
大阪府済生会富田林病院 年報



2020年度
(令和2年度)

年報の発刊にあたって

院長 宮崎 俊一

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の対応に追われる一年となりました。

当院は当初、3床でコロナ患者の受け入れを行ってまいりましたが、爆発的な患者の増加、府からの要請を受け、新病院オープン後は5床に増床して患者の治療にあたってまいりました。

このようなコロナ禍で進められてきました当院の新病院建設工事ですが、おおむね順調に進み、計画通り完成することができました。令和2年8月26日に建物の引き渡しを受け、11月1日には新病院へ入院患者の移送を行いました。4日には外来診療を開始し、ほとんどの診療機能の移転が完了しました。

現在は第二期工事を進めており、健診センター、講堂の建設工事が進行中です。令和3年11月にはすべての工事が完了し、グランドオープンを迎える予定となっております。

新病院は、「利用者にやさしい病院」「地域とつながる病院」「災害・救急に強い病院」として、質の高い総合的な医療サービスの提供を行い、地域に向けた医療講演会等のイベントも充実させ、後方支援機能（地域医療連携の拠点・医療システムの構築）の拡大、在宅医療の推進、住民健診を充実させてまいります。

新病院建設工事中は、皆様にご迷惑をお掛けしましたが、新しく生まれ変わった富田林病院を中心に、富田林医療福祉センターの各施設が近隣施設や地域コミュニティとの連携をより強化して、地域の医療・介護・福祉などあらゆる場面において、地域に安心を提供できる病院として、より一層その役割を果たしてまいります。

令和3年10月

I-1. 概要

(令和3年3月31日現在)

1. 施設の概要

名称 社会福祉法人^{恩賜}財団 済生会支部大阪府済生会富田林病院
所在地 大阪府富田林市向陽台一丁目3番36号

2. 開設者

開設者 社会福祉法人^{恩賜}財団 済生会支部大阪府済生会
支部長 岡上 武

3. 診療科目

内科・循環器内科・消化器内科・腎臓内科・外科・整形外科・小児科・眼科・
泌尿器科・皮膚科・耳鼻咽喉科・形成外科・産婦人科・脳神経外科・放射線科・
麻酔科・リハビリテーション科・病理診断科（全18科）

4. 受付時間

外来診療 (初診・再診) 月～金曜 午前8時～午後0時
土曜 午前8時～午前11時

救急診療 内科・外科（24時間受付）

休診日 日曜・祝日・第三土曜・年末年始（12/29～1/3）

5. 病床数

260床（一般病床300床）

6. 病棟

5A病棟 産婦人科
5B病棟 地域包括ケア病棟
4A病棟 整形外科・消化器内科・耳鼻咽喉科
4B病棟 外科・皮膚科・消化器内科・総合内科
3A病棟 泌尿器科・腎臓内科・眼科・婦人科・小児科
3B病棟 総合内科・循環器内科

7. 外来等

6階 院長室・副院長室・部長室・医局・研修医室・看護部長室
感染制御室・医療安全管理室・事務局・図書室
2階 一般外来・生理機能検査・手術室・サプライセンター
・化学療法室・リハビリテーション科・医療機器管理室
1階 サービスカウンター・一般外来・採尿採血室・中央処置室・
放射線部門・内視鏡室・血液浄化センター・
救急室・健診センター・地域医療連携室・患者支援センター・
医療福祉相談室・医事サービス課・保育所
地下 薬剤部・栄養部門

I - 2. 大阪府済生会富田林病院 沿革略年表

1947年	5月	済生会西成診療所開所
1953年		済生会西成病院に改称
1970年	3月	警察病院富田林分院の廃院
1971年		住宅都市整備公団（当時、住宅公団）に対して正式に公的病院の斡旋を依頼
1972年		大阪府の福祉計画と合体すべく、大阪府、富田林市、大阪府医師会による病院建設懇親会、さらには病院の建設基本コンセンサスを確立するため、富田林医師会にも参画を得て四者による8人委員会が発足。
1974年	8月	病院施設運営協議会発足 大阪府・富田林市・住宅公団と共に、病院経営を担う済生会が新たに参画し発足、基本事項の整理と方針確定を行った
1975年	6月	施設運営準備室設置
1976年	2月	病院建設工事開始
1977年	9月	済生会西成病院廃院 済生会西成病院廃院に隣接する学校の拡張事業による移転問題、また大阪府では老人に対する福祉医療問題、このような時期、金剛東地区に富田林市都市計画事業土地区画整理事業が計画された。
1977年	10月	富田林病院開院 初代院長 小橋 正就任 大阪南部に位置する富田林市では、住宅都市整備公団を初めとする大規模な住宅地の造成も進み、地域の公的医療機関としての役割を担うため、大阪府・富田林市・医師会の連携により、富田林市長を開設者とした一般病床144床の総合病院として開院されました。 <診療科>内科・外科・整形外科・脳神経外科・小児科・産婦人科 眼科・耳鼻咽喉科・放射線科
1978年	1月	150床へ増床
	3月	労災保険指定医療機関指定
	8月	助産施設設置認可申請、優生保護法指定医研修機関認定申請
	9月	200床へ増床
1979年	4月	250床へ増床
	7月	更生医療を担当する医療機関指定
1980年	4月	300床へ増床
	10月	労災保険福祉事業義肢採型指導医医療機関指定

1981年	6月	二代目院長 須川幸彦就任
1982年	11月	コンピュータ X線断層装置変更（頭頸部用→全身用）
1984年	1月	内科救急患者を対象に時間外診療開始
	4月	泌尿器科標榜
	5月	泌尿器用透視撮影装置増設
1985年	4月	三代目院長 中神一雄就任
1986年	4月	麻酔科標榜
1987年	4月	外科系救急患者を対象に時間外診療開始
1988年	4月	血管造影撮影室増築
1989年	2月	透析治療の専用室整備拡充
	4月	皮膚科標榜
1991年	3月	MR I 導入
	10月	院内保育開始
1992年	6月	体外衝撃波破碎装置導入
1993年	10月	受託者収入方式（利用料金制）導入 富田林市の「富田林病院条例」一部改正により、従来の開設者（富田林市）収入方式からの移行
1995年	4月	四代目院長 原 弘道就任
1995年	7月	X線骨密度測定装置導入
1997年	4月	健診センター開設
	10月	創立20周年記念誌発行
1998年	月	乳房撮影装置、MR I（1.5T）導入
1999年	4月	伝染病組合廃止に伴い、敷地内伝染病棟の無償貸借を受ける
2000年	1月	院内オーダリングシステム導入 人工透析センター（現血液浄化センター）開設 居宅介護支援事業所開設
2001年	4月	看護理論「KOMI理論」を導入
2002年	4月	小児科救急輪番制開始 アンギオ装置（回転DSA）導入
2003年		形成外科標榜
2004年	3月	日本医療機能評価認定 地域医療連携室設置
	4月	臨床研修病院指定

2005年		循環器科標榜（2009年に循環器内科名称変更） 訪問看護ステーション開設
2006年	4月	医療安全管理室設置 DPC（診断群分類別包括評価）開始
2007年	4月	指定管理者制度導入 地方自治法の改正に伴い、富田林市と済生会とで「富田林病院の管理に関する協定書」の締結 CT（64列マルチスライス）更新
2008年		外来化学療法室開設
2009年		リハビリテーション科標榜 創薬センター開設
2011年	4月	大阪府がん診療拠点病院承認
2012年	1月	五代目院長 星合 昊就任
2012年	6月	お産センターオープン 産科医師の指導のもと助産師が中心となって分娩を行う「院内助産システム」を導入した
2012年	10月	腎臓内科標榜
2013年	7月	消化器内科標榜
2014年	2月	大阪DMAT隊発足
	3月	電子カルテを中心とする院内情報システムの導入
	4月	病理診断科標榜 腎・泌尿器科センター設置
	10月	地域包括ケア病棟開設
2016年	4月	六代目院長 宮崎 俊一就任
	9月	病児保育事業開始
2017年	2月	「富田林病院の譲渡等に関する基本協定」締結
	9月	CT（64列→64列×2管球）更新
2018年	10月	仮設透析棟供用開始
2019年	1月	新病院建設事業 起工式
2020年	9月	消化器センター設置
	10月	新病院開院式
	11月	新病院オープン（診療開始）

I - 3. 指定・認定

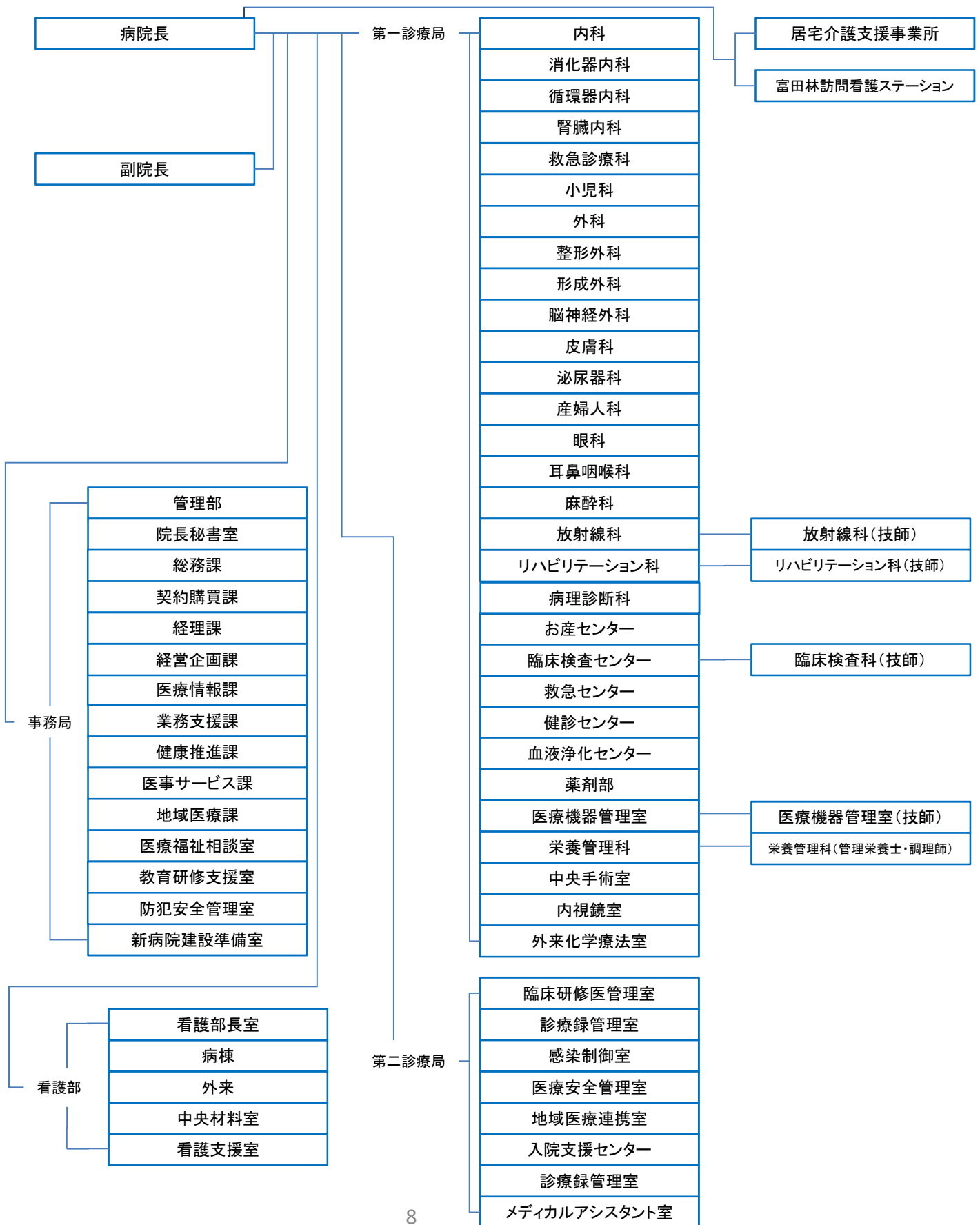
〈指定医療機関〉

保険医療機関	厚生労働省指定臨床研修病院
大阪府がん診療拠点病院	労災保険指定病院
結核予防法指定医療機関	生活保護法指定医療機関
原爆被爆者指定医療機関	自立支援医療指定医療機関
身障者福祉法指定医療機関	二次救急告示指定病院
母体保護法指定医療機関	

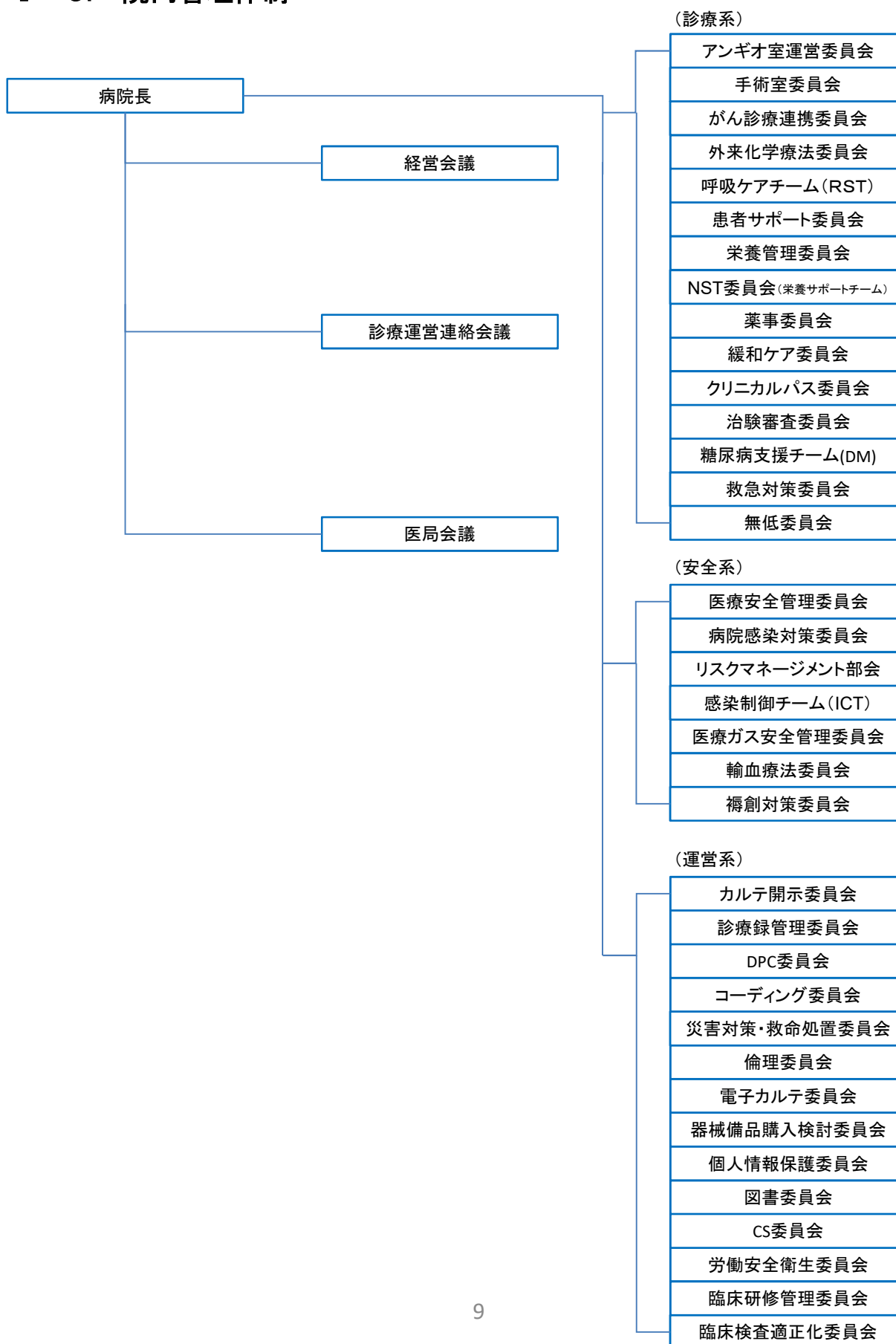
〈各種学会認定医制度研修施設〉

日本内科学会認定医制度教育病院
日本消化器内視鏡学会専門医制度指導施設
日本消化器病学会認定施設
日本循環器学会認定循環器専門医研修施設
日本老年医学会認定施設
日本腎臓学会認定研修施設
日本透析医学会認定医制度教育関連施設
日本アフェレンス学会認定施設
日本外科学会認定医制度修練施設
日本消化器外科学会専門医修練施設
日本乳癌学会認定研修施設
日本胆道学会指導施設
日本がん治療認定医機構認定研修施設
日本整形外科学会認定医制度研修施設
日本泌尿器科学会専門医教育施設
日本麻酔学会認定麻酔指導病院
日本皮膚科学会認定専門医主研修施設
日本眼科学会専門医制度研修施設
日本医学放射線学会放射線科専門医修練協力機関（診断部門）
日本病理学会研修登録施設
日本臨床細胞学会認定施設
人間ドック・健診施設機能評価認定
日本静脈経腸栄養学会認定・NST 稼動認定施設
日本栄養療法推進協議会認定・NST 稼動認定施設

I - 4. 組織図



I-5. 院内管理体制



各種会議・委員会 担当表 (2020年度)

		委員長 (議長)	事務担当	看護部門	技師部門 (薬剤)	技師部門 (臨床検査)	技師部門 (放射線)	技師部門 (臨工)	技師部門 (リハ)	技師部門 (栄養)	事務部門	外部
1	医療安全管理委員会	山岡	医療安全管理室	六波羅 磯邊	清原		松本	恩地			新田・岩瀬・岡本	
2	リスクマネジメント部会	磯邊	医療安全管理室	茨木 磯邊 小田 山下 堀川 加藤雪 加藤一 今村 大森 森崎 岡田 永井	石川	田村	田中	松原	島崎	大中	井添・畑中・ソラスト	
	安全対策推進部会	磯邊	医療安全管理室	磯邊 宗和 高橋真 三村 堀川か 山内美 浦部 西岡 多田 大橋 馬所								
	患者サポート部会	六波羅	医療福祉相談室	山下 加藤雪 大森 岡田	石川	北浦			齋藤		吉松・溝口・和田・吉村	
	災害対策部会	山岡	総務課	磯邊 小田 上妻 田中 岡村 橋 山本貴 田宮 上田有 吉本	日野	國弘	竹綱	岡田	加島		舟橋・大塚・中川・北側	
3	個人情報保護委員会	新田	医事サービス課	六波羅	西田		松井				畑中・新田	
4	医療ガス安全管理委員会	中村	総務課	小田 山内美	日野			恩地			舟橋・中川	
5	労働安全衛生委員会		総務課	茨木 奥田 今村	渡邊	北浦	竹綱	大谷			小谷・今井・前田・川人・水野	
6	放射線安全管理対策部会	大西										
7	労務改善委員会	今西	総務課	茨木							岩瀬・井添・前田	
8	CS委員会	畑中	総務課	笹田敏 西谷 濱口 竹内 長尾 渡辺	西田	眞鍋	村田				前田・井添・鎌田・吉田・ソラスト	
9	病院感染対策委員会	宮崎	感染制御室	六波羅 奥田	清原	菅尾					新田・岩瀬・吾妻・畑中	
10	ICT	窪田	感染制御室	奥田 井上 石井 田頭 山本千 上原 綿貫 近藤 久田	小川・日野・吉田	喜多		水本			溝口	
	輸血療法委員会	窪田	臨床検査科	小田 羽根 山本	黒田	國弘・村上					三橋	
11	褥瘡対策委員会	中川	看護支援室(認定看護)	立川 加藤雪 安田 倉橋 平石 貴志 朝倉 中谷	黒田				太田・西尾	大中	高見	
12	呼吸ケア委員会	谷口	医療機器管理室	高野 田中 橋本 大西 坂本 古原 山口愛 岡崎 谷	光明		渋谷	恩地	曾和・衣田	大中	三橋	
13	緩和ケア委員会	窪田	看護支援室(認定看護)	畑 山本珠 渡部 多田 佐藤 長崎	奥平				前田・島崎	大中	高見	
14	排尿ケア委員会	畑中	看護支援室(認定看護)	加藤雪 津濱 島田穂 岩本 平井					衣田由・太田	大中	三橋	
15	認知症ケア委員会	岡江	看護支援室(認定看護)	田頭 小西 中村 青木 高橋 綿口					藤原・橋本	大中	薬師寺・松尾	
16	栄養委員会	小牧	栄養管理科	六波羅 鎌田 大森 西尾						大中	榎本	
17	NST	六波羅	栄養管理科	六波羅 安田 辻井 木田 西田中 西尾 林	吉田	川畑			村部・加島	大中	榎本	
	DM	窪田	栄養管理科	三村 山本春 倉橋 高橋 大河原	松田・内田	阪井・川端			曾和	梅田	関谷	外部(和らぎ)
	摂食嚥下ケア委員会	森(一)										
	臨床研修管理委員会	窪田	総務課	六波羅							新田・井添・小谷	立田(茨木)・阪本(さやま)・前田(順心会)・岡田(近大)・工藤(西小樽)・和田(小樽)
18	がん診療連携委員会	辻江	地域医療課	畑・多田・渡邊					島崎		水野・前田	立田(茨木)・阪本(さやま)・前田(順心会)・岡田(近大)・工藤(西小樽)・和田(小樽)
19	外来化学療法委員会	藤井	薬剤部	畑 尾形 中嶋 丸山 谷野 谷野 小川	渡邊				前田	大中	北側	
20	がん診療拠点病院対応部会	辻江		畑 多田	渡邊				島崎			水野 前田
21	臨床検査適正化委員会	原	臨床検査科	奥田	松田	菅尾・宮坂・开原・田村・北浦・國弘・森本					溝口	
22	手術室委員会	今西	中央手術室	六波羅 小田 宗和				上崎			木林・舟橋・宮西	
23	アンギオ室運営委員会	更谷	放射線科	田中 尾崎			松本	恩地			舟橋・三橋・宮西	
24	倫理委員会	辻江	総務課	磯邊 今村	内田	柴田					前田・井添・玉手	伊藤弁護士・けあばる(富田林市OB)北川局長
25	診療報酬算定向上委員会	新田							島崎			
26	DPC委員会	今西	診療録管理室		野口	國弘					前田・畑中・木林・大井	
27	コーディング検討部会	今西	診療録管理室		野口	國弘					前田・畑中・木林・大井	
28	電子カルテ運営部会	今西	医療情報課	茨木 森崎	野口	國弘	和田	恩地	島崎		岩瀬・木林・前田・大原	
29	診療録管理委員会	今西	診療録管理室	茨木 森崎	松田	田村	松井				前田・大井・木林	
30	クリニカルパス委員会	荒木	診療録管理室	杉浦 藤原 加藤一 小田 宮城 津田 綿貫 西川 渡辺	奥平・光明	柴田			島崎	梅田	高見・前田・水野	
31	救急対策委員会	今西	医事サービス課	茨木 田中	松田	北浦	竹綱				新田・水野・畑中	
32	器械備品購入検討委員会	今西	契約購買課	六波羅			松本				岩瀬・岡本・舟橋	
33	薬事委員会	今西	薬剤部	加藤一	清原						岩瀬	
34	診療材料検討委員会	今西	契約購買課	小田 堀川 山本亜			松本	恩地			岩瀬・吾妻・宮西・辻本	
	図書委員会	窪田	契約購買課	渡邊敦	藤田	村上	田中				吾妻	
35	病床管理委員会	六波羅	看護部	六波羅 茨木							前田・吉松・木林	
36	地域包括ケア病棟運営部会	六波羅	看護部	六波羅 茨木								
37	地域包括ケア連携委員会	谷口	医療福祉相談室	吉田 山下					加島		新田・吉松・薬師寺・和田	須田(富美ヶ丘)・二宮(富美ヶ丘)
38	児童虐待防止部会	柳田	医療福祉相談室	加藤雪 加藤一							吉松・徳永	
39	無低委員会	山岡	医療福祉相談室	六波羅							辻・新田・岡本・吉松・畑中	
40	治験審査委員会	大西	薬剤部	茨木	清原	國弘	松井				岩瀬・鎌田	
	内視鏡運営委員会	由谷	医療機器管理室	磯邊 堀川か				恩地・宮城			畑中	

2020年度年報

I 病院全体の指標

- 1, 診療科別の初診及び再診外来患者数の年度推移
- 2, 診療科別の外来延患者数及び一日平均患者数の年度推移
- 3, 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ
- 4, 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ
- 5, 外来及び入院の月別1日平均患者数の推移
- 6, 診療科別入院延べ患者数及び一日平均患者数の年度推移
- 7, 平均在院日数の年度推移
- 8, 病床利用率の年度推移
- 9, 救急車搬送患者数(年度別・月別)
- 10, 手術件数(年度別・月別)
- 11, 紹介患者数・紹介率(月別)
- 12, 逆紹介患者数・紹介率(月別)
- 13, 内視鏡件数(年度別・月別)
- 14, 人工腎臓件数(年度別)
- 15, 減免取扱患者数
- 16, 送迎バス利用状況
- 17, がん登録統計
- 18, 国際疾病分類統計(ICD-10別退院患者数)
- 19, 職員の健康診断受診率
- 20, 職員のインフルエンザ予防接種率

II 令和2度 DPCデータを用いた病院指標

- 1, 年齢階級別退院患者数
- 2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)
- 3, 初発の5大癌のUICC病期分類別並びに再発患者数
- 4, 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 5, 脳梗塞のICD10別患者数等
- 6, 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)
- 7, 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)
- 8, 2019年度厚生労働省公開DPCデータ(複雑性指標・効率性指標)

1, 診療科別の初診及び再診外来患者数の年度推移

(単位 : 人)

診療科	2016年度		2017年度		2018年度		2019年度		2020年度	
	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数
内科	2,348	31,281	2,257	19,835	2,036	18,139	1,444	16,961	1,779	15,212
循環器内科	1,587	11,254	1,415	13,605	1,677	13,609	1,841	15,346	1,571	15,344
腎臓内科	222	6,897	217	13,663	193	14,137	448	15,719	865	15,850
消化器内科	3,777	13,041	3,545	12,395	3,705	13,729	4,015	14,782	3,205	13,001
小児科	6,320	3,855	6,671	4,714	6,074	5,158	5,822	5,471	2,011	4,167
外科	1,745	10,743	1,607	10,138	1,492	10,223	1,407	10,352	1,069	9,249
整形外科	2,580	26,576	2,822	26,764	2,775	25,944	2,279	24,731	2,177	21,371
産婦人科	1,241	6,052	1,144	6,291	1,118	5,927	1,192	5,798	861	5,084
泌尿器科	867	12,123	847	12,191	808	12,207	867	12,470	935	12,328
眼科	1,133	17,533	949	15,962	861	15,101	931	14,731	732	13,053
耳鼻咽喉科	1,401	8,908	1,530	8,394	1,860	8,711	1,230	8,362	900	6,528
脳外科	163	1,652	186	1,808	167	1,560	144	1,608	156	1,245
放射線科	1,823	49	1,962	41	1,893	36	1,928	92	1,595	247
皮膚科	2,229	14,434	2,158	14,741	2,131	15,020	1,943	15,662	1,771	12,431
形成外科	115	783	120	669	88	711	67	526	63	481
全科	27,551	165,181	27,430	161,211	26,878	160,212	25,558	162,611	19,690	145,591

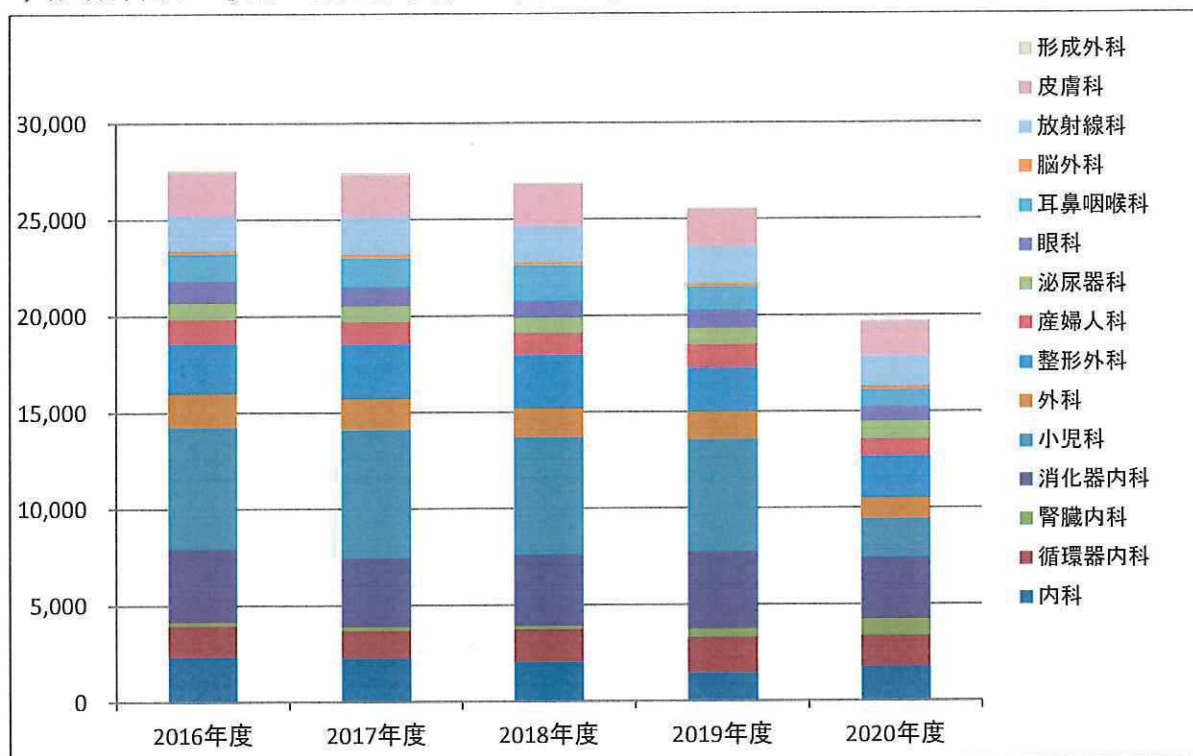
* 2017年度より透析患者を内科から腎臓内科に変更しました。

2, 診療科別の外来延患者数及び一日平均患者数の年度推移

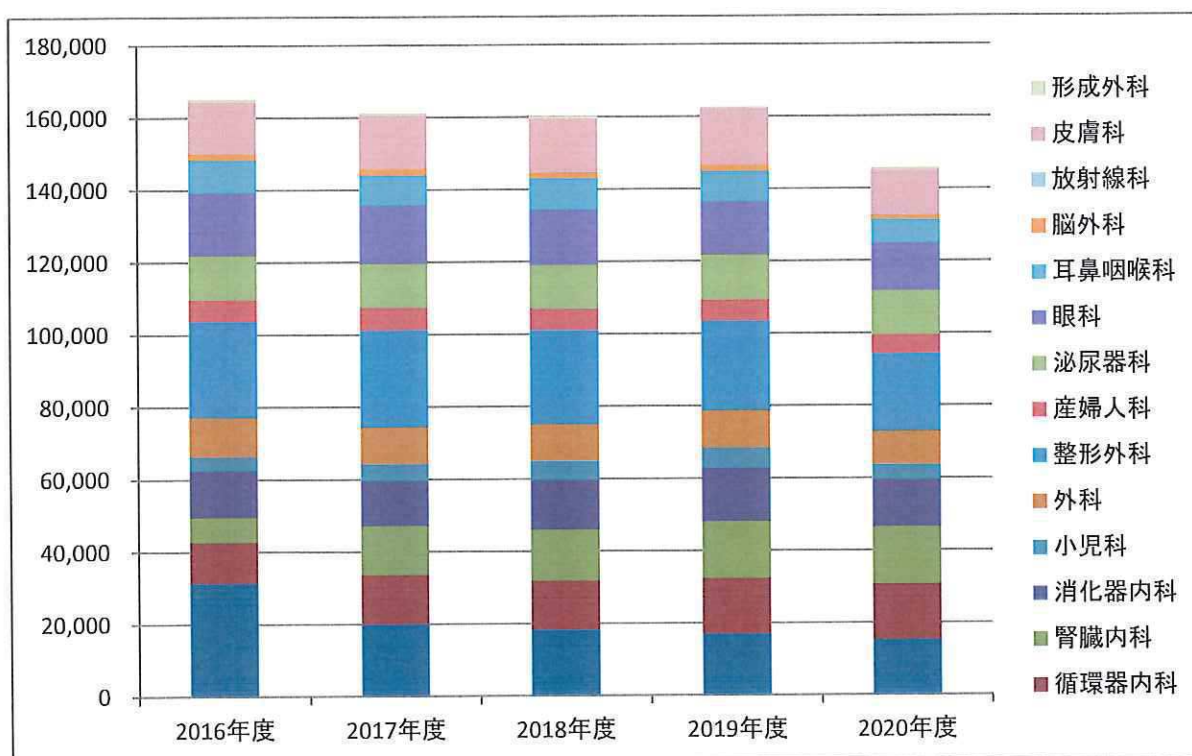
(単位 : 人)

診療科	2016年度		2017年度		2018年度		2019年度		2020年度	
	延患者数	1日平均	延患者数	1日平均	延患者数	1日平均	延患者数	1日平均	延患者数	1日平均
内科	33,629	119.7	22,092	78.6	20,175	72.1	18,405	65.5	16,991	60.5
循環器内科	12,841	46.0	15,020	54.2	15,286	54.6	17,187	61.2	16,915	60.2
腎臓内科	7,119	25.8	13,880	50.1	14,330	51.5	16,167	57.5	16,715	59.5
消化器内科	16,818	60.9	15,940	57.1	17,434	63.2	18,797	66.9	16,206	57.7
小児科	10,175	36.2	11,385	40.5	11,232	40.3	11,293	40.2	6,178	22.0
外科	12,488	44.6	11,745	41.8	11,715	41.8	11,759	41.8	10,318	36.7
整形外科	29,156	103.8	29,586	105.3	28,719	102.6	27,010	96.1	23,548	83.8
産婦人科	7,293	26.0	7,435	26.5	7,045	25.9	6,990	24.9	5,945	21.2
泌尿器科	12,990	46.2	13,038	46.4	13,015	46.6	13,337	47.5	13,263	47.2
眼科	18,666	67.1	16,911	60.2	15,962	57.6	15,662	55.7	13,785	49.1
耳鼻咽喉科	10,309	36.7	9,924	35.3	10,571	38.4	9,592	34.1	7,428	26.4
脳外科	1,815	19.3	1,994	20.1	1,724	17.8	1,752	6.2	1,401	14.6
放射線科	1,872	6.7	2,003	7.1	1,929	6.9	2,020	7.2	1,842	6.6
皮膚科	16,663	59.3	16,899	60.1	17,151	61.3	17,605	62.7	14,202	50.5
形成外科	898	10.2	789	8.9	799	8.9	593	2.1	544	6.2
全科	192,732	685.9	188,641	671.3	187,087	668.2	188,169	669.6	165,281	588.2

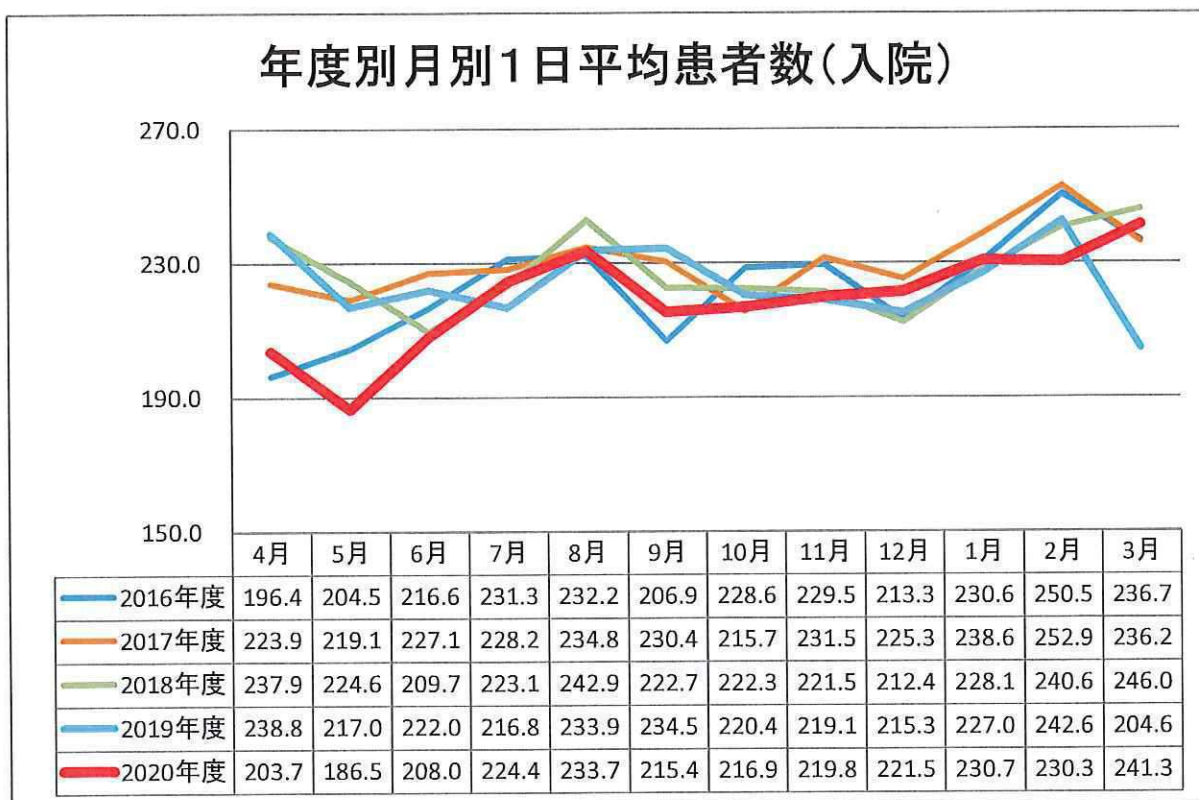
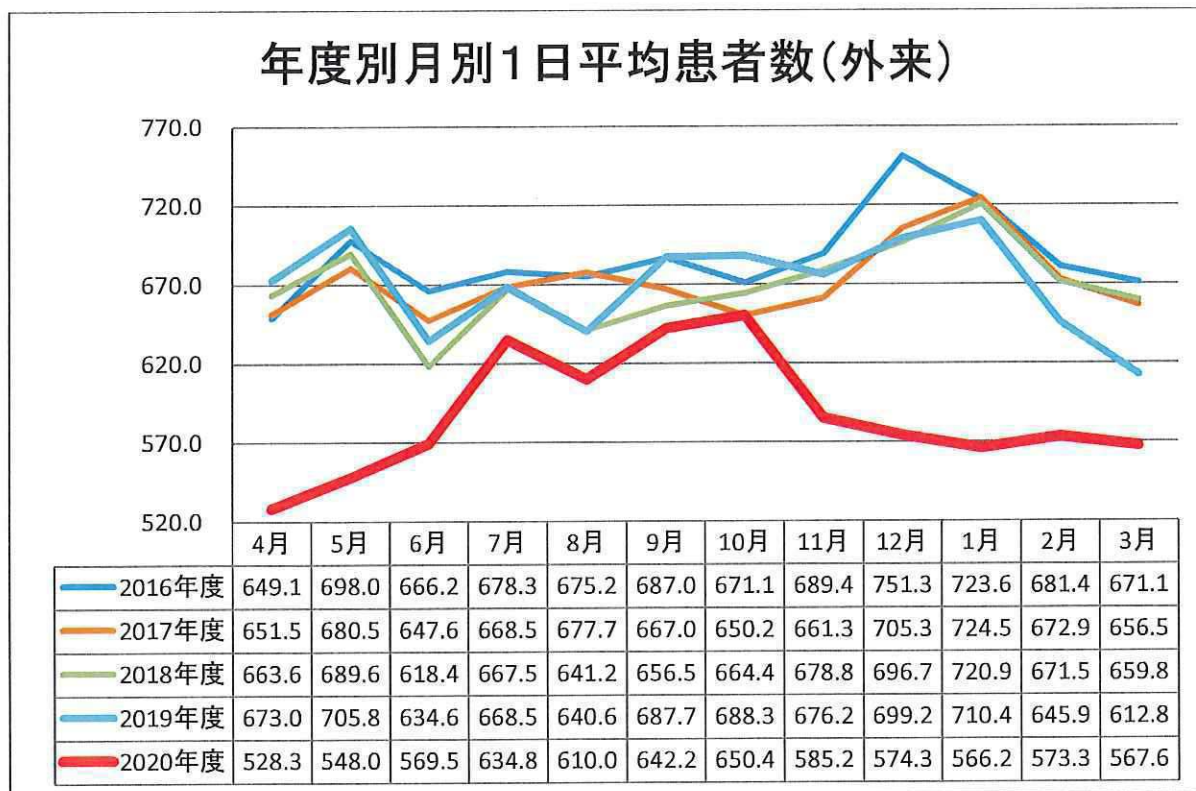
3, 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ



4, 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ



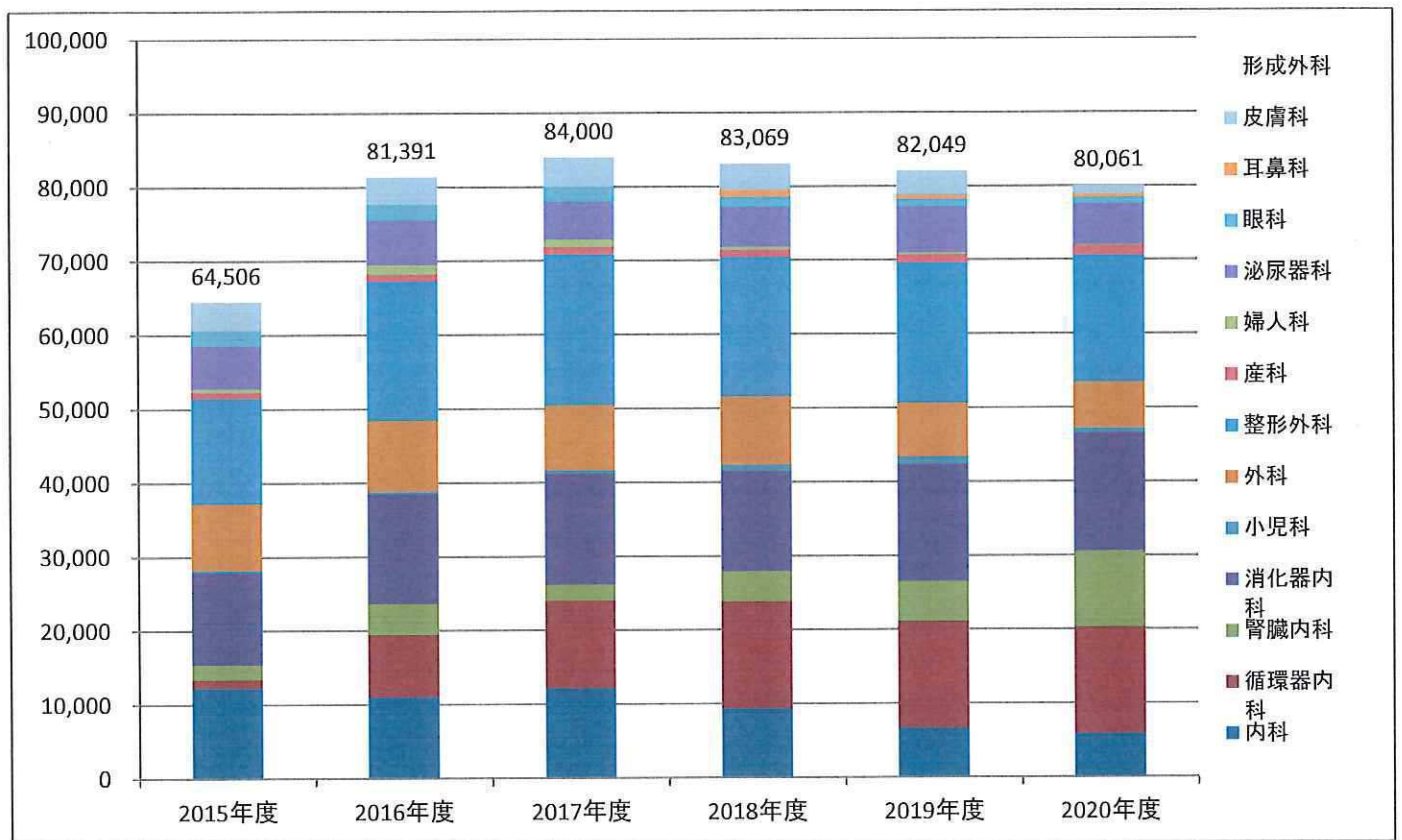
5, 外来及び入院の月別1日平均患者数の推移



6, 診療科別入院延べ患者数及び一日平均患者数の年度推移

(単位 :人)

	2015年度		2016年度		H2017年度		2018年度		2019年度		2020年度	
	延患者	1日平均	延患者	1日平均	延患者	1日平均	延患者	1日平均	延患者	1日平均	延患者	1日平均
内科	12,169	33.2	11,009	30.2	12,159	33.3	9,317	25.5	6,594	18.0	5,819	15.9
循環器内科	1,160	3.2	8,419	23.1	11,806	32.3	14,482	39.7	14,440	39.5	14,455	39.6
腎臓内科	2,067	5.6	4,174	11.4	2,188	6.0	4,138	11.3	5,444	14.9	10,276	28.2
消化器内科	12,473	34.1	14,865	40.7	14,989	41.1	13,470	36.9	15,900	43.4	16,002	43.8
小児科	299	0.8	306	0.8	488	1.3	972	2.7	971	2.7	636	1.7
外科	9,087	24.8	9,689	26.5	8,807	24.1	9,218	25.3	7,294	19.9	6,304	17.3
整形外科	14,136	38.6	18,803	51.5	20,398	55.9	18,835	51.6	18,955	51.8	17,123	46.9
産科	809	2.2	878	2.4	978	2.7	936	2.6	1,074	2.9	1,283	3.5
婦人科	553	1.5	1,298	3.6	1,107	3.0	442	1.2	259	0.7	55	0.2
泌尿器科	5,862	16.0	6,102	16.7	5,033	13.8	5,434	14.9	6,301	17.2	5,548	15.2
眼科	2,042	5.6	2,138	5.9	2,061	5.6	1,342	3.7	941	2.6	946	2.6
耳鼻科							866	2.4	553	1.5	419	1.1
皮膚科	3,849	10.5	3,710	10.2	3,986	10.9	3,617	9.9	3,323	9.1	1,195	3.3
形成外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0.0
全科	64,506	176.3	81,391	223.0	84,000	230.1	83,069	227.6	82,049	224.2	80,061	219.3



7, 平均在院日数の年度推移

分子: 年間延べ数 × 100

分母: (年間新入院患者数 + 年間退院患者数) × 1 / 2

平均在院日数は、医療の効率化を表す指標の一つであり、短いほど医療費抑制につながるとも言われています。在院日数を短縮するには、適切な治療だけでなく、退院に向けての支援、地域の病院・診療所・施設との連携などが必要になります。

年度別	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
年間延べ数	64,011	63,295	64,506	81,391	84,000	83,069	82,049	80,061
年間新入院患者数	3,962	3,877	3,761	4,864	5,012	5,288	5,149	5,124
年間退院患者数	3,971	3,849	3,761	4,838	5,025	5,266	5,187	5,073
平均在院日数	16.1	16.4	17.2	16.8	16.7	15.7	15.9	15.7



8, 病床利用率の年度推移

分子: 年間延べ数 × 100

分母: 許可病床数 × 年間診療実日数

病床利用率は、病床がどれだけ利用されているかを示す数値です。数値が高いほど効率よく病床が利用されていることを表します。当院の許可病床は300床(稼動病床251)でしたが、2020年11月新病院への移転に伴い許可病床260床となり、利用率は88.0%となりました。

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	4-10月 2020年旧	11-3月 2020年新
年間延べ数	63,295	64,506	81,391	84,000	83,069	82,049	45,519	34,542
許可病床数	300	300	300	300	300	300	300	260
年間実日数	365	366	365	365	365	366	214	151
病床利用率 %	57.8	58.7	74.3	76.7	75.9	74.7	70.9	88.0



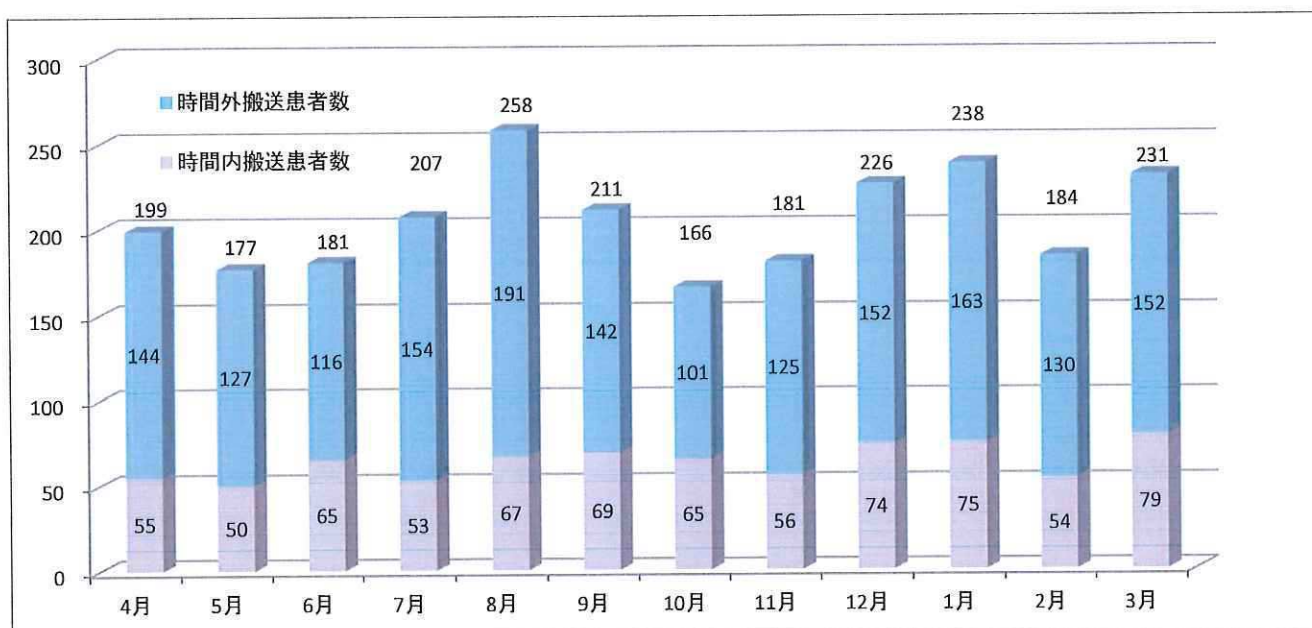
9, 救急車搬送患者数(年度別・月別)

年度別	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
時間内搬送患者数	453	415	522	554	473	587	646	725	728	762
時間外搬送患者数	684	911	974	781	885	1,595	1,451	1,687	1,619	1,697
救急搬送患者数	1,137	1,326	1,496	1,335	1,358	2,182	2,098	2,412	2,347	2,459



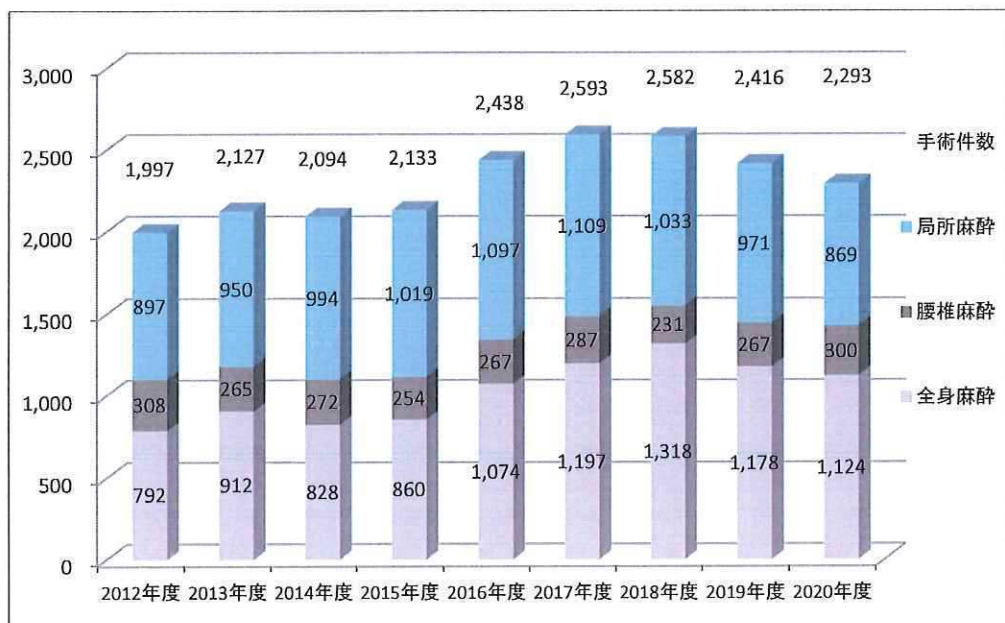
救急搬送患者数は、救急車によって搬送された患者さんの人数を示したものです。当院は大阪府南河内二次医療圏の救急指定病院として救急患者さんを受け入れております。2020年度は前年よりも112件増加しました。

月別	2020年												2021年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	1月	2月	3月
時間内搬送患者数	55	50	65	53	67	69	65	56	74	75	54	79	75	54	79
時間外搬送患者数	144	127	116	154	191	142	101	125	152	163	130	152	163	130	152
救急搬送患者数	199	177	181	207	258	211	166	181	226	238	184	231	238	184	231



10, 手術件数の(年度別・月別)

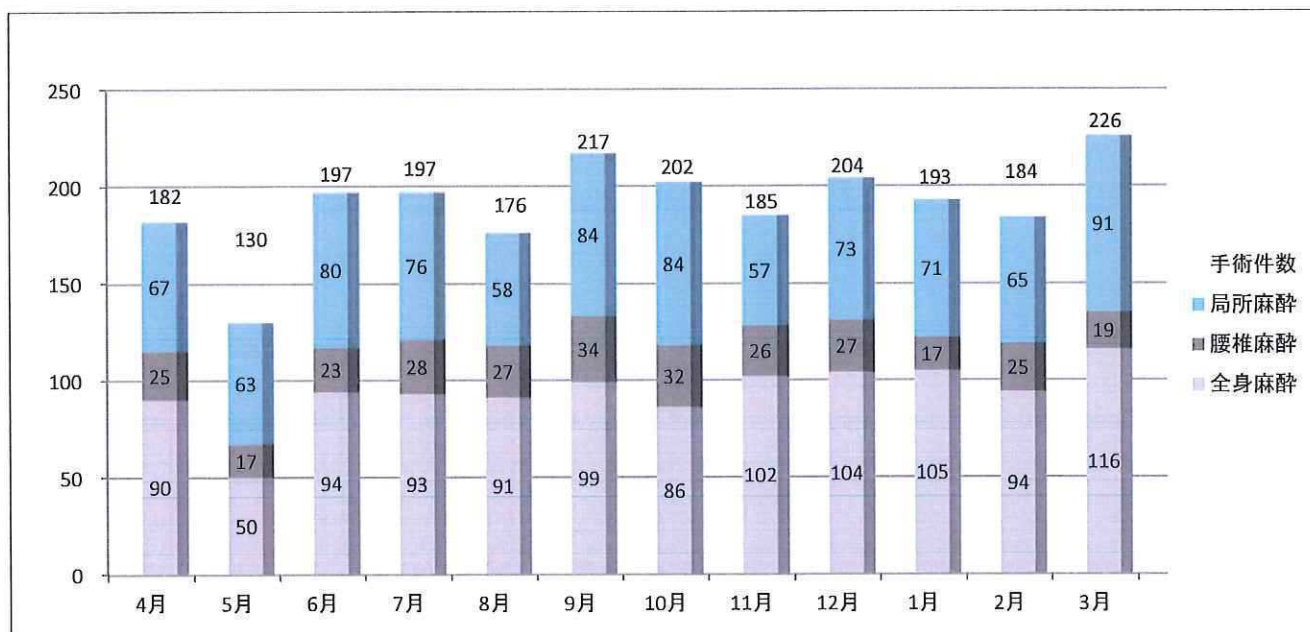
年度別	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
全身麻酔	792	912	828	860	1,074	1,197	1,318	1,178	1,124
腰椎麻酔	308	265	272	254	267	287	231	267	300
局所麻酔	897	950	994	1,019	1,097	1,109	1,033	971	869
手術件数	1,997	2,127	2,094	2,133	2,438	2,593	2,582	2,416	2,293



手術件数は急性期病院を評価する指標の一つとしてあげられます。手術スタッフ、設備、手術時間等の効率的な運用を総合的に判断する指標となります。

2016年度から2,400件を超えていましたが2020年度は新型コロナウイルス感染の影響により前年よりも123件少なく、2,293件になりました。

月別	2020年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2021年 1月	2月	3月
全身麻酔	90	50	94	93	91	99	86	102	104	105	94	116
腰椎麻酔	25	17	23	28	27	34	32	26	27	17	25	19
局所麻酔	67	63	80	76	58	84	84	57	73	71	65	91
手術件数	182	130	197	197	176	217	202	185	204	193	184	226



11, 紹介患者数と紹介率

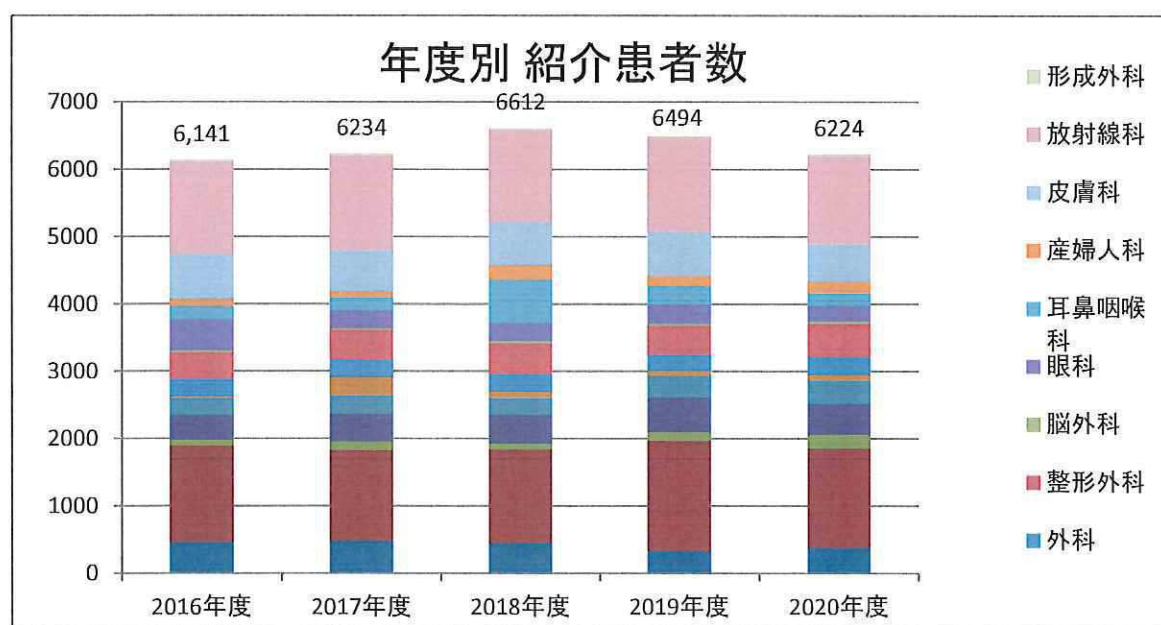
紹介率の計算方法

$$\text{紹介率(\%)} = (\text{文書紹介患者数} + \text{救急車搬送患者数})$$

$$\div (\text{初診患者数} - \text{時間外および休日救急受診患者数} - \text{6歳未満患者数})$$

紹介率は、当院を受診された患者さんのなかで、他の医療機関から紹介状を持参された患者さんの割合をしめします。当院では紹介率の向上及び救急の受入態勢を強化し、地域の医療機関から患者さんをご紹介いただき、患者さんにとって最適な診療を行えるよう取り組んでおります。

紹介患者数	紹介患者数					紹介率				
	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
内科	453	478	445	328	371	36.2	38.6	39.7	36.3	39.8
消化器内科	1435	1349	1387	1639	1482	41.7	49.0	51.0	50.9	48.7
腎臓内科	84	124	91	127	202	39.1	58.5	55.8	44.1	26.4
循環器内科	375	414	421	519	464	57.6	47.0	51.7	52.0	33.6
泌尿器科	249	271	253	318	344	39.6	37.4	38.8	44.2	48.6
小児科	30	274	99	73	90	7.2	18.9	7.0	7.0	21.0
外科	248	264	253	242	255	17.7	18.9	20.0	20.6	30.9
整形外科	401	435	462	423	493	31.5	21.4	23.6	26.9	41.3
脳外科	32	30	38	32	35	20.9	16.6	24.4	22.5	24.3
眼科	462	263	262	301	237	43.1	28.1	31.6	33.1	36.1
耳鼻咽喉科	188	189	653	267	187	14.4	12.4	35.9	22.0	23.0
産婦人科	115	95	210	148	169	10.3	8.5	19.5	12.5	21.8
皮膚科	661	604	644	656	558	31.7	29.5	32.2	36.0	34.2
放射線科	1381	1415	1364	1395	1314	78.6	73.4	78.8	74.1	84.4
形成外科	27	29	30	26	23	24.8	25.2	37.5	40.6	47.3
合計	6,141	6234	6612	6494	6224	36.2	33.6	37.2	37.9	50.3



12, 逆紹介患者数と逆紹介率

逆紹介率の計算方法

逆紹介率(%) = 診療情報提供料算定患者数

／(初診患者数－時間外および休日救急受診患者数－6歳未満患者数)

逆紹介率は、当院から他の医療機関へ紹介状を作成し、受診いただいた患者さんの割合をしめしたものです。患者さんの症状にあわせて、必要な治療や検査を行える病院を紹介したり、患者さんがお住まいの地域の開業医の先生を紹介する事で患者さんのニーズに合わせた医療機関の連携を図っています。

逆紹介患者数	逆紹介患者数					逆紹介率				
	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
内科	523	615	509	414	376	42.2	44.0	38.4	40.2	37.5
消化器内科	1531	1253	1254	1270	1423	42.8	43.8	43.4	37.1	46.8
腎臓内科	125	109	110	204	336	58.1	45.8	63.8	63.9	43.9
循環器内科	666	770	668	815	840	65.3	82.9	75.3	75.7	60.8
泌尿器科	372	391	391	425	540	49.0	50.6	55.7	53.4	68.0
小児科	137	122	160	165	111	5.3	8.4	11.3	15.7	13.8
外科	635	681	782	840	1026	38.6	47.4	59.8	66.2	70.5
整形外科	543	660	663	660	692	27.8	30.8	31.9	39.1	43.6
脳外科	33	40	47	49	35	21.6	22.1	29.5	32.4	24.3
眼科	738	693	488	467	457	68.5	73.4	58.5	50.6	68.5
耳鼻咽喉科	133	137	176	172	140	9.9	9.0	9.5	13.9	16.7
産婦人科	66	85	86	164	133	5.6	7.5	7.8	13.8	16.3
皮膚科	222	222	303	316	253	10.4	9.9	13.9	14.9	15.3
放射線科	1753	1904	1830	1912	1781	99.8	97.1	103.6	99.5	114.5
形成外科	12	20	14	4	8	11.0	17.4	17.5	6.3	15.4
合計	7,489	7,702	7481	7877	8151	36.2	39.9	39.9	43.3	55.4



13, 内視鏡件数(年度別・月別)

年度別	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
上部	2,052	2,190	2,522	2,797	2,951	3,238	3,907	4,002	4,287	4,719	4,277
下部	1,074	1,163	1,447	1,485	1,591	1,825	2,064	1,861	1,967	2,227	2,082
内視鏡計	3,126	3,353	3,969	4,282	4,542	5,063	5,971	5,863	6,254	6,946	6,359



上部内視鏡検査は胃カメラ以外にENBD(内視鏡的経鼻胆道ドレナージ)、EST(内視鏡的乳頭筋切開術)、PEG交換、PEG造設等を行っています。下部内視鏡では約1/3が大腸ポリペクミーを施行しています。2018年度は上部、下部ともに前年度よりも増加しました。

月別	2020年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2021年 1月	2月	3月
上部	219	206	372	419	371	398	477	370	377	313	334	421
下部	121	92	153	178	166	187	246	182	202	153	163	239
内視鏡計	340	298	525	597	537	585	723	552	579	466	497	660

14, 人工腎臓件数(年度別)

年度別	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
外来	9,266	8,475	9,479	9,864	10,634	10,072	10,612	11,025	11,198	11,898	11,233
入院	706	802	881	1,086	1,263	984	1,448	1,448	2,090	1,462	1,407
透析計	9,972	9,277	10,360	10,950	11,897	11,056	12,060	12,473	13,288	13,360	12,640



血液浄化センター内で実施した人工腎臓実施数です。人工腎臓は約2/3がHD(人工透析)、約1/3がO-HDF(オンライン人口透析濾過)となります。その他にECUM(限外濾過)も少数実施しています。外来は外来通院患者の人工腎臓実施数、入院は入院患者の人工腎臓実施数となります。

月別	2019年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2020年 1月	2月	3月
外来	982	980	969	968	934	924	993	801	918	944	830	990
入院	125	117	111	104	124	92	60	100	150	99	122	203
透析延べ数	1107	1097	1080	1072	1058	1016	1053	901	1068	1043	952	1193

15, 減免取扱患者数

年度別	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
取扱患者延べ数	248,004	242,876	247,997	254,802	274,123	272,590	270,159	270,218	245,342
減免等患者延べ数	28,798	28,058	33,938	33,514	36,343	38,159	42,302	45,900	41,320
減免比率	11.6%	11.6%	13.7%	13.2%	13.3%	14.0%	15.7%	17.0%	16.8%



2020年度月別減免等取扱人員一覧表 (単位:人)

項目	取扱患者総延数		
	外来分	入院分	計
2019年4月	12,680	6,110	18,790
2019年5月	12,056	5,782	17,838
2019年6月	14,237	6,239	20,476
2019年7月	15,234	6,957	22,191
2019年8月	14,639	7,245	21,884
2019年9月	14,771	6,462	21,233
2019年10月	16,911	6,724	23,635
2019年11月	12,289	6,595	18,884
2019年12月	13,209	6,866	20,075
2020年1月	12,457	7,153	19,610
2020年2月	12,040	6,447	18,487
2020年3月	14,758	7,481	22,239
合計	165,281	80,061	245,342

無料低額診療事業とは経済的理由により適切な医療を受ける事ができない方に対し、無料又は低額で診療を行うもので、第2種社会福祉事業として社会福祉法第2条第3項に規定されています。

無料低額診療事業を行う施設には10項目の基準が定められており、診療費減免を行った患者割合は取扱患者延べ数の10%以上であることと定められています。

当院は2010年度から4年間の減免患者等の取り扱い割合は11%代で推移していましたが、2014年度より13%以上に増加しました。2020年度は16.87%になりました。

※減免等患者延べ数とは生活保護患者延べ数と診療費の10%以上の減免を行った患者の延べ数を加算した数です。

項目	生保患者総延数A			診療費の10%以上を減免した患者延数B			減免等患者延数(A+B)		
	外来分	入院分	計	外来分	入院分	計	外来分	入院分	計
2020年4月	456	323	779	1,700	877	2,577	2,156	1,200	3,356
2020年5月	414	346	760	1,646	741	2,387	2,060	1,087	3,147
2020年6月	519	468	987	1,655	844	2,499	2,174	1,312	3,486
2020年7月	575	452	1,027	1,775	1,161	2,936	2,350	1,613	3,963
2020年8月	517	341	858	1,745	990	2,735	2,262	1,331	3,593
2020年9月	494	429	923	1,786	746	2,532	2,280	1,175	3,455
2020年10月	546	216	762	1,810	773	2,583	2,356	989	3,345
2020年11月	480	349	829	1,675	878	2,553	2,155	1,227	3,382
2020年12月	459	381	840	1,707	796	2,503	2,166	1,177	3,343
2021年1月	441	439	880	1,621	802	2,423	2,062	1,241	3,303
2021年2月	440	416	856	1,608	773	2,381	2,048	1,189	3,237
2021年3月	551	269	820	1,833	1,057	2,890	2,384	1,326	3,710
合計	5,892	4,429	10,321	20,561	10,438	30,999	26,453	14,867	41,320

16, 患者送迎バス利用状況

	①金剛駅方面	②富田林駅	③富田林すばるホール方面	④富田林循環	⑤別井・甘南備方面	合計
2013年度	56,066	74,683	8,906	6,401		146,056
2014年度	55,927	71,143	8,869	6,686	4,277	146,902
2015年度	54,701	65,944	9,472	6,994	6,053	143,164
2016年度	53,892	64,895	9,617	8,044	6,974	143,422
2017年度	53,936	67,428	9,543	8,138	7,387	143,432
2018年度	56,321	66,192	9,287	8,214	7,454	147,468
2019年度	56,797	61,280	9,321	7,679	7,043	142,120
2020年度	38,754	40,882	5,334	5,394	4,652	95,016

①金剛駅方面	病院⇒久野喜台⇒金剛駅前⇒久野喜台2丁目⇒寺池台1丁目⇒寺池台小学校⇒寺池台3丁目⇒寺池台4丁目⇒高辺台2丁目⇒高辺台小学校⇒●金剛高校⇒●五軒家⇒●藤沢台6丁目⇒病院 注●は時間により迂回無し
②富田林駅	病院⇒富田林駅⇒病院
③富田林すばるホール方面	Aコース: 病院⇒錦ヶ丘(降車のみ)⇒総合福祉会館(降車のみ)⇒川西(降車のみ)⇒板持(降車のみ)⇒府営板持住宅(降車のみ)⇒山中田(降車のみ)⇒かがりの郷⇒山中田⇒府営板持住宅⇒板持⇒川西⇒すばるホール⇒錦ヶ丘⇒病院 Bコース: 病院⇒総合福祉会館⇒山手町自治会館⇒山手町住宅⇒山手町⇒楠風台⇒錦織消防会館⇒すばるホール⇒病院
④富田林循環	Cコース: 病院⇒青南台⇒藤沢台7丁目⇒五軒家1丁目北⇒五軒家1丁目西⇒加太1丁目⇒藤沢台3丁目⇒病院 Dコース: 病院⇒金剛伏山自治会館前⇒聖ヶ丘住宅⇒須賀南山児童公園⇒滝谷駅前⇒須賀1丁目⇒錦織南⇒錦織東⇒甲田3丁目⇒病院 Eコース: 病院⇒昭和町⇒若松町⇒中野町⇒桜井町⇒川面町⇒喜志太閣園⇒喜志町1丁目⇒桜井町⇒喜志町⇒府民センター⇒病院
⑤別井・甘南備方面	Gコース: 病院⇒富美ヶ丘(降車のみ)⇒府民センター(降車のみ)⇒中央公民館図書館(降車のみ)⇒金剛大橋北(降車のみ)⇒北大伴⇒河南町役場⇒別井⇒南大伴⇒かがりの郷⇒山中田⇒府営板持住宅⇒金剛大橋北⇒中央公民館図書館⇒府民センター⇒富美ヶ丘⇒病院 Hコース: 病院⇒錦ヶ丘(降車のみ)⇒総合福祉会館(降車のみ)⇒下佐備(降車のみ)⇒中佐備(降車のみ)⇒上佐備(降車のみ)⇒岸之の元(降車のみ)⇒龍泉(降車のみ)⇒蒲(降車のみ)⇒甘南備口(降車のみ)⇒甘南備⇒甘南備口⇒蒲⇒龍泉⇒岸之本⇒上佐備⇒中佐備⇒彼方⇒錦織消防会館⇒すばるホール⇒錦ヶ丘⇒病院



17, 院内がん登録 届出数 2020年症例

※1 当院にて2020年に診断、または他院にて診断後2020年に当院へ来院され初回治療を開始した症例を対象に登録した件数です。

※2 その他に関しては、1部位あたり10症例以下をまとめて計上しております。標準登録様式「2016年版」をもとに登録、病期分類は「UICC TNN第8版」を使用しております。多重がんの判定は「SEER2018年準拠」を使用し、当院での初回登録後の再発・転移症例は含めません。

※下記集計は、院内がん登録として国立がんセンターに届出した件数をもとに集計しております。()内の数字は再

部位	診断・初回治療開始・初回治療継続 症例 *1									初回治療終了後来院	合計
	0期	I期	II期	III期	IV期	該当せず	不明	対象外	計		
大腸	29	25	22	27	24		3		130	4	134
(結腸)	(23)	(16)	(19)	(13)	(18)		(3)		(92)	(2)	(94)
(直腸)	(6)	(9)	(3)	(14)	(6)				(38)	(2)	(40)
前立腺		26	28	2	17		2	1	76	9	85
胃		40	7	5	14		12	3	81	4	85
皮膚	17	28	10	1			1		57	1	58
膀胱・腎・腎盂・尿管	22	16	4	8	2		1	1	54	2	56
(膀胱)	(21)	(11)	(4)	(5)					(41)	(2)	(43)
(腎・他の尿路)	(1)	(5)		(3)	(2)		(1)	(1)	(13)		(13)
肝臓・胆道・膵臓		7	6	6	14		6		39	5	44
乳房	5	17	14	5	2				43		43
白血病						16			16	6	22
肺				2	9		1	1	13	4	17
口腔・咽頭・喉頭		5	2				6		13	4	17
食道		3	1	3	3	1	3		14		14
悪性リンパ腫		5	2		3			1	11		11
その他 *5		4	6	1	3	7	7		28	7	35
総計	73	176	102	60	91	24	42	7	575	46	621

18, 国際疾病分類統計(退院患者数) (2020/4/1~2021/3/31)

国際疾病分類別に退院患者と死亡患者をを集計したものです。

退院患者数は前年よりも95件減少しました。特に「新生物」「消化器系」「筋骨格系」が昨年よりも減少しました。

増加した領域は「血液および造血器の疾患」「腎尿路生殖器の疾患」でした。

章	ICD-10	分類	退院患者		総計	対前年数
			死亡	退院		
I	A00-B99	感染症および寄生虫症	19	142	161	-33
II	C00-D48	新生物	49	682	731	-84
III	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに疫機構の障害	12	143	155	8
IV	E00-E90	内分泌、栄養および代謝疾患	8	115	123	2
V	F00-F99	精神および行動の障害	0	23	23	7
VI	G00-G99	神経系の疾患	2	83	85	13
VII	H00-H59	眼および付属器の疾患	0	466	466	-2
VIII	H60-H95	耳および乳様突起の疾患	0	33	33	-5
IX	I00-I99	循環器系の疾患	118	467	585	26
X	J00-J99	呼吸器系の疾患	83	380	463	-69
XI	K00-K93	消化器系の疾患	22	786	808	47
XII	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患	0	43	43	-47
XIII	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患	6	225	231	-50
XIV	N00-N99	腎尿路生殖器系の疾患	15	508	523	45
XV	O00-O99	妊娠、分娩および産褥	0	80	80	19
XVI	P00-P99	周産期に発生した病態	0	24	24	8
XVII	Q00-Q99	先天奇形、変形および染色体異常	0	4	4	-5
XVIII	R00-R99	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他	0	0	0	-2
XIX	S00-T98	損傷、中毒およびその他の外因の影響	5	426	431	-31
XX	V01-Y98	傷病および死亡の外因	0	0	0	0
XXI	Z00-Z99	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0	0	0	-1
XXII	U00-U99	特殊目的用コード	1	30	31	31
		総計	340	4660	5,000	-123

19, 職員の健康診断受診率

職員健診受診率の計算方法

$$\text{健診受診率(\%)} = \text{職員健診受診者数} / \text{全職員数} \times 100$$

労働安全衛生法第66条で、労働者に対する健康診断の実施が健康の保持増進のための措置として事業者には義務付けられています。

2020年度は、前年より実施期間を1週間短くしました。期間内受診の呼びかけ効果もあり、健診結果の早期報告にもつながりました。

しかし、レントゲンの受診率は前年より1.2ポイント低下しました。

職員の健康保持増進のためにも、引き続き全項目100%の受診率を目指したいと思います。

胸部レントゲンを主とした受診率

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
職員数	549	551	580	577	580
職員健診実施数	517	546	563	577	578
受診率	94.2%	99.1%	97.1%	100.0%	99.7%

20, 職員のインフルエンザ予防接種率

職員健診受診率の計算方法

$$\text{インフルエンザワクチン接種率(\%)} = \text{インフルエンザワクチン接種職員} / \text{全職員数} \times 100$$

2020年度は、10月19日～10月23日の5日間で実施しました。

病院全体の感染予防の観点から、職員だけではなく、院内の委託業者・派遣社員に対しても希望者を実施しています。(今年度は106名の希望がありました。下の表の数には含んでいません。)

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
接種職員数	501	527	511	533	532	544
全職員数	528	545	541	546	546	553
接種率	94.9%	96.7%	94.5%	97.6%	97.4%	98.4%



DPCデータを用いた病院指標

DCP(診断群分類別包括制度)とはDiagnosis Procedure Combinationの略で、医師が決定した主病名に基づき、入院患者さんの一連の医療行為を国が定めた1日あたりの定額の点数から入院医療費を計算する制度です。

DPC対象となるのは保険適用患者さんで、一般病棟に入院された患者さんを対象とします。自動車賠償責任保険や労災保険、自費等の患者さんは対象外です。

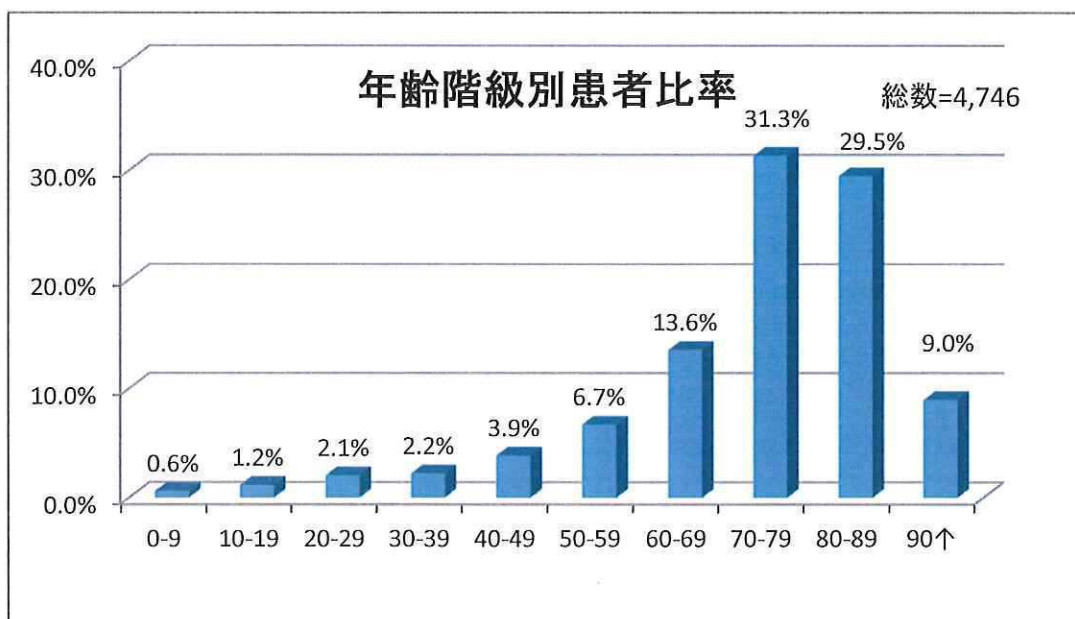
1. 年齢階級別退院患者数(DPCデータから算出)

◆解説

年齢階級別患者数は、2020年度に当院を退院した患者さんの年齢を10歳刻みで集計したものです。退院患者さんの年齢構成を見ると病院の特徴をある程度知ることが出来ます。2020年度は新型コロナ感染の影響により入院患者は180人減少しました。60歳以上の患者さんも前年度よりも190人減少しました。

※入院した時点の年齢で集計しています

年齢区分	0～	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	90～
2020年度	34	54	91	92	213	346	620	1504	1344	448
2019年度	30	57	101	110	191	331	668	1544	1452	442



2. 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで) (2020年4月1日~2021年3月31日)

診療科別に症例数の多いDPC14桁コード※と患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率、を示したものです。当院の診療科の特徴をあらわしています。(全国の平均在院日数は厚生労働省の令和2年度DPC調査の平均在院日数を使用しています)
 ※DPC14桁コードとは、入院で行われた医療行為を、医療資源を最も多く投入した傷病名に手術、処置の有無などを組み合わせて示したもので、【診断群分類】とも言われています。2020年4月現在3990の分類に分けられています。

【内科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	28	26.86	20.51	21.43	86.32	6.35
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	19	19.26	13.00	0.00	74.00	6.26
130040xx99x6xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物 手術なし 手術・処置等2あり	18	9.72	16.50	0.00	80.61	-6.78
0400801499x001	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なしA-DROP スコア1	13	18.62	13.93	0.00	83.77	4.69
0400801499x002	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なしA-DROP スコア2	13	18.00	15.71	0.00	89.31	2.29

【循環器内科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
050130xx9900xx	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	80	24.60	17.23	2.50	82.81	7.37
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	69	4.48	4.44	0.00	73.30	0.04
050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等11あり 手術・処置等2なし	58	3.69	3.07	1.72	72.47	0.62
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	27	30.70	20.51	18.52	85.93	10.19
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等12あり 手術・処置等2なし	27	4.26	3.26	0.00	72.85	1.00

【腎臓内科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
110280xx9900xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	41	15.76	11.04	2.44	76.44	4.72
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	39	23.54	13	0	78.87	10.54
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	27	30.70	20.51	25.93	83.52	10.19
100370xx97x0xx	アミロイドーシス 手術あり 手術・処置等2なし	17	2.35	17.64	0	83	-15.29
0400801499x001	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なしA-DROP スコア1	10	23.90	13.93	20.00	87	9.97

【消化器内科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
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	47	12.09	9.53	0.00	76.70	2.56
060380xxxx00x	ウイルス性腸炎 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	45	7.53	5.86	0.00	52.27	1.67
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	39	13.31	9.08	5.13	73.64	4.23
060335xx99x00x	胆嚢炎等 手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	31	14.77	10.97	3.23	74.45	3.80
060130xx9900xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患) 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	30	9.67	7.71	3.33	64.50	1.96

2. 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで) (2020年4月1日~2021年3月31日)

【泌尿器科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1あり	105	2.04	2.54	0.00	72.35	-0.50
11012xxx020x0x	上部尿路疾患 経尿道的尿路結石除去術 手術・処置等1なし 定義副傷病なし	67	5.00	5.67	1.49	62.93	-0.67
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	47	9.19	7.13	0.00	76.64	2.06
110200xx02xxxx	前立腺肥大症等 経尿道的前立腺手術等	39	9.85	8.52	0.00	75.59	1.33
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	36	10.67	13.00	2.78	73.31	-2.33

【小児科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
140010x199x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害(出生時体重2500g以上) 手術なし 手術・処置等2なし	11	4.09	6.13	27.27	0.00	-2.04
140010x299x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害(出生時体重1500g以上2500g未満) 手術なし 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—
030270xxxxxxxx	上気道炎	—	—	—	—	—	—
0400801199x00x	肺炎等(1歳以上15歳未満) 手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	—	—	—	—	—	—
100160xxxxxxxx	甲状腺機能低下症	—	—	—	—	—	—

【外科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上) ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等	89	4.29	4.86	0.00	69.09	-0.57
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	62	7.03	7.23	1.61	65.03	-0.20
060035xx010x0x	精嚢(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 精嚢切除術 全切除、虫垂切除又は悪性腫瘍手術等 手術・処置等1なし 定義副傷病なし	36	13.44	16.19	0.00	77.17	-2.75
060150xx03xxxx	虫垂炎 虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等	23	5.70	5.44	0.00	37.65	0.26
090010xx02xxxx	乳房の悪性腫瘍 乳腺悪性腫瘍手術 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	21	5.62	6.02	0.00	63.24	-0.40

【整形外科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	81	39.79	25.09	8.64	83.94	14.70
070230xx01xxxx	膝関節症(変形性を含む。)人工関節再置換術等	77	30.13	23.36	0.00	76.18	6.77
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰椎損傷を含む。)手術なし	46	32.13	18.81	2.17	81.04	13.32
07040xxx01xxxx	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	29	22.45	21.03	0.00	70.59	1.42
160760xx97xx0x	前腕の骨折 手術あり 定義副傷病なし	26	11.00	5.18	0.00	66.12	5.82

2. 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで) (2020年4月1日～2021年3月31日)

【眼科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり片眼	465	2.02	2.76	0.22	76.85	-0.74
020320xx97xxxx	眼瞼、涙器、眼窩の疾患 手術あり	—	—	—	—	—	—
110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1あり	—	—	—	—	—	—

【産婦人科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
120260xx01xxxx	分娩の異常 子宮破裂手術等	—	—	—	—	—	—
120140xxxxxxxx	流産	—	—	—	—	—	—
120165xx99xxxx	妊娠合併症等 手術なし	—	—	—	—	—	—
120180xx01xxxx	胎児及び胎児付属物の異常 子宮全摘術等	—	—	—	—	—	—
120010xx97x01x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等2なし 定義副傷病あり	—	—	—	—	—	—

【皮膚科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
080020xxxxxxxx	帯状疱疹	17	7.29	9.12	0.00	72.88	-1.83
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	13	9.54	7.71	0.00	71.85	1.83
080010xxxx0xxx	膿皮症 手術・処置等1なし	—	—	—	—	—	—
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	—	—	—	—	—	—
080245xx97xxxx	放射線皮膚障害 手術あり	—	—	—	—	—	—

【耳鼻咽喉科】

DPCコード	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	平均在院日数(全国との差)
030150xx97xxxx	耳・鼻・口腔・咽頭・大唾液腺の腫瘍 手術あり	20	2.60	7.20	0.00	65.50	-4.60
030390xx99xxxx	顔面神経障害 手術なし	—	—	—	—	—	—
03001xxx0100xx	頭頸部悪性腫瘍 頸部悪性腫瘍手術等 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—
030180xx97xxxx	口内炎、口腔疾患 手術あり	—	—	—	—	—	—
030425xx99xxxx	聴覚の障害(その他) 手術なし	—	—	—	—	—	—

3. 初発の5大がんの病期分類別症例数(DPCデータから算出)

◆解説

現在日本で最も罹患率の高い5つのがん(胃がん・大腸がん・乳がん・肺がん・肝がん)の病期(ステージ)ごとの症例数を集計したものです。がんの症例数を調べることでその病院がどの程度がん治療に積極的に治療をしているかを知る事ができます。
また病期分類別にみることでその病院の診療の幅広さも知る事ができます。

	初発					再発	病期分類基準※	版数
	Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	不明			
胃がん	17	—	—	12	21	12	1	6,7,8
大腸がん	—	20	40	15	34	19	1	6,7,8
乳がん	13	10	—	—	—	—	1	7,8
肺がん	—	—	—	—	—	—	1	6,7,8
肝がん	—	—	—	—	—	—	1	7,8

※ 1:UICC TNM分類 2:がん取扱い規約

2020年度に退院した患者さんを対象としています。
国際対がん連合(UICC)の病期分類(第7版)にて分類し、集計期間内に何度入院しても1症例を1件としています。初発例として集計した症例は再発例には集計しません。
当院は大阪府がん診療拠点病院の指定を受け幅広いがんを積極的に診療してしております。

4. 成人市中肺炎の重症度別患者数等 (DPCデータから算出)

◆解説

成人(20歳以上)の肺炎患者さんについて重症度別に患者数、平均在院日数、平均年齢を集計したものです。

重症度は、市中肺炎(※1)ガイドラインによる重症度分類システム(A-DROPシステム)(※2)により分類しています。

(※1)市中肺炎とは、病院外で日常生活をしていた人が発症した肺炎です。

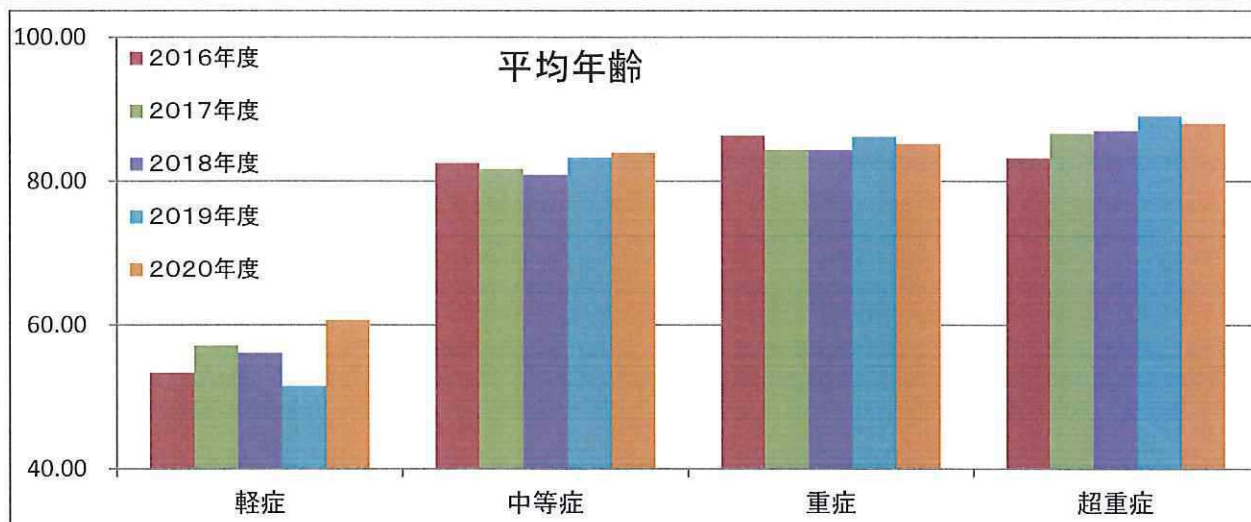
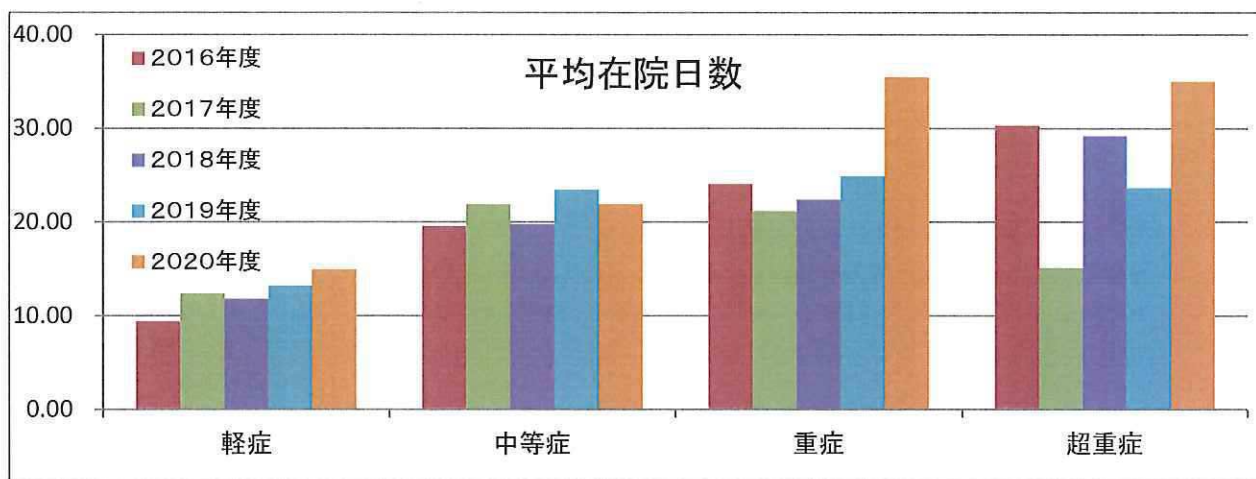
(※2)重症度分類システム

①男性 \geq 70歳、女性 \geq 75歳 ②BUN \geq 21mg/dLまたは脱水(+) ③酸素飽和度 \leq 90% ④肺炎に由来する意識障害 ⑤収縮期血圧 \leq 90mmHg

軽症：重症度0、中等症：重症度1or2、重症：重症度3、超重症：重症度4or5 に該当

※2020年度に退院した患者さんを対象としています。

重症度	患者数	平均在院日数	平均年齢
軽症	9	14.89	60.67
中等症	120	21.87	83.92
重症	36	35.44	85.17
超重症	11	35.00	88.00
総計	176	25.10	83.20



5. 脳梗塞のICD10別患者数

◆解説

脳梗塞の患者さんについて、患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率を集計したものです。
 脳血管疾患も死亡原因の上位に位置する疾患です。
 ※ICD-10とは死亡や疾病データの体系的な記録、分析、解釈および比較を行うための国際疾病分類です。

ICD-10	傷病名	発症日から	患者数	平均在院日数	平均年齢	転院率
G45\$	一過性脳虚血発作および関連症候群	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
G46\$	脳血管疾患における脳の血管(性)症候群	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
I63\$	脳梗塞	3日以内	-	-	-	-
		その他	11	37.7	80.2	18.8
I65\$	脳実質外動脈の閉塞および狭窄、 脳梗塞に至らなかったもの	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
I66\$	脳動脈の閉塞および狭窄、 脳梗塞に至らなかったもの	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
I675	もやもや病<ウイリス動脈輪閉塞症>	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
I679	脳血管疾患、詳細不明	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-

6. 診療科別主要手術の術前・術後日数(診療科別患者数5位まで)

◆解説

診療科別に件数の多い上位5術式について、症例数、術前日数、術後日数、他病院への転院率、平均年齢を示したものです。それぞれの診療科がどのような手術を多く行っているかを知る事が出来ます。

- ・DPC様式1のデータをもとに、2020年4月から2021年3月までの退院患者を集計
- ・厚生労働省の定める手術術式の点数表コード(kコード)による集計で輸血関連は除外
- ・同一のkコードで複数の部位が対象となる手術はkコード単位で集計
- ・術前日数および術後日数に手術日は含まない

外科系

【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
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	90	0.98	2.31	0.00	68.79
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	75	1.12	5.19	1.33	64.75
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	42	1.43	10.74	0.00	76.90
K718-21	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	23	0.91	3.78	0.00	37.65
K4762	乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わない))	21	1.00	3.62	0.00	63.24

【整形外科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K0821	人工関節置換術(肩, 股, 膝)	115	1.53	26.36	0.00	74.26
K0462	骨折観血的手術(前腕, 下腿, 手舟状骨)	56	1.55	23.36	1.79	69.96
K0461	骨折観血的手術(肩甲骨, 上腕, 大腿)	48	2.02	39.52	8.33	78.98
K0811	人工骨頭挿入術(肩, 股)	45	3.60	32.60	8.89	84.42
K1426	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(椎弓形成)	28	1.46	16.61	0.00	71.32

【泌尿器科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K7811	経尿道的尿路結石除去術(レーザー)	51	2.04	3.61	3.9	62.84
K8036イ	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)(電解質溶液利用のもの)	46	1.52	6.61	0.0	76.61
K8411	経尿道的前立腺手術(電解質溶液利用)	39	1.41	7.18	0.0	75.67
K7812	経尿道的尿路結石除去術(その他のもの)	22	1.50	3.14	0.0	67.82
K800-2	経尿道的電気凝固術	15	1.47	5.1	0.0	74.60

【耳鼻咽喉科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前 日数	平均術後 日数	転院率	平均年齢
K4571	耳下腺腫瘍摘出術(耳下腺浅葉摘出術)	-	-	-	-	-
K3721	中咽頭腫瘍摘出術(経口腔)	-	-	-	-	-
K3932	喉頭腫瘍摘出術(直達鏡)	-	-	-	-	-
K4132	舌腫瘍摘出術(その他)	-	-	-	-	-
K6262	リンパ節摘出術(長径3cm以上)	-	-	-	-	-

【眼科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前 日数	平均術後 日数	転院率	平均年齢
K2821口	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)(その他のもの)	465	0.0	1.0	0.2	76.9
K2172	眼瞼内反症手術(皮膚切開法)	-	-	-	-	-

【皮膚科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前 日数	平均術後 日数	転院率	平均年齢
K0072	皮膚悪性腫瘍切除術(単純切除)	17	0.65	7.59	0.00	72.71
K0021	デブリードマン(100cm ² 未満)	-	-	-	-	-
K0063	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)(長径6cm以上12cm未満)	-	-	-	-	-
K0051	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)(長径2cm未満)	-	-	-	-	-
K0052	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)(長径2cm以上4cm未満)	-	-	-	-	-

【産婦人科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前 日数	平均術後 日数	転院率	平均年齢
K8982	帝王切開術(選択帝王切開)	-	-	-	-	-
K9091口	流産手術(妊娠11週までの場合)(その他のもの)	-	-	-	-	-
K8981	帝王切開術(緊急帝王切開)	-	-	-	-	-
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	-	-	-	-	-
K848	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む)	-	-	-	-	-

内科系

【総合内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K61214	末梢動静脈瘻造設術(内シャント造設術)(単純)	-	-	-	-	-
K6147	血管移植術、バイパス移植術(その他の動脈)	-	-	-	-	-
K654	内視鏡的消化管止血術	-	-	-	-	-
K0811	人工骨頭挿入術(肩, 股)	-	-	-	-	-
K084	四肢切断術(上腕、前腕、手、大腿、下腿、足)	-	-	-	-	-

【循環器内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K5493	経皮的冠動脈ステント留置術(その他)	48	1.35	4.46	2.1	74.75
K5492	経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症)	27	0.00	11.59	7.4	73.59
K5463	経皮的冠動脈形成術(その他)	-	-	-	-	-
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)	-	-	-	-	-

【消化器内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)	59	4.08	5.32	3.4	75.19
K654	内視鏡的消化管止血術	36	1.89	13.17	2.8	74.72
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	36	2.31	20.86	5.6	81.36
K6532	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜下層)	24	1.54	6.25	0.0	77.25
K6871	内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみのもの)	20	1.80	8.85	0.0	74.10

【腎臓内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	20	0.25	1.10	0.0	77.75
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)	-	-	-	-	-
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)	-	-	-	-	-
K6147	血管移植術、バイパス移植術(その他の動脈)	-	-	-	-	-
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	-	-	-	-	-

7. 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)

◆解説

播種性血管内凝固(DPC130100)、敗血症(DPC180010)、その他の真菌症(DPC180035)、手術術後の合併症(DPC180040)の症例について入院契機病名と同一性の有無を集計したものです。

当院では医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師の他職種からなる感染対策チーム(Infection Control Team)が院内巡回を施行し、実施状況の把握・指導を行い、組織的に感染防止対策に努めています。

また、職員を対象とした年数回の感染対策に係る研修を実施しています。

DPCコード	DPC名称	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	21	0.44%
180010	敗血症	同一	—	—
		異なる	17	0.36%
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	0.32%
		異なる	—	—

手術・処置等の合併症のICD10別症例数

ICD10	傷病名	入院契機	症例数	発生率
T810	処置に合併する出血及び血腫, 他に分類されないもの	同一	—	—
T814	処置に続発する感染症, 他に分類されないもの	同一	—	—
T814	処置に続発する感染症, 他に分類されないもの	異なる	—	—
T827	その他の心臓及び血管の人工器具, 挿入物及び移植片による感染症	同一	—	—
T828	心臓及び血管のプロステーシス, 挿入物及び移植片のその他の明示	同一	—	—
T840	体内関節プロステーシスの機械的合併症	同一	—	—
T845	体内関節プロステーシスによる感染症及び炎症性反応	同一	—	—
T855	胃腸プロステーシス, 挿入物及び移植片による機械的合併症	同一	—	—

教育研修（講演会）行動結果

令和2年度 教育研修(講演会)行動結果

開催 【 有 ・ 無 】 (無の場合は以下の記入はなし)

テーマ	開催日	開催場所	講師名	参加者数	目的	今後の課題点
入職時オリエンテーション	4月2日	現場事務所2階 会議室大	磯邊 みどり	合計 不明名 医師 名 看護師 名 技師 名 事務・他 名	医療安全の基礎、道徳を知ることができる	
看護部 インスリン製剤	4月22日	現場事務所 大会議室	磯邊 みどり	合計 20名 医師 名 看護師 20名 技師 名 事務・他 名	ハイリスク薬品の取り扱いができる	机上での学習と実技研修を行なうため講師1名では目が届きにくい。
COVID-19 挿管介助シミュレーション	8月6日～9月25日	化学療法室 各部署	小牧Dr、谷口Dr 磯邊 みどり 奥田 賢治 田中 万澄 恩地 隆	合計 231名 医師 46名 看護師 173名 技師 12名 事務・他 名	COVID-19挿管時の挿管介助技術習得及び正しいPPE着脱	反復した訓練が必要
危険予知トレーニング	9月16日	富美が丘荘	磯邊 みどり	合計 10名 医師 名 看護師 名 技師 名 事務・他 名	「気付き力」を身につける	
看護部 SBAR	11月30日	多目的室	磯邊 みどり	合計 12名 医師 名 看護師 12名 技師 名 事務・他 名	患者の情報を正しく報	

看護部 挿管練習	12月24日	多目的室	小牧Dr 辻江Dr 磯邊 みどり 田中 万澄	合 計 医 師 看 護 師 技 師 事務・他	12 名 2 名 10 名 名 名	正しい挿管技術を身につける	
看護部 誤接続防止コネクター	2月8日～26日	オンライン	磯邊 みどり	合 計 医 師 看 護 師 技 師 事務・他	245 名 名 245 名 名 名	正しい栄養コネクタ接続が行える	
ACP研修	10月頃	オンライン	緩和ケア委員会	合 計 医 師 看 護 師 技 師 事務・他	408 名 6 名 274 名 73 名 55 名	ACPとはを知る	
ACP研修	3月18日～4月7日	オンライン	緩和ケア委員会	合 計 医 師 看 護 師 技 師 事務・他	408 名 6 名 274 名 73 名 55 名	ACPの実際を知る	

令和2年度教育研修(講演会)開催実績

開催 【 有 ・ 無 】 (無の場合は以下の記入はなし)

テーマ	開催日	開催場所	講師名	参加者数	目的	今後の課題点
新型コロナウイルス 手指消毒 個人防護具着脱	4月27日(月) 5月1日(金) 13日(水)15日(金)	図書室 西2階病棟 皮膚科外来	奥田 賢次	合計 33名 医師 33名 看護師 0名 技師 0名 事務・他 0名	新型コロナウイルス 感染予防	実践の徹底
手洗い演習	6月29日(月) 7月1日(水) 8日(水)14日(火)	仮設透析棟2F 会議室1	奥田 賢次	合計 121名 医師 0名 看護師 5名 技師 38名 事務・他 83名	新型コロナウイルス 感染予防	実践の徹底
手洗い演習 個人防護具の着脱 (外来)	7月20日(月) 21日(火)	仮設透析棟2F 会議室1	奥田 賢次	合計 44名 医師 0名 看護師 28名 技師 0名 事務・他 16名	新型コロナウイルス 感染予防	実践の徹底
個人防護具の着脱	7月27日(月) 29日(水) 8月5日(水)~ 7日(金)	仮設透析棟2F 会議室1	奥田 賢次	合計 55名 医師 0名 看護師 8名 技師 38名 事務・他 9名	新型コロナウイルス 感染予防	実践の徹底
個人防護具の着脱 (気管内挿管)	8月6日(木) 11日(火)~14日(金) 17日(月)~21日(金) 24日(月)~26日(水)	外来化学療法室	奥田 賢次	合計 101名 医師 35名 看護師 66名 技師 0名 事務・他 0名	新型コロナウイルス 感染予防	実践の徹底

IV-1. 薬剤部

○ スタッフ

課長 清原 剛

スタッフ数 薬剤師16名、非常勤薬剤師3名、非常勤事務員7名

○ 業務内容

1) 調剤業務

調剤業務の安全性の向上及び調剤業務の効率化を目的とし、電子カルテからの情報を利用したシステムにて外来処方箋および入院処方箋の調剤及び注射薬セット業務を行っている。

2) 薬剤管理指導業務

病棟専任薬剤師5名で、持参薬鑑別、服薬指導、内服管理業務、医師及び看護師などの医療スタッフへの医薬品情報提供などの業務をそれぞれの病棟で実施している。

3) 医薬品情報管理業務

年6回開催される薬事委員会事務局として、院内採用薬品の適正化に向けた資料作成などを行っている。また医薬品安全情報を収集し、重要な情報は、共有フォルダーに、薬事ニュース・医薬品リスク管理計画・医薬品医療機器等安全情報として記載しており、緊急性のある最重要の要件においては、医師に向けて、メールにて早急に連絡をとることにしている。

4) 医薬品管理業務

効率的な医薬品の使用動向を常に考慮し、不良在庫の軽減に努めている。また各部署に配置してあるストック薬品及び救急カート内の薬品の有効期限のチェックを定期的に行い、院内にある医薬品全ての有効期限をチェックしている。

5) 注射薬調整業務

電子カルテレジメン機能を利用することにより、がん化学療法プロトコールの管理と医薬品の無菌調製といった両面からがん化学療法の安全性の確保に寄与している。土日祝日を含めTPN施行患者さんの無菌調製を行っている。

6) TDM業務

塩酸バンコマイシン、テイコプラニンの投与設計を、随時依頼を受けた病棟薬剤師が予測ソフトを使って行っている。院内での抗菌薬の適正使用に貢献していると考ええる。

○ 研修活動

1) 院内研修

12月に「第1回ACP研修動画」を全職員対象に開催。

3月に「第2回ACP研修動画」を全職員対象に開催。

院内医療安全研修会、ICT研修会、緩和医療研修会に各自参加
部内研修会

8月に「手指消毒とガウンテクニックについて」

2) 院外研修

9月にがん薬物療法における薬薬連携研修会「当院における化学療法レジメンの解説」、「院外処方箋導入に関して」発表

日本静脈経腸栄養学会、日本臨床腫瘍薬学会、日本病院薬剤師会近畿学術大会、日本医療薬学会、大阪府病院薬剤師会主催の研修会、全国済生会病院薬剤師会主催研修会、大阪医薬品適正使用研究会等に各自参加している。

○ 薬剤部統計

2020年度薬剤部の業務実績を示す。

外来処方箋枚数／月	入院処方箋枚数／月	注射処方箋枚数／月	内科・外科系救急枚数／日
8655	3469	11614	6.5
休日小児診療枚数／日	小児夜間救急処方箋枚数／日	がん化学療法における加算件数A／月	がん化学療法における加算件数B／月
11.3	2.7	131	23
がん患者指導管理料(ハ)の件数／月	薬剤管理指導1の件数／月	薬剤管理指導2の件数／月	退院時服薬指導件数／月
5.2	79.3	317.2	2.9
麻薬管理指導加算件数／月	無菌調製処理料2の件数／月	無菌調整加算1(イ)の件数／月	無菌調整加算1(ロ)の件数／月
4.5	190	81.9	28

令和元年度年報

富田林病院 臨床検査科

1) 臨床検査科の現状

資料1. 臨床検査科構成員担当業務表

2. 検体検査件数、検体検査加算総数、輸血製剤管理状況、輸血人数
3. 生理検査件数
4. 病理検査件数
5. 細菌検査件数

2) 令和元年度精度管理調査結果

3) 機器増設、更新状況

4) 令和元年度学会研修会参加状況及び検査科内勉強会実施状況

資料6. 学会研修等参加状況

7. 臨床検査科内勉強会実施状況

5) 今後の取り組みについて

1) 臨床検査科の現状

臨床検査科は、センター長 1 名、病理医 2 名、技師長 1 名、係長 3 名、主査 3 名、常勤臨床検査技師 14 名、非常勤臨床検査技師 4 名、非常勤看護師 1 名、非常勤事務員 2 名、非常勤検体搬送要員 1 名（2 名で交代）、計 32 名の構成で運営。

各部門について

各部門の業務内容詳細および件数については以下の資料を参照。

資料 1 臨床検査科構成員担当業務表

資料 2-1 検体検査件数、2-2 検体検査加算総数、2-3 輸血製剤管理状況、2-4 輸血人数

資料 3 生理検査件数 資料 4 病理検査件数 資料 5 細菌検査件数 参照

1. 生理検査部門

令和 2 年 3 月時で係長 2 名（宮坂・柴田）、常勤臨床検査技師 5 名（眞鍋・今川・谷口・松川・古谷）、生理受付非常勤事務員（佐藤）計 8 名が担当、認定超音波技師の資格を宮坂、柴田、眞鍋、古谷が有し生理部門全体のレベルアップを図っている。また現在心臓エコー検査のスキルアップを実践するために外部講師として仲宗根出氏を招聘し検査のレベルアップのため指導を仰いでいる。超音波検査の依頼が多く乳腺エコー、心臓エコーに関しては十分な対応ができておらず検査枠の増設を要望されている状況である。

2. 病理検査部門

長廻病理医、大谷病理医のもと田村係長、川井技師 2 名の細胞検査士、双和技師、杉本非常勤臨床検査技師の計 6 名が担当。がん拠点病院として病理検査件数の増加により、現在の人員ではかなり業務の負担が増加している。今後、更なる病理検査部門の充実を図るためにも細胞検査士、認定病理検査技師の育成が必要である。

3. 検体検査部門（採血・尿一般・輸血・血液・生化学・免疫）

北浦主査・國弘主査が中心となり、生化学検査・輸血免疫検査・血液検査・一般検査・聴覚検査および採血業務を常勤臨床検査技師 6 名（松野・川畑・武内・村上・阪井・上野）、非常勤臨床検査技師 3 名（尾鍋・森川・五島）、非常勤看護師 1 名（渡久地）、非常勤事務員（三草）計 13 名で担当。検体搬送 1 名の検査補助員が業務支援。

4. 細菌検査部門

臨床検査技師 1.5 名（喜多・山口）、にて業務を担当。ICT 業務を喜多技師が兼務しているため日常業務ができる常勤臨床検査技師の育成が必要となる。

2) 2019年度精度管理調査結果

2019年度日本臨床検査技師会、日本医師会及び日本健診総合医学会の精度管理報告

1. 令和元年度日本臨床検査技師会精度管理調査

A+B評価 225問中224問(99.6%) D評価1問(0.4%)

2. 令和元年度日本医師会臨床検査精度管理調査

571/580点 (98.4%)

3. 令和元年度日本健診総合医学会精度管理報告

第1回 心電図90/100点

第2回 74/74 (100%)

第3回 69/69 (100%)

第4回 73/74 (98.65%)

年度末 216/217 (99.54%)

以上の精度管理成績をもって日本臨床検査技師会精度管理認定施設、2020年度～2021年度の登録を申請し同会より認定された。(認定証コピー添付)

3) 機器増設、更新状況

1. 聴力検査機器(オーディオメーター)及び検診センターの超音波検査機器が更新された。病理検査パラフィン包埋装置の更新。自動血液培養検査装置の導入がなされた。

4) 令和元年度学会研修会参加状況及び検査科内勉強会実施状況

別表 資料6、資料7

5) 今後の取り組みについて

1. 検査技術、精度の向上を目的とした教育及び取り組み

臨床検査にかかわる検査技術、精度は日進月歩に発展している、当臨床検査科でも各部門でのレベルアップ、技師個人でのスキルアップをめざしての取り組みは必須である。

生理検査では超音波検査の技術向上をめざし心臓エコー技術指導を目的とした講師を昨年に引き続き招聘しレベルアップを図った。また現状での課題となっている超音波検査枠増設のため生理検査へ2名の新人検査技師を増員し教育、育成を開始する予定である。

検体検査では昨年同様血液検査、輸血検査の認定検査技師資格を目指しての取り組みを継続する。病理検査では細胞検査士、認定病理検査技師、細菌検査では認定微生物検査技師を育成する環境を整える。

2. 検査日当直業務の3交代勤務体制への移行

現在、時間外緊急検査対応として当番制の日当直業務体制を組み対応しているが、日勤より継続で翌朝までの連続勤務となっており勤務体制の見直しを行う。新たに2名の常勤臨床検査技師を増員し訓練の上、来年度新病院へ移転後の3交代勤務体制への移行を予定している。

3. 経営効果につながる取り組み

検体検査では外来検査件数の増加を進めるにあたっての取り組みが必要である。現在検体検査において院内測定項目を診察前検査として結果を提供している、今後もさらに精度良い結果を迅速に出せるように採血から結果までの時間短縮を計り検査効率を向上させたい。生理検査においては年々需要が伸びており超音波検査外来枠の増設を実施し経営効果につなげたい。また3月19日に開催された株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンによる循環器内科及び外科ミーティングによるDPCに関する検査への提言は重要視したい。問題点として指摘のあった①予定手術における術前の画像・検査は外来で実施する。②入院患者ルーチンの血液・生化学検査項目数の見直しについては来年度の新電子カルテ導入時に整理し実行したい。

リハビリテーション科

1. 部署概要

○スタッフ

部長	野々下 博
技師長	島崎 寛将
副技師長	加島 久也
係長	藤原 光樹 、 松田 森
主査	渡邊 明 、 曾和 恭行 、 斉藤 繁樹
スタッフ数	理学療法士 19 名、作業療法士 7 名、言語聴覚士 1 名

○リハビリテーション科基本理念

「地域・病院・リハビリ科の3つの視点で信頼されるリハビリテーション科を目指す」

○リハビリテーション科基本方針

- 1) 地域の皆様から信頼を得ることができるような質の高いリハビリテーションを提供し、地域ニーズに応える事業・取り組みを行う。
- 2) 病院の各診療科の医師や看護師、その他専門職等からも信頼される専門性の高い療法士の育成、リハビリテーションの提供を実践する。
- 3) リハビリ科内で専門性と人間性を高め合い、互いの専門性を信頼し合いながらチームで地域に貢献できるようリハビリテーションの取り組みを展開していく。

○業務内容

1) 院内業務（入院・外来患者）のリハビリテーション

- ・外来業務
平日（月曜日～金曜日）終日、土曜日（午前／第3を除く）
- ・入院業務
平日（月曜日～金曜日）、土曜日の終日

2) 院外業務

- ・富田林病院訪問看護ステーション（訪問リハビリテーション業務）
平日（月曜日～金曜日）終日
- ・介護老人福祉施設富美ヶ丘荘（通所介護・リハビリテーション業務）
平日（月曜日～金曜日）午前
- ・その他（市町村、地域団体等への委員、講師派遣等）

2. 活動実績

○急性期リハビリテーション（一般病棟・地域包括ケア病棟）

今年度は新型コロナウイルスの感染拡大に伴う影響への対応ならびに11月の病院移転に向けた準備を行う中で、前年度に導入したチーム制を引き続き継続した。また、今年度は土曜日をこれまでの半日稼働から全日稼働に変更した他、祝日においてもそれぞれのチームが担当する患者状況等を考慮し稼働。必要に応じて日曜日を除き、休日もリハビリテーションを提供する体制を稼働した。

新型コロナウイルスの感染拡大に伴う患者数の減少を受け、5月をピークにリハビリテーション対象患者数は減少した。しかし、その後6月以降はリハビリテーション対象延患者数は回復し、前年度を上回る実績を達成した。また、地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション（維持的リハビリテーション）の運用の適正化により、リハビリテーション対象者の割合が入棟患者の平均85.4%（81.8-90.5%）が平均71.1%（66.8-78.2%）となった。

年間を通じて、リハビリテーション実施延患者数は入院（一班病棟）22387名で前年度比109.8%、（地域包括ケア病棟）9347名で前年度比85.1%であり、外来は4922名で前年度比111.8%であった。また、総実績点数は14,504,391点で前年度比125.6%で前年度を大きく上回る実績を残すことできた。

○在宅リハビリテーション（訪問看護）

今年度も引き続き富田林病院訪問看護ステーションに理学療法士4名、作業療法士1名を派遣し、急性期病院退院後の患者や地域で暮らす障がい者、高齢者等が住み慣れた地域で自律した生活が営めるよう在宅での訪問リハビリテーション・サービスの提供を行った。今年度は延べ1,183名（前年度比106.4%）で延べ6807件（前年度比107.7%）の居宅を訪問した。総実績点数は44,744,005円（107.2%）であった。

○通所介護（リハビリテーション）

今年度は職員の休暇を考慮し、理学療法3名体制（前年度と同時関数）で派遣し、富美ヶ丘荘通所介護での機能訓練（リハビリテーション）を利用者へ提供した。

○地域における実績

地域の市町村等の依頼を受け下記の委員・講師等を派遣した。

- ・富田林市 介護認定審査会 委員派遣 加島久也（理学療法士）
介護予防・日常生活支援総合事業 委員派遣・講師派遣 藤原光樹（作業療法士）他
（富田林市ケア方針検討会、訪問型サービスC、通所型サービスA事業所訪問指導等）
- ・富田林市（南河内広域） 障害者障害支援区分認定審査会 島崎寛将（作業療法士）
- ・富田林市自立支援リーダー養成研修会 講師 藤原光樹（作業療法士）
- ・富田林市生活支援サービス従事者研修 講師 藤原光樹（作業療法士）
- ・第8回市民公開講座 出張講座 斉藤繁樹（理学療法士）
- ・読売健康講座「股関節・膝関節の痛みでお困りの方へ」 斉藤繁樹（理学療法士）
- ・その他 出張講座 「一次救命」（加島久也）「膝の健康」（斉藤繁樹、中村裕也）など

○学術活動等の実績

- ・第13回呼吸ケアと嚥下ケア学会／特別講演講師（島崎寛将）Web開催

○臨床実習受け入れ

今年度は養成校より下記の臨床実習の受け入れを行い後進の育成に努めた。

・理学療法部門：

<長期臨床実習> 四條畷学院大学 1名 令和2年4月6日～4月8日（以降中止）

大阪府立大学 1名 令和2年11月9日～12月18日

関西医療学園専門学校 1名 中止

<評価実習> 大阪府立大学 1名 令和3年2月15日～3月5日

関西福祉科学大学 1名 中止

<見学実習> 大阪人間科学大学 1名 中止

関西福祉科学大学 1名 中止

<訪問実習> 大阪府立大学 1名 中止

・作業療法部門：

<治療実習> 森之宮医療大学 1名 中止

<評価実習> 森之宮医療大学 1名 令和2年9月7日～10月2日

1名 令和3年2月15日～2月26日

関西福祉科学大学 1名 中止

<見学実習> 大阪府立大学 2名 令和3年3月1日～3月4日

森之宮医療大学 3名 令和3年2月8日～9日

○認定資格有取得者

2021年3月末現在、下記の専門資格を有する職員を配置し各分野において質の高いリハビリテーションの提供を目指し取り組んだ。

- ・3学会合同認定呼吸療法士：6名
- ・認定理学療法士（呼吸）：2名
- ・認定理学療法士（循環器）：1名
- ・認定理学療法士（運動器）：2名
- ・心臓リハビリテーション指導士：3名
- ・介護支援専門員（ケアマネージャー）：2名
- ・福祉住環境コーディネーター2級：8名
- ・Dr. Vodder 式リンパ浮腫セラピスト：1名
- ・専門作業療法士（がん）：1名
- ・認定作業療法士：1名
- ・認知症ケアマッピング（DCM マッパー）：1名

放射線科

部署概要

○スタッフ（2021年6月現在）

放射線科部長 柳生行伸

技師長 松本伸介

スタッフ数 放射線科医1名、診療放射線技師14名、学生助手1名
パート看護師1名、派遣事務員2名

○認定資格者

- ・ X線CT専門認定技師4名
- ・ 肺がんCT検診認定技師2名
- ・ Ai認定診療放射線技師1名
- ・ 救急撮影認定技師1名
- ・ 衛生工学衛生管理者1名
- ・ 胃がん検診専門技師5名
- ・ 胃がんX線検診読影資格者1名
- ・ 検診マンモグラフィ撮影認定技師5名
- ・ 第1種放射線取扱主任者（試験合格者のみも含む）3名
- ・ 大腸CT検査技師認定者1名

○施設・設置機器

【病院】

- ・ 一般撮影装置3台、乳房撮影装置1台、X線TV装置2台、血管撮影装置1台
- ・ CT装置2台（64列2管球CT）（64列CT）、MRI装置1台（1.5テスラ）
- ・ 骨密度測定装置（全身用）1台、ポータブルX線装置2台、移動型外科用イメージ2台

【健診センター】

- ・ 一般撮影装置1台、乳房撮影装置1台、X線TV装置1台

2020年放射線科指針および科内目標

○2020年度放射線科指針 ～チームワークと情報共有～

多くの診療科と連携するサービス科としての放射線科の役割を認識し、患者中心の医療を提供する。

- ① 短時間かつ低侵襲で多くの情報を得られるよう、検査・診断の質の向上に努める。
- ② 予約待ち時間のさらなる短縮を計り、緊急の依頼には迅速に対応する。
- ③ 技術と知識の向上に努め、人間関係を大切にしてチーム医療に貢献する。
- ④ 安全管理・リスクマネジメント意識を常に持ち医療事故防止に努める。
- ⑤ 患者さんや職員に対し丁寧な接遇を実践する。
- ⑥ 科内で与えられた立場を理解し、風通しの良い明るい職場づくりを実践する。

○2020年度放射線科内目標

- ① 新病院、移転前移転後の業務が停滞する事のないよう準備を整えておく。
 - ・ 任されているモダリティーの情報収集に努め、個々のスキルアップを図る。

- ② 新病院移転時は CT・MRI の予約制限などする事なく業務を行う体制を作る。
 - ・特に新規導入される MRI は事前に十分なトレーニングが出来る環境を作る。
- ③ 医療放射線の安全管理に係る体制の整備
 - ・新病院移転後は被ばく線量管理を行い、求められれば患者に丁寧な被ばく説明を行う事が出来るよう環境を整える。
- ④ 医療安全の向上
 - ・造影剤のアナフィラキシーショック時シミュレーションを年 2 回開催する。
- ⑤ 感染予防に努める
 - ・放射線科は各科各病棟の患者と係る可能性があるため、我々が感染媒体にならないよう感染防御策を確実に実行する。
- ⑥ 済生会学会での演題発表
 - ・放射線科から 1 演題は発表する。

活動実績

○研究・研修活動

科内勉強会

- ・冠動脈 CT 後に冠動脈造影検査を行った症例について（竹綱）
- ・健診センターにおける胃がん検診で見つかった症例について（村田）

院外講演および研究発表

- ・第 22 回日本医療マネジメント学会
「夜間緊急カテーテル検査時における患者急変時シミュレーション」（田中）

参加学会および研修会（Web 参加）

- ・第 59 回 日本消化器がん検診学会総会
- ・第 49 回 日本消化器がん検診学会近畿地方会
- ・第 48 回 日本磁気共鳴学会
- ・第 5 回 胃がん検診専門技師研修会
- ・第 1 回 医療放射線部会 WG 医療放射線改正法施行セミナー
- ・第 43 回 関西 CT 技術シンポジウム

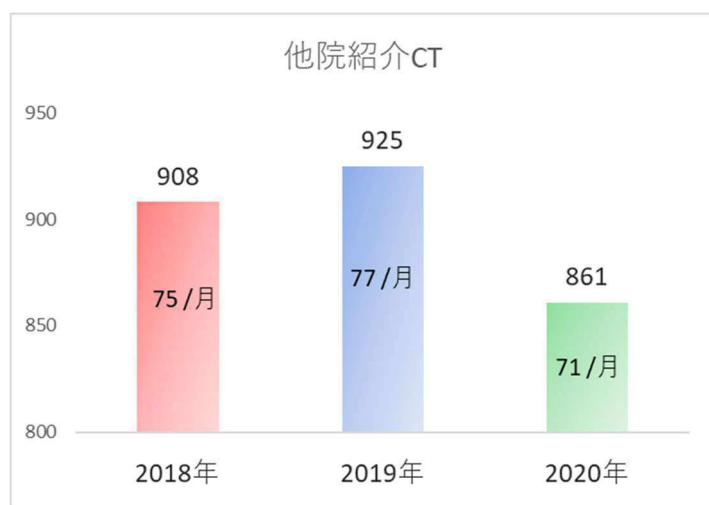
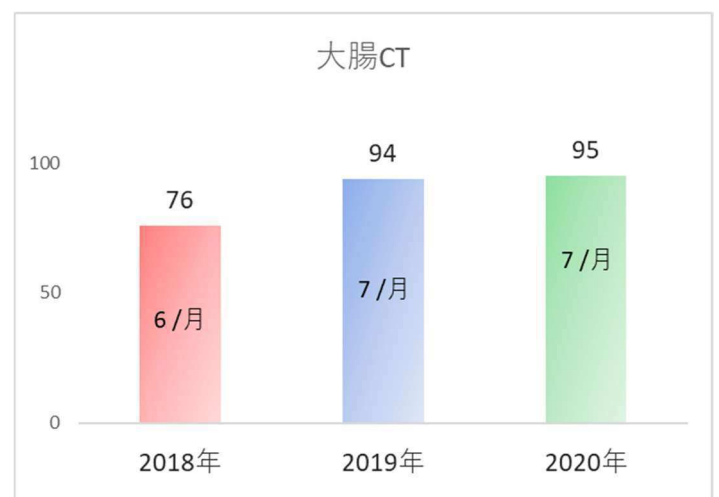
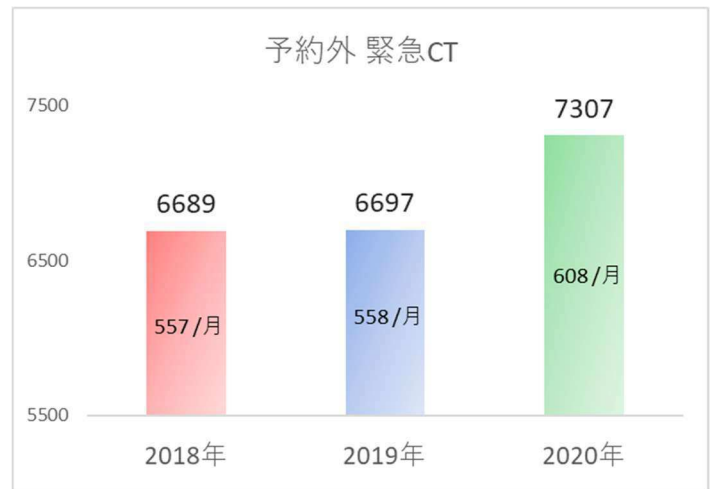
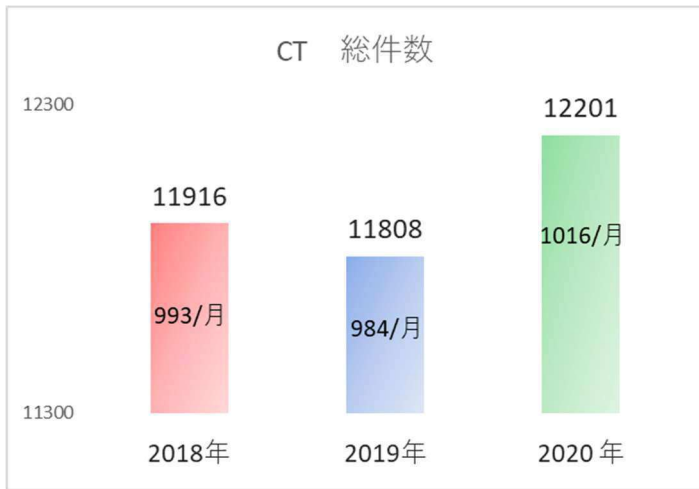
○放射線科施設見学受け入れ

- ・森ノ宮医療大学 教授 小縣裕二氏による装置見学

○メディア取材

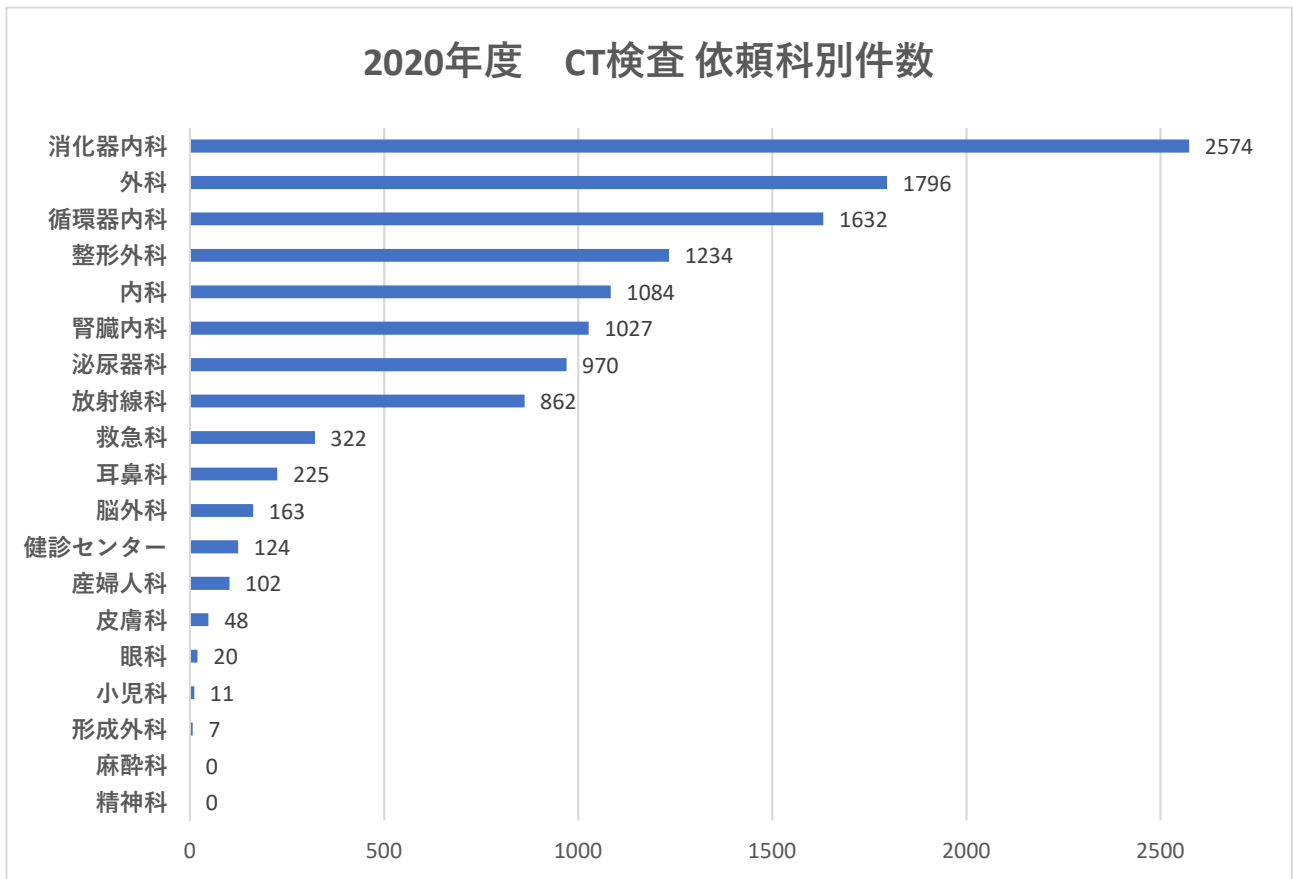
- ・CT・MR 用 I 造影剤自動注入器の使用経験のインタビュー（松本・村田・渋谷・高橋）
放射線科医学雑誌 「Rad Fan」 2021 年 5 月号に掲載

○ CT 検査件数

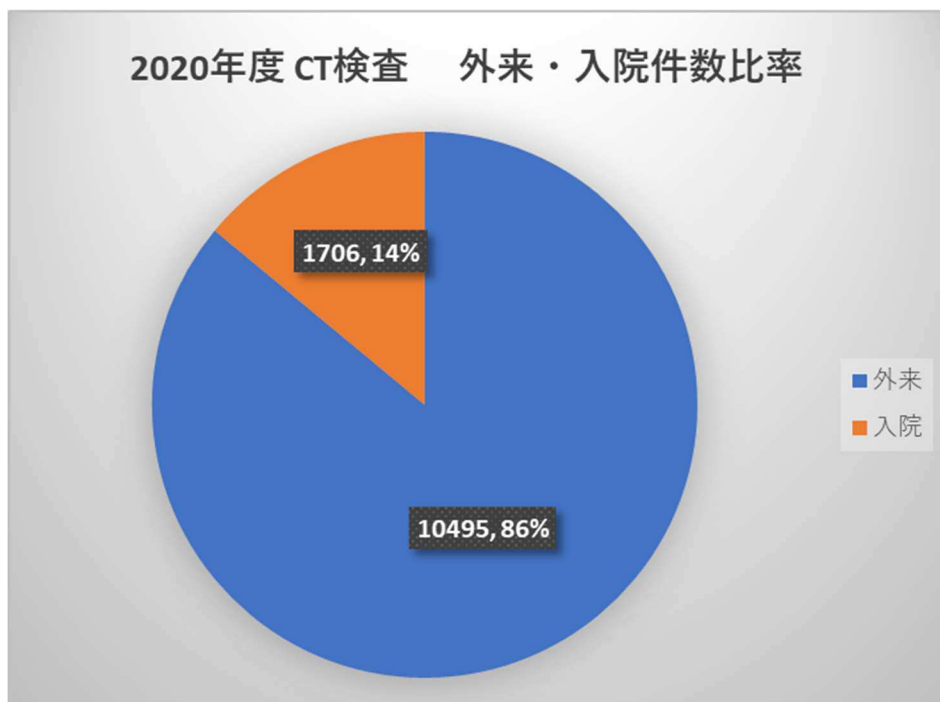


紹介CT 紹介率		
2018年	2019年	2020年
7.6%	7.8%	7.1%

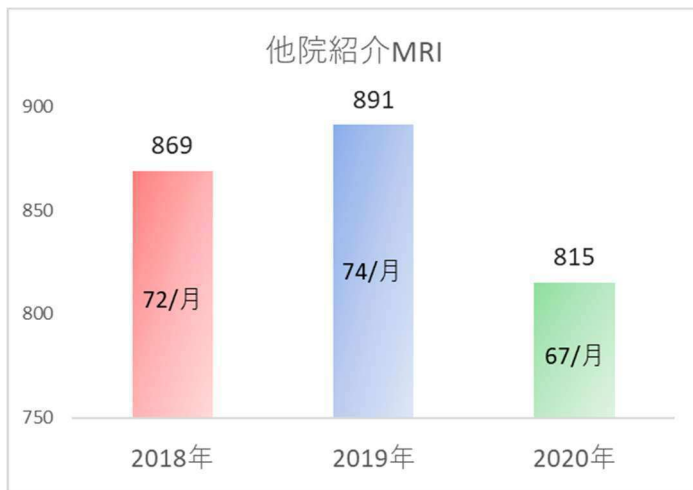
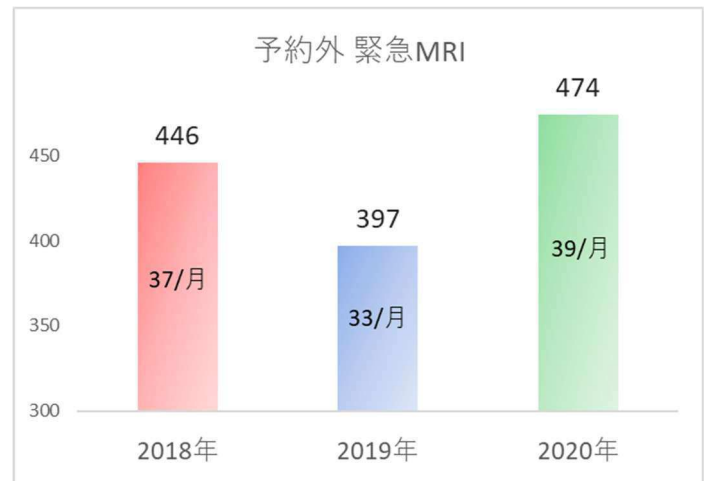
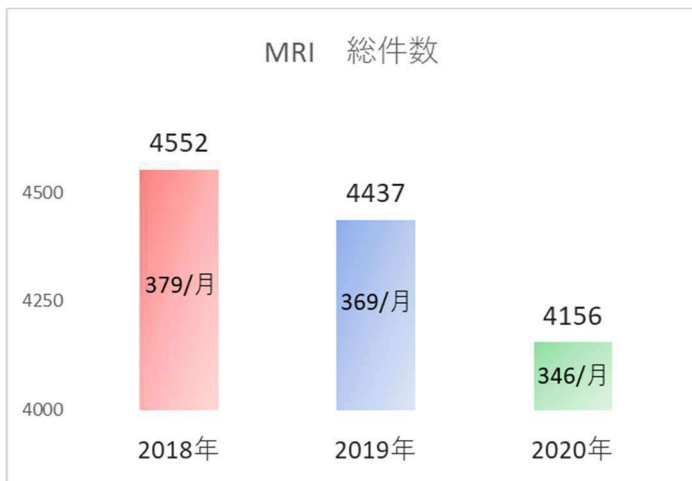
○ CT 依頼科別集計



○ CT 検査 外来・入院件数比率

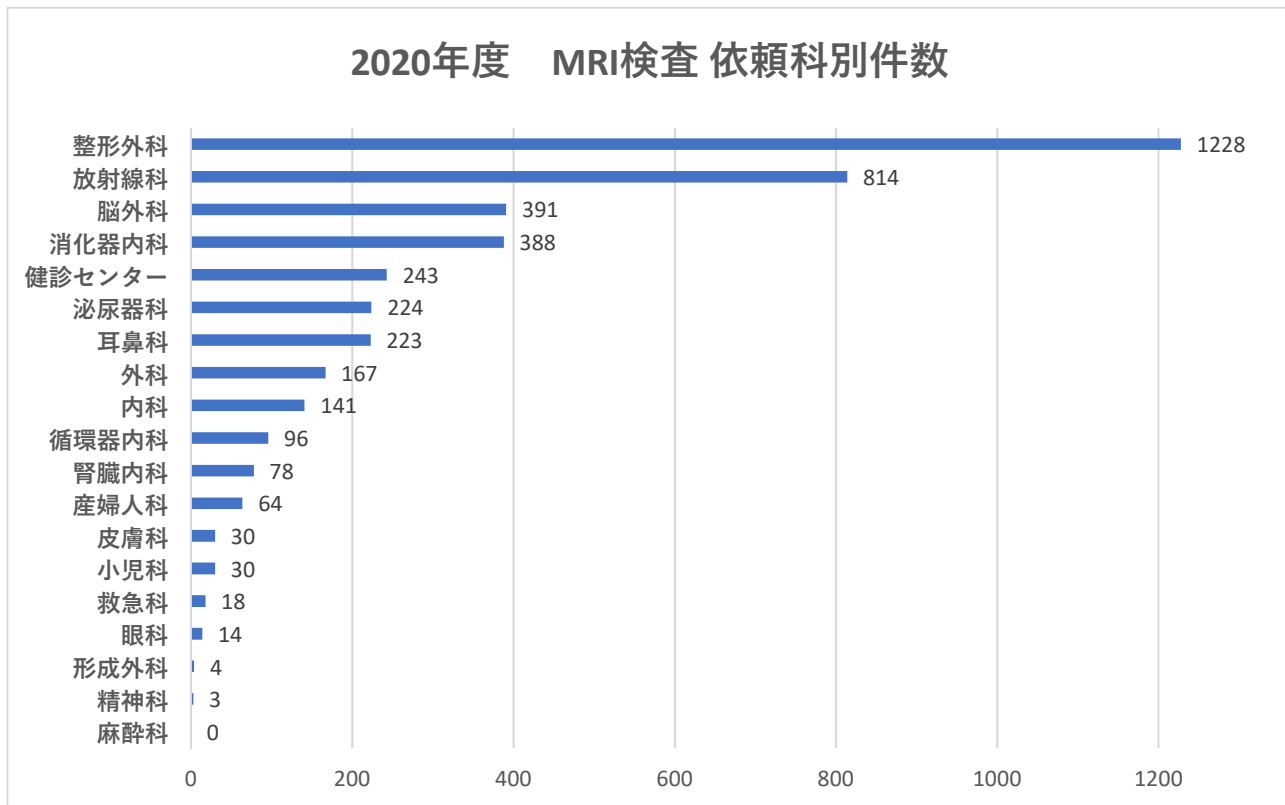


○ MRI 検査件数

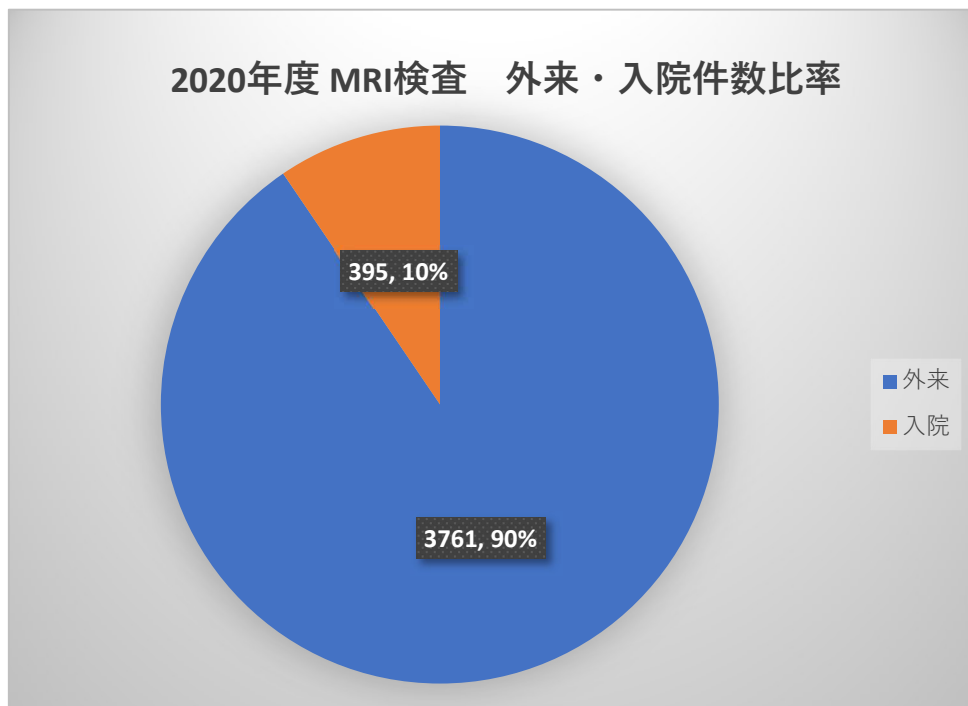


紹介MRI 紹介率		
2018年	2019年	2020年
19.1%	20.1%	19.6%

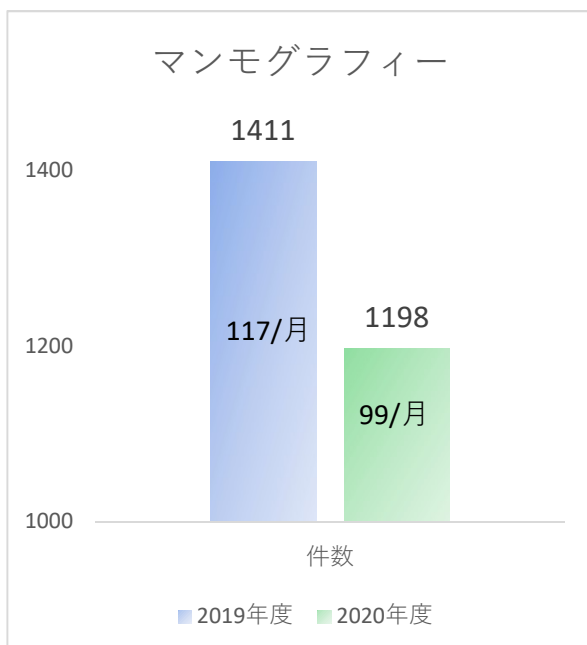
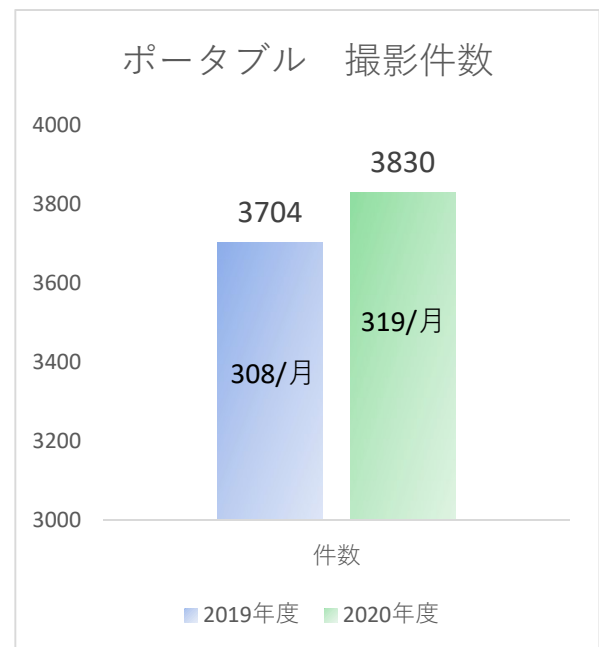
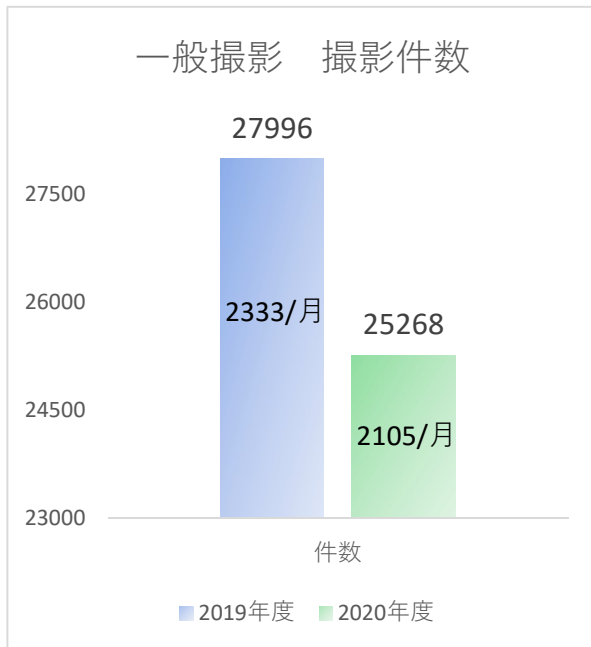
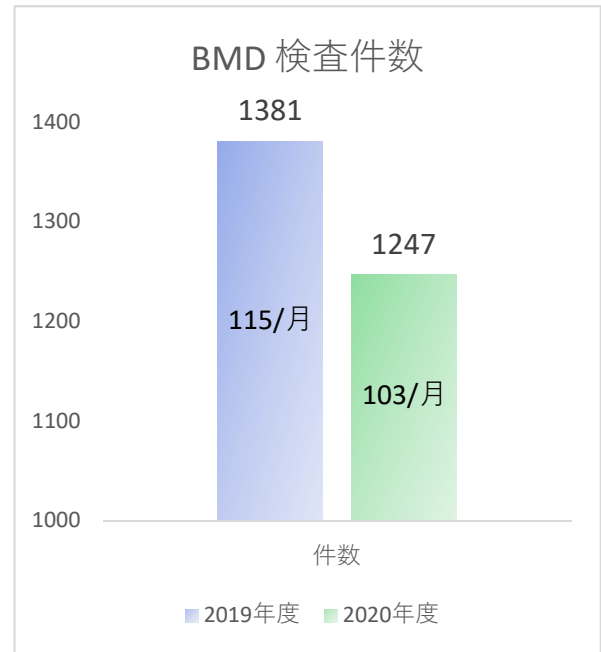
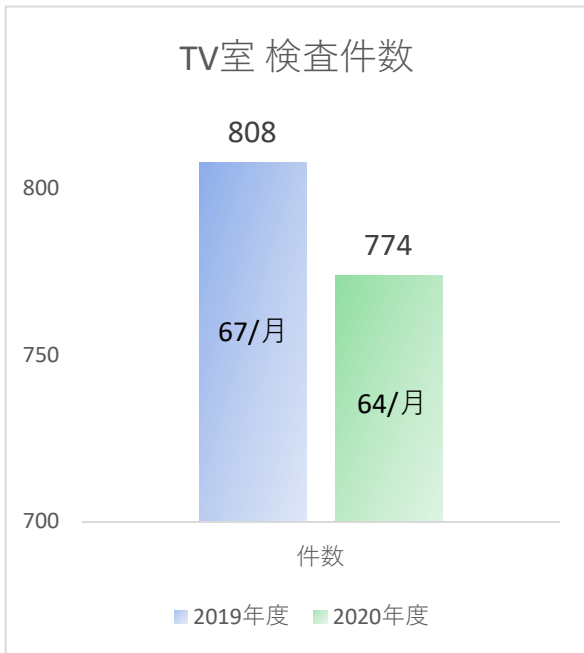
○ MRI 依頼科別集計



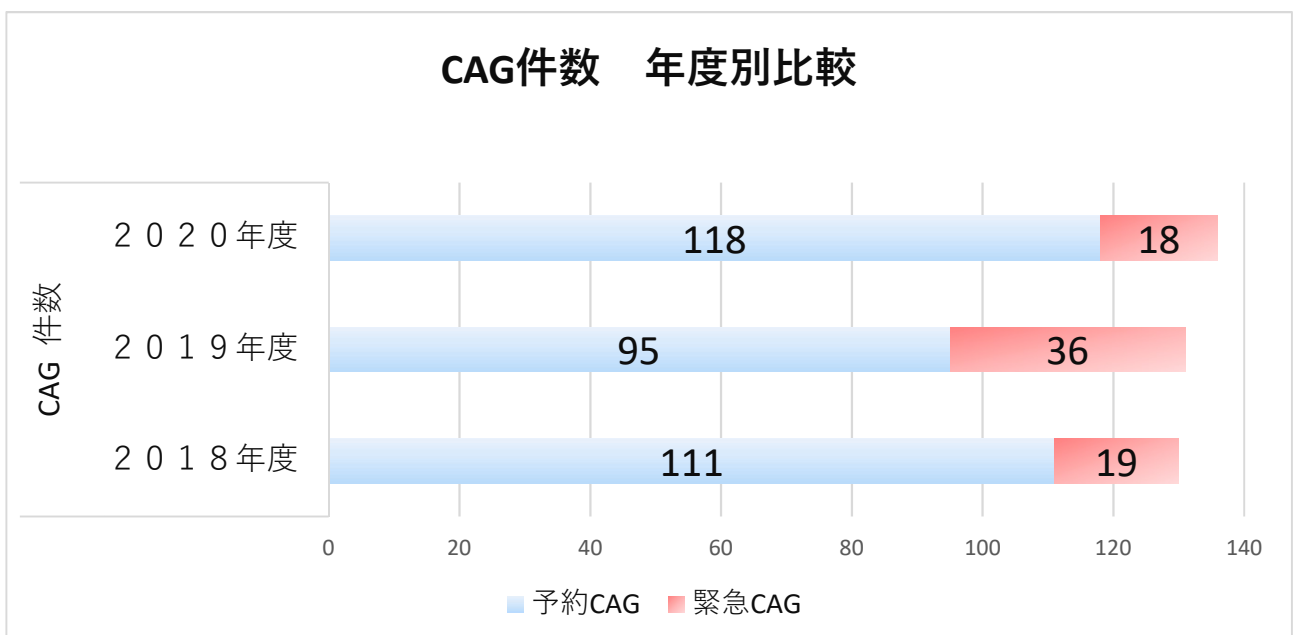
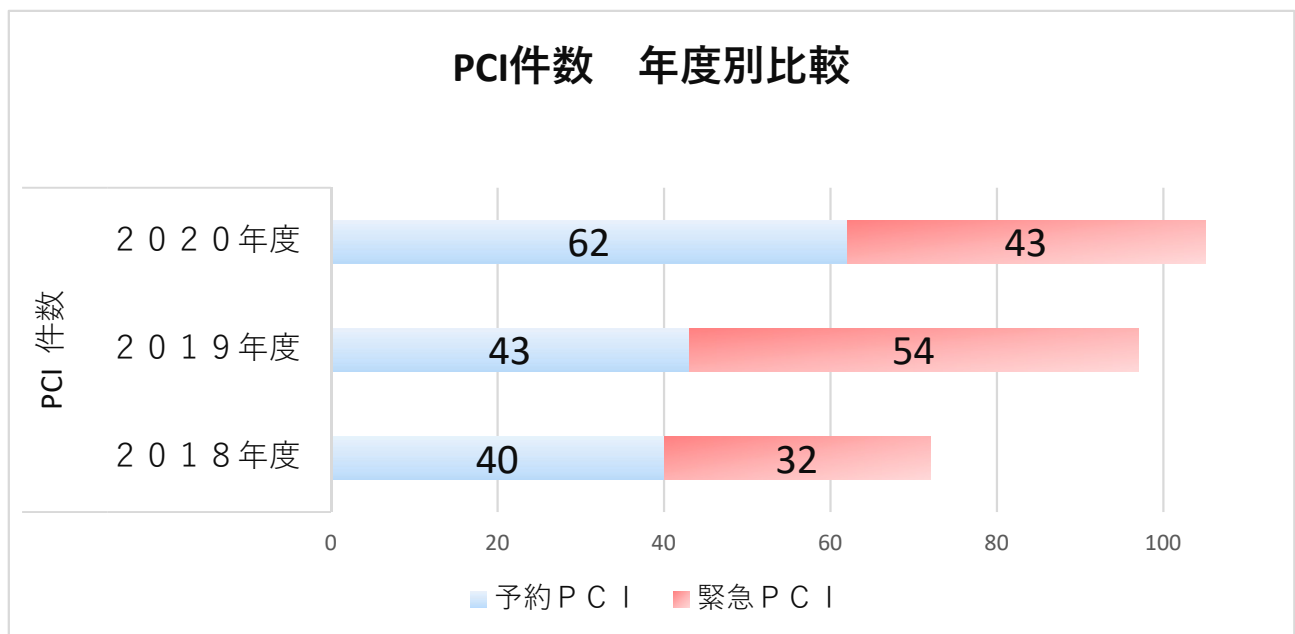
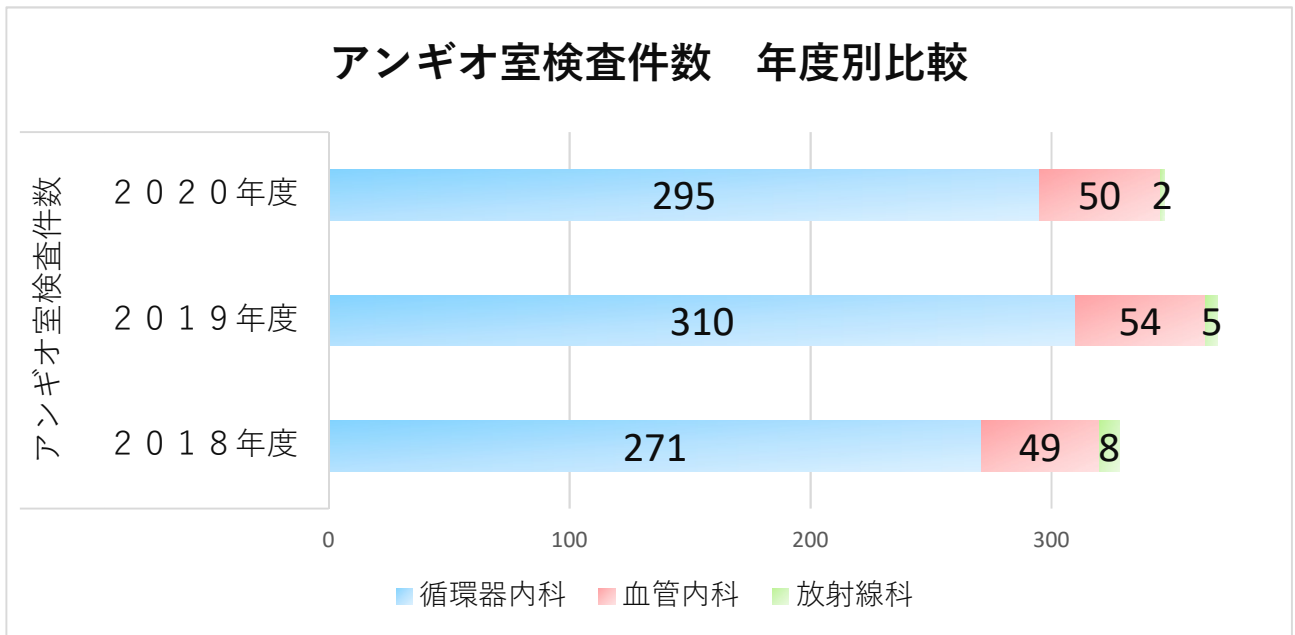
○ MRI 検査 外来・入院件数比率



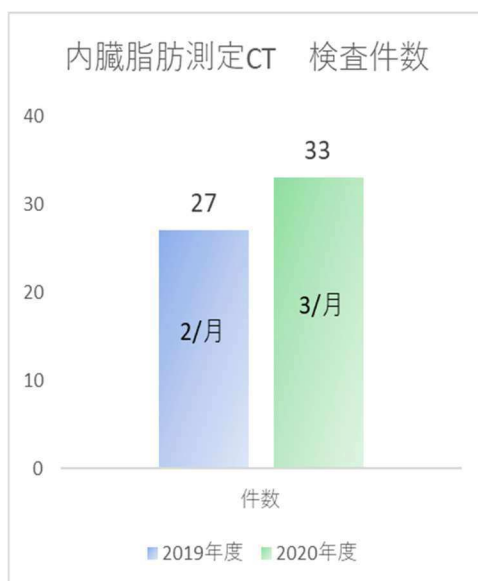
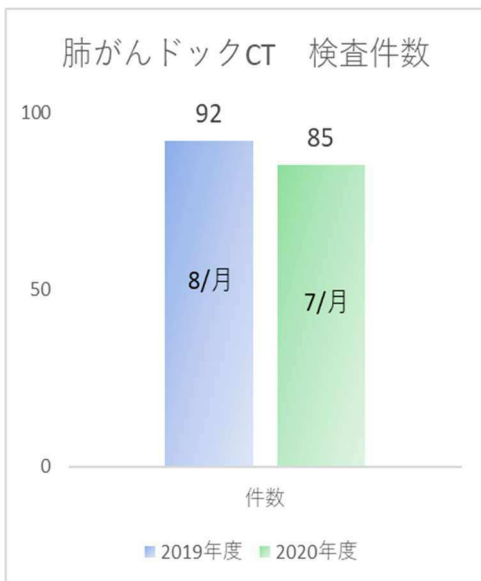
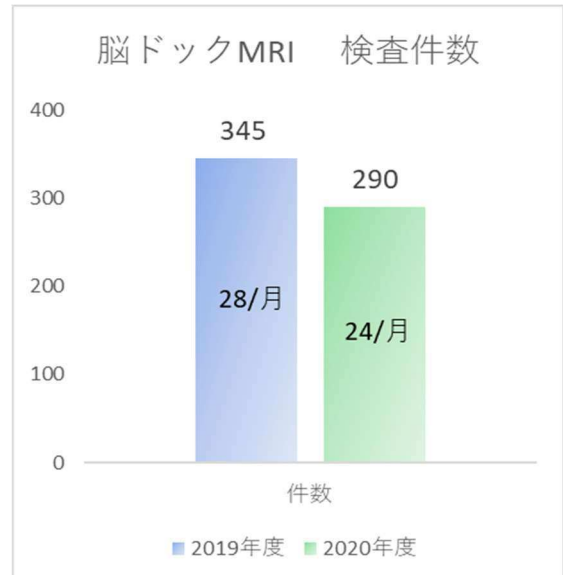
○ その他検査件数



○ アンギオ室検査件数



○ 健診センター業務実績



○ 2020 年度総括

2020 年度は新病院への移転がある事などから「チームワークと情報共有」を放射線科の指針とし移転準備や新しく導入される装置などの情報をスタッフ全員で共有し、チーム力を高めるよう取り組んできました。

この指針を放射線科のスタッフが理解し業務に取り組んでくれた結果、新病院移転後の放射線科業務は患者さんや診療科の皆さんにご迷惑をお掛けする事無くスムーズに業務が行え、CT や MRI など予約件数を減らす事なく通常運用が出来たのではと思っています。

また新病院移転後は旧病院での懸念材料であった、一般撮影時の待ち時間の解消や CT 装置が 2 台になった事で検査を停滞する事無く行える様になりました。

コロナ対応

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、放射線科では各装置および各検査に対しての感染予防マニュアルを作成すると共に、日勤帯と当直帯（1 人勤務時）での対応マニュアルも作成し感染予防に努めてきました。

検査件数

2020 年度の検査件数は、患者さんの診療控えなどの影響もあり、MRI 検査が 4156 件と昨年度より 281 件減少するなど、放射線科全体の検査数は減少傾向となりましたが、CT 検査は 122201 件と昨年度より 393 件の増加となり、これは当院が「断らない医療」に積極的に取り組んでいる事が要因ではと考えています。

○ 2021 年度の取り組み

2021 年度は「個々のスキルアップ」を放射線科の指針としました。

新病院にて新たに導入した装置やシステムの運用も一段落し、ルーチン業務が確立された中で、新しく柳生先

生が来られた事やベテラン技師が退職する事により、これまで以上に個々のスキルアップや対応力が求められると思います。それに向け人材育成や教育にチーム一丸となって取り組めたらと考えています。

また CT 検査や一般撮影での被ばく低減への取り組みを科内目標にあげ、患者様に安心安全な検査が行えるよう一層研鑽し「低被ばくの放射線検査」を実践していきたいと思っています。

他部門との協働では、地域連携室と CT 検査の紹介率を 7%から 10%に上げる為の手立てを考え、開業医の先生方のニーズに応えながら、検査数の増加や患者数の増加に繋げ、病院の収入に貢献出来たらと考えています。

IV-5. 医療機器管理室

1. 部署概要

○スタッフ

スタッフ数	15名	(医師 1名 臨床工学技士 14名)
室長	谷口 貢	
副技士長	恩地 隆	
係長	松原 広	上崎 真一
主査	岡田 智行	

○基本理念

臨床現場へ信頼性の高い機器を過不足無しに提供するとともに、適切な資産管理等を考え、質の高い医療機器管理体制の構築に取り組み生産性の高いチームであり続ける。

○基本方針

- ・患者へ安全で精度の高い医療機器を常に提供する。
- ・常に知識と技術の研鑽に努める。
- ・医療機器の構造、機能を熟知し操作を行う。
- ・総合的な業務ができる臨床工学技士を育成する。

○業務

生命維持管理装置を中心に医療機器の操作および保守点検・管理を行っている。また、医師・看護師・その他医療従事者を対象とした機器の安全使用に関する講習会なども積極的に実施している。

○業務体制

9つの業務分野をローテーション配置としている。機器トラブル時の対応や緊急症例に対しては24時間365日オンコール体制をとっている。また、補助循環装置や体外循環装置などを使用した症例が発生した場合は、都度当直体制をとっている。

1) 医療機器管理業務

生命維持管理装置を中心に多岐に渡る医療機器や医療材料を中央管理している。また、生命維持管理装置を中心に使用中点検なども行っている。機器のトラブル対応に関しては24時間365日オンコール対応している。

2) 手術室業務

麻酔器や内視鏡手術装置の保守点検を主に行い、臨床支援業務では腹腔鏡手術時のカメラ操作や神経筋伝達装置の操作、レーザー機器の操作などを積極的に行っている。

3) 人工呼吸療法業務

人工呼吸器使用患者の挿管から抜管までの人工呼吸器操作や保守点検を主に行い、睡眠時無呼吸検査なども行っている。また、呼吸ケアチームにも積極的に参加している。

4) 循環器_虚血業務

心臓カテーテル検査・治療、シャント PTA などに使用される材料の管理、補助循環装置を含む周辺医療機器の操作を行っている。

5) 循環器_不整脈業務

ペースメーカー植え込み時や外来等で用いられるペースメーカー管理機器の操作を行っている。また、ペースメーカー植込み患者の遠隔モニタリング等にも積極的に取り組んでいる。

6) 内視鏡/泌尿器業務

内視鏡装置の保守点検や超音波内視鏡装置の操作、膵胆管造影時等の介助業務、医療材料や内視鏡システムの管理などを行っている。また、膀胱内圧検査などにも介入している。

7) 維持透析業務

導入を含めた入院患者透析と慢性維持期の透析を行っている。また、透析装置の保守点検などにも積極的に取り組んでいる。

8) アフェレシス/病棟透析業務

アフェレシス（血漿交換、血液吸着療法等）や病棟出張透析を行っている。また、超音波診断装置を用いての血管管理や腹膜透析に使用する機器の管理や遠隔診療データの管理なども行っている。

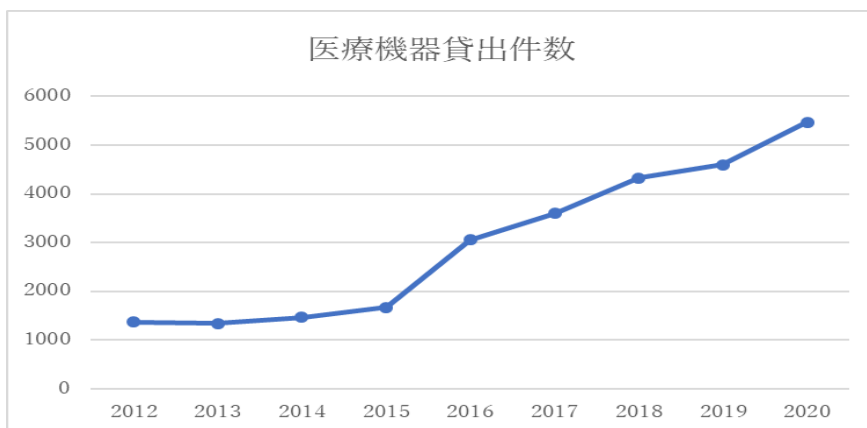
9) 教育支援業務

看護師を対象に少人数実習方式での機器取り扱い講習会を開催している。

また、医師やその他医療従事者を対象とした講習会も積極的に取り組んでいる。

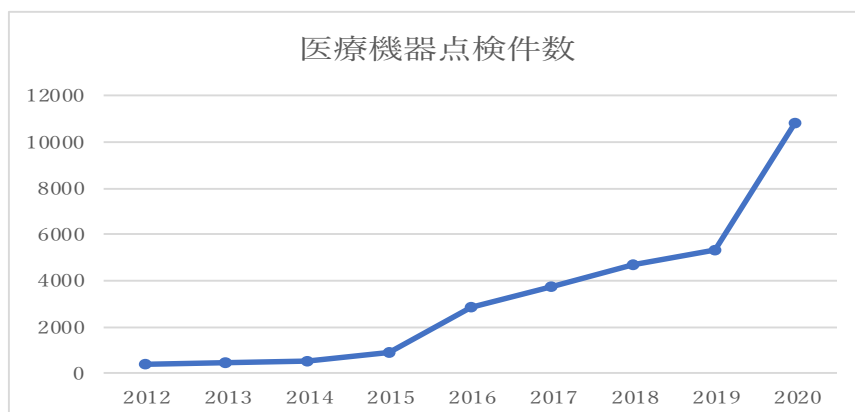
2. 活動実績

○医療機器貸出件数



年度	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
件数	1370	1343	1464	1669	3060	3601	4323	4598	5472

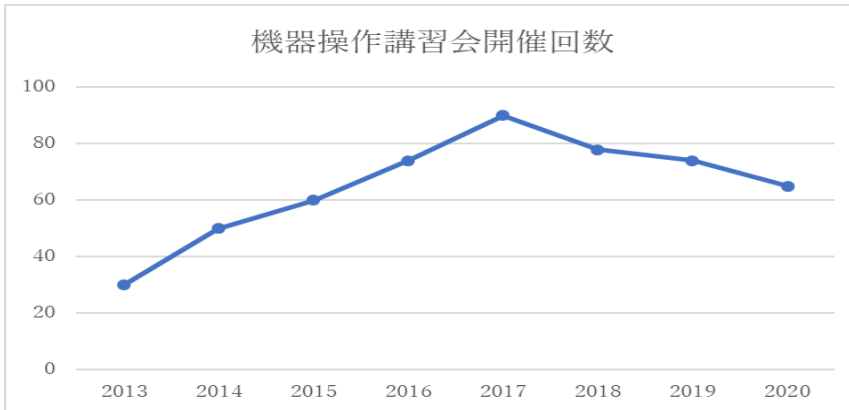
○定期点検件数



年度	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
件数	381	497	524	902	2844	3740	4698	5333	10836

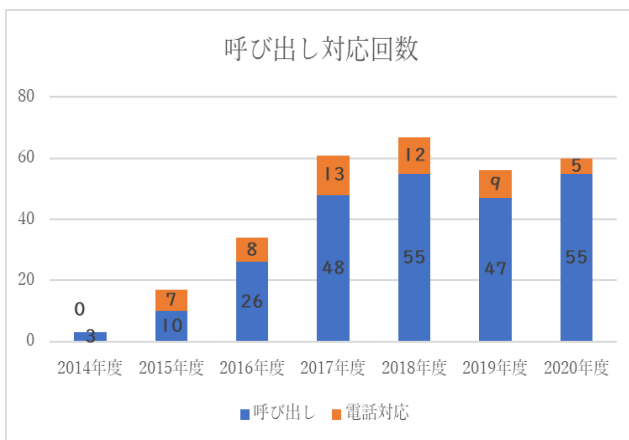
○医療機器の安全使用に関する講習会実施実績（延べ 284 名参加）

講師：臨床工学技士 対象職種：看護師、医師



研修名	開催回数	受講人数
輸液ポンプ__基本操作編	11	20
シリンジポンプ__基本操作編	9	15
除細動器/AED__基本操作編	1	11
人工呼吸器__Servo__基本操作編(初期設定)	1	15
人工呼吸器__Evita__基本操作編	4	34
人工呼吸器__V60__基本操作編	8	21
NPPV用マスクフィッティング実習	9	13
おぼえよう!きれいな心電図波形を出すテクニック	8	21
セントラルモニタ__使用操作編	1	5
ドリップアイ__基本操作編	3	32
マックグラス使用方法	6	62
低圧持続吸引器 ハマサーボドレイン__基本操作編	2	20
チェストドレーンバッグの原理	1	8
DVTポンプ__基本操作編	1	7
計	65	284

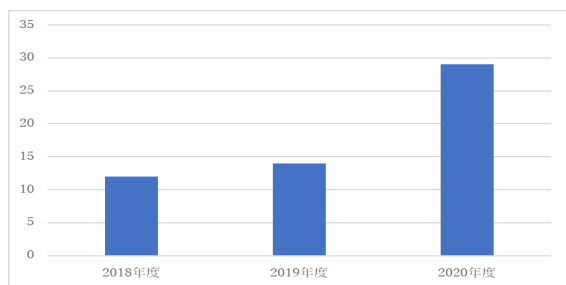
○呼び出し対応回数（年度別件数）



	2016	2017	2018	2019	2020
機器トラブル	3	9	3	6	5
呼吸	19	18	22	9	10
循環	2	9	10	16	12
透析	3	6	13	1	4
内視鏡	7	18	19	24	29
合計	34	60	67	56	60

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
呼び出し	3	10	26	48	55	47	55
電話対応	0	7	8	13	12	9	5

○補助循環装置および体外循環装置等使用時の日当直対応回数



年度	2018	2019	2020
件数	12	14	29

○講演会・学会発表・他活動

第 22 回日本医療マネジメント学会学術総会 発表 松原
「建築 43 年を迎えた当院での電気設備の現状と新病院移転へ向けての対策」

第 94 回大阪透析研究会 発表 松原
「電子カルテシステム変更を伴う新病院移転への関わり」

○研修・研究活動

- 第 30 回日本臨床工学会
- 第 95 回日本医療機器学会大会
- 第 42 回日本呼吸療法医学会学術集会
- 第 65 回日本透析医学会学術集会
- 第 22 回日本医療マネジメント学会学術総会
- 第 75 回近畿消化器内視鏡技師学会
- 2020 年度呼吸治療関連指定講習会
- COVID-19 治療におけるネーザルハイフロー療法
- 第 19 回神奈川県臨床工学技士会人工呼吸器セミナー
- 3 学会合同呼吸療法認定士講習会 e ラーニング
- Rotablator Web トレーニングセミナー
- COVID-19 に対する V-V ECMO の現状
- Weekend seminar 「ME に役立つ!!医療の最新情報」
- 血液浄化 Web セミナー 「第 2 回血液浄化 Q&A」
- MDIC 第 13 回認定セミナー
- 災害対策 Web セミナー～知って得する災害知識～

○取得資格

認定医療機器管理臨床工学技士	1名	(恩地)
認定血液浄化臨床工学技士	1名	(松原)
周術期管理チーム臨床工学技士	1名	(上崎)
呼吸療法認定士	6名	(恩地 上崎 林 宮城 立野 山門)
透析技術認定士	7名	(恩地 松原 上崎 岡田 立野 宮城 山門 福本)
消化器内視鏡技師	3名	(恩地 大谷 宮城)
MDIC (医療機器情報コミュニケーター)	3名	(恩地 松原 水本)
臨床ME 専門認定士	1名	(松原)
アフレスシス学会認定技士	1名	(松原)
CPAP療法士	1名	(恩地)
排尿機能検査士	1名	(大谷)
認定技能ホスピタルエンジニア	1名	(水本)
透析技術検定2級	1名	(松原)

3. 今後の取り組み

- ・信頼される業務の構築
 - 根拠に基づいた業務の構築
 - 患者のニーズを常に考え患者からの信頼を得る
 - 医師や他の職種者が何を求めているのか常に考える
- ・組織力強化を図る
 - 情報の可視化・共有化
 - 定期的なコアミーティング
 - 指揮命令系統の徹底
- ・標準的な業務を構築し続ける
 - ガイドラインの徹底
 - ローカルルールの廃止
- ・教育の推進
 - ジェネラリストの育成
 - 臨床に強い臨床工学技士の育成
 - 多職種者への教育提供
- ・業務の効率化
 - マニュアルの整備
 - 常に業務改善に取り組む
- ・医師の働き方改革によるタスクシフト項目の早期検証と実行
 - 内視鏡外科領域 (清潔野での機器操作補助)
 - 麻酔科領域 (医療機器を用いた術前・術中・術後管理)
 - 循環器内科領域 (清潔野での材料準備・補助)

IV-6. 栄養管理科

栄養管理科では医師の指示に従い栄養管理、栄養指導、食事の提供を行っています。

○スタッフ

栄養管理科係長 管理栄養士：1名（NST専門療法士）

スタッフ数 管理栄養士：2名

労務員 5名（内1名栄養士）

○院外調理システム 第一食品株式会社より食事搬入

○院内給食業務

食事変更業務 個別対応食作成 お祝い膳作成 配茶

○基本理念

私たちは、患者の立場に立ち、治療に適した安全で信頼される食事、心温まる食事の提供をします。

○基本方針

- ・食事は治療の一環として重要であり、医師の指示の基、患者個々に適した治療食を提供し治療回復に努力します。
- ・衛生管理を徹底し、安全で信頼される食事を提供します。
- ・食欲不振、嚥下機能低下等、個別対応が必要な患者に対し食事形態、嗜好、栄養補助食品などを考慮し、栄養状態の向上、QOLの維持向上に努めています
- ・栄養食事指導の実践により治療に貢献します。

○業務内容

<栄養管理業務>

チーム医療の一員となり、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等と連携をとり、患者一人一人に合わせた栄養管理を行っている。

（NST・RST・褥瘡・緩和ケア・心臓リハビリ・術前術後管理・摂食嚥下）

入院患者の栄養スクリーニングを行い、栄養状態不良な患者に対し栄養補給方法を個人に合わせて提供している

<給食管理業務>

給食管理業務の効率化を図るため院外調理システムを導入し給食業務を行っている。患者の栄養を満たすことはもちろん、嗜好に関してもできる範囲内で考慮し、治療を行っている。また、衛生管理も大切な業務の一環であり、感染、食中毒防止に努める。病院管理栄養士は委託業者管理を行う。

<栄養食事指導業務>

その人にとって、どのような食事が望ましいか、どのような食習慣が大切かということのカウンセリングする業務である。

患者の病態改善、栄養状態が向上するように長期的にサポートを行う

○担当管理栄養士により実施

- ・各種疾患の栄養食事指導
- ・心不全ポイント導入患者の栄養食事指導
- ・外科的疾患による術前・術後、化学療法栄養指導
- ・低栄養患者に対しての食事指導
- ・糖尿病教室（4回/年）：年間予定表により実施（令和2年度は未実施）

○研修・研究活動

<院内研修>

栄養の知識だけでなく、医学的な知識も必要と考え定期的に各専門家とセミナーを開催し、知識の向上を目的とし、最新の情報を交換する場としている。

○管理栄養士養成学校病院実習（2週間）の受け入れ

- ・令和2年 甲子園大学2名

○実績報告（令和2年度）

下欄参照

外来栄養食事指導件数（個別・集団）・入院栄養食事指導件数（個別・集団）

糖尿病透析予防指導管理件数（外来のみ）

入院時食事療養費（Ⅰ）延べ食数・特別食加算延べ食数・食堂加算対象人数の各月別件数集計

実績報告（令和2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	合計
外来栄養食事指導件数(人) (個別)	21	20	6	15	14	9	8	12	15	24	24	20	188
外来栄養食事指導件数(人) (集団)													
入院栄養食事指導件数(人) (個別)	18	18	23	40	48	49	38	25	16	7	13	28	276
入院栄養食事指導件数(人) (集団)													
糖尿病透析予防指導管理件数(人) (外来のみ)	3	3	2	5	1	6	2	5	3	6	3	2	41
入院時食事療養(Ⅰ)	13993	12699	14237	16064	17086	14766	14923	15596	15741	17314	15333	17553	185305
延べ食数(食)													
特別食加算	6770	6426	6100	7574	7098	5396	5144	5070	5915	6031	5438	6721	73683
延べ食数(食)													
<特別食割合> (%)	48.4	40.6	42.8	47.1	42.5	36.5	34.5	32.5	37.6	34.8	35.5	38.3	39.2

○今後の取り組み（予定）

- ・入院時栄養指導・退院時栄養指導・透析センターの栄養指導の参入
- ・外来栄養指導を増やす
- ・がん患者・心不全患者への継続的介入
- ・術前栄養指導介入
- ・整形外科患者の術前・術後栄養管理（栄養指導を交えて）
- ・肝疾患・膵疾患、胃潰瘍患者の栄養指導
- ・なでしこ食の見直し
- ・栄養セミナーを行う
- ・動画コンテンツを利用し、業務の効率化を図る
- ・地域向けの集団栄養指導

IV-6. 健診センター

1. スタッフ

健診センター長：中本 進

内科医師：常勤 2 名 保健師：常勤 2 名 看護師：常勤 2 名・非常勤 2 名

事務員：常勤 3 名・非常勤 3 名

2. 健診内容

- 全国健康保険協会の生活習慣病予防健診
- 近隣市町村との契約による国民健康保険加入者の人間ドック
- 健診センター独自コース（人間ドック・生活習慣病予防健診）
- 脳ドック・公立学校共済組合健診・基本健診・特定健診・後期高齢健診・その他
- 富田林市の保健事業による市民対象のセット健診（特定健診+がんミニドック）
- 富田林医師会会員の間ドック、大阪府歯科医師国保会員の間ドック
- 被爆者健診等

3. 健診事業体制（予約枠）

- 月曜日～金曜日 午前 38 名（前年度比較 +7 名）
土曜日 午前 22 名（前年度比較 +5 名）
- 月曜日・木曜日 午後 12 名（特定健診・後期高齢健診のみ）

4. 健診実績

（単位：件数）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
協会けんぽ生活習慣病予防健診	72	52	444	355	318	391	418	359	383	305	290	263	3,650
国民健康保険人間ドック	0	0	18	48	27	39	51	44	39	25	37	44	372
健診センター独自コース	18	11	39	30	37	18	34	25	37	8	20	27	304
その他ドック	2	0	3	6	15	43	25	23	21	18	23	18	197
脳ドック	0	0	1	3	0	3	5	7	4	1	2	1	27
公立学校共済健診	0	0	0	36	79	39	31	16	22	22	11	15	271
基本健診	42	30	82	57	68	51	110	102	78	86	61	130	847
その他	0	3	6	13	7	5	26	15	9	3	2	8	119
富田林市 セット健診・がん検診	7	12	122	149	145	148	175	161	166	148	148	145	1,589
特定健診・後期高齢健診	0	0	24	33	26	24	64	51	32	31	42	73	575
合計	141	108	739	730	722	761	939	803	791	647	636	724	8,084

※ 健診センター実稼働日数 280日 1日平均受診者数 27.6人

5. 年度比較（健診件数）

（単位：件数）

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
協会けんぽ生活習慣病予防健診	3,295	3,292	3,256	3,238	3,360	3,442	3,492	3,584	3,666	3,650
国民健康保険人間ドック	285	360	359	428	467	416	483	466	467	372
健診センター独自コース	322	344	334	276	297	314	276	304	313	304
その他ドック	-	-	-	-	135	143	192	190	210	197
脳ドック	92	99	105	46	42	31	30	24	27	27
公立学校共済健診	403	424	427	375	312	295	289	284	271	271
節目健診	56	49	35	-	-	-	-	-	-	-
基本健診	741	787	865	913	933	927	937	879	847	897
その他	236	179	176	216	114	127	127	130	119	97
富田林市 セット健診・がん検診	0	0	772	943	1,231	1,223	1,411	1,437	1,589	1,526
特定健診・後期高齢健診	803	802	767	775	780	703	648	620	575	400
合計	6,233	6,336	7,096	7,210	7,671	7,621	7,885	7,918	8,084	7,741

※ 40歳・50歳対象の「節目健診」は、2014年度より廃止。



6. 健診センター満足度アンケート

2020年度においては、大阪府を含め緊急事態宣言が発令され、健診センター満足度アンケートは実施しませんでした。

6. 健診センター満足度アンケートについて

健康増進事業の実施に係る対応について ～厚生労働省～

事務連絡令和2年4月14日

各種健診・保健指導等であって、集団で実施するものについては実施を延期すること。

大阪府 緊急事態宣言期間

2020年4月7日～2020年5月21日（全国対象：4月16日～5月14日）

2021年1月14日～2021年2月28日

1. スタッフ（2020年度）

医師：中本、金森

保健師：堂園、鈴木

看護師：常勤 徳若・免坂

非常勤 上田、古頃（0.5）、山本（0.5）

事務：常勤 前田、大下、二宮

非常勤 西窪、森、妹尾（0.5）、小谷（0.5）

IV-8-1). 看護部

看護部長：六波羅英子

1. 看護部概要

看護部長、教育担当・業務担当・病床管理担当する副部長を中心に管理運営し、7:1 看護体制、看護提供方式はPNS(パートナー・シップ・ナーシングシステム)を採用している。

看護職員は、正規・パート含む 322 名の看護師、助産師、保健師、准看護師、ナースエイド（看護助手）、クラークで構成されている。

看護単位は急性期一般 5 病棟、地域包括ケア病棟。病棟以外は手術室、外来、訪問看護ステーション、健診センター、血液浄化センターの 11 単位である。

看護部の基盤として、「ナイチンゲール KOMI ケアケア理論」「保助看法」「看護師の倫理綱領」「接遇」の 4 つを基盤としたラダー教育を実践している。

1) 職員状況

正規看護職員 229 名（男性 15 名）、新卒採用 22 名、認定看護管理者 2 名、認定看護師 9 分野 11 名、2020 年度までのファーストレベル修了 22 名、セカンドレベル修了 13 名、サードレベル修了 2 名、看護教員養成講習修了 1 名。今年度受講した看護管理者ファーストレベル研修修了者は 1 名、セカンドレベル修了者は 1 名である。

2. 2020 年度看護部活動目標

1) 変化に対応する組織

- (1) 病院移転に向けての準備と実行
- (2) 診療報酬改定に向けた対応
- (3) 病院経営への積極的な対応

2) 人が育つ組織

- (1) クリニカルラダーを活かしたキャリア開発
- (2) 看護実践能力の向上
- (3) 医療安全教育

3) 働き甲斐のある組織

- (1) 働き方改革に即した労務管理
- (2) 多職種連携・協働の推進
- (3) 多様性のある働き方の推進

●2020 年 11 月の新病院への安全な移転を目指し、職員全員で一致協力ワーキングチームの立ち上げ、計画、準備、実行まで臨んだ。病院移転と同時に電子カルテのベンダー変更も行われたため、ハード・ソフト両面について業務整理を行いながら対応した 1 年であった。

病床数は、急性期一般病床が 210 床、地域包括ケア病棟が 50 床と 260 床の病床数となった。

病棟機能	病棟名	診療科	病床数
一般病棟	3A (西 2)	泌尿器科・腎臓内科・眼科・小児科・婦人科	50 床
	3B (東 4)	循環器内科・内科	50 床
	4A (西 3)	整形外科・消化器内科・耳鼻咽喉科	50 床
	4B (東 3)	外科・消化器内科・皮膚科	50 床
	5A (お産センター)	産科	10 床
地域包括ケア病棟	5B (西 4)	地域包括ケア病棟	50 床

- 人材確保については、看護補助者（エイド）の採用を進め、8月に夜間看護補助者加算 100 : 1 の届け出を行い認可。また、2020年1月に夜間看護師配置 16 : 1 加算を申請し認可された。引き続き看護職者の採用、定着を図り看護の質の確保を行い働き続けられる職場づくりと経営への貢献を行っていく。

学会や研修への参加は、コロナの影響で減少したが、WEB 会議への参加が進んだこと、院内研修も動画撮影し電子カルテ上で見られる環境を整えるなど、新たな参加型の研修の組み立てなどに取り組んだ。

- 2020 年は、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが起これ、当院も COVID-19 患者の受け入れ、発熱外来、感染症対策、マニュアル整備、教育等、看護部として病院の方針に沿い体制整備を行った。救急外来の対応や同居家族の濃厚接触者となり就業制限（看護部で 2 名の陽性）など行いながらもクラスター発生には至らず経過した。以下に管理上の経過を記す。

時期（年月）	看護管理上の対応
2020 年 3 月	<ul style="list-style-type: none"> ○新型コロナ対策委員会発足（情報一元化し院内、院外対策を検討） ・職員の健康観察、体温測定 ・外来患者の発熱チェック（事務職） ・発熱患者のトリアージ（4/13～看護師長による輪番制） ・来院者のゾーニング（感染診察室、外来待合、テント設置） ・発熱者の救急外来での診察、検査体制の整備 ・感染防護具の調達、準備（感染認定、用度課）
2020 年 4 月 第 1 波 緊急事態宣言	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナ感染症マニュアル作成 ・陽性患者の受け入れ開始（西 2 階病棟） 4/13～軽症から中等症の 2 床 陰圧室準備 ・入院対応マニュアル作成 ・陽性者の入院対応する看護師の人員配置、勤務体制の構築 （2 交代、ラダーⅢ以上での看護師配置） ・院内全体の感染対策教育（感染防護具着脱訓練、Dr. NS. CE 合同の急変時挿管訓練の実施） ・入院フォローアップセンターからの入院調整手順作成 ・院内 PCR 検査体制の準備 ・入院患者の面会制限、ルールの方針策定 ・濃厚接触者、就業制限のルール確認
2020 年 5 月～6 月 5/25 緊急事態宣言解除	<ul style="list-style-type: none"> ・感染防護具が品薄となる（マスク 1 枚／日など対応） ・HEPA フィルター付きパーテーション、ビデオ喉頭鏡（マックグラス）の準備、挿管用カバー作成 ・挿管訓練継続 ・面会制限→面会禁止 ・コロナ病床への他病棟（東 3 西 3）からの NS 出向応援 ・救急外来、発熱外来への手術室看護師の応援体制
2020 年 7 月～8 月 第 2 波	<ul style="list-style-type: none"> ・感染防御訓練、および感染対策の継続、強化
2020 年 10 月～ 11 月	<ul style="list-style-type: none"> ・11 月病院移転後、コロナ受け入れ病床は 3B 陰圧個室 2 床となる
2020 年 12 月～3 月 第 3 波	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ病床 2→4 床へ（319 号・320 号・321 号 2 床） 看護師の応援体制の再編（3A・4A・4B からの応援体制）

IV-8-2). 3A病棟

看護師長：加藤 一二三

1. 部署概要

許可病床数：58床（個室4室・双室3室・6人総室8室）→50床（11月～）

稼働病床数：52床→50床（11月～）

担当科：泌尿器科・眼科・小児科・婦人科・腎臓内科

2. 活動実績

1) 看護の質の向上

①アセスメントに基づいた治療・看護が提供できるように学習会を行う

年間を通しての学習会係を決定し、年間計画の立案、学習会担当者の決定を行った。学習会の資料は実践で参考にして活用している。ただ、新病院移転後から学習会が開催できなかったことが反省点として残った。学習会は担当者・参加者ともに学習の場に繋がり知識や技術が向上できる方法の一つである。経験年数により知識や技術に差は生じるが、学習することで差が小さくなり実践時には補完できるため次年度も継続する。

②受け持ち看護師の役割を強化し、入院から退院まで患者・家族のサポートを行う

状況により長期入院を余儀なくされる患者や、老々介護、身内と疎遠状態のため独居、介護保険未申請、など退院先の調整が必要なケースが多数あり入院時から退院を見据えた関わりが必要なケースが増加している。退院支援カンファレンスなどで情報共有し退院調整を行った。まだまだ、情報不足のこともあるため、受け持ち看護師を中心に次年度は情報をしっかり集め、早期より支援できるように意識していく。

2) 環境整備および業務の効率化を図る

安全な医療を提供するため、働きやすい収納を心がけるようみんなで声をかけあった。新病院に移転したのをきっかけに、使い易い物品配置にするよう努力しているが、まだ十分にできていない状況にある。5S活動は声を掛けなくなると継続されない状況になるため、次年度も継続して整理・整頓できるようにしていく。

3. 資料

入院患者数 14441人/年（月平均 1203人） 緊急入院 55.6人/月（平均）

稼働率 104.5%/月（平均） 平均在院日数 10.0日/月（平均）

IV-8-3). 3B病棟

看護師長：永井 園美

1. 部署概要

許可病床数：50床

稼働病床数：45床（重症管理病室3室・個室6室・3人総室1室・4人総室7室 計40床）
（陰圧部屋個室2室・総室1室：COVID-19患者受け入れ 計5床）

担当科：一般内科・循環器内科

3Bは循環器疾患や肺炎など呼吸器疾患、血液疾患の患者の入院が主である。そのため、多様な疾患に対する専門性の高い知識・技術が必要である。並びに、患者層の高齢化により認知症を含めた看護や回復後障害の定着から生活様式が変容する対象者への対応が必要となる。そのため、対象の理解を深め高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを切れ目なく提供することが求められる。また、対象を尊重した関わりができるよう個別性を踏まえた援助をチームで提供できるよう努めている。今年度新病院移転にともない感染対応病床が設けられ、COVID-19患者の受け入れが始まった。多職種と連携し看護体制を整え治療・看護を実践している。

2. 活動実績

1) 知識・技術の経験を活用し、看護専門職のチームとして最善の看護の提供を行う。

昨年度から引き続き定期的な学習会を行った。内容は、医師による心電図解析やPCPS、動脈血ガスの読み方、CEによる人工呼吸器管理や胸腔ドレナージ管理の実際、また、看護チームごとに「急変時の対応演習」「動脈ラインの作成・管理演習」「排尿ケア」など学習会を開催した。これらは、循環器看護・重症看護の経験が少ないスタッフに対し知識の獲得を図っている。また経験のあるスタッフは重症管理のスキルアップを目指し、救命のための知識に基づいた技術の定着に努めている。結果として患者の状態変化の兆候を見逃さず、早期発見できる観察の視点が備わってきている。重症管理に関わる処置や排尿自立などの看護実践にも繋がっている。

日々のカンファレンスは曜日ごとに転倒転落・褥瘡予防やDCT・リスクなどテーマを設定して検討することは定着している。中でも、リスクカンファレンスではインシデント内容について客観的に捉え対策を立て、実施から評価まで継続し検討できた。これらリスクについて再発防止の視点での検討が定着し、リスク回避できるような改善に繋がっている。今後もカンファレンスを充実し、アセスメント能力向上・看護の質向上へと繋がるよう取り組む。

重症者や要注意患者の情報共有を行い、

2) 新病院移転を安全に行う。

令和2年11月に新病院へ移転という大きな事業を行う年であった。引っ越しにあたり物品や機械類・転用品などチームごとに分担し、梱包から開封・物品整理や新しく在庫管理と適正配置にむけ全看護職員が協働できた。患者移送については病院全体の移送マニュアルを基に循環器疾患重症患者を有する病棟であることから、搬送時は、医師やCEと情報共有・マニュアルを周知してシミュレーションを重ね安全に移動を終えることができた。また、高齢者や認知症患者においても、移転後患者が混乱しないように搬送順や療養環境である病室の調整を検討しトラブルなく搬送、そして治療の継続ができた。

新病院での稼働として、電子カルテ変更によりシミュレーションを実施していたが、運用理解は全スタッフが不確かな状況であった。移転後、すぐに稼働という状況下、シミュレーション参加者がその都度伝達・共有しトラブルを最小限できるよう実施することができた。新しい環境と電子カルテの変更は日常の業務が根本的に大きく変化したなか、準備を重ねることで混乱を最小に安全に配慮できるよう慎重に業務を開始することができた。しかし、まだまだ、新病院での機能を十分理解したとは言い難く、新機能を活かした配置や効率のよい運用についての検討は今後の課題である。

3) 安全に COVID - 19 患者の受け入れを行う。

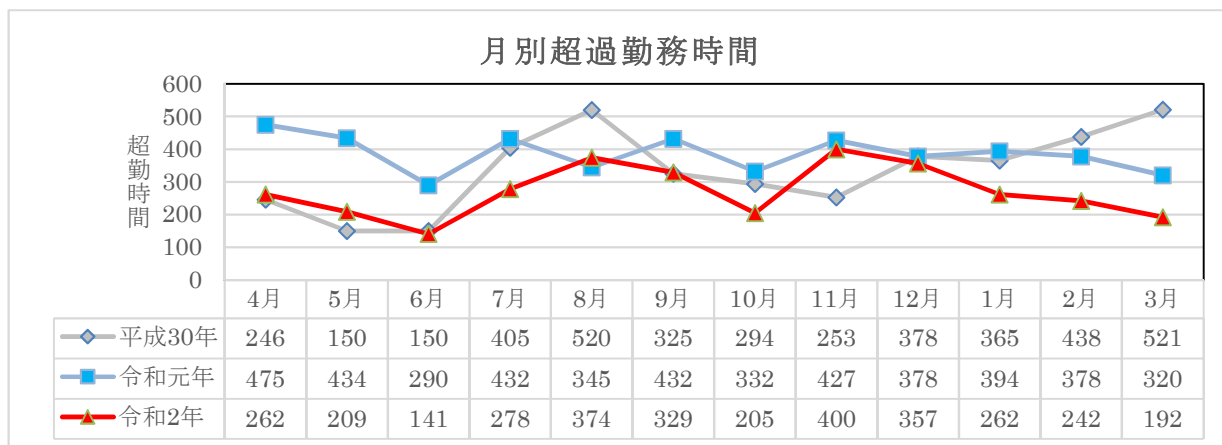
病院移転後、感染症床設置され COVID - 19 受け入れ病棟になった。病床数 2 床から受け入れを開始したが、大阪府コロナ感染者数の増加に伴い 4 床へと増床した。看護師にはコロナ対応について動機づけを行い、旧病院のマニュアルを基に改定し、感染防御・業務内容について周知した。人員確保においては、3A 病棟スタッフを中心に各病棟から応援を得て看護体制を整備し安全に治療・看護にあたることができた。

感染防御の手順遵守や動線を考えた無駄のない物品配置を行った。コロナ対応において発信される新しい情報に対応するために、常にマニュアルを改訂し実施できるように取り組んだ。その結果、フォローアップからの患者受け入れ、治療・看護、退院に向けた療養支援に繋がった。また、今年度、コロナ対応看護師・一般病床看護師ともにコロナ陽性者の発生なく運営できている。

4) 超過勤務時間の削減を行う。

年度初めはコロナウイルス感染症発生の影響で病床稼働の減少があった。新病院移転にともないハード面の変化、新しい電子カルテへの適応と COVID - 19 受け入れ病棟になったことで 11 月の超過勤務時間は増加した。しかし徐々に超過勤務時間数は減少し 1 月からは平成 30 年、令和元年よりも少なく、年間の平均超過時間の比較も減少となった。新病院移転後の看護体制についてハード面を考慮し、ペア組と配置・注射係の設置・エイドとの協働など移転後にむけた業務変更や補完の定着、コロナ病床への応援体制などから超過時間数減少の効果に繋がったと考える。

3. 資料



超過勤務時間平均比較：平成 30 年度 337 時間 令和元年度 386 時間 令和 2 年度 271 時間

IV-8-4). 4A病棟

看護師長：大森寿子

1. 部署概要

許可病床数：50床（重症観察室2床・個室3室・4人総室11室）

稼働病床数：50床（個室14室・4人総室9室）（11月～）

担当科：整形外科・消化器内科・耳鼻咽喉科

整形外科では変形に伴う障害によりADL及びQOL向上を目指しての予約入院や、突然の受傷による緊急入院が主である。周術期を含んだ急性期から回復期に至る患者がいる。消化器内科では治療や検査目的の入院、吐血・下血や急性腹症などによる緊急入院がある。検査の結果がんが発見され看取りを行うこともある。患者の訴えや症状を観察と的確なアセスメントを行い、検査や治療が円滑に行われると共に患者の苦痛や不安を軽減するための援助を行っている。耳鼻咽喉科では舌癌や鼻腔内手術等、入院当日に手術を行う事が多い。

2. 活動実績

目標1. 看護実践能力向上を目指す

1) 知識力の向上 2) 倫理及びリスクカンファレンスの定期的な開催 3) PNSを活かした人材育成

目標2. 患者及び看護師にとっての安全を最優先した業務改善

1) 5Sの徹底 2) 円滑な病棟移転 3) 日勤及び長日勤の業務の見直し

知識力の向上に対しては、毎月テーマを決めe-ラーニングの全員視聴を目指し98%のスタッフが視聴する結果となり前年度より増加した。学習会は毎月1回開催され、前年度参加者は増加した。ただ13:30～の開催は業務と重なる時間帯であること、スタッフが希望する内容の学習会を行うことが次年度への課題である。新型コロナ感染症患者に対しての挿管介助練習は、今年度全員受講し実施することができ、挿管介助が少ないため大きな学びとなった。カンファレンスは身近に行った事例を元に定期的にカンファレンスを実施した。

カンファレンスを行うことにより、意見交換しスタッフの意識や行動に変化が見られた。

今年度は11月1日に病院移転があり、それに伴って物品整理や移転後の物品の配置など5Sを意識して取り組んだ。しかしベッドサイドの整理については、今後も取り組むべき課題と考える。労働環境として超勤が多く、特に長日勤は1人平均1時間30分というデータがある。日勤、長日勤の業務内容の業務内容について、調査、分析を行い、次年度は業務改善を考え、少しでも超勤が少なくできるように取り組みを行いたい。

IV-8-5). 4B病棟

看護師長 森寄直美

1. 部署概要

許可病床数：50床（特別室：1室・重症管理病床2室・トイレなし個室4室・トイレあり個室7床双室4室・4人総室10室） 担当科：外科・皮膚科・消化器内科

外科の主な疾患は、ソケイヘルニア・乳癌・消化器系の悪性疾患、皮膚科は、悪性黒色腫・日光角化症・帯状疱疹・褥瘡、消化器内科は、消化器の検査を伴う消化器疾患全般である。外科・皮膚科においては、主に手術目的の入院が多く、術前・術後の看護に重点を置いている。また悪性腫瘍に伴う抗癌剤治療や麻薬使用による疼痛コントロールを行うことが多く、終末期においては、自分らしく最後まで生きたいという患者の気持ちに寄り添う看護を展開している。

2. 活動実績

活動目標

目標

1. 入院時より退院を見据えた看護の提供ができる
2. 5Sを徹底し「習慣」「信頼」を追加した7S活動として看護の質の向上を目指す。
3. 安心・安全な看護が提供できる

活動実績

入院時基本情報は、入院前の状態や介護度、キーパーソンなど退院支援を行っていくうえで重要な情報であるため、スタッフ全員が入院時より退院を見据えた関りを持ち、正確な基本情報の聴取・記録が出来るように取り組んだ。基本情報シートの漏れのない記載を目的として受け持ち担当表で担当者が責任を持ち内容確認を行い、印鑑の押印を実施した。電子カルテシステムの変更により不慣れなこともあり、特別な監査は実施できていないが、基本情報の内容確認の周知徹底を啓蒙していく。病棟稼働率は92.3%であり目標を達成した。稼働率については退院調整、退院支援が必須であり多職種とのカンファレンスを通して情報を共有し、患者、家族の思いを確認し、調整を行うことや、救急患者受け入れに向けてのベッドコントロールを行うことで目標以上の稼働率が維持できた。今後もチーム内での情報を共有し、退院調整を円滑に進めていけるように取り組んでいく。新病院移転に向けた物品の補充や整理を「習慣」とするように取り組んだ。私物は置かないこととして個人の聴診器は、詰所に置くのではなく、ロッカーに置くなど個人管理とし、医療機器など使用後の返却品や忘れ物の置き場所の固定化、ついおいてしまっていた場所には「置かないでください」と表記するなどして徹底した取り組みを行った。スタッフにとって物品の配置場所など業務しやすく働きやすい職場作りを目指していきたい。今年度、レベル3b以上のインシデントは3件であり、医師やスタッフ間が上手く連携し情報の整理ができていれば防げる事例であった。今後もカンファレンスを開催し、インシデントに対する意識の向上に繋げ、全スタッフで振り返る機会を設けていく。転倒転落の発生は38件であり、高齢者が多く、せん妄を起こす患者の割合も増えてきている。インシデントカンファレンス時に、転倒転落予防の実施内容を検討し、転倒転落予防を継続していく。

1. 部署概要

許可病床数：10床

(個室4室, 2人総室1室, 4人総室1室, 新生児室(病児入院含む)10床)

稼働病総数：10床

(産褥個室4室, 2人総室1室, 4人総室1室 新生児床(病児床含む)10床)

分娩件数：2020年度 164件(自然分娩 96件, 誘発・促進分娩 42件, 吸引分娩 12件, 予定帝王切開術 7件, 緊急帝王切開術 6件)

助産外来件数：2020年度 3201件(月平均266件, 1日平均8.8件)

母乳外来件数：2020年度 92件(月平均 7.6件)

産後ケア入院利用件数：2020年度ショートステイ3件, デイサービス9件

ベビーマッサージ教室利用者数：2020年度のべ16組 いのちの教室：1件(小学5年生対象)

2. 活動実績

目標1. 医師と協働した安全・安心な分娩の提供

目標2. 若手助産師の育成に向けた教育体制の整備

令和2年度4月～3月の分娩終了件数は164件(前年度129件)と確実に増加している。その内訳として、自然分娩96件(前年度98件)、誘発/誘発分娩42件(前年度25件)、吸引分娩12件(前年度1件)、予定帝王切開術7件(前年度3件)、緊急帝王切開術6件(前年度2件)である。

この緊急帝王切開術となった6件中の4件は胎児側の要因(胎児機能不全・胎児心拍異常)である。母体搬送事例は3件、新生児においては、出生時に新生児に蘇生を行い、精査加療が必要な状況での搬送が5件であった。出生時に、新生児に陽圧換気や刺激を要したケースは11件であった。

この状況は、医師と助産師協働での分娩管理を行う産婦人科病棟への方針転換に伴い、分娩件数の増加、またハイリスク妊産婦(妊娠糖尿病妊婦や甲状腺疾患合併妊婦、てんかん合併妊婦、反復帝王切開術妊婦など)の受け入れが可能となったことが要因であると考えられる。そのために、緊急時に対応できるスタッフのスキルアップとして、緊急帝王切開術シミュレーションを中央手術部と合同で開催する機会を得た。また、小児科医師が講師となって新生児蘇生学習会の開催、NCPRのSコースでは、産婦人科医師とインストラクター資格のある助産師スタッフが講師となり、知識・実践を通じて学習を深めることができた。妊産褥婦及び新生児の緊急時の対応を速やかに行える整備やスタッフのスキルアップは急務であると考えている。

現在、病棟勤務している助産師は経験年数が7年目以上であり、日本看護協会アドバンス取得者が非常勤勤務者を含め8名が在職している。しかし、さまざまな医療施設での、助産師としての経験値であるため、妊産褥婦への支援においては、受け持ち助産師の裁量に委ねているのが現状となっている。これまでお産センターでは、新人助産師の入職者がいなかったが、今後、新人助産師の採用が予定となっており、後輩指導を含め人材育成を行っていく予定である。また、新人助産師や新採用者の教育体制を整え、産科病棟としての助産師のスキルアップを踏まえた、教育計画を立案していく予定である。

IV-8-7). 5B病棟

看護師長：岡田 弘美

1. 部署概要

許可病床数：50床（個室9室・重症2室・3人部屋1室・4人総室9室）

稼働病床数：50床

担当科：地域包括ケア病棟

5B病棟は地域包括ケア病棟です。入院患者さんは急性期の治療を一旦終え、入院前の生活に戻るようPT・ST・OTと共にリハビリを継続し、管理栄養士による栄養管理など多職種と連携し「その人らしさ」を目標に日常生活援助を行っています。入院患者の多くは、70歳以上の高齢者が多く入院しているため在宅退院が困難となる場合はMSWや地域連携室の看護師と連携し、患者や家族の思いに沿った退院調整を行っています。また、診療報酬の改定や病床稼働に向け治療が継続した患者や退院先が決定しないままの転入受けも多くあります。その中で、介護者の日々の疲れ、行事などの事情により、一時的に在宅介護が困難となる場合の期間レスパイト入院や大腸検査・SAS入院などの短期入院を含め、リハビリ目的などの後方支援の患者も積極的に受け入れていきます。

2020年は世界中が新型コロナウイルスの影響で、社会情勢が激変し医療も大きなダメージを受け大変な年となりました。11月には新病院の移転という大掛かりなイベントがありました。感染拡大に伴い、面会やレクリエーションやウォーキングも中止となっています。レクリエーションは、患者さんの心や身体、生活を活性化させ、人間関係やコミュニケーションを図るためにも必要な取り組みと考えます。レクリエーションの再開に向け、感染対策を行いながら多職種と連携し以前のようにスタッフや患者さんの笑顔あふれる病棟を目指します。

2. 目標

1. 看護実践能力の向上

- 1) アセスメントのポイントをおさえた記録が書ける
- 2) PNS補完システムを使って、各委員会・チーム活動を実践する

2. 効果的な病棟運営

- 1) 病床利用率90%以上を維持する
- 2) 円滑な多職種との連携

1. 看護実践能力の向上

地域包括ケア病棟では今年度もレスパイトを含め診療科が多岐に渡り、入院患者の約7割が高齢者であった。診療報酬の改定もあり、急性期からの転棟時期も早くなり日常生活動作や食事・排泄・内服コントロール状況や、退院後の方向性が確立出来ていない状態で転入を迎えることもあった。受入れ状況に伴い、患者の状態変化に対する弱みを克服するため、学習会やカンファレンス・事例検討を行い、知識・技術やアセスメント能力の向上を目指した。実際に行った事例検討や学習会は、5～8月6テーマ、9月～12月4テーマであった。参加人数は平均6～7人であったが、日勤スタッフがほぼ全員参加出来た。事例検討に関しては実際に起きた事象で振り返り、リスクカンファレンスではインシデント分析を行い情報共有する事で再発防止に努めた。今後は、転倒対策や異常の早期発見につながるフィジカルアセスメントに関する学習や事例検討を行い、患者の看護に反映していくことが課題である。記録監査については、中間評価以降も監査状況を評価したうえで監査表の修正を行い、毎月1回パートナー間で実施出来た。しかし、評価の遅れや受け持ち看護師としての意識が不足している事から患者の状態にあった記録が行えない事例もあり次年度の課題とする。

2. 効果的な病棟運営

稼働率平均は、4～8月 94%、9～12月 92%であった。今年度はコロナの影響もありレスパイトの受け入れ 12 件と減少したが土・日の転入の受け入れも積極的に行った。ML をはじめスタッフの意識も変わり、急な転入受けも対応できるようになっている。また、記録が時間外となることや長日勤の超過勤務の課題があり業務整理を行った。変更当初は、意識でき業務移行していたが、日勤者がどこまで仕事を継続するのかがあいまいとなっている状況にある。同時に、前残業も課題であるため業務改善に取り組んでいく必要がある。 関連する職種との連携については、地域連携室看護師、PT・OT・ST・栄養士も含め入院環境を整え、安全に退院調整を行っていく必要がある。次年度から、心不全患者のサポートも外来から訪問までの全部署が関わる予定となっている。地域包括ケア病棟として在宅復帰に向け、今以上の知識や役割が求められると予測される。そのためにも、関連する部署や職種との連携を強化し、受け持ち看護師として責任が持てるよう、1 人ひとりの意識改革に向け 4 重の構造の強化を課題とし取り組んでいく。同時に、感染拡大のためレクリエーションが中止となっていることから、感染予防に努め再開に向け患者や家族の期待に応え、やるべき事を明確とし地域包括ケア病棟としての役割を担っていく必要がある。

3. 取り組みの成果

【学習会】

開催月	学習会テーマ	参加人数
5月	認知症の中核症状とケアポイント	8名
6月	エンゼルケア	5名
7月	認知症ケア	5名
8月	退院支援について	7名
	脱臼予防	11名
	火災机上訓練	6名
9月	災害について	8名
	脱臼予防	6名
10月	看護倫理	8名
11月	褥瘡管理について	7名
12月	呼吸ケア・NIPPV	9名
1月	せん妄・パーソンセンタードケア	8名
3月	急変時の対応(窒息)	7名

【転倒・転落】

レベル	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
Lv0													0
Lv1	2	5	4	4	7	5	6	3	3	2	2	2	45
Lv2	1		1		1		1				1		5
Lv3a				1		4		2			1	1	9
Lv3b	1		1										2
Lv4以上													
合計	4	5	6	5	8	9	7	5	3	2	4	3	61

【常勤超過勤務平均】

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	月合計
時間	2:40	6:00	4:45	5:00	5:00	6:00	3:30	8:15	7:40	6 : 30	4:00	3:30	61:30

【2020年度病棟評価】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
新入院	0	4	2	3	6	6	5
転入	41	44	64	50	45	58	56
転出	1	1	1	1	0	0	1
退院	49	45	60	46	53	67	64
在院数(人)	1,187	1,125	1,170	1,372	1,379	1,250	1,271
平均在院日数	25.6	23.5	17.8	27.1	25.5	18.1	19.5
病棟稼働率 (%)	79.1	72.6	78	88.5	89	83.3	82
在宅復帰率 (%)	66.7	73.7	70.7	81.4	87.2	75	65
リハビリ単位	2.16	2.02	2.06	1.98	2.12	2.13	1.87
看護必要度 (%)	14.8	24.9	18.1	14.7	14.7	20.5	18
入院単価(円)	33,375	33,881	33,955	33,532	32,645	32,358	32,576
平均患者数 (人)	39.6	36.3	39	44.3	44.5	41.7	41

11月	12月	1月	2月	3月
11	10	9	7	6
47	53	66	53	78
0	3	1	0	1
49	67	72	58	79
1,243	1,395	1,464	1,303	1,489
22.3	20.9	19.1	21.1	17.4
82.9	90	94.5	93.1	96.1
68.3	85.7	78.5	80.8	76
2.22	2.03	1.92	2.25	2.16
12.5	19.6	18.1	20.2	16.3
31,764	32,806	33,339	33,240	34,741
41.4	45	47.2	46.5	48

IV-8-8). 中央手術室

看護師長：小田 紀子

1. 部署概要

手術室数：6 部屋（バイオクリーンルーム 2 部屋含む）

担当科：泌尿器科・外科・整形外科・皮膚科・眼科・形成外科・産婦人科・内科・耳鼻科

手術件数：令和 2 年度 2293 件（内科 37 件・泌尿器科 424 件・外科 498 件・整形外科 534 件・眼科 565 件・耳鼻科 57 件・産婦人科 23 件・皮膚科 114 件・形成外科 37 件・消化器内科 4 件）

スタッフ数：看護師 17 名・ナースエイド 1 名・臨床工学技士 1 名

手術室理念は「より質の高い安全な医療を提供する」であり、基本方針として「患者の安全を第一に考える」を挙げている。具体的には「1. 先端の知識と技能を修得し実践する」「2. 人を育てる」「3. 互いに連携し、チーム医療を推進する」「4. 地域の急性医療、救急医療に貢献する」としている。手術室看護基本方針として「1. 安全で安楽な看護を提供する」「2. 不安・恐怖の軽減をはかり、患者のもてる力を最大限に活かす援助を行う」である。

緊急手術に対して平日はオンコール、休日は待機で 24 時間対応できるよう体制を行っている。リーダーを中心として手術ルームとスタッフの調整を図り効率的な手術運営を目指している

2. 活動実績

目標

1. 看護師としての能力開発に取り組み、安全・安心な手術看護を提供できる
2. 新病院移転の準備を行い、移転後円滑に稼働できる

今年度は手術分野に限らず看護師としての能力開発を目標に掲げ活動を行った。しかし、COVID-19 の感染拡大の影響でセミナーや学会の参加が困難となり、研修の参加率は目標達成ができなかった。部署内の勉強会は各自が計画的に取り組むことができている、他者に伝えることは更なる能力開発に繋がるため今後も継続していく。カンファレンス開催は不定期に開催していたため、次年度は担当者やテーマをあらかじめ決め計画的に行っていく。外科の術前・術後カンファレンスには参加できているが、手術手技や必要機器に意識が向かっており術中看護に活かすことができているため次年度の課題とする。術前看護外来については認定看護師のみの活動であるため、実施件数の拡大を図るためにもクリニカルリーダーⅢ以上の看護師で取り組んでいく予定である。術後訪問の実施は目標 400 件であったが 233 件と達成できなかった。術後訪問は各自の自主性に任せているところもあるため、実施件数の可視化などにより意識付けを高め件数増加を目指す。

新病院への移転については、役職者を中心に各自が担当する部門の移転計画を立て実施した。各ペアが積極的に活動でき移転後大きな問題も発生することなく手術を稼働することができた。移転後も週に 1 回程度の検討の場を設け効率的に稼働できるよう修正している。救急外来も含め業務マニュアルの整備を行い、教育に活用できるようにしていく。リーダー・器材係の役割については業務の検討を今後行っていく必要がある。

手術室の稼働率を上げることは病院経営に大きく影響する。新築移転により稼働できるルーム数が 3 ルームから 6 ルームに増えた。それぞれのルームも大きくなり患者だけでなく手術室スタッフにとっても動きやすい環境となった。現状、常勤麻酔科医が 1 名のため手術件数を増やすことは容易ではないが、効率的にルームのコントロールを行い緊急手術に対応できるよう取り組んでいく。

IV-8-9). 外来

看護師長：加藤雪絵

1. 部署概要

外来は、内科・循環器内科・消化器内科・腎臓内科・外科・脳外科・整形外科・眼科・産婦人科・泌尿器科・皮膚科・形成外科・放射線科・小児科・耳鼻科の15診療科と救急外来・化学療法室・内視鏡室を有し、1日平均590名の患者が受診されている。(今年度はCOVID-19の影響で外来患者数の減少を認めた)禁煙外来・ヘルニア外来・睡眠時無呼吸外来・ペースメーカー外来・女性外来・乳腺外来といった専門外来と、認定看護師も担当しているストーマ外来・フットケア外来・腎保護外来、認定看護師によるがん看護外来や手術サポート外来も行っている。

外来職員の構成は看護師41名(派遣1名含む):68.3%、看護補助者(ナースエイド、クラーク)20名:31.7%の計61名(R3.3月現在)である。自分の生活スタイルに合わせた働き方を選択し、非常勤者は約7割を占め、子育て中で院内保育所を利用する職員も多い。

外来患者は身体的に体力を消耗しているだけでなく、待ち時間も長く精神的なストレスを抱える場面に遭遇することも多い。また、入院期間短縮に伴い、外来で行う検査や診療は増加しており、外来看護師の役割も拡大している。そのため外来職員は常に心のこもったサービスを心がけ、外来と病棟の連携強化、入院患者の不安軽減に努めることを目標とし活動している。

今年度は11月に病院移転があり、外来は、救急外来の拡充と血液浄化センター横に泌尿器科と腎臓内科外来の腎・泌尿器センターを置き、従来各科で行っていた点滴等の処置を集約した中央処置室が新たに新設された。これにより、スタッフの配置を一部変更した。

2. 活動実績

目標

1. 安全で安心できる外来看護が提供できる

- 1) 応援体制の充実
- 2) 感染予防対策の徹底
- 3) 接遇の向上

評価

1) 応援体制の充実

今年度はデイリーリーダー1人と管理者を1人置く体制とし、ミーティング前に管理者・デイリーリーダーで業務調整を行うことで、スタッフの配置や応援体制も円滑となった。応援体制の充実を図るために、デイリーリーダーをフリー業務にできるようデイリーリーダーの科への応援スタッフの配置と共に、各科での業務改善も引き続き行う。

11月新病院移転によって電子カルテシステム(以下システム)が変更となり、不慣れな環境下での業務に加え、中央処置室の増設、さらに発熱外来からの救急外来受診患者の増加により、人員確保が困難な状況となった。12月から派遣スタッフ1名が増員されたことと、徐々にシステムに慣れてきたことで現在応援体制が取れるようになってきた。今後は更なる応援体制の充実を目指すため、各ブロックでの応援体制を図っているところである

2) 感染予防対策の徹底

当院では新型コロナウイルス感染症(COVID-19)疑い患者の診療を行っており、従来に増して感染予防対策の徹底が必要となっている。外来ICTスタッフは朝礼で感染予防(スタンダードプリコーション)とeラーニング・ナーシングメソッドの視聴(ガウンテクニック・スタンダードプリコーション)の啓蒙と、感染管理認定看護師の協力も得て、手洗い・个人防护服の着脱の研修を実施した。救急外来業務に携わる常勤NSはコロナ陽性または感染疑い患者の挿管介助の研修を全員受講した。救急外来・一般外来の受診患者で新型コロナウイルス感染が陽性の患者も増えてきているが、当院職員の感染者は発生しておらず感染予防対策が出来ていると考える。今後しばらくは新型コロナウイルス感染患者が増えることが予測され、次年度も引き続き一人一人が

研修で学んだことを実践していく。特に救急外来は感染リスクの高い場所であり、全ての感染疑いの患者に対し、防護服着用と、蘇生を行う際に必要な物品がすぐに使えるように初療室に配置した。

3) 接遇の向上

昨年度は接遇の自己評価のみだったため、今年度は職員の接遇を褒め合う投書箱（スマイルカード）を設置した。スマイルカードの投書は、毎月外来会議で投書内容を公表し、内容を共有してきた。5月からの6ヶ月間に9枚のスマイルカードの投函があった。しかし、新病院への移転後はカードの投函がない。引き続きカードの周知とスタッフ一人一人の認識を共有し、働く環境の整備を次年度の課題とする。

IV-8-10). 血液浄化センター

看護師長：堀川 征臣

1. 部署概要

病床数：25床（個室2床含む）

担当科：腎臓内科・泌尿器科

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
職員数	常勤	10	10	10	9	9	10	10	10	10	11	11	11
	非常勤	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2
	看護師	10	10	10	9	9	10	10	10	10	11	11	11
	看護補助	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

2. 活動実績

目標

1. 安全な透析看護の実践

- 1) 安全対策・経営的視点を持って業務改善を行う
- 2) 各自が能力開発に向けて自己研鑽する

目標を設定した意味づけ

1) 安全対策・経営的視点を持って業務改善を行う

透析患者の高齢化、重症患者の増加、更に特殊血液浄化療法も増加し、透析看護に求めるものが非常に高くなってきていると感じる。また、医療事故の危険性を未然に防止し、安全で安楽な透析治療を提供するなど、日々の治療を通し患者を深く理解し、安全で快適な透析ライフが送れるように、安全な透析看護を実践できることが重要である。昨年度は、場面の振り返りや意見交換を行い看護の視点で考える事と得られた情報についてはスタッフ全員で掲示板で共有し、明日カンファレンスでは、ひとつひとつの項目に対して立ち止まり、患者状況に合わせた看護を目指し情報交換を行った。それにより、OPをするだけの申し送りにとどまらず、OP後のDW変更という認識まで到達するようになった。ただ継続した看護が全ての事例では出来てはいないこともあった。透析時の抜針事故が8月と10月に各1件発生し、内1件は約400mlの失血を伴うものであった。カンファレンスでは患者に不穏があり体動もあるため、ミトンやエアウォールで針固定を実施しなければならないことは情報共有できた。しかし、ミトン実施を忘れるなど、確認の甘さや責任感のなさとも取れるような内容のものがインシデントの原因としてあった。インシデント発生時はカンファレンスを行い原因分析、対応についての振り返りを含め今後取り組む課題を明確にした。今年度は、なぜその業務を行うのか根拠の部分具体的に話し合い情報共有して実施していくことが課題と考える。

【評価指標】

穿刺後のカンファや明日カンファ時に患者情報カンファレンス開催
ペア穿刺での安全確認

2) 各自が能力開発に向けて活動する

透析患者は重症患者から社会復帰している患者、高齢者の透析導入や認知症患者までその重症度には大きな幅がある。腎代替え療法を選択するには、医学的条件だけでなくライフスタイルや年齢など考慮して療法を選択する必要がある。療法にはそれぞれメリット・デメリットがあり、選択した治療方法が一生継続できるとは限らないが、それぞれの特徴を十分に理解したうえで、

ライフスタイルにあった治療方法を選択することが重要である。患者の「透析ライフ」を継続するために患者・家族を含んだ身体的・精神的・社会的な観点から総合的に患者を捉え、透析療法を患者の生活の一部として考え、透析治療のみならず、身体的ケアや心理的支援など生活全般を考えた看護支援が重要である。腹膜透析は現在2名の患者が実施しており、自己の能力開発は必須である。

各自が自己研鑽に力を入れられる、やりがいを感じられるような職場環境が必要であると考え。そこで、お互いが声かけを行いながら院内・外の勉強会への参加を促していけるような調整を行うとともに、知識の共有ができるよう伝達場を設ける。公費での学会・研修参加や、自費でも業務配慮をした研修やトピックス的な研修参加の場合は伝達講習を実施し、外部研修について自己申告し新しい情報などがあれば伝達していく事とする。

【評価指標】

合同カンファレンスの継続
伝達講習を行う

3. 統計資料

	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
①外来透析実施数	982	980	969	968	934	924	993	801	918	944	830	990	11233
②入院患者透析実施数	125	117	111	104	124	92	60	100	150	99	122	203	1407
①+②透析延べ数	1107	1097	1080	1072	1058	1016	1053	901	1068	1043	952	1193	12640
病室出張	3	0	1	7	1	2	0	0	6	21	11	5	57
腹水濃縮	1	0	1	1	0	2	2	1	0	2	2	0	12
LDL吸着	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血漿交換	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
G-CAP、L-CAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PMX	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CHDF	3	0	4	6	0	2	0	0	0	20	9	2	46
臨時ECUM	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	2	3	9
その他の療法(合計)	4	0	6	8	1	4	4	1	1	23	13	5	70
透析導入患者数	3	2	3	4	1	3	2	2	6	1	4	8	39
転院患者数	2	2	3	2	2	4	0	1	1	5	3	3	28
透析離脱患者数	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	67
死亡患者数	1	1	1	2	3	2	0	0	2	1	0	2	15
他院緊急入院	0	0	0	0	2	3	0	0	1	0	2	1	9
輸血使用患者数	1	0	2	2	1	4	4	0	4	5	2	5	24
シャント閉塞人数	4	1	0	2	2	1	1	0	1	0	1	1	14
PTA人数	4	3	0	2	2	1	1	0	1	0	2	1	17
臨時治療人数(実数含)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31
フットチェック人数	88	87	87	88	85	88	88	88	88	88	88	90	1053

IV-8-11). 訪問看護ステーション

管理者 山下 智寿

1. 部署概要

看護師 : 常勤 5名 ・ 非常勤 3名
 理学療法士: 常勤 4名 作業療法士: 常勤 1名
 事務員 : 常勤 1名 営業日 : 月曜日～金曜日
 体制加算 : 24時間対応体制加算・特別管理加算・サービス提供体制加算

令和2年度はコロナの影響で、できるだけ入院をせずに在宅で過ごしたいと、実績も昨年度より増加となった。特に終末期に対して、入院することで面会制限されるため、自宅看取りを希望されるという方もあった。退院カンファレンスを活用しながら、在宅と病院をつなぐ架け橋となり、利用者のニーズに合わせ、退院後の環境調整や、支援方法の検討を実践した。「自分らしく住み慣れた環境で安心して暮らせる」を目標に今後も協同していく。また富田林医療福祉センターとして、病院・富美ヶ丘荘と今まで以上に連携をとりながら、地域貢献を目指す。

* 令和2年度年間実績 (延べ) 訪問人数	1,929名	訪問件数	14,248回
新規利用者	116件	終了	92件
自宅看取り件数	17件	退院前カンファレンス	93件
緊急時対応	606件	月平均	50件

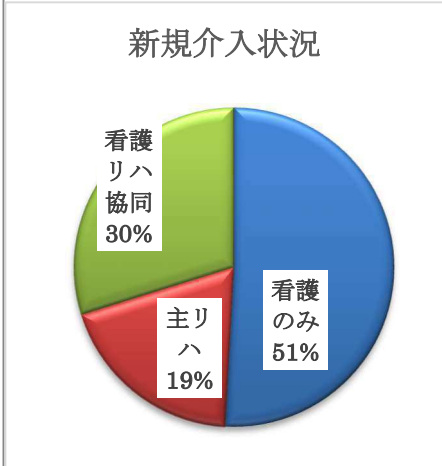
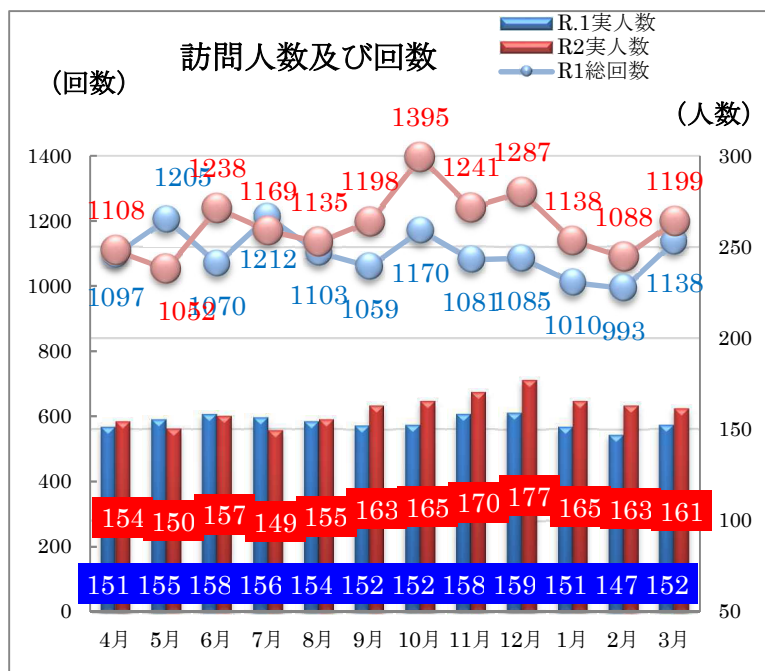
2. 活動実績

目標: 看護の質の向上

- 1) 入退院を通して、看護の継続ができる情報提供ができる
- 2) リハビリと協働し共通の視点で観察や指導を行うことができる

今年度は、看護部で看護研究に取り組んだ。「病棟における看護サマリーの活用の実態」と題し調査研究を行った。在宅から入院、そして在宅へと切れ目のない支援が継続できるよう、看護サマリーを通して情報提供の内容を見直す機会となった。セラピストとの協働については昨年引き続き月1回の会議を活用し、セラピストと看護師が担当する利用者に着目し、目標設定・評価・修正を継続している。利用者の目線で目標設定し、利用者さん自身にも達成感が実感できるよう支援に繋げることができた。

令和2年度 実績



美

1. 概要

教育委員会は看護部の方針、看護部教育方針に則り、「考えながら看護ができ、質の高い看護を提供できる人材を育成する」ため看護部全体の教育企画・運営を行っている。

教育委員会は、看護部の教育の中核を担い、その傘下に教育担当者委員会・実地指導者委員会・臨床指導者委員会、看護研究委員会を設けている。実地指導者委員会はラダーⅠ（新人看護師教育）、教育担当者委員会はラダーⅡ～Ⅲ（2年目～5年目看護師教育）、臨床指導者委員会は看護学生の臨床実習指導、看護研究委員会は各部署の看護研究実践の指導・支援を行っている。教育委員会は、教育担当副部長2名と師長5名、副師長2名、主任1名の計10名のメンバーで構成し、教育担当者委員会・実地指導者委員会・臨床指導者委員会、看護研究委員会の責任者の役割を担っている。それぞれの委員会には、各部署からスタッフを委員として選出し、毎月定例で会議を行い、OJTとoff-JTが結び付いた教育となるよう能力開発支援を行っている。

2. 教育委員会の活動実績

教育支援体制のもと看護職員が実践応力を積み上げて能力開発できるよう下記の目標を立てて活動を行った。

目標：クリニカルラダーに沿い個々の能力に応じた教育支援の推進

【活動実績】

1) ラダーに沿った教育支援

今年度11月に新病院移転が予定されていたことからラダー別研修計画は移転の時期となる2か月を外し計画することとなった。また、新病院建設工事のより講義室が使用できず、会場の確保も困難であった。それに加え新型コロナウイルス感染症の蔓延から4月の新入職員オリエンテーション内容から急遽計画の変更を余儀なくされた。そのため3蜜を避け、必要最小限の内容に修正、中央での集合教育ができなかったところは各部署で補うようにした。ラダー別の研修は参加人数の制限・研修時間の調整、同じ内容の研修を2回に分けるなどできるだけ開催できるよう工夫し院内の感染対策強化のもと実施することができた。

ラダーⅠ新人の研修については、精神的なフォローとなるワイワイ研修は時期を変更し野外ではなく体育館を借り感染防御ができる内容に変更、ランチョン研修は中止とした。教育委員会では各部署の新人看護師の状況・支援状況など共有した。（ラダーⅠ前期早々に3名退職）

ローテーション研修についてはラダーⅠ、ラダーⅡともに計画通りに実施できた。

実践能力開発の支援として、部署学習会・eラーニング視聴推進を図った。部署での学習会は小人数・短時間で実施できるため感染状況に考慮した開催が可能であった。そのため部署の特殊性を考慮した内容を企画し全ての部署が計画的に実施することができた。eラーニングは個々での視聴学習であることから各部署視聴を推進した。例年通りのラダー別研修の開催が困難な状況であったが、感染対策も徐々に定着し、移転後は会場の確保も容易となり、できる範囲最大限に実施することができた。

ラダー評価については評価の整合性を図るため、「ラダー評価における評価者の留意点」を作成し、各委員会内で検討し共通認識を図った。その結果前年度より評価の差異は若干是正された。

（ラダーⅠ保留2名病欠含む）今後も能力に応じた教育支援の実施と個々の能力に合った評価はレジネスの可視化となるよう次年度も引き続き実践能力育成への支援に取り組む。

【 令和2年度 看護部院内研修 】 *研修名の後の数字は研修回数を示す

対象	研修テーマ			
ラダーⅠ	入職時研修 (内容変更) トランスファー PNS KOMI 理論 看護必要度・看護記録 (中止)	トランスファー 医療安全 (インスリン・抗がん剤) 中心静脈カテ管理	看護技術 (採血・静脈点滴・口腔吸引) スキンケア フィジカルアセスメン ト	看護研究 院外リフレッシュ研修 (時期内容変更) ランチョンセミナー③ (中止)
ラダーⅡ	痛みの理解 退院支援の基礎 KOMI 理論 (2回) 訪問看護実習 (時期変更)	コミュニケーションスキル 救急急変看護技術 プレゼン (2回) 看護研究テーマの絞り込み (2回)	感染経路別対策 看護研究 ケーススタディ発表 (2回)	ローテーション研修 (期間調整)
ラダーⅢ	看護研究 (中止)	PNS (日時変更)	看護記録	医療安全 (SBAR)
エキスパート	輸液管理③ (中止)	看護研究③	臨床指導者 (中止)	災害看護 (中止)
看護補助者	排泄のお世話 医療安全 守秘義務	移動のお世話 チームの一員 全て開催	医療制度 接遇	感染予防 急変時の対応
トピックス	職業倫理 看護 ストマ基礎編	退院支援 (中止) ストマ応用編 (各部署)	疼痛緩和 スキンケア	終末期の看護 透析看護 (各部署)
臨床工学士による研修	きれいな筋電図波形 グラフィックモニターを患者から見る NIPPV マスクフィッティング 全て開催	輸液ポンプ操作 V-60 基本操作	シリンジポンプ操作	

【 令和2年度 外部研修参加者 】

今年度、外部研修も新型コロナ感染の影響で、申し込みのほとんど中止となり参加できなかった。後半にはWEB開催に変更されたものが若干参加となった。開催した学会はほとんどWEBとなった。

看護協会研修	46名 (WEB開催5)	その他研修3名
済生会関係研修	1名	学会14件 (内発表4件) (WEB 10件)

3. 教育担当者委員会の活動実績

活動目標

1. 看護実践能力の向上に向けて個別性のある教育支援ができる

【活動実績】

個別性のある教育支援について、各部署ラダーⅡ・Ⅲの対象者の支援には、教育担当者が中心にチームリーダーやクリニカルラダーⅣの看護師と連携を図り、PNSの4重の構造を活用した。

活動内容として、今年度のケーススタディへの支援は指導者が教育要綱のケーススタディの定義・評価・指導のポイントについて啓蒙し、予定表に沿って進めた。昨年からの課題であったKOMIケア理論を活用したケーススタディについては「KOMIケア理論3段重箱」の研修には考察を仕上げ受講することで、考察の再考ができ8月にはまとめることができた。これにより、指導者が共通の認識を持ち関わる事で、対象者全員が提出日に完成することができた。

今年度は教育担当者が「プレゼンテーション研修」を講義担当として実施した。効果的なパワーポイント作成や発表方法について講義し、研修の効果をケーススタディ発表会で確認することができた。これらの活動は教育の効果を学ぶ機会となり教育担当者の能力向上にも繋がった。発表会の運営については、対象者の人数より発表会を2回に分け開催した。1回目の発表会では会場の準備や運営に教育担当の連携の不十分さがあり、委員会で改善点を検討した。2回目の発表会は改善点をもとに修正したが運営スタッフの役割を変えて行ったため新たに課題が残った。そのため、運営方法について次年度担当が変わっても継続できるよう議事録に詳細を記載し残した。また、ケーススタディ書式や一連の指導方法についても可視化し、教育要綱の教育担当者資料を見直し改訂することができた。

技術チェックリスト未達成項目については、対象者の自己管理を促し、指導者は定期的に達成度を確認し、習得にむけ支援した。

年々対象者の経験年数とクリニカルラダー達成状況に差が現れると予測される。そのため能力開発への支援は個別を重視し看護実践能力の習得状況を可視化する必要がある。教育要綱のラダー達成の基準をもとに次年度も教育担当者を中心に4重の構造で対象の能力開発を支援する。

4. 実地指導者委員会の活動実績

目標：看護実践能力を身につけられるよう支援する

【活動実績】

実地指導者として「新人オリエンテーション」「新人年間予定表」「看護の振り返り日記」の3つのツールを活用し、PNSの4重の構造で新人看護師に関わり支援した。今年度はCOVID-19感染拡大に伴い研修体制の中止・見直しや、ワイワイ研修の延期など余儀なくされ企画する側も苦慮した年となった。その中で、「新人オリエンテーション」は、各部署で実地指導者が主体となり、実践能力を身につけられるように統一された用紙を用いて各部署で行った。昨年より、オリエンテーション期間を短縮したことで、早期にベッドサイドで患者と関わる時間を増やす事ができたが、部署の指導に偏りがあり課題となった。

「新人年間予定表」については、スタッフがスケジュールを把握できたという意見もあり、各部署で提示する方法を工夫して活用する事ができた。新人看護師が主体的を身につけられるように、年間予定表で研修日程を確認し、提出物が遅れないように自立に向けて支援した。しかし、毎年の課題であるフレッシュパートナーとのやり取りで、提出物の遅れもあったため4重の構造を活用し関わる必要があった。

「看護の振り返り日記」は、1日1場面を振り返ることで、看護に必要なことは何かを知ることができる。指導者も「人間とは」「看護とは」をKOMIの視点で振り返り共に学ぶ機会でもある。しかし、指導する側が中途採用者や知識の浅いスタッフはKOMI理論の関連書籍を活用し、看護に繋げる事ができるよう支援していく必要があった。指導者側にも業務の振り返りではなくKOMIの視点で看護が行なえているか、自身の看護について分析する機会になるよう関わる事が今後の課題である。

実地指導者やフレッシュパートナーが主体となり、日々の看護を振り返る事で看護観レポートやナラティブ研修に繋げることはできたので、看護の振り返り日記の重要性は評価できる。

「技術チェックリスト」については、今年度からステップⅡまでとし、達成率も70%に修正した結果、達成率は上昇した。救急時の技術等、経験できない項目については研修に参加しデモストで補う等の対処を行った。今後もあらゆる部署と連携を図り、新人看護師の育成を支援する環境を整えていく必要がある。

今年度は、COVID-19や新病院へ移転などなかで、メンタル面で部署移動、離職する新人もいた。ワイワイ研修においては、主任会と連携し実施することはできたが例年のように物作り（カレー作）といった方法ではなく、ゲームによる伝達から報連相やチームで成し遂げる事の重要性

については学ぶ事ができた。次年度は、COVID-19の影響から、実習経験の少ない新人も多く就職することが予測される。そのため、患者やスタッフとのコミュニケーションに戸惑い、離職に繋がるケースも考えられるため精神面でのサポートが重要である。

5. 臨床指導者委員会の活動実績

目標：学生が円滑に実習を受けることができるよう実習体制を整える

【活動実績】

学生の実習計画を理解し、三観を指導の軸として実習目標が達成できるよう活動を計画した。昨年度からの引き継ぎとして指導連絡票活用と統一した指導を目指し、また新病院移転に伴い実習指導マニュアル改定を計画した。しかし、COVID-19感染拡大により緊急事態宣言が発令され5月からの実習が中止となった。この間、新病院移転後のマニュアル改定は完成した。

11月 COVID-19感染症の減少により新病院移転後実習再開としたが、3波の到来とともに実習途中で再度中止となりすべての実習が中止となった。中止後次年度の実習再開に対して、感染症対策での実習オリエンテーションが行えるよう内容を簡素化した。その内容を動画にまとめるよう検討し、次年度動画でのオリエンテーション作成へ繋げる。

実習中止となり計画した活動ができず、また新しい病棟環境での実習指導の実施ができない1年であった。次年度も COVID-19感染による影響は続くと予測される。現時点で各学校から例年以上に実習依頼がある。当院は可能な限り実習を受け入れる方針であるため、新病院での実習が効果的に行えるよう検討する必要がある。学生は基礎の臨床実習ができず各論や統合実習となるケースが発生する。更に学生が実習目標を達成できるよう指導内容、活動内容を検討して詳細に計画し実習体制を整えるよう取り組む。

6. 看護研究委員会の活動実績

目標：教育的視点に基づき臨床看護研究を支援する。

【活動実績】

看護研究委員会は、本研究の看護研究指導と倫理審査会開催、ラダー教育の看護研究研修を行った。

まず本研究については、令和2年度は病院移転のため従来の調査期間での調査研究は難しいと判断し、令和3年7月院内発表会として1年半かけた長期計画で看護研究に取り組むこととなった。8部署が本研究に取り組み、年度内には研究計画書作成、倫理審査、調査、結果分析、論文作成（途中）を行い、院内発表会は次年度に持ち越した。また、外部講師研修は COVID-19感染拡大のため5月から6月に延期し、リモート研修で開催した。リモート研修は「視覚的にも確認できわかりやすかった」と研究者から好評を得、次年度以降も継続することとなった。しかし、研修会場での密を避けるため委員は自部署の指導しか立ち会えず、委員間での指導情報の共有が次年度課題となった。

倫理審査については、第2回倫理審査会までに条件付き承認を得たのは3部署だけで、研究動機が十分に整理できず難渋した部署もあった。今後は倫理審査会で研究者が動機・考えを整理して説明できるよう、部署の委員が日頃から研究者の思いを引き出して助言指導し、部署での指導だけでは困難な場合は委員会として早期から介入する必要がある。

ラダー教育の看護研究研修は、前年度までは教育委員会が担当していたが、今年度から看護研究委員会が担当することとなった。研修担当者を決め、ラダー別の目的・目標、前年度の講義内容・研修資料を参考に講義案を作成して実施し、感染対策のため会場変更や研修時間の短縮、座席の工夫を行った。事前学習にE-ラーニングを活用したが、どこまで有効に視聴できているかという意見もあった。これらの結果を踏まえ研修内容を見直し、次年度も看護研究研修を行う予定である。

今年度は COVID-19 の影響で学会中止や WEB 開催への変更が相次ぎ、前年度取り組んだ本研究のうち、院外発表を行ったのは 6 部署 7 題、論文投稿は 1 題であった。

【本研究テーマ】

部署	テーマ
3 A	A 病院における病棟看護師の内服に関する実態調査
3 B	PNS®における急性期病棟の臨床実地指導に対する実態調査
4 A	人工股関節全置換術後患者の退院後の思いと日常生活状況
4 B	A 病棟看護師の口腔ケアに関する認識と実際
5 B	地域包括ケア病棟における患者の内服自己管理移行に対する看護師の意識
外来	大腸内視鏡の検査説明への取り組み－Q&A 集の活用とその効果－
手術室	補聴器を外して手術を受けた高齢難聴患者の思い
訪問看護	病棟における訪問看護サマリーの活用の実態

【看護研究研修】

対象	研修名	対象	研修名
本研究	研究のプロセス	ラ ダ ー	I 看護研究の基礎
	外部講師研修 (1) 研究計画		II テーマの絞り込み
	外部講師研修 (2) 結果の読み取り		III 研究計画書の作成

【院外発表】

部署	テーマ	学会名
4 A	急性期病棟における認知症患者の安全ベルト解除に対する看護師の意識調査	医療安全の質学会 (WEB)
4 B	A 病院外科系看護師の術後せん妄に対する看護の実態調査	第 51 回日本看護学会学術集会－急性期看護－ (WEB)
外来	A 病院内科外来における外線電話対応の実態調査－外線電話の相談内容について－	第 51 回日本看護学会学術集会－看護管理－ (WEB)
手術室	術前看護外来による不安軽減の効果－新版 STAI を用いた評価－	第 34 回日本手術看護学会年次大会 (WEB)
手術室	手術室での事業者立会いにおける手術看護認定看護師の認識と実態調査	第 34 回日本手術看護学会年次大会 (WEB)
血液浄化	透析患者の事前指示書に対する思い	第 23 回日本腎不全看護学会学術集会 (WEB)
健診 C	生活習慣項目における受診 6 か月後の再検査における意識調査	第 61 回日本人間ドック学会学術集会 (WEB)

【論文投稿】

4B	A 病院外科系看護師の術後せん妄に対する看護の実態調査	第 51 回日本看護学会論文集－急性期看護－
----	-----------------------------	------------------------

IV-8-13). 業務委員会

担当副看護部長：小田紀子

1. 委員会概要

患者満足の高い看護サービスを提供し、看護の質を保証することを目的とする。看護職員の行動指針となる看護基準・手順を遵守し、安全な看護が実践されるよう定期的なマニュアル類の整備・開発を行う。また看護実践の証明として事実に基づいた看護記録がなされるよう、研修・監査・指導などの支援を行う。看護必要度に関しては定義を正しく理解し、適正な記録と評価がなされるよう看護職員全員に対し研修と継続監査を実施する。

委員会の構成メンバーは副看護部長が担当し、師長及び各部署代表として選出した看護師によって組織する。これらの活動により患者満足の高い看護サービスの提供及び、業務改善による職務満足度向上に向け取り組んでいる。

2. 活動実績

目標

1. 看護必要度の判定について研修、マニュアルの改訂を行い 29%をクリアできる
2. 院内で標準化された看護技術の提供ができるよう支援する

診療報酬の改定により、重症度医療・看護必要度の B 項目について「患者の状態」と「介護の実際」に分けた評価となり根拠となる記録が不要となった。また、当院は必要度 II を用いるため A 項目と C 項目についてはレセプト電算処理システムコードを用いた評価となることから看護師が入力する項目は B 項目のみとなった。つまり A 項目については汎用を着実に入力することが必要となった。昨年度までは全看護職員を対象に必要度研修を実施する必要があったが、今年度は現場で評価を行う職員のみで良くなったことから病棟で勤務する看護師に限定し研修を開催した。研修参加率は 100%であった、研修後に実施したテストの正解率は 88%であり間違いの多かった項目については継続して教育を行っていく。今年度は病院移転に伴い電子カルテが変わり、汎用や必要度の入力方法や確認方法が変更になった。そのため、移転当初は入力漏れが多く修正が必要な状況であったが、部署内での監査機能を明確にすることで入力漏れは減少している。今後も該当患者の割合が 29%維持できるよう活動していく。

看護手順の順守に向けた取り組みとして「点滴手順」「患者確認」についての監査を行った、「点滴手順」についてはダブルチェック時に投与経路が言えていないことや 3 点認証が正しく行えていない現状であった。「患者確認」については 80%以上実施できているという結果であった。しかし、インシデントレポートからはフルネームでの患者確認を怠っていたことによる発生が散見されている。患者確認を行わなくてはいけないことは認識として持っているが、その時の状況でやらない（やれない）ことが予測される。次年度も定期的な監査を行い意識的に手順が順守できるよう現場教育を行っていく。また、患者教育も行い患者とともに医療安全が行える風土になるよう継続して活動していく。

IV-8-14). リソース会

1. 概要

病院方針や看護部の理念、基本方針を受け、特定の分野に対し専門性を推進し、実践による質保証や活動の場の拡大に取り組み看護の質の向上を図ること、患者・家族・職員の権利を守る為に倫理的な問題や解決を図ることを目的とし、教育、実践、相談を検討する会として設置された。現在、9つの分野（感染管理、がん性疼痛看護、皮膚・排泄ケア、透析看護、救急看護、手術看護、緩和ケア、がん化学療法看護、認知症看護、）10名で構成されている。各専門領域が協働し目標に向けた取り組みを行っている。

2. 活動実績

目標：各専門分野における活動を通して、組織の中での看護の質の向上を目指す

- 1) 各 CN による出張講座を行うことで現場力を高める
- 2) リンクナースの育成により、次世代育成に繋げる

【感染管理 CN】

耐性菌検出率（MRSA・ESBL・CD）、1患者1日あたりの手指消毒回数、中心ライン関連血流感染（CLABSI）サーベイランスを実施した。検出率はMRSA0.89から1.19、ESBL0.71から0.8と共に増加していた。手指消毒回数は昨年度と比較し微増している病棟と、減少している病棟があるが、病院全体としてはまだまだ少ない状況である。

毎週のICT/AST回診の他、部署への感染対策ラウンドを行い、感染対策の実践評価、助言を行った。職業感染予防を図るため、流行ウイルス感染症（麻疹・風疹・水痘/带状疱疹）・B型肝炎・インフルエンザワクチン接種を行っている。

新型コロナウイルス感染症関連では、全職員を対象に手洗いや医師・看護師、その他の専門職を対象に個人防護具の着脱演習、マニュアルの改定、発熱外来担当、ゾーニング設定、曝露職員のPCR検体採取・就業制限の助言などを行った。また、地域の身体障害者施設・介護保険施設へのラウンド5施設、講演を実施した。地域連携加算関連では、加算1施設相互ラウンド、加算1加算2施設情報交換、南河内感染対策ネットワーク研修会に参加している。

【皮膚・排泄ケア CN】

スキンケアを基盤とし、WOCN2名で院内（外来・病棟）・院外のケア、スタッフ教育に関わった。院内研修は、ラダーIスキンケア、ストーマ（基礎）、スキンケア、褥瘡管理の計4回実施した。

褥瘡においては、褥瘡対策委員会での担当メンバーに向けた勉強会を実施した。院内褥瘡発生率が2019年に年平均1.52%と1%を越えたが、2020年は0.98%を改善した。

ストーマ外来は、外来、外科・泌尿器科病棟の担当看護師が中心となり行っている。医師と共同し、他院でストーマ造設した患者や当院訪問看護を利用している患者を積極的に受け入れている。また、排尿自立指導料の算定をH28年6月から行っており、週2回（火・金）ラウンドを継続している。

院外活動として、ストーマケア講習会の世話人やインストラクターとして地域貢献を行っている。

【がん性疼痛看護 CN】

がん患者・家族の苦痛を緩和する為に、病棟・外来を問わず組織横断的に活動を行っている。対象は、診断・治療期から終末期まで、時期を問わない。

2021年度の緩和ケアラウンドでは、緩和ケア委員会メンバーと協働し、述べ92人へ介入を行っ

た。また、病状説明などへの同席や患者・家族の希望に応じた面接を通し、発病への衝撃や苦痛の緩和を図り、治療に臨めるよう意思決定支援などを行った。

また、疼痛評価や薬剤療法の適切な使用と管理、効果の評価を行い、多職種とも連携をし、主治医へも情報提供して対策法について提案していくようにしている。リンクナースに対しては、委員会の時間を活用し、事例や教材を通して緩和ケアに関する知識・技術の指導や相談に対する問題解決への支援を行っている。2021年度はACPに対する教育について、全職員を対象に院内研修を2回実施した。今後も現場の看護の質の向上が出来るように支援していく。

【透析看護CN】

令和2年度の活動として、糖尿病性腎症指導外来の運営、院内教育、病棟ラウンドを主に行った。令和2年度の糖尿病性腎症指導外来は53件の指導回数であった。また、糖尿病性腎症指導外来以外にも、腎臓内科から腎代替え療法の説明依頼が12件あったため引き続き、担当医と相談しながら患者数アップに努めていく必要がある。また、PDが導入となり4名の患者が施行している。外来、病棟のスタッフ教育を行い、外来対応マニュアルや、緊急時の対応マニュアルなど作成し実施した。しかし、外来、PD対応に取り組めるスタッフが少ないため育成教育を視野に入れた活動が必要である。

【救急看護CN】

2020年度は、全世界的に新型コロナウイルス感染症によるパンデミックの状況であり、常に患者対応でも感染対策が重要となった。特に、救急対応においては、十分な背景や経過がわからない状況での対応が強いられ、医療安全管理室と感染管理CNと共にスタッフのPPEに対する指導を行った。

また新型コロナウイルス感染症の重症化に伴い、新型コロナ感染疑いもしくは陽性患者の急変対応マニュアルと挿管手技の手順を作成し、それをもとに全医師と新型コロナ患者対応に従事する医療従事者への技術研修を行った。医療安全管理室と連携を図り、急変時事例の内容確認4件、薬剤間違いなどの症例2件についてはカンファレンスを実施した。また急変シミュレーション3部署、吸引研修（理学療法士対象）、挿管訓練1部署など各部署のスキルアップ研修の指導を行った。

院外研修においては、日本救急看護学会学術集会のWEB開催に参加した。

新病院の移転に伴い、避難経路の確認を行い、避難経路の検討とそれをもとに新病院移転後に病棟での火災訓練を行い問題点の抽出ができた。部署における災害机上訓練や災害アクションカード内容の確認などの相談に応じて指導を行った。

次年度は、急変事例の読み取りの継続から各部署でのカンファレンスの取り組みを実践し、全体で共有することで急変の早期発見と迅速対応に繋げ、現場の急変時対応の向上に取り組む。新病院対応できるよう災害マニュアルの整備を行い、活用できるよう周知徹底に努める。

【手術看護CN】

患者への精神的支援に向けて「手術サポート外来」を37名に実施した。看護研究「術前看護外来による不安軽減の効果—新版STAIを用いた評価—」を日本手術看護学会でWEB配信のポスター発表を行った。また、同学会への論文投稿を行った。

術前から術後にかけての情報収集・看護実践・評価から手術看護の質の向上を目的に、術前訪問と術後訪問を積極的に行うようにスタッフへの動機付けを行った。そのため、術前実施率は87.3%（昨年度77.5%）、術後訪問は352件（昨年度20件）実施できた。

COVID-19患者の入院を受け入れるため、手術を行う場合を想定して、「COVID-19手術室対応マニュアル」を作成した。

院外活動として、手術室でのCOVID-19対策、手術部位感染（SSI）、リーダーマネジメントについて執筆を行った。また、看護学校より手術看護の非常勤講師の依頼があり、看護学生への講

義を行った。その他に、日本手術看護学会のワーキングメンバーとして、器械出し看護を臨床工学技士とタスクシェアできるように「清潔野補助業務に係る教育制度の構築」を目的に e-ラーニングシステムを作成した。

次年度は術前看護外来を全ての予定手術患者に実施できるように。患者支援センターの入院説明時に手術室看護師が介入できる環境・システムを整える。手術室教育としては、実践力・感性を磨くために、シミュレーション・カンファレンスを定期的に行う。そして、引き続き、院外での地域に向けた活動を行い、「手術をするなら富田林病院」と思ってもらえる質の高い手術看護を実践していく。

【がん化学療法看護 CN】

抗がん剤を投与する際、自然滴下式のドリップアイを全部署で使用できるようにした。輸液ポンプを使用しないと困難な事例の場合は、必ず 1 時間ごとにポンプを外し自然滴下の有無のチェックを行うなどマニュアルを作成。

化学療法委員会でケモパス（外科のケモ患者中心）の作成を行った。パスの作成によって患者への説明内容の抜けがなくなり、ケモ室オリエンテーションにつながっている。他部署は、既存の「外来ケモオリエンテーション連絡票」を活用している。オリエンテーションでは副作用に対する不安や治療を継続していくことへの不安等について傾聴を中心に患者支援をしており、必要時は薬剤師と共有している。

輸液管理研修を化学療法委員会で任されるようになり研修の実施、筆記・実技テスト内容の作成と実施までを委員が中心で行った。

IV ナースの応援拡大により時間経過で投与速度が変化する薬剤（2 種類）のアップのタイミング、観察項目やバイタルサインの測定時間がわかるチェック表をそれぞれ作成した。また抗がん剤を初回投与する時に過敏症状が出現しやすくなるため、初回投与であることがわかる表示を作成し、観察に注意が必要なることをアピールするようにした。

自宅で抗がん剤投与（CV ポート）を行うためのインフューザーポンプを使用する患者の増大を受けて、CV ポート使用時の注意点や、自己抜針のための手順を作成し外科病棟へも啓蒙を行った。

がん患者指導管理料に関しては管理料 1 が 11 名、管理料 2 が 3 名であった。そのほかアピアランスケアやカウンセリング以外で介入した患者は 16 名だった。

【認知症看護 CN】

各病棟から依頼があった患者に対して認知症ケアチームでラウンド（2 回/週）

ラウンドは月・木曜日で月曜日は、岡江医師と認知症看護認定看護師で主に新規の介入依頼があった患者と関わりが困難な患者をラウンドした。木曜日は上記メンバーに加えて、OT や MSW と共に各病棟に行き、その日の ML と対象患者のケアや関わり方、抗認知症薬や抗精神病薬の調整などのカンファレンスを行い、記録に残している。

令和 2 年度からせん妄ハイリスクケア加算取得に向けて、せん妄パンフレットを入退院支援センターだけでなく各病棟に配置した。またせん妄のチェックリストを作成して、チェック項目に該当する患者に対しては、全員入院時に患者本人及び家族にせん妄パンフレットでせん妄の概要やケア方法等説明するように整えた。せん妄予防できるように、またせん妄遷延を防ぐことができるように、チェック項目の中で STEP2 に該当する患者に対しては、DCT 回診リストに挙げてもらい DCT メンバーがカルテをチェックして患者の状態を観察して、少しでも安心して安全に入院生活を送っていただけるように検討している。せん妄チェックは、内科入院は入院時・7 日目・14 日目、外科系で手術を受ける場合は入院時・1 日目・3 日目・7 日目・14 日目にチェックするようにした。以上のことを病棟スタッフに周知するように、文章を作成して配布するだけでなく DCT 委員会や業務委員会、師長会などで説明して 6 月から開始している。せん妄のパンフレットで入院時に説明することは徹底できるようになっているが、せん妄

予防のケアや入院後の評価についてはまだまだできていない状況であり今後の課題である。DCT 委員会メンバーのリンクナースを育成し、そこからリーダーシップをとってもらい全体に波及するように呼び掛けていくことを継続していく必要がある。

研修については、栄養課の大中課長とコラボレーションして「食べることをあきらめないで」というテーマで、認知症患者に対して食事のケアに焦点を絞って研修を行った。大中課長からは管理栄養士の視点で、食事ケアで注意してほしいことや観察してほしいことなどを講義した。DCN からは 4 大認知症のそれぞれの特徴からどのような食事ケアが効果的なのか、またなぜ食事を食べないのかを色々な方向からアセスメントしてケアしてもらいたいことを伝えた。コロナ禍で人を集めて研修することができなかつたため、動画を作成して電子カルテの共有フォルダーに入れて、看護職全員に見てもらおうようにした。次年度は身体拘束についての研修を行い、倫理的な視点やパーソンセンタードケアを実践していけるように呼び掛けていく。

【緩和ケア CN】

緩和ケアチームの活動や緩和ケア委員会活動においては、がん性疼痛看護 CN の活動内容に準ずる。

緩和ケア領域としては心不全や COPD などの非がん患者も対象であり、苦痛緩和だけでなく ACP に基づいた意思決定支援も必要である。R2 年度では院内での意思決定支援にまつわる指針を作成。続いて、ACP の基礎から解説した動画配信での緩和ケア講演会を 2 回実施した。具体歴な症例に基づいた説明を加え、院内全体でイメージできるよう取り組んでいる。ACP の講演会は R3 年度でも継続して配信予定であり、院内で ACP の周知だけでなく院内スタッフが共通の認識で使用できるツール作成も目標にしている。

【摂食嚥下障害看護 CN】

摂食機能療法の算定については、今まで ST により実施されていたが、新病院に移転後、ST は疾患別リハビリテーションを算定することになり、摂食機能療法は看護師が毎日実施することになった。毎週火曜日の活動日に 1 週間の新入院患者の中から、嚥下スクリーニングの点数が高く嚥下障害が疑われる患者を対象として回診を行い、その後 ST と情報交換により、摂食機能療法の適応になりそうな患者をピックアップしている。対象者に対して部署の看護師に訓練を行ってもらえる様に、訓練内容を部署の看護師に説明し、実施状況やコストが算定できているか確認してきた。

令和 2 年度より経口摂取回復促進加算を取得するために摂食嚥下委員会を立ち上げ、耳鼻科医師、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士の 5 名で委員会を開催した。加算対象者がおらず、薬剤師の参加も望めなかつたため現在加算の取得はできていないが、委員会は現在 1 回／月開催しており、入院時の嚥下スクリーニング方法の変更、耳鼻科受診方法の統一化、摂食機能療法、経口摂取促進加算対象者のケアカンファレンスなどの検討を行ってきた。

院外活動としては、富田林介護保険事業者連絡協議会（縄なわねっと）より依頼があり、2 月 24 日「摂食嚥下障害のある方の食事の援助について」ZOOM で開催し、近隣の施設や訪問介護事業所より 34 名の参加があった。

感染制御室

1. スタッフ

室長：窪田 剛

感染管理認定看護師：奥田 賢次

薬剤部：吉田 尚史

臨床検査：喜多いづみ

2. 基本理念

患者、医療従事者及び施設へ出入りする人の医療関連感染防止、感染症発生・拡大を防止する

3. 基本方針

- ・アウトブレイクや異常な感染症が発生した場合は、その原因を明らかにし改善策の立案、職員へ周知する。
- ・回診やラウンドを行い、感染対策状況を把握し、必要に応じ介入と指導、啓発を行う。
- ・感染症の発生状況を把握するシステムとしてサーベイランスを行い感染対策に活かす。
- ・耐性菌の検出、抗菌薬の使用状況を把握し、必要時は介入する。

4. 活動実績

1) ICT/AST 回診・感染対策ラウンド

2) ICT 部会

3) 新型コロナウイルス感染症対策

- (1)マニュアル改定 病院移転後の発熱外来、ゾーニング、就業制限
- (2)研修（個人防護具の着脱と手指衛生）
- (3)職員曝露者の対応

4) 地域連携関連

- (1)加算 1 施設相互ラウンド 運動器ケア島田病院 → 済生会富田林病院
済生会富田林病院 → PL 病院

- (2)加算 1 加算 2 合同 書面による情報交換（年 4 回/日）

- (3)南河内感染対策ネットワーク調整会議・研修会参加

(4)新型コロナウイルス感染症関連

- a)近隣施設ラウンド 介護保健施設「さやまの里」身体障害者施設「梅の里ホーム」「四天王寺やわらぎ苑」
「桜花塾」サービス付き高齢者介護ホーム「D-Festa」

b)研修会

特別養護老人ホーム「富美が丘荘」・大阪狭山市介護施設・富田林市社会福祉施設

5) 職業感染対策関連

予防接種：B 型肝炎・麻疹・水痘・風疹・インフルエンザ・带状疱疹

感染症針刺し対応の相談

6) 医療関連感染サーベイランス

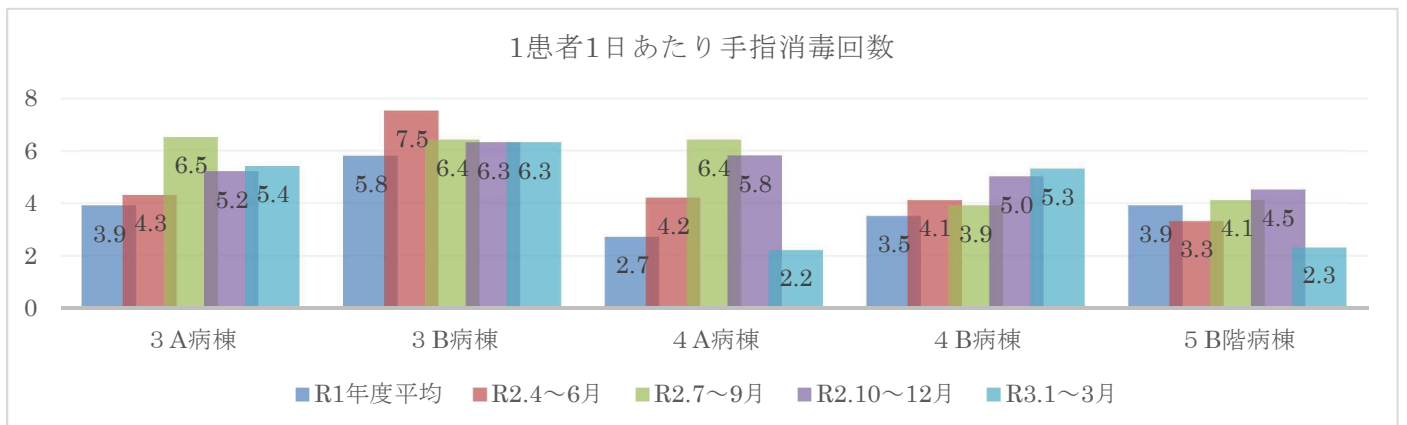
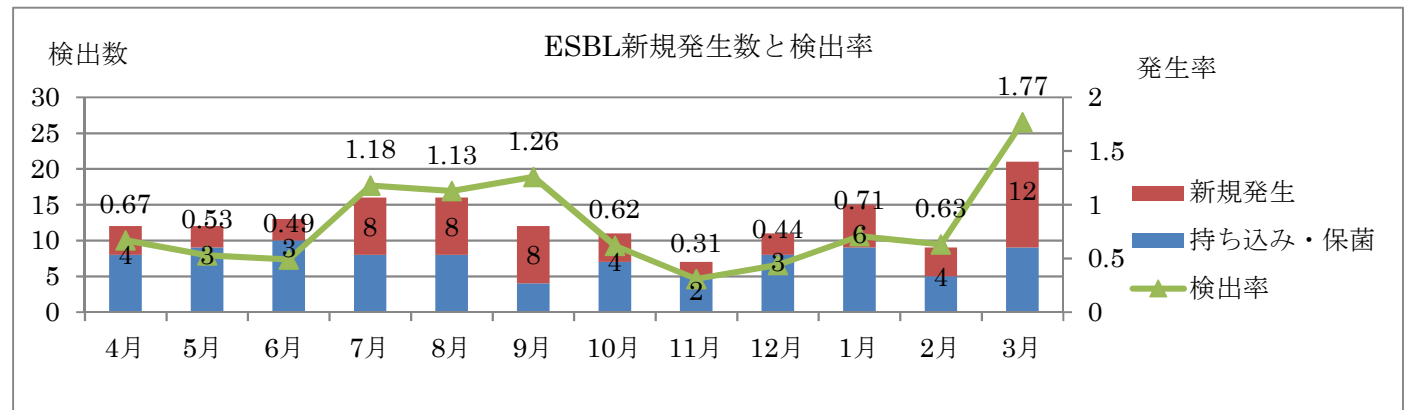
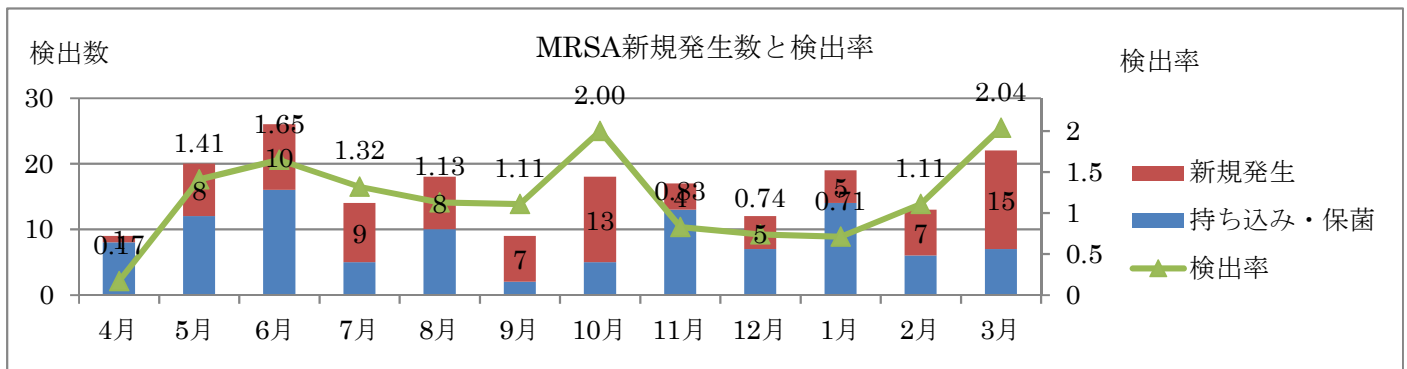
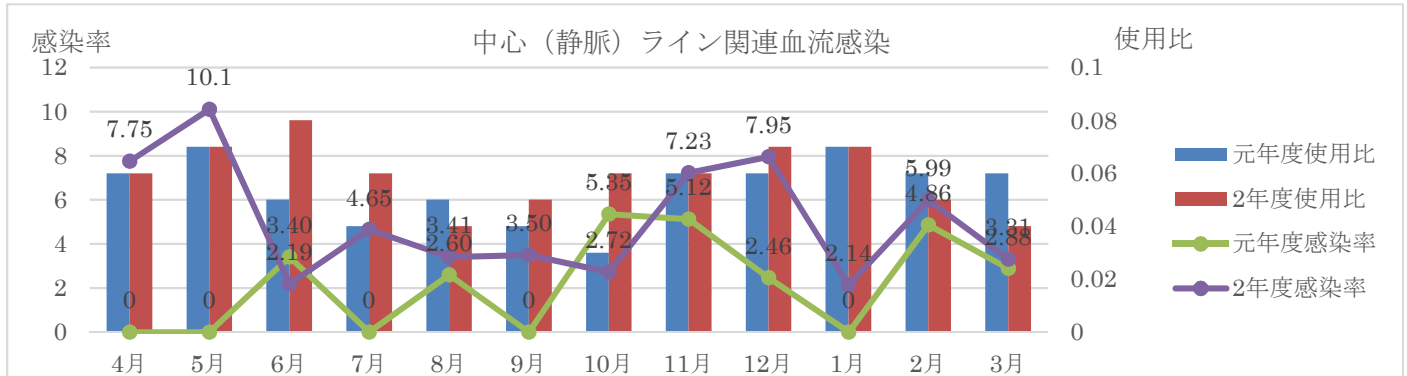
中心ライン関連血流感染・耐性菌（MRSA・ESBL・CD）手指消毒剤請求量

7) 保健所関連（感染症発生報告、結核接触者検診の結果報告等）

今後の取り組み

- ・アウトブレイクの予防と早期発見・対応
- ・感染対策の確認、指導
- ・感染対策研修

資料関係



医療安全管理室

1. 部署概要

1) スタッフ

室長：山岡 伸行

副室長：谷口 貢

専従リスクマネージャー：磯邊 みどり

医療安全担当事務：中村 祐介

2) 業務内容

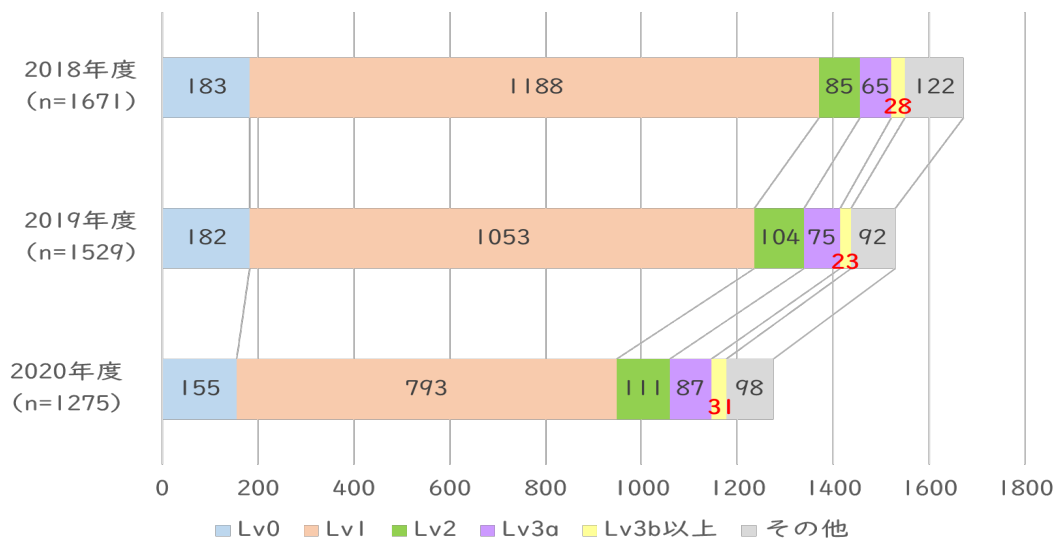
- (1) インシデント、アクシデントレポートの情報収集及び分析、対策立案
- (2) 院内での全死亡事例患者の確認及び報告
- (3) インシデント、アクシデント事例のスタッフへの通知
- (4) インシデント、アクシデント対策立案の評価
- (5) 医療安全管理のための教育研修の企画および実施
- (6) マニュアルの作成、修正
- (7) 現場ラウンド
- (8) 患者、家族、スタッフからの相談対応

2. 活動実績

1) インシデントレポート報告状況

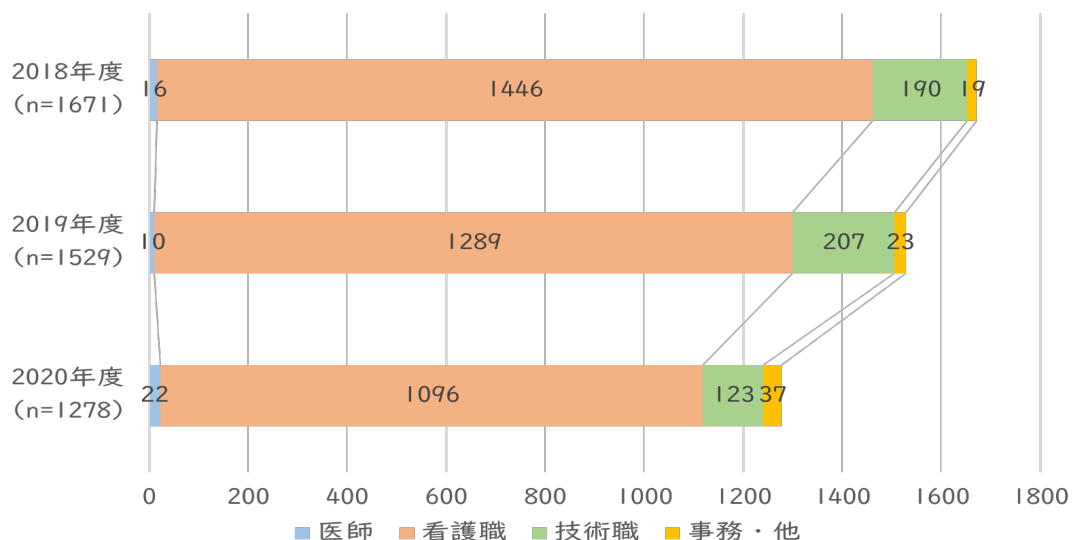
(1) インシデント、アクシデント報告件数（前年度比）

インシデント 1146 件 (-271 件)、アクシデント 31 件 (+8 件)、その他 98 件 (+6 件)



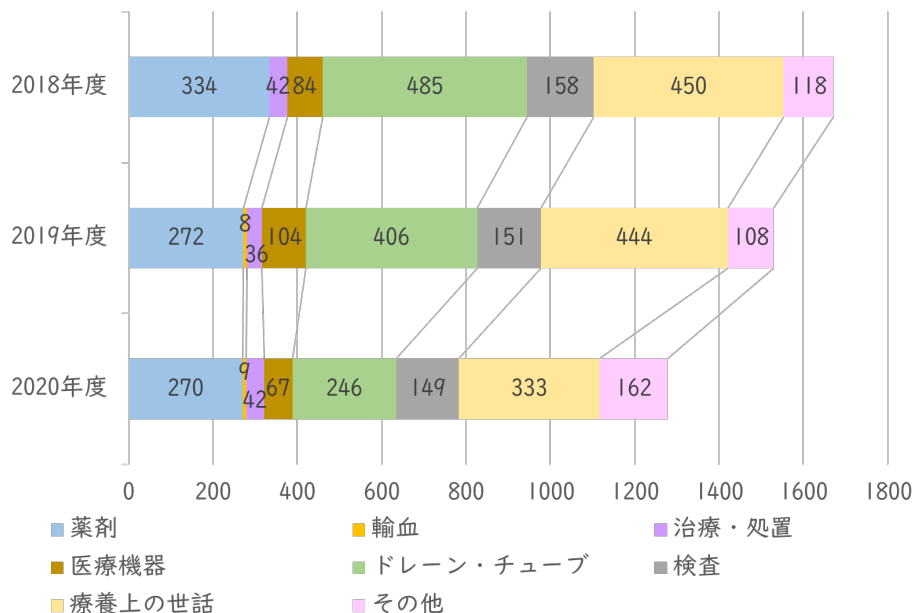
(2) 職種別報告件数（前年度比）

医師 22 件 (+12 件)、看護師 1096 件 (-202 件)、技術職 123 件 (-84 件)
事務職 37 件 (+14 件)



(3) 分類別報告件数

薬剤 270 件(-2 件)、輸血 9 件(+1 件)、治療・処置 42 件(+6 件)、医療機器 67 件(-37 件)、ドレーン・チューブ類 246 件(-160 件)、検査 149 件(-2 件)、療養上の世話 333 件(-111 件)、その他 162 件(+54 件)



2) 医療安全ニュース

No	発行日	内容
18	第1号 4/22	抗がん剤漏出
19	第2号 5/1	使用済の麻薬（外用薬）紛失
20	第3号 5/28	神経麻酔系コネクタ変更の案内
21	第4号 6/10	医療関連機器圧迫創傷
22	第5号 7/1	せん妄ハイリスク加算
23	第6号 9/1	周手術期の女性ホルモン薬休薬
24	第7号 3/2	エスラックス（毒薬）のバイアル廃棄
25	第8号 3/8	経腸栄養関連コネクタ導入

4) 研修

No	実施日	内容	対象
1	4/2	入職時オリエンテーション	入職者
2	4/22	ハイリスク薬剤「インスリン製剤」	看護師ラダーⅠ
3	8/6-9/25	COVID-19 挿管シミュレーション	医師、看護師
4	9/16	KYT (危険予知トレーニング)	富美ヶ丘荘
5	11/30	SBAR	看護師ラダーⅢ
6	12/24	気道管理	4B 看護師
7	1/9	救急・急変看護技術	看護師
8	2/8-2/26	誤接続防止コネクタ (DVD)	看護師
9		ACP① (緩和ケア委員会と合同、DVD)	全員
10		ACP② (緩和ケア委員会と合同、DVD)	全員

5) 医療安全ラウンド (監査表を用いて監査)

	内容
5月	中央手術室、訪問看護
6月	5B、外来、血液浄化
7月	4A、4B、3A
8月	3B、5A
12月	中央手術室、訪問看護、医療機器管理室
2月	4B、理学療法科
3月	4A、3A、外来、栄養課、臨床検査科、放射線科、健診センター、地域連携室

6) 相談対応件数 (前年比)

総数 90件 (-24件)

患者、家族からの相談件数 7件 (+4件)

スタッフからの相談件数 83件 (+20件)

3. 2021年度 活動予定

(1) 移転後の医療安全マニュアル改訂

(2) 各部署での急変事例振り返りカンファレンスへの参加

(3) 他職種合同による転倒予防ワーキングの立ち上げ

★論文等

論文名	執筆者	掲載誌名	巻号・頁・年月
地域医療を復活させるために必要な医師は総合内科専門医で	宮崎 俊一	NEWSLETTER	No.103 2020 春・夏 P.2
私の循環器医人生を振り返って	宮崎 俊一	臨牀と研究	通巻1149号(令和2年9月20日発行)
Ⅲ診断基準と成因について ②たこつぼ症候群の成因と病理	宮崎 俊一	たこつぼ症候群 これまでの歩みと未来へのメッセージ	P.41~47

★国内学会・研究会・シンポジウム・講演会・ポスター発表

演題名	演者(共同演者含)	学会名	年月・場所
総合診療・家庭医療コアシリーズ4 病院総合医のコンピテンシーを考える 「新専門医制度における新内科専門医」	宮崎 俊一	第11回 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会	2020/5/30(土)10:00~11:30 Web開催
演題番号:135 多彩な腎病変を伴う動脈硬化病変の1例 (総合内科、循環器内科)	宮崎 俊一(米田 雅美、太田 一成、藤澤 奈央、今西 茜衣里、窪田 剛、谷口 貢、更谷 紀思)	第231回日本内科学会近畿地方会	3/13(土)14:13~14:48 Web開催
当院におけるESWLの結石効果と Dual Energy Imaging CT値の検討	國重 玲紋 (今西 正昭、畑中 祐二)	第70回日本泌尿器科学会中部総会	2020.11.13・石川
当院におけるESWLの結石効果と Dual Energy Imaging CT値の検討	畑中 祐二 (今西 正昭、國重 玲紋)	第76回大阪泌尿器科臨床医会学術集会	2020.11.7 天王寺
腰部脊柱管狭窄症の特異的臨床評価はロコモ25と関連し、ロコモを示すカットオフ値が存在する	荒木 正史	第49回日本脊椎脊髄病学会学術集会	2020.9・神戸市
International clinical evaluations for lumbar spinal canal stenosis correlate with locomo 25 and have cut-off value to show locomotive syndrome	荒木 正史	第93回日本整形外科学会学術集会	2020.5・福岡市(オンライン)