
大阪府済生会富田林病院 年報



2022年度
(令和4年度)

年報の発刊にあたって

院長 宮崎 俊一

コロナ禍の2021(令和3)年度に建替工事が完了して新たなスタートを切りましたが、2022(令和4)年度も新型コロナウイルス感染症が猛威をふるい、病院運営に大きな影響を受けた年度となりました。オミクロン株が大流行し、インフルエンザの感染も同時に広がりを見せるなど医療がひっ迫する状態が何度もなく繰り返されました。

また、感染の拡大とともに職員にも感染が広がる傾向もみられましたが、職員の感染対策の徹底により爆発的な感染には至らず、コロナの大波を乗り越えることができました。

当院では、感染者数が増えるなかでも入院患者の受け入れを継続して行い、発熱外来も維持して患者のニーズに応え、患者の負担を軽減できるように取り組んでまいりました。

2023年2月以降、全国的にも新型コロナウイルス感染症やインフルエンザが減少してきたことから、約3年ぶりにICLSコースを院内で開催しました。新型コロナウイルス感染症が5類に移行された5月以降はその他の院内研修も順次再開することと致しました。職員一同、医療の質の向上を目標により一層、切磋琢磨しております。

感染症はいつ発生するかわからないという危機感を持って職員一同、日ごろの感染予防対策を徹底するとともに、万一の場合でも安全安心な医療を提供できるように体制を整備していくことに努めてまいります。また、地域の医療機関や福祉施設との合同研修の開催等の連携を通して、地域の感染対策、感染予防に貢献してまいります。

令和5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	.....	12
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	.....	12
3). 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ	.....	13
4). 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ	.....	13
5). 外来及び入院の月別 1 日平均患者数の推移	.....	14
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	.....	15
7). 平均在院日数の年度推移	.....	16
8). 病床利用率の年度推移	.....	16
9). 救急車搬送患者数 (年度別・月別)	.....	17
10). 手術件数 (年度別・月別)	.....	18
11). 紹介患者数・紹介率	.....	19
12). 逆紹介患者数・紹介率	.....	20
13). 内視鏡件数 (年度別・月別)	.....	21
14). 人工腎臓件数 (年度別)	.....	21
15). 減免取扱患者数	.....	22
16). 患者送迎バス利用状況	.....	23
17). がん登録統計	.....	24
18). 国際疾病分類統計 (I C D - 1 0 別退院患者数)	.....	24
19). 職員の健康診断受診率	.....	25
20). 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	.....	40
2. 臨床検査科	.....	43
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	.....	66
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	.....	96
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5年3月31日現在)

1. 施設の概要

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

2. 開設者

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

3. 診療科目

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

4. 受付時間

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

救急診療 内科・外科（24時間受付）

休診日 日曜・祝日・第三土曜・年末年始（12/29～1/3）

5. 病床数

260床（一般病床260床）

6. 病棟

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

7. 外来等

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

I - 2. 大阪府済生会富田林病院 沿革略年表

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

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

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

I - 3. 指定・認定

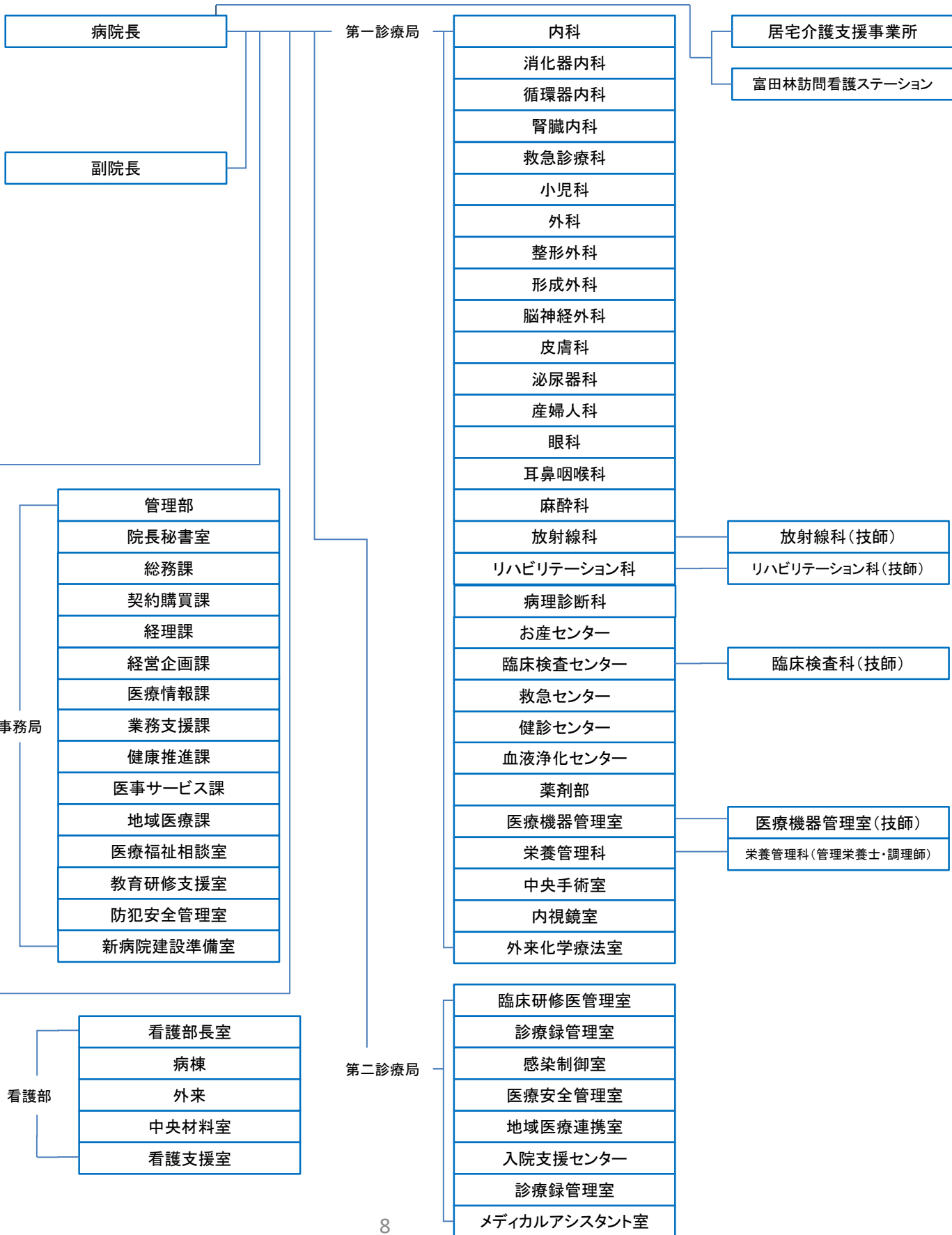
〈指定医療機関〉

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

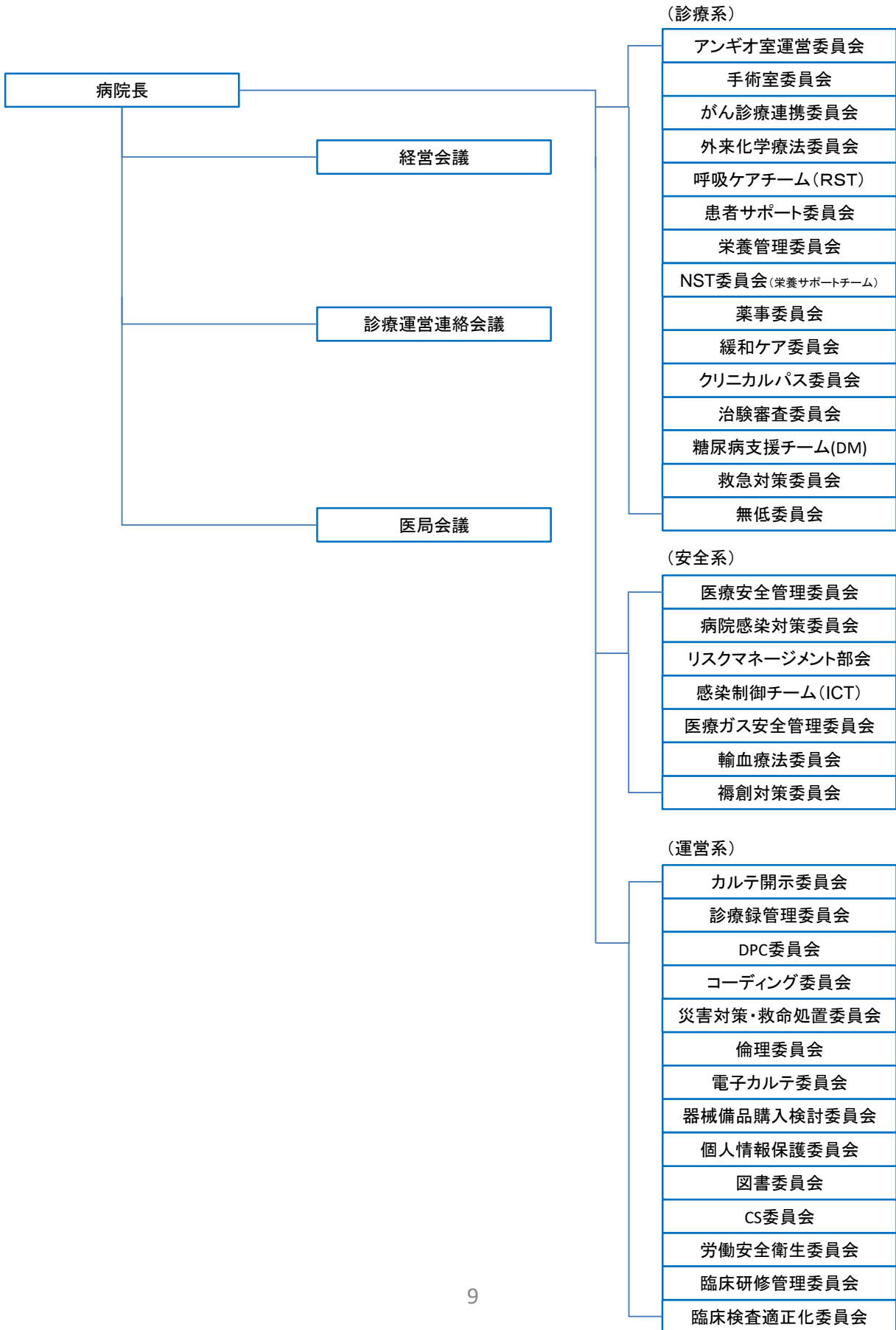
〈各種学会認定医制度研修施設〉

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

I-4. 組織図



I-5. 院内管理体制



各種会議・委員会 担当表 (2022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	柳生										
7	労務改善委員会	今西	総務課	永井							岩瀬・井添・前田	
8	CS委員会	畑中	総務課	今村 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	渡邊					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					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	窪田	医療機器管理室	坂元 田中 石井 鈴木 山本 高野 山口	黒田		渋谷	恩地	衣田	大中	三橋	
13	緩和ケア委員会	窪田	看護支援室(認定看護)	多田 池野 畑 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					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	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(茨木)・阪本(さやま)・前田(順心会)・岡田(近大)・工藤(西小樽)・和田(小樽)
18	がん診療連携委員会	辻江	地域医療課	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	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		國弘					前田・木林・大井	
27	コーディング検討部会	今西	診療録管理室	永井		國弘					前田・木林・大井	
28	電子カルテ運営部会	今西	医療情報課	永井 森寄		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					前田・大井・木林	
30	クリニカルパス委員会		診療録管理室	小田 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・鎌田	
32	器械備品購入検討委員会	今西	契約購買課	六波羅			松本				岩瀬・岡本・舟橋	
33	薬事委員会	今西	薬剤部	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	白井	田中				吾妻	
35	病床管理委員会	六波羅	看護部	六波羅							前田・吉松・木林	
36	地域包括ケア病棟運営部会	六波羅	看護部	六波羅								
37	地域包括ケア連携委員会	更谷	医療福祉相談室	吉田 山下					加島		新田・吉松・井澤・和田	須田(富美ヶ丘)・二宮(富美ヶ丘)
38	児童虐待防止部会	柳田	医療福祉相談室	加藤(雪) 加藤(一)							吉松・徳永	
39	無低委員会	山岡	医療福祉相談室	六波羅							辻・新田・岡本・吉松・溝口	
40	治験審査委員会	柳生	薬剤部	永井	吉田	國弘					岩瀬	
	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	

2022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4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)

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	2018年度		2019年度		2020年度		2021年度		2022年度	
	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数	初診数	再診数
内科	2,036	18,139	1,444	16,961	1,779	15,212	3,547	16,389	4,552	17,301
循環器内科	1,677	13,609	1,841	15,346	1,571	15,344	1,271	14,124	1,292	13,865
腎臓内科	193	14,137	448	15,719	865	15,850	609	14,738	611	14,322
消化器内科	3,705	13,729	4,015	14,782	3,205	13,001	2,914	12,794	3,010	13,519
小児科	6,074	5,158	5,822	5,471	2,011	4,167	3,252	5,017	4,175	5,601
外科	1,492	10,223	1,407	10,352	1,069	9,249	728	9,356	695	9,449
整形外科	2,775	25,944	2,279	24,731	2,177	21,371	2,287	19,818	2,425	21,079
産婦人科	1,118	5,927	1,192	5,798	861	5,084	569	3,755	536	3,854
泌尿器科	808	12,207	867	12,470	935	12,328	795	11,425	824	11,680
眼科	861	15,101	931	14,731	732	13,053	747	11,911	763	11,756
耳鼻咽喉科	1,860	8,711	1,230	8,362	900	6,528	1,016	6,101	1,045	6,288
脳外科	167	1,560	144	1,608	156	1,245	191	1,091	181	1,137
放射線科	1,893	36	1,928	92	1,595	247	1,691	552	1,753	618
皮膚科	2,131	15,020	1,943	15,662	1,771	12,431	1,262	7,538	1,550	8,184
形成外科	88	711	67	526	63	481	93	747	112	750
全科	26,878	160,212	25,558	162,611	19,690	145,591	20,972	135,356	23,524	139,403

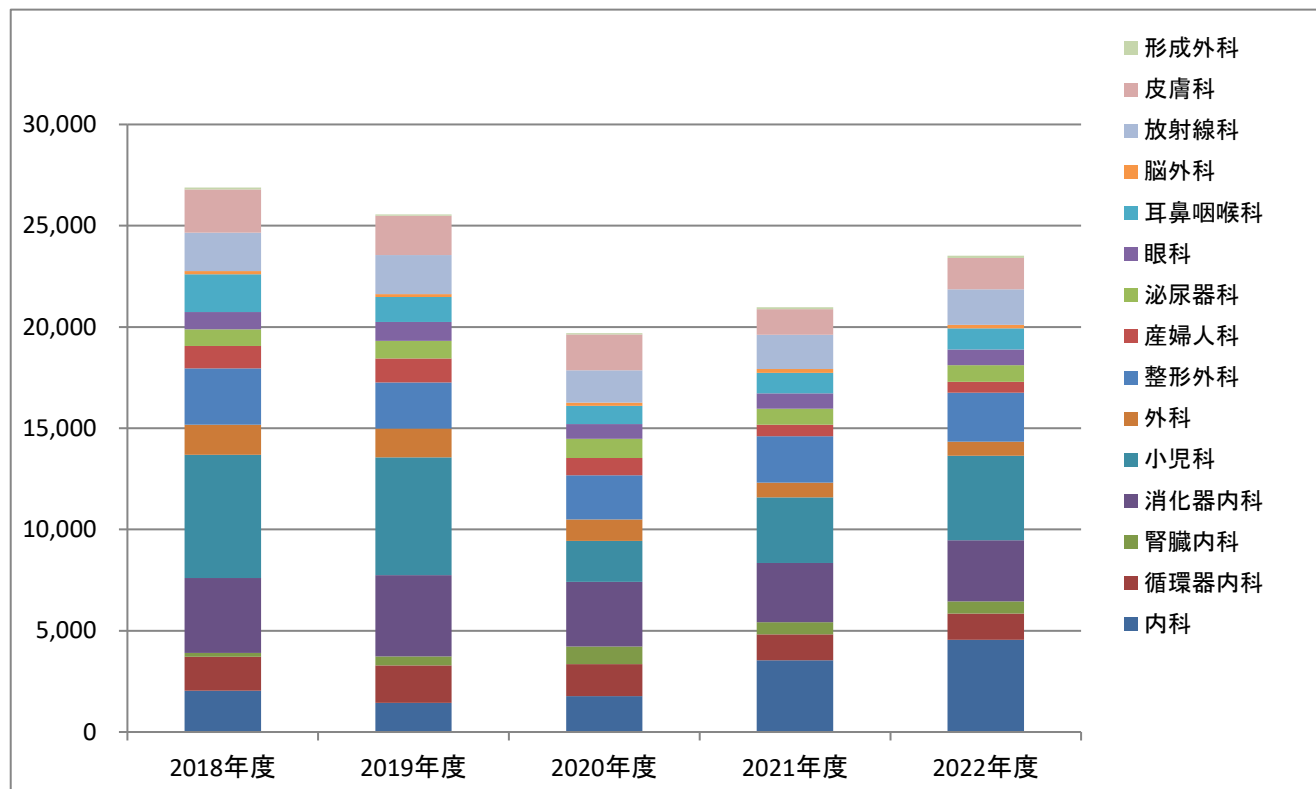
* 2017年度より透析患者を内科から腎臓内科に変更しました。

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

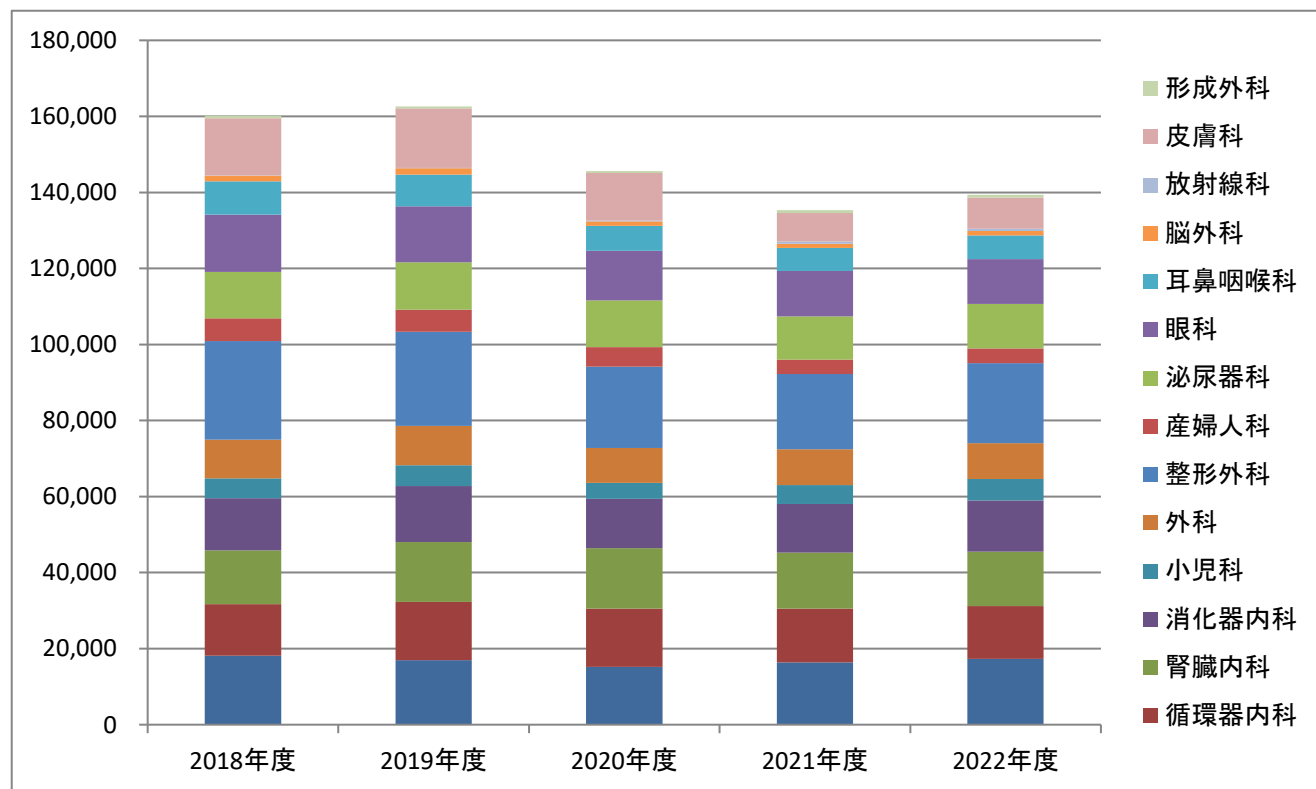
(単位 : 人)

診療科	2018年度		2019年度		2020年度		2021年度		2022年度	
	延患者数	1日平均	延患者数	1日平均	延患者数	1日平均	延患者数	1日平均	延患者数	1日平均
内科	20,175	72.1	18,405	65.5	16,991	60.5	16,389	58.3	17,301	61.6
循環器内科	15,286	54.6	17,187	61.2	16,915	60.2	14,124	50.3	13,865	49.9
腎臓内科	14,330	51.5	16,167	57.5	16,715	59.5	14,738	52.6	14,322	51.9
消化器内科	17,434	63.2	18,797	66.9	16,206	57.7	12,794	45.5	13,519	48.1
小児科	11,232	40.3	11,293	40.2	6,178	22.0	5,017	17.9	5,601	21.2
外科	11,715	41.8	11,759	41.8	10,318	36.7	9,356	33.3	9,449	33.7
整形外科	28,719	102.6	27,010	96.1	23,548	83.8	19,818	70.5	21,079	75.0
産婦人科	7,045	25.9	6,990	24.9	5,945	21.2	3,755	13.4	3,854	13.7
泌尿器科	13,015	46.6	13,337	47.5	13,263	47.2	11,425	40.7	11,680	41.6
眼科	15,962	57.6	15,662	55.7	13,785	49.1	11,911	42.4	11,756	42.1
耳鼻咽喉科	10,571	38.4	9,592	34.1	7,428	26.4	6,101	21.7	6,288	22.5
脳外科	1,724	17.8	1,752	6.2	1,401	14.6	1,091	11.1	1,137	12.1
放射線科	1,929	6.9	2,020	7.2	1,842	6.6	552	2.0	618	2.2
皮膚科	17,151	61.3	17,605	62.7	14,202	50.5	7,538	26.8	8,184	29.3
形成外科	799	8.9	593	2.1	544	6.2	747	7.9	750	8.6
全科	187,087	668.2	188,169	669.6	165,281	588.2	135,356	481.7	139,403	496.1

3, 診療科別の初診外来患者数の年度推移グラフ

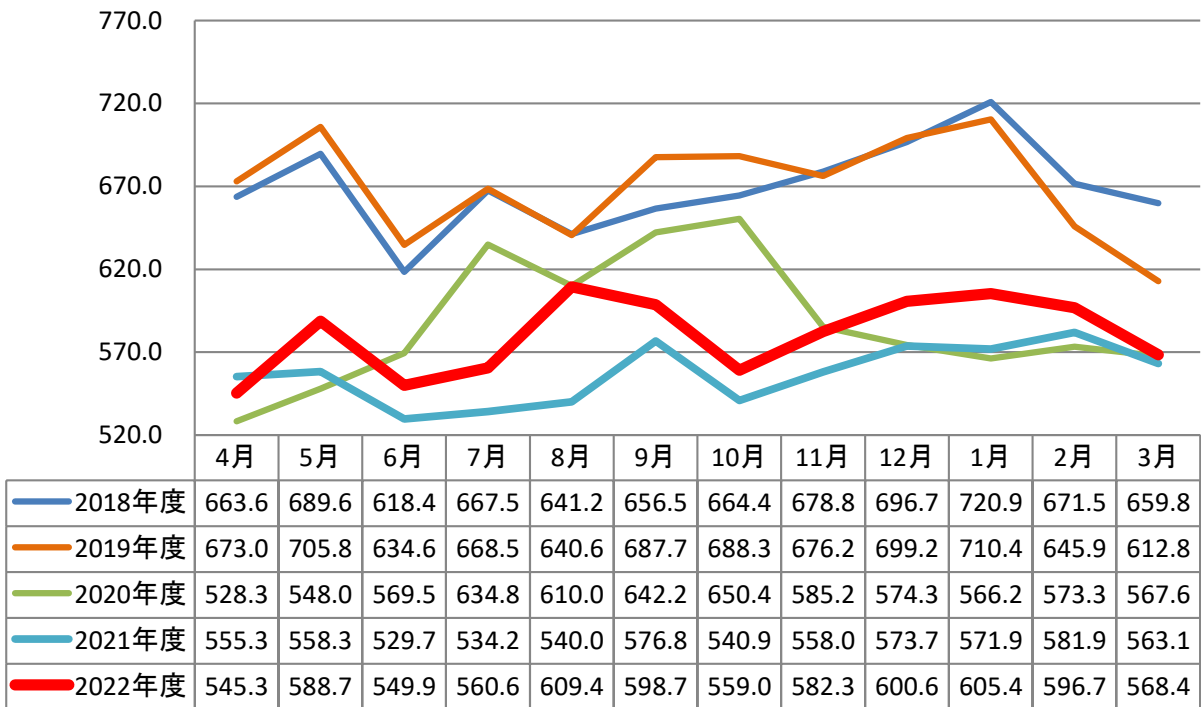


4, 診療科別の再診外来患者数の年度推移グラフ

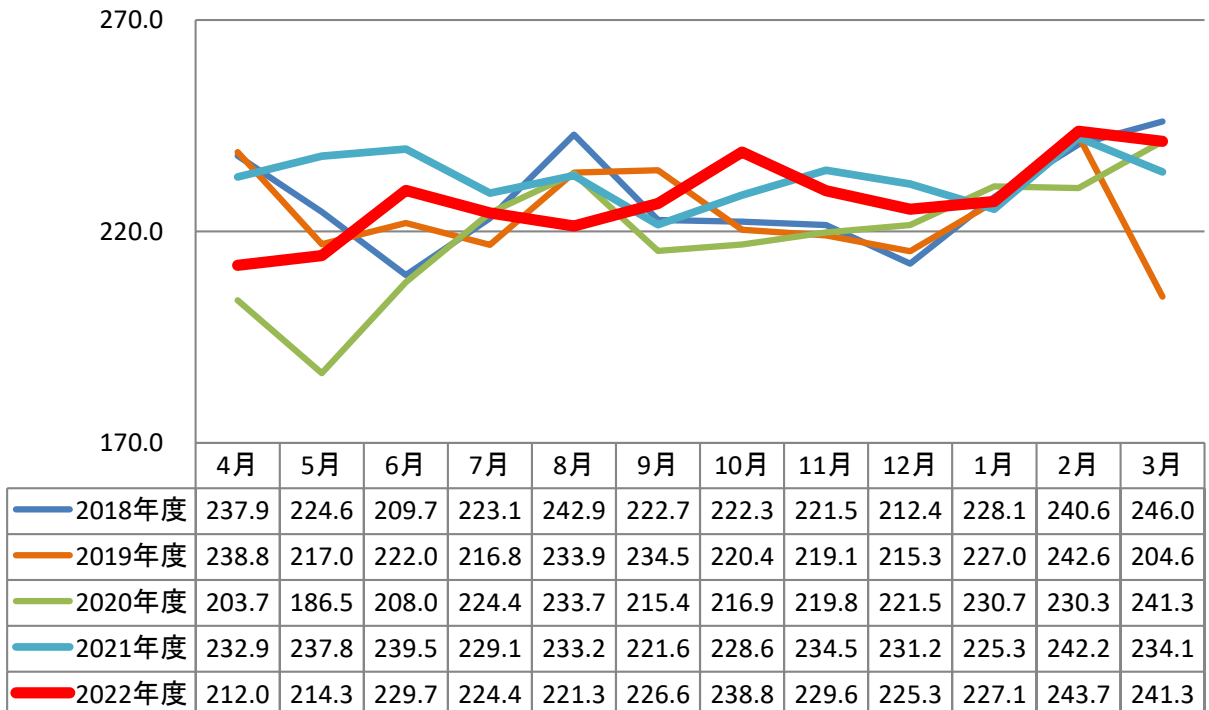


5, 外来及び入院の月別1日平均患者数の推移

年度別月別1日平均患者数(外来)



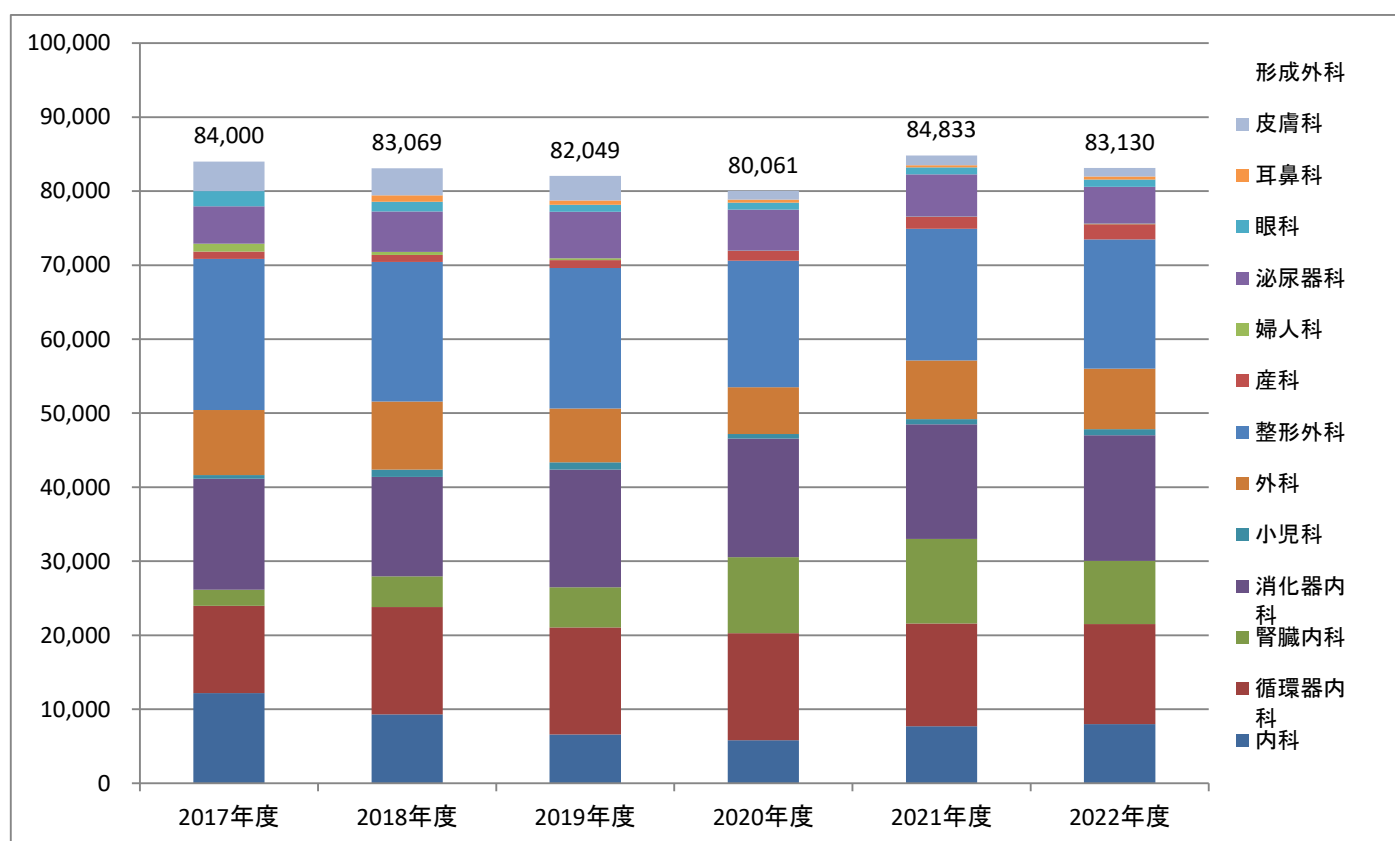
年度別月別1日平均患者数(入院)



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)

	2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		2021年度		2022年度	
	延患者	1日平均	延患者	1日平均	延患者	1日平均	延患者	1日平均	延患者	1日平均	延患者	1日平均
内科	12,159	33.3	9,317	25.5	6,594	18.0	5,819	15.9	7,708	21.1	7,979	21.9
循環器内科	11,806	32.3	14,482	39.7	14,440	39.5	14,455	39.6	13,874	38.0	13,546	37.1
腎臓内科	2,188	6.0	4,138	11.3	5,444	14.9	10,276	28.2	11,407	31.3	8,531	23.4
消化器内科	14,989	41.1	13,470	36.9	15,900	43.4	16,002	43.8	15,509	42.5	16,966	46.5
小児科	488	1.3	972	2.7	971	2.7	636	1.7	710	1.9	829	2.3
外科	8,807	24.1	9,218	25.3	7,294	19.9	6,304	17.3	7,918	21.7	8,184	22.4
整形外科	20,398	55.9	18,835	51.6	18,955	51.8	17,123	46.9	17,796	48.8	17,449	47.8
産科	978	2.7	936	2.6	1,074	2.9	1,283	3.5	1,583	4.3	2,040	5.6
婦人科	1,107	3.0	442	1.2	259	0.7	55	0.2	65	0.2	93	0.3
泌尿器科	5,033	13.8	5,434	14.9	6,301	17.2	5,548	15.2	5,718	15.7	4,975	13.6
眼科	2,061	5.6	1,342	3.7	941	2.6	946	2.6	941	2.6	963	2.6
耳鼻科			866	2.4	553	1.5	419	1.1	284	0.8	406	1.1
皮膚科	3,986	10.9	3,617	9.9	3,323	9.1	1,195	3.3	1,320	3.6	1,169	3.2
形成外科	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
全科	84,000	230.1	83,069	227.6	82,049	224.2	80,061	219.3	84,833	232.4	83,130	227.8



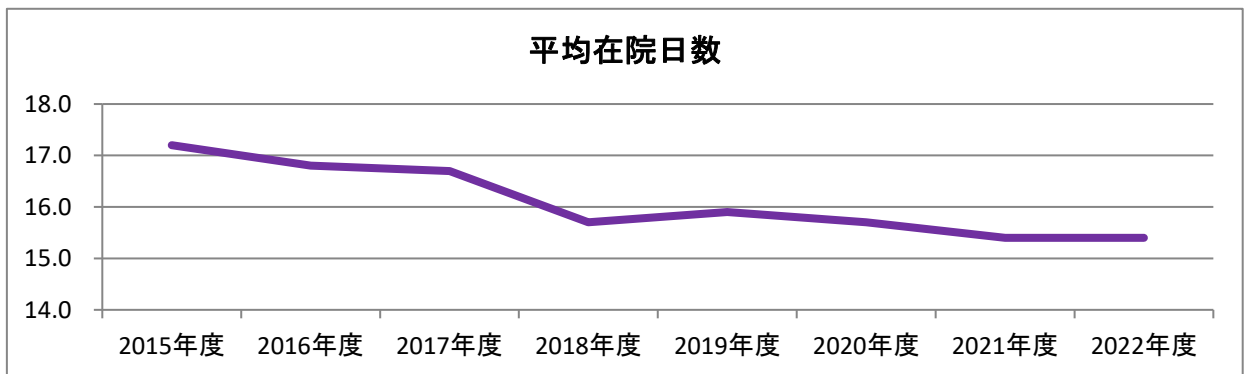
7, 平均在院日数の年度推移

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	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
年間延べ数	64,506	81,391	84,000	83,069	82,049	80,061	84,833	83,130
年間新入院患者数	3,761	4,864	5,012	5,288	5,149	5,124	5,480	5,423
年間退院患者数	3,761	4,838	5,025	5,266	5,187	5,073	5,514	5,387
平均在院日数	17.2	16.8	16.7	15.7	15.9	15.7	15.4	15.4



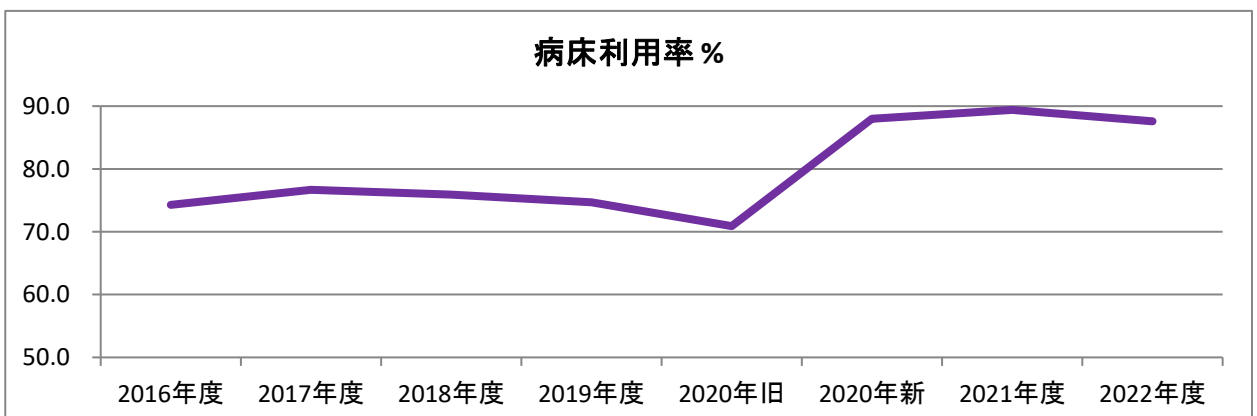
8, 病床利用率の年度推移

分子：年間延べ数×100

分母：許可病床数×年間診療実日数

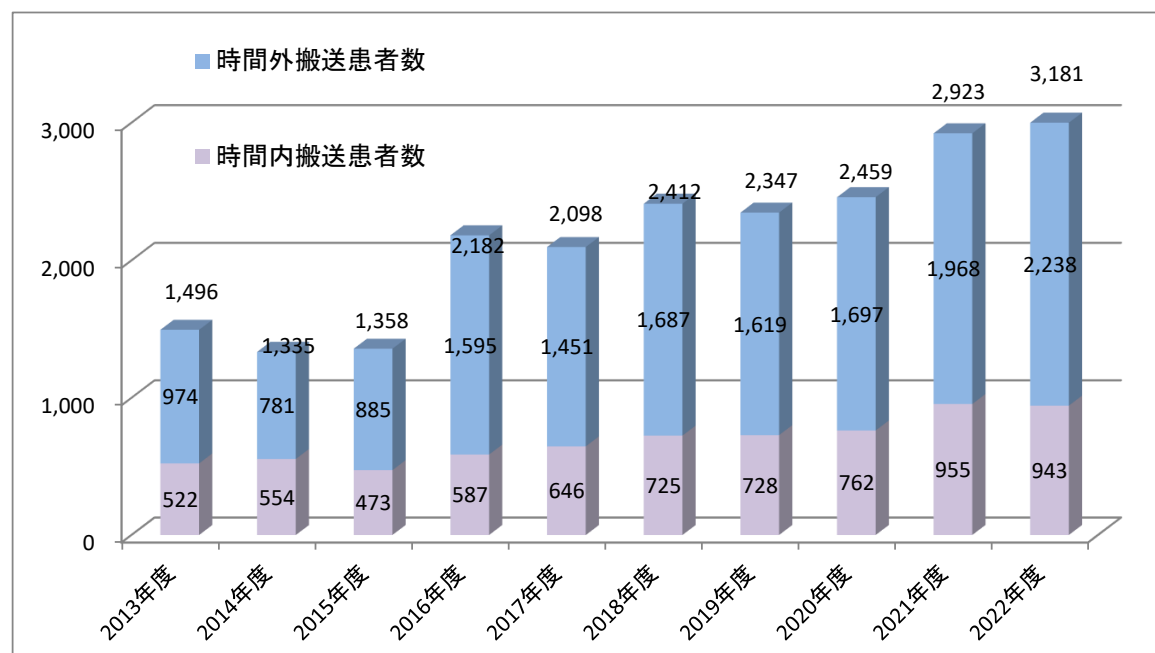
病床利用率は、病床がどれだけ利用されているかを示す数値です。数値が高いほど効率よく病床が利用されていることを表します。
当院の許可病床は300床(稼動病床251)でしたが、2020年11月新病院への移転に伴い許可病床260床となり、利用率はあがってきています。

	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	2022年度
年間延べ数	81,391	84,000	83,069	82,049	45,519	34,542	84,833	83,130
許可病床数	300	300	300	300	300	260	260	260
年間実日数	365	365	365	366	214	151	365	365
病床利用率 %	74.3	76.7	75.9	74.7	70.9	88.0	89.4	87.6



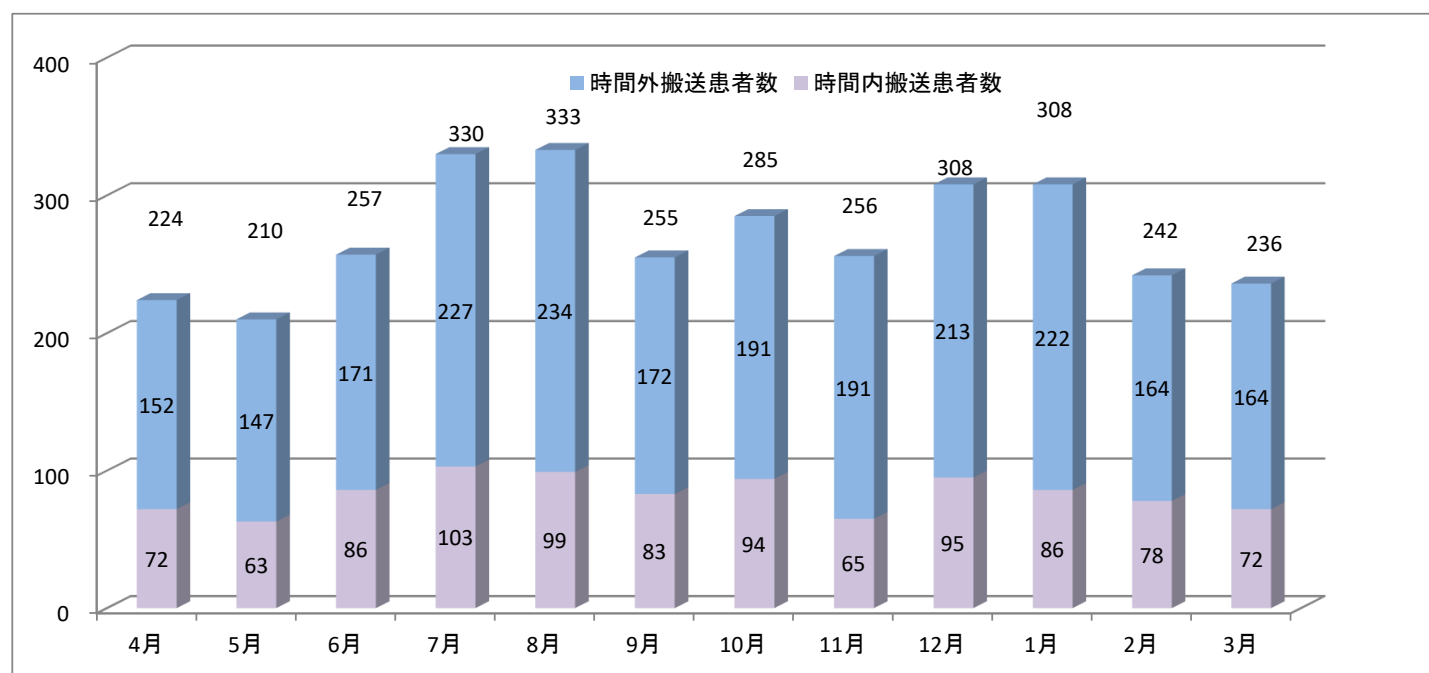
9、救急車搬送患者数（年度別・月別）

年度別	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
時間内搬送患者数	522	554	473	587	646	725	728	762	955	943
時間外搬送患者数	974	781	885	1,595	1,451	1,687	1,619	1,697	1,968	2,238
救急搬送患者数	1,496	1,335	1,358	2,182	2,098	2,412	2,347	2,459	2,923	3,181



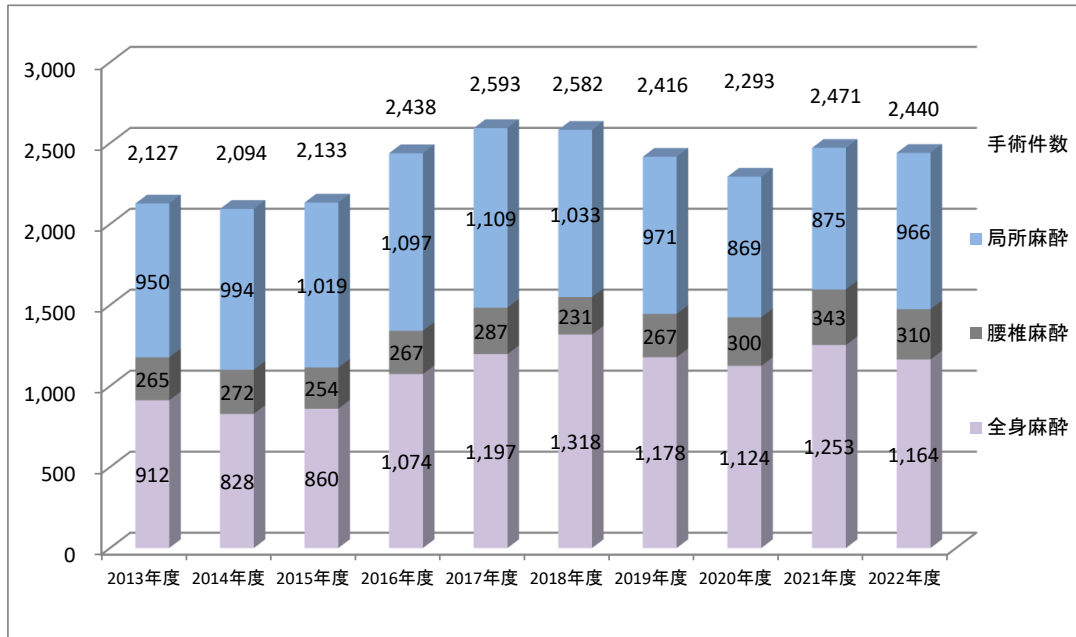
救急搬送患者数は、救急車によって搬送された患者さんの人数を示したものです。当院は大阪府南河内二次医療圏の救急指定病院として救急患者さんを受け入れております。2022年度は前年よりも258件増加しました。

月別	2022年									2023年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
時間内搬送患者数	72	63	86	103	99	83	94	65	95	86	78	72
時間外搬送患者数	152	147	171	227	234	172	191	191	213	222	164	164
救急搬送患者数	224	210	257	330	333	255	285	256	308	308	242	236



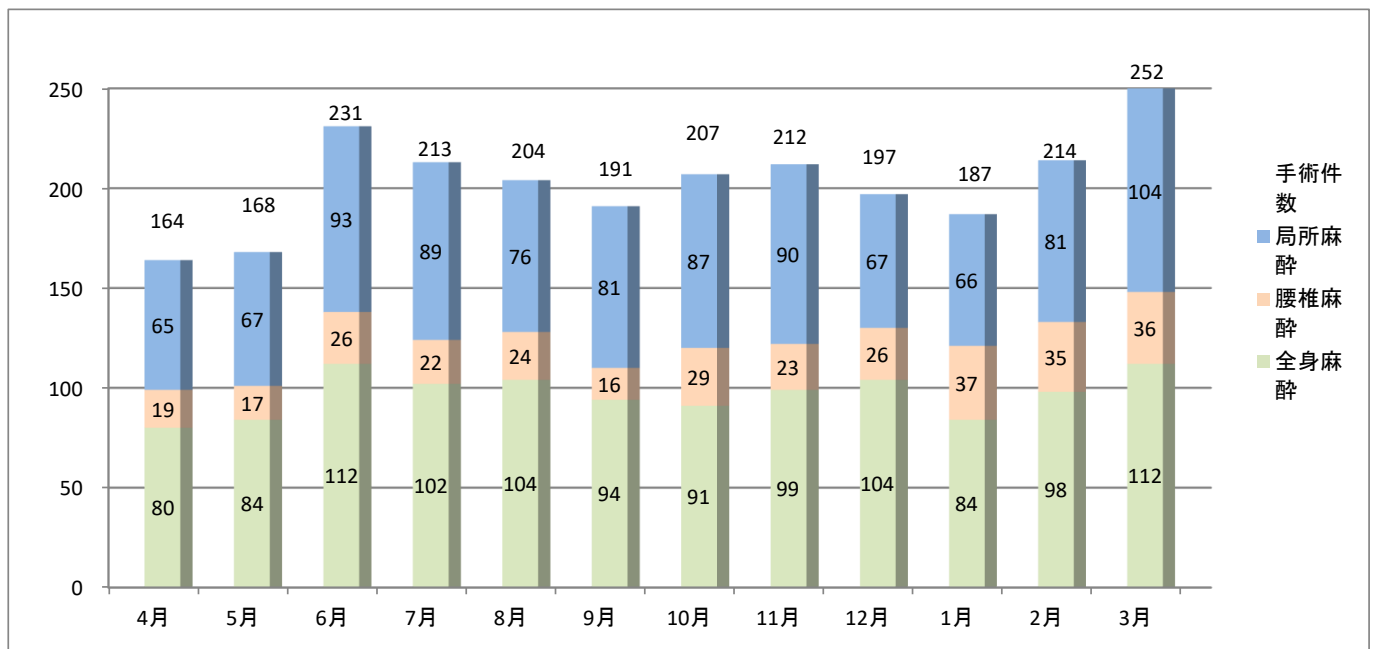
10、手術件数の（年度別・月別）

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	2022年度
全身麻酔	912	828	860	1,074	1,197	1,318	1,178	1,124	1,253	1,164
腰椎麻酔	265	272	254	267	287	231	267	300	343	310
局所麻酔	950	994	1,019	1,097	1,109	1,033	971	869	875	966
手術件数	2,127	2,094	2,133	2,438	2,593	2,582	2,416	2,293	2,471	2,440



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、2293件になりました。2022年度は2440件でした。

月別	2022年									2023年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
全身麻酔	80	84	112	102	104	94	91	99	104	84	98	112
腰椎麻酔	19	17	26	22	24	16	29	23	26	37	35	36
局所麻酔	65	67	93	89	76	81	87	90	67	66	81	104
手術件数	164	168	231	213	204	191	207	212	197	187	214	252



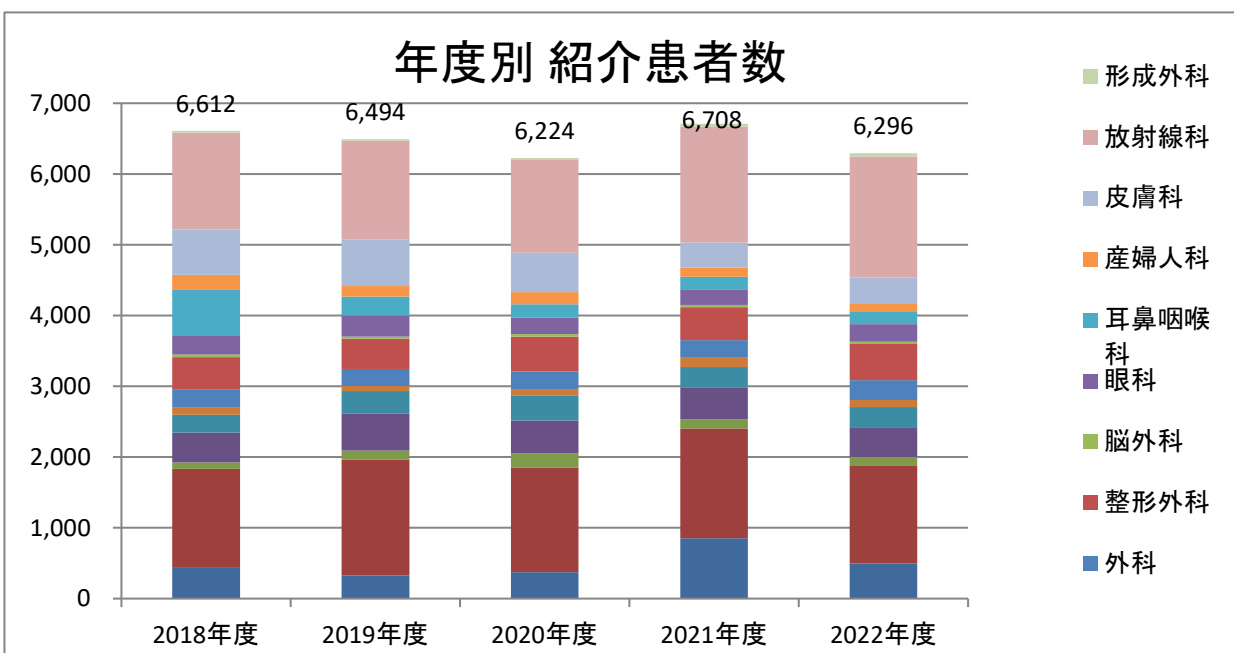
1 1, 紹介患者数と紹介率

紹介率の計算方法

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

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、患者さんにとってベスト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				
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
内科	445	328	371	854	493	39.7	36.3	39.8	100.0	74.3
消化器内科	1,387	1,639	1,482	1,548	1,389	51.0	50.9	48.7	54.8	48.1
腎臓内科	91	127	202	135	120	55.8	44.1	26.4	23.6	20.7
循環器内科	421	519	464	441	422	51.7	52.0	33.6	38.0	35.1
泌尿器科	253	318	344	296	285	38.8	44.2	48.6	47.9	44.4
小児科	99	73	90	129	99	7.0	7.0	21.0	17.3	14.3
外科	253	242	255	251	279	20.0	20.6	30.9	51.1	53.2
整形外科	462	423	493	463	519	23.6	26.9	41.3	39.4	41.9
脳外科	38	32	35	31	22	24.4	22.5	24.3	17.9	13.8
眼科	262	301	237	215	250	31.6	33.1	36.1	32.1	34.8
耳鼻咽喉科	653	267	187	184	174	35.9	22.0	23.0	21.0	20.0
産婦人科	210	148	169	130	110	19.5	12.5	21.8	25.2	24.9
皮膚科	644	656	558	357	378	32.2	36.0	34.2	30.5	25.8
放射線科	1,364	1,395	1,314	1,637	1,710	78.8	74.1	84.4	99.8	101.1
形成外科	30	26	23	37	46	37.5	40.6	47.3	45.2	45.1
合計	6,612	6,494	6,224	6,708	6,296	37.2	37.9	50.3	54.0	48.3



1 2, 逆紹介患者数と逆紹介率

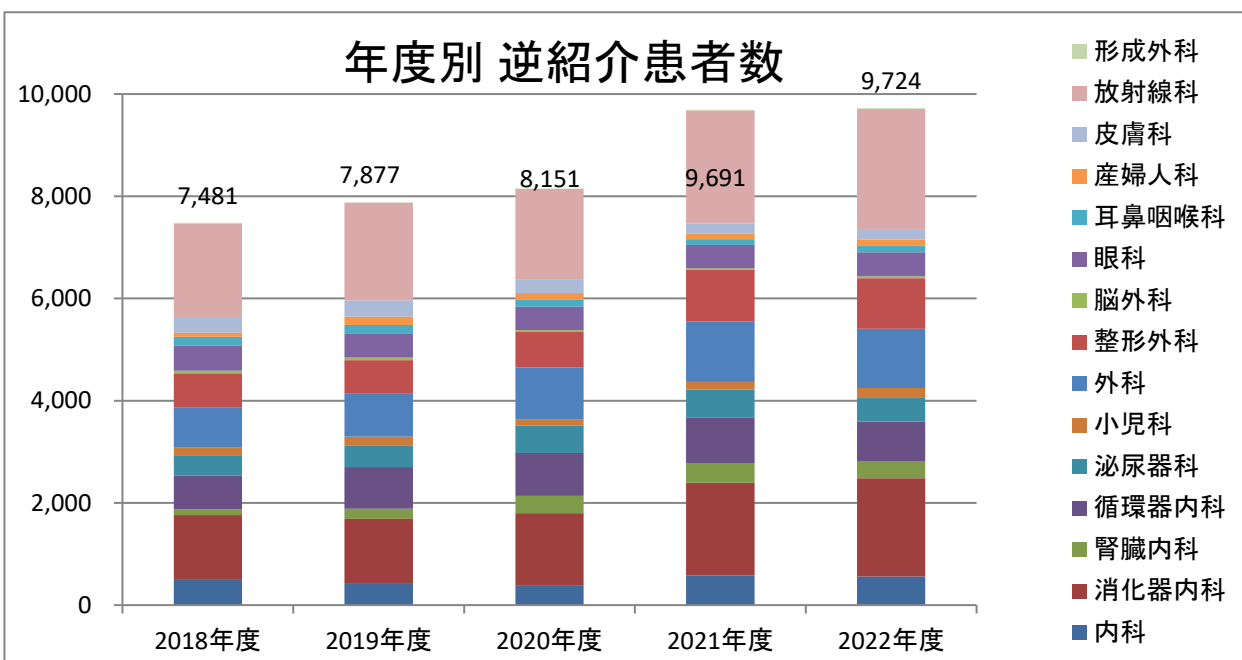
逆紹介率の計算方法

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

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

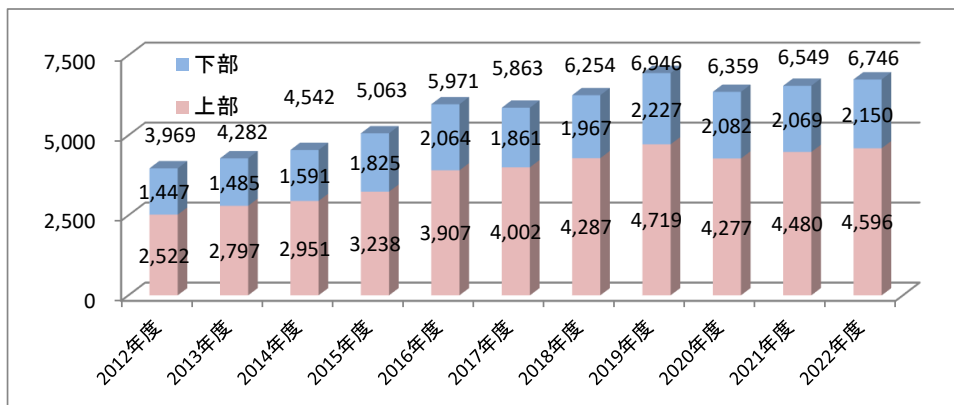
逆紹介率は、当院から他の医療機関へ紹介状を作成し、受診いただいた患者さんの割合をしめしたものです。患者さんの症状にあわせて、必要な治療や検査を行える病院を紹介したり、患者さんがお住まいの地域の開業医の先生を紹介する事で患者さんのニーズに合わせた医療機関の連携を図っています。

逆紹介患者数	逆紹介患者数					逆紹介率				
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
内科	509	414	376	576	558	38.4	40.2	37.5	66.2	36.4
消化器内科	1,254	1,270	1,423	1,820	1,926	43.4	37.1	46.8	64.4	66.7
腎臓内科	110	204	336	375	338	63.8	63.9	43.9	65.2	58.4
循環器内科	668	815	840	897	768	75.3	75.7	60.8	76.8	63.9
泌尿器科	391	425	540	549	464	55.7	53.4	68.0	78.0	63.8
小児科	160	165	111	149	194	11.3	15.7	13.8	11.8	12.5
外科	782	840	1,026	1,187	1,159	59.8	66.2	70.5	206.4	198.8
整形外科	663	660	692	1,004	991	31.9	39.1	43.6	59.1	55.7
脳外科	47	49	35	33	35	29.5	32.4	24.3	18.4	21.1
眼科	488	467	457	455	471	58.5	50.6	68.5	63.9	64.3
耳鼻咽喉科	176	172	140	115	126	9.5	13.9	16.7	11.7	12.8
産婦人科	86	164	133	112	123	7.8	13.8	16.3	21.1	25.1
皮膚科	303	316	253	196	192	13.9	14.9	15.3	16.2	12.8
放射線科	1,830	1,912	1,781	2,208	2,363	103.6	99.5	114.5	134.3	139.7
形成外科	14	4	8	15	16	17.5	6.3	15.4	17.9	15.7
合計	7,481	7,877	8,151	9,691	9,724	39.9	43.3	55.4	64.5	58.9



1 3, 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	2022年度
上部	2,522	2,797	2,951	3,238	3,907	4,002	4,287	4,719	4,277	4,480	4,596
下部	1,447	1,485	1,591	1,825	2,064	1,861	1,967	2,227	2,082	2,069	2,150
内視鏡計	3,969	4,282	4,542	5,063	5,971	5,863	6,254	6,946	6,359	6,549	6,746

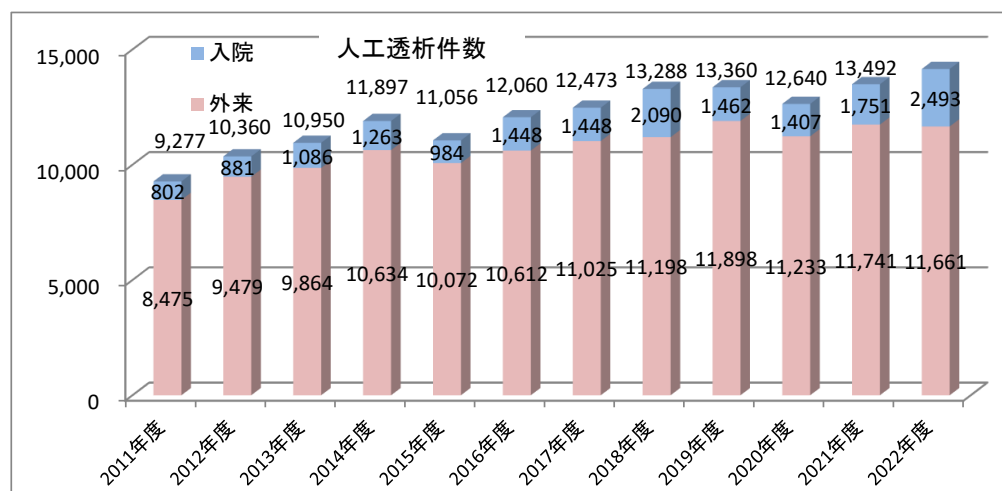


上部内視鏡検査は胃カメラ以外にENBD(内視鏡的経鼻胆道ドレナージ)、EST(内視鏡的乳頭筋切開術)、PEG交換、PEG造設等を行っています。下部内視鏡では約1/3が大腸ポリペクトミーを施行しています。2022年度は上部で116件、下部で81件増加しました。

月別	2022年									2023年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
上部	341	385	407	306	395	396	404	409	356	372	367	458
下部	183	188	199	123	198	191	193	180	168	162	179	186
内視鏡計	524	573	606	429	593	587	597	589	524	534	546	644

1 4, 人工腎臓件数 (年度別)

年度別	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
外来	8,475	9,479	9,864	10,634	10,072	10,612	11,025	11,198	11,898	11,233	11,741	11,661
入院	802	881	1,086	1,263	984	1,448	1,448	2,090	1,462	1,407	1,751	2,493
透析計	9,277	10,360	10,950	11,897	11,056	12,060	12,473	13,288	13,360	12,640	13,492	14,154

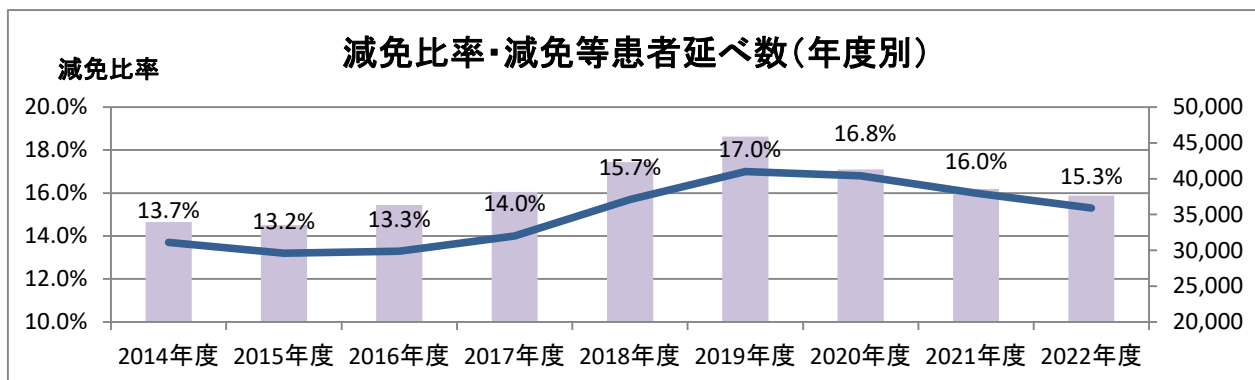


血液浄化センター内で実施した人工腎臓実施数です。人工腎臓は約2/3がHD(人工透析)、約1/3がO-HDF(オンライン人工透析濾過)となります。その他にECUM(限外濾過)も少数実施しています。外来は外来通院患者の人工腎臓実施数、入院は入院患者の人工腎臓実施数となります。

月別	2022年									2023年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
外来	1036	984	973	954	1017	983	962	962	998	983	866	943
入院	186	144	199	226	269	200	168	174	264	248	175	240
透析延べ数	1222	1128	1172	1180	1286	1183	1130	1136	1262	1231	1041	1183

15, 減免取扱患者数

年度別	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
取扱患者延べ数	247,997	254,802	274,123	272,590	270,159	270,218	245,342	241,166	246,040
減免等患者延べ数	33,938	33,514	36,343	38,159	42,302	45,900	41,320	38,590	37,631
減免比率	13.7%	13.2%	13.3%	14.0%	15.7%	17.0%	16.8%	16.0%	15.3%



2022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
2022年4月	13,081	6,359	19,440
2022年5月	12,952	6,644	19,596
2022年6月	13,753	6,892	20,645
2022年7月	13,454	6,956	20,410
2022年8月	15,235	6,861	22,096
2022年9月	13,769	6,798	20,567
2022年10月	13,415	7,403	20,818
2022年11月	13,393	6,888	20,281
2022年12月	13,813	6,985	20,798
2023年1月	13,319	7,040	20,359
2023年2月	12,531	6,824	19,355
2023年3月	14,195	7,480	21,675
合計	162,910	83,130	246,040

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年度返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。2022年度は15.3%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
2022年4月	412	297	709	1,611	780	2,391	2,023	1,077	3,100
2022年5月	443	137	580	1,560	884	2,444	2,003	1,021	3,024
2022年6月	512	93	605	1,645	731	2,376	2,157	824	2,981
2022年7月	421	256	677	1,617	878	2,495	2,038	1,134	3,172
2022年8月	491	183	674	1,652	722	2,374	2,143	905	3,048
2022年9月	463	350	813	1,680	726	2,406	2,143	1,076	3,219
2022年10月	473	284	757	1,635	728	2,363	2,108	1,012	3,120
2022年11月	459	273	732	1,620	791	2,411	2,079	1,064	3,143
2022年12月	465	239	704	1,659	913	2,572	2,124	1,152	3,276
2023年1月	411	87	498	1,547	1,078	2,625	1,958	1,165	3,123
2023年2月	371	96	467	1,465	922	2,387	1,836	1,018	2,854
2023年3月	484	207	691	1,629	1,251	2,880	2,113	1,458	3,571
合計	5,405	2,502	7,907	19,320	10,404	29,724	24,725	12,906	37,631

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
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
2022年度	38,801	41,797	5,481	4,872	4,123	95,074

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

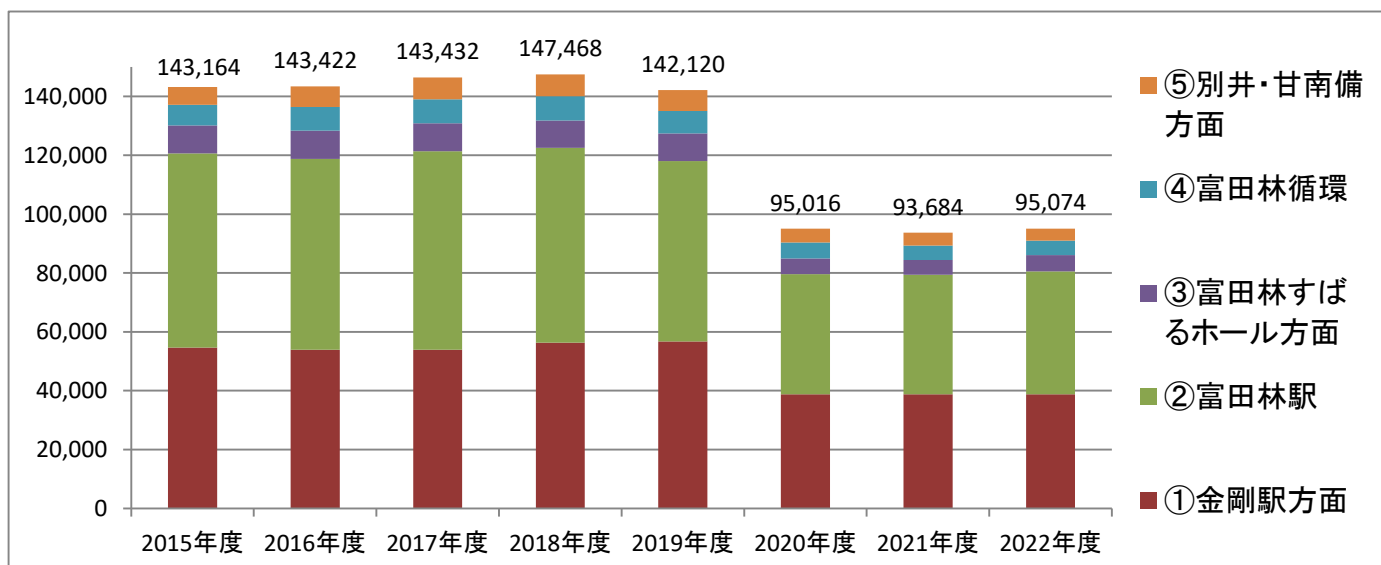
Dコース：病院⇒金剛伏山自治会館前⇒聖ヶ丘住宅⇒須賀南山児童公園⇒滝谷駅前⇒須賀1丁目⇒錦織南⇒錦織東⇒甲田3丁目⇒病院

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



1 7院内がん登録 届出数 2022年症例

※1 当院にて2022年に診断、または他院にて診断後2022年に当院へ来院され初回治療を開始した症例を対象に登録した件数です。

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

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

部位	診断 ・ 初回治療開始 ・ 初回治療継続 症例 *1									初回治療終了後来院	合計
	0期	I期	II期	III期	IV期	該当せず	不明	対象外	計		
大腸	36	20	18	41	20		9	2	146	1	147
(結腸)	(24)	(13)	(16)	(28)	(13)		(8)	(2)	(104)	(1)	(105)
(直腸)	(12)	(7)	(2)	(13)	(7)		(1)		(42)		(42)
前立腺		27	15	3	15		2	1	63	12	75
胃		42	2	8	12		3		67	4	71
膀胱・腎・腎盂・尿	16	18	7	10	7		4	1	63	7	70
(膀胱)	(13)	(14)	(5)	(4)	(4)		(3)		(43)	(4)	(47)
(腎・他の尿路)	(3)	(4)	(2)	(6)	(3)		(1)	(1)	(20)	(3)	(23)
乳房	8	20	23	5	1				57	4	61
皮膚	17	34	2	3					56	1	57
肝臓・胆道・膵臓		13	7	5	14	2	5	1	47	5	52
肺		7		6	11			3	27	6	33
子宮・卵巣	7	2	1		1		7		18	2	20
悪性リンパ腫		3	3	1	7			2	16	1	17
食道		3	6	1	1		6		17		17
その他 *2	2	11	3		3	16	1	2	38	10	48
総計	86	200	87	83	92	18	37	12	615	53	668

1 8国際疾病分類統計 (退院患者数)

(2022/4/1~2023/3/31)

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	18	140	158	1
II	C00-D48	新生物	66	809	875	-67
III	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに疫機構の障害	6	38	44	-29
IV	E00-E90	内分泌、栄養および代謝疾患	1	95	96	-8
V	F00-F99	精神および行動の障害	0	15	15	-5
VI	G00-G99	神経系の疾患	2	63	65	-22
VII	H00-H59	眼および付属器の疾患	0	478	478	5
VIII	H60-H95	耳および乳様突起の疾患	0	28	28	3
IX	I00-I99	循環器系の疾患	116	463	579	-89
X	J00-J99	呼吸器系の疾患	97	369	466	9
X I	K00-K93	消化器系の疾患	24	832	856	6
X II	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患	2	53	55	-10
X III	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患	4	226	230	-22
X IV	N00-N99	腎尿路生殖器系の疾患	15	461	476	-91
X V	O00-O99	妊娠、分娩および産褥	0	131	131	26
X VI	P00-P99	周産期に発生した病態	0	78	78	22
X VII	Q00-Q99	先天奇形、変形および染色体異常	0	13	13	2
X VIII	R00-R99	症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で	0	1	1	0
X IX	S00-T98	損傷、中毒およびその他の外因の影響	4	487	491	31
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	12	118	130	40
		総計	367	4898	5,265	-198

※IX章 循環器系の疾患 死亡116名のうち救急外来での死亡71名

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。

昨年度は、建て替え後初めて新健診センターで職員健診を実施しました。2022年度は部署毎の人数調整と実施日を10日間前年度より追加した結果、胸部レントゲンの受診率が100%になりました。

来年度に向けて、引き続き100%の受診率を目指したいと思います。

胸部レントゲンを主とした受診率

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

20, 職員のインフルエンザ予防接種率

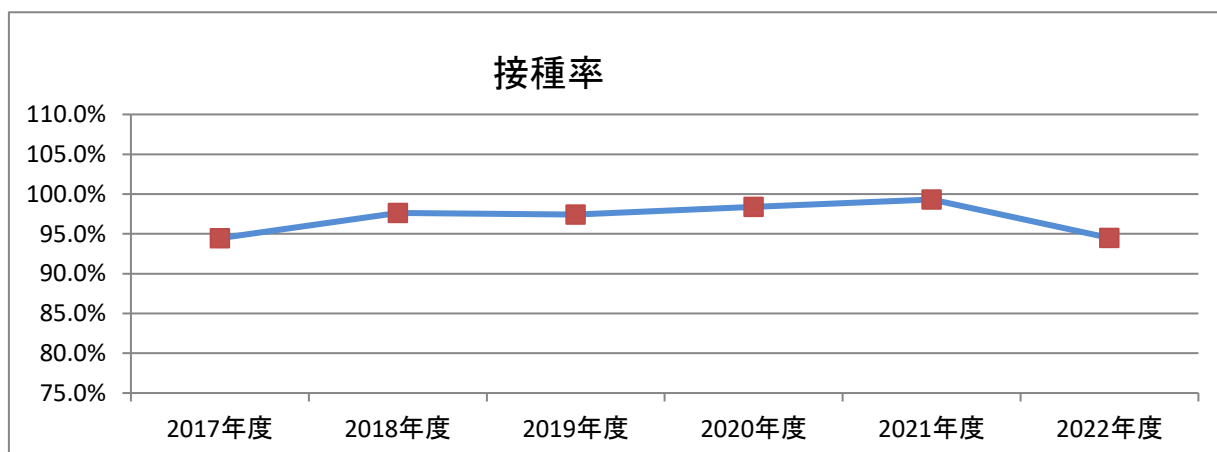
職員健診受診率の計算方法

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

2022年度は、昨年同様10月24日～28日・11月2日・4日の計7日間で実施しました。完全予約制(1日100名)とした結果、準備等がスムーズになり待ち時間の短縮にもつながりました。尚、院内の委託業者・派遣社員希望者は84名でした。(下の表に含んでいます。)

コロナにより、ここ数年社会ではインフルエンザの爆発的流行はありませんが、インフルエンザの免疫が低下していることも考えらるので、来年度は更なるワクチン接種向上につなげたいと思います。

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
全職員数	541	546	546	553	580	597
接種職員数	511	533	532	544	576	564
接種率	94.5%	97.6%	97.4%	98.4%	99.3%	94.5%



令和4年度 大阪府済生会富田林病院 病院指標

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

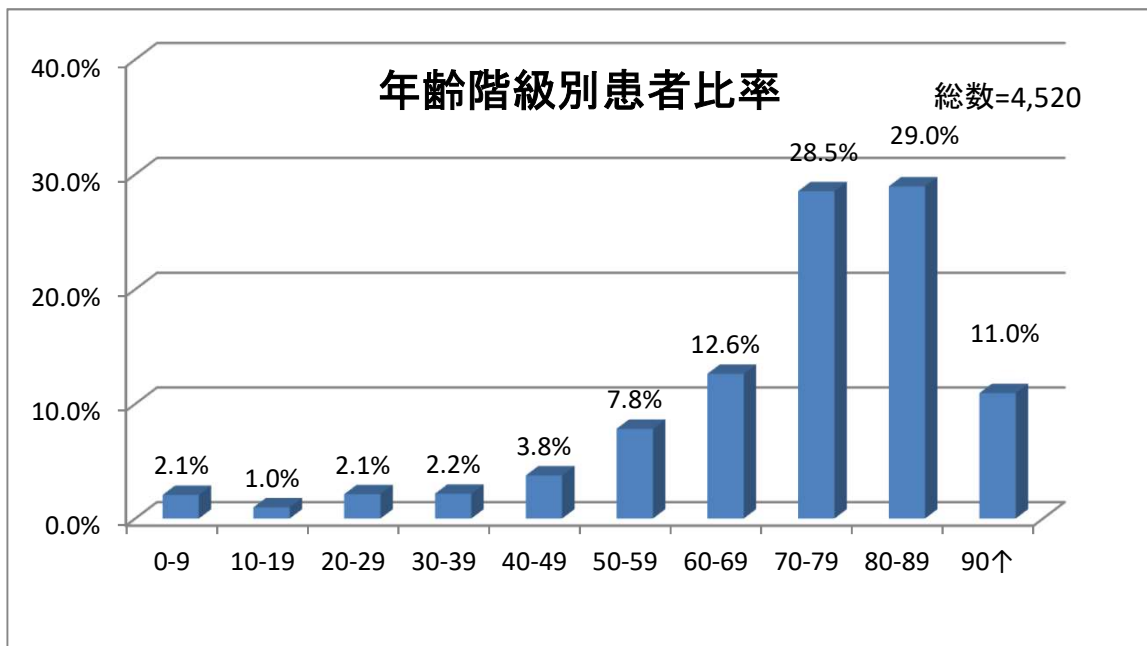
DPC(診断群分類別包括制度)とはDiagnosis Procedure Combinationの略で、医師が決定した主病名に基づき、入院患者さんの一連の医療行為を国が定めた1日あたりの定額の点数から入院医療費を計算する制度です。
DPC対象となるのは保険適用患者さんで、一般病棟に入院された患者さんを対象とします。自動車賠償責任保険や労災保険、自費、24時間以内の死亡、地域包括ケア病棟の患者さんは対象外です。

1. 年齢階級別退院患者数

◆解説

年齢階級別患者数は、2022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。2022年度は新型コロナ感染による入院制限の影響等により630人減少しました。60歳以上の患者さんも前年度よりも527人減少しました。
※入院した時点の年齢で集計しています

年齢区分	0～	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	90～
2022年度	93	44	96	98	170	354	571	1290	1309	495
2021年度	76	66	97	127	187	405	648	1578	1487	479



2. 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

診療科別に症例数の多いDPC14桁コード※と患者数、平均在院日数、平均年齢、転院率、を示したものです。当院の診療科の特徴をあらわしています。(全国の平均在院日数は厚生労働省の令和4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。2022年4月現在4726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	44	22.11	13.61	11.36	77.61	8.50
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし	43	28.47	21.11	11.63	84.37	7.36
050130xx9900x0	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	28	21.43	17.54	3.57	83.54	3.89
110280xx02x00x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・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	22	2.77	7.59	0.00	73.73	-4.82
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	18	18.00	16.19	0.00	87.28	1.81

【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)
050050xx9910x0	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等11あり 手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	64	3.25	3.04	3.13	72.69	0.21
050130xx9900x0	心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	55	26.85	17.54	0.00	83.55	9.31
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	54	3.76	4.26	0.00	73.39	-0.50
050050xx9920x0	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等12あり 手術・処置等2なし他の病院・診療所の病棟からの転院以外	30	3.40	3.22	0.00	74.50	0.18
050030xx97000x	急性心筋梗塞(続発性合併症を含む。)、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1なし、1あり 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	26	12.15	11.59	7.69	72.12	0.56

【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	28	23.46	13.61	7.14	77.71	9.85
110280xx9900xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	16	21.00	11.77	12.5	68.38	9.23
110280xx991xxx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 手術なし 手術・処置等1あり	11	14.00	6.45	0	55.45	7.55
110260xx99x0xx	ネフローゼ症候群 手術なし 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—
110280xx9901xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2あり	—	—	—	—	—	—

【消化器内科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
060340xx03x00x	胆管(肝内外)結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	54	13.22	8.94	1.85	79.41	4.28
060102xx99xxxx	穿孔又は膿瘍を伴わない憩室性疾患 手術なし	36	7.56	7.63	0.00	65.33	-0.07
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	35	3.60	2.64	0.00	71.89	0.96
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	30	7.33	7.76	0.00	75.47	-0.43

2. 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

060190xx99x0xx	虚血性腸炎 手術なし 手術・処置等2なし	28	11.18	8.76	0.00	64.89	2.42
----------------	----------------------	----	-------	------	------	-------	------

【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	110	2.03	2.45	0.91	71.82	-0.42
110070xx03x0xx	膀胱腫瘍 膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 手術・処置等2なし	61	8.62	6.85	1.64	77.49	1.77
11012xxx02xx0x	上部尿路疾患 経尿道的尿路結石除去術 定義副傷病なし	53	4.92	5.29	5.66	62.40	-0.37
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	24	10.79	13.61	0.00	69.08	-2.82
110200xx02xxxx	前立腺肥大症等 経尿道的前立腺手術等	19	8.89	7.82	0.00	72.53	1.07

【小児科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
140010x199x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害(2500g以上) 手術なし 手術・処置等2なし	52	6.62	6.13	0.00	0.00	0.49
140010x299x0xx	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害(1500g以上2500g未満) 手術なし 手術・処置等2なし	14	7.57	10.92	0.00	0.00	-3.35
140490xx99xxxx	手足先天性疾患 手術なし	—	—	—	—	—	—
050200xx99xxxx	循環器疾患(その他) 手術なし	—	—	—	—	—	—
100380xxxxxxx	体液量減少症	—	—	—	—	—	—

【外科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
060160x001xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上) ヘルニア手術 鼠径ヘルニア等	107	4.14	4.59	0.00	69.32	-0.45
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	8.21	6.93	0.00	66.26	1.28
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	38	12.13	15.40	0.00	74.63	-3.27
060150xx03xxxx	虫垂炎 虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等	25	5.88	5.32	0.00	40.72	0.56
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)	25	6.40	5.67	0.00	66.04	0.73

【整形外科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	100	38.46	26.42	3.00	82.49	12.04
070230xx01xxxx	膝関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等	76	26.59	22.44	1.32	76.37	4.15
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	48	26.52	20.14	2.08	73.25	6.38
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰椎損傷を含む。) 手術なし	45	32.29	20.09	4.44	81.24	12.20
160760xx97xx0x	前腕の骨折 手術あり 定義副傷病なし	38	8.39	4.86	0.00	69.68	3.53

2. 診断群分類別患者数等(診療科別患者数上位5位まで)

【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	72	2.00	2.63	0.00	75.72	-0.63

注)2022年6月より眼科患者は地域包括ケア病棟に入院に変更されました

【産婦人科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
120260x001xxxx	分娩の異常(分娩時出血量2000ml未満) 子宮破裂手術等	18	7.33	9.37	11.11	30.17	-2.04
120180xx01xxxx	胎児及び胎児付属物の異常 子宮全摘術等	—	—	—	—	—	—
120110xx99xx0x	子宮・子宮付属器の炎症性疾患 手術なし 定義副傷病なし	—	—	—	—	—	—
120140xxxxxxx	流産	—	—	—	—	—	—
120170x099xxxx	早産、切迫早産(妊娠週数34週以上) 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)
080020xxxxxxx	帯状疱疹	32	7.53	9.25	3.13	75.25	-1.72
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	8.95	7.29	0.00	82.26	1.66
080010xxxx0xxx	膿皮症 手術・処置等1なし	13	9.38	13.50	0.00	62.23	-4.12
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	10	2.30	3.94	0.00	53.50	—
080245xx97xxxx	放射線皮膚障害 手術あり	—	—	—	—	—	—

【耳鼻咽喉科】

DPCコード	名 称	患者数	平均在院日数(自院)	平均在院日数(全国)	転院率	平均年齢	平均在院日数(全国との差)
030150xx97xxxx	耳・鼻・口腔・咽頭・大唾液腺の腫瘍 手術あり	17	2.65	6.81	0.00	66.47	-4.16
03001xxx0200xx	頭頸部悪性腫瘍 頸部悪性腫瘍手術等 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—
030300xx01xxxx	声帯の疾患(その他) 喉頭・声帯ポリープ切除術等	—	—	—	—	—	—
03001xx97x0xx	頭頸部悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等2なし	—	—	—	—	—	—
030350xxxxxxx	慢性副鼻腔炎	—	—	—	—	—	—

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	25	—	—	—	—	12	1	8
大腸がん	—	16	45	26	23	23	1	8
乳がん	19	15	—	—	—	—	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

2022年度に退院した患者さんを対象としています。

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

集計対象期間中に複数回入院された患者さんはそれぞれ集計をしています。「初発」とは、当院において当該腫瘍の診断、あるいは初回治療を実施した場合を指します。「再発」とは、当院・他施設を問わずに初回治療が完了した後、当院にて患者を診療した場合や、がん寛解後に局所再発・再燃または新たな遠隔転移をきたした場合を指します。なお、Stageの判断は退院時点のものです。集計区分が”不明”の患者数には、検査入院にてがんの診断が「未確定」の場合や、精査中にてI～IVの病期が「未確定」の場合が含まれています。

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

4. 成人市中肺炎の重症度別患者数等(DPCデータから算出)

◆解説

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

市中肺炎で入院した患者さんを、重症度別に分類し集計しています。軽症の場合は外来治療が基本になりますが、患者さんの状態によっては入院で治療を行うことがあります。軽症患者さんの平均年齢が約63歳であるのに比べ、中等症～超重症の患者さんの平均年齢は82歳以上

成人(18歳以上)の肺炎患者さんについて重症度別に患者数、平均在院日数、平均年齢を集計したものです。

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

(※1)市中肺炎とは、病院外で日常生活をしていた人が発症した肺炎です。

(※2)重症度分類システム

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

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

重症度	患者数	平均在院日数	平均年齢
軽症	18	17.17	63.33
中等症	100	22.72	82.02
重症	60	30.42	85.02
超重症	17	33.29	87.00
総計	195	25.50	81.65

5. 脳梗塞のICD10別患者数

◆解説

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

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

ICD-10	傷病名	発症日から	患者数	平均在院日数	平均年齢	転院率
G45\$	一過性脳虚血発作および関連症候群	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
G46\$	脳血管疾患における脳の血管(性)症候群	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
I63\$	脳梗塞	3日以内	16	52.06	82.19	20.83
		その他	8	63.63	73.75	0
I65\$	脳実質外動脈の閉塞および狭窄、 脳梗塞に至らなかったもの	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
I66\$	脳動脈の閉塞および狭窄、 脳梗塞に至らなかったもの	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
I675	もやもや病<ウイリス動脈輪閉塞症>	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-
I679	脳血管疾患、詳細不明	3日以内	-	-	-	-
		その他	-	-	-	-

6. 診療科別主要手術の術前・術後日数(診療科別患者数5位まで)

◆解説

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

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

外科系

【外科】

Kコード	名 称	患者数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	107	0.93	2.21	0.00	69.32
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	49	0.80	7.02	0.00	66.73
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	37	1.43	8.57	0.00	74.19
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)	25	1.00	4.40	0.00	66.04
K718-21	腹腔鏡下虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)	25	0.28	4.60	0.00	40.72

【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	123	1.41	23.76	0.81	75.19
K0461	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	80	2.40	36.05	2.50	80.65
K0462	骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	64	1.19	13.72	0.00	67.66
K0811	人工骨頭挿入術 肩、股	43	1.84	27.14	4.65	83.77
K0463	骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	26	1.58	17.19	3.85	62.35

【泌尿器科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K80364	膀胱悪性腫瘍手術(経尿道的手術)(電解質溶液利用)	63	2.10	6.21	1.6	77.51
K7811	経尿道的尿路結石除去術(レーザー)	55	1.95	3.33	7.3	63.00
K7981	膀胱結石、異物摘出術 経尿道的手術	20	1.55	2.45	5.0	69.80
K8411	経尿道的前立腺手術(電解質溶液利用)	20	1.55	6.35	0.0	72.75
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	15	3.87	7.8	0.0	70.07

【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
K3932	喉頭腫瘍摘出術(直達鏡)	-	-	-	-	-
K6262	リンパ節摘出術(長径3cm以上)	-	-	-	-	-
K3731	下咽頭腫瘍摘出術(経口腔)	-	-	-	-	-
K4132	舌腫瘍摘出術(その他)	-	-	-	-	-
K4691	頸部郭清術(片)	-	-	-	-	-

【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)	72	0.0	1.0	0.0	75.7

【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)	27	0.67	6.74	0.00	82.30
K0051	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)(長径2cm未満)	-	-	-	-	-
K0062	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)(長径3cm以上6cm未満)	-	-	-	-	-
K0063	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)(長径6センチメートル以上12センチメートル未満)	-	-	-	-	-
K0871	断端形成術(骨形成を要する)(指)	-	-	-	-	-

【産婦人科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K8982	帝王切開術(選択帝王切開)	11	0	6.91	0	32.27
K8981	帝王切開術(緊急帝王切開)	10	0.6	5.8	20	30.1
K9091口	流産手術(妊娠11週まで)(その他)	-	-	-	-	-
K0461	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	-	-	-	-	-
K8882	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)(腹腔鏡)	-	-	-	-	-

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)	20	0.05	1.00	0.00	71.60
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)	10	26.70	41.80	50.00	79.20
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	-	-	-	-	-
K6147	血管移植術、バイパス移植術(その他の動脈)	-	-	-	-	-
K672-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	-	-	-	-	-

【循環器内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K5493	経皮的冠動脈ステント留置術(その他)	40	1.35	1.50	0.0	74.03
K5492	経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症)	21	1.62	12.76	0.0	72.05
K5972	ペースメーカー移植術(経静脈電極)	13	4.62	7.85	0.0	84.23
K5491	経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞)	10	0.00	13.70	0.0	70.40
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	2.71	5.13	1.8	74.80
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	43	2.30	12.16	0.0	80.56
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)	30	1.17	5.17	0.0	75.47
K654	内視鏡的消化管止血術	27	1.74	15.56	3.7	76.70
K6871	内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみのもの	24	2.29	10.08	0.0	75.75

【腎臓内科】

Kコード	名 称	症例数	平均術前日数	平均術後日数	転院率	平均年齢
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	11	0.36	4.36	0	80.91
K61214	末梢動静脈瘻造設術(内シャント造設術)(単純)	-	-	-	-	-
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む)	-	-	-	-	-
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)	-	-	-	-	-
K6147	血管移植術、バイパス移植術(その他の動脈)	-	-	-	-	-

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

◆解説

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

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

また、職員を対象とした年数回の感染対策に係る研修を実施しています。

指標に示されるそれぞれの項目に関しては以下の通りです。

○播種性血管内凝固症候群

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

○敗血症

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

○真菌感染症

真菌が種々の臓器に定着することに起因する感染症です。

○手術・処置等の合併症

手術や処置をしたことで起こる病態を指します。術後出血や創部感染などが挙げられ、手術や処

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	10	0.22%
180010	敗血症	同一	—	—
		異なる	24	0.53%
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	20	0.44%
		異なる	—	—

教育研修（講演会）行動結果

令和4年度 教育研修（講演会）

テーマ	開催日	開催場所	対象者	講師名	参加者数		
					合計	不明	名
入職時 オリエンテーション	4/1	講堂	入職者	磯邊 みどり	合計		名
					医師		名
					看護師		名
					技師		名
					事務・他		名
RRS	3/16~4/15	オンライン	全職員	救急CN	合計	485	名
					医師	17	名
					看護師	257	名
					技師	111	名
					事務・他	100	名
医療安全 「インスリン」	4/20	多目的室	看護部 ラダーⅠ	磯邊 みどり	合計	21	名
					医師		名
					看護師	21	名
					技師		名
					事務・他		名
医療機器 「ドリップアイ」		オンライン	化学療法に 携わる看護師	医療機器管理室	合計	163	名
					医師		名
					看護師	163	名
					技師		名
					事務・他		名
医療安全 「SBAR」	7/22	多目的室	看護部 ラダーⅢ	磯邊 みどり	合計	15	名
					医師		名
					看護師	15	名
					技師		名
					事務・他		名
緩和ケア 「ACP⑤」	9/15~10/5	オンライン	全職員	緩和ケア委員会	合計	485	名
					医師	16	名
					看護師	240	名
					技師	98	名
					事務・他	131	名
外部研修 「SHEL分析」	10/19	富美が丘荘		磯邊 みどり	合計	8	名
					医師		名
					看護師		名
					技師		名
					事務・他		名
BLS研修	4/1~2/28	各部署	全職員	災害委員	合計	396	名
					医師	11	名
					看護師	257	名
					技師	104	名
					事務・他	24	名

令和4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	4/4	講堂	奥田 賢次	合計 33名 医師 3名 看護師 21名 技師 8名 事務・他 1名	標準予防策 新型コロナウイルス	感染対策の徹底
標準予防策	4/7	講堂	奥田 賢次	合計 21名 医師 0名 看護師 21名 技師 0名 事務・他 0名	標準予防策 手洗い演習 個人防護具着脱	感染対策の徹底
感染経路別予防策	4/22	多目的室1	奥田 賢次	合計 21名 医師 0名 看護師 21名 技師 0名 事務・他 0名	感染経路別予防策	感染対策の徹底
看護補助者	6/22 8/24 9/28 10/26	会議室1	奥田 賢次	合計 17名 医師 0名 看護師 0名 技師 0名 事務・他 17名	標準予防策 手洗い演習 個人防護具着脱	感染対策の徹底
新型コロナウイルス感染症感染対策2	8/23~9/30	各部署	奥田 賢次	合計 525名 医師 20名 看護師 259名 技師 98名 事務・他 148名	新型コロナウイルス 感染症対策	感染対策の徹底
標準予防策の再確認を しておこう	1/13~3/17	各部署	奥田 賢次	合計 506名 医師 20名 看護師 252名 技師 96名 事務・他 138名	標準予防策	感染対策の徹底

IV-1. 薬剤部

1. 部署概要

○ スタッフ

課長 吉田 尚史

スタッフ数 薬剤師15名、非常勤薬剤師3名、非常勤事務員4名

○ 業務内容

1) 調剤業務

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

2) 薬剤管理指導業務

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

3) 医薬品情報管理業務

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

4) 医薬品管理業務

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

5) 注射薬調整業務

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

6) TDM業務

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

7) 薬薬連携

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

2. 活動実績

○ 研修活動

1) 院内研修

院内医療安全研修会、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

「2022年度診療報酬改定を踏まえた取り組み」

9月：第32日本医療薬学会年会

「ヒト肝がんHepG2細胞でのエピルビシン殺効果に対するメントールの影響
：多剤耐性タンパク質MRPの関与の可能性」 共同発表

松原市医師会学術講演でCKDシールの紹介を行う

富田林医師会管内糖尿病性腎症重症化予防事業でCKDシールの紹介を行う

10月：CKD・腎性貧血連携セミナー

「CKDシール導入に向けて」

11月：富田林薬薬連携協議会 Web Seminar

「病院薬剤師の悩みどころ～CIPNへの介入～」

12月：Pharmavy Director Seminar in 南河内

「BS使用促進とPBPM～病院経営の視点を踏まえて」 座長

2月：近畿薬剤師合同学術大会2023

「当院の院外処方に伴う疑義照会プロトコルの作成と運用」

3月：富田林CKD薬薬連携シンポジウム

「CKDシール導入へ ～当院の取り組み」

富田林病院薬薬連携Webセミナー

「当院でよく使われる大腸がん・乳がん化学療法レジメン

レジメン選択時のポイント・具体的なスケジュール・注意が必要な副作用について」

ディスカッサント

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

2022年度薬剤部の業務実績を示す。

外来処方箋枚数／月	入院処方箋枚数／月	注射処方箋枚数／月	内科・外科系救急枚数／日
8,426	4,024	7,304	5.5
休日小児診療枚数／日	小児夜間救急処方箋枚数／日	外来腫瘍化学療法診療1／月	外来化学療法加算／月
1.9	2.2	102.3	30.1
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
15.8	181.7	392.8	72.4
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
8	243.1	142.9	10.8
事前合意プロトコルによる疑義照会のカバー率（%）			
47.24			

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。

概要報告

臨床検査部門は、センター長1名、病理医1名、技師長1名、副技師長1名、係長2名、主査3名、常勤臨床検査技師13名、非常勤臨床検査技師3名、技術指導員2名、非常勤看護師3名、非常勤事務員3名の計33名で構成している（令和5年3月1日現在）。構成員および担当業務は別掲のとおり。（資料1）

活動実績

2022年度の主な活動として、昨年度に引き続いて新型コロナウイルス感染症にかかる検査体制の充実（PCR検査の増強）を図った。また医師の働き方改革の一環であるタスク・シフトへの参画をめざして、昨年度から医師の指導の下で進めていた検査技師による運動負荷試験を稼働させた。昨年度末に実施した外部委託検査にかかる競争入札について、実際の経費削減効果を検証した。さらに採血の待ち時間短縮に向けた取り組みの効果を検証しつつ、継続的な改善に努めた。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

1) 検査稼働状況

① 生化学・免疫・血液学的検査、および尿・糞便検査（資料2-1）

2022年度のいわゆる検体検査の総検査件数は、入院394,987件、外来1,059,015件、健診156,716件であった。総件数の年次推移をみると2022年度は1,610,718件であり、2021年度の1,535,000件よりも増加している。2019年度の1,620,000件のピークに比べて若干少ないものの、COVID-19による患者減少が緩和されてきた傾向が見られる。

入院・外来別に年次推移を追うと、2022年度は入院と外来の比率が改善された。昨年度までは外来件数が減少し、入院件数が上昇していたが、DPCを考慮すれば、外来で実施可能な検査は出来る限り入院前に実施し、入院では必要最小限の検査にとどめるべきである。動向の反転はその兆しと理解している。

② 輸血関連検査（資料2-2）

2022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、今年度は比較的効率よく使用できたと考えている。献血という善意の輸を無駄にすることのないよう、引き続き

効率的な運用に努めたい。

③ 生理機能検査 (資料 3)

心電図・超音波検査・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、なおも回復しておらず、ピーク時(2018年度)のおよそ3分の1の件数にとどまっている。健診件数は COVID-19 によると思われる影響がみられるものの、ここ数年は漸増しており、2022年度は4,705件と最多であった。

今年度から本格稼働した臨床検査技師による運動負荷試験は127件であった。問診票や検査中断要件等について事前に医師と擦り合わせしたこともあり、現在のところ大きな問題なく稼働している。

④ 病理・細胞診検査 (資料 4)

全般的に検査件数の大きな変動はみられなかった。2022年度の解剖数は13件であり、研修指定病院の要件を満たした。

⑤ 細菌検査 (資料 5)

細菌検査の総件数は、2019年度から入院・外来ともに増加しているが、これは2020年から始まった新型コロナウイルスに関連する検査増が主な要因である。2022年度の新型コロナウイルス関連の検査は、入院・外来合わせて抗原検査が5,049件、PCR検査が8,449件であった。

2) 試薬・外部委託検査等の費用 (資料 6)

装置リースの費用は昨年度並みであったが、試薬の費用が昨年度よりおよそ940万円増加した。新型コロナウイルス関連の試薬購入に約2,890万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。

外注検査の競争入札による効果は、当初年間900万円の費用削減を見込んでいたが、実際は前年と比較して663万円減にとどまった。目標には届かなかったものの、入札制度導入による削減効果は認められた。外部委託先は従来と同様に主にSRLとLSIに委託している。これまでのところ臨床的な不適合は生じていない。

3) 返戻・減点対策 (資料 7)

臨床検査関連の年間集計によると、返戻・減点は約4,000件である。そのうちBNP、Dダイマー、FDP、PCT、甲状腺関連(FT3、FT4、TSH)の項目のみで半数を占めており、点数にして316,400点に及ぶ。毎月この傾向に変化はない。原因を探る手掛かりとして、これらの項目を対象として、医師ごとにオーダー件数と査定率(オーダー件数に

対する返戻・減点件数の割合)の相関を調査した。全体的には相関はなかったが、オーダー件数が少なくても査定対象になっている例が多数認められたことから、特に上記項目については査定対象になりやすい点に留意したうえで、必要最小限のオーダーをお願いしたい。返戻・減点の100%削減は非現実的であることを理解しつつも、ここにあげた5項目を重点的に減らすことができれば、返戻・減点項目は激減するはずである。検査科として今後も効率的な運用をめざして委員会等へ情報を発信していきたい。

(2) プロセスの視点

1) 検査項目の変更・見直しについて

- ① 腸内細菌科細菌の薬剤感受性試験 採用抗生剤の変更 (2022年8月から)
- ② 新型コロナウイルス・インフルエンザ 抗原同時測定開始 (2022年12月1日)
- ③ 新型コロナウイルス・インフルエンザ 核酸同時測定開始 (2022年12月19日)
- ④ 血糖を血清グルコースに変更 (NaF入り採血管中止、2023年1月5日から)
- ⑤ Mg、Znを外注から院内測定へ変更 (2023年1月5日から)
- ⑥ 重炭酸イオンの院内測定開始 (2023年1月5日から)
- ⑦ HBs抗原(IC法)中止 (2023年1月5日から)
- ⑧ ブドウ球菌用感受性パネル変更 (2023年3月1日から)

2) 精度管理調査の状況

- ① 日本医師会臨床検査管理調査の成績 (資料8)

総合点：95.2点、C評価(2項目)：尿酸、フィブリノゲン、B評価：23個

資料8の表は、試料番号ごとに分析分野・調整方法・成績(A~C)・平均からの偏り(+~0~-)を表している。総合点が95.2点と低かったのはB評価が多かったことに起因する。試料ごとにA・B・C評価の分布をみると、試料4、試料5、試料6にB評価が目立つ。さらに平均からの偏りをみると、全般的に高め(+)に分布しており、特に試料3~5は、ほぼ全ての項目が高めである。当日の精度管理データは管理範囲内に収まっていることから、日常検体の測定は問題なく、サーベイ試料のみ高めに測定したと推測する。尿酸のC評価も同じ理由と考える。

原因としては、試料を溶解する際、規定量に達していない水の量で溶解していたと考えるのが妥当であろう。このため試料の濃度が相対的に濃くなった。サーベイの手順書には、ホールピペットを使って溶解するように指示されており、これまでそれに従っていた。しかし、①日常検査ではノック式のピペットを使用している、②ホールピペットは使用者によるバラツキが大きい、③別の調査でも溶解の不備が原因と思われる現象が生じている。以上から、今後は管理されたノック式のピペットを用いるこ

とで是正処置とした。

フィブリノゲンのC評価については、サーベイ測定時にキャリブレーション（検量線の引き直し）を実施したのが原因であろう。

日常検査データに問題はないが、最低でも98点以上取れるよう適切に是正してく。

② 厚生労働省事業 「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」

⇒ PCR検査は全ての項目で正解

③ 日本総合健診医学会 第2回から第4回調査に参加

第2回：ALTでB評価、他の73項目はA評価

第3回：CRPでB評価、他の66項目はA評価

第4回：CRPでB評価、他の73項目はA評価

④ 日本臨床衛生検査技師会 精度管理調査

252項目中249項目がA・B評価、RFがC、D評価、

尿沈渣フォトサーベイ（尿路上皮細胞）がD評価

RFのCおよびD評価に対する原因および是正処置は①と同じ。

尿沈渣フォトサーベイについては最新のガイドラインに従うことで是正処置とした。

3) その他

大阪府健康医療部 保健医療室 感染症対策企画課を通じて京都大学 iPS細胞研究所から貸与されていたPCR装置（プレシジョン）は、年度末をもって調査終了となったため、装置を返却した。（令和5年3月）

(3) 顧客の視点

採血室の待ち時間短縮に向けた活動（資料9）

昨年度に引き続いて採血の待ち時間短縮に取り組んできた。その内容は、①2021年12月 採血ブースへの誘導、②2022年6月 採血器具変更、③2023年2月 血糖の採血管中止である。一連の取り組みは、待ち時間短縮に効果あったと考える。なお、2023年2月の待ち時間21分以上が55件と多かったのは、2月8日のパフォーマンスが低かったことに起因している（参考データ：2月8日の患者数は当該月最大の174名、待ち時間21分以上は50名）。原因は職員が新型コロナウイルスに感染したことによるマンパワー不足である。この1日が唯一足を引っ張っているが、全体を俯瞰すると95%以上の患者が15分以内に採血していることになり、待ち時間にか

かる問題はほぼ解消されたと考えている。評価指標による分析は一旦、終了するが、改善は今後も継続して取り組んでいく。

(4) 学習と教育の視点

1) 検査科内の勉強会

① 病理解剖の稀症例の解説（塚本） 10回開催

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

② マネジメント勉強会（渡邊） 9回開催

（6月20日、7月11日、8月15日、9月12日、10月24日、11月14日、1月16日、2月13日、3月13日）

③ 英文輪読会（有志） 9回開催

（7月5日、8月22日、10月3日、10月24日、11月7日、11月21日、1月23日、2月6日、3月6日）

2) 学会発表

2023年2月12日、第75回 済生会学会 横浜、ポスター発表（2題）

安田美優 「採血待ち時間の短縮に向けたQC活動」

川場結花 「臨床検査技師による運動負荷試験の実現に向けて
ー タスク・シフト/シェアの取り組み ー」

3) 論文投稿

渡邊清司 「COVID-19で求められる国立医療の検証 -臨床検査部門-」

医療（国立医療学会誌）、76巻3号 p173-178、2022年06月20日

4) 認定資格合格者

血液検査技師2級合格 白井絵里

5) 各種の研修記録等（資料10）

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。このため特に若手を中心に、専門以外の業務を経験する機会を設けた。しかし、柔軟に補完しあえるレベルまでは到達できていない。業務のさらなる効率化をめざして、継続して人材育成に取り組んでいきたい。

(5) 機器・備品の整備（資料11）

今年度に整備された機器・備品を資料 11 に示す。

今後の取り組み

信頼される臨床検査科であること。そのためには臨床検査科が内外にオープンであること。また、情報発信はもちろんのこと、新たな取り組みを提案できる臨床検査科でありたい。そのための方策として以下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）

- ① 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。
- ② 返戻・減点項目に関する情報発信：
対策委員会を通じて、原因究明と適性を図っていく。

2) プロセスの視点

- ① 検査項目の新規導入（院内化）と外注化への見直し
臨床医から要望の高い項目（乳酸など）に対して院内導入を検討する。
- ② 検査の品質向上
PDCA サイクルの概念を学習するとともに、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。
- ③ 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
超音波検査の拡充（胎児心エコー、フィブロスキャン）
- ④ 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
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）
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

4) 学習と教育の視点

- ① 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。そのための具体策として、第1に各部門の業務に対する力量評価表の作成・運用を考えている。業務に対する力量を自己評価および第三者が評価することで、現在のスキルを可視化・相対化する仕組みを構築する。第2にそこで把握できた weak point を克服するしくみや環境の整備であるが、これには特に若手によるワーキング・グループ立ち上げが有効とみている。スタッフのニーズがどこにあるのか、それを適切に反映させた学習・研修体制を築いていきたい。

② 学会や研修会への積極的な参加

外部の人材とのネットワーク構築は、将来にわたるモチベーションの維持に有効と考える。院内では得難い刺激を受ける機会が増えるからだ。手始めとして済生会学会や日本臨床検査技師会が開催する学会に向けて、発表の準備を進めていきたい。

以上

リハビリテーション科

1. 部署概要

○スタッフ

部長	野々下 博
技師長	島崎 寛将
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（2022年7月退職） 斉藤 繁樹 、 西田 大希
スタッフ数	理学療法士 20名、作業療法士 9名、言語聴覚士 1名

○リハビリテーション科基本理念

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

○リハビリテーション科基本方針

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

○業務内容

1) 院内業務（入院・外来患者）のリハビリテーション

- ・外来業務
平日（月曜日～金曜日）終日
- ・入院業務
平日（月曜日～金曜日）及び土曜日終日、祝日（元旦を除く）

2) 院外業務

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

2. 活動実績

○急性期リハビリテーション

当院では、疾患別リハビリテーションの各施設基準（Ⅰ）及びがん患者リハビリテーション料を取得しており、本年度も引き続き入院・外来において急性期リハビリテーションを提供した。疾患別リハビリテーションにおいては、感染対策を重視し、病棟ごとも担当者を配置。入院患者と外来患者の直接的な接触を避ける形で、抵抗力の低下した患者の方にも安心してリハビリテーションを実施頂けるように努めた。また、提供すべく必要なサービスを制限することなく、引き続き各診療科カンファレンス・病棟カンファレンス等に積極的に参画し、早期リハビリテーションの実施や退院支援の更なる改善に取り組んだ。また、呼吸器ケア、褥瘡、栄養サポート、緩和ケア、認知症ケア、糖尿病ケアなどの院内チーム活動にも引き続き参加し、多職種でのチーム医療の一役を担うとともに医療サービスの質の向上に貢献した。

年間を通じて入院（実人数）3,461人（延42,036件）、外来（実人数）1,558人（6,904件）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1,295名に7,170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3名を派遣し、富美ヶ丘荘通所介護での機能訓練（リハビリテーション）を利用者へ提供した。

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

など

○学術活動等の実績

今年度は下記の関連学会、研修会において発表、講師の派遣等を行った。

- ・講師：大阪府理学療法士会生涯教育センター受託研修部研修会（西田大希／理学療法士）
- ・講師：大阪府理学療法士会生涯教育センター主催研修会（西田大希／理学療法士）

- ・講師：乳がんオンラインセミナー（島崎寛将／作業療法士）
- ・ファシリテーター：がんリハビリテーション研修運営委員会主催がんのリハビリテーション研修会（島崎寛将／作業療法士）
- ・シンポジスト：第27回日本緩和医療学会学術大会（島崎寛将／作業療法士）
- ・ファシリテーター：大阪府がんのリハビリテーション研修運営委員会主催がんのリハビリテーション研修会（島崎寛将／作業療法士）
- ・講師：大分県作業療法士会主催学術研修会（島崎寛将／作業療法士）
- ・ファシリテーター：日本理学療法士協会主催がんのリハビリテーション研修会（島崎寛将／作業療法士）
- ・ファシリテーター：日本作業療法士協会主催がんのリハビリテーション研修会（島崎寛将／作業療法士）
- ・座長兼シンポジスト：第56回日本作業療法学会（島崎寛将／作業療法士）
- ・シンポジスト：第20回JKTがんリハビリテーションフォーラム／第10回骨転移フォーラム in Tokyo（島崎寛将／作業療法士）
- ・講師：慶應義塾大学がんプロフェッショナル養成講座がんリハビリコース（島崎寛将／作業療法士）
- ・講師：第6回日本リンパ浮腫学会総会 Meet the Expert（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＞	四条畷学園大学	1名	令和4年4月11日～6月1日
	大阪公立大学	1名	令和4年5月30日～7月20日
	関西医療学園専門学校	1名	令和4年7月19日～8月27日
＜評価実習＞	大阪公立大学	1名	令和5年2月13日～3月3日
	関西福祉科学大学	2名	令和5年2月13日～2月18日
＜見学実習＞	関西福祉科学大学	2名	令和4年9月12日～9月17日
	大阪人間科学大学	1名	令和5年2月27日～3月3日
＜訪問実習＞	大阪公立大学	1名	令和4年9月1日～7日

・作業療法部門：

＜治療実習＞	森ノ宮医療大学	1名	令和4年5月9日～7月1日
	関西福祉科学大学	1名	令和4年6月20日～8月5日
＜評価実習＞	森ノ宮医療大学	1名	令和4年9月5日～9月30日
	大阪公立大学	1名	令和4年8月29日～9月16日
＜検査実習＞	森ノ宮医療大学	1名	令和5年2月6日～2月17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
- ・ 大腸CT検査技師認定者
- ・ 救急撮影認定技師
- ・ 胃がんX線検診読影B資格者
- ・ 第1種放射線取扱主任者（試験合格者のみも含む）
- ・ 肺がんCT検診認定技師
- ・ 検診マンモグラフィー撮影認定技師
- ・ 胃がん検診専門技師
- ・ 衛生工学衛生管理者

○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。

○2022 年度 活動実績

主な参加学会および研修会（Web 参加も含む）

- ・ 第 78 回日本放射線技術学会学術大会
- ・ 第 38 回日本診療放射線技師学術大会
- ・ 第 46 回関西 CT 技術シンポジウム
- ・ 第 66 回関西 MAGNETOM 研究会
- ・ 第 10 回日本 CT 技術学会学術大会
- ・ 第 20 回日本消化器 CT 技術学会学術集会
- ・ 第 10 回 MRI 循環器撮影研究会
- ・ 2022 年安全な MRI 検査を考える会

研究・研修活動

- ・ 院内勉強会
健診センター勉強会にて
マンモグラフィーについて（稲葉真理子）
- ・ 学会発表
第 75 回済生会学会にて
「WB-DWI の診療・健診への導入とプロトコルの検討」を発表（渋谷良司）
- ・ 臨床論文
ROUTINE CLINICAL MRI 2023 BOOK にて
「MAGNETOM Altea を用いた当院での Whole-body MRI 検査について」を執筆（松本伸介）

放射線科施設見学受け入れ

- ・ 和泉市立総合医療センター（大腸 CT 検査の撮影および画像処理の見学）
- ・ 尼崎医療生協病院（MRI 装置の撮影および運用の見学）
- ・ 宇部興産中央病院（MRI 装置の撮影および運用の見学）
- ・ 尼崎医療生協病院（新規導入 MRI 装置の装置研修）

2022 年度の放射線科指針と目標

2022 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。

2022 年度放射線科指針

～ルールへの順守～

昨年 8 月から技師 1 名の欠員が続いていましたが、今年度新たに新人技師が採用されました。新人教育にて、富田林病院のルール、放射線科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すが、改めて現スタッフにもルールへの順守の大切さを再認識して頂きたく、今年度の放射線科の指針を「ルールへの順守」にしました。そもそも現スタッフが経験年数に関係なくルールを順守する意識共有が非常に重要である事や、放射線科ではルールを順守する事で、効率的かつ安全で正確な検査が行える体制を整えています。日常業務への慣れや確認作業を怠る事、またマニュアルを無視した業務などはインシデントを誘発し、容認できるものではありません。

個々で富田林病院のルール、放射線科のルール、各モダリティーのルールなどを確認し、ルール順守を徹底しながら日常業務を行っていきましょう。

2022 年度放射線科目標

- ① ペーパーレス化の検討
 - ➡ ペーパーありきの現在の運用を再検討する
- ② 職員を対象にした研修動画の作成
 - ➡ 「診療用放射線の安全利用研修」「放射線業務に従事する医療従事者への被ばく研修」「MRI の安全管理」この3題について研修動画を作成し配信する
- ③ 専門性を持った技師の育成
 - ➡ 認定技師取得に向けて支援およびCT 担当者の育成
- ④ CT の紹介率の向上
 - ➡ 2021 年度実績 8.2%の紹介率を上昇される活動を行う
- ⑤ 一般撮影再撮影低減の取り組み
 - ➡ 一般撮影において再撮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み

この目標に対しWG を編成するなどし、目標達成に向け活動を行った。

目標およびWG での成果

- ① ペーパーレス化の検討

WG でペーパーレス化のシミュレーション等を行った結果、ペーパー運用の簡素化は実現できたが、目標であったペーパーレス化には至らなかった。
- ② 職員を対象にした研修動画の作成

法令や画像管理加算の要件を満たすため、放射線科から発信すべき研修は3種類ありこれら全てにおいて研修動画を作成し配信する事ができ目標は達成できた。
しかし対象者全てに研修を受けて頂けなかったのが課題となった。
- ③ 専門性を持った技師の育成

新たに1名がX線CT 専門認定技師を取得した。
- ④ CT の紹介率の向上

CT 紹介率の向上に向け地域連携室と現状の把握を行い、地域別・診療科別の傾向を分析した。その結果を元に営業活動をしていく予定であったが、コロナ禍でもあり開業医への直接的なアプローチは出来なかったが、今年度の紹介率は8.8%と昨年より0.6%上昇した。
- ⑤ 一般撮影再撮影低減の取り組み

WG にて特に再撮影率が高い膝の撮影に関し取り組みを行ったが、大きな再撮影率の低下とはならなかった。

その他の活動実績

- ・パワーポート留置患者の造影検査時の提案

パワーポートが留置されている患者さんでも造影 CT 時などは、抹消静脈穿刺で造影検査を行っていたので、パワーポートからの造影剤注入を提案し実施していった。

この結果、患者さんや静脈穿刺を行っていたナースの負担軽減につながったと考えています。

- ・K939 画像等手術支援加算の取得

肝切除のオペに対し『K939 画像等手術支援加算ナビゲーションによるもの(2000 点)』を取得できるよう、外科医・医事課入院係・オペ室ナースと協力し、加算要件であるオペ室内でも 3D-CT 画像の構築が可能な環境を整え、請求および実運用していく事になり収益に貢献出来た。

- ・バリウム誤嚥対策 WG の活動

健診センター受診者の高齢化などに伴いバリウム誤嚥の発生率が増加傾向にあったので、放射線科と健診センターとでバリウム誤嚥対策 WG を立ち上げ誤嚥発生率の低下に向け毎月活動を行った。誤嚥問診の強化・ポスターでの啓蒙・検査直前の少量の飲水・バリウムのストローでの飲用などの対策をとり、増加傾向にあった誤嚥発生率に歯止めがかかり一定の成果が出た。

- ・未既読管理および目的外所見時の追跡業務

医療安全委員会と連携し、2 週間に 1 度 CT・MRI 所見の未既読調査、および目的外所見があった場合には依頼医が他科へコンサルしたかなどの追跡調査などを行う業務を始めた。

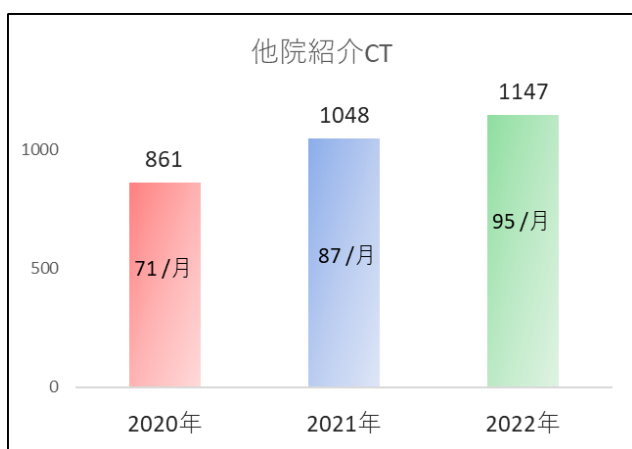
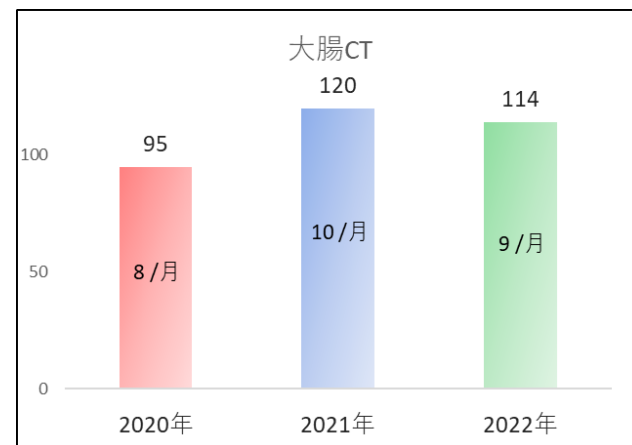
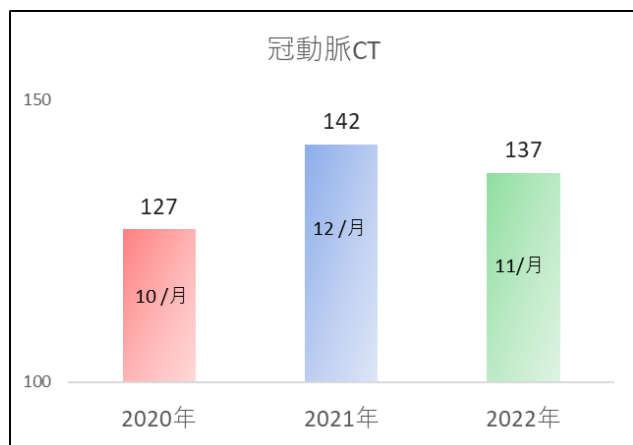
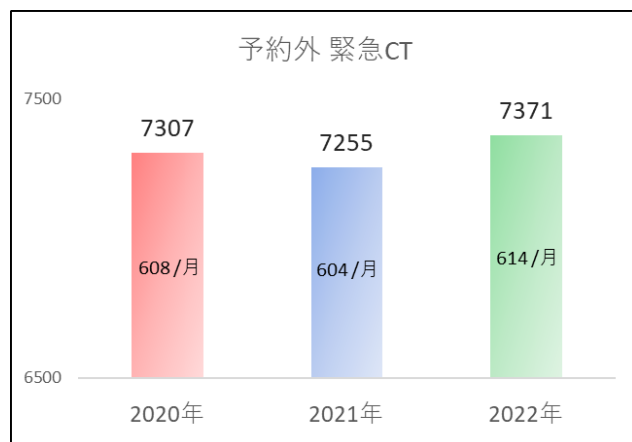
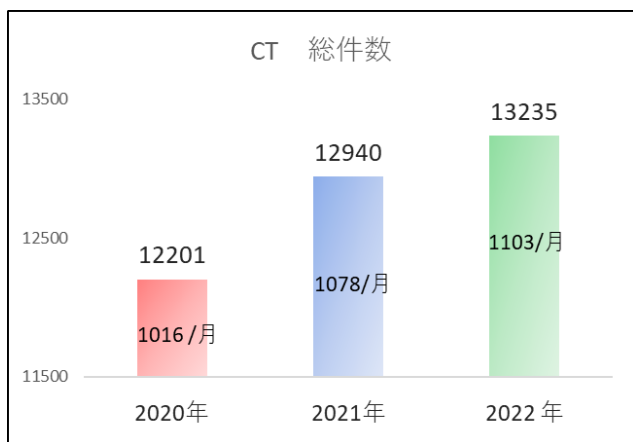
- ・全身 DWI (DWIBS)MRI 検査の実績

MRI 検査による DWIBS 撮影は、2021 年 12 月から撮影を始め、2022 年度は先生方の DWIBS 検査に対する認知度が上がり、主に泌尿器科・外科・皮膚科などから合計 130 件の依頼があり診療に貢献出来たのではと考えています。

また健診センターのドックオプションに DWIBS 検査を組み込んだ「全身がんドック」は 2022 年度は 147 件の申込みがあり、そのうち 1 名に膵がん(ステージ 2B)が見つかるなど(当院で治療)、がんの発見および病院収益にも貢献できた。

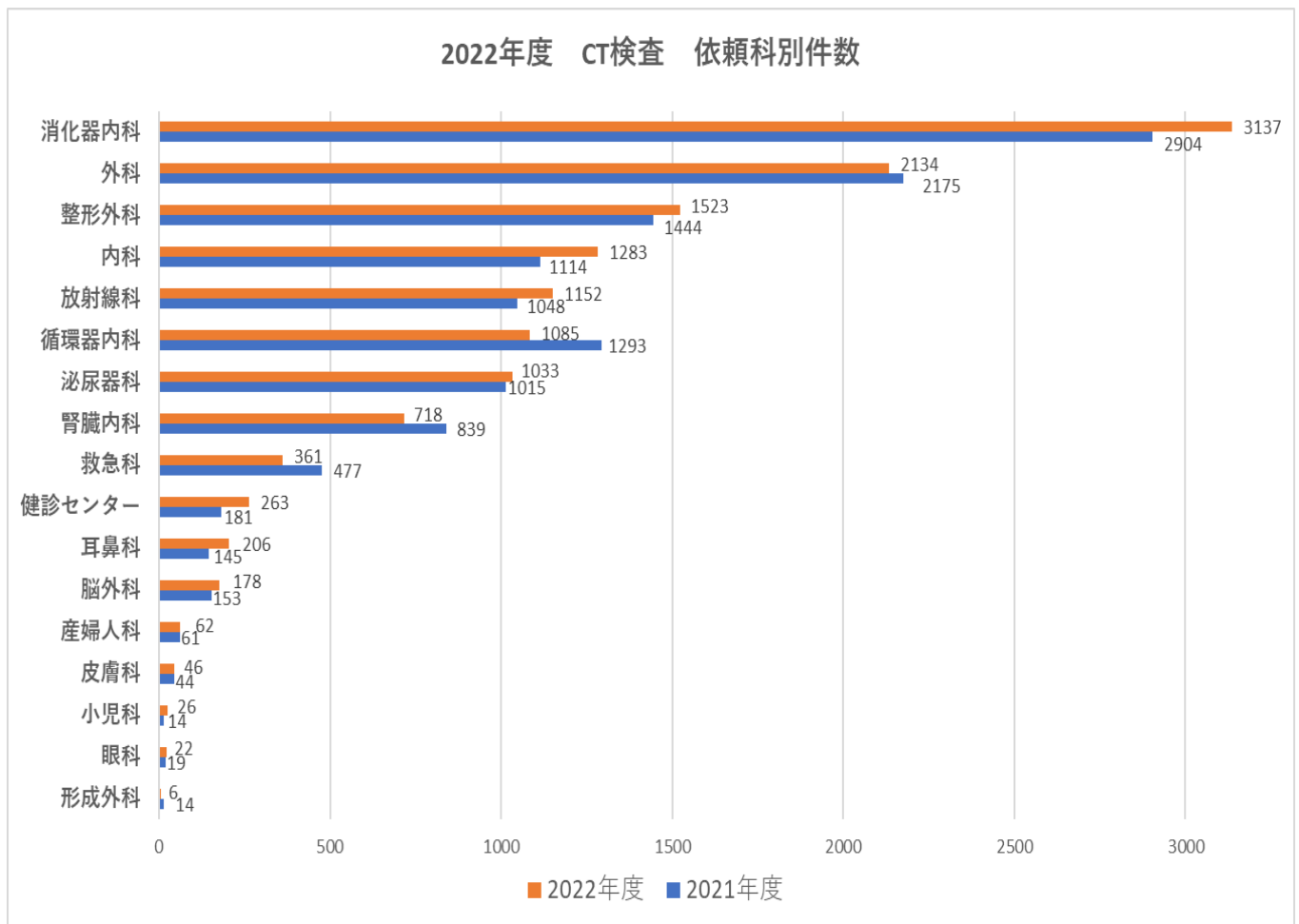
○統計資料

・CT 検査件数

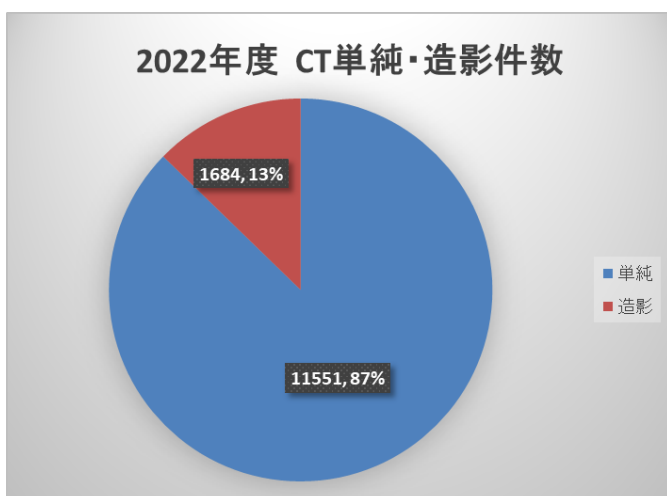


他院紹介CT 紹介率		
2020年	2021年	2022年
7.1%	8.2%	8.8%

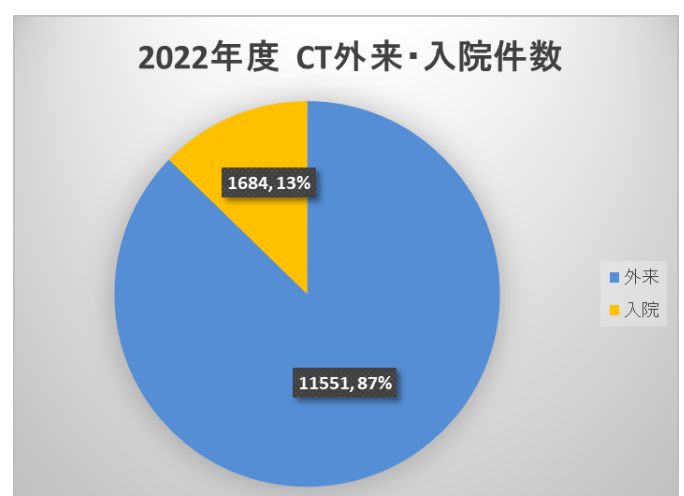
・CT 依頼科別集計



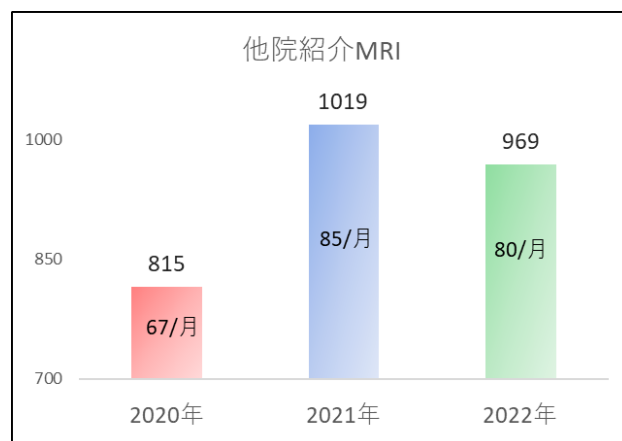
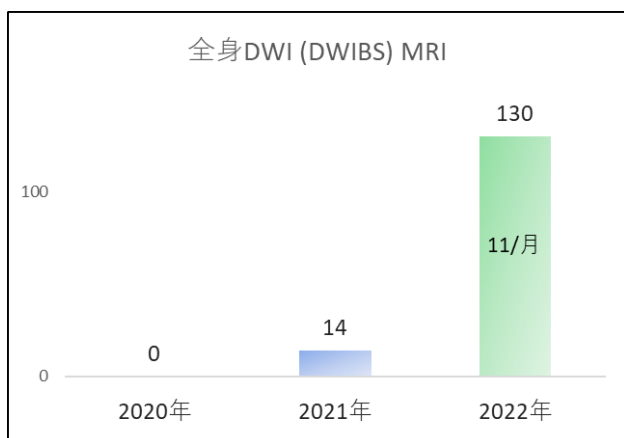
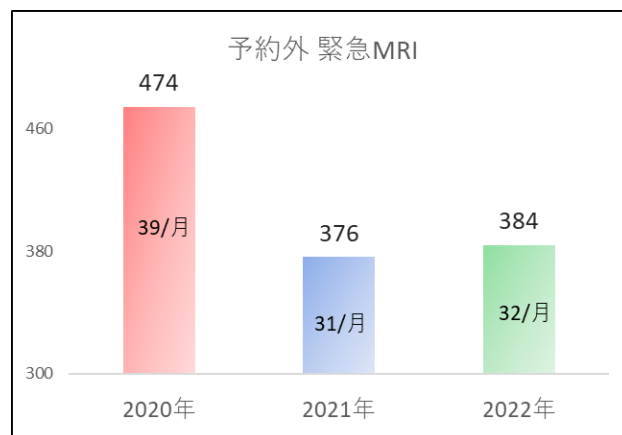
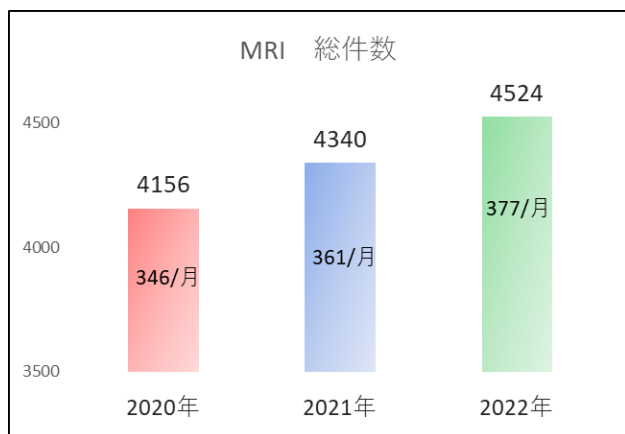
・CT 検査 単純・造影件数比率



・CT 検査 外来・入院件数比率

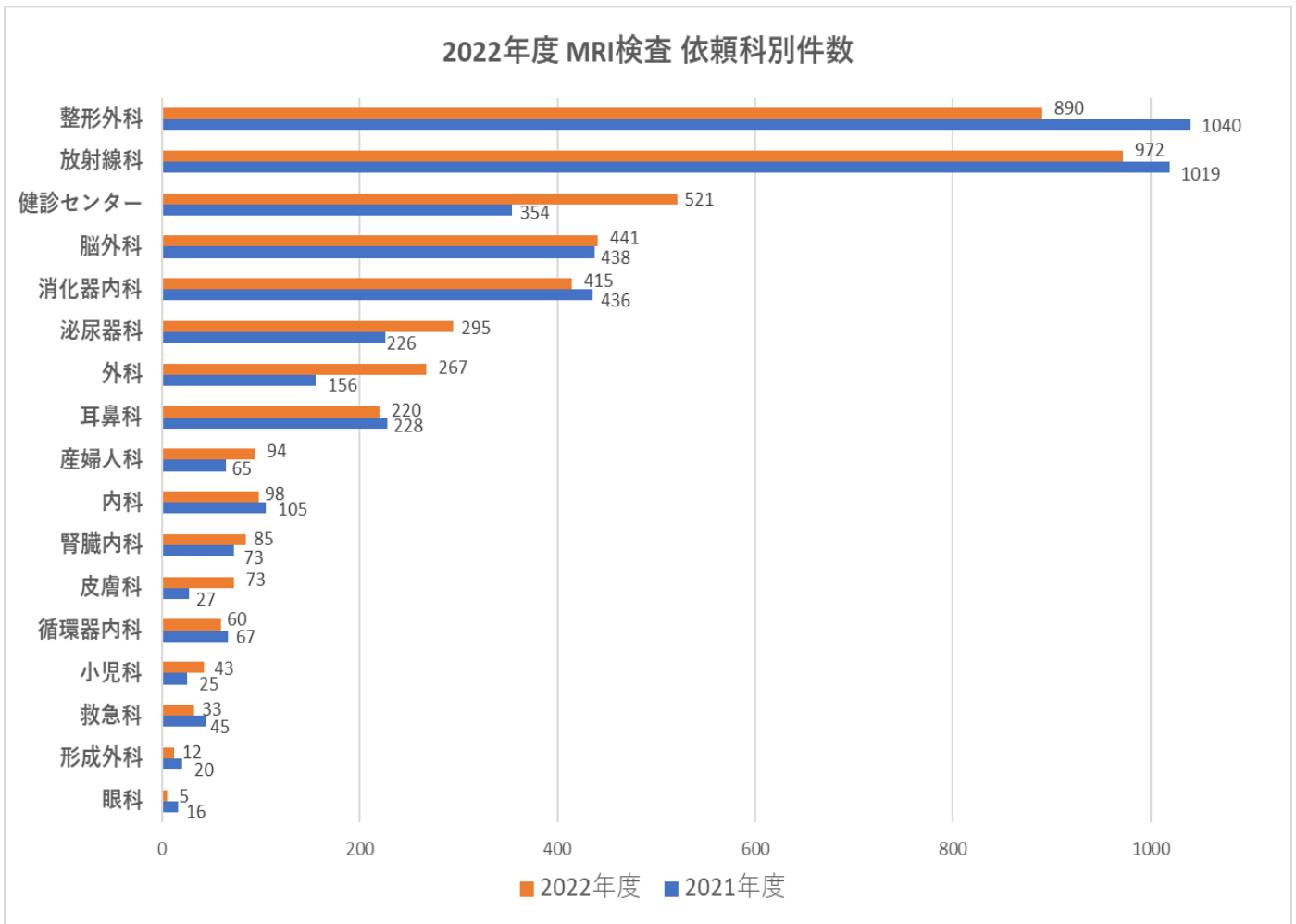


・MRI 検査件数

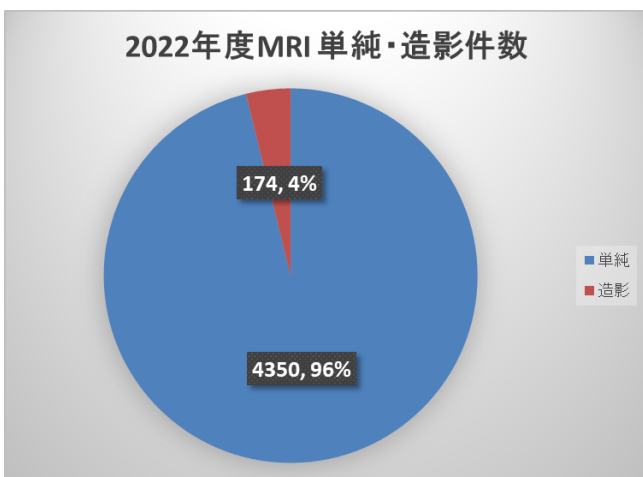


他院紹介MRI 紹介率		
2020年	2021年	2022年
21.0%	25.5%	24.0%

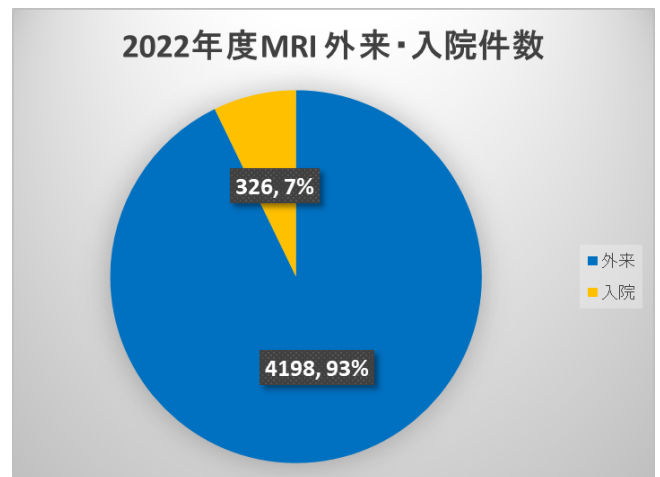
・MRI 依頼科別集



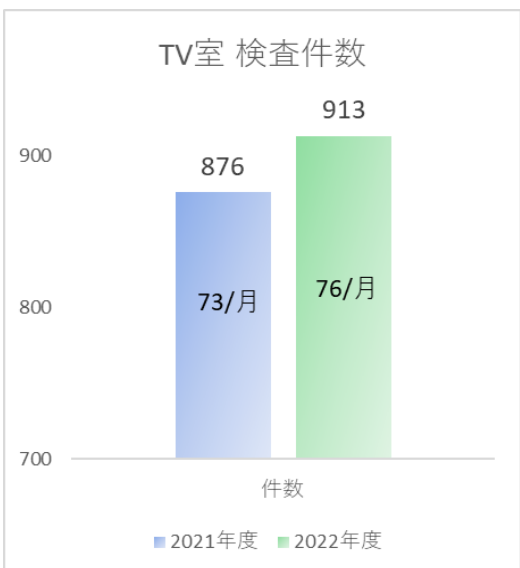
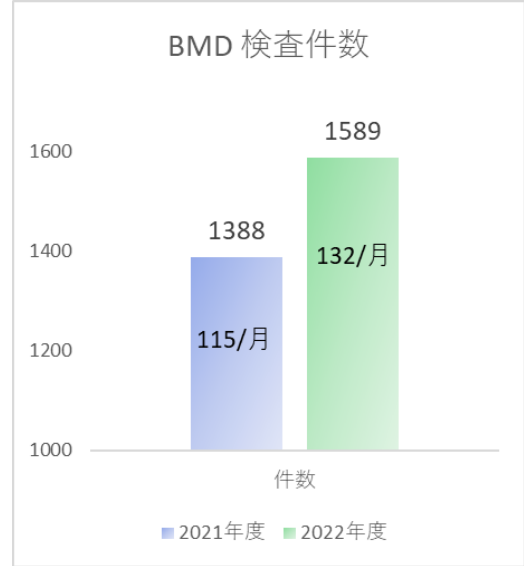
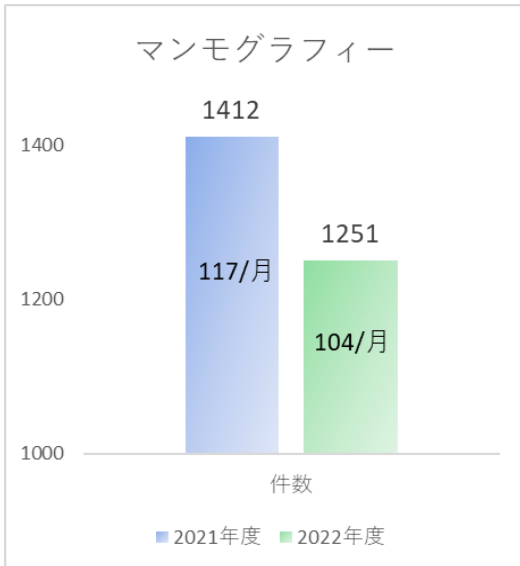
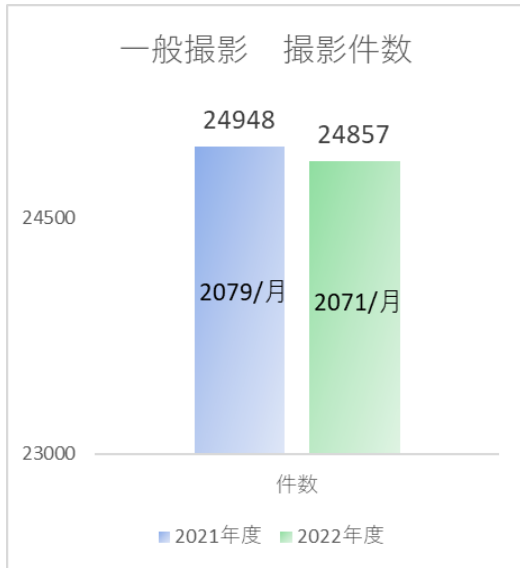
・MRI 検査 単純・造影件数比率

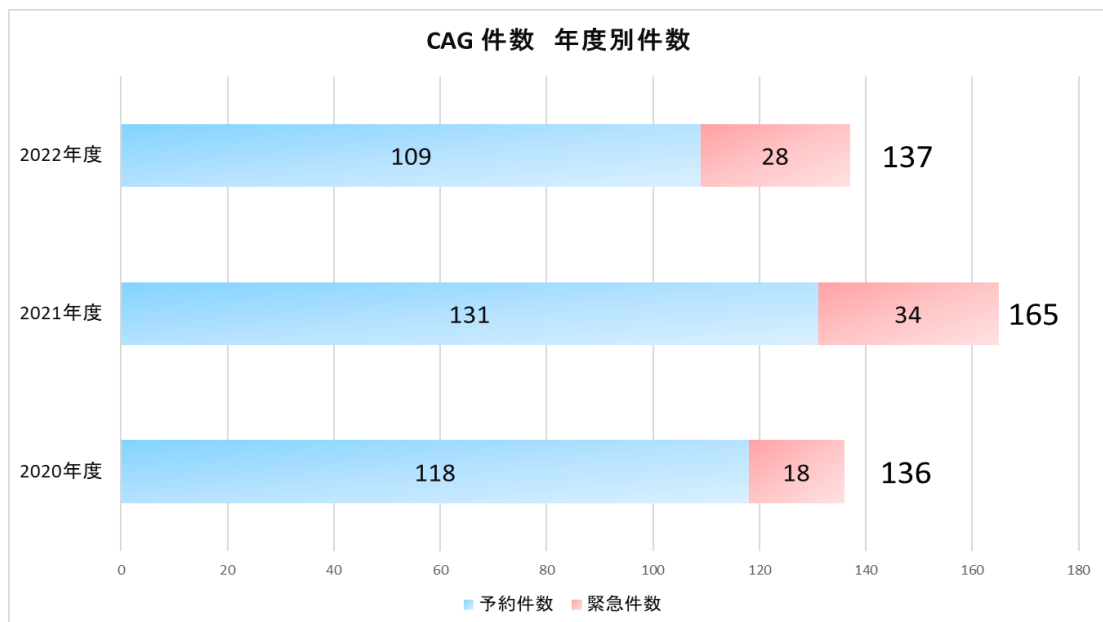
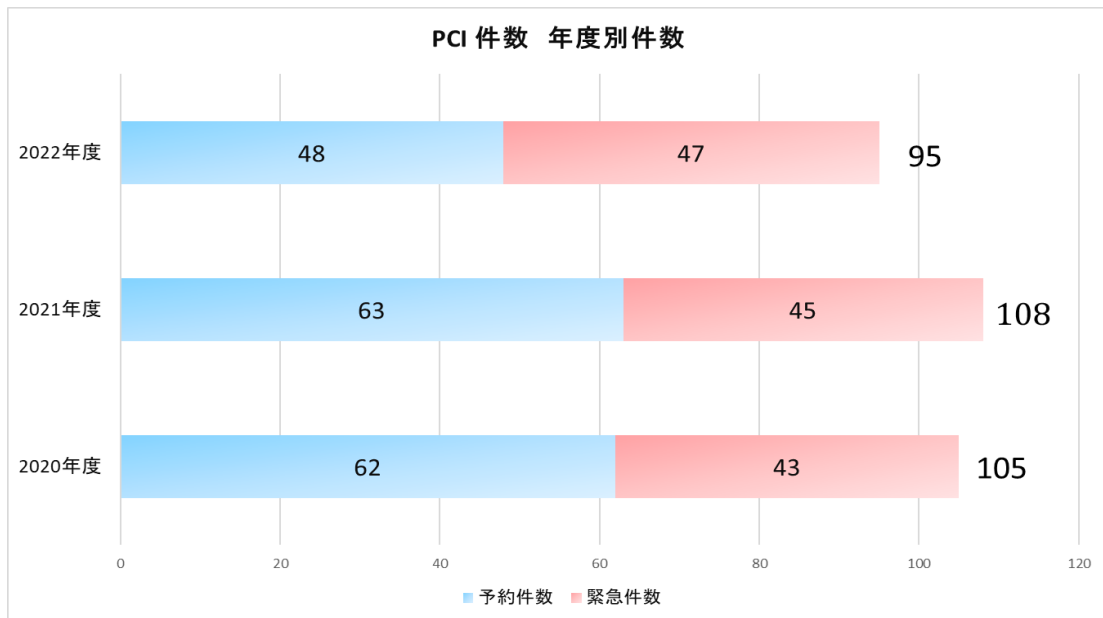
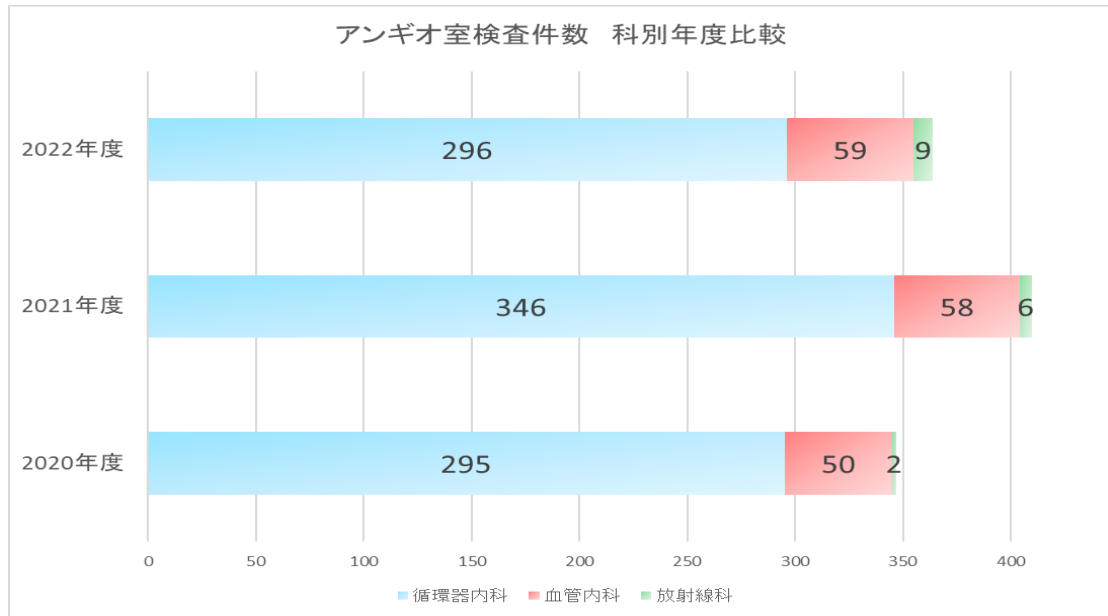


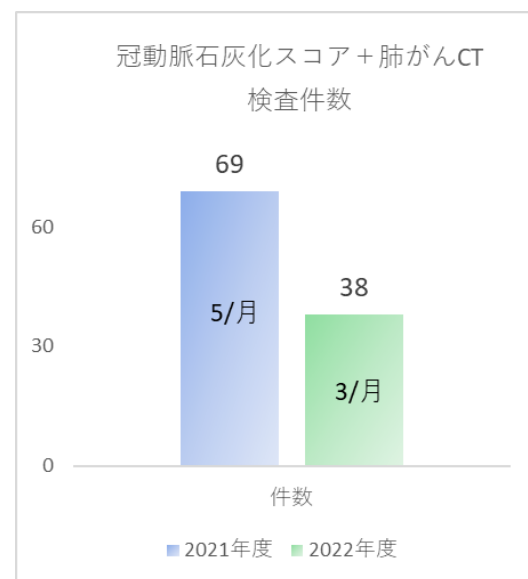
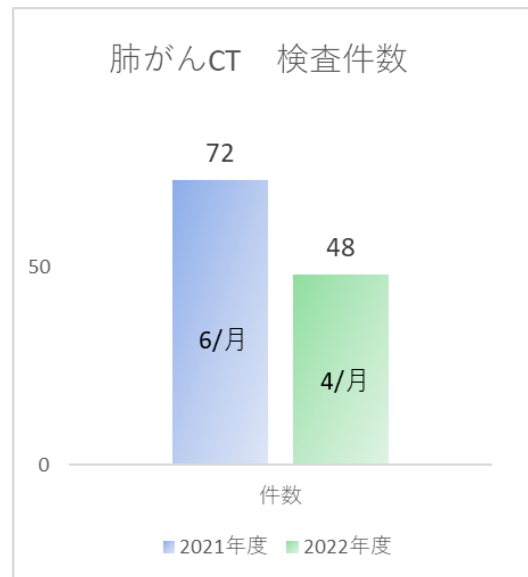
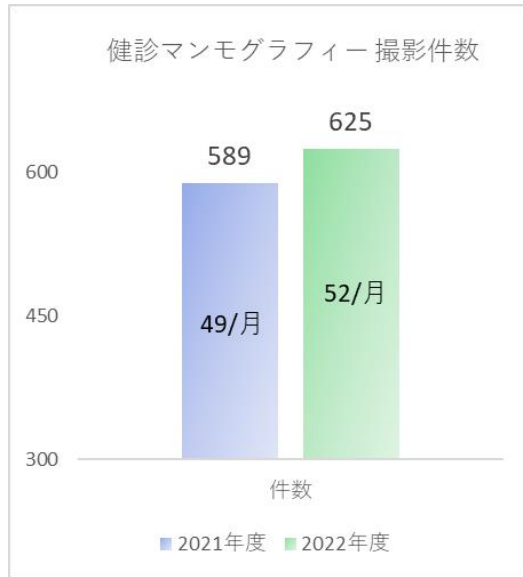
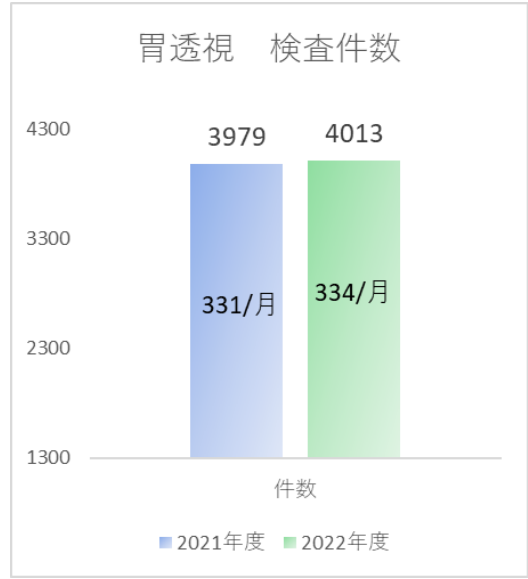
・MRI 検査 外来・入院件数比率

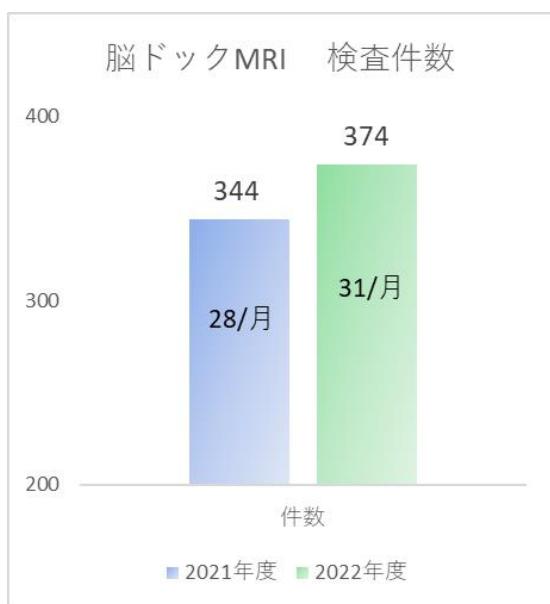


・その他検査件数









○ その他 2023 年度の取り組み

2023 年度放射線科は再び「ルールへの順守」を指針にし、業務に取り組む事にしました。

昨年度も「ルールへの順守」を指針にしましたが、残念ながらルーチンに行う日常業務でさえルールを守れていない行動が散見された事や、業務を複雑化しているルールや効率化の邪魔になるルールは見直しを検討しながら効率的かつ安全が担保できるルールを確立し、ルールを順守する組織作りに取り組めたらと考えています。

・ 継続と新たな取り組み

本年度は昨年度からの継続課題と新たな取り組みなど 5 項目を科内の目標とし、それぞれに WG を編成し少しでも成果がでる活動を行っていく予定です。

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| ① 職員を対象にした研修動画の配信の継続 | ② CT の紹介率の向上 |
| ③ 専門性を持った技師の育成 | ④ 残業時間低減の取り組み |
| ⑤ 2022 年度の CT、MRI、胃 X 線検査の画像評価検討 | |

特に④、⑤については、今年度から初めて取り組む課題なので、以下の内容にて目標を達成出来ればと考えています。

④ 残業時間低減の取り組みについて

2022 年度の残業内容を分析した結果、月平均約 12 時間の残業が発生している画像処理業務を、検査開始時間の見直しや、業務が発生した場合の人員配置の強化、個々の画像処理業務におけるスキルアップを行いう事で月 5 時間程度の残業時間低減が可能ではと考え、科内全体で取り組むことにしました。

⑤ CT、MRI、胃 X 線検査の画像評価検討について

2022 年度に行った冠動脈 CT・大腸 CT・全身 DWI (DWIBS) MRI・胃 X 線検査において、画像結果から二次検査やオペを行った症例を精査し、自分たちが撮影した画像と二次検査の結果を照合する事で画像評価を行い、今後の検査へフィードバックおよび検査の質向上につなげて行ければと考えています。

医療機器管理室

1. 部署概要

○スタッフ

スタッフ数	14名	(臨床工学技士 14名)
技士長	恩地 隆	
係長	松原 広	上崎 真一
主査	岡田 智行	

○基本理念

臨床現場へ信頼性の高い機器を過不足無しに提供するとともに、適切な資産管理等を考え質の高い医療機器管理体制の構築に取り組む。

○基本方針

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

○業務

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

○業務体制

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

1) 医療機器管理業務

生命維持管理装置を中心に多岐に渡る医療機器や医療材料を中央管理し、使用前・使用中・使用后点検などを行う。院内修理が可能である場合は迅速に対応する。装置故障期間の短縮と修理費用削減に努める。機器の購入から廃棄までトータルマネジメントする。

2) 手術室業務

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

3) 人工呼吸療法業務

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

4) 循環器_虚血業務

心臓カテーテル検査・治療、シャントPTAなどに使用される材料の管理、補助循環装置を含む周辺医療機器の操作を行う。また、循環器内科医師とのタスクシェアとして清潔介助業務にも積極的に参加。

5) 循環器_不整脈業務

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

6) 内視鏡業務

内視鏡装置の保守点検や超音波内視鏡装置の操作、膵胆管造影時等の介助業務、医療材料や内視鏡システムの管理などを行う。また、カプセル内視鏡実施時の1次読影なども行う。

7) 維持透析業務

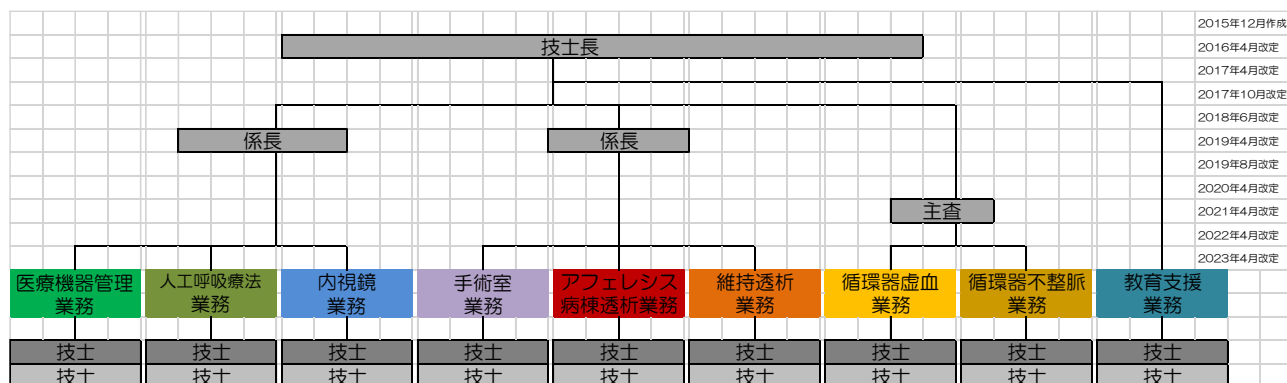
導入を含めた入院患者透析と慢性維持期の透析を行う。透析装置の保守点検なども積極的に取り組む。また、超音波診断装置を用いての血管管理を行う。

8) アフェレシス/病棟透析業務

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

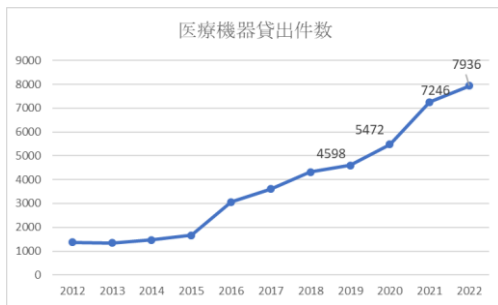
9) 教育支援業務

看護師を対象に少人数実習方式での機器取り扱い講習会を開催する。動画マニュアルの開発に積極的に取り組む。また、医師やその他医療従事者を対象とした講習会を行う。

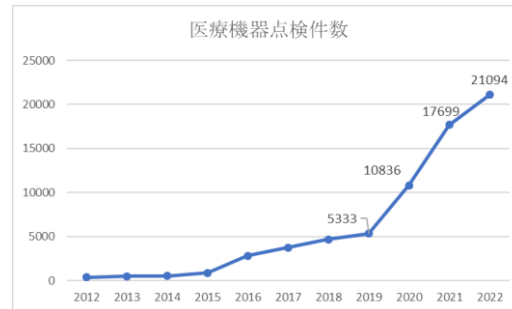


2. 活動実績

○医療機器貸出件数

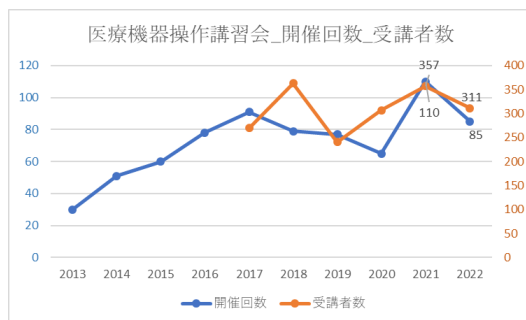


○医療機器点検件数



○医療機器の安全使用に関する講習会開催

講師：臨床工学技士 対象職種：看護師、医師



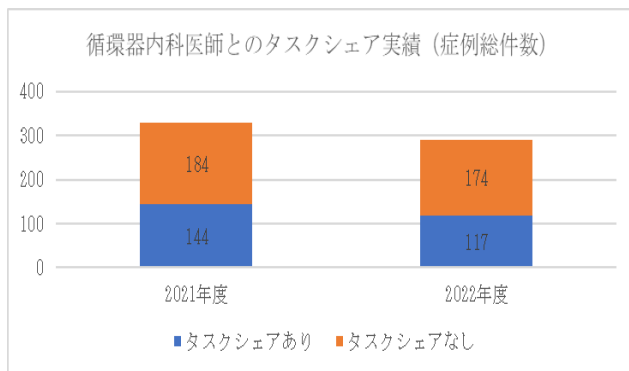
研修名 (2022年度)	開催回数	受講者数
輸液ポンプの基本操作	9	21
シリンジポンプの基本操作	9	32
人工呼吸器_V60基本操作編	9	22
人工呼吸器_EVITA基本操作	10	44
人工呼吸器_Servo基本操作	9	22
人工呼吸器_トリロジー100 カフアシストE70基本操作	1	8
NPPV用マスクフィッティング実習	1	1
AIRVO2操作説明	1	3
呼吸療法で使用する解剖生理	2	4
呼吸療法に必要な血液ガスの見方	2	6
おぼえよう！きれいな心電図波形を出すテクニック	10	24
ドリップアイ基本操作	3	3
低圧吸引器_ハマサーボドレインの操作と注意点	4	15
麻酔器の基本操作	1	1
Aライン圧モニタの基本	1	2
CLINY SCAN操作説明会	3	47
除細動器/AEDの基本操作	2	7
心臓カテーテル検査について	1	11
BLS	2	24
CHDF時のモニタリング	2	3
センサーマット/転倒むし	2	3
膀胱鏡システムの操作講習会	1	8
計	85	311

○定期的な医療機器新聞の発行

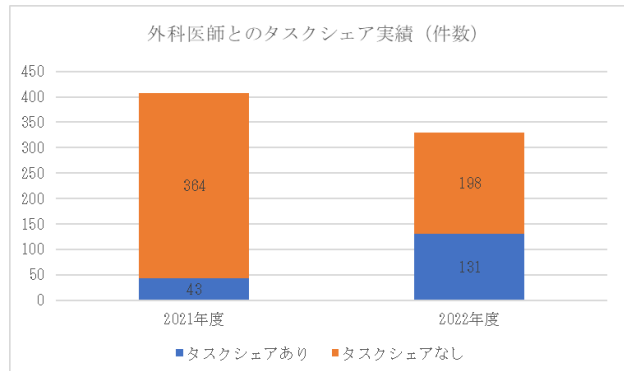
	テーマ	担当者
4月	抗癌剤投与装置DRIP EYEの紹介	松原
5月	1%ディプリバン投与装置の紹介	立野
6月	ペースメーカー植込患者のモニタ心電図の見方	宮城
7月	病棟透析業務の紹介	山添
8月	酸素流量と酸素濃度の関係について	山門
9月	内視鏡治療EMR・ESDについて	大谷
10月	顆粒球吸着療法の紹介	水本
11月	冠動脈の支配領域と心電図変化	中尾
12月	マルチケアコールの紹介	福本
1月	人工呼吸療法における酸塩基平衡について	立野
2月	下肢静脈瘤について	上崎
3月	ペースメーカー植込患者術前動作チェック表について	岡田
号外	医療機器操作にまつわるQ&A	林
号外	医療機器動画マニュアルの紹介	恩地

○タスクシェア実施件数

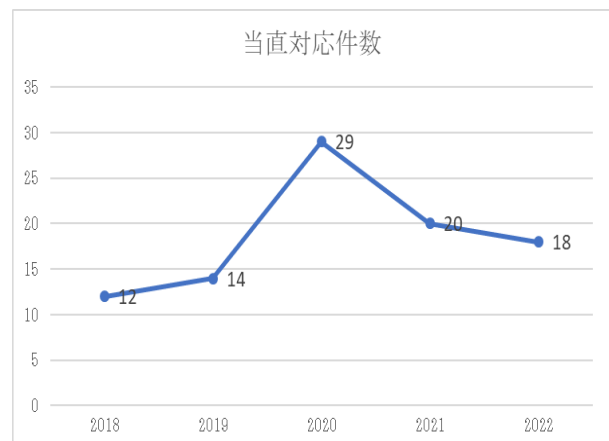
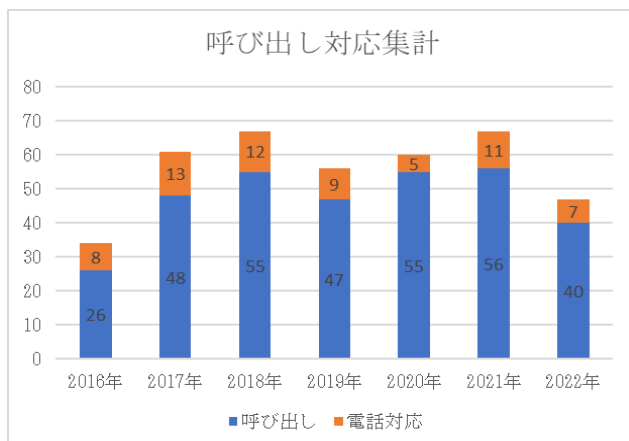
心臓カテーテル検査/治療補助



腹腔鏡下手術補助



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



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
機器トラブル	3	9	3	6	5	2	1
呼吸	19	18	22	9	10	18	11
循環	2	9	10	16	12	11	6
透析	3	6	13	1	4	2	1
内視鏡	7	18	19	24	29	34	28
合計	34	60	67	56	60	67	47

○研修・研究活動

第 32 回日本臨床工学会

第 35 回日本内視鏡外科学会

発表：立野 「臨床工学技士のスコープオペレーター業務確立を目指したマニュアル作成」

第 67 回日本透析医学会学術集会

発表：水本 「当院における VA エコーの活用と最近の傾向」

第 75 回済生会学会

発表：上崎 「外科医師から臨床工学技士へのタスクシェアの現状と課題」

発表：岡田 「循環器内科医師から臨床工学技士へのタスクシェアの現状と課題」

○臨床実習受け入れ

学校法人大阪医専 臨床工学科 2 名 2023 年 1 月 16 日～2 月 3 日

○施設見学受け入れ

大阪急性期総合医療センター 臨床工学技士 (タスクシェア業務についての見学)

富田林ときのクリニック 臨床工学技士 (透析業務についての見学)

○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

アフェシス学会認定技士 1 名

CPAP 療法士 1 名

透析技術検定 2 級 1 名

3. 今後の取り組み

・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（材料準備・補助）
- ・在宅領域への臨床工学技士の派遣

IV-6. 栄養管理科

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

○スタッフ

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

スタッフ数 管理栄養士：2名

労務員 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、お産昼食作成 配茶

○基本理念

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

○基本方針

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

○業務内容

<栄養管理業務>

チーム医療の一員となり、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、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・DCT）

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

<周術期栄養管理サポート>

消化器外科で全身麻酔を行う患者に対し術前・術後に栄養評価を行い、個人に合わせた栄養間を行っている。令和年度より入院患者の周術期栄養管理加算を導入

<給食管理業務>

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

<栄養食事指導業務>

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

患者の病態改善、栄養状態が向上するように長期的にサポートを行う

○担当管理栄養士により実施

- ・各種疾患の栄養食事指導
- ・心不全ポイント導入患者の栄養食事指導
- ・外科的疾患による術前・術後、化学療法栄養指導
- ・低栄養患者に対しての食事指導
- ・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4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4年 甲子園大学4名

○実績報告（令和4年度）

下欄参照

外来栄養食事指導件数（個別・集団）・入院栄養食事指導件数（個別・集団）

糖尿病透析予防指導管理件数（外来のみ）

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

実績報告（令和4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)	31	11	19	10	20	21	11	20	20	17	19	24	223
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)	28	22	20	40	31	18	20	30	30	30	31	49	349
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)	3	2	3	2	3	1	3	2	3	1	1	1	26
入院時食事療養費（I） 延べ食数(食)	14825	15541	15829	16257	15950	15622	17170	15913	16069	16207	14810	17307	190800
特別食加算 延べ食数(食)	5890	5351	5601	4749	5160	5161	5305	4823	5300	5287	5548	6925	65100
<特別食割合> (%)	39.7	34.4	35.4	29.2	32.4	33.0	30.9	30.3	33.0	32.6	37.5	40.0	34.0

令和4年度周術期栄養管理加算、実績報告

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
外科	0	1	7	9	7	2	6	8	15	32	23	21	131

○学会活動

日本臨床栄養代謝学会近畿支部学術集会

当院における外科周術期栄養管理について 管理栄養士 大中敦子

○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

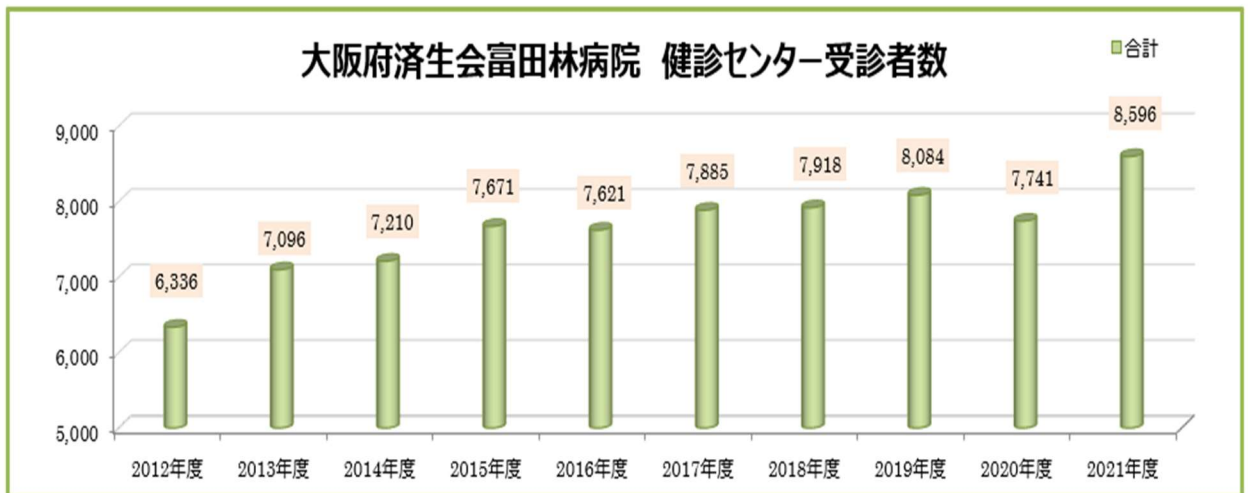
※ 健診センター実稼動日数 281日 1日平均受診者数 30.6人

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

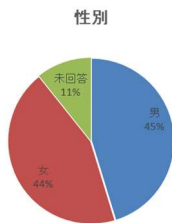
※ 40歳・50歳対象の「節目健診」は、2014年度より廃止。



6. 健診センター満足度アンケート

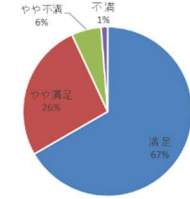
2021年8月23日（月）～8月28日（土）迄の6日間、受診者の方を対象に性別・年齢・健診センターの環境・スタッフの対応・健診の流れなど15項目のアンケートを実施いたしました。今回の結果をもとに、スタッフの接遇を高め、受診者さんに最良の対応ができるよう努力して参ります。

●性別・年齢

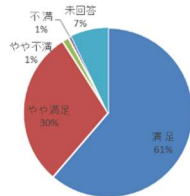


●健診センターの環境

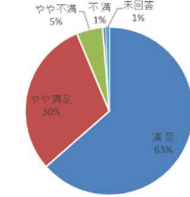
1.更衣室(ロッカー)について



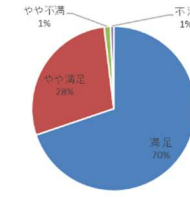
2.トイレについて



3.健診時、待合フロアについて



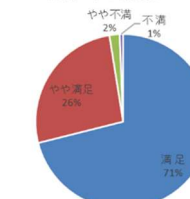
4.診察室について



5.施設の温度、空調、静けさ等

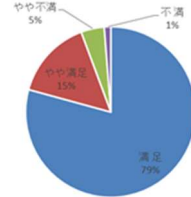


6.健診時の環境について

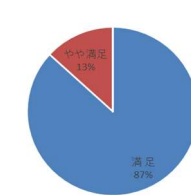


●スタッフの対応

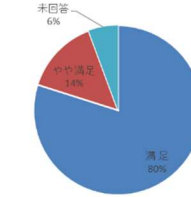
1.診察医師



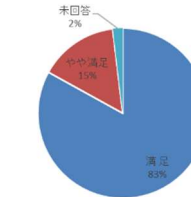
2.看護師



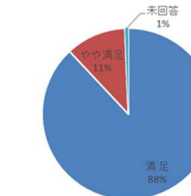
3.放射線技師



4.検査技師

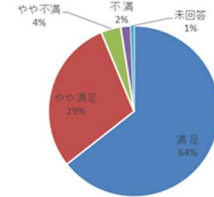


5.事務(受付その他)

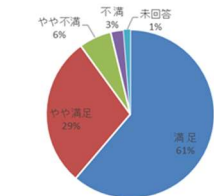


●健診センターの流れについて

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3B病棟をゾーニングし、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。

1)職員状況

正規看護職員288名(男性16名)、新卒採用21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17名、セカンドレベル修了13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。

2022年度に入職した常勤看護師(助産師含む)24名に対し、退職は26名。ナースエイド(非常勤含む)13名に対し、退職は10名。全体の離職率は12% 新人の離職率は10%であった。

2. 2022年度看護部活動目標

1)人が育つ組織・人材育成

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

2)変化に挑戦する組織・マネジメント

- (1)効率化の検討
- (2)診療報酬改定への対応
- (3)看護提供体制の評価

3)働き甲斐のある組織

- (1)時間外勤務の削減
- (2)多職種連携・協働の推進

●人材育成

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

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、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。

また、業務の効率化、人材育成の点において、ポリバレントナースの育成をスタートした。新型コロナウイルス感染状況により人員の配置が流動的なため、計画的に教育を進められない点があったため次年度も継続して取り組んでいく必要がある。

●マネジメント

診療報酬改定に対し、地域包括ケア病棟(5B)の転棟率の管理に取り組み、一般病棟で受けていた眼科予定入院の受け入れを5B病棟で行うように体制づくりに取り組んだ。結果、転棟率60%未満を維持できた。又、術後疼痛管理や二次性骨折予防の算定に向けても関係部署、認定看護師、多職種が早期から連携しながら準備を進め、算定に至っている。

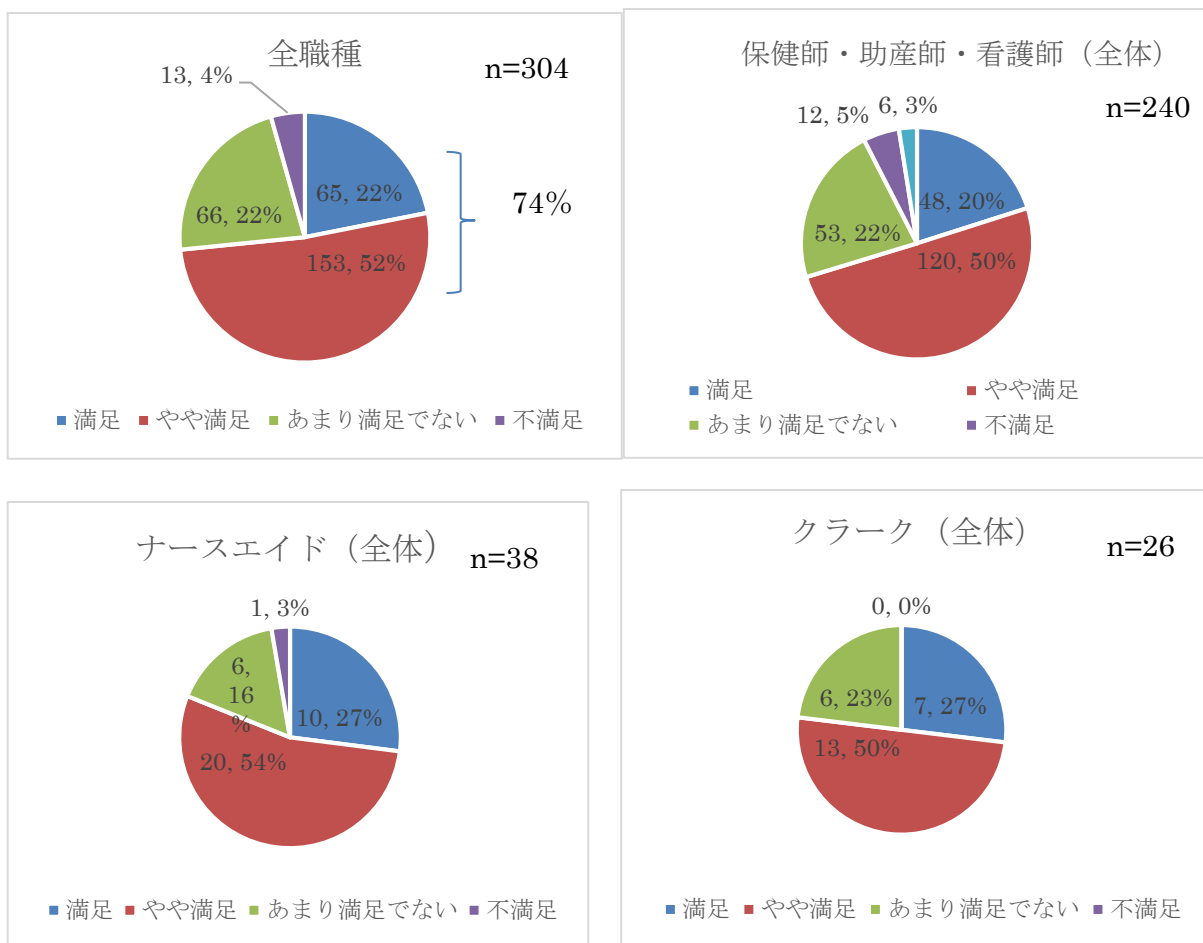
新型コロナウイルス感染症のパンデミックから3年目となり、コロナ病床は3B病棟5床をハイケアユニットとして人員配置を実施。院内クラスターへの対応のため、5B病棟でのゾーニングにより最大14名までのコロナ患者への対応を行った。人員は病棟、外来、手術室と各部署からのローテーション体制を維持拡大した。増加する発熱外来の実施も継続し、第8波までの対応を実施。救急の受け入れを実践し、地域住民の安心につながるよう取り組んだ。

●働きがいのある組織

時間外勤務の理由を師長会において調査し、時間外削減に各部署が取り組んだ。看護部で行った全体の職務満足度は「満足、やや満足」合わせて74%であった。

しかし、病院が実施したストレスチェック(エンゲージメントサーベイ)では、満足度が「人間関係」は60%以上「仕事のやりがい」は50%以上あったが、「仕事の負担」における満足度が30~40%と低く、抗ストレス者率は看護部全体で、26.9%(病棟30.6%、外来部門20.2%)であった。

【2021年度 看護職員 満足度調査結果】



IV-8-2). 3A病棟

看護師長：森寄 直美

1. 部署概要

許許可病床数：50 床（特別室：1 室・重症管理病床 2 室・トイレなし個室 4 室・トイレあり個室 7 床・4 人総室 9 室）

担当科：泌尿器科・腎臓内科・小児科・婦人科

2. 活動実績

1. 看護実践能力向上を目指し質の高い看護を提供することができる

当病棟では担当科以外の入院が多くあり、どのような患者であっても五感をフルに活用したフィジカルアセスメントが求められるため、病棟全体で患者観察に必要なスキルを身に着けるべく e-ラーニングの活用と学習会の開催に取り組んだ。e-ラーニングでは毎月一つのテーマを掲示し全員の視聴を目指した。担当者の継続した声掛けで視聴率は 30% 台から 70% 台に上昇した。100% とならなかったことは反省点であるが根本的な部分の動機づけを強化し、全員視聴が定着するよう引き続き活動していく。学習会に関しては年間計画に基づき開催し実施率は 100% であった。学びが現場での看護実践に活かされたかどうかと、能力向上に繋がったのかを評価していく必要がある。

2. 安心・安全な看護提供ができる

リスク件数減少を目指しインシデント発生時にタイムリーなカンファレンス開催を目指した。タイムリーに開催できない時は連絡帳や朝礼での伝達で事案を共有することができた。インシデント件数は 3b 以上が昨年度 4 件から 0 件に減少。転倒転落件数は 23 件から 24 件と 1 件の増加であった。顕著なリスク件数減少はなかったが、カンファレンスを通してリスクに関する認識が高まったと考えられることから、情報共有の重要性等を啓蒙しつつリスク件数減少に繋がるよう取り組んで行きたい。又、安全な看護を提供するためには手順の順守は重要であるが、病棟内で活用している各種マニュアルで修正されていない物が数多くある。手順逸脱によるインシデントも発生しており安心・安全な看護実践にはマニュアルの修正も早急の課題であり前向きに取り組んでいきたい。接遇に関しても患者や家族から苦情があった事例があり、毎月曜日の朝礼時にスタッフ間での身だしなみチェックを実施した。接遇マニュアルを意識し、お互いに注意し合える風土作りの一環となったと思われるため継続して活動していく。

3. 資料

延べ入院患者数 15730 人/年 平均在院日数 13.4 日/月

1. 部署概要

許可病床数：50床

稼働病床数：45床（重症管理病室3室・個室6室・3人総室1室・4人総室7室 計40床）
（3B側 陰圧部屋個室2室・総室1室：COVID-19患者受け入れ 計5床）
（3A側 R5年1/6～3/5 総室1室：COVID-19患者受け入れ 計4床）

担当科：一般内科・循環器内科

3B病棟は、急性期や慢性期の患者、化学療法を受ける患者など、多岐にわたる疾患と高齢化により疾患も複雑化している。また、患者層の高齢化により認知症を含めた高齢者への看護も必須である。そのためアセスメント力と根拠をもった看護技術の提供が重要である。また、コロナ病床では、ワクチンや治療薬の開発により、感染者数や重症化する患者が減った。しかし、高齢者の感染は隔離期間を過ぎても、合併症などにより入院期間が長引きADLの低下がみられた。入院してきた患者が住み慣れた環境で安心して生活できるように、他病棟看護師と協力して入院時から退院後の生活を見据えて支援しなければならない。

2. 活動実績

1) 専門性を高め、根拠に基づいた安全な看護の提供を目指す

昨年度は、病院方針として医療ニーズの変化や人口動態の変化、人材確保や患者単価の減少など外部環境の変化により、診療体制や勤務時間、組織文化を見直す経営改革が必要となり、「タスクシフトと業務の効率化」と挙げられた。そこで、部署目標として部署の業務が複雑かつ多様となる中、限られた人員と人材を有効に活用して、専門性を高め、根拠に基づいた安全な看護の提供を目指した。

循環器疾患や重症患者の看護、急変時の対応、回復期を支える看護に必要なスキルをアップのために、医師の協力を得て、不整脈やIABPやPCPS装着患者の学習会を実施した。また、スタッフにより心不全患者の看護や動脈ラインについてなど実践に結びつく内容とした。今年度のハートノート交付患者は42名となり、PTと協同してハートノートを活用した指導を行った。今後は、個別に合った指導を行えることが課題である。また、不整脈時の対応で除細動の装着がスムーズに行えなかった事例があり、CEに学習会を依頼して行った。また、点検を兼ね触れる機会を作っていく必要がある。

看護体制については、呼吸や循環動態が増悪する患者の病床を占める割合が上がると、指導側も受ける側も余裕がなくなり、指示漏れや情報共有の不足からインシデントに繋がる事例があった。また、新人指導においても、マンツーマンでの指導が有効な場面において、対応できていなかった。コミュニケーションエラーや受け持った患者を責任もって見る意味や看護、指導スキルが不足していた。スタッフからは、疲弊の声が上がり、後輩指導にまで負担を感じると声があった。看護部のエンゲージメント調査においても、やりがいに繋がる項目が低い結果となった。そこで、スタッフ間の協力体制を再構築し、仕事の効率化を図り、勤務時間内に業務が終わるために、3月からPNS体制の見直しを行った。

超過勤務時間においては、1人あたり月平均7.3時間で10時間を下回った。その日の業務の繁忙度合いにもよるが、適正な超過勤務となるようにマネジメントリーダーが役割を果たし、個々がスキルアップして日々の看護に望むことができるように次年度取り組む。

令和4年度は、平均在院日数が18.6日、平均稼働率が86.1%であった。病床を効率的に運用するために、医師と協力し、クリニカルパスの運用や退院情報の把握を行い、滞ることのない退院支援を

スタッフと多職種と連携しベッドを効率よく稼働していく必要がある。

3. 統計資料

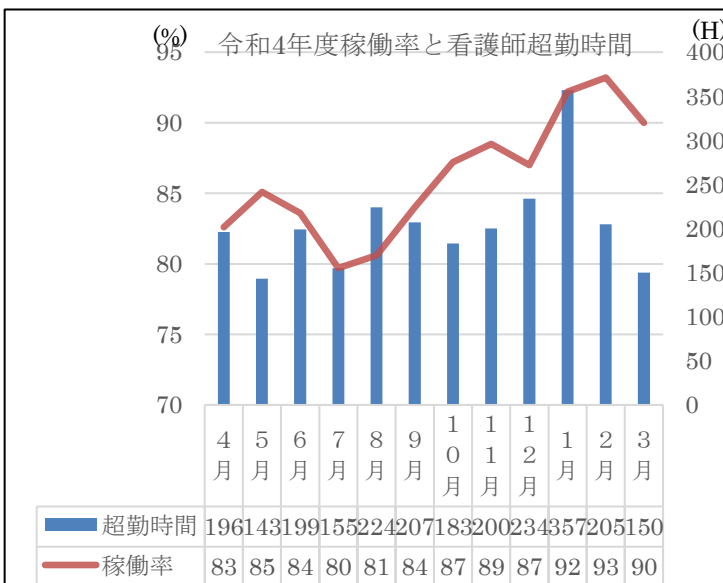
1) 学会発表

学会名：日本看護学会学術集会 発表者：田中 翔 会場でのポスターセッション

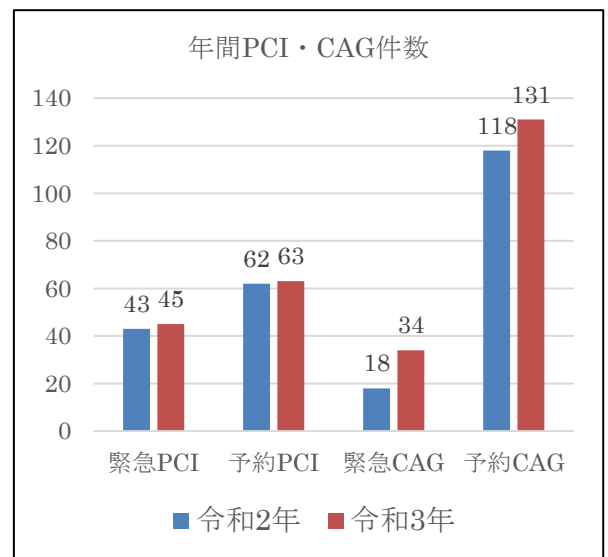
2) 学習会開催実績

開催日	時間	学習会テーマ	担当者	参加人数
4月6日	13:30~14:00	心不全について	吉本 Ns	8名
6月	13:30~14:00	IABP・PCPS 挿入時の観察	山本 Dr	9名
8月	13:30~14:00	倫理カンファレンス	阪本 Ns	8名
8月30日	15:30~16:00	ペースメーカー挿入時の観察	更谷 Dr	13名
9月	15:30~16:00	SG カテーテル挿入時の観察	杉本 Dr	10名
10月	15:30~16:00	心電図の読み取り方	山本 Dr	9名
11月~12月	不定	急変シミュレーション	溝上 Ns	
1月	13:30~14:00	化学療法について		8名
2月	13:30~14:00	倫理カンファレンス	A チーム	9名
3月	13:30~14:00	口腔ケア・食事介助について	西尾主任	10名

3) 月別稼働率と看護師超過勤務時間



4) 年間 PCI・CAG 件数



IV-8-4). 4A病棟

看護師長：岡田 弘美

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、加齢や変形に伴う障害による予約入院が主である。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。近年高齢化に伴い、独居の患者や老々介護の状況で退院調整困難事例も増加傾向にある。消化器内科では治療・検査目的入院の他、肺炎や吐血・下血や総胆管結石など緊急入院がある。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、医師や看護師を中心に理学療法士や薬剤師・栄養士にてチーム連携を行い、患者の苦痛や不安を軽減するため日々援助を行っている。

2. 活動実績

部署目標：1. 患者の療養生活を整え、患者に沿った看護提供 2. 退院後を見据えた看護提供：内服管理方法の検討 3. リシャッフルを実践し、定着させることで時間外勤務の短縮を図る。

ナースコールに関する訴え件数の減少については、患者に一日のスケジュールを伝えることで、患者の満足度アップを図ること、環境整備・安全面の確保を目的に取り組んだ。朝礼で啓蒙を継続したことで少しずつではあるが、受け持ち患者のもとへ挨拶に行っているスタッフが増えた。次年度の課題として、患者へ朝の挨拶継続と、退室時の声かけなど訪室時に「先手の看護」を意識していく必要がある。

転倒転落件数の減少とレベルⅢの予防については、入院時に転倒転落リスクの評価を行うことや、前施設での認識面の状態を情報収集し、リスクの高い患者への転倒転落予防策を行った。患者のADLや認識面に合わせて離床センサーなどで対策を行ったが、日々変化する患者の状態にリアルタイムに変更できず、センサーの在庫がなく患者の状態に合わせた対策が行えなかった。患者の状態に合わせ、病棟全体で認識および行動レベルに移した目、毎週月曜にリスクと転倒転落の事例についてもカンファレンスを行った事で、転倒転落に視点を置く機会が増えた。しかし、転倒転落件数の集計では、転倒件数67件となっており、前年度に比べ14件増加した。レベルⅢbが2件で頭部外傷、大腿骨警部骨折と患者に侵襲を及ぼす結果となった。次年度も継続し転棟件数30件以下、レベルⅢ以上の発生が0件を目指し注意喚起や対策を行っていく。

5Sを徹底については、環境整備を改善した方がよい所を朝礼で啓蒙し、患者の療養生活を整えるようにした。5Sの監査（できている1、できていない0、該当なしN）では、結果、5月63%から。7月に一度50%に低下したが8月以降毎月70%を超えており、少しずつ環境が改善された。今後も継続して監査を実施し、患者の療養生活を意識して環境を整えるように働きかけていく必要がある。

退院後を見据えた看護提供として前文にも記載したが、高齢者が多く、独居や家族の協力が得られない事例もあり内服管理が重要である。そのため管理方法についてカンファレンスを実施し、目標としていた月6件以上の内服管理方法の検討は行えた。退院支援の視点で患者を看るといった看護力の向上のためには、内服カンファレンスが退院支援の一環であること、内服を自己管理にすることだけが目的ではなく多職種との連携も必要なことを踏まえ今後も調整していく。また、コロナ禍で面会制限があったため家族やケアマネとの調整が出来ず、退院前カンファレンスがタイムリーに実施されなかった。（介護連携指導料：年間104件）同時に、当病棟の年間稼働率は100%を超えているにも関わらず、急性期病棟の基準14日に比べ在院日数が20日（平均：19.87日）を超えている。原因として、TKAやTHAのパスが元々、3週間で既に20日は超える。圧迫骨折（52件前年度比：±0件）や橈骨遠位端骨折（件前年度比：-3件）などOP以外でも特に圧迫骨折は入院が長期化する

る事例もある。そのため、パスを作成し短期入院を目指したが、パス委員会でアウトカム評価など検討中のため運営までには至らなかった。次年度は、圧迫骨折 2 週間、橈骨遠位端骨折 1 週間以内で運営できるようパスの完成および医師・PT と連携し退院調整に取り組む必要がある。

病棟ではリシャッフルの実践ができておらず、午後の時間帯に多重業務となり超過勤務が発生する状況があった。また、当直師長からラウンドの際に長日勤の帰宅が遅いと指摘を受けていた。そこで、PNS にあるリシャッフルを実践し、無駄を無くし効率的に業務を行うことで、どのペアも終業時間に業務を終了できるように取り組んだ。また、長日勤者の時間外にも着目し遅出勤務を配置し取り組むことで月によっては、10 時間の短縮と 22 時までには帰宅できるようになった。業務整理を何度も行い年間通し、平均 10 時間を超える時間外は発生しなかった。また、リシャッフルリーダーをラダーⅡ・Ⅲのスタッフも導入した事で、リーダーとしての責任感が芽生えて、全体を見渡す広い視野を持つ意識付けとなりML導入のきっかけや教育的関わりとなっている。今後も業務改善に力を注ぎ働きやすい職場環境を整えていく。

【看護研究の取り組みと学会発表】

テーマ：高齢者看護への終末期看護に対する看護師の思い

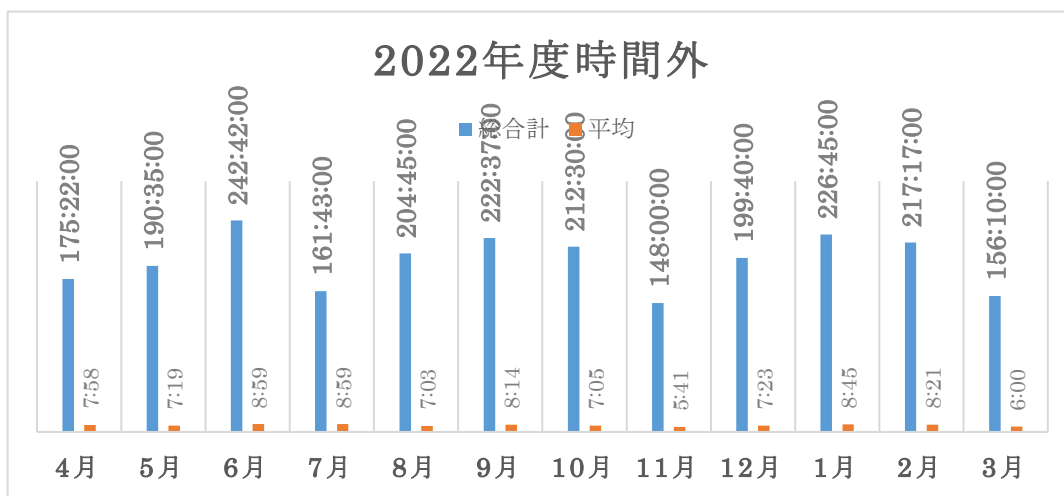
研究者：中村 亮子

発表：2022 年 7 月院内発表

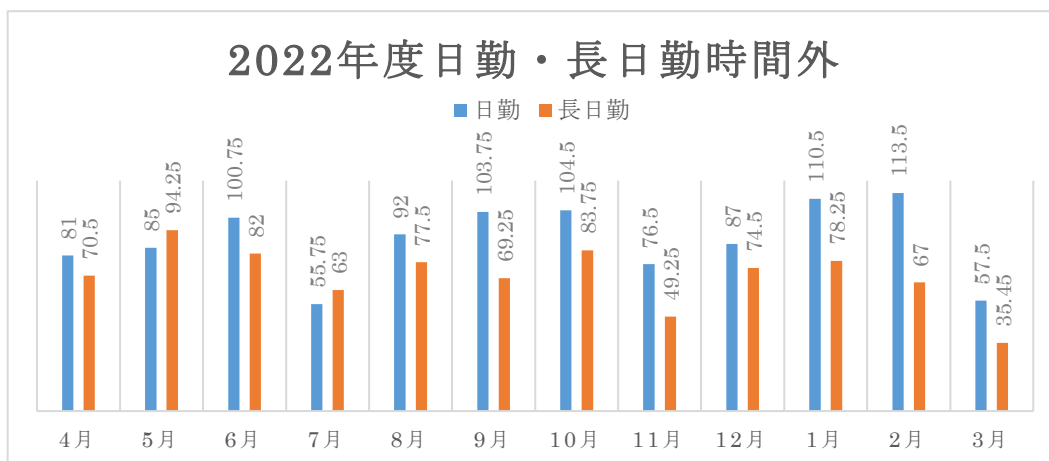
学会発表：20226 月付退職により発表せず

3. 部署の実績および質評価

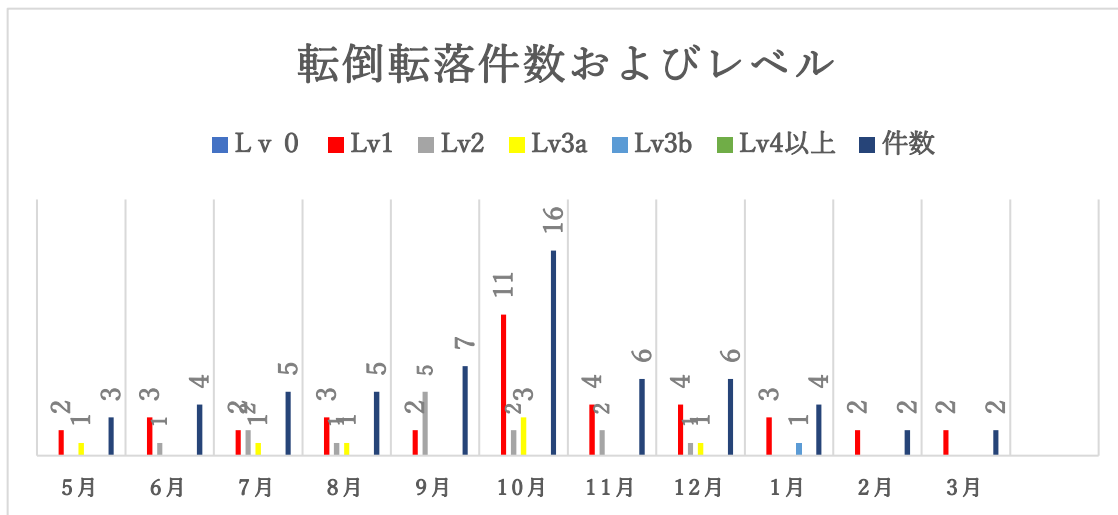
【時間外】



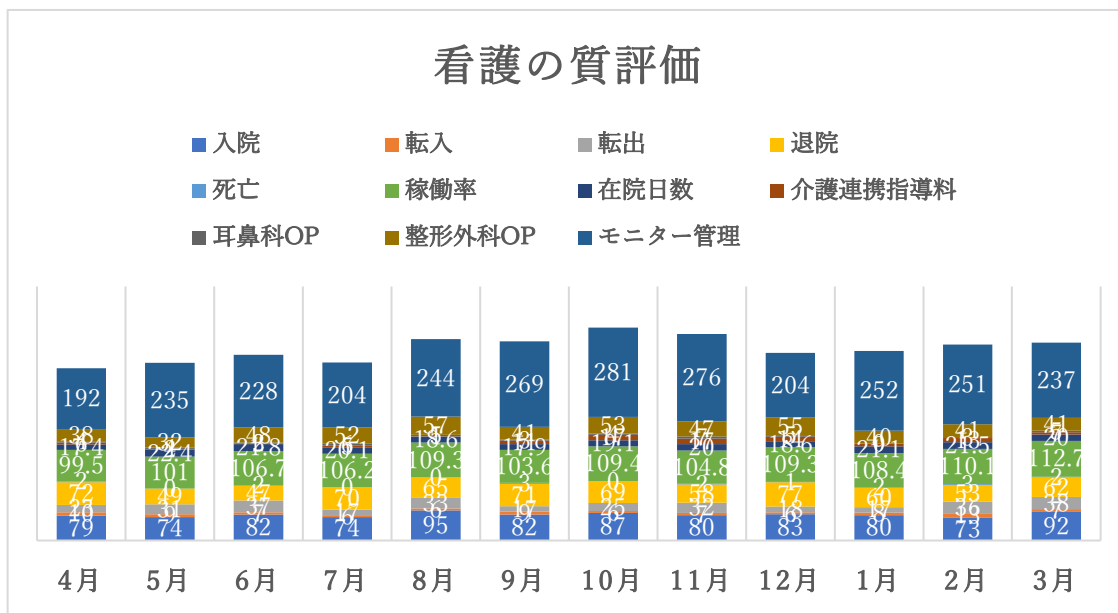
【日勤・長日勤時間外】



【転倒転落】



【看護の質評価】



1. 部署概要

許可病床数：50床

稼働病床数：50床

担当科：外科・消化器内科・皮膚科

2. 活動実績

今年度は人が育つ組織を目指し、1つ目として現場教育の強化とキャリア開発をするために、個々の役割を發揮し看護の質を高める努力を行ってきた。役割となった、委員会活動の啓蒙や勉強会の実施を行った。BLSの学習会は全員に実施、褥瘡のポジショニングを実際の患者で実践学習など行うことができた。また、医師の協力を得て、大きな手術についての学習会兼カンファレンスも2件実施することができた。こうした実際に即した学習会は興味を持って臨むことができているため、今後も継続して行っていきたい。

2つめとして、同じような内容のインシデントが起こることから、手順遵守をするということを含んで声を掛け合って行った。それによりインシデントを起こさないということにはできないが、抑止効果にはなっていたと考える。起こったインシデントに関しては毎週火曜日にカンファレンスを設定し、4～12月までで25件開催した。時にはSHELL分析も活用し、何故起こったのか、掘り下げて考えることも行った。時間の限られた中でのカンファレンスであるため、十分な分析はできていない。インシデントの再発防止のためにはしっかり分析することが大切である。まだまだ分析する力が弱いため、今後は事象を分析する能力をつけるようにしていきたい。

3つめ、急性期病棟として、入院時から退院を見据えた退院調整が必要であるという意識を持って看護に取り組んだ。病棟の看護師だけでは十分な関わりができていないため、地域連携担当看護師やMSWなどからアドバイスをもらいつつ、早期退院を目指して関わった。各チームでも退院支援カンファレンスを2回/月ではあるが実施し、長期になってきている患者の方向性を確認した。受け持ち看護師が率先して考えることができていない現状もあるため、受け持ち意識も高めてその人に合った退院調整を目指していきたい。

3. 資料

入院患者数 1436人/年（月平均 119.6人） 緊急入院 872人/年（月平均 72.7人）

稼働率 101.3%/月（平均） 平均在院日数 12.9日/月（平均） 在宅復帰率：95.0%

手術件数 522件/年（月平均 43.5件） 緊急手術 101件/年（月平均 8.4件）

看護研究テーマ「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調査」院内発表

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：2022年度 243件

(自然分娩 186件, 吸引分娩 12件, 予定帝王切開術 13件, 緊急帝王切開術 11件, 無痛分娩 21件)

助産外来件数：2022年度 2402件 (2021年度 2194件)

母乳外来件数：2022年度 122件 (2021年度 86件)

産後ケア入院利用件数：2022年度 46件 (ショートステイ 27件, デイサービス 19件)

ベビーマッサージ教室：2022年度 46件

2. 活動実績

1) 助産ケアの強化

分娩受け入れ体制の拡大、無痛分娩の開始、リピーター増加や当院利用者の知人への情報提供などにより、当院の分娩件数が年々増加傾向にある。無痛分娩は希望者の想いに沿えるように初産経産婦を問わず、産痛コントロールを行いながら分娩管理を行い、産後の疲労度は少なく良い評価を得られており、利用者からの口コミで無痛分娩目的で分娩予約を行うケースも増えている。ライフスタイルの多様化や家族関係の複雑化による支援者不足のケース、授乳困難感や育児技術の不安など育児に困難感を抱えるケースが増加しており、また外国人妊産婦も年々増加している。カンファレンスで情報共有や助産ケアについて検討し、妊娠期から分娩・産褥期まで個別性を踏まえた助産ケアを実施している。退院後は2週間健診、1か月健診、産後ケアやベビーマッサージなどを通じて継続支援を行っており、2週間健診では産後間もない褥婦・新生児が利用しやすいように家庭訪問、通院の選択制を取り入れ、1か月健診では医師診察と全例で助産師の保健指導を行い、母子の健康状態と育児相談支援を行っている。令和4年度は、産褥期の質問票評価で、EDPDS 9点以上や自傷行為に関する項目に得点がつくなど、育児の困難さを伺えるケースもあり、要因として育児の不安や支援者不足による疲労感、家族関係の複雑さなど、背景は様々であった。当院でのフォロー体制として、育児相談や産後ケアでフォロー体制を構築している。

産後ケアについて、利用者20組のうち院外出生13組で、数回利用を含めて利用数33組であった。利用者は富田林市以外には羽曳野市・大阪狭山市・藤井寺市・枚方市など南河内医療圏を中心に多市町村に渡り、産後ケア利用目的としてはレスパイト・授乳相談が最も多く、他に育児技術取得や育児相談、双子NICU入院で育児未習得産婦のケースもあった。利用方法はショートステイや複数回デイサービス利用や緊急利用など要望も多岐に渡り、部署として産婦の希望に添えるように柔軟に対応し、チームで情報共有を行いながら対象に寄り添った助産ケアの強化を図っている。

令和4年度よりベビーマッサージを再開し、近年は産褥期に育児を行う仲間と交流できる場が少ないこともあり、複数回利用するリピーターも7組おり、満足感を得ることができている。産婦同士の交流の場や退院後の継続支援により、育児不安や孤立感の軽減を図ることができている。

2) 助産ケアの充実

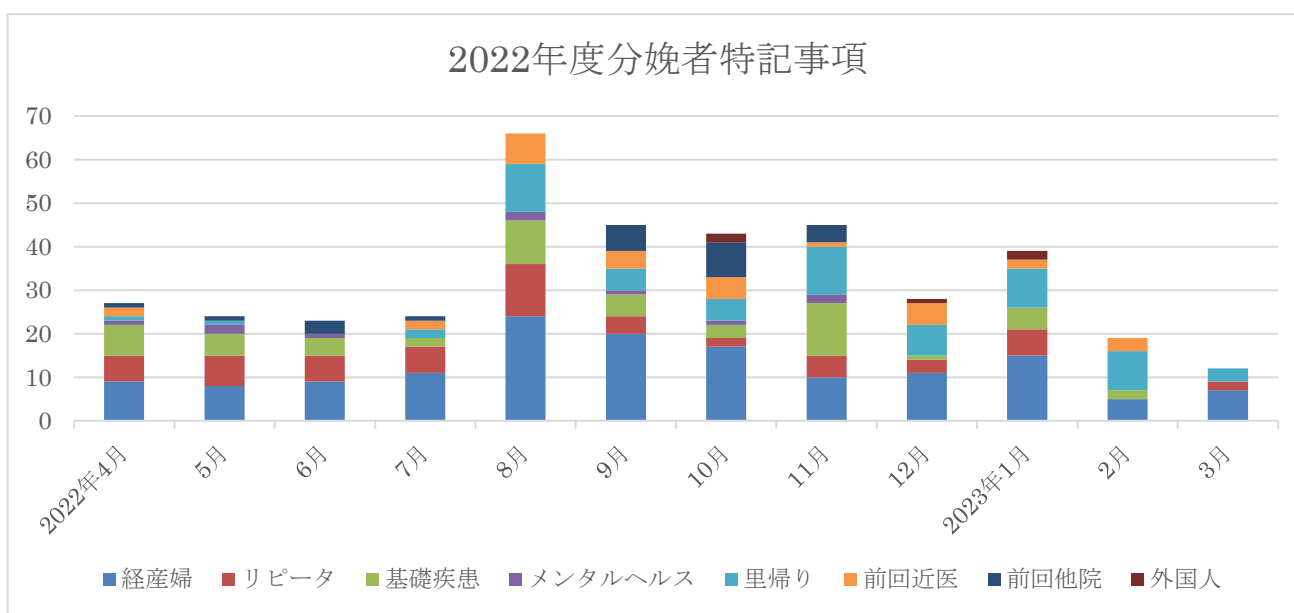
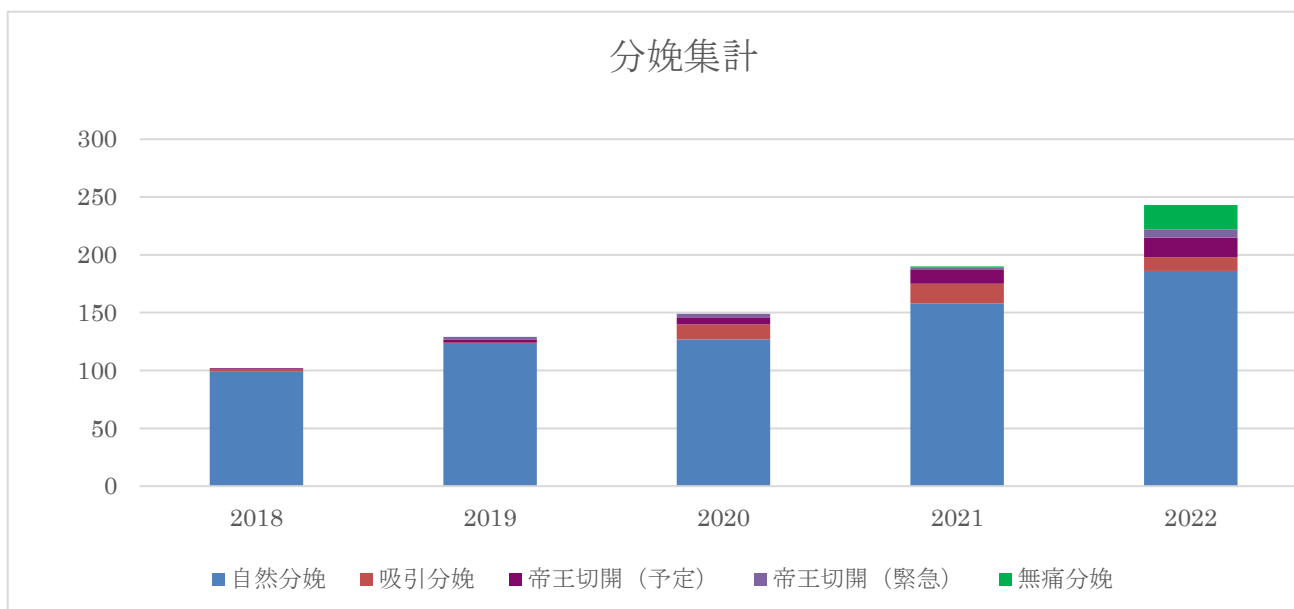
分娩件数増加に伴い、分娩時多量出血や合併症を有する妊産婦、母体搬送事例、小児科入院を要する新生児も比例して増加傾向にある。緊急時に備えた研修や特別な知識を要する技術の勉強会を中心に「産科出血患者対応」「J-CIMELS」「吸引分娩」「緊急帝王切開術シミュレーション」「無

痛分娩」「乳房管理事例検討」「NCPR A コース」「切迫早産の看護」を開催し、個々のブラッシュアップを図るとともに実際に起こったケースや困った内容を勉強会の題材に選定してシミュレーションを実施し、チームの実践力強化を図っている。他に院外研修後の伝達講義を行い、院外で学んだ知識の情報共有や意見交換を行っている。

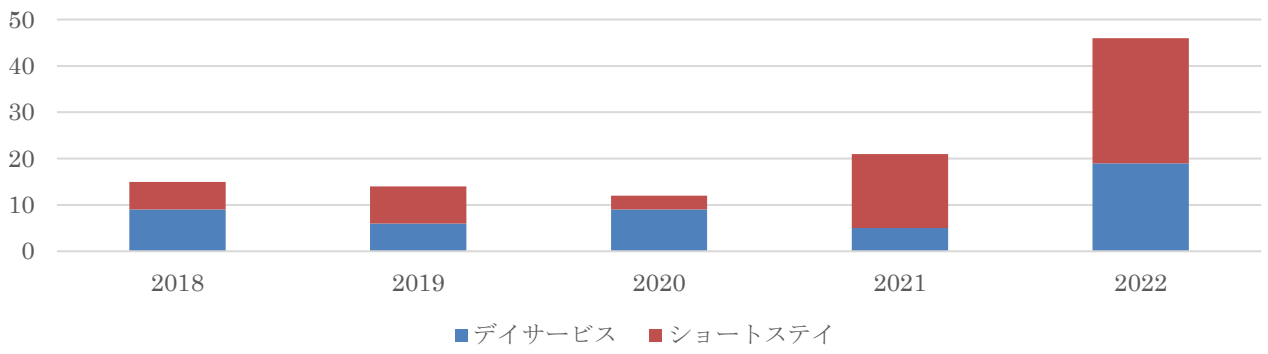
業務面では、令和4年度より個別の間際クラス動画視聴を導入しており、より分娩期や入院中の様子をイメージしやすく、個別の追加説明で対象に合った個別な支援を行えている。沐浴指導についても育児知識の準備として、妊娠期に動画視聴を行うことを計画し、次年度に向けて動画作成中である。より安全・安心な助産ケア提供に向けて、業務整備や助産師のスキルアップを継続して行っている。

地域貢献として、小学校より依頼を受けて「いのちの授業」出前講座を企画・実施している。性教育の講話や妊婦体験や赤ちゃん抱っこ体験を通して、いのちの大切さや親の気持ちを感じ、出産の場を日々経験している助産師から子どもたちへ次世代育成に向けた活動を行っている。

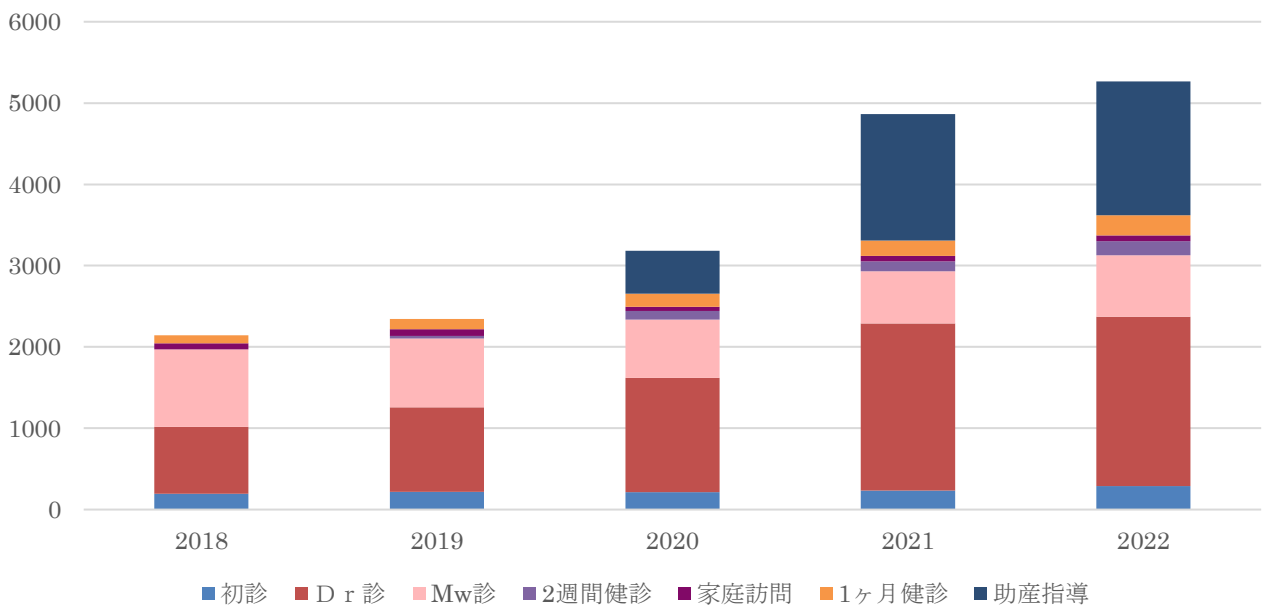
【統計資料】



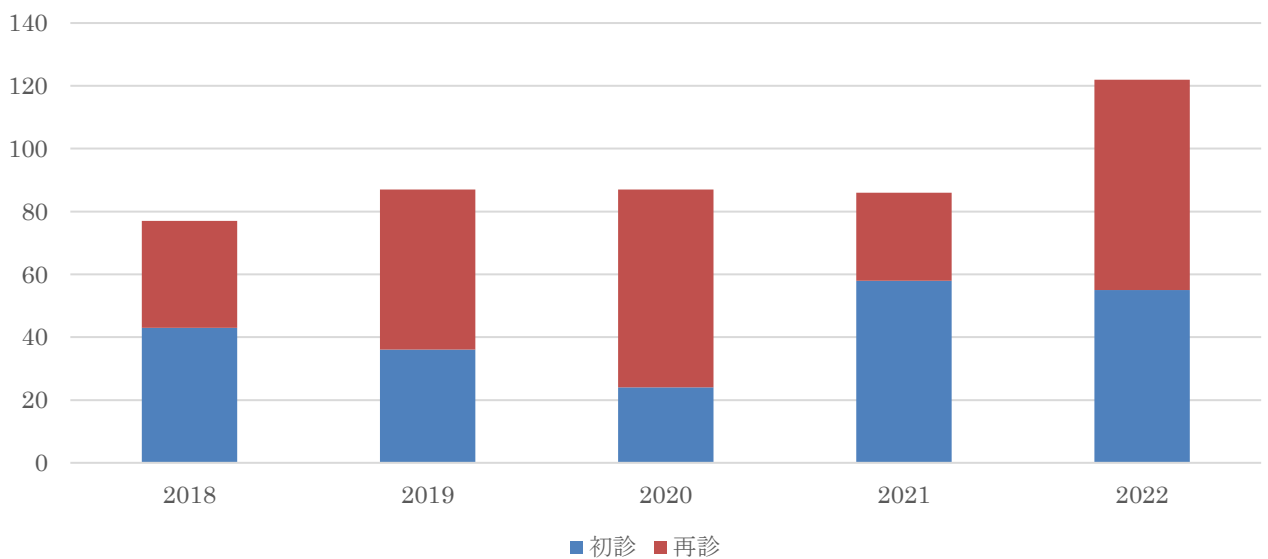
産後ケア集計



産科外来集計



母乳外来集計



IV-8-7). 5B病棟

病棟師長：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が、退院調整が必要な患者や急性期治療を終えても引き続き経過観察が必要な患者・ターミナル期で看取りの患者等、産婦人科以外すべての科の患者を受け入れて対応している。その中でも当科の入院患者は8割以上が75歳以上の後期高齢者である。高齢者はフレイルであり、病状が安定してもADLや認知機能が低下していることが多いため「その人らしさ」を尊重しながら、医師・退院調整看護師・MSW・PT・OT・ST・管理栄養士・緩和ケアチーム・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ながら退院調整を行っている。受け入れとしては、院内の転入だけでなく、リハビリ目的の前方支援からの患者やレスパイト入院、SAS入院等があり、加えて昨年度からは眼科の入院を受け入れて対応している。

昨年度診療報酬改定があり、院内の転入を60%以下にすること、在宅復帰率が7割2分5厘以上に変更になったことや緊急入院の受け入れも必要になった。そのため2022年度はさらに個別性を重視して、患者のこれからを見据えながら必要なケアは何かをその時々で皆で考えていけるように学習会やカンファレンスを計画的に行い「患者個々の状態に合わせた退院調整を行う」「スムーズな直入の受け入れ」に重点をおいて活動した。

2. 活動実績

1) 患者個々の状態に合わせた退院調整を行う

毎週月曜日にリスクカンファレンス、第2・4火曜日に事例検討、毎週水曜日に認知症カンファレンス、第3木曜日に学習会を計画した。受け持ち患者に限らず、食事摂取が困難な事例や認知症患者の関わり方・退院調整困難事例など、その時々患者状況に合わせてカンファレンスを行った。また学習会は前年度参加者が少なかったことから、2カ月同じテーマで開催できるように計画した。第3木曜日に6・7月は感染、8・9月は退院支援調整、10・11月は身体拘束、12・1月は褥瘡ポジショニングと、計画的に学習会や事例検討を実施することができた。同じ内容を2回行うことで参加率は40%となり、これまでの参加人数を上回る事ができた。

事例検討は全員1事例を担当し、話し合った内容は記録に残してケアプランや介入に追加することができた。ケアプランを見る習慣が定着していないため、経過を追って確認する事は出来なかったが、約7割のスタッフが「ケアプランや実践に活かした」「その時々に必要な話し合いを行う機会が得られてよかった」との意見があった。勉強会やカンファレンスでの忌憚ない意見交換を行うことは、患者や家族とコミュニケーションをとりながら退院調整に活かすことができた事例があったため、看護師個々のスキルアップにつながって効果的であった。

インシデントカンファレンスについては、毎週定期的に行うことが定着した。ほぼリアルタイムにインシデント内容を話し合うことができおり改善できている内容もあるが、転倒については2021年度に比べて件数は現象しているものの、レベル3b以上の転倒が依然として2件発生している状況がある。転倒対策の方法論を話し合うだけでなく、患者の行動の意味を考えることや危険予知能力の向上に務める必要があり今後の課題である。

当科では、生活リズムと整えることやADLの維持向上・離床を促すことを目的として、月から金曜日の15:30から音楽をかけて、レクリエーションを実施した。参加人数は平均5人程度であった。音楽好きな患者がいれば、ソーシャルディスタンスを保ちながら一緒に歌を歌って過ごしてもら

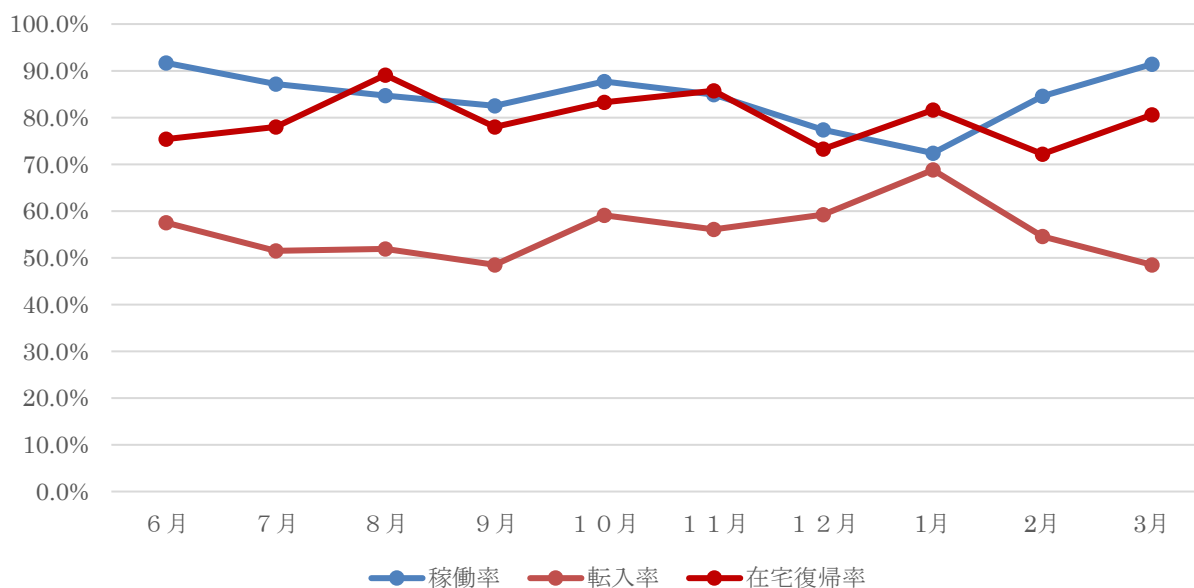
時間を設けた。患者から「今日は音楽ないの？楽しみにしている」という声が聞かれ、開始時間前には患者が自主的に集まってきており、レクリエーションは患者にとって快の刺激になり離床意欲につながっている。少しずつ内容も創意工夫して行っており、将来的には院内デイケアも視野に入れて活動していく。

2) スムーズに直接入院を受け入れできるように、体制を整える

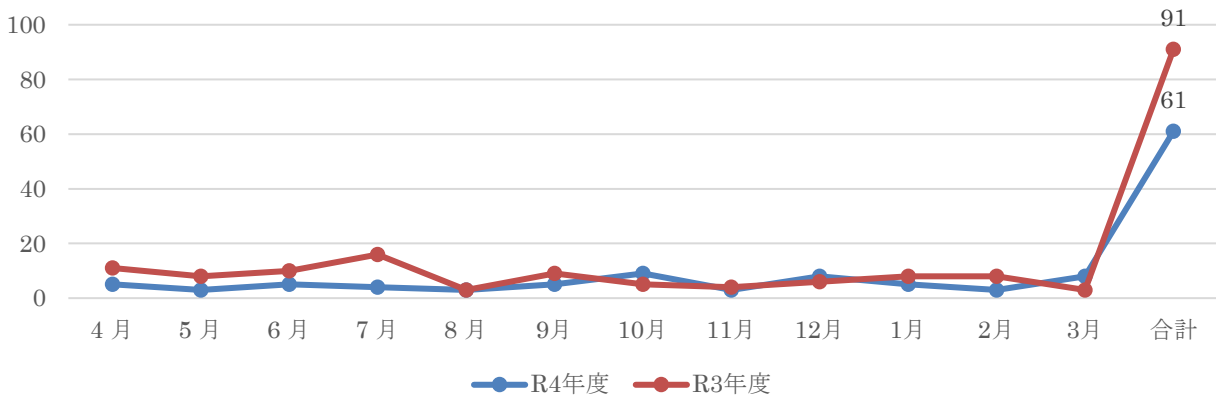
R4年の診療報酬改定では急性期病棟からの転入を60%以下に変更され、新たに直接入院を40%受け入れていくこととなったため6月から眼科入院を受け入れた。受け入れるにあたり、4月から3A病棟にスタッフを派遣し入院から退院までの患者の関わりや1日の業務の流れを学ぶために協力を依頼した。その中で眼科担当の看護師を決め、その看護師が中心となって誰が担当になっても統一した看護提供ができると共に、業務内容が把握できるようにマニュアル作成をした。スタッフ全員に確認するように啓蒙し患者が安心して安全に手術が受けられるように体制を整えた。眼科入院受け入れに伴って業務改善も行い、スムーズに眼科入院の受け入れはできている。

また眼科入院以外にも、レスパイト入院・SAS・前方支援からリハビリ目的や退院調整目的での入院だけでなく、ターミナル期の看取り患者・皮膚科の帯状疱疹・整形の圧迫骨折等の直接入院を受け入れた。しかし病床稼働率は目標の90%維持には至らなかった。眼科入院の部屋を519～521号室でほぼ固定していたが、その時々状況に合わせて流動的に眼科入院の部屋調整が必要であり徐々に改善してきている。また12月と2月にCOVID-19のクラスターで転入が受け入れられなくなったことも大きく影響した。在院日数も含めて効果的にベッドコントロールを行うことが今後の課題である。

5B病棟 運営状況



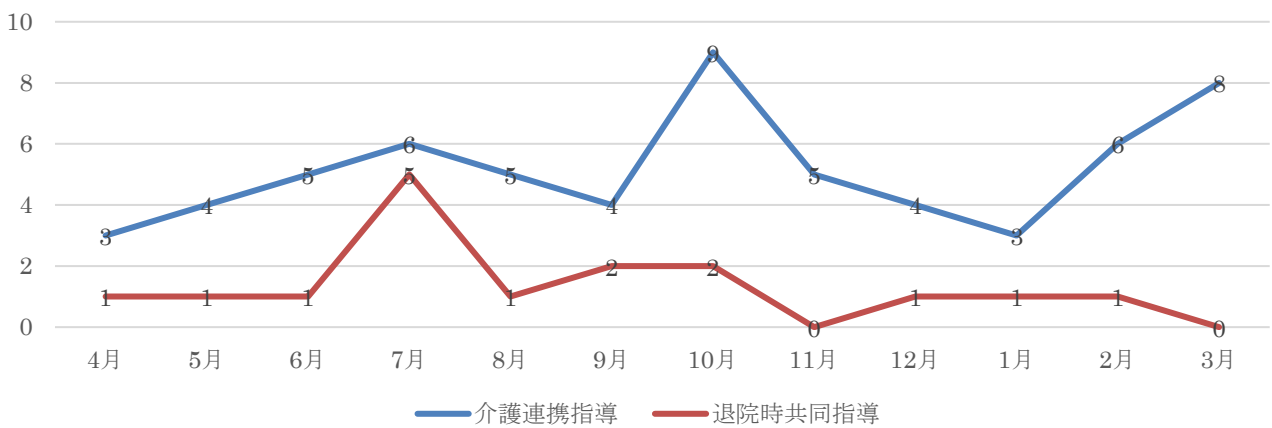
転倒件数



転倒レベル



退院支援状況



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 4 年度 2438 件（内科 46 件・泌尿器科 386 件・外科 475 件・整形外科 583 件・眼科 624 件・耳鼻科 65 件・産婦人科 63 件・皮膚科 126 件・形成外科 70 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

術前・術後訪問については実施するという意識の定着化が図れている。実際の手術を担当する看護師以外が訪問するケースも多いが必ず情報共有し手術看護に結び付けるよう活動している。令和 4 年度の実施率は術前 87.2% 術後 59.5% という結果であった。術前訪問については当日入院の患者や緊急手術の患者への訪問が困難であり今後の課題である。術前外来は認定看護師を中心に活動しているが対応できるスタッフの拡大が進んでいない。患者情報の収集や記録などの業務の効率化を図ると共にスタッフ教育を推進し拡大を目指していく。術後訪問は年々増加することができているが、術翌日退院する患者への訪問が困難である。術式によっては術当日の訪問が可能なケースもあるため、柔軟な対応を検討する必要がある。今年度は症例カンファレンスを導入し全スタッフが担当した患者 1 事例を所定の書式にまとめ発表することができた。これは、自己の看護の振り返りになるだけでなく、他者の看護を共有する機会となり自己研鑽に繋がるよう期待する。

2. 業務の効率化を図り、業務拡大に柔軟に対応できる

業務拡大においては心臓カテーテル検査に対し 10 名の看護師が見学を行うことができている。実際のカテーテル検査をひとりで介助することは出来ないが外来スタッフが到着までの対応は可能であり、迅速な検査・治療に繋がる。実際に緊急カテが発生した時に入室援助や記録の入力といった業務ができ業務拡大となった。また、カテ室担当の臨床工学技士による学習会も開催し知識と技術の獲得への活動ができた。一部の看護師のみではあるがコロナ病床への応援業務も継続的に実践している。病棟看護を経験したことがない看護師も多くストレスフルな状況であるが、看護実践能力拡大に繋がるため前向きに捉えられるよう勧めていく。内視鏡業務については手順の整備や医師のコンセンサスが得られているのかといった部分が不明確なため拡大できていない。ポリバレンタナース育成の状況を見ながら今後の課題とする。術後疼痛管理についてはチームの立ち上げができ 10 月から活動開始することができた。今年度はチームメンバーの認定看護師と薬剤師が術前指導や説明、術後回診を行い 10~12 月で延べ 130 件の算定に繋がった。今後は、加算の要件を見直し手術室スタッフとタスクシェアを行うことで術後の疼痛を最小にできるようにしていく。業務の効率化においてはマネー

ジメントリーダーの業務量調査を行った。入室時間の連絡を複数の箇所に複数回行っていることや物品確認のダブルチェックなど改善の余地があると思われる。今後は更なる業務の効率化とタスクシェアを意識し活動を継続していく。

IV-8-9). 外来

看護師長：畑幸枝

1. 部署概要

外来は、内科・循環器内科・消化器内科・腎臓内科・外科・脳外科・整形外科・眼科・産婦人科・泌尿器科・皮膚科・形成外科・放射線科・小児科・耳鼻科の15診療科と救急外来・化学療法室・内視鏡室を有し、新型コロナウイルス感染者対応のため救急外来で発熱外来を実施、1日平均581.5名の患者が受診されている。禁煙外来・ヘルニア外来・睡眠時無呼吸外来・ペースメーカー外来・女性外来・乳腺外来といった専門外来と、認定看護師も担当しているストーマ外来・フットケア外来・腎保護外来、認定看護師によるがん看護外来や手術サポート外来も行っている。

外来職員の構成は看護師42名（派遣1名含む）：73.7%、看護補助者15名：26.3%の計57名（2023.3月現在）である。非常勤者は約70%を占め子育て中で院内保育所を利用する職員もいる。多様な働き方を選択し働き続けられる職場を目指している。

外来は入院期間短縮に伴い、外来で行う検査や診療を必要とする患者が増加し、外来看護師の役割も拡大している。そのため外来職員は常に心のこもったサービスを心がけ、外来と病棟、さらには地域との連携強化に努めている。

2. 活動実績

目標

1. 安全・安定した看護の提供のための外来看護の質向上

1) 個人の能力開発

2) コミュニケーション能力の拡大

評価

1) 個人の能力開発

外来に通院する患者は超高齢患者が多く、安全に看護を提供するためには、外来看護の質向上が必要である。外来看護師がユニット内での応援対応ができるよう、チームリーダーが中心となり話し合いを重ね、知識・技術の習得につなげ活動した。その結果各科からの個別の応援依頼が減り、ユニット内で対応できることが増えた。検査部門では、個人の知識・技術の習得状況が把握できるように、検査項目別に一覧表で可視化した。現在CT/MRIの造影検査介助を、常勤16名中12名が（75%）、非常勤は26名中7名（26%）が対応できるようになった。心カテ介助1名、内視鏡介助1名の増員をした。今後、S-JやD-J交換・イレウス管造影などの特殊検査介助の習得率を上げ、確かな知識と技術で安全で安心な医療を提供していく。

次年度は外来での処置や継続看護を必要とする患者に対して、患者の状態をアセスメントし優先順位を踏まえ、適切な看護を提供出来るよう、アセスメント力の向上を図る事が課題である。

2) コミュニケーション能力の拡大

外来職員は57名在籍しているが、57名が常に顔を合わせて働く職場ではない。外来が一つのチームとなるためにも、コミュニケーションが取れる環境にするため、今年度はサンキューカードの投票を実施した。書面での提出は2~3件/月と少ないが、昨年度のスマイルカードより感謝を伝えるサンキューカードの方が書きやすいとの声もあった。この取り組みをきっかけに言葉で感謝を伝えるようになってきた。朝の就業前の挨拶や応援時にありがとうと笑顔で返すことが増えている。スタッフ間での友好的なコミュニケーションだけでなく、患者・家族にも笑顔で優しく接するきっかけとなり、パフォーマンスの向上に繋がっている。今後も継続しコミュニケーション能力の向上に取り組んでいく。

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5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. 多職種協働による、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
- ・入退院支援に関する診療報酬の獲得

評価

昨年度定期的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。また、コロナ禍で病院への来院が困難な場合を想定し、タブレットを一台購入し、来院とZOOMどちらか選択してもらいカンファレンスが行われるように体制を整えた。令和5年3月末時点で、タブレットを用いたZOOMカンファレンスの開催件数は0件であり、全て当院に来院されて開催されたものであった

各急性期病棟で週1回地域包括選定カンファレンスを実施していたが、11月より毎週金曜日の11時に急性期病棟管理者と地域包括ケア病棟の管理者、地域医療連携室管理者、MSW, 医事課職員が集合し選定会議を行うように変更した。選定対象は今まで同様、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。地域包括ケア病棟は46床を維持したいと考えており、選定で対象となった患者を中心に適切な時期に地域包括ケア病棟へ転棟可能な病床管理を今後も目指していく。

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。

2022年度 地域連携 算定件数

算定名称	点数	2022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	総計
入退院支援加算1 (一般病棟)	700	331	300	353	389	349	352	385	372	376	298	351	413	3468
入院時支援加算2	200	138	131	175	208	169	172	186	169	174	130	190	193	2035
介護支援等連携指導料	400	15	10	16	15	11	10	12	12	12	8	16	18	155
退院時共同指導料 2	400	3	4	8	9	7	6	5	3	7	4	3	8	67

患者支援センター説明件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
LAC	3	4	3	4	3	2	6	5	3	6	3	5	47
白内障					25	28	27	25	27	32	43	31	238

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	12	12	11	11	11	11	11	10(間宮)	11	10	10	10
	非常勤	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
	看護師	13	14	12	12	12	12	12	11	12	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・リスク意識の向上を行う
- 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・リスク意識の向上を行う

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。また、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で安楽な透析治療を提供することが重要である。昨年は回収時の抜針事故が 2 件、透析中の接続部のゆるみ事故が 4 件発生し、内 1 件は約 200ml の失血を伴うものであった。体外循環を必要とする血液透析治療は、特殊な手技と共に透析装置や機械の操作が必要とされる。血液透析ではこれらの操作時にエラーが生じやすく、それが重大事故につながる危険性が高い。血液透析における重大事故には『出血』『空気混入』『血液暴露による院内感染』『透析異常』など致命的な結果を招きやすい。これまで血液浄化センターの教育支援計画には腎臓の解剖生理や透析の原理、透析看護、透析業務手順についてなどが主であり、事故対策について計画的に教育を実施していない。安全に配慮した透析業務手順への修正を行い、日々のインシデント、アクシデント発生時はカンファレンスを行い、昨年はレベルⅡ以上のリスクを 0 にすることができたがレベルⅠのインシデントの数は 27 件と減っておらず、ヘパリン注入ミスや掲示板に挙げている内容、指示漏れや確認ミスなども頻回に起こっている。インシデントが起こったときは振り返りを行い対応しているが、継続して各自が意識して自主的に取り組んでいるとは言えない状況もある。また、状況を判断し声掛けができていない時もある。今年度は、部署全体の危機意識の向上、危険予知能力を上げていく必要があると考える。

- 【評価指標】①レベルⅡ以上のリスクを 0 にする ②ペア穿刺での安全確認
 ②自主的にインシデントの入力ができる ④レベルⅠのインシデントを 20 件以下にする

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。各自が自己研鑽に力を入れられる、やりがいを感じられるような職場環境が必要であると考え。そこで、お互いが声かけを行いながら院内・外

の勉強会への参加を促していき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間を設ける。公費での学会・研修参加や、自費でも業務配慮をした研修やトピックス的な研修参加の場合は伝達講習を実施し、外部研修について自己申告し新しい情報などがあれば伝達していく事とする。

【評価指標】①合同カンファレンスの継続 ②伝達講習を行う ③院外の透析研修への参加

3. 統計資料

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①外来透析実施数	1006	959	953	936	988	944	933	938	962	939	837	919	11314
②入院患者透析実施数	100	108	152	172	180	118	142	157	202	132	136	173	1772
①+②透析延べ数	1106	1067	1105	1108	1168	1062	1075	1095	1164	1071	973	1092	13086
腹膜透析患者数	100	124	90	104	124	138	124	120	123	124	112	143	1426
平均ベッド稼働率(%)	92.5	89.2	92.4	92.6	94.1	90.3	89.3	79.4	93.8	86	88	87.9	89.625
病室出張	2	10	1	2	2	0	0	1	1	6	2	1	28
腹水濃縮	0	1	2	2	0	3	1	0	0	1	0	3	13
LDL吸着	0	3	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	10
血漿交換	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	5
G-CAP、L-CAP	1	1	3	0	0	0	4	1	0	0	0	0	10
PMX	1	5	0	0	0	3	6	0	0	0	0	0	15
CHDF	1	1	1	0	0	8	1	1	3	6	1	0	23
臨時ECUM	0	4	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	7
その他の療法(合計)	3	15	9	7	2	14	13	2	6	7	2	3	83
透析導入患者数	2	3	2	5	3	4	3	2	5	2	0	7	38
転院患者数	2	2	0	3	3	6	2	1	3	3	4	3	32
透析離脱患者数	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	5
死亡患者数	1	2	0	0	2	3	2	1	1	1	2	2	17
他院緊急入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
輸血使用患者数	0	0	2	0	1	0	3	2	5	1	2	1	17
シャント閉塞人数	0	0	1	1	1	2	1	2	2	0	2	0	12
PTA人数	1	2	1	1	2	2	1	2	2	0	2	0	16
臨時治療人数(実数含)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
フットチェック人数	84	80	85	88	88	88	88	88	88	84	80	80	80
職員数	常勤	12	12	11	11	11	11	11	10(開室)	11	10	10	10
	非常勤	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
	看護師	13	14	12	12	12	12	12	11	12	11	11	11
	看護補助	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
有給消化日数	常勤	11	2	16	2	5	5	11	3	15	14	14	14
	非常勤	2	0	2	0	2	2	4	1	1	4	4	4
超過勤務時間	149:25	139:10	134:10	160:25	181:50	135:35	173:25	167:45	217:35	189:50	185:50	191:40	2026:40

IV-8-12). 訪問看護ステーション

管理者 山下 智寿

1. 部署概要

看護師 : 常勤 5名 ・ 非常勤 4名
 理学療法士 : 常勤 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4年度は「信頼関係と丁寧さを重んじた看護の提供」をステーション方針に掲げ、日々の看護・ケアの関りの中で、利用者に対して行動や声掛けを振り返る機会を作るよう声かけした。在宅ケアのほとんどは明らかなゴール設定が難しい。利用者の持てる力や生活背景をもとにその人らしさを追求しながら、目標設定をおこない、より良い関係性を作れるよう関わった。

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4年度年間実績 (延べ)	訪問人数	2,008名	訪問件数	14,943回
	新規利用者	123件	終了	103件
	自宅看取り件数	28件	退院前カンファレンス	69件
	デスカンファ	12件		
	緊急時対応	916件	月平均	76件

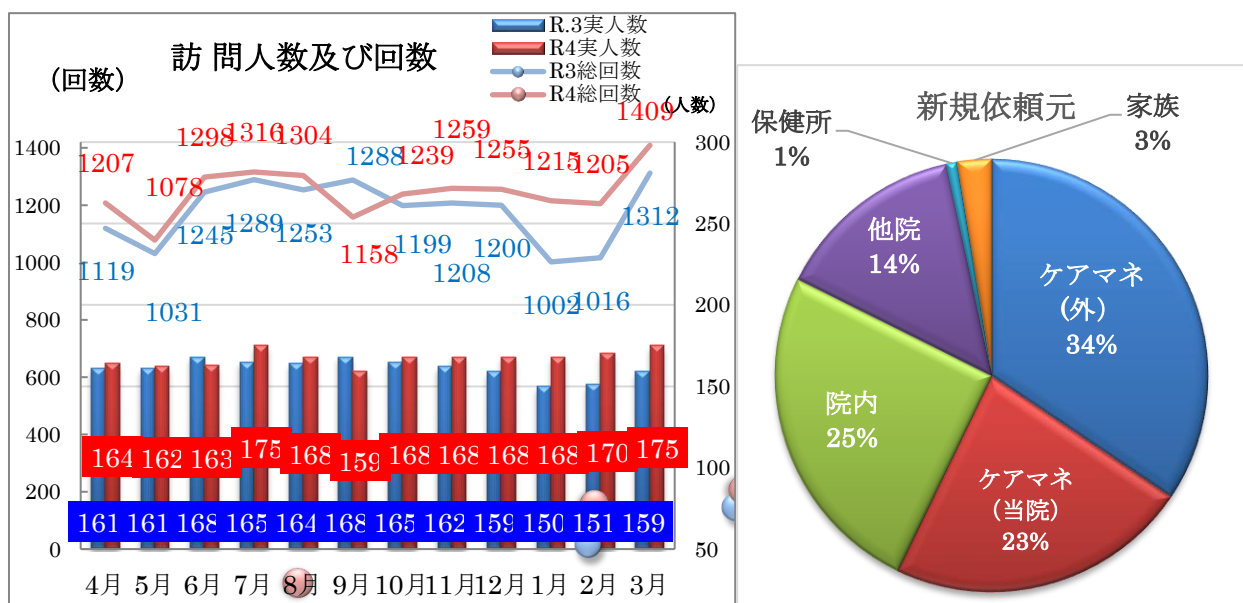
2. 活動実績

目標 : 看護の質の向上

- 1) 看護計画に沿った支援ができる
- 2) 情報を整理し記録の短縮ができる。

在宅利用者は長期にわたり大きな体調変化がない方もおり、今年度はこれらの利用者を対象に、再度今後の思いや望んでいることを、対話の中から聞き取り計画の見直しに取り組んだ。リハビリと協働している利用者も多く、カンファレンスなど利用しながら多角的な視点で意見交換を行い、目標設定を行うことができた。記録時間の短縮については、日々行うケア手順などは日々の記録から省き、その日の状態をわかりやすく記載するよう変更した。まだ重複記載や内容の不備など課題は多い。

令和4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「人が育つ組織・人材育成」の基、看護師一人ひとりがそれぞれの段階に沿ったラダーを活用し、能力向上できるよう看護部全体の教育企画を担っている。

教育委員会の傘下には教育担当者委員会・実地指導者委員会・臨床指導者委員会、看護研究委員会を設けている。実地指導者委員会はラダーⅠ（新人看護師教育）、教育担当者委員会はラダーⅡ～Ⅲ（2年目～5年目看護師教育）、臨床指導者委員会は看護学生の臨床実習指導、看護研究委員会は各部署の看護研究実践の指導・支援、クリニカルラダーⅢ看護研究計画書の作成を支援している。

構成員は教育担当副部長1名と師長4名、副師長3名、主任1名の計9名で構成し、教育委員会を基にそれぞれの委員会（教育担当者委員会・実地指導者委員会・臨床指導者委員会、看護研究委員会）の活動の責任を担っている。毎月定例で会議を開催し、OJTとoff-JTが結び付いた教育となるよう検討し活動している。

2. 教育委員会の活動実績

- ・新クリニカルラダーの完成 ・新ラダーに沿った研修企画
- ・新クリニカルラダーを用いたラダー認定評価 ・研修計画と運営

目標：ラダーに沿った教育支援の充実

クリニカルラダーを全国的な内容へ改訂し実践能力向上を支援するための教育企画の検討と実施・評価し教育支援の充実を図る。

本年は日本看護協会・済生会クリニカルラダーの内容に変更したⅠ～Ⅲの評価項目・達成基準に合わせた評価表を改訂し完成することができた。それに続きラダーⅣの達成基準、評価表の改訂ができ、新クリニカルラダーを完成することができた。

評価表の改訂： ラダーⅠの自己学習表、ラダーⅣの自己チェック表、ラダーⅠ～Ⅳの評価表①②の変更、ラダーⅣ達成基準・評価表完成

そして看護実践能力の核となる4つの力（ニーズをとらえる力・ケアする力・協働する力・意思決定を支える力）の研修企画がこれらを養うものか評価・検討した。研修は以下の令和4年度研修内容表参照

院内研修内容

ラダー	研修内容
ラダーⅠ	新人オリエンテーション・医療安全・感染経路別対策・KOMI理論・看護必要度・急変対応・メンタルサポート・褥瘡対策・看護研究・レポートの書き方・ウキウキ研修・社会人基礎力・ナラティブ・抗がん剤・ローテーション研修
ラダーⅡ	痛みの理解・人体に及ぼし影響・看護過程・神経を守る・プレゼンテーション・退院支援・看護研究テーマの絞り込み・職業倫理・情報伝達・救急急変対応・訪問看護ローテーション・ケーススタディ
ラダーⅢ	後輩指導に活かすコミュニケーション・SBAR・リーダーシップ・看護研究計画書作成・看護研究計倫理審査
ラダーⅣ	実践に活かすKOMI理論指導・身体拘束・思いが伝わるコミュニケーション・アサーティブ・ナラティブ・職業倫理・
トピックス	終末期の意思決定支援・腹膜透析・疼痛緩和・認知症患者薬物療法・OP室体験ツアー・RRS
エキスパート	輸液管理・看護研究

※学研Eラーニング活用・オンライン研修「新人看護師の実践力を伸ばす指導」6か月間視聴可能

教育支援についてはコロナ禍の行動制限や看護基礎教育である臨床実習が中止となった新人看護

師を育成する難しさを実感する年度であった。この影響は数年続くことが予測され、新人からラダーⅢまでの看護師を教育する指導者育成を検討した。指導者に対し社会背景や現状、Z世代の理解、最新の教育支援の知識を得る必要から「新人看護師の実践力を伸ばす指導」をクリニカルラダーの段階的な研修に加えOJT支援として、オンライン研修を取り入れた。

教育を担う委員会ではステップ1については委員会中に視聴できたが職員全体では40%程度に留まった。Z世代を理解する基礎知識を得る機会となったが実践編については教育を担当する委員会以外のスタッフには視聴は伸びず、40%程度となった。勤務終了後に自由に参加できる方法としたが視聴者は限られ有料の研修としての費用対効果については課題となった。

外部研修参加

看護協会研修	: 70名参加	学会	: 16学会	21名参加	済生会研修	: 9名参加
--------	---------	----	--------	-------	-------	--------

令和4年度より外部研修や学会は現地開催が増え、またハイブリットへ移行している学会もありWEBのみでの参加も合わせ次年度より参加者が増えた。コロナ5類となると対面での講義・グループワーク・演習なども増え外部研修参加者が能力開発に繋がることを期待する

3. 実地指導者委員会の活動実績

- 目標：1. 新人看護師が看護実践に必要な基本的能力を身に着けるように支援する
2. 精神面をサポートし、組織の一員として行動できるように支援する

【活動実績】

実地指導者として「新人オリエンテーション」「新人年間予定表」「看護の振り返り日記」「精神的支援」のもとに、社会人として責任を自覚し、組織人として行動できるよう支援を行った。

「新人年間予定表」については、例年同様、新人看護師が研修や課題提出のスケジュール提示することで、提出物の遅れ予防に繋がった。提出物について実地指導者から新人看護師、パートナーへ自己管理できるよう支援した。

「看護技術チェックリスト」については、経験できる看護技術のタイミングで声掛けを行い、新人看護師自身も自己の未達成技術を提示することで、目標の70%達成できた。

「精神的支援」については、昨年同様コロナ禍において十分な実習をうけられていないことも考慮しながらの精神面サポートが必要であった。「新人の看護実力を伸ばす指導」のオンデマインド講義を視聴することで、精神的に辛い状況などの観察点を共有することで、変化への早期介入することができた。新人看護師の変化に気付く観察点については、継続して共有する必要がある。またラダーⅠ評価時期においては、多重課題に伴う精神的負担も多くなる時期であり、課題の進行確認とともに精神的サポートは継続する。

令和4年度新入職者の退職者はなく、ラダーⅠ認定は20名中19名

4. 教育担当者委員会の活動実績

活動目標：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、ケーススタディを通して看護を考える力を養うことができるように、三段重箱の考え方の研修を7月に企画し、引き続きプレゼンテーション研修を行った。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た。発表前のスライドチェックでは、文字の色やフォント、効果的なアニメーションの使用について作成されたパワーポイントで指導がすることができた。ケーススタディ発表では、計画表に沿って進めたことや事前に発表会のシミュレーションを行ったことにより、11月に開催できた。

看護研究において、看護研究のプロセスを理解し、実践に繋がる看護研究計画書の作成ができるよう、教育委員会や看護研究委員会、ラダーⅣ看護師と連携し支援した。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、対象者も査読結果をもとに修正し完成まで取り組んだことで看護研究作成を通して理解が深まった。

クリニカルラダー達成においては、自己評価と他者評価の整合性を図り、評価の共有と4重の構造での教育支援を行う。

ケーススタディ	ケーススタディ 31題 院内発表会参加 12名
看護研究倫理審査	看護研究倫理審査 承認 13名中8名
クリニカルラダー達成	ラダーⅡ 認定11名 ラダーⅢ 認定9名

5. 臨床指導者委員会の活動実績

活動目標：学生が円滑に実習を受け、実習目標を達成できるよう環境を整える。

【活動実績】

今年度5月より、実習開始であったが、コロナウイルス感染第7波の最中の病院、学校共に感染予防対策を厳重に行いながら取り組むことで、実習生の感染もなく、予定通り実習を終了することが出来た。統合実習では、半日へと実習時間が短縮となることもあったが、実習の目的・目標が達成できるように柔軟な対応を行うことが出来た。また、7月の実習では、学生から感染者が発生したこともあったが、報告・連絡を密に行い安全に実習を終えることができた。結果予定されている学生の実習は中止することなく臨地実習を終えることができた。

前年度より、コロナウイルス感染の影響にて臨床実習の経験が少ない学生が多く、学校教員の指導に加え、臨床指導者が再指導することや、学生の事前学習不足により、予定していたケアが実施されないことがあった。その為、実際に関わった中で検討が必要な事例は、委員会でディスカッションし学生指導者の対応の幅が広がったと考える。

さらに、臨床指導者研修については、経験年数が浅いスタッフが学生指導に携わることもあるため、より多くのスタッフが受講出来るように啓蒙した。研修内容は複数の事例を用いて、受講者が自ら考え学ぶ事が出来る内容とした。また外部研修に委員3名が参加し、委員会内ではカリキュラムの改定やZ世代の特徴など情報共有を行うことができ、臨床指導者の育成と指導の充実に努めた。

臨地実習校：奈良文化高校（成人・老年・基礎・統合） 藍野大学短期大学（成人・母性）
 太成学院大学（成人・総合・基礎・母性） 関西医療大学（成人・基礎）
 森ノ宮大学（助産） 宝塚大学（母性） 大阪保健福祉（母性） 近畿大学（訪問）

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3年度からの看護研究と令和4年度から開始となる看護研究を並行して支援した。

令和3年度から支援していた看護研究については令和4年7月に院内発表会を開催し7部署7題の発表を行った。そして令和5年3月には研究ポスター展示会を開催することができた（参加者：119名）。今までポスターの展示という形式で行っていた。令和4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、外部講師にもリモート研修を通じて研究計画や結果の読み取りについて個別にアドバイスをいただき研修に取り組むことができた。

【院内発表】 令和3年度分

部署	テーマ
外来	整形外科外来を受診する初診患者の問診票に関する実態調査
手術室	手術同意書に対する病棟及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

【院外発表】 令和2年度分

部署	テーマ	学会名
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	第 74 回済生会学会 (横浜)
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	第 27 回日本老年看護学会 学術集会 (石川 WEB)
訪問	病棟における訪問看護サマリーの活用の実際	第 12 回日本在宅看護学会 学術集会 (東京 WEB)
3B 病棟	PNS®における急性期病棟の臨床実習指導に対する実態調査	第 53 回日本看護学会学術 集会 (幕張)
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	第 22 回日本運動器看護学 会学術集会 (WEB)

【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

IV-8-14). 業務委員会

担当副看護部長：小田紀子

1. 委員会概要

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

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

2. 活動実績

目標

1. 標準看護計画・経過一覧表の内容を整える
2. 看護手順に則した患者確認ができる

看護記録における質監査により「看護計画の修正が適切に行われていない」「経過記録と看護計画の整合性がない」といった結果であった。つまり、看護計画は立案されているが患者状態にあっていないという現状であった。クリニカルパスがない疾患に関しては標準看護計画を作成し活用しているが整備は十分ではない。そこで、今年度は当院に多く入院されている病名でクリニカルパスが作成されていないものをリストアップし、最終 7 種類の標準看護計画を作成することができた。また、既存の標準看護計画については内容を見直し修正を行った。次年度は現場で活用することでブラッシュアップを図っていく。経過記録を充実させることで重複記録をなくし入力時間の短縮を目指したが改善には至っていない。改善に至らない要因として「観察項目のマスターが整備されていない」や「人工呼吸器の設定を入力することができない」などシステム的な問題もあり修正を行った。クリニカルパスについては日々のアウトカム評価が実施されていない、アウトカムを評価するための評価基準が無く観察項目との連動ができていないという問題が明らかになった。次年度は、看護部のみで構成される委員会を立ち上げ業務委員と協働での活動を行い、既存のクリニカルパスのブラッシュアップを図る。院内略語集についても内容の確認を行ったが追加修正の必要はなかったため、略語集を活用するよう啓蒙していく。質的監査では「初回の看護計画のまま修正や追加立案ができていない」「退院指導や退院の思いが記載されていない」「看護要約の内容が不十分」といった結果が見られた。委員会では退院調整が困難な患者については、受け持ち看護師のラダーや経験年数を考慮したり、PNS のパートナーが補完できる体制づくりが必要であるとの意見があり今後検討していく。看護手順の遵守についてはフルネームでの患者確認を無意識化でも実施できるよう習慣化することを目指している。日頃の場面でもフルネームで確認している場面を多く見かけるようになった。しかし、患者誤認は減少しない。監査結果では他者評価で 94.5%が「フルネームで名乗ってもらう」ことができています。看護手順・業務マニュアルについて必ず内容のチェックを行い、適宜修正を行っている。

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、10つの分野（感染管理、がん性疼痛看護、皮膚・排泄ケア、透析看護、救急看護、手術看護、緩和ケア、がん化学療法看護、認知症看護、摂食嚥下障害看護）11名で構成されている。各専門領域が協働し目標に向けた取り組みを行っている。

2. 活動実績

【感染管理】

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/带状疱疹、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 スキンケアを実施した。

褥瘡においては、褥瘡対策委員会での担当メンバーに向けた勉強会を実施した。院内褥瘡発生率が2021年は2.2%、2022年は1.8%と若干ではあるが低下している。今年度より各病棟でポジショニングに関する勉強会を開催するようになり、個々に合わせたポジショニングの必要性について理解が浸透してきたことが、発生率の低下につながったのではないかと考える。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、予防クッションの不足が問題として挙げられた。そこで、診療材料検討委員会で検討し採用となり、現在3ヵ月毎に予防クッションを購入、配布している。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胃ろうボタンの交換、陰圧閉鎖療法（NPWP）、血流のない壊死組織の除去に関して実践している。

【がん性疼痛看護 CN】

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

2022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80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4年度、ACP に対する教育について、全職員を対象に院内研修を2回実施した。今後も現場の看護の質の向上につなげる事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継続している。同研修は R4 年度から年2回へ増やし、受講生と共に自己の価値観を見つめる機会を織り交ぜながら継続開催している。R2 年度から開始している ACP 動画での緩和ケア講演会では、R5 年度で8回目まで配信している。ACP だけでなく多職種で意思決定支援を行う事の重要性が周知されるよう、工夫しながら今後も継続していく。

慢性心不全の ACP に関しては、循環器内科医と相談の上対象患者を選定しながら直接介入を開始している。月単位から年単位での介入になることも想定しながら、安定期から終末期にかけて変化に寄り添った意思決定支援ができるよう関わっていく。

【がん化学療法看護 CN】

化学療法室で治療を受けられる患者さんへの副作用に対する不安やセルフマネジメント、今後の治療に関しての漠然とした不安がある患者さんへの直接介入を実施。化学療法室で患者対応している看護師への指導・教育を実施している。化学療法室での治療開始前にはオリエンテーションを実施しているが、外来スタッフで実施できるようパンフレット内容の修正・拡大を行った。輸液管理研修を今年度も化学療法委員会で作成され、研修の実施、筆記・実技テスト内容の作成と実施までを委員の看護師で行い、9名の IV ナースが誕生した。

外来では IV ナースの応援拡大ができ、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。

がん患者指導管理料に関しては加算に繋がる患者への介入は1名のみであったが、カウンセリングや、スタッフからの患者介入に関する相談などを受け対応してきた。

2022 年度はがんサロン「ウィッグの取り扱い」「アピアランスケア」の2回実施し、計10名の参加であった。

今年度はピース研修に参加した。

【透析看護 CN】

令和4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4年度の糖尿病性腎症指導外来は36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30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6名の患者が施行している。外来、病棟のスタッフ教育を行い、外来対応マニュアルや、緊急時の対応マニュアル、手術時の対応マニュアルなど作成し実施した。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】

令和4年度は、救急看護認定看護師2回目の更新を行って実践としては、院内急変における初動対応の向上を図るために、全職員に対して一次救命処置 (BLS) 研修を各部署で実施とした。BLS 指導者の育成を図るために、直征津指導を行いながら、研修を繰り返す中でスタッフに指導を任せオ

ブザーとして参加、指導にあった。この取り組みは、迅速な急変初動に繋げていくため、次年度も継続する。ALS アルゴリズムについては、5 回の研修を行うことで知識の再確認を行った。急変時対応については、シミュレーション研修を4 部署で計6 回（1 部署は計画で実施できず）指導として、院内急変事例について、確認・検証を行い各部署へ必要時フードバックやカンファレンス参加し助言を行った。（急変事例8 件 コードブルー事例8 件）日本救急看護学会と大阪府看護協会災害研修への参加

【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73 名に実施した。術後疼痛管理チームを麻酔科医、薬剤師とともに立ち上げ、10 月から活動を開始した。術後疼痛管理チームでのべ281 回介入し、術後疼痛管理チーム加算(100 点/回)を算定した。

「オペ室のカンファレンス」「手術室看護師の新人教育」「さまざまな手術体位固定の実践的な知見と工夫」について執筆記事が掲載された。日本手術看護学会で「術後疼痛管理チームの立ち上げ～多職種間の架け橋としての役割～」のテーマでシンポジストとして講演した。また、同学会でフリートークセッションとして「清潔野補助業務を担う臨床工学技士とより善き関係性の構築を目指した課題の明確化」を企画した。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手術室看護師と協働し、対象症例を増やす。新たな指導方法として、研修動画を撮影し、共有フォルダからいつでも視聴できるように、「全身麻酔」「脊椎麻酔」「セリック法」「器械の見分け方」「ラテックスアレルギー」など動画を撮り貯める。引き続き、院外での活動を積極的に行い、「手術と就職をするなら富田林病院」と思ってもらえるように、質の高い手術看護を実践していく。

【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PT、MSW、薬剤師、病棟のリンクナース、大中栄養課課長と14 時から対象患者全員に対しての非薬物療法についての関り方と、薬物療法についてカンファレンスを行い、その内容を岡江医師と小西が各病棟に行き、その日のマネジメンントリーダーに伝えてさらに検討した。カンファレンスの内容は、岡江医師と小西が記録に残して皆で共有できるようにしている。今年度は認知症ケア加算として延べ1212 件で¥642,680 - の算定であった。

病棟から介入依頼がある患者の中で8 割はせん妄を発症している患者であるが、せん妄発症を予測した関わりがなかなかできておらず、せん妄予防ができていないのが課題である。急性期病棟ではせん妄パンフレットで入院時に患者や家族に、せん妄の概要や症状・対応方法に加えて時計・カレンダーや本人の精神的安寧になるものを持参してもらうようには説明されている部署もあるが、ばらつきがある。また身体拘束に対しても、毎日PNS のペアで話し合い評価をして記録されているものの「認知機能低下があるため継続が必要」という内容になっており、2 年続けて身体拘束に対する研修を実施しているが、現場を見ていると解除に向けて検討されているとは言い難く課題である。

今年度は身体拘束と「認知症高齢者に対する薬物療法」について研修を行った。認知症高齢者への関わりとしてまずは非薬物療法での関わりを行った上で、適切に薬物療法を行っていくことを説明している。この5 年間の活動でDCT の活動は周知されるようになり、看護部だけでなく医師やPT・

OT・MSW 等多職種からのコンサルテーションも増加した。また職員の家族についてのコンサルテーションもあり、今後も少しでも役立つ活動になるように取り組んでいきたい。

地域活動については太子町の社会福祉協議会から、太子町 7 か所で開催されているサロンでの講演依頼があり、3 回講演を行った。また 3 月に富田林市の高齢介護課からの依頼で「令和 4 年度 医療・介護専門職研修会 認知症キャラバンメイト フォローアップ研修」において「当院での認知症ケアの取り組み」について講演を行った。

【摂食・嚥下障害看護 CN】

毎週火曜の活動日に 1 週間の新入院患者の中から、嚥下スクリーニングの点数が高く嚥下障害が疑われる患者を対象としてラウンドを実施し、その後 ST 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ピックアップした。医師に摂食機能療法指示書の記入を依頼し、必要であれば VE を実施し、対象者に対して、部署の看護師に訓練内容や記録方法、コストの取り方について説明を行ったが、「摂食機能療法（30 分以上の場合）」算定（185 点／回）は 6 月に 1 名実施のみだった。「経口摂取回復促進加算」は取得条件が整わないため、加算取得はできていない。

摂食嚥下委員会は月 1 回開催し、森医師（耳鼻咽喉科）、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た。誤嚥性肺炎で入院、胃瘻を造りたくない患者の相談があり、食事摂取方法についても検討した。

新人看護師入職時研修において、新人看護師に「口腔ケア」について講義を行った。また嚥下ラウンド時、食事介助方法・ポジショニング・口腔ケア方法について病棟スタッフに助言を行った。

第 28 回日本摂食嚥下リハビリテーション学会（千葉・幕張 R. 4 年 9 月 23～24 日）、42 回なにわ NST クラブ講演会（R. 5 年 3 月 2 日）に参加した。

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

城山病院→済生会富田林病院 済生会富田林病院→大阪はびきの医療センター病院

(2)加算 1 加算 3 施設 合同カンファレンス (年 4 回)

(3)南河内感染対策ネットワーク研修会 7/28

(4)指導強化加算ラウンド (4 施設)

(5)社会福祉施設等感染対策訪問 (5 施設)

(6)狭山医師会合同カンファレンス (年 2 回)

2)ICT/AST 回診 (毎週)

3)院内ラウンド (毎週 1 回～)

4)医療関連感染サーベイランス

- ・ JANIS 検査部門参加
- ・ 中心ライン関連血流感染・カテーテル関連尿路感染 (11 月～)・手術部位感染
- ・ 病原体 (MRSA・ESBL・CDI)
- ・ 手指衛生

5)職業感染対策

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

6)研修会

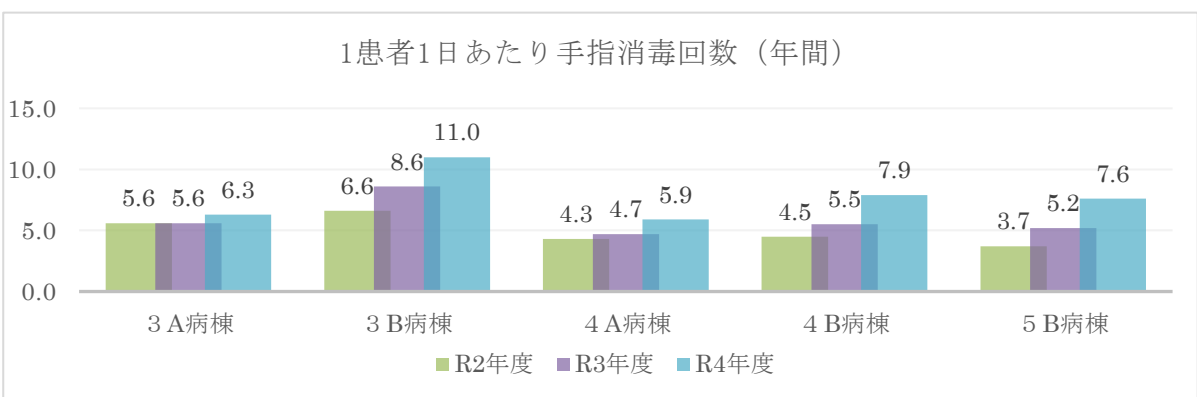
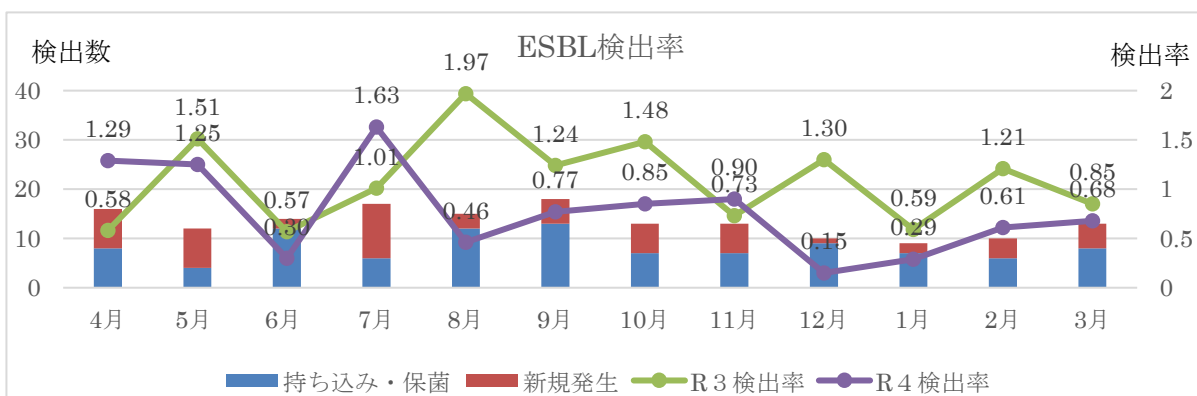
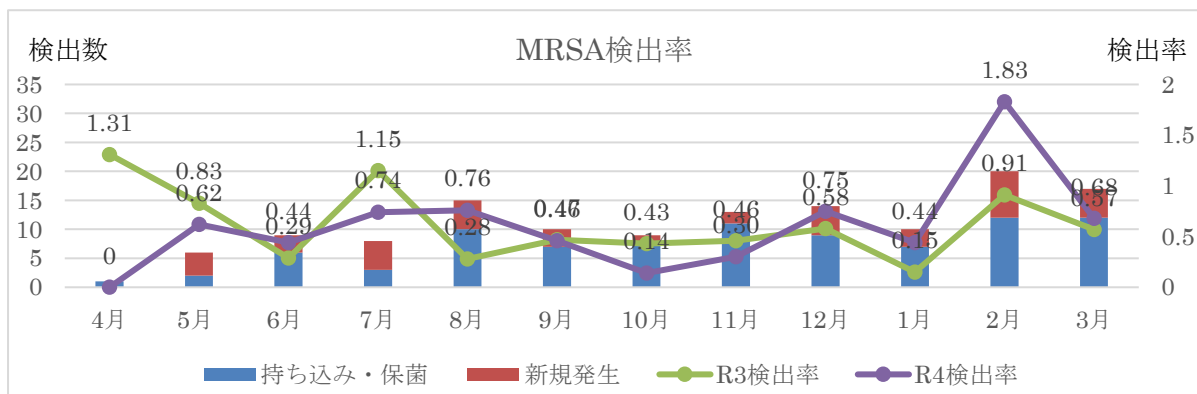
- ・ 新規採用者研修
- ・ 新人看護師研修 「標準予防策」「感染経路別予防策」
- ・ 看護補助者研修 「標準予防策」
- ・ 全職員対象研修 「新型コロナウイルス感染症 感染対策 2」「標準予防策の再確認をしておこう」

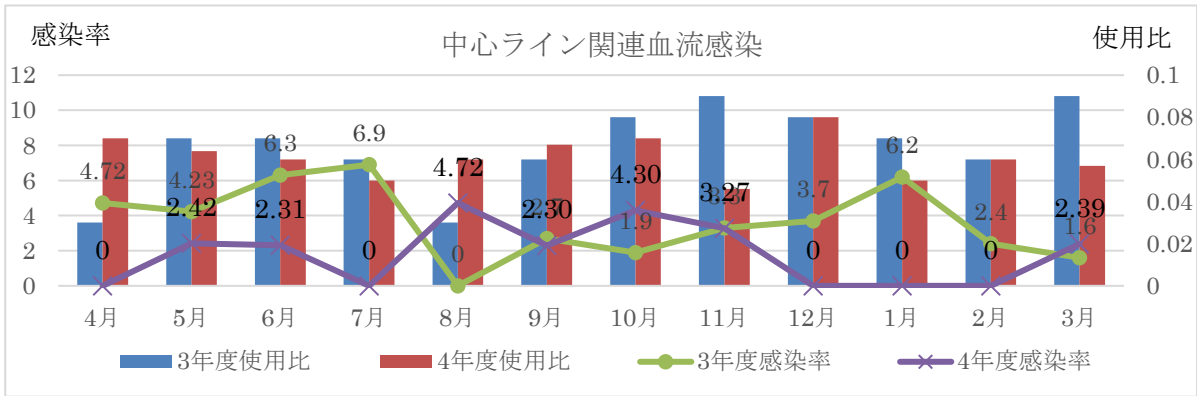
- ・ ICT 部会内勉強会 「抗菌薬適正使用」「標準予防策」「感染経路別予防策」「CDI」
- ・ (院外) 特別養護老人ホームスタッフ 「新型コロナウイルス感染対策」

7)学会参加

- ・ 日本環境感染学会
- ・ 日本感染管理ネットワーク学会

資料関係





医療安全管理室

1. 部署概要

1) スタッフ

室長：山岡 伸行

診療科医師：辻江 正樹

専従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、大塚 将彰

2) 業務内容

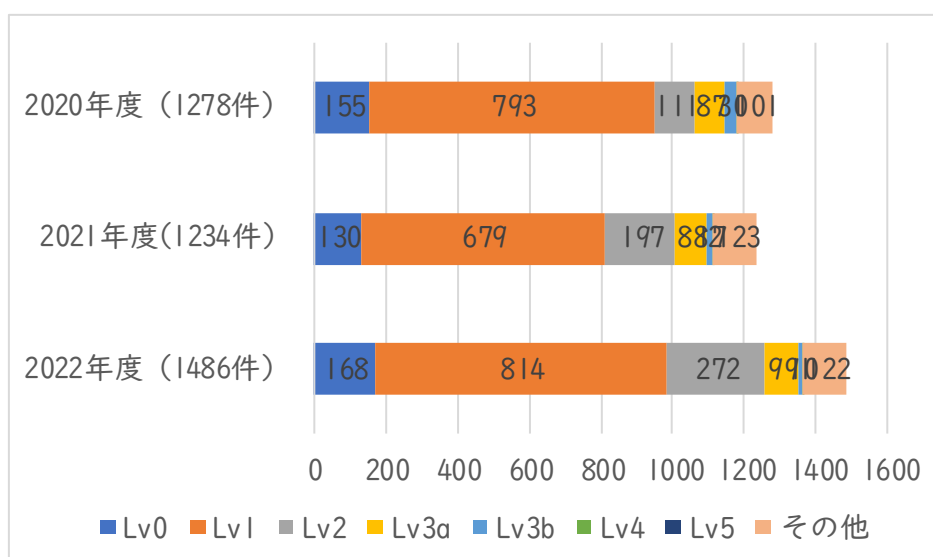
- (1) インシデント、アクシデントレポートの情報収集及び分析、対策立案
- (2) 院内での全死亡事例患者の確認及び報告
- (3) インシデント、アクシデント事例のスタッフへの通知（医療安全情報）
- (4) インシデント、アクシデント対策立案の評価
- (5) 医療安全管理のための教育研修の企画および実施
- (6) マニュアルの作成、修正
- (7) 現場ラウンド
- (8) 患者、家族、スタッフからの相談対応
- (9) 肝炎ウイルス検査陽性者の確認及び報告

2. 活動実績

1) インシデントレポート報告状況（前年度比）

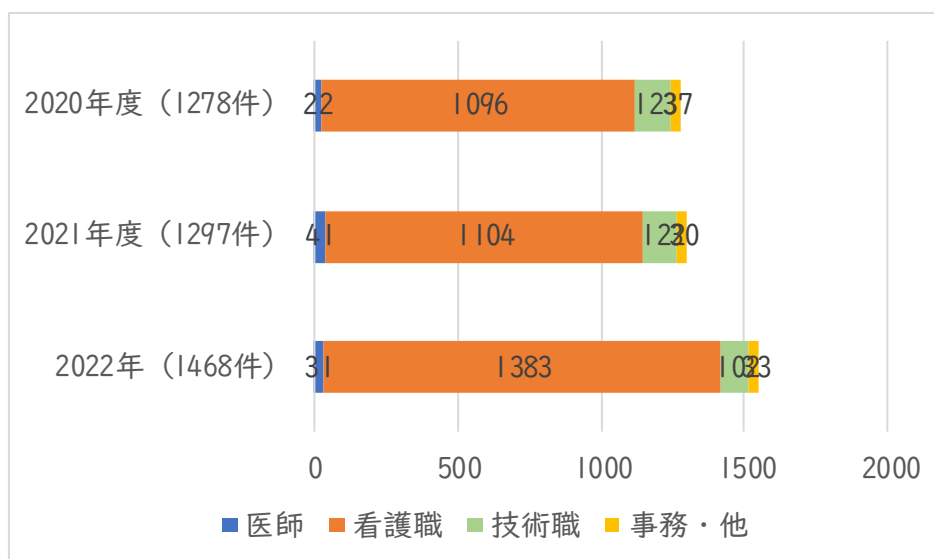
(1) インシデント、アクシデント（Lv3b以上）報告件数

インシデント 1353 件（+259 件）、アクシデント 11 件（-8 件）、その他 122 件（+4 件）



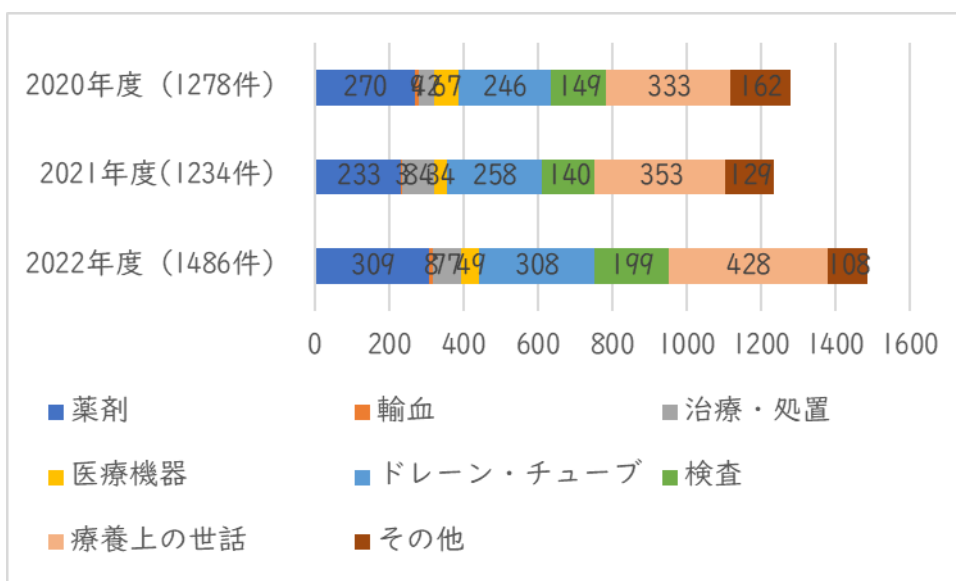
(2) 職種別報告件数（前年度比）

医師 31 件（-4 件）、看護師 1383 件（+273 件）、技術職 102 件（-19 件）
事務職 33 件（+20 件）



(3) 分類別報告件数（前年度比）

薬剤 309 件（+76 件）、輸血 8 件（+5 件）、治療・処置 77 件（-12 件）、医療機器 49 件（+15 件）、
ドレーン・チューブ類 308 件（+50 件）、検査 199 件（+59 件）、療養上の世話 428 件（+75 件）、
その他 108 件（-21 件）



2) 医療安全ニュース（医療安全情報）14回

No		発行日	内容
40	第1号	5/6	肝炎ウイルス陽性者への対応
27	第2号	6/21	三方活栓の取り扱い
28	第3号	8/15	緊急内視鏡の連絡方法
29	第4号	9/14	アナフィラキシー対応
30	第5号	10/24	CVポート針の変更
31	第6号	11/21	非常時のトイレ解錠方法
32	第7号	1/5	薬剤の渡し忘れ
33	第8号	2/13	死因不明時の病理解剖
34	第9号	3/13	免疫抑制、化学療法前の肝炎ウイルス検査

3) 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	4/20	医療安全「インスリン」	看護部
3	4/1-5/15	医療機器「ドリップアイ」(オンライン)	看護部
4	7/22	医療安全「SBAR」	看護部
5	9/15-10/5	緩和ケア「ACP⑤」	全職員
6	10/19	外部研修「SHEL分析」	富美ガ丘荘
7	4/1-2/28	BLS研修	全職員

4) 医療安全ラウンド（監査表を用いて看護部リンクナースと一緒に監査）

	内容
5月	手術室、4B
6月	5A、血液浄化
7月	5B、地域医療
8月	4A
9月	3A
10月	4B
11月	5A、3B、手術室
12月	5B
1月	地域医療、4A

5) 相談対応件数（前年度比）

総数 95件 (-33件)

内訳) 患者、家族からの相談 6件 (-7件)
 患者、家族からの迷惑行為 16件 (+10件)
 倫理（意思決定支援） 13件 (+8件)
 医師からの相談 26件 (+10件)

3. 2023 年度 活動予定

- (1) 転倒、転落対策（多職種チーム活動）
- (2) 部署カンファレンスへの助言

★論文等

2022年度年報用

論文名	執筆者	掲載誌名	巻号・頁・年月
2 「断らない医療」でV字回復 医療の質を高め、地域から信頼される病院に	宮崎 俊一	ドクターズアテンション	2023年7月号 通巻第516号
3 多発性のエクリン汗孔腫で発症し、その2年後に慢性骨髄	中川浩一、岡林 綾、東田理恵（富病）	西日本皮膚科	84：211-214（2022. 6）
4 Case of ichthyosis with confetti caused by KRT10 mutation, complicated with multiple malignant melanomas	Ito Yasutoshi, Iakeichi Iakuya, Ianahashi Kana, Muro Yoshinao, Ogi Tomoo, Akiyama Masashi (Department of Dermatology, Nagoya University Graduate School of Medicine), Nakagawa Koichi (Tonryo)	Journal of Dermatology	49: e228-e229 (2022.07)
5 超音波検査で動脈の拍動が認められたMyopericytoma	中川浩一、東田理恵、松尾彩子（富病）、岡林 綾（和泉市立総合医療センター）	西日本皮膚科	84:434-437(2022.10)
6 カメムシ皮膚炎	中川 浩一、東田 理恵（富病）、夏秋 優（兵庫医大皮膚科）	西日本皮膚科	84：489-490（2022. 12）
7 熱傷を契機に発症したアキシチニブによる膿疱型薬疹の	中川浩一、東田理恵、松尾彩子（富病）、岡林 綾（和泉市立総合医療センター）	西日本皮膚科	84：503-506（2022. 12）
8 舌の血腫を合併した免疫性血小板減少性紫斑病の2例	中川浩一、東田理恵、松尾彩子（富病）、岡林 綾（和泉市立総合医療センター）	西日本皮膚科	85：16-20（2023.02）
9 発症から50年以上経過して診断された弾性線維性仮性黄	中川浩一、東田理恵、松尾彩子（富病）、原田大輔（同・眼科）、岡林 綾（和泉市立総合医療センター）	西日本皮膚科	85：30-33（2023.02）

★国内学会・研究会・シンポジウム・講演会・ポスター発表

演題名	演者（共同演者含）	学会名	年月・場所
1 血球貪食症候群の経過中に突然死し、剖検で脾原発覚リンパ腫と診断された1例	宮崎俊一、窪田 剛、西田和正、山田光成、小牧孝充、更谷紀思、山本広之、芝池庸仁、米田雅美、塚本吉胤	第239回日本内科学会近畿地方会	令和5年3月4日
2 当科におけるCOVID-19ワクチン接種後の多形紅斑のま	松尾彩子（富病）、佐藤雅子、中島千紗、加藤麻衣子、大磯直毅、大塚篤史（近大）	第121回日本皮膚科学会総会	令和4年6月2-5日（京都市左京区）
3 特発性血小板減少症：舌の血腫（黒色斑：wet purpula）は緊急対応が必要である	中川浩一、東田理恵、松尾彩子	第86回日本皮膚科学会東部支部学術大会	令和4年8月27-28日（新潟市）
4 2つのちょっとした工夫	中川浩一、東田理恵、松尾彩子（富病）	第37回日本皮膚外科学会	令和4年9月3-4日（神奈川県川崎市）
5 超音波検査で動脈の拍動が認められたMyopericytoma	中川浩一	第28回なにわ皮膚腫瘍勉強会	令和4年11月4日（大阪市北区）
6 武生公会堂記念館特別展「日本皮膚病学の開拓者 土肥慶蔵」に行ってきました	中川浩一	第10回南大阪DERMA懇話会	令和4年11月12日（大阪市中央区）
7 免疫性血小板減少症の2例：舌の血腫の重要性	中川浩一、松尾彩子	第75回済生会学会	令和5年2月11、12日（横浜市西区）
8 TAMA(Thymoma-associated multiorgan auto-immunity)の1例	徳田一三、中川浩一、松尾彩子（富病）、加藤麻衣子、中嶋千紗、大塚篤司（近畿大学）、中山智裕（同・腫瘍内科）	第496回日本皮膚科学会大阪	令和5年3月11日（WEB）

★国内学会（全国・地方）座長

学会名	担当セッション	座長名	年月・場所
1 循環器医のための腎性貧血セミナー	座長	宮崎 俊一	Web開催
2 第70回日本心臓病学会学術集会	座長	宮崎 俊一	令和4年9月23日～25日 名古屋国際会議場
3 第37回日本皮膚外科学会	座長	中川 浩一	令和4年9月3～4日 川崎市産業振興会館
4 第73回日本皮膚科学会中部支部学術大会	座長	中川 浩一	令和4年10月30日 富山国際会議場

富田林病院年報
2022 年度（令和 4 年度）
令和 5 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	http://www.tondabayashi.saiseikai.or.jp/
発行者	院長 宮崎 俊一