病　院　年　報

令和2年度

日本医療機能評価機構認定病院

国民健康保険山城病院組合

京都山城総合医療センター

【病院基本理念】

『地域の中核病院として、信頼される良質な医療を提供し、住民の健康維持・推進に貢献する』

【病院基本方針】

・地域医療支援病院としての機能や体制を整備し、質の高い地域医療を実現する。
・地域がん診療病院、地域災害拠点病院、周産期医療２次病院としての機能を充実させる。
・地域の医療機関や福祉・介護施設との連携を強化し、より良い地域包括ケアシステムの構築に貢献する。
・ホスピタリティの向上に努め、患者満足度の高い医療を提供する。
・医療安全管理の徹底をはかり、安心して医療を受けられる体制を堅持する。
・教育・研修を通じて優れた医療人を育成するとともに、各職種の連携によるチーム医療を推進し、高度な医療を提供する。
・ワークライフ･バランスを考慮した、働きがいのある職場環境づくりに努める。
・公益性を求めつつ、長期にわたり良質な医療が提供できるよう健全な経営基盤を確立する。

【患者さんの権利と責務】

・診断や治療方針について十分な説明を受けることができます。
・自分の意志に基づいて医療の方法を選択することができます。
・適切な医療を公平に受けることができます。
・診断や治療方針について他の医療機関に意見を求めることができます（セカンドオピニオン）。
・個人情報は十分な配慮をもって保護されます。
・医療を受けるうえで、常に自己の尊厳性は尊重されます。
・自分の健康情報を医療者に正確に伝える責務があります。
・医療が安全かつ効果的に行われるよう、医療者と力を合わせて積極的に医療に参加し、協力する責務があります。
・病院の秩序を守り、医療を受けるうえで他の患者や医療者の支障とならないように行動する責務があります。

目　次

◎病院の沿革

Ⅰ　病院の沿革 ---------- 1

◎病院の概況

Ⅰ　概要 ---------- 5

Ⅱ　施設基準等 ---------- 7

Ⅲ　各種指定 ---------- 10

Ⅳ　組織・機構図 ---------- 11

Ⅴ　委員会組織図 ---------- 12

Ⅵ　年度別職員数 ---------- 13

Ⅶ　第四次経営計画取組内容 ---------- 14

◎部門活動報告

Ⅰ　診療部 ---------- 16

Ⅱ　診療技術部 ---------- 40

Ⅲ　看護部 ---------- 50

Ⅳ　健診センター ---------- 81

Ⅴ　薬剤部 ---------- 82

Ⅵ　地域医療推進部 ---------- 83

Ⅶ　医療安全管理部 ---------- 85

Ⅷ　感染防止対策部 ---------- 87

Ⅸ　診療情報管理室 ---------- 89

Ⅹ　事務部 ---------- 90

Ⅺ　事務局 ---------- 91

◎各種会議・委員会活動報告

Ⅰ　会議 ---------- 92

Ⅱ　委員会 ---------- 94

◎経営状況

Ⅰ　病院事業収益的収支状況 ---------- 122

◎業務状況

Ⅰ　診療科別患者数 ---------- 124

Ⅱ　市町村別患者数 ---------- 125

Ⅲ　救急患者数 ---------- 126

Ⅳ　病床利用状況 ---------- 127

Ⅴ　入院患者統計 ---------- 128

◎学術業績

Ⅰ　刊行論文・著書 ---------- 145

Ⅱ　学会発表 ---------- 146

Ⅲ　研究会・集談会発表 ---------- 148

◎病院の沿革

Ⅰ　病院の沿革

◎病院の概況

Ⅰ　概要

Ⅱ　施設基準等

Ⅲ　各種指定

Ⅳ　組織･機構図

Ⅴ　委員会組織図

Ⅵ　年度別職員数

Ⅶ　第四次経営計画取組内容

◎部門活動報告

Ⅰ　診療部

Ⅱ　診療技術部

Ⅲ　看護部

Ⅳ　健診センター

Ⅴ　薬剤部

Ⅵ　地域医療推進部

Ⅶ　医療安全管理部

Ⅷ　感染防止対策部

Ⅸ　診療情報管理室

Ⅹ　事務部

Ⅺ　事務局

◎各種会議・委員会活動報告

Ⅰ　会議

Ⅱ　委員会

◎経営状況

Ⅰ　病院事業収益的収支状況

◎業務状況

Ⅰ　診療科別患者数

Ⅱ　市町村別患者数

Ⅲ　救急患者数

Ⅳ　病床利用状況

Ⅴ　入院患者統計

◎学術業績

Ⅰ　刊行論文・著書

Ⅱ　学会発表

Ⅲ　研究会・集談会発表

Ⅰ　病院の沿革

昭和27年　2月　相楽郡木津町外7カ町村国民健康保険組合設置の許可を受け、直営診療施設として病院の建築を行う。

昭和27年　8月　山城病院として診療を開始する。診療科目は内科、外科、産婦人科、小児科、耳鼻咽喉科の計5科、病床数は21床（一般）

昭和28年10月　第一病棟、厨房棟、（各木造）医師住宅等増築

昭和29年10月　診療棟、事務室、薬局増築

昭和30年　1月　眼科診療開始

昭和30年10月　土地（病院隣接地2．554㎡）買収

昭和31年　7月　基準給食開始

昭和33年10月　病棟（鉄筋2階建）及び放射線科診療棟を増設、40床を増床し計61床（一般）となる。

昭和35年　8月　基準看護許可

昭和37年　6月　基準寝具許可

昭和41年12月　公舎住宅敷地（木津町大字木津小字宮ノ裏600．6㎡）購入

昭和42年　1月　整形外科診療開始

昭和42年　4月　組合規約改正の許可を受け、開設主体が国民健康保険山城病院組合となる。

昭和43年　6月　医療職員住宅2戸（木津町宮ノ裏）竣工

昭和43年10月　中央検査棟（鉄筋2階建）竣工

昭和46年　5月　本館診療棟（鉄筋3階建）及び病棟（鉄筋2階建）等改築工事起工

昭和47年　7月　本館診療棟（鉄筋3階建）及び病棟（鉄筋2階建）等改築工事竣工

昭和49年10月　病棟（40床）の増築許可を受け、病床数101床（一般）となる。

昭和50年12月　総合病院の許可を受ける。

昭和52年10月　厨房棟及び病棟（鉄筋2階建）増改築竣工、宅地133㎡取得

昭和53年12月　管理棟（鉄骨構造2階建）竣工

昭和55年　9月　診療棟（鉄筋2階建）及び病棟（57床）看護婦宿舎（収容人員18名）等増築工事起工

昭和56年　9月　診療棟（鉄筋2階建）、病棟（鉄筋3階建57床増床）及び看護婦宿舎等の増改築工事竣工、病床数は158床（一般）となる。

昭和60年　5月　救急告示病院の指定を受ける。

昭和60年10月　病棟（22床）増床許可を受け、病床数180床（一般）となる。

昭和61年12月　運動療法施設基準許可

平成　4年　4月　病棟（20床）増床許可を受け、病床数200床（一般）となる。

平成　7年　7月　エイズ治療の拠点病院に選定

平成　9年　3月　地域災害医療センターに指定

平成　9年　5月　病院増改築工事着工

平成　9年11月　周産期医療2次病院に位置付け

平成10年　4月　和束町が病院組合に加入

構成町村は、山城町、木津町、加茂町、和束町、笠置町、南山城村の5町1村となる。

平成11年　4月　病院増改築工事（第一期工事）完成

病床数321床（うち、感染症10床含む）となる。

平成12年　7月　病院増改築工事（第二期工事）完成

全面オープン

平成16年　6月　『財団法人　日本医療機能評価機構』による病院機能評価

（一　般　病　院）認定病院となる。（21日）

平成16年　9月　人工透析室（8床）増床許可を受け、病床数21床となる。

平成17年　1月　地域医療連携室開設

平成18年　6月　電子カルテ導入

平成19年　3月　山城町、木津町、加茂町合併により、構成市町村は木津川市、和束町、
　　笠置町、南山城村の1市2町1村となる。
平成19年　4月　介護老人保健施設やましろ併設
平成20年　7月　DPC準備室開設
平成20年12月　京都府地域がん診療連携協力病院指定
平成21年　4月　リウマチ科標榜
　　看護基準7対1取得
平成21年　7月　DPC 導入
平成23年　3月　京都府がん診療連携病院指定
平成23年　4月　京都府地域リハビリテーション支援センター指定
平成23年　7月　脳・心血管センター開設
平成23年11月　京都府在宅療養あんしん病院指定
平成24年10月　病院開設60周年記念式典開催
平成25年　4月　糖尿病センター開設
平成25年　5月　病院名称を「京都山城総合医療センター」に改称
平成25年　9月　慢性腎臓病センター開設
平成26年　3月　京都府認知症疾患医療センター指定
平成26年　8月　地域包括ケア病棟開設
平成27年　4月　地域がん診療病院指定
平成28年　3月　地域包括医療・ケア認定施設指定
平成29年11月　地域医療支援病院指定
平成30年　4月　基幹型臨床研修病院指定

Ⅰ 概要

（令和3年1月1日現在）

1	位置	京都府木津川市木津駅前一丁目27番地
2	名称	京都山城総合医療センター
3	開設者	国民健康保険山城病院組合
4	構成市町村	木津川市 ・ 和束町 ・ 笠置町 ・ 南山城村
5	代表者	組合管理者
6	議決機関	組合議会　議員数14人（木津川市8人・和束町2人・笠置町2人・南山城村2人）
7	規模	敷地面積　11，480．495㎡ 延べ床面積　24，162．48㎡ 構造階層　鉄筋コンクリート造　地下1階 鉄骨造　地上9階　搭屋1階
8	病床数	321床（うち感染症病床10床含む）
9	診療科目	25診療科 内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、糖尿病・代謝内科、リウマチ科、脳神経内科、小児科、外科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、小児外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、泌尿器科（人工透析）、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科
10	医療機能	救急告示病院 ・ 地域災害医療センター ・ エイズ治療拠点病院 ・ 周産期医療2次病院 ・ 京都府地域リハビリテーション支援センター ・ 地域がん診療病院指定 ・ 京都府在宅療養あんしん病院 ・ 京都府認知症疾患医療センター ・ 地域医療支援病院 ・ 基幹型臨床研修病院
11	新生児医療	ＮＩCU（新生児集中治療室）　3床
12	中央手術室	6室　（ 一般手術室　5室　　無菌手術室　1室 ）
13	高度医療機器	MDCT（80列マルチスライスCT）、MRI1．5T（磁気共鳴診断装置）、 3D－WS（ワークステーション）、マンモグラフィー（乳房撮影装置）、 Biplane血管撮影（アンギオ）、DR（多目的デジタルX線テレビ装置）、 CR（デジタルX線画像診断システム）、骨塩定量（骨密度測定装置）、 ESWL（体外衝撃波結石破砕装置）、泌尿器撮影装置、 電子内視鏡システム（上部・下部消化器、ERCP他）－経鼻内視鏡、 超音波内視鏡、エコー（超音波診断装置）15台－カラードップラー、 3D・4Dエコー、筋・神経測定装置、トレッドミル、ホルター心電図、 脳波測定装置、呼吸機能測定装置、ABI（血圧脈波検査装置）、 ICU患者監視システム（集中治療室）、胎児集中監視システム、

新生児監視システム、透析装置、人工呼吸器、IABP（大動脈内
バルーンパンピング）、PCPS（人工肺装置）、IVUS（血管内超音波）、
内視鏡下手術－胸腔鏡、腹腔鏡、関節鏡、自動血ガス分析、
脳手術支援システム、手術用顕微鏡（蛍光観察仕様）、超音波白内障手術、
眼底カメラ、IOLマスター、無散瞳眼底カメラ、膀胱鏡テレスコープ、
マルチカラーレーザー光凝固、アルゴンプラズマ高周波手術装置、
電子カルテシステム（各科部門システム）、看護診断計画支援システム、
SPD（物品管理）システム

Ⅱ　施設基準等

基本診療料の施設基準等

（名　　称）	（受理番号）	（算定開始日）
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1）	（一般入院）第 3416 号	令和 3 年 6 月 1 日
救急医療管理加算	（救急医療）第 20 号	令和 2 年 4 月 1 日
診療録管理体制加算2	（診療録2）第 26 号	平成 15 年 4 月 1 日
医師事務作業補助体制加算1　20:1	（事補1）第 160 号	令和 2 年 12 月 1 日
急性期看護補助体制加算　25:1（看護補助者5割以上）	（急性看補）第 193 号	平成 27 年 5 月 1 日
看護職員夜間配置加算　16:1	（看夜配）第 91 号	平成 31 年 4 月 1 日
療養環境加算	（療）第 217 号	平成 26 年 8 月 1 日
医療安全対策加算1（医療安全対策地域連携加算1）	（医療安全1）第 168 号	平成 30 年 5 月 1 日
感染防止対策加算1 （感染防止対策地域連携加算:有）（抗菌薬適正使用支援加算:有）	（感染防止1）第 105 号	平成 30 年 4 月 1 日
患者サポート体制充実加算	（患サポ）第 83 号	平成 27 年 1 月 1 日
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	（褥瘡ケア）第 32 号	平成 29 年 7 月 1 日
ハイリスク妊娠管理加算	（ハイ妊娠）第 78 号	平成 21 年 4 月 1 日
ハイリスク分娩管理加算	（ハイ分娩）第 59 号	平成 21 年 4 月 1 日
後発医薬品使用体制加算1	（後発使1）第 40 号	平成 30 年 10 月 1 日
病棟薬剤業務実施加算1	（病棟薬）第 43 号	平成 28 年 1 月 1 日
データ提出加算2 イ（200床以上の病院）	（データ提）第 63 号	平成 24 年 10 月 1 日
入退院支援加算1	（退支）第 159 号	平成 29 年 5 月 1 日
認知症ケア加算	（認ケア）第 156 号	令和 元 年 8 月 1 日
せん妄ハイリスク患者ケア加算	（せん妄ケア）第 8 号	令和 2 年 4 月 1 日
地域医療体制確保加算	（地医確保）第 3 号	令和 2 年 4 月 1 日
小児入院医療管理料4	（小入4）第 31 号	平成 20 年 7 月 1 日
地域包括ケア病棟入院料2	（地包ケア1）第 128 号	平成 26 年 11 月 1 日
入院時食事療養費（Ⅰ）	（食）第 1143 号	平成 18 年 4 月 1 日

特掲診療料の施設基準等

（名　　称）	（受理番号）	（算定開始日）
心臓ペースメーカー指導管理料の注5に掲げる遠隔モニタリング加算	（遠隔ペ）第 20 号	令和 2 年 5 月 1 日
がん性疼痛緩和指導管理料	（がん疼）第 29 号	平成 22 年 4 月 1 日
がん患者指導管理料イ	（がん指イ）第 39 号	平成 27 年 8 月 1 日
がん患者指導管理料ロ	（がん指ロ）第 32 号	平成 27 年 8 月 1 日
がん患者指導管理料ニ	（がん指ニ）第 3 号	令和 2 年 4 月 1 日
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	（乳腺ケア）第 22 号	平成 30 年 4 月 1 日
婦人科特定疾患治療管理料	（婦特管）第 145 号	令和 2 年 10 月 1 日
院内トリアージ実施料	（トリ）第 37 号	令和 2 年 5 月 1 日
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる 救急搬送看護体制加算	（救搬看体）第 49 号	令和 2 年 4 月 1 日
ニコチン依存症管理料	（ニコ）第 614 号	平成 29 年 7 月 1 日
開放型病院共同指導料	（開）第 91 号	平成 28 年 4 月 1 日
がん治療連携計画策定料	（がん計）第 154 号	平成 28 年 11 月 1 日
肝炎インターフェロン治療計画料	（肝炎）第 25 号	平成 22 年 4 月 1 日
ハイリスク妊産婦連携指導料1	（ハイ妊連1）第 20 号	令和 元 年 10 月 1 日
薬剤管理指導料	（薬）第 278 号	平成 22 年 4 月 1 日
地域連携診療計画加算	（地連計）第 28 号	平成 29 年 5 月 1 日
医療機器安全管理料1	（機安1）第 27 号	平成 20 年 4 月 1 日

在宅患者訪問看護・指導料及び 同一建物居住者訪問看護・指導料	（在看）第　20 号	平成 28 年 6 月 1 日
遺伝学的検査	（遺伝検）第　20 号	令和 2 年 5 月 1 日
BRCA1/2遺伝子検査	（BRCA）第　5 号	令和 2 年 4 月 1 日
先天性代謝異常症検査	（先代異）第　3 号	令和 2 年 4 月 1 日
HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	（HPV）第　134 号	平成 26 年 4 月 1 日
検体検査管理加算（Ⅳ）	（検Ⅳ）第　26 号	平成 28 年 9 月 1 日
胎児心エコー法	（胎心エコ）第　14 号	令和 元 年 5 月 1 日
時間内歩行試験	（歩行）第　12 号	平成 24 年 4 月 1 日
ヘッドアップティルト試験	（ヘッド）第　11 号	平成 24 年 4 月 1 日
長期継続頭蓋内脳波検査	（長）第　15 号	平成 25 年 8 月 1 日
神経学的検査	（神経）第　124 号	平成 20 年 4 月 1 日

特掲診療料の施設基準等

（名　　称）	（受理番号）	（算定開始日）
ロービジョン検査判断料	（ロー検）第　20 号	平成 30 年 1 月 1 日
コンタクトレンズ検査料1	（コン1）第　419 号	平成 29 年 4 月 1 日
小児食物アレルギー負荷検査	（小検）第　1 号	平成 18 年 4 月 1 日
画像診断管理加算2	（画2）第　113 号	平成 20 年 8 月 1 日
CT撮影及びMRI撮影 撮影に使用する機器：64列以上のマルチスライスCT　MRI（1.5テスラ以上3テスラ未満）	（C・M）第　624 号	平成 29 年 9 月 1 日
冠動脈CT撮影加算	（冠動C）第　60 号	平成 29 年 2 月 1 日
心臓MRI撮影加算	（心臓M）第　25 号	平成 22 年 4 月 1 日
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	（抗悪処方）第　6 号	平成 22 年 4 月 1 日
外来化学療法加算1	（外化1）第　163 号	平成 30 年 4 月 1 日
無菌製剤処理料	（菌）第　119 号	平成 21 年 4 月 1 日
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）　初期加算 有	（心Ⅰ）第　68 号	令和 元 年 6 月 1 日
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）　初期加算 有	（脳Ⅰ）第　237 号	平成 27 年 1 月 1 日
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）　初期加算 有	（運Ⅰ）第　140 号	平成 24 年 4 月 1 日
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）　初期加算 有	（呼Ⅰ）第　149 号	平成 24 年 4 月 1 日
がん患者リハビリテーション料	（がんリハ）第　33 号	平成 26 年 11 月 1 日
人工腎臓	（人工腎臓）第　74 号	平成 30 年 4 月 1 日
導入期加算2及び腎代替療法実績加算	（導入2）第　39 号	令和 3 年 4 月 1 日
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	（透析水）第　59 号	平成 28 年 9 月 1 日
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	（肢梢）第　29 号	平成 28 年 4 月 1 日
椎間板内酵素注入療法	（椎酵注）第　23 号	令和 3 年 6 月 1 日
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術	（脳刺）第　28 号	平成 25 年 8 月 1 日
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	（脊刺）第　25 号	平成 15 年 1 月 1 日
乳がんセンチネルリンパ節加算1及び センチネルリンパ節生検(併用)	（乳セ1）第　39 号	平成 30 年 4 月 1 日
経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)	（経特）第　53 号	令和 2 年 5 月 1 日

食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、 胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、 小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、 結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、 腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、 尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、 膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、 腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	（穿瘻閉）第　13 号	平成 30 年　4 月　1 日
経皮的中隔心筋焼灼術	（経中）第　17 号	平成 23 年　6 月　1 日
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	（ペ）第　76 号	平成 10 年　6 月　1 日
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）	（大）第　45 号	平成 11 年　8 月　1 日
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	（バ経静脈）第　9 号	平成 30 年　4 月　1 日
体外衝撃波胆石破砕術	（胆）第　24 号	平成 25 年 11 月　1 日
体外衝撃波膵石破砕術	（膵石砕）第　9 号	平成 29 年　8 月　1 日
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	（早大腸）第　24 号	平成 24 年　4 月　1 日
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	（腎）第　17 号	平成 11 年　6 月　1 日
人工尿道括約筋植込・置換術	（人工尿）第　11 号	令和　3 年 12 月　1 日
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	（胃瘻造）第　21 号	平成 26 年　4 月　1 日
輸血管理料Ⅱ	（輸血Ⅱ）第　41 号	平成 24 年　7 月　1 日
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	（造設前）第　8 号	平成 24 年　4 月　1 日
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	（胃瘻造嚥）第　63 号	平成 29 年　4 月　1 日
麻酔管理料（Ⅰ）	（麻管Ⅰ）第　143 号	平成 29 年　5 月　1 日

（令和3年10月1日現在）

Ⅲ　各種指定

臨床研修指定病院

病院機能評価認定病院（3rdG：Ver. 1. 0）

日本眼科学会専門医制度研修施設

日本IVR学会指導医修練施設

日本外科学会外科専門医制度修練施設

救急科専門医指定施設

日本乳癌学会関連施設

日本がん治療認定医機構認定研修施設

マンモグラフィ検診施設

日本内科学会教育関連施設

呼吸器外科専門医関連施設

日本産婦人科学会専門医制度専攻医指導施設

日本周産期・新生児医学会暫定研修施設

日本消化器外科学会専門医修練施設

循環器専門医研修施設

日本神経学会専門医准教育関連施設

内分泌代謝科認定教育施設

日本脳神経外科学会専門医認定研修施設

日本脳卒中学会専門医認定研修教育施設

日本泌尿器科学会専門医教育施設

麻酔科認定施設

NST稼働施設

日本内視鏡学会専門医指導施設

放射線科専門医修練機関

日本透析医学会認定医制度認定施設

日本整形外科学会専門医研修施設

日本糖尿病学会認定教育施設

日本リウマチ学会認定教育施設

日本消化管学会胃腸科指導施設

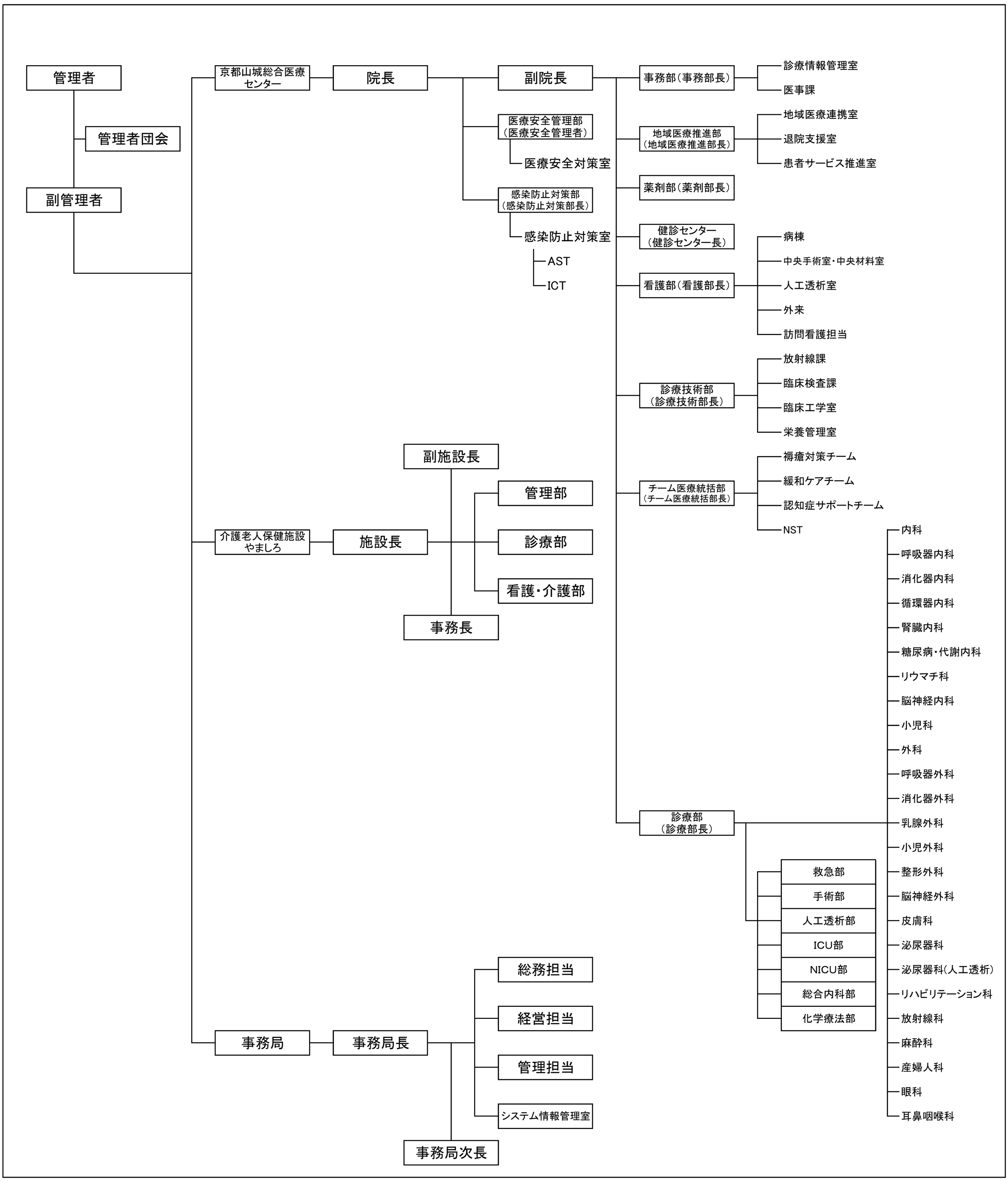
日本心血管インターベンション治療学会研修関連施設

日本消化器病学会認定施設

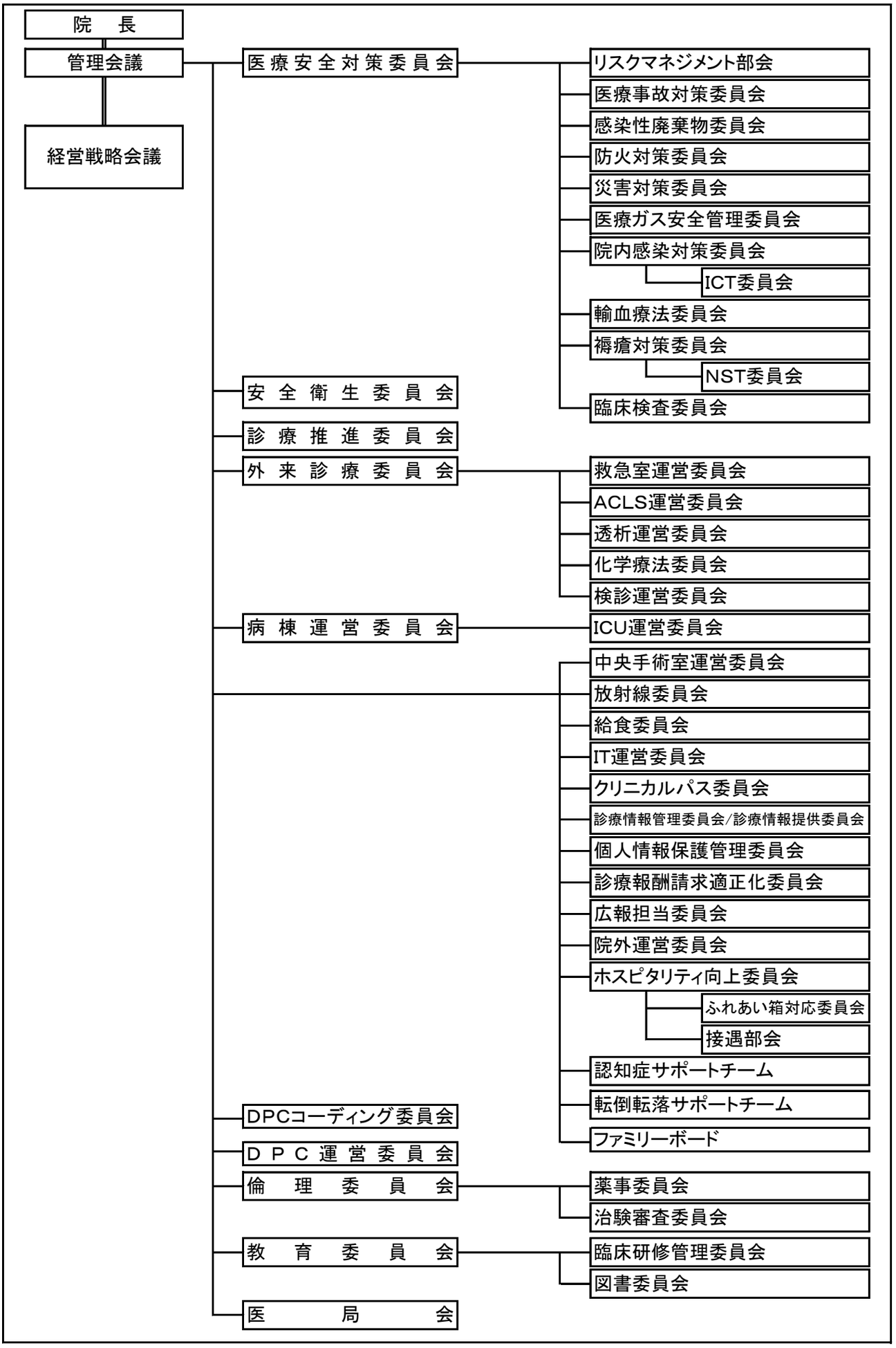
日本腎臓学会研修施設

日本臨床神経生理学会教育施設

Ⅳ　国民健康保険山城病院組合（京都山城総合医療センター）　組織図・機構図



Ⅴ　京都山城総合医療センター：委員会組織図



Ⅵ 年度別職員数

（単位：人 ）

	２８年度	２９年度	３０年度	元年度	２年度
医師	49	54	55	59	61
看護師	208	233	236	232	240
准看護師	2	2	2	2	0
薬剤師	14	14	13	11	13
放射線技師	11	11	11	11	12
臨床検査技師	10	12	12	12	12
理学療法士	13	15	15	15	15
作業療法士	5	6	6	6	6
言語聴覚士	5	5	5	6	7
視能訓練士	3	3	3	3	3
臨床工学技士	9	8	8	8	8
管理栄養士	4	4	4	4	4
事務員	60	63	61	60	64
看護助手	1	10	12	13	17
その他	3	3	3	3	3
合計	397	443	446	445	465

（各年4月1日現在・嘱託職員含む）

Ⅶ 第四次経営計画取組内容

①地域医療支援病院（上位の急性期病院）としての機能や体制の整備

１）救急医療の充実

ア　救急診療体制の充実

◇救急専門医の配置

◇総合診療医の配置の検討

◇救急看護認定看護師の配置などによる救急部門の設置

◇臨床検査技師・放射線技師等の検査体制の充実（２４時間体制）

イ　救急車応需率の向上、搬送件数の拡大

◇応需領域（疾患）の拡大

◇夜間休日の診療体制の強化

◇救急室と他の部門との連携強化（診療応援など）

２）需要拡大が見込まれる疾患への対応力強化

◇脳卒中、外傷、心血管、消化器、呼吸器、腎疾患などの急性期と終末期緩和ケアの充実

◇脳外科・整形外科の診療の充実

◇高度医療機器導入の検討（内視鏡手術支援ロボット等）

３）安心して出産子育てできる環境の維持

◇周産期、小児の診療体制の維持・充実

◇妊娠、出産、育児期における相談体制の強化・地域との連携

４）認知症医療の充実

◇物忘れ外来など認知症外来の充実

◇入院患者への認知症ケア加算の取得

◇認知症患者増加に対応した補助者や見守りボランティアの導入

５）健診の充実

◇受診枠の拡大

◇オプション検査や食事提供などアメニティの充実

◇専任医師の配置の検討

◇健診に特化した特別診察枠の設置（外来診察からの分離）の検討

６）職員の意識改革（ホスピタリティの向上）

ア　住民目線の医療の構築

◇外来から入院までスムーズなシステムの構築

◇医療相談対応の充実

◇予約患者の待ち時間対策

◇接遇向上

イ　患者満足度の向上

◇患者満足度調査やふれあい箱等の意見の反映（一層の推進）

②医療制度改革を先取りし、地域に貢献する取り組み

１）病診連携のさらなる強化

◇外来診療の紹介予約制の拡大

◇症状安定患者の地域医療機関への紹介の推進

◇診療所等からの入院依頼の全数受け入れ

２）入退院支援の充実

◇入院前・退院支援の充実

◇早期カンファレンスなど、在宅医療チームへのスムーズな退院時連携

３）在宅医療のバックアップ機能の強化

◇地域包括ケア病棟での軽度急性期受け入れ拡大

◇地域包括ケア病棟でのレスパイト入院受け入れ拡大

４）リハビリテーションの充実

◇入院での急性期リハビリテーション（脳血管・運動器・呼吸器・心大血管）の充実

◇外来での回復期リハビリテーションの拡充

◇回復期リハビリテーション病棟開設の検討

◇セラピスト（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等）の増員

５）訪問看護の拡充

◇重度・困難症例などの当院退院後患者や医療的ケア児への訪問看護の充実

◇在宅医療に携わる地域の専門職との連携強化

◇認知賞疾患医療センターと連携した認知症患者の支援

◇訪問看護ステーション設置の検討及び訪問リハビリテーションの実施

６）老健やましろとの連携強化

◇相互受け入れの円滑化

③活力ある組織づくり

１）医療職に選ばれ、優れた医療職が集う病院づくり

◇職員の働きがい向上対策の実施

◇就業環境の整備

２）働き方改革への適切な対応

◇時間外勤務の削減

◇時間シフトや人員配置の見直し

◇医師の勤務間インターバルや交替勤務制の導入の検討

◇複数主治医制や担当医制の検討

◇休暇がとりやすい制度・体制の構築

３）それぞれの部署・職種の生産性向上

◇職員が意見を述べやすい職場づくり

◇若手職員の職種間交流や改善提案を促す取り組み

４）広報活動やイベントの充実

◇地域住民・医師会等に対する積極的な広報

◇地域住民等に対するイベントの充実、各職種の積極的な参加促進

Ⅰ　診療部

●部署名　消化器内科

【スタッフ】

副院長兼消化器内科部長
　　新井　正弘（日本消化器病学会消化器病専門医・指導医、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、日本内科学会認定内科医・指導医、日本内科学会総合内科専門医、日本肝臓学会肝臓専門医）

副部長　　田邉　利朗（日本消化器病学会消化器病専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本内科学会認定内科医、日本内科学会総合内科専門医、日本がん治療認定医機構認定医）

医長　　川端　利博（日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本内科学会総合内科専門医、日本肝臓学会肝臓専門医，日本がん治療認定医機構認定医）

　　加藤　隆介（日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本内科学会総合内科専門医）

【概　　況】

当院消化器内科は，常勤 4 名、非常勤 1 名の医師が勤務しており、全員が専門医の資格を取得しています．昨年度は，別表のとおり約 5,460 件の消化器内視鏡検査および治療を実施しており、ここ数年は 5500～6000 件前後で推移していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響がありやや減少しました．高齢者や、併存疾患の多い方であっても安全・確実に検査・治療が実施できているように心がけています。また最新の治療を取り入れるよう学会等に積極的に参加しています．

夜間・休日の緊急内視鏡検査および治療が必要な時でも、医師、内視鏡室スタッフのオンコール体制が構築できています。一定期間内視鏡室勤務を経験したスタッフには，日本消化器内視学会認定の技師資格の取得を目標に設定しています。

日本肝臓学会専門医取得者が 2 名在籍しており、ウイルス性肝炎に対する抗ウイルス療法や、各種肝疾患に対する診断目的の経皮的肝生検、肝癌に対する経皮的穿刺治療（ラジオ波やエタノール局注療法等）が必要な場合でも対応できています。

病診連携も円滑に遂行できており，上部消化管内視鏡検査・大腸内視鏡検査の地域連携枠においても安定した予約数が維持できています．

【令和 3 年度の目標・課題】

（第 4 次経営計画における具体的取り組み：①-１），２，②-１））

１）消化器疾患救急医療体制の充実（A-①)、消化管出血・胆石発作・腸閉塞等急性腹症の救急搬入の迅速な受け入れ体制を維持。平日日勤帯は全例，夜間・休日もオンコール体制を堅持し極力受け入れを行う。

①内視鏡室勤務スタッフの日本消化器内視鏡技師認定資格取得の支援や内視鏡機器の充実を図る。

②消化器内科医増員のために，魅力あるプログラムを作成し、消化器内科専攻医の入職を図る。

２）検査・治療件数増加.（目標：6,000 件/年）

①当日検査の受け入れ拡大。消化管出血等緊急時以外でも、絶食で来院時は柔軟に受け入れを行う。

②需要状況を踏まえた上部消化管内視鏡検査・大腸内視鏡検査の地域連携枠の調節と当日依頼・緊急依頼の安定した受け入れ。

③定期的に当院消化器内科診療の現状を広報し，紹介数の増加を図る。

３）安全で確実な消化器内視鏡検査・治療を実施

①同意書，検査・治療手順を見直し、医療安全の観点からの再評価を行う。

②クリニカルパスを見直すことによりパス利用率の向上を図る。

使いやすいパスに改訂することにより利用率向上させ、安定した内視鏡治療に繋げる。

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
上部消化管内視鏡	4,058	3,711	3,778	3,803	3,555
食道・胃粘膜下層剥離術 ESD	45	56	59	59	37
大腸内視鏡	1,915	1,756	1,594	1,719	1618
大腸ポリープ切除術・EMR	396	357	321	401	337
大腸粘膜下層剥離術 ESD	16	13	13	10	13
胆膵内視鏡（検査，治療の合計）	225	234	209	235	287
上下部・胆膵内視鏡総件数	6,198	5,701	5,581	5,757	5,460
経皮的肝生検	21	9	11	16	8
経皮的ラジオ波焼灼術	18	17	10	19	13
肝癌に対する血管塞栓術	20	24	13	16	19

●部署名　循環器内科

【スタッフ】

循環器内科部長　　富安　貴一郎(日本循環器学会専門医、日本心血管カテーテル治療学会専門医・施設代表医、日本内科学会認定医・指導医)

医員　　本山晋一郎、山中　亮悦

【概　　況】

地域最大の循環器病の救急救命センターの役目をしっかりと果たすべく、少数のメンバーながらも、主として循環器疾患の急性期診療に従事している。当院医療圏の医療情勢の変化もあって、ここ数年は症例数の大幅な増加はないものの、症例数は安定して堅調に維持されている。

これからも地域医療を守るため、また地域住民からの期待に最大限応じるべく、誠心誠意対応したい。当然、我々の医療資源にも限りがあるので、地域の病院や医院などの医療機関と密に連携して、通院治療は地域の医療機関で、当センターでは主として入院治療を受け持つといった共同診療をさらに推進する。

当センターでは標準的な薬物治療に加え、下記の専門的で高度とされる入院医療を行う。

1　心筋梗塞・狭心症といった冠動脈疾患に対する心臓カテーテル治療
2　足壊疽を含めた閉塞性動脈硬化症・腎動脈狭窄症・肺動脈狭窄症に対するカテーテル治療
3　不整脈疾患に対するペースメーカー治療（残念ながら、諸事情でアブレーション治療は現在休止している。）
4　心不全に対する非薬物治療

もちろん、心臓バイパス・大動脈疾患や心臓弁膜症等の外科的手術、さらに再生医療や心臓移植を必要とする病態であれば、当センターでの医療だけでは完結しないので、大学病院等のより高度な医療機関とも連携を図って、最善の治療法が円滑に実施できるように努める。

なお、慢性閉塞病変を有する重症の冠動脈疾患や閉塞性動脈硬化症のカテーテル治療、さらには重症心不全、重症虚血趾、院外心肺停止蘇生などの治療では全国トップレベルの医療機関と比しても決して遜色ない成績をあげていると自負してはいるが、さらに研鑽を積む努力を惜しまない。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①、②）

喫緊の課題としては、医療スタッフの増員含めた充実が必須である。

スタッフが一人でも欠けてしまうと、すぐに立ち行かなくなる現況を回避したい。

将来的な展望としては、不整脈治療の充実・心臓血管外科の開設・ICU/CCU の開設・心臓リハビリテーション部門の充実などが可能となれば、名実ともに地域の基幹病院としてのハートセンターに成り得ると考える。

●部署名　腎臓内科

【スタッフ】

腎臓内科部長 兼人工透析部長	中谷　公彦	(日本腎臓学会専門医・指導医・評議員、日本透析医学会専門医・指導医、日本リウマチ学会専門医・指導医・評議員、日本内科学会認定医・総合内科専門医・指導医)
副部長	浅井　修	(日本腎臓学会専門医・指導医、日本透析医学会専門医・指導医、日本リウマチ学会専門医、日本内科学会認定医・総合内科専門医・指導医)
医員	澤井　慎二	
医員	田中　寿弥	
非常勤医師	中田　智大	

【概　　況】

①腎臓病の早期診断・治療

検尿異常や腎機能障害症例に対し積極的に腎生検を行い、早期に腎臓病の的確な診断をして治療を開始し、腎臓病の進行抑制・寛解導入を目指しています。

②慢性腎臓病の精査教育入院

保存期の慢性腎不全の患者さんを対象に「慢性腎臓病検査教育入院」を行い、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、および看護師と共にチーム医療で慢性腎臓病およびその合併症の進行を阻止すべく腎臓病診療を行っています。

③腎代替療法の選択・導入、人工透析室の管理

末期腎不全に陥った場合は、腎代替療法の選択・導入（腹膜透析・血液透析）とその後の管理を行います。血液透析では、内シャント増設術などのバスキュラーアクセス関連の手術を、またシャント血管狭窄に対してエコーガイド下でシャント PTA を行っています。腹膜透析では、腹膜透析カテーテルの腹腔内留置術を行っています。人工透析室では、月曜日から土曜日まで 25 ベッドで血液透析を行っており、また、各科の医師と連携して種々の特殊血液浄化治療を行っています。

【令和 2 年度診療実績】

腎生検数	44件	内シャント作成術・関連手術件数		48件
新規血液透析導入数	18例	エコーガイド下シャントPTA件数		33件
新規腹膜透析導入数	8例	腹膜透析カテーテル関連手術件数		16件
CKD精査教育入院数	23人	外来維持透析患者数	血液透析	約　55人
			腹膜透析	28人

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①−2)、②−1),5)、③−4）)

地域の急性期中核病院として、急性期腎疾患（急性腎不全、急速進行性糸球体腎炎、高血圧緊急症、慢性腎不全の急性増悪・溢水、ネフローゼ症候群など）の積極的な受け入れ、診療を行うとともに、それに対応すべく人工透析室を改築、増床しました（21 床→25 床)。

また、「オンライン症例報告会」などを開催し、地域診療医師とのネットワークの充実を図り、地域に根付いた腎疾患診療の充実・向上に努めています。また多職種の医療関係者との連携を図り、慢性腎臓病(CKD)の啓蒙活動に努めていきたいと思います。

患者さんに満足のいく透析医療を提供するため、「腎代替療法選択外来」を行うとともに、適切な時期での透析導入を行います。その後も安全な透析医療を提供できるように、看護師、臨床工学士、薬剤師、栄養士、訪問看護スタッフなどの育成に取り組み、透析医療においても地域ネットワークの充実を目指します。

●部署名　糖尿病・代謝内科

【スタッフ】

参与	中埜	幸治(日本糖尿病学会専門医・研修指導医、日本内分泌学会専門医・指導医、日本内科学会認定内科医、日本医師会産業医)
副部長	堤	丈士(日本糖尿病学会専門医、日本循環器学会専門医、日本心血管インターベンション治療学会専門医、日本内科学会総合内科専門医・認定医、日本禁煙学会禁煙サポーター)
医員	河合	清佳
医員	本塚	卓
非常勤医師	関岡	理沙(日本学会糖尿病専門医)

【概　　況】

糖尿病や予備軍の健康寿命維持には良好な血糖ｺﾝﾄﾛｰﾙ維持と併発が多い「高血圧症・高脂血症」や「肥満症」の適切な管理を行い、糖尿病合併症（細小血管障害・大血管障害）の発症・進展を防止、「がん」や転倒・骨折の誘因に繋がる「老年症候群（ｻﾙｺﾍﾟﾆｱ、認知機能低下、ADL 低下など)」を早期発見し管理・治療することが必要です。この目的を達成するため、今年も全科での包括的診療で対応しています。当院は「糖尿病・内分泌疾患の認定教育施設」です。今年３月以降、京都府でコロナ感染症（ＣＯＶＩＤ－１９）が発現し、京都府南部公立拠点病院の当院でも小児科・ＩＣＴと看護部感染症チームと連携して対応してきました。入院された糖尿病患者さんの血糖管理。外来では、電話での on-line 診療を行い、継続して患者さんのアドヒアランス維持をサポートしてきました。

1. のべ約９，０００人の糖尿病患者を紹介診療所と共に管理。大半は２型糖尿病、１型糖尿病患者は約９０名です。妊娠糖尿病の紹介、出産も増えています。甲状腺疾患（バセドウ病、橋本病など）約１２０名(婦人科・内科診療所からの紹介増加)、副腎疾患など内分泌疾患約３０名。特に各種がんに対する免疫チックポイント阻害薬、分子標的薬による、全身組織に対する自己免疫反応副作用（免疫関連有害事象：irAE）で下垂体機能不全などの内分泌機能異常が増加、短期入院で負荷試験後診断し、治療を行うなど、各科からの紹介に対処しています。

２．特徴：①糖尿病教育・治療入院：患者教育は病棟看護師、薬剤士、担当医が連携して対応、合併症（細小血管障害・大血管障害）の評価と血糖・脂質・血圧管理を行います。心臓や下肢の血管介入が必要な人は治療方法・実施時期を「循環器」と連携・決定します。また、「腎臓病内科」と連携し透析導入の防止・遅延に努めています。包括ケアの一環として２０１６年１月設立「生活習慣病センター」との連携・対応が機能し、地域の診療所から高い評価を得ています。

②各科の観血的治療を安全に施行するために、術前血糖管理を各科と連携して行う（周術期管理)。

③外来管理：数年前から予約制を導入。病型・病態の診断。合併症・併発症の有無・程度を評価します。近年嗜好の多様化で種々の食事療法が健康雑誌・ネットに掲載され、混乱が起きております。個々にテーラメイド指導を管理栄養士４名（糖尿病療養指導

士;CED-J,２名）が行います。薬物療法：インクレチン関連製剤や尿再管糖再吸収（ＳＧＬＴ－２）阻害薬および安価で長期の安全性が確立した薬剤を適切に使用し、血糖管理の難渋症例を含め対応しています。経口薬使用で管理不能の人は、外来で一時的なインスリン治療導入も行います。入院でのインスリン治療で、夜間低血糖の有無を FreeStyle ﾘﾌﾞﾚを用いた 24 時間血糖モニターを２０１７年１月から導入、１型だけでなく２型糖尿病患者にも症例に応じた管理で良好なＱＯＬ維持に努めています。また、上述のごとく、４月以降、コロナ禍に対し継続して患者さんのアドヒアランス維持をサポートしてきました。

④地域医師会と「相楽糖尿病診療を考える会」を年１回行い、医師、薬剤師、看護師(病院・診療所・訪問看護師)、保健士などが参加して、講演と技術指導を行いました。
今年度、コロナ禍でＷＥＢによる、研修会が行われました。

【令和３年度の目標・課題】

（第４次経営計画における具体的取り組み：②－１）

１．外来診療：予約制の適切維持と地域診療所医師への患者さん逆紹介を増やし、
ネットワークを高め、地域の糖尿病患者に包括医療としての良質な療法提供を維持。

２．入院診療：難渋症例の診断・治療を専門医が対応。各科の術前血糖管理（周術期）をより適切かつ積極的に行う。

３．医療スッタフ(医師・看護師・薬剤師・管理栄養士、臨床心理士など)の質の向上：
学会発表・院内・院外研究会への積極的参加をＷＥＢでの on-line でも継続する。

●部署名　リウマチ科

【スタッフ】

リウマチ科部長　　村上　憲(日本リウマチ学会専門医、日本内科学会認定医)
医員　　花谷　望都子

【概　　況】

リウマチ科では、地域の医療機関と連携しながら診ている患者さんを含めて関節リウマチ患者数は約 450 人、それ以外のリウマチ・膠原病性疾患の患者 150 人の診療を行い、これ以外に、この領域の疾患が疑われる患者や不明熱などの新患症例を週あたり 4～5 人、新規で診療しています。

業務内容としては週に 3 回、月・火・金曜日で外来診療を行い、患者数は 1 日 20～40 人です。これ以外に生物学的製剤投与外来、および関節超音波検査を行っています。

生物学的製剤投与外来は、毎日午前・午後それぞれ 5 人ずつの枠で化学療法室において、関節リウマチをはじめとするリウマチ性疾患の患者さんに対して、生物学的製剤治療を実施しており、関節超音波検査は週に 2 回、火・木曜日の午後にそれぞれ 3～4 人ずつ検査を実施しています。

【令和３年度の目標・課題】

(第四次経営計画における具体的取り組み：①-2)、②-1)、③-1)、③-2)、③-4　　)

地域の医療機関との連携により、徐々に良い医療環境が構築されていると考えます。紹介いただける医療機関も徐々に増加傾向ですが、更に連携機関を増やすために地域連携のさらなる充実を図ります。また、膠原病性疾患患者数の増加を目標としていますが、現状はまだ外来患者様の大半が関節リウマチ患者です。

地域の中核病院として、専門性の高い膠原病の診断および初期治療を行い、維持療法の際は地域の医療機関への逆紹介を推進していく予定です。

地域の医療機関の先生方との連携を強め、膠原病性疾患の専門外来を行っていることを周囲の医療機関に周知することにより、紹介率・逆紹介率を上げることを目標としています。

リウマチ・膠原病疾患の診断・治療には高度な専門性が要求されるため、専門医の育成および、この分野の専門医の確保が必要となります。

京都府立医科大学からの継続的な人員の派遣と研修医、学生に対する教育施設としての役割を果たすべく、指導を行います。派遣医師の大学病院のカンファレンスへの積極的な参加も行います。

また、医師だけではなく、専門的な知識を持ったコメディカルの育成が必要とされますが、院内勉強会等が不足しており積極的に行っていく予定です。

働き方改革に伴い、当科医師間で協力することにより必要のない残業等がかなり減少しております。

●部署名　脳神経内科

【スタッフ】

院長	岩本　一秀(日本神経学会神経内科専門医・指導医,日本内科学会総合内科専門医,日本脳卒中学会専門医,日本臨床神経生理学会指定認定医,日本医師会産業医)
部長	大島　洋一(日本神経学会神経内科専門医・指導医,日本内科学会総合内科専門医,日本脳卒中学会専門医,日本認知症学会認定専門医)
医長	向井　麻央(日本神経学会神経内科専門医・指導医,日本内科学会認定医,日本老年医学会老年病専門医,ISLS 認定ファシリテーター)
非常勤医師	小泉　英貴，小椋　史織，大矢　希

【概　　況】

令和 2 年度退院患者総数は 271 例　（前年比　-53 例）　平均在院日数 26.8 日

疾患内訳は,

A 群 3 例	B 群 1 例	C 群 3 例	D 群 1 例	E 群 5 例
F 群 5 例	G 群 89 例	H 群 3 例	I 群 114 例	J 群 17 例
K 群 2 例	L 群 4 例	M 群 12 例	N/Q/R/S/T/Z 群 12 例	

平均在院日数	脳血管障害（I 群）全体	33.6 日
	I633　アテローム血栓性脳梗塞	40.0 日
	I634　塞栓性脳梗塞	37.5 日
	I638　ラクナ梗塞	39.4 日
	その他	15.9 日

【令和 3 年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①-2),②-3)

① -2)　脳血管障害の積極的受け入れを継続する.

→令和 2 年度の血管障害症例数は 114 例で、昨年度よりやや減少した。

COVID-19 流行で全体の入院数が減少した影響が考えられる.

（令和 1 年　130 例）

当院は令和 2 年 4 月に日本脳卒中学会より一次脳卒中センターに認定された.

引き続き脳血管障害の対応がスムーズに行えるよう以下の体制を目指す.

① 山城南医療圏の脳卒中患者のカバー率をできるだけ高く維持させる.
② 高度の主要脳動脈閉塞による急性期脳梗塞に対しては，rt-PA 静注療法の施行件数を増加させる.また血栓回収脳卒中センターと連携し，速やかに血栓回収療法に繋げる体制をすすめていく.
③ 急性期のリハビリテーションについては，症例に応じ当院地域包括ケア病棟で行う.回復期リハビリテーション適応の症例は，脳卒中連携パスを用いて近隣の回復期リハビリテーション病院に紹介する.

② -3)　地域医療推進部と連携し，円滑にレスパイト入院をすすめていく.

→令和 2 年度は地域住民，他病院・施設から地域包括ケア病棟への問い合わせが更に増加し，レスパイト目的の再利用患者が増加している．地域医療を推進していく理念から，レスパイト入院,リハビリテーション入院，嚥下評価目的入院をすすめていく.

●部署名　小児科

【スタッフ】

主任部長	内藤　岳史(日本小児科学会専門医、日本小児神経学会専門医)
部長	加納　原(日本小児科学会専門医、日本血液学会専門医、日本感染症学会インフェクションコントロールドクター)
副部長	和泉　守篤(日本小児科学会専門医、日本アレルギー学会専門医)
医員	正木　綾香、横田　侑紀
非常勤医師	竹下　直樹、末松　正也、山口　美穂子、西田　明弘、菱谷　隆、森元　英周、宮地　充

【概　　況】

年間入院患者数は、2020 年はコロナ禍の影響をうけ半減した。近年、国家的な問題でもある少子化や、複数の重要なワクチンの普及により、急性期治療の入院はじわじわと減少傾向にはあったが、コロナで一気に加速した感がある。選定療養費の設定変更も、当科においては他科よりもかなり影響があったかもしれない。入院病棟運営の課題のみならず、午前の一般外来に代表されるような、急性期診療が中心の形態は変革を迫られてきていると言える。いっぽう、スタッフのサブスペシャリティーを活かした慢性疾患を主体とする専門外来については、電話診療を混えるなどの変化は伴いつつも、一定の患者数を維持、分野によってはむしろ増加する傾向も見えた。腎疾患/循環器/血液・免疫/神経・発達/内分泌・代謝/アレルギー/専門的予防接種外来、等の広範な領域をカバーするには、大学小児科の派遣協力も仰ぐ必要があるが、既存の専門外来の充実にとどまらず、新たな領域への参画（例えば、受診受け皿の不足が問題となり地域からの要請も想定される発達障害診療など）も必要と思われる。また、重篤な基礎疾患を有し人工呼吸器や胃ろう等の医療デバイスとともに在宅療養している、いわゆる『医療的ケア児』は当地域でもすこしずつ増えている。こういった子供たちの全例には関与できていないが、彼らの急性増悪時の入院管理や日常の定期管理、は我々小児科医の重要な責務でもあり、受け入れ可能な対象患者を増やしていきたい。

さまざまな不安・課題を抱える妊婦や家族について、児の出産前から小児科医を含む多職種のチームで情報共有する場を“ファミリーボード”として定期開催し、継続的な支援につなげている。『育てにくさ』を感じている親・家族をサポートするために、保健・福祉・教育・保育領域などとの連携をこれまで以上にすすめ、当地域の子供たちの疾病予防、健康の向上に努めたい。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：（①-1)ア・イ、①-2、①-3、②-3)5)、③-4））
木曜・日曜祝日の小児救急輪番日は 24hr 対応、その他の曜日についても非常勤医師を含む小児科医師在院中で対応可能な時間帯においては、これまでどおり引き続き高い救急車応需率を維持する（①-1)ア・イ)。新生児医療において、現状は在胎 33～34 週台までの管理であるが、分娩数は多い(400～500 例/年程度)ため、呼吸管理を含めたより週数の早い未熟児医療にも対応できるよう、臨床工学士とも連携をとり病棟スタッフのスキルの底上げ・均一化を図っていきたい(①-3))。コロナ禍以降、個別検診となった乳児検診は当院小児科でもおこなっており、概況で言及した疾病構造の変化をふまえ、地域における予防医療の主導的な役割を果たしたい（①-3)、5))。院内訪問看護チームと連携し、医療的ケア児やその家族に対し、小児科ベッドを活用したレスパイトケア入院受け入れや、訪問診療サポートを手厚くしていきたい(①-2)、②-3)5))。食物アレルギーにおいては、 “食べて治す”経口免疫療法の前提となる負荷試験について、近隣医院からの要請も多く、負荷試験のための入院受け容れを増やしてゆきたい(①-2)）また、妊娠・出産・育児期の家庭を切れ目なくサポートすることが、虐待やネグレクトを未然に防ぐ第一歩と考え、当院でも開始された産後ケア事業にも協力し、これまで築いてきた行政を含む他職種との連携をベースに地域の子育て支援を支えていきたい（①-3、③-4)。

●部署名　呼吸器外科

【スタッフ】

呼吸器外科部長　　伊藤　和弘(日本呼吸器外科学会専門医、日本胸部外科学会認定医、日本外科学会認定医・専門医・指導医、日本内視鏡外科学会会員、日本肺癌学会会員)

【概　　況】

令和元年度は、全身麻酔手術を 26 例施行した。原発性肺癌 10 例、転移性肺腫瘍 1 例、気胸 10 例、膿胸 3 例、その他 2 例であった。すべての症例で胸腔鏡下手術を完遂できた。

膿胸に対しては、局所麻酔・単孔式の胸腔鏡下手術を導入し、良好な経過を得ている。

手術中に触知困難と予想される微小肺結節に対して、術前リピオドールマーキング法を行っている。2009 年４月から継続的に行っており、本年度は 5 例に施行し、術中にレントゲン透視を使用して確実に切除を行った。

進行・再発肺がんに対する化学療法について、令和元年度の新規患者は 15 例で、肺癌組織の遺伝子(EGFR, ALK)変異および PD-L1 の発現を調べた上で、もっとも治療効果が高い薬剤を選択して治療を行っている。進展型小細胞肺癌に対して、免疫チェックポイント阻害薬併用治療を行い、1 年以上の生存を得られた症例を経験した。

免疫チェックポイント阻害剤と化学療法併用療法の初回治療を、3 例に施行している。また、手術不能進行肺癌（３期）に対しての放射線化学療法同時併用療法後の免疫チェックポイント阻害薬による維持療法を３症例に行い 1 例に良好な結果を得られている。３期患者に対しても、放射線化学療法で治癒を目指せる時代となっている。

【令和３年度の目標・課題】

胸腔鏡下手術を手技として安定して行うことが大前提である。胸腔鏡下の呼吸器外科手術を安定して 40 症例、肺癌手術を 20 例以上の目標とする。

少人数での胸腔鏡下手術を行なっていくにあたり、内視鏡保持者の教育、訓練に取り組みたい。手術室勤務の有志看護師を募り、手術内容の学習、内視鏡の保持・移動を習熟させ、外科医が少ない中にあっても、安定した手術成績を残せるように研鑽を積んでいく。

術前のリピオドールマーキングに対しては、放射線科と連携して継続して行っていく。CT 透視を使用できるようになり、短時間で安全・確実なマーキングが可能となっている。

化学療法に関しては、安全性に配慮しつつ、新規抗がん剤の導入も行っていく計画である。組織検体を EGFR 遺伝子変異、ALK 融合遺伝子、ROS-1 融合遺伝子の検査と、免疫チェックポイント阻害剤の適応の可否を決める PD-L1 免疫染色を行い、結果を踏まえて最適な薬剤選択を進めていく。京都府立医科大学と共同して、臨床試験への参加を計画している。

肺癌診療中、患者の状況悪化によっては、訪問看護を積極的に進めていく。自宅で安心して療養できる環境を提案していきたい。

手術後 5 年を無再発で経過した患者に対しては、100%の逆紹介を達成したい。継続して再発チェックを望む患者に対しては、6 年目以後は紹介制とする。

●部署名　消化器外科

【スタッフ】

消化器外科部長	中田	雅支（日本外科学会認定医・専門医・指導医、日本消化器外科学会認定医・専門医・指導医、日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医）
副院長	糸川	嘉樹（日本外科学会専門医、日本がん治療認定医機構認定医）
がん診療部長	小池	浩志（日本外科学会専門医・日本消化器外科学会認定医）
消化器外科副部長	柏本	錦吾（日本外科学会専門医、日本消化器外科学会専門医・消化器がん外科治療認定医、日本がん治療認定医機構認定医）

【概　　況】

癌の治療を最大使命と捉え、十分なインフォームドコンセントのもと、手術成績の向上に努力しています。

近年、スタッフ数に増減ありませんが、コロナ禍で、検査数減少、感染症チェック等余分に神経を使い、病院の感染対策に外科のマンパワーが割かれる等、手術をめぐる環境は逆風です。そんな中、腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術は過去最高数を記録しました。

定期手術以外に化学療法等目いっぱいのがん診療の中で、良性疾患や緊急手術にも対応しています。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：　①－２）、③－２））

今後の展望としては、がんの治療を真ん中の大きな柱に据えることは変わりなく、鏡視下手術を含む更なる手術手技の向上を目指し、治療成績に反映させます。

京都府立医科大学との連携は欠かせません。

多くの業務をこなす中で、休みたいときに休める協力体制、休みを取りやすい環境づくりも進めていきます。

課題としては、癌の手術周辺の治療環境や緊急時対応環境整備、さらなる研修及び学術活動の促進があります。がん治療の質的・量的レベルアップには、マンパワーの増強が必要です。

消化器外科緊急時における、24 時間・365 日対応には、限られたスタッフ数では無理があり、何らかの対応が必要です。

集学的治療のうち、放射線治療は他施設に頼っている状況です

●部署名　小児外科

【スタッフ】

小児外科部長　　村上　紫津(日本小児外科学会専門医、日本外科学会専門医)

【概　　況】

令和2年4月から令和3年3月の間の小児（15歳以下）手術症例数は33例で、定期手術が26例、臨時/緊急手術が7例であった。手術の内訳は、鼠径ヘルニア/陰嚢水腫根治術が13例で、そのうち4例が新しく開始した腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術(ＬＰＥＣ)、精巣固定術が7例、臍ヘルニア根治術が4例、包茎に対する包皮形成術が1例、腹腔鏡補助下虫垂切除術が4例、精巣外傷による精巣固定術が1例、卵巣奇形腫の茎捻転が1例、腹腔橋下のイレウス解除術が1例、S状結腸過長症による捻転解除後のS状結腸切除が1例であった。

外来診察では、手術症例の術前準備や手術適応の評価、慢性便秘の排便管理、精巣手術後の経過観察、臍ヘルニアの圧迫療法や肛門周囲膿瘍に対する処置などを行なっており、また、新生児病棟では停留精巣や陰嚢水腫の診察や副耳に対する結紮などを行なっている。

令和２年度は、コロナウイルス感染に対する緊急事態宣言や、感染を懸念しての診察控えや、乳幼児検診の中止などの影響が強く出て、紹介症例や手術症例が少なかった事が挙げられる。

その中で、新たな取り組みとして、10 月から年長女児の鼠径ヘルニアに対し、腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術を開始した。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：　①－１）

小児科と連携し、小児外科疾患を含めた小児の救急疾患の受け入れに尽力するとともに、日常診療の中でも、ちょっとした小児の外傷など、積極的に診察していく。

（第四次経営計画における具体的取り組み：　①－３）

出産後の新生児に小児外科疾患を認めた場合、産科医・小児科医と連携し、必要な治療を行うとともに、疾患に合わせて高度医療施設への紹介も行い、周産期医療の一助を担う。

（第四次経営計画における具体的取り組み：　②－３）

小児で在宅医療を受けている患児の胃瘻や気管切開などのトラブルに臨機応変に対応する。

（第四次経営計画における具体的取り組み：　②－３）

コロナ禍で開催できなくなっている、地域の小児科医院との勉強会や症例検討会などがあれば参加していく。

●部署名　乳腺・内分泌外科

【スタッフ】

部長　松田 高幸　（日本外科学会専門医、日本乳癌学会専門医、検診ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ読影認定医、乳癌検診超音波検査実施判定医）

医員　須藤　萌　（日本外科学会専門医、日本乳癌学会会員、検診ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ読影認定医、乳癌検診超音波検査実施判定医）

【概　　況】

乳癌を中心とした乳腺疾患の診療およびを実施している。近医よりの紹介および検診・ドックからの要精査症例がその主体である。

初発乳癌手術症例数は、令和２年：34 例であった。定型的な乳癌症例以外でも若年者の良性腫瘍切除や、高齢者の局所制御（疼痛・自壊防止など）を目的とした部分切除など、低侵襲手術を実施している。

がん告知から終末期まで、緩和ケアチームや臨床心理士の介入により精神的・社会的側面からのサポートを実施している。

乳癌検診の普及も重要課題であるが、医師のみならず放射線技師・臨床検査技師に女性スタッフが多く、抵抗なく受診していただける体制を整えつつある。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：　　）

① 2)　手術件数の増加（乳癌症例 38 例：前年の１割増）

① 5)　自治体検診・人間ドック等、健診業務の継続

② 1)　乳がん検診などを通じた当院：乳腺外科の存在アピール

③ 4)　京都府立医大：内分泌・乳腺外科との臨床治験や研究会への積極的参加

●部署名　整形外科

【スタッフ】

整形外科副部長	水野　健太郎(日本整形外科学会専門医・指導医・日本整形外科学会認定脊椎脊髄病医・日本脊椎脊髄病学会認定脊椎脊髄外科指導医)
医員	岩井　宏之
非常勤医師	山崎　隆仁、清水　佑一

【概　　況】

前年度と変わりなく常勤医２名体制で診療にあたっている。外来患者数、入院患者数、年間手術件数は増加傾向にある。主に脊椎外科手術を中心に、救急搬送された骨折等の急性期疾患に対して臨機応変に対応している。

外来診療は水野が月・木、岩井が火・木を担当し、水曜日は非常勤山崎、金曜日は非常勤清水が担当した。全身麻酔の手術は水曜日、木曜日午後に行い、それ以外に外傷は適時手術室と交渉の上実施している。入院、手術前後の急性期診療は５階病棟を使用し、長期のリハビリは８階の地域支援病床を利用している。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①－1)、2)）

京都府南部は府内でも数少ない人口増加地域であり、特に最近は木津川市、木津駅周辺の住宅開発がすすんできた。　一方、郡部では高齢化が進行しており大腿骨近位部骨折や脊椎圧迫骨折の患者が増加している。　新興住宅開発地域、郡部ともに運動器疾患に対する整形外科診療の必要性が高まっているが、常勤医２人で地域の整形外科診療、救急の受け入れや近隣診療所からの紹介に十分に対応できていない面がある。今後も常勤医増員に向けて京都府立医大整形外科医局にお願いし、粘り強い努力を続けていきたい。

●部署名　脳神経外科

【スタッフ】

脳神経外科部長　　岩本　芳浩(日本脳神経外科学会専門医・指導医、
日本脳卒中学会専門医・指導医、
日本脳卒中の外科学会技術指導医、
日本救急医学会救急科専門医、
日本リハビリテーション医学会認定臨床医、
京都府立医科大学脳神経外科臨床教授、
京都府医師会救急委員会委員、
京都府医師会脳卒中登録委員会委員、
山城南メディカルコントロール協議会委員、
山城南メディカルコントロール協議会検証医師)

非常勤医師　　後藤　雄大、丸山　大輔

【概　　況】

平成 29 年 4 月より脳神経外科常勤医は 1 名となりました。それに伴い、脳卒中、頭部外傷などの救急疾患への対応は不十分となっており、緊急手術は不可能となっています。当院は山城南医療圏において脳神経外科常勤医が勤務する唯一の病院であり、これは由々しき事態です。救急医療を含めた脳神経外科診療を安全確実に行うためには最低限 3 名の常勤脳神経外科医が必要であり、欠員の補充は急務と考えています。

現状では常勤医 1 名でも医療安全上問題を起こさないことを念頭に診療を行っています。具体的には緊急を要しない手術・入院診療、外来診療、他科医師等からのコンサルテーションへの対応が脳神経外科としての業務となっています。

【令和３年度の目標・課題】

(第四次経営計画における具体的取り組み：　①ー1)，2)　)

現在のところ、勤務時間内は勿論のこと、時間外（休日夜間）においても他科医師からの相談に可能な限り対応しておりますが、このスタンスを今しばらく維持してまいる所存です。

将来当院で新たな脳神経外科医受け入れ体制（環境整備）ができた段階で、速やかに新たな人員を派遣していただけるように、京都府立医科大学脳神経外科教室との良好な関係を維持するように努力します。

17 年間で徐々に積み上げ、発展してきた当院での脳神経外科診療の火は風前の灯火となってしまっていますが、これを完全に消してしまうことのないようにしたいと思っておりますし、ご協力をいただきたいものです。

●部署名　皮膚科

【スタッフ】

部長	花田　圭司(日本皮膚科学会専門医、日本褥瘡学会認定師)
非常勤医師	古谷　佳美

【概　　況】

京都山城総合医療センター皮膚科では、平日は毎日外来を行い、子供から大人までのあらゆる皮膚疾患に対応し、皮膚症状だけでなく毛、爪、口唇、陰部など身体の表面にあらわれる疾患の診察をしています。

対象となる病気・症状

〔感染症〕
蜂窩織炎、丹毒、伝染性膿痂疹などの細菌感染症。
単純疱疹、帯状疱疹、水痘、尋常性疣贅などのウィルス感染症。
足爪白癬、皮膚カンジダ症などの真菌感染症。
〔アレルギー、炎症性疾患〕じんま疹、アトピー性皮膚炎、接触皮膚炎、尋常性乾癬、薬疹など。
〔水疱症〕尋常性天疱瘡、水疱性類天疱瘡など
〔皮膚腫瘍〕色素性母斑、粉瘤、脂肪腫、日光角化症、ボーエン病、基底細胞癌など
〔皮膚潰瘍〕熱傷、褥瘡など
〔その他〕多汗症、陥入爪、円形脱毛症、男性型脱毛症など

当科では、適切な診断をつけるために様々な検査（詳細な問診、パッチテスト、プリックテスト、血液検査、ダーモスコピー、皮膚生検、画像検査〈超音波検査、ＣＴ、ＭＲＩ〉など）を行います。診断がついても治療方法は一つとは限りませんので、個々の症例で適切な治療法を検討いたします。迅速に対応が必要な疾患(感染症、熱傷など)に対しては手術や入院治療をおこない、他の診療科とも連携しながらよりよい医療を提供していきます。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①－2)、①－6)、②－１）

平成 30 年 4 月から皮膚科常勤医 1 名が赴任し、週 5 日の外来診察を行い、手術や入院診療も開始した。当院で治療可能な皮膚疾患が増えることにより、地域住民の負担が軽減すると考えています。

平日は毎日外来診療を行うことにより、地域の医療機関からの紹介を受けやすい体制とし、予約患者優先の診察をおこなうことで外来患者の待ち時間短縮にもつなげていきます。

●部署名　泌尿器科

【スタッフ】

泌尿器科部長	松原　弘樹(日本泌尿器科学会専門医・指導医、日本がん治療認定医機構認定医)
医員	針貝　俊治(日本泌尿器科学会専門医・指導医)
医員	井上　魁

【概　　況】

当院の泌尿器科は主に泌尿器外科を行い、内科的腎疾患や透析に関しては腎臓内科が担当している。

扱う臓器は、腎・尿管・膀胱・尿道といった尿路臓器、精巣・前立腺などの男性性器、副腎などの内分泌臓器があり、疾患としては、癌・結石・炎症疾患などがあげられる。現在、日本泌尿器科学会教育基幹施設に認定されており、専門医の育成も行っている。

また、治療は本邦や欧米の泌尿器科学会のガイドラインに則り、最新かつ標準治療を提案するようにしている。京都府立医科大学泌尿器科とも密に連絡を取り、多くの泌尿器科医の意見を取り入れながら治療方針を決定している。

癌に関しては開腹手術による腎摘除術、膀胱全摘除術、前立腺全摘除術はもとより、低侵襲治療として膀胱癌に対する内視鏡手術や抗がん剤治療、動注化学療法、さらに腎癌や腎盂尿管癌に対する腹腔鏡手術、分子標的治療、抗がん剤治療も行っている。また最近の治療のトレンドでもあるロボット支援手術や癌の局所療法も、希望される場合は京都府立医科大学と連携を取り、治療を行えるよう斡旋している。前立腺癌に対する内分泌療法や抗癌剤治療も行っている。

結石に対しての治療は体外衝撃波結石破砕術だけでなく、経尿道的尿路結石摘除術（TUL, f-TUL）も行っており、さらに前立腺肥大症や排尿機能障害に対しての内服治療や内視鏡治療のように、低侵襲治療も患者様と相談しながら積極的に行っている。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①－6)－ア、イ②－1）、③－1））

① －6)－ア、イ

予約患者を優先するが、予約外患者も可能な限り丁寧に診察し近隣住民が安心して受診できるようにする。病状の説明等は出来る限り平易な言葉で、患者目線で説明し各患者が満足できる医療を提供できるように理解を促す。

② －1)

地域の医療機関と連携を取り、泌尿器疾患を紹介いただく。症状が安定した場合、患者の希望を聴取した上で逆紹介の推進を行う。

③ －1)

医師の教育および看護師の育成等で、安全で質の高い治療が提供できるよう取り組んでいる。

●部署名　リハビリテーション科

【スタッフ】

リハビリテーション科部長	水野　健太郎
非常勤医師	池田　巧
課長	田井　博司
副課長	橋詰　あや、草野　由紀
主任	芳野　宏貴、棚田　万理、西川　真梨
理学療法士	竹田　萌菜桃、前田　晃拡、大西　翔子、國田　宏和、 中村　裕太朗、山田　香苗、谷澤　響、上田　知輝、 川本　拓也、田中　良延、寺門　愛夏、大西　美穂、 岡村　孝文
作業療法士	小野　陽子、岸上　佳代、石橋　加奈子、川上　菜苗、 塩田　祐未
言語聴覚士	田中　ゆかり、濵田　絵夢、紀太　郁美、竹中島　幸
技術助手	吉田　宣子

【概　　況】

2020 年度は、目標である急性期リハビリテーションの充実、地域包括ケア病棟の維持・充実であった。総入院件数 31,718 件に対して 60,347 単位を提供した。(令和元年度：総件数　29,164 件・総単位数　55,658 単位)。セラピスト 28 人体制（増員 2 名・育休:3 名）で業務をおこなった。

新型コロナウィルスの流行に伴いセラピストの病棟配置制強化、外来と入院患者の出入り口やゾーンを分けて感染予防対策を取りながら、外来・入院患者の訓練継続、積極的な訓練を実施した。訪問リハビリテーション部門では、１回目緊急事態宣言の際は、感染リスクの観点から一時訪問を控えた事もあったが､その後､常に新しい情報を取り入れつつ、感染対策を徹底して対象地域の限定しながら継続して実施した。

山城南圏域地域リハビリテーション支援センター活動では

① 地域包括支援センター主催の会議に１市(木津川市３カ所)、２町(笠置町､和束町)、１村(南山城村)に参加｡新型コロナウィルス感染予防対策より開催時期により中止、WEB や書面での開催となり、その形式に合わせて参加をした。
② 訪問相談指導サービスも緊急事態宣言中は控え､可能な範囲でセラピストが施設や事業所、在宅を訪問して機能評価や対応方法を指導した。
③ リハビリテーションの関係業務に従事されている方々を対象に毎年開催している
今年度は、感染予防対策として「リハビリステップアップ研修会」「事例検討会」の全てを WEB（ZOOM）で開催した。
④ 認知症初期集中支援チーム・きづがわネットに多くは WEB で参加した。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：②4）②5））

1　リハビリテーションの充実：入院での急性期リハビリテーションの充実

2019 年 6 月に施設基準を取得した心大血管リハビリテーションを医師・看護師など他部門との連携し実績を作れた。

目標：さらなる効率的なシステム構築　⇒　他部門との密接な連携をとりすすめていく

2021年1月より地域包括ケア病棟専従セラピストとして理学療法士１名を配置し、疾患別リハビリテーションの充実を図った。

目標：看護師と連携し、更なる包括的なリハビリテーションの充実を目指す
急性期リハビリテーションとして発症早期から介入に取り組む

2　外来での回復期リハビリテーション提供の充実

目標：急性期リハビリテーション実施患者の中で、退院後に通院可能な回復期リハビリテーション期対象患者に対して、速やかに外来リハビリテーションへ移行できるよう積極的に取り組む

3　セラピストの増員

目標：募集人数の獲得

4　訪問リハビリテーションの実施

目標：速やかに対象患者に訪問リハビリテーションが提供をおこない対象者を増やす

【活動報告】

地域包括支援センターに対する助言・相談対応	46件	地域ケア会議（木津川市3ヶ所、笠置町、和束町、南山城村）への参加：計6カ所　書面参加も含む）
事業者支援のための訪問・相談	40件	施設訪問（従事者への指導、福祉用具などの助言） 在宅訪問（従事者・家族への指導、住宅改修、、福祉用具など） 障害者事業所訪問（従事者への指導など）

	開催日	内容
リハビリサービス窓口担当者との定期的な事例検討会の開催	10月28日	『令和2年度京都府高次脳機能障害　山城地域支援ネットワーク会議・事例検討会』（WEB開催）
	11月30日	『自助具を身近に感じよう～100均＆DYIで使える便利グッズ大集合！』（WEB開催）
	12月9日	『ベッドからずれ落ちた患者の模擬事例～床からの知多上がりの方法』（WEB開催）
	12月21日	『嚥下機能と交互会下について～病院から姿勢復帰予定患者の施設での対応方法』（WEB開催）

＜看護師・介護職リハビリテーションテップアップ研修会＞
令和３年３月３０日　『嚥下機能の仕組みと食事姿勢のポイント』

＜その他＞
□ 山城南圏域　セラピストネットワーク会議
□ 山城南圏域　多職種連携会議　きづがわネットへの参加
□ 障害者福祉事業書への巡回相談
□ 認知症初期集中支援チームへの参加
□ 木津川地域包括支援センター　介護予防事業への取り組みへの参加（木津西）

●部署名　放射線科

【スタッフ】

副院長兼 放射線科部長	石原　潔	（日本医学放射線学会放射線科専門医・放射線診断専門医）
副部長	伊藤　誠明	（日本医学放射線学会放射線科専門医・放射線診断専門医、日本インターベンショナルラジオロジー学会 IVR 専門医）
医長	会田　和泰	（日本医学放射線学会放射線科専門医）
医員	安池　政志	（日本医学放射線学会放射線科専門医・放射線診断専門医）

【概　　況】

平成 31 年 4 月より継続して、石原潔（部長）、伊藤誠明（副部長）、会田和泰（医長）、安池政志（医員）の 4 人態勢で業務を行った。

令和 2 年 9 月より PACS（CANON TFS7077）のハードウェアリプレイス、ビューワーソフトの更新を行い PACS ビューワー上で 1 ㎜スライスの読影が可能となった。令和 3 年 3 月より既読管理システムの運用を開始した。令和 2 年度の読影件数は、一般撮影 3375 件、消化管造影 392 件、CT 検査 11717 件、MRI 検査 3563 件、血管造影検査 154 件、骨密度検査 124 件で昨年度より若干減少しており、新型コロナウイルス感染症流行に伴う受診控えによる検査数の減少、健診センターの業務縮小が影響していると思われる。これらは、ほぼすべて翌診療日までに放射線専門医による読影を行っており、CT 検査・MRI 検査については、昨年同様、画像診断管理加算Ⅱ（180 点）の施設基準を取得できている。IVR として、昨年までと同様、悪性腫瘍に対する動注療法、リザーバー留置、血管拡張術、止血術、CT 装置を用いた生検、リピオドールマーキング、ドレナージなどを行った。8 月からは、新しい血管造影装置（CANON ALFENIX）が稼働し、より精度の高い検査・治療が可能となった。

健診部門として、頭部 MRI 検査、胸部単純エックス線撮影、上部消化管造影、低線量 CT よる肺癌検診の読影を行った。

教育については、研修医については、救急症例の読影に重点を置いて指導した。例年受け入れているクリニカルクラークシップの学生については、緊急事態宣言の影響で中止となった。

第 2・第 4 土曜日の午前中の紹介患者の受け入れと、救急患者の読影を継続して実施した。

紹介患者の受け入れについては、1767 人（新患 1297 人）と昨年に比し 200 人程度減少した。新型コロナウイルス感染症流行の影響で紹介元の受診者数が減少した事が影響している。

【令和 3 年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①－（1)ア、イ、①－（５)、①　－（６）イ、③－（１））

既読管理システムの円滑な運用にむけて、医療安全対策室とも連携し、必要に応じて見直しを行う。救急医療の充実に貢献するため、これまでどおり、緊急検査の速やかな受け入れと至急読影を行っていく。

研修医や京都府立医大の学生への教育については、フィードバックを通して内容を充実させ、当院が研修先として選ばれることに貢献する。

健診については、当日説明までの待ち時間を少なくできるよう可能な限り至急読影を行うとともに、見逃しのない丁寧な読影を心掛ける。

他施設からの紹介の受け入れについては、丁寧な診察と正確で分かりやすいレポート作成により、紹介件数の増加に繋げる。

●部署名　麻酔科

【スタッフ】

部長　　松本　裕則（日本麻酔科学会専門医・指導医、
日本ペインクリニック学会認定医・専門医、
日本医療安全学会認定高度医療安全推進者
日本医師会医療安全推進者、
医療安全認定臨床コミュニケーター、
チーム医療安全、
日本体育協会スポ―ツドクター、
ICD 制度協議会インフェクションコントロールドクター、
京都府立医科大学麻酔科臨床教授）

副部長　　平山　敬浩（日本麻酔科学会認定医、
日本集中治療医学会専門医、
日本救急医学会認定医）

副部長　　杉　　崇史（日本麻酔科学会専門医・指導医、
日本医師会認定産業医）

非常勤医師　　下里　豪俊

【概　　況】

令和 2 年度、京都山城総合医療センターの全手術件数は 1744 件(昨年度比 53 件減)。その内訳は、眼科 446 件（83 件減)、整形外科 304 件（41 件減)、消化器外科 255 件（23 件減)、産婦人科 232 件（19 件増)、泌尿器科 182 件（55 件増)、皮膚科 90 件（10 件減)、腎臓内科 76 件（22 件増)、乳腺外科 63 件（12 件増)、呼吸器外科 38 件（8 件減)、小児外科 33 件（10 件減)、脳神経外科 25 件（15 件増）であった。

そのうち麻酔科管理症例件数は 755 件 (15 件増)。その内訳は、消化器外科 225 件 (7 件減)、産婦人科 140 件（27 件減)、整形外科 136 件（23 件増)、泌尿器科 125 件（25 件増)、乳腺外科 46 件（13 件増)、呼吸器外科 36 件（4 件減)、小児外科 33 件（9 件減)、腎臓内科 8 件（増減なし)、脳神経外科 4 件（3 件増)、皮膚科 1 件（2 件減)、眼科 1 件であった。

当院では経験豊富な日本麻酔科学会認定医・専門医・指導医が麻酔の実践・指導を行っている。患者様にとって手術は「人生最大の外傷」と言われている。我々が目指すのは、患者様が安全に手術を終えられ、回復し、無事に退院することである。そのためには、「人生最大の外傷」を受ける前の厳重な術前管理、きめ細かい術中管理、合併症を起こさない術後管理が必須である。

術前管理においては、患者様がより良い状態で手術に臨めるように、禁煙、適切な血糖管理・栄養管理等を要求している。

術中管理においては、周術期合併症を起こさぬよう細心の注意を払いながら、患者様にとって有益であると考えることは全て行っている。

術後管理においては、重症患者は集中治療室に収容し、主治医とともに全身管理を行っている。

手術室看護部の協力もあり、安全な手術室運営が出来ていると自負している。

【令和 3 年度の目標・課題】

◆第 4 次経営計画における具体的取り組み

第 4 次経営計画の救急医療の充実①-(1)-ア

日本救急医学会専門医、日本集中治療医学会専門医である麻酔科スタッフが当院救急の中心となって業務を行っている、救急医療に積極的に関与する。救急、手術、集中治療という急性期医療の流れの中で積極的に治療に参画し、重症患者をチームで診る診療体制構築に貢献する。

第 4 次経営計画における活力ある組織づくり③-(1)

麻酔科は医療安全の知識・実践に長けている。その長所を生かし、医療安全委員会や医療安全管理者と協力しながら、当院の医療安全文化醸成に関わることで、患者にとって安全・安心な、働く者にとってやりがいのある病院づくりに寄与する。

その他

コロナ禍の中、年間目標が設定困難な状況であるが、昨年度、一昨年度と同等の手術件数を維持できた。感染対策をきちんとしながら、手術室運営ができた結果だと考える。高齢化に伴い様々なリスクを持った患者様が大きな手術を受ける機会が今後ますます増加すると思われる。どのような患者様であっても安全に手術を終えられ無事に退院できるように、安全・確実な手術室運営を継続していきたい。

●部署名　産婦人科

【スタッフ】

産婦人科部長	北岡　由衣(日本産科婦人科学会専門医・指導医)
副部長	貴志　洋平(日本産科婦人科学会専門医)
医員	澤田　重成(日本産科婦人科学会専門医)
医員	北村　圭広
非常勤医師	楠木　泉、渡邉　恵、田原　菜奈美、大谷　真弘

【概　　況】

産科については全国的な少子化傾向があるが分娩件数は 411 件（うち帝王切開術が 96 件）横ばいであった。現在、山城南医療圏における分娩施設は当院のみとなっている。したがってこの地域の妊婦が安心して出産していただけるように当院での果たす役割は大きいと考え、新型コロナに感染した妊婦の出産にも対応できるよう早期から準備をすすめ、また高齢妊婦、合併症を持った妊婦の増加や核家族の増加、複雑な社会的背景をもった特定妊婦などの対応に他科、他職種に渡ってきめ細やかな対応ができる体制の構築を進めている。分娩は急変することもあり看護師、助産師、小児科、麻酔科とも連携し緊急事態にも備えてシミュレーションも定期的に行っている。

市町村の委託事業として産後ケア事業も引き続き対応しており、産後 2 週間検診や乳房外来、育児相談なども開始した。

婦人科については引き続き子宮がん検診を含め予防医学の観点から疾患の早期発見や女性の健康管理を重視している。また子宮筋腫、卵巣のう腫、子宮内膜症などの良性疾患については、京都府立医科大学産婦人科とも連携しつつ、侵襲の少ない腹腔鏡、子宮鏡手術も充実してきている。

【令和３年度の目標・課題】

（◆第四次経営計画における具体的取り組み：（①−１）３）②―１)、③−１）４））

産科については今後も合併症のある妊婦、社会的ハイリスク妊婦や新型コロナ感染妊婦の対応が見込まれる。さらに他科との連携も強め、妊娠から産後まで診察できる患者数を増やしていきたい。現在助産師が中心となって行っている乳房外来や２週間検診の内容をさらに充実させ、妊産婦の育児支援を行っていきたい。産婦人科救急については可能な限り対応している。マンパワーが少ないところもあるが引き続き対応できるよう努力していきたい。

良性婦人科疾患については京都府立医科大学産婦人科とも連携し、腹腔鏡手術、子宮鏡手術の増加に努める。

予防医学の観点から女性のヘルスケアの維持に努め、がん検診だけではなく子宮頸がんワクチンや女性特有の体の変化についてなど啓蒙活動も行っていきたい。

●部署名　眼科

【スタッフ】

眼科部長	薗村　有紀子	（日本眼科学会専門医）
眼科医師	千森　瑛子	
視能訓練士　主任	三宅　由香里	
視能訓練士	中村　佳那美	小西　明日香
非常勤医師	廣谷　有美	

【概　　況】

R3 年度は上記スタッフで外来診療を行っている。

周囲に高齢化の進んだ地域と、人口増加がみられる新興住宅地があるため、加齢にともなう多岐にわたる疾患による高齢者と、弱視や斜視などの疾患により小児も多く受診されている。

コロナ下で受診控えは前年度と比較すると少なくなっているように思われるが、手術については治療時期を心配されることが増えており、安心して治療を受けていただけるよう引き続き心がけている。またさらに短期手術への対応を進めていきたい。

R2 年度の白内障手術件数は 385 件、眼瞼下垂、内反症などの眼瞼疾患の手術を含むその他の手術、処置は 45 件、合計 402 件施行した。網膜光凝固術を含むレーザー治療は 90 件施行している。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①－２),②－1),③－1-３））

高齢化に伴い眼科疾患で治療を要する患者は増加し、処置や手術が多様となり増加している。多彩なそれぞれの疾患治療に対応するよう努めており、今後も引き続き進めていく。

地域連携を通して近隣医院からの紹介受診をスムーズに進め、また府立医大との連携により多様な疾患への対応をおこなう。

患者数や手術件数の増加にともない医師などスタッフの充実、増加が望ましい。医師の治療技術の向上につとめ、また新たな診断・治療機器の導入、更新は診断・治療技術の亢進につながり、必須である。スタッフの研修、業務内容の見直しを引き続き行い生産性を高めていく。

Ⅱ　診療技術部

副院長兼
診療技術部長　　石原　潔

●部署名　放射線課

【スタッフ】

課長	吉倉　健
副課長	岡田　知之、星谷　知也
主任	長光　隆彦、斎藤　泰章
診療放射線技師	木村　喜昭、冨岡　隆廣、山﨑　さゆり、古賀　美祐貴、麻生　瞬、田中　宏道、藤田　彩乃

【概　　況】

・新型コロナにより全体の検査数は減少傾向であった。主な検査を挙げると前年比として、ＣＴ5％減　ＭＲＩ13％減　撮影 11％減となった。
・新型コロナ患者の感染病棟管理に伴い、感染病棟レッドゾーンでの胸部ポータブル撮影や CT 撮影時などの運用マニュアルを作成した。ポータブル X 線撮影装置に関しては補助金を利用し追加購入を行った。
・4 月に女性技師の新規採用を行った。新人担当を決め教育プランマニュアルに基づき指導を行っている。
・医療放射線管理委員会および責任者を設置し、被ばくの安全管理体制の構築を行った。特に CT に関しては診断参考レベル（ＤＲＬｓ）を指標とし線量最適化を行った。
・小児の鎮静 MRI における安全性の向上を目標に、検査中の医師による患者管理を行うなど安全に検査を行える環境の構築を行った。
・8 月に血管造影装置と放射線部門の電子システム（PACS・レポートシステム・RIS・3D-WS・線量管理）の更新を行った。それに伴い、PACS に CT 検査の 1ｍｍスライス画像の配信を開始した。
・放射線科レポートを主治医が確認したかどうか判断できる既読管理システムの構築を行い、医療安全面の向上に取り組んだ。

【令和 3 年度の目標・課題】

・接遇向上を目指して検診、外来を含む全日のマンモグラフィを女性技師対応とするため採用した技師の育成に重点を置く。令和 3 年度中には開始したい。
・X 線 TV 装置 2 台中 1 台の更新を行う予定となっている。スムーズな移行を行いたい。
・平日の宿直体制は採用技師の教育が完了次第、診療技術部全体としての方向性に基づき検討したい。

（第四次経営計画における具体的取り組み：①－（1)、①－（6)、③－（1））

①－(6)－イ　　検診のマンモグラフィに関しては女性技師がすべて撮影することとした。接遇向上の観点から通常外来にも対応したい。
①－(1)－ア　　段階的に平日宿直の導入を考える。
③－(1)　　機器更新を適切に行い、最新医療が提供できるように努める。

【保有資格・認定】

・検診マンモグラフィ撮影認定
・マンモグラフィ施設画像評価認定
・医療情報技師
・第一種衛生管理者
・第ニ種放射線取扱主任者（合格）
・第乙種第２・３・４類危険物取扱主任者
・X 線 CT 認定技師
・臨床実習指導者
・医療安全管理責任者
・X 線作業主任者

【検査件数報告】

各種検査件数

検査種別	H30 年度	R01 年度	R02 年度
一般撮影	25743	27034	23990
CT	12232	12396	11783
MRI	4146	4125	3579
透視室検査	1263	1350	1379
血管造影室	668	731	680
骨密度	445	419	533
手術室イメージ	141	143	156
ポータブル	3456	3458	3240

検診件数
（健康診断・ドック・住民健診・など）

検査種別	H30 年度	R01 年度	R02 年度
胸部 XP	2749	2841	2444
胃透視	370	390	343
頭部 MRI	349	333	121
マンモグラフィ	1430	1426	1081
骨密度	28	34	61

紹介件数

検査種別		H30 年度	R01 年度	R02 年度
CT	件数	1282	1172	1116
	紹介率（%）	10.5	9.5	9.5
MRI	件数	697	708	619
	紹介率（%）	16.8	17.2	17.3
骨密度	件数	160	172	89
	紹介率（%）	36.0	41.1	16.7
合計件数		2139	2052	1824

血管造影・IVR（検査・治療・処置）件数

検査種別		H30 年度	R01 年度	R02 年度
循環器内科	冠動脈造影※診断のみ	151	174	152
	冠動脈治療	201	253	235
	緊急検査	52	57	51
	四肢 PTA	73	74	46
	ペースメーカ	37	35	40
	その他	10	9	11
脳外科	頭頚部	2	3	2
放射線科	胸腹部系	44	32	35
	四肢・IVH	145	148	122
	CT 下	30	41	59

●部署名　臨床検査課

【スタッフ】

臨床検査部長	中谷　公彦
副部長	竹田　征治
課長	橋本　行正
副課長	平岡　仁
主任	福賴　加奈子、中野　賀公
臨床検査技師	隈元　直美、新納　由美、岡田　潤平、大坪　祐可、紀太　綾香、髙木　慶伸、藤野　太祐、豊田　晃輝、南部　真由乃

【概　　況】

臨床検査課は、検体検査部門と生理検査部門により構成され、検査の専門職としてチーム医療へ積極的に取り組み、新しい臨床検査の実践と診療科・各部門とも連携した臨床検査サービスの提供を通じて地域医療への貢献を続けてきた。

令和 2 年度は、腎臓内科の中谷部長を中心に、臨床検査医の竹田副部長指導のもと臨床検査業務を行なった。人員体制は、今年度 4 月に経験者 1 名入職、臨床検査技師の常勤は 13 名、パート職員 2 名、検査助手 1 名となった。勤務体制は、日当直や待機、呼び出しにより、24 時間検査が可能である。早出業務では、病棟早朝採血の検査結果を 8 時 30 分までに報告することを目標に取り組んだ。また、課内ローテーションにより、検体検査と生理機能検査を行き来する体制をとり、非常事態のバックアップ体制を整えるとともに課内の活性化が図れた。また、採血室においては採血業務の時間を延長し、看護師の業務負担軽減に繋がった。ＣＯＶＩＤ－19 の検査においては、抗原定性検査に加えＰＣＲ装置 2 機種を導入、院内及び地域のＣＯＶＩＤ－19 感染拡大防止に貢献することができた。

（検体検査部門）

ＣＯＶＩＤ－19 のＰＣＲ検査体制において、10 月 2 日にスマートジーン（ミズホメディ）2 台を導入、1 月 8 日にフィルムアレイ（ビオメリュー）を導入、最大 4 検体まで同時に検査ができる体制を構築した。また、フィルムアレイは 45 分でＣＯＶＩＤ－19 だけでなく、他の病原体約 20 種類のＰＣＲ検査が同時に検査可能であり、発熱原因ウイルスを同定することで早期診断・早期治療に役立った。その他の検査機器としては、8 月に生化学分析装置の更新、3 月には凝固検査装置の更新、免疫化学測定装置の更新、血液ガス測定装置の更新を行い、より精度の高い検査結果が出る装置を導入した。細菌部門においては、厚生労働省院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）事業に参加し、院内感染の発生状況と薬剤耐性菌による感染症の発生状況の調査と把握、主要な細菌の薬剤感受性率を表にしたアンチバイオグラムの作成を行なった。輸血部門においては、輸血過誤防止に努めるとともに院内の使用状況や廃棄率の把握、厚労省の血液製剤適正使用を尊守した。病理部門においては、京都府立医科大学附属病院所属の病理医が院内で病理診断を行い、臨床医との密接な連携により、診断能力の更なる向上が得られた。また、院内病理解剖は 1 症例、臨床病理検討会(CPC)は 1 回開催した。

常勤の臨床検査医が検体検査に関する結果の診断と補助、検体検査全般の管理・運営等の業務に携わり、検体検査管理加算Ⅳを継続することができた。

（生理機能検査部門）

生理機能検査部門では、医療安全の確保、診療部門への支援を目的として、生理機能検査システムをいち早く導入し、ヒューマンエラー軽減の実施、検査データの電子化を進め運用しています。令和 2 年度は、二度の緊急事態宣言が発布される事態となり、直接患者さんに接触する機会の多い生理機能検査部門では各検査の現場において、接触感染予防策の徹底・部屋の換気・検査機器の消毒・高性能フィルターの設置など新型コロナ感染に対する院内感染予防の対応に迫られ多くの時間が取られる年となりました。そんな中でも、院内超音波機器中央管理体制の一環として、産婦人科部門では 3D 画像備えたものを、NICU 部門ではコンパクトサイズで機動力の高い装置を導入することより実用性に適った運用効果が得られ、診療精度向上や患者満足度向上に繋がったと考えられます。今後も該当する学会への所属、研究会への参加等を推進し、ガイドラインや標準検査に則った検査を進めていきつつ、更なる検査精度、技術・知識の向上を図り、診療部門への貢献を目指すとともに待ち時間の短縮など、患者サービスにも結びつけていきたいと考えてます。

【令和 2 年度の目標・課題】
（◆第四次経営計画における具体的取り組み：①－(1)－ア、①－(5)、①－(6)－イ）

1. 臨床検査課のホスピタリティの向上を目的とし、患者満足度調査で満足・やや満足の割合 80%以上を達成する。
2. 地域医療支援病院の検査室として人間ドックのオプション検査の充実を目的とし、2018 年度実績から 9%増加を達成する。
3. 救急診療体制の充実のため臨床検査技師の 24 時間体制を目標とし、日常業務の見直しを行い、全日当直を念頭に現在より当直可能日数を増やす。

【生理機能検査検査件数(主な項目)】					
	検査項目	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度
脳波	脳波検査	234	196	173	149
神経伝導	神経伝導検査	73	125	116	97
誘発電位	脳誘発電位	7	6	7	1
	術中モニタリング	0	1	1	1
針筋電図	針筋電図	1	2	2	3
心電図	12 誘導心電図	10416	10939	11417	10899
	ホルター心電図	270	308	344	243
	トレッドミル運動負荷	938	898	895	732
	ABI/TBI	2152	2270	2300	1993
超音波	経胸壁心エコー	4623	4771	4870	4591
	腹部エコー	3335	3763	3853	3593
	(うち人間ドックエコー)	1099	1308	1327	1048
	甲状腺、リンパ節エコー	298	241	288	277
	乳腺エコー	1367	1754	1757	1745
	頸動脈エコー	848	887	810	593
	下肢静脈エコー	405	406	467	652
	下肢動脈エコー	129	135	161	156
	経食道心エコー	15	15	12	17
	VA シャントエコー	83	116	126	174
	胎児心臓エコースクリーニング	465	439	395	425
肺機能	肺機能検査	2422	2533	2515	2292
他	終夜睡眠ポリグラフィー 携帯型	53	49	56	42
	終夜睡眠ポリグラフィー 精密	6	5	12	5
計		29239	31167	31904	29728

【血液製剤】	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度
使用量（本数）	1108	1845	1319	1355
廃棄量（本数）	65	19	45	60
廃棄率（%）	5.9	1.0	3.3	4.2

	年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
生化免疫学	2015	105,143	94,226	108,229	105,851	101,147	97,868	99,487	92,820	98,094	97,498	99,484	105,760	1,205,607
	2016	95,917	94,177	104,822	101,147	109,017	104,614	100,471	105,170	105,161	107,445	99,157	107,807	1,234,905
	2017	95,975	103,158	100,210	102,614	106,876	99,316	106,338	102,284	110,327	106,929	100,438	109,082	1,243,547
	2018	102,968	113,943	107,101	116,417	114,848	95,432	111,245	109,511	105,453	110,679	106,758	110,446	1,304,801
血液学	2015	10,251	9,007	10,425	10,058	9,631	9,449	9,739	9,194	9,636	9,420	9,654	10,626	117,090
	2016	9,449	9,318	10,679	9,869	10,746	10,216	10,011	10,236	10,104	10,324	9,363	10,067	120,382
	2017	8,898	9,407	9,301	9,503	9,893	9,214	9,686	9,224	9,955	9,736	9,101	9,845	113,763
	2018	9,226	10,216	9,659	10,392	10,362	8,583	10,046	9,958	9,284	10,003	9,534	9,858	117,121
一般検査	2015	10,567	9,688	11,090	10,704	9,997	9,719	10,551	10,002	10,622	10,502	11,317	11,658	126,417
	2016	10,396	9,834	10,951	10,589	10,832	10,620	10,838	10,576	11,028	11,626	10,531	12,096	129,917
	2017	9,577	10,444	10,295	10,236	10,451	9,729	10,483	9,978	11,087	11,291	10,388	11,152	125,111
	2018	10,591	11,341	10,639	11,239	10,867	9,180	10,992	10,127	10,204	10,932	10,323	10,401	126,836
外注検査	2015	1,579	1,162	1,583	1,588	1,364	1,358	2,290	1,480	1,726	1,619	1,581	1,613	18,943
	2016	1,329	1,320	1,788	1,395	1,616	1,305	1,200	1,419	1,444	1,495	1,430	1,411	17,152
	2017	1,261	1,290	1,384	1,594	1,472	1,311	1,475	1,209	1,346	1,477	1,286	1,532	16,637
	2018	1,311	1,847	1,428	1,619	1,731	1,330	1,394	1,421	1,325	1,493	2,058	1,529	18,486
病理検査	2015	211	226	310	338	256	277	303	262	294	235	257	265	3,234
	2016	234	222	295	249	247	267	210	226	229	234	237	239	2,889
	2017	182	176	258	220	220	215	231	227	200	179	199	167	2,474
	2018	198	212	237	232	244	178	207	210	171	193	224	231	2,537
細胞診	2015	178	206	232	231	217	231	219	230	241	217	223	243	2,668
	2016	168	187	244	239	192	264	237	229	233	200	198	240	2,631
	2017	3	184	260	226	198	240	226	250	249	195	201	214	2,446
	2018	168	196	232	244	240	205	255	262	194	203	223	229	2,651
細菌検査	2015	1,144	1,201	1,123	1,215	1,206	1,120	1,078	1,033	1,073	1,128	1,110	1,169	13,600
	2016	1,040	1,262	1,210	1,184	1,216	1,229	1,173	1,276	1,253	1,305	1,156	1,121	14,425
	2017	890	1,068	1,129	1,148	1,226	1,075	1,001	929	981	988	850	985	12,270
	2018	1,038	1,500	1,341	1,323	1,394	1,054	1,216	1,082	1,104	1,336	1,346	1,171	14,905
生理検査	2015	2,602	2,651	3,383	3,315	2,952	2,906	3,187	3,042	3,036	2,914	2,913	3,313	36,214
	2016	2,485	3,007	3,621	3,265	3,199	3,316	3,116	3,133	3,091	3,015	3,135	3,402	37,785
	2017	2,841	3,062	3,517	3,215	3,240	3,241	3,493	3,328	3,484	3,123	3,125	3,400	39,069
	2018	2,859	3,587	3,560	3,572	3,632	3,192	3,756	3,693	3,273	3,385	3,400	3,765	41,674

●部署名　臨床工学室

【スタッフ】

室長	小西　智之
主任	吉本　和輝、藤井　和弥
臨床工学技士	前原　友哉、上田　健史、久保田　篤、田中　優衣

【概　　況】

臨床工学室は平成 21 年度に設立され、人工呼吸器・血液浄化装置など生命維持装置をはじめとする様々な医療機器の保守管理を担っている。現在、臨床工学室には 7 名の臨床工学技士が配属され、医療機器管理業務、呼吸療法業務、循環器業務、消化器内視鏡業務、血液浄化業務を行っている。それぞれの業務部門にリーダーを配置し、各部門リーダーを中心にそれぞれの業務を通じて病院全体の質的向上を目指す取り組みを計画、実行している。近年は集中治療領域における業務、救急蘇生関連業務へ積極的に参加している。今年度は新たに新型コロナウイルス感染症流行にともない、感染病棟における呼吸療法業務について対応できる体制を新たに構築した。

１．医療機器管理業務

臨床工学室では医療機器管理業務として、院内で使用している医療機器を一元管理し、これらの保守点検･故障時の修理対応を行っている。輸液ポンプやシリンジポンプ、除細動器など、病院内で広く使用する医療機器の日常点検を臨床工学技士が定期的に行い、医療機器が安全に使用できる体制を整えている。また、医療機器故障時には臨床工学技士が対応し、医療機器が使用できない期間を最短にしている。また、院内で広く使用している医療機器一元管理の一環として、医療機器一台ごとに台帳を作成し、購入からの点検・修理状況を記録保管している。今年度は、新型コロナウイルス感染症対策にともなう医療機器購入、入れ替えが効率よく行えるよう関係部署と連携し、機種選定および設置の調整を行った。

２．呼吸療法業務

臨床工学室では呼吸療法業務として、人工呼吸器使用中患者の安全な管理を目指し、人工呼吸器の保守点検を行っている。また、人工呼吸器やマスク型人工呼吸器 NPPV、CPAP などの操作管理も行っており、定期的な巡回を行うことで患者の状態を把握し、安全な人工呼吸器の使用に努めている。毎朝行われる ICU ラウンドへの参加を継続しており、集中治療領域における呼吸療法の質的向上に努めている。今年度は、新型コロナウイルス感染症の流行にともない人工呼吸器の需要が高まったことから、医療機器の購入に際して機種選定、機器取り扱い講習会を開催するなど安全な人工呼吸器使用が行える環境整備を行った。

３．循環器業務

臨床工学室では循環器業務として、心臓カテーテル検査・治療における医師の介助業務、ペースメーカ植え込み立会い・ペースメーカ、植込み型除細動器をはじめとした植込みデバイス外来業務、補助循環装置管理業務を行っている。今年度は新たな心臓カテーテル治療として、冠動脈高度石灰化病変を切削するロータブレータ治療を導入した。そこでロータブレータが安全に実施できる環境を整えるため、他の職種と連携して研修会を開催し、事前に治療の概要、装置の操作方法などを習得し、適切にロータブレータ治療が行えるようになった。植込みデバイス外来業務として、遠隔モニタリングシステムを導入した。これにより植込みデバイス使用患者の情報を詳細に得ることができるようになった。

４．消化器内視鏡業務

臨床工学室では消化器内視鏡業務として、内視鏡検査用スコープの洗浄および消毒業務、特殊内視鏡処置における医師介助業務を行っている。また、肝がん治療のひとつであるラジオ波焼灼治療において焼灼装置の操作を行っている。今年度は、消化器内視鏡装置の更新にともない、超音波を用いた消化器内視鏡検査・治療の件数が増加した。これらの消化器内視鏡検査・治療が安全に実施するため、部署内で研修を積極的に行い対応できるスタッフを増員した。

５．血液浄化業務

臨床工学室では血液浄化業務として、ICU における CHDF、PMX をはじめとした特殊血液浄化業務、特殊血液浄化装置の保守管理を行っている。今年度は、特殊血液浄化機器の更新を行った。これにより増加する特殊血液浄化症例に対し安全な機器操作が可能となった。引き続き特殊血液浄化装置の保守点検を継続し、安全で質の高い血液浄化業務を提供できるよう努める。

６．救急関連業務

臨床工学室では救急蘇生関連業務として、心肺停止症例や人工呼吸器などを必要とする重症症例に対し速やかに対応している。救急蘇生関連研修会を継続して行い、新たに加わったスタッフに対し医療機器の取り扱い、蘇生業務を安全に実施できるための教育を行っている。今年度は新型コロナウイルス感染症の対応として、救急患者対応に際しスタンダードプリコーションを徹底し、院内感染対策を強化した。

７．新型コロナウイルス感染症対応業務

臨床工学室では新型コロナウイルス感染症対応業務として、感染病棟における呼吸不全患者に対し、人工呼吸器、ネーザルハイフロー導入など呼吸療法に関する業務に加え、重症患者の転院搬送への同乗を行った。また、感染病棟に必要な医療機器の機種選定などを積極的に参画し、効率の良い機器管理が実現できるよう取り組んだ。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：　③−3）

①臨床工学室の質的向上

臨床工学技士としての知識、技術の客観的指標となる認定資格が多く制定されている。これらの認定資格を取得できるよう、継続して部署全体で積極的にバックアップしていく。

令和３年度　習得目標認定資格

・不整脈治療専門臨床工学技士
・呼吸治療専門臨床工学技士
・心血管インターベンション技師
・認定医療機器管理検定
・認定集中治療関連検定
・透析技術認定士
・消化器内視鏡検査技師

③研究活動への積極的な取り組み

臨床工学室が関わる業務領域における研究活動へ積極的に取り組み、研究を通じて院内の業務改善など病院全体の質的向上を目指す。その結果を関連学会で発表し、対外的にも病院の取り組みをアピールしていく。

●部署名　栄養管理室

【スタッフ】

室長　　今西　真
管理栄養士　　谷川　直美、戸村　杏子、三宅　愉里

【概　　況】

1）病院給食業務

給食業務は引き続き（株）魚国総本社京都支社に委託した。
給食システムのマスタ整理を行った。
病院管理栄養士と委託職員との部署内会議により献立内容の向上、サービスの強化に努めている。
また喫食率向上、献立改善に反映出来るよう毎日毎食の残食量調査も行った。
適時適温給食の実施、それ以外にも、常食に対して毎夕食に 2 種類の主菜から選べる選択食の実施、ご出産後の患者様に対してお祝い膳の提供、年 17 回の行事食の提供、食事内容に対して年 4 回の嗜好調査を実施した。嗜好調査の結果は毎月開催の給食委員会で報告を行った。
給食提供数は 1 日平均 501 食（昨年度比 51 食/日減)、特別食加算食は全体の 41%（昨年度比 0.5%増）となった。
日本人の食事摂取基準 2020 年度版の改定に伴い院内食事箋規約の改定、高齢者の低栄養及びフレイル予防からたんぱく質比 14%から 18%へ引き上げを行った。
腸内環境改善・排便コントロールの観点から主食に大麦を取り入れた。
日本摂食・嚥下リハビリーテーション学会　嚥下調整食分類 2013 に準じた嚥下食の改定を行った。
給食委員会・NST 委員会・褥瘡委員会との連携により補助食品の新規追加も行った。
食器洗浄機の入れ替えによりネスティングトレーカートによる下膳に変更・かき揚げ式食器洗浄機に変更した。
食事オーダー　アレルギーマスタの再構築を行い給食システムと連携を行った。

2）栄養管理業務

栄養管理計画書の作成、週 1 回の NST 会議、褥瘡回診、急性心筋梗塞患者のカンファレンスの参加により入院患者に対する栄養管理を引き続き行った。化学療法や悪阻等による食欲不振患者に対しては、ベッドサイドでの聞き取りを行い、喫食量増加に繋げられるよう嗜好食等、患者ごとに食事内容の調整に努めた。また、患者の症状や希望に応じた、きめ細かな栄養食事支援を推進するという観点から、新たな嗜好食の導入を行った。
嚥下障害患者に対しては ST との連携により、医師の指示の下、患者の状態に合わせた食事形態の提供を行った。

3）衛生管理

「大量調理施設衛生管理マニュアル」に基づいた作業を行っている。
また委託会社の安全衛生環境部より毎月 1 回、食品衛生に関わる点検と衛生講習会を実施した。

4）栄養指導等

個人指導に関しては、主治医依頼の予約制で行っているが、時に外来患者の当日依頼もあり今年度も全て対応した。栄養指導の予約枠を増やし個人指導は非算定分も含めて
入院 400 件、外来 202 件となった。(昨年度比 12%減)
CKD 教育入院は、CKD 個人栄養指導を実施した。

5）取得認定資格状況

腎臓病療養指導士　2 名
糖尿病療養指導士　3 名
NST 専門療法士　　2 名

【令和 3 年度の目標・課題】

(第四次経営計画における具体的取り組み：　③ー (3))

栄養管理に関しては、チーム医療にも参加している為、病態や患者背景に沿った内容を提案出来るよう研修会の参加、認定資格の取得を積極的に行い、質的向上に繋げていきたい。
栄養指導については件数増加に向けて前向きに取り組んでいく。
その中で CKD 教育入院では腎臓内科医主導の元、コメディカルと連携し、より充実した指導内容になるよう進めていく。
給食管理に関しては、決められた金額で物価高騰等ある中、安心、安全で満足して頂ける食事を提供できるよう継続して委託会社共々進めていく。
患者の症状や希望に応じたきめ細かな栄養食事支援を構築
入院患者に対する栄養面への積極的な介入を進めていく。

Ⅲ　看護部

●部署名　看護部

【スタッフ】

看護部長	竹内　芳子	
副部長	橋本　能美	
師長(兼地域医療推進部退院支援室長)		小林　加代子
副師長(皮膚・排泄ケア専従)		小柳　貴子

【概　　況】

1.考えて行動できる看護実践能力の強化・・・2

①新ラダー教育研修の構築　　3

（ラダー認定状況・研修受講状況など）

看護部:2020 年度ラダー申請は､全体で 89 件あり､取得状況は､ラダーⅠ･Ⅱに関しては､100%･ラダーⅢ　7 名 22%･ラダーⅣ　1 名 100%であった。9 月末現在、看護部全体で、ラダーⅠ69 名、ラダーⅡ114 名、ラダーⅢ21 名、ラダーⅣ1 名　合計 205 名が取得している。2021 年度より毎 5 月に全看護師対象に説明会を行う。院内研修については、コロナ感染拡大の影響で減少し、ポイント獲得が取れない者が出てきた。状況が変化した場合は説明が必要であった。所属長自身もラダーを理解しておく必要がある。看護協会が web で対応している院外研修参加者は 87 人であった。中長期研修は中止となった。全体研修の DVD はアシスタントの時間確保が難しく、全員参加に至っていない。

②看護記録の充実　　2

（監査・データベースとの整合性・患者の状態が分かる記録など）

システム委員会:年 2 回部署毎のデータベースの監査を実施。1 回目の結果をフィードバックしたがA項目 80%以上全項目は出来ていなかった。危険行動・指示の記録が抜けていることが多く､データベースでは一部介助でも看護介入では全介助になっているなど整合性が無いのもあった。データベースに基づいた看護過程の展開は、10 月の監査でA項目 70%で目標には満たなかった。患者が見える記録にできるよう検討が必要である。

3 階:データベースと看護計画との関連性が不十分であった。看護必要度は、評価は適正評価であったが、夜間の緊急入院当日の評価漏れが目立った。

5 階:経過記録から患者が見える記録にはなっていない。記録委員を中心に今後も取り組んでいく

7 階:看護展開が見える記録の充実のためカンファレンスは積極的に行えているが看護計画の立案･実施･評価の一連の流れが記録に反映できていない。看護過程が適切に行えているか判断するためにも充実させていかなければならない

8 階:記録委員が中心となり、監査。指摘されたところは朝礼等で周知した

③管理職研修　　1

（後半に予定(組織分析・問題解決思考など）

3 階:副師長会･主任会でのコンピテンシーによる評価が病棟運営に効果をもたらしている。コロナ禍での業務拡大に伴う混乱はあったが、管理職が、自身の価値観や強み、弱みを客観視できる機会がもてたことは有意義であった。しかし、ネガティブな意見への改善策が見出せなかったことは今後の課題である。

師長会では、今年度は、取り組めていない。2021 年度は、計画的に行う。自分の考えを述べたり、他者の意見を聞いたりして省察することはどうかとの提案がある

④ＰＮＳマインドの醸成　　２
（リーダーと師長ペア・ペア間での目標設定・PNS 委員会など）
PNS 委員会:パートナーシップマインドの強化を今年度の目標としており、7 月と２月に「パートナーシップマインド尺度」のアンケートを行った。重点改善領域として「5:パートナーに対して思いやりのある対応をしている」「8:パートナーの言葉を理解している」「9:話しかけやすいパートナーになるように勤めている」である。全体の平均値の変動は見られなかったが、下がった部署もあった。今後は、他部署間の比較は行わず、自部署比較を行っていく。リーダーと師長とのパートナーシップだが、4･5･6･7 階病棟は専任のリーダー配置とラウンドが出来ている。
3 階:リーダーと師長ペアの関わりが十分もてなかった。チーム活動の共有により、ペア同士の目標設定は出来たが、業務部署が異なるため、業務を通してお互いをはぐくむことが困難であった。2021 年度は、すべての巣田風雅共通の部署で業務できるよう、切磋琢磨できる環境を構築したい
5 階:リーダーと師長ペアは定着してきているがペア間でのマインドの情勢には至っていない
6 階:10 月よりリーダー業務を見直し、リーダーと師長ペアの活動を開始した。前半は、パートナーの意識が低く、受け持ちを余り考えていなかったが後半減速パートナーの患者を受け持つよう体制を整えた。
7 階:リーダー･ペア間のコミュニケーションは蜜に取れており、いずれの関係性も良好であると感じる。ペアでの目標達成や相互の作用によるそれぞれの成長という点ではまだマインドの醸成には至っていない。今年度は、「マインドの醸成」への意識的な取り組みができていなかったため、次年度につなげる
8 階:PNS 委員が中心に勤務終了後ペアの振り返りを行うよう促した。専任のリーダーが置けないことが多かった。

２.倫理観を持ち、患者の意思決定を支える看護の提供・・・3
（4 分割倫理カンファレンスの実施・ACP への取り組み・チームカンファレンスの定着と多職種の参加など）
４分割を用いた定期倫理検討会やカンファレンスで患者さんを全人的に捉える取り組みを開始した所や学びの途中の部署、倫理的な視点を持って自分たちのかかわりを考え、共有することが出来た部署、それぞれであるが、倫理的視点を持てるようになりつつある。
3 階：カンファレンスのほとんどを倫理カンファレンスにあてた。患者を全人的に捉えることの重要性にスタッフ一人ひとりが気づけた 1 年であった。次年度は、倫理カンファレンスを企画･実施できるよう取り組みたい
5 階:本人･家族の意思決定支援を考慮した支援や倫理カンファレンスは毎月行えているが､ACP については、まだまだである。意識や着眼点は昨年度よりよくなっている。
6 階:病棟内で倫理カンファレンスは行えていない。退院支援カンファレンスは、退院支援看護師のみが行っていたが、日々の受け持ちが参加するようにし、意識を変えている最中である
7 階:5 月「深沈静を実施するに至った末期がん患者」8 月「膠原病による末期肺高血圧症患者」の振り返りカンファレンスを行った。いずれも亡くなった後であったが、倫理的な視点を持ち自分たちの関わりを考え共有することが出来た。他のカンファレンスもチーム毎には行え意識付けできているが、意思決定支援については個別･計画的に出来ているとはいえない
8 階:医師・ＣＭ・時には本人を交えたカンファレンスを実施。今年は、リモートでカンファレンスをした。

２.安心安全な職場つくり・・・３

①院内感染防止対策の遵守　　4

（感染委員会・部署での取り組み・褥瘡発生率の減少など）

COVID-19 に対して感染病棟･透析室･妊産婦の受け入れ態勢を整備し、さまざまなケースの陽性者に対応できた。院内感染委員会や感染リンクナースを中心に院内で決まった方法をその都度部署内で周知しながら感染予防に努めた。手指消毒剤の使用啓蒙、勤務開始時の検温･健康チェック･休憩室の換気などの健康管理、休日の不要な外出･蜜を避けるなどの周知に努めている。各病棟で疑似症患者の受け入れも行っている。手指衛生について、リンクナースを中心に啓蒙活動を行い目標には達成しなかったが、病棟平均 4.5 回（目標６回)、集中治療エリア（ＩＣＵ・ＯＰ・ＨＤ）部門平均 13.9 回（目標 15 回）まで増加した。全部署共に 2 回/日以上の高頻度接触面の環境消毒に向けて啓発を行い、実施できている。感染病棟は、有志での勤務体制から８月より３階病棟で担当し、ＩＣＵに重症患者が多いときは､管理当直が対応してきた。これらの対策や看護職員の 3 蜜を避ける行動、就業前の検温や健康チェックを徹底し、現在まで COVID-19 による院内感染は防止できている

3 階:感染病棟からのコロナ感染もなく、個人個人が高い意識を持って感染対策に努めた一年であった。休憩場所の工夫や 3 蜜を避けるなどの工夫で職場内感染を防いでいる

5 階:スタッフ及び同居家族の体調変化など速やかな報告と迅速な対応を心がけている

7 階:1 月の部署での感染を受け、食事時が濃厚接触の機会となっていたことについての改善を早急に行った。このことがきっかけとなり、体調変化時の速やかな報告、感染防護具の着用など感染を拡大させないという意識付けや行動が強化できた

8 階:手指消毒,毎朝のキーボード消毒、環境クロス正式に取り組んだ。疑似症患者対応も行った

②リスク感性の育成　　4

（医療安全委員会（出来事報告、事故報告数、転倒転落、誤認）・部署での取り組みなど）

医療安全:2020 年度看護部のアクシデントレベ３ｂ以上の事例は 2019 年度 13 件と比較し 6 件と半数以下となった。その中で転倒による骨折事例は半数の 2 件、いずれも手術に至らず経過観察のみの事例であった。ドレーン管理においてはレベ３ｂに至った事例は 1 件であった。特に ICU では生命の危険に繋がるドレーン事故抜去事例は 2019 年の 22 件から 15 件と 32%減となり、ICU スタッフの意識改革が評価された。しかし予約業務において 4 日分の薬剤を患者に投与した事例、患者の観察を行う上で判断に誤りがあり、イレウスの発見が遅れた事例などの事例が 2 件あったため、与薬業務における思いこみや、報告･判断におけるヒューマンエラー防止について、看護師の意識を高めることが課題である。

2021 年度リスクマネージメント部会では、出来事報告からの事例報告だけでなく、リスク感性を高めるための医療安全に関する勉強会や事故事例なども含めてスキルアップしていきたい。誤認防止については患者の取り違いだけに限定すると、34 件から 20 件（-42%）に減少したが、誤認は大きな医療事故に繋がることから、発生原因の「指差し呼称確認を怠った」「一人 2 回照合を怠った」と徹底し、更なる誤認防止に努めたい。

3 階:ヒヤリハット事例を毎朝師長やリーダーがミーティングで再発防止を呼びかけた。ヒヤリハットを検討することで、個人の問題ではなく、組織の問題として捉えるようになってきたと感じる。再発防止のために各個人が何をするかを考えられるよう検討方法を構築する必要がある。

5 階:誤薬によるⅢｂ事例が発生した。回復し、大事には至らなかったが、振り返りのカンファレンスを病棟全体で行い再発防止に向けている。

6 階:ヒヤリハットの閲覧率は 60～70%。毎週火曜日に行っていたが 12 月以降は出来ていない。気になる事例は、朝のミーティング時に報告を行い勉強会をしている。

7 階:転倒転落件数は、47 件、そのうち 3ａレベルが 5 件あった（骨折事例 2 件）

8 階:発生したヒヤリハットはファイルで全員が閲覧するようにしている。その中から検討会を行っている。

褥瘡:回診人数 120 名,回診回数 50 回,院内発生 37 名,持ち込み 83 名であった。転帰（治癒 45 名、転院 12 名、退院 28 名）褥瘡部位は（仙骨部：43 名、踵部：23 名、大転子部：16 名、脊柱：5 名、尾骨：13 名、腸骨：11 名、臀部：20 名、その他 28 名）であった。R２年度の褥瘡発生率の目標は１％以下で、褥瘡発生率は 0.6%と目標達成。発生率は低下しており、早期の段階で報告、マットレスの変更など対応を行った。褥瘡対策委員会では、栄養課、リハビリ、手術室のマニュアル見直しを行い、手術室での発生率は 0%になった。感染病棟用に新しいエアマットラグーナを２台購入。エアマット 16 台（うち２台故障）しておエアマットの台数が不足し、ネクサス R を７台レンタルしている。車椅子クッションの購入、サーモコントア 5 台の購入済み。ハイリスク加算は、４月 72 件、5 月 70 件、6 月 80 件、7 月 75 件、8 月 84 件、9 月 59 件、10 月 87 件、11 月 87 件、12 月 72 件、1 月 71 件、2 月 60 件、3 月 78 件であった。

③協力し合う職場づくり　　2
（チーム活動・応援体制・ＩＣＬＳ委員会の活動・救急体制・WLB など）
副師長･主任会では、他部署間協力体制について要望をまとめ具体的な対策・連携を協議するとしたが、マニュアル作成は出来たが実施は出来ていない
3 階:感染病棟の稼動により、必然的にスタッフの協力体制が求められた一年であった。また、ＩＣＵ・3 階病棟・感染病棟の一元化の取り組みにより、スタッフ同士の距離が縮まり、お互い労わり、助けあえる組織に成長できている。
6 階:緊急入院を断らないようにし、昨年に比べ拒否的な雰囲気は減少した
7 階:チーム活動は、活発に出来ており、やりがいを感じているスタッフも多い。週間予定から適正人数を検討し、安定した勤務人数にすることで平均的な年休取得もできている。
8 階:病棟目標へのチーム活動は出来ていた
ICLS 委員会:各部署でのコードブルー症例の検討会･ICLS コースの開催で院内での救急救命処置の技術向上を図っている。さらに部署単位でインストラクターの配置や技術学習が必要である。

３.健全な病院経営に参画する・・・3
①診療報酬改定に対応する　　3
（医療・看護必要度の維持、適正な診療報酬の算定）
（提出必要書類等を含め届出・認定看護師の活用・部署での取り組み・必要度研修の部署での伝達など）
オンラインで看護必要度研修に３～7 階のシステム委員メンバー･管理職が参加し、全員合格できた。所属病棟で伝達の勉強会ができていない部署がある。Ｂ項目評価の根拠となるデータベースの充実は徹底できていないため、データベースに基づく記録が行えるように伝達･勉強会･ポスター掲示や朝のカンファレンス､などで必要度の精度を向上させるようにしてきたが、9 月～2 月の監査では修正率が 70%以上あった。次年度は、記録方法の見直しが必要と考える
心リハ:今年度の実績は、述べ介入患者 64 人、57605 点であった。介入人数は、5.3 人/月。対象者の入院患者によって変動はあるが､看護師が毎週火曜日に専属で 1 名担当しており安定した介入が出来ている
3 階:病院の役割として、感染病棟の運営に参画し、貢献できた。2021 年からは、心臓リハビリテーションチームとしての活動を行う予定である。
5 階:コードブルー発生や不整脈からの VT　VF、BLS への意識は高くなっている
認定看護師配置による診療報酬算定状況:感染防止対策加算　4677 件　2291730 円、褥瘡ハイリスク患者ケア加算　892 件　4460000 円、認知症ケア加算 1　12056 件　6686900 円、がん患者指導管理料　26 件　94000 円　アドバンス助産師:64 件　183500 円

②業務の見直し、効率化を図る　　3
（日々の業務の効率化・ナーシングメソットによる統一・申し送り時間・残業・入退院支援の取り組み促進など）
3 階:感染病棟稼動のため様々な業務の見直しと効率化を繰り返し行った。夜間の 3 階病棟・ＩＣＵの協力体制もボトムアップ方式で確立できた。2 月より、医師・コメディカルを交えた田職種カンファレンスをはじめたことで、患者の早期回復やＩＣＵの早期対象に貢献している。2021 年度は、RST、心リハの活動を軌道に乗せていく
5 階:看護必要度･業務量に応じて勤務体制を毎日遅出 2 名と増員､早出 1 名を実施したことで、夜勤者の精神的･肉体的苦痛の緩和に繋がった。退院支援に関しては、カンファレンス内容が充実してきている。意識は向上している
6 階:衛生材料請求の見直しを行った。曜日ごとに請求していたのを、日々必要時に請求するようにしたことで、期限切れが減った。また、多数の備蓄薬の数･量を見直し 3 月より削減を図り、トラブルは無い
7 階:夜勤帯での休息時間の確保、超過勤務減少に向けての取り組みを行った。深夜から日勤への送りは意識して声かけを行い、全体ミーティング後にラウンドするようにしたことで負担が減った。しかし、休憩時間の確保や超過勤務の減少にはつながっていない。1 日をトータルして見直しを掛けないと改善は出来ないと感じている。
8 階:退院支援や認知症に関する勉強会などを行った。退院前訪問は 5 件（退院前訪問で使用する用紙を作成した）
入退院支援加算:966 件　5796000 円　退院支援マニュアルの見直し、スクリーニングシート･カンファレンスシートの見直しを実施し、電子カルテ上でチームとしての記録が入力できるように充実を図った
退院前訪問:26 件　150800 円、退院後訪問:47 件　272600 円、在宅訪問看護:1280 件　7678120 円

③看護必要度に応じた人員配置の検討　　2
看護部(看護師必要病棟配置・必要度の推移など)
病棟では、看護必要度に応じた、緊急入院の振り分けやフリー看護師の応援などを検討している。
病棟でチーム間での看護必要度を意識した看護師のふりわけはまだ出来ていない。Ｂ項目がどの病棟も高くなっている

【令和３年度の目標・課題】
（第四次経営計画における具体的取り組み：　　ー　　）

1　考えて行動できる看護実践能力の強化
看護部クリニカルラダー教育研修の推進
管理職の育成（師長･副師長･主任の管理実践能力の向上）
倫理的感性を養い、現場で直面する倫理的課題の検討

2　安心安全な職場つくり
COVID-19 に対応した整備
患者の誤認防止
働き続けることが出来る職場風土づくり

3　病院経営への積極的な参画
全病棟において、効率的･効果的な病床管理
診療報酬に沿った運営

●部署名　救急部、化学療法部、外来

【スタッフ】

救急部長	岩本　芳浩
化学療法部長	小池　浩志
看護師長	松本　雅子
看護師長	西口　佳美
副看護師長	小田　泰子
主任	雨宮　直子、佐藤　康代、
看護師	島田　永利子、小山　清美、田垣　智子、木下　直美、山本　優美子、 猪飼　綾子、大野　恵、南村　直美、松江　晃太、堀　まどか、 松山　あゆみ、溝口　理恵子、宮西　啓美、

【概　　況】

Ⅰ　救急体制の充実

1、コロナウイルスによる感染を予防するため、ＩＣＴとの情報の共有・全員が必要な防御ができ、救急室のゾーンわけなどの隔離をおこなった。結果、院内感染はみられなかった

2、救急応需率のアップにつなげるため、救急専門医・多忙時の応需体制の強化を図った

3、看護部応援体制の強化

全外来看護師対象に、勉強会・振り返りを行い救急室業務ができるよう育成している。

4、院内トリアージをすることにより、アセスメント力の向上・優先順位を考えた行動がとれた

Ⅱ　化学療法部

1、安全、安心な医療の提供（予約枠の調整・専任登録者看護師の育成・レジメの見直し）

安全な抗がん剤の治療にむけて、マニュアルに準じて施行できていた。また、必要時にマニュアルの変更・更新をした

2、曝露対策の徹底と強化

自他共に、曝露しないように必要な場面での手袋・ガウン・ゴーグルの使用の徹底

3、セルフケア支援

有害事象時の対応も含めた日常生活の留意点を説明し、支援している

Ⅲ外来、救急

1、学習する組織

1）ｅ-ラーニングの必須項目 100％受講の促進

スタッフへの啓蒙活動を行い受講を促したが、全員が必須項目 100％受講には至ず。

2）トリアージの質とシステム改善

トリアージナースの育成、症例検討会、トリアージの事後検証結果の振り返りなどを行った

3）急変・急患に対応できるアセスメント力をつける

各診療科による勉強会の開催。資料の閲覧を促した

2、患者の思いをつなぐ（外来・病棟・訪問・地域）取り組み

1）外来での関わりで得た情報や患者の思いを、次の治療・療養現場につなげる

外来での関わり、得た情報を継続した看護につなげるため、昨年完成したテンプレート「ＩＣ想いをつなぐ」の運用を始めている

看護の場面から倫理的ジレンマに気付き、倫理的表現を用いて言語化することができる倫理原則のアンケートを実施し、認識度の理解を把握。事例検討会の実施。

3、認めあい、助けあえる職場つくり

1）応援頻度の多い部署の体制強化。
ブロックリーダーを中心に、朝のミーティング時に応援依頼等を調整した

2）応援体制の見直しと強化
診療状況やタイムスケジュールを明らかにして共有し、、必要な場所に必要な人員確保ができるように調整した

3）他部署（病棟）への応援・及び他部署からの応援を受け入れる体制の構築
全員が各診療科に応援にいけるようトレーニングを実施

【令和３年度の目標・課題】

（◆第四次経営計画における具体的取り組み：）

①-1）-イ

応需できてない救急症例の検討。

応需アップを目指して、専門外のバックアップ体制の構築

-6）-イ

クレームゼロへの取り組み。迅速なクレーム対応

③-2）

多くの診療科を有する外来では、いくつかの診療科をマスターすることが必要である

１人 3～４部署とともに、救急・中央処置室業務ができる様にトレーニングの継続

●部署名　２階感染病棟

【概　　況】

令和２年２月３月１９日からコロナ受入病床として稼動を開始。
病棟に勤務可能な看護師を募り、急を要する状況だったが感染患者の療養に努めた。

1. 感染対策

・手指衛生や個人防護具等の使用方法を改めて確認。何度もシミュレーションを行った。
・ 勤務職員の健康チェック等を徹底して管理、確認。
・ 発熱外来とのコロナ患者対応状況に関する情報の共有を徹底。

【令和３年度の目標・課題】

1. 院内感染対策
   患者受入を行う病棟であるためＩＣＴ委員会から助言を受けながら院内での感染にはより一層対策をしていく。
2. うつし合う場所にしないために
   個人予防策の徹底：PPE 脱着方法、手脂消毒を確認。気の緩みが生じないように予防を行う。
3. 講習
   院内にて開催される感染対策講習会に参加。感染対策について履修。

●部署名　訪問看護部

【スタッフ】

看護師　　奥田　直美、光橋　佳子、藤井　美幸、中山　奈津美

【概　　況】

京都山城総合医療センター訪問看護は、平成 28 年 7 月 1 日、介護保険法に基づく医療機関のみなし指定として許可を受け発足する。

当院の基本方針である、地域医療支援病院として質の高い医療を実現する、これを在宅で暮らす患者様、ご家族にも提供できることを目的としている。

対象患者は在宅療養者から看取りまで、小児から高齢者まで高度な医療や看護が必要な患者さま全般に対応している。

【令和 4 年度の目標・課題】

（◆第四次経営計画における具体的取り組み：　②ー5）

訪問看護の拡充

日本は諸外国に例を見ないスピードで高齢化が進んでいる。団塊の世代（約 800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護の需要が更に増加することが見込まれている。病院中心の医療から在宅療養に時代が移行する中、当院でも地域の患者さまが住み慣れた自宅で自分らしく過ごすことができるよう訪問看護の充実、拡大を推進している。地域包括ケアシステム構築の推進にて、意思決定支援を行い、本人、家族が療養場所を選択できるよう支援している。

病院から在宅への流れのなか地域の中核病院として医療度の高い患者さまであっても自宅で安心して生活できるよう本人、家族の在宅生活を支える体制をさらに整備し訪問看護の拡充を目標としている。

スタッフの勉強会や研修会への参加も積極的に行っており訪問看護スタッフ全員のスキルアップを目標としている。

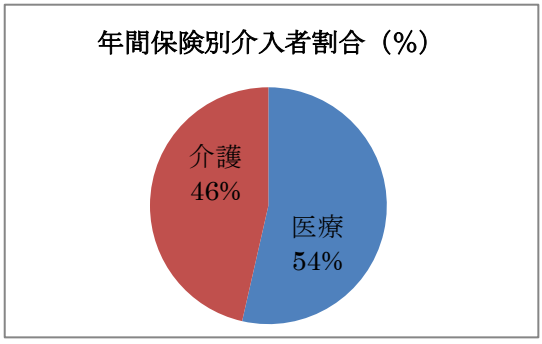
・訪問看護介入患者　主な疾患

人工透析、腹膜透析、医療的ケア児、ストーマ管理、褥瘡処置、末期がん等

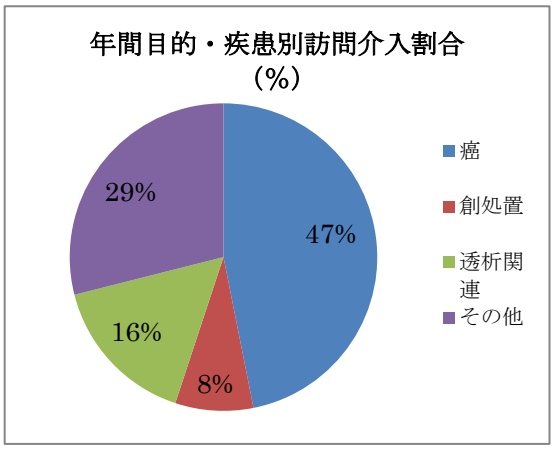
・2021 年度月延べ平均・・・140～160 件

・訪問エリア・・・木津川市全域、精華町、和束、笠置、南山城村

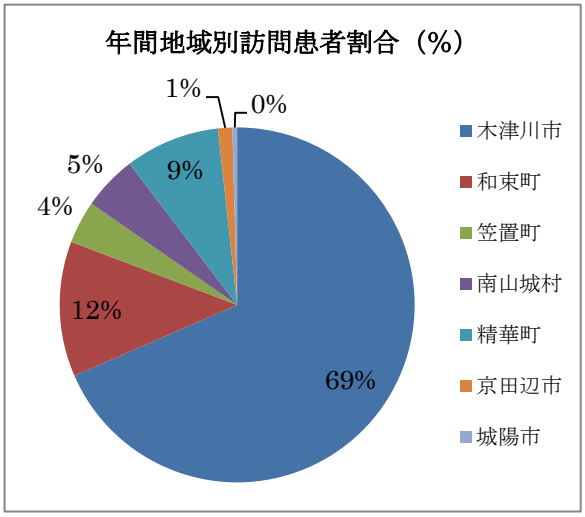
	合計
医療	248
介護	215
合計	463



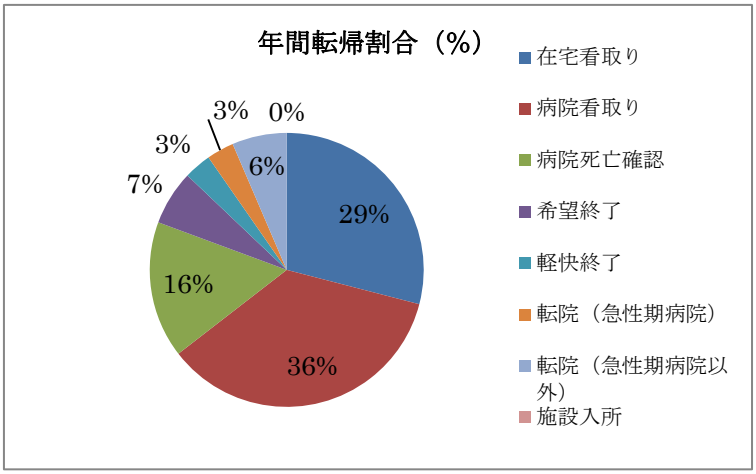
	合計
癌	217
創処置	38
透析関連	74
その他	134
合計	463



	合計
木津川市	317
和束町	57
笠置町	18
南山城村	23
精華町	40
京田辺市	6
城陽市	2
合計	463



	合計
在宅看取り	9
病院看取り	11
病院死亡確認	5
希望終了	2
軽快終了	1
転院（急性期病院）	1
転院（急性期病院以外）	2
施設入所	0
合計	31



●部署名　人工透析部・人工透析室

【スタッフ】

人工透析部長	中谷　公彦
看護師長	村上　美代子
副看護師長	西口　佳美
主任	岸岡　恵
看護師	宮本　昭代、大槻　恵、尾山　薫里、兼田　淳子、 久保田　祥子、箸尾　悠、寺田　明弘、 中島　菜那、出来　寿江、橋羽　直美、北田　梨沙
臨床工学士	田中　航太
クラーク	駒　梓

【概　　況】

透析実績

年間血液透析件数　9402 件

臨時血液透析件数　1197 件

特殊血液浄化療法症例数　CRRT40 件　血漿交換 19 件　エンドトキシン吸着 2 件
G キャップ 1 件　腹水濾過濃縮　4 件

シャントエコー件数 213 件

エコーガイド下シャント PTA 件数 33 件

フットチェック約 70 件/月

PD カンファレンス 7 件

令和 2 年度目標

１．業務改善

１）物品の流れを理解し、透析室の整理整頓を行う

・SPD の協力を得て物品棚の整理整頓を行い、在庫を減らすことが出来た。

・収納するスペースが確保できた

２）スタッフの動線を短く出来るように、物品の配置の検討を行う

・物品配置の検討と配置の変更を行い、物品を探す時間が減った

３）患者が安全、安楽に透析治療が受けられるように、器材配置の見直しを行う

・患者の動線上の物品が減り安全性を高めることが出来た

２．教育

１）円滑なチームワークで質の高い急変対応が出来る（急変対応の伝達講習）

・ACLS 講習に参加したスタッフによる伝達講習とシミュレーションを実践

２）積極的に自己学習が出来る（ｅ－ラーニング視聴（10 項目以上））

・啓蒙活動やチェック表による活動により実施できた

３．感染対策目標

１）手指衛生剤使用量の向上及び、持続。

・手指衛生剤の使用の使用量のチェックを行い使用量が維持できた

・環境面の清拭の時間を決めて実施することが定着した

２）スタッフの体調管理のモニタリング

・始業前の体温測定を実施し症状に注意して業務できる体制が定着した

3）コロナ対策として患者の入室前の問診と体温測定の徹底
・問診の徹底と体温測定が徹底でき定着した
4）コロナに感染した患者を受け入れる再の手順の作成
・見直し中である

4．ヒヤリハット関連目標
1）出来事報告の 10 日以内の検討・改善策の立案
・10 日以内で出来ないこともあった
・検討は実施できた
2）チームメンバー検討会を実施しスタッフ全員に検討内容の周知
・検討会の実施及び検討内容の周知は出来たが徹底は不十分だった

5．フットケアの充実
1）足の観察が正しく出来、フットチェックシートに記載が出来る
・計画的なチェックと観察が行えている
2）スキンケアの知識を深め患者に方法を指導する事が出来る
・保湿に関しての意識は高まったが知識の深まりは十分ではなかった
3）足病変の早期発見が出来る
・チェックにより早期発見は出来たが予防が出来なかった

【令和３年度の目標・課題】
（◆第四次経営計画における具体的取り組み：）

１．安全・安心

1）血液透析に関する事例・知識の共有を行い患者が安心安全な透析治療を受けることができる環境をつくる
・当院での出来事や急変対応の振り返り（ファイリングと周知徹底）
・処置マニュアルの作成・見直し（ファイリング）
・トラブルマニュアル作成（ファイリング）
・透析室内で実施する処置及び介助の習得（シミュレーション研修）
2）指差し確認による誤認防止
・指差し方法のルール策定
・スタッフ間で促しあう（啓蒙活動）
3）新型コロナ感染対策の強化
・手指衛生・環境整備の継続・強化
・スタッフ全員が PPE の着脱を正しくできるようになる
・透析室新型コロナ対応マニュアルの見直し、シミュレーションの実施

２．看護実践能力の向上

1）倫理的感性を養うため、現場で直面する倫理課題の検討
・倫理の 4 分割を活かしたカンファレンスの実施、定着化
・患者の視点に立った問題提起
・ACP を推進し、患者・家族への意思決定支援の充実
2）透析患者の足病変早期発見とフットケアの計画的実施
・フットチェック方法のマニュアル作成

●部署名　手術部、中央手術室・中央材料室

【スタッフ】

手術部長　　松本　裕則
看護師長　　村上　美代子
主任　　前川　亮太、中野　裕加、
看護師　　千葉　郁枝、森　尚子、横井　知恵、畑山　美幸、中川　麻理子、
西田　知子、本郷　有子、中川　美夏、中　翔太、内浦　有梨、中村　昌代、
脇坂　博子多治川大祐、茶木　麻耶、堀　明日香、前川　ほのか、
八木　聡美
アシスタント　花田　加奈、藤村　紀子

【概　　況】

年度	2016	2017	2018	2019	2020
件数	1372	1608	1690	1797	1744

年度別麻酔科管理手術件数

年度	2016	2017	2018	2019	2020
件数	631	742	775	739	755

年度別麻酔科管理外手術件数

年度	2016	2017	2018	2019	2020
件数	741	866	919	1058	989

【令和２年度概況】

１.マニュアル作成･更新し手術室全体の知識･技術の向上と統一を図る。
・体位(側臥位・腹臥位・牽引ベッド)、器械展開・挿管・抜管・A ラインマニュアルを作成。
それをもとにシミュレーションを実施し、知識の統一化を図る。
→ 他院の手順書を参考にマニュアル作成を行った。器械展開・挿管・抜管・A ラインのマニュアルは完成した。体位(側臥位・腹臥位・牽引ベッド)のマニュアルについて追加、修正。

２．他職種・業者と連携し、手術室で必要な器具・器械の基本知識を理解する。
・1～２回／月　勉強会開催する。
→コロナの影響で業者との連携が難しくなり、予定されていたものが開催できないものもあったが、麻酔科の Dr1～２回/月　勉強会を実施することは出来た。
麻酔器点検に関して、緊急時に対応のできない症例があった為、PNS 同士で点検方法のシミュレーション復習を行った。実践に活かすことができた。

３．E－ラーニング必須項目の受講率 100%達成する。
・E-ラーニング視聴項目チェック表を作成し、各自でチェックの実施、進行状況の把握。
→チェック表作成掲示。目標数達成者は増加したが、受講率 100%達成とはならなかった。

４．他職種との連携による業務改善
・手術室と中央材料室との関わり
一年を通して、月担当を決め自分達で手術の予定表を見ながら必要な器械・不足しそうな物品等を考えて朝礼で発信。この活動により、自分が入る手術だけでなく他の手術にも目を向

け考えることが出来た。

５．貸し出し器械の不備、不足の防止

業者が納品している物品をリストアップしてラミネートで表を作成したことにより、発注先を明確にすることができた。

業者作成シールを活用し発注漏れを減らすことに繋がるきっかけを作ることができた。

物品の発注漏れが多く、以前より業者に急遽発注することが多々あった。定数変更や運用方法を変更したことで、物品の不備や不足を防止できた。

６．SPD ピッキングリストの修正

SPD ピッキングリストを見直すための活動と共に、統一した手技書を作成することとし実施。手技書をルームや振り返り時に持ち込んで修正するようなり、最新の手技書ができてきて、統一した必要物品の準備ができるようになってきたと考える。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：1、2）

１．　看護実践能力の向上

＜共通の知識・手術に関する情報を持つことができる＞

1) 手術担当時に参照するマニュアルを共通使用できる仕組みを作成・完成させる。

2) 勉強会を定期的（2 回/月）に開催する。

3) 倫理的課題に気が付き、検討することが出来る。

2.　安心して手術に対応できる環境作り

＜既滅菌室を整理整頓することが出来る＞

1) 器械収納スペースを確保し、器械を整理する。

2) 器械管理の方法を確立させ、所在を確実に把握する。

3) COVID-19 の最新情報を得て、適切な対応をする。

3.　安心して手術を受けてもらう

＜術前訪問の充実を図り、患者･家族に寄り添い訴えを抽出し対応できる。また術後訪問にも活かすことができる＞

1) 術前説明用紙を改善する。

2) 患者の情報や気持ちを共有し、看護師間で考えが深められる時間をもつ。

●部署名　ICU 部、3 階病棟

【スタッフ】

ICU 部長	富安　貴一郎
看護師長	村田　智春
看護副師長	津熊　純子、
主任	安芸　加代子、森西　真紀江
助産師	奥口　碧梨
看護師	上東　ひとみ、中西　直子、中野　香織、佐藤　美紀、戸田　祐加子、前川　達哉、公文代　恵、坂本　佳美、岡　奈緒美、原　龍哉、藤森　若葉、酒元　正輝、川口　美歩華、飯尾　利佳子、嶋田　絹子、中村　梨沙、岡田　礼奈、南村　篤、友利　牧子、本郷　有子、安田　奈津希、矢野　朱美、嶽　有紀子、山蔭　幸子、市川　聖也

【概　　況】

1.重症・急性期看護における高い知識･技術･倫理意識の構築

①スタッフ一人ひとりが、看護の質向上の強い意識を持ち主体的に活動に参画する

・PNS ペア・チームによる勉強会の企画・運営（急変時対応スキル、重症・集中看護など)

・ICLS コースと同様に「気道管理」「除細動」「BLS」に分けて勉強会を実施した。BLS/ACLS の伝達講習と連動し、アルゴリズムの周知徹底に努めた。勉強会は実際の ICLS コースと同様に「気道管理」「除細動」「BLS」に分けて勉強会を実施した。コロナ病棟対応により、基本的には勉強会とシミュレーション共に回数が少なかったが、シミュレーションと基礎学習会を共に実施できた事は評価できる。　（評価 3)

・PNS ペア、チーム活動による継続的な業務改善

PNS パートナーと毎月対話する様に目標管理シートを作成し、コミュニケーションが促進されるようにした。全体的な印象としては、各ペアともに良好なコミュニケーションはとれていたと思われる。しかし、マインドの醸成の評価指標を活動の目標達成の度合いとすると、各ペアによって大きく差が出た。そしてその活動の進捗に対し、師長･主任の介入が不十分であった。今後の課題としては、ペアの活動状況を密にモニタリングし、タイムリーな介入ができるようなシステム作りが必要であると考える。(評価 3)

②重症・急性期に於ける、温かみのある看護の提供

・患者を全人的に捉える取り組み

（4 分割を用いた定期倫理検討会の開催　1 回/週）

・患者・家族に配慮した、温かみを感じられる看護・接遇の提供

・医師・コメディカルとのコミュニケーションを図り、緊急時や非常時に協力出来る良好な関係性を構築する

･3 階病棟では、ジョンセンの 4 分割を使用した倫理カンファレンスの定例化ができた。各種ガイドラインと照らし合わせ、看護のあるべき姿や、多職種チームでの取り組みに繋げられたことは評価できる。患者を全人的に捉えることの重要性にスタッフ一人ひとりが気付けた一年であった。ICU に於ける、毎朝の、医師を含めた多職種チームカンファレンスが定着した。コロナ対応をしながらも、倫理カンファレンスを企画・実施するシステムが構築できた事は評価できる。　（評価 4）

③全てのスタッフが、ICU 業務を担える高水準スキルの獲得を目指す

・スタッフ全員の急変時対応スキルの獲得

・スタッフ全員の集中・重症医療関連技術の習得を目指す

途中、メンバーの異動により ICU スキルを指導する体制が困難となったが、新たに ICU スキル

を獲得し、一人立ちできている。自己学習の進捗状況が把握できなった。今後は、個々での学習を促していける様にしたい。（評価 4）
2.組織としての医療安全意識の再構築
①生命に関わるチューブ・ドレーンの事故抜去事例を起こさない
・適切にせん妄評価を実施し、事故を未然に防ぐ具体的な取り組みを打ち出す
挿入チューブ自己抜去事例 1 件有り→速やかな対応により大事には至らなかった（評価 1）
②効果的なヒヤリハット検討会の実施
・チーム STEPPS ツールを活用した、再発防止システムを検討する
CUS をメインにした、チーム STEPPS の取り組みができた。（評価 4）
③事故再発防止策の具体的且つ継続的な遂行
・具体的な再発防止策を出し、定期的な評価の実践同じヒヤリハットを繰り返さない様に、ヒヤリハット検討会を定例開催した。（評価 4）
3.組織内の協力体制の構築
①ICU、3 階病棟の垣根を無くす組織体制の構築
感染病棟運営により、必然的にスタッフ同士の協力体制が求められた一年であった。また、感染病棟、3 階病棟、ICU の一元化の取り組みにより、スタッフ同士の距離が縮まり、新たなシステムを構築しなくても、スタッフ同士が互いにいたわり合い、助け合える組織に成長できた事は評価できる。
スタッフ全員が全ての部署を担えるまでのスキルには至っていないが、その割合は増えてきており、スタッフそれぞれも、それを目標に出来ていることから、組織の醸成に近づいていると考える。（評価 4）
②他部門（救急外来、一般病棟）との綿密な協力体制の確立
RST 活動を軸とした、他部門との協力ができた。また、勉強会も積極的に実施できた。応援体制の構築のための介入を実施中である。（評価 4）

【令和 3 年度の目標・課題】
（◆第四次経営計画における具体的取り組み：　）
1. 1.考えて行動できる看護実践力の強化
看護部クリニカルラダー教育研修の推進
管理職の育成
倫理感性を養い、現場で直面する倫理的課題の検討
2.安心安全な職場つくり
COVID-19 に対応した体制整備患者及び医療従事者を院内感染から守る
メンタルヘルスケアを考慮したローテーション勤務体制
患者の誤認防止
指差し呼称の徹底
働き続けることが出来る職場風土づくり
WLB を意識した業務遂行
柔軟な応援体制から、安全な看護体制・勤務体制に繋げる
適正な時間外勤務管理・計画的な年休の取得
メンタルヘルス、ハラスメントへの取り組みを意識した職場環境つくり
3.病院経営への積極的な参画
診療報酬に沿った運営
病院の役割としての感染病棟運営に部署として参画し、病院経営に貢献する
PNS ペア、チーム活動による継続的な業務改善

●部署名　4階病棟

【スタッフ】

看護師長	狩集　純子
主任	東村　衣代、木村　麻子、大西　裕子
助産師	井上　智恵、松井　博子、山本　千里、山中　知子、山崎　宏美、 池田　美帆、廣島　雄子、奥野　舞、高原　知美、山﨑　好永、 中谷　未来、大森　有香莉、相川　采女、
看護師	岡垣　沙織、吉本　美希、室屋　千帆、會津　怜美、稲原　有彩、 藤本　小百合、堀井　菜美、浜田　あゆみ、辻　かな子

【概　　況】

1.考えて行動できる看護実践能力の強化

1）ラダーを取得できることができる

①認定看護師の必須項目研修に参加することができる（100%）

②e ラーニング視聴　100%を達成することができる

・ラダーは2名を除いて取得することができた。次年度のラダー申請に向けて、自ら計画的に認定看護師の研修参加やｅラーニング視聴を促している。

2）勉強会を計画し実施することができる

①NCPR の勉強会とｼｭﾐﾚｰｼｮﾝを実施することができる

②グレードA のｼｭﾐﾚｰｼｮﾝを実施することができる

③産科救急の勉強会とｼｭﾐﾚｰｼｮﾝを実施することができる

・勉強会は企画したもの全て行う事ができ、予定以上に必要と考える勉強会も実施することができた。グレードA、NCPR、産科救急のシミュレーションは予定以上の回数で実施する事ができ、スタッフの意識とモチベーションのアップを感じる。今後も定期的に実施していく。

3）倫理観を持ち、患者の意思決定を支える看護を提供することができる

①倫理カンファレンスの実施

・倫理カンファレンスを 4 回/年開催した。意思決定支援としてどのような働きかけができるか話し合い、病棟全体としてどうかかわっていくかを考え、看護実践へつなげた。（染色体異常のベビーを出産した母への対応、先天性奇形をもつベビーを出産された母への対応、乳がん末期の患者への対応、4ヶ月児の急変に対する両親への対応・ケアについて）スタッフ全員が倫理感を持って対応できるように、啓蒙を続ける必要がある。

2.安心安全な職場つくり

1）新型コロナ感染症擬似症例・陽性症例に対応することができる

①感染予防を理解し、実践できる

②陣発の新型コロナ感染症擬似症の対応ができる

③新型コロナ感染症陽性患者の対応ができる

2）患者様が安全・安心に入院生活を過ごすことができる

①リスク感性の育成

②転倒転落の防止

③チームステップスの考え方をもとにリーダーとスタッフの役割を理解し実践できる

④5S 活動の促進

3）PNS マインドの醸成

①PNS マインドの啓蒙・実践

・新型コロナ陽性妊婦の受け入れができるよう、2020 年 5 月に 401 号室をコロナ陽性妊婦対応病室として設備を整え、対応マニュアル作成・シミュレーションを複数回実施して準備をした。2021 年 1 月に擬似症妊婦の分娩、分娩後に陽性となった患者の分娩対応をした。産婦人科・小児科・ICT・感染病棟等、各部署と連携をとり、母児とも無事に退院することができた。
また、コロナ陽性妊婦の帝王切開を想定して手術室と合同のシミュレーションを実施し、対応できるように準備をしている。

・成人・小児とも転棟転落事例が発生し、その都度対策について検討を行った。2021 年 3 月に小児の転倒転落ゼロを目標に、転棟転落防止対策について毎日アセスメントをし、対策を強化した。次年度も継続して実施していく。

・2020 年度は単独リーダーを配置しリーダーの役割を明確にした。来年はチームステップスを取り入れていく予定である

・日々のペアで日勤終了時に一日の振り返りを行いノートに記録し、マインドの意識付けを行った。マインド尺度アンケートでは年度初めに比べ、年度末はマインドが上昇したという結果が得られた。
パートナー選定会は、選定マニュアルに沿って実施し、積極的な意見交換が行われ、次年度のパートナーを決定することができた。マインドについては、継続的な啓蒙が必要であり、次年度でも引き続き実施していく

3.安心して出産・子育てができる環境の維持　（2019 年～2021 年　第四次経営計画取組目標）

1）妊娠中～産後までの支援体制の充実　（分娩件数の増加　510 件/年）

・416 件/年であった。新型コロナの影響にて、立会い分娩を中止し、面会を停止している。
目標に達せず。

①産後ケア事業の開始

・2020 年度の利用者は 2 名であった。その内 1 名は合計 7 回の利用であった。

②母児同室の充実

・バースプラン聞き取りの開始
10 月より婦人科外来で聞き取りを開始した。分娩や授乳、育児に対する要望を事前に確認し対応している

・夜間の母児同室の開始
11 月末に監視カメラが導入となり、11 月～一部から開始、2021 年 1 月から全面開始した。入院中から育児を体験し分からないことや不安なことにスタッフが対応している。
母の育児の様子を見ることで退院後の密なフォローが必要であるか判断し、後方支援や 2 週間健診、育児相談などで支援をしている。

③助産師外来の開設

・乳房外来の定着　　乳房外来
123 件/年対応した。(12 月から開始した育児相談の件数を含む)
乳房外来は予約制で病棟にて対応している。
2 週間健診の助成券がない住所の方には育児相談で対応することができている。
入院中に体重増加が思わしくないベビーや産後の母の精神的フォローが必要と判断された母児には乳房外来や育児相談で対応し、必要時は産婦人科、小児科、地域連携室を通し後方支援依頼など対応をしている。

・乳腺炎症例への対応の定着

123 件/年のうち乳腺炎対応は 33 件/年であった。予約制で病棟にて対応している。必要乳腺炎の早期改善のため必要時は即時に対応しており、乳腺炎悪化の事例はなかった。

2）慢性疾患・基礎疾患を要する児にとっても安心できる医療体制の充実

①ｱﾚﾙｷﾞｰ負荷試験入院患者数の増加　（目標：70 件/年）

・令和 2 年度 10 件であった。目標を大きく下回った。小児科医の欠員と新型コロナ感染症の影響も一因と考えられる。

②レスパイト入院の対応増加（目標：4 件/年）

・1 名（人工呼吸器装着）のレスパイト入院を開始した。新型コロナ下にて予定通りに進まず。

③小児科入院患者数の増加　（目標：最低 550 人以上）

・329 人/年　であった。新型コロナが出てから、小児科の入院が顕著に減少した。

④親活ｻﾛﾝの開催（4 回/年）

12/12　、3/13　の 2 回、ベビーマッサージと小児科医に気軽に質問・相談ができるという内容でリモート（ZOOM）にて実施した。参加者へのアンケート結果は好評であった。来年度は毎月の実施の予定である

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：　①-3　②-3　③-4　）

1.安心・安全な医療が提供できる病棟つくり

①チームステップスを理解し、PNS 体制のもと実践できる

②出来事報告書の内容および、対策についての検討・周知徹底をし、再発を防止する

・患者誤認の件数の減少　0 件/年をめざす

・転倒転落件数の減少　　0 件/年をめざす

③患者の状態が見える、看護記録がかける

④病棟の特殊性を理解し、実践できる環境つくり

④5S 活動の周知徹底

⑤感染対策ができる

2.考えて行動できる看護実践のできる病棟つくり

①急変対応ができる

②症例検討会・倫理カンファレンスを活発に行い、質の高い看護ケアの提供ができる

③スタッフの知識とスキルアップができる

3.病院経営への積極的な参画　～選ばれる周産期病棟・小児科病棟をめざす～

①周産期病棟のケアの充実

②小児科レスパイト入院の積極的な受け入れ

③親活事業の充実

●部署名　5階病棟

【スタッフ】

看護師長	豊島　邦代
副看護師長	大西　宏実
主任	佐藤　康代、加藤　さをり
看護師	今西　晴子、古川　こず恵、岡垣　沙織、田中　祐子、竹内　祥恵、中嶋　知恵子、西垣　静華、曽我　亜由美、福永　紗也、新田　初、吉岡　渉、松尾　芳恵、辻本　悠貴、前田　朱里、上神　美貴、藤田　友紀、筒井　菜月、前畑　美咲、大平　有依子、木原　里々花、中村　シエナ、国本　友子、玄田　紀恵

【概　　況】

1.豊富な知識を身につけアセスメント能力の向上を図る

①年6回以上勉強会開催

・大人の学習支援（病棟勉強会企画の充実）

コロナ禍の中、年間計画に沿って勉強会を開催し基本的なことを学びたい、急変時対応を定期的にしてほしいという要望があった。また、今年度はコードブルーや急変対応など実際に経験したことでBLSへの意識が高まった。次年度もBLS実践研修を計画予定である。

②ラダー別必須eﾗｰﾆﾝｸﾞ・病棟の特色にあったeﾗｰﾆﾝｸﾞの受講100%を目指す

・必須項目以外病棟の特性にあったものを2項目ピックアップし、年間100%の視聴を目指す

月ごとにeﾗｰﾆﾝｸﾞ学習視聴の声かけを担当より1週間毎に朝礼でスタッフに伝達している。又、自由項目としては5階病棟の特色である2項目をポスターで掲示したが「すべて視聴できた」41.4%「出来なかった」55.2%、無回答3.4%の結果となり目標は達成できなかった。今後も引き続き未受講のスタッフに声かけ受講100%を目指す。

2.看護の質の向上

①倫理の重要性を理解し、カンファレンスを行うことで看護の質を向上させる

・倫理の四分割法を用いて年間9例（各チーム3症例）の倫理カンファレンスを実施する

・倫理の四分割法の勉強会から知識を身に付ける

・倫理カンファレンス・勉強会から自身の変化・患者への影響についてｱﾝｹｰﾄを実施

5月より倫理カンファレンスを毎月第3金曜日に開催し、計画通り4回開催できた。倫理の四分割法については新入職者に対しても勉強会を行い全スタッフが理解できるよう心がけた。倫理カンファレンスを実施することで「考え方がかわった」「関わり方がかわった」などの声が聞かれ今後も引き続き知識を深めより良いカンファレンスを行っていく。

②PNSマインドを理解し実践することで知識や技術を高め、一人ひとりが自立した看護を行う事ができ、患者に質の高いケアを提供できる

・看護実践能力を上げるため、ペア同士で年間目標をたて共有し目標達成する

・日々のペアは患者の変化・状況を把握し報告できる。残務状況を報告できる

ペア同士の年間目標を提示し達成できるようペアで共有していく。

報告チェックリストを作成した。チェックリスト活用者は52%→75%、「活用できていない」25%、活用していない理由には「業務がいそがしい」「忘れていた」「なかなか詰所にもどれない」などであった。リーダーへの報告は「している」95%、「していない」4%、とリーダーへの報告は定着した。又、以前はリーダーへの報告は業務調整のようなものが多く聞かれたが現在は患者の状況変化など報告内容にも変化しつつある。今後も日々のペアでお互いのアセスメント能力を高めリーダーとの情報共有を行っていく。

③チームステップスツールを活用した報告・相談・情報共有を行うことで、情報の共有化を図り部署間の連携を強化する

・CUS・2回チャレンジの使用

毎週ヒヤリハットの検討会を開催しチームステップツールの周知、CUSの実施。今後もスタッフに声かけしリスク感性も磨きながら行っていきたい。

④「1人2回照合」「指差し呼称」「名前・生年月日の確認」の徹底により、誤認、ヒューマンエラーを減らす

・内服・点滴・注入の患者間違いを「0」にする

・中止になったﾍﾟﾝﾀｲﾌﾟｲﾝｽﾘﾝの保管場所の統一（ｶﾙﾃﾎﾟｹｯﾄ）

後半は内服に関するヒヤリハットが多く発生した。Ⅲbの発生もあり治療を要したが病状も安定し退院調整までとなった。その都度カンファレンスを開催し改善策を検討しルールを決め周知した。PDA使用率100%、中止になったﾍﾟﾝタイプのインシュリンをカルテポケットに保管することは90.6%と低下はなかった。

⑤作業環境を整え安全な現場を作る

・器材庫（大・小）・汚物室・休憩室・詰所の整理整頓を2ヶ月に1回行う

大・小の器材庫、汚物室、休憩室、詰所の整理整頓を実施。リスクラウンドからの指摘箇所も整備した。引き続き安全な環境づくりを心がける。

3.重症度・医療、看護必要度

①患者の状況を把握し行ったケアの実践記録に残し、看護の質を保証する

・看護を継続する為に転棟時、チェックリストを用いて記録や計画を見直す

転棟チェックリストを作成し転棟時使用してもらうよう声かけ、チェックリスト使用の中間アンケートを作成し計画通り実施できている。「チェックリストをしっている」が85%「利用した」が44%であった。引き続き100%の利用を目指し転棟後も看護の質保持を目指す。

・ICに同席し、患者・家族の理解や反応を記録する。（日勤帯90%）

ポスターを掲示し周知を図っている。IC同席への認識は高まり引き続き継続していく。

・記録規定に沿ってデーターベースの記載100%を目指す。重症度・看護必要度の評価時毎　日データベース（活動）を確認し、患者の状況に応じて評価できる

データーベースの活動部分82.4%引き続き90%を目指し、月1回第3水曜日にペアで確認する。詰所会や朝の申し送りに発表し周知し患者の状況が把握できる記録を目指す。

・新重症度・医療看護必要度の取り漏れや間違いのないように評価する（90%達成）

重症度・医療看護必要度に関しての取り漏れは目標には到達できなかった。

4.入退院支援の取り組み促進

①退院支援の流れについて病棟スタッフ全員が理解できる

退院支援のフローチャートの作成やアンケートからの勉強会実施。11月にアンケートを実施し大多数が退院支援について積極的な行動を行えるようになった。

②退院支援カンファレンスを活発にする。

・.カンファレンス方法を見直し、カンファレンスで看護師が主体となって情報提供を行う事が出来る。

・チーム内で退院支援についてのカンファレンスを行う（毎朝）

朝9時（月・水・木）にカンファレンスを開催し活発な意見交換ができている。今後も引き続き実施していく。

③院内で切れ目のない退院支援を行う（看護サマリの備考欄などに方向性などを記載）

まだ実施できていない。

【令和３年度の目標・課題】

1. 看護の質の向上

①倫理の重要性を理解し、カンファレンスを行うことで看護の質を向上させる

・倫理の四分割法を用いて年間９例（各チーム３症例）の倫理カンファレンスを実施する

・倫理の四分割法の勉強会から知識を身に付ける

・倫理カンファレンス・勉強会から自身の変化・患者への影響についてｱﾝｹｰﾄを実施

②PNS マインドを理解し実践することで知識や技術を高め、一人ひとりが自立した看護を行う事ができ、患者に質の高いケアを提供できる

・看護実践能力を上げるため、ペア同士で年間目標をたて自分の持ち味とパートナーとの協働を生かし目標を達成する

・日々のペアは患者の変化・状況を把握し報告できる。残務状況を報告できる

③チームステップスツールを活用した報告・相談・情報共有を行うことで、情報の共有化を図る

師長・副師長・主任が主となり、日々のリーダーと師長が連携を取り業務の効率化とチームステップスツールを活用した安全対策をとる

④「1 人 2 回照合」「指差し呼称」「名前・生年月日の確認」の徹底により、誤認、連携不備、ヒューマンエラー、与薬間違い 0 件を目指す

⑤環境を整える

・リンクナースを主に毎日環境ケアを行う

・1 人 3 本/月手指消毒の励行

3. 重症度・医療、看護必要度

①患者の状況を把握し行ったケアの実践記録に残し、看護の質を保証する

・看護を継続する為に転棟時、チェックリストを用いて記録や計画を見直す

・IC に同席し、患者・家族の理解や反応を記録する。（日勤帯 90%）

・記録規定に沿ってデーターベースの記載 100%を目指す。重症度・看護必要度の評価時毎　日データベース（活動）を確認し、患者の状況に応じて評価し必要時看護介入の変更と修正を行う

・患者が見える記録（患者の状況を経過記録に記入する）

・新重症度・医療看護必要度の取り漏れや間違いのないように評価する（90%達成）

4. 入退院支援の取り組み促進

①退院支援カンファレンスを活発にする。

・. カンファレンスで看護師が主体となって情報提供を行う事が出来る。

・チーム内で退院支援についてのカンファレンスを行う（カンファレンス前）

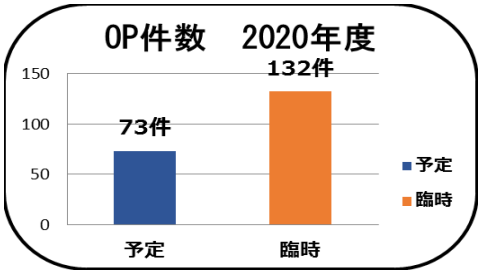
③院内で切れ目のない退院支援を行う（看護サマリの備考欄などに方向性などを記載・院内訪問看護との連携）

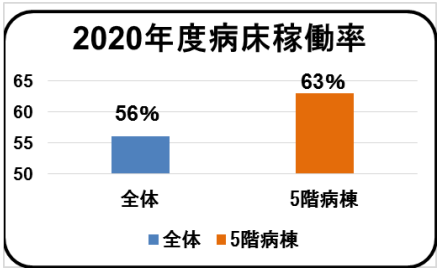
（◆第四次経営計画における具体的取り組み：②-2)②-6)　③-3））

・大腿骨連携パスが新たに加わり、近隣や老健やましろへの連携強化を図る

・2/週の退院支援カンファレンスから今後の療養先や患者・家族の希望に沿える退院支援に向けた取り組みを行う

・病床稼働率 80%を目指し積極的な入院の受け入れと病状や状態に応じた病床管理を行う





●部署名　６階病棟

【スタッフ】

看護師長	山本　雅子
主任	田尻　留美子、石田　友美
看護師	東尾　智子、岩本　規子、岸本　あつ子、桑原　友美、村上　久瑠美 谷原　沙矢香、杉原　智子、城家　悦子、溝口　裕子、浦口　綾香、 梅元　景子、吉岡　渉、永田　一栄、長濱　彩香、谷田　莉菜 西山　奈友香、岡本　愛生、大串　鈴子、山本　百合湖、杉本　珠生、 松本　彩瑛、大槻　ことは、杉田　朋恵、川野　左預、入江　美佳、 山中　礼子、高萩　里美、藤山　伸子、市川　史莉、西川　夢乃

【概　　況】

相手の気持ちに寄り添い、安心安全な病棟を目指す。

1. カンファレンスの充実を図る。
   ① 退院支援をして他職種とカンファレンスの充実を図る。
      1) スクリーニングシートの提出率アップを図る。
      →入院時チェックリストのスクリーニングシート欄にマーカーで線を引きスタッフへの意識付けを行った。スクリーニングシート提出率は上がってきている。
      2) スクリーニングシートを記入し、退院支援 CM ホルダーに追加する。
      →スクリーニングシート記入・提出のみでＣＭホルダー追加まで至っていないケースあり。またカンファレンスシートに詳細を記載するように変更になって以降は、さらに必要情報の記載が出来ていないことが目立った。今後も意識付けが必要。
   ② 退院支援カンファレンスをチーム毎に実施
      →朝礼にて師長、退院支援担当者の呼びかけを行うことでカンファレンスの周知は出来ているが、自分の受持ち患者のカンファレンスがあるかどうかの把握は不十分である。特定のスタッフがカンファレンスに参加している状況であり、参加状況に差がある。受持ちスタッフが積極的に参加できる方法を検討していく。
   ③ ヒヤリハット検討会議がスムーズに行える。
      1) 軽症事例から予防策を学べる機会の場にしていく。
      →業務の都合上、重要案件のみの報告、検討となることもあった。インスリンのイインシデントが続いたため、糖尿病勉強会を全員が受けるように計画、実施した。
      2) 対策案を啓発、周知していく。
      →毎月ポスター掲示を行い、啓蒙活動を行った。対策案実施後の評価までには至らなかった。
2. 看護の質向上のための自己研鑽に努める
   ① 看護実践力向上のための病棟勉強会を計画実践していく。
      →ほぼ計画通りに勉強会は実施できた。全員参加が難しいときは、資料配布を行った。
   ② e ラーニングの視聴の向上
      →PNS パートナーごとで毎月視聴を促し、アナウンスを行った。目標研修数の全員視聴には至らず。次年度課題として、全員視聴できるように計画的に進めていく。

【令和 3 度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①、③-3)）

1. 看護実践能力の強化

①病棟勉強会の計画的実施

（PD　DM 呼吸器外科　化学療法　術前・術後　生体モニター　等）

②カンファレンスの充実

・倫理カンファレンス・・・3 件/年

・多職種カンファレンス（RH カンファ　PD カンファ　退院支援 等）･･･10 件/年

③自己研鑽を行い、ラダーの向上を目指す

・e ラーニング 10 項目 80%受講

・院内必須研修の参加 100%

・院外研修の参加　一人 1 件/年

2. 安全安心な職場づくり

①業務改善･･･業務進捗状況の情報共有を図り、協力体制の構築を図る

（リーダー業務・リシャッフルの見直し）

②5S 活動の取り組み

（物品管理・整理　SPD 管理の徹底　等）

③感染管理･･･感染予防の意識を高め、院内感染防止に努める

・手指消毒の習慣化→消毒剤使用一人　3 本/月　を目指す。

・病棟環境整備継続

④ヒヤリハットの振り返りを行い、安全意識を高める

・「確認不足」を減らす

・重症事例の振り返り

・CUS の活用

⑤PNS パートナーの目標設定を行い、コミュニケーションの充実を図る

⑥新人教育へのフォローアップ体制作り

・定期的な実地指導者会の実施。

・定期的な新人面談の実施。

・新人教育の方針と進捗状況を病棟内で共有する。

●部署名　7階病棟

【スタッフ】

看護師長	岡上　亜子
主任	杉本　聖子、上田　智子
看護師	瀧口　智子、山蔭　幸子、田中　恵理、西村　由紀、黒川　美穂、 林　祐子、吉住　亜希、内野　愛子、力田　美紀、甲斐　朝衣莉、 松本　英俊、浦口　綾香、市川　有希、 秋山　加奈、江川　里恵、北川　結唯、 恋田　理恵、寺村　彩織、小野　若菜、中野　優希、 牧　斉花、田中　光、有澤　綾香、糸山　瑠海、木原　実優、藤本　知里、 恋田　理恵、水谷　順、上原　千佳

【概　　況】

1．部署に求められる看護実践能力の強化

1）急変対応能力の強化

夜勤を想定したICLSシミュレーションを1回/月で実施。全スタッフへの実施を目指したが、コロナ感染拡大のため4名のみ実施できなかった。

2〉糖尿病指導、緩和ケアにおける知識・技術の向上

糖尿病、緩和ケアについて、看護師が臨床で困っていること、疑問に感じていることを内容に盛り込んだ勉強会を各2回ずつ実施し、実践に繋がる知識を得ることができた。

3〉心臓リハビリテーションにおける、スタッフ全員の知識･技術の向上

心臓リハビリテーションの概要や指導内容､実績等の勉強会を実施した。また､看護師、主治医、リハビリ担当者により1回/週の定期カンファレンスを実施し､その中で知識・技術を深めることができた。

4〉心電図の判読における知識の向上

心電図の判読については苦手意識を持った看護師が多く、ニーズが高かったため、臨床検査技師に依頼し勉強会を開催した。

5〉緩和ケア対象者における倫理カンファレンスの開催

病棟全体での振り返りは2例､その他各チームで活発に行えた。取り組みを行うことで、緩和ケア対象者に関わらず、倫理カンファレンスの実施に対する意識付けができた。

6〉看護必要度の改定に関わる記録変更へのスムーズな移行と、看護展開が見える看護記録の充実

看護必要度の改定部分について勉強会を開催したが、B項目における評価の根拠となるデータベースの充実がまだ徹底して実施できていない。看護記録の充実については、カンファレンスは活発に行えているが、その内容の記載、看護計画の立案、実施、評価の一連が記録に反映されていないケースが多い。いずれも来年度の重点課題である。

2．ハイパフォーマンスを発揮する為の安心安全な職場作り

1〉業務改善

①PNS体制の中での各役割（ﾍﾟｱ･ﾘｰﾀﾞｰ･ﾌﾘｰ･ｱｼｽﾀﾝﾄ･ｸﾗｰｸ）の明確化と連携の強化

日勤リーダーを常時配置し、その役割を明確にした。その指示の元、「ペア」「フリー」が連携を取れるようになってきている。

②休憩時間の確保、超過勤務時間減少に向けた夜勤業務の見直し

申し送り時間の見直しや、ラウンド方法などの業務改善を行ったが、そのことが休憩時間の確保や超過勤務時間の減少には繋がらなかった。

2〉心理的安全性の確保

特に役職にあるもの、またはリーダー的な立場を取るものが、率先して周囲が発言しやすい状況を作るなど、心理的な安全性を確保することへの意識付けはできた。

3〉院内感染防止対策の遵守と健康管理の徹底

1月の部署での感染を受け、それまでの感染予防対策をもう一度見直した。このことをきっかけに、体調変化時の速やかな報告や、感染防護具の着用の徹底など、感染拡大をさせない、という意識付けや行動がさらに強化された。

4〉医療安全対策の遵守・徹底；コミュニケーションエラーの減少

リーダー業務を確立し、チームステップスの要素は強化できつつあると感じるが、そのことがエラーの減少には繋がらなかった。

3. 患者満足度向上に向けた取り組み

1〉ベッド周囲環境の整備の強化

CSセット加入者における確実な物品の配布のための方策を確立した。

2〉糖尿病患者指導の充実に向けた基盤づくり

看護介入の標準化を目指し、指導項目に対するチェックリストを作成したことで、指導の進捗状況が可視化された。

3〉心臓リハビリテーションへの安定した介入

今年度の実績は、のべ介入患者64名、57,605点であった。ひと月あたりの介入人数は平均5.3人であった。

【令和３年度の目標・課題】

（◆第四次経営計画における具体的取り組み：②-2)、③-3)）

1. 部署に求められる看護実践能力の強化

1）自律して前向きに成長する看護師の育成

・目標管理、クリニカルラダーを活用したキャリア開発の推進

・個々の看護実践における課題のチーム内での共有

2)「看護」という専門職であることを意識した実践

・看護過程の充実

・プライマリーナースの役割強化

・倫理的感性の強化

3）専門的な看護実践における知識・技術の全体の底上げ

・ICLS・糖尿病指導・心臓リハビリテーション・退院支援・意思決定支援

2. お互いを大切にする安心安全な職場づくり

1）組織開発；「関係の質」が高い部署づくり

・リーダーシップを発揮するための具体的手法の習得

・PNSでのペアの相互作用による自己の成長

2）業務遂行のための時間管理の見直し

・時間外勤務の減少

3）医療安全対策の強化

・作業環境の整備

・ヒヤリハット検討の定着、決定事項の周知徹底

・点滴、処方、血糖の指示に関するヒヤリハットの減少

・「確認」の質を高めるダブルチェックの徹底

4）自分と周囲を守る、みんなで取り組む感染防止対策の徹底

3. 病院経営を意識した日々の実践

1) プライマリーが中心に行う退院に向けた早期介入

2) 合併症予防を重視した計画の立案・早期介入

3) 看護必要度の適正な評価

●部署名　8階病棟

【スタッフ】

看護師長	吉崎　浩美
副看護師長	山岡　勝美
主任	田中　幸江、森　和美
助産師	竹村　綾華
看護師	相原　直美、中谷　智美、山田　瞳、髙橋　一恵、弥村　美津子, 藤田　愛美、上田　桂依、河村　奈央子、澤畑　有希、水本　真帆、 原　美緒子、福島　智子、太田　耕佑、大木　承、福田　奈央、大野　恵、 雨面　裕美、堀井　野杏

【概　　況】

1. 退院支援の質の向上

①退院支援に関連する勉強会を年4回以上開催する。

・認知症や認知症・せん妄患者の対応の仕方の勉強会を開催する。

９月に認知症研修に参加したスタッフが講師になり勉強会を開催した後期に勉強会を企画していたがコロナの影響で緊急事態宣言が発令されため勉強会を中止した。

・退院支援のときに役立つ行政のサービスにつて勉強会を開催する。

７月に当院のＭＳＷが講師となり勉強会を開催した

②退院前カンファレンスの充実

・退院前訪問や退院後訪問を年10件以上行う。

前半で退院前訪問に５件行った。統一した訪問記録が書けるように、退院前訪問用の記録用紙を作成し活用した。後半は退院前訪問１件、退院後訪問１件行った。緊急事態宣言が発動されたため退院前後の訪問を自粛したため目標の達成はできなかった。

・退院前訪問でケアマネなどと連携をとり退院時に必要なサービスやレンタルできる器具を準備できるようにする。

退院前訪問で得た情報から自宅改装や介護ベッドの搬入など介護しやすい環境を整えて退院までもっていけた症例があった。後半ではリモートでの退院カンファレンスを行った症例があった。

・退院後訪問で退院してからの生活状況を知る（ライフスタイルに合わせた看護介入に反映する)。

前期では病棟で退院指導を行った患者へ退院後訪問に行けるか打診したが、よい返事がもらえず、実現しなかった。後期は１件訪問に行ったがコロナの緊急事態宣言が発令されたため訪問を自粛した。

・医師やリハビリなどの多職種によるカンファレンスの運営

リモートで医師や看護師・ケアマネなど多職種をまじえた退院前カンファレンスが行えた。病棟でカンファレンスを行う際はフェイスシールドやマスクを装着し感染対策をして行った。

③退院サマリーの内容の充実

・特にケアマネや施設が求めている内容になるように勉強会を行う。

在宅患者支援病床初期加算に関する内容の勉強会を行った。今後の本人や家族の意向を聞き、サマリーに反映した。アンケート結果を踏まえた回答を貼りだしスタッフへの周知を行った。

・アンケートなどにより知りたい内容を把握する。

アンケートを行い、意見が多かった主治医のＩＣに関しては転棟前の病棟で記載してもらえることになった。

④地域から年間 38%以上の受け入れをする。

・リピ-ターレスパイトを定期的受け入れる。

リピーターレスパイトの定期的な受け入れを行っているがコロナの影響で件数が少なく 24.32%だった。新しいリピーターレスパイトの患者が少しずつ増え地域から 40%以上受け入れができた月もあった

・他院からの退院調整目的の転院を受け入れる。

月に１～３件ぐらいの退院調整目的の転院を受け入れた。コロナの影響があり件数が伸びなかった。他院からの転院患者、当院から転院する患者に PCR 検査を行う患者が増えた。

2. 入院生活の充実

①季節ごとのレクレーションの充実

・季節ごと（年３～4 回）に８階ディルームを使用して、飾りつけなどを行い、６０分ぐらいのレクレーションを行う。

８月に夏祭りとしてつり大会のレクレーションを行った。10 月には運動会をテーマに玉いれを行った。1 月以降のレクレーションはコロナの緊急事態宣言の発令もあり自粛し中止した。

②カレンダー作りや塗り絵など余暇の過ごし方を取り入れ。る

・レクレーション時などに展示する。

夏祭りには提灯の絵に色を塗ってもらい飾った。運動会用に国旗に色を塗ってもらい飾った。後半は凧や門松などに色を塗ってもらった。1 月予定のレクレーションは中止になったがエレベーターホールやディルームなどに絵を飾った。

・レクレーションに使用する小道具を一緒に作成していただく。

夏祭りには魚や金魚などの色塗りや制作を手伝ってもらった。秋の運動会では玉いれの玉をまるめてもらった。1 月以降はコロナの緊急事態宣言がありレクレーションを中止したため作成していない。

・テレビ視聴の活用（曜日を決めて上映会を開催する）

月…時代劇　火…お笑い　水…歌謡曲・演歌　木…時代劇　金…サスペンスと予定を決め 14 時頃から 1 時間ぐらいのテレビ鑑賞会を行った。テレビ鑑賞会の担当スッタフを決め患者誘導などを行った。１月の緊急事態宣言後は少人数でマスクを着用してもらい時々鑑賞会をした。

③集団リハビリを定期的に開催する。

土日祝を除く毎日 11 時 15 分からコロナ対策を行い、リハビリスッタフの協力を得て集団体操を行った。1 月・２月の緊急事態宣言期間中は集団体操を中止した。

3. 安全･安楽な入院生活

①急変時の対応（BLS・ACLS など）の勉強会を年３回以上開催する。

6 月に 1 回目胸骨圧迫について勉強会を開催した。7 月、8 月の 2 回は除細動器（ＡＥＤ）につてＣＥに勉強会の講師をお願いし開催した。9 月 24 日に挿管時の介助方法を行った。2 月は少数で急変を発見したところから挿管するまでの勉強会を 2 回行った。

②ヒヤリハットの内容や対策を共有する。

・ヒヤリハット症例の検討会を定期的に開催する。

ヒヤリハット事例をまとめ、スタッフ全員が内容に目を通すように名簿をつけ未読があれば促すようにした。担当者がいるときに検討会を開催した。業務が緊急入院などで急に忙しくなることがあり定期的に開催することができなかった。

・話合った内容を掲示し対策の共有を図る。

検討会で話し合った内容は１週間ぐらい朝の伝達時間に伝えた。症例検討会用のファイルを作りいつでも確認できるようにした。

③感染対策の向上

・手洗いを奨励する。

時々朝の伝達時にコロナの情報や手指消毒について伝えた。8～10 月に担当者が各個人に手洗いの練習してもらった。

・感染に関する勉強会を年２回以上行う。

7 月にスタンダードプリコーションについて､同じ内容の勉強会を３回行った。２月にも感染について勉強会を開催する予定だったが密になるため紙面を各自に配布して質問等を個別に受け付ける勉強会を行った。

④災害時に対応できるようにする。

・勉強会を年２～３回行う。

7 月に同じ内容で 3～4 回勉強会を行った。災害時の各自の役割がわかるアクションカードを配布した。災害時の対応の設問アンケートを実施し勉強会前と後では後のほうが正解率が高くなった。

⑤チームステップス・ＰＮＳの充実

・チームステップスのＤＶＤ学習をする。

前半は４名以外全員チームステップスのＤＶＤを視聴できた。後半で全員 DVD の視聴ができた。

・リーダー業務内容の充実（土日以外は単独リーダーまたは兼業リーダーをつける）

兼業リーダーの方は土日祝　以外、毎日つけられた。日々の兼業リーダーによるリスタートは定着しつつある。リーダーが食事介助や昼食に入るスタッフの調整など出来るようになってきた。単独リーダーはたまにつけることができた。

・リスタート時間の変更（14：00 から 11：45 へ変更し 16：30 終礼を行い残務のかたよりを無くす）

11 時 45 分は各メンバーが散っており、集まりが悪かったため午前は 11 時 30 分ごろにリスタートを行うように変更した集団体操に参加しているスタッフも参加できるようになった。15 時 30 分に残務の残りがでないように 2 回目のリスタートを行うようにした。11 時 30 分のリスタートが定着してきて、午前に昼の食事介助の割振りができて偏りが少なくなった。

【令和３年度の目標・課題】

（◆第四次経営計画における具体的取り組み：①－4、②－2、②－3）

1.退院支援の質の向上

①退院支援に関連する勉強会を年 2 回以上開催する

・認知症・せん妄患者の対応の仕方の勉強会を開催する

・退院支援のときに役立つ行政のサービスにつて勉強会を開催する

②退院前カンファレンスの充実

・退院前訪問や退院後訪問を年 10 件以上行う（コロナの緊急事態宣言が発令された場合は中止する）

・退院前訪問で得た情報を他職種と共有し退院後の生活が送りやすいように援助する

・退院後訪問で退院してからの生活状況を知る（入院中に行った退院指導内容が生かされているのか確認 OR できていない事があれば再指導する）

・医師やリハビリなどの多職種によるカンファレンスの運営

③地域から年間 40%以上の受け入れをする

・リピーターレスパイトを定期的受け入れる

・他院からの退院調整目的の転院を受け入れる

2.入院生活の充実

①癌性疼痛や緩和ケアの勉強会を年１回以上行う

②レクレーションの充実（コロナの緊急事態宣言が発令　された場合は中止する）

・毎月 1 回定期的に８階ディルームを使用して、コロナ感染対策行った上で６０分ぐらいのレクレーションを行う

③カレンダー作りや塗り絵など余暇の過ごし方を取り入れる

・レクレーション時などに展示する（8 階エレベーターホールに展示する）

・レクレーションに使用する小道具を患者と一緒に作成する

・テレビ視聴の活用（曜日を決めて上映会を開催する）
午後の時間帯に簡単な体操の動画などを定期的に上映する

④コロナ感染対策を実施して、集団リハビリを定期的に開催する

3.安全･安楽な入院生活

①急変時の対応（BLS・ACLS など）の勉強会を年３回以上開催する

②ヒヤリハットの内容や対策を共有する

・ヒヤリハット症例の検討会を定期的に開催する

・話合った内容を掲示し対策の共有を図る

③感染対策の向上

・手洗い・手指消毒を奨励する

・感染に関する勉強会を年２回以上行う

④災害時に対応できるようにする

・勉強会を年１回以上行う

⑤チームステップス・ＰＮＳの充実

・チームステップスのＤＶＤ学習をする

・リーダーとしての役割ができるように業務内容を見直す

⑥ｅ－ラーニングの視聴を推進し自己学習や自己研鑽を促す

Ⅳ　健診センター

【スタッフ】

健診センター長	石原　潔
医師	小林玄樹（常勤）、河合清佳（常勤）谷口千穂（非常勤）、 関岡理沙（非常勤）
事務職員	山岡　伸子、委託職員２名

【概　　況】

昨年までと同様、①特定健診・健康診断、②企業健診・生活習慣病健診、③人間ドック（脳ドック含む）、④がん検診を行った。

診察については月曜・木曜・金曜は非常勤医師、火曜・水曜は常勤医師が行った。検査結果を可能な限り至急で出し、希望者には診察医が説明し精密検査の予約を行っている。

検診運営委員会を定期的に行い、受診者サービスの向上から運営についての課題の検討、改善を行っている。

今年度は精華町のドックの受け入れを開始した。新型コロナ感染症流行に伴う緊急事態宣言の発令と厚生労働省からの指示により、受け入れの中止（令和２年４月 17 日～5 月 31 日）や制限を行った事、また受診控えの影響から受診数が大幅に減少した。

健診　年度別件数比較

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
人間ドック	967	1091	1304	1316	994
協会健保	670	744	836	872	874
健康診断	759	818	895	909	794
乳がん検診	1062	1365	710	752	635
子宮がん検診	728	912	892	775	391
総合計	4186	5848	4637	4624	3688

※乳がん検診は外科外来、子宮がん検診は婦人科外来で施行。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①－（５）①－（６）イ、③－（４））

感染対策に配慮した検診の実施

構成市町村の住民に対し、希望に沿った利用枠の拡大を計る

受診された方の満足度が上がるサービスを検討・実施していく

人間ドックオプションの設定

効率的に健診が実施できるように、運用やシステム等を見直し改善を行う

Ⅴ　薬剤部

【スタッフ】

薬剤部長　　今田　繁夫
副薬剤部長　後藤　勝代、
主任　　杉本　仁、　富山　慎也、今村　博一、
薬剤師　　真鍋　朱里、中山　修一、青山　寿美子、浅田　珠世、辻本　和香、
　　吉村　成年、中西　伊代治、山中　幸子、中道　裕美子、嶋田　陽子、
　　柳田　匠梧
技術助手　　泉谷　円香

【概　　況】

院外処方箋発行枚数　平日 65,283 枚/年、休日 1,340 枚/年、平均 183 枚/日
時間外の調剤処方箋枚数 2,243 枚、平均 6 枚/日
入院調剤処方箋枚数　39,096 枚、休日 6,716 枚、平均 126 枚/日
入院注射箋　平日 47,730 枚、休日 8,629 枚、平均 126 枚/日
薬剤管理指導算定件数　　今季目標 2,000 件
がん化学療法注射剤の調整件数　1,717 件、(外来 1,428 件、入院 289 件)

16 人（薬剤助手 1 名含む）のスタッフで、調剤・注射調剤・院内製剤・無菌製剤・薬品管理・麻薬管理・医薬品情報管理（DI）・病棟薬剤管理業務・薬剤管理指導業務・チーム医療への参加（感染管理チーム、栄養サポートチーム、がん化学療法、緩和ケアチーム、医療安全対策）
院内向け医薬品関連情報「ＤＩニュース」を毎月発行
6 年制薬学実務実習　第 3 期 2 名、第 4 期 2 名の計 4 名を受け入れた。

【令和 3 年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①、②、③　）

1. 病棟薬剤師を中心に、医師、看護師の業務軽減と接遇改善を行っていく。
2. 病棟業務の充実を図るとともに、薬剤管理指導算定を増大していく。
3. 高度医療を支える医療チームの一員として専門知識を携え、研鑽に努める。
4. 常に患者中心の医療を考え、医薬品の適正使用の推進を使命とする。

取得認定状況

日本薬剤師会研修センター認定薬剤師　3 名
認定実務実習指導薬剤師　3 名
感染制御認定薬剤師　1 名
小児科薬物療法認定薬剤師　1 名
NST 専門療法士　1 名
京都府糖尿病療養指導士　1 名

Ⅵ　地域医療推進部

【スタッフ】

部長	新井　正弘
副部長	大島　洋一
副部長（事務）	南出　弦
副部長	福澤　智栄
退院支援担当部長	山際　京子
＜地域医療連携室＞	
室長	南出　弦
係長	中嶋　庸介
主任	桝田　麻友
ソーシャルワーカー	松田　辰基、濱松　佳子、中野　明子
臨床心理士（主任）	谷川　誠司
事務職員	坪井　和祥
＜患者サービス推進室＞	
主査（看護師）	藤井　美奈子
事務職員	鵜飼　小莉絵、田中　靖彦
＜入退院支援室＞	
室長（看護師）	小林　加代子
看護師	坂本　朱美

【概　　況】

当院は、平成 29 年 11 月、京都府より地域医療支援病院の承認を受け、地域の関係機関との連携強化に努めている。しかし、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、これまでの活動（対面での研修会の開催など）が制限され、地域との連携強化のあり方を見直す転機となった。また、10 月には初診時選定療養費が 5,500 円（税込）になり、患者さんや地域住民への広報活動に力を入れると共に、逆紹介の推進にも取り組んだ。

地域医療連携室の業務は、「前方連携業務」、「後方支援業務」の 2 つに分かれており、「前方連携業務」は、他の医療機関からの紹介患者の診察・検査等の予約受付、診療情報提供書の管理・発送に関する業務などを担っている。

「後方支援業務」は、看護師・社会福祉士による医療福祉相談業務であり、入院患者の退院支援、施設への転院調整、外来患者の相談対応などを行っている。その他、認知症やがん、小児、DV などに関する相談にも対応しており、活動は多岐にわたっている。

「前方連携業務」

地域の診療所をはじめ他の医療機関からの紹介に対し、病院の窓口となり、診察予約・検査予約などの業務を行っている。令和 2 年度の紹介件数は、9,194 件（内、初診は 6,485 件）で、紹介率は 71.6%であった。

地域の医療機関へ紹介する業務（逆紹介）については、紹介元の先生方に診療情報を提供する事務処理を中心とし、また、かかりつけ医をお持ちでない患者さんについては、地域医療連携室からかかりつけ医を紹介している。令和 2 年度の逆紹介件数は 7,465 件で、逆紹介率は 82.4%となっている。

新型コロナウイルス感染症の影響により、紹介・逆紹介件数は昨年度に比べ減少したが、紹介率・逆紹介率は昨年度を超える値となった。

また登録医制度の普及にも努め、現在 78 医院に登録医制度に加入頂いている。令和 2 年度は逆紹介の推進を目的に登録医療機関を紹介するパンフレットの刷新に取り組んだ。今後も地

域の診療所と更なる連携強化を図れるよう取り組んでいきたい。
その他、広報に関する業務として、外来診療担当医一覧や診療科のＰＲ、研修会の案内等の送付業務を行っている。

紹介率・逆紹介率推移（平成 27 年度～令和 2 年度）

	平成２７年度	平成２８年度	平成２９年度	平成３０年度	令和元年度	令和２年度
紹介率	46.2%	69.9%	73.6%	71.7%	70.3%	71.6%
逆紹介率	61.3%	75.8%	79.3%	77.7%	75.3%	82.4%

「後方支援業務」
ソーシャルワーカー（社会福祉士）6 名（内、2 名は精神保健福祉士の有資格者）、看護師 1 名、臨床心理士 1 名で業務を行っている。
入院患者さんの退院支援だけではなく、認知症やがん患者さんやそのご家族、小児・DV などに関する相談も受け、相談内容は多岐にわたっている。また、地域包括ケア病棟の運営にも積極的に関わっている。
退院支援については、平成 29 年 5 月より入退院支援加算Ⅰを算定しており、令和 2 年度は 982 件の算定となった。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う面会制限などの影響で、患者家族や担当ケアマネジャーなどの地域の関係機関との連携がとりにくい状況もあるが、オンラインによるカンファレンスの実施など、新たな取り組みを実施した。
認知症疾患医療センター（平成 26 年 3 月に京都府から指定）の業務は、医師、精神保健福祉士、看護師、臨床心理士が中心的な役割を担い、認知症の鑑別診断の他、認知症に関する相談や院外関係機関との連携を強化している。平成 30 年に院内職員の認知症対応力向上を目的とし、“認知症サポートチーム”を立ち上げ、平成 31 年度より認知症ケア加算の取得に向け、活動を強化している。
がんに関する相談は、がんの認定看護師と共に専従の社会福祉士が対応している。
小児・DV に関する相談は、家庭環境の複雑化などを背景に年々増加しており、引き続き、行政などの関係機関との連携を強化していきたい。
地域包括ケア病棟に関する運営では、急性期病棟からの受け入れ（ポストアキュート）のみならず、地域からの受け入れ（サブアキュート）に力を入れており、地域からの受け入れの割合は 43.3%となっている。

【令和３年度の目標・課題】
（第四次経営計画における具体的取り組み：　①－6）-ア、②－1、②－3））
◆①－6）-ア「職員の意識向上（ホスピタリティーの向上」住民目線の医療の構築
引き続き診療推進委員会を中心に、外来診療や入院調整の課題解決や、患者さんが円滑に受診・入院できるシステムの構築を目指す。
◆②－1）「病診連携のさらなる充実」
新型コロナウイルス感染症の流行が続く中で、安心して受診していただけるよう感染対策を徹底し、安心して患者さんをご紹介いただけるよう広報を行なう。また、地域の医療機関との連携強化を目的に、医院の紹介パンフレットの刷新に継続して取り組む。
◆②－1）「地域全体の医療職・介護職の教育・研修」
新型コロナウイルス感染症の感染予防のため、オンラインを中心とした研修会の開催を検討する。
◆②－3）「地域包括ケアシステム時代の「切れ目ないネットワークづくり」
病院完結型医療から地域完結型医療への転換を推進するため、引き続き、地域の関係機関との連携を一層強化していく。

Ⅶ　医療安全管理部

【スタッフ】

医療安全管理部長　　新井　正弘
医療安全管理部担当部長　　塚本　昌弘
＜医療安全対策室＞
室長　　兼澤　直子

【概　　況】

1. 医療の安全に関わる研修会企画、マニュアル整備、職場環境の整備、患者相談への対応等医療・患者の安全に関わる業務全般を管理運営する。
2. 医療安全管理部カンファレンス：毎週水曜日 8：30～9：00
   上記メンバーに看護部長、必要時は医療機器安全管理者、医薬品安全管理者、事務局長を加え、レベル 3ｂ以上の事例、ハイリスク事例、院内死亡事例等の検討と情報の共有を図っている。

（目　的）

- 医療安全対策室は、京都山城総合医療センターにおける医療事故を防止し、患者に良質な医療を提供するための環境作りをする。
- 医療安全管理部は、副院長・医事担当部長・医事課長、医療安全管理者で構成され、組織横断的に病院内の安全管理を担う。

（任　務）

- 医療安全対策委員会の運営：月 1 回第 3 月曜日
- 医療安全対策委員会下部組織であるリスクマネジメント部会の運営（第 2 月曜）
  分析部会（第 2 火曜日）　開示部会・広報部会（第 1 月曜）
- 医療安全管理の業務に関する企画立案及び評価
- 医療安全委員会をはじめ医療安全に関する部門等と連携し安全管理に資する活動
- 出来事報告・事故報告の収集、分析、対策、フィードバック。各部門、部署のリスクマネージャーと連携し、医療事故の原因調査・分析、対策のための支援
- 院内を巡回し、各部門における医療安全対策の状況を確認し、関連部門と連携して必要な業務改善等の推進
- 院外の医療安全に関する情報収集を行い院内の安全対策への活用
- 医療安全マニュアルの点検・修正
- 医療安全対策に係る職員研修を年 2 回以上、企画・開催
- 患者相談窓口担当者と連携し、患者の医療安全に関する相談への対応
- 医療事故への対応

【令和 2 年度研修会】

1. 医療安全における院内の取り決め
2. 新人研修　出来事報告の書き方
3. 医療事故と医療ミス
4. 医療紛争（DVD 研修）
5. 清掃業者の医療安全対策
6. 新型輸液ポンプ
7. 除細動器付き AED

【令和 3 年度の目標・課題】

地域医療支援病院として、安全で質の高い医療を提供できる医療チームを構築する

1. 職員一人一人が自立した考えをもち、安全で質の高い医療・患者の安全を第一に考えられる医療チームが構築できるよう働きかける
2. 安全な職場作りのための環境を整備する

Ⅷ　感染防止対策部

【スタッフ】

感染防止対策部長　　新井　正弘

＜感染防止対策室＞

室長　　大植　由紀子

【概　　況】

感染防止対策部は、細菌検査室および病棟より報告される感染情報の把握と分析を行い、院内感染発生状況の把握、各職種からのコンサルテーションに対して、問題解決へ向けて適切な方法で回答及び調整を行っている。また、病院内すべての人のために職業感染予防対策としてワクチンプログラムを立案、実践している。院内感染を未然に防ぐために、耐性菌検出時の感染対策、手指衛生の実施率の向上、衛生的な環境整備、流行性疾患の感染対策強化、および結核発生時の早期対応にむけて体制を整備して感染防止予防対策を行っている。

2020年は新型コロナ感染症のパンデミックが宣言され、当院を含め医療環境が大きく変化する年になった。感染防止対策部は、2020年1月より新型コロナ感染症の外来及び入院体制整備に向けて取り組み、1/17　新型コロナウイルス関連肺炎の受け入れ開始、1/22　武漢からの帰国者診察対応を契機に発熱外来開始、3/19　感染病棟で陽性者の入院受け入れを開始した。コロナウイルスの流行状況や地域の医療体制状況を把握し、感染症の情勢変化に応じた院内感染対策を立案して周知した。また、地域施設からのコンサルト（22件/年）を受けて研修（5回）を実施し、地域施設のコロナ感染対策力の向上にむけ取り組んだ。現在も京都府や保健所、地域の医療機関との連携のもと、地域医療支援病院と第2種感染症指定医療機関としての役割が安全に遂行できるように尽力している。

【令和３年度の目標・課題】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①-2）

① -2・新型コロナ流行に伴う感染拡大を防止するために、感染状況の把握、感染対策の立案、周知徹底を行い、地域の感染症基幹病院としての役割を果たす

② 院内感染の発症を未然に防ぐ

- 各部署の手指衛生目標 100％達成を目指す
- 全職員が PPE を正しく使用できる
- 環境整備を徹底する
- 患者および職員の安全を図る（各部署の研修会参加率 70％を目指す。）
- 流行性疾患の職員の抗体価獲得に向けて職員 90％を目指す
- 手指衛生の定着に向けて感染リンクナースとともに啓発、調査、評価を行う（手指衛生目標回数：病棟・透析室 6 回/日、ICU、手術室 15 回/日、外来８L/月）
- 針刺し・血液体液曝露事象を検証し、防止策を講じることで発生件数（令和 2 年 17 件）を減らす
- インフルエンザ、ノロ等流行性疾患の感染対策の強化
- 各種サーベイランス実施、院内感染率の低減（目標：MRSA新規感染率2％以下）

③ **地域連携感染対策ネットワークの構築**

・地域の施設からの感染に関するコンサルトの対応、地域研修の実施（院外研修 5 回）

・感染対策地域連携カンファレンスほうゆう病院4回、宇治徳州会病院4回

・ITによる迅速な情報共有方法の検討と課題の抽出

④ 感染対策の視点で環境整備の評価・改善

・流行性疾患に応じた医療体制の課題抽出と環境改善に向けた体制整備

・職員の流行性疾患及び曝露防止に伴う体制整備（ワクチン・検査・物品等）

・手指衛生個人持ち使用量調査と定期的なフィードバック

・針刺し・曝露事故防止のための研修

・新型コロナ対応で新たに導入された物品の使用、管理方法の確立

Ⅸ　診療情報管理室

【スタッフ】

事務部副部長兼診療情報管理室長	粂　順哉
副課長	柳沢　伸秀
事務職員	山中　奈那美

【概　　況】

1.診療情報管理業務

○病名、手術のコーディング（ICD-10、ICD9-CMによる疾病分類）

○入退院情報の登録業務。（分娩・新生児情報、死亡情報等のその他入力も含む。）

○退院サマリー作成の管理。退院時サマリー督促業務。

○診療録の量的点検、質的点検。

・診療に必要なカルテ記載や必要書類（入院計画書・サマリー・同意書・手術記録等）の有無を確認し、不備があれば担当部署や医師に訂正及び追記を依頼。また、診断や医療行為を裏付ける記録があるか、診断名・診療内容の妥当性などについて確認する勤務医全員参加による診療録監査の実施も行っている。

○診療録の貸出や返却・書類などのスキャナー取りこみ等。

・当院では、平成18年より電子カルテを導入しており、診療情報のデータに加え、一部紙運用の入院・外来カルテ、過去の記録、フィルム等の診療記録類や書類等の診療情報の保管、整理、閲覧、貸出および返却回収を行っており、適切な診療録の管理及び迅速に対応できるように運用している。

2.疾病統計・DPC分析業務

○各種統計資料作成及び年度別疾病統計の年報を作成。

○医療の質向上・医療の効率化・経営改善の為の統計及び分析業務。

3.診療情報開示業務

○診療情報提供委員会による審議に基づき、診療情報開示の説明・手続きの実施。

【令和３年度の目標・取組実績】

（第四次経営計画における具体的取り組み：①　）

1. 診療情報を適切に管理、運用、保管を行う。
   ・診療や患者サービスに診療情報を適切に活用することができるよう、情報の管理を行う。
2. 診療録記載の質の向上及び病名登録の質の向上を目指す。
3. 疾病統計及び診療情報の活用をより充実させ、質の高い効率的な医療を支援する。
   ・診療情報を分析し活用することで医療の安全管理、質の向上および病院の経営管理に有効利用し、医療を側面から支える。
4. 退院サマリーの作成率 100%を目標に努力し、退院サマリーの質向上の支援を行う。

Ⅹ　事務部

【スタッフ】

事務部長医事課長事務取扱	川﨑　祐二
事務部副部長	中村　真史
事務部副部長兼診療情報管理室長	粂　順哉

＜医事課＞

保健請求担当課長	山田　詠子
副課長	岡﨑　明子、大西　真紀
診療情報管理室副課長	栁沢　伸秀、
主任	菊谷　亜紀、井関　良弘
主事	福井　大也、小西　麻衣子、鈴鹿　元洋

【概　　況】

入院と外来の受付・案内・会計業務や診療報酬請求業務、その他患者さんへの対応等の業務を行っている。

外来においては、受付から会計まで患者さんがよりスムーズに受診できるよう、更に各部署と連携を図り、業務改善に努める。

また、保険請求については適正な請求・請求漏れの確認・査定（減額・減点）状況の検証等について課内で検討を行い、請求の質を高める。

令和２年度に引き続き、今年度も事務部として新型コロナウイルス感染症に関する業務に関わる。

【令和３年度の目標・課題】

保険請求業務については、医師、看護師等とより一層連携を強化し、保険診療についての情報の発信及び院内で情報の共有化を図り、診療行為が適正に診療報酬に反映されるよう、請求事務の精度向上に努める。

令和２年から新型コロナウイルス関連業務が急増し、その業務の比重が上がっており、本来業務に支障を来たしつつある。早急に課内の人員体制（人員確保）や業務の役割分担（効率化を図る）について見直す必要がある。

Ⅺ　事務局

【スタッフ】

事務局長　　川﨑　祐二
事務局次長　　三木　一壽【会計年度任用職員】（総務担当リーダー事務取扱）
　　中岡　宏安（システム情報管理室長事務取扱）
　　中村　真史（経営担当リーダー事務取扱）

＜総務担当＞
リーダー　　三木　一壽【会計年度任用職員】
副リーダー　　中嶋　惇
主任　　廣澤　真由子、中津留　竜也
事務職員　　久保　綾香、古川　由佳、荒木　友美、山根　果歩、北脇　まみ、

＜経営担当＞
リーダー　　中村　真史
主任　　奥田　典子、西田　翔
＜管理担当＞
リーダー　　植田　裕士
副リーダー　　大西　勝也
主査　　谷　善司【会計年度任用職員】
＜システム情報管理室＞
室長　　中岡　宏安

【年度総括】

令和２年度は、会計年度任用職員制度導入の初年度となり、新たに取り組む事務作業が増え、それに加え、新型コロナウイルス関連業務が急増した。

また、コロナ関連の補助金業務については、事務局職員総出で申請及び実績報告など事務処理をこなした。経費削減の取組みとしては、昨年に引き続きベンチマークを用いた値引き交渉（薬品等）を行い、経費抑制に努めた。

なお、令和２年度においては、日々の業務の見直しや業務改善を図るなど効率化に努めたが、全体的には令和元年度と比べ前述の業務量が増えたことにより、業務時間は増加した。

【令和３年活動計画、目標】

（第四次経営計画における具体的取り組み：③ー3　）

令和３年度は、昨年度から業務量が増えている（コロナ等）ことから、事務職の生産性の向上（業務の効率化）に特に力を入れて取り組むこととする。
如何にこのコロナ禍において通常業務に加えプラスαの業務を遂行していけるか、更なる業務の見直し・改善に取り組む必要がある。

また、引き続き、職員の院内感染を防ぐべく、職員への感染防止対策の啓蒙や来院者が安心して受診して頂けるよう院内における感染対策の取り組みを行う。

Ⅰ　会議

●会議名　管理会議

【構　　成】

委員長　岩本 一秀

委員　　１６名

【年度総括】（開催回数：１２回　毎月最終火曜日開催）

当院の最高議決機関として、重要課題に付き協議・検討を実施。（議論を深める必要のある課題については、別途月１回コア会議開催）

会議内容の構成は、

①連絡事項（経営指標の動向、医療情勢の変化など）

②協議事項（病院の運営に係わる重要事項について、検証・協議し決定）

③懸案事項（中・長期的な課題について、段階的協議により意見集約）

としている。

＜令和２年度の主な取り組み内容＞

①新型コロナ対策（別途、Covid Meeting として感染対策チームを加え月２回開催）

②2020 年度診療報酬改定（選定療養費など）への対応

③広報部門の充実（組織編成）　等

【令和３年度：活動計画、目標】

①新型コロナ対策の対応・方針協議

②コロナ禍における経営改善策の提案

③2022 年度診療報酬改定への対応策

④四次経営計画の達成（最終年度統括）

⑤次経営計画の内容について協議　等

●会議名　経営戦略会議

【構　　成】

委員長　岩本　一秀

委員　　５１名

【年度総括】（開催回数：１２回　毎月最終水曜日に開催）

全所属長が委員として参加しており、管理会議での決定事項や病院の運営上、重要な事項を共有し、各所属長から所属スタッフへ伝達及び周知を図り、全職員が情報を共有する会議としての役割機能を持つ。

【令和３年度活動計画、目標】

特に重要な組織決定事項（対応・方針）等（新型コロナウイルス感染症関連業務・災害対応等）については、改めて情報共有の徹底を図る。

また、引き続き、各部署間の横の繋がりを深める為、職員同士で他部署の取り組みについて評価し合えるよう各部署での積極的な取組み内容の報告をしてもらい、その中で地域住民

に知ってもらいたい情報はリアルタイムに発信していく。

Ⅱ　委員会

●委員会名　医療安全対策委員会

【構　　成】

委員長　新井　正弘

委員　　１４名

（構成員）

診療部：副院長　部長又は副部長、リハビリテーション課長

看護部：看護部長

技術部：薬剤部長　臨床検査課課長　放射線課課長　臨床工学室長　栄養管理室長

事務部：事務局長　医事課担当部長　医事課長

医療安全管理部：医療安全管理者

【年度総括】（開催回数：１２回）月１回第３月曜日

医療安全対策委員会では、職員のリスク感性の醸成に努め、職員から提出される出来事報告をもとに、リスクマネジメント部会、患者サポート充実加算会議から報告された事例の中でも、特に医療安全上問題となる事例について組織横断的に検討を重ねている。個人の問題に留めず、医療に伴い発生する有害な出来事報告の情報を丁寧に調査分析し、再発防止策を立案するとともに、業務の改善・見直し・職員へのフィードバック、ルールの周知、再発防止のPDCAサイクルを回していく。有害事象の発生時は速やかに他部署と連携をとり、チーム医療で患者の安全確保に全力を尽くす。

2020年度　出来事報告数　1362件（前年度より60件増）

〈令和２年度の主な取り組み〉

1. 誤認防止

   2020年度の誤認件数は59件、2019年より5件減少した。発生要因として名前を名乗ってもらう、生年月日を言ってもらうなどの基本的な最終確認ができていないことによるものである。確認の必要性については理解しているものの、多忙や多重業務により確認を怠ってしまったといった事例が多い。誤認は大きな医療事故に繋がるため継続的に取り組む必要がある。

2. チームステップスツールの活用によるヒューマンエラー防止

   医療事故の7割はヒューマンエラーによるものといわれており、チームステップスツールを活用することにより、情報共有とコミュニケーションエラーを防止する取り組みを行った。これにより連携不備によるエラーが減少し、4年前と比較すると252件から187件(26%)に減少した。

3. その他出来事報告からの業務改善

   ① インスリン注射院内スケールの全科統一
   ② 医療機器コードの環境整備のためのベルトの作成
   ③ 小児の鎮静を伴うMRI検査体制の構築
   ④ 救急ホットラインの整備
   ⑤ 外来基本票への禁忌事項の項目作成
   ⑥ 臨床工学室共同研修会
   ⑦ 外来問診表の見直しと改訂、レイアウトの統一化
   ⑧ 誤配膳防止のための栄養管理課の配膳時間の見直し

【令和 3 年度活動計画、目標】

「地域医療支援病院として、安全で質の高い医療を提供できる医療チームを構築する 」

1. 職員一人一人が自立した考えをもち、安全で質の高い医療・患者の安全について考えられる医療チームの構築と組織作り
2. 報告書から得られた情報をもとに、安全な職場作りのための環境を整備する

●委員会名　リスクマネジメント部会

【構　　成】

委員長　松本　裕則

委員　　２５名

【年度総括】（開催回数：１２回）

1. 主な取り組み

2020 年度の出来事報告数は 1364 件と 2019 年度より 60 件と増加し、職員による積極的な報告が行われている。部会では出来事報告の中から幾つかの事例をとりあげ、多職種の意見を聞きながら再発防止策の検討を行った。また部署間の連携不備に関する事象については分析部会で RCA 分析を行い根本原因を導き出し再発防止策を検討した。広報部会では院内メールやポスターなどを用いた再発防止の呼びかけや、開示部会での事例の紹介、部署での安全活動への取り組みを紹介した。部会で解決できない事例に関して、上部機関の医療安全対策委員会で再検討し、院内のルール作りや安全対策の構築を行った。

出来事報告　ﾚﾍﾞﾙ別件数

ﾚﾍﾞﾙ 0 ﾛｰﾘｽｸ	ﾚﾍﾞﾙ 0 ﾊｲﾘｽｸ	ﾚﾍﾞﾙ 1	ﾚﾍﾞﾙ 2	ﾚﾍﾞﾙ 3a	ﾚﾍﾞﾙ 3b	ﾚﾍﾞﾙ 4a/4b	ﾚﾍﾞﾙ 5
400	103	452	145	67	11	0	0

2. チームステップスツールの活用によるヒューマンエラー防止

医療事故の 7 割はヒューマンエラーによるものといわれており、チームステップスツールを活用し、情報共有とコミュニケーションエラーを防止する取り組みを行った。これにより連携不備によるエラーが減少し、4 年前と比較すると 252 件から 187 件 (26%) に減少した。

3. 誤認防止

2020 年度の誤認件数は 59 件、2019 年より 5 件減少した。名前を名乗ってもらう、生年月日を言ってもらうなど、確認の必要性については理解しているものの、多忙や多重業務により確認を怠ってしまったといった事例が多い。誤認は大きな医療事故に繋がるため継続的に取り組む必要がある。

4. その他

- リスクマネージャーによる院内ラウンド
- 院内改善事項に関するスライドショーの作成
- 転棟転落防止

〈令和 2 年の主な改善〉

1. インスリンスケール指示の院内統一化
2. 医療機器コード整理のためのバンドの作成
3. ICU・救急室緊急薬剤メニュー一覧の見直し

4. 救急室ホットラインの整備
5. 外来基本表への禁忌事項（アレルギー、禁忌肢等）の項目を作成
6. インスリン針をインスリンと共に冷蔵庫保管
7. MRI の検査前チェックのイラスト入りポスターの作成
8. 中止になったインスリンの管理の置き場所の統一
9. 栄養管理課の食事オーダー締め切り時間の変更による、誤配膳防止
10. 外来問診表のレイアウトの統一と問診内容の見直しと改訂

【令和 3 年度活動計画、目標】

「地域医療支援病院として、安全で質の高い医療を提供できる医療チームを構築する 」

1. 確認の精度を高め、安全な医療を提供する
   - 指さし呼称確認を習慣化しよう
   - 患者さんと共に安全確認しよう
2. チームステップスツール活用によるヒューマンエラー防止
   - CUS
   - 2 回チャレンジルール
   - SBAR
   - I PASS THE BATON

●委員会名　医療事故対策委員会

【構　　成】

委員長　中井　一郎
委員　　７名

【年度総括】（開催回数：０回）

医療事故対策委員会は、医療事故等が発生した際に臨時招集される。メンバーは院長・副院長・診療部長・事務局長・看護部長・医事担当部長・医療安全管理者で構成され、患者影響レベル 3ｂ以上でアクシデントにより濃厚な治療、永続的な後遺症が懸念される事例、死亡に至るような事例に関し、病院長の指令のもと即座に委員会を立ち上げ病院としての対応について論議する。令和 2 年ﾚﾍﾞﾙ 3ｂ以上の報告数は 11 件、ﾚﾍﾞﾙ 40 件　ﾚﾍﾞﾙ 50 件。委員会開催なし。

【令和 3 年度活動計画、目標】

休日の報告、日々の有事事例について、医師・看護師から医療安全管理者に報告されるようになり、職員の医療安全室長への報告は迅速になされている。週に 1 度（毎週水曜日）の医療安全カンファレンスにおいて、ﾚﾍﾞﾙ 3b 以上の報告のほか、院内で問題になっている重要な事象について共有し、迅速に病院長への報告を行うことにより、事故発生時の対応を行っていきたい。

●委員会名　感染性廃棄物委員会

【構　　成】

委員長　竹田　征治
委員　　７名

【年度総括】（開催回数：２回）

1. 感染性廃棄物の適正処理を図った
2. 感染性廃棄物の排出量は前年に比して新型コロナウイルス感染症の影響を大幅に受け増加傾向となり、50t を超過し年間約 64t にもなっているため更なる削減の努力が必要である
3. 感染性廃棄物処理計画書の見直しを行った
4. 感染性廃棄物処理時の針刺しなど安全対策に関して啓蒙を行った

【令和３年度活動計画、目標】

1. 廃棄物分別および削減に関する入職時オリエンテーションの実施
2. 院内ラウンドによる廃棄物の分別に関する周知徹底
3. 新型コロナウイルス感染症による廃棄物の適正な処理の実施
4. 感染性廃棄物排出量の抑制

●委員会名　防火対策委員会

【構　　成】

委員長　岩本　一秀
委員　　１１名

【年度総括】（開催回数：１回）

消防訓練開催　年１回

1. 令和 2 年 10 月 29 日：老健やましろ４階での火災発生を想定とした合同訓練を実施

【令和３年度活動計画、目標】

1. ＢＣＰ（事業継続計画）に則した訓練の実施
2. 水害発生時の対応能力の向上

●委員会名　災害対策委員会

【構　　成】

委員長　糸川　嘉樹
委員　　２２名

【年度総括】（開催回数：４回）

1. 委員会を定期開催(奇数月の第二月曜日)している。
2. 災害対策マニュアルの検証を行った。
3. 水害発生時の初動の詳細について確認、検証し、問題点を抽出、対応策を検討した。
4. 令和 2 年度災害対策訓練(院内)として、病院向け震災時対応マニュアルＤＶＤ【初動編】の視聴を行なった。
5. 新型コロナ禍、緊急事態宣言発出下の災害対策訓練、集合研修のあり方について検討した。

【令和３年度活動計画、目標】

1. 災害対策マニュアルの検証
2. 院内の災害訓練(実地形式、机上形式)の実施
3. 山城南災害医療訓練の実施
4. 災害発生時の感染病棟の対応の検討と確認

5. 緊急時職員一斉連絡のシステム構築

●委員会名　医療ガス安全管理委員会

【構　　成】

委員長　杉　崇史
委員　　５名

【年度総括】（開催回数：１回）

1. 医療ガスの安全管理について適正処理を図った。
2. 保守点検業務の内容の確認。
3. 耐用年数を超過した物品等の修理交換作業の確認。

【令和３年度活動計画、目標】

1. 医療ガス設備の更なる点検。
2. 保守点検の記録及び保存。
3. 医療ガスに関する知識の普及・啓発。

●委員会名　院内感染対策委員会

【構　　成】

委員長　新井　正弘
委員　　２９名

【年度総括】（開催回数：１２回）月１回第２火曜日

2020 年度は、新型コロナ感染症のパンデミックがおこり、年間を通じてコロナ感染症対策に取り組んだ。主に、コロナ対応状況や COVID 会議を受けての院内感染防止対策について情報共有を行い、各部署での啓発活動を行った。

1. 新型コロナウイルス感染防止対策
   - ① 手指衛生や個人防護具等の感染対策物品が不足する事態があり、物品の供給、使用状況の把握と使用方法に関する取り決めと通達を行った
   - ② コロナ水際対策として出入口の検温、面会制限、職員の健康チェック、3 密回避、時差出勤、外出制限、実習生の受け入れ是非について検討、決定事項についての部署内での周知徹底を図った
   - ③ 研修実施　6 月 9 日『新型コロナウイルスこれまでとこれから』参加者 60 人（※人数制限あり）
   - ④ クラスター発生時対応の状況共有ツールの策定と部署での対策状況を把握、各部署での BCP（業務継続計画）策定した
   - ⑤ 新型コロナ検査状況の確認、運用について検討、入院時や術前スクリーニング検査実施に向けての体制整備を行った
   - ⑥ 発熱外来、感染病棟でのコロナ患者対応状況に関する情報共有と隔離対応について体制整備した
2. 毎月の部署別手指衛生剤使用状況の確認と啓発

   ・1 患者 1 日あたりの手指衛生回数（全病棟平均：2019 年：4.9 回→2020 年：4.6 回）

   ※2020 年は補助品の手指衛生剤を使用しており、実回数より低い回数で算出されている可能性がある

3. 微生物検査検出菌の把握と部署内での感染対策推進

・ICT からの微生物検査結果をうけて耐性菌検出状況を把握する手段として、電子カルテで経路別感染対策の表示を行い、情報伝達ルートを確立した

4. 職員の安全管理と職業感染防止対策の強化

・職員のインフルエンザワクチン、新型コロナワクチン接種体制の整備し、実施した。（インフルエンザワクチン接種率 94%、新型コロナワクチン接種率 88%）

・針刺し・血液曝露発生数減少に向けての取り組みについては、実施できなかった。（針刺し、血液曝露事象：2019 年 18 件→2020 年 17 件）

5. 感染対策実施に向けた環境整備

・各部署での環境清掃の推進（高頻度接触面の清拭）を行い、定期的な環境清掃の定着に向けて啓発を行った

【令和３年度活動計画、目標】

施設内に出入りするすべての人に対し、感染防止対策を講じることで、安全に医療が提供出来る環境を整備する

1. 新型コロナウイルス感染対策
   院内外のコロナ感染流行状況の把握と情報共有を行い、全部署で状況の変化に応じた院内感染対策を整備する
2. 職業感染防止対策の強化（年間発生数を 10 件以下にする）
   職員の曝露事象について分析、情報共有を図り、曝露事象防止対策を検討、実施する

●委員会名　ＩＣＴ委員会

【構　　成】

委員長　加納　原
委員　　１０名

【年度総括】（開催回数：４６回）

1. 院内感染発生状況の把握
   細菌検査室および病棟より報告される院内感染情報の把握と分析を行った。
2. 院内感染対策

・毎月の部署別手指消毒剤使用状況の確認と励行：目標：1 患者 1 日あたり 6 回
   全病棟平均： 2018 年 3.3 回→2019 年 4.9 回→2020 年 4.6 回
   2020 年度の手指衛生回数は、前年度より低い値であったが、寄付品の手指衛生剤使用による回数は含まれていないため、実際の回数よりも低く算出されている。しかし、目標回数の 6 回には達していないと考えられる。

・21 部署の院内定期ラウンド実施とフィードバック：
   前年度より引き続き、各病棟を必ず毎週ラウンドするローテーションを行い、各部署に結果をフィードバックして、職員の感染対策への認識の強化を図った。

3. その他個別事業

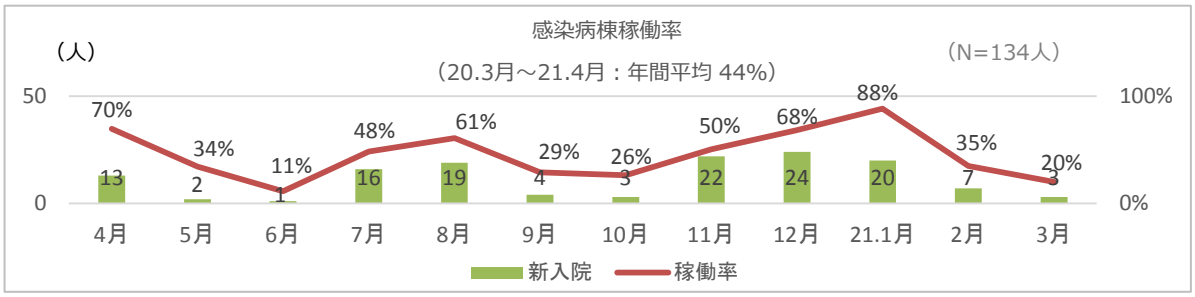
(1) 新型コロナ感染防止対策

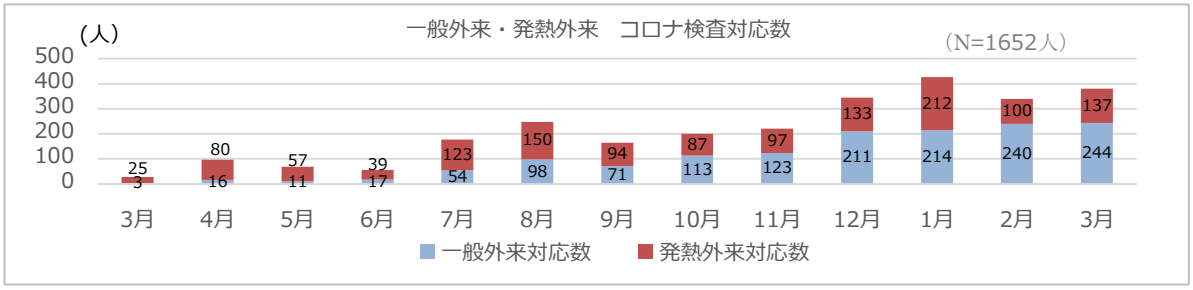
目標：『当院をうつし合う場所にしない』地域基幹病院としての機能維持を図る
目的：全部署がそれぞれに何からの役割を果たして対応できる感染対策体制を整備する
① 個人予防策の徹底：PPE 脱着の講習、全自動ディスペンサー配置、アイガード配布
② 検査態勢の拡充：保健所 → 外注 → 院内機器
③ コロナ疑い対応プロトコール、検査対応基準策定
④ 職員の新型コロナワクチン接種事業　接種率 88%　（接種者 732 人※委託契約職員含む）

⑤ 当事者意識の共有

a) 適切な情報提供：院内メール、大型掲示（かわら版）

b) 「得体の知れなさ」脱却：実際に診て、治療する





(2) 新型コロナアウトブレイク防止対策

①院内コロナ陽性者及び接触者対応（いずれも院内感染者なし）

- 2020 年 9 月　通院患者 1 名　接触患者 40 名　接触職員 19 名　就業制限なし
- 2021 年　1 月　職員 1 名　接触患者 38 名　接触職員 89 名　就業制限 1 名
- 2021 年　2 月　入院患者 1 名　接触患者 3 名　接触職員 34 名　就業制限 1 名

②職員の健康管理と報告体制整備

・職員（委託/嘱託職員含む）及びその同居者

a) 就業前の検温実施と報告体制の整備

b) コロナ感染を疑う状況である場合の報告と就業制限基準策定

4. 抗菌薬適正使用支援活動（Antimicrobial Stewardship Team：AST）

・血液培養陽性例、薬剤部へのコンサルト例などを中心に該当症例について毎週カンファレンスを施行し、効果的かつ無駄のない抗菌薬使用法について、主治医へ提言した（123件/年）

・2020年度はコロナの影響で、感染症ミニレクチャーの定期開催ができなかった。

5. 教育・啓蒙

・全職員対象の院内感染対策研修会の企画・運営

第 1 回研修「新型コロナウイルス感染症　これまでとこれから」
（2020. 6/9　参加者 66 名※参加人数制限あり）

第 2 回研修（DVD研修）「新型コロナ・接触/飛沫感染対策」
（2020. 7/6～7/10　参加者477名）

新型コロナ陽性者対応部署のPPE着脱実施研修　3回/年
（2020. 4月、9月、2月　参加者67名）

6. 委員会への報告

実施した諸指導・提言の内容について、2回/月のCOVID会議、1回/月の院内感染対策委員会へ報告

7. 地域連携感染対策

・山城南新型コロナウイル感染症対策協議会への参加、当院の状況報告
（6/24、7/30、9/5、9/24、12/3、1/14、2/25　第 1 回～第 7 回開催）

・感染対策地域連携カンファレンス　ほうゆう病院4回、宇治徳州会病院4回（抗菌薬使用状況、手指消毒剤使用状況、感染症患者の発生状況、各施設での感染対策の問題について情報交換と検討、相互ラウンド及びフィードバック）
・山城南保健所や新型コロナコントロールセンターからの受診・入院調整を実施

8.職業感染防止対策
・結核患者曝露対策の実施（2 件）
・針刺し/血液体液曝露対応件数（17件）
・新規採用職員にHBV/麻疹/風疹/水痘/ムンプス抗体価測定、ワクチン接種実施

【令和 3 年度活動計画、目標】

1. 新型コロナウイルス感染対策
引き続き、新型コロナウイルス（2 類感染症）に対し、病院長や病院執行部と協働のもと全部署がそれぞれに何らかの役割を果たして対応できる感染対策体制を整備し、院内感染を未然に防ぐとともに、保健所や地域連携病院と協力して、地域の感染防止対策に貢献する。

2. 抗菌薬適正使用支援チーム（Antibiotics Stewardship Team: AST）の活動拡充：
当院 ICT は AST を兼任する形で活動を行っている。次年度は、スーパーバイザーとして京都府立医科大学感染制御部の笠松先生、福岡先生に、助言・指導いただく予定であり、安全に感染症ミニレクチャーが開催できる環境整備を行い、感染症の知識向上に向けた活動を実施していく。
当面の目標として、広域抗菌薬使用前の培養採取率を現在の 70%程度から 9 割近くまで上げられるよう、啓発を図っていく。

3. 広報活動の充実
感染対策においては全職員が危機感を共有することが重要である。『やましろ感染対策ニュース』や院内メール等を活用して現状をリアルタイムに共有する体制を継続する。

4. 職業感染防止対策の強化
・針刺し、血液曝露対応事象が前年度 17 件より低減できるように、研修や環境整備を行い職員への啓発活動を実施していく。
・麻疹/風疹/水痘/ムンプス/B 型肝炎について基本データの入力のみで必要検査項や接種ワクチンの選定と、配布カードの印刷までを自動で行える環境の構築に向けて取り組んでいく。

5. 感染対策 IT システム導入に向けた環境整備
近年、感染対策加算 1 の算定要件が厳格化する傾向にあり、従来の手作業による集計報告では破綻を来す懸念が迫っている。同規模の施設では電カルと連動した感染対策 IT システムを導入することが一般的となっており、当院でも必須と考えられる。これに向けて費用算定や、検査室・サーバー室と導入シミュレーションなどを行い、予算獲得への理解を得る。

●委員会名　輸血療法委員会

【構　　成】

委員長　中谷　公彦
委員　　１２名

【年度総括】（開催回数：６回）

腎臓内科の中谷医師を中心に、看護師 7 名、薬剤師 1 名、臨床検査技師 2 名、事務職員 1 名で構成され、より安全な輸血療法を目指し、委員会活動を行った。委員会では大量輸血

症例や廃棄率など使用状況についての報告や副作用の発生状況を報告し、その把握と対策について協議した。新鮮凍結血漿（FFP）とアルブミン製剤については適正使用加算取得を目標に血液製剤の適正使用を推進した。7月には輸血療法についての基礎知識を学ぶためにｅ-ラーニングによる研修会を2回開催した。8月にはＦＦＰ解凍器を輸血部門に導入、ＦＦＰを解凍後出庫する体制が構築できた。また、輸血療法のながれについて問題提起された場合はその都度運用方法の見直しを行い、対策について検討を行った。

（主な取り組み）

・ 血漿分画製剤同意書の運用を開始した。
・ 「小児の輸血について」、「カリウム除去フィルター使用方法について」協議を行なった。
・ 輸血同意書の取得に関して医療安全対策委員会と連携し協議を行なった
・ 輸血マニュアルの改訂について検討し、変更事項について協議した。
・ ｅーラーニングによる全職員対象の輸血療法研修会を行なった。
・ ＦＦＰ解凍器の導入後の解凍後のＦＦＰの取り扱いなどについて協議した。

（今後の課題）

・ 輸血管理システムが老旧化してきており、次期システムへの移行時期について検討が必要である。
・ ＦＦＰ解凍器の運用について、臨床検査課での対応、解凍のタイミングなど今後の導入に向けて検討が必要である。

【令和３年度の目標・課題】

（◆第四次経営計画における具体的取り組み：①－(1)－ア、③－(3)）

・ 血液製剤の適正使用を推進し、より安全且つ有効で無駄の少ない輸血療法目指し、廃棄率の低下に取り組む。
・ 輸血後副作用対策として輸血後感染症検査の実施率の現状を把握し、実施率を向上させるために取り組む。
・ より安全で確実な輸血療法を実現させるために輸血療法のながれについて検討を重ね、輸血療法マニュアルを整備し、院内全体に周知する。
・ より安全な自己血輸血の推進のために啓蒙する。
・ 現在、輸血管理料Ⅱを取得しており、今後は輸血管理料の適正使用加算取得を目指し、新鮮凍結血漿（FFP）とアルブミン製剤の適正使用に取り組む。

●委員会名　褥瘡対策委員会

【構　　成】

委員長　花田　圭司
委員　　１５名

【年度総括】（開催回数：１２回）

・委員会を毎月1回開催し、「褥瘡発生率（院内）1%未満」を目標とした。
・主に入院患者に対して活動しており、①褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定 ②エアマットの管理、使用状況の確認、補修・買い替えの検討 ③体圧分散マットレスの利用状況確認　等をおこなっている。
・毎週金曜日（15：30～）に褥瘡回診をしている。各回 10 例前後の症例について、治療方針を検討し、治療経過を評価した。

令和２年度の褥瘡発生率は0.6%、褥瘡有病率は3.62%であった。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算を 895 名に算定した。

【令和３年度活動計画、目標】

褥瘡発生率（院内）1%以下を目標に、月 1 回の褥瘡委員会、週 1 回の褥瘡回診を行う。
スキンテア、医療機器関連創傷(MDRPU)についても、活動の対象に含める。
褥瘡対策マニュアルの見直しを適宜おこなう。
院内外研修会の開催をおこなう。
新規にエアマット・車いす用クッション・ポジショニング枕を購入し、褥瘡予防や治療の効率化を進める。

●委員会名　NST 委員会

【構　　成】

委員長　糸川　嘉樹
委員　　１８名

【年度総括】（開催回数：４９回）

毎週金曜日１３時から NST 委員会、カルテ回診を開催
新規介入患者に対して、病棟回診を実施
褥瘡回診対象患者と主治医からの NST 依頼患者を対象
年間のべ介入患者数 582 名

NST 依頼　13%(全患者 119 名　依頼 16 名)
平均介入日数　35.86 日
男女比率　男性 42.0：女性 58.0
介入時平均年齢　82.42 歳

協議事項
NST 加算についての検討
NST 介入症例の抽出についての検討
食事摂取量の記載方法についての検討

濃厚流動食の試飲

【令和３年度活動計画、目標】

NST 院内勉強会の開催
NST 活動の周知、啓蒙の強化
臨床栄養管理の推進
NST 加算申請の検討
NST 専門療法士の増員
学会活動の推進
新型コロナ感染対策と感染病棟の対応の検討

●委員会名　臨床検査委員会

【構　　成】

委員長　中谷　公彦
委員　　６名

【年度総括】（開催回数：３回）

令和２年度の開催実績は３回（8 月、12 月、3 月）。新委員として看護部佐藤主任が就任。
第１回では、2019 年度実績報告（検体検査部門）について、生化学分析装置・免疫検査自動分析装置等の機器更新について、また、新型コロナ PCR 装置の導入と抗原迅速検査キットの変更について、そして臨床検査課の採血業務拡大における運用ついて協議。
第 2 回では、2019 年度実績報告（生理機能検査部門）について、各種検査項目の一部試薬変更について、PCR 検査装置導入後の実績について、また、ALP（ｱﾙｶﾘﾎｽﾌｧﾀｰｾﾞ）と LDH の測定法が IFCC（国際臨床化学連合）の推奨する国際的に普及している測定法への変更実施について協議し報告。そして、新型コロナ感染症関連検査対応に関連した、臨床検査技師の年末年始勤務体制について協議し、病理関連業務（病理解剖と CPC）の実績についても報告を行った。
第３回では、検査項目の試薬一部変更の報告と、凝固測定機器・尿一般/尿沈査自動分析装置・血液ガス分析装置の機器更新について協議し、導入による運用効果についても報告。そして猛威を振るう新型コロナウイルス感染症関連検査（PCR 検査・抗原検査・外注検査等）の検査件数などの状況や実績について協議し、報告を行った。
1 年を通し、検体管理加算Ⅳの算定届出に則って、臨床検査医の先生を中心に臨床検査の検査機器及び試薬の管理を行い、管理・運営について委員会で報告を行なった。病理部門では、院内病理解剖と院内病理診断の継続は出来ている。以上の開催で臨床検査の運営・管理において公益性、健全で且つ、しっかりとした方向性を持って運営ができたと思われる。

【令和３年度活動計画、目標】

臨時開催も含め、複数回の委員会の開催を予定とする。新規検査項目導入など院内で臨床検査を有効に使っていただく提案や、診療側から臨床検査課への要望事項などに対して検討・協議し決定を行なう。決定した内容については、院内に啓蒙し周知する。

●委員会名　安全衛生委員会

【構　　成】

委員長　中埜　幸治
委員　　11 名

【年度総括】（開催回数：１２回）

1. 今年度も院内ラウンドをできるだけ実施し、労働安全衛生環境の改善に努めた。
   ５月地下１階、６月１階、７月２階健診センター、８月３・４階、１０月５・６階１１月７・８階、１２月１階、１月２階、２月３階と委員全員で病院施設を巡回し、良好な職場環境維持のため、問題個所の写真撮影を行い、改善具合を再評価して適切な職場環境維持に努めた。
2. 令和元年９月１０日、厚生会出前健康講座で「姿勢改善で肩こりと腰痛のセルフケア」を開催され、参加者４２名。日頃から継続してストレッチ等体を動かすことが大切であることが強調された。職員は今後もこの講座を利用したいとの意見が多かった。
   実施することが義務付けられ、職員のサポートため、５・６月に臨床心理士による職員のアンケート調査（ストレスチェツク）を行い、評価を本委員会で発表した。

3. 職員定期健康診断が、１０月２，３、４日に実施され、９９％が受診した。また、「ストレスチェック提出率」９５％。
健康リスクは全国平均よりやや高めであった。高ストレス者は６５名（全体の１２％）で、中間管理職４０～５０代が最多であった。医局、診療技術部、老健が昨年より増加。この結果を経営戦略会議で報告。希望者には臨床心理士谷川心理士、産業医中埜による個別とした。
4. 「インフルエンザ・新型コロナウイルス」の対応について、特に、新型コロナウイルスについては、今後感染期を迎えた時に備え、サージカルマスク、携帯用手指消毒剤の準備を行った。

【令和３年度活動の課題】

1. 定期的な職場パトロール実施、問題個所の改善を評価して職場環境整備に努める。
2. 委員および全職員から職場環境の問題点につき意見を聴衆できるシステム構築：院内情報システムの運用。
3. 職員の心身をケアするために、職員希望のアンケート調査によって講習会の内容を決め、年１回の講習会を行う。
4. 新規採用職員および２年目の看護師・技師に対する「ストレスチェック」の継続
5. 新型コロナウイルスの対応が重要課題になると考えられ、職員の心身健康維持に努めるため、院内連携をより強固に行う

●委員会名　外来診療委員会

【構　　成】

委員長　内藤　岳史
委員　　１２名

【年度総括】（開催回数：２回）

外来診療の実態を調査し、外来の適切な運用に関しての必要事項や問題点などを検討

◆令和２年度検討事項

1　外来業務の効率化について
2　外来待ち時間調査について

【令和３年度活動計画、目標】

1　外来部門における問題点の収集及び改善
2　患者満足度の向上
3　他部門との連携強化

●委員会名　診療推進委員会

【構　　成】

委員長　岩本　一秀
委員　　１３名

【年度総括】（開催回数：１１回）

外来から入院までスムーズな対応についての検討や、紹介患者の獲得方策についての検討を中心に、次の項目について検討した。

1.外来患者・入院患者維持のための取り組み
2.初診時選定療養費改定に伴う院内外への周知
3.新型コロナウイルスの感染増加に伴い、安心して来院いただくための取り組み
4.登録医との連携強化の取り組み（逆紹介の推進、パンフレットの作成など）

【令和３年度活動計画、目標】
患者の受け入れを絶対に断らないという大前提について、院内すべての職員に周知徹底、実行するよう、方策を検討する場として、引続き月１回の開催とし、次の項目について検討する。
1.患者の受け入れについて（困難事例、断った症例などの検討、広報活動）
2.外来患者の対応について（外来待ち時間対策、患者からの要望など）
3.登録医との連携強化の取り組みの継続
4.地域医療支援病院の指定要件について（紹介率・逆紹介率、研修会の開催など）
5.地域包括ケアチームとの連携について

●委員会名　救急室運営委員会

【構　　成】
委員長　平山　敬浩
委員　　１６名

【年度総括】（開催回数：３回）
当院での救急診療をよりスムーズに行うために活動している。多職種の間で運営上の問題点を抽出し、フィードバックを行い、より安全で高度な医療を提供できるようにしている。本年度はコロナ禍でもあり、特に発熱患者への対応に苦慮し、院内でクラスターが発生しないようにどのような取り組みが必要か周囲の感染状況を踏まえた対応が必要な一年であった。救急搬送件数が少なくなった半面、重症度が高い患者の搬送割合が増えており、感染を伝播させないように、感染対策の徹底とコロナ感染が疑わしい患者の導線の整理、救急室のレイアウトの変更などを行うことで、コロナ患者が入室した場合にも比較的早期に再開できるように調整を行った。
幸いにもその効果があったのかは分からないが、例年と比較しても、日中の応需率は、99.2%と低下することなく対応することができた。ただ搬入件数は 2369 件と例年に比べ、300 件近い低下を示していた。

【令和３年度活動計画、目標】
引き続き新型コロナウイルスの対策に関しては、継続しつつ感染伝播を引き起こすことがないように、各自自覚を持って対応していくことが必要と思われる。
応需できなかった症例については、どういった要因があったのかを細かく検討していく必要があると思われ、応需できた症例であったはずなのに対応できなかったといったことがないように多職種の協力を得ながら、改善点を模索していくことが必要と思われる。
応需率をあげていくことは勿論のことであるが、受けれなかった症例がどのようにしたら応需できるようになるのかを考え提案していく。
コロナ禍で対応が困難であった学生実習や救急救命士実習に関しても円滑に再開できるようにサポートを行っていく。

●委員会名　ACLS 委員会

【構　　成】

委員長　富安　貴一郎
委員　　６名

【年度総括】（開催回数：　4　回）

シュミレーターの管理、基本トレーニングについて検討した。

コードブルー発令について、職員がもっと積極的に行えるよう、今後職員への啓蒙も必要である。

【令和３年度活動計画、目標】

当院での ICLS コースの開催を目指す。

コードブルー症例の検証。コードブルー症例が発生すれば、早い時期に症例検討会を開催する。

●委員会名　透析運営委員会

【構　　成】

委員長　中谷　公彦
委員　　１１名

【年度総括】（開催回数：１回）

今年度は、人工透析室では、透析患者さんの受け入れを強化するべく、改築を行いベッド数が 25 床（+4 床）に増床した。また、月曜日～土曜日まで 2 クール体制で血液透析を施行している。また、当院での維持透析患者に限り、COVID19 陽性患者の透析を受け入れるべく COVID19 感染専用のベッド配置、スタッフ体制の構築、教育を行った。

また、昨年度に引き続き、①スタッフによるシャント穿刺技術の向上（特にエコーガイド下での穿刺技術の向上)、②シャント血管（人工血管も含む）の管理、エコーガイド下シャント PTA の実施、③新規血液透析導入例に対する導入後の後方支援体制の構築（医療ソーシャルワーカー)、④血液透析例での合併症やレスパイト目的の円滑な入院の受け入れ体制の構築（地域連携室)、⑤腹膜透析カンファレンスの開催（医師、外来・病棟の看護師、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師）⑥腹膜透析合併症やレスパイト目的の円滑な入院受け入れ体制、⑦慢性腎臓病（CKD）精査教育入院の受け入れ、⑧維持透析患者さんのレスパイト入院の受け入れを行った。

現在も、慢性維持血液透析外来通院症例に加え、合併症のため当院に入院された血液透析症例、および新たに血液透析を導入される症例の透析医療を行っている。

外来および入院での維持透析症例数が増加しており、安全かつ円滑な人工透析室の運営について今後も協議を重ねていく。

【令和 3 年度活動計画、目標】

1. 維持透析症例の積極的な受け入れに努める。また、透析機器の新規更新を行い透析医療の質の向上に努める。
2. 透析スタッフ（医師、看護師、臨床工学技士）の確保、増員に努める。
3. スタッフによるシャント穿刺技量の向上に努める。
4. 外来維持血液透析症例のシャント管理（定期的なシャントエコーの実施）および適切な時期でのエコーガイド下シャント PTA の実施に努める。

5. 急性腎不全、電解質異常、慢性腎不全の増悪、溢水など透析症例の緊急透析や緊急入院の速やかな受け入れが可能となる体制を充実させる。
6. 腎疾患症例、透析症例の増加に対応すべく、透析スタッフの効率的な配置や運営体制を検討する。
7. 腹膜透析カンファレンスの内容の充実をはかり，腹膜透析患者さんに対する看護ケアー・指導の向上に努める。
8. 慢性腎臓病（CKD）精査教育入院における指導の充実・向上を図るとともに、看護師、管理栄養士、薬剤師が腎臓病療養指導士を取得できるよう努める。
9. 地域連携室を介して紹介いただいた維持透析患者さんのレスパイト入院の受け入れに努める。
10. COVID19 感染に伴い､透析室内での院内クラスターを発生させないよう体制を構築する。

●委員会名　化学療法委員会

【構　　成】

委員長　小池　浩志
委員　　９名

【年度総括】（開催回数：６回）

1. 化学療法レジメン検討
2. 化学療法ソフトの問題点　検討、変更
3. 化学療法副作用に関するパンフレットの作成
4. 抗がん剤暴露に関する検討
5. 外来化学療法　予約枠の調整
6. キャンサーボード開催　12回/年
7. 使用材料・備品の評価等

【令和３年度活動計画、目標】

事故なく、円滑な化学療法が提供できる環境を整備する。

●委員会名　ICU 運営委員会

【構　　成】

委員長　富安　貴一郎
委員　　11 名

【年度総括】（開催回数：3 回）

ICU の稼働率について、ICU を「院内で最高の治療が受けられる病床」と位置づけた上で、必要な患者に必要なタイミングで入床できるよう運用する。

救急室からのスムーズな入院できるよう、事例を収集し分析していく。

【令和３年度活動計画、目標】

1　円滑な急性期医療が提供できるようにチーム医療の強化を図る。
2　ICU 運営について協議検討を継続し、時期をみて HCU 設立の議論を開始したい。

●委員会名　中央手術室運営委員会

【構　　成】

委員長　松本　裕則
委員　　１５名

【年度総括】（開催回数：１回）

手術件数目標：1797 件　実績 1744 件で 53 件の減少であった。上半期は 820 件で前年度より減少したが、下半期は 924 件で前年度より増加、3 月には近年で最高件数の 190 件/月であった。COVID-19 感染防止対応を取り、入室制限することなく通常運営する。
年末に空調設備の入れ替えを行なった。全手術実施規制予定であったが、一部の緊急手術に対応するために分娩室を手術実施可能な場所とし対応した。

委員会での決定事項
・COVID-19 対応について、緊急手術時に院内 PCR 検査の活用方法
・手術時の立会い人について、「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」を元に対応検討し、手術室入室基準に追加する。

【令和３年度活動計画、目標】

（◆第四次経営計画における具体的取り組み）

目標：健全な手術室運営
・緊急手術に即時対応できるスタッフ育成、物品の準備・整理。
・働きやすい環境の調整。
・手術に関わるスタッフ間でのコミュニケーションを図る。
・効率的に手術室が活用できるように臨機応変な対応を念頭に置く。

●委員会名　放射線委員会

【構　　成】

委員長　石原　潔
委員　　８名

【年度総括】（開催回数：１回）

ポケット線量計の運用開始
条件付き MR 対応ペースメーカー患者の検査マニュアル改定
読影レポートの既読管理運用開始（令和 3 年 3 月 2 日より）
IVR 時の高線量皮膚照射時の対応について検討（当院の患者対応基準の作成と指針への追加）
放射線安全利用に関する講習会の開催（令和 2 年 4 月 6 日、令和 3 年 1 月 13 日）
CT・ANGIO における線量管理状況についての検討

【令和３年度活動計画、目標】

診療用放射線にかかわる安全管理体制の円滑な運用
放射線安全利用に関する講習会の開催
放射線情報システム、PACS、線量管理、既読管理システムの安全な運用
エックス線 TV システムの更新
その他、放射線科の安全、円滑な運用のために、各部署と連携をとりながら、問題の解決、調整を図る

●委員会名　ファミリーボード

【構　　成】

委員長　加納 原

委員　　１２名

【年度総括】（開催回数：１２回）

1．個別事例対応

・市町村や児童相談所、紹介元施設、当院外来・入院病棟などから情報が寄せられる、育児困難や虐待が懸念された事例について共有をおこない、対応を協議した。

・毎月第二木曜日に月例カンファレンスを開催し、延べで新規（141 例）及び継続（206 例）のケースについて検討を行った。

・事例数の内訳は、DV：6、虐待：31、若年妊婦：3、母子：66、精神疾患：49、障害：7、疾病：48、育児環境：8、育児不安：48、他：11 であった。

・これら事例について、当院から居住市町村へ児童情報提供書を送付した件数は、木津川市:24 件、精華町:1 件、和束町:0 件、笠置町:0 件、南山城村：1 件、京田辺市:3 件、その他:11 件であった。

・情報提供書送付にとどまらず、他機関（市町村・児童相談所・乳児院など）と直接に個別事例カンファレンス開催を要した回数は 12 回であった（電話などでの協議を除く）。

2．産後ケア事業の推進

令和2年1月から木津川市・精華町のショートステイ事業に 4 階病棟が対応可能となったことに伴い、令和 2 年度は延べ 5 件（2 世帯）の利用があった。

3．親活サロンのリモート開催

・平成28年度より行っている子育て支援事業「親活サロン」であるが、今年度はコロナ禍のため Zoom を用いたリモート形式で開催した。4階病棟スタッフの発案により、土曜日午前にベビーマッサージ教室を行った。

① 令和元年 12 月 12 日：参加者 7 組

② 令和 2 年 3 月 13 日：参加者 5 組

・いずれも参加者の事後アンケートにおける感想は良好であり、コロナ禍で交流の機会を失った地域の子育て世代に貴重な機会を提供できた。

4．院内研修会

コロナ禍のため開催せず

5．地域連携事業への参画

木津川市要保護児童対策協議会：委員長が座長に指名されたが、コロナ禍のため開催されず

【令和 3 年度活動計画、目標】

1.個別事例対応

・引き続き、月例カンファレンスや個別カンファレンスにより、院内・院外での緊密な情報共有を図る。

・小児の自宅外傷・事故による救急搬送事例について、事後に児童相談所より照会されるケースが増加している。これに対応し、小児外傷患者へのトリアージ看護師によるスクリーニングシート作成や、医師への啓発、虐待事例対応の再確認を行っていく。

2.産後ケア事業・2 週間健診の導入

・産後ケア事業に対しては、引き続き、各市町村の行うショートステイ事業の受け入れを行う。

・令和 3 年度からはさらに精華町、和束町、南山城村とも提携することとなり、さらに受入を拡大するべく準備を進める。

・上記以外でも産後の2週間健診補助を行う市町村が拡大していくことに対応し、当院出産全妊婦がスムーズに2週間健診を受けられるよう、外来勤務体制や診察スペースの調整を行う。

3.親活サロン

・引き続き、Zoom を用いたベビーマッサージと小児科医の質問コーナーという形式で隔月での定期開催を目指す。

・練習用のミニベビーを貸出し、Zoom を用いた心肺蘇生の講習も企画している。

4. 院内研修会

・児童福祉法・児童虐待防止法で体罰が禁止となったことに伴い、体罰 No-hit zone を院内に設ける試みが広がっている。国内で先んじてこれに取り組んでいる施設の責任者を講師として招聘し、当院での体罰と虐待防止に関する啓発につなげていく。

●委員会名　認知症サポートチーム

【構　　成】

委員長　　大島　洋一

委員　　岩本　一秀，松本　雅子，田中　良延，岸上　佳代

南出　弦，谷川　誠司，　松田辰基

【年度総括】（開催回数：１０２回）

令和 1 年 6 月より，認知症ケア加算 I 収得後，介護保険認知症高齢者の日常生活自立度 III 以上の入院患者を対象とし，週 2 回病棟を巡回している．昨年度と比べ，対象者数が増加している（図 1）．

入院患者の睡眠障害・不穏症状に対して，非薬物対応を第一選択として指導を行っている．薬物療法に関しては院内統一指示を作製し，医師・病棟に周知した．

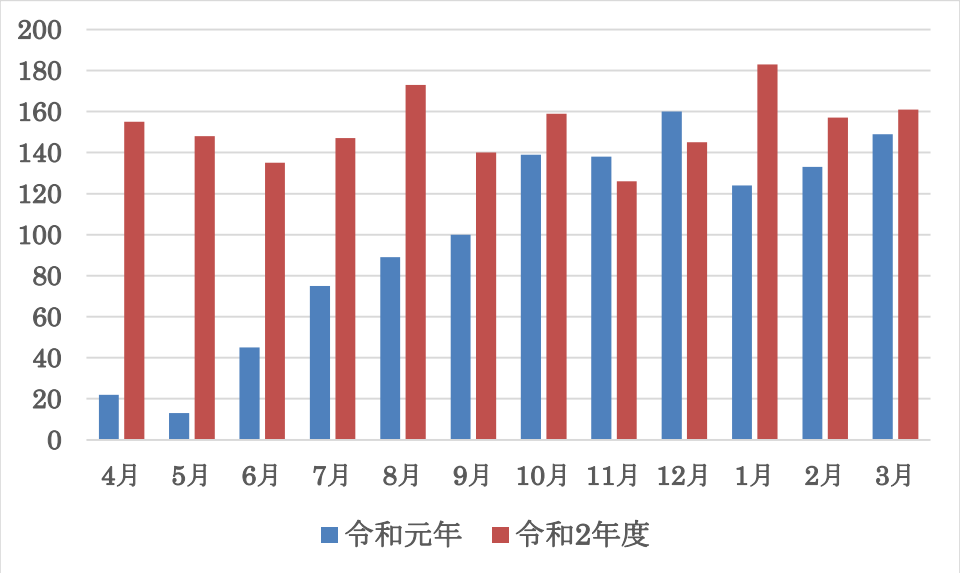


図 1.　認知症ラウンド対象者数

【令和３年度活動計画、目標】①-4)

今後，需要増加が見込まれる認知症医療に対して以下の目標を設定する．

① 物忘れ外来を月２回から３回に増やし，認知症専門外来診断料Ⅰの取得件数を増加させる．

② 週２回の認知症ラウンドを充実させ，認知症ケア加算Ⅰの収得数を増加させる．

③ 入院認知症患者の BPSD に対して，非薬物対応と薬物治療の病棟対応の標準化をすすめる．

●委員会名　転倒転落対策委員会

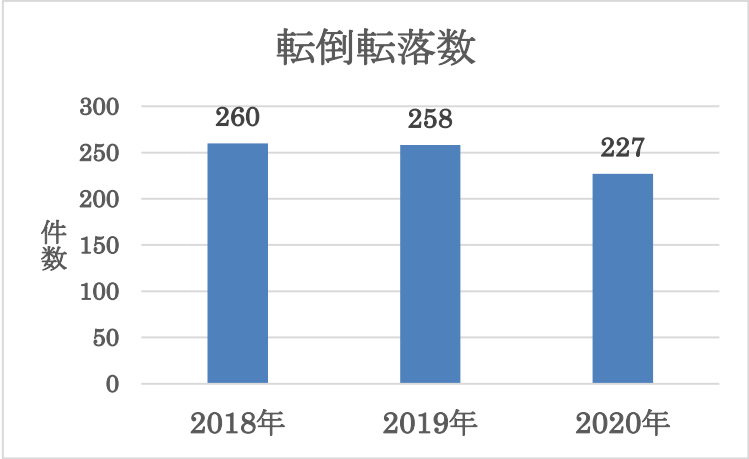
【構　　成】

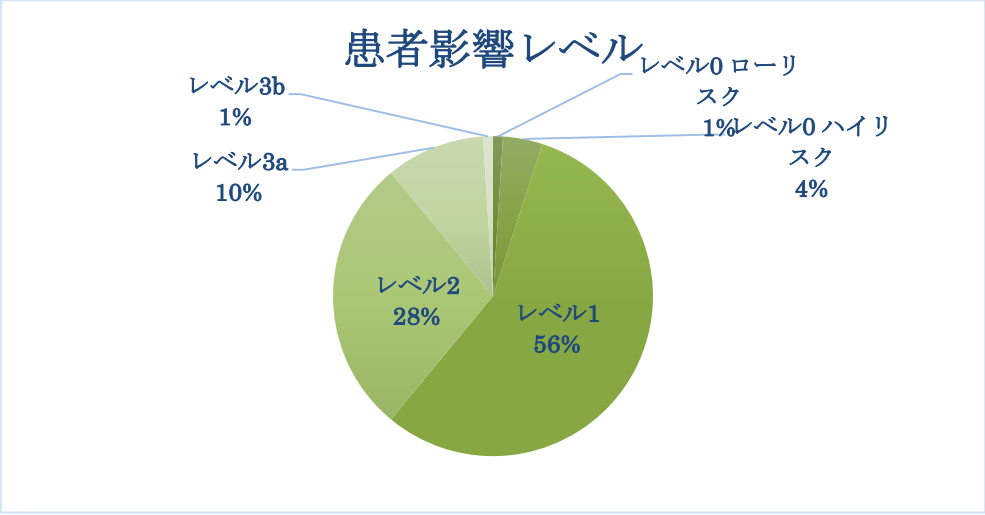
委員長　　大島　洋一

委員　　兼澤　直子，川本　拓也，田井　博司，岡野　香苗

【年度総括】（開催回数：６回）

平成 31 年に睡眠導入薬の約束処方を新たに作製し，病棟で高齢者向けの薬剤処方に切り替えられつつある．令和 2 年は転倒転落率，レベル 3b 以上の転倒転落率とも全国平均と比較し，年々低下している（グラフ参照）．





令和 2 年 8 月開催の第 45 回日本脳卒中学会学術集会で，対策チーム介入前（平成 30 年 8 月～平成 31 年 1 月）に比べて，介入後（平成 31 年 2 月～7 月）の転倒数減少と事故レベル（患者への影響レベル基準)の軽症化の傾向がみられたことを報告した．

【令和３年度活動計画、目標】

高齢者・介護度の高い患者が増え，入院患者の転倒リスクが更に高まっていくと想定される．引き続き転倒転落のリスクとなる睡眠導入薬・抗精神病薬の指導 屋内履きの種類，ベッドの

高さ，手すりの位置，ポータブルトイレの設置場所などの病床環境の指導を行い，病院全体で情報共有をすすめていく．

●委員会名　給食委員会

【構　　成】

委員長　　今西　真
委員　　１３名

【年度総括】（開催回数：１１回）

病院食全般に関することを検討し、医療の向上を図ることを目的に、
毎月第 2 火曜 13 時より開催。
食事療養実施状況（1 ヶ月平均の食材料費・食数)、栄養指導実施件数、行事食提供内容、
年 4 回実施の嗜好調査について報告を行った。
日本人の食事摂取基準 2020 年度版の改定に伴い院内食事箋規約の改定を行った。
腸内環境改善･排便コントロールの観点から主食に大麦を取り入れた。
嚥下食を日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013 に準じて
嚥下食の改定を行った。
給食システムの更新を行った。
補助食品の変更について取り組んだ。
食器洗浄機・下膳カートの入れ替えを行い。かき揚げ式食器洗浄システムを導入した。

【令和 3 年度活動計画、目標】

嗜好調査等、患者様や他部署からの意見を参考にし、引き続き提供内容の充実と安全な食事の提供に努めていく。
患者の症状や希望に応じたきめ細かな栄養食事支援を構築

●委員会名　IT 運営委員会

【構　　成】

委員長　　石原　潔
委員　　１６名

【年度総括】（開催回数：４回）

昨年度更新した電子カルテシステムやその他の病院情報システムの円滑な運用、機器や情報の安全管理の為に検討、見直しを行った。

１．システムの安全稼働、性能維持についての検証、検討
２．システム運用における課題の検討、改善
３．セキュリティー対策についての対応、院内啓蒙
４．WEB 会議の運用
５．放射線システム更新への対応
６．電子カルテ運用ガイドの更新

【令和３年度活動計画、目標】

１．システムの安全稼働、性能維持についての検証、検討

２．システム運用における問題点の検討と改善
３．電子カルテと部門システムの円滑な連携の推進
４．セキュリティー対策の強化、院内啓蒙
５．停電試験に対する対応
６．災害時の紙カルテ運用のマニュアル作成
７．他施設データの取り込み運用の再検討

●委員会名　クリニカルパス委員会

【構　　成】

委員長　　小池　浩志
委員　　１６名

【年度総括】（開催回数：６回）

開催：偶数月第3水曜日

1. 各科パスの問題点や不具合・諸問題の修正及び現状報告
2. 各科パスの使用状況・新規作成パスの把握
   ・パス件数の把握
   ・パス適用率の集計
   ・各科パスの整理及び検討
   ・バリアンス・アウトカムの評価
3. クリニカルパスの取り決め事項についての確認
   ・パス承認法について
   ・パス使用目的の再確認

【令和３年度活動計画、目標】

1. パス改善策
   ・医師間での使用頻度の調整
   ・DPCによる検証
   ・PDCAバリアンスサイクル利用法の研究
2. 今後の長期的目標
   ・パス教育面での充実（できれば専従要員、パス認定資格について）
   ・標準化、チーム医療を推し進めた良質な医療の実践

●委員会名　診療情報管理委員会/診療情報提供委員会

【構　　成】

委員長　　新井　正弘
委員数　　７名

【令和２年度総括】（開催回数：１２回）

診療記録の適切な記録や診療情報の的確な管理・円滑な運用が出来るように検討を行い、疾病統計や退院サマリー等について検証を行っている。また、カルテ開示について審議を行っている。

☆令和2年度活動・検討事項

1. 月別の2週間以内の退院サマリー作成率・入院計画書の作成率について。
2. 月別の退院患者の疾病統計・入退院患者数について。

3. 診療情報の記載及び管理・運営に関する事項について。
4. 診療録監査の実施。
5. 診療録開示可否の審議。

令和２年の成果として、退院サマリー作成率に関して、督促回数を増やすなど様々な取り組みを行ってきた。また、様々な診療録の様式や保管方法について効率的な運用の改善を行い、カルテ監査によって診療録の適切な記載の改善を行った。

【令和３年度活動計画、目標】

1. 診療情報管理における問題点の収集及び改善。
2. 診療録開示に関する運用や問題点の検証。
3. 診療録記載の質の向上、診療録の記載方法の検証及び改善。
4. 疾病統計の有効活用。

●委員会名　個人情報保護管理委員会

【構　　成】

委員長　　松本　裕則
委員　　９名

【年度総括】（開催回数：０回）

・診療と無関係な電子カルテへのアクセスの監視を厳重に行った

【令和３年度活動計画、目標】

・個人情報保護文化の醸成
・ＵＳＢメモリ・ＳＤカード等外部記憶媒体の管理の徹底
・ＤＶ・虐待疑い事案における個人情報の取扱いについてのルール策定
・個人情報の破棄ルールの明文化

●委員会名　診療報酬請求適正化委員会

【構　成】

委員長　　新井　正弘
委員　　９名

【年度総括】（開催回数：４回）

○開催日時：開催月の第３火曜日　16：00　～　16：30
○活動内容

医師、看護師、コメディカル、事務から構成されており、国保連合会と社会保険診療報酬支払基金からくる増減点連絡書について査定率や再審査請求したレセプトの増点状況の報告を行っている。また、増減点連絡書や返戻レセプトについて査定・返戻事由について問題点を洗い出し、査定や返戻とならないように対策を行っている。

【令和３年度活動計画、目標】

1　減点・査定の増加傾向にある投薬・注射等について、各部署に協力を要請し円滑な運用となるよう努める。

2　減点率の増加・減点内容の厳密化に伴い点検者の知識向上、医事課内の情報共有を目的にレセプト点検リストを作成し点検漏れがおこらないよう点検の仕組みを構築する。
3　委員会の議題に各部門での請求漏れ事例を報告し防止対策を検討する。
4　減点・査定が審査側のチェックソフトの向上により、厳しい結果になっているため、対策を委員会で検討していく。
5　査定率の減少、再審査請求の適正化（増加)、算定可能な指導料等の検討を委員会の目標とする。

●委員会名　広報担当委員会

【構　　成】
委員長　　岩本　一秀
委員　　１０名

【年度総括】（開催回数：４回）
広報誌「やましろタイムズ」を例年通り４回（春・夏・秋・冬）発行しました。
院内向け広報誌「すくらむ」は１回（令和２年12月)、「こころのすくらむ」は２回（令和２年６月、令和３年１月）に発行しました。新型コロナウイルス感染症対応に病院全体が追い立てられ、「すくらむ」の発行は一回となりました。また、メンタルケアの一助となるべく「こころのすくらむ」は二回発行しています。
その他、病院ホームページについては、新型コロナウイルス感染症対策を目的とした、お知らせを適宜アップデートしていました。

【令和３年度活動計画、目標】③-４）
記事(テーマ)は管理会議や事務職等から自発的に提案し、管理会議にて一覧の回覧を経て、広報委員会にて原稿収集、一定程度のレイアウトを行い、再度管理会議にて承認後発行するとの手順とする。また、記事の内容によっては、広報誌ではなく、別の媒体（チラシのような形態やホームページなど）に掲載するなど、伝えるタイミング、対象に応じ臨機応変に行うこととする。
また、院内各所からのホームページへの掲載依頼等も広く受け付けてゆく。

●委員会名　ホスピタリティー向上委員会

【構　　成】
委員長　　岩本　一秀
委員　　７名

【年度総括】（開催回数４回、３ヶ月に一度最終水曜日開催）
当委員会はふれあい箱対応委員会、接遇部会、広報担当委員会を連結し、患者様の前向きな意見を病院運営に反映させるため、具体的改善策を検討し職員・受診者に周知することを目的としています。とりわけ、院内の取り組みを受診者にわかり易く伝えるため、広報活動につなげることを重視しています。
これにより、職員全員のホスピタリティー向上をはかり、より心地よく患者様が受診していただける環境作りを目指しています。

1. 新型コロナ対策の継続（安心して受診していただける環境の整備）
・職員による来院時検温チェック及び案内
・高性能フィルタ付き空気清浄機による換気及び待合場所の確保
・受付カウンター・エレベーター等の感染防止対策として抗菌コーティングの実施
2.面会中止による対策として、ＬＩＮＥによるオンライン面会
3.接遇研修会（ＤＶＤ回覧）の開催

【令和３年度活動計画と目標】
1. 新型コロナ対策の継続
2. 受信者へのおもいやり・ご意見への対応
3. わかりやすい広報誌の作成

●委員会名　DPC コーディング委員会

【構　　成】
委員長　　岩本　芳浩
委員　　８名

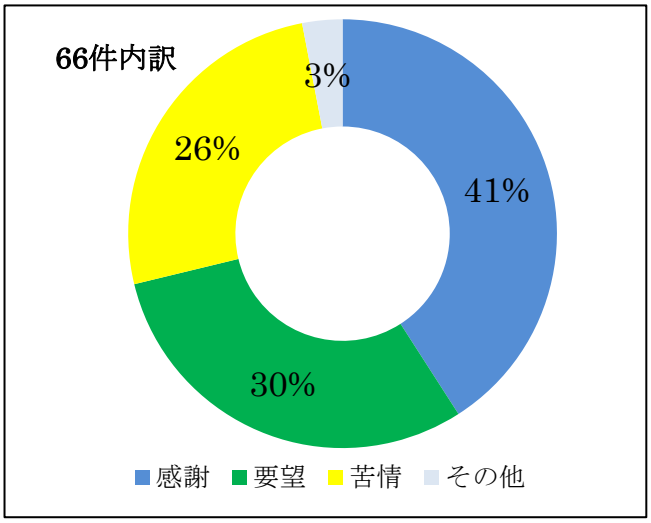
【年度総括】（開催回数：４回）
1. 適切なコーディングについての検討
・コーディング精度向上のための課題分析・提案
・詳細不明・曖昧な病名についての検討
・適切なコーディング方法について周知
・病名登録時の注意事項についての周知
・コーディングの判断が困難な事例について、委員会で検討しコーディングを行う。

【令和３年度活動計画、目標】
1. 委員会の充実及びコーディング精度向上について検討を行う。
2. 重要事例について、委員会で適切なコーディングを行う。
3. 検討結果をふまえ、精度向上に向け、定期的なコーディングについての周知を行う。

●委員会名　ふれあい箱対応委員会

【構　　成】
委員長　新井　正弘
委員　　6 名

【年度総括】（開催回数：23 回）
令和 2 年度は、合計 66 件のご意見をいただいた。皆さまの「声」に少しでも多く、且つ迅速に対応できるよう、該当部署で改善策を提案、月 2 回委員会を開催し再検討を行っている。院内掲示閲覧数も増加し、関心度が高いことが伺える。接遇面でのご意見をいただくこともある反面、感謝・激励・お礼のお言葉も多く頂いた。



【令和３年度活動計画、目標】

病院の運営改善に向けて皆様からご意見・ご要望を広く募り、スタッフ一丸となってより信頼される良質な医療・サービス向上に向けて取り組む。

●委員会名　DPC 運営委員会

【構　　成】

委員長　新井　正弘
委員　　12 名

【年度総括】（開催回数：　2　回）

適正な DPC の運営をするために調査、検討・改善を行っている。

☆令和 2 年度活動・検討事項

1. DPC の適切な運用及び経営状況を検証
2. 診断及び治療方法の適正化、標準化及び院内運用に関する事項
3. DPC データによる当院の現状分析及び他院との比較
4. 機能評価係数の検証、施設基準に関する事項
5. その他 DPC 業務に係る課題に関する事項

【令和３年度活動計画、目標】

1. DPC の適切な運用及び経営状況を検証する事項
2. 機能評価係数の検証
3. DPC 分析データを活用した経営改善。

●委員会名　倫理委員会

【構　　成】

委員長　新井　正弘
委員　　11 名

【年度総括】（開催回数：５回）

医学の研究、臨床応用及び医療の倫理問題を審議するために、昨年度から定期開催（年４回）を行っている。委員会メンバーは、院外の有識者及び多様な職種から構成しており、多様な職

種・立場からの意見を取り入れ、活発な議論により審議を行った。
　また、臨床研究内容の審議が増加傾向にあることから、平成 30 年度から、研究内容によっては倫理委員会が指名する委員による迅速審査を行い。審査結果はすべての委員に報告し、承認を受ける運用に変更している。
　今年度は、５月、８月(臨時)、９月、１１月、２月に開催し、臨床研究及び倫理的な案件について検討を行った。

【令和３年度活動計画、目標】
　昨年度に引き続き、倫理的問題を検討すべき案件を積極的に取り上げ、早期に審議をし、職場における倫理環境の改善に努める。
　また、随時倫理的問題点等を協議できる環境整備として、外部委員の増員を図り、随時、委員会が開催できる体制を整備する。

●委員会名　薬事委員会

【構　　成】
　委員長　中井　一郎
　委員　　５名

【年度総括】（開催回数：２回）
１　後発医薬品使用体制加算Ⅰを継続する為、積極的に後発薬へ変更していく。
２　令和2年度採用薬品動向
　　新規採用薬品計3品目（内服薬2品目、注射薬1品目、外用薬0品目）、
　　削除薬品計3品目（内服薬3品目、注射薬0品目、外用薬0品目、 ）
３　後発医薬品への変更薬品　計15品目（内服薬15品目、注射薬0品目、外用薬0品目）。
　　尚、後発薬への変更に関しては特にオーソライズドジェネリック（AG ）を優先することはない。
４　院外処方登録薬品計37品目（内服薬28品目、注射薬2品目、外用薬7品目）

【令和３年度活動計画、目標】
１　臨時採用医薬品についての採用等の見直しを行う。
２　後発医薬品、バイオシミラーへの変更の推進。

●委員会名　治験審査委員会

【構　　成】
　委員長　　石原　潔
　委員　　７名

【年度総括】（開催回数：０回）
開催実績なし

【令和３年度活動計画、目標】
　治験審査の申請があれば、速やかに審査を行う。

●委員会名　教育委員会

【構　　成】

委員長　　石原　潔
委員　　６名

【年度総括】（開催回数：１回）

院内の各部部門と連携し、職員教育の立案、管理を行った。
職員、地域の医療従事者の教育に必要な研修会を主催、共催した。
施設基準の取得に必要な研修などについては、すべての職員が参加できるように配慮した。
院内研究発表については、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い 4 月に研究の中止をアナウンスした。ただし、倫理委員会締め切り直前であったため、倫理委員会は申請を受け、研究を開始した部署もあった。9 月の倫理委員会の直前に院内研究発表会の中止をアナウンスした。
地域医療支援病院取得に必要な地域の医療従事者への教育を行った。

【令和３年度活動計画、目標】

職員教育による院内のレベルアップをはかるだけでなく、地域の医療従事者、地域の住民の教育を通じて、当医療圏全体のレベルアップを図る。
医療安全、感染対策、接遇、研修医・新人教育などについは、他の委員会と連携して、確実に実施する。
院内研究発表については、昨年度中止となった部署間のペアを残し、4 月の新型コロナの流行状況を見て、開催するかどうか決定する。

●委員会名　臨床研修管理委員会

【構　　成】

委員長　　岩本　一秀
委員　　８名

【年度総括】（開催回数：１回）

新型コロナウイルス流行のため、院内委員のみでの開催
基幹型研修医２名について、研修の終了の承認
2021 年度からのプラグラムの変更についての承認
2021 年度の研修医の採用状況についての報告

【令和３年度活動計画、目標】

基幹型研修医、京都府立医科大学からのたすき型研修医が、充実した研修を行い、研修を修了できるよう管理する
プログラム変更の必要性について検討する

●委員会名　図書委員会

【構　　成】

委員長　伊藤　和弘
委員　　４名

【年度総括】（開催回数：１回）

図書室の保管場所が少なくなり、保存する雑誌の選定をおこなった。定期購読している雑誌についての、継続購入の是非を評価した。

病院で年会費を支払って利用している「医学中央雑誌」の利用についての実積評価を行い、今後の継続利用について検討した。

英語雑誌の購入について、online で全文閲覧可能な雑誌について、定期購読を終了し、経費削減を行った。

【令和３年度活動計画、目標】

図書室の整理、雑誌の継続購入、不要な図書購入がないかチェックする。

図書・雑誌の、新規購入の申請・承認は、on line でできるようにすすめたい。

大学図書館との連携について、利用できるサービスの周知・案内をすすめたい。

病院事業収益的収支状況

（単位：千円）

科　　目	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
医業収益	6,207,924	6,484,745	6,768,458	7,059,927	6,881,452
入院収益	4,077,614	4,284,916	4,295,990	4,350,112	4,222,071
外来収益	1,825,157	1,890,507	2,148,995	2,387,634	2,358,414
その他医業収益	248,410	252,579	267,554	266,262	244,757
室料差額収益	133,754	127,768	128,017	130,796	132,710
公衆衛生活動収益	75,554	85,534	98,866	99,320	75,565
その他医業収益	39,102	39,277	40,671	36,146	36,482
他会計繰入金	56,743	56,743	55,919	55,919	56,210
医業費用	6,519,293	6,771,306	6,955,453	7,223,735	7,470,167
給与費	3,628,220	3,832,290	3,881,765	3,998,428	4,194,440
給料	1,201,842	1,319,657	1,341,360	1,371,673	1,596,705
医師給	240,151	267,721	283,761	290,173	329,102
看護師給	629,250	701,017	700,961	723,542	791,381
医療技術員給	227,939	237,791	242,954	244,575	251,507
事務員給	98,633	107,145	107,598	107,206	181,554
技能労務員給	5,868	5,983	6,086	6,177	43,161
手当	1,106,794	1,172,614	1,224,191	1,244,616	1,323,661
医師手当	479,979	500,715	529,572	526,390	553,211
看護師手当	412,228	449,449	463,781	484,082	510,142
医療技術員手当	150,386	153,286	159,689	163,893	162,179
事務員手当	61,984	66,877	68,670	67,750	85,431
技能労務員手当	2,217	2,287	2,479	2,501	12,698
賞与引当金繰入額	179,683	202,146	202,393	224,153	247,405
賃金	249,786	245,880	234,123	249,038	0
報酬	264,114	217,911	195,006	225,504	298,327
法定福利費	468,345	504,817	512,161	535,542	558,213
退職手当組合負担金	157,656	169,265	172,531	147,902	170,129
職員退職手当基金	0	0	0	0	0
材料費	1,451,362	1,487,271	1,633,665	1,782,246	1,786,148
薬品費	640,836	669,442	818,760	928,965	924,986
診療材料費	746,089	756,290	752,912	789,507	788,302
給食材料費	49,932	52,619	52,444	55,143	51,999
医療消耗備品費	14,505	8,920	9,549	8,631	20,861
経費	943,404	945,260	971,226	984,350	1,025,391
厚生福利費	8,564	9,110	9,929	10,009	9,943
報償費	702	637	473	634	450
旅費交通費	5,613	4,817	4,624	4,880	3,531
職員被服費	734	730	1,043	903	781
消耗品費	31,344	29,385	35,818	31,961	35,698
消耗備品費	7,278	5,699	5,711	4,625	7,585
光熱水費	125,314	126,474	121,521	123,692	115,757
燃料費	530	587	1,126	751	584
食料費	537	597	440	407	365
印刷製本費	5,162	5,840	5,089	4,669	5,169
修繕費	32,649	34,368	33,468	40,820	37,571
保険料	17,779	17,966	17,385	16,943	17,107
賃借料	115,166	117,494	115,190	115,926	120,633
通信運搬費	14,671	14,292	13,604	12,056	11,735
委託料	568,881	567,662	596,820	606,921	648,328
諸会費	4,900	5,067	4,947	4,997	4,827
手数料	1,695	1,894	2,034	2,490	2,641
交際費	273	194	296	312	150
貸倒引当金繰入額	799	1,268	597	0	1,773
雑費	814	1,179	1,111	1,354	763
減価償却費	475,181	480,289	444,783	413,269	442,205
建物減価償却費	245,772	245,772	245,772	245,772	249,174
建物附属設備減価償却費	17,971	17,631	18,068	20,913	21,419
器械備品減価償却費	208,526	216,065	179,977	145,845	171,000
車両減価償却費	659	821	966	739	612
リース資産減価償却費	2,252	0	0	0	0
資産減耗費	1,881	5,891	4,344	28,030	13,735
たな卸資産減耗費	623	798	724	984	2,227
固定資産除却費	1,258	5,093	3,620	27,046	11,508
研究研修費	19,245	20,305	19,670	17,412	8,248
研究）謝金	707	764	569	1,091	130
研究）図書費	2,871	1,903	2,963	2,507	2,891
研究）旅費	9,106	8,849	9,270	7,811	171
研究）研究雑費	6,561	8,789	6,868	6,003	5,056
医　業　損　益	-311,369	-286,561	-186,995	-163,808	-588,715

（単位：千円）

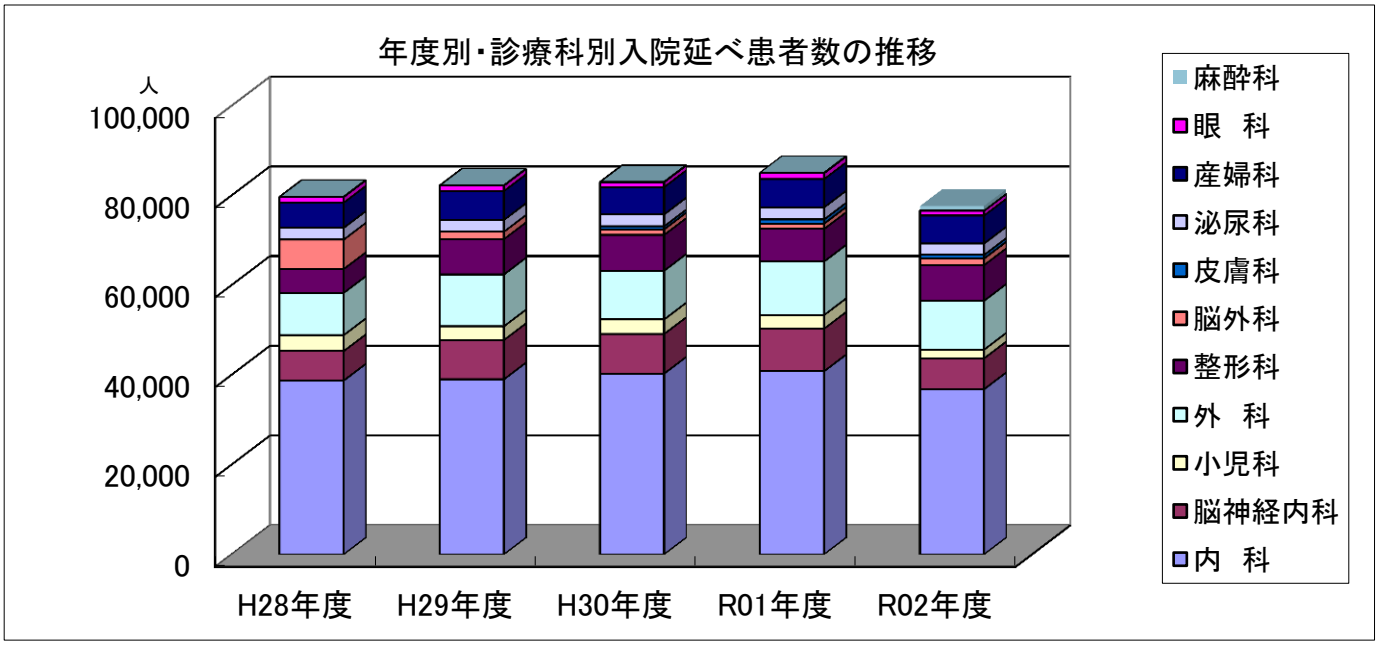
科　　目	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
医業外収益	591,631	595,487	591,844	593,916	913,371
受取利息配当金	4,998	1,431	1,128	977	968
預金利息	1,666	1,043	781	689	696
基金利息	72	68	43	0	0
貸付金利息	3,260	320	304	288	272
他会計繰入金	245,881	281,428	311,035	318,255	301,106
補助金	30,849	32,087	33,078	39,497	348,160
負担金交付金	3,851	3,838	3,813	4,738	5,007
患者外給食収益	0	0	0	0	0
保育所収益	1,222	1,757	1,418	1,750	0
長期前受金戻入	136,305	135,392	115,715	112,017	119,359
補助金	28,812	27,899	29,661	26,155	26,404
負担金及び交付金	107,194	107,194	85,755	85,755	92,955
受贈財産評価額	299	299	299	107	0
資本費繰入収益	131,096	98,519	88,546	78,524	87,407
その他医業外収益	37,428	41,035	37,111	38,158	51,364
医業外費用	359,123	349,465	359,172	370,917	392,885
支払利息及企業債取扱諸費	110,661	102,774	94,942	87,104	79,363
企業債利息	110,661	102,774	94,942	87,104	79,363
リース資産利息	0	0	0	0	0
患者外給食材料費	1,706	1,829	1,828	1,915	1,795
消費税及び地方消費税	14,556	15,236	15,112	16,377	16,608
雑損失	179,295	181,182	198,910	240,261	286,642
諸支出金	3,875	3,875	3,875	3,875	3,875
保育所費用	15,210	15,228	15,183	12,945	0
保育）賃金	0	0	0	0	0
保育）消耗品費	98	125	74	36	0
保育）光熱水費	136	162	145	142	0
保育）保険料	40	5	5	40	0
保育）賃借料	1,104	1,104	1,129	1,134	0
保育）委託料	13,832	13,832	13,830	11,593	0
長期前払消費税勘定償却	30,020	29,341	24,781	8,440	4,602
その他医業外費用	3,800	0	4,541	0	0
病院組合管理費用	14,025	15,049	14,031	14,079	14,038
病院組合議会費用	492	490	367	425	503
組合）報酬	354	354	354	353	354
組合）旅費	30	19	13	18	23
組合）食料費	0	0	0	0	0
組合）委託料	108	117	0	54	126
組合）交際費	0	0	0	0	0
病院組合総務費用	13,533	14,559	13,664	13,654	13,535
総務）報酬	8,829	9,694	8,916	8,900	8,827
総務）法定福利費	4,626	4,825	4,701	4,696	4,647
総務）旅費	30	30	29	32	31
総務）食料費	14	10	13	11	12
総務）交際費	34	0	0	0	9
総務）雑費	0	0	5	15	9
経　常　損　益	−92,886	−55,588	31,646	45,112	−82,267
特別利益	61	331	334	114	142,958
過年度損益修正益	61	331	334	114	36
固定資産売却益	0	0	0	0	142,922
その他特別利益	0	0	0	0	0
特別損失	30,124	38,737	28,463	41,378	192,917
過年度損益修正損	20,674	27,337	26,713	29,378	27,221
その他特別損失	9,450	11,400	1,750	12,000	165,696
当　年　度　純　損　益	−122,948	−93,994	3,517	3,851	−132,223
前　年　度　繰　越　欠　損　金	370,366	493,314	587,308	583,791	579,940
その他未処理欠損金変動額	0	0	0	0	0
当　年　度　未　処　理　欠　損　金	493,314	587,308	583,791	579,940	712,163

※　四捨五入の関係で内訳と計が合致しない場合がある。

Ⅰ　診療科別患者数

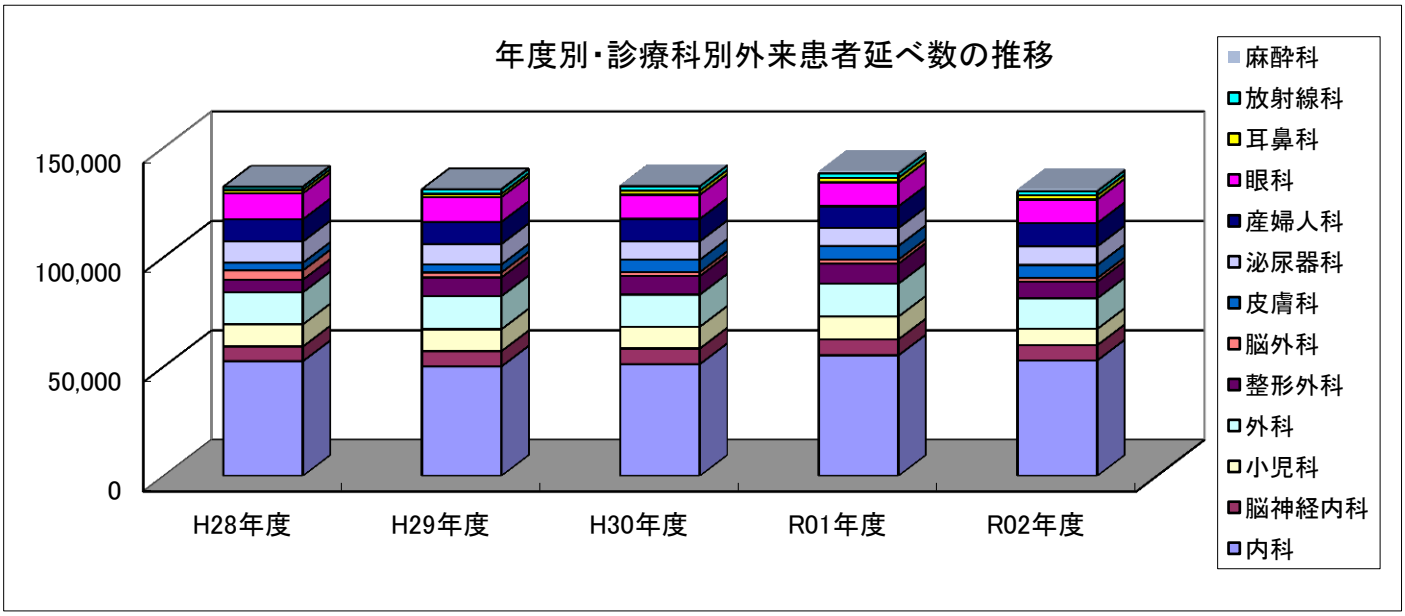
入院患者延べ数

	内　科	脳神経内科	小児科	外　科	整形科	脳外科	皮膚科	泌尿科	産婦科	眼　科	麻酔科	合計	1日平均
H28年度	38,757	6,556	3,562	9,417	5,315	6,569	0	2,629	5,617	1,252	0	79,674	218
H29年度	39,031	8,742	3,065	11,565	7,876	1,656	0	2,628	6,438	1,207	0	82,208	225
H30年度	40,294	8,822	3,248	10,871	7,985	1,235	680	2,658	6,081	1,100	2	82,976	227
R01年度	40,823	9,475	3,039	11,946	7,264	1,179	936	2,695	6,310	1,325	94	85,086	233
R02年度	36,816	6,878	1,939	10,894	7,947	1,466	816	2,537	6,235	1,068	1,033	77,629	212



外来患者延べ数

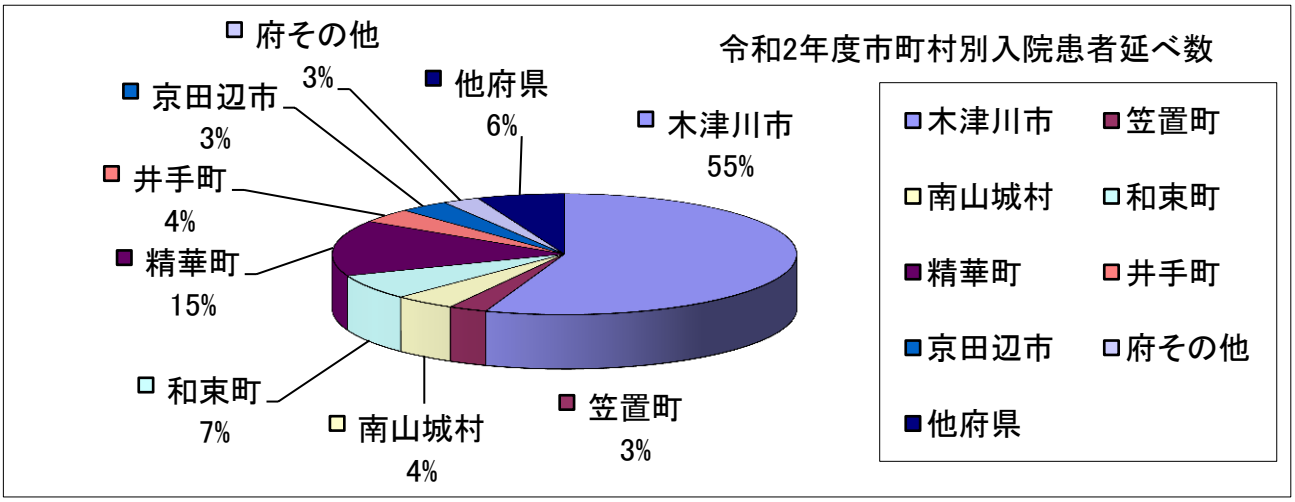
	内科	脳神経内科	小児科	外科	整形外科	脳外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻科	放射線科	麻酔科	合計	1日平均
H28年度	52,454	6,704	10,131	14,645	5,745	4,233	3,507	9,722	10,145	11,857	1,504	1,425	0	132,072	544
H29年度	50,035	6,991	9,997	15,152	8,508	2,299	3,604	9,386	10,087	11,352	1,480	2,018	0	130,909	537
H30年度	51,123	7,147	9,933	14,677	8,450	1,837	5,629	8,473	10,212	10,984	1,839	2,081	624	133,009	545
R01年度	55,120	7,318	10,412	15,016	9,116	1,858	6,263	8,172	9,918	10,959	2,060	2,014	1,156	139,382	581
R02年度	52,793	6,974	7,421	13,956	7,562	1,706	5,981	8,502	10,683	10,732	1,938	1,870	995	131,113	540



Ⅱ　市町村別患者数

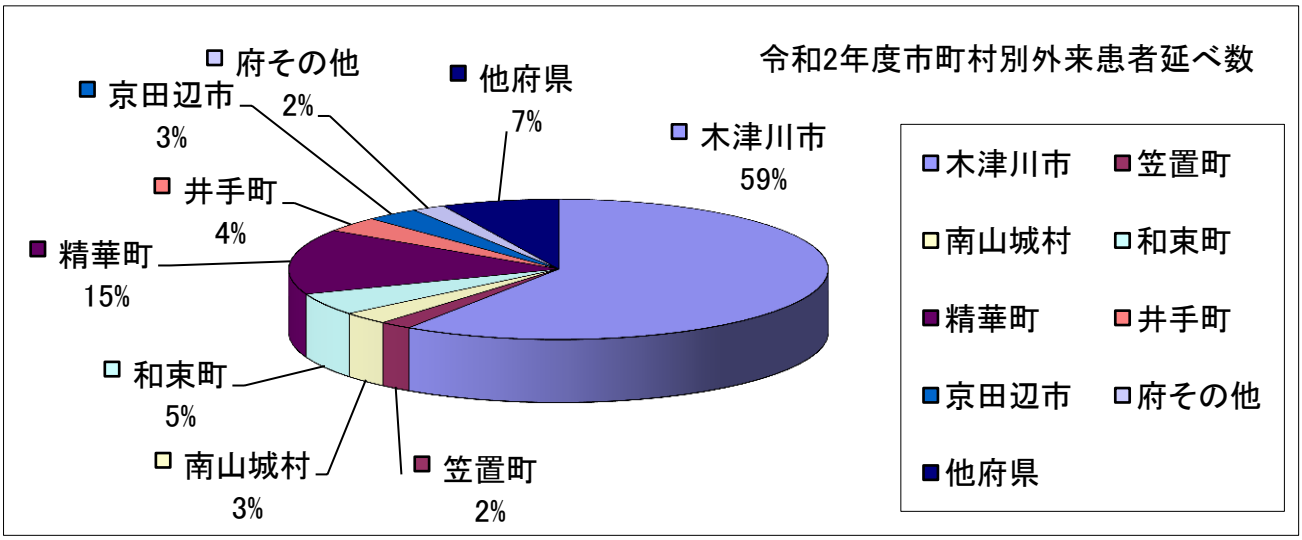
入院患者延べ数

	木津川市	笠置町	南山城村	和束町	精華町	井手町	京田辺市	府その他	他府県	合計
H28年度	45,767	2,352	2,586	5,535	11,532	3,167	2,188	1,394	5,153	79,674
H29年度	46,610	2,297	2,668	5,471	11,556	3,686	3,409	2,128	4,383	82,208
H30年度	49,059	2,399	2,843	5,178	12,296	3,187	1,929	1,708	4,377	82,976
R01年度	49,326	2,049	2,928	6,765	12,940	2,695	2,504	1,483	4,396	85,086
R02年度	43,068	2,064	3,316	5,221	11,596	2,951	2,675	2,003	4,735	77,629



外来患者延べ数

	木津川市	笠置町	南山城村	和束町	精華町	井手町	京田辺市	府その他	他府県	合計
H28年度	79,913	3,128	4,376	6,965	19,811	5,237	4,474	3,175	4,993	132,072
H29年度	80,552	2,767	4,240	6,954	19,668	5,079	4,394	3,336	3,919	130,909
H30年度	83,765	2,591	4,131	6,852	20,134	4,552	4,478	3,415	3,091	133,009
R01年度	84,374	2,589	4,205	7,217	20,711	5,049	4,518	3,003	7,716	139,382
R02年度	77,786	2,524	3,747	6,679	19,764	4,581	4,198	2,590	9,245	131,113

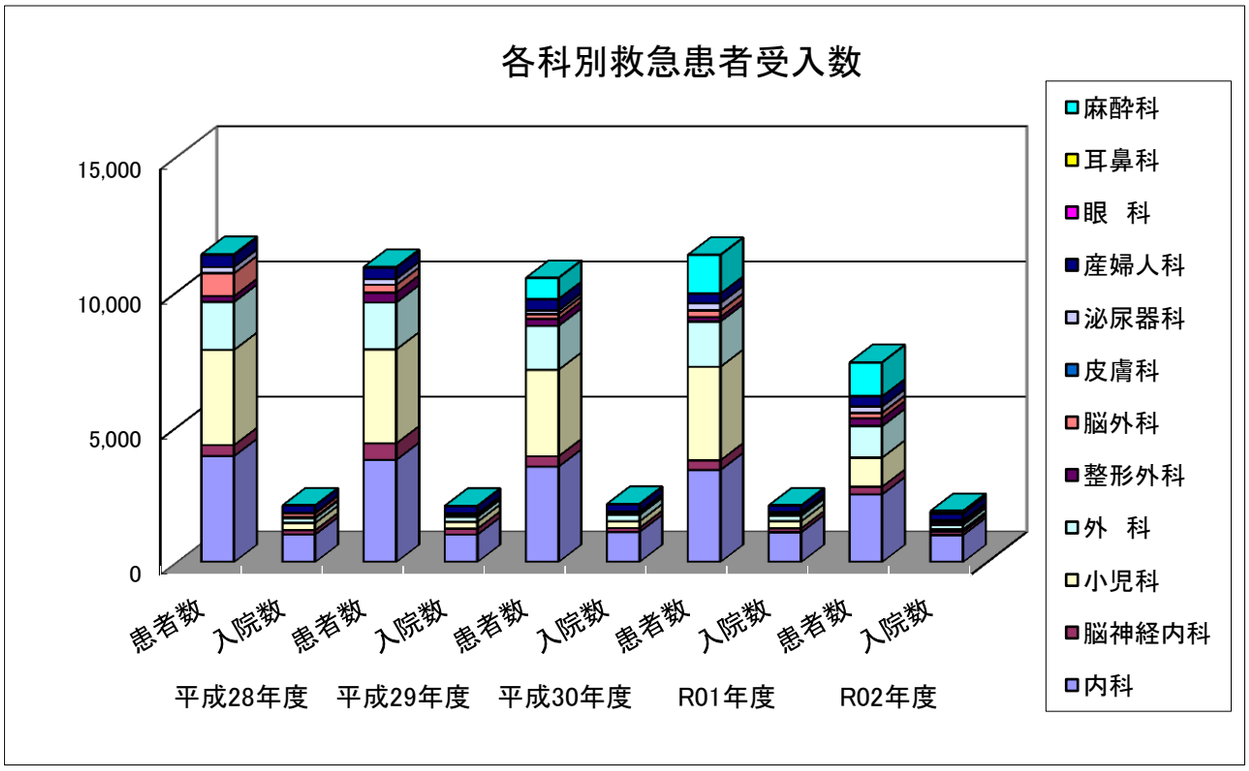


Ⅲ　救急患者数

	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度	
	患者数	入院数	患者数	入院数	患者数	入院数	患者数	入院数	患者数	入院数
内科	3,925	1,025	3,784	1,022	3,530	1,116	3,406	1,106	2,508	1,006
脳神経内科	405	158	609	217	384	149	359	147	282	116
小児科	3,521	266	3,476	251	3,199	246	3,459	260	1,077	91
外　科	1,774	179	1,736	180	1,624	232	1,672	201	1,166	162
整形外科	214	40	363	63	256	76	164	70	288	105
脳外科	842	138	287	45	180	39	236	45	200	40
皮膚科	6	0	3	1	3	4	12	1	11	11
泌尿器科	229	17	209	20	127	16	265	26	223	18
産婦人科	441	272	425	278	417	268	349	226	368	247
眼　科	8	0	1	0	0	0	1	0	0	0
耳鼻科	18	0	14	0	14	0	6	0	13	0
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
麻酔科	0	0	0	0	774	0	1,427	11	1,251	93
合　計	11,383	2,095	10,907	2,077	10,508	2,146	11,356	2,093	7,387	1,889

◆救急車にて搬入

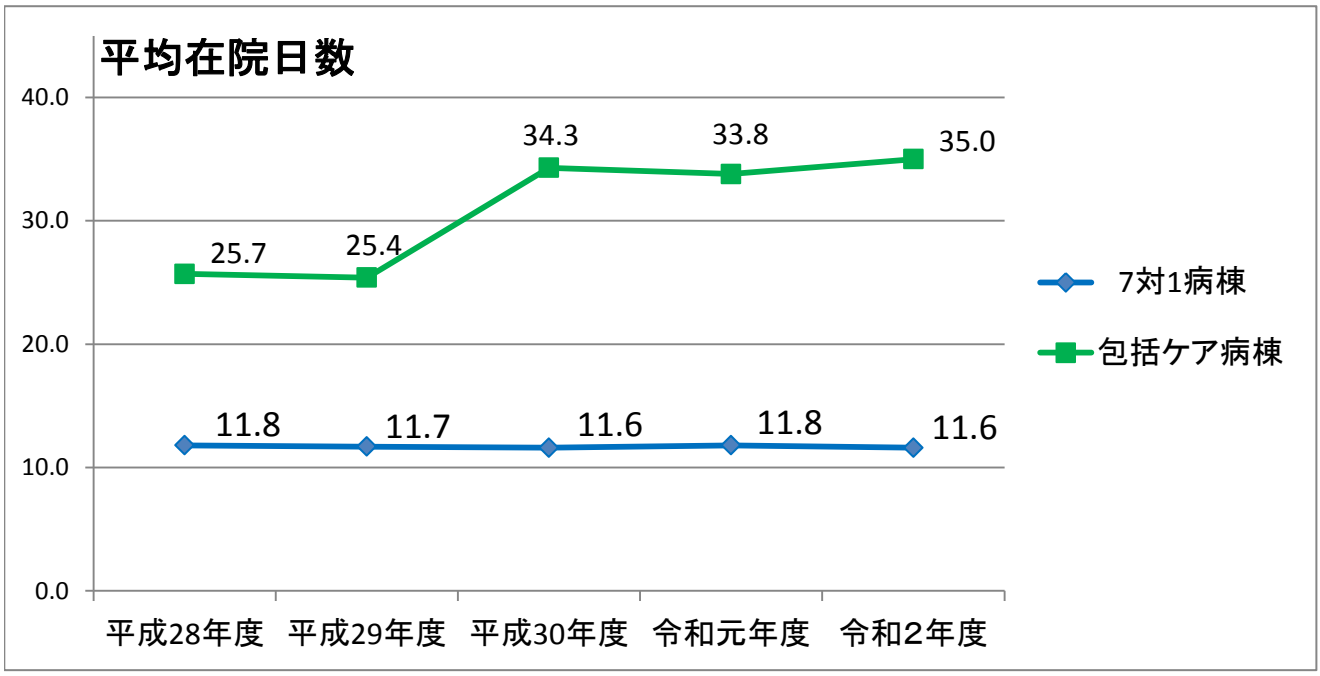
	平成28年度		平成29年度		平成30年度		令和元年度		令和2年度	
	患者数	入院数	患者数	入院数	患者数	入院数	患者数	入院数	患者数	入院数
内科	1,373	519	1,509	644	1,394	663	1,160	619	999	599
脳神経内科	128	47	241	137	118	87	112	96	115	85
小児科	100	30	122	22	139	31	113	29	59	10
外　科	365	58	498	85	447	125	385	99	291	70
整形外科	43	14	140	51	87	63	48	62	105	89
脳外科	197	59	113	35	62	29	78	37	56	32
皮膚科	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2
泌尿器科	27	6	36	10	23	5	67	15	55	10
産婦人科	6	5	8	5	7	9	7	7	12	8
眼　科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
麻酔科	0	0	0	0	403	0	689	10	670	79
合　計	2,239	738	2,667	989	2,680	1,014	2,659	975	2,362	984



Ⅳ　病床利用状況

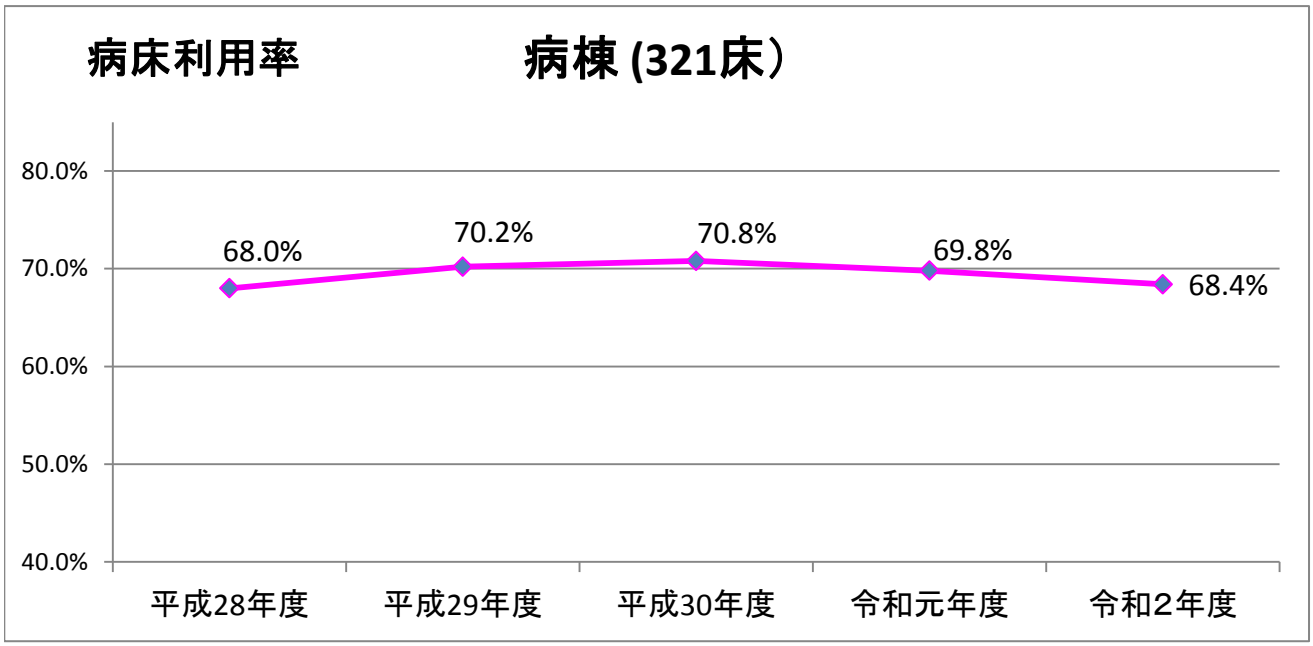
年度別平均在院日数

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
7対1病棟	11.8	11.7	11.6	11.8	11.6
包括ケア病棟	25.7	25.4	34.3	33.8	35.0



病床利用率

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
病棟（321床）	68.0%	70.2%	70.8%	69.8%	68.4%



Ⅴ　入院患者統計

診療情報管理室　入院患者疾病分類別　統計

1　令和２年度　国際疾病分類別　退院患者数

2　令和２年度　国際疾病分類別　退院患者割合

3　令和２年度　国際疾病分類別・科別退院患者数

4　令和２年度　国際疾病分類別・在院期間別退院患者数

5　令和２年度　国際疾病分類別・地域別退院患者数

6　令和２年度　国際疾病分類別・年齢階層別退院患者数

7　令和２年度　診療科別上位疾患　　国際疾病分類小分類①～④

8　令和２年度　分娩・新生児統計

9　令和２年度　退院患者国際疾病分類別・診療科別死因統計

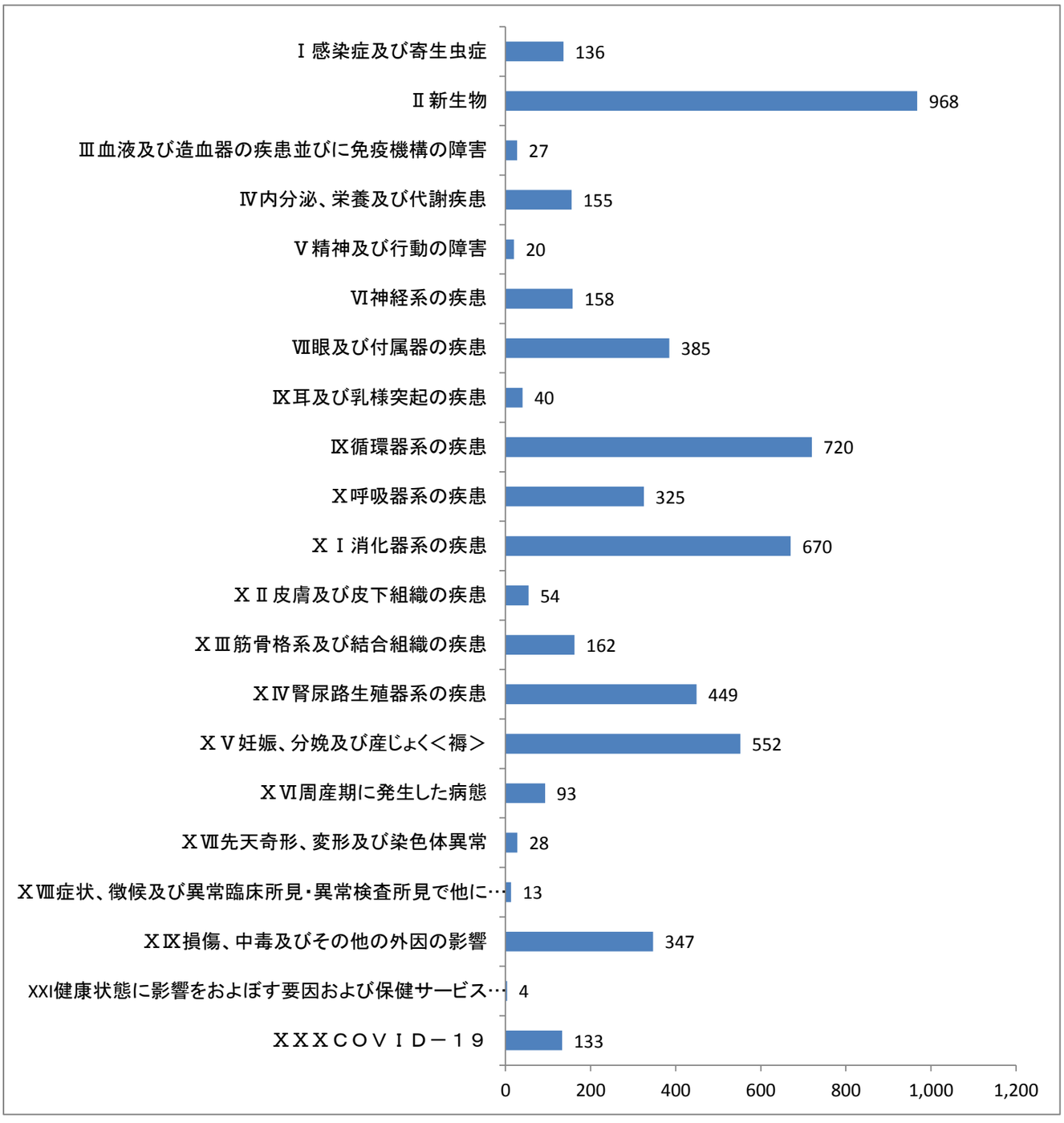
10 令和２年度　国際疾病分類別死亡退院患者統計

11 令和２年度　年齢階層別・性別死亡患者数

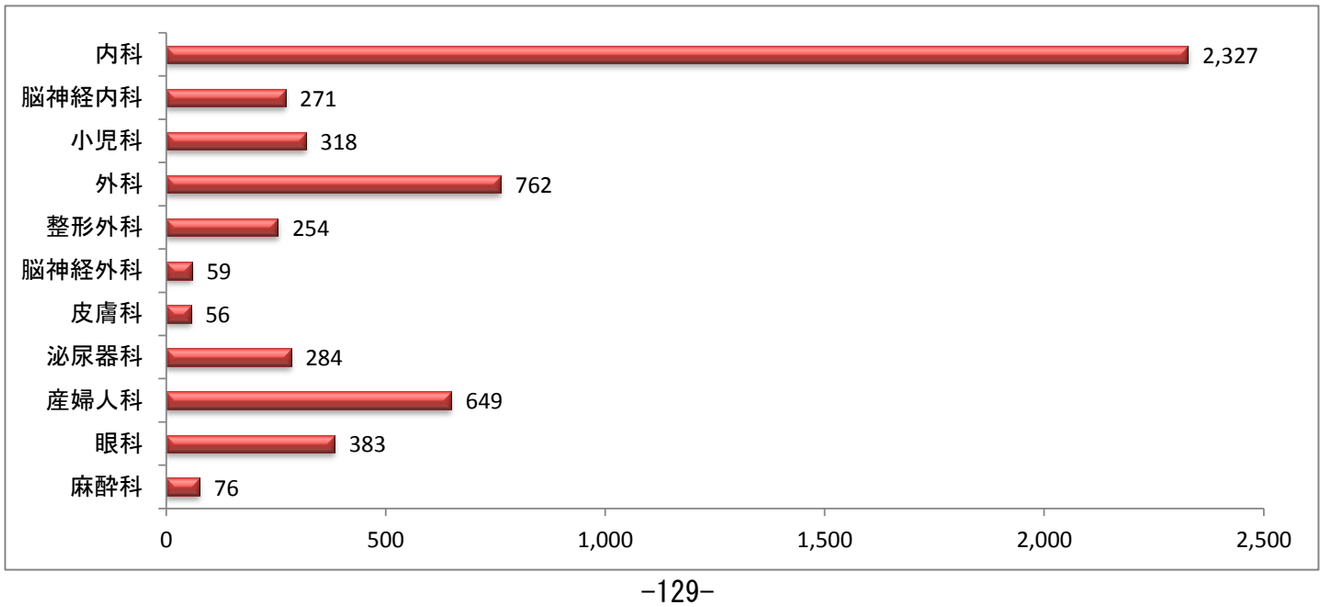
12 令和２年度　退院患者年間上位手術

13 令和２年度　退院患者大分類手術統計

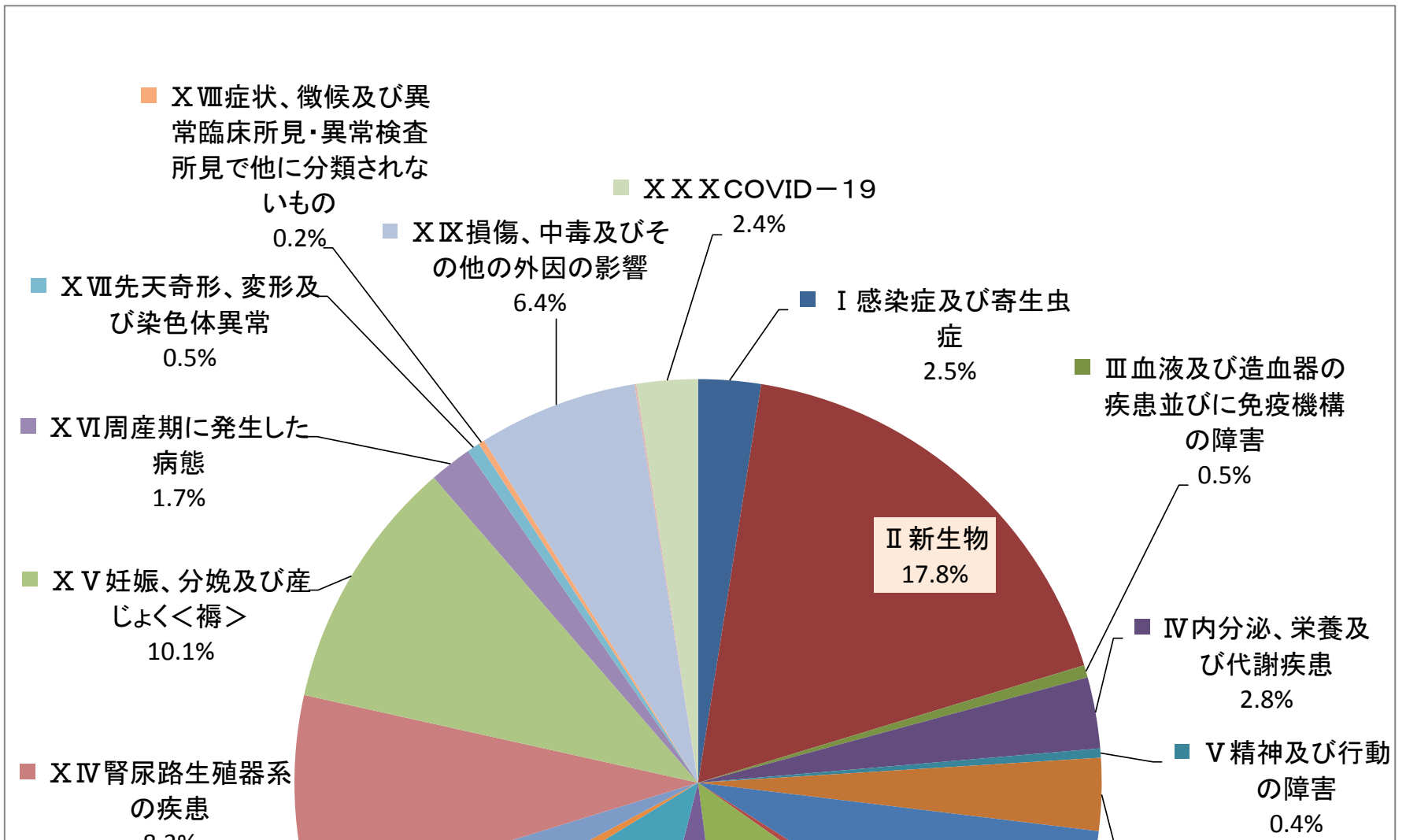
1．令和2年度　国際疾病大分類別　退院患者数



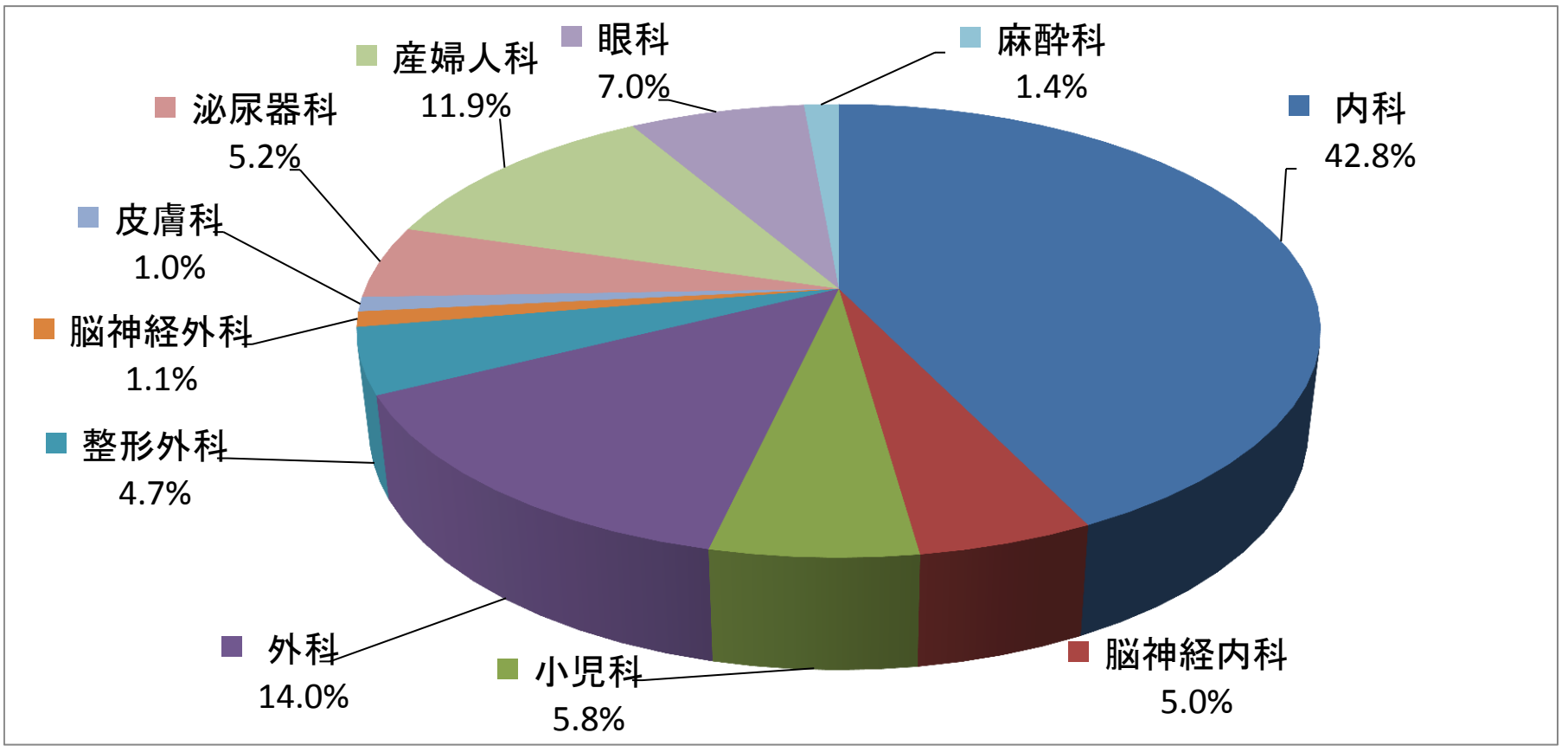
1．令和2年度　診療科別　退院患者数



2. 令和2年度　国際疾病分類別　退院患者割合



2. 令和2年度　診療科別　退院患者割合



3. 令和2年度　国際疾病分類別　科別退院患者数

分類番号	ICD10大分類名称	性別	内科	脳神経内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	麻酔科	計
Ⅰ	感染症及び寄生虫症	男	38	2	14	1			4	1			1	61
		女	52	2	13	3			2		1		2	75
		計	90	4	27	4			6	1	1		3	136
Ⅱ	新生物	男	238	2	12	168		1	3	92			1	517
		女	156	1	1	212		1	8	27	44		1	451
		計	394	3	13	380		2	11	119	44		2	968
Ⅲ	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	男	5		5								1	11
		女	8	1	3	4								16
		計	13	1	8	4							1	27
Ⅳ	内分泌、栄養及び代謝疾患	男	58	3	13	3	1						2	80
		女	62	2	5	1						1	4	75
		計	120	5	18	4	1					1	6	155
Ⅴ	精神及び行動の障害	男	3	2	1									6
		女	5	3	1	1					2		2	14
		計	8	5	2	1					2		2	20
Ⅵ	神経系の疾患	男	21	42	8		4	3						78
		女	16	47	11	1	1	1					3	80
		計	37	89	19	1	5	4					3	158
Ⅶ	眼及び付属器の疾患	男										161		161
		女			3							221		224
		計			3							382		385
Ⅷ	耳及び乳様突起の疾患	男	5	2									6	13
		女	20	1	1								5	27
		計	25	3	1								11	40
Ⅸ	循環器系の疾患	男	340	65	2	3	4	29	1				1	445
		女	208	49	4	2	2	8					2	275
		計	548	114	6	5	6	37	1				3	720
Ⅹ	呼吸器系の疾患	男	136	9	26	47	1			1			2	222
		女	71	8	15	5				1			3	103
		計	207	17	41	52	1			2			5	325
ⅩⅠ	消化器系の疾患	男	262	2	3	144								411
		女	173		2	80				2			2	259
		計	435	2	5	224				2			2	670
ⅩⅡ	皮膚及び皮下組織の疾患	男	3	2	2	3	1		13					24
		女	4	2	7				16	1				30
		計	7	4	9	3	1		29	1				54
ⅩⅢ	筋骨格系及び結合組織の疾患	男	29	4	10	3	35		1	1			3	86
		女	22	8	3	3	37						3	76
		計	51	12	13	6	72		1	1			6	162
ⅩⅣ	腎尿路生殖器系の疾患	男	130	1	7	4				104			4	250
		女	90	1	7	3			1	45	47		5	199
		計	220	2	14	7			1	149	47		9	449
ⅩⅤ	妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	男			1									1
		女									551			551
		計			1						551			552
ⅩⅥ	周産期に発生した病態	男			52									52
		女			41									41
		計			93									93
ⅩⅦ	先天奇形、変形及び染色体異常	男	2		9	9		1		1				22
		女			5	1								6
		計	2		14	10		1		1				28
ⅩⅧ	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	男	2		7		1							10
		女	1		1								1	3
		計	3		8		1						1	13
ⅩⅨ	損傷、中毒及びその他の外因の影響	男	17	5	12	21	58	10	4	5			11	143
		女	37	4	4	28	109	5	3	3			11	204
		計	54	9	16	49	167	15	7	8			22	347
ⅩⅩⅠ	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	男												
		女									4			4
		計									4			4
ⅩⅩⅩ	COVID－19	男	71	1	5	10								87
		女	42		2	2								46
		計	113	1	7	12								133
合計		男	1,360	142	189	416	105	44	26	205		161	32	2,680
		女	967	129	129	346	149	15	30	79	649	222	44	2,759
		計	2,327	271	318	762	254	59	56	284	649	383	76	5,439

4. 令和2年度　国際疾病分類別　在院期間別退院患者数

分類番号	ICD10大分類名称	性別	1日	2～3日	4～7日	8～14日	15～30日	1～3ケ月	3～6ケ月	6ケ月～1年	1年～2年	2年以上	合計	平均在院日数
Ⅰ	感染症及び寄生虫症	男		10	19	12	13	4	3				61	17.6
		女	2	12	13	20	17	10	1				75	16.9
		計	2	22	32	32	30	14	4	0	0	0	136	17.2
Ⅱ	新生物	男	15	115	110	144	87	42	4				517	12.9
		女	3	115	108	110	78	30	6	1			451	13.1
		計	18	230	218	254	165	72	10	1	0	0	968	13.0
Ⅲ	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	男	1	2	2	3	3						11	9.8
		女		2	3	9	2						16	8.6
		計	1	4	5	12	5	0	0	0	0	0	27	9.1
Ⅳ	内分泌、栄養及び代謝疾患	男		15	19	27	9	8	2				80	15.1
		女		6	18	28	16	7					75	14.5
		計	0	21	37	55	25	15	2	0	0	0	155	14.8
Ⅴ	精神及び行動の障害	男	1	3	1	1							6	4.5
		女	1	9	2	1	1						14	3.8
		計	2	12	3	2	1	0	0	0	0	0	20	4.0
Ⅵ	神経系の疾患	男	7	13	12	27	11	7	1				78	15.5
		女	5	17	19	20	8	11					80	13.3
		計	12	30	31	47	19	18	1	0	0	0	158	14.3
Ⅶ	眼及び付属器の疾患	男	13	148									161	2.6
		女	17	203	3			1					224	2.8
		計	30	351	3	0	0	1	0	0	0	0	385	2.8
Ⅷ	耳及び乳様突起の疾患	男		5	6	1	1						13	5.5
		女		13	11	3							27	4.5
		計	0	18	17	4	1	0	0	0	0	0	40	4.8
Ⅸ	循環器系の疾患	男	1	163	53	87	78	53	9	1			445	16.1
		女	3	64	39	50	60	53	6				275	20.3
		計	4	227	92	137	138	106	15	1	0	0	720	17.7
Ⅹ	呼吸器系の疾患	男	2	17	35	64	53	43	8				222	24.4
		女		5	22	27	22	23	3	1			103	24.3
		計	2	22	57	91	75	66	11	1	0	0	325	24.4
ⅩⅠ	消化器系の疾患	男	1	57	178	103	48	19	5				411	11.3
		女	1	34	91	80	33	17	3				259	12.2
		計	2	91	269	183	81	36	8	0	0	0	670	11.7
ⅩⅡ	皮膚及び皮下組織の疾患	男		1	4	7	11	1					24	15.5
		女		1	7	12	5	5					30	18.7
		計	0	2	11	19	16	6	0	0	0	0	54	17.2
ⅩⅢ	筋骨格系及び結合組織の疾患	男	3	2	7	26	28	16	4				86	25.8
		女		9	5	18	22	18	3	1			76	27.8
		計	3	11	12	44	50	34	7	1	0	0	162	26.8
ⅩⅣ	腎尿路生殖器系の疾患	男	2	42	103	51	22	29	1				250	12.1
		女	7	18	74	45	34	19	2				199	14.4
		計	9	60	177	96	56	48	3	0	0	0	449	13.1
ⅩⅤ	妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	男	1										1	1.0
		女	47	19	245	179	33	28					551	9.4
		計	48	19	245	179	33	28	0	0	0	0	552	9.4
ⅩⅥ	周産期に発生した病態	男		11	12	23	6						52	8.2
		女	1	6	19	10	5						41	7.2
		計	1	17	31	33	11	0	0	0	0	0	93	7.8
ⅩⅦ	先天奇形、変形及び染色体異常	男	8	9	2	2	1						22	3.4
		女	3	1		2							6	4.3
		計	11	10	2	4	1	0	0	0	0	0	28	3.6
ⅩⅧ	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	男		4	4	1		1					10	7.4
		女	1		1			1					3	21.3
		計	1	4	5	1	0	2	0	0	0	0	13	10.6
ⅩⅨ	損傷、中毒及びその他の外因の影響	男	5	32	26	25	22	29	4				143	20.2
		女	6	31	14	33	37	77	6				204	29.1
		計	11	63	40	58	59	106	10	0	0	0	347	25.4
ⅩⅩⅠ	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	男											0	
		女		4									4	2.0
		計	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2.0
ⅩⅩⅩ	COVID－19	男	1	4	18	41	19	4					87	12.3
		女			11	28	7						46	10.7
		計	1	4	29	69	26	4	0	0	0	0	133	11.7
合計		男	61	653	611	645	412	256	41	1	0	0	2,680	14.2
		女	97	569	705	675	380	300	30	3	0	0	2,759	14.2
		計	158	1,222	1,316	1,320	792	556	71	4	0	0	5,439	14.2

5. 令和2年度　国際疾病分類別　地域別退院患者数

分類番号	ICD10大分類名称	性別	木津川市	和束町	笠置町	南山城村	精華町	井手町	宇治田原	京田辺市	城陽市	宇治市	京都府他	奈良県	その他	計
Ⅰ	感染症及び寄生虫症	男	33	4	2	1	12			2				6	1	61
		女	51	3	2	2	10	2	1	3					1	75
		計	84	7	4	3	22	2	1	5	0	0	0	6	2	136
Ⅱ	新生物	男	280	20	11	25	109	17	1	25	2	1		25	1	517
		女	250	19	12	13	110	7		15	5		3	14	3	451
		計	530	39	23	38	219	24	1	40	7	1	3	39	4	968
Ⅲ	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	男	7	2		1		1								11
		女	11				4								1	16
		計	18	2	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	1	27
Ⅳ	内分泌、栄養及び代謝疾患	男	52	4	2	6	7	1		4		1	1		2	80
		女	41	6	2	3	9	7	1	1		1		2	2	75
		計	93	10	4	9	16	8	1	5	0	2	1	2	4	155
Ⅴ	精神及び行動の障害	男	4				2									6
		女	8	1			1						1	2	1	14
		計	12	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	2	1	20
Ⅵ	神経系の疾患	男	51	4		1	11	3		2			1	4	1	78
		女	34	7	10	3	11	2		2	2			2	7	80
		計	85	11	10	4	22	5	0	4	2	0	1	6	8	158
Ⅶ	眼及び付属器の疾患	男	110	11	5	9	7	7		4				8		161
		女	151	16	6	6	23	15	1					4	2	224
		計	261	27	11	15	30	22	1	4	0	0	0	12	2	385
Ⅷ	耳及び乳様突起の疾患	男	8	3			2									13
		女	14	4			8	1								27
		計	22	7	0	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	40
Ⅸ	循環器系の疾患	男	243	32	17	19	66	15	2	15	1	1	2	26	6	445
		女	157	18	7	17	40	11		6	3		3	12	1	275
		計	400	50	24	36	106	26	2	21	4	1	5	38	7	720
Ⅹ	呼吸器系の疾患	男	133	9	8	16	34	6		6			2	6	2	222
		女	61	4	1	1	20	5		4	2			3	2	103
		計	194	13	9	17	54	11	0	10	2	0	2	9	4	325
ⅩⅠ	消化器系の疾患	男	216	24	10	15	80	16		14			1	27	8	411
		女	142	24	9	12	28	11		14	1	1	1	16		259
		計	358	48	19	27	108	27	0	28	1	1	2	43	8	670
ⅩⅡ	皮膚及び皮下組織の疾患	男	15	1	1		5	2								24
		女	20	1	1	1	5				1				1	30
		計	35	2	2	1	10	2	0	0	1	0	0	0	1	54
ⅩⅢ	筋骨格系及び結合組織の疾患	男	49	10	2	2	14	1		2			1	5		86
		女	46	6	3	3	6	4		3	1			4		76
		計	95	16	5	5	20	5	0	5	1	0	1	9	0	162
ⅩⅣ	腎尿路生殖器系の疾患	男	133	14	2	6	52	9		9		1	3	18	3	250
		女	107	9	3	6	38	12		9	5			8	2	199
		計	240	23	5	12	90	21	0	18	5	1	3	26	5	449
ⅩⅤ	妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	男	1													1
		女	311	9	1	2	79	8		20	7	4	11	26	73	551
		計	312	9	1	2	79	8	0	20	7	4	11	26	73	552
ⅩⅥ	周産期に発生した病態	男	30	1			5	2		1	2	1		3	7	52
		女	22	2		1	5			1				1	9	41
		計	52	3	0	1	10	2	0	2	2	1	0	4	16	93
ⅩⅦ	先天奇形、変形及び染色体異常	男	17		1	1	2							1		22
		女	5					1								6
		計	22	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	28
ⅩⅧ	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	男	6			1				1				1	1	10
		女	1			1		1								3
		計	7	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	13
ⅩⅨ	損傷、中毒及びその他の外因の影響	男	82	7	2	1	23	5		3	2		2	10	6	143
		女	129	21	4	7	22	8		4	1		1	3	4	204
		計	211	28	6	8	45	13	0	7	3	0	3	13	10	347
ⅩⅩⅠ	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	男														0
		女	4													4
		計	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
ⅩⅩⅩ	COVID－19	男	22			3	8	4		7	5	26	12			87
		女	16			3	8	1		3	1	7	6		1	46
		計	38	0	0	6	16	5	0	10	6	33	18	0	1	133
合計		男	1,492	146	63	107	439	89	3	95	12	31	25	140	38	2,680
		女	1,581	150	61	81	427	96	3	85	29	13	26	97	110	2,759
		計	3,073	296	124	188	866	185	6	180	41	44	51	237	148	5,439

6. 令和2年度 国際疾病分類別 年齢階層別退院患者数

分類番号	ICD10大分類名称	性別	0～4	5～9	10～14	15～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90～	合計	平均年齢
Ⅰ	感染症及び寄生虫症	男	7	2	5		4	1	4	2	6	2	6	2	10	4	6	61	54.3
		女	8	4	1	1	3	2	5	4	5	4	3	9	9	7	10	75	59.3
		計	15	6	6	1	7	3	9	6	11	6	9	11	19	11	16	136	57.1
Ⅱ	新生物	男		12		1		4	5	32	28	56	121	87	102	61	8	517	72.7
		女	1		1	1	3	22	41	33	40	49	86	72	52	31	19	451	68.4
		計	1	12	1	2	3	26	46	65	68	105	207	159	154	92	27	968	70.7
Ⅲ	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	男	4		1							3		1	1	1		11	42.4
		女	3					1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	16	55.6
		計	7	0	1	0	0	1	1	1	2	4	1	4	2	2	1	27	50.2
Ⅳ	内分泌、栄養及び代謝疾患	男	5	2	6		1	3	8	11	2	6	9	9	10	5	3	80	57.4
		女	1	2	2	4		1	5	3		3	14	6	11	13	10	75	69.0
		計	6	4	8	4	1	4	13	14	2	9	23	15	21	18	13	155	63.0
Ⅴ	精神及び行動の障害	男		1						2		1	1				1	6	58.3
		女			1	3	2	1	2	1		1		1	1		1	14	44.3
		計	0	1	1	3	2	1	2	3	0	2	1	1	1	0	2	20	48.5
Ⅵ	神経系の疾患	男	6	2				3	3	13	3	3	17	12	8	5	3	78	62.4
		女	6	3	2		2	3	4	1	3	2	8	10	17	9	10	80	65.0
		計	12	5	2	0	2	6	7	14	6	5	25	22	25	14	13	158	63.8
Ⅶ	眼及び付属器の疾患	男						1	1	7	3	12	45	47	31	8	6	161	75.2
		女	3						2	6	16	19	38	68	47	22	3	224	74.6
		計	3	0	0	0	0	1	3	13	19	31	83	115	78	30	9	385	74.8
Ⅷ	耳及び乳様突起の疾患	男						1	3	1	1	3	3			1		13	60.2
		女	1						2	1	3	7	4	2	2	4	1	27	68.6
		計	1	0	0	0	0	1	5	2	4	10	7	2	2	5	1	40	65.9
Ⅸ	循環器系の疾患	男			2	1	1		8	41	18	41	85	74	79	68	27	445	74.7
		女	2	1		1			5	6	4	13	42	38	47	48	68	275	80.3
		計	2	1	2	2	1	0	13	47	22	54	127	112	126	116	95	720	76.9
Ⅹ	呼吸器系の疾患	男	21	2	2	9	8	3	1	2	5	7	18	32	53	41	18	222	66.7
		女	11	3		1		2	2		1	5	12	11	13	19	23	103	70.1
		計	32	5	2	10	8	5	3	2	6	12	30	43	66	60	41	325	67.8
ⅩⅠ	消化器系の疾患	男	7	4	6	6	5	15	23	36	22	49	56	54	78	31	19	411	67.2
		女	6	6	3	2	4	5	20	13	9	11	35	39	32	44	30	259	70.0
		計	13	10	9	8	9	20	43	49	31	60	91	93	110	75	49	670	68.3
ⅩⅡ	皮膚及び皮下組織の疾患	男	1		1				1	3		4	4	3	4	3		24	66.3
		女	4	2	1						3	4	2	4	2	6	2	30	60.6
		計	5	2	2	0	0	0	1	3	3	8	6	7	6	9	2	54	63.1
ⅩⅢ	筋骨格系及び結合組織の疾患	男	6	4				3		7	6	4	9	15	14	12	6	86	66.2
		女	2	1			1	1	8	4	1	5	9	15	12	8	9	76	70.4
		計	8	5	0	0	1	4	8	11	7	9	18	30	26	20	15	162	68.1
ⅩⅣ	腎尿路生殖器系の疾患	男	8	2	1	3	5	7	14	34	26	14	37	45	25	21	8	250	65.0
		女	3	2	1	4	7	20	21	18	5	10	20	21	27	26	14	199	63.7
		計	11	4	2	7	12	27	35	52	31	24	57	66	52	47	22	449	64.4
ⅩⅤ	妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	男	1															1	0.0
		女				2	121	376	52									551	33.1
		計	1	0	0	2	121	376	52	0	0	0	0	0	0	0	0	552	33.0
ⅩⅥ	周産期に発生した病態	男	52															52	0.0
		女	41															41	0.0
		計	93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	93	0.0
ⅩⅦ	先天奇形、変形及び染色体異常	男	16		1	1	1	2					1					22	9.1
		女	5				1											6	5.3
		計	21	0	1	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	28	8.3
ⅩⅧ	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	男	4	2	1								2		1			10	26.2
		女	1						1								1	3	47.3
		計	5	2	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	13	31.1
ⅩⅨ	損傷、中毒及びその他の外因の影響	男	6	6	5	4	4	5	17	5	6	7	11	17	25	16	9	143	61.1
		女	3	2	1	6	2	5	5	10	4	5	18	35	37	37	34	204	74.3
		計	9	8	6	10	6	10	22	15	10	12	29	52	62	53	43	347	68.8
ⅩⅩⅠ	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	男																0	
		女							4									4	41.0
		計	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	41.0
ⅩⅩⅩ	COVID－19	男	1		1	1	7	6	9	19	9	8	7	8	8	2	1	87	57.4
		女				1	7	1	6	5	7	4	4	8	3			46	57.1
		計	1	0	1	2	14	7	15	24	16	12	11	16	11	2	1	133	57.3
合計		男	145	39	32	26	36	54	97	215	135	220	432	406	449	279	115	2,680	66.2
		女	101	26	13	26	153	440	186	106	103	143	296	342	313	275	236	2,759	61.4
		計	246	65	45	52	189	494	283	321	238	363	728	748	762	554	351	5,439	63.8

7. ①令和2年度 診療科別上位疾患　国際疾病分類小分類

内科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	I20	狭心症	198	5.0	74.2
2	I50	心不全	137	26.1	83.5
3	U071	COVID－19	113	11.7	59.4
4	K80	胆石症	100	8.7	77.0
5	N18	慢性腎不全	94	20.7	72.8
6	C16	胃の悪性新生物	85	13.4	73.6
7	J69	誤嚥性肺炎	81	31.9	84.3
8	J15	細菌性肺炎	67	24.1	79.5
9	K83	胆道のその他の疾患	56	17.2	80.0
10	K57	腸の憩室性疾患	54	9.6	69.9
11	E11	2型糖尿病	51	11.5	67.8
12	C18	結腸の悪性新生物	50	12.2	71.7
13	C25	膵の悪性新生物	49	19.3	76.2
14	C22	肝及び肝内胆管の悪性新生物	46	12.7	76.3
15	C24	胆道の悪性新生物	44	17.6	79.4
16	N10	急性尿細管間質性腎炎	39	19.3	78.6
17	I70	下肢閉塞性動脈硬化症	32	4.9	79.4
18	A41	敗血症	31	30.1	82.4
19	K63	腸のその他の疾患 （大腸ポリープ等）	29	6.3	68.0
20	I25	陳旧性心筋梗塞	28	4.6	66.6
21	N39	尿路系のその他の障害	27	14.0	81.1
22	K56	麻痺性イレウス及び腸閉塞，ヘルニアを伴わないもの	26	13.0	77.2
23	A09	感染症と推定される下痢及び胃腸炎	25	8.3	62.1
23	H81	前庭機能障害（めまい等）	25	4.4	72.4
25	N03	慢性糸球体腎炎	24	4.1	63.0
26	C15	食道の悪性新生物	23	12.9	75.6
26	D12	大腸腺腫	23	3.1	72.7
26	E87	体液，電解質および酸塩基平衡障害（低ナトリウム血症等）	23	13.0	70.2
29	I21	急性心筋梗塞	22	16.2	71.0
30	C23	胆のう＜嚢＞の悪性新生物	21	6.9	69.2
31	E86	体液量減少症（脱水症等）	19	16.1	79.4
31	K81	胆のう＜嚢＞炎	19	17.7	76.8
31	T82	心臓および血管のプロステーシス，挿入物および移植片の合併症	19	10.3	76.8
34	G47	睡眠時無呼吸症候群	18	3.4	60.8
34	I44	房室ブロックおよび左脚ブロック	18	21.3	79.5
36	K25	胃潰瘍	15	9.7	71.2
37	I49	不整脈	13	14.2	82.3
37	J18	肺炎，病原体不詳	13	29.3	80.5
37	M06	その他の関節リウマチ	13	45.3	74.3
37	K55	腸の血行障害（虚血性大腸炎等）	13	45.3	74.3
全体症例数・平均在院日数			2,327	15.9	73.9

※　症例数　12以下のものは略

②令和2年度 診療科別上位疾患　国際疾病分類小分類

神経内科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	I63	脳梗塞	81	38.4	79.5
2	G20	パーキンソン＜Parkinson＞病	19	29.5	74.9
3	G40	てんかん	18	12.1	67.7
4	I69	脳血管疾患の続発・後遺症	15	11.5	74.4
5	G61	炎症性多発(性)ニューロパチ＜シ＞ー	13	14.5	71.7
6	J69	誤嚥性肺炎	9	64.8	81.0
7	G30	アルツハイマー＜Alzheimer＞病	7	15.4	82.7
8	G23	基底核のその他の変性疾患	6	9.7	75.2
8	G45	一過性脳虚血発作および関連症候群	6	4.7	67.0
8	G70	重症筋無力症およびその他の神経筋障害	6	22.0	85.7
全体症例数・平均在院日数			271	26.8	78.0

※　症例数　5以下のものは略

小児科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	P59	新生児黄疸	32	4.4	0.0
2	P22	新生児の呼吸窮＜促＞迫	22	8.5	0.0
3	T78	食物アレルギー	12	1.3	6.6
4	P21	出生時仮死	11	8.0	0.0
4	D43	脳および中枢神経系の性状不詳または不明の新生物	11	1.7	6.2
6	P07	妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害，他に分類されないもの	10	14.1	0.0
6	M30	結節性多発(性)動脈炎および関連病態	10	13.0	2.4
6	A09	感染症と推定される下痢および胃腸炎	10	4.4	6.3
9	G40	てんかん	8	2.6	2.9
10	P70	胎児および新生児に特異的な一過性糖質代謝障害	7	10.6	0.0
10	N39	尿路系のその他の障害	7	9.0	1.3
10	J15	細菌性肺炎，他に分類されないもの	7	5.0	3.3
10	J02	急性咽頭炎	7	4.6	0.3
10	U071	COVID－19	7	7.6	22.7
15	N10	急性尿細管間質性腎炎	6	12.7	5.8
15	J20	急性気管支炎	6	4.2	1.0
全体症例数・平均在院日数			318	5.8	3.5

※　症例数　5以下のものは略

皮膚科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	L03	蜂巣炎＜蜂窩織炎＞	19	11.1	78.2
2	B02	帯状疱疹[帯状ヘルペス]	5	18.2	84.8
2	L97	下肢の潰瘍	5	13.2	64.2
4	C44	皮膚の悪性新生物	3	7.3	79.7
4	D48	皮下腫瘍	3	2.7	73.7
6	D04	皮膚の上皮内癌	2	7.0	67.5
6	L89	じょく＜褥＞瘡性潰瘍	2	45.5	75.0
全体症例数・平均在院日数			56	13.5	72.2

※　症例数　1以下のものは略

③令和2年度 診療科別上位疾患　国際疾病分類小分類

外科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	C50	乳房の悪性新生物	118	12.8	62.9
2	K40	そけい＜鼠径＞ヘルニア	85	4.7	59.4
3	C34	肺の悪性新生物	81	15.8	77.8
4	C18	結腸の悪性新生物	62	21.1	74.0
5	C16	胃の悪性新生物	42	12.5	72.8
6	J93	気胸	38	13.7	55.3
7	K80	胆石症	33	7.4	66.4
8	C20	直腸の悪性新生物	31	15.6	67.0
8	K35	急性虫垂炎	31	8.5	42.2
10	K56	麻痺性イレウス及び腸閉塞，ヘルニアを伴わないもの	15	18.1	69.0
11	C78	呼吸器及び消化器の続発性悪性新生物	13	4.5	72.3
12	U071	COVID－19	12	13.9	56.6
13	S32	腰椎および骨盤の骨折	11	39.1	83.1
14	S22	肋骨，胸骨および胸椎骨折	10	29.7	84.6
15	J86	膿胸(症)	9	50.8	73.7
16	K43	腹壁ヘルニア	8	22.0	76.3
17	K65	腹膜炎	7	17.0	57.1
17	K81	胆のう＜嚢＞炎	7	13.3	62.4
全体症例数・平均在院日数			762	15.0	65.4

※　症例数　6以下のものは略

整形外科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	S72	大腿骨骨折	65	45.5	80.4
2	M48	脊椎障害	28	17.4	72.8
3	S52	前腕の骨折	24	13.8	62.2
4	S32	腰椎および骨盤の骨折	21	37.4	74.1
5	S42	肩及び上腕の骨折	19	16.3	54.7
6	S82	下腿の骨折，足首を含む	16	22.6	63.0
7	M51	その他の椎間板障害	10	13.2	60.0
8	M47	脊椎症	9	26.0	76.2
全体症例数・平均在院日数			254	28.7	69.9

※　症例数　6以下のものは略

脳外科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	I62	慢性硬膜下血腫	20	22.0	85.1
2	I61	脳内出血	12	37.4	75.5
3	S06	頭蓋内損傷	8	16.1	69.0
4	G91	水頭症	3	10.3	80.7
4	S00	頭部の表在損傷	3	3.0	55.3
6	I67	その他の脳血管疾患	2	5.0	70.5
全体症例数・平均在院日数			59	22.9	76.1

※　症例数　1以下のものは略

④令和2年度 診療科別上位疾患　国際疾病分類小分類

泌尿器

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	N20	腎結石及び尿管結石	76	3.9	61.5
2	C67	膀胱の悪性新生物	65	10.1	76.4
3	C61	前立腺の悪性新生物	24	5.2	77.0
4	N10	急性尿細管間質性腎炎	19	16.3	74.7
5	N13	閉塞性尿路疾患及び逆流性尿路疾患	15	8.7	68.7
6	C65	腎盂の悪性新生物	14	11.0	67.6
7	N21	下部尿路結石	7	5.4	82.1
7	N40	前立腺肥大(症)	7	9.4	76.0
全体症例数・平均在院日数			284	9.0	69.6

※　症例数　6以下のものは略

産婦人科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	O80	単胎自然分娩	294	7.0	32.3
2	O34	既往帝切後妊娠	47	9.7	35.1
3	O60	早産	42	27.6	33.0
4	O02	稽留流産	40	1.4	34.4
5	D25	子宮平滑筋腫	20	8.4	44.0
6	O21	過度の妊娠嘔吐(妊娠悪阻)	19	15.6	34.3
7	N87	子宮頚(部)の異形成	16	3.6	38.1
8	O32	既知の胎位異常又はその疑いのための母体ケア(骨盤位)	13	14.3	34.9
9	D27	卵巣の良性新生物	10	7.1	49.5
9	D39	卵巣腫瘍	10	8.8	54.7
9	O20	切迫流産	10	19.6	32.7
12	O4	前期破水	9	5.6	34.3
12	O81	吸引分娩による単胎分娩	9	13.6	34.9
全体症例数・平均在院日数			649	9.1	34.7

※　症例数　8以下のものは略

眼科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	H25	老人性白内障	378	2.7	75.6
2	H26	その他の白内障	3	2.3	53.3
全体症例数・平均在院日数			383	2.8	75.4

※　症例数　1以下のものは略

麻酔科

No.	ICD10	ICD10小分類名称	症例数	平均在院日数	平均年齢
1	H81	前庭機能障害(めまい等)	10	4.1	56.8
2	S32	腰椎および骨盤の骨折	7	21.4	79.1
3	T67	熱中症	7	6.0	76.1
4	M54	急性腰痛症	5	8.8	66.0
全体症例数・平均在院日数			76	10.7	70.2

※　症例数　4以下のものは略

令和2年度　分娩・新生児統計

総分娩件数　412件
新生児統計　414人

分娩数統計

入院経路別件数

	件数	率(%)
通常入院	21	5.1%
救急入院	117	28.4%
紹介入院	274	66.5%
合計	412	100.0%

分娩様式件数／率

	件数	率(%)
正常	291	70.6%
異常	121	29.4%
合計	412	100.0%

異常分娩統計／率

	件数	率(%)
予定帝王切開	71	58.7%
緊急帝王切開	25	20.7%
その他	25	20.7%
合計	121	100.0%

主なハイリスク妊産婦の分娩成績

妊娠34週未満の早産　件数

週数	予定帝切	緊急帝切	他	合計
妊娠26週未満	0	0	4	4
妊娠26～29週	0	0	0	0
妊娠30～33週	1	0	1	2
総計	1	0	5	6

骨盤位(逆子)件数

週数	予定帝切	緊急帝切	その他	合計
妊娠34週未満	0	0	0	0
妊娠34週以上	9	4	0	13
総計	9	4	0	13

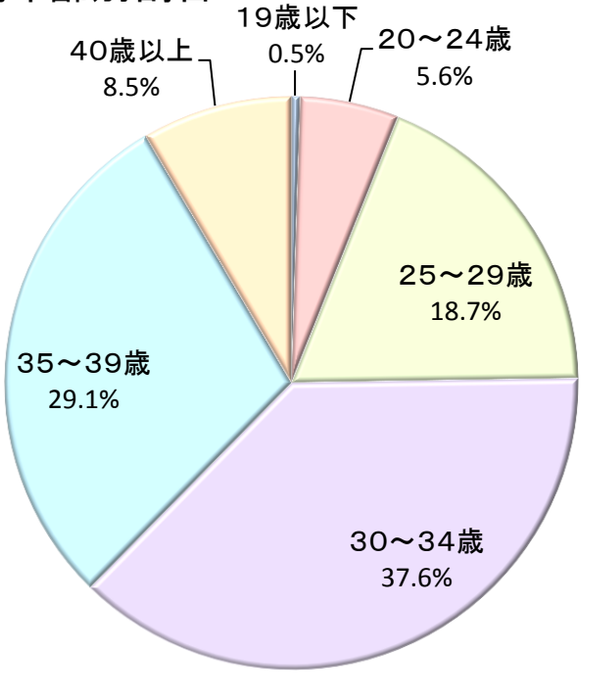
多胎件数

週数	予定帝切	緊急帝切	その他	合計
2人	0	0	2	2
3人	0	0	0	0
4人以上	0	0	0	0
総計	0	0	2	2

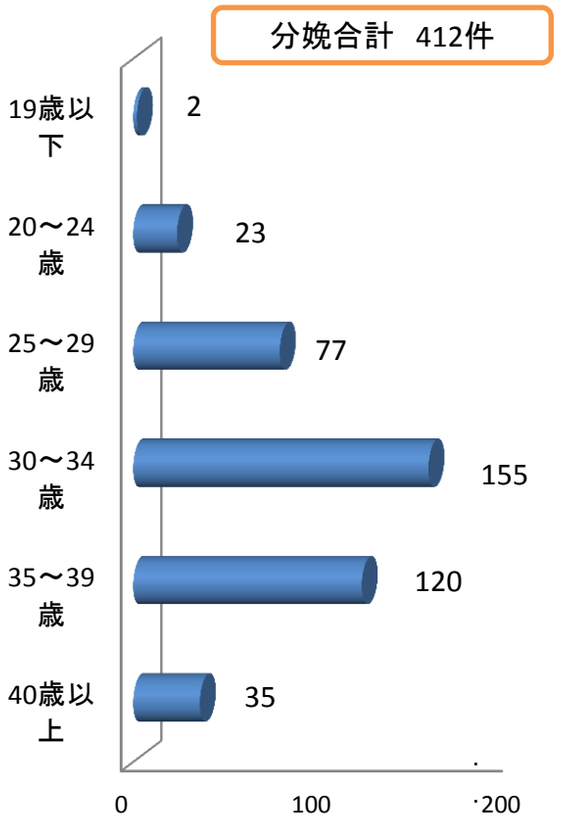
経産回数／率

	件数	率(%)
初経	175	42.5%
経産	237	57.5%
合計	412	100.0%

分娩年齢別割合



分娩年齢別件数



出生体重別の新生児統計

出生体重(g)	出生件数	率(%)	死産	未熟児
1,000g以下	5	0.8%	5	0
1,000～1,500g	0	0.0%	0	0
1,500～2,000g	2	0.4%	0	2
2,000～2,500g	32	6.0%	1	31
2,500g以上	375	92.8%	0	0
総計	414	100.0%	6	33

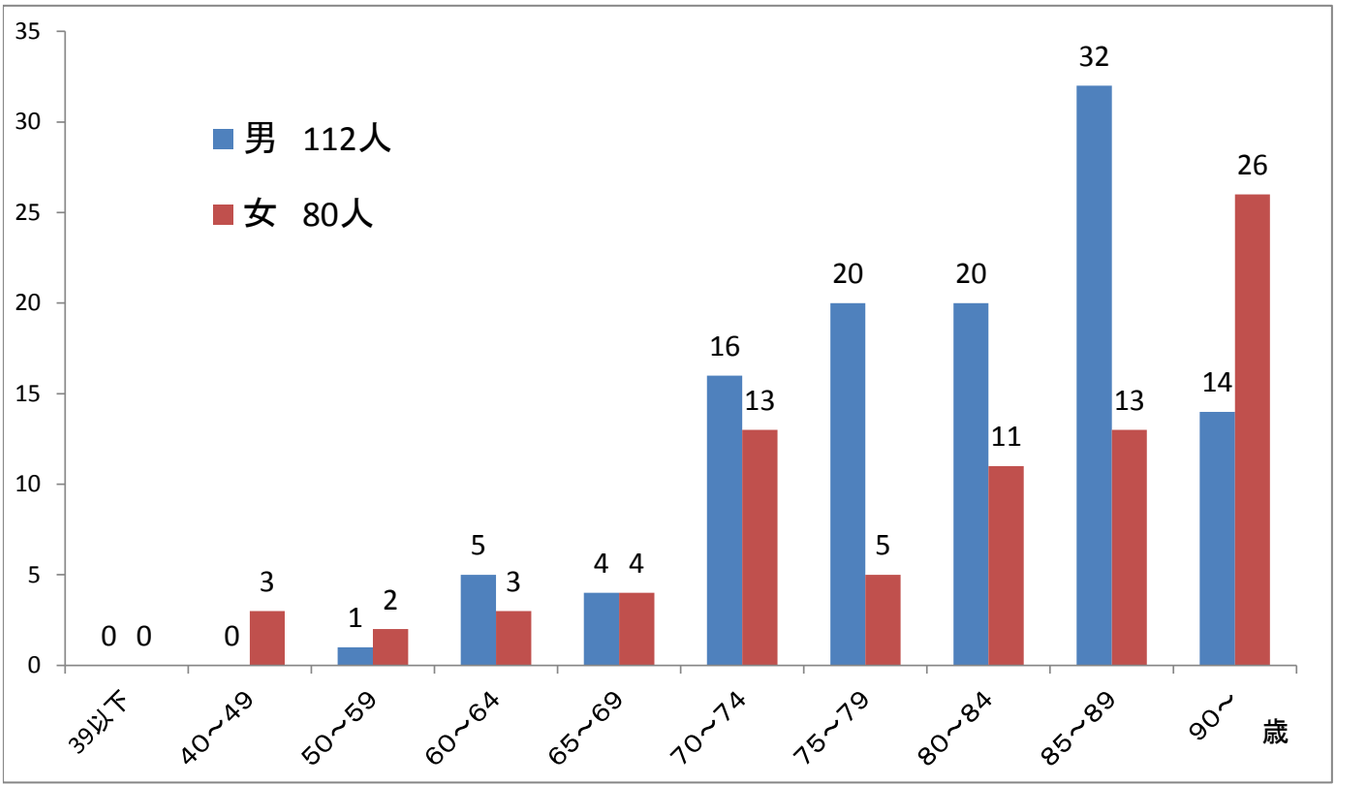
9. 令和2年度 退院患者国際疾病分類別 診療科別死因統計

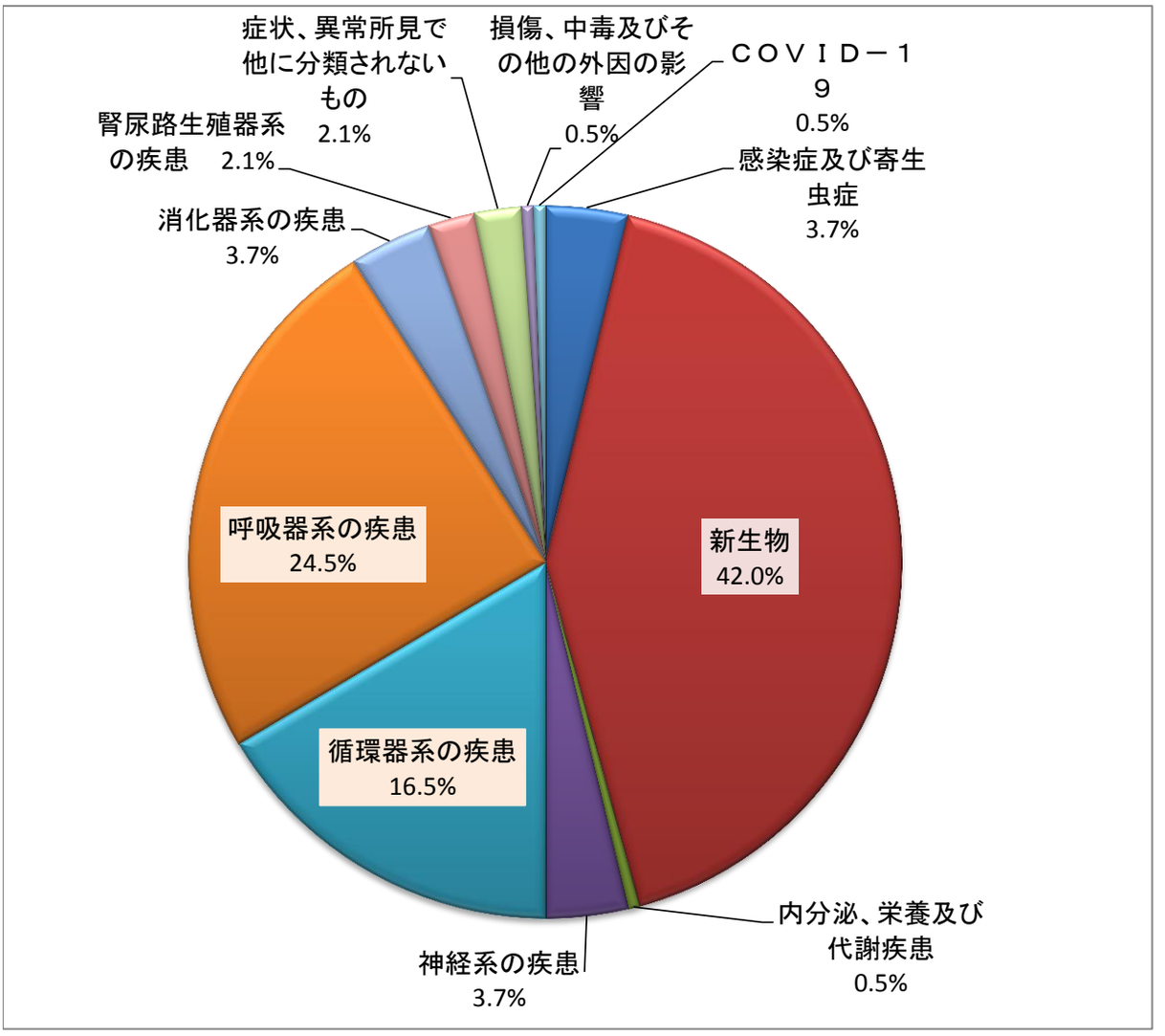
分類番号	ICD10大分類名称	性別	内科	脳神経内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	麻酔科	合計
Ⅰ	感染症及び寄生虫症	男	2	2										4
		女	3											3
		計	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Ⅱ	新生物	男	28	1		16				4				49
		女	18			12								30
		計	46	1	0	28	0	0	0	4	0	0	0	79
Ⅲ	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ⅳ	内分泌、栄養及び代謝疾患	男	1											1
		女												0
		計	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ⅴ	精神及び行動の障害	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ⅵ	神経系の疾患	男	4											4
		女	3											3
		計	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Ⅶ	眼及び付属器の疾患	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ⅷ	耳及び乳様突起の疾患	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ⅸ	循環器系の疾患	男	8	2		2		2						14
		女	13	2		1			1					17
		計	21	4	0	3	0	2	1	0	0	0	0	31
Ⅹ	呼吸器系の疾患	男	20	3		1	3						2	29
		女	14	1			1						1	17
		計	34	4	0	1	4	0	0	0	0	0	3	46
ⅩⅠ	消化器系の疾患	男	2			1								3
		女	1	1		2								4
		計	3	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	7
ⅩⅡ	皮膚及び皮下組織の疾患	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ⅩⅢ	筋骨格系及び結合組織の疾患	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ⅩⅣ	腎尿路生殖器系の疾患	男	3											3
		女								1				1
		計	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
ⅩⅤ	妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ⅩⅥ	周産期に発生した病態	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ⅩⅦ	先天奇形、変形及び染色体異常	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ⅩⅧ	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	男	1			2								3
		女	5											5
		計	6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8
ⅩⅨ	損傷、中毒及びその他の外因の影響	男	1											1
		女												0
		計	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ⅩⅩⅠ	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	男												0
		女												0
		計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ⅩⅩⅩ	COVID－19	男	1											1
		女												0
		計	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
合計		男	71	8	0	22	3	2	0	4	0	0	2	112
		女	57	4	0	15	1	0	1	1	0	0	1	80
		計	128	12	0	37	4	2	1	5	0	0	3	192

10. 令和2年度　国際疾病分類別　死亡退院患者統計

分類番号	ICD10大分類名称	性別	退院患者数	死亡退院患者数	粗死亡率	48時間以内の死亡数	精死亡率	死亡患者平均在院日数	平均死亡年齢
Ⅰ	感染症及び寄生虫症	男	61	4	6.6%	0	6.6%	79.3	86.5
		女	75	3	4.0%	2	1.3%	7.7	87.3
		計	136	7	5.1%	2	3.7%	48.6	86.9
Ⅱ	新生物	男	517	49	9.5%	3	8.9%	23.0	78.3
		女	451	30	6.7%	1	6.4%	46.0	75.5
		計	968	79	8.2%	4	7.7%	31.7	77.2
Ⅲ	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	男	11	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	16	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	27	0	0.0%	0	0.0%	－	－
Ⅳ	内分泌、栄養及び代謝疾患	男	80	1	1.3%	0	1.3%	51.0	90.0
		女	75	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	155	1	0.6%	0	0.6%	51.0	90.0
Ⅴ	精神及び行動の障害	男	6	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	14	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	20	0	0.0%	0	0.0%	－	－
Ⅵ	神経系の疾患	男	78	4	5.1%	0	5.1%	14.3	71.0
		女	80	3	3.8%	0	3.8%	21.0	70.3
		計	158	7	4.4%	0	4.4%	17.1	70.7
Ⅶ	眼及び付属器の疾患	男	161	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	224	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	385	0	0.0%	0	0.0%	－	－
Ⅷ	耳及び乳様突起の疾患	男	13	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	27	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	40	0	0.0%	0	0.0%	－	－
Ⅸ	循環器系の疾患	男	445	15	3.4%	2	2.9%	36.6	83.4
		女	275	20	7.3%	3	6.2%	28.8	82.9
		計	720	31	4.3%	5	3.6%	32.3	83.1
Ⅹ	呼吸器系の疾患	男	222	29	13.1%	4	11.3%	28.9	83.5
		女	103	17	16.5%	4	12.6%	26.6	87.3
		計	325	46	14.2%	8	11.7%	28.0	84.9
ⅩⅠ	消化器系の疾患	男	411	3	0.7%	1	0.5%	46.3	76.3
		女	259	4	1.5%	1	1.2%	31.5	89.0
		計	670	7	1.0%	2	0.7%	37.9	83.6
ⅩⅡ	皮膚及び皮下組織の疾患	男	24	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	30	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	54	0	0.0%	0	0.0%	－	－
ⅩⅢ	筋骨格系及び結合組織の疾患	男	86	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	76	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	162	0	0.0%	0	0.0%	－	－
ⅩⅣ	腎尿路生殖器系の疾患	男	250	3	1.2%	0	1.2%	23.7	85.3
		女	199	1	0.5%	0	0.5%	10.0	83.0
		計	449	4	0.9%	0	0.9%	20.3	84.8
ⅩⅤ	妊娠、分娩及び産じょく＜褥＞	男	1	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	551	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	552	0	0.0%	0	0.0%	－	－
ⅩⅥ	周産期に発生した病態	男	52	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	41	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	93	0	0.0%	0	0.0%	－	－
ⅩⅦ	先天奇形、変形及び染色体異常	男	22	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	6	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	28	0	0.0%	0	0.0%	－	－
ⅩⅧ	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	男	10	2	20.0%	0	20.0%	80.7	90.0
		女	3	2	66.7%	1	33.3%	24.2	87.2
		計	13	4	30.8%	1	23.1%	45.4	88.3
ⅩⅨ	損傷、中毒及びその他の外因の影響	男	143	1	0.7%	1	0.0%	2.0	78.0
		女	204	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	347	1	0.3%	1	0.0%	2.0	78.0
ⅩⅩⅠ	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	男	0	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		女	4	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	4	0	0.0%	0	0.0%	－	－
ⅩⅩⅩ	COVID－19	男	87	1	1.1%	0	1.1%	6	77
		女	46	0	0.0%	0	0.0%	－	－
		計	133	1	0.8%	0	0.8%	6	77
合計		男	2,680	112	4.2%	11	3.8%	30.0	80.8
		女	2,759	80	2.9%	12	2.5%	33.3	81.3
		計	5,439	192	3.5%	23	3.1%	31.4	81.1

11. 令和2年度　年齢階層別　性別死亡患者数





令和２年度　退院患者別　死因割合

12. 令和2年度 退院患者 年間上位手術

令和2年度 年間手術上位順 ・・・年間7件以上の手術

順位	手術名称	件数
1	水晶体再建術	381
2	経皮的冠動脈ステント留置術	168
3	内視鏡的胆道ステント留置術	133
4	帝王切開術	101
5	鼠径ヘルニア手術 (腹腔鏡含む)	84 (51)
6	骨折観血的手術	70
7	経皮的冠動脈形成術	63
8	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	62
9	創傷処理	59
10	膀胱悪性腫瘍手術	58
11	経尿道的尿路結石除去術	56
12	内視鏡的胆道結石除去術	53
13	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術	49
14	乳腺悪性腫瘍手術	45
15	抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入用植込型カテーテル設置	44
15	胃瘻造設術	44
17	四肢の血管拡張術・血栓除去術	43
18	内視鏡的乳頭切開術	42
18	流産手術	42
20	胆嚢摘出術 (腹腔鏡含む)	41 (39)
21	内視鏡的消化管止血術	35
22	中心静脈注射用植込型カテーテル設置	34
23	末梢動静脈瘻造設術(内シャント造設術)	33
24	大動脈バルーンパンピング法	31
24	ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)	31
24	関節内骨折観血的手術	31
27	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	30
28	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)	29
28	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	29 (29)
28	内視鏡的膵管ステント留置術	29
28	人工骨頭挿入術	29
32	内視鏡的胃ポリープ・粘膜切除術(早期悪性腫含む)	28
33	小腸結腸内視鏡的止血術	27
33	子宮附属器腫瘍摘出術 (腹腔鏡含む)	27 (17)
35	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	25
35	腹腔鏡下虫垂切除術	25 (25)

※( )内の数字は胸・腹腔鏡手術の数

順位	手術名称	件数
37	体外ペースメーキング術	23
38	皮膚切開術	22
39	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	21
39	直腸切除・切断術 (腹腔鏡含む)	21 (18)
39	経尿道的尿管ステント留置術	21
42	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	20
43	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	18
44	下部消化管ステント留置術	17
45	子宮頸部(腟部)切除術	16
46	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	15
46	胆嚢外瘻造設術	15
48	超音波骨折治療法	14
49	経皮的心肺補助法	13
49	吸引娩出術	13
51	人工肛門造設術 (腹腔鏡含む)	12 (3)
51	新生児仮死蘇生術	12
53	胸腔鏡下肺切除術	11 (11)
53	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	11 (11)
53	胃悪性腫瘍切除術 (腹腔鏡含む)	11 (8)
53	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	11
57	ペースメーカー交換術	10
57	連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	10
57	膀胱結石摘出術(経尿道的手術)	10
57	骨内異物(挿入物を含む。)除去術	10
61	経皮的胆管ドレナージ術	9
61	停留精巣固定術	9
61	子宮頸管縫縮術(シロッカー法)	9
64	内視鏡的食道粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術)	8
64	食道ステント留置術	8
64	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	8
64	子宮全摘術	8
64	椎間板摘出術(後方摘出術)	8
69	経皮的椎体形成術	7
69	内シャント血栓除去術	7
69	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	7
69	経尿道的前立腺手術(電解質溶液利用のもの)	7

※( )内の数字は胸・腹腔鏡手術の数

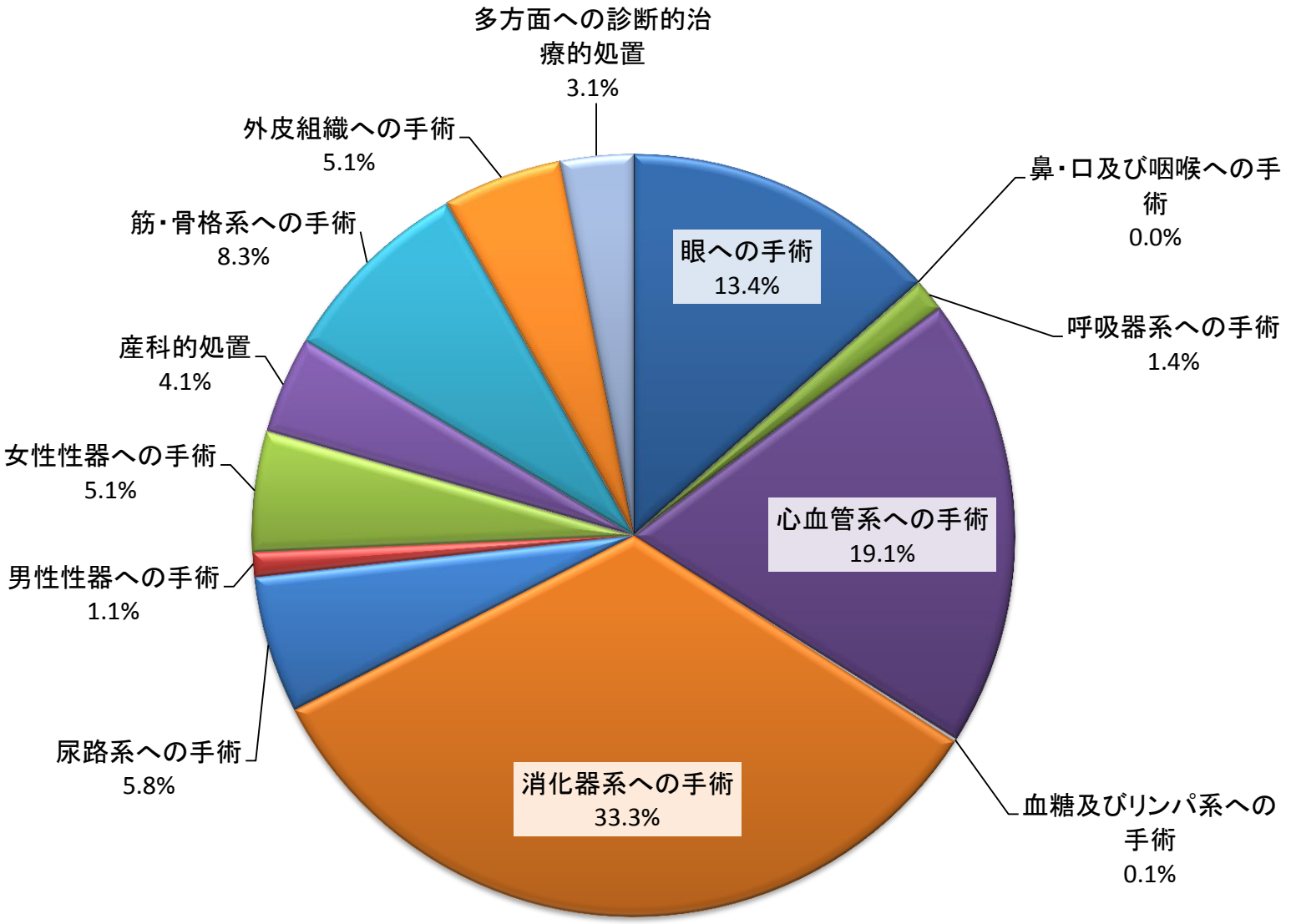
令和2年度 手術件数合計	2，880件

13. 令和2年度 退院患者 大分類手術統計

手術大分類		性別	合計
Ⅰ	(01-05)神経系への手術	男	25
		女	9
		計	34
Ⅱ	(06-07)内分泌系への手術	男	0
		女	0
		計	0
Ⅲ	(08-16)眼への手術	男	161
		女	221
		計	382
Ⅳ	(18-20)耳への手術	男	0
		女	0
		計	0
Ⅴ	(21-29)鼻・口及び咽喉への手術	男	0
		女	1
		計	1
Ⅵ	(30-34)呼吸器系への手術	男	25
		女	14
		計	39
Ⅶ	(35-39)心血管系への手術	男	327
		女	217
		計	544
Ⅷ	(40-41)血糖及びリンパ系への手術	男	4
		女	0
		計	4

手術大分類		性別	合計
Ⅸ	(42-54)消化器系への手術	男	582
		女	367
		計	949
Ⅹ	(55-59)尿路系への手術	男	114
		女	52
		計	166
ⅩⅠ	(60-64)男性性器への手術	男	30
		女	0
		計	30
ⅩⅡ	(65-71)女性性器への手術	男	0
		女	145
		計	145
ⅩⅢ	(72-75)産科的処置	男	0
		女	117
		計	117
ⅩⅣ	(76-84)筋・骨格系への手術	男	96
		女	141
		計	237
ⅩⅤ	(85-86)外皮組織への手術	男	52
		女	92
		計	144
ⅩⅥ	(87-98)多方面への診断的治療的処置	男	40
		女	48
		計	88
総計		男	1,456
		女	1,424
		計	2,880

13. 令和2年度退院患者 手術大分類別割合



Ⅰ　刊行論文･著書

	表　題　名	第一著者	共　著　者	雑誌名･号数･ページ･発行年
1	Antibody-mediated pure red cell aplasia related with epoetin-beta pegol (C.E.R.A.) as an erythropoietic agent: case report of a dialysis patient	Yasuki Shingu	Tomohiro Nakata, Shinji Sawai, Hisaya Tanaka, Osamu Asai, Keiichi Tamagaki, Kimihiko Nakatani	BMC Nephrology 21(1) : 275、2020
2	「高齢２型糖尿病患者の繰り返し再燃する下肢動脈閉鎖に対し、頻回下肢動脈カテーテル治療と血糖コントロールの見直しで救肢できている１例」	堤　丈士	中谷公彦、服部智仁、竹上茉耶　、中埜幸治	Diabetes Journal 48:59-63、2020
3	アルコール摂取で２型糖尿病患者のLDL-Cが低下	堤　丈士		Medical Tribune No7./Vol 53 2020
4	Safety and reliability of computed tomography-guided lipiodol marking for undetectable pulmonary lesions.	K. Ito	J. Shimada, M. Shimomura, K. Terauchi, M. Nishimura, M. Yanada, Y. Iwasaki, Y. Ueshima, D. Kato, H. Suzuki, and M. Inoue	Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery_30:546-551、2020
5	同時多発すりガラス状陰影病変に対する治療戦略－経皮的CTガイド下リピオドールマーキングを用いた肺切除術	伊藤　和弘	島田順一，寺内邦彦，下村雅律，西村元宏，岩崎靖，加藤大志朗，柳田正志，上島康生，鈴木啓史，井上匡美	胸部外科_74:4-8、2021
6	胃切除時の郭清リンパ節から偶発的に診断された悪性リンパ腫の1例	柏本　錦吾	小池 浩志，糸川 嘉樹，中田 雅支	癌と化学療法48巻4号 Page546-548、2021.04
7	Lumbar Subdural Hematoma Detected After Surgical Treatment of Chronic Intracranial Subdural Hematoma	Tomoaki Fujita	Yoshihiro Iwamoto, Hayato Takeuchi, Hitoshi Tsujino, Naoya Hashimoto	World Neurosurgery 134: 472-476、 2020
8	A case of hemicrania continua-tic syndrome	Yudai Goto	Yoshihiro Iwamoto, Hiroyuki Yamamoto, Naoya Hashimoto	Neurol Clin Neurosci 00: 1-3、2020
9	インフルエンザ流行期と重複した麻疹アウトブレイクを経験して	大植由紀子	加納　原	環境感染誌Vol. 36 no. 5、2021

Ⅱ　学会発表(総会、地方会)

	演　題　名	演　者	共　同　演　者	学会名･発表年月日･開催地
1	婦人科的処置後に劇症型溶連菌感染症による膿胸を合併し胸腔鏡手術が施行された1例	明　祐也	澤井慎二、浅井修、伊藤和弘、　中谷公彦	第231回日本内科学会近畿地方会 2021/3/13、WEB
2	血糖コントロール不良の糖尿病背景に化膿性恥骨結合炎を発症した一例	桑原　美樹	堤丈士、小林玄樹、服部智仁、中谷公彦、福井道明、中埜幸治	第57回日本糖尿病学会近畿地方会 2020/10/7、WEB
3	重症糖尿病性ケトアシドーシスでショックとなり低体温を合併するも救命できた一例	河合　清佳	堤丈士、小林玄樹、服部智仁、福井道明、中埜幸治	第57回日本糖尿病学会近畿地方会 2020/10/7、WEB
4	血糖治療自己中断中に敗血症ショックに重症DKA合併したが救命できた一例	小林　玄樹	堤丈士、河合清佳、福井道明、中埜幸治	第57回日本糖尿病学会近畿地方会 2020/10/7、WEB
5	診断に難渋した心筋炎の一例	堤　丈士	中谷公彦、小林玄樹、服部智仁、福井道明、中埜幸治	第20回日本病院総合医療医学会学術総会 2020/2、福岡市(ﾋﾙﾄﾝｼｰﾎｰｸ)
6	低血糖発作で入院中にインスリノーマが判明し大動脈破裂で死亡した高齢者の一例	服部　智仁	堤丈士、小林玄樹、中谷公彦、中埜幸治	第20回日本病院総合医療医学会学術総会 2020/2、福岡市(ﾋﾙﾄﾝｼｰﾎｰｸ)
7	コントロール不良の糖尿病を背景に化膿性恥骨結合炎を発症した一例	桑原　美樹	堤丈士、小林玄樹、服部智仁、中谷公彦、中埜幸治	第20回日本病院総合医療医学会学術総会 2020/2、福岡市(ﾋﾙﾄﾝｼｰﾎｰｸ)
8	特発性血小板減少性紫斑病に対しｴﾙﾄﾛﾝﾎﾞﾊﾟｯﾞ投与中に急性心筋梗塞を発症した一例	服部　翔太	堤　丈士、小林　玄樹、服部智仁、中谷公彦、中埜幸治	第20回日本病院総合医療医学会学術総会 2020/2、福岡市(ﾋﾙﾄﾝｼｰﾎｰｸ)
9	1年後に一過性全健忘を再発し診断確定した一過性てんかん性健忘の1例	森田　輝	大島洋一、向井麻央、岩本一秀	第230回日本内科学会近畿地方会. 2020/12/12、和歌山
10	膿胸に対する局所麻酔下単孔式胸腔鏡下手術の有用性	伊藤　和弘		第73回日本胸部外科学会定期学術集会 2020/10/28、名古屋市
11	Initial treatment for empyema with unintubated single port video-assisted thoracoscopic surgery	Ito K		第33回日本内視鏡外科学会総会 2021/3/10、横浜市
12	LADG施行時の郭清リンパ節から偶発的に診断された悪性リンパ腫の一例	柏本　錦吾	小池浩志、糸川嘉樹、中田雅支	第92回胃癌学会総会
13	胃切除時の郭清リンパ節から偶発性に診断された悪性リンパ腫の一例	柏本　錦吾	小池浩志、糸川嘉樹、中田雅支	第42回癌局所療法研究会 2020/5/29、大阪

	演 題 名	演 者	共 同 演 者	学会名･発表年月日･開催地
14	LADG施行時の郭清リンパ節から偶発的に診断された悪性リンパ腫の一例	柏本　錦吾	小池浩志、糸川嘉樹、中田雅支	第92回胃癌学会総会 2020/7/1～31、横浜市
15	腹腔鏡下で治癒したmesodiverticular vascular bandによる内ヘルニアの一例	柏本　錦吾	小池浩志、糸川嘉樹、中田雅支	第56回腹部救急医学会 2020/10/8～9、名古屋市
16	当院における再発鼠径ヘルニアの腹腔鏡下手術における治療報告	柏本　錦吾	小池浩志、糸川嘉樹、中田雅支	京都消化器外科臨床検討会 2020/10/10、京都市
17	当院における再発鼠径ヘルニアの腹腔鏡下手術における治療報告	柏本　錦吾	小池浩志、糸川嘉樹、中田雅支	2020年日本ヘルニア学会 2020/11/3～4、東京都
18	A treatment report of laparoscopic surgery for recurrence hernia in our hospital	Kingo Kashimoto	Masashi nakata	第33回日本内視鏡外科学会総会 2021/3/10～13、横浜市
19	慎重な患者対応が必要であった医原性腸穿孔の一例	柏本　錦吾	小池浩志、糸川嘉樹、中田雅支	第57回腹部救急医学会 2021/3/11～12、東京都
20	乳腺顆粒細胞腫の1例	須藤　萌		第18回日本乳癌学会近畿地方会 2020/11/27、滋賀県
21	術後早期に肺転移した乳腺紡錘細胞癌に対しエリブリンを投与した1症例	松田　高幸		第28回日本乳癌学会学術総会 2020/10/9、愛知県
22	巨大子宮筋腫を伴う子宮捻転、子宮断裂、大網捻転の一例	川俣　まり	澤田重成、北岡由衣	第142回近畿産科婦人科学会学術集会 2020/6/1、WEB
23	インフルエンザ流行期と重複した麻疹アウトブレイクを経験して	大植由紀子	加納　原	第35回日本環境感染学会総会・学術集会 2021/2/12、横浜市
24	モニターアラームの無駄なりをなくす第４報	吉本　和輝		第15回　医療の質・安全学会学術集会 2020/11/22、WEB
25	セフェピム脳症を経験した腎機能低下患者の一例	今村　博一	浅田珠世、辻本和香、今田繁夫	第４２回　日本病院薬剤師会近畿学術大会 2021/1/30、WEB

一般演題(ポスター発表)

	演 題 名	演 者	共 同 演 者	学会名･発表年月日･開催地
1	腎生検で診断し得たIgG4関連疾患に　緩徐進行1型糖尿病を合併した１例	浅井　修	中谷公彦	第64回日本リウマチ学会総会・学術集会 2020/8/17～9/15、WEB
2	多職種によるPDカンファレンスの有用性の検討	出来　寿江	西口佳美、大槻恵、生島梨絵子、兼田淳子、寺田明弘、村上美代子、浅井修、中谷公彦	第65回日本透析医学会学術集会・総会 2020/11/2～24、WEB
3	脳卒中入院患者の転倒に関わる危険因子の解析.	大島　洋一	兼澤直子、田井博司、岡野香苗、谷本茂樹、向井麻央、岩本一秀	第45回日本脳卒中学会学術集会 2020/8/23、横浜市
4	当院で経験した13歳女児の腟瘤血腫の2例	北岡　由衣	北村圭広、川俣まり、澤田重成	第35回日本女性医学会学術集会 2020/11/21、東京都、WEB
5	卵巣成熟嚢胞性奇形腫の自然破裂により化学性腹膜炎を発症し腹腔鏡手術を行うも治療に苦慮した一例	北岡　由衣	北村圭広、川俣まり、澤田重成	第60回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会 2020/12/14、WEB

Ⅲ　研究会･集談会発表

	演 題 名	演 者	共 同 演 者	学会名･発表年月日･開催地
1	認知症の治療について～薬物療法と予防～	大島　洋一		認知症を学ぶ会 2020/8/22、木津川市
2	膿胸に対する局所麻酔下 Single port VATSの経験	伊藤　和弘		KPUM Thoracic Conference 2020/10/3、京都市
3	肺癌と気胸・膿胸の治療	伊藤　和弘		相楽呼吸器カンファレンス 2020/10/24、木津川市
4	（座長）「がん治療医が実践す	糸川　嘉樹		京都外科医会　学術講演会 2021/2/20(京都)
5	（座長）	糸川　嘉樹		消化器外科検討会 2020/10/10（京都）
6	外来子宮鏡検査を施行しても術前に診断できなかった初期子宮体癌の一例	北岡　由衣	北村圭広、川俣まり、澤田重成	第12回京都鏡視下手術研修会 2020/12/5、京都市、WEB
7	積極的な子宮鏡下手術が悪性所見を見逃さないために有効と考えられた一例について	北岡　由衣	北村圭広、川俣まり、澤田重成	第４回子宮鏡研究会 2021/3/17、東京都、WEB