍、顎顔面難組織腫瘍、顎顔面外傷（顎骨骨折、歯の損傷、軟組織損傷等）味覚障害、顎顔面神経性疾患、口腔乾燥症、睡眠時無呼吸症、有病者歯科治療等の診療を行っています。

臨床実績

平均外来患者数	30.2人/日
外来初診患者数	2,130人/年
紹介率	
入院患者数	
中央手術症例総数	62例

臨床活動報告

全身麻酔および鎮静手術症例					
抜歯	143例	嚢胞・良性腫瘍	25例	口腔癌	9例
インプラント埋入	13例	その他	9例		

論文業績

- 1) 平井利奈, 山本 学, 堤 泰彦, 他: 歯性感染症が原因と考えられた顔面丹毒の一例: 滋賀医科大学雑誌: 36巻1号44-47: 2023年3月15日

学会発表

- 1) 村上翔子、堤 泰彦、山本 学：当院における摂食嚥下サポートチームの取り組み：第38回滋賀歯学会：Web口演発表：2023年3月5日
- 2) 堤 泰彦：自科骨採取・移植：近未来オステオインプラント学会滋賀支部例会：Web口演発表：2022年11月30日

研究会発表

- 1) 堤 泰彦：糖尿病患者と歯周病：三方よし研究会：口演：2022年8月18日：きらめきホール

社会活動

- 1) 堤 泰彦：紹介状記載について：日本歯科医師会湖東支部例会：2022年12月16日：東近江地域支援センター

教 育

- 1) 堤 泰彦：口腔ケアとNST：NST専門療養士臨床実地修練研修：2022年11月17日：きらめきホール
- 2) 堤 泰彦：NSTと口腔ケア：東近江栄養塾：2023年3月16日：きらめきホール

麻 醉 科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格
麻醉科部長	藤野 能久	滋賀医科大学	厚生労働省麻醉科標榜医 日本麻醉科学会麻醉科認定指導医 日本専門医機構認定麻醉科機構専門医
麻醉科医長	加藤 裕美	滋賀医科大学	厚生労働省麻醉科標榜医 日本麻醉科学会麻醉科認定医 日本麻醉科学会麻醉科認定指導医 日本専門医機構認定麻醉科機構専門医
麻醉科医師	任 隼熙	聖マリアンナ医科大学	
非常勤麻醉科医師	勝山 りさ	金沢医科大学	

診療概要

【基本方針】

2022年度も当科の基本方針は安全を確保しながら周術期の患者の快適性の向上と早期回復を目指すための方策を追求することである。周術期全身管理は術中においては鎮痛主体の全身麻酔管理を実践し、さらに術後鎮痛にも力を入れて患者に満足で快適な周術期を提供するだけでなく、早期回復を目指せるように心がけている。さらに超高齢者やハイリスク患者に対しても工夫を行い、安全で安定した周術期管理を行なえるように配慮している。

【非常勤麻酔科医】

滋賀医科大学麻酔科からの非常勤麻酔科医に関しては、火曜日に勝山りさ医師に出張麻酔をしていただいた。

【術前外来】

麻酔科術前診察は麻酔科管理予定手術患者全員を対象に施行している。この麻酔科術前診察は原則外来で行い入院患者も対象に施行している。月曜日、火曜日は藤野部長、水曜日と金曜日は加藤医長によって行われている。術前の患者状態の十分な把握をおこない、対象手術や患者にとって適切と思われる麻酔法を患者に十分な説明を行って納得していただいた上で決定している。麻酔法の決定においては術中の安全はもとより十分な術後鎮痛が得られることを主眼にしている。また、術前外来においては患者との信頼関係を構築し患者の周術期における安全性を高め安心感を提供している。2021年1月からは薬剤部と外来部門の協力を得て、術前診察を受診される患者さんのうち外来で来院される方を対象に薬剤部スタッフによって術前麻酔科診察前に内服薬調査と服薬指導をしていただくシステムを構築した。これにより麻酔科外来において内服薬の把握が容易となり、より円滑な術前診察が可能となった。

【特徴的な業務】

2011年1月より開始した術前経口補水療法および静脈ライン穿刺用経皮的鎮痛テープ剤の使用は前年度に引き続き2022年度も麻酔科管理のほぼ全症例で安定して施行された。また、手術室での麻酔科業務前の早朝に前日症例の術後回診と当日の術直前回診、手術後の夕方・夜間に術後当日回診も引き続き安定して毎日施行し、麻酔管理料をほぼ100%取得するとともに、周術期の患者の状態を麻酔科医としてより把握し術中管理にフィードバックしている。特に術後は術後疼痛管理についてPCA（患者自己制御鎮痛法）システムも取り入れながら主治医と協力して積極的に取り組み、鎮痛処置に伴う副作用に配慮しながら患者の満足度を上げ、早期回復を推進している。エコーガイド下各種神経ブロックは前年度に引き続き

2022年度にも上肢手術に対して腕神経叢ブロックを中心に施行し、さらに硬膜外鎮痛法を用いることが困難な状況下での効果的な区域麻酔法および術後鎮痛法として腹横筋膜面ブロック、腹直筋鞘ブロックや大腿神経ブロック等を安定して施行した。

【麻酔管理手術件数】

当該年度も新型コロナウイルス感染症の影響がつづき、麻酔科管理症例は前年度よりもさらに若干の減少となった（712件から701件）。また、産婦人科によるコロナ感染妊婦の帝王切開術の麻酔を当麻酔科で引き受けた。年間全身麻酔目標症例数800例以上を目指してはいるが、2022年度は前年からさらに減少した。（671件から659件）さらなる対策が必要である。

【新型コロナウイルス感染症対策】

病院全体として患者全員にPCR検査を施行することは困難かつPCR陰性が100%同感染が否定されるとは限らないので、新型コロナウイルス感染症に対する手術室での対応はもしもの同感染症患者に遭遇したときでもスタッフができるだけ濃厚接触者にならないような対策を行った。具体的には患者呼気のエアロゾルからのスタッフへの暴露を避けるため全身麻酔時の挿管や抜管の施行中はN95マスク、ゴーグルまたはフェイスガード、ガウンの装着をおこない、装着していないスタッフはその間の手術室入室を遮断した。さらに挿管時と抜管時にはエアロゾル吸引器を用いて患者呼気のエアロゾルを吸引することを標準とし、手術室内にできる限り患者呼気からのエアロゾルが広がらない工夫をした。このような新型コロナウイルス感染症対策だけでなく周術期診療に細心の注意を怠らず、安全かつきめが細かく質の高い管理を両立した。さらにこのような状況にも関わらず、細心の注意と対策を施しながら研修医や医学生の手術室内での教育を途切れることなくおこなった。

【今後の方向性】

麻酔科が行っていることは周術期全身管理である。その中でも麻酔科の最大の任務は特に手術時における患者の安全確保である。一方、術中の各種モニターの発達・関連薬剤の質的向上・各種研究結果の適用などにより近年術中の安全性はかなり高まったと思われる。手術件数をさらに増加させることも重要であるが、今後はこの安全性をさらに向上させることはもちろんのこと、患者の周術期の快適性向上や早期回復などの周術期の質の向上のために麻酔科としてできることを同時に考えて実践していく時期にあると考えている。

【手術室関連】

手術室関連においては2014年に薬剤部の協力を得て導入できた薬剤カートシステムが2022年度も安定稼働し、麻酔関連の薬剤・輸液・物品の効率的な運用に貢献している。さらに2021年度には麻酔科主導の術後鎮痛患者自己制御システムにおける病棟での薬剤更新システムを薬剤部との協力の下に構築した。

【臨床工学部関連】

麻酔科は臨床工学部門も統括している。2020年度から導入した高圧酸素療法はスタッフの不足などから一時低迷していたが、2021年2月からは非常勤職員の増員も行い徐々に増加傾向にある。担当技師の熱意と努力及び関係職員や各関連診療科のご助力により、事故なく稼働し続けている。臨床工学部門でも人的・物的資源が不足している中、鋭意工夫・努力して運営に当たっている。

臨床活動報告

1ヶ月ごとの麻酔法別手術件数（別紙参照）

論文業績

任 聿熙、加藤裕美、藤野能久：肢体型筋ジストロフィー患者に対してレミマゾラムを用いた全静脈麻酔の経験：臨症麻酔（真興交易医書出版部）：47巻・204-205：2023年

学会・研究会発表

任 聿熙、加藤裕美、藤野能久：肢帯型筋ジストロフィー患者に対してレミマゾラムを用いた全静脈麻酔の経験：日本麻酔科学会第68回関西支部学術集会：WEB発表（一般演題）：2022年9月2日～

10月3日：WEB開催

任 聿熙、加藤裕美、藤野能久：原発性側索硬化症に対してレミマゾラムを用いた全静脈麻酔の経験：
日本臨床麻酔学会第42回大会：口演（一般演題）：2022年11月11日：京都（国立京都国際会館）

教 育

藤野能久：滋賀医科大学客員准教授（総合外科学講座）

藤野能久：滋賀医科大学非常勤講師（麻酔学講座）

藤野能久：滋賀医科大学看護師特定医療行為試験判定員（麻酔学講座）

加藤裕美：滋賀医科大学非常勤講師（総合外科学講座）

加藤裕美：滋賀医科大学非常勤講師（麻酔学講座）

任 聿熙：滋賀医科大学客員助手（総合外科学講座）

	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
全身麻酔+硬膜外麻酔（ブロック含） （麻酔科管理）	38	38	41	38	32	42	49	42	40	48	43	48	499
全身麻酔（麻酔科管理）	10	14	16	18	16	15	7	13	13	10	13	15	160
脊髄くも膜下麻酔+硬膜外麻酔 またはそのいずれか（麻酔科管理）	4	0	1	4	14	4	2	6	2	0	1	4	42
麻酔科管理小計	52	52	58	60	62	61	58	61	55	58	57	67	701
脊髄くも膜下麻酔（各科管理）	11	13	15	15	19	25	22	26	22	10	19	17	214
局所麻酔（静脈麻酔,ブロック併用含） （各科管理）	54	41	55	38	48	49	44	58	46	29	38	41	541
各科管理計小計	65	54	70	53	67	74	66	84	68	39	57	58	755
総計	117	106	128	113	129	135	124	145	123	97	114	125	1456

救 急 科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格/学会活動
救急科部長	目片 英治	滋賀医科大学	日本外科学会 専門医・指導医・代議員 日本消化器外科学会 専門医・指導医 消化器がん外科治療認定医 日本大腸肛門病学会 専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 卒後臨床研修評価機構 プログラム責任者講習会修了
救急科副部長	北村 直美	滋賀医科大学	日本救急医学会 医学科専門医 日本腹部救急医学会 認定医 日本外科学会 専門医 日本消化器外科学会 専門医 消化器がん外科治療認定医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本乳がん学会 認定医 JATEC インストラクター JPTEC 世話人・インストラクター ICLS インストラクター 日本DMAT隊員 東近江メディカルコントロール部会長
救急科医長 (呼吸器外科医長兼任)	大内 政嗣	滋賀医科大学	呼吸器外科欄に記載 (業績含む)

診療概要

当院は地域の急性期中核病院として、積極的に救急車を受け入れております。数ある診療科の中でも、救急科はとくに他科との連携が重要ですが、当院は各診療科間の垣根が低いいため、病院一丸となってその患者さんに最適の治療法を検討することができます。滋賀医科大学とも密に連携をとっているため、さらなる専門的な治療が必要な場合は、速やかにより高度な医療を提供することができます。

また教育機関として、医学生には救急医療に興味をもってもらえるようにシミュレーションを通して指導を行い、初期研修医には初期診療から入院治療、退院調整まで一貫して救急診療や地域医療の重要性、重症患者の管理などを指導しており、一例一例丁寧に診ながら手技や考え方を学ぶことができます。とくに2019年度からは、県内では初めての「手術ができる救急科」として、外科と連携しながら急性腹症を中心に緊急手術を行っております。当院が得意とする総合内科診療はもちろん、外傷や外科手術も含めた救急医療に興味のある学生あるいは研修医の学ぶ場として、新たな選択肢となっております。

臨床実績

令和4年度救急外来患者数	5,171名
令和4年度救急車による救急搬送数	1,596件

学術論文

- 1) Yusuke Nishina, Hiroyuki Ohta, Yoshitaka Terada, Hiroya Akabori, Naomi Kitamura, Nozomi Nagai, Eiji Mekata : Successful treatment of rectal cancer with pelvic abscess using transrectal drainage followed by laparoscopic radical resection: a case report : **Journal of Surgical Case Reports** : <https://doi.org/10.1093/jscr/rjac284> Case Report : 2022.6

学会・研究会

<全国学会>

- 1) 北村直美、仁科勇佑、寺田好孝、赤堀浩也、太田裕之、目片英治、任 聿熙、加藤裕美、藤野能久 : 腹腔鏡下胆嚢摘出術における硬膜外麻酔法の効果 : **第122回日本外科学会定期学術集会** : デジタルポスター : 2022年4月16日 : Web開催
- 2) 下地みゆき、村田 聡、シホンピング・アンドレアス・マイケル、竹林克士、児玉泰一、北村直美、小島正継、森 治樹、北村美奈、徳田 彩、三宅 亨、目片英治、谷 眞至 : ヒト膵臓がん細胞株 T3M4 を用いた CD44 および MGST1 の発現と細胞死における温熱作用の影響 : **第81回日本癌学会学術総会** : ポスター : 2022年9月29日 : 横浜
- 3) シホンピング・アンドレアス・マイケル、村田 聡、下地みゆき、竹林克士、児玉泰一、小島正継、森 治樹、北村直美、北村美奈、徳田 彩、三宅 亨、目片英治、谷 眞至 : 外科的炎症による胃癌腹膜転移の促進 : **第81回日本癌学会学術総会** : Japanese Oral Sessions : 2022年9月29日 : 横浜
- 4) 打越智子、木下千鈴、門野正代、福井久枝、寺本隆人、北村拓也、奈良岡容平、居松建治、目片英治 : 二人主治医制への取組み～在宅看取りを見据えたがん終末期患者の在宅支援～ : **第76回国立病院総合医学会** : ポスター : 2022年10月8日 : 熊本
- 5) 永井 望、太田裕之、寺田好孝、北村直美、赤堀浩也、目片英治 : 総胆管結石による肝内胆管圧上昇に伴う左肝内胆管穿通、胆汁瘻を認めた 1 例 : **第59回日本腹部救急医学会総会** : 一般演題 (口演) : 2023年3月9日 : 沖縄
- 6) 太田裕之、永井 望、寺田好孝、赤堀浩也、北村直美、目片英治 : 腹腔鏡下低位前方切除術3日目に左肝動脈瘤破裂をきたした1例 : **第59回日本腹部救急医学会総会** : 一般演題 (口演) : 2023年3月10日 : 沖縄

<地方会>

- 1) 寺田好孝、赤堀浩也、太田裕之、北村直美、永井 望、目片英治 : 腹腔鏡下手術における Acrosurg Revo[®] の使用経験 : **第41回Microwave Surgery研究会** : 2022年9月10日 : 草津
- 2) 寺田好孝、赤堀浩也、永井 望、太田裕之、北村直美、目片英治 : ソマトスタチン受容体シンチグラフィで陽性を示した腎癌膵転移の1例 : **第6回R307研究会** : 2023年2月3日 : 甲賀

講演会

- 1) 仁科勇佑、太田裕之、寺田好孝、北村直美、赤堀浩也、目片英治 : 骨盤膿瘍を伴った直腸癌に対して、経直腸的ドレナージ後に根治術を施行した一例 : **第42回臨床談話会** : 2022年8月25日 : 東近江総合医療センター

司会・座長

- 1) 目片英治 : サージカルフォーラム下部消化管 集学的治療-1 (大腸) : **第122回日本外科学会定期学術集会** : 2022年4月15日 : 熊本
- 2) 目片英治 : 滋賀医科大学地域医療教育研究拠点市民公開講座いつまでも健康でいたい人のための第5回医療セミナー 総合司会 : 2023年3月21日 : 大津

社会活動・教育活動・地域貢献

- 1) 北村直美 : 令和4年度東近江メディカルコントロール部会 : 東近江行政組合消防本部 : 2022年5月25日

- 2) **北村直美**：救急・家庭医療学『救急医療8 災害と救急医療』：滋賀医科大学医学科第4学年講義：2022年6月10日
- 3) **目片英治**：令和4年度第1回スーパーサイエンスハイスクール運営指導委員会：滋賀県立膳所高等学校：2022年6月28日
- 4) **目片英治**：日本外科学会令和4年度第1回指定施設指定委員会：Web会議：2022年9月1日
- 5) **北村直美**：令和4年度共用試験医学系臨床実習前OSCE認定評価者更新講習会：大阪：2022年10月23日
- 6) **北村直美**：第386回OLSA-ICLS第6回八風街道コース サブディレクター：東近江総合医療センター：2022年11月5日
- 7) **北村直美**：JATECコース講師：ニプロiMEP：2022年11月19日～20日
- 8) **目片英治**：令和4年度第2回スーパーサイエンスハイスクール運営指導委員会：滋賀県立膳所高等学校：2022年11月29日
- 9) **北村直美**：令和4年度第2回滋賀県メディカルコントロール協議会：滋賀県危機管理センター：2023年2月10日
- 10) **大内政嗣**：令和4年度滋賀県消防職員専科教育救急科『胸部外傷』『異物』講義：滋賀県消防学校：2023年2月15日
- 11) **目片英治**：令和4年度第3回スーパーサイエンスハイスクール運営指導委員会：大津市民会館：2023年2月17日
- 12) **北村直美**：令和4年度滋賀県消防職員専科教育救急科『JPTEC滋賀県消防学校コース』：滋賀県消防学校：2023年2月25日～26日
- 13) **北村直美**：令和4年度滋賀県消防職員専科教育救急科『骨盤外傷・四肢外傷』講義：滋賀県消防学校：2023年3月1日

研 究

- 1) 科学研究費補助金（基盤研究（C））：**北村直美**：新規エンドトキシン測定法を用いたエンドトキシン吸着療法適応の探索：2022年度交付額 直接経費600,000円 間接経費180,000円
- 2) 科学技術研究費（基盤研究（C））：**目片英治**：免疫トレランスを回避する複合的がん免疫細胞治療法の開発：2022年度交付額 直接経費1,100,000円 間接経費330,000円

各部門の活動報告

- 1) 薬剤部
- 2) 放射線科
- 3) 研究検査科
- 4) リハビリテーション科
- 5) 栄養管理室
- 6) 看護部
- 7) 医療安全管理室
- 8) ICT
- 9) NST
- 10) 地域医療連携室
- 11) 手術室
- 12) がん診療センター

薬 剤 部

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	資格
薬剤部長	畝 佳子	日本薬剤師研修センター 認定実務実習指導薬剤師 日本医療薬学会 がん専門薬剤師 日本緩和医療薬学会 緩和薬物療法認定薬剤師
副薬剤部長	庄野 裕志	日本薬剤師研修センター 認定実務実習指導薬剤師 日本医療薬学会 がん専門薬剤師
調剤主任	永松 陽子	日本薬剤師研修センター 認定実務実習指導薬剤師 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) 日本臨床薬理学会 認定CRC
薬務主任	澤村 忠輝	日本麻酔科学会 術後疼痛管理研修修了
病棟管理主任	荒川 宗徳	日本薬剤師研修センター 認定実務実習指導薬剤師 日本臨床試験学会 GCPパスポート
製剤主任	市原 英則	日本臨床腫瘍薬学会 外来がん治療専門薬剤師 日本DMAT登録
薬剤師	山村 真奈 (育休中)	日本薬剤師研修センター 認定薬剤師 日病薬病院薬学認定薬剤師
薬剤師	朝日 有紀 (育休中)	日病薬病院薬学認定薬剤師 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)
薬剤師	音羽 美貴	日病薬病院薬学認定薬剤師
薬剤師	東 里映	日病薬病院薬学認定薬剤師 日本臨床栄養代謝学会 NST専門療養士
薬剤師	高屋 麻由	日本薬剤師研修センター 認定薬剤師
薬剤師	白崎 佑磨	日病薬病院薬学認定薬剤師 リウマチ財団登録薬剤師
薬剤師	山下 裕介	
薬剤師	足立 茉望	
薬剤師	野阪 佳祐	
薬剤師	森田 茉里奈	
事務助手	小泉 和美	
業務作業員	加藤 裕之	
業務作業員	藤沢 早也加	

診療概要

薬剤部では調剤業務、製剤業務、薬務業務、医薬品情報管理業務、薬剤管理指導業務、病棟薬剤業務、治験管理業務等を行っている。2020年度より開始した外来化学療法室で抗がん剤治療を受ける患者への全例介入や、手術による入院予定の患者に対する入院前面談を行っている。その他にも、医療チームの一員として糖尿病教室・感染対策チーム・抗菌薬適正使用支援チーム・栄養サポートチーム・緩和ケアチームなどに薬剤師が積極的に参画し、薬の専門職として医療に貢献できるよう日々努めている。

臨床実績

(2022年度 業務実績)

薬剤管理指導件数（包括病棟含む）	7,059件
退院指導件数（包括病棟含む）	1,810件
病棟薬剤業務実施加算	12,148件
無菌調製件数（化療+TPN）	4,232件
外来化学療法における服薬指導件数	1,316件
医薬品安全性情報報告件数	6件
プレアボイド報告件数	33件

臨床活動報告

【調剤業務】

処方せん毎に内容（用法・用量・相互作用等）を確認し調剤を行っている。注射の払い出しは、医薬品の管理や過誤防止のため1施用毎の払い出しを行っている。

2022年度の院外処方発行率は93.8%で、主に入院患者に対し薬剤を交付している。

【製剤業務】

●院内製剤

市販品では十分な治療や検査に対応できない場合において、患者の状態や疾患に応じた医療を提供できるよう院内製剤医薬品を調製している。2022年度はクラスⅠの製剤を3種類、クラスⅡを6種類、クラスⅢを1種類作成した。

●無菌製剤

依頼された高カロリー輸液・抗がん剤の処方監査・無菌調製を実施している。新規のがん化学療法レジメンについて、がん化学療法委員会にて審議し、承認、登録を行うことにより、安全に施行できるよう努めている。また、院内の抗がん剤調製は100%薬剤部で行っており、抗がん剤調製時の曝露を防止するため、揮発性の高い抗がん剤等に対し閉鎖式接続器具を使用している。

【医薬品管理業務】

購入した薬剤の品質について患者に交付されるまで、薬剤師が専門的な知識を基に管理している。また、使用頻度の低い薬剤や後発医薬品への切り替えについて、薬事委員会にかけ定期的に採用薬の見直しを行っている。2022年度末の採用医薬品数は1,010品目で、2022年度の1年間で11品目が後発医薬品へ切り替わり、購入量から算出した後発医薬品比率（数量割合）は95.6%、後発医薬品比率（金額割合）は73.7%となった。

【医薬品情報管理業務】

薬剤についての多くの情報を収集・評価し、必要なものを医師やその他の医療スタッフへ伝達することにより患者の安全性を確保している。また、万一薬剤で何か不具合が生じた時には、発生した情報を製薬企業や医薬品医療機器総合機構（Pmda）へ報告を行っている。

【薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務】

入院患者へ薬効や用法、副作用等の注意点を説明し、アドヒアランスの向上に努めている。退院指導に関しては、お薬手帳等を利用し地域と連携した服薬管理を目指しており、2022年度は薬剤管理指導が7,059件、退院時指導件数は1,810件であった。また、注射剤の流速や投与量の確認、TDM等を通して、薬物療法の有効性と安全性の向上に努めており、TDMは25件、プレアボイド報告は33件を上げている。

【受託業務】

2013年10月に治験管理室を設置し、治験の契約取得に向けて実施体制の整備を行い、治験や医薬品の特定使用成績調査・使用成績調査・EBM研究の事務局業務と治験の被験者対応を行っている。今後も、積極的に治験業務に取り組み新薬開発へ貢献していく。

学会発表

- 1) 畝 佳子：在宅緩和ケアにむけた携帯型PCAポンプ導入体制の構築：第15回日本緩和医療薬学会年会：ポスター発表（一般講演）：2022年5月14日～15日：Web開催
- 2) 庄野裕志：当院における業務技術員を活用した病院薬剤師業務のタスクシフト：第76回国立病院総合医学会：ポスター発表（一般講演）：2022年10月7日：熊本（熊本城ホール）
- 3) 白崎佑磨：医薬品副作用データを用いたバンコマイシンの腎障害発現リスクとなる併用薬調査：第16回日本腎臓病薬物療法学会学術集会・総会：ポスター発表（一般講演）：2022年10月29日：長崎（出島メッセ長崎）
- 4) 高屋麻由：レスキュー麻薬自己管理導入に向けた体制の整備と取り組み～第1弾～：日本臨床腫瘍薬学会学術大会JASPO2023：ポスター発表（一般講演）：2023年3月5日：名古屋（名古屋国際会議場）

研究会発表

- 1) 市原英則：疑義照会事前同意プロトコルの運用及び新規契約合意について：疑義照会事前同意プロトコルに関する研修会：口演（一般講演）：2023年1月19日：Web開催
- 2) 市原英則：入退院時薬剤情報連携について：薬薬連携セミナー：口演（一般講演）：2023年1月19日：Web開催
- 3) 音羽美貴：トレーシングレポートについて：特定薬剤管理指導加算2（連携充実加算）に関する研修会：口演（一般講演）：2023年1月19日：Web開催
- 4) 野阪佳祐：新人薬剤師を中心とした調剤ヒヤリハット対策の取り組みについて：近畿国立病院薬剤師会学術大会：口演（一般講演）：2023年3月11日：Web開催

放射線科

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	出身大学	資格
医師	外山 哲也	京都府立医科大学	放射線科診断専門医 日本IVR学会 専門医 PET-CT 認定医 内科学会認定内科医 肝臓学会専門医 消化器病学会専門医
非常勤医師	井上 明星	滋賀医科大学	放射線診断専門医 マンモグラフィ読影認定医 日本IVR学会 専門医 PET-CT 認定医
非常勤医師	仲口 孝浩	滋賀医科大学	放射線診断専門医 放射線治療専門医
非常勤医師	河野 直明	滋賀医科大学	放射線診断専門医 放射線治療専門医 日本IVR学会 専門医
診療放射線技師長	藤崎 宏		第1種放射線取扱主任者 核医学専門技師 PET 認定技師
副診療放射線技師長	吉兼 和則		X線CT 認定技師 X線作業主任者 ガンマ線透過写真撮影作業主任者
撮影透視主任	坂本 典士		
特殊撮影主任	谷田 幸茂		
照射主任	川端 清志		放射線治療専門放射線技師 放射線治療品質管理士
特殊撮影主任	西田 祐介		磁気共鳴専門技術者 AI認定診療放射線技師 X線作業主任者 ガンマ線透過写真撮影作業主任者 放射線管理士
RI検査主任	寺井 篤		第1種衛生工学衛生管理者

		核医学専門技師 PET 認定技師 検診マンモグラフィ撮影技術認定
RI検査主任	浅野 朱香	第1種放射線取扱主任者 核医学専門技師 PET 認定技師 検診マンモグラフィ撮影技術認定
診療放射線技師	林 陽一	救急救命士 検診マンモグラフィ精度管理認定 検診マンモグラフィ撮影技術認定
診療放射線技師	岩崎 友樹	
診療放射線技師	太田 竜介	第1種放射線取扱主任者 放射線治療専門放射線技師 放射線治療品質管理士
診療放射線技師	田中 宏典	X線CT 認定技師
診療放射線技師	安倍 朱音	

診療概要

画像診断部門では、CT、MRIを中心に、院内の画像診断はもとより、地域医療機関からの検査依頼を随時受け、地域医療連携室と協力して地域医療への貢献を目指しています。2021年3月には、新しい64列のCT装置を導入し、従来のCT装置よりも低線量で高画質な画像を撮影できるようになっています。また、2023年3月には最新式のマンモグラフィ（乳房撮影）装置とパントモグラフィ（歯科撮影）装置が導入され、さらに高画質な画像を提供できることとなりました。このことにより、X線撮影後から画像表示までの時間が短縮され、患者さんの待ち時間も従来よりも短縮されております。

2021年12月に更新された血管撮影装置では、主に心臓血管撮影および血管内治療を行い、長時間となる透視下治療においても低線量で高画質な撮影が可能となっております。従来から設置されているIVR-CT装置では、肝細胞癌の動脈塞栓術、CTガイド下生検、膿瘍ドレナージ、腹腔内出血治療等を行っております。体外衝撃波結石破碎装置については2021年1月に更新され、腎臓・尿管結石に対し精度の高い体外衝撃波結石破碎術（ESWL）を行っております。

放射線治療部門では、滋賀医科大学関連病院から2名の放射線治療専門医（非常勤）を派遣していただき、地域医療機関からも多数患者を受け入れております。より安全で安心できる放射線治療を受けていただけるように、放射線治療専門技師2名体制で日々精度管理を行い、精度の高い治療を提供しております。

運営方針

- 地域医療への貢献
 - ・地域医療との連携強化
 - ・大型医療機器共同利用への推進
- 病院経営の黒字化
 - ・経費節減と費用対効果を考慮した検査施行
 - ・DPC制度の適切で円滑な運用（外来検査増へ向けた院内への情報発信）

- 医療の質の向上
 - ・がん診療機能の充実
 - ・安全で安心な医療の提供
- 職員個々のスキルアップと技術の取得
 - ・各種認定（専門）資格・免許等の取得推進
 - ・撮影技術・精度管理技術の向上
- 研究の推進
 - ・各種学会への積極的な参加
 - ・学術研究発表の推進
- 情報発信と広報
 - ・情報発信と病院広報を通しての社会的貢献
- 働き方改革
 - ・勤務時間の管理の適正化
 - ・職員満足度の向上

機器設備等

リニアック、CT（2台）、MRI（1.5T）、ガンマカメラ（SPECT）、血管撮影装置（心カテ・IVR-CT）、X線TV装置、外科用透視撮影装置（2台）、結石破碎装置、パントモグラフィ装置、乳房撮影装置、一般撮影装置（2室）、ポータブル撮影装置（3台）

業務実績

放射線治療件数	2,319件／年
MRI件数	2,758件／年
CT件数	10,956件／年
RI件数	320件／年

研究発表

- 1) 田中宏典：血管撮影装置における撮影透視条件の基礎的再検討．近畿国立病院放射線技師会，2022年10月，大阪
- 2) 田中宏典：新しい血管撮影装置における放射線防護の最適化に関する検討．国立病院総合医学会，2022年10月，熊本
- 3) 寺井 篤：OpenCVを用いた画像中心座標算出時のピクセル補間方法に関する検討．国立病院総合医学会，2022年10月，熊本
- 4) 寺井 篤：OpenCVを用いた画像中心座標算出時のピクセル補間方法に関する検討．日本放射線腫瘍学会，2022年11月，広島

院内教育

- 1) 西田祐介：MRIの安全管理：2022年4月4日：東近江総合医療センター院内教育
- 2) 吉兼和則：骨密度測定における基礎的検討：2023年3月7日：東近江総合医療センター院内研究発表会

研究検査科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	資格（専門医・認定医など）
研究検査科長	前野 恭宏	日本内科学会 総合内科専門医・指導医 日本糖尿病学会 専門医・研修指導医 日本プライマリ・ケア連合学会 認定指導医 日本医師会 認定産業医
臨床検査技師長	黒川 聡	細胞検査士 国際細胞検査士 特定化学物質等作業主任者
副臨床検査技師長	山川 昭彦	輸血認定技師
病理主任	池田 俊彦	細胞検査士 国際細胞検査士 特定化学物質等作業主任者 有機溶剤作業主任者
生理学主任	吹田 卓也	超音波検査士（循環器） 二級臨床検査士（循環生理学）
細菌主任	江口 将夫	超音波検査士（消化器） 緊急臨床検査士
臨床検査技師	長岡由香理	特定化学物質等作業主任者
臨床検査技師	北本 憲拡	超音波検査士（消化器・循環器） 睡眠学会認定技師 二級臨床検査士（循環生理学）
臨床検査技師	小林 雅	
臨床検査技師	伊藤 美里	
臨床検査技師	窪田 葉	超音波検査士（循環器） 緊急臨床検査士
臨床検査技師	井上 雄斗	緊急臨床検査士
臨床検査技師	山本 瑞紀	
非常勤臨床検査技師	岡部 勲	超音波検査士（循環器） 特定化学物質等作業主任者

検査体制

◎検体検査部門（検査形態）

FMS方式：生化学、免疫血清、血液（形態、凝固を含む）、血液ガス、一般（尿・便）

自主運用：輸血、細菌、病理

◎生理機能検査部門：心電図、超音波、肺機能、脳波、筋電図、聴力検査

超音波診断装置（汎用機 Aplio a550、心エコー：Vivid E9、腹部エコー：LOGIQ S8）

研究検査科 基本方針

【医療人としての自覚を持ち、臨床検査技師として常に技術向上のため自己研鑽に努めます。】

2022年度 研究検査科部門目標

【医療の質の向上】

①安心・安全な医療の提供

内部精度管理および外部精度管理をしっかりと行う

業務ごとに確認作業を徹底し、ヒヤリ・ハット事例ゼロを目指す

②患者満足度の向上

精度の高い検査結果を迅速に報告する。（検査待ち時間の短縮）

③多職種連携

タスクシフティング、タスクシェアリングの推進

チーム医療への連携強化

④各種認定、専門資格や技能取得促進

【病院経営の健全化】

①PDCAサイクルによる業務改善

業務の効率化、材料費の削減および経費節減

②適正な在庫管理および5S活動の推進

【働きつづけられる職場づくり】

①業務の効率化

労働生産性向上による超過勤務の削減

②年次休暇の取得推進

③メンタルヘルス対策の充実

業務実績（外注除く）

検体検査	1,877,336件／年
微生物学的検査	3,159件／年
結核菌PCR検査	1,096件／年
細胞診検査	5,114件／年
病理組織検査	6,073件／年
心電図検査	9,434件／年
脳波検査	134件／年
筋電図検査	1,194神経／年
呼吸機能検査	2,082件／年
超音波検査	5,718件／年
聴力検査	964件／年
Covid-19PCR検査	2,436件／年

研究発表

- 1) 山本瑞紀：「病理検査室における品質保証の取り組み」令和4年度（第17回）院内研究発表会令和5年3月13日～22日 院内電子カルテ動画配信

研修会講師

- 1) 山川昭彦：「輸血療法の注意点」医療安全管理検討会、輸血療法委員会6月～ 院内電子カルテ動画配信
- 2) 江口将夫：「正しい検体採取について～ Part II～」 「アンチバイオグラム」 院内感染防止委員会 令和4年度 感染予防対策研修会 6月～12月 院内電子カルテ動画配信
- 3) 黒川 聡：細胞検査士養成研修会「一次試験対策（スライド模擬試験）」 国立病院臨床検査技師協会 近畿支部 令和4年10月1日 Web形式
- 4) 井上雄斗：令和4年度滋賀県精度管理 免疫化学部会報告会（UA、BUN、CRE）滋賀県臨床検査技師会 令和5年1月16日～1月30日 オンライン配信
- 5) 黒川 聡：「臨地実習指導者講習会を受講して」：国立病院臨床検査技師長協議会 近畿支部研修会令和5年3月4日 Web形式

リハビリテーション科

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	資格
リハビリテーション科医長 整形外科医長	田中 政信	<整形外科記載項目参照>
理学療法士長	中川 正之	3学会合同呼吸療法認定士 介護支援専門員 がんのリハビリテーション研修終了
副理学療法士長	前田 稔	がんのリハビリテーション研修終了
主任理学療法士	家中 照平	がんのリハビリテーション研修終了
主任理学療法士	川村 佳祐	認定理学療法士（神経筋） LSVT® BIG認定理学療法士 がんのリハビリテーション研修終了
理学療法士	青野 智一	がんのリハビリテーション研修終了
理学療法士	森下 亮	がんのリハビリテーション研修終了
理学療法士	梶川 美紅	がんのリハビリテーション研修終了
理学療法士	原田 修平	がんのリハビリテーション研修終了
理学療法士	谷 篤志	がんのリハビリテーション研修終了
主任作業療法士	木山 裕美	がんのリハビリテーション研修終了
作業療法士	大野 佳奈	がんのリハビリテーション研修終了 アクティビティ ディレクター
作業療法士	宮本 茄奈	がんのリハビリテーション研修終了
作業療法士	本若 俊介	がんのリハビリテーション研修終了
言語聴覚士	白石 智順	<総合内科記載項目参照>

特色、運営方針

特 色 - 運動器疾患、呼吸器疾患を中心に、幅広い疾患に対して治療を実施している。近年は、がんのリハビリテーション、内科疾患、外科術後および高齢者の廃用症候群に対する取り組みの充実を図り、広範囲な患者様の機能の維持向上に努めている。地域包括ケア病院においては、在宅復帰を念頭に置いた機能回復や環境整備等に対して積極的な支援を

展開している。

- 運営方針 - 患者様が、安心してリハビリテーションに取り組んでいただけるように、日ごろから各種認定や専門資格の取得、学会参加などのスキルアップに励み、高度かつ安全に配慮した質の高い医療を提供していくように努めていく。
多職種連携、各種カンファレンスをはじめとしたチーム医療を推進していく。
急性期医療を中心とした休日診療を含めたサービスの充実を図っていく。

業務実績

<u>理学療法</u>	件数	単位数
運動器	9,180件/年	15,631単位/年
呼吸器	3,027件/年	4,249単位/年
脳血管	1,064件/年	1,595単位/年
廃用症候群	7,314件/年	10,635単位/年
がん	2,709件/年	3,424単位/年
総数	23,294件/年	35,534単位/年

<u>作業療法</u>	件数	単位数
運動器	5,458件/年	8,294単位/年
呼吸器	1,399件/年	1,767単位/年
脳血管	543件/年	769単位/年
廃用症候群	3,239件/年	4,005単位/年
がん	588件/年	759単位/年
総数	11,227件/年	15,594単位/年

<u>言語療法</u>	件数	単位数
呼吸器	511件/年	947単位/年
脳血管	267件/年	361単位/年
廃用症候群	824件/年	1,064単位/年
がん	27件/年	45単位/年
摂食機能療法	1,587件/年	
総数	3,216件/年	2,417単位/年

学術活動報告

学会発表

- 1) **梶川美紅、川村佳佑、中川正之**：「胸腹部外科手術を受ける患者の術前後におけるバランス能力の変化について～フレイルに着目して～」：第76回国立病院総合医学会：ポスター発表：2022年10月7日：熊本市（熊本城ホール）

院内研究発表会

- 1) **原田修平**：「パッと見て要点が分かるリハカルテ ～他職種との連携を円滑にする為に～」：第17回院内研究発表会：2023年3月7日：東近江市（東近江総合医療センター）

栄養管理室

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	資格
栄養管理室長	西井 和信	管理栄養士
主任栄養士（NST専従）	井上 美咲	管理栄養士
栄養士	畠中 真由	管理栄養士 NST専門療法士（日本臨床栄養代謝学会）
栄養士	勝本恵里香	管理栄養士
栄養士	源藤 真由	管理栄養士
栄養士	鈴木 翔太	管理栄養士
非常勤栄養士	大橋麻悠葉	管理栄養士

診療概要

地域に根差した中核病院としての責務を全うするため、栄養管理室は管理栄養士が中心となり患者さまの「栄養管理」や「給食管理」を担っています。また、それらの充実に向けて医療の質の向上、美味しい食事提供、衛生安全管理体制の強化に努めています。

1. 栄養管理の充実

- ① 栄養管理体制の充実（NSTチームの推進）
- ② 栄養食事指導の充実
- ③ チーム医療（糖尿病ワーキンググループ・褥瘡対策チーム・嚥下チーム等）への積極的参加
- ④ スタッフへの各種認定資格取得推進

2. 給食管理の充実

- ⑤ 患者満足度向上への追及
- ⑥ HACCP（ハサップ）に沿った衛生管理の徹底
- ⑦ 低食欲者や嚥下機能障害者に配慮した食事対応
- ⑧ 選択食の実施、行事食の開催、お祝い膳の提供など患者サービスの充実

臨床活動報告

【2022年度 業務実績】

食事療養患者数	68,461人／年
食事療養食数	168,515食／年
特別食加算率	46.3％／年
選択食	789食／年
個人栄養食事指導件数（入院）	1,040件／年
個人栄養食事指導件数（外来）	1,386件／年
集団栄養食事指導件数（入院）	85件／年
集団栄養食事指導件数（外来）	-件／年
管理栄養士臨地実習受け入れ	2校／年

文献執筆

- 1) 鈴木翔太、源藤真由、畠中真由、山根あゆみ、井上美咲、谷口恵美、山本順子、西井和信、東 里映、西村幾見、越後朋彦、伊藤明彦：結核患者に対する栄養管理の重要性～必要エネルギー量の充足に向けたNST介入の効果～：Trends of Nutrition 第37巻・1号：2022.4

学会発表

- 1) 畠中真由、山根あゆみ、井上美咲、西井和信、白石智順、東 里映、太田裕之、伊藤明彦：がん悪液質に対する新規治療薬アナモレリン薬物療法への管理栄養理の関わりの重要性：第37回日本臨床栄養代謝学会：2022年6月1日
- 2) 井上美咲、伊藤明彦、西井和信、畠中真由、源藤真由、鈴木翔太、山下裕介、東 里映、白石智順、村上翔子、太田裕之：COVID-19治療薬レムデシビルによる食思不振の実態：第14回 日本臨床栄養代謝学会 近畿支部学術集会：一般：2022年7月30日

院外研究会発表

- 1) 畠中真由：低栄養患者さんの見つけ方～そのポイントと評価方法：第56回東近江がん診療セミナー / 第69回ひがしおうみ☆栄養塾：東近江市（東近江総合医療センター きらめきホール）：2022年5月19日
- 2) 井上美咲：COVID-19治療薬レムデシビルによる食思不振の実態：第44回日本栄養アセスメント研究会：2022年6月4日
- 3) 西井和信：がん治療における食事 ～6つのポイント～：令和4年度（2022年度）東近江医療圏がん診療公開講座：2023年1月20日～3月20日
- 4) 鈴木翔太：結核病棟におけるNST活動とその効果：第32回京滋NST研究会：2023年3月4日

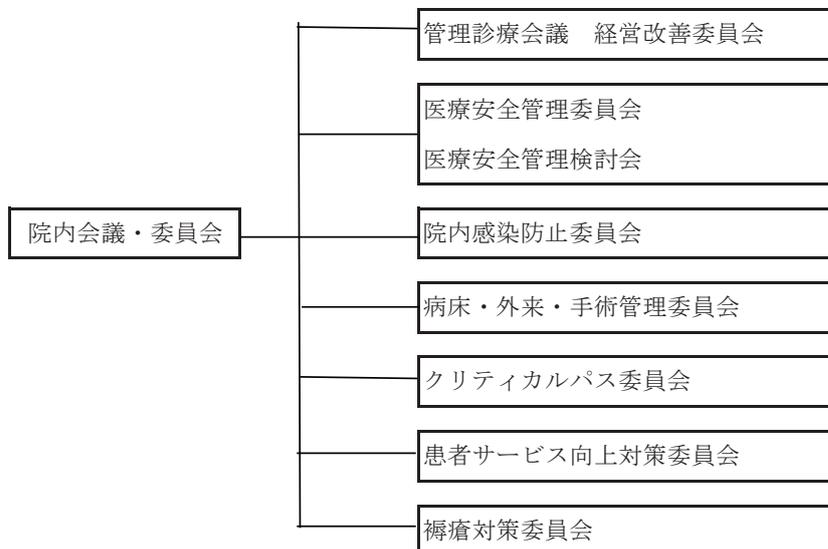
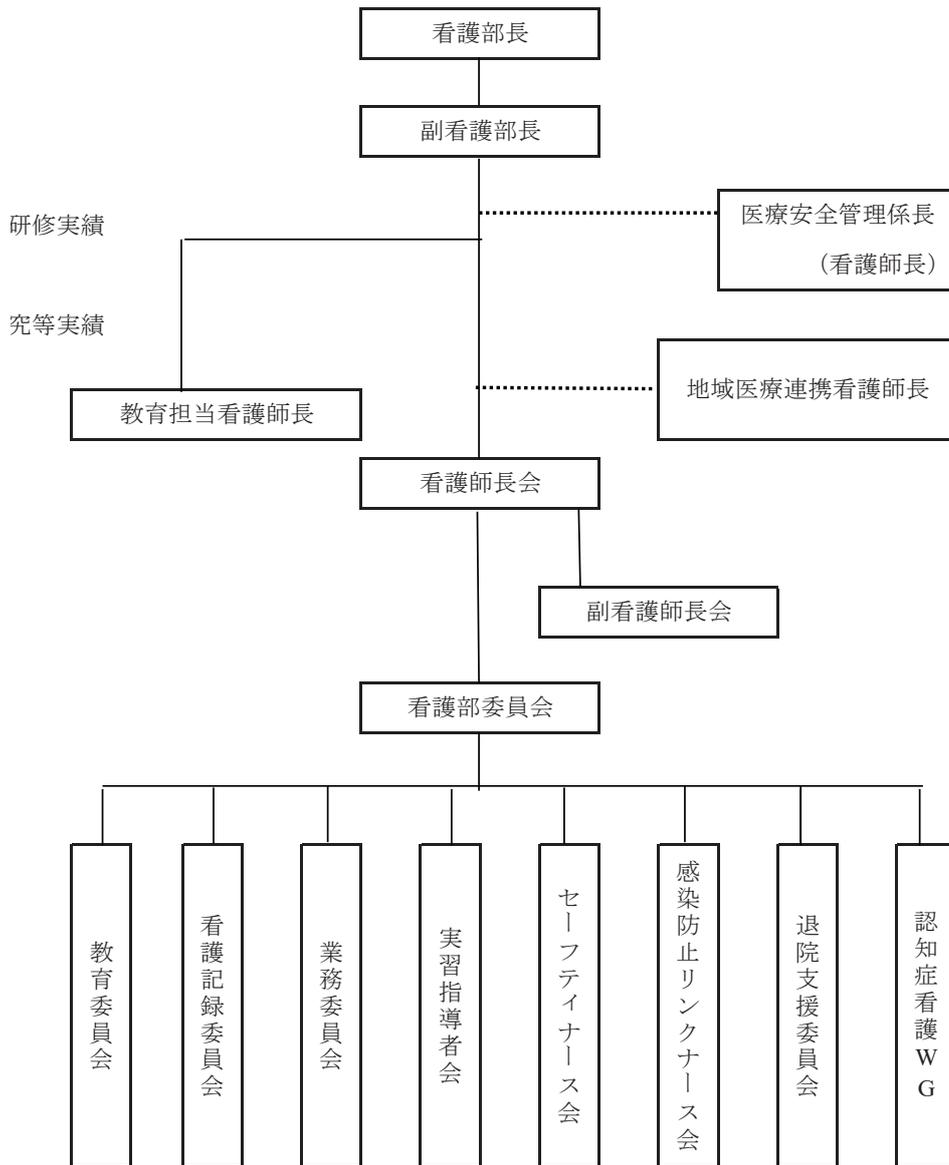
院内研究会発表

- 1) 井上美咲：当院の栄養補助食品：2022年度 NST専門療法士 臨床実地修練プログラム：2022年10月27日
- 2) 井上美咲：低栄養患者：2022年度 NST専門療法士 臨床実地修練プログラム：2022年11月10日
- 3) 源藤真由、井上美咲、勝本恵里香、鈴木翔太、大橋麻悠葉、西井和信：早期栄養介入管理加算の取得に向けた取り組みと実際：院内研究発表会：2023年3月13日～22日

看護部の活動報告

- 1) 看護部組織図
- 2) 看護部会議・委員会一覧
- 3) 看護部の理念
- 4) 看護単位別の年度目標
- 5) 看護単位別の概要
- 6) 看護職員の状況
- 7) 看護部研修実績
- 8) 委員会活動報告
- 9) 看護研究等実績
- 10) 講師派遣
- 11) 学会・研修参加状況
- 12) 院内研修参加状況
- 13) 実習受け入れ状況

2) 看護部会議・委員会一覧 (機能図)



3) 看護の理念

看護部理念

よい看護・やさしい看護・こころ癒す看護

基本方針

- ①専門職業人としての科学性・倫理性・創造性に基づく看護技術を提供します。
- ②患者さんに寄り添うことができる感性を磨き、看護実践します。
- ③患者さんやご家族の目線にたった満足と安心の得られる看護を提供します。

2022年度看護部の目標

1. 安全で質の高い看護の提供
 - 1) 多職種で連携・協働し、個別性のある看護を提供する
 - 2) がん患者、認知症患者へ専門性の高い看護を提供する
 - 3) 各チームが活躍できる体制を構築する
 - 4) 認定看護師、特定行為研修修了者が役割を發揮し、チーム医療を実践する
 - 5) 専門性の高い個別性のある看護を展開する
 - 6) 専門性の高い看護の提供により患者確保をし、増収につなげる
2. 病院経営の健全化への参画
 - 1) 病床利用率を上昇させ、増収につなげる
 - 2) 入退院支援体制を活用し、スムーズな退院支援を行う
 - 3) 救急患者を積極的に受け入れ、急性期看護の充実を図る
 - 4) 地域医療支援病院としての役割を發揮する
 - 5) 診療報酬改定に伴うシステムの見直し
3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築
 - 1) 離職を防止し、看護師を確保する
 - 2) 働き続けられる職場環境づくりを行う
 - 3) 臨地実習の指導者を活用した教育体制を整備する
 - 4) 高い看護の専門性を發揮するためのタスクシフト・シェアリングを推進する
 - 5) OJTを含む教育体制の強化を図る
 - 6) 学び、成長し続ける看護師を育成する

4) 看護単位別看護の年度目標

看護単位	看護単位別年度目標
南3病棟 産婦人科 皮膚科 眼科 歯科口腔外科 消化器内科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種で連携・協働し、個別性のある看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) リーダー会と記録委員会メンバーを中心にカンファレンスを活かした個別性のある看護計画の立案、実践、評価を行う (2) 多職種でのインシデントカンファレンスを開催する (3) 在宅チームとカンファレンスを行い退院に向けての不安の緩和や生活上の問題の解決に対して支援できるよう看護実践のリフレクションを行う 2) がん患者、認知症患者へ専門性の高い看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 緩和ケアリンクナースが中心となりPCT介入件数を増加させ、PCT介入結果を看護実践につなげる (2) がん診療セミナーに積極的参加し、がん看護の専門的知識が向上する (3) 認知症看護研修修了者が活躍し、認知症ケアの知識・技術が向上する (4) 認知症患者が安全で安楽な入院生活が送れるよう個別性のある看護計画を立案し実践する (5) 事例検討会を行い、認知症看護の実践力の向上につなげる 3) 各チームが活躍できる体制を構築する <ol style="list-style-type: none"> (1) 緩和ケアチーム、認知症看護ワーキング、NST、褥瘡対策委員会が活躍し、病棟スタッフ全員で各チームの活動を看護実践につなげる (2) 褥瘡ハイリスク患者に対して早期対応を行い、褥瘡発生率が低下する。また、褥瘡改善率が上がる。 4) 認定看護師、特定行為研修修了者が役割を發揮し、チーム医療を実践する <ol style="list-style-type: none"> (1) 集合研修の学びとOJTが連動し、チームの看護の質の向上につながる。 5) 専門性の高い個別性のある看護を展開する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護のプロセスが見える看護記録を充実させる (2) 記録のオーデイト結果を活かし、課題を見出し取り組み、記録の改善を図る (3) 看護問題毎の看護実践の経過、継続が必要な看護ケアが伝わる看護サマリーを記載する (4) リーダー会と記録委員を中心に個別性のある看護計画の立案、実践、評価を行う (5) 身体拘束マニュアル、看護手順、医療安全管理マニュアル、感染予防対策マニュアルに沿った看護ケアを実践する (6) 療養環境ラウンドを行い、患者の個別性に応じた環境整備をする (7) 感染防止リンクナースを中心にデバイスサーベイランスの結果を病棟の実施状況の指導に活かす 6) 専門性の高い看護の提供により患者確保をし、増収につなげる <ol style="list-style-type: none"> (1) 認知症・せん妄患者の看護を充実させ、適正に加算を算定する (2) 入退院支援を充実させ、適正に加算を算定する (3) 患者の肺血栓塞栓リスク評価を行い、適正に加算を算定できる 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 病床利用率を上昇させ、増収につなげる <ol style="list-style-type: none"> (1) 予定入院と予定退院の状況を把握し有効なベッドコントロールを行う。 (2) 緊急入院をスムーズに受け入れ、病床利用率を上昇させる (3) DPC期間を考慮し、地域包括ケア病棟の新基準に基づいて病床管理を行う 2) 入退院支援体制を活用し、スムーズな退院支援を行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 入院支援センターからの情報をもとに、入退院支援計画書を立案する (2) 入退院支援カンファレンスに受け持ち看護師が参加する (3) TLが中心となり、地域連携室と連携して必要な患者にカンファレンスを実施する (4) 入院前から退院を見据えた個別性のある看護を実践する 3) 救急患者を積極的に受け入れ、急性期看護の充実を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) 救急患者の入院をスムーズに受け入れ、急性期医療に対応し、異常の早期発見に努め合併症の発生がなく、DPCⅡ期内で退院できるように看護ケアを提供する。 (2) 救急看護の充実のためICLS研修への参加、NCPR講習会の受講、ER対応ができる看護師を育成する。 4) 地域医療支援病院としての役割を發揮する <ol style="list-style-type: none"> (1) 在宅チームと退院支援におけるフィードバックカンファレンスを行い、看看連携を強化する。 (2) 看護要約の記載内容を充実させる 5) 診療報酬改定に伴うシステムの見直し <ol style="list-style-type: none"> (1) 診療報酬改定内容を理解し、診療報酬改定に対応した、適正な算定をする 3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築 <ol style="list-style-type: none"> 1) 離職を防止し、看護師を確保する <ol style="list-style-type: none"> (1) 時間外勤務を削減し、平均在職年数を増加させる (2) キャリアニーズに応じた研修、資格取得への支援を行い専門性の高い看護師を育成する 2) 働き続けられる職場環境づくりを行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 新人のリアリティショックを予防する。 (2) ACTy教育プログラム、病棟年間計画に沿って人材育成を行い、目標達成度を上げる。

看護単位	看護単位別年度目標
南 3 病棟 産婦人科 皮膚科 眼科 歯科口腔外科 消化器内科	(3) キャリアニーズ調査、業績評価を活用し、個人目標を達成させる。 3) 臨地実習の指導者を活用した教育体制を整備する (1) 学習者のレディネスに応じた実習指導を行い、実習指導後評価を行う。 4) 高い看護の専門性を発揮するためのタスクシフト・シェリングを推進する (1) 多職種を含めて業務整理を行い、職種との調整を行う。 (2) 業務基準の見直しを行う。 5) OJTを含む教育体制の強化を図る (1) 教育的関りができ看護実践モデルとなるスタッフを育成する。 6) 学び、成長し続ける看護師を育成する (1) 教え合いペアでの教育体制、助産師の専門分野教育を継続する。 (2) オンラインを活用した勉強会を開催する。
南 4 病棟 整形外科 小児科 外科 糖尿・内分泌 内科 耳鼻咽喉科・ 頭頸部外科	1. 安全で質の高い看護の提供 1) 多職種で連携・協働し、個別性のある看護を提供する (1) 多職種カンファレンスを通して、個別性のある看護を実践する (2) 在宅チームと患者について情報を共有する 2) がん患者、認知症患者へ専門性の高い看護を提供する (1) 緩和ケアチームと連携を図り、がん看護の実践をする (2) 個別性のある認知症看護を実践する 3) 各チームが活躍できる体制を構築する (1) 入院時のスクリーニング(転倒転落・褥瘡・摂食嚥下・せん妄・認知症)を徹底する (2) 各チームへの介入依頼を早期に行う 4) 認定看護師、特定行為研修修了者が役割発揮し、チーム医療を実践する (1) 認定看護師との連携を強化する 5) 専門性の高い個別性のある看護を展開する (1) 入院から退院までの経過がわかる記録を行う (2) 身体拘束マニュアルを遵守した安全対策の実施を行う (3) 危険予知能力の向上を図り、予防的ケアへつなげる (4) 感染対策を行い、新規感染を予防する 6) 専門性の高い看護の提供により患者確保をし、増収につなげる (1) 認知症・せん妄のスクリーニングを行い、適切に算定を行う (2) 入退院支援チェックリストの活用継続 (3) 医師と連携し、リスク評価から必要な算定を行う 2. 病院経営の健全化への参画 1) 病床利用率を上昇させ、増収につなげる (1) 医師と連携し、DPC・病床の状況を考慮した入退院調整を行う (2) 診療報酬改定に沿った地域包括ケア病棟への転棟調整を行う 2) 入退院支援体制を活用し、スムーズな退院支援を行う (1) 対象患者への入退院支援計画書の立案を行う (2) 退院支援への受け持ち看護師の参画を進める 3) 救急患者を積極的に受け入れ、急性期看護の充実を図る (1) D P Cの期間を考慮した退院調整の実施 (2) 急変時に対応できる看護師の育成 (3) 患者の思いに寄り添った看護が実践できる 4) 地域医療支援病院としての役割を発揮する (1) 訪問看護師・ケアマネージャーとの連携を強化する 5) 診療報酬改定に伴うシステムの見直し (1) 自部署に関わる診療報酬改定、看護必要度を理解し、行動につなげる 3. 成長できる序く場環境の構築 1) 離職を防止し、看護師を確保する (2) キャリアニーズに応じた研修、資格取得の支援 2) 働き続けられる職場環境づくりを行う (1) 新人看護師の離職を防止する (2) A C T y教育プログラム、業績評価の目標達成に向けた活動継続と支援 (3) P N Sによる伝授伝承を実践する 3) 臨地実習の指導者を活用した教育体制を整備する (1) A C T y対象者に対して、継続した支援体制の構築 (2) 実習指導体制の強化 4) 高い看護の専門性を発揮するためのタスクシフト・シェアリングを推進する (1) 時間外勤務時間の削減 5) O J Tを含む教育体制の強化を図る (1) リーダーナースの育成 (2) 実習指導者の育成 6) 学び、成長し続ける看護師を育成する (1) 院内外の研修への参加の促進

看護単位	看護単位別年度目標
南5病棟 地域包括ケア 病棟	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種で連携・協働し、個別性のある看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) リンクナースが中心となって他職種カンファレンスを開催し、個別性のある看護計画立案・実践を行う (2) 患者と家族の希望にそった看護ができる (3) 在宅チームとカンファレンスを行い、看護の振り返りができる 2) がん患者、認知症患者へ専門性の高い看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 緩和ケアチームのリンクナースが中心になり、カンファレンスを行い、緩和ケアチームと連携して個別性のある看護実践を行う (2) 認知症看護研修修了者を活かし、マニュアルに沿って看護計画を立案・実践し、病棟内で事例検討会を行うことで看護を振り返ることができる (3) 倫理的視点をもった看護実践ができる 3) 各チームが活躍できる体制を構築する <ol style="list-style-type: none"> (1) 必要な患者をアセスメントし各チームにコンサルトできる (2) コンサルト結果を活かした看護計画の立案・実践 (3) 褥瘡ハイリスク患者に予防的なケアを行い、発生ゼロを目指す 4) 認定看護師、特定行為研修終了者が役割を發揮し、チーム医療を実践する <ol style="list-style-type: none"> (1) 認定看護師、特定行為研修終了者がスタッフと共に看護実践が行える 5) 専門性の高い個別性のある看護を展開する <ol style="list-style-type: none"> (1) オーディット結果を活かして看護プロセスのみえる看護記録が行える (2) デバイスサーベイランスの結果を活かして感染対策の強化努められる (3) インシデントカンファレンスをタイムリーに行い情報共有ができる 6) 専門性の高い看護の提供により患者確保をし、増収につなげる <ol style="list-style-type: none"> (1) 患者のリスク評価を行い、予防の看護実践ができる (2) 認知症ケア加算・せん妄ハイリスク加算が適正に算定できる (3) 入退院支援リンクナースが中心になって退院支援カンファレンスを行い、スムーズな退院につなげる 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 病床利用率を上昇させ、増収につなげる <ol style="list-style-type: none"> (1) 直接入院の対象を検討し、直接入院を受け入れ病床利用率を上昇させる (2) 判定会議の結果と他病床の状況に応じた転入調整 2) 入退院支援体制を活用し、スムーズな退院支援を行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 入退院支援リンクナースが中心になって退院支援カンファレンスを行い、スムーズな退院につなげる (2) 地域連携室と連携し入院前から退院を見据えた個別性のある看護実践を行う 3) 救急患者を積極的に受け入れ、急性期看護の充実を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) ICLS研修への参加の促進と勉強会の実施 4) 地域医療支援病院としての役割を發揮する <ol style="list-style-type: none"> (1) 患者の看護のみえる看護要約の記載はできる (2) 在宅チームとのカンファレンスの実施 5) 診療報酬改訂に伴うシステムの見直し <ol style="list-style-type: none"> (1) 診療報酬の改定内容を理解し、適正な算定ができる 3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築 <ol style="list-style-type: none"> 1) 離職を防止し、看護師を確保する <ol style="list-style-type: none"> (1) キャリアニーズに応じた研修、資格取得への支援 (2) コミュニケーションをとり、相手を思いやり相談しあえる職場風土づくり 2) 働き続けられる職場環境づくりを行う <ol style="list-style-type: none"> (1) PNSを活用した教育体制が整い、チームでの看護が充実する (2) スタッフ皆でACTy対象者の支援ができる (3) 業績評価を活用し個人目標達成への支援ができる (4) 業務の見直しを適宜行い、働きやすい職場環境をめざす 3) 臨地実習の指導者を活用した教育体制を整備する <ol style="list-style-type: none"> (1) 屋根瓦教育を活かした指導教育の実践 (2) 必要に応じて実習指導案の修正が行える 4) 高い看護の専門性を發揮するためのタスクシフト・シェアリングを推進する <ol style="list-style-type: none"> (1) 時間外勤務時間のモニタリングを行い、業務改善を行う 5) OJTを含む教育体制の強化を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) リーダーナース、次期実習指導者を育成できる 6) 学び、成長し続ける看護師を育成する <ol style="list-style-type: none"> (1) 各スタッフの目指すキャリアの支援ができる (2) 医療チームにコンサルテーションを行い、個別性のある看護実践に繋げる

看護単位	看護単位別年度目標
南 6 病棟 新型コロナウイルス感染症	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種で連携・協働し、個別性のある看護を提供する <ul style="list-style-type: none"> ・毎週火曜日の栄養カンファレンス、毎週水曜日のリハビリカンファレンスを定着させ、カンファレンス内容を看護計画に反映し、看護実践につなげる ・ケアマネジャーや、afterCOVID-19病院との意見交換会を行う 2) がん患者、認知症患者へ専門性の高い看護を提供する <ul style="list-style-type: none"> ・COVID-19の終末期患者において苦痛緩和などを緩和ケアチームにコンサルトし、看護計画の立案や看護実践につなげる ・認知症看護研修へ積極的に参加する ・認知症研修修了者が看護計画の立案に関わり、実践における指導的役割を發揮する ・認知症患者の事例検討会を開催する ・ケアマネジャーや、afterCOVID-19病院との意見交換会を行う 3) 各チームが活躍できる体制を構築する <ul style="list-style-type: none"> ・COVID-19の終末期患者において苦痛緩和などを緩和ケアチームにコンサルトし、看護計画の立案や看護実践につなげる ・認知症看護研修へ積極的に参加する ・認知症研修修了者が看護計画の立案に関わり、実践における指導的役割を發揮する ・リンクナースが中心となり、NST介入が必要な患者をピックアップし、介入を依頼するシステムを周知する ・ひがしおうみ塾へ積極的に参加する ・リンクナースが中心となり、定期的に勉強会を実施する 4) 認定看護師、特定行為研修修了者が役割を發揮し、チーム医療を実践する <ul style="list-style-type: none"> ・認定看護師、特定行為研修への参加を希望しているスタッフへの支援を行う ・感染管理認定看護師やWOCNと連携し、院内感染（クラスター）の防止や褥瘡発生予防に努める 5) 専門性の高い個別性のある看護を展開する <ul style="list-style-type: none"> ・スタッフ全員がオーデイトマニュアルを活用し、受け持ち患者の記録監査を行う ・看護要約見本を活用し、看護要約を記載する ・記録委員会リンクナースと受け持ち看護師が中心となり、個別性のある看護計画を立案し、実践する ・身体拘束マニュアルを周知し、予防的を理解する ・身体拘束マニュアルに沿った予防低ケアを看護計画に立案し、実践する ・看護手順や、医療安全管理マニュアル、院内感染防止マニュアルなどのマニュアル沿った看護を提供する ・療養環境ラウンドの方法を検討し、環境を整備すると共に予防的ケアを実施する ・感染防止リンクナースがデバイスサーベイランスを集計し、結果に応じて病棟内で指導を行う 6) 専門性の高い看護の提供により患者確保をし、増収につなげる <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ワーキングリンクナースが中心となり、算定漏れや適正に算定できているかチェックする ・算定対象患者を把握し、地域医療連携室と連携しながら退院支援カンファレンスを開催する ・ケアマネジャーと連携し、情報の共有や交換を行う 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 病床利用率を上昇させ、増収につなげる <ul style="list-style-type: none"> ・県庁COVID-19コントロールセンターと連携し、入院調整を行う ・各診療科の主治医と情報共有をし、入退院の調整を行う ・発症日から日数が経過した患者は、地域包括ケア病棟と連携し、転棟調整を行う 2) 入退院支援体制を活用し、スムーズな退院支援を行う <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携室と連携して必要な患者にカンファレンスを実施する ・記録委員会リンクナースと受け持ち看護師が中心となり、個別性のある看護計画を立案し、実践する ・入退院支援チェックシートを活用する 3) 救急患者を積極的に受け入れ、急性期看護の充実を図る <ul style="list-style-type: none"> ・ICLS研修へ積極的に参加する ・ER対応ができる看護師を育成する ・退院時アンケートの意見に対して、カンファレンスを行い対応を検討する 4) 地域医療支援病院としての役割を發揮する <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療連携室や患者のケアマネジャーと連携し、退院後も継続した看護が提供できるように支援する ・ケアマネジャーや、afterCOVID-19病院との意見交換会を行う ・ケアマネジャーと連携し、介護連携指導料を算定することを定着化する ・看護要約見本を活用し、看護要約を記載する ・看護要約の記載内容について症例検討会を行う 5) 診療報酬改定に伴うシステムのみなし <ul style="list-style-type: none"> ・勉強会に積極的に参加する

看護単位	看護単位別年度目標
南 6 病棟 新型コロナウイルス感染症	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処置漏れをピックアップし、減少を図る ・ 看護必要度ⅠとⅡの差異を分析し、対策を講じる <p>3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 離職を防止し、看護師を確保する <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的な面談を行い、メンタルヘルスの充実を図る ・ キャリアニーズに応じた研修に参加できるように支援する ・ 認定看護師、特定行為研修への参加を希望しているスタッフへの支援を行う ・ 資格取得に向け動機付けを行い、希望が積極的に参加できるように調整を行う 2) 働き続けられる職場環境づくりを行う <ul style="list-style-type: none"> ・ プリセプター制度を活用する ・ 教育担当者だけでなく、全員が教育に係る ・ 新人の成長に応じて柔軟に計画を立案・修正する ・ 各レベルに担当者を設置し、フォローや支援を行う ・ キャリアアップへの動機付けと支援を行う ・ TLや受け持ち看護師が中心となり、日々患者カンファレンスを実施する ・ キャリアニーズを確認し、承認する ・ 各レベルの看護師の成長に応じて柔軟に計画の修正を行う 3) 臨地実習の指導者を活用した教育体制を整備する <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月教育検討会を開催する ・ プリセプターへの支援を行う ・ 各レベルに担当者を設置し、全員が教育担当者になるように支援する 4) 高い看護の専門性を発揮するためのタスクシフト・シェアリングを推進する <ul style="list-style-type: none"> ・ 時間外勤務時間のモニタリングし、対策を立案する ・ 薬剤部と相談し、持参薬チェック方法について見直す ・ リハビリテーション科と相談し、病棟内リハビリテーションの体制を構築する ・ 業務改善、業務内容の見直しを実施する 5) OJTを含む教育体制の強化を図る <ul style="list-style-type: none"> ・ TLの役割を担える看護師を育成する ・ 実習指導者講習会に積極的に参加する 6) 学び、成長し続ける看護師を育成する <ul style="list-style-type: none"> ・ 院内、院外の研修や勉強会に積極的に参加する ・ NST、褥瘡、緩和ケアなどチームに積極的にコンサルトを行う ・ 研修への参加を支援する ・ 定期的面談を行う
南 7 病棟 呼吸器外科 呼吸器内科 (結核) 泌尿器科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で専門性の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種と連携し個別性のある看護計画を立案し実践する <ol style="list-style-type: none"> (1) 多職種カンファレンスへの参画し、個別性のある看護計画につなげる (2) リンクナースが中心となり、看護実践の指導を行う (3) 必要な患者に在宅チームとのカンファレンス、退院前・退院後訪問を行う 2) がん患者、認知症患者への専門性の高い看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 緩和ケアチームにコンサルトし、苦痛の軽減を図る (2) 疼痛パスを活用し、疼痛緩和を図る (3) 意思決定を支える倫理カンファレンスの開催 (4) 認知症の学習会の実施 3) 専門性の高い個別性のある看護を継続して実践する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護のプロセスが見える看護記録を行い継続看護につなげる (2) 身体拘束マニュアルに沿った予防ケアを実施する (3) 手順の順守、医療安全管理マニュアルに沿ったケアを実践する (4) 療養環境の整備を行う (5) デバイスサーベランスの調査と、対策を徹底する (6) 感染予防対策マニュアルに沿ったケアを実践する 4) 質の高い看護の提供により患者を確保し、増収につなげる <ol style="list-style-type: none"> (1) 認知症ケア加算 3・せん妄ハイリスク加算を適正に算定する (2) 肺血栓塞栓のリスク評価を行い、適正に加算を算定する 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 緊急入院の受け入れ、地域包括病棟へ転棟を行い、病床利用率を上昇させ増収につなげる <ol style="list-style-type: none"> (1) 緊急入院をスムーズに受け入れる (2) 緊急入院の受け入れを予測した業務調整を行う (3) DPC期間を考慮し、多職種と調整し地域包括病棟への転棟をスムーズに行う 2) 入院時より退院を見据え、スムーズな退院支援を行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 圏域のルールに則った入退院支援を行う (2) 地域連携看護師、MSWと入院支援カンファレンスを実施し看護を実践する (3) 必要な患者に対して退院支援カンファレンスを開催する 3) 急性期看護を安全に実践し、異常の早期発見に努める

看護単位	看護単位別年度目標
南 7 病棟 呼吸器外科 呼吸器内科 (結核) 泌尿器科	<ol style="list-style-type: none"> (1) 急性期患者の情報共有を行い、多職種と連携し看護を提供する (2) ICLSへ参加する (3) 急変時はカンファレンスを開催し、振り返りを行う (4) ER対応ができる看護師の育成を行う 3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築 <ol style="list-style-type: none"> 1) キャリアを見据えた支援を行い、働きがいのある職場作りを行う <ol style="list-style-type: none"> (1) ワークライフバランスに合わせたキャリアの支援方法を検討する (2) 研修・資格取得へ向けた支援を検討する 2) 業務改善・協体制度など働き続けられる職場環境作りを行う <ol style="list-style-type: none"> (1) プリセプターが中心となり、新人看護師の精神的支援を行う (2) 教育計画の評価・修正を行いながら実施する (3) 教育検討会を開催し、進捗状況の把握を行う (4) 研修後のOJTの充実を図る (5) スタッフ全員で教育を行う雰囲気作り
東 2 病棟 呼吸器外科 循環器内科 救急科	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種で連携・協働し、個性のある看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 多職種カンファレンスに参画し、看護実践に繋げ、質の向上を図ることができる (2) 在宅チームとカンファレンスを行い、お互いの看護を高めることができる 2) がん患者、認知症患者へ専門性の高い看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 患者を全人的に捉えたカンファレンスを行い、看護実践に繋げることができ、質の向上を図ることができる (2) 認知症看護研修修了者を活かし、スタッフの知識・技術を向上させることができる (3) 認知症患者の看護を振り返り、看護実践の向上を図ることができる 3) 各チームが活躍できる体制を構築する <ol style="list-style-type: none"> (1) 緩和ケアチームのカンファレンスを病棟での看護実践に繋げることができる (2) 認知症研修修了者が役割モデルとなり、看護を実践することができる (3) 褥瘡ハイリスク患者に対して、早期対応ができる 4) 専門性の高い個性のある看護を展開する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護のプロセスが見える看護記録を充実させることができる (2) 身体拘束マニュアルに沿った看護ケアを実践することができる 5) 専門性の高い看護により患者を確保し、増収に繋げる <ol style="list-style-type: none"> (1) 認知症・せん妄館jyのアカン語を充実させ、適正に加算を算定できる (2) 患者のリスク評価を行い、適正に加算を算定できる 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 病床利用率を上昇させ、増収に繋げる <ol style="list-style-type: none"> (1) 緊急入院をスムーズに受け入れ、病床利用率を上昇させることができる (2) 地域包括ケア病棟の新基準に基づいて病床管理ができる 2) 入院支援体制を活用し、スムーズな退院支援を行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 圏域のルールに則った入院支援を行う事ができる (2) 入院前から退院を見据えた個性のある看護を実践できる (3) 入院支援センターを活用することができる 3) 救急患者を説教区的に受け入れ、急性期看護の充実を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) 合併症の発生がなく、DPCⅡ期内で退院することができる (2) 状態変化の著しい患者に対して、個性のある看護を実践することができる 4) 地域医療支援病院としての役割を発揮する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護連携を強化することができる (2) 看護要約の記載内容を充実させることができる 5) 診療報酬改定に伴うシステムの見直し <ol style="list-style-type: none"> (1) 診療報酬改定に対応した、適正な算定をすることができる 3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築 <ol style="list-style-type: none"> 1) 離職を防止し、看護師を確保する <ol style="list-style-type: none"> (1) 平均在職年数を増加させることができる (2) キャリアニーズに応じた研修・資格取得への支援を行い専門性の高い看護師を育成する 2) 働き続けられる職場環境作りを行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 新人のリアリティーショックを予防することができる (2) ACT y教育プログラムの到達度を上げることができる (3) PNSで患者カンファレンスを行うことができる (4) 業績評価を活用し、個人目標を到達させることができる 3) 臨地実習の指導者を活用した教育体制を整備する <ol style="list-style-type: none"> (1) 屋根瓦教育を活かした指導教育を実践することができる (2) 実習指導における評価体制を確立することができる 4) 高い看護の専門性を発揮するためのタスクシフト・シェアリングを推進する <ol style="list-style-type: none"> (1) 多職種を含めて業務整理を行う事ができる 5) OJTを含む教育体制の強化を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) リーダーナースの育成を継続することができる

看護単位	看護単位別年度目標
HCU	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種で連液・協働し、個別性のある看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 多職種カンファレンスに参画し、看護実践に繋げ、質の向上を図ることができる (2) 在宅チームとカンファレンスを行い、お互いの看護を高めることができる 2) がん患者、認知症患者へ専門性の高い看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 患者を全人的に捉えたカンファレンスを行い、看護実践に繋げることができ、質の向上を図ることができる (2) 認知症看護研修修了者を活かし、スタッフの知識・技術を向上させることができる (3) 認知症患者の看護を振り返り、看護実践の向上を図ることができる 3) 各チームが活躍できる体制を構築する <ol style="list-style-type: none"> (1) 緩和ケアチームのカンファレンスを病棟での看護実践に繋げることができる (2) 認知症研修修了者が役割モデルとなり、看護を実践することができる (3) 褥瘡ハイリスク患者に対して、早期対応ができる 4) 専門性の高い個別性のある看護を展開する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護のプロセスが見える看護記録を充実させることができる (2) 身体拘束マニュアルに沿った看護ケアを実践することができる 5) 専門性の高い看護により患者を確保し、増収に繋げる <ol style="list-style-type: none"> (1) 認知症・せん妄館jyのアカン語を充実させ、適正に加算を算定できる (2) 患者のリスク評価を行い、適正に加算を算定できる 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 病床利用率を上昇させ、増収に繋げる <ol style="list-style-type: none"> (1) 緊急入院をスムーズに受け入れ、病床利用率を上昇させることができる (2) 地域包括ケア病棟の新基準に基づいて病床管理ができる 2) 入退院支援体制を活用し、スムーズな退院支援を行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 圏域のルールに則った入退院支援を行う事ができる (2) 入院前から退院を見据えた個別性のある看護を実践できる (3) 入退院支援センターを活用することができる 3) 救急患者を説教区的に受け入れ、急性期看護の充実を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) 合併症の発生がなく、DPC II 期内で退院することができる (2) 状態変化の著しい患者に対して、個別性のある看護を実践することができる 4) 地域医療支援病院としての役割を発揮する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看看連携を強化することができる (2) 看護要約の記載内容を充実させることができる 5) 診療報酬改定に伴うシステムの見直し <ol style="list-style-type: none"> (1) 診療報酬改定に対応した、適正な算定をすることができる 3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築 <ol style="list-style-type: none"> 1) 離職を防止し、看護師を確保する <ol style="list-style-type: none"> (1) 平均在職年数を増加させることができる (2) キャリアニーズに応じた研修・資格取得への支援を行い専門性の高い看護師を育成する 2) 働き続けられる職場環境作りを行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 新人のリアリティーショックを予防することができる (2) ACT y 教育プログラムの到達度を上げることができる (3) PNSで患者カンファレンスを行うことができる (4) 業績評価を活用し、個人目標を到達させることができる 3) 臨地実習の指導者を活用した教育体制を整備する <ol style="list-style-type: none"> (1) 屋根瓦教育を活かした指導教育を実践することができる (2) 実習指導における評価体制を確立することができる 4) 高い看護の専門性を発揮するためのタスクシフト・シェアリングを推進する <ol style="list-style-type: none"> (1) 多職種を含めて業務整理を行うことができる 5) OJTを含む教育体制の強化を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) リーダーナースの育成を継続することができる
手術室 中央材料室	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で専門性の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 患者カンファレンスを行い個別性のある看護を実践できる <ol style="list-style-type: none"> (1) 認知症患者を理解した看護が実践できる (2) がん患者に根拠に基づいた看護を提供する 2) 術中褥瘡を発生させない 3) 手術認定看護師が役割を発揮できる 4) 専門性の高い看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護手順を遵守し、インシデントを防止する (2) 感染防止に努める 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 効率的な手術計画によりスムーズに手術に対応する 2) 入退院支援体制を活用した退院調整を理解する 3) 急性期看護の充実を図る 4) 医療材料、看護用品の見直しを行い適正な物品管理、医療請求を行う

看護単位	看護単位別年度目標
手術室 中央材料室	<p>3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 支え合える、コミュニケーションの良い職場環境を整える 2) 新人の成長に合わせて、教育計画を進める 3) 臨地実習を行える看護師を育成する 4) タスクシフト、タスクシェアリング推進のために、看護業務を整理する 5) ACTy 集合研修とOJTを連動させる 6) 学び成長し続ける看護師を育成する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護管理者がチームリーダー、TLと連携し、リーダーシップを発揮できる看護師を育てる (2) 自己の目指すキャリアを明確にし、自ら学びを深めていく事ができる看護師を育てる
外来	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種で連携・協働し、個別性のある看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 認定看護師、リンクナースを中心に、多職種カンファレンスを実施し、看護実践につなげる (2) 病棟が行った在宅チームとカンファレンス結果を外来看護へ引き継ぐ 2) がん患者、認知症患者へ専門性の高い看護を提供する <ol style="list-style-type: none"> (1) 緩和ケアチームと共に患者を全人的に捉えたカンファレンスを行い、看護実践につなげる (2) 認知症看護研修修了者を活かし、スタッフの知識・技術を向上させる (3) 認知症患者の看護を振り返り、看護実践の向上につなげる 3) 各チームが活躍できる体制を構築する <ol style="list-style-type: none"> (1) 各チームと目標設定を行い、活躍できる体制を構築する 4) 認定看護師、特定行為研修修了者が役割を発揮し、チーム医療を実践する <ol style="list-style-type: none"> (1) 認定看護師、特定行為研修修了者の活動を支援する (2) 認定看護師、特定行為研修修了者がスタッフと共に看護実践を行う 5) 専門性の高い個別性のある看護を展開する <ol style="list-style-type: none"> (1) 看護のプロセスが見える看護記録を充実させる (2) 個別性のある看護を提供する (3) マニュアルに沿った看護ケアを実践する 6) 専門性の高い看護の提供により患者確保をし、増収につなげる <ol style="list-style-type: none"> (1) 外来患者に専門性の高い看護の提供を行う 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 病床利用率を上昇させ、増収につなげる <ol style="list-style-type: none"> (1) 地域包括ケア病棟への直接入院を受け入れ病床利用率を上昇させる 2) 入退院支援体制を活用し、スムーズな退院支援を行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 圏域のルールに則った入退院支援を行う 3) 救急患者を積極的に受け入れ、急性期看護の充実を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) 救急看護の充実を図る 4) 地域医療支援病院としての役割を発揮する <ol style="list-style-type: none"> (1) フィードバックカンファレンスに参加し、看看連携を強化する 5) 診療報酬改定に伴うシステムの見直し <ol style="list-style-type: none"> (1) 診療報酬改定内容を理解する (2) 診療報酬改定に対応した、適正な算定をする 3. 成長できる職場環境の構築 <ol style="list-style-type: none"> 1) 離職を防止し、看護師を確保する <ol style="list-style-type: none"> (1) 平均在職年数を増加させる (2) 再雇用制度を活用する (3) キャリアニーズに応じた研修、資格取得への支援を行い専門性の高い看護師を育成する 2) 働き続けられる職場環境づくりを行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 新人のリアリティショックを予防する (2) ACT y 教育プログラムの到達度を上げる (3) PNSでの患者カンファレンスを行う (4) 業績評価を活用し、個人目標を達成させる (5) 各部署の年間教育計画に基づいて実践する 3) 臨地実習の指導者を活用した教育体制を整備する <ol style="list-style-type: none"> (1) 屋根瓦教育を活かした指導教育を実践する (2) 実習指導における評価体制を確立する 4) 高い看護の専門性を発揮するためのタスクシフト・シェアリングを推進する <ol style="list-style-type: none"> (1) 多職種を含めて業務整理を行う 5) OJTを含む教育体制の強化を図る <ol style="list-style-type: none"> (1) リーダーナースの育成を継続する (2) 次期実習指導者を育成する (3) 看護補助者の知識の向上のための研修を企画する 6) 学び、成長し続ける看護師を育成する <ol style="list-style-type: none"> (1) 認定看護師、JNPを活用し現場教育を実践する (2) 医療チームの一員としてのスタッフの活躍を支援する (3) スタッフの目指すキャリアの明確化を図る

看護単位	看護単位別年度目標
地域医療連携室	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種で連携・協働し、個別性のある入退院支援を行う 2) がん患者・認知症患者へ地域と連携した入退院支援ができる 3) 入退院支援体制を活用し、スムーズな退院調整を行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 入院時支援センターとの連携強化 (2) 入退院支援リンクナースと協働し、入退院支援チェックリストの活用 (3) 入退院支援におけるフィードバックカンファレンスの実施（年2回） 4) 看護の専門性にかかる適正な加算が取得できる <ol style="list-style-type: none"> (1) 入退院支援計画算定件数の増加 (2) ケアマネ、訪問看護等との連携強化による介護連携指導件数の増加 2. 病院経営の健全化への参画 <ol style="list-style-type: none"> 1) 新たな診療報酬改定に対応した、地域包括ケア病棟の利用を促進 <ol style="list-style-type: none"> (1) DPCを考慮した地域包括ケア病棟の活用 (2) 地域連携強化による地域包括ケア病床の利用 2) 入退院支援体制を活用し、退院調整を行う <ol style="list-style-type: none"> (1) 入退院支援カンファレンスの効果的な開催と連携強化 3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築 <ol style="list-style-type: none"> 1) 入退院支援の教育を支援する 2) 学び成長し続ける看護師を育成する
医療安全管理室	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> 1) 安全・安心な看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> (1) 医療安全管理体制を強化しアクシデント4、5の重大事故発生を「0」にする。 2) 患者に応じた安全で質の高い看護の提供 <ol style="list-style-type: none"> (1) 医療安全に対する研修を行い、意識・実践力が向上する (2) インシデントカンファレンスを充実し、再発防止に努める 3) チーム医療の強化 <ol style="list-style-type: none"> (1) 転倒転落防止に向けた多職種カンファレンス（ラウンド）の実施 2. 病院経営の健全化への参画 3. キャリアを継続し成長できる職場環境の構築 <ol style="list-style-type: none"> 1) 療養環境ラウンドで危険予測の視点を養い、安全な療養環境を整備できる

5) 看護単位別看護の概要

2022年3月31日

看護単位	看護の概要
<p>南 3 病棟 定床 55 床</p>	<p>1 診療科および病床利用率 診療科：産婦人科 歯科口腔外科、皮膚科、消化器内科、眼科 1 日平均患者数 37.4 人 平均年齢 52.8 歳 平均在院日数 8.1 日 病床利用率 68.1% 主な手術：腹腔鏡下子宮全摘術及び卵巣摘出術 子宮脱手術 腔部円錐切除術 舌部分切除術 埋伏智歯抜歯 下顎骨折整復術 皮下腫瘍切除術 白内障手術 分娩取扱い件数 189 件/年 全身麻酔手術：165 件 脊椎麻酔手術：72 件 静脈・局所麻酔手術：227 件 化学療法：卵巣腫瘍 子宮体癌 子宮頸癌 胃癌 膵癌 大腸癌 等</p> <p>2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</p> <p>3 看護の状況 産科は、妊婦一人ひとりのバースプランを大切にし、安心と満足のいく分娩に取り組んでいる。病棟助産師が、外来で妊婦健診や保健指導に関わり、妊娠の経過や必要な情報を共有し継続した看護を提供している。水曜日は助産師外来、月曜日はマタニティヨガやベビーマッサージ、それ以外の午後は母乳外来を開催し妊娠から分娩、育児と継続してサポートしているが、現在、新型コロナウイルス感染対策のため集団で行うマタニティヨガやベビーマッサージ、母親教室は行っていない。指導は個別指導とした。また、産科医師、助産師で周産期カンファレンスを行い、妊婦とベビーの情報の共有とリスクが予測される場合の対策を検討している。分娩は第一期から家族の方と一緒に陣痛を乗り越え、アロマによる産痛緩和や立会い等の希望に応じている。（現在、新型コロナウイルス感染対策のため、面会禁止、分娩立ち合い禁止としている）分娩後は、母児同室とし個々に合わせて育児の支援や母乳のケアを行なっている。新生児が入院の延長が必要となった場合、母親が入院を継続できる「産褥入院」というシステムを導入し、母子分離にならないように努めている。 消化器内科は、すべての消化器領域をカバーし検査や内視鏡治療を行っておりクリティカルパスを活用し不安なく受けて頂けるように関わっている。また、PEG 造設、PEG 入替えも行っている。 消化器内科、婦人科、歯科口腔外科、眼科、皮膚科の悪性疾患においては、化学療法を行っており、患者が、納得して安全・安楽に治療が受けられるように、医師、薬剤師、栄養士と連携しケアに努めている。婦人科、歯科口腔外科、眼科、皮膚科の手術療法には、クリティカルパスを活用し手術を安心して安全に受けて頂けるよう看護している。そして、緩和ケアチームやNSTチームなどの医療チームで患者の治療の支援を行い、患者、家族への精神的配慮を含めたケアに努めている。 歯科口腔外科は、鎮静による親知らずの抜歯や全身麻酔による手術まで幅広く、術後の疼痛緩和や食事の調整等安楽に生活できるように支援している。 皮膚科は、蜂窩織炎、褥瘡の治療（バック療法）、高気圧酸素療法などを行っており、疼痛緩和や日常生活が安楽に送れるように関わっている。</p>
<p>南 4 病棟 定床 55 床</p>	<p>1 診療科および病床利用率 診療科：整形外科、外科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、小児科、糖尿病・内分泌内科 1 日平均患者数 43.0 人 平均年齢 55.9 歳 平均在院日数 14.8 日 病床利用率 78.2% 全身麻酔手術件数 355 件 脊椎麻酔手術件数 152 件 局所麻酔手術件数 21 件 主な手術：人工膝・股関節置換術/髄内釘術・骨接合術 腰椎・頸椎手術 膝・肘・肩関節の関節鏡下術 腹腔鏡下胆嚢摘出術 胃切除術 肝臓切除術 膵臓切除術 甲状腺摘出術 扁桃摘出術 ESS 小児の主な疾患：川崎病 てんかん 気管支喘息 気管支炎 肺炎 不明熱 感染性胃腸炎 RSウイルス感染等</p> <p>2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</p>

看護単位	看護の概要
南 4 病棟 定床55床	<p>3 看護の状況</p> <p>整形外科では、骨折や変形性膝・股関節で手術適応の患者さんが多く、術前後を通して異常の早期発見や合併症の予防に努めている。患者さんの多くが高齢者であり、早期に社会復帰するためリハビリを行い、ご家族や関係機関と連携を図り入院時から退院を見据えた支援を行っている。</p> <p>耳鼻咽喉科・頭頸部外科では、副鼻腔炎や甲状腺、鼻骨骨折など手術対象の方が多く、術後の異常の早期発見と疼痛緩和等に努めている。</p> <p>外科は開腹手術から腹腔鏡手術まで実施しており、手術を受ける患者に対しては、術前・術後を通し、異常の早期発見や合併症予防に努めている。また、がんに対して化学療法・放射線療法・緩和ケアを受ける患者の治療への支援をはじめ、患者の必要性に応じてがんリハビリテーションを入院時より開始し、早期の回復、在宅に安心して退院できるように支援を行っている。緩和ケアチームやNSTチームなどの医療チームがラウンド・介入を行い、チームで患者の治療の支援を行い、患者、家族への精神的配慮を含めたケアに努めている。</p> <p>小児科では、肺炎や喘息、川崎病など急性期、短期入院を対象とし、乳幼児期から学童期・思春期と年齢層の広い患者さんに安全で安心できる入院生活が提供できるように看護にあたっている。</p> <p>糖尿・内分泌内科では、インスリンでの血糖コントロールや様々な検査入院の患者さんが多く、血糖測定やインスリン注射の指導を行っており、その他にも総合内科の肺炎や腎盂腎炎の患者の看護にあたっている。</p>
南 5 病棟 定床55床	<p>1 診療科および病床利用率 診療科：地域包括ケア病棟 1日平均患者数 255人 平均年齢 78.8歳 平均在院日数 32.8日 病床利用率 46.3% 在宅復帰率86.4% 退院前訪問実施件数 3件/年 退院後訪問実施件数 0件/年</p> <p>2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</p> <p>3 看護の状況</p> <p>当病棟は、急性期治療が終了し病状が安定したものの、すぐに自宅や施設などの療養に移行することが不安な患者に対して、在宅復帰に向けた退院支援を行っている。在宅復帰をスムーズに行うために、地域のケアマネージャー、訪問看護師、在宅医師と多職種（医師・看護師・リハビリ）などと合同カンファレンスを行っている。</p> <p>また、必要時は退院前訪問、退院後訪問を行い、より丁寧な退院支援に力を入れて取り組んでいる。</p> <p>ポストアキュート機能として整形外科的疾患で手術後の患者や肺炎などの急性期を脱し、機能回復などが必要な患者また、短期滞在手術として白内障手術、糖尿病教育入院、レスパイトケア入院、サブアキュート機能として、入院療養が必要な患者の受け入れを行っている。</p> <p>糖尿病患者への看護として、フットケア外来や糖尿病教室を行い、糖尿病重症化予防に努めている。</p>
南 6 病棟 定床55床	<p>1 診療科および病床利用率 診療科：新型コロナウイルス感染症 1日平均患者数：10.2人 平均年齢：59.0歳 平均在院日数：11.4日 病床利用率：51.1% 受け入れ患者数：356人 全身麻酔手術件数：0件 脊椎麻酔手術件数：1件 局所麻酔手術件数：0件 主な手術：帝王切開術（年間1件程度）</p> <p>2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</p>

看護単位	看護の概要
	<p>3 看護の状況</p> <p>当病棟では新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを行っている。発症から日数が浅く、レムデシビルの投与や抗体療法などを行う患者には急性看護を実践している。異常の早期発見や、様々な症状に対応しながら看護を実践している。新型コロナウイルス感染症で入院される患者であるが、その他の基礎疾患を患っている患者も多く、全身状態の観察や管理が必要となっている。また、回復期やリハビリ期にある患者に対しては、リハビリテーション科、栄養科と連携しながら、日常生活動作の維持・向上や、必要栄養量が摂取できるよう支援を行っている。さらに地域医療連携室とも連携し、ケアマネジャーと情報交換や情報共有をしながら退院に向けた支援を行っている。</p>
<p>南 7 病棟 定床 48 床 結核 16 床 モデル 4 床 一般 28 床</p>	<p>1 診療科および病床利用率</p> <p>診療科：呼吸器内科、呼吸器外科、結核、泌尿器科、総合内科 平成 12 年 11 月 14 日に結核病棟として開棟。平成 25 年 4 月 25 日に移転し完全ユニット化 1 日平均患者数：一般 25.0 人 結核 7.1 人 平均在院日数：一般 14.9 日 結核 85.0 日 平均年齢：70.2 歳 病床利用率：一般 78.2% 結核 44.4%</p> <p>2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</p> <p>3 看護の状況</p> <p>呼吸器科内科は苦痛の緩和、日常生活の援助を行い、在宅でも安心して生活できるよう ADL の拡大を図りながら退院調整に取り組んでいる。入院時から対象患者の退院後の生活を見据えた看護計画を立案し、患者・家族、地域医療連携室、地域の施設等を交えたカンファレンスを開催し、患者・家族を支援している。結核治療で最も重要な内服（化学療法）を確実にを行うため、結核患者が抗結核薬の継続服薬の重要性を理解し、確実に服薬できるよう DOT S（直接監視下短期化学療法）を対象患者に 100% 実施している。確実な服薬継続が重要になっており、保健師を交えた DOT S カンファレンスを行い、退院後の服薬継続支援を行っている。また、結核病床では長期入院に伴うストレスの緩和に向けクリスマス会の開催や疾患に対する指導を行い不安の緩和に努めている。</p> <p>呼吸器外科は気胸や肺癌が多く、胸腔ドレーンの管理や化学療法時の異常の早期発見、苦痛の緩和に努めている。</p> <p>泌尿器科では膀胱癌、前立腺癌、尿管結石、前立腺肥大などの手術や膀胱協検査・処置、抗がん剤治療、放射線治療を行っている。短期間の入院が多く、術前・術後を通し、異常の早期発見や合併症予防に努め、不安なく退院してもらえるよう退院指導の充実を図っている。</p> <p>総合内科は脳梗塞、脱水症などさまざまな疾患の入院があり、医師と情報共有を行いながら看護を実践し、早期退院に取り組んでいる。</p>
<p>東 2 病棟 定床 46 床</p>	<p>1 診療科および病床利用率</p> <p>診療科：呼吸器外科・救急科・循環器内科 1 日平均患者数 36.4 人 平均年齢 71.7 歳 平均在院日数 16.1 日 病床利用率 79.1%</p> <p>2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）</p> <p>3 看護の状況</p> <p>呼吸器外科では、肺癌・気胸で手術を受ける患者に対して個別性を考慮し、合併症予防や異常の早期発見に努めている。手術は肺癌及び縦郭腫瘍に対する手術は 48 件・気胸手術 23 件/年、気管支鏡検査は 84 件/年、細径 VATS は 9 件/年となっている。肺癌については手術療法のみでなく、化学療法・放射線療法・緩和ケアを受ける患者の治療への支援をはじめとし、循環器内科では急性心筋梗塞、狭心症、心不全の検査、治療目的の入院が多く、緊急入院にも対応している心臓カテーテル 36 件/年、ペースメーカー植え込み 4 件/年実施となっている。</p>

看護単位	看護の概要
HCU 定床 6 床	<ol style="list-style-type: none"> 1 診療料および病床利用率 診療科：救急科・呼吸器外科・循環器内科・消化器内科・外科 産婦人科 1 日平均患者数 2.9人 平均在院日数 14.9日 平均年齢 68.7歳 2 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム） 3 看護の状況 救急科では重症疾患及びCHDF・人工すい臓や人工呼吸器をはじめとする集中治療および看護を必要とする患者に対してケアを行っている。又、各科の周手術期の術後の患者の受け入れも行っており、合併症の予防と異常の早期発見に努め、術後早期離床が図れるように看護を行っている。クリティカルケアを必要とする患者に対し高度な知識と技術で看護できるように日々努めている。
手術室・ 中央材料室	<ol style="list-style-type: none"> 1 手術室・中央材料室の概要 ・手術室 5 室（うちバイオクリーンルーム 1 室、陽圧・陰圧の調節可能な部屋 1 室） 外科・整形外科・呼吸器外科・産婦人科・歯科口腔外科・眼科・泌尿器科・皮膚科・耳鼻咽喉科・形成外科の手術を行っている。年間手術件数：1530 件 麻酔別手術件数：全身麻酔 157 件・全身麻酔＋硬膜外麻酔 514 件・脊椎麻酔＋硬膜外麻酔 41 件・脊椎麻酔 259 件・局所麻酔 549 件・神経ブロック 8 件・その他 2 件 診療科別手術件数：外科 294 件 整形外科 321 件 呼吸器外科 93 件 婦人科 175 件 歯科口腔外科 59 件 眼科 178 件 産科 36 件 泌尿器科 160 件 皮膚科 114 件 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 83 件 その他 17 件 ・中央材料室はオートクレーブ 2 台・EOG 滅菌装置 1 台（R3 年 3 月更新）・低温プラズマ滅菌装置 1 台、稼働状況は、オートクレーブ（ハイスピード含）72 件/月 EOG 10 件/月 プラズマ 38 件/月。 2 看護体制 看護体制：PNS（パートナーシップ・ナーシング・システム） 手術件数や手術予定時間から遅出勤務・早出勤務、また時間外はオンコール体制をとっている。 3 看護の状況 患者に安心して安全に手術を受けていただける看護に努めている。術前麻酔科診察に同席し、IC 内容の確認や術前準備について説明している。得られた情報を共有し、術前カンファレンスを行い看護計画を立案している。 術前訪問では、パンフレットと看護計画を用いて、手術室で行われる看護内容を説明をしている。また、患者の不安や要望を確認し個別性のある看護実践に活かしている。 安全な手術のため、入室時には患者自身に名乗ってもらいリストバンドとの認証を行い、手術部位についても患者からの確認も行っている。タイムアウト、手術前と閉創前の器材等のカウントを確実に実践している。低体温の予防として、術前プレウォーミングを行い、褥瘡予防に関しても、患者のリスクに応じ手術体位の工夫を行うと共に、医師と連携し術中の除圧にも積極的に取り組んでいる。 長時間手術等の患者には、主治医と連携して術中訪問を実施し、患者家族の待ち時間の不安軽減に努めている。手術終了後は術後訪問を行い、得た情報をもとにカンファレンスを開き、自分たちが行った術中看護を評価している。

看護単位	看護の概要
外来	<p>1 診療科、患者動向 診療科：26診療科を標榜 1日平均患者数：430.5人 新患率：9.1% 紹介率：87.93% 逆紹介率：55.93% 救急患者数：4999名（内入院患者1257名） 救急車対応：1485人 内視鏡検査総数 3459件 化学療法室対応 1592人 ストーマ外来（第1・3月曜日） 乳腺外来（毎木曜日） 小児科午後診 15：00～17：00（月・火・水・金） 完全予約制（当日も可） 木曜日は予防接種</p> <p>2 勤務体制 常勤看護職員 8：30～17：15 非常勤看護職員；週24時間～32時間 救急患者対応：救急外来に3床あり、救急搬送患者や外来患者の急変時などに対応している 化学療法室：8床あり、抗がん剤治療を行っている。</p> <p>3 看護の状況 年齢、症状など多岐にわたる外来患者に対して、安全で安心な診療・看護の提供を心がけている。住み慣れた地域で自分らしい生活を送りながら、外来で治療を受ける事ができるように体制を整備している。 外来全体に目を向け、緊急性や重症度を考慮し、安全かつスムーズに診療を受けることができるよう、ERや地域医療連携室など、他部門と連携調整を図っている。各診療科の専門性・特徴を踏まえ、患者に必要な情報を提供し、安心して検査・治療が受けられるよう、援助している。 内視鏡検査では特殊検査・治療件数も増加し、対応できる人材育成を行っている。 化学療法室では殺細胞性抗がん剤や分子標的阻害剤や免疫チェックポイント阻害剤を用いた治療を行い、がん薬物療法看護認定看護師や、IVナースが活躍している。 入院支援センターでは、入院前から患者の生活背景を捉え、予定する治療への不安や問題点を抽出している。地域医療連携室や病棟、多職種と連携をとり、早期の入退院支援につなげている。</p>
地域医療連携室	<p>1 地域医療連携室看護職員 看護師長1名、常勤看護師2名、非常勤看護師1名</p> <p>2 地域医療連携室の活動状況 前方支援としては、地域医療機関からの紹介患者さんの診療がスムーズに行われるように、診察、検査の予約を行っている。また、紹介元への返書管理を行っている。市民公開講座、セミナー開催・CPC等の協力・開催は、コロナ禍のため中止や延期またWeb開催となった。 退院調整は、退院調整看護師がMSWと協働し①入院3日以内にケアマネージャーからの情報収集及び対象患者のスクリーニング②入院7日以内に退院支援カンファレンス③入退院支援計画書に基づき、患者・家族との面談やケアマネージャーや訪問看護ステーション他と連携し、情報収集④退院前カンファレンスを開催した。コロナ禍により面会制限など一同に集まることが困難なため、Webカンファレンスの推進や電話・Faxにより情報共有を行った。 研修実績：がん診療セミナー毎月1回、がん診療公開講座（2月・3月）※YouTube配信形式 相談件数：1692件/年（がん相談件数383件）</p>

6) 患者の状況

(1) 病棟の入院患者の状況

2023年3月31日現在

年度	区分	医療法 病床数床	収容可能 病床数床	一日平均 在院患者数	新入院	退 院		平均在 院日数	収容可能 病床利用率	病床 回転数
						死亡	再掲			
令和2	一般	304	304	190.7	4,441	4,502	219	15.6	62.7%	23.4
	結核	16	16	6.9	31	27	10	86.3	42.8%	4.3
	全体	320	320	197.5	4,472	4,529	229	16.0	61.7%	22.8
令和3	一般	304	304	176.9	4,429	4,386	211	13.4	58.2%	27.2
	結核	16	16	7.2	26	28	7	89.6	45.3%	4.1
	全体	320	320	184.1	4,455	4,414	218	13.9	57.5%	26.3
令和4	一般	304	304	172.4	4,531	4,579	235	13.8	57.1%	26.3
	結核	1	16	4.8	27	22	5	78.9	29.3%	21.7
	全体	320	320	177.1	4,558	4,601	240	14.1	55.5%	25.7

(2) 手術・麻酔等件数

2023年3月31日現在

年 度	手 術 件 数				麻 酔			剖 検
	合 計	8,000点以上	3,000点~7,999点	3,000点未満	全身	腰椎	局所	総数
令和2	1440	986	222	232	641	250	549	3
令和3	1374	915	268	190	595	280	499	1
令和4	1456	1016	271	169	666	249	541	2

(3) 分娩件数・新生児の状況

2023年3月31日現在

年 度	分娩件数	新生児取扱数	出生時体重	
			1,000g未満	1,000-2,500g
令和2	175	175	0	9
令和3	174	168	0	14
令和4	176	157	0	9

(4) 特殊検査・特殊治療件数

2023年3月31日現在

項目 年度	特殊検査件数									特殊治療件数												
	心カテ	肝生検	脊椎造影	下肢静脈造影	血管撮影	気管支鏡	胃カメラ	ERCP	CF	骨髄穿刺	ペリスプレーカ体外	ペリスプレーカ植込	PTCA	PTCR	PTCD	ポリペクトミー	食道ステント挿入	TAE	EVL	PEIT	EIS	肺血栓溶解術
令和2	65	13	0	0	1	363	2053	260	1027	27	1	6	0	0	4	132	12	0	6	0	1	0
令和3	41	3	0	0	1	309	1894	196	978	35	0	3	0	0	1	99	2	3	6	0	0	0
令和4	80	4	0	1	0	324	2177	265	1206	29	4	5	5	0	3	137	7	2	2	0	1	0

7) 看護部研修実績

集合研修

対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日
キャリア アラダー レベル I	国立病院機構の職員としての役割を理解することができる	<ol style="list-style-type: none"> 1) 国立病院機構の概要、病院の概要を理解し、組織の一員としての役割を理解する。 2) 看護部の概要を理解し、看護部の一員としての役割を理解する。 3) 臨床における倫理の重要性を理解する。 4) 医療安全管理体制について理解し、安全管理のための基本的能力を身につける。 5) 院内感染防止対策について理解し、感染防止のための基本的能力を身につける。 6) 多職種・関連部門の役割業務および連携が理解できる。 7) 看護記録記載基準に沿った記録ができる基本的能力を身につける。 8) 国立病院機構職員としてふさわしいマナー、態度を身につける。 9) 患者にとって安全、安楽で、適切な看護技術を習得する。 	オリエンテーション	講義 演習	2日 390分	4/1 4/4 4/5
	移動・移乗時の介助方法および体位変換・ポジショニングの技術を身につけることができる	<ol style="list-style-type: none"> 1) ボディメカニクスの原理を活かし移動・移乗介助ができる 2) 安全な体位変換ができ、安楽な体位を保持することができる 3) 安全な車椅子・ストレッチャーへの移動介助ができる 4) 移動・以上に関する一連の看護技術を、安全・安楽に実施できる 	体位変換 移動動作 ポジショニング	講義 演習	150分	4/6
	安全に与薬できる	<ol style="list-style-type: none"> 1) 安全な与薬行動を理解できる 2) 指示確認を確実にし、与薬までの準備ができる 3) 安全に口腔内与薬ができる 	与薬行動 指示確認と 与薬準備 実際の与薬	講義 演習	180分	4/13
	静脈内注射実施の一連の流れを理解し、安全で確実な輸液を実施する	<ol style="list-style-type: none"> 1) 安全な点滴の準備と管理に向けた基本的知識及び技術を身に付けることができる 2) 薬剤を清潔に取り扱い、正確に準備できる 3) 薬剤準備から輸液終了までの一連の流れの根拠を理解し、実施できる 	指示確認 ミキシング 翼状針留置	講義 演習	240分	4/20
	看護手順に則り、採血を安全に実施できる	<ol style="list-style-type: none"> 1) 採血の留意点や注意事項を理解できる 2) 真空採血の準備・実施方法・合併症を理解できる 3) 真空採血管の取り扱いが理解でき、安全に実施できる 	真空採血	講義 演習	60分	4/22～ 6/17

対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日
キャリアアラダー レベル I	夜勤時の看護の実際を理解すると共に、患者急変時の自己の役割を理解し行動する	1) 夜間の看護の特性を理解できる 2) 夜間リーダーへの報告・連絡・相談ができる 3) 夜間急変時の対応について理解できる	夜間の看護の特性 一時救命処置 輸液ポンプ、シリンジポンプ	講義 演習	180分	5/6
	輸液実施の一連の流れを理解し、安全で確実な輸液を実施する	1) 輸液ポンプ・シリンジポンプの取り扱いが理解できる。 2) 輸液ポンプ、シリンジポンプに触れることができる	輸液ポンプ・シリンジポンプ	講義 演習	35分	5/7
	心身のリフレッシュを図る	1) 今の思いを表出し、不安や悩みを共有できる 2) 看護の現場から離れ、同期との交流を通し心身共にリフレッシュできる 3) 自己の成長を自覚し、明日からの活力を見出すことができる	リフレッシュ研修 交流 意見交換 レクリエーション	交流 意見交換 レクリエーション	240分	6/4
	看護のチームの一員として自分の役割を理解し、必要時適切な報告・連絡・相談ができる	1) 看護チームの一員としての自分の役割を理解できる 2) 報告・連絡・相談の必要性について理解できる 3) 相手への適切な伝え方を実践できる	看護チームの一員としての自分の役割 報告・連絡・相談の必要性 相手への適切な伝え方 (ISBARC)	講義 グループワーク	90分	7/6
	看護実践に必要な基本的能力を習得し、実践できる	1) フィジカルイグザミネーションをもとに、患者の全身状態を観察できる 2) 援助的コミュニケーションを図りながら、患者情報を収集できる 3) フィジカルイグザミネーション及び援助的コミュニケーションで得られた情報をもとにアセスメントし、看護を実践できる	フィジカルイグザミネーション 援助的コミュニケーション 上記2つをもとに看護を実践する	講義 演習 グループワーク	120分	9/2
	患者を生活者として捉え、質の高い看護を実践できる	1) 患者の生活について、情報を収集できる 2) 得られた情報をもとに、患者の生活をアセスメントすることができる 3) 退院後の生活をイメージし、必要な看護を考えることができる	情報収集 患者の生活をアセスメントする 必要な看護を考える	講義 グループワーク	120分	11/9
	高い倫理観に基づいた、質の高い看護が提供できる	1) 「看護職の倫理綱領」「倫理原則」の理解を深めることができる 2) 倫理原則について考え、倫理観を養うことができる 3) 今後の倫理的行動を見出すことができる	看護職の倫理綱領、倫理原則 倫理的行動	講義 グループワーク	120分	12/7

対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日
キャリアラダー I	レベル I 看護行為を振り返り、看護観を深める	1) 自己の看護について表現することができる 2) 自分の大切にしている看護についてまとめ、発表できる 3) 他者の発表を聞き、看護観を深めることができる	看護観発表	発表 意見交換	90分	2/1
	チームの中でメンバーシップを発揮することができる	1) チームにおけるメンバーの役割が理解できる 2) メンバーシップを発揮するための行動が理解できる 3) アサーティブコミュニケーションが理解できる 4) 日頃の行動を振り返り、チームの一員としての今後の課題を見出すことができる	メンバーシップ アサーティブコミュニケーション	講義 グループワーク	120分	4/27
	静脈留置針の使用方法や留意点を理解でき、安全な血管確保ができる	1) 静脈注射の一連の過程を再度理解し、実施できる 2) 静脈留置針（誤刺防止機能付き）の機能を再認識し安全に取り扱うことができる 3) 静脈留置針留置時の留意事項を理解し、実施できる	静脈留置針（誤刺防止機能付き）の取り扱い 技術チェックリストを用いた技術評価	動画視聴 技術演習	60分	5/26～ 7/11
	レベル II 倫理上のジレンマを表現し、倫理観に基づいた看護が提供できる	1) 臨床倫理に基づき、倫理上のジレンマを表現できる 2) 倫理的行動に基づいた看護を考え、患者・家族の思い・考え・希望をケアに活かすことができる	倫理上のジレンマ	講義 グループワーク	120分	7/13
	療養環境に潜む危険を予測し、個別的な看護を実践する	1) 療養環境に潜むさまざまな危険の予測ができる 2) 予測される危険の対処を考えることができる 3) 事故防止策を看護計画に組み入れ、個別的な看護を実践する	療養環境に潜む様々な危険の予測 危険の予防策 看護計画への組み入れ、 個別的な看護実践	講義 グループワーク	120分	10/12
	根拠に基づいた看護を実践できる	1) ケーススタディを通し、患者の状況に合わせた看護実践について考えることができる 2) 文献をもとに、看護実践における課題解決行動を考えることができる 3) 「根拠に基づいた看護とは」を見つめ直すことができる	ケーススタディ発表	発表 意見交換	90分	2/8

対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日
キャリアラダー レベル Ⅲ	地域の支援ネットワークを理解し多職種連携を学び、退院支援ができる	1) 東近江圏域退院支援ルールを理解できる 2) 退院後の生活状況や家族の介護力などの情報を集めて問題を捉え、患者・家族の意思決定に必要な情報提供ができる 3) 収集した患者情報をもとに退院前カンファレンスに参画し、医療チームに問題提起できる 4) 多職種連携における自己の役割を見出すことができる	退院前カンファレンス参画 問題提起	退院前カンファレンス参画		4月～7月
	高い看護観に基づいた質の高い看護が提供できる	1) 医療倫理・看護倫理上の問題提起ができる 2) 患者の権利に関連した問題提起ができる 3) 倫理に基づいた自発的な行動ができる 4) 患者、家族に分かりやすい説明と必要な情報提供を行い、意思決定の支援ができる	部署内の倫理的問題の抽出 問題提起	レベルⅣと協働し倫理カンファレンスの開催		5月～翌年3月
	主体的に看護チームの一員としての役割を遂行する	1) リーダーシップについて理解することができる 2) 勇気付けコミュニケーションについて理解することができる 3) リーダーシップを発揮するための自らの行動について考えることができる	リーダーシップの理解 勇気づけコミュニケーション 自らの行動	講義 グループワーク	90分	6/8
	患者の個別性を重視した看護を実践できる	1) 「退院前カンファレンス参画(多職種連携を学ぶ)」の学びを言語化できる 2) 状況に応じた看護実践について考えることができる 3) 患者の個別性を重視した看護を実践していくための自己の課題を見出すことができる	状況に応じた看護を実践(発表会)	発表 意見交換	60分	8/24
	自部署の看護の質向上に向け、問題を明確化し問題解決を理解する	1) 患者の視点からみた自部署の問題を明確化することができる 2) 問題解決の過程を理解することができる 3) 自己の役割を遂行しながら、問題解決の過程を実践できる	自部署の問題の明確化 問題解決の過程の理解 問題解決の過程の実践	講義 グループワーク	90分	10/19
	自部署の看護の質向上に向け、自己の役割を遂行する	1) 自部署の問題を明確化することができる 2) 問題解決に向けた活動と、自身のリーダーシップ行動を振り返ることができる 3) 自部署の看護の質向上に向けた自己の課題や役割を明確化できる	自部署の問題の明確化 問題解決に向けた活動とリーダーシップ 自己の課題や役割の明確化	発表(各部署で発表)	10分	1/18～1/31

対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日
キャリア アラダー レベル IV	地域の支援ネットワークを活用し、主体的に退院支援ができる	1) 退院支援の手引きに沿って、退院支援ができる 2) 退院前・後訪問を通し、多職種連携・協働を実践できる 3) 自部署の退院支援に関わる問題を理解し、解決に向けたリーダーシップ行動ができる	退院支援の手引きに沿った退院支援 退院前後訪問 多職種との連携・協働 リーダーシップ	退院前・退院後訪問の計画と実施		4月～8月
	倫理的問題の解決に向け、権利擁護に向けた行動ができる	1) 倫理的視点に基づく看護実践ができる 2) 倫理原則に基づいた問題解決ができる 3) 倫理的問題について後輩のモデル的役割を果たすことができる 4) 患者・家族に対して適切な説明と助言を行い、意思決定の支援ができる	倫理上のジレンマカンファレンスの開催 問題解決行動	倫理カンファレンスの運営		5月～3月
	リーダーの役割を理解し、主体的に行動できる能力を身につけることができる	1) リーダーの役割が理解できる 2) 看護チーム内の自己の役割を認識し、主体的な行動の必要性を理解できる 3) 今後のリーダーシップ行動を見出すことができる	リーダーの役割 コーチング	講義 グループワーク	120分	5/11
	QC的問題解決法を理解し、現場の問題を捉え解決するための能力を養う	1) QC的問題解決法について理解できる 2) 問題の捉え方について理解できる 3) 問題解決に向けた要因分析の必要性を理解できる 4) 活動計画に基づき、問題解決に向けたリーダーシップ行動がとれる	QC的問題解決法 特性要因図	講義 グループワーク	120分	7/20
	現場の問題を捉え、解決するための能力を身につけることができる	1) 病棟における問題と、見出した真の要因を言語化できる 2) 問題解決に向けた活動の方向性を見出すことができる 3) 今後のリーダーシップ行動や活動への課題を見出すことができる	真の要因の言語化 問題解決に向けた活動の方向性 リーダーシップ行動や活動への課題	グループワーク 発表（個別）	90分	9/28
	現場の問題を捉え、解決するための能力を身につけることができる	1) 自部署の看護上の問題を捉え、解決に向けた一連の活動を表現し発表できる 2) リーダーシップ行動を振り返り評価できる 3) 一連の活動を通しての学びから、自己の課題を明確にできる	活動の発表 リーダーシップ 行動の振り返りと評価 自己の課題の明確化	発表 意見交換	90分	12/21

対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日	
キャリア アラダー	レベル V (前期)	自部署の目標管理に 参画する	1) 自部署の目標を理解する 2) 部署目標の達成に向け、自己 の役割を認識する 3) 自己の役割を遂行し、目標管 理に参画する	自部署の目 標理解 自己の役割 の明確化と 発揮	部署内での 主体的 活動		4月～ 3月
		管理的視点を育成 し、自部署の目標達成 に参画する	1) レベルVに求められる能力を 再認識し、自己の役割を明確 にできる 2) 目標管理を再学習し、自部署 目標の達成に向けた自己の課 題を見出すことができる 3) シャドー研修を通し、管理的 な視点を養うことができる	レベルVに 求められる 能力の振り 返り 自身の活用 や役割の振 り返り 自己の課題 の見出し	講義 グループ ワーク	60分	11/21
		看護管理の実際を理解し、看護チームの 管理・教育的役割モデルとなり、病棟運 営に参画する	1.組織横断的に活動する地域医療 連携室看護師長、医療安全管理係長、感染管理認定看護師 のシャドーイングを行い、病 院全体における看護管理の 実際を理解する 1) 地域包括ケアシステムが推進 される中で、保健医療福祉サ ービスの継続性が保障される ような調整について考えるこ とができる 2) 自施設の危機管理（医療安全・ 感染防止）対策について考 えることができる 3) 全体を俯瞰し、周囲への指示・ 支援の実際を学ぶ 4) 多職種の役割が効果的に発 揮できるような働きかけや調 整について理解する 5) 病棟との連携や調整から病 棟での看護管理と関連させて 考えることができる。 2.自己の課題達成に向け、具 体的な行動が見出せる	地域医療 連携係長・ ICT、医療 安全ラウン ド シャドー研 修	シャドー 研修	1日＋ 60分	1～2月
		看護管理の実際を理解し、看護チームの 管理・教育的役割モデルとなり、病棟運 営に参画する	1) 看護師長の行動や運営につ いての考えを知り、看護管理 の実際を理解することができる 2) 自部署の目標達成に向け、 自己の課題を再認識するこ とができる 3) 自己の課題達成に向け、具 体的な行動を見出すことが できる	看護師長 シャドー研 修	シャドー 研修 病棟目標 の理解・ 評価の参 加	1日	12月
		看護管理の実際を理解し、看護チームの 管理・教育的役割モデルとなり、病棟運 営に参画する	1) シャドー研修を通して理解 した看護管理を言語化できる 2) 自部署の目標評価に参画 しての学びを言語化できる 3) 現在の管理観を表現し、 自己の役割と今後の課題を 見出すことができる	看護管理を 言語化 自己の役割 と今後の課 題 学ぶの発表	発表 意見交換	60分	3/15

対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日	
キャリアラダー	レベル V (前期)	自部署の看護の質を向上するため、教育的役割モデルとなり自律し行動する	1) PDCAサイクルの実践ができる 2) 管理・教育的役割モデルとなり、研究的に取り組むことができる	PDCAサイクルの実践	部署でのPDCAサイクルの実践		5月～翌年3月
	レベル V (後期)	自部署の看護研究メンバーの一員として活動し、看護を創造する	1) 課題について研究的に取り組むことができる 2) 研究的に取り組みの成果のまとめができる 3) チームで研究ができる環境をつくることのできる	看護研究の支援 チームの環境	部署での看護研究の支援		5月～翌年3月
		倫理的支援に基づく看護実践の役割モデルとしての行動をする	1) 倫理的視点で後輩指導ができる 2) 患者の権利擁護に関する後輩指導ができる 3) 関連する職種と連携し、倫理カンファレンスの開催ができる 4) 患者の意思決定支援において後輩の役割モデルとなる	倫理カンファレンスの支援 後輩指導	倫理カンファレンスの支援		5月～翌年3月
		専門性の発揮、管理・教育的役割モデルとなり研究的に取り組む	1) 研究クリティークを理解できる 2) 看護研究に対するクリティカル・シンキング能力を向上する 3) 看護研究クリティーク・チェックをもとに、看護研究メンバーを指導できる	研究クリティークの理解 クリティカルシンキング 看護研究クリティーク・チェック	看護研究クリティーク意見交換	60分	6/15
		自部署の看護の質を向上するため、教育的役割モデルとなり自律し行動する	1) 目標達成に向けた取り組みを言語化できる 2) 自部署の目標達成に向け、病棟での役割や今後の課題を見出すことができる 3) 自己の管理観を見出すことができる	目標達成に向けた取り組みの言語化 病棟での役割や今後の課題の見出し 自己の管理観の見出し 発表会	発表 意見交換	30分	10/5
		自部署の看護の質を向上するため、教育的役割モデルとなり自律し行動する	1) 目標達成に向けた取り組みを言語化できる 2) 自部署の目標達成に向け、病棟での役割や今後の課題を見出すことができる 3) 自己の管理観を見出すことができる	年間活動の発表会	発表 意見交換	60分	3/15

7) 看護部研修実績

専門研修

研修名	対象	研修目的	研修目標	研修内容	方法	時間数	開催日
実地指導者研修	実地指導者	実地指導者の役割を理解し、新人看護職員教育に必要な知識・技術・態度を習得する	<ol style="list-style-type: none"> 1) 新人看護職員の現状を理解できる 2) 当院の教育システムを理解できる 3) 新人看護職員研修ガイドラインにおける実地指導者の位置づけ、役割について理解できる。 4) 新人看護職員へ研修計画の立案と実施・評価の必要性を理解できる 	実地指導者の位置づけと役割の理解 教育システムの理解 BLS研修の立案	講義 グループワーク (BLS指導の教育計画作成)	90分	5/30
		実地指導者の役割を再認識し、新人教育に関する適切な知識・技術・態度を習得する	<ol style="list-style-type: none"> 1) 実践した技術教育を振り返ることができる 2) 看護技術の評価について理解を深め、自己の技術教育に照らし合わせることができる 3) 実地指導者として役割を再認識し、今後の行動を見出すことができる 	実施した技術教育の振り返りと評価 今後の行動	講義 グループワーク (BLS指導の教育計画作成)	60分	11/16
プリセプター研修	プリセプター	プリセプティの現状を理解し、プリセプターとしての役割を果たすことができる	<ol style="list-style-type: none"> 1) プリセプティの現在の状況が理解できる 2) プリセプターのプリセプティに対する関わりを客観的に振り返ることができる 3) プリセプターとしての今後の関わりについて考えることができる 	プリセプティの現状の理解 関わりの振り返り 今後の関わり	グループワーク	60分	5/16
			<ol style="list-style-type: none"> 1) プリセプターとしてのこれまでの関わりを振り返ることができる 2) プリセプティの成長を見つめることができる 3) プリセプターとしての今後の関わりについて考えることができる 	関わりの振り返り プリセプティの成長 今後の関わり	講義 グループワーク	60分	9/7
		プリセプターとしての1年を振り返り、今後の後輩支援に活かす	<ol style="list-style-type: none"> 1) プリセプティの1年を振り返り、成長を認めることができる 2) プリセプターとしての活動を振り返り、自分自身の成長に気付くことができる 3) 今後の後輩支援について考え、課題を見出すことができる 	1年間の振り返り 今後の後輩支援	意見交換	30分	3/1
		プリセプターの役割を理解し、新人看護師の支えとなる	<ol style="list-style-type: none"> 1) プリセプターの役割を理解できる 2) プリセプティを受け入れるための心構えができる 3) プリセプターの役割を果たすための具体的な行動について考えることができる 	プリセプターの役割 受け入れの心構え	講義 グループワーク	40分	3/8

研修名	対 象	研 修 目 的	研 修 目 標	研修内容	方法	時間数	開催日
看護 研究	研究メ ンバー	研究の視点がわか り、看護研究に取り 組むことができる		研究計画書	個別指導 (Teams)		6/21
				分析方法	個別指導 (Teams)		9/13
				研究結果、考察	個別指導 (Teams)		12/21
				プレゼン方法	個別指導 (Teams)		2/7
				院内研究発表会	個別指導 (紙面)		3月
看護 補助者 研修	看護 補助者	医療制度の概要・ 病院の機能と組織 を理解し、看護 チームの一員とし て能力を発揮でき る	1) 医療制度、当院の担う役割、 組織の仕組みを理解するこ とができる 2) 看護チームの一員として看 護補助者の業務内容を理解 することができる 3) 働き方改革に伴うタスクシ フティング・シェアリン グの必要性がわかる	医療制度の概 要・病院の機能 と組織の理解 タスクシフティ ング・シェアリ ングの理解	講義 グループ ワーク	60分	6/22
							6/24
看護 補助者	看護 補助者	必要な基本姿勢と 態度について理解 し、看護チームの 一員としての能力 が発揮できる	1) 職業倫理について理解でき る 2) 認知症の特徴について理解 し、対応方法がわかる 3) 接遇について理解できる	職業倫理 認知症の特徴や 対応方法 接遇	講義 グループ ワーク	60分	9/26
							9/29
看護 補助者	看護 補助者	病院における感染 対策・医療安全に ついて理解し、看 護チームの一員と して能力を発揮で きる	1) 看護補助業務を遂行するた めの基礎的な知識・技術に ついて理解する 2) 看護チームの一員として、 患者の日常生活に及ぼす影 響を考えることができる 3) 看護補助業務における医療 安全と感染防止について考 えることができる	看護補助業務に おける医療安 全・感染防止	講義 グループ ワーク	60分	11/30 12/2

8) 委員会活動報告

2022年度 副看護師長会活動報告

委員長	委員長：岩井副看護師長 副委員長：佐々副看護師長	
メンバー	松村(南3) 下井(南4) 伊藤(南4) 人見(南5) 佐々(南6) 岩井(南6) 茶谷(南7) 村瀬(南7) 外川(東2) 湯室(HCU) 湯上(手術室) 北田(外来) 東出(部長室) 宮城(部長室) 続宗(部長室)	
目的	専門性の高い看護を提供できるよう、看護実践能力の強化と人材育成に努める	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. PNSを活用し働きやすい環境を整え、メンバーシップ、リーダーシップが発揮できるスタッフを育成する 2. 看護展開の充実を図り、質の高い看護を実践する 3. 看護管理について学び、副看護師長の看護管理能力が向上できる 	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月14日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 年間計画の検討 2. PNS役割評価表の見直し 3. 今年度育成したいTLのリストアップ 4. グループ年間計画の検討 	<p>【目標1について】 PNSの充実化とリーダー育成に取り組んだ。各部署で今年度育成予定のスタッフをリストアップし、TL評価表や業務調整シートを用いてリーダー育成を行った。TL評価表については、前年度改訂したものを使用し、前期と後期で評価を実施した。前年度や前期の結果からOJTを実施し、達成率の向上につながった。カンファレンスや指導に関する項目の達成率が全体的に低く、病院の課題と考える。PNSの充実化については、役割評価表を見直し、前期・後期で評価を行った。パートナーの達成率は向上したが、メンバーやチームリーダーの達成率があまり向上しなかった。PNSチーム会やカンファレンスに関する項目が低く、各部署で評価をフィードバックし改善に取り組んでいく必要がある。PNSラウンドについては、評価表を見直し取り組み、全体にPNSマインドが根付いていることが分かった。ペア間のコミュニケーションはとれているが、業務調整(補完)やカンファレンスの課題があるため、リーダー育成や質の向上グループと連携することが必要である。職務満足度については、前年度より少し低下しており、業務量に関する意見が多かった。病棟編成や病棟閉鎖、スタッフの欠員が多く、業務量過多になったことが原因の一つと考える。スタッフモチベーション維持のため、各部署の師長と連携し、業務改善に取り組んでいく必要がある。</p>
7) 看護部研修実績	<ol style="list-style-type: none"> 1. PNS役割評価表の配布 2. PNS役割評価の実施(1回目:自己評価・他者評価) 3. TL評価の実施(1回目:自己評価・他者評価) 4. 2と3のデータ提出と分析、各部署での対策立案 5. 看護計画修正率の調査1回目 6. 重症度・医療看護必要度の変更点と入力方法の周知 	
6月9日	<ol style="list-style-type: none"> 1. PNS役割評価とTL評価の結果について 2. 1の各部署の対策実施状況と意見交換 3. 看護計画修正の各部署の問題点抽出と改善策の検討 4. 重症度・医療看護必要度スタッフ別調査と問題点・改善策立案 	
9) 看護研究等実績	<ol style="list-style-type: none"> 1. PNS役割評価とTL評価の対策実施状況の報告 2. PNSラウンドの実施と各部署の課題に対する対策立案 3. 看護サマリー記載率、内容の調査 4. 重症度・医療看護必要度調査による問題点・改善策の共有 	<p>【目標2について】 重症度・医療看護必要度については、実施した処置やケアを「実施」入力するように周知し、確実に出来ていない部署も多く、必要度IとIIで大きく乖離がみられる結果となったため、各部署で指導の継続が必要がある。1week調査では、酸素投与、創傷処置に関する項目の取り漏れや取り間違いが多かった。各部署で改善に向けてweb研修や指導した結果、大きく改善がみられた1day調査では、救急搬送(5日間)の項目がとれていないことが分かり、看護メモに期間の入力と入院時チェックリストに追記することになり、救急搬送の項目の取り漏れの減少につながった。カンファレンスの開催については、1week調査を前期と後期に行った。部署にバラツキはみられるが、実施できている部署も多くみられる。しかし、計画修正や個別性の立案は実施率が低い結果となった。後期に向けて各部署が改善策立案し取り組んだが、改善がみられない部署が多くみられた。病棟編成や閉鎖などで実施困難な状況であるが、質の向上に向けて各部署で改善できるように取り組んでいく必要がある。また、PNS強化グループにおいても、カンファレンスは課題であるため、連携していく。</p>
9月8日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中間評価 2. 副看護師長会研修(CREATE)の実施 3. PNS役割評価とTL評価、PNS対策実施状況の共有 4. 看護サマリー記載率、問題点と改善策の抽出 5. 重症度・医療看護必要度の研修開催 	
10月13日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 副看護師長会研修(CREATE)の実施 2. 職場満足度調査の実施とデータ入力 3. 各病棟で1事例を抽出し、看護展開の実施 4. 重症度・医療看護必要度の研修開催 	
11月10日	<ol style="list-style-type: none"> 1. PNS役割評価の実施(2回目:自己評価・他者評価) 2. TL評価の実施(2回目:自己評価・他者評価) 3. 1と2の分析と対策 4. 職場満足度調査の結果報告 5. 看護計画修正率の調査2回目 6. 重症度・医療看護必要度スタッフ別調査 	<p>【目標3について】 病院看護管理者に必要な能力(組織管理能力・質管理能力・人材育成能力・危機管理能力・自己開発力)の概念を理解することを目的にCREATEの内容に沿って研修を行った。CREATEの資料を各副看護師長に配布し、内容を確認した。研修については会議の時間内に講義や事例検討等の研修会を実施し理解を深めることができた。研修終了後は、自己評価を実施し、全員が概ね理解できた以上の評価となった。次年度は明確化した自己の課題、日々の実践を通して各々達成していくように取り組んでいく。</p>
12月8日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 副看護師長会研修(CREATE)の実施 2. PNS役割評価とTL評価の結果について 3. 2の各部署の対策と実施 4. 看護計画修正の各部署の問題点抽出と改善策の検討 5. 重症度・医療看護必要度調査結果 	
1月12日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1年のまとめ 2. 看護必要度調査による問題点・改善策の共有 3. 最終評価に向けたデータまとめ 	
2月9日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 今年度の活動評価 最終評価 2. 副看護師長会研修(CREATE)の実施 3. CREATE評価の実施 	
3月9日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 次年度の課題と活動計画の検討 	

2022年度 実習指導者会活動報告

委員長	委員長：中島看護師長 副委員長：川瀬教育担当看護師長	
メンバー	寺川（南3）下井副看護師長（南4）瀬戸（南5）佐々副看護師長（南6） 福田（南7）沖村（東2）湯室副看護師長（HCU）一原（手術室）村松（外来）	
目的	臨地実習が効果的に行えるように具体的項目を協議し、臨地実習の効果をあげる看護実践者としての役割モデルになる	
目標	1. 臨地実習を受ける対象（学生）のレディネスに応じた実習指導を部署全体で行う 2. 実習後に実習指導案に基づいて振り返りを行う 3. 部署内において、教育的役割を果たす	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月22日	辞令交付 1. 自己紹介 2. 実習指導者会規定について 3. 令和4年度 実習指導者会活動計画 4. 令和4年度 実習受け入れ計画 5. 実習指導者の役割について	【結果と評価】 1. コロナ感染拡大により中止した実習はあったが、実習指導案に基づき、実習指導者だけではなく、実習担当者と協力しながら実習指導を行うことができた。年度後半は指導者の確保困難が生じ、連携不足が生じた。そのため、担当教員とより連携しながら、実習生の習得状況に応じ臨機応変に対応しながら実習を進めることができた。 2. 実習状況を実習指導者会で共有することができた。実習形態に応じた実習指導案を作成・修正することが出来た。 3. 部署内での教育的役発揮に向け目標を設定し、教育的支援計画を立案・実施・評価することができた。実習だけではなく、実習指導者としての自部署での役割発揮を考え、実践を通して学ぶ機会になった。また、指導計画を立案する際の「三観」の必要性を学ぶことができた。中学生職場体験は、中学2年生のレディネスを想定して臨んだが、想定するレディネスに到達していない傾向（コミュニケーション力や職場体験に臨む姿勢）がみられたため、次年度に向け指導案を改善する必要がある。 【次年度に向けて】 1. 指導者間の情報共有の強化と連携・次期指導者の育成。 2. 見直した実習指導案を活用し、評価する。評価をタイムリーに実習指導案に反映することが課題である。 3. 教育的役割を自覚し、レディネスを把握した指導計画の立案及び部署内においてスタッフと連携しながら意図的な指導を継続する。
7) 看護部 研修実績	1. 実習報告 2. 母性看護学実習を実習指導案に基づいて振り返る 3. 高校生「1日看護体験」とインターンシップ 受け入れ計画	
9月30日	1. 実習報告 2. 高校生「1日看護体験」とインターンシップ 受け入れ報告 3. 部署内での教育的役割について① 4. 中間評価	
9) 看護 研究等 実績	1. 実習報告 2. 部署内での教育的役割について② 3. 看護学実習を実習指導案に基づいて振り返る②	
1月27日	1. 実習報告 2. 部署内での教育的役割について③ 2. 最終評価	
3月24日	1. 実習報告 2. 次年度の活動計画	

2022年度 教育委員会活動報告

委員長	委員長：川瀬教育担当看護師長 副委員長：吉田看護師長	
メンバー	二本柳（南3病棟）矢口→10月から捧（南4病棟）人見副看護師長（南5病棟）中村（南6病棟）渡り（南7病棟）山田（東2病棟）加地（HCU）湯上副看護師長（手術室）増倉（外来）	
目的	看護部職員の専門的及び一般的教育を推進し、より充実した看護を行うため、教育と研究活動を支援する	
目標	1. 看護職員能力開発プログラムに基づいた集合研修の企画・運営と評価ができる。 2. 集合教育と機会教育との連携促進を図り、キャリア形成のための教育支援ができる。 3. 各部署の教育計画に基づいた機会教育を実践できる。	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月11日	1. 教育委員会規程 2. 年間研修計画について 3. 年間活動計画（案）について	【目標1】 <結果>教育委員が自身の役割を自覚し、研修前の動機付けや研修後の振り返りを行うことができた。前期、アンケートの動機付け欄において1つの選択しかできなかったため、複数回答可へ変更した。その結果教育委員からの動機付けがあったと回答している研修者もみられた。委員会前に各部署の教育委員から研修者のレディネスを意図的に情報収集することで、委員会内で効果的な意見交換につながった。ACTy冊子の具体的なページ数を提示することで、研修目的や目標、求められている部分について理解することにつながった。研修後のアンケートをQRコードからの入力としたことで、研修直後にアンケートを確認しながらの振り返りが不足した。<評価>前期は委員会前に、研修者のレディネスを把握し委員会内で共有したが、後期はレディネスだけではなく研修内容についても検討して研修に反映することができた。そうすることで意図的な動機付けや振り返りを行いやすくなった。<課題>研修後のアンケート結果を研修直後に担当者で閲覧する時間を設け、その場での評価を、研修評価に反映する必要がある。研修後の振り返りだけではなく、その後OJTで発問や確認をする。研修開催翌月に、研修評価やその後の機会教育について委員会内で確認、共有しているがそれ以降に経過を追っていない。 【目標2】 <結果>12月末までの教育検討会の平均は4.6回/部署であり、毎月はできていない。各部署の教育的取り組みを毎月提出し、委員会配布したことで他部署の取り組みを共有することができた。各部署で工夫しながらOJTシートを活用しているが、実際のOJTの場で活用できているか評価できていない。提出が遅れている研修者もいる。<評価>COVID-19の再蔓延の影響で勤務変更や出勤者の減少、院内クラスターにより教育検討会が定期的に実施できておらず、看護部の目標である1回/月の実施に至っていない。各部署の教育検討会が不定期であることや、当日の業務遂行から急遽開催されることもあり、教育担当看護師長が教育検討会に参画できない。そのため教育担当看護師長としての客観的な意見交換や、集合研修と機会教育との情報共有ができていない。毎月教育的取り組みを記載することで、教育的役割への意識継続につながっている。OJTシートを記載するだけにとどまっていることが多く、病棟全体で把握できていない。また、部署によっては提出率が低い。<課題>教育検討会を定着化する。教育検討会に教育担当看護師長が参画し、客観的立場で意見交換や情報共有を行う。教育検討会の内容を教育担当看護師長と共有する（共有フォルダーなどの活用）。もしくは会議録を提出する。OJTシートの内容含め、対象者の到達状況や課題を教育委員だけではなく部署全体で共有し、教育を行う。 【目標3】 <結果>教育検討会以外に年間教育計画を確認する機会がなく、年間教育計画に則ったOJTの意識が薄れている。<評価>教育検討会が定期的に実施できておらず、年間教育計画に沿っていないことがある。適宜修正できていない。<課題>委員会で年間教育計画を確認し、評価する機会を設ける。年間教育計画に則ったOJTを実践する。
5月2日	1. 新人看護師の状況 2. 5月研修 3. 6月研修の目的・目標と対象者のレディネス 4. 各部署の教育体制構築に向けた取り組み 5. ACTy3か月評価に向けて	
6月6日	1. 5月研修の研修後評価とその後の機会教育の状況 2. 6月研修について 3. 7月研修の研修生観の意見交換と企画に向けた検討 4. 年間教育計画の進捗報告と課題の検討	
7月4日	1. 6月研修の研修後評価とその後の機会教育の状況 2. 7月研修について 3. 9・10月研修の研修生観の検討 4. ACTy3か月評価結果とACTy6か月評価に向けて 5. 教育委員会の中間評価に向けて	
9月5日	1. 7月研修の研修後評価とその後の機会教育の状況 2. 9月研修について 3. 11月研修の研修生観の意見交換と企画に向けた検討 4. 院内留学について 5. 教育委員会中間評価内容の検討	
10月3日	1. 9月研修の研修後評価とその後の機会教育の状況 2. 10月研修について 3. 12月研修の研修生観の意見交換と企画に向けた検討 4. ACTy6か月評価結果	
11月7日	1. 10月研修の研修後評価とその後の機会教育の状況 2. 11月研修について 3. 1月研修の研修生観の意見交換と企画に向けた検討 4. 年間教育計画の進捗報告と課題の検討	
12月5日	1. 11月研修後の機会教育 2. 12月研修について 3. 2月研修の目的・目標と対象者のレディネスについて 4. 年間教育計画の進捗報告と課題の検討	
1月4日	1. 12月研修後の機会教育（研修評価とOJTの状況） 2. 1月研修について 3. 3月研修の目的・目標と対象者のレディネスについて 4. ACTy12か月評価に向けて 5. 最終評価に向けて	
2月6日	1. 1月研修後の機会教育（研修評価とOJTの状況） 2. 2月研修について 3. 院内留学について 4. 教育委員会最終評価内容の検討	
3月6日	1. 2月研修後の機会教育（研修評価とOJTの状況） 2. 3月研修について 3. ACTy12か月評価結果 4. 次年度に向けて（年間教育計画（案）の検討）	

2022年度 看護記録委員会活動報告

委員長	委員長：林看護師長 副委員長：青木看護師長	
メンバー	野上（南3）杉本（南4）大橋（南5）佐々副看護師長（南6） 長尾（南7）外川副看護師長（東2）東木場（HCU）山田（手術室）辻（外来）	
目的	1. 看護記録の充実を図り、看護の質の向上を図る。	
目標	1. 看護過程オーデイトマニュアルの監査項目を見直し、患者の状態に応じた個別性のある看護過程の展開された記録ができる 2. 退院時看護要約が継続看護に活かされる記録の記載ができる 3. 電子カルテの機能を有効活用し、看護記録の充実を図ることができる 4. 入院時データベース用紙の見直しを行い、入院時の看護記録の充実を図ることができる	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月8日	1. 委員会規程について 2. 看護記録委員会年間活動計画について 3. 看護記録の確実な記載について	<p>目標1 7月にオーデイトマニュアルの改定が終了し、8月より新しい評価表での評価が開始となった。2カ月に1回の監査は継続して実施した。評価表が新しくなったことで評価が一時的に低下した部署もみられたが、評価表に沿って指導を行うことで改善が図れてきている。監査項目の中では時に看護計画・退院に関する項目の評価が低下している傾向にあるため、次年度は項目ごとのどういったところに問題があるのか質的な評価を行いながら改善出来るような取り組みが必要である。</p> <p>また、今年度より個別性のある看護計画の評価のためIDAY調査を実施した。後期については前期の結果を受け、指導を行うことで改善がみられているがさらなる改善が必要な状況である。委員会としては初期評価率も確認しており、初期評価率も同様に改善がなかなか難しい部分でもあるため、初期評価の改善を図ると共に看護計画の個別性に繋がるような役割を継続していく必要がある。</p>
5月6日	1. オーデイトマニュアル監査項目についての検討 2. 個別性のある看護計画の立案についてIDAY調査 3. 看護要約見本について 4. 電子カルテの機能の活用方法について	
6月3日	1. オーデイトマニュアル監査項目についての検討 2. 個別性のある看護計画の立案についてIDAY調査 3. 看護要約見本について 4. 電子カルテの機能の活用方法について	
7月1日	1. オーデイトマニュアル監査項目について検討 2. 看護要約見本について 3. 電子カルテの機能の活用方法について	
9月2日	1. 年間計画の中間評価と後期の取り組みについて 2. オーデイトマニュアル監査項目について検討	
10月7日	1. チャンピオンカルテについて（病院機能評価項目の確認、各部署への周知） 2. 入院時データベースについて（課題抽出） 3. 退院支援委員会との症例検討会	
11月4日	休会 1. チャンピオンカルテについて（各部署からの発表） 2. 入院時データベースについて（課題抽出、修正）	
12月2日	1. チャンピオンカルテについて 2. 個別性のある看護計画の立案についてIDAY調査 3. 入院時データベースについて（修正、活用）	
1月6日	休会 1. チャンピオンカルテについて 2. 入院時データベースについて（活用、評価）	
2月3日	休会 1. チャンピオンカルテについて 2. 入院時データベースについて（活用、評価） 3. 年間活動の最終評価と今後の課題	
3月3日	1. 次年度の課題と活動計画について	<p>目標2 2カ月に1度の頻度でのデータ収集を継続。前期では昨年度作成した看護要約の見本について検討を行い、承認を得ることができた。後期は見本を用いて看護要約の質の改善を図る必要があったが、病院機能評価の自己評価にあたり看護要約の記載率の低さが問題となりまずは看護要約の記載率改善に取り組んだ。メンバーと看護師長が連携することで記載率の改善を図る事が出来ているため、このまま継続するとともに次年度は質の改善にも取り組んでいく必要がある。</p> <p>目標3 委員会の中で、処置コスト算定の方法や記録の入力方法を確認し病棟で伝達することで入力漏れの減少につなげる事ができている。また、新たなテンプレートの作成など少しでも記録を記載する時間が短縮しかつ漏れがなく記載できるような改善を図る事ができた。記録の充実を図る上ではまだまだ活用できていない機能もあるため、他委員会とも連携を図りながらシステムの構築や検討を行っていく必要がある。</p> <p>目標4 入院時データベースについては見直しを行うため、メンバーからの意見の収集を行う事ができた。しかし、記録委員の休会などもあり十分な検討を行う事が出来なかった。また、入院時データベースについては退院支援委員会など他の委員会も関連している部分である。お互いに連携しよりよりのもの作成に繋がるように検討を行っていく必要があり、次年度に引き継ぐ。</p>

2022年度 看護業務委員会活動報告

委員長	委員長：中島看護師長 副委員長：不在	
メンバー	山下 (R5. 3～池元) (南3) 橋本 (南4) 人見副看護師長 (南5) 柴田 (南6) 奥居 (南7) 森 (東2) 伊野 (HCU) 榎 (手術室) 北田副看護師長 (外来) 続宗副看護師長 (看護部長室)	
目的	看護業務に関する調整、検討を行い、看護の質の向上に寄与する	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護基準および看護手順を整備し、業務に活用できる 2. 看護用品を適正配置し、業務の効率化を図る 3. 退院時アンケートより患者の意見を抽出し、患者満足度の向上を目指す 4. 処置入力漏れをなくし、適正な算定を行う 	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月19日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 看護業務委員会規程、患者サービス向上委員会規程 2. 業務委員会年間活動計画 3. 看護基準および看護手順の整備 4. 看護用品 (SPD 物品) について 5. 「看護の日」 イベントについて 6. 身だしなみチェック (1回目) について 	<p>【結果と評価】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 看護手順1と2を整備することができ、目標を達成した。電子カルテに掲載した看護手順の活用が浸透できていない。 2. 各委員が自部署のSPD物品の管理状況を把握し、主体的に問題解決行動 (紛失対策、定数見直し、定数削減) を進めることができた。引き続き、紛失0活動を継続する必要がある。 3. 退院時アンケート回収率：平均44%、A⑤不安の悩みの対応：平均4.44、G③病院の看護師への満足度：平均4.54。退院時アンケートの結果を業務委員会で検討しておらず、看護部内 (部署間) の問題を指摘する意見に対応できていない現状である。 4. 適正な算定に向け、副看護師長と連携しながら看護必要度Ⅱを目標28%に到達するように取り組んだが、届いていない。医師側からもA項目の割合増加に取り組んでいるが、抜本的な改善へと繋がっていない。 <p>【次年度に向けて】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 電子カルテに掲載している看護手順を周知しタイムリーな活用に向け取り組む。 2. SPD物品紛失0活動の継続。SPD物品の適正配置に向け、定期的な定数の調整を行う。 3. 退院時アンケートの回収率向上への取り組みと、退院時アンケートの結果を患者サービス委員会のみではなく委員会内で検討し、問題解決に取り組む。言い換え集を活用し、身だしなみチェックの継続することで、看護師の質を向上する。 4. 引き続き、副看護師長と連携しながら適正な看護必要度の評価に取り組む。必要に応じて、クリティカルパスとの連動など、システムでの改善をすすめる。
7) 看護部 研修実績	<ul style="list-style-type: none"> ・追加する看護手順の作成 ・SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 ・「看護の日」施設内イベント開催 ・身だしなみチェック (1回目) の実施 	
6月21日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 追加看護手順の内容確認 2. SPDカード紛失状況と対策の共有 3. 「看護の日」 イベント報告 4. 身だしなみチェック (1回目) の結果と改善策の検討 5. 退院時アンケートの結果と改善策の共有 6. 処置入力漏れの実態調査に向けて 	
9) 看護 研究等実績	<ul style="list-style-type: none"> ・追加看護手順の修正と提出 ・SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 	
8月	<ul style="list-style-type: none"> ・処置入力漏れの実態調査 ・SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 	
9月20日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 追加看護手順の修正内容の共有と承認 2. 処置入力漏れ実態調査結果と改善策の検討 3. SPDカード紛失状況と対策の共有 4. 退院時アンケート結果と改善策の共有 5. 中間評価と今後の課題 	
10月18日	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 2. 身だしなみチェック (2回目) について 3. 退院時アンケート結果と改善策の共有 4. 看護基準や看護手順の項目見直しと新規作成の検討 	
11月	<ul style="list-style-type: none"> ・身だしなみチェック (2回目) の実施 ・新規作成が必要な看護基準や看護手順の作成 ・SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 	
12月20日	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 2. 身だしなみチェック (2回目) の結果と改善策の検討 3. 退院時アンケート結果と改善策の共有 4. 新規作成の看護基準や看護手順の内容確認 	
1月	<ul style="list-style-type: none"> ・新規作成の看護基準や看護手順の修正と提出 ・SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 	
2月15日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新規作成の看護基準や看護手順の修正内容の決定 2. SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 3. 退院時アンケート結果と改善策の共有 4. 最終評価と来年度の課題について 	
3月15日	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPDカード紛失に対する原因追求と課題の明確化 2. 退院時アンケート結果と改善策の共有 3. 次年度への課題と活動計画について 	

2022年度 セーフティナース会活動報告

委員長	委員長：才田医療安全管理係長 副委員長：不在	
メンバー	松村副看護師長（南3） 出路（南4） 井上（南5） 竹村（南6） 村瀬副看護師長（南7） 上田（東2） 辻（HCU） 田中（手術室） 奥田（外来）	
目的	看護現場のリスクに対する感性を高め、医療安全行動が実践できる医療安全文化の醸成に寄与すること	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6R・指差呼称での確認を率先して実施し、安全な看護を提供できる 2. 患者確認行動手順の定着を図り、患者誤認インシデントゼロを目指す 3. 安全な療養環境（転倒転落防止、身体拘束ゼロ）を整えることができる 4. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動を行う 	
月日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月18日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 令和4年度活動計画について 2. グループ活動について 	<p>目標1. 確認行動を実施し、安全な看護を提供できる</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 内服薬と薬手順に沿って、全スタッフ対象に手順の遵守状況を調査した。全項目の遵守率は平均90%以上。しかし、薬剤セット・準備・実施の段階で、6Rを指差呼称で100%確認できていないなかった。次年度も手順の遵守状況および指差呼称の実施状況調査を行う。シングルチェック実施率71%、次年度は完全移行を目指す。スタッフ一人一人が責任を持って、手順に沿った看護が提供できるように取り組む。
7) 看護部研修実績	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：南4病棟 2. マニュアル周知（患者確認行動・転倒転落防止・身体拘束マニュアル） 3. 身体拘束実態調査：全例調査① 4. 身体拘束を実施している患者の症例検討 	<ol style="list-style-type: none"> 2) 注射・輸液と薬手順に沿って、全スタッフを対象に手順の遵守状況を調査した。その結果、ダブルチェックの際には6R確認ができていないが、実施直後の確認ができていない。リンクナースが中心となり、日頃のスタッフの確認場面をモニタリングして、必要時はその場で指導していく。
6月13日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：南5病棟 2. 内服薬と薬手順の遵守状況調査① 3. 身体拘束実態調査の結果報告、今後の改善策の検討 4. KYTの取り組み（転倒転落） 5. 転倒転落ハイリスク患者の症例検討 	<p>目標2. 患者確認行動手順の定着を図る</p> <p>患者確認行動手順に沿って、全看護師・看護補助者を対象に実施状況の調査を行った。調査期間は手順通りに実施できているが、調査以外では実施できていない。そのため、今年度の患者誤認インシデントは看護部だけで17件発生している。次年度も引き続き、患者確認の重要性について根拠を説明し、手順通りに実施できるよう指導していく。</p>
9) 看護研究等実績	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：南6病棟 2. 内服と薬手順の遵守状況調査の結果報告、今後の改善策の検討 3. 患者確認行動手順の遵守状況調査 4. 安全な療養環境ラウンドの実施と評価① 	<p>目標3. 安全な療養環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 転倒転落防止と療養環境について、KYTを実施した。また、療養環境チェックシートの活用状況も調査を行い、土日も活用できるよう取り組んだ。転倒転落インシデントは210件発生、排泄動作に伴うことが多い。患者の入院前の生活状況や排尿パターンなどを考慮した看護計画の立案・実践ができていないため、個性に応じた看護計画の立案・実践を行う必要がある。
9月12日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：南7病棟 2. 患者確認行動手順の遵守状況調査の結果報告、今後の改善策の検討 3. 「転倒転落防止：療養環境チェックシート」の活用状況調査 4. 中間評価 	<ol style="list-style-type: none"> 2) 身体拘束実態調査の結果、予防的ケアの実践率81.5%と上昇している。次年度も引き続き、予防的ケアを看護計画に立案・実践していく。また、医師とのカンファレンスを開催し、身体拘束回避・軽減・解除に向けて取り組む。
10月11日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：東2病棟 2. 転倒転落発生時フローチャートの活用状況調査 3. 「転倒転落防止：療養環境チェックシート」の活用状況調査の結果報告、今後の改善策の検討 4. 注射・輸液と薬手順の遵守状況調査 5. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動（確認G：医療安全ニュース発行） 	<p>目標4. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 転倒転落・療養環境をテーマにKYTを実施した。KYTの取り組み期間だけでなく、取り組み後に行動目標を達成するために各病棟で再度、取り組んだ。日頃から、KYTの視点を持って安全な療養環境を整えられるよう、次年度も継続する。
11月14日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：HCU 2. 注射・輸液と薬手順の遵守状況調査の結果報告、今後の改善策の検討 3. 身体拘束実態調査：全例調査② 4. 転倒転落発生時フローチャート活用状況調査の結果報告、今後の改善策の検討 	<ol style="list-style-type: none"> 2) 各病棟で発生したインシデントを警鐘事例として、問題点や対策について発表、意見交換を行った。次年度は、小グループに分かれて事例検討を行い、リンクナースのアセスメント能力向上を図る。
12月12日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：南3病棟 2. 身体拘束実態調査の結果報告、今後の改善策の検討 3. 内服薬と薬手順の遵守状況調査② 4. KYTの取り組み（療養環境） 	<ol style="list-style-type: none"> 3) 患者確認行動の重要性と安全な療養環境に関して、広報誌を発行し、情報発信および注意喚起を行った。引き続き、マニュアル遵守状況調査の結果等も医療安全ニュースとして発行していく。
1月10日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：手術室 2. 内服と薬手順の遵守状況調査の結果報告、今後の改善策の検討 3. 安全な療養環境ラウンドの実施と評価② 	
2月13日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 警鐘事例：外来 2. インシデント防止に向けた啓蒙啓発活動（療養G：医療安全ニュース発行） 3. 最終評価 	
3月13日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 次年度に向けた取り組み案作成 	

2022年度 感染防止リンクナース会活動報告

委員長	委員長：宮地聡子 副委員長：不在	
メンバー	福島（南3）奥山（南4）杉澤（南5）岩井副看護師長（南6） 茶谷副看護師長（南7）熊木（東2）深港（HCU）中西（手術室）深井（外来）	
目的	職員および患者・家族・来訪者の感染防止策および感染防止に関する事項の啓発を推進し、臨床で適切な感染防止策が円滑に実施されること	
目標	1. リンクナースが感染防止対策を職員へ指導できる 2. 適切なタイミングで手指衛生が行え、アルコールジェル使用量が600gを達成できる 3. 清潔な療養環境の提供と医療関連感染の低減に努め、アウトブレイクを起さない	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月12日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 感染防止リンクナース会規程について 3. 令和4年度活動内容についての検討	1. ICTラウンド結果からの指導事項について情報共有を行い、自部署の感染対策に繋げることができた。しかし、繰り返し指摘された指導内容（インスリン開封日の未記入、針捨てBOXの蓋が閉まっていない、検体容器の期限切れ）が継続して出来るようにリンクナースの働きかけが必要である。 機関誌を2回発行し（6月号テーマ「手指衛生強化」、10月号テーマ「冬季流行性疾患」）啓蒙活動を行った。手指衛生については手指衛生の5つのタイミングのモニタリング結果を入れ、遵守の低いタイミングについてスタッフへ注意喚起を行った。 2. アルコールジェル使用量の600g/月以上達成している人数の割合は増加傾向となっており、活動の効果がみられている。しかし、患者数などによって変動があり遵守の良い状態が継続出来ない部署がある。特にアルコールジェル使用量の少ないスタッフには使用量の分析をリンクナースが一緒に行うなど個別に関わることで改善がみられているため個別に関わっていく。又、リンクナース中心のみではなく看護師長・副看護師長・教育委員メンバー・実地指導者などと共に手指衛生遵守の取り組みを行う必要がある。 又、アルコールジェル使用量未記入がゼロにはなっていないため、正しいデータから出し分析が行えるようにスタッフへ意識を高める必要がある。 手指衛生の5つのタイミングのモニタリングを2回実施し各部署でリンクナースが中心に改善に向けた取り組みを行った。「物品接触後」は改善がみられたが、「患者接触前」は継続して低い結果であり、次年度もモニタリングを実施し対策検討が必要である。 3. 療養環境チェックを2回実施し、改善に取り組んだ。特に臥床患者の床頭台の環境整備、ルビスタでの清掃順序の徹底の遵守が低かった。床頭台の整理・整頓を周知させ45%→74%に遵守率が上昇した。ルビスタでの清掃順序についても再度手順を周知させ50%→82%に遵守率が上昇した。 UTI予防については、プロセスサーベイランスを2回実施した。膀胱留置カテーテル挿入前の清潔ケアの遵守が低く、マニュアルを再度周知することで遵守率が上昇した。今後は定着できるように取り組む。膀胱留置カテーテル管理については1回目・2回目共に遵守率は98%以上と良かったため、継続していく。膀胱留置カテーテルを挿入した際の記録について、「観察項目の設定ができていない」85.7%、「観察項目に観察結果が入力されている」42.9%と低い状況にある。観察項目の設定の資料を配布しリンクナースより再度指導を行ったが、観察項目に結果を入力し患者の状態をアセスメントしてケアに結びつけられるようにする必要がある。
5月10日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. 各グループ年間活動計画の立案内容の共有 3. ICTラウンド結果への取り組み 4. 機関誌検討 5. 手指衛生モニタリング実施（1回目）発信 6. UTIのケアバンドルについて 7. 療養環境チェック実施（1回目）発信	
6月14日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ICTラウンド結果への取り組み 3. アルコールジェル使用量結果 4. 手指衛生モニタリング実施の進捗状況の確認 5. 療養環境チェック結果からの対策実施状況	
7月12日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ICTラウンド結果への取り組み 3. 手指衛生モニタリング実施結果の分析と対策 4. プロセスサーベイランス実施発信 5. 療養環境チェック実施結果からの対策について	
9月13日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ICTラウンド結果への取り組み 3. アルコールジェル使用量結果 4. 手指衛生モニタリング実施について 5. プロセスサーベイランス実施からの対策について 6. 中間評価	
10月12日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ICTラウンド結果への取り組み 3. 機関誌検討 4. アルコールジェル使用量結果 5. 手指衛生モニタリング実施（2回目）実施 6. 療養環境チェック実施（2回目）発信	
11月8日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ICTラウンド結果への取り組み 3. アルコールジェル使用量結果 4. 手指衛生モニタリング実施結果の分析と対策立案 5. プロセスサーベイランス実施発信 6. 療養環境チェック実施結果からの対策	
12月13日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ICTラウンド結果への取り組み 3. アルコールジェル使用量結果病棟での取り組み 4. 手指衛生ポスターについて検討 5. 療養環境チェック後の取り組みと今後の課題 6. プロセスサーベイランス実施	
1月11日	1. COVID-19感染症の対策について 2. サーベイランスデータ分析内容報告 3. ICTラウンド結果への取り組み 4. アルコールジェル使用量結果 5. 療養環境チェック実施結果からの対策 6. プロセスサーベイランス実施結果からの対策 7. UTI看護計画チェックについて	
2月14日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. ICTラウンド結果への取り組み 3. アルコールジェル使用量結果 4. プロセスサーベイランス実施結果からの対策 5. 最終評価	
3月14日	1. サーベイランスデータ分析内容報告 2. アルコールジェル使用量結果 3. 次年度の活動内容の検討	

2022年度 退院支援委員会活動報告

委員長	委員長：打越 副委員長：宮地	
メンバー	大西（南3）川原（南4）太田（南5）吉村（南6）落合（南7）立石（東2）渡邊（HCU） 山田（手術室）北田（外来）木下（地域医療連携室）	
目的	1. 退院支援に関する知識の向上と入退院支援の実践能力を向上させる	
目標	1. 東近江圏域の入退院支援ルールを活用を図り、個別性のある入退院支援の実践ができる。 2. 入院時支援センター、外来と連携し、患者の生活を見据えた継続看護が実践できる。 3. 入退院支援リンクナースが中心となりケアマネージャーや訪問看護師との連携を図る（フィードバックカンファレンスの実施）	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月13日	1. 退院支援委員会の規定について 2. 令和4年度活動計画について 3. リンクナースの役割について 4. 前年度の引継ぎを受けての現状と課題について 5. 入退院支援グループ、継続看護グループに分かれて今年度の活動計画を立案する	1. 1) 入退院支援マニュアル(フロー)を今年度作成し、病棟リンクナース、地域連携室リンクナースと合同で入退院支援フローや算定の流れについて学習会を実施した。また、参加できない看護師には個別で説明を行った。今後も、入退院支援の手引きに沿った学習会を継続する。 2) 入退院支援加算算定件数増加への取り組みについては、後期すべての病棟で増加した。4月83件/月→12月190件/月、算定率も40%から60%近く増加した。入退院スクリーニングシートを変更し、対象を広げ、早期に介入することで取り組めるようになってきた。 2. 入院時支援センターで得られた情報が各病棟の入退院支援に活用されていない現状がある。入院時支援センターの情報を病棟の看護実践に活用することが課題である。 3. リンクナースが中心となりCMや訪問看護との連携を図るため、CM、訪問看護からの情報を確認し、連携すること（介護連携指導）が重要である。病棟差はあるが少しずつ連携できるようになってきている。介護連携指導45件/月まで増加してきた。
6月8日	1. 各病棟の入退院支援の取り組みについて発表と意見交換（目標値への取組み） 2. 退院支援グループ・継続看護グループの活動計画と実施 3. 介護支援指導件数（算定）の取組み 4. 退院前・後訪問の実施状況 5. 在宅チームと症例検討の取組み報告	
8月10日	1. 年間計画の中間評価と後期の取組み 2. 在宅チームと症例検討の取組み報告	
10月19日	1. 各病棟の取組みについて発表と意見交換 2. 退院支援グループ・継続看護グループの活動計画と実施 3. 記録員会合同症例検討会に向けての取組み 4. 退院前・後訪問の実施状況	
12月10日	1. 各病棟の取組みについて発表と意見交換 2. 退院支援グループ・継続看護グループの活動計画と実施 3. 在宅チームと症例検討の取組み報告 4. 記録委員会合同症例検討会に向けての取組み	
2月8日	1. 年間活動の最終評価と今後の課題 2. その他	

2022年度 認知症ケアワーキング活動報告

委員長	委員長:池上看護師長 副委員長:青木看護師長	
メンバー	村松副看護師長(南3) 伊藤副看護師長(南4) 込山(南5) 眞山(南6) 谷澤(南7) 岩下(東2) 北川(HCU) 林(外来)	
目的	認知症患者の特徴を理解し、認知症看護の質を向上させる	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症患者の特徴に沿った個別性のある看護計画立案・実施ができる 2. 認知症看護について各部署のスタッフに指導し、看護実践力を向上できる 3. せん妄ハイリスクケア加算、認知症ケア加算を適正に算定できる 4. Web研修を通して、認知症について知識を向上できる 	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 勉強会の実施 2. 年間活動内容について発信 	<p>目標1. 認知症ケア加算取得患者に対して「慢性混乱」の看護計画の立案は100%できている。しかし、初期評価や状態変化時に看護計画の修正率は低い。転倒・転落後の看護計画の修正はできており、アセスメントから看護計画の立案につなげるよう働きかけが必要。認知症ケア加算3の取得にあたり、毎日の評価が必要である。認知症ケア加算取得患者に対してカンファレンスが開催されていない症例もあり、認知症ケアリンクナースが中心となり働きかけが必要。今後は、入院前の様子を家族やケアマネージャーから情報収集し看護計画に反映する。初期評価時や状態変化時にアセスメントに基づいた看護計画の修正が必要。</p> <p>目標2. 各病棟で毎月事例検討会を開催することは、コロナの影響もあり業務上、スタッフへの負担が増えたため無理な計画であったと考える。しかし、毎日の評価をPNSで行うことで、スタッフの知識向上につながると考える。各病棟の困難事例や成功事例について認知症ケアワーキングでの検討会では積極的な意見交換ができた。認知症ケア研修を4名が受講した。受講後に認知症ケアワーキングで伝達講習を行い知識の向上につながった。今後は認知症患者に対するACPや意思決定支援の取り組みが必要と考える。</p> <p>目標3. 分析システム(加算だポン)を活用し、加算取得向上に取り組んでおり、分析からアクションプランを明確にし、認知症ケアワーキングメンバーが中心となり取り組むことで成果につながると考える。</p>
5月11日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症ケアワーキングの規定と年間活動計画について 2. 認知症ケア加算関連データの報告方法について 3. 各病棟におけるカンファレンスについて 4. 認知症ケアワーキングにおける事例検討の開催方法について 	
6月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各病棟の活動報告と認知症ケア加算関連データの提出 2. 各病棟でカンファレンスの結果提出 3. 事例検討の事例提出・検討 4. 近隣施設との症例検討会の内容・方法の検討 	
7月13日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各部署の活動報告 2. 各病棟の認知症ケア加算関連データの評価と対策 3. 各病棟でのカンファレンスの結果と評価について 4. 事例検討 5. 個別性のある看護計画調査について(ワンデイ調査) 6. 近隣施設との症例検討会の内容・方法を検討 	
8月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各病棟の活動報告と認知症ケア加算関連データの提出 2. 各病棟でのカンファレンスの結果提出 3. 事例検討の事例提出・検討 4. 個別性のある看護計画調査の実施(ワンデイ調査) 	
9月14日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各病棟でのカンファレンスの結果と評価について 2. 事例検討 3. 個別性のある看護計画の立案、実践記録の評価 4. 中間評価 5. 近隣施設との症例検討会の実施(9月予定) 	
10月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各病棟の活動報告と認知症ケア加算関連データの提出 2. 各病棟でのカンファレンスの結果提出 3. 事例検討の事例提出・検討 4. Webの内容・方法の検討について発信 	
11月9日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各部署の活動報告 2. 認知症ケア加算関連データの評価と対策について 3. 各病棟でのカンファレンスの結果と評価について 4. 事例検討 5. 近隣施設との症例検討会の評価 6. Webの準備(資料・アンケート) 	
12月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各病棟の活動報告と認知症ケア加算関連データの提出 2. 各病棟でのカンファレンスの結果提出 3. 事例検討の事例提出・検討 4. Webの最終確認 	
1月18日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各部署の活動報告 2. 認知症ケア加算関連データの評価と対策について 3. 各病棟でのカンファレンスの結果と評価について 4. 事例検討 5. Webの発信準備 	
2月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各病棟の活動報告と認知症ケア加算関連データの提出 2. 各病棟でのカンファレンスの結果提出 3. 事例検討の事例提出・検討 4. 最終評価の提出 5. Webについて(アンケートの集計) 	

2022年度 緩和ケアワーキング活動報告

委員長	委員長：宮城暢子 副委員長	
メンバー	武村（南3病棟）捧（南4病棟）小西（南5病棟）眞山（南6病棟）吉田（南7病棟） 外川副看護師長・熊木（東2病棟）渡辺→3月から遠藤（HCU）一原（OPE）松尾（外来）	
目的	リンクナースを育成し、がんで入院している患者とその家族のQOLの維持・向上を図る	
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緩和ケアを受ける患者とその家族に、痛みやその他の身体的苦痛・社会心理的問題・スピリチュアルな問題など、患者を全人的にとらえ苦痛を予防し和らげる 2. 患者とその家族の権利の擁護・価値観を尊重した質の高い医療やケアを提供する 3. 病棟スタッフの教育指導・支援を行い、緩和ケアの知識を高める 	
月 日	活動内容	活動の結果と評価・課題
4月	PCTラウンド・カンファレンスの参加 カンファレンス内容ふまえ看護計画の追加修正・看護実践	<p>【目標1】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院時の症状スクリーニング実施率は昨年度よりは向上しているが、がんで入院する患者の1/4程度。スクリーニングで得た情報をもとに患者に応じたケア計画・実践は十分とは言えない。STAS-Jの評価については、リンクナース会で事例をもとに評価を行ったが、実際の入院患者に実施がまだできていない状況にある。STAS-Jの評価は看護師による他者評価のため、できる限り複数人での評価が望ましいとされる。カンファレンスを実施する時間の調整が難しい状況もあるが、症状スクリーニングの情報とSTAS-Jの評価を患者の状況に応じてケアの実践に活かせるよう、スタッフに評価の周知や評価内容の情報共有の構築（症状スクリーニング・STAS-Jの評価記録工夫）が必要と考える。 ・相談や情報提供について、緩和ケア介入は「がんと診断された時から他の治療と併用して始まる」ことは理解できた。リンクナース会でも緩和ケアの介入タイミングについて周知し増加の傾向にはあるが、診断時や早期介入は介入患者全体の20%と低い。様々な場面で意思決定をしていく患者・家族の思いを知り患者にとってよりよい選択を支援するには、患者・家族との信頼関係を築いておくことが必要とされる。患者の病状が悪化した時でも早期から介入していると、患者・家族との関係性もある程度は確立されており、患者を全人的に理解しその人らしさのケアを提供できると考える。病棟看護師長・副看護師長とも連携し、緩和ケアが必要な患者の速やかな相談や介入が実施できるようにする。 <p>【目標2】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オピオイド使用患者以外の患者情報が、病棟から少しづつ発信されるようになっており、「早期からの緩和ケア」の必要性がリンクナースに周知され病棟スタッフの意識も変わりつつあると思われる。PCTラウンドでも、疼痛以外のがん関連症状について気になる患者はないか投げかけを行い、患者の背景となる状況を考えられるよう意図的な関わりを継続する。患者のQOLの維持・向上できるように病棟の支援をしていく。 <p>【目標3】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リンクナース会では、緩和ケアを実践するうえで基本的なケアの知識は得られたと考える。リンクナースだけでなく病棟看護スタッフへの伝達・周知については、病棟看護師長や副看護師長へ緩和ケアWGで検討したことを報告し実践できるような支援を継続する。 ・PCTラウンドでは病棟スタッフも参加してカンファレンスを行っており、リンクナースだけでなくスタッフへの教育・指導の場にはなっていたと考える。今後も引き続き実施し、がん看護の質の向上に取り組んでいく。
5月27日	スクリーニング実施・カンファレンス状況報告 STAS-J評価入力について 緩和ケア概論	
6月	PCTラウンド・カンファレンスの参加 カンファレンス内容ふまえ看護計画の追加修正・看護実践	
7月22日	スクリーニング実施・カンファレンス状況報告 勉強会：がん疼痛の薬物療法について（高屋薬剤師）	
8月	PCTラウンド・カンファレンスの参加 カンファレンス内容ふまえ看護計画の追加修正・看護実践	
9月30日	中間評価・スクリーニング実施・カンファレンス状況報告 事例検討：STAS-J評価を用いて患者全体像を把握し、問題点・看護介入を考えてみよう	
10月	PCTラウンド・カンファレンスの参加 カンファレンス内容ふまえ看護計画の追加修正・看護実践	
11月25日	スクリーニング実施・カンファレンス状況報告 事例検討：症状マネジメント 「疼痛・せん妄のある患者のアセスメントの視点」	
12月	PCTラウンド・カンファレンスの参加 カンファレンス内容ふまえ看護計画の追加修正・看護実践	
1月27日	休会	
2月	PCTラウンド・カンファレンスの参加 カンファレンス内容ふまえ看護計画の追加修正・看護実践	
3月24日	最終評価と次年度への課題 スクリーニング実施・カンファレンス状況報告	

9) 看護研究等業績

(院内)

研究発表等	病棟名	発表者名	テーマ
院内研究発表	南3病棟	田中奈菜子	立ち合い分娩不可の状況で夫が感じる思い ～コロナ禍における夫の父親役割獲得に向けた支援～
院内研究発表	南6病棟	宇佐美晴菜	新型コロナウイルス感染症患者を対象とした効果的な退院支援の 検討
院内研究発表	南7病棟	山田 万智	化学療法を受ける患者の看護に対し看護師が感じる困難
院内研究発表	東2病棟	加藤帆乃夏	認知症高齢者のBPSD緩和を目的とした看護実践の評価
院内研究発表	HCU	野口 優衣	HCUでの褥瘡予防に向けた取り組み ～HCU入室直後からスモールチェンジ法を取り入れて～
院内研究発表	外来	平塚 久恵	当院における外来で経口抗がん剤を使用する患者の服薬行動に関 する意識調査
院内研究発表	手術室	中西 茉帆	消化器外科手術後のSSI発生予防に向けたアルコール含有タオルを 使用した手術直前清拭の有効性について
院内研究発表	副看護師長会	岩井 祐樹	TL評価表を用いたリーダー育成への取り組み

(院外)

研究発表等	日付	場所	病棟名	発表者名	テーマ
第64回 看護学会	9月3日	フェニーチェ堺 (大阪)	南6病棟	川瀬 正裕	新型コロナウイルス感染症患者の退院支援 ～日常生活に及ぼす影響の調査から～
第64回 看護学会	9月3日	フェニーチェ堺 (大阪)	手術室	一原 沙織	頭低位+右斜位による下肢神経障害予防法の 検討
第64回 看護学会	9月3日	フェニーチェ堺 (大阪)	地域医療連携室	打越 智子	在宅看取りを見据えたがん終末期患者の在宅 支援 ～二人主治医制への地域医療連携室の取組み～
第76回 国立病院 総合医学会	10月7日 10月8日	熊本城ホール (熊本)	看護師長会	吉田 麻未	看護管理者の実践力向上への取り組み ～看護師長自身の成長に目を向けて～
第76回 国立病院 総合医学会	10月7日 10月8日	熊本城ホール (熊本)	副看護師長会	人見 暢彦	重症度、医療・看護必要度の習熟のため小テ ストを用いた結果と考察
第76回 国立病院 総合医学会	10月7日 10月8日	熊本城ホール (熊本)	地域医療連携室	打越 智子	二人主治医制への取組み ～在宅看取りを見据えたがん終末期患者の在 宅支援～
第76回 国立病院 総合医学会	10月7日 10月8日	熊本城ホール (熊本)	南4病棟	下井まどか	認知機能低下のある患者のナースコールを促 す関わり ～家族が書いた張り紙を使用して～
第76回 国立病院 総合医学会	10月7日 10月8日	熊本城ホール (熊本)	HCU	伊野 嵩矢	HCU患者のせん妄発症リスク低減に向けた介 入を行う看護師の思考分析
第36回 日本手術 看護学会	11月4日 11月5日	名古屋国際会議場 (愛知)	手術室	一原 沙織	腹腔鏡下S状結腸切除体位による下肢神経障 害予防法の検討
令和4年度 滋賀県看護学会	12月8日	ピアザ淡海 (滋賀)	南7病棟	村瀬 史人	A病院におけるコロナ禍での面会禁止に対し て患者の家族が抱く想い

10) 講師派遣

テーマ	主催	月日	講師名
「オストメイト地域相談会（東近江市）」	滋賀県看護協会	11月12日	続宗 敬子
小児看護学演習Ⅱ	京都医療センター附属 京都看護助産学校	10月17日	林 祐希
小児看護学演習Ⅱ	京都医療センター附属 京都看護助産学校	10月24日	北田香奈子
小児看護学演習Ⅱ	京都医療センター附属 京都看護助産学校	11月7日	下井まどか
ICLS 第6回八風街道コース	OLSA	11月5日	橋本 浩和
「第6回 実践に活かす手術体位固定セミナー」	株式会社増田医科器械	11月26日	湯上 幸子
7) 看護部研修実績	近畿グループ	2月1日	打越 智子
チーム医療推進のための研修2 (がん化学療法)	近畿グループ	2月3日	平塚 久恵
9) 看護研究等実績	近畿グループ	2月24日	熊取谷かおる

11) 学会・研修参加状況

研修名	主催	期間（日付）	参加者	参加人数
医療安全セミナー	厚生労働省近畿厚生局	11月17日	才田 智子	1
看護部長等（新任）研修	機構本部	5月25日～5月26日	野田 記世	1
評価者研修	機構本部	7月1日～7月15日	林 裕希 池上 良子 青木 承子	3
病院経営研修	機構本部	8月1日～10月31日	中島 利恵	1
個人情報保護研修	機構本部	8月1日～8月31日	伊藤 将大	1
治験および臨床研究倫理審査委員養成研修	機構本部	10月19日	野田 記世	1
メンタルヘルス・ハラスメント研修	機構本部	11月7日	熊取谷かおる	1
勤務時間管理研修	近畿グループ	5月10日	青木 承子	1
教育担当看護師長研修	近畿グループ	6月3日	川瀬 正裕	1
医療安全対策研修Ⅱ	近畿グループ	6月2日	才田 智子	1
労務管理研修 （ハラスメント相談員研修）	近畿グループ	6月28日	吉田 麻未	1
保健師助産師看護師実習指導者講習会	近畿グループ	6月1日～6月30日 7月4日～8月1日	岩井 祐樹 茶谷恵美子	2
新任中間監督者研修	近畿グループ	7月13日 11月15日	青木 承子	1
看護師長新任研修	近畿グループ	7月21日	青木 承子	1
医療安全対策研修Ⅰ	近畿グループ	9月1日～9月30日	林 裕希 池上 良子	2
認知症ケア研修	近畿グループ	9月15日 10月4日	北川 由紀 竹原のどか 海江田彩夏 眞山 絢圭	4
中堅看護師長研修	近畿グループ	10月20日	吉田 麻未	1
副看護師長新任研修	近畿グループ	10月28日	伊藤将 大 外川 翼 村瀬 史人	3
医療安全対策研修Ⅱ	近畿グループ	11月22日	才田 智子	1
臨床研究・治験研修	近畿グループ	11月12日	井上 睦実	1
虐待防止対策研修	近畿グループ	11月22日	人見 暢彦	1
第64回看護学会	近畿地区国立病院 看護部長・副学校長 教育主事協議会	9月3日	野田 記世 熊取谷かおる 打越 智子 正出 葵 才田 智子 中島 利恵 林 祐希 宮地 聡子 青木 承子 川瀬 正裕 池上 良子 湯上 幸子 宮城 暢子 続宗 敬子 東出 美香 佐々 純子 岩井 祐樹 下井まどか 伊藤 将大 田中奈菜子 宇佐美晴菜 吉丸 青空 一原 沙織 中西 茉帆 田中めぐみ 山田 裕佳 大西 侑海 岡島 翠 森野 綾乃	29
労務管理研修（窓口担当者研修）	近畿グループ	11月24日	熊取谷かおる	1
認知症ケア研修	近畿グループ	1月10日 2月10日	池上 良子 竹村 由佳	2
看護補助者の更なる活用のための看護管理者研修	近畿グループ	1月31日 2月1日～2月14日 2月24日	才田 智子 首藤 未来	2
院内感染対策研修	近畿グループ	2月21日	岩井 祐樹	1

看護管理者のためのタイムマネジメント	全国国立病院看護部長協議会近畿支部	6月28日	野田 記世 熊取谷かおる 才田 智子 打越 智子 川瀬 正裕 池上 良子 中島 利恵 林 祐希 宮地 聡子 青木 承子 吉田 麻未	11
今どきの教え方	全国国立病院看護部長協議会近畿支部	11月17日	野田 記世 熊取谷かおる 才田 智子 青木 承子 林 祐希 川瀬 正裕 吉田 麻未	7
認定看護管理者教育課程 (ファースト)	滋賀県看護協会	6月10日～7月29日	佐々 純子	1
看護補助者の活用推進のための 看護管理者研修	滋賀県看護協会	7月7日	熊取谷かおる 川瀬 正裕	2
教員インターンシップ	副学校長・教育主事協議会	10月24日～ 10月27日	二本柳李香	1
実習指導者研修	京都医療センター附属 京都看護助産学校	7月28日 9月29日	藤田 佳織 一原 沙織	2
第17回 国立病院機構 近畿学生フォーラム	国立病院機構 近畿学生 フォーラム実行委員会	7月8日	才田 智子 打越 智子 檜 泰子 吉田 麻未 宮地 敏子 下井まどか 一原 沙織 瀬戸 春香	8
てんかんに関する看護師研修会	西新潟中央病院	11月7日～11月30 日	吉田 麻未 捧 奏 田中奈菜子 赤松弥 生 上野紗知子 原田 弥生 酒井 綾乃	7
新人看護職員交流会	滋賀県看護協会	6月7,13,14,15,17日 のいずれか1日	山北沙也香 大谷かのん 川嶋 望南 古澤 早紀 堀内 乃綾 村木 千景 蒲生 愛海 村瀬みなみ 山口 瑞花 吉丸 青空 正出 葵 越後 美羽 大野 まみ 青木 雅子 高山 桃果 岡島 翠 森野 綾乃	17
地域看護ネット開催報告会	滋賀県看護協会	7月16日	野田 記世 打越 智子 吉田 麻未	3
入退院支援看護師養成研修	滋賀県看護協会	7月12日～11月15 日の間の5日間	下井まどか	1
滋賀県病院医療従事者 認知症対応力向上研修	滋賀県看護協会	11月17日	池上 良子 木下 千鈴 井上 史彬	3
3年目看護職員研修	滋賀県看護協会	11月11日、24日 12月2日のいずれ か半日	奥山 昌哉 西山 星華 海江田彩夏 竹原のどか	4
認知症患者の視点から考える パーソン・セカンド・ケア	滋賀県看護協会 第4地区支部	1月21日	続宗 敬子	1
摂食・嚥下を知って食べる支援 をしよう	滋賀県看護協会 第5地区支部	2月17日	続宗 敬子	1
看護師職能Ⅰ（病院領域）集会	滋賀県看護協会	2月18日	中島 利恵	1
がんリハビリテーション研修 (第2期)	公益社団法人 日本理学療法士協会主催	9月1日～10月31日 11月23日	熊木 美聡	1
OLSA-ICLS 第5回八風街道 コース	東近江医療センター	11月5日	吉岡 愛美 伊藤 将大 清水 魁人 辻 遥 大西 侑海 松村 幸恵	6
地域包括ケアフォーラム	東近江保健所	12月10日	野田 清 熊取谷かおる 吉田 麻未 松尾 里香 宮城 暢子 続宗 敬子 林 麻紀子	7
実習指導者研修会	滋賀県立総合保健専門学校	3月9日	中島 利恵	1
症例報告 予後未告知のがん患者への在宅 療養支援 ～家族が告知を望まない場合～	第181回三方よし研究会	1月19日	下井まどか	1

12) 院内研修参加状況

研修名	主催	期間 (日付)	参加者											参加人数
			南3	南4	南5	南6	南7	東2	HCU	手術室	外来	地域連携室	看護部長室	
第69回 ひがしおうみ栄養塾 腸内細菌と健康の関わり 地域医療支援後援会		4月14日	5	5	2	2	3	4	3	2	5	3	5	39
第70回 ひがしおうみ栄養塾 第56回 東近江がん診療セミナー	NST 合同	5月19日	5	5	1	8	2	5	1	1	2	4	6	40
褥瘡セミナー	褥瘡対策委員会	5月25日											6	6
第57回 東近江がん診療セミナー		6月2日	1	4	0	1	1	5	2	1	1	3	4	23
7) 看護部研修実績	NST	6月16日	3	3	1	1	3	5	2	2	3	3	3	29
第58回 東近江がん診療セミナー		7月7日	4	3	1	1	1	3	0	0	2	3	4	22
9) 看護研究等実績	NST	9月15日	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	14
第73回 ひがしおうみ栄養塾	NST	10月20日	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	14
第59回 東近江がん診療セミナー		10月6日	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	4	8
第74回 ひがしおうみ栄養塾	NST	11月17日	1	1	1		1	1			1	1	1	8
第60回 東近江がん診療セミナー		12月1日	1	1	0	0	1	1	0	0	3	2	4	13
第61回 東近江がん診療セミナー		2月2日	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	2	7
第62回 東近江がん診療セミナー		3月2日	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	4	9
第75回 ひがしおうみ栄養塾	NST	3月16日	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	14
個人情報保護研修			全員											
患者対応塾 マナー教育編	患者サービス向上委員会	11月7日～ 11日	26	10	5	16	1	24	15	12	27	4	8	148
ハラスメント研修 ～パワハラを中心に解釈について説明～ (一般職)		11月9日	25	10	5	0	1	24	14	12	7	0	5	103
ハラスメント研修 ～パワハラを中心に解釈について説明～ (管理職)		11月9日	26	1	1	16	0	2	1	0	1	2	7	57
情報セキュリティ研修		12月17日～ 1月31日	全員											
患者の自己決定権と医療を考える		12月8日 12月20日	23	24	15	15	21	21	13	11	29	4	8	184
3つの視点で考える臨床倫理		2月9日 2月14日	26	24	14	14	23	21	13	12	5	4	8	164

13) 実習受け入れ状況

看護課程・養護教諭課程

年度	学校名	学年	人数×日数	延べ人数
2022年度	滋賀県立総合保健専門学校 母性看護学実習	3年生	5人×10日 5人×10日 5人×10日	150人
	滋賀県立総合保健専門学校 高齢者Ⅱ看護学実習	2年生	5人×14日	70人
	聖泉大学 看護学部 成人看護学実習	3年生	4人×9日 5人×9日	61人
	堅田看護専門学校 母性看護学実習	3年次	5人×8日	40人
	堅田看護専門学校 小児看護学実習	3年次	3人×2日 3人×2日	12人
	滋賀県立大学 人間看護学部 母性看護学実習	3年次	3人×16日 3人×3日 2人×4日	59人
	京都医療センター附属京都看護助産学校 助産学実習		2人×10日	20人
	明治国際医療大学 助産学実習	助産師国家試験 受験資格取得コース	2人×19日	38人
	びわこ学院大学 教育福祉学部	3年生	2人×10日	20人

小・中・高校 学生職場体験実習

年度	学校名	学年	人数×日数	延べ人数
R4	東近江市玉園中学校	2年生	4人×3日	12人

医療安全管理室

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	職名
医療安全管理室長	目片 英治	副院長
医療安全管理係長	才田 智子	看護師長
医薬品管理責任者	畝 佳子	薬剤部長
医療機器管理責任者	速水 良高	主任臨床工学技士
医療放射線安全管理責任者	外山 哲也	放射線科医長
医事専門職	増田 英和	医事専門職

活動概要

1) ヒヤリ・ハット体験報告の集計・分析・対策の実施

院内におけるヒヤリ・ハット体験を職員からレポートで報告してもらうことで、全てのレポートを用いてデータの収集・分析を行い、具体的な改善策の提案・推進を行っている。ヒヤリ・ハット報告件数は805件であった。患者影響レベル別ではレベル1、レベル3a、レベル2の順に多くなっており、概要別発生率は薬剤：1.77%、転倒・転落：3.15%、チューブ類：1.21%となっている。転倒・転落により骨折となったレベル3bの報告は3件あり、高齢者の転倒により骨折につながってしまう事例が多いのも現状である。多職種による転倒・転落防止カンファレンス（ラウンド）を継続して行い、未然に防げるように対策を検討している。また、入退院支援センターで入院前の転倒・転落アセスメント評価を行い、患者家族に転倒・転落防止大作について説明するように取り組んでいる。今後も転倒・転落アセスメント評価の徹底と予防ケア、本人・家族への十分な説明と転倒・転落予防に向けた協力を得ることが課題である。身体拘束患者「ゼロ」を目標に適正な身体拘束の実施を行うための取り組みを継続して行っている。身体拘束実施率は平均14%となっており、今後も必要最小限の適正な身体拘束となるよう取り組みを継続していく。

2) 医療安全ウォーキングラウンドの実施

院内のヒヤリ・ハット体験の傾向をふまえラウンドのテーマを決定し、定期的に医療安全委員メンバーと共にラウンドを行っている。職員の医療安全対策マニュアルの遵守状況、各現場における医療安全上の問題点と改善のために助言や指導をラウンド時に直接行っている。テーマとしては、モニターアラーム対応・薬品管理・人工呼吸器管理・患者確認行動などがある。2022年度のラウンド回数36回、ラウンド部署16部署である。（うち環境チェックシートを用いたラウンド回数は10回、ラウンド部署8部署）

3) 医療安全に関する職員教育に向けた取り組み

新採用者オリエンテーションの実施や研修会の開催を行っている。

テーマ	参加人数
医療安全管理研修（計2回）	810名
医薬品安全管理研修（計2回）	116名
医療機器安全管理研修（計1回）	30名
放射線安全管理研修（計1回）	119名

4) ニュースレターの発行

医療安全情報：12回 医療安全ニュース：3回

スタッフ（2022年度）

役職	氏名	資格／職名
内科診療部長	杉本 俊郎	院内感染対策委員長
副看護師長	東出 美香	感染管理認定看護師（CNIC）
細菌検査主任	江口 将夫	臨床検査技師
病棟業務管理主任	荒川 宗徳	薬剤師
薬剤師	白崎 佑磨	薬剤師
医事専門職	増田 英和	医事専門職

活動概要

院内感染防止委員会の実動チームであり、感染サーベイランス、感染防止に関するルール、マニュアル作成、物品選択、アンチバイオグラムの作成、抗菌薬の適正使用へ向けたコンサルテーションなどのほとんどの概要を立案している。院内アウトブレイク時の初動、加療にも当たっている。

カンファレンス：毎週 1 回

細菌及びウイルス検出状況、抗菌薬使用状況、院内感染対策状況、県内外感染症に関するトピックス等を議題として取り上げ、討議している。

年 4 回他施設との合同カンファレンスの実施や年 1 回の感染対策向上加算 I 病院との連携として滋賀医科大学医学部付属病院との感染防止対策相互チェックを実施している。

ラウンド：毎週 1 回

定期的ラウンドと共にカンファレンスで問題になった事象についての、不定期のラウンドも行っている。

サーベイランス

中心静脈ライン・膀胱留置カテーテル・人工呼吸器関連感染、手術部位感染、ケアプロセス、症候性、耐性菌、環境の細菌培養、手指衛生などに関して、サーベイランスを行い現場へ反映する事を目的としている。JANISやJHAIS、J-sipheのサーベイランス事業にも参加している。

研修、啓蒙活動

院内研修として全職員対象の感染防止研修を年 9 回開催（標準予防策・感染経路別予防策、正しい検体採取について、アンチバイオグラム、抗菌薬の適正使用、デバイス関連感染防止、職業感染防止、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策について、N-95マスクフィットテスト研修）。その他部門別研修などを適宜実施している。地域貢献活動として地域連携加算病院、施設、保健所等からの依頼を受け、院外研修にも積極的に協力している。

その他

国立病院機構の行うEBM研究では、過去に、MMRV、新型インフルエンザワクチン、CD-NHO等、ICT主導での研究参加も行っている。国立病院総合医学会、日本環境感染学会での研究発表も行っている。

また、手術室、薬剤部、内視鏡、モデル病床の細菌培養検査も定期的に行っている。

スタッフ (2022年度)

役職	氏名	資格 (専門医・認定医など)
消化器内科医長 (リーダー)	伊藤 明彦	日本臨床栄養代謝学会認定医 代議員 日本内科学会 総合内科専門医 指導医 近畿支部評議員 日本消化器病学会 専門医 指導医 日本消化器内視鏡学会 専門医 指導医 日本臨床栄養代謝学会 学術評議員 代議員 理事 近畿支部世話人 日本静脈経腸栄養学会 認定医 PEG・在宅医療学会 学術評議員 代議員 日本医療安全調査機構医療事故調査・支援センター 「胃瘻」専門分析部会 日本PTEG研究会 世話人 日本栄養アセスメント研究会 世話人 TNT-D認定
外科医長 (サブリーダー)	太田 裕之	日本外科学会 専門医・指導医 日本消化器外科学会 専門医・指導医・消化器がん外科治療認定医 日本消化器病学会 消化器病専門医 日本大腸肛門病学会 大腸肛門病専門医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本乳がん学会 認定医 インфекションコントロールドクター 家族性腫瘍コーディネーター TNT-D認定
糖尿病・内分泌内科 医長	前野 恭宏	日本内科学会 総合内科専門医・指導医 日本糖尿病学会 専門医・研修指導医 日本プライマリケア連合学会 認定医・指導医 日本医師会 認定産業医 TNT-D認定
歯科口腔外科医長	堤 泰彦	日本顎咬合学会 認定医 日本口腔診断学会 認定医
NST専従 管理栄養士	井上 美咲	
薬剤師	東 里映 澤村 忠輝	日病薬病院薬学認定薬剤師
栄養管理室長	西井 和信	NST専門療法士 (日本臨床栄養代謝学会)
管理栄養士	畠中 真由 源藤 真由 勝本恵里香 鈴木 翔太 大橋麻悠葉	NST専門療法士 (日本臨床栄養代謝学会)

臨床検査技師	小林 雅	
言語聴覚士	白石 智順	滋賀県言語聴覚士会理事
南 3 病棟看護師長	中島 利恵	
南 3 病棟看護師	加藤智恵子	
南 4 病棟看護師	小野 遥	
南 5 病棟看護師	中西 博紀	
南 6 病棟看護師	近藤 由佳	
南 7 病棟看護師	山田 万智	
東 2 病棟看護師	岩下 尚子	
HCU病棟看護師	野口 優衣	
医事係長	久保 遼平	

活動概要

患者さまの栄養状態を評価し、最適な栄養療法が実施できるように監視すると共に適切な指導・提言を行い、治療成績の向上に努めることにより早期の疾病からの回復と社会復帰を図ることを目的とし、チーム医療を行っています。また、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）の栄養サポートチーム専門療法士取得にかかる実地修練施設として院内外の医療職スタッフへ研修を行っています。

- ・NST稼働施設認定取得（日本臨床栄養代謝学会）
- ・NST教育施設認定取得（日本臨床栄養代謝学会）

- * ラウンド 毎週木曜日 13：30～
栄養状態の不良な患者さまのラウンドを行っています。
- * カンファレンス 毎月第 3 木曜日 16：00～
症例検討及び全体会議を行っています。
- * 勉強会 毎月第 3 木曜日 17：30～
栄養療法の啓発のため勉強会を開催しています。
- * NST 外来 毎週水曜日 午後
当院外来患者様のうち、栄養状態の不良な方に対して栄養摂取方法などの提案を行っています。
- * 嚥下造影検査 毎週木曜日 11：30～
NST 医師、歯科口腔外科医師、言語聴覚士、放射線技師、病棟看護師、管理栄養士にて摂食嚥下障害の患者さまの嚥下評価を実施し、適切な食事形態や摂食方法の提案を行っています。

【NST勉強会】

4 月 14 日	腸内細菌と健康の関わり	滋賀医科大学 安藤朗教授	80 名参加
5 月 19 日	重症患者への早期経腸栄養 早期栄養介入管理加算の取得に向けて	滋賀医科大学 栗原 美香 管理栄養士 畠中 真由 管理栄養士	95 名参加
6 月 16 日	摂食機能療法の算定について 入院、食事開始、レベル V (前期) 形態変更時の嚥下評価について	白石 智順 言語聴覚士	57 名参加
9 月 15 日	脂肪乳剤について	東 里映 薬剤師	36 名参加
10 月 20 日	高齢者の栄養管理 ～ ACP でぜひ話し合っほしいこと	伊藤 明彦 消化器内科医長	55 名参加
11 月 17 日	3 病院連携リモート勉強会 助かったいのちのその先～諦めない関わり	病病連携での合同開催 近江温泉病院 青木千江子看護師長	51 名参加
3 月 16 日	口腔機能と口腔ケアについて	堤 泰彦 歯科口腔外科医長	34 名参加

2022年度実績

【NST 実地修練終了者数】

院内 1 名 院外 8 名

文献執筆

- 1) 鈴木翔太、源藤真由、畠中真由、山根あゆみ、井上美咲、谷口恵美、山本順子、西井和信、東 里映、西村幾見、越後朋彦、伊藤明彦：結核患者に対する栄養管理の重要性～必要エネルギー量の充足に向けたNST介入の効果～：Trends of Nutrition 第37巻・1号：2022.4

学会発表

- 1) 白石智順、東 里映、山根あゆみ、畠中真由、井上美咲、西井和信、太田裕之、伊藤明彦：経鼻移管の咽頭交差の影響からみた経腸栄養アクセスの選択：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：ワークショップ：2022年5月31日：横浜
- 2) 畠中真由、山根あゆみ、井上美咲、西井和信、白石智順、東 里映、太田裕之、伊藤明彦：がん悪液質に対する新規治療薬アナモレリン薬物療法への管理栄養士の関与の重要性：第37回日本臨床栄養代謝学会学術集会：要望演題：2022年6月1日：横浜
- 3) 井上美咲、西井和信、畠中真由、源藤真由、鈴木翔太、山下祐介、東 里映、白石智順、村上翔子、太田裕之、伊藤明彦：COVID-19治療薬レムデシビルによる副作用と経口摂取状況：第14回日本臨床栄養代謝学会近畿支部学術集会：一般演題：2022年7月30日：Web開催
- 4) 白石智順、源藤真由、鈴木翔太、畠中真由、井上美咲、西井和信、太田裕之、伊藤明彦：言語聴覚士から見たPEG在宅療養：第26回PEG・在宅医療学会学術集会：PEGチーム医療委員会企画：2022年9月10日：Web開催

研修会発表

- 1) 井上美咲、西井和信、畠中真由、源藤真由、鈴木翔太、山下祐介、東 里映、伊藤明彦：COVID-19治療薬レムデシビルによる副作用と経口摂取状況：第44回日本栄養アセスメント研究会：一般演題（口演）：2022年6月4日：Web開催
- 2) 鈴木翔太、勝本恵理香、源藤真由、畠中真由、井上美咲、西井和信、東 里映、西村幾美、伊藤明彦：結核病棟におけるNST活動とその効果：第32回京滋NST研究会：一般演題：2023年3月4日：Web開催

【栄養サポートチーム活動】

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
NST加算算定患者 (件)	946	1,158	1,322	1,041	1,066
カンファレンス件数 (件)	1,219	1,412	1,515	1,324	1,281
新規登録患者数 (人)	340	433	465	347	300
嚥下造影検査実施数 (人)	56	39	37	42	36
HCU早期栄養介入管理 (件)					310

地域医療連携室

概要

当院は地域に根ざした中核病院として、急性期医療を提供し在宅までの地域医療の推進という役割を担っています。地域医療連携室では、医療機関からの予約対応や病病連携・病診連携の推進を行っています。また、退院支援・退院調整についても介護専門支援員及び訪問看護師との連携強化も進めております。

市民へ向けた研修会・セミナー等の運営・開催等も行っております。

スタッフ構成

地域医療連携室室長（副院長）	目片 英治
地域医療連携室室長補佐（経営企画室長）	山本 健
地域医療連携看護師長	打越 智子
地域医療連携係長	奈良岡容平
看護師	福井 久枝・木下 千鈴・門野 正代
医療社会事業専門員	寺本 隆人・北村 拓也・安藤千佐果
事務員	居松 建治・松野 和美 福島 宏之（→R4.8末退職） 岩井麻由美（→R4.12末退職）

活動実績

【紹介件数・紹介率・逆紹介率状況】＊年度：4月～3月

区分	平成29年度	平成30年度	平成31（令和元）年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
紹介件数	6,013件	6,837件	7,067件	6,250件	6,763件	6,947件
紹介率	51.82%	71.06%	76.93%	83.77%	87.89%	101.28%
逆紹介率	41.28%	66.57%	62.11%	56.01%	55.92%	61.18%

【令和4年度】 市民公開講座・医療従事者向け研修会等

開催日	研修会名・内容	主な演者	会場
2022年9月22日～ 2022年11月24日 (配信期間)	第17回東近江圏域 がん診療公開講座 暮らしをささえるがん診療 ～“私”にもできること～	演題1：自分や家族が“がん”になったら・・・ ～困ったときの相談室 出演者：滋賀医科大学付属病院 医療ソーシャルワーカー 田中 哲志 演題2：ストーマとの暮らしを支える地域連携 出演者：近江八幡市立総合医療センター 皮膚・排泄ケア認定看護師 近野 由美 演題3：治療中も自分らしく過ごすために ～医療者・患者家族にできる脱毛ケア 出演者：東近江総合医療センター がん薬物療法認定看護師 平塚 久恵	YouTube 配信形式
2023年1月20日～ 2023年3月20日 (配信期間)	第18回東近江圏域 がん診療公開講座 暮らしをささえるがん診療 その2 ～がんの予防と治療中の食 事をポイント解説！～	演題1：がん治療における食事 ～6つのポイント～ 出演者：東近江総合医療センター 栄養管理室 室長 西井 和信 演題2：感染症で消化器がんができる！？ ～感染と胃がん・肝臓がん その予 防と治療について～ 出演者：滋賀医科大学 内科学講座 (消化器内科) 准教授 稲富 理 演題3：子宮頸がんの予防 ワクチンについて 出演者：近江八幡市立総合医療センター 産婦人科部長・がん診療支援センター 副センター長 松島 洋	YouTube 配信形式

【退院支援・調整活動実績】＊年度：4月～3月

単位：件

項目	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
退院時共同指導料 2	2	2	1	1	3	2	2	1	2	1	0	3	20
介護支援等連携指導料	30	27	48	44	66	52	42	40	56	41	47	48	541
入退院支援加算 1 (一般病棟入院基本料)	82	74	92	113	134	109	129	138	185	125	123	151	1,455
入退院支援加算 1 (療養病棟入院基本料)	2	1	2	1	1	0	1	0	1	1	0	2	12
入院時支援加算 1	5	4	7	16	11	17	21	21	31	19	19	17	188
入院時支援加算 2	10	12	31	13	24	18	20	23	28	14	16	18	227

退院支援カンファレンス	1,650件/年
退院前拡大カンファレンス	56件/年
他施設への転院患者数	169人/年
紹介受診の受付件数	4,344件/年

※コロナ禍により、WEB参加形式を併用している。院内、院外共にWEB参加が増加している。

【がん相談件数】

令和4年度 302件

手術室

手術部会

各診療科と麻酔科と手術室看護師が手術枠や医療安全の取り組みなどを検討し調整する。

スタッフ（2022年度）

委員 長：藤野能久麻酔科部長

副委員長：青木承子手術室・中央材料室看護師長

構成委員：目片英治副院長 尾崎良智外科診療部長 田中政信整形外科医長

太田裕之外科医長 高橋顕雅産婦人科医長 鵜飼佳子皮膚科医長 中島智子眼科医師

堤泰彦歯科口腔外科医長 坂野祐司泌尿器科医長 星参耳鼻咽喉科・頭頸部外科医長

書記：医師事務作業補助者

2022年度 整備機器

特になし

手術実績

2022年度【診療科別】

	外科	呼吸器外科	婦人科	産科	泌尿器科	整形外科	眼科	歯科口腔	皮膚科	耳鼻科	形成外科救急科	合計
合計	255	73	208	53	139	313	191	44	100	73	7	1,456
うち 時間内 緊急	29	1	16		23	54	1	0	0	3	0 2	129
うち 時間外 緊急	21	0	11		6	1	0	0	0	0	0 1	40

がん診療センター

概要

がん疾患は、特別な疾患ではなく国民の半数に関わる一般的な病です。しかし、予防に関する啓蒙、早期診断、標準治療、診断時からの緩和ケアの実施、専門的ながん看護、専門的な薬物療法、がん登録情報から臨床現場へのフィードバック等を、当たり前を実施していく必要があります。平成28年に設置されたがん診療センターが、その責務を担っています。

スタッフ（2022年度）

センター長 目片副院長
副センター長 尾崎外科診療部長

○がん化学療法委員会

尾崎 良智、太田 裕之、和田 広、高橋 顕雅、竹内 佳代、神田 暁博、堤 泰彦、星 参、
畠中 真由、山川 昭彦、市原 英則、音羽 美貴、檜 泰子、池上 良子、才田 智子、吉田 麻美、
平塚 久恵、久保 遼平

○がん登録委員会

太田 裕之、和田 広、高橋 顕雅、坂野 祐司、伊藤 明彦、堤 泰彦、山本 健、太田 悦子

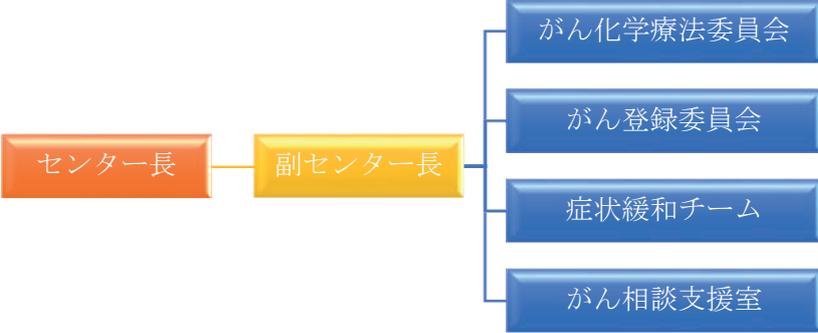
○症状緩和チーム

坂野 祐司、森田 幸代、高屋 麻由、宮城 暢子、上田穂乃花、福本妃可里

○がん相談支援室

目片 英治、山本 健、打越 智子、奈良岡容平、福井 久枝、木下 千鈴、門野 正代、寺本 隆人、
北村 拓也、安藤千佐果、居松 建治、松野 和美、福島 宏之（→R4.8末退職）、
岩井麻由美（→R4.12末退職）

組織構成



活動報告

■がん診療セミナー（院内・院外の医療者向け）

前半の特別講演で、主に外部講師からの活動報告を拝聴し、現状のアップデートを図り、後半の症例検討会で、各部門の取り組み発表やケーススタディーを通じて、当院のチーム医療の現状を知り、今後へ活かしていく事を目標に活動しています。

・令和4年度 東近江がん診療セミナー開催状況（コロナ禍によりオンライン参加併用）

回	実施日	講演演題	講師・演者等	司会	参加者数
第56回	2022年5月19日	重症患者への早期経腸栄養、早期栄養介入管理加算の取得に向けて	滋賀医科大学附属病院 栄養治療部主任管理栄養士、管理栄養士	消化器内科医長	91人(6人)
第57回	2022年6月2日	がん診療に関わるチーム医療(下肢麻痺にて入院となった症例から)、当院の緩和ケアチームの活動について	入退院支援看護師、主任理学療法士、主任薬剤師、薬剤師、主任栄養士、緩和ケア認定看護師	副院長	70人(6人)
第58回	2022年7月7日	ペンブロリズマブ副作用報告、化学療法を行う肺癌患者への指導について	副薬剤師長、外科医師、糖尿病・内分泌内科医師、製剤主任、東2病棟看護師長、東2病棟看護師	副院長	56人(1人)
第59回	2022年10月6日	がん患者さんの外見への支援～脱毛に対するアピアランスケア～、プレアポイドによるがん化学療法継続事例	医療安全管理係長、外来化学療法室看護師、外科診療部長、製剤主任	副院長	42人(7人)
第60回	2022年12月1日	当院における経腔的内視鏡化手術(vNOTES)の初期経験について、WOCが伝えたい！がん患者の皮膚アセスメントとスキンケア	産婦人科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師	副院長	52人(10人)
第61回	2023年2月2日	RPA(Robotic Process Automation)活用事例の紹介	薬剤師長	副院長	30人(0人)
第62回	2023年3月2日	化学療法による心筋傷害の早期発見～GLSを活用する～、がん治療と心血管合併症～腫瘍循環器診療体制の構築にむけて～	循環器内科部長、滋賀医科大学内科学講座(循環器内科)助教	副院長	40人(10人)

※参加者数（ ）は院外参加者数を再掲

■東近江医療圏がん診療市民公開講座

当院と滋賀医科大学医学部附属病院、近江八幡市立総合医療センターの3病院（東近江圏域のがん診療連携病院）の共催で、がん診療市民公開講座を年2回開催し、市民に対するがんに関する知識の普及啓発に努めています。

・令和4年度 がん診療市民公開講座開催状況（コロナ禍によりYouTube配信形式）

回	実施日	講演演題	講師・演者等	総合司会	動画視聴回数
第17回	2022年9月22日～ 2022年11月24日	自分や家族が“がん”になったら・・・困ったときの相談室～ ストーマとの暮らしを支える地域連携 治療中も自分らしく過ごすために～医療者・患者家族にできる脱毛ケア～	滋賀医科大学医学部附属病院 医療ソーシャルワーカー、近江八幡市立総合医療センター 皮膚・排泄ケア認定看護師、東近江総合医療センター がん薬物療法看護認定看護師	—	6,055回
第18回	2023年1月20日～ 2023年3月20日	がん治療における食事～6つのポイント～ 感染症で消化器がんができる！？～感染と胃がん・肝臓がん その予防と治療について～ 子宮頸がんの予防 ワクチンについて	東近江総合医療センター 栄養管理室長、滋賀医科大学 内科学講座(消化器内科)准教授、近江八幡市立総合医療センター 産婦人科部長・がん診療支援センター 副センター長	—	6,286回

各委員会 の 活動報告

- 1) 褥瘡対策委員会
- 2) 病床・外来・手術室管理委員会
- 3) クリティカルパス委員会
- 4) 診療録等管理委員会
- 5) がん診療センター会議
- 6) がん化学療法委員会
- 7) がん登録委員会
- 8) 薬事委員会
- 9) 臨床検査委員会
- 10) 輸血療法委員会
- 11) 栄養管理委員会
- 12) 患者サービス向上対策委員会
- 13) 広報委員会
- 14) 医療情報管理委員会

褥瘡対策委員会

1. 目的

1. 褥瘡患者の発生状況に関すること。
2. 褥瘡患者の診療計画の評価に関すること。
3. 褥瘡処置材料の使用に関すること。
4. 陰圧器具の使用に関すること。
5. 褥瘡看護計画の評価に関すること。
6. 院内褥瘡研修会の開催、院外研修会の情報収集に関すること。

2. 構成委員

皮膚科医長、皮膚科医師、主任薬剤師（1名）、管理栄養士、作業療法士（理学療法士）、副看護部長、看護師長（1名）、皮膚・排泄ケア認定看護師、各病棟・手術室看護師（1名ずつ）医事係長

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
2022年4月15日	①褥瘡対策委員会では、発生届の提出された褥瘡について各々の症例を検討することで発生原因の追究、予防策についての議論を行っています。 ②委員会内での検討事項やミニ勉強会の内容を各部署へフィードバックし褥瘡の知識を共有しています。 ③QMI(取り組む医療の質指標)として、院内褥瘡発生率低下にも積極的に取り組んでいます。 ④勉強会について、当院職員のみではなく近隣施設や訪問看護ステーションなどにもweb発信を行い、周辺地域の医療の底上げや地域医療機関との連携も図っています。
2022年5月20日	
2022年6月17日	
2022年7月15日	
2022年9月16日	
2022年10月21日	
2022年11月18日	
2022年12月16日	
2023年1月20日	
2023年2月17日	
2023年3月17日	院内・リモート併用勉強会実施 2022年5月25日 『院内褥瘡発生率低下へ ～現状と取り組みについて～』 講師：皮膚科医長 鶴飼 佳子 皮膚・排泄ケア認定看護師 続宗 敬子 内容：2021年度の褥瘡発生に関する統計を説明し、その結果から2022年度の褥瘡対策の目標をを説明しました。また、2022年度1回目の研修会ということもあり、褥瘡についての基礎知識を、クイズなども交えて講義しました。 2022年12月7日 『おむつトラブルを防ぐために ～おむつケアは私にお任せを～12知識編・実践編』 講師：皮膚・排泄ケア認定看護師 続宗 敬子 皮膚・排泄ケア認定看護師 湯室 順子 内容：褥瘡を予防するためのおむつの正しい使用方法を、実技を交えて専門的な立場から講義を行いました。その際受講者にも参加してもらい、より理解を深めてもらうことができました。

病床・外来・手術室管理委員会

1. 目的

1. 病床の効率的運用及び秩序維持に関すること。
2. 病床の病棟別・科別の割り当て及び目標患者数に関すること。
3. 感染症患者等の収容に関すること。
4. 入退院に関すること。
5. 平均在院日数に関すること。
6. 待機患者及び地域医療機関等からの受け入れ状況に関すること。
7. 重症者室及び特別室の利用状況に関すること。
8. 院長から特に指示を受けた事項。
9. その他、委員長が必要と認める事項。
10. 手術室の管理運営に関すること。
11. 手術室の設備・機器等の調査研究に関すること。
12. その他手術室の管理運営に必要な事項。

2. 構成委員

特命副院長、内科診療部長、外科診療部長、麻酔科部長、病棟管理者、各科医長、副薬剤部長、看護部長、副看護部長、医療安全管理係長、病棟管理補佐（各病棟看護師長）、手術室看護師長、外来看護師長、地域医療連携看護師長、副診療放射線技師長、副臨床検査技師長、理学療法士長、事務部長、経営企画室長、業務班長、経営企画係長

3. 活動記録

開催日	議題及び実績														
2022年4月8日	各病棟における患者数、個室利用状況の報告、患者確保や病棟運営の問題点についての協議を行っている。														
2022年5月13日															
2022年6月10日	2022年度 病床稼働率														
2022年7月8日	病床利用率 (延患者/病床数)		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
2022年9月9日	南3病棟	55	70.9%	61.7%	63.8%	67.7%	75.1%	72.3%	71.7%	74.0%	72.6%	66.2%	70.9%	78.8%	70.5%
2022年10月14日	南4病棟	55	79.7%	68.7%	71.5%	80.7%	86.2%	82.5%	80.8%	80.4%	71.6%	22.2%	82.5%	87.6%	74.4%
2022年11月11日	南5病棟	55	50.5%	40.8%	35.5%	47.9%	4.6%		2.7%	33.3%	51.0%	59.3%	49.9%	4.3%	31.5%
2022年12月9日	南6病棟	24	39.9%	21.8%	11.5%	41.5%	81.5%	58.5%	22.6%	44.3%	81.5%	80.5%	33.3%	15.9%	44.5%
2023年1月13日	南7病棟	32	82.1%	82.7%	68.1%	76.7%	78.1%	77.6%	86.9%	84.2%	82.7%	86.2%	84.9%	84.6%	81.2%
2023年2月10日	東2病棟	46	84.1%	72.9%	72.0%	78.5%	83.4%	75.7%	83.7%	82.2%	72.2%	68.0%	83.5%	83.4%	78.2%
2023年3月10日	HCU病棟	6	42.2%	32.8%	30.0%	57.5%	34.4%	46.7%	51.1%	41.1%	32.3%	52.7%	58.3%	54.3%	44.4%
	南7病棟結核	16	30.2%	22.8%	38.1%	47.8%	40.5%	30.8%	20.8%	17.1%	22.4%	21.2%	30.8%	34.3%	29.7%
	合計	289	66.6%	57.1%	55.2%	65.6%	63.2%	57.6%	56.6%	63.6%	66.4%	57.4%	67.1%	59.5%	61.3%
	2022年度 特別個室利用率														
	病棟	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	
	東2病棟	102.8%	90.3%	96.1%	90.3%	103.8%	99.4%	100.0%	88.9%	100.5%	70.4%	111.9%	98.4%	95.9%	
	南3病棟	78.3%	50.9%	52.9%	62.0%	65.0%	68.8%	61.5%	67.4%	73.3%	65.7%	80.4%	86.4%	67.6%	
	南4病棟	60.2%	62.2%	61.9%	71.0%	77.6%	76.4%	71.0%	67.6%	55.5%	21.2%	71.9%	78.3%	64.5%	
	南5病棟	42.4%	30.4%	39.8%	38.5%	4.4%	0.0%	3.5%	31.7%	38.0%	29.5%	15.8%	2.3%	23.0%	
	南6病棟	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
	南7病棟	97.2%	99.5%	76.1%	83.3%	81.2%	95.0%	96.2%	81.1%	93.5%	72.6%	74.4%	62.4%	84.4%	
	合計	69.1%	58.3%	59.2%	63.7%	58.7%	59.3%	57.0%	62.1%	64.8%	46.1%	64.3%	61.2%	60.3%	
	南6病棟はコロナ専用病棟のため特別個室無し。														

クリティカルパス委員会

1. 目的

1. 対象疾患の選択・決定に関すること。
2. 診療計画の企画、立案、見直し、試行及び評価に関すること。
3. 当院職員の教育に関すること。
4. バリエーションの収集及び分析に関すること。
5. その他、院長若しくは委員長が指示した事項に関すること。

2. 構成委員

特命副院長、内科診療部長、外科医長、薬剤師 1 名、副診療放射線技師長、副臨床検査技師長、栄養管理室長、主任理学療法士、副看護部長、看護師長（2 名）、各病棟・手術室看護師（1 名ずつ）、企画課長、経営企画室長、経営企画係長、診療情報管理士（1 名）

3. 活動記録

開催日	議題及び実績																																																																																																																
2022年4月22日 2022年6月16日 2022年10月20日 2022年12月15日 2023年2月16日 計5回偶数月に開催	<p>①新規パスについて 病棟担当看護師にて新規パスの説明を実施し、問題点等を議論し、承認を得た。 現状のパスの問題点を取り上げ議論した。</p> <p>②パスの適用状況について 令和4年度実績（電子カルテより） 病棟別パス適用率 2022年4月～2023年3月</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病棟名</th> <th>パス患者数</th> <th>在院患者数</th> <th>適用率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>全体</td><td>13,705</td><td>69,209</td><td>19.8</td></tr> <tr><td>南3病棟</td><td>3,972</td><td>15,637</td><td>25.4</td></tr> <tr><td>南4病棟</td><td>4,263</td><td>15,863</td><td>26.9</td></tr> <tr><td>南5病棟</td><td>443</td><td>6,673</td><td>6.6</td></tr> <tr><td>南6病棟</td><td>1,235</td><td>4,162</td><td>29.7</td></tr> <tr><td>南7病棟</td><td>946</td><td>11,871</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>東2病棟</td><td>2,584</td><td>13,997</td><td>18.5</td></tr> <tr><td>HCU</td><td>262</td><td>1,006</td><td>26.0</td></tr> </tbody> </table> <p>南5病棟は地域包括ケア病棟、南6病棟はコロナ専用病棟</p> <p>診療科別パス適用率 2022年4月～2023年3月</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>診療科名</th> <th>パス患者数</th> <th>在院患者数</th> <th>適用率 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>全体</td><td>2,259</td><td>4,563</td><td>49.5</td></tr> <tr><td>総合内科</td><td>55</td><td>290</td><td>19.0</td></tr> <tr><td>眼科</td><td>189</td><td>190</td><td>99.5</td></tr> <tr><td>歯科口腔外科</td><td>156</td><td>192</td><td>81.3</td></tr> <tr><td>産婦人科</td><td>420</td><td>521</td><td>80.6</td></tr> <tr><td>泌尿器科</td><td>179</td><td>237</td><td>75.5</td></tr> <tr><td>耳鼻咽喉科頭頸部外科</td><td>54</td><td>83</td><td>65.1</td></tr> <tr><td>外科</td><td>249</td><td>433</td><td>57.5</td></tr> <tr><td>呼吸器外科</td><td>279</td><td>485</td><td>57.5</td></tr> <tr><td>消化器外科</td><td>344</td><td>816</td><td>42.2</td></tr> <tr><td>整形外科</td><td>109</td><td>304</td><td>35.9</td></tr> <tr><td>小児科</td><td>64</td><td>203</td><td>31.5</td></tr> <tr><td>救急科</td><td>13</td><td>54</td><td>24.1</td></tr> <tr><td>糖尿病・内分泌内科</td><td>29</td><td>129</td><td>22.5</td></tr> <tr><td>循環器内科</td><td>54</td><td>243</td><td>22.2</td></tr> <tr><td>呼吸器内科</td><td>64</td><td>301</td><td>21.3</td></tr> <tr><td>皮膚科</td><td>1</td><td>81</td><td>1.2</td></tr> <tr><td>血液内科</td><td>0</td><td>1</td><td>0.0</td></tr> </tbody> </table> <p>③その他 パスごとに実際の入院日数を電子カルテのトップにヒストグラムで表示し、PDCAを回してパスの改善を行った。</p>	病棟名	パス患者数	在院患者数	適用率 (%)	全体	13,705	69,209	19.8	南3病棟	3,972	15,637	25.4	南4病棟	4,263	15,863	26.9	南5病棟	443	6,673	6.6	南6病棟	1,235	4,162	29.7	南7病棟	946	11,871	8.0	東2病棟	2,584	13,997	18.5	HCU	262	1,006	26.0	診療科名	パス患者数	在院患者数	適用率 (%)	全体	2,259	4,563	49.5	総合内科	55	290	19.0	眼科	189	190	99.5	歯科口腔外科	156	192	81.3	産婦人科	420	521	80.6	泌尿器科	179	237	75.5	耳鼻咽喉科頭頸部外科	54	83	65.1	外科	249	433	57.5	呼吸器外科	279	485	57.5	消化器外科	344	816	42.2	整形外科	109	304	35.9	小児科	64	203	31.5	救急科	13	54	24.1	糖尿病・内分泌内科	29	129	22.5	循環器内科	54	243	22.2	呼吸器内科	64	301	21.3	皮膚科	1	81	1.2	血液内科	0	1	0.0
病棟名	パス患者数	在院患者数	適用率 (%)																																																																																																														
全体	13,705	69,209	19.8																																																																																																														
南3病棟	3,972	15,637	25.4																																																																																																														
南4病棟	4,263	15,863	26.9																																																																																																														
南5病棟	443	6,673	6.6																																																																																																														
南6病棟	1,235	4,162	29.7																																																																																																														
南7病棟	946	11,871	8.0																																																																																																														
東2病棟	2,584	13,997	18.5																																																																																																														
HCU	262	1,006	26.0																																																																																																														
診療科名	パス患者数	在院患者数	適用率 (%)																																																																																																														
全体	2,259	4,563	49.5																																																																																																														
総合内科	55	290	19.0																																																																																																														
眼科	189	190	99.5																																																																																																														
歯科口腔外科	156	192	81.3																																																																																																														
産婦人科	420	521	80.6																																																																																																														
泌尿器科	179	237	75.5																																																																																																														
耳鼻咽喉科頭頸部外科	54	83	65.1																																																																																																														
外科	249	433	57.5																																																																																																														
呼吸器外科	279	485	57.5																																																																																																														
消化器外科	344	816	42.2																																																																																																														
整形外科	109	304	35.9																																																																																																														
小児科	64	203	31.5																																																																																																														
救急科	13	54	24.1																																																																																																														
糖尿病・内分泌内科	29	129	22.5																																																																																																														
循環器内科	54	243	22.2																																																																																																														
呼吸器内科	64	301	21.3																																																																																																														
皮膚科	1	81	1.2																																																																																																														
血液内科	0	1	0.0																																																																																																														

診療録等管理委員会

1. 目的

1. 診療録及び指示書の様式の変更並びに記載事項等の改定に関すること。
2. 診療録及び指示書の保管、管理並びに廃棄に関すること。
3. 診療録及び指示書のフォーマットや枠組みに関すること。
4. 診療録及び指示書の質的記載内容の向上に関すること。
5. 研究、統計等の施策の立案に関すること。
6. 院長から特に指示を受けた事項。
7. その他診療行為に付随し記録・記載等が必要となる事項に関すること。

2. 構成委員

特命副院長、内科診療部長、外科診療部長、薬剤部長、診療放射線技師長、臨床検査技師長、理学療法士長、栄養管理室長、副看護部長、看護師長（2名）、企画課長、経営企画室長、算定・病歴係長、診療情報管理士

3. 活動記録

開催日	議題及び実績																																							
	令和3年9月から令和5年2月まで病院機能評価受審に向けた活動となった。																																							
	令和4年度 退院サマリー作成率（2W以内・30日以内） 診療録管理体制加算1																																							
	<table border="1"> <caption>退院サマリー作成率（2W以内・30日以内）</caption> <thead> <tr> <th>月</th> <th>2W以内 (%)</th> <th>30日以内 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td>96.1%</td><td>96.1%</td></tr> <tr><td>5月</td><td>96.9%</td><td>99.7%</td></tr> <tr><td>6月</td><td>97.4%</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>7月</td><td>93.7%</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>8月</td><td>95.9%</td><td>99.5%</td></tr> <tr><td>9月</td><td>94.6%</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>10月</td><td>97.0%</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>11月</td><td>94.9%</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>12月</td><td>98.7%</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>1月</td><td>95.6%</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>2月</td><td>94.7%</td><td>100.0%</td></tr> <tr><td>3月</td><td>94.5%</td><td>99.8%</td></tr> </tbody> </table> <p>— 2W以内 — 30日以内</p>	月	2W以内 (%)	30日以内 (%)	4月	96.1%	96.1%	5月	96.9%	99.7%	6月	97.4%	100.0%	7月	93.7%	100.0%	8月	95.9%	99.5%	9月	94.6%	100.0%	10月	97.0%	100.0%	11月	94.9%	100.0%	12月	98.7%	100.0%	1月	95.6%	100.0%	2月	94.7%	100.0%	3月	94.5%	99.8%
月	2W以内 (%)	30日以内 (%)																																						
4月	96.1%	96.1%																																						
5月	96.9%	99.7%																																						
6月	97.4%	100.0%																																						
7月	93.7%	100.0%																																						
8月	95.9%	99.5%																																						
9月	94.6%	100.0%																																						
10月	97.0%	100.0%																																						
11月	94.9%	100.0%																																						
12月	98.7%	100.0%																																						
1月	95.6%	100.0%																																						
2月	94.7%	100.0%																																						
3月	94.5%	99.8%																																						
令和4年 4月22日（金）	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC対象病院であることから、入院診療計画書病名と、DPCの契機病名が一致している割合（整合性）についても調査した。整合性は80%程度あるものの、DPCルールでは、入院診療計画書病名と、DPCの契機病名が一致することが望ましいとあるため、病名コーディングや記載について気をつけてほしい。 ・入院診療計画書の項目に、プルダウンや背景色の色付け等の工夫および、病棟師長へのアナウンスを行ってきたことで改善が見られた。 																																							
令和4年 5月20日（金）	<p>*スキャン状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5/12付けで病歴室より問題提起があった。 <p>例1：紹介状の原本は受付窓口で保管し各科はコピーを確認後シュレッダーする決まりになっているが、原本・コピーともまわってくる。</p> <p>例2：説明と同意書の署名欄、日付漏れがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日付漏れについては、後でわからないときがあるので診療側で気をつけていただきたい。 ・署名・捺印に対してプレ印刷に押印がないが正しいルールはどうか。 <p>手術説明と同意書なども該当する。</p>																																							
令和4年 6月17日（金）	<p>*連絡事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・代行未承認リストを抽出し電子カルテメールにて承認依頼を行った。後日再調査し、未承認分については個別に対応する。 ・自分の患者の事で事務からお願いされた時は出来るだけ聞いていただきたい。ヘルプデスクは医療行為に介入できない。 ・当院の代行入力できる職種は、研修医、医師事務、看護師、リハ一部行為、栄養一部行為と取り決めている。それ以外の職種が代行を立てた例があり決まりを伝えた。 																																							

令和4年 7月15日(金)	<ul style="list-style-type: none"> * 入院診療計画書について再度周知 ・説明を受けた日付は7日以内の根拠となるので漏れのないようにお願いしたい。 ・様式内の「その他」欄は主に看護師が記載している。最近では1行の定型文が多くなってきている。個別性を重視していただきたい。 * 8月ケアプロセス個別対応受付開始する。
令和4年 9月16日(金)	<ul style="list-style-type: none"> * 退院サマリーについて ・項目空白分を抽出した。各月とも①家族歴②生活歴③アレルギー歴が多い順である。 ・手術実施の時は退院サマリーにも記載することが推奨される。 ・転帰の不一致があった。 ・各項目 プルダウンをつけているところは活用いただきたい。 * 文書管理について ・説明と同意書は各作成担当部署でメンテをするよう指示があり、代表者に文書管理メンテナンスの操作権限が付与されている。 ・作業に伴い診療情報管理室で補助資料を作成し、更新ファイル名、診療科名、利用の可否等分類する作業について説明と協力依頼があった。 ・当院の説明と同意は文書管理からダウンロードして使用することが原則である。 * 略語集を作成した。エントランスにある。追加は更新していく。 * 同意文書における医療者の氏名記載について ・当院における選択肢は【自署】と【記名(電カル取込み)+印】の2択である。 * ケアプロセス ・準備する典型症例(ピンポイント症例)として、HCU、身体抑制、褥瘡、ターミナルについて診療記録・退院サマリーの視点から説明があった。・ターミナルの症例でリビングウィルの同意があることは必要である。
令和4年 10月22日(金)	<ul style="list-style-type: none"> * 入院診療計画書 ・その他欄のリハビリテーションについて1行追加することでヘルプデスクに依頼中である。 ・文書にある「患者様」氏名の「様」を削除し、「患者指名」で統一するよう「様」を見つけた時は都度、削除するように指示があった。 * 説明と同意が必要な範囲について ・陰圧閉鎖療法(VAC療法)の説明と同意書を作成する。 * 喫緊の問題 ・運用マニュアルに「代筆者について」追記をするように指示があった。
令和4年 11月18日(金)	<ul style="list-style-type: none"> * 運用マニュアルの更新 ・説明時の同席者(立会人)について、同席者は医師と看護師以外あり得ないのではないかと。また、同席者(立会人)とするより、立会人・確認者で統一する方が良いのではないかと。 ・説明と同意について、医療安全でもマニュアルがあるが、統一化、整合性が必要であり診療情報管理と医療安全のマニュアルどちらが主になるのか。 A: 医療安全のマニュアルが主であり、照合しながら作成している。診療情報管理室で作成しているマニュアルは補足になる。 ・インフォームドコンセント(説明・同意)の同意文についてはマニュアル作成に法律の専門家関わっている病院も多く、当院でも顧問弁護士の確認をお願いしたい。 * スキャンセンター運用フローの作り直しをした。 ・入院診療計画書は病棟でスキャンすること。 ・個人ファイルを使用せず、スキャン未ファイルを使用する。
令和4年 12月16日(金)	<ul style="list-style-type: none"> * 量的点検結果について ・立会人・確認者欄のサインには職種のばらつきがあり、ルールを決めたほうが良い。 ・侵襲度の高い医療行為について病院として検討しないといけないのではないかと。 ・文書マスタメンテナンス作業として「使用の有無」を各科に聞いてまとめている。
令和5年 1月20日(金)	<ul style="list-style-type: none"> * 説明と同意書の同席者、確認者について ・記載割合がアップした。 * 「精密持続点滴加算」について、看護必要度をアップするためのコストの取り方について再確認する。
令和5年 2月17日(金)	<ul style="list-style-type: none"> * 入院診療計画書の量的・質的点検の結果 ・転科時の入院診療計画書なしが増えてきている。
令和5年 3月17日(金)	<ul style="list-style-type: none"> * 量的点検結果について ・輸血の同意書について(取得期間の考え方) ・胸腔ドレナージ・PICCは同意書が必要とする。 ・化学療法の同意書について ・内服抗がん剤単剤処方同意書について、悪性腫瘍剤処方管理加算の要件にあるので取得が必要である。 * 機能評価 ケアプロセス振り返り ・同意書の立会人・確認者について再確認のため継続した審議が必要である。 ・次回の機能評価(5年後)に向けた取り組みを始めたい。カルテの記録や開示に関しても耐えうるものにしていきたい。 ・この1年で多くの時間を使い整理を行った。周知徹底が必要。委員会は他部署との関わりや情報ももらい、利用できているため今のままで良いと思う。 ・新規文書の依頼について、ヘルプデスクに持って行く前に管理室を通るよう、ルールの周知が必要だと思う。 ・病理や放射線レポートの既読の有無について、ケアプロセスで指摘されたのでそこを確認していきたい。

5月20日

病院機能評価（2/27.28）に向けたケアプロセスの記録

確認項目と流れについて解説		質問・内容・対策
2	入院前の説明について	
回答	入院前の記載なし。外来の記録もなし。	緊急入院のため記録できていなかったが、予定入院では必ず入院前の説明と記録が必要である。
3	入院診療計画書の看護師欄 個別性について	
回答	入院診療計画書の作成は3/23入院当日に作成済み。	その他の看護師記載欄に個別性がない。師長の確認印もれあり。
4	看護計画策定について	
回答	看護計画の立案あり3/23。その後の説明、同意についての記録が無かった。修正も無かった。	説明と同意の記録、修正の記録がない。
6	疼痛管理パス 看護の実施と記録について	
回答	疼痛管理パスの実施と記録を画面で確認した。評価が漏れている日がある。	評価が漏れている日があった。Wチェックはいらぬか。
7	入院までの医師のICについて	
回答	即日入院となった患者さんで、画像検査上、肺癌及び全身転移が見られたことを入院当日に家族にICした。	本来は入院治療を進めるうえで確定診断が必要であるが、患者さんの全身状態が悪く実施出来ない。
9	包括される検査について	
回答	本来は外来で実施する検査であることを医師は承知されているが、今回のケースでは即日入院となり、入院してから検査となっている	医師は認識している。可能な限り外来で算定している。
12	入院当日のCTについて	
回答	即日入院となったため入院当日にCT検査を実施された。	これは別に予定入院で高点数の画像等が包括されている例がある。
	意見：今回の症例患者さんの記録、記載漏れが多かったことについて	<ul style="list-style-type: none"> ・記載できていないことより、ルールを知らないことが問題である。各部が把握しておいてほしい。 ・ルールを知らないと言う回答（発言）は避けた方がよい。（看護部）

6月17日

確認事項と回答		問題・対策
Q2	入院前の説明について	
A	2/8入院支援センターからの情報で レスバイト目的 ニーズなど記載した。	入院前の患者説明が明確ではない。入院支援センターで行われているのか。
Q4	入院時の記録 ①主訴、現病歴、既往歴、家族歴、アレルギー歴、嗜好等 ②全身診察所見 ③検査所見（生化学・画像・生理等）	
A	27日 日直当直医が対応して消化器のオンコールがあった。便秘からの黄便性腸閉塞と診断した。	入院時の記録として①～④の項目を記載すると、退院サマリーに反映できる。 退院時要件の標準化（HL7FHIR）が推奨されている。（2019年に案内） 当院の退院サマリーも項目は対応できている。（情報提供）
Q6	退院サマリーが速やか（退院後7日～14日以内）に記載されている。（適切な記載か検証）	
A	項目に対して設定されているプルダウンの使用をお願いしたい。 研修医は印刷して指導して戻している。（伊藤）	項目に対して設定されているプルダウンの使用をお願いしたい。
Q7	口頭指示・臨時指示を記載しているか（全般）	
A	口頭指示の指示受けメモに記載してもらって、指示を受けたことの記録を残す。	
Q14	急変時の対応と記録（3/27：#病棟急変・排便停止・嘔吐） 急変時の対応をDNARとしてよいか。DNARは心臓停止に連応の言葉である	
A	DNAR確認は電話で医師が行っている。雨5で嘔吐された記録はあるが看護師はそれを受けて南3の記録はない。 診療録に看護師の記載がない。（医師の記録に対してのキャッチボール）日々の管理日誌ではDNARは周知していた。	DNARは重要である。医師は看護に伝える→キャッチボールが必要。家族の反応を記載する。変更になることもある。（野崎）
Q15	死亡診断書（水田医師）と紹介元への死亡報告	
A	1.死亡診断書の病名登録がない。2.治療病名が死亡診断書に記載なし。（退院サマリーと不一致）	医師の死亡病名登録は必須である。 死亡診断書の書き方の説明が必要である。
Q18	栄養サポートチーム加算の説明	<追加情報> *看護の摂食嚥下実施記録で見られる。医師は見られない。 *当院は職種によって見えるものが違う摂食嚥下実施記録→看護の記録 記録がないが請求されているのはなぜか。 *オーダーがある筈である。看護が実施でコストがとぶのか。 *前回質問があった「死亡退院の看護の退院サマリー」は調査の結果「継続看護」の意味であり看護退院サマリーの作成は不要で問題なし。
Q19	DPCIにおいて高血圧症は入院時併存症ではないか。 入院日からアムロジピンある。（入院後発症病名になっている）	*この症例 記載しすぎず。指導したい。 *臨床倫理の問題（研修会）が開催されることが望ましい。
A	併存・後発症は誰がチェックしているか要確認（医師orソラスト）	
Q20	※研修医が配置されているとき、指導コメントはどこに記載しているか。	
A	早急に記載場所を作成してもらうようSSIに依頼する。（解釈上必須）	

7月15日	<p>整形外科</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q&A</th> <th>問題点等/対策</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1</td> <td>入院までの経過</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>82歳・トイレに行こうとしてベッドから転落、動けなくなり家族によって</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q2</td> <td>入院支援センターへの機能とルール・患者への説明</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>救急搬送は4日以上予定入院の方となっている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q4</td> <td>入院診療計画書（その他欄）に理学療法士の記載はいるか</td> <td>□リハビリテーション有無：チェックボックスをつける提案あり。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>あった方がよい。機能評価で聞かれる。</td> <td>外科症例に提案あり。早急に解決する案件である。</td> </tr> <tr> <td>Q5</td> <td>患者プロフィール アレルギー歴なし記載欄の確認</td> <td>コロナ情報は必要か。診療録に記載していただきたい。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>間違いである。記入が漏れていた。</td> <td>担当看護師は入院ごとに患者プロフィールを更新する。（日付必要）</td> </tr> <tr> <td>Q6</td> <td>リハビリテーション 医師の処方は適切か。</td> <td>リハビリの必要度によって単位を決定する。患者さんには説明していない。（問題なし） 他の説明は記録の必要がある。要する記録する。（野嶋）</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>CRP20膝が腫れている。穿刺と注射で痛みは軽減、リハビリ計画は入院時に書いていなかったかもしれない。患者は認知症ありで状況も覚えていない。</td> <td>リハビリの計画・説明と同意・リハビリ後の効果指導内容が診療録に記載されているか</td> </tr> <tr> <td>Q7</td> <td>看護退院サマリー 認知症機能低下ありに対して今後必要なケア・指導の記録はなくてよいか。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>退院困難の#があるので認知機能等のチェックでよいと思う。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q8</td> <td>持参薬チェック方法と院内での使用の決まりについて</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>入院初日、もしくは休み明けに鑑別報告書をあげ、記録もしている。入院のときの持参薬として7日分を超えるもの、余るものは看護師を通じて返却している。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q9</td> <td>入院時の記録がない。</td> <td>記載マニュアルに明記している。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>書くようにします。決まりがあるのですか。</td> <td>入院時サマリーもテンプレートを作成し項目ごとに記載することで退院サマリーに引用できる。</td> </tr> <tr> <td>Q10</td> <td>日々の記録にSOAPが少ない。</td> <td>記載マニュアルに明記している。他診療科・多職種が共有するには統一されている事は必要な記載方法だと思う。（わかりやすいカルテ）</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>今まで書いたことが無い。機能評価を意識してそのような</td> <td># SOAPの記載方法はPOS医療の原則であり、推奨されている。 ・チャンピオンカルテの調査だけではなく傾向を確認するので今後も継続していただきたい。</td> </tr> <tr> <td>Q11</td> <td>退院時：退院・転院の説明がされているか</td> <td>医師→退院許可（継続指示）→退院調整（師長）：口頭指示が多い。3日前には退院許可指示を入れていただきたい。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>転院につき担当看護師の説明はない。地域連携看護師の</td> <td>退院後の生活・服薬等の説明を行い、患者若しくは家族の反応（理解度）まで診療録に記載する。</td> </tr> <tr> <td>Q13</td> <td>医師の指示あり：4/6導尿・4/10-5/10SPO2 実施入力はされているか。</td> <td>システムとマスターを確認する。精査してみないとわからない。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>導尿は看護師が入れている。SPO2は酸素使用なしにつき 実施入力していない。</td> <td>2020年点数改正以降、請求とシステムの連動がうまくいっていない。再度医事で確認してシステムの見直しが必要である。</td> </tr> </tbody> </table>		Q&A	問題点等/対策	Q1	入院までの経過		A	82歳・トイレに行こうとしてベッドから転落、動けなくなり家族によって		Q2	入院支援センターへの機能とルール・患者への説明		A	救急搬送は4日以上予定入院の方となっている。		Q4	入院診療計画書（その他欄）に理学療法士の記載はいるか	□リハビリテーション有無：チェックボックスをつける提案あり。	A	あった方がよい。機能評価で聞かれる。	外科症例に提案あり。早急に解決する案件である。	Q5	患者プロフィール アレルギー歴なし記載欄の確認	コロナ情報は必要か。診療録に記載していただきたい。	A	間違いである。記入が漏れていた。	担当看護師は入院ごとに患者プロフィールを更新する。（日付必要）	Q6	リハビリテーション 医師の処方は適切か。	リハビリの必要度によって単位を決定する。患者さんには説明していない。（問題なし） 他の説明は記録の必要がある。要する記録する。（野嶋）	A	CRP20膝が腫れている。穿刺と注射で痛みは軽減、リハビリ計画は入院時に書いていなかったかもしれない。患者は認知症ありで状況も覚えていない。	リハビリの計画・説明と同意・リハビリ後の効果指導内容が診療録に記載されているか	Q7	看護退院サマリー 認知症機能低下ありに対して今後必要なケア・指導の記録はなくてよいか。		A	退院困難の#があるので認知機能等のチェックでよいと思う。		Q8	持参薬チェック方法と院内での使用の決まりについて		A	入院初日、もしくは休み明けに鑑別報告書をあげ、記録もしている。入院のときの持参薬として7日分を超えるもの、余るものは看護師を通じて返却している。		Q9	入院時の記録がない。	記載マニュアルに明記している。	A	書くようにします。決まりがあるのですか。	入院時サマリーもテンプレートを作成し項目ごとに記載することで退院サマリーに引用できる。	Q10	日々の記録にSOAPが少ない。	記載マニュアルに明記している。他診療科・多職種が共有するには統一されている事は必要な記載方法だと思う。（わかりやすいカルテ）	A	今まで書いたことが無い。機能評価を意識してそのような	# SOAPの記載方法はPOS医療の原則であり、推奨されている。 ・チャンピオンカルテの調査だけではなく傾向を確認するので今後も継続していただきたい。	Q11	退院時：退院・転院の説明がされているか	医師→退院許可（継続指示）→退院調整（師長）：口頭指示が多い。3日前には退院許可指示を入れていただきたい。	A	転院につき担当看護師の説明はない。地域連携看護師の	退院後の生活・服薬等の説明を行い、患者若しくは家族の反応（理解度）まで診療録に記載する。	Q13	医師の指示あり：4/6導尿・4/10-5/10SPO2 実施入力はされているか。	システムとマスターを確認する。精査してみないとわからない。	A	導尿は看護師が入れている。SPO2は酸素使用なしにつき 実施入力していない。	2020年点数改正以降、請求とシステムの連動がうまくいっていない。再度医事で確認してシステムの見直しが必要である。
	Q&A	問題点等/対策																																																																				
Q1	入院までの経過																																																																					
A	82歳・トイレに行こうとしてベッドから転落、動けなくなり家族によって																																																																					
Q2	入院支援センターへの機能とルール・患者への説明																																																																					
A	救急搬送は4日以上予定入院の方となっている。																																																																					
Q4	入院診療計画書（その他欄）に理学療法士の記載はいるか	□リハビリテーション有無：チェックボックスをつける提案あり。																																																																				
A	あった方がよい。機能評価で聞かれる。	外科症例に提案あり。早急に解決する案件である。																																																																				
Q5	患者プロフィール アレルギー歴なし記載欄の確認	コロナ情報は必要か。診療録に記載していただきたい。																																																																				
A	間違いである。記入が漏れていた。	担当看護師は入院ごとに患者プロフィールを更新する。（日付必要）																																																																				
Q6	リハビリテーション 医師の処方は適切か。	リハビリの必要度によって単位を決定する。患者さんには説明していない。（問題なし） 他の説明は記録の必要がある。要する記録する。（野嶋）																																																																				
A	CRP20膝が腫れている。穿刺と注射で痛みは軽減、リハビリ計画は入院時に書いていなかったかもしれない。患者は認知症ありで状況も覚えていない。	リハビリの計画・説明と同意・リハビリ後の効果指導内容が診療録に記載されているか																																																																				
Q7	看護退院サマリー 認知症機能低下ありに対して今後必要なケア・指導の記録はなくてよいか。																																																																					
A	退院困難の#があるので認知機能等のチェックでよいと思う。																																																																					
Q8	持参薬チェック方法と院内での使用の決まりについて																																																																					
A	入院初日、もしくは休み明けに鑑別報告書をあげ、記録もしている。入院のときの持参薬として7日分を超えるもの、余るものは看護師を通じて返却している。																																																																					
Q9	入院時の記録がない。	記載マニュアルに明記している。																																																																				
A	書くようにします。決まりがあるのですか。	入院時サマリーもテンプレートを作成し項目ごとに記載することで退院サマリーに引用できる。																																																																				
Q10	日々の記録にSOAPが少ない。	記載マニュアルに明記している。他診療科・多職種が共有するには統一されている事は必要な記載方法だと思う。（わかりやすいカルテ）																																																																				
A	今まで書いたことが無い。機能評価を意識してそのような	# SOAPの記載方法はPOS医療の原則であり、推奨されている。 ・チャンピオンカルテの調査だけではなく傾向を確認するので今後も継続していただきたい。																																																																				
Q11	退院時：退院・転院の説明がされているか	医師→退院許可（継続指示）→退院調整（師長）：口頭指示が多い。3日前には退院許可指示を入れていただきたい。																																																																				
A	転院につき担当看護師の説明はない。地域連携看護師の	退院後の生活・服薬等の説明を行い、患者若しくは家族の反応（理解度）まで診療録に記載する。																																																																				
Q13	医師の指示あり：4/6導尿・4/10-5/10SPO2 実施入力はされているか。	システムとマスターを確認する。精査してみないとわからない。																																																																				
A	導尿は看護師が入れている。SPO2は酸素使用なしにつき 実施入力していない。	2020年点数改正以降、請求とシステムの連動がうまくいっていない。再度医事で確認してシステムの見直しが必要である。																																																																				
7月15日	<p>外科</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Q&A</th> <th>問題点/対策</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Q1</td> <td>入院診療計画書</td> <td>その他欄「看護計画・リハビリ」リハビリの記載は機能評価で聞かれる。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>7日以内に取得あり、その他欄の記載内容が薄い。</td> <td>チェックBOXにフルダウンで有無を選択肢にし定型文を用意する 運用は関係者で決める 時間の都合で委員会後に用意してくださったもので確認者のチェックが必要である。いないときは確認者にチェックを入れる。 IC記録は決められた場所に記載することが望ましい。（チーム医療）</td> </tr> <tr> <td>Q2</td> <td>説明と同意書関係</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>手術・輸血チェックがないので気を付ける。薬剤の</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q4</td> <td>周術期の術前カンファレンス記録</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>記録できている。</td> <td>カンファレンス記録は多職種共同で作成し検索しやすい場所にまとめる。</td> </tr> <tr> <td>Q7</td> <td>DVT管理料 運用は周知されたか</td> <td>実施→看護師 評価→医師 オペーバスに入れる（診療科によって違う オペ以外、バス組み込み以外も含めて、運用の周知を医事からフローで行う必要があると思う。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>外科は聞いている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q8</td> <td>注射指示に精密持続あり 実施入力なし</td> <td>看護必要度1の自動算定に影響する。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>電子カルテで機能していないことが判明して対応している。今、経過・算定状況を見ている。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q9</td> <td>5/9せん妄ハイリスクケア加算の指示あり算定なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>算定しているが包括になっている理由をシステム的か人為的か調査している。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q10</td> <td>人工臓腑の同意書。記録確認</td> <td>様式を更新した。旧様式は文書管理メンテナンスから削除してよいか。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>撤回書は同意した後撤回したいときに記載して提出する。</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Q11</td> <td>歯科周術期口腔ケア算定 医科の加算算定なし</td> <td>算定者の「手術の項 通則17」周知なし。</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>確認してから回答する。</td> <td>仕様書にある「委託のレセプト精度調査を年2回行う」が3年間実施されていない。「2.基本事項27」</td> </tr> <tr> <td>Q12</td> <td>悪性腫瘍特異物質治療管理料 要件の記載確認</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>要件の記載なし。退院前の外注検査のため入院中に結果がまだ出ていなかった。外来でまた報告します。</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Q&A	問題点/対策	Q1	入院診療計画書	その他欄「看護計画・リハビリ」リハビリの記載は機能評価で聞かれる。	A	7日以内に取得あり、その他欄の記載内容が薄い。	チェックBOXにフルダウンで有無を選択肢にし定型文を用意する 運用は関係者で決める 時間の都合で委員会後に用意してくださったもので確認者のチェックが必要である。いないときは確認者にチェックを入れる。 IC記録は決められた場所に記載することが望ましい。（チーム医療）	Q2	説明と同意書関係		A	手術・輸血チェックがないので気を付ける。薬剤の		Q4	周術期の術前カンファレンス記録		A	記録できている。	カンファレンス記録は多職種共同で作成し検索しやすい場所にまとめる。	Q7	DVT管理料 運用は周知されたか	実施→看護師 評価→医師 オペーバスに入れる（診療科によって違う オペ以外、バス組み込み以外も含めて、運用の周知を医事からフローで行う必要があると思う。	A	外科は聞いている。		Q8	注射指示に精密持続あり 実施入力なし	看護必要度1の自動算定に影響する。	A	電子カルテで機能していないことが判明して対応している。今、経過・算定状況を見ている。		Q9	5/9せん妄ハイリスクケア加算の指示あり算定なし		A	算定しているが包括になっている理由をシステム的か人為的か調査している。		Q10	人工臓腑の同意書。記録確認	様式を更新した。旧様式は文書管理メンテナンスから削除してよいか。	A	撤回書は同意した後撤回したいときに記載して提出する。		Q11	歯科周術期口腔ケア算定 医科の加算算定なし	算定者の「手術の項 通則17」周知なし。	A	確認してから回答する。	仕様書にある「委託のレセプト精度調査を年2回行う」が3年間実施されていない。「2.基本事項27」	Q12	悪性腫瘍特異物質治療管理料 要件の記載確認		A	要件の記載なし。退院前の外注検査のため入院中に結果がまだ出ていなかった。外来でまた報告します。													
	Q&A	問題点/対策																																																																				
Q1	入院診療計画書	その他欄「看護計画・リハビリ」リハビリの記載は機能評価で聞かれる。																																																																				
A	7日以内に取得あり、その他欄の記載内容が薄い。	チェックBOXにフルダウンで有無を選択肢にし定型文を用意する 運用は関係者で決める 時間の都合で委員会後に用意してくださったもので確認者のチェックが必要である。いないときは確認者にチェックを入れる。 IC記録は決められた場所に記載することが望ましい。（チーム医療）																																																																				
Q2	説明と同意書関係																																																																					
A	手術・輸血チェックがないので気を付ける。薬剤の																																																																					
Q4	周術期の術前カンファレンス記録																																																																					
A	記録できている。	カンファレンス記録は多職種共同で作成し検索しやすい場所にまとめる。																																																																				
Q7	DVT管理料 運用は周知されたか	実施→看護師 評価→医師 オペーバスに入れる（診療科によって違う オペ以外、バス組み込み以外も含めて、運用の周知を医事からフローで行う必要があると思う。																																																																				
A	外科は聞いている。																																																																					
Q8	注射指示に精密持続あり 実施入力なし	看護必要度1の自動算定に影響する。																																																																				
A	電子カルテで機能していないことが判明して対応している。今、経過・算定状況を見ている。																																																																					
Q9	5/9せん妄ハイリスクケア加算の指示あり算定なし																																																																					
A	算定しているが包括になっている理由をシステム的か人為的か調査している。																																																																					
Q10	人工臓腑の同意書。記録確認	様式を更新した。旧様式は文書管理メンテナンスから削除してよいか。																																																																				
A	撤回書は同意した後撤回したいときに記載して提出する。																																																																					
Q11	歯科周術期口腔ケア算定 医科の加算算定なし	算定者の「手術の項 通則17」周知なし。																																																																				
A	確認してから回答する。	仕様書にある「委託のレセプト精度調査を年2回行う」が3年間実施されていない。「2.基本事項27」																																																																				
Q12	悪性腫瘍特異物質治療管理料 要件の記載確認																																																																					
A	要件の記載なし。退院前の外注検査のため入院中に結果がまだ出ていなかった。外来でまた報告します。																																																																					
1月13日	*第1回オープンケアプロセス実施																																																																					
2月10日	消化器内科・外科・循環器内科 *第2回オープンケアプロセス実施 呼吸器内科・呼吸器外科																																																																					

がん診療センター会議

1. 目的

1. センターの管理運営に関すること。
2. 設置規程第4条に定める業務の適正、かつ円滑な遂行に関すること。
3. 各組織の重要事項の報告及び連絡事項。
4. その他、センター長が必要と認めた事項。

2. 構成委員

がん診療センター長（特命副院長）、がん診療センター副センター長（外科診療部長）、外科医長（2名）、産婦人科医長、泌尿器科医長、皮膚科医長、呼吸器内科医長、耳鼻咽喉科医長、消化器内科医師（1名）、歯科口腔外科医師（1名）、薬剤部長、副薬剤部長、主任薬剤師（1名、化学療法担当）、主任放射線技師（1名）、栄養管理室長、理学療法士長、地域医療連携看護師長、地域医療連携係長、病棟副看護師長（1名）、看護師（1名、化学療法担当）、経営企画室長、医事係長、診療情報管理士（1名）、地域医療連携係（1名）、医療社会福祉事業相談員（オブザーバー）院長、副院長、看護部長、事務部長

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
2023年3月17日	<p>①各委員会、部会の構成員の変更等について 各部会における、当院からの参加状況は下記の通りである。 診療支援部会：特命副院長、研修推進部会：特命副院長、地域連携部会：外科医長、緩和ケア推進部会：泌尿器科医長、がん登録推進部会：診療情報管理士、相談支援部会：地域医療連携看護師長</p> <p>②各部門の活動状況（2021年度実績） 各部門・部会員から前年度の実績報告を行った。</p> <p>1.がん化学療法委員会 新型コロナウイルス流行による影響もあり、レジメン登録数、入院化学療法件数、外来化学療法室の稼働件数は前年度と比較して減少傾向にあった。しかし、外来化学療法のオリエンテーション件数は増加しているため、外来治療が低調になっているわけではなく、多職種カンファレンスを行いながら、患者さんへの継続的な支援を行っている。 今後は、コロナ禍により開催できていなかった勉強会などを再開していきたいと考えている。</p> <p>2.症状緩和チーム 今年度よりチームの名称を「緩和ケアチーム」から「症状緩和チーム」に変更したが、活動内容については変わっていない。 活動件数については、コロナ禍による入院患者数減少に伴い減少傾向にある。活動内容の内訳として多い診療科は泌尿器科であり、疼痛管理が圧倒的に多く、また不安や抑うつ等の精神症状も多かった。がん性疼痛パスについて、以前に比べて経過表の記載は増えているものの、病棟によって記載内容にばらつきがあるので、病棟ラウンド時に声をかけていく。</p> <p>3.がん登録委員会 2016年から全国がん登録制度が法制化され、当院は2014年から参加している。 滋賀県では13病院が登録している状況である。コロナ前は、年2回、がん拠点病院である県立総合病院で報告会を行っていた。直近はメール会議となっている。2023年度からは現地開催に戻ると思われる。</p> <p>4.がん相談支援室 相談実績件数、がん関連イベントの実績について報告。</p>

がん化学療法委員会

1. 目的

1. 複数種類の腫瘍に対する抗がん剤治療に関すること。
2. がん治療成績のデータ収集・管理に関すること。
3. がんについての情報提供及び療養上の相談に関すること。
4. がん治療における他の医療機関等との連携に関すること。
5. がん治療にかかる教育と研修に関すること。
6. キャンサーボード（がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・検討・確認等するためのカンファレンス）の運営に関することとその他必要な事項。
7. その他がん治療等に関すること。

2. 構成委員

がん診療センター副センター長（外科診療部長）、呼吸器内科医長、外科医長、産婦人科医長、泌尿器科医長、耳鼻いんこう科医長、消化器内科医師（1名）、歯科口腔外科医師（1名）、副臨床検査技師長、主任薬剤師（1名、化学療法担当）、薬剤師（1名、化学療法担当）、病棟看護師長（2名）、外来看護師長、看護師（1名、化学療法担当）、医事係長、医療安全管理係長

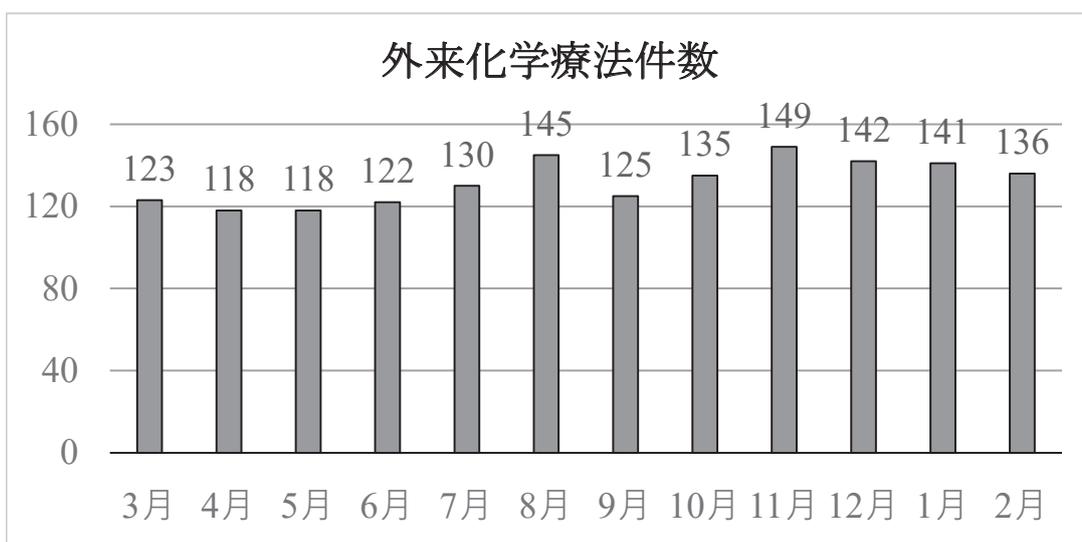
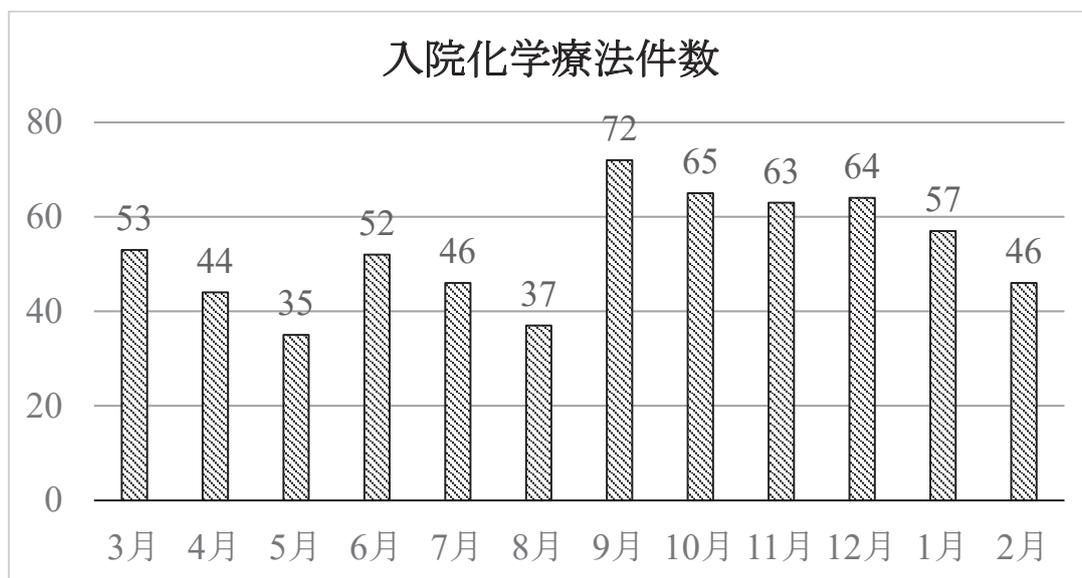
3. 活動記録

開催日	議題及び実績
2022年 4月15日	1、新規レジメンの申請について なし 2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（3月）：19件 3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（3月） Ⅰ.入院化学療法件数：53件 Ⅱ.ICI投与件数：31件 4、外来化学療法室運用状況の報告（3月）：123件
2022年 5月20日	1、新規レジメンの申請について Ⅰ.5 day-MTX療法【侵入奇胎、奇胎後hCG存続症】 Ⅱ.アクチノマイシンD療法【侵入奇胎、奇胎後hCG存続症】 Ⅲ.レンビマ+キイトルーダ療法（3週間隔）【子宮体癌（再発）】 Ⅳ.レンビマ+キイトルーダ療法（6週間隔）【子宮体癌（再発）】 2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（4月）：17件 3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（4月） Ⅰ.入院化学療法件数：44件 Ⅱ.ICI投与件数：36件 4、外来化学療法室運用状況の報告（4月）：118件
2022年 6月17日	1、新規レジメンの申請について なし 2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（5月）：12件 3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（5月） Ⅰ.入院化学療法件数：35件 Ⅱ.ICI投与件数：29件 4、外来化学療法室運用状況の報告（5月）：118件
2022年 7月15日	1、新規レジメンの申請について Ⅰ.シタラピン+ベネトクラクス療法【急性骨髄性白血病】 Ⅱ.アテゾリズマブtriweekly療法【PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後化学療法】 2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（6月）：20件 3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（6月） Ⅰ.入院化学療法件数：52件 Ⅱ.ICI投与件数：41件 4、外来化学療法室運用状況の報告（6月）：122件

2022年9月16日	<p>1、新規レジメンの申請について</p> <ul style="list-style-type: none"> I .ペムブロリズマブ+レンバチニブ療法【根治切除不能又は転移性の腎がん】 II .ニボルマブbiweekly療法、monthly療法【術後尿路上皮がん】 III .ニボルマブ+イピリブマブ療法【根治切除不能又は転移性の腎がん】 IV .FP+ニボルマブbiweekly療法【治癒切除不能進行・再発食道がん（扁平上皮癌）】 V .FP+ニボルマブmonthly療法【治癒切除不能進行・再発食道がん（扁平上皮癌）】 VI .weekly PTX+Cetuximab療法【再発・転移性頭頸部がん】 <p>2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（7～8月）：12件(7月)、10件（8月）</p> <p>3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（7～8月）</p> <ul style="list-style-type: none"> I .入院化学療法件数：46件（7月）、37件（8月） II .ICI投与件数：43件（7月）、43件（8月） <p>4、外来化学療法室運用状況の報告（7～8月）：130件（7月）、145件（8月）</p> <p>5、その他</p> <ul style="list-style-type: none"> I .がん化学療法委員会規定の改訂 II .ベバシズマブ後発品メーカー切り替え III .患者用曝露予防説明書について IV .外来化学療法チームの登録および紹介文について V .化学療法マニュアル改訂について
2022年10月21日	<p>1、新規レジメンの申請について</p> <ul style="list-style-type: none"> I .PEM triweekly療法【胸腺癌（二次治療）】 <p>2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（9月）：20件</p> <p>3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（9月）</p> <ul style="list-style-type: none"> I .入院化学療法件数：72件 II .ICI投与件数：45件 <p>4、外来化学療法室運用状況の報告（9月）：125件</p> <p>5、その他</p> <ul style="list-style-type: none"> I .ベバシズマブ患者へのバイオ後続品の説明および説明用紙の交付について II .化学療法マニュアルの改訂について III .外来化学療法室チームの位置づけに関して
2022年11月18日	<p>1、新規レジメンの申請について</p> <ul style="list-style-type: none"> I .TCBev-Pembrolizumab療法【進行・再発子宮頸がん】 II .TPBev-Pembrolizumab療法【進行・再発子宮頸がん】 III .TC-Pembrolizumab療法【進行・再発子宮頸がん】 IV .TP-Pembrolizumab療法【進行・再発子宮頸がん】 <p>2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（10月）：16件</p> <p>3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（10月）</p> <ul style="list-style-type: none"> I .入院化学療法件数：65件 II .ICI投与件数：35件 <p>4、外来化学療法室運用状況の報告（10月）：135件</p> <p>5、その他</p> <ul style="list-style-type: none"> I .アロカリス注235mgの採用検討について II .化学療法マニュアルの改訂について
2022年12月16日	<p>1、新規レジメンの申請について</p> <p>なし</p> <p>2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（11月）：20件</p> <p>3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（11月）</p> <ul style="list-style-type: none"> I .入院化学療法件数：63件 II .ICI投与件数：45件 <p>4、外来化学療法室運用状況の報告（11月）：149件</p> <p>5、その他</p> <ul style="list-style-type: none"> I .年末年始の化学療法について
2023年1月20日	<p>1、新規レジメンの申請について</p> <ul style="list-style-type: none"> I .FP+RT【肛門がん】 <p>2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（12月）：13件</p> <p>3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（12月）</p> <ul style="list-style-type: none"> I .入院化学療法件数：64件 II .ICI投与件数：37件 <p>4、外来化学療法室運用状況の報告（12月）：142件</p>

2023年 2月17日	<p>1、新規レジメンの申請について なし</p> <p>2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（1月）：22件</p> <p>3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（1月） Ⅰ.入院化学療法件数：57件 Ⅱ.ICI投与件数：44件</p> <p>4、外来化学療法室運用状況の報告（1月）：141件</p>
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2023年 3月17日	<p>1-1、新規レジメンの申請について Ⅰ.Cemiplimab triweekly【子宮頸がん】 Ⅱ.ペムプロリズマブ triweekly【子宮頸がん】 Ⅲ.Pertuzumab+Trastuzumab【RAS野生型・HER2陽性の進行、再発結腸・直腸がん】</p> <p>1-2、レジメンの変更について Cetuximabを含む大腸癌レジメンのCetuximabを毎週投与から隔週投与に変更 ・（初回・2回目以降）Cetuximab ・（初回・2回目以降）FOLFOX 6 +Cetuximab ・（初回・2回目以降）FOLFIRI+Cetuximab ・（初回・2回目以降）CPT-11+Cetuximab ・（初回・2回目以降）Encorafenib+ Binimetinib+Cetuximab</p> <p>2、B型肝炎スクリーニング状況の報告（2月）：16件</p> <p>3、入院化学療法件数・ICI投与状況の報告（2月） Ⅰ.入院化学療法件数：46件 Ⅱ.ICI投与件数：44件</p> <p>4、外来化学療法室運用状況の報告（2月）：136件</p>
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



がん登録委員会

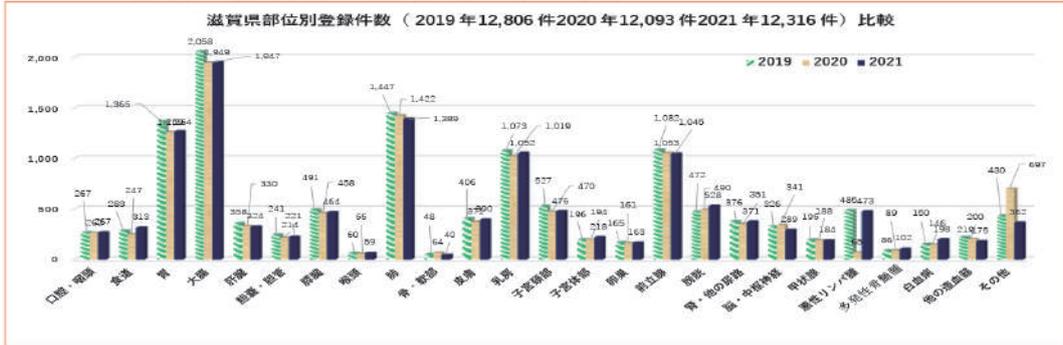
1. 目的

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・報告・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。
5. その他、委員会が必要と認める事項。

2. 構成委員

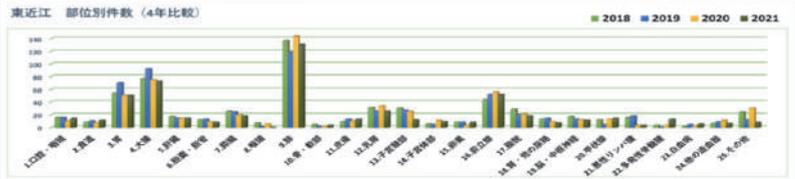
外科医長、呼吸器内科医長、産婦人科医長、泌尿器科医長、消化器内科医師（1名）、
 歯科口腔外科医師（1名）、経営企画室長、算定・病歴係長、診療情報管理士（がん登録実務者）

3. 活動記録

開催日	議題及び実績																																																																											
	<p style="text-align: center;">【お知らせ】 国立がん研究センターによる院内がん登録全国集計データ提供開始について ◇オプトアウト窓口の設定 ◇説明ポスターの掲示などによる周知</p>																																																																											
2023年 3月15日	<p>1. 滋賀県 部位別登録件数(3年比較)</p>  <p>2.2020年2021年のがん医療はコロナに影響された年である。主要臓器は前年を下回っている。 2.3年間の県内主要臓器は胃・大腸・肺・乳房・前立腺の全体をしめる割合は変化なし。</p> <p>2.滋賀県 責任症例(3年比較)</p> <table border="1" data-bbox="363 1536 708 1827"> <thead> <tr> <th>拠点・支援</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2021責任症例割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01.県立総合</td><td>1,305</td><td>1,207</td><td>1,230</td><td>78.3%</td></tr> <tr><td>02.大津赤十字</td><td>1,380</td><td>1,382</td><td>1,398</td><td>88.3%</td></tr> <tr><td>03.市立長浜</td><td>749</td><td>651</td><td>696</td><td>80.1%</td></tr> <tr><td>04.公立甲賀</td><td>701</td><td>684</td><td>628</td><td>92.6%</td></tr> <tr><td>05.彦根市立</td><td>696</td><td>699</td><td>715</td><td>81.1%</td></tr> <tr><td>06.滋賀区大</td><td>1,561</td><td>1,310</td><td>1,530</td><td>80.8%</td></tr> <tr><td>07.市立大津市民</td><td>655</td><td>567</td><td>595</td><td>83.4%</td></tr> <tr><td>08.淡海医療</td><td>721</td><td>672</td><td>693</td><td>74.2%</td></tr> <tr><td>09.済生会</td><td>863</td><td>884</td><td>945</td><td>78.4%</td></tr> <tr><td>10.近江八幡</td><td>612</td><td>624</td><td>608</td><td>84.2%</td></tr> <tr><td>11.長浜赤十字</td><td>705</td><td>715</td><td>773</td><td>78.2%</td></tr> <tr><td>12.東近江</td><td>475</td><td>470</td><td>445</td><td>89.4%</td></tr> <tr><td>13.高島市民</td><td>172</td><td>176</td><td>183</td><td>63.1%</td></tr> <tr><td></td><td>10,595</td><td>10,595</td><td>10,439</td><td>86.0%</td></tr> </tbody> </table>  <p>責任症例とは、地域がん診療連携拠点病院の指定要件で自施設で治療を行った症例が500件以上であること。 （経過観察も自施設治療に含まれる。） 当院は2019.2020.2021年において500件を超えられなかった。 2018年までは500件を超えていた。</p> <p style="text-align: center;">令和4年度がん登録委員会</p>	拠点・支援	2019	2020	2021	2021責任症例割合	01.県立総合	1,305	1,207	1,230	78.3%	02.大津赤十字	1,380	1,382	1,398	88.3%	03.市立長浜	749	651	696	80.1%	04.公立甲賀	701	684	628	92.6%	05.彦根市立	696	699	715	81.1%	06.滋賀区大	1,561	1,310	1,530	80.8%	07.市立大津市民	655	567	595	83.4%	08.淡海医療	721	672	693	74.2%	09.済生会	863	884	945	78.4%	10.近江八幡	612	624	608	84.2%	11.長浜赤十字	705	715	773	78.2%	12.東近江	475	470	445	89.4%	13.高島市民	172	176	183	63.1%		10,595	10,595	10,439	86.0%
拠点・支援	2019	2020	2021	2021責任症例割合																																																																								
01.県立総合	1,305	1,207	1,230	78.3%																																																																								
02.大津赤十字	1,380	1,382	1,398	88.3%																																																																								
03.市立長浜	749	651	696	80.1%																																																																								
04.公立甲賀	701	684	628	92.6%																																																																								
05.彦根市立	696	699	715	81.1%																																																																								
06.滋賀区大	1,561	1,310	1,530	80.8%																																																																								
07.市立大津市民	655	567	595	83.4%																																																																								
08.淡海医療	721	672	693	74.2%																																																																								
09.済生会	863	884	945	78.4%																																																																								
10.近江八幡	612	624	608	84.2%																																																																								
11.長浜赤十字	705	715	773	78.2%																																																																								
12.東近江	475	470	445	89.4%																																																																								
13.高島市民	172	176	183	63.1%																																																																								
	10,595	10,595	10,439	86.0%																																																																								

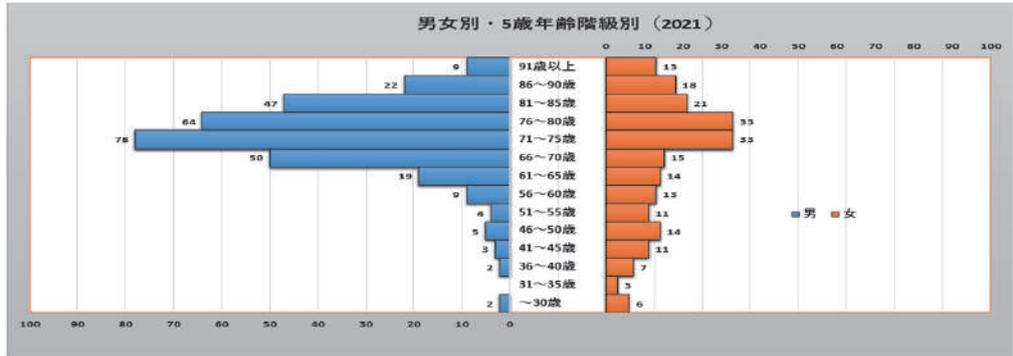
4.東近江 部位別登録件数(4年比較)

	2018	2019	2020	2021
1.口腔・咽頭	18	18	10	14
2.食道	8	10	7	11
3.胃	24	70	50	50
4.大腸	27	60	25	23
5.肝臓	17	14	14	14
6.膵臓・胆管	22	22	9	6
7.肺臓	25	24	20	18
8.喉頭	7	1	3	0
9.肺	117	110	114	111
10.骨・軟部	1	2	2	3
11.皮膚	0	13	10	13
12.泌尿器	21	28	24	28
13.子宮頸部	30	27	25	19
14.子宮体部	5	4	11	0
15.卵巣	0	0	3	0
16.卵巣嚢腫	44	52	56	52
17.卵巣	20	20	21	10
18.卵・卵の嚢腫	13	14	0	7
19.甲状腺	17	13	12	11
20.甲状腺癌	17	8	13	14
21.甲状腺リンパ腫	16	18	3	3
22.多発性骨節	3	0	2	13
23.白血病	1	4	2	5
24.他の血液腫	8	0	11	8
25.その他	24	10	10	0



* 東近江医療圏の各病院の診療体制の変化を検証することが求められる。
 * がん診療連携拠点・地域拠点以外のがん患者が増えている傾向である。
 (根拠: 日野記念・湖東記念・能登川・蒲生等のMDC変化)

6.東近江 5歳年齢階層別(2021)



8.居住地別件数(3年比較)



	2021	2020	2019
東近江市	392	437	439
近江八幡市	40	34	33
美苅町	30	36	34
日野町	26	30	34
大上郡	11	8	0
彦根市	9	12	14
志保町	6	7	2
彦根市	3	0	1
甲賀市	2	2	3
大津市	2	0	1
栗東市	1	2	0
湖南市	1	2	1
長岡市	1	1	3
野洲市	0	1	3
守山市	0	1	0
県外	2	7	6
総計	526	580	583

院内がん登録とDPCデータを使ったQI研究

II. QI研究

～がん医療の均てん化評価+ PDCAツール～

2022年2月19日(土) : 日本医療機構評価機構 Quality Improvement コンソーシアム
 Web視聴 ～医療の質を可視化し質向上を目指すとは～
 運営委員会 委員長 楠岡英雄(国立病院機構 理事長)

シンポジウム

- ◆医療の質向上に向けた **指標の役割** と意義 東尚弘/国立がん研究センター・QI標準化部会 部会員
 (ガイド作成WG班長)
- ◆医療の質向上に向けた **診療ガイドライン** の活用 福岡敏雄/日本機能評価機構 執行理事
 (EBM・診療ガイドライン担当)

当院のQI研究参加 2014年症例～現在(21年症例：2021年は国がん解析中)

適切ながん医療を受けられているか： どう測る？

・直感的には生存率？（アウトカム）

1. 施設で異なる患者の基礎状態が影響・「当院は状態が悪い患者が多い」
・統計的に調整したら補正ができる？
2. 結果が出るのは時間がかかる
・5年生存率の反映する医療は5年前！？

過程：
プロセス評価へ
「均てん化」
医療を直接評価



当院は標準治療が出来ない場合の理由が診療録に記載されている。例：高齢のため・金銭的理由で・腎機能低下につき等
QIでは、未実施理由が診療録に記載されているときは実施率に反映している。（後日調査あり）

院内がん登録 実態調査アンケート（抜粋）

2019年分再掲

III 個人情報保護について

1. 「情報セキュリティの方針を踏まえた院内がん登録の運用管理規則」がありますか。 [東近江総合医療センターがん登録規程](#)
2. 情報セキュリティ方針の名称 [院内がん登録データ利用申請書](#)
3. 院内がん登録の担当者は、個人情報保護に関する教育訓練を定期的に（年1回以上）受けていますか。
4. 院内がん登録の個人情報が含まれる情報機器は所定の位置より移動・持出しをさせないように運用管理規程で定められていますか。

薬事委員会

1. 目的

1. 医薬品の新規採用の審査に関すること。
2. 医薬品の使用管理及び医薬品情報の交換、副作用情報に関すること。
3. 特定医療材料の新規採用の審査に関すること。
4. 検査用試薬の新規採用の審査に関すること。
5. 医薬品、特定医療材料、検査用試薬のリストの作成、管理に関すること。
6. 未承認医薬品、適応外使用の審査に関すること。

2. 構成委員

副院長、統括診療部長、内科診療部長、外科診療部長、各科部・医（科）長、薬剤部長、副薬剤部長、看護部長、医療安全管理係長、事務部長、企画課長、業務班長、専門職、契約係長

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
第 1 回薬事委員会 (2022年 4 月 28 日)	2022年度は11回（8月を除き、毎月1回）開催され、下記のとおり審議、報告された。
第 2 回薬事委員会 (2022年 5 月 27 日)	・新規採用申請医薬品は12品目あり、審議の結果すべて採用された。また、切り替え削除医薬品は5品目であった。
第 3 回薬事委員会 (2022年 6 月 24 日)	・新規採用申請検査試薬、医療材料は40品目あり、審議の結果すべて採用された。切り替え削除検査試薬、医療材料は27品目であった。
第 4 回薬事委員会 (2022年 7 月 29 日)	・限定採用申請医薬品は、のべ234品目あり、すべて承認された。
第 5 回薬事委員会 (2022年 9 年 30 日)	・先発医薬品から後発医薬品への切り替えについて11品目が審議され、すべて承認された。採用医薬品のうち後発医薬品のある品目の後発医薬品比率は85.2%となり、購入数量ベースでは95.6%と高い水準で維持されている。
第 6 回薬事委員会 (2022年 10 月 28 日)	・後発医薬品のメーカー変更について16品目が審議され、すべて切り替えとなった。
第 7 回薬事委員会 (2022年 11 月 30 日)	・販売中止、供給停止に対する対応について31品目が審議され、メーカーを切り替えて採用し、5品目は削除となった。
第 8 回薬事委員会 (2022年 12 月 23 日)	・使用頻度の低い採用医薬品について8品目が審議され、削除となった。
第 9 回薬事委員会 (2023年 1 月 27 日)	・適応外使用に該当する医薬品は1品目が審議され、承認された。
第 10 回薬事委員会 (2023年 2 月 24 日)	・医薬品医療機器等安全性情報報告は5件報告された。
第 11 回薬事委員会 (2023年 3 月 24 日)	

臨床検査委員会

1. 目的

1. 臨床検査の機器整備に関すること。
2. 臨床検査の精度管理に関すること。
3. 外部委託検査に関すること。
4. 保険適用外検査に関すること。
5. 診療報酬の適正化に関すること。
6. その他臨床検査に必要な事項に関すること。

2. 構成委員

副院長、内科診療部長、外科診療部長、各科部長、研究検査科長、薬剤部長、臨床検査技師長、副臨床検査技師長、看護部長、契約係長、医療安全管理係長

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
2022年4月28日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③その他 令和4年度GW期間中の検査業務のお知らせ
2022年5月27日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③その他 上海のロックダウンに伴う、一部の検査器具の供給について
2022年6月30日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③その他 血沈の代替検査について
2022年7月29日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③その他 血沈採血管、凝固採血管、コロナ抗原キット、PCR検査試薬の入荷について
2022年9月30日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③その他 件数の少ない項目について（血中薬物等）の外部委託化について 体腔液材料の白血球分類自動化について 臨床検査委員会規程の見直しについて
2022年10月28日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③その他 自動分析装置の更新について
2022年11月30日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③その他 令和4年度年末年始の検査業務のお知らせ
2022年12月23日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③その他 令和4年度年末年始の検査業務のお知らせ
2023年1月27日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高）
2023年2月24日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高）
2023年3月24日	①外部委託検査・保険適用外検査について ②FMS収支（出来高） ③超音波検査報告書の変更について

輸血療法委員会

1. 目的

1. 輸血療法の適正化（正しい適応の検討）。
2. 輸血の監査（輸血の実施の把握など）。
3. 輸血副作用の把握と対策。
4. 各種血液製剤の使用状況の把握。
5. 輸血療法に関わりのある情報の収集。
6. 輸血療法に関する啓蒙。
7. 輸血管理簿の適正な記載と管理。

2. 構成委員

特命副院長、内科診療部長、外科診療部長、救急科部長、研究検査科長、薬剤部長、臨床検査技師長、副臨床検査技師長、看護部長、算定・病歴係長、医療安全管理係長

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
2022年 5 月 27 日	①過去 1 年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③副作用報告（3～4 月） ④返納・廃棄製剤の報告
2022年 7 月 29 日	①過去 1 年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③副作用報告（5～6 月） ④返納・廃棄製剤の報告 ⑤輸血前保管検体の保管率
2022年 9 月 30 日	①輸血自動分析装置の導入に伴う T&S（コンピュータークロスマッチ）の採用について
2022年 11 月 30 日	①過去 1 年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③副作用報告（9～10 月） ④返納・廃棄製剤の報告 ⑤輸血前保管検体の保管率 ⑥病院機能評価に向けて 輸血療法委員会規定の見直し（案）
2023年 1 月 27 日	①過去 1 年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③副作用報告（11～12 月） ④返納・廃棄製剤の報告 ⑤輸血前保管検体の保管率 ⑥病院機能評価に向けて 輸血関連のマニュアル改定案について
2023年 3 月 24 日	①過去 1 年間の製剤別使用状況 ②適正使用加算取得について ③副作用報告（1～2 月） ④返納・廃棄製剤の報告 ⑤輸血前保管検体の保管率

栄養管理委員会

1. 目的

1. 栄養管理業務の運営に関すること。
2. 食事基準及び栄養食事指導等の栄養管理計画に関すること。
3. 食品材料等の購入及び消費計画に関すること。
4. 衛生管理に関すること。
5. 入院時食事療養にかかる調査・統計に関すること。
6. その他栄養管理業務にかかる必要事項に関すること。

2. 構成委員

特命副院長、糖尿病・内分泌内科医長（栄養担当医）、NSTリーダー、副看護部長、病棟看護師長（1名）、業務班長、栄養管理室長、管理栄養士

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
2022年6月2日	①栄養部門経営管理報告 収支状況報告、栄養食事指導実施件数報告、喫食率状況報告、特別食加算状況報告 ②糖尿病教室ワーキング報告 新型コロナウイルス対策、入院中の運動療法、カンファレンスの運用について ③NST報告 NSTラウンド報告、NST加算算定報告 ④その他 嗜好調査実施予定、管理栄養士学生実習受け入れについて、栄養補助食品の採用について 令和4年度診療報酬改定について、国立病院機構臨床評価指数について
2022年9月1日	①栄養部門経営管理報告 収支状況報告、栄養食事指導実施件数報告、喫食率状況報告、特別食加算状況報告 ②糖尿病教室ワーキング報告 病院機能評価に向けて運営規定の見直し、糖尿病教室の実施ルール、自己血糖測定・インスリン手技指導について ③NST報告 NSTラウンド報告、NST加算算定報告、NST専門療法士臨床実地修練プログラムについて ④その他 早期介入栄養管理加算について、嗜好調査報告、管理栄養士学生実習受け入れについて、精白米の入札について
2022年12月1日	①栄養部門経営管理報告 収支状況報告、栄養食事指導実施件数報告、喫食率状況報告、特別食加算状況報告 ②糖尿病教室ワーキング報告 病院機能評価に向けて、糖尿病教室の再開について ③NST報告 NSTラウンド報告、NST加算算定報告、NST専門療法士臨床実地修練報告について ④その他 嗜好調査報告、精白米の入札結果報告、年末年始の給食体制について、栄養管理計画マニュアルの見直しについて
2023年3月2日	①栄養部門経営管理報告 収支状況報告、栄養食事指導実施件数報告、喫食率状況報告、特別食加算状況報告 ②糖尿病教室ワーキング報告 参加人数・質問事項の共有について報告、来年度の糖尿病教室の実施スケジュール ③NST報告 NSTラウンド報告、NST加算算定報告について ④その他 嗜好調査報告、管理栄養士学生実習受け入れ予定について、令和4年度患者食糧費について 適時調査・病院機能評価報告について

患者サービス向上対策委員会

1. 目的

1. 患者・家族等の利用者、有職者等からの意見聴取に関すること。
2. 患者の利便性の向上に関すること。
3. 待ち時間の短縮に関すること。
4. 患者対応の改善向上に関すること。
5. 付属設備等の設置改善に関すること。
6. 療養環境等の改善向上に関すること。
7. その他患者サービスの向上改善に関すること。

2. 構成委員

循環器内科部長、薬剤師（1名）、診療放射線技師（1名）、臨床検査技師（1名）、管理栄養士（1名）、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床工学技士・視能訓練士・歯科衛生士から1名、副看護部長、看護師長2名、外来・各病棟及び手術室から看護師1名、地域医療連携室から1名、企画課から2名、管理課から1名

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
定例会議（隔月） 2022年5月17日 2022年7月19日 2022年9月20日 2022年11月15日 2023年1月17日 2023年3月22日	<ul style="list-style-type: none">・2022年2月分・3月分の退院時患者アンケートの検討、患者意見の回答案3件の検討・2022年4月分・5月分の退院時患者アンケートの検討、患者意見の回答案7件の検討、 接遇研修の開催についての検討・2022年6月分・7月分の退院時患者アンケートの検討、患者意見の回答案5件の検討、 ご意見回答の掲示場所についての検討、接遇研修の開催準備・2022年8月分・9月分の退院時患者アンケートの検討、患者意見の回答案9件の検討、 東近江市健康フェアの実施報告、接遇研修の実施報告・2022年10月分・11月分の退院時患者アンケートの検討、患者意見の回答案4件の検討、 接遇研修アンケートの結果報告・2022年12月分・2023年1月分・2月分の退院時患者アンケートの検討、患者意見の 回答案10件の検討、今年度の取り組みまとめと来年度の予定の検討 <p>退院時アンケート・ご意見箱に寄せられた患者（家族）の意見を共有し、改善項目を 検討、合わせて各種行事について打ち合わせを実施した。 患者ご意見に対して、令和4年度全体で38件の回答の検討を行った。 感染症流行のため、御園秋祭りは実施せず。</p>

<p>イベント開催 2022年10月30日 13時～16時</p> <p>2022年11月7日 ～11月11日 12時～13時</p> <p>2022年12月20日 14時～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・東近江市健康フェア 東近江市保健子育て複合施設ハピネスにて 当院より スタッフ13名参加 当院ブースへ 78名参加 ・接遇研修 ランチョンDVD講習～患者対応塾～ 集合研修参加者 54名 動画視聴者 224名 ・南7階結核病棟クリスマスコンサート 南7病棟の看護師によるハンドベルとコーラス、医師（大西正人、後藤幸）と滋賀医科大学5年生1名による弦楽器演奏が行われた。 弦楽器演奏は他の病棟（南5、4、3、東2）でも実施された。
<p>広報誌「あかね」 発行</p>	<p>■「あかね」【対象・配布場所：患者向け・外来配布及びホームページ掲載、発行月：令和4年11月、令和5年1月】</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="486 817 766 1209"> </div> <div data-bbox="877 817 1157 1209"> </div> </div>

広報委員会

1. 目的

1. 広報誌「つながり」の発行に関すること。
2. 院内報「大風」の発行に関すること。
3. 業績集の発行に関すること。
4. ホームページの効率的な運用、タイムリーかつ迅速な更新並びに効果的な内容に関すること。
5. マスコミ（新聞、テレビ、専門誌等）への広報活動に関すること。
6. 各種市民公開講座・健康教室・研修会等のPRに関すること。
7. その他、院長若しくは委員長が必要と認める広報活動に関すること。

2. 構成委員

内科診療部長（→事務部長※令和5年1月より変更）、副看護部長、外来看護師長、地域医療連携看護師長、薬務主任、撮影透視主任、臨床検査技師、管理栄養士、作業療法士、契約係長、地域医療連携係長、庶務係長、庶務係員

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
2022年6月6日 2022年9月5日 2022年12月5日 2023年1月26日 (広報強化のため 臨時開催) 2023年3月6日	<p>■「つながり」【対象・配布場所：近隣医療機関、発行月：各四半期】 各診療科の紹介、開催したイベントの様子等を紹介</p>  <p>■「大風」【対象・配布場所：院内職員（データ配布）、発行月：毎月】 院内にて開催した勉強会やイベントの様子等を紹介</p>  <p>■「業績集」【対象・配布場所：近隣医療機関、発行回数：年に一回】 各診療科・部門・委員会の業績、活動実績を紹介</p> 

医療情報管理委員会

1. 目的

1. 院内情報システムの管理に関すること。
2. 院内情報システムの運用に関すること。
3. 院内情報システムの利用に関すること。
4. 院内情報システムのマニュアルに関すること。
5. 院内情報システムの将来計画に関すること。
6. その他委員長が必要と認めた事項。

2. 構成委員

副院長（委員長）

内科診療部長、外科診療部長、小児科医長、皮膚科医長、産婦人科医長、放射線科医師、副看護部長、医療安全管理係長、東2病棟看護師長、南3病棟看護師長、外来看護師長、副薬剤部長、主任薬剤師、診療放射線技師長、臨床検査技師長、理学療法士長、栄養管理室長、企画課長、経営企画室長、管理課長、業務班長、診療情報管理士、ヘルプデスク、オブザーバー庶務係長

3. 活動記録

開催日	議題及び実績
2022年7月4日	集合型+ Webのハイブリッド形式にて実施開催 (委員会審議内容については、電子カルテのエントランスにて動画で院内公開)
2022年9月5日	各部署からの要望事項等について検討 (電子カルテ印刷時の設定について、他)
2022年11月7日	各部署からの要望事項等について検討 (オーダー指示確認について、他) 医療データ（動画）の抽出について (対応者の決定) 病院情報システムの障害時対応マニュアル作成について (決定)
2023年1月16日	各部署からの要望事項等について検討 (精密持続点滴注射加算について、臨床研究同意書について、他) 勤怠管理システムについて報告
2023年3月13日	各部署からの要望事項等について検討 (投薬、注射オーダー時の設定について、他)

揭 載 論 文

Case report of acute myocarditis after administration of coronavirus disease 2019 vaccine in Japan

Masato Ohnishi ^{1,2,*}, Yasunori Tanaka¹, Sakiya Nishida³, and Toshiro Sugimoto^{2,3}

¹Division of Cardiovascular Medicine, National Hospital Organization Higashi-Ohmi General Medical Center, 255 Gochi-cho, 527-8505 Higashiohmi, Japan; ²Department of Comprehensive Internal Medicine, Shiga University of Medical Science, Tsukinowa, Seta, 520-2192 Otsu, Japan; and ³Division of General Internal Medicine, National Hospital Organization Higashi-Ohmi General Medical Center, 255 Gochi-cho, 527-8505 Higashiohmi, Japan

Received 10 June 2021; first decision 20 July 2021; accepted 31 December 2021; online publish-ahead-of-print 5 January 2022

Background

The worldwide spread of coronavirus disease 2019 (COVID-19) is still not under control and vaccination in Japan started in February 2021, albeit later than in Europe and the USA. The COVID-19 vaccination frequently leads to minor adverse reactions, which may be more intense after the second dose. The number of case reports of myocarditis following COVID-19 vaccination have been recently increased.

Case summary

We report a case of a 26-year-old healthy man who presented to our hospital with chest pain on 24 May 2021, 4 days after his second COVID-19 vaccination. The electrocardiogram showed ST elevation with upward concavity in I, II, aVL, aVF, V4 to V6, and small Q wave in II, III, aVF. Laboratory studies revealed elevation of troponin I, creatine kinase, C-reactive protein, and negative viral serologies. Acute aortic dissection and pulmonary thromboembolism were ruled out by contrast-enhanced thoracoabdominal computed tomography. An urgent coronary angiogram was performed because an acute coronary syndrome was suspected, but no significant stenosis was found. Cardiac magnetic resonance imaging demonstrated oedema and late gadolinium enhancement of the left ventricle in a mid-myocardial and epicardial distribution.

Discussion

Although the temporal association does not prove causation, the very short span between the second vaccination and the onset of myocarditis suggests that this acute myocarditis seemed to be an adverse reaction to COVID-19 vaccine. To the best of our knowledge, this is the first published case of acute myocarditis following COVID-19 vaccine in Asia.

Keywords

Myocarditis • COVID-19 • Vaccination

ESC Curriculum

2.3 Cardiac magnetic resonance • 9.9 Cardiological consultations

Learning points

- As coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccination has increased, reports of adverse reactions have also increased.
- We should be aware that acute myocarditis after administration of COVID-19 vaccine may also occur even in healthy young men without immune abnormalities.
- Cardiac magnetic resonance imaging is useful in the diagnosis of acute myocarditis.

* Corresponding author. Tel: +81 748 22 3030, Fax: +81 748 23 3383, Email: masato@belle.shiga-med.ac.jp

Handling Editor: Tina Khan

Peer-reviewers: Matthew Williams; Mark Abela

Compliance Editor: Omar Abdelfattah

Supplementary Material Editor: Michael Waight

© The Author(s) 2022. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Cardiology.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact journals.permissions@oup.com

Introduction

The worldwide spread of coronavirus disease 2019 (COVID-19) is still not under control and vaccination in Japan started in February 2021, albeit later than in Europe and the USA. Adverse reactions to vaccination are usually not very significant. However, with the second dose of the COVID-19 vaccine, mild adverse reactions are often more severe and more serious adverse reactions have been reported.¹ Very recently, several cases have been published of myocarditis associated with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) vaccines such as BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) and mRNA-1273 (Moderna).^{2,3} At time of writing, there are no published case reports of COVID-19 vaccine-related myocarditis in Asia.

Timeline

Time	Event
30 April	First dose of coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccine.
21 May	Second dose of COVID-19 vaccine.
22 May	Fever, headache, appetite loss, general malaise, and shoulder stiffness, which was treated with acetaminophen.
23 May	Onset of chest pain and persistent fever, headache, and appetite loss.
24 May	The patient visited outpatient clinic and was admitted to the high care unit; elevated markers of myocardial damage such as high-sensitivity troponin I, creatine kinase, C-reactive protein, and diffuse ST-segment elevation on electrocardiogram (ECG). An urgent coronary angiogram showed no significant stenosis. Anti-inflammatory drugs were started and the patient's symptoms improved.
25–26 May	The patient was haemodynamically stable and asymptomatic. A subsequent ECG showed partial resolution of the ST changes and a trend towards improvement.
27 May	The patient was discharged in order to perform cardiac magnetic resonance imaging (MRI).
31 May	The patient visited the outpatient clinic with mild general fatigue. Cardiac MRI showed myocardial late gadolinium enhancement with epicardial predominance in the antero-septal, inferior and lateral walls of the basal segment and apex, which were consistent with acute myocarditis.
3 June	The patient recovered and returned to work.
14 June	Despite no deterioration in cardiac function, the patient complained of appetite loss and fatigue on exertion, was diagnosed as post-vaccination syndrome and was absent from work for a month.
12 July	The patient recovered to some extent and returned to work.
29 July	The patient complained of general malaise and sleep disturbance, was diagnosed as depressive state and is currently on leave.

Case presentation

We present the case of a 26-year-old male clinical engineer working in our hospital who came to our hospital complaining of acute substernal chest pain on 21 May 2021, 4 days after his second dose of BNT162b2 vaccine. The patient was an Asian of Mongoloid descent and had no previous medical history. The patient gave informed consent for the write-up and publication of this clinical case. The electrocardiogram (ECG) on arrival showed small Q waves in II, III, aVF, ST elevation with upward concavity in I, II, aVL, aVF and V4–V6, and ST depression and deep negative T wave in aVR (*Figure 1A*). Laboratory studies revealed elevated markers of myocardial damage such as high-sensitivity troponin I [5362.4 pg/mL, referential range (RR) 0–26.2 pg/mL], creatine kinase (332 U/L, RR 59–248 U/L), C-reactive protein (7.57 mg/dL, RR 0–0.14 mg/dL), and a negative polymerase chain reaction test for COVID-19. The plasma electrolytes such as sodium and potassium were within normal limits. Viral studies including coxsackie group B viruses and echoviruses were all negative. Autoimmune studies such as antinuclear antibodies and thyroid hormones were within normal limits. There were no significant findings on chest X-ray. On admission, transthoracic echocardiography revealed good left ventricular function, no regional wall motion abnormalities, no significant valvular disease, and no pericardial effusion (*Figure 2A*), his left ventricular ejection fraction was 53%, within normal limits, and further improved to 65% during his hospitalization. Acute aortic dissection and pulmonary thromboembolism were ruled out by contrast-enhanced thoracoabdominal computed tomography (CT). Thoracic CT showed no pericardial effusion or ventricular wall thickening (*Figure 2B*). An urgent coronary angiogram was performed because an acute coronary syndrome was suspected, but no significant stenosis of the coronary arteries was found except for an incidental finding of coronary artery (left anterior descending artery) to pulmonary artery fistula (*Figure 2C and D*). The patient was admitted to the high care unit, although he remained haemodynamically stable and asymptomatic. Subsequent ECGs showed partial resolution of the ST changes and a trend towards improvement (*Figure 1B*). No endocardial biopsy was performed because of the patient's low risk and good course. The patient was discharged after 4 days with resolution of symptoms and improvement in inflammatory response and myocardial injury markers (*Table 1*). Cardiac magnetic resonance imaging (MRI) examination, which was obtained on discharge 6 days after second dose of vaccination, showed maintained systolic function, increased myocardial and pericardial signal intensity on short T1 inversion recovery sequences and slight elevated signals of the myocardium on dynamic contrast-enhanced sequences, suggesting increased vascular flow. Fast imaging employing steady state acquisition (FIESTA) sequences, which were performed 15 min after intravenous administration of gadolinium, demonstrated subepicardial enhancement of the myocardium, which was considered consistent with acute myocarditis. T1-weighted (T1WI) sequences also showed late subepicardial enhancement in the anterior wall and interventricular septum near the apex (*Figure 3*). These findings were considered consistent with acute



Figure 1 (A) Electrocardiogram showing small Q waves in II, III, aVF, ST elevation with upward concavity in I, II, aVL, aVF and V4–V6, and ST depression and deep negative T-wave in aVR. (B) Serial changes in electrocardiogram showing negative and or flattened T waves in I, II, aVL, aVF, V4–V6.

myocarditis. The patient was initially treated with oral acetaminophen, antitussives and no steroids, with progressive resolution of his symptoms. The patient has scheduled outpatient cardiology follow-up. On the 4th day after discharge, the patient presented to the outpatient clinic with only mild general malaise

and returned to work 3 days later. However, despite no deterioration in cardiac function, the patient complained of appetite loss and fatigue on exertion, was diagnosed as post-vaccination syndrome and was absent from work for a month. The patient recovered to some extent and returned to work, but 2 weeks

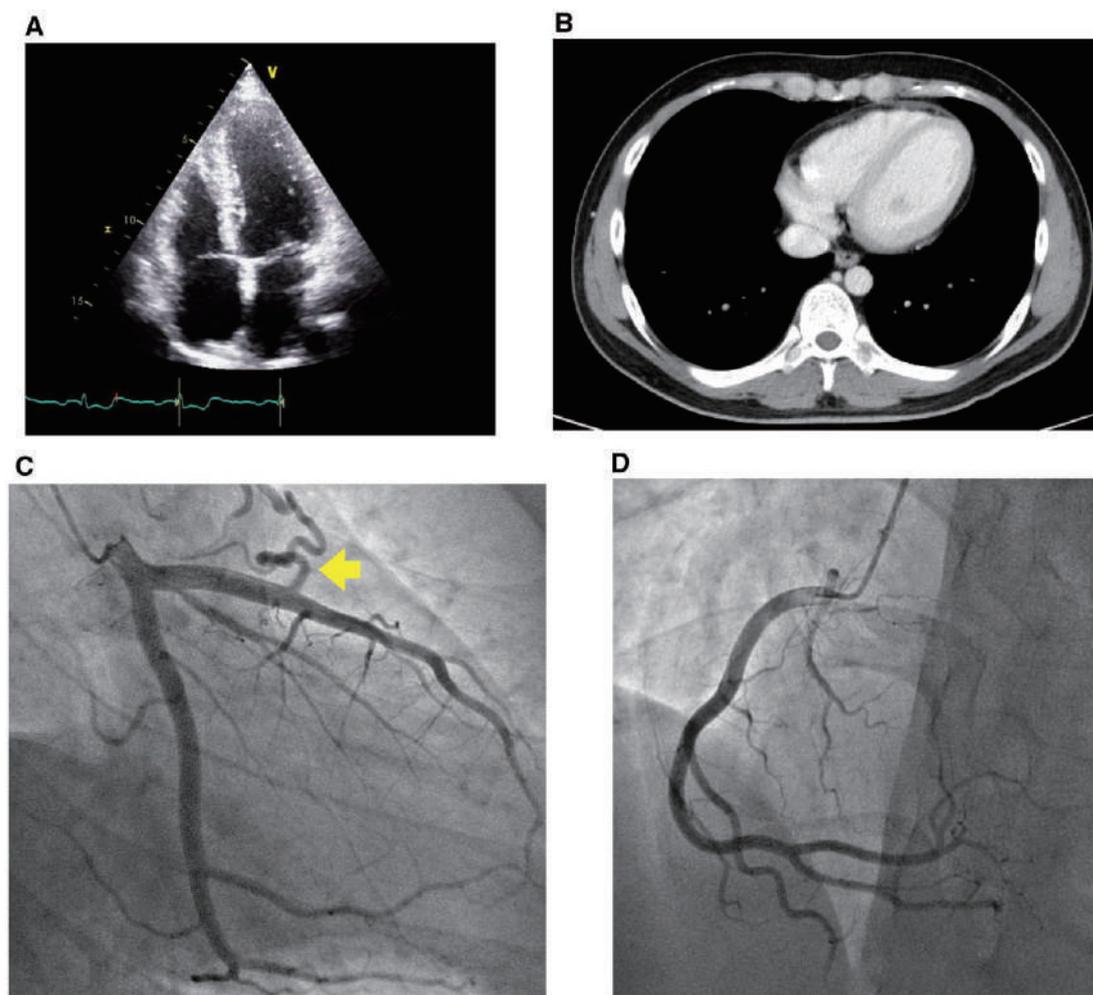


Figure 2 Echocardiogram and thoracic computed tomography showed no pericardial effusion or ventricular wall thickening (A and B). Coronary angiography demonstrated no significant stenosis of the coronary arteries except for a coronary artery (left anterior descending) to pulmonary artery fistula (arrow) (C and D).

Table 1 Markers of myocardial injury and inflammatory response have improved within 1 week

	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 8
CRP (mg/dL) (0–0.14)	7.57	4.24	1.57	0.70	0.13
Hs-Tn-I (pg/mL) (0–26.2)	5362.4	4426.0	2768.1		
WBC (μ L) (3300–8600)	8560	5440	4460	4320	5600
Eosinophil (μ L) (2–4%)	30 (0.4%)	140 (2.6%)	170 (3.8%)	200 (4.6%)	190 (3.4%)
CK (U/L) (59–248)	332	315	96	55	39
AST (U/L) (13–30)	44	48	29	27	25
ALT (U/L) (10–42)	38	33	30	37	47
LD (U/L) (124–222)	226	219	226	200	191
BNP (pg/mL) (0–18.4)	20.2				

ALT, alanine aminotransferase; AST, aspartate aminotransferase; BNP, brain natriuretic peptide; CK, creatine kinase; CRP, C-reactive protein; Hs-Tn-I, high-sensitivity troponin-I; LD, lactate dehydrogenase; WBC, white blood cell.

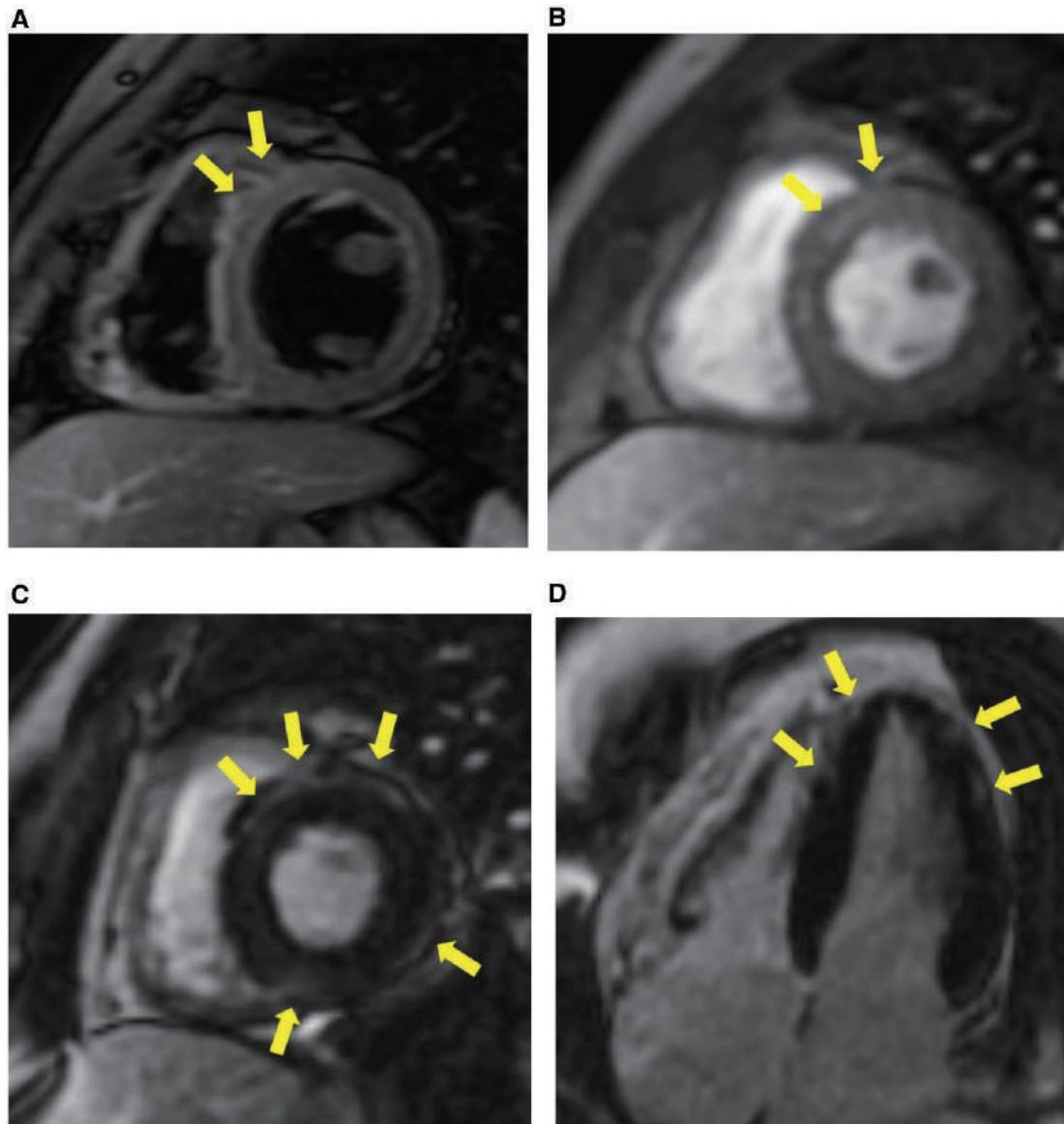


Figure 3 Cardiac magnetic resonance images. Short T1 inversion recovery axis image acquired along the basal short-axis view demonstrates increased subepicardial and mesocardial signal intensity of the antero-septal myocardial segments (A). Dynamic contrast-enhanced sequence demonstrates slight elevated signals of the antero-septal myocardial segments (B). Fast imaging employing steady state acquisition sequences acquired along the basal short-axis view (C) and four-chamber view (D) demonstrate myocardial late gadolinium enhancement with epicardial predominance in the antero-septal, inferior and lateral walls of the basal segment and apex.

later, he complained of general malaise and sleep disturbance, was diagnosed with situational depression and is currently on leave to see a psychotherapist.

Discussion

In the present case, a healthy young adult male developed acute myocarditis after COVID-19 vaccination. The diagnosis of

myocarditis was confirmed by cardiac MRI with late gadolinium enhancement sequence, although no endocardial biopsy was performed. Non-invasive imaging modalities such as MRI, CT, and echocardiogram are useful for diagnosis and are of benefit to patients. In addition, FIESTA with the superior temporal resolution is thought to provide better depiction of late enhancement effect in the myocardium than conventional T1WI. The temporal association between vaccination and the onset of

symptoms, and the exclusion of other acute cardiac diseases, suggested that this acute myocarditis seemed to be an adverse reaction to the BNT162b2 vaccine. Although the temporal association does not prove causation, the very short span between the second vaccination and the onset of myocarditis suggests a possible relationship. Since April 2021, the number of cases of cardiac inflammation (myocarditis and pericarditis) after mRNA COVID-19 vaccination (Pfizer-BioNTech and Moderna) have been increasing in the USA.⁴ The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has announced that more than 1000 cases of myocarditis/pericarditis after mRNA vaccination have been reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) on 25 June 2021. Myocarditis/pericarditis develops with sudden chest pain 1–5 days after vaccination, is more often in males under 30 years of age, and is more often after the second vaccination, so this case shows a typical pattern of onset. Although the onset of the disease may be mediated by the immune system, it is currently unclear what immune response to the mRNA vaccine leads to the development of myocarditis/pericarditis. A possible pathogenic mechanism is direct spike mediated toxicity. Myocarditis/pericarditis has also been reported as a complication of SARS-CoV-2 infection and may involve an immune response to spike proteins, but unfortunately, we did not perform quantitative SARS-CoV-2 antibody assays in this case. Another hypothesis is a delayed hypersensitivity reaction and eosinophilic myocarditis that develops directly after vaccination.⁵ As shown in [Table 1](#), the changes in eosinophils in peripheral blood showed a low level of 0.4% (30 cells/ μ L) on Day 1, the day of admission, followed by a gradual increase and a mild increase to 4.6% (200 cells/ μ L) on Day 4. We speculate that an eosinophilic infiltration of the myocardial tissue may have occurred immediately after the second vaccination, but this cannot be proven as we have not performed a myocardial biopsy.

In Japan, priority vaccination of healthcare providers first started in February 2021, and vaccination at our hospital started in May. In June, vaccination of elderly people aged 75 years and over started on a priority basis, but vaccination of the general young population, especially those in their 20s, is still largely unavailable. Therefore, as vaccination spreads to the younger generation, there is a concern that cases of myocarditis and pericarditis may increase. The Ministry of Health, Labour and Welfare announced 12 cases of Myocarditis/pericarditis as of 2 July, and the Japanese Circulation Society issued a statement on 'Acute myocarditis and acute pericarditis after vaccination with novel coronaviruses' on 21 July. We healthcare providers have to pay attention to this issue as vaccination in Japan will progress from the elderly to the younger generation. However, it appears that there is a significantly higher risk of cardiac involvement from COVID-19 infection compared to COVID-19 vaccination.⁶ We therefore believe that COVID-19 vaccination plays an important role in herd immunity and overall provide more benefit than harm.

The patient was a medical professional and was well aware that myocarditis can be fatal in severe cases, which may have been traumatic and led to depressive state. It is a priority to

provide psychological support for the post-traumatic stress disorder-like depression which can occur as an adverse complication of the vaccine.

In conclusion, to the best of our knowledge, this is the first published case of acute myocarditis as an adverse reaction to SARS-CoV-2 vaccine in Asia.

Lead author biography



During the year 1984, Dr Masato Ohnishi studied BSc in the Faculty of Science, Kobe University, Kobe, Japan. He graduated MD in the Faculty of Medicine, Shiga University of Medical Science, Otsu, Japan in 1990. In 1999, he did PhD in Graduate School of Medicine, Shiga University of Medical Science, Otsu, Japan. He is an Assistant Professor in the Department of Cardiology, Shiga

University of Medical Science in 2001, Director of Cardiology, Kusatsu General Hospital in 2003, and an Associate Professor in the Department of Comprehensive Internal Medicine, Shiga University of Medical Science, Director of Cardiovascular Medicine, National Hospital Organization Higashi-Ohmi General Medical Center in 2011. He is a Fellow of the Japanese Society of Internal Medicine and a Board Certified Member of the Japanese Circulation Society.

Supplementary material

[Supplementary material](#) is available at *European Heart Journal - Case Reports* online.

Acknowledgements

We thank Dr Hiroshi Sakai (Department of Cardiology, Shiga University of Medical Science, Otsu, Japan) for arranging the cardiac MRI and Dr Yukihiro Nagatani (Department of Radiology, Shiga University of Medical Science, Otsu, Japan) for reading the cardiac MRI.

Slide sets: A fully edited slide set detailing this case and suitable for local presentation is available online as [Supplementary data](#).

Consent: The authors confirm that written consent for submission and publication of this case report including images and associated text has been obtained from the patient in line with COPE guidance.

Conflict of interest: None declared.

Funding: None declared.

References

- Center for Disease Control and Prevention. Possible side effects after getting a COVID-19 vaccine. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/expect/after.html> (25 May 2021).
- Bautista García J, Peña Ortega P, Bonilla Fernández JA, Cárdenas León A, Ramírez Burgos L, Caballero Dorta E. Acute myocarditis after administration of the BNT162b2 vaccine against COVID-19. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2021;**74**:812–814.

3. Albert E, Aurigemma G, Saucedo J, Gerson DS. Myocarditis following COVID-19 vaccination. *Radiol Case Rep* 2021;**16**:2142–2145.
4. Center for Disease Control and Prevention. Myocarditis and pericarditis following mRNA COVID-19 vaccination. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/myocarditis.html> (25 May 2021).
5. Yamamoto H, Hashimoto T, Ohta-Ogo K, Ishibashi-Ueda H, Imanaka-Yoshida K, Hiroe M et al. A case of biopsy-proven eosinophilic myocarditis related to tetanus toxoid immunization. *Cardiovasc Pathol* 2018;**37**:54–57.
6. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S et al.; C4591001 Clinical Trial Group. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. *N Engl J Med* 2020;**383**:2603–2615.

Population-based prostate-specific antigen screening for prostate cancer may have an indirect effect on early detection through opportunistic testing in Kusatsu City, Shiga, Japan

SUSUMU KAGEYAMA¹, YUKI OKINAKA^{1,2}, KOJI NISHIZAWA³, TORU YOSHIDA³, SATOSHI ISHITOYA⁴, YASUMASA SHICHIRI⁵, CHUL JANG KIM⁶, TSUYOSHI IWATA⁷, RYUSEI YOKOKAWA⁸, YUTAKA ARAI⁹, ZENKAI NISHIKAWA¹⁰, HIROKI SOGA¹¹, HIROSHI USHIDA¹², YUJI SAKANO¹³, YOSHIO NAYA¹⁴, AKINORI WADA¹, MASAYUKI NAGASAWA¹, TETSUYA YOSHIDA¹, MITSUHIRO NARITA¹ and AKIHIRO KAWAUCHI¹

¹Department of Urology, Shiga University of Medical Science, Otsu, Shiga 520-2192;

²Department of Urology, Yasu City Hospital, Yasu, Shiga 520-2331; ³Department of Urology, Shiga General Hospital, Moriyama, Shiga 524-8524; ⁴Department of Urology, Japanese Red Cross Otsu Hospital, Otsu, Shiga 520-8511; ⁵Department of Urology, Otsu City Hospital, Otsu, Shiga 520-0804; ⁶Department of Urology, Kohka Public Hospital, Koka, Shiga 528-0074; ⁷Department of Urology, Omihachiman Community Medical Center, Omihachiman, Shiga 523-0082; ⁸Department of Urology, Nagahama City Hospital, Nagahama, Shiga 526-8580; ⁹Department of Urology, Kusatsu General Hospital, Kusatsu, Shiga 525-8585; ¹⁰Department of Urology, Hino Memorial Hospital, Hino, Shiga 529-1642; ¹¹Department of Urology, Toyosato Hospital, Toyosato, Shiga 529-1168; ¹²Department of Urology, JCHO Shiga Hospital, Otsu, Shiga 520-0846; ¹³Department of Urology, National Hospital Organization Higashi-ohmi General Medical Center, Higashiomi, Shiga 527-8505; ¹⁴Department of Urology, Nagahama City Kohoku Hospital, Nagahama, Shiga 529-0493, Japan

Received July 22, 2022; Accepted November 10, 2022

DOI: 10.3892/mco.2022.2599

Abstract. Prostate cancer is the most common genitourinary cancer in men. Population-based serum prostate-specific antigen (PSA) testing is used to screen men for the early detection of asymptomatic prostate cancer. The present study compared the features of patients with prostate cancer in Kusatsu City, the only municipality in Shiga Prefecture of Japan to implement organized PSA screening, with those in other municipalities. The target population for organized PSA screening by mail invitation was men ≥ 50 years. Patients were pathologically diagnosed via prostate biopsy because of elevated serum PSA. This multicenter observational study was subsequently conducted in 14 hospitals. The following information was extracted from patient records: age, reason for PSA testing, initial PSA level, Gleason score, clinical stage, and place of residence. Risk classification was defined

as low, intermediate, high, and advanced. Each patient was stratified according to their city/town. A total of 984 patients diagnosed with prostate cancer in Shiga in 2012 and 2017 were analyzed, of which 955 (97%) were opportunistically tested, with the remaining 29 (3%) assessed by organized screening. In Kusatsu, 93 patients were diagnosed, of whom 26 (28%) were detected by organized screening. By contrast, only three of 891 patients (0.3%) were detected by organized screening in other municipalities. Of patients in Kusatsu, cases identified by opportunistic testing had a higher initial PSA value ($P=0.010$) than those identified by organized screening. However, patients detected through opportunistic testing in Kusatsu City were younger ($P=0.034$), had a lower PSA value ($P=0.001$), and improved risk classification ($P<0.001$) than those in other municipalities. It was concluded that more patients were diagnosed with early-stage cancer by organized PSA screening. Furthermore, population-based PSA screening in Kusatsu City may have indirectly affected early detection, even by opportunistic testing.

Correspondence to: Dr Susumu Kageyama, Department of Urology, Shiga University of Medical Science, Seta Tsukinowa-cho, Otsu, Shiga 520-2192, Japan
E-mail: kageyama@belle.shiga-med.ac.jp

Key words: diagnosis, opportunistic testing, population-based screening, prostate cancer, prostate-specific antigen

Introduction

Prostate cancer is the most common genitourinary cancer in men. In 2020, 1,414,259 new cases and 375,304 deaths were estimated worldwide (1). Similarly, the incidence of prostate cancer is also the highest of male cancers in Japan, with the projected number of patients in 2021 being 95,400 (2). Serum

prostate-specific antigen (PSA) testing is the most important clinical test for the early detection of prostate cancer. Due to its simplicity, PSA testing is used to screen men for prostate cancer risk, with numerous industrialized countries having developed organized population-based PSA screening models. The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) and the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO) were large randomized controlled trials of PSA-based screening that were announced simultaneously in 2009 (3,4). Nine years of follow-up led to the mortality rate ratio in the screening group being reduced by 20% in the ERSPC trial. However, a difference in mortality rate ratios was not observed between screened or unscreened groups after 11.5 years of follow-up in the PLCO trial. Currently, population-screening for prostate cancer remains one of the controversial issues in this field (5).

In Japan, organized population-based PSA screening has been carried out since the early 1990s (6). However, by 2000, only 14.3% of municipalities in Japan ran screening programs. Nevertheless, by 2015, according to a Japanese Foundation for Prostate Research (JFPR) survey, population-based PSA screening systems could be found in 83.0% of municipalities (7). Currently, a population-based PSA screening system is present in over half of all cities and towns in all prefectures of Japan, except for Shiga Prefecture. According to the JFPR survey, in 2015, the implementation rate for organized PSA mass-screening in Shiga Prefecture was lowest (6.7% of municipalities). Moreover, the last city, Kusatsu, terminated population-based screening in 2017. Therefore, since 2018, no local governments in Shiga Prefecture have offered PSA screening, a situation that is quite exceptional in Japan.

Features of newly-diagnosed patients with prostate cancer in Shiga Prefecture were previously reported. A total of 97% of the patients were discovered through opportunistic PSA testing and showed worse clinical features than those patients diagnosed via an organized population-based screening (8). In the present study, a subanalysis was conducted to compare the characteristics of patients diagnosed with prostate cancer in 2012 and 2017 in Kusatsu City (Japan), the only municipality in Shiga Prefecture that implemented an organized population-based PSA screening, with those of patients in other municipalities in the prefecture.

Materials and methods

Patients. As a multicenter observational study, this investigation was conducted in 14 hospitals in Shiga Prefecture, Japan, as previously reported (8). Briefly, in 2012 and 2017, patients diagnosed with prostate cancer were surveyed. Cases were only included if they were pathologically diagnosed via prostate biopsy due to elevated serum PSA. Patients were excluded if they were incidentally diagnosed with T1a-b prostate cancer when operated on for benign prostate hyperplasia.

Data acquisition. Clinicopathological data of patients were extracted from their medical records by attending physicians in each hospital. In this survey, such data were collected, including patient's age, reasons for PSA measurement, initial PSA levels, Gleason score of prostate biopsy specimens, primary

treatments selected, clinical stage (TNM classification 2009), and their place of residence. The reasons for PSA measurement were classified into six groups as follows: i) testing in general practice clinics, ii) testing in urologic clinics, iii) a repeat test due to elevated PSA earlier, iv) community-based PSA screening, v) investigation for metastatic disease of unknown origin, and vi) others. Risk classification was defined according to Arnsrud Godtman *et al* (9) as follows: Low risk=T1, not N1 or M1, with a Gleason score ≤ 6 , and PSA <10 ng/ml. Intermediate risk=T1-2, not N1 or M1, with a Gleason score ≤ 7 and/or PSA <20 ng/ml. High risk=T1-4, not N1 or M1, with a Gleason score ≥ 8 and/or PSA <100 ng/ml. Advanced=N1 and/or M1 and/or PSA ≥ 100 ng/ml.

Approval (approval no. R2018-010) for the present study was granted by the Ethics Committee of Shiga University of Medical Science (Otsu, Japan) and by the ethics committee at each study center. The study was undertaken according to the provisions of the Declaration of Helsinki. Informed consent was obtained in the form of opt-out, and those who rejected were excluded.

Organized population-based PSA screening in Kusatsu City, Shiga. Kusatsu City initiated an annual prostate cancer screening program using serum PSA tests in 2004. The target population was limited to men ≥ 50 years old. Recommendations for prostate cancer screening were made to eligible persons by mail. The study participants visited family physicians or nearby hospitals with a recommendation letter and underwent a serum PSA test. The PSA cutoff value in this screening was set at 4.0 ng/ml. Kusatsu City collected final reports from hospitals where further prostate examinations were performed. This cancer screening program ceased in 2018 according to Kusatsu City policy. Data from this PSA screening program in Kusatsu City from 2004 to 2017 was kindly provided by the Division of Health Promotion, the Department of Health and Welfare, Kusatsu City, Japan.

Statistical analysis. We compared the clinical data of patients in Kusatsu City to those of other municipalities in Shiga Prefecture. IBM SPSS for Windows version 22.0 (IBM Corp.) was used to carry out statistical analyses. Differences between groups were analyzed using a Mann-Whitney U test and Fisher's exact test. $P < 0.05$ was considered to indicate a statistically significant difference.

Results

Demographics of patients. Within the institutions surveyed, 984 patients in total were diagnosed with prostate cancer made up of 431 in 2012 and 553 in 2017. According to the cancer registries of Shiga Prefecture, the number of cases of newly diagnosed prostate cancer were 616 and 896 in 2012 and 2017, respectively (10). Thus, the present study covered more than 60% of the total patient population. Since the community-based PSA screening program in Shiga Prefecture was similar between 2012 and 2017, data from the two years were combined and analyzed as a single group. The study population was divided into two groups according to the place of residence: Kusatsu City and other municipalities. Demographics of patients are shown in Table I.

Table I. Demographics of patients.

	Total	Kusatsu city	Other municipalities	P-value
Number of patients	984	93	891	
Median age, years	72 (44-92)	70 (50-88)	73 (44-92)	0.015
Median initial PSA (ng/ml)	11.27 (1.15-8684)	7.70 (3.488-8684)	11.80 (1.15-8138)	<0.001
Gleason score				
<8	596 (61%)	70 (75%)	526 (59%)	0.002
≥8	388 (39%)	23 (25%)	365 (41%)	
T stage				
T1c	263 (27%)	26 (28%)	237 (27%)	<0.001
T2	457 (46%)	56 (60%)	401 (45%)	
T3	200 (21%)	9 (10%)	191 (21%)	
T4	56 (6%)	0	56 (6%)	
Unknown	8 (1%)	2 (2%)	6 (1%)	
N stage				
N0	860 (87%)	87 (94%)	773 (87%)	0.047
N1	119 (12%)	5 (5%)	114 (13%)	
Unknown	5 (1%)	1 (1%)	4 (1%)	
M stage				
M0	846 (86%)	88 (95%)	758 (85%)	0.011
M1	130 (13%)	4 (4%)	126 (14%)	
Unknown	8 (1%)	1 (1%)	7 (1%)	

PSA, prostate-specific antigen.

The median age of patients in Kusatsu City was significantly younger than in other municipalities (70 vs. 73 years, $P=0.015$). The median initial PSA values of patients in Kusatsu City were also significantly lower than those of other municipalities (7.70 vs. 11.80 ng/ml, $P<0.001$). Worse prognostic factors, including a high Gleason Score ($P=0.002$), higher T-stage ($P<0.001$), higher rates of nodal ($P=0.047$) and distant metastasis ($P=0.011$), were found in other municipalities.

Differences in reasons for PSA measurements. The reasons for PSA measurements in each group are summarized in Table II. In Kusatsu City, 93 patients were diagnosed with prostate cancer in two sample years. A total of 26 men (28.0%) were diagnosed through community-based PSA screening. In comparison, in the other municipalities, only three of 891 patients (0.3%) were diagnosed via organized PSA screening ($P=0.011$). In other municipalities, the most common reason for PSA measurement was examination by general practitioners (42%). The specific reasons for why general physicians measured PSA in some patients could not be precisely identified because the referral forms showed incomplete information.

Clinicopathological differences between organized community-based PSA screening and opportunistic PSA measurement in patients of Kusatsu City. Of the patients in Kusatsu City, cases screened by opportunistic PSA test presented with a significantly higher median initial PSA value ($P=0.01$) and than values for those who underwent organized screening (Table III). In addition, a trend was noted toward

more patients with higher T stage, nodal and distant metastases in the opportunistic screening group, although no statistically significant differences were evident.

Clinicopathological features in patients diagnosed through opportunistic PSA measurement. The characteristics of patients diagnosed opportunistically, excluding through organized PSA screening programs, were compared between Kusatsu and other municipalities in Table IV. Patients in Kusatsu were diagnosed at a younger age than in other municipalities ($P=0.034$). A lower median PSA value was revealed in the Kusatsu group compared with other municipalities ($P=0.001$). The proportion of worse risk classification (high to advanced risk) in the other municipality group was more prominent than in Kusatsu City ($P<0.001$; Fig. 1).

Discussion

Screening for PSA is helpful for the early detection of asymptomatic prostate cancer, although controversy still exists as to whether this reduces the rate of prostate cancer mortality. In the U.S., the PLCO Cancer Screening Trial has been performed since the 1990s (4). The PLCO Trial randomly assigned 76,693 men to undergo either annual screening (annual PSA testing for six years) or the usual care as control. After follow-up for 7 to 10 years, the death rate from prostate cancer was very low and showed no significant difference between the two study groups. Extended follow-up over a median of 15 years also indicated no difference in reduction in prostate cancer

Table II. Reasons for PSA measurements.

Reasons for PSA measurements	Kusatsu City (%)	Other municipalities (%)	P-value
Overall	93 (100)	891 (100)	
Organized screening (Community-based PSA screening)	26 (28)	3 (0.3)	0.011
General practice clinic	13 (14)	375 (42)	
Urologic clinic	24 (26)	251 (28)	
Repetitive measurement due to previous elevated PSA	15 (16)	137 (15)	
Investigation for metastatic disease of unknown origin	2 (2)	36 (4)	
Others	13 (14)	89 (10)	

PSA, prostate-specific antigen.

Table III. Clinicopathological differences by reasons for PSA measurement: Kusatsu City.

	Organized screening	Opportunistic measurement	P-value
Overall	26	67	
Median age	70 (61-80)	70 (50-88)	0.748
Median initial PSA (ng/ml)	5.16 (3.791-27.3)	9.1 (3.488-8684)	0.010
Initial PSA (ng/ml)			
<4	1 (4%)	1 (1%)	0.607
4-10	19 (73%)	41 (61%)	
10-20	5 (19%)	16 (26%)	
20-100	1 (4%)	5 (7%)	
≥100	0	4 (6%)	
Gleason score			
<8	20 (77%)	50 (75%)	1
≥8	6 (23%)	17 (25%)	
T stage			
<T3	26 (100%)	56 (86%)	0.056
≥T3	0	9 (14%)	
N stage			
N0	26 (100%)	61 (93%)	0.317
N1	0	5 (7%)	
M stage			
M0	26 (100%)	62 (94%)	0.574
M1	0	4 (6%)	
Risk classification			
Low risk	3 (12%)	8 (12%)	0.479
Intermediate risk	17 (65%)	36 (54%)	
High risk	6 (23%)	14 (21%)	
Advanced	0	7 (10%)	
Unknown	0	2 (3%)	

Low risk: T1, not N1 or M1, Gleason score ≤6, and PSA <10 ng/ml. Intermediate risk: T1-2, not N1 or M1, and Gleason score ≤7 and/or PSA <20 ng/ml. High risk: T1-4, not N1 or M1, and Gleason score ≥8 and/or PSA <100 ng/ml. Advanced: N1 and/or M1 and/or PSA ≥100 ng/ PSA, prostate-specific antigen.

mortality between intervention and control arms (11). Due to these results, the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recommended against PSA-based screening for

prostate cancer in 2012. In contrast to the PLCO Trial, a statistically significant reduction (20%) was noted for prostate cancer mortality in the ERSPC study (3). After a 16-year follow-up,

Table IV. Clinicopathological features in patients diagnosed by an opportunistic PSA measurement.

	Kusatsu City	Other municipalities	P-value
Overall	67	888	
Median age	70 (50-88)	73 (44-92)	0.034
Median initial PSA (ng/ml)	9.1 (3.488-8684)	11.8 (1.15-8138)	0.001
Initial PSA (ng/ml)			
<4	1 (1%)	10 (11%)	0.003
4-10	41 (61%)	370 (42%)	
10-20	16 (26%)	195 (22%)	
20-100	5 (7%)	175 (20%)	
≥100	4 (6%)	138 (15%)	
Gleason score			
<8	50 (75%)	523 (59%)	0.014
≥8	17 (25%)	365 (41%)	
T stage			
<T3	56 (86%)	635 (72%)	0.013
≥T3	9 (14%)	247 (28%)	
N stage			
N0	61 (93%)	770 (87%)	0.250
N1	5 (7%)	114 (13%)	
M stage			
M0	62 (94%)	755 (86%)	0.064
M1	4 (6%)	126 (14%)	
Risk classification			
Low risk	8 (12%)	59 (7%)	<0.001
Intermediate risk	36 (54%)	345 (39%)	
High risk	14 (21%)	288 (32%)	
Advanced	7 (10%)	193 (22%)	
Unknown	2 (3%)	3 (0.3%)	

PSA, prostate-specific antigen.

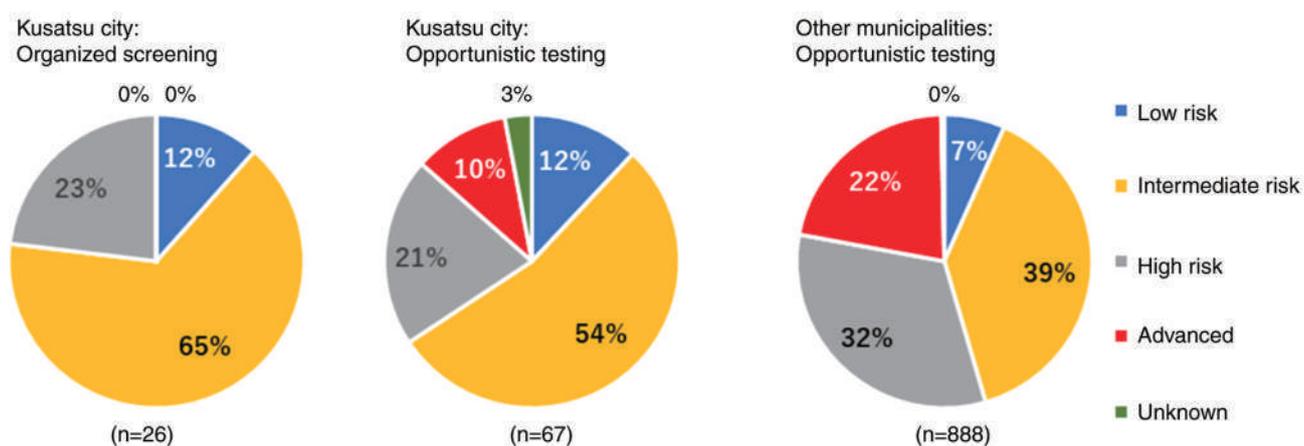


Figure 1. Proportion of the patients stratified by risk classification.

a significant reduction in cancer mortality continued, and the number of men required to be screened to prevent one prostate cancer death was reduced compared with that of previous reports from ERSPC (12). However, the PLCO Trial was

flawed with a high contamination rate in the control arm (13). After a detailed review of various reports, USPSTF revised the recommendation that undergoing periodic PSA-based screening for prostate cancer is left to individual men aged

from 55 to 69 years (14). With the spread of PSA testing in clinical use, population-based PSA screening has expanded in Japan as well as the U.S. and Europe (6). In 2015, 1,189 of 1,432 (83.0%) municipalities in Japan had systems in place for population-based PSA screening according to a report by the JFPR (7). Despite this high implementation rate in Japan, only one city in Shiga Prefecture, Kusatsu City, undertook population-based PSA screening during our survey years.

In our study, patients in Kusatsu City who were detected not only by an organized population-based screening but also through opportunistic PSA testing showed a lower risk of prostate cancer than those in other municipalities. An exact explanation for this interesting result is not obvious but a possible reason may be related to the exposure rate of PSA screening. Organized mass screening using a serum PSA test by Kusatsu City was undertaken for 14 years (2004-2017). A summary of the data from PSA mass screenings in Kusatsu City are presented in Table V. A total of ~20,000 men, 50 years or older, were invited to the mass screening program each year, with uptake rates of 8.4-13.8%. Okihara *et al* (15) reported on the findings and quality control of prostate cancer screening performed serially for a decade in the Otokuni area, Kyoto, Japan. In the Otokuni program, candidates were part of a male population, 55 years or older, and the program involved ~22,000 men per year. In Otokuni, 39,213 men attended primary PSA screening over 10 years; thus, the mean yearly number of men screened was ~3,900. It was hypothesized by the authors that the exposure rate for PSA screening in the Otokuni area was 65%. The number of candidates for organized PSA screening in the Otokuni area was similar to that of Kusatsu City, but the rate of men attending PSA screening was two to three-fold that of Kusatsu City. Although we cannot calculate precisely the exposure rate for PSA screening in the men of Kusatsu City, it was assumed to be ~30%, which apparently seemed higher than that of other municipalities in Shiga Prefecture. Therefore, it was hypothesized that the higher exposure rates were caused by stage migration in newly diagnosed patients in Kusatsu City, even though this was opportunistic PSA testing, which is less effective compared with organized screening.

Further speculation relates to the awareness about prostate cancer screening using PSA measurements in general physicians as well as residents in Kusatsu City. Invitation letters were sent to individuals who were eligible for PSA screening. Therefore, this information may influence not only the response rate of PSA screening, but also awareness about prostate cancer and PSA testing in men in Kusatsu City. Furthermore, general physicians in Kusatsu may also tend to perform opportunistic PSA testing more frequently than in other municipalities in Shiga Prefecture. However, it is too difficult to prove this hypothesis in the present study.

The exact reason for the termination of the organized screening program for detecting prostate cancer by the Kusatsu City government is unknown. In Japan, prostate cancer is not included in cancer screening as a national program under the Health Promotion Act. The national committee in the Ministry of Health, Labor and Welfare do not recommend PSA-based screening for prostate cancer due to insufficient evidence of a reduction in mortality (16). According to a questionnaire by the JFPR, most cities and towns in Shiga Prefecture responded that they did not provide cancer screening because there is no

Table V. The results of PSA mass screenings organized by Kusatsu City (2004-2017).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Male population of aged 50-years or older (A)	18,756	19,133	19,454	19,796	20,072	20,448	20,722	21,060	21,460	21,852	22,193	22,671	23,214	23,685
Number of men screened for PSA (B)	1,593	2,514	2,633	2,734	2,434	2,411	2,371	2,308	2,422	2,366	2,428	2,001	1,977	2,001
PSA screening rates (B/A, %)	8.5	13.1	13.5	13.8	12.1	11.8	11.4	11.0	11.3	10.8	10.9	8.8	8.5	8.4
Number of people with elevated PSA levels, 4.0 ng/ml or higher (C)	198	207	215	236	222	201	217	176	164	160	174	132	113	73
Positive PSA test rates (C/B, %)	12.4	8.2	8.2	8.6	9.1	8.3	9.2	7.6	6.8	6.8	7.2	6.6	5.7	3.6
Number of people who visited clinics for further examination (D)	84	76	58	78	91	94	113	105	99	99	118	93	82	45
Visiting rates for further examination (D/C, %)	42.4	36.7	27.0	33.1	41.0	46.8	52.1	59.7	60.4	61.9	67.8	70.5	72.6	61.6
Number of patients who were diagnosed with prostate cancer (E)	33	27	12	13	21	17	10	21	13	14	20	17	14	4
Cancer detection rates (E/B, %)	2.07	1.07	0.46	0.48	0.86	0.71	0.42	0.91	0.54	0.59	0.82	0.85	0.71	0.20

PSA, prostate-specific antigen.

legal basis for it (7). The present study showed not only the direct effects of cancer screening but also the indirect effects. In areas where cancer screening programs were continuously implemented, even patients who underwent opportunistic PSA testing were detected at an earlier stage than those in areas where cancer screening was not conducted. On basis of these results, the resumption of PSA screening in Kusatsu is appealing. Furthermore, it is considered that it is important to disseminate these data to other municipalities in Shiga Prefecture so that they consider initiating PSA screening to diagnose cancer in its early stages.

There are several limitations to the present study. First, these results only apply to a limited area in Japan and may not be applicable to other areas. Second, the present study could not prove the effectiveness of PSA mass screening with respect to cancer-specific mortality. Since the USPSTF recommended against PSA-based prostate cancer screening for all men in 2012, there has been a significant increase in the rate of metastatic disease at diagnosis in U.S. (17). After 20 years of a steady decline, prostate cancer mortality in the U.S. has also ticked upwards in the last few years (18). Based on the current situation in the U.S., it is possible that discontinuation of PSA screening in Kusatsu City may lead to a worsening of the mortality rate in prostate cancer. It is planned by the authors to conduct a new study on survival outcomes. Third, comments cannot be made on the prevalence of overdiagnosing by PSA testing since individual attending physicians likely have differing policies on diagnosis and treatment. Current progress in the development of multi-parametric magnetic resonance imaging (MRI) has played a major role in the diagnosis of prostate cancer. The PRECISION study showed that a multi-parametric MRI-based pathway increased the detection rate of clinically significant prostate cancer from 26 to 38% and decreased the detection rate of clinically insignificant cancer from 22 to 9%, compared with 12-core transrectal ultrasound-guided biopsy (19). In the near future, prostate-specific membrane antigen imaging may add value to the detection of clinically significant localized prostate cancer (20). Such diagnostic efforts should reduce overdiagnosis. However, in spite of such limitations, the present study yielded important information on the indirect influence of population-based PSA screening.

In conclusion, organized PSA screening leads to an increase in the number of men diagnosed with early-stage prostate cancer. Furthermore, population-based mass screening may indirectly affect early detection, even by opportunistic PSA testing in the community. Although the results of the present study were derived only from a small area, similar trends will likely be observed in more communities with continuous organized PSA screening.

Acknowledgements

The authors appreciate the help of Professor Koji Okihara (North Medical Center, Kyoto Prefectural University of Medicine) for numerous helpful discussions and advice. The authors would also like to thank the staff of the Division of Health Promotion, the Department of Health and Welfare, Kusatsu City for providing data. The authors would also like to acknowledge Dr Etsuji Nakano (Nakano clinic) and Dr

Tatsuhiko Yoshiki (Kyoto Pharmaceutical University), founders of the organized PSA screening system of Kusatsu City.

Funding

No funding was received.

Availability of data and materials

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request. The data are not publicly available due to privacy or ethical restrictions.

Authors' contributions

SK, YO, KN, ToY, SI, YaS and CJK designed the study. SK and YO confirm the authenticity of all the raw data, analyzed the data and drafted the manuscript. TI, RY, YA, ZN, HS, HU, YuS, YN, AW, MaN, TeY, MiN performed acquisition of clinical data. AK interpreted the data and supervised the study. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Ethics approval and consent to participate

The present study was approved (approval no. R2018-010) by the Ethics Committee of Shiga University of Medical Science (Otsu, Japan) and by the ethics committee at each study center. The present study was undertaken according to the provisions of the Declaration of Helsinki. The participants were informed of the study by public notice using posters or websites. Informed consent was obtained in the form of opt-out, and those who rejected were excluded.

Patient consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A and Bray F: Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 71: 209-249, 2021.
2. National Cancer Center Japan: Projected cancer incidence in 2021. National Cancer Center Japan, Tokyo, 2021. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred_en.html. Accessed April 17, 2022.
3. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Lilja H, Zappa M, *et al*: Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 360: 1320-1328, 2009.
4. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL III, Buys SS, Chia D, Church TR, Fouad MN, Gelmann EP, Kvale PA, Reding DJ, *et al*: Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 360: 1310-1319, 2009.
5. Etzioni R, Gulati R, Cooperberg MR, Penson DM, Weiss NS and Thompson IM: Limitations of basing screening policies on screening trials: The US preventive services task force and prostate cancer screening. *Med Care* 51: 295-300, 2013.

6. Ito K, Oki R, Sekine Y, Arai S, Miyazawa Y, Shibata Y, Suzuki K and Kurosawa I: Screening for prostate cancer: History, evidence, controversies and future perspectives toward individualized screening. *Int J Urol* 26: 956-970, 2019.
7. The Japanese Foundation for Prostate Research: Implementation status of prostate cancer screening by municipality (MAP diagram)-Survey in June 2015. The Japanese Foundation for Prostate Research, Tokyo, 2015. <http://www.jfpr.or.jp/publish/pub21.html>. Accessed April 17, 2022.
8. Okinaka Y, Kageyama S, Nishizawa K, Yoshida T, Ishitoya S, Shichiri Y, Kim CJ, Iwata T, Yokokawa R, Arai Y, *et al*: Clinical, pathological, and therapeutic features of newly diagnosed prostate cancer predominantly detected by opportunistic PSA screening: A survey of Shiga Prefecture, Japan. *Prostate* 81: 1172-1178, 2021.
9. Arnsrud Godtman R, Holmberg E, Lilja H, Stranne J and Hugosson J: Opportunistic testing organized prostate-specific antigen screening: Outcome after 18 years in versus the Göteborg randomized population-based prostate cancer screening trial. *Eur Urol* 68: 354-360, 2015.
10. Shiga Prefectural Government: Cancer Registry. <https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/iryoy/15264.html>. Accessed April 17, 2022.
11. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS, Black A, Gohagan JK, Crawford ED, Grubb RL and Andriole GL: Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer* 123: 592-569, 2017.
12. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Carlsson SV, Talala KM, *et al*: A 16-yr follow-up of the European randomized study of screening for prostate cancer. *Eur Urol* 76: 43-51, 2019.
13. Shoag JE, Mittal S and Hu JC: Reevaluating PSA testing rates in the PLCO trial. *N Engl J Med* 374: 1795-1796, 2016.
14. U.S. Preventive Service Task Force: Final Recommendation Statement. Screening for Prostate Cancer: May 08, 2018. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prostate-cancer-screening>. Accessed April 17, 2022.
15. Okihara K, Kitamura K, Okada K, Mikami K, Ukimura O and Miki T: Ten year trend in prostate cancer screening with high prostate-specific antigen exposure rate in Japan. *Int J Urol* 15: 156-160, 2008.
16. Hamashima C: Cancer screening guidelines and policy making: 15 Years of experience in cancer screening guideline development in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 48: 278-286, 2018.
17. Desai MM, Cacciamani GE, Gill K, Zhang J, Liu L, Abreu A and Gill IS: Trends in incidence of metastatic prostate cancer in the US. *JAMA Netw Open* 5: e222246, 2022.
18. Klotz L: Overdiagnosis in urologic cancer: For world journal of urology symposium on active surveillance in prostate and renal cancer. *World J Urol* 40: 1-8, 2022.
19. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, Panebianco V, Mynderse LA, Vaarala MH, Briganti A, Budäus L, Hellawell G, Hindley RG, *et al*: MRI-targeted or standard biopsy for prostate-cancer diagnosis. *N Engl J Med* 378: 1767-1777, 2018.
20. Amin A, Blazevski A, Thompson J, Scheltema MJ, Hofman MS, Murphy D, Lawrentschuk N, Sathianathen N, Kapoor J, Woo HH, *et al*: Protocol for the PRIMARY clinical trial, a prospective, multicentre, cross-sectional study of the additive diagnostic value of gallium-68 prostate-specific membrane antigen positron-emission tomography/computed tomography to multiparametric magnetic resonance imaging in the diagnostic setting for men being investigated for prostate cancer. *BJU Int* 125: 515-524, 2020.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.

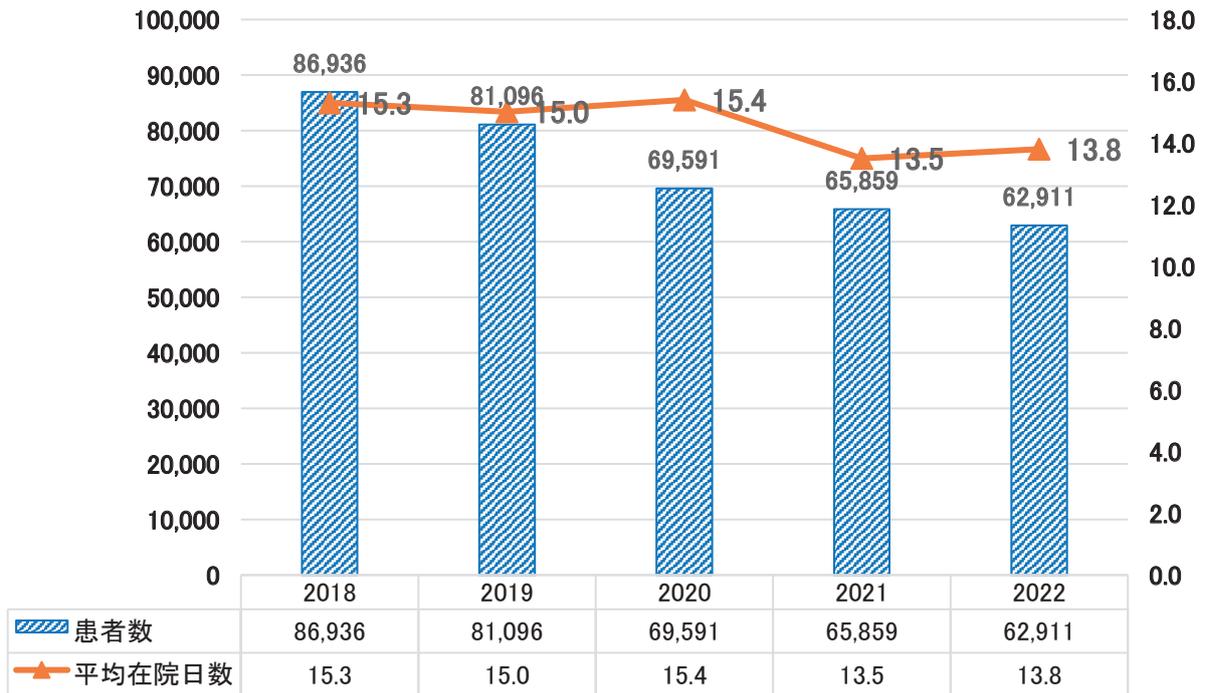
各種統計資料

診療科別延べ患者数の年次推移

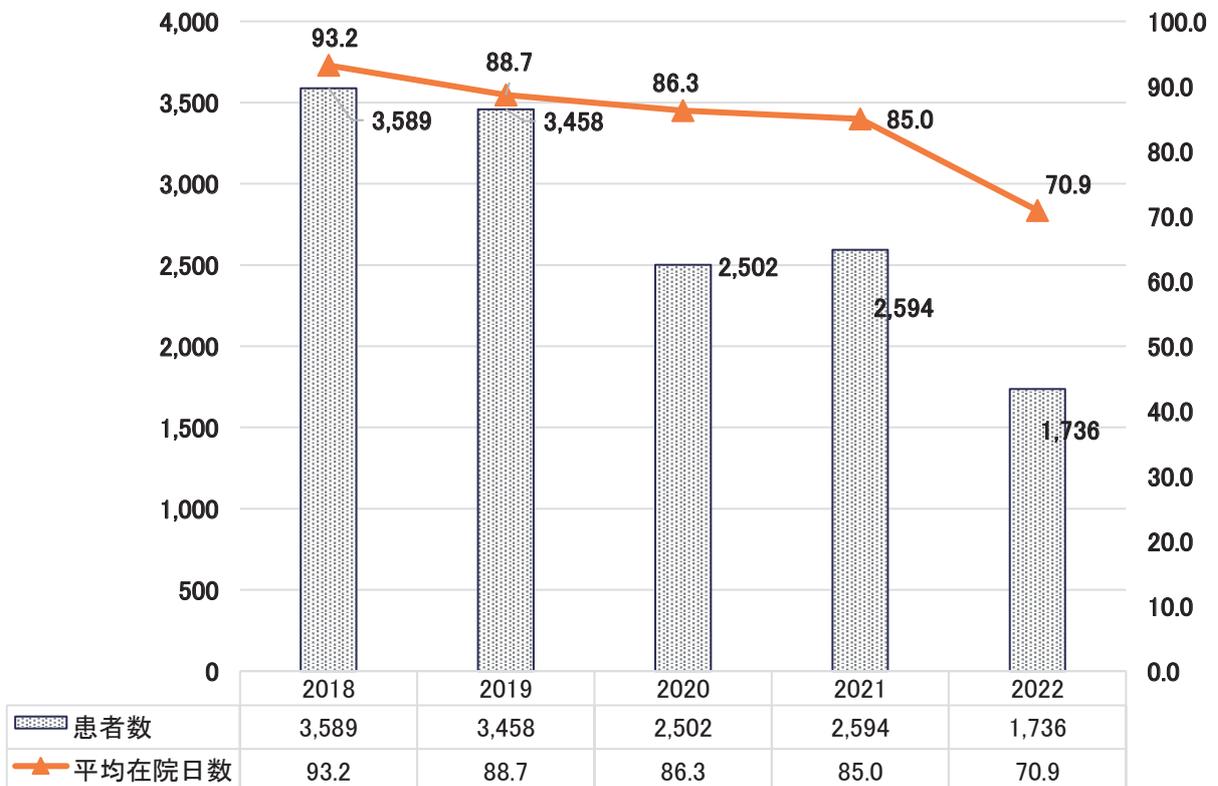
科	年度	外来					入院				
		2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
総合内科	(23)	(23)	(18)	(19)	(20)	(8)	(8)	(9)	(11)	(12)	
	5,493	5,611	4,353	4,537	4,774	2,991	3,035	3,315	3,900	4,315	
糖尿病・ 内分泌内科	(29)	(29)	(25)	(30)	(30)	(12)	(9)	(7)	(14)	(7)	
	7,063	6,949	6,138	7,295	7,292	4,341	3,452	2,479	5,103	2,601	
神経内科	(22)	(21)	(3)		(0)						
	5,482	5,077	687	-	98	-	-	-	-	-	
呼吸器内科 (結核病棟再掲)	(21)	(22)	(19)	(19)	(19)	(27)	(24)	(23)	(21)	(20)	
	5,130	5,286	4,623	4,566	4,578	9,870	8,756	8,479	7,551	7,103	
						3,589	3,458	2,502	2,594	1,736	
消化器内科	(57)	(56)	(46)	(46)	(47)	(36)	(36)	(31)	(28)	(31)	
	13,918	13,439	11,202	11,102	11,385	13,135	13,214	11,129	10,295	11,258	
循環器内科	(31)	(32)	(28)	(29)	(29)	(13)	(12)	(12)	(9)	(11)	
	7,536	7,663	6,904	6,924	7,095	4,910	4,506	4,220	3,361	4,167	
血液内科	(4)	(4)	(4)	(5)	(5)						
	972	1,054	1,068	1,157	1,166	-	-	-	-	-	
外科	(29)	(26)	(23)	(20)	(21)	(25)	(20)	(20)	(20)	(17)	
	7,174	6,262	5,670	4,947	5,187	9,093	7,436	7,124	7,376	6,121	
整形外科	(50)	(53)	(46)	(43)	(42)	(41)	(37)	(32)	(30)	(30)	
	12,209	12,671	11,097	10,449	10,198	14,804	13,703	11,705	11,063	10,755	
精神科	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
小児科	(29)	(33)	(21)	(28)	(29)	(6)	(5)	(2)	(3)	(2)	
	6,983	7,875	5,152	6,705	7,015	2,057	1,769	767	955	782	
脳神経外科	(3)	(3)	(2)	(2)	(3)						
	697	622	474	571	679	-	-	-	-	-	
呼吸器外科	(24)	(23)	(23)	(24)	(23)	(32)	(33)	(34)	(29)	(24)	
	5,860	5,609	5,696	5,677	5,599	11,805	11,950	12,282	10,568	8,640	
心臓血管外科	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)						
	190	148	122	131	150	-	-	-	-	-	
皮膚科	(24)	(24)	(21)	(22)	(22)	(4)	(5)	(5)	(4)	(4)	
	5,793	5,708	5,076	5,352	5,372	1,539	1,694	1,973	1,330	1,562	
泌尿器科	(31)	(31)	(28)	(31)	(32)	(8)	(5)	(5)	(5)	(5)	
	7,488	7,373	6,901	7,494	7,837	2,953	1,938	1,742	1,707	1,710	
産婦人科	(39)	(36)	(33)	(35)	(32)	(12)	(11)	(8)	(7)	(10)	
	9,439	8,758	8,007	8,341	7,880	4,427	3,971	2,765	2,649	3,494	
眼科	(21)	(20)	(17)	(17)	(16)	(2)	(2)	(1)	(1)	(1)	
	5,106	4,838	4,231	4,024	3,930	604	565	395	322	378	
耳鼻咽喉科	(20)	(24)	(20)	(20)	(20)	(3)	(4)	(3)	(2)	(2)	
	4,762	5,710	4,769	4,756	4,947	994	1,625	1,018	878	645	
放射線科	(8)	(8)	(10)	(9)	(9)						
	1,914	1,972	2,334	2,195	2,066	-	-	-	-	-	
救急科		(3)	(3)	(3)	(2)	(5)	(6)	(3)	(2)	(1)	
	-	701	755	607	556	1,809	2,255	1,238	709	505	
形成外科			(0)	(0)	(0)						
	-	-	54	102	64	-	-	-	-	-	
歯科口腔外科	(34)	(33)	(31)	(30)	(30)	(3)	(2)	(3)	(2)	(2)	
	8,244	7,900	7,630	7,244	7,337	1,253	888	1,086	686	611	
計	(498)	(505)	(424)	(431)	(433)	(248)	(231)	(198)	(188)	(177)	
	121,453	121,226	102,943	104,176	105,205	90,525	84,554	72,093	68,453	64,647	

※ () 内は1日平均人数

延べ入院患者数及び平均在院日数の推移（一般病棟）

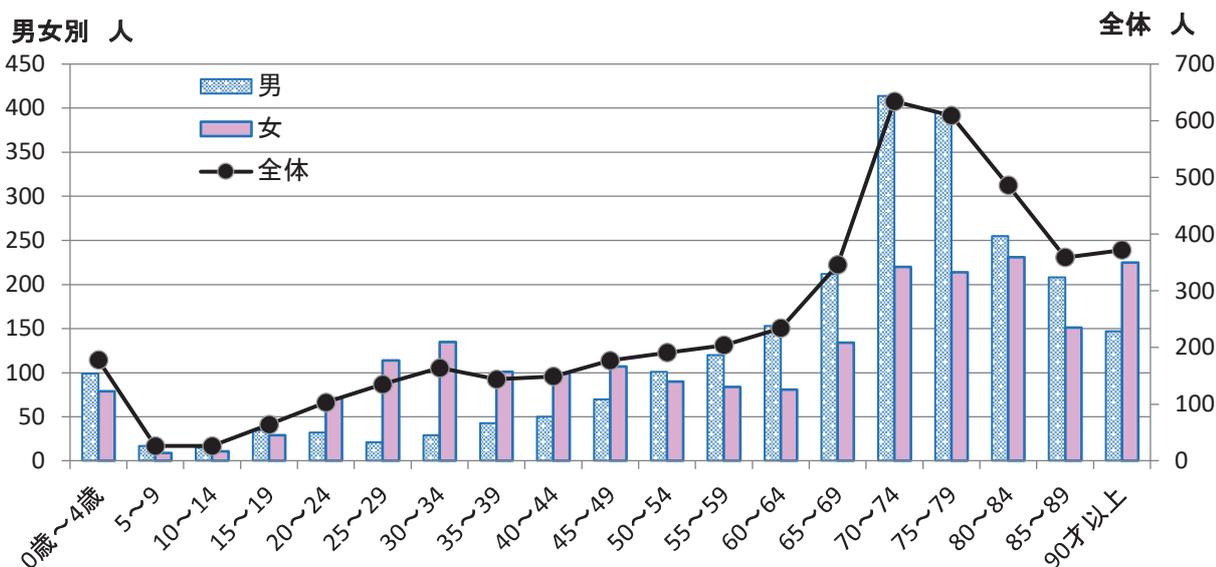


延べ入院患者数及び平均在院日数の推移（結核病棟）



2022年度退院患者性別年齢分布

年齢	性別		全体	比率
	男	女		
0歳～4歳	99	79	178	3.9%
5～9	17	9	26	0.6%
10～14	15	11	26	0.6%
15～19	35	29	64	1.4%
20～24	32	71	103	2.2%
25～29	21	114	135	2.9%
30～34	29	135	164	3.6%
35～39	43	101	144	3.1%
40～44	50	99	149	3.2%
45～49	70	107	177	3.8%
50～54	101	90	191	4.2%
55～59	120	84	204	4.4%
60～64	153	81	234	5.1%
65～69	212	134	346	7.5%
70～74	414	220	634	13.8%
75～79	395	214	609	13.2%
80～84	255	231	486	10.6%
85～89	208	151	359	7.8%
90才以上	147	225	372	8.1%
計	2,416	2,185	4,601	100.0%



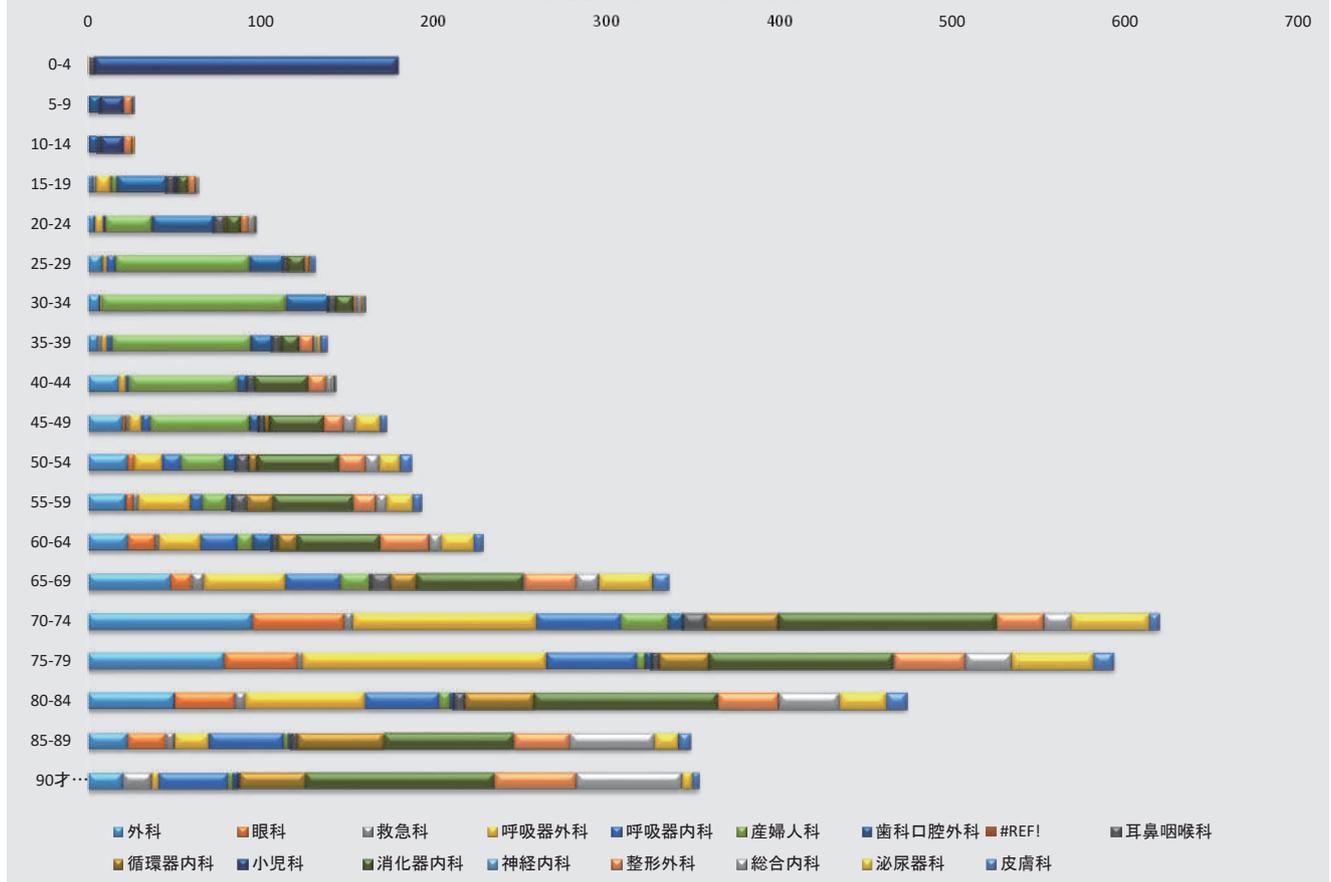
年齢別退院患者分布の年次推移

年齢	2018		2019		2020		2021		2022	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
0歳～4歳	451	7.7%	374	7.0%	168	3.7%	229	4.7%	178	3.9%
5～9	79	1.4%	81	1.5%	41	0.9%	46	0.9%	26	0.6%
10～14	49	0.8%	49	0.9%	37	0.8%	33	0.7%	26	0.6%
15～19	79	1.4%	86	1.6%	77	1.7%	87	1.8%	64	1.4%
20～24	139	2.4%	147	2.8%	131	2.9%	156	3.2%	103	2.2%
25～29	269	4.6%	190	3.6%	172	3.8%	166	3.4%	135	2.9%
30～34	318	5.5%	235	4.4%	175	3.9%	189	3.9%	164	3.6%
35～39	247	4.2%	202	3.8%	177	3.9%	198	4.0%	144	3.1%
40～44	191	3.3%	164	3.1%	135	3.0%	164	3.4%	149	3.2%
45～49	174	3.0%	156	2.9%	169	3.7%	157	3.2%	177	3.8%
50～54	191	3.3%	180	3.4%	185	4.1%	193	3.9%	191	4.2%
55～59	227	3.9%	199	3.8%	193	4.3%	211	4.3%	204	4.4%
60～64	298	5.1%	234	4.4%	245	5.4%	248	5.1%	234	5.1%
65～69	533	9.1%	508	9.6%	387	8.5%	404	8.3%	346	7.5%
70～74	613	10.5%	648	12.2%	581	12.8%	631	12.9%	634	13.8%
75～79	650	11.2%	655	12.3%	605	13.4%	615	12.6%	609	13.2%
80～84	571	9.8%	524	9.9%	439	9.7%	511	10.4%	486	10.6%
85～89	489	8.4%	397	7.5%	358	7.9%	369	7.5%	359	7.8%
90才以上	259	4.4%	277	5.2%	254	5.6%	286	5.8%	372	8.1%
計	5,827	100.0%	5,306	100.0%	4,529	100.0%	4,893	100.0%	4,601	100.0%
75歳以上	1,969	33.8%	1,853	34.9%	1,656	36.6%	1,781	36.4%	1,826	39.7%

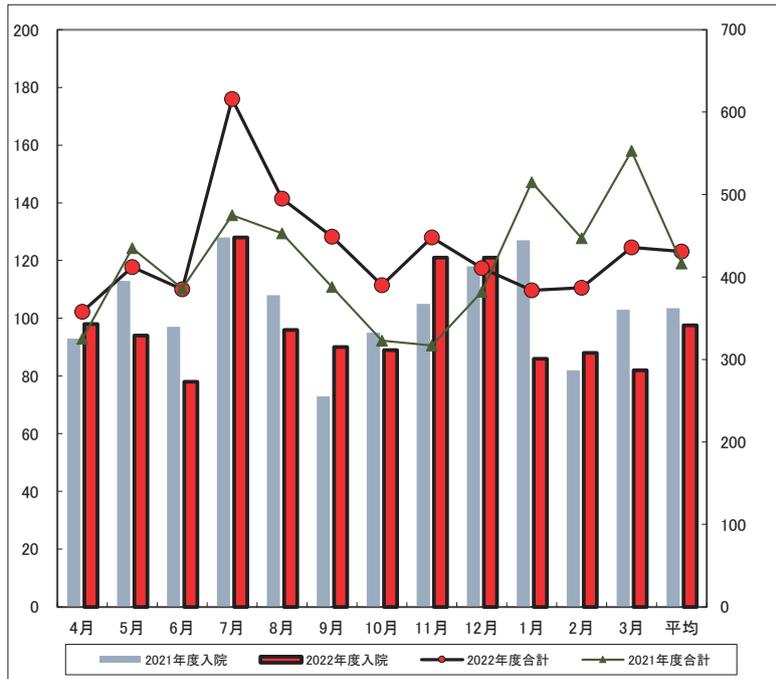
2022年度 退院患者性別・年齢別分布

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90才以上	総計
外科		1	1	3	4	8	7	6	18	20	23	22	23	48	95	79	50	23	20	451
眼科										2	4	4	16	12	53	42	35	22		190
救急科				2		1		2		2		3	2	7	5	3	6	5	17	55
呼吸器外科				8	5	2	1	3	4	7	16	30	24	47	106	141	69	20	4	487
呼吸器内科				1	1	5		3	2	5	11	7	21	32	49	52	43	43	40	315
産婦人科				3	27	77	106	80	62	57	25	14	9	17	27	5	6	3	3	521
歯科口腔外科		6	5	29	36	20	25	13	6	6	7	4	12	1	9	4	3	2	3	191
耳鼻咽喉科	3		1	4	6	2	4	4	4	3	7	8	3	11	13	4	6	3	1	87
循環器内科				1				1		3	5	15	11	15	42	29	40	50	38	250
小児科	175	13	13	2																203
消化器内科				6	8	10	10	10	31	31	47	46	48	62	126	107	106	75	109	832
神経内科																				0
整形外科		5	5	4	4	2	2	8	10	11	15	13	28	30	27	41	35	32	47	319
総合内科				2	3		3	2	4	7	8	6	7	13	16	27	35	49	61	243
糖尿病・内分泌内科					6	4	4	6	6	5	4	12	6	10	15	16	13	11	19	137
泌尿器科			1		1	1	1	2	1	14	12	15	19	31	45	47	27	14	6	237
皮膚科		1			1	3	1	4	1	4	7	5	5	10	6	12	12	7	4	83
総計	178	26	26	64	103	135	164	144	149	177	191	204	234	346	634	609	486	359	372	4601

2022年度 年齢別診療科別



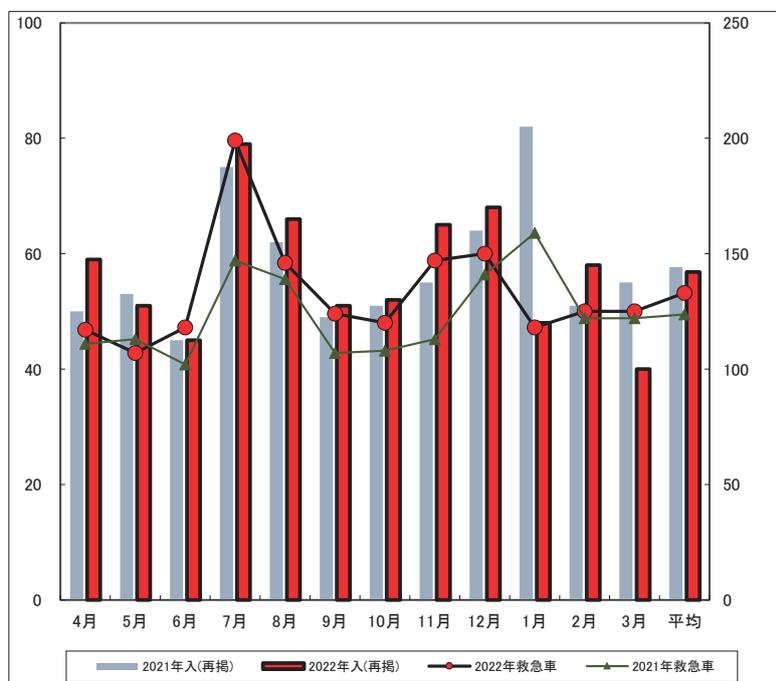
救急患者受入状況



年度	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
2021年度入院	93.0	113.0	97.0	128.0	108.0	73.0	95.0	105.0	118.0	127.0	82.0	103.0	103.5
2022年度入院	98.0	94.0	78.0	128.0	96.0	90.0	89.0	121.0	121.0	86.0	88.0	82.0	97.6

2021年度合計	325.0	435.0	386.0	475.0	453.0	388.0	323.0	317.0	382.0	515.0	447.0	553.0	416.6
2022年度合計	358.0	412.0	385.0	616.0	495.0	449.0	390.0	448.0	411.0	384.0	387.0	436.0	430.9

救急車受入状況



年度	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
2021年入(再掲)	50.0	53.0	45.0	75.0	62.0	49.0	51.0	55.0	64.0	82.0	51.0	55.0	57.7
2022年入(再掲)	59.0	51.0	45.0	79.0	66.0	51.0	52.0	65.0	68.0	48.0	58.0	40.0	56.8

2021年救急車	111.0	113.0	102.0	147.0	139.0	107.0	108.0	113.0	141.0	159.0	122.0	122.0	123.7
2022年救急車	117.0	107.0	118.0	199.0	146.0	124.0	120.0	147.0	150.0	118.0	125.0	125.0	133.0

令和4年度 東近江総合医療センター 病院指標

年齢階級別退院患者数

年齢区分	0～	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	90～
患者数	167	54	122	158	288	358	520	1145	741	334

幅広い年齢層の患者さんにご利用いただいておりますが、60歳以降の患者割合が全体の7割を超え、地域社会の高齢化を反映しています。

診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）

■ 消化器内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	132	2.42	2.64	0.00	67.03	
060340xx03x00x	胆管（肝内外）結石、胆管炎 限局性腹 腔膿瘍手術等 手術・処置等2 なし 定義 副傷病 なし	42	11.93	8.94	0.00	79.90	
060102xx99xxxx	穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術 なし	35	8.37	7.63	0.00	61.97	
060210xx99000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手 術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	26	10.65	9.00	7.69	72.35	
060350xx99x00x	急性膵炎、被包化壊死 手術なし 手術・処 置等2 なし 定義副傷病 なし	20	11.35	10.33	0.00	64.10	

消化器内科では、一般的な上部・下部消化管内視鏡（胃カメラ・大腸カメラ）だけでなく、胆膵内視鏡、超音波内視鏡、小腸内視鏡、カプセル内視鏡も行っており、様々な疾患に対応できるように日々検査を行っております。また、消化管出血や胆道感染症などの緊急を要する処置に対しても、24時間対応できるようにしており、地域住民の方々やかかりつけ医・診療所の先生方のニーズに応えられるような体制を整えています。

■ 呼吸器外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
040040xx99200x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 2あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	95	4.33	3.05	1.05	73.31	
040040xx97x00x	肺の悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処 置等2 なし 定義副傷病 なし	32	14.31	10.06	0.00	70.38	
040040xx99040x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 4あり 定義副傷病 なし	30	14.17	8.60	3.33	71.67	
040040xx9905xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 5あり	29	29.03	18.98	0.00	73.07	
040040xx9900xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし	25	25.40	13.49	8.00	74.92	

呼吸器外科は2000年12月に当院が国立八日市病院から国立滋賀病院（2004年からは独立行政法人国立病院機構滋賀病院）と改組されたのと同時に新設されました。肺癌、気胸などの手術のほか、結核などの呼吸器感染症、気管支鏡検査・治療などの呼吸器疾患全般の診療を行っています。

■ 外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア（15歳以上） ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等	41	6.20	4.59	0.00	70.95	
060330xx02xxxx	胆嚢疾患（胆嚢結石など） 腹腔鏡下胆嚢 摘出術等	13	7.77	6.07	0.00	57.54	
060040xx0200xx	直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫 瘍 肛門悪性腫瘍手術 切除等 手術・処 置等 1 なし 手術・処置等 2 なし	11	16.18	14.89	0.00	65.73	
060335xx02000x	胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術等 手術・ 処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 定義 副傷病 なし	11	9.18	6.93	0.00	64.73	
060150xx99xxxx	虫垂炎 手術なし	11	6.09	7.93	0.00	42.27	

当院の外科では、個々の症例に応じた最善の治療を提供するために、消化器外科専門医による診療を提供しています。がんなどの悪性疾患に対しては、当センター内の消化器内科、放射線科と行う消化器カンファレンスを定期的で開催するほか、必要時は、滋賀医科大学附属病院から、より専門性の高い技術をもった医師とともに連携して、最善の治療を提供する体制を取っております。腹腔鏡手術に関しては、当院は 日本内視鏡外科学会技術認定医が在籍し、腹腔鏡手術に関しては安全第一を考えて、大腸がん・早期胃癌・胆嚢疾患・ヘルニアなどで腹腔鏡手術を行っています。東近江医療圏の中核病院として、がんなどの悪性疾患や一般外科領域のほか、外傷などの救急外科領域にも対応できる体制となっております。

■ 産婦人科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
120060xx02xxxx	子宮の良性腫瘍 腹腔鏡下腔式子宮全摘 術等	44	6.34	5.98	0.00	46.48	
120070xx02xxxx	卵巣の良性腫瘍 卵巣部分切除術（腔式 を含む。） 腹腔鏡によるもの等	32	6.91	6.04	0.00	43.56	
120060xx01xxxx	子宮の良性腫瘍 子宮全摘術等	26	10.38	9.27	0.00	52.65	
120090xx97xxxx	生殖器脱出症 手術あり	20	10.25	8.07	0.00	69.85	
120170x199xxxx	早産、切迫早産（妊娠週数34週未満） 手術なし	16	14.00	20.78	12.50	33.00	

□ 婦人科

婦人科としては、良性疾患を中心に悪性疾患まで幅広く診療しています。良性疾患では子宮筋腫・卵巣嚢腫・子宮内膜症・月経困難症等の治療を行っており、良性疾患の手術では侵襲の少ない腹腔鏡下手術も多く行っています。卵巣嚢腫捻転や異所性妊娠などに対しては、夜間救急においても腹腔鏡下手術で行います。更年期症状や骨盤臓器脱の中・高齢者から、無月経や月経不順で悩む思春期の10代まで、幅広い年齢層の患者さんに受診して頂いています。悪性疾患においては、手術や放射線治療や化学療法を行っています。不妊治療は、人工授精以上の治療が必要な方は不妊専門クリニックへの紹介をさせて頂いていますが、一般不妊診療（内分泌検査・精液検査・卵管造影などの各種検査、タイミング療法、排卵誘発など）を行っています。子宮頸癌予防ワクチン接種も行っています。

□ 産科

産科については、2019年4月から分娩制限を行っています。妊娠成立時から分娩まで、継続した管理を行っています。コロナ禍において禁止となっていた家族の立ち会い分娩は、2023年5月から新型コロナウイルスが5類へ移行したのを契機に再開しました。分娩への不安が少しでも取り除かれ前向きに分娩に臨んでもらえるように、パースプランの聞き取りから、可能な限り一人一人の個別相談に助産師と共に力を入れ、喜んで頂いています。当院にかかりつけの妊婦および褥婦さんの、インフルエンザワクチンおよび新型コロナワクチンの予防接種も可能です。母体保護法指定医もあり、人工妊娠中絶も行っています。

■ 整形外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	54	55.78	26.42	24.07	82.31	
160760xx97xx0x	前腕の骨折 手術あり 定義副傷病 なし	19	6.53	4.86	0.00	58.05	
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし	17	55.88	20.09	5.88	83.29	
07040xx01xxxx	股関節骨頭壊死、股関節症（変形性を含む。） 人工関節再置換術等	16	29.69	20.14	0.00	65.38	
070230xx01xxxx	膝関節症（変形性を含む。） 人工関節再置換術等	16	31.75	22.44	0.00	75.69	

2023年4月1日より体制が変更になっています。

人工関節外来、脊椎外来は従来通り行っています。

一般外傷、時間外対応、救急対応についても、これまで同様可能な限り対応させていただきます。

骨粗鬆症、関節リウマチについては、重点的に診療対応していきます。

高気圧酸素治療装置（労災、スポーツ外傷で生じる圧挫、コンパートメント症候群または骨髄炎など限られます）も設置されていますので、必要に応じてご相談ください。

以前の方が良かったと言われぬように、スタッフ全員で頑張っていきますのでよろしくお願いいたします。

■ 泌尿器科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 あり	72	2.04	2.45	0.00	71.26	
11012xx03xxxx	上部尿路疾患 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）	36	2.11	2.49	0.00	56.03	
110070xx03x0xx	膀胱腫瘍 膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 手術・処置等 2 なし	30	9.20	6.85	0.00	75.63	
11012xx02xx0x	上部尿路疾患 経尿道的尿路結石除去術 定義副傷病 なし	11	6.73	5.29	0.00	70.45	
11022xx01xxxx	男性生殖器疾患 精索捻転手術等	-	-	3.73	-	-	

滋賀医科大学泌尿器科講座を中心に発足した滋賀泌尿器疾患研究グループに属し、患者様の同意の元、個人情報に留意をしながら臨床研究を行っております。

その他の治療困難患者様についても、滋賀医科大学泌尿器科学講座と綿密な連携をとりながら治療致します。いずれの診断や治療においても、患者様にとって最善、最良の治療が行えるよう詳しく説明し、ご理解・納得をいただけるよう心がけています。

なお、避妊を目的としたパイプカット手術は当院では行っておりません。

■ 循環器内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用 パス
050130xx9900x0	心不全 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外	36	24.86	17.54	11.11	85.25	
050050xx9910x0	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等 1 1あり 手術・処置等 2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外	29	5.55	3.04	0.00	71.38	
050070xx99000x	頻脈性不整脈 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	18	8.61	6.24	11.11	75.33	
050050xx0200xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等 1 なし、1, 2あり 手術・処置等 2 なし	16	5.00	4.26	0.00	73.00	
050170xx03000x	閉塞性動脈疾患 動脈塞栓除去術 その他のもの（観血的なもの）等 手術・処置等 1 なし、1あり 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	10	7.90	5.18	10.00	68.10	

サルコペニア、フレイルな高齢者が多いこの地域で、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）、利尿剤で改善しない心不全、繰り返す不整脈発作、精密検査が必要な薬剤抵抗性の難渋する高血圧など、実地医家の先生方との緊密な連携をしながら診療しています。がん診療の進歩に伴い、各診療科の術後や、がん化学療法中に発生する心筋傷害、血栓症などの循環器疾患にも対応しています（Oncocardiology）。

健診（住民、企業）や学校検診（高校生）の精密検査のご依頼は地域医療連携室を通じて、ペースメーカー移植後の定期外来（第2火曜日の午後1時～3時）、条件付きMRI対応ペースメーカー移植後のMRI撮影、心臓CTは完全予約制（火、金の午後3時～4時）で対応しています。

院外心停止、急性心筋梗塞、急性大動脈解離Stanford Aなど一刻を争う緊急度の高い重症症例の集学的医療からプライマリーケアまで、滋賀医科大学や近隣病院と密に連携しながら幅広く診療しています。

滋賀医科大学総合内科学の教官の立場から、研修医・学生、コメディカルや東近江の救急救命士も含めた医療スタッフの指導・教育を通じて、地域医療の発展に貢献しています。

トピックス

①令和5年4月1日、日本循環器学会から研修関連施設に承認されました。

循環器専門医を目指す後期研修医、専攻医など、若い先生のキャリアをつんでもらえるようになりました。

②新しいホルター心電図（長期間コードレス）を導入しました。

ホルター心電図、昔はカセットテープに記録していましたが、最近はICチップを使うので小型になっています。さらに絆創膏のようなコードレス型も開発され、胸の真ん中に貼るだけで、お風呂も入れますし、最長7日間記録ができ、特に不整脈の診断に威力を発揮します。

■ 呼吸器内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用バ ス
040110xxxx0xx	間質性肺炎 手術・処置等 2 なし	41	29.63	18.57	4.88	74.05	
040040xx99200x	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等 1 2あり 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	13	3.15	3.05	0.00	70.92	
040120xx99000x	慢性閉塞性肺疾患 手術なし 手術・処置 等 1 なし 手術・処置等 2 なし 定義副傷 病 なし	12	11.25	13.68	0.00	76.50	
070560xx99x00x	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾 患 手術なし 手術・処置等 2 なし 定義副 傷病 なし	10	17.50	14.67	0.00	68.30	
040150xx99x0xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成 手術なし 手 術・処置等 2 なし	10	23.50	22.66	10.00	79.70	

呼吸器感染症

□肺炎、真菌感染症など

喀痰検査と抗菌薬治療が中心ですが、必要に応じて気管支鏡検査を行っています。

□肺結核、結核性胸膜炎

16床の結核病棟と4床のモデル病床を有しており、排菌陽性の結核患者を受け入れています。

結核性胸膜炎が疑われる症例に対して、局所麻酔下胸腔鏡検査を行っています。

□非結核性抗酸菌症

MAC症を中心に様々な抗酸菌感染症に対応しています。

□間質性肺炎、びまん性肺疾患

肺線維症を含む特発性間質性肺炎、膠原病に伴う間質性肺炎、薬剤性間質性肺炎やびまん性肺疾患に対する診断、治療を行っています。

必要に応じて、気管支鏡検査や呼吸器外科に依頼して、外科的生検を行うこともあります。

□閉塞性肺疾患

COPD、気管支喘息など

呼吸機能検査（拡散能を含む）、呼気NO（一酸化窒素）、モストグラフ（呼吸抵抗測定）などを用いて検査を行い、気管支拡張薬や吸入ステロイドなどで治療を行っており、増悪時の治療も行っています。

□呼吸不全

COPD、陈旧性肺結核、間質性肺炎などで呼吸不全を呈している場合には、在宅酸素療法、在宅人工呼吸などの導入を行っています。

急性期では、酸素療法、人工呼吸（非侵襲的人工呼吸を含む）、ネーザルハイフローなどを用いて、呼吸管理を行っています。

睡眠時無呼吸症候群の検査には対応しておりません。

□肺がん

当院では呼吸器外科が中心となって診療をしておりますが、抗がん剤治療、放射線治療、緩和的治療など、進行度や患者さんの状態に応じた治療を行います。

■小児科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用パス
140010x199x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害 (2500g以上) 手術なし 手術・処置等 2 なし	48	7.50	6.13	0.00	0.00	
080270xxxx0xxx	食物アレルギー 手術・処置等 1 なし	23	1.00	2.57	0.00	2.87	
080270xxxx1xxx	食物アレルギー 手術・処置等 1 あり	18	1.00	2.09	0.00	3.94	
040090xxxxxxxx	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道 感染症 (その他)	12	4.58	5.89	0.00	0.75	
060380xxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等 2 なし	-	-	5.70	-	-	

小児科は、滋賀医科大学小児科専攻医研修プログラムの専門研修連携施設の一員として、主に東近江地域の小児科診療に携わっている開業医や病院と連携しながら、子どもの診療に当たっています。

外来診療については、子どもやご家族の訴えに耳を傾け、子どもにとって適切かつご家族に安心の得られる診療を心掛けます。発熱・咳嗽・嘔吐などのよくある訴えから、アレルギー疾患・低身長・頭痛・夜尿症などの様々な訴えまで対応しています。午後の外来は、乳児健診・予防接種・小児循環器外来を行っています。学校心臓検診や腎臓検診にも積極的に協力しています。また東近江市発達支援センターと連携することで、発達障害の子どもたちの診療の一翼を担っています。

入院診療については、感染症を中心として、低身長の成長ホルモン分泌刺激試験や食物アレルギーに対する食物負荷試験なども行っています。鎮静下で行うMRI検査も、安全に検査を行うために入院で行っています。また、院内出生児を中心として新生児医療を行っています。

子どもたちが元気でいられるよう、スタッフ一同努めていきます。

■総合内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用パス
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等 2 なし	15	31.13	21.11	20.00	85.53	
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	12	19.42	13.61	0.00	84.42	
100393xx99xxxx	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害 手術なし	-	-	10.58	-	-	
050130xx9900x0	心不全 手術なし 手術・処置等 1 なし 手術・処置等 2 なし 他の病院・診療所の病棟からの転院以外	-	-	17.54	-	-	
030400xx99xxxx	前庭機能障害 手術なし	-	-	4.79	-	-	

当院の内科外来は、総合内科外来として、初診や当院かかりつけの予約外の再診の患者様に対応することを特徴としております。

総合内科外来は、当院総合内科スタッフと、滋賀医科大学総合内科学講座のスタッフが担当しており、幅広い内科系疾患に対応し、適切な専門科へご紹介いたします。

■糖尿病内分泌内科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用パス
10007xxxxxxxx1xx	2型糖尿病 (糖尿病性ケトアシドーシスを除く。) 手術・処置等 2 1あり	24	20.21	14.28	4.17	62.62	
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等 2 なし	-	-	21.11	-	-	
100040xxxxx00x	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし	-	-	13.43	-	-	
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	-	-	13.61	-	-	
10006xxxxxxxx1xx	1型糖尿病 (糖尿病性ケトアシドーシスを除く。) 手術・処置等 2 1あり	-	-	13.16	-	-	

当科は糖尿病及び甲状腺、副腎、下垂体等の内分泌疾患の診療を行っています。糖尿病患者さんが増加するなか、東近江の地域ぐるみでその診療を担っていく必要があります。当院は地域の基幹病院として、急性期合併症 (ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖状態 等) や慢性合併症の診断と治療、インスリン治療が必要になった方への導入器の診療、血糖コントロールが悪化した方への査・加療を、入院および外来で実施しています。かかりつけ医の役割を担う地域の診療所との連携を促進し、スムーズな病診連携による糖尿病診療を目指してい

ます。また院内の循環器内科、脳神経内科、眼科、歯科との連携で合併症診療を充実させております。増加する妊娠糖尿病、糖尿病合併妊娠の方の診療は当院の産婦人科と連携して行っています。手術予定で外科系診療科にご入院の患者さんの血糖コントロールについても診療させて頂いております。糖尿病で入院される患者さんの診療においては病状等に応じて可能であればクリティカルパスを運用して、糖尿病教室、合併症・併存症検査、血糖コントロール治療を効果的に運動させています。そして退院後も続いていく患者さんの治療方針を、患者さんやかかりつけ医の先生方へ明確に提示できるような診療を目標としています。

内分泌疾患においては、甲状腺機能異常（バセドウ病、橋本病等）、副腎機能異常、下垂体機能異常等、内科的内分泌疾患の診療を入院および外来で行っております。とくに有病率の高い甲状腺疾患の患者さんを多く診療しております。なお、がん治療に対する免疫チェックポイント阻害薬の普及に伴い、同薬物によって惹起される内分泌障害も増加しており、その治療についてもがん治療の当該科とともに対応させて頂いております。

また、常勤医においては当院総合内科の一員としてその診療も担っています。

なお、当施設は糖尿病学会認定教育施設Ⅰの認定を取得しており、内分泌代謝・糖尿病内科領域専門医および糖尿病学会認定糖尿病専門医取得のための研修が可能です。

■耳鼻咽喉科・頭頸部外科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用パス
030350xxxxxxxx	慢性副鼻腔炎	13	5.69	6.23	0.00	57.62	
030400xx99xxxx	前庭機能障害 手術なし	-	-	4.79	-	-	
030230xxxxxxxx	扁桃、アデノイドの慢性疾患	-	-	7.73	-	-	
100020xx010xxx	甲状腺の悪性腫瘍 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） 等 手術・処置等 1 なし	-	-	8.06	-	-	
030320xxxxxxxx	鼻中隔彎曲症	-	-	6.00	-	-	

耳鼻咽喉科・頭頸部外科への受診が初めて、もしくは1年以上受診がない場合、受診当日に連絡をいただければ当日予約を取らせていただきます。

受診される場合は代表番号にお問い合わせください。

なお、予約枠を超えた場合は予約をお取りすることができませんのでご了承ください。

■眼科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者用パス
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	70	2.99	2.63	0.00	73.80	
020110xx97xxx1	白内障、水晶体の疾患 手術あり 両眼	-	-	4.67	-	-	
020250xx97xxxx	結膜の障害 手術あり	-	-	3.09	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	

手術は成人の手術（局所麻酔）に限りませんが、翼状片手術と白内障手術と霰粒腫手術を入院加療で手術を行っております。手術時期や入院日数については受診して頂いた時にご本人とご家族とともにご相談させていただきます。

加齢黄斑変性、糖尿病、網膜静脈閉塞症、近視性脈絡膜新生血管による黄斑浮腫に対し、VEGF硝子体内注射を18件（2022年4月～2023年3月）実施しております。

成人の手術（局所麻酔）に限りませんが、眼瞼下垂、眼瞼内反症等の眼瞼手術を形成外科非常勤医師とともに入院で実施しております。

翼状片以外の角結膜手術、涙道手術、緑内障手術、硝子体手術等は対応可能な施設へご紹介させていただきます。

■皮膚科

DPCコード	DPC名称	患者数	平均 在院日数 (自院)	平均 在院日数 (全国)	転院率	平均年齢	患者 用パス
070010xx970xxx	骨軟部の良性腫瘍（脊椎脊髄を除く。） その他の手術あり 手術・処置等 1 なし	10	5.90	4.50	0.00	50.60	
080006xx01x0xx	皮膚の悪性腫瘍（黒色腫以外） 皮膚悪 性腫瘍切除術等 手術・処置等 2 なし	-	-	7.29	-	-	
080007xx010xxx	皮膚の良性新生物 皮膚、皮下腫瘍摘出 術（露出部）等 手術・処置等 1 なし	-	-	3.94	-	-	
080020xxxxxxxx	帯状疱疹	-	-	9.25	-	-	
080010xxxx0xxx	膿皮症 手術・処置等 1 なし	-	-	13.50	-	-	

診療内容

皮膚科で扱う疾患は、皮膚腫瘍、アトピー性皮膚炎などの湿疹・皮膚炎群、乾癬などの炎症性角化症、天疱・類天疱瘡などの自己免疫性水疱症、薬疹、白癬やヘルペスなどの感染症など多岐にわたります。東近江市は皮膚科専門医が少ない地域であり、地域の皆様に適切な診断や治療を提供することが使命と考えております。皮膚腫瘍については、積極的に手術切除を行っています。植皮術や皮弁などでの再建も可能です。全身麻酔下での手術も2021年度は4例でしたが、2022年度は13例と増加傾向です。難治性皮膚潰瘍などには、高気圧酸素療法も行っていきます。重症症例については、総合病院の利点を生かして他の診療科とも密に連携して治療を行っています。入院中の褥瘡症例については、積極的にチーム医療を行っています。

特色

- ・ダーモスコピーや皮膚生検による皮膚腫瘍の診断
- ・皮膚腫瘍に対する外科的切除（植皮、皮弁再建）や炭酸ガスレーザーによる治療
- ・重症の乾癬、アトピー性皮膚炎に対する生物学的製剤や免疫抑制剤の投与
- ・乾癬や白斑に対するナローバンドUVBを用いた紫外線療法
- ・多汗症治療（外用治療、ボトックス局所注射）
- ・巻き爪の治療（ワイヤー法、フェノール法など）（※ワイヤー法は自費治療）
- ・にきびに対するピーリング治療（自費治療）
- ・難治性皮膚潰瘍に対する高気圧酸素療法

初発の5大癌のUICC病期分類並びに再発患者数

	初発					再発	病期分類基準（※）	版数
	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明			
胃癌	16	-	-	16	12	12	1	8,7
大腸癌	-	13	35	18	10	28	1	8,7
乳癌	-	-	-	-	-	-	1	8
肺癌	61	34	47	119	16	47	1	8,7,6
肝癌	-	-	-	-	-	-	1	8,6

※ 1：UICC TNM分類，2：癌取扱い規約

【初発の5大がんのUICC病期分類ならびに再発患者数の集計方法と定義について】

ここで5大がんとは、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がんのことを指しています。

集計期間に入院治療を行なった患者さんについて、初発（患者）は病期分類ごとに集計し、再発（患者）は期間内の実患者数を示しています。

当院においてがんの診断・初回治療を行った場合を「初発」とし、初回治療以降の継続治療を行った場合を「再発」としています。

使用したデータは、DPC「様式1」「様式4」「Dファイル」を利用し、様式1のUICC病期分類（注1）のTNM分類（注2）と癌取扱い規約に基づくがんのStage分類から算出しています。

（注1）UICCとは

UICCはラテン語のUnio Internationalis Contra Cancrumnoの頭文字で国際対がん連合のこと

引用元：UICC（国際対がん連合）日本委員会HPより

（注2）TNMとは

TNMの3つの構成要素の評価に基づいて、病変の解剖学的広がり範囲のこと

T：原発腫瘍の広がり評価

N：所属リンパ節への転移の有無と広がり評価

M：遠隔転移の有無の評価

病期分類Stage0～StageIVは、これらを組み合わせてまとめたものです。

成人市中肺炎の重症度別患者数等

	患者数	平均 在院日数	平均年齢
軽症	-	-	-
中等症	32	16.94	81.41
重症	-	-	-
超重症	-	-	-
不明	-	-	-

【対象患者】

入院契機傷病名および最も医療資源を投入した傷病名のICD10コード（注）がJ13～J18で始まる症例

(注) ICD10コードとは「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Classification of Diseases and Related health problem (以下「ICD10」と略)」とは、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関憲章に基づき、世界保健機関（WHO）が作成した分類法です。

【用語に対する説明】

成人：15歳以上の男女

市中肺炎：通常の社会生活の中で発生した肺炎です。通常、インフルエンザウイルスによる肺炎も含めますが、今回は除外して算出することになっているため入っておりません。

肺炎の重症度：成人市中肺炎診療ガイドライン 日本呼吸器学会「呼吸器感染症に関するガイドライン」に基づいて判定しています。

★重症度の判定に使用している指標

1. 男性70歳以上、女性75歳以上
2. BUN：21mg/dL または脱水あり
3. SpO2：90%以下（PaO2：60Torr以下）
4. 意識障害
5. 血圧（収縮期）90mmHg以下

軽症：上記5つの項目も何れも満足しないもの。

中等症：上記項目の1つまたは2つを有するもの。

重症：上記項目の3つを有するもの。

超重症：上記4つまたは5つを有するもの。ただし、ショックがあれば1項目のみでも超重症とする。

【解説】

当院では、中等症の肺炎症例が多く、高齢者の比率が高くなっています。

脳梗塞の患者数等

発症日から	患者数	平均在院日数	平均年齢	転院率
3日以内	-	-	-	-
その他	-	-	-	-

診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）

■消化器内科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2cm未満）	130	0.28	1.29	0.00	67.41	
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	40	1.58	15.10	5.00	80.88	
K654	内視鏡的消化管止血術	21	0.14	24.24	0.00	70.76	
K6532	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）	17	1.47	8.29	0.00	78.94	
K6871	内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみ）	15	4.40	10.53	0.00	75.47	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-（ハイフン）で示しています。

転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

■外科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	32	1.75	6.25	0.00	64.66	
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	24	1.21	4.04	0.00	69.79	
K6335	鼠径ヘルニア手術	17	0.76	4.35	0.00	72.59	
K6113	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）等	14	4.57	15.71	0.00	68.93	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	-	-	-	-	-	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-(ハイフン)で示しています。
転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

■産婦人科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	47	1.06	5.28	0.00	47.60	
K8882	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)(腹腔鏡)	42	0.93	5.00	0.00	43.45	
K877	子宮全摘術	24	1.29	8.71	0.00	54.25	
K861	子宮内膜搔爬術	16	0.19	0.69	0.00	44.06	
K867	子宮頸部(腔部)切除術	15	0.93	1.13	0.00	41.67	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-(ハイフン)で示しています。
転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

■整形外科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K0461	骨折観血的手術(大腿)等	45	2.40	48.62	22.22	76.02	
K0821	人工関節置換術(股)等	37	2.38	30.11	0.00	70.68	
K0462	骨折観血的手術(前腕)等	28	1.89	11.04	0.00	60.64	
K0811	人工骨頭挿入術(股)	19	3.16	53.53	26.32	82.21	
K0463	骨折観血的手術(鎖骨)等	12	2.08	5.33	8.33	51.75	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-(ハイフン)で示しています。
転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

■泌尿器科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	36	0.08	1.03	0.00	56.03	
K8036 イ	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)(電解質溶液利用)	30	1.17	7.03	0.00	75.63	
K7811	経尿道的尿路結石除去術(レーザー)	11	1.45	4.18	0.00	67.00	
K783- 2	経尿道的尿管ステント留置術	-	-	-	-	-	
K8411	経尿道的前立腺手術(電解質溶液利用)	-	-	-	-	-	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-(ハイフン)で示しています。
転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

■眼科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K28210	水晶体再建術(眼内レンズを挿入)(その他)	76	0.84	1.14	0.00	73.62	
K224	翼状片手術(弁の移植を要する)	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-(ハイフン)で示しています。
転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

■呼吸器外科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K5131	胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））	21	5.57	10.71	0.00	40.10	
K514-23	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）	19	1.84	13.11	0.00	67.37	
K514-21	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）	15	2.40	11.53	0.00	75.07	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	-	-	-	-	-	
K509-4	気管支瘻孔閉鎖術	-	-	-	-	-	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-(ハイフン)で示しています。
転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

■耳鼻咽喉科・頭頸部外科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K340-5	内視鏡下鼻・副鼻腔手術3型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	10	1.50	3.40	0.00	56.60	
K3772	口蓋扁桃手術（摘出）	-	-	-	-	-	
K4611	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術（片葉のみ）	-	-	-	-	-	
K347-3	内視鏡下鼻中隔手術1型（骨、軟骨手術）	-	-	-	-	-	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	-	-	-	-	-	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-(ハイフン)で示しています。
転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

■循環器内科

Kコード	名称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢	患者用パス
K5493	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）	18	2.61	2.78	0.00	72.44	
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	10	1.60	5.30	10.00	68.10	
K5491	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）	-	-	-	-	-	
K5972	ペースメーカー移植術（経静脈電極）	-	-	-	-	-	
K597-2	ペースメーカー交換術	-	-	-	-	-	

患者数10未満の数値の場合は、平均在院日数(全国)以外すべて-(ハイフン)で示しています。
転院率については、転院患者数/全退院数となっています。

その他（DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率）

DPC	傷病名	入院契機	症例数	発生率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一	-	-
		異なる	-	-
180010	敗血症	同一	-	-
		異なる	-	-
180035	その他の真菌感染症	同一	-	-
		異なる	-	-
180040	手術・処置等の合併症	同一	15	0.39
		異なる	-	-

この表における発生率とは、上記のICD10が「最も医療資源を投入した傷病名」として選択され、そのICD10に基づいたDPCコードが付与された症例数を集計したものを全体の症例数で除することで計算された率であり、実際の合併症発生率とは異なっています。

■ 項目の説明

入院契機と同一の場合：入院の契機となった傷病名と医療資源最傷病名が同じ方の件数です。

入院契機と異なる場合：他の傷病名の治療で入院し、その後発症し、医療資源最傷病名として選択した方の件数です。

第17回 院内研究発表会

令和4年度（第17回） 院内研究発表会 目次



撮影日：令和5年3月7日（火）

撮影場所：きらめきホールA

No	部署	演題名	発表者
1	東2病棟	認知症高齢者のBPSD緩和を目的とした看護実践の評価	加藤 帆乃夏
2	栄養管理室	早期栄養介入管理加算の取得に向けた取り組みと実際	源藤 真由
3	南6病棟	新型コロナウイルス感染症患者を対象とした効果的な退院支援の検討	宇佐美 晴菜
4	薬剤部	業務技術員を活用した薬剤師業務のタスク・シフトへの取り組み	永松 陽子
5	副看護師長会	TL評価表を用いたリーダー育成への取り組み	岩井 祐樹
6	手術室	消化器外科手術後のSSI発生予防に向けたアルコール含有タオルを使用した手術直前清拭の有効性について	中西 茉帆
7	リハビリテーション科	パッと見て要点が分かるリハカルテ ～他職種との連携を円滑にする為に～	原田 修平
8	HCU	HCUでの褥瘡予防に向けた取り組み ～HCU入室直後からスモールチェンジ法を取り入れて～	野口 優衣
9	研究検査科	病理検査室における品質保証の取り組み	山本 瑞紀
10	外来	当院における外来で経口抗がん薬を使用する患者の服薬行動に関する意識調査	平塚 久恵
11	放射線科	骨密度測定における基礎的検討	吉兼 和則
12	南3病棟	立ち会い分娩不可の状況で夫が感じる思い ～コロナ禍における夫の父親役割獲得にむけた支援～	田中 奈菜子
13	診療情報管理室	ドーする 診療情報管理士 ～経営改善まで貢献したい～	太田 悦子
14	南7病棟	化学療法を受ける患者の看護に対し看護師が感じる困難	山田 万智

※各部署による発表は、撮影時に ZOOM にて録画。電子カルテに掲示し、随時視聴可能とした。

東近江総合医療センター

令和4年度 院内研究発表会

開催日時：令和5年3月4日（水）～3月6日（金）
 発表期間：令和5年3月4日（水）～3月22日（水）

令和4年度院内研究発表会を下記の通り開催いたします。下記のお申し込みをいたしますので多数のご参加をお願いします。

- ・演題登録期間：2/9（水）～2/22（水）
- ・発表登録期間：2/22（水）～2/24（木）
- ・発表発表期間：2/22（水）～2/24（木）

※ 発表者（発表者）は、各部署長、部長以上の承認が必要です。発表内容は発表のついでに「発表申込」の欄に発表内容の要約を添付していただきます。発表内容の要約は、発表当日の発表資料に掲載いたします。

（注）「発表申込」の欄には以下の通り記載してください。

- ・発表日時：令和5年3月4日（水）～3月6日（金）
- ・発表場所：令和5年3月4日（水）～3月6日（金）
- ・発表時間：午後1時～午後2時
- ・発表場所：管理棟（2）発表会場（田原様）
- ・発表時間：令和5年3月4日（水）～3月6日（金）

発表者：発表者
 発表場所：発表者
 発表時間：発表者

【発表資料】（8）発表内容の要約を添付してパソコンデータで提出してください。

発表資料（発表者）

発表者	発表者	発表者	発表者	発表者	発表者	発表者	発表者
1	東2病棟	認知症高齢者のBPSD緩和を目的とした看護実践の評価					
2	栄養管理室	早期栄養介入管理加算の取得に向けた取り組みと実際					

東近江総合医療センター

【発表資料】（8）発表内容の要約を添付してパソコンデータで提出してください。

発表資料（発表者）

発表者	発表者	発表者	発表者	発表者	発表者	発表者	発表者
1	東2病棟	認知症高齢者のBPSD緩和を目的とした看護実践の評価					
2	栄養管理室	早期栄養介入管理加算の取得に向けた取り組みと実際					
3	南6病棟	新型コロナウイルス感染症患者を対象とした効果的な退院支援の検討					
4	薬剤部	業務技術員を活用した薬剤師業務のタスク・シフトへの取り組み					
5	副看護師長会	TL評価表を用いたリーダー育成への取り組み					
6	手術室	消化器外科手術後のSSI発生予防に向けたアルコール含有タオルを使用した手術直前清拭の有効性について					
7	リハビリテーション科	パッと見て要点が分かるリハカルテ ～他職種との連携を円滑にする為に～					
8	HCU	HCUでの褥瘡予防に向けた取り組み ～HCU入室直後からスモールチェンジ法を取り入れて～					
9	研究検査科	病理検査室における品質保証の取り組み					
10	外来	当院における外来で経口抗がん薬を使用する患者の服薬行動に関する意識調査					
11	放射線科	骨密度測定における基礎的検討					
12	南3病棟	立ち会い分娩不可の状況で夫が感じる思い ～コロナ禍における夫の父親役割獲得にむけた支援～					
13	診療情報管理室	ドーする 診療情報管理士 ～経営改善まで貢献したい～					
14	南7病棟	化学療法を受ける患者の看護に対し看護師が感じる困難					

院内・国内外イベント



東近江総合医療センター トピックス

—令和4年度— (院内)

6月4日 リフレッシュ研修



きらめきホールA・Bで、ラダーⅠのリフレッシュ研修が開催された。本研修の目的は、入職して2カ月が経った1年目看護師が対象で、日々の重圧感や緊張から離れて、自身の不安や悩みを言葉にして共有し、成長している自分も自覚しつつ、心身共にリフレッシュできることであった。新人同士で集まって話が出るという貴重な経験になった。

10月30日

東近江市健康フェア2022



東近江市保健子育て複合施設ハピネスにて東近江市健康フェア2022が開催された。毎年開催されていたが、新型コロナウイルスの影響により2019年以降中止されていた。

当院からは計13名の職員が参加した。血圧測定や体脂肪測定、医療相談、看護相談、お薬相談、栄養相談、運動チェックを設け、当院ブースには79名が来場した。3年ぶりのイベントで東近江市民と交流できたことや、多職種が協働しながら当院のアピール活動ができたことにより有意義なものとなった。

11月26日 防災防火訓練

約3年ぶりとなる防災防火にかかる実働訓練を実施し、訓練には医師、看護師、comedical、事務等計76名の病院職員が参加した。



今年度から新たな試みとして災害医療に関する知識を深めるため、DMATに所属する3名の方へ訓練の支援者として協力依頼を行なった。3名からは実働訓練の評価や助言、総括を受けた。訓練終了後には「災害時における医療機関の役割」についての講演が開催された。

1月24日～25日

東近江市観測史上最低気温更新

1月24日(火)から25日(水)にかけて、積雪に見舞われ、最低気温が氷点下12.3度と41年ぶりに東近江市観測史上1位を更新した。大雪のため公共交通機関は運転見合わせになり、道路は路面凍結、渋滞も発生し、多くの職員が通勤、帰宅困難になる状況であった。この数日は病院近くのホテルで過ごす職員も多くいた。院内の駐車場やロータリー、屋根の上の雪を除雪する作業に多くの職員が協力し合った。



この数日は病院近くのホテルで過ごす職員も多くいた。院内の駐車場やロータリー、屋根の上の雪を除雪する作業に多くの職員が協力し合った。

3月10日 コーヒーマルシェ



株式会社セラマから医療従事者向けのコーヒー無料提供サービスを開催したいとの申し出があり、開催された。多くの職員が来場し、合計500杯以上のコーヒーが提供された。年末年始から新型コロナウイルスの感染拡大、クラウドファンディングへの取り組み、病院機能評価の訪問審査受審などイベントが多く、院内職員のリフレッシュに良い機会となった。



3月24日

井上先生退職記念講演会

きらめきホールにて、井上先生の退職記念講演会が開催された。当日はきらめきホールが満席となり、30分間の講演となった。講演後は、思い出の映像が映し出され、懐かしい写真と共に井上先生への感謝の気持ちをお伝えする会となった。また花束や記念品などの贈呈もあり、会場は大きな拍手に包まれていた。全体終了後は井上先生を中心に集合写真が撮影された。その後、多くの方が井上先生と2人で写真撮影を行っていた。井上先生の退職をお祝いする心温まる講演会となった。



当日はきらめきホールが満席となり、30分間の講演となった。講演後は、思い出の映像が映し出され、懐かしい写真と共に井上先生への感謝の気持ちをお伝えする会となった。また花束や記念品などの贈呈もあり、会場は大きな拍手に包まれていた。全体終了後は井上先生を中心に集合写真が撮影された。その後、多くの方が井上先生と2人で写真撮影を行っていた。井上先生の退職をお祝いする心温まる講演会となった。



東近江総合医療センター トピックス

—令和4年度— (国内外)

4月

知床半島沖で観光船が沈没

北海道・知床半島沖で23日、乗客乗員26人が乗った観光船「KAZU I (カズワン)」が沈没。乗客乗員26人のうち、これまでに14人の死亡が確認され、12人は行方不明のまま。

6月

北欧2か国加盟に合意=NATO首脳会議

北大西洋条約機構 (NATO) は29日、マドリードで開いた首脳会議で、北欧のフィンランドとスウェーデンの加盟を認めることで合意した。また、台頭する中国への対応で連携することを念頭に、「インド太平洋はNATOにとって重要だ」と強調した。

NATO首脳会議



5月

沖縄復帰50年

50年前の5月15日、太平洋戦争のあと長くアメリカに統治されていた沖縄が日本に復帰。今年が復帰50周年となり、復帰記念式典が行われた。

沖縄復帰50周年記念式典



8月

仙台育英が東北勢初V=全国高校野球

第104回全国高校野球選手権大会は22日、兵庫県西宮市の甲子園球場に3万1200人を集めて決勝が行われ、仙台育英 (宮城) が下関国際 (山口) を8-1で破り初優勝した。東北勢が甲子園大会で頂点に立つのは春の選抜大会を含めて史上初。春夏合わせて13度目の決勝挑戦で悲願を果たした。東日本大震災の被災地からも喜びの声が上がった。

7月

安倍元首相、銃撃され死亡=67歳、 選挙応援演説中

8日午前11時半頃、奈良市の近鉄・大和西大寺駅付近で安倍晋三元首相が男に銃で撃たれた。参議院選挙・奈良選挙区候補の応援演説中の出来事である。

安倍元首相は心肺停止の状態ですぐにドクターヘリで奈良県立医科大学附属病院に運ばれた。集中治療室で治療を受けていたが、約5時間半後の8日午後5時3分に死亡が確認された。67歳だった。

安倍総理銃撃



9月

エリザベス英女王国葬

イギリスで史上最も長く君主を務めた、女王エリザベス2世の国葬が19日、ロンドンのウェストミンスター寺院で執り行われた。参列者や国内外の多くの人々が、生涯にわたって強い使命感をもち続けた女王をしのんだ。

葬儀には、イギリスの政治家や受勲者、慈善団体の代表に加え、世界各国の指導者や王族など約2000人が参列。終盤には軍葬ラッパが演奏され、国民が2分間の黙祷をささげた。

女王の棺はその後、ウィンザー城へと運ばれ、聖ジョージ聖堂で埋葬式が行われた。

10月

習氏、3期目へ権威確立

中国の習近平国家主席（69）は23日、自身に忠実な人物を集めた新たな指導部を発足させ、異例の3期目政権に突入した。

中国共産党（CCP）は23日、第20期中央委員会第1回全体会議（1中全会）を開き、最高指導部を構成する党政治局常務委員を選出した。習主席は総書記に3選された。

11月

日本、ドイツに歴史的勝利＝W杯サッカー

サッカーのワールドカップ（W杯）カタール大会1次リーグE組の日本は23日、ドーハのハリファ国際競技場で行われた初戦でドイツに2-1で逆転勝利した。ドイツには初勝利で、通算成績は1勝1分け1敗。W杯優勝経験のある相手にW杯で勝つのは初めて。

12月

井上尚弥、WBO王者にKO勝ち

＝4団体統一ボクシング世界戦

ボクシングの世界バンタム級4団体王座統一戦が13日、東京・有明アリーナで行われ、世界ボクシング協会（WBA）など3団体の統一王者、井上尚弥（大橋）が世界ボクシング機構（WBO）王者のポール・バトラー（英国）に11回1分9秒KO勝ちし、主要4団体のタイトル統一を果たした。

1月

新型コロナ「5類」引き下げ、5月8日から

政府は27日、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけについて、令和5年5月8日に現在の「2類相当」から、季節性インフルエンザと同じ「5類」に引き下げることが最終決定した。社会経済活動の大幅な緩和に踏み出す。感染の再拡大にも備え、全国約8400医療機関で最大約5万8000人の入院患者受け入れを可能とする体制を9月末までに整備する。

2月

トルコ・シリアでM7.8の地震

6日、トルコ南部でマグニチュード7.8の地震が発生し、これまでに死者がトルコで4万4374人、隣国シリアで5914人とあわせて5万人を超えた。現地では現在も多くの人々がテントでの暮らしを余儀なくされており、避難生活が長期化する中、政府の対応に対する批判も高まっている。

シリア地震



3月

侍ジャパン、世界一＝WBC

第5回ワールド・ベースボール・クラシック（WBC）は21日（日本時間22日午前8時25分）、米マイアミのローンデポ・パークで決勝があり、日本代表「侍ジャパン」が前回大会優勝の米国を3-2で破り、3大会ぶり3度目の世界一を達成した。投打でチームを引っ張った大谷翔平が最終回を無失点に抑えた。大会の最優秀選手には大谷が選ばれた。

【編集後記】

2022年度の業績集が完成いたしました。原稿、資料をお寄せ下さいました各診療科、各部門、各委員会の皆様、そして編集に携わった広報委員会のメンバーに深謝いたします。

2023年10月
広報委員会委員長 大西 正人

