
大阪府済生会富田林病院 年報



2023年度
(令和5年度)

年報の発刊にあたって

院長 宮崎 俊一

これまで新型コロナウイルス感染症の猛威に医療全体が大きな影響を受けてきましたが、2023年(令和5年)5月より感染症法の位置づけが2類から5類に移行したことで、経済活動が活性化し社会全体も大きく変化し、その社会の大きな変化に対応する年となりました。5類移行後、発熱外来はなくしたものの、外来、入院を問わず感染症患者の受け入れを継続して行いました。新型コロナウイルス感染症やインフルエンザの流行もありましたが、各科で発熱患者に対応し患者のニーズに応え、患者の負担を軽減できるよう取り組んでまいりました。

2023年(令和5年)9月には制度の見直しにより国から紹介受診重点医療機関として指定を受け、「初診時選定療養費」の改定を行いました。

また、2023年(令和5年)10月には、コロナ禍により中止をしておりました市民公開健康講座を再開することができました。地域のご協力いただいた医療機関や行政関係、ご参加いただいた皆様にこの場をお借りしてお礼を申し上げます。

当院はこれからも患者様に安心安全の医療を届けられるよう職員一同、切磋琢磨して質の高い医療サービスの提供に取り組んでまいります。

令和6年11月

目 次

I. 現 況

1. 概 要	3
2. 沿 革	4
3. 施設認定等	7
4. 組織図	8
5. 院内管理体制	9
6. 院内会議・委員会	10

II. 統計資料

1. 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	11
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	11
3). 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ	12
4). 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ	12
5). 外来及び入院の月別 1 日平均患者数の推移	13
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	14
7). 平均在院日数の年度推移	15
8). 病床利用率の年度推移	15
9). 救急車搬送患者数 (年度別・月別)	16
10). 手術件数 (年度別・月別)	17
11). 紹介患者数・紹介率	18
12). 逆紹介患者数・紹介率	19
13). 内視鏡件数 (年度別・月別)	20
14). 人工腎臓件数 (年度別)	20
15). 減免取扱患者数	21
16). 患者送迎バス利用状況	22
17). がん登録統計	23
18). 国際疾病分類統計 (I C D - 1 0 別退院患者数)	23
19). 職員の健康診断受診率	24
20). 職員のインフルエンザ予防接種率	24

2. D P C データを用いた病院指標

1). 年齢階級別退院患者数	25
2). 診断群分類別患者数等 (診療科別患者数上位 5 位まで)	26
3). 初発の 5 大がんの病期分類別症例数	29
4). 成人市中肺炎の重症度別患者数等	30
5). 脳梗塞の I C D 1 0 別患者数	31
6). 診療科別主要手術の術前・術後日数 (診療科別患者数上位 5 位まで)	32
7). その他 (DIC、敗血症、その他の真菌症及び手術・術後の合併症の発生率)	35

Ⅲ. 教 育		
1. 教育研修会（講演会）行動結果	.....	36
Ⅳ. 部門別動向		
1. 薬剤部	.....	39
2. 臨床検査科	.....	42
3. リハビリテーション科	.....	47
4. 放射線科	.....	49
5. 医療機器管理室	.....	60
6. 健診センター	.....	66
7. 看護部	.....	70
1). 看護部	.....	70
2). 3 A病棟	.....	74
3). 3 B病棟	.....	75
4). 4 A病棟	.....	77
5). 4 B病棟	.....	79
6). 5 A病棟	.....	81
7). 5 B病棟	.....	85
8). 中央手術室	.....	88
9). 外 来	.....	93
10). 地域医療連携室	.....	95
11). 血液浄化センター	.....	97
12). 訪問看護ステーション	.....	99
13). 教育委員会	.....	101
14). 業務委員会	.....	107
15). リソース会(認定看護師会)	.....	108
8. 感染制御室	.....	112
9. 医療安全管理室	.....	116
Ⅴ. 医療講演会等	.....	120

I-1. 概要

(令和6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260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 MRI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、MRI（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） [病床数：一般病床260床]
2021年	11月	新病院グランドオープン
	11月	新病院 竣工式

I - 3. 指定・認定

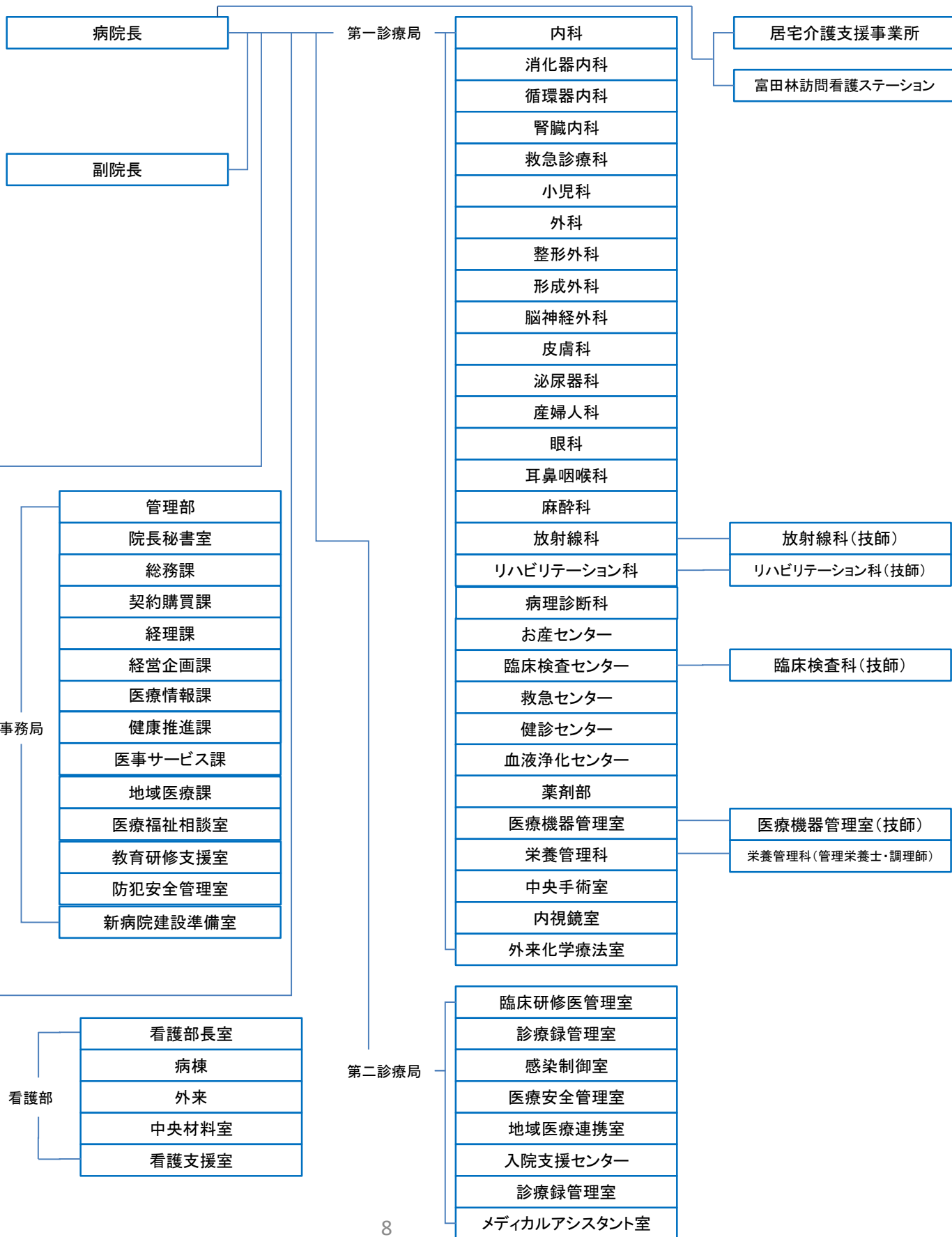
〈指定医療機関〉

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	

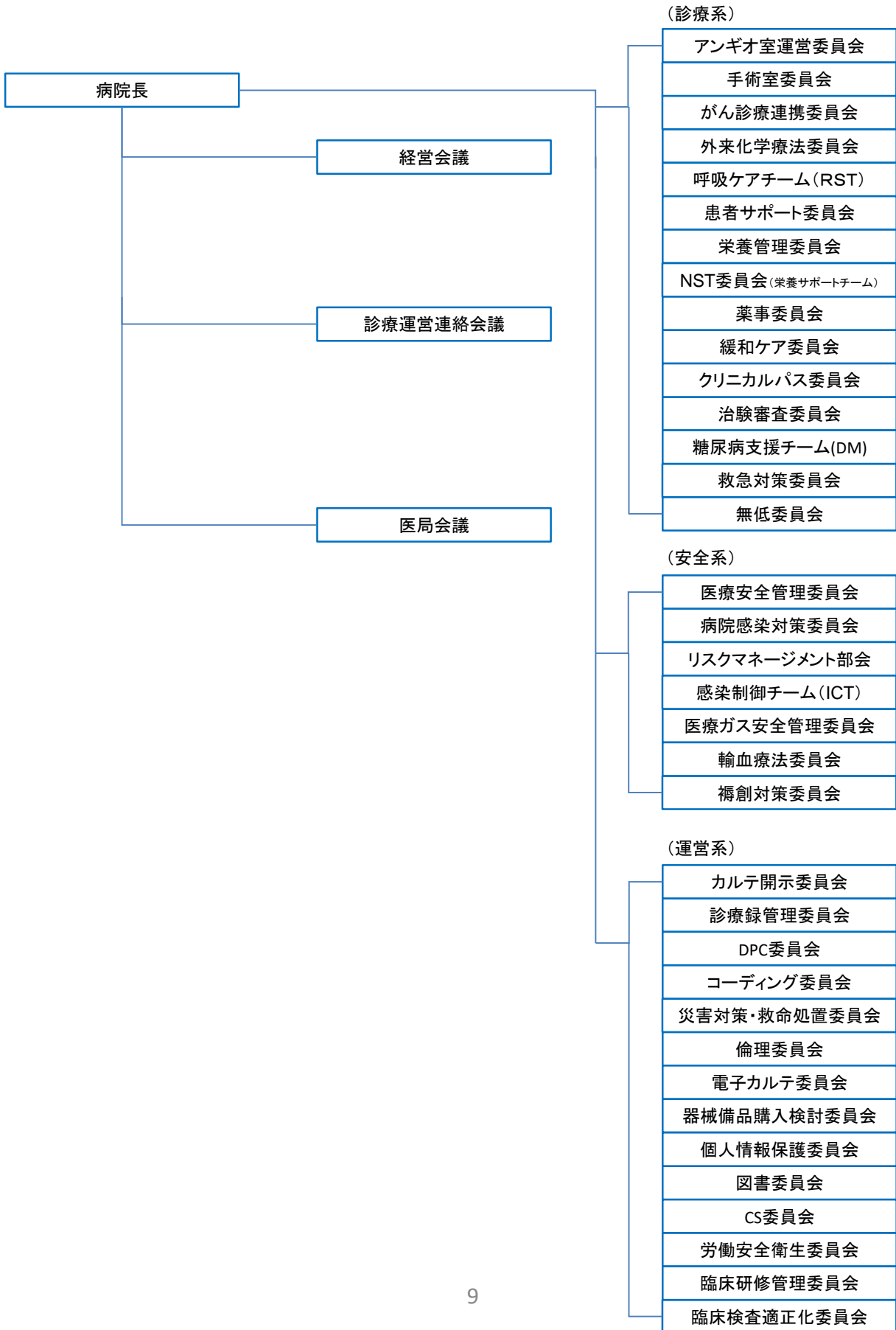
〈各種学会認定医制度研修施設〉

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 (2023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	吉田		松本	恩地			新田	
2	リスクマネジメント部会	磯邊	医療安全管理室	永井 加藤(雪)磯邊 小田 山下 堀川 今村 畑 森寄 尾崎 岡田 加藤(一) 浦部 小西	石川	田村	田中	松原	島崎	大中	井添・鎌田・ソラスト	
	安全対策推進部会	磯邊	医療安全管理室	多田 磯邊 岡田(由) 阪上 岡村 川上 馬所 吉田 飯野 宮城 西川								
	患者サポート部会	六波羅	医療福祉相談室	六波羅 山下 田中(万) 島田 坂本 大森	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 藤原 田中(万) 池田 澤野 中阪 小杉 山本(干) 槻木	日野	國弘	竹綱	岡田	西田		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		松本				木林・新田	
4	医療ガス安全管理委員会	中村	総務課	小田 尾崎	日野			恩地			舟橋・中川	
5	労働安全衛生委員会		総務課	奥田 今村	渡邊	渡邊	竹綱	松原			小谷・今井・前田・井澤・水野	
6	放射線安全管理対策部会	柳生										
7	労務改善委員会	今西	総務課	永井							岩瀬・井添・前田	
8	CS委員会	畑中	総務課	今村 塚本 石田 野口 大谷 大場 原澤	西田	眞鍋	村田				二宮・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	吉田	渡邊					新田・岩瀬・吾妻	
10	ICT	窪田	感染制御室	奥田 立川 竹中 渡瀬 中谷 木田 水野 有馬 和田	小川・日野・吉田	上野			水本		溝口	
	輸血療法委員会	窪田	臨床検査科	岡田 坂田 浦部	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)	加藤(雪) 赤尾 安田 前川 岡本 舟木 希代 山本(智)	黒田				大田・西尾	大中	高見	
12	呼吸ケア委員会	窪田	医療機器管理室	西本 田中(万) 鈴木 文 高野 山口	黒田		渋谷	恩地	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)	多田 池野 畑 中村 辻井 佐古 高木 竹原	奥平				前田・島崎	大中	秦	
14	排尿ケア委員会	畑中	看護支援室(認定看護)	加藤(雪) 木村 山本(貴) 菊中 坂田 寺田					太田			
15	認知症ケア委員会	岡江	看護支援室(認定看護)	森 林 丸山 北池 小西					藤原・橋本		井茂	
16	栄養委員会	小牧	栄養管理科	六波羅 加藤(雪) 西尾 中田 貴志						大中	榎本	外部(和らぎ)
17	NST	六波羅	栄養管理科	六波羅 松井 永野 西尾 中田 石場 遠藤(愛)	吉田	川畑			村部	大中	榎本	
	DM	窪田	栄養管理科	三村 竹中 中尾 田中(朝)	松田・内田	川端				梅田	関谷	
	摂食嚥下ケア委員会	森(一)		西尾								
	臨床研修管理委員会	窪田	総務課	六波羅							新田・井添・小谷	(茨木)・(さやま)・(順心会)・(近大)・(西小樽)・(小樽)
18	がん診療連携委員会	辻江	地域医療課	多田 池野 畑	渡邊				島崎		水野 前田	
19	外来化学療法委員会	藤井	薬剤部	畑 平野 稲森 竹内	渡邊				前田	大中	北側	
20	がん診療拠点病院対応部会	辻江							島崎			
21	臨床検査適正化委員会	原	臨床検査科	奥田	松田	井原・田村・北浦・國弘					溝口	
22	手術室委員会	今西	中央手術室	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	加藤(雪) 磯邊	内田	柴田					前田・井添・玉手	堀田弁護士・けあばる(富田林市)仲谷事務長
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	永井		國弘					前田・木林・大井	
27	コーディング検討部会	今西	診療録管理室	永井		國弘					前田・木林・大井	
28	電子カルテ運営部会	今西	医療情報課	永井 小田		國弘	松本	恩地	島崎		岩瀬・木林・前田	
29	診療録管理委員会	今西	診療録管理室	小田 鎌田		田村					前田・大井・木林	
30	クリニカルパス委員会		診療録管理室	小田 川上 田中(翔) 青木 橋田 戸澤	奥平	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	田中		北浦	竹綱				新田・水野・鎌田	
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	畑	吉田						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	加藤雪	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 加藤(雪)							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								
37	地域包括ケア連携委員会	更谷	医療福祉相談室	吉田 山下					加島		新田・吉松・井澤・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							新田・岡本・吉松・溝口	
40	治験審査委員会	柳生	薬剤部	永井	吉田	國弘					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		木林	

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)

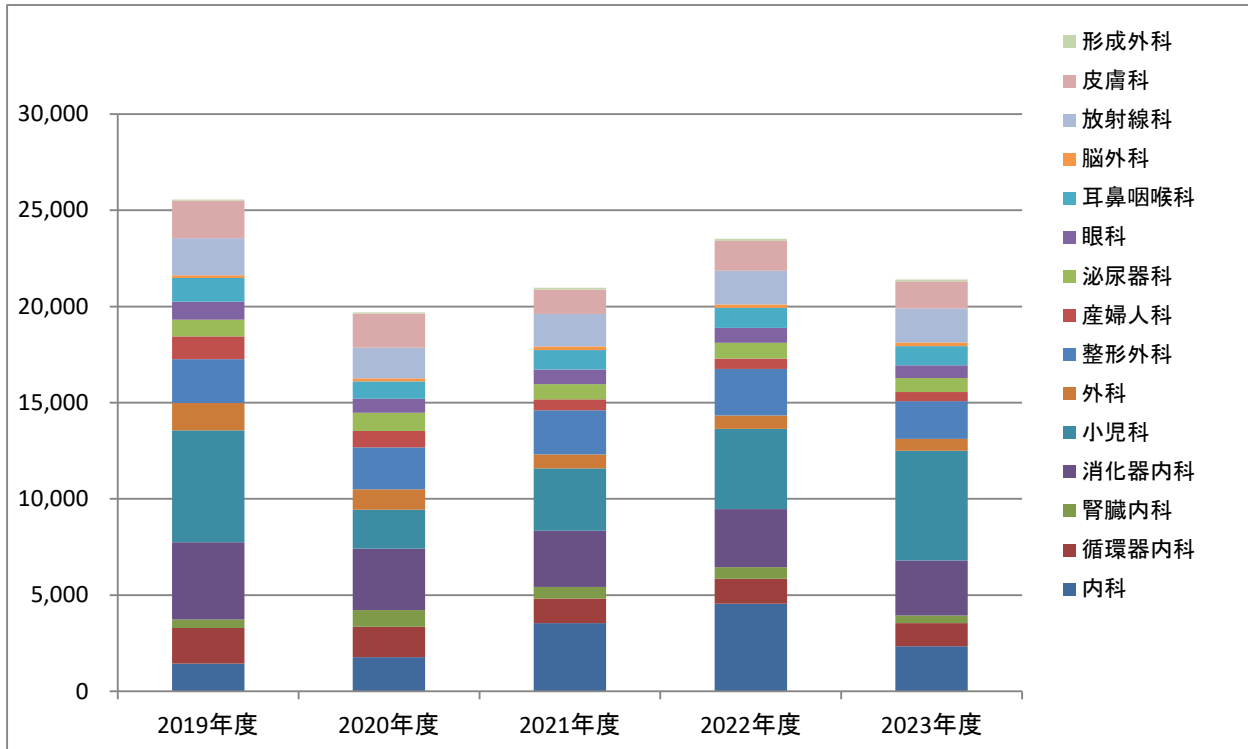
診療科	2019年度		2020年度		2021年度		2022年度		2023年度	
	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数
内科	1,444	16,961	1,779	15,212	3,547	16,389	4,552	17,301	2,343	15,883
循環器内科	1,841	15,346	1,571	15,344	1,271	14,124	1,292	13,865	1,196	13,248
腎臓内科	448	15,719	865	15,850	609	14,738	611	14,322	396	14,139
消化器内科	4,015	14,782	3,205	13,001	2,914	12,794	3,010	13,519	2,868	13,264
小児科	5,822	5,471	2,011	4,167	3,252	5,017	4,175	5,601	5,704	10,045
外科	1,407	10,352	1,069	9,249	728	9,356	695	9,449	608	9,251
整形外科	2,279	24,731	2,177	21,371	2,287	19,818	2,425	21,079	1,962	19,986
産婦人科	1,192	5,798	861	5,084	569	3,755	536	3,854	476	3,930
泌尿器科	867	12,470	935	12,328	795	11,425	824	11,680	727	12,226
眼科	931	14,731	732	13,053	747	11,911	763	11,756	661	11,241
耳鼻咽喉科	1,230	8,362	900	6,528	1,016	6,101	1,045	6,288	1,002	6,492
脳外科	144	1,608	156	1,245	191	1,091	181	1,137	180	1,189
放射線科	1,928	92	1,595	247	1,691	552	1,753	618	1,784	622
皮膚科	1,943	15,662	1,771	12,431	1,262	7,538	1,550	8,184	1,398	8,865
形成外科	67	526	63	481	93	747	112	750	96	740
全科	25,558	162,611	19,690	145,591	20,972	135,356	23,524	139,403	21,401	141,121

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

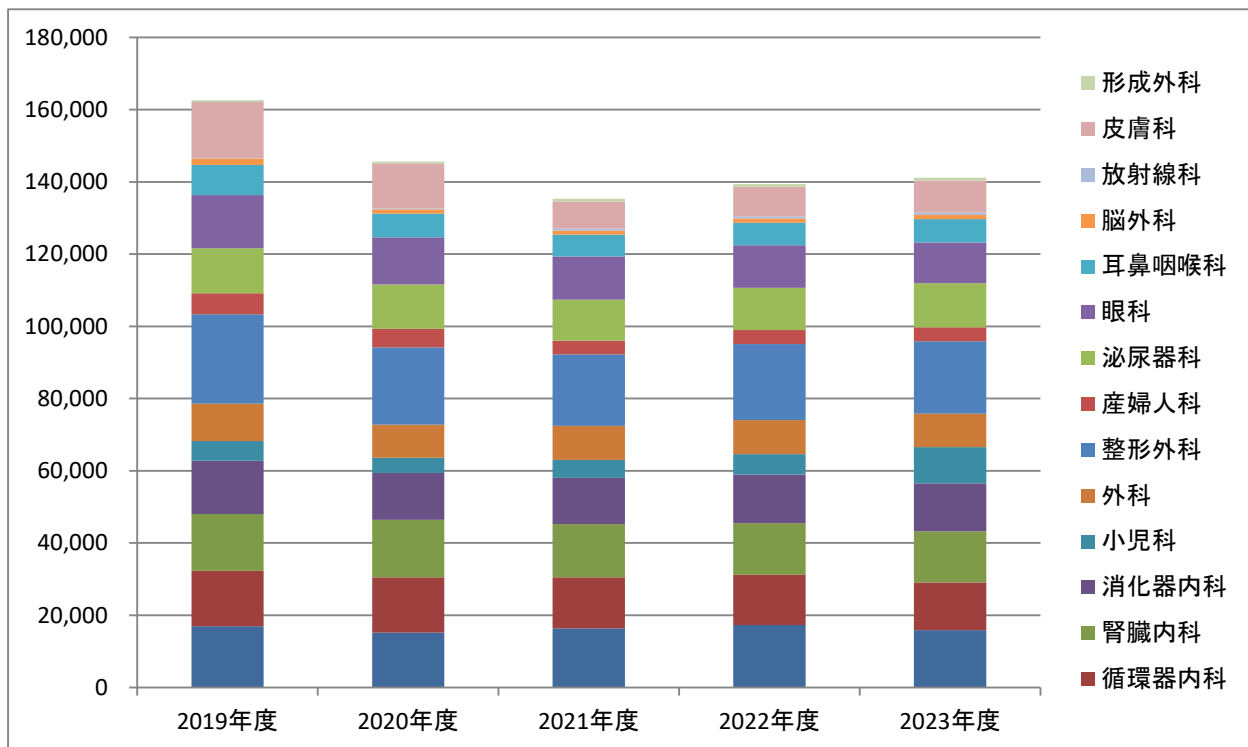
(単位 :人)

診療科	2019年度		2020年度		2021年度		2022年度		2023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	18,405	65.5	16,991	60.5	16,389	58.3	21,853	77.8	18,226	64.9
循環器内科	17,187	61.2	16,915	60.2	14,124	50.3	15,157	54.5	14,444	52.0
腎臓内科	16,167	57.5	16,715	59.5	14,738	52.6	14,933	54.1	14,535	53.2
消化器内科	18,797	66.9	16,206	57.7	12,794	45.5	16,529	58.8	16,132	57.4
小児科	11,293	40.2	6,178	22.0	5,017	17.9	9,776	37.0	15,749	56.2
外科	11,759	41.8	10,318	36.7	9,356	33.3	10,144	36.2	9,859	35.1
整形外科	27,010	96.1	23,548	83.8	19,818	70.5	23,504	83.6	21,948	78.1
産婦人科	6,990	24.9	5,945	21.2	3,755	13.4	4,390	15.6	4,406	15.7
泌尿器科	13,337	47.5	13,263	47.2	11,425	40.7	12,504	44.5	12,953	46.1
眼科	15,662	55.7	13,785	49.1	11,911	42.4	12,519	44.9	11,902	42.4
耳鼻咽喉科	9,592	34.1	7,428	26.4	6,101	21.7	7,333	26.3	7,494	27.3
脳外科	1,752	6.2	1,401	14.6	1,091	11.1	1,318	14.0	1,369	14.0
放射線科	2,020	7.2	1,842	6.6	552	2.0	2,371	8.4	2,406	8.6
皮膚科	17,605	62.7	14,202	50.5	7,538	26.8	9,734	34.9	10,263	36.5
形成外科	593	2.1	544	6.2	747	7.9	862	9.9	836	10.0
全科	188,169	669.6	165,281	588.2	135,356	481.7	162,927	579.8	162,522	578.4

3, 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ

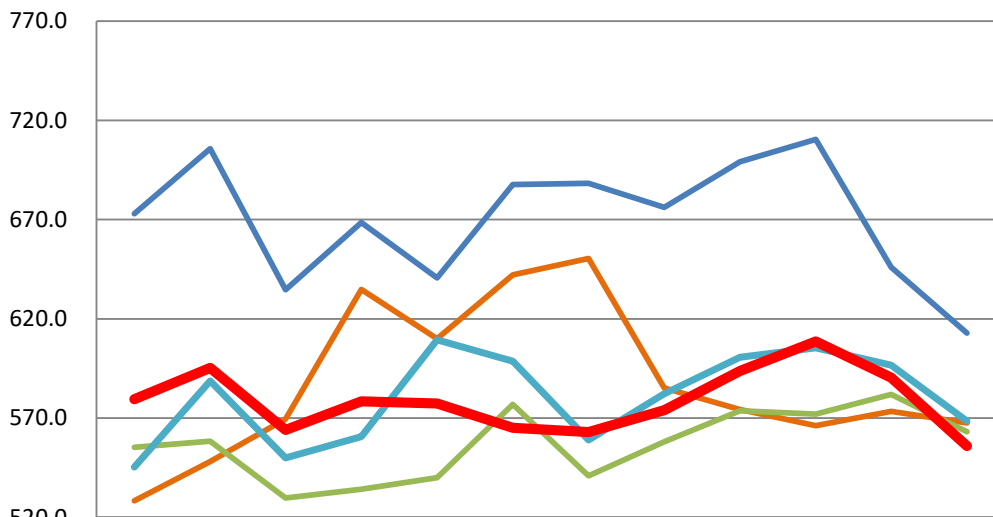


4, 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ



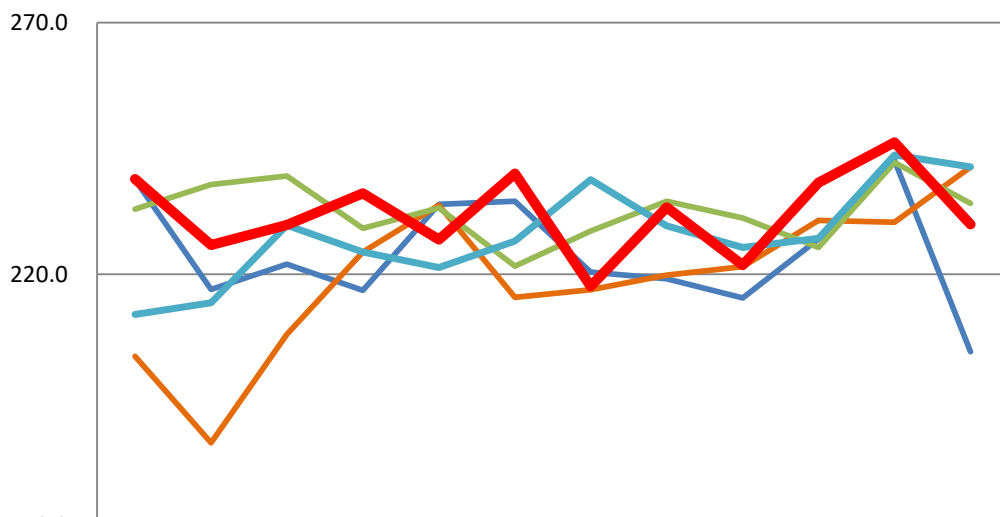
5, 外来及び入院の月別1日平均患者数の推移

年度別月別1日平均患者数(外来)



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2019年度	673.0	705.8	634.6	668.5	640.6	687.7	688.3	676.2	699.2	710.4	645.9	612.8
2020年度	528.3	548.0	569.5	634.8	610.0	642.2	650.4	585.2	574.3	566.2	573.3	567.6
2021年度	555.3	558.3	529.7	534.2	540.0	576.8	540.9	558.0	573.7	571.9	581.9	563.1
2022年度	545.3	588.7	549.9	560.6	609.4	598.7	559.0	582.3	600.6	605.4	596.7	568.4
2023年度	579.5	595.3	564.0	578.4	577.4	565.1	562.9	574.0	593.8	608.6	590.3	555.9

年度別月別1日平均患者数(入院)

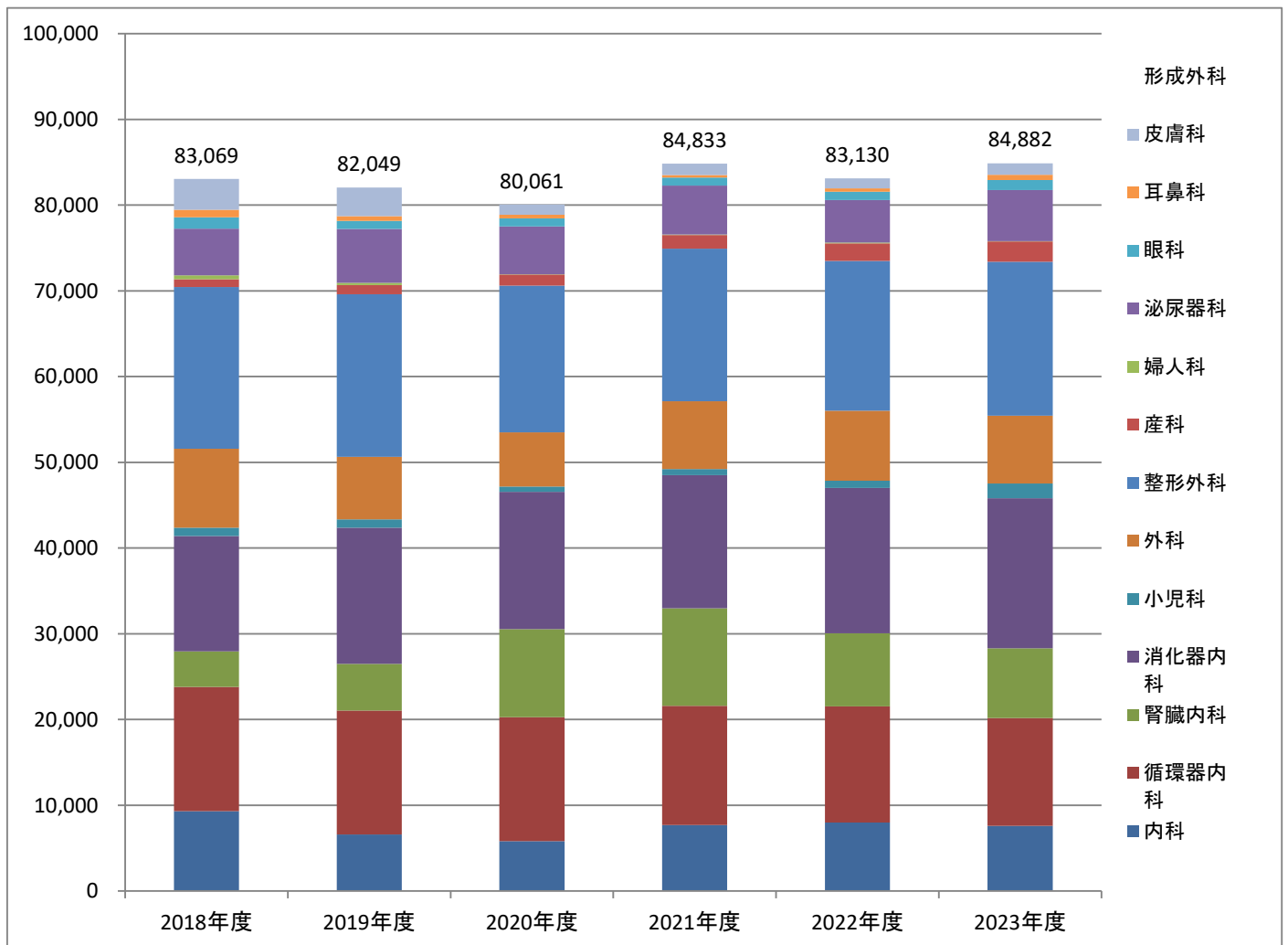


	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2019年度	238.8	217.0	222.0	216.8	233.9	234.5	220.4	219.1	215.3	227.0	242.6	204.6
2020年度	203.7	186.5	208.0	224.4	233.7	215.4	216.9	219.8	221.5	230.7	230.3	241.3
2021年度	232.9	237.8	239.5	229.1	233.2	221.6	228.6	234.5	231.2	225.3	242.2	234.1
2022年度	212.0	214.3	229.7	224.4	221.3	226.6	238.8	229.6	225.3	227.1	243.7	241.3
2023年度	238.9	225.8	229.8	236.1	226.9	240.0	217.6	233.3	221.8	238.2	246.2	229.9

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)

	2018年度		2019年度		2020年度		2021年度		2022年度		2023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	9,317	25.5	6,594	18.0	5,819	15.9	7,708	21.1	7,979	21.9	7,590	20.7
循環器内科	14,482	39.7	14,440	39.5	14,455	39.6	13,874	38.0	13,546	37.1	12,571	34.3
腎臓内科	4,138	11.3	5,444	14.9	10,276	28.2	11,407	31.3	8,531	23.4	8,151	22.3
消化器内科	13,470	36.9	15,900	43.4	16,002	43.8	15,509	42.5	16,966	46.5	17,495	47.8
小児科	972	2.7	971	2.7	636	1.7	710	1.9	829	2.3	1,724	4.7
外科	9,218	25.3	7,294	19.9	6,304	17.3	7,918	21.7	8,184	22.4	7,923	21.6
整形外科	18,835	51.6	18,955	51.8	17,123	46.9	17,796	48.8	17,449	47.8	17,931	49.0
産科	936	2.6	1,074	2.9	1,283	3.5	1,583	4.3	2,040	5.6	2,392	6.5
婦人科	442	1.2	259	0.7	55	0.2	65	0.2	93	0.3	20	0.1
泌尿器科	5,434	14.9	6,301	17.2	5,548	15.2	5,718	15.7	4,975	13.6	5,956	16.3
眼科	1,342	3.7	941	2.6	946	2.6	941	2.6	963	2.6	1,167	3.2
耳鼻科	866	2.4	553	1.5	419	1.1	284	0.8	406	1.1	638	1.7
皮膚科	3,617	9.9	3,323	9.1	1,195	3.3	1,320	3.6	1,169	3.2	1,324	3.6
形成外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全科	83,069	227.6	82,049	224.2	80,061	219.3	84,833	232.4	83,130	227.8	84,882	231.9



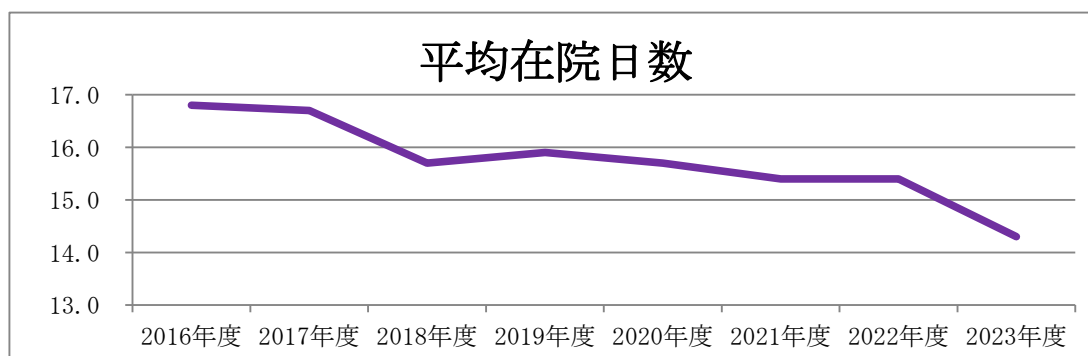
7, 平均在院日数の年度推移

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・施設との連携が必要になります。

年度別	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
年間延べ数	81,391	84,000	83,069	82,049	80,061	84,833	83,130	84,882
年間新入院患者数	4,864	5,012	5,288	5,149	5,124	5,480	5,423	5,934
年間退院患者数	4,838	5,025	5,266	5,187	5,073	5,514	5,387	5,964
平均在院日数	16.8	16.7	15.7	15.9	15.7	15.4	15.4	14.3



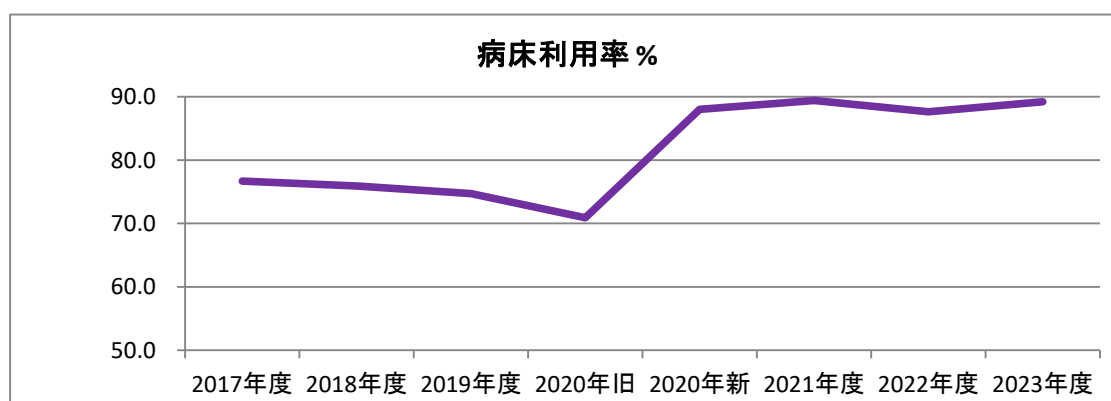
8, 病床利用率の年度推移

分子：年間延べ数×100

分母：許可病床数×年間診療実日数

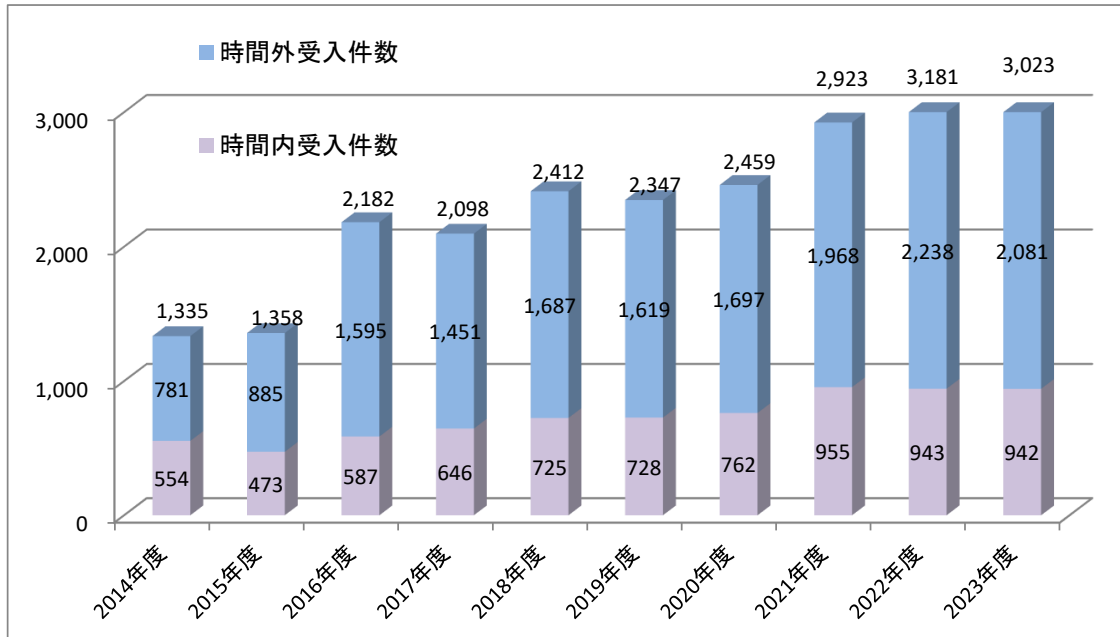
病床利用率は、病床がどれだけ利用されているかを示す数値です。数値が高いほど効率よく病床が利用されていることを表します。当院の許可病床は300床（稼働病床251）でしたが、2020年11月新病院への移転に伴い許可病床260床となり、利用率はあがって来ています。

	2017年度	2018年度	2019年度	4-10月 2020年旧	11-3月 2020年新	2021年度	2022年度	2023年度
年間延べ数	84,000	83,069	82,049	45,519	34,542	84,833	83,130	84,882
許可病床数	300	300	300	300	260	260	260	260
年間実日数	365	365	366	214	151	365	365	366
病床利用率 %	76.7	75.9	74.7	70.9	88.0	89.4	87.6	89.2



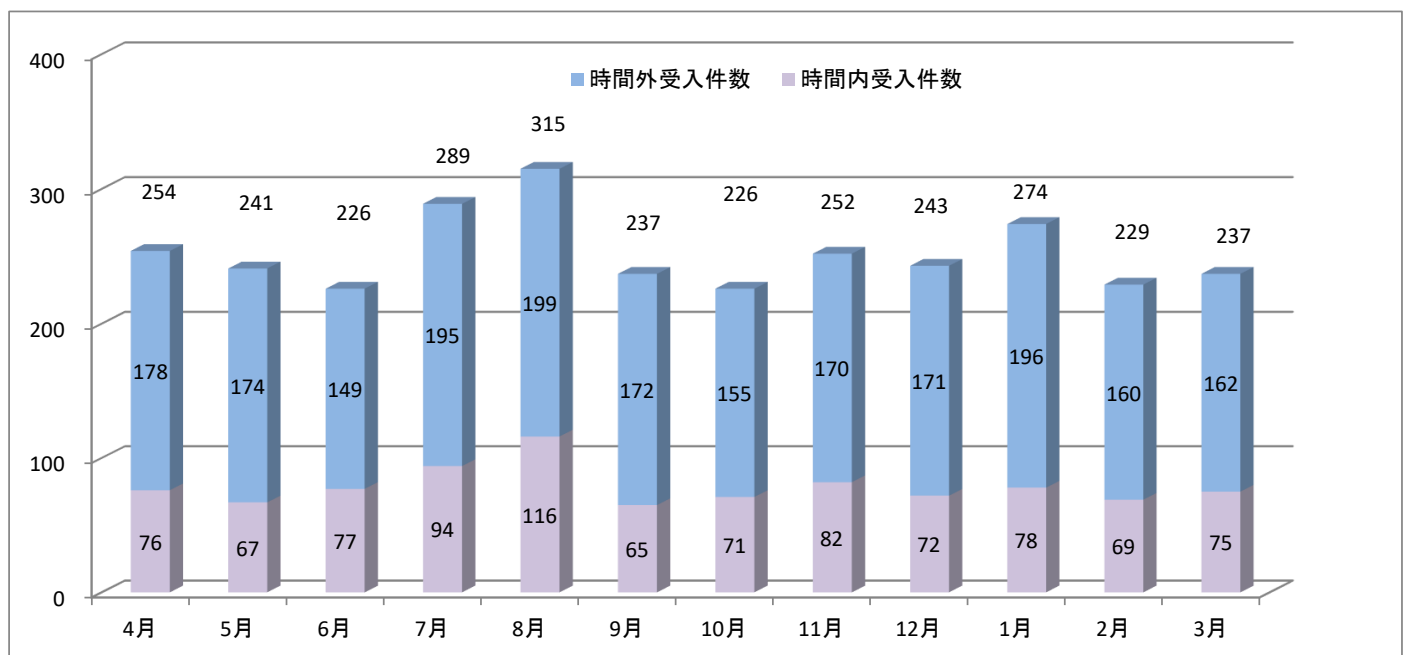
9, 救急搬送受入件数（年度別・月別）

年度別	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
時間内受入件数	554	473	587	646	725	728	762	955	943	942
時間外受入件数	781	885	1,595	1,451	1,687	1,619	1,697	1,968	2,238	2,081
救急搬送受入件数	1,335	1,358	2,182	2,098	2,412	2,347	2,459	2,923	3,181	3,023



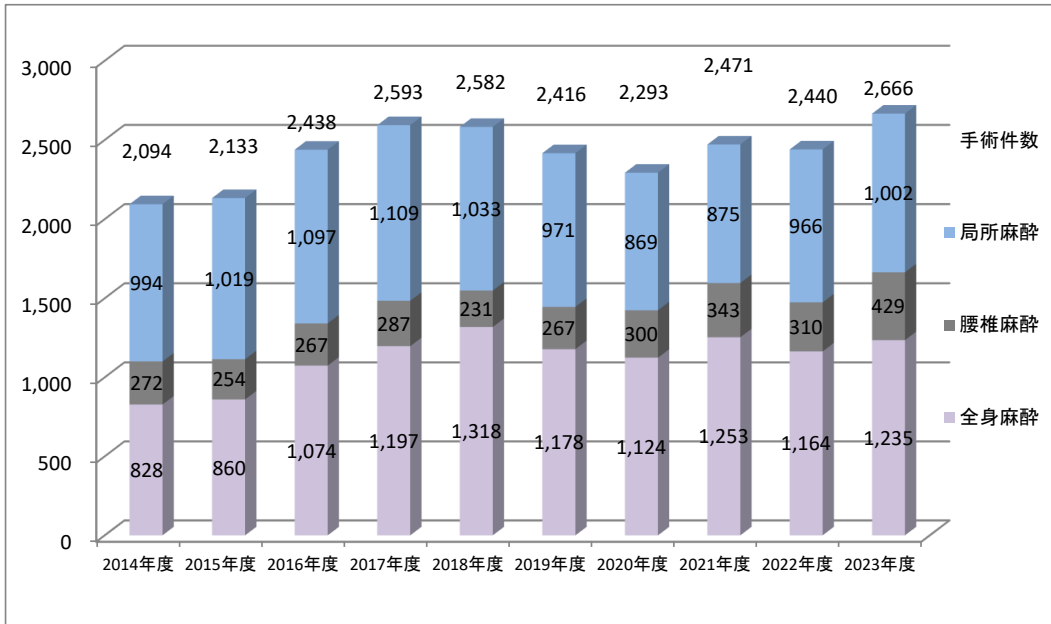
救急搬送患者数は、救急車によって搬送された患者さんの人数を示したものです。当院は大阪府南河内二次医療圏の救急指定病院として救急患者さんを受け入れております。2023年度は前年よりも158件減少しました。

月別	2023年									2024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
時間内受入件数	76	67	77	94	116	65	71	82	72	78	69	75
時間外受入件数	178	174	149	195	199	172	155	170	171	196	160	162
救急搬送受入件数	254	241	226	289	315	237	226	252	243	274	229	237



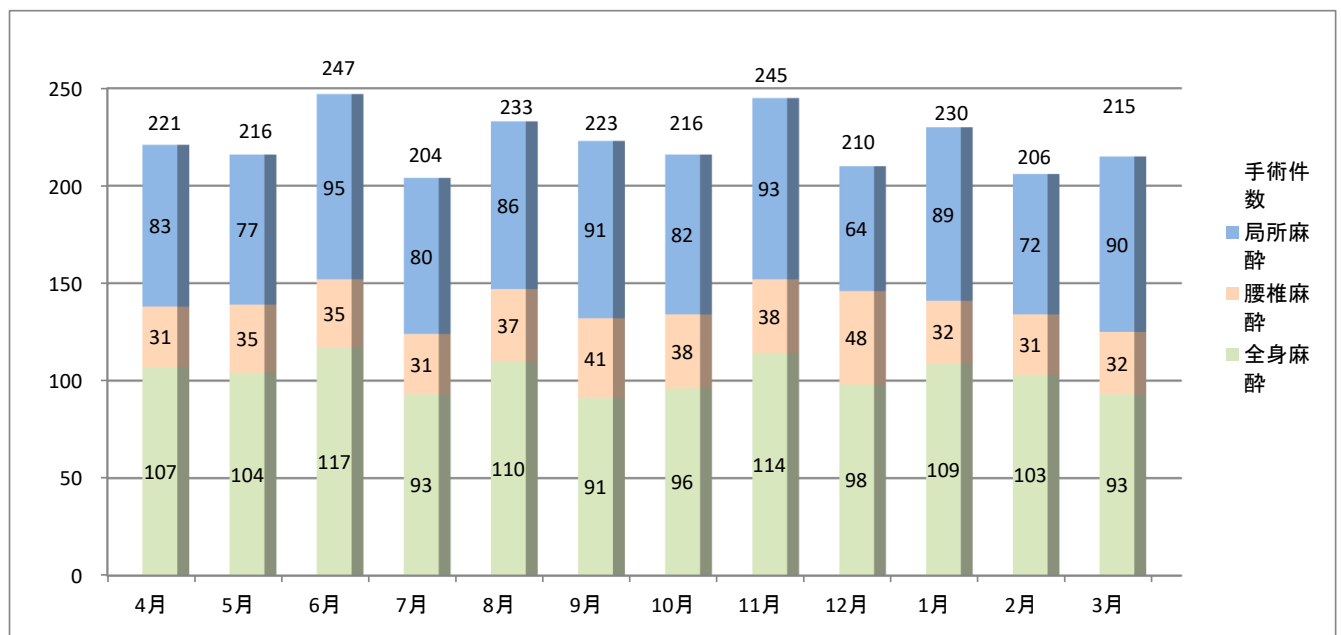
10, 手術件数 (年度別・月別)

年度別	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	
全身麻酔	828	860	1,074	1,197	1,318	1,178	1,124	1,253	1,164	1,235	
腰椎麻酔	272	254	267	287	231	267	300	343	310	429	
局所麻酔	994	1,019	1,097	1,109	1,033	971	869	875	966	1,002	
手術件数	2,094	2,133	2,438	2,593	2,582	2,582	2,416	2,293	2,471	2,440	2,666



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件を超えました。2020年度は新型コロナウイルスの影響を受け下回りましたが翌年から回復し、2023年度は前年よりも226件増加し、2,666件に増加しました。

月別	2023年										2024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	
全身麻酔	107	104	117	93	110	91	96	114	98	109	103	93	
腰椎麻酔	31	35	35	31	37	41	38	38	48	32	31	32	
局所麻酔	83	77	95	80	86	91	82	93	64	89	72	90	
手術件数	221	216	247	204	233	223	216	245	210	230	206	215	



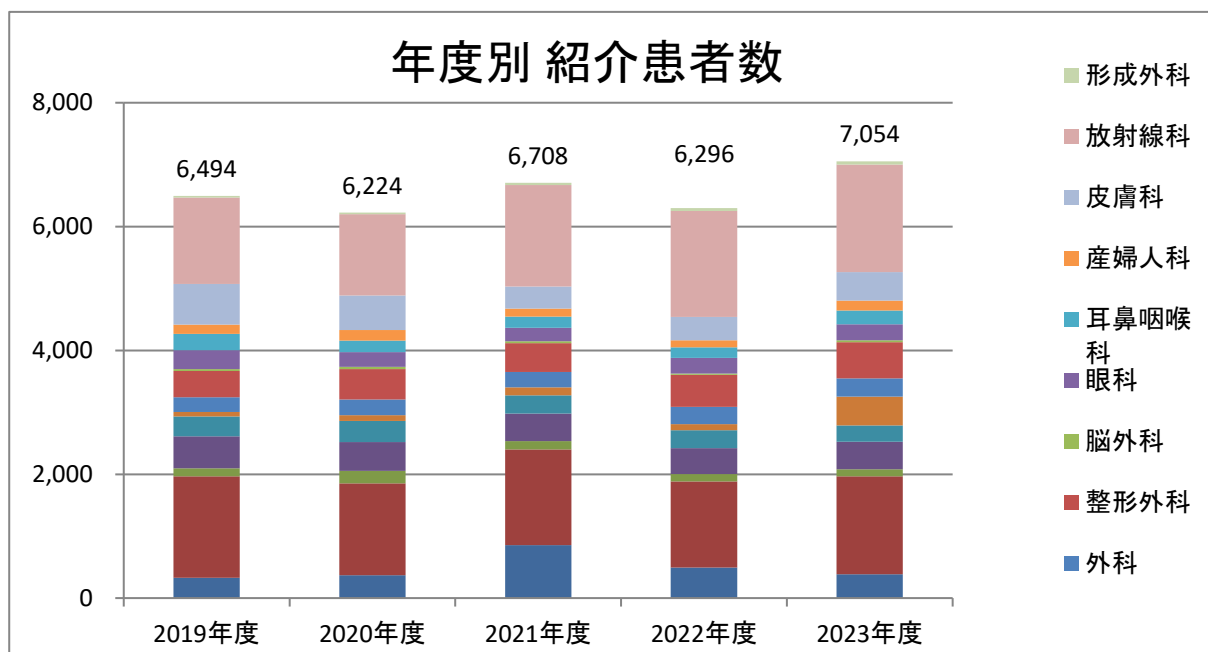
1 1, 紹介患者数と紹介率

紹介率の計算方法

$$\text{紹介率 (\%)} = \frac{\text{（文書紹介患者数+救急車搬送患者数）}}{\text{（初診患者数-時間外および休日救急受診患者数-6歳未満患者数）}}$$

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、患者さんにとってベストな診療を行える

紹介患者数	紹介患者数				
	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
内科	328	371	854	493	386
消化器内科	1,639	1,482	1,548	1,389	1,583
腎臓内科	127	202	135	120	113
循環器内科	519	464	441	422	442
泌尿器科	318	344	296	285	266
小児科	73	90	129	99	466
外科	242	255	251	279	293
整形外科	423	493	463	519	586
脳外科	32	35	31	22	29
眼科	301	237	215	250	256
耳鼻咽喉科	267	187	184	174	226
産婦人科	148	169	130	110	161
皮膚科	656	558	357	378	456
放射線科	1,395	1,314	1,637	1,710	1,740
形成外科	26	23	37	46	51
合計	6,494	6,224	6,708	6,296	7,054
紹介率	37.9	50.3	54	48.3	57.1



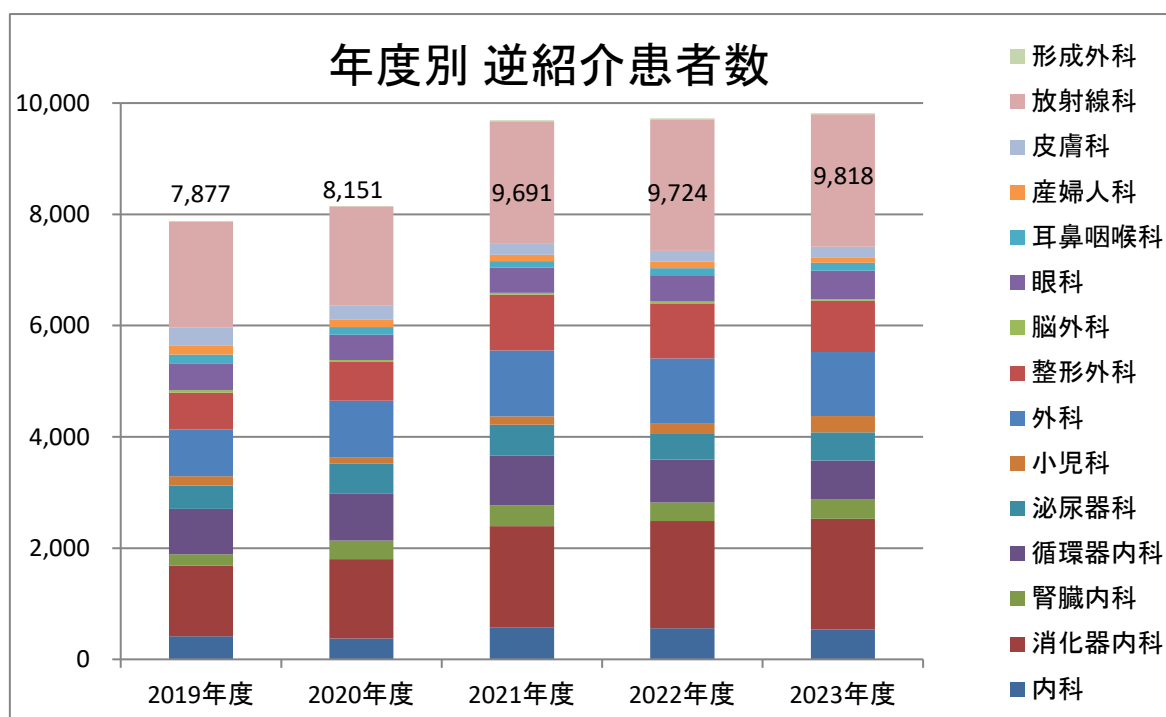
12, 逆紹介患者数と逆紹介率

逆紹介率の計算方法

$$\text{逆紹介率 (\%)} = \frac{\text{診療情報提供料算定患者数}}{\text{初診患者数} - \text{時間外および休日救急受診患者数} - \text{6歳未満患者数}}$$

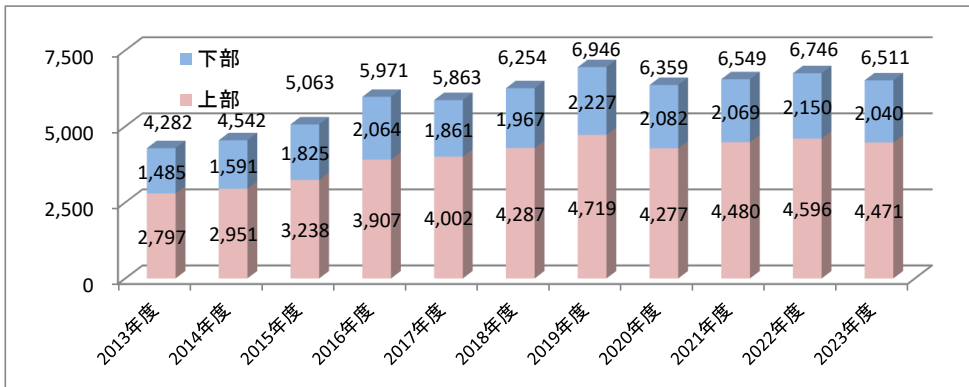
逆紹介率は、当院から他の医療機関へ紹介状を作成し、受診いただいた患者さんの割合をしめしたものです。患者さんの症状にあわせて、必要な治療や検査を行える病院を紹介したり、患者さんがお住まいの地域の開業医の先生を紹介する事で患者さんのニーズに合わせた医療機関の連携を図っています。

逆紹介患者数・逆紹介率					
逆紹介患者数	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
内科	414	376	576	558	538
消化器内科	1,270	1,423	1,820	1,926	1,986
腎臓内科	204	336	375	338	348
循環器内科	815	840	897	768	700
泌尿器科	425	540	549	464	509
小児科	165	111	149	194	290
外科	840	1,026	1,187	1,159	1,151
整形外科	660	692	1,004	991	922
脳外科	49	35	33	35	31
眼科	467	457	455	471	510
耳鼻咽喉科	172	140	115	126	146
産婦人科	164	133	112	123	98
皮膚科	316	253	196	192	187
放射線科	1,912	1,781	2,208	2,363	2,385
形成外科	4	8	15	16	17
合計	7,877	8,151	9,691	9,724	9,818
逆紹介率	43.3	55.4	64.5	58.9	67.2



1 3, 内視鏡件数 (年度別・月別)

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	2021年度	2022年度	2023年度
上部	2,797	2,951	3,238	3,907	4,002	4,287	4,719	4,277	4,480	4,596	4,471
下部	1,485	1,591	1,825	2,064	1,861	1,967	2,227	2,082	2,069	2,150	2,040
内視鏡計	4,282	4,542	5,063	5,971	5,863	6,254	6,946	6,359	6,549	6,746	6,511

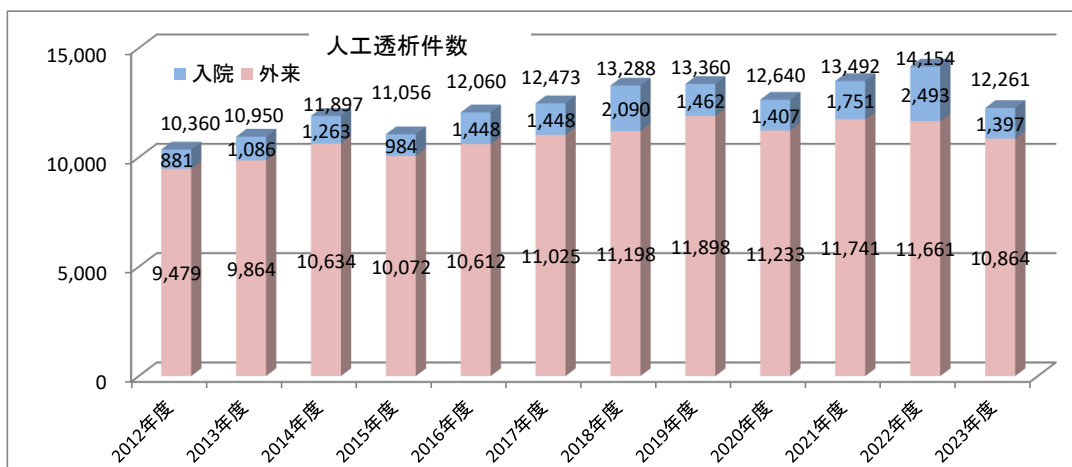


上部内視鏡検査は胃カメラ以外にENBD (内視鏡の経鼻胆道ドレナージ)、EST (内視鏡的乳頭筋切開術)、PEG交換、PEG造設等を行っています。
下部内視鏡では約1/3が大腸ポリペクトミーを施行しています。
2023年度は上部で125件、下部で110件減少しました。

月別	2023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
上部	351	372	390	364	364	352	373	406	382	372	363	382
下部	181	168	200	160	155	162	171	173	154	161	172	183
内視鏡計	532	540	590	524	519	514	544	579	536	533	535	565

1 4, 人工腎臓件数 (年度別)

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	2021年度	2022年度	2023年度
外来	9,479	9,864	10,634	10,072	10,612	11,025	11,198	11,898	11,233	11,741	11,661	10,864
入院	881	1,086	1,263	984	1,448	1,448	2,090	1,462	1,407	1,751	2,493	1,397
透析計	10,360	10,950	11,897	11,056	12,060	12,473	13,288	13,360	12,640	13,492	14,154	12,261

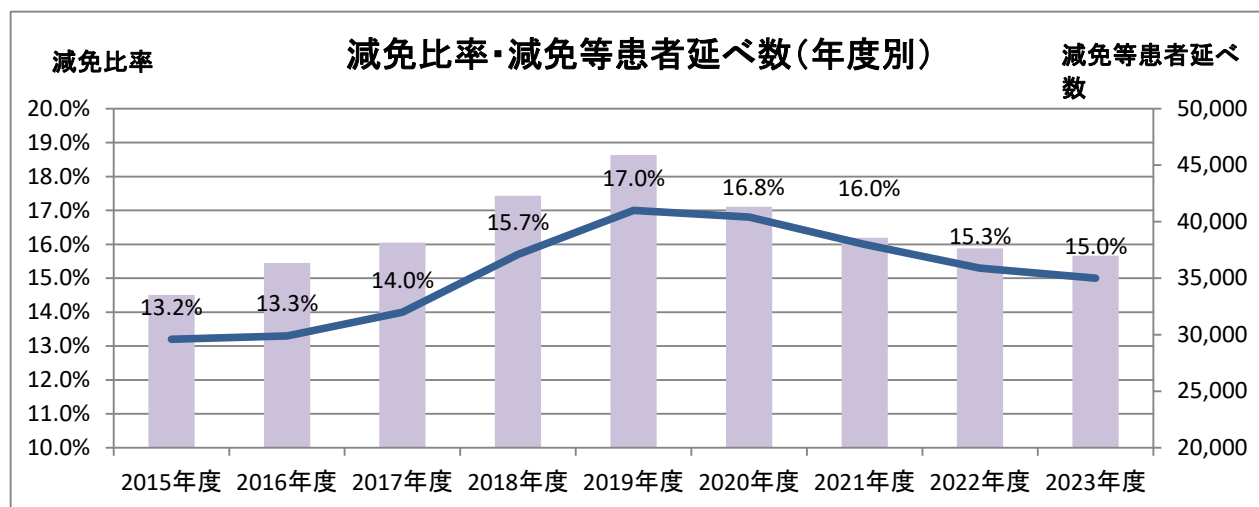


血液浄化センター内で実施した人工腎臓実施数です。
血液け外来は外来通院患者の人工腎臓実施数、入院は入院患者の人工腎臓実施数となります。

月別	2023年										2024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	
外来	868	931	910	916	909	919	909	920	921	942	867	852	
入院	143	141	102	134	172	83	124	120	46	80	122	130	
透析延べ数	1011	1072	1012	1050	1081	1002	1033	1040	967	1022	989	982	

15、減免取扱患者数

年度別	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
取扱患者延べ数	254,802	274,123	272,590	270,159	270,218	245,342	241,166	246,040	247,404
減免等患者延べ数	33,514	36,343	38,159	42,302	45,900	41,320	38,590	37,631	37,003
減免比率	13.2%	13.3%	14.0%	15.7%	17.0%	16.8%	16.0%	15.3%	15.0%



2023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
2023年4月	13,329	7,168	20,497
2023年5月	13,693	6,999	20,692
2023年6月	14,099	6,893	20,992
2023年7月	13,881	7,318	21,199
2023年8月	14,436	7,034	21,470
2023年9月	12,997	7,199	20,196
2023年10月	13,509	6,745	20,254
2023年11月	13,203	7,000	20,203
2023年12月	13,657	6,875	20,532
2024年1月	13,390	7,384	20,774
2024年2月	12,987	7,139	20,126
2024年3月	13,341	7,128	20,469
合計	162,522	84,882	247,404

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、2014年度より13%以上に増加し2023年度は15.0%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
2023年4月	447	129	576	1,518	965	2,483	1,965	1,094	3,059
2023年5月	467	226	693	1,589	996	2,585	2,056	1,222	3,278
2023年6月	455	313	768	1,634	781	2,415	2,089	1,094	3,183
2023年7月	484	273	757	1,538	635	2,173	2,022	908	2,930
2023年8月	449	359	808	1,552	700	2,252	2,001	1,059	3,060
2023年9月	473	396	869	1,578	679	2,257	2,051	1,075	3,126
2023年10月	476	422	898	1,557	507	2,064	2,033	929	2,962
2023年11月	446	380	826	1,617	565	2,182	2,063	945	3,008
2023年12月	413	323	736	1,623	597	2,220	2,036	920	2,956
2024年1月	465	334	799	1,537	642	2,179	2,002	976	2,978
2024年2月	410	371	781	1,505	850	2,355	1,915	1,221	3,136
2024年3月	487	396	883	1,567	877	2,444	2,054	1,273	3,327
合計	5,472	3,922	9,394	18,815	8,794	27,609	24,287	12,716	37,003

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
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
2021年度	38,764	40,617	4,992	4,896	4,415	93,684
2022年度	38,801	41,797	5,481	4,872	4,123	95,074
2023年度	39,385	43,622	4,879	6,134	4,983	99,003

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)⇒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

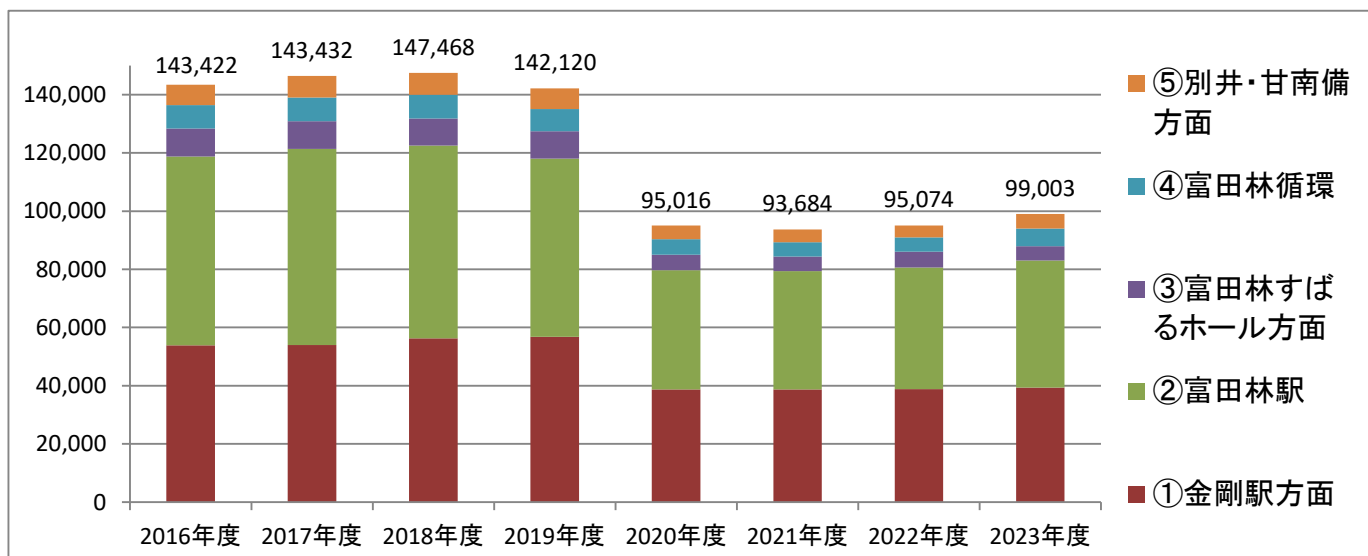
Dコース：病院⇒金剛伏山自治会館前⇒聖ヶ丘住宅⇒須賀南山児童公園⇒滝谷駅前⇒須賀1丁目⇒錦織南⇒錦織東⇒甲田3丁目⇒病院

Eコース：病院⇒昭和町⇒若松町⇒中野町⇒桜井町⇒川面町⇒喜志太閤園⇒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 2023年症例

※1 当院にて2023年に診断、または他院にて診断後2023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

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	45	32	15	32	32		4	4	164	4	168
(結腸)	(36)	(23)	(9)	(21)	(22)		(3)	(3)	(117)	(2)	(119)
(直腸)	(9)	(9)	(6)	(11)	(10)		(1)	(1)	(47)	(2)	(49)
前立腺		49	23	4	15		1	2	94	4	98
乳房	9	27	27	6	4		1		74	3	77
肝臓・胆道・膵臓		9	14	13	29		1		66	8	74
膀胱・腎・腎盂・尿管	22	19	5	4	7		2	3	62	9	71
(膀胱)	(17)	(11)	(5)	(1)	(1)		(1)	(2)	(38)	(4)	(42)
(腎・他の尿路)	(5)	(8)		(3)	(6)		(1)	(1)	(24)	(5)	(29)
胃		33	3	7	11		5	2	61	3	64
皮膚	11	24	4	1					40	1	41
肺		8		5	14				27	2	29
食道	1	5	5	2	1	3	6	2	25		25
白血病						17			17	5	22
口腔・咽頭・喉頭	1	3	3	3	2		2		14	1	15
子宮・卵巣	3	4		2	1		1		11	3	14
その他 *2		6	4	3	4	12	1		30	4	34
総計	92	219	103	82	120	32	24	13	685	47	732

18, 国際疾病分類統計(退院患者数) (2023/4/1~2024/3/31)

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435件増加しました。特に「眼科」「呼吸器系」が昨年よりも大きく増加しました。
減少した領域は「循環器系の疾患」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	12	152	164	6
II	C00-D48	新生物	74	860	934	59
III	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに疫機構の障害	9	49	58	14
IV	E00-E90	内分泌、栄養および代謝疾患	5	113	118	22
V	F00-F99	精神および行動の障害	0	31	31	16
VI	G00-G99	神経系の疾患	2	65	67	2
VII	H00-H59	眼および付属器の疾患	0	587	587	109
VIII	H60-H95	耳および乳様突起の疾患	0	36	36	8
IX	I00-I99	循環器系の疾患	104	432	536	-43
X	J00-J99	呼吸器系の疾患	96	487	583	117
X I	K00-K93	消化器系の疾患	25	874	899	43
X II	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患	1	68	69	14
X III	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患	4	243	247	17
X IV	N00-N99	腎尿路生殖器系の疾患	19	506	525	49
X V	O00-O99	妊娠、分娩および産褥	0	150	150	19
X VI	P00-P99	周産期に発生した病態	0	103	103	25
X VII	Q00-Q99	先天奇形、変形および染色体異常	0	5	5	-8
X VIII	R00-R99	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で	0	0	0	-1
X IX	S00-T98	損傷、中毒およびその他の外因の影響	7	498	505	14
X X	V01-Y98	傷病および死亡の外因	0	0	0	0
X X I	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	0
X X I I	U00-U99	特殊目的用コード	3	80	83	-47
		総計	361	5339	5,700	435

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義務付けられています。

今年度は、1日の予約枠を30名から48名に増やすことにより実施日を6日程短縮しました。また病棟の予約枠を別途設けることにより、ローテーション勤務の職員がより予約を取り易いようにしました。また問診入力も各自部署で24時間入力可能としました。来年度も、職員がより受診しやすい健診となるよう検証を続けたいと思います。なお、胸部レントゲンの受診率は前年同様100%でした。

胸部レントゲンを主とした受診率

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
全職員数	551	580	577	580	589	588	574
職員健診実施数	546	563	577	578	582	588	574
受診率	99.1%	97.1%	100.0%	99.7%	98.8%	100.0%	100.0%

20, 職員のインフルエンザ予防接種率

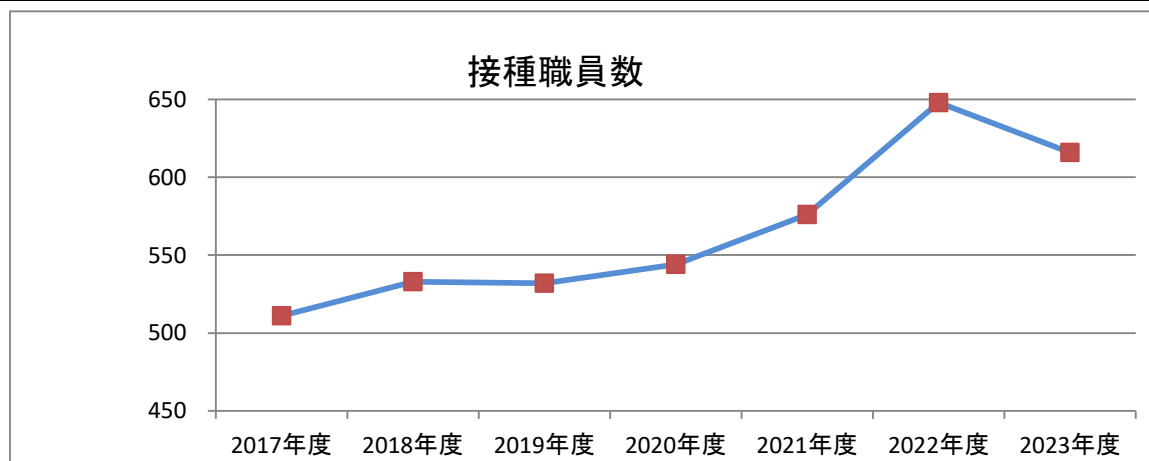
職員健診受診率の計算方法

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

2023年度も、10月31日～11月2日・11月6日～11月9日の昨年同様計7日間で実施しました。今年度も、1日100名の完全予約制としましたが、新たに病棟勤務者枠を別途設定し、公平に予約が取れるようにしました。予約制にすることにより事前に準備ができる反面、当日キャンセルの連絡がない職員の対応に時間を要するという課題にも直面しています。

今後はコロナワクチンも任意となっていくので、どのように対応していくか検討が必要です。（なお、下の表には院内の委託業者・派遣社員希望者91名を含んでいま

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
全職員数	541	546	546	553	580	681	666
接種職員数	511	533	532	544	576	648	616
接種率	94.5%	97.6%	97.4%	98.4%	99.3%	95.2%	92.5%



令和5年度 大阪府済生会富田林病院 病院指標

病院指標とは、当院の特徴や急性期医療の現状を理解していただくことや、医療の質の向上に役立てることを目的として、DPCデータ（※）を基に全国統一の定義と形式に基づいた指標を作成し、市民の皆様へ情報公開を行うものです。
病院指標の公開にあたり、医療機関ホームページガイドライン等を厳守しております。

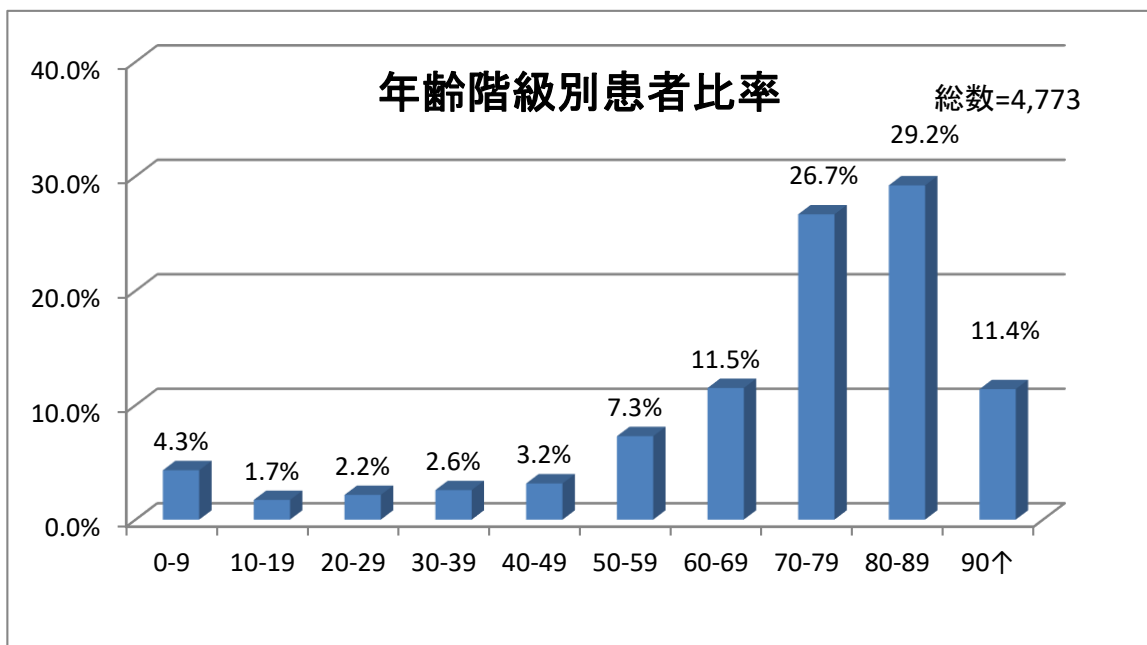
DPC(診断群分類別包括制度)とはDiagnosis Procedure Combinationの略で、医師が決定した主病名に基づき、入院患者さんの一連の医療行為を国が定めた1日あたりの定額の点数から入院医療費を計算する制度です。
DPC対象となるのは保険適用患者さんで、一般病棟に入院された患者さんを対象とします。
自動車賠償責任保険や労災保険、自費、24時間以内の死亡、地域包括ケア病棟の患

1. 年齢階級別退院患者数

◆解説

年齢階級別患者数は、2023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。2023年度は新型コロナ感染による影響も少なくなり253人増加しました。60歳未満の患者さんが前年度よりも158人増加しました。
※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～
2023年度	206	82	103	123	151	348	549	1273	1394	544
2022年度	93	44	96	98	170	354	571	1290	1309	495



2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

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5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。

【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)
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	48	20.08	13.52	2.08	81.79	6.56
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	45	29.51	20.60	8.89	85.71	8.91
050130xx9900x0	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	30	23.80	17.38	10.00	88.47	6.42
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	24	20.25	13.88	4.17	85.88	6.37
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	22	19.59	15.44	9.09	84.82	4.15

【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)
050130xx9900x0	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	78	20.31	17.38	6.41	82.38	2.93
050050xx9910x0	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等1あり 手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	44	3.07	3.05	2.27	71.84	0.02
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	42	3.36	4.26	0.00	73.64	-0.90
050050xx9920x0	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等1あり 手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	29	3.00	3.25	0.00	70.76	-0.25
050030xx97000x	急性心筋梗塞(続発性合併症を含む。)、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1なし、1あり 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	23	12.52	11.54	0.00	69.04	0.98

【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)
110280xx991xxx	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あり	24	12.46	6.44	0	60.71	6.02
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	19	17.89	13.52	5.26	78.68	4.37
110280xx9901xx	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あり	18	15.67	13.81	0	73.61	1.86
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	14	19.14	20.6	0	84.79	-1.46
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	14	14.93	11.49	0	72	3.44

【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	61	10.93	8.75	0.00	74.56	2.18
060280xxxxxxxx	アルコール性肝障害	45	5.49	12.91	4.44	75.64	-7.42
060102xx99xxxx	穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術なし	31	9.61	7.58	0.00	68.94	2.03
060380xxxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等2なし	31	8.65	5.64	3.23	60.13	3.01
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	26	12.54	7.63	3.85	73.19	4.91

2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

【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	131	2.02	2.44	1.53	70.62	-0.42
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	68	8.78	6.85	2.94	76.59	1.93
11012xxx02xx0x	上部尿路疾患 経尿道的尿路結石除去術 定義副傷病なし	59	4.56	5.22	0.00	61.00	-0.66
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	38	13.55	13.52	2.63	71.71	0.03
110060xx99x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし	16	4.31	7.61	12.50	75.19	-3.30

【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(2500g以上) 手術なし 手術・処置等2なし	66	6.80	6.07	1.52	0.00	0.73
040070xxxxx0xx	インフルエンザ、ウイルス性肺炎 手術・処置等2なし	20	4.40	5.86	0.00	3.75	-1.46
140010x299x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害(1500g以上2500g未満) 手術なし 手術・処置等2なし	20	8.25	11.01	0	0	-2.76
040090xxxxxxxxx	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症(その他)	17	3.71	5.96	0	0.88	-2.25
060380xxxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等2なし	14	2.93	5.64	0	1.57	-2.71

【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	133	4.14	4.55	0.00	69.99	-0.41
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	52	8.90	6.87	0.00	66.65	2.03
060035xx010x0x	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 結腸切除術 全切除、亜全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	37	13.38	15.12	0.00	74.08	-1.74
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)	32	7.09	5.64	0.00	61.5	1.45
090010xx010xxx	乳房の悪性腫瘍 乳腺悪性腫瘍手術 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))等 手術・処置等1なし	25	11.36	9.88	0.00	68.92	1.48

【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	106	40.50	25.50	3.77	84.25	15.00
070230xx01xxxx	膝関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等	98	25.91	21.96	1.02	76.96	3.95
160760xx97xx0x	前腕の骨折 手術あり 定義副傷病なし	47	9.11	4.76	0.00	59.49	4.35
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	37	25.54	19.55	0.00	70.43	5.99
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。) 手術なし	34	35.76	19.34	5.88	84.79	16.42

2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

【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)
120260x001xxxx	分娩の異常(分娩時出血量2000ml未満) 子宮破裂手術等	15	8.33	9.31	0.00	31.53	-0.98
120140xxxxxxxx	流産	—	—	—	—	—	—
120180xx03xxxx	胎児及び胎児付属物の異常 胎児外回転術等	—	—	—	—	—	—
120260x102xxxx	分娩の異常(分娩時出血量2000ml以上) 骨盤位娩出術等	—	—	—	—	—	—
120180xx99xxxx	胎児及び胎児付属物の異常 手術なし	—	—	—	—	—	—

【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)
080010xxxx0xxx	膿皮症 手術・処置等1なし	29	12.90	12.88	6.90	65.62	0.02
080020xxxxxxxx	帯状疱疹	15	7.47	9.29	0.00	71.20	-1.82
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	—	—	—	—	—	—
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	—	—	—	—	—	—
080005xx01x0xx	黒色腫 皮膚悪性腫瘍切除術等 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—

【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	23	3.17	6.74	0.00	65.61	-3.57
030390xx99xxxx	顔面神経障害 手術なし	11	7.27	8.71	0.00	66.45	-1.44
030428xxxxxxxx	突発性難聴	11	7.27	8.55	0.00	70.82	-1.28
030280xxxxxxxx	声帯ポリープ、結節	—	—	—	—	—	—
030180xx97xxxx	口内炎、口腔疾患 手術あり	—	—	—	—	—	—

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ことができます。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	27	—	—	14	—	—	1	8
大腸がん	—	13	46	31	24	19	1	8
乳がん	23	16	—	—	—	—	1	8
肺がん	—	—	—	—	—	—	1	8
肝がん	—	—	—	—	—	—	1	8

※ 1 : UICC TNM分類 2 : がん取扱い規約

2023年度に退院した患者さんを対象としています。

UICC 病期分類とは、UICC 病期分類国際対がん連合によって定められた、①原発巣の大きさと進展度、②所属リンパ節への転移状況、③遠隔転移の有無の3つのカテゴリーによって、各がんをI期(早期)からIV期(末期)の4病期(ステージ)に分類するものです。

集計対象期間中に複数回入院された患者さんはそれぞれ集計をしています。「初発」とは、当院において当該腫瘍の診断、あるいは初回治療を実施した場合を指します。

「再発」とは、当院・他施設を問わずに初回治療が完了した後、当院にて患者を診療した場合や、がん寛解後に局所再発・再燃または新たな遠隔転移をきたした場合を指します。なお、Stageの判断は退院時点のものです。集計区分が”不明”の患者数には、検査入院にてがんの診断が「未確定」の場合や、精査中にてI～IVの病期が「未確定」の場合が含まれています。

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

市中肺炎は基礎疾患をもっていない、あるいはもっていても軽微な基礎疾患の人に起きる肺炎です。

市中肺炎で入院した患者さんを、重症度別に分類し集計しています。軽症の場合は外来治療が基本になりますが、患者さんの状態によっては入院で治療を行うことがあります。軽症患者さんの平均年齢が約53歳であるのに比べ、中等症～超重症の患者さんの平均年

成人(18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

重症度	患者数	平均在院日数	平均年齢
軽症	25	11.48	53.16
中等症	147	23.33	81.32
重症	51	29.57	86.20
超重症	15	25.00	83.87
不明	-	-	-
総計	213	28.71	79.56

5. 脳梗塞のICD 10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	10	37.6	80.1	14.29
		その他	11	28.64	82.27	14.29
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、令和5年4月から令和6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)	129	1.03	2.05	0.00	70.16
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	64	1.08	7.09	0.00	67.98
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	36	1.67	10.36	0.00	73.81
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もの)	32	1.00	5.09	0.00	61.50
K718-21	腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	20	0.35	4.55	0.00	37.05

【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	136	1.38	23.55	0.74	75.26
K0461	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	88	1.95	37.03	4.55	80.70
K0462	骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	68	1.19	14.56	1.47	65.35
K0811	人工骨頭挿入術 肩、股	44	2.41	30.14	4.55	86.77
K0483	骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 前腕、下腿	36	0.94	5.28	0.00	55.89

【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
K80364	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 電解質溶液利用のもの	67	1.52	6.28	3.0	76.66
K7811	経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	64	1.84	2.97	0.0	61.48
K841-6	経尿道的前立腺吊上術	18	8.33	12.67	0.0	77.61
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	17	3.35	14.76	0.0	72.12
K7981	膀胱結石、異物摘出術 経尿道的手術	16	2.19	2.1	0.0	72.69

【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
K4132	舌腫瘍摘出術 その他のもの	11	0.27	2.27	0.0	70.82
K6262	リンパ節摘出術 長径3cm以上	11	0.27	1.91	0.0	66.73
K3721	中咽頭腫瘍摘出術 経口腔によるもの	-	-	-	-	-
K3892	喉頭・声帯ポリープ切除術 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	-	-	-	-	-
K4571	耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺浅葉摘出術	-	-	-	-	-

【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	14	0.21	5.57	0.00	77.21
K0063	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径6cm以上12cm未満	-	-	-	-	-
K0022	デブリードマン 100cm ² 以上3,000cm ² 未満	-	-	-	-	-
K084	四肢切断術(上腕、前腕、手、大腿、下腿、足)	-	-	-	-	-
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	12	0.25	6.83	0	32.25
K907	胎児外回転術	-	-	-	-	-
K9091 [□]	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	-	-	-	-	-
K893	吸引娩出術	-	-	-	-	-

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 単純なもの	11	2.45	2.27	0.00	68.82
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	-	-	-	-	-
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	-	-	-	-	-
K6871	内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	-	-	-	-	-
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	-	-	-	-	-

【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
K80364	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 電解質溶液利用のもの	67	1.52	6.28	3.0	76.66
K7811	経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	64	1.84	2.97	0.0	61.48
K841-6	経尿道的前立腺吊上術	18	8.33	12.67	0.0	77.61
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	17	3.35	14.76	0.0	72.12
K7981	膀胱結石、異物摘出術 経尿道的手術	16	2.19	2.13	0.0	72.69

【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	51	3.88	5.49	2.0	79.25
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	45	2.04	10.49	0.0	77.04
K6871	内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	28	3.68	7.14	0.0	72.21
K654	内視鏡的消化管止血術	22	2.91	14.95	9.1	74.41
K6532	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍胃粘膜下層剥離術	21	0.86	6.00	0.0	74.95

【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
K61214	末梢動静脈瘻造設術 内シャント造設術 単純なもの	-	-	-	-	-
K6147	血管移植術、バイパス移植術 その他の動脈	-	-	-	-	-
K616-41	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	-	-	-	-	-
K607-3	上腕動脈表在化法	-	-	-	-	-
K654	内視鏡的消化管止血術	-	-	-	-	-

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。

指標に示されるそれぞれの項目に関しては以下の通りです。

○播種性血管内凝固症候群

本来出血箇所のみで生じるべき血液凝固反応が、全身の血管内で無秩序に起こる症候群です。早期診断と早期治療が求められる重篤な状態です。入院後に発症している症例が多く、感染症が重症化するケースやや基礎疾患が影響しているケースが多いと考えられます。

○敗血症

生体のある部分で感染症を起こしている場所から血液中に病原体が入り込む、または化学療法や放射線療法を受けて白血球数が低下している患者さん、副腎皮質ホルモン薬や免疫抑制薬を投与されて感染に対する防御能が低下している患者さんに対して、重篤な全身症状を引き起こす症候群です。

○真菌感染症

真菌が種々の臓器に定着することに起因する感染症です。

○手術・処置等の合併症

手術や処置をしたことで起こる病態を指します。術後出血や創部感染などが挙げられ、手術や処置等に一定割合で発生してしまう病態です。合併症はどのような術式でもどのような患者さんでも一定の確率で起こり得るものです。

DPC	傷病名	入院契機	症例数	発生率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一	—	—
		異なる	10	0.21%
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	11	0.23%
		異なる	—	—

教育研修（講演会）行動結果

令和5年度 教育研修（講演会）

テーマ	開催日	開催場所	対象者	講師名	参加者数			
					合計	不明	名	名
入職時 オリエンテーション	4/1	講堂	入職者	磯邊 みどり				
					合計			名
					医師			名
					看護師			名
					技師			名
					事務・他			名
看護部 ラダー1 「患者確認」 「ダブルチェック」 「インスリン製剤の取 り扱い」	4/20	講堂	入職者	磯邊 みどり				
					合計	24		名
					医師			名
					看護師	24		名
					技師			名
					事務・他			名
看護部 ラダーⅡ 「KYT」	7/21	講堂	看護部 ラダーⅡ	磯邊 みどり				
					合計	21		名
					医師			名
					看護師	21		名
					技師			名
					事務・他			名
看護部 ラダーⅢ 「SBAR」	8/27	多目的室1	看護部 ラダーⅢ	磯邊 みどり				
					合計	10		名
					医師			名
					看護師	10		名
					技師			名
					事務・他			名
看護部 ラダーⅣ以上 「医療事故発生時の対 応」	8/18 9/22	多目的室1	看護部 ラダーⅣ以上	磯邊 みどり				
					合計	24		名
					医師			名
					看護師	24		名
					技師			名
					事務・他			名
全職員対象 CPC	5/26:41名 7/28:42名 9/29:27名 1/26:31名 3/29:32名	講堂	全職員	研修医 主治医 病理医				
					合計	183		名
					医師	75		名
					看護師	29		名
					技師	64		名
					事務・他	15		名
全職員対象 BLS研修	2023年度中	各部署	全職員	災害対策委員				
					合計	493		名
					医師	18		名
					看護師	326		名
					技師	126		名
					事務・他	23		名
全職員対象 医療安全研修 「MRI実施時の注意事 項」	9/11-10/14	動画	全職員	医療安全担当 放射線技師				
					合計	440		名
					医師	18		名
					看護師	213		名
					技師	99		名
					事務・他	110		名

令和5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	配信期間/開催日	開催場所	講師名	参加者数	目的	今後の課題点
新規採用者研修	4/4	講堂	奥田 賢次	合計 医師 看護師 技師 事務・他 名 名 名 名 名	標準予防策の理解	感染対策の徹底
標準予防策 (習熟段階1看護師)	4/7	講堂	奥田 賢次	合計 医師 看護師 技師 事務・他 18名 18名 18名 18名	標準予防策 手指衛生 個人防護具の着用	感染対策の徹底
感染経路別予防策 (習熟段階1看護師)	4/21	講堂	奥田 賢次	合計 医師 看護師 技師 事務・他 18名 18名 18名 18名	感染経路別予防策 の理解と実践	感染対策の徹底
感染経路別予防策 (看護補助者)	6/7 7/5 8/2 9/6 12/27	講堂	奥田 賢次	合計 医師 看護師 技師 事務・他 26名 26名 26名 26名	感染経路別予防策 の理解と実践	感染対策の徹底
清掃と感染予防対策 (委託業者)	11/20 (月) 11/21 (火)	講堂	奥田 賢次	合計 医師 看護師 技師 事務・他 28名 28名 28名 28名	清掃の目的・方法 手指衛生 個人防護具の着用	感染対策の徹底
Withコロナ感染対策	7月14日 (金) ～ 9月 30日 (土)	動画配信	奥田 賢次	合計 医師 看護師 技師 事務・他 512名 22名 258名 102名 130名	感染症法移行後の 新型コロナウイルス 感染対策	実践の評価及び 徹底
正しい手指消毒をしよう～ 感染対策に一番強い病院を目指して～	12月8日 (金) ～ 2月9日 (金)	動画配信	奥田 賢次	合計 医師 看護師 技師 事務・他 480名 20名 238名 101名 121名	標準予防策 の再確認	実践の評価及び 徹底

IV-1. 薬剤部

1. 部署概要

○ スタッフ

課長 吉田 尚史

スタッフ数 薬剤師15名、非常勤薬剤師3名、非常勤事務員4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。

7) 薬薬連携

富田林薬剤師会と定期的に勉強会を開催し、富田林病院の取り組みなどを紹介し薬薬連携の強化を図っている。また、事前合意プロトコルを整備することにより、保険薬局と富田林病院との疑義照会における業務効率化に貢献している。

2. 活動実績

○ 研修活動

1) 院内研修

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

2) 院外研修

6月：富田林薬薬連携協議会 Web seminar

「当院の院外処方箋における疑義照会事前合意プロトコルについて」

8月：第3回南河内Directors of Pharmacy Forum

「抗菌化学療法認定薬剤師の資格取得に向けて」

10月：令和5年度全国済生会病院薬剤師会研修会

「術後疼痛管理チームの活動をスタートして」

総合討論会にディスカッサントとして参加

1月：第4回南河内Directors of Pharmacy Forum

「当院の術後疼痛管理チームについて」

2月：富田林病院薬薬連携Webセミナー

「前立腺癌の薬物療法における副作用マネジメント」

3月：富田林薬薬連携協議会 Web seminar

「院外処方箋における検査値標記について」

総合討論会にディスカッサントとして参加

上記の研修会に発表者として参加

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。

3. 統計資料

2023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
8,562	4,116	7,335	4.9
休日小児診療枚数／日	小児夜間救急処方箋枚数／日	外来腫瘍化学療法診療料1／月	外来化学療法加算／月
0.2	5.7	111.5	27.8
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
16.8	196.4	403.3	60.7
麻薬管理指導加算件数／月	無菌製剤処理料2の件数／月	無菌製剤処理料1（イ）の件数／月	無菌製剤処理料1（ロ）の件数／月
9.6	235.8	174	11
事前合意プロトコルによる疑義照会のカバー率（％）			
51.47			

4. その他

薬薬連携をさらに強化していき、地域医療に貢献してまいります。

IV-2 臨床検査科

概要報告

臨床検査部門は、センター長1名、病理医1名、技師長1名、副技師長1名、係長2名、主査3名、常勤臨床検査技師15名、非常勤臨床検査技師2名、技術指導員2名、非常勤看護師3名、非常勤事務員3名の計34名（育児休業3名を含む）で構成している（令和6年3月1日現在）。構成員および担当業務は別掲のとおり。（資料1）

活動実績

臨床検査科内外からの提案や要望に対して、検査科内で処理できる案件は即時対応を、他部門との調整が必要な案件は臨床検査運営委員会を通じて検討し、合意・承認を得たうえで改善を進めた。

また医師の働き方改革の一環であるタスク・シフト/シェアに関連して、7月から胎児の超音波検査を検査科で実施することとした。

一昨年来取り組んでいる採血時の待ち時間短縮については、これまでも一定の成果を上げているが、更なる効率化を目指して定期的にデータを取ることで成果を実感しながら取り組んできた。

組織運営の根幹をなす人材については、各職員が有する様々な能力を伸ばすことを第一にすえ、学習や研修の機会の充実を図った。

これらの活動を以下、「財務の視点」、「プロセスの視点」、「顧客の視点」、「学習と教育の視点」から詳述する。

（1）財務の視点

1) 検査稼働状況

① 生化学・免疫・血液学的検査、および尿・糞便検査（資料2-1）

2023年度のいわゆる検体検査の総検査件数は、入院381,970件、外来1,082,699件、健診162,691件であった。総件数の年次推移をみると2023年度は1,627,360件であり、2022年度の1,610,718件よりも増加している。直近5年間のピークであった2019年度の1,620,000件を上回り、検査件数からはCOVID-19による患者減少が解消されたと見なせるのではないかと。

入院・外来別に年次推移を追うと、昨年度に引き続き、わずかではあるが入院と外来の比率が改善された。一昨年度までは外来件数が減少し、入院件数が上昇していたが、DPCを考慮すれば、外来で実施可能な検査は出来る限り入院前に実施し、入院では必要最小限の検査にとどめるべきである。関係各位の協力のもと、この傾向を維持していきたい。

② 輸血関連検査（資料2-2）

2023年度の血液製剤の入庫数や使用数、および製剤の廃棄率を資料2-2に示す。廃棄率は患者の急変等によりやむを得ないこともあるが、今年度は比較的効率よく使用できたと考えている。献血という善意の輸を無駄にすることのないよう、引き続き効率的な運用に努めたい。

③ 生理機能検査 (資料 3)

心電図・超音波検査の検査件数は COVID-19 によると思われる影響から徐々に回復してきている。しかし呼吸機能検査については、なおも回復しておらず、直近の3年間はピーク時(2018年度)のおよそ3分の1の件数にとどまっている。健診件数は COVID-19 によると思われる影響がみられるものの、ここ数年は漸増している。2023年度は4,690件であった。

今年度7月から新たな超音波検査として胎児スクリーニングを、また医師の業務軽減を目指して9月から胎児計測を開始した。検査件数は両者合わせて775件であり、超音波検査の件数増に貢献した。

昨年度から本格稼働した臨床検査技師による運動負荷試験は128件であった。問診票や検査中断要件等について事前に医師と擦り合わせしたこともあり、現在のところ大きな問題なく稼働している。

④ 病理・細胞診検査 (資料 4)

主に外来検体を中心に COVID-19 による影響がみられたが、昨年度から回復基調にあり、今年度は直近6年間で最も検査件数が多かった。2023年度の解剖数は9件であった。

⑤ 細菌検査 (資料 5)

2020年1月から始まった新型コロナウイルスによる感染症は、2023年5月の第5類感染症に移行し、これにともなって細菌検査の総件数は、新型コロナウイルス関連の検査が減少した。特にPCR検査は入院・外来ともに件数を減らす一方で、抗原検査が増加した。入院・外来合わせて抗原検査が7,477件、PCR検査が3,276件であった。

2) 試薬・外部委託検査等の費用 (資料 6)

試薬の費用が昨年度よりおよそ187万円減少した。新型コロナウイルスの関連試薬購入費が、昨年度の約2,890万円から今年度約2,630万円と約260万円減少したことが主な要因と推測する。

外注検査の費用は前年と比較して474万円増加した。主な要因は遺伝子関連検査の増加と考えている。実際、早期浸潤性乳癌患者の再発スコアや化学療法上乘せ効果判定を調べる項目(がんゲノムプロファイリング検査、2023年9月に保険収載)の検査費用は1件あたり44万円で、昨年度は4件実施している。このような高額な遺伝子検査に着目して2022年度と比較すると、2023年度は件数で29件、金額で約330万円増加している。いずれも依頼に要する価格は診療保険点数より低く設定されているため持ち出しはないが、費用総額が膨らんだ。

3) 返戻・減点対策 (資料 7)

検体検査を対象にした年間集計によると、返戻・減点は3,500件余りあり、点数にして539,000点にのぼる。そのうちBNP、Dダイマー、FDP、PCT、FT4、フェリチン、亜鉛、CEAやCA19-9の項目で点数ベースにして約半数を占め、268,200点に及ぶ。毎月この傾向に大きな変化はない。原因を探る手掛かりとして、これらの項目を対象として、医師ごとにオーダー件数と査定率(オーダー件数に対する返戻・減点件数の割合)の相関を調査したところ、全体的には相関はなかった。

つまり、オーダー件数が多いからといって必ずしも査定されているわけではなく、オーダー件数が少なくても査定対象になっている例が多数認められた。このことから、特に上記項目については査定対象になりやすい点に留意したうえで、必要最小限のオーダーをお願いしたい。返戻・減点の100%削減は非現実的であることを理解しつつも、ここにあげた数項目を重点的に減らすことができれば、返戻・減点項目は激減するはずである。検査科として、今後も効率的な運用をめざして委員会等へ情報を発信していきたい。

4) 採血管変更等による削減効果

生化学の検査項目であるグルコースは、これまで血清検体もしくは血漿検体の2種類で測定していたが、血清グルコースに1本化することで血漿用の採血管(血糖測定用スピッツ(灰色))を廃止した。この削減により年間約440箱、金額ベースで34万円の経費削減を実現した。

また、従来から血液ガス分析装置で測定していた重炭酸イオン(HCO_3^-)を、生化学自動分析装置でも測定できるようにした。これにより、従来の血液ガス測定用専用シリンジの発注を約16万円削減できた。

これら2点の変更、および関係者の協力により、合わせて約50万円の費用削減に成功した。費用のみならず、採血手技の簡便化にも寄与し、結果として患者の待ち時間の短縮に繋がった。

(2) プロセスの視点

1) 検査項目の変更・見直しについて

- ① 製造中止によるレンサ球菌用パネルの変更について(2023年1月1日から)

2) 精度管理調査の状況

- ① 日本医師会臨床検査管理調査の成績

総合点: 98.6点、B評価(9項目)、C評価およびD評価はなし

昨年度の総合点(95.2点)から成績が向上した。前回は試料溶解時の不備により、B評価が目立ったが、今回はロック式ピペット導入により是正され、今年度の目標である98点をクリアした。

- ② 日本総合健診医学会 第2回から第4回調査に参加

第2回: 74項目全てA評価、B評価なし

第3回: 69項目全てA評価、B評価なし

第4回: 73項目がA評価、B評価は1項目(LDL-C)

- ③ 日本臨床衛生検査技師会 精度管理調査

250項目中250項目がA・B評価、C・D評価はなし

(3) 顧客の視点

採血室の待ち時間短縮に向けた活動 (資料8)

一昨年来、継続して採血の待ち時間短縮に取り組んできた。その内容は、①2021年12月 採

血ブースへの円滑な誘導、②2022年6月 採血器具変更、③2023年2月 血糖の専用採血管中止である。一連の取り組みは、待ち時間短縮に効果あったと考える。全体を俯瞰すると2024年2月現在、98%以上の患者が15分以内に採血していることになり、待ち時間にかかる問題はほぼ解消されたと考えている。今後もより良いサービス提供を目指し、継続して改善に取り組んでいく。

(4) 学習と教育の視点

1) 検査科内の勉強会

① 病理解剖の稀症例の解説 (塚本) 12回開催

(4月3日、5月1日、6月5日、7月3日、8月7日、9月4日、10月2日、11月6日、12月4日、1月9日、2月5日、3月4日)

② マネジメント勉強会 (渡邊) 12回開催

(4月10日、5月8日、6月12日、7月24日、8月14日、9月11日、10月23日、11月13日、12月11日、1月22日、2月19日、3月18日)

③ RCPC (輪番) 33回開催

(8月1日、8月8日、8月15日、8月22日、8月29日、9月5日、9月12日、9月19日、9月26日、10月3日、10月10日、10月17日、10月24日、10月31日、11月7日、11月14日、11月21日、11月28日、12月5日、12月12日、12月19日、12月26日、1月9日、1月16日、1月30日、2月6日、2月13日、2月20日、2月27日、3月5日、3月12日、3月19日、3月26日)

④ 乳腺エコーの実技研修 12回開催

(11月13日、11月20日、12月4日、12月22日、1月12日、1月19日、1月24日、2月2日、2月5日、2月16日、3月8日、3月15日)

⑤ 超音波研修会 (院内)

(12月20日、12月22日、1月15日、1月22日、1月24日、2月5日、2月28日、3月4日、3月6日)

2) 学会発表

安田美優 2024年1月27日、第76回 済生会学会 熊本、ポスター発表

「右室ペースメーカーリードに起因する重度三尖弁逆流をきたし、心不全による入退院を繰り返した一例」

増田弘明 2024年1月27日、第76回 済生会学会 熊本、ポスター発表

「アガロースを用いた切り出し方法の工夫～タスクシフト・シェアをふまえて～」

3) 講演

渡邊清司 「ISO15189 の今後について」、2024年2月10日、東京
第24回 令和5年度 臨床検査業務委員会 報告会
「選ばれる臨床検査室」 ～品質保証と人材育成が人を呼ぶ～
(一般社団法人日本病院会・全国病院経営管理学会 共同事業)

4) 認定資格合格者

安田美優 超音波検査士 消化器領域

5) 各種の研修記録等 (資料9)

限られた職員数で効率的に業務を遂行していくためには、専門性を超えて互いに補完しあう体勢づくりが必須である。このため特に若手を中心に、専門以外の業務を経験する機会を設けた。しかし、柔軟に補完しあえるレベルまでは到達できていない。業務のさらなる効率化をめざして、継続して人材育成に取り組んでいきたい。

(5) 機器・備品の整備 (資料10)

今年度に整備された機器・備品を資料10に示す。

今後の取り組み

- ① 業務効率化のためのムダ・ムラ・ムリの削減
- ② 精度保証体制の構築 (品質マネジメントシステムの導入検討)
精度管理はもとより、検体採取から報告まで適正に管理・実施された検査であること。
- ③ アドバイス・サービスへの取り組み
将来、人工知能(AI)の活用が必至である情勢を踏まえ、臨床に有用な付加価値の高い情報を発信していく。
- ④ 内外にオープンな臨床検査科 (心理的な安全性確保と改善提案の活性化)
- ⑤ 人材育成
 - ・PDCAサイクルを理解し、それを日常業務に応用できる人材の育成
⇒ 検査科内小委員会の立ち上げ
 - ・複数業務への対応 (自ら状況を判断し、専門分野を超えて他分野を支援する態勢)
 - ・検査担当者の力量を保証するしくみ (力量評価表の活用と認定資格の取得推進)
- ⑥ 学会や研修会への積極的な参加 (外部の人材とのネットワーク構築)
- ⑦ 老朽化した分析装置の更新および機能強化に向けた装置の新規導入
- ⑧ 社会の変化への適切な対応 (タスクシフト/シェアへの参画)

以上

IV-3. 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
係長	藤原 光樹 、 松田 森
主査	斉藤 繁樹 、 西田 大希 、 加藤 将記
スタッフ数	理学療法士 19 名、作業療法士 9 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な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
- ・入院業務
平日（月曜日～金曜日）及び土曜日終日、祝日（元旦を除く）

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

当院では、疾患別リハビリテーションの各施設基準（I）及びがん患者リハビリテーション料を取得しており、本年度も引き続き入院・外来において急性期リハビリテーションを提供した。院内におけるリハビリテーションにおいては、感染対策を継続し入院患者と外来患者の直接的な接触を避ける形で、抵抗力の低下した患者の方にも配慮したリハビリテーション環境を整備した。また、今年度も引き続き各診療科

カンファレンス・病棟カンファレンス等に積極的に参画し、早期リハビリテーションの実施や退院支援の更なる改善に取り組んだ。また、呼吸器ケア、褥瘡、栄養サポート、緩和ケア、認知症ケア、糖尿病ケアなどの院内チーム活動にも引き続き参加し、多職種でのチーム医療の一役を担うとともに医療サービスの質の向上に貢献した。

年間を通じて（入院）延 33,198 名、（外来）延 6,045 名にリハビリテーションを実施した。

○在宅リハビリテーション

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、訪問リハビリテーション・サービス（訪問看護）の提供を行なった。また、今年度は、これまでに訪問看護に加えて 9 月より訪問リハビリテーション事業を新しく立ち上げ、在宅部門をさらに拡大。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・サービスの更なる充実を図った。

○通所介護（リハビリテーション）

今年度も引き続き作業療法士・理学療法士計 3 名を派遣し、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。また、入所サービスにおいて、理学療法士 1 名を外向させ専従業務に従事。入所者への専門的リハビリテーション・サービスの提供を開始した。

○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 島崎寛将（作業療法士）
介護予防・日常生活支援総合事業 委員派遣・講師派遣 加藤将記（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）
- ・富田林市生活支援サービス従事者研修 講師 藤原光樹（作業療法士）
- ・南河内広域事務室 障がい支援区分市町村審査会 委員派遣 島崎寛将（作業療法士）
- ・大阪狭山市 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）

など

○学術活動等の実績

今年度は下記の関連学会、研修会において発表、講師の派遣等を行った。

- ・がんリハビリテーション研修運営委員会主催がんのリハビリテーション研修会
- ・大阪府がんのリハビリテーション研修運営委員会主催がんのリハビリテーション研修会
- ・日本理学療法士協会主催がんのリハビリテーション研修会
- ・日本作業療法士協会主催がんのリハビリテーション研修会

○臨床実習受け入れ

今年度は養成校より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：
四条畷学園大学、大阪公立大学、関西医療学園専門学校、関西福祉科学大学、大阪人間科学大学
- ・作業療法部門：
森ノ宮医療大学、大阪公立大学

IV－4.放射線科

部署概要

○スタッフ

放射線科部長	柳生行伸
技師長	松本伸介
係長	竹綱眞史

スタッフ数 放射線科医 1 名、診療放射線技師 1 4 名、学生助手 1 名
放射線科看護師 2 名（パート含む）、派遣事務員 2 名

○放射線技師認定資格者

- ・ X線 C T 専門認定技師
- ・ 大腸 C T 検査技師認定者
- ・ 救急撮影認定技師
- ・ 衛生工学衛生管理者
- ・ 胃 X 線検診読影補助認定技師
- ・ 肺がん C T 検診認定技師
- ・ 検診マンモグラフィー撮影認定技師
- ・ 胃がん検診専門技師
- ・ 第 1 種放射線取扱主任者（試験合格者のみも含む）

○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 T V 装置 2 台、血管撮影装置 1 台
- ・ C T 装置 2 台（64 列 2 管球 CT）（64 列 CT）、MR I 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 3 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 T V 装置 1 台

放射線科基本方針

放射線科では多くの診療科や近隣医療機関と連携する役割を認識し、患者さん中心の医療を提供すると共に、最新の医療に沿った放射線技術を実施し、地域医療に貢献できるよう日々研鑽しています。

- 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。

○2023 年度 活動実績

主な参加学会および研修会（Web 参加も含む）

- ・ 第 54 回日本消化器がん検診学会 近畿支部放射線研修会
- ・ 第 8 回 CT Colonography Webinar
- ・ 日本心臓 CT 技術研究会 2023
- ・ Cardiovascular Imaging Seminar in Kyoto
- ・ KCJL2023
- ・ 第 1 回日本大腸 CT 技術研究会
- ・ 第 115 回南大阪 MRI 研究会
- ・ 第 14 回関西コロノグラフィ研究会

研究・研修活動

- ・ 院内勉強会
薬剤師を対象にした勉強会
「大腸 CT について」（吉川慎太郎）
- ・ 研究会発表
第 23 回南大阪 CT 研究会
「当院における大腸 CT の検査精度の検討」（北野久志）
- ・ 学会発表
第 76 回済生会学会にて
「当院における冠動脈 CT の現状」（竹綱眞史）

放射線科施設見学受け入れ

- ・ 松下記念病院（DWBIS 導入のノウハウおよび撮影の見学）
- ・ 済生会野江病院（乳房撮影の撮影および画像の見学）

臨床実習受け入れ

- ・ 森ノ宮医療大学 診療放射線学科 2 名 計 45 日間

2023 年度の放射線科指針と目標

2023 年度、放射線科は以下の指針と目標を掲げ日常業務に取り組んでまいりました。

2023 年度放射線科指針

～再びルールの順守～

昨年度の指針を「ルールの順守」にし、各自がルールを守る事を意識し日々の業務に携わってきたと思いますが、残念ながらルーチン的に行う日常業務でさえルールを守れていない行動が散見されます。またルールを順守しない事によるインシデントやヒヤリハット等も発生している現状も踏まえ、今年度も再度「ルールの順守」を科内の指針としました。

放射線科ではルールを順守する事で、効率的かつ安全で正確な検査が行える体制を整えていますが、業務を複雑化しているルールや効率化の邪魔になるルールは見直しも必要です。

各自がルールの順守を行いながら、改めてルールの評価も行い、効率的かつ安全が担保できるルールの確立およびルールを順守する組織作りを目指しましょう。

2023 年度放射線科目標

- ① 職員を対象にした研修動画の配信の継続
 - ➡ 「診療用放射線の安全利用研修」「放射線業務に従事する医療従事者への被ばく研修」「MRI の安全管理」この 3 題について研修動画を継続していく。
- ② CT の紹介率の向上（目標紹介率：10%）
 - ➡ 2022 年度実績 8.8%の紹介率を上昇させる
- ③ 専門性を持った技師の育成
 - ➡ 認定技師取得に向けて支援していく（CT・胃透視）
- ④ 残業時間低減の取り組み（2022 年度年間残業時間；607 時間 35 分）
 - ➡ 業務の効率化をはかり年間残業時間 550 時間以内を目指す。
- ⑤ 2022 年度の CT、MRI、胃透視の画像評価検討
 - ➡ 冠動脈 CT、大腸 CT、DWIBS、胃透視など画像を評価検討し、統計および学会発表、教育などに使用できるデータ収集を行う

目標の達成

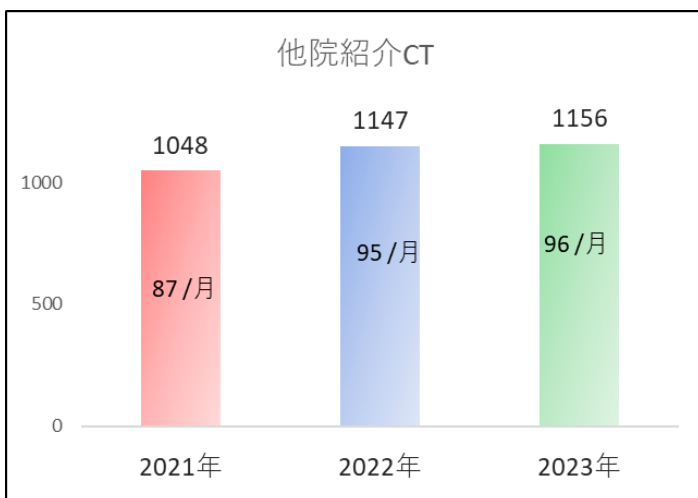
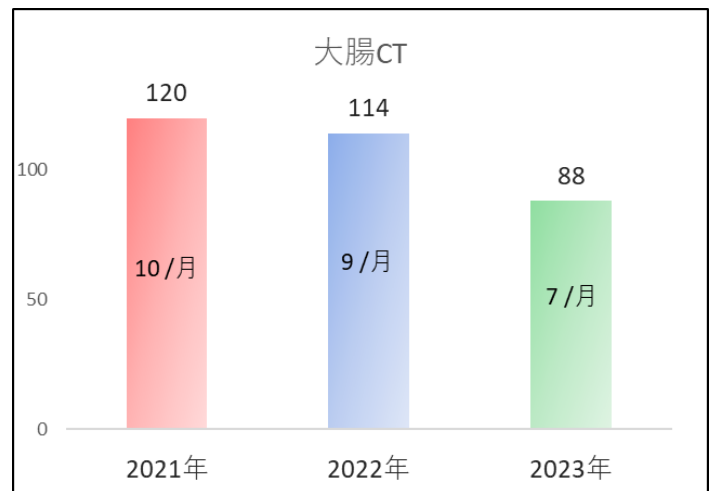
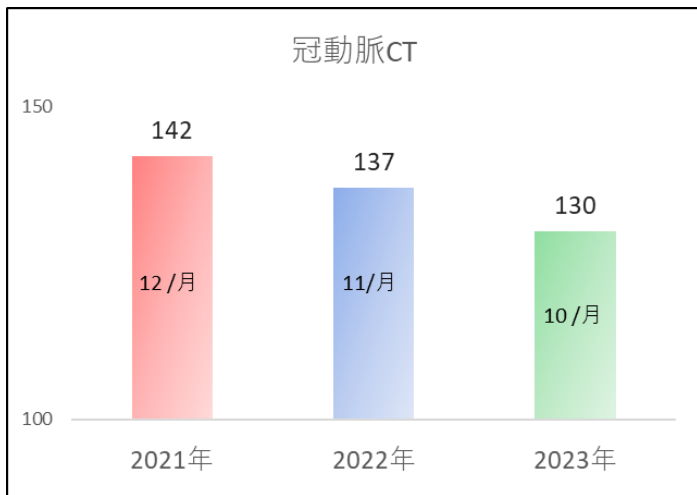
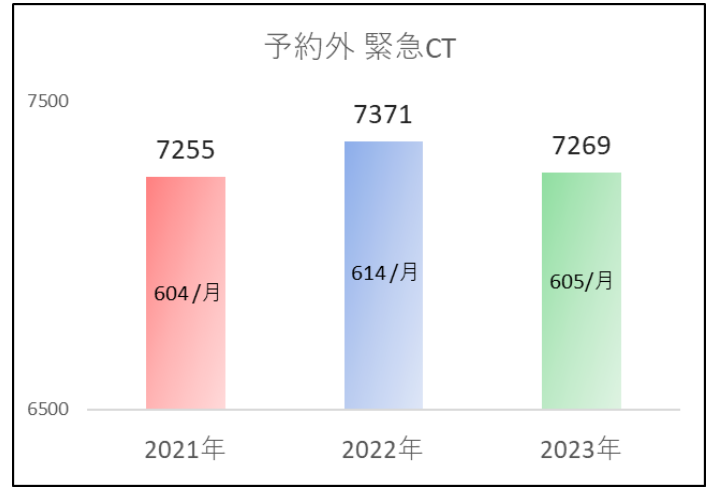
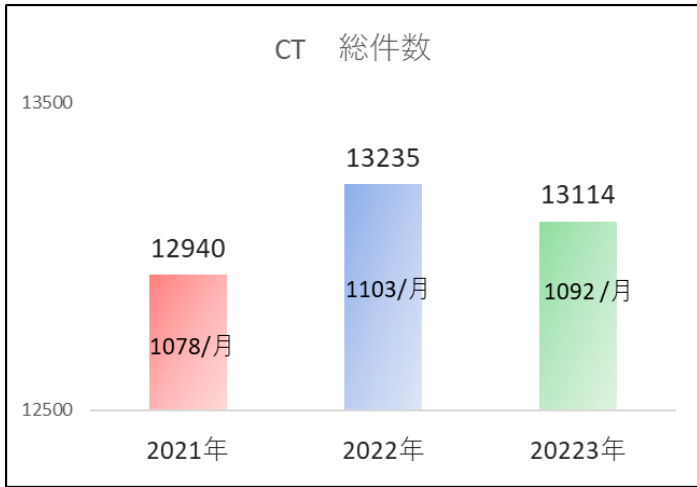
- ① 研修動画 3 題の配信を行へ目標は達成したが、対象者全員に視聴してもらえない課題が残った。
2024 年度は対象者に動画 LINK 付きメールを送るなど視聴を促す工夫も必要か？
- ② 2023 年度の紹介率は 8.98%と前年度より増加（微増）したが目標である 10%には満たなかった。
- ③ 胃 X 線検診読影補助認定技師の取得者が 2 名と、業務拡大に伴う厚生労働大臣が指定する告示研修修了者が 1 名おり目標は達成できた。
- ④ 業務の効率化を検討し、特に CT 画像処理に要していた残業時間を減らす事に注力した結果
2023 年度の年間残業時間は 469 時間 55 分となり目標を達成した。
(CT 画像処理の残業時間は前年度より年間約 68 時間減少)
- ⑤ 画像と画像所見との照らし合わせを行い、評価検討した結果をまとめ学習ツールとして
放科スタッフがいつでも閲覧できるよう共有フォルダに保存した。

その他の業務実績

- ・造影検査時の抜針
放射線技師のタスクシフト・シェア業務として研修修了者と学生時に教育課程を終了している技師 3 名にて、造影検査終了時の抜針業務を始めた。
- ・バリウム誤嚥対策 WG の活動
2023 年度の誤嚥発生率の目標値を 0.75%未満とし、昨年度から引き続き WG にて適宜ミーティングやカンファレンスを行いました。
結果として誤嚥率は 0.55%となり目標値を下回った。
- ・病棟患者の送迎
タスクシェアの一環として 4A のナースと協働で、撮影を行う患者さんの送迎を放射線技師が行う事を始めた。

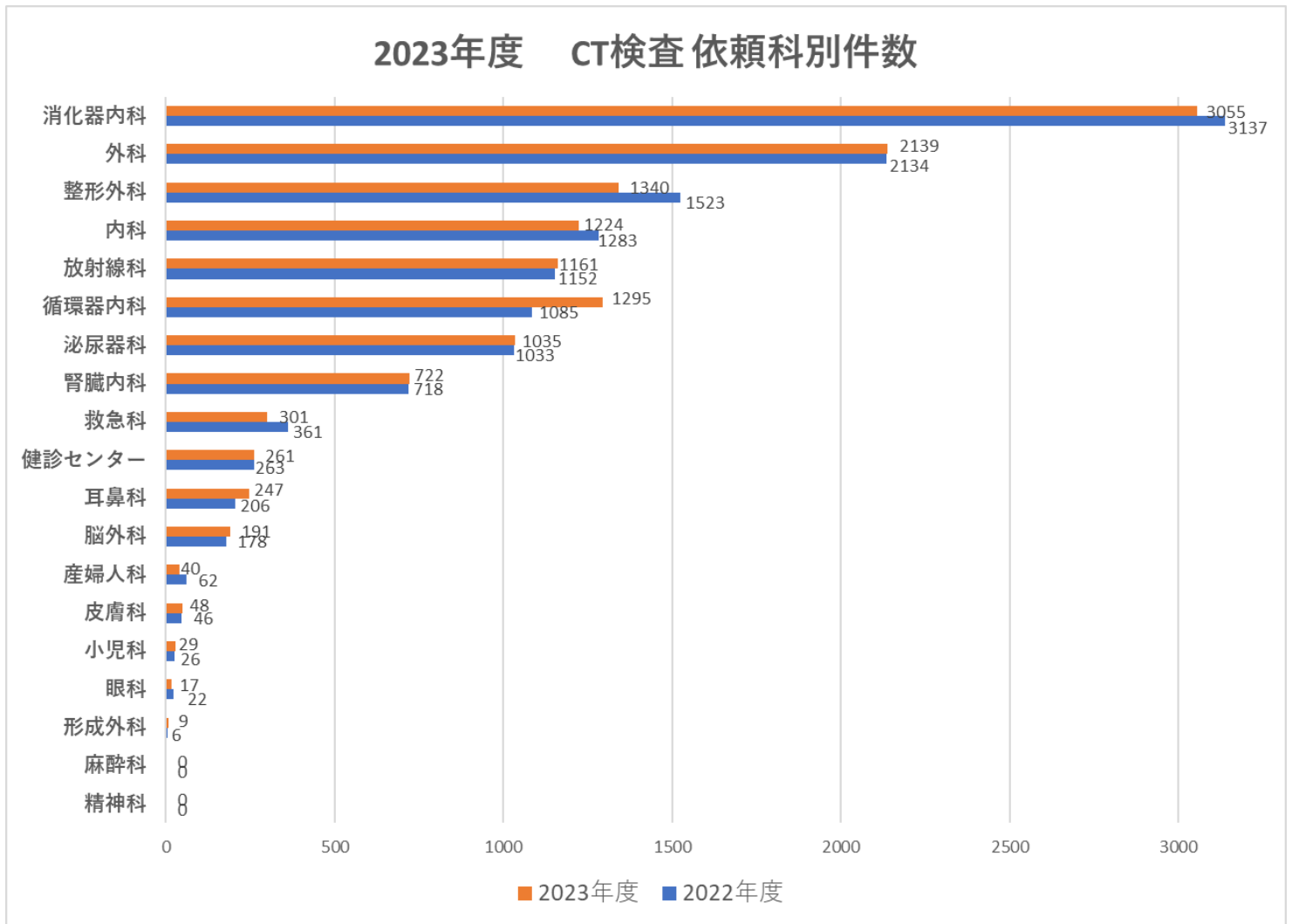
2023年度 放射線科 検査件数

・CT 検査件数

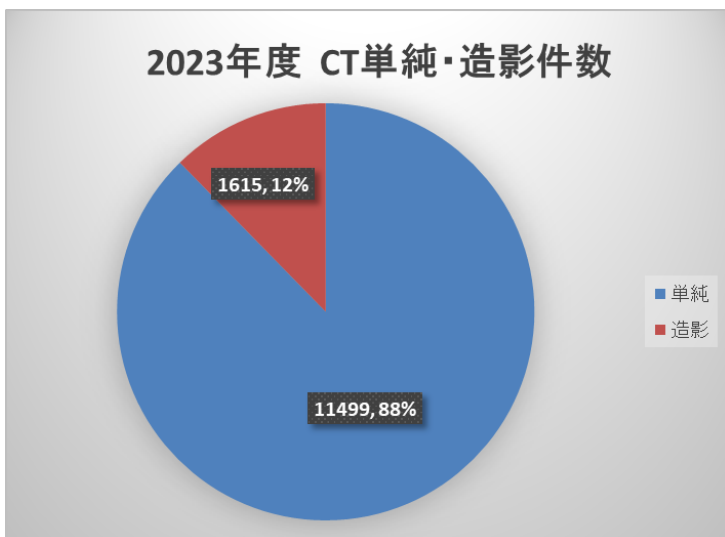


他院紹介CT 紹介率		
2021年	2022年	2023年
8.2%	8.8%	8.9%

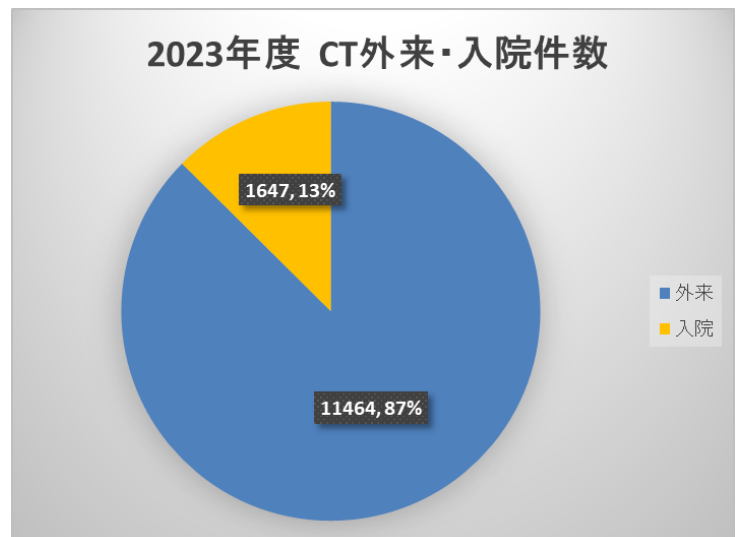
・CT 依頼科別集計



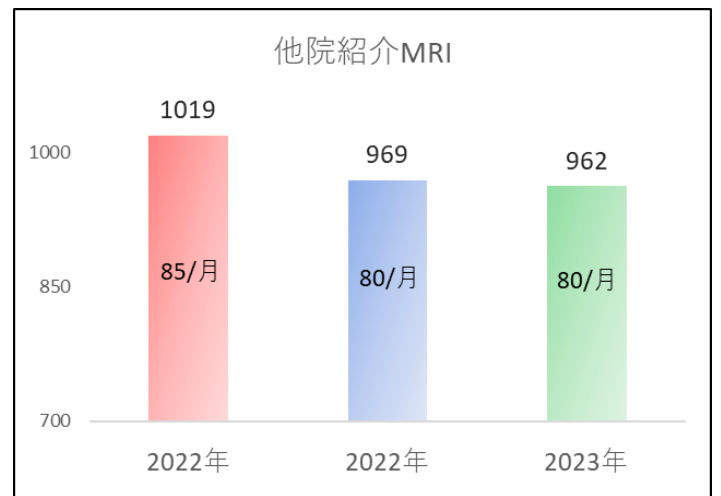
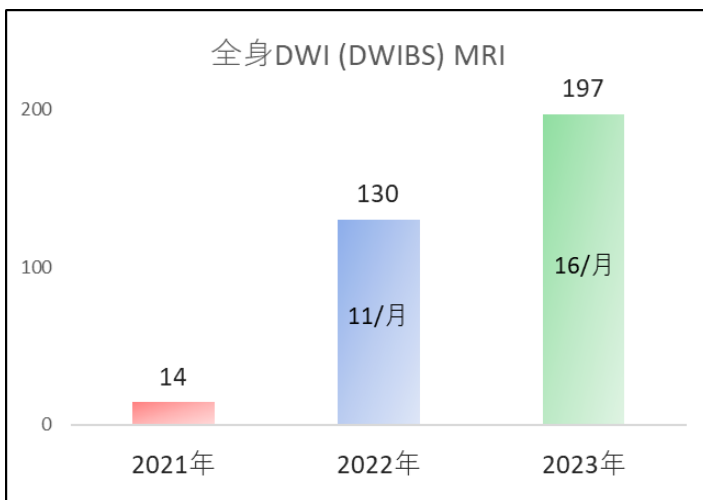
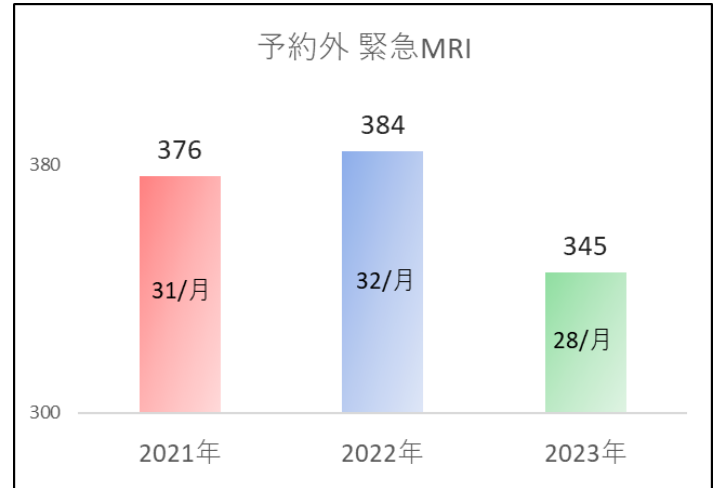
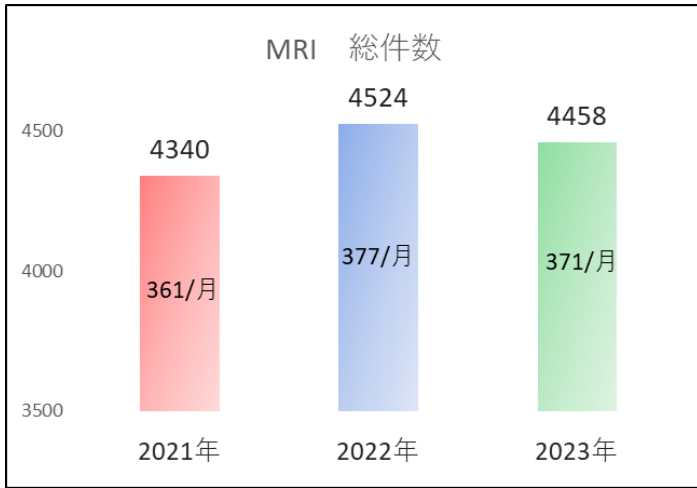
・CT 検査 単純・造影件数比率



・CT 検査 外来・入院件数比率

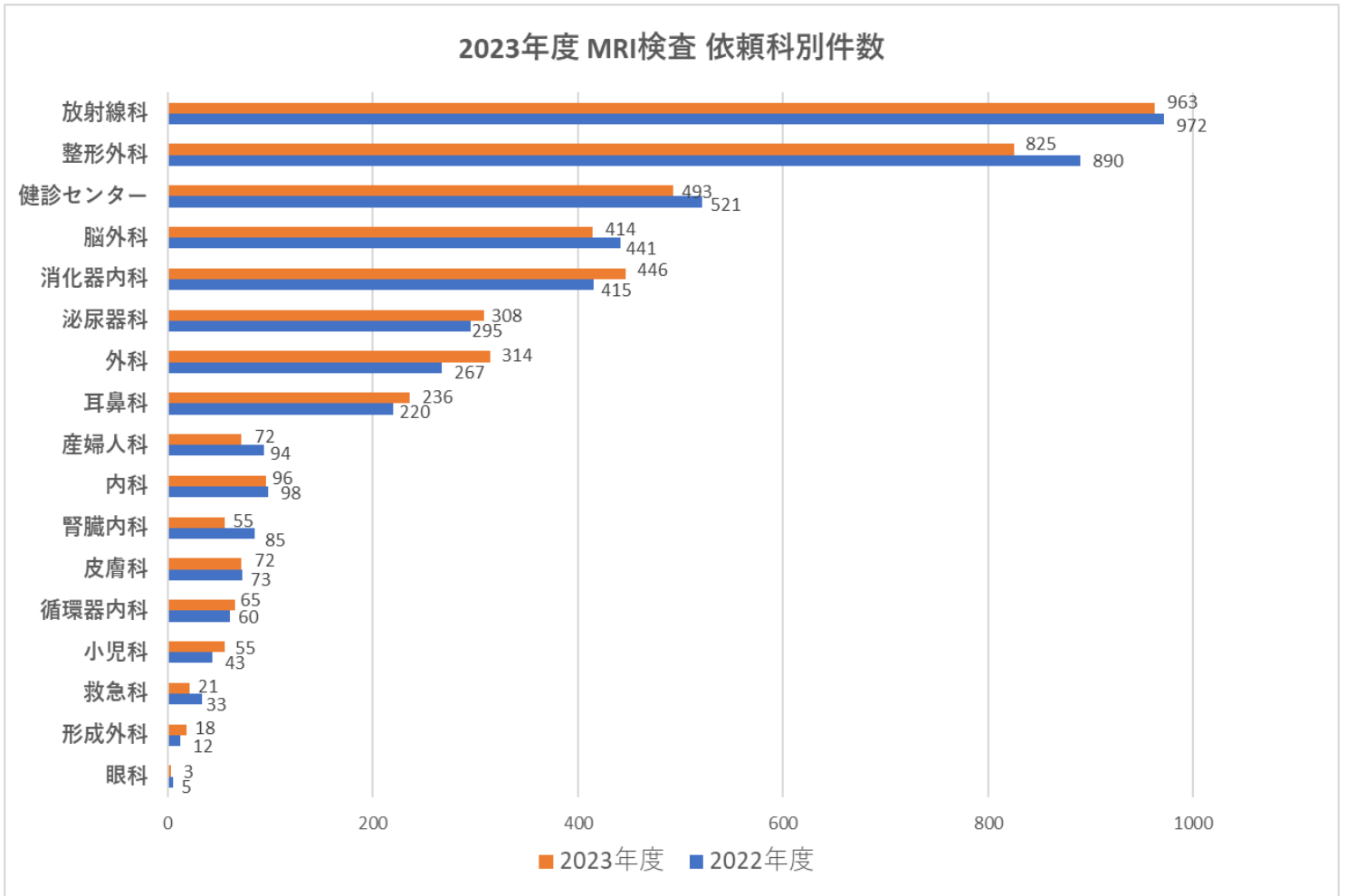


・MRI 検査件数

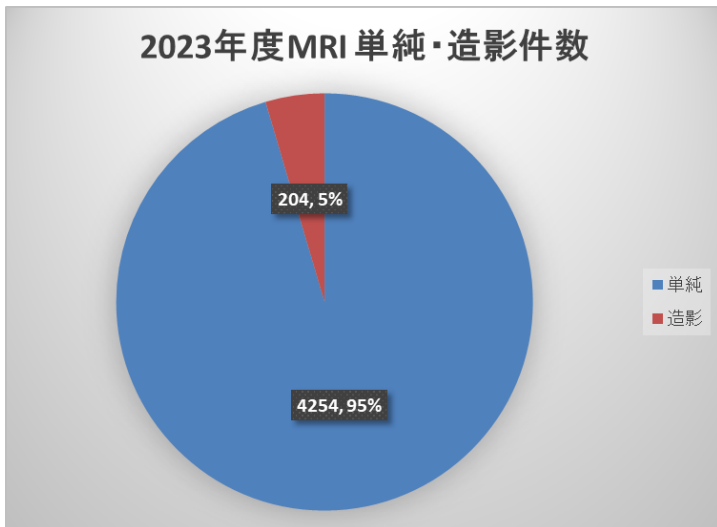


他院紹介MRI 紹介率		
2021年	2022年	2023年
25.5%	24.0%	24.2%

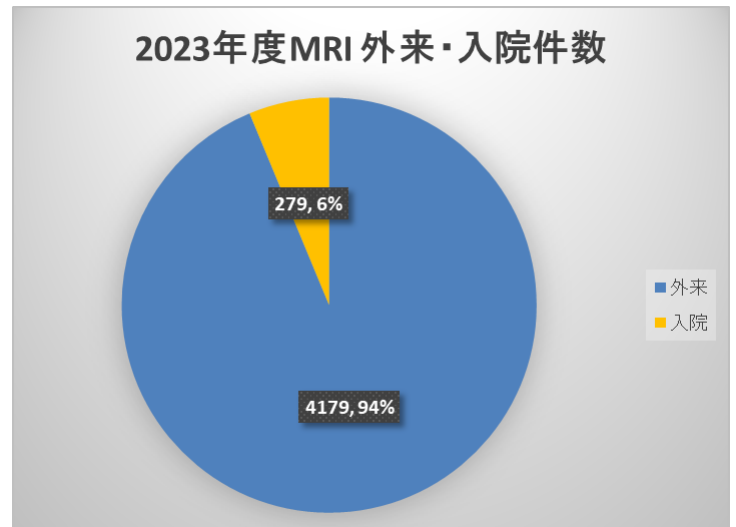
・MRI 依頼科別集



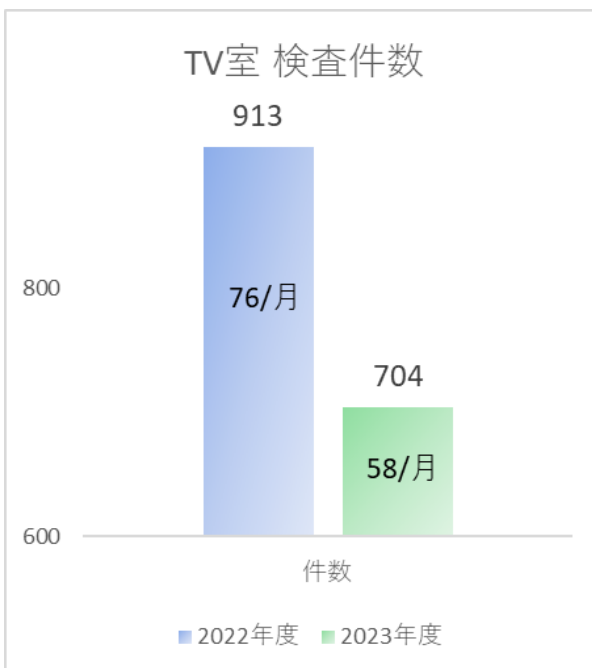
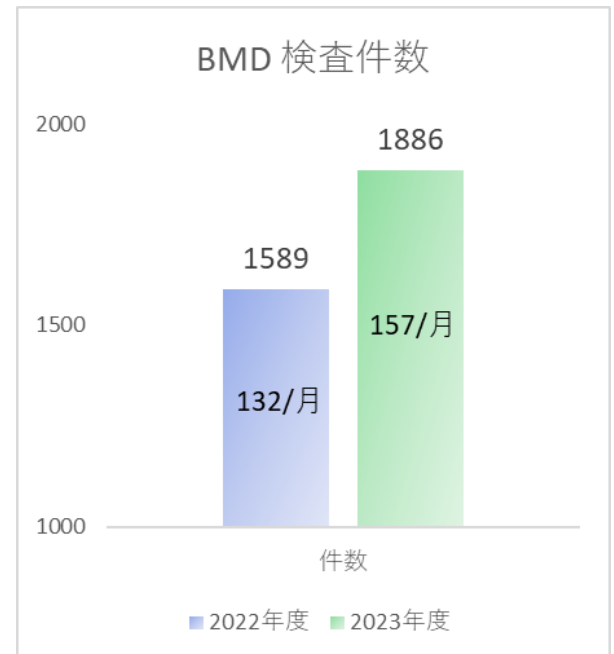
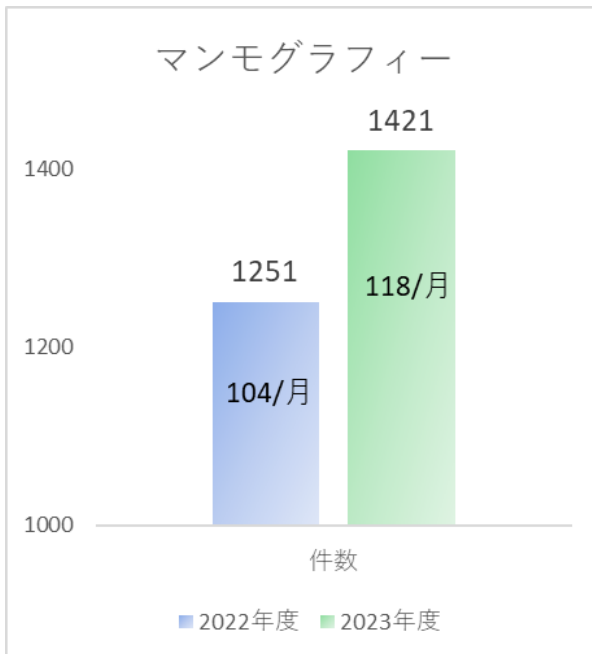
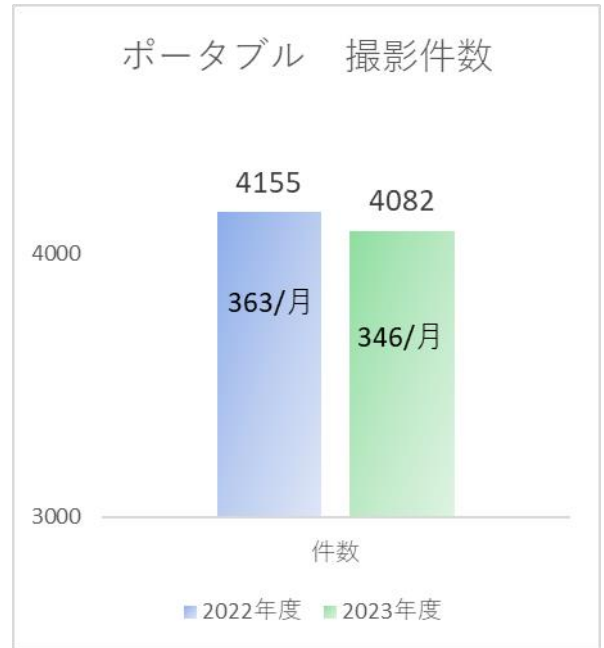
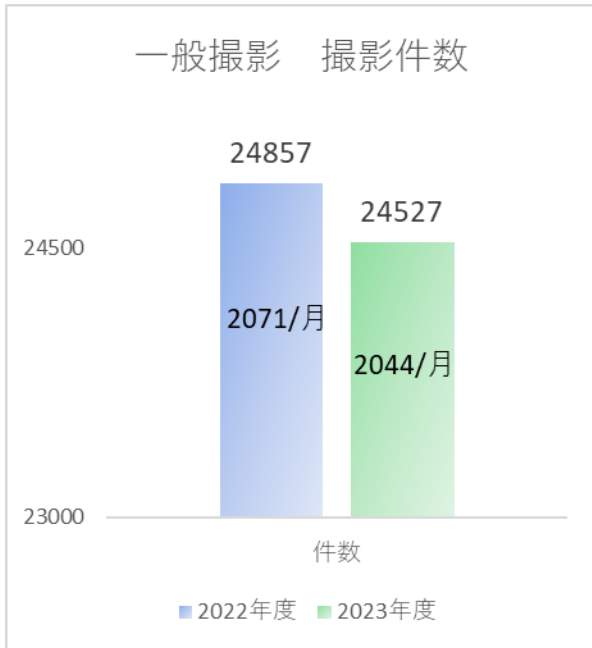
・MRI 検査 単純・造影件数比率



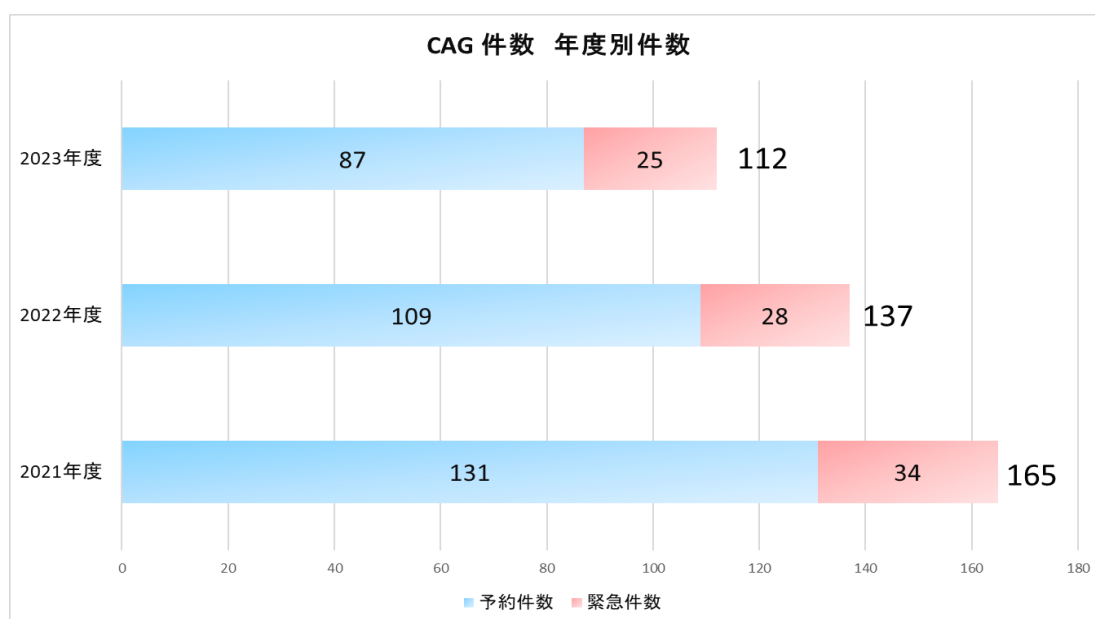
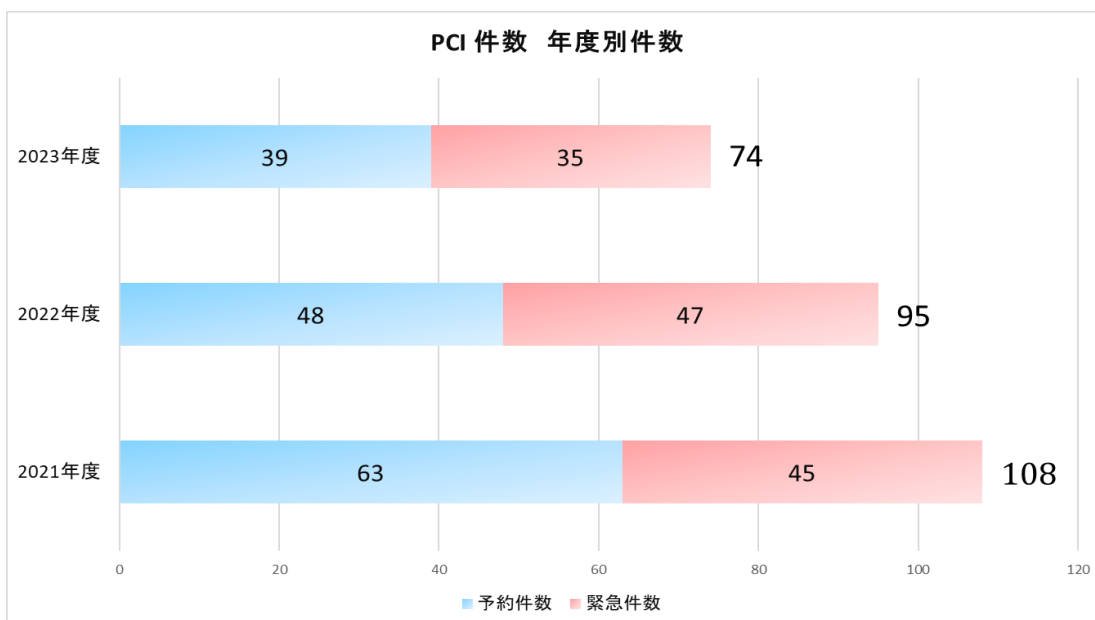
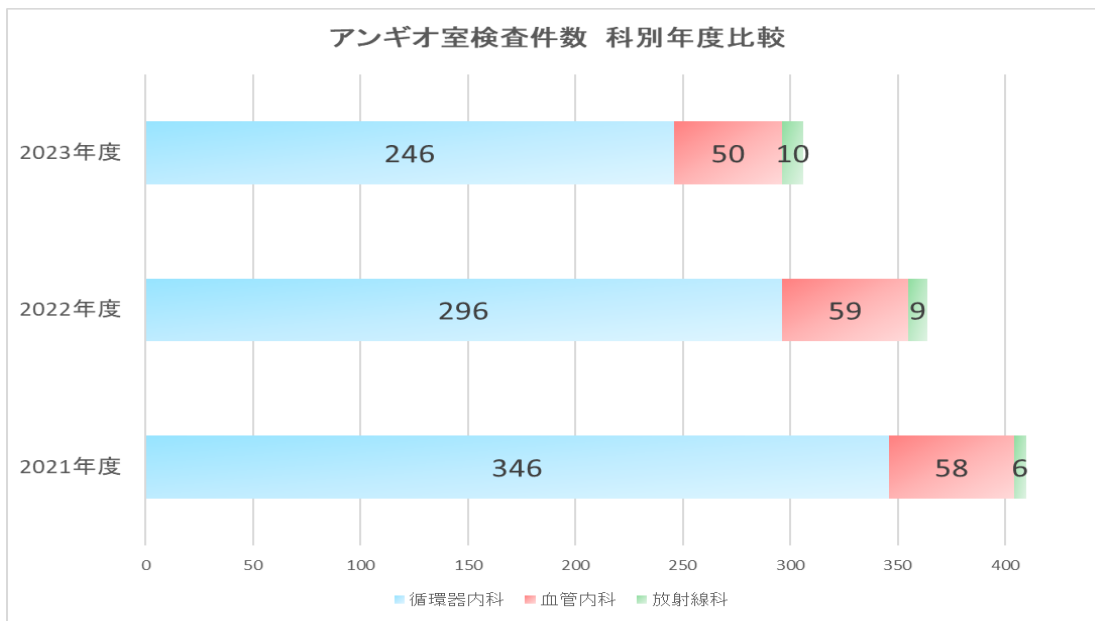
・MRI 検査 外来・入院件数比率



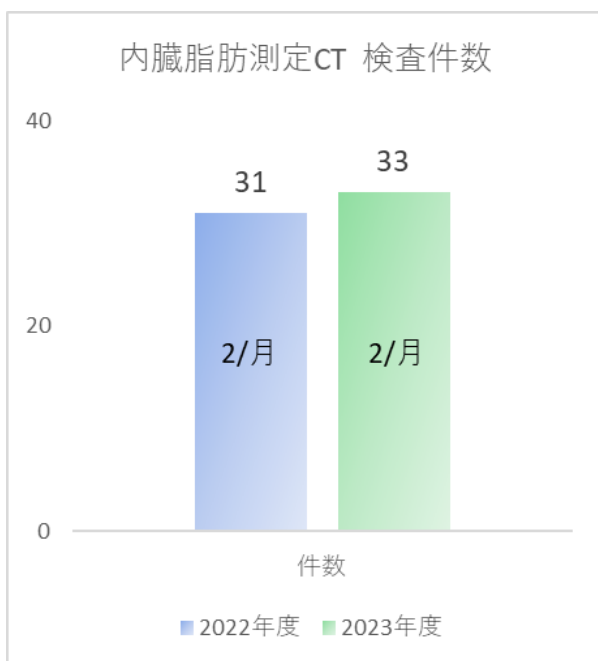
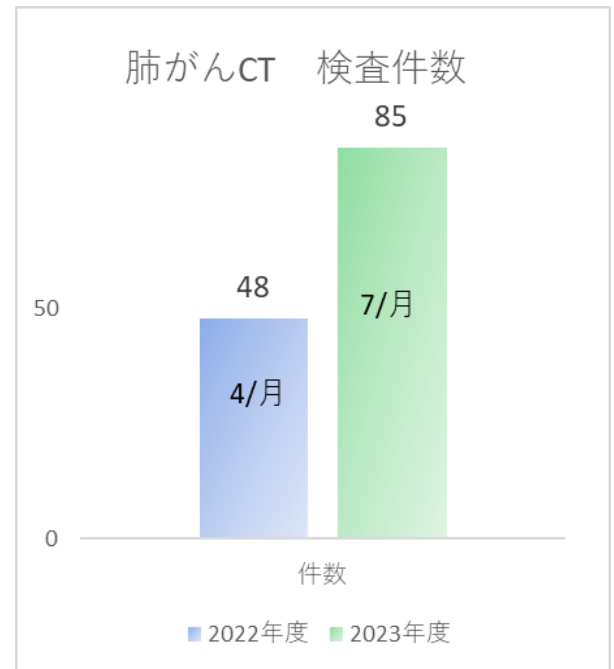
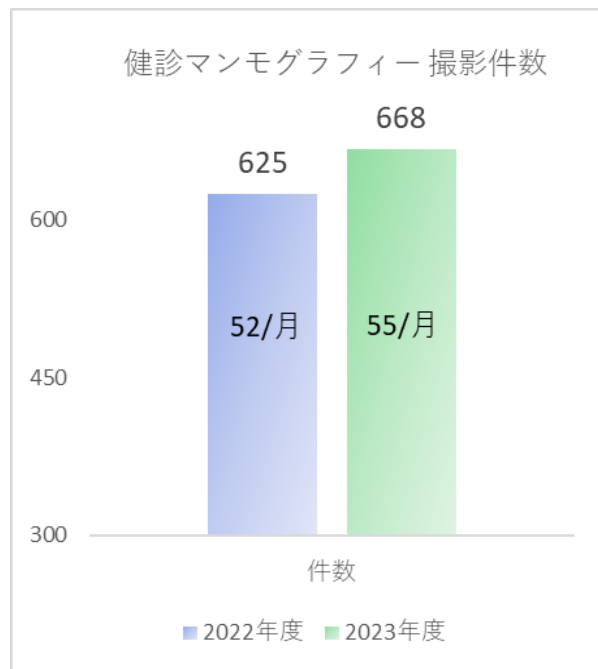
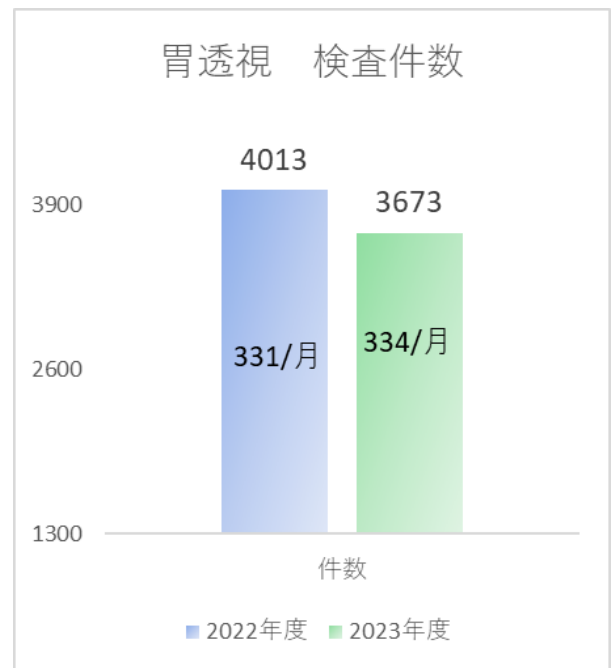
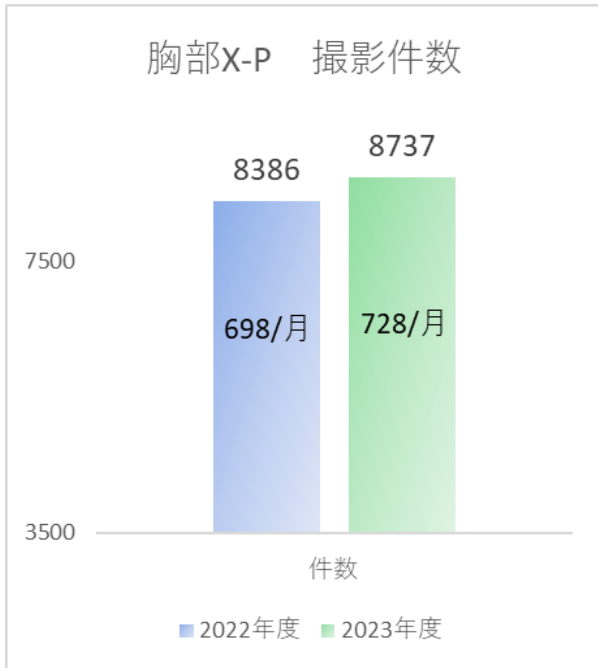
・その他検査件数

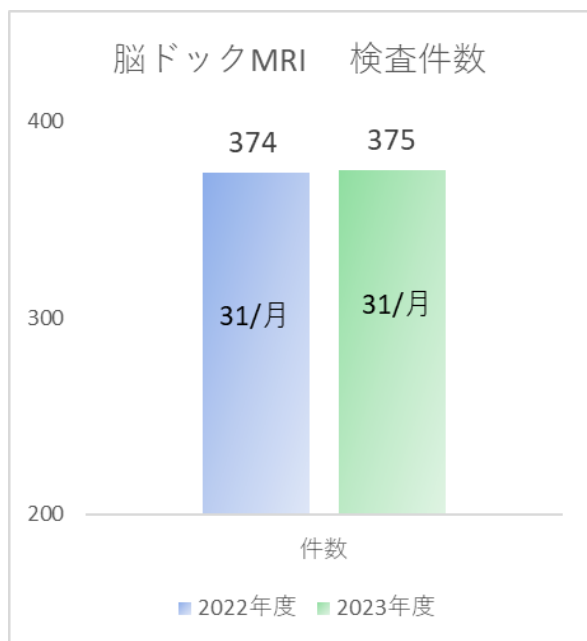


・アンギオ室検査件数



・健診センター業務実績





○ 2024 年度の取り組み

2024 年度放射線科は「タスクシフト・シェアの推進」を指針に挙げ業務に取り組む事にしました。タスクシフト・シェアについて、2023 年度から造影剤注入後の抜針と病棟患者の送迎などを行い、一定の成果があった事や、2024 年 2 月に「放射線科医から診療放射線技師へのタスク・シフト/シェアのためのガイドライン」が発行されたのを受け、当院でも対応可能な項目、特に造影 MRI 時の静脈路確保においては積極的に取り組む予定です。

また本年度も 5 つの目標を挙げ、目標達成に向け取り組んでいけたらと思います。

- ① 造影剤注入の為の静脈路確保
 - ➡ MRI 時の静脈路確保から抜針までを告示研修を終了した技師が行う
- ② 各モダリティに対する新しい人材の育成
 - ➡ MRI 撮像、CT 画像処理、カテ対応、胃透視
- ③ 2023 年度の CT、MRI、胃透視の評価検討（2024 年度も随時行う）
 - ➡ 冠動脈 CT、大腸 CT、DWIBS、胃透視など画像を評価検討し、統計および学会発表、教育などに使用できるデータ収集を行う
- ④ CT の紹介率の向上
 - ➡ 2023 年度実績 8.98% の紹介率を上昇される活動を行う
- ⑤ 研究会や学会等での発表を行う
 - ➡ 自己研鑽や日常業務の成果を発表していく事を積極的に行う

IV－5.医療機器管理室

1. 部署概要

○スタッフ

スタッフ数	14名	(臨床工学技士 14名)
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む。

○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。
- ・ジェネラルな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・管理を行う。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を積極的に実施する。

○業務体制

9つの業務分野をローテーションで配置する。機器トラブル時の対応や緊急症例に対して24時間365日オンコール体制を構築。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、都度当直体制を行う。

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、使用前・使用中・使用后点検などを行う。院内修理が可能である場合は迅速に対応する。装置故障期間の短縮と修理費用削減に努める。機器の購入から廃棄までトータルマネジメントする。

2) 手術室業務

麻酔器や内視鏡手術装置、その他機器の保守点検を主に行う。臨床支援業務では医師の指示のもと清潔野においてカメラ操作を行う。また、神経筋伝達装置の操作、ロボット手術、レーザー機器の操作などを積極的に行う。

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人工呼吸器の操作を行い、患者に苦痛の少ない人工呼吸療法を提案し挿管期間の短縮に努める。また、安全な呼吸療法を提供出来るよう保守点検を行う。呼吸ケアチーム活動に積極的に参加する。

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う。また、循環器内科医師とのタスクシェアとして清潔介助業務にも積極的に参加。

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う。また、ペースメーカー植え込み患者の遠隔モニタリング等にも積極的に取り組む。

6) 内視鏡業務

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う。また、カプセル内視鏡実施時の1次読影なども行う。

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う。透析装置の保守点検なども積極的に取り組む。また、超音波診断装置を用いての血管管理を行う。

8) アフェレシス/病棟透析業務

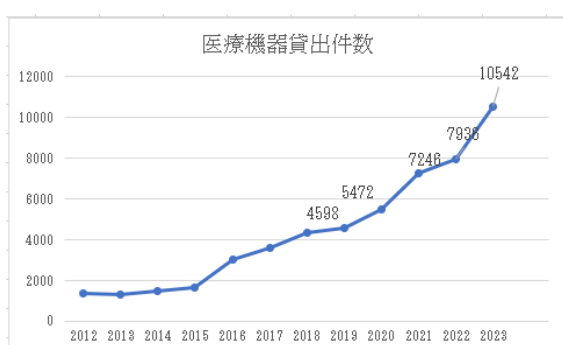
アフェレシス（血漿交換・血液吸着療法等）や病棟出張透析を行う。また、腹膜透析に使用する機器の管理や遠隔診療データの管理なども行う。

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する。動画マニュアルの開発に積極的に取り組む。また、医師やその他医療従事者を対象とした講習会を行う。

2. 活動実績

○医療機器貸出件数

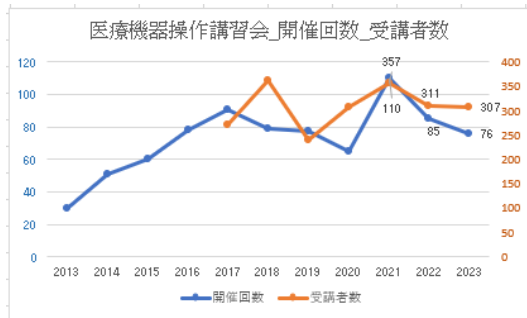


○医療機器点検件数



○医療機器の安全使用に関する講習会開催

講師：臨床工学技士 対象職種：看護師、医師



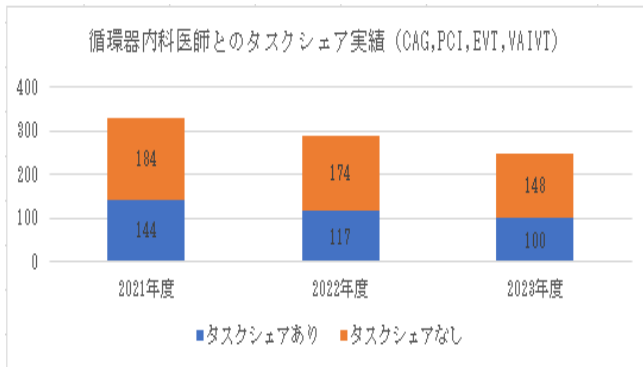
研修名 (2023年度)	開催回数	受講者数
人工呼吸器エビタ操作説明会	7	17
人工呼吸器_Servo_基本操作編	10	16
人工呼吸器_V60_基本操作編	8	15
AIRVO2操作説明	5	17
グラフィックモニタから患者をみる	1	2
閉鎖式吸引器操作説明会	10	110
IABPの基本原理	1	1
PCAポンプ 基本操作説明会	1	14
シリンジポンプ_基本操作編	8	18
輸液ポンプ_基本操作編	8	17
除細動器/AED_基本操作編	1	6
抗癌剤投与ドリップアイ NE-1 使用説明会	2	16
おぼえよう！きれいな心電図波形を出すテクニック	8	20
ポータブルエコーVscan 操作説明	1	3
DAB-Si、DAD-70Si 故障時のバックアップ運転	2	13
BLS院内研修	3	22
計	76	307

○定期的な医療機器新聞の発行

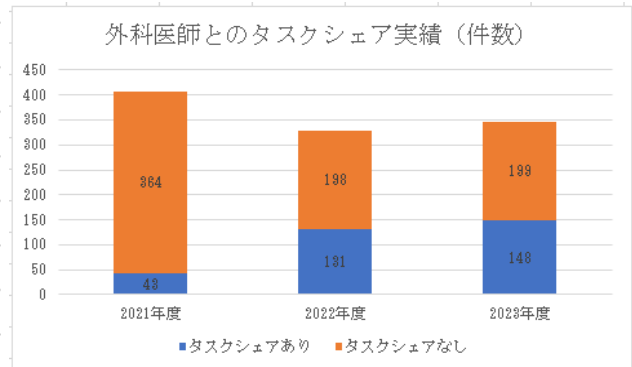
	テーマ	担当者
4月	機器操作マニュアルの閲覧方法について	松原
5月	ペースメーカー植込患者の異常モニタ心電図	中尾
6月	電気メスと超音波凝固切開装置の違いについて	立野
7月	透析用シャント血管作成前エコーについて	福本
8月	呼吸器使用患者の自覚覚醒/自覚呼吸トライアルについて	林
9月	内視鏡治療に用いるイレウスチューブについて	宮城
10月	アフレスシス療法についての紹介	山添
11月	心臓補助循環装置IABPについての紹介	水本
12月	残尿測定器クリニースキャン/リリアムの紹介	原
1月	人工呼吸器の異常グラフィック波形について	山門
2月	透析用シャント血管の管理について	上崎
3月	上室性の不整脈について	岡田
号外	共有フォルダ内の動画マニュアルの活用について	恩地
号外	ベッドサイドモニタを用いたSPO2測定時のポイント	恩地
号外	セントラルモニタの無駄鳴り対策	松原
号外	節電対策！ワットモニターの活用について	松原
号外	見守りカメラについての紹介	松原
号外	電カル端末から機器在庫状況を閲覧する方法について	大谷
号外	お肌に優しい心電図電極の紹介	大谷

○タスクシェア実施件数

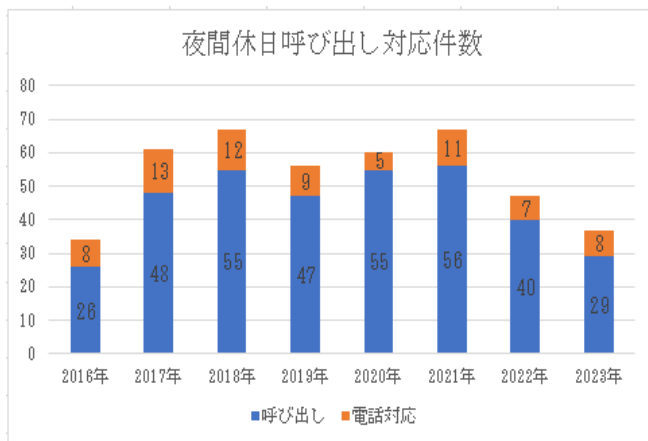
心臓カテーテル検査/治療補助



腹腔鏡下手術補助



○夜間休日呼び出し対応件数および補助循環装置・体外循環装置等使用時の当直対応回数



○研修・研究活動

第 68 回日本透析医学会学術集会

発表：原雄太郎 「警報の可視化と共有」

第 76 回済生会学会

発表：松原広 「医療機器操作講習会動画化への挑戦」 ～ #業務効率化 #業務安定化～

第 1 回呼吸療法ハンズオンセミナー 大阪府臨床工学技士会主催

講師：恩地隆 テーマ：人工呼吸管理中の気管内吸引

○臨床実習受け入れ

学校法人大阪医専 臨床工学科 2名 2024年2月13日～3月1日

○施設見学受け入れ

近畿大学生物理工学部

教員 (業務全般について見学)

済生会泉尾病院

臨床工学技士 (循環器タスクシェアについて見学)

大阪大学医学部附属病院

臨床工学技士 (循環器業務について見学)

大阪電気通信大学

学生 (業務全般について見学)

○取得資格

専門呼吸治療臨床工学技士	1名
認定医療機器管理臨床工学技士	1名
認定血液浄化臨床工学技士	1名
周術期管理チーム臨床工学技士	1名
臨床 ME 専門認定士	1名
アフレス学会認定技士	1名
呼吸療法認定士	6名
透析技術認定士	7名
消化器内視鏡技師	3名
MDIC（医療機器情報コミュニケーター）	3名
CPAP 療法士	1名
透析技術検定 2 級	1名

3. 今後の取り組み

・新規業務の獲得

- 厚生労働省や関連学会からのプロトコルを確認
→チャレンジしたい。楽しそうな業務を見つける。
- 医師の業務量削減を目指す。

不必要な業務の廃止

- データに基づき合理的に判断する。

・医療 DX の推進

機器管理ソフトへのデータ集約

- 診療に有効活用されるシステムを目指す。
- 点検記録等の手書き廃止、ペーパーレス化

電子カルテ部門システム機能の活用

- 使用していない機能の再評価

・連携強化

コアミーティングの定期開催

- 目的意識を明確にする。

・質と効率化

業務の数値化

- 課題点を抽出する。
- 解決に向け実行する。
- 客観的視点で評価する。

複雑な業務手順の見直し

- 普段当たり前に行っている業務内容を見直す
- 優先順位をつける。

- ・病院経営への協力
 - 機器更新のタイミングをデータで示す。
 - 機器管理データベースの整備
 - 多職種者への教育提供
- ・医師の働き方改革に向けたタスクシフト/タスクシェアの推進と評価
 - 循環器内科領域（清潔野での材料準備・補助）
 - 内視鏡外科領域（清潔野での機器操作・補助）
 - 消化器内視鏡領域（材料準備・補助）
- ・在宅領域への臨床工学技士の派遣

IV-6. 健診センター

1. スタッフ

健診センター長：中本 進

診療部門：内科医師 2名、(随時)産婦人科医・乳腺外科医・放射線科医

看護部門：保健師 3名、看護師 4名、クラーク 1名

看護助手、メッセージャーからの応援：2名

事務部門：6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・夜勤者健診・その他
- 特定健診・後期高齢健診
- 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 ±0名）
土曜日 午前 23名（前年度比較 +1名）
- 月曜日・木曜日 午後 12名（特定健診・後期高齢健診のみ）
- 水曜日 午後 10名（夜勤者健診コースのみ）

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	325	281	461	383	256	377	362	386	386	333	377	353	4,280
国民健康保険人間ドック	8	23	31	43	29	47	46	33	44	45	44	43	436
健診センター独自コース	47	31	46	46	34	34	31	30	37	29	26	40	431
その他ドック	12	5	7	24	23	30	17	29	22	26	25	28	248
脳ドック	1	1	0	2	8	1	2	2	2	1	4	0	24
公立学校共済健診	0	0	0	33	111	27	44	38	31	19	12	15	330
基本健診	107	63	94	60	53	84	118	89	80	95	75	110	1,028
その他	32	48	43	13	17	25	20	10	13	19	27	13	280
富田林市 セット健診・がん検診	14	182	212	195	179	179	212	215	218	204	191	228	2,229
特定健診・後期高齢健診	7	25	45	36	13	21	37	37	36	29	32	53	371
合計	553	659	939	835	723	825	889	869	869	800	813	883	9,657

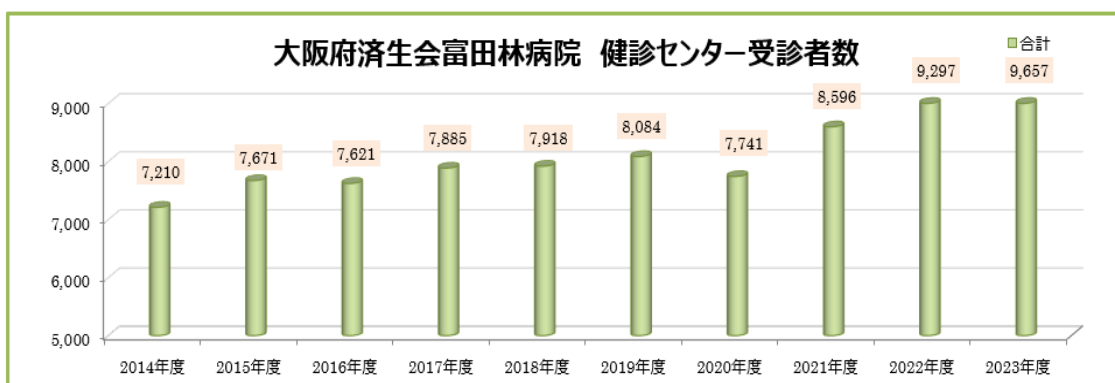
※ 健診センター実稼働日数 281日 1日平均受診者数 34.4人

5. 年度比較（健診件数）

（単位：件数）

	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
協会けんぽ生活習慣病予防健診	3,256	3,238	3,360	3,442	3,492	3,584	3,666	3,650	3,923	4,040	4,280
国民健康保険人間ドック	359	428	467	416	483	466	467	372	421	488	436
健診センター独自コース	334	276	297	314	276	304	313	304	347	398	431
その他ドック	-	-	135	143	192	190	210	197	209	226	248
脳ドック	105	46	42	31	30	24	27	27	36	31	24
公立学校共済健診	427	375	312	295	289	284	271	271	295	326	330
節目健診	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
基本健診	865	913	933	927	937	879	847	897	897	1,002	1,028
その他	176	216	114	127	127	130	119	97	194	232	280
富田林市 セット健診・がん検診	772	943	1,231	1,223	1,411	1,437	1,589	1,526	1,867	2,144	2,229
特定健診・後期高齢健診	767	775	780	703	648	620	575	400	407	410	371
合計	7,096	7,210	7,671	7,621	7,885	7,918	8,084	7,741	8,596	9,297	9,657

※ 40歳・50歳対象の「節目健診」は、2014年度より廃止。



6. 【人間ドック】要精検（D判定）フォローアップ件数

（2024.6.1現在）

		検査実施数 (人)	要精検数 (人)	要精検率 (%)	精検受診数 (人)	精検受診率 (%)	精検	精検	陽性数 (人) ^{※2}
							当院受診数 (人) ^{※1}	当院受診率 (%) ^{※1}	
要精密検査 (D2)	上部消化管X線	348	1	0.3	0	0.0	0	0.0	0
	上部消化管内視鏡	398	31	7.8	23	74.2	19	82.6	0
	便潜血	942	55	5.8	38	69.1	27	71.1	1
	胸部X線	953	9	0.9	7	77.8	6	85.7	1
	マンモグラフィ	108	5	4.6	5	100.0	5	100.0	0
	乳房超音波	227	6	2.6	3	50.0	1	33.3	2
	子宮頸部細胞診	252	3	1.2	1	33.3	0	0.0	0
	腹部超音波	964	129	13.4	99	76.7	65	85.7	1
	心電図	964	6	0.6	4	66.7	1	25.0	-
眼底	956	40	4.2	20	50.0	8	40.0	-	
要治療 (D1)	糖尿病関連	964	16	1.7	10	62.5	4	40.0	-
	脂質関連	964	66	6.8	14	21.2	8	57.1	-
	血圧	964	56	5.8	25	44.6	16	64.0	-

（※1）精検当院受診数／精検当院受診率： 精検受診者のうち、当院を受診した人数とその割合

（※2）陽性数： 精検受診者のうち、精検結果「がん（悪性腫瘍）」と返書があった人数

7. 【人間ドック】追跡検査経過観察（C判定）フォローアップ 2022～2023 年度実績

(2024.6.1現在)

	2022年度					2023年度 ^{※5}					
	検査実施数 (人)	追跡検査 指示者数 (人) ^{※3}	追跡検査 指示率 (%) ^{※3}	追跡検査 経過把握 人数合計 (人) ^{※4}	追跡検査 経過把握率 (%) ^{※4}	検査実施数 (人)	追跡検査 指示者数 (人) ^{※3}	追跡検査 指示率 (%) ^{※3}	追跡検査 経過把握 人数合計 (人) ^{※4}	追跡検査 経過把握率 (%) ^{※4}	
再検査 経過観察 (C)	糖尿病関連	966	233	24.1	102	43.8	964	203	21.1	42	20.7
	脂質関連	966	215	22.3	71	33.0	964	244	25.3	45	18.4
	高血圧関連	966	133	13.8	48	36.1	964	130	13.5	26	20.0

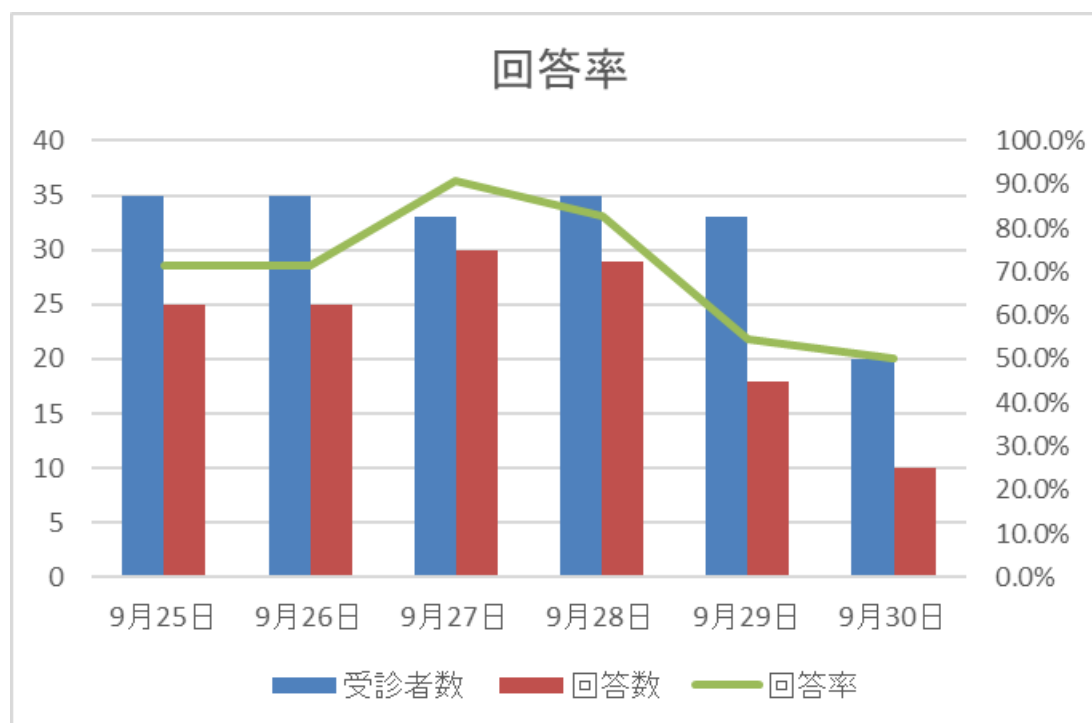
(※3) 追跡検査指示者数/追跡検査指示率：生活習慣の改善を行いおおむね6ヶ月での再検査を指示した人数とその割合

(※4) 追跡検査経過把握人数合計/追跡検査経過把握率：上記指示者のうち、再検査実施、生活改善状況などの経過を1年以内に把握できた人数とその割合

(※5) 2023年度追跡検査経過把握：人間ドック後6ヶ月以降での経過把握につき、2023年10月までの追跡検査経過把握数/率を掲載（11月以降については追跡調査経過把握未）

8. 健診センター満足度アンケート

受診者数：191人 回答者数：137人 回答率：71.7%

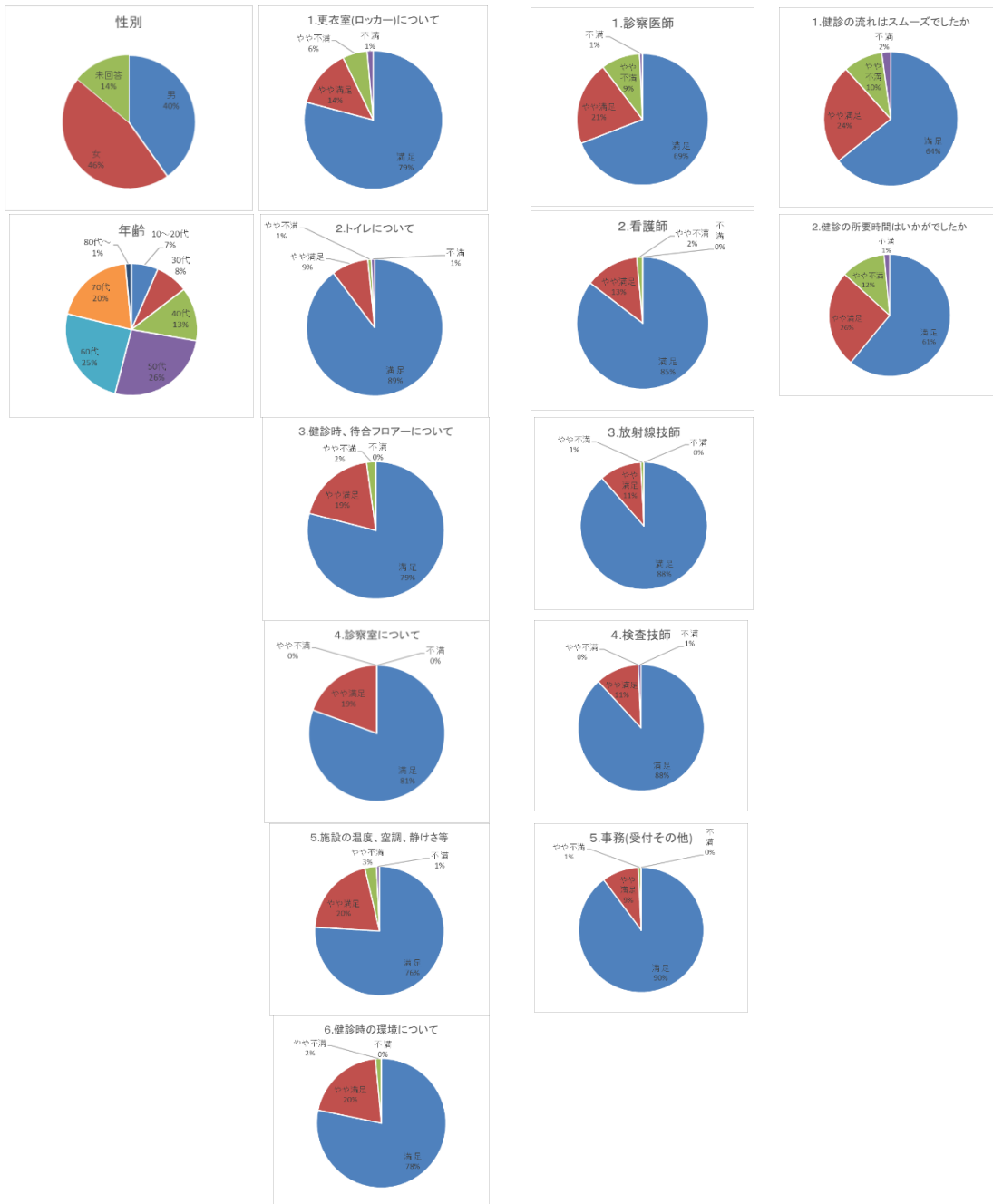


●性別・年齢

●健診センターの環境

●スタッフの対応

●健診センターの流れについて



2023年9月25日(月)～9月30日(土)迄の6日間、受診者の方を対象に性別・年齢・健診センターの環境・スタッフの対応・健診の流れなど15項目のアンケートを実施いたしました。今回の結果をもとに、スタッフの接遇を高め、受診者さんに最良のサービス提供ができるよう努力して参ります。

IV-7-1). 看護部

看護部長：六波羅英子

1. 看護部概要

看護部長、教育・業務・病床管理を担当する副部長2名を中心に管理運営し、各部署の師長および副師長が現場の看護管理を担っている。

急性期一般病棟は7:1、地域包括ケア病棟は13:1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356名の看護師、助産師、保健師、准看護師、看護補助者(ナースエイド)、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。

1) 職員状況

正規看護職員250名(男性17名)、新卒採用18名、認定看護管理者1名、認定看護師9分野11名、特定行為研修修了者1名が在籍。看護管理者研修の修了者人数はファーストレベル17名、セカンドレベル14名、サードレベル2名、看護教員養成講習修了者1名である。

今年度受講した看護管理者セカンドレベル修了者は1名、サードレベル修了者1名である。2023年4月～2024年3月に入職した常勤看護師(助産師含む)24名に対し、退職は30名。ナースエイド(非常勤含む)6名に対し、退職は3名。全体の離職率は14% 新人の離職は18名中、3月末までの退職3名あり離職率は17%であった。

2. 2023年度看護部活動目標

1) 人が育つ組織・人材育成

- (1) 看護実践能力の向上
- (2) キャリア開発
- (3) 医療安全教育

2) 変化に挑戦する組織・マネジメント

- (1) 看護提供体制の評価
- (2) 外来・病棟の一元化の試行
- (3) 経営への参画

3) 働き続けられる組織・健康で安全な職場環境

- (1) 交代制勤務の時間検討
- (2) 心理的安全性が担保される職場環境

●人材育成

看護師の実践能力の向上に向けては、観察力、判断力、予測し実行する力など身に着けるためには継続した教育が不可欠である。部署の専門性や患者の急変予測など各部署の学習会や救急対策チームのRRSなど知識技術の向上に努めた。しかし知識だけで、患者の状態変化に対応できるわけではないため、次年度はチームとして急変時の迅速対応が発動できるようにする必要がある。

また特定認定看護師や認定看護師による患者へのタイムリーな関りの実践、多職種でのACPの検討などスタッフナースへの系統的な教育・研修などを行うことで、より質の高い看護の提供につながるよう体制の整備を推進した。業務の効率化、人材育成の点においては、ポリバレンタナースの育成に向け、実践を通して学べるように計画した。しかし、実際には感染症患者への対応を中心とした業務となっていたため、計画的な育成には至らなかった。再度目的を周知し、次年度に継続することが課題である。

看護補助者との協働については、副主任会を中心に適切に研修を実施するとともに、可能な業務範囲、指示を出す看護師の責務、補助者の責任等理解し、指示書の運用などを具体的に進めた。患者にとってまた看護師・補助者互いにとって安全・安心な業務実践に繋がるよう、運用後の評価を継続していく。

看護の専門性においては、特定認定看護師の業務拡大に向け、医師への情報発信を行った。結果、2022年度25件から2023年度55件へと実施件数は増加した。認定看護師の実践も行われているが、分野による差がある状況である。各認定分野での活動内容の可視化も課題である。そして

2022年度以降、特定行為研修受講者および認定看護師教育の新たな受講者はいない。看護の質を高めるためにもジェネラリストの育成とともに、専門性のある分野の看護師育成を推進する必要がある。受講希望者のニーズと病院の期待する分野とのマッチングなど検討しながら進め、その際の処遇についても現状の課題を明確にして交渉する必要がある。

【2023年度4月の昇進・昇格者数】

3等級昇格者3名、3等級内昇進（副主2名）4等級昇格者5名（うち主任1名）4等級内昇進者7名（副主任3名、主任2名、副師長2名、師長1名）となった。

●マネージメント

看護提供体制については、副師長会によるスタッフへのアンケートとプロジェクトチームでの評価から、今後のPNSの方向性の再確認とパートナーの在り方の見直しが提案された。次年度新たな体制での評価を継続していく。また師長会ではMLとのラウンドなど役割への働きかけを行いマネジメント力向上のためにMLの育成を図った。

外来病棟一元化については、業務効率化と継続看護をその目的に挙げたが、関連部署の応援体制に留めるのか、一元化として組織的に体制変更までするのかについて賛否が分かれた。今年度、情報収集と意見交換したのみで具体的な進捗はなく経過した。次年度、現状維持とするのか等、見直しが必要と考える。外来部門における救急外来の業務分担は、各部署の協力により実践されており、今後も継続が必要である。

経営参画については、コロナが5類移行し空床補償がなくなる中で、経営の安定化のためには稼働率上昇が必須なため、病床の適正管理はさらに重要となった。2024年度からは、地域包括ケア病棟など、受入れる対象患者の状況など、変化が予測されるため、直接入院の患者数を増やす事や転入率を抑える方策などについて準備実行していく。富田林医療福祉センターとして富美が丘荘ともこれまで以上に連携が必要である。

診療報酬上の加算としては、看護補助体制加算は夜間100:1は維持できているが、補助者が不足傾向である。地域包括ケア病棟、一般病棟共に安定した雇用に向けた対策が課題。また、夜間看護体制12対1は昨年コロナ対応看護師の増員で取得したが、2024年に入り、患者数の増加と看護師の減少のため、厳しい状況である。看護職員採用に向けた説明会への積極的な参加や広報の工夫をしていく必要がある。

【経営指標抜粋】

- ・稼働率 一般：91.4%、地ケア：87.0%（4-12月平均）
- ・在宅復帰率 一般：98.3% 地ケア：75.8%（4-12月平均）
- ・地ケア病棟転棟率：53.2%（4-12月平均）：直接入院率11.0%
- ・退院支援関連：入退院支援加算3582件（+375件）、入院時支援加算1719件（+197件）
介護支援連携指導料289件（+176件）、退院時共同指導料55件（-12件）

●働きがいのある組織

時間外勤務削減については、数値としては改善しているが継続監視が必要である。一昨年時間外の要因を分析しML業務に着目。退院調整や次勤務帯への引継ぎをスムーズにする必要性が示唆された。上半期は各部署で遅出業務を取り入れるなど行い、時間外削減していたが、下半期は人員減少に伴い、遅出の業務調整は困難な状況であった。働き続けられる職場環境づくりのためには、人を増やすという考えから効率化の実施に向け継続した改善への対策が必要である。

【超勤時間】

- ・日勤：一人平均4時間10分/月（昨年7時間10分/月）
- ・長日勤：一人平均1時間30分/月（昨年4時間35分/月）

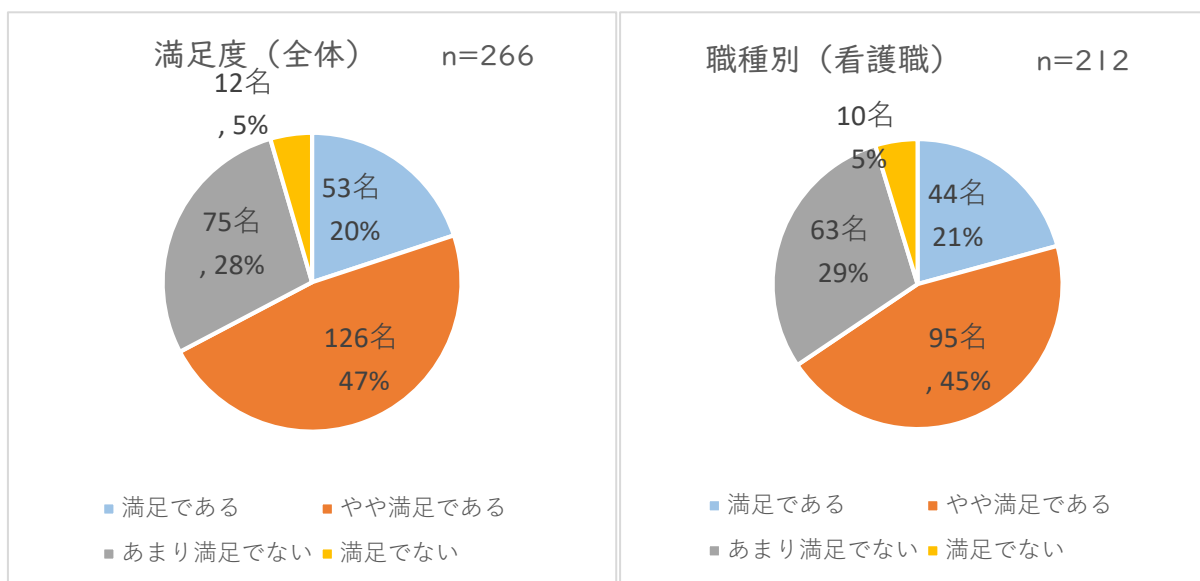
【済生会学会への発表】

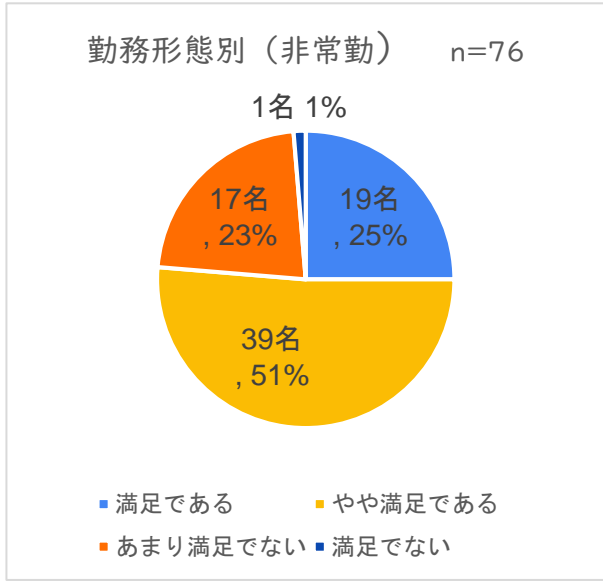
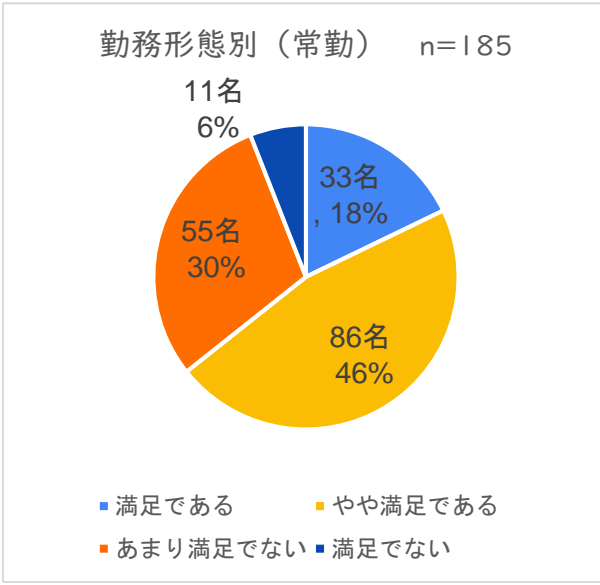
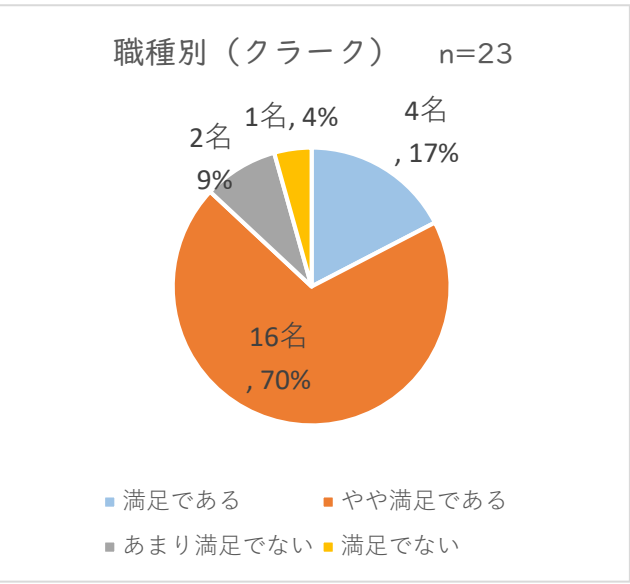
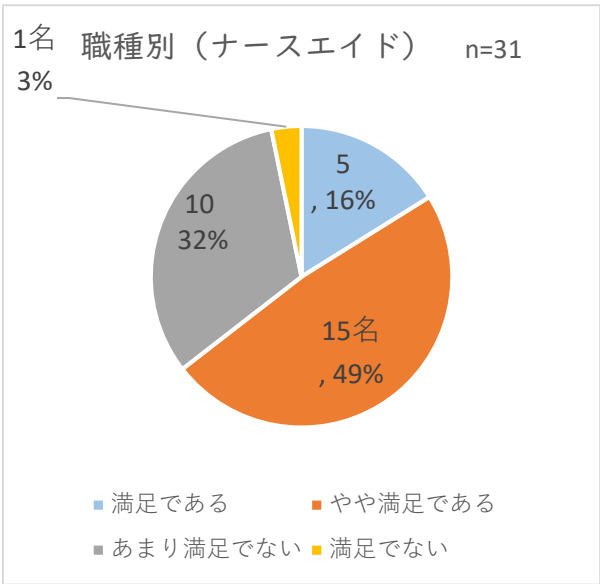
師長会で行った時間外勤務の調査結果（2022年度）をまとめ、済生会学会で発表した。
テーマ：A病院病棟看護師の時間外労働に対する要因

心理的安全性が担保される職場環境については、パワーハラスメントやカスタマーハラスメントなど人との関係性やコミュニケーションの取り方など対処が必要な事例が表面化している。医療安全や渉外担当者など、相談できる窓口や環境がある事は安心して繋がっている。その上で、管理者として、職員からの訴えに対し誤った対応にならないよう正しい知識と対処を知っておく必要がある。また、職員同士、カンファレンスの場など意見が言い合える職場風土としていくことは働きやすい健康で安全な職場に繋がるため、継続していく。

職務満足度について、看護部で行った全体の満足度は「満足、やや満足」合わせて67%であった。2022年度74%・2021年度66.7%と比べ、大きな変化はなかったが、今年度の目標値である70%には達しなかった。職種別では、看護職66%（2022年70%）ナースエイド65%（2022年81%）と低下しており、クラークのみ87%（2022年77%）と上昇していた。

【2023年度 看護職員 満足度調査結果】回収率88%（266/302）





IV-7-2). 3A病棟

看護師長：森寄 直美

1. 部署概要

許許可病床数：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・4 人総室 9 室）

担当科：泌尿器科・腎臓内科・小児科・婦人科

2. 活動実績

1. 充実したカンファレンスの開催、学習会開催を通してスキルアップを図り患者に還元できる一人一人が自己研鑽することで個々の看護実践能力の向上につなげ、その力を患者へ還元させることを考え、全体のスキルアップを目指した。自己研鑽の一つとして e-ラーニングの視聴推進を図った。毎月、視聴項目をピックアップし視聴の有無を可視化することで部署全体の視聴率アップを図った。視聴率は平均 70.8%であり全員が視聴するには至らなかった。看護師である以上、自己研鑽は必須であり e-ラーニングの活用は看護部でも推奨していることから今後も引き続き継続して取り組んでいきたい。

病棟学習会は毎月 1 回、担当者が事前準備を行い実施した。全て予定通り実施できたので病棟全体の知識向上の一助になったと評価できる。カンファレンスに関してはリンクナースカンファレンス・ケースカンファレンス・インシデントカンファレンスを決められた日時で開催することができた。毎週木曜日の腎臓内科カンファレンスでは医師と共にそれぞれの視点で意見交換することができ、患者にとって何が良いのかを積極的に話し合えた。カンファレンスの開催は個々の視野を広げ知識の向上に役立つため今後も継続して行っていく。

2. 安心・安全な入院生活の提供ができる

安心・安全な入院生活の提供を図るため、環境整備に着目しベッドサイドに設置されているテレビ台上の整理整頓に取り組んだ。入院生活に必要な小物類（コップ・体温計・歯ブラシ・箸など）が台上に乱雑に置かれており、自己で整理できない高齢の患者が増えていることから、独自に作成した「お片付けシート」を台上に敷き、小物類の置き場所を統一した。また、「お片付けシート」が正しく使用されているかを週に 1 回、チェックした。その結果、今まで乱雑に置かれていた小物類が整理整頓され決められた位置に置かれるようになった。今後も継続して実施していくと共に、ベッド周り全体の環境整備にも取り組んでいき、安心・安全な入院生活を提供していきたい。

3. 資料

延べ入院患者数 15279 人/年 平均在院日数 11.9 日

4. 今後の取り組み

1) デスカンファレンス・倫理カンファレンスは看護師としての倫理観を育てるために必須と考えることから計画的に事例を用いて開催していく。

2) ベッド周囲の環境整備は業務の効率化にも繋がると考えるため、部署スタッフの認識を統一しつつ、視野を広げながら取り組んでいく。

IV-7-3). 3B病棟

看護師長：尾崎 美也子

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）
3B側 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病棟は、心筋梗塞や狭心症、心不全、不整脈、末梢血管疾患、間質性肺炎や呼吸不全、血液疾患などをもつ患者が入院している。また、地域の高齢化に伴い90歳を超える患者も多く認知症に対する看護も必須である。そのため、多様な疾患のアセスメント力と根拠をもった看護技術の提供が重要である。コロナ病床においても、高齢者の感染は隔離期間を過ぎても、合併症などにより入院期間が長引きADLの低下がみられた。入院してきた患者が住み慣れた環境で安心して生活できるように、多職種と連携し院時から退院後の生活を見据えて支援の実施に取り組んでいる。

2. 活動実績

1) 専門性を高め、根拠に基づいた安全な看護の提供を目指す

病棟特有の疾患や器機の取り扱い、看護について、研修での学びをもとにスタッフで学習会を開催した。患者対応に役立てる一助になっていた。学会発表2名、院外研修には18名参加した。

インシデントにおいては、管理職への報告後、毎週インシデントカンファレンスで起きた理由を共有し今後の対策を検討した。Lv3bの転倒では、部屋入り口からトイレまでの動線内に置いていた車いすを避けようとして転倒し大腿骨頸部骨折となった事例があった。日頃からの環境整備や転倒対策の認識が低いことが分かった。身体拘束での予防だけではなく環境整備の重大さを認識し車いすの収納場所を数か所にして対策を行った。電子カルテへのインシデント報告数が少ないと連絡を受け、報告だけで終わらずに、入力まで行うよう再度周知した。

タスクシフトと業務の効率化に取り組んだ。令和5年3月より、3人1組から2人1組のPNS体制に変更した。また、産休や異動、退職で人員の減少もあり、エイドや看護師の業務内容を見直した。超過勤務時間においては、1人あたり月平均6.8時間（昨年より0.5時間減少）であった。その日の業務量や入院患者の状態にもよるが、適正な超過勤務となるようにマネジメントリーダーが役割を果たし、個々がスキルアップして日々の看護に望むことができるよう取り組んだ。

2) 業務実績

稼働率 88.2%（昨年より 2.1%増） 1日平均患者数 40.6人/年（昨年より 1.0人増）

平均在院日数 17.6日/年（昨年より 1.0日短縮） 死亡件数 89人/年

予約PCI 39件/年（昨年より 9件減少）・緊急PCI 35件/年（昨年より 12件減少）

予約CAG 88件/年（昨年より 21件減少）・緊急CAG 25件/年（昨年より 3件減少）

入院中の心不全ポイント新規導入患者と導入中の再入院患者に対する指導件数 60件/年

3B病棟インシデント項目による割合 Lv3b 1件/年（1年間の転倒・転落件数の2%）

3 統計資料

1) 学会発表

学会名：日本看護学会学術集会
済生会学会

発表者：溝上 恵輔 会場でのポスターセッション
発表者：尾崎 美也子 会場でのポスターセッション

2) 学習会開催実績

開催日	時間	学習会テーマ	担当者	参加人数
5月	13:30~14:00	心臓カテーテル検査の看護 「痛みの理解」伝達講習	西尾・川崎 小牧	6名 7名
6月	13:30~14:00	心不全ポイントについて	久保	10名
	13:30~14:00	「ストマ基礎編」伝達講習	百谷	7名
7月	13:30~14:00	「緊急度を知ろう」伝達講習	岡崎主任	7名
8月	13:30~14:00	「血液透析」伝達研修	中島	8名
9月	13:30~14:00	「疼痛緩和」伝達講習	辻井	7名
12月	13:30~14:00	摂食嚥下について	西尾主任	9名
2月	13:30~14:00	除細動の使用方法	CEさん	5名

4. 次年度の取り組み

一元化にむけて、外来と連携し継続看護や退院支援を充実させる
業務改善、医療安全の醸成をはかる

1. 部署概要

許可病床数：50床 稼働病床数：50床

担当科：整形外科、耳鼻咽喉科、消化器内科

整形外科は手術を主とし、術後のリハビリ中の日常生活援助を行っている。消化器内科では治療・検査目的入院の他、肺炎・総胆管結石などの入院に対応している。いずれも高齢化、独居患者の増加に伴い、退院支援として在宅復帰・施設や療養型病院への退院調整を行っている。耳鼻咽喉科では手術患者や顔面神経麻痺・突発性難聴などの点滴治療を必要とする患者の受け入れを行っている。

2. 活動実績

1) 患者の療養生活を整え、患者に沿った看護提供

術後安静度や病状に応じた制限や CPM など時間が拘束される処置があり、個々に応じた環境の配慮が必要である。患者のベッドサイドに関心を持ち、5Sを徹底し患者が必要なものがベッドサイドにある環境を整え「先手の看護」を意識し患者を待たせない、ナースコールを押さないことを目標とし活動した。朝のあいさつや退室時の声かけの重要性を再認識してもらい、不要なナースコールの減少に努めた。月1回5Sの視点でのベッドサイドの監査を通して整理整頓の意識向上に繋がり87%のスタッフが「気をつけている」と回答しており意識向上には効果があった。洗濯物札の活用と洗濯物を保管する場所の徹底、テリパラチド使用ノートの置き場所の定位置化、オムツかごが必要な患者にカゴを設置、安全ベルトを入れるカゴの設置などを行い、周知した結果ほぼ定着しており効果があった。

転倒転落発生リスクカンファレンスを行い、朝礼でセンサーマット等転倒転落防止用具の使用患者と、トイレからコールバックできない患者一覧を作成し、発表することで注意喚起した。結果、転倒件数としては前年度と大差ないが、レベルⅢa件数は減少した。トイレ前で待機しているスタッフは増加しており注意喚起の効果はあると考える。件数が増加していないことから今後も注意喚起は継続し推移をみていく。

	転倒 件数	ベッドサイド での転倒件数	ベッドサイド での転倒うち センサー類あ り	トイレ内で の転倒件数	インシデント レベルⅢa以上 件数
2022年度	68	50 (70.4%)	14 (28.0%)	10 (20%)	Ⅲa:7、Ⅲb:2
2023年度	72	52 (77.6%)	16 (30.7%)	10 (19.2%)	Ⅲa:3、Ⅲb:2

2) 退院後を見据えた看護提供：内服管理方法の検討

前年度、内服の看護師管理が入院患者の半数以上に対して行われていた。入院時のADL、自己管理能力等に応じて内服管理方法を選択していたが、最初に看護師配薬を選択するとそのまま看護師管理のまま退院まで継続していることが多く、管理方法の検討を行う場がなかった。そこで週1回の内服カンファレンスを行い(99件/年)、1日配薬から自己管理できるよう薬剤師と協力し指導を行った。入院中から内服管理を患者自身が行える様に指導していくことで、退院支援の一環として位置づけ、患者の背景を捉え退院後の生活を見据えた関りができるように看護師も退院に向けた内服管理方法を検討していくことに繋がり、退院後の生活において内服管理において困難が生じた等の報告は受けなくなった。

3. リシャッフルを実践し、定着させることで時間外勤務の短縮を図る

午後の時間帯に多重業務となり超過勤務が発生する状況は続いている。リシャッフルを実践し、無駄を無くし効率的に業務を行うことでどのペアも定時終了を目指し取り組んだ。MLの采配が重要となるが、業務負担となるためリシャッフルリーダーを決め、中心となって業務の采配を行ったことで、ラダーⅡ～Ⅲのリーダーシップ発揮の場とすることになり各自の成長にも繋がった。途中退職者が多数となり、スタッフ人数が減少し日勤での担当患者を4分割から3分割にせざるを得ない状況となった。その時点からリシャッフルする効果が乏しくなり、リシャッフルは一旦廃止した。日勤者の減少から時間外勤務の短縮は困難となった。現在は病棟の現状をふまえゾーニングを試行している。

- ・看護研究：「急性期病棟において絵付きカードによる個人回想法が認知症患者に及ぼす影響」院内発表、R6年6月老年看護学会で発表

3. 資料

入院患者数 1005人/年、月平均83.7人 緊急入院 581人/年、月平均48.4人
稼働率 91%/月（平均） 平均在院日数 22日/月（平均）
在宅復帰率 68% 手術件数 598件/年、月平均29.9件/月
緊急手術 35件/年、月平均1.75件/月

4. 次年度の取り組み

日勤帯看護師3ペアでの勤務実態の現状を踏まえ、1ペア当たりの担当する患者数が15～17名の負担を少しでも軽減するためにも3月からゾーニングを開始した。2024年度はゾーニングの定着を目指し、効果を検証していく予定である。

1. 部署概要

許可病床数：50 床

稼働病床数：50 床

担当科：外科・消化器内科・皮膚科

2. 活動実績

2023 年度は 1, 人が育つ組織(現場教育の強化・手順の遵守)、2, 看護実践能力の向上の 2 本柱で部署活動をした。

1 に関しては、現場教育の強化、手順の遵守の向上を目指し、リンクナース、委員会から情報発信、啓蒙を行った。また担当者を中心にインシデント件数や内容の把握に努めながら、毎週火曜日にインシデントカンファレンスを行った。カンファレンスでは、医療安全担当者からの助言をもとに原因と改善策について話し合いを行った。4 月～12 月でのインシデント件数は 262 件、そのうち、手順逸脱によるインシデント件数は 26 件(9.9%)であった。また、転倒転落に関するインシデント 3b 以上の有害事象が 3 件(1.1%)、インシデントカンファレンス開催率 88%という結果であった。手順逸脱によるインシデントに関しては前年度と比較して減少はしているが発生しているのが現状である。血糖測定や検査前処置忘れなど確認不足によるインシデントも多発していたが、繰り返しカンファレンスを行いスタッフへの周知徹底することで同じインシデントは起きていない。今後もインシデントカンファレンスを行いながら原因と改善策をスタッフ間で共有し、手順逸脱によるインシデント減少に繋げる必要がある。またスタッフの 56%が看護師経験年数 5 年目以下であり、知識・経験不足もインシデントに繋がっている可能性があり、発生したインシデントに関連する学習会を 5 年目以下のスタッフを中心に実施した。1 度実施するだけでなく、同様の検査や治療をする患者が入院した際に繰り返し学習会を行うことでスタッフへの知識の定着・向上に繋がるため学習会係を中心に継続学習できる環境を整えていく。

2 に関しては、看護実践能力の向上に向けてケースカンファレンスの実施を計画した。カンファレンス定着のために司会・書記を担当するスタッフを予め選定することでミニカンファレンスが 13 件、デスカンファレンス 1 件、倫理カンファレンス 1 件、栄養カンファレンス 3 件実施できた。様々なケース内容により、情報共有や多面的なアセスメントが実践でき、対象への理解と個別性のある支援を考慮、実践出来る機会となった。また、カンファレンスとはどのようなものか、意見交換をすることで患者へのケア、看護を考えるきっかけとなり、新人看護師には患者をどのように見て看護、ケアを実践していけばいいのかを考えられる機会となったのではないかと考える。カンファレンスの内容に関しては、患者の症状や看護計画の方針といった、患者のケースから選定することでより対象の理解、個別性のある支援に繋がると考えられる。カンファレンスは定着傾向にある。今後も患者のケースに沿った内容を取り上げて実施継続する。

3. 資料

入院患者数：1381 人/年 (月平均 115.1 人)

緊急入院：780 人/年

稼働率：84.2%

平均在院日数：12.41日

手術件数：400件/年

緊急手術：155件/年

4. 次年度の取り組み

インシデントカンファレンスが定着してきているため、他のカンファレンスの定着も目指していく。患者の疾患・療養環境などに関心を持った看護を目指す。

IV-7-6). 5A病棟

看護師長：浦部 尚美

1. 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)

2. 活動実績

1) 安全・安心な周産期支援体制の強化

5A病棟では、令和2年度より産婦人科医師と小児科医師と助産師協働のもと、1次から2次周産期医療の実践を行っている。分娩期は、患者の希望を優先に母児の状況を踏まえて、正常分娩・無痛分娩・吸引分娩・誘発・促進分娩・帝王切開を行っている。

令和5年度の実績では、総分娩件数271件で、分娩様式の内訳では経膈分娩155件・無痛分娩96件・帝王切開20件(うち緊急帝王切開8件)であった。誘発・促進分娩を行ったケースの半数程度に、吸引分娩となったケースが50件(無痛分娩を含む)である。ハイリスク事例では、母体搬送5件、NMCS搬送6件であった。分娩件数の増加は、産科部長にて安全に無痛分娩が実施できるためのシステムが確立できていることが要因であると推測できる。また、安全な無痛分娩を行うためには、医療安全との会議や他部門(麻酔科医・手術部)の協力、また当院ホームページや【金剛さやまコミュニティ】で紹介され、認知度が高まったことで、無痛分娩の増加につながっていると考える。また、直接、無痛分娩をとり扱う助産師の習得度も経験を重ねることで、無痛分娩に対する意識の変化もあった。知識・技術が高まることで、緊急時の対応も可能となってきている。しかし、分娩件数増加に伴い、ハイリスク事例も増加している。病棟対応として、産科外来での保健指導では、産科問診や特定妊婦等の情報共有を助産師間で行い、必要時は保健センターへの情報提供を実施している。ハイリスク管理と地域周産期医療センターや総合周産期母子医療センターへの紹介や搬送について、医師と協働できるように、ハイリスクに対する知識・技術が必要となっている現状にある。自己研鑽し課題研修を受け努力できている。当院は地域密着の総合病院であり、産科的2次救急に対応していくことが必要であると考え。地域の妊産婦のニーズに柔軟に対応出来るよう、無痛分娩や院内連携のもと当院で分娩可能なハイリスク妊産婦の分娩対応(妊娠糖尿病合併妊産婦・甲状腺疾患合併妊産婦・多量出血既往妊産婦など)行っており、受け入れ体制の拡充を図っている。

2) 患者サービス拡充に向けた助産ケアの充足

産褥入院中は4~6日間の入院期間で、個別で沐浴指導・退院指導を行い、患者の思いや家族支援状況を把握し、患者の思いを尊重しながら個別で育児支援を行っている。

産後ケア入院の受け入れも行っており、提携市町村は富田林市・大阪狭山市・羽曳野市・藤井寺市・松原市・河南町・太子町の7市町村で、令和5年度からは河内長野市も提携市となった。令和5年度の産後ケア受け入れは97件(複数回利用者含む)で、富田林市が56件・大阪狭山市21件・藤井寺市11件・羽曳野市2件・太子町6件・河南町1件で、院内出生は31件・院外出生は66件であった。利用目的として複数回答ではあるが、休息が66件・育児指導が22件・授乳指導が41件・卒乳指導が3件であった。産後ケアを複数回数で利用される褥婦の直接的な意見として、ゆっくりできた・安心して過ごせた・授乳がスムーズにできるようになったなど、満足を得られた感想を聞くことができた。院外出生の産後ケア利用者も多く、次回の出産は富田林病院でしたいとの声も聞くことができた。産後ケア入院で当院を知る機会になっていることが伺える。

外来では産科保健指導も担っており、令和5年度の外来保健指導1837件・助産外来では妊婦

健診 731 件・産後 2 週間健診 205 件・家庭訪問 57 件・1 か月健診 250 件・ベビーマッサージ 61 件・乳房外来で初診 42 件・再診 42 件・個別での母親・父親指導 264 件であった。妊娠期から産褥・育児期を通して病棟助産師が継続して対応することで妊産婦に安心して周産期・育児期を過ごしていただけるように配慮を行っている。

5A 病棟助産師は、経験年数 10 年以上が半数在職しており、NCPR インストラクターや J-CIMELS インストラクター取得者もいる。またベビーマッサージやアロマセラピーの患者サービスの充足に向けて個々に学習を行っている。アロマセラピーについては、令和 5 年度、「産褥早期の母親に対するリラクゼーションケアの有効性」のテーマで看護研究発表を行った。この研究は、当院入院中の褥婦ケアの介入研究であり、研究結果から分析を行い、令和 6 年度には日本母性衛生学会等での学会発表を行う予定である。

3. 資料

分娩件数：2023 年度 271 件

（経膣分娩 155 件、無痛分娩 96 件、帝王切開術 20 件（うち緊急帝王切開 8 件）

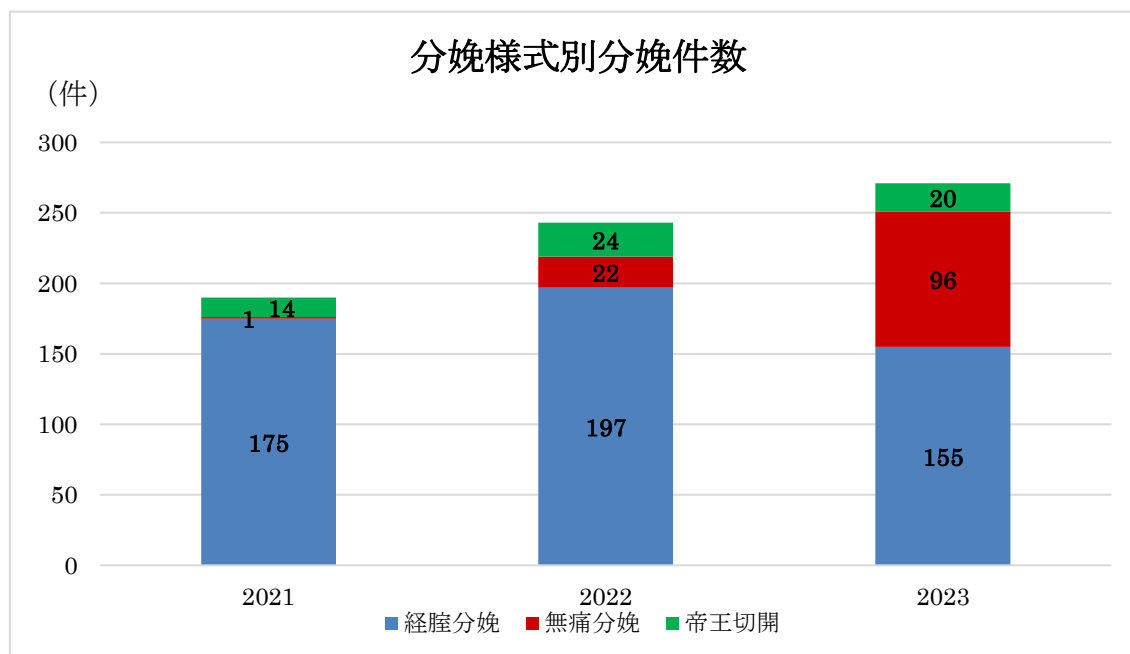
産後ケア入院利用件数：2024 年度 97 件（複数回利用を含む）

ベビーマッサージ教室：2024 年度 61 件

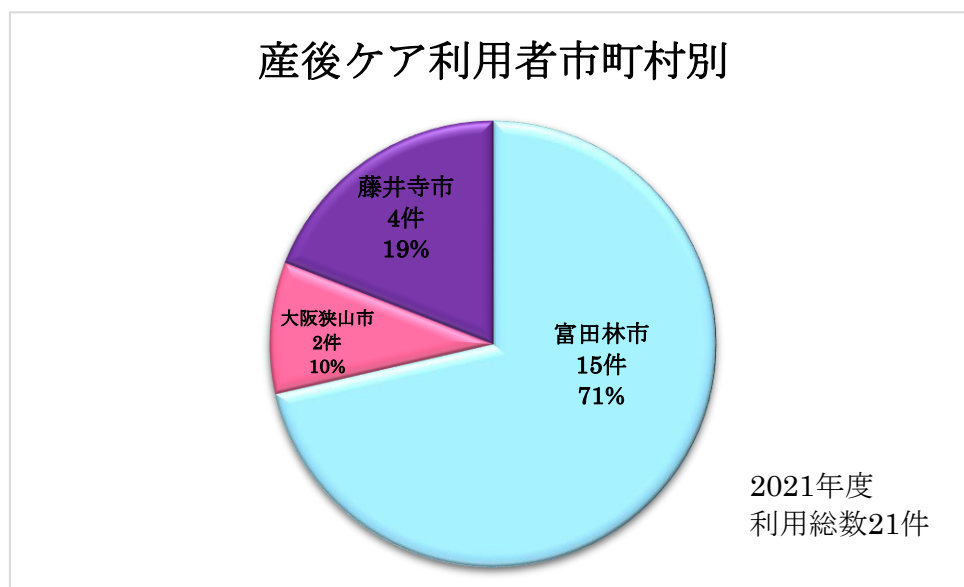
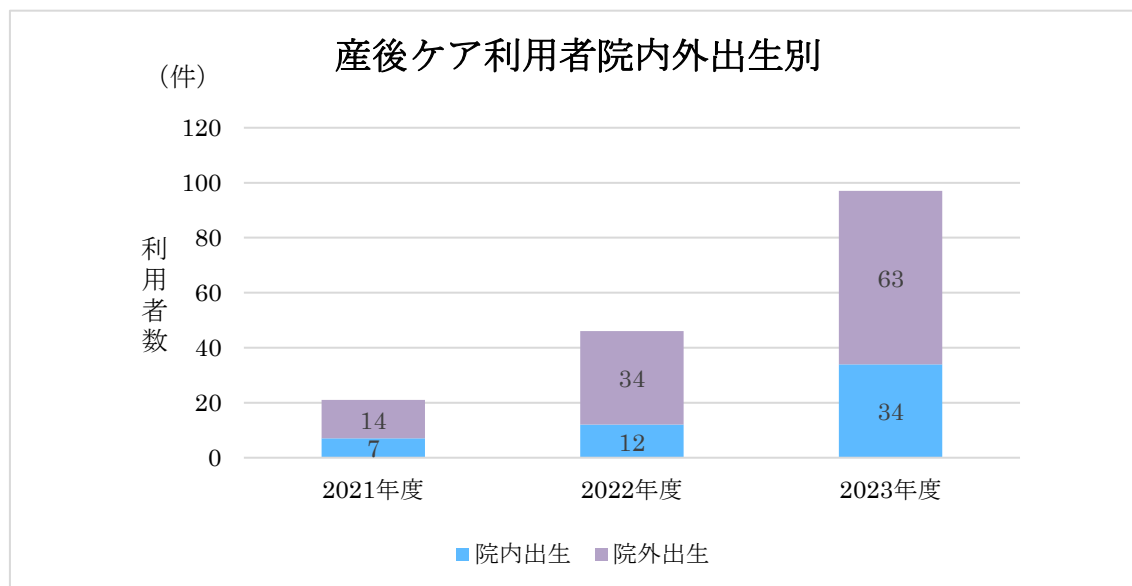
4. 次年度の取り組み

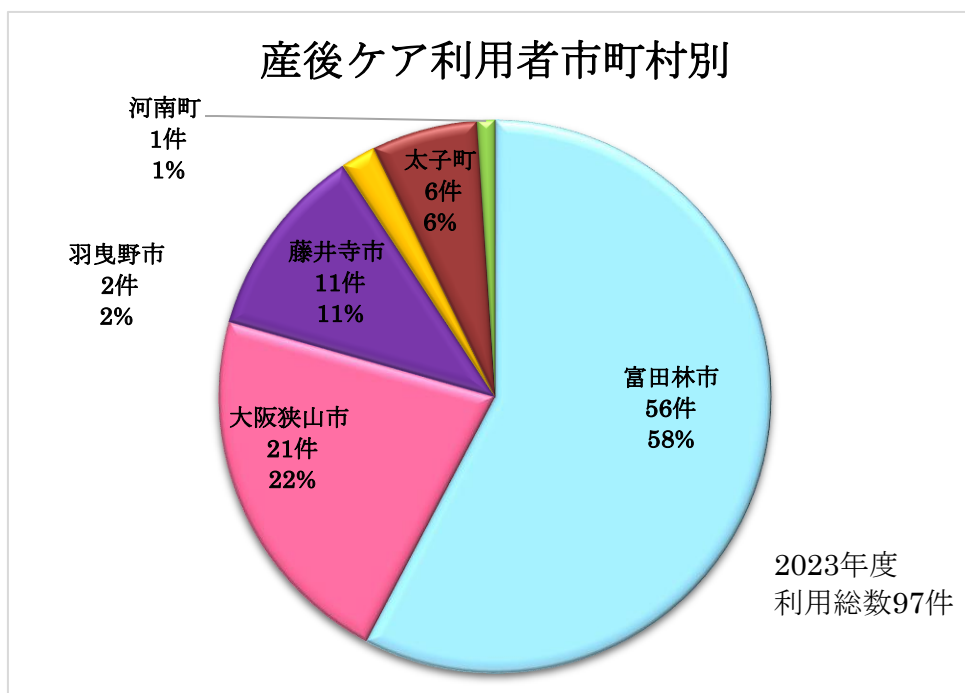
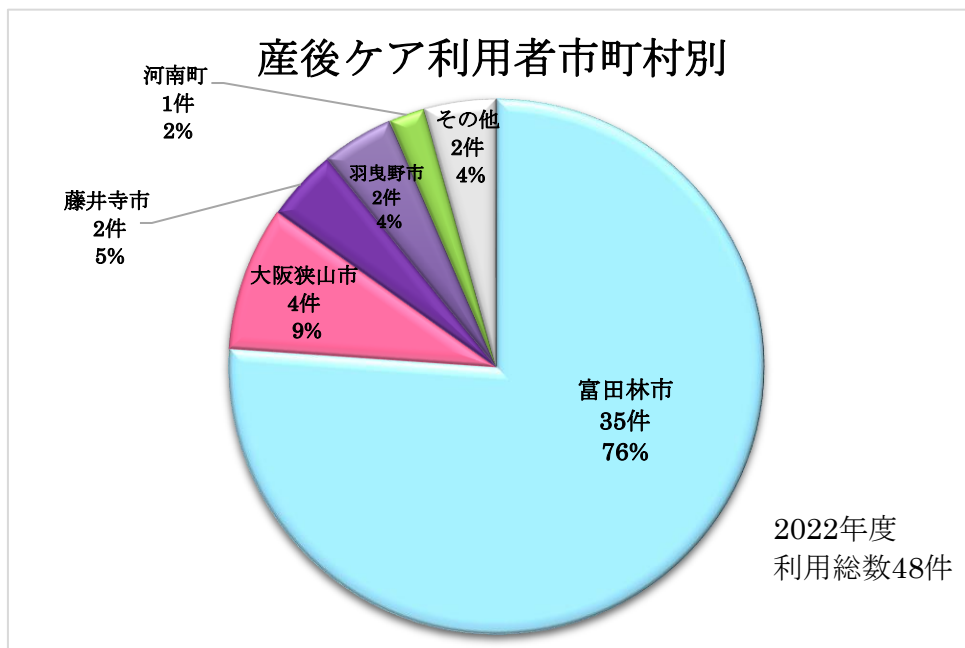
- ・安全な分娩を行うため、自己研鑽を継続していく。
- ・産後ケア入院を利用される方が、利用目的にあった時間を有効に使うことで産後ケアを利用できるように支援を行っていく。

1. 分娩に関する資料



2. 産後ケアに関する資料





IV-7-7). 5B病棟

看護師長：小西 早苗

1. 部署概要

許可病床数：50床（個室9床・重症2床・3人部屋1室・4人部屋9室）

稼働病床数：50床

担当科：地域包括ケア病棟

5Bは地域包括ケア病棟であり、地域包括ケアシステムの要としての役割を担って運営している。退院調整が必要な患者や急性期治療を終えても引き続き経過観察が必要な患者・ターミナル期で看取りの患者等、産婦人科以外すべての科の患者を受け入れて対応している。その中でも当科の入院患者は8割以上が75歳以上の後期高齢者である。高齢者はフレイルであり、病状が安定してもADLや認知機能が低下していることが多いため「その人らしさ」を尊重しながら、医師・退院調整看護師・MSW・PT・OT・ST・管理栄養士・緩和ケアチーム・排尿ケアチーム・DCT・NSTなどと連携して支援している。加えてかかりつけ医やケアマネージャー・訪問看護等、院外との多職種とも連携しながらその人に合わせた退院調整を行っている。受け入れとしては、院内の転入だけでなく、リハビリ目的の前方支援からの患者やレスパイト入院、短期滞在の眼科入院及びSAS入院等を受け入れて対応している。

2022年度の診療報酬改定で院内の転入を60%以下にすること、在宅復帰率が7割2分5厘以上に変更になったことや緊急入院の受け入れも必要になった。学習会の継続とカンファレンスを充実させ、スキルアップを図り「受持ち看護師としての役割を果たすことで看護実践能力を向上と退院調整の強化を図る」「積極的に緊急入院・直接入院を受け入れ、病床稼働率90%以上目指す」ことを目標として活動した。

2. 活動実績

1) 受け持ち看護師としての役割を果たすことで、看護実践能力の向上と退院調整の強化を図る

学習会については昨年度の評価から、毎月テーマを変えて認定看護師だけでなく理学療法士やMSW等の多職種にも学習会を依頼し、より多くのテーマで開催出来るようにした。前半は感染・認知症患者への関わり・退院支援・スキンケアについて、後半は脱臼予防・摂食嚥下・ACP等のテーマで開催し、学習会に対する評価は「期待以上・期待通り」で100%となり、アンケートの結果からも9割以上が「非常に満足・満足」と回答しており「実践に活かすことができる」「もう一度聞きたい」などの意見があった。看護実践に活かされているのかどうかについては、学習会後もリンクナースを中心に現場で実践出来るよう啓蒙を行っており、意識の強化に繋げることが出来たと考える。

事例検討(2回/月)や退院調整カンファレンス(1回/月)については、ケア方法や退院調整の進め方認知機能低下のある患者の関わり、状態の変化した患者の看護計画の見直しなどの内容で開催できた。カンファレンス内容をスタッフ間で共通認識して看護計画の見直しに繋げることができた。

退院調整については、退院前カンファレンス件数は年間で135件開催、介護連携指導料131件で退院時共同加算22件であった。昨年度は介護連携指導料67件、退院時共同加算33件、合計100件であり、退院時共同加算は減少しているもののカンファレンス件数は昨年度より大幅に増加した。

退院時共同加算件数が減少しているのは、医師がカンファレンスに参加する機会が少ないためと考えるが、特に退院後に在宅医を依頼する際にはできるだけ双方の医師に参加してもらい、患者や家族に少しでも安心して自宅へ退院してもらえるように、働きかけて体制を整えていく

必要がある。

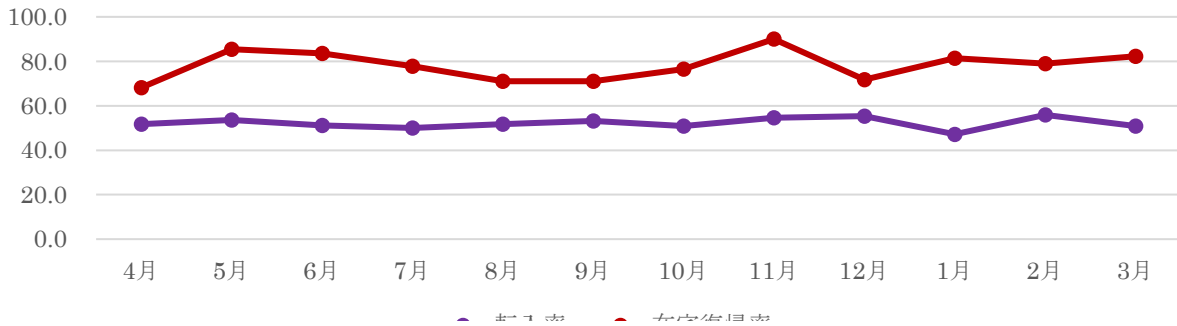
今年度 8 月より認定看護師が退院後訪問指導を行っており、現在当科より退院した患者の自宅や施設に合計 8 件訪問指導を行った。認定看護師と当科のスタッフが同行訪問しているが、実際に退院後の生活を見ることで、看看連携につなげることやスタッフの退院支援のスキルアップに繋げることを目的として行った。

2) 積極的に緊急入院・直接入院を受け入れ、病床稼働率 90%以上を目指す

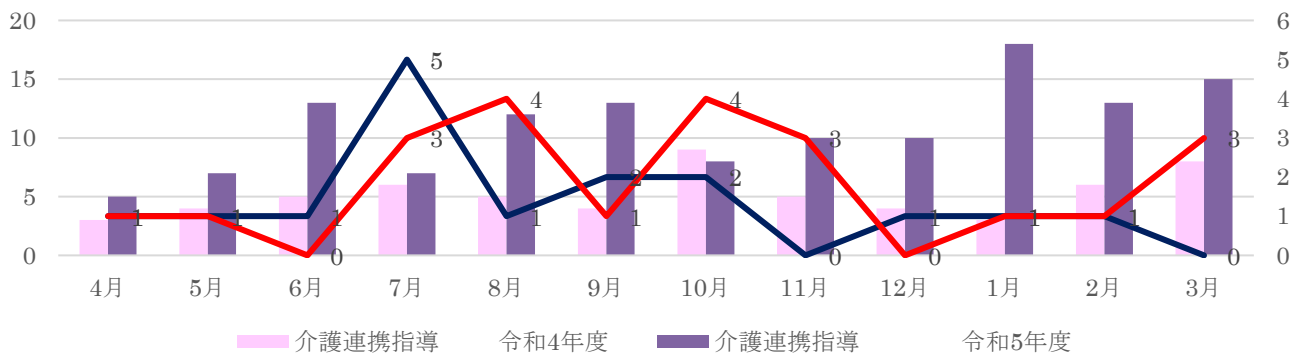
今年度はさらに眼科入院患者が 6~7 名/日と受け入れ人数は増加したが、問題なく受け入れることができた。またスムーズに緊急入院の受け入れができるように、今年度も業務改善に向け活動した。業務改善内容は朝のおむつ交換や検温の時間確保、機械浴・介助浴の見直し、各部屋にビニール袋を設置する等、改善方法を提示して実践することで業務改善に繋がった。日勤看護師が平日でも 2.5 ペアになる状況下で、緊急入院や追加の転入など受け入れた。2023 年度の緊急入院は 16 件で 2022 年度は 10 件前後であった。病床稼働率、概ね 85%前後で推移した。

3. 統計資料

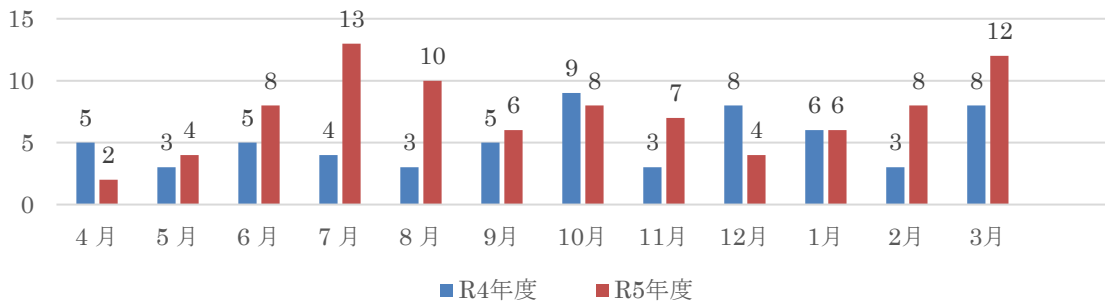
運営状況



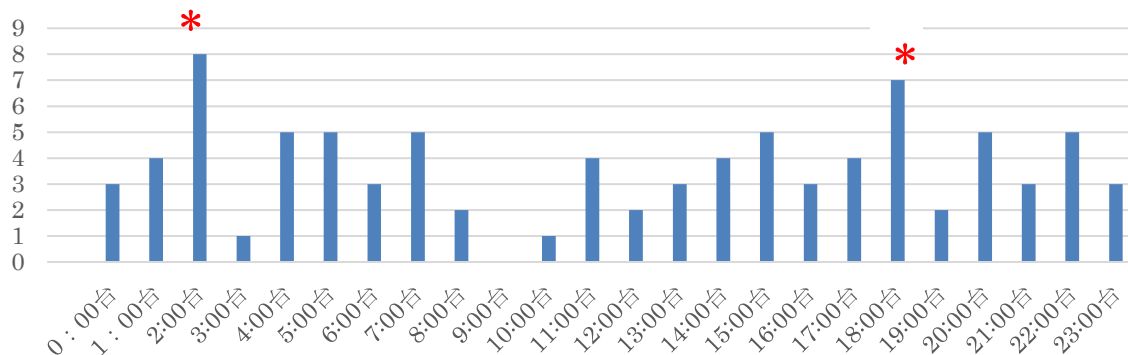
退院支援状況



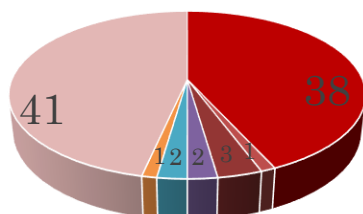
転倒件数



転倒時間

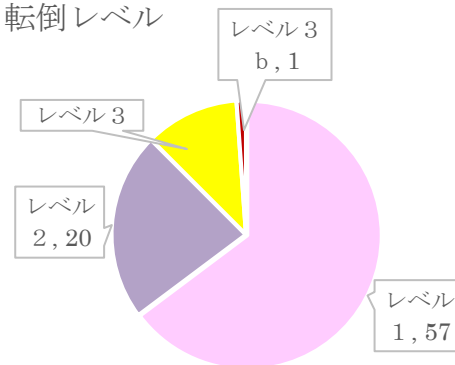


転倒理由



- トイレに行こうとした
- 洗面所へ行こうとした
- 身体拘束をしても転倒した
- 物を拾おうとした
- 窓を閉めようとした
- テーブルを近づけようとした
- 理由不明

転倒レベル



- レベル 1
- レベル 2
- レベル 3 a
- レベル 3 b

4. 次年度の取り組み

今年度同様継続して訪問指導を行うことで、患者や家族に安心して地域で生活していただけるようにケアしていくとともに、スタッフの調整能力向上に繋げていく活動にしていきたい。今年度当科の緊急入院は主に、腰椎圧迫骨折・ポリペク後の経過観察入院・腹水穿刺での1泊入院等であった。今後地域包括ケア病棟へ緊急入院を受ける疾患等がある程度限定し受け入れできるような準備を行う。またベッドコントロールも平均在院日数が16～22日前後であるため在院日数を30日前後にできるように、急性期病棟からの受け入れをDPC②の期間で受け入れ、患者の状況に応じた退院調整ができるように整える。

IV-7-8). 中央手術室

看護師長：小田 紀子

1. 部署概要

1) スタッフ

看護師長 1 名(副看護部長兼任) (2023 年 11 月に 4A 病棟へ異動)

副看護師長 1 名(手術看護認定看護師)

主任看護師 1 名

職種	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
看護師	18名	18名	18名	18名	17名	15名	16名	15名	16名	16名	16名	15名
看護助手	1名	1名	1名	1名	1名	1名	1名	1名	1名	1名	1名	1名

2) 業務内容

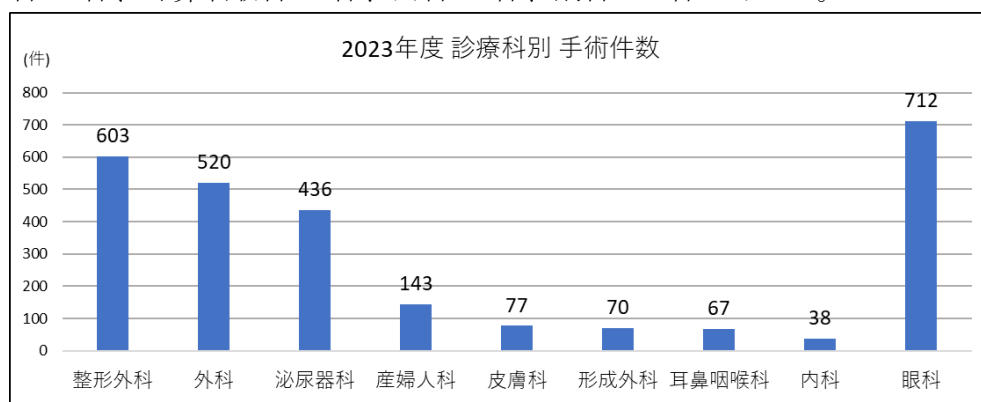
手術室 6 室(うちバイオクリーンルーム 2 室)を有し、外科、整形外科、泌尿器科、眼科、皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科、産婦人科、末梢血管外科の手術を行っている。全身麻酔、脊髄くも膜下麻酔の手術は、麻酔科医による麻酔管理を行い、緊急手術には 24 時間対応している。腹腔鏡下手術や人工膝関節置換術における手術支援ロボットなど最新の技術を取り入れ、低侵襲かつ正確で安全な手術を提供するよう努めている。

手術を受ける患者に対して、術前から術後まで、身体的・精神的に支援できるように、手術サポート外来(術前看護外来)、術前訪問、術中看護(外回り看護と器械出し看護)、術後訪問を実施している。患者が安心して手術に臨め、手術が円滑かつ安全に終わり、術後合併症を起こさずに退院できることを目指し、日々業務と自己研鑽を行っている。

麻酔科医、手術看護認定看護師、薬剤師の 3 名からなる術後疼痛管理チームが主体となって、手術室看護師もプロトコルに沿って、リスク評価、計画、実施、評価を行い、早期回復、早期退院を目指して術後の鎮痛を図っている。

2. 活動実績

2023 年度の手術件数は 2666 件で、そのうち緊急手術を 194 件実施した。麻酔法による内訳は、全身麻酔 1235 件、脊髄くも膜下麻酔 429 件、局所麻酔 1002 件であった。診療科による内訳は、整形外科 603 件、外科 520 件、泌尿器科 436 件、産婦人科 143 件、皮膚科 77 件、形成外科 70 件、耳鼻咽喉科 67 件、内科 38 件、眼科 712 件であった。



術前訪問と術後訪問は、麻酔科管理で手術を受ける患者を対象としている。術前の情報収集とアセスメント及び手術看護計画を行うために、術前訪問を行っている。術前訪問の時間を確保するため、情報収集用紙を作成し、電子カルテから得られる情報を引用して印刷できるよう

にした。術前訪問実施率は 84.2%(1056 名/1254 名)、術後訪問実施率は 37.9%(475 名/1254 名)であった。

2023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	全体
術前訪問 実施率	80.4%	90.8%	84.7%	82.7%	84.6%	92.6%	84.5%	82.0%	86.8%	68.6%	86.9%	86.0%	84.2%
術後訪問 実施率	52.0%	50.5%	33.1%	34.7%	48.7%	51.6%	40.2%	20.7%	33.0%	23.5%	29.3%	38.0%	37.9%

手術サポート外来はこれまで手術看護認定看護師のみが実施していたが、手術サポート外来の手順をマニュアル化し、情報用紙を作成することで、手術室看護師が実施できるようにした。手術看護認定看護師の指導のもと、対応できるスタッフを 4 人に増やし、手術看護認定看護師が不在の場合でも患者対応できるようにした。手術サポート外来を 53 件実施した。

2023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
手術サポート外来 実施件数	8件	10件	6件	6件	7件	1件	2件	2件	3件	3件	2件	3件	53件

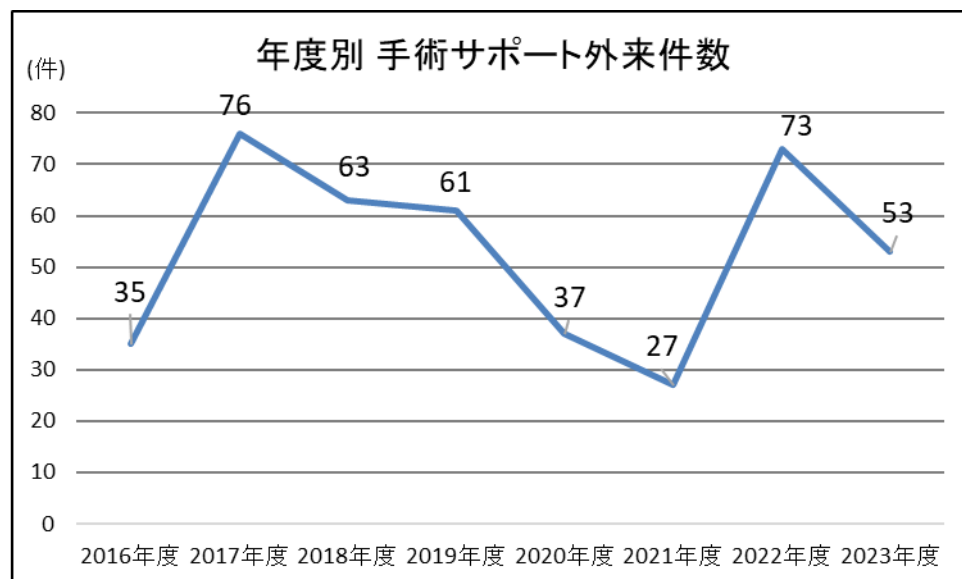
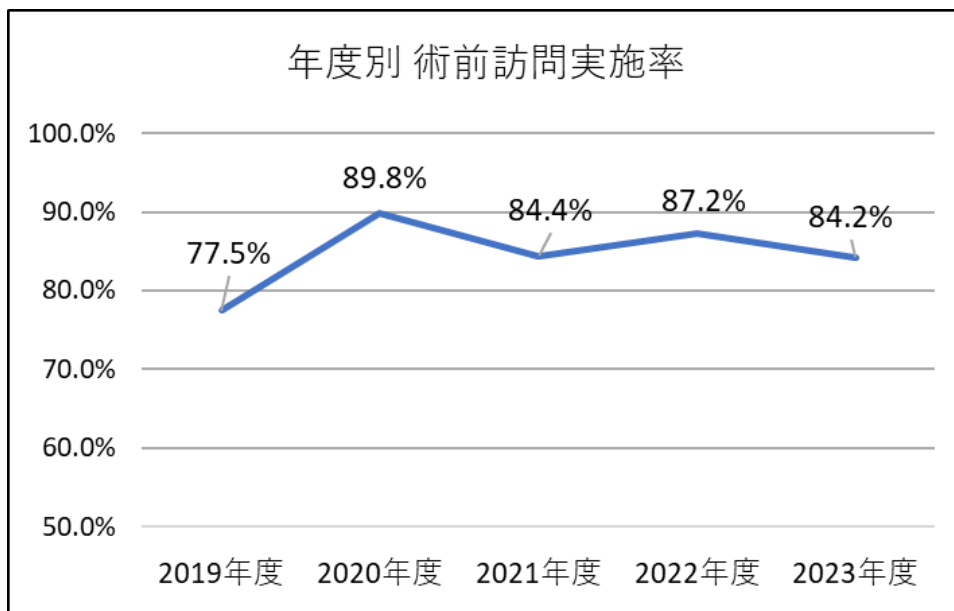
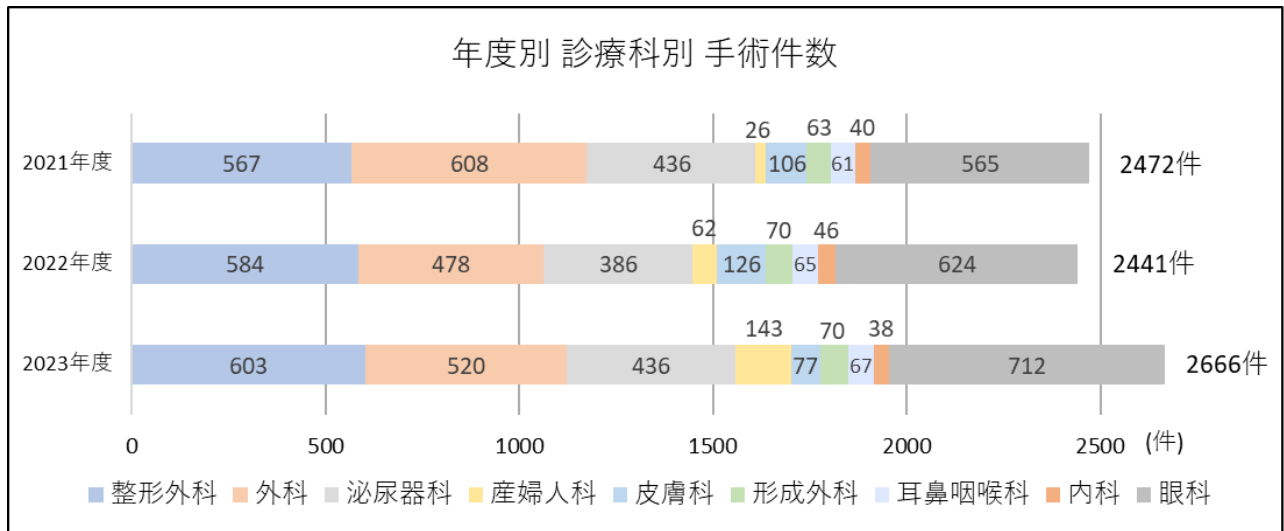
術後疼痛管理チームが作成した計画の患者への説明と PCA 装置の指導の方法をマニュアル化し、手術室看護師が実施することとした。その結果、チーム 3 名だけでは、対応しきれなかった患者にも説明と指導ができるようになり、対象患者への実施率はそれぞれ、計画の説明は 66.6%(835 名/1254 名)、PCA 装置の指導は 67.7%(338 名/499 名)であった。術後疼痛管理チーム加算を 667 回算定した。

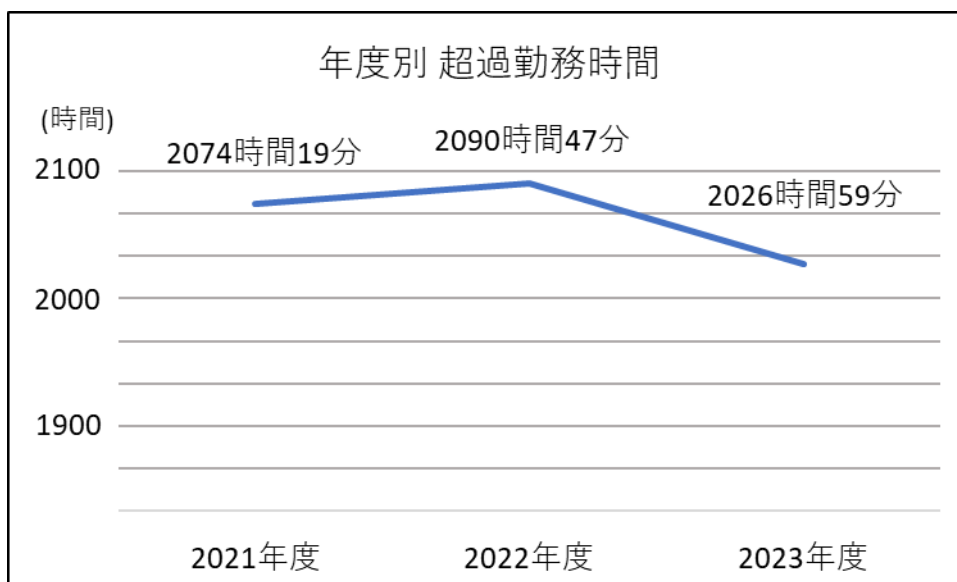
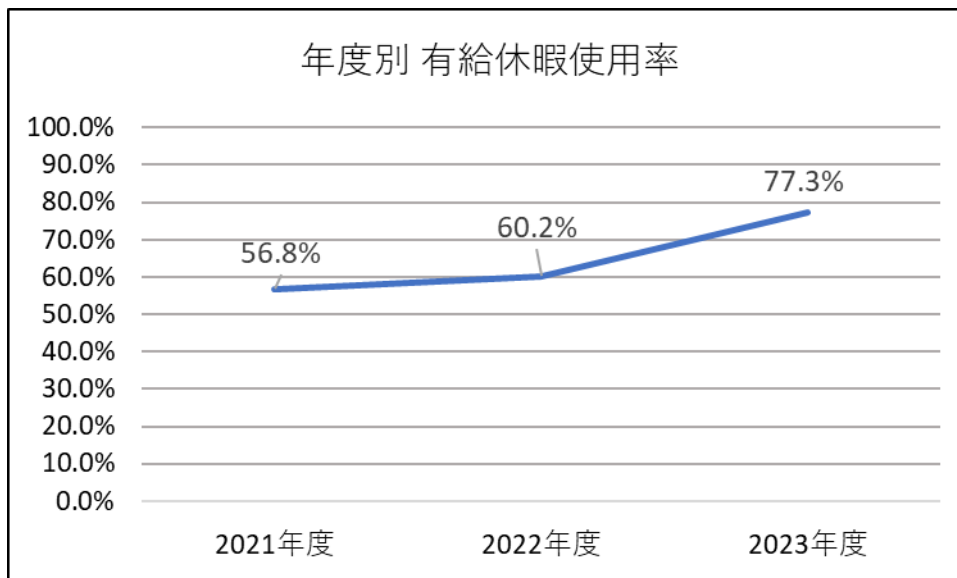
2023年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	全体
術後疼痛管理計画 説明実施率	40.2%	69.7%	73.7%	83.7%	71.8%	66.3%	76.3%	58.6%	58.5%	56.9%	72.7%	71.0%	66.6%
PCA装置 指導実施率	73.8%	82.5%	60.7%	87.5%	66.0%	61.1%	61.3%	67.5%	74.2%	46.8%	63.5%	78.1%	67.7%
術後疼痛管理 チーム加算	58回	46回	82回	72回	59回	51回	44回	49回	47回	42回	62回	55回	667回

医療安全への意識、倫理感を高めることを目的にリスク・倫理カンファレンスを毎月実施した。また、実践力の向上のため、術中に AMI が発生した事例をもとに、医師、看護師、臨床工学技士、放射線技師など多職種のコラボレーションを実施し、フローチャートを作成した。

院外活動として、第 76 回済生会学会で演題発表を行った。また、手術看護認定看護師が第 33 回日本臨床工学会でのシンポジストとしての講演、看護学校の非常勤講師、手術看護専門雑誌での執筆(5 題)、オンデマンドセミナー講師、日本手術看護学会のオブザーバーを行った。

3. 統計資料





4. 今後の取り組み

労働人口の減少から今後、看護師数が減少することも明らかであるため、業務の効率化が求められる。看護師術前訪問は、身体的リスクの評価だけでなく、術後疼痛管理計画書の説明や、顔見知りになることで精神的支援となるため、今後も実施率 100%を目指して積極的に実施する。ただし、手術サポート外来に関しては、外来看護師および患者支援センターでの情報収集と入院説明により、手術室看護師が実施しなくても、中止薬の確認や説明ができる。そのため、精神的支援として、手術への不安や質問があり、手術室看護師と面談を希望する患者を対象に実施する。また術後訪問に関しても、クリニカルパスにより、逸脱することなく経過する患者への訪問が本当に必要であるかを検討し、対象を決めて本当に術後訪問が必要な患者へ実施するようしていく。

看護師としてのスキルアップのため、手術室看護師が平日と土曜日の救急外来当直の 1 枠を担っている。外科手術において、切除範囲を決めるため、術中内視鏡で腫瘍を確認することがあり、内視鏡に関する知識と技術は手術室看護師にも必要である。そのため、次年度は外来で指導を受け、内視鏡室の業務を担い、看護実践能力の向上に努めていく。また、医療安全と倫理

の意識を高めるために、カンファレンスを毎月実施していく。

あらゆる年代のさまざまなライフスタイルの者が働き続けられる手術室を目指し、心理的安全性のある職場を目指す。そのために、カンファレンスでも意見を求め、誰もが自分の意見を気兼ねなく発信してよい風土を醸成していく。また、仕事のやりがいを感じられるように、スタッフに役割を与え、楽しいと思える環境を作っていく。

IV-7-9). 外来

看護師長：畑 幸枝

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・内視鏡室を有している。発熱患者は各科外来に待機ブースを設け対応している。1日平均578.8名の患者が受診されている。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43名（時短2名・嘱託2名・派遣1名含む）：74%、看護補助者15名：26%の計58名（2023.3月現在）である。非常勤者は約74%を占めており、院内保育所を利用する職員もいる。多様な働き方を選択し働き続けられる職場を目指している。

外来は入院期間短縮に伴い、外来で行う検査や診療を必要とする患者が増加し、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、さらには地域との連携強化に努めている。

2. 活動実績

目標：外来看護に必要な観察力・判断力を養い実践能力の向上を図る

1) ブース内・チーム内・外来内での補完体制の拡大

ブース内での応援は拡大することができたが、チーム内での補完体制については、出来ておらず、応援対応ができる看護師は限られている。診療時間の延長が多い婦人科への対応については、対応できる常勤看護師を育成し、パート看護師の残業を減らす事が出来た。今後も順次看護師の育成を継続していく。中央処置室では全科の患者が対象となるため、応援に向かう体制が取れてきた。

造影CT・MRIは、対応できるスタッフの増員ができた。内視鏡検査は、検査後の鎮静患者の対応ができるスタッフの増員ができた。また緊急カテの清潔操作準備については常勤看護師全員が見学、清潔ワゴン展開の実践も行えた。

2) 「ラピッドナース」を導入し、安全に外来看護が行える

子育て世代が多く、突発的な理由で休まざるを得ない状況になる事が多い外来では、応援看護師の要望が強く、人員の調整が困難な場合があった。限られた人材が応援を実施するため、負担感もあった。そこで短時間で、誰でもが行える業務をラピッドナースの業務とするよう導入した。ラピッドナースの業務内容を全看護師が理解し対応できるようシミュレーションを実施。実際に対応した業務内容と時間を調査した結果、救急外来や小児科、泌尿器科からのコールが多かった。内容としては検体の運搬、病児の検温、ワクチン接種などであった。

3) 自己研鑽を行い、能力開発に繋げる

今年度は外来の看護職員としての質の向上のため、学研のe-ラーニング視聴の3項目を必須とし75%ほどの視聴であった。またBLS研修を全員に実施したことで、プライベートな時にBLSが活用できたとの声もあった。外来における急変事例などから、カンファレンスを行い学びに繋げた。

3. 次年度の取り組み

外来内の応援業務の拡大と病棟との連携を充実させ看護の質向上に努める。

IV-7-10). 地域医療連携室

看護師長：加藤雪絵

1. 部署概要

患者が安心して療養生活ができるように入退院・支援・調整を行う部署

- ・前方支援として入院の受け入れ調整を行う
- ・後方支援として退院の調整を行う
- ・患者支援センターにおいて、外来患者の検査説明や入院に関する説明、データベース聴き取り、一部リスクアセスメント等を行う

令和6年3月現在、看護師8名（うち嘱託1名、パート1名）、クラーク4名（うちパート3）で業務を行っている

2. 活動実績

目標

多職種協働による入退院支援・退院調整の推進

- ・入院時から退院後を見据え関連部署との連携強化
- ・入退院支援に関連する診療報酬の確実な獲得
- ・入院時支援の業務拡大

評価

昨年に引き続き病棟看護師と入院時から問題点の抽出を行い、情報を共有している。そのうえで、自宅退院であっても「がん末期」「慢性疾患の終末期」「高齢者の在宅看取り」「身寄りなし」「独居」など多岐にわたり介入し、必要時MSWと協働しICの同席、ケアマネジャーへの連絡、退院前カンファレンスの設定・参加を行った。その結果、本人・家族が考えるゴールと医療従事者が考えるゴールを話し合うことで、本人・家族の意思を尊重した退院支援ができるようになってきた。しかし、病棟内での情報共有や意思決定に対する認識が統一されておらず、例えば本人・家族の意思が未確認のまま看護師の主観で自宅退院困難と判断し、結果的にMSW・地域医療連携室看護師が主体となって介入している症例が散見された。このような認識のズレに対しては今後も継続した関わりをもって認識の共有を図っていく。

地域医療連携室では3名の認定看護師、NST委員会配属の看護師がそれぞれの知識を活かしながら外来・入院患者の意思決定支援やベッドサイドケアに介入した。リハビリ見学や退院前カンファレンスに関しては5月からコロナ感染が5類へ移行したことにより対面での開催が増え、患者・家族にとって最善のタイミングでの退院支援に繋げやすくなった。また、対面だけでなくパソコンやタブレットを用いたオンラインカンファレンスが行えるよう準備し、後半は2件の退院前カンファレンスをZoomで開催することができた。今後も参加者の意向に沿ったカンファレンス開催も含め、役割モデルとして病棟へ働きかけられるよう臨機応変に対応していく。

介護支援等連携指導料については同規模の他院と比較して少なく、ケアマネジャーとの連携を意識し、病棟とともに算定件数の増加に向けて連携を図った。その結果、前年度の4～12月と比較して件数が112件から289件と大幅に増加した。今後も安定した件数が算定できるように、各病棟の実態を調査した結果、急性期病床対象者121名中地域35件(30%)、病棟17件(14%)と算定件数中6割を地域医療連携室看護師が関わっていることが分かった。引き続き加算件数増加に向けて病棟と協働していく。

令和5年4月から現在までの外科のLAC対応は31件、眼科の手術対応は290件となっている。今年度の目標では、該当科の医師や看護師等と連携し、対応科や疾患の拡大に向けて取り組むとし胃がんを対象疾患に取り入れる予定であったが、人員配置の関係上で胃がん患者の面談は実施できなかった。外来と地域医療連携室がどう連携すれば効率的に入院前支援から行われるか検討し次年度に繋げる。

また現在看護師が3名になり、入院患者に入院説明を行い、クリニカルパスを用いて術前から術後のスケジュールや注意点について説明をしている。また、患者の情報を詳しく聞き、記録に残しているが、入院後、情報がどのように反映しているのか確認する事が今後の課題である。せん妄と禁煙（現在は外科のみ）の説明についてはクラーク看護師共に必ず説明後記録に残し、情報共有を行った。

内視鏡検査の休薬の説明漏れのインシデントに対して、外来と話し合いを行い、休薬確認が必要な患者用の説明用紙を作成し使用しているが使用段階であるため、評価に至っていない。大腸CTの検査では放射線科から前処置の変更依頼があり、検査室と協力し新たに説明用紙を作成した。用紙に基づき説明を行い、現時点では問題なく経過しているため、引き続き活用していく。

1) 2023年度 地域連携 算定件数

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
算定名称	年度										
入退院支援 加算 1 600 点	2022	331	300	353	389	349	352	385	372	376	3207
	2023	407	350	407	388	402	406	397	385	440	3582
入退時支援 加算 2 400 点	2022	138	131	175	208	169	172	186	169	174	1522
	2023	192	164	208	187	186	200	189	188	205	1719
介護支援連携 指導料 400 点	2022	15	10	16	15	11	10	12	12	12	113
	2023	7	10	18	13	32	60	48	64	37	289
	前年比	-8	±0	+2	-2	+21	+50	+36	+52	+25	
退院時共同指 導料 2 400 点	2022	3	4	8	9	7	6	5	3	7	67
	2023	4	7	5	3	6	7	11	6	6	55

2) 介入件数

転院依頼件数	受け入れ件数	面談件数	レスパイト件数	CF参加件数
84	59	26	13	87

3) 患者支援センター説明件数

	検査	入院	看護師対応			計
			眼科	LAC	その他	
4月	1034	182	27	4	41	72
5月	1006	192	33	6	37	76
6月	1108	210	34	3	54	91
7月	1023	155	38	2	50	90
8月	1014	197	33	4	74	111
9月	1051	189	36	3	76	115
10月	1111	160	31	4	87	122
11月	1132	201	26	1	99	126
12月	1025	164	31	2	76	109
計	9504	1650	289	29	598	12070

IV-7-1 1). 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	10	9	8	8	9	9	9	10	10
	非常勤	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	看護師	10	10	10	10	9	8	8	9	9	9	10	10
	看護補助	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

2. 活動実績

目標

1) 知りえた情報をカンファレンスで発信し共有する

評価指標として①レベルⅡ以上のリスクを10件以下にする②インシデントにかかわったスタッフがカンファレンスを開催する③自主的にインシデントの入力ができる④レベルⅠのリスクを10件以下にする⑤患者カンファレンスの開催として取り組んだ。

12月末現在で、レベル3aは1件、レベルⅡのインシデントは9件、レベルⅠのインシデントは11件である。昨年度と比較し、副主任を中心に日々のインシデント、アクシデント発生時はカンファレンスを行い、手順の評価・修正など実施することができてきているようになった。しかしペア穿刺を確立し安全確認を行うように徹底しているが、透析経験年数の違い、知識の違いがあり必要な情報も活用できていないケースが多くみられる。また、インシデント入力に関しては意識の差が多いように感じる。インシデント入力に意識の差があるということは、まだ危機意識にも差があるのだと考える。目につくところはその都度説明を行い、情報の活用の仕方や必要性の教育を行っているが、何が危険なのか、その重要性が理解できていないまま過ぎ去ってしまっていることが多い。ワンフロアであるため先輩が先に気付き行動してしまう傾向があるため重要性にたどり着けていないと考える。患者カンファレンスは、日々のカンファレンスの中で話すことができるようになってきているが、継続性がないためインシデントになっているケースもあった。会話の中で何の情報が必要かの大切であるかの検討をしていく必要がある。

2) 各自が能力開発に向けて自己研鑽する

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事を目標とした。毎月1回の合同カンファレンスについては勉強会と討議を毎月実施する事が出来ている。

伝達講習については、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、伝達講習をしたスタッフからは、「調べることで深まりました」との声も聞かれ、聴講者も質問をするなど良い情報交換の場に繋げることが出来たと考える。また、透析の経験年数の多い看護師の離職もあり、質を上げていくには自己研鑽が必要であるため継続した学習も促していく必要がある。

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	
①外来透析実施数	868	931	910	916	909	919	909	920	921	942	867	852	
②入院患者透析実施数	143	141	102	134	172	83	124	120	46	80	122	130	
①+②透析延べ数	1011	1072	1012	1050	1081	1002	1033	1040	967	1022	989	982	
腹膜透析患者数	143	186	180	186	186	180	202	209	217	217	203	203	
平均ベッド稼働率(%)	87.90%	86.30%	84.60%	87.80%	87.30%	83.60%	86.30%	86.90%	80.90%	82.30%	86.00%	82.10%	
病室出張	0	1	15	0	5	4	2	0	1	14	3	2	
腹水濃縮	1	0	1	1	0	1	0	0	1	2	1	3	
LDL吸着	0	0	0	0	0	3	9	0	10	1	4	0	
血漿交換	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	
G-CAP、L-CAP	1	0	0	3	4	1	0	0	0	0	4	6	
PMX	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	
CHDF	4	0	2	0	3	0	4	0	0	3	3	0	
臨時ECUM	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
その他の療法(合計)	6	1	3	4	7	14	15	0	11	9	12	9	
透析導入患者数	4	1	3	4	4	3	4	4	2	4	2	4	
転院患者数	6	2	1	5	4	3	0	5	3	3	3	3	
透析離脱患者数	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
死亡患者数	1	1	2	4	1	0	2	1	1	0	0	3	
他院緊急入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
輸血使用患者数	1	2	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	
シャント閉塞人数	1	2	0	0	3	0	1	0	4	3	0	1	
PTA人数	1	2	0	0	4	1	1	0	4	3	2	1	
臨時治療人数(実数含)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
フットチェック人数	88	85	82	82	84	84	88	84	84	83	85	85	
職員数	常勤	10	10	10	10	9	8	8	9	9	9	10	10
	非常勤	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	看護師	10	10	10	10	9	8	8	9	9	9	10	10
	看護補助	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
有給消化 日数	常勤	11	1	20	11	13	13	8	5	12	2	14	14
	非常勤	5	2	6	3	4	3	4	4	9	2	3	2
超過勤務時間	173:30	192:20	181:10	169:15	186:15	177:00	181:00	193:00	164:08	193:50	175:20	204:25	

4. 次年度の取り組み

次年度も継続してスタッフ間で意識を行い声掛けしながら業務を行うようにする。

日々の透析業務におけるトラブル対応、透析の専門的知識の活用に関しては、現場に活かすことができるよう今後も継続して実施していく。

IV-7-12). 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 4名
理学療法士：常勤 3名 作業療法士：常勤 2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5年度令和4年度の年末年始から終末期の利用者が増え、医療保険で対応する方が増えた年であった。

新規利用者の28%が終末期の介入。その内自宅看取りは、54%、あとの46%はさまざまな理由で医療機関での

看取りとなった。もう一度自分の家で過ごしたいという思いに寄り添いながら、今後も「最後まで自分らしく」を支援していけるよう、チームで取り組んでいく。

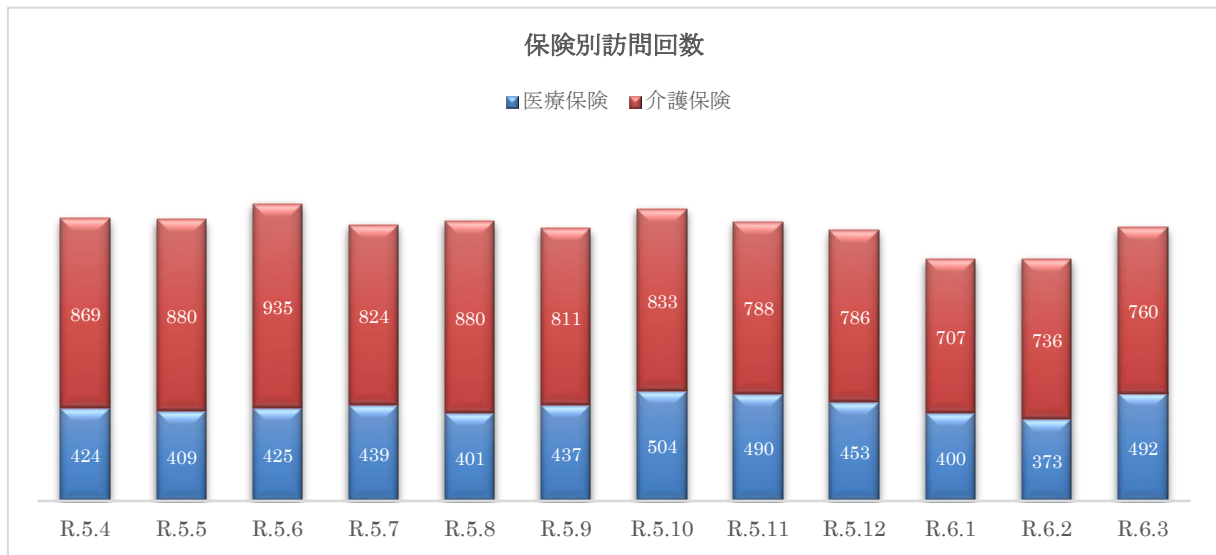
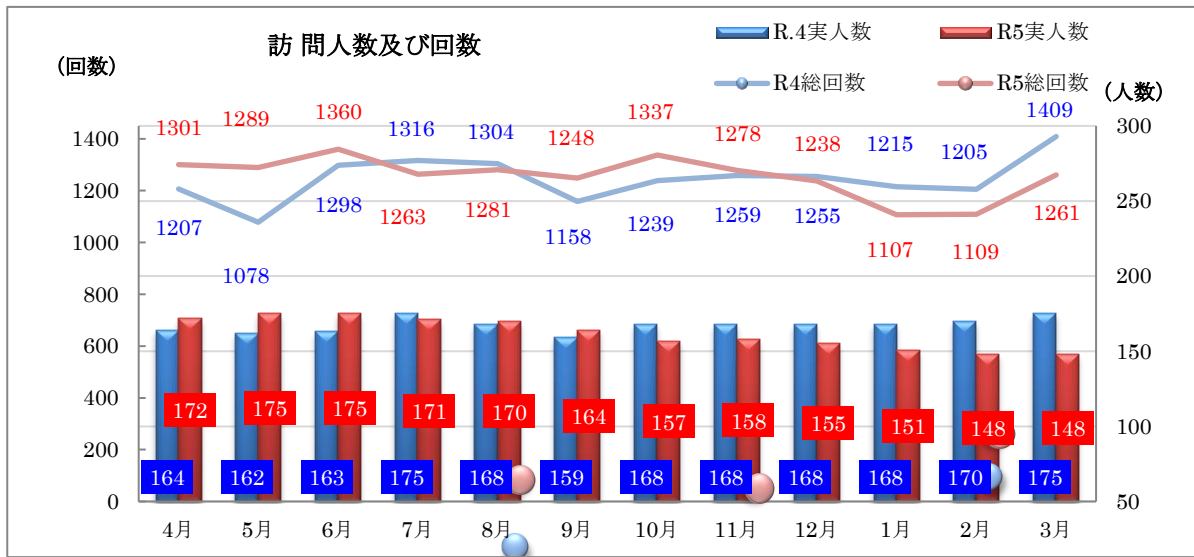
* 令和5年度年間実績（延べ）	訪問人数	1,924名	訪問件数	15,122回
	新規利用者	124件	終了	121件
	自宅看取り件数	30件	退院前カンファレンス	76件
	デスカンファ	22件		

2. 活動実績

目標：BCP作成に向け利用者に合わせた情報の整理ができる

- 1) 利用者に合わせた情報の整理ができ、日々の記録の短縮ができる
- 2) 医療ケアの手技についてマニュアルを整備し、統一した指導ができる
 - ・ 令和6年度4月から義務化となるBCPマニュアルの整備を行った。自然災害はいつでも起こってもおかしくない状況であり、在宅で支援する利用者さんには、まずは自助の力で経過を見てもらう必要があるため、意識的に関することを目標とした。医療ケアの必要な方は予備の物品や手順など利用者に合わせて指導するように計画した。対象となる利用者や、状態は変わっていくため、引き続き在宅療養が安心して過ごせるように情報の更新を行いながら共有していく。

令和5年度 実績



IV-7-13). 教育委員会

担当副看護部長：永井 園美

1. 概要

教育委員会は看護部の方針「人が育つ組織・人材育成」の基、看護師一人ひとりがそれぞれの段階に沿ったラダーを活用し、能力向上できるよう看護部全体の教育企画を担っている。

教育委員会の傘下には教育担当者委員会・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を担っている。看護研究委員会は各部署の看護研究実践の指導・支援している。また、ラダーⅠからⅢまでの看護研究の研修を担っている。

構成員は教育担当副部長1名と師長3名、副師長3名、主任3名の計10名で構成し、教育委員会を基にそれぞれの委員会（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）の活動の責任を担っている。毎月定例で会議を開催し、OJTとoff-JTが結び付いた教育となるよう検討し活動している。

2. 教育委員会の活動実績

目標：ラダーに沿った教育支援の充実

1) 新クリニカルラダーの実践、整備、評価

日々の看護実践をクリニカルラダー評価時、評価対象者と評価者がレジネスを確認し看護実践の向上に繋げることができるよう評価表①②と自己チェック表の3枚に分かれていた用紙を一体化した。看護実践が正しく評価でき教育支援へ繋げる。

- ・クリニカルラダーに沿った新認定評価表の作成
- ・研修申し込み、評価表を見直し紙運用からシステムでの運用に移行

2) ラダーに沿った研究企画

クリニカルラダー4つの力（ニーズをとらえる力・ケアする力・協働する力・意思決定を支える力）の充実の基となる知識。技術への支援を促すため内容を検討し構成した。再検討が必要性を再認識する。

令和5年度研修内容

ラダー	研修内容
ラダーⅠ	新人オリエンテーション・医療安全・感染経路別対策・KOMI理論・看護必要度・急変対応・ストレスマネジメント・フィジカルアセスメント・インスリン・メンタルサポート・褥瘡対策・看護研究・レポートの書き方・ウキウキ研修・社会人基礎力・ナラティブ・認知症・抗がん剤・看護倫理・ローテーション研修
ラダーⅡ	痛みの理解・人体に及ぼし影響・看護過程・神経を守る・プレゼンテーション・退院支援・せん妄は予防が大事・看護研究テーマの絞り込み・情報伝達・救急急変対応・コミュニケーションスキル・訪問看護ローテーション・ケーススタディ
ラダーⅢ	コーチング・SBAR・看護過程・リーダーシップ・4大認知症の病態と関わり方・マネジメントの第1歩・看護研究計画書作成・看護研究計倫理審査
ラダーⅣ	実践に活かすKOMI理論①②・身体拘束・退院支援の実際・医療安全・ナラティブ
トピックス	実践に役立つフィジカルアセスメント・ストマ基礎編・終末期の意思決定支援・腹膜透析・疼痛緩和・認知症患者薬物療法・摂食嚥下障害者の安全な食事介助・OP室体験ツアー
エキスパート	輸液管理・看護研究

※学研 E ラーニング活用 S-QUE の視聴活用

今年度から、学研 E-ラーニングは看護協会のクリニカルラダーに沿った内容に編集がされたが、視聴率は低下傾向であった。テクニカルな項目について充実している S-QUE 視聴教材を追加した。S-QUE 視聴教材はラダーごとにステップアップするように構成されている。医療安全・感染予防策・ハラスメントの項目について必須視聴受講とし、ほぼ 100%視聴できた。

コロナ禍の中、看護学生として学習してきた対象者のレジネルを踏まえ、看護の底上げを考え看護実践において学習で得た知識から観察と専門知識を駆使し判断できる能力向上へ支援できる新人教育と段階的な教育内容を構成した。また、各世代ともにチームワークが図れるよう指導者が心理的安全性を理解できるよう伝達した。次年度同様、改訂したクリニカルラダーによる「ニーズをとらえる力」「ケアする力」「協働する力」「意思決定を支える力」をあらゆる場面で活かすことができる OJT の充実を目指すとともに評価においても評価者により差がないよう評価票を刷新した。

外部研修参加

看護協会研修：58 名参加（65 項目中公費参加）	済生会研修：9 名参加
各種学会：17 学会	24 名参加 発表者 7 名

3. 次年度への取り組み

看護実践能力の核として必要な 4 つの力をそれぞれ向上できるよう集合教育と E ラーニング視聴教育を駆使し、看護実践の場で個々の看護師が活用できるように教育を企画する。

そして、OJT での教育効果が図れるようクリニカルラダーⅡ、Ⅲ、Ⅳの看護師へ段階的な指導能力が必要である。日看協から提唱されている生涯教育の意識を深め、ガイドラインにおいての対象となる人々の多様なニーズに対応できる自律した判断と実践をすることができるキャリア形成を支援する。

Ⅱ. 教育担当者委員会

1. 概要

委員会の構成員は担当師長 1 名 委員 8 名で月一回の委員会を開催している。

2. 活動実績

目標：ラダーⅣのスタッフを巻き込み対象者の個別性のある教育支援ができる指導者となるラダーⅣに対して個々の対象者への支援を実施するためにラダーⅡ・Ⅲのラダー評価時に必要書類・教育要綱を活用するよう啓蒙した。面接時には技術チェックリスト達成度や課題内容の共通認識を図った。また、対象者が個々の能力に応じたラダー習得ができる方法・対策、さらに自己管理能力を身につけられるような個別性を意識した助言や指導をするように依頼した。その結果、ラダー評価が期日通り提出できた。目標達成に向けては自主的な計画・実施が重要であり、看護研究年間予定表の掲示や教育要綱を確認できるように適宜指導や啓蒙の継続が必要である。

ケーススタディ発表に向けて、ケーススタディ準備表を活用し、事前に準備しシミュレーションを行った。ラダーⅢに対して看護過程の研修を行い、KOMI 理論の視点で看護実践ができケーススタディにつなげていけるよう講義を行った。また、プレゼンテーション研修を企画し、見やすいパワーポイント作成について講義を行った。

ラダーⅢの看護研究については、12 名が倫理審査に取り組んだ。倫理審査前の看護研究計画書作成課題については 11 名が看護研究マニュアルに沿った記載ができるように取り組んだ。

ケーススタディ発表会参加 18 名
ラダーⅢ看護研究倫理審査の承認 12 名中 12 名通過
ラダーⅡ認定者 15 名 ラダーⅢ認定 7 名

3. 今後の目標

S-QUE の視聴学習を活用し知識と技術の向上を目指し個別性のある支援とともに看護実践能力の向上を図る

Ⅲ. 実地指導者委員会

1. 概要

実地指導者委員 9 名で構成され、教育委員会の主任 1 名を中心に主任会と協働し部署の新人教育について委員会を開催し支援している。

2. 活動実績

目標 1. 新人看護師が看護実践に必要な基本的能力を習得できるように支援する

実地指導者は、新人看護師がラダーⅠを達成できるように関わった。達成に向けて「看護の振り返り日記」「入院虎の巻」「看護技術チェックリスト」を活用するよう努めた。「新人年間予定表」については、新人看護師が研修や課題提出のスケジュールを把握できるよう提示方法を継続することで遅れることなく進行できた。

「看護の振り返り日記」については、4 つの基盤で記載するなど記載方法を明確化し啓蒙した。

「入院虎の巻」については、初回～2回程度まで活用することで、根拠を理解して入院受け入れを行うことに繋がった。

「看護技術チェックリスト」については、全員が70%目標達成できた。ローテーション研修に達成できておくべき項目など明確でなかったため、達成しておくべき項目を検討し、主任会へ提案した。

精神面をサポートし、組織の一員として行動できるように支援するために院外でのワクワク研修などリフレッシュを図ることができるよう企画した。リフレッシュと共にチームで取り組む重要性について理解を図り、部署での実践に繋げるよう支援した。次年度も同様に取り組んでいく。

ラダーI認定 15名 (100%) 看護技術チェックリスト 70%以上クリア (100%) 離職率 12% (2名退職)
--

3. 次年度への取り組み

新人看護職員の特徴を理解し対象に合った現場教育を行い基本的看護技術の習得を目指す。

IV. 臨床指導者委員会

1. 概要

教育担当副部長1名と担当副主任を中心に委員8名で構成し学生の臨床指導を担っている

2. 活動実績

目標：学生が実習目標を達成できるように、学生の実習環境を整える

新型コロナウイルスが5類となった今年度も、マスク、フェイスシールドの装着など感染予防を実施することで、実習を進めることができた。

実習での学びを多く出来るよう、受け持ち患者の選定はコミュニケーションが取れる患者が選定できるよう配慮した。事前学習は、疾患、観察項目、看護技術など根拠に基づいた学習ができているか確認し必要時アドバイスをを行い学校の先生と共有した。実習中に不安に思っている事や困っている事はないか問いかけを行った。加えて、効果的な実習指導を継続して行うため、実習目的、目標を各部署の申し送りノートの活用について啓蒙を行いスタッフへ周知した。

実習指導連絡表について、各部署での活用状況を委員会内で確認し、記載内容や用紙の統一を図ることとした。全部署で統一することにより委員会での振り返りも行いやすく、統一した学生指導の検討ができた。日々の実習担当となった看護師から指導の振り返りや申し送りが行いやすく、課題を明確にできたと意見が聞かれた。

実習受け入れ看護大学短期大学6校、衛生看護学校1校。通信制看護学校1校 計8校 実習領域 成人(急性期・回復期)基礎看護 統合実習・老年・母性・訪問看護

3. 次年度の取り組み

各学校の受け入れに応じ実習目的を理解し学生の実習環境を整える。

V. 看護研究委員会

1. 概要

看護研究委員会は各部署の看護研究実践までの支援とともに教育委員と協働しクリニカルリーダーにおいて看護研究の研修を行い段階的な教育支援を行う教育機関でもある。本研究は本年も関西医療大学看護学保健看護学科の教授中納美智保先生から研究者へのご指導を頂くとともに研究委員への知識向上への支援としている。

構成員は教育担当副部長のもと委員会担当師長1名に加え主任3名、副主任3名、スタッフ4名が各部署から選出され計12名で運営している。

2. 活動実績

目標：教育的視点に基づいた臨床看護研究の支援

看護研究委員会は、本研究の研究計画指導から倫理審査、データ収集と読み取り・論文作成・院内発表支援とリーダー教育での看護研究研修を行った。前年度院内発表終了分5題は外部用に修正し、2023年度各領域の看護学会にエントリーし発表を終了した。(内容は以下「院外発表」記載)

院内発表会は令和5年7月に開催し7部署7題の発表であった。(内容は以下「院内発表」記載)

研究発表会に参加できなかった職員に向けて電子カルテ共有フォルダへの閲覧を計画した。

本年度より本研究に取り組む5部署5題の看護研究指導では、外部講師の指導を受け看護研究計画書を完成し8～11月に看護部倫理審査会を開催し承認を得て研究を実施に取り組んでいる。

今年度より各部署での研究実施に加え、各委員会での取り組みを看護研究としてまとめ院内の倫理審査を受け外部学会発表を行っている。

【院外発表】

部署	テーマ	学会名
外来	整形外来を受診する初診患者の問診票記入しづらさに関する実態調査	第12回大阪府看護学会
手術室	手術・麻酔同意書に対する病棟及び外来看護師の確認状況の実際	第10回日本医療安全学会
5B病棟	尿失禁のある高齢患者への排尿自立支援に対する看護の実際	第28回日本老年看護学会学術集会
3B病棟	A病棟の心不全患者が自宅での自己管理で困難だと感じる内容	第54回日本看護学会学術集会
4B病棟	芳香シールをマスクに貼付したことによる看護師の気分や疲労感の変化	第73回日本病院学会

【院内発表】

部署	テーマ
外来	外来看護師の応援業務に対する思いの調査
中央手術室	手術時間延長による手術室看護師と病棟看護師の家族対応への意識調査

3A 病棟	A 病院の IV ナースが認識している役割についての調査
3B 病棟	隔離中の COVID-19 患者に対する情報共有シートによるディスカッションの効果
4A 病棟	急性期病棟において絵付きカードによる個人回想法が認知症患者に及ぼす影響
4B 病棟	チーム支援型によるメンバーの新人看護師に対する現場教育の実態調査
5B 病棟	地域包括ケア病棟におけるナースコール対応の実態と看護師の思い

【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	リーダー	I 看護研究の基礎
	外部講師研修(1)看護研究計画		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

3. 次年度への取り組み

看護部の研究はコロナ禍であっても継続し院内・院外ともに発表を行ってきた。今後は、チーム医療の充実を目指しリソース会や委員会ともに協働した実績をまとめるなど幅広い研究活動に取り組む。

IV-7-14). 業務委員会

担当師長：磯邊 みどり

1. 委員会概要

看護部業務委員会は、看護部の基本方針に基づき患者満足度の患者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に活動している。そのため、看護職員の行動指針となる看護基準、手順を遵守しているかを確認し、根拠や現場に則した基準、手順への修正を随時行っている。また、行ったことを記録に残し、手順に沿った記録が行われているか定期的に監査を行い、評価や改善に繋げている。

委員会の構成メンバーは副看護部長が担当し、師長及び各部署から選出された看護師により構成され、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) 看護記録の標準化

看護業務の中で最も時間を費やしている看護記録の効率化を目指し、標準化に取り組んだ。特にクリニカルパスの整備に取り組み、必要な条件付き指示や関連文書の作成を追加、アウトカム評価を各診療科で詳細にし、評価基準の作成を行った。次年度は整備したクリニカルパスを使用しながら観察項目の修正を行うことで記録の効率化に努める。

看護記録記載基準や機械的監査表・質的監査表も旧システムの内容になっていたため、使用している記載基準へ修正し、監査表も変更した。監査では、ナンバリングでの記録ができていない、看護計画の評価や修正が評価日に行われていないと以前から実施できていないことが引き続きできていないという結果だった。入院期間が短縮し、受持ち看護師が担当することなく退院を迎えることもあるため、受持ち性やクリニカルパス以外の患者全員に看護計画を立案する方法を見直すことが必要である。

2) 患者確認の遵守

手順監査については患者確認の他者評価を実施し、全看護師 304 名中、97.5%が実施できていた。しかし、患者誤認の件数は 16 件と昨年と同様の結果である。監査など誰かに見られていると実施するが見られていないと忙しいことを理由に実施しない、患者確認が流れ作業になり、確認が徹底できていない。

インシデントが起こると患者確認をすると対策に立てているため、患者確認をすることの重要性は分かっている。しかし、忙しければ患者確認をすることを忘れ、患者確認をすることが習慣化していない。患者誤認することが当たり前で、お互いに注意をしかける環境にすること、患者が名前を自分から名乗る風土づくりが必要である。

IV-7-15). 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、10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、摂食嚥下障害看護）11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

【感染管理】

毎週 ICT・AST 回診を行い薬剤耐性菌の検出・血液培養陽性事例、広域抗菌薬使用状況と感染症の把握及び、アウトブレイク兆候の早期発見と介入できるように努めている。また院内ラウンド、サーベイランス（薬剤耐性菌・中心ライン関連・尿道留置カテーテル・手指消毒）を実践し、感染対策実践の確認、助言など院内の感染対策向上に努めている。

2023年度、薬剤耐性菌のアウトブレイクや、カテーテル感染率の上昇は確認されなかった。しかし各病棟で新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生しており、感染対策実践の評価・フィードバックを継続し、更なる感染対策向上を図っていく。

感染対策向上加算関連としては、全職員対象の感染対策動画視聴研修（年2回）及び、加算1施設相互ラウンド、指導強化加算ラウンド、加算1-3合同カンファレンス（年4回）、狭山医師会カンファレンス（年2回）を行っている。

その他の活動として、職業感染対策（各種ワクチン接種）、看護補助者、委託業者対象研修、富美が丘荘感染対策会議の参加と研修の開催、社会福祉施設感染対策訪問などを実践している。

【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 スキンケアを実施した。

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。院内褥瘡発生率は、2022年1.8%→2023年2.26%であった。対策として、一昨年よりクッションの購入と各病棟でポジショニングに関する勉強会・カンファレンスなどを開催した。個々に合わせたポジショニングの理解はかなり浸透してきたが、寝たきりの高齢者が増加し、エアーマットの台数も不足傾向にあるため、次年度の課題としたい。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、医師と共同し、他院でストーマを造設した患者や訪問看護からの紹介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。WOCN1名は特定行為研修を受講し、令和4年2月から特定認定看護師として胃ろうボタンの交換、陰圧閉鎖療法（NPWP）、血流のない壊死組織の除去に関して実践している。

【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。

2023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75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。令和5年度、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 ACP 支援が行えるよう、また、現場の看護の質の向上を目指した活動が必要である。

【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 年度に作成した意思決定支援の指針をもとに、院内での集合研修を継続している。同研修は R4 年度から年2回へ増やし、受講生と共に自己の価値観を見つめる機会を織り交ぜながら継続開催している。R2 年度から開始している ACP 動画での緩和ケア講演会では、R6 年度で8回目まで配信している。ACP だけでなく多職種で意思決定支援を行う事の重要性が周知されるよう、工夫しながら今後も継続していく。

慢性心不全の ACP に関しては、循環器内科医と相談の上対象患者を選定しながら直接介入を開始している。重症患者の ACP が中心であり、延命治療の選択に関しては医療安全委員会とも共有しながら介入している。

【がん化学療法看護 CN】

化学療法室で治療を受けられる患者さんへの副作用に対する不安やセルフマネジメント、今後の治療に関しての漠然とした不安がある患者さんへの直接介入を実施。化学療法室で患者対応している看護師への指導・教育を実施している。化学療法室での治療開始前オリエンテーションは化学療法室看護師が実施できるようパンフレット内容の修正・拡大を行った。輸液管理研修を今年度も化学療法委員会にて任され、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の看護師と行い、9名の IV ナースが誕生した。

外来化学療法室では血管外漏出時の対応強化のためシミュレーションをケモ室看護師に実施してもらった。輸液管理に関する教育資料として動画を作成中である。

がん患者指導管理料に関しては加算に繋がる患者への介入は9名だったが、カウンセリングや、スタッフからの患者介入に関する相談などを受け対応してきた。

【透析看護 CN】

令和5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5年度の糖尿病性腎症指導外来は21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33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7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、手術時の対応マニュアルなど作成し実施した。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】

令和5年度は、救急看護認定看護師として令和6年能登半島地震発生に伴い1月15～19日まで災害支援ナースとして石川県輪島市の避難所で活動を行った。小児科での入院の増加に伴い、小児用救急カートにジャクソンリースの設置し、小児患者の重症化対応できるように整備した。病院全体

へのBLS研修は、継続している中で、部署でのBLS指導の関わりを、指導状況を見ながらオブザーバーとしての介入に変えていき、指導者の育成に努めた。そのため、自部署での指導行える部署が増加した。

指導については、2部署での急変シミュレーションや院内トピックス研修計6回(フィジカルアセスメント内容5回 人工呼吸器装着患者看護ケア1回)、院外BLS研修2カ所行った。急変カンファレンスにては、若年(10代)の急変事例があり取り上げた。研修は、2024年4月からの活動となる災害支援ナース養成研修、大阪府看護協会研修3件、外部研修1件、学会2回参加した。

【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53名に実施した。術後疼痛管理チーム3名では、術後疼痛管理計画の作成、説明、PCA装置の指導に限界があるため、計画の説明とPCA装置の指導を手術室看護師とタスクシェアを行った。その結果、計画の説明は66.6%(昨年度45.8%)、PCAの指導は67.7%(昨年度61.7%)と上昇した。術後疼痛管理チーム加算(100点/回)は、667回(対象患者の45.1%)算定した。

手術室看護師を対象に「産婦人科の急変対応」「術後疼痛管理」「術中AMIシミュレーション」「災害シミュレーション」を実施した。病棟看護師を対象に「手術室体験ツアー(外科編、泌尿器科編)」を実施した。看護師対象の研修用動画「全身麻酔」「脊椎麻酔」「セリック法とBURP法(31回)」「剪刀の見分け方(26回)」「持針器の見分け方(26回)」「鑷子の見分け方(42回)」「鉗子の見分け方(27回)」「PONV(53回)」「ラテックスアレルギー(153回)」「硬膜外麻酔(20回)」「局所麻酔(10回)」を作成し、院内共有フォルダに入れ、いつでも視聴できるようにした。また、院内だけでなく、自己研鑽として、院外でも視聴できるようにYouTubeにアップし、括弧内の回数の視聴があった。

院外活動では、日本臨床工学会でシンポジストとして、「手術室看護師の立場から考えるタスクシフト/シェア」のテーマで講演した。「手術器械の種類と使い方」「根拠ある看護倫理の考え方(連載)」「キャリアデザイン」について執筆記事が掲載された。「手術室の医療安全」についてオンラインセミナーの講師を務めた。昨年に引き続き、看護学校で非常勤講師として看護学生への講義を行った。日本手術看護学会のオブザーバーとして、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ラーニング教材を完成させた。

次年度は術後疼痛管理チームの活動に関して、麻酔法、性別、動揺歴の有無、喫煙歴、術後オピオイドの有無と、術後疼痛、PONVのデータを後ろ向きに調査し、当院の術後疼痛とPONVの実態を明らかにし、今後の疼痛管理に活かすとともに、院外発表を行う。研修動画については、ラテックスアレルギーのテーマは150回以上と想定以上の視聴数があった。視聴数だけでは、実践に結びついたか評価はできないが、興味があるということがわかる。他にも研修動画を作成しているため、次年度もアップを続けるとともに、新入職者へも啓蒙を行い、学習に活用してもらおう。執筆や講義、講演の依頼は頂いているため、引き続き、院外での活動を積極的に行い、「手術と就職をするなら富田林病院」と思ってもらえるように、全国的にも知名度を上げるとともに、質の高い手術看護を実践できる手術室を目指す。

【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して、ケア方法や薬物療法について検討している。(相談依頼件数は毎週平均10~15件程度)

ラウンドは火・木・金曜日で火曜日と金曜日は、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、令和3年度から岡江医師とのラウンドに加えてPT、OT、MSW、薬剤師、病棟のリンクナース、大中栄養課課長と14時から対象患者全員に対しての非薬物療法についての関り方と、薬物療法について検討。その内容を岡江医師と小西が各病棟に行き、その日のマネジメントリーダーに伝えてさらに検討した。カンファレンスの内容は、岡江医師と小西が記録に残して皆で共有できるようにしている。今年度は認知症ケア加

算として延べ2440件で¥1,344,420-の算定であった。昨年度は延べ1212件で¥642,680-の算定であったため、約2倍以上算定できた。病棟から介入依頼がある患者の中で8割はせん妄を発症している患者であり、少しずつせん妄を発症する前にDCTにコンサルテーションがくるようになった。また生活リズムを整えることや陽光を浴びてもらうこと、家族に家族やペットの写真等を持参してもらい精神的安寧に努めるなど、非薬物療法としての関りができるようになってきている。しかし身体拘束に対しては、毎日PNSのペアで話し合い評価をして記録されているものの「認知機能低下があるため継続が必要」という内容になっており、3年続けて身体拘束に対する研修を実施したが、まだまだ解除に向けて検討されているとは言い難い状況であり、解除に向けた検討については課題である。

今年度は認知症ケアについての知識を段階的に深めてもらうために、研修をラダー制にした。ラダーⅠに対しては「パーソン・センタード・ケア～寄り添えば思いは伝わる認知症～」ラダーⅡに対しては「せん妄は予防が大事」ラダーⅢに対しては「4大認知症の特徴と関わり方」ラダーⅣに対しては「日々行っている身体拘束、あなたはジレンマを感じていませんか？」というテーマで研修を行った。またトピックス研修として「認知症高齢者に対する薬物療法～困っているのは看護師？それとも認知症高齢者？」というテーマで研修を行った。ラダー制にしてまだ1年目であったが、教育委員会よりパーソン・センタード・ケア以外の研修については、ラダーに限らず自由に受講できるようにしてもらいたいと依頼があり、2024年度からはトピックス研修として行う予定である。

地域活動については太子町の社会福祉協議会から、太子町7か所で開催されているサロンでの講演依頼があり、3回講演を行った。9月に富田林市の高齢介護課からの依頼で講演を行い、1月に富田林市の町会から2件講演依頼があり行った。6月に第28回日本老年看護学会学術集会にWebで参加した。

【摂食・嚥下障害看護 CN】

毎週火曜の活動日に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ラウンドを実施した。その中からSTと情報交換を行い精査が必要な患者をピックアップし、森医師（耳鼻咽喉科）、梅田管理栄養士、村部言語聴覚士、5Bより1名の病棟看護師の計5名で嚥下サポートチームを作り第2、4火曜日に回診を行った。必要であれば嚥下内視鏡や嚥下造影検査を行い、嚥下状態を確認した。検査にはできるだけ参加し、誤嚥の少ない食形態やポジショニングを参加したスタッフでディスカッションを行った。高齢化により誤嚥性肺炎で入院された患者だけではなく、どの科にも嚥下障害のある患者がいるため、各部署のリンクナースにも回診の必要な患者の選定を依頼している。

またチームで「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、主治医に摂食機能療法指示書の記入を依頼し、対象者に対して、部署の看護師に訓練内容や記録方法、コストの取り方について説明を行い、「摂食機能療法（30分以上の場合）」算定（185点/回）は13回実施してもらった。

新人看護師入職時研修において、新人看護師に「口腔ケア」について講義を行った。トピックス研修として「摂食嚥下障害患者の安全な食事介助」について2回研修を行った。嚥下ラウンド時、食事介助方法・ポジショニング・口腔ケア方法について病棟スタッフに助言を行った。

日本摂食嚥下リハビリテーション学会、JSPEN、フォローアップ研修に参加し

IV－8. 感染制御室

1. スタッフ

室長：窪田 剛

看護師：奥田 賢次

薬剤部：日野 友矢

臨床検査科：上野 宏徳

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) 地域連携関連

(1) 加算 1 施設相互ラウンド

済生会富田林病院→城山病院 (10/20)

大阪はびきの医療センター病院→済生会富田林病院 (R6. 1/19)

(2) 加算 1 加算 3 施設 合同カンファレンス (年 4 回)

(3) 南河内感染対策ネットワーク研修会 (8/19)

(4) 指導強化加算ラウンド (4 施設)

・結のぞみ病院 (11/14)・富田林田中病院 (11/29)・金剛病院 (R6. 2/15)・青山第二病院 (R6. 2/14)

(5) 社会福祉施設等感染対策訪問 (2 施設)

(6) 狭山医師会合同カンファレンス (年 2 回)

2) ICT/AST 回診 (毎週)

3) 院内ラウンド (毎週 1 回～) 及びラウンド結果のフィードバック

4) 医療関連感染サーベイランス

- ・ JANIS 検査部門参加
- ・ 中心ライン関連血流感染・カテーテル関連尿路感染・手術部位感染
- ・ 新規耐性菌検出率 (MRSA・ESBL・CDI)
- ・ 1 患者 1 日あたり手指消毒回数

5) 職業感染対策

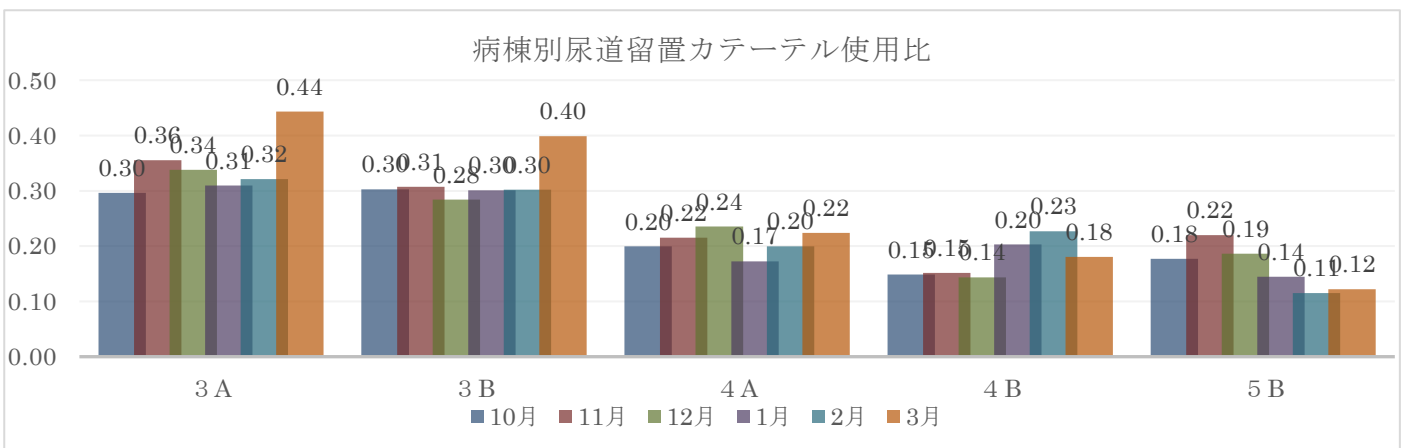
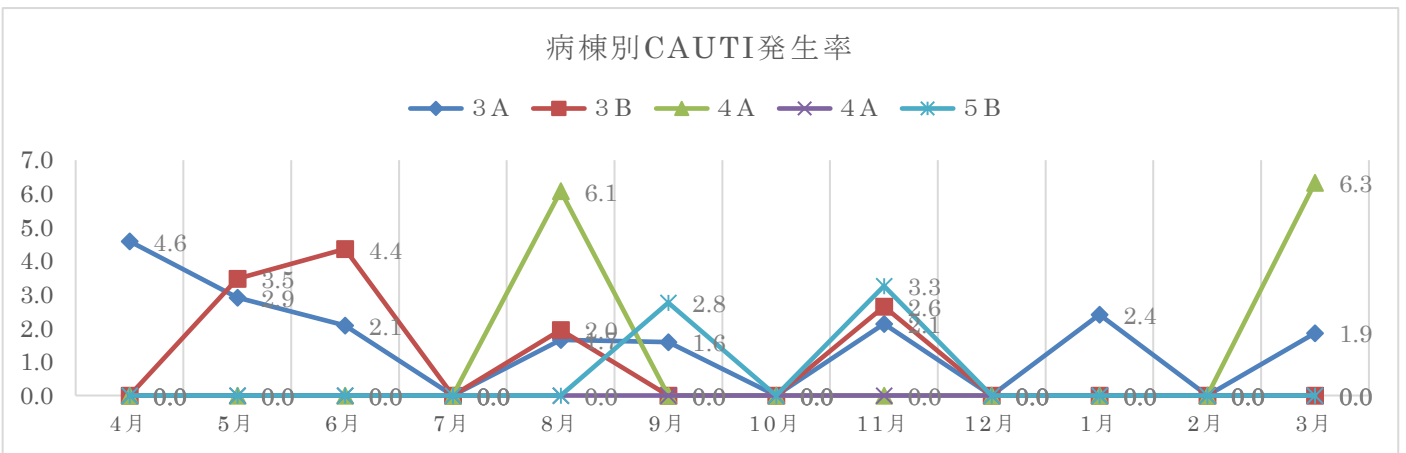
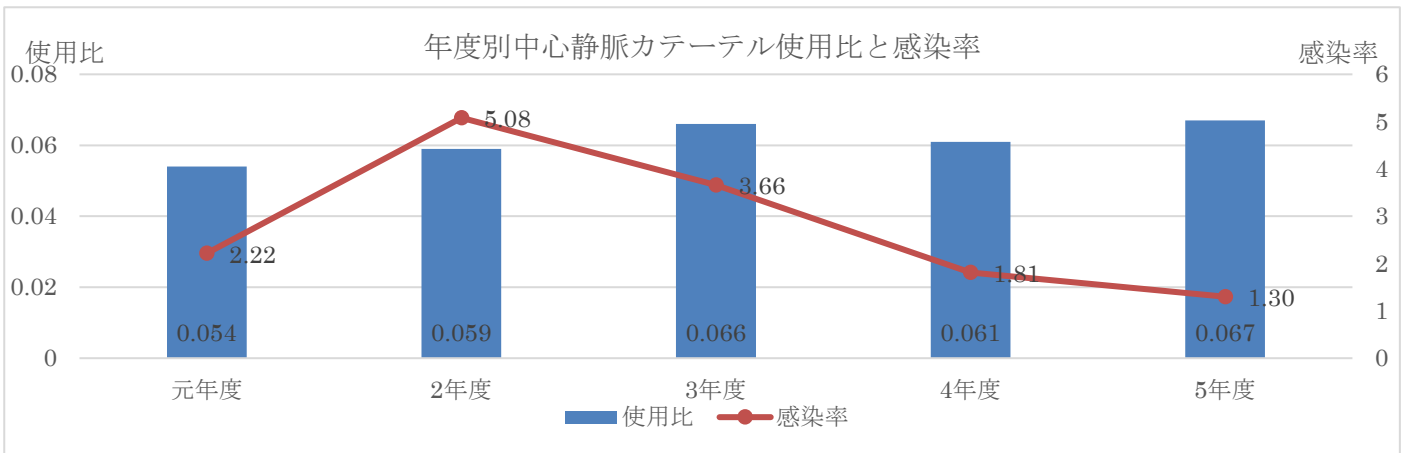
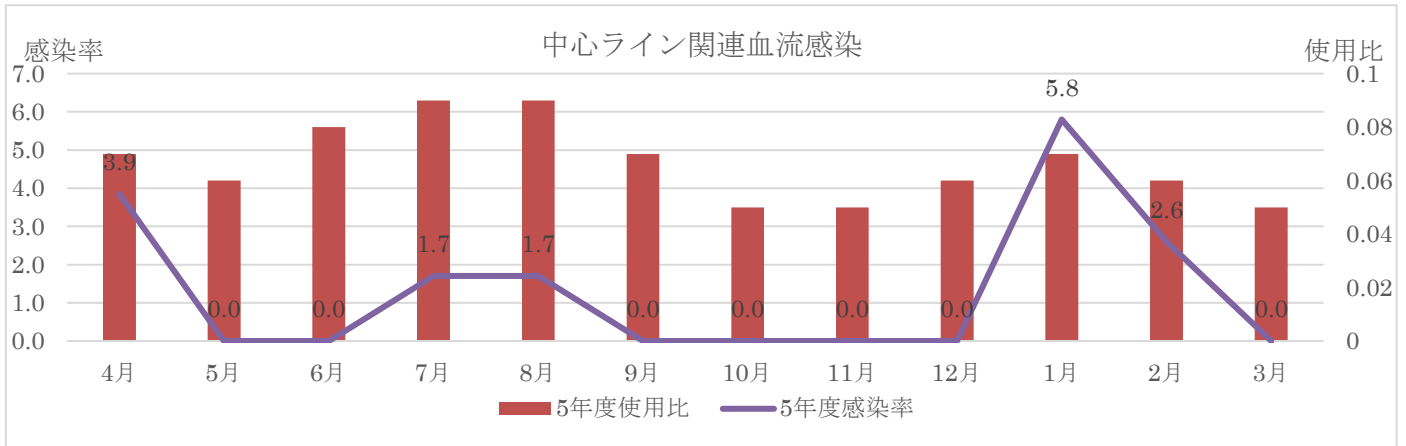
ワクチン接種：B 型肝炎・麻疹/風疹・水痘/帯状疱疹・インフルエンザ・新型コロナ・流行性耳下腺炎

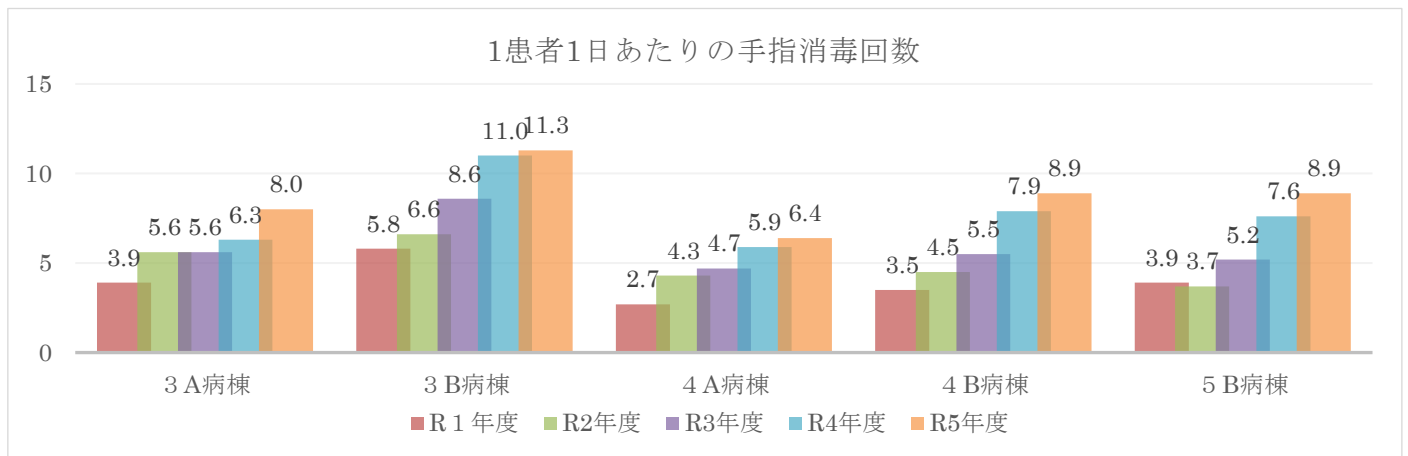
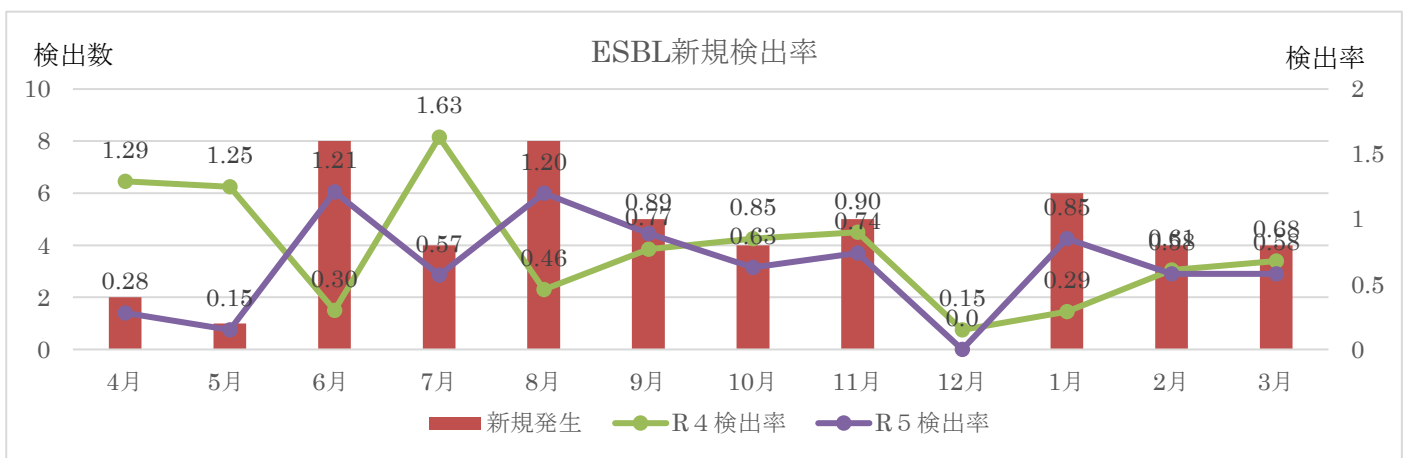
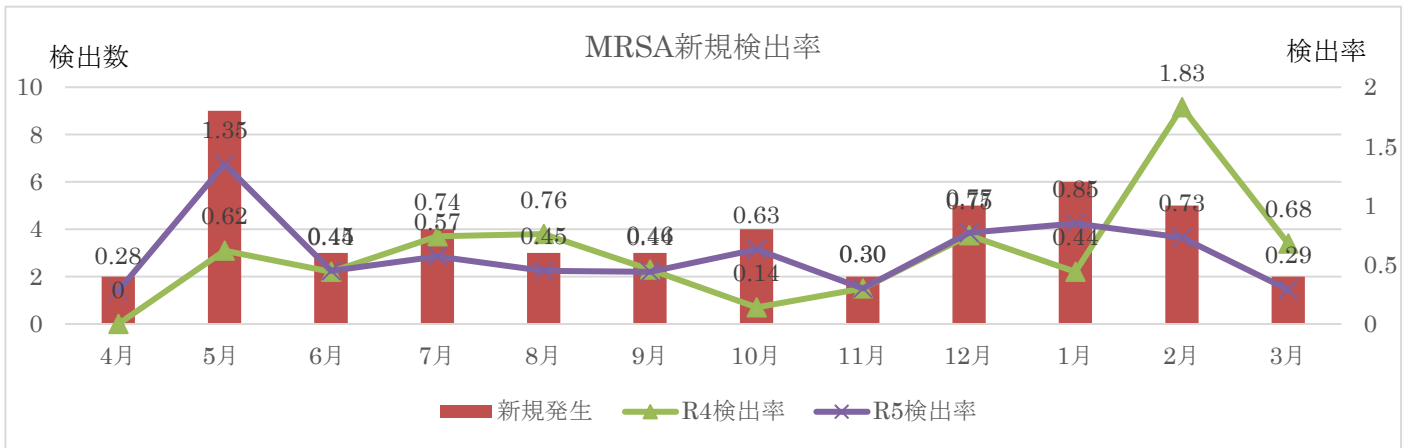
6) 研修会

- ・ 新規入職者研修
- ・ 看護部新入職者研修「標準予防策」「感染経路別予防策」
- ・ 看護補助者研修「標準予防策」「感染経路別予防策」

- ・全職員対象研修 「With コロナ感染対策」
「正しい手指消毒をしよう～感染対策に一番強い病院を目指して」
 - ・委託業者研修 「清掃と感染対策」
 - ・特別養護老人ホーム（富美が丘荘）「疥癬」
- 7)学会参加
- ・第11回日本感染管理ネットワーク学会 ・第38回日本環境感染学会

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
診療科医師	: 辻江 正樹
専従医療安全管理者	: 磯邊 みどり
医療機器管理責任者	: 恩地 隆
医薬品管理責任者	: 吉田 尚史
医療放射線安全管理責任者	: 柳生 行伸
看護部	: 永井 園美
医療安全担当事務	: 中村 祐介、大塚 将彰

2) 業務内容

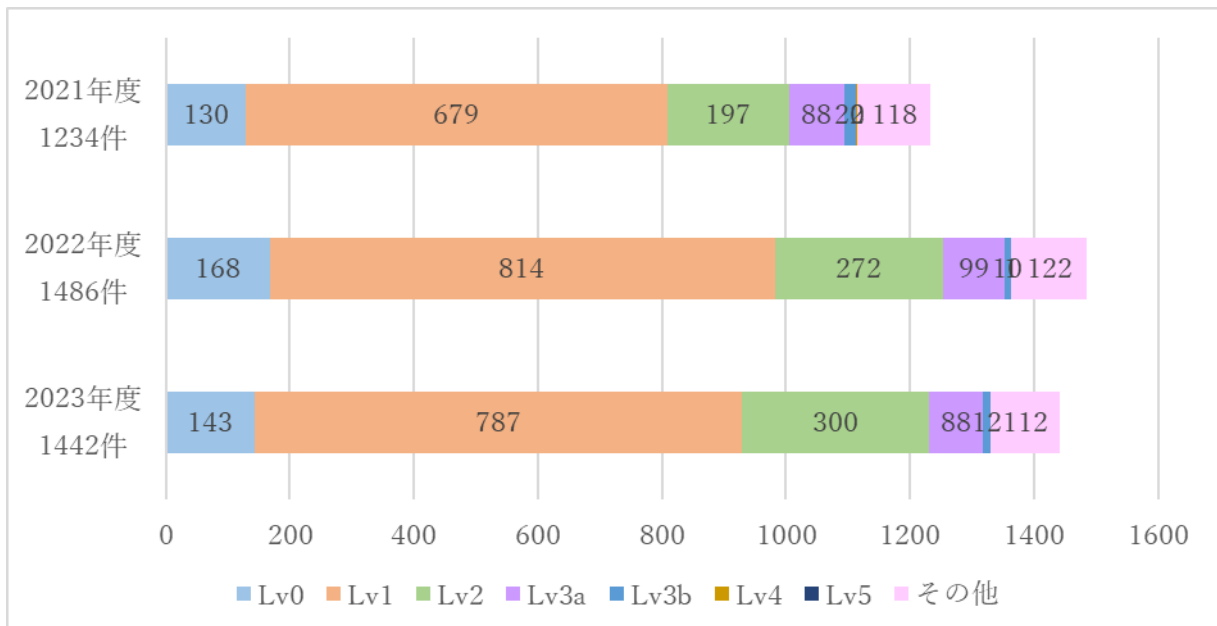
- (1) インシデント、アクシデントレポートの情報収集及び分析、対策立案
- (2) 院内での全死亡事例患者の確認及び報告
- (3) インシデント、アクシデント事例のスタッフへの通知（医療安全情報）
- (4) インシデント、アクシデント対策立案の評価
- (5) 医療安全管理のための教育研修の企画および実施
- (6) マニュアルの作成、修正
- (7) 現場ラウンド
- (8) 患者、家族、スタッフからの相談対応
- (9) 肝炎ウイルス検査陽性者の確認及び報告

2. 活動実績

1) インシデントレポート報告状況（前年度比）

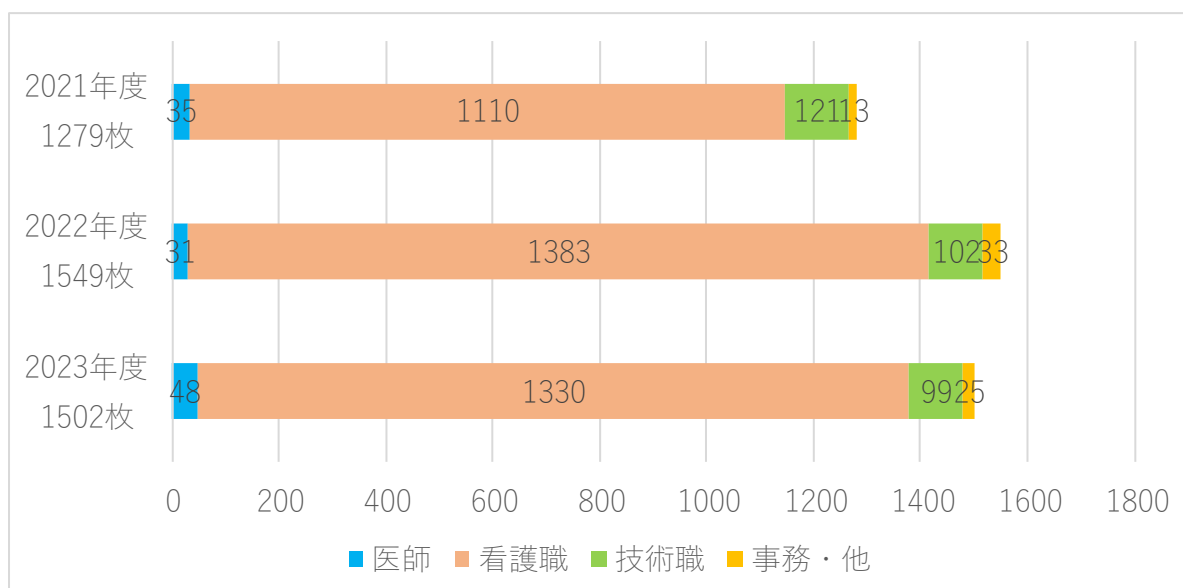
(1) インシデント、アクシデント（Lv3b 以上）報告件数

インシデント 1318 件（-35 件）、アクシデント 12 件（+2 件）、その他 112 件（-10 件）



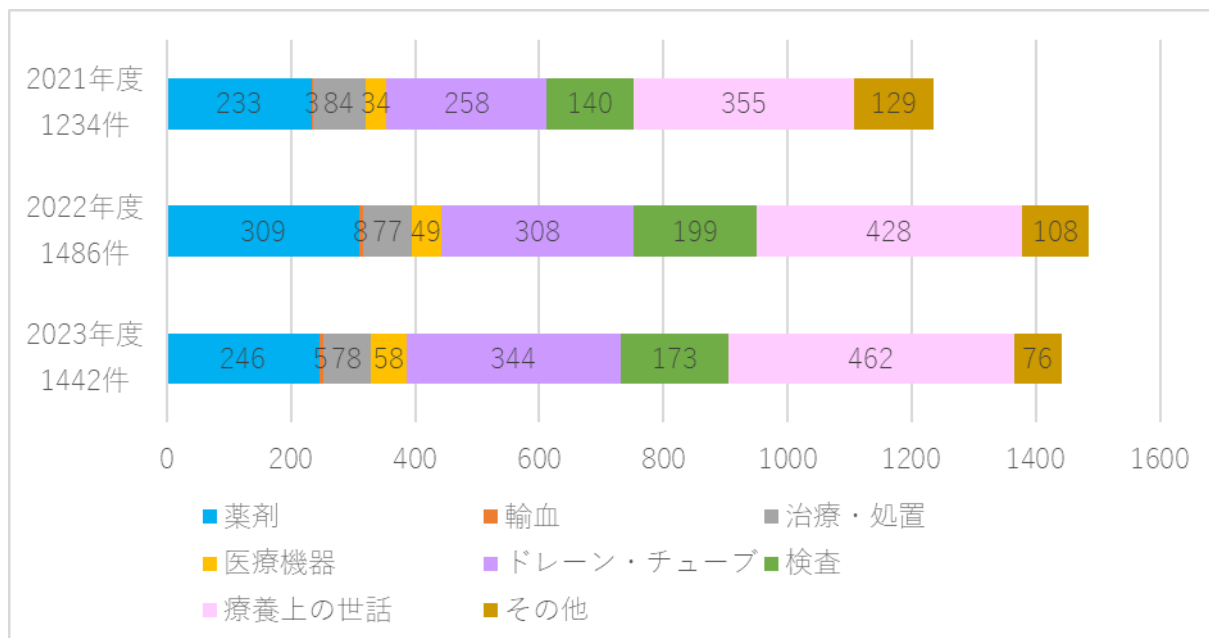
(2) 職種別報告件数（前年度比）

医師 48 件 (+17 件)、看護師 1330 件(-53 件)、技術職 99 件 (-3 件)
事務職 25 件 (-8 件)



(3) 分類別報告件数（前年度比）

薬剤 246 件(-63 件)、輸血 5 件(-3 件)、治療・処置 78 件(+1 件)、医療機器 59 件(+9 件)、
ドレーン・チューブ類 344 件(+36 件)、検査 173 件(-26 件)、療養上の世話 462 件(+34 件)、
その他 78 件(-32 件)



2) 医療安全情報：1～6階 職員用トイレへの掲示

	発行日	内容
第1号	5/1	BLS
第2号	6/7	パワーハラスメント
第3号	7/31	小児BLS
第4号	9/11	MRI検査前に外しておくもの
第5号	10/16	高濃度注射用鉄剤の血管外漏出
臨時	10/26	麻薬の取り扱い（速報）：看護部
第6号	11/13	麻薬の取り扱い
第7号	1/15	個人情報の取り扱い
第8号	2/19	抗がん剤でのB型肝炎再燃化
第9号	3/15	個人情報（サポート詐欺）

3) 研修

	実施日	内容	対象
1	5/26	CPC	全職員
	7/28		
	9/29		
	1/26		
	3/29		
2	適宜	BLS（実技）	全職員
3	DVD	MRI撮影時の注意事項	全職員
4	DVD	麻薬の取り扱い	全職員
5	DVD	出血時の対応	医師
6	4/1	入職時オリエンテーション	入職者
7	4/20	「患者確認」、「インスリン」、「ダブルチェック」	看護部
8	7/21	KYT	看護部
9	8/27	SBAR	看護部
10	8/18	アクシデント発生時の対応	看護部
	9/22		
11	1/24	ACP活動報告	全職員
	1/31		

4) 医療安全ラウンド

7/20、10/19 監査表を用いて看護部リンクナースと一緒にラウンド

ラウンド部署：地域医療、健診、外来、透析、外来、OP、5A、5B、4A、4B、3A、3B

5) 相談対応件数（前年度比）

総数 115件（+20件）

内訳）患者、家族からの相談 10-（+4件）

患者、家族からの迷惑行為 24（+8件）

倫理（意思決定支援） 19（+6件）

スタッフからの相談 62件

3. 2024 年度 活動予定

- 1) 心電図無駄鳴り対応
- 2) 医師のインシデント報告数の増加
- 3) 医療安全情報での周知

★論文等

論文名	執筆者	掲載誌名	巻号・頁・年月
平盛先生の思い出	宮崎俊一	平盛勝彦先生追悼文集	46頁・2023年5月
Generality と Specialty	宮崎俊一	MONTHLY BULLETIN OSAKA HEART CLUB/ 公益社団法人 大阪ハートクラブ	Vol. 47No.1・1-2頁・2023年6月
新専門医制度の経緯とサブスペシャリティ領域専門医の現状	宮崎俊一	日本老年医学会雑誌	Vol. 60・121頁・2023年6月
新専門医制度における都道府県別シーリングの問題点と内科医不足について	宮崎俊一	論説/一般社団法人 大阪府病院協会	Vol. 633・5-7頁・2023年7月
新専門医制度における都道府県別シーリングの問題点と内科医不足について	宮崎俊一	ドクターズアテンション/ 株式会社共同企画サービス	Vol. 516・5頁・2023年7月
2024年年頭所感	宮崎俊一	MONTHLY BULLETIN OSAKA HEART CLUB /公益社団法人 大阪ハートクラブ	Vol. 47No.1・15頁・2024年1月
腎移植後原疾患再発の検討	齋藤允孝、玉井健太郎、菊池 堯、坂野恵里、杉本公一、森 康範、林 泰司、坂口美佳、能勢和宏、今西正昭、藤田和利、西岡 伯、吉村一宏、秋山隆弘、植村天受	大阪透析研究会会誌	第41巻1号・69-72・2024
2つのちょっとした工夫	中川 浩一	日本皮膚外科学会氏	27 : 88-89 (2023. 7)
硬性下疳 (梅毒1期疹)	中川 浩一	Visual Dermatology	22 : 661-662 (2023. 7)

Clinical Exercise 考えられる疾患は	中川 浩一	臨床皮膚科	77:657-658 (2023. 8)
ワンポイント解説 上腕二頭筋長頭腱断裂:Popeye sign の重要性	中川 浩一	皮膚病診療	145 : 823-824 (2023. 9)
新規のPTCH1遺伝子変異が同定された 基底細胞母斑症候群の1例	中川浩一、東田理恵、徳田一三、松尾彩子 岡林 綾、下村 裕	西日本皮膚科	85 : 406-409 (2023. 12)
Diltiazem-Associated Photodistributed Hyperpigmentation	中川浩一、東田理恵、徳田一三 大磯直毅	西日本皮膚科	86 : 3-4 (2024. 2)
—第1回本邦皮膚科学の足跡を辿る会 講演— 本邦皮膚科学の鼻祖 土肥慶蔵 傳	中川 浩一	皮膚の科学	23 : 79-81 (2024. 3)

★国際学会

演題名	モデレーター	学会名	年月・場所
ライブケース1-2冠状動脈 (CNUH, lisan paik)、 AMI II:カミール・ジャミール合同シンポジウム	宮崎 俊一	21st Gwangju International Interventional Cardiology Symposium 第21回光州国際インター ベンショナル心臓病学シ ンポジウム	2023年9月・金大中コンベンションセンター

★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
シンポジウム16(専門医制度委員会) 老年科専門医と総合診療の接点	宮崎 俊一	日本内科学会近畿支部主催 第243回近畿地方会	2024/3/16 大阪
中小病院における総合内科の素養を持った 循環器医の重要性～済生会富田林病院を例として～	宮崎 俊一	富田林医師会学術講演会	2023/9/14
心不全症状を呈しながらも長期生存が得られた 多発性骨髄腫/心ALアミロイドーシスの1例	宮崎俊一・窪田 剛・塚本吉胤・米田雅美・芝池庸仁・ 成川太希夫・更谷紀思・山本広之・喜田章太・嶋田剛 士	日本内科学会近畿支部主催 第243回近畿地方会	2024/3/16 大阪
リウマチと骨粗鬆症	山岡 伸行	第52回富田林医師会病診連携会	2023/7/19
当院における手術支援ロボットを用いた 人口膝関節置換術について	花岡 義文	富田林医師会学術講演会	2023/9/14
無治療関節リウマチ患者で剖検後診断に至った リウマチ性血管炎/悪性関節リウマチの一例	塚本 吉胤	第112回日本病理学会総会	2023/4/14 下関
粘膜内癌にもかかわらずリンパ管浸潤を認めた 胃乳頭腺癌の1例	辻江正樹・塚本吉胤・小牧孝充・井上芽依	日本内科学会近畿支部主 催 第243回近畿地方会	2024/3/16 大阪
アルコール離脱症候群と考えられた剖検例	塚本 吉胤	第113回日本病理学会総会	2024/3/28 名古屋
警報の可視化と共有	原雄太郎、上崎真一、松原 広、恩地 隆、 堀川征臣、芝池庸仁、米田雅美、今西正昭	第68回日本透析医学会 学術総会・総会	2023年6月、神戸市

生体腎移植術により蛋白漏出性胃腸炎のコントロールが可能となった1例	菊池 堯、森田剛史、玉井健太郎、齋藤允孝、森 康範、林 泰司、藤田和利、能勢和宏、今西正昭、吉村一宏、西岡 伯、、植村天受、秋山隆弘	第59回日本移植学会総会	2023年9月京都市
外科的・その他合併症 生体腎移植直後に腹部症状の寛解を得た蛋白漏出性胃腸症の1例	菊池 堯、玉井 健太郎、杉本 公一、齋藤 允孝、森康範、林 泰司、藤田 和利、能勢 和弘、今西 正昭、吉村 一宏、西岡 伯、植村 天受、秋山 隆弘	第57回日本臨床腎移植学会	2024年2月名古屋市
mCSPCに対する薬物療法の選択と経過 ～2病院間での検討～	玉井 健太郎、畑中 祐二、今西 正昭、猪木 蘭、國重 玲紋、大関 孝之、林 泰司、西岡 伯	第11回 Kongoh Urology Meeting	2024年2月大阪市
皮膚外科の先覚者に聞く 皮膚外科学会の歩みと副理事長の最後のお願い	中川 浩一	第38回日本皮膚外科学会	令和5年7月22、23日(久留米市)
本邦皮膚科学の鼻祖 土肥慶蔵 傳	中川 浩一	大阪皮膚科学温故知新勉強会	令和6年12月16日(大阪市北区)
陰茎体部に生じた2個の紅色結節	中川浩一、松尾彩子、岡林 綾	第39回日本皮膚病理組織学会	令和5年4月15、16日(東京都墨田区)
左下腿の網目状紫斑	中川 浩一	第19回オンラインお茶の水 皮膚病理組織勉強会	令和5年5月15日(WEB)
冠動脈Interventional radiologyにより生じた慢性放射線皮膚障害の1例	中川浩一、東田理恵、徳田一三	第76回済生会学会	令和6年1月27、28日(熊本市)
新規のPTCH1遺伝子変異が同定された基底細胞母斑症候群の1例	徳田一三、中川浩一、松尾彩子、下村 裕	第497回日本皮膚科学会 大阪地方会	令和5年5月20日(WEB)
発症から50年以上経過して診断された弾性線維性仮性黄色腫	水田 綾、清水奈美、中川浩一、東田理恵、松尾彩子、原田大輔、岡林 綾、鶴田大輔	第497回日本皮膚科学会 大阪地方会	令和5年5月20日(WEB)

黒癬の一例	徳田一三、中川浩一、松尾彩子、東田理恵 加藤麻衣子、小森崇矢、中嶋千紗、大塚篤司	第87回日本皮膚科学会 東京支部学術大会	令和5年11月18, 19日(東京都新宿区)
私を育ててくれた大阪地方会 学びて時に之を 習う, 亦た説ばしからずや	中川 浩一	第500回日本皮膚科学会 大阪地方会	令和5年12月3日(大阪市北区)
「熊撃退スプレー」による接触皮膚炎の1例	徳田一三、中川浩一、東田理恵、松尾彩子	第501回日本皮膚科学会 大阪地方会	令和6年2月3日(大阪市中央区)
臍部皮膚転移(Sister Mary Joseph's Nodule)を契機に 診断された盲腸癌の1例	東田理恵、徳田一三、中川浩一	第501回日本皮膚科学会 大阪地方会	令和6年2月3日(大阪市中央区)

★国内学会（全国・地方）座長

学会名	担当セッション	座長名	年月・場所
第37回全国済生会循環器懇話会	一般演題	宮崎 俊一	2024/3/1
第32回日本リウマチ学会近畿支部学術集会	モーニングセミナー	山岡 伸行	2023/8/26 梅田スカイビル
第11回 Kongoh Urology Meeting	Session 1	今西 正昭	2024年2月大阪市

富田林病院年報
2023 年度（令和 5 年度）
令和 6 年 11 月発行

編集・発行	大阪府済生会富田林病院
所在地	大阪府富田林市向陽台 1 - 3 - 3 6
TEL	0 7 2 1 - 2 9 - 1 1 2 1
FAX	0 7 2 1 - 2 9 - 4 4 7 4
URL	https://tondabayashi.saiseikai.or.jp
発行者	院長 宮崎 俊一