

---

# 大阪府済生会富田林病院 年報

---



2021年度  
(令和3年度)

年報の発刊にあたって

院長 宮崎 俊一

2019（平成31）年1月の起工式に始まり、2020（令和2）年度の新病院の移転を経て、今年度、健診センター及び講堂の建設、駐車場の整備等の第二期工事が無事に完了しました。工事期間中、皆様にはご不便、ご迷惑をお掛けしましたが、おかげさまをもちまして2021（令和3）年11月22日にグランドオープンを迎え、27日には竣工式を執り行うことができました。皆様に感謝申し上げます。

第二期工事で建設しました講堂は約200人を収容することができ、市民向けの医療講演会等を以前より開催しやすい環境を整備することができました。健診センターも新しくなったことでスムーズに健診を提供できるようになり、利用者様の負担を少なくできるものと感じております。

新病院の建設事業は、コロナ渦の中で進行してまいりました。新型コロナウイルス感染者数が激しく増減を繰り返す中、新病院はその機能を遺憾なく発揮し、チーム一丸となり対応したことにより医療のひっ迫も乗り越えてきました。

新型コロナウイルス感染症の終息がまだ見通せない状況にありますが、職員一同、医療の質と安全を担保し、地域の急性期医療担う中核病院として患者様や家族をサポートできる病院づくりを行っていくとともに、富田林医療福祉センターとして協調と連携することにより、医療・介護・福祉・保健サービスを切れ目なく提供し、地域の皆様から安心と信頼を得る病院を目指してまいります。

令和4年10月

## 目 次

### I. 現 況

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

### II. 統計資料

#### 1. 病院全体の指標

1). 診療科別の初診及び再診外来患者数の年度推移	11
2). 診療科別の外来延患者数及び一日平均患者数の年度推	11
3). 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ	12
4). 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ	12
5). 外来及び入院の月別1日平均患者数の推移	13
6). 診療科別入院延べ患者数及び一日平均患者数の年度推移	14
7). 平均在院日数の年度推移	15
8). 病床利用率の年度推移	15
9). 救急車搬送患者数(年度別・月別)	16
10). 手術件数(年度別・月別)	17
11). 紹介患者数・紹介率	18
12). 逆紹介患者数・紹介率	19
13). 内視鏡件数(年度別・月別)	20
14). 人工腎臓件数(年度別)	20
15). 減免取扱患者数	21
16). 患者送迎バス利用状況	22
17). 患者満足度(外来)	23
18). 患者満足度(入院)	23
19). がん登録統計	24
20). 国際疾病分類統計(I C D - 1 0 別退院患者数)	24
21). 職員の健康診断受診率	25
22). 職員のインフルエンザ予防接種率	25

#### 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	26
2). 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)	27
3). 初発の5大がんの病期分類別症例数	30
4). 成人市中肺炎の重症度別患者数等	31
5). 脳梗塞の I C D 1 0 別患者数	32
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)	33
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)	36

III. 教 育		
1. 教育研修会（講演会）行動結果	.....	37
IV. 部門別動向		
1. 薬剤部	.....	41
2. 臨床検査科	.....	44
3. リハビリテーション科	.....	50
4. 放射線科	.....	53
5. 医療機器管理室	.....	65
6. 栄養管理科	.....	72
7. 健診センター	.....	75
8. 看護部	.....	78
1). 看護部	.....	78
2). 3 A病棟	.....	80
3). 3 B病棟	.....	81
4). 4 A病棟	.....	84
5). 4 B病棟	.....	86
6). 5 A病棟	.....	87
7). 5 B病棟	.....	89
8). 中央手術室	.....	92
9). 外 来	.....	94
10). 地域医療連携室	.....	95
11). 血液浄化センター	.....	97
12). 訪問看護ステーション	.....	99
13). 教育委員会	.....	101
14). 業務委員会	.....	107
15). リソース会(認定看護師会)	.....	109
9. 感染制御室	.....	113
10. 医療安全管理室	.....	116
V. 医療講演会等	.....	119

## I-1. 概要

(令和4年3月31日現在)

### 1. 施設の概要

名称 社会福祉法人<sup>恩賜</sup>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<sup>恩賜</sup>財団 済生会支部大阪府済生会  
支部長 岡上 武

### 3. 診療科目

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

### 4. 受付時間

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

救急診療 内科・外科（24時間受付）

休診日 日曜・祝日・第三土曜・年末年始（12/29～1/3）

### 5. 病床数

260床（一般病床260床）

### 6. 病棟

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

### 7. 外来等

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

## I - 2. 大阪府済生会富田林病院 沿革略年表

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

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

2005年		循環器科標榜（2009年に循環器内科名称変更） 訪問看護ステーション開設
2006年	4月	医療安全管理室設置 DPC（診断群分類別包括評価）開始
2007年	4月	指定管理者制度導入 地方自治法の改正に伴い、富田林市と済生会とで「富田林病院の管理に関する協定書」の締結 CT（64列マルチスライス）更新
2008年		外来化学療法室開設
2009年		リハビリテーション科標榜 創薬センター開設
2011年	4月	大阪府がん診療拠点病院承認
2012年	1月	五代目院長 星合 昊就任
2012年	6月	お産センターオープン 産科医師の指導のもと助産師が中心となって分娩を行う「院内助産システム」を導入した
2012年	10月	腎臓内科標榜
2013年	7月	消化器内科標榜
2014年	2月	大阪DMAT隊発足
	3月	電子カルテを中心とする院内情報システムの導入
	4月	病理診断科標榜 腎・泌尿器科センター設置
	10月	地域包括ケア病棟開設
2016年	4月	六代目院長 宮崎 俊一就任
	9月	病児保育事業開始
2017年	2月	「富田林病院の譲渡等に関する基本協定」締結
	9月	CT（64列→64列×2管球）更新
2018年	10月	仮設透析棟供用開始
2019年	1月	新病院建設事業 起工式
2020年	9月	消化器センター設置
	10月	新病院開院式
	11月	新病院オープン（診療開始） [病床数：一般病床260床]
2021年	11月	新病院グランドオープン
	11月	新病院 竣工式

### I - 3. 指定・認定

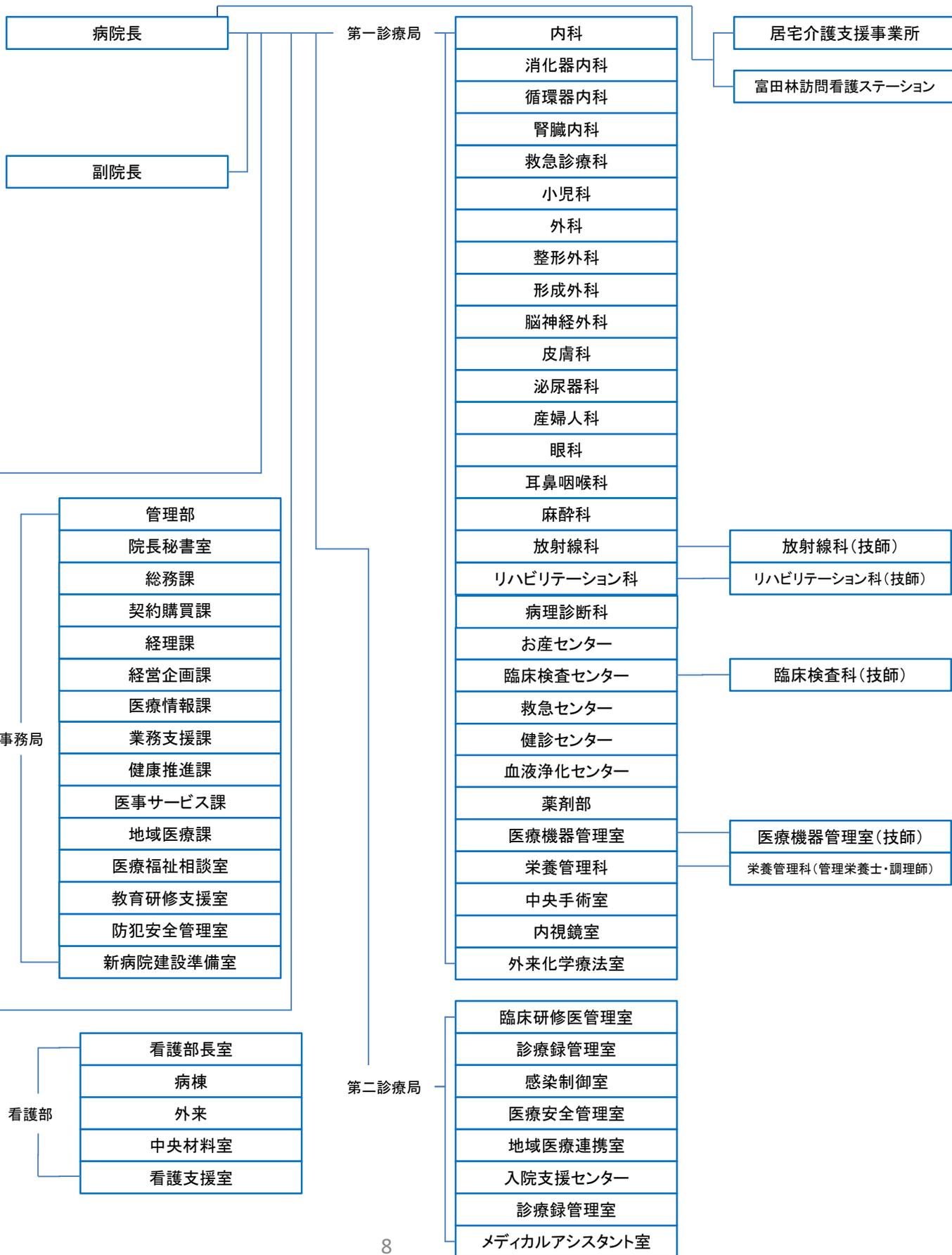
#### 〈指定医療機関〉

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

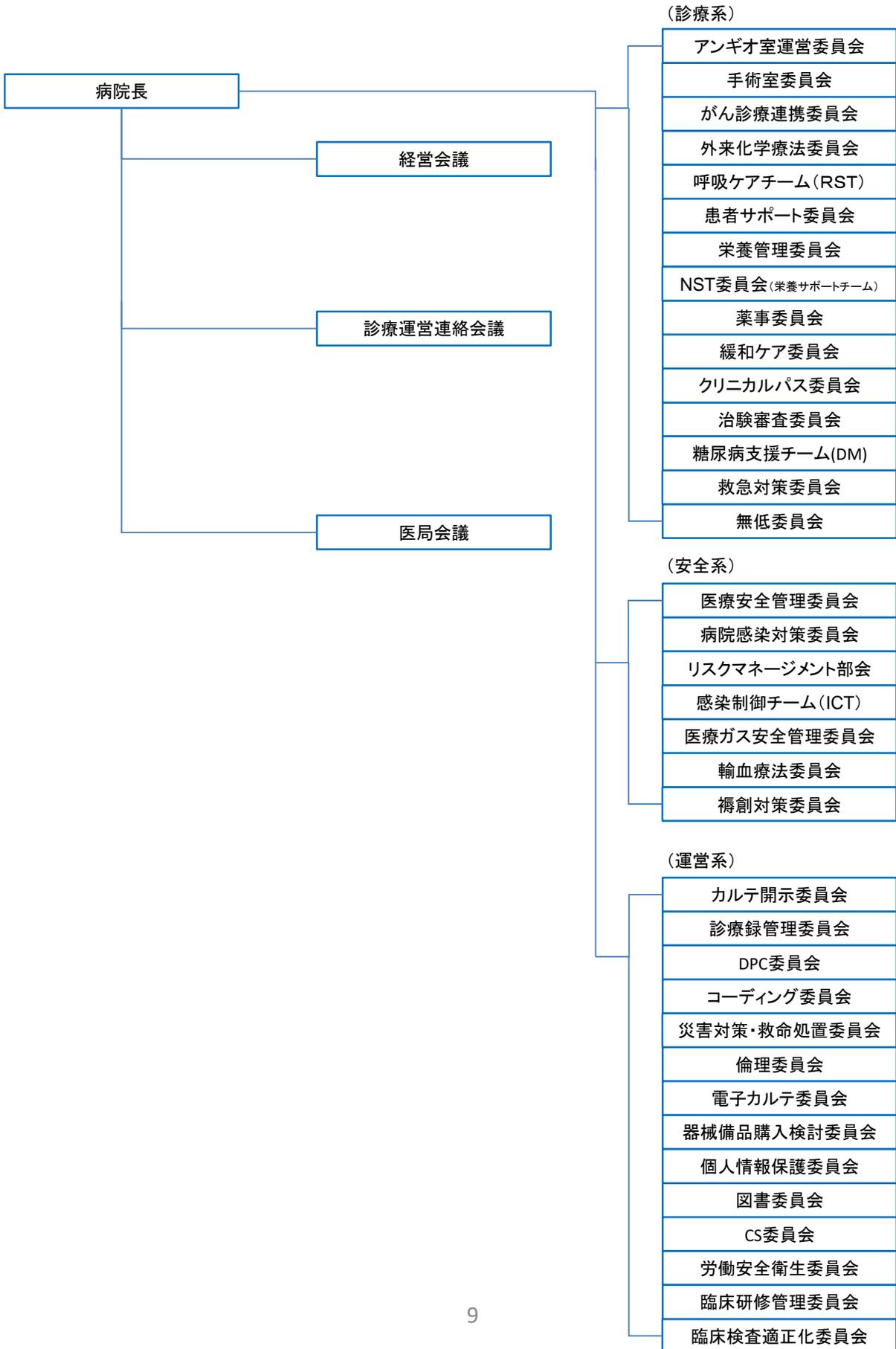
#### 〈各種学会認定医制度研修施設〉

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

# I-4. 組織図



# I-5. 院内管理体制



各種会議・委員会 担当表 (2020年度)

		委員長 (議長)	事務担当	看護部門	技師部門 (薬剤)	技師部門 (臨床検査)	技師部門 (放射線)	技師部門 (臨工)	技師部門 (リハ)	技師部門 (栄養)	事務部門	外部
1	医療安全管理委員会	山岡	医療安全管理室	六波羅 磯邊	吉田		松本	恩地			新田・岩瀬・岡本	
2	リスクマネジメント部会	磯邊	医療安全管理室	永井 加藤(雪)磯邊 小田 山下 堀川 今村 畑 森寄 尾崎 岡田 加藤(一) 浦部 小西	石川	田村	田中	松原	島崎	大中	井添・畑中・ソラスト	
	安全対策推進部会	磯邊	医療安全管理室	多田 磯邊 岡田(由) 阪上 堀川(か) 川上 馬所 吉田 飯野 宮城 高橋								
	患者サポート部会	六波羅	医療福祉相談室	六波羅 山下 畑 森寄 岡田	石川	北浦			齋藤		吉松・溝口・和田・吉村	
	災害対策部会	山岡	総務課	磯邊 小田 矢野 橋本み 大河原 溝上 中阪 石田 大森 長崎	日野	國弘	竹綱	岡田	加島		舟橋・大塚・中川・北側	
3	個人情報保護委員会	新田	医事サービス課	六波羅	西田		松井				木林・新田	
4	医療ガス安全管理委員会	中村	総務課	小田 尾崎	日野			恩地			舟橋・中川	
5	労働安全衛生委員会		総務課	奥田 今村	渡邊	北浦	竹綱	大谷			小谷・今井・前田・井茂・水野	
6	放射線安全管理対策部会	大西										
7	労務改善委員会	今西	総務課	永井							岩瀬・井添・前田	
8	CS委員会	畑中	総務課	今村 竹中 小林 中谷 幸田 高木	西田	眞鍋	村田				前田・井添・鎌田・吉田・ソラスト	
9	病院感染対策委員会	宮崎	感染制御室	六波羅 奥田	吉田	菅尾					新田・岩瀬・吾妻	
10	ICT	窪田	感染制御室	奥田 杉浦 中野 橋 久保 木田 水野 山本 和田	小川・日野・吉田	上野		水本			溝口	
	輸血療法委員会	窪田	臨床検査科	岡田 坂本	黒田	國弘・村上					三橋	
11	褥瘡対策委員会	中川	看護支援室(認定看護)	藤原 加藤(雪) 安田 前川 田中萌 菊中 希代 上田	黒田				大田・西尾	大中	高見	
12	呼吸ケア委員会	谷口	医療機器管理室	坂元 田中 石井 鈴木 山本 高野 山口	光明		渋谷	恩地	衣田	大中	三橋	
13	緩和ケア委員会	窪田	看護支援室(認定看護)	多田 池野 畑 植木 倉橋 文 佐古 植松 竹原	奥平				前田・島崎	大中	松尾	
14	排尿ケア委員会	畑中	看護支援室(認定看護)	加藤(雪) 柳園 船谷 月川 岩本 寺田					衣田由・太田			
15	認知症ケア委員会	岡江	看護支援室(認定看護)	北村 久田 丸山 北池 小西 田中					藤原・橋本		秦	
16	栄養委員会	小牧	栄養管理科	六波羅 加藤(雪) 西尾 鎌田 高橋						大中	榎本	外部(和らぎ)
17	NST	六波羅	栄養管理科	六波羅 安田 島田 西尾 稲森 中田 西 石場	吉田	川畑			村部・加島	大中	榎本	
	DM	窪田	栄養管理科	三村 小山 荻野 井倉 槻木	松田・内田	阪井・川端			曾和	梅田	関谷	
	摂食嚥下ケア委員会	森(一)		西尾								
	臨床研修管理委員会	窪田	総務課	六波羅							新田・井添・小谷	立田(坂本)・阪本(さやま)・前田(順心会)・岡田(近大)・工藤(西小橋)・和田(小橋)
18	がん診療連携委員会	辻江	地域医療課	多田 池野 畑	渡邊				島崎		水野 前田	
19	外来化学療法委員会	藤井	薬剤部	畑 渡辺 平井 中村 喜志	渡邊				前田	大中	北側	
20	がん診療拠点病院対応部会	辻江							島崎			
21	臨床検査適正化委員会	原	臨床検査科	奥田	松田	菅尾・宮坂・井原・田村・北浦・國弘					溝口	
22	手術室委員会	今西	中央手術室	小田 宗和				上崎			木林・舟橋・宮西	
23	アンギオ室運営委員会	更谷	放射線科	田中 尾崎			松本	恩地			舟橋・三橋・宮西	
24	倫理委員会	辻江	総務課	磯邊	内田	柴田					前田・井添・玉手	堀田弁護士・けあばる(富田林市)仲谷事務長
25	診療報酬算定向上委員会	新田							島崎			
26	DPC委員会	今西	診療録管理室	永井	野口	國弘					前田・木林・大井	
27	コーディング検討部会	今西	診療録管理室	永井	野口	國弘					前田・木林・大井	
28	電子カルテ運営部会	今西	医療情報課	永井 森寄	野口	國弘	松本	恩地	島崎		岩瀬・木林・前田	
29	診療録管理委員会	今西	診療録管理室	永井 森寄	松田	田村	松井				前田・大井・木林	
30	クリニカルパス委員会	荒木	診療録管理室	小田 高井 綿貫 中島 山下 小杉 渡邊	奥平	柴田			島崎	梅田	高見・前田・水野	
31	救急対策委員会	今西	医事サービス課	田中	松田	北浦	竹綱				新田・水野・畑中	
32	器械備品購入検討委員会	今西	契約購買課	六波羅			松本				岩瀬・岡本・舟橋	
33	薬事委員会	今西	薬剤部	岡田	吉田						岩瀬	
34	診療材料検討委員会	今西	契約購買課	小田 堀川 山本(亜)			松本	恩地			岩瀬・吾妻・宮西・辻本	
	図書委員会	窪田	契約購買課	加藤雪 渡辺(敦)	藤田	村上	田中				吾妻	
35	病床管理委員会	六波羅	看護部	六波羅 茨木							前田・吉松・木林	
36	地域包括ケア病棟運営部会	六波羅	看護部	六波羅 茨木								
37	地域包括ケア連携委員会	更谷	医療福祉相談室	吉田 山下					加島		新田・吉松・井澤・和田	須田(富美ヶ丘)・二宮(富美ヶ丘)
38	児童虐待防止部会	柳田	医療福祉相談室	加藤(雪) 加藤(一)							吉松・徳永	
39	無低委員会	山岡	医療福祉相談室	六波羅							辻・新田・岡本・吉松・畑中	
40	治験審査委員会	塚本	薬剤部	永井	吉田	國弘	松井				岩瀬・鎌田	
	内視鏡運営委員会	由谷	医療機器管理室	磯邊 堀川(か)				恩地・宮城			木林	

# 2021年度年報

## I 病院全体の指標

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

## II 令和2度 DPCデータを用いた病院指標

- 1, 年齢階級別退院患者数
- 2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)
- 3, 初発の5大癌のUICC病期分類別並びに再発患者数
- 4, 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 5, 脳梗塞のICD10別患者数等
- 6, 診療科別主要手術別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)
- 7, その他(DIC、敗血症、その他の真菌症および  
手術・術後の合併症の発生率)
- 8, 2020年度厚生労働省公開DPCデータ(複雑性指標・効率性指標)

## 1, 診療科別の初診及び再診外来患者数の年度推移

(単位 :人)

診療科	2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		2021年度	
	初診数	再診数								
内科	2,257	19,835	2,036	18,139	1,444	16,961	1,779	15,212	3,547	16,389
循環器内科	1,415	13,605	1,677	13,609	1,841	15,346	1,571	15,344	1,271	14,124
腎臓内科	217	13,663	193	14,137	448	15,719	865	15,850	609	14,738
消化器内科	3,545	12,395	3,705	13,729	4,015	14,782	3,205	13,001	2,914	12,794
小児科	6,671	4,714	6,074	5,158	5,822	5,471	2,011	4,167	3,252	5,017
外科	1,607	10,138	1,492	10,223	1,407	10,352	1,069	9,249	728	9,356
整形外科	2,822	26,764	2,775	25,944	2,279	24,731	2,177	21,371	2,287	19,818
産婦人科	1,144	6,291	1,118	5,927	1,192	5,798	861	5,084	569	3,755
泌尿器科	847	12,191	808	12,207	867	12,470	935	12,328	795	11,425
眼科	949	15,962	861	15,101	931	14,731	732	13,053	747	11,911
耳鼻咽喉科	1,530	8,394	1,860	8,711	1,230	8,362	900	6,528	1,016	6,101
脳外科	186	1,808	167	1,560	144	1,608	156	1,245	191	1,091
放射線科	1,962	41	1,893	36	1,928	92	1,595	247	1,691	552
皮膚科	2,158	14,741	2,131	15,020	1,943	15,662	1,771	12,431	1,262	7,538
形成外科	120	669	88	711	67	526	63	481	93	747
全科	27,430	161,211	26,878	160,212	25,558	162,611	19,690	145,591	20,972	135,356

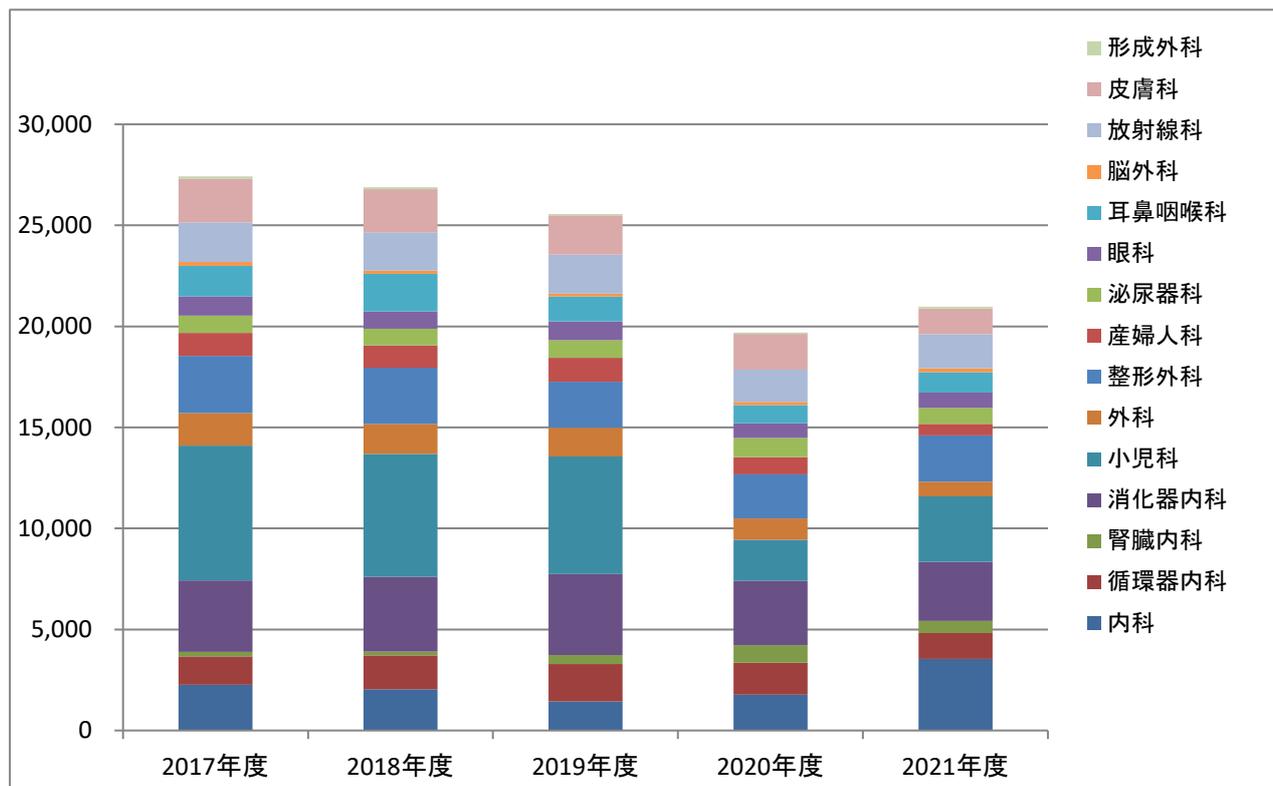
\* 2017年度より透析患者を内科から腎臓内科に変更しました。

## 2, 診療科別の外来延患者数及び一日平均患者数の年度推移

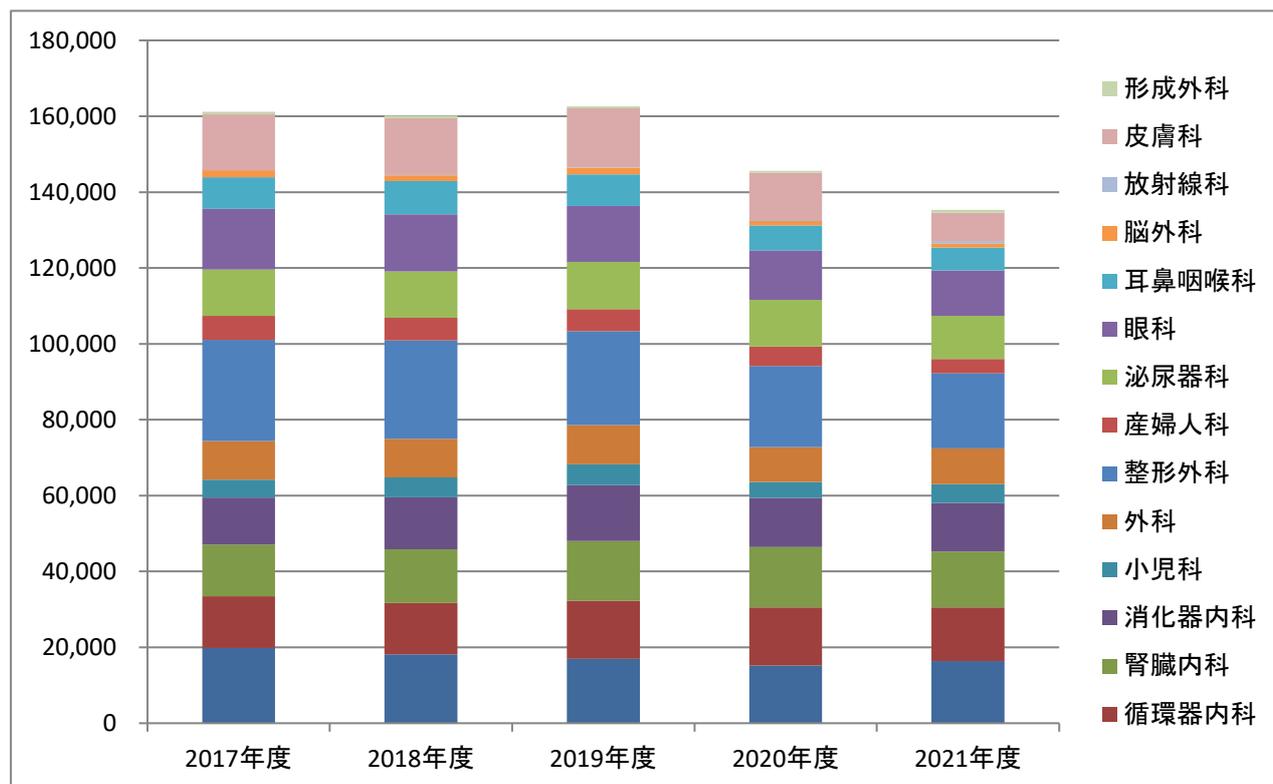
(単位 :人)

診療科	2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		2021年度	
	延患者数	1日平均								
内科	22,092	78.6	20,175	72.1	18,405	65.5	16,991	60.5	16,389	58.3
循環器内科	15,020	54.2	15,286	54.6	17,187	61.2	16,915	60.2	14,124	50.3
腎臓内科	13,880	50.1	14,330	51.5	16,167	57.5	16,715	59.5	14,738	52.6
消化器内科	15,940	57.1	17,434	63.2	18,797	66.9	16,206	57.7	12,794	45.5
小児科	11,385	40.5	11,232	40.3	11,293	40.2	6,178	22.0	5,017	17.9
外科	11,745	41.8	11,715	41.8	11,759	41.8	10,318	36.7	9,356	33.3
整形外科	29,586	105.3	28,719	102.6	27,010	96.1	23,548	83.8	19,818	70.5
産婦人科	7,435	26.5	7,045	25.9	6,990	24.9	5,945	21.2	3,755	13.4
泌尿器科	13,038	46.4	13,015	46.6	13,337	47.5	13,263	47.2	11,425	40.7
眼科	16,911	60.2	15,962	57.6	15,662	55.7	13,785	49.1	11,911	42.4
耳鼻咽喉科	9,924	35.3	10,571	38.4	9,592	34.1	7,428	26.4	6,101	21.7
脳外科	1,994	20.1	1,724	17.8	1,752	6.2	1,401	14.6	1,091	11.1
放射線科	2,003	7.1	1,929	6.9	2,020	7.2	1,842	6.6	552	2.0
皮膚科	16,899	60.1	17,151	61.3	17,605	62.7	14,202	50.5	7,538	26.8
形成外科	789	8.9	799	8.9	593	2.1	544	6.2	747	7.9
全科	188,641	671.3	187,087	668.2	188,169	669.6	165,281	588.2	135,356	481.7

### 3, 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ

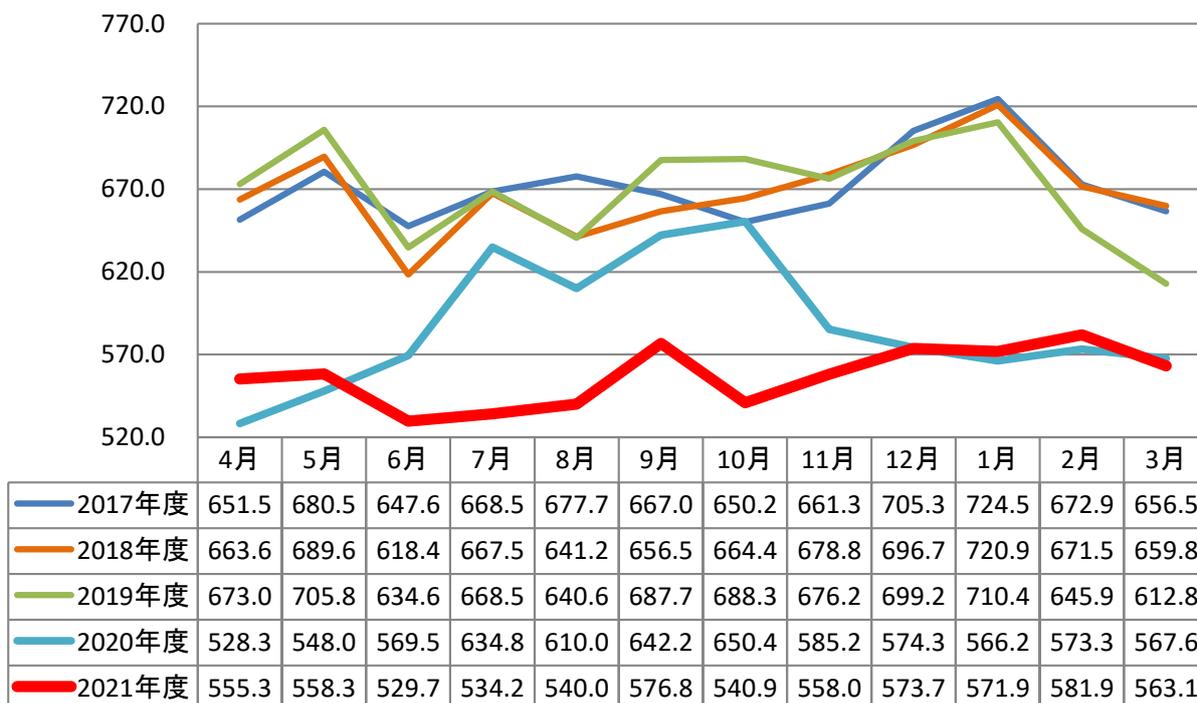


### 4, 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ

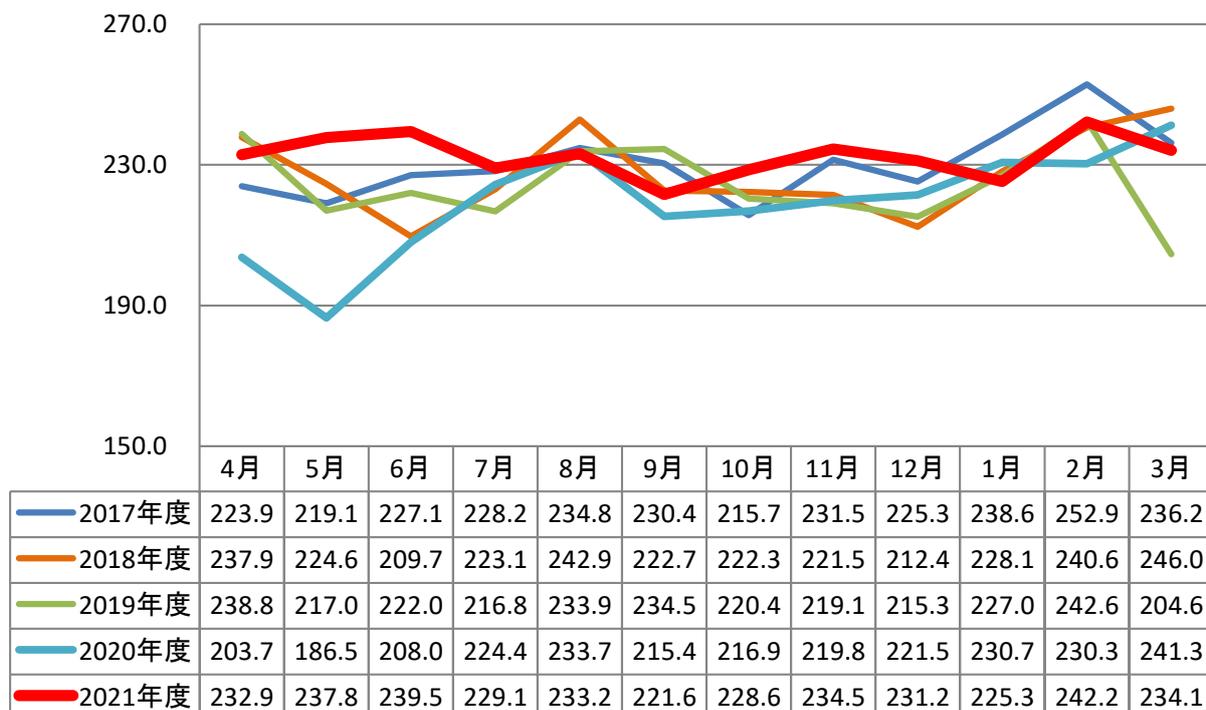


## 5, 外来及び入院の月別1日平均患者数の推移

### 年度別月別1日平均患者数(外来)



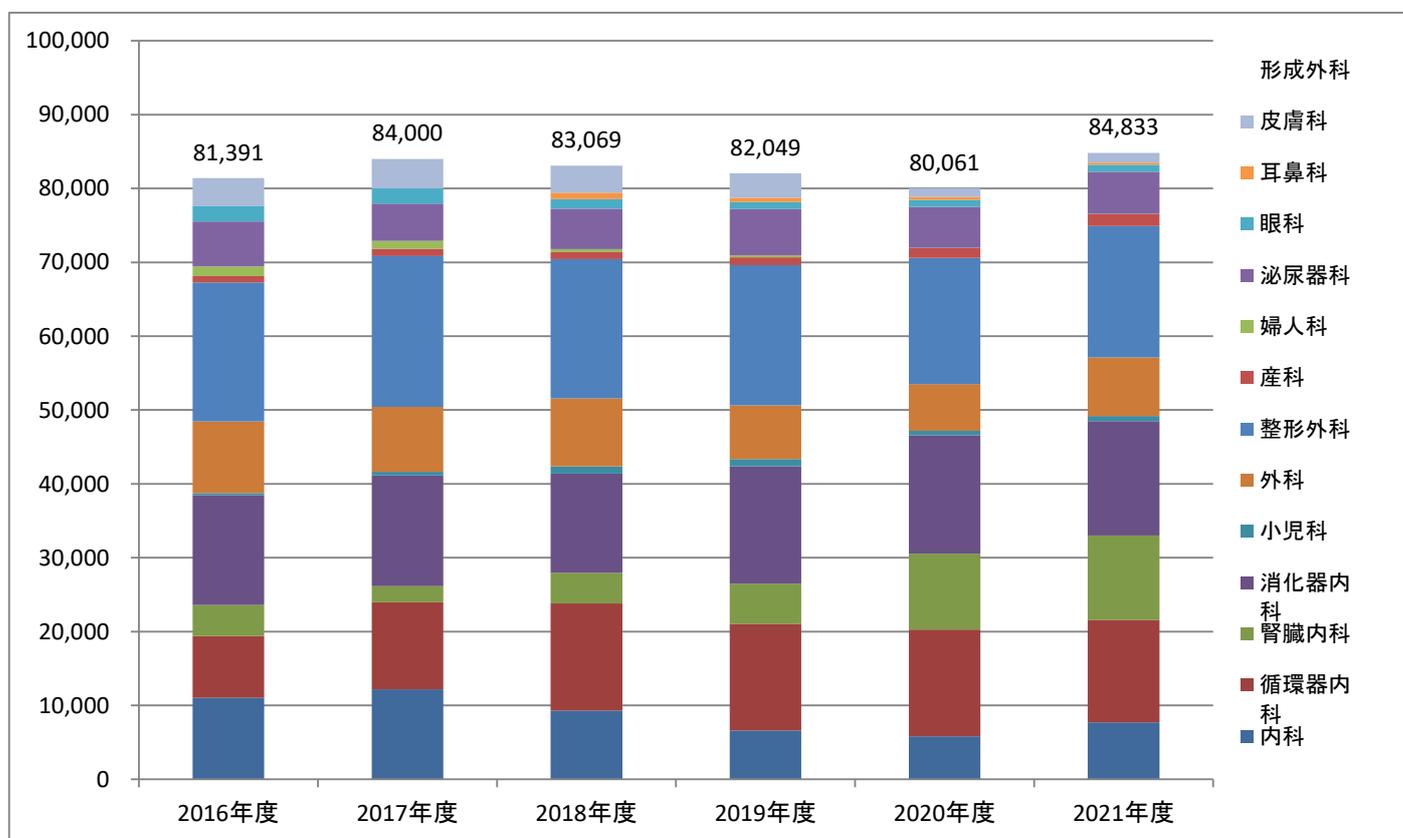
### 年度別月別1日平均患者数(入院)



## 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)

	2016年度		H2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		2021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	11,009	30.2	12,159	33.3	9,317	25.5	6,594	18.0	5,819	15.9	7,708	21.1
循環器内科	8,419	23.1	11,806	32.3	14,482	39.7	14,440	39.5	14,455	39.6	13,874	38.0
腎臓内科	4,174	11.4	2,188	6.0	4,138	11.3	5,444	14.9	10,276	28.2	11,407	31.3
消化器内科	14,865	40.7	14,989	41.1	13,470	36.9	15,900	43.4	16,002	43.8	15,509	42.5
小児科	306	0.8	488	1.3	972	2.7	971	2.7	636	1.7	710	1.9
外科	9,689	26.5	8,807	24.1	9,218	25.3	7,294	19.9	6,304	17.3	7,918	21.7
整形外科	18,803	51.5	20,398	55.9	18,835	51.6	18,955	51.8	17,123	46.9	17,796	48.8
産科	878	2.4	978	2.7	936	2.6	1,074	2.9	1,283	3.5	1,583	4.3
婦人科	1,298	3.6	1,107	3.0	442	1.2	259	0.7	55	0.2	65	0.2
泌尿器科	6,102	16.7	5,033	13.8	5,434	14.9	6,301	17.2	5,548	15.2	5,718	15.7
眼科	2,138	5.9	2,061	5.6	1,342	3.7	941	2.6	946	2.6	941	2.6
耳鼻科					866	2.4	553	1.5	419	1.1	284	0.8
皮膚科	3,710	10.2	3,986	10.9	3,617	9.9	3,323	9.1	1,195	3.3	1,320	3.6
形成外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全科	81,391	223.0	84,000	230.1	83,069	227.6	82,049	224.2	80,061	219.3	84,833	232.4



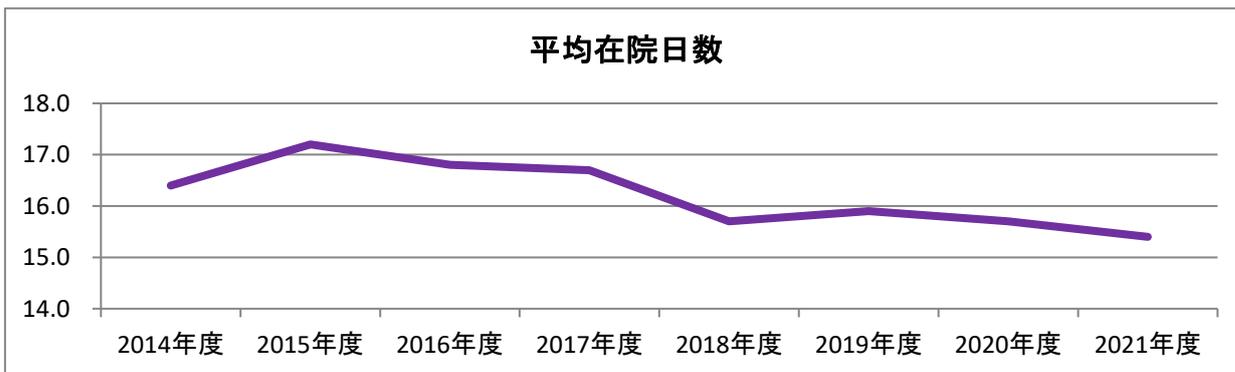
## 7, 平均在院日数の年度推移

分子: 年間延べ数 × 100

分母: (年間新入院患者数 + 年間退院患者数) × 1 / 2

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

年度別	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
年間延べ数	63,295	64,506	81,391	84,000	83,069	82,049	80,061	84,833
年間新入院患者数	3,877	3,761	4,864	5,012	5,288	5,149	5,124	5,480
年間退院患者数	3,849	3,761	4,838	5,025	5,266	5,187	5,073	5,514
平均在院日数	16.4	17.2	16.8	16.7	15.7	15.9	15.7	15.4



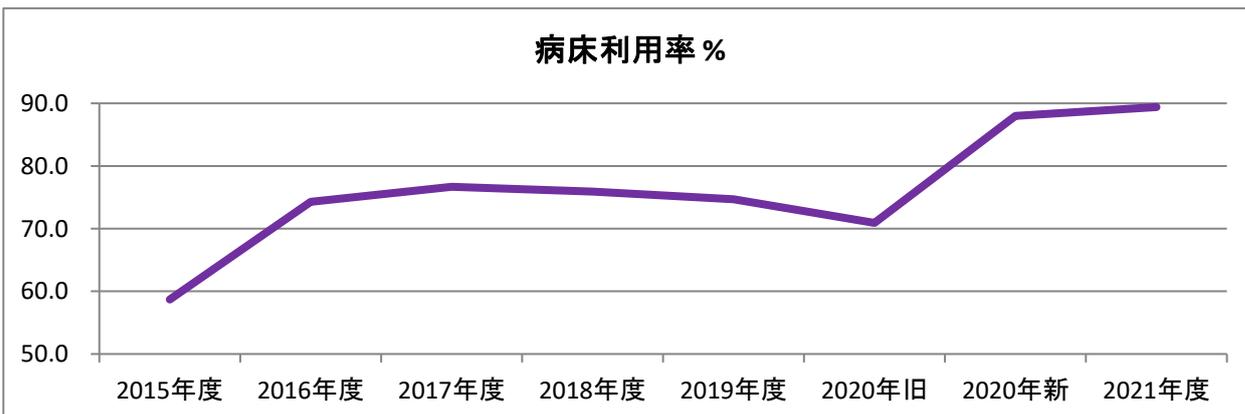
## 8, 病床利用率の年度推移

分子: 年間延べ数 × 100

分母: 許可病床数 × 年間診療実日数

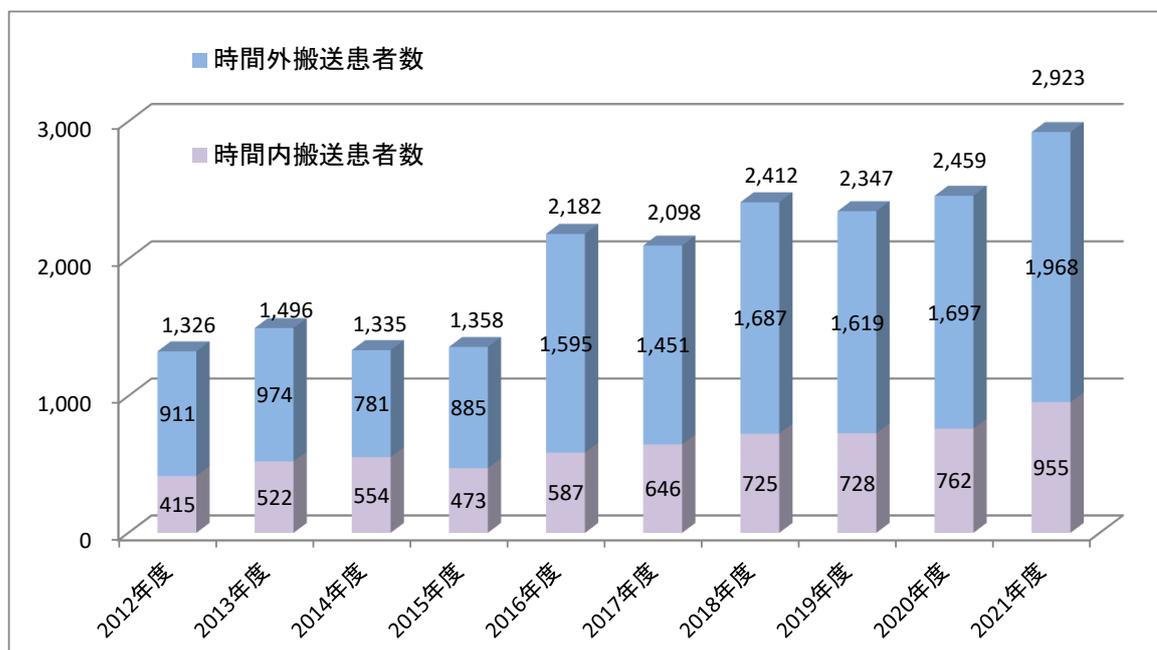
病床利用率は、病床がどれだけ利用されているかを示す数値です。数値が高いほど効率よく病床が利用されていることを表します。  
当院の許可病床は300床(稼動病床251)でしたが、2020年11月新病院への移転に伴い許可病床260床となり、利用率は88.0%となりました。

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	4-10月 2020年旧	11-3月 2020年新	2021年度
年間延べ数	64,506	81,391	84,000	83,069	82,049	45,519	34,542	84,833
許可病床数	300	300	300	300	300	300	260	260
年間実日数	366	365	365	365	366	214	151	365
病床利用率 %	58.7	74.3	76.7	75.9	74.7	70.9	88.0	89.4



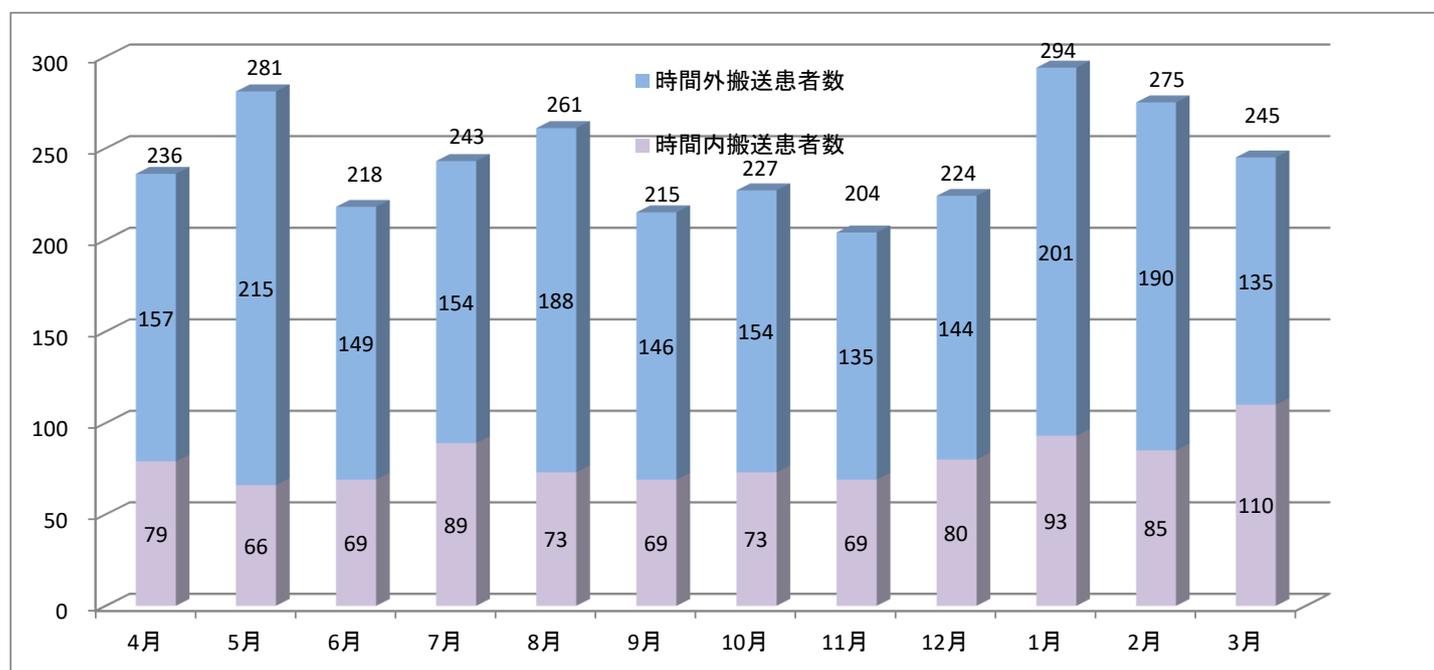
## 9, 救急車搬送患者数(年度別・月別)

年度別	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
時間内搬送患者数	415	522	554	473	587	646	725	728	762	955
時間外搬送患者数	911	974	781	885	1,595	1,451	1,687	1,619	1,697	1,968
救急搬送患者数	1,326	1,496	1,335	1,358	2,182	2,098	2,412	2,347	2,459	2,923



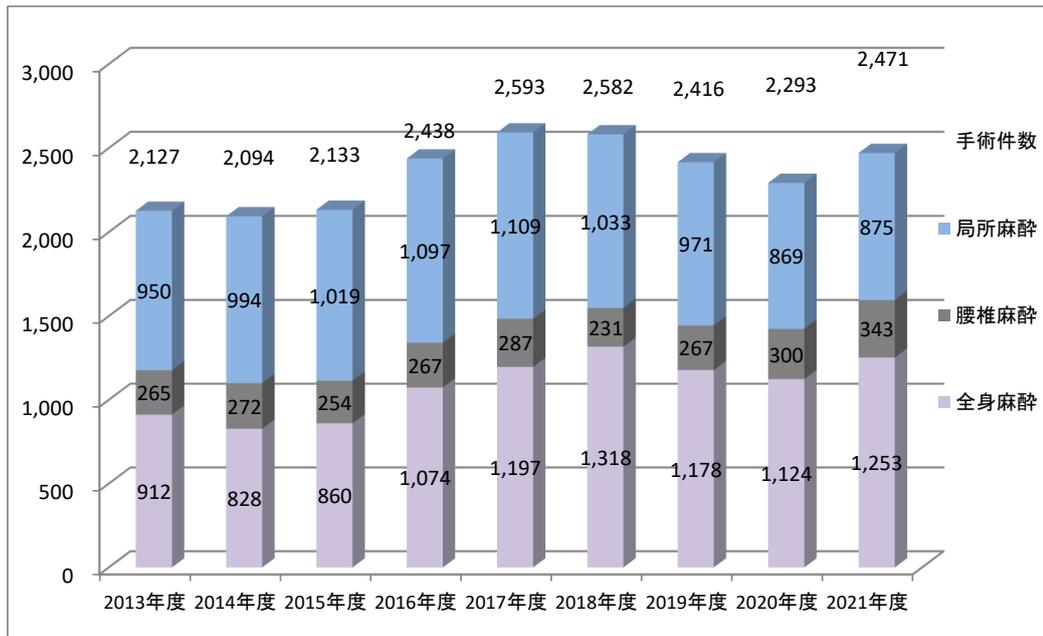
救急搬送患者数は、救急車によって搬送された患者さんの人数を示したものです。当院は大阪府南河内二次医療圏の救急指定病院として救急患者さんを受け入れております。2020年度は前年よりも112件増加しました。

月別	2021年										2022年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
時間内搬送患者数	79	66	69	89	73	69	73	69	80	93	85	110	
時間外搬送患者数	157	215	149	154	188	146	154	135	144	201	190	135	
救急搬送患者数	236	281	218	243	261	215	227	204	224	294	275	245	



## 10, 手術件数の(年度別・月別)

年度別	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
全身麻酔	912	828	860	1,074	1,197	1,318	1,178	1,124	1,253
腰椎麻酔	265	272	254	267	287	231	267	300	343
局所麻酔	950	994	1,019	1,097	1,109	1,033	971	869	875
手術件数	2,127	2,094	2,133	2,438	2,593	2,582	2,416	2,293	2,471

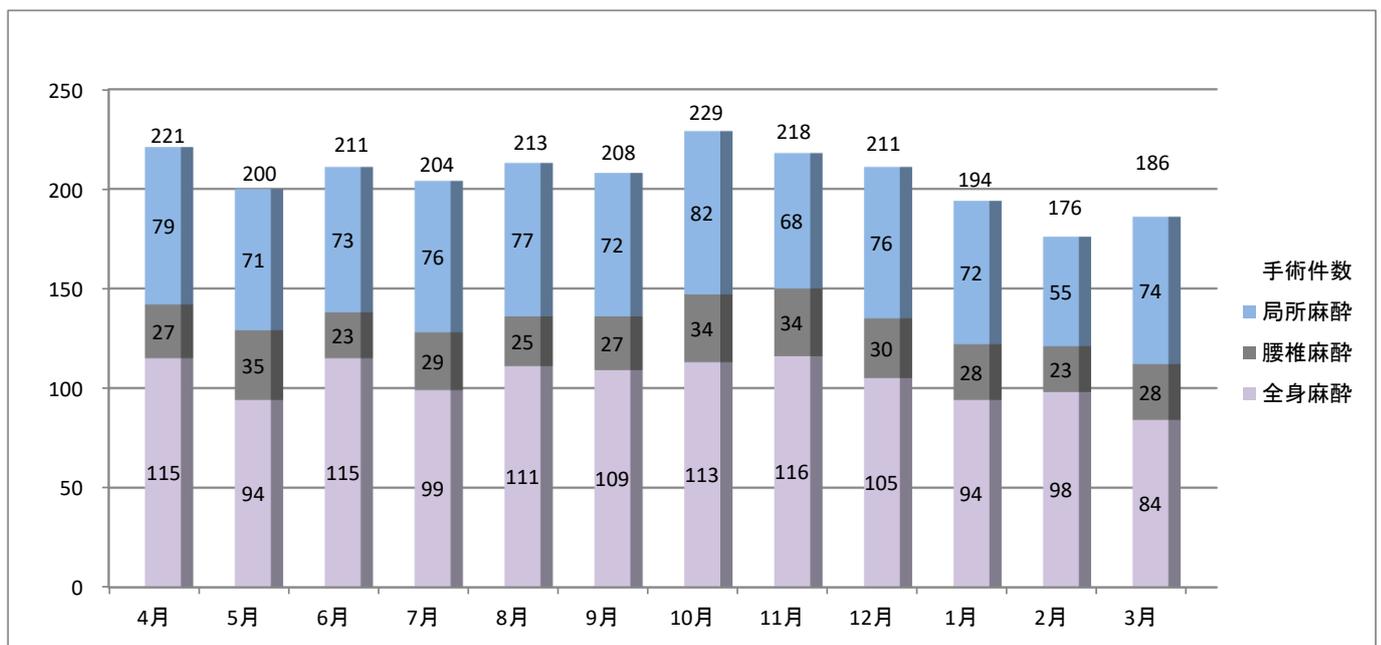


手術件数は急性期病院を評価する指標の一つとしてあげられます。手術スタッフ、設備、手術時間等の効率的な運用を総合的に判断する指標となります。

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

2021年度は2,471件と増加しました。

月別	2021年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2022年 1月	2月	3月
全身麻酔	115	94	115	99	111	109	113	116	105	94	98	84
腰椎麻酔	27	35	23	29	25	27	34	34	30	28	23	28
局所麻酔	79	71	73	76	77	72	82	68	76	72	55	74
手術件数	221	200	211	204	213	208	229	218	211	194	176	186



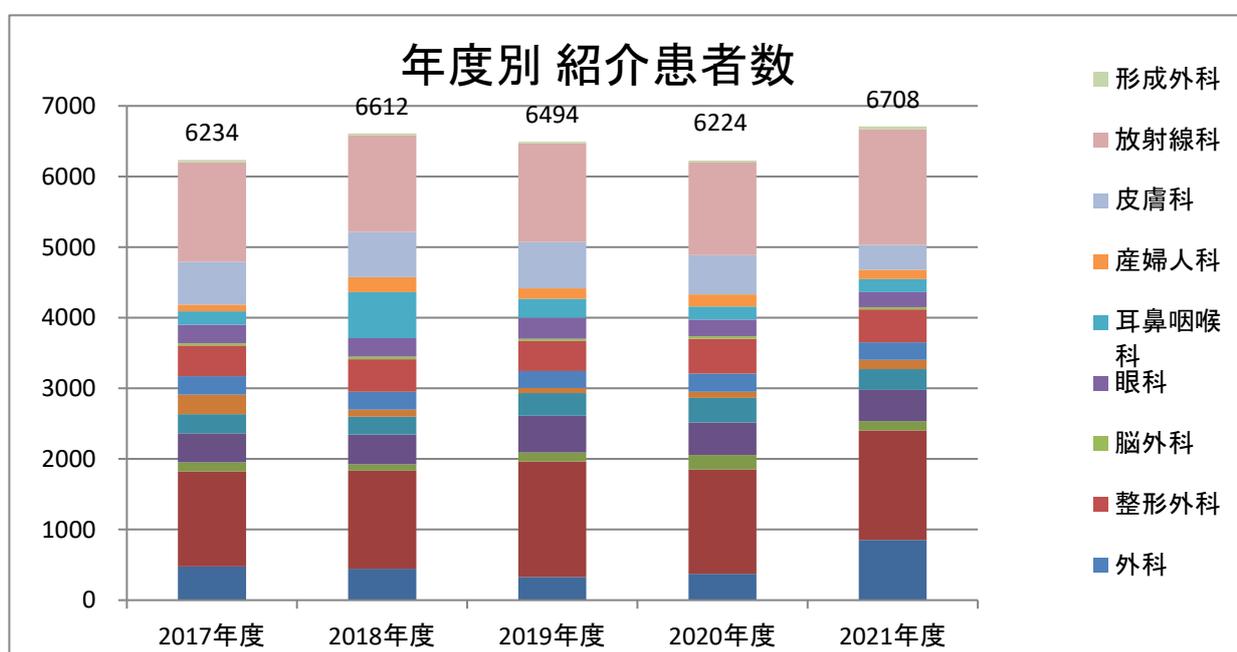
## 11, 紹介患者数と紹介率

### 紹介率の計算方法

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

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

紹介患者数	紹介患者数					紹介率				
	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2020年度
内科	478	445	328	371	854	38.6	39.7	36.3	39.8	100.0
消化器内科	1349	1387	1639	1482	1548	49.0	51.0	50.9	48.7	54.8
腎臓内科	124	91	127	202	135	58.5	55.8	44.1	26.4	23.6
循環器内科	414	421	519	464	441	47.0	51.7	52.0	33.6	38.0
泌尿器科	271	253	318	344	296	37.4	38.8	44.2	48.6	47.9
小児科	274	99	73	90	129	18.9	7.0	7.0	21.0	17.3
外科	264	253	242	255	251	18.9	20.0	20.6	30.9	51.1
整形外科	435	462	423	493	463	21.4	23.6	26.9	41.3	39.4
脳外科	30	38	32	35	31	16.6	24.4	22.5	24.3	17.9
眼科	263	262	301	237	215	28.1	31.6	33.1	36.1	32.1
耳鼻咽喉科	189	653	267	187	184	12.4	35.9	22.0	23.0	21.0
産婦人科	95	210	148	169	130	8.5	19.5	12.5	21.8	25.2
皮膚科	604	644	656	558	357	29.5	32.2	36.0	34.2	30.5
放射線科	1415	1364	1395	1314	1637	73.4	78.8	74.1	84.4	99.8
形成外科	29	30	26	23	37	25.2	37.5	40.6	47.3	45.2
合計	6234	6612	6494	6224	6708	33.6	37.2	37.9	50.3	54.0



## 12, 逆紹介患者数と逆紹介率

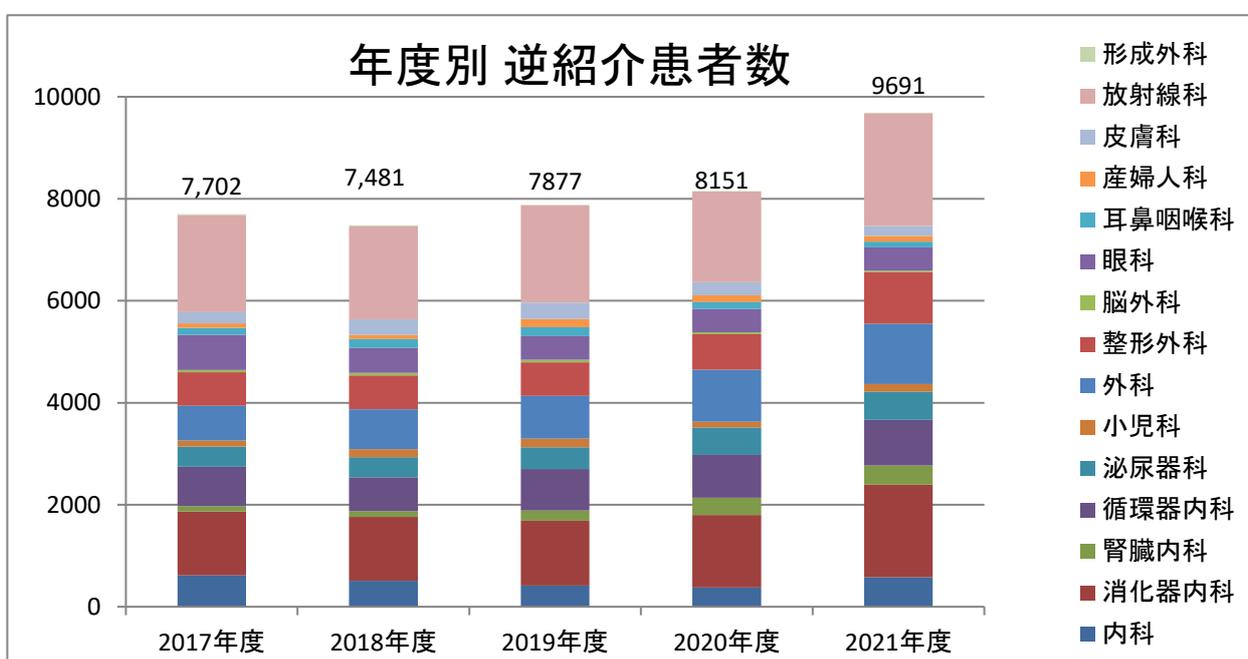
### 逆紹介率の計算方法

逆紹介率(%) = 診療情報提供料算定患者数

／(初診患者数－時間外および休日救急受診患者数－6歳未満患者数)

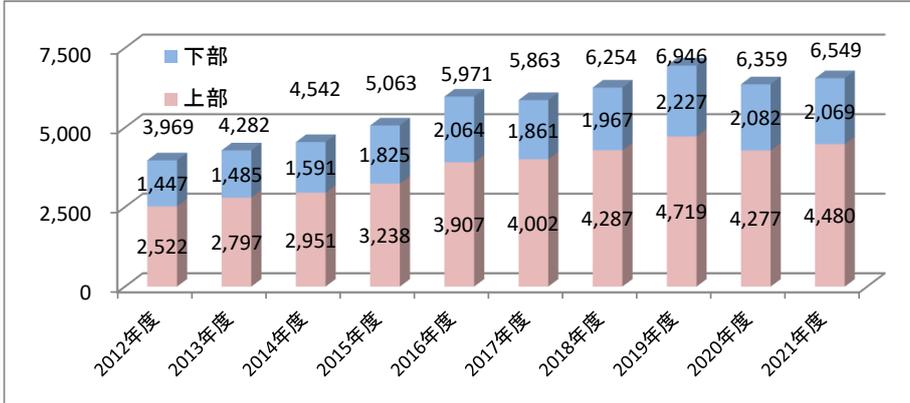
逆紹介率は、当院から他の医療機関へ紹介状を作成し、受診いただいた患者さんの割合をしめしたものです。患者さんの症状にあわせて、必要な治療や検査を行える病院を紹介したり、患者さんがお住まいの地域の開業医の先生を紹介する事で患者さんのニーズに合わせた医療機関の連携を図っています。

逆紹介患者数	逆紹介患者数					逆紹介率				
	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
内科	615	509	414	376	576	44.0	38.4	40.2	37.5	66.2
消化器内科	1253	1254	1270	1423	1820	43.8	43.4	37.1	46.8	64.4
腎臓内科	109	110	204	336	375	45.8	63.8	63.9	43.9	65.2
循環器内科	770	668	815	840	897	82.9	75.3	75.7	60.8	76.8
泌尿器科	391	391	425	540	549	50.6	55.7	53.4	68.0	78.0
小児科	122	160	165	111	149	8.4	11.3	15.7	13.8	11.8
外科	681	782	840	1026	1187	47.4	59.8	66.2	70.5	206.4
整形外科	660	663	660	692	1004	30.8	31.9	39.1	43.6	59.1
脳外科	40	47	49	35	33	22.1	29.5	32.4	24.3	18.4
眼科	693	488	467	457	455	73.4	58.5	50.6	68.5	63.9
耳鼻咽喉科	137	176	172	140	115	9.0	9.5	13.9	16.7	11.7
産婦人科	85	86	164	133	112	7.5	7.8	13.8	16.3	21.1
皮膚科	222	303	316	253	196	9.9	13.9	14.9	15.3	16.2
放射線科	1904	1830	1912	1781	2208	97.1	103.6	99.5	114.5	134.3
形成外科	20	14	4	8	15	17.4	17.5	6.3	15.4	17.9
合計	7,702	7,481	7877	8151	9691	39.9	39.9	43.3	55.4	64.5



### 13, 内視鏡件数(年度別・月別)

年度別	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
上部	2,522	2,797	2,951	3,238	3,907	4,002	4,287	4,719	4,277	4,480
下部	1,447	1,485	1,591	1,825	2,064	1,861	1,967	2,227	2,082	2,069
内視鏡計	3,969	4,282	4,542	5,063	5,971	5,863	6,254	6,946	6,359	6,549

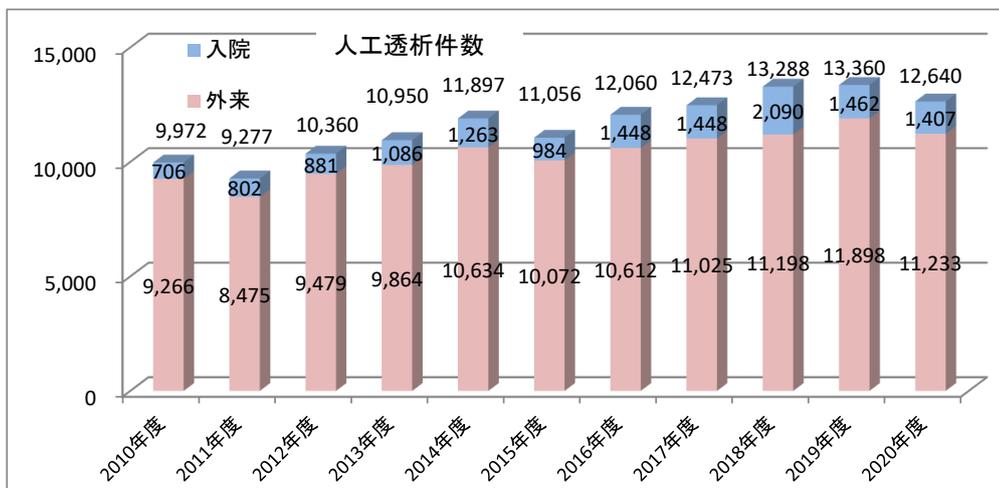


上部内視鏡検査は胃カメラ以外にENBD(内視鏡的経鼻胆道ドレナージ)、EST(内視鏡的乳頭筋切開術)、PEG交換、PEG造設等を行っています。下部内視鏡では約1/3が大腸ポリペクトミーを施行しています。2021年度は上部は増加しましたが、下部は13件減少しました。

月別	2021年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2022年 1月	2月	3月
上部	328	298	345	373	353	400	434	423	397	372	359	398
下部	193	151	173	167	192	173	200	204	162	163	134	157
内視鏡計	521	449	518	540	545	573	634	627	559	535	493	555

### 14, 人工腎臓件数(年度別)

年度別	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
外来	9,266	8,475	9,479	9,864	10,634	10,072	10,612	11,025	11,198	11,898	11,233	11,741
入院	706	802	881	1,086	1,263	984	1,448	1,448	2,090	1,462	1,407	1,751
透析計	9,972	9,277	10,360	10,950	11,897	11,056	12,060	12,473	13,288	13,360	12,640	13,492



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

月別	2021年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2022年 1月	2月	3月
外来	960	967	993	1043	962	967	980	959	1027	951	897	1035
入院	172	145	159	120	139	127	139	185	157	150	161	97
透析延べ数	1132	1112	1152	1163	1101	1094	1119	1144	1184	1101	1058	1132

## 15, 減免取扱患者数

年度別	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
取扱患者延べ数	242,876	247,997	254,802	274,123	272,590	270,159	270,218	245,342	241,166
減免等患者延べ数	28,058	33,938	33,514	36,343	38,159	42,302	45,900	41,320	38,590
減免比率	11.6%	13.7%	13.2%	13.3%	14.0%	15.7%	17.0%	16.8%	16.0%



2020年度月別減免等取扱人員一覧表 (単位:人)

項目	取扱患者総延数		
	外来分	入院分	計
2019年4月	13,327	6,987	20,314
2019年5月	12,283	7,372	19,655
2019年6月	13,242	7,184	20,426
2019年7月	12,820	7,102	19,922
2019年8月	12,959	7,230	20,189
2019年9月	13,266	6,648	19,914
2019年10月	13,523	7,088	20,611
2019年11月	12,846	7,036	19,882
2019年12月	13,195	7,166	20,361
2020年1月	12,574	6,983	19,557
2020年2月	12,220	6,781	19,001
2020年3月	14,078	7,256	21,334
合計	156,333	84,833	241,166

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

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

当院は2013年度迄は減免患者等の取り扱い割合は11%代で推移していましたが、2014年度より13%以上に増加しました。2021年度は16.0%になりました。

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

項目	生保患者総延数A			診療費の10%以上を減免した患者延数B			減免等患者延数(A+B)		
	外来分	入院分	計	外来分	入院分	計	外来分	入院分	計
2020年4月	500	171	671	1,643	851	2,494	2,143	1,022	3,165
2020年5月	423	218	641	1,500	720	2,220	1,923	938	2,861
2020年6月	488	335	823	1,657	713	2,370	2,145	1,048	3,193
2020年7月	477	261	738	1,703	845	2,548	2,180	1,106	3,286
2020年8月	556	280	836	1,635	767	2,402	2,191	1,047	3,238
2020年9月	492	301	793	1,659	588	2,247	2,151	889	3,040
2020年10月	503	379	882	1,694	916	2,610	2,197	1,295	3,492
2020年11月	487	393	880	1,564	932	2,496	2,051	1,325	3,376
2020年12月	480	215	695	1,708	928	2,636	2,188	1,143	3,331
2021年1月	410	281	691	1,540	826	2,366	1,950	1,107	3,057
2021年2月	373	357	730	1,419	885	2,304	1,792	1,242	3,034
2021年3月	499	229	728	1,762	1,027	2,789	2,261	1,256	3,517
合計	5,688	3,420	9,108	19,484	9,998	29,482	25,172	13,418	38,590

## 16, 患者送迎バス利用状況

	①金剛駅方面	②富田林駅	③富田林すばるホール方面	④富田林循環	⑤別井・甘南備方面	合計
2014年度	55,927	71,143	8,869	6,686	4,277	146,902
2015年度	54,701	65,944	9,472	6,994	6,053	143,164
2016年度	53,892	64,895	9,617	8,044	6,974	143,422
2017年度	53,936	67,428	9,543	8,138	7,387	143,432
2018年度	56,321	66,192	9,287	8,214	7,454	147,468
2019年度	56,797	61,280	9,321	7,679	7,043	142,120
2020年度	38,754	40,882	5,334	5,394	4,652	95,016
2021年度	38,764	40,617	4,992	4,896	4,415	93,684

### ①金剛駅方面

病院⇒久野喜台⇒金剛駅前⇒久野喜台2丁目⇒寺池台1丁目⇒寺池台小学校⇒寺池台3丁目⇒寺池台4丁目⇒高辺台2丁目⇒高辺台小学校⇒●金剛高校⇒●五軒家⇒●藤沢台6丁目⇒病院 注●は時間により迂回無し

### ②富田林駅

病院⇒富田林駅⇒病院

### ③富田林すばるホール方面

Aコース: 病院⇒錦ヶ丘(降車のみ)⇒総合福祉会館(降車のみ)⇒川西(降車のみ)⇒板持(降車のみ)⇒府営板持住宅(降車のみ)⇒山中田(降車のみ)⇒かがりの郷⇒山中田⇒府営板持住宅⇒板持⇒川西⇒すばるホール⇒錦ヶ丘⇒病院

Bコース: 病院⇒総合福祉会館⇒山手町自治会館⇒山手町住宅⇒山手町⇒楠風台⇒錦織消防会館⇒すばるホール⇒病院

### ④富田林循環

Cコース: 病院⇒青南台⇒藤沢台7丁目⇒五軒家1丁目北⇒五軒家1丁目西⇒加太1丁目⇒藤沢台3丁目⇒病院

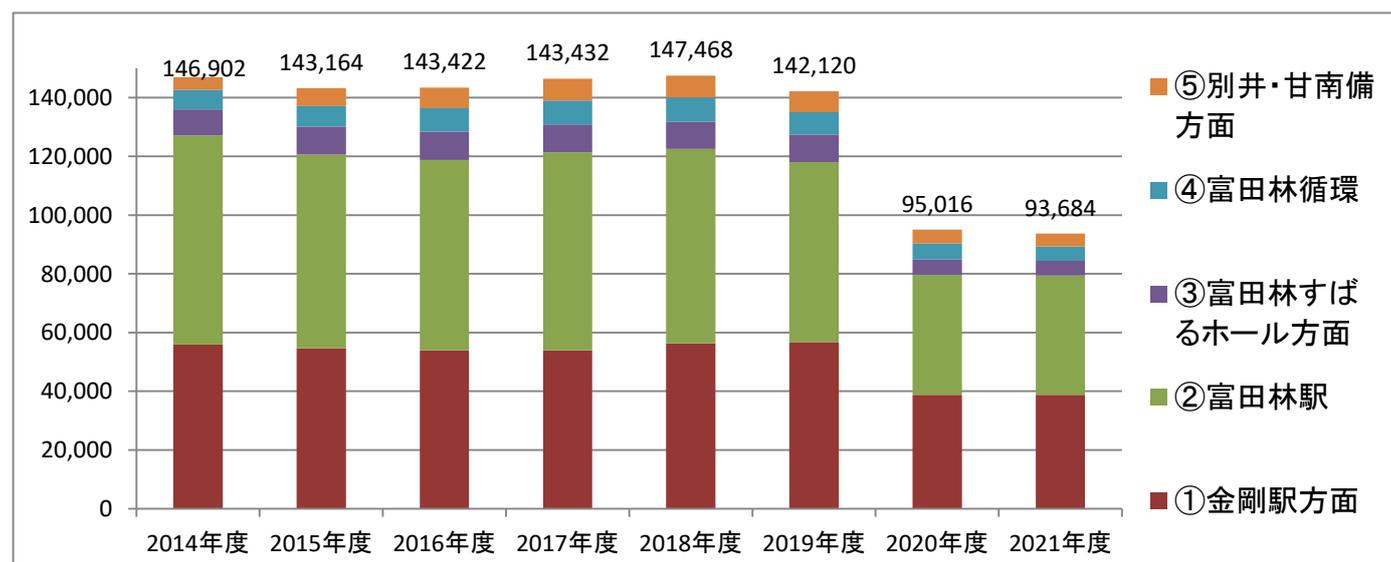
Dコース: 病院⇒金剛伏山自治会館前⇒聖ヶ丘住宅⇒須賀南山児童公園⇒滝谷駅前⇒須賀1丁目⇒錦織南⇒錦織東⇒甲田3丁目⇒病院

Eコース: 病院⇒昭和町⇒若松町⇒中野町⇒桜井町⇒川面町⇒喜志太閤園⇒喜志町1丁目⇒桜井町⇒喜志町⇒府民センター⇒病院

### ⑤別井・甘南備方面

Gコース: 病院⇒富美ヶ丘(降車のみ)⇒府民センター(降車のみ)⇒中央公民館図書館(降車のみ)⇒金剛大橋北(降車のみ)⇒北大伴⇒河南町役場⇒別井⇒南大伴⇒かがりの郷⇒山中田⇒府営板持住宅⇒金剛大橋北⇒中央公民館図書館⇒府民センター⇒富美ヶ丘⇒病院

Hコース: 病院⇒錦ヶ丘(降車のみ)⇒総合福祉会館(降車のみ)⇒下佐備(降車のみ)⇒中佐備(降車のみ)⇒上佐備(降車のみ)⇒岸之の元(降車のみ)⇒龍泉(降車のみ)⇒蒲(降車のみ)⇒甘南備口(降車のみ)⇒甘南備⇒甘南備口⇒蒲⇒龍泉⇒岸之本⇒上佐備⇒中佐備⇒彼方⇒錦織消防会館⇒すばるホール⇒錦ヶ丘⇒病院



## 17, 院内がん登録 届出数 2021年症例

※1 当院にて2021年に診断、または他院にて診断後2021年に当院へ来院され初回治療を開始した症例を対象に登録した件数です。

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

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

部位	診断・初回治療開始・初回治療継続 症例 *1									初回治療終了後来院	合計
	O期	I期	II期	III期	IV期	該当せず	不明	対象外	計		
大腸	20	35	23	43	19		8		148	3	151
(結腸)	(13)	(25)	(14)	(28)	(13)		(6)		(99)	(1)	(100)
(直腸)	(7)	(10)	(9)	(15)	(6)		(2)		(49)	(2)	(51)
胃		54	8	9	11		3	1	86		86
乳房	18	27	19	2	7			1	74	3	77
前立腺		24	19	6	16				65	10	75
皮膚	21	31	2			1			55	3	58
膀胱・腎・腎盂・尿管	17	17	6	10	4		2		56	2	58
(膀胱)	(14)	(15)	(2)	(3)			(1)		(35)	(1)	(36)
(腎・他の尿路)	(3)	(2)	(4)	(7)	(4)		(1)		(21)	(1)	(22)
肝臓・胆道・膵臓		14	4	6	19	1	2		46	8	54
肺		5		1	10				16	7	23
悪性リンパ腫		8	4	4	1			1	18	3	21
白血病						15			15	2	17
食道	1	5	2	1	1	1	1		12		12
その他 *5	3	8		1	5	18	7	2	44	2	46
総計	80	228	87	83	93	36	23	5	635	43	678

## 18, 国際疾病分類統計(退院患者数) (2021/4/1~2022/3/31)

国際疾病分類別に退院患者と死亡患者をを集計したものです。

退院患者数は前年よりも463件増加しました。特に「新生物」「循環器系」が昨年よりも大きく増加しました。

減少した領域は「血液および造血器の疾患」でした。

※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

章	ICD-10	分類	退院患者		総計	対前年数
			死亡	退院		
I	A00-B99	感染症および寄生虫症	25	132	157	-4
II	C00-D48	新生物	60	882	942	211
III	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに疫機構の障害	19	54	73	-82
IV	E00-E90	内分泌、栄養および代謝疾患	10	94	104	-19
V	F00-F99	精神および行動の障害	1	19	20	-3
VI	G00-G99	神経系の疾患	1	86	87	2
VII	H00-H59	眼および付属器の疾患	0	473	473	7
VIII	H60-H95	耳および乳様突起の疾患	0	25	25	-8
IX	I00-I99	循環器系の疾患	130	538	668	83
X	J00-J99	呼吸器系の疾患	100	357	457	-6
X I	K00-K93	消化器系の疾患	22	828	850	42
X II	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患	2	63	65	22
X III	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患	4	248	252	21
X IV	N00-N99	腎尿路生殖器系の疾患	28	539	567	44
X V	O00-O99	妊娠、分娩および産褥	0	105	105	25
X VI	P00-P99	周産期に発生した病態	0	56	56	32
X VII	Q00-Q99	先天奇形、変形および染色体異常	0	11	11	7
X VIII	R00-R99	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他	1	0	1	1
X IX	S00-T98	損傷、中毒およびその他の外因の影響	9	451	460	29
X X	V01-Y98	傷病および死亡の外因	0	0	0	0
X X I	Z00-Z99	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0	0	0	0
X X I I	U00-U99	特殊目的用コード	3	87	90	59
		総計	415	5048	5,463	463

## 19, 職員の健康診断受診率

### 職員健診受診率の計算方法

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

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

2021年度は、予備日の設定を廃止し、実施期間内での受診を呼びかけました。受診率は、前年度より0.9%低下してしまいましたが、待ち時間の短縮を目的に腹囲を各自で計測して来てもらうように変更しました。今後も改善できる項目を検証して、引き続き100%の受診率を目指したいと思います。

### 胸部レントゲンを中心とした受診率

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
全職員数	549	551	580	577	580	589
職員健診実施数	517	546	563	577	578	582
受診率	94.2%	99.1%	97.1%	100.0%	99.7%	98.8%

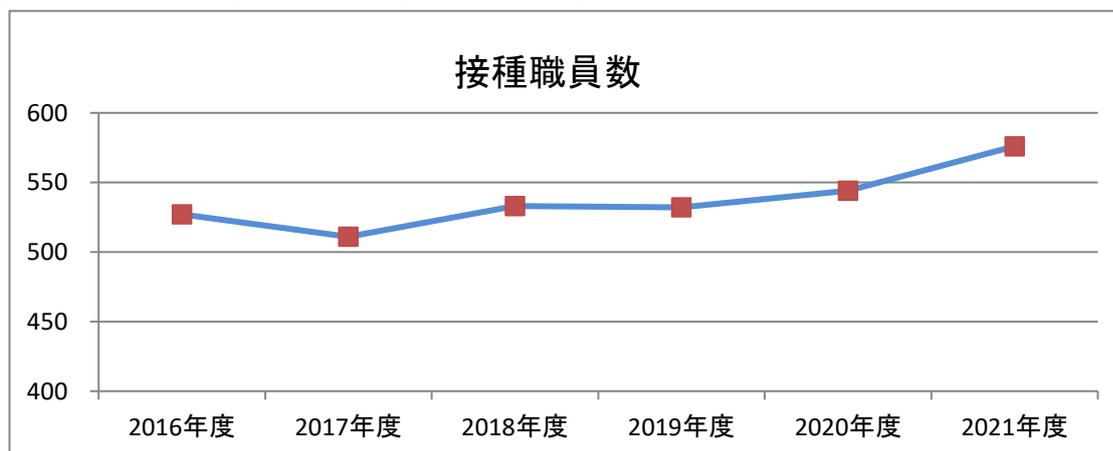
## 20, 職員のインフルエンザ予防接種率

### 職員健診受診率の計算方法

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

2021年度は、10月25日～11月2日の7日間で実施しました。コロナワクチン対応の為、前年より開始が1週間遅れました。又、密を避ける為に日数を2日間追加し、職種毎に開始日を調整しました。院内の委託業者・派遣社員に対しても希望者にも実施しています。(今年度は、97名の希望がありました。下の表には入っていません。)

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
全職員数	545	541	546	546	553	580
接種職員数	527	511	533	532	544	576
接種率	96.7%	94.5%	97.6%	97.4%	98.4%	99.3%



# DPCデータを用いた病院指標

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。

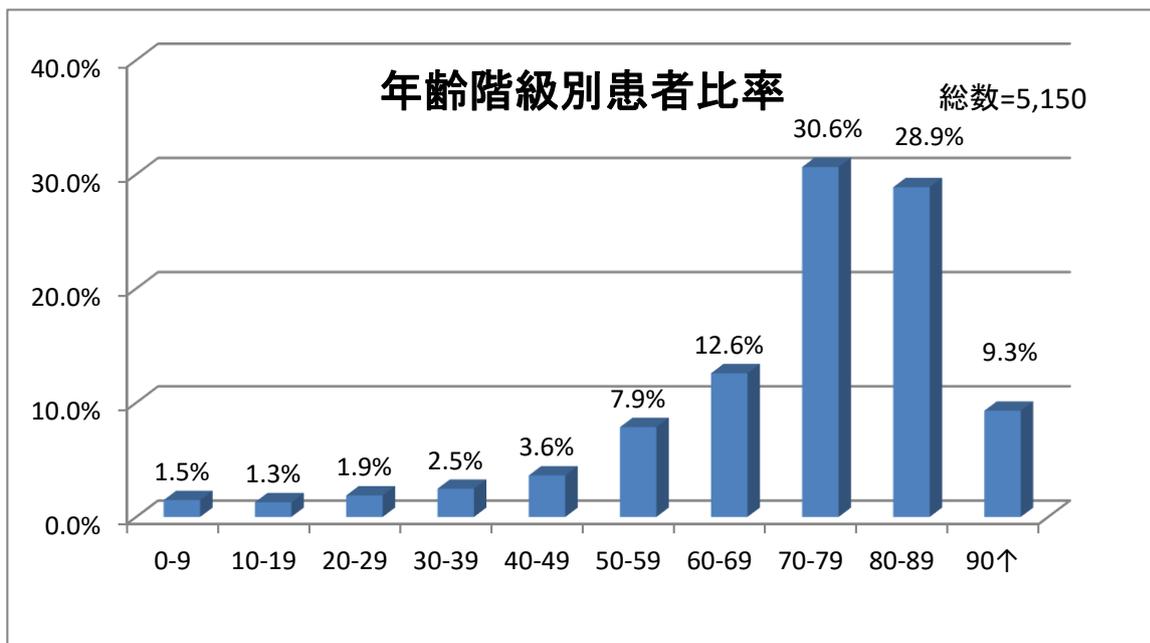
DPC対象となるのは保険適用患者さんで、一般病棟に入院された患者さんを対象とします。自動車賠償責任保険や労災保険、自費等の患者さんは対象外です。

## 1. 年齢階級別退院患者数(DPCデータから算出)

### ◆解説

年齢階級別患者数は、2021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。2021年度は新型コロナ感染の影響により入院患者は180人減少していましたが、2021年度は404人増加しました。60歳以上の患者さんも前年度よりも276人増加しました。  
※入院した時点の年齢で集計しています

年齢区分	0～	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	90～
2021年度	76	66	97	127	187	405	648	1578	1487	479
2020年度	34	54	91	92	213	346	620	1504	1344	448



2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで) (2021年4月1日~2022年3月31日)

診療科別に症例数の多いDPC14桁コード※と患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率、を示したものです。当院の診療科の特徴をあらわしています。(全国の平均在院日数は厚生労働省の令和3年度DPC調査の平均在院日数を使用しています)  
 ※DPC14桁コードとは、入院で行われた医療行為を、医療資源を最も多く投入した傷病名に手術、処置の有無などを組み合わせて示したもので、【診断群分類】とも言われています。2020年4月現在3990の分類に分けられています。

【内科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	56	26.20	13.14	5.36	79.82	13.06
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	45	32.11	20.57	20.00	88.00	11.54
050130xx9900xx	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	25	25.00	17.35	4.00	86.00	7.65
0400801499x002	肺炎等(市中肺炎かつ75歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なしA-DROP スコア2	23	20.83	15.86	4.35	86.91	4.97
110280xx02x00x	慢性腎臓病(慢性腎臓病) 慢性腎不全 動脈形成術、吻合術 その他の動脈等 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	16	2.75	7.87	0.00	74.19	-5.12

【循環器内科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
050130xx9900xx	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	82	22.37	17.35	8.54	85.49	5.02
050050xx0200xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1なし、1,2あり 手術・処置等2なし	67	4.48	4.36	0.00	74.57	0.12
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	67	3.54	3.06	5.97	71.79	0.48
050050xx9920xx	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	35	3.14	3.27	5.71	72.94	-0.13
050030xx97000x	急性心筋梗塞(致死性心筋梗塞を含む)、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1なし、1あり 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	23	12.35	11.87	4.35	77.13	0.48

【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)
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	39	20.79	13.14	5.13	74.56	7.65
110280xx9900xx	慢性腎臓病(慢性腎臓病) 慢性腎不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	32	10.44	10.39	0	66.38	0.05
110280xx9901xx	慢性腎臓病(慢性腎臓病) 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	12	18.08	13.74	0	76.33	4.34
110260xx99x0xx	ネフローゼ症候群 手術なし 手術・処置等2なし	9	22.78	20.43	11.11	66.89	2.35
180030xxxxxx0x	その他の感染症(真菌を除く。) 定義副傷病なし	9	18.56	10.47	11.11	72.89	8.09

【消化器内科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
060340xx03x00x	胆管(肝内外)結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	61	10.93	9.21	1.64	74.84	1.72
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	40	12.65	9.00	5.00	67.98	3.65
060102xx99xxxx	穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術なし	39	8.36	7.70	0.00	61.15	0.66
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	25	7.24	7.96	0.00	76.12	-0.72
060130xx9900xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患) 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	25	9.20	7.74	8.00	72.72	1.46

2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで) (2021年4月1日~2022年3月31日)

【泌尿器科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院 日数(自院)	平均在院 日数(全国)	転院率	平均 年齢	平均在院日数 (全国との差)
110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1あり	108	2.18	2.50	0.00	72.62	-0.32
11012xx020x0x	上部尿路疾患 経尿道的尿路結石除去術 手術・処置等1なし 定義副傷病なし	87	5.26	5.56	3.45	60.85	-0.30
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	62	8.58	7.02	1.61	75.37	1.56
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	42	10.93	13.14	9.52	72.05	-2.21
11013xxx04xxxx	下部尿路疾患 膀胱結石、異物摘出術 経尿道的手術等	17	3.53	5.46	0.00	74.65	-1.93

【小児科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院 日数(自院)	平均在院 日数(全国)	転院率	平均 年齢	平均在院日数 (全国との差)
140010x199x0xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害(出生時体重2500g以上) 手術なし 手術・処置等2なし	41	6.63	6.13	2.44	0.00	0.50
140010x299x0xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害(出生時体重1500g以上2500g未満) 手術なし 手術・処置等2なし	10	8.30	11.01	0.00	0.00	-2.71
130111xxxx00x	アレルギー性紫斑病 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	-	-	-	-	-	-
180030xxxxxx0x	その他の感染症(真菌を除く。) 定義副傷病なし	-	-	-	-	-	-
010230xx99x00x	てんかん 手術なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	-	-	-	-	-	-

【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	116	4.14	4.74	0.00	71.39	-0.60
060035xx010x0x	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等 手術・処置等1なし 定義副傷病なし	46	12.20	15.76	0.00	75.46	-3.56
060335xx02000x	胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術等 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	43	7.26	7.11	0.00	63.56	0.15
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)	34	6.24	5.88	2.94	66.68	0.36
060150xx03xxxx	虫垂炎 虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等	31	5.16	5.40	0.00	38.61	-0.24

【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	112	27.13	23.02	0.00	76.36	4.11
160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	77	36.68	25.32	5.19	85.49	11.36
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰椎損傷を含む。) 手術なし	46	38.65	19.34	6.52	80.74	19.31
160760xx97xx0x	前腕の骨折 手術あり 定義副傷病なし	42	11.40	4.99	0.00	63.74	6.41
07040xxx01xxxx	股関節骨頭壊死、股関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等	37	23.43	20.63	0.00	70.89	2.80

2, 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで) (2021年4月1日~2022年3月31日)

【眼科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり片眼	469	2.00	2.71	0.21	75.75	-0.71
020250xx97xxxx	結膜の障害 手術あり	—	—	—	—	—	—

【産婦人科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
120260xx01xxxx	分娩の異常 子宮破裂手術等	12	8.17	9.38	0.00	30.5	-1.21
120140xxxxxxxx	流産	—	—	—	—	—	—
120110xx99xxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患 手術なし	—	—	—	—	—	—
120170x099xxxx	早産、切迫早産(妊娠週数34週以上) 手術なし	—	—	—	—	—	—
120165xx99xxxx	妊娠合併症等 手術なし	—	—	—	—	—	—

【皮膚科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
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	19	7.47	7.68	0.00	77.95	-0.21
080020xxxxxxxx	帯状疱疹	11	8.64	9.22	0.00	73.55	-0.58
080010xxxx0xxx	膿皮症 手術・処置等1なし	10	11.50	13.07	10.00	73.10	-1.57
080005xx01x0xx	黒色腫 皮膚悪性腫瘍切除術等 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—
080007xx010xxx	皮膚の良性新生物 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等 手術・処置等1なし	—	—	—	—	—	—

【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	21	2.90	7.03	0.00	70.76	-4.13
130030xx97x00x	非ホジキンリンパ腫 手術あり 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	—	—	—	—	—	—
030180xx97xxx	口内炎、口腔疾患 手術あり	—	—	—	—	—	—
030428xxxxxxxx	突発性難聴	—	—	—	—	—	—
030300xx01xxxx	声帯の疾患(その他) 喉頭・声帯ポリープ切除術等	—	—	—	—	—	—

### 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	42	—	—	13	11	10	1	8
大腸がん	—	31	54	25	23	—	1	8
乳がん	29	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

2021年度に退院した患者さんを対象としています。

国際対がん連合(UICC)の病期分類にて分類し、集計期間内に何度入院しても1症例を1件としています。初発例として集計した症例は再発例には集計しません。

当院は大阪府がん診療拠点病院の指定を受け幅広いがんを積極的に診療してしております。

#### 4. 成人市中肺炎の重症度別患者数等(DPCデータから算出)

##### ◆解説

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

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

(※1)市中肺炎とは、病院外で日常生活をしていた人が発症した肺炎です。

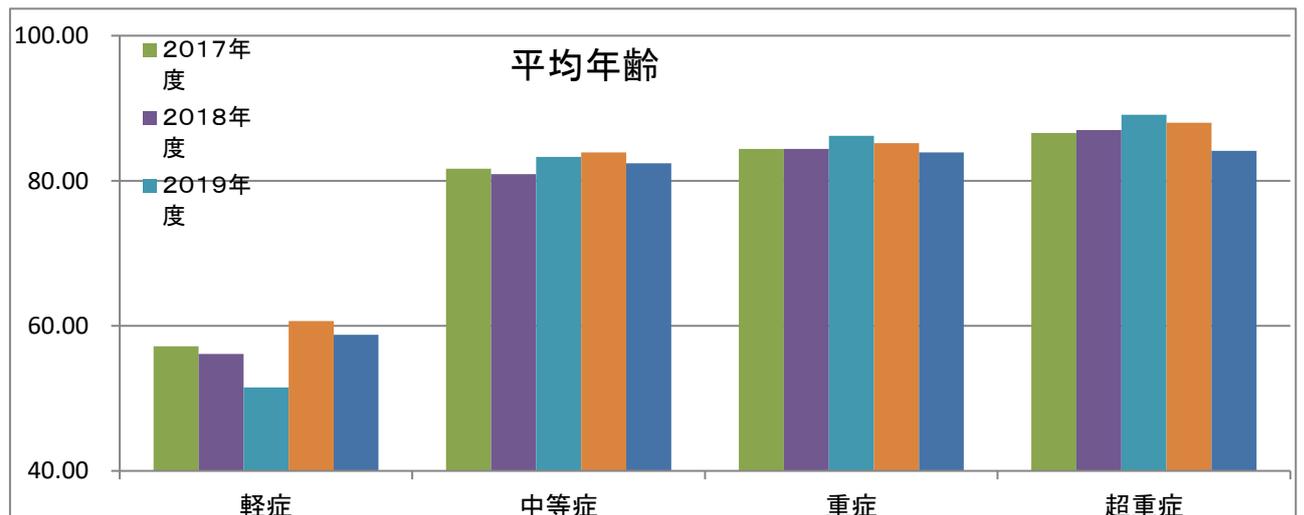
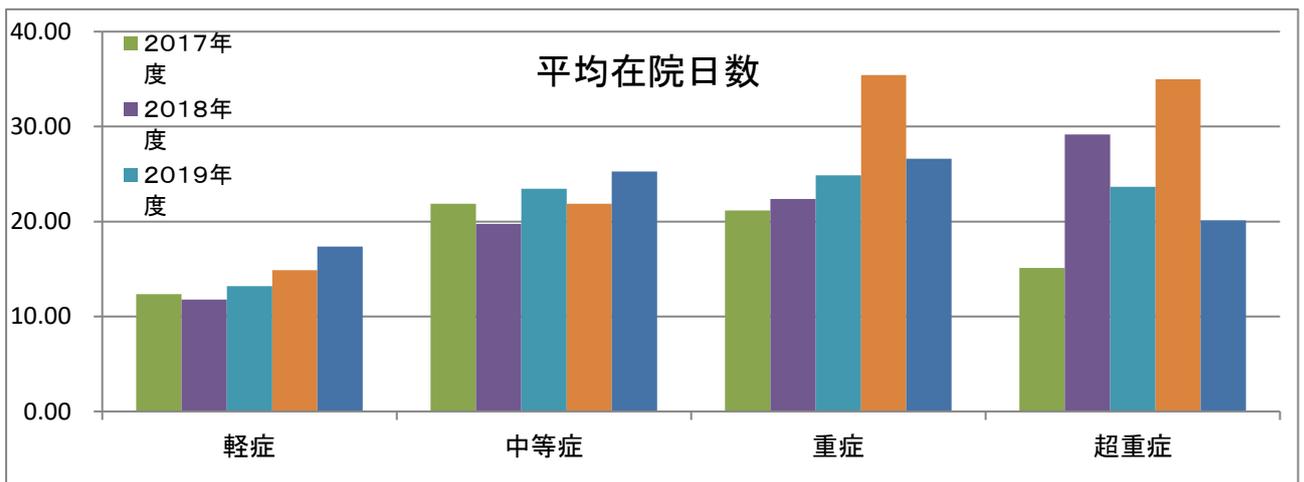
(※2)重症度分類システム

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

軽症：重症度0点、中等症：重症度1~2点、重症：重症度3点、超重症：重症度4~5点に該当

※2021年度に退院した患者さんを対象としています。

重症度	患者数	平均在院日数	平均年齢
軽症	8	17.38	58.75
中等症	119	25.26	82.39
重症	38	26.63	83.89
超重症	15	20.13	84.13
不明	0	0.00	0.00
総計	180	24.77	83.66





## 5. 脳梗塞のICD10別患者数

### ◆解説

脳梗塞の患者さんについて、患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率を集計したものです。  
脳血管疾患も死亡原因の上位に位置する疾患です。

※ICD-10とは死亡や疾病データの体系的な記録、分析、解釈および比較を行うための国際疾病分類です。

ICD-10	傷病名	発症日から	患者数	平均在院日数	平均年齢	転院率
I63\$	脳梗塞	3日以内	12	42.9	85.7	8.7
		その他	11	35.4	79.9	17.4

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2年4月から令和3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	腹腔鏡下鼠経ヘルニア手術(両側)	117	1.05	2.09	0.00	71.22
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	48	1.63	9.94	0.00	76.17
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	44	0.77	5.52	0.00	62.95
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)	34	1.00	4.24	2.94	66.68
K718-21	腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	30	0.27	3.83	0.00	37.50

【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	154	1.34	24.38	0.00	75.24
K0461	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	70	2.49	37.14	2.86	79.50
K0462	骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	70	1.46	15.64	1.43	62.69
K0811	人工骨頭挿入術 肩、股	37	3.22	32.35	5.41	84.84
K0483	骨内異物(挿入物を含む)除去術 前腕、下腿	17	0.94	6.00	0.00	59.71

【泌尿器科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K7811	経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの	87	1.68	4.05	5.8	62.01
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	64	1.52	6.30	1.6	75.52
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	18	0.56	8.61	11.1	70.44
K7981	膀胱結石、異物摘出術 経尿道的手術	17	0.59	1.94	0.0	74.65
K8411	経尿道的前立腺手術 電解質溶液利用のもの	15	1.67	7.9	0.0	74.27

【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
K6262	リンパ節摘出術 長径3センチメートル以上	10	0.50	1.9	0.0	62.80
K3932	喉頭腫瘍摘出術 直達鏡によるもの	-	-	-	-	-
K4132	舌腫瘍摘出術 その他のもの	-	-	-	-	-
K4571	耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺浅葉摘出術	-	-	-	-	-
K3721	中咽頭腫瘍摘出術 経口腔によるもの	-	-	-	-	-

【眼科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K2821口	水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの	470	0.0	1.1	0.2	75.8
K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	-	-	-	-	-

【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	31	0.16	6.35	0.00	76.45
K0021	デブリードマン 100平方センチメートル未満	-	-	-	-	-
K0051	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 長径2センチメートル未満	-	-	-	-	-
K0052	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 長径2センチメートル以上4センチメートル未満	-	-	-	-	-
K0301	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	-	-	-	-	-

【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
K8981	帝王切開術 緊急帝王切開	-	-	-	-	-
K8982	帝王切開術 選択帝王切開	-	-	-	-	-
K9091口	流産手術 妊娠11週までの場合 その他のもの	-	-	-	-	-

## 内科系

### 【総合内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前 日数	平均術後 日数	転院率	平均年齢
K61214	末梢動静脈瘻造設術 内シャント造設術 単純なもの	16	2.50	4.44	0.00	74.38
K654	内視鏡的消化管止血術	-	-	-	-	-
K6871	内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	-	-	-	-	-
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	-	-	-	-	-
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	-	-	-	-	-

### 【循環器内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前 日数	平均術後 日数	転院率	平均年齢
K5493	経皮的冠動脈ステント留置術 その他のもの	56	1.75	3.45	0.0	74.57
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	28	0.14	16.29	3.6	76.89
K5972	ペースメーカー移植術 経静脈電極の場合	13	7.00	13.38	0.0	79.23
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	10	5.50	8.50	0.0	77.30
K597-2	ペースメーカー交換術	-	-	-	-	-

### 【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
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	55	3.27	6.87	0.0	74.69
K6871	内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	32	2.09	6.94	6.3	70.19
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	30	1.60	11.03	6.7	81.17
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	25	0.92	5.32	0.0	76.12
K654	内視鏡的消化管止血術	21	1.38	12.29	0.0	78.90

### 【腎臓内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前 日数	平均術後 日数	転院率	平均年齢
K61214	末梢動静脈瘻造設術 内シャント造設術 単純なもの	-	-	-	-	-
K7211	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	-	-	-	-	-
K654	内視鏡的消化管止血術	-	-	-	-	-
K616-41	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 初回	-	-	-	-	-
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	-	-	-	-	-

## 7. その他(DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率)

### ◆解説

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

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

また、職員を対象とした年数回の感染対策に係る研修を実施しています。

DPCコード	DPC名称	入院契機	症例数	発生率
130100	播種性血管内凝固症候群	同一	—	—
		異なる	23	0.45%
180010	敗血症	同一	—	—
		異なる	31	0.60%
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	23	0.45%
		異なる	—	—

手術・処置等の合併症のICD10別症例数

## 教育研修（講演会）行動結果

令和3年度 教育研修(講演会)行動結果

開催 【 有 ・ 無 】 (無の場合は以下の記入はなし)

テーマ	開催日	開催場所	講師名	参加者数	目的	今後の課題点
入職時オリエンテーション	4月2日	講堂1. 2	磯邊 みどり	合計不明名 医師名 看護師名 技師名 事務・他名	医療安全の基礎、道徳を知ることができる	
看護部 インスリン製剤	4月16日	多目的室1	磯邊 みどり	合計 26名 医師名 看護師 26名 技師名 事務・他名	ハイリスク薬品の取り扱いができる	机上での学習と実技研修を行なうため講師1名では目が届きにくい。
実技研修) 中心静脈カテーテル挿入	6月9日～6月16日	会議室1.2	谷口Dr、辻江Dr	合計 22名 医師 22名 看護師名 技師名 事務・他名	安全なCV挿入技術を身に付ける	反復した訓練が必要
看護部) 輸液管理①	7月7日	多目的室1	磯邊 みどり	合計 11名 医師名 看護師 11名 技師名 事務・他名	点滴挿入に必要な知識の習得	
インシデント報告	9月15日	富美が丘荘	磯邊 みどり	合計 20名 医師名 看護師名 技師名 事務・他 20名	インシデント報告の敷居を下げる	

看護部 SBAR	9月17日	多目的室1	磯邊 みどり	合計 医師 看護師 技師 事務・他	17名 名 17名 名 名 名	患者の情報を正しく報告・連絡・相談できる	
CPC 「胃食道部接合部がん術後、大量出血」	1月5日	会議室1.2	外科	合計 医師 看護師 技師 事務・他	34名 名 13名 名 17名 名 4名 名	院内で発生した事例を振り返り、診療に生かす	
実技研修) PICC	1月14日	会議室1.2	外科	合計 医師 看護師 技師 事務・他	20名 名 19名 名 1名 名 名 名	正しいPICC挿入方法を体験する	
RRS	3月15日～4月15日	オンライン	田中CN	合計 医師 看護師 技師 事務・他	444名 名 名 名 名 名	患者の異常時にすぐにためらわずすぐに報告するためのシステムについて学ぶ	

令和3年度教育研修(講演会)開催実績

開催 【 有 ・ 無 】 (無の場合は以下の記入はなし)

テーマ	開催日	開催場所	講師名	参加者数	目的	今後の課題点
新規採用看護師研修	4/6 4/23	講堂	奥田 賢次	合計 23名 医師 0名 看護師 23名 技師 0名 事務・他 0名	標準予防策 感染経路別予防策	対策の徹底
看護補助者	6/16 7/21 8/18 9/15 10/20	講堂	奥田 賢次	合計 34名 医師 0名 看護師 5名 技師 名 事務・他 34名	標準予防策	対策の徹底
委託業者	10/13 10/14	6F会議室1	奥田 賢次	合計 16名 医師 0名 看護師 名 技師 0名 事務・他 16名	新型コロナウイルス 感染予防	対策の徹底
新型コロナウイルス 感染予防対策動画研修	7/30~9/30	各部署	奥田 賢次	合計 418名 医師 11名 看護師 221名 技師 61名 事務・他 125名	新型コロナウイルス 感染予防	対策の徹底
ワクチン接種	3/1~4/30	各部署	奥田 賢次	合計 504名 医師 19名 看護師 247名 技師 98名 事務・他 140名	職業感染対策	接種率上昇

## 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17名、非常勤薬剤師2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る。

## 7) 薬薬連携

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

## 2. 活動実績

### ○ 研修活動

#### 1) 院内研修

院内医療安全研修会、ICT研修会、緩和医療研修会に各自参加

#### 2) 院外研修

4月：富田林薬薬連携協議会 Web seminar for Nephrology

「当院の院外処方箋における疑義紹介事前合意プロトコルについて」

10月：富田林薬薬連携協議会 Web Seminar

「院外処方箋における疑義照会事前合意プロトコルの現状とアンケート評価」

「当院における化学療法部門の薬薬連携～現状とこれからの課題～」

11月：富田林薬薬連携協議会

「オピオイドの副作用のお話」

3月：富田林薬薬連携Webセミナー

ディスカッション

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

2021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
7,887	3,852	7,708	5.9
休日小児診療枚数／日	小児夜間救急処方箋枚数／日	がん化学療法における加算件数A／月	がん化学療法における加算件数B／月
12.8	4.1	110.5	28.3
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
7.9	130.7	365.8	52.3
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
4.3	272.5	160	19.8
事前合意プロトコルによる疑義照会のカバー率(%)			
45.33			

### 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。

## 令和3年度年報

### 済生会富田林病院 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1名、主査5名、常勤臨床検査技師12名、非常勤臨床検査技師7名、非常勤看護師1名、非常勤事務員3名)、計33名で構成している(令和4年1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)

#### 人事異動

採用：令和3年8月1日	渡邊 清司
退職：令和3年6月13日	管尾 龍彦
令和4年2月28日	森川 信子
令和4年3月31日	喜多 はずみ、 井口 奈央

#### 活動実績

令和3年度の主な活動として、新型コロナウイルス感染症にかかる検査体制の充実(汎用PCR装置や迅速PCR装置の導入)、外部委託検査に関する競争入札の実施、採血待ち時間短縮に向けた取り組み、人材育成のためのローテーションを実施した。これらの活動を含め、以下、「財務の視点」、「プロセスの視点」、「顧客の視点」、「学習と教育の視点」から詳述する。

##### (1) 財務の視点

###### 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)

2021年度のいわゆる検体検査の総検査件数は、入院442,800件、外来934,600件、健診157,800件であった。総件数の年次推移をみると2021年度は1,535,000件であり、2020年度の1,528,000件よりも増加しているものの、2019年度の1,620,000件のピークと比較すると約85,000件減少している。COVID-19による患者減少が影響している可能性がある。

一方、入院・外来別に年次推移を追うと、外来件数が下がり、入院件数が上昇している。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べきと考えるが、当院は逆の傾向にある。オーダー内容の詳細を調査する必要がある。

## ②輸血関連検査（資料 2-2）

2021 年度の血液製剤の入庫数や使用数等、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、昨年度は比較的効率よく使用できたと考えている。献血という善意の輪を無駄にすることのないよう、引き続き効率的な運用に努めたい。

## ③生理機能検査（資料 3）

心電図・超音波検査・脳波の検査件数は COVID-19 によると思われる影響から徐々に回復してきている。しかし呼吸機能検査については、なおも減少しており、昨年度のおよそ半数の件数にとどまった。健診の件数は、ほぼ回復したと見ている。

## ④病理・細胞診検査（資料 4）

一般的に検査件数の大きな変動はみられない中、健診業務である喀痰の細胞診が増加している。2021 年度の解剖数は 11 件であった。

## ⑤細菌検査（資料 5）

一般細菌の培養・同定検査の年次推移は、2018 年度から全体的に増加しており、特に入院でその傾向が強い。一方、2021 年度においては外来の血液穿刺液、呼吸器材料、消化器材料の培養が減少しており、その影響なのか薬剤感受性試験の件数も減少した。2021 年度の新型コロナウイルス関連検査は入院・外来合わせて抗原検査が 3,383 件、PCR 検査が 3,346 件であった。

## 試薬・外部委託検査等の費用（資料 6）

外注検査および装置リースの費用は昨年度並みであったが、試薬の費用がおよそ 1,600 万円増加した。新型コロナウイルス関連の試薬購入に約 2,120 万円を要していたことから、この費用増が直接の原因と推測する。

外注検査については費用を縮減するため、2022 年 2 月に 3 業者（SRL、LSI、BML）による競争入札を行った。開札の結果、主に SRL と LSI に委託することになった。これによる費用の削減効果は年間約 900 万円と見積っている。委託先変更に伴う一部検査項目の基準値変更等は、医師の協力を仰ぎながら準備を進めていく。2022 年 4 月 1 日受付分から更新する。

## 返戻・減点对策（資料 7）

2021 年 12 月の返戻・減点の対象項目は、86 項目、316 件であり、このうち頻度の高い上位 11 項目で全体の約 6 割を占めている（表のピンク部分）。これは毎月ほぼ同様の傾向である。診療に必要な検査をなくす訳にはいかないため、100%削減は非現実的

であることを理解しつつも、例えば上位 7 項目を重点的にチェックするだけでも、件数ベースで半減できるのではないか。検査科として今後も効率的な運用をめざし、委員会等へ情報を発信していきたい。

## (2) プロセスの視点

### 新型コロナウイルス検査 (PCR) の導入

新型コロナウイルスに対する PCR 検査は、これまでプレジジョン・システム・サイエンス (PSS) 社の装置を稼働させていたが、この装置は 1 回あたり 12 件、反応に 2 時間半を要することから、大量検体には対応できない。そこでサーモフィッシャー社の PCR 装置 (最大 96 検体、反応時間約 1 時間) を稼働させて、増大する検体数にも対応できる体制とした。また、時間外の迅速 PCR 検査に対しては、新たにロシュ社 cobas® Liat® システムを導入して 24 時間対応できるようにした。

### 病理標本の一元管理について

個人情報漏洩や標本の紛失を防止する目的で、令和 4 年 1 月 31 日から病理標本の取り扱いを病理検査室にて一括管理することとした。

### 新規導入項目

生化学の Fe、UIBC、TIBC、フェリチンは、それぞれ年間約 2,000 件の依頼件数があるが、全て外注しているのが現状である。依頼件数が多いこと、および外注から院内化に切り替えることで即日報告が可能になることから、臨床的にも有用であると判断し、2022 年 3 月 17 日の臨床検査運営委員会に諮問した。2022 年 4 月 1 日から院内で実施することで承諾を得た。

### 精度管理調査結果

#### ① 日本医師会 臨床検査精度管理調査

C や D の評価はなく、総合点は 98.3 点であった。

#### ② 日本臨床衛生検査技師会 精度管理調査

A、B 評価であり、総合評価は 100 点であった。

#### ③ 日本総合検診医学会 精度管理調査

第 2 回：全ての項目で A 評価であった。

第 3 回：クレアチニン、HDL-C のみ B 評価。他は A 評価であった。

第 4 回：HDL-C、LDL-C のみ B 評価。他は A 評価であった。

④厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の PCR 検査等にかかる精度管理調査  
全ての検体において良好

臨床的には①～④の全ての調査において問題ない。

タスクシフト／シェアの取り組み

医師の働き方改革の一環としてタスクシフト／シェアに取り組んだ。具体的には生理検査室にて運動負荷検査の実施を目指して、臨床医から検査のポイントや緊急時の対応等について指導を仰いでいる。次年度から実施。

(3) 顧客の視点

採血室の待ち時間短縮に向けた活動 (資料 8)

採血時の待ち時間短縮のためのプロジェクトを検査科内に立ち上げ、課題を洗い出すとともに改善を試みた。

①現状把握

採血時の待ち時間を把握するため、2021年7月の1ヶ月分のデータに対して、採血受付時刻から呼出時刻の差を待ち時間として患者ごとに計算した。(スライド1)

さらに待ち時間が16～20分までを黄色、21分以上をオレンジに色分けし、それぞれの回数を計測した。その結果、当該期間において、16～20分待ちは284件、21分以上の待ちは233件であり、このうち30分以上の待ちは24回、最大待ち時間は41分であった。また、16分以上の待ち時間は7月9日の90件が最頻であった(スライド2左)。最も待ち時間が長かった7月9日を対象に、10分間あたりの受付人数、採血実施数を求めるとともに、上記の16分以上の待ち時間となった時間帯を黄色やオレンジに色分けした。また、採血室全体のパフォーマンスを示す指標として採血患者1人あたりに要する平均的な時間を求めた。この値は、仮に採血患者1人に約1分かかるとすれば、採血室全体では10分間に10人採血できることを意味する。実際のところ、最速は50秒であり、10分間に12名程度の採血が可能であることがわかった(スライド3左)。

②対策

当院採血室のパフォーマンスは10分間に12～13名の採血が最大であることから、10分間にこれを超える受付人数となれば、待ち時間は延長していく。逆に10名前後の受付であれば、やがて解消していくはずである。そこで患者呼び出しから採血ブースに至るプロセスを極力短縮すること、および採血ブースの回転を速めることで、パフォーマンスの向上を目指すことにした。具体的には、当初、患者の誘導は廊下から採血室の待合スペースまでであり、ブースへの誘導がなかったことから、1)各ブースまで患者を誘導すること、2)採血担当者をブースに固定するやり方から、採血が終了して空いている

ブースに採血担当者が出向くやり方に変更した。これをトライアルとして11月から実施するとともに、2021年12月のデータを解析することで効果を検証した。

### ③効果の検証

①と同様の方法で2021年12月分のデータを解析した（スライド2右）。その結果、待ち時間が16分から20分の回数は245件、21分以上が106回であり、このうち30分以上待たせたのは36分間の1回のみであった。7月と比較して特に20分以上の待ち時間が半減し、待ち時間が15分以内の割合も7月の83%から89%に上昇した。12月の中で最も待ち時間が長かった12月6日の状況を7月9日のデータと比較すると、待ち時間の長い黄色やオレンジの時間帯が減少していることから、トライアルは効果ありと判定した（スライド3右）。

引き続き待ち時間の短縮に向けて改善を重ねていきたい。

### （4）学習と教育の視点（資料9）

認定資格の取得者を以下に記す。

双和 宏樹	細胞検査士	2021年2月	日本臨床細胞学会
西出 美穂	超音波検査士（循環器領域）	2022年1月	日本超音波医学会

また、各種の研修記録等を資料9に示す。

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制づくりが必須である。このため特に若者を中心に、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、少し時間をかけて人材育成に取り組んでいきたい。

### （5）機器・備品の整備（資料10）

今年度に整備された機器・備品を資料10に示す。

### 今後の取り組み

信頼される臨床検査科をめざして、次の点を重点的に取り組んでいきたい。

#### ① 財務の視点（ムダ・ムラ・ムリの削減）

- ・ 検体検査における入院から外来へのシフト：  
原因の洗い出しと情報発信、関係者への協力依頼。
- ・ 外注検査の競争入札による効果の検証：  
実際に要した費用から評価する。

・ 返戻・減点項目に関する情報発信：

対策委員会を通じて、原因究明と適性化を図っていく。

## ② プロセスの視点

・ 検査項目の院内化と外注化への見直し：

臨床医から要望の高い項目（血清亜鉛など）について検討する。

・ 検査の品質向上：

PDCA サイクルの概念を伝達するとともに、実務を通じて現場に定着させる。これは第三者評価である病院機能評価を受審する際にも有効である。

・ 医師の働き方改革の一環としてのタスクシフト／シェアへの積極的関与：

2021 年度末に動き出した運動負荷検査を実施するほか、臨床医からの要望が高い検査（胎児心エコー検査など）を実現するための環境づくり。

・ 老朽化した分析装置の更新および機能強化に向けた装置の新規導入：

装置を計画的に更新・導入するため、装置の性能評価のみならず、運用面でメリットやデメリットを評価・検討していく。

例) 血液学的検査に供している CBC や凝固検査装置（老朽化）

血液ガス分析装置（バックアップ機がないことのリスクヘッジ）

蛍光顕微鏡（抗酸菌検査の迅速化と感染対策）

尿定性検査装置（老朽化）

## ③ 顧客の視点

採血待ち時間の継続的改善：

定期的に指標を算出・評価するとともに、更なる改善をめざす。

## ④ 学習と教育の視点

高度な専門性を有する職員の育成：

特に病理検査、超音波検査、感染症検査に精通した若手技師の育成は、喫緊の課題である。OJT による知識や技術の伝達のほか、第三者による認定資格にも積極的にチャレンジしていきたい。特に細胞検査士や超音波検査士は慢性的に不足している。

同時に専門性を高めつつも、適切なローテーションを通して、2 つ以上の領域を担当できる職員を育成していく。

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

#### ○リハビリテーション科基本理念

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

#### ○リハビリテーション科基本方針

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

疾患別リハビリテーションの各施設基準（I）を取得し、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。疾患別リハビリテーションにおいては、各分野・病棟においてチーム制を取り、それぞれの病棟において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。言語聴覚療法では、新病院移転に伴い施設基準を取得。疾患別リハビリテーションに取り組み、接触機能のみならず高次脳機能障害や呼吸疾患へのリハビリテーションを展開した。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（実人数）3,248人（延41,525件）、外来（実人数）1,488人（6,199件）にリハビリテーションを実施した。地域包括ケア病棟においては、全入院患者の67.2%にリハビリテーションを実施した。

### ○在宅リハビリテーション

今年度も引き続き富田林病院訪問看護ステーションに理学療法士4名、作業療法士1名を派遣し、急性期病院退院後の患者や地域で暮らす障がい者、高齢者等が住み慣れた地域で自律した生活が営めるよう在宅での訪問リハビリテーション・サービスの提供を行った。今年度は1,242名に7,048件居宅を訪問しリハビリテーションを提供した。

### ○通所介護（リハビリテーション）

今年度も引き続き理学療法士1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。

### ○地域における実績

地域の市町村等の依頼を受け下記の委員・講師等を派遣した。

- ・富田林市 介護認定審査会 委員派遣 加島久也（理学療法士）  
介護予防・日常生活支援総合事業 委員派遣・講師派遣 藤原光樹（作業療法士）

他

（富田林市ケア方針検討会、訪問型サービスC、通所型サービスA事業所訪問指導

等）

- ・富田林市自立支援リーダー養成研修会 講師 島崎寛将（作業療法士）
- ・富田林市生活支援サービス従事者研修 講師 藤原光樹（作業療法士）
- ・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）

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。

- ・講演：第41回近畿作業療法学会（2021年6月）  
「がんのリハビリテーションにおける作業療法」（島崎寛将/作業療法士）
- ・講演：大阪ハートクラブ第343回市民健康講座（島崎寛将/作業療法士，渡邊明/理学療法士）
- ・座長：第5回日本リンパ浮腫治療学会パネルディスカッション「コロナ時代のリンパ浮腫在宅ケア」（島崎寛将/作業療法士）
- ・講師：厚生労働省後援がんのリハビリテーション研修（島崎寛将/作業療法士）
- ・講師：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（島崎寛将/作業療法士）
- ・講師：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（島崎寛将/作業療法士）
- ・講師：大阪府がんのリハビリテーション研修（島崎寛将/作業療法士）
- ・講師：沖縄県がんのリハビリテーション研修（島崎寛将/作業療法士）
- ・講師：大分県作業療法士協会主催身障・老年期分野研修会「がん患者の作業療法」（島崎寛将/作業療法士）

## ○臨床実習受け入れ

今年度は養成校より下記の臨床実習の受け入れを行い後進の育成に努めた。

- ・理学療法部門：
  - <長期臨床実習> 四条畷学院大学 1名 令和3年4月日～6月2日（5月7日以降中止）
  - 大阪府立大学 1名 令和3年5月31日～7月21日
  - 関西医療学園専門学校 1名 令和3年8月23日～10月13日
  - <評価実習> 大阪府立大学 1名 令和4年2月14日～3月4日
  - 関西福祉科学大学 2名 令和4年2月14日～2月19日（中止）
  - <見学実習> 大阪人間科学大学 1名 令和3年8月23日～27日（中止）
  - 関西福祉科学大学 2名 令和3年9月13日～9月18日（中止）
  - 大阪人間科学大学 1名 令和4年2月28日～3月5日
  - <訪問実習> 大阪府立大学 1名 令和3年9月1日～7日
- ・作業療法部門：
  - <治療実習> 森ノ宮医療大学 3名 2021年5月10日～6月4日/6月7日～7月2日
  - 関西福祉科学大学 1名 2021年6月20日～7月30日
  - <評価実習> 森ノ宮医療大学 2名 2021年9月6日～10月1日
  - 関西福祉科学大学 2名 2021年9月27日～10月1日/10月4日～8日
  - <検査実習> 森ノ宮医療大学 4名 2022年2月7日～10日/2月14日～18日
  - 大阪府立大学 1名 2022年2月21日～3月4日
  - <見学実習> 森ノ宮医療大学 2名 2021年8月16日～8月19日/8月23日～26日

## 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
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 3 名（パート含む）、派遣事務員 2 名

### ○放射線技師認定資格者

- ・ X線CT 専門認定技師 3 名
- ・ 肺がんCT 検診認定技師 1 名
- ・ 大腸CT 検査技師認定者 1 名
- ・ 検診マンモグラフィー撮影認定技師 5 名
- ・ 救急撮影認定技師 1 名
- ・ 胃がん検診専門技師 7 名
- ・ 胃がんX線検診読影資格者 1 名
- ・ 第1種放射線取扱主任者（試験合格者のみも含む） 3 名
- ・ 衛生工学衛生管理者 1 名

### ○施設・設置機器

#### 【病院】

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

## ○2021 年度 活動実績

2021 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。

### 2021 年度放射線科指針

#### ～個々のスキルアップ～

新病院での新たなモダリティーやシステムの運用も一段落し、ルーチン業務が確立されてきた中で、新しく柳生先生が来られた事やベテラン技師が退職する事により、これまで以上に個々のスキルアップや対応力が求められる事になるでしょう。

このような状況からも今年度は「個々のスキルアップ」をスローガンに、個々が自身の課題に向き合い責任感を持って業務を担う事で、放射線科全体のレベルアップに繋げて行きましょう。

### 2021 年度放射線科目標

#### ① 新規採用職員へのサポート

新入職員へ働きやすい環境を提供する。

また当直業務への早期参入や速やかにローテーション業務が行えるよう全員でサポートする。

#### ② 撮影条件の検討

CT、X 線 TV、特に一般撮影において当院において適正な撮影条件を構築し被ばく低減に取り組む。

#### ③ 一般撮影再撮影低減の取り組み

一般撮影において再撮影が多い部位の把握および原因を究明し再撮低減に取り組む。

#### ④ 医療安全の向上

造影剤使用時の急変対応シミュレーションを年 2 回開催する。

#### ⑤ 個々がスキルアップに努める

放射線科全体のレベルアップのため、個々が目標を持ちそれに向けて勉強会や学会へ参加するなどレベルアップに努め、現場にて活用できるよう検討する。

### 研究・研修活動

#### ・院内勉強会

健診センター勉強会にて：胃 X 線検査について（松本伸介）

#### ・院外講演および研究発表

第 2 回 Siemens Healthineers MRI Online Workshop にて

当院における MAGNETOM Altea の使用経験（高橋圭介）

### 主な参加学会および研修会（Web 参加も含む）

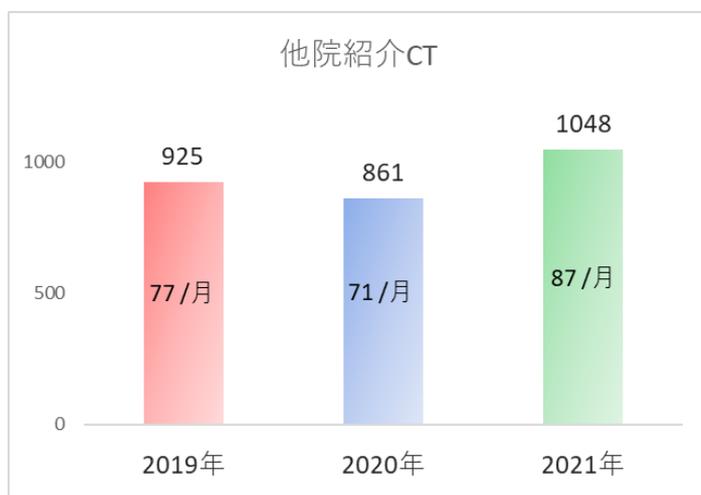
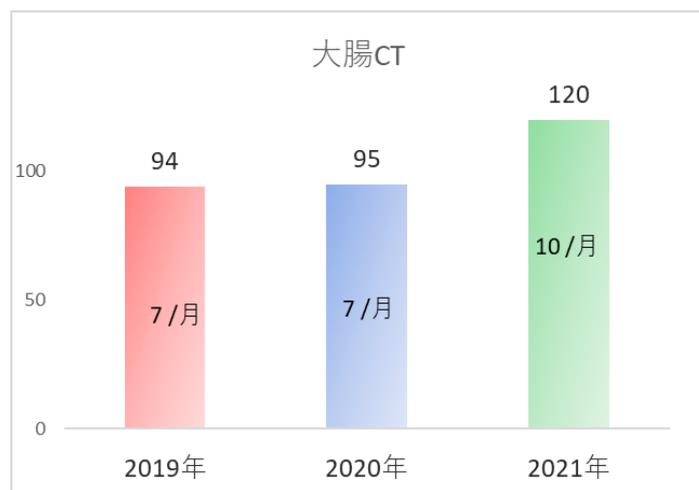
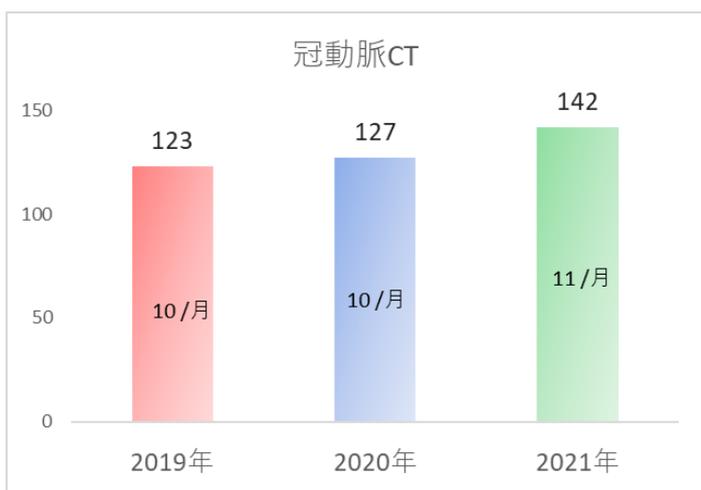
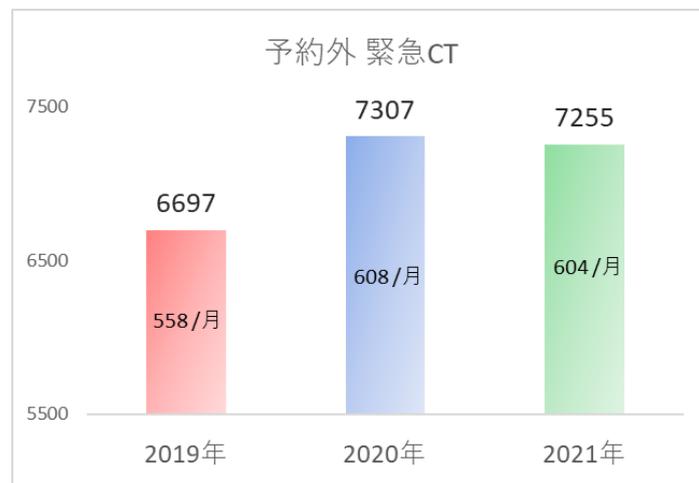
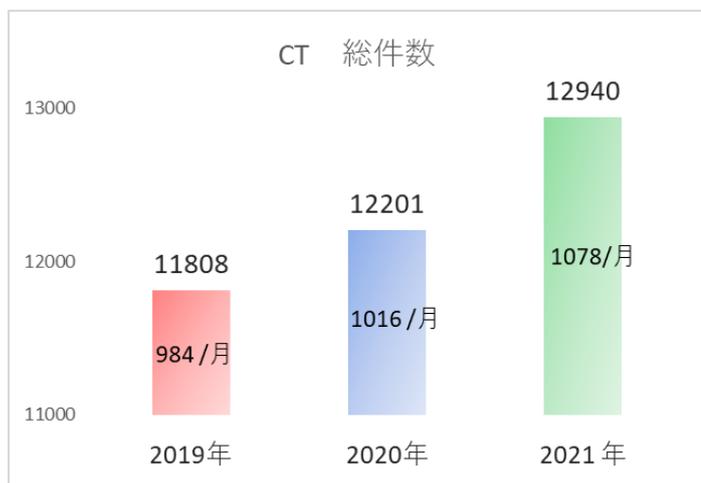
- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| ・ 第 60 回日本消化器がん検診学会総会      | ・ 第 49 回日本磁気共鳴医学会大会        |
| ・ 第 6 回胃がん検診専門技師研修会        | ・ 第 63、64 回関西 MAGNETOM 研究会 |
| ・ 第 31 回日本乳癌検診学会           | ・ 第 52 回 CT 画像研究会          |
| ・ 第 71 回デジタルマンモグラフィ品質管理講習会 | ・ 第 39 回 SOMATOM 研究会       |

放射線科施設見学受け入れ

- ・ 済生会和歌山病院（MRI 装置の撮影および運用の見学）
- ・ 大阪府医師会保健医療センター（MRI 装置の撮影および運用の見学）

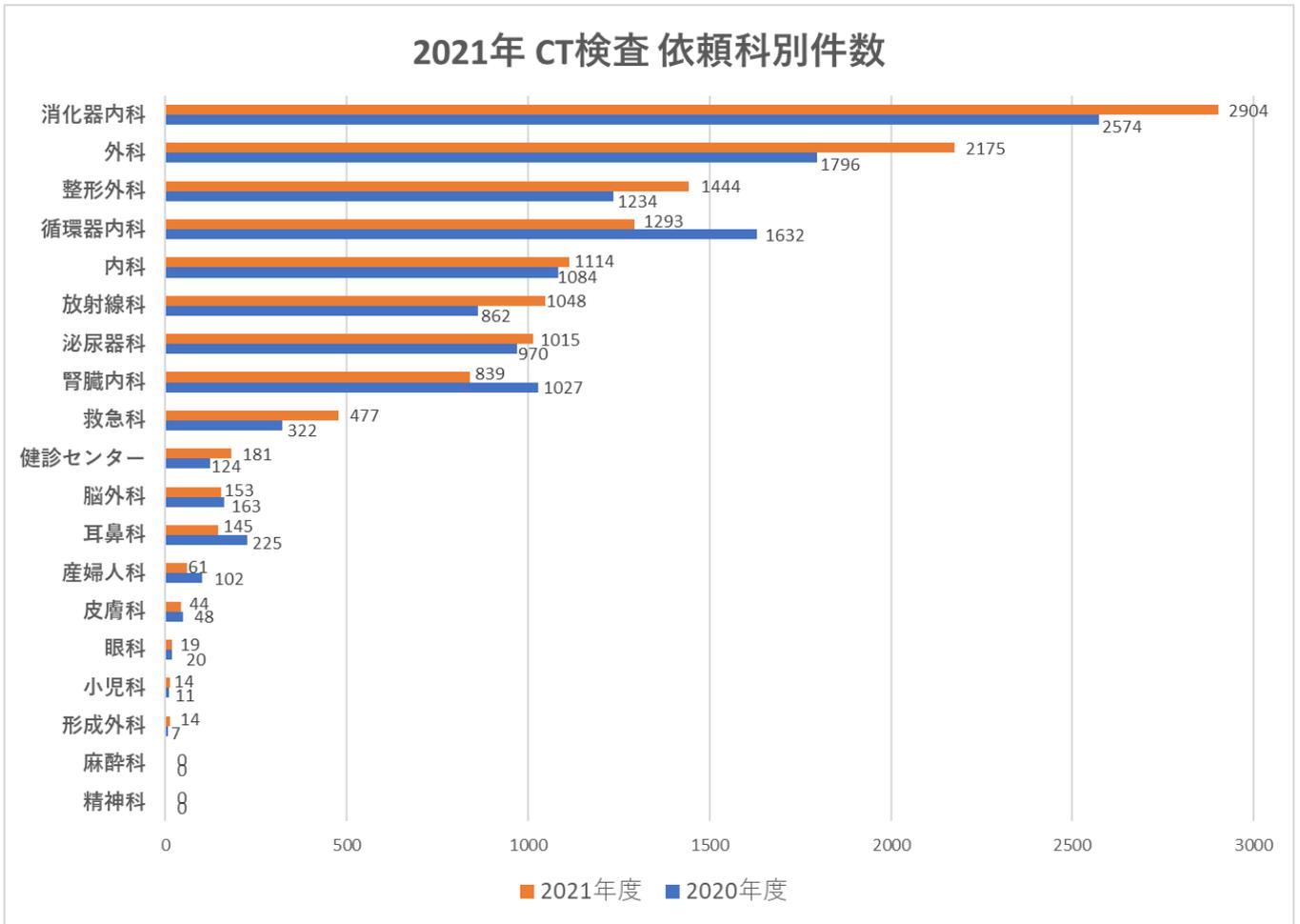
○業務実績

- ・ CT 検査件数

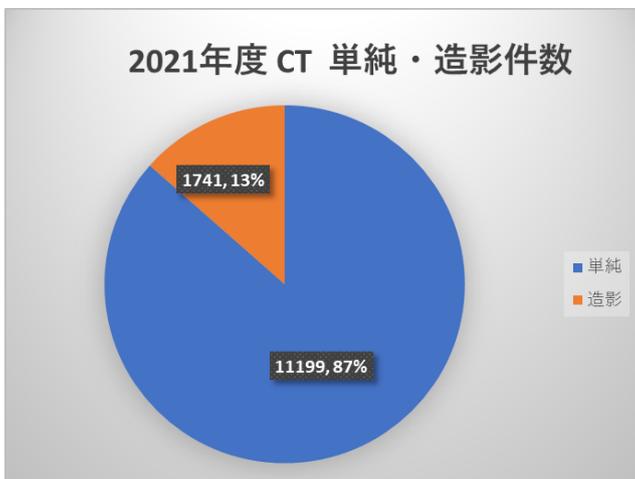


他院紹介CT 紹介率		
2019年	2020年	2021年
7.9%	7.1%	8.2%

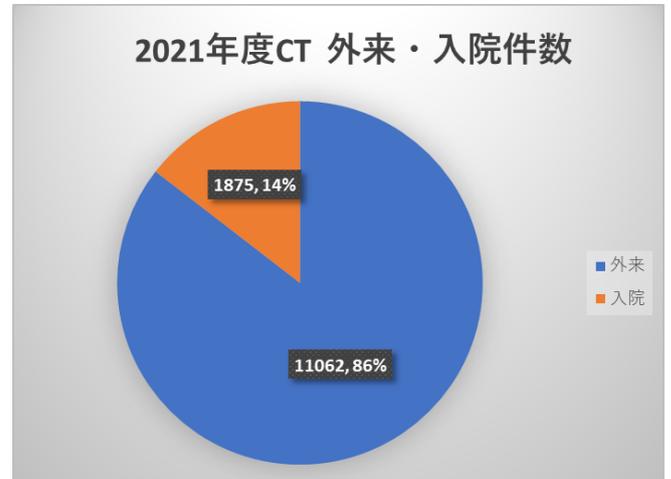
・CT 依頼科別集計



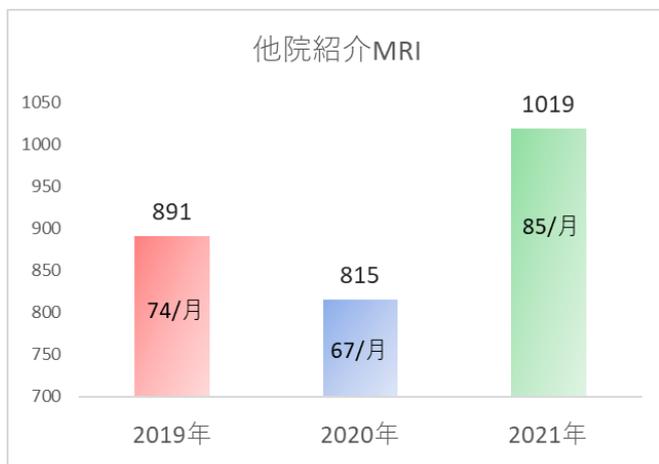
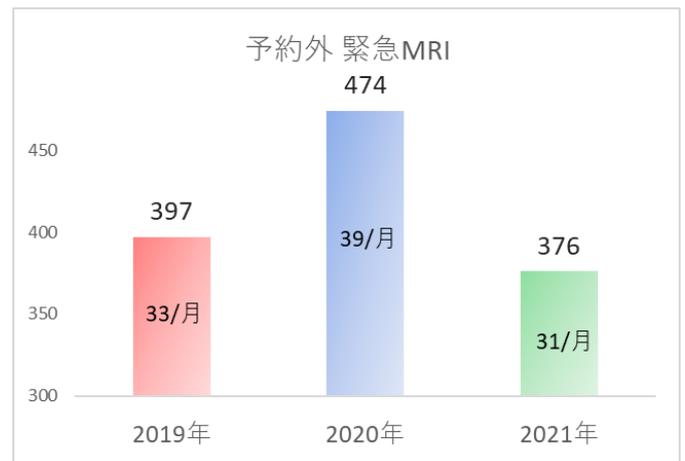
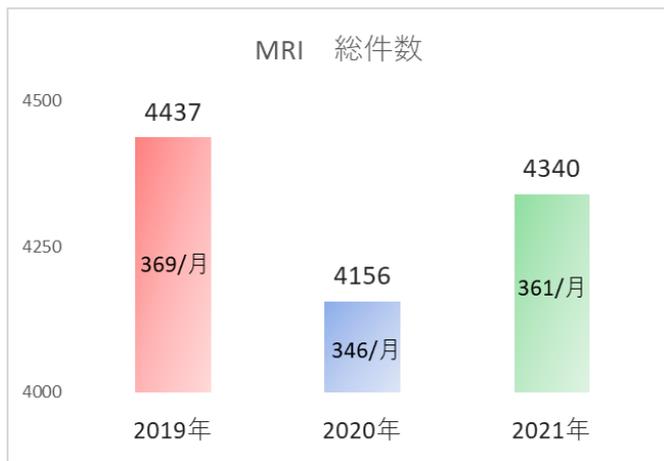
・CT 検査 単純・造影件数比率



・CT 検査 外来・入院件数比率

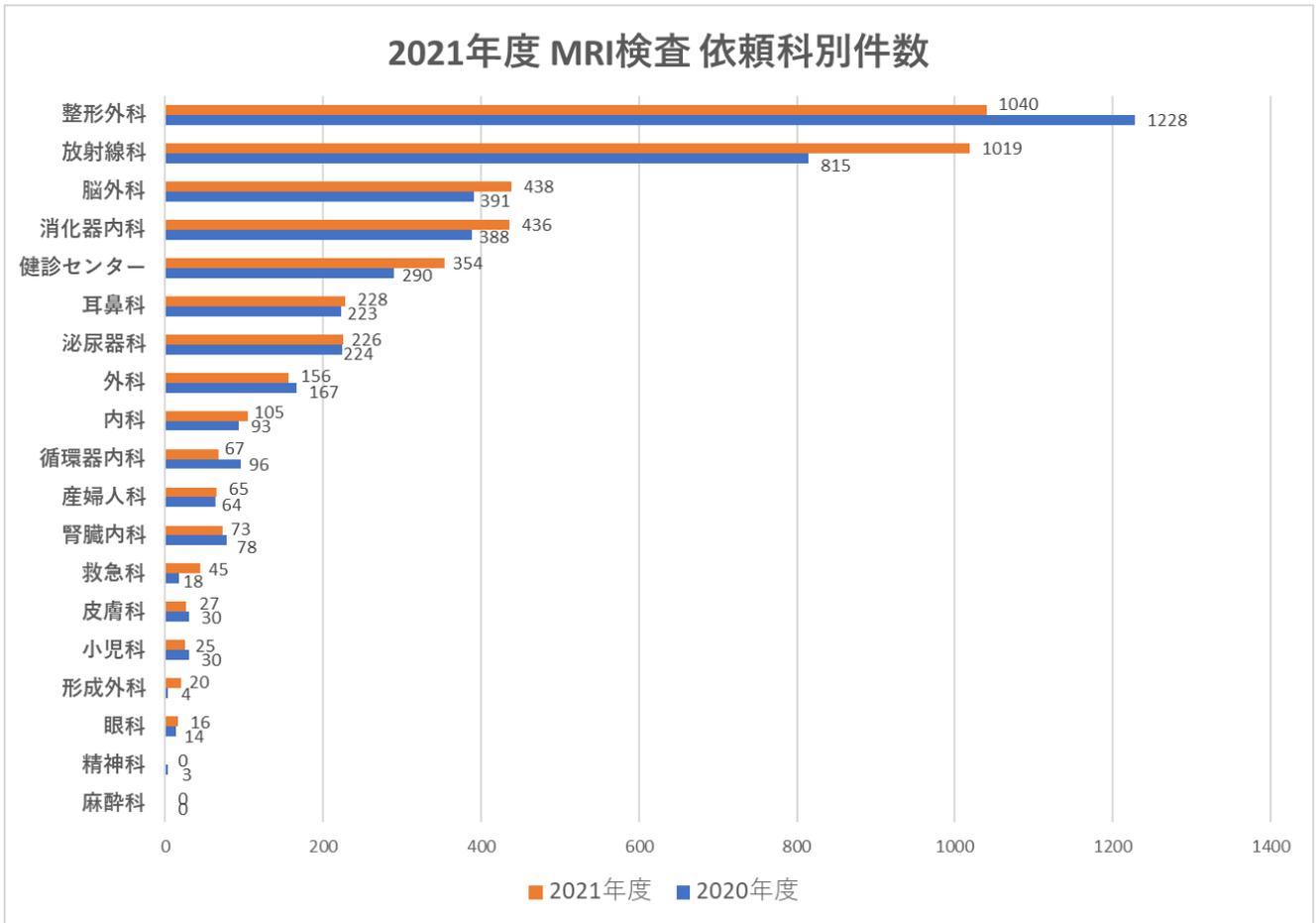


・MRI 検査件数

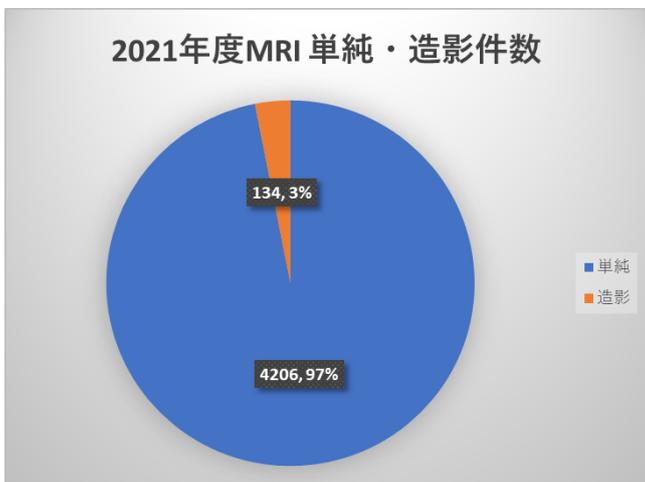


他院紹介MRI 紹介率		
2019年	2020年	2021年
21.7%	21.0%	25.5%

・MRI 依頼科別集



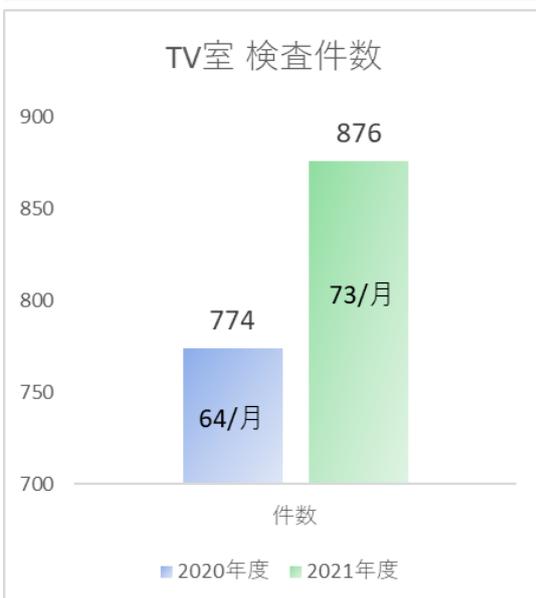
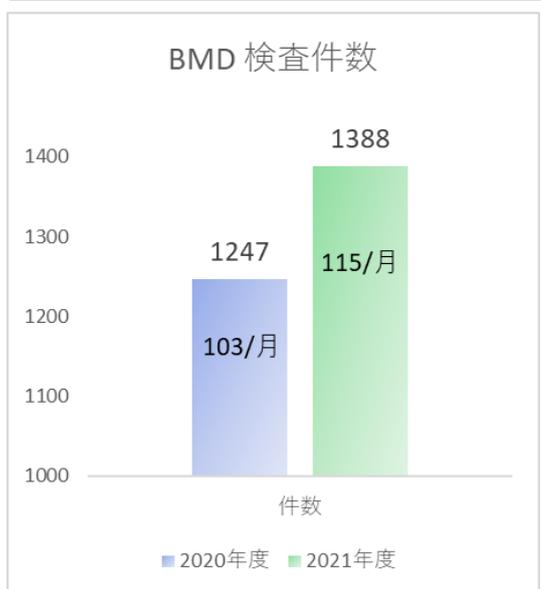
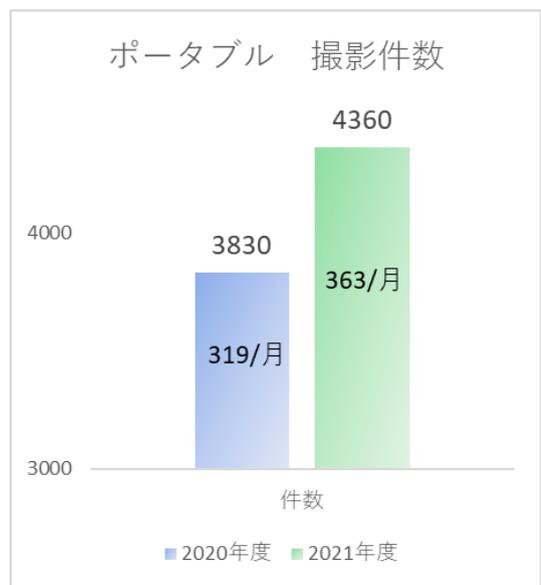
・MRI 検査 単純・造影件数比率



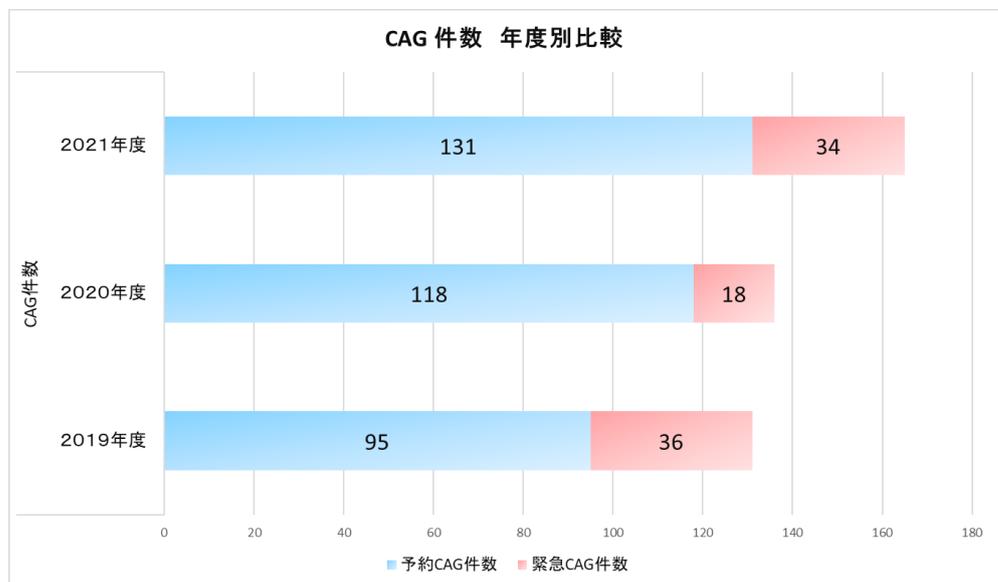
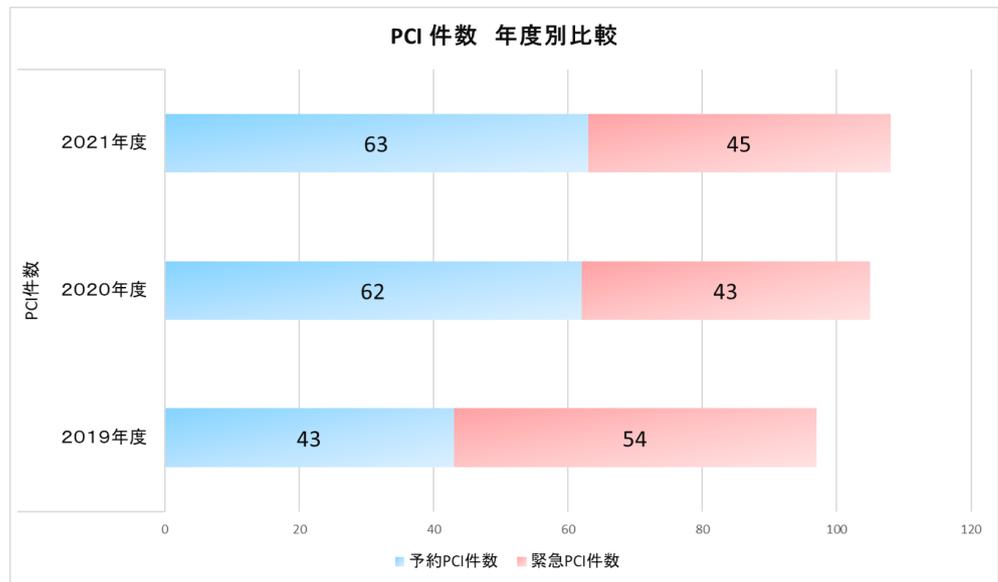
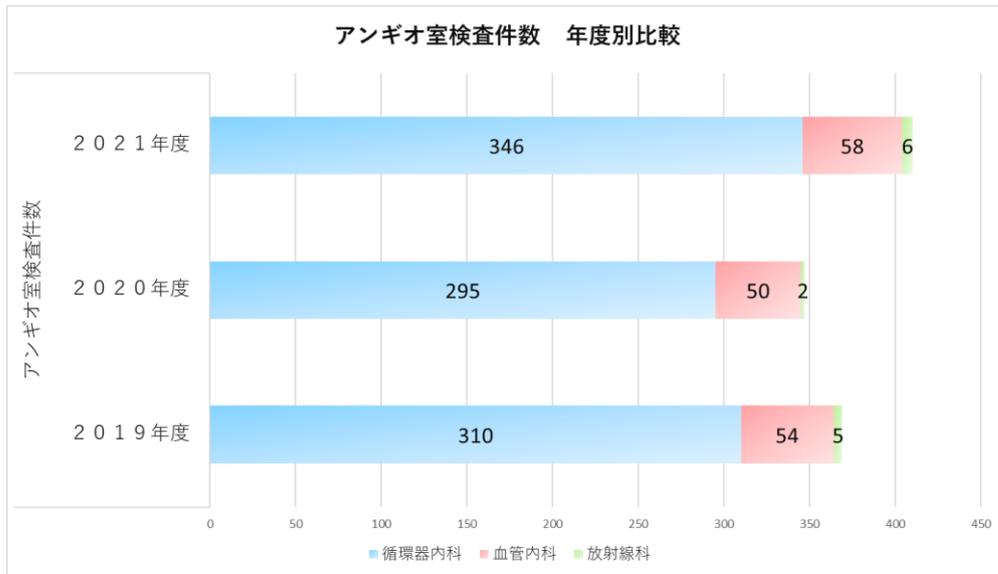
・MRI 検査 外来・入院件数比率



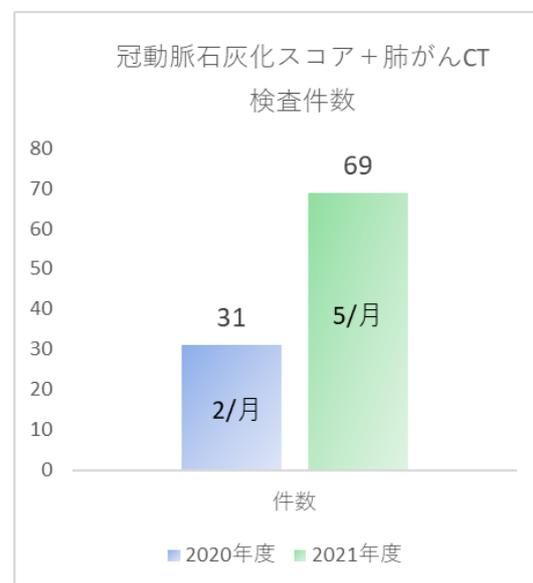
・その他検査件数

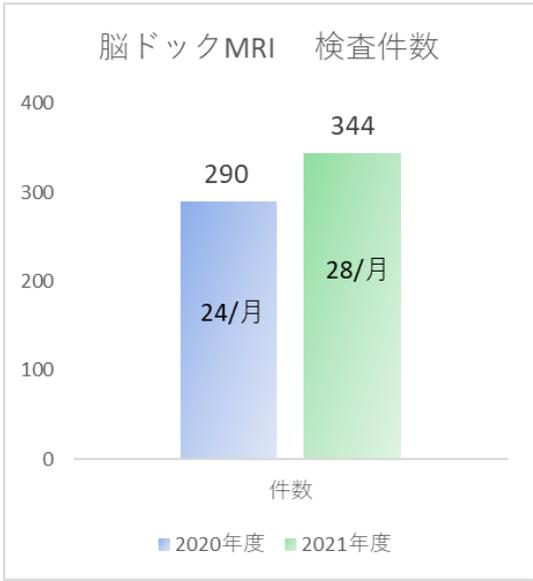


・アンギオ室検査件数



・健診センター業務実績





## ○2021 年度総括

2021 年度は柳生先生が着任された事などから「個々のスキルアップ」をスローガンに、個々が自身の課題に向き合い責任感を持って業務を担う事で、放射線科全体のレベルアップを図るよう取り組んできました。特に専門性を有する胃透視検査や CT・MRI の撮影技術においては、多くのスタッフが WEB 研修会等に参加しスキルアップに努めました。

科内目標に挙げた項目では、特に成果が出たのは一般撮影被ばく低減の取り組みで、こちらは画像構築特性や画像処理特性を改めて学びなおし、過去データの洗い出しおよび視覚評価等を用いた結果、体幹部の撮影部位においては概ね 30%程度の被ばく線量の低減を行う事が出来ました。

また医療安全の取り組みとして造影剤使用時の急変時シミュレーションを柳生先生指導の下で行い、今まで以上によりリアリティーを持って行えたと思います。

### ・検査件数

2021 年度の検査件数はコロナ禍で診療控えなどがあった昨年度と比較し、どの検査も概ね増加傾向

になりました。CT では特に手術などに繋がる診療科からの依頼（外科・消化器内科・整形外科）が増加しています。また他院からの紹介検査（放射線科）依頼の増加も 2021 年度は著明となりました。

### ・タスクシフト

放射線技師のタスクシフトにおいて、カテ室では臨床工学士とのタスクシェア（ポリグラフ・IVUS 操作）および腹部アンギオ時の機器操作介助、また放射線科医不在時（当直および日直時）の CT・MRI 撮影時に技師が異常を疑った際は依頼医への連絡などを行ってきました。（読影補助）

### ・MRI における新しい撮像法の提案

MRI 装置の稼働率アップや質の高い画像検査の提供を目的に、全身 DWI（DWIBS）の撮像法を確立

させ、2021 年 12 月より撮像を開始しました。こちらの撮像法は、がんの再発や骨転移・原発巣の検

索・抗がん剤の治療効果判定に有効とされている事から、外科・皮膚科・泌尿器科などから多く依頼が

あり診療に役立てて頂きました。（2022 年 6 月末日現在：38 件）

また MRI は侵襲性がない事からこれを予防医学（ドック）に活用する事を提案し、2022 年 2 月より

肺がん CT を併用した「全身がんドック」を始めました。（2022 年 6 月末日現在：46 件）

## ○2022 年度の取り組み

2022 年度は「ルールの順守」を放射線科の指針としました。

放射線科では新人職員が入職し、その教育課程で富田林病院のルール、放射線科のルール、検査時のルールを順守させ違反行動を起こさないよう啓発および教育を行っていきませんが、改めて現スタッフにもルールを順守する意識共有や大切さを再認識してもらい、ルールを順守する事で効率的かつ安全で質の高い画像検査を行っていく事に取り組めたらと考えています。

### ・課題とチャレンジ

本年度は放射線科内での課題となっている事、チャレンジしていく事などを5項目あげ、それぞれで

チーム編成しスタッフ全員がどれかのチームに属し、少しでも成果が出るよう活動していく予定です。

- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| ① 職員向け研修動画作成チーム            | ② 健診センターバリウム誤嚥対策チーム |
| ③ 再撮影低減検討チーム               | ④ ペーパーレス化検討チーム      |
| ⑤ CT 紹介件数向上検討チーム（地域連携室と協働） |                     |

### ・収益への貢献

画像検査数の増加を目指し、

- ① 臨機応変な予約時間の対応（MRI の場合 8:30 の予約枠の活用）
  - ② 他院紹介検査数を増加させるための検討
  - ③ 健診センターと画像診断を使った新たなオプションなどの検討
- 以上を実践し、検査数の増加に繋げ収益に貢献出来たらと思います。

## IV-5. 医療機器管理室

### 1. 部署概要

#### ○スタッフ

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

#### ○基本理念

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

#### ○基本方針

- ・患者へ安全で精度の高い医療機器を常に提供する。
- ・常に知識と技術の研鑽に努める。
- ・医療機器の構造、機能を熟知し操作を行う。
- ・ジェネラルな臨床工学技士を育成する。

#### ○業務

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

#### ○業務体制

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

##### 1) 医療機器管理業務

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

##### 2) 手術室業務

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

3) 人工呼吸療法業務

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

4) 循環器\_虚血業務

心臓カテーテル検査・治療、シャント PTA などに使用される材料の管理、補助循環装置を含む周辺医療機器の操作を行う。また、清潔野介助業務にも積極的に参加。

5) 循環器\_不整脈業務

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

6) 内視鏡業務

内視鏡装置の保守点検や超音波内視鏡装置の操作、膵胆管造影時等の介助業務、医療材料や内視鏡システムの管理などを行う。また、カプセル内視鏡の一次読影なども行う。

7) 維持透析業務

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

8) アフェレシス/病棟透析業務

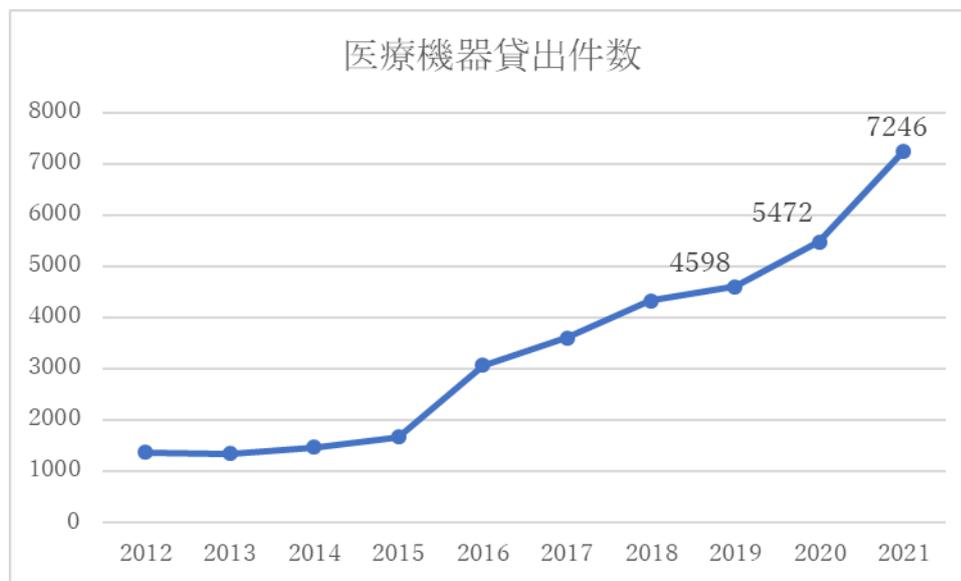
アフェレシス（血漿交換・血液吸着療法等）や病棟出張透析を行う。また、超音波診断装置を用いての血管管理や腹膜透析に使用する機器の管理や遠隔診療データの管理なども行う。

9) 教育支援業務

看護師を対象に少人数実習方式での機器取り扱い講習会を開催する。  
また、医師やその他医療従事者を対象とした講習会も積極的に取り組む。

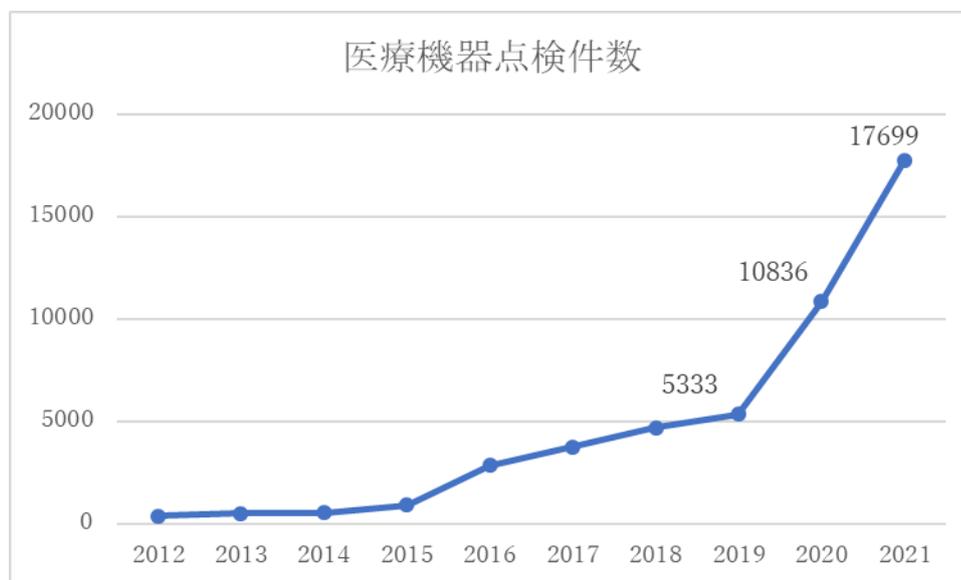
## 2. 活動実績

### ○医療機器貸出件数



年度	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
件数	1370	1343	1464	1669	3060	3601	4323	4598	5472	7246

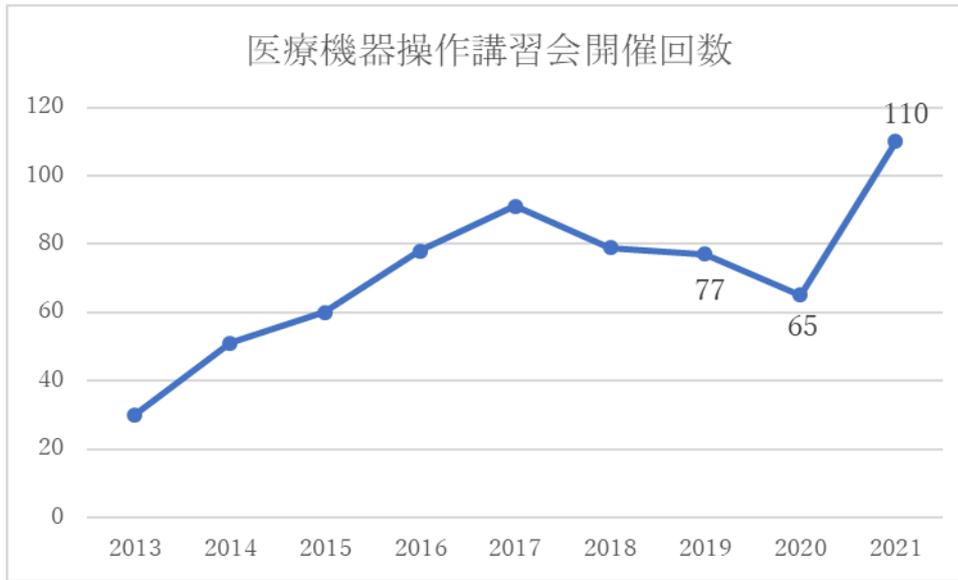
### ○医療機器点検件数



年度	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
件数	381	497	524	902	2844	3740	4698	5333	10836	17699

○医療機器の安全使用に関する講習会実施実績

講師：臨床工学技士 対象職種：看護師、医師



年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
件数	30	51	60	78	91	79	77	65	110

研修名	開催回数	受講者数
輸液ポンプの基本操作	10	25
シリンジポンプの基本操作	10	22
人工呼吸器_V60 基本操作編	12	32
人工呼吸器_EVITA 基本操作	22	78
人工呼吸器_グラフィックモニタの見方	11	26
NPPV 用マスクフィッティング実習	12	17
AIRVO2 操作説明_コロナ患者用	6	8
おぼえよう！きれいな心電図波形を出すテクニック	9	21
ドリップアイ基本操作	4	26
チェストドレーンバッグの原理と注意点	1	7
ハマサーボドレインの操作と注意点	6	52
Aライン圧モニタの基本	1	13
透析返血演習_透析災害対策	4	10
内視鏡検査用超音波プローブの操作方法	1	3
小腸内視鏡検査機器についての取り扱い	1	17
計	110	357

○夜間休日呼び出し対応件数 (年度別件数)



	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
呼び出し	26	48	55	47	55	56
電話対応	8	13	12	9	5	11

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
機器トラブル	3	10	3	6	5	2
呼吸	19	18	22	9	10	18
循環	2	9	10	16	12	11
透析	3	6	13	1	4	2
内視鏡	7	18	19	24	29	34
合計	34	61	67	56	60	67

○補助循環装置および体外循環装置等使用時の日当直対応回数



年度	2018	2019	2020	2021
件数	12	14	29	20

○研修・研究活動

- 第 31 回日本臨床工学会
- 第 43 回日本呼吸療法医学会学術集会
- 第 66 回日本透析医学会学術集会
- 第 42 回日本アフェレシス学会
- 第 34 回日本内視鏡外科学会
- 第 76 回近畿消化器内視鏡技師学会
- 第 27 回近畿臨床工学会

COVID-19 に対応した医療機器管理

COVID-19webinar 呼吸管理から何を学べるか

第 13 回大阪府臨床工学技士会呼吸療法セミナー

医療機関における安心安全な電波利用推進セミナー

大阪府臨床工学技士会災害対策セミナー

南大阪腎と透析研究会

大腸カプセル内視鏡セミナー

血液ガスセミナー

認定ホスピタルエンジニア第 9 回指定講習会

論文査読「集中治療室の人工呼吸器に着目したデータモデルの研究」日本医療機器学会

○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	1 名	
呼吸療法認定士	6 名	
透析技術認定士	7 名	
消化器内視鏡技師	3 名	
MDIC (医療機器情報コミュニケーター)		3 名
アフェレシス学会認定技士	1 名	
CPAP 療法士	1 名	
排尿機能検査士	1 名	
認定技能ホスピタルエンジニア	1 名	
透析技術検定 2 級	1 名	

### 3. 今後の取り組み

- ・信頼される業務の構築
  - 根拠に基づいた業務の構築
  - 患者のニーズを常に考え患者からの信頼を得る
  - 医師や他の職種者が何を求めているのか常に考える
- ・組織力強化を図る
  - 情報の可視化・共有化
  - 定期的な業務分野別コアミーティング
  - 指揮命令系統の徹底
- ・標準的な業務を構築し続ける
  - ガイドラインの徹底
  - ローカルルールの廃止
- ・教育の推進
  - ジェネラリストの育成
  - 臨床に強い臨床工学技士の育成
  - 多職種者への教育提供
- ・業務の効率化
  - マニュアルの整備
  - 動画マニュアルの企画・作成
  - 常に業務改善に取り組む
- ・医師の働き方改革に向けたタスクシフト/タスクシェアの推進と評価
  - 循環器内科領域（清潔野での材料準備・補助）
  - 内視鏡外科領域（清潔野での機器操作・補助）
  - 消化器内視鏡領域でのタスクシェア推進
- ・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）

スタッフ数 管理栄養士：1名

労務員 5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 お祝い膳作成 配茶

##### ○基本理念

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

##### ○基本方針

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

##### ○業務内容

###### <栄養管理業務>

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

(NST・RST・褥瘡・緩和ケア・心臓リハビリ・術前術後管理・摂食嚥下)

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

###### <給食管理業務>

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

###### <栄養食事指導業務>

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

患者の病態改善、栄養状態が向上するように長期的にサポートを行う

○担当管理栄養士により実施

- ・各種疾患の栄養食事指導
- ・心不全ポイント導入患者の栄養食事指導
- ・外科的疾患による術前・術後、化学療法栄養指導
- ・低栄養患者に対する食事指導
- ・クローン病、潰瘍性大腸炎の食事指導
- ・糖尿病教室（4回/年）：年間予定表により実施（令和3年度は未実施）

○研修・研究活動

<院内研修>

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

○管理栄養士養成学校病院実習（2週間）の受け入れ

- ・令和2年 甲子園大学 4名

○実績報告（令和3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）

尿病透析予防指導管理件数（外来のみ）

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3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)	27	24	34	22	26	25	30	27	12	10	18	15	270
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)	24	23	34	33	46	37	35	20	16	24	24	28	344
入院栄養食事指導件数(人) (集団)													
糖尿病透析予防指導管理件数(人) (外来のみ)	5	3	4	2	4	3	4	2	3	3	2	3	38
入院時食事療養(I) 延べ食数(食)	16659	16989	16686	16718	16832	15340	16245	16796	16830	16146	15995	16765	198001
特別食加算 延べ食数(食)	5610	6180	6091	5665	5274	5480	5389	5766	5878	6211	6223	6869	70636
<特別食割合> (%)	33.7	36.4	36.5	33.9	31.3	35.7	33.2	34.3	34.9	38.5	38.9	41	35.7

○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・膵疾患、胃潰瘍患者の栄養指導
- ・クローン病・潰瘍性大腸炎の食事指導の充実
- ・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 2名、看護師 5名、看護補助 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・特定健診・後期高齢健診・その他
- 富田林市の保健事業による市民対象のセット健診（特定健診+がんミニドック）
- 富田林医師会会員の間ドック、大阪府歯科医師国保会員の間ドック
- 被爆者健診等

### 3. 健診事業体制（予約枠）

- 月曜日～金曜日 午前 38名（前年度比較 +2名）  
土曜日 午前 22名（前年度比較 ±0名）
- 月曜日・木曜日 午後 12名（特定健診・後期高齢健診のみ）

### 4. 健診実績

(単位：件数)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
協会けんぽ生活習慣病予防健診	285	222	386	320	306	357	408	371	346	289	316	317	3,923
国民健康保険人間ドック	9	14	20	41	26	32	41	38	51	44	56	49	421
健診センター独自コース	32	26	45	34	32	23	25	19	25	25	24	37	347
その他ドック	2	1	11	6	16	35	26	27	24	23	15	23	209
脳ドック	0	0	1	4	6	3	7	5	5	5	0	0	36
公立学校共済健診	0	0	0	46	91	35	43	15	21	28	6	10	295
基本健診	40	55	98	43	40	57	65	107	109	91	65	127	897
その他	4	10	23	13	8	25	35	30	20	4	9	13	194
富田林市 セット健診・がん検診	27	144	146	149	116	166	197	191	188	162	173	208	1,867
特定健診・後期高齢健診	5	23	28	27	11	27	47	41	52	33	53	60	407
合計	404	495	758	683	652	760	894	844	841	704	717	844	8,596

※ 健診センター実稼働日数 281日 1日平均受診者数 30.6人

## 5. 年度比較（健診件数）

（単位：件数）

	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
協会けんぽ生活習慣病予防健診	3,292	3,256	3,238	3,360	3,442	3,492	3,584	3,666	3,650	3,923
国民健康保険人間ドック	360	359	428	467	416	483	466	467	372	421
健診センター独自コース	344	334	276	297	314	276	304	313	304	347
その他ドック	-	-	-	135	143	192	190	210	197	209
脳ドック	99	105	46	42	31	30	24	27	27	36
公立学校共済健診	424	427	375	312	295	289	284	271	271	295
節目健診	49	35	-	-	-	-	-	-	-	-
基本健診	787	865	913	933	927	937	879	847	897	897
その他	179	176	216	114	127	127	130	119	97	194
富田林市 セット健診・がん検診	0	772	943	1,231	1,223	1,411	1,437	1,589	1,526	1,867
特定健診・後期高齢健診	802	767	775	780	703	648	620	575	400	407
合計	6,336	7,096	7,210	7,671	7,621	7,885	7,918	8,084	7,741	8,596

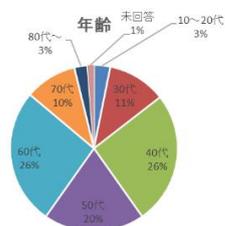
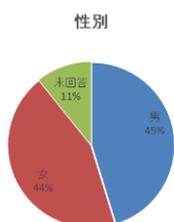
※ 40歳・50歳対象の「節目健診」は、2014年度より廃止。



## 6. 健診センター満足度アンケート

2021年8月23日（月）～8月28日（土）迄の6日間、受診者の方を対象に性別・年齢・健診センターの環境・スタッフの対応・健診の流れなど15項目のアンケートを実施いたしました。今回の結果をもとに、スタッフの接遇を高め、受診者さんに最良の対応ができるよう努力して参ります。

### ●性別・年齢



### ●健診センターの環境

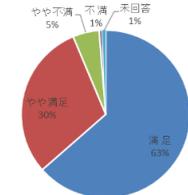
1.更衣室(ロッカー)について



2.トイレについて



3.健診時、待合フロアについて



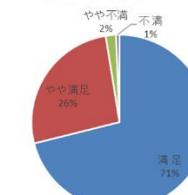
4.診察室について



5.施設の温度、空調、静けさ等

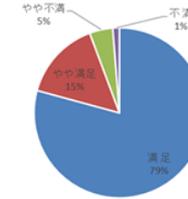


6.健診時の環境について



### ●スタッフの対応

1.診察医師



2.看護師



3.放射線技師



4.検査技師

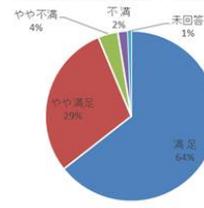


5.事務(受付その他)

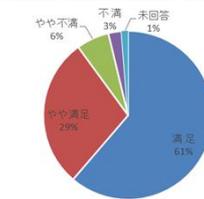


### ●健診センターの流れについて

1.健診の流れはスムーズでしたか



2.健診の所要時間はいかがでしたか



## IV-8-1). 看護部

看護部長：六波羅 英子

### 1. 看護部概要

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

看護職員は、正規・パート含む346名の看護師、助産師、保健師、准看護師、ナースエイド(看護助手)、クラークで構成されている。

看護単位は急性期一般5病棟、地域包括ケア病棟。病棟以外は手術室、外来、訪問看護ステーション、健診センター、血液浄化センターの11単位である。2020年より臨時で3B病棟にて、新型コロナウイルス感染症病床5床の運用を継続している。

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

#### 1)職員状況

正規看護職員286名(男性17名)、新卒採用26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、ファーストレベル修了16名、セカンドレベル修了12名、サードレベル修了1名、看護教員養成講習修了1名。今年度受講した看護管理者ファーストレベル研修修了者は1名、セカンドレベル修了者は1名である。

2021年度に入職した常勤看護師(助産師含む)39名に対し、退職は22名。ナースエイド(非常勤含む)8名に対し、退職は7名。全体の離職率は9.1%。新人の離職率は0%であった。

### 2. 2021年度看護部活動目標

#### 1)変化に挑戦する組織・マネジメント

- (1)地域住民のニーズにこたえる医療
- (2)外来・病棟一元化に向けての検討
- (3)病院経営への積極的な参画

#### 2)人が育つ組織・人材育成

- (1)看護実践能力の向上(基礎力の習得と専門性の発揮)
- (2)医療安全教育
- (3)クリニカルラダーを活かしたキャリア開発

#### 3)働き甲斐のある組織

- (1)勤務環境の改善(労務管理)
- (2)多職種連携・協働の推進
- (3)多様性のある働き方の推進

### ●マネジメント

新型コロナウイルス感染症のパンデミックから2年目となり、コロナ病床は3B病棟5床をハイケアユニットとして人員配置を実施。人員は病棟、外来、手術室と各部署からのローテーション体制。教育担当副部長(病床管理、病棟統括担当)が中心となりコロナ病床の勤務調整を実施した。

発熱外来も継続して行い、コロナ感染症とともに、救急の受け入れを実践し、地域住民の安心につながるよう取り組んだ。救急搬送受け入れ平均91件/月。稼働率:一般91.5%、地域包括95.5%であった。また、予定入院の方が安心して入院できることと、業務の効率化を目指して患者支援センターでPMFを開始した。まずは外科から開始し、5件の予定入院患者への実施ができた。引き続き評価しながら術式や他の診療科にも拡大できるよう多職種と連携しながら進めていく。

●人材育成

クリニカルリーダーを活用しながらリーダーIVレベルの看護師育成に取り組んだ。また、病院昇格審査との整合性を図れるよう評価基準を整理した。

3等級昇格者5名（うち副主任に昇進2名）4等級昇格者12名（うち昇進者8名 内訳は副主任3名、主任3名、副師長2名）となった。

看護師の実践能力の向上に向けては、重症患者の急変予測などの教育が不可欠であり、各部署の学習会や救急対策チームのRRS導入など知識技術の向上に向け段階的に進めていく必要がある。その中で、特定行為研修に皮膚排泄認定看護師1名が受講し、2022年2月に修了した。今後、臨床推論力をもとに、患者への安全でタイムリーな関りを実践すること、またスタッフナースへの教育など、より質の高い看護の提供につながるよう体制の整備を推進していく。

●労務管理

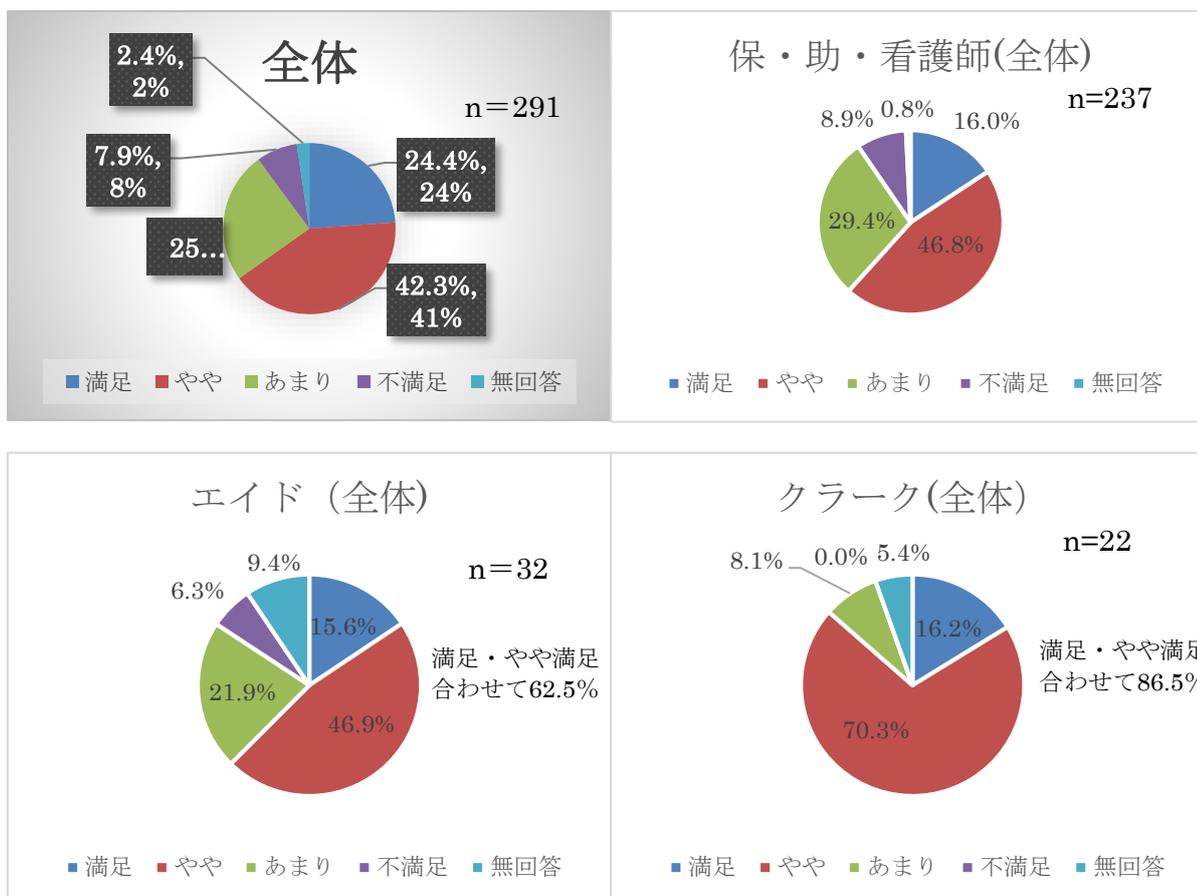
時間外勤務による負担軽減を図るため、師長会において超勤理由の調査を実施した。

その中で、申告のばらつきがあったため、「超勤申請の取り決め」を作成し周知した。また、長日勤とマネジメントリーダーの超勤について課題が示唆されたため、次年度も継続して調査を進め対策を検討していく。

全体の職務満足度は「満足、やや満足」合わせて66.7%であった。

多様な人材確保としては、65歳以降の再雇用は1名（非常勤）となった。今後もプラチナナースの雇用に向けて部署とのマッチングなどの課題に向けて検討していく。

【2021年度 看護職員 満足度調査結果】



## IV-8-2). 3A病棟

看護師長：加藤 一二三

### 1. 部署概要

許可病床数：50床

稼働病床数：50床

担当科：泌尿器科・眼科・小児科・婦人科・腎臓内科

### 2. 活動実績

#### 1. PNS 補完の4重構造を活かした看護の構築・マインドを活かした看護提供ができる

4重の構造で補完しながら、入院から退院を見据えた看護を行うよう意識した関わりを持つ努力を行った。昨年までは、疾患の勉強会を中心に行ってきたが、退院調整なども考慮して、看護に関する内容をテーマに学習会を行った。院外の研修に参加した人には伝達講習を行ってもらった。そうすることで学びの再確認にもなり、同僚とも知識を共有することができた。委員会の役割（リンクナース）として、PNS や麻薬の勉強会なども組み込んだ。これも委員の意識づけに効果があったのではないかと考える。次年度も継続して行っていきたい。疾患に関しては、医師とカンファレンスで共有していきたいと考えていたが、時間の確保が難しく、医師との時間調整が十分できなかった。次年度は、疾患の学習会を兼ねた症例カンファレンスを医師と合同で行えるように設定していきたい。

#### 2. 安心・安全な看護提供ができる

今年度レベル3以上のインシデントを3件以下にすることを目指して活動したが、結果としてはレベル3以上のインシデントが4件発生した。昨年の5件からは減少したが、手順を逸脱しないという必ず行うべきことができていなかったことが原因として考えられ、今後手順遵守を徹底していく。起きてしまったインシデントに関しては4件ともP-mSHELL分析によるカンファレンスを行い、原因分析、対策を考えファイルに挟み、カンファレンスに参加できなかった人とも情報共有することができた。今後もインシデントは速やかにカンファレンスし、みんなで対策を考え実践していくようにしていきたい。

今年度は、インシデントのカンファレンスは意識的に行うことができたが、以前行っていた、認知症や退院支援、ケースなどのカンファレンスがほとんどできていない現状がある。次年度はこれらのカンファレンスも計画的に行っていく。

### 3. 資料

延べ入院患者数 13951人/年（月平均 1162.5人） 緊急入院 67.6人/月（平均）

稼働率 128.7%/月（平均） 平均在院日数 10.7日/月（平均） 手術件数 866件/年

## IV-8-3). 3B病棟

看護師長：尾崎 美也子

### 1. 部署概要

許可病床数：50床

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

担当科：一般内科・循環器内科

3B病棟は、病棟の特徴からも緊急性の高い治療や呼吸器管理、慢性疾患の急性増悪や化学療法など、多岐にわたる疾患の理解と看護技術の提供や認知症を含めた高齢者への看護が重要である。そのため、疾患を抱えた対象にアセスメントした個別性のある援助や尊敬し尊重した関わりがチームで実践できることが求められる。また、コロナウィルス感染症の終息が見込めない中、他病棟看護師と協働し院内感染を起こすことなく看護を実践しなければならない。

### 2. 活動実績

1) 目的や根拠を理解して個別性のある看護実践を行い、患者の回復過程を支援する。

今年度は、部署の専門性や特殊性のある疾患・技術の習得に向け、目的・根拠を理解して個別性のある看護実践を行うことを目標に取り組んだ。中でも、重症者の看護、心不全の病期に応じた看護、化学療法中の患者の看護など診療科に特化した看護介入のスキルアップに努めた。緊急カテーテル治療の看護や動脈ライン、ペースメーカーなど学習会を開催し、実践に活かすことができた事例もあった。しかし、呼吸器装着患者が腓骨神経麻痺を起した事例があった。循環動態の観察は意識して行っているが、長期臥床によって起こる問題点にまで目を向けておらず観察や予防ケアが不十分であった。急変時の対応においても、初動の遅れや除細動の取り扱いが曖昧になっていた。重症患者の看護においては課題があり、経験年数や専門性に捉われず、病棟看護師が主体となってシミュレーションや学習会を行いスキルアップに繋げる必要がある。

COVID-19の第5波までは、コロナ病床が逼迫した。第6波では高齢者施設でのクラスターが発生し入院が増えた。症状が安定しても入院時よりADLが低下し、隔離解除後すぐに元の施設や自宅への退院が困難になる事例が続いた。また、血栓症の発症や基礎疾患を有する介護度の高い患者が、重症化し呼吸器管理となった事例があった。そのため、入院中から合併症の予防が重要となる。麻痺など身体面の異常や認識面の変化を早期発見し、医師への報告や継続した観察ができなければならない。そして、急変時に備え、日ごろから物品の把握や急変時のシミュレーションを行わなければならない。他病棟看護師の応援もありコロナ病床の運営が成り立っているため、密に情報共有を行い、予兆に気付いて対応できるようスキルアップが必要である。

3B病棟では、看護師3年目以上がコロナ病床担当をできるようになった。病棟全体の患者の把握ができ、看護の質が担保できるように人員配置ができるようになった。

2) PNS を活かして患者に安全・安楽な入院生活の提供ができる。

日々のカンファレンスでは、毎週議題（身体拘束・NST・DCT・リスク・退院支援）を決めて、看護ケアの問題点を出し合い、解決に向けて話合うことができている。リスクカンファレンスやデスカンファレンスでは、情報共有や振り返りを行い、朝礼での啓蒙や連絡ノートを活用し共通理解ができた。課題として、カンファレンスの内容を看護計画に活かし実践・評価まで至っていないため、定着できるように取り組む必要がある。毎日の議題の他、業務や患者の看護において気になることが解決できるよう話し合っていた。全員が発言できる機会が持てるよう、マネジメントリーダーへの指導が必要である。今後も継続し、問題解決能力の向上とマインドが醸成しチーム力が向上することを目指す。

超過勤務の削減に関しては、カルテ記載、残務処理、緊急入院が超勤の理由になっていた。超過勤務時間と緊急入院数と緊急入院の時間帯の影響について分析を行った。緊急入院、重症度、処置、コール対応からカルテ記録が超勤理由になっていた。超勤が最小限で抑えることができるようスタッフの意識改革も必要である。次年度も、超勤削減に向け、今年度着手したことが継続して行え、削減につながっているのか評価が必要である。

3B 病棟においては、平均在院日数 16.3 日/年。診療報酬改定にむけ、在院日数短縮できるよう医師と協力を行いながらベットコントロールが必要である。

### 3. 統計資料

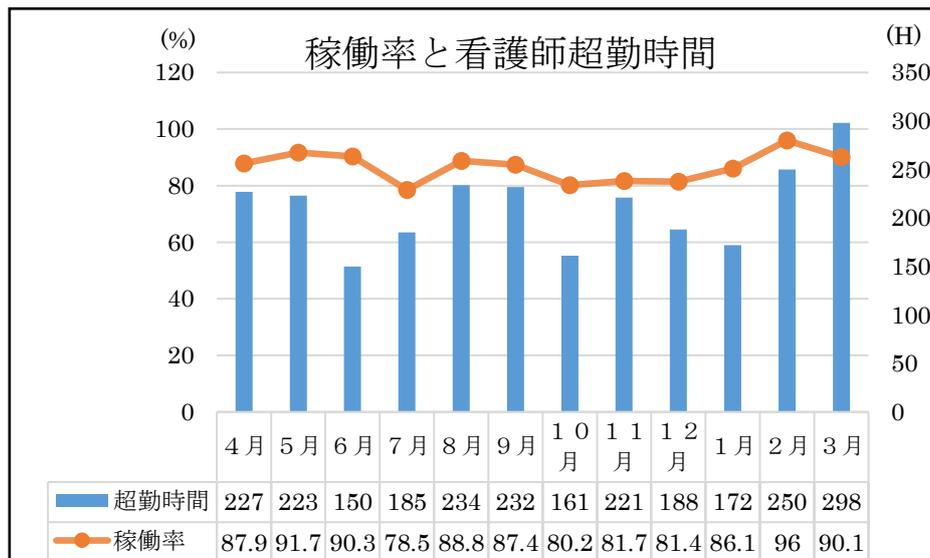
#### 1) 学習会開催実績

開催日	時間	学習会テーマ	担当者	参加人数
5月20日	13:30~14:00	デスカンファレンス	A チーム：文 Ns・百谷 Ns	9 名
6月10日	13:30~14:00	糖尿病の治療	谷口 Dr	13 名
6月24日	13:30~14:00	A ラインについて	岡田 CE	14 名
7月21日	13:30~14:00	ペースメーカー植込み患者の看護	岡崎主任	13 名
8月	13:30~14:00	食事介助とポジショニング	西尾主任	13 名
9月	13:30~14:00	デスカンファレンス 心不全・肺転移ターミナル	A チーム	10 名
10月	13:30~14:00	心リハポイントについて	溝上 Ns	11 名
11月9日	13:30~14:00	感染対策について	岩村 Ns	8 名
1月	13:30~14:00	人工呼吸器操作・呼吸リハ	山門 CE・谷 Ns	8 名
2月9日	13:30~14:00	除細動について	CE	9 名
2月25日	13:30~14:00	口腔ケアについて	歯科医師会	8 名

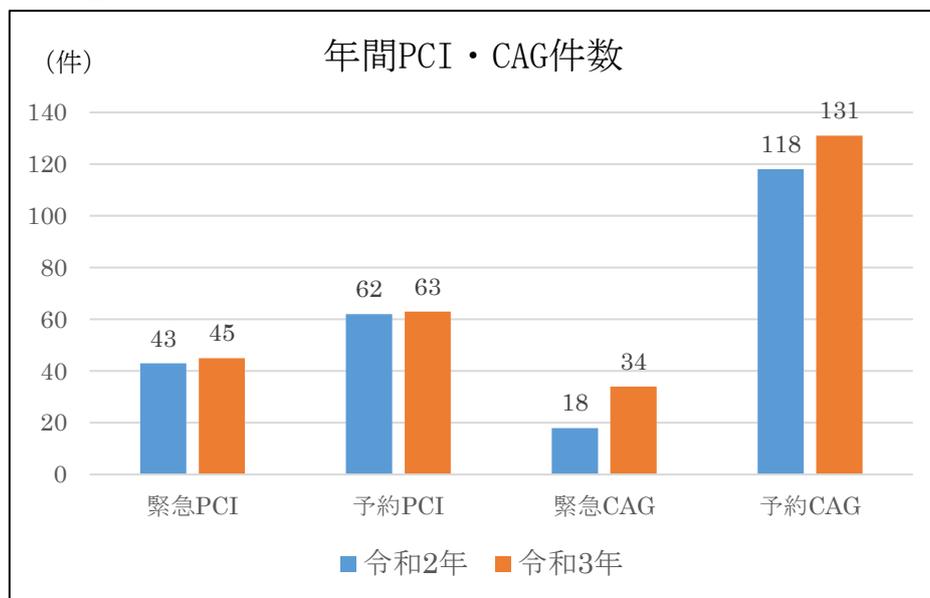
#### 2) 学会発表

学会名：日本臨床栄養代謝学会      発表者：中島 菜美      Web でのポスターセッション

3) 月別稼働率と看護師超過勤務時間



4) 年間PCI・CAG件数



## 1. 部署概要

許可病床数：50床（重症観察室2床・個室11室・4人有料総室1室・4人総室9室）

稼働病床数：50床（個室11室・4人有料総室1室・4人総室9室）

担当科：整形外科・消化器内科・耳鼻咽喉科

整形外科は手術目的の入院が多く、突然の受傷による緊急入院や、加齢や変形に伴う障害による予約入院が主である。急性期から回復期の患者が混在し、退院に向けてリハビリを行い在宅復帰への支援を行っている。対象者は幼児から老年期までであるが、老年期が7割以上となっている。消化器内科では治療・検査目的入院のほか、吐血や下血や急性腹症などによる緊急入院がある。耳鼻咽喉科では舌癌や鼻腔内手術等、入院当日に手術を行う事が多い。患者の訴えや症状を観察し的確な看護判断を行い、患者の苦痛や不安を軽減するための援助を行う必要がある。

## 2. 活動実績

### 部署目標

1. 患者が安心して入院生活を過ごすことができる看護の提供
  - 1) ナースコール対応までの時間短縮、患者のニーズに合わせた対応によるナースコール回数の減少
  - 2) 受け持ち看護師としての役割として、看護計画の評価・修正を行う
  - 3) 5Sを徹底し、ベッドサイドの環境を整える
  - 4) 定期的にカンファレンス及び学習会を行い、個々の能力開発につなげる
- 2.働きやすい環境作り
  - 1) 時間外勤務の現状把握を行い、分析して業務改善につなげる
  - 2) 多職種との連携強化
  - 3) 日勤帯の業務改善

当病棟では患者が安心して入院生活を過ごすことができる看護の提供とし、ナースコールの対応・患者のニーズに合わせた対応について取り組んだ。チームの一員であるナースエイドにスマホを持ってもらう、多忙なOP日に人員を増やすなどの工夫を行った。また、点滴や時間処置、時間毎のトイレ誘導、患者のベッドサイドを整備する事やセンサー使用患者の適正評価を行った。結果、時間毎のトイレ誘導や患者のベッドサイドに関心を持ち、状態を考え環境整備をする姿が見られるようになり、ナースエイドも積極的にコール対応ができています。退院支援については、受け持ち看護師自ら担当の理学療法士にリハビリの進捗状況や退院先の検討について相談している姿を見かけるようになった。また退院調整看護師やMSWに相談して積極的にカンファレンスを開催出来るようになっているが、未だ他職種からの声掛けで動くことが多く、看護サマリーの準備やカンファレンスの運営に個人差があり、介護連携指導料の算定は1年で29件と低い。このことは、在院日数が長くなる患者が地域包括ケア病棟に転棟し受け持ち看護師としての役割が不十分となった事も原因であり次年度の課題である。能力開発として、5月から毎月学習会を定期的実施。学習会は改訂後の倫理綱領から整形病棟で主となるDVT予防・腓骨神経麻痺予防・ギプス・弾性包帯など実施した。アンケートに関しては、「分かった」や「分かりやすかった」、「今後に活かせる内容であった」という項目が100%であった。自由記載では、講義だけでなく、実践や実物を用いた内容であったため理解が深まったとの意見が多数あった。（詳細は下記に記載）

時間外勤務については、昨年夜勤時間短縮を図り、大幅に業務改善を行ったが、時間外勤務の減少には至っておらず部署別でも当病棟は超過勤務が上位を占めている。そのため、曜日分析しOPのエイド夜勤導入や遅出の配置を行った。結果、10月以降時間外勤務が減少し、部署全体で100時間程度減少することができた。しかしながら、前残業も含め今後も時間外勤務削減については課題が多く、各スタッフのプライベートの確保に向け継続し取り組んでいく。

【看護研究の取り組みと学会発表】

研究者：吉田 好子

演題：人口関節全置換術患者の退院後の思いと日常生活状況  
－構造化・半構造化インタビューからの分析－

学会発表：2022年6月発表予定

研究者：中村 亮子

演題：高齢者看護への終末期看護に対する看護師の思い

学会発表：未定

### 3. 学習会概要

開催月	学習会テーマ	参加人数
5月	倫理綱領	20人
6月	心電図モニター	8人
7月	DVT 予防	6人
8月	弾性包帯について	5人
9月	ギプスについて	6人
10月	脱臼肢位	7人
11月	ドレーン管理・標準予防策	12人
12月	腓骨神経麻痺予防	5人
2月	血管外露出	5人

### 4. 今後の取り組み

今年度整形外科 OP 件数 502 件／年間であった。その中、高齢者の特徴である橈骨骨折による OP44 件・圧迫骨折 52 件／年間である。橈骨骨折は在院日数が長くなると検査の持ち出しもあり、圧迫骨折は安静が主な治療で病院の収益に関係なく在院日数が 1 か月を超える事も多い。そのため、次年度はパスを作成し在院日数短縮を図る。

## IV-8-5). 4B病棟

看護師長：森崎 直美

### 1. 部署概要

許可病床数：50 床（特別室：1室・重症管理病床2室・トイレなし個室4室・トイレあり個室7床・4人総室9 室） 担当科：外科・皮膚科・消化器内科

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

### 2. 活動実績

#### 活動目標

1. 退院支援の充実を目指す
2. 看護実践能力の向上を目指す
3. 7S活動を徹底して看護の質向上をめざす

退院支援を充実するために、受け持ち看護師としての自覚を持ちながら、退院支援チェックシートの入力、患者情報の入力を随時変更していくという目標を挙げ活動した。退院支援チェックシートに関しては、受け持ち看護師や退院支援に直接関わったスタッフが責任を持って入力するよう啓蒙を行ったが、入院時の入力のみで状況の変化に伴う継続した入力が出来ていないことがわかった。退院支援チェックシートを使用しなくても、日々の看護記録から情報収集を行い退院調整を進める機会が多い ML は退院支援の流れを理解しているためチェックシートを活用していないと考えられた。しかし退院支援に対して指導を要するスタッフには、チェックシートの活用が有効であるため、退院支援の学習ツールとして活用するなどの方法を検討していく。

能力開発の一助として各自で e ラーニングを視聴して部署内で伝達するように啓蒙した。また、休憩室に e ラーニング講義番組表を掲示し、視聴した項目に捺印することにした。結果、視聴数は増えてはいるが、講義番組表に 1 つも印がないスタッフがいた。視聴に対する啓蒙が不足していたと考えられるため引き続き啓蒙を行い実践能力の向上を目指していく。

本格的に病院移転が完了し、物品の配置・マニュアルの整備・電子カルテシステムの変更に伴う内容の見直しを行い当病棟では、昨年度に引き続き、「7S活動を徹底し看護の質を向上させる」ことを目標として掲げ取り組んだ。環境整備チェック表の活用、目に付きやすく飾りのあるポスターの掲示、週 1 回の監査を行い、各取り組みの実施率は上昇した。引き続き 7S 活動「整理」「整頓」「清掃」「清潔」「しつけ」「習慣」「信頼」を徹底し総合的な看護実践能力の向上と看護の質向上を目指して取り組むことが今後の課題である。

## 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：2021年度 190件(自然分娩 83件, 誘発・促進分娩 75件, 吸引分娩 17件, 予定帝王切開術 12件, 緊急帝王切開術 2件, 無痛分娩 1件)

助産外来件数：2021年度 2194件(2020年度 1249件)

母乳外来件数：2021年度 86件(2020年度 87件)

産後ケア入院利用件数：2021年度ショートステイ 11件, デイサービス 3件

ベビーマッサージ教室は COVID-19 対策で中止

## 2. 活動実績

### 1) 産後ケアの推進

産後ケア利用者の拡充するため、妊娠期の事前面談や土日祝日の受け入れや申し込み直後からの利用を開始した。利用目的にはレスパイト・授乳や育児に関する相談が多く、精神面での不調や育児不安などの受け入れがあった。利用時期としては、産後1か月前後が最も多く、育児不安への要素を含む支援をすることができていた。また、富田林市保健センターが実施した産後ケア利用に関するアンケート結果に助産師の関わりや支援の満足度評価が高いと報告があった。産後ケアの利用方法は、ライフスタイルや家族状況が多様化していることが伺え、さまざまな状況に対応できるようにカンファレンスで情報共有や支援内容の検討を行い、個別性を踏まえた子育て期の支援体制強化を図っている。2021年度は、病棟勤務の助産師数の増加、助産師2名の当直体制にて、より柔軟な支援を行うことができるようになった。要養育支援者情報提供票にて保健センターへ情報提供をおこなった事例は16件であった。そのうち大阪府外への情報提供は3件であった。当院では里帰り分娩での問い合わせも増えてきており、地域を超えた継続支援の連携が求められるようになっている。

### 目標 2. 助産ケアの充実

病棟内での勉強会で、事例を用いたCSシミュレーションの開催、輸血シミュレーション、フットポンプの使用法の勉強会、無痛分娩勉強会、NCPR院内開催、出血時対応の検討会、クベースの勉強会を開催し、助産技術や知識の向上を行った。今後、無痛分娩の導入があり対象者の受け入れが増加していく。産科医師との協働にて、産婦へ支援を行ったケアにおいてカンファレンスを実施し、事例検討を行うことができた。

### 目標 3. 若手助産師の育成に向けた教育体制の整備

後輩指導を含め人材育成を行っていくが、産科病棟での入職では、経験できる看護技術の経験が少ないこともあり、ローテーション研修でサポートとなった。新採用者の教育体制を整え、産科病棟としての助産師のスキルアップを踏えた、教育計画を立案することができた。今後、新人採用のための助産師ラダーの評価について検討していく。

【統計資料】

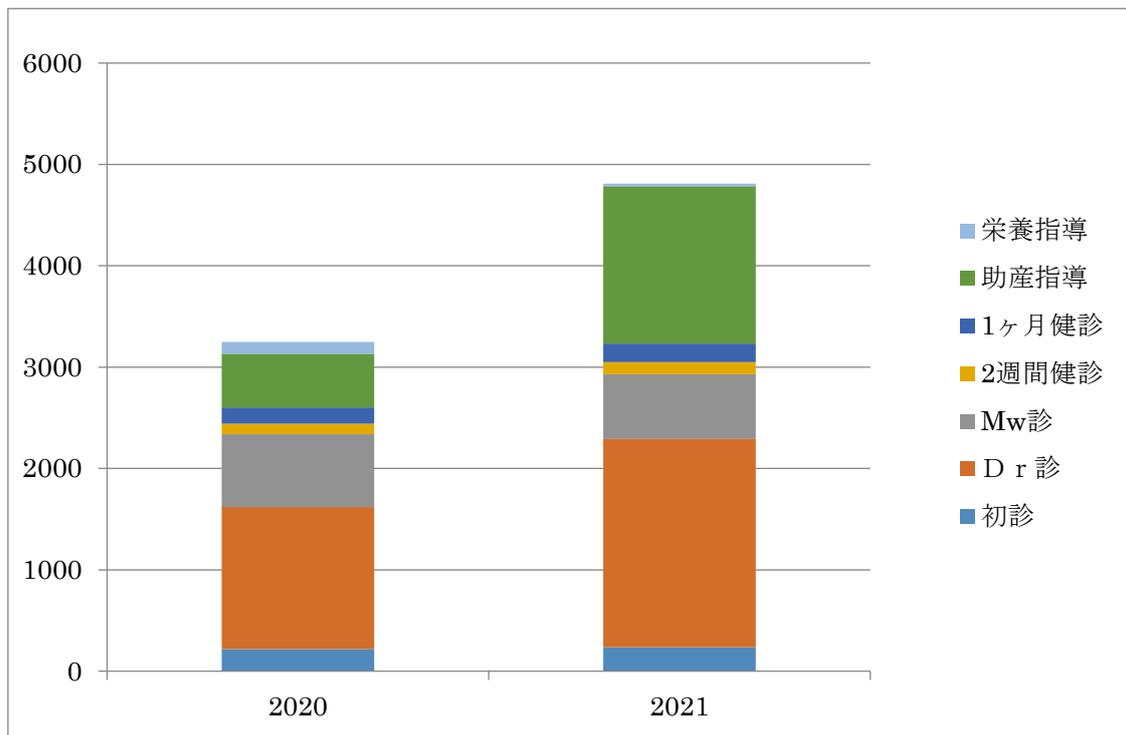


図1. 妊婦健診件数(2020～2021)

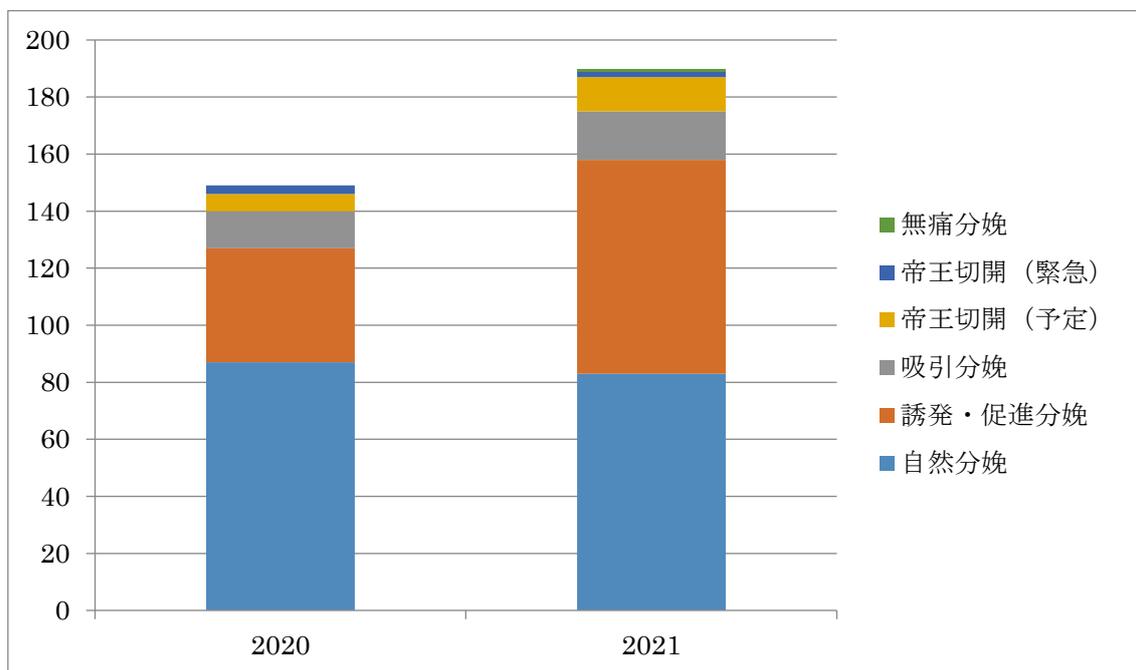


図2. 分娩件数(2020～2021)

## IV-8-7). 5B病棟

看護師長：小西 早苗

### 1. 部署概要

許可病床数：50床（個室9床・重症2床・3人部屋1室・4人部屋9室）

稼働病床数：50床

担当科：地域包括ケア病棟

5B病棟は地域包括ケア病棟である。我が国は2019年度高齢化率が29.1%となり、富田林市は30%を超えているのが現状である。このような中で当院では2014年度の診療報酬改定で地域包括ケア病棟が設けられた。以降地域包括ケアシステムの要として位置づけられた病棟として、急性期治療を経過し、病状が安定したものの直ぐに在宅や施設へ移行するには不安がある患者や在宅・施設療養中から緊急入院した患者に対して、在宅及び施設への退院に向けて診療・看護・リハビリを行うことを目的として運営されてきた。

当科の入院患者は75歳以上の高齢者が8割以上を占めている。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、患者及び家族の意向に沿った療養生活を送ることができるように、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・DCT・NSTなどと連携して支援している。加えて地域のケアマネージャーや訪問看護等院外の多職種とも連携している。受け入れとしては、院内の転入だけでなく、地域の中核病院の役割としてリハビリ目的の前方支援からの患者や介護者の負担軽減のためにレスパイト入院、SAS入院等がある。

### 2. 活動状況

#### 1. 看護実践能力の向上

1) 看護についての理解を深め、受持ち看護師としての役割を遂行できる

#### 2. ADL拡大を目指したレクリエーションの再開

#### 1. 看護実践能力の向上

看護についての理解を深めるため、計画的に学習会を開催した。内容は緩和ケア・褥瘡・認知症ケア・DVTなど様々であり、多職種やチームにも依頼しまた研修を受講したスタッフからの伝達講習等も行った。またリスクや認知症ケアのカンファレンスも曜日別に計画して行ったことでケアや対応の統一、インシデント対策や症状のアセスメントに対する事例検討も話し合うことができた。学習会やカンファレンスを行ったことで、スタッフたちの知識向上につなげることはできたものの、昨年度は患者の状態が急変して急性期治療が必要になり、当科から急性期病棟へ転棟しなければならなくなった事例が数例あった。またレベル3b以上の転倒で手術治療が必要になった事例が2件あった。また退院調整についてもスタッフ個々の能力に差があり、看護実践能力を向上させるためにはまだまだ様々な課題がある。必要な学習会やカンファレンスを継続しながら、患者のこれからを見据えた関りを皆で忌憚なく意見を言い合い、考えながら実践に活かすことができるようにしていくことが課題である。

## 2. ADL を目指したレクリエーションの再開

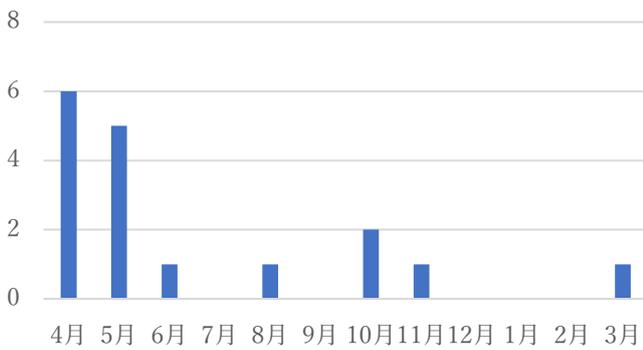
COVID-19 の影響で中止していたレクリエーションは、昨年度 8 月より病棟内のウォーキングという形で再開した。患者が少しでも楽しくウォーキングができるように、東海道五十三次のポスターを作製して提示し、一定の時間に音楽を流して行っている。当初はなかなか定着しなかったがレクリエーション担当者を事前に決定し、担当 PT や看護補助者の協力も得ながら行うことで徐々に定着しつつある。ウォーキングは歩行できる患者だけでなく、車椅子での患者も離床を促すことを目的として行っており、患者の気分転換や ADL 低下予防につなげている。まだまだ方法に工夫が必要ではあるが、参加人数を 10 人程度に増やして確実にレクリエーションが定着することを目指す。

### 【令和 3 年度 地域包括ケア病棟直入患者】

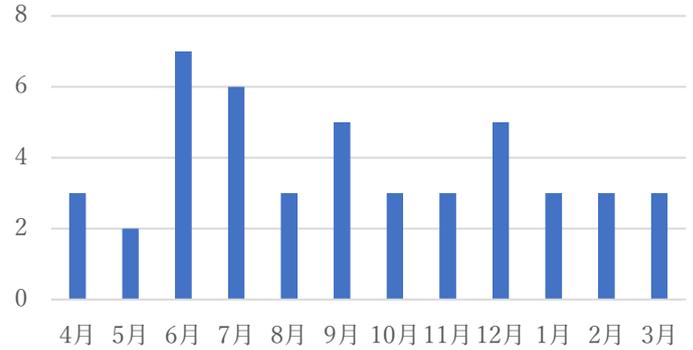
・合計 17 件 この中でレスパイト入院 3 件

・SAS 入院 46 件

直入の件数

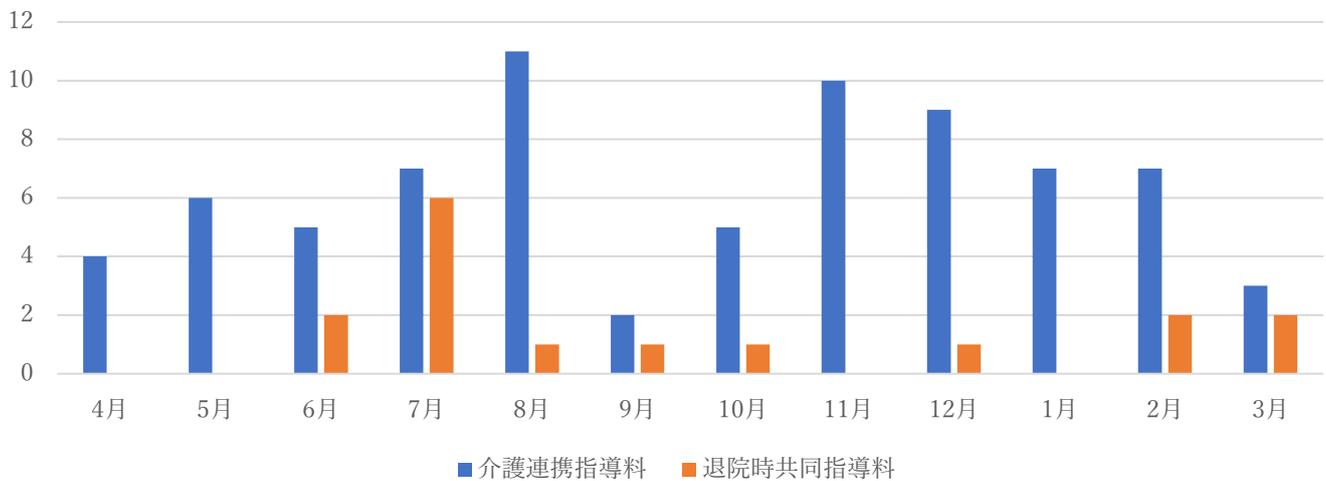


SAS入院件数

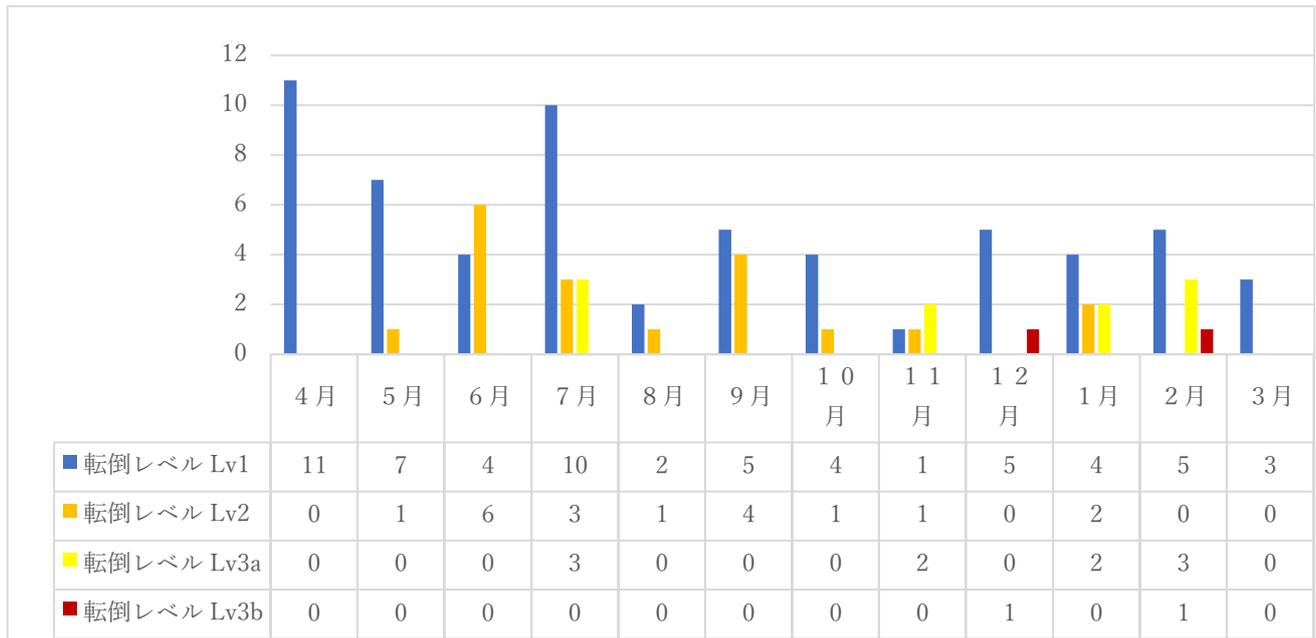


### 【令和 3 年度 退院前カンファレンス開催状況】

退院前カンファレンス状況



【令和3年度 転倒状況】



## IV-8-8). 中央手術室

看護師長：小田 紀子

### 1. 部署概要

手術室数：6 部屋（バイオクリーンルーム 2 部屋含む）

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

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

スタッフ数：看護師 17 名・ナースエイド 1 名・臨床工学技士 1 名

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

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

### 2. 活動実績

#### 目標

1. 術前・術中・術後を通して、安全・安心な手術看護を提供できる
2. 新たな試みに挑戦し、チーム活動・業務拡大ができる

看護師は生涯学び続ける職業であることをそれぞれが自覚し、自分の環境や生活スタイルに合った方法で院外研修・学会に参加する。そして、知識向上のために各ペアでの勉強会を引き続き実施した。勉強会はペアで担当しテーマの選択・資料作りなど計画的に実施することができた。院外研修や e-ラーニングの視聴は自主的な行動が必要となるため受講状況に個人差が発生している。今後は対象者のニーズに応じた研修を個別に案内し参加を推進していく。

術後訪問は 484 件の実施であり全体の OP 件数（局麻を除く）からみると 34% の実施率である。術翌日に退院される TEP や生検は術後訪問に行くタイミングは困難である。術前訪問については代行 Ns を立ててでも行くようリーダーが采配しているが、術後訪問に関しては個々のスタッフに任せてしまっているため、行く時間の確保を行っていく必要がある。術前看護外来は希望者のみに認定看護師が実施していたが、LAC の手術を受ける患者を全対象とし実施を開始した。術式は今後拡大していく予定のため対応できる看護師の育成を行っていく。

手術室看護師の育成については、当院で実施される術式を 3 年で習得できるよう教育計画を立案した。待機・救急外来・リーダー業務の開始基準も明確にしたため、個人目標とリンクさせ能力開発を図っていく。また、テクニカルスキルだけでなくヒューマンスキルも向上させていく教育計画が必要である。

チーム活動としては、倫理・リスクカンファレンスの開催と急変・災害シミュレーションの実施を行った。この活動は、倫理的感性やリスク感性を磨くことに繋がっている。シミュレーションの実施は看護師だけでなく医師・臨床工学技士も巻き込んで取り組むことができ、実際発生したときに予測しながらの行動をとることができた。次年度も継続していく。

業務拡大においては Covid-19 のパンデミックによりコロナ病棟の勤務を 3 名の看護師が取り組んでいる。また、発熱外来への応援も随時全看護師が対応できるようになっている。次年度はカテーテル室・内視鏡への研修を全看護師が受けることができるよう調整を行っていく予定である。部内の役割として、従来から診療科ごとの担当割りには行っていたが、マニュアルの整備に留まっていた。各診療科の物品管理に責任を持つよう、鋼製小物の購入計画や期限切迫の材料の使用推進などの行動をとることができている。

診療科別手術件数											
	内科	泌尿器科	外科	整形	眼科	耳鼻科	産婦人科	皮膚科	形成	合計	
2020	41	424	498	534	565	57	23	114	37	2293	
2021	40	436	608	567	565	61	26	106	63	2472	

## IV-8-9). 外来

看護師長：加藤 雪絵

### 1. 部署概要

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

外来職員の構成は看護師44名(派遣1名含む):69.3%、看護補助者(ナースエイド、クラーク)20名:31.7%の計63名(R4.3月現在)である。非常勤者は約7割を占め子育て中で院内保育所を利用する職員もいるなど、自分の生活スタイルに合わせた働き方を選択し働き続けられる職場を目指し、日々業務を行っている。

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

病院移転後1年が経過し、各診療科、検査部門の新しい配置・業務も定着してきたところである。

### 2. 活動実績

#### 目標

##### 1. 1. 安全・安心な看護の提供

- 1) 各科応援体制の強化
- 2) 接遇

#### 評価

1) 昨年度に引き続き応援体制の強化として、各科に計画的に学びにいく体制を整えることを目標としてきた。科によっては、作業動線の効率化や特殊な処置の手順を掲示し、応援の受け入れがしやすいように工夫している。ユニット内での応援体制の充実が外来全体への人員の確保につながるため、ユニット内の応援体制を強化している。そして、各科空き時間にリーダーへの報告ができ、他科への応援に積極的な姿勢が見られるようになった。

新病院になり1年が過ぎたが、処置の手順の見直しやマニュアルの改訂ができていない科もある。更なる応援体制の強化のため、今後も各科マニュアルの見直しと自分の応援先の事前学習をしていくことが必要である。ユニット内の応援がすすみ、中央処置室への応援拡大につながったが、応援スタッフからは、中央処置室に応援に入る担当科や担当者が固定されてきているとの意見が聞かれた。担当者が定着することで、他のスタッフの知識や技術の偏りも生じる。どのスタッフも学習できる環境作りと業務調整が今後も必要であると考え。応援体制を整えるまでには至らなかったが、自己学習や学習に行くなど個人レベルでの変化を継続していく。

今後の課題として、ユニット内で応援体制が定着してきているため、チーム内や外来全体で応援体制を確立し、安心・安全な看護の提供を行う必要があると考える。次年度は円滑な運営に伴い、スタッフの休憩が取れるような運営につなげていけるよう調整が必要と考え、取り組んでいく。

2) 昨年度から引き続きスマイルカードの投票を行っているが、今年度はスマイルカードの投票が前期は一件であった。スマイルカードで記載してもらった側は、モチベーションの向上が期待され、自分の自信につながる。後期には、スマイルカードの投票継続をすすめてきたが、啓蒙不足もあり4件と伸び悩んでいた。年末には声の箱にお褒めの言葉が投函されるなど、モチベーションや意識の向上にもつながっている。自分が記載するために、仲間の良いところを探そうとする姿勢などは、スタッフ間の友好的コミュニケーションの手助けとなり、パフォーマンスの向上につながることを期待される。具体策にも挙げている接遇に対する研修に参加しているスタッフもいるが、CS委員会のメンバーからの伝達講習も開催されている。今後も継続して接遇を意識していけるように取り組んでいく。

IV-8-10). 地域医療連携室

看護師長：加藤 雪絵

1. 部署概要

患者が安心して療養生活ができるように入退院・支援・調整を行う部署

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

令和4年3月現在、看護師5名（うちパート1名）、クラーク5名（うちパート4名）で業務を行っている

2. 活動実績

目標

1. 経営的視点を持った、退院支援・退院調整の推進

- ・入院早期からの多職種協働による連携強化
- ・退院調整に関する診療報酬の獲得

評価

昨年度定期の退院支援カンファレンスでは入院1週間を超過しているケースや短期予定入院などで退院支援カンファレンスが開催できず、コスト漏れとなる事例があったため、各病棟看護師・MSWと協働して退院支援が必要な患者を抽出、入院1週間以内の患者の退院支援カンファレンスの開催を徹底するように取り組んだ。結果、入退院支援加算1と入院時支援加算2の算定件数が大幅に増加した。（下記表参照）

介護支援等連携指導料・退院時共同指導料については、昨年度と比較して減少傾向である。ケアマネージャーとの情報共有や退院前カンファレンスの開催が必要となるため、病棟看護師の協力が必須となる。急性期病棟看護師への負担となることも考えられるため、退院調整に関連する診療報酬の獲得に向け、システムの簡略化などを含めて検討していくことが課題である。

急性期病棟で週1回地域包括選定カンファレンスを実施し、退院調整に時間を要する患者や方向性が決まっていない患者、DPC2以上の患者を抽出している。多職種で話し合うことで様々な意見から課題が明確となり、主治医に治療方針の確認や退院めどを近日中に確認することができ、行うべきことの可視化になっている。その結果、適切な時期に地域包括ケア病棟へ転棟可能な病床管理ができた。

地域包括ケア病棟の空床状況で、施設患者の退院日程調整や当院訪問看護レスパイトの受け入れ、前方支援受け入れのため該当急性期病棟患者の地域包括ケア病棟への転棟調整などベッドコントロールと協働しながら次年度も至適退院日を提案し、平均在院日数や病床稼働率のコントロールに参画する。

算定名称	2021年												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
入退院支援加算1 600点	163	189	203	255	317	322	385	308	385	285	326	330	3468
入院時支援加算2 400点	40	62	73	114	135	149	200	158	183	119	158	162	1553
介護支援連携指導料 400点	14	17	23	17	13	11	17	18	14	9	14	7	174
退院時共同指導料2 400点	3	0	4	8	4	4	7	4	5	2	4	4	49

IV-8-11). 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

職員数	常勤	10	10	10	9	9	10	10	10	10	11	11	11
	非常勤	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2
	看護師	10	10	10	9	9	10	10	10	10	11	11	11
	看護補助	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

2. 活動実績

目標

1. 安全な透析看護の実践

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

目標を設定した意味づけ

1) 安全対策・経営的視点を持って業務改善を行う

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

2) 各自が能力開発に向けて活動する

透析患者は重症患者から社会復帰している患者、高齢者の透析導入や認知症患者までその重症度には大きな幅がある。腎代替え療法を選択するには、医学的条件だけでなくライフスタイルや年齢など考慮して療法を選択する必要がある。療法にはそれぞれメリット・デメリットがあり、選択した治療方法が一生継続できるとは限らないが、それぞれの特徴を十分に理解したうえで、ライフスタイルにあった治療方法を選択することが重要である。患者の「透析ライフ」を継続するために患者・家族を含んだ身体的・精神的・社会的な観点から総合的に患者を捉え、透析療法を患者の生活の一部として考え、透析治療のみならず、身体的ケアや心理的支援など生活全般を考えた看護支援が重要である。腹膜透析は現在2名の患者が実施しており、自己の能力開発は必須である。

各自が自己研鑽に力を入れられる、やりがいを感じられるような職場環境が必要であると考える。そこで、お互いが声かけを行いながら院内・外の勉強会への参加を促していけるような調整を行う

とともに、知識の共有ができるよう伝達のを設ける。公費での学会・研修参加や、自費でも業務配慮をした研修やトピックス的な研修参加の場合は伝達講習を実施し、外部研修について自己申告し新しい情報などがあれば伝達していく事とする。

### 3. 統計資料

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
①外来透析実施数	982	980	969	968	934	924	993	801	918	944	830	990
②入院患者透析実施数	125	117	111	104	124	92	60	100	150	99	122	203
①+②透析延べ数	1107	1097	1080	1072	1058	1016	1053	901	1068	1043	952	1193
病室出張	3	0	1	7	1	2	0	0	6	21	11	5
腹水濃縮	1	0	1	1	0	2	2	1	0	2	2	0
LDL吸着	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血漿交換	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
G-CAP、L-CAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PMX	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
CHDF	3	0	4	6	0	2	0	0	0	20	9	2
臨時ECUM	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	2	3
その他の療法(合計)	4	0	6	8	1	4	4	1	1	23	13	5
透析導入患者数	3	2	3	4	1	3	2	2	6	1	4	8
転院患者数	2	2	3	2	2	4	0	1	1	5	3	3
透析離脱患者数	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1
死亡患者数	1	1	1	2	3	2	0	0	2	1	0	2
他院緊急入院	0	0	0	0	2	3	0	0	1	0	2	1
輸血使用患者数	1	0	2	2	1	4	4	0	4	5	2	5
シャント閉塞人数	4	1	0	2	2	1	1	0	1	0	1	1
PTA人数	4	3	0	2	2	1	1	0	1	0	2	1
臨時治療人数(実数含)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
フットチェック人数	88	87	87	88	85	88	88	88	88	88	88	90

#### IV-8-1 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 5名 ・ 非常勤 3名

理学療法士 : 常勤 4名 作業療法士 : 常勤 1名

事務員 : 常勤 1名 営業日 : 月曜日～金曜日

体制加算 : 24時間対応体制加算・特別管理加算・サービス提供体制加算

令和3年度は昨年度に引き続き、リハビリとの協働を目指し、特に終末期ケアの充実に取り組んだ。18件中13件(72%)の自宅看取りが実践できた。その中で今年度はデスカンファの取り組みを行い、8件実施できた。それぞれの関りを振り返りながら、良かったこと、反省点や気づきの意見交換を行い、充実したカンファレンスとなった。今後も在宅支援者のリーダーシップを発揮しながら、「自分らしく住み慣れた環境で安心して暮らせる」を目標に在宅チームとの連携を図る。また富田林医療福祉センターとして、病院・富美ヶ丘荘と今まで以上に連携をとりながら、地域貢献を目指す。

* 令和3年度年間実績 (延べ)	訪問人数	1,925名	訪問件数	14,165回
	新規利用者	105件	終了	94件
	自宅看取り件数	13件	退院前カンファレンス	94件
	緊急時対応	699件	月平均	58件

##### 2. 活動実績

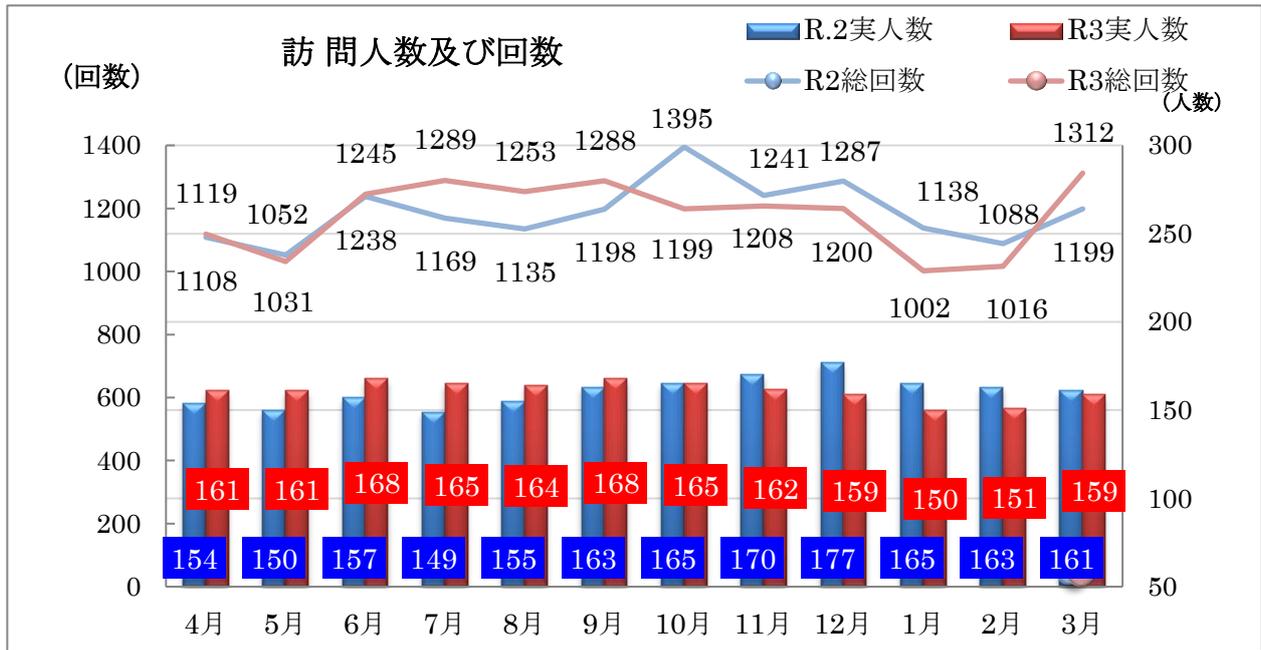
目標 : 看護の質の向上

1) リハビリと協働し同じ視点からケアを実践することができる。

2) 利用者の情報を整理し記録の簡素化につなげることができる。

診療報酬の改定の中でも「看護職員とセラピストとの連携が求められる」と明確化されており、当ステーションも協働しながら利用者のケアに繋がられるよう、日々研鑽している。中でも今年度は利用者の問題点に対してそれぞれの専門性から着眼し、より具体的なケアの実践に繋げるようケアカンファ・計画書立案・報告書作成など取り組んだ。記録については同じことの羅列ではなく、今起こっている状況が伝わるよう記録内容も箇条書きで簡潔に記載できるよう取り組んでいるが、まだまだ課題が多く次年度も取り組んでいく。

令和3年度 実績



## IV-8-13). 教育委員会

担当副看護部長：永井 園美

### 1. 概要

教育委員会は看護部の方針、看護部教育方針に則り、「考えながら看護ができ、質の高い看護を提供できる人材を育成する」また、本年度看護部方針「人が育つ組織」念頭に看護部全体の教育企画・運営を行っている。

教育委員会は、看護部の教育の中核を担い、その傘下に教育担当者委員会・実地指導者委員会・臨床指導者委員会、看護研究委員会を設けている。実地指導者委員会はラダーⅠ（新人看護師教育）、教育担当者委員会はラダーⅡ～Ⅲ（2年目～5年目看護師教育）、臨床指導者委員会は看護学生の臨床実習指導、看護研究委員会は各部署の看護実践の指導・支援、クリニカルラダーⅢ看護研究計画書を行っている。教育委員会は、教育担当副部長1名と師長4名、副師長3名、主任1名の計9名のメンバーで構成し、教育担当者委員会・実地指導者委員会・臨床指導者委員会、看護研究委員会の責任者の役割を担っている。それぞれの委員会には、各部署からスタッフを委員として選出し、毎月定例で会議を行い、OJTとoff-JTが結び付いた教育となるよう能力開発支援を行っている。

### 2. 教育委員会の活動実績

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

目標：クリニカルラダーに沿った教育支援の充実

#### 【活動実績】

当院のクリニカルラダーは平成18年度より教育支援体制を検討し習熟段階として総合看護能力への支援を行い、平成27年習熟段階から更に実践力へ重きを置くようクリニカルラダーとして一部改訂を行った。昨今中途採用者の増加、働き方の多様化など社会的背景を考慮し各レジネスに応じた支援のためには、済生会教育指針、日本看護協会クリニカルラダーをもとにクリニカルラダー改訂の必要性を感じ着手した。まずは各項目を日本看護協会の「看護実践能力の核として必要な4つの力」に変更し、クリニカルラダーⅠからⅢの達成目標まで改定した。

ラダーに沿った院内研修は感染対策のもと講義を中心としグループワークは短時間・少人数・ソーシャルディスタンスを考慮し工夫したことで全ての研修を実施することができた。

ラダーⅠ新入職員研修について、コロナ禍で実習中止の影響を踏まえ、看護部新入職オリエンテーション期間を7日間と延長し講義からデモンストレーション、臨床現場での実施訓練という構成で企画した。コロナ禍での学生期間は実習中止だけではなく、学校に登校する機会も減少したことから新入職オリエンテーションは技術の習得へのアシストや新人看護師同士のコミュニケーションを通して仲間意識が芽生え配属部署での不安軽減の対策となった。ローテーション研修も予定通り実施でき新入職者1年以内での退職者もなく全員がラダーⅠを達成することができた。

今年度はラダーⅣの研修内容を増やし、教育を担当する看護師の育成を図った。5つの研修を新規に企画したことで新しい知識を得、OJTへの活用を期待する。

【 令和3年度 看護部院内研修 】 \*研修名の後の数字は研修回数を示す

対象	研修テーマ
ラダーⅠ	入職者オリエンテーション トランスファー 看護技術 電子カルテ PNS KOMI 理論 医療安全（インスリン・抗がん剤） スキンケア 看護必要度・看護記録 看護研究 フィジカルアセスメント ウキウキ研修 ナラティブ 救急急変看護技術 ローテーション研修
ラダーⅡ	痛みの理解 人体に及ぼす影響 退院支援の基礎 看護研究 3段重箱 神経を守る プレゼンテーション 感染経路別対策 コミュニケーションスキル 訪問看護実習 テーマの絞り込み 情報伝達の極意 職業倫理 ケーススタディ発表 救急急変看護技術
ラダーⅢ	後輩指導に活かすコミュニケーション SBAR 看護研究 PNS 看護記録
ラダーⅣ	実践に活かす KOMI 理論の指導方法 思いを伝えるコミュニケーション アサーティブ 職業倫理 ナラティブ
エキスパート	輸液管理③ 看護研究③
看護補助者	医療制度 清拭のお世話 排泄のお世話 移動のお世話 守秘義務 認知症の対応 医療安全 倫理の基本 チームの一人 接遇 急変時の対応
トピックス	ストマ基礎編 認知症ケア 疼痛緩和 身体拘束 終末期の意思決定支援 腹膜透析 臨床指導者
臨床工学士による研修	きれいな筋電図波形 輸液ポンプ操作 シリンジポンプ操作 V-60 基本操作 グラフィックモニターを患者から見る NIPPV マスクフィッティング

【部署ごとの学習会】各部署診療科の特徴に応じた学習会を月1回実施した。

【 令和3年度 外部研修参加者 】

今年度外部研修は WEB 開催が主流となり、感染者が減少となれば研修場所でもの集合教育が実施され参加することができた。

看護協会研修	107名 (WEB 開催 5)	管理者研修	2名
済生会関係研修	5名	学会 10件 (内発表 2件)	(WEB 5件)

3. 教育担当者委員会の活動実績

1. 看護実践能力の向上に向けて個別性のある教育支援ができる

【活動実績】

ラダーⅡ・Ⅲの対象者が目標達成に向けて、教育担当者が中心にチームリーダーやラダーⅣの看護師と連携をはかり、PNSの4重の構造で教育支援を行った。

活動内容として、看護研究計画書作成については看護研究委員会が集合教育として看護研究のプロセス研修を行い、教育委員会の査読結果を元に教育担当者が継続して関わりを持った。

研修内容が理解でき実践に繋がる看護研究計画書の作成ができるよう、部署ではラダーⅣ看護師と連携し日々の関わりの中で次年度完成に向け支援した。しかし、文献検索から動機を深めるためには個々の地道な学習の継続が必要であり、提出前の段階での関わりとなる場合はアドバイスが十分に行えない事もある。日々の看護技術としての能力開発と同時に看護研究として能力向上へ支援していくための工夫は今後の課題である。また、委員会では、研究動機と目的、意義、方法において整合性のある計画書となるようにラダーⅢ倫理審査なしの査読を行った。これは指導側の査読力向上にも繋がり、対象者も査読結果から何度も変更を行いながら深めることができた。教育担当者が査読力を向上することは直接的な指導力に繋がる。今後も関わりを通して指導者としての能力向上を図る。

ケーススタディへの支援に関しては、教育要綱のケーススタディの目的や意義の理解、作成から発表に向けての指導ポイントを啓蒙し、計画表に沿って支援した。KOMI ケア理論の視点で考察するため、「看護過程（三段重箱）」の研修を7月に企画・実施した。研修内容が多く、1時間で構成できる内容に集約することが課題に残った。研修の評価では理解が得られてもケーススタディの考察に反映することには難しい。日々の看護実践でアセスメントに活用できるよう今後はOFF-JTからOJTへ連動した支援を意識した関りを図る。

プレゼンテーション研修では、効果的なパワーポイントの作成や発表方法について講義し、予定通り11月にケーススタディの発表会を行えた。

クリニカルラダー達成においては、評価に差が出ないように普段からの関わり大切さや評価方法の啓蒙を行った。次年度も、自己評価と他者評価を通して個別性に応じた教育支援に繋げる。

#### 4. 実地指導者委員会の活動実績

目標：看護実践に必要な基本的能力を習得・組織の一員として行動できるよう支援する

##### 【活動実績】

実地指導者として昨年度同様に「看護の振り返り日記」「入院虎の巻」「新人オリエンテーション」「看護技術チェックリスト」「精神的支援」など活用し、PNSの4重の構造で新人看護師の支援をおこなった。また、引き続きCOVID-19の感染防御に配慮しながら研修の運営に努めた。

「看護の振り返り日記」については、「看護とは」「人間とは」をKOMI ケア理論の視点で振り返った。看護場面を振り返ることができるように、指導する側も看護が行えているかを意識し考えることでKOMI ケア理論を学ぶ機会となった。業務の視点ではなく看護観に繋がるよう支援し全ての新人看護師がラダーIのレポート「私の看護観」となって提出できた。

「入院虎の巻」は新しい電子カルテに合わせ再度見直しを行い修正したことで、入院を受け入れる際の一連の流れや必要な情報内容、入力方法など各部署で統一した指導ができるようになっていく。新しく業務内容の変更（配茶、入院時の持参物など）が増えているためシステム変化に沿った内容になるようその都度追加・修正を行い、業務に合った支援に活用していく。

「看護技術チェックリスト」については、今年度はコロナ禍の影響で学生時代に従来の実習が行えていない状態での入職となった看護師のため事前に新人オリエンテーションの期間を7日間と延長した。内容は実施前にナースングメソッドで手順の確認デモンストレーションを行なった上で各病棟配属とした。繰り返し訓練したことは研修後のアンケートで「とても活用できる」86%「少し活用できる」14%とすべての受講生が回答し、自由記載で配属後の実践への不安軽減に役立ったとの意見もあり効果的であったため今後も継続する。これら集合教育と部署でのOJTの結果、84項目70%習得することができた。

「精神的支援」についてはコロナの影響でランチョンやワイワイ研修が中止となったが、12月にウキウキ研修でゲームを通してコミュニケーションを図りリフレッシュする機会となった。また各部署からのメッセージ動画では感動したという声もきかれ精神的な支援につながった。また今年度は指導者が新人の評価をするだけでなく新人からの実地指導の指導方法についての意見を聞くためアンケート調査をおこなった。関わり方を振り返る機会となり今後の指導に活かしていく。

## 5. 臨床指導者委員会の活動実績

目標：学生が円滑に実習を受けることができるよう実習体制を整える

### 【活動実績】

今年度、実習予定されていたが COVID-19 の影響で中止または短縮となった。感染対策を行い、出来るだけ実習を受け入れることができ実習性・受け持ち患者ともに安全に実施することができた。実習を担当する委員は学生の実習計画を理解し、三観を指導の軸として実習環境や実習体制を調整し実習目標が達成できるよう活動を計画した。各校とも受け入れる学生の中には、基礎実習がない状況で各論実習になっている学生もあり、実習初日には緊張が高く体調不良となるケースもあった。部署でかかわるスタッフは実習の進捗状況や学生の特徴などの従来共通する情報とともに COVID-19 による教育背景も考慮し学生指導を行うことが必要である。昨年度同様、指導者連絡票を活用した結果、日々の指導者が変わっても統一した指導ができるよう取り組むツールとなった。この指導連絡票は今後も学生に実習指導に向け個別性を考慮した支援に活用でき継続する。

今年度実習を予定していた学校で COVID-19 感染拡大に伴い 5 月に実習中止となる学校もあった。また、基礎実習を短縮して実施した学校もあり、変更を余儀なくされたことによる受け持ち患者への対応・学生への関わりも状況に応じて実施することができた。

実習オリエンテーションについては、今年度 4 月に作成した動画による実習オリエンテーションを基礎実習に活用できた。従来半日を要したオリエンテーションを動画にすることで感染対策としても期間が短くなった基礎実習に短時間で行えることから効果的であったと感ずる。

今後も COVID-19 感染の影響で、学生の実習の機会が減少する可能性があることを考慮し、限られた時間であっても、有意義な実習が行えるよう、臨床指導者、スタッフ、教員と密に学生の情報を共有し、実習体制を整えるよう取り組む。

太成学院大学	成人看護学 I II	
	統合実習	半日に変更
	母性看護学	
	基礎看護学	
関西医療大学	成人看護学 I	
	基礎看護学	
	小児看護学	中止
藍野短期大学	成人看護学	5月10日～中止 5月31日再開
	小児看護学	中止
	母性看護爆	7月15～日中止
	基礎看護学	中止
	訪問看護	
大阪保険福祉	母性・小児看護学	
森ノ宮大学	助産看護学	
奈良文化高等学校	成人・老年看護学	中止
	統合実習	
	基礎看護学	中止
近畿大学付属看護学校	訪問看護	中止

## 6. 看護研究委員会の活動実績

目標：教育的視点に基づいた臨床看護研究の支援

### 【活動実績】

看護研究委員会は、ラダー教育での看護研究研修、本研究の研究計画指導～倫理審査～論文作成・発表指導や看護研究研修を行った。本研究は1年半掛けて取り組むこととなり、委員会として令和2年度からの看護研究と令和3年度から開始となる看護研究を並行して支援した。

令和2年度から支援していた看護研究については令和3年7月に院内発表会を開催し8部署8題の発表を行った。そして令和4年3月には同研究ポスター展示会を開催することができた。また、令和3年度内での院外発表は1題だけであったが、5題は令和4年度中の院外発表を予定している。さらに、令和2年度より論文投稿していた1題が正式に論文掲載された。

令和3年度より本研究に取り組む7部署7題の看護研究指導では、8～10月に看護部倫理審査会を開催した。自部署の委員を中心に研究支援を行い、研究計画や結果の読み取りについては外部講師にもリモート研修を通じて個別にアドバイスをいただいた。これらの看護研究は令和4年7月の院内発表会、その後の院外発表に向け、引き続き指導を行っている。

令和3年度より委員会や研修時間が短縮し、査読指導や研修内容の打ち合わせに十分時間が取れないことが課題として挙げられた。委員一人一人の力量によって研究支援に差が生じることもあり、委員の自己研鑽・スキルアップだけでなく委員会として進捗状況の共有やサポートが必要である。また、看護研究は研究計画から院外発表まで長丁場で、データ整理や論文作成などは業務時間外での取り組みになることもあるため、研究者のモチベーションを維持できる支援を行えるよう取り組んでいく必要がある。

### 【院内発表】 令和2年度分

部署	テーマ
外来	大腸内視鏡の検査説明への取り組み—Q&A集の活用とその効果—
中央手術室	補聴器を外して手術を受けた高齢難聴患者の思い
訪問看護	病棟における訪問看護サマリーの活用の実態
3A病棟	A病院の内科2病棟における看護師の内服確認に関する実態調査
3B病棟	PNS <sup>®</sup> における急性期病棟の臨床実習指導に対する実態調査
4A病棟	人工股関節全置換術後患者の退院後の思いと日常生活状況
4B病棟	A病棟看護師の口腔ケアに対する認識と実際
5B病棟	地域包括ケア病棟における患者の内服自己管理移行に対する看護師の意識

### 【院外発表】

部署	テーマ	学会名
5B病棟	地域包括ケア病棟における患者の内服自己管理移行に対する看護師の意識	第74回済生会学会(神戸・WEB)

### 【論文掲載】

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

【倫理審査】 令和3年度分

部署	テーマ
外来	A 病院整形外科を受診する初診患者の問診票に関する実態調査
中央手術室	手術同意書に対する病棟および外来看護師の確認状況の実際
3A 病棟	A 病棟における腹膜透析看護に関する知識の理解度－病棟看護師の腹膜透析学習会に向けて－
3B 病棟	A 病棟の再入院した心不全患者が自宅での自己管理で困難だと感じる内容
4A 病棟	終末期に向かう高齢患者に対する看護師の思い
4B 病棟	芳香シールをマスクに貼付したことによる日勤看護師のストレスや疲労自覚症状の変化
5B 病棟	尿失禁のある高齢患者への排尿自立支援に対する看護の実際

【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

## 1. 委員会概要

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

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

## 2. 活動実績

### 目標

1. 看護記録記載基準・看護必要度マニュアルに沿った記録が書ける
2. 電子カルテシステム変更に即した看護手順・業務マニュアルの整備

今年度は、看護記録における監査を機械的・質的の両側面で行った。まず機械的監査では「身体拘束中の観察・記録」「CV デバイス挿入時の観察・記録」「褥瘡・せん妄・転倒・転落における評価」の実施率が低かったため強化項目として活動を行った。その結果「身体拘束中の記録」については91%「CV デバイスの記録」については96%が書けるようになった。「褥瘡・せん妄・転倒・転落における評価」は74%という結果にとどまった。要因としてそれぞれの評価は入院時に1回目の評価を行うが、以降の評価のタイミングが項目によって異なることが大きく影響していると思われる。啓蒙や個人的な声掛けにより評価日を大きく逸する患者は減少したが、今後は期日内の評価を目指しリンクナースと協働での活動を行っていく。質的監査では「患者の状態に応じた看護計画の評価」「看護計画と連動した経過記録」ができていないという結果であった。これは勤務前の情報収集で看護計画が重要視されていないため、看護計画を閲覧することが少ないことが考えられる。まずは看護計画に目を通す習慣を現場に根付かせる必要がある。また、入院時に必要なスクリーニングを含めた帳票が複数枚あることや、経過記録と経時記録が重複していることなど、記録に関する業務に時間を費やされている傾向にある。次年度は重複記録の削減に努め記録にかかる時間を看護計画の評価・修正に費やせるよう取り組んでいく。

看護必要度についてはラダー I に対しては集合研修、それ以外のスタッフには DVD 視聴とし、理解度は研修後に必要度判定のテストを実施することにした。結果としては B 項目の「診療療養上の指示が通じる」の間違が多かった。A 項目判定のためのコスト入力と比較的できているが実施入力ができていない結果であった。総合評価加算の要件である 29%はクリアすることができたが、正確な入力のための判定基準を正しく理解できるよう業務委員会が中心をなして働きかけていく。

看護手順の遵守については「患者確認」に的を絞り、注射や投薬などの場面での患者確認の自己・他者評価を実施した。患者誤認によるインシデント報告は4～7月までに5件あり、患者がフルネームで名乗るという手順を踏んでいないために発生していた。8月の自己評価の結果「患者自身にフルネームで名乗ってもらっている」と評価した看護師の割合は37.6%であった。しかし、他者評価では75.9%であった。これは、自己評価の後に他者評価を行ったため、意識向上に繋がったと考えられる。また、監査期間中であることも大きく影響したといえる。そういった中でも実施しない看護師が24.1%存在していること、インシデント報告件数も9～11月の期間に9件と増加

していることから、患者確認が習慣化されていないことが明確になった。「患者がフルネームで名乗る」ことが当たり前を実施されるよう。次年度も活動を継続していく。看護手順・業務マニュアルについてはインシデント発生した時には必ず内容のチェックを行い、適宜修正を行っている。麻薬の取り扱いに関するインシデント発生があり、今年度は管理方法を薬剤部と協働で実施できるよう見直しを行った。次年度から実施することになるため現場からの評価を行っていく。

## IV-8-15). 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、9つの分野（感染管理、がん性疼痛看護、皮膚・排泄ケア、透析看護、救急看護、手術看護、緩和ケア、がん化学療法看護、認知症看護、）10名で構成されている。各専門領域が協働し目標に向けた取り組みを行っている。

### 2. 活動実績

目標：各専門分野における活動を通して、組織の中での看護の質の向上を目指す

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

#### 【感染管理】

院内活動としては、手指衛生の直接観察や感染対策環境ラウンド、ICT/AST 回診、職員ワクチン接種（B型肝炎、水痘/帯状疱疹、インフルエンザ、COVID-19、流行性耳下腺炎）感染対策研修（全職員対象他、看護師・看護補助者・委託業者対象研修）を行った。

各部署の手指消毒回数は上昇しており、MRSA 新規検出率は昨年度 1.19 から 0.61 へ減少、耐性菌のアウトブレイクも発生しなかった。しかし、新型コロナウイルス感染症が職員・入院患者から複数発生したこともあり、院内で感染拡大が起こらないよう、今後も感染対策の評価、周知徹底を図っていく。

院外活動としては、感染対策加算合同カンファレンスの開催や、南河内感染対策ネットワーク研修会への参加、社会福祉施設、保育園への訪問などを行った。感染予防対策は各施設の感染予防対策が重要であり、ひいては地域全体の感染対策の向上に繋がるため、引く続き、地域の施設と連携、院外の活動も行っていく。

#### 【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、ストーマ（基礎）、スキンケア、褥瘡管理の計 4 回実施した。

褥瘡においては、褥瘡対策委員会での担当メンバーに向けた勉強会を実施した。院内褥瘡発生率が 2020 年は 0.98%と 1%を切っていたが、2021 年は 2.2%と上昇している。新病院に移転し、ウレタンマットレスのリースを導入してほぼ全てのベッドに使用できているが、予防クッションが不足しており、必要な方に使用できていない現状から、次年度購入にむけて活動を予定している。

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行っている。医師と共同し、他院でストーマ造設した患者や当院訪問看護を利用している患者を積極的に受け入れている。また、排尿自立指導料の算定を H28 年 6 月から行っており、週 2 回（火・金）ラウンドを継続している。

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

### 【がん性疼痛看護 CN】

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

2021年度の緩和ケアラウンドでは、緩和ケア委員会メンバーと協働し、述べ88人へ介入を行った。また、病状説明などへの同席や患者・家族の希望に応じた面接を通し、発病への衝撃や苦痛の緩和を図り、治療に臨めるよう意思決定支援などを行った。

また、疼痛評価や薬剤療法の適切な使用と管理、効果の評価を行い、多職種とも連携をし、主治医へも情報提供して対策法について提案していくようにしている。リンクナースに対しては、委員会の時間を活用し、事例を通して緩和ケアに関する知識・技術の指導や相談に対する問題解決への支援を行っている。令和3年度はACPに対する教育について、全職員を対象に院内研修を2回実施した。今後も現場の看護の質の向上につなげることが出来るように支援していく。

### 【緩和ケア CN】

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

緩和ケア領域としては心不全やCOPDなどの非がん患者も対象であり、苦痛緩和だけでなくACPに基づいた意思決定支援も必要である。R2年度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年1回継続して開催している。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、具体的な症例に基づいた説明を加え年2回の頻度で継続している。ACPの講演会はR4年度でも継続して配信予定であり、院内でACPの周知だけでなく院内スタッフが共通の認識で使用できるツール作成も目標にしている。

### 【がん化学療法看護 CN】

化学療法室でのオリエンテーションでは副作用に対する不安や治療を継続していくことへの不安等について傾聴を中心に患者支援をしており、必要時は薬剤師と共有している。

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

IVナースの応援拡大ができ、指導教育を強化することで化学療法室での患者への投与管理も安定して実践できるようになってきた。自宅で抗がん剤投与（CVポート）を行うためのインフューザーポンプを使用する患者の中で、訪問看護ステーションを利用されている患者さんがおり、連携を図りながら抜針や副作用症状に関するケアへの介入を行った。

がん患者指導管理料に関しては管理料、管理料2、そのほかアピアランスケアやカウンセリングのみで介入した。

### 【透析看護 CN】

令和3年度の活動として、糖尿病性腎症指導外来の運営、院内教育、病棟ラウンドを主に行った。令和3年度の糖尿病性腎症指導外来は47件の指導回数であった。また、糖尿病性腎症指導外来以外にも、腎臓内科から腎代替え療法の説明依頼が24件あったため引き続き、担当医と相談しながら患者数アップに努めていく必要がある。また、PDが導入となり4名の患者が施行している。外来、病棟のスタッフ教育を行い、外来対応マニュアルや、緊急時の対応マニュアルなど作成し実施した。しかし、外来、PD対応に取り組めるスタッフが少ないため育成教育を視野に入れた活動が必要である。

### 【救急看護 CN】

2021年度は、救急分野においても COVID-19 を常に考慮した対応が必要となる。COVID-19 に影響で急変対応についても十分な指導が行えていない。当院における ICLS コースについても3回開催予定するが直前での中止となった。そのため急変事例の読み取りを行っているが、なかなかの急変の早期発見と迅速対応に繋がっていない。そこで RRS 基準を定め、動画による周知に努める。

災害においては、法廷の災害訓と病棟における火災訓練を実施。問題点については、委員会で検討し改善につなげるように取り組んだ。

次年度は、RRS 基準をもとに患者の異常の早期発見に繋がった事例の振り返り検討が必要。また急変対応における研修については、BLS 研修は各部署での対応に任せている実践力に差が生じないように調整が必要である。また感染対策を行いながらの ICLS コース開催していく。災害においては、新病院における災害マニュアルの整備と完成に繋げる。

### 【手術看護 CN】

患者への精神的支援に向けて「手術サポート外来」を27名に実施した。術後疼痛管理チーム加算を算定するために、麻酔科、薬剤部とともにチームを立ち上げ、活動を開始した。

看護研究「術前看護外来による不安軽減の効果－新版 STAI を用いた評価－」が日本手術看護学会誌で論文として掲載された。

「ガーゼ・器械カウントの重要性」「透析患者に対する手術看護」「手術室における COVID-19 対策」「手術室における災害対策」について執筆記事が掲載された。日本手術医学会総会で「新病院手術室への移転を経験した実際～今後移転を行う施設のために～」のテーマで口演発表した。昨年に引き続き、看護学校で看護学生への講義を行った。その他に、日本手術看護学会のワーキングメンバーとして、器械出し看護を臨床工学技士とタスクシェアできるように「清潔野補助業務に係る教育制度の構築」を目的に e-ラーニングシステムを作成した。

次年度は術後疼痛管理チームの活動を軌道に乗せ、出来る限り対象症例を増やす。引き続き、院外での地域に向けた活動を積極的に行い、患者には「手術をするなら富田林病院」、看護師には「就職するなら富田林病院の手術室」と思ってもらえるように、質の高い手術看護を実践していく。

### 【摂食嚥下障害看護 CN】

新病院になり看護師による摂食機能療法が開始されたが、実施できていなかったり、コストが正しく取れていなかったりしていたため、原因を調査するために病棟看護師にアンケートを実施した。訓練方法やコストの取り方がわからないという結果で病棟によっても格差がみられた。週1回の活動日に直近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行い、村部言語聴覚士と情報交換を行い摂食機能療法の適応になりそうな患者を病棟が偏ることのないようピックアップしている。対象者に対して部署の看護師に訓練を行ってもらえる様に、訓練内容を絵でベッドサイドに表示し、記録方法やコストの取り方について部署の看護師に指導を行ってきた。今後も効果的に行え、コストが落ちることのないよう、啓蒙に努めていく。2021年4月～2022年3月の「摂食機能療法（30分以上の場合）（185点/回）」の算定は、180回であった。

摂食嚥下委員会を月1回開催し、耳鼻科：森医師、大中管理栄養士、村部言語聴覚士の4名が参加し嚥下障害患者のケアカンファレンスを実施している。勉強会は「安全な食事介助とポジショニング」について、今年度は1部署しか行えなかった。必要性に応じて全部署に向けて行えるよう準備していく。

## 【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（3回/週）

ラウンドは火・木・金曜日で火曜日と金曜日は、岡江医師と認知症看護認定看護師で主に新規の介入依頼があった患者と関わりが困難な患者をラウンドした。（ラウンド対象者は平均 12～15 名程度）

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西 PT、井澤 MSW、寺田薬剤師、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、薬物療法についてカンファレンスを行い、その内容を岡江医師と認知症看護 CN が各病棟に行き、その日のマネジメントリーダーに伝えるという形式に変更した。カンファレンスの内容は、毎回記録に残して皆で共有できるようにしている。各病棟のリンクナースに毎週カンファレンスに参加してもらい、共にディスカッションすることで、認知症ケアの教育につなげている。

病棟から介入依頼がある患者の中で 8 割はせん妄を発症している患者であり、せん妄予防のためにパンフレットを作成して入退院支援センターで 75 歳以上の予定入院の方には配布してもらい、緊急入院の患者に対しては病棟でパンフレットを渡して、せん妄の準備因子に該当する患者に対して全員パンフレットに沿って、せん妄の概要と予防内容について説明している。パンフレットを用いて説明することは定着したが、まだまだせん妄予防までには至っておらず今後の課題である。

研修については、患者の安全を守るためにやむを得ず身体拘束を行っているが、なかなか解除することができない現状では見受けられる。令和 2 年度に行った安全ベルトに対する看護研究で当院では 100%の看護師が安全ベルトを行っている。しかし 94%の看護師が解除したいと思っているもののなかなか解除できないというジレンマを感じていることが明らかになった。そのため「毎日行っている身体拘束、あなたはジレンマを感じていませんか？」というテーマで研修を行った。ただ講義を聞いて解除に向けての事例検討を行うという研修ではなく、実際に研修中にミトンや安全ベルト・抑制帯等の身体拘束を受けながら研修を受講してもらった。実際に身体拘束を疑似体験してもらい患者の苦痛を知ること、解除に向けた検討を日々行ってほしいというねらいで行った。研修生からは「身体拘束を受けるのは本当に苦痛であった。見守りができるときなど、少しでも解除していきたい」という意見があったが、トピックス研修にしていたので受講した研修生のほとんどがラダーⅢ以下のナースであった。そのため次年度はラダーⅣのナースを対象に、この身体拘束の研修を同じように疑似体験をしてもらう形で行うことで、現場でリーダーシップを発揮して身体拘束解除に向けた検討が広がっていくことを期待する。

院内研修はほかに「BPSD（行動心理症状）とその対応方法について～パーソンセンタードケアの視点からのアプローチ～」というテーマで、時間外に 2 回研修を行い、約 60 名程度の参加があった。

出張講座は 5B 病棟で「認知症患者に対する薬物療法」について、勉強会をリンクナースしてもらい私はオブザーバーとして参加した。

院外研修はコロナ禍のためできていないが、薬剤会社のエイザイよりせん妄に対するケアについて Web で他施設の医師や認知症認定看護師とディスカッションを行った。

## 感染制御室

### 1. スタッフ

室長：窪田 剛

看護師：奥田 賢次

薬剤部：日野 友矢

臨床検査科：上野 宏徳

### 2. 基本理念

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

### 3. 基本方針

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

### 4. 活動実績

#### 1) 地域連携関連

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

(2)加算 1 加算 2 施設 情報交換 (年 4 回)

(3)南河内感染対策ネットワーク研修会参加 10/23

#### 2) 新型コロナウイルス感染症関連

(1)ワクチン接種 5/18～7/30 医療従事者・高齢者 8/2～10/23 富田林市民 2/7～3/31 3 回目接種

(2)発熱外来

3) 社会福祉施設・保育園等訪問 10 施設

#### 4) 職業感染対策関連

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・新型コロナウイルス感染症

#### 5) 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・耐性菌 (MRSA・ESBL・CD) 1 患者 1 日あたりの手指消毒回数

#### 6) 院内研修会

- ・新規採用看護師 標準予防策/感染経路別予防策
- ・看護補助者標準予防策研修
- ・委託業者研修
- ・新型コロナウイルス感染症対策
- ・ワクチン接種

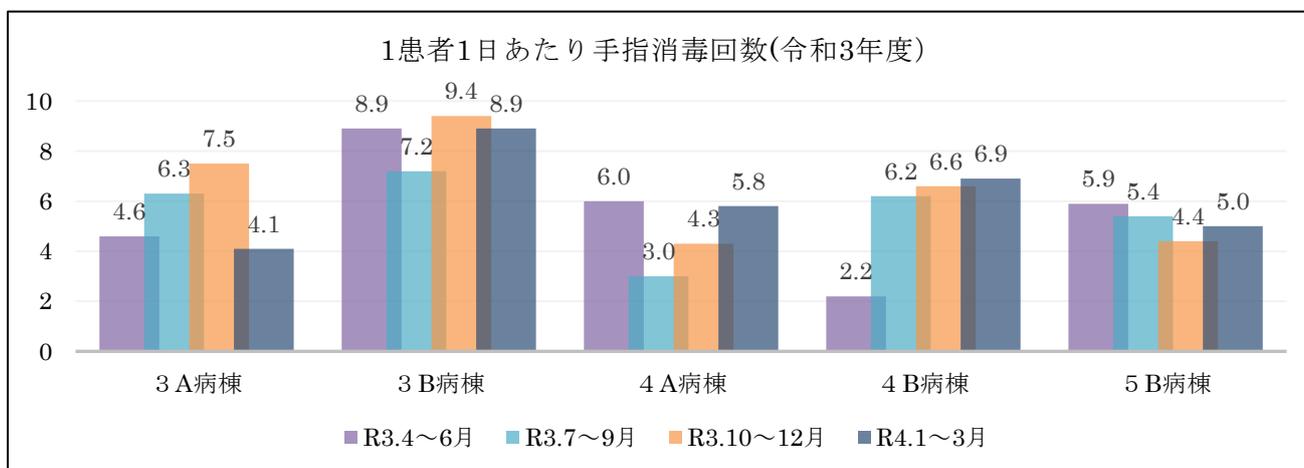
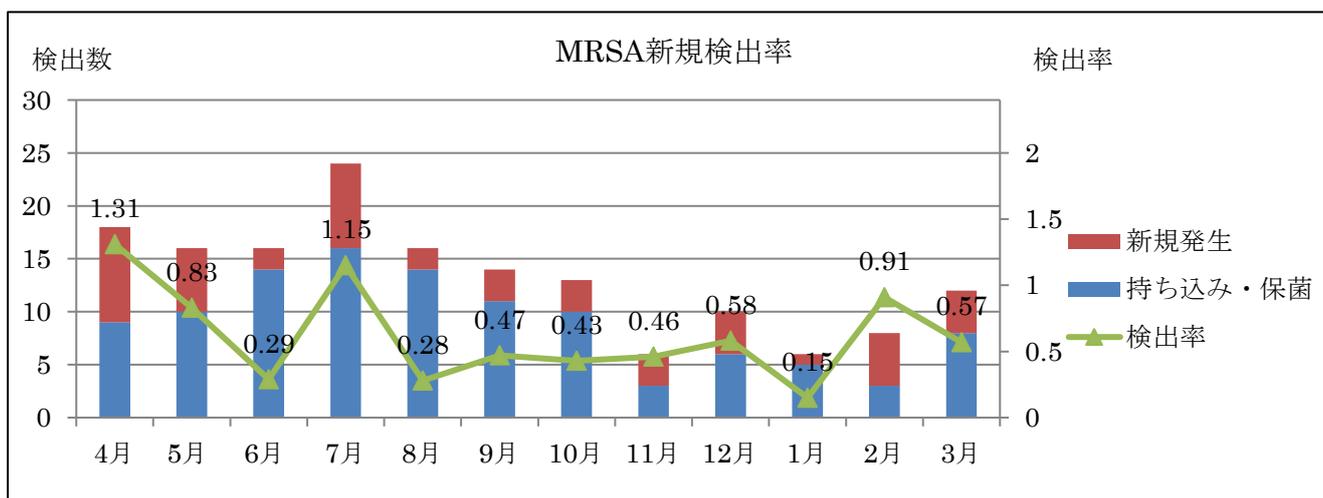
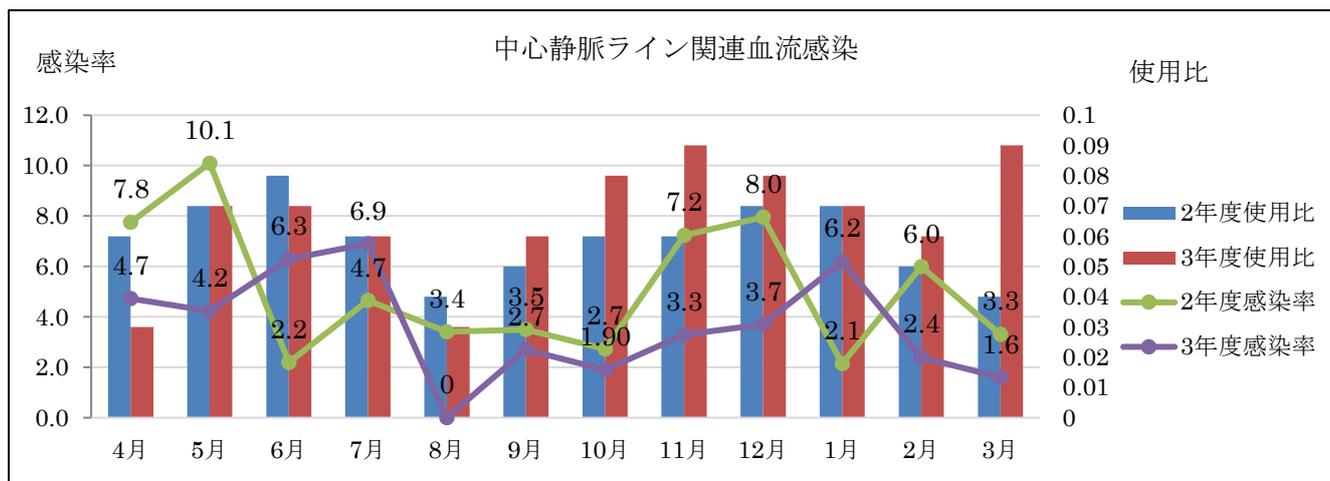
#### 7) 感染対策ラウンド

- ・感染コントロールチーム回診 (ICT) ・抗菌薬適正使用回診 (AST)
- ・感染対策環境評価ラウンド

#### 今後の取り組み

- ・医療関連感染の予防と早期発見、対応
- ・感染予防対策の改善と向上
- ・感染対策研修
- ・地域医療機関との連携

資料関係



## 医療安全管理室

### 1. 部署概要

#### 1) スタッフ

室長：山岡 伸行  
 副室長：谷口 貢  
 診療科医師：辻江 正樹  
 専従リスクマネージャー：磯邊 みどり  
 医療機器管理責任者：恩地 隆  
 医薬品管理責任者：吉田 尚史  
 医療放射線安全管理責任者：柳生 行伸  
 看護部：永井 園美  
 医療安全担当事務：中村 祐介

#### 2) 業務内容

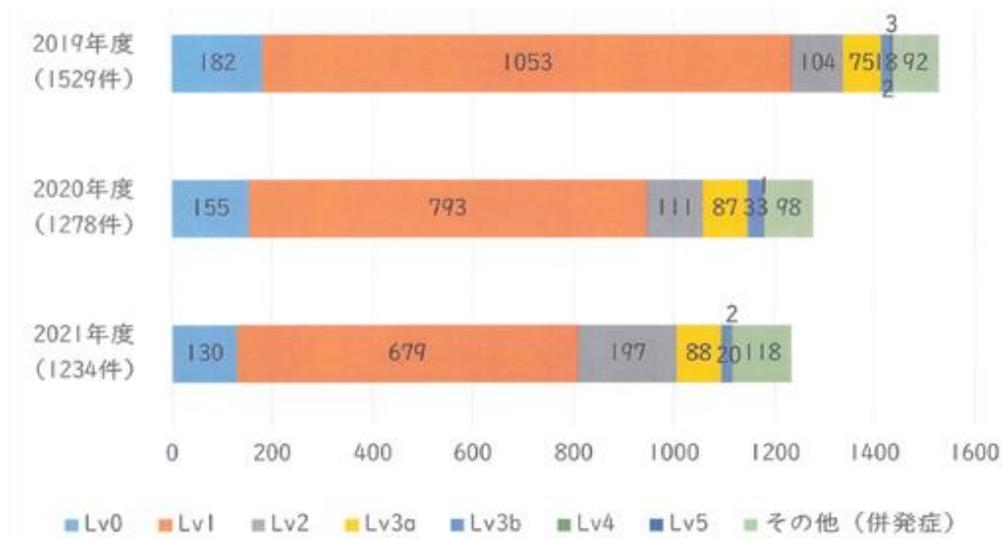
- (1) インシデント、アクシデントレポートの情報収集及び分析、対策立案
- (2) 院内での全死亡事例患者の確認及び報告
- (3) インシデント、アクシデント事例のスタッフへの通知（医療安全情報）
- (4) インシデント、アクシデント対策立案の評価
- (5) 医療安全管理のための教育研修の企画および実施
- (6) マニュアルの作成、修正
- (7) 現場ラウンド
- (8) 患者、家族、スタッフからの相談対応

### 2. 活動実績

#### 1) インシデントレポート報告状況

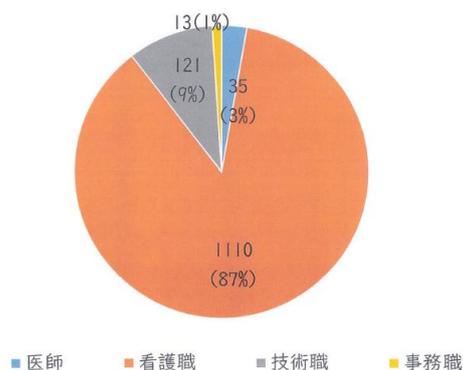
(1) インシデント、アクシデント報告件数（前年度比）

インシデント 1094 件（-52 件）、アクシデント 22 件（-9 件）、その他 118 件（+22 件）



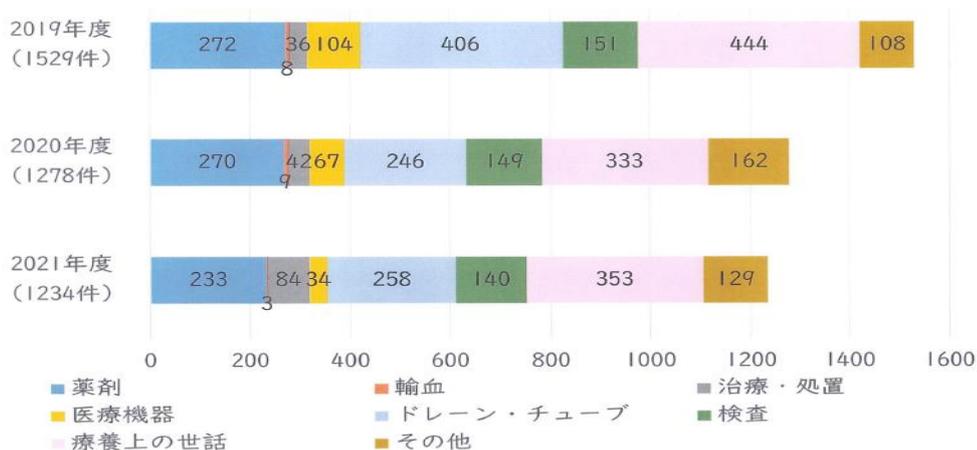
(2) 職種別報告件数（前年度比）

医師 35 件 (+13 件)、看護師 1110 件 (+14 件)、技術職 121 件 (-2 件)、事務職 13 件 (-24 件)



(3) 分類別報告件数

薬剤 233 件(-37 件)、輸血 3 件(-6 件)、治療・処置 84 件(+42 件)、医療機器 34 件(-33 件)、ドレーン・チューブ類 258 件(+12 件)、検査 140 件(-9 件)、療養上の世話 353 件(+20 件)、その他 129 件(-33 件)



2) 医療安全ニュース（医療安全情報）14 回

No	発行日	内容
26	第 1 号	4/20 経腸栄養コネクタ変更
27	第 2 号	6/18 ドロップフット（下垂足）
28	第 3 号	7/19 下肢動静脈血栓症
29	第 4 号	8/9 麻薬
30	第 5 号	8/16 アナフィラキシー
31	第 6 号	9/15 針指し
32	第 7 号	9/30 患者誤認
33	第 8 号	10/15 内服指示方法
34	第 9 号	10/29 画像、病理結果報告書の確認
35	第 10 号	11/29 詰所内への患者置き去り
36	第 11 号	12/15 非がん患者への麻薬使用
37	第 12 号	1/18 暴力対応

No		発行日	内容
38	第 13 号	2/1	免疫チェックポイント阻害剤
39	第 14 号	3/1	体調不良時の報告

#### 4) 研修

No	実施日	内容	対象
1	4/1	入職時オリエンテーション	入職者
2	4/16	ハイリスク薬剤「インスリン製剤」	看護部ラダー 1
3	6/9-6/16	中心静脈カテーテル挿入	医師
4	7/7	輸液管理「医療安全」	エキスパート
5	9/15	インシデント報告	富美が丘荘 20 名
6	9/17	SBAR	看護部ラダー3
7	1/5	CPC「胃食道接合部がん術後、大量出血」	全職員
8	1/14	PICC 挿入	医師
9	3/15-4/15	RRS (DVD)	全員

#### 5) 医療安全ラウンド（監査表を用いて監査）

	内容
6 月	手術室①、3B①、4A①
7 月	訪問看護①、5A①、
8 月	外来①
9 月	地域連携室①、5B①
10 月	血液浄化センター①、4B①、3A①
11 月	手術室②、3B②、5B②
12 月	訪問看護②、
3 月	5A②、地域連携室②、4B②、4A②、外来② リハビリ、薬剤部、放射線科、検査科

#### 6) 相談対応件数（前年比）

総数 128 件 (+38 件)

患者、家族からの相談件数 13 件 (+6 件)

スタッフからの相談件数 115 件 (+32 件)

#### 3. 2022 年度 活動予定

- (1) 医療安全マニュアル改訂
- (2) ウイルス性肝炎対策のためのシステム作り
- (3) 画像、病理報告書確認対策チーム活動

富田林病院年報  
2021 年度（令和 3 年度）  
令和 4 年 11 月発行

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