
大阪府済生会富田林病院 年報

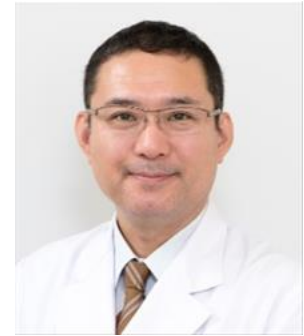


2024年度
(令和6年度)

年報の発刊にあたって

院長 岩永 賢司

この度、令和7年4月1日付けで大阪府済生会富田林病院の病院長を拝命いたしました。大変光栄に存じますとともに、その重責に身の引き締まる思いでございます。臨床では呼吸器内科、アレルギー内科を専門にし、これまで近畿大学病院呼吸器・アレルギー内科、総合医学教育研修センター、睡眠センター等で臨床、研究、教育に携わっておりました。これまでの経験を基に、地域の皆様のお役に立てる医療を実践してまいります所存です。どうぞ宜しくお願い致します。



当院は“常に研鑽し、医療・保健・福祉活動において地域の皆様から安心と信頼を得る病院を目指す”を理念とし、地域医療に邁進してまいりました。また、住民の方々にとっての病院であることはもちろんのこと、6市2町1村からなる南河内医療圏における中核病院であることから、救急医療、小児科・産科医療、大規模災害対応等の提供を行うことも必要です。そのためには高度かつ総合的な診療機能を持ち、日々変化する医療ニーズに迅速に対応することが必須であると考えております。少子高齢化という時代の流れは加速し、日本は世界でも経験のない超高齢社会を迎える中、この地域における医療を守るため、近隣の基幹医療施設である近畿大学病院とこれまで以上に密接な連携を図り、地域の皆様にとって最善の医療提供を行ってまいります所存です。

昨年度は、物価高騰・賃上げ等さまざまな要因により多くの病院が赤字経営であることがクローズアップされました。当院においても少なからずその影響はありましたが、職員一同、地域の皆様から安心と信頼を得る病院を目指すという理念のもと切磋琢磨してきたことで乗り越えることが出来ました。

これからも地域の皆様とともに歩み、より良いサービスを継続的に提供できる病院、安定した経営を行える病院となるべく、日々研鑽してまいります。

令和7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移	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	・ ・ ・ ・ ・	48
4. 放射線科	・ ・ ・ ・ ・	51
5. 医療機器管理室	・ ・ ・ ・ ・	62
6. 栄養管理科	・ ・ ・ ・ ・	68
7. 健診センター	・ ・ ・ ・ ・	71
8. 看護部	・ ・ ・ ・ ・	76
1). 看護部	・ ・ ・ ・ ・	76
2). 3 A病棟	・ ・ ・ ・ ・	78
3). 3 B病棟	・ ・ ・ ・ ・	79
4). 4 A病棟	・ ・ ・ ・ ・	81
5). 4 B病棟	・ ・ ・ ・ ・	82
6). 5 A病棟	・ ・ ・ ・ ・	83
7). 5 B病棟	・ ・ ・ ・ ・	86
8). 中央手術室	・ ・ ・ ・ ・	89
9). 外 来	・ ・ ・ ・ ・	92
10). 地域医療連携室	・ ・ ・ ・ ・	94
11). 血液浄化センター	・ ・ ・ ・ ・	96
12). 訪問看護ステーション	・ ・ ・ ・ ・	98
13). 教育委員会	・ ・ ・ ・ ・	99
14). 看護研究委員会	・ ・ ・ ・ ・	102
15). 業務委員会	・ ・ ・ ・ ・	104
16). リソース会(認定看護師会)	・ ・ ・ ・ ・	105
9. 感染制御室	・ ・ ・ ・ ・	109
10. 医療安全管理室	・ ・ ・ ・ ・	113
Ⅴ. 医療講演会等	・ ・ ・ ・ ・	118

I-1. 概要

(令和7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	三嶋 理晃

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地区画整理事業が計画された。
1977年	10月	富田林病院開院 初代院長 小橋 正就任 大阪南部に位置する富田林市では、住宅都市整備公団を初めとする大規模な住宅地の造成も進み、地域の公的医療機関としての役割を担うため、大阪府・富田林市・医師会の連携により、富田林市長を開設者とした一般病床144床の総合病院として開院されました。 ＜診療科＞内科・外科・整形外科・脳神経外科・小児科・産婦人科 眼科・耳鼻咽喉科・放射線科
1978年	1月	150床へ増床
	3月	労災保険指定医療機関指定
	8月	助産施設設置認可申請、優生保護法指定医研修機関認定申請
	9月	200床へ増床
1979年	4月	250床へ増床
	7月	更生医療を担当する医療機関指定
1980年	4月	300床へ増床
	10月	労災保険福祉事業義肢採型指導医医療機関指定

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

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

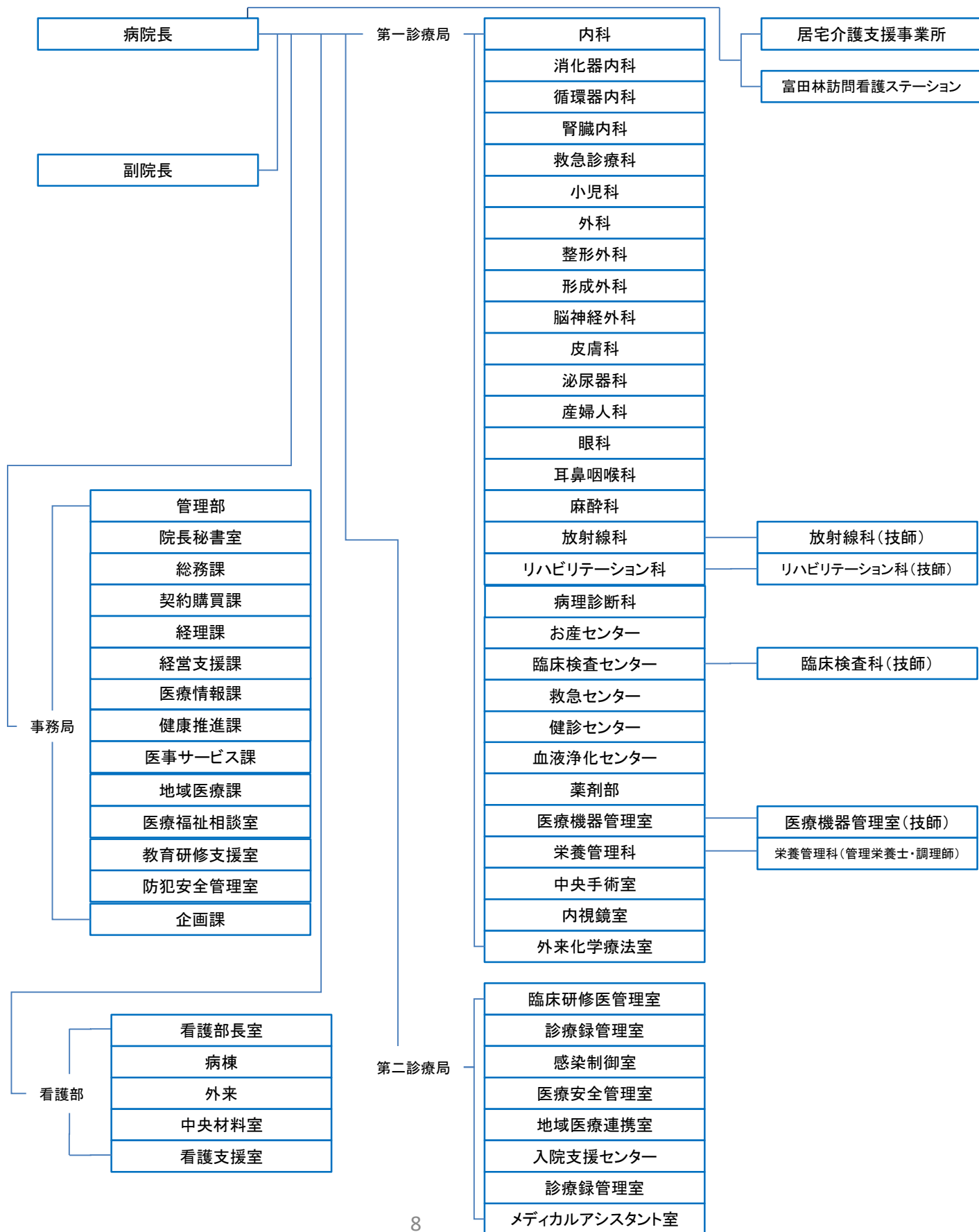
〈指定医療機関〉

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	

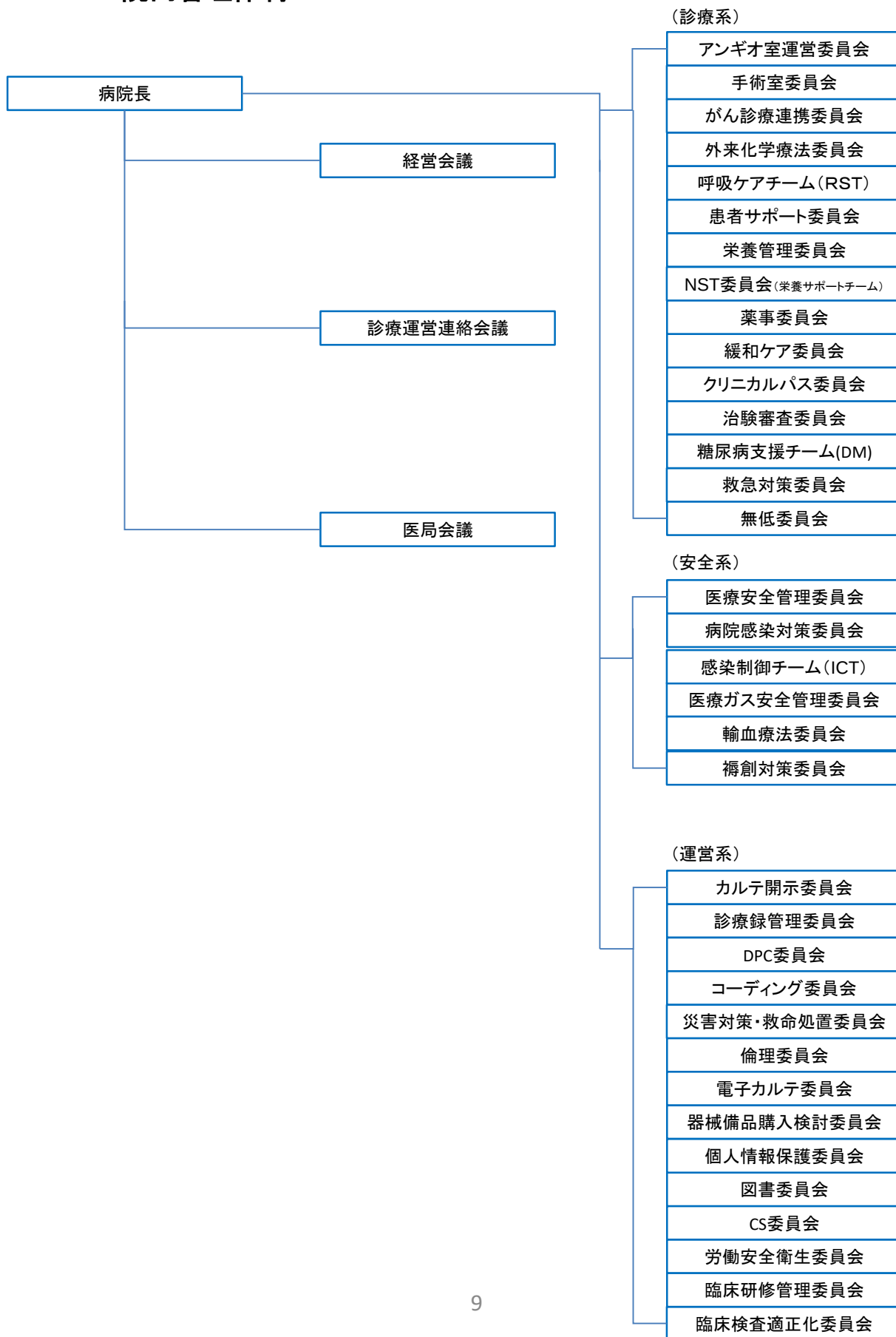
〈各種学会認定医制度研修施設〉

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
日本アフレスミス学会認定施設
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（2024年度）

		開催日	委員長 (議長)	事務担当	医師部門	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	1/17部会次週火曜日	山岡	医療安全管理室	山岡	小田 磯邊	吉田		松本	恩地			新田	
2	患者サポート委員会	毎週月曜日	六波羅	医療福祉相談室		加藤(一) 磯邊	石川	北浦			齋藤		吉松・溝口・和田・吉村	
	(児童)虐待防止対策委員会		柳田	医療福祉相談室									吉松・中村	
	災害対策救命処置委員会	第4月曜日	山岡	契約購買課	小牧	山下 田中 島田 坂本 大森	樋口・岡部・中野	山口・双和	竹綱	岡田	衣田		大塚・中川・北側	
	個人情報保護委員会	随時	新田	医事サービス課	柳田	今村 畑	吉田	渡邊	松本		島崎		関谷・岩瀬・新田	
3	医療ガス安全管理委員会	年1回	中村	契約購買課	山岡	加藤(雪) 藤原 津貫 田中 諫山 池田(恵) 林 久保 小杉 池田(水) 寺田	日野			恩地			中川	
4	労働安全衛生委員会	第3水曜日		総務課	窪田・中本	小田	渡邊	渡邊	竹綱	松原			小谷・今井・大下・井茂・水野	
5	放射線安全管理対策部会		柳生			宗和 尾崎			松本					
6	労務改善委員会	随時(年2回)	今西	総務課	今西	奥田 今村							岩瀬・井添・前田	
7	CS委員会	第1水曜日	畑中	総務課	原田		西田	眞鍋	村田				二宮・井添・鎌田・玉手・ソラスト	
8	病院感染対策委員会	最終 金曜日	宮崎	感染制御室	窪田・吉川・小牧・中川・畑中・野々下・柳田・森(一)・島岡	加藤(雪)	吉田	渡邊					新田・岩瀬・吾妻	
9	ICT	第2金曜日	窪田	感染制御室	吉川・成川	今村 塚本 石田 野口 大谷 大場 原澤	小川・日野・吉田	上野		水本			溝口	
10	輸血療法委員会	第1金曜日(偶数月)	窪田	臨床検査科	野々下・島岡・小牧	小田 奥田	黒田	國弘					三橋	
	褥瘡対策委員会	第4木曜日	中川	看護支援室(認定看護)	野々下	奥田 立川 竹中 渡瀬 澤野 舟木 希代 有馬 竹原	黒田				大田・西尾	大中	高見	
11	呼吸ケア委員会	第3木曜日	窪田	医療機器管理室		宮本 石田 大國	光明		渋谷	恩地	衣田	大中	三橋	
12	緩和ケア委員会	第1水曜日	窪田	看護支援室(認定看護)	山岡・畑中・吉川・中村	加藤(雪) 赤尾 安田 前川 松本 置田 山口 山本(智)	奥平				前田・島崎	大中	井澤	
13	排尿ケア委員会	第1火曜日	畑中	看護支援室(認定看護)		西本 田中 (大倉) 鈴木 高野 山口					太田			
14	認知症ケア委員会	第3月曜日	岡江	看護支援室(認定看護)		多田 池野 畑 細川 中村 平井 香川 高木 原沢					藤原・橋本		山下	
15	栄養委員会	第4月曜日(奇数月)	小牧	栄養管理科		加藤(雪) 木村 川端 菊中 大場 遠藤(愛)						大中	榎本	外部(和らぎ)
16	NST	第2水曜日	小田	栄養管理科	吉川	森 稲森 高橋 佐藤 小西 (塚由)	吉田	川畑			村部・加島	大中	榎本	
	DM	第3月曜日	窪田	栄養管理科		小田 加藤(雪) 西尾 岩本 山本(智)	内田	川畑				梅田	関谷	
	摂食嚥下ケア委員会	第4火曜日	森(一)			小田 松井 田中(ひ) 西尾 (川崎) 中田 岩本 和田								
	臨床研修管理委員会	随時	窪田	総務課	中村・柳田・島岡・中川・谷口・野々下・畑中・辻江	三村 竹中 中尾 野口							新田・井添・小谷	阪本(さやま病院)・若水(近大)・刀根(こねクリニック)・和田(小樽)・堤(みどりの里)・溝(森重)
	がん診療連携委員会	随時	辻江	地域医療課	今西・窪田・中川・森(一)・塚本	田中ひ 川崎 中田 岩本 遠藤晴	渡邊				島崎		水野 前田	
18	外来化学療法委員会	第3金曜日	藤井	薬剤部	小牧・畑中・山本	六波羅	渡邊				前田	大中	北側	
19	がん診療拠点病院対応部会		辻江			多田 池野 畑					島崎			
20	臨床検査適正化委員会	年3回	原	臨床検査科	中本・塚本・今西・窪田・更谷・小牧・米田・吉川・野々下・原田・中川・中村・塚本・柳田・島岡	畑(尾形) 小林 岡田 竹内	松田	井原・田村・北浦・國弘					溝口	
21	手術室委員会	月1回随時	辻江	中央手術室	中村・野々下・辻江・島岡・中川・畑中・原田・森(一)・大谷					上崎			木林宮西	
22	アンギオ室運営委員会	随時	更谷	放射線科	大谷・小牧・山本	磯邊 奥田			松本	恩地			三橋・宮西	
23	倫理委員会	第4火曜日	辻江	総務課	山岡	宗和	内田	渡邊					前田・井添・玉手	堀田弁護士・けあばる(富田林市)仲谷事務長
24	診療報酬算定向上委員会		新田			田中 尾崎					島崎			
25	DPC委員会	年4回	今西	医事サービス課	窪田	加藤雪 磯邊	吉田	國弘					前田・木林・大井	
26	コーディング検討部会	年4回	今西	医事サービス課	窪田		吉田	國弘					前田・木林・大井	
27	電子カルテ委員会	第4火曜日	今西	医療情報課	窪田・野々下	加藤(一)	吉田	國弘	松本	恩地	島崎		岩瀬・木林・前田	
28	診療録管理委員会	第4金曜日	今西	診療録管理室	成川	加藤(一)	松田	田村	松井				前田・大井・木林	
29	クリカルパス委員会	随時	野々下	診療録管理室	今西・窪田・藤井	加藤(一)	奥平	井原			島崎	梅田	高見・水野	
30	救急対策委員会	随時	今西	医事サービス課	大谷・柳田・小牧・野々下・吉川・更谷	加藤(一) 山本(あ)	松田	北浦	竹綱				新田・水野・関谷	
31	器械備品購入検討委員会	年1回	今西	契約購買課		磯邊 春元 西谷 田中(翔) 青木 橋田 大森 西川			松本				岩瀬・岡本	
32	薬事委員会	第2金曜日(偶数月)	山岡	薬剤部	窪田・更谷・山岡・島岡・柳田・塚本・中川・中村・飯尾・原田・森(一)	田中	吉田						岩瀬	
33	診療材料検討委員会	第3水曜日(偶数月)	辻江	契約購買課	飯尾・野々下・更谷	小田			松本	恩地			岩瀬・吾妻・宮西・辻本	
34	図書委員会	第3火曜日	窪田	契約購買課	更谷・島岡	畑	藤田	村上	田中				吾妻	
	病床管理委員会		小田	看護部	谷口	小田 堀川 山本							前田・吉松・木林	
35	地域包括ケア連携委員会		更谷	医療福祉相談室		加藤雪					松田		新田・吉松・和田	須田(富美ヶ丘)・二宮(富美ヶ丘)
36	無低委員会	随時	山岡	医療福祉相談室		小田 加藤雪							新田・岡本・吉松	
37	治験審査委員会	随時	塚本	薬剤部	山岡・更谷	吉田 山下	吉田	國弘	松井				岩瀬・鎌田	
38	内視鏡運営委員会		由谷	医療機器管理室	小牧・成川	小田				恩地・宮城			木林	

I 病院全体の指標

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

II 令和6年度 DPCデータを用いた病院指標

- 1, 年齢階級別退院患者数
- 2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)
- 3, 初発の5大癌のUICC病期分類別並びに再発患者数
- 4, 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 5, 脳梗塞のICD10別患者数等
- 6, 診療科別主要手術別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)
- 7, その他(DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率)

III 令和6年度 DPCデータを用いた医療の質指標

- 8, 転倒転落発生率
- 9, 転倒転落インシデント分類レベル3b以上の発生
- 10, 肺血栓塞栓症予防対策
- 11, 血液培養2セット実施率
- 12, 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率
- 13, 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
- 14, (真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率
- 15, 65歳以上患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合
- 16, 身体的拘束の実施率

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)

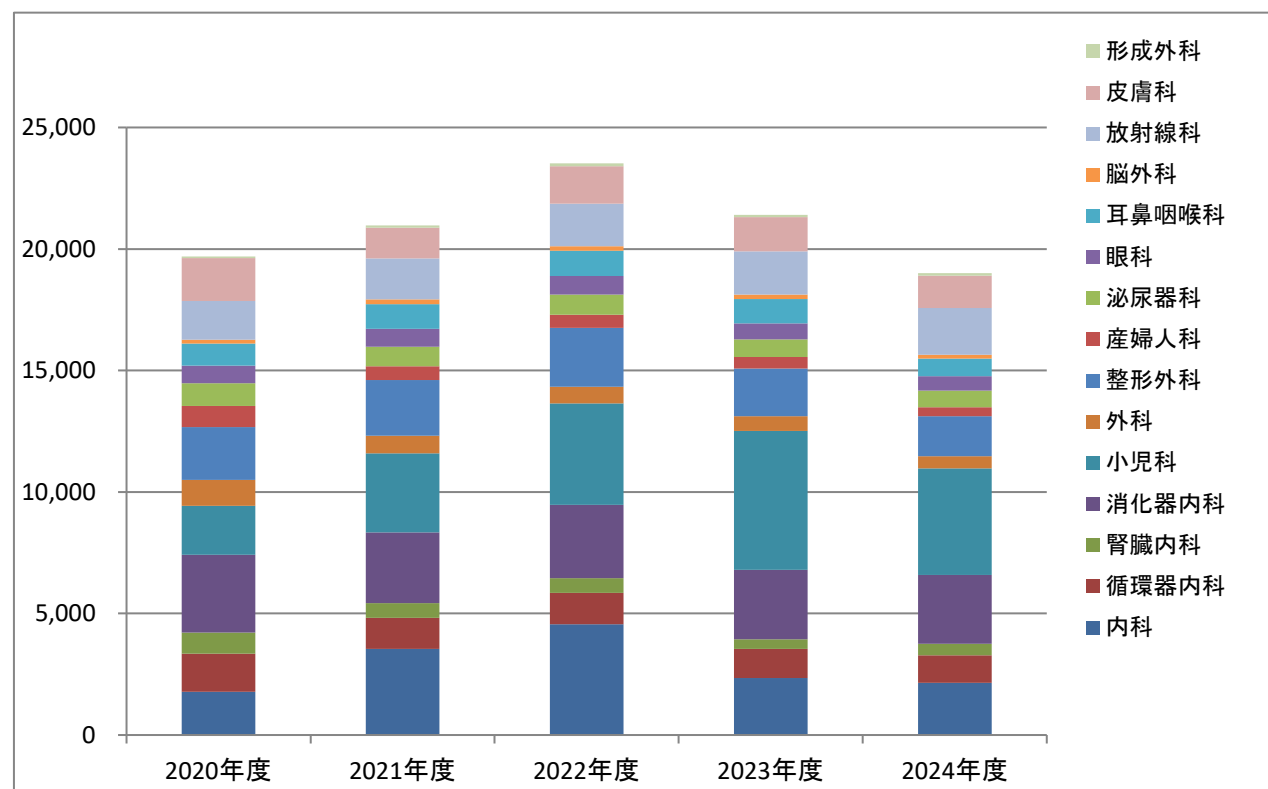
診療科	2020年度		2021年度		2022年度		2023年度		2024年度	
	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数
内科	1,779	15,212	3,547	16,389	4,552	17,301	2,343	15,883	2,154	15,973
循環器内科	1,571	15,344	1,271	14,124	1,292	13,865	1,196	13,248	1,125	13,997
腎臓内科	865	15,850	609	14,738	611	14,322	396	14,139	476	13,546
消化器内科	3,205	13,001	2,914	12,794	3,010	13,519	2,868	13,264	2,827	13,412
小児科	2,011	4,167	3,252	5,017	4,175	5,601	5,704	10,045	4,384	11,959
外科	1,069	9,249	728	9,356	695	9,449	608	9,251	503	8,180
整形外科	2,177	21,371	2,287	19,818	2,425	21,079	1,962	19,986	1,646	19,316
産婦人科	861	5,084	569	3,755	536	3,854	476	3,930	372	4,241
泌尿器科	935	12,328	795	11,425	824	11,680	727	12,226	684	11,861
眼科	732	13,053	747	11,911	763	11,756	661	11,241	596	11,332
耳鼻咽喉科	900	6,528	1,016	6,101	1,045	6,288	1,002	6,492	717	5,975
脳外科	156	1,245	191	1,091	181	1,137	180	1,189	158	1,239
放射線科	1,595	247	1,691	552	1,753	618	1,784	622	1,928	671
皮膚科	1,771	12,431	1,262	7,538	1,550	8,184	1,398	8,865	1,335	9,070
形成外科	63	481	93	747	112	750	96	740	96	875
全科	19,690	145,591	20,972	135,356	23,524	139,403	21,401	141,121	19,001	141,647

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

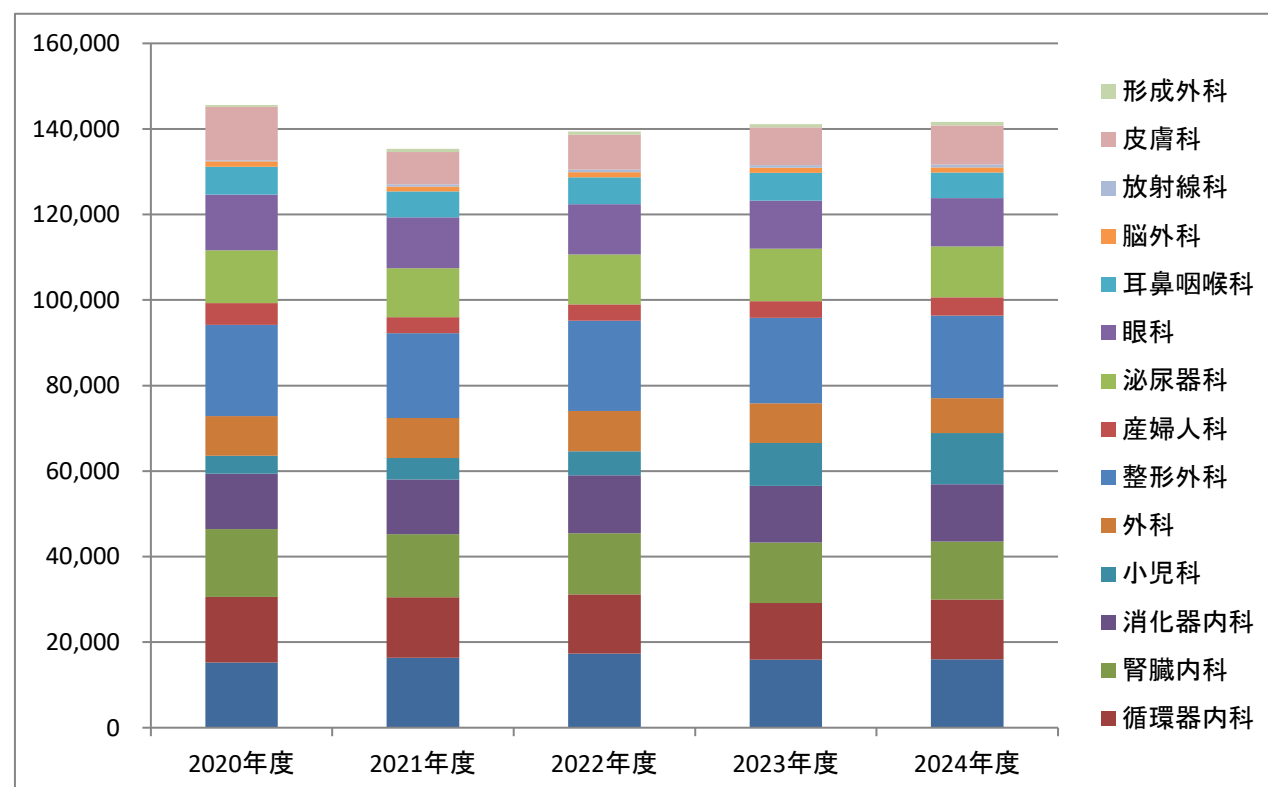
(単位 :人)

診療科	2020年度		2021年度		2022年度		2023年度		2024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	16,991	60.5	16,389	58.3	21,853	77.8	18,226	64.9	18,127	64.7
循環器内科	16,915	60.2	14,124	50.3	15,157	54.5	14,444	52.0	15,122	55.4
腎臓内科	16,715	59.5	14,738	52.6	14,933	54.1	14,535	53.2	14,022	52.5
消化器内科	16,206	57.7	12,794	45.5	16,529	58.8	16,132	57.4	16,239	58.2
小児科	6,178	22.0	5,017	17.9	9,776	37.0	15,749	56.2	16,343	58.8
外科	10,318	36.7	9,356	33.3	10,144	36.2	9,859	35.1	8,683	31.3
整形外科	23,548	83.8	19,818	70.5	23,504	83.6	21,948	78.1	20,962	74.9
産婦人科	5,945	21.2	3,755	13.4	4,390	15.6	4,406	15.7	4,613	16.5
泌尿器科	13,263	47.2	11,425	40.7	12,504	44.5	12,953	46.1	12,545	44.8
眼科	13,785	49.1	11,911	42.4	12,519	44.9	11,902	42.4	11,928	42.9
耳鼻咽喉科	7,428	26.4	6,101	21.7	7,333	26.3	7,494	27.3	6,692	24.7
脳外科	1,401	14.6	1,091	11.1	1,318	14.0	1,369	14.0	1,397	14.4
放射線科	1,842	6.6	552	2.0	2,371	8.4	2,406	8.6	2,599	9.3
皮膚科	14,202	50.5	7,538	26.8	9,734	34.9	10,263	36.5	10,405	37.3
形成外科	544	6.2	747	7.9	862	9.9	836	10.0	971	11.3
全科	165,281	588.2	135,356	481.7	162,927	579.8	162,522	578.4	160,648	573.7

3, 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ

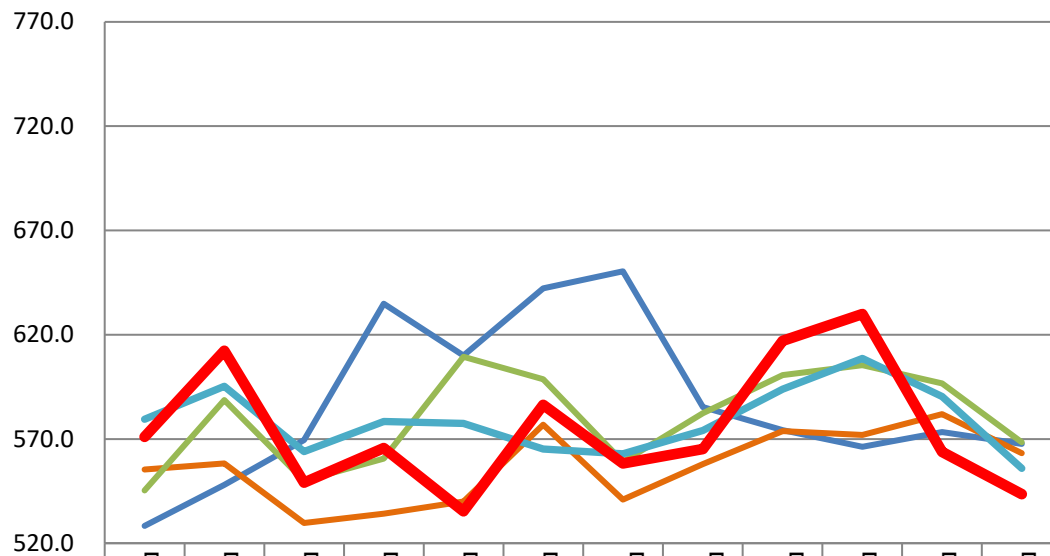


4, 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ

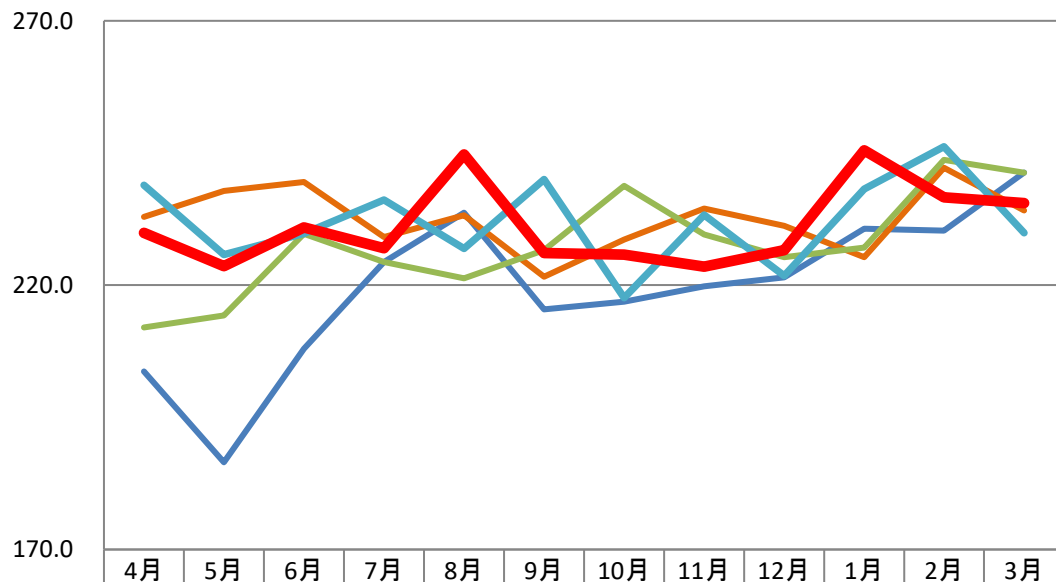


5, 外来及び入院の月別1日平均患者数の推移

年度別月別1日平均患者数(外来)



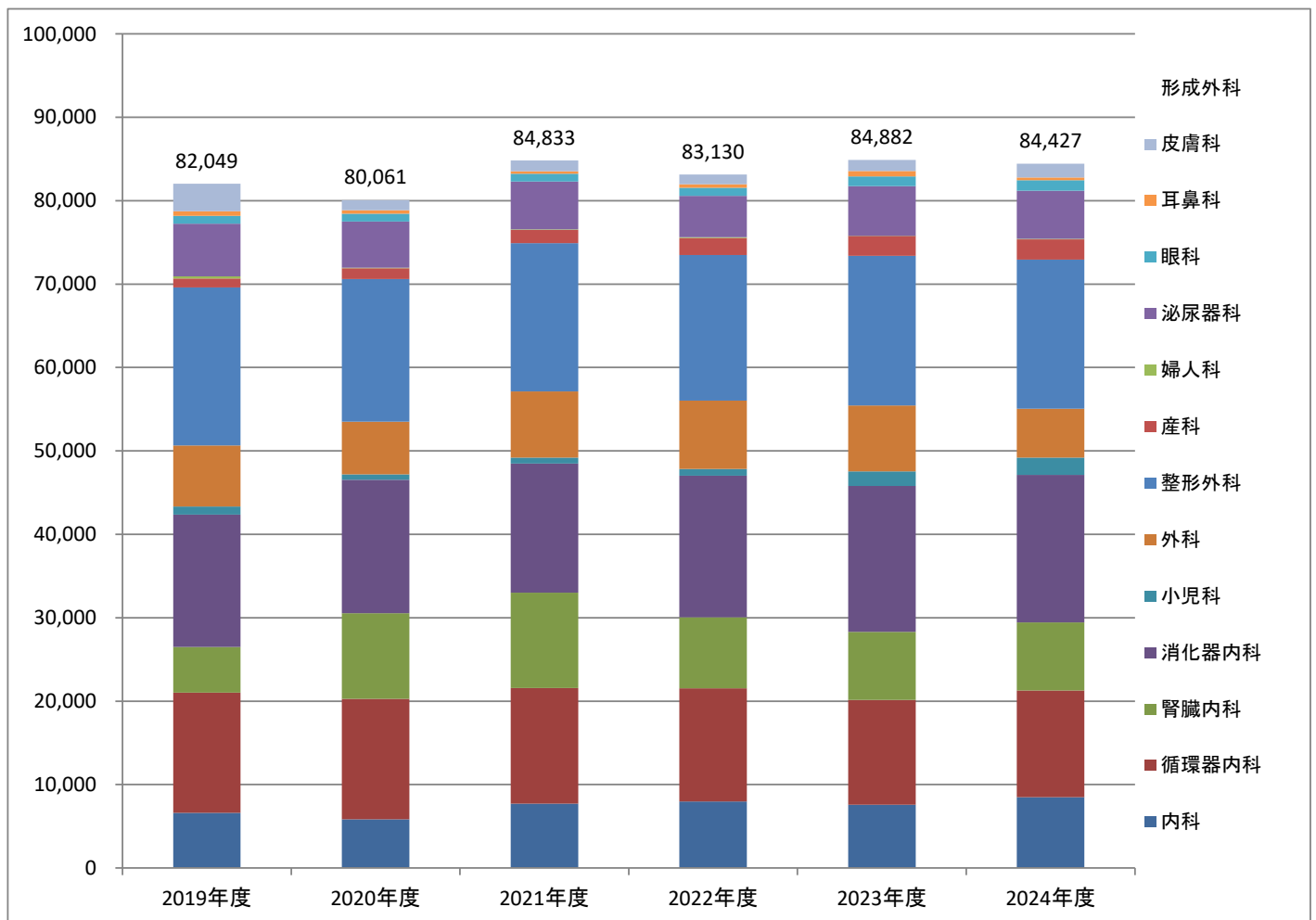
年度別月別1日平均患者数(入院)



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)

	2019年度		2020年度		2021年度		2022年度		2023年度		2024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	6,594	18.0	5,819	15.9	7,708	21.1	7,979	21.9	7,590	20.7	8,490	23.3
循環器内科	14,440	39.5	14,455	39.6	13,874	38.0	13,546	37.1	12,571	34.3	12,791	35.0
腎臓内科	5,444	14.9	10,276	28.2	11,407	31.3	8,531	23.4	8,151	22.3	8,154	22.3
消化器内科	15,900	43.4	16,002	43.8	15,509	42.5	16,966	46.5	17,495	47.8	17,694	48.5
小児科	971	2.7	636	1.7	710	1.9	829	2.3	1,724	4.7	2,069	5.7
外科	7,294	19.9	6,304	17.3	7,918	21.7	8,184	22.4	7,923	21.6	5,854	16.0
整形外科	18,955	51.8	17,123	46.9	17,796	48.8	17,449	47.8	17,931	49.0	17,896	49.0
産科	1,074	2.9	1,283	3.5	1,583	4.3	2,040	5.6	2,392	6.5	2,427	6.6
婦人科	259	9.3	55	0.2	65	0.2	93	0.3	20	0.1	64	0.2
泌尿器科	6,301	17.2	5,548	15.2	5,718	15.7	4,975	13.6	5,956	16.3	5,768	15.8
眼科	941	2.6	946	2.6	941	2.6	963	2.6	1,167	3.2	1,238	3.4
耳鼻科	553	1.5	419	1.1	284	0.8	406	1.1	638	1.7	349	1.0
皮膚科	3,323	9.1	1,195	3.3	1,320	3.6	1,169	3.2	1,324	3.6	1,633	4.5
形成外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全科	82,049	224.2	80,061	219.3	84,833	232.4	83,130	227.8	84,882	231.9	84,427	231.3



令和6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者さんは対象外です。

現在当院が公開している指標は、2024年度（2024年6月1日～2025年5月31日）中に

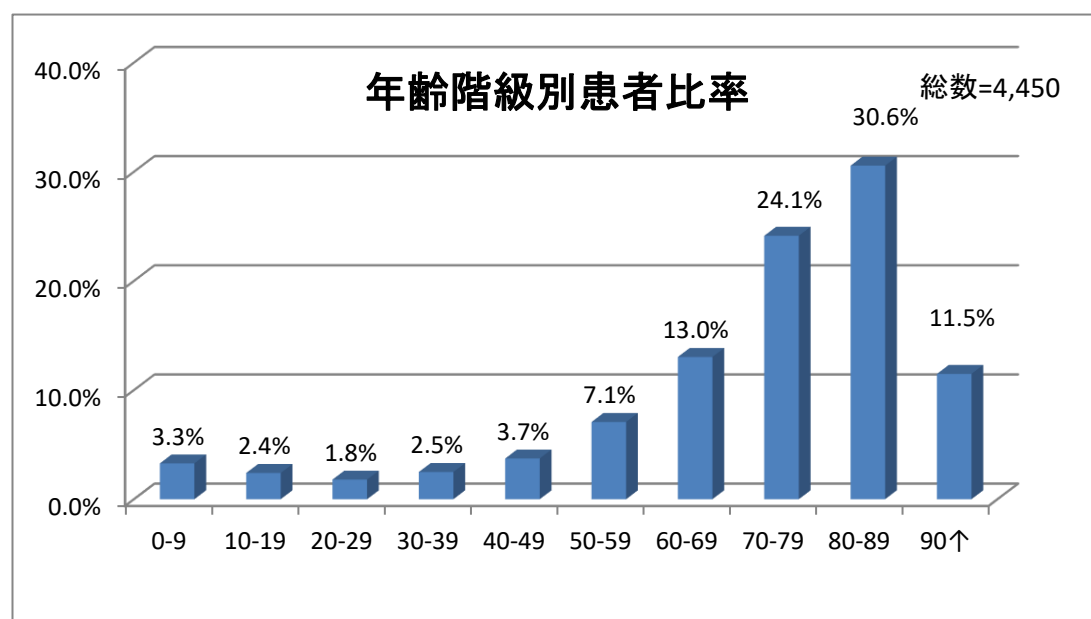
1, 年齢階級別退院患者数

◆解説

年齢階級別患者数は、2024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。2024年度は昨年より323人減少しました。60歳未満の患者さんも前年度よりも88人減少しました。

※入院した時点の年齢で集計しています

年齢区分	0～	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	90～
2024年度	146	107	80	111	166	315	580	1074	1360	511
2023年度	206	82	103	123	151	348	549	1273	1394	544



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6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)
0400802499x0xx	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	131	26.25	16.40	10.69	86.76	9.85
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	60	20.95	13.66	6.67	81.38	7.29
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	51	26.16	20.78	13.73	82.02	5.38
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	26	19.58	17.33	7.69	88.65	2.25
060210xx99000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	19	13.74	9.08	5.26	68.16	4.66

【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	71	18.85	17.33	7.04	83.13	1.52
050050xx9910xx	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	54	3.04	3.07	5.56	72.30	-0.03
0400802499x0xx	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	46	19.57	16.40	13.04	86.07	3.17
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	46	3.48	4.18	0.00	72.33	-0.70
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等12あり 手術・処置等2なし	25	3.08	3.27	0.00	70.24	-0.19

【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)
0400802499x0xx	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	24	19.21	16.4	0	86.33	2.81
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	24	19.25	13.66	8.33	86.88	5.59
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	19	25.74	13.75	5.26	74.53	11.99
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	10	8.4	6.01	0	56.8	2.39
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—

【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	54	11.93	8.88	0.00	74.44	3.05
060102xx99xxxx	穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術なし	42	10.00	7.60	0.00	63.19	2.40
0400802499x0xx	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	38	20.18	16.40	7.89	85.71	3.78

2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

060380xxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等2なし	34	7.79	5.55	2.94	64.32	2.24
060020xx04xxxx	胃の悪性腫瘍 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	26	7.77	7.45	0.00	75.69	0.32

【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	135	2.05	2.45	0.00	72.04	-0.40
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	74	7.09	6.81	0.00	77.91	0.28
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	47	4.17	5.16	0.00	63.43	-0.99
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	33	9.06	13.66	0.00	68.18	-4.60
110200xx02xxxx	前立腺肥大症等 経尿道的前立腺手術等	23	8.57	7.77	0.00	73.61	0.80

【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)
0400801199x0xx	肺炎等(1歳以上15歳未満) 手術なし 手術・処置等2なし	29	5.07	5.61	0.00	6.72	-0.54
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	23	5.30	6.11	4.35	0.00	-0.81
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	5.25	11.83	5	0.00	-6.58
180030xxxxxx0x	その他の感染症(真菌を除く。) 定義副傷病なし	15	4.07	8.02	6.67	2.4	-3.95
040070xxxxx0xx	インフルエンザ、ウイルス性肺炎 手術・処置等2なし	14	3.64	6.98	0	3.86	-3.34

【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	87	4.18	4.54	0.00	71.59	-0.36
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)	42	6.10	5.50	2.38	67.93	0.60
060035xx0100xx	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 手術・処置等2なし	29	14.34	14.81	0.00	72.97	-0.47
060150xx03xxxx	虫垂炎 虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等	22	6.77	5.32	0.00	51.23	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	19	12.16	9.77	5.26	68.47	2.39

【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)
070230xx01xxxx	膝関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等	99	28.12	21.38	0.00	75.13	6.74

2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	80	33.58	25.29	5.00	81.95	8.29
07040xx01xxxx	股関節骨頭壊死、股関節症(変形性を含む。)人工関節再置換術等	48	24.77	18.76	0.00	72.79	6.01
160760xx01xxxx	前腕の骨折 骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨等	46	9.83	5.95	0.00	63.7	3.88
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)手術なし	37	35.65	19.16	5.41	81.05	16.49

【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)
120165xx99xxxx	妊娠合併症等 手術なし	—	—	—	—	—	—
120260xx001xxxx	分娩の異常(分娩時出血量2000ml未満)子宮破裂手術等	—	—	—	—	—	—
120180xx03xxxx	胎児及び胎児付属物の異常 胎児外回転術等	—	—	—	—	—	—
120070xx02xxxx	卵巣の良性腫瘍 卵巣部分切除術(腔式を含む。)腹腔鏡によるもの等	—	—	—	—	—	—
120180xx01xxxx	胎児及び胎児付属物の異常 子宮全摘術等	—	—	—	—	—	—

【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	21	14.62	12.98	0.00	69.24	1.64
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	—	—	—	—	—	—
080020xxxxxxxx	帯状疱疹	—	—	—	—	—	—
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	—	—	—	—	—	—
080110xxxxx0xx	水疱症 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	13	3.00	6.68	0.00	67.54	-3.68
030400xx99xxxx	前庭機能障害 手術なし	—	—	—	—	—	—
030180xx97xxxx	口内炎、口腔疾患 手術あり	—	—	—	—	—	—
030390xx99xxxx	顔面神経障害 手術なし	—	—	—	—	—	—
030428xxxxx0xx	突発性難聴 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—

3, 初発の5大がんの病期分類別症例数（DPCデータから算出）

◆解説

現在日本で最も罹患率の高い5つのがん（胃がん・大腸がん・乳がん・肺がん・肝がん）の病期（ステージ）ごとの症例数を集計したものです。がんの症例数を調べることでその病院がどの程度がん治療に積極的に治療をしているかを知ることができます。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	30	—	13	—	10	10	1	8
大腸がん	12	21	32	24	—	12	1	8
乳がん	26	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

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 ≥ 70 歳、女性 ≥ 75 歳 ②BUN ≥ 21 mg/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 ≤ 90 mmHg

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

重症度	患者数	平均在院日数	平均年齢
軽症	38	11.26	50.24
中等症	210	23.60	81.87
重症	69	27.84	84.51
超重症	19	31.00	87.63
不明	-	-	-
総計	298	26.49	79.16

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	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
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)	85	1.11	2.08	0.00	71.49
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)	42	0.98	4.12	2.38	67.93
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	34	1.50	6.44	2.94	62.35
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	34	1.71	11.18	0.00	73.47
K718-21	腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	21	0.29	5.52	0.00	50.62

【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	151	1.29	24.89	0.00	74.30
K0461	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	76	2.74	32.00	9.21	74.50
K0462	骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	70	1.24	15.70	0.00	62.87
K0811	人工骨頭挿入術 肩、股	31	1.65	26.71	0.00	85.29
K0463	骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	28	1.43	17.21	0.00	61.25

【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	75	1.12	5.77	0.0	77.96
K7811	経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	53	1.91	3.32	0.0	64.06
K8411	経尿道的前立腺手術 電解質溶液利用のもの	25	1.56	6.64	0.0	73.76
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	18	0.33	6.56	0.0	66.17
K800-2	経尿道的電気凝固術	18	0.94	4.1	0.0	77.22

【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	-	-	-	-	-
K6262	リンパ節摘出術 長径3cm以上	-	-	-	-	-
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	-	-	-	-	-
K0052	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 長径2cm以上4cm未満	-	-	-	-	-

【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	15	0.13	9.60	0.00	77.33
K0021	デブリードマン 100cm ² 未満	-	-	-	-	-
K0062	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径3cm以上6cm未満	-	-	-	-	-
K013-21	全層植皮術 25cm ² 未満	-	-	-	-	-
K0061	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 長径3cm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	-	-	-	-	-
K907	胎児外回転術	-	-	-	-	-
K8981	帝王切開術 緊急帝王切開	-	-	-	-	-
K8882	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの	-	-	-	-	-
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	-	-	-	-	-

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
K654	内視鏡的消化管止血術	16	13.69	16.25	0.00	82.88
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	-	-	-	-	-
K6871	内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	-	-	-	-	-
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻)	-	-	-	-	-
K5492	経皮的冠動脈ステント留置術 不安定狭心症に対するもの	-	-	-	-	-

【循環器内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前 日数	平均術後 日数	転院率	平均年齢
K5493	経皮的冠動脈ステント留置術 その他のもの	25	1.00	1.16	0.0	75.40
K5492	経皮的冠動脈ステント留置術 不安定狭心症に対するもの	17	0.00	5.29	5.9	68.65
K5972	ペースメーカー移植術 経静脈電極の場合	13	6.62	8.69	0.0	83.31
K5463	経皮的冠動脈形成術 その他のもの	－	－	－	－	－
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	－	－	－	－	－

【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
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	52	1.54	17.94	1.9	75.06
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	30	3.83	5.63	0.0	76.23
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	24	0.88	5.92	0.0	75.54
K654	内視鏡的消化管止血術	20	1.20	17.00	0.0	74.45
K735-4	下部消化管ステント留置術	17	1.88	14.53	0.0	82.12

【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
K6121イ	末梢動静脈瘻造設術 内シャント造設術 単純なもの	－	－	－	－	－
K616-41	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	－	－	－	－	－
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	－	－	－	－	－
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	－	－	－	－	－
K060-31	化膿性又は結核性関節炎搔爬術 肩、股、膝	－	－	－	－	－

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	16	0.36%
180010	敗血症	同一	—	—
		異なる	15	0.34%
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	—	—
		異なる	—	—

8，転倒・転落発生率

◆解説

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。

転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

<計算式>

計測値(‰) =
$$\frac{\text{転倒・転落の発生件数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 1000$$

- 分子要件 インシデント・アクシデント報告の計測対象期間に発生した転倒・転落の発生件数
- 分母要件 入退院記録の計測対象期間中における入院患者延べ数

当院の割合	3.79‰
分子（インシデント・アクシデント報告の計測対象期間に発生した転倒・転落の発生件数）	240件
分母（入退院記録の計測対象期間中における入院患者延べ数）	63259件

9, 転倒転落によるインシデント影響度分類レベル 3b 以上の発生率

◆解説

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

<計算式>

計測値(‰) =
$$\frac{\text{インシデント影響度分類レベル3b 以上の転倒・転落の発生件数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 1000$$

分子要件 インシデント・アクシデント報告の計測対象期間に発生したインシデント影響度分類レベルが3b 以上の転倒・転落の発生件数

分母要件 入退院記録などの計測対象期間中における入院患者延べ数

当院の割合	0.16%
分子（インシデント・アクシデント報告の計測対象期間に発生したインシデント影響度分類レベルが3b 以上の転倒・転落の発生件数）	10件
分母（広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数）	63259件

10, リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

◆解説

肺塞栓症とは、血液のかたまり（血栓）や、まれに他の固形物が血液の流れに乗って肺の動脈（肺動脈）に運ばれ、そこを塞いでしまう（塞栓）病気です。術後の安静や長期臥床により血液のめぐりが悪くなり、脚の静脈の流れが滞って血栓が生じることがあります。

「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン」では、手術の内容や年齢に応じてレベルが階層化（低リスク、中リスク、高リスク、最高リスク）され、推奨される予防法が定められています。

低リスクでは、早期離床および積極的な運動が推奨され、中リスク以上になると、弾性ストッキング、間歇的空気圧迫法や抗凝固剤療法、またはその併用が推奨されています。

中リスク以上の定義は疾患領域で異なりますが、一般外科領域においては、中リスク「60歳以上あるいは危険因子がある非大手術、40歳以上あるいは危険因子がある大手術」、高リスク「40歳以上の癌の大手術」とされています。

周術期の肺血栓塞栓症の予防行為の実施は、発生率を下げることに繋がる。

<計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数}}{\text{肺血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数}} \times 100$$

分子要件 ア) 肺血栓塞栓症予防管理料 を算定した患者数

 イ) 抗凝固療法が行われた患者数

 以下の薬価基準コード使用

3332\$（ワーファリン）

3334400\$（ヘパリンCa・Na）

3334406\$（クレキサン）

3339001\$（プラザキサ）

3339002\$（リクシアナ）

3339003\$（イグザレルト）

3339004\$（エリキュース）

3339400\$（アリクストラ）

分母要件 リスクレベル「中」以上の手術は「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓の診断、治療、予防に関するガイドライン」（2017年改訂版）日本循環器学会等に準じて抽出

当院の割合	93.69%
分子（肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数）	564件
分母（肺血栓塞栓症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数）	602件

1 1, 血液培養 2 セット実施率

◆解説

血液培養を2セット採取する意味は、何らかの理由による検体の汚染を血液中の細菌類と勘違いしないようにするためです。また、採血時の皮膚常在菌などが混入する（コンタミネーション）ことも想定し、2セット採取が推奨されています。

2セットとも同一の細菌が検出された場合には同定できるなど、精度を高める意味もあります。血液培養ボトル1セットでは、精度は約70%とされていますが、2セットになると精度は上昇し、

90%以上となるとされています。

検査結果から使用する抗菌薬を選択することになるため、選択する抗菌薬を間違えないよう2セットの採血を実施しています。

2014年度診療報酬改定から、血液を2カ所以上から採取した場合に限り、2回算定できるようになっています。

<計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数}}{\text{血液培養オーダー日数}} \times 100$$

分子要件 血液培養の実施回数が1日2回以上の日数を合計する

分母要件 細菌培養同定検査（血液）数

当院の割合	75.10%
分子（血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数）	1487件
分母（血液培養オーダー日数）	1980件

12, 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率

◆解説

抗菌薬は特定の細菌に対して使用しますが、幅広い種類の細菌に効く抗菌薬も存在しており、これを「広域抗菌薬」といい、有効な対象菌種が限られる抗菌薬を狭域抗菌薬といいます。

広域抗菌薬は幅広い種類の細菌に効くため便利な抗菌薬ですが、過剰に抗菌薬を使用すると、

細菌は逃げ延びようとし、抗菌薬が効かない「薬剤耐性菌」が生まれてしまいます。

薬剤耐性菌の増加は、日本だけでなく世界的に問題となっています。

原因菌が判明した場合には、可能な限り狭域抗菌薬を使用することが望ましいのですが、原因菌が判明していない場合には、広域抗菌薬を選択せざるを得ない場合があります。

しかし、原因微生物の検査を実施せず、広域抗菌薬を漫然と投与してはなりません。

不適切な抗菌薬の使用は、耐性菌の発生や蔓延の原因になることから、各医療機関において抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：AST）を組織するなど、抗菌薬適正使用を推進する取り組みが求められます。抗菌薬適正使用の鍵を握るのは正確な微生物学的診断であり、抗菌薬投与前の適切な検体採取と培養検査が必要です。

本指標は、広域スペクトルの抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された割合を表しています。

<計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数}}{\text{広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数}} \times 100$$

分子要件 細菌培養同定検査数

分母要件 広域スペクトルの抗菌薬を投与された患者数
カルバペネム系（デビペネムピボキシル・メロペネム・ピアペネム・ドリペネム等）
第4世代セフェム系（セフトジジム・セフピロム・セフェピム・セファゾラン）
ピペラシリン

当院の割合	75.09%
分子（入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数）	437件
分母（広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数）	582件

1 3, 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

◆解説

現在、細菌感染を起こしていないが、手術後の感染をできるだけ防ぐために、抗生物質をあらかじめ投与することを予防的抗菌薬投与といいます。

開胸、開腹を伴う手術等は、手術開始直前に抗菌薬を点滴などで投与することにより、手術後の感染を抑えることが期待されています。

<計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、手術開始前1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数}}{\text{全身麻酔手術で、予防的抗菌薬投与が実施された手術件数}} \times 100$$

分子要件 手術記録などの分母のうち、手術開始前1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

分母要件 手術記録などの全身麻酔手術で、予防的抗菌薬投与が実施された手術件数

当院の割合	99.37%
分子（分母のうち、手術開始前1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数）	790件
分母（手術記録などの全身麻酔手術で、予防的抗菌薬投与が実施された手術件数）	795件

1 4, d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率

◆解説

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。本指標の定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

<計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{除外条件に該当する患者を除いた褥瘡（d2 真皮までの損傷 以上の褥瘡）の新規発生患者数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 100$$

【除外条件（分母）】

- ①同一の日に入院及び退院した患者
- ②入院時刻から24時間以内に発生した褥瘡（d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U）を持つ患者
- ③入院時既に褥瘡（d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U）のいずれかの褥瘡保有が記録されていた患者
- ④計測対象期間より前に褥瘡（d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U）の院内発生が確認され継続して入院している患者

分子要件 除外条件に該当する患者を除いた褥瘡（d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡）の新規発生患者数

分母要件 入院患者延べ数

当院の割合	0.04%
分子（除外条件に該当する患者を除いた褥瘡（d2 真皮までの損傷 以上の褥瘡））	22件
分母（入院患者延べ数）	61271件

15, 65 歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合

◆解説

早期に低栄養リスクを評価し適切な介入をすることで、在院日数の短縮、予後改善につながります。

<計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、入院後48 時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数}}{\text{65歳以上の退院患者数}} \times 100$$

分子要件 栄養アセスメントの実施状況がわかるデータ・資料の分母のうち、入院後48 時間以内の栄養アセスメントが実施された患者

分母要件 65歳以上の退院患者数

当院の割合	81.50%
分子（分母のうち、入院後48 時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数）	2330件
分母（65歳以上の退院患者数）	2859件

16, 身体的拘束の実施率

◆解説

身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛る等の身体的拘束は慎むべきものです。

<計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、身体的拘束日数の総和}}{\text{入院患者延べ数}} \times 100$$

分子要件 身体的拘束日数の情報が記載されたデータの分母のうち、身体的拘束日数の総和

分母要件 入退院記録などの計測対象期間中における入院患者延べ数

当院の割合	1.60%
分子（分母のうち、身体的拘束日数の総和）	1010件
分母（入院患者延べ数）	63259件

教育研修（講演会）行動結果

令和6年度 教育研修（講演会）

■：院内発生事例、他施設の事例を受け研修を企画する

	テーマ	開催日	開催場所	対象者	講師名	参加者数				未受講者への対応
						合計	医師	看護師	技師	
1	入職時 オリエンテーション	4/1	講堂	入職者全員	磯邊 みどり	40	名	名	名	
2	医療安全研修 「インシデント報告」	4/4	多目的室1	研修医	磯邊 みどり	7	名	7	名	
3	インスリン製剤の 取り扱い	4/12	講堂	看護部 ラダー1	磯邊 みどり	12	名	12	名	
6	パワーピック シミュレーション	6/25	会議室1	医師	外部講師	9	名	9	名	
4	医療事故発生時 の対応	8/16	多目的室1	看護部 ラダーIV以上	飯野 博文	12	名	12	名	
5	CPC (臨床病理検討会)	7/26 9/27 1/31 3/28	講堂	全職員	研修医 指導医 病理医		名		名	
6	BLS研修	今年度中	各部署	全職員	災害対策委員	371	名	10	名	医師は各部署のシミュレーション研修で実施する
						243	名	103	名	
						15	名			
7	医療安全研修 「苦情時の対応」	9/28	講堂	全職員	外部講師	48	名	5	名	
						34	名	7	名	
						2	名			
8	防犯研修 「カスハラ対応」	12/6	内科診察室	全職員	防犯担当 医療安全管理室 富田林警察署	38	名			院内で医療者が被害者となる事件が発生している。外来診察場面でカスハラを受け、警察が駆け付けける場面

令和6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	4/2	講堂	奥田 賢次	合計 21 名 医師 2 名 看護師 12 名 技師 7 名 事務・他 名	標準予防策	感染対策の徹底
標準予防策 (習熟段階1看護師)	4/5	講堂	奥田 賢次	合計 12 名 医師 名 看護師 12 名 技師 名 事務・他 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)	4/19	多目的室1	奥田 賢次	合計 12 名 医師 名 看護師 12 名 技師 名 事務・他 名	感染経路別予防策	感染対策の徹底
標準予防策 (看護補助者)	6/5 7/3 8/7 9/4 10/2	会議室1	奥田 賢次	合計 33 名 医師 名 看護師 名 技師 名 事務・他 33 名	標準予防策	感染対策の徹底
個人防護具着脱演習 (委託業者)	9/30 10/1	講堂	奥田 賢次	合計 25 名 医師 名 看護師 名 技師 名 事務・他 25 名	個人防護具の着脱	感染対策の徹底
新型コロナウイルスクラスター報告と感染対策	5月13日～ 7月12日	動画配信	奥田 賢次	合計 491 名 医師 20 名 看護師 241 名 技師 103 名 事務・他 125 名	新型コロナウイルス 感染対策	感染対策の徹底
インフルエンザ感染対策	11月22日～ 1月24日	動画配信	奥田 賢次	合計 498 名 医師 23 名 看護師 248 名 技師 103 名 事務・他 124 名	インフルエンザ 感染対策	感染対策の徹底

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16名、非常勤薬剤師1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ールの管理と医薬品の無菌調製といった両面からがん化学療法の安全性の確保に寄与している。土日祝日を含めTPN施行患者さんの無菌調製を行っている。

6) TDM業務

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

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、I C T研修会、緩和医療研修会に各自参加

2) 院外研修

7月：第5回南河内Directors of Pharmacy Forum

総合座長として参加

9月：第18回日本腎臓病薬物療法学会学術集会・総会

「免疫学的腎疾患の患者におけるPCP予防のための低用量ST合剤の安全性と有効性：単施設後ろ向き観察研究」

「CKDシール導入 ～当院から地域への拡大～」

10月：富田林薬薬連携協議会 Web seminar

「薬剤師のための基本的検査の読み方」

座長として参加

3月：富田林病院薬薬連携Webセミナー

「大阪版TRがん薬物療法（全般）の運用について- CAPOX療法の事例など-」

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

2024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
8,445	4,225	7,847	5.0
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	4.1	124.4	28.9
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
10.8	165.8	375.4	41.8
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
5.8	281.6	143.7	11.3
事前合意プロトコルによる疑義照会のカバー率（％）			
48.9			

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 2 名を含む）で構成している（令和 6 年 4 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）

人事

産前産後・育児休暇等	令和 6 年 4 月 15 日	川井千代（復職）
	令和 6 年 5 月 15 日	三草奈菜（産休）
	令和 6 年 6 月 17 日	古谷 希（復職）
	令和 6 年 8 月 1 日	山口優斗（育児休業）
	令和 6 年 8 月 16 日	白井絵里（産休）
	令和 7 年 1 月 4 日	双和宏樹（育児休業）
	令和 7 年 1 月 31 日	山口優斗（復職）
	令和 7 年 1 月 31 日	双和宏樹（復職）
	令和 7 年 2 月 17 日	西出美穂（育児休業）
退職	令和 7 年 3 月 31 日	川井千代

活動実績

通常の臨床検査業務を精度よく、迅速に、かつコストパフォーマンスを満足させるのは当然として、医療安全や職場の安全、職員や患者の満足度向上をめざして活動してきた。組織の根幹をなすのは人であるとの信念から、今年度は特に人材育成に力を入れて活動してきた。

この 1 年間の活動報告を以下、「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」で詳述する。

（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）

2024 年度のいわゆる検体検査の総検査件数は、入院 424,209 件、外来 1,106,744 件、健診 162,856 件であった。総件数の年次推移をみると 2024 年度は 1,693,809 であり、直近 5 年間の中で最も高かった 2023 年度の 1,627,360 件よりも、さらに増加している。

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のが望ましい。その視点で入院・外来別に年次推移を追うと、2022 年度から 2023 年度にかけて入院と外来の比率が改善された一方で、2024 年度は再び入院比率が上昇に転じた。この傾向が今後も継続するのか、推移を見守りたい。

② 輸血関連検査 (資料 2-2)

2024 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、年を追うごとに低下している傾向にある。献血という善意の輸を無駄なく患者に繋げるよう、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は入院でやや持ち直しているものの、外来は減少し続けている。2024 年度はピーク時(2018 年度)の 3 分の 1 以下の件数にとどまっている。健診件数はサービス向上を目的に院内でも検査しており、稼働件数の増加に貢献した。2024 年度は 5,199 件であった。また年度途中から新規導入した重心動揺検査は 1,275 件であった。

④ 病理・細胞診検査 (資料 4)

直近 3 年間、稼働件数に大きな変動は見られない。2024 年度の解剖数は 6 件であった。

⑤ 細菌検査 (資料 5)

2023 年 5 月の第 5 類感染症に移行した新型コロナウイルスによる感染症は、感染者全体の減少傾向を反映するように新型コロナウイルス関連の検査件数も減少した。特に抗原検査は入院・外来ともに件数を減らす一方で、感度の高い PCR 検査は増加した。陽性者の検出に重点がおかれたようだ。入院・外来合わせて抗原検査が 5,356 件(2023 年度 7,477 件)、PCR 検査が 3,839 件(2023 年度 3,276 件)であった。

検査件数の変動が激しい新型コロナウイルス検出を除くと、特に入院の検体数の増加が著しく、2016 年度と比較すると 2024 年度は 2 倍以上増加している。血液培養をはじめとする一般細菌検査の増加を反映したものと捉えている。

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 1,500 万円増加した。新型コロナウイルスの関連試薬購入費が約 160 万円増加したが、そのみでは全体の費用増加は説明できない。昨今の物価上昇が主な要因と推測する。

外注検査の費用については、高額の遺伝子関連検査が前年と比較して 170 万円減少したものの、全体では 104 万円の増加となった。ここにも物価高騰の影響が表れているのかもしれない。

そんな中、装置のリース代は年間で 約 950 万円縮減された。これは契約後 5 年を経過したことによる減価償却費の減額によるものである。経費削減に大きく貢献したが、一方で装置の老朽化が進んでいる事実の裏返しでもある。特に検体検査に供する装置は高額であるが、最新装置は高度な自動化により人件費の削減が期待できる。双方のバランスを考慮しながら、次期更新に向けて準備を進める時期に差し掛かっている。

3) 返戻・減点对策 (資料7) 査

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件あり、点数にして552,600点に上る。昨年度と比較しても13,600点増加している。そのうちPCT、HbA1c、フェリチン、Dダイマー、BNP、亜鉛、FT4、CEA、CA19-9、FDP、TSHの項目で点数ベースにして約半数を占め、280,000点に及ぶ。毎月この傾向に大きな変化はない。原因を調査すると、項目によっては特定の医師に査定が集中している例も認められるものの、多くは数件単位で広く査定されていることがわかった。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関連委員会等へ情報を発信していきたい。

(2) プロセスの視点

1) 検査項目の新規導入・変更について

- ① 2024年4月2日から抗酸菌検査の集菌蛍光法を導入、検体のPCR検査を院内化した。
- ② 自動血球計算装置・凝固装置更新による追加項目（IPF：幼若血小板比率）
- ③ 血液ガス分析装置更新による新規項目の追加（乳酸・イオン化カルシウム・電解質）
- ④ 肝硬度測定を導入

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：98.9点、B評価（6項目）、C評価およびD評価はなし
昨年度の総合点（98.6点）から成績が向上した。

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：72項目がA評価、B評価は2項目（CRP）

③ 日本臨床衛生検査技師会 精度管理調査

250項目中A評価248項目、B評価1項目（便潜血）、D評価1項目（薬剤感受性試験）

3) ホルマリン管理の一元化

劇物に指定されているホルマリンに対して、病理検査室が一元管理する体制を構築した。毒物劇物取扱者の資格を取得し、対応している。

(3) 顧客の視点

患者待ち時間短縮に向けた活動

ここ数年、継続して採血の待ち時間短縮に取り組んできた。その結果、98%以上の患者が15分以内に採血している状況を維持している。これまでの取り組みで得たノウハウを活かして健診センターにおける待ち時間短縮にも応用した。具体的には健診センターで実施する超音波検査を検査科で実施することでサービス向上に努めた。その結果、待ち時間の短縮と稼働件数増に貢献できた。

(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） 8回開催

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

② マネジメント勉強会（渡邊） 6回開催

（4月8日、6月10日、7月13日、8月19日、10月21日、1月21日）

③ RCPC（輪番） 15回開催

（4月2日、4月9日、4月16日、4月23日、4月30日、5月7日、5月14日、5月21日、6月4日、6月11日、6月18日、7月2日、7月9日、7月16日、7月30日）

④ 乳腺エコーの実技研修 8回開催

（4月5日、4月22日、5月13日、5月17日、5月24日、6月14日、6月28日、7月17日）

⑤ 生理検査室内症例検討会（院内） 16回開催

（12月11日、12月12日、12月13日、12月25日、12月28日、1月20日、1月22日、1月24日、1月27日、1月30日、2月5日、2月7日、2月10日、2月27日、3月11日、3月14日）

⑥ 外科医との乳腺カンファレンス 35回開催

（5月22日、5月27日、5月29日、6月6日、6月12日、6月19日、6月26日、7月3日、7月10日、7月17日、7月24日、7月31日、8月7日、8月14日、8月28日、9月4日、9月18日、9月25日、10月2日、10月9日、10月16日、10月23日、10月30日、11月13日、11月20日、11月27日、12月4日、12月11日、12月18日、1月15日、1月29日、2月19日、3月12日、3月19日、3月26日）

⑦ 血管エコー勉強会 8回開催

（8月5日、8月14日、8月19日、8月26日、9月9日、9月30日、10月21日、11月11日）

⑧ 胎児エコー勉強会 2回開催

(10月25日、1月27日)

⑨ マルク・カンファレンス(國弘) 14回開催

(4月30日、5月8日、6月3日、6月13日、8月7日、8月20日、9月20日、
10月4日、2月7日、2月17日、2月19日、2月26日、3月7日、3月21日)

⑩ 基礎統計学(渡邊) 17回開催

(8月27日、9月3日、9月10日、9月17日、9月24日、10月1日、10月8日、
10月15日、10月29日、11月5日、11月12日、12月3日、12月17日、12月24日、
1月7日、1月14日、3月25日)

2) 学会発表

双和宏樹 2024年5月11日、第73回 日本医学検査学会 金沢

「乳腺腺様嚢胞癌の一例」

安田美優 2024年11月10日、日本超音波検査学会 第40回 地方会学術集会 大阪

「急速な経時的変化を呈した広汎な内部液を伴った転移性肝癌の一例」

上野宏徳 2025年2月15日、第77回 済生会学会 松山

「CAPD 排液より *Mycobacterium fortuitum* complex が検出された一例」

井門浩美 2025年2月22日、日本胎児心臓病学会第31回学術集会 福山

「総肺静脈還流異常をスクリーニングで落とさないための取り組み」

3) 認定資格合格者

錦 昌吾 超音波検査士 循環器領域

安田美優 超音波検査士 循環器領域

横田はるひ 超音波検査士 循環器領域

田村ひろみ 毒物劇物取扱者

4) 各種の研修記録等 (資料8)

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) 他施設の見学

今後の活動の参考のため、ISO 15189 認定施設を見学した（6月25日）。

見学先：岡山済生会総合病院、国立病院機構 岡山医療センター

（5）機器・備品の整備 （資料9）

今年度に整備された機器・備品を資料9に示す。

今後の取り組み

信頼される検査科でありたい。そのためには常時、適切に検査を遂行する能力が求められる。具体的には装置の精度管理や試薬・消耗品等の管理はもとより、検査に携わる職員の力量、不適合な事案が発生した際の是正処理等、組織全体がPDCAサイクルに則って積極的かつ継続的に業務を改善していく姿勢が不可欠である。ISO 15189の本質ともいえる品質マネジメントのプロセスを通じて、①医師・患者・他機関からの信頼性向上、②リスク管理体制の確立と医療安全のさらなる強化、③第三者評価による検査科運営の客観的改善、④人材育成、⑤将来的な医療連携・地域中核病院としての競争力強化（ブランディング）を図っていきたい。これらを達成する手段として、ISO 15189の認定をめざしたい。

以上

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 、 渡邊 明 、 野々村 剛
スタッフ数	理学療法士 24 名、作業療法士 8 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 33,660 名、（外来）延 5,889 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 3 名、作業療法士 2 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。昨年度から立ち上げた訪問リハビリテーション事業では人員を 1.5 名に増員し、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。引き続き入所サービスにおいて、理学療法士 1 名を出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・サービスの提供を行った。

○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
- ・日本心臓リハビリテーション学会主催日本心臓リハビリテーション学術集会

- ・日本リハビリテーション医学会主催日本リハビリテーション医学会学術集会

○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、関西福祉科学大学
- ・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	竹綱真史

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

○放射線技師認定資格者

- ・ X線CT専門認定技師
- ・ 大腸CT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CT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TV装置 2 台、血管撮影装置 1 台
- ・ CT装置 2 台（64 列 2 管球 CT）（64 列 CT）、MRI 装置 1 台（1.5 テスラ）
- ・ 骨密度測定装置（全身用）1 台、ポータブルX線装置 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TV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、人間関係を大切にしてチーム医療に貢献する。
- ④ 安全管理・リスクマネジメント意識を常に持ち医療事故防止に努める。
- ⑤ 患者さんや職員に対し丁寧な接遇を実践する。
- ⑥ 科内で与えられた立場を理解し、風通しの良い明るい職場づくりを実践する。

○2024 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 63 回 日本消化器がん検診学会総会
- ・ 第 9 回 胃がん検診専門技師研修会
- ・ 第 24、25 回 南大阪 CT 技術研究会
- ・ 第 5 回 大腸 CT 検査教育研修会
- ・ 第 17 回 臨床学術講演会「当直で役立つ画像診断～循環器救急疾患～」

研究・研修活動

- ・ 研究会発表
 - 第 24 回 南大阪 CT 研究会
「人工関節用手術支援ロボット導入における下肢長尺撮影について」（坂元駿介）
 - 第 25 回 南大阪 CT 研究会
「大腸がんの手術支援画像」（村田智子）
- ・ 学会発表
 - 第 77 回 済生会学会にて
「当院健診センターにおける多職種チームで行った
胃 X 線検査のバリウム誤嚥対策」（前田苗実）

放射線科施設見学受け入れ

- ・ 医療法人豊繁会 近藤病院（MRI 装置や撮像法の見学）

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 46 日間

2024 年度の放射線科指針と目標

2024 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。

2024 度放射線科指針

～タスクシフト・シェアの推進～

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った結果、検査が円滑に回り医療従事者と患者の双方にメリットがありました。

また 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は積極的に取り組んでいきましょう。

2024 年度放射線科の 5 つの目標

- ① 放射線技師による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
➡ 冠動脈 CT、大腸 CT、DWIBS、胃透視などの画像を評価検討し、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
➡ 開業医訪問などを行い 2023 年度実績 8.98% の紹介率を上昇させる
- 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

目標の達成

- ① 抜針業務は可能な限り行えたが静脈穿刺を行うには至らなかった。
- ② CT 画像処理およびカテ室対応が行える人材育成が出来た。
- ③ 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。
- ④ 2024 年度の紹介率は 9.3% と前年度 (8.9%) より増加し目標を達成できた。
- ⑤ 2024 年度は今まで学会等で発表経験のないスタッフにて発表してもらった事で自己研鑽に繋がった。

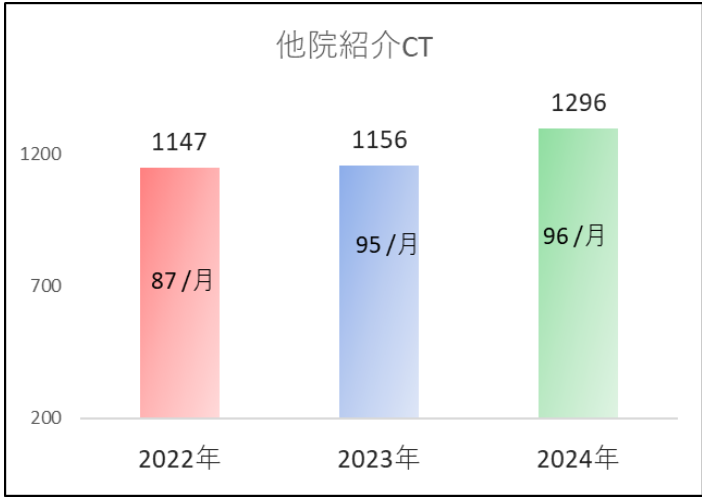
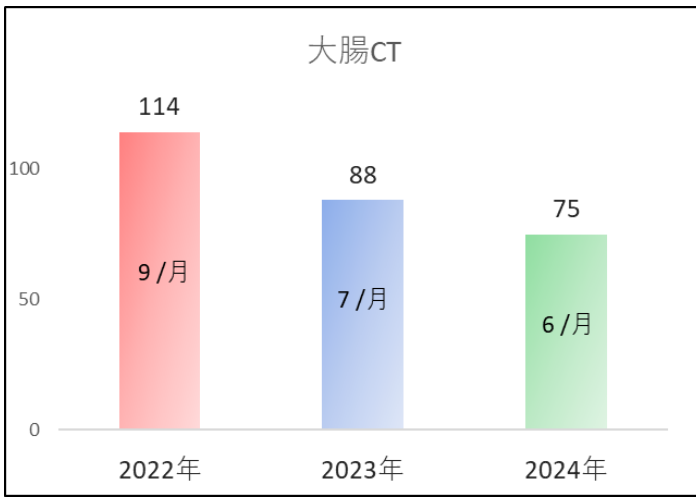
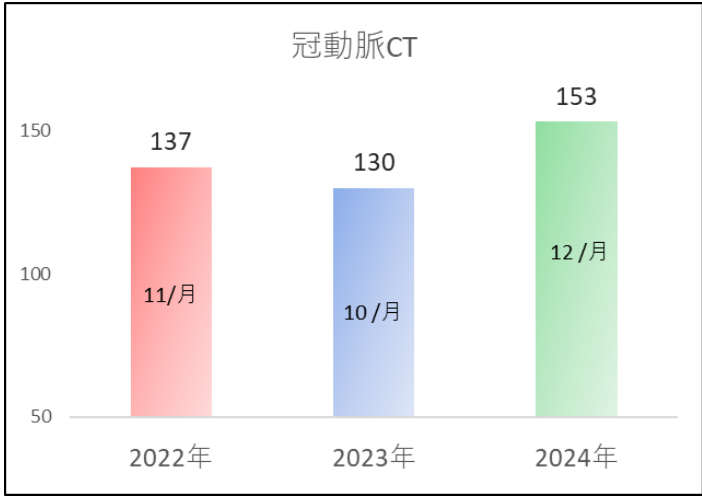
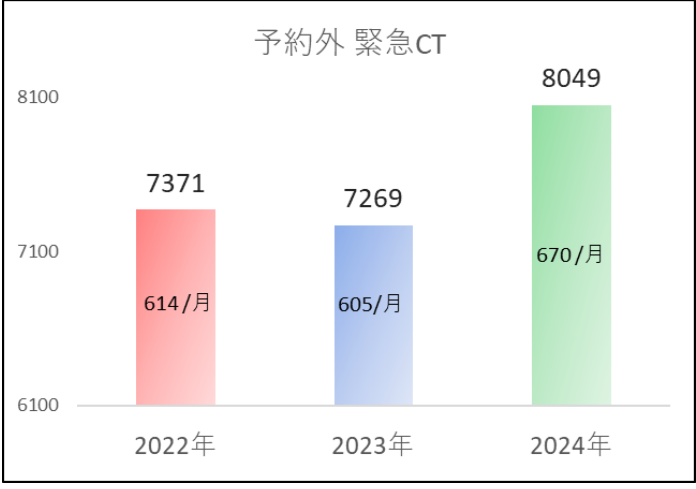
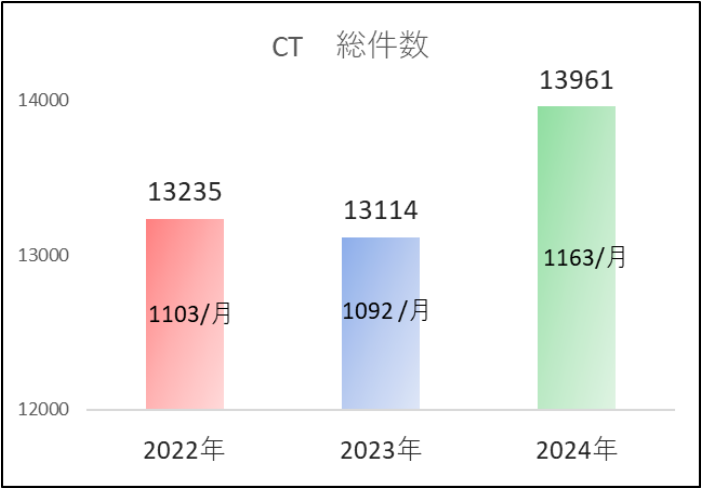
業務の効率化

2024 年度は CT 撮影後の画像処理業務発生時の人員配置を見直す事で効率化を図り画像処理業務による 1 年間の総残業時間が 2023 年度の 55 時間 20 分から 28 時間 45 分まで減らす事が出来た。

また有給取得率においても 2023 年度の 56% から 63% へ上昇する事が出来た。

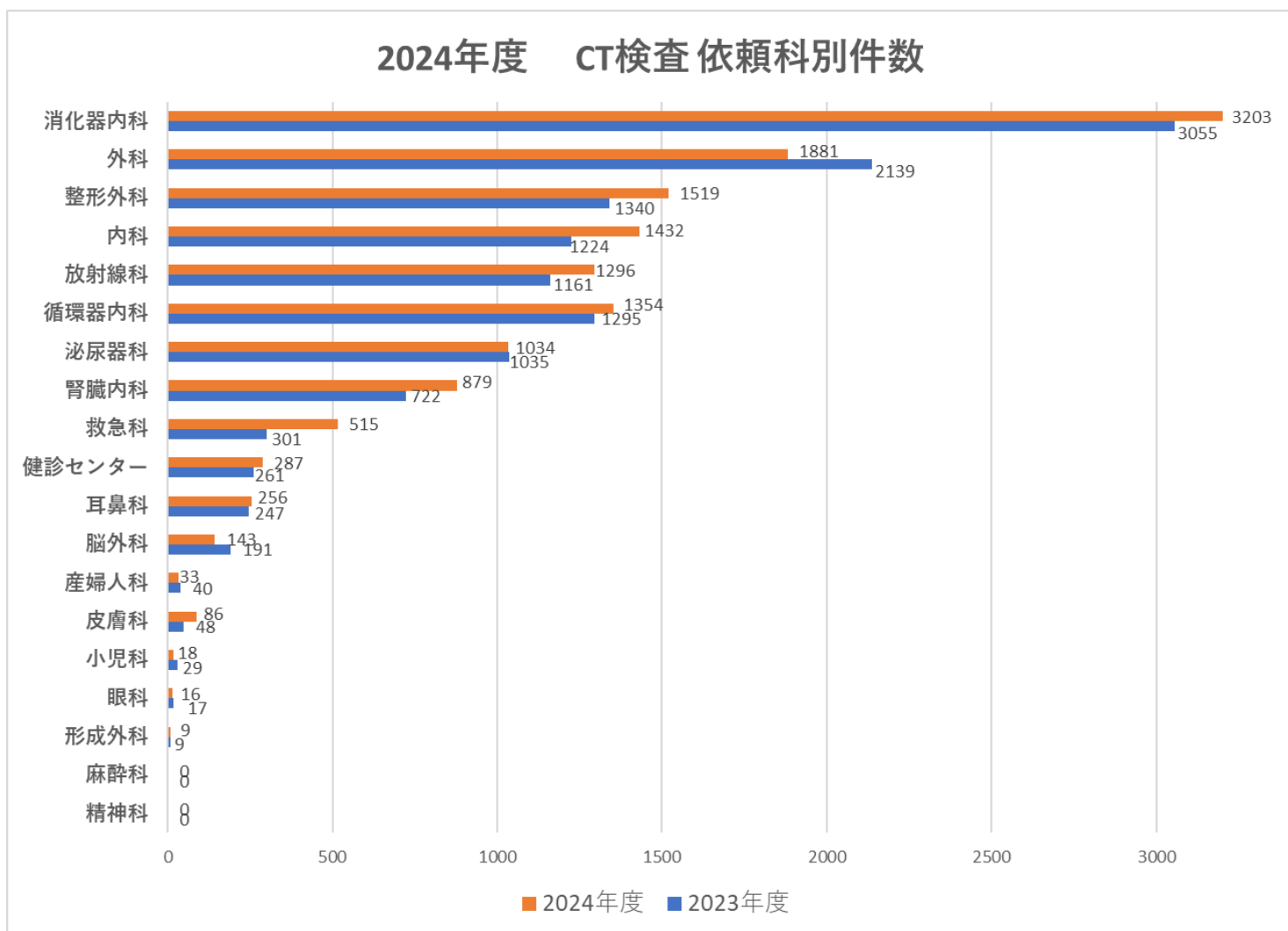
2024 年度 放射線科 検査件数

・ CT 検査件数

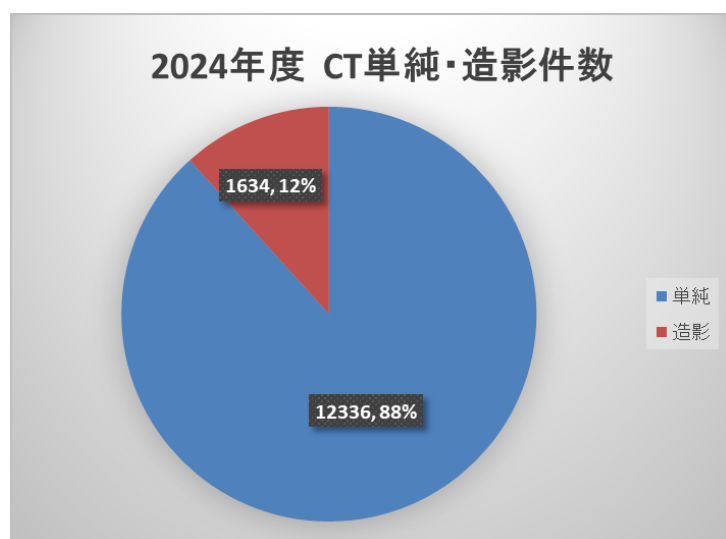


他院紹介CT 紹介率		
2022年	2023年	2024年
8.8%	8.9%	9.3%

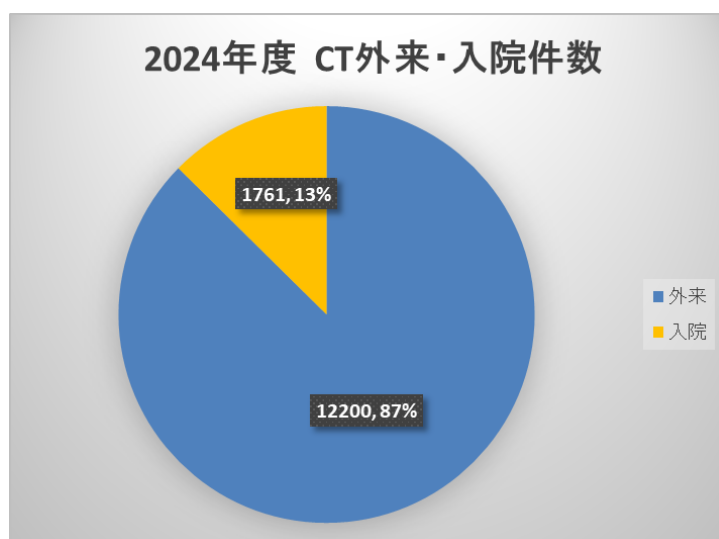
・CT 依頼科別集計



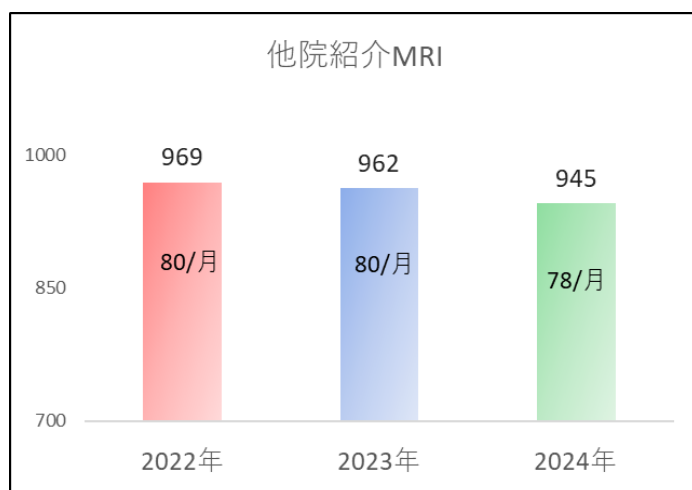
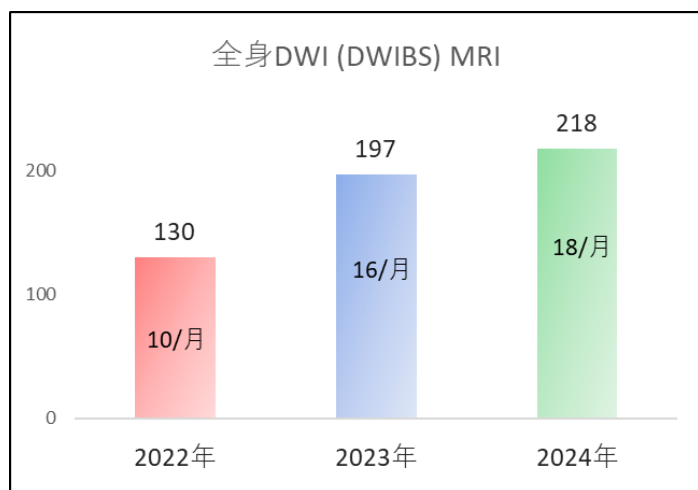
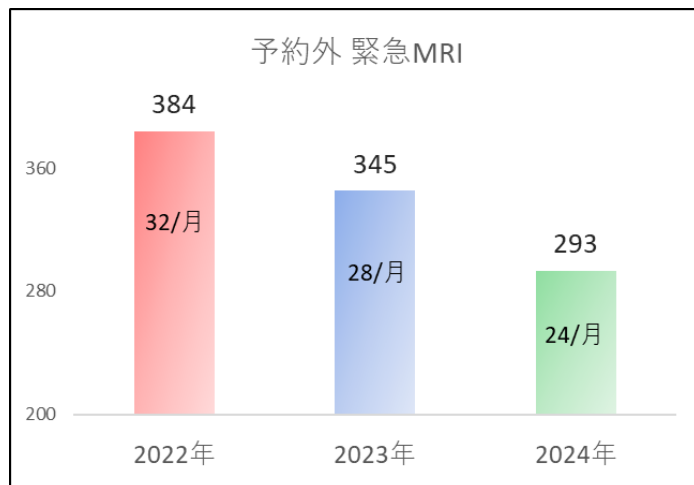
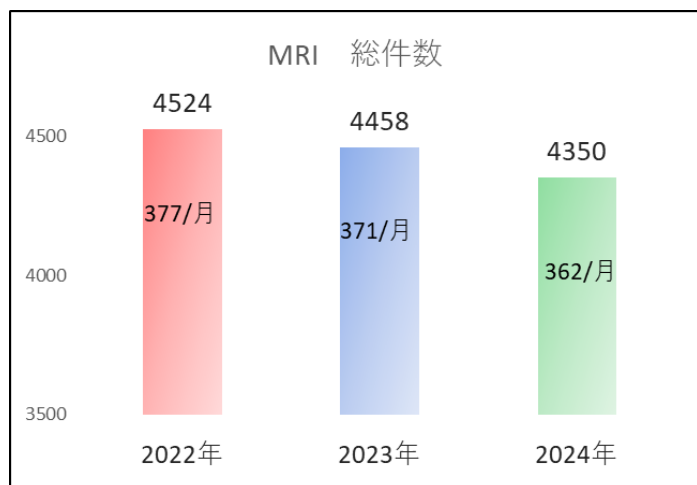
・CT 検査 単純・造影件数比率



・CT 検査 外来・入院件数比率

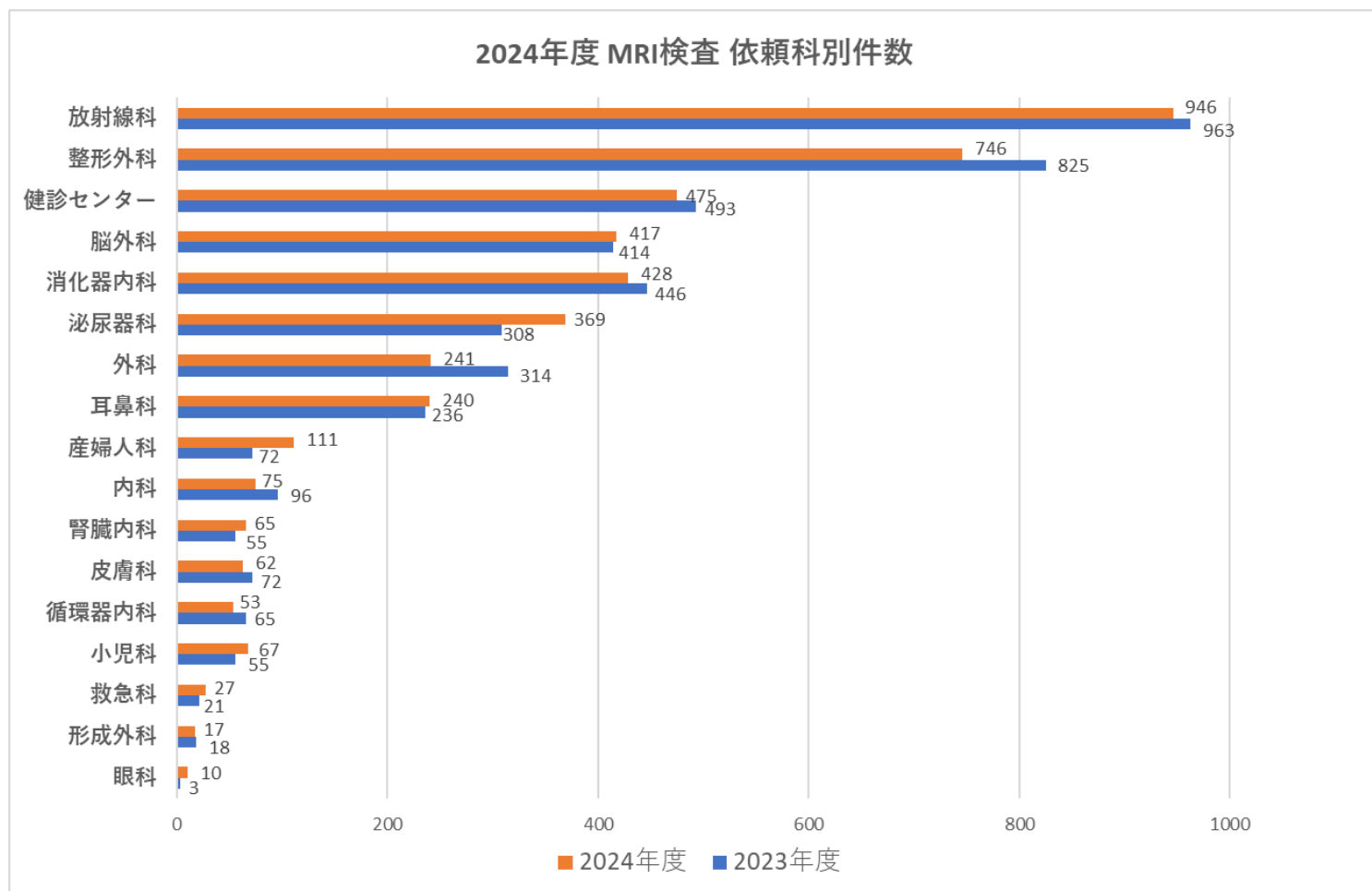


・MRI 検査件数

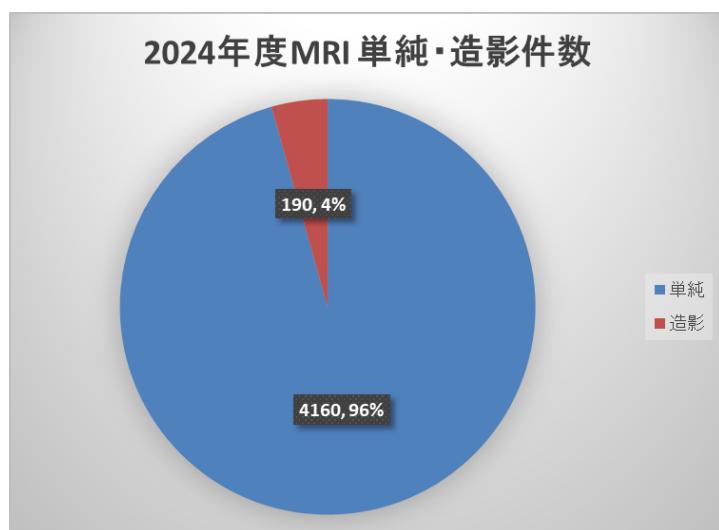


他院紹介MRI 紹介率		
2022年	2023年	2024年
24.0%	24.2%	21.7%

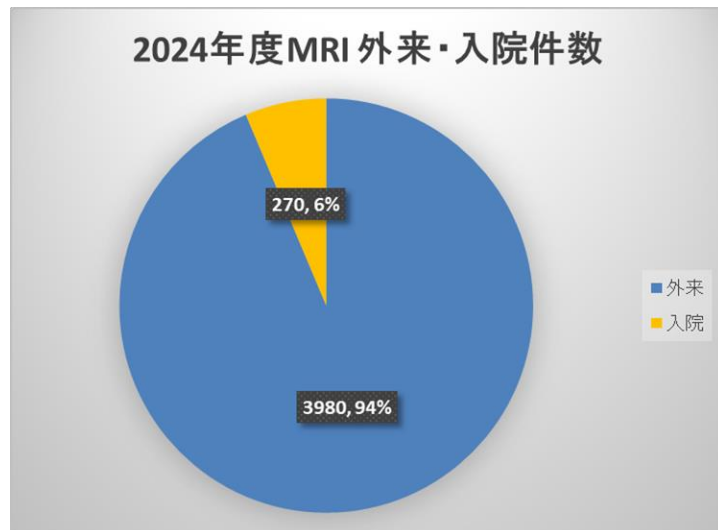
・MRI 依頼科別集



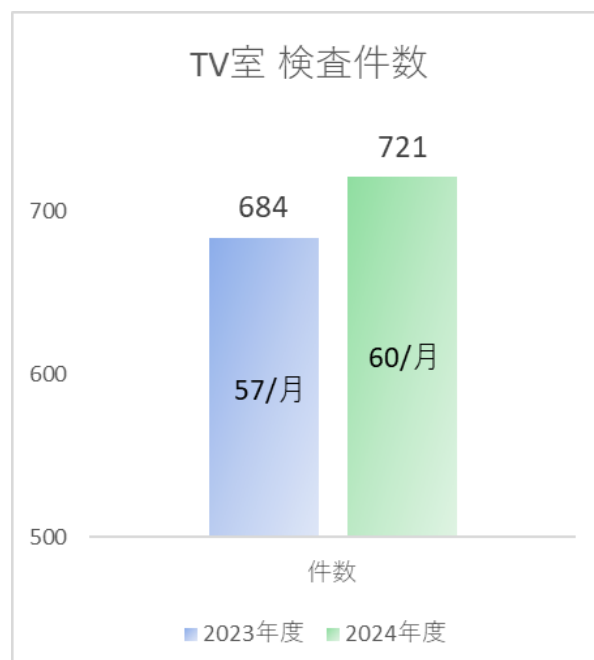
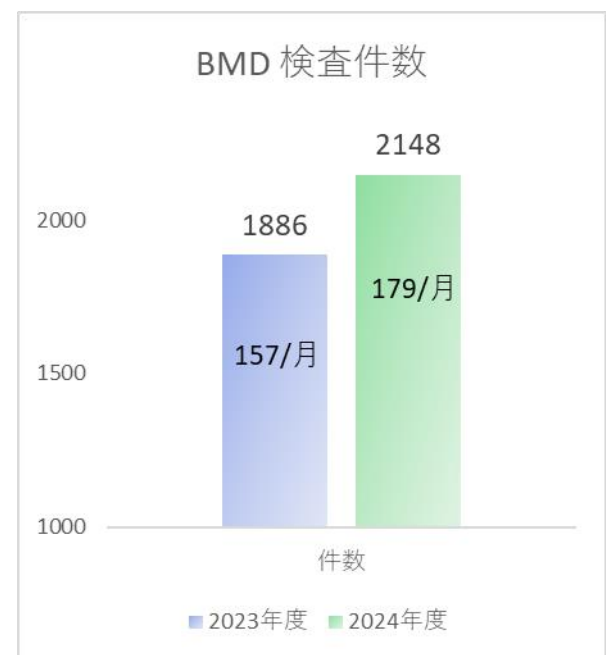
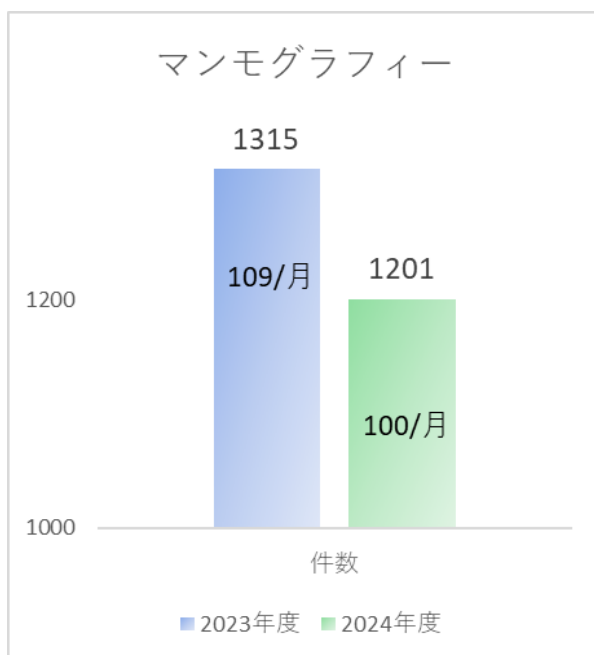
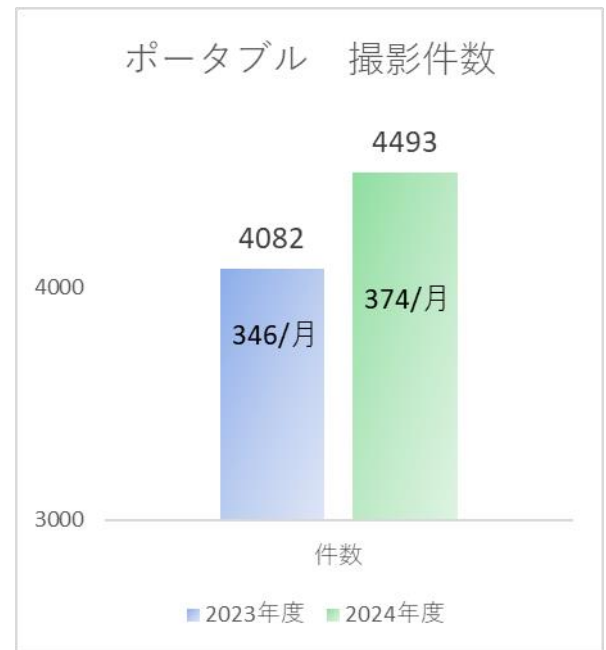
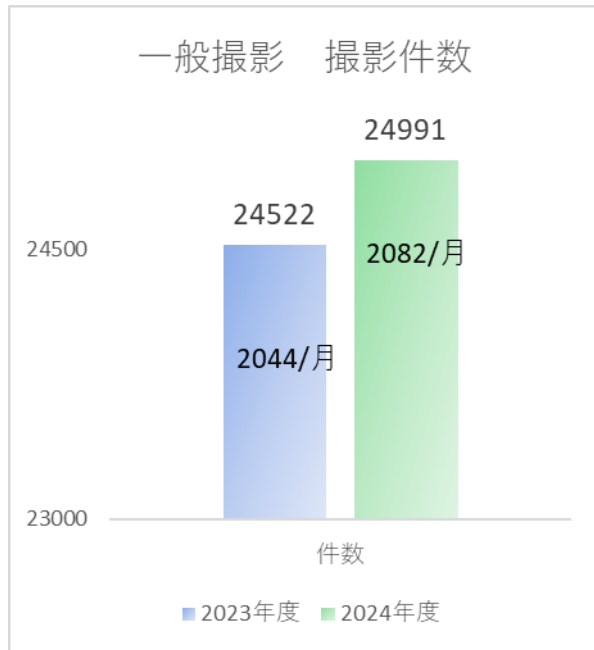
・MRI 検査 単純・造影件数比率



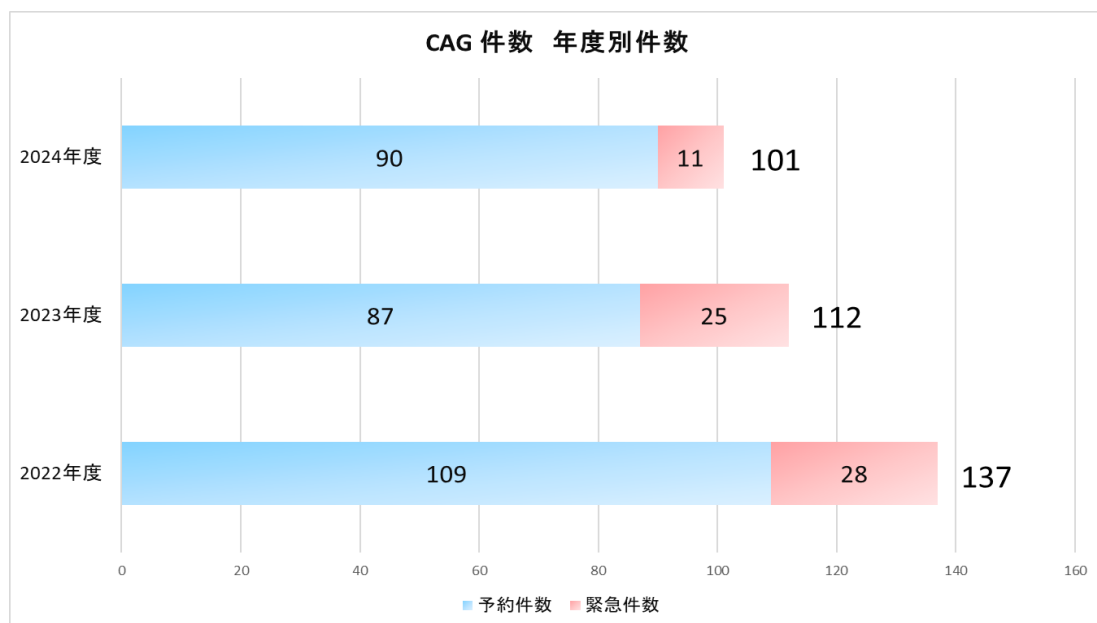
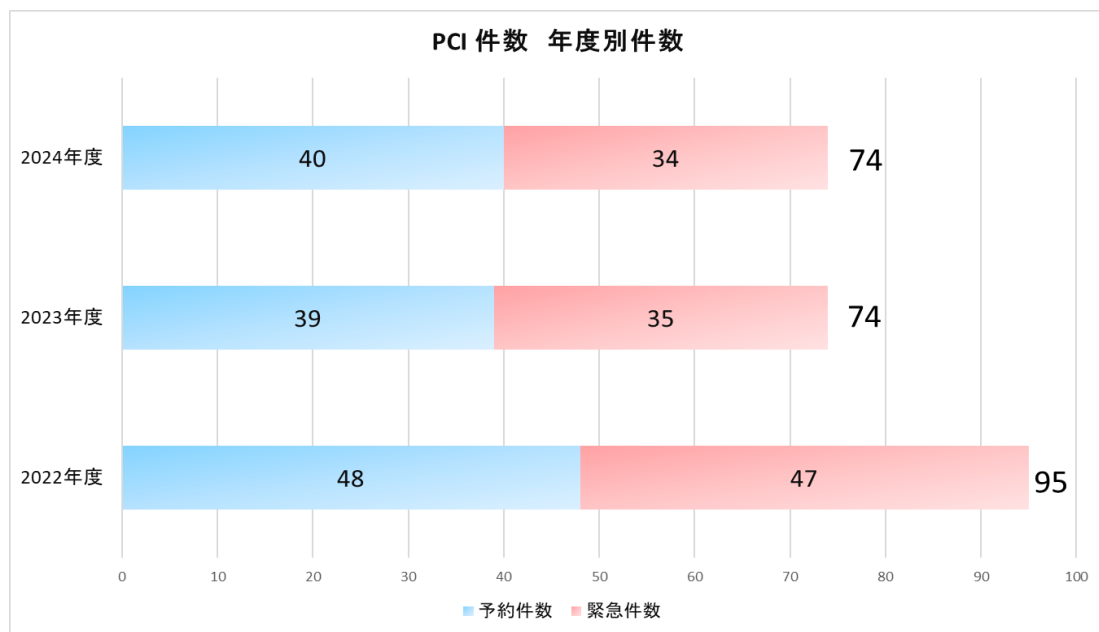
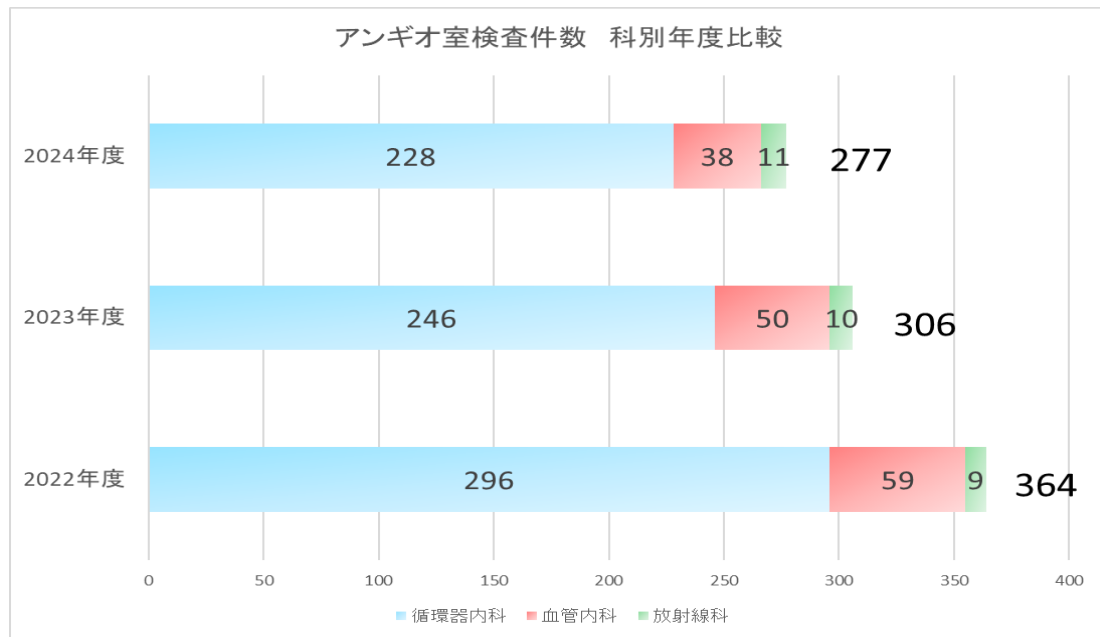
・MRI 検査 外来・入院件数比率



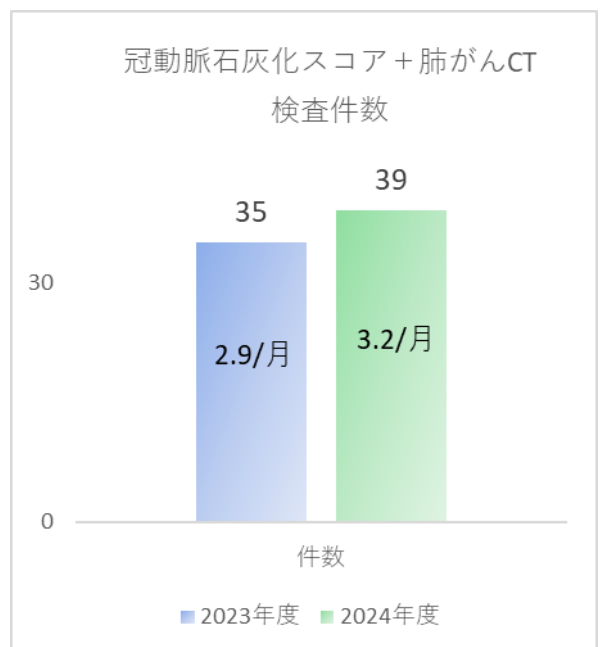
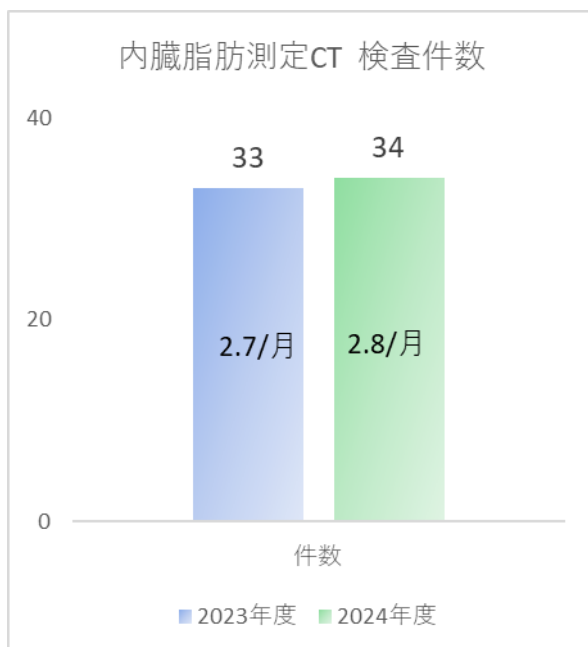
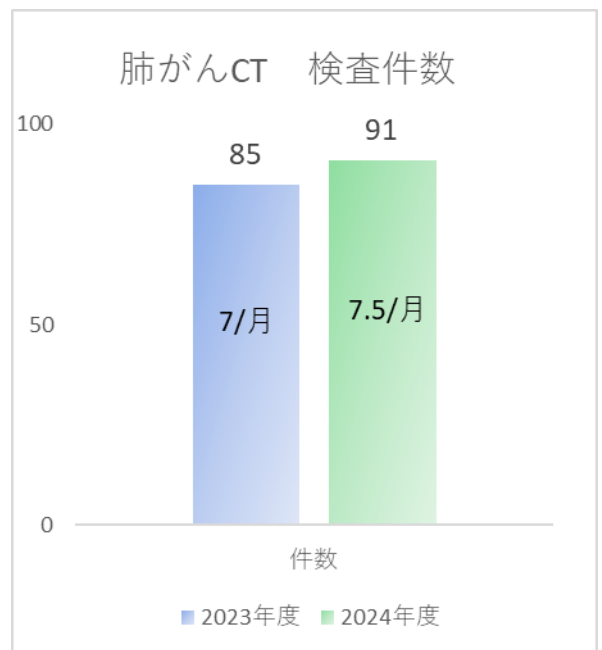
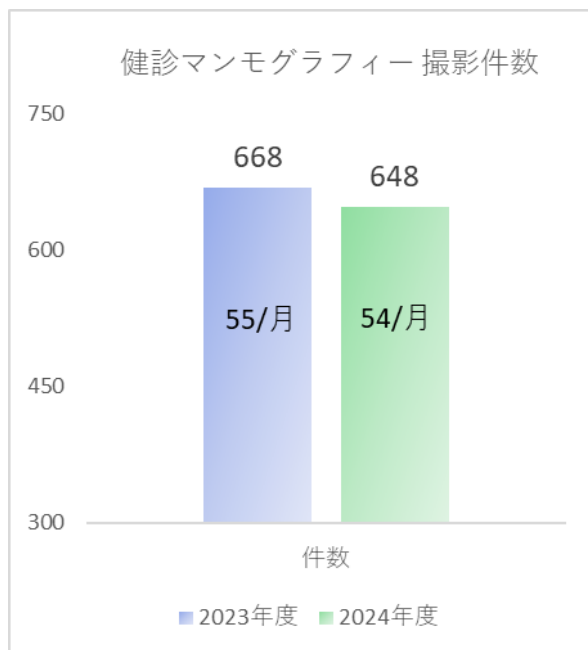
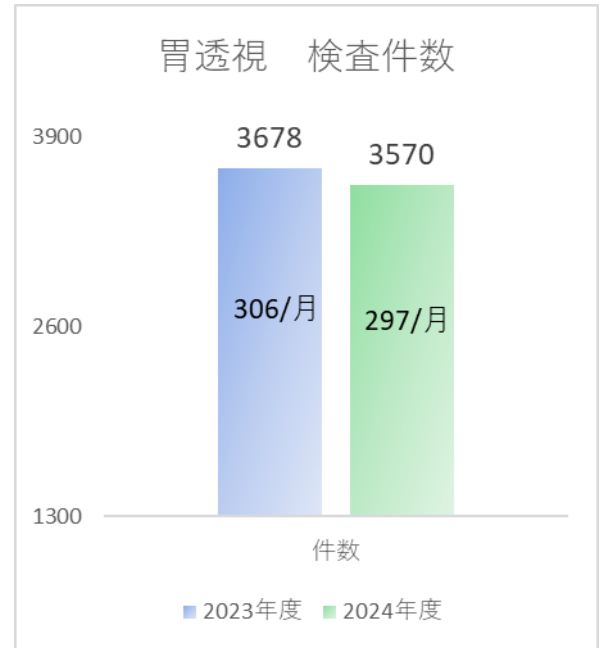
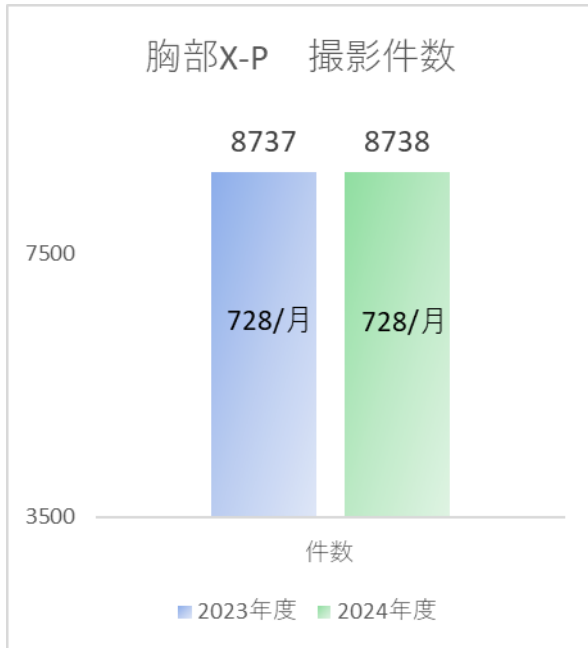
・その他検査件数

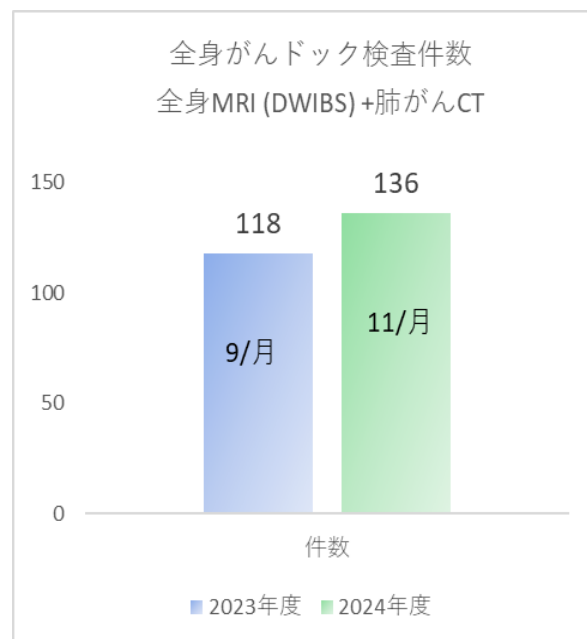
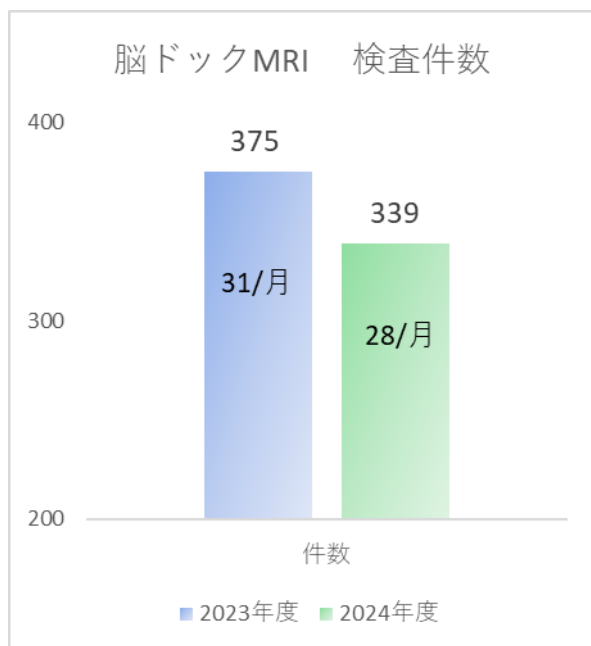


・アンギオ室検査件数



・健診センター業務実績





○ 2025 年度の取り組み

2025 年度放射線科は「スタッフの育成」を指針にあげ業務に取り組む事にしました。

MRI 撮影やカテ室業務、また特殊な CT 撮影が出来るスタッフを育成する事で個人のモチベーションアップにつなげ、組織の活性化および業務の効率化が図れたらと考えています。

またタスクシフト・シェアについては、現在実現できていない項目についても研修会への参加や施設見学などを行い、実現に向け準備を継続して行ければと思います。

IV－5.医療機器管理室

1. 部署概要

○スタッフ

スタッフ数	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なく提供するとともに、適切な資産管理に努め、質の高い医療機器管理体制の構築を推進する。

○基本方針

- ・患者に安全かつ高精度な医療機器を常時提供する。
- ・常に知識と技術の研鑽に努める。
- ・医療機器の構造、機能を熟知し安全な操作を行う。
- ・幅広い知識と技術を備えた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実施する。

○業務体制

8 分野の専門業務に対してローテーションで人員配置する。機器トラブル時の対応や緊急症例に対しては、24 時間 365 日のオンコール体制を確立している。また、補助循環装置や体外循環装置を用いる症例には、随時夜勤体制で対応する。

1) 医療機器管理業務

生命維持管理装置を中心に、医療機器や医療材料を中央管理し、使用前・使用中・使用後点検などを行う。積極的な院内修理を行い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を実施。

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腹腔鏡カメラ操作を行う。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も積極的に行う。

3) 人工呼吸療法業務

人工呼吸器の操作・管理を通じて、患者の苦痛軽減及び挿管期間の短縮に寄与する。呼吸ケアチームにも積極的に参加する。

4) 循環器_虚血業務

心臓カテーテル検査・治療、シャント PTA などに使用される医療材料の管理および、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による清潔介助業務も実施。

5) 循環器_不整脈業務

ペースメーカー植込み時や外来等で動作中点検を実施。また、ペースメーカー植込み患者の遠隔モニタリング診療をサポートする。

6) 内視鏡業務

内視鏡装置・内視鏡システムの保守点検、医療材料の管理を行う。また、膵胆管造影等の治療時における医師の介助業務も行う。

7) 血液浄化業務

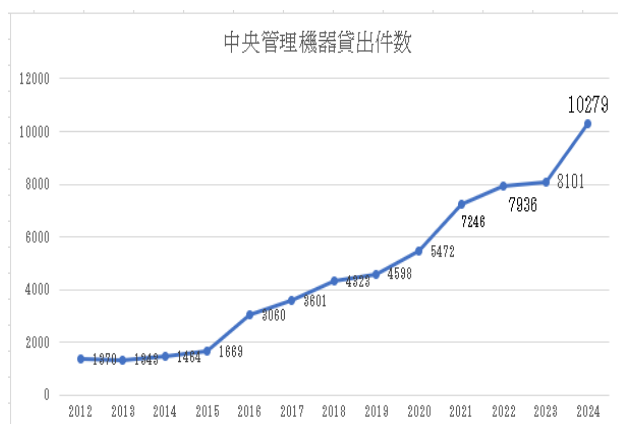
導入・維持期の透析を行う。透析装置の保守点検にも積極的に取り組む。また、超音波診断装置を用いての血管管理も行う。重症患者に対して、特殊血液浄化（血漿交換・血液吸着療法等）や病棟での透析を行う。

8) 教育支援業務

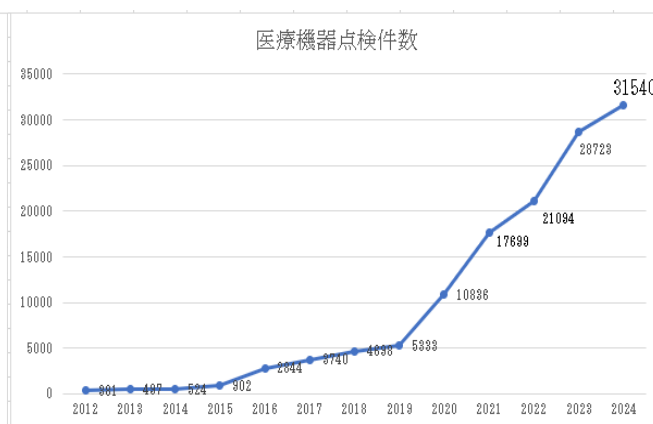
看護師や研修医を対象に、少人数実習方式による機器取り扱い講習会を開催する。動画マニュアルの開発にも積極的に取り組む。また、その他の医療従事者を対象とした BLS などの講習会も行う。

2. 活動実績

○医療機器貸出件数

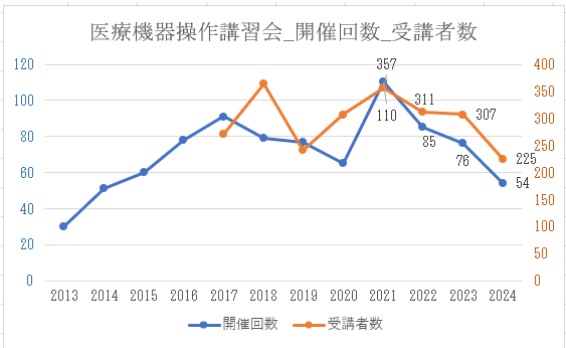


○医療機器点検件数



○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



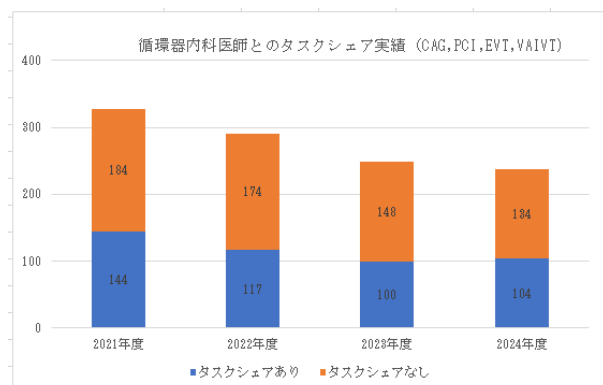
研修名（2024年度）	開催回数	受講者数
人工呼吸器エビタ操作説明会	7	12
人工呼吸器_V60_基本操作編	5	10
AIRVO2操作説明	6	16
人工呼吸器操作講習会_臨床研修医	1	5
麻酔器操作講習会_臨床研修医	1	5
内視鏡装置の取り扱い方	1	9
電気手術器(VI03)の基本操作	1	10
腹腔鏡下装置STORZ操作説明	1	9
シリンジポンプ_基本操作編	5	12
輸液ポンプ_基本操作編	5	12
結石破砕装置の操作および保守管理	1	6
PSG装置の操作と管理	6	48
おぼえよう！きれいな心電図波形を出すテクニック	5	13
経皮体外ペーシングについて	1	8
内視鏡洗浄装置の取り扱い	1	1
腹腔鏡下装置OLYMPUS操作説明	1	9
レーザー手術装置_レザウイン操作説明会	2	18
在宅酸素デバイスの取り扱い	1	9
BLS院内研修	3	13
計	54	225

○定期的な医療機器新聞の発行

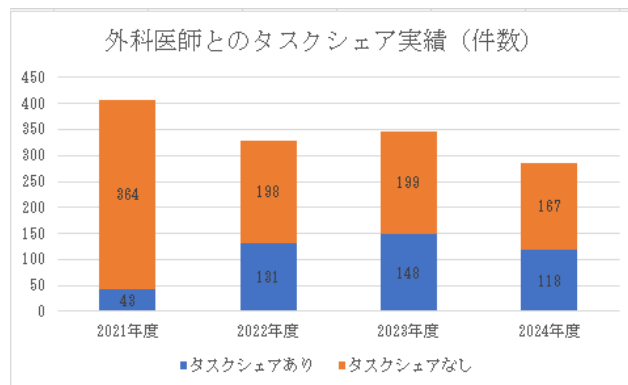
	テーマ	担当者
4月	電波を利用する際に生じるトラブル事例	大谷
5月	ペースメーカー植込患者が入院されたときの対応	山門
6月	タニケット（止血器）について	福本
7月	透析用シャント血管の止血について	林
8月	呼吸器_ハイフローネーザルカニューラについての紹介	中尾
9月	内視鏡治療について	宮城
10月	CART 腹水濾過濃縮再静注法について	上崎
11月	前額部用SP02プローブ（マックスファスト）の使用方法	原
12月	動脈圧ラインについて	原
1月	人工呼吸器_V60のSIモード紹介	立野
2月	日本透析医学会の統計結果と当院との比較	永本
3月	ペースメーカー植込患者が入院した場合の対応について	岡田
号外	医療機器在庫状況閲覧方法についての紹介	大谷
号外	低圧吸引器_サーボドレインコンパクトの紹介	松原

○医師とのタスクシェア実施件数

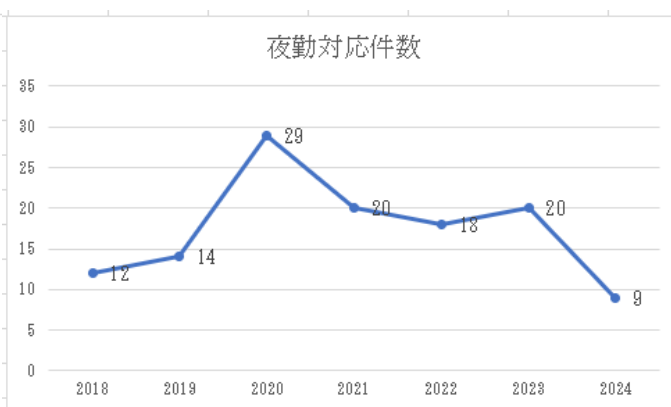
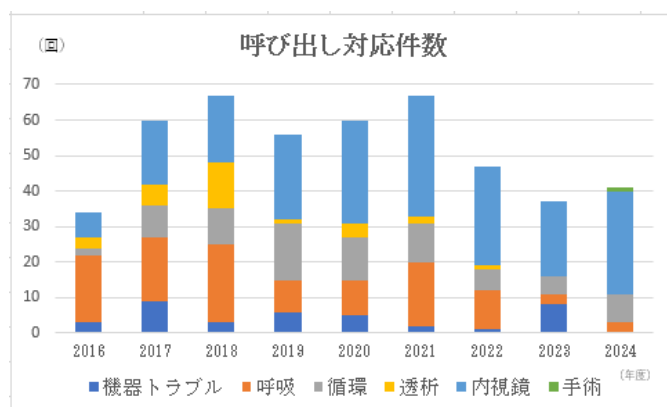
心臓カテーテル検査/治療補助



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夜勤対応回数



○研修・研究活動

第 22 回日本ヘルニア学会学術集会

発表：上崎真一 テーマ：「臨床工学技士が担うスコープオペレーター業務」

第 35 回日本臨床工学技士学会

パネルディスカッション「何ができる？呼吸療法における臨床工学技士業務」

発表：山門俊紀 テーマ：「当院における呼吸療法業務の取り組み」

第 35 回日本臨床工学技士学会

人工呼吸器ハンズオンセミナー「実践、呼吸療法！！～臨床業務を基礎から学ぼう～」

トレーナー講師：恩地隆

第 77 回済生会学会

発表：原雄太郎 「セントラルモニタ警報管理チーム奮闘記～無駄なり減少への道」

○臨床実習受け入れ

森ノ宮医療大学 保険医療学部 臨床工学科	2名	6月3日	～	6月21日
藍野大学 医療保険学部 臨床工学科	1名	8月5日	～	8月27日
大阪医専 高度臨床工学学科	2名	2月13日	～	3月1日

○取得資格

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	2名
アフレス学会認定技士	2名
呼吸療法認定士	7名
透析技術認定士	8名
消化器内視鏡技師	2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

→チャレンジ精神を持って、新たに楽しさを見いだせる業務を見つける。

→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

→未使用機能の再評価

・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
- ・医師とのタスクシフト/タスクシェア対応強化
 - 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． 栄養管理科

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

○スタッフ

栄養管理科課長補佐 管理栄養士：1名（NST専門療法士、地域糖尿病療養指導士）

スタッフ数 管理栄養士：2名

労務員 6名

○院外調理システム 第一食品株式会社より食事搬入

○院内給食業務

食事変更業務 個別対応食作成 お祝い膳、お産朝食・昼食作成 配茶

○基本理念

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

○基本方針

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

○業務内容

<栄養管理業務>

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

（NST・RST・褥瘡・緩和ケア・心臓リハビリ・摂食嚥下・術前術後管理・摂食嚥下・DCT）

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

<周術期栄養管理サポート>

消化器外科で全身麻酔を行う患者に対し術前・術後に栄養評価を行い、個人に合わせた栄養管理を行っている。

<給食管理業務>

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

＜栄養食事指導業務＞

その人にとって、どのような食事が望ましいか、どのような食習慣が大切かということをサポートする業務である。

患者の病態改善、栄養状態が向上するように長期的にサポートを行う

○担当管理栄養士により実施

- ・各種疾患の栄養食事指導（糖尿病、腎臓病、肝臓病、高血圧、脂質異常症、肥満症等）
- ・心不全ポイント導入患者の栄養食事指導
- ・外科的疾患による術前・術後、化学療法栄養指導
- ・低栄養患者に対しての食事指導
- ・クローン病、潰瘍性大腸炎の食事指導
- ・憩室炎・イレウスに対する食事指導

○研修・研究活動

＜院内研修＞

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

○管理栄養士養成学校病院実習（2週間）の受け入れ

- ・今年度は受け入れなし

○実績報告（令和6年度）

下欄参照

外来栄養食事指導件数（個別・集団）・入院栄養食事指導件数（個別・集団）

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

実績報告（令和6年度）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
外来栄養食事指導件数(人) (個別)	52	67	53	56	80	62	60	51	56	65	45	44	691
外来栄養食事指導件数(人) (集団)													
入院栄養食事指導件数(人) (個別)	42	40	37	58	63	45	38	46	60	37	31	47	544
入院栄養食事指導件数(人) (集団)													
入院時食事療養費(Ⅰ) 延べ食数(食)	15902	16444	15717	16958	17483	15285	16275	14768	16212	17128	15067	17074	194313
特別食加算 延べ食数(食)	5367	5589	5592	5622	4915	3702	5487	3499	5266	5528	6001	6305	62873
＜特別食割合＞ (%)	33.8	34.0	35.6	33.2	28.1	24.2	33.7	23.7	32.5	32.3	39.8	36.9	29.8

令和 6 年度周術期栄養管理加算、実績報告

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
外科	15	22	18	22	24	17	24	19	19	19	15	19	233

○学会活動

学会発表なし

○今後の取り組み（予定）

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

IV-6. 健診センター

1. スタッフ

健診センター長：中本 進

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 6名、クラーク 1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 34名（前年度比較 -4名）
土曜日 午前 20名（前年度比較 -3名）
 - 水曜日・木曜日 午後 14名（前年度比較 +2名）特定健診・後期高齢健診のみ
 - 月・火・金曜日 午後 10名（前年度比較 +10名）
- ※ 第2・3・5土曜日休診

4. 健診実績

（単位：件数）

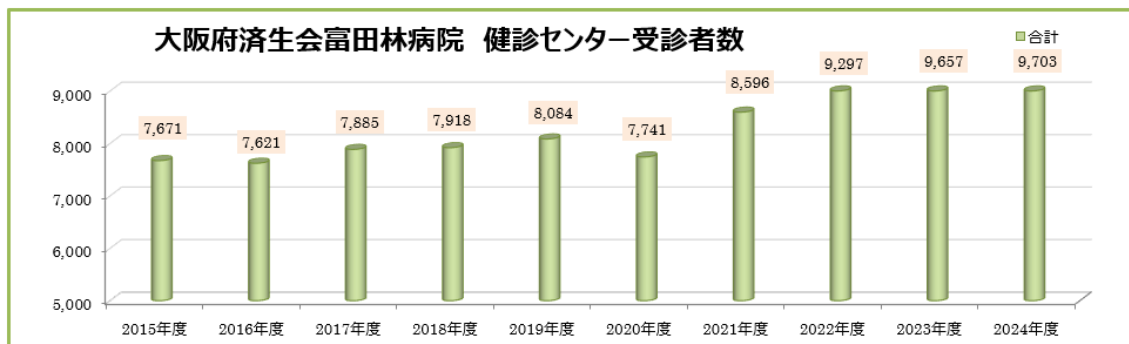
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
協会けんぽ生活習慣病予防健診	322	329	362	377	348	323	408	381	351	317	339	377	4,234
国民健康保険人間ドック	5	30	34	37	37	43	56	44	42	50	39	54	471
健診センター独自コース	49	38	59	38	21	54	32	42	29	40	29	37	468
その他ドック	6	7	15	24	21	37	23	27	30	29	35	26	280
脳ドック	1	1	4	1	5	2	4	1	2	2	2	1	26
公立学校共済健診	0	0	0	44	84	33	57	42	26	26	20	13	345
基本健診	94	81	92	68	79	49	85	88	78	82	73	99	968
その他	26	39	47	15	14	21	23	39	45	13	14	23	319
富田林市 セット健診・がん検診	46	198	189	193	176	169	232	198	209	187	192	199	2,188
特定健診・後期高齢健診	1	41	42	30	22	16	53	40	36	35	46	42	404
合計	550	764	844	827	807	747	973	902	848	781	789	871	9,703

※ 健診センター実稼働日数 264日 1日平均受診者数 36.8人

5. 年度比較（健診件数）

（単位：件数）

	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	2024年度
協会けんぽ生活習慣病予防健診	3,238	3,360	3,442	3,492	3,584	3,666	3,650	3,923	4,040	4,280	4,243
国民健康保険人間ドック	428	467	416	483	466	467	372	421	488	436	471
健診センター独自コース	276	297	314	276	304	313	304	347	398	431	468
その他 ドック	－	135	143	192	190	210	197	209	226	248	280
脳ドック	46	42	31	30	24	27	27	36	31	24	26
公立学校共済健診	375	312	295	289	284	271	271	295	326	330	345
基本健診	913	933	927	937	879	847	897	897	1,002	1,028	968
その他	216	114	127	127	130	119	97	194	232	280	319
富田林市 セット健診・がん検診	943	1,231	1,223	1,411	1,437	1,589	1,526	1,867	2,144	2,229	2,188
特定健診・後期高齢健診	775	780	703	648	620	575	400	407	410	371	404
合計	7,210	7,671	7,621	7,885	7,918	8,084	7,741	8,596	9,297	9,657	9,703



6. 【人間ドック】要精検（D判定）フォローアップ件数

（2025.7.10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 当院受診数 （人）※1	精検 当院受診率 （％）※1	陽性数 （人）※2
要精密検査 （D2）	上部消化管X線	408	3	0.7	2	66.7	0	0.0	0
	上部消化管内視鏡	424	29	6.8	21	72.4	18	85.7	2
	便潜血	1069	66	6.2	38	57.6	19	50.0	2
	胸部X線	1089	8	0.7	3	37.5	2	66.7	1
	マンモグラフィ	118	4	3.4	4	100.0	2	50.0	1
	乳房超音波	256	7	2.7	5	71.4	4	80.0	2
	子宮頸部細胞診	274	8	2.9	6	75.0	2	33.3	0
	腹部超音波	1098	173	15.8	118	68.2	77	65.3	0
	心電図	1088	13	1.2	9	69.2	7	77.8	1
要治療 （D1）	眼底	1076	46	4.3	26	56.5	9	34.6	0
	糖尿病関連	1094	16	1.5	10	62.5	4	40.0	3
	脂質関連	1094	89	8.1	36	40.4	12	33.3	15
	血圧	1095	66	6.0	31	47.0	12	38.7	4

（※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

（※3） 2024 年度実績把握：人間ドック後 6 ヶ月以降での経過把握につき、2025 年 7 月までの把握実績

7. 【人間ドック】追跡検査経過観察（C判定）フォローアップ 2023～2024 年度実績

(2025.7.10現在)

		2023年度					2024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	964	203	21.1	71	35.0	1053	198	18.8	46	23.2
	脂質関連	964	244	25.3	69	28.3	1053	262	24.9	44	16.8
	高血圧関連	964	130	13.5	39	30.0	1053	123	11.7	15	12.2

(※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

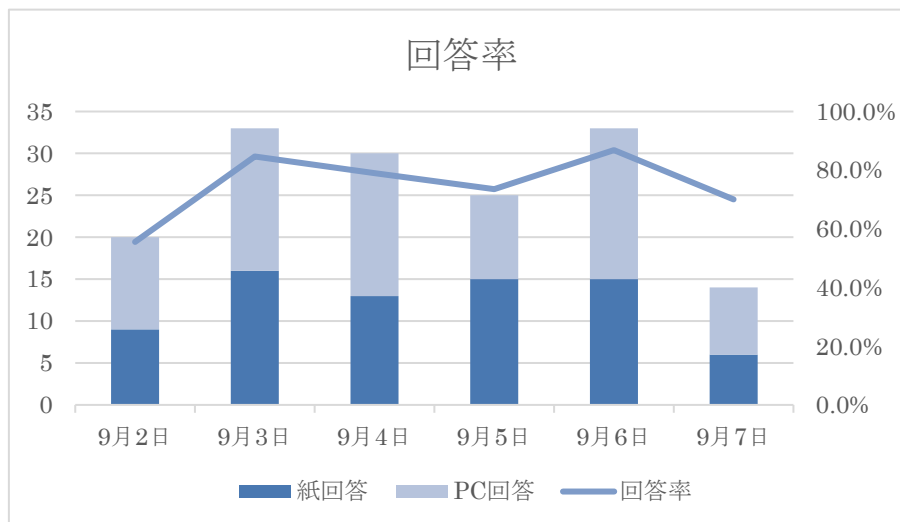
(※4) 追跡検査経過把握人数合計／追跡検査経過把握率：上記指示者のうち、再検査実施、生活改善状況などの経過を1年以内に把握できた人数とその割合

(※5) 2024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、2024年11月までの追跡検査経過把握数/率を掲載（12月以降については追跡調査経過把握未）

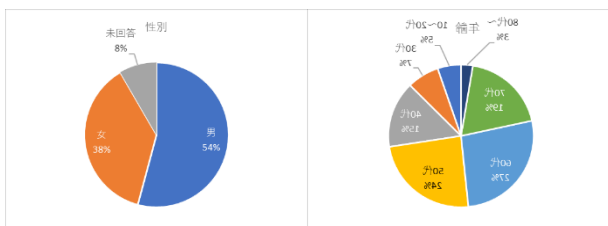
8. 健診センター満足度アンケート

受診者数：205人 回答者数：155人 回答率：75.6%

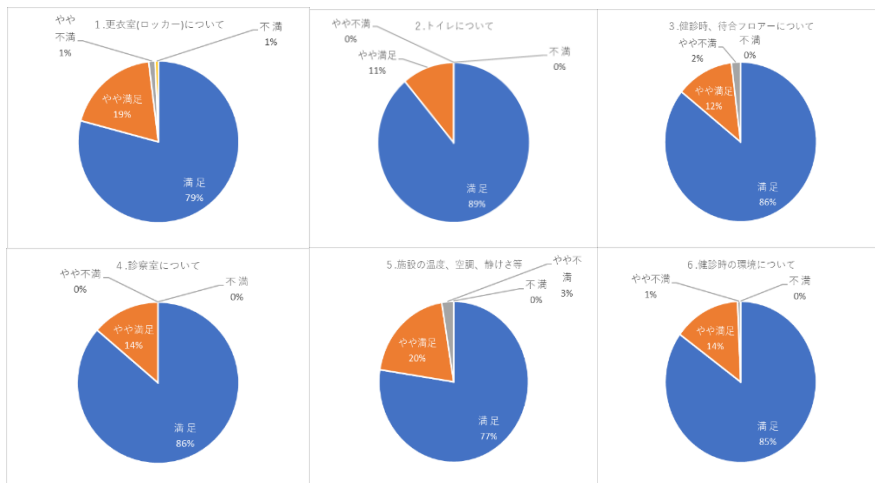
※Google フォームを使用した WEB でのアンケートの実施を試みる。



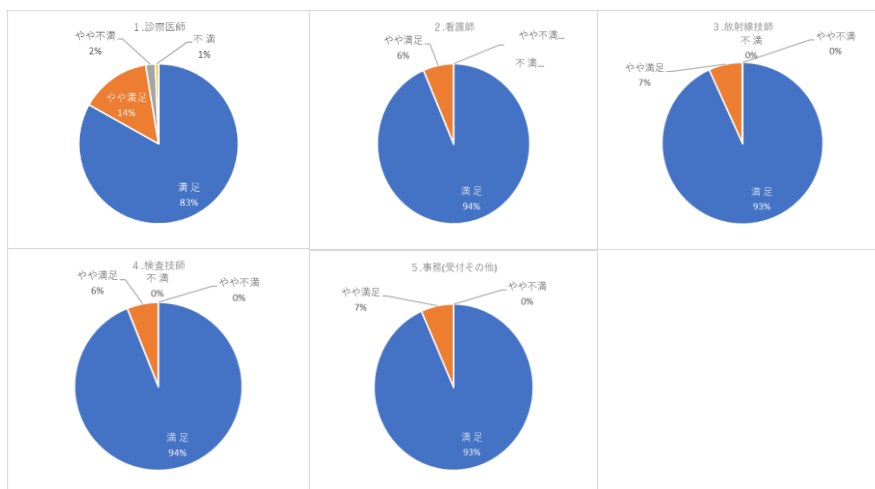
●性別・年齢



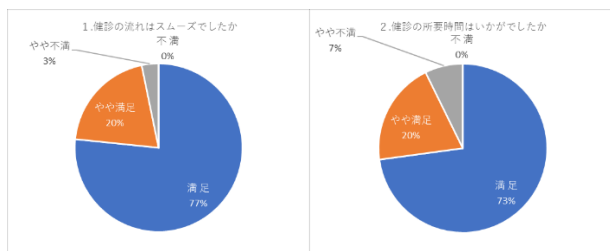
●健診センターの環境



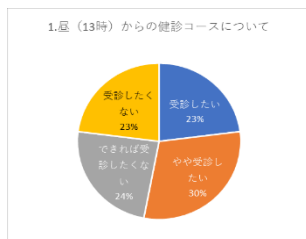
●スタッフの対応



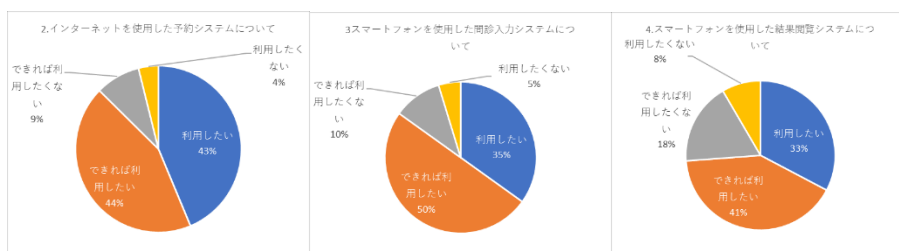
●健診センターの流れについて



●午後の健診について



●インターネットを使用したシステムについて



令和6年9月2日(月)～9月7日(土)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：小田 紀子

1. 看護部概要

看護部長 1 名、副看護部長 2 名を中心に管理運営し、各部署の師長・副師長が現場の看護管理を担っている。

看護体制は、急性期一般病棟は 7:1、地域包括ケア病棟は 13:1、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 305 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。

【職員状況】

正規看護職員 192 名、新卒採用 12 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ファーストレベル 2 名、セカンドレベル 1 名が修了している。

今年度の離職率は新人看護師が 8%、常勤看護師 12%であった。

2024 年度 看護部方針・目標・結果・評価

方針	目標	具体策・指標	結果	評価
安全で質の高い看護の提供	1) 看護実践能力の向上	(1) 現場教育の強化	安全で質の高い看護を提供するための教育計画を实践、各部署においても学習会等を開催し活動してきた。各部署の評価内容からは、実践能力の向上が図れたとの評価は明確に得られていない。関連部署の一元化に向けてシフト調整を行い実践力拡大を図っている。ポリバレンタナースが組織横断的に活動できるよう、心臓カテーテル検査研修は開催に至ったが、内視鏡・救外・手術業務に関する研修が実施できていない。看護師の観察力やフィジカルアセスメント力の向上は学習だけでは限界がある。学習した知識や技術を臨床現場での経験と統合させる仕組みづくりを行っていく必要がある。カンファレンスの開催回数は倫理 22 件、ACP 5 件であった	継続
		・観察、患者状態の把握		
		・正しい記録と情報の活用（考える力）		
		(2) 関連部署の一元化による看護実践能力の拡大		
		(3) 院内迅速対応システム（RRS）の普及		
	2) 人材確保・育成	(4) カンファレンスの実践(多職種・倫理・ACP)	特定行為研修修了者や認定看護師の活用は徐々に拡大しているが、人員が十分でなく現実的には難しい部分もある。専門領域の看護師育成は実践できていない。要因としては研修受講にあたっての費用面や研修場所が少なくなっていることが影響している。受講が促進できるよう体制作りを行っていく。特定行為看護師についても費用面や業務との両立が困難といった理由で育成できていない。次年度は、自施設が特定行為研修機関として申請し、常勤 1 名の麻酔科医のタスクシェアが行えるよう、麻酔パッケージの特定行為者の育成を目指す必要がある。管理者については、師長・副師長・主任・副主任の不在部署が複数あり、3 年以内に 4 名の師長が定年退職を迎える。一つの職位に 1 名という考え方ではなく、能力があり管理職を目指したいという意欲があるスタッフには昇進試験を受けるチャンスを与え、役職者の体制づくりを行っていかねばならない。ここ数年、職位が与えられることによる承認よりも負担が上回ってしまうのか抵抗感を示すスタッフが増えている。特に師長に関しては業務終了が遅くなっている。時間外申請を行えないため表面化されにくい、師長業務の見直しが必要である。次年度より職位別の委員会を実施しないこととした。行わないことによる現場への影響は余りないと予測しているが継続監視していく必要がある。	継続
		(5) ポリバレンタナース評価		
		(1) 特定行為研修修了者の活用		
		(2) 専門領域の看護師の育成		
		(3) 管理者育成		

方針	目標	具体策・指標	結果	評価
安全で質の高い看護の提供	3) 医療安全教育	(1)患者の安全確保のための行動 ・手順の遵守（患者誤認によるインシデント15件以下）	患者誤認によるインシデント件数は6件（前年比－10件） 再発防止策のカンファレンスは187件実施(前年比－12件)であった。フルネームで患者確認を行う、患者自身に乗乗って頂くことが習慣化されていると評価できる。手指消毒向上については学習会の開催やポシット携帯の推奨などリンクナースとしての役割を果たしているが、個人差や部署による差があることが課題である。新型コロナのクラスターは4月に一度発生している。N95マスク着用の不備や体調不良時の受診遅れが要因と考察されている。角化型疥癬やMDRPなどの感染症も確認されているがアウトブレイクには至らなかった。早期の発生確認、認定看護師による対応指導などが実践出来ていた結果と考える。5Sについては、部署による差があるが十分とは言えない。酸素流量計の破損報告が多いため仕様変更となった、それ以後の破損報告は無く改善された。廊下に置いてあった車いすに引っかかり転倒した事例があり、定位置を決め対応できている。「定位置に戻す」「破損したら報告する」といった当たりまえの活動ができる看護部にならないといけない。また、コロナの影響で他者と距離を置く生活を強いられてきた年代が多くを占める。コミュニケーションを図るためには、スキルが必要であるが自施設教育体制の習得に向けて支援が必要である。	継続
		(2)感染対策行動の徹底		
		(3)5Sの推進（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）＋ 安全・笑顔		
方針	目標	具体策・指標	結果	評価
病院経営への積極的参加	1) 効率的な病床運営	(1) 病床管理担当者、病棟師長による意図的なベッドコントロール	今年度は、病床管理に責任を持つ者と業務として担当する者が異なるといった運用であったが、稼働率等の数的データに大きな変動はなかった。地域包括ケア病棟の転床率についても直近3ヶ月平均が57.1%と基準をクリアすることができた。現在ベッドコントロールが担当する緊急入院の病棟調整は内科と消化器内科のみに、運用変更したがこれについても問題は発生していない。これは、入院を断らないという姿勢が各部署に浸透した結果であるといえる。各病棟内のベッドコントロールは師長が主体的に行っている、予約入院の患者数に応じた空床確保を意識しているが、どうしても週末に退院が集中する。家族の迎えの都合もあるため調整が困難な状況である。担当医が共通認識出来ていないことの影響は大きい。院長名でベッドコントロールについての文書が出されたことで、退院日設定が看護部主導でできることを期待する。稼働率 一般 93% 地ケア 90% 在宅復帰率 一般 89.7% 地ケア 89.9% DPC期間Ⅱ 超え 33%	継続
		・稼働率 一般：92%以上、地ケア：90%以上		
		・在宅復帰率 一般80%以上 地ケア75%以上		
		・地域包括ケア病棟転床率 60%未満		
		・DPC期間Ⅱ 超え40%以内		
		・ベアの協働、師長、MLのマネジメント力		
方針	目標	具体策・指標	結果	評価
病院経営への積極的参加	2) 診療報酬改定への迅速な対応	(1)改定内容の周知	診療報酬については、主に師長が中心となって改定内容の把握に努めた。周知については十分ではないが、加算取得に向けて各部門が知っておかなければならない加算を明確にし理解する働きかけが必要であるといえる。看護師の7対1入院基本料や看護補助体制夜間100対1については何とか維持できているが、長期の研修や有給取得が多くなると厳しくなるといった現状である。夜間看護体制12対1についても同様である。安定した雇用対策が必要であるが、労働人口が減少している現状で今までと同じ取り組みでは改善は見込めない。看護師以外の職員の派遣や外国人雇用、学生アルバイトの導入など検討が必要である。看護業務の見直しについては実践できていない。本当にやるべき事に業務をスリム化していく必要がある。二次性骨折予防管理料：199件 退院時薬剤情報管理指導料：482件 術後疼痛チーム加算：688件 入院支援加算1：4362件 入院事前調整加算：2件 入院時支援加算2：1956件 介護支援連携指導料：277件 退院時共同指導料2：49件	修正
		(2)人材確保・働き方改革		
		(3)地域包括ケアシステムの推進		
		(4)看護サービスの効率化・適正化		
		(5)各部署・看護関連の加算の取得		
病院経営への積極的参加	3) PFMの拡大	(1)患者支援センターによるPFMの実践	患者支援センターにおけるPFMについては医師の協力が得難く実践は困難な状態である。緊急入院の情報入力に関しては診療科の拡大が図れている。傾向として午前の業務量が少ないことから薬剤セットの業務拡大を行っている。想定以上に時間を要しているが、慣れることにより通常業務への影響が少なくなると考えられる。このタスクシェアにより、病棟看護師の超勤時間の減少が期待される。その他に、患者支援センターでは業務拡大として緊急入院患者の情報収集を開始している。全診療科での対応には至っていないが、全体の緊急入院の半数以上は患者支援センターでの情報聞き取りを実施している。	修正
		・全診療科への拡大		
方針	目標	具体策・指標	結果	評価
働きがいがあり働き続けられる職場づくり	1) 業務の効率化	(1)関連部署の一元化の実施	関連部署の一元化については、部署による進捗に差が生じている。人員の状況や協力体制などが影響していると思われるが、目標設定が明確でないことが問題ではないかと考える。看護師の行う業務についても、慣例の如く行っていることが多いように感じるが、検討には至っていない。次年度放射線技師による血管確保がようやく開始となる。看護部内で補助者やクラークにタスクシェアできる業務も、まだまだあるように思われる。タスクシェアに至るまでの経緯で絶対必要となる教育を面倒がらず取り組み、目先の業務にとらわれないようにしなければならない。	継続
		(2)業務見直しによる効率化		
		(3)タスクシフト・シェアの検討		
		(4)DXの推進		
働きがいがあり働き続けられる職場づくり	2) 心理的安全性が担保される職場環境	(1)話し合える職場風土づくり	今年度より看護部のみで行ってきた申告書は廃止としたため、満足度を図る指標としてはストレスチェックの結果のみとなった。ストレスチェックの項目で、エンゲージメントがこれにあたると思われるが、看護部全体の結果は昨年度と比べ大きな変化はない。しかし高ストレス率は30%、高離職率は9%であり、比較対象となるデータがないため数値としての把握にとどめる。看護師は感情労働であり業務そのものがストレスフルな状態であるといえる。ハラスメント案件は投書により、いくつかの内容は経営陣と共有し対応を行っている。しかし、繰り返し投書されるケースもあるため注意は必要である。心理的安全性については評価指標や評価方法の準備が出来ておらず、評価には至らない。今年度はメンタルによる長期休職者は2名あり、うち1名は退職となった。各部署の所属長の対応が重要な取り組みとなっているが、専門家による心理的サポートの体制づくりが必要である。	継続
		(2)互いの気づきを話し合い高められるコミュニケーション能力		
		(3)職務満足度の向上（70%以上）		
		(4)離職率低下10%以下（メンタルによる離職率2%以下）		

IV-7-2). 3A病棟

所属長：笹田 具美

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

2. 活動実績

1. カンファレンスを充実させ情報共有の徹底を図り、統一した看護を提供できる

統一した看護が提供できることを目標にカンファレンスを開催し活動した。各カンファレンスの担当者を決めていること、準備段取りの声掛けが A チームを中心に活動しカンファレンス定着につながった。情報共有については、カンファレンスの翌日の朝礼で参加できなかったスタッフに対して呼びかけができていたり、カンファレンス内容のアナウンスが行われている良い点が評価できる。A チームが行ったアンケートの結果では、患者に還元できた（94%）、できなかった（6%）であった。還元できた人は「統一、継続した看護ができるようになっていったと思う。皆がその患者の目標に向けて動こうという意識はできた」という意見があった。カンファレンスをもっと話し合いや共有の場として活用し、自分の受け持ち患者で困っていることも発信できるように啓蒙していくことを来年度の課題としていく。また、カンファレンス以外では、学習会の企画や、E ラーニング視聴の推進を行った。医師や他職種に学習会を依頼したり、知りたい内容、興味が持てる内容であったと意見が多く、病棟に還元できる学習会の企画となった。E ラーニングの視聴は 1 か月にテーマを決めて啓蒙した。前半期視聴率が 60～70% 台であったが、後半以降は視聴できていないスタッフに直接声掛けするなどの活動から 90～100%の視聴ができた。

2. 業務の見直しを実施し、働きやすい職場環境にできる

陰部洗浄や褥瘡処置などを病棟マップに書き出すことに変更し、体重測定を日曜日に設定していたものを土日に 2 分割し、業務の見直しによって時間に余裕が生まれ患者の入浴介助や爪切りや髭剃りなどケアに充てる時間ができたと評価する。朝礼の短縮、午後の申し送りの廃止などケアや点滴準備に取り掛かる時間が早くなりバイタル測定や患者観察に時間が持てるようになった。また、入院診療計画書については本来であれば入院時に説明が必要であるが、作成ができていないなど確認が不十分であり対策を検討し取り組んでいく。マニュアル類の整理整頓、物品の定数見直しや管理については見直し検討をおこなう。

3. 感染対策行動を徹底することができる

基本的感染対策が徹底できることを目標に活動を行った。手指衛生の意識を高めるためにポケットゴージの使用量の計測、ブラックライトを使用した手洗いチェック、奥田 CN に学習会を依頼し手指培養を行った。手指培養の結果では様々な細菌が検出され、スタッフの手を介して感染源になることも明らかになった。参加できなかったスタッフへは伝達講習をおこない啓蒙をおこなった。今後も感染対策について基本的な対策がスタッフ全員おこなえること、個々の意識向上を図っていくことに取り組む。

3. 資料

稼働率 120.6%/月 平均在院日数 13.8 日

4. 今後の取り組み

- 1) カンファレンスを通して（デスカンファレンス・倫理カンファレンスなど）看護師としての倫理観を育てるために事例を用いて開催していく。
- 2) マニュアルにそって基本的な業務が行える、スタッフに意見から業務改善を検討し業務のスリム化を図る。

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：50 床 （重症管理病室 3 室・個室 6 室・3 人総室 1 室・4 人総室 8 室 計 44 床）
（陰圧部屋個室 2 室・総室 1 室 計 6 床）

担当科：一般内科・循環器内科

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、感染症や血液疾患による患者が入院している。地域の高齢化に伴い 80 歳を超える入院患者が 5 割を占め、認知症に対する看護も重要となる。医療ニーズの高い患者と介護度の高い患者が混在しているため、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と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、多職種と連携し入院時から退院後の生活を見据えた支援が重要である。

2. 活動実績

1) 主体的に行動できる自律した看護師の育成とお互いにできることを尊重し共にケアができる

2 人 1 組の PNS 体制に戻して業務を行ったことで、各ペアで情報共有を行い、自分が行ったことに関心を持ち、責任もって患者を受け持つことができるようになった。チーム間での情報共有は、業務を安全に行うためにもさらに強化が必要である。超過勤務時間は、1 人あたり月平均 7.8 時間（昨年より 1 時間増加）であった。部署の学習会では、病棟特有の疾患や看護について伝達講習を行った。学会発表 1 名、院外研修には 14 名参加した。

インシデント報告では、転倒レベル 3b が 3 件あった。患者の特徴からも、転倒を起こす可能性がある患者が多く入院している。ベットサイドの環境整備や情報共有を行いながら、対策の強化を継続する。その日の業務量にもよるが、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に継続して取り組む。

2) 業務実績

稼働率 86.6%（昨年より 1.6%減） 1 日平均患者数 43.3 人/年（昨年より 2.7 人増）

平均在院日数 17.9 日/年（昨年より 0.2 日短縮）

予約 PCI 40 件（昨年より 1 件増加）・緊急 PCI 34 件（昨年より 1 件減少）

予約 CAG 90 件（昨年より 2 件増加）・緊急 CAG 11 件（昨年より 14 件減少）

3B 病棟インシデント項目による割合 Lv3b 3 件/年

心不全ポイント活用患者 40 名/年導入

3. 統計資料

1) 学会発表

学会名： 済生会学会

発表者：諫山 舞 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
4/19	17:15～18:00	急性心不全 心不全治療薬について	医師	8名
4/25	13:30～14:00	認知症について	西尾副師長	9名
7月	13:30～14:00	嚥下 食事介助	西尾副師長	7名
9月	13:30～14:00	感染対策	リンク Ns	7名
12月	13:30～14:00	ケーススタディ発表		5名

4. 今後の目標

心不全教育入院など予防教育と退院支援を充実させる。また、エイド・クランクと協働し業務内容の見直しや5S活動を充実させ医療安全の醸成をはかる。

IV－7－4). 4 A病棟

看護師長：山本 亜友美

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、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・総胆管結石等に対応している。いずれも高齢化、独居患者の増加に伴い、在宅復帰・施設や療養型病院への退院支援を行っている。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を受け入れている。

2. 活動実績

1) 安全かつ業務の効率化を図る

シングルチェックについてインシデント件数の増加なく継続することを目標として活動した。シングルチェックに移行後もリスクカンファレンスを週 1 回行い、シングルチェック関連のインシデントを共有し対策を実践できるよう啓蒙した。結果、シングルチェックに関連したインシデントは 16 件であった。病院全体のシングルチェックのルールを再度啓蒙し、安全をふまえた上で効率化を図ることに繋がった。

リクシアナの自己管理移行については、残数確認のチェック体制確立のため、表示の工夫・サイン漏れ確認ができる体制とした。飲み忘れのインシデントは 2 件と昨年度 1 件よりも極端な増加なく安全に継続できた。しかし自己管理とはいえ残数確認を薬剤師・看護師ともに行っているため安全ではあるが効率化については今後の課題である。

2) ゾーニングシステムの構築

担当患者をチーム分けからゾーニングに変更し、定着のためにルールの確立を目指し活動した。ゾーンが変更となっても受持ち看護師は変更しない。受持ち患者人数のバランスが課題となっていたため、2025 年度より 2 チーム制に移行した。各ゾーンで残務を書き出す習慣をつけ、ケアリーダーや補完看護師が把握しやすくした。重症度や手術患者数、入院患者数により流動的にリーダーが検討する部分が多くルールはしていないが、ゾーニングとしては今後も現状を継続していく。

3) 倫理的感性の向上および身体拘束の見直しと改善

倫理カンファレンスは 1 カンファレンスで 2～3 事例を検討し 3 回行った。身体拘束を行っている患者を朝礼で伝達し、全員が認識するとともに拘束の必要性について考えるきっかけになっており、拘束を外せないか、介護服は必要か等の声を聴くことが増えている。整形外科の特徴上、歩行が不安定であり安全ベルトの使用率が高い。外せることから検討していくことが課題である。

・看護研究「A 病棟の人工膝関節置換術を受ける患者が手術を決意した思い」

済生会学会 発表：坂本真弓

3. 資料

入院患者数 970 人/年

稼働率 103.5%/月（平均） 回転率 24.2%

在宅復帰率 68% 手術件数 整形外科 506 件/年、耳鼻科 30 件/年

4. 次年度の取り組み

- ・感染対策：ゴージョー使用率、感染意識の向上
- ・MDRPU 発生ゼロ

IV-7-5). 4 B病棟

所属長：鎌田 早苗

1. 部署概要

- ① 病床数 50 床(重症観察室 2 床 トイレ無し個室 4 床 トイレ有個室 7 床 特別室 1 床
ユニット付き 4 床 4 人総室 8 室)
- ② 担当科：消化器外科、消化器内科、皮膚科、婦人科
- ③ 構成要因：所属長(副師長)1 名、主任 1 名 看護師 ナースエイド クラーク 病棟担当
薬剤師
- ④ 主な疾患：鼠径ヘルニア、乳癌、消化器外科系の悪性疾患や内科系の検査を伴う疾患
- ⑤ 悪性黒色腫、日光角化症、帯状疱疹、褥瘡、類天疱瘡
終末期の患者に対しては麻薬を使用しての疼痛コントロール など

2. 活動実績 統計資料

- ① 看護の質向上を図り、安全な看護を提供するために、ケースカンファレンスを通して看護の方向性を見極めること、手順遵守の逸脱したインシデント件数を年間 15 件以下にできることを目標に 1 年間活動を行った。ケースカンファレンスは「術後せん妄を起こしている患者への対応」「独居患者の自宅退院支援に向けて」「患者家族への対応について」「看護の方向性について」等の内容であり、参加している看護師個々より、場面に合わせた声掛けや対応等の意見が聞かれた。カンファレンスの内容を掲示することで情報共有でき、不穏状態にあった患者への統一した看護を提供できるなど対象患者への理解、個別性のある支援への学びとなった。手順逸脱のインシデントは、4～11 月の間で 22 件(3b 以上の有害事象は 4 件発生)でありインシデントカンファレンス開催率は 91%であった。

② 手術件数

	外科	皮膚科	婦人科
定時	2 9 7 件	2 1 件	6 件
緊急	7 3 件	3 件	0 件
予定外	4 4 件	3 件	0 件
合計	4 1 4 件	27 件	6 件

③ 看護研究 院内では令和 7 年度に発表予定

「夜勤勤務において新人看護師が先輩看護師に求められる支援—卒後 2 年目看護師へのインタビュー調査から—」

3. 今後の取り組み

フィジカルアセスメント強化するためにオンラインツールを活用しながら部署内で学習会を行うことと、手順を遵守しインシデント件数を 15 件/年以下になるように定期的にリスクカンファレンスを行うことを目標に取り組む。

IV－7－6). 5A病棟

看護師長：浦部 尚美

1. 部署概要

許可病床数：10 床

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

稼働病総数：10 床

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

分娩件数：2024 年度 256 件

自然分娩 117 件, 無痛分娩 122 件 吸引分娩 42 件 (無痛分娩での吸引分娩 29 件),
予定帝王切開術 9 件, 緊急帝王切開術 8 件,

助産外来件数：2024 年度 2402 件

母乳外来件数：2024 年度 122 件

産後ケア入院利用件数：2024 年度 176 件 内訳ショートステイ 94 件, デイサービス 82 件
(2023 年度 97 件 内訳ショートステイ 72 件, デイサービス 25 件)

ベビーマッサージ教室：2024 年度 49 件 (2023 年度 61 件)

2. 活動実績

部署目標 1. 安心・安全な助産ケアの提供

部署目標 2. 患者満足度を高める助産ケア提供の推進

5A 病棟では、産科医・小児科医・助産師協働のもと、妊産婦・褥婦・新生児の医療提供や保健指導・精神的支援・分娩介助・育児指導・育児支援を行っている。

助産業務として、外来では妊婦健診保健指導・2 週間健診・1 ヶ月健診・乳房マッサージ外来・育児指導外来・ベビーマッサージを運営し、病棟では分娩介助・産褥期ケア・個別育児指導・産後ケアなどの助産業務を行っている。

分娩件数は 2023 年度より増加している。また無痛分娩が 2023 年度より増加していることが、分娩件数の増加に繋がっていた。無痛分娩を目的に当院を選択したと妊婦健診時に聞かれることが増えており、当院を選んだきっかけとしてはリピーター・親族や知人の紹介・産後ケア利用してなどとなっていた。

5A 病棟の特徴として、妊娠期から 1 ヶ月健診、産後ケアまで、5A 病棟助産師が継続的に関わりながら支援を行うため、継続支援や連携を行いやすく、患者にとっても知っている助産師が関わることが安心感へと繋がっている。

ハイリスクでは、2024 年度は母体搬送 4 件、産褥多量出血搬送 1 件、NMCS 搬送 14 件で、緊急を要するケースもあった。緊急に備え、NCPR A コース及び S コースのインストラクターを持つ医師と助産師が開催してスキルアップを図り、J-CIMELS は今年度で全員が受講を行った。OPE 室と緊急帝王切開合同シミュレーションでは、統一した行動が行えるようにプロトコルの作成を行い、連携について確認した。

ベトナム・ネパールなど外国人妊産婦が年々増加しており、精神疾患合併妊産婦や特定妊婦・要保護産婦、多子産妊産婦など、心身だけでなく社会的背景も多様性があり、妊婦のカンファレンスを行う機会は少なかったが、産褥を中心に日々情報共有を行いながら継続支援を行った。

早産児や低出生体重児など退院後に哺乳力が弱く体重増加不良で小児科へ再入院になるケースがあり、小児科医師と連携しながら日々児の哺乳状態や両親との関わりの持ち方について検討を行い、児とその家族への支援を行った。

産後ケアは、2023 年度より 1.8 倍の増加し、利用地域は富田林市・大阪狭山市が多く、他には河内長野市・松原市・羽曳野市・藤井寺市からも利用があった。産後ケア事業が利用しやすく

なり、5A 病棟は病床数 10 床であるが、ベッドコントロールでほぼ希望に沿った日程でタイムリーな受け入れを可能とした。利用目的は育児疲労や育児相談や授乳相談、EPDS 高値の産婦など様々であるが、一人ひとりの利用者にじっくりと寄り添った関わりを持って必要な助言や精神的サポートを行っており、ほとんどの利用者がリピーターとなっており、満足の得られる支援を行えていると考える。産後ケア利用者アンケートを実施できていないため、よりよい助産ケアを充足に向けて、利用者アンケート作成・実施を検討している。

他に育児支援として、月 1 回ベビーマッサージを開催している。助産師や参加者同士で話を行い、孤立化しやすい育児中の母親同士の交流の場となっている。現在は産後ケア利用後にベビーマッサージに参加される対象者が増加してきている。

地域貢献としては、今年度もいのちの授業で助産師 2 名が小学校へ出向し、性教育の講話や妊婦体験や赤ちゃん抱っこ体験を通して、いのちの大切さや親の気持ちを感じ、出産の場を日々経験している助産師から子どもたちへ次世代育成に向けた活動を行った。

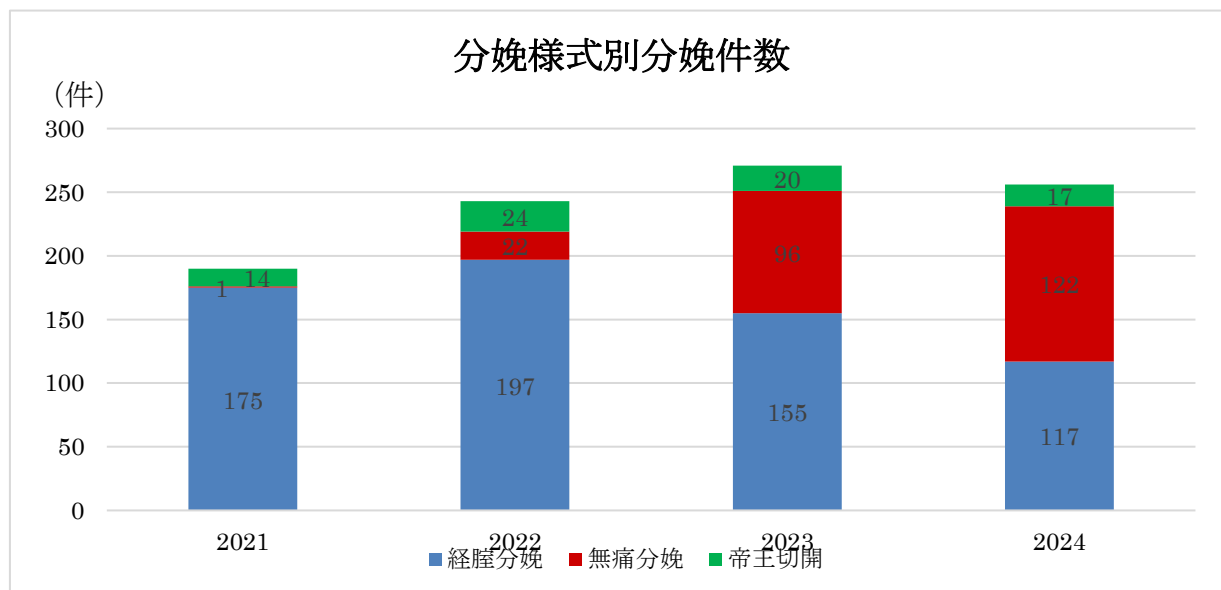
ベトナム・ネパールなど外国人妊産婦が年々増加しており、精神疾患合併妊産婦や特定妊婦・要保護産婦、多子産妊産婦など、心身だけでなく社会的背景も多様性があり、妊婦のカンファレンスを行う機会は少なかったが、産褥を中心に日々情報共有を行いながら継続支援を行った。

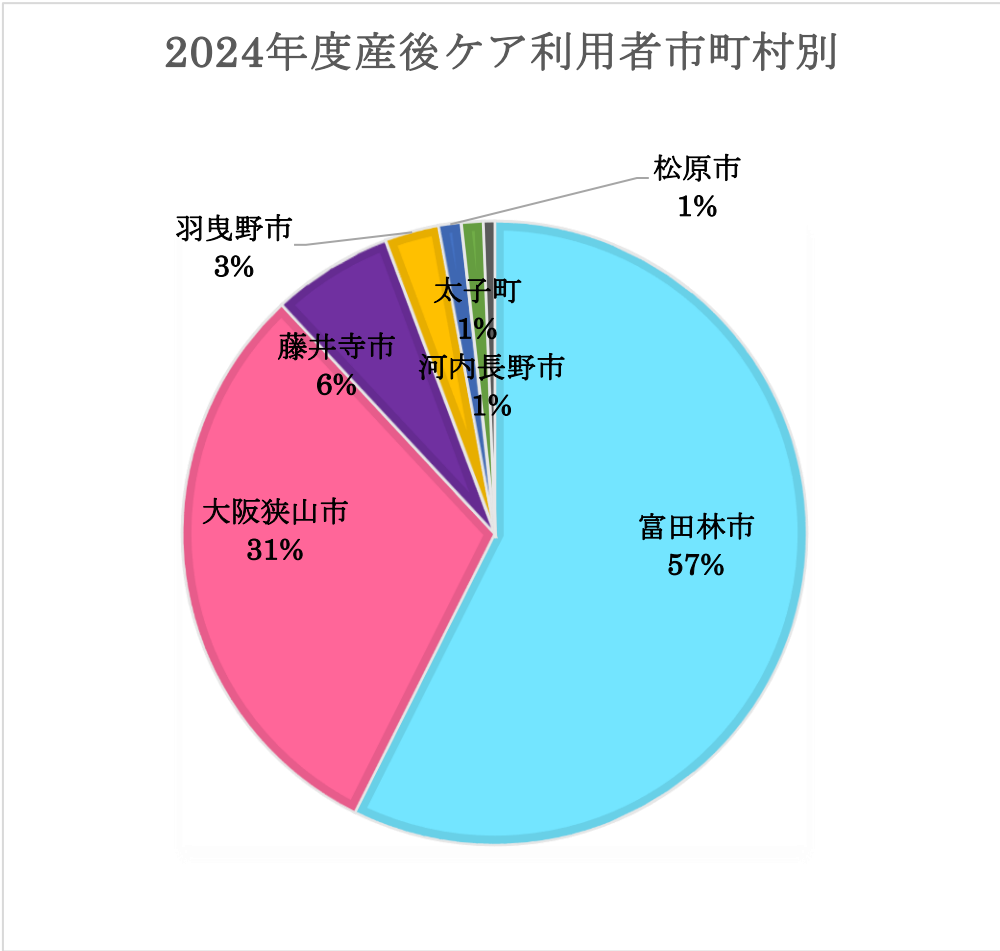
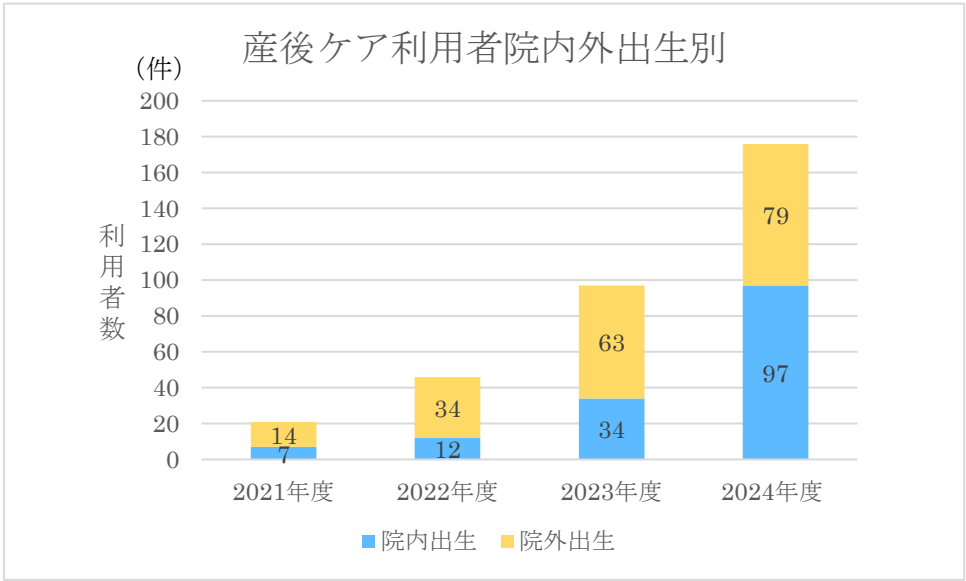
早産児や低出生体重児など退院後に哺乳力が弱く体重増加不良で小児科へ再入院になるケースがあり、小児科医師と連携しながら日々児の哺乳状態や両親との関わりの持ち方について検討を行い、児とその家族への支援を行った。

産後ケアは、2023 年度より 1.8 倍の増加し、利用地域は富田林市・大阪狭山市が多く、他には河内長野市・松原市・羽曳野市・藤井寺市からも利用があった。産後ケア事業が利用しやすくなり、5A 病棟は病床数 10 床であるが、ベッドコントロールでほぼ希望に沿った日程でタイムリーな受け入れを可能とした。利用目的は育児疲労や育児相談や授乳相談、EPDS 高値の産婦など様々であるが、一人ひとりの利用者にじっくりと寄り添った関わりを持って必要な助言や精神的サポートを行っており、ほとんどの利用者がリピーターとなっており、満足の得られる支援を行えていると考える。産後ケア利用者アンケートを実施できていないため、よりよい助産ケアを充足に向けて、利用者アンケート作成・実施を検討している。

他に育児支援として、月 1 回ベビーマッサージを開催している。助産師や参加者同士で話を行い、孤立化しやすい育児中の母親同士の交流の場となっている。現在は産後ケア利用後にベビーマッサージに参加される対象者が増加してきている。

地域貢献としては、今年度もいのちの授業で助産師 2 名が小学校へ出向し、性教育の講話や妊婦体験や赤ちゃん抱っこ体験を通して、いのちの大切さや親の気持ちを感じ、出産の場を日々経験している助産師から子どもたちへ次世代育成に向けた活動を行った。





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 全診療科を受け入れている。

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、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ジャー・訪問看護等、院外のも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きた。加えて 2024 年度の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟への転床率を 60%以下にする打ち出しがあり、9 月より経営企画課より地域包括ケア病棟で直接入院とする基準やフローが作成された。その基準に則って予定および緊急入院併せて直接入院を、平均 25 名程度/月に受け入れて対応した。

2. 活動実績

1) 受け持ち患者の看護展開を行い、看護を実践する

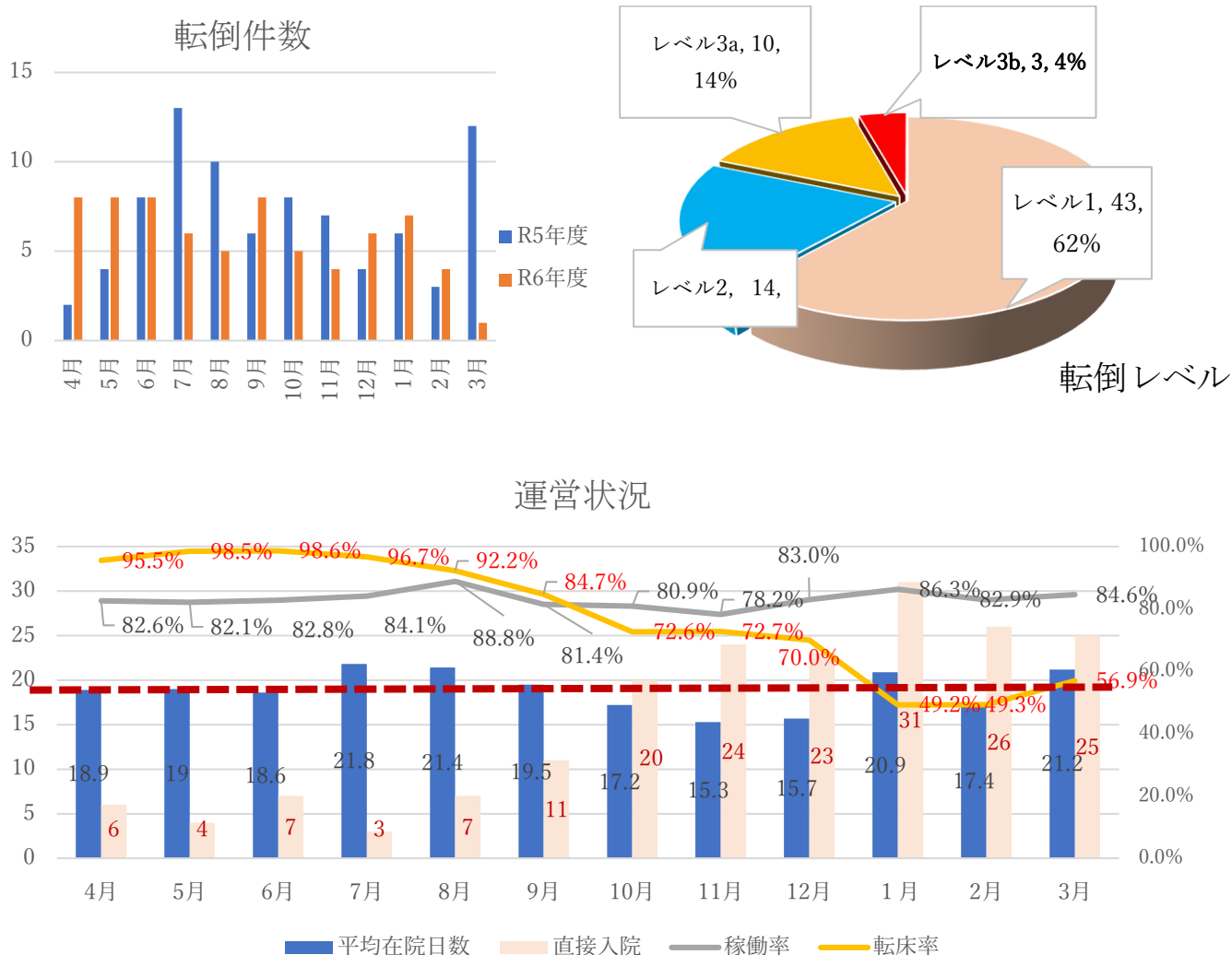
看護の質向上に向けた取り組みとして、リスク・NST・認知症ケアに関するカンファレンスに加えて今年度から身体拘束最小化に向けても新たに取り組んだ。リスクについては、当科で起こるインシデントの約 6 割は転倒であり、リスクカンファレンスで様々な意見や考えを共有して対策を講じてきた。令和 6 年度の転倒件数は昨年度よりも少なかったが(令和 5 年度 83 件、6 年度 70 件)、レベル 3b 以上の転倒事故が 3 件発生してしまった。動向を見ていると退院間近の患者や ADL が向上し始めた患者に転倒が多い傾向が明らかになっている。しかし、カンファレンスは定着しているものの転倒理由に着目してその人のもてる力を活用した対策を検討するまでには至っていない。そのため、今後ナースエイドや当科担当 PT にもカンファレンスに参加を要請して検討していく必要がある。NST カンファレンスでは毎週患者の体重測定や栄養評価を実施し、栄養状態の改善が必要な患者を抽出して栄養状態改善に向けてその人の嗜好品を情報収集して家族の協力を依頼することや食事形態を栄養課に相談して工夫する等の取り組みが定着しつつある。また、栄養評価だけでなく褥瘡予防や褥瘡悪化を防ぐことにも繋げられるように意識してカンファレンスを行った。リンクナースの呼びかけもあって令和 6 年度の褥瘡発生率は 0.416 であり、5 年度同様 1%未満を維持することができた。認知症ケアカンファレンスでは、生活リズムを整える工夫や関わりについて検討した。ナースエイドと協働して動画の視聴や塗り絵、回想法を活用して昔話をすることや病棟内を散歩して歩行練習を促すなどの取り組みを行った。認知症患者に対しては薬物療法だけでなくこれらの取り組みを行うことで BPSD 軽減につながったケースが数例あった。加えて今年度から身体拘束最小化に向けてカンファレンスを行い、解除に向けた取り組みをしたことも BPSD の軽減や改善につながっている。昨年度当科の身体拘束率は 19.8%であったが平均 13.3%まで減少しており、引き続きナースエイドと協働してケアの充実を図っていく。

2) 緊急入院・直接入院を受け入れ病床稼働率 90%以上を確保する

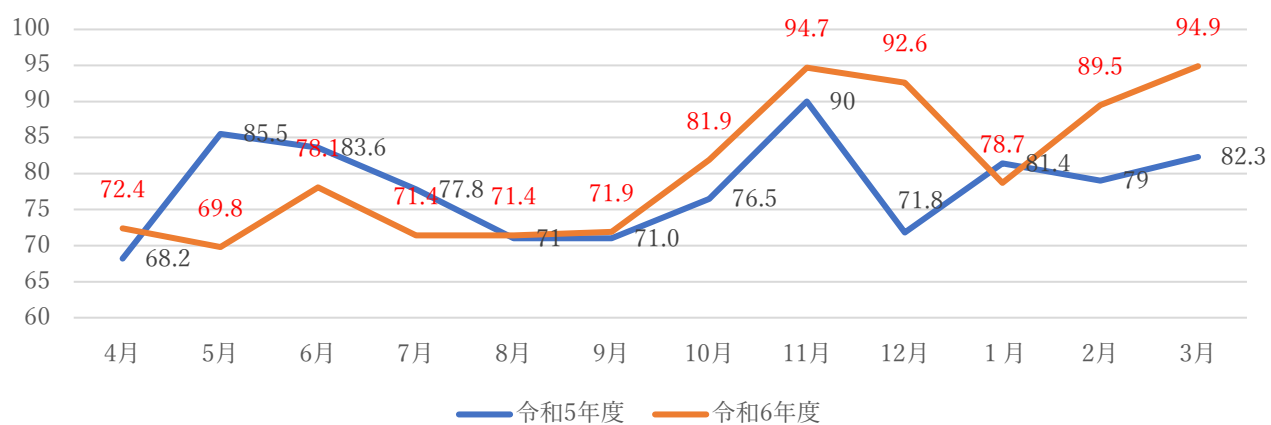
当科では、病床稼働率 90%以上の確保を目指し、業務改善や人員配置の工夫、多職種連携に取り組んだ。また直接入院患者を積極的に受け入れ、多職種(MSW やリハビリ担当など)と連携しながら退院調整に努めた。週末の退院が多くなると稼働率が確保できないため、退院日の決定は管理者がコントロールしたが、なかなか稼働率 90%を維持することができなかった。

直接入院は、眼科や SAS 入院だけでなく今までと同様レスパイト入院やリハビリ目的の転院を受け入れた。加えて9月より転床率を60%以下にするため、地域包括ケア病棟で直接入院する疾患のリストが経営企画課より打ち出され、緊急入院も含めて月に 25 名程度の患者が直接入院した。10 月の時点で 90%以上あった転床率が年度末には 50%台まで下降した。今後も引き続き直接入院を受け入れることができるようにベッドコントロールを行い、転床率 60%以下を維持できるように取り組んでいく。

3. 統計資料



在宅復帰率



IV－7－8). 中央手術室

看護師長：宗和 守

1. 部署概要

1) スタッフ

看護師長 1 名 (手術看護認定看護師)

主任看護師 1 名

副主任看護師 2 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	16名	17名	17名	17名	17名	17名	16名	16名	16名	15名	15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、日々手術看護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、手術室看護師が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。

手術室看護師としてだけでなく、看護師としての実践能力向上のため、救急外来当直、ポリバレントナース、内視鏡室へと業務拡大をしている。さまざまな部署で活躍できる看護師を育成している。

2. 活動実績

2024 年度の手術件数は 2579 件で、そのうち緊急手術を 185 件実施した。麻酔法による内訳は、全身麻酔 1062 件、脊髄くも膜下麻酔 304 件、局所麻酔 1213 件であった。診療科による内訳は、整形外科 568 件、外科 434 件、泌尿器科 437 件、産婦人科 174 件、皮膚科 99 件、形成外科 71 件、耳鼻咽喉科 34 件、内科 16 件、眼科 746 件であった。

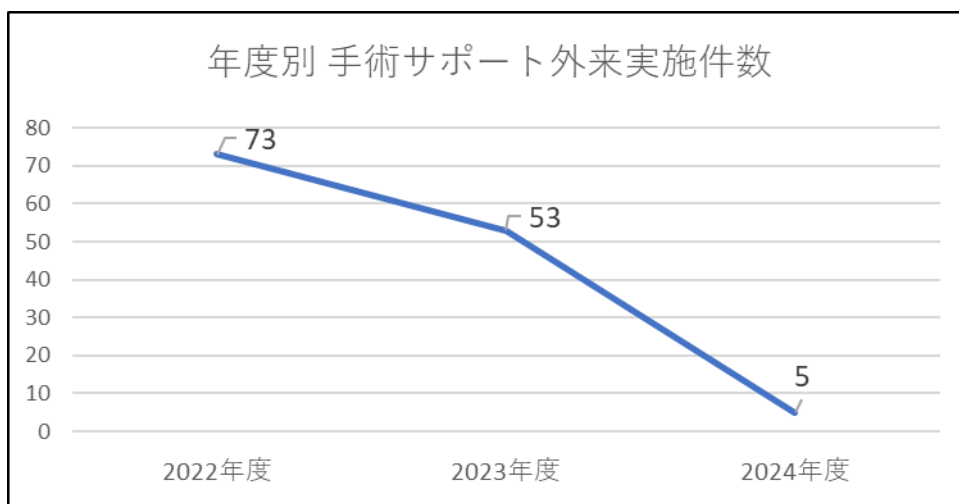
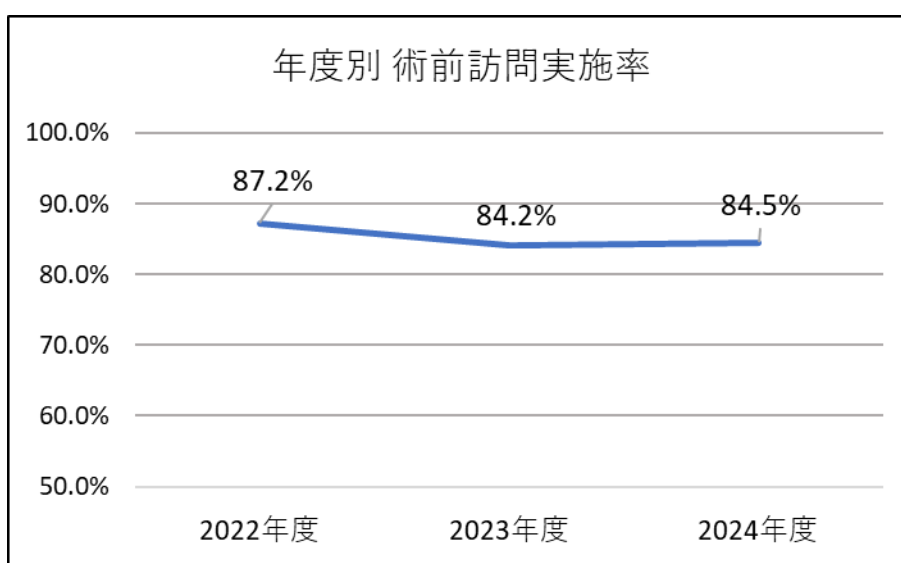
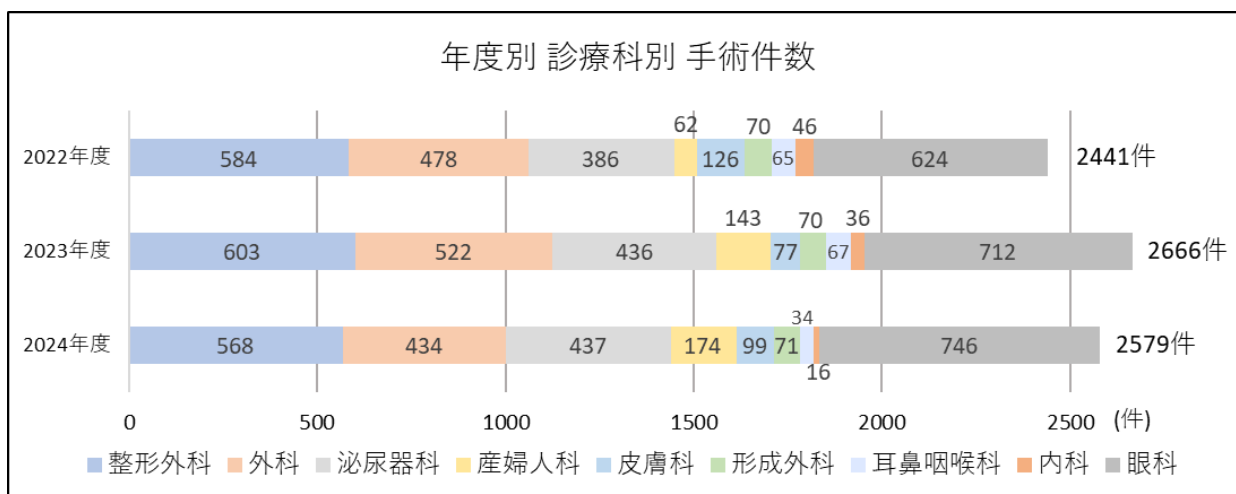
術前訪問は、情報収集とアセスメント及び手術看護計画を行うために、麻酔科管理で手術を受ける患者 (緊急手術を除く) を対象に実施している。術前訪問実施率は 84.5% (948 名 / 1122 名) であった。術後訪問は 51 名の患者に実施した。手術サポート外来は 5 名の患者に実施した。

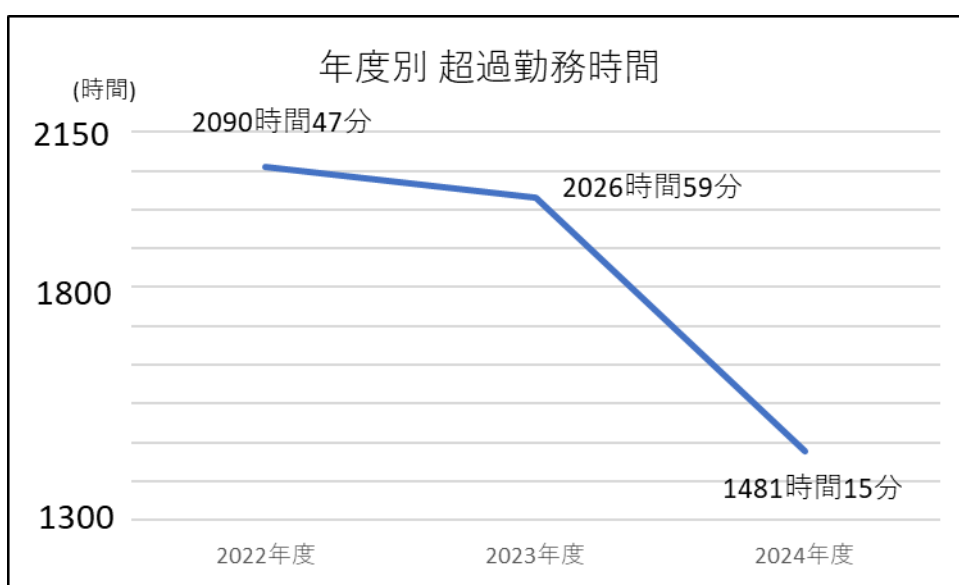
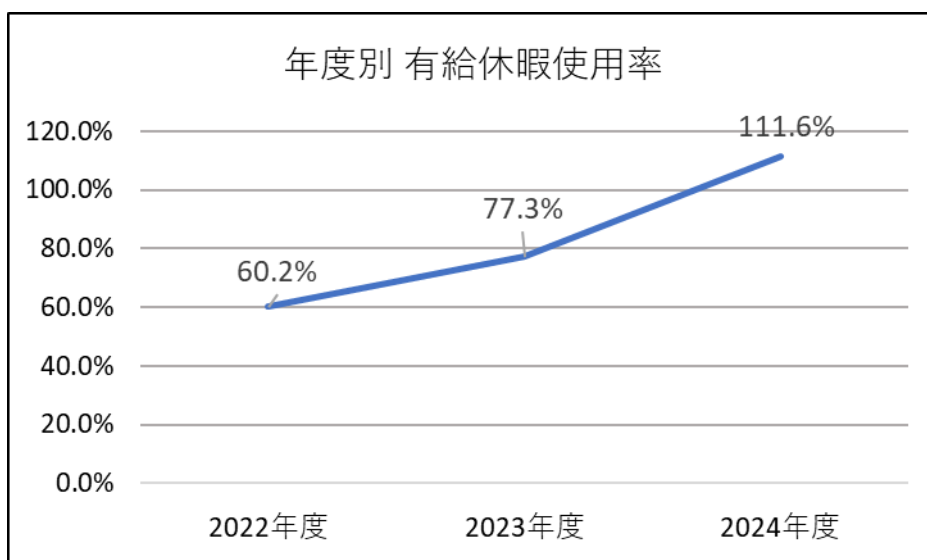
医療安全への意識、倫理感を高めることを目的にリスク・倫理カンファレンスを 16 回実施した。また、実践力の向上のため、急変シミュレーションを 2 回、火災訓練を 1 回実施した。

業務拡大としては、救急外来当直に 156 回、ポリバレントナースとして 72 回、内視鏡室は 40 回、日勤帯の救急外来に延べ 20 人、オムツ交換に延べ 76 人が業務を実施した。

院外活動として、第 38 回日本手術看護学会年次大会での示説発表、手術看護認定看護師による看護学校の非常勤講師、手術看護専門雑誌での執筆、セミナー講師、日本手術看護学会の役員活動を行った。

3. 統計資料





4. 今後の取り組み

看護が必要な患者に適切に看護が提供できるように、業務の効率化を進める。また、看護実践能力向上のため、引き続き救急外来当直、ポリバレンタナース、内視鏡室の業務を担っていく。

安全な手術を提供できるように、インシデントレポートの入力と共有、リスクカンファレンスによる対策立案と実施、評価を行い、医療安全の意識向上に努める。そのために誰でも同じように看護を提供できるように、手順やマニュアルの作成、および改訂を行っていく。

あらゆる年代のさまざまなライフスタイルのスタッフ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、スタッフが各自の役割を遂行し達成感を得ることで、楽しいと思える環境を作っていく。

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577.6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1名・嘱託2名）：75%、看護補助者15名：25%の計58名（2025.5月現在）である。非常勤のスタッフが約75%を占めており、院内保育所を利用する職員もいる。多様な働き方の提案、選択ができ、長く働き続けられる職場を目指している。

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、外来看護師の役割は拡大している。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、安全な看護技術の提供と、さらには外来と病棟、地域との連携強化に努めている。

2. 活動実績

目標：外来の応援体制の継続と病棟との連携を図る

1) 外来ローテーションの継続・拡大（チーム内での補完強化）し、病棟と連携し情報共有を行う。

超高齢多死社会が迫り、疾患が複雑化している高齢者が増加している。かかりつけ医療機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進め、患者の生活支援の流れを円滑にすることが求められる。在院日数の短縮に伴い、在宅療養支援や自己管理の支援など継続的なかわりが必要となってくる。現在、外来における療養支援についての問題点として、在宅療養や意思決定支援に繋げるための情報収集する時間の確保が困難な状態である。業務調整を行うことで、患者の生活支援に介入していく機会や時間確保を行い、退院前カンファレンスに外来看護師も参加し、継続的な患者支援の実践に繋げていく。外来と病棟や通院状況などの情報を共有することで、病状悪化に伴う入退院の軽減に繋げていく。

今年度の応援体制の拡大として、検査部門の強化が必要である。内視鏡、放射線科検査や処置（CNBなど）に対応するため、テクニカルな能力が必要であるためブース内・チーム内を超えて、技術習得に外来全体で取り組んでいく。学ぶスタッフを出す部署においては、外来全体で日々の調整を行い、どのスタッフも可能な限り集中して習得できる環境を整えていく。

結果

- ・在宅療養支援についての研修 4回/年
(MSWなど専門スタッフによる研修、大阪府看護協会での研修受講後の伝達講習)
- ・心カテ検査 前準備 日直・夜勤勤務者は全員習得
- ・放射線科検査 CT/MRの造影は全看護師対応
- ・整形外科での自己血採血（眼科・小児科の看護師2名習得）
- ・「ラピッドナース導入に至るまでの外来看護師への働きかけの実践報告」大阪府看護学会発表（2024.12月）

2) 自己研鑽

人生 100 年時代となり、外来における生活習慣病等に重症化予防・再発予防に重要性が高まり、在宅療養生活の継続、身体症状や QOL の改善、医療の効率化に貢献する看護職員が必要となってくる。新しい医療技術や治療法を学ぶことで、最新の知識を活用して患者さんにより良いケアを提供することが可能になる。在宅療養患者を支えるための、在宅サービス支援などの活用できる社会資源を理解することも自己のキャリア拡大となる。自己啓発は看護師のキャリア成長だけでなく、患者さんへ提供するケアの質向上にも直結するため、日々の業務や看護実践のなかで、疑問に感じたこと明確することや継続的な学習やスキルの磨くことで、自己の目標設定とモチベーションの維持や自己啓発活動に繋げる。

結果

- ・ 心不全ポイント導入カンファレンス毎月参加
- ・ SQ、e-ラーニング視聴 1 か月 1 項目視聴
- ・ 院内・院外研修の伝達講習（外来へのフィードバック）
- ・ 各専門的な分野や技術の学び
- ・ 外来における在宅支援の学び（大阪府看護協会主催の研修に 1 名参加）

3. 今後の取り組み

- ・ 2025 年度より外来は血液浄化センターも含まれるようになった。血液浄化センターのスタッフや外来看護師が協働し、外来部門としての看護活動を実践していく。例）フットケア外来対応スタッフを増加しケアの充実につなげる。
- ・ 救急対応ができるスタッフを育成するために、常勤看護師がリーダーシップを発揮し、非常勤看護師と共に救急対応を実践する。
- ・ 心臓カテーテル検査の対応ができるスタッフを増員し、緊急カテーテル検査対応に備える。加えて夜間のオンコール体制の充実とオンコール対応後の勤務免除時間を確保していく。

IV－7－10)．地域医療連携室

看護師長：多田 都子

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

- ・前方支援として転院・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は、外来患者の検査説明や予定入院、緊急入院に関する説明、データベース聴き取り、一部リスクアセスメントなどを行う

令和7年3月現在、看護師8名（うち嘱託2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の充実、退院調整の推進

- ・入退院支援に関連する診療報酬の確実な獲得
- ・入院前から退院後を見据え関連部署との連携強化

評価

2024年は診療報酬トリプル改定があり、関連する診療報酬の加算取得に取り組んだ。介護支援等連携指導料と退院時共同指導料については、確実な算定に繋げることができるよう病棟看護師・MSWと連携を図った。2025年3月までの介護支援等連携指導料は300件、退院時共同指導料53件で昨年度より減少した。病棟看護師中心で指導料が取得できるように変化していたため期待をして、働きかけをしなかったことが原因であったと考える。確実な算定に繋げるには病棟看護師に働きかけ、協働していく必要があることがわかった。次年度は取り漏れがないように多職種協働しながら診療報酬加算を獲得していく。診療報酬の改定では入退院支援加算1・2の見直しがあり、退院支援計画書で退院困難な要因が追加となった。「コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者」の対象者については、2件算定できている。今後も算定漏れがないよう退院前カンファレンス時に啓蒙し、病棟看護師の理解や認識を高めていけるように関わっていく。

地域包括ケア病棟直接入院患者の受入調整を10月より積極的に実践、10月～3月までの入院患者は153名（予定入院は79名、緊急入院は74名）であった。また、急性期病棟からの転症率も65%未満に抑えなければならないため、急性期病棟からの退院調整を行うことが必須となった。地域医療連携室看護師の介入も拡大し、退院調整が滞りそうな事例には病棟看護師・MSWと情報共有、積極的に介入を行った。病棟看護師と連携、医師へ治療方針と入院期間の確認を行い、入院早期より急性期病棟からの退院支援・退院調整をしていくことが課題である。

患者支援センター看護師説明・対応件数は、眼科が392件、その他1500件であった。緊急入院の対応は9月より開始し3月までで414件。看護師が入院前・入院時より聞き取りなどをすることで退院先の確認や介護保険申請説明など早期からの退院支援に繋がると考える。入院治療と並行しながら退院支援・退院調整ができるよう今後も関係職種と多職種協働していく。12月より病棟の内服作成が開始となった。病棟看護師より、業務や緊急入院の受入が効率よくできているとの言葉もあり、今後はタスクシェアすることで業務の効率化だけでなく、各病棟での時間を有効活用してもらうことで、看護の質の確保に繋げていく。

1) 2024 年度 地域医療連携室 算定件数

		4 月		5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	計
算定名称	年度														
入退院支援加算 1 700 点	2023 年	407		350	407	388	402	406	397	385	440	355	384	403	4724
	2024 年	375		397	380	424	446	385	411	400	398	394	352	454	4816
入退時支援加算 2 200 点	2023 年	192		164	208	187	186	200	189	188	205	162	189	202	2272
	2024 年	183		169	173	200	204	160	189	189	176	154	159	193	2149
介護支援連携指導料 400 点	2023 年	7		10	18	13	32	60	48	64	37	48	31	33	401
	2024 年	19		32	27	21	24	17	26	21	33	25	32	23	300
退院時共同指導料 2 400 点	2023 年	4		7	5	3	6	7	11	6	6	3	5	6	69
	2024 年	4		4	2	5	5	3	8	5	5	3	5	4	53
入院事前調整加算 200 点	2024 年	0		0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2

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
130	65	46	16	88

3) 患者支援センター説明件数

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	計
検査	1133	1073	1019	1045	897	1053	1125	1106	1087	978	931	1189	12636
入院	158	175	186	199	153	160	172	173	142	197	144	154	2013

4) 患者支援センター説明/看護師対応件数

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	計
眼科	36	29	31	40	33	32	34	29	30	29	37	32	392
その他	102	136	152	147	112	120	128	122	113	151	103	114	1500
緊急入院						15	40	40	83	54	87	95	414

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

看護職員：看護師 9 名 看護補助 2 名 （2025 年 5 月現在）

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、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。インシデント件数が増えたの要因として、個々の意識が高まり、報告して入力するという行動に繋がり件数が増えたのだと考えられる。カンファレンスは適宜開催できている、情報を共有するように可視化して啓蒙している。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共有できていないケースが多くみられる。看護師と臨床工学技士との協働の職場であり、それぞれの知識、技術を共有し合い、透析室の質を向上させていくように、ディスカッションしていく必要がある。ダブルチェックをする業務を見直し、現在シングルチェックに出来る業務は改善している段階である。今後も業務内容を見直し、より安全透析治療が受けられる環境にしていく。

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、看護師、臨床工学士と交互に担当し、それぞれの専門的知識を深めていけるように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

血液浄化センター データ													
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①外来透析実施数	907	900	852	882	850	828	875	855	833	853	769	840	10244
②入院患者透析実施数	101	104	115	116	164	96	102	51	110	116	122	79	1276
①+②透析延べ数	1008	1004	967	998	1014	924	977	906	943	969	891	919	11520
腹膜透析患者数	221	230	204	232	228	170	155	150	155	155	140	113	2153
平均ベッド稼働率(%)	84.30%	80.80%	84.10%	80.30%	81.60%	80.30%	78.70%	75.80%	78.80%	78%	80.70%		
病室出張	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
腹水濃縮	2	0	0	3	1	1	2	3	2	1	0	0	
LDL吸着	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
血漿交換	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
G-CAP、L-CAP	4	2	0	4	2	0	0	2	2	0	0	0	
PMX	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CHDF	0	4	0	1	1	4	3	0	1	0	0	0	
臨時ECUM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	
その他の療法(合計)	6	8	0	8	4	6	5	5	5	1	2	0	
透析導入患者数	0	2	5	2	4	4	2	0	3	5	0	4	
転院患者数	1	0	5	2	5	6	0	1	3	2	5	4	
透析離脱患者数	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1		
死亡患者数	0	5	0	1	1	3	0	0	0	0	0	1	
他院緊急入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
輸血使用患者数	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	
シャント閉塞人数	1	0	1	3	1	0	2	1	1	1	0	1	
PTA人数	3	0	1	3	1	0	2	1	1	1	0	0	
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	83	80	80	80	80	80	74	71	77	77	80	74	

4. 次年度の取り組み

・2025年度からは、外来管轄となり、外来各科と血液浄化センターが協働できるようにしていく。そのために、救急、フットケア、腎・泌尿器外来、PTA など透析に関連する部署から、知識、技術を新たに学べるように支援していく必要がある。

・引き続き、血液浄化センターに通院する患者の安全と適切な治療、看護が提供できるように、透析看護の質を高めていく。院内外の研修参加や、学習会の毎月開催を行っていく。インシデントについては、入力を徹底して個々で振り返るとともに、部署で検討する必要のある事例は、毎月必ず1回以上はカンファレンスを行っていく。

IV-7-1 2). 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 6 名 ・ 非常勤 4 名

理学療法士：常勤 2.5 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（看護業務の負担軽減の取組を行っている場合）

機能強化型訪問看護管理療養費 2・特別管理加算・サービス提供体制加算

令和 6 年度 6 月より診療報酬改定に伴い届出の変更を行った

(1) 24 時間対応体制加算（看護業務の負担軽減の取組を行っている場合）6,800 円／月

要件：イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が 2 連続（2 回）まで

オ ICT、AI、等の活用による業務負担軽減

(2) 機能強化型訪問看護管理療養費 2

10,030 円／月の初回の療養費

要件：①24 時間対応体制加算の届出+休日祝日を含めた計画的な訪問看護の実施。

②別表 7 の利用者 月 7 人以上

③ターミナル 前年度 15 件以上

④居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置

+特に医療的な管理が必要な利用者の 1 割程度について介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成

⑤・人材育成のための研修等の実施

・地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実施

* 令和 6 年度年間実績（延べ） 訪問人数 1,885 名 訪問件数 14,724 回

新規 149 件 終了 123 件

・自宅看取り件数 39 件 ・退院前カンファレンス 66 件 ・デスカンファ 21 件

2. 活動実績

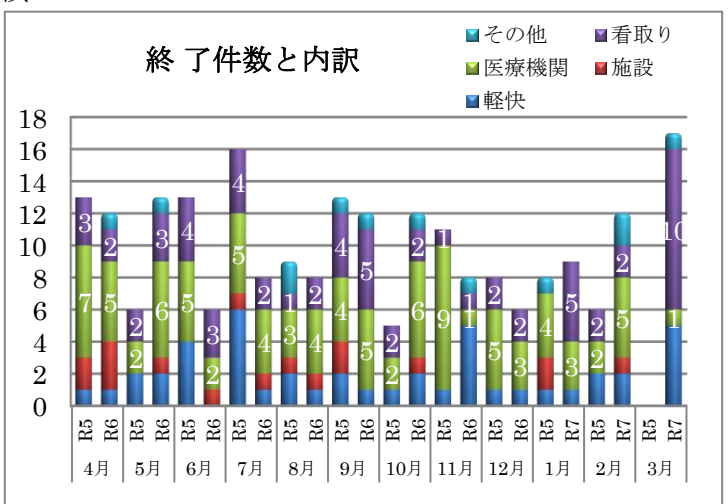
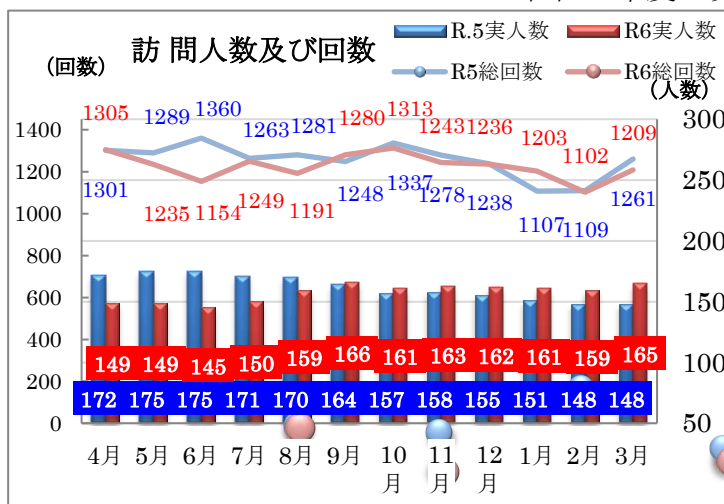
目標：BCP 作成に向け利用者に合わせた情報の整理ができる

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) 看護の手技についてのマニュアルを作成し、統一した指導ができる

・昨年度に引き続き、マニュアルの完成を目指した。点滴ロックは家族の協力が必要不可欠であり、マニュアルの作成で統一した指導ができるようになった。記録についてはまだ課題もあり音声入力など活用しながら記録時間短縮を目指す。

令和 6 年度 実績



IV-7-13). 教育委員会

担当副看護部長：加藤 一二三

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、看護研究委員会は各部署の看護研究実践の指導・支援、クリニカルラダーⅢ看護研究計画書の作成を支援している。

構成員は教育担当副部長1名と師長2名、副師長4名、主任2名の計9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

- ・クリニカルラダーの実践 ・ラダーに沿った研修企画
- ・クリニカルラダー認定申請書兼評価表の再チェック ・研修運営と評価

目標：ラダーに沿った教育支援の充実

- 1) クリニカルラダーの実践・評価・整備
- 2) ラダーに沿った研修企画の運営と評価・整備

昨年度ラダー認定の際に使用していた、評価表①②と自己チェック表を1つにまとめた「ラダー認定申請書兼評価表」を作成した。その用紙を活用しつつ、中間評価時から内容について意見交換し、見直しを行った。評価自体は以前の用紙よりわかりやすく、対象の状況にあった評価ができるという意見が多く聞かれた。今後はラダーⅠ～Ⅲの評価用紙とラダーⅣの評価用紙の整合性が取れるように全体のバランスを確認しつつ、評価表の完成を目指していく。

今年度より、ラダーⅠとⅡに対し、技術研修を多く計画した。ラダーⅠには基本的な看護技術、ラダーⅡにはフィジカルアセスメントを中心とした技術を学んでもらった。講義だけの研修ではなく、実践を学ぶ機会となり良い経験ができたという評価が得られた。e-ラーニングの活用も増やし、集合研修の意味も考えながら次年度以降の研修企画をしていく必要がある。

ラダー認定申請書兼評価表の評価・修正： ラダーⅠ～Ⅲ評価表の内容再検討

令和6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・フィジカルアセスメント・インスリン・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・救急・急変看護技術・輸液管理・麻薬・グリーフケア・エンゼルケア・チューブ類管理
ラダーⅡ	実践に役立つフィジカルアセスメント（呼吸・循環・腹部）・看護技術・臨床推論・看護研究テーマの絞り込み・情報伝達・救急急変対応・5S活動について・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・臨床推論・リーダーシップ・アナフィラキシーショックの対応・看護研究計画書作成・看護研究計画倫理審査
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・臨床推論・ナラティブ

トピックス	ストマ（基礎編・応用編）・終末期の意思決定支援・血液透析のあれこれ・身体拘束・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・感染管理

※学研 E ラーニング活用 S-QUE の視聴活用

外部研修参加

看護協会研修：118 名参加	学会：32 名参加	済生会研修：23 名参加
----------------	-----------	--------------

現地参加する機会が増えてきたと共に、オンライン研修に参加することが全体的に増えた。済生会の本部研修にもオンラインで参加できるようになった。そのため、今までは 1 名のみの参加になっていた研修に複数名参加することができるようになり、研修後の学びを共有できるようになった。今後も研修に行くだけでなく、学びを共有する機会を増やしていきたい。

教育担当者委員会の活動実績

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。ラダーⅡ・ラダーⅢにある教育対象者用に企画された教育計画に沿って、部署での Off-JT と OJT の連携やラダーⅢまでの看護職員の教育指導に関わる OJT の実際を情報交換し検討する。ラダーⅢを修了した者で構成している。

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

対象者を支える各支援者に Z 世代の特徴を伝えつつ、情報共有を行った。

ケーススタディは教育要綱ラダー達成基準に準じ、ラダーⅡ期間に 1 事例発表することを再確認し取り組んだ。自主性を重んじ、自主的に取り組んだ対象者が発表したことで例年より看護がみえる内容だったと評価を受けた。前年度の課題から個人単位での発表とし、日程やスタッフの拘束時間に柔軟性を持たせられるよう考慮した。発表の場を管理棟会議室としたことで準備が簡易、1 日 3 名までと限定したことで拘束時間が短くなった等メリットもあったが、時間外発表となったことがデメリットであり、発表形式は次年度の検討事項となった。

今年度よりフィジカルアセスメントについての研修を教育担当者会が担当した。動画資料を活用し研修を行ったが、技術研修であり現場で活かしていくためにはどのように教育担当者に関わるのか、次年度への課題となった。

看護研究はラダーⅡ・Ⅲともに計画通りに進んだ。査読後は支援者も指導に悩む部署もあるが上司に相談しつつ適宜指導、訂正し順調に進められた。ラダーⅢの看護研究については、6 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 13 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 13 名 ラダーⅢ看護研究倫理審査の承認 12 名中 12 名通過
--

実地指導者委員会の活動実績

目標：1. 新人看護師が看護実践に必要な基本的能力を身につけるよう支援する

2. 精神面をサポートし、組織の一員として行動できるよう支援する

3. 新人看護師を指導する指導者に対して統一した指導をする

【活動実績】

本年度は、新人看護師がラダーⅠを達成することを目標とし、実地指導者が計画的かつ継続的に支援を実施した。また新人看護師の成長支援にあたっては「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」などの教育ツールを活用し、自己の看護実践を客観的に振り返る機会を設けた。実施指導者間での定期的な情報共有を通じ、指導の質の均一化とフィードバック体制の強化に努めた。

「新人年間予定表」については、各部署に提示し研修日程や内容の把握を促進した。しかし、昨年度は課題提出の遅れや、初めて指導者を担当する職員への引継ぎ不足により、指導内容の把握が不十分なケースが見られた。これに対し、本年度は実地指導者向けに指導案と予定表を整備し、提出物の管理や声掛けのタイミングを明文化した。今後は記録とフィードバック体制の充実を図り、年間予定表の見直しと改善を継続していく。

「看護の振り返り日記」については、KOMI ケア理論や保助看法、接遇、倫理綱領の4つの基盤を用いて記載するように、新人看護師、指導者へそれぞれ啓蒙を行った。昨年度、4つの基盤の視点で振り返りができた箇所にはマーキングを行うなどの工夫を行ったことで4つの基盤で振り返りを記載できるようになった。しかし、指導者側のコメント記載は限られたスタッフからとなっていることがあった。各部署で啓蒙方法が異なるため、統一した啓蒙方法を検討する必要がある。また、振り返り日記の確認や指導コメント記載が勤務時間外にならないように指導内容はその場で記入する方法を取り入れ、時間内に行えているか評価していく。

「入院虎の巻」については、新人看護師自身に「入院虎の巻」を持っておくよう指導している。根拠付けのためにチェックリストを活用してもらうよう今年度の委員会で内容の修正をしているため、次年度も活用していく。

「看護技術チェックリスト」については、ローテーション研修までに達成しておくべき項目を事前にクリアしておくことでローテーション研修がスムーズに行えた。各部署とも技術チェックリストの達成率は全員70%以上が達成できた。

「精神的支援」については、今年度の新人看護師は消極的な印象であったが、徐々に病棟での勤務に慣れるとともに出来る業務も増え、コミュニケーションを上手く図れるようになった。しかし実践で報告や相談が必要なケースや判断に迷うことが考えられる。そのため実地指導者から適宜声掛けを行い、報連相ができる環境作りが必要がある。今年度も院外でウキウキ研修が開催され自部署以外の新人看護師と触れ合う事でリフレッシュできたとの意見を得られた。次年度も継続していく方向で主任会と意見を共有していく。

臨床指導者委員会の活動実績

目標：学生が実習目標を達成できるよう、学生と指導者の実習環境を整える。

【活動実績】

昨年度に指導者連絡票の見直しが行われ、今年度より全部署で統一した指導者連絡票を使用した。指導者連絡票を活用することで、担当指導者がかわっても学生の特徴や前日までの指導内容が把握でき、スタッフ間で統一した指導が行えるようになった。

臨床指導者マニュアルについて、学生が患者からセクハラを受ける事例があり、オリエンテーションの項目に「セクハラや暴言などについて学生に説明する」を新たに追加した。臨床指導者以外のスタッフもマニュアルを活用することで問題なくオリエンテーションが実施できている。

今年度より外来実習の受け入れが始まった。学生の受け入れにあたり、学生指導担当スタッフを依頼し、担当者と詳細にタイムスケジュールを組み、他部署への見学依頼もして準備を整え初回を行った。学生の反応は良かったが、スタッフの負担も大きかった。今後、外来実習の受け入れが増加することが考えられる。実習ごとに追加・修正を行っていき今後外来実習についてのマニュアルを完成できることを目標とする。

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ラ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。

構成員は委員会担当副部長 1 名に加え主任 5 名、副主任 1 名、スタッフ 4 名が各部署から選出され計 11 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・院内発表支援とラ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、1 部署を残し、2024 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 6 年 7 月に開催し 5 部署 5 題の発表と院外発表分の演題発表 3 題であった。（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保存し、閲覧できるようにした。

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。

【院外発表】

部署	テーマ	学会名
5B 病棟	地域包括ケア病棟で業務を行いながらナースコール対応を行う看護師の思い	第 76 回済生会学会
4B 病棟	チーム支援型によるチームメンバーの新人看護師に対する現場教育の実態調査	第 12 回大阪府看護学会
4A 病棟	急性期病院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	第 66 回日本老年学会
3B 病棟	隔離中の COVID-19 患者に対する情報共有シート使用によるディスカッションの効果	第 55 回日本看護学会学術集会
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	第 55 回日本看護学会学術集会
手術室	手術延長による手術室看護師と病棟看護師の家族対応への実態調査	第 38 回日本手術看護学会
外来	外来看護師の応援業務に対する思いの調査	第 55 回日本看護学会学術集会

【院内発表】

部署	テーマ
血液浄化	A 病院における血液透析患者の災害時の自助努力に対する実態調査
中央手術室	四点支持台を使用した脊椎腹臥位手術における顔面の皮膚障害発生の実態調査 ー水分量による違いー
3A 病棟	A 病院急性期病棟看護師における経験年数による転倒転落の危険判断の実態調査
4A 病棟	A 病棟の人工膝関節置換術を受ける患者が手術を決意した思い
5A 病棟	産褥早期の母親に対するリラクゼーションケアの有用性

【看護研究研修】

対象	研修名	対象	研修名
本研究	研究のプロセス	ラ ダ ー	I 看護研究の基礎
	外部講師研修(1)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。部署は2,3年ごとに研究を行っているが、ペア部署を決めることで研究者への支援の強化につとめ、臨床目線での研究に継続して取り組む。

IV－7－1 4). 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、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) 現場のニーズに沿った、効率的な看護記録

2023 年度に効率的な記録を目指し、看護記録記載基準やクリニカルパスの見直しを行った。引継ぎ課題として、経過一覧、観察項目、標準看護計画など使用しにくい項目があり、着手した。

経過一覧の不要な項目、追加してほしい項目を各部署の意見を持ち寄り、輸液量の項目は不要と意見があったがシステム上削除できず、心電図波形評価やバルン交換の項目を追加した。また、観察項目について、あいいうえお順より部位別の方が分かりやすいと意見があり、部位別に変更した。さらに、標準看護計画は、計画がない脱水、蜂窩織炎、大腸カメラなど 14 項目を追加して、職員へ周知した。

今年度は、看護記録監査についても機械的監査と質的監査の重複項目を削除し、効率的に監査ができるように監査表を見直して、11 月に使用した。「ナンバリング記録」、「患者や家族の思い」、「看護計画評価」は以前と同様に「書かれていない」の評価が多いが、経過記録に関する項目は前年度より「記録できている」が増えていた。

看護記録監査結果を部署へフィードバックすることで、「介護度」の項目は、事業所を書くのか、電話番号を書くのか、アナムネ用紙と入院基本情報の順番が違うので同じにした方が入力しやすいなどの意見があり、記録委員に業務を引き継ぎ、改善していく。

2) 手順監査

6 月に名前の確認に関する他者評価を実施したが、実施率は 98.7%と前年度に比べ実施率が高かった。他者評価をすることで、患者にフルネームを名乗ってもらって確認するという意識は高まるが、業務に迫られると苗字だけの確認、名前を伝えて確認したなどルールを逸脱した誤認が発生している。誤認防止は、患者にフルネームを名乗ってもらうことであると分かっているが、監査期間以外は継続されておらず、誤認件数の減少には結びついていない。

3) 効率的な会議運営

業務委員会では、他の委員会に先駆け、ペーパーレスの会議を推奨し、タイムリーな議事録作成、議事録のメール配信を行った。連絡事項は、連絡者が事前に入力し、課題についても入力しておくことで、書記の負担を減らし、議事録の印刷、配布などをやめることでコストや時間を削減することができた。

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 回診を実施、感染症、薬剤耐性菌検出、血液培養陽性、広域抗菌薬及び長期投与の患者を対象に、感染対策、検査、抗菌薬適正使用について助言を行っている。MRSA の検出率は昨年と比較し減少しており、広域抗菌薬（MEPM）使用量の減少が図れている。

サーベイランスは、中心ライン関連血流感染、カテーテル関連尿路感染、手指衛生、耐性菌サーベイランスを実践している。当院は膀胱留置カテーテル使用比が高い傾向にあり、適応評価の周知をはかり、早期抜去されていかなければならない。手指衛生は1患者1日あたり手指消毒回数が6.1回/日/人と極めて少ない病棟や、昨年度より減少していた病棟もあった。必要なタイミングで手指衛生の実践、維持向上が今後も課題である。感染対策ラウンドは、各部署に出向き、手指衛生、個人防護具、洗浄消毒、職業感染対策、環境などの現状確認とフィードバックを行っている。

院外/地域活動としては、感染対策向上加算合同カンファレンス（4回/年）、指導強化加算ラウンド（4施設）出張講演（2会場）、地域包括感染症プラットフォーム施設訪問（1施設）及び研修会、看護協会支部交流会ファシリテーター（3回/年）南河内感染ネットワーク研修会を行った。周辺施設の感染拡大は地域の医療崩壊に繋がる。周辺施設の日頃の感染対策の実践、向上が図れるよう協力していく。

その他、感染症発生対応、結核の接触者調査、各種ワクチン接種、院内研修（感染対策2回/年、新規採用、看護補助者、委託業者、エキスパート）を行った。エキスパートは初年度3名の参加があった。部署の感染対策を推進できるスタッフの育成、感染管理認定の取得を希望するスタッフ支援を図っていく。

【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、トピックス：ストーマ基礎・応用、ポジショニング研修を実施した。

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、2023年2.26%→2024年2.24%と大きな改善はなかった。各病棟でポジショニングに関する勉強会・カンファレンスは継続して実施した。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、必要な患者に適した体圧分散寝具が使用できるように、効率よく使用できるような体制づくりを次年度の課題とする。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。令和6年度は延べ130名が受診した。

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。

《令和 6 年 4 月～令和 7 年 3 月までの特定行為実施件数》

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
胃ろう交換	5	1			3	3		4	2	2	1	3	24
膀胱ろうカテーテル交換	1	1											2
壊死組織の除去（複数回含む）	1				2							1	4
NPWP（複数回含む）	3												3
抜糸												1	1
計	10	2	0	0	5	3	0	4	2	2	1	5	34

【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対面で実施するだけでなく、いつでも視聴できるよう動画を作成した。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今年度も実施してもらった。

輸液管理研修では今年度も化学療法委員と共に、研修の実施、筆記・実技テストの内容の作成と実施までを行い、7名の IV ナースが誕生した。

病棟ラウンドでは特殊な輸液管理が必要な症例や、新規採用された薬剤（ビロイ®）の投与管理のチェックシートなどを作成し指導を行った。新規薬剤導入以外でもホルモン剤（ゴナックス®）など従来取り扱っている薬剤に関しても、勉強会の開催を実施した。

【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。

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の実践と、病棟ナースへ ACP 支援についての教育を行った。

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。

令和 6 年度がん拠点病院の活動の一環として芸術大学に似顔絵を依頼し 8 組の患者・家族を対象とし取り組むことが出来た。

がん患者指導管理料 1 は 122 件、がん患者指導管理料 2 は 46 件の介入をしている。

【緩和ケア CN】

直接介入としては今まで年間 10 人程度であった泌尿器科介入において、毎週の医師との情報共有の場を設けることで 50 人以上まで介入件数を拡大している。また、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 10 回目まで配信している。視聴人数やアンケート結果から ACP の周知としての目的は達成できたと判断し、今後は動画研修でなく院外講師を招いての講演会を検討している。

【救急看護 CN】

救急認定看護師として、院内での急変事例に関しては、カルテより対応確認と急変に陥るシグナルの確認を行い、必要であればカンファレンス開催依頼し、フィードバックした。急変対応のスキル向上においては、全職員対象の BLS 研修は、各部署での開催とし、指導必要な部署においては、接指導やオブザーバーとしての介入をすることで、職員受講率 88% となった。迅速な緊急カテ対応の拡大のため、検査準備から開始までの初動において、スタッフへ実践研修を行った。

2024 年 4 月から日本看護協会災害支援ナース養成研修の演習講師として参加した。

大阪府看護協会にて示説発表を行った。

学生対象に、災害支援ナースの活動や認定看護師としての院内外での活動について伝えた。

院外研修については、災害・酸素ケア・インターベンション等の内容の研修に参加した

【手術看護 CN】

手術を受けられる患者への精神的支援のため「手術サポート外来」を 5 名に実施した。術後疼痛管理チームとして、術前疼痛管理計画書の作成と術後回診を実施した。対象患者への計画説明の実施率は 71.7%、PCA 装置の指導実施率は 63.3% であった。術後疼痛管理チーム加算(100 点/回)は、725 回算定した。

看護師を対象とした情報紙を 8 部発刊した。看護師を対象に「手術室体験ツアー（外科編、整形外科編、泌尿器科編）」と「侵襲検査・治療の危険性と対策」のテーマで研修を実施した。いつでもどこでも視聴できる看護師対象の研修用動画として「腓骨神経障害予防」「清潔・不潔の概念」「DVT 基本編」「DVT リスク評価」「DVT 予防法」「術前の装着品確認」「IV-PCA」「DVT 予防法の禁忌」の 8 個の動画を作成した。YouTube でもアップし、全動画の総視聴回数は 3352 回であった。

院外活動では、第 38 回日本手術看護学会年次大会において、「A 病院における術後疼痛管理チーム活動開始後の術後疼痛と PONV の実態」のテーマで示説発表を行った。日本手術看護学会九州地区熊本分会の依頼で「今日から始める！手術室の臨床倫理～手術室特有の事例展開で倫理的視点を学ぶ～」のテーマで 60 名の参加者にセミナーを実施した。手術看護専門雑誌で「手術室における災害対策の考え方」について執筆記事が掲載された。「手術室における看護倫理」と「手術看護記録」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。日本手術看護学会より、近畿地区役員および大阪ブロック役員に任命された。また、2026 年開催の第 40 回日本手術看護学会年次大会の実行委員長に任命された。日本麻酔科学会と日本手術看護学会の依頼で、2024 年度周術期管理チーム認定試験の試験官を行った。

次年度は、手術を受ける患者で精神的支援を必要としている、または希望している患者へ手術サポート外来を実施できるように、ポスターやホームページ、SNS での情報発信を行う。研修動画については、3000 回を超える視聴数があったため、今後もいろいろなテーマで動画を作成する。院外活動としての執筆や講義、講演、学会活動の依頼が増えているため、出来る限り積極的に行い、「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、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 15 件程度)

ラウンドは火・木・金曜日で火曜日は、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。できるだけ過活動や低活動せん妄・BPSD で関りが困難な患者や薬剤調整が必要な患者、退院調整が難航している患者を重点的にラウンドして必要時 IC に同席したり、退院前カンファレンスに参加したり等の活動を行った。また今年度診療報酬改定により、身体的拘束最小化チームを認知症ケアチームで担うこととなった。そのため各部署の身体的拘束状況をほぼ毎月グラフ化して所属長会で周知を図った。また、身体的拘束を実施している患者のリストを作成して、認知症ケアカンファレンス時に解除できるかどうかを検討した。身体的拘束最小化指針を作成し、令和7年度から本格的に身体的拘束最小化に向けて実施できるように医療安全と協働した。今年度は認知症ケア加算として延べ 2943 件で¥1,368,660-の算定であった。

地域活動としては 7/24 富田林市高齢介護課からの依頼で認知症ケアの講演、10/23 南河内医療安全性セミナーで当院の身体的拘束最小化に向けた取り組みについて講演、1/22 太子町社会福祉協議会からの依頼で太子町サロンで認知症ケアの講演、3/18 富田林市からの依頼で市民講座に参加した。

【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。（1～3 名／回）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）を 37 件実施することができた

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。

4/8 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希望者に向けて「摂食嚥下障害患者の安全な食事介助」について 7/2 と 10/29 の 2 回研修を行った。

地域での活動として、11/29、UR コミュニティ金剛団地にて摂食嚥下障害についての講義を一般市民に向けて行った。

IV－8. 感染制御室

1. スタッフ

室長：窪田 剛

看護師：奥田 賢次

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

大阪南医療センター病院→済生会富田林病院（12/6）済生会富田林病院→PL 病院（R7. 1/24）

(2) 加算 1 加算 3 施設 合同カンファレンス（年 4 回）

(3) 指導強化加算ラウンド（4 施設）

- ・富田林田中病院（11/15）・結のぞみ病院（12/3）・金剛病院（R7. 2/27）・青山第二病院（R7. 3/12）

(4) 南河内感染対策ネットワーク研修会（8/24）

(5) 狭山医師会合同カンファレンス（年 2 回）

(6) 地域包括的感染症対策プラットフォーム 喜志菊水苑ラウンド（12/11）感染対策研修会（R7. 2/18）

(7) 出張講演 寺池台（2/6）梅の里（2/20）

2) ICT/AST 回診（毎週）

3) 院内ラウンド（毎週 1 回～）

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

・全職員対象感染対策研修（年 2 回）

テーマ「新型コロナウイルスクラスター報告と感染対策」「インフルエンザ感染対策」

・新規入職者研修

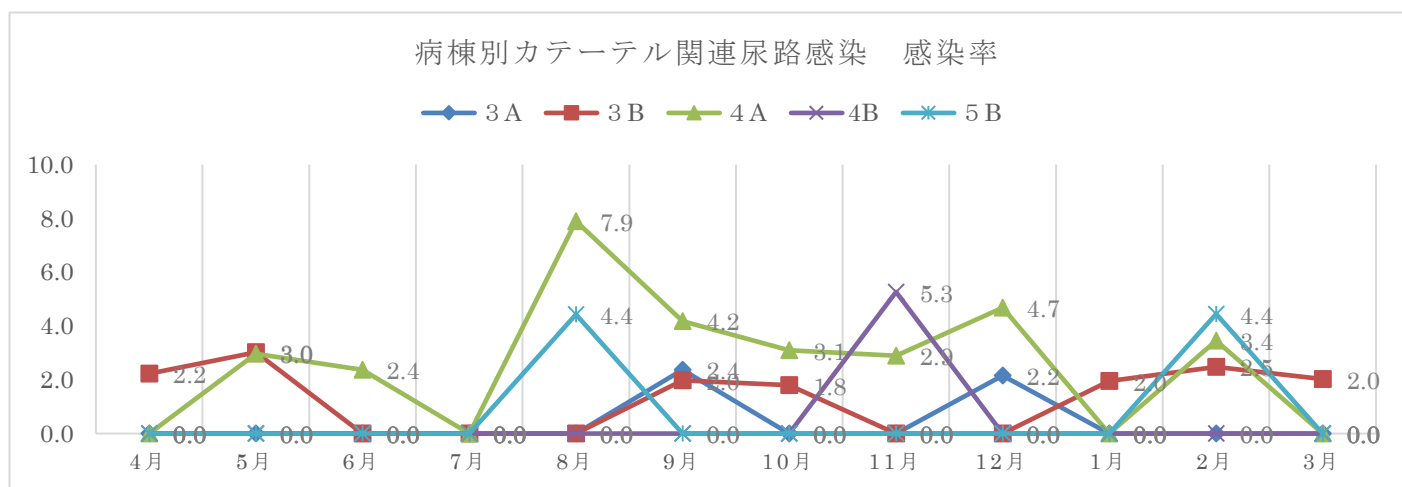
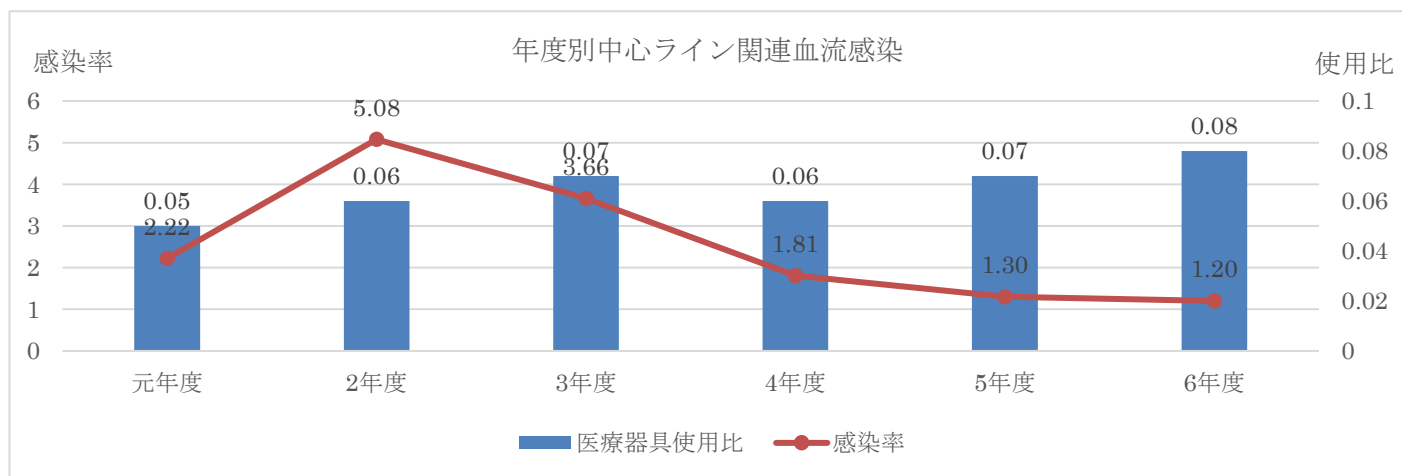
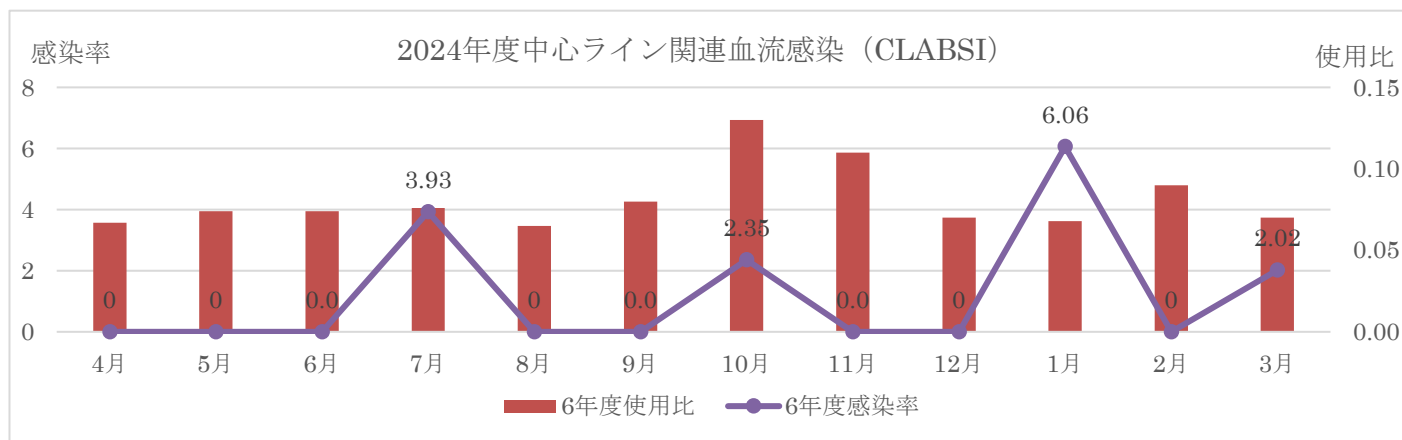
・看護部新入職者研修「標準予防策」「感染経路別予防策」

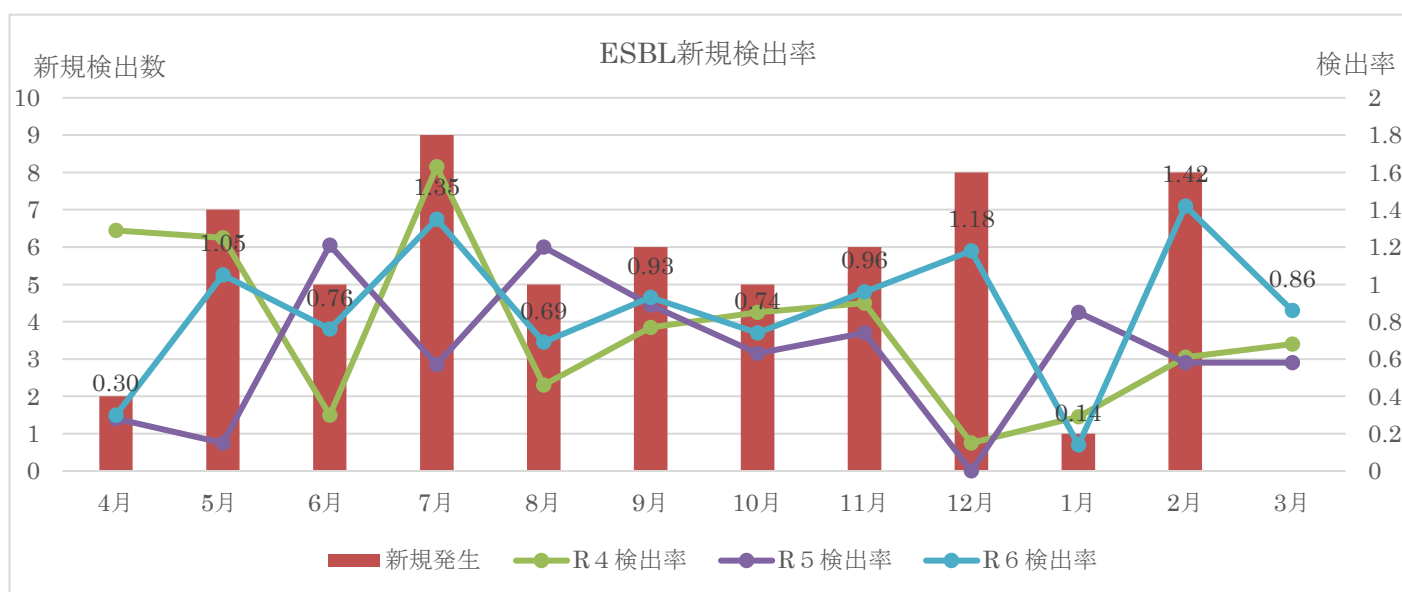
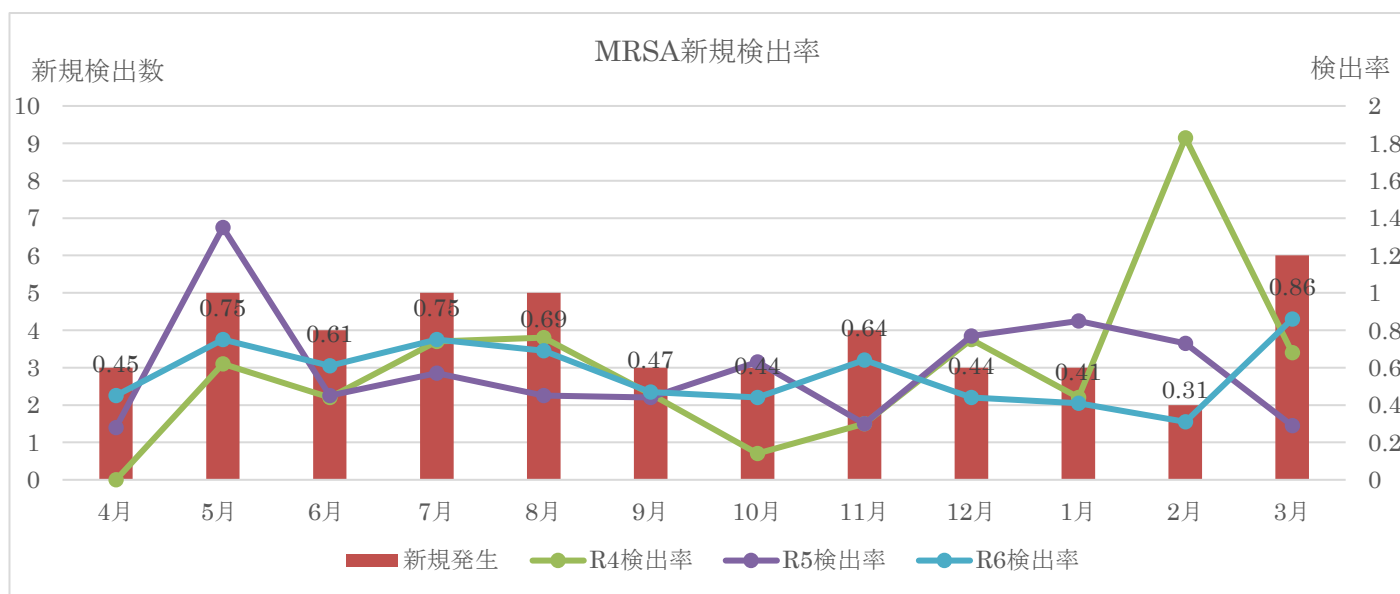
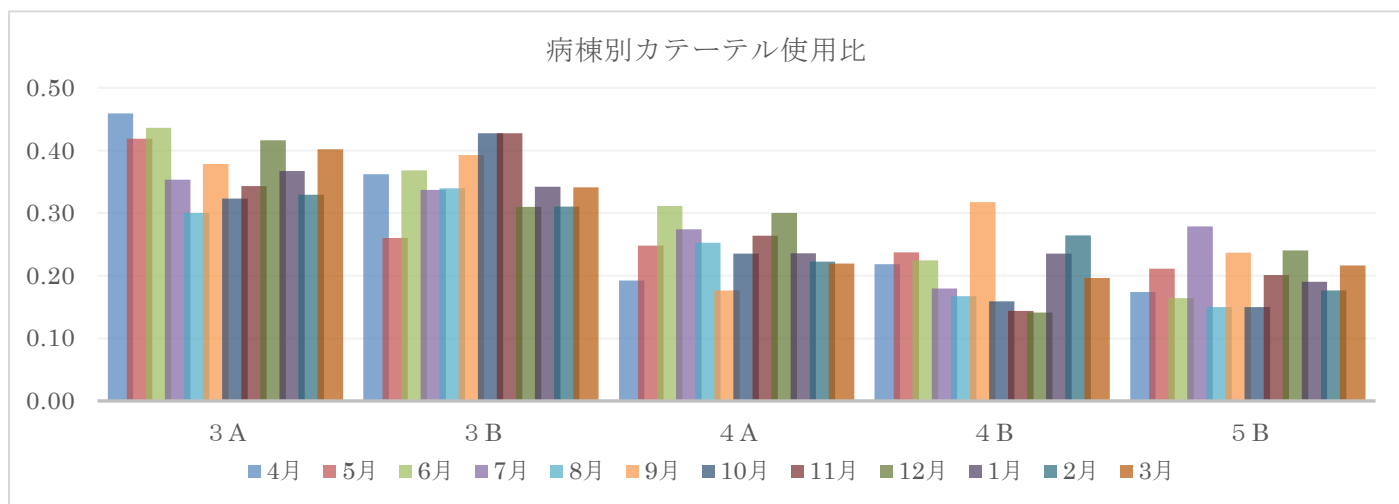
・看護補助者研修「標準予防策」

・委託業者研修「個人防護具着脱演習」

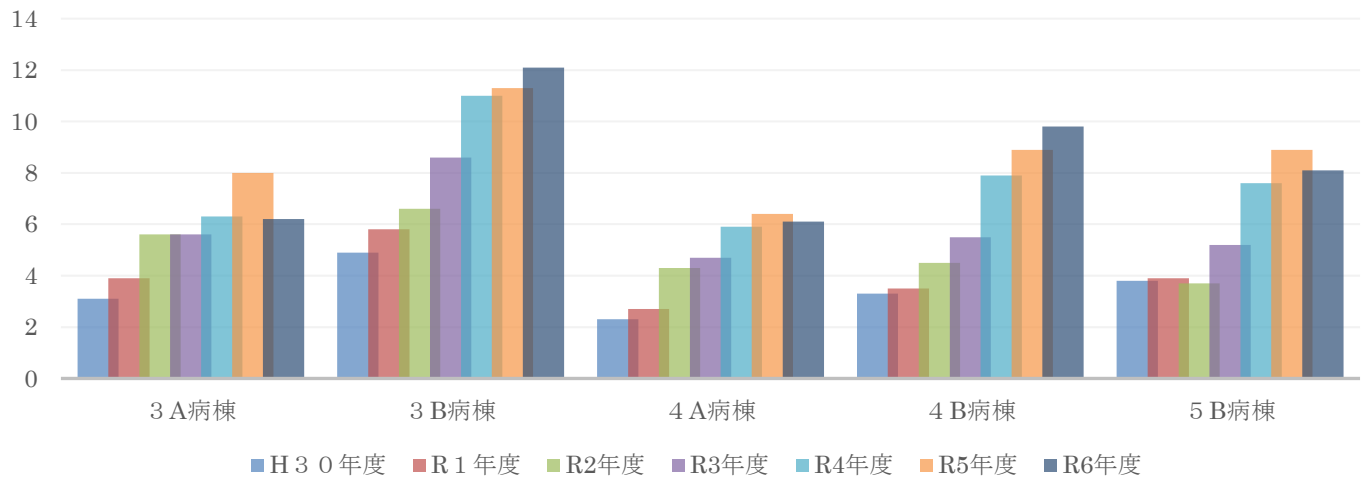
・エキスパート研修（計 6 回）

資料関係





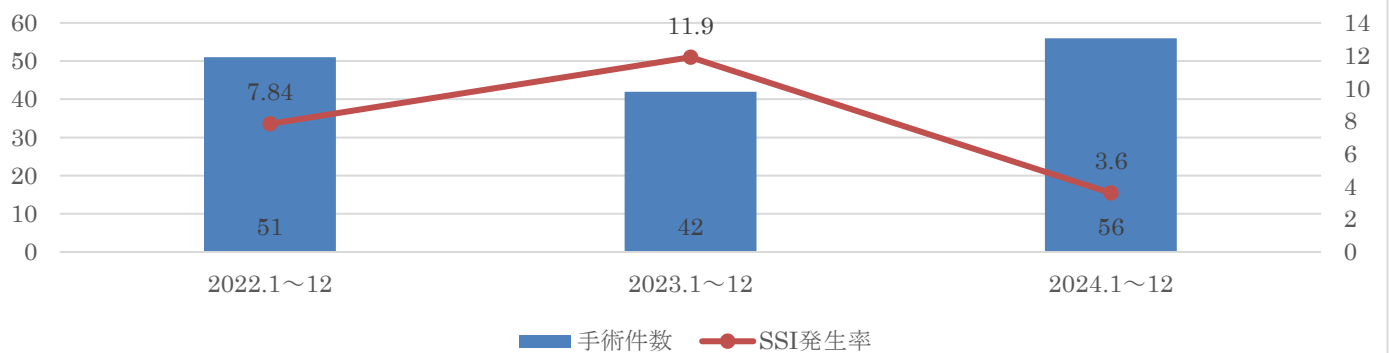
1患者1日あたり手指消毒回数



手術件数

虫垂手術

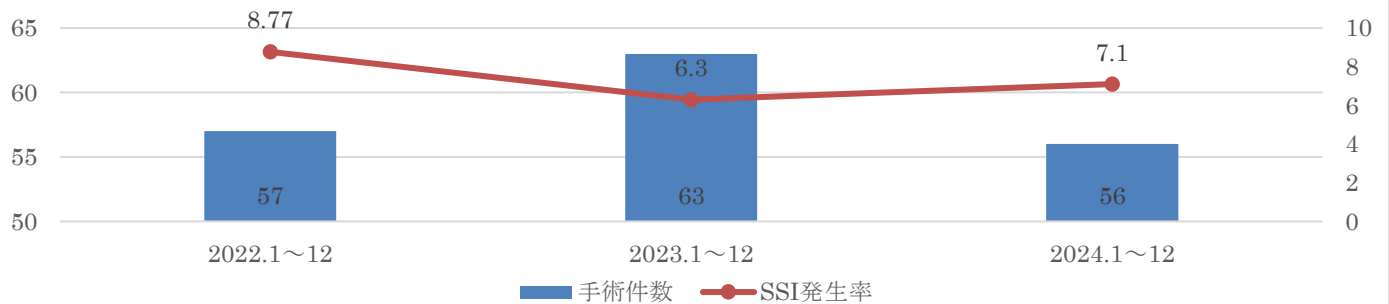
発生率



手術件数

胆嚢手術

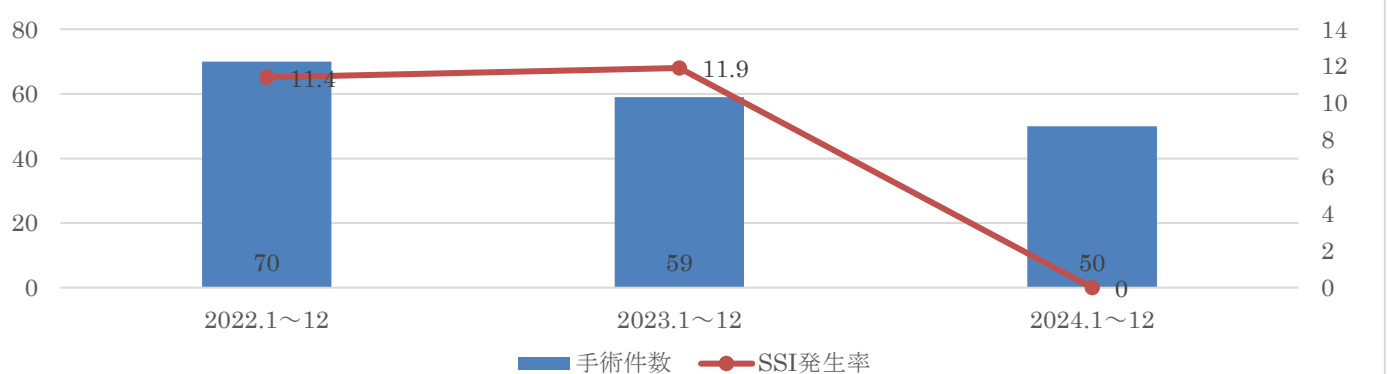
発生率



手術件数

大腸手術

発生率



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	：加藤 一二三
医療安全担当事務	：小谷 知広

2) 業務内容

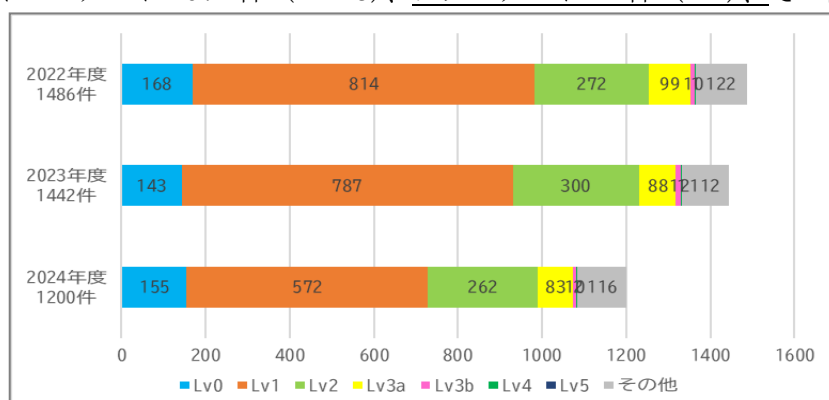
- (1) インシデント、アクシデントレポートの情報収集及び分析、対策立案
- (2) 院内での全死亡事例患者の確認及び報告
- (3) インシデント、アクシデント事例のスタッフへの通知（医療安全情報）
- (4) インシデント、アクシデント対策立案の評価
- (5) 医療安全管理のための教育研修の企画および実施
- (6) マニュアルの作成、修正
- (7) 現場ラウンド
- (8) 患者、家族、スタッフからの相談対応
- (9) 肝炎ウイルス検査陽性者の確認及び報告
- (10) 画像及び病理報告書の未読確認、未読診療科部長への周知

2. 活動実績

1) インシデントレポート報告状況（前年度比）

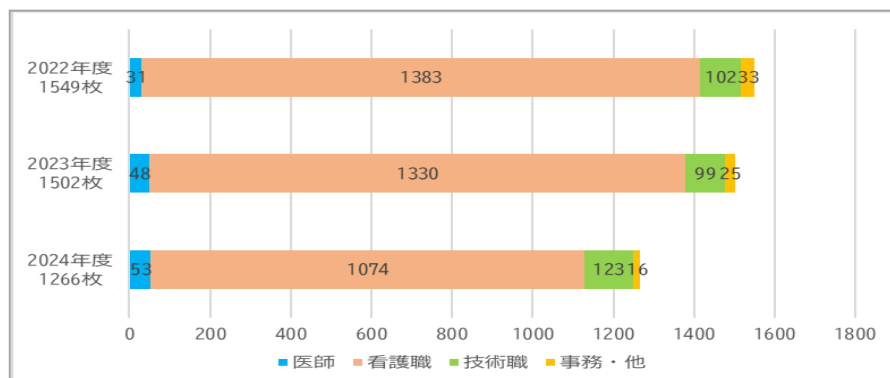
(1) インシデント、アクシデント（Lv3b 以上）発生件数：総数 1200 件（－242）

インシデント 1072 件（－245）、アクシデント 12 件（－1）、その他 116 件（＋4）



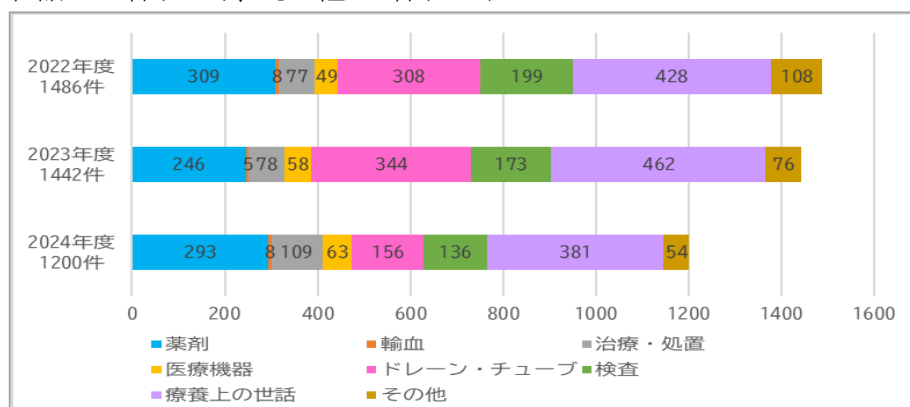
(2) 職種別報告件数（前年度比）：総数 1266 枚（－236）

医師 53 件（＋5）、看護師 1074 件（－256）、技術職 123 件（＋24）
事務職 16 件（－9 件）



(4) 分類別報告件数（前年度比：総数 1200 件（－242））

薬剤 293 件（＋47）、輸血 8 件（＋3）、治療・処置 109 件（＋31）、医療機器 63 件（＋5）、ドレーン・チューブ類 156 件（－188）、検査 136 件（－37）、療養上の世話 381 件（－81）、その他 54 件（－22）



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
1	4/1	要配慮個人情報
2	5/15	心肺蘇生時の第 1 選択薬（アドレナリン＝ボスミン）
3	7/1	ペイシャントハラスメント
4	8/5	院内ハラスメント（投書箱）
5	9/2	病理解剖時の同意
6	10/7	抗凝固薬休薬による心原性脳梗塞
7	11/12	ホワイトコール
8	12/9	入院時のハサミ持ち込みによるインシデント
9	1/7	薬剤性難聴（アミカシン）
10	2/4	死因究明のための病理解剖推奨（死亡時画像診断をしない）
11	3/3	研修医のインシデント報告
12	3/10	膀胱留置カテーテルによるアクシデント
13	3/31	アスピレーションバルブ

3) 研修

	実施日	内容	対象
1	7/26、9/27 11/29、2/28	臨床病理検討会	全職員
2	適宜	BLS（実技）	全職員
3	DVD	麻薬の取り扱い	全職員
4	入職時	オリエンテーション	入職者
5	4/4	インシデント報告の必要性	研修医
6	4/12	ハイリスク薬剤「インスリン」	新人看護師
7	6/25	PICC 挿入	医師
8	8/16	アクシデント発生時の対応	ラダーⅢ以上 看護師
9	9/28	苦情対応	全職員
10	12/6	ホワイコール研修	全職員

4) 医療安全ラウンド

	実施日	内容	対象
1	8/15、11/21	看護部医療安全ラウンド	地域医療、健診、外来、透析、 外来、OP、5A、5B、4A、4B、 3A、3B
2	4/8、5/13、6/10、 7/8、8/19、9/9、 10/21、11/11、 12/9、1/20、2/10、 3/10	心電図無駄鳴りラウンド (心電図担当 CE 合同)	5A、5B、4A、4B、3A、3B

5) 相談対応件数（前年度比）：総数 210 件（+95）

	相談 (患者等)	迷惑行為 (患者等)	診察同席	倫理	相談 (医療者)	外部から 問い合わせ	計
4 月		6	1	1	12		20
5 月		1	2	4	14		21
6 月		3	1		10		14
7 月		2	2	1	11	6	22
8 月	1	1	3		10	1	16
9 月	2	3	2	1	9		17
10 月	3	8	1		7	1	20
11 月	1	5	1		10		18
12 月		2	1		9		12
1 月	1	2			9		12
2 月		2	1	4	8		15
3 月	1	6	2		14		23
計	9	41	17	11	123	8	210
%	4.3%	19.5%	8.1%	5.2%	58.6%	3.8%	

・迷惑行為 内訳（重複あり）

暴力	暴言	セクハラ	長時間拘束	無断離院	喫煙、飲酒	無断撮影	その他	合計
2	22	4	8	3	2	2	2	45

・医療者からの相談 123 件（内訳）

医師	看護職	技術職	事務職
26 (21.1%)	83 (67.4%)	6 (4.9%)	8 (6.5%)

3. 2025 度 活動予定

- 1) 医療安全リンクスタッフのサポート
部署の業務改善計画書の打ち合わせ、確認
- 2) 心電図無駄鳴りラウンド
- 3) 医師（特に研修医）のインシデント報告数の増加
- 3) 医療安全情報での周知

富田林病院年報
2024 年度（令和 6 年度）
令和 7 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 1－3－36
TEL	0721－29－1121
FAX	0721－29－4474
URL	https://tondabayashi.saiseikai.or.jp
発行者	院長 岩永 賢司

★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
感冒を誘因に眼底出血と急激な溶血を呈した巨赤芽球性貧血の1例	宮崎 俊一、窪田 剛、更谷 紀思、 山本 広之、濱中 慶、嶋田 剛士	日本内科学会 第247回近畿地方会	2025/3/8 京都
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の1例	辻江 正樹、小牧 孝充 塚本 吉胤、井上 芽依	日本内科学会近畿支部主 催 第243回近畿地方会	2025/3/16 大阪
抗生物質起因性出血性大腸炎の1例	宮崎 俊一、小牧 孝充 塚本 吉胤、竹村 昌紘	日本内科学会 第246回近畿地方会	2024/12/14 大阪
特異なペーシング不全を呈した一例	中本 進	第77回済生会学会	2025/2/16
小林製薬 機能性表示食品「紅麹コレステヘルプ」による腎機能障害の一例	米田 雅美	第54回日本腎臓学会 西部学術大会	2024/10/6

★国内(全国・地方)学会座長

演題名	演者（共同演者含）	学会名	年月・場所
『コロナ禍における臨床工学技士に求められる呼吸療法知恵と技 ～重症度分類別施設におけるCEの役割～』	恩地隆	第27回近畿臨床工学会	9月25-26日 WEB