
朝霧

令和3年度年報



社会福祉法人^{恩賜財団} 済生会支部

大分県済生会日田病院

《理念》

「済生」の心*を受け継ぎ、医療と福祉の充実・発展を通して、安心して暮らせる地域社会の実現に貢献します。

(※明治天皇の済生勅語にある、頼るところもなく、身寄りもない生活困窮者に、薬を与え医療を施して生命を救うという済生の道から、いわゆる社会的弱者救済の心をいう。)

《基本方針》

- 1 生活困窮者支援事業を推進します。
- 2 信頼される救急医療体制を構築します。
- 3 関係機関との連携を図り、高度医療を提供します。
- 4 職員の協調と信頼によって、チーム医療の充実を図り、患者本位の医療を実践します。
- 5 中核病院として、地域の医療水準の向上に努めます。
- 6 総合的な医療の質の管理を行い、健全経営を目指します。

《患者の権利と義務》

- 1 最善で安全な医療を平等に受ける権利があります。
- 2 個人として、その人格や価値観が尊重される権利があります。
- 3 自己の病気や治療について、説明を受ける権利があります。
- 4 自ら治療方針を選択する権利、また自ら治療を拒否する権利があります。
- 5 治療にあたり症状を正確に告知する義務があります。
- 6 医師の指示に従い、病院の規則を遵守する義務があります。
- 7 診療費を支払う義務があります。

《職員の職業倫理について》

- 1 医療を受ける患者さんの人格を尊重し、患者さんの立場に立って心温かく接するとともに、医療内容やその他必要な事項についてよく説明し、安心感と信頼を得るよう努めます。
- 2 医療を受ける患者さんのプライバシーを尊重し、個人情報保護方針のもと職務上の守秘義務を遵守します。
- 3 互いに尊敬し合い、良き協力関係のもとに医療を行います。
- 4 最新・最良の医療を提供するために、知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くします。
- 5 職務の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛けます。
- 6 医療の公共性を重んじ、法令やルールを遵守し、医療を通じて地域社会の発展に尽くします。

《臨床における倫理に関する方針》

- 1 私たちは病院の理念・基本方針に基づき、自分たちの職業倫理を守り、患者さんに質の高い、安全な医療を提供します。
- 2 患者さんの人権を尊重し、インフォームド・コンセントを十分に行い、治療・療養に関わる情報をできるだけ提供します。
- 3 職務上知り得た患者さんの情報の守秘を厳守します。
- 4 患者さんの自己決定権を尊重します。
- 5 患者さんの利益を最優先としたうえで医療の進歩と発展に寄与します。
- 6 倫理的問題についての対応は倫理委員会で審議します。

明治44年2月11日、明治天皇は、時の内閣総理大臣、桂太郎を召されて「恵まれない人々のために施薬救療による済生の道を広めるように」との『済生勅語』に添えてお手元金150万円を下賜された。桂総理はこの御下賜金を基金として全国の官民から寄付金を募って同年5月30日^{恩賜財団}済生会を創立した。

以来今日まで110年、社会経済情勢の変化に伴い、存廃の窮地を乗り越えるなど幾多の変遷を経ながらも、本会は創立の精神を引き継いで保健・医療・福祉の充実・発展に必要な諸事業に取り組んできた。

戦後は社会福祉法人となり、現在は、秋篠宮皇嗣殿下を総裁に戴き、炭谷茂を理事長とし、東京に本部、40都道府県に支部を設置している。社会福祉法人として、また公的医療機関として病院81、診療所18、救護施設1、介護医療院1、介護老人保健施設29、さらに老人福祉施設122、訪問看護ステーション62、児童福祉施設25、障害者福祉施設9、看護師養成施設7、地域包括支援センター30、地域生活定着支援センター5、その他9、合計399施設を有している。

職員数は全国で約6万4千人。

(令和3年4月1日現在)

「済生勅語」

朕惟フ二世局ノ大勢ニ随ヒ
 國運ノ伸張ヲ要スルコト
 方ニ急ニシテ經濟ノ狀況
 漸ニ革マリ人心動モスレハ
 其ノ歸向ヲ謬ラムトス政ヲ
 爲ス者宜ク深ク此ニ鑒ミ
 倍と憂勤シテ業ヲ勸メ
 教ヲ敦クシ以テ健全ノ發
 達ヲ遂ケシムヘシ若夫レ
 無告ノ窮民ニシテ醫藥
 給セス天壽ヲ終フルコト
 能ハサルハ朕力最軫念シテ
 措カサル所ナリ乃チ施薬
 救療以テ済生ノ道ヲ弘メム
 トス茲ニ内帑ノ金ヲ出タシ
 其ノ資ニ充テシム卿克ク朕力
 意ヲ體シ宜キニ随ヒ之ヲ
 措置シ永ク衆庶ヲシテ
 頼ル所アラシメムコトヲ期セヨ



済生会の紋章について

初代総裁・伏見宮貞愛親王^{さだなる}が創立当時、次のような「撫子の歌」^{なでしこ}を済生会の事業に寄せられたのにちなみ、いつの世にもその趣旨を忘れないようにと、撫子の花に露をあしらったものが大正元年(1912)より済生会の紋章となっています。



露にふす 末野の小草 いかにごと

あさ夕かかる わがころかな

巻頭言

院長 林田 良三

最初の年報「朝霧」は開院3周年記念誌として平成6年春に発刊されました。その巻頭言で小金丸道彦初代院長は病院の行事、業績等の記録を次の時代に残していくことの必要性、重要性から年報「朝霧」を発刊するに至ったことを述べておられます。また、この「朝霧」初刊には昭和45年3月、日田玖珠広域市町村圏の振興計画で公的病院の設置が計画されてから平成2年10月の大分県済生会日田病院開院に至るまでの20年以上に及ぶ紆余曲折の経緯が詳細に記載されています。さらに済生会日田病院の開院に関わった多くのステークホルダーのみなさんや職員からの寄稿文も多く掲載されています。これらを読みますと済生会日田病院の誘致は日田・玖珠地域住民のまさに悲願であったことや地域の中核病院として地域だけでなく多くの関係諸氏の期待を背負っての開院であったことを改めて痛感しました。開院から30年以上経過した今、改めて身の引き締まる思いです。

年報「朝霧」は年とともに発刊を重ね、令和3年度「朝霧」の発刊は26回目になります。令和3年度の当院の歩みを振り返り、コロナ後の済生会日田病院のあり方を示唆してくれるような年報「朝霧」になることを願っています。

さて、令和3年度も令和2年度に続き新型コロナウイルス感染症への対応に追われた1年になりました。特に令和3年4月～5月にかけての日田玖珠地域でのデルタ株の爆発的感染拡大は当院にとって大変な脅威になりました。ワクチン接種率が低く、治療薬の開発も間に合っていない時期に、感染力が高く、肺炎の発症率が高いデルタ株が蔓延したことで入院患者は短期間に急激に増えていきました。最初6床であった感染症病床を医師会の協力のもと10日たらずのうちに51床まで増やしましたがあっという間に44人の感染患者が入院。感染病床の使用率は86%に達しました。一般急性期医療も影響を受け、医療崩壊が現実になってしまうのではないかとという危機感すらいただきました。幸いその後、入院患者は徐々に減少、なんとか危機を乗り切ることができました。その後も8月～9月の第5波、2022年1月から始まった第6波と息つく間もなく新型コロナウイルス感染症対応にあたった1年でした。

最前線で対応にあたった職員はもちろんのことそれを後方支援してくれた職員そして多くの制約があるなか一般の急性期医療を死守してくれた職員、そして感染症病床の清掃、消毒に協力してくれた外部委託職員のみなさん、済生会日田病院で働くすべての方から感謝いたします。

令和4年になっても新型コロナウイルス感染症の脅威は続いておりますがこの地域での当院の役割、使命を忘れずに職員一丸となって新たな一歩を踏み出したいと思います。

目次

病院の概要	3
1) 沿革	4
2) 概要	7
3) 臨床研修と学会研修施設認定	8
4) 許認可等一覧	9
5) 勤務体制と救急体制	12
6) 臨地実習病院	12
7) 職員配置状況（令和4年3月31日現在）	13
8) 組織図	14
9) 委員会一覧	15
10) 役職員	16
診療統計	17
(1) 診療統計	18
各部報告	23
1) 医療技術部	24
(1) 薬剤部	24
(2) 画像診断部	26
(3) 検査部	29
(4) リハビリテーション部	31
(5) 栄養部	34
(6) 臨床工学部	36
(7) 口腔衛生技術部	37
2) 看護部	39
3) 診療部	54
(1) 感染管理対策室	54
(2) 臨床研修室	57
4) 医療情報部	58
(1) 診療情報管理室	58
(2) システム管理室	60
5) 地域医療福祉部	62
(1) 地域医療室	62
(2) 医療社会事業室	64
(3) がん相談支援センター	68

(4) 大分県地域生活定着支援センター	70
6) 医療安全管理部	75
(1) 医療安全管理室	75
7) 事務部	79
(1) 総務課	79
(2) 経理課	82
(3) 用度課	84
(4) 医事課	85
委員会報告	86
研究業績	111

I

病院の概要

1) 沿革

- 昭和 45年 3月 日田・玖珠広域市町村圏の振興計画で公的病院の設置を計画
- 45年 3月 県立病院の分院設置について県に陳情
- 46年 8月 日田玖珠地域市町村協議会は、公的病院対策を検討し県に陳情
- 49年 10月 県議会が日田・玖珠地域の公的病院誘致に関する請願を採択
- 52年 6月 別府済生会病院廃止（24床 内科、外科、産婦人科）
- 53年 1月 日田市を中心とする日田・玖珠地域の市町村は、地域の中核病院として公的医療機関の済生会に病院開設準備室の設置を要請
- 54年 1月 地元医師会（日田郡市医師会）が医師会立病院構想を提示
- 55年 2月 日田玖珠地域市町村協議会は、済生会本部に対し地元病院構想を提出し、進出を要請
- 55年 12月 地元医師会は医師会立病院の設立を決定
- 56年 3月 済生会（熊本、福岡、大牟田、二日市各病院長）、地元医師会及び日田市の三者会談を開催
- 57年 11月 済生会は、地元医師会等の協力を病院設置の条件とし、以後、済生会、地元医師会・地元市町村及び県と協議を進めるも整わず、昭和57年11月以降関係者による協議は一旦中断となる
- 58年 11月 日田青年会議所が「地域医療を考えるシンポジウム」を開催
- 59年 12月 県は状況打開のため、済生会、地元医師会に対し済生会病院を中心として、済生会病院と地元医師会が協力して地域医療を推進することとした「地域医療機関との医療連携に関する構想案」を提示
- 60年 4月 済生会、地元医師会及び県、市との四者会談を開催
- 60年 10月 地元医師会は、医師会立病院の建設を確認
- 60年 12月 広域圏理事長、同副理事長が県知事に対し強力な取組みを要請
- 60年 12月 済生会病院の早期実現を期す市民決起集会開催
- 60年 12月 日田市、日田市議会及び「明日の地域医療を考える会」の市民10団体の各代表が県知事に対し陳情
- 60年 12月 県知事及び県議会議長が済生会本部を訪問し、済生会の進出を要請
- 61年 1月 地元医師会は、医師会立病院の建設を凍結、県と話し合いを進める旨を決定
- 61年 5月 済生会、地元医師会及び県、市との四者会談を開催
- 61年 5月 県は、地元医師会、済生会、日田玖珠広域市町村圏事務組合に対し、調停案を提示、基本協定の締結を働きかける
- 61年 7月 地元医師会、済生会との間で基本協定を締結
- 61年 11月 済生会から県及び日田玖珠広域市町村圏事務組合に対し、病院建設に関わる助成等を要望
- 63年 1月 済生会、県及び日田玖珠広域市町村圏事務組合の間で済生会日田病院の開設に関する基本協定を締結

- 63年 3月 第1回大分県済生会理事会開催
- 63年 4月 日田市淡窓町に病院開設準備室を開設
- 平成 元年 4月 建設工事着工
- 2年 8月 建設工事完了
- 2年 10月 許可200床、実稼動148床、8診療科で開院
共同利用型病院（24時間、365日二次救急に対応）
- 2年 11月 労災保険指定医療機関
- 3年 1月 救急告示病院
- 3年 3月 へき地中核病院指定（平成15年4月～へき地医療拠点病院）
- 3年 4月 後遺障害認定病院
- 3年 5月 実稼動200床
へき地巡回診療事業開始
- 3年 6月 伝染病隔離病舎を日田玖珠広域市町村事務組合から受託（～平成11年
3月31日）
麻酔科を標榜、9診療科となる
- 6年 4月 開放型病院承認
- 7年 11月 大分県HIV診療協力医療機関
- 9年 3月 災害拠点病院指定
- 11年 4月 第2種感染症指定医療機関の指定 許可204床
大分県難病医療協力病院の指定
- 12年 4月 呼吸器科・消化器科・循環器科を標榜、12診療科となる
- 12年 9月 開院10周年記念式典並びに祝賀会を挙行
- 13年 1月 形成外科・皮膚科を標榜、14診療科となる
- 15年 4月 救急ユニット（ICU・CCU 救急病棟）開設（平成27年6月1日から
ハイケアユニット）
- 15年 4月 日田玖珠圏域地域リハビリテーション広域支援センターの指定
- 15年 8月 歯科口腔外科を標榜、15診療科となる
- 16年 4月 透析医療開始（17床）
- 17年 1月 更生医療（腎臓に関する医療）指定医療機関となる
- 18年 9月 単独型臨床研修病院の指定
- 19年 4月 日本医療機能評価機構 Ver.5.0 認定
- 20年 2月 地域がん診療連携拠点病院の指定
- 20年 5月 広告可能な診療科名の改正に基づき、15診療科を見直し、22診療科と
する
- 20年 6月 回復期リハビリテーション病棟（32床）開設
- 22年 4月 生活困窮者支援事業として、更生保護施設並びに大分市内へ巡回診療班
の派遣を開始
- 22年 4月 基幹型臨床研修病院への指定変更
- 22年 6月 大分県から事業の委託を受け、大分市府内町に大分県地域生活定着支援
センターを開設
- 24年 4月 日本医療機能評価機構 Ver.6.0 認定

- 25年 5月 乳腺センターを開設
- 25年 6月 地域医療支援病院の承認
- 27年 4月 更生保護施設に相談員を派遣し福祉的支援事業を開始
- 27年 9月 地域包括ケア病棟（40床）開設
- 27年 10月 緩和ケア病棟（14床）開設
- 29年 5月 日本医療機能評価機構 3rdG：Ver.1.1 認定（リハビリテーション病院（副機能）を含む）
- 31年 1月 地域包括ケア病棟（35床）へ変更し、199床となる
- 31年 3月 地域包括ケア病棟（33床）、ハイケアユニット（8床）へ変更
- 31年 4月 脳神経内科を標榜
- 令和 元年 4月 腫瘍内科を標榜、24診療科となる。
- 2年 4月 救急科を標榜、25診療科となる。

2) 概要

名称

大分県済生会日田病院

所在地

大分県日田市大字三和 643 番地の 7

開設者

社会福祉法人済生会支部大分県済生会

管理者

院長 林田 良三

敷地面積

21,026.41m²

建築延面積

14,456.31m²

(本館 12,576.33m²、緩和ケア病棟

1,879.98m²)

病床数(令和 4 年 3 月 31 日現在)

199 床 (HCU8、一般 112、地域包括ケア 33、回復期リハビリ 32、緩和ケア 14)

※一般 112 床に感染症 4 床を含む。

診療科目

内科、心臓血管内科、消化器内科、血液内科、腫瘍内科、糖尿病・代謝内科、腎臓内科(人工透析)、脳神経内科、外科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、頸部外科、血管外科、

整形外科、脳神経外科、形成外科、小児科、皮膚科、婦人科、リハビリテーション科、放射線科、救急科、麻酔科、歯科口腔外科

行政機関の指

- ・ 共同利用型病院(平成 2 年 10 月 1 日)
- ・ へき地医療拠点病院(平成 3 年 3 月 12 日)
- ・ 開放型病院(平成 6 年 4 月 1 日)
- ・ 県 HIV 診療協力医療機関(平成 7 年 11 月 22 日)
- ・ 災害拠点病院(平成 9 年 3 月 28 日)
- ・ 第 2 種感染症指定医療機関(平成 11 年 4 月 1 日)
- ・ 県難病医療協力病院(平成 11 年 4 月 1 日)
- ・ 日田玖珠圏域地域リハビリテーション広域支援センター(平成 15 年 4 月 1 日)
- ・ 基幹型臨床研修病院(平成 18 年 9 月 11 日)
- ・ 地域がん診療連携拠点病院(平成 20 年 2 月 8 日)
- ・ 地域医療支援病院(平成 25 年 6 月 10 日)

主な医療機器

80 列マルチスライス CT ・
16 列位置決め用 CT 装置 ・ MRI(1.5T) ・
乳房撮影装置 ・ 高エネルギー放射線治療装置 ・
核医学診断装置 ・ FD 透視診断システム ・
DR 装置 ・ 骨塩定量装置 ・ 高気圧酸素治療装置 ・
パノラマセファロ撮影装置 ・ 心臓血管造影装置 ・
経皮的心肺補助装置 ・ 大動脈バルーンポンプ装置 ・
内視鏡超音波システム ・ Q スイッチルビーレーザー ・
超音波診断装置 ・ 生化学自動分析装置 ・ 遺伝子 (PCR) 検査装置

医療圏と医療機関

西部医療圏は、1 市(日田市)、2 町(玖珠、九重)で構成され、人口は約 8.5 万人(2020 年度国勢調査より)。本圏域内の医療施設は次のとおり。救急告示病院は当院を含め 4 施設。

- ・日田市（病院 17、診療所 44、歯科診療所 35）
- ・玖珠町（病院 3、診療所 10、歯科診療所 8）

- ・九重町（病院 0、診療所 4、歯科診療所 4）

3) 臨床研修と学会研修施設認定

初期臨床研修

- ・基幹型臨床研修病院
- ・協力型臨床研修病院
（大分大学医学部附属病院、
大阪府済生会中津病院）

機関（画像診断・IVR）

- ・日本乳房オンコプラスチックサージャリー
学会認定実施施設（エキスパンダー・インプラ
ント）
- ・佐賀大学医学部大学院研究機関
（麻酔科・蘇生科）

後期臨床研修（基本領域）

- ・久留米大学病院 連携施設
（内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科、
形成外科、放射線科、病理、歯科口腔）
- ・大分大学医学部附属病院 連携施設
（内科、外科）
- ・福岡県済生会福岡総合病院 連携施設
（総合診療科）

学会認定

- ・日本臨床腫瘍学会認定研修施設（連携施設）
- ・日本麻酔化学会認定麻酔科認定病院
- ・日本大腸肛門病学会認定施設
- ・日本外科学会認定専門医制度修練施設
- ・日本整形外科学会専門医研修施設
- ・日本乳癌学会認定施設
- ・日本血液学会専門研修教育施設
- ・日本呼吸器外科学会認定専門研修連携施設
- ・日本腎臓学会認定教育施設
- ・日本透析医学会専門医制度教育関連施設
- ・日本循環器学会循環器専門医研修施設（旧制
度）
- ・日本消化器外科学会専門医制度指定修練施設
- ・日本がん治療認定医機構認定研修施設
- ・日本胸部外科学会認定修練施設（呼吸器外科）
- ・日本病理学会認定研修登録施設
- ・日本口腔外科学会認定研修施設
- ・日本顎関節学会認定顎関節症専門医研修施設
- ・日本医学放射線学会認定放射線科専門医修練

4) 許認可等一覧

特定療養費

特別の療養環境の提供(特別室)(18室)

基本診療料

地域歯科診療支援病院歯科初診料
歯科外来診療環境体制加算 2
歯科診療特別対応連携加算
急性期一般入院料 1
救急医療管理加算
診療録管理体制加算 1
医師事務作業補助体制加算 1 (40対1)
急性期看護補助体制加算 3 (50対1)
看護職員夜間 12対1 配置加算 2
療養環境加算
重症者等療養環境特別加算
医療安全対策加算 1
感染防止対策加算 1
感染防止対策地域連携加算
抗菌薬適正使用支援加算
患者サポート体制充実加算
後発医薬品使用体制加算 1
病棟薬剤業務実施加算 1
データ提出加算 2
入退院支援加算 1
認知症ケア加算 3
せん妄ハイリスク患者ケア加算
精神疾患診療体制加算
ハイケアユニット入院医療管理料 1
回復期リハビリテーション病棟入院料 1
体制強化加算 1
地域包括ケア病棟入院料 1
緩和ケア病棟入院料 2

特掲診療料

外来栄養食事指導料
遠隔モニタリング加算
(ペースメーカー指導管理料)
がん性疼痛緩和指導管理料
がん患者指導管理料イ、ロ、ハ
婦人科特定疾患治療管理料
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算
外来放射線照射診療料
開放型病院共同指導料
がん治療連携計画策定料
薬剤管理指導料
地域連携診療計画加算
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
医療機器安全管理料 1
歯科治療総合医療管理料 (I) 及び (II)

在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2
 遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2）
 BRCA1/2 遺伝子検査
 HPV 核酸同定検査
 検体検査管理加算（IV）
 ヘッドアップティルト試験
 CT 透視下気管支鏡検査加算
 画像診断管理加算2
 CT 撮影およびMRI 撮影
 冠動脈 CT 撮影加算
 心臓MRI 撮影加算
 乳房MRI 撮影加算
 小児鎮静下MRI 撮影加算
 外来化学療法加算1
 連携充実加算
 無菌製剤処理料
 心大血管疾患リハビリテーション料（I）
 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）
 運動器リハビリテーション料（I）
 呼吸器リハビリテーション料（I）
 がん患者リハビリテーション料
 歯科口腔リハビリテーション料2
 人工腎臓
 導入期加算1
 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
 下肢抹消動脈疾患指導管理加算
 CAD/CAM 冠
 組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）
 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）
 乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検（単独）
 ゲル充填人口乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）
 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
 胃瘻増設術（経皮的内視鏡下胃瘻増設術、腹腔鏡下胃瘻増設術を含む。）
 医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術
 輸血管理料II
 人工肛門・人口膀胱増設術前処置加算
 胃瘻増設時嚥下機能評価加算
 麻酔管理料（I）
 高エネルギー放射線治療
 クラウン・ブリッジ維持管理

在宅指導等

在宅酸素療法実施 (H2.12.1～)	在宅自己疼痛管理指導管理実施 (H405.1～)
在宅自己導尿実施 (H3.4.1～)	在宅悪性腫瘍患者指導管理実施 (H5.7.1～)
在宅成分栄養経管栄養法実施 (H4.4.1～)	在宅中心静脈栄養法指導管理実施 (H6.4.1～)

研究事業委託契約等

特定疾患治療研究事業委託契約 (福岡県知事、H2.10.2～)	特定疾患治療研究事業委託契約 (熊本県知事、H3.9.4～)
特定疾患治療研究事業委託契約 (大分県知事、H2.10.17～)	小児慢性特定疾患治療研究事業委託契約 (熊本県知事、H4.11.16～)
小児慢性特定疾患治療研究事業委託契約 (大分県知事、H3.10.26～)	結核管理検診・家族検診委託契約 (玖珠保健所長、H4.11.16～)
三歳児精密健康診査委託契約	(玖珠保健所長、H5.3.17～途中変更)

(大分県知事、H3.02.01～)
自動車損害賠償責任保険にかかる医療関係診断契約
(自動車保険料率算定会、H3.04.01～)
がん精密検診協力医療機関登録
(胃がん、子宮がん、大腸がん)
(大分県医師会、H3.04.01～)
小児慢性特定疾患治療研究事業委託契約
(福岡県知事、H7.01.25～)
先天性血液凝固因子障害治療研究事業委託契約
(大分県知事、H8.01.14～)

(日田保健所長、H5.4.1～)
北九州市国民健康保険高額療養資金に係る契約
(北九州市長、H5.9.1～)
旧陸軍造兵廠曾根製造所従事者等に対する健康診断委託契約
(福岡県知事、H5.12.8～)
原子爆弾被爆者の健康診断委託契約
(大分県知事、H8.10.1～)

5) 勤務体制と救急体制

勤務時間

8:30～17:24

労働時間

(週休2日制)週39.50時間

交替勤務

二交替制勤務(看護師)

日勤 8:30～17:24 夜勤 16:06～9:24

救急体制

二次救急(共同利用型病院・24時間、365日対応)

救急告示医療機関(平成3年1月～現在)

宿日直勤務

宿直 17:24～翌朝 8:30(合計6名)

日直 8:30～17:24(合計8名)

- ・医師2名・看護師2名
- ・事務1名(日直2名)・警備2名

待機勤務(夜間・休日)(合計7名)

- ・薬剤師、放射線技師、検査技師 各1名
- ・臨床工学技士1名
- ・手術室看護師2名、外来看護師1名

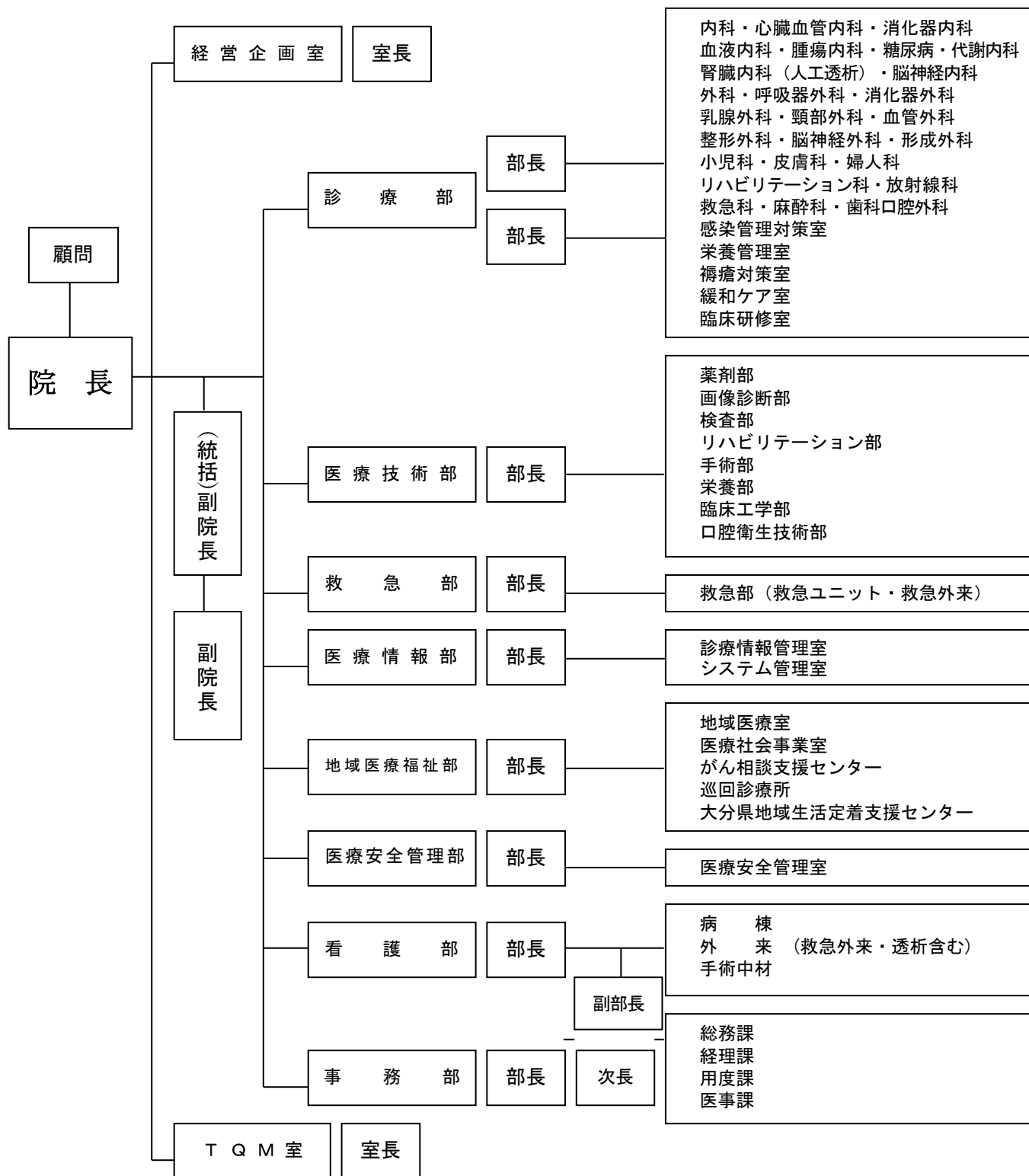
6) 臨地実習病院

- ・昭和学園高等学校看護学科(平成4年3月～)
- ・大分県立看護科学大学(平成13年6月～)
- ・日田市医師会立日田准看護学院(平成15年1月～)

7) 職員配置状況（令和4年3月31日現在）

所 属	職 名	人 数	正 職 員		臨 時 職 員		非 常 勤 ・ パ ー ト	
			男	女	男	女	男	女
医 局	名誉院長	1	1					
	院 長	1	1					
	副 院 長	2	2					
	医 師	25	20	5				
	歯科医師	2	2					
	研 修 医	1	1					
医 師（計）		32	27	5				
事 務	事務部長	1	1					
	事務次長	1	1					
	総務課	23	4	3	1	9	4	2
	経 理 課	4	2	1		1		
	用 度 課	6	5			1		
	医 事 課	26	8	5		11	1	1
	医療相談員	8	4	4				
事務部（計）		69	25	13	1	22	5	3
地域生活定着支援センター		6	2	4				
大分県済生会支部事務局		2		1			1	
診療情報管理室		4	2		1			1
薬 剤	薬 剤 師	9	5	2	1			1
	事 務	3				3		
薬 剤 部（計）		12	5	2	1	3	0	1
画 像	放射線技師	10	7	3				
	事 務	1				1		
画像診断部（計）		11	7	3	0	1	0	0
検 査	検査技師	13	5	7			1	
	事 務	1				1		
検 査 部（計）		14	5	7	0	1	1	0
リハビリ	理学療法士	23	17	6				
	作業療法士	17	9	8				
	言語聴覚士	3	2	1				
	事 務	1				1		
リハビリ部（計）		44	28	15	0	1	0	0
栄 養	栄養士	7	1	3		3		
	調理師	11		2		9		
	調理員	1				1		
栄養部（計）		19	1	5	0	13	0	0
臨床工学部		7	5	2				
口 腔	歯科衛生士	3		3				
	准看護師	1		1				
口腔衛生技術部		4	0	4	0	0	0	0
心 理	公認心理師	1		1				
看 護	看 護 師	206	30	151		9		16
	看護部長室	20		16		2		2
	外 来	23		16		3		4
	救急外来	2	1	1				
	透 析 室	7	1	5				1
	手 術 部	11	2	8		1		
	救急ユニット	37	10	25		1		1
	3北病棟	19	2	14				3
	3南病棟	12	1	11				
	4北病棟	29	5	21		2		1
	4南病棟	33	8	22				3
	緩和ケア病棟	13		12				1
	看護助手	17	1	2		14		
	ク ラ ー ク	8				7		1
看 護 部（計）		231	31	153	0	30	0	17
人 数			正 職 員		臨 時 職 員		非 常 勤 ・ パ ー ト	
			男	女	男	女	男	女
総 計		456	138	215	3	71	7	22

8) 組織図



9) 委員会一覧

	委員会名	定例会開催数
1	医療ガス安全委員会	年1回（主に7月）
2	放射線安全委員会	年2回（5月、11月）
3	防災対策委員会	年2回（火災予防訓練と同時期に開催）
4	衛生委員会	年12回
5	個人情報保護委員会	必要に応じて
6	保険診療委員会	年12回
7	医療機器等整備委員会	年1回
8	電算委員会	必要に応じて
9	治験委員会	※北部九州済生会共同治験審査委員会による
10	救急委員会	年1回程度、また必要時に適宜
11	ACLS部会	年1回
12	手術室運営委員会	年2回、また必要時に適宜
13	医療連携・病床管理委員会	不定期開催
14	診療情報・SPD委員会	必要に応じて
15	広報委員会	年1回
16	輸血療法委員会	年6回
17	院内感染対策委員会	年12回
18	臨床検査適正化委員会	不定期開催
19	薬事委員会	年12回
20	栄養管理委員会	年12回
21	NST委員会	年12回
22	医療安全管理委員会	年12回
23	医療安全対策部会	年12回
24	事故調査委員会	随時
25	褥瘡対策委員会	年12回
26	クリニカルパス委員会	年12回
27	診療情報管理委員会	年12回
28	診療情報提供委員会	必要に応じて
29	診療情報開示委員会	必要に応じて
30	倫理委員会	なし（案件持ち回り決裁を行う）
31	臨床研修管理委員会	必要に応じて年2回程度
32	図書委員会	年1回
33	教育研修委員会	必要に応じて
34	災害対策委員会	不定期開催
35	DPC委員会	年4回
36	がん診療連携委員会	年1回、また必要時に適宜
37	がん化学療法委員会	年12回
38	緩和ケア委員会	年2回、また必要時に適宜
39	がん登録委員会	年1回、また必要時に適宜
40	患者サービス向上委員会	必要に応じて
41	透析機器安全管理委員会	年1回
42	生活困窮者支援委員会	不定期開催
43	ボランティア委員会	必要に応じて
44	棚卸実施委員会	年2回
45	契約検討委員会	必要に応じて
46	病院情報システム管理委員会	年12回

10) 役職員

●大分県済生会

(令和4年3月31日現在)

役職名	氏名	就任年月日	備考
支部会長	黒田 秀郎	令和2年7月16日	大分県副知事
支部副会長	薬師寺 道明	平成17年1月13日	久留米大学名誉学長
支部長	西村 寛	令和2年4月1日	済生会日田病院元副院長
支部常務理事	林田 良三	令和2年4月1日	済生会日田病院長
支部理事	赤木 由人	平成28年5月9日	久留米大学病院副院長
	膳所 和彦	平成28年4月1日	日田市医師会長
	友成 正路	令和元年5月23日	玖珠郡医師会長
	渡邊 俊治	平成22年5月18日	大分県医師会理事(日田市医師会)
	草野 義輔	平成27年11月25日	学校法人岩尾昭和学園理事長
	清瀬 隆	昭和63年3月25日	医療法人清栄会理事長
	支部監事	藤井 治	平成26年4月1日
顧問	森 憲一郎	平成17年1月13日	税理士法人咸宜社員
	広瀬 勝貞	平成24年5月26日	大分県知事(元支部会長)
	井上 伸史	平成17年1月13日	大分県議会議員(郡部選出 当時)
	平野 好文	平成17年1月13日	大分県議会議員(市部選出 当時)
	諫山 洋介	平成17年1月13日	日田玖珠広域圏事務組合議会(当時)元議長

●済生会日田病院

(令和4年3月31日現在)

役職名	氏名	就任年月日	備考
名誉院長	小金丸 道彦	平成14年4月1日	平成14年3月31日まで済生会日田病院長
名誉院長	西田 敬	平成28年4月1日	平成28年3月31日まで済生会日田病院長
院長	林田 良三	平成28年4月1日	
副院長	大坪 仁	平成28年4月1日	
副院長	尾崎 邦博	令和2年4月1日	
事務部長	平田 勝基	令和2年4月1日	
看護部長	古賀 ゆかり	平成23年6月1日	

Ⅱ

診 療 統 計

(1) 診療統計

1. 診療科別外来患者延数

(単位：人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	構成比	一日当り
内科	6	7	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	15	0.0%	0.1
小児科	127	110	169	183	208	159	162	146	139	137	115	176	1,831	2.9%	7.6
外科	914	831	971	857	855	1,014	996	976	912	842	796	872	10,836	17.3%	44.8
脳神経外科	119	94	103	92	98	108	96	114	106	81	96	108	1,215	1.9%	5.0
整形外科	475	424	484	532	587	508	586	525	588	559	455	505	6,228	9.9%	25.7
婦人科	255	170	264	234	235	274	285	253	254	181	170	268	2,843	4.5%	11.7
放射線科	230	203	299	224	152	174	286	187	138	151	146	186	2,376	3.8%	9.8
麻酔科	14	7	17	17	13	36	29	16	10	25	20	14	218	0.3%	0.9
消化器内科	400	343	414	477	438	409	470	380	407	355	367	450	4,910	7.8%	20.3
心臓血管内科	828	785	747	754	857	761	765	777	693	974	1,099	980	10,020	16.0%	41.4
形成外科	137	123	178	148	149	112	134	152	152	106	102	124	1,617	2.6%	6.7
皮膚科	80	74	92	84	82	88	83	92	86	80	61	98	1,000	1.6%	4.1
腎臓内科	536	481	513	540	572	528	571	586	622	548	500	519	6,516	10.4%	26.9
血液内科	124	80	94	82	96	104	85	84	86	62	72	94	1,063	1.7%	4.4
糖尿病・代謝内科	337	302	332	336	332	371	313	333	340	304	309	375	3,984	6.4%	16.5
血管外科	83	71	80	78	74	97	72	74	87	69	66	92	943	1.5%	3.9
脳神経内科	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.0%	0.0
腫瘍内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0
救急科	37	14	23	20	26	35	24	28	42	32	23	21	325	0.5%	1.3
歯科口腔外科	640	468	552	549	526	585	547	542	550	546	498	600	6,603	10.5%	27.3
巡回診療	17	17	17	14	11	13	14	14	12	14	11	11	165	0.3%	0.7
計	5,360	4,604	5,349	5,221	5,313	5,376	5,518	5,279	5,224	5,066	4,906	5,493	62,709	100.0%	259.1

2. 診療科別入院患者延数 (退院患者含む)

(単位：人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	構成比	一日当り
内科	5	28	10	11	22	8	11	18	11	13	4	39	180	0.3%	0.5
小児科	53	37	52	17	36	18	22	4	2	30	9	12	292	0.5%	0.8
外科	1,089	1,520	1,189	1,151	977	1,020	1,299	1,078	1,067	956	984	890	13,220	22.6%	36.2
脳神経外科	112	22	39	73	76	8	62	37	24	18	14	61	546	0.9%	1.5
整形外科	1,488	652	981	1,009	1,332	1,200	1,777	1,745	1,742	1,753	1,386	1,484	16,549	28.3%	45.3
婦人科	57	22	35	68	35	32	49	79	27	18	13	23	458	0.8%	1.3
放射線科	99	50	50	100	137	91	198	83	23	123	74	98	1,126	1.9%	3.1
麻酔科	224	191	168	140	123	52	115	80	72	84	69	96	1,414	2.4%	3.9
消化器内科	285	236	403	377	395	326	329	166	328	303	352	400	3,900	6.7%	10.7
心臓血管内科	1,278	1,029	695	705	1,383	959	800	935	1,099	1,510	1,070	1,062	12,525	21.4%	34.3
形成外科	109	87	48	60	61	84	11	21	29	3	4	48	565	1.0%	1.5
腎臓内科	319	314	247	374	434	305	420	300	256	278	262	180	3,689	6.3%	10.1
血液内科	54	70	71	92	46	48	97	38	50	44	23	61	694	1.2%	1.9
救急科	161	138	178	227	311	211	234	254	245	235	208	275	2,677	4.6%	7.3
歯科口腔外科	56	28	47	49	31	48	46	26	80	40	79	112	642	1.1%	1.8
計	5,389	4,424	4,213	4,453	5,399	4,410	5,470	4,864	5,055	5,408	4,551	4,841	58,477	100.0%	160.2

3. 診療科別平均在院日数

(単位：日)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
内科	2.00		4.00	3.14	2.93	3.20	2.22	2.57	2.22	5.20	2.67	9.50	3.30
小児科	6.27	3.50	5.50	3.71	5.00	5.33	2.20	3.00	1.00	3.07	2.40	2.00	3.58
外科	13.17	11.94	16.03	15.37	11.70	11.34	10.64	13.99	14.59	16.38	14.30	14.21	13.64
脳神経外科	17.33	0.00	14.40	36.00	49.33	14.00		17.50	23.00	16.00	28.00	23.60	19.93
整形外科	30.98	29.44	39.18	35.00	34.16	31.75	38.31	39.58	39.88	37.52	45.07	35.95	36.40
婦人科	7.14	8.00	34.00	12.40	13.20	9.00	16.00	13.27	16.67	11.33	4.00	6.67	12.64
放射線科	9.78	9.56	7.50	13.14	11.55	21.50	10.00	15.40	5.14	21.45	23.67	9.26	13.16
麻酔科	30.71	40.89	23.00	29.78	39.67	11.75	25.33	25.33	34.50	17.33	27.20	23.00	27.37
消化器内科	7.72	8.92	17.36	11.83	10.41	16.54	9.03	7.38	9.74	10.19	14.13	10.76	11.17
心臓血管内科	11.77	10.15	10.76	10.91	10.30	11.51	12.72	14.24	15.42	9.48	12.39	13.54	11.93
形成外科	35.33	27.67	18.00	9.00	12.67	41.00	10.73	4.57	3.83	2.00	2.00	23.50	15.86
腎臓内科	14.44	21.50	17.11	19.24	19.62	16.76	16.25	13.19	11.33	13.13	12.46	11.79	15.57
血液内科	108.00	18.86	35.00	29.33	45.00	18.00	15.78	9.71	15.67	16.40	10.50	61.00	31.94
救急科	10.43	16.63	19.00	22.00	18.13	20.20	14.40	17.85	17.11	20.36	26.80	31.65	19.55
歯科口腔外科	3.83	2.50	7.00	3.62	2.71	3.27	7.14	2.50	5.50	3.76	9.00	7.33	4.85
全体	14.60	12.96	16.94	16.10	14.25	15.07	14.86	17.10	17.21	15.05	17.34	16.82	15.69

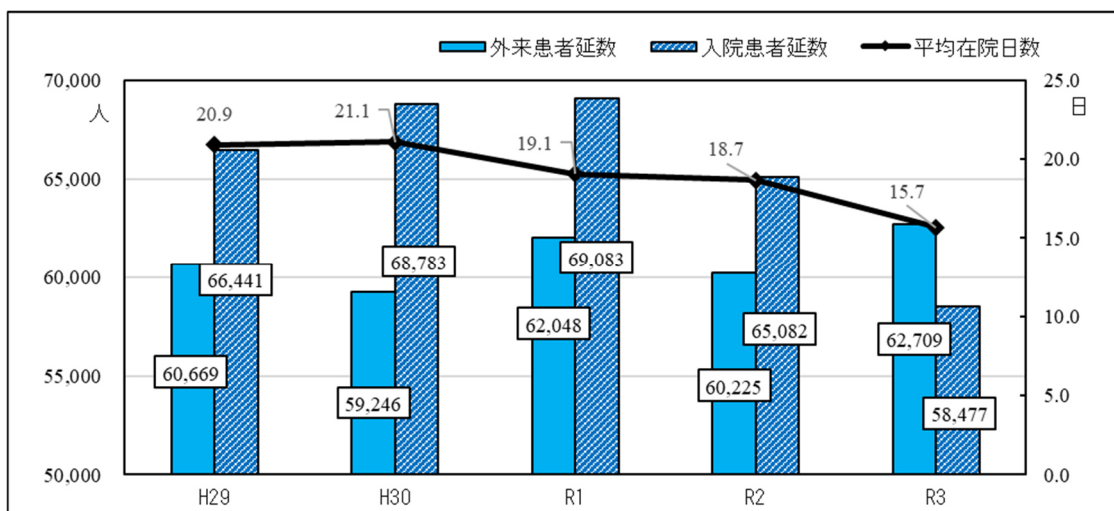


図. 外来患者延数、入院患者延数、平均在院日数の推移

4. 病棟別病床利用率(24時現在)

(単位: %)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
3階北病棟	77.8	37.6	29.4	51.9	46.8	17.3	0.8	8.1	23.7	49.4	31.7	19.0	32.8
3階南病棟	82.3	33.2	58.9	51.8	101.0	89.9	86.7	100.4	94.3	96.3	96.5	97.4	82.4
4階北病棟	94.2	81.5	81.7	79.6	89.5	84.4	83.5	93.3	91.5	89.1	86.9	87.9	86.9
4階南病棟	89.6	90.6	81.5	79.1	90.3	80.3	86.2	94.6	93.5	92.2	88.0	88.4	87.9
救急病棟	76.7	69.2	56.2	60.0	78.1	64.2	68.2	81.3	80.4	80.2	75.7	72.5	71.9
HCU	65.8	58.5	60.4	63.3	79.8	52.5	59.3	77.5	80.6	67.7	73.2	54.8	66.1
PCU	69.3	76.3	83.8	75.1	71.9	66.0	77.4	63.8	53.9	82.5	70.2	67.3	71.4
全体	84.2	66.5	66.7	68.0	82.0	69.0	68.4	77.0	77.3	82.4	77.0	74.2	74.4

5. 診療科別手術件数(手術室統計)

(単位: 件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	うち緊急手術		うち全身麻酔	
														件数	割合	件数	割合
外科	24	22	25	25	27	21	26	28	27	17	27	23	292	56	19.2%	285	97.6%
整形外科	26	20	23	22	32	28	44	33	32	38	25	28	351	95	27.1%	245	69.8%
婦人科	3	1	1	3	2	0	2	2	1	2	2	1	20	3	15.0%	18	90.0%
脳神経外科	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0.0%	1	33.3%
形成外科	3	3	3	6	6	3	4	4	5	1	2	3	43	0	0.0%	25	58.1%
歯科口腔外科	5	3	5	6	5	4	4	5	6	5	5	8	61	0	0.0%	58	95.1%
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0.0%
心臓血管内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0.0%
救急科	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	50.0%	0	0.0%
腎臓内科	7	7	7	12	10	6	7	9	3	9	6	3	86	17	19.8%	22	25.6%
血管外科	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0	0.0%
麻酔科	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0	0.0%
計	70	57	65	74	82	62	88	81	76	72	67	66	860	172	20.0%	654	76.0%

6. 診療科別時間外患者数

(単位：人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計 (うち入院)
	内科	149 (0)	118 (1)	24 (1)	78 (1)	108 (1)	77 (0)	43 (1)	43 (0)	26 (0)	224 (1)	192 (0)	88 (1)
小児科	12 (4)	7 (4)	8 (0)	8 (2)	5 (1)	8 (3)	7 (1)	2 (0)	2 (0)	9 (4)	8 (2)	2 (1)	78 (22)
外科	89 (13)	112 (25)	86 (11)	132 (11)	150 (20)	151 (28)	117 (20)	108 (13)	122 (14)	92 (18)	98 (15)	72 (11)	1,329 (199)
脳神経外科	1 (1)	1 (1)	0 (0)	7 (0)	1 (0)	0 (0)	6 (0)	1 (0)	3 (2)	2 (0)	4 (0)	3 (0)	29 (4)
整形外科	37 (9)	43 (12)	22 (8)	45 (14)	38 (15)	31 (8)	41 (8)	38 (9)	56 (11)	71 (17)	27 (12)	37 (16)	486 (139)
婦人科	1 (1)	1 (1)	0 (0)	3 (1)	0 (0)	3 (2)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	11 (6)
放射線科	4 (4)	5 (5)	3 (3)	5 (5)	8 (8)	2 (2)	1 (1)	3 (3)	3 (3)	4 (4)	1 (1)	3 (3)	42 (42)
麻酔科	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (0)	1 (1)	2 (2)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	9 (8)
消化器内科	25 (5)	22 (3)	23 (4)	37 (9)	44 (4)	34 (6)	44 (10)	24 (6)	31 (7)	38 (8)	24 (9)	25 (6)	371 (77)
心臓血管内科	30 (14)	47 (24)	34 (16)	42 (22)	43 (21)	37 (14)	26 (11)	38 (23)	45 (18)	56 (31)	35 (19)	43 (22)	476 (235)
形成外科	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	1 (1)	1 (1)	3 (3)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	10 (10)
皮膚科	0 (0)	0 (0)	3 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0)
腎臓内科	3 (3)	6 (6)	2 (1)	6 (5)	5 (5)	4 (2)	3 (3)	4 (4)	8 (8)	5 (5)	5 (3)	7 (6)	58 (51)
血液内科	0 (0)	0 (0)	1 (1)	2 (1)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	8 (4)
糖尿病・ 代謝内科	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
脳神経内科	6 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (0)
救急科	1 (1)	6 (4)	6 (2)	1 (1)	9 (6)	5 (5)	1 (1)	3 (2)	7 (5)	4 (1)	5 (2)	4 (1)	52 (31)
歯科口腔外科	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	8 (0)	13 (1)
計	358 (55)	369 (86)	213 (48)	370 (74)	415 (84)	355 (73)	295 (61)	266 (62)	304 (69)	506 (89)	402 (64)	298 (71)	4,151 (836)

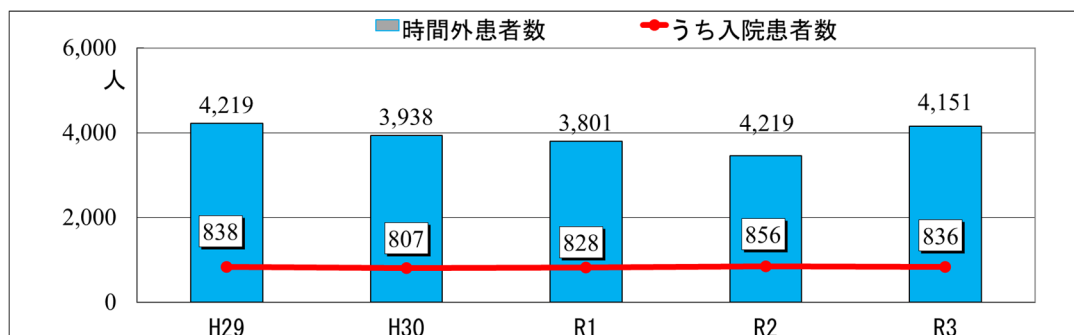


図. 時間外患者数の推移

7. 消防署別救急車による搬送患者数

(単位:人)

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
消防組合 日田玖珠広域本部	日田	66	63	58	63	79	63	66	64	70	80	56	67	795
	天ヶ瀬 (出張所)	3	3	7	3	6	6	1	2	3	4	7	5	50
	大山 (出張所)	4	4	3	3	5	3	3	4	3	1	2	2	37
	玖珠	20	21	20	21	20	22	23	16	21	25	22	23	254
	九重 (出張所)	7	4	2	4	3	9	6	6	7	8	6	4	66
消防本部 中津市	中津市	1	1	2	1	6	1	1	2	3	1	2	3	24
	耶馬溪 (分署)	6	1	3	5	1	2	2	4	1	3	4	4	36
消防本部 由布市	由布市			1						1				2
	湯布院 (出張所)									2	1			3
甘木・朝倉		1	4	2	4	6	1	6	3	10	1	2	5	45
浮羽						1	2		2		2	1	1	9
阿蘇広域		1		1		2		1			1		1	7
その他			1	1						1	1			4
計		109	101	100	104	129	109	109	103	122	128	102	115	1,332

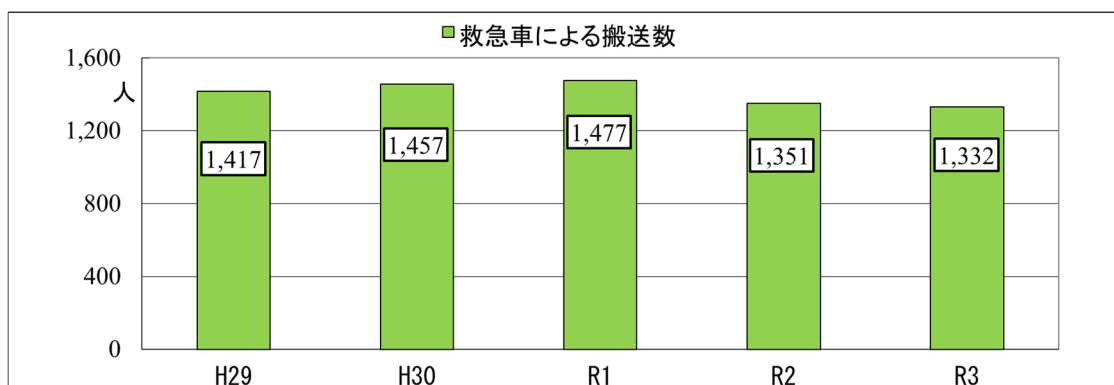


図. 救急車による搬送数の推移

8. 地域別患者統計（令和2年4月～令和3年3月）

（単位：人）

	初診	比率 (%)	再診	合計	比率 (%)	入院新患	比率 (%)	入院延数 (24時現在)	比率 (%)
目 田 市	4,866	73.14	43,840	48,706	77.67	2,476	71.69	37,446	69.32
うち 天瀬町	269	4.04	2,143	2,412	3.85	193	5.59	2,580	4.78
うち 大山町	166	2.50	1,353	1,519	2.42	89	2.58	1,467	2.72
うち 前津江町	57	0.86	539	596	0.95	31	0.90	281	0.52
うち 中津江町	33	0.50	355	388	0.62	36	1.04	880	1.63
うち 上津江町	34	0.51	336	370	0.59	34	0.98	730	1.35
玖 珠 町	701	10.54	4,432	5,133	8.19	433	12.54	6,507	12.05
九 重 町	314	4.72	1,844	2,158	3.44	216	6.25	3,522	6.52
中 津 市	243	3.65	2,834	3,077	4.91	141	4.08	3,299	6.11
うち 山国町	195	2.93	2,340	2,535	4.04	114	3.30	2,650	4.91
うち 那馬溪町	39	0.59	398	437	0.70	23	0.67	614	1.14
うち 本那馬溪町	2	0.03	1	3	0.00	0	0.00	5	0.01
うち 三光町	0	0.00	2	2	0.00	0	0.00	0	0.00
宇 佐 市	1	0.02	3	4	0.01	0	0.00	0	0.00
うち 院内町	1	0.02	1	2	0.00	0	0.00	0	0.00
うち 安心院町	0	0.00	2	2	0.00	0	0.00	0	0.00
その他大分県内	77	1.16	146	223	0.36	9	0.26	63	0.12
福 岡 県	309	4.64	2,242	2,551	4.07	109	3.16	2,022	3.74
佐 賀 県	12	0.18	30	42	0.07	2	0.06	32	0.06
長 崎 県	3	0.05	2	5	0.01	2	0.06	16	0.03
熊 本 県	83	1.25	564	647	1.03	36	1.04	860	1.59
宮 崎 県	4	0.06	7	11	0.02	3	0.09	26	0.05
鹿 児 島 県	3	0.05	8	11	0.02	1	0.03	8	0.01
沖 縄 県	2	0.03	7	9	0.01	0	0.00	0	0.00
そ の 他	35	0.53	97	132	0.21	26	0.75	221	0.41
合 計	6,653	100.00	56,056	62,709	100.00	3,454	100.00	54,022	100.00

9. 無医地区巡回診療患者数

（単位：人）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	回数 (回)	平均 患者数
日田市 東羽田高花	12	12	12	11	11	12	12	12	11	12	11	11	139	24	5.8
玖珠町 古後	5	5	5	3	0	1	2	2	1	2	0	0	26	12	2.2
計 (2地区)	17	17	17	14	11	13	14	14	12	14	11	11	165	36	4.6

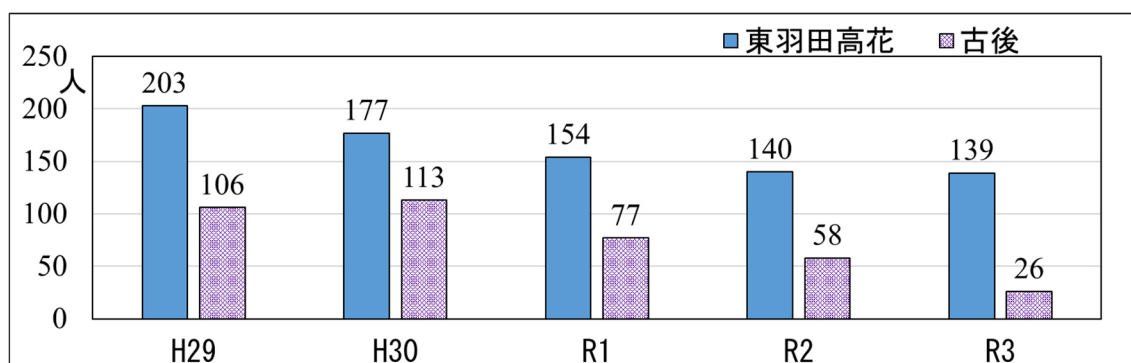


図. 無医地区巡回診療患者数の推移

III

各部報告

1) 医療技術部

(1) 薬剤部

《スタッフ》

薬 剤 部 長 田村 和彦
主 任 薬 剤 師 2名
薬 剤 師 6名 (うち非常勤1名)
事 務 員 3名

《認定・専門薬剤師》

外来がん薬物療法認定薬剤師 (日本臨床腫瘍薬学会) 1名
がん薬物療法認定薬剤師 (日本病院薬剤師会) 1名
NST専門療法士 (日本静脈経腸栄養学会) 1名
緩和薬物療法認定薬剤師 (日本緩和医療薬学会) 1名
緩和医療暫定指導薬剤師 (日本緩和医療薬学会) 1名
麻薬教育認定薬剤師 (日本緩和医療薬学会) 1名
抗菌化学療法認定薬剤師 (日本化学療法学会) 1名
生涯研修認定薬剤師 (日本病院薬剤師会) 1名
日病薬病院薬学認定薬剤師 (日本病院薬剤師会) 3名
日本薬剤師研修センター実務実習指導薬剤師 (日本薬剤師研修センター) 3名
薬剤師研修センター認定薬剤師 (日本薬剤師研修センター) 1名

《薬剤部理念》

病院の目指す理念に基づき、薬剤師は医療従事者として高い使命感と倫理観を備えた医療の担い手となり、その専門知識を活かし、チーム医療の一員として、患者に接する。

《基本方針》

1. 薬剤師は日進月歩で進む医療の最新情報に接し、知識と技術を向上させ、常に自己研鑽に励む。
2. 病院における経済的管理を含めて、医薬品の管理、使用、取り扱いに責任を持ち、事故防止に万全を期す。
3. 医薬品使用における重大な副作用や相互作用による患者の不利益を回避し、医薬品にかかる責任の確立を目指す。

表. 処方せん枚数・算定件数

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	平均
処方せん枚数	外来(院外)	2,231	1,930	2,214	2,263	2,208	2,260	2,155	2,115	2,230	2,035	1,971	2,269	25,881	2,157
	外来(院内)	658	608	591	601	676	657	503	607	581	616	788	561	7,447	621
	院外処方せん発行率(%)	77	76	79	79.0	77	77	81	78	79	73	68	80		77
	入院	2,266	1,762	2,038	2,096	2,428	2,000	1,616	2,314	2,590	2,463	2,335	2,401	26,309	2,192
注射薬処方せん枚数	外来	714	581	737	775	926	801	749	838	828	740	664	632	8,985	749
	入院	3,881	3,635	3,725	3,870	3,304	2,545	2,783	2,889	3,466	2,669	2,536	3,116	38,419	3,202
入院持参薬鑑別件数		263	253	197	222	302	223	219	264	217	211	210	221	2,802	234
薬剤管理指導料算定件数		203	183	234	194	223	222	247	215	140	140	124	153	2,278	190
薬剤情報提供料算定件数		347	302	274	263	359	314	288	273	254	425	590	363	4,052	338
薬剤情報提供料・(手帳に記載)(3点)外来化学療法加算算定件数		152	131	144	149	130	139	145	124	139	124	114	142	1,633	136
無菌製剤加算算定件数(TPN)		11	16	12	13	17	5	3	17	27	8	5	2	136	11
無菌製剤加算算定件数(入院+外来)(抗ガン剤)		122	109	127	112	120	116	127	121	109	108	108	138	1,417	118
がん患者指導管理料ハ		8	7	12	10	10	8	8	7	6	18	5	6	105	9

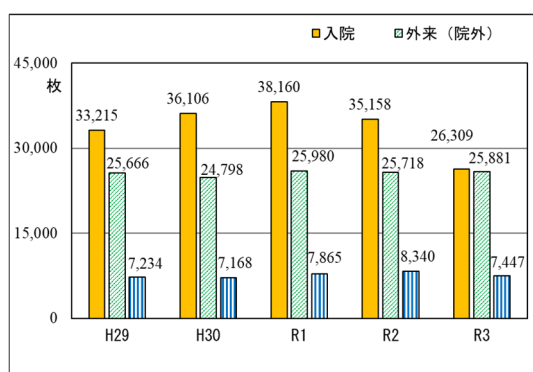


図. 処方せん枚数の推移

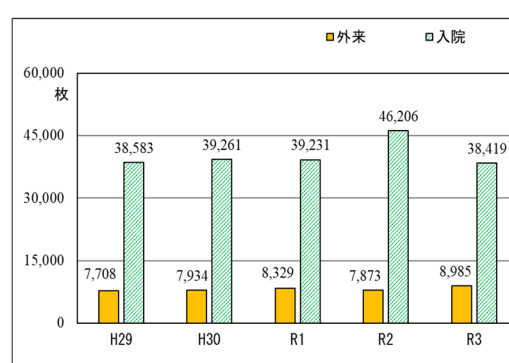


図. 注射薬処方せん枚数の推移

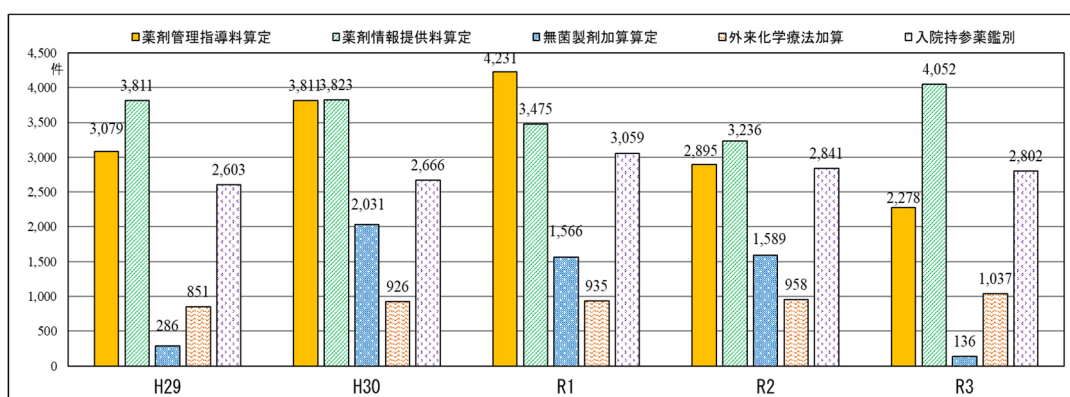


図. 算定件数の推移

(2) 画像診断部

《スタッフ》

画像診断部長	楠元 正志
診療放射線技師長	森下 泰治
主任診療放射線技師	2名
主任診療放射線技師心得	1名
診療放射線技師	6名
事務員	1名

《ビジョン》

信頼のおける診療情報としての画像提供
地域の画像診断水準の向上を目指し、地域医療に貢献する

《活動実績》

(1) 他医療機関からの検査目的紹介患者の増加への取り組み

- ①令和3年2月、80列CTに装置更新。AIを駆使した最新技術で高画質、高精細画像を提供。検査時間短縮にも貢献。3D-ワークステーションでの冠動脈、血管3D、歯科インプラント術前の歯列画像、また整形外科領域や外科領域での術前3D画像の提供で、手術や治療へ大いに貢献出来た。
- ②令和元年9月にMRI装置更新。装置性能や撮影技術の向上により高画質な画像を提供。放射線科専門医の読影診断レポート添付にてMRIの診断能向上となり他施設からも信頼を得る診療情報提供が出来た。
- ③令和2年9月に血管造影装置更新。肝臓がん等では放射線科医によるIVR施行にて定期的な抗がん剤投与や、血管塞栓術による治療を実施。また外傷、臓器出血等に対して緊急止血術施行。2次救急医療機関としての役割を果たした。
- ④放射線治療では久留米大学からの専門医派遣による放射線治療計画を実施し、患者のQOL向上を目的として治療と緩和ケアの充実を図った。RI核医学でも地域唯一の施設として他施設へのアピールに取り組んだ。
- ⑤令和3年度の紹介患者件数及び、紹介率はCT340件で5.61%、MRI418件で27.37%、RI84件で28.89%となり、前年度よりやや増加した。コロナ禍でのCT件数の増加により紹介率としては11.3%から10.7%へと減少。
- ⑥心臓カテーテルも24時間体制で救急患者に対応し地域医療に貢献できた。
- ⑦各装置の精度管理、安全管理に繋げるため、安全管理講習会や各種セミナーへの参加を行い、また使用前後の日常点検を徹底し、装置不具合の早期発見に努めるなど精度管理の充実に取り組んだ。

(2) 業務の効率化

- ①新型コロナウイルス感染症予防対策に追われたが、CT装置2台の振り分けや使用装置の清拭等をスムーズに行うことで、感染を広げることなく業務に支障をきたさないよう努めた。
- ②業務のスピードアップや無駄を省くなど効率化や業務改善に取り組む。
- ③待機者、夜勤者の安全面や業務時間のバランスを配慮するよう取り組む。
- ④職員の健康第一に体調や精神面の管理、ハラスメント防止等に取り組む。

(3) 職員の知識と技術向上

新型コロナウイルス感染症による影響で学会、研修会等の中止が多数となり参加はかな

表. 検査・治療件数

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	平均
放射線治療	位置決め	9	16	11	8	6	4	6	2	2	8	9	12	93	7.8
	照射数	126	166	308	176	92	65	156	62	77	91	101	142	1,562	130.2
	計	135	182	319	184	98	69	162	64	79	99	110	154	1,655	137.9
血管造影室	血管造影	2	1	1	4	0	1	4	2	0	1	2	0	18	1.5
	IVR	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	0	3	16	1.3
	PTA	4	4	3	4	3	5	4	6	5	5	7	1	51	4.3
	その他	0	0	1	1	1	3	2	1	2	2	3	3	19	1.6
	計	7	6	7	12	5	10	11	10	8	9	12	7	104	8.7
心カテ室	心カテ	18	15	15	7	12	15	16	18	9	9	4	9	147	12.3
	PCI	8	14	12	12	9	11	9	13	8	6	5	8	115	9.6
	その他	7	6	4	3	6	3	3	4	6	3	2	3	69	4.2
	計	33	35	31	22	27	29	28	35	23	18	11	20	312	26.0
一般撮影		1,553	1,336	1,837	1,505	1,513	1,400	1,527	1,564	1,654	1,522	1,299	1,505	18,215	1,517.9
パントモ		66	49	58	57	63	63	71	60	67	67	57	75	753	62.8
マンモグラフィ		48	27	36	29	35	51	52	45	42	39	29	38	471	39.3
骨塩定量		21	12	21	19	18	17	32	22	19	21	50	21	273	22.8
X線TV	消化管	19	15	18	14	17	20	17	19	21	17	22	15	214	17.8
	胆道系	9	12	9	10	14	10	15	12	18	10	28	15	162	13.5
	その他	21	19	19	11	20	20	14	23	16	11	12	13	199	16.6
	計	49	46	46	35	51	50	46	54	55	38	62	43	575	47.9
CT	単純	457	505	313	281	545	348	343	341	331	328	325	345	4,462	371.8
	造影	120	124	118	137	135	132	128	116	127	126	115	133	1,511	125.9
	計	577	629	431	418	680	480	471	457	458	454	440	478	5,973	497.8
MRI	単純	75	88	67	90	83	96	106	98	75	96	82	94	1,050	87.5
	造影	34	34	33	39	50	54	48	35	41	40	34	35	477	39.8
	計	109	122	100	129	133	150	154	133	116	136	116	129	1,527	127.3
核医学	検査	16	21	16	15	19	30	31	33	22	25	34	19	281	23.4
合計		2,614	2,465	2,902	2,425	2,642	2,349	2,585	2,477	2,543	2,428	2,220	2,489	30,139	2,511.6

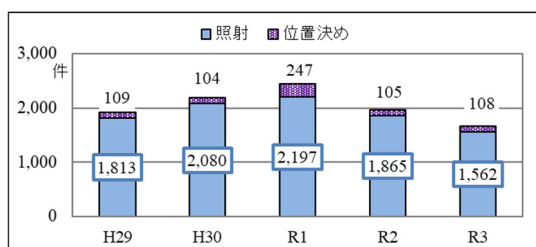


図. 放射線治療件数の推移

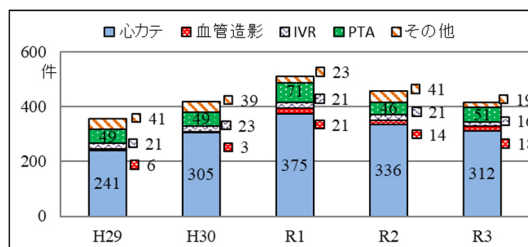


図. 血管造影件数の推移

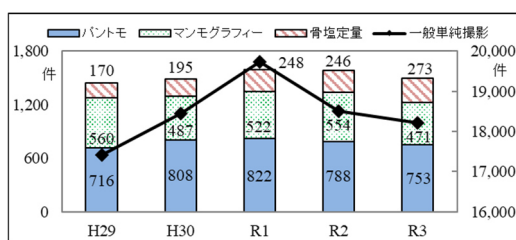


図. 一般単純撮影等の推移

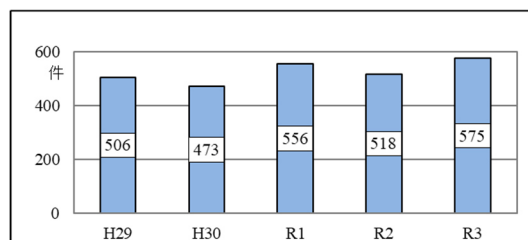


図. X線TV検査件数の推移

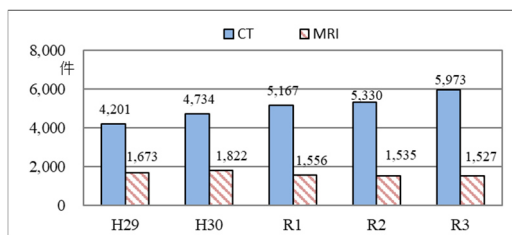


図. CT及びMRI検査件数の推移



図. 各医学検査件数の推移

(3) 検査部

《スタッフ》

検査部長	岩橋 正人
検査部技師長	山田 隆司
主任臨床検査技師	2名
臨床検査技師	9名
事務員	1名

《ビジョン》

検査部の再構築と働きやすい環境作り
正確かつ信頼できる検査データの提供

《活動実績》

- ①新型コロナウイルス関連検査に対する協力
地域中核病院の検査部として院内及び地域に貢献出来る検査体制を整えた。
- ②大型自動機器を含め配置換えを実施した。
導線を短くし、効率的運用が可能となった。
- ③細菌部門と病理部門のバックアップ人材育成の為の研修を実施した。
- ④腹部エコーと表在エコーのバックアップ人材育成の為の研修を実施した。
- ⑤内部精度管理の徹底と継続により信頼できる検査結果の報告に努めた。外部精度管理では良好な成績を収める事が出来た
- ⑥労働環境の改善として有休取得数の増加に取り組んだ。
- ⑦新規認定資格取得：0
認定資格更新：国際細胞検査士、認定血液検査技師、認定超音波検査士（循環器・体表）

《今後の課題》

- ①タスクシフト関連業務の実践
- ②アフターコロナの遺伝子検査機器活用
- ③認定資格取得

表. 検査件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均	
検 体	尿・糞便等	774	666	704	761	770	769	752	734	761	753	739	744	8,927	744
	血液	4,282	3,903	3,810	3,892	4,427	3,955	4,001	3,907	4,095	4,203	3,711	4,237	48,423	4,035
	生化学	34,427	30,432	32,093	32,657	35,649	32,962	33,410	32,606	33,639	32,736	29,920	33,697	394,228	32,852
	免疫	2,351	2,076	2,102	2,145	2,572	2,152	2,274	2,211	2,268	2,253	2,014	2,211	26,629	2,219
	微生物	381	389	413	393	392	330	360	302	411	347	431	438	4,587	382
	病理	213	147	213	199	214	206	267	188	177	183	143	213	2,363	197
	合計	42,428	37,613	39,335	40,047	44,024	40,374	41,064	39,948	41,351	40,475	36,958	41,540	485,157	40,430
生 体	呼吸循環機能	699	723	665	634	774	609	732	679	571	712	540	642	7,980	665
	超音波	610	516	649	595	618	634	735	646	647	548	488	663	7,349	612
	脳波	3	6	1	5	5	3	3	1	2	6	2	9	46	4
	神経・筋	0	1	2	1	1	0	0	2	0	0	1	1	9	1
	合計	1,312	1,246	1,317	1,235	1,398	1,246	1,470	1,328	1,220	1,266	1,031	1,315	15,384	1,282
その他の検査	5	5	12	5	3	5	5	4	2	7	6	6	65	5	
総計	43,745	38,864	40,664	41,287	45,425	41,625	42,539	41,280	42,573	41,748	37,995	42,861	500,606	41,717	

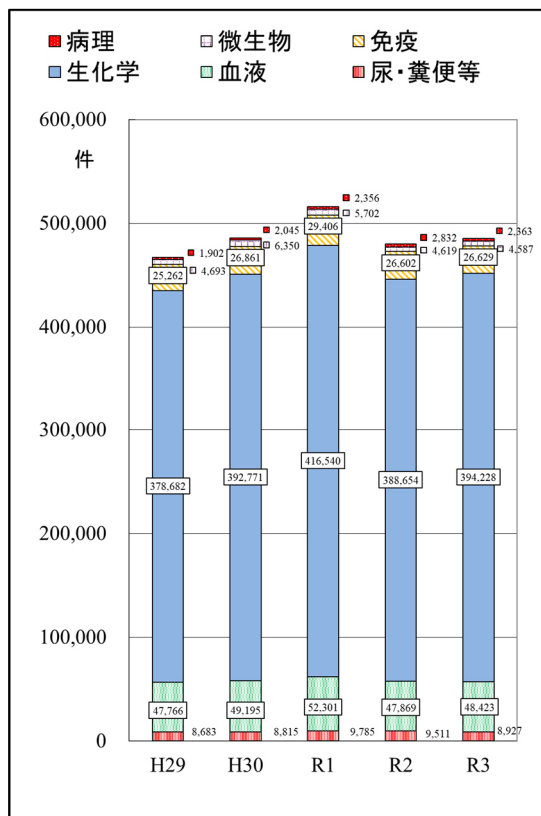


図. 検体検査件数の推移

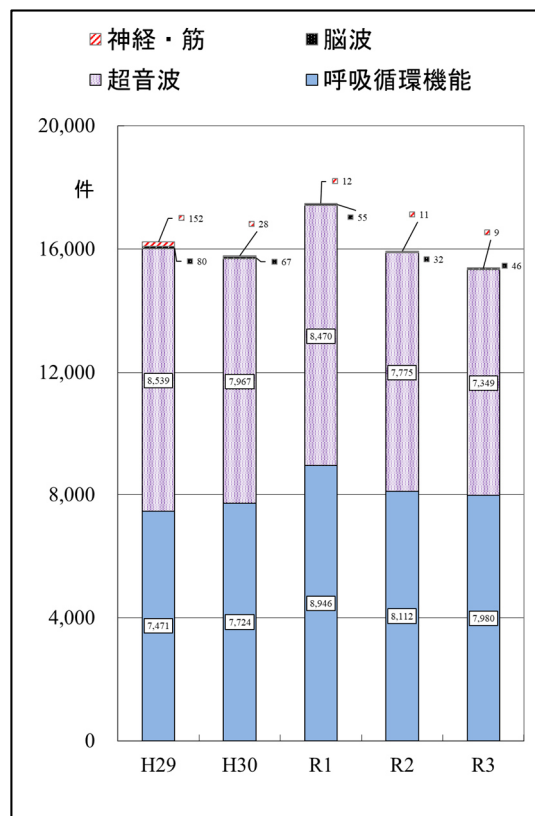


図. 生体検査件数の推移

(4) リハビリテーション部

《スタッフ》

リハビリテーション部長	森 啓介
リハビリテーション部技士長	諫山 昌寿
主任理学療法士	梶川 丘行、三木 征博、梅木 英宣
理学療法士	23名
作業療法士	17名
言語聴覚士	3名
事務員	1名

《活動実績》

- ・1ヶ月あたり単位数は、令和2年度 13,123 単位から令和3年度 11,498 単位と-1,625 単位であった。
- ・回復期実績指数：63.97（入院料1のアウトカム40以上をクリア）
- ・地域包括ケア病棟は感染病棟となっていたため、算定はできなかった

《大分県西部医療圏地域リハビリテーション広域支援センター活動》

- ・圏域内リハビリテーション従事者に対する研修会開催
- ・新型コロナウイルス感染症蔓延により未開催

表. 単位数

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
外 来	運動器	49	65	85	88	106	99	108	84	82	98	73	90	1,027	86
	脳血管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	14	1
	療用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	6	0	20	2
	心大血管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	呼吸器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	49	65	85	88	106	99	108	84	82	112	85	98	1,061	89
一 般	運動器	1,657	2,852	1,712	1,134	1,767	1,703	2,151	2,222	2,358	2,529	2,124	2,491	24,700	2,058
	脳血管	447	531	785	632	468	576	497	228	502	542	330	501	6,039	503
	療用	1,047	1,802	1,790	1,877	2,605	2,151	2,279	1,653	1,323	1,203	1,238	1,423	20,391	1,699
	心大血管	1,199	726	1,191	763	1,466	1,244	1,299	1,147	1,176	1,187	1,049	1,274	13,721	1,143
	呼吸器	880	937	767	506	547	706	353	666	655	542	703	1,074	8,336	695
	がん	226	242	142	183	66	105	54	151	162	100	59	194	1,684	140
合計	5,456	7,090	6,387	5,095	6,919	6,485	6,833	6,067	6,176	6,103	5,503	6,957	74,871	6,098	
地 域 包 括	運動器	813	0	327	544	0	0	0	27	123	60	0	0	1,894	158
	脳血管	209	0	21	45	0	0	0	0	48	20	0	0	343	29
	療用	81	0	140	177	0	0	0	52	50	8	0	0	508	42
	心大血管	126	0	32	157	0	0	0	0	204	43	0	0	562	47
	呼吸器	132	0	76	172	0	0	0	0	29	0	0	0	409	34
	がん	25	0	79	141	0	0	0	19	0	0	0	0	264	22
合計	1,386	0	675	1,236	0	0	0	98	454	131	0	0	3,980	332	
回 復 期	運動器	4,541	0	3,114	3,527	4,662	4,571	5,372	5,707	5,391	4,797	4,541	5,239	51,462	4,289
	脳血管	707	22	0	278	598	520	0	101	450	743	353	545	4,317	360
	療用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	呼吸器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	5,248	22	3,114	3,805	5,260	5,091	5,372	5,808	5,841	5,540	4,894	5,784	55,779	4,649
緩 和 ケ ア	運動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脳血管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	療用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	心大血管	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0
	呼吸器	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	4	0
	がん	140	143	227	196	201	182	134	136	175	313	239	197	2,283	190
合計	140	143	227	196	205	184	134	136	175	313	239	197	2,289	190	
入 院 合 計	運動器	7,011	2,852	5,153	5,205	6,429	6,274	7,523	7,956	7,872	7,386	6,665	7,730	78,056	6,505
	脳血管	1,383	553	806	955	1,066	1,096	497	329	1,000	1,305	663	1,046	10,899	892
	療用	1,128	1,802	1,930	2,054	2,605	2,151	2,279	1,705	1,373	1,211	1,238	1,423	20,899	1,742
	心大血管	1,325	726	1,223	920	1,466	1,246	1,299	1,147	1,380	1,230	1,049	1,274	14,285	1,190
	呼吸器	1,012	937	843	678	551	706	353	666	684	542	703	1,074	8,749	729
	がん	391	385	448	520	267	287	188	306	337	413	298	391	4,231	353
合計	12,230	7,255	10,403	10,332	12,384	11,760	12,139	12,109	12,646	12,087	10,636	12,938	136,919	11,411	
合計	12,279	7,320	10,488	10,420	12,490	11,859	12,247	12,193	12,728	12,199	10,721	13,036	137,980	11,500	

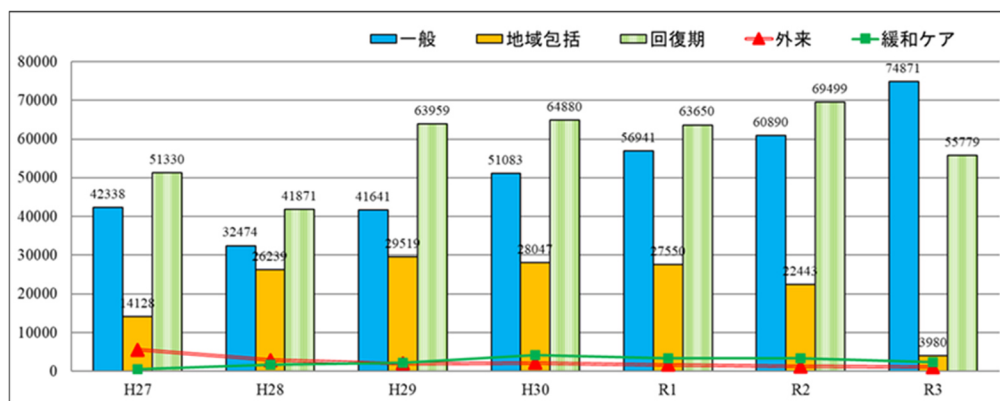


図. 単位数の推移

表. 患者数

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均	
外 来	運動器	21	28	44	46	50	45	47	40	45	54	39	47	506	42	
	脳血管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	7	1	
	瘻用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3	0	10	1	
	心大血管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	呼吸器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	物理療法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	摂食嚥下	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	合計	21	28	44	46	50	45	47	40	45	61	45	51	523	44	
	患 者	運動器	364	580	328	249	425	405	475	554	600	642	556	613	5,791	483
		脳血管	73	108	157	133	93	103	93	43	116	125	77	101	1,222	102
瘻用		276	430	406	439	618	513	540	413	387	329	387	436	5,174	431	
心大血管		272	164	229	164	332	275	295	256	296	325	268	295	3,171	264	
呼吸器		212	263	183	111	155	168	91	155	170	154	185	284	2,131	178	
がん		58	52	42	41	20	34	18	35	58	33	23	53	467	39	
物理療法		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
摂食嚥下		0	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	1	
合計		1,255	1,609	1,349	1,137	1,643	1,498	1,512	1,456	1,627	1,608	1,496	1,782	17,972	1,498	
地 域 包 括		運動器	207	0	71	146	0	0	0	6	36	14	0	0	480	40
	脳血管	30	0	8	18	0	0	0	16	10	6	0	0	88	7	
	瘻用	28	0	41	61	0	0	0	0	12	4	0	0	146	12	
	心大血管	41	0	8	50	0	0	0	0	48	13	0	0	160	13	
	呼吸器	35	0	8	36	0	0	0	0	8	0	0	0	87	7	
	がん	13	0	16	33	0	0	0	6	0	0	0	0	68	6	
	物理療法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	摂食嚥下	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	合計	354	0	152	344	0	0	0	28	114	37	0	0	1,029	86	
	回 復 期	運動器	653	4	429	452	633	556	677	937	885	759	681	708	7,374	615
脳血管		87	0	0	34	75	61	19	13	55	93	46	68	551	46	
瘻用		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
心大血管		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
呼吸器		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
がん		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
物理療法		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
摂食嚥下		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計		741	4	429	486	708	617	696	950	940	852	727	776	7,926	661	
緩 和 ケ ア		運動器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	脳血管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	瘻用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	心大血管	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
	呼吸器	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	
	がん	81	76	131	120	120	91	134	83	105	174	126	115	1,356	113	
	物理療法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	摂食嚥下	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	合計	81	76	131	120	122	92	134	83	105	174	126	115	1,359	113	
	入 院	運動器	1,224	584	828	847	1,058	961	1,152	1,497	1,521	1,415	1,237	1,321	13,645	1,137
脳血管		190	108	165	185	168	164	112	72	181	224	123	169	1,861	155	
瘻用		304	430	447	500	618	513	540	413	399	333	387	438	5,320	443	
心大血管		313	184	237	214	332	276	295	256	344	338	288	295	3,332	278	
呼吸器		247	263	191	147	157	168	91	155	178	154	185	284	2,220	185	
がん		152	128	189	194	140	125	152	124	163	207	149	168	1,891	158	
物理療法		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
摂食嚥下		1	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	1	
合計		2,431	1,689	2,061	2,087	2,473	2,207	2,342	2,517	2,786	2,671	2,349	2,673	28,286	2,357	
合 計		2,452	1,717	2,105	2,133	2,523	2,252	2,389	2,557	2,831	2,732	2,394	2,724	28,809	2,401	

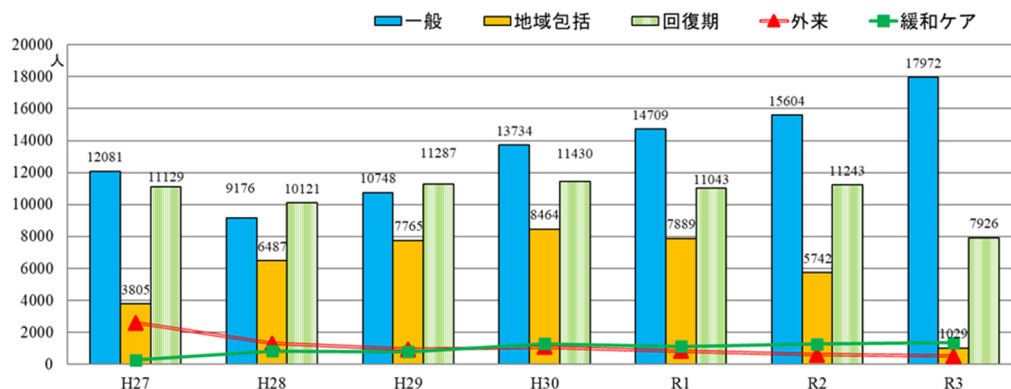


表. 患者数の推移

(5) 栄養部

《スタッフ》

栄養部長	尾崎 邦博
栄養部技士長	中野 誠子
主任栄養士	長尾 智恵子
管理栄養士	4名
栄養士	3名
調理師	11名
調理員	1名

《ビジョン》

- ・タイムリーな栄養介入を行い、患者さんここの栄養状態アップに繋げる。退院後の食への意識改革を引き出す。
- ・他部署、部署内での連携を取り、安全で美味しい給食を提供する。

《主な取り組み》

①給食部門

- ・今年度は4月から一病棟が感染患者専用病棟となった。食器も通常食器と感染病棟患者用のディスプレイ食器、配膳用のエレベーターも使用できない状況であった。このような通常とは異なる状況の中で安全で美味しい給食を提供するための垣根を越えた連携が重要であると感じた一年であった。異物混入についても、水際で防げた物も多数あった。
- ・アレルギー、禁止食品の誤配膳については看護部サイドでも発見して頂き未然に防ぐ事ができた。
- ・食事アンケートを1回/月ペースで行っている。概ね好評な評価を頂いている。また、気になる献立については残食調査を行い献立の検討に役立てた。
- ・病棟担当管理栄養士がベッドサイドへ出向き、摂取量が低下している患者さんや、栄養状態が低下している患者さんに対しては個別に対応を行ってきた。

②栄養管理部門

- ・栄養指導件数は736件/年。管理栄養士1人あたりは184件と昨年度より件数は減っている。
- ・病棟担当管理栄養士を固定化することで専門性は向上している。転棟後も管理栄養士同士で情報を共有し、切れ目のない円滑な栄養管理が行えている。

③近隣医療施設との連携

- ・今年度は、「備蓄食品の相互支援体制」を構築した。医師会での賛同を得た後、保健所の協力を得て、市内の病院、施設における備蓄食品の相互支援を行うことで、災害時を乗り切る目的に行った。概ね賛同を得て、多数の病院、施設の参加を得ている。

《今後の課題》

調理師同士の連携、自己研鑽を積み更に安全で美味しい給食の提供を目指す。

- ・調理スタッフの充足を図る。
- ・各工程で異物、品質のチェックを行い異物混入ゼロを目指す。
- ・他部署と連携し、栄養指導が必要な患者さんの拾い上げ、入院から外来まで切れ目無くフォローしていく。
- ・web 研修会を活用し、更に専門性の向上を目指す。

(6) 臨床工学部

《スタッフ》

臨床工学部長	藤澤	宏亘
臨床工学技士長	國武	憲章
主任臨床工学技士	松尾	一哉
臨床工学技師	5名	

《ビジョン》

- ・長期使用医療機器の安全を考慮した更新計画
- ・適性保有台数の検討
- ・急性期医療への積極的な参加
- ・院内医療機器の中央管理体制の検討

《主な重点目標と取り組み》

- ①質の高い技術力
 - ・看護部門に対する院内研修会の柔軟な実施
 - ・安全を最優先とした機器の提供
 - ・高周波電気メス装置を用いた治療への技術提供(消化器内視鏡)
 - ・消化器内視鏡分野における感染管理の徹底
- ②医療機器の安全管理体制の充実
 - ・医療機器の安全を考慮した機器の中央管理体制の構築
- ③学会・研究会等への参加
 - ・WEBセミナー講師：1回
 - ・専門資格の取得：1 ・学会教育講演講師：2回

《課題》

- ・安全性を最優先とした長期間使用機器の更新計画
- ・医療機器の定数見直し（スリム化）
- ・医療機器の標準的な使用と管理に向けての教育
- ・質の高い技術提供を行うための専門資格の取得

表. 月別実績

	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
人工透析(件)	428	385	443	426	417	429	449	462	439	445	380	419	5,122
内視鏡検査・治療(件)	110	81	100	106	91	113	119	104	128	100	94	101	1,247
人工呼吸器(稼働日数)	67	62	36	53	71	55	57	75	83	61	63	61	744
高圧酸素療法	13	0	0	0	10	15	5	2	8	4	31	14	102
持続緩徐式血液透析濾過法 (稼働日数)	1	0	0	23	8	0	1	8	7	5	3	0	56
エンドキシン吸着療法 (稼働日数)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
胸水腹水濃縮濾過法(件)	2	0	2	2	7	1	3	3	2	3	2	3	30
大動脈バルーンポンピング (稼働日数)	0	4	6	1	2	0	0	0	0	0	0	0	13
経皮的心肺補助(稼働日数)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
顆粒球吸着療法(GCAP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	621	532	587	612	606	613	634	654	667	618	573	598	7,315

(7) 口腔衛生技術部

《スタッフ》

口腔衛生技術部長	中村 芳明
医 長	1名
主任 歯科衛生士	1名
歯 科 衛 生 士	2名
准 看 護 師	1名

《ビジョン》

- ・ 周術期口腔管理対象患者さん及び入院患者さんへの効率的な口腔衛生指導、口腔ケアの実施
- ・ 入院・外来での口腔外科手術症例への質の高い診療
- ・ デンタルインプラント施行に対する器材管理、滅菌、診療

《活動実績》

- ① 周術期口腔管理の計画書算定は令和2年度では110件、令和3年度は106件と多少減少した。手術後の周術期口腔管理(Ⅱ)は令和2年度29件、令和3年度20件と減少したが、周術期口腔管理(Ⅲ)は、令和2年度293件、令和3年度324件と今年度は増加した。かかりつけ医への紹介依頼はできる限りおこなっている。
- ② デンタルインプラントに際してのラジオステント(CT撮影の際のマーカー入りステント)作成や、全身麻酔症例(埋伏抜歯、顎骨嚢胞、顎骨骨折、舌癌、歯肉癌、唾石症、顎関節強直症など)増加に伴い、挿管時マウスガードの作製や術後の止血シーネ作製が増加している。
- ③ パンピング(顎関節症における関節腔内の洗浄、授動療法)は10例で洗浄療法は2例、顎関節治療処置をおこなった。
- ④ 歯科衛生士がおこなう周術期専門的口腔衛生処置は、令和2年度は366件だったが、令和3年度は363件とほぼかわらなかった。
- ⑤ 入退院支援センターの開設に伴い全麻及び局麻での患者は増加し、業務の効率化ができている。また、今年度は入院処置患者が増加した。

《今後の課題》

- ① 周術期口腔管理において、大分県歯科医師会と県内のがん拠点病院が連携し、開業歯科への術前、術後の紹介を行っているが、手術決定から入院・手術までの期間が短い症例が多く、術前紹介が困難だが術前術後の依頼は積極的に進めていく。

- ② インプラント治療を希望する患者さんが年々増加しており、今後インプラント治療について十分な知識や情報が必要となってくる。また今後、インプラント治療の段階的な金額設定をおこなっていく。
- ③ 顎関節症のパンピングや洗浄療法は、注射薬や点滴回路の取り扱いなどが複雑で困難であることに加え清潔操作が特に重要な外科処置であるため、習熟が必要である。
- ④ 手術前患者の口腔ケアは、術後感染防止のため大変重要であり、通常以上に、歯石、デンタルプラーク、舌苔の除去等が必要で、手術内容の理解をした上での口腔ケアの実施が肝要である。

表. 周術期口腔管理料 他

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
周術期口腔機能管理計画策定料	13	9	9	2	13	3	7	7	6	14	12	11	106
周術期口腔機能管理料(Ⅰ) 手術前	3	1	2		3	1	1	2	2	7	5	3	30
周術期口腔機能管理料(Ⅰ) 手術後	2	2	4	1			2	1	1	1	2	1	17
周術期口腔機能管理料(Ⅱ) 手術前	2	2	2	2	1	2		2	1	3	1	2	20
周術期口腔機能管理料(Ⅱ) 手術後	2		1	2	1	1	1		4	2	2	4	20
周術期口腔機能管理料(Ⅲ)	38	30	28	26	26	23	24	20	24	27	29	29	324
周術期口腔機能管理後手術加算	1	2	2	1		2		1	1	4	5	3	22
周術期専門的口腔衛生処置	42	35	34	30	29	24	26	22	30	32	31	28	363

2) 看護部

《スタッフ》

看護部長 古賀 ゆかり
副看護部長 高村 美由紀

ビジョン(実現したい状態)		人権を尊重した済生の心を受け継ぎ、地域に根ざした質の高い看護を提供します。 ①安全で質の高い看護の提供 ②入院支援の強化 ③看護業務の効率化の推進 ④人材育成と確保・定着 ⑤経営参画																																														
部署の計画		実績記入欄																																														
項目	重点目標(戦略)	成果指標/目標値	行動計画(具体的な取り組み)	目標値の期末評価																																												
<事業活動の視点> 【令和3年度】社会的評価と信頼の確保、存続意義の確立(済生会のブランド化)へ	病院経営に参画する <成果目標1> 経営的な視点をもち部署を運営する	成果指標1) 各病棟の入院基本料を維持するための算定条件をクリアする 成果指標2) 断らない患者受け入れによる確保 ①新入院患者数: 10人/日 ②救急車搬入: 5件/日 ③外来患者数: 253人/日 成果指標3) 月・水・金の透析2ケルが安全・効率的に稼働し患者数を維持できる	●① ●緊急(4北/南)：一般病棟 ●緊急(回復期)リハビリテーション病棟1 ●緊急：地域包括ケア病棟1 ●緩和ケア病棟2 それぞれで要件を目標としもしも実施 施設基準、看護の認定 夜間看護認定加算 等 ●ベッドコントロール ●常設ユニット(指定ベッドコントロール) ●救急外来・外来診療の協力体制 ↓ 医師・他部門との目標共有(診療連絡会議) ●外来 5/27関係各部署との会議で、安全・効率的・患者維持・稼働開始時期の検討 →安全・効率的の条件を設定し維持 *透析看護実務者の育成 *患者の適定：透析患者の看護部分類(看護観察、生活の自由度)を行いり自立度が高い患者を夜間でシフトする計画 *患者確保・維持	急性期一般入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1、緩和ケア病棟入院料2は、いずれも維持できた。 地域包括ケア病棟入院料1は、新型コロナウイルス感染症患者入院病棟になったため除外となる。 ①新入院患者数: 9.62人/日 ②救急車搬入: 3.59件/日 ③外来患者数253人/日 カンファレンスは計画的にほぼ毎週実施 98%。透析患者数は増加傾向、退出も患者6名~7名維持している。年間透析総数 年間4539件から5059件と420件の増加があった。																																												
	<成果目標2> ベッドコントロールによる安定した患者確保	成果指標1) 各病床の稼働率 前年度を上回る稼働率と反しない病棟運用も考える *診療単価目標を達成 入院: 54,702円 外来: 18,016円	(1)スムーズ(断らない)な転機 病床管理者の発意を受け入れる工夫と協力 *視点 稼働率と単価を維持した運用 ①DPC単価の変動に応じた移動 ②重症加算期間における加算の変動に応じた移動 ●HCU ↓ ●一般(救急・4北・4南) ↓ ●回復期・地域包括ケア (2)スムーズな退院調整	地域包括病棟が通常の稼働ができない事が多く予約入院の調整を2週間先(12月~)で調整を行い急患や即入の受け入れをストップしないようにした。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>稼働率(%)</th> <th>平均入院患者数</th> <th>稼働率(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HCU</td> <td>75.6</td> <td>7</td> <td>68.5</td> </tr> <tr> <td>救急</td> <td>78.2</td> <td>12</td> <td>71.4</td> </tr> <tr> <td>3北</td> <td>70.9</td> <td>24</td> <td>34.2</td> </tr> <tr> <td>3南</td> <td>96.7</td> <td>31</td> <td>78.4</td> </tr> <tr> <td>4北</td> <td>89.6</td> <td>43</td> <td>86.8</td> </tr> <tr> <td>4南</td> <td>86.9</td> <td>43</td> <td>87.4</td> </tr> <tr> <td>緩和</td> <td>78.8</td> <td>12</td> <td>71.9</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>84.9</td> <td>172</td> <td>74.15</td> </tr> <tr> <td>部門</td> <td>上記1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>病棟</td> <td>92.5</td> <td>184</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		稼働率(%)	平均入院患者数	稼働率(%)	HCU	75.6	7	68.5	救急	78.2	12	71.4	3北	70.9	24	34.2	3南	96.7	31	78.4	4北	89.6	43	86.8	4南	86.9	43	87.4	緩和	78.8	12	71.9	合計	84.9	172	74.15	部門	上記1			病棟	92.5	184	
		稼働率(%)	平均入院患者数	稼働率(%)																																												
	HCU	75.6	7	68.5																																												
救急	78.2	12	71.4																																													
3北	70.9	24	34.2																																													
3南	96.7	31	78.4																																													
4北	89.6	43	86.8																																													
4南	86.9	43	87.4																																													
緩和	78.8	12	71.9																																													
合計	84.9	172	74.15																																													
部門	上記1																																															
病棟	92.5	184																																														
<成果目標3> 診療報酬における看護関連の加算取得	成果指標1) 地域包括ケア病棟看護補助者配置加算の新たな取得 150点(1日につき) 成果指標2) がん看護、入院時支援、認知症ケア、救急搬送看護体制、看護職員夜間配置、せん妄、ハイリスク患者ケア、DVT等 前年度を上回る算定数 取り漏れがない医事課と協力して数値算出	●3北 COVID-19受け入れ解除後の申請を目指し準備する。 *看護補助者25対1 令和2年度の平均患者数24人 3人以上 コロナ受け入れ時の計算は? 満床33床 では3.96人で4人? ●外来+がん関連認定看護師 がん患者指導管理料イ、ロ取得 ●入院支援加算(1)230:入院支援わか- ●入院支援加算600点:病棟 ●夜間看護職員配置加算:一般 ●救急搬送看護体制加算: ●入院時、入院中(リハビリ):全病棟(入院支援わか-介入者も入院病棟が最終責任部署とする) →チェック体制等を計画し目標管理する	①指示日の運用開始: 4/23(3北)、4/28(3南) ②特例受入 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>3階南</th> <th>緩和ケア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>73</td> <td>16</td> </tr> </tbody> </table> ③救急ストップ 職員及び患者のCOVID-19罹患患者発生時に調整期間とし最高22時間の救急ストップを行った。 助手は4名配置できたが加算の算定には至っていない。(COVID-19により応援業務のため) 入院支援加算600点は、対象者があるので前年度を上回るかどうかでの判断はできない。3日目のICU/ICU対象者を分母とし、とり漏れを確認する 入院支援加算取得(600点) 68.1件/1月まで(令和2年度61.6)。開催したカンファレンス件数のうち取得率は、67%と取り漏れがある。他院と比べ取得が低値でありシステムの再構築が必須。 入院時支援加算1(230点) 5.2件/1月まで(令和2年度5.2)		3階南	緩和ケア		73	16																																							
	3階南	緩和ケア																																														
	73	16																																														
<成果目標4> コスト削減を図る	成果指標1) 診療材料、薬品、消耗品の適正使用と適正配置例) 過去半年の未使用材料の配置検討 月を決めて師長会で、各部署の状況で配置部署を決める	●全部署	物品BOXに必要な以上の物品を配置してしまう看護補助者には数を示して補充を促した。物品請求時の提出前に内容の確認を行い余剰に注意した 8月から9月にかけて在庫の見直しを行い、SPDで不要と思われるものの定数を減らし た。おむつのコスト削減や生食ロックスのコスト削減をなくすため、カードを作成し確実にコスト取りを行った。 師長会でも一貫法に沿って定数見直し削減を行ったが配置部署を決めるまでには至っていない。																																													

2 【令和3年度】関係機関等との有機的な連携と広報活動(情報提供)の推進	<p><患者・家族・紹介医等の視点></p> <p>入退院支援を強化し、在宅を見据えた看護を提供する</p> <p><成果目標1></p> <p>入退院支援を必要とする患者の抽出と支援が確実にできる</p>	<p>成果指標1)</p> <p>入退院支援センターの業務拡大および外来・病棟・他職種との連携と課題解決</p> <p>*業務拡大は件数の増大で評価する</p> <p>*入退院支援を必要とする～の目標達成のための課題解決と連携は：入退院支援加算1の件数で評価できる</p>	<p>●入退院支援センター</p> <p>入院支援 予定入院の予約コントロール</p> <p>緊急入院の対応を視野に入れてコントロール</p> <p>●外来</p> <p>●病棟</p>	<p>*業務拡大は件数の増大で評価</p> <p>平常開院日は240日で計算</p> <p>入退院支援センターの件数は、入院患者に対して32.5%、予約患者に対して72% (R2年28.9%、66.3%)と介入率は増加。緊急の対応は、11件 (R2年12件)と予約枠の変更をしたが増加なし。</p> <p>コロナ渦で、病床の運営が困難な状況もあり11月より予約入院を2週間先(緊急入院や転院の調整も考慮しながら)とした事で、入院の偏りの調整が(医師より連絡あり)できるようになった。</p> <p>*課題解決と連携：入院時支援加算1の件数で評価</p> <p>入退院支援加算1は、49件/1月まで (R2年53件)と増加。入院前からの関わりが増えてきた。</p>																																												
		<p>成果指標2)</p> <p>早期からの退院支援により退院難渋対象への具体的な介入・調整を行う</p> <p>早期からの退院支援=抽出+介入着手</p> <p>委員会の方法と評価指標で評価する</p>	<p>●退院支援委員会+外来+病棟</p> <p>システム構築の支援と実践の推進</p> <p>→早期からの退院支援患者の抽出・介入・在宅状況の評価・再検討などのサイクルのシステム構築を委員会で行い、8月から実践し、早期介入者の評価を行う</p> <p>(外来→病棟の連携)</p> <p>①在宅療養中(外来通院中)の抽出</p> <p>入院時の抽出</p> <p>3日目カンファレンスでの抽出</p> <p>療養環境変化時の抽出</p> <p>②介入+退院+在宅</p> <p>③退院・訪問看護による在宅療養の評価</p> <p>④介入計画修正などのシステム</p> <p>上記の中に、外来で得た情報は外来通院中に入力することを入れる</p>	<p>退院支援フローチャートは作成できているが、退院支援の振り返りに活用はできていない。</p> <p>訪問看護を体験することで、入院中の退院支援の必要性や在宅との連携の重要性が理解できた。今後も体験を継続して在宅支援を理解してもらう。</p> <p>入院サポートセンターが入ること情報の提供は出来ているが、外来各科との連携は十分できていない。</p> <p>退院支援計画書の取得が、60.1件/月 (R2年27.3%)と他院に比べても低い現状がわかった。入院時から退院に向けての取り組みを考え説明し、確実に取得するシステムの変更を促す</p>																																												
		<p>*介護支援等連携指導料</p> <p>患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明および指導を行った場合に、入院初回算定できる</p> <p>成果指標3)</p> <p>多職種との退院支援カンファレンスの充実(病棟・外来・退院支援看護師・MSW他)</p> <p>*介護支援等連携指導料</p> <p>400点(一般病棟)</p> <p>=2件/月目標</p> <p>外来、退院支援看護師カンファレンス参加状況</p>	<p>●外来+病棟</p> <p>退院支援カンファレンス開催時の連絡等</p>	<p>退院支援カンファレンスの参加状況(一般病棟はカンファ開催し400点算定する)2件/月</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">回</th> <th colspan="2">開催、算定、参加回数</th> <th colspan="2">参加回数</th> </tr> <tr> <th>回数</th> <th>算定</th> <th>外来</th> <th>退院支援</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>11</td> <td>11</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>39</td> <td>39</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>26</td> <td>26</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>86</td> <td>86</td> <td>5</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>	回	開催、算定、参加回数		参加回数		回数	算定	外来	退院支援	1	0	0	0	0	2	11	11	0	0	3	1	1	1	0	3	39	39	0	0	4	26	26	3	0	4	9	9	1	0	合計	86	86	5	15
		回	開催、算定、参加回数			参加回数																																										
			回数	算定	外来	退院支援																																										
1	0	0	0	0																																												
2	11	11	0	0																																												
3	1	1	1	0																																												
3	39	39	0	0																																												
4	26	26	3	0																																												
4	9	9	1	0																																												
合計	86	86	5	15																																												
<p>成果指標4)</p> <p>現行の訪問看護上の課題抽出と課題解決を図り、訪問看護件数を昨年度以上に増やす</p> <p>*在宅看護訪問看護・指導料の件数</p>	<p>●外来+訪問看護準備委員会の再発足</p> <p>①1年間の実績での問題点は抽出済み</p> <p>事象は看護部の退院支援委員会では困難。</p> <p>→②検討の場の再構築</p> <p>③改善点を網羅した訪問看護基準手順等の見直し</p> <p>●外来+病棟</p> <p>退院支援カンファレンス開催時の連絡</p>	<p>退院調整看護師が、開催したカンファレンス件数15件(1月まで)であった。</p> <p>在宅看護訪問看護・指導料算定数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>算定数</th> <th>R2年度</th> <th>R3年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>300件/年</td> <td>401件/年</td> </tr> </tbody> </table> <p>(地域包括ケア病棟の算定要件3ヶ月60回以上の訪問) ※令和4年1月まで</p> <p>訪問看護件数：月49件 達成</p> <p>訪問診療件数：月17件 達成</p> <p>介護保険事業への参画し月7名まで増加 達成</p>	算定数	R2年度	R3年度		300件/年	401件/年																																								
算定数	R2年度	R3年度																																														
	300件/年	401件/年																																														
<p><成果目標2></p> <p>地域の関係機関との連携を強化する</p>	<p>成果指標1)</p> <p>コロナ渦におけるふれあい健康相談の検討</p> <p>成果指標2)</p> <p>コロナ渦における関係機関・関係職種とのカンファレンス・情報交換のあり方検討</p>	<p>●外来+病棟</p> <p>成果指標1)の行動計画に準じたシステムで実施</p> <p>主任会</p> <p>部署は支援と実践の推進</p> <p>●現在、対面で実施している</p> <p>時間の効率化を thoughts と、行き帰りの時間の短縮等を図る目的でもオンラインを利用した方法の検討をおこなうか??</p>	<p>現状把握できていない</p> <p>夜勤時間の変更に伴い、夜勤で空いた時間に今後力を入れていく計画である。</p> <p>コロナ渦の中で今まで行っていたふれあい健康相談の実施が難しく、パワーポイントを作成し、外来のテレビ(受付前、内科外來の前)、病棟はポスターを使用し患者さんに健康にしての発信を行った。</p> <p>退院支援カンファレンス(外部参加)は、急性期病棟は、1~2回/月の実施。実施件数は、前年度と変わらず。カンファレンスへ参加することで、退院支援に興味をもって関わるような意識変化がみられた。退院調整時期の予測が送れるメンバーはカンファレンスを実施しないままとなることがあったが、必要性のある人には実施を提案する事でZoomを利用するなどの工夫を行った</p>																																													
	<p>成果指標3)</p> <p>コロナ渦での認定看護師による研修会のあり方の検討及び実施</p>	<p>●認定看護師会</p>	<p>認定看護師による研修を12月~1月に計画したが、新型コロナウイルス感染症患者数増加に伴い実施することはできなかった。</p>																																													

3 【令和3年度】チーム医療の推進による医療の質の向上と効率的な医療の提供	<p><業務プロセス・医療の質の視点></p> <p>安全で質の高い看護を提供する</p> <p><成果目標1></p> <p>院内感染防止対策を徹底する</p>	<p>成果指標1)</p> <p>スタンダードプリコーションの遵守 (委員会が示す指標)</p>	<p>●委員会が示す方法を徹底できるように支援と実践の推進</p>	<p>夏季に使用量の減少が認められたが、コロナ患者が減少している時期も11月からの強化期間においては、各部署で差はあるものの、使用量は増加したままで大きな減少は認められなかった。オミクロン株の流行も重なったことも使用量が減少していないことの原因としても挙げられるかもしれない</p>															
	<p><成果目標2></p> <p>基本(マニュアル)を遵守した医療安全活動を推進する</p>	<p>成果指標1)</p> <p>前年度、自部署で多かったインシデントを減らす取り組みを行う</p> <p>●事故件数の減少</p>	<p>●全部署</p>	<p>発生件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>令和3年度</th> <th>令和2年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>転倒転落</td> <td>95件</td> <td>123件</td> </tr> <tr> <td>転倒率</td> <td>1.83%</td> <td>1.97%</td> </tr> <tr> <td>褥瘡発生</td> <td>28件</td> <td>17件</td> </tr> <tr> <td>針刺し</td> <td>9件</td> <td>8件</td> </tr> </tbody> </table>		令和3年度	令和2年度	転倒転落	95件	123件	転倒率	1.83%	1.97%	褥瘡発生	28件	17件	針刺し	9件	8件
		令和3年度	令和2年度																
	転倒転落	95件	123件																
	転倒率	1.83%	1.97%																
	褥瘡発生	28件	17件																
	針刺し	9件	8件																
<p><成果目標3></p> <p>看護過程基礎能力の向上</p>	<p>成果指標1)</p> <p>看護記録の監査を実施し、フィードバック、改善に繋げる</p> <p>記録監査のフィードバック前後の評価(自己+他者)</p>	<p>●看護記録委員会：他者監査</p> <p>●部署では自己監査等を看護記録委員会の方法で支援と実践</p>	<p>看護記録監査は、第2回目を実施後、集計中。第1回目の指導後に少しでも改善が見られる事を目指し各部署に各部署の取り組みができた。今回の監査では、3部署が他部署のスタッフの評価をする事で、自部署の記録の実態などと比較してみる機会となり、現状把握においても有効であった。</p>																
<p><成果目標4></p> <p>看護過程基礎能力の向上</p>	<p>成果指標2)</p> <p>看護過程研修会を実施、日頃の看護・記録に活かす</p> <p>*指標1)の個別看護計画の部分を比較</p>	<p>●看護記録委員会/教育委員会</p> <p>①看護過程研修の計画</p> <p>②研修後の記録監査</p>	<p>今年度は退院に向けての取り組みをテーマとしてデータベースの課題作成を行った。事前課題は明確に設定できなかったが、各個人により研修会への取り組みの差が見られた。委員会スタッフは、同じ課題でも看護問題の捉え方の違いがあること、NANDA-Iの関連因子や定義を見ず、疾患から診断名を当てはめている為、適切な表題にはなっていないことを改めて確認する事ができた。また、新たな取り組みとして看護倫理に関する記録記載についての研修を実施した。この研修会は、みんなが自己を振り返る機会になり、記録の必要性を実感できたものになった。</p>																
<p><成果目標4></p> <p>接遇の強化</p>	<p>成果指標1)</p> <p>行動指針の浸透および各自の行動につなげられる</p> <p>師長会で方法・指標の検討</p>	<p>●主任会：推進計画は5月の主任会で決定しているとのこと。詳細は不明</p> <p>→1件でもあれば、上記計画の強化が必要として、主任会で再検討していただくことも必要か(内容の把握と対策強化)</p>	<p>接遇のポスターを作成し、各部署の休室に展示することは出来た。ポスターに関心を持ってもらったり、内容を見てくれるスタッフが増えた。インパクトがあり、意識付けになったと感じる。また、メールを活用し注意喚起を行った。</p>																
<p><成果目標4></p> <p>接遇の強化</p>	<p>成果指標2)</p> <p>看護師の接遇に関する苦情を昨年度以下にする</p>	<p>●主任会：推進計画は5月の主任会で決定しているとのこと。詳細は不明</p> <p>→1件でもあれば、上記計画の強化が必要として、主任会で再検討していただくことも必要か(内容の把握と対策強化)</p>	<p>接遇に対する患者からの苦情件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R2年度</th> <th>R3年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>件数</td> <td>8件</td> <td>6件</td> </tr> </tbody> </table> <p>接遇のポスターを作成し、各部署の休室に展示することは出来た。ポスターに関心を持ってもらったり、内容を見てくれるスタッフが増えた。インパクトがあり、意識付けになったと感じる。また、メールを活用し注意喚起を行った。</p>		R2年度	R3年度	件数	8件	6件										
	R2年度	R3年度																	
件数	8件	6件																	
<p><成果目標1></p> <p>看護業務の効率化を推進する</p> <p><成果目標1></p> <p>新たなバスの作成・現行のバスの見直しおよびバスクリニカルバスの利用を推進し、業務改善に繋げる</p>	<p>成果指標1)</p> <p>新たなバスの作成・現行のバスの見直しおよびバスクリニカルバスの利用を推進し、業務改善に繋げる</p> <p>指標：全体利用率UP</p>	<p>●クリニカルバス委員会</p> <p>新バス作成</p> <p>UPUIには…だから使えるバスとなっている→作成基準の作成</p> <p>●各部署：バス利用率のUP</p>	<p>新規バス件数：</p> <p>COVID-19</p> <p>無呼吸症候群の検査入院</p> <p>ホード造設～化学療法退院まで</p> <p>OPF前日理状画面・産院(小児)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R2年度</th> <th>R3年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用率</td> <td>33.8%</td> <td>40.3%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(1月まで)</td> </tr> </tbody> </table>		R2年度	R3年度	利用率	33.8%	40.3%			(1月まで)							
	R2年度	R3年度																	
利用率	33.8%	40.3%																	
		(1月まで)																	
<p><成果目標2></p> <p>電子カルテ更新・病院機能評価受診の機会を利用し、看護業務の見直しを図る</p>	<p>成果指標1)</p> <p>PFMの稼働による入院業務の効率化を勧める</p> <p>◎残業時間の減少</p> <p>前の業務時間調査はどこと</p> <p>◎入院業務の減少</p>	<p>●各部署</p> <p>量的評価：残業時間の調査</p> <p>質的评价(今年度業務量調査をするなら)</p> <p>時間内のスライド業務の内容検討…各部署の看護の課題を検討しスライドできた時間の看護的有効活用(患者と関わる時間で評価?)</p> <p>患者指導とか</p>	<p>残業時間の減少</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>今年度</th> <th>導入前</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HCU</td> <td>32</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>救急</td> <td>83</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>4北</td> <td>67</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4南</td> <td>61</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		今年度	導入前	HCU	32	30	救急	83	78	4北	67		4南	61		
	今年度	導入前																	
HCU	32	30																	
救急	83	78																	
4北	67																		
4南	61																		
<p><成果目標2></p> <p>看護業務・記録の効率化について検討する。</p> <p>検討+選択 運動できた</p> <p>※新規導入後、業務量調査で確認(次年度?)</p>	<p>成果指標2)</p> <p>看護業務・記録の効率化について検討する。</p> <p>検討+選択 運動できた</p> <p>※新規導入後、業務量調査で確認(次年度?)</p>	<p>●電算化委員会</p> <p>電子カルテ変更に伴う選択基準として質を落とさず、記録の効率化ができるシステムの導入(質を落とさずとは、診療録に該当する看護記録は最低限の必要書類である)</p>	<p>長崎病院、唐津病院へ見学に行き、情報収集する。NECにある看護支援機能についてはS31も保持していた。カルテ画面等はほとんど変わっていないため、スムーズに移行は可能と感じた。電子カルテは、ベッドサイドでの活用ができるように機種や台数の見直しを各部署で現行の運用を確認しながら質を落とさず、記録の効率化ができる新システムの運用を決めている。</p>																
<p><成果目標3></p> <p>職種連携し、業務改善を図る</p>	<p>成果指標1)</p> <p>他職種との業務調整およびタスクシフト・タスクシェアの検討：他職種と連携できた業務の件数</p> <p>成果指標2)</p> <p>組織横断的な人員を活用し業務調整・整理</p> <p>成果指標1)と同様</p> <p>成果指標3)</p> <p>救急外来部門と外来および関連部署との連携による業務調整および応援</p> <p>応援件数</p> <p>例えば、HCUに入院の患者の場合は、HCUのスタッフが応援に行き連れて上るとか</p>	<p>看護師の独占業務以外の業務をタスクシフト・タスクシェアする</p>	<p>外来・透析室のシーツ交換及び院内洗濯物など助手業務の一部を総務課臨時職員へお願いした。</p> <p>包帯及び職員のシャワー着の洗濯はトラブルなく実施できている。3北病棟の1室を起点としてベッド清掃、作成を計画していたがコロナ病棟となっているため実施できていない。</p> <p>応援件数延べ人数：外来89件、緩和ケア病棟8件、手術室 2件、3階北病棟 1401件、3階南病棟 91件。COVID-19 受入れ状況が大きく関与している。COVID-19 入院患者が減少時は、3北から他病棟への応援を積極的に行った。3階南病棟も5～6月にCOVID-19を受け入れ同様に応援に行った。</p>																

4	<p><職員育成と組織の強点></p> <p>人材育成と確保・定着を図る <成果目標1> 看護師教育の充実</p>	<p>成果指標1)</p> <p>クリニカルラー・マネジメントラーの活用と評価 段階の維持・UPで評価</p>	<p>●各部署</p>	<p>クリニカルラー評価では前年度と比較し段階の維持・アップすることができている。</p>
		<p>成果指標2)</p> <p>VODの活用・評価 視聴指示は全員視聴 自己学習は決めて行う</p>	<p>教育委員会</p>	<p>スタッフの個人差があり、部署の中でも100%視聴しているスタッフもいる。締切を3月にしていたため、3月までに100%達成を目指す。</p>
		<p>成果指標3)</p> <p>認知症看護の事例検討会の実施（研修会受講者による研修会の実施） 実施した</p>	<p>●業務委員会/教育委員会</p>	<p>ユマニチュードのDVD視聴は、わかりやすい内容で興味を持つ事ができた。日頃の認知症看護を振り返り考える良い機会になった。認知症患者さん対応のヒントとすることができたと思う。視聴後は内容について話す機会があった。自分たちの行動・関わりを見直すことができた。</p>
		<p>成果指標4)</p> <p>委員会リンクナースの育成および院内認定NSの検討および導入 認定制の基盤検討</p>	<p>●師長会 背景、どのような認定が何のために必要か</p>	<p>委員会リンクナースの育成として研修会の計画・実施やグループに分かれての活動など委員としての役割行動が取れるようになり進んだ。院内認定NSの検討および導入までには至っていない。</p>
		<p>成果指標5)</p> <p>看護管理者研修による次世代育成（主任育成） マネジメントラーがA（0名）</p>	<p>●師長会 看護師長の管理者研修を各部署の主任へ教育指導する</p>	<p>新人事考課制度に伴い、行動評価表（4等級）のレベル内容を具体的にするため師長会で見直し修正をし、評価を実施した。マネジメントラーでの評価は実施していない。</p>
<p><成果目標2> 看護研究の推進</p>	<p>成果指標1)</p> <p>看護研究の指導、発表（院内・院外）への推進 発表をした</p>	<p>●看護研究委員会/各部署</p>	<p>テーマを考える段階や倫理申請書を提出する段階での介入はあるが、研究全体を通した関わりは少ない部署もあった。指導はすべての部署で計画修正に活かされていた。看護研究も基礎を学ぶ機会もなっていた。講師からの指導内容に沿って、研究メンバーが修正を進めているよう研究委員が介入できた部署もあった。一方で、指導予定時間が計画よりも遅くなり、業務に影響した部署も多かった。</p>	
<p><成果目標3> 看護補助者の教育・定着</p>	<p>成果指標1)</p> <p>看護チームにおける業務に関する基準にそった業務の確認・管理 目標管理の評価票に項目を追加して評価「できている」</p>	<p>●各部署/師長会 ①看護補助者の個人目標に理解した業務遂行が挙がるように支援 ②看護師・看護補助者の認識統一 ③目標管理評価時の評価</p>	<p>看護助手・クラークの目標管理シート（裏面）の執務態度目標に業務を追加した看護チームにおける業務に関する基準にそった業務の確認・管理は日々の業務の中で確認していった。目標管理の評価票に項目を追加して評価「できている」は活用できていない部署があった。</p>	
<p>成果指標2)</p> <p>新規採用者の教育および支援 入職1年以内の退職ない</p>	<p>●各部署/師長会 ①新採用後の教育体制</p>	<p>新規採用者および中途採用者の採用後1年以内の退職者は●名であった。中途採用者や部署異動者に対し、部署内・部門内で支援を継続した。</p>		
<p>【令和3年度】人材の確保と育成及び統制の取れた安心・安全な就業環境の整備</p>	<p><成果目標4> 安全で健康に働き続けられる職場づくり 時間外0 出勤・退勤の解離がない</p>	<p>●各部署/師長会</p>	<p>時間外は0にはなっていない。令和3年4月より勤怠管理導入している。出勤・退勤の解離については、打刻前後に仕事をしている人もいるため正確な労働時間が把握できていない。（総務課からの情報）</p>	
<p>成果指標2)</p> <p>離職率を前年度以下にする</p>	<p>●各部署/師長会 ①業務上の危険因子の予防と対策 ②中途採用者および部署異動者に対する適応支援管理 ③臨床心理士および専門医等と連携し、メンタル不調者へ早期に対応する ④復職支援者の支援</p>	<p>常勤看護師の離職率 令和2年度・5.8%（退職者10名、うち雇用形態変更1名） 令和3年度・9.1%（退職者18名、うち雇用形態変更2名、定年2名）</p>		
<p><成果目標5> 人員確保</p>	<p>成果指標1)</p> <p>広報活動の検討（HP・動画等） HP視聴件数 就職者数</p>	<p>●院内広報委員会/師長会 ①HPのリニューアルを行う ②訪問件数のUP ・当院のリンクを張れるHPとのネットワークづくりを行う</p>	<p>HP視聴件数…2021年度 961件（看護師採用情報は、月平均570件3年度、2年度は880件であり減少。）</p>	
<p>成果指標2)</p> <p>看護師・看護補助者の確保・定着の取り組みをおこなった</p>	<p>●師長会 ①マイナビ・ナースセンター・ハローワークの活用 ②潜在看護師の教育（当院でのシステムづくり） ③就職説明会による情報提供</p>	<p>マイナビ主催の病院説明会のため看護師紹介VOD作成し就職説明会で使用した。次年度、病院のホームページ更新するため見直しをしていく。</p>		

《看護要員状況》

令和3年度の看護職員の年間採用者および退職者数(令和3年4月1日～令和4年3月31日)

	年間採用者数		年間退職者数	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
看護師	17	1	16	0
准看護師	0	0	0	0
計	17	1	16	0
看護補助者	1	0	0	2
クラーク	0	0	0	3

常勤看護師離職率・・・11.1%
(令和2年度 5.8%)

《病棟データ》

1. 上段…新規入院患者平均年齢(歳)・下段…対象人数(人)

全体平均	HCUCCU	救急病棟	3階北	3階南	4階北	4階南	緩和ケア
67.64	75.75	75.7	49.27	48.79	71.15	62.86	75.38
3454	328	707	382	57	957	921	102

2. 病棟別入院・退院患者数 (人)

	総数		HCUCCU		救急病棟		3階北		3階南		4階北		4階南		緩和ケア	
	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院
4月	328	361	26	12	63	22	46	58	9	34	87	125	91	94	6	16
5月	310	323	26	5	52	15	35	50	35	50	86	107	68	84	8	12
6月	237	233	25	5	48	23	6	19	2	11	76	101	69	65	11	9
7月	262	259	23	8	62	18	12	29	0	16	86	102	71	70	8	16
8月	368	342	37	4	70	21	83	75	3	25	81	111	85	90	9	16
9月	259	288	28	9	53	26	20	32	3	26	77	104	70	73	8	18
10月	288	280	32	6	62	22	0	2	2	18	92	131	85	83	15	18
11月	273	265	28	3	64	17	6	8	0	18	86	115	80	91	9	13
12月	267	287	27	9	71	14	7	20	0	19	74	116	84	99	4	10
1月	354	322	26	7	61	14	105	85	1	26	76	99	76	78	9	13
2月	235	260	26	2	44	9	34	53	2	24	54	91	67	68	8	13
3月	273	259	24	6	57	17	28	23	0	24	82	95	75	85	7	9
合計	3454	3479	328	76	707	218	403	454	60	291	957	1297	921	980	102	163

3. 病棟別転入・転出患者数 (人)

	総数		HCUCCU		救急病棟		3階北		3南		4階北		4階南		緩和ケア	
	転入	転出	転入	転出	転入	転出	転入	転出	転入	転出	転入	転出	転入	転出	転入	転出
4月	173	173	20	36	10	57	24	20	24	9	59	30	27	21	9	0
5月	114	114	20	38	14	46	0	1	4	4	42	17	27	8	2	0
6月	141	141	19	41	10	38	19	1	24	5	40	22	25	32	4	2
7月	172	172	17	33	14	56	25	16	31	1	48	30	31	35	6	1
8月	158	158	15	45	16	62	0	2	30	2	57	20	31	27	9	0
9月	113	113	18	38	6	37	0	0	19	1	44	20	19	16	7	1
10月	141	141	21	49	11	49	0	0	19	3	57	18	29	222	4	0
11月	164	164	25	47	19	65	5	0	22	1	51	24	40	27	2	0
12月	171	171	22	42	16	76	20	0	13	0	59	27	34	26	7	0
1月	154	154	14	33	10	58	3	11	31	1	52	17	37	34	7	0
2月	121	121	17	39	7	41	2	2	22	0	47	18	23	21	3	0
3月	129	129	15	37	12	48	2	2	21	0	39	18	36	24	4	0
合計	1751	1751	223	478	145	633	100	55	260	27	595	261	359	493	64	4

4. 重症度、医療・看護必要度割合(%)

1) 一般病棟 (必要度割合Ⅱ)

	総患者数(人)	必要度Ⅱ		3ヶ月平均(%)
		患者数(人)	割合(%)	
4月	2836	1020	36.0	40.4
5月	2752	853	31.0	37.0
6月	2505	902	36.0	34.3
7月	2602	856	32.9	33.2
8月	2986	966	32.4	33.7
9月	2571	833	32.4	32.5
10月	2805	1064	37.9	34.2
11月	3057	1091	35.7	35.4
12月	2932	1124	38.3	37.3
1月	2870	1027	35.8	36.6
2月	2520	1030	40.9	38.2
3月	2835	1108	39.1	38.5

2) ハイケアユニット(必要度割合Ⅰ)

	総患者数(人)	必要度Ⅰ	
		患者数(人)	割合(%)
4月	162	149	92.0
5月	145	134	92.4
6月	145	133	91.7
7月	158	147	93.0
8月	198	178	89.9
9月	130	118	90.8
10月	148	139	93.9
11月	180	166	92.2
12月	202	193	95.5
1月	168	140	83.3
2月	162	131	80.9
3月	137	131	95.6
合計	1935	1759	90.9

4) 回復期リハビリテーション病棟

新規入棟患者数(人)	175
入棟時10点以上(人)	61
上記割合(%)	34.9
退院(自宅)患者数(人)	150
退院(自宅以外)(人)	10
退院患者のうち入棟時10点以上(人)	55
退院時4点以上改善(人)	45
上記割合(%)	81.8

3) 地域包括ケア病棟(必要度割合Ⅱ)

	総患者数(人)	必要度Ⅱ		3ヶ月平均(%)
		患者数(人)	割合(%)	
4月	612	192	31.4	28.7
5月	385	248	64.4	35.5
6月	291	144	49.5	45.3
7月	531	228	42.9	51.4
8月	445	160	36.0	42.0
9月	143	57	39.9	39.8
10月	コロナ対応病棟として運用中			
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				

《ふれあい健康相談》

COVID-19感染拡大に伴い、今年度は中止とした。

＜認定看護師活動報告＞

＜がん化学療法認定看護師＞相垣 良子（2010年6月認定、2020年10月更新）

＜活動目標＞

1. 認定看護師の後方支援およびがん看護外来の立ち上げ
2. がん相談支援センターについては別紙参照（事業計画書）

＜活動結果＞

1. がん化学療法看護認定看護師の後方支援
相談対応、後輩不在時の患者相談、スタッフ支援
皮膚・排泄ケア認定看護師の後方支援
ストーマ造設前の専門的な看護介入を支援
抗がん剤の職業性曝露対策として、院内監査の用紙作成
2. がん相談支援センター活動
相談対応 件数 約25件

＜評価・分析＞

1. 今年度は認定看護師としての実践的な活動は少なく、後方支援がほとんどであった。
 - 1) 皮膚・排泄ケア認定看護師の後方支援としては、ストーマ造設術後の看護上での問題があると病棟と情報共有し、入院前からの専門的な介入を実施するために活動した。
 - 2) がん化学療法看護師の後方支援としては患者相談、研究の相談を受け、検討・助言を行った。がん化学療法看護委員会は廃止され、院内委員会の傘下で活動する体制について検討し、活動の支援を行った。
 - 3) 衛生委員会とがん化学療法委員会が連携し、安全な職場環境の確保をめざし、抗がん剤曝露対策に取り組んでいるが、監査の実施にいたらなかった。
2. がん相談支援センターの活用についてスタッフへ啓蒙し、相談件数の増加を図ったが、件数的に増えなかった。

＜今後の取り組み＞

1. がん看護外来を通して、患者支援を行う。
2. 抗がん剤の曝露対策の監査実施に向けて、がん化学療法委員会の活動に協力する。
3. がん相談支援センターの相談件数を増やす。

＜皮膚・排泄ケア認定看護師＞ 馬野 美紀（2011年6月認定）

＜活動目標＞

1. 院内褥瘡発生率0.3%以下を目指すために1回/月ベッドサイドラウンドを行い、基本的なスキンケアや褥瘡予防ケアができていないか確認し、リンクナースやスタッフへ指導を行う。
2. 電子カルテ更新、病院機能評価に向けて、褥瘡対策基準の修正を実施する。
3. ストーマ造設術前外来を実施し、ストーマ造設術を受ける患者や家族が安心して手術に臨み、安心して自宅へ退院できるよう支援する。

<活動結果>

1. 達成率 70%

本年度の院内褥瘡発生率は、0.35%（2022年2月現在）となり、目標達成には至らなかった。定期的にベッドサイドラウンドを実施し直接指導を行ったことで、皮膚の保湿ケアが重要であり、健康な皮膚を保つことが褥瘡予防やスキントケア予防へとつながることを理解してもらうことができた。

2. 達成率 75%

委員会時に役割分担を決め、褥瘡対策基準の修正を実施することができた。電子カルテ更新に関連する部分の修正が残っているが、おおよそ計画通りに修正作業を行うことができた。

3. 達成率 90%

外来師長、外来スタッフの協力があり、木曜日の午後にストーマ造設術前外来を開設することができた。本年度のストーマ造設術前外来実施は4名であり、そのうち3名が実際にストーマ造設術となり、退院後の定期的なストーマ外来でのフォローアップへとつなげることができた。

<評価・分析>

1. 高齢の入院患者が多く、褥瘡だけでなく弾性ストッキングによる皮膚障害の発生・ドレーンなどを固定するテープによる皮膚障害、体位変換やポジショニング時の摩擦やずれによる表皮剥離や褥瘡発生も増加傾向にある。弾性ストッキング装着時の看護、ドレーン類のテープ固定方法について、看護基準・手順の見直し・修正を看護基準・手順委員会と協力して実施し、高齢者の褥瘡予防・スキントケア予防を実施する必要がある。
2. 電子カルテ更新に伴う変更が多くあるため、みんなが入力時に困らないように、わかりやすく活用しやすい褥瘡対策基準となるように修正を行っていく。
3. 一時的ストーマを造設する患者が増加してきており、ストーマ造設術を受ける可能性がある患者や家族へも対象を広げ、ストーマ閉鎖術を受けるまでの間スキントラブルや不安がなく日常生活が送れるように支援していく必要がある。

<今後の課題・取り組み>

1. 褥瘡やスキントケアに関する看護基準・手順の修正や新規作成。
2. ポジショニンググローブ導入の検討。

<その他>

ストーマ外来実施件数 134件 その他4件（他施設からの電話やメールでの相談）
褥瘡ケア 171件（訪問看護師や他施設からの相談8件）
スキントラブルに対するケア 58件

<緩和ケア認定看護師> 足刈 真由子（平成27年7月認定）

<活動目標>

1. いたみサポートチーム活動の周知を図り、コンサル件数の増加を目指す。
2. 病院機能評価受審に向けて、緩和ケアマニュアルの内容を見直す。
3. 生活のしやすさに関する質問票の聴取目標は、毎月50件とする。質問票を聴取し、患者の困り事にタイムリーに介入できることを目指す。
4. がん患者指導管理料イ・ロ、がん性疼痛緩和指導管理料の算定を通して、がん患者の全人的苦痛に目を向け、苦痛の緩和を目指す。

<活動結果>

1. いたみサポートチームの活動は、毎週火曜 15:30 から多職種で各病棟をラウンドし、コンサル形式で実施している。下記件数はのべ数であるが、件数は増えてきている。医療用麻薬使用患者が主になるが、その副作用対策やレスキュー薬使用のタイミング、使用後の評価など、対応策の話し合いの場になっている。また、ラウンド時以外にも電話連絡でコンサル依頼も増えており、いたみサポートチームの周知に繋がっていると思われる。(達成度 85%)

R3 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
麻薬使用患者数(のべ)	15	13	16	14	16	18	18	12	11	7	15	16
その他の患者数(のべ)	22	10	28	25	22	13	22	22	18	8	8	14
合計	37	23	44	39	38	31	40	34	29	15	23	30

2. 病院機能評価受審が延期されたため、緩和ケアマニュアルの新たな追加項目のみを決定し、修正・追加は行っていない。(達成度 30%)
3. 生活のしやすさに関する質問票は前年よりやや軽減したが、約 60 件/月聴取できており目標件数は達成できた。聴取率は約 8%である。各病棟へのがん患者リスト配布と声かけにより聴取に繋がっている。(達成度 95%)

R3 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	月平均
件数	64	48	60	57	53	56	76	60	61	66	56	62	59.9
聴取率%	8.0	6.6	7.8	7.7	7.4	7.4	10	7.9	7.9	9.3	7.7	7.9	7.96

4. がん患者指導管理料イ・ロは月平均 9.1 件、がん性疼痛緩和指導管理料はほぼ 100%算定できている。

件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
イ	3	2	0	3	3	2	0	1	3	2	2	3	24	2
ロ	10	12	5	0	6	4	6	11	10	5	9	8	86	7.16

<評価・分析>

1. いたみサポートチームのラウンドでは、各病棟リーダーNS と関わることが多い。対象患者は疼痛や医療用麻薬使用患者と捉えられていることが多いため、チーム側から気になる患者を問いかけることで、対象患者や対象項目の伝わりやすさに繋がる。また、観察の視点や薬剤使用のタイミング、副作用対策などの知識の向上にも繋がる。リーダーNs だけではなくプライマリーNs も参加することで、さらに個別性のある患者ケアが行えると考え。今後もタイムリーに気軽に相談できる関係づくりに務めていく。
2. 今年度より看護部の緩和ケア委員会が院内委員会に合併したため、院内委員会の看護師メンバーに協力を依頼し、緩和ケアマニュアルの追加項目を選定した。来年度、メンバーで分担し作成する予定である。
3. 生活のしやすさに関する質問票について、目標件数は維持できているが聴取割合は少なく、全患者数の 1 割にも満たない。この質問票はスクリーニングであり、患者の生活における困り事を見つけ出すものである。聴取することでその人を知るコミュニケーションの 1 つにもなる。聴取する看護師が固定化し聴取に慣れてきたことで件数が維持されていることも考えられるが、多くのNs がこの質問票の視点を持ち患者に関わることで、症状緩和や生活のしやすさが改善し、聴取件数の増加や看護の質の向上にもつながると考える。今後も患者の困り事にタイムリーに介入できるよう、スタッフと声を掛け合い情報共有していく。

4. がん患者指導管理料イ・ロは、病棟や外来のスタッフからの情報提供があり算定に繋がっている。前年度と比較すると、イは減少し、ロは増加している。情報提供があった場合は、スタッフに介入内容や算定に繋がったことをフィードバックし、次の情報提供に繋がるよう関わっていく。また、常日頃よりコスト意識を持って患者と関わり、他のスタッフの協力を得ながら算定に繋げていく。がん性疼痛緩和指導管理料は、医療用麻薬使用患者の入院・外来での定期的な関わりにより算定している。初回処方時に情報提供があることで算定が始まる。がん患者の痛み等の苦痛に視点をおき、介入・情報共有することで、緩和ケアの考え方が広まり苦痛の緩和につながっている。

<感染管理認定看護師> 森山 由香 (2015年7月認定)

<活動目標>

1. 新型コロナウイルス感染症対策を徹底し、院内での感染拡大を防止する。
2. リンクナースの育成を目的とし、感染対策に対する知識・技術の向上を図れるよう、チーム活動・勉強会・環境ラウンドを実施する。
3. 手指衛生サーベイランスの評価・分析・フィードバックを行い、遵守率を向上させる。
4. 院内感染対策マニュアルをリアルタイムに活用できるよう整備する。

<活動結果>

1. 新型コロナウイルス感染症の対応/対策が長期になっており、少し油断が出てくる部分もあるが、基本的な感染対策は実施できている。明確なエビデンスが確立されていないが、状況に合わせて対策が実施できるようなマニュアル作成を行った。相談/検討を繰り返すことにより、院内で陽性者が発生したものの拡大はなかった。施設向けの講義やクラスター発生施設への訪問指導は実施できた。(90%達成)
2. コロナ禍で年間計画通りには進まなかったが、チーム活動(チームラウンド/意識調査/テスト/フィードバック)は行えた。環境ラウンドは実施できなかった。定期的な勉強会は実施できなかったが、必要な流行感染症対策と当院の現状の勉強会は開催できた。(80%達成)
3. 新型コロナウイルス感染症の影響で、使用量が増える時期もあったが現在横ばい状態。使用量の集計入力できておらず3ヶ月毎のフィードバックは1回しかできなかった。感染対策委員会の手指衛生チームが遵守率向上のための取り組みを実施したが、大きな変化はみられなかった。(70%達成)
4. 一部のマニュアル改訂は行えたが、問題となるような感染症の対策や必要な箇所のマニュアルの修正・追加はできなかった。活用できるようなマニュアル整備までには至らなかった。(30%達成)

<評価・分析>

1. スタッフの基本的な対策により院内で陽性者が発生したものの感染が拡大することはなかった。だが、次々に変異ウイルスも発生しており、さらなる対策の強化/継続が必要となってくる。今後も、状況に応じたマニュアルの作成/修正、スタッフへのリアルタイムな周知を行いスタッフが一貫した対応できるように進めていきたい。施設向けの講義をオンラインで実施、基本的な感染対策と実際の対応を講義することで理解度が深まったことがアンケートで確認できた。また地域の施設の新型コロナウイルス感染症対策に関しての需要が高く、事前指導の依頼も多数あった。依頼によりクラスター発生施設や医療機関への訪問指導も多数実施した。実際に訪問して、濃厚接触者の選別や対応・ゾーニング・検査の対応など不十分であると感じた。今後も定期的な勉強会や講義を開催し理解度を深めていきたい。さらに、未知の感染症のクラスター発生予防には初動が大変重要となってくるため、早期介入が行えるよう体制を整える必要がある。
2. 今年度もチーム活動を主とした。チームラウンドで状況把握や意識調査、前年度の引き継ぎ計画を実行し評価までできた。部署の現状把握、新たな問題点の抽出が行え、今後の課題・次回の目標に繋げることができている。リンクナースが自ら活動することで、感染対策の知識が向上し、積極的に自部署の問題や疑問を共有し、感染対策の統一に繋がるような有効的なディスカッションが行えている。各チームより全看護師にテストを実施し、個人のレベルが把握できた。自分のできていない部分が明らかとなり意識付けになったと思われる。環境ラウンドは実施できなかったが、リンクナースの感染対策の視野を拡げるためには今後も実施していく。勉強会は定期的には開催できなかったが、習得した知識を自部署とリンクできることを期待して今後も短時間での勉強会を開催していく。基礎的な知識を得るには継続した教育が必要である。
3. 新型コロナウイルス感染症の影響で、手指衛生の重要性が理解でき積極的に手指衛生をし

ている姿が見受けられたが、長期化することで対策の継続率が低下している。手指衛生チームより、手指衛生の習慣化の目的で可視化して意識付けを図るためポスター掲示を行った。意識付けは図れているが一時的なものになっている。使用率が低下している背景には携帯用の消毒剤を使用せず患者や面会者用の手指消毒剤を使用していたり、手荒れが酷くて使用できなかったり、個人単位で使用量確認すると使用量の格差が大きい。今後は個人単位での指導や手荒れのスタッフに対して手袋着用の下で手指消毒するなど工夫をすることも必要である。今後も定期的にフィードバックを行い評価/分析していく必要がある。

4. 主に新型コロナウイルス感染症に関連したマニュアルの修正しか行えていない状況。決議が必要な内容は、適宜院内感染対策委員会で承認を得ている。部署によっては差し替えやページ数の不備で、必要な時に必要なマニュアルが検索できない等の問題がある。まずは、マニュアルの内容やページ設定を統一させ、リアルタイムに活用できるように整備する必要がある。また、今年度はカルテシステム変更による手順の修正、病院機能評価の受審も控えているため対策の修正・追加も行っていく。

<今後の課題・取り組み>

1. 新型コロナウイルス感染症対策。
2. リンクナース育成。
3. 手指衛生/SSI サーベイランスの評価・分析・フィードバックを継続。
4. 院内感染対策マニュアルの改訂。
5. 職業感染対策（針刺し・粘膜曝露）

<その他>

1. 相談（2021年度）

①相談内容

- ・感染防止技術、隔離予防策、洗浄/消毒/滅菌、職業感染管理、療養環境（清掃も含む）医療廃棄物管理、感染症の知識、その他感染管理に関わること。

※新型コロナウイルス感染症関連の相談が多数を占めた。

②相談職種

- ・看護部、リハビリ部、事務部、医師、栄養部。

- ③院外からの相談：多数、新型コロナウイルス感染症クラスター発生施設へ訪問指導。

※別紙実績表を参照。

<がん化学療法認定看護師> 豊福 美香（平成30年7月認定）

<活動目標>

1. 化学療法導入患者への介入によるリスク評価
2. 院内がん化学療法委員会活動の遂行
 - ・Grade4以上の有害事象のモニタリングおよび情報伝達や問題提起
 - ・看護部メンバーによるワーキンググループ活動として化学療法クリニカルパスの作成
3. がん患者指導管理料イ・ロを併せて10件以上/月算定
4. 看護研究の学会での発表
5. 4北病棟での他職種カンファレンスの定期実施（毎週月曜日 13:40～14:00）
6. CVポート穿刺者および抜針実践者の育成

<活動結果>

1. 各診療科医師や看護師からの発信を元に、同じくがん化学療法看護認定看護師である外来師長と業務を分担し、化学療法導入患者全員に認定看護師として診察に同席し、その後面談やオリエンテーションの為に介入を実施した。全人的苦痛を考慮したうえで社会背景なども踏まえ、治療期のリスクアセスメントを行い、評価したリスクを病棟へ情報伝達し安全な治療期をサポートした。（目標達成度100%）
2. 化学療法を受けている患者について、経過のモニタリングを行い、Gradeの高い有害事象

発生時、院内がん化学療法委員会内のフォルダーに入力。毎月第4木曜日の委員会で報告し、情報共有と問題点について協議を実施した。(目標達成度 100%)

3. 化学療法導入前や不安や身体症状の強い患者のインフォームドコンセントの際に同席し、治療方針を確認したうえで、患者や家族と面談し、お気持ちの確認や、STAS-J 評価を実施し、がん患者指導管理料イ・ロの算定を月平均8件できた。(目標達成度 80%)

4. 令和4年2月19・20日に開催された第35回日本がん看護学会学術集会において、演題「直腸癌患者2名の薬物療法中のCVポート局所感染に関する報告～ベバシズマブ・喫煙・CV

ポート留置部の清潔保持に注目して～」についてeポスター発表を行った。

また、令和4年2月26・27日に開催された第74回済生会学会において、演題「定期多職種カンファレンスの内容分析で見えてきたテーマの優先順位と今後の課題～がん薬物療法を受ける患者のカンファレンスの可視化を通して～」についてポスター発表を行った。(目標達成度 100%)

5. 4階北病棟のリンクナースや薬剤部と協働し、化学療法患者の多い4北病棟において、毎週月曜日にカンファレンスを継続し、現在まで120回以上開催している。今年度はカンファレンス評価の目的で実施したカンファレンスの内容分析(上記活動結果4の研究発表)を行った。内容分析の結果をふまえ栄養部に参加を依頼し、4階北病棟スタッフとも結果を共有した。(目標達成度 100%)

6. 今年度はコロナ渦で例年行っていたCVポートに関する集合教育ができなかったが、化学療法室にてCVポート穿刺者・抜針実践者育成プランに沿って指導を実施し、今年度新たに穿刺者1名および抜針実践者2名が技術習得できた。(目標達成度 100%)

<評価・分析>

1. がん化学療法看護認定看護師としての活動が4年目を迎えた。がん患者をチームで支えることを意識し、安全・確実な抗がん剤治療の為、化学療法室での投与管理はもちろん、患者の生活背景や思いに寄り添ったセルフケア支援を行うことを基本に、患者への介入継続を行っている。特に化学療法導入前の患者全員に対し、面談を行うことで治療への不安軽減や治療期の安全性の維持にもつながっていると考える。

2. 化学療法中に発生する有害事象をモニタリングし、重大な事象をしっかりとらえ委員会内で情報共有することで安全の質向上につながれていると考える。

3. 月10件のがん患者指導管理料算定を目標としていたが、月8件と減少したのは、コロナ窩で化学療法導入件数がやや少なめであったことも影響したと考える。

4. 現場の問題点をデータ化し、分析し、対策につなげる研究的視点は重要であり、常に問題意識を持ち、取り組むべきことであると考え。今回、日々の実践の中でみえてきた課題を看護研究としてまとめ学会発表を2演題できたことは自信にもつながった。

5. 日々めまぐるしく業務が進んでいく急性期病棟において、がん患者の問題点抽出とケアプランの立案は困難な状況がある。外来での患者面談を通して行ったリスク評価から、

病棟に情報をつないでいくために多職種カンファレンスは非常に有効であると考え、継続する意義があると考え。しかし今年度、業務上毎週のカンファレンス開催計画や参加が困難な状況となっており開催方法の検討が必要である。

6. 今年度は新たに、4階北病棟および外来の化学療法担当看護師2名がCVポート穿刺者となったが、今後、業務の拡大も視野に入れ穿刺者を増やしていく必要がある。また、安全な穿刺手技が維持できるよう、スキルの確認も定期的に行っていく必要がある。

<今後の課題・取り組み>

- ・化学療法委員会看護部ワーキンググループ活動として
 - ①電子カルテ移行に伴う安全な化学療法実施のモニタリング
 - ②電子カルテ移行に伴うクリニカルパスの運用の検討
 - ③ポート抜針実践者・穿刺者の育成
 - ④抗がん剤投与輸液ルートの変更
- ・がん看護外来の立ち上げによるがん患者指導管理料算定件数の維持
(相垣看護師とともに月10件以上)
- ・病棟での多職種カンファレンス開催運用の検討
- ・機能評価に向けたマニュアルの修正
- ・新規看護研究テーマの絞り込み
- ・来年度認定免許5年目更新の準備

<その他>

- ・2021年度がん領域の認定看護師を対象としたキャリアアップ研修会参加
(1/5 オンライン)
- ・日本看護サミット2021参加(2/4 オンライン)
- ・第35回日本がん看護学会学術集会参加(2/19, 20 オンライン視聴)
- ・大分大学がんプロフェッショナルインテンシブコースeラーニング受講継続
- ・大分県のがん患者・家族ケアをつなぐための検討会参加(3/12 オンライン)

<手術看護認定看護師> 釜田 悠生 (2019年7月7日 認定)

<活動目標>

1. 周術期を通じた患者・家族への介入活動および患者指導
2. 2022年度の学会発表に向けての準備
3. 最新の手術看護についての情報の把握と知識の向上を図る

<活動結果>

1. 術前面談・入院サポートセンターでの予定手術患者は397件、介入件数は160件
(達成度40%)
2. 看護研究(手術室看護師の術前面談による不安軽減の効果)は現在、対象患者においてデータ収集を行っている。来年度の学会発表に向けて取り組んでいく。(達成度60%)
3. 学会・研修会への参加(達成度70%)
院内勉強会(麻酔の基本知識と看護について)コロナによって集合研修は延期となる。部署内の研修会は手術をうける患者の看護過程(乳がん事例)について行った。

<評価・分析>

1. 担当看護師と当日の手術件数の兼ね合いによって介入できないことがある。
入院後の介入に比べ早期の情報収集・患者指導により、主体的な準備への促しができている。また患者家族への不安・思いへの精神的なフォローが行えていると考える。コロナ禍での患者家族へのケアを行える貴重な機会となっているため今後も術前看護に力をいれて取り組んでいく。また、手術室スタッフへの教育も同時に行っていく必要がある。
2. 手術室看護師の早期の介入による効果を検証するとともに、安全・安心な周術期看護の提供に繋げていきたいと考える。
3. 手術看護学会への参加・周術期看護に係る研修会等には積極的に参加し最新の情報収集と自己研鑽に努めた。

<今後の課題・取り組み>

現在取り組んでいる看護研究を学会発表できるよう準備を整える。データ収集と分析を進めていく。

術後疼痛管理について、対象となる研修への参加予定

<その他>

2021年6月20日 改定 DESIGN-R2020 の要点、褥瘡予防対策について学ぶ WEB

7月17日 第39回日本手術看護学会九州地区大会 WEB 開催

8月16日 手術看護分野フォローアップセミナー WEB

周術期における皮膚障害低減への取り組み

10月16・17日 日本手術看護学会 (WEB 開催)

2022年1月29日 日本手術医学会 (WEB 開催)

他、体温管理・感染対策・術後疼痛管理について WEB セミナー参加

《看護部院内研修会プログラム》

分類	研修会名	ねらい・内容	対象者 (推奨)	開催日	講師	備考	
看護技術	看護過程研修Ⅰ	・患者理解と情報収集 身体・心理・社会的側面から把握する	卒後1年目 新・中途採用者	4/14	木森		
	看護過程研修Ⅱ	・看護診断過程を理解し展開できる。 NANDA-I看護診断を理解する。	卒後1年目 新・中途採用者	4/14	木森		
	看護過程研修Ⅲ	・自己の看護記録を見直しきっかけとなる知識を再確認する/患者の状態に合った看護診断を行う	全看護師	11/29,30,12/3,7,10, 14,17,21	看護記録委員会		
	接遇研修	・患者対応に必要な接遇を学ぶ	卒後1年目 新・中途採用者	4/1	マナーアップ 委員会/主任会 豊福, 時松, 渡辺	接遇について考える	
	基本的看護技術研修	・基本的な看護技術の再確認を行い、当院の方法を知る。	卒後1年目	新人看護職員研修 スケジュール参照	新人教育担当者		
	褥瘡予防とスキンケア	・褥瘡予防のためのスキンケア/医療機器圧迫創傷(MDRPU)とスキンケアについて学ぶ	卒後1年目 希望者	4/7	馬野	皮膚排泄ケア認定看護師	
	感染管理研修Ⅰ-①	・標準予防策/感染経路別予防/針刺し・切創・汚染予防と発生後の対応を学ぶ	卒後1年目 希望者	4/6	森山	感染管理認定看護師	
	感染対策研修Ⅰ-②	・無菌操作、医療廃棄物の取り扱い、消毒・滅菌・洗浄について理解する	卒後1年目・ラダーⅠ	4/7	鞭馬		
	終末期ケア	・終末期における看護ケア/エンゼルケア	卒後1年目 希望者	8/5	足刈	緩和ケア認定看護師	
	フィジカル アセスメント研修Ⅰ	・正しい意識レベルの評価ができる ・生命徴候を正しく解釈できる	卒後1年目	4/8	井上	院外参加あり	
	フィジカル アセスメント研修Ⅱ	・観察した徴候をアセスメントできる ・症状アセスメント	卒後1年目	6/24	井上	院外参加あり	
	救急救命処置研修Ⅰ	・BLS、気管内挿管の介助 ・チームメンバーへの応援要請ができる	卒後1年目	4/7	鞭馬 井上		
	救急救命処置研修Ⅱ	・救急対応現場を実際に見学し、看護師の行動や 医師の指示などの救命現場での実際を知る	卒後1年目	随時	外来・手術室 教育担当者	救急外来でのシミュレーション研修や 手術室での練習研修	
	救急救命処置研修Ⅲ	・挿管の介助ができる	卒後1年目	4/19～5/7	麻酔科医師 手術室看護師	平成31年/令和元 年度より開始	
	多重課題研修	・多重課題・時間切迫時の対応を考える	卒後1年目・ラダーⅠ	6/25	教育委員会	15:00～17:00	
	ME機器の取り扱い研修Ⅰ (輸液・シリンジポンプ)	・正しい使用方法を知り、安全に取り扱える。	卒後1年目・ラダーⅠ	5/21	佐藤 臨床工学技士		
	ME機器の取り扱い研修Ⅱ	・正しく心電図検査を実施する。 ・心電図の仕組みと見方	卒後1年目・ラダーⅠ	5/10	臨床検査技師		
	部門体験	・看護実践に関わる部門を体験し、体験した内容を発表できる	卒後1年目 新採用者	4/9	各部門長		
	認知症看護	認知症看護	・認知症発症の原因疾患と病態・治療	全看護職員	VOD 4/1～3/31	教育委員会	キャンディリンク
		認知症看護	・認知症高齢者の関わり方を深め、看護計画の立案、 日頃の患者対応に活かす	全看護師	11/1～30	業務委員会	優しさを伝える介護の基礎とコツ フランス生まれの介護技術コミュニケーション
看護倫理	看護倫理研修Ⅰ	・専門職としての法的規定や看護者の倫理綱領を理解する。	卒後1年目 新採用者	4/5	高村		
	看護倫理研修Ⅱ	・患者の権利と擁護	卒後1年目 新採用者	4/5	荏隈		
	医療安全対策研修Ⅰ	・医療安全対策(組織の体制・職員を守る体制・事故発生時の対応)	卒後1年目 新採用者	4/1	高村		
	医療安全対策研修Ⅱ	・チーム医療に必要なコミュニケーションを理解する ・患者誤認防止策を理解し実践できる	卒後1年目 新採用者	4/16	佐々木		
医療安全対策	医療安全対策研修Ⅲ	・与薬の原則を理解し正しく与薬できる	卒後1年目	4/14	佐々木 穴井		
	医療安全対策研修Ⅳ	・転倒転落アセスメントを正しく実践し転倒予防策の実施ができる	卒後1年目	4/16	佐々木		
看護研究	看護研究研修Ⅰ	・看護研究計画書を作成できる	看護研究に 取り組んでいる者	7/11	看護研究委員会		
	看護研究研修Ⅱ (看護研究プロセス)	・看護研究入門 看護研究の基本、文献検索	各部署の研究委員および看護 研究に取り組んでいる者	VOD 4/1～3/31	コース別講師陣	キャンディリンク	
	看護研究発表Ⅰ	・行った看護研究の成果を発表し、発表方法・質疑応答の技術を身につける。 ・行った看護研究を聞き、自分なりの考えを持つ。	全看護職員	1/15	座長:木森		
管理的側面	看護必要度研修Ⅰ	・医療・看護必要度の概念・判定基準を理解し正しく評価できる	新採用者 中途採用者	4/28 随時	時松 看護必要度委員	各部署で	
	看護必要度研修Ⅱ	評価基準に沿った評価ができる。 再確認を行う	全看護師	12/1～12/31	看護記録委員会	100問テスト	
教育	受持ち看護師研修	・当院の受持ち看護師の役割を理解し、受持ち患者を持つ準備をする。	卒後1年目・ラダーⅠ	8/5	木森		
	メンバーシップ研修	・メンバーシップを理解し、チームの中で発揮する方法を学ぶ。	卒後1年目・ラダーⅠ		荏隈		
	教育担当者研修	・教育担当者としての役割を理解し部署の教育計画を立案できる	教育担当者および 今後役割を担う者	3/2	荏隈	教育委員会で開催	
看護補助者への看護指導・フォローアップ研修	実地指導者/プリセプター研修	・実地指導者/プリセプターとしての役割を理解し新人教育に関わることができる	実地指導者/プリセプターおよび 今後役割を担う者	3/2	荏隈	教育委員会で開催	
	急性期病院の看護補助者の役割	・医療チームおよび看護チームの一員としての看護補助業務を理解する ・看護補助者としての患者・家族とのかわり方 ・医療職としての倫理 ・守秘義務、個人情報保護	看護補助者	入職時	古賀	入職時オリエンテーション	
	医療安全対策	・事故防止の基本的な心構え、事故発生時の対応	看護補助者	VOD 4/1～3/31	高村	キャンディリンク	
	感染予防	・医療・看護現場での感染のリスクを知り、正しい取り扱いができる	看護補助者	VOD 4/1～3/31	教育委員会	キャンディリンク	
管理系	看護補助技術研修	・看護師に指示のもと、看護補助技術を提供できる	看護助手	VOD 4/1～3/31	教育委員会	キャンディリンク	
	管理者研修	・看護管理に必要な知識・情報を得る	主任看護師・看護師長	4/1～3/31	配信スケジュール参照	キャンディリンク	
	看護部会	・医療・看護の新しい情報を得る ・得た情報を看護に活かす	全看護職員		随時決定	コロナ禍のため中止中	

3) 診療部

(1) 感染管理対策室

《スタッフ》

感染管理対策室長 尾崎 邦博
感染管理認定看護師(専従) 森山 由香
専任薬剤師 田村 和彦
専任臨床検査技師 上田 里沙

《目的・目標》

1. 専門的な知識・技術をもとに、患者・医療従事者・病院を訪問する全ての人を、医療関連感染から守るため、科学的根拠に基づいた感染予防・対策を実施する。
2. 院内感染発生防止・アウトブレイク時のための調査・研究及び対策の確立に関し、迅速かつ機能的に活動を行う。

《活動実績・今後の課題》

1. 院内感染の発生動向の監視(医療関連感染サーベイランス)
 - 1) 実施しているサーベイランス(JANIS登録:2部門)
 - ・検査部門・・・耐性菌の分離状況などを定例委員会で報告
感染症の発生を主治医/病棟/感染管理対策室へ報告し、ICTラウンドで適切な対策が実施できているか確認。
 - ・SSI部門・・・消化器手術対象、2020年度分はJANISに提出。
2021年:SSI 10件/対象手術99件中
 - 2) ICTラウンドの実施

医師・認定看護師を中心にICTラウンドを毎週実施し、環境調査、耐性菌患者の感染対策、抗菌薬の適正使用などの把握及び適宜指導・介入を行った。次年度は、対策をリアルタイムに把握できるように、カルテにラウンド内容を記載していく。
2. 根拠に基づいた効果的・効率的な感染防止技術の実施・評価
 - 1) 感染対策マニュアル改訂について

最新の知見やガイドラインに沿って、状況に応じてマニュアルの作成/改訂を行った。決議が必要な内容は、適宜院内感染対策委員会で承認を得た。次年度は病院機能評価受審

に向けて、各種マニュアルの改訂を行っていく。

3. 感染管理指導

1) 院内研修会の実施

- ・年に2回の全職員対象の定期研修会の開催。 ※コロナ禍のため WEB 研修
- ・新入職員オリエンテーション・・・『手指衛生』
- ・新人看護師研修・・・『感染防止技術』

2) その他の院内・院外研修会

- ・老健施設の看護職・・・『高齢者施設における新型コロナウイルス感染症対策』
- ・看護力再開発講習会・・・『最近の感染管理』
- ・昭和学園特別講義・・・『感染予防について～正しく覚えて実践しよう～』
- ・西部医療圏の看護管理者・・・『医療機関における新型コロナウイルス感染症
クラスター発生時の対応について』 助言
担当：感染管理認定看護師

3) 訪問指導

① COVID-19 クラスター発生施設への訪問指導

- ・老健施設：1 件、医療機関：2 件

② 感染症対策の訪問指導

- ・老健施設：3 件、医療機関：2 件

4. コンサルテーション

1) 院内のコンサルテーション：ICT・感染管理認定看護師で受諾しフィードバック。

2) 院外のコンサルテーション：電話／メールでの受諾。 ※主に COVID-19 関連

5. 職業感染管理

針刺し、血液／体液による粘膜曝露発生時の窓口となり、対応とフォローを実施。

新人看護師を対象に『針刺し防止策』の教育研修を実施した。また、全職員に対して WEB で『針刺し防止策』の研修を実施した。

2021 年度：針刺し 10 / 粘膜曝露 4 件フォロー（うち看護師 8 名）

過去最高の件数であり、次年度は事例を公表しどのような場面で事象が発生しているのか職員へ周知し注意喚起を行っていく。

6. 地域連携カンファレンス、ラウンドの実施

1) 感染防止対策加算 1 の施設（聖マリア病院）との相互ラウンドの実施

- ・同基準で感染対策に取り組まれている施設からラウンドを実施して頂き、改善すべく様々な指摘を受けた。また、ラウンドで他施設の状況を確認することで、自施設の問題点や改善点など見出すことができた。指摘を受けたところは、優先順位を考慮し徐々に改善していく。

2) 感染防止対策加算2の施設との合同カンファレンスの実施

- ・一ノ宮脳神経外科病院と合同で、年に4回の感染管理地域連携カンファレンスを実施した。連携施設以外からの参加もあった。

今年度はコロナ禍のため年4回のうち2回はメールにてディスカッション、2回はカンファレンスを開催し、主に新型コロナウイルス感染症の対策／対応についての活動報告を行った。他院の体制について把握、様々な意見交換ができ、有意義なディスカッションが行えた。

- ・次年度は診療報酬改定に伴い体制構築していく。

(2) 臨床研修室

《スタッフ》

臨床研修室長 大坪 仁

《目的》

初期・後期臨床研修プログラムの整備、および研修医・専攻医の確保

《活動実績》

①初期臨床研修医募集

・大分県臨床研修合同説明会への参加（令和3年7月4日）

大分大学医学部挾間キャンパスで開催。研修医1名による3分間の病院説明プレゼンテーション、および指導医1名／研修医1名／事務1名でブースでの学生対応を行った。

ブース来訪者には後日お礼状を送付した。

・大分県臨床研修病院見学バスツアー

新型コロナウイルス感染症拡大のため、中止。

②令和2年度地域医療研修会（中止）

大分大学医学部地域枠在学学生と自治医科大学在学学生のへき地診療所及びへき地医療拠点病院等での実地研修を通じて、県内の地域医療の現状について理解することを目的として例年実施しているものであるが、令和3年度は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、中止となった。

③済生会グループでの初期臨床研修医（2年目）の受け入れ（地域医療研修）

大阪府済生会中津病院から、地域医療研修のため研修医を受入れた。令和3年度は、計6名を各2週間受入れた。次年度も引き続き受入を行う予定である。

④臨床研修管理委員会の開催

開催日：令和4年3月9日（水）

1) 令和2年度入職の研修医1名の研修修了判定を行い、医師臨床研修ガイドラインおよび委員会規程に基づき修了が認定された。

⑤後期臨床研修プログラムの立ち上げ

令和4年度の開始に向けて、新専門医制度に基づく内科専門研修プログラムの申請を行った。引き続き、プログラムの整備と連携施設の確保、専攻医の募集を図っていく。

4) 医療情報部

(1) 診療情報管理室

《スタッフ》

診療情報管理室長	坂東 正和 (診療情報管理士)
主 査	1 名 (診療情報管理士)
事 務 員	2 名

《ビジョン》

- ・業務体制の再構築及び資格認定等による個人のスキルアップによって、1名減員の影響をカバーし従来業務を円滑に遂行する。
- ・診療情報管理業務の適正化及び人材の有効活用且つ上位加算算定の両立を実現することで、生産性向上に貢献する。

《主な重点目標と取り組み》

① 情報の適正管理と利便性の高い提供体制の両立

適正管理に関しては毎月開催する診療情報管理委員会において検討した結果を基に推進することを基本方針としている。特に令和3年度はスキャン運用管理規程の再整備を実施した。また、診療録の院内監査(質的点検)を第25~28回(通算51~54回)まで年4回計画通り実施し、インパクト重視の広報紙作成など効果的なフィードバックを目指した取り組みを継続している。診療情報提供(カルテ開示)に関しては、ニーズと個人情報保護の双方を勘案した迅速な遂行を目指し年間17件の開示請求に対して平均手続き期間6.71日(前年度は23件に対し6.78日)で対応した。

② 診療録管理体制加算1の算定維持及び医師事務作業補助体制加算30対1引き上げ

新入職医師へ退院時サマリー早期作成の働きかけ及び作成状況の常時モニタリングと適時督促により、令和3年度は2週間作成率97.9%を達成した。

令和3年5月には、診療情報管理室員1名を医師事務作業補助者へ異動するも加算引き上げは他の事情から未達であった。1名減員後の室内業務を円滑に遂行できるよう体制を再構築し、予定される産休・育休に対応した。

③ 人材育成

がん登録に必要な資格の認定及び更新は一部達成（中級認定更新、初級認定更新）であるものの、一部は未達（中級認定受験不可、初級認定不合格）であった。OJTを意識した業務分担と実践により、日々の業務を遂行することで資格認定に必要な知識と技能を修得する体制を構築し、病歴ミーティングを毎月開催することで関連情報の共有と認識のすり合わせを定期的に実施した。

また、全員参加の勉強会を毎月開催し、病院職員としての総合的なスキルアップを図った。

《今後の課題》

①診療情報提供（カルテ開示）に関しては、長年の課題であった診療情報提供規程（カルテ開示規程）の見直しを実施したものの、1年間の開示平均手続期間目標 6.5 日未達は未達であった。

②医師事務作業補助体制加算 30 対 1 引き上げのため、診療情報管理室の診療情報管理士 1 名を医師事務作業補助者へ異動したものの加算引き上げは他の事情から未達となった。

③業務分担の再配分及び適正化のため、資格取得を前提としているが、診療情報管理士と院内がん登録初級認定で不合格であった。また、院内がん登録中級認定は現担当者の異動に伴い新任者の認定が急務となるが、受験資格を得ることができず、大きな課題となっている。

表. 疾病別死亡患者数

(単位：人)

	内科	外科	整形外科	脳神経外科	形成外科	小児科	婦人科	放射線科	麻酔科	救急科	検視のための搬入	計	構成比(%)
感染症及び寄生虫症	6									4		10	3.5
新生物	8	65		1			6	3	37			120	42.6
血液及び造血系の疾患ならびに免疫障害	1											1	0.4
内分泌、栄養及び代謝疾患	1											1	0.4
精神および行動の障害												0	0.0
神経系及び感覚器の疾患	1											1	0.4
循環器系の疾患	55	2		2				4		7		70	24.8
呼吸器系の疾患	16	9	2					1		10		38	13.5
消化器系の疾患	4	4						2				10	3.5
皮膚及び皮下組織の疾患	1	1								1		3	1.1
筋骨格系及び結合組織の疾患												0	0.0
泌尿器系の疾患	6	1						1	1			9	3.2
妊娠、分娩および産褥												0	0.0
周生期に発生した病態												0	0.0
先天奇形、変形および染色体異常						1						1	0.4
症状、徴候及び診断名不明確の状態	1									1		2	0.7
損傷、中毒およびその他の外因の影響	5	3	2		1					5		16	5.7
計	105	85	4	3	1	1	6	11	38	28	0	282	

(2) システム管理室

《スタッフ》

システム管理室長	平田 勝基
係長	中村 圭秀 (医事課兼務)
主事	久保田 倫有 (医事課兼務)

《ビジョン》

- ①令和 4 年度の次期システム (電子カルテ・部門システム) 更新までのスムーズなスケジュール管理
- ②システム更新に向け職員の意志統一と活動開始
- ③システムレビュー並びにソフトウェア資産管理を確実に実施し、法令遵守の確保に努める

《主な重点目標と取り組み》

■ 電子カルテメインメーカーの選定

電子カルテメーカー三社 (SSI、NEC、富士通) に対し、デモンストレーション、仕様書の提出及び概算見積を依頼。今回のシステム更新では職員の意見を十分に反映させたメーカー選定を行うため、デモンストレーション後の院内アンケート、NEC 電子カルテ導入後、職員から出された要望を仕様書に追記し各メーカーから得た回答結果をフィードバックした。概算見積 (電子カルテ本体及び保守費用) においては、導入から 5 年間に発生する費用を比較することで導入時に発生する費用のみでなくランニングコストを意識し評価を行った。なお、選定対象となるメーカーを利用する済生会唐津病院 (NEC)、済生会長崎病院 (SSI) に病院見学し、自施設のみでなく他施設の意見も参考にメーカー選定を行った。

■ 部門システムの選定 (更新及び新規導入)

令和 3 年 7 月に電子カルテ推薦メーカー (SSI) 決定後、各部署において部門システム更新の検討を重ねた。選定は現行メーカーと新メーカーのみでなく自社開発した SSI の部門システムを対象とし、機能面、価格面で総合的に評価。新メーカーよりも現行メーカーを希望する部署が多い中、電子カルテとの連携の良さとコスト面から多くの部署で SSI の部門システムが選定される結果となった。また、業務改善を目的として新たな部門システムの導入を検討し、最も業務の効率化、生産性が向上できるシステム選定を行った。

【選定部門システム件数】

更新部門システム数 : 26 システム

新規導入検討数 : 15 システム

■ 電子カルテ等システム更新までのスケジュール管理

年間 10 回の電算委員会と 10 回の病院情報システム管理委員会を開催し、次期システム更新までのスケジュールと現在の進捗状況を報告。令和 4 年 2 月のキックオフから SSI を含め各部署とのワーキングを開始し、職員がシステム更新までの過程

を目標を持ち作業できるよう努めた。

【ワーキング数】

ワーキング数：47

■ソフトウェア資産管理

(1) ソフトウェア資産管理における棚卸・監査・研修の年間計画を作成し、棚卸を計3回(7月、11月、1月)実施、1月にはグループウェアのアンケート機能を用い、全職員を対象にソフトウェア資産管理研修を実施。今後も引き続きPDCAのサイクルを継続し、法令遵守及びセキュリティの確保に努める

■新入職員に向け情報セキュリティの教育と電子カルテ等の操作説明

年間通じて48名に対して操作説明を行った。(うち医師20人 ※非常勤含む)

《今後の課題》

- ①令和4年度次期システム(電子カルテ・部門システム)のスムーズな更新
- ②各システムメーカーとの価格交渉
- ③次期システム更新までの現行システムの安定稼働
- ④ソフトウェア資産管理の継続実施
- ⑤情報セキュリティ管理の継続実施
- ⑥システムレビューに関わる内部統制の継続

5) 地域医療福祉部

(1) 地域医療室

《スタッフ》

地域医療室長 室 広美
医療相談員 6名
事務員 1名

《ビジョン》

地域医療支援病院の継続に向け、病病、病診連携を推進しスムーズな紹介、逆紹介が行われる信頼関係の構築をめざす。

《活動実績》

① スムーズな患者紹介、受け入れ体制の整備、患者および家族、各医療機関への的確な情報

医療機関情報誌を更新し、地域の医療機関への送付、及び訪問しての紹介を行った。9月には、日田市、玖珠町、九重町の医療機関および施設計30ヶ所へ訪問して、医療機関情報誌の内容紹介を行った。また、広報「ひた」「くす」等で当院の無料又は低額診療事業（診療費等減免制度）の案内ちらしの配布を行った。

② 医療連携、医療と福祉の連携、在宅医療の促進

入退院支援加算は、平均64.3件と昨年度63.2件と比較して、ほぼ横ばいであった。介護支援連携指導料は、新型コロナウイルス感染症のためカンファレンスの開催が難しく、実績34件と、昨年48件から減少した。訪問看護、訪問診療の回数は前年度より増加した。また、医療的介入を必要とする患者支援として、退院調整看護師が退院支援カンファレンスを15件開催した。

③ 紹介・逆紹介に関する情報の提供

紹介・逆紹介率は、目標を達成した。紹介率については、特に新型コロナウイルス感染症患者の紹介率が高く、91.8%と過去最高値であった。逆紹介率は69%であった。

④ コロナ禍での円滑な病床運用

空床状況一覧を逐一配布し、各部署への入退院調整依頼を行った。今年度は、新型コロナウイルス感染症患者のための空床確保により長期間に渡り地域包括ケア病床を使用できなかった。

たため、2週間先を目安に前倒しをして、入院の依頼や転棟の調整、予約入院の調整を行った。平日時間内の受入困難件数は65件、救急受入ストップ件数は81件であった。

⑤入退院支援センターの業務拡大

入退院支援センターの予定入院に対する介入率は、73.1%（入院全体 32.6%）とさらに延び全診療科での利用が定着した。入院時支援加算件数は、53件と前年度と同様であった。

《今後の課題》

1. 地域医療支援病院として、紹介率65%以上・逆紹介率40%以上を維持する。
2. 紹介、急患のスムーズな受入を実施し、断り件数を0にする。
 現在、FAXによる診療情報提供が主であるが、今後は、ITを活用した（画像含め）利用の推進が急務である。コロナ渦でも、病床変更や対象外の入院等に対応できるようにする。
 また効率的なベッド運用により目標入院患者数、病床利用率の達成を目指す。
3. 入退院支援センターが収集した患者情報を活用し、入院前～退院において多職種による共同支援体制を構築する。医療相談員と適切に役割分担を行い、退院支援看護師としての活動を推進する。

《共同指導》

表. 日田市医師会 玖珠郡医師会 共同指導状況

	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	平均
①日田市・玖珠郡医師会員数	128	128	128	127	127	126	126	126	127	126	126	125	1,520	126.7
②登録医数	42	42	42	42	42	29	50	51	51	50	51	51	543	45.3
②/①医師登録率(%)	33	33	33	33	33	23	40	40	40	40	40	41	36	
③共同指導患者実人数	15	7	20	18	23	28	17	24	20	13	9	17	211	17.6
④紹介入院患者実人数	150	122	126	124	134	133	144	155	148	123	117	131	1,607	133.9
③/④共同指導患者割合(%)	10.0	5.7	15.9	14.5	17.2	21.1	11.8	15.5	13.5	10.6	7.7	13.0	13.1	
⑤共同指導延件数	15	7	20	18	23	28	17	24	20	13	9	17	211	17.6
⑥登録医延来院数	4	2	6	4	6	4	5	4	5	4	4	6	54	4.5

《介入》

表. 入退院支援センター介入率

	令和2年度	令和3年度
入院患者数	3,320	3,054
介入割合	28.9%	32.6%
予定入院患者数	1,426	1,345
予定介入割合	66.3%	73.1%

(2) 医療社会事業室

《スタッフ》

医療社会事業室長 甲斐 祐治

医療ソーシャルワーカー 6名

《ビジョン》

- ・無料又は低額診療事業の目標数値である減免患者割合 12%の達成に向けて院内の連携を図る。
- ・入退院支援センター、医事課、地域医療室と連携し、医療機関との入転院調整を行い、入院患者の確保に努める。

《主な重点目標と取組み》

①無料又は低額診療事業の周知活動

無料又は低額診療事業にかかる連絡協議会がコロナ禍において開催できなかったため、書類において実績報告を行った。今後も減免率向上のため、連携を推進していく。

周知・広報活動は日田市広報誌、日田・玖珠地域の新聞にチラシの折込みを行い（延約 50,432 枚）減免率の向上に努めた。3年度の減免率は 12.31%であり、計画の 12%を問題なくクリアした。

また、更生保護施設「あけぼの寮」の健康診断・診療事業では、当院において入寮者の健康診断・診療を行い、令和3年度延べ 17 人に実施した。

②転院・退院支援活動

医療ソーシャルワーカーが退院・転院支援を行ってきたが、3年度はコロナ禍において、地域包括ケア病床を閉鎖。コロナ対応の病床として運用せざるをえず、院内外において難しい調整を行った。

③更生保護施設「あけぼの寮」での福祉的支援事業

あけぼの寮へ当院から職員 2 名を派遣し、入寮者に対して福祉サービス利用ができるよう延 3,643 人へ支援を行った。また入寮者の自立を支援するため近隣医療機関への受診支援を延 100 人に行い、当該診療費の本人負担を免除し、当院が代わって支払いを行った。

④業務の標準化と効率化

医療ソーシャルワーカーは病棟担当制を実施しているが、コロナ禍もあり、ソーシャルワーカー一人一人の業務量と求められる責任が大きくなる中、丁寧に入退院患者情報の把握に努めた。またコロナ禍に合わせ柔軟に Web を用いたカンファレンスや情報提供へ積極的に取り組んだことから、負担は増加したが、院内外での退院・転院調整に関し大きな業務の効率化につながった。

⑤職員の知識と技術の向上

医療ソーシャルワーカーの経験年数が短い職員もいる中、経験と見識に優れた職員からスーパーバイズが、事あるごとに行われたことから、知識及び技術の向上につながっている。また得た知識をスタッフ間で共有していくことでソーシャルワーカー全体の能力の底上げにつながった。

《今後の課題》

1. 無料又は低額診療事業をはじめ、「第三次なでしこプラン（生活困窮者支援事業）」は法人としての根幹事業であるため、事業に対する周知活動を更に進めていく。
2. 無料又は低額診療事業にかかる連絡協議会をはじめとした関係機関との連携と地域での広報活動を推進し、減免率の向上に努める。
3. 医療機関以外にも居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、相談支援事業所、福祉施設を訪問し、ケアマネージャー等との連携強化を図り、顔の見える関係を構築する。
4. 地域包括ケア連携士研修をはじめとし、各種研修会の受講や資格取得等を推進し、知識技術向上、医療社会事業室全体のレベルアップを図る。
5. 済生会地域包括ケア連携士を中心とし、地域住民のつながりを再構築し、誰もが地域の一人として暮らせる街づくりに取り組む。

表. 相談延総件数と実件数

	令和3年度				令和2年度			
	延件数	率(%)	新規患者数	率(%)	延件数	率(%)	新規患者数	率(%)
入院	7,519	84.5%	1,010	81.6%	8,889	87.6%	1,355	78.0%
外来	1,345	15.1%	222	17.9%	1,246	12.3%	377	21.7%
その他	36	0.4%	6	0.5%	16	0.2%	6	0.3%
計	8,900	100.0%	1,238	100.0%	10,151	100.0%	1,738	100.0%

表. 援助問題別件数・率

	令和3年度		令和2年度	
	件数	率(%)	件数	率(%)
転院・退院調整	3,208	36.0%	5,408	53.3%
減免制度関係	685	7.7%	740	7.3%
高額療養費・未収金関係	104	1.2%	135	1.3%
介護保険・身体障害関係	787	8.8%	928	9.1%
受診・入院受入関係	559	6.3%	448	4.4%
生活保護患者対応	34	0.4%	51	0.5%
経過・報告	3,299	37.1%	1,811	17.8%
心理・情緒的援助	46	0.5%	26	0.3%
地域リハ相談	2	0.0%	0	0.0%
その他	176	2.0%	608	6.0%
計	8,900	100.0%	10,155	100.0%

表. 援助手段別延件数

	令和3年度	令和2年度
面接	6,100	8,574
電話	7,115	7,305
訪問	129	68
(福祉事務所)	1	0
(関係機関)	80	53
(その他)	48	15
カンファレンス	109	70

表. 無料又は低額診療事業（社会福祉法第2条第3項）について

令和3年度					令和2年度						
患者延数	無料又は低額診療患者延数				患者延数	無料又は低額診療患者延数					
	生活保護患者	減免患者	県等特別承認	合計		生活保護患者	減免患者	県等特別承認	合計		
入院患者延数	57,501	1,384	352	7,744	9,480	入院患者延数	65,082	2,012	601	10,120	12,733
外来患者延数	82,709	1,448	3,361	509	5,318	外来患者延数	60,225	1,214	3,497	477	5,188
合計	A 120,210	2,832	3,713	8,253	B 14,798	合計	A 125,307	3,226	4,098	10,597	B 17,921
<small>(必須基準項目2:生活保護法による保護を受けている者及び無料又は診療費の10%以上の減免を受けた者の延数が、取扱患者の総延数の10%以上であること。)</small>					B/A×100 =	12.31%	<small>(必須基準項目2:生活保護法による保護を受けている者及び無料又は診療費の10%以上の減免を受けた者の延数が、取扱患者の総延数の10%以上であること。)</small>				
※ 入院患者延数には、その日の退院患者を含む。											

表. 地区別患者延数

地区名	令和3年度			令和2年度		
	入院	外来	延数	入院	外来	延数
日隈	23	100	123	28	97	125
若宮	4	21	25	6	33	39
咸宜	44	210	254	42	181	223
桂林	7	99	106	24	103	127
三芳	25	91	116	13	105	118
光岡	37	240	277	59	255	314
高瀬	14	56	70	24	79	103
朝日	3	72	75	20	62	82
三花	19	159	178	41	136	177
西有田	11	72	83	23	55	78
東有田	27	123	150	30	79	109
小野	4	15	19	16	20	36
大鶴	5	27	32	16	40	56
夜明	2	27	29	1	30	31
五和	12	98	110	45	97	142
前津江	2	40	42	12	40	52
中津江	5	1	6	9	25	34
上津江	1	0	1	0	0	0
大山	7	42	49	3	44	47
天瀬	27	99	126	37	134	171
計	279	1,592	1,871	449	1,615	2,064

◎令和3年度転院・退院調整 実件数

MSW介入後の生活場所	令和3年度		令和2年度	
	件数	率(%)	件数	率(%)
病院・医院等	134	37.5%	156	37.1%
老人保健施設・介護施設等	47	13.2%	19	4.5%
在宅(ショートステイ含)	161	45.1%	223	53.1%
死亡	13	3.6%	21	5.0%
その他(障害者施設等)	2	0.6%	1	0.2%
計	357	100.0%	420	100.0%

◎病院・医院に転院した患者の転院先 地域別割合

転院先地域	令和3年度		令和2年度	
	件数	率(%)	件数	率(%)
日田市内	74	55.2%	77	51.0%
玖珠・九重	17	12.7%	35	23.2%
他圏域	43	32.1%	39	25.8%
計	134	100.0%	151	100.0%

◎MSWへの転院・退院調整依頼 病棟別割合

病棟	令和3年度			令和2年度		
	件数	率(%)	依頼→最終までに要した平均日数	件数	率(%)	依頼→最終までに要した平均日数
救急ユニット	33	9.6%	20.7	83	19.4%	26.9
3階北病棟	32	9.3%	22.9	141	32.9%	27.2
4階北病棟	166	48.1%	18.7	52	12.1%	27.1
4階南病棟	99	28.7%	19.9	103	24.1%	27.0
緩和ケア病棟	15	4.3%	32.2	49	11.4%	27.0
計	345	100.0%	計	428	100.0%	計

※3階南病棟の一般扱い患者数(12件)を除く

◎ケースの転院・退院依頼から最終までに要した日数

	令和3年度	令和2年度
平均	21日	27日
最長	211日	92日
最短	1日	1日

◎ケースの年齢

	令和3年度	令和2年度
平均	83歳	82.2歳
最高齢	103歳	106歳
最年少	16歳	25歳

※新型コロナウイルスの影響にて地域包括ケア病棟をコロナ患者対応病棟として利用していた時期もあり前年度と件数の変動あり。

◎回復期リハビリテーション病棟についての報告

	令和3年度	令和2年度
新規入院患者数	57	8
退院件数	291	219
在宅復帰率	91.8%	98.1%
平均入院日数	26.3	50.4

※令和3年度分は4~5月の間はコロナ患者対応病棟として稼働

◎回復期病棟住環境調査実施件数

(科別内訳)	令和3年度	令和2年度	(地域内訳)	令和3年度	令和2年度
整形外科	6	0	日田市内	3	0
脳神経外科	0	0	玖珠・九重	4	0
その他	2	0	中津市	1	0
			福岡県内	0	0
			その他	0	0
			合計	8	0

◎地域包括ケア病棟についての報告(平成27年9月から)

	令和3年度	令和2年度
新規入院患者数	382	123
退院件数	454	461
在宅復帰率	85.4%	85.6%
平均入院日数	10.8	17.1

※令和3年度分は4/22~6/10、7/29~10/7、R4.1/9~3/31の間はコロナ患者対応病棟として稼働

◎地域包括ケア病棟住環境調査実施件数(平成27年9月から)

(科別内訳)	令和3年度	令和2年度	(地域内訳)	令和3年度	令和2年度
整形外科	0	0	日田市内	0	0
外科	0	0	玖珠・九重	0	0
心臓血管内科	0	0	中津市	0	0
その他	0	0	福岡県内	0	0
			その他	0	0
			合計	0	0

※新型コロナウイルスの影響にてR3年度は実施していない。

◎緩和ケア病棟についての報告(平成27年9月から)

	令和3年度	令和2年度
新規入院患者数	102	110
退院件数	163	186
在宅復帰率	36.4%	40.6%
平均入院日数	10.0	21.9

※新規入院患者数に関しては転棟者数は除いたもの

◎緩和ケア住環境調査実施件数(平成27年9月から)

(科別内訳)	令和3年度	令和2年度	(地域内訳)	令和3年度	令和2年度
麻酔科	0	1	日田市内	0	1
消化器内科	0	0	玖珠・九重	0	0
外科	0	0	中津市	0	0
その他	0	0	福岡県内	0	0
			その他	0	0
			合計	0	1

※新型コロナウイルスの影響にて件数減少。

(3) がん相談支援センター

《スタッフ》

室長 林田良三院長
 室長補佐兼係長 荏隈佳寿美
 係長 相垣良子
 主任 豊福美香
 がん相談員 小山桜子、足刈真由子、馬野美紀

《重点目標》

地域がん診療連携拠点病院としての役割が果たせる
 ①がん相談件数の増加 ②がん患者のサポート

《取り組み》

1) 院外広報活動／連携

(1) がん相談支援センターの広報

- ①各診療科へのポケットティッシュ配置の継続
 (がん相談支援センターのご案内を指しこんだもの)
- ②なでしこ掲載

(2) がん相談支援センター情報交換会活動

情報交換会参加 3回/年 (2021/06/03、2021/10/07、2022/02/04)

(3) 地域・患者イベントへの参加と開催

- ①2021/10/24 リレーフォーライフジャパン 2021 大分
 チーム参加は見合わせ募金参加および個人参加を行った
- ②2021/12/24 チャリティーイベント「びょういんのざっかやさん」開催

2) がん相談対応

- (1) 年間相談件数：178件/年
- (2) 相談状況

①相談者のカテゴリー (複数選択)

患者本人のみ	50
患者以外家族・知人等	71
施設・医療機関等の職員	57

②がんの状況

初発	57
再発・転移	77
不明/その他	44

③相談内容 (複数選択)

がんの治療	22	社会生活 (就労・仕事・就学・学業)	8
がんの検査	7	医療費・生活費・社会保障制度	4
症状・副作用・後遺症	11	生きがい・価値観	7
セカンドオピニオン (一般)	9	不安・精神的苦痛	18
受診方法・入院・転院	24	告知	3
在宅医療	2	医療者との関係・コミュニケーション	4
ホスピス・緩和ケア	30	患者-家族間の関係・コミュニケーション	10
食事・服薬・入浴・運動・外出など	4	友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション	0
介護・看護・養育	3	アビダンス	11
		その他	14

《今後の課題》

1. コロナ下でのがん相談支援センター活動課題の解決

- 1) 広報 (院外、院内)

- 院外：定期的な挨拶まわりや資料配布、現状のヒアリングなど
院内：がんサポートブックやしおりの配布
がん相談支援センター周知のための職員への啓発活動
- 2) 地域と連携した活動
西部保健所、淡窓図書館、患者会など
2. 患者のニーズを早期に把握し、相談員のスキルアップと窓口の明確化
(就労支援／AYA 世代の患者の相談に対応できるシステムの構築など)

(4) 大分県地域生活定着支援センター

《スタッフ》

センター長 桑野 博文
相談員 8名

《ビジョン》

犯罪の無い地域社会の実現に向け地域福祉の充実、対象者の福祉の充実に貢献する。

《主な重点目標と取組み》

- ①令和2年度に掲げていた重点目標について、矯正施設を出所した障がい者の受け入れに関するアンケートからグループホームへの普及啓発活動を実施するよう計画していたが、新型コロナウイルスの状況により昨年度同様、実施が非常に困難な状況であった。しかし、その中で、電話は、オンライン（Zoom）等を使用し、新規の受入施設の確保に至ったケースは数件あった。令和4年度もオンライン等を有効的に活用し、更なる受入施設の確保に繋げて行きたい。
- ②令和3年度より、被疑者被告人等支援（入口支援）が定着支援センターの業務として位置づけられ、保護観察所、検察庁、大分県庁、更生保護施設と2回の協議を行っている。今年度は数件であったが実績に結び付けることができた。また、この被疑者段階では、弁護士からの相談も多いが、この業務に則ることができていない。令和4年度からの協議会に向け、弁護士会から協議会への参加を依頼し、一層の支援体制を構築していきたい。
- ③コーディネート業務、相談支援業務では、新型コロナウイルスの状況に応じて、オンラインで実施する機会が多かった。フォロー業務は、訪問活動を主体に業務を遂行していたが、訪問が困難な場合は、電話等による状況把握に努めた。施設や医療機関、個人宅へ訪問する際は、感染対策を十分に行い、目標件数を若干数であるが上回ることができた。また、福祉検討会やカンファレンス、セミナー開催においても同様の措置を行い、実施した。令和4年度も新型コロナウイルスの状況を鑑みながら、対策を講じ業務遂行に努めたい。
- ④例年、対象者との活動として、定着支援センターの年間行事として2回、花見や大分大学学園祭の参加を行っていた。今年度は、花見については、今までと趣向を変え実施することができた。学園祭については、新型コロナウイルス感染症のため中止であった。今年度は、定期的に行っている図書の貸し出し、相談等、定着支援センター事務所へ来所される対象者が多かった。対象者の来所時には、感染対策を十分に行った。令和4年度には事務所内に部屋を新設する予定であり、より一層対象者からの相談対応やソーシャルワークの質の向上に努めたい。

《講師派遣実績》

- ・ 合同会社 hananoki 職員研修 (SW2 名) (合同会社 hananoki)
- ・ 大分大学学生講義 (SW5 名) (12/18~19/大分大学)
- ・ 文理大学講義 (ZOOM) (SW2 名) (1/29/大分県地域生活定着支援センター)
- ・ 令和3年度大分県社会福祉士会 大分ブロック研修会 (SW1 名) (ZOOM) (2/19/大分県地域生活定着支援センター)

《主催啓発研修会》

- ・ 権利擁護・地域生活定着支援セミナー (令和3年11月27日)
基調講演「地域共生に向けたスモールステップ～小さな目標から始めよう～」
演 者：大分大学 大学院福祉健康科学研究科長 福祉健康科学部
教授 相澤 仁先生
シンポジウム「チームアプローチに対するスモールステップの試み～私たちができること～」
進 行：相澤 仁先生
シンポジスト：矢野 茂生 他2名

《対象者日中活動支援事業》

- ・ 令和3年度 花見会 (令和3年4月7日)
対象者4名参加。城址公園にて花見 (写真撮影会)を行った。コロナ感染対策のため、飲食は伴わず、手指消毒、マスク着用を徹底して行った。
- ・ 大分大学学園祭
新型コロナウイルス感染症のため、中止。

《当センター加入団体》

薬物関連問題関係機関団体連絡協議会
大分県発達障がい者支援センター連絡協議会
社会を明るくする運動 大分県推進委員
大分県子ども・若者支援地域協議会
全国地域生活定着支援センター協議会
大分県自立支援協議会 地域移行専門部会
大分県再犯防止推進計画策定部会
大分県再販防止推進計画策定協議会
要保護児童対策地域協議会

1. <<支援延件数、援助手段、支援内容>>

支援延件数

	令和2年度	令和3年度
特別調整	2,835	2,817
一般調整	170	359
相談支援	1,073	1,273
計	4,078	4,449

※R2 年度相談支援のうち、674 件が
被疑者被告人支援

※R3 年度相談支援のうち、702 件が
被疑者被告者支援

援助手段（特別調整、一般調整、相談支援）

	令和2年度	令和3年度
来所	187	248
訪問	1,022	1,152
電話	2,516	2,663
手紙・ メール等	238	286
カンファ	115	100
計	4,078	4,449

2. <<コーディネート業務（特別・一般調整）>>

コーディネート業務件数

		令和2年度	令和3年度
継続中件数	大分保護観察所からの依頼	6	2
	他県センターからの依頼	1	0
終了件数	矯正施設から退所し受入先に帰住	6	10
	他県センターに依頼	13	17
	支援辞退など	0	0
合計		26	29

矯正施設から退所し
受入先に帰住した者の帰住先

	令和2年度	令和3年度
更生保護施設 自立準備ホーム	2	2
自宅・アパート	0	1
障害者支援施設	0	0
グループホーム ケアホーム	1	4
病院	2	2
救護施設	0	0
サービス付き 高齢者向け住宅	0	0
養護老人ホーム	0	0
有料老人ホーム	1	0
特別養護老人ホーム	0	1
無料低額宿泊所 簡易宿泊所	0	0
その他	0	0
合計	6	10

矯正施設入所前の障害認定等の状況

	令和2年度	令和3年度
支援継続中の者のうち、 入所前に介護保険又は障害支援区分 の認定受けていた者	0	0
支援継続中の者のうち、 入所前に療育手帳又は障害者手帳を 取得していた者	3	1
支援終了した者のうち、 入所前に介護保険又は障害支援区分 の認定受けていた者	1	0
支援終了した者のうち、 入所前に療育手帳又は障害者手帳を 取得していた者	7	10
合計	11	11

矯正施設入所中の障害認定等の状況

	令和2年度	令和3年度
支援終了した者のうち、入所中に介護保険又は障害支援区分の認定が必要と判断された者	7	13
上記の者のうち、実際に認定手続きを行った者	5	5
支援終了した者のうち、入所中に療育手帳又は障害者手帳の取得が必要と判断された者	8	7
上記の者のうち、実際に取得した者	4	4

3. <<フォローアップ業務（特別調整・一般調整）>>

フォローアップ件数

	令和2年度	令和3年度
継続中件数	30	33
終了件数	7	7
合計	37	40

フォローアップ中の障害認定等の状況

	令和2年度	令和3年度
フォローアップ中に介護保険又は障害支援区分の認定を受けた者	1	0
フォローアップ中に療育手帳又は障害者手帳を取得した者	1	0
フォローアップ中に生活保護を申請手続きを行った者	4	4

4. <<相談支援>>

支援件数

	令和2年度	令和3年度
実件数	82	109
被疑者・被告人件数	35	38
被疑者・被告人割合	43%	35%

裁判への証人出廷

令和2年度	令和3年度
0件	1件

※令和元年度は以前から継続支援となっていた方、電話対応が多く、数値上は多くなっている。直接支援介入者の数値で見ると元年度22件。2年度は27件と増加を辿っており、支援に時間を要す状況となっている。

支援内容（被疑者・被告人）

	令和2年度	令和3年度
電話での情報提供	8	4
受入れ先調整	7	5
関係機関への同行	0	0
本人面談後、関係機関へ助言	5	10
支援中の再犯者への支援	0	0
フォローアップ支援	15	19
合計	35	38

5. <<その他>>

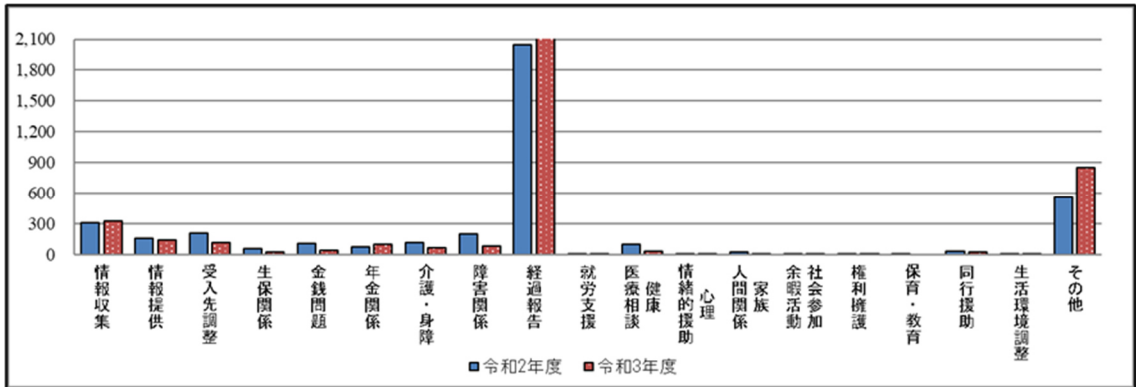
過去5年間の矯正施設再入所率

大分県地域生活定着支援センター	0.0%	平成28年出所受刑者の再入所率 (出典:令和2年版 犯罪白書)	36.7%
-----------------	------	------------------------------------	-------

※平成28年度大分県内出所者2名のうち、出所後5年以内に再犯により終了となった者は0名尚、平成28年出所受刑者の内、5年以内再犯率は36.7%(参考:令和3年版 犯罪白書)。

6. <<支援内容(特別調整、一般調整、相談支援)>>

	情報収集	情報提供	受入先調整	生保関係	金銭問題	年金関係	介護・身障	障害関係	経過報告	就労支援	医療相談	健康	情緒的援助	心理	人間関係	家族	余暇活動	社会参加	権利擁護	保育・教育	同行援助	生活環境調整	その他	計
令和2年度	308	164	210	62	111	80	121	206	2,049	8	98	11	30	2	8	2	35	13	560	4,078				
令和3年度	328	147	119	25	45	106	68	88	2,577	7	38	4	10	4	2	0	24	5	852	4,449				



6) 医療安全管理部

(1) 医療安全管理室

《スタッフ》

室長	高村 美由貴	(医療安全管理者・専従)
メンバー	森山 匠	(ジェネラルマネージャー・兼任)
	田村 和彦	(医薬品安全管理責任者・兼任)
	石原 利栄	(医療機器安全管理責任者・兼任)
	平田 勝基	(兼任)

《目的・役割》

病院として決定した方針に基づき、組織横断的に院内の医療安全管理を図り、また、病院全体の取り組みと各部署における取り組みが効果的に機能するよう活動し、医療事故の防止、医療の安全性と質の向上に努める。

《経過》

- 4月1日 医療安全対策マニュアル 改正
7月6日 日田市医師会 玖珠郡医師会 その他(山国町・日田市・玖珠郡等の施設関係)へ
経腸栄養分野の相互接続防止コネクタ製品(ISO規格)導入について
7月16日 連絡事項 経腸栄養分野における誤接続防止コネクタへの切り替えについて

《活動状況》

1. 医療安全管理のための現場巡視
2. 医療安全管理のためのカンファレンス(患者サポート体制加算のカンファレンスを兼ねる。)
34回/年開催。
令和3年度1回~34回 毎週水曜日(祝日時は次週へ)及び臨時 16:45~17:00
3. 医療事故調査制度対応
 - 1) 死亡患者情報の集約-死亡患者報告書運用、診療情報管理室死亡患者データとのすり合わせ、死亡診断書・死体検案書不備管理、現場へのフィードバック
 - 2) 死亡患者報告検討会議 34回/年開催。
令和3年度1回~34回 毎週火曜日 16:30~17:00
 - 3) 死亡患者検討会議結果管理表の作成・管理
 - 4) 院外からの死亡患者情報収集(診療情報提供書改正)、院外への死亡患者情報収集の提供体制整備
 - 5) 死亡診断書入力漏れ防止対策としての整備
 - 6) 年度まとめの作成
 - 7) その他
 - (1) 外来CPA死亡事例-死亡患者報告書記載方法について検討
 - (2) 死亡診断書疑い病名記載について検討
 - (3) 院外からの死亡患者情報の検討手順検討
 - (4) 死亡診断書の不備データの蓄積
4. 患者相談窓口担当 8件 延べ件数

5. 安全に係わる院内からの相談 14 件

6. ヒヤリ・ハット 医療事故 事例管理 556 件（詳細は別表）

7. オカレンスレポート管理 11 件（詳細は別表）

8. 各部署での医療安全カンファレンス

1) カンファレンス支援

9. 医療安全掲示板発行 10 回

10. ニュースレター/医療安全情報提供

1) 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報

2) 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 PMDA 医療安全情報

3) 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 医薬品・医療機器等安全性情報

11. 教育

【院内・院外】

(1) 新採用者オリエンテーション「リスクマネジメント」担当 森山 匠 脳神経外科部長

(2) 新採用者オリエンテーション「医療安全」 担当 医療安全管理者

(3) 新採用者オリエンテーション「医療安全管理システム」担当 医療安全管理者

(4) 看護部医療安全教育（年間）計画について

12. 相談支援・検討・手順書作成など

1) 医薬品安全管理に関する事項

- ・CT 検査前のビグアノイド系薬剤の中止忘れ
- ・白衣のポケット内から「ミラクリッド 1A」発見。投与忘れ。
- ・持続注射内に利尿剤を入れ忘れ、生理食塩水のみが投与されていた。
- ・麻薬の管理について（注射器内の麻薬を破棄した）
- ・持参薬鑑別 5 日分について

2) 医療機器安全管理に関する事項

- ・手術中のインプラント破損について
- ・経腸栄養ポンプについて

3) その他

- ・転倒・転落防止対策：部屋入り口のシグナル未実施確認
- ・ブリードセイフ・グランバンド（止血バンド）単回使用の徹底へ
- ・整形外科患者の腓骨神経麻痺について
- ・IC：ターミナル期家族への説明内容の記録について
- ・経腸栄養分野の相互接続防止コネクタ製品（ISO 規格）導入について
- ・窓の施錠確認について
- ・誤配膳または食事のセット間違いについて マニュアル見直し修正
- ・備品管理の場面：ナースステーション内の果物ナイフについて
- ・職員の安全を守るための暴力等への対応について
- ・不審電話の対応について
- ・血管内留置針を抜針せず退院させた事例
- ・同姓同名に関する注意喚起
- ・シャワー室 洗面所の異臭について 検査部のキシレンか？

13. 医療安全管理システム管理・支援

1) 入力支援

2) 代行入力

3) 入力（提出）期限管理

4) マスタメンテナンス

14. 医療安全対策マニュアル

1) 医療安全対策マニュアル

第 1 章 『職員の安全を守るための暴力（暴行、暴言）等への対応マニュアル』一部修正

第 2 章 『定期服用の持参薬（内服）使用日数制限ならびに対応時間の一部変更について』改正
『入院患者持参薬の取り扱いについて』

第 3 章 『転倒・転落防止 患者・家族への説明書基準』一部改正

『転倒・転落による打撲（頭部を含む）患者の観察及び検査』一部改正

第 11 章 『栄養部・病棟における栄養 事故防止マニュアル』一部改正

第 14 章 『診療情報提供書の FAX 誤送信事例に伴う再発防止』一部改正

15. 事象当事者と面談、支援

16. 医療安全管理に関するデータ院外・院内情報提供

- 1) 「済生会 医療・福祉の質の確保・向上等に関する指標」に関するデータ（インシデント・アクシデント・患者相談窓口）
- 2) 済生会本部 医療安全推進週間取り組み内容提出
- 3) 財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部医療事故情報収集等事業 ヒヤリハット事例収集・分析・提供事業の「発生件数情報」

17. 医療安全推進週間の取り組み

- 1) 医療安全管理に関する是正管理事例の募集・表彰
- 2) 医療安全推進のための標語の募集・表彰及び入選作品の院内掲示による啓蒙活動等

18. その他

- 1) 院内データ提供
地域医療支援病院一患者相談窓口件数提供 総務課
- 2) 衛生管理者業務
・職員の予防接種
・針刺し防止対策
・職場復帰支援について
・インフルエンザワクチン接種
- 3) 新型コロナウイルスに関する業務
・帰国者・接触者外来患者対応
・感染症病棟（西病棟 3 階北病棟 3 階南病棟）準備対応
・検査・施術前・入院前患者 PCR 検査対応

19. 院外活動・連携

- ・医療安全対策地域連携
1-1 連携 嶋田病院 3 月 10 日・29 日
医療安全対策相互評価について メール発信による意見交換
- 1-2 連携 日田リハビリテーション病院 3 月 31 日
医療安全対策相互評価について状況確認と結果報告

20. 業者との面談・調整

- ・アルケア株式会社 弾性ストッキングについて
- ・日本コヴィディエン株式会社 ハイドロジェルコート フォーリーカテーテル供給遅延

- について
- ・パラマウントベッド 入院患者ベッド点検 更新について
 - ・JMS 経腸栄養分野の相互接続防止コネクタ製品について

<帳票類>

- 1.医療安全管理室日誌
- 2.医療安全管理に関する現場巡視報告書
- 3.医療安全管理に関するカンファレンス報告書
- 4.患者相談窓口報告書
- 5.事故調査委員会報告書
- 6.医療安全管理委員会報告書
- 7.医療安全対策部会報告書
- 8.死亡患者報告検討会議報告書

	記入 なし	レベル 0	レベル 0 (ハザード)	レベル 1	レベル 2A	レベル 2B	レベル 3A	レベル 3B	レベル 4	レベル 5	その他	該当 無し	小計
処方・与薬（内服）の場面 - 予約準備*実施-	0	5	0	86	7	0	0	0	0	0	0	0	98
処方・与薬（注射）の場面 - 予約準備*実施-	0	11	0	35	7	1	0	0	0	0	0	3	57
処方・与薬（外用・その他）の場面 - 予約準備*実施-	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	5
調剤・製剤管理の場面	0	10	2	10	2	0	0	0	0	0	0	8	32
ドレーン・チューブ類使用・管理の場面	0	1	0	22	15	1	3	0	0	0	0	0	42
療養上の世話・療養生活の場面	0	1	0	5	14	2	16	0	0	0	3	3	44
離院・無断外出外泊	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
指示・情報伝達過程（指示出し・指示受け・申し送りなど）の場面	0	4	0	9	1	0	0	0	0	0	0	0	14
検査（検体検査・生理検査・画像検査・内視鏡検査など）の場面	0	3	1	14	2	0	0	0	0	0	3	2	25
治療の場面	0	0	0	4	4	1	3	0	0	0	0	1	13
輸血の場面	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
手術の場面	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	1	3	9
医療機器の使用・管理の場面	1	2	0	2	3	0	0	0	0	0	0	4	12
処置の場面	0	0	0	3	2	0	1	0	0	0	0	0	6
診察一般（診察・他科受診・診療予約など）の場面	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
給食・栄養の場面	0	6	0	17	1	1	1	0	0	0	0	0	26
患者・家族への説明の場面	0	1	0	5	0	0	0	0	0	0	2	2	10
患者・家族からのクレーム・苦情	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
診療情報（患者情報・診療記録・検査データなど）管理の場面	0	6	0	6	1	0	0	0	0	0	1	5	19
物品搬送の場面	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	4
放射線管理の場面	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
施設・設備・備品管理の場面	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	7
地域連携（紹介・転院・院外他科受診など）の場面	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
その他	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5
転倒・転落	0	0	0	49	35	15	3	3	0	0	0	0	105
オカレンス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	11
患者相談	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
合計	1	55	3	284	96	22	28	3	0	0	24	40	556

7) 事務部

(1) 総務課

《スタッフ》

総務課長	辛川 幸久
総務課長代理	坂東 正和
主事	5名
事務員	9名
メディカルクラーク	6名

《ビジョン》

- ・働きやすい職場環境づくり
- ・人事考課制度の構築

《活動実績》

①事業活動の結果：財務の視点

【目標】

- ・人事考課制度の実施に向けた財源の確保

【取組内容】

- ・期末手当の支給率の改正

②患者・家族・紹介医等の評価

【目標】

- ・災害対策の強化及び連携
- ・患者サービスの対応

【取組内容】

- ・年1回の日田市合同防災訓練の実施
- ・患者意見調査と、対応部署への適切な回答及び対応指示

③業務プロセス・医療の質への取り組み：内部の視点

【目標】

- ・医師事務作業補助者の活用
- ・経費の削減
- ・労務管理の是正と改善
- ・人事給与業務の簡易適正化及び保持情報の最新化

【取組内容】

- ・医師事務作業補助者 30 対 1 の取得
- ・法律に基づいた規程の見直し及び公的制度の活用

- ・時間外労働、打刻乖離時間、年次有給休暇取得状況をリアルタイムに比較・管理可能な帳票を3月末までにシステム上で構築
- ・給与計算で利用する人事情報の新システムへの完全移行（8月末）。現給与システムとの平行運用（11月）。新人事給与システム本稼働・WEBシステム公開（1月）

④職員の研修・教育・成長への取り組み：経営者の視点

【目標】

- ・人材育成
- ・人材確保

【取組内容】

（人事考課制度）

- ・新たな人事考課制度を4月からトライアル実施し、10月から本格稼働。
制度設計とガイドライン作成。令和3年度の初回運用から評価の反映を段階的に導入。

（人材確保関係）

- ・ハラスメント相談員の育成
- ・防火管理者育成
- ・薬剤師2名採用
- ・コンプライアンス研修会参加率アップ

《今後の課題》

- ・医師の働き方改革に向けた取り組み

表. 令和3年度総務課活動実績

日 時	内 容
令和3年 4月 1日～ 2日	新入職員辞令交付式 新入職員オリエンテーション
令和3年 5月13日	支部監査
令和3年 5月20日	支部理事会
令和3年 6月 2日	第1回地域医療支援病院運営委員会
令和3年 6月23日～ 令和3年 6月24日、30日	職員定期健康診断
令和3年 9月 3日～ 令和3年10月 4日	第1回人権研修会（パワハラとは何かを知る オンライン研修講座受講）
令和3年 9月 1日	第2回地域医療支援病院運営委員会
令和3年10月 6日	慰霊祭
令和3年11月25日	支部理事会
令和3年12月12日	日田市合同防災訓練
令和3年12月 9日～ 令和3年12月10日、13日	職員定期健康診断
令和3年12月 1日	第3回地域医療支援病院運営委員会
令和3年12月 3日～、 令和4年12月28日	法令遵守研修会（グループウェアによる研修）
令和4年 3月 2日	第4回地域医療支援病院運営委員会
令和4年 3月15日	火災予防訓練
令和4年 3月24日	支部理事会
令和4年 3月28日～ 令和4年 5月20日	第2回人権研修会（セクシュアルハラスメントの防 止に向けて オンライン研修講座受講）

(2) 経理課

《スタッフ》

経 理 課 長	樋口 健也
主 事	2 名
事 務 員	1 名

《ビジョン》

社会福祉法人会計基準及び経理規程に従い、適切な経理事務を行い、支払資金の収支の状況、経営成績及び財政状態を適正に把握、発信する。

《主な重点目標と取り組み》

(1) 社会福祉法人法定監査への対応について

社会福祉法人会計基準を引き続き学びながら、迅速性、正確性の確保を意識した。

本会会計処理マニュアルの要点を確認しながら、今後も総務・医事・用度課との連携、会計基準への深い理解が求められている。

(2) 税務への対応について

消費税取引に関する疑問、日常の税務処理に困っている疑問等を整理しつつ、各課員と連携しながら日常業務に活用した。本部顧問税理窓口を活用。

(3) 資金計画等について

令和3年度は新型コロナウイルス感染症に関連した運営費ならびに施設整備に関する補助金が計上された。年次計画に基づいた施設整備に関しては本部内部資金を調達、また、運転資金についても本部からの内部資金借入にて対応となる。厳しい経営環境下、高額な設備投資案件について、より慎重な確認と対応が必要となっている。必要な資金の手当を提言し、資金繰りの健全性を確保する。

(4) 監査等への対応について

令和2年度支部監査(5月13日)、監査法人訪問監査(8月24日～26日)、本部監査(11月11日)、追加往査(11月15日、1月11日、3月29日)

(5) 研修会等への参加実績

- ・「経理財務組織における dX と AI/ML データを活用した事業へのインサイト提供」(11月12日：デロイトトーマツ)
- ・「会計の基礎」(11月15日：監査法人トーマツ)
- ・「令和3年度法定監査等に伴う決算スケジュール等および決算上の留意事項について、各種マニュアル改正について、並びに令和5年10月1日から導入される消費税インボイス制度(適格請求書等保存方式)の概要と導入後の経理手続き・会計処理等について支部・拠点経理実務担当者向け研修会(動画研修)」(3月25日：済生会本部)
- ・「内部統制」(3月29日：監査法人トーマツ)

《今後の課題》

- ①法定監査への対応力向上（内部監査機能の構築、内部統制の遵守、正確性・透明性の確保）
- ②経理課員の病院経営に関する分析、情報伝達能力の向上
- ③改正電子帳簿保存法、インボイス制度への対応

(3) 用度課

《スタッフ》

用度課	長	長谷部 修
係	長	光野 秀一
主	事	3名
事	務	員 1名

《ビジョン》

- ・データの集計、分析を行い取引業者との価格交渉を円滑にする。
- ・院内連携、用度課業務の見直しを行い業務の効率化を行う。
- ・済生会グループとの連携を密にすることによりベンチマークを活用しコスト削減に貢献する。
- ・建物、設備等修繕の現況調査をもとに今後の更新を行う。
- ・委託業者を質の評価・計画的な入札等により、あらためて見直しを行う。

《主な重点目標と取り組み》

- ①経費削減、コスト管理の徹底による経営改善
院内掲示板等にて削減内容の報告及び毎月、診療運営会議にてエネルギー等の使用量の報告を実施し、職員への周知を行った。医薬品・診療材料・試薬の購入については、全国済生会及び九州ブロックによる共同購入を推進し、ベンチマークシステムを活用した価格交渉・入札に役立てている。
長期修繕計画や医療機器入替計画の見直しと各種補助事業の活用。
- ②用度課の業務改善と意識の向上
 - ・用度課の年間スケジュール表を毎月更新し、計画的な業務運営を行う。
 - ・施設整備計画の進捗確認表を作成し、施行状況と費用の確認を行う。
 - ・九州ブロック購買担当者会議参加（課長・係長）

《今後の課題》

- ・設置後10年以上の医療機器等の計画的入替を検討。
- ・院内設備関係の修繕計画の検討。
- ・棚卸の的確な実施。
- ・各部署の既存の医療機器と固定資産台帳との照合を実施する。
- ・メーカー及びディーラーとの交渉術のスキルアップ
- ・委託業者への適正な価格交渉と契約の見直し
- ・備品等に係る紙から電子伝票方式の検討。

(4) 医事課

《スタッフ》

医事課 課長 山口 暢登
課長補佐 1名、係長 1名、主査 1名、主事 3名、事務員 13名

《ビジョン》

- ・大分県西部圏域の二次救急医療機関として救急患者の受入れと他施設からの紹介による患者の確保により医業収益増を目指す。
- ・西部保健所及び近隣医療機関と連携し、帰国者・接触者外来での新型コロナウイルス感染症患者のスムーズな受入を行う。

《主な重点目標と取り組み》

① 接遇の改善

医事課内の接遇研修を適時実施し、職員の患者サービスに対する意識の向上に努めた。

② 連携の強化

医事課と医療社会事業室の医療相談員との連携をさらに強化し、減免率アップに努めた。令和3年度の減免率は12.31%となり、計画の12%をクリアした。紹介率は91.8%、逆紹介69.0%で問題なくクリアしている。

③ 査定への取り組み

査定の分析を行い、院内の会議で査定内容の報告を行い、医師に対して再審査への協力を依頼した。支払基金・連合会の審査体制が年々強化されており、査定への対応を検討した。その結果として令和3年度は1次・2次合計で査定率0.29%であった。今後も査定率の減少への対応を行いたい。

④ 社会福祉法人会計への取り組み

社会福祉法人会計に則した医事業務の実施に努めた。監査法人の会計監査において指導を受け、内部統制に関する業務の見直し、コンプライアンスの遵守及びアクションプランの改善を行った。

⑤ 保険請求の知識向上

医事課内の勉強会や日々の業務において、保険制度に関する情報収集を行った。診療報酬改定について情報収集のため、研修会に参加した。また、診療情報管理士を1名受講中である。

《今後の課題》

1. 医事課職員としてスキルアップのため診療報酬請求事務能力認定試験、診療情報管理士、施設基準管理士等の資格取得を推奨し、次世代の人材育成を強化する。
2. 在宅部門については訪問看護ステーションの設置を見据えた訪問診療、訪問看護、訪問リハビリの取組みを推進する。
3. 診療報酬改定の施設基準の新規取得を検討するとともに、診療情報管理室との連携を強化し、DPCの係数アップに努める。
4. 地域の医療機関との連携を図り、地域医療支援病院における紹介率の基準（紹介率65%以上・逆紹介率40%）の目標達成を継続する。

IV

委 員 会 報 告

1) 医療ガス安全委員会

《委員会構成》

委員長 仁田麻酔科医長
副委員長 麻生用度課係長
委員 薬剤師 1 名、
診療放射線技師 1 名、
臨床工学技士 1 名、
看護師 1 名、事務 2 名、
委託業者 2 名

《定例会開催日》

年 1 回（主に 7 月）、医療ガス定期点検の結果報告と併せて実施。又は必要に応じて開催する。

《目的・役割》

医療ガス（診療用に供する酸素、各種麻酔ガス、吸引、医療圧縮空気、窒素等）設備の安全管理を図るための種々の問題を検討し、更なる患者の安全管理体制の充実並びに適正な運営を行う。

《活動状況》

- 1) 整備点検状況
当委員会の承認のうえ令和 3 年 12 月に空気除湿装置・制御盤を更新した。令和 4 年度の法令点検は昨年を引き続き、江藤酸素株式会社が実施している。直近 1 年間において「ただちに運用に支障をきたすような問題はない」との報告を受けている。現状において 3 階北病棟（コロナ罹患入院病棟）は立ち入り規制のため点検を見送っている。
- 2) 令和 4 年 7 月の点検結果（整備推奨）について
・ 1 階第 1 X-TV 室および第 2 CT 室の天吊り吸引ホース変形、2 階救急病棟および心臓カテーテル室天吊り吸引ホースリトラクターが変形しており整備が決定した。
- 3) 今後の整備計画について
・ 圧縮空気装置（2003 年整備）
麻酔器・人工呼吸器の駆動源で部材の劣化摩耗が進行しており計画的整備が決定した。
・ 吸引装置
設置から 10 年超で分解整備が推奨され、計画的整備が決定した。
・ 窒素マニフォールド
設備の老朽化、一部の部品供給が終了しており更新時期ではあるが、使用機会がないことから、窒素ガス配管設備の休止を計画のうえ、必要な施工処理を行う。

2) 放射線安全委員会

《委員会構成》

委員長 楠元放射線科部長
副委員長 森下画像診断部技師長
委員 医師 1 名、診療放射線技師 3 名、
臨床検査技師 1 名、
臨床工学技士 1 名、看護師 1 名、
事務 1 名

《定例会開催日》

年 2 回（5 月、11 月）

《目的・役割》

- 大分県済生会日田病院の放射線障害の防止を目的とし、次に掲げる事項を審議する。
- 1) 規程に基づく放射性同位元素等の適正な管理及び使用に関すること。
 - 2) 規程に基づく放射線施設等の安全な管理に関すること。
 - 3) 放射線施設等内での放射線業務に従事する者の安全及び健康に関すること。
 - 4) 放射線従事者の教育訓練に関すること。
 - 5) その他委員会が必要と認める事項。

《活動状況》

- ・ 放射性同位元素年間使用量報告
- ・ 放射線発生装置（リニアック）年間使用時間報告
- ・ 放射線発生装置（リニアック）の自主点検の実施と結果報告
- ・ 放射線漏洩線量測定実施（年 2 回）と結果報告
- ・ 放射線業務従事者の年間外部被ばく線量測定報告
- ・ 令和 2 年度放射線管理状況報告書を済生会本部経由にて原子力規制委員会へ報告
- ・ 医局員、診療放射線技師、放射線業務に関わるコメディカル、外来及び手術部看護師全員を対象に、医療放射線の安全利用に関する研修会開催、全体参加率 98.0%
- ・ 放射線取扱業務に係るヒヤリ・ハット事例報告とその検証
- ・ 個人被ばく線量測定において線量の多い透視下での内視鏡検査従事者に高値を示す傾向があるため、検査時の線量検討し、被ばく線量低減措置を行った

3) 防災対策委員会

<p>《委員会構成》</p>	
委員長	林田院長
委員	医師3名、薬剤師1名、 診療放射線技師1名、 臨床検査技師1名、 理学療法士1名、栄養士1名、 臨床工学技士1名、 歯科衛生士1名、看護師12名 事務8名、設備1名

<p>《定例会開催日》</p>
<p>火災予防訓練を2回実施し、準備・検討・反省等を兼ねて委員会を開催。</p>

<p>《目的・役割》</p>
<p>下記に掲げる事項の審議を目的とする。</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 防災計画に関する事項 2. 防火対象物点検報告特例認定に基づく消防計画に関する事項 3. 消防に関する諸規程の制定及び改廃に関する事項 4. 消防用設備等の改善に関する事項 5. 火災予防訓練に関する事項 6. その他防災に関する事項

<p>《活動状況》</p>
<p>○令和3年度は、火災予防訓練を2回実施、これにあわせて委員会を開催した。</p>
<p>○第1回訓練（令和3年4月2日実施） 水消火器を用いた消火訓練を実施した。 院内マニュアル・院内設備の周知、補助散水栓の使用方法の確認も併せて実施した。</p>
<p>○第2回訓練（令和5年3月15日実施） 通報、初期消火、避難誘導までの総合的な訓練を実施した。</p>

4) 衛生委員会

<p>《委員会構成》</p>	
委員長	林田院長
委員	医師2名（産業医1名）、 薬剤師1名、診療放射線技師1名、 臨床検査技師1名、 理学療法士1名、栄養士1名、 臨床工学技士1名、看護師2名、 准看護師1名、 事務5名（衛生管理者2名） （うち、女性9名）

<p>《定例会開催日》</p>
<p>毎月1回第3木曜日</p>

<p>《目的・役割》</p>
<p>○労働安全衛生法第19条の規定に基づき、職員の労働安全衛生及び健康の保持・増進を目的とする。</p>
<p>○調査審議事項 大分県済生会日田病院衛生委員会規程第2条各号（下記(1)～(14)）に基づく。</p>

<p>《活動状況》</p>
<p>委員会規程第2条各号の順（該当項目のみ摘要）</p>
<p>(1) 職員の危険防止及び健康障害の防止の基本的な対策に関すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワクチン予防接種に関する接種奨励、実施。 ・専門業者による特定化学物質、有機溶剤の作業環境測定実施。 ・電離放射線健康診断、有機溶剤等健康診断等の確実な受診の働きかけ、等。
<p>(2) 労働災害の原因及び再発防止対策に関すること</p> <p>○安全、衛生に係るものに関すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎回の委員会で発生状況、労働災害・通勤災害申請等の状況を報告、再発防止策の検討。
<p>(3) 職員の健康の保持増進を図るため必要な措置の実施計画の作成に関すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新入職員に対し雇入れ時健康診断を実施した。受診率100% ・新入職員のウイルス抗体価を調べ、結果に合わせて予防接種を計画的に実施し、陽転化を評価。 「職業感染予防（予防接種）実施規程」に基づき実施。 対象ウイルス抗体；B型肝炎抗体、麻疹抗体、風疹抗体、ムンプス抗体、水痘抗体 抗体価評価対象：41名 予防接種対象28名 予防接種希望者23名 実施ワクチン接種： B型肝炎ワクチンのべ 39回 麻疹風疹混合ワクチンのべ 12回 ムンプスワクチン のべ16回 水痘ワクチンのべ 1回 ・その他職員の予防接種を計画的に実施 インフルエンザワクチン予防接種 10月28日から3回に分けて、希望者455名（職員429名、委託職員26名）に接種 ・健保協会大分支部事業のがん検診、健康診査等助成制度を活用した受診勧奨。 ・公認心理師による年間活動計画にそった、特に、新入職員のメンタル不調対策を継続して実施。

(4) 安全衛生に関する規程の作成に関すること。

- ・「長時間労働者に対する面接指導等実施要領」一部改正に併せて働き方改革関連法施行（安衛生法改正等）に基づく産業医・産業保健機能の強化について、産業医の業務内容を職員に通達し周知。
- ・健康診断についての手順を明確にし、職員に周知させた。

(5) 危険性または有害性等の調査及びその結果に基づき講ずる措置で安全、衛生に係るものに関すること。

- ・専門業者による特定化学物質、有機溶剤の作業環境測定実施。基準値内であることを確認。

(6) 安全衛生に関する計画の作成、実施、評価及び改善に関すること。

- ・各規程、要領等に基づく計画、実施について、委員会で情報共有（各号参照）。
- ・労働安全衛生に関する独自の点検表を使用し所属長による点検実施。具体的な取り組みとして、以下に取り組んだ。
5～9月の「STOP！熱中症クールキャンペーン」、7月の全国安全週間、10月の全国衛生週間、年末年始の労働災害防止週間について、スローガン、具体的な取り組みをリーフレット等添えて周知の上、労働災害防止、熱中症対策、労働衛生の充実等をあらためて職員に呼びかけた。

(7) 安全衛生教育の実施計画の作成に関すること。

- ・西部保健所作成の「ちょこトレ」動画を院内グループウェアで閲覧できるようにし、スライド紙媒体も配布し、職場での運動定着推進をした。合わせて昨年リハビリテーション部の協力を得て作成した腰痛予防動画「スキマストレッチ」も閲覧可能とし再度周知した。
- ・針刺しが多いため、全職員が動画で対策を学習させアンケートをとった（医療安全・感染対策）。

(8) 有害性の調査並びにその結果に対する対策の樹立に関すること。

(9) 作業環境測定の結果及びその結果の評価に基づく対策の樹立に関すること。

- ・専門業者による特定化学物質（第二類物質ホルムアルデヒド、エチレンオキシドガス（EOG））、有機溶剤（第二類有機溶剤キシレン、ジエチルエーテル）の作業環境測定

を7月と1月に実施。いずれも基準値以下であること、検査部設置局所排気装置（プッシュプル型換気装置）捕捉面の風速測定等自主点検状況・掲示物について、いずれも適正であることをそれぞれ確認。

- ・11月エチレンオキシドガス（EOG）を使用しない滅菌器へ更新した。

(10) 定期に行われる健康診断、臨時の健康診断、自発的健康診断及びその他に行われる医師の診断、診察又は処置の結果並びにその結果に対する対策の樹立に関すること。

- ・健康診断（定期、特殊）受診率100%
6月23/24/30日、12月9/10/13日
- ・健康診断で用いる問診票を充実し、自覚症状、既往歴、現病歴の収集を充実させた。
- ・血液検査と食事との関係を明確にして食後3.5時間以上経過した条件での検査を周知させた。
- ・医師の判定基準（一部）を人間ドック学会の判定基準を参考に更新した。
- ・有所見者の二次健診受診を促し、結果把握及び産業医の意見の聴取等を充実した。
- ・健保協会大分支部へ健診結果の提供をし、特定保健指導の実施を依頼し、計画した。

(11) 長時間にわたる労働による職員の健康障害の防止を図るための対策の樹立に関すること。

- ・長時間労働に関する対策
「長時間労働に対する面接指導等実施要領」に基づき、対象者への産業医面談、産業医からの報告に基づく院長からの措置通知等を行った。

(12) 職員の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること。

- ・メンタルヘルスケア対策（こころの健康づくり計画）
平成29年度制定の「心の健康づくりに関する規程」、「心の健康づくり計画書」に基づき活動。
- ・ストレスチェックの実施
10月にストレスチェック（厚生労働省提供のプログラム利用）を実施。受検対象者440名に対し受検者389名（受検率88.4%）で前年度から5.3ポイント受検率が上昇した。高ストレス者に対し、専門医による面接勧奨文書を配布し面談を実施した。また、セルフケアに関する情報提供を行った。
- ・CMI健康調査表を用い公認心理師が入職3か月目の職員の健康状態を評価し、必要に応じ面談支援を行った。新採用者37名を対象にCMI検査を配布し、36名が実施し

た（回収率 98%）。

- ・面談、相談体制及び活動状況
 - ①メンタル不調者の早期発見を目的とした精神科医師による全職員を対象とした面談の年度末までの終了者 335 名。
 - ②精神科医師による面談（毎週月曜日）。ストレスチェック受検高ストレス者、メンタル不調者の院内外での面談、支援。
 - ③公認心理師による活動
相談者との面談 35 名
CMI 健康調査表に基づく評価による入職後のフォローアップに係る面談 5 名
 - ④事業場内産業保健スタッフによる活動
 - ・疾病による休職者の支援、復職及び就労支援（面談・調整）を行った。
支援対象者：60 名（復職支援 18 名、就労支援 42 名）
 - ・定期健康診断の間診で、自覚症状がある職員に対し原因の照会を行い、精神科医師及び公認心理師の面談を勧奨した。

(13) その他安全衛生に必要と認められる重要な事項に関すること。

- ・健康経営事業所（一社一健康宣言）認定に向け取り組み、認定を受けた。
- ・歯と口の健康週間について
6 月 4 日から 10 日を期間として厚生労働省等が主催する「歯と口の健康週間」にあわせて関連資料の配布、ポスター掲示等により歯科疾患の予防習慣定着や早期発見、治療開始・継続等の啓発を図った。
- ・目の愛護デーについて
厚生労働省が主催し済生会が協賛している「目の愛護デー」事業にあわせて視覚障害や生活習慣病による眼疾患等に対する早期発見・治療等、目の衛生に関する関連資料の配布等により予防意識の高揚を図った。
- ・職員へ健康情報の提供を定期的に行った。
- ・職員健診の効率化を推進するために健診システムの導入を検討し、導入に向け取り組んだ。

5) 個人情報保護委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
委員 医師 21 名、看護師 13 名、
薬剤師 1 名、臨床検査技師 1 名、
診療放射線技師 1 名、
理学療法士 1 名、
栄養士 1 名、臨床工学技士 1 名、
臨床心理士 1 名、歯科衛生士 1 名、
診療情報管理室 1 名

《定例会開催日》

必要に応じて開催する。

《目的・役割》

個人情報保護計画の策定、実施、改善等の個人情報保護のための具体的な業務を実施する。

《活動状況》

令和 3 年 12 月 13 日
・個人情報の利用停止状況
・カルテ開示状況

6) 保険診療委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
委員 医師 21 名、薬剤師 1 名、
診療放射線技師 1 名、
臨床検査技師 1 名、
理学療法士 1 名、栄養士 1 名、
臨床工学技士 1 名、
公認心理士 1 名、
看護師 13 名、
歯科衛生士 1 名、
診療情報管理室 1 名、事務 11 名

《定例会開催日》

毎月第 2 月曜日、診療運営会議内で審議する。

《目的・役割》

保険診療報酬請求の適正な管理・運営を行い、併せて返戻・査定・再審査に関する内容の検討を行うことを目的とする。

《活動状況》

委員会は 12 回開催され、下記の諸項目を審議した。
・保険診療における査定の傾向と対策について
・保険診療における算定状況の報告について

7) 医療機器等整備委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
副委員長 大坪副院長
委員 医師 1 名、臨床工学技士 1 名、
看護師 2 名、事務 6 名

《定例会開催日》

10月頃に開催

《目的・役割》

大分県済生会日田病院の医療機器等の整備に際し、治療効果を高め、業務能率及び患者サービス向上にふさわしい機器を選定する。

《活動状況》

(1) 令和5年度施設整備計画(案)について核医学診断装置は2005年3月に設置しており、老朽化が進んでいる。本装置は2020年12月末でメーカーとの保守契約が終了しており、修理の際はスポットでの対応となっている。また、大分県西部医療圏において核医学診断装置を設置しているのは病院のみであることから需要は高い。毎年、RI検査の30%以上が紹介である。

(2) 令和4年度施設整備に係る追加整備事業(案)について

- ①核医学診断装置(令和5年度施設整備計画申請分の前倒し)
以下、令和4年度新型コロナウイルス感染症入院医療機関等体制整備事業費補助金活用予定。
- ②HEPA フィルター付きクリーンパーテーション
- ③超音波画像診断装置
- ④診断用一般撮影装置
- ⑤外科用X線テレビシステム
- ⑥回診用X線撮影装置
- ⑦ベッドサイドモニタ

委員会の基本理念を念頭にシステムを活用し業務がスムーズに行える体制の構築を行う。

《基本理念》

- ①仕事が楽になる
- ②情報の共有化
- ③個人情報の安全性(セキュリティー)
- ④ペーパーレス
- ⑤いつでもどこでも使える
- ⑥費用の最小化と利益の追求

《活動状況》

2022年7月の電子カルテ等システム更新に向けて、10回の委員会を開催。

業務の効率性、生産性を上げること、DX(デジタルトランスフォーメーション)への対応を目的としシステム更新の検討を進めた。

《具体的活動内容》

1. 他済生会病院への見学

導入候補となる電子カルテを使用している済生会病院を見学し、導入後のメリット、デメリットを確認した。

6/15 済生会唐津病院(NEC:MIRAI)

6/22 済生會長崎病院(SSI:Newton)

2. 電子カルテベンダーの決定

デモンストレーション、仕様書の査定、病院見学、費用面(導入費用、ランニングコスト)、各部署・各位委員からの意見等総合的判断しSSIの電子カルテを導入することを決定した。

令和4年7月1日導入予定とした。

3. 電子カルテ導入に向けて

令和3年11月末よりSSIによる各部署への事前ヒアリングを開始。

令和4年1月27日をキックオフとし導入スケジュール、導入体制等について情報を共有した。

以降SSIが病院に常駐を開始。各部署を対象としワーキンググループを開始した。

8) 電算委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長

副委員長 大坪副院長、尾崎副院長、古賀看護部長

委員 医師1名、薬剤師2名、診療放射線技師2名、臨床検査技師1名、理学療法士1名、栄養士1名、臨床工学技士1名、看護師12名、歯科衛生士1名、診療情報管理士1名、事務9名

《定例会開催日》

必要に応じて開催

《目的・役割》

《今後の活動内容》

- ・稼働リハーサルの実施
- ・ネットワーク切り替え工事の実施
- ・電子カルテ稼働(令和4年7月1日)
- ・電子カルテ稼働後課題解決に向けての対応
- ・オンライン資格確認システムの導入検討
- ・AI問診システムの導入検討

9) 救急委員会

《委員会構成》

委員長 中島救急科部長
副委員長 大坪副院長、尾崎副院長
委員 医師3名、薬剤師1名、
臨床放射線技師1名、
臨床検査技師1名、
理学療法士1名、栄養士1名、
臨床工学技士1名、
診療情報管理士1名、
看護師3名、事務4名

《定例会開催日》

年に1回程度、また必要に応じ開催。

《目的・役割》

救急医療の充実を目的とする。

《活動状況》

令和3年度7月に委員会を実施。
1) 小児科救急に関する対応について
・小児診療に必要な物品不足
・小児科の救急車対応について
2) 外来患者の受け入れについて
・診察時間外の受診患者の対応について
・透析患者の受け入れについて

10) ACLS 委員会

《委員会構成》

委員長 日野心臓血管内科部長
委員 医師1名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師1名、
作業療法士1名、栄養士1名、
臨床工学技士1名、看護師4名、
事務1名

《定例会開催日》

毎月第1木曜日

《目的・役割》

救急蘇生法の普及を目的とする。

《活動状況》

・ハリーコール事例の検討
・緊急放送定期点検の実施
・院内救急カートの点検及び配備品の見直し
・院内 BLS 研修の検討
・ICLS コース開催検討
・院内 BLS 研修について
令和2年度より開催ができていなかった新入職のコメディカル、事務職員を対象とした BLS 研修を実施。感染対策を実施したうえで参加人数を制限し開催した。
(6回開催、参加人数34名)
・ICLS コース(医療従事者のための心肺蘇生トレーニングコース)について
2月に開催を計画するが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い開催を延期とした

11) 手術室運営委員会

《委員会構成》

委員長 仁田麻酔科医長
副委員長 林田院長・尾崎副院長
委員 医師7名、看護師2名、事務2名

《定例会開催日》

年1回。必要時に適宜開催。

《目的・役割》

職員の専門職としての資質を高め、手術業務の室の向上と手術室運営が円滑に行われることを目的とする。

《活動状況》

1. 令和4年4月からの麻酔科医変更に伴う運用について
・久留米大学より派遣中止
・非常勤医退職に伴う、手術予定日の調整
2. 麻酔医師の体制について
・麻酔科医募集継続
・非常勤医休暇取得の伴う対応について

12) 医療連携・病床管理委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
副委員長 大坪副院長 尾崎副院長
委員 医師5名、看護師7名、事務7名

《定例会開催日》

不定期開催

《目的・役割》

各関係機関からの紹介患者受け入れや、病棟管理等について検討・協議する。病院の経営的状況も考慮し、安定性のある患者確保を目的とする。

《活動状況》

※令和3年度においては新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、開催なし。

委員長 林田院長

委員 医師1名、薬剤師1名、診療放射線技師1名、臨床検査技師1名、理学療法士1名、栄養士1名、看護師1名、事務5名

《定例会開催日》

第1月曜日開催。(平成29年11月以降、必要に応じて開催することとした。)

13) 診療材料・SPD委員会

《委員会構成》

委員長 大坪副院長
副委員長 平田事務部長
委員 医師1名、看護師1名、薬剤師1名、診療放射線技師1名、臨床検査技師1名、作業療法士1名、臨床工学技士1名、事務2名

《定例会開催日》

必要に応じて開催

《目的・役割》

診療材料の適正、かつ効率的な使用を図る目的で、診療材料・SPD委員会を置く。
・診療材料の購入方針の策定、比較検討及び選定に関すること。
・診療材料の品目見直し及び規格の統一に関すること。
・診療材料の有効性及び安全性の検討に関すること。
・その他診療材料の運用、管理に関すること。

《活動状況》

①昨年度に引き続き、Covid-19の感染拡大に伴う医療材料の安定的確保に努めた。
②診療材料については、共同購入品への切替えと価格交渉(105品目)により年間2,101千円(税抜)の削減(前年度の単価置×前年度使用量との比較)

《目的・役割》

病院並びに病院機能・活動について広く知らせることを目的とし、下記を審議する。
1. ホームページ作成に関する事項
2. 医療機関向けパンフレットの作成に関する事項
3. 広報誌の発行に関する事項
4. 地域医療ボランティア活動への参加に関する事項
5. その他広報に関する事項

《活動状況》

ホームページに関すること
ホームページの利用状況・アクセス数について検討し、随時情報の更新を行った。

ホームページリニューアルについて
現行ホームページが稼働後10年経過し、情報の整理、スマートフォンへの表示対応、リクルート強化等を目的とし、ホームページのリニューアルを計画した。入札にて業者を選定し年度内を目標にホームページリニューアルを進めた。

無料低額診療の案内チラシについて
日田・玖珠圏域での無料低額診療事業広報のため、各新聞へチラシの折り込みを行った。

15) 輸血療法委員会

《委員会構成》

委員長 尾崎副院長
副委員長 岩橋血液内科部長
委員 医師1名、薬剤師1名、看護師2名、臨床検査技師1名、事務1名

《定例会開催日》

輸血管理料施設基準より年6回以上開催されることが条件にあり、隔月年6回開催し、状況に応じて臨時的に開催する。

14) 広報委員会

《委員会構成》

《目的・役割》

輸血療法の適正化及び安全性の向上を目的とし、輸血療法の適応、血液製剤の選択、輸血用血液の検査項目・検査術式の選択と精度管理、輸血実施時の手続き、血液の使用状況調査、症例検討を含む適正使用の推進、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策、輸血関連情報の伝達方法、自己血輸血の実施方法、その他輸血に関する事項について審議する。

《活動状況》

定例委員会を年6回開催し、下記の項目について報告・検討・実施した。

- ・血液製剤の使用状況と検査数について
- ・返品製剤と転用及び廃棄製剤について
- ・アルブミン製剤（PPF含む）の使用状況について
- ・輸血に関する副作用報告
- ・輸血前後感染症検査実施状況報告（検査実施率をあげるための対策を検討し運用開始）
- ・自己血実施状況報告
- ・輸血管理料請求件数、輸血適正使用加算の報告
- ・輸血関連ヒヤリハットについて
- ・遡及調査報告
- ・製剤別購入金額・廃棄金額の報告
- ・輸血療法監査
- ・血小板製剤投与の適正使用について協議
- ・輸血製剤の院内在庫について（在庫数を増やせないか）
- ・I&A 制度認定更新について
- ・輸血後感染症検査実施運用について

16) 院内感染対策委員会

《委員会構成》

委員長 尾崎副院長
副委員長 林田院長
森山感染管理認定看護師
委員 医師2名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床工学技士1名、
臨床検査技師1名、
理学療法士1名、栄養士1名
看護師1名、事務4名

《定例会開催日》

毎月第3木曜日に開催

《目的・役割》

- ・院内における感染対策の推進を目的とする。
- ・院内感染の発生を防止するため、患者や全職員及び院内環境を、感染対策の視点から監視を行う。また、全職員に対する感染防止教育を行う。さらに、地域に目を向けた感染対策の推進を目指す。

《活動状況》

1. 定例委員会を12回

耐性菌入院患者・感染症・血培セット率の報告、透析液報告、注射／内服用抗生物質使用状況報告を行い、指定抗菌薬の届け出が適切に対応されているか検討した。
検討事項はその都度、会で検討／解決した。

2. 院内研修会の実施

第1回研修会（8月）

形式：グループウェア VOD 視聴
テーマ「事例から学ぶ針刺し、血液・体液暴露の脅威」
アンケート実施。参加率 87%。

第2回研修会（1月）

形式：グループウェア VOD 視聴
テーマ「押さえておきたい新型コロナウイルスの4つの特徴」
アンケート実施。参加率 87%

※今年度も新型コロナウイルス感染症への懸念から WEB 研修とした。

3. ICT ラウンドの実施

医師・認定看護師・薬剤師・検査技師で ICT ラウンドを毎週実施し、環境調査、耐性菌患者の感染対策、抗菌薬の適正使用などを把握し、適宜指導・介入を行った。
※活動内容を記録に残している（ICT ラウンド議事録）。新型コロナウイルス感染症流行により現場へのラウンドが思うように行えず、カルテ記載情報にて状況を確認することもあった。

4. 新型コロナウイルス感染症対策

- ・帰国者・接触者外来を設置し、医師会・保健所と連携を図り、新型コロナウイルス感染症の受診／諸検査入院等の受け入れ対応を行った。
- ・発熱／感冒症状／呼吸器症状／移動歴や接触歴のある患者に対して、外来でスクリーニング検査を実施している。感染状況に応じて段階的な対策を実施した。タイムリーに方針や対策を決定し、職員に周知徹底をした。

【対策として強化／実施した内容】

※マニュアル作成

- ・職員への正しい感染対策の教育／指導／啓発
- ・手指衛生
- ・適切な PPE の装着
- ・職員の健康管理・面会制限
- ・面会者・外来患者の問診／スクリーニング
- ・環境整備
- ・動線の確保／ゾーニング
- ・研修会開催時の感染対策
- ・陽性者に対してディスポ食器での対応
- ・リネンの管理
- ・職員へ県をまたぐ移動の自粛と会食時の注意喚起
- ・入院前 PCR 検査の実施
- ・陽性／濃厚接触者の対応 など

委員長 林田院長

委員 医師 13 名
(令和 3 年 5 月から 3 名に変更)、
薬剤師 2 名、
看護師 1 名、事務 3 名

《定例会開催日》

毎月第三金曜日 16 時半～NST 委員会と合同開催

《目的・役割》

院長の諮問機関として、当院で使用する診断及び治療医薬品の安全性と有効性に関し調査審議し、不良医薬品による事故を未然に防ぐとともに、合理的採用と運営により診断活動の円滑化を図ることを目的とする。

17) 臨床検査適正化委員会

《委員会構成》

委員長 岩橋血液内科部長
委員 西田名誉院長、
臨床検査技師 3 名、看護師 1 名、
薬剤師 1 名、
診療放射線技師 1 名、
臨床工学技士 1 名、事務 1 名

《定例会開催日》

不定期開催

《目的・役割》

臨床検査の適正化ならびに精度管理により質的向上を図るため臨床検査適正化委員会を置く。

《活動状況》

- 以下について、意見交換及び討論を行った。
- ・2021 年度、外部精管理報告（日本医師会、日臨技、大分県医師会）
 - ・定期メンテナンス・バージョンアップのお知らせ
 - ・検査項目変更のお知らせ
 - ・検体採取時の注意勧告
 - ・タスク・シフト／シェアに関する厚生労働大臣指定講習会履修報告

18) 薬事委員会

《委員会構成》

《活動状況》

委員会は 12 回（4/15、5/19、6/17、7/15、8/19、9/16、10/21、11/18、12/16、1/20、2/17、3/17）開催され、下記の諸項目を討議し、委員会での決定事項については議事録にて提示した。

新規採用申請医薬品及び削除医薬品、限定医薬品について（毎月）

その他、以下の項目について審議を行った。

1) 医薬品の安全使用について

① 適正使用について

- ・手術前または硬膜外麻酔前に服用中止を考慮すべき薬剤について（血糖降下剤）
- ・クリスタルバイオレット製剤の今後の使用について

② その他

- ・先発品から後発品への変更

2) 医薬品の管理について

- ・持参薬の継続使用の運用方法について（使用期間は原則 5 日に限定）

3) その他

- ・薬事委員会メンバーの選定について
- ・薬剤部 2020 年度業務実績
- ・日医工業務停止に伴う薬剤変更について
- ・小林化工への業務停止命令に伴う当院採用品目の供給制限への対応
- ・COVID-19 での使用量増加に伴う当院採用品目の供給制限への対応（プロポフォル）
- ・薬剤師人員不足に関して（奨学金制度など）
- ・活性型ビタミン D3 製剤の処方制限について

- ・薬剤部部門システムの ver.UP に伴う院内データ (EF ファイル) の提出について
- ・院外処方せんプロトコルの作成について
- ・次期電子カルテシステム導入に向けた準備
- ・薬剤部で調製する TPN の注射せん提出の締め切り時間について (16 時→15 時へ変更)
- ・プラセボ製剤について (プラセボ錠購入)

19) 栄養管理委員会

《委員会構成》

委員長 打和心臓血管内科部長
副委員長 中村歯科口腔外科部長
中野栄養部技士長
委員 木森看護師長、宇野栄養士、
梶原調理師、後藤主査

《定例会開催日》

毎月第三金曜日 16 時半～NST 委員会と合同開催

《目的・役割》

大分県済生会日田病院における、栄養管理の運営全般について討議検討し、安安全全かつ円滑な栄養管理を推進すると共にともに治療の効率化を図ることを目的として栄養管理委員会を置く。

《活動状況》

- ・栄養指導件数報告
令和 3 年度の栄養指導に従事するスタッフの数は令和 2 年度と比べて数の変更は無いが若干減少している。
- ・食材費報告
油脂類、粉製品、野菜類、海産物、卵、加工食品、冷凍食品、すべて値上げあり。これらの影響、栄養剤の使用により、食材費は令和 2 年度よりも一人あたり 1 日平均 12 円上昇した。
- ・アンケート実施報告
1 回/月程度実施している食事アンケートの結果報告。概ね良好な結果が得られている。結果については院内の共通掲示板にて報告した。
- ・感染病棟への対応について
下膳エリアが厨房と隣接しており、ラインでしか区切られていないため、当院ではディ

スポ食器で提供としている旨をお知らせ。また、配茶のフォローとして、30 人を超える入院患者さんが居る場合は、紙パックでのお茶を用意することとした。

- ・栄養剤の配膳方法についての検討
毎食ごとに配膳していたが、朝食分は前日の夕に配膳としていた。HCU より翌日分をまとめて夕に配膳して欲しいと要望があり、対応。他病棟でも希望があれば対応。

- ・食事内容についての確認
透析食、腎臓食の違いについて、院内へ再確認の注意喚起。腎臓に関連する食事であるが、内容は違ってくるため、適した食事を選択していただくよう注意喚起した。

- ・備蓄食品の相互支援について
各病院、施設は災害に備えて備蓄食品を常備しているが、災害が長引いたり、支援物資が届くまで日数を要する場合がある。市内の病院、施設で無理の無い範囲で相互支援を行うよう医院長に医師会で提案していただいた。その後、日田市内で行われる、保健所主催の日田地区栄養士研修会にて、その内容、手順を説明し賛同を得た病院、施設で相互支援を行う事となった。

- ・栄養部活動報告
令和 3 年度日田地区栄養士研修会
「備蓄食品の相互支援について」中野技士長が説明。

20) NST 委員会

《委員会構成》

委員長 打和心臓血管内科部長
副委員長 林田院長
中野栄養部技士長
委員 医師 2 名、看護師 1 名、
薬剤師 1 名、放射線技師 1 名、
臨床検査技師 1 名、
言語聴覚士 2 名、
歯科衛生士 1 名、管理栄養士 1 名、
事務 1 名

《定例会開催日》

毎月第三金曜日 16 時半～栄養管理委員会と合同開催

《目的・役割》

医師、看護師、薬剤師、栄養士、言語聴覚士などがメンバーとなって栄養療法を行うチーム医療の組織を編成し、最適な患者の栄養管理を実施することによって、合併症の予防、QOL の向上及び医療費の削減などの経済的な効果を計ることを目的とする NST を置

く。また円滑なNST活動を行うため、病院スタッフ、地域の医療スタッフへ栄養についての理解を深めるため勉強会を開催する。

《活動状況》

- ・栄養について考える会開催
今年度は、コロナウィルスの蔓延で開催できなかった。
- ・各勉強会についてのお知らせ
①第32回大分NST研究会(クリニコ共催)
6月19日(土)14:30~
JSPENの研修単位(2単位)は取得可能だが、条件あり。
②第33回大分NST研究会
1月22日(土)14:30~
特別講演;日本臨床栄養代謝学会理事長
北里大学医学部 上部消化管外科学
主任教授 比企直樹先生
今年度は、十分な活動が出来ず、来年度への課題となった。

2 1) 医療安全管理委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
副委員長 森山脳神経外科部長
委員 医師4名、薬剤師1名、
看護師2名
(内、医療安全管理者1名)、
事務4名

《定例会開催日》

毎月第4月曜日 経営会議日時内

《目的・役割》

医療安全管理体制を確立し、安全かつ適切な医療を提供する。

《活動状況》

- 第1回 令和3年4月26日(月)
17時35分~17時40分
1. 第1回医療安全対策部会報告
- 第2回 令和3年5月24日(月)
18時10分~18時20分
1. 第2回医療安全対策部会報告
- 第3回 令和2年6月28日(月)
17時40分~17時45分
1. 第3回医療安全対策部会報告
- 第4回 令和3年7月26日(月)

17時40分~17時50分

- 1. 第4回医療安全対策部会報告

第5回 令和3年8月26日(木)

17時50分~18時00分

- 1. 第5回医療安全対策部会報告

第6回 令和3年9月27日(月)

18時10分~18時20分

- 1. 第6回医療安全対策部会報告

第7回 令和3年10月25日(月)

18時20分~18時30分

- 1. 第7回医療安全対策部会報告

第8回 令和3年11月25日(火)

18時20分~18時30分

- 1. 第8回医療安全対策部会報告

第9回 令和3年12月27日(月)

18時10分~18時15分

- 1. 第9回医療安全対策部会報告

第10回 令和4年1月24日(月)

18時00分~18時05分

- 1. 第10回医療安全対策部会報告

第11回 令和4年2月28日(月)

18時00分~18時05分

- 1. 第11回医療安全対策部会報告

第12回 令和4年3月28日(月)

17時05分~17時10分

- 1. 第12回医療安全対策部会報告
- 2. 大分県済生会日田病院医療安全管理委員会規程一部修正

2 2) 医療安全対策部会

《委員会構成》

委員長 森山副院長
副委員長 大坪副院長
委員 歯科医師1名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師1名、
理学療法士1名、栄養士1名、
臨床工学技士1名、
診療情報管理士1名、
看護師4名
(内、医療安全管理者1名)、
事務員3名

《定例会開催日》

毎月第1月曜日 16:30~17:00

《目的・役割》

医療安全管理室に集められた医療安全対策に関する改善策並びに組織全体の問題点等について、組織横断的に検討を行い、医療安全対策を実行あるものとする。

《活動状況》

第1回 令和3年4月5日(月)

16時30分~17時00分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 令和2年度インシデント・アクシデント
報告件数
4. 組織図 医療安全対策部会 医療安全管理
のためのカンファレンス メンバー変
更について
5. 研修会について
1) 新採用者オリエンテーション
6. その他
1) 医薬品安全管理
2) 医療機器安全管理
7. 医療安全管理のためのカンファレンス 4
月予定

第2回 令和3年5月7日(金)

16時30分~16時45分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 令和2年度 医療事故調査制度取り組み
のまとめ
4. その他
1) 医薬品安全管理
2) 医療機器安全管理
5. 医療安全管理のためのカンファレンス 5
月予定

第3回 令和3年6月7日(月)

16時30分~17時00分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 圧迫止血バンドの仕様変更について
4. 診療情報提供書の FAX 誤送信事例に伴う
再発防止策 改正について
5. 令和3年度 医療安全対策研修について
6. その他
1) 医薬品安全管理
2) 医療機器安全管理
6. 医療安全管理のためのカンファレンス 6

月予定

第4回 令和3年7月5日(月)

16時30分~16時45分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 経腸栄養分野の相互接続防止コネクタ製
品 (ISO 規格) 導入について
4. 令和3年度 医療安全対策研修について
5. その他
1) 医薬品安全管理
2) 医療機器安全管理
6. 医療安全管理のためのカンファレンス 7
月予定

第5回 令和3年8月2日(月)

16時30分~16時45分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 令和3年度 第1回 医療安全対策研修
について
4. その他
1) 医薬品安全管理
2) 医療機器安全管理
5. 医療安全管理のためのカンファレンス 8
月予定

第6回 令和3年9月6日(月)

16時30分~16時50分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 令和3年度 第1回 医療安全対策研修
会 結果報告
4. 医療事故の再発防止に向けた提言
第14号カテーテルアブレーションに係
る
死亡事例の分析
5. その他
1) 医薬品安全管理
術前中止薬の改定並びに術前中止薬、
ビグアノイド系 (BG) 薬の検索方法の
変更について
2) 医療機器安全管理
6. 医療安全管理のためのカンファレンス 9
月予定

第7回 令和3年10月4日(月)

16時30分~16時45分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況

3. 医療安全推進週間の取り組みについて
令和3年度 九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ
4. その他
 - 1) 医薬品安全管理
 - 2) 医療機器安全管理
 - 3) 医療事故発生時の事実経過の正確な記録のための時刻管理について
5. 医療安全管理のためのカンファレンス 10月予定

第8回 令和3年11月1日(月)
16時30分～16時50分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 医療安全推進週間の取り組みについて
①啓発ポスターの掲示 ②一斉放送
③腕章を付けて現場巡視
④医療安全に関する標語 是正管理
4. 令和3年度 第2回 安全対策・感染対策合同研修会について
5. 医療安全対策マニュアルの一部改正について
転倒・転落による打撲(頭部を含む)患者の観察及び検査
6. その他
 - 1) 医薬品安全管理
 - 2) 医療機器安全管理
7. 医療安全管理のためのカンファレンス 10月予定

第9回 令和3年12月6日(月)
16時30分～16時45分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 令和3年度 第2回 安全対策・感染対策合同研修会について
4. 令和3年度 医療安全推進週間の取り組みについて
5. 医療安全対策マニュアルの一部改正について
①第2章 与薬に関する事故防止対策
定期不況の持参薬(内服)使用日数制限ならびに対応時間の一部変更について
②第3章 転倒転落予防
転倒・転落防止 患者・家族への説明書基準
6. その他
 - 1) 医薬品安全管理
 - 2) 医療機器安全管理
7. 医療安全管理のためのカンファレンス 12

月予定

第10回 令和4年1月6日(月)
16時30分～16時45分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 研修会について
令和3年度 第2回 安全対策・感染対策合同研修会について
4. 令和3年度 医療安全推進週間の取り組みについて
5. 医療安全対策マニュアルの一部改正について
①第11章 栄養に関するもの
栄養部・病棟における栄養 事故防止マニュアル
6. その他
 - 1) 医薬品安全管理
 - 2) 医療機器安全管理
7. 医療安全管理のためのカンファレンス 1月予定

第11回 令和4年2月7日(月)
16時30分～17時00分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 令和3年度 医療安全推進週間の取り組みについて 投票結果報告
4. 令和3年度 第2回感染症・医療安全管理等に関する定期合同研修 アンケート結果
5. その他
 - 1) 医薬品安全管理
 - 2) 医療機器安全管理
6. 医療安全管理のためのカンファレンス 2月予定

第12回 令和4年3月7日(月)
16時30分～16時53分

1. 定例ヒヤリハット 医療事故レポート
オカレンス 患者相談窓口等 報告
2. 医療事故調査制度進捗状況
3. 令和3年度 医療安全推進週間の取り組み
標語、是正管理作品の最優秀賞の選定結果
4. 電子カルテ更新に伴う『医療安全』WG
5. その他
 - 1) 医薬品安全管理
 - 2) 医療機器安全管理
6. 医療安全管理のためのカンファレンス 3月予定

2 3) 事故調査委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
副委員長 森山脳神経外科部長
委員 医師4名(常時)及び担当診療科長、
担当医、薬剤師1名、
看護師2名
(内、医療安全管理者1名)、
事務4名、
状況に応じて自己関係者、
顧問弁護士

《定例会開催日》

随時

《目的・役割》

医療事故発生後の速やかな事故原因の究明と今後の対応策などの検討をする。

《活動状況》

なし

2 4) 褥瘡対策委員会

《委員会構成》

委員長 山口形成外科部長
副委員長 岐部外科医長
馬野皮膚・排泄ケア認定看護師
委員 看護師2名、薬剤師1名、
栄養士1名、理学療法士1名、
事務1名

《定例会開催日》

定例委員会：第2金曜日
16:50頃より(褥瘡回診終了後)
褥瘡回診：第2金曜日 16:45から

《目的・役割》

本委員会は、大分県済生会日田病院における院内褥瘡対策を討議・検討し、褥瘡の発生予防、治療をより効率的、標準的に推進することを目的とする。

上記目的のため、褥瘡回診を行い、各病棟においてスタッフを交えてカンファレンスを行う。

《活動状況》

定例委員会は、毎月1回計12回開催し、月々の褥瘡患者発生状況・看護部褥瘡委員会活動の報告及び問題点や討議事項の検討を行った。

また褥瘡回診は、毎月1回計12回実施し、患者の状態の報告や今後の方針について各職種を交え検討を行った。

《具体的活動内容》

- 各月の褥瘡発生状況および院内発生率の分析評価
- 昨年度の傾向として、整形外科の手術後に肩や外顆部に発生するケース、ターミナル期患者の全身状態の悪化に伴い仙骨部に発生するケースが多いため、該当患者の皮膚の観察をしっかりと行い院内発生の予防に努めたい。
- 入院時持ち込み褥瘡の見落としを防ぐため、入院時の身体の全身状態のチェックをしっかりと行うことが重要である。
- 褥瘡のDESIGN-RがDESIGN-R2020に変更になる予定であり、研修会の開催を予定していたが新型コロナの関係で中止となった。併せて病院機能評価に向けて褥瘡対策マニュアルを改訂している。また「褥瘡ガイドブック」が改訂されたら全部署に配布の予定。
- 患者重症度に応じた体圧分散マットの運用、災害拠点病院として災害発生時のマットレスの準備について。
- 今年度の院内発生率の目標達成のため、看護部の褥瘡委員会での指導、月1回患者のベッドサイドへの訪問等を行い院内発生の予防に努めた。
- 令和3年度の院内発生率が0.58%となり目標である0.3%を超える結果となった。令和4年度も引き続き0.3%以下を目標とし院内発生の予防に留意したい。

2 5) クリニカルパス委員会

《委員会構成》

委員長 岐部外科医長
副委員長 森部長
委員 医師1名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師1名、
理学療法士1名、栄養士1名、
臨床工学技士1名、
診療情報管理士1名、
看護師5名、事務3名

《定例会開催日》

毎月第4火曜日 16時30分より

《目的・役割》

1. チーム医療の充実
2. インフォームドコンセントの充実
3. 医療の標準化

《活動状況》

・新電子カルテシステムクリニカルパスに向けての運用
アウトカム、バリエーション評価 バリエーション発生時のクリニカルパス中止、終了操作
新電子カルテのシステム管理、運用の見直し

令和3年度パス運用数 51件（前年度 47件）
パス適用率 41.6%（前年度 33.8%）

外科

腹腔鏡下胆嚢切除術、乳房温存術、乳房全摘術、鼠径ヘルニア根治術、幽門側胃切除術、胃全摘術、虫垂炎、気管支境、大腸切除術、

呼吸器外科長期、呼吸器外科短期、
内視鏡的胃瘻造設術、ポート造設+Cemo

脳神経外科

脳梗塞、慢性硬膜下血腫除去術、脳血管造影

整形外科

大腿、抜釘、手根管症候群、上肢、
胸腰椎圧迫骨折

婦人科

婦人科開腹手術、婦人科腹腔鏡下手術、
円錐切除術、卵巣癌化学療法、子宮内膜掻爬術、

TC療法、TD療法

放射線科

CT下肺生検、TAE、腫瘍生検

消化器内科

ERCP、EMR（胃・大腸）、
ESD（胃・大腸）、大腸ポリペクトミー、
内視鏡的粘膜下層剥離術

心臓血管内科

PMI、カテ、COVID-19

腎臓内科

内シャント造設術、PTA、腹膜透析、PET・
ADEQUEST

形成外科

眼瞼下垂体

歯科口腔外科

埋伏抜歯・嚢胞（成人・小児）、局麻
全科

CVポート造設

外来

自己血貯血、胃瘻交換

26) 診療情報管理委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長

委員 医師2名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師1名、看護師2名、
事務2名

《定例会開催日》

毎月第3月曜日 16時より

《目的・役割》

診療情報の適切な管理と活用を図り、関係する必要な事項を審議することを目的とする。

《活動状況》

定例委員会は毎月1回の計12回（4/19、5/17、6/21、7/19、8/17、9/17、10/18、11/15、12/20、1/17、2/21、3/18）開催し、月々の退院時要約（サマリー）作成状況等の報告を行っている。

また、診療記録用紙及び患者意思表示書（説明同意書）に関する定型書式の新規採用・一部改正や保管期限を設定した診療諸記録等に関する廃棄、電子カルテにおけるログ照会について適切に管理し、その他、診療情報に関する種々の提案・問題点等について検討を行っている。

令和3年度の主な議題は下記のとおり。

○診療記録の点検等に関する報告・検討事項
・電子カルテの点検－診療録の院内監査（質的点検）実施状況－

○診療データの利活用に関する報告・検討事項

【済生会事業】医療・福祉の質指標データの作成・提出／活用について

○その他

・二次健診結果のスキャン運用について

・脳波記録の保存について

・訪問看護【介護保険】のカルテ記載について

・令和2年度 診療情報管理室年報について

・「医療関連文書のスキャナによる電子化及び保存に関する運用規程（案）」について

・「電子カルテ「事前データ登録」機能での記載について

- ・外部事業者に対する電子カルテ閲覧の権限について
- ・電子カルテ移行に向けての取組み（文書作成について）
- ・電子カルテ記載の表題表示について

27) 診療情報提供委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
 委員 医師2名、対象の診療課長、
 対象の主治医、
 診療情報管理士1名、
 看護師1名、事務1名

《定例会開催日》

必要に応じて開催

《目的・役割》

本委員会は、診療記録等の開示を適切に行うことを目的とする。尚、本委員会では開示請求者の適否、提供する診療情報の範囲並びに開示の適否に関する事項について審議するが、軽易なものについては文書をもってその決定を求めることができる。

《活動状況》

(内訳)

入院・外来診療録の閲覧 0件
 入院・外来診療録の複写 9件
 画像診断データの複写 6件
 入院・外来診療録及び画像診断データの複写2件

上記17件の開示申請が行われた際、主治医が個人情報保護法第28条第2項等に該当する特段の問題なしと判断したため、委員会は開催されず文書をもって開示可の決定を行っている。

28) 診療情報開示委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
 委員 医師5名、看護師1名、事務1名

《定例会開催日》

必要に応じて開催

《目的・役割》

本委員会は、カルテ開示等の取り決めに関する診療情報提供規程の内容を、医療をめぐ

る諸条件の変化に対応し適時見直すことを目的とする。

《活動状況》

診療情報提供規程（通称；カルテ開示規程）は、診療録その他診療記録等の作成・管理に関する環境の整備並びに医療をめぐるとる諸条件の変化に適合させるため、診療情報開示委員会においてその内容を適時見直すこととされている。同規程は個人情報保護法の施行後に見直した平成18年から改定されておらず、この度、現状に即した文言の追記・修正や利便性向上及び改正個人情報保護法を踏まえた規程とするため、下記項目について見直しを行った。

(主な見直し項目6点)

1. 開示理由の求めについて
2. 開示対象範囲について
3. 本人確認・身分証明の明確化
4. 送付による請求、交付について
5. 開示実施手数料の見直しについて
6. ホームページ掲載について

29) 倫理委員会

《委員会構成》

委員長 大坪副院長
 委員 医師3名、看護師1名、
 事務員1名、外部委員2名

《定例会開催日》

第34回 令和3年6月24日（迅速審査）

《目的・役割》

済生会日田病院で行われる臨床研究及び疫学研究（以下「臨床等研究」という。）の実施の適否、その他研究に関する必要な事項等について審議する。

1. 臓器移植に関すること
2. 生殖医療に関すること
3. 末期患者の治療に関すること
4. 臨床研究に関すること
5. その他医療行為及び臨床研究に関すること
6. 人の疾病の成因及び病態の解明並びに予防及び治療の方法の確立を目的とする疫学研究に関すること

《活動状況》

- 迅速審査
 - ・令和3年6月24日（第34回）
受付番号 R03-03「成毛式ソラコotton（改めNK綿棒）の呼吸器外科手術における適応外使用」
- 委員持ち回り審議
 - ・令和3年4月30日承認
受付番号 R03-01「予測実績指数チェック表を用いた予後予測とマネジメントが在棟日数短縮と実績指数向上に与えた影響」
 - ・令和3年6月1日承認
受付番号 R03-02「日本整形外科学会症例レジストリー（JOANR）構築に関する研究における研究計画書の更新について」
 - ・令和3年7月15日承認
受付番号 R03-04「患者背景の類似した直腸癌患者2名の薬物療法中のCVポート局所感染に関する報告
～ベバシズマブの使用状況・喫煙量・ポート留置部の清潔維持に焦点を当てた検討～」
 - ・令和3年10月5日承認
受付番号 R03-05「ALP・LD 測定の国際化学適合基準法への移行に向けた共同研究」
 - ・令和3年12月24日承認
受付番号 R03-06「テルモ社製薬剤溶出型冠動脈ステント「アルチマスター」使用症例に関するテルモ社内勉強会資料のための素材資料作成業務委託契約」
 - ・令和4年1月25日承認
受付番号 R03-08「2021年度「レセプト等情報を用いた脳卒中、脳神経外科医療疫学調査」への協力依頼 J-ASPECT Study（Nationwide survey of Acute Stroke care capacity for Proper designation of Comprehensive stroke CenTer in Japan）」
 - ・令和4年2月14日承認
受付番号 R03-07「輸血拒否患者への対応について」一部変更について」
 - ・令和4年3月15日承認
受付番号 R03-09「急性期病棟の入院患者にとって面会とは何か考える。～COVID-19 流行による面会禁止下で家族に会えない環境での患者の思い～」
受付番号 R03-10「地域包括ケア病棟看護師の経験で得られる能力について」
受付番号 R03-11「手術室看護師の術前面談による不安軽減の効果～新版 STAI を用いた調査～」
受付番号 R03-12「高齢者の弾性ストッキング着用によるスキントラブル防止への取り組み」
受付番号 R03-13「緩和ケア病棟の患者・

家族が安心して退院後の生活ができることを多職種で支えるための退院支援シート評価に関する研究」
受付番号 R03-14「整形外科の認知症診断の無い大腿骨術後せん妄出現時の患者との関わりについて～スタッフへのインタビューやカルテからの情報収集より～」

30) 臨床研修管理委員会

《委員会構成》

委員長 大坪副院長
委員 医師3名、薬剤師1名、
看護師1名、事務1名、
外部委員7名

《定例会開催日》

必要に応じて年2回程度

《目的・役割》

初期臨床研修医がスムーズに研修を修了するために研修プログラムの検討や研修の進捗度を確認する。また研修修了前には研修修了の判定を行う。

《活動状況》

- ・協力型臨床研修病院、協力施設としての対応（大阪府済生会中津病院から地域医療研修として研修医受入）
- ・委員会開催（開催日：令和3年3月9日、議題：初期臨床研修医の研修修了判定について）

31) 図書委員会

《委員会構成》

委員長 堀内婦人科部長
委員 薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師1名、
理学療法士1名、栄養士1名、
臨床工学技士1名、
歯科衛生士1名、看護師2名
事務員5名

《定例会開催日》

令和3年11月19日

《目的・役割》

済生会日田病院図書委員会（以下「委員会」）は、済生会日田病院における図書（雑誌、単行本）、ビデオ等 AV メディアの適正な管理、運用を行い、併せて診療支援、調査研究、教育研究等の各種業務の円滑な遂行を図ることを目的とする。

《活動状況》

1 委員会開催

討議等事項

1) 定期購読の予算について

図書管理規程第6条に基づく令和4年度定期購読予算案の審議。

2) 蔵書点検等について

図書管理規程第8条等に則る蔵書（中央・部局図書）点検、及び除籍対象となる雑誌の廃棄延長希望の有無等確認について、令和4年3月18日（金）を期限に実施。

3) その他

・図書室管理図書（雑誌）の廃棄作業対象 保存期間（発行後5年）を超過（2015年12月までに発行）した雑誌で、保存延長の申し出があったものを除く。
実施 令和3年6月29日（火）に委員、清掃業者協力のもと専門業者が回収、製紙工場で再生化。

2 「図書検索システム」

「探調 TOOL Ver.6」を電子カルテシステム内のグループウェア機能で図書室等の図書、書籍検索等に活用中であるが、システムサポートが令和元年度末に終了。バージョンアップについて、予算の都合上、更新が困難であるとシステム管理室から報告があった（令和3年6月）

3 「図書の新着情報について」

毎月、前月分の図書新着情報をグループウェアに掲載し、周知（継続）。
（令和3年10月22日発行）

4 「図書日より」

図書室の利用や定期購読図書などの案内の他、職員のお勧めの本紹介など。
（令和3年10月22日発行）

5 「図書室の利用向上に向けた取組等」

①「図書購入リクエスト票」に基づく購入募集を行ったところ2件募集があった。募集分については、令和3年5月に購入。（『52ヘルツのクジラたち』、『これだけ！DMAT丸わかり超ガイド』）

②図書室を休憩室として使用可とし、利用者増となった。

3 2) 教育研修委員会

《委員会構成》

委員長 大坪副院長
委員 医師1名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師1名、
理学療法士1名、栄養士1名、
臨床工学技士1名、
診療情報管理士1名、看護師2名、
事務3名

《定例会開催日》

必要に応じて

《目的・役割》

地域医療従事者並びに病院職員の資質向上を目的とした教育・研修計画を作成する。
また教育・研修実施後の評価が適切に行われ、改善が実施されているか確認する。

《活動状況》

病院職員の資質向上に係る研修実績（令和2年度開催分）の確認および令和4年度研修会スケジュールの確認が行われた。

3 3) 災害対策委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
副委員長 大坪副院長、古賀看護部長、
平田事務部長
委員 医師3名、理学療法士1名、
栄養士1名、看護師3名、
医療相談員1名、事務7名

《定例会開催日》

必要に応じて開催。

《目的・役割》

自然災害・人為災害等が発生したときに早急に対策を検討し、対応することを目的とする。

《活動状況》

《令和3年度活動状況》

委員会：計1回（12月）

活動：12月 令和3年度日田市合同防災訓練

※日田市との合同訓練に併せ、病院

災害対策本部においての BCP に基づいた訓練と現場 DMAT との連携確認を行った。

◇DMAT の活動状況

(訓練・研修)

《2021 年》

5 月 22 日 北九州地域 DMAT ブラッシュアップ研修

→ロジ 1 名参加

5 月 29 日 大分 DMAT ロジ部会勉強会

→ロジ 1 名参加

9 月 6 日 日本 DMAT 技能維持研修 (オンライン)

→ロジ 1 名参加

10 月 30 日 大規模津波防災総合訓練 (津久 10

月 30 日見)

→医師 1 名、看護師 2 名、業務調整員 2 名参加

12 月 12 日 日田市合同防災訓練

→医師 2 名、看護師 7 名、ロジ 5 名

12 月 12 日 大分県地域災害医療コーディネーター研修

→医師 2 名

《2022 年》

1 月 8 日～ 9 日 大分 DMAT 研修 2.0

→講師 2 名、受講者 2

名

3 月 12 日 日本 DMAT 技能研修 0.5 (福岡県)

→医師 1 名、調整員 2 名

(実動)

《2021 年》

9 月 20 日 一般道路の車両転落事故

→医師 1 名、看護師 1 名、業務調整員 2 名

《2022 年》

1 月 28 日 車両同士の衝突による挟まれ事故

→医師 1 名、看護師 1 名、事務職員 2 名

2 月 1 日 車両同士の衝突による挟まれ事故

→医師 2 名、看護師 1 名、事務職員 2 名

2 月 4 日 建物火災による救出困難事案

→医師 1 名、看護師 2 名、事務職員 1 名

3 月 3 日 車両事故による挟まれ事故

→医師 1 名、看護師 1 名、事務職員 1 名

3 月 18 日 車両事故による転落事故
→医師 1 名、看護師 2 名、事務職員 2 名

3 4) DPC 委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長

委員 医師 4 名、薬剤師 1 名、
診療放射線技師 1 名、
臨床検査技師 1 名、
診療情報管理士 2 名、
看護師 1 名、
事務 7 名

《定例会開催日》

年 4 回開催

《目的・役割》

本委員会は DPC 対象病院として、院内での標準的な診断及び治療方針への周知徹底を行い、業務運用や適切なコーディング (適切な診断を含めた診断群分類の決定) 並びに請求における体制等の必要な事項について審議することを目的とする。

《活動状況》

第 1 回委員会 (令和 3 年 10 月 29 日開催)

- ・「適切なコーディングに関する事項」
- ・「詳細不明・部位不明コード」・「未コード化傷病名」の割合について
- ・「病院情報の公開」について (病院情報の公表への取組みの評価)

第 2 回委員会 (令和 3 年 11 月 29 日開催)

- ・「適切なコーディングに関する事項」
- ・「詳細不明・部位不明コード」・「未コード化傷病名」の割合について
- ・「後発医薬品使用体制加算」について

第 3 回委員会 (令和 4 年 2 月 25 日開催)

- ・「適切なコーディングに関する事項」
- ・「詳細不明・部位不明コード」・「未コード化傷病名」の割合について
- ・「令和 4 年度診療報酬改定 (機能評価係数)」について

第 4 回委員会 (令和 4 年 3 月 26 日開催)

- ・「適切なコーディングに関する事項」
- ・「詳細不明・部位不明コード」・「未コード化傷病名」の割合について
- ・「令和 4 年度診療報酬改定に関する内容 [DPC 部分]」

3 5) がん診療連携委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
副委員長 尾崎副院長
委員 医師4名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師2名
理学療法士1名、栄養士1名
診療情報管理士1名、看護師4名
医療相談員3名、事務9名

《定例会開催日》

年に1回程度、また必要に応じ開催

《目的・役割》

がん対策基本法に基づく地域がん診療連携拠点病院の指定要件の整備・更新、機能強化事業の実施を目的とする。

《活動状況》

- ・地域がん診療連携拠点病院としての指定期間を更新
- ・がん医療従事者研修会（医師）の実施（7月、12月）
- ・がん医療従事者研修会（診療放射線技師）の実施（3月）
- ・プログラムに準拠した緩和ケア研修会の実施（11月）

36) がん化学療法委員会

《委員会構成》

委員長 岐部外科医長
委員 医師2名、薬剤師2名、
臨床検査技師2名、
診療情報管理士1名、看護師5名、
事務1名、管理栄養士1名

《定例会開催日》

定例委員会は1ヶ月に1回開催

《目的・役割》

済生会日田病院がん化学療法委員会は、院長の諮問機関として、当院におけるがん化学療法の安全と有効性に関して調査審議し、がん化学療法における事故を未然に防ぐとともに、がん化学療法に関する診療活動の円滑化を図ることを目的とする。

《活動状況》

委員会は12回（R3.4/22、5/27、6/24、7/29、8/26、9/30、10/28、11/25、12/23、R4.1/27、2/24、3/24）開催され、下記の諸項目を討議し、委員会での決定事項については議事録に提示した。

（安全性について）

1. 化学療法実施中に発現した有害事象等の報告と検討
2. 化学療法実施中の死亡事例の検討
3. 入院化学療法患者の体重測定の手順についての検討
4. 薬剤部無菌調製室の安全キャビネットの更新

（院内のがん化学療法の円滑化に向けて）

1. 外来化学療法患者問診票の運用(継続)
2. 薬薬連携を目的とした抗がん剤副作用モニタリングシートの運用(継続)
3. 薬剤師による他医療機関との連携(外来化学療法連携充実加算)への対応(継続)
4. 管理栄養士による化学療法を受ける患者への栄養指導の実施
5. 既存レジメンの再検討(投与量、投与速度、投与経路等)
6. 新規レジメンの審査、承認

37) 緩和ケア委員会

《委員会構成》

委員長 仁田麻酔科医長
副委員長 尾崎副院長
委員 看護師6名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
作業療法士1名、管理栄養士1名、
医療相談員1名、公認心理士1名
事務2名

《定例会開催日》

6ヶ月に1回開催、随時開催

《目的・役割》

院内・院外における緩和ケアの提供システムの構築、ケアの実践、教育、啓発を図ることを目的とする。

《活動状況》

1. 痛みサポートチームの活動

1) 病棟ラウンド／カンファレンス（毎週火曜日 15：20～）内容：症状コントロール、在宅支援、意思決定支援、生活のしやすさに関する質問票聴取の提案

○病棟ラウンド時の対応事例（延べ人数）単位：件

	4月	5月	6月	7月	8月	9月
オピオイド使用中	15	13	16	14	16	18
その他	22	10	28	25	22	13
合計	37	23	44	39	38	31

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
オピオイド使用中	18	12	11	7	15	16
その他	22	22	18	8	8	14
合計	40	34	29	15	23	30

病棟ラウンド終了後、ラウンドメンバーで生活のしやすさに関する質問票の内容を確認・報告した

2) チーム専従看護師による訪問看護師との連携

- ①訪問時の状況把握
- ②看護介入のアドバイス
- ③主治医への連絡調整および受診指示

2. その他の活動

1) PEACE 緩和ケア研修会 11/13(土)開催。研修医 8名、看護師 5名、医療相談員 1名の計 14名の参加があった。

2) 生活のしやすさに関する質問票の内容確認、項目を一部修正する。

3) PCU パンフレットと緩和ケア病棟入院の適応をホームページに掲載した。入院適応の内容は、伝わりやすいように文言を一部変更した。

38) がん登録委員会

《委員会構成》

委員長 尾崎副院長（がん登録責任者）
 委員 医師 1名、薬剤師 1名、
 診療放射線技師 1名、
 臨床検査技師 2名、看護師 1名、
 診療情報管理士、事務 2名
 （がん登録実務者）1名、

《定例会開催日》

年 1回、その他は必要に応じて開催する。

《目的・役割》

がん登録の適切な運用と登録情報の管理・活用を図り、関係する必要な事項を審議することを目的とする。

《活動状況》

令和 4年 3月 1日（火）メール開催
 新型コロナウイルス感染状況及び報告主体の次第であること等を考慮して、当年度は委員長の了承を得てメール開催とし、期限とした 3月 14日（月）までに特段の意見・指摘等はなかった。

- ・がん登録を実施するにあたって（関係各部署・担当者へ協力継続の要請）
- ・院内がん登録、全国がん登録の現状報告（2020年症例 328件）
- ・還元データの集計結果（最新年：2019年症例）
- ・予後調査支援事業の結果について（2009年症例 10年予後、2014年症例 5年予後）
- ・予後調査支援事業への継続参加について（2010年症例 10年予後、2015年症例 5年予後）
- ・予後情報付データ提供～施設別の生存率集計報告
- ・がん登録データの活用（QI 研究への継続参加について）
- ・院内がん登録運用マニュアルに対応した整備等について

39) 患者サービス向上委員会

《委員会構成》

委員長 岩橋血液内科部長
 副委員長 古賀看護部長
 委員 薬剤師 1名、診療放射線技師 1名、
 臨床検査技師 1名、
 理学療法士 1名、栄養士 1名、
 臨床工学技士 1名、
 歯科衛生士 1名、看護師 3名、
 診療情報管理士 1名、
 医療相談員 1名、事務 6名

《定例会開催日》

必要に応じて開催

《目的・役割》

各部門の連携・協調を図り患者サービスの向上に資する。

《活動状況》

1. 患者満足度調査

①外来患者満足度調査

期間：令和3年10月18日～10月22日

②入院患者満足度調査

期間：令和3年10月18日～11月1日

③その他調査：がん相談支援センター周知
についての調査

期間：令和3年10月18日～11月1日

40) 透析機器安全管理委員会

《委員会構成》

委員長 藤澤腎臓内科部長

委員 腎臓内科医員1名、
看護師1名、臨床工学技士1名

《定例会開催日》

令和3年6月9日開催

《目的・役割》

透析に関連する装置等の安全性や管理法の
確立、また透析液の清浄度を確保する目的か
らエンドトキシンならびに細菌数を定期的に
採取、測定し本会により評価する。

液質の評価は（社）日本透析医学会学術委
員会が定める「透析液水質基準と血液浄化器
性能評価基準2016」を参考とする。

その他、透析治療に関連する機器の評価、
報告について。

《活動状況》

透析用水、透析液の評価

透析液中に含まれるエンドトキシンならびに
細菌数について測定し、透析用水、透析液の
清浄度を評価した。

・評価項目

透析用水ならびに透析液中の細菌数、エンド
トキシン濃度について

・評価期間

令和2年5月～令和3年4月まで（月1回毎
の測定）

・測定機関（株）リンテック

・評価軸として日本透析医学会が定める
JSDT2016 基準を使用

（透析用水）

細菌数 100CFU/ml 未満、

エンドトキシン 0.05 EU/ml 未満

（標準透析液）

細菌数 100CFU/ml 未満、

エンドトキシン 0.05 EU/ml 未満

（超純水透析液）

細菌数 0.1CFU/ml 未満、

エンドトキシン 0.001 EU/ml 未満

・測定結果

コンソール末端で生菌が検出される事があ
ったが、再測定を行ない問題なし。また、
限外濾過フィルタ後から2ヶ月連続で生菌
検出あり。メーカーに相談し RO 装置の配
管を熱水洗浄を行ない、限外濾過フィルタ
は酸洗浄を行なった。

上記以外は年間を通して透析用水、超純水
透析液の基準値を充たしている。

機器の評価・報告

・トラブル等の報告なし

・災害時の話し合い、訓練は実施できず。次
年度9月頃より2クール目の業務が落ち着
いて実施を検討していくこととする。災害
時の対応マニュアルを作成し、訓練を行っ
て行く。

41) 生活困窮者支援委員会

《委員会構成》

委員長 森山脳神経外科部長

副委員長 平田事務部長

委員 理学療法士1名、看護師1名、
事務3名、医療相談員6名

《定例会開催日》

不定期開催。令和3年度は、令和4年2月24
日（金）15時～開催。

《目的・役割》

生活困窮者の支援を目的とし、健康相談・
保健教育、その他、生活困窮者に対する支援
事業について審議する。

《活動状況》

生活困窮者の支援事業（日田病院、大分県地
域生活定着支援センター、更生保護施設あけ
ぼの寮）の事業進捗状況報告と事業検証とし
て課題を共有し、今後の取り組みについて検
討を行った。

4 2) ボランティア委員会

《委員会構成》

委員長 古賀看護部長
委員 医師1名、理学療法士1名、
看護師1名、医療相談員1名、
事務5名

《定例会開催日》

必要に応じて開催

《目的・役割》

病院ボランティアの受け入れに関する事案、病院ボランティアの活動に関する事案、その他協議が必要な事案について審議をし、利用者の目線に立ったサービスを徹底するためボランティアとの連携・協力を図る。

《活動状況》

6名の登録ボランティアに協力をいただいているが、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、本年度は下記1件のみの活動となった。

- ・12月24日（金）開催「びょういんのざっかやさん」に際し、事前のラッピング作業（2名×1日）およびイベント当日の手伝い（3名×1日）

4 3) 棚卸実施委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
副委員長 平田事務部長
棚卸管理責任者 長谷部用度課長
委員 医師1名、看護師11名、
薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師1名、
理学療法士1名、
臨床工学技士1名、栄養士1名、
歯科衛生士1名、事務10名、
相談員1名

《定例会開催日》

毎年度1～3月の間で2回開催（毎会計年度末に実地棚卸を実施）

《目的・役割》

大分県済生会日田病院における実地棚卸が組織的に実行され、毎会計年度における棚卸資産残高を確定させることを目的とする。

《活動状況》

- ・第1回棚卸実施委員会開催。委員会メンバー、実地棚卸方法（昨年度からの変更なし）と棚卸表の承認。
- ・第2回棚卸実施委員会開催。棚卸実施者、棚卸立会者の承認。棚卸実施方法と実地棚卸日までのスケジュール説明。
- ・令和4年3月31日 実地棚卸の実施。

4 4) 契約検討委員会

《委員会構成》

委員長 西村支部長
副委員長 大坪副院長
委員 事務6名

《定例会開催日》

必要に応じて随時開催

《目的・役割》

大分県済生会に、経理規程第65条に定める契約担当者等の業務の適正の確保とその効率化を図る目的で、契約検討委員会を置く。委員会は、契約検討者が契約書及び仕様書等を作成する際、支部及び施設の現状に即した契約書等の見直し又は、新規事業の開始などについて検討する。

《活動状況》

厳しい経営状況に鑑み、高額医療機器の採算性についての検討、個別の契約内容の検討、随意契約については適正さの確保などを中心に討議した。年間20回開催。

4 5) 病院情報システム管理委員会

《委員会構成》

委員長 林田院長
副委員長 大坪副院長、尾崎副院長
委員 医師17名、薬剤師1名、
診療放射線技師1名、
臨床検査技師1名、
理学療法士1名、栄養士1名、
臨床工学技士1名、
公認心理士1名、看護師13名、
歯科衛生士1名、
診療情報管理士1名、事務12名

《定例会開催日》

毎月第2月曜日

《目的・役割》

1. 院内システムにおけるプログラムやマスタ更新の可否を判断し、収益や給与等に係るデータの真正性を担保する。
2. 各システムの設定変更等により運用の見直しが発生する場合、必要に応じて委員会内で承認・周知を行う。
3. 次期システム更新までの進捗の報告と情報共有

《今後の活動内容》

引き続き、令和4年度の次期システム更新に係る報告を継続。プログラムやマスタの更新時は現行の運用を継続し、都度対応の可否を協議する。

《活動状況》

令和4年度次期システム（電子カルテ・部門システム）更新を行うまでのスケジュールの進捗報告と情報共有を行った。また、プログラムの更新についての対応可否の検討は3件行い、全てのプログラムにおいて承認を得た。

《具体的活動内容》

- ・プログラムの更新可否の確認
→アプリケーションの開発・変更:3件（給与システム1件、医事システム1件、歯科システム1件）
- ・次期システム更新までのスケジュール報告と進捗の確認を行うことで、職員が目標（システム更新）までの過程をイメージして作業を行えるよう努めた。

第1回議題

システム変更申請 兼 作業報告

第2回議題

1.次期システム更新スケジュール進捗 2.病院見学について

第3回議題

1.システム変更申請 兼 作業報告、2. 次期システム更新スケジュール進捗、
3. 部門メーカーデモンストレーションスケジュール

第4回議題

次期システム更新スケジュール進捗

第5回議題

電子カルテ及び部門メーカーの選定について

第6回議題

次期システム更新スケジュール進捗

第7回議題

次期システム更新スケジュール進捗

第8回議題

1.ヒアリングタイムスケジュール、2.コアメンバーの選出について

第9回議題

次期システム更新スケジュール進捗

第10回議題

次期システム更新スケジュール進捗

V

研 究 業 績

著述論文

《救急科》

題名	胸部症状から疑う希少疾患 衝心性脚気
著者	中島竜太
掲載誌	救急医学 第45巻第4号、へるす出版
発行年月	2021年4月

学会発表

《心臓血管内科》

題名	左冠動脈主幹部に対する PCI の 5 年後に遅発性ステント血栓症を起こした 1 例 (口演)		
発表者	日野昭宏、猪口悟一、打和大幹、大坪仁、横山晋二、福本義弘		
学会名	第 31 回日本心血管インターベンション治療学会 九州・沖縄地方会		
開催日	2021年10月1日-2日	会場	北九州国際会議場・WEB会場

題名	左冠動脈下行枝に対し PCI を行った直後にたこつぼ型心筋症を発症した 1 例 (口演)		
発表者	日野昭宏、猪口悟一、打和大幹、大坪仁、横山晋二、福本義弘		
学会名	第 31 回日本心血管インターベンション治療学会 九州・沖縄地方会		
開催日	2021年10月1日-2日	会場	北九州国際会議場・WEB

題名	急性心筋梗塞に合併した急性僧帽弁逆流によりショックをきたした 1 例 (口演)		
発表者	日野昭宏、猪口悟一、打和大幹、大坪仁、横山晋二、福本義弘		
学会名	第 33 回日本心血管インターベンション治療学会 九州・沖縄地方会		
開催日	2022年1月15日	会場	WEB

題名	治療抵抗性の難治性心不全にサクビトリルバルサルタン (エンレスト) が奏功した 1 例 (口演)		
発表者	猪口悟一、打和大幹、日野昭宏、大坪仁、福本義弘 (久留米大学病院)		
学会名	日本内科学会九州支部主催 第 335 回九州地方会		
開催日	2021年11月14日	会場	WEB

≪腎臓内科≫

題名	血液透析患者における ESA 製剤から HIF 阻害薬への切り替え (口演) 効果と安全性の検討		
発表者	藤井麻紀子、藤澤宏亘、中山陽介 (久留米大学病院)、篠塚由梨 (JCHO 久留米総合病院)、深水圭 (久留米大学病院)		
学会名	第 51 回日本腎臓学会西部学術大会		
開催日	2021 年 10 月 15 日 - 16 日	会場	WEB

題名	透析液を腹腔内大量投与し、交通部位を特定し得た横隔膜交通症の 1 例		
発表者	徳重真純、藤澤宏亘、藤井麻紀子、横山新太郎、尾崎邦博、深水圭 (久留米大学病院)		
学会名	第 53 回九州人工透析研究会総会		
開催日	2021 年 11 月 27 日 - 28 日	会場	シーガイア コンベンションセンター

≪外科≫

題名	有害事象をコントロールし、進行乳癌に CDK4/6 阻害剤が奏功した一例 (Web ポスター)		
発表者	尾崎邦博、瀬戸島翔、野田大樹、横山新太郎、岐部史郎、西村寛、林田良三		
学会名	第 29 回日本乳癌学会学術総会		
開催日	2021 年 7 月 1 日 - 3 日	会場	パシフィコ横浜ノース・WEB

題名	EDAC に対して気管ステントを留置した一例 (Web 口演)		
発表者	野田大樹、横山新太郎、瀬戸島翔、岐部史郎、西達矢、尾崎邦博、西村寛、林田良三		
学会名	第 72 回日本気管食道科学会		
開催日	2021 年 11 月 11 日 - 12 日	会場	WEB

題名	腸間膜粘液線維肉腫の再発に化学療法が奏功した一例 (口演)		
発表者	尾崎邦博、岐部史郎、赤木由人		
学会名	第76回日本大腸肛門病学会		
開催日	2021年11月13日-14日	会場	リーガロイヤルホテル広島・WEB

題名	コロナ禍における乳癌診療の現状について (口演)		
発表者	尾崎邦博、野田大樹、横山新太郎、岐部史郎、西村寛、林田良三		
学会名	第26回九州乳癌懇話会		
開催日	2022年2月24日	会場	WEB

題名	後腹膜死亡肉腫に対して集学的治療を施行した一例 (口演)		
発表者	尾崎邦博、瀬戸島翔、野田大樹、横山新太郎、岐部史郎、西村寛、林田良三、赤木由人(久留米大学病院)		
学会名	第58回九州外科学会		
開催日	2022年2月25日-26日	会場	WEB

《整形外科》

題名	大腿骨転子部骨折における深部静脈血栓と予測因子 (口演)		
発表者	西田優甫、森啓介、松尾篤志		
学会名	第141回西日本整形・災害外科学会学術集会		
開催日	2021年5月29日-30日	会場	WEB

《小児科》

題名	非典型的な斜頸で発見された脳腫瘍の2例 (ポスター)		
発表者	大石早織、満尾美穂、中川慎一郎、大園秀一、山下裕史朗		
学会名	第124回日本小児科学会学術集会		
開催日	2021年4月16日-18日	会場	国立京都国際会館・WEB

題名	脳静脈瘻に対し、血管塞栓術として高濃度 N-butyl-2-cyanoacrylate (NBCA) を使用した一新生児例 (ポスター)		
発表者	清松光貴、鍵山慶之、津田恵太郎、前田靖人、高瀬隆太、寺町陽三、籠手田雄介、木下正啓、家村素史、廣畑優、須田憲治		
学会名	第32回JCIC学術集会		
開催日	2022年1月20日-22日	会場	WEB

《放射線科》

題名	nBCA を用いて staged TAE を行った上口唇 AVM の 2 例 (ポスター)		
発表者	澤野美由紀、田上秀一、田中法端、小金丸雅道、久原麻子、久木山智子、安陪等思		
学会名	第 50 回日本 IVR 学会総会		
開催日	2021 年 5 月 20 日 - 21 日	会場	WEB

《救急科》

題名	救急医は地方にこそ必要な社会インフラである～地方病院の限定された環境下で重症新型コロナウイルス感染症を救命した 2 例から (口演)		
発表者	中島竜太		
学会名	第 49 回日本救急医学会総会・学術集会		
開催日	2021 年 11 月 21 日 - 23 日	会場	ベルサール東京日本橋 他

題名	入院管理 (口演)		
発表者	中島竜太		
学会名	大分県の COVID-19 対応討論会 (大分救急医学会主催)		
開催日	2021 年 11 月 14 日	会場	アルメイダ研修会館

題名	全身性炎症反応のモニタリングとしての HRV の有用性 (口演)		
発表者	中島竜太、渡部亨、栗林佳織、柿本紗也、稲垣伸洋、笠岡俊志		
学会名	第 49 回日本集中治療医学会学術集会		
開催日	2022 年 3 月 18 日 - 20 日	会場	アルメイダ研修会館

《歯科口腔外科》

題名	TruMatch Reconstruction システムを用いて下顎骨再建を行った顎口腔腫瘍術後の 1 例 (ポスター)		
発表者	武井雄介、中村芳明、松尾勝久※、安陪由思※、中村守厳※、楠川仁悟※ ※久留米大学医学部歯科口腔医療センター		
学会名	第 66 回公益社団法人日本口腔外科学会総会・学術大会		
開催日	2021 年 11 月 12 日 - 14 日	会場	幕張メッセ国際会議場・WEB

《薬剤部》

題名	タペンタドールの適正使用へ導いてくれた症例 (シンポジウム)		
発表者	尾形美絵		
学会名	第14回日本緩和医療薬学会年会		
開催日	2021年5月13日-16日	会場	WEB

題名	ヒドロモルフォン徐放錠からモルヒネ注へオピオイドスイッチ後の副作用の調査 (ポスター)		
発表者	尾形美絵、羽生智宏、長澤欣弘、瀧内瑛輔、中村慎一郎、田村和彦、新関みどり、 近藤和宏		
学会名	第14回日本緩和医療薬学会年会		
開催日	2021年5月13日-16日	会場	WEB

題名	へき地中核病院におけるヘリコバクタ感染の除菌治療後の除菌判定に関する情報共有システム (ポスター)		
発表者	中村慎一郎、瀧内瑛輔、長澤欣弘、羽生智宏、尾形美絵、近藤和宏、新関みどり、 田村和彦		
学会名	第54回日本薬剤師会学術大会		
開催日	2021年9月19日-20日	会場	WEB

題名	リチウム中毒による腎性尿崩症が疑われた葉酸欠乏性貧血の1症例 (ポスター)		
発表者	田村和彦、近藤和宏、中村慎一郎、瀧内瑛輔、長澤欣弘、尾形美絵、羽生智宏、 新関みどり		
学会名	第31回日本医療薬学会年会		
開催日	2021年10月9日-10日	会場	WEB

題名	当院におけるがん薬物療法に関連したPBPM運用状況調査 (ポスター)		
発表者	羽生智宏、尾形美絵、近藤和宏、中村慎一郎、瀧内瑛輔、長澤欣弘、新関みどり、 田村和彦		
学会名	第31回日本医療薬学会年会		
開催日	2021年10月9日-10日	会場	WEB

題名	エネラプリルによる嘔声が疑われた急性心筋梗塞の一症例 (ポスター)		
発表者	長澤欣弘、近藤和宏、瀧内瑛輔、尾形美絵、中村慎一郎、羽生智宏、新関みどり、田村和彦		
学会名	第31回日本医療薬学会年会		
開催日	2021年10月9日-10日	会場	WEB

題名	アベマシクリブ開始に伴うゾレドロン酸の投与量決定に難渋した乳がん、骨転移患者の1症例 (ポスター)		
発表者	尾形美絵		
学会名	日本臨床腫瘍薬学会 JASPO2022		
開催日	2022年3月12日-13日	会場	仙台国際センター・WEB

《リハビリ部》

題名	予測実績指数チェック表を用いた予後予測とマネジメントが在棟日数短縮と実績指数向上に与えた影響 (口演)		
発表者	梶原丘行		
学会名	九州理学療法士学術大会 2021 from SASEBO		
開催日	2021年10月16日-17日	会場	WEB

《看護部》

題名	直腸癌患者2名の薬物療法中のCVポート局所感染に関する報告～ベバシズマブ・喫煙・CVポート留置部の清潔保持に注目して～ (ポスター)		
発表者	豊福美香		
学会名	第36回日本がん看護学会学術集会		
開催日	2022年2月19日-20日	会場	パシフィコ横浜・WEB

《臨床工学部》

題名	臨床工学技士に望まれる内視鏡機器管理 (口演)		
発表者	國武憲章		
学会名	第31回日本臨床工学会		
開催日	2021年5月22日-23日	会場	熊本城ホール・WEB

講演・講義・研修会開催

≪消化器内科≫

題名	済生会日田病院での取り組み		
発表者	原 洋平		
講演会名	第 452 回日田市医師会学術講演会		
開催日	2021 年 8 月 19 日	会場	ホテルソシア（日田市）

≪外科≫

題名	臨床解剖学 -気管・肺・胸腔-		
発表者	林田 良三		
講演会名	久留米大学医学部医学科第 2 学年「臨床解剖学（前期）」講義		
開催日	2021 年 5 月 31 日	会場	久留米大学医学部

≪薬剤部≫

題名	抗うつ薬の至適用量と双極性うつ病への投与の是非		
発表者	大分大学医学部 精神神経医学講座 教授 寺尾 岳		
講演会名	第 71 回大分県西部ブロック薬剤師研修会		
開催日	2021 年 6 月 8 日	会場	大分県済生会日田病院

題名	レジメン解説 ～XELOX (Cape OX)編～		
発表者	尾形 美絵		
講演会名	第 72 回大分県西部ブロック薬剤師研修会		
開催日	2021 年 11 月 25 日	会場	大分県済生会日田病院

題名	済生会日田病院における顎骨壊死の現状		
発表者	中村 芳明		
講演会名	第 73 回大分県西部ブロック薬剤師研修会		
開催日	2022 年 2 月 25 日	会場	大分県済生会日田病院

≪検査部≫

題名	神経伝導速度検査実習		
発表者	西村悠希子、江藤佳奈		
講演会名	神経伝導速度検査実習（岩尾整形外科病院）		
開催日	2021 年 10 月 13 日	会場	岩尾整形外科病院

《看護部》

題名	高齢者施設における新型コロナウイルス感染症対策について ～クラスター発生時の対応をとおして～（仮）		
発表者	森山由香		
講演会名	高齢者施設向け新型コロナウイルス感染症対策研修（大分県西部保健所主催）		
開催日	2021年10月7日	会場	オンライン

題名	「死について考える」		
発表者	足刈 真由子		
講演会名	日田准看護学院2年生を対象とした講演		
開催日	2022年2月22日	会場	日田准看護学院

《リハビリテーション部》

題名	足と身体つながり		
発表者	諫山昌寿、久恒健、瀧石信介		
講演会名	足もとから健康100年オンライン		
開催日	令和3年6月26日（日）	会場	WEB

題名	当院における新型コロナウイルス患者対応の報告～リハ介入を経験して～・動作観察～脊柱形態からくる動きの違い～		
発表者	諫山昌寿、三木征博、金子武史		
講演会名	令和3年度大分県理学療法士協会 久大ブロック第1回勉強会		
開催日	令和3年8月25日	会場	WEB

題名	『フレイル・サルコペニアをもっと知ろう』～運動実践を通して予防しよう～		
発表者	久恒健		
講演会名	ひた健康運動リーダーの会・にこにこステップ運動リーダーの会		
開催日	令和3年11月8日	会場	パトリア日田小ホール

題名	地域作りによる介護予防推進のための指導者派遣		
発表者	江藤伸宏		
講演会名	地域作りによる介護予防推進		
開催日	2021年11月5日、12日、	会場	有料老人ホーム延寿寮

	19日、26日、2022年1月7日		
--	-------------------	--	--

題名	介護予防事業の展開方法～住民のやる気を引き出す5minプレゼンを作ろう～		
発表者	久恒健		
講演会名	介護予防推進リーダー導入研修		
開催日	2021年11月28日	会場	WEB

がん診療拠点病院におけるがん医療従事者研修会

《診療放射線技師》

題名	1. 骨転移を有する去勢抵抗性前立腺癌における画像診断の活用法 2. 骨転移を有する去勢抵抗性前立腺癌におけるゾーフィゴの使用意義		
講師	1. 東京医科大学 放射線医学分野 教授 吉村 真奈 2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 教授 上村 博司		
開催日	令和4年3月10日	会場	WEB

第74回済生会学会（誌上・オンデマンド配信、2022年3月1日～3月31日）

《医師》

題名	嚔原性癌（branchiogenic carcinoma）に対するSLO
発表者	西田敬、堀内新司

題名	閉経後の子宮筋腫
発表者	堀内新司、西田敬

《臨床検査技師》

題名	LD（乳酸脱水素酵素）JSCCからIFCC移行への基礎検討～乖離検体の分析から分かったこと～
----	--

発 表 者	日野祐介、石井望、山田隆司、穴井哲也
-------	--------------------

《理学療法士》

題 名	回復期リハビリテーション病棟における実績指数向上に対する取り組み – 予測実績指数チェック表の活用 –
発 表 者	梶原丘行

《看護師》

題 名	定期多職種カンファレンスの内容分析で見えてきたテーマの優先順位と今後の課題～がん薬物療法を受ける患者のカンファレンスの可視化を通して～
発 表 者	豊福美香、羽生智宏、和田朱美

実習・研修受け入れ

部署・受入人数		受入元・実習者	期 間
薬剤部	1人	福岡大学薬学部薬学科	令和3年5月24日～同年8月6日
画像診断部	1人	日本文理大学	令和3年5月10日～同年7月16日
リハビリ	4人	藤華医療技術専門学校 (理学療法部門)	令和3年5月～同年7月 (8週間)
		大分大学 (理学療法部門)	令和3年5月～同年7月 (8週間)
		藤華医療技術専門学校 (作業療法部門)	令和4年1月 (2週間)
		福岡リハビリテーション専門学校 (作業療法部門)	令和4年2月 (2週間)
看護部	216人	昭和学園高等学校看護学科 (各論実習) 5年次	令和3年6月7日～同年11月12日
		昭和学園高等学校看護学科 (統合実習) 5年次	令和3年10月18日～同年11月12日
		昭和学園高等学校看護学科 (追加実習) 5年次	令和3年11月15日～同年11月19日
		昭和学園高等学校看護学科 (追加実習〔外来〕) 5年次	令和3年11月16日
		昭和学園高等学校看護学科 (基礎看護実習) 4年次	令和4年1月31日～同年2月25日
		昭和学園高等学校看護学科 (基礎課程) 3年次	令和3年7月27日～同年8月5日
		昭和学園高等学校看護学科 (基礎課程) 2年次	令和3年10月 (コロナ感染拡大にてオリエンテーションのみ実施)
		昭和学園高等学校看護学科 看護力再開発講習会	令和3年6月24日
		昭和学園高等学校看護学科 看護力再開発講習会	令和3年7月8日
救急科	17人	日田玖珠広域消防組合消防本部 (就業前実習) 救急救命士	令和3年5月31日～同年7月19日
		日田玖珠広域消防組合消防本部 (再教育) 救急救命士	令和3年10月25日～令和4年2月9日 (うち、3日間ずつ)

「朝霧」のタイトルについて

当院開設に多大にご尽力いただいた石松安次日田市長（当時）から
「朝は希望を、霧は日田盆地を表し、輝く未来をイメージし」題名をつけていただく
ともにお書きいただいたものです。



社会福祉法人 豊後済生会支部
大分県済生会日田病院

※無断転載・頒布禁止