

朝霧

令和6年度年報



社会福祉法 財團 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113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83、診療所20、救護施設1、介護医療院3、介護老人保健施設28、さらに老人福祉施設116、訪問看護ステーション67、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31、地域生活定着支援センター5、その他9、合計40施設を有している。

職員数は全国で約6万7千人

（令和6年4月1日現在）

「済生勅語」
（ちゆうきんご）

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
 其ノ歸向ヲ察ラムトス政ヲ
 爲ス者宜ク深ク此ニ鑒ミ
 倍々憂勤シテ業ヲ勸メ
 教ヲ教クシ以テ健全ノ發
 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
 能ハサルハ朕カ最軫念シテ
 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カ
 意ヲ體シ宜キニ随ヒ之ヲ
 措置シ永ク衆庶ヲシテ
 頼ル所アラシムムコトヲ期セヨ



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 いかにとぞと

あさ夕かかる わがころかな

目次

病院の概要.....	3
1) 沿革.....	4
2) 概要.....	7
3) 教育関連施設と学会認定施設.....	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7年3月31日現在）.....	13
8) 組織図.....	15
9) 委員会一覧.....	16
10) 役職員.....	18
診療統計.....	19
(1) 診療統計.....	20
各部報告.....	24
1) 医療技術部.....	25
(1) 薬剤部.....	25
(2) 画像診断部.....	27
(3) 検査部.....	30
(4) リハビリテーション部.....	33
(5) 栄養部.....	35
(6) 臨床工学部.....	36
(7) 口腔衛生技術部.....	37
2) 看護部.....	40
3) 診療部.....	55
(1) 臨床研修室.....	55
4) 医療情報部.....	56
(1) 診療情報管理室.....	56
(2) システム管理室.....	58
5) 地域医療福祉部.....	60
(1) 地域医療室.....	60

(2) 医療社会事業室	62
(3) がん相談支援センター	66
(4) 大分県地域生活定着支援センター	67
(5) 済生会まほろば訪問看護ステーション	72
6) 医療安全管理部	75
(1) 医療安全管理室	75
7) 感染管理対策室	78
8) 事務部	80
(1) 総務課	80
(2) 経理課	82
(3) 用度課	84
(4) 医事課	86
委員会報告	88
研究業績	125
実習・研修受け入れ	135
広報誌	137



1

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、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

平成	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
	元年	4月	建築工事着工
	2年	8月	建築工事完了
	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 3rd G : 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	7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。
	4年	4月	日本医療機能評価機構 3rd G : Ver.2.0 認定 (リハビリテーション病院(副機能)を含む)
	5年	4月	まほろば訪問看護ステーション開設
	6年	4月	地域がん診療連携拠点病院から地域がん診療病院へ指定を変更
	6年	4月	基幹型臨床研修病院の指定を辞退(協力型は継続)



▲ 済生会日田病院全景

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^{恩賜財団}済生会支部大分県済生会

管理者

院長 林田 良三

敷地面積

21,026.41 m²

建築延面積

14,456.31 m²

※本館 12,576.33 m²

※緩和ケア病棟 1,879.98 m²

病床数(令和 7 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

行政機関の指定

- ・ 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)
- ・ 協力型臨床研修病院
- ・ 地域がん診療病院
- ・ 地域医療支援病院(平成 25 年 6 月 10 日)
- ・ 第一種、第二種医療措置協定(令和 6 年 5 月 8 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・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・パノラマセファロ撮影装置・心臓血管造影装置・経皮の心肺補助装置・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7.9万人(令和2年度国勢調査より)である。本圏域内の医療施設は以下のとおりである

救急告示病院は当院を含め4施設

- ・日田市 (病院17、診療所42、歯科診療所27)
- ・玖珠町 (病院3、診療所11、歯科診療所8)
- ・九重町 (病院0、診療所5、歯科診療所3)

3) 教育関連施設と学会認定施設

教育関連病院

- ・久留米大学医学部 教育関連病院
- ・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)

学会認定施設

- ・日本内科学会認定教育関連病院
- ・日本顎関節学会顎関節症専門医研修施設
- ・日本乳癌学会認定・関連施設
- ・日本臨床腫瘍学会認定研修施設
- ・日本腎臓学会認定教育施設
- ・日本循環器学会認定循環器専門医研修関連施設
- ・日本透析医学会教育関連施設
- ・日本外科学会専門医制度修練施設
- ・日本呼吸器外科学会専門医制度関連施設
- ・日本乳癌学会認定医・専門医研修施設
- ・日本麻酔学会麻酔認定病院
- ・日本大腸肛門病学会認定施設
- ・日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
- ・日本がん治療認定医機構認定研修施設
- ・日本整形外科学会研修施設
- ・日本病理学会研修登録施設
- ・日本臨床腫瘍学会認定研修施設
- ・日本消化器外科学会専門医制度指定修練施設
- ・日本口腔外科学会認定研修施設
- ・日本臨床細胞学会施設

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

医療 DX 推進体制整備加算

地域歯科診療支援病院歯科初診料

歯科外来診療医療安全対策加算 2

歯科外来診療感染対策加算 2

歯科外来診療感染対策加算 4

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 2

医師事務作業補助体制加算 1(25 対 1)

急性期看護補助体制加算(50 対 1)

(看護補助体制充実加算 2)

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

感染対策向上加算 1(指導強化加算)

患者サポート体制充実加算

報告書管理体制加算

後発医薬品使用体制加算 1

バイオ後続品使用体制加算

病棟薬剤業務実施加算 1

病棟薬剤業務実施加算 2

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

地域包括ケア病棟入院料 1

緩和ケア病棟入院料 2

短期滞在手術基本料 1

特掲診療料

入院時食事療養(Ⅰ)

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

二次性骨折予防継続管理料 1.2.3

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 1

外来放射線照射診療料

外来腫瘍化学療法診療料 1

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

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

歯科治療時医療管理料

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 核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)

検体検査管理加算(Ⅳ)

ヘッドアップティルト試験

画像診断管理加算 2

CT 撮影および MRI 撮影	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)(センチネルリンパ節生検(併用))
冠動脈 CT 撮影加算	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)(センチネルリンパ節生検(単独))
心臓 MRI 撮影加算	ゲル充填人口乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
乳房 MRI 撮影加算	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)
小児鎮静下 MRI 撮影加算	大動脈バルーンパンピング法(IABP 法)
外来化学療法加算 1	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
無菌製剤処理料	医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 16 に掲げる手術
心大血管疾患リハビリテーション料(1)	輸血管管理料 II
脳血管疾患等リハビリテーション料(1)	人工肛門・人口膀胱増設術前処置加算
運動器リハビリテーション料(1)	胃瘻造設時嚥下機能評価加算
呼吸器リハビリテーション料(1)	麻酔管理料(1)
がん患者リハビリテーション料	クラウン・ブリッジ維持管理料
歯科口腔リハビリテーション料 2	看護処遇改善評価料(50)
人工腎臓	外来・在宅ベースアップ評価料(I)
導入期加算 1	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	入院ベースアップ評価料(63)
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。)	
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	
緊急穿頭血腫除去術	
脊髄刺激装置埋込術及び脊髄刺激装置交換術	

在宅指導等

在宅酸素療法実施 (平成 2 年 12 月 1 日～)	在宅悪性腫瘍患者指導管理実施 (平成 5 年 7 月 1 日～)
在宅自己導尿実施 (平成 3 年 4 月 1 日～)	在宅中心静脈栄養法指導管理実施 (平成 6 年 4 月 1 日～)
在宅成分栄養経管栄養法実施 (平成 4 年 4 月 1 日～)	
在宅自己疼痛管理指導管理実施 (平成 4 年 5 月 1 日～)	

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、平成 2 年 10 月 2 日～)	小児慢性特定疾患治療研究事業委託契約 (大分県知事、平成 3 年 10 月 26 日～)
特定疾患治療研究事業委託契約 (大分県知事、平成 2 年 10 月 17 日～)	三歳児精密健康診査委託契約 (大分県知事、平成 3 年 2 月 1 日～)

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、平成3年4月1日～)
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、平成3年4月1日～)
小児慢性特定疾患治療研究事業委託契約
(福岡県知事、平成7年1月25日～)
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、平成8年1月14日～)
特定疾患治療研究事業委託契約
(熊本県知事、平成3年9月4日～)

小児慢性特定疾患治療研究事業委託契約
(熊本県知事、平成4年11月16日～)
結核管理検診・家族検診委託契約
(玖珠保健所長、平成4年11月16日～)
(玖珠保健所長、平成5年3月17日～変更)
(日田保健所長、平成5年4月1日～)
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、平成5年9月1日～)
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、平成5年12月8日～)
原子爆弾被爆者の健康診断委託契約
(大分県知事、平成8年10月1日～)

5) 勤務体制と救急体制

勤務時間

8：06～17：00/8：30～17：24

労働時間

(週休2日制)週39時間30分

交代勤務

2交代制勤務(看護師)

日勤 8：06～17：00 夜勤 16：06～9：24

救急体制

二次救急(共同利用型病院・24時間、36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

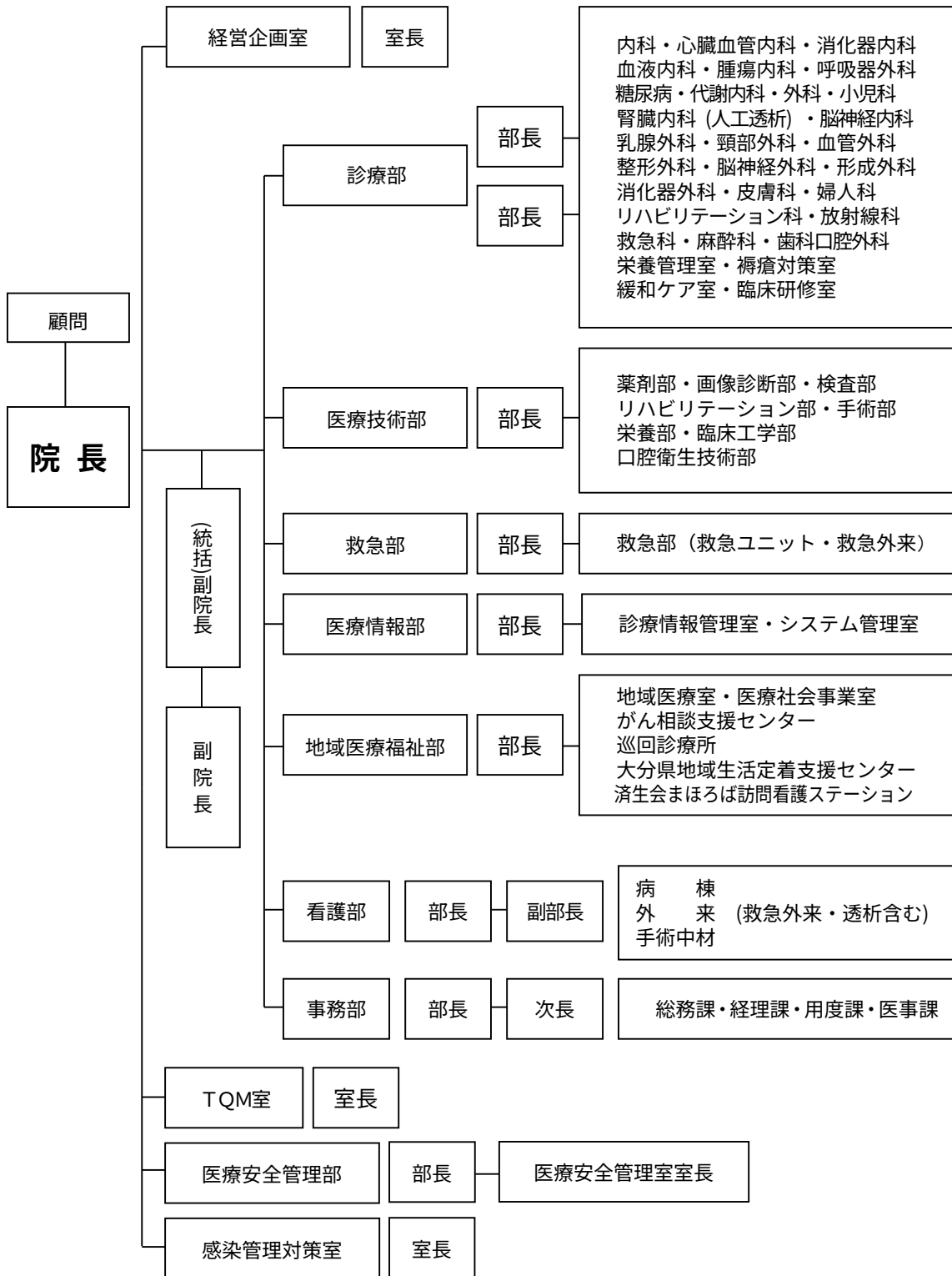
- ・昭和学園高等学校看護学科(平成4年3月～)
- ・大分県立看護科学大学(平成13年6月～)
- ・日田市医師会立日田准看護学院(平成15年1月～)

7) 職員配置状況 (令和7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	院長	1	1					/
	副院長	2	2					
	医師	25	20	5				
	歯科医師	2	2					
医 師 (計)		30	25	5	0	0		
事 務 部	事務部長	1	1					
	事務次長	2	2					
	総務課	16	3	3	3	4	3	
	メディカルクラーク	8		3		5		
	経理課	3		2		1		
	用度課	5	3		1		1	
	医事課(一般職)	21	5	3	1	10	1 1	
	医事課(技労職)	1	1					
システム管理室	2	2						
事務部 (計)		59	17	11	5	20	1 5	
医療社会事業室 (医療相談員)		7	2	5	0	0	0 0	
あけぼの寮		2	2	0	0	0	0 0	
定 着	相談員	7	3	4				
	事 務	1					1	
定着支援センター		8	3	4	0	0	0 1	
大分県済生会支部事務局		1	0	1	0	0	0 0	
診療情報管理室		3	1	0	2	0	0 0	
薬 剤	薬 剤 師	9	4	3	1		1	
	事 務	3				3		
薬剤部 (計)		12	4	3	1	3	0 1	
画 像	放射線技師	11	7	4				
	事 務	1				1		
画像診断部 (計)		12	7	4	0	1	0 0	
検 査	検査技師	12	5	7				
	事 務	1					1	
検査部 (計)		13	5	7	0	0	0 1	
理 学	理学療法士	20	14	6				
	作業療法士	15	8	7				
	言語聴覚士	3	2	1				
	事 務	1				1		
リハビリ部 (計)		39	24	14	0	1	0 0	
栄 養	管理栄養士	5		4			1	
	栄養士	2				2		
	調理師	9		3		5	1	
	調理員	2					2	
栄養部 (計)		18	0	7	0	7	0 4	
臨床工学部		7	5	2	0	0	0 0	
歯 科	歯科衛生士	3		3				
	准看護師	1		1				
口腔衛生技術部 (計)		4	0	4	0	0	0 0	
公認心理師		1	0	1	0	0	0 0	
ま ほ ろ ば	看護師	4		3		1		
	理学療法士	2	2					
	事 務	1				1		
まほろば (計)		7	2	3	0	2	0 0	

		看護師						介護福祉士		看護助手				クラーク				
		正職員		臨時職員		非常勤・パート		正職員		臨時職員		非常勤・パート		臨時職員		非常勤・パート		
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
看護部	看護部長室	13		8		4		1										
	休職中	4		4							0							
	外来	22		10		3		7							1			1
	救急外来	2	1	1														
	透析室	7	0	4		2		1										
	手術部	12	2	8		1					1							
	HCU	11	4	7														
	救急病棟	21	2	15		1		1			1				1			
	3北病棟	19	0	12		2		2			1	1			1			
	3南病棟	19	2	10						3	2	2		1	1			
	4北病棟	33	9	16		3		2			2				1			
	4南病棟	40	8	27				2			2				1			
1階東病棟	14		13							1				0				
看護部(計)	217	28	135	0	16	0	16	0	3	1	10	0	1	0	6	0	1	
総計(人数)	440	正職員				臨時職員				非常勤・パート								
				男	女			男	女			男	女					
		小計(実数)		334	125	209	小計(実数)		75	9	66	小計(実数)		31	1	30		

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	治験委員会	※北部九州済生会共同治験審査委員会による
8	医療機器等整備委員会	年1回
9	電算委員会	必要に応じて
10	救急委員会	年1回程度、また必要時に適宜
11	ACLS 部会	年12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	診療材料・SPD 委員会	必要に応じて
15	広報委員会	必要に応じて
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(案件持ち回り決済を行う)
31	図書委員会	年1回
32	教育研修委員会	必要に応じて
33	災害対策委員会	不定期開催
34	DPC 委員会	年4回
35	がん診療連携委員会	年1回、また必要時に適宜

36	がん化学療法委員会	年 12 回
37	緩和ケア委員会	年 2 回、また必要時に適宜
38	がん登録委員会	年 1 回、また必要時に適宜
39	患者サービス向上委員会	必要に応じて
40	透析機器安全管理委員会	年 1 回
41	生活困窮者支援委員会	不定期開催
42	ボランティア委員会	必要に応じて
43	棚卸実施委員会	年 2 回
44	契約検討委員会	必要に応じて
45	病院情報システム管理委員会	年 12 回
46	病院機能評価準備委員会	必要に応じて
47	在宅医療検討委員会	必要に応じて
48	医療勤務環境マネジメント委員会	改正医療法、施設基準
49	DMAT 委員会	年 6 回
50	FLS 委員会	年 12 回
51	地域医療支援病院運営委員会	年 4 回

10) 役職員

■ 大分県済生会

(令和7年3月31日)

役職名	氏名	就任月日	備考
支部会長	尾野 賢治	令和6年8月29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	林田 良三	令和6年8月29日	済生会日田病院長
支部常務理事	大坪 仁	令和6年11月28日	済生会日田病院副院長
支部理事	藤田 文彦	令和5年5月18日	久留米大学医学部外科学講座 主任教授
	大河原 建也	令和6年8月29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
	膳所 和彦	平成28年4月1日	日田市医師会議長
	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
支部監事	十時 康裕	令和4年4月1日	日田商工会議所会頭
	尾崎 邦博	令和7年1月30日	済生会日田病院副院長
	藤井 治	平成26年4月1日	日田市スポーツ協会理事長
	森 正憲	平成17年1月13日	税理士法人咸宜代表社員

■ 済生会日田病院

(令和7年3月31日)

役職名	氏名	就任月日	備考
院長	林田 良三	平成28年4月1日	
副院長	大坪 仁	平成20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7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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0
小児科	162	180	193	212	245	188	229	296	341	237	211	244	2,738	4.7%	11.3
外科	811	800	845	795	780	815	892	805	884	747	691	721	9,586	16.4%	39.4
脳神経外科	153	157	133	147	135	144	154	129	142	125	126	153	1,698	2.9%	7.0
整形外科	479	495	499	543	534	457	493	424	463	512	463	517	5,879	10.1%	24.2
婦人科	201	196	198	161	162	205	150	209	173	152	133	175	2,115	3.6%	8.7
放射線科	189	241	208	231	165	98	99	104	89	128	103	101	1,756	3.0%	7.2
麻酔科	8	11	6	4	5	8	6	11	10	10	4	7	90	0.2%	0.4
消化器内科	257	295	273	294	309	309	343	320	348	299	266	291	3,604	6.2%	14.8
心臓血管内科	650	815	732	864	694	728	758	728	867	854	679	825	9,194	15.8%	37.8
形成外科	64	79	74	73	62	68	85	64	73	46	52	66	806	1.4%	3.3
皮膚科	93	96	84	98	85	77	97	73	82	88	70	66	1,009	1.7%	4.2
腎臓内科	627	640	583	678	609	617	664	636	671	683	603	636	7,647	13.1%	31.5
血液内科	58	43	39	56	36	47	48	38	38	31	41	48	523	0.9%	2.2
糖尿病・代謝内科	316	314	316	368	341	318	426	314	359	361	315	355	4,103	7.0%	16.9
血管外科	71	100	64	86	66	93	110	79	94	69	84	72	988	1.7%	4.1
脳神経内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	28	42	39	20	22	21	14	16	18	12	7	1	240	0.4%	1.0
歯科口腔外科	515	492	523	521	544	545	611	531	557	481	466	517	6,303	10.8%	25.9
巡回診療	10	12	7	6	6	6	10	7	6	6	6	6	88	0.2%	0.4
計	4,692	5,008	4,816	5,157	4,800	4,744	5,189	4,784	5,215	4,841	4,320	4,801	58,367	100.0%	240.2

2. 診療科別入院患者延数 (退院患者含む)

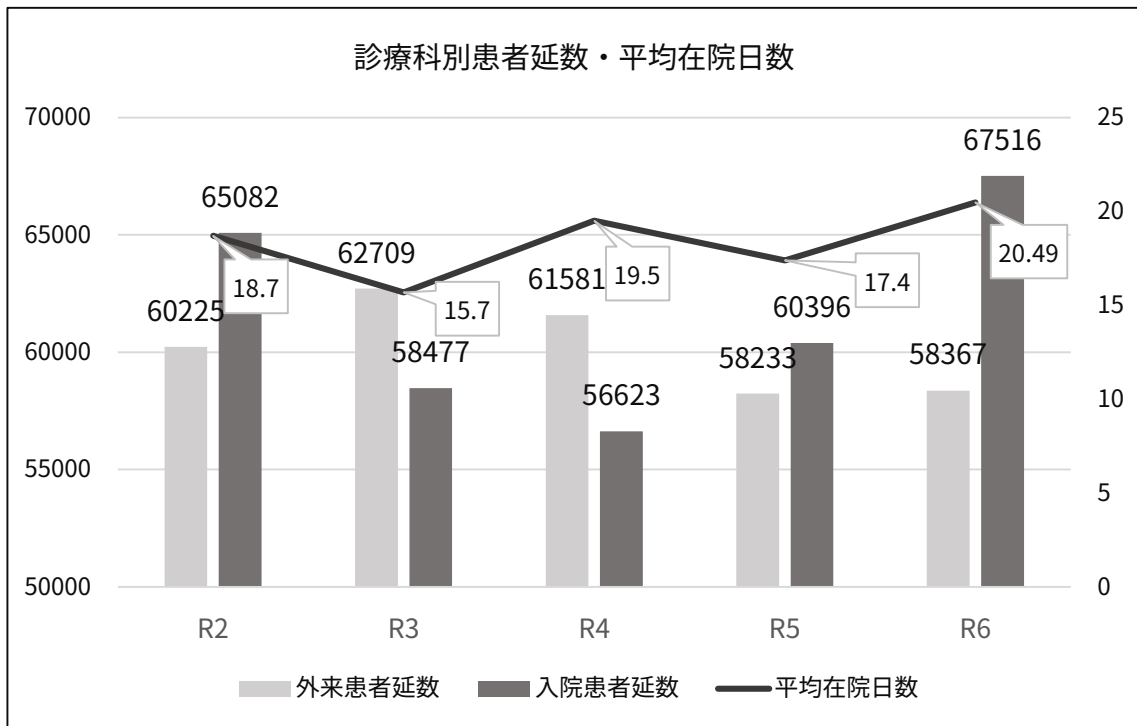
(単位：人)

	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	2	10	3	4	6	5	6	4	14	7	8	13	82	0.1%	0.2
小児科	14	40	23	47	25	28	47	32	56	20	27	38	397	0.6%	1.1
外科	1,038	832	853	1,045	1,060	829	987	914	927	1,007	1,026	1,423	11,941	17.7%	32.7
脳外科	481	564	488	379	242	268	273	306	389	427	347	588	4,752	7.0%	13.0
整形外科	1,623	1,818	2,021	2,116	1,864	1,590	1,637	1,897	1,823	1,793	1,585	1,713	21,480	31.8%	58.8
婦人科	58	63	6	13	5	0	8	7	4	2	4	40	210	0.3%	0.6
放射線科	28	76	52	210	108	23	112	106	116	34	69	160	1,094	1.6%	3.0
麻酔科	95	79	63	49	42	65	85	85	130	139	112	111	1,055	1.6%	2.9
消化器内科	338	351	225	296	410	397	384	320	402	283	261	359	4,026	6.0%	11.0
心臓血管内科	1,084	1,049	908	984	1,145	940	994	1,195	1,040	1,466	1,316	1,140	13,261	19.6%	36.3
形成外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0
腎臓内科	406	436	485	435	542	540	549	593	466	386	560	464	5,862	8.7%	16.1
血液内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0
糖尿病・代謝内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0
血管外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0
脳神経内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	366	209	191	276	336	169	131	169	265	338	280	81	2,811	4.2%	7.7
歯科口腔外科	20	37	55	51	43	68	21	39	46	17	58	90	545	0.8%	1.5
計	5,553	5,564	5,373	5,905	5,828	4,922	5,234	5,667	5,678	5,919	5,653	6,220	67,516	100.0%	185.0

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	2.00	2.00	1.33	1.50	2.50	3.00	1.00	2.36	1.33	2.00	2.00	1.92
小児科	2.00	5.23	3.09	2.62	3.17	4.18	3.89	2.56	5.22	3.00	3.50	4.13	3.55
外科	18.19	14.66	15.65	16.30	22.29	16.10	15.68	13.44	14.73	14.33	20.00	22.91	17.02
脳神経外科	47.20	52.67	37.84	35.05	27.06	30.71	35.33	33.00	59.23	43.68	68.40	72.75	45.24
整形外科	42.45	48.77	40.29	56.77	44.34	43.72	31.47	62.23	39.80	38.82	40.68	44.72	44.50
婦人科	3.83	5.68	1.20	2.00	2.00		3.00	1.14	3.00	1.00	1.00	12.67	3.32
放射線科	5.33	15.78	8.91	51.50	17.17	6.67	17.67	16.83	11.37	3.38	16.50	16.11	15.60
麻酔科	22.50	16.44	16.86	23.00	82.00	64.00	33.20	23.14	128.00	54.40	73.33	20.80	46.47
消化器内科	14.09	13.79	11.77	13.24	15.28	13.59	13.40	15.28	15.46	11.02	14.41	18.38	14.14
心臓血管内科	15.83	18.43	18.50	15.25	14.97	16.16	15.86	13.91	16.07	17.08	20.41	16.24	16.56
腎臓内科	25.42	14.50	17.69	19.71	15.75	22.98	21.51	21.69	20.09	17.38	34.38	20.19	20.94
救急科	14.21	10.49	10.81	11.82	14.60	18.71	6.16	8.11	14.76	17.30	19.00	10.57	13.04
歯科口腔外科	1.86	3.11	5.11	3.25	3.78	6.94	1.87	2.08	2.29	2.89	4.80	5.00	3.58
全体	20.32	20.19	20.81	20.83	20.35	20.83	18.05	18.89	19.71	19.42	23.91	22.56	20.49



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	94.0	93.2	96.0	100.0	99.2	90.4	88.1	99.2	99.2	100.2	102.5	101.6	97.0
3階南病棟	98.3	99.5	99.5	99.9	97.4	91.6	87.9	100.0	99.5	99.2	101.6	99.1	97.8
4階北病棟	88.4	83.1	82.9	91.9	92.9	84.2	82.3	89.0	85.4	90.5	94.9	96.3	88.5
4階南病棟	89.9	84.8	86.9	92.2	90.9	72.9	76.6	91.6	82.3	88.7	95.6	95.2	87.3
救急病棟	68.9	70.1	63.3	81.5	80.2	65.3	72.0	72.4	74.6	81.5	96.2	91.8	76.5
HCU	77.1	80.2	70.4	85.1	81.5	70.4	60.9	69.6	77.0	75.8	86.2	83.9	76.5
PCU	80.7	71.2	69.1	62.9	52.1	42.1	73.0	74.3	78.3	85.5	98.5	96.5	73.7
全体	88.8	85.9	85.8	91.5	89.9	78.7	80.5	90.0	87.5	91.5	97.4	96.5	88.7

5. 診療科別手術件数 (手術室統計)

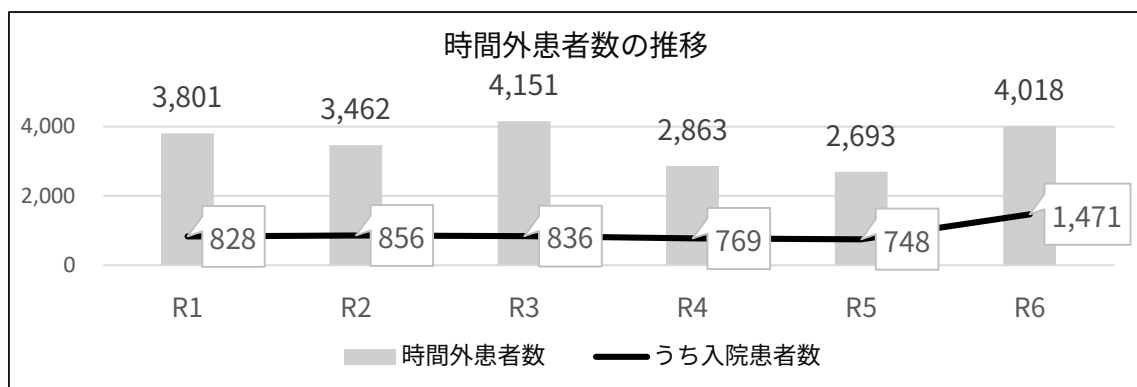
(単位：件)

	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	17	21	21	28	21	20	21	27	28	26	30	24	284	40	14.1%	277	97.5%
整形外科	31	31	35	26	35	27	37	26	20	24	28	28	348	66	19.0%	198	56.9%
婦人科	9	6	0	2	0	0	0	3	0	1	1	2	24	0	0.0%	17	70.8%
脳神経外科	5	4	1	3	0	2	2	2	2	2	0	0	23	11	47.8%	6	26.1%
形成外科	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0.0%	1	0.0%
歯科口腔外科	5	7	5	10	6	6	5	6	9	5	5	8	77	0	0.0%	76	98.7%
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0.0%
心血管内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0.0%
救急科	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	100.0%	1	0.0%
腎臓内科	6	4	8	2	3	2	3	1	4	6	5	6	50	5	10.0%	1	2.0%
血管外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0.0%
麻酔科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0.0%
計	73	73	70	72	66	57	68	66	64	64	69	68	810	123	15.2%	577	71.2%

6. 診療科別時間外患者数

(単位：人)

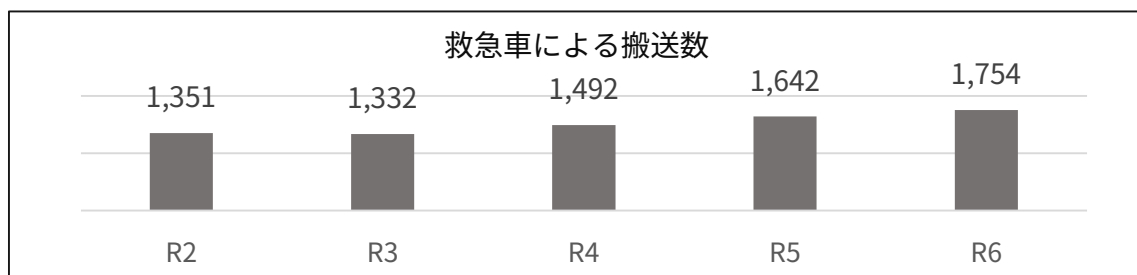
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計 (うち入院)
救急内科	153 (57)	158 (55)	157 (48)	200 (58)	216 (89)	150 (55)	147 (61)	155 (75)	229 (66)	262 (71)	147 (56)	167 (67)	2,141 (758)
救急外科	110 (36)	115 (28)	137 (44)	124 (44)	116 (29)	116 (31)	106 (45)	105 (34)	117 (40)	112 (42)	78 (24)	105 (38)	1,341 (435)
救急小児科	13 (2)	8 (2)	19 (3)	20 (6)	10 (0)	16 (2)	14 (2)	11 (2)	24 (3)	16 (2)	13 (1)	17 (3)	181 (28)
救急科	49 (33)	45 (28)	26 (15)	40 (24)	30 (23)	19 (10)	28 (24)	25 (18)	26 (20)	23 (18)	19 (17)	12 (10)	342 (240)
感染症外来	1 (1)	1 (1)	0 (0)	5 (4)	3 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	1 (0)	13 (10)
計	326 (129)	327 (114)	339 (110)	389 (136)	375 (143)	301 (98)	295 (132)	296 (129)	397 (130)	414 (134)	257 (98)	302 (118)	4,018 (1,471)



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	
消防日田組合	日田	91	90	94	102	119	80	77	92	113	113	75	90	1,136
	天ヶ瀬 (出張所)	10	4	0	4	5	4	6	1	2	4	2	2	44
	大山 (出張所)	8	5	3	1	2	0	4	3	4	2	1	4	37
消防本城	玖珠	18	29	20	36	19	25	30	30	30	26	22	18	303
	九重 (出張所)	9	4	3	7	3	5	0	6	2	4	5	7	55
消防中津	中津市	4	7	4	4	3	3	4	2	4	5	4	1	45
	耶馬溪 (分署)	4	3	1	6	4	5	7	4	2	0	3	1	40
消防由布	由布市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	湯布院 (出張所)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
甘木・朝倉	4	3	0	4	6	5	9	4	5	9	1	5	55	
浮羽	2	3	1	0	2	0	2	2	2	2	1	1	18	
阿蘇広域	0	0	4	2	4	0	1	3	2	2	0	0	18	
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
計	150	148	130	166	167	127	140	148	166	168	115	129	1,754	



8. 地域別患者統計 (令和6年4月～令和7年3月)

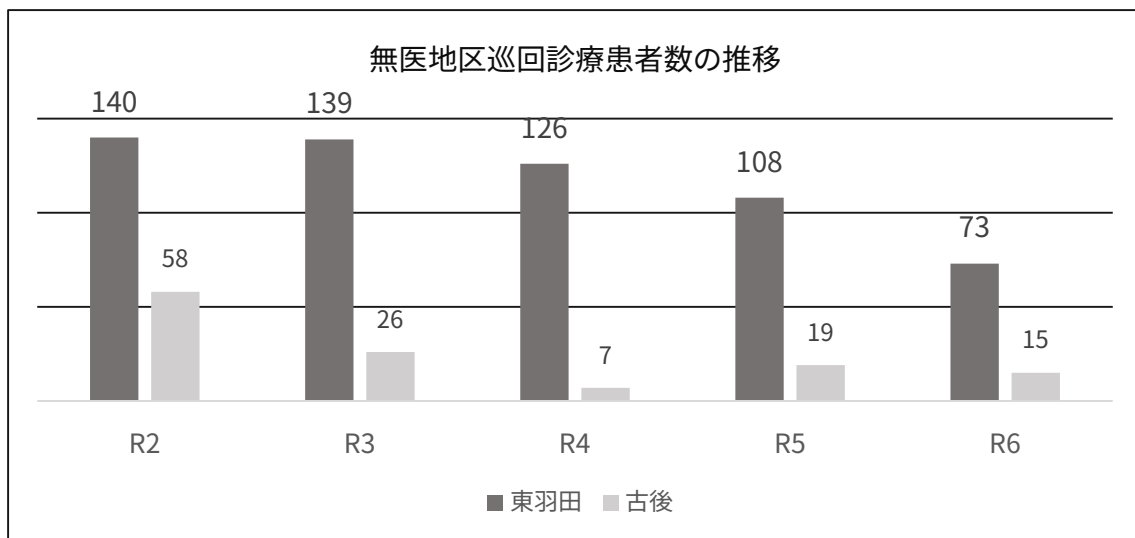
(単位：人)

地域名	外来患者数	構成比率	入院患者数	構成比率
日田市	45,648	78.3%	44,032	68.4%
玖珠町	4,732	8.1%	8,058	12.5%
九重町	1,893	3.2%	3,670	5.7%
中津市	1,974	3.4%	3,998	6.2%
福岡県	2,402	4.1%	2,695	4.2%
熊本県	546	0.9%	898	1.4%
その他	1,103	1.9%	1,023	1.6%
総計	58,298	100.0%	64,374	100.0%

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	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	73	24	3.0
玖珠町 古後	4	5	1	0	0	0	4	1	0	0	0	0	15	12	1.3
計 (2地区)	10	12	7	6	6	6	10	7	6	6	6	6	88	36	2.4



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 (パート1名含む)
事務員	3名

目的・役割
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。

活動実績
<ul style="list-style-type: none">・ 薬剤管理指導料は令和 5 年度 2,412 件(201 件/月)に対し、令和 6 年度 2,954 件(246.2 件/月)に増加した。・ 抗菌薬適正使用体制加算の算定(令和 6 年度の AWaRe 分類における Access 比率：44.2%、令和 6 年度下半期での 70%タイル値≒加算対象となる全国上位 30%にあたる施設値は 32.5%)・ 要件の緩和に伴い、薬剤総合評価調整加算：18 件/年(令和 5 年度 1 件/年)へ増加し、薬剤調整加算：2 件/年(新設)算定した。

今後の課題
<ul style="list-style-type: none">・ 薬剤部外(病棟や外来等)での業務時間を増やし、対人業務を拡充させる。併せて医薬品に関する業務のタスクシフト・シェアも推進し、医師・看護師の業務負担を軽減させる。 →外来に薬剤師を配置し、「がん薬物療法体制充実加算」の算定を開始する。・ 時間外業務の削減・ 薬剤師の確保・ 人材育成の推進 (積極的な研修会や学会への参加ならびに発表)

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
外来がん治療専門薬剤師(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(日本栄養治療学会) 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
 救急認定薬剤師(日本臨床救急医学会) 1名
 骨粗鬆症マネージャー(日本骨粗鬆症学会) 1名
 日病薬病院薬学認定薬剤師(日本病院薬剤師会) 2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率を目指す。

表. 薬剤部関連・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)	1,891	2,040	1,953	2,153	2,081	1,975	2,219	2,001	2,241	2,001	1,875	2,078	24,508	2,042
	外来(院内)	528	576	496	561	683	556	545	512	567	607	522	530	6,683	557
	院外処方せん発行率(%)	76.6%	75.6%	75.1%	76.6%	76.2%	76.3%	76.0%	74.6%	72.4%	73.0%	74.5%	75.6%	—	75.2%
	入院	4,106	4,136	3,690	3,493	4,325	3,498	4,051	4,169	4,267	4,169	4,069	4,390	48,363	4,030
注射薬処方せん枚数	外来	598	625	651	679	678	596	660	611	689	611	589	656	7,643	637
	入院	2,055	2,047	2,059	2,218	2,282	1,917	1,951	1,970	2,010	1,970	2,237	2,480	25,196	2,100
入院持参薬鑑別人数		199	182	173	197	186	163	204	190	184	219	175	194	2,266	188.8
薬剤管理指導料算定件数		215	220	200	237	249	258	290	275	261	250	233	266	2,954	246.2
薬剤情報提供料算定件数		427	475	455	527	449	486	492	483	660	608	461	496	6,019	501.6
薬剤情報提供料・(手帳に記載)(3点)		132	143	136	149	120	150	152	133	147	130	128	128	1,648	137.3
無菌製剤加算算定件数(TPN)		2	28	27	4	3	0	4	6	2	26	13	28	143	11.9
無菌製剤加算算定件数(入院+外来)(抗ガン剤)		117	75	85	93	83	75	98	86	81	80	69	72	1,014	84.5
がん患者指導管理料ハ		2	7	6	7	8	16	5	6	11	11	8	14	101	8.4

(2) 画像診断部

スタッフ	
画像診断部技師長	森下 泰治
主任診療放射線技師	3名
診療放射線技師	7名
受付事務員	1名

目的・役割
1. 信頼のおける診療情報としての画像提供
2. 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こと

活動実績
<p>■ 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</p> <ul style="list-style-type: none">・令和6年度の紹介患者件数及び紹介率と前年度比でCT 264件 4.06%で1.01%減少し、MRI 402件 23.66%で0.12%増加した。RI 61件 18.26%で3.03%の減少だった。総合的な件数、紹介率前年度比としては727件であり、1.19%の減少だった。・CTの総件数は新型コロナ感染症患者対応後の大幅な減少から復活し前年度比11.9%の増加に転じたが、紹介検査数は年々減少傾向である。CTは常に高画質、高精細画像の提供を心がけ、患者の待ち時間短縮や検査時間短縮につながるよう技師間だけでなく他スタッフとの連携も強化している。冠動脈や大血管、歯科や整形外科領域等で3D画像提供、その他Drニーズの増加に伴い3D処理件数は前年度の1.37倍に増加した。今後も技術向上に取り組む。MRIの総件数と紹介件数は前年度とほぼ変化なしで、他施設のMRI導入で減少傾向であったが、やや持ち直した。継続的なアピールが必要だと考える。RI核医学検査は前年度比7.7%増加し、地域唯一の施設として他施設へ検査紹介アピールに取り組んだが、紹介件数が伸びず減少となった。 <p>CT, MRI, RI トータルでの紹介率目標値を12%に掲げていたが、結果は8.52%であった。CT, MRI, RI 共に放射線科専門医の読影診断レポートの提供で、院内だけでなく、院外へも信頼を得る診療情報として高評価を得ている。翌診療日までの提供を継続し、今後のアピール材料として紹介件数の増加につなげたい。</p> <ul style="list-style-type: none">・放射線科医による外傷、臓器出血等に対して緊急止血術施行し、2次救急医療機関としての役割を果たした。・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。・各装置の精度管理、安全管理につなげるため、安全管理講習会等への参加を行い、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た。・病院開設以来、患者のQOL向上を目的として治療と緩和ケアの充実に取り組んできた放射線治療であったが、装置の老朽化に伴い令和5年10月を以て終了することとなった。

■ 業務の効率化

- ・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。
- ・看護業務へのタスクシフトの一環として技師会主催で行われている告示研修終了者による造影剤注入、RI 検査薬の注入を試験開始し、令和 7 年度から本開始する。
- ・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。
- ・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。

■ 職員の知識と技術向上

学会やセミナー等は、Web やハイブリッド方式での開催が通常的になり在宅での参加が容易になったため、参加回数が増加した。

技師個人の知識向上、撮影技術のレベルアップに努めた。

今後の課題

1. 各モダリティの紹介率を高比率に維持し、高額医療機器の稼働率を向上させる。
2. 専門認定技師格を取得する。

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	16	10	7	9	7	2	終了						51	8.5	
	照射数	151	152	134	154	157	83	終了						831	138.5	
血管造影室	血管造影	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0.2	
	IVR	1	1	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	7	0.6	
	PTA	12	7	7	8	9	9	10	9	9	12	11	9	112	9.3	
	その他	0	8	1	3	1	4	3	3	1	2	1	0	27	2.3	
	計	13	16	10	11	12	13	13	13	13	11	14	13	9	148	12.3
心カテ室	心カテ	10	5	7	12	12	12	7	7	11	8	3	7	101	8.4	
	PCI	9	11	7	2	2	6	14	13	10	10	13	7	104	8.7	
	その他	12	10	3	13	12	9	7	12	4	11	5	6	104	8.7	
	計	31	26	17	27	26	27	28	32	25	29	21	20	309	25.8	
一般撮影	1958	2409	1974	2026	1961	1699	1886	1853	1815	1937	1852	1881	23,251	1,937.6		
パントモ	61	82	85	82	70	77	84	88	81	61	67	84	922	50.9		
マンモグラフィー	51	51	56	35	41	48	66	53	50	37	25	41	554	46.2		
骨塩定量	52	55	42	42	42	41	64	47	57	43	74	52	611	50.9		
X線TV	消化管	17	18	16	17	7	5	6	15	16	15	16	16	164	13.7	
	胆道系	11	15	8	16	5	10	15	11	13	8	6	6	124	10.3	
	その他	13	18	12	13	18	5	14	13	14	21	14	18	173	14.4	
	計	41	51	36	46	30	20	35	39	43	44	36	40	461	38.4	
CT	単 純	396	440	386	425	441	395	458	442	419	412	362	408	4,984	415.3	
	造 影	124	129	131	153	126	119	136	126	128	114	124	101	1,511	125.9	
	計	520	569	517	578	567	514	594	568	547	526	486	509	6,495	541.3	
MRI	単 純	98	120	102	130	92	92	129	107	116	111	88	94	1,279	106.6	
	造 影	52	44	38	26	40	26	38	41	22	28	38	27	420	35.0	
	計	150	164	140	156	132	118	167	148	138	139	126	121	1,699	141.6	
核医学	検査	33	27	35	22	27	32	37	28	25	25	17	26	334	27.8	
合 計		3,077	3,612	3,053	3,188	3,072	2,674	2,974	2,869	2,792	2,855	2,717	2,783	35,666	2,972.2	



マルチスライス CT



MRI 装置



FPD デジタル血管造影撮影装置



乳房撮影装置(マンモグラフィー)



FPD 透視診断システム



心臓カテーテル検査用 FPD
デジタル血管造影撮影装置



核医学診断装置



一般撮影装置



パノラマ撮影装置(歯科口腔外科)

(3) 検査部

スタッフ	
検査部技師長	山田 隆司
主任臨床検査技師	4名
臨床検査技師	8名 (8月：1名退職、1月：1名産休)
事務員	1名

目的・役割
1. 正確で安定した検査データ及び有用性の高い付加価値を付けた検査結果を提供する。
2. タスクシフト・シェアを実行し多職種連携によるチーム医療に貢献する。
3. 臨床検査技師の専門知識と技術を発揮し、地域医療に貢献する。

活動実績
1. 外部精度管理調査参加 (日本臨床衛生検査技師会・日本医師会・大分県医師会)
2. 大分県臨床検査技師会県西地区研修会開催 (令和6年2月15日)
3. 認定資格取得 (令和6年度)
・乳房超音波技術認定 1名
・認定心電図専門士 1名
・認定超音波検査士 (消化器) 1名
・肝炎医療コーディネーター 2名
・臨地実習指導者 1名
4. 業務改善：業務改善リストを作成し共有することで積極的な業務改善が実施出来た。 例) 血液型、抗体スクリーニング検査の見直しでは、クロスマッチ件数が昨年比 17.4%増にも関わらず、血液型検査が、昨年比 37.3%減と大幅なコスト削減効果を実現した。 (グラフ参照) また、外注特殊採血管等を職員 EV ホールに設置し看護部間との利便性を向上させた。
5. 機器更新 細菌室：CO2 インキュベーター

今後の課題
1. 後任育成とバックアップ体制の充実 病理部門の後任育成が喫緊の課題である。 また、急な欠勤時等に、柔軟に対応出来るバックアップ体制の充実とともに災害や緊急時に活躍が期待されるゼネラリストの育成も必要である。
2. タスクシフト・シェア業務の実践 当院に必要とされる「タスクシフト・シェア業務」を実践し軌道に乗せる事が必要である。

3. 検査部門の収益増加への取組み強化

検体部門では、査定項目の確認、無駄・過剰な検査削減への働きかけ、不採算項目の外注化を実施した。生理検査部門では、人材育成と保険適応に応じた検査数増加を目指す。

4. ハード面の改善

採血ルームを拡張した。将来的には、検体部門と生理検査部門、採血ルームと中央注射室の全てを集約したフロア構造にする事が望ましい。



検体フロア



細菌検査室



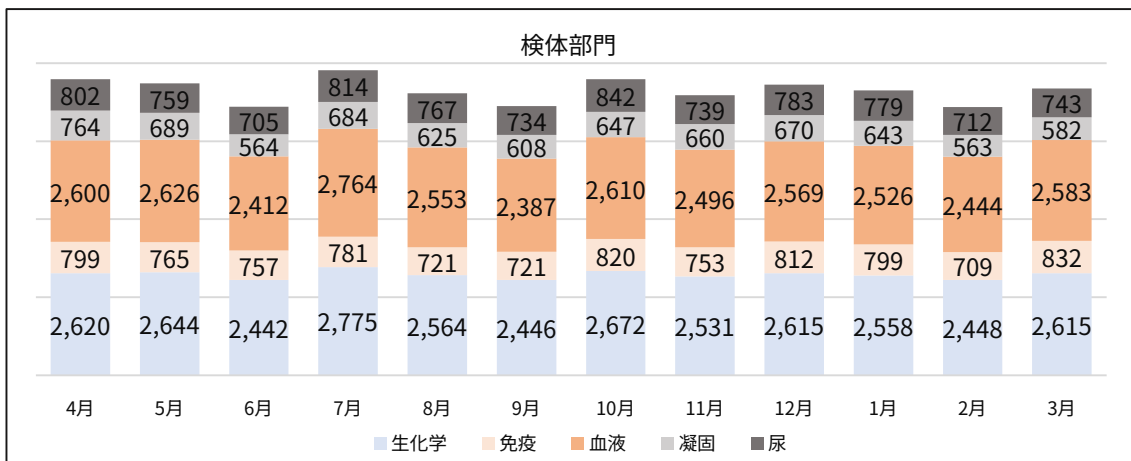
生理検査室

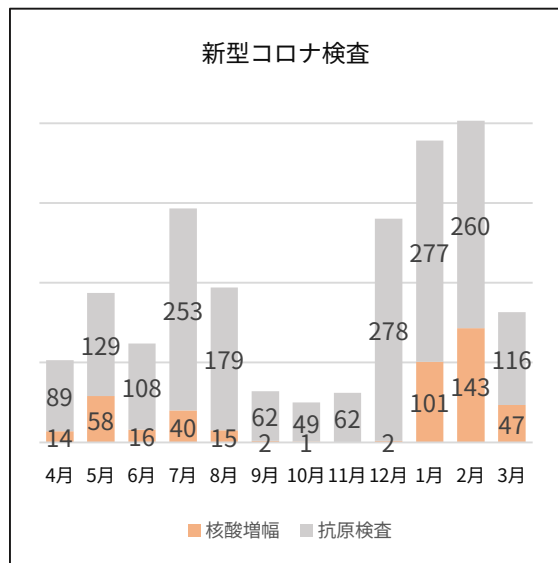
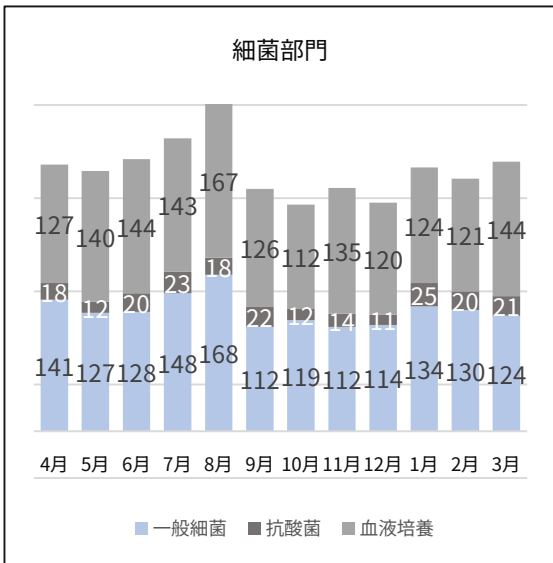
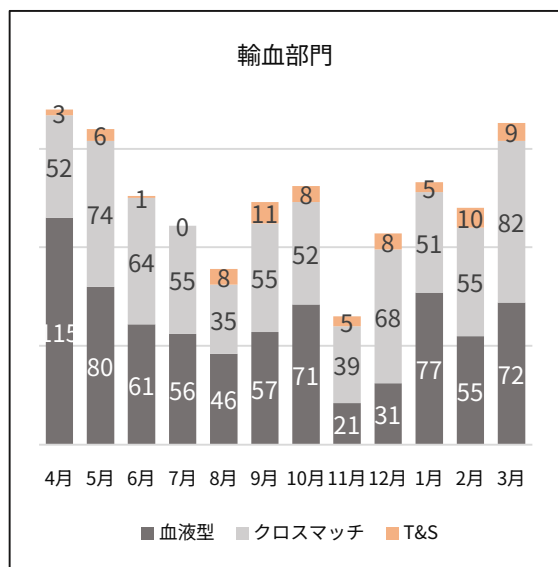
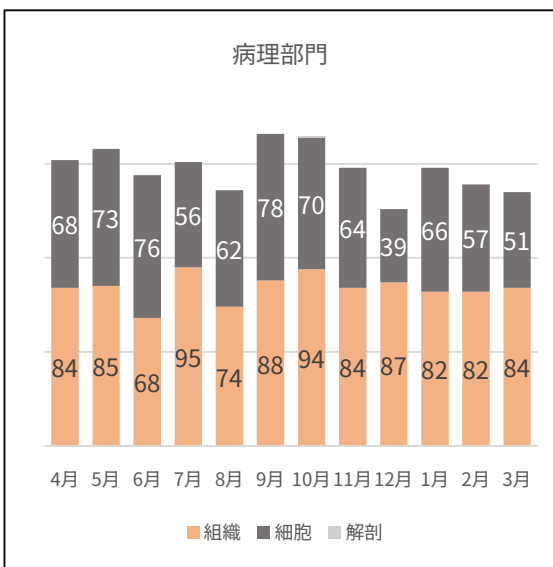
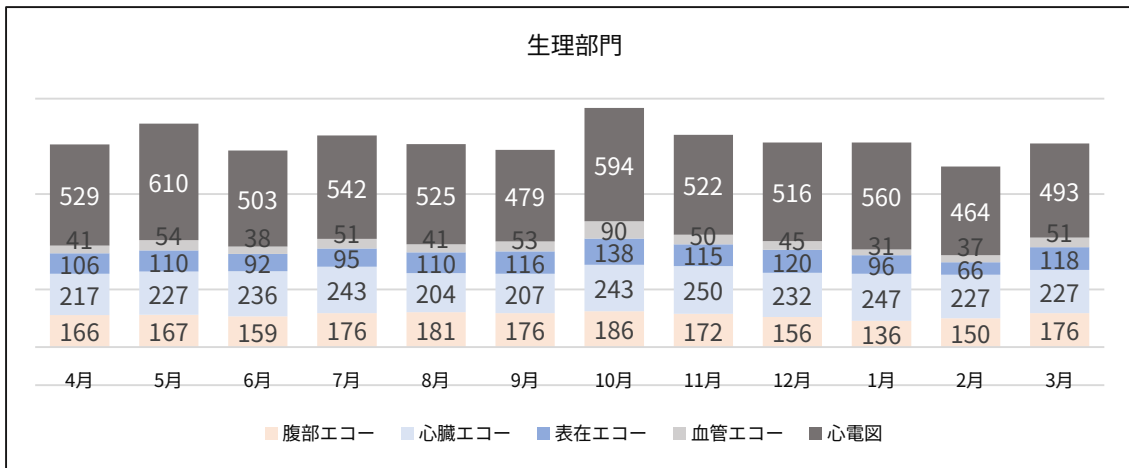


病理検査室

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	前年度	前年比	
検体	生化学	2,620	2,644	2,442	2,775	2,564	2,446	2,672	2,531	2,615	2,558	2,448	2,615	30,930	29,523	4.8%
	免疫	799	765	757	781	721	721	820	753	812	799	709	832	9,269	8,972	3.3%
	血液	2,600	2,626	2,412	2,764	2,553	2,387	2,610	2,496	2,569	2,526	2,444	2,583	30,570	29,151	4.9%
	凝固	764	689	564	684	625	608	647	660	670	643	563	582	7,699	7,564	1.8%
	尿	802	759	705	814	767	734	842	739	783	779	712	743	9,179	8,669	5.9%
輸血	血液型	115	80	61	56	46	57	71	21	31	77	55	72	742	1,184	-37.3%
	クロスマッチ	52	74	64	55	35	55	52	39	68	51	55	82	682	581	17.4%
	T&S	3	6	1	0	8	11	8	5	8	5	10	9	74	45	64.4%
病理	組織	84	85	68	95	74	88	94	84	87	82	82	84	1,007	1,038	-3.0%
	細胞	68	73	76	56	62	78	70	64	39	66	57	51	760	934	-18.6%
	解剖	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
細菌	一般細菌	141	127	128	148	168	112	119	112	114	134	130	124	1,557	1,533	1.6%
	抗酸菌	18	12	20	23	18	22	12	14	11	25	20	21	216	163	32.5%
	血液培養	127	140	144	143	167	126	112	135	120	124	121	144	1,603	1,598	0.3%
生理	腹部エコー	166	167	159	176	181	176	186	172	156	136	150	176	2,001	1,914	4.5%
	心臓エコー	217	227	236	243	204	207	243	250	232	247	227	227	2,760	2,298	20.1%
	表在エコー	106	110	92	95	110	116	138	115	120	96	66	118	1,282	1,201	6.7%
	血管エコー	41	54	38	51	41	53	90	50	45	31	37	51	582	495	17.6%
	心電図	529	610	503	542	525	479	594	522	516	560	464	493	6,337	5,752	10.2%
コロナ	核酸増幅	14	58	16	40	15	2	1	0	2	101	143	47	439	1,736	-74.7%
	抗原検査	89	129	108	253	179	62	49	62	278	277	260	116	1,862	1,998	-6.8%





(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師長	諫山 昌寿
理学療法士	19名
作業療法士	15名
言語聴覚士	3名
事務員	1名

目的・役割

各病床機能に合わせたリハビリテーションを提供する。

セラピストは患者さんに適切なリハビリテーションを提供できるよう、専門職としての知識技術の習得を行う。

活動実績

令和6年度、患者数33,962人に対して120,115単位を提供した。また、回復期リハビリテーション病棟における実績指数、重症患者割合、在宅復帰率と地域包括ケア病棟における在宅復帰率と平均2単位/1日もクリアしている。

今後の課題

今後は急性期でも切れ目のないリハビリテーションの提供が必然の責務となりつつある。そのためのセラピスト不足などで体制が十分ではない。



表. 单位数

		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
外来	脳血管	0	0	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	10
	廃用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	運動器	72	51	67	104	150	103	83	61	64	62	73	56	946
	呼吸器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	72	51	71	110	150	103	83	61	64	62	73	56	956	
急性期	脳血管	403	607	561	467	360	382	477	419	545	314	286	523	5,344
	廃用	788	649	451	791	846	1,074	1,261	636	1,042	668	737	819	9,762
	運動器	1,277	1,318	1,262	1,309	981	982	1,087	1,147	991	1,150	789	952	13,245
	呼吸器	256	434	514	900	788	417	447	601	563	574	544	343	6,381
	心大血管	692	709	492	386	493	454	559	624	528	690	620	644	6,891
	がん	191	176	149	135	140	68	247	195	205	119	160	56	1,841
小 計	3,607	3,893	3,429	3,988	3,608	3,377	4,078	3,622	3,874	3,515	3,136	3,337	43,464	
地域包括	脳血管	75	107	165	305	120	11	48	103	25	71	10	17	1,057
	廃用	176	85	90	71	126	148	214	154	101	100	93	207	1,565
	運動器	477	724	698	767	660	717	626	668	724	596	563	481	7,701
	呼吸器	55	26	35	128	164	66	105	65	142	121	89	30	1,026
	心大血管	287	226	148	99	103	131	194	202	70	101	21	225	1,807
	がん	2	6	6	32	18	15	23	7	78	4	3	11	205
小 計	1,072	1,174	1,142	1,402	1,191	1,088	1,210	1,199	1,140	993	779	971	13,361	
回復期	脳血管	1,621	2,010	1,507	1,210	881	816	1,170	1,210	1,448	1,661	1,309	1,334	16,177
	廃用			0	70	211	1	29	0	0	0	0	15	326
	運動器	3,977	3,471	3,644	4,052	4,045	3,675	3,762	3,737	3,415	2,661	2,612	4,169	43,220
	呼吸器			0	0	13	50	38	0	0	0	0	0	101
	心大血管		37	146	171	66	9	77	41	0	0	0	0	547
小 計	5,598	5,518	5,297	5,503	5,216	4,551	5,076	4,988	4,863	4,322	3,921	5,518	60,371	
東	脳血管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	廃用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	運動器	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
	心大血管	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	がん	210	141	165	113	127	60	164	93	181	219	181	309	1,963
小 計	210	141	165	113	127	60	164	93	181	219	181	309	1,963	
入院	脳血管	2,099	2,724	2,233	1,982	1,361	1,209	1,695	1,732	2,018	2,046	1,605	1,874	22,578
	廃用	964	734	541	932	1,183	1,223	1,504	790	1,143	768	830	1,041	11,653
	運動器	5,731	5,513	5,604	6,128	5,686	5,374	5,475	5,552	5,130	4,407	3,964	5,602	64,166
	呼吸器	311	460	549	1,028	965	533	590	666	705	695	633	373	7,508
	心大血管	979	972	786	656	662	594	830	867	598	791	641	869	9,245
	がん	403	323	320	280	285	143	434	295	464	342	344	376	4,009
合 計	10,487	10,726	10,033	11,006	10,142	9,076	10,528	9,902	10,058	9,049	8,017	10,135	119,159	
入外総単位数		10,559	10,777	10,104	11,116	10,292	9,179	10,611	9,963	10,122	9,111	8,090	10,191	120,115

(5) 栄養部

スタッフ	
栄養部長	尾崎 邦博
管理栄養士	5名
栄養士	2名
調理士	9名
調理員	2名

目的・役割
1. 栄養介入を行い、患者の個々にあった食事の提供を行う。 2. 入院・外来患者の個々にあった栄養指導を行う。 3. 病態にあった栄養剤の提案、食形態の提案を行う。 4. 安全で美味しい食事を提供し、患者の食事に対する満足度を上げる。

活動実績
1. 給食部門 ・令和5年度に引き続き、調理師の人員不足による切迫した状況下で、『安全で美味しい給食の提供』を最優先とし、皆で取り組んだ1年であった。カット野菜や調理済み食品の採用、献立の検討をし、業務軽減を行った。 ・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いただき、未然に防ぐ事ができた。 ・異物混入は10件/年だった。 ・食事アンケートは1回/月行い、概ね好評な評価を頂いている。気になる献立については残食調査を行い、食事アンケートと併せて評価し献立内容の検討を行った。
2. 栄養管理部門 ・栄養指導件数は581件/年であり、人員不足の状況は持続したままではあったが、栄養指導件数を増やすことを目標の一つに掲げ、皆で取り組んだ。(令和5年度267件/年)

今後の課題
・それぞれの職種が専門性を発揮できる職場環境作り ・今後の献立やセントラルキッチン方式の導入等を検討 ・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こと ・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こと ・研修会や学会等に参加し、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	乙咩 崇臣
臨床工学技士長	國武 憲章
主任臨床工学技士	2名
臨床工学技士	3名

目的・役割
<ul style="list-style-type: none"> ・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

活動実績
1. 質の高い技術力 <ul style="list-style-type: none"> ・看護部門に対する医療機器に対する個別勉強会などの実施 ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機器の安全を考慮した機器の中央管理体制の構築と運用

今後の課題
<ul style="list-style-type: none"> ・安全性を最優先とした長期間使用機器の更新計画への実現 ・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の徹底 ・質の高い技術提供を行うための専門資格の取得 ・実践的な教育マニュアルおよび教育プログラムの策定

	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) 透析室	440	492	452	511	464	430	456	483	459	480	468	518	5653
人工透析 (件) HCU	0	4	5	1	0	0	1	6	1	3	7	10	38
内視鏡検査・治療 (件)	85	103	66	84	71	82	111	96	90	82	65	93	1028
人工呼吸器 (稼働日数) HCU	99	50	87	116	65	47	26	32	20	48	73	43	706
持続緩徐式血液透析濾過法 (稼働日数)	17	0	7	0	0	10	0	0	0	0	3	2	39
胸水腹水濃縮濾過法 (件)	0	1	1	0	0	0	2	2	3	1	1	2	13
大動脈バルーンポンピング (稼働日数)	5	4	0	8	0	0	5	0	0	1	4	0	27
経皮的心肺補助 (稼働日数)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
二重濾過血漿交換療法 (DFPP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
エンドトキシン吸着療法 (稼働日数)	1	0	0	0	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

(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
主任衛生士	1名
歯科衛生士	3名
准看護師	1名

目的・役割
<ul style="list-style-type: none"> ・ 周術期口腔機能管理対象患者及び FLS 対象患者入院患者への、効率的な口腔管理、口腔衛生指導、口腔ケアの実施 ・ 入院及び外来での口腔外科手術症例への、質の高い医療の提供 ・ デンタルインプラント施術に関する器材管理、滅菌、診療

活動実績
<p>1. 周術期口腔機能管理計画策定料は、前年度比 180%増加した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）は手術前で前年度比 267%、手術後で前年度比 585%といずれも大幅に増加している。 ・ 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）は手術前で前年度比 311%、手術後で 447%とこちらも大幅に増加している。 ・ 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）については、前年度比 86%と減少している。これはケモ患者の歯科口腔外科への受診の自己判断での中断、患者からの次回予約の取り忘れ、当院での機械故障によるラジエーション患者の受け入れ中止による併科受診が無くなったことが影響していると思われる。 ・ 令和 6 年度より拡充された周術期口腔機能管理料（Ⅳ）は、今年度 93 件となった。 ・ 歯科衛生士の行う周術期専門的口腔衛生処置は、前年度比 193%と約 2 倍の増加となっている。これは FLS 対象患者の継続受診も影響していると思われる。 <p>2. デンタルインプラントについてはラジオステント(CT 撮影の際マーカー入りステント)作成と並行し、より精密なガイドが必要な症例に対してはインプラントガイドシステムも使用して、より安全な施術が行えるようになった。インプラント件数も、前年度比 214%と大幅な増加となっている。</p> <p>3. 全身麻酔下症例(埋伏歯抜歯、顎骨嚢胞、顎骨骨折、舌癌、歯肉癌、唾石症、顎関節硬直症など)の処置時に使用する、挿管時マウスガードの作製を行い、より安全な医療を提供している。</p> <p>4. パンピング(顎関節症における関節腔内の洗浄、授動療法)は前年度 4 件、今年度は 5 件、洗浄療法は前年度 3 件今年度 1 件となった。また全身麻酔下での顎関節鏡視下開放授動術を今年度は 1 件行った。</p>

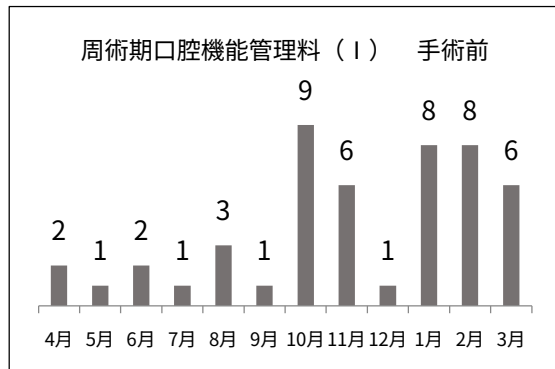
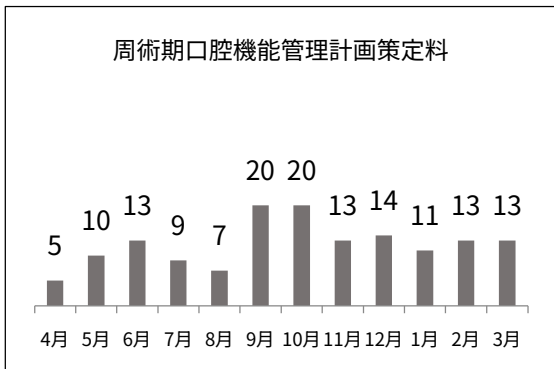
5. 全身麻酔、局所麻酔での入院患者数増加にも重点を置き、短期入院患者数は前年度より103%と微増した。

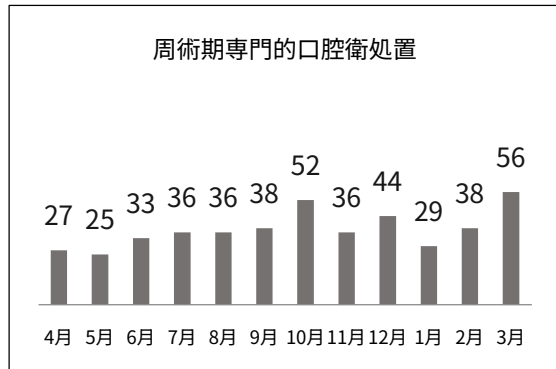
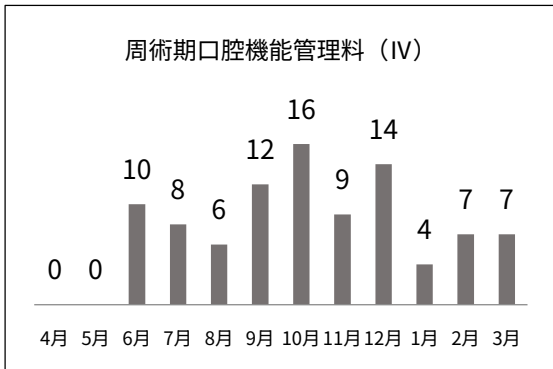
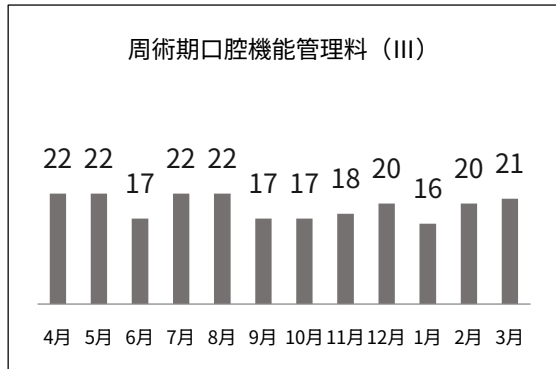
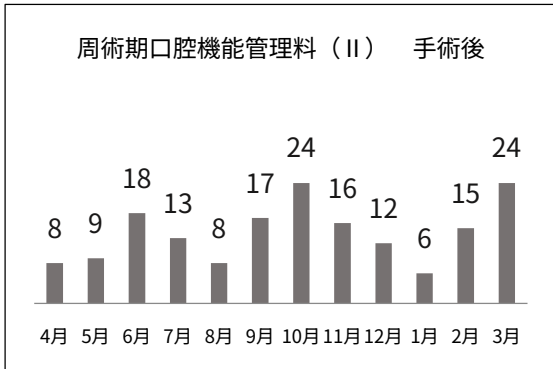
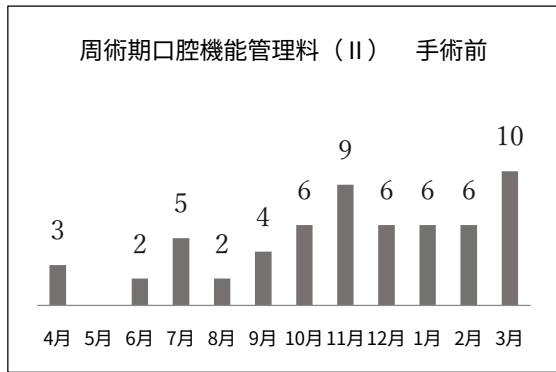
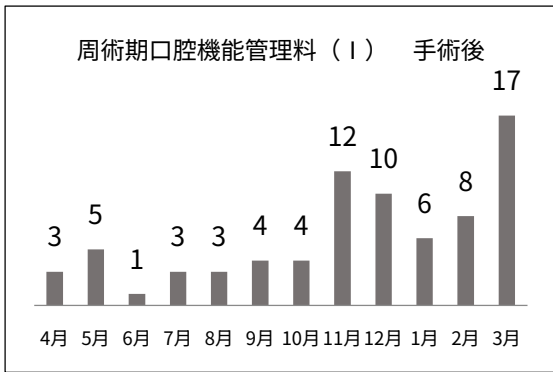
今後の課題

1. 周術期口腔機能管理において、大分県歯科医師会と県内のがん拠点病院が連携し、開業歯科医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、術前の紹介が困難である。開業医の依頼が難しい場合は当科での口腔管理を十分に行い、その後の開業歯科への受診につなげていく。
2. インプラント治療を希望する患者数の増加に伴い、今後ともインプラント治療について新たな知識の習得も必要となる。
3. 顎関節症のパンピングや洗浄療法は、注射薬や点滴手順の取り扱い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為に大変需要であり、通常以上の歯石デンタルプラーク舌苔の除去が必要である。そのため、手術内容を理解した上での口腔ケアが肝心である。
5. FLS チームと連携し、近年増加している薬剤関連顎骨壊死の予防啓発に努める。またFLS 対象患者は80代90代の高齢者が多く、日常的な口腔内のセルフケアが困難な場合多々ある為、本人や家族、介助者へのセルフケアの重要性の啓発も重要である。

表. 周術期口腔管理料 稼働統計

	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	5	10	13	9	7	20	20	13	14	11	13	13	148
周術期口腔機能管理料 (I) 手術前	2	1	2	1	3	1	9	6	1	8	8	6	48
周術期口腔機能管理料 (I) 手術後	3	5	1	3	3	4	4	12	10	6	8	17	76
周術期口腔機能管理料 (II) 手術前	3	0	2	5	2	4	6	9	6	6	6	10	59
周術期口腔機能管理料 (II) 手術後	8	9	18	13	8	17	24	16	12	6	15	24	170
周術期口腔機能管理料 (III)	22	22	17	22	22	17	17	18	20	16	20	21	234
周術期口腔機能管理料 (IV)	0	0	10	8	6	12	16	9	14	4	7	7	93
周術期専門的口腔衛生処置	27	25	33	36	36	38	52	36	44	29	38	56	450





2) 看護部

スタッフ	
看護部長	古賀 ゆかり
副看護部長	川津 淳子 荏隈 佳寿美
看護師長	11名
主任看護師	13名
看護師	171名
認定看護師	5名
特定行為研修終了看護師	1名
看護補助者	16名
看護補助者 (クラーク)	8名

目的・役割
<ol style="list-style-type: none">1. 受診してよかった、入院してよかったと思える病院をめざす2. 優しいおもいやりのある態度で安全・安楽な看護を提供する3. 多職連携による患者支援体制の強化と生産性の向上4. キャリアアップ支援体制の構築

活動実績
<ol style="list-style-type: none">1. 患者がこの病院に受診してよかった、入院してよかったと思ってもらえるよう、接遇マニュアル、行動指針に則り各部署で2回/年 自己・他者評価を行い、意識を高めた。看護師の接遇に対するクレームは2件/年発生したことから、今後も啓蒙活動の必要がある。2. 高齢者の特性を知り、安心・安楽な看護が提供できることを目的に、高齢者の身体的特徴や認知症の病態・看護について全看護職員を対象に研修を行い、知識を深めた。また、日々のカンファレンスや振り返り研修において自薦した看護を多職種で評価し改善する取り組みを行った。3. 入院時より他職種と情報を共有し、定期的なカンファレンスを実施し、自施設の機能分化システムを活かしながら元の生活に戻るよう支援を行った。しかし、取り組みの効果としては差があり、入院期間の延長により DPCIII以上の割合が多かったことから取り組みの成果が低かったことが伺える。4. 今年度の資格取得は特定行為研修(集中パック)1名、心不全療養指導士1名、3学会合同呼吸療法士1名である。また、認定看護管理者教育課程研修にファーストレベル5名、セカンドレベル1名が受講を終了した。施設内では、クリニカルラダー別研修を行い、看護師個々のキャリアアップ支援を行った。研修参加率93%である。看護管理者に関しては、認定看護管理者教育課程に沿って、組織管理、質管理、人材育成、ヘルスケア、労務管理の項目を経験学習を交えながら学習を行った。

今後の課題

1. 患者・家族の意思決定を支援し、患者の尊厳と価値観を尊重できる看護体制の構築
2. 患者の思いに寄り添った看護の実践
3. 業務分析を行い、業務改善 DX 推進を進め、業務の効率化を図る
4. 多職種協働の必要性を職員個々が理解し、タスク・シフト／シェアを推進する
5. 訪問看護ステーションの安定的稼働
6. 自施設のビジョンとミッションを理解し、自律した看護師を育成する
7. 看護職員の確保・定着
8. 看護職の処遇改善と働き続けられる職場環境の整備

■ 看護要員状況 ※まほろばも含む

令和 6 年度の看護職員の年間採用者および退職者数

(令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 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	11	0	22	1
計	11	0	22	1
看護補助者	0	0	1	0
クラーク	2	0	1	0

正職員から非常勤への変更
定年退職後の継続(臨時)雇用も含む

看護師離職率……12.16%
(令和 5 年度 5.93%)

■ 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	HCU	救急病棟	3階北病棟	3階南病棟	4階北病棟	4階南病棟	1階東病棟
71.33	77.18	76.09	68.7	68.33	71.44	60.63	76.94
452	377	912	130	3	817	821	105

2. 病棟別入院・退院患者数(人)

	総数		HCU		救急病棟		3階北病棟		3階南病棟		4階北病棟		4階南病棟		1階東病棟	
	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	272	250	36	11	66	15	10	51	1	17	65	82	83	57	11	17
5月	260	265	33	5	76	20	15	55	0	16	60	84	67	66	9	19
6月	239	253	17	7	75	20	12	58	0	15	63	80	63	61	9	12
7月	283	259	35	4	84	27	11	42	0	17	75	84	72	70	6	15
8月	263	282	32	5	90	33	9	43	0	16	60	87	67	86	5	12
9月	226	225	26	6	59	16	10	46	1	15	68	82	54	55	8	5
10月	279	271	32	7	83	26	11	47	1	23	69	89	71	61	12	18
11月	277	292	31	10	86	28	13	50	0	18	72	104	65	62	10	20
12月	270	278	42	6	70	19	10	45	0	17	70	99	69	78	9	14
1月	304	277	37	8	83	25	9	46	0	15	88	89	75	77	12	17
2月	229	225	26	5	71	12	10	43	0	16	55	77	58	59	9	13
3月	263	265	30	9	69	16	10	42	0	14	72	82	77	83	5	19
合計	3,165	3,142	377	83	912	257	130	568	3	199	817	1,039	821	815	105	181

3. 病棟別転入・転出患者数(人)

	総数		HCU		救急病棟		3階北病棟		3階南病棟		4階北病棟		4階南病棟		1階東病棟	
	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	197	197	16	40	20	70	50	3	17	1	57	42	27	41	10	0
5月	207	207	19	46	17	72	42	4	16	0	64	37	41	48	8	0
6月	169	169	17	27	7	61	46	2	17	2	42	34	37	43	3	0
7月	205	205	14	44	18	72	37	3	22	4	64	42	45	40	5	0
8月	178	178	8	36	13	70	33	1	17	5	55	31	47	35	5	0
9月	165	165	13	34	12	59	34	1	19	3	50	38	33	30	4	0
10月	186	186	11	34	10	67	42	2	25	2	54	32	37	49	7	0
11月	188	188	20	44	5	63	38	2	19	0	62	39	37	40	7	0
12月	198	198	17	53	20	72	37	0	17	1	65	39	38	33	4	0
1月	210	210	20	48	16	72	38	1	18	3	58	44	50	42	10	0
2月	211	211	20	40	23	81	34	1	17	2	64	45	46	41	7	1
3月	191	191	15	37	11	63	36	3	15	0	59	47	42	39	13	2
合計	2,305	2,305	190	483	172	822	467	23	219	23	694	470	480	481	83	3

4. 重症度、医療・看護必要度割合(%)

1) 一般病棟 (必要割合Ⅱ)

日付	①総患者数	必要度Ⅱ		④3ヶ月平均
		②患者数	③割合(②/①)	
4月	2,746	832	30.3%	30.0%
5月	2,676	766	28.6%	29.3%

2) ハイケアユニット

総患者数	必要度Ⅱ患者数	割合(%)
185	182	98.4%
199	190	95.5%

①A3点以上またはC1点以上

対象月	①総患者数	必要度Ⅱ		④3ヶ月平均
		②患者数	③割合(②/①)	
6月	2,584	632	24.5%	
7月	2,879	571	19.8%	
8月	2,948	617	20.9%	21.6%
9月	2,427	524	21.6%	20.7%
10月	2,556	613	24.0%	22.1%
11月	2,740	661	24.1%	23.3%
12月	2,694	524	19.5%	22.5%
1月	2,960	550	18.6%	20.7%
2月	2,855	719	25.2%	21.1%
3月	3,162	657	20.8%	21.5%

①A-02,09,10,11,又は13のうち1項目以上に該当

対象月	①総患者数	必要度Ⅱ		④3ヶ月平均
		②患者数	③割合(②/①)	
6月	161	61	37.9%	
7月	232	93	40.1%	
8月	202	65	32.2%	36.8%
9月	169	39	23.1%	32.7%
10月	148	30	20.3%	25.8%
11月	161	34	21.1%	21.5%
12月	192	26	13.5%	18.0%
1月	184	58	31.5%	22.0%
2月	194	79	40.7%	28.6%
3月	208	52	25.0%	32.3%

②A2点以上またはC1点以上

対象月	①総患者数	必要度Ⅱ		④3ヶ月平均
		②患者数	③割合(②/①)	
6月	2,584	766	29.6%	
7月	2,879	767	26.6%	
8月	2,948	886	30.1%	28.8%
9月	2,427	652	26.9%	27.9%
10月	2,556	755	29.5%	28.9%
11月	2,740	856	31.2%	29.3%
12月	2,694	715	26.5%	29.1%
1月	2,960	748	25.3%	27.6%
2月	2,855	913	32.0%	27.9%
3月	3,162	878	27.8%	28.3%

②A01~A13(改定後削除を除外)のうち1項目以上に該当

対象月	①総患者数	必要度Ⅱ		④3ヶ月平均
		②患者数	③割合(②/①)	
6月	161	140	87.0%	
7月	232	230	99.1%	
8月	202	197	97.5%	95.3%
9月	169	155	91.7%	96.5%
10月	148	145	98.0%	95.8%
11月	161	159	98.8%	96.0%
12月	192	186	96.9%	97.8%
1月	184	180	97.8%	97.8%
2月	194	194	100.0%	98.2%
3月	208	201	96.6%	98.1%

3) 回復期リハビリテーション病棟

新規入棟	222
うち入棟時生活機能評価が10点以上	105
上記割合	47.2%
退院(自宅)	176
退院(自宅以外)	14
退院患者の入棟時生活機能評価が10点以上	100
退院時4点以上改善	87
上記割合	87.0%

4) 地域包括ケア病棟

入棟患者	597
在宅	129
在宅以外	468
在宅等割合	21.6%
自宅緊急	64
退院時共同指導料2	43
在宅訪問診療	366

■ 認定看護師活動報告

〈皮膚・排泄ケア認定看護師〉 馬野 美紀 (平成 23 年 6 月認定)
活動目標
<ol style="list-style-type: none">1. ストーマ造設術前外来を実施し、術前・術後・退院後に関わりを持ち、オストメイトとその家族が、安心して日常生活を送れるようにする。2. ストーマケア・ストーマサイトマーキングが実施できる看護師を育成するため院内・地域の看護師を対象とした公開講座を実施する。3. 体位変換間隔や方法を見直し、院内褥瘡発生率 1.5%以下を目指す。
活動結果
<ol style="list-style-type: none">1. ストーマを造設する可能性がある患者と家族に対して、ストーマ造設術前外来を必ず受診してもらい、オリエンテーションを実施した。加えて、退院前訪問を行い、当院でストーマを造設した全ての患者が退院後必ずストーマ外来を受診できるように退院後初回のストーマ外来受診予約を必ず入れるようにしたことで、ほぼ全ての方が退院後も定期的なストーマ外来受診をすることができている。(達成率 95%)2. 令和 6 年 7 月に当院の看護師・地域の看護師を対象に、ストーマケアの基礎知識の講義、ストーマサイトマーキングの演習を実施することができ、地域からは 4 名の看護師の参加があった。(達成率 100%)3. 4 時間毎の体位変換を導入するため、体圧分散マットレス選択フローチャートの見直し・体位変換の手順、注意点を作成した。11 月～1 月 3 階北病棟をデモ病棟とし、4 時間を超えない体位変換を実施し、デモ期間中に新たな褥瘡発生はなく、院内褥瘡発生率は 1.495%であり、1.5%以下を達成した。(達成率 100%)
評価・分析
<ol style="list-style-type: none">1. ストーマ造設術前外来を実施し、術前から患者やその家族とコミュニケーションを図ることで、術後に生じる問題点を予測し、関わりを持つことができた。術前・術後・退院後と一連した関わりを持つことで、信頼関係の構築にもつながっている。今後は、できるだけ早期に自宅退院ができるように、計画的にストーマリハビリテーションを実施する必要がある。そのため、ストーマケアに関する看護クリニカルパスを作成する必要がある。2. ストーマケア・ストーマサイトマーキングができる看護師を育成するための研修会を 2 回開催した。ストーマサイトマーキングを実施できる看護師も各病棟に増えつつあり、ストーマを造設する可能性がある全ての患者(緊急手術を含む)にストーマサイトマーキングを実施することができた。地域から看護師 4 名の参加があった。ストーマケアについて学ぶ機会がなく、研修会に参加したことで基本的なストーマケアについて知ることができ、ストーマサイトマーキングの重要性も認識できたとの意見があり、今後も地域の看護職も参加できる研修会を実施する必要があることを再認識した。3. 令和 7 年 4 月から全ての病棟で 4 時間毎の体位変換を導入することになった。しかし、全ての患者がその対象になるとは限らない。定期的にベッドサイドラウンドを行い、体位変換の手順や注意事項が遵守されているか確認を行い、院内褥瘡発生率 1.2%を保ちたい。

今後の課題・取り組み
1. ストーマケア看護クリニカルパスの作成 2. 褥瘡ハイリスクケア加算についてのシステムづくり 3. 体圧分散マットレス、高機能エアマットレスの整備・レンタル導入の検討
その他
ストーマ外来実施件数 141 件 その他 8 件 (訪問看護師や施設からの相談) 褥瘡ケア 230 件 (訪問看護師や他施設からの相談 10 件) スキントラブルに対するケア 34 件 ストーマサイトマーキン 5 件 ストーマオリエンテーション 5 件 昭和学園高等学校看護学科 2 年生への特別講義 11 月 大分県看護協会 褥瘡ケア研修会講師 5 月 新人看護師研修会講師 4 月 医療機関と在宅を結ぶ交互交流体験事業 褥瘡ラウンド、ストーマ外来受け入れ 9 月～11 月

〈緩和ケア認定看護師〉 横尾 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. 生活のしやすさに関する質問票の聴取目標、毎月 55 件とする。NRS5/10 点以上の患者には介入し、症状緩和と早期からの緩和ケア介入を実施する。 3. がん患者指導管理料イ・口の算定目標、10 件/月、がん看護外来目標 18 件/月 4. がん性疼痛緩和指導管理料は、100%の算定 5. 緩和ケアの啓蒙活動の実施 (ホスピス緩和ケア週間への参加・院内研修)													
活動結果													
1. チームヘラウンドは、毎週金曜日 15:30 から多職種で各病棟をラウンドし、コンサルテーション形式で実施している。ラウンド時の介入件数は 259 件/年で前年度より 86 件減少した。ラウンド時以外の介入件数は 167 件で、各病棟や外来より介入依頼があり、医療用麻薬開始時の対応や IC 同席・IC 同席後の面談、PCU 予約面談を実施している。 (達成度 80%)													
〈チームラウンド介入患者数〉													
	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
麻薬使用患者数(のべ)	23	8	11	6	5	8	5	11	10	5	14	16	122
その他の患者数(のべ)	14	5	5	4	14	15	4	17	20	15	11	13	137
合計	37	13	16	10	19	23	9	28	30	20	25	29	259
〈ラウンド以外での介入患者数〉													
	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
コンサル依頼	15	9	6	11	13	18	14	14	15	13	8	21	167

2. 生活のしやすさに関する質問票の聴取は、月平均 58.0 件で目標件数月 50 件を上回っている。昨年 57.8 件／月で僅かに上昇した。(達成度 100%)

質問票	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
件数	55	75	47	65	57	58	67	64	44	51	51	63	697	58.0

3. がん患者指導管理料イ・ロは、合計 128 件、月平均 10.6 件／月で目標は達成である。がん看護外来は、月平均 21.5 件で目標達成である。がん看護外来時にがん患者指導管理料を算定するが、算定要件に満たせず算定できない場合もある。(達成度 100%)

<がん患者指導管理料イ・ロ算定件数>

管理料	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
イ	2	3	0	1	1	6	1	1	2	4	0	3	24	2
ロ	9	9	8	5	5	5	10	6	16	13	6	12	104	8.6

<がん看護外来>

	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
緩和期	18	18	20	13	13	16	24	18	17	34	26	34	258	21.5

4. がん性疼痛緩和指導管理料は、96.3%算定できている。算定未の 8 件のうち 7 件は外来看護師や主治医とのコミュニケーション不足・周知不足が原因と考える。(達成度 96%)

5. 緩和ケアの啓蒙活動は、ホスピス緩和ケア協会が 10 月のホスピス緩和ケア週間に開催している緩和ケア啓発活動に当院も参加し、院内でイベントを開催した。患者や家族、職員に向けて、緩和ケアや緩和ケア病棟の紹介、ACP の紹介を行った。また、3 月には、緩和ケア病棟の入棟予約について VOD 研修を行った。(達成度 100%)

R6 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	計
対象患者	18	17	14	15	17	16	15	15	19	20	24	28	218
算定件数	18	16	14	15	16	16	12	15	18	20	23	27	210
算定未	0	1	0	0	1	0	3	0	1	0	1	1	8
算定%	100	94.1	100	100	94.1	100	80	100	94.7	100	95.8	96.4	96.3

評価・分析

1. チームのラウンド時は主にリーダーNS へ声をかけ、担当看護師の参加も促すが業務の忙しさもあり参加が難しい。医療用麻薬使用患者を中心にコンサルテーションがあるが、緩和治療に移行する患者や PCU 利用が妥当と思われる患者の情報提供もある。また、チーム側から気になる患者を問いかけ、ケア方法等を検討することもある。特に PCU 入棟予約のタイミングについては、本人家族が「入る」ことを納得してから予約面談するのではなく、正しい情報を得てから判断してほしいことを伝えている。コンサルテーション形式ではあるが、チーム側から積極的に声をかけ、気になる患者の現状を確認しながら情報提供することで、患者の苦痛緩和につながると考える。また、病棟スタッフとの介入が増えれば、不明な点など相談しやすい関係性が構築され、看護師の緩和ケア知識の向上へ

とつながる。ラウンド時のコンサルテーション件数の減少は、ラウンド時以外のタイムリーなコンサルテーション対応を行ったことや日々の介入により症状が緩和されたことも要因と考えている。

2. 生活のしやすさに関する質問票(以下質問票)について、毎週がん患者リストを配布する際に聴取できそうな方を示し聴取を促した。緩和ケア委員会メンバーからの声かけ時は件数が増加することから、具体的な声かけは有効であった。業務として負担だという声もあるが、質問票を聴取することは患者の生活の困り事に対応することであり、それが看護やACPとなり、患者や家族の全人的苦痛の緩和を図ることにつながることを伝え続けたい。質問票の聴取内容から介入し、がん看護外来や加算、緩和ケアの紹介へとつながる方もいる。聴取された内容を確認し適切な時に介入し、質問票の聴取に効果があることを示していきたい。

3. がん看護外来において、がん患者指導管理料とがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。面談を実施したとしても、家族のみの場合など算定条件に満たない場合もある。IC 同席や PCU 予約面談の依頼、不安の強い方への対応などコンサルテーションの依頼があり、タイムリーに介入することで算定につながられている。同時に、私から算定につなげられる患者について日々個々の外来看護師に声をかけることで、事前に患者情報を把握でき、介入・算定につながっていると考ええる。

4. がん性疼痛緩和指導管理料は、対象者の外来受診日・処方日を事前に把握し介入することで算定につながっている。算定できなかった 8 件のうち 1 件は医師の緩和ケア研修会未受講であるが、その他の 7 件はがん性疼痛緩和指導管理料の算定が周知されていれば可能であった事例であると考えている。特に外来患者の場合は算定漏れにつながりやすいため、医師や外来看護師、メディカルクラークへ日々声をかけ周知する必要がある。基本的に痛みのノートを活用し疼痛評価や副作用の確認を行っている。記入により飲み忘れや日々の体調管理にもつながっている。今後も継続して痛みのノートを活用したい。痛みのノートの存在を知らない医療者もいるため、医療者や患者・家族が痛みのノートを活用し疼痛コントロールができるよう介入を続ける。

5. 緩和ケア啓蒙活動の 1 つであるイベント開催は、委員会メンバーが交代で担当し患者や家族、職員に声をかけた。初回開催であり、委員会メンバー自体の緩和ケアに関する知識不足も感じられたが、紹介する側となることで自身の知識不足に気づき、新たな知識を得ることにつながったと考える。患者や家族は緩和ケアに対するマイナスイメージが強いと考えられていたが、実際は医療者のほうがマイナスイメージを抱いていることがわかった。患者家族から前向きな意見をいただくこともあり、今後も継続して啓蒙活動を実施していくことで地域へ緩和ケアが広がっていくのではないかと。また、1 回/2 ヶ月緩和ケアポスターを掲示し緩和ケアについて発信している。研修については、PCU 入棟予約に関する VOD 研修を実施し、アンケートでは様々な意見をいただいた。意見に対し丁寧に対応、回答することで、医療者の緩和ケアに対する壁を除いていきたい。

今後の課題・取り組み

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. 生活のしやすさに関する質問票の聴取目標、毎月 60 件とする。NRS5/10 点以上の患

<p>者には介入し、症状緩和と早期からの緩和ケア介入を実施する。</p> <p>3. がん患者指導管理料イ・口の算定目標、19件 / 月、がん看護外来目標 30件 / 月</p> <p>4. がん性疼痛緩和指導管理料は、100%算定する。</p> <p>5. 緩和ケアの啓蒙活動の実施 (ホスピス緩和ケア週間への参加・院内研修・勉強会開催)</p>
<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 5/17～9/20 認定看護管理者ファーストレベル 受講 ・ 5/22～5/23 フィジカルアセスメント 臨床推論の進め方 WEB 受講 ・ 6/6 久留米大学 第1回緩和ケアセンター勉強会 参加 ・ 6/14 第29回緩和医療学会 参加 ・ 8/1～8/31 2024年度 認定看護師を対象としたキャリアアップ研修会 受講(配信) ・ 8/4 認知症の人の緩和ケア学会 第1回教育セミナー 受講 ・ 8/22～ 国がんeラーニングコース地域緩和ケア等ネットワーク構築事業 受講 ・ 9/27 久留米大学 第2回緩和ケアセミナー勉強会 参加 ・ 10/3・10/8・10/17・10/28 がんサバイバーシップ研修 ・ 10/12～13 第47回死の臨床研究会年次大会 参加 ・ 10/29 高齢者のがん疼痛マネジメントがもっとうまくいくために WEB 受講 ・ 11/8 入退院支援連絡意見交換会 参加 ・ 11/13～14 看護師が知っておくべき臨床推論 導入編 WEB 受講 ・ 12/10 ナースの星 心理的ケアと医療者のストレス対策 WEB 受講 ・ 12/11 アステム「地域で考える緩和ケア in Oita」WEB 受講 ・ 12/12 久留米大学 第3回 緩和ケアセンター勉強会 WEB 受講 ・ 1/18 がんプロ 事例検討会 事例担当 ZOOM 参加 ・ 1/23 患者や家族のためのがんゲノム医療と遺伝カウンセリングの連携 WEB 受講 ・ 2/2 緩和医療学会 第38回 教育セミナー ZOOM 受講 ・ 2/15 大分県緩和ケアチーム研修会 大分大学 ・ 3/9 スピリチュアルケア研修 ともいき京都主催 WEB 受講 ・ 大分大学 がんプロフェッショナル インテンシブコース受講中

<p>〈感染管理認定看護師〉 森山 由香 (平成27年7月認定)</p>
<p>活動目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的な感染対策が継続できるように、感染管理認定看護師 / 感染対策向上加算1取得の施設として院内だけでなく地域でも活動する。 2. 院内ラウンドを強化し、日常的な感染対策の状況確認しフィードバックする。 3. リンクナースの育成を目的とし、感染対策に対する知識・技術の向上が図れるよう、チーム活動・勉強会・環境ラウンドを実施する。 4. 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、他医療機関と比較することで遵守率を向上させる。 5. CRBSI/CAUTIの感染率を算出し、有効な感染対策が実施できているか評価する。

活動結果

1. 流行感染症が発生すると感染対策は強化できているが、平常時の基本的な感染対策が不十分で医療関連感染が発生している。リンクナースへの教育は出来ているが、全職員への感染対策についての教育が十分ではない。適宜必要なマニュアルは修正しているものの確認できていないスタッフも多いため、適切な感染対策の実施には至っていない。他医療機関／施設向けの講義・訪問指導の実施、感染対策向上加算要件である医療機関への訪問指導は実施できた。(達成度 80%)
2. 毎週 ICT ラウンドで環境ラウンドを実施している。また今年度から毎月医療安全と合同で院内ラウンドを行い、日常の感染対策の状況を確認できた。状況をリアルタイムに師長会やリンクナース会でフィードバックできた。(達成度 100%)
3. 今年度もチーム活動を主とし、新たに血流感染対策チームを立上げ CRBSI 対策を強化した。チームで活動することで問題点や改善点を見いだすことができ、年度末には今後の活動につながるような報告会を開催できた。院内ではリンクナース主催でラダーⅢ以上のスタッフに対して、カテーテル関連の血流感染対策について実技・グループワークを交えた有意義な講義を実施できた。また、リンクナース会内での勉強会は外部業者より CAUTI 対策について実施した。(達成度 80%)
4. 定期的な手指消毒剤の使用量をグラフ化し、フィードバックを行った。使用量は徐々にアップしているものの、ケアや処置が多い急性期病棟の方が使用量は少ないというのが現状である。他医療機関とのベンチマークを実施したが当院は使用量が少ない。ベンチマークデータもグラフ化し掲示するも、使用量の大きな変化・大きな意識改革にはつながらなかった。(達成度 70%)
5. CRBSI の当院ベースラインは把握できた。前年度よりは減少しているものの、発生を制御することはできなかった。点滴操作時のチェックリストを作成し、模擬点滴で自己評価/他者評価を実施し病棟の手技の傾向は把握できた。UTI のベースラインは把握できていないため、次年度調査していく。(達成度 50%)

評価・分析

1. 流行感染症がアウトブレイクしている時は徹底された感染対策ができており、スタッフの感染対策の意識も向上するが、日頃から行うべき基本的な感染対策ができていない。基本的な感染対策を怠ると他の感染症の発生や医療関連感染(以下、HAI)が起きてしまうことが懸念される。基本的な感染対策が実施できていれば、流行感染症だけでなく HAI も防止することができる。今後も必要なマニュアルは適宜修正を行い、リアルタイムでスタッフに周知を行う必要がある。今年度も他医療機関・高齢者施設へ訪問し、基本的な感染対策が行えているかの確認指導を行った。COVID-19 が 5 類へ移行して経過が長い、COVID-19 の影響が大きいいためか、メリハリのある感染対策が実施できていなかった。ラウンドしながら施設と話し合い、緩和できる対策は緩和し、日頃から基本的な感染対策を行えるよう指導を行った。感染症のクラスター発生予防には異常をいち早く察知する力と初動が大変重要であるため、今後は定期的な勉強会や講義を開催し理解度を深めていくと共に、早期介入が行えるよう体制を整える必要がある。
2. 処置やケアが多い時間帯にラウンドすることで、ICT ラウンドでは確認できない場面

が多数把握できた。ラウンド結果をリアルタイムで師長会とリンクナース会へフィードバックすることで問題点の早期改善が図れた。しかし、時間経過とともに意識も低下するため、今後も継続したラウンドとフィードバックが必要である。

3. 今年度もチーム活動を主とした。チームラウンドでは前半に部署の現状把握、問題点の抽出が行え、有効なフィードバックができた。後半にフィードバック後の評価を実施し、今後の課題・次回の目標につなげることができている。今年度は CRBSI 対策に焦点をあて、新たに血流感染対策チームを立上げ CRBSI 防止に向け取り組みを実施した。また、今年度はリンクナース主催で感染対策研修を実施し、スタッフに向けて講義を行うことで、リンクナース自身の感染対策に対しての知識が向上していると思われる。リンクナースの知識は向上しているものの、部署のスタッフの感染対策が統一されていない現状が散見される。部署のスタッフが理解できるようなフィードバック方法を検討する必要がある。勉強会は定期的には開催できなかったが、今後も委員会で習得した知識を自部署とリンクできることを期待したい。

4. 新型コロナウイルス感染症の良い影響で、手指衛生の重要性は理解できており、徐々に遵守率が向上しつつある。しかし、感染を制御できるレベルには至っていない。流行感染症のイベントが発生している時は、手指衛生の遵守率が上昇している。これは、イベントが発生していない時は遵守率が低下することが予測され、流行感染症の感染対策の一環として捉えられる可能性がある。手指衛生を「させられている」ではなく、「やるべきこと」として習慣化し、平常時からの感染対策の一環として実施できることが重要である。また、J-SHIPE に登録している医療機関と比較しても当院の手指消毒使用率はかなり低い現状である。急性期病棟が使用できていない状況だが、適切なタイミングで手指消毒が実施できていれば使用率は増加する。次年度は適切なタイミングを理解しているかを確認し、適切なタイミングで手指消毒が行えているかのモニタリングを行いたい。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。

5. 基本、末梢からの BSI 発生率は低いためサーベイランス対象外であり、他医療機関との比較・ベンチマークができない。しかし、当院では末梢からの BSI が多い傾向にある。手指消毒使用率と CRBSI 発生数の関係性をグラフ化して示したが、相関関係は見受けられなかった。CRBSI と関連性がなかったものの、手指衛生が 1 番効果的な感染対策であるため、継続して確認し、今後は点滴操作時の消毒の有無や方法を確認する必要がある。今後は点滴操作時のチェックリストを見直し、実際の場面での評価を実施したい。また、チェックリストを集計し、各病棟の問題点を抽出し分析したい。

今後の課題・取り組み

1. 基本的な感染対策の教育・指導の強化、地域での活動も継続
2. ラウンドの強化、日常的な感染対策の状況確認
3. リンクナース育成
4. 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
5. BSI サーベイランス継続、UTI のベースラインの把握

その他

1. 相談 (令和 6 年度)

■ 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

■ 相談職種

- ・看護部、リハビリ部、事務部、医師、栄養部

■ 院外からの相談：多数、新型コロナウイルス感染症関連

2. サーベイランス

■ SSI サーベイランス(令和 6 年 SSI 6/96 件中、以下内訳)

1月		2月		3月		4月		5月		6月	
SSI	対象	SSI	対象	SSI	対象	SSI	対象	SSI	対象	SSI	対象
0	6	1	9	1	7	1	5	1	7	0	9
7月		8月		9月		10月		11月		12月	
SSI	対象	SSI	対象	SSI	対象	SSI	対象	SSI	対象	SSI	対象
1	13	0	6	0	7	0	7	0	10	1	10

(令和 5 年 SSI10/99 件、令和 4 年 SSI 7/113 件、令和 3 年 SSI 10/99 件、令和 2 年 SSI6/127 件、令和元年 SSI8/113 件、平成 30 年 SSI8/129 件、平成 29 年→SSI 4/117 件、平成 28 年→SSI 5/124 件、平成 27 年→SSI 16/121 件)

■ 手指衛生サーベイランス (1 患者 1 日あたりの手指消毒使用回数)

- ・令和 4 年度：6 回、令和 5 年度：10 回、令和 6 年度：9.7 回

3. 職業感染管理 (令和 6 年度：6 件フォロー)

【曝露状況】

- ・針刺し→5 件 ・血液粘膜曝露→1 件

【職種】

- ・医師→2 名 ・看護師→4 名

〈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. がん看護外来の後方支援 (38 件/月)
がん患者指導管理料イ・口算定の後方支援 (18 件/月)
2. 院内がん化学療法委員会活動の遂行
Grade4 レベルの有害事象のモニタリング・情報共有・問題提起・学習会の開催
3. 内服抗がん剤治療を安全に行う為の支援体制の構築
4. 現状把握・活動目標の設定 (実践・評価は来年度)
5. 院内研修による CV ポート管理の習得支援

活動結果

1. がん化学療法看護認定看護師相垣看護師・緩和ケア認定看護師横尾看護師および、皮膚排泄ケア認定看護師馬野看護師と共にごん看護外来を担当した。がん患者の治療開始前の不安や緩和ケア移行時期およびストーマ造設患者の患者・家族と面談を行い不安の軽減に努めた。(がん看護外来実績として下記参照)

- ・がん看護外来：年間総件数：618 件 (前年 450 件)

- ・月平均 51.5 件 (前年 37.5 件) (達成度 135%)

- ・がん患者指導管理料イ・口算定年間総数：185 件 (前年 192 件) (達成度 96%)

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、特に当院新規採用レジメン導入後の患者には事前に学習会やカンファレンスを関係部署と行った。新規抗がん剤導入前の学習会は 5 回実施した。「ビロイ」については副作用や投与方法が複雑であったため、患者投与直前にも追加で実施した。Grade の高い有害事象発生時、経過を確認し、医師や薬剤師と情報共有をし、毎月のがん化学療法委員会で情報共有および問題点についての検討を継続し安全な治療経過を見守っている。(達成度 100%)

3. これまで介入が十分できていなかった内服抗がん剤導入患者の安全な導入についての支援体制を他職種で考えていくこととし、がん化学療法委員会で活動承認を得た。過去半年間の患者データの集計および分析を行った。がん薬物療法認定薬剤師を外来に配置することとなり、外来医師・外来看護師との連携及び患者支援の向上を図った。

(達成度 100%)

4. 院内のクリニカルラダーII以上の看護師を対象に 9 月 21 日に CV ポート抜針実技を含む CV ポート管理についての研修会を実施した。15 名が参加し、指導に入る抜針指導者や穿刺者も指導経験を重ねられた。(達成度 100%)

評価・分析

1. 今年度はがん化学療法看護認定看護師としての活動が 7 年目を迎えた。今年度は外来師長の立場で、看護面談の実践は数件のみに留まり、がん看護外来を後方から支援した。治療期の看護外来は外来化学療法室との兼務であり、業務調整は困難であったが、新規導入患者は全員介入できた。しかし、がん患者指導管理料の算定は STAS-J の項目に該当しない患者も多く目標件数に達しなかった。告知を受け、めまぐるしく治療計画が立てられ困惑するがん患者とその家族に対し、思いを受けいれる場所として看護外来での面談は有効であると考え、STAS-J の評価を外来で実施し、スクリーニングに役立てていく必要があると考える。

2. 新規抗がん剤導入前には必ず学習会を開催し、副作用や投与管理方法について熟知した上で予測的に治療経過を見守った。特に程度のひどい有害事象が出現した場合は化学療法委員会で情報共有し問題点について議論することで安全な投与管理への意識の維持向上につながっていると考える。また、同時に委員会内で化学療法治療に関するインシデント事例の情報共有も行った。化学療法に関する学習会は年間 5 回実施し、病棟看護師や薬剤師の参加もあり、知識およびチーム力の向上につながったと考える。

3. 内服抗がん剤は自宅で内服するという投与方法から、ともすると安易に捉えがちであるが、副作用は多種多様で治療継続も困難な場合がある。いよいよ今年度は現状把握か

<p>ら、効果的な介入の仕組みをつくることに着手した。診療報酬改訂の流れもくみ、次年度4月からのがん薬物療法認定薬剤師の外来配置も叶った。引き続き効果的な介入への評価を継続していく必要がある。</p> <p>4. CV ポートを造設する患者の対応は少数ながら常に求められており、基礎知識や抜針・採血介助・穿刺介助のスキルを維持向上させていく必要がある。講義・演習を踏まえ合格基準をクリアするためには指導者のスキルも維持向上していく事が重要であり、引き続き研修会を行いたい。また来年度は院内認定制度を確立していく予定である。</p>
<p>今後の課題取り組み</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CV ポート抜針実践者・穿刺者の院内認定制度の確立 2. 地域に向けた研修会の実施 3. 看護外来運用の後方的支援 4. がん看護領域の後継者の育成 5. 看護研究の着手 6. 安全な内服抗がん剤導入へも支援体制の構築 PDCA サイクル継続実施
<p>その他</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 大分大学がんプロインテンシブコース事例検討会 6月1日・7月27日に ZOOM で2回参加した。 2. 雑誌「がん看護」を定期購読し最新がん看護の知識の習得など自己研鑽に努めた。

<p>〈手術看護認定看護師〉 釜田 悠生 (令和元年7月認定)</p>
<p>活動目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PFM 予定手術患者と介入件数、早期のリスク把握とスタッフ間での情報共有に努め、安全・安心な周術期看護の提供に努める。看護実践内容の調査、患者満足度の評価から術前看護の充実を図る。 2. 部署内における看護研究活動の推進 3. 院内・部署内の勉強会の実施 各1回 (麻酔表の見方・手術体位について)
<p>活動結果</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PFM 介入件数 83% 昨年より介入件数は増加している。今後は面談の質を落とさず80%以上の介入を維持出来るように努めてたい。(達成度 80%) 2. 昨年の看護研究(手術室看護師の看護ケアに対する患者アンケート調査)学会発表、看護研究活動支援(80%) 3. 院内研修会・部署内勉強会 (特殊体位について) (達成度 80%)
<p>評価・分析</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 今年度の PFM 予定件数 375 件に対し、317 件の介入(84%)ができた。入院前に介入する事により術前禁煙指導・患者教育が実施できている。また、術後アンケート調査から安心感につながっていることが明らかとなり今後も継続して介入していく。 2. 日本手術看護学会にて研究発表を行った。 「手術室看護師の看護ケアに対する患者評価～術後アンケート調査を行って～」

<p>3. 看護部研修会(麻酔記録の見方)を実施した。特殊体位(牽引姿位・砕石位・側臥位・ビーチチェア・腹臥位)について座学・実践指導を行う。手術室経験の浅い看護師が安全に安楽なポジショニングが実施できるように観察点や神経障害等について勉強会を開催した。来年度も継続して勉強会を行い、看護の質の向上に努めていく。</p>
<p>今後の課題取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定行為研修(術中麻酔管理領域パッケージ)受講 ・ 来年度はダビンチ手術が開始するため、砕石位によるコンパートメント症候群に注意する必要がある。除圧や頭低位解除時間の検討を進め看護基準等を作成する必要がある。 ・ 陰圧固定具(ハグユーバック)使用法、基準の作成
<p>その他</p> <p>9月 日本手術看護学会 大分分会</p> <p>10月 日本手術看護学会 年次大会 研究発表</p> <p>11月 地域公開講座 周術期体温管理～体温低下を防ぐためにあなたにできること～ 日総研より執筆依頼 2025年5.6月号、手術看護エキスパート掲載 他、手術看護分野・麻酔看護に関するWEBセミナー参加</p>

3) 診療部

(1) 臨床研修室

スタッフ	
室長	大坪 仁

目的・役割
医師としての基本的な診療能力と倫理観を備えた人材を育成することを目的とし、研修医、専攻医、医学生が安心かつ充実した研修に臨めるようサポートを行う。

活動実績
<ol style="list-style-type: none">1. 内科専攻医の確保について 久留米大学医学部から令和 6 年度から後期臨床研修医 2 名の受け入れを行い、令和 7 年度も 2 名の受入を行うこととなった。2. 大分大学医学部 令和 5 年度地域医療実習の受入 近年、地域医療に対する社会的ニーズが高まっていることを踏まえ、大分大学医学部では医学科の 5 年生を対象に 1 クール 2 週間の地域医療実習を行っており、令和 6 年度は学生 4 名の受入を行った。また、新たに大分県地域生活定着支援センターにて行う実習を取り入れ、学生から好評であった。3. 済生会グループでの初期研修医(2 年目)の受入 (地域医療研修) 毎年済生会グループである大阪府中津病院から初期研修医の地域医療研修の受入を行っている。令和 6 年度は 6 名の受入を行った。4. 広域型連携プログラムの受入について 令和 8 年度から新たに初期臨床研修のプログラムとして広域型連携プログラムが開始される。当院では協力型病院として登録を行い、基幹型病院 3 施設との提携を行った。受入開始予定は令和 9 年度を予定している。

今後の課題
<ol style="list-style-type: none">1. 内科専攻医 4 名の管理を久留米大学と連携を行いながら進めていく。2. 令和 8 年度から開始される広域型連携プログラムの受入に向けて準備を進める。3. 久留米大学や大分大学からの医学生の受入れについてカリキュラムを充実させられるように計画する。

4) 医療情報部

(1) 診療情報管理室

スタッフ	
診療情報管理室係長	丹生 真人
事務員	2名

目的・役割
診療録をはじめとする医療情報を正確・安全に管理し、医療の質の向上と法令遵守を支える。主な役割として、診療録の保守・点検、診療報酬請求支援（DPC・コーディングなど）、医療統計の作成、がん登録業務、医療従事者への情報提供、およびカルテ開示など医療現場と経営の両面を支える情報の中核を担う。

活動実績
<p>1. 情報の適正管理と利便性の高い提供体制の両立</p> <p>情報の適正管理については、毎月開催している診療情報管理委員会において検討を重ね、その結果に基づいて体制の整備と推進を図っている。特に令和6年度は、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する規程の見直し、およびスキャン後の紙媒体の保管について協議を実施した。また、診療録の質的点検(院内監査)を第37~40回(通算63~66回)まで計画通り年4回実施した。点検結果については、職員へのフィードバックを重視し、インパクトある広報紙を作成する等効果的な情報還元に取り組んだ。診療情報提供(カルテ開示)に関しては、現状に即した対応を図るため、開示料金の変更等「診療情報提供規程(カルテ開示規程)」の一部改正を実施した。令和6年度のカルテ開示請求は年間29件であり、平均手続き期間は4.38日(前年度:34件、5.94日)と、対応の迅速化を図った。</p> <p>2. 診療録管理体制加算2の算定維持及びDPCのスキルアップ</p> <p>診療録管理体制加算2の算定維持を目的に、新入職医師への退院時サマリー早期作成の働きかけを継続した。作成状況を常時モニタリングし、未作成者には適時声かけやメール督促を実施した。その結果、14日以内作成率は99.4%(前年度:99.6%)と高水準を維持した。また、DPCスキルの向上を目的にDPC委員会を年4回開催し、職員への制度理解促進および適切なコーディング精度向上を目指し、教育と情報共有を行った。</p> <p>3. 人材育成</p> <p>診療情報管理およびがん登録に必要な資格取得については、一部において達成(診療情報管理士認定試験合格)したが、中級認定試験については未達成である。OJTを意識した業務分担と日常業務を通じて、実践的な知識と技能の修得を促進し、毎月病歴ミーティングを開催し、情報共有と職員間の認識の統一を図った。さらに、全職員参加型の勉強会を毎月実施し、診療情報管理に関する専門性に加え、病院職員としての総合的なスキルアップを推進した。</p>

今後の課題

1. 経営情報システム(ARROWS) [DPC 分析]を使用し、医師及び現場への情報提供
経営情報システム「ARROWS」を活用し、DPC データの分析を通じて課題の可視化を行い、現場へフィードバックを行う。これにより、経営改善に直結する情報提供を行い、現場と経営の橋渡し役としての機能を果たすことが課題となる。さらに、分析スキルの向上を図るため、外部研修会や勉強会への積極的な参加を通じて、専門知識の習得とスキルの深化を目指す。

2. タスクシフトの業務拡大

医師や看護師等、専門職の業務負担軽減を目的として、他部署と連携しながらタスクシフト業務の拡大を図る。具体的には、統計資料作成、各種データ入力業務等の業務支援を実施する。これにより、医療現場の生産性向上と職種間連携の強化を目指す。

3. がん登録実務者の育成

がん登録の質の向上と正確な情報収集を実現するため、がん登録実務者の育成に注力する。院内がん登録実務中級者および初級認定試験の合格を目指し、計画的な学習と実務経験の積み重ねを推進する。また、外部研修会や講習会への積極的な参加を通じて、最新の制度や知識の習得を図り、組織全体のがん登録レベルの底上げを目指す。

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	小児科	婦人科	放射線科	麻酔科	救急科	計	構成比 (%)
感染症及び寄生虫症	10	2	1			1	1		2	17	5.3
新生物	20	74	10	13		3	1	5	9	135	41.9
血液及び造血器の疾患ならびに免疫障害										0	0.0
内分泌、栄養及び代謝疾患	1									1	0.3
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				1			2	5	1.6
循環器系の疾患	31	4	2	1			6		12	56	17.4
呼吸器系の疾患	24	5	7	2		1	4		9	52	16.1
消化器系の疾患	5	6	1			1	1		2	16	5.0
皮膚及び皮下組織の疾患	2			1						3	0.9
筋骨格系及び結合組織の疾患							1			1	0.3
尿路器系の疾患	6									6	1.9
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										0	0.0
症状、徴候及び診断名不明確の状態	5	3				1	2		3	14	4.3
損傷、中毒およびその他の外因の影響	4		1						8	13	4.0
原因不明の新たな疾患	3									3	0.9
計	112	95	22	17	0	8	16	5	47	322	100.0



診療情報管理室



旧カルテ保管庫

(2) システム管理室

スタッフ	
室長	中村 圭秀
係長	久保田 倫有

目的・役割
1. 電子カルテ等システムの安定稼働 2. 病院 DX の推進 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。

活動実績
1. 電子カルテ等システムの安定稼働及び問題・課題の改善 令和 4 年 7 月 1 日、電子カルテおよび部門システムを新電子カルテ(SSI：Newtons2)へリプレイスした。令和 6 年度は電子カルテの安定稼働と課題改善を重点目標とし、各部署から要望や問題点を集約した。対応として、電子カルテベンダーとのオンライン調整を年間 478 件実施し、職員からの要望や問い合わせに対応した。また、日常業務においてはシステム管理室職員によるリモートサポートを開始し、各部署の端末に対して遠隔で対応を行うことで、現場までの移動時間を削減し、より迅速に対応が行えるよう取り組んだ。
2. 患者用フリーwifi の開放 入院患者向けとして、病棟の共有スペースにフリーwifi 環境を整備した。併せて業務用ネットワークとプライベート用ネットワークを分離することで、セキュリティの強化を図った。
3. データブリッジの導入 データブリッジの導入によって、インターネット環境と電子カルテ環境間でやりとりされるデータを自動的にスキャンし、無害化処理を行うことが可能となった。また、従来 USB メモリを用いていたデータの受け渡しを、安全なネットワーク経由に置き換えることができた。併せて、各部署で使用する USB メモリを必要最小限に制限することで、紛失や盗難等による情報漏洩リスクの排除にもつながっている。さらに、アクセスログの記録機能および権限管理機能を備えており、データのやり取り履歴を追跡可能であるため、院内のセキュリティポリシー強化に大きく寄与している。
4. ソフトウェア資産管理 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(6 月、11 月、1 月)実施、3 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した。今後も引き続き PDCA 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。

5. 情報セキュリティの教育と電子カルテ等システムの操作説明

新入職員に向け年間通じて 71 名に対して操作説明を行った。(うち医師 37 人 ※非常勤含む)

今後の課題

- 電子カルテ等システムの安定稼働
- 新システムの導入・提案
- サイバーセキュリティ強化
- BCP (サイバー攻撃)の作成
- プリンタの計画的更新
- ソフトウェア資産管理の継続
- 情報セキュリティ管理の継続
- 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	荏隈 佳寿美
医療相談員	1名
事務員	1名
看護師(地域医療室)	1名
看護師	6名
(入退院支援センター)	

目的・役割
紹介・逆紹介の調整、診療情報提供書・返書の管理等を行い、地域の開業医や他病院との切れ目のない医療・福祉サービスの提供に寄与する。また、住み慣れた地域で継続的な医療・介護が受けられる体制作りへの参画を行う。

活動実績
<p>1. スムーズな紹介・逆紹介による滞りのない医療を推進する</p> <p>紹介率 97.3%、逆紹介率 64.1%(地域医療支援病院の要件による計算式)であり、即時受診・入院依頼の受入れ不応需事例は58件で令和6年度(66件)より減少した。新入院紹介率は35.2%と令和6年度より減少しているが件数は23ポイント増加している。</p> <p>2. 退院調整の実施により住み慣れた場所での療養生活を遅れるように支援する取り組み</p> <p>入院サポートセンターによる入院前からの退院調整介入の必要性を評価し、後方支援へつなぎ、早期からの退院支援計画を実践する取り組みを行った。センター内で入院前カンファレンスを行い、入院後の介入方法を検討した。入院後は退院調整看護師と病棟看護師およびコメディカルと共に退院支援状況を評価し、地域の支援者との情報共有を繰り返す事で、退院後の療養環境を整え78.6%の患者が在宅等へ退院できた。また、医療ケア度の高い患者には、訪問看護ステーション、在宅支援者とカンファレンスを開催し、ケアの継続をできるように整えた。</p> <p>3. 入退院支援センター介入による加算の獲得</p> <p>入退院支援加算1は月平均175件、入院時支援加算は月平均39件、退院時共同指導料38件/年、介護支援等連携加算58件/年と令和4年度より増加した。</p> <p>4. 通院困難な患者への医療提供の充実</p> <p>訪問診療は医師1名、訪問看護担当看護師1名で実践していたが、患者数の増加に伴い、6月から事務職員1名を加えた3名体制で行った。毎週水曜日午後を中心に診療を行った。月平均28.8件の訪問診療を実施した。訪問診療の必要な患者は、退院前より積極的に患者と関わり、退院後も安心して診療継続して頂けるように取り組んだ。</p>

今後の課題

1. 紹介・逆紹介がスムーズに行えるように即日依頼の応需時間の短縮、受け入れ困難事例の発生を最小限にする取り組みを行う。
2. 院内の多職種連携による退院支援の取り組み拡大を推進し、入退院支援センターが目標としている“不便があっても困ることがない療養生活”を目指す。また、受持ち看護師の退院支援への取り組みを強化できるように指導・支援する。
3. ベッドコントロールを緻密に行い、DPC II 越え、在院日数の短縮、各病棟施設基準の遵守を実践する。

(2) 医療社会事業室

スタッフ	
室長	甲斐 祐治
医療相談員	5名
あけぼの寮相談員	2名(大分市出向)

目的・役割
1. 無料又は低額診療事業となでしこプランの継続と発展
2. 転院・退院支援活動の充実
3. 更生保護施設「あけぼの寮」での福祉的支援事業の充実
4. 職員の知識と技術の向上

活動実績
1. 無料又は低額診療事業となでしこプランの継続と発展 ・減免率 12.08% (目標 12%) ・なでしこプラン：リユース事業 3回/年開催し、223名に 724品目を譲渡した。市内各機関にも広報を行った結果として、施設入所者や独居生活者への衣類を提供して欲しいとの問い合わせもあり、活用いただいている。 ・やさしい日本語教室を開催し、令和 6 年度に実際外国人を雇用している福祉施設職員にも参加いただいた。外国人が安心して生活出来る風土の醸成に努めた。
2. 転院・退院支援活動の充実：令和 6 年度転院・退院調整に 6,512 件(令和 5 年度：5,416 件)の支援介入を行っており、MSW 援助件数の約 70%を占める。減免制度関係の援助件数は対象者の見直し等もあり、549 件(令和 5 年度：603 件)5.9%と減少傾向である。
3. 更生保護施設「あけぼの寮」での福祉的支援事業の充実：大分市の更生保護施設へ 2 名の相談員を出向し、当院が力点を置く、刑余者支援に従事している。当院において入寮者の健康診断・診療を行い、令和 6 年度延べ 23 人に実施した。入寮者に対して福祉サービス利用ができるよう、延 3,637 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 141 人に行い、当該診療費の本人負担を当院が代わって支払いを行った。
4. 職員の知識と技術の向上：地域包括ケア連携士研修、済生会 MSW 研修会をはじめとし、各種職能団体が開催する研修会の受講や資格取得等を行った。

今後の課題
1. 無料又は低額診療事業、なでしこプランは法人としての根幹事業であるため、関係機関との連携し、地域での広報活動を推進した。西部圏域の生活困窮者支援を加速する取組を模索していく必要がある。無料又は低額診療事業、なでしこプラン関連事業については病院全体が取り組むべき事業であることを院内で周知したい。

2. 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、福祉施設を訪問し、連携の強化を図り、顔の見える関係を構築する。
3. ソーシャルワーカーが中心となり、外国人、刑余者、障がい者など、誰もが安心・安全に生活を営むことができる地域風土の醸成に取り組む。
4. 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。

※医療社会事業室が関与する転院・退院支援業務が非常に多く、他の業務を圧迫している。MSWは多問題の患者を多くの専門職と協働し、社会資源を結びつけるコーディネーター的役割であり、各専門職と連携を密にし、退院調整についてさらにスムーズな調整を検討していく必要がある。

※個人情報も多く扱う部署でありながら未だに独立した専用室を持たないことから、早急な改善、確保が必要である。

表.相談延総件数と実件数

	令和6年度				令和5年度			
	延件数	率(%)	新規患者数	率(%)	延件数	率(%)	新規患者数	率(%)
入院	8,394	90.1%	354	80.1%	7,345	87.6%	481	81.0%
外来	830	8.9%	79	17.9%	1,001	11.9%	108	18.2%
その他	92	1.0%	9	2.0%	36	0.4%	5	0.8%
計	9,316	100.0%	442	100.0%	8,382	100.0%	594	100.0%

表.援助問題別件数・率

	令和6年度		令和5年度	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
転院・退院調整	6,512	69.9%	5,416	64.6%
減免制度関係	549	5.9%	603	7.2%
高額療養費・未収金関係	106	1.1%	72	0.9%
介護保険・身体障害関係	902	9.7%	762	9.1%
受診・入院受入関係	369	4.0%	462	5.5%
生活保護患者対応	62	0.7%	46	0.5%
経過・報告	680	7.3%	665	7.9%
心理・情緒的援助	41	0.4%	85	1.0%
地域リハ相談	5	0.1%	24	0.3%
その他	90	1.0%	247	2.9%
計	9,316	100.0%	8,382	100.0%

表.援助手段別延件数

	令和6年度	令和5年度
面接	8,980	7,673
電話	9,619	7,579
訪問	55	97
(福祉事務所)	0	1
(関係機関)	11	33
(その他)	44	63
カンファレンス	122	120

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6年度					令和5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	58,367	1,004	240	7,438	8,682	入院患者延数	58,352	1,766	517	8,866	11,149
外来患者延数	67,516	2,543	3,525	453	6,521	外来患者延数	63,259	1,093	3,642	689	5,424
合計	A 125,883	3,547	3,765	7,891	B 15,203	合計	A 121,611	2,859	4,159	9,555	B 16,573
<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>					$B/A \times 100 = 12.08\%$	<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>					$B/A \times 100 = 13.63\%$

※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

■ 日田市

地区名	令和6年度				令和5年度			
	入院	外来	延数	実数	入院	外来	延数	実数
日 隈	21	93	114	20	27	102	129	14
若 宮	7	30	37	9	17	29	46	13
咸 宜	46	228	274	44	56	250	306	71
桂 林	13	88	101	17	20	102	122	24
三 芳	32	126	158	24	39	148	187	41
光 岡	25	178	203	31	52	225	277	55
高 瀬	15	57	72	12	14	63	77	19
朝 日	13	134	147	22	17	107	124	28
三 花	34	152	186	13	33	195	228	44
西有田	6	82	88	16	30	102	132	24
東有田	6	82	88	13	8	115	123	20
小 野	11	55	66	10	3	45	48	4
大 鶴	14	52	66	8	7	40	47	12
夜 明	5	16	21	5	1	15	16	4
五 和	17	76	93	14	19	65	84	21
前津江	8	20	28	3	6	34	40	8
中津江	4	16	20	4	5	19	24	5
上津江	0	10	10	1	0	0	0	1
大 山	26	73	99	13	13	82	95	7
天 瀬	25	125	150	26	34	137	171	44
計	328	1,693	2,021	305	401	1,875	2,276	459

■ 玖珠郡（玖珠・九重）

地区名	令和6年度				令和5年度			
	入院	外来	延数	実数	入院	外来	延数	実数
玖 珠	41	184	225	47	60	221	281	77
九 重	19	66	85	19	28	108	136	33
計	60	250	310	66	88	329	417	110

■ 回復期リハビリテーション病棟についての報告

	令和6年度	令和5年度
新規入院患者数	3	9
退院件数	199	191
在宅復帰率	96.2%	97.3%
平均入院日数	51.4	53.8

■ 回復期病棟住環境調査実施件数

(科別内訳)	令和6年度	令和5年度	(地域内訳)
整形外科	14	26	日田市内
脳神経外科	3	5	玖珠・九重
その他	0	0	中津市
			福岡県内
			その他
			合計

■ 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6年度	令和5年度
新規入院患者数	130	146
退院件数	568	431
在宅復帰率	89.9%	86.5%
平均入院日数	19.7	17.3

■ 緩和ケア病棟についての報告
(平成 27 年 9 月から)

	令和6年度	令和5年度
新規入院患者数	105	120
退院件数	181	195
在宅復帰率	34.2%	41.0%
平均入院日数	20.2	18.4

※新規入院患者数については転棟者は除いたもの

■ ケースの年齢

	令和6年度	令和5年度
平均	81歳	81歳
最高齢	103歳	104歳
最年少	22歳	0歳

■ 関係機関との連携について

	関係機関	連携回数
1	介護保険サービスセンター花月園	40
2	日田市西部地域包括支援センター	24
3	玖珠町地域包括支援センター	23
4	聖陵ストリーム居宅介護サービスセンター	17
5	日田市東部地域包括支援センター	17
6	ケアプランセンター山国	16
7	介護付き有料老人ホーム 向日葵	16
8	ケアプラン ほうとう	15
9	日田市中央地域包括支援センター	15
10	鳩友園介護保険サービスセンター	15
11	ケアプラン若宮	14
12	さくらケアプランサービス日田	14
13	介護保険サービスセンターなかのしま	14
14	介護保険サービスセンター ウォーク	13
15	介護保険相談センター恵	13
16	縁ジョイライフ	12
17	居宅介護支援事業所 はね	12
18	有田ひまわり介護保険センター	12
19	ネオ居宅支援事業所	10
20	特別養護老人ホーム 中ノ島園	10

	関係機関	連携回数
21	ビハール豆田	9
22	日田市南部地域包括支援センター	9
23	グループホームすばる竹田園	8
24	ケアサービス光岡	8
25	相談支援事業所はぎの	8
26	介護保険サービスセンター喜楽苑	8
27	居宅介護支援事業所 五反田	8
28	在宅介護支援 はな	8
29	介護保険サービスセンター喜楽苑	8
30	Beeすけっと	7
31	すいれんの郷ひた	7
32	居宅介護支援センター光洋	7
33	福祉用具クローバー	6
34	居宅介護支援事業所 しあわせ	6
35	老人保健施設六和会 センテナリアン	6
36	日田市社協介護保険サービスセンター 「おおやま」	6
37	介護保険サービスセンター溪和	6
38	玖珠町社会福祉協議会	6
39	地域密着型特定施設入居者介護 陽だまり	6
40	有料老人ホーム あいのてる丘	6

(3) がん相談支援センター

スタッフ	
室長	林田 良三
室長補佐	荏隈 佳寿美
専門相談員	3名

目的・役割
がん患者さんやそのご家族が抱える多岐に渡る不安や悩みなどを気軽に相談していただき、情報提供や問題解決への支援を行う。

活動実績
1. 相談対応
・延べ件数 242 件：新規相談 121 件、2 回目以上 116 件、不明 5 件
・内容：「がんの治療に関すること」が 95 件と最も多く、次いで「症状・後遺症」が 35 件、「ホスピス・緩和ケア」が 24 件であった。
2. 患者・家族支援
・がんサロン
令和 6 年 7 月 26 日(金) サロンなでしこ「人生会議 1」参加者 1 名
令和 6 年 9 月 13 日(金) サロンなでしこ「ルミナリ工作成」参加者 2 名
令和 6 年 11 月 1 日(金) サロンなでしこ「人生会議 2」参加者 1 名
令和 7 年 2 月 28 日(金) サロンなでしこ「人生会議 3」参加者 1 名
・その他
令和 6 年 9 月 20 日(金) チャリティーイベント「びょういんのざっかやさん」開催
令和 6 年 9 月 22 日(日)～23 日(月) 「リレーフォーライフジャパン in 大分」参加
3. その他
令和 6 年 6 月 1 日(土) 緩和ケア研修会(大分大学医学部附属病院)
令和 6 年 6 月 6 日(木) 第 1 回がん相談支援センター情報交換会
令和 6 年 6 月 9 日(日) 第 2 回がん相談員情報交換会
令和 7 年 1 月 30 日(木) 第 3 回がん相談支援センター情報交換会

今後の課題
1. がんサロンの定期開催と集客
がん患者さんやご家族が利用しやすい時間帯、曜日の検討
2. 相談しやすい、利用しやすいがん相談支援センターの整備
・図書の整備、インターネット環境の整備により、患者・ご家族自身で調べる、解決できる環境を提供する。
・業務調整などにより専門相談員がセンター内に常駐できる環境を検討する。

(4) 大分県地域生活定着支援センター

スタッフ	
センター長代行	御手洗 和也
相談員	6名
事務員	1名

目的・役割
<p>当センターは刑務所や少年院などの矯正施設に収容されている高齢者や障がい者を有する人を対象とし、釈放後も安心して地域社会に戻ることができるように生活の場の確保や必要な医療福祉サービスの利用などについて支援しています。また刑事司法手続の入口段階にある被疑者・被告人等のうち、高齢や障がいによって、地域社会において困難を抱える人たちを対象とした支援も提供しています。なお、こうした支援は、地域生活定着促進事業に基づくもので、当センターは大分県から委託を受けて事業を実施しています。</p> <p>主な業務の内容は、次のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コーディネート業務 矯正施設を出て地域社会に帰る際の支援 ・フォローアップ業務 コーディネート業務のあと、地域社会での生活を支える支援 ・被疑者等支援業務 被疑者・被告人という状況の人たちに対する支援（そのあとの生活支援を含む） ・相談支援業務 犯罪や非行をした高齢者や障がい者を有する人たちに広く関係する支援 ・関係機関等との連携及び地域における支援ネットワークの構築等

活動実績
<p>【令和6年度】</p> <p>1. 支援件数 4,936 （前年度比 112%）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コーディネート業務支援対象者数 40名 前年度比 133% ・フォローアップ業務支援対象者数 29名 前年度比 94% ・被疑者等支援業務支援対象者数 15名 前年度比 125% ・相談支援業務支援対象者数 80名 前年度比 70% <p>2. 関係機関等との連携及び地域におけるネットワークの構築等の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉支援検討会：合同支援会議やカンファレンスとして開催する支援に係る情報共有や協議等の場 <p>実施回数 33回 前年度比 118%</p>

- ・福祉事業所巡回開拓：事業所や公機関等を訪問し、事業の普及啓発を図ると共に、連携支援に係る協力を得る。

実施回数 20回 前年度比 182%

- ・地域福祉研修：具体的な支援に係る情報共有、協議、事例検討等を含めた研修の場
実施回数 7回 前年度比 140%

- ・普及啓発

権利擁護・地域生活定着支援セミナー

開催日 令和6年12月7日(大分県総合社会福祉会館)

大分県、大分県社会福祉協議会、大分県済生会日田病院共催

テーマ 「知的障がい者の一歩を切り拓く～地域での共生を目指して～」

内容 事業説明 大分県こころとからだの相談支援センター

特別講演 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園

参加者 会場55名、オンライン64名 計119名

- ・講演や事業説明

実施回数 61回 前年度比 115%

- ・ネットワーク会議：都道府県全域を対象とし、地域における支援ネットワークの構築・強化を目的とした会議

年2回、「矯正施設入所者に係る福祉支援推進検討会」として開催した

3. その他

- ・花見会(昼食会と公園散策) 支援対象者5名参加
- ・秋イベント(昼食会と公園散策) 支援対象者2名参加
- ・大分大学開放イベント(模擬店出店) 支援対象者3名、保護観察対象者1名参加
- ・大分大学福祉健康科学部集中講義(2日間)
- ・大分大学福祉健康科学部研究室との協働事業(困窮者に対する生活用品等の譲渡)
譲渡先 福祉関係事業所2か所、支援対象者複数名

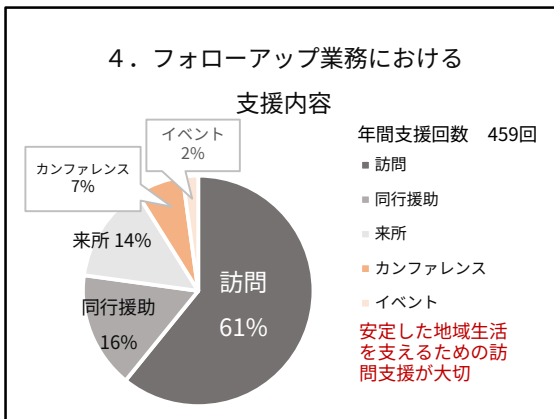
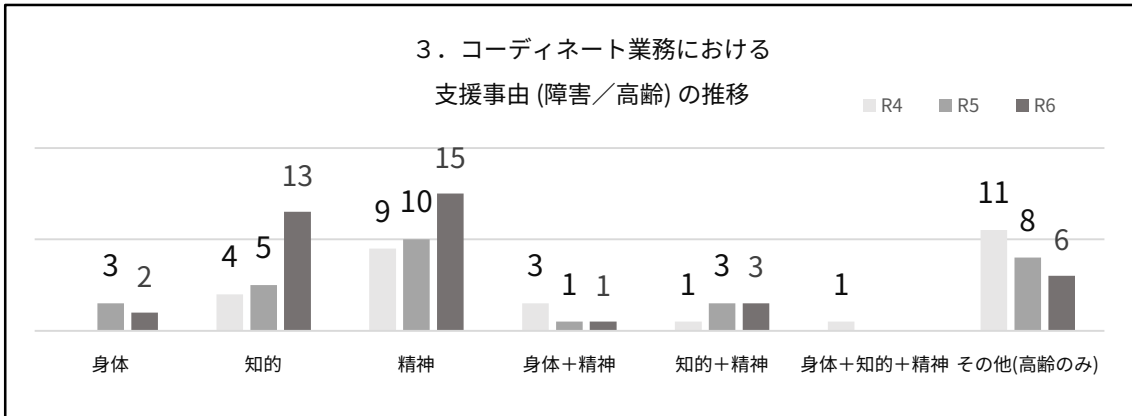
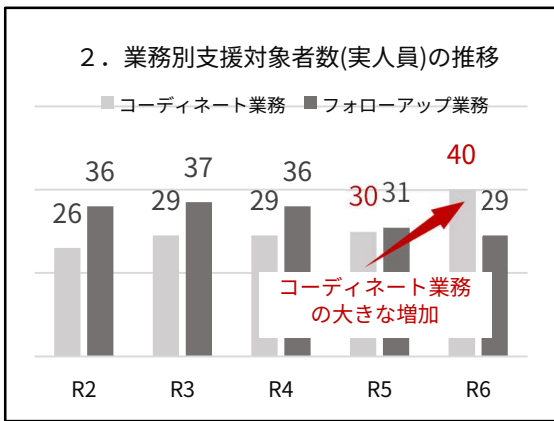
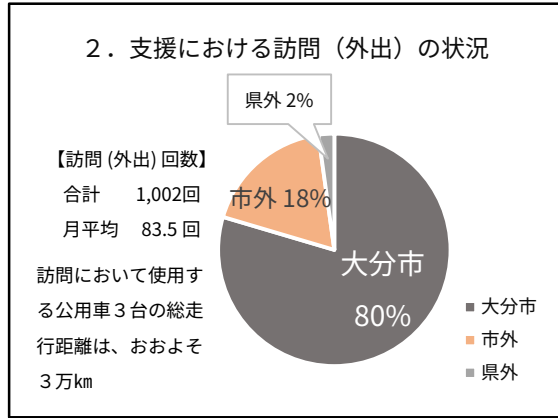
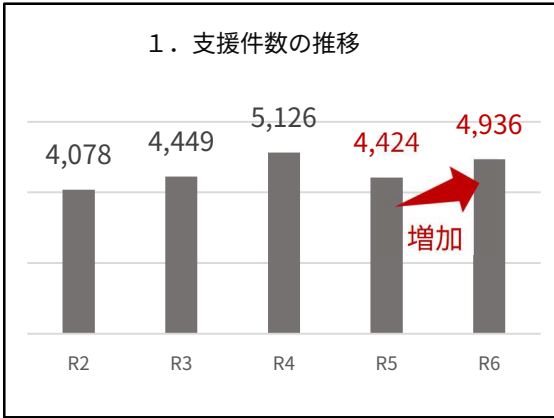
今後の課題

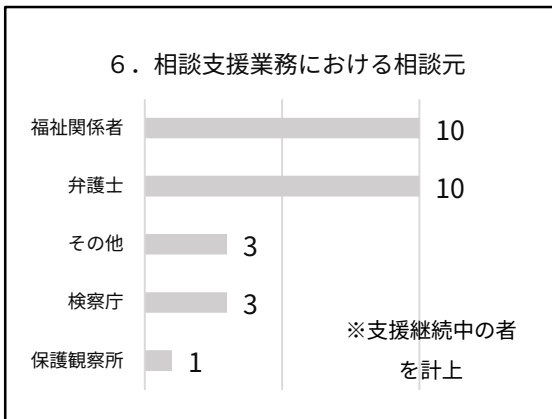
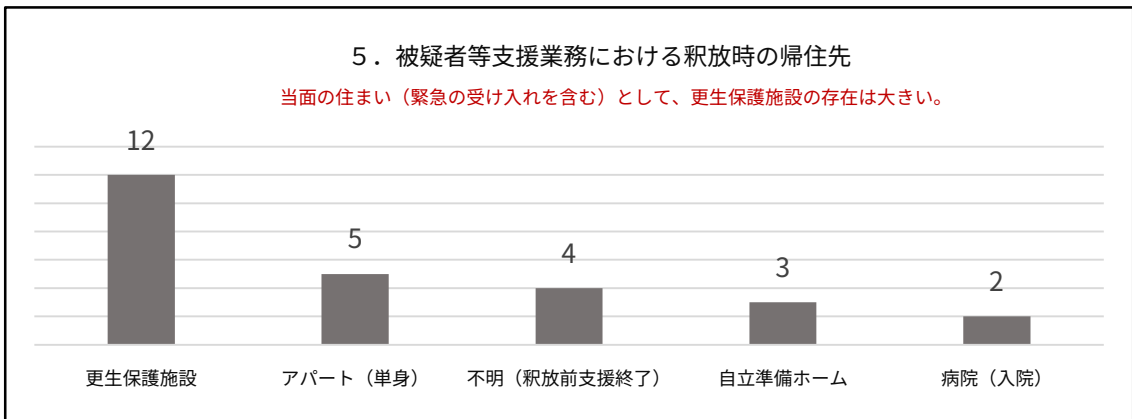
1. 人材育成

人事異動等によって、毎年度相談員が入れ替わるため、引き続いてセンター相談員の育成に努めると共に、福祉事業を担う済生会職員としての人材育成に努めたい。

2. 業務の効率化

支援件数が増加する傾向が認められるところ、いずれの支援においても困難を伴う状況であることから、業務は多忙を極め、相談員の負担が増している。よって少しでも負担の軽減を図るため、引き続いて事務処理について簡素化を図るよう努めたい。また、業務全般において、外出する頻度が高く、事故や怪我等の危険をともなう状況であることから、無理無駄なく、安全に業務を遂行できるよう体制を整える必要がある。





7. 講師派遣実績

4月4日	障害福祉サービス事務所	職員研修会	職員 20名
7月6日	第74回社会を明るくする運動日田地区推進大会	講演会	市民 160名
7月31日	障害福祉サービス事業所	職員研修会	職員 12名
8月28日	再犯防止推進関係市町村職員等研修会	職員研修会	職員 30名
10月21日	別府保護区保護司会女性部かがやきの会研修会	保護司研修会	保護司 12名
12月14、21日	大分大学福祉健康科学部	学生集中講義	学生 56名
1月17日	豊後大野保護区保護司会	保護司研修会	保護司等 39名
3月7日	大分県東部保健所地域福祉室	職員研修会	職員 10名



【対象者支援活動】
～花見会～



【対象者支援活動】
～秋の行楽・公園散策～



【対象者支援活動】
～学園祭模擬店出店～



【対象者支援活動】
～台風接近による避難所への誘導～



【大分大学研究室との協働活動】
～困窮者に対する生活用品の譲渡～



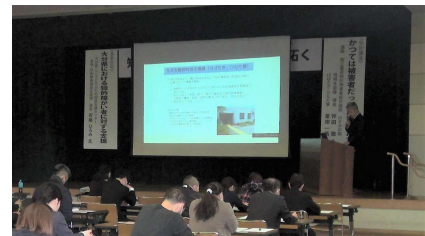
【更生保護女性会との連携】
～意見交換会の開催～



【更生保護女性会との連携】
～生活用品の譲り受け～



【センター事業の普及啓発活動（講師派遣）】
～再犯防止推進関係市町村職員等研修会～



【センター事業の普及啓発活動】
～権利擁護・地域生活定着支援セミナー開催～



【センター事業の普及啓発活動（講師派遣）】
～豊後大野保護区保護司会研修会～



【業務改善の取り組み】
～県の事業を活用した交通安全教育研修会の開催～

(5) 済生会まほろば訪問看護ステーション

スタッフ	
管理者	長谷 あけみ
看護師	3名
主任理学療法士	1名
理学療法士	1名
事務職員	1名

目的・役割
<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者・家族と共に歩み、安心できる在宅看護・リハビリテーションを提供します。 2. 多職種と連携・協働し、地域包括ケアの担い手としての役割が遂行できるように努力します。 3. 訪問看護スタッフとしての自覚と責任を持ち、自己研鑽し成長に努めます。 4. 地域の中核となる訪問看護ステーションとして、地域の在宅医療・介護の質の向上を図り、住みやすい地域造りに貢献します。

活動実績
<ol style="list-style-type: none"> 1. 経営参画 令和5年4月済生会まほろば訪問看護ステーション開設、在宅医療(訪問看護・訪問リハ)を実施している。全体訪問件数は、計画 4,792 件に対し、実績 4,250 件と 9 割程度の達成度であったが、前年度実績 2,765 件は大きく上回った。 2. 訪問看護ステーションとしての充実 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療検討委員会を3回開催、実績や活動状況の報告を行った。 ・病院主催の退院前カンファレンス、ケアマネ主催の担当者会議に積極的に参加した。 ・退院前カンファレンス 54 件、担当者会議 74 件の参加を行い、多職種間の連携を深めることが出来た。 ・業務マニュアルの見直し及び不足しているマニュアルの抽出を行った。 まほろば通信を3ヶ月に1回発行、まほろば利用者や地域のケアマネ、近隣の病院施設へ配布を行い、広報活動に努めた。 3. 安心・安全な訪問看護・リハビリテーションを提供する 24時間365日体制をとり、休日夜間の緊急時対応は年間23件で、前年度126件を大きく上回った。看取り件数は23件であり、前年度12件を大きく上回った。 4. 訪問看護ステーション職員のスキルの向上 令和5年度に引き続き、「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会」にさらに看護師1名参加した。また、「令和6年度改訂版精神障がい者の在宅看護セミナー(精神科訪問看護基本療養費の届出要件を満たす研修)」に看護師1名が参加、精神疾患のある利用者への訪問看護への介入できる体制を整備した。

さらに、第 77 回済生会学会にて、「知的障がい有するひきこもり青年への訪問看護ステーションの支援～親なき後を見据えて～」との題目で、理学療法士がポスター発表を行った。

今後の課題

1. マニュアル等の整備

施設基準で必要なマニュアルは整備しているが、その他の業務マニュアルが整備できていないため、整備に向けて取り組む必要がある。

2. 新規利用者獲得への働きかけ継続

できる限り病棟の他職種カンファレンスに参加したい。まほろば通信や外部の居宅介護支援事業所への毎月の報告書配布を通し、広報活動を継続する。

3. 一日の訪問件数増加

1日平均 21 件以上を目指す。(令和 6 年度は 1 日平均 17.6 人)

4. 人材育成、教育体制の整備

新人スタッフが配属された際の教育システムの構築、教育ができるスタッフの人材育成が必要である。

5. BCP(事業継続計画)の整備、周知

令和 6 年度の報酬改定により、訪問看護ステーションにおける BCP の策定が義務化された。現在計画は作成済みだが、スタッフへの周知徹底が必要である。

6) 医療安全管理部

(1) 医療安全管理室

スタッフ	
医療安全管理部長	尾崎 邦博
医療安全管理者	和田 朱美
医薬品安全管理責任者	田村 和彦
医療機器安全管理責任者	石原 利栄
事務部長	平田 勝基

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、医療事故防止、医療安全性と質の向上に努める。

活動実績
<p>■ マニュアル類の追加修正</p> <ul style="list-style-type: none">・マニュアル変更：21 項目 院内通達：9 項目
<p>■ 令和 6 年度活動状況</p> <p>1. 医療安全管理のための現場巡視</p> <ul style="list-style-type: none">・行動制限の実施確認・2S 耐震ラウンド・5S ラウンド・感染管理者と合同ラウンド
<p>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) 46 回/年開催</p> <p>令和 6 年度 1 回～38 回 毎週水曜日及び臨時 16:45～17:00</p> <p>12 月から 16:30 開始に変更し、16:45 から 1 部署</p>
<p>3. 医療事故調査制度対応</p> <p>1) 死亡患者情報の集約</p> <p>2) 死亡患者報告会議 42 回/年開催</p> <p>3) 死亡患者検討会議結果管理表の作成・管理</p> <p>4) 院外の死亡患者情報収集</p> <p>5) 死亡診断書週力漏れ防止対策としての整備</p> <p>6) 死亡診断書の不備データの蓄積</p>
<p>4. 患者相談窓口担当 13 件 延べ件数</p> <p>5. ヒヤリハット 医療事故 事例管理 1,334 件</p>

- 6. オカレンスレポート 13件
- 7. 各部署での医療安全カンファレンス参加
倫理カンファレンス、M&Mカンファレンス
- 8. 医療安全掲示板発行 11回
- 9. 感染管理室との合同ラウンド 8回
- 10. 医療安全対策地域連携：1-1 連携 1施設 1-2 連携 2施設
- 11. 教育 1) 新採用者オリエンテーション 2) リスクマネージャー交流会運営 3) 大分県看護協会医療安全推進メンバー 4) 医療安全推進委員会メンバーとして出前講座実施
- 12. 相談支援 手順作成
 - 1) 医薬品安全管理 9件 2) 医療機器安全管理 11件 3) その他 37件

- 今後の課題
- 1. 5S 活動の推進
 - ・整理：使わない薬剤や器具を適切に管理し、必要な物品のみを配置することで物品管理がスムーズになり、コスト削減にもつながる。
 - ・整頓：必要なものを取り出しやすく配置することで、緊急時など必要な器具や薬品を迅速に見つけて使用ができ、安全性の向上につながる。物品を探す時間を削減し、間違いやすいものを傍に置かないことで、ヒューマンエラー防止につながる。
 - ・清掃：院内の清掃、器具の消毒を行うことで、感染予防となり、患者の安全、安心につながる。
 - ・清潔：日常的な業務の中で5S活動が維持され、標準的な手順が定着する。
 - ・しつけ：職員全員が同時行動を取るために、教育や訓練を通じて規律を守る文化を築く。上記内容の必要性を理解するために、まず e-ラーニング研修を行う。その後は、5S効果①安全性の向上②効率化③患者満足度の向上④コスト削減を目指して、医療安全チームで根気強く現場の巡視を行い、改善を求めていく。
 - 2. 転倒・転落対策の強化
高齢者の入院患者が増えるなかで、転倒・転落時が重大事象とならない対策が必要となる。現在の転倒・転落のアセスメントシートやカンファレンス内容を見直し、個別性のある有効な対策が立案出来るよう取り組む。
 - 3. アラーム疲労の軽減
病棟では、様々なモニター音が鳴り「アラーム疲労」によって、患者の安全性を損なう可能性がある。業務改善により、正しい患者に、正しく使用することで、アラーム疲労軽減に向けて取り組む。

■ 公認心理師の相談業務活動 (心理カウンセリング等)

	患者相談	家族相談	心理検査	職員相談	スクリーニング
4月	13	3	0	2	1
5月	18	1	0	10	0
6月	20	6	1	6	0
7月	22	1	1	9	24
8月	15	1	1	2	2
9月	18	5	0	2	2
10月	20	2	0	5	0
11月	18	6	0	10	1
12月	21	3	0	7	0
1月	18	2	0	6	1
2月	13	7	0	7	0
3月	14	3	0	12	0
合計	210	43	3	78	31

■ 職員対象の心理教育研修

開催日	内容	対象者
令和6年4月2日	『メンタルヘルスについて』	新規入職者

■ 委託業務

日田市5歳児発達相談会 (6月、10月、2月)

7) 感染管理対策室

スタッフ	
副院長/感染管理対策室室長	大坪 仁
感染管理主任認定看護師	森山 由香
薬剤部部長	田村 和彦
主任臨床検査技師	上田 里沙
副院長/感染管理対策室室長	大坪 仁

目的・役割
<ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 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) <ul style="list-style-type: none"> ■ 実施しているサーベイランス (JANIS 登録：上 3 部門) <ul style="list-style-type: none"> ・ 検査部門・・・耐性菌の分離状況など定例委員会で報告 ・ 全入院患者・・・入院患者の耐性菌検出率 ・ SSI 部門・・・8 個の消化器手術対象、令和 6 年度分は JANIS に提出 令和 6 年：SSI 6 件／対象手術 96 件中 ・ CLABSI サーベイランス：J-SIPHE に登録 (令和 6 年度 CLABSI：1 件) ・ 手指衛生サーベイランス：J-SIPHE に登録 2. 感染管理指導 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 (WEB 研修) ・ 医療機関と在宅を結ぶ相互交流体験事業 (8/16.8/23.8/30.9/6.10/4.10/25) →他医療機関及び保健師が当院の ICT ラウンドと感染症外来を見学 ・ 新たな取り組みや問題点はその都度指導。 3. 感染管理相談 <ul style="list-style-type: none"> ・ 院内の相談：ICT・感染管理認定看護師で受諾しフィードバック ・ 院外の相談：電話／メールでの受諾 4. 職業感染管理 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 令和 6 年度：針刺し 5／粘膜曝露 1 件フォロー (うち看護師 4 名) ・ 令和 5 年度：針刺し 2／粘膜曝露 2 件フォロー (うち看護師 3 名) <p>針刺し曝露数は令和 2 年度：11 件、令和 3 年度：14 件、令和 4 年度：13 件と令和 2</p>

年度から2桁を推移していたが、令和5年度：4件、令和6年度は6件に留まった。インスリン操作による針刺し事例が多数を占めていたため、インスリン器具の変更を行ったことが針刺しの減少/防止につながっていると推測される。

5. 地域連携カンファレンス、ラウンドの実施

■ 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いただき、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、違った視点／視野で考察でき、自施設の問題点や改善点など見出すことができた。

■ 感染対策向上加算2.3及び外来感染対策向上加算の施設と合同カンファレンス

・感染対策向上加算2.3及び外来感染対策向上加算の施設と合同で、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。西部医療圏のネットワーク構築も兼ねて連携以外の施設にも案内し多数の参加があった。(毎回30～50人程度参加)

・今年度は、地域連携の強化、当院の感染対策の活動報告、抗菌薬の適正使用についての活動報告を行った。うち1回は「新興感染症の対応訓練」を実施した。保健所との連携、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を行えた。

・管轄の保健所も参加しカンファレンスで指導や情報提供を行って頂いた。

・地域の加算算定の医療機関(4件)へ訪問し感染対策に関しての状況把握を行った。

今後の課題

1. 手指衛生遵守率の向上に向けた取り組み

- ・部署毎に目標設定を行い、毎月グラフにして可視化する。
- ・他医療機関とのベンチマークを実施する。
- ・使用できていない理由をアンケート調査する。

2. 感染対策マニュアルの改訂

- ・職員の認識統一のため、必要なマニュアルをリアルタイムに改訂していく。

3. カテーテル関連の血流感染防止に向けての取り組み

- ・チェックリストを使用し、清潔操作時の消毒、手指衛生のタイミングを確認する。
- ・発生した場合は部署でシートを使用し振り返りを行う。



8) 事務部

(1) 総務課

スタッフ	
総務課長	坂東 正和 (事務次長兼務)
主査	3名 (医師事務作業補助者1名含む)
主事	6名 (医師事務作業補助者2名含む)
事務員	9名 (障害者雇用3名、継続雇用含む)
メディカルクラーク	5名 (医師事務作業補助者)

目的・役割
病院行事、各種届出、広報、郵便、その他庶務全般を遂行する。また、人事・労務、給与、医局秘書・他部署支援、医師事務作業補助、患者搬送、障害者雇用と幅広い分掌業務を担う。職員の労務環境改善のためタスクシフト・シェアを推進し、業務効率化・労働生産性向上による人件費率の健全化及び働きやすい職場づくりへの貢献を目指す。

活動実績
<p>1. 勤怠管理システムの刷新 現システムの課題(高機能である反面、構築・修正等に相応のスキルと時間を要し適正運用・機能拡充等を日常的に行うことが極めて困難である。また、導入時担当者全員の退職により設定がブラックボックス化しており後任者への高負荷・退職連鎖が続いている)解消のため、パッケージかつ職員の利便性向上を目的としたクラウドシステムへのリプレース及び付加システム導入を計画した。</p> <p>2. 人事考課制度の評価対象期間を統一 個人評価である行動評価と部署評価である目標達成度評価の評価対象期間に相違があることで一貫性のある評価体制が困難であったため、課題であった定期昇給日及び昇格基準日の変更等を各種関連規程の改正により対応し、評価期間の統一を行った。</p> <p>3. 人材育成・採用 導入した正規職員登用制度を活用し、離職及び採用難に対応した。特に慢性的な採用難が続いた薬剤師については奨学金の特例適用で確保につなげた。また、事務部内では若手勉強会を企画・運営し計画的な育成に成果をあげている。</p>

今後の課題
<p>1. 総務課の体制整備 業務体系化のため各係制を導入した。各係の人員安定化を図り、チームでの業務分担・情報共有を推進、主・副担当制によるバックアップ体制の確立を早急に構築したい。特に人事労務については昨今の立て続けの法改正及び職員の意識向上等もあって担当職員への</p>

高負荷・専門化が顕著であるため、片手間ではなく専門部署として人事部門の独立も検討を要する。

2. 労務管理上の課題

業務と自己研鑽を明確化し、時間外労働の漫然化に対して強い是正意識を持つ必要がある。業務の効率化、労働生産性の向上等による時間外労働時間の削減を評価し、漫然と時間外労働が続き改善できないことに対して低評価とする仕組みを導入するなど人事考課制度の見直しを進めたい。

3. 適正報酬への見直し

宿日直医師の勤務実態把握を進め、実労働分支給を含めた手当の適正化を図る。医師の初任給調整手当を含め若手新入職医師を対象とした給与体系の見直しを検討する。時間外労働時間を削減し適正な評価による支給にシフトする。

4. 採用に向けた積極的な取組み

ハローワーク及び病院ホームページを中心とした求人情報を求職者の関心に応える形で抜本的に見直し応募数増加を目指す。

5. 令和6年度は4、5年度に引き続き旧体制による業務量偏在および非効率体質の是正に取り組んだ。しかしながら主要業務を受け持つ担当者の退職連鎖に歯止めが効かず、安定した業務遂行が極めて困難な状況が続いている。病院全体の労務環境改善や積極的採用に向けた新しい取組みへの着手には、まず総務課の安定化が不可欠であり、ビジョン実現のため人的リソースの量的拡充及び質的向上の両面からの対応を引き続き粘り強く実行する。



(2) 経理課

スタッフ	
経理課長	樋口 健也 (事務次長兼務)
主事	2名
事務員	1名

目的・役割
社会福祉法人会計基準および経理規程に基づき、適切かつ正確な経理事務を遂行する。 また、支払資金の収支状況、経営成績、財政状態を的確に把握し、適切に情報を発信する。

活動実績
<p>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遵守し、本会の会計処理マニュアルに基づいて、迅速かつ正確な会計処理を行った結果、令和6年度も監査において指摘事項はなかった。今後も、会計基準に対するより深い理解と的確な運用が求められている。</p> <p>2. インボイス制度への対応について 令和5年10月に制度が開始されたことを受け、令和6年度も引き続きインボイス制度に関する勉強会を実施し、職員の理解促進に努めた。また、請求書管理システムを活用することで、適格請求書の確認に要する時間の削減を図った。</p> <p>3. 電子帳簿保存法への対応について 法的要件を満たすため、令和5年度に請求書管理システムを導入し、運用を開始した。令和6年度は、利用率の向上を目的として運用方法の見直しを行った。また、会計ソフトとのCSV連携を構築し、業務の効率化を図った。</p> <p>4. 資金計画等について 年次計画に基づく施設整備に対しては、本部の内部資金を調達して対応した。また、運転資金についても、本部からの内部資金の借入により対応している。令和7年度には、長期運転資金の借入計画を実施予定である。 厳しい経営環境下においては、高額な設備投資案件に対し、これまで以上に慎重な確認と対応が求められている。必要な資金の確保を提言し、資金繰りの健全性維持に努める。</p> <p>5. 監査等への対応について 支部監査 (5月16日) 監査法人訪問監査 (9月4日～9月6日) 本部一般監査 (1月16日～1月17日)</p> <p>6. 研修会等への参加実績 ・「初任者研修」(10月10～11日：済生会本部) ・「福祉の森を活かした経理業務の効率化研修会」(3月6～7日：済生会本部) ・「令和6年度決算にかかる経理研修会」(2月12日：済生会本部 Web)</p>

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) 用度課

スタッフ	
用度課長	光野 秀一
主事	2名
事務員	2名

目的・役割
<ul style="list-style-type: none">・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、設備の修繕計画の前提となる調査を元に計画的修繕の実施・委託業者の管理を計画的な入札等による見直しを行う。

活動実績
<p>1. 経費削減、コスト管理の徹底による経営改善</p> <ul style="list-style-type: none">・経営会議、診療運営会議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・入札に役立っている。また、長期修繕計画や医療機器の入替計画を5年単位で立案した。・医薬品については、共同購入品の拡大により 1,398 千円(税抜)の削減(前年度の単価×前年度使用量との比較)・診療材料については、共同購入品への切替えにより年間 1,658 千円(税抜)の削減(前年度の単価×前年度使用量との比較)・診療材料ベンチマーク S.A 判定以上 54.4%、医薬品ベンチマーク S.A 判定以上 32.0%・契約検討委員会を設置し、入札契約に係るルールを明確化 (委員会対象件数：令和6年度 24件) <p>2. 用度課の業務改善と意識の向上</p> <ul style="list-style-type: none">・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 (令和6年7月、12月、令和7年2月)・済生会事務(長)部長会コストマネジメント部会購買担当者研修会 (令和6年10月11日～12日)・済生会事務職員交流制度研修 (二日市病院へ：令和6年8月22日～23日)

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
- ・メーカー及びディーラーとの交渉術のスキルアップ
- ・済生会グループの共同購入を積極的に導入、現在、本部主導で購入するもの、全国済生会集中購買事務部会、済生会九州ブロック、自院での取り組みで購入するものなどがあり、データの抽出、取り纏め、物品の選定、デモ、価格交渉と多岐にわたる。用度課職員一人一人のスキルアップを行っていく。医薬品・診材等の価格交(MRP によるベンチマーク)

(4) 医事課

スタッフ	
課長	麻生 拓磨
係長	1名
主査	1名
主事	4名
事務員	15名

目的・役割
1. 医事請求業務：算定項目の増加に向けた取り組みと査定率の減少 2. 接遇の向上による患者サービスの向上、以上の2項目について他職種との連携・協力体制を確立し病院運営と病院経営への貢献に尽力する。

活動実績
1. 診療報酬改定への取り組み 新規施設基準及び新規診療報酬項目の取得に対して院内での運用整備と申請を行った。短期滞在手術、歯科医療安全・感染、外来腫瘍、バイオ、ベースアップ等10件
2. 査定率の減少対策と再審査請求の強化 査定分析と報告(1回/月)・再審査請求(1回/月)・査定についての情報共有(随時)実績として、前年度0.81%から0.66%へ減少した。
3. 人材育成 診療報酬改定勉強会と医事政策部会への参加やフィードバックを行った。済生会二日市病院との医事課職員相互交流を行い、報告会を実施した。

今後の課題
1. 査定率・返戻率の低減対策の継続 診療報酬請求業務についての密な情報共有・勉強会を定期的に行い各職員の診療報酬請求業務の精度を高める取り組みについて継続する。医事課内の査定・返戻対策チームによるTQM活動の継続や各部門との連携による査定・返戻対策を継続する。
2. 診療報酬・施設基準管理の強化 診療報酬・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。
3. 接遇の向上への取り組み 外来部門との連携によるヘルプカードの活用や病院コンシェルジュの検討を行い外来部門の強化を行う。また、医事課職員減員による患者待ち時間への対策としてDX導入の検

討を継続する。

4. 人材育成への取組み

医事課職員のスキルアップと次世代リーダーの育成・教育体制を強化する。医事課業務体制の見直しを随時行い、人材育成の時間を確保する。多施設との交流やセミナー・勉強会等に積極的に参加することにより、効率的に業務改善を推進し多角的に業務の見直しができる人材育成と医事課体制を確立する。

5. 病院経営改善への継続した取組み

上記のことを通じて病院経営改善への発疹が出来る医事課を構築する。

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	光野用度課長
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 臨床工学技士 1 名 事務員 2 名 外部委員 2 名

定例会開催日
厚生労働省通知年 1 回開催又は必要に応じて適宜開催

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。

活動内容
1. 医療ガスアウトレット定期点検(1ヶ月) 2. 医療ガス供給設備定期点検(年 4 回：令和 6 年 4 月、7 月、10 月令和 7 年 1 月)江藤酸素実施 3. 修理対応について(定期点検において合計 7 ヶ所不良箇所の指摘があり、すべて部品交換を実施し、対応済み) 報告事項 ・点検整備の状況について ・今後の整備計画について(吸引装置分解整備)

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 看護師 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 事務員 1 名

定例会開催日
年 2 回 (6 月、12 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

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・放射性同位元素年間使用量報告 ・放射性同位元素等の保管廃棄の状況報告 ・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の報告 ・令和 5 年度放射線管理状況報告書を済生

<p>会本部經由にて原子力規制委員会へ報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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を対象に、医療放射線の安全利用に関する研修会開催、令和6年度参加者88名/91名中（参加率96.7%） ・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

3) 防災対策委員会

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 坂東事務次長兼総務課長
委員	医師1名 看護師14名 薬剤部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 作業療法士1名 栄養士1名 臨床工学技士1名 歯科衛生士1名 事務員8名 外部委員1名

定例会開催日
年1回程度、必要に応じて

目的・役割
<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. 避難確保訓練に関する事項 7. その他防災に関する事項

活動内容
<p>令和6年度は火災予防訓練を2回、避難確保訓練を1回実施した。これに併せて、委員会を開催した。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 火災予防訓練 <ul style="list-style-type: none"> ・第1回訓練（令和6年4月2日実施） <p>新入職員を対象に水消火器を用いた消火訓練を実施した。併せて、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実施した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第2回訓練（令和7年3月4日実施） <p>昼間の火災発生を想定した通報、初期消火、避難誘導までの総合的な訓練を実施した。日田玖珠広域消防組合消防本部から2名に見学に来ていただき、講評を行ってもらった。</p> 2. 避難確保訓練 <ul style="list-style-type: none"> ・水害を想定した避難確保訓練（令和7年3月25日） <p>排水ポンプを用いて、組み立てや設置場所、排水ルートなどを確認し、起動訓練を行った。</p>

4) 衛生委員会

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

定例会開催日
毎月1回第3木曜日

目的・役割
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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)～(18))に基づく。

活動内容
<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> <p>1)「職業感染予防(予防接種)実施規程」に基づき、ウイルス抗体検査、予防接種奨励、実施した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新採用職員 <p>令和 6 年度雇入れ時抗体価検査対象：40 名 予防接種対象者：36 名 予防接種希望者：33 名</p> <p>B 型肝炎ワクチンのべ 57 回 麻疹風疹混合ワクチンのべ 18 回 麻疹風疹混合ワクチンの流通が滞り、接種時期が遅延した。優先順位を決め接種計画をした。</p> <p>ムンプスワクチンのべ 14 回 水痘ワクチンのべ 0 回 予防接種後抗体検査を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成 28 年度以前採用者のうち、血液感染ハイリスク職種職員へ B 型肝炎抗体検査及び予防接種を実施した。 <p>予防接種対象者：77 名 予防接種希望者：65 名</p> <p>B 型肝炎ワクチンのべ 121 回 予防接種後抗体検査を実施</p> <p>2)その他職員の予防接種を計画的に実施した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・季節性インフルエンザワクチン予防接種

<p>希望者 370 名(職員 349 名、委託職員 21 名)に接種した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルスワクチン予防接種希望者 50 名(職員 49 名、委託職員 1 名)に接種した。 ・労働安全衛生法に基づく化学物質規制に対し、化学物質管理者、保護具着用管理責任者選任等体制強化のための整備を進めた。 ・12 月から衛生管理者の週 1 回の現場巡視を医療安全管理のための現場巡視(5S の視点)と合わせて行い、課題抽出、改善活動を推進した。 <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>1)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、再発防止策の検討をした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん化学療法室針刺し事象から使用済み針の処理手順を再検討し、使用済み針入れ BOX を導入して安全な使用済み針の処理が徹底できる環境を整備した。 ・労災事象について根本原因(SHELL,RCA)を行い、原因・要因の明確化と改善策を検討した。 <p>3. 職員の健康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> <p>1)大分県健康経営事業所(協会けんぽ一社一健康宣言)認定制度の認定を目標に取り組み、認定を受けた。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職場ぐるみの健康増進の取り組みとして、働く女性の健康課題「頭痛」をテーマに研修会を開催し、正しい治療についての啓発を全職員に行った。 ・健康保険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を奨励した。 ・問診による喫煙率の把握と健康情報提供
--

による禁煙の啓発を行った。

4. 安全衛生に関する規程の作成に関する こと

・労働安全衛生法に基づく化学物質規制に対する整備の一環として委員会規程付議事項を追加し、令和6年4月1日一部改正した。

・大分県済生会日田病院心の健康づくりに関する規程、心の健康づくり計画書の一部改正案を作成した。改正点は非常勤精神科医の退職に伴う変更と個人がセルフチェックをしてメンタルヘルス不調に気づくための機会を年1回のストレスチェック(9月)に加え、「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」を配布し、セルフチェックを促して年2回に増やすよう計画した。令和7年度から実施とする。

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

1)衛生管理者、医療安全管理者の現場巡視の結果、地震から病院機能を守るための2S(整理整頓)活動の強化の必要性があり、取り組みを周知させて開始した。医療安全対策部会、災害対策委員会と連携を行った。

【取り組み期間：

令和6年2月13日～令和7年3月31日】
災害時診療を機能させることを優先し、優先順位1番、救急外来DMAT関係の場所から耐震固定を行った。優先順位2番、検査室の固定を計画した。

2)職員の腰痛予防対策のためのリフト導入の
取り組み

ノーリフティングケアの強化のため医療安全対策部会と連携、衛生委員会下にリフト推進チームを発足させ、月1回定期会議を開催した。令和7年2月7日に3階南病棟(回復期)に1台目を導入後全部署での活用を推進し、リフト運用手順の整備や、スリ

ングの複数種類を整備した。また、リフトの増台を検討するため新しい機種を試用を行った。活動の成果を職員に周知させた。

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

1)各規程、要領等に基づく計画、実施について、委員会で情報共有した。

2)7月厚生労働省等主唱「労働安全週間」に合わせ、独自の点検表を作成・使用し、所属長による点検・衛生管理者等の巡視による取り組み課題の明確化、改善活動を行った。

3)10月厚生労働省等主唱「労働衛生週間」に合わせ、独自の点検表を作成・使用し所属長による点検・衛生管理者等の巡視による取り組み課題の明確化、改善活動を行った。

4)5～9月厚生労働省等主唱「STOP!熱中症クールキャンペーン」に合わせて注意喚起し、熱中症予防の取り組みを職員に周知させた。業務中の熱中症の報告は0件だった。

5)12月～1月厚生労働省後援、中央労働災害防止協会主唱「年末年始の労働災害防止週間」に合わせ、職員に周知させた。

7. 安全衛生教育の実施計画の作成に関する こと

1)独自作成したテキスト「労働安全衛生」を法改正等に合わせ一部改正した。

2)電離放射線業務時の線量計装着状況の確認と正しく装着することの教育について検討しテキストに追加した。

3)新採用者オリエンテーションにて独自作成したテキスト「労働安全衛生」を用い、教育を実施した。

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

1)電離放射線管理に関する巡視で被曝量の多い職員の作業環境を確認し、改善を指導

した。

2)有機溶剤、特定化学物質管理に関する巡視を実施した。労働安全衛生法に基づく化学物質規制に対して課題を抽出し、改善を行った。

3)電離放射線管理に関する自主点検票に沿って点検し、課題を明確にした。電離放射線障害防止規則 8 条 1 項みなし測定について課題があり、令和 6 年 12 月から RI 室の環境測定を毎日行い、0.1mSV を超えないことを証明し、みなし測定とした。

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

1)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、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 月に実施した。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確認した。化学物質管理充実のため化学物質のリスクアセスメントをして現状の取り組みを評価し、有機溶剤(第二類有機溶剤アセトン、メタノール)の作業環境測定を 7 月から開始した。

2)抗がん剤調製用安全キャビネットの定期点検の実施と結果を確認した。

10. 職員が有害物にばく露される程度を最小限にするために講ずる措置に関すること

1)化学物質の取り扱い状況を確認し、第二種有機溶剤 2 種の作業環境測定を追加した。

2)ホルムアルデヒド容器への注意喚起のため急性毒性ラベルを添付した。

3)ホルムアルデヒド事故に備えて、検査室に加え手術室へ防毒マスクを配置した。吸着シートの配置を進めた。

4)薬剤部抗がん剤調製室内でのばく露低減

のため、使用済み針入れ BOX 廃棄を毎日へ変更した。また、使用済みガウン廃棄 BOX の適正使用を指導・改善した。

5)検査室の検査機器稼働中の騒音の程度を測定し、許容内であることを確認した。

11. 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

1)雇入れ時健康診断 40 名

・ TSPOT から QTF-Plus へ変更した。

・ 新型コロナウイルス検査は中止し、症状や濃厚接触の有無について問診を開始した。

・ 健康診断問診票を一部改正し、令和 7 年度採用者から使用する。改正内容は①有害業務の職業歴の有無や健康被害、事故によるばく露の有無を確認②電離放射線業務、有機溶剤等業務、特定化学物質業務を明記し、問診の意図が伝わり、管理に必要な情報を得られることが目的とした。

2)健康診断(定期年 1 回、特定業務従事者年 2 回、特殊年 2 回、結核健診年 1 回)を実施した。(受診率 100%)

【5 月 28~5 月 31 日、11 月 27~29 日】

3)判定基準は 2024 年度日本人間ドック学会判定基準を参考にシステムを変更した。2025 年度判定基準を参考に令和 7 年度の判定基準変更準備を開始した。

4)循環器系、呼吸器系、尿、血液一般・貧血、肝機能、脂質、糖代謝で C(要再検査・生活改善)判定者の再検査時期は 6 か月後を標準として短縮し、二次健診勧奨へ変更した。

5)血圧の C(要再検査・生活改善)判定に関しては「健診施設での再検査よりも家庭血圧測定を推奨する」ことから、二次健診案内文書に「自宅で定期的に測定する」旨の文書を追加し、令和 7 年度から運用する。

6)胸写読影ダブルチェック体制整備を検討開始した。

7)有機溶剤等健康診断の対象物質に第二類有機溶剤アセトン、メタノールを追加し、作業条件の簡易な調査含め開始した。

8)有機溶剤等健康診断結果報告書様式を新規作成した。

9)有機溶剤等業務従事者の正しい尿採取が信頼性のある暴露データにつながることから、メチル場尿酸検査採尿手順を作成し11月の健診から導入した。

10)第4期特定健診・特定保健指導(令和6年度)における制度見直しに伴い、喫煙・飲酒習慣の問診選択項目を変更した。

11)健康保険協会大分支部事業特定保健指導に37名が該当し7月16日、9月10日、9月12日に8名に対し、保健指導を院内で実施した。実施率22%で前年から12ポイント増加した。

12)協会けんぽへの健康診断結果の提供で得られる40歳以上75歳未満職員の事業所(業態別)健康診断シートを活用し、健康状態の傾向を分析・共有した。

12. 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

1)「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実施した。長時間になった要因を明確にして改善を促した。

2)産業医が使用する面談ツールに該当職員の責任性含めたより具体的な職務内容や負担に感じている要因を収集するよう様式を改正した。

3)長時間労働の要因を明確にし、改善するために薬剤部が独自の取り組みを開始した。

13. 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

1)メンタルヘルスケア対策(こころの健康づくり計画)は「心の健康づくりに関する規程」、「心の健康づくり計画書」に基づいて活動した。

2)ストレスチェックの実施

- ・9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)を実施した。受検対象者429名に対し受検428名(受検率99.8%)で前年度から12.2ポイント受検率が上昇した。高ストレス者に対し、医師による面接勧奨文書を配布し、希望者に面談を実施した。
- ・面談担当を非常勤精神科医から産業医に変更した。産業医の判断・意見ツールとして、確認項目を網羅していることから、長時間労働による職員の健康障害の防止を図るための対策としての医師の面談ツールをもとに作成、使用開始した。
- ・ストレスチェックの分析を深めるため57項目から80項目へ変更することを検討した。令和7年度から変更する計画とした。

3)新採用者38名を対象に採用後3か月にCMI健康調査票を配布し、スクリーニングを実施した。公認心理師が評価し該当者には面談を実施する計画だ。(回収率100%)

4)面談、相談体制及び活動状況

- ・公認心理師による面談(随時)は、面談希望者やCMI健康調査票の結果、必要な職員には面談を実施した。年間相談者数38件であり、新採用者サポート業務0件であった。
- ・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・就労支援(面談、支援計画立案、調整等)を実施した。支援対象者:55名(復職支援20名、就労支援35名)

14. 労働基監督署長等から文書による命令、指示、勧告又は指導を受けた事項のうち職員の危険防止に関すること

8月28日労働基準監督署「安全衛生に関する調査」主に化学物質及び電離放射線の使用状況を中心とした安全衛生に関する調査を実施した。指摘事項はなく、化学物質管理に関しては口頭助言を受け改善した。

15.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

1)6月4日から10日厚生労働省等主催の「歯と口の健康週間」に合わせ関連資料の配布、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・継続等の啓発を実施した。

2)10月10日に厚生労働省が主催し済生会が協賛した「目の愛護デー」に合わせ、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眼科疾患の予防習慣定着や早期発見、治療開始・継続等の啓発を実施した。

3)12月の厚生労働省「ハラスメント撲滅月間」に合わせて、職場環境の総点検とハラスメントのない職場づくり、ハラスメント撲滅についての啓発を実施した。

4)職員へ健康情報の提供を定期的に行った。

5) 個人情報保護委員会

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 18名 看護師 15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 診療情報管理士 1名 公認心理師 1名 医療相談員 1名 事務員 8名

定例会開催日
必要に応じて開催

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。

活動内容
<p>第1回委員会 (令和7年3月17日メール開催) 報告主体の次第であること等を考慮して、当年度は委員長の下承を得てメール開催とし、期限とした3月26日(水)までに特段の意見・指摘等はなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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
副委員長	大坪副院長 尾崎副院長 古賀看護部長
委員	医師 18名 看護師 15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 診療情報管理士 1名 公認心理師 1名 医療相談員 1名 事務員 8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。

活動内容
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 看護師 3名 臨床工学技士 1名 事務員 6名

定例会開催日
年 1 回(10 月頃)開催 補正予算等を組む場合、適宜必要に応じて開催

目的・役割
大分県済生会 2 事業 3 拠点の医療機器等の整備に際し、治療効果を高める、各種業務の効率化、患者サービス向上、経済性等にふさわしい機器を選定する。

活動内容
令和 7 年度施設整備計画(案)について ・令和 7 年度以降も厳しい経営状況が見込まれるものの、昨今の深刻な外科医不足の対策として手術支援ロボット(ダヴィンチ)を導入する。 ・他の施設整備については、診療機能の継続や安全性の確保、業務効率化を図るために必要な建物改修、医療機器やその他備品の更新、増収が見込める医療機器の新規購入に限定している。

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 看護師 14 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 臨床工学士 1 名 歯科衛生士 1 名 診療情報管理士 1 名 事務員 9 名

定例会開催日

必要に応じて開催

目的・役割

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を構築する。

【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

活動内容

電算委員会の開催はなかった。別途、情報システム管理委員会を毎月開催し、電子情報システムの開発・変更に関わる承認・検討を行った。

・今後の活動内容：電子カルテ等システムに対する要望・課題の集約を継続実施する。

9) 救急委員会

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 看護師 2 名 薬剤師 1 名 診療放射線技師 1 名 臨床検査技師 1 名 理学療法士 1 名 栄養士 1 名 臨床工学技士 1 名 事務員 5 名

定例会開催日

年 1 回程度 必要に応じて開催

目的・役割

救急医療の充実を目的とする。

活動内容

活動実績なし

10) ACLS 部会

委員会構成	
委員長	日野心臓血管内科部長
副委員長	井上救急外来師長
委員	医師 1 名 看護師 4 名 薬剤師 1 名 診療放射線技師 1 名 臨床検査技師 1 名 作業療法士 1 名 栄養士 1 名 臨床工学技士 1 名 准看護師 1 名 事務員 1 名

定例会開催日

毎月第 1 木曜日開催

目的・役割
救急蘇生法の普及を目的とする。

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ハリーコール事例の検討 ・緊急放送定期点検の実施 ・院内 BLS 研修の開催 ・急変時シミュレーションの実施 ・ICLS コース開催 <p>■院内 BLS 研修について 新入職員及び希望者を対象としたBLS研修を実施した。BLSに関する講義、AEDの使用 方法、肺蘇生法の実習を行った。 令和6年6月6日、7月4日、8月1日、 9月5日に開催し、合計21名が参加した。</p> <p>■急変時シミュレーションの実施について 院内における急変時の適切な対応を確認す ることを目的とし、以下の内容でシミュ レーションを実施した。 令和6年2月20日：CT室にて造影剤アレ ルギーによるアナフィラキシーショックの 事例</p> <p>■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 地域の救命率向上を目的として地域医療機 関、消防からの参加者を募り、実施した。 令和6年度の開催については以下のとおり である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和6年6月2日 日田病院会議室にて 受講者：6名(日田病院：3名、聖陵岩里 病院：2名、日田玖珠消防本部：1名) ・令和6年9月7日 日田病院会議室にて 受講者：6名(日田病院：3名、センテナ リアン：1名、五反田病院：3名) ・令和7年2月22日 日田病院にて 受講者：6名(日田病院：2名、五反田病 院：3名、堀田クリニック：1名)

1 1) 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	尾崎副院長
委員	医師3名 看護師2名 臨床検査技師1名 事務員2名

定例会開催日
4月・9月 【臨時開催 5月 7月 11月 12月 3月】

目的・役割
済生会日田病院手術室運営委員会(以下委 員会)は職員の専門職としての資質を高め、 手術業務の質の向上を目的とし手術室運営 が円滑に行われる事を目的とする。

活動内容
<ol style="list-style-type: none"> 1. 手術室の安全管理に関する事項 2. 手術室の清潔管理に関する事項 3. 手術スケジュールの調整 4. 手術部と他部門との連携を図る 5. 麻酔科医の充足状況による、診療科手術 の調整

1 2) 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9名

定例会開催日
不定期開催

目的・役割
<ul style="list-style-type: none"> ・他院・診療所・介護施設との情報共有と連携強化 ・患者のスムーズな医療提供体制の構築 ・連携に関する課題の把握と改善 ・病床稼働の最適化

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・病床管理の円滑化に向けた定期カンファレンスの実施 ・入退院支援の確認と調整 ・病床稼働率、平均在院日数、救急受け入れ状況の管理 ・紹介・逆紹介管理 ・医療安全の質の担保 (安全な医療・看護提供体制の確保)

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	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 理学療法士 1 名 臨床工学技士 1 名 事務員 5 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。 <ul style="list-style-type: none"> ・診療材料の購入方針の策定、比較検討及び選定に関する事 ・診療材料の品目見直し及び規格の統一に関する事

<ul style="list-style-type: none"> ・診療材料の有効性及び安全性の検討に関する事 ・その他診療材料の運用、管理に関する事

活動内容
診療材料については、共同購入品への切替えと価格交渉により年間 1,658 千円(税抜)削減した。 (前年度の単価×前年度使用量との比較)

14) 広報委員会

委員会構成	
委員長	林田院長
副委員長	平田事務部長
委員	医師 2 名 看護師 2 名 薬剤師 1 名 診療放射線技師 1 名 臨床検査技師 1 名 理学療法士 1 名 栄養士 1 名 事務員 6 名

定例会開催日
毎月第 1 月曜日開催

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。 <ol style="list-style-type: none"> 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

活動内容
日田病院のブランド力向上およびリクルー

ト強化を目的に、Instagram を用いた広報活動を実施した。掲載内容は職員から公募し、広報活動への意識づけも図った。

(令和 7 年 3 月広報委員会開催時点のフォロワー数：783 名)

・巡回診療誌「なでしこ」の発行について
当院の情報をよりわかりやすく多くの方に届けるため、デザインと制作を業者に委託し、A4 判・8 ページ・フルカラーの広報誌として発行した。

本年度の発行は年 5 回(春号、夏号、秋冬号、号外〈能登半島地震に伴う DMAT 活動報告〉)

・無料低額診療の案内チラシについて
日田・玖珠圏域における無料低額診療事業の広報のため、各新聞へチラシの折込を実施した。

・市民健康福祉まつりへの参加について
令和 6 年 10 月 13 日(日)、市民健康福祉まつりに参加した。(参加者は看護師 2 名、薬剤師 1 名、診療放射線技師 1 名、臨床検査技師 1 名、作業療法士 1 名、栄養士 1 名、医療相談員 4 名、事務職員 4 名の計 14 名)

「健康福祉相談コーナー」では福祉相談、栄養相談、薬剤相談、リハビリ相談を実施し、「医療体験コーナー」では内視鏡体験、超音波エコー体験、老人体験、手洗いチェック体験、お子様白衣体験を実施した。

・機関誌への記事掲載

当院済生記者を中心に、当院のイベントや取り組みについて、済生会本部発行の機関誌「済生」に記事を掲載した。

・マスコットキャラクターの製作について
ブランドイメージ向上および広報活動支援を目的としてマスコットキャラクターを制作した。デザインは職員から公募し、応募作品に対して職員・患者さん・SNS を通じた投票を実施し、最終選定した。

1 5) 輸血療法委員会

委員会構成	
委員長	尾崎副院長
副委員長	山田臨床検査技師長
委員	医師 1 名 看護師 2 名 薬剤師 1 名 事務員 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。

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。

活動内容
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

<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・血液型検査を適正に実施する取り組み 年間試薬ロス約 50 万円を削減 ・輸血伝票の仕様変更 ・異型適合血輸血を行った際の診療録記載 のアナウンス
--

16) 院内感染対策委員会

委員会構成	
委員長	大坪副院長
副委員長	林田院長 森山感染管理主任認定看護師
委員	医師 2 名 歯科医師 1 名 看護師 2 名 薬剤師 1 名 臨床放射線技士 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 事務員 5 名

定例会開催日
毎月第 3 木曜日

目的・役割
<ol style="list-style-type: none"> 1. 院内における感染対策の推進を目的とする。 2. 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。

活動内容
1. 定例委員会を 12 回

<ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回研修会(8 月～9 月)→形式：VOD 視聴＋アンケート テーマ「マスク・エプロン・フェイスシールドの使用法」(参加率 99%) ・第 2 回研修会(1 月～2 月)→形式：VOD 視聴＋アンケート テーマ「インフルエンザのメカニズム」(参加率 99%)
3. ICT ラウンド・医療安全合同ラウンドの実施
<ul style="list-style-type: none"> ・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把握及び適宜指導・介入を行った。 ・耐性菌患者の感染対策の振り返りが行えるようラウンド内容と対策をカルテに記載した。 ・医療安全管理者と毎月ラウンドを実施し、部署の問題点をフィードバックすることで感染対策の強化・認識統一を図った。
4. 流行感染症対策
<ul style="list-style-type: none"> ・流行状況に応じて院内での体制(面会・感染対策・ゾーニングなど)を強化した。 ・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。
5. 監査関連
<ul style="list-style-type: none"> ・10 月 9 日に大分県西部保健所立ち入り調査対応を行った。
6. 届出感染症の対応
<ul style="list-style-type: none"> ・結果判明時に保健所へ発生届を提出、必要な菌株の提供、追跡調査、対応を実施した。

1 7) 臨床検査適正化委員会

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 2 名 看護師 2 名 薬剤部 1 名 診療放射線技師 1 名、 臨床検査技師 3 名 臨床工学技士 1 名 事務員 1 名

定例会開催日
不定期開催 年 3 回程度

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。

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・定期メンテナンス バージョンアップについて ・令和 6 年度外部精度管理調査 是正 ・品質保証施設認証について ・業務改善報告 試薬検討等 ・その他

1 8) 薬事委員会

委員会構成	
委員長	林田院長
副委員長	田村薬剤部長
委員	医師 3 名 看護師 1 名 薬剤師 2 名 事務員 3 名

定例会開催日
毎月第 3 木曜日 15 時 30 分から開催

目的・役割
済生会日田病院薬事委員会は、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。

活動内容
<ol style="list-style-type: none"> 1. 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) 2. 医薬品の安全使用について <ul style="list-style-type: none"> ・ミダゾラムの持続投与における共通セット作成 ・インスリン-バイアル製剤について(スライディングスケール) ・薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)への対応について 3. 医薬品の管理について <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤部内在庫管理に関する報告 ・令和 6 年度インフルエンザワクチンの納入について ・院内採用品目の整理(院内フォーミュラリの作成) ARB、インフルエンザ治療薬、DHP 系 Ca 拮抗薬、消炎・鎮痛内服薬、尿酸生成抑制薬

<ul style="list-style-type: none"> ・ポリファーマシー対策に関する業務手順書の作成について
4. その他
<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬改定について ・医師・薬剤師合意プロトコル(PBPM)の一部改訂について ・薬剤部内蒸留水製造装置の故障に伴う対応 ・職員処方について

19) 栄養管理委員会

委員会構成	
委員長	尾崎副院長
副委員長	長尾栄養士
委員	医師 1名 看護師 2名 栄養士 1名 事務員 1名、

定例会開催日
毎月第 3 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、安全且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。

活動内容
<p>1. 栄養指導件数報告</p> <p>令和 6 年度 581 件/年、目標の 600 件/年を達成できなかったが、前年度より件数が増加している。(令和 5 年度 267 件/年)</p> <p>2. 食材費報告</p> <p>人員不足で業務負担軽減の為、カット済野菜や既製品を取り入れることで食材費は令和 5 年度よりも一人あたり 1 日平均 70 円上昇した。</p>

<p>3. アンケート実施報告</p> <p>毎月食事アンケートを実施している。概ね良好な結果が得られている。</p> <p>4. 残食調査実施報告</p> <p>毎月残食調査を実施している。喫食率 85% を目標にしているが、喫食率が悪い献立については、見直しをしている。</p> <p>5. 食中毒研修会</p> <p>令和 6 年 6 月に食中毒研修会を実施した。食中毒予報対策として入院案内への記載、また病棟にポスターを掲示した。</p> <p>6. 栄養剤の採用</p> <p>ハイネックスリニユート、ペプタメンスタンダード(バックタイプ)を採用した。</p> <p>7. 病院見学実施</p> <p>クックチル導入を検討するにあたり、実際にクックチルを導入している八女の広川病院を見学した。食数やアレルギー対応など検討する所が多く、今回の導入は見送りとなった。</p> <p>8. とりみ剤の検討</p> <p>業者から頂いたとりみ剤のサンプルと現行のものを言語聴覚士に比較してもらった。金額的には安くなるが、料理の味が変わる、とりみがつきにくいという意見があり、変更はせず現行品を使用したい。</p> <p>9. 健康・栄養相談会への参加</p> <p>ショッピングセンターにて健康・栄養相談会を実施した。管理栄養士も参加し、栄養指導やレシピの配布も行った。</p> <p>10. 栄養管理業務についての報告</p>

2 0) NST 委員会

委員会構成	
委員長	尾崎副院長
副委員長	林田院長 長尾栄養士
委員	医師 2 名 歯科医師 1 名 看護師 2 名 薬剤師 1 名 診療放射線技師 1 名 臨床検査技師 1 名 言語聴覚士 3 名 栄養士 1 名 歯科衛生士 1 名 事務員 1 名

定例会開催日

毎月第 3 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。

活動内容

1. NST 回診について
令和 4 年度から栄養部のスタッフ不足が続いており、NST 回診ができず、落ち着くまでは NST 回診は中止することとなった。

2. NST 稼働施設認定更新の見送り
来年度、NST 稼働施設認定の更新年だが、現在 NST 回診実施できておらず、更新が難しいため、見送りとした。

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	尾崎副院長 (医療安全対策部長)
委員	医師 2 名 看護師 2 名 (内、医療安全管理者 1 名) 薬剤師 1 名 事務員 2 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。

活動内容

- ・第 1 回 令和 6 年 4 月 22 日(月)
18 時 20 分～18 時 30 分
1. 第 1 回医療安全対策部会報告
- ・第 2 回 令和 6 年 5 月 20 日(月)
18 時 30 分～18 時 40 分
1. 第 2 回医療安全対策部会報告
2. 行動制限最小化のための指針を作成した。行動制限最小化チームの設置を行う承認を得た。
- ・第 3 回 令和 6 年 6 月 24 日(月)
18 時 00 分～18 時 10 分
1. 第 3 回医療安全対策部会報告
- ・第 4 回 令和 6 年 7 月 22 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 6 年 8 月 26 日(月)
18 時 20 分～18 時 30 分
1. 第 5 回医療安全対策部会報告
- ・第 6 回 令和 6 年 9 月 24 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6年10月28日(月)
19時10分～19時20分
1. 第7回医療安全対策部会報告
・第8回 令和6年11月26日(月)
17時50分～18時00分
1. 第8回医療安全対策部会報告
・第9回 令和6年12月23日(月)
18時00分～18時10分
1. 第9回医療安全対策部会報告
2. 5S活動のため医療安全管理のためのカンファレンス時間を16時30分～17時00分に変更了承を得た。
3. 転倒・転落防止対策のため、ポスター使用、病棟トイレに安全バーと両サイド手すり設置の承諾を得た。
・第10回 令和7年1月27日(月)
18時00分～18時10分
1. 第10回医療安全対策部会報告
・第11回 令和7年2月26日(月)
17時50分～18時00分
1. 第11回医療安全対策部会報告
・第12回 令和7年3月25日(月)
18時20分～18時30分
1. 第12回医療安全対策部会報告

22) 医療安全対策部会

委員会構成	
委員長	尾崎副院長 (医療安全管理部長)
副委員長	大坪副院長
委員	歯科医師1名 看護師2名 (内、医療安全管理者1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 臨床工学技士1名 事務員4名

定例会開催日
毎月第1月曜日 16時30分～17時00分

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。

活動内容
令和6年度 12回開催
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5年度インシデント・アクシデント 件数報告
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. 行動制限最小化チームについて
6. 新採用者オリエンテーション 研修会に ついて

7. SCS(脊髄刺激療法装置)の取り扱いについて
8. 令和6年度医療安全定期研修について
9. マニュアル変更内容について
10. 医療安全推進週間について
1) 是正管理
2) 医療安全標語
3) 期間中の取り組み内容について
11. 5S ラウンドについて
12. 医療安全対策地域連携
1) 1-1 連携
2) 1-2 連携
13. インシデント0レベル、Thankyou シートの表彰について
14. その他
1) 医薬品安全管理について
2) 医療機器安全管理について

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	尾崎副院長 (医療安全管理部長)
委員	医師 2 名 担当診療科長 担当医 看護師 2 名 (内、医療安全管理者 1 名) 事務員 2 名

定例会開催日
随時

目的・役割
医療事故発生後、速やかな事故原因の究明と今後の対策などの検討をする。

活動内容
該当事例なし

2 4) 褥瘡対策委員会

委員会構成	
委員長	田尻外科部長
副委員長	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 作業療法士 1 名 栄養士 1 名 事務員 1 名

定例会開催日
定例委員会：第 2 金曜日 15 時 45 頃から (褥瘡回診終了後)
褥瘡回診：第 2 金曜日 15 時 30 分から

目的・役割
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、褥瘡対策予防・治療をより効果的・標準的に推進する。

活動内容
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および看護部褥瘡委員会活動の報告および問題点や討議事項の検討を行った。
また、褥瘡回診は令和 6 年度計 4 回実施し、処置の実施、および栄養や外用薬、リハビリテーション等についてのコメディカルの意見を踏まえ、治療方針の協議を行った。
【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
・昨年度の委員会での協議を踏まえ、1 階東病棟(緩和ケア病棟)を除く病棟で、院内発生率 1.5%未満を目標に、褥瘡対策の討議、検討を行うこととした。
・7 月 12 日の委員会では、株式会社シノテストを招いて、亜鉛欠乏症について勉強会を行った。亜鉛欠乏症の発症機序や亜鉛が

褥瘡対策に寄与することについて学んだ。

- ・8月以降は、褥瘡の経過把握のため、褥瘡治癒率の統計および検討を行うこととした。
- ・8月の委員会では、体圧分散マットレスの老朽化や配備不足についての協議を行った。配備数不足のため、やむなく通常のマットレスを使用してしまうケースがあり、リースも含めた配備数の見直しが必要であるとの意見があった。以降は、看護部褥瘡委員会にて具体的な配備等の検討を進めることとした。
- ・9月の委員会では、理学療法士の意見を踏まえ、枕の種類や硬さについての協議・検討を行った。
- ・11月の委員会では、夜間の体位変換頻度の変更について、言及があった。褥瘡予防・管理ガイドラインに基づき「適切な体圧分散マットレス等を使用している患者については、4時間を超えない範囲で体位変換をおこなうこと」とある。これまで当院では2時間に1回をルーチンとしていたが、夜間帯の業務逼迫を踏まえ、適切な体圧分散マットレス等を使用している場合には4時間に1回とする方針となった。12月以降一部病棟で試験実施後、令和7年4月より全病棟で取り組むこととなった。
- ・2月の委員会では、医療安全の観点から、点滴薬剤の漏出による皮膚付着後の褥瘡については、追跡・記録を改めて徹底するように討議が行われた。
- ・令和6年度の院内褥瘡発生率は1.495%となり、目標である1.5%以内に留まった。令和7年度は夜間の体位変換頻度の変更があるため、より院内発生予防に留意したい。

25) クリニカルパス委員会

委員会構成	
委員長	橋口外科部長
副委員長	森整形外科部長
委員	医師1名 看護師3名 薬剤師1名 診療放射線技師1名 臨床検査技師1名 言語聴覚士1名 栄養士1名 臨床工学技士1名 診療情報管理士1名 事務員4名

定例会開催日
毎月第4火曜日 16時00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

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・現状クリニカルパスの見直し、アウトカム、バリエーションの評価、システム管理、運用の見直し <p>令和6年度 パス運用数 66件 (前年度 62件)、パス適用率 35.9% (前年度 38.2%)</p> <p>【外科】</p> <p>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、虫垂炎切除術、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、化学療法、人工肛門閉鎖</p> <p>【脳神経外科】</p> <p>脳梗塞、慢性硬膜下血腫除去術、脳血管造</p>

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、子宮内膜搔爬術、TC療法、TD療法、POP婦人科腹腔鏡手術、子宮鏡下手術、腔式子宮全摘術

【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、ペースメーカー電池交換、カテ、睡眠時
無呼吸症候群、COVID-19

【腎臓内科】

内シャント造設術、PTA、腹膜透析 PET・
ADEQUEST、慢性腎不全教育入院、腹膜透
析導入

【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、口腔内
(良性)腫瘍摘出術、口腔内(悪性)腫瘍摘出
術、腐骨除去術

【全科】

CVポート造設

26) 診療情報管理委員会

委員会構成	
委員長	林田院長
副委員長	丹生診療情報管理室係長
委員	医師 2 名 看護師 3 名 薬剤師 1 名 診療放射線技師 1 名 臨床検査技師 1 名 診療情報管理士 1 名 事務員 2 名

定例会開催日
毎月第 3 月曜日 16 時から

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。

活動内容
定例委員会は毎月 1 回の計 12 回(4/15、 5/20、6/17、7/19、8/19、9/20、10/21、 11/18、12/17、1/20、2/17、3/17)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 6 年度の主な議題は以下のとおり】 1.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－ 2.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

3. その他

- ・アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について
- ・患者情報の死亡登録について
- ・紹介患者情報の登録について
- ・入院診療計画書について
- ・カルテ記事に貼り付けられた画像の拡大対応について
- ・文書管理フォルダについて
- ・送付先(封筒)に表示する番号について
- ・他院情報提供時の医師確認について
- ・診療録記載の修正・追記・削除について
- ・DNAR 機能追加について・ACP・DNAR 記載について
- ・スキャン後の紙媒体保管について
- ・『誤字、脱字、変換ミス』の防止に関する連絡事項の再配布について
- ・スキャン後ダブルチェックの電子カルテ機能について
- ・カルテ開示について
- ・スキャン規程の見直しについて
- ・薬剤関連(禁忌情報でないものも含む)のコメント入力について

27) 診療情報提供委員会

委員会構成	
委員長	林田院長
副委員長	大坪副院長
委員	医師 2 名 対象診療科長 対象主治医 看護師 1 名 診療情報管理士 1 名 事務員 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。

活動内容

開示件数 28 件

【内訳】

- ・入院・外来診療録の閲覧 0 件
- ・入院・外来診療録の複写 11 件
- ・画像診断データの複写 15 件
- ・入院・外来診療録及び画像診断データの複写 2 件

上記 28 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
副委員長	大坪副院長、尾崎副院長
委員	経営会議メンバー (医師 5 名、看護師 1 名、事務員 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。

活動内容
<p>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。</p> <p>・第1回委員会(令和7年2月25日開催) 「カルテ開示料金設定の一部改正(消費税込)」カルテ開示は平成20年度8件、平成21年度9件、平成22年度17件、平成23年度8件、平成24年度12件、平成25年18件、平成26年度23件、平成27年度23件、平成28年度24件、平成29年度20件、平成30年度25件、令和元年度31件、令和2年度23件、令和3年度17件、令和4年度13件、令和5年度34件、令和6年度28件であり、実際の開示手続きにおける効率化や改善事項を踏まえたうえで、今後も提供規定の見直しを検討する予定である。</p>

29) 倫理委員会

委員会構成	
委員長	大坪副院長
副委員長	尾崎副院長
委員	医師1名 看護師1名 事務員4名 外部委員2名

定例会開催日
特になし

目的・役割
<p>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。</p> <p>1. 臓器移植に関すること</p>

<p>2. 生殖医療に関すること</p> <p>3. 末期患者の治療に関すること</p> <p>4. 臨床研究に関すること</p> <p>5. その他医療行為及び臨床研究に関すること</p> <p>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"</p>
--

活動内容
<p>【委員持ち回り審議】</p> <ul style="list-style-type: none"> 令和6年5月17日承認 受付番号 R06-01「硫化水素中毒に伴う喉頭浮腫の1例」 令和6年7月3日承認 受付番号 R06-02「雷撃麻痺に頸髄損傷を合併し末梢神経障害が遷延した雷撃傷の1例」 令和6年7月24日承認 受付番号 R06-03「繰り返し入院する慢性心不全患者を対象としたコーホート研究」 令和6年12月5日承認 受付番号 R06-04「口腔ケアの現状を把握し看護師の口腔ケアの認識・技術の向上を図ることで口腔ケアの質の向上に繋げる」 受付番号 R06-05「心臓カテーテル検査後の橈骨動脈圧迫による患者の負担軽減に向けた取り組み～TR バンドの新しいプロトコールの導入～」 受付番号 R06-06「A病棟における口腔ケアの統一したケアの取り組み～口腔ケアプロトコール OHAT を使用して～」 受付番号 R06-07「A病棟におけるがん終末期患者の褥瘡発生要因の実態調査」 令和7年3月28日承認 受付番号 R06-08「当院の緩和ケア病棟患者の皮下投与について調査」

30) 図書委員会

委員会構成	
委員長	楠元放射線科部長
副委員長	川津副看護部長
委員	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 言語聴覚士 1名 調理師 1名 臨床工学技士 1名 歯科衛生士 1名 事務員 5名

定例会開催日
令和 6 年 12 月 10 日

目的・役割
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。

活動内容
<p>【委員会開催】 以下、討議等事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 6 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の確認について、令和 7 年 3 月 14 日(金)を期限に実施した。 3. その他 <p>■図書室管理図書(雑誌)の廃棄作業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：保存期間(発行後 5 年)を超過(平成 30 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 6 年 10 月 15 日(火)に専門業

<p>者が回収、製紙工場にて再生化した。</p> <p>■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、周知した。</p> <p>■図書だより 図書室の利用や定期購読図書などの案内の他、職員のお勧めの本の紹介などを行った。</p> <p>■図書室の利用向上に向けた取組等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「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、リクエストはなかった。 ・令和 3 年 3 月より図書室を休憩室として使用可とし、継続的な利用者の増加を図った。

31) 教育研修委員会

委員会構成	
委員長	大坪副院長
副委員長	楠元医局長 古賀看護部長
委員	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 理学療法士 1名 栄養士 1名 事務員 4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・研修実績の評価が適切に行われ、改善が実施されているかを確認する。

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・令和 6 年度の研修実績の確認と令和 7 年度の研修スケジュールの確認を行った。 ・令和 7 年 4 月 1 日・2 日に実施する新入職員オリエンテーションのスケジュール確

認を行った。令和6年度同様新入職の医師向けのオリエンテーションも実施することとした。

・大坪委員長から非常勤医師についても初回来院時には面談を行いたいとの要望があり、令和7年度から実施することとした。

3 2) 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 看護師5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 事務員9名

定例会開催日

必要に応じて

目的・役割

災害発生時の超急性期における災害医療を迅速かつ的確に実施すること

活動内容

委員会：計2回(5月、6月)

活動：6月

令和6年度日田市合同防災訓練

※日田市との合同防災訓練にあわせ、病院災害対策本部における訓練と現場DMATとの連携確認を行った。

3 3) DPC 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1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1名 事務員5名

定例会開催日

必要に応じて「適切なコーディングに関する委員会」を設置し年4回以上開催

目的・役割

本委員会はDPC対象病院として、DPC制度の理解を深め、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。

活動内容

第1回委員会(令和6年11月27日開催)

・「適切なコーディングに関する事項(定義副傷病名について)」

・「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6年12月26日開催)

・「適切なコーディングに関する事項(DPC期間について)」

第3回委員会(令和7年2月26日開催)

・「適切なコーディングに関する事項(手術・処置等分岐について)」

・救急医療管理加算の算定強化について

<p>[医事課]</p> <p>第4回委員会 (令和7年3月24日開催)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「適切なコーディングに関する事項(部位不明・詳細不明コードについて)」 ・DPC(機能評価係数II)の最新情報 ・機能評価係数IIについて ・収益向上に向けた取り組み [医事課]
--

34) 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 看護部2名 薬剤部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 診療情報管理師1名 医療相談員2名 事務員6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。

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年の地域がん診療連携拠点病院の指定更新については一部の要項が満たすことができないため、令和6年度からは地域がん診療病院として指定を受けることとなった。これに伴い要項を満たすことができない箇所については大分大学医学部附属病院と連携して取り組むこととなった。 ・大分大学医学部附属病院とは緩和ケア研修会を共催で開催し、ファシリテータとし

<p>て医師1名、看護師1名の派遣を行った。</p> <p>■令和6年度 地域がん診療連携拠点病院の活動実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん医療従事者研修会(医師)の実施 (11月) ・がん医療従事者研修会(看護師)の実施 (11月) ・がん医療従事者研修会(診療放射線技師)の実施(3月) ・がん医療従事者研修会(薬剤師)の実施 (3月)

35) がん化学療法委員会

委員会構成	
委員長	橋口外科部長
副委員長	羽生主任薬剤師
委員	医師3名 看護師4名 薬剤師2名 臨床検査技師2名 栄養士1名 事務員2名

定例会開催日
月1回開催

目的・役割
がん化学療法委員会規定に基づき、当院における化学療法の安全性と有効性を調査審議し、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。

活動内容
<ol style="list-style-type: none"> 1. 化学療法実施中に発現した有害事象、死亡事例等の報告と検討 2. 抗がん剤職業性暴露の現状評価 3. 新規レジメンの審査、承認 フェスゴ関連レジメン、サイラムザ+エルロ

チニブ療法、キイトルーダ療法(MSI-high)、ノギテカン療法、ゾルベツキシマブ関連レジメン、ペルツズマブ+トラスツズマブ療法(HER2 陽性大腸がん)、キイトルーダ+レンビマ療法、カルボプラチン+ドセタキセル+トラスツズマブ療法、GCP 療法(胆管がん)、GC+Neci 療法、Neci 維持療法

4. 既存レジメンの再検討(投与量、投与速度、投与経路、副作用予防等)
5. 供給不安定薬への対応
6. 適切な採血時期、タイミングの検討(トラスツズマブ単剤治療)

3 6) 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	医師 1 名 看護師 5 名 薬剤師 1 名 診療放射線技師 1 名 理学療法士 1 名 栄養士 1 名 公認心理師 1 名 医療相談員 1 名 事務員 3 名

定例会開催日
1 回/半年+随時開催→9 月臨時開催 →10 月～毎月開催 計 8 回開催

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、啓蒙を図ることを目的とする。

活動内容
1. いたみサポートチームラウンド：毎週金曜日 15：30～(4 北→4 南→3 北→救急→PCU)コンサルテーション形式で実施

2. 生活のしやすさに関する質問票の内容確認・集計
3. ホスピス緩和ケア週間への参加(日本ホスピス緩和ケア協会)：イベント開催(開催後は、日本ホスピス緩和ケア協会へ報告済)
日時：10/7(月)～10/10(木) 9：00～12：00
場所：総合受付前
内容：パネル展示、ACP について紹介、がん相談、ウィッシュツリー、患者・家族アンケート・緩和ケア紹介映像の表示
4. 上記パネル展示を参考に緩和ケア啓蒙ポスターを作成する。2 ヶ月毎に交換する。
5. 緩和ケア研修会開催(VOD 研修：PCU 入棟予約について)
6. 外来モニターを使用し、緩和ケアの紹介スライドを作成する。
7. 2/15 大分県緩和ケアチーム研修会参加チーム活動の報告を行う。
8. 医療用麻薬使用時テンプレートの修正

3 7) 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 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 2 名 診療情報管理士 1 名 事務員 2 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。

活動内容	
<p>令和7年3月26日(水) メール開催 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4月9日(水)までに特段の意見・指摘等はなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 (令和5年症例317件) ・還元データの集計結果 (最新年：令和4年症例) ・予後調査支援事業の結果について (平成24年症例10年予後) ・予後調査支援事業への継続参加について (平成25年症例10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" 	

38) 患者サービス向上委員会

委員会構成	
委員長	大坪副院長
副委員長	古賀看護部長
委員	看護師2名 薬剤師1名 診療放射線技師1名 臨床検査技師1名 作業療法士1名 調理師1名 臨床工学技士1名 歯科衛生士1名 事務員5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。

活動内容
【患者満足度調査】 1. 外来患者満足度調査 期間：令和6年7月16日～7月22日 2. 入院患者満足度調査 期間：令和6年7月16日～7月31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6年7月16日～7月31日

39) 透析機器安全管理委員会

委員会構成	
委員長	乙咩腎臓内科部長
委員	医師2名 看護師1名 臨床工学技士1名

定例会開催日
年1回以上開催

目的・役割
<ul style="list-style-type: none"> ・透析に関連する装置等の安全や管理法の確立、また透析液の清浄度を確認する目的からエンドトキシンならびに細菌数を定期的(月1回)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

活動内容
1. エンドトキシン・生菌検査の測定結果について

<ul style="list-style-type: none"> ・コンソール末端で生菌が検出されることがあったが、再測定を行ったところ問題はなかった。
<p>2. 透析関連装置のトラブル・その他報告について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・トラブルなし ・前回装置の更新を平成 28 年と平成 29 年に行っているため、更新を検討するため施設整備を提出する。
<p>3. 災害時の対応について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・衛生委員会の 2S 活動も行い、新たに見直しを行う。 ・透析室では日本透析医学会が推奨する対策を行う。 ・透析中の緊急離脱方法や、透析室からの脱出時、出入口に防火扉があるため避難経路を再度確認する。

4 0) 生活困窮者支援委員会

委員会構成	
委員長	林田院長
副委員長	平田事務部長
委員	医師 1 名 看護師 2 名 理学療法士 1 名 大分県地域生活定着支援センター相談員 1 名 医療相談員 7 名 事務員 1 名

定例会開催日
不定期開催 令和 6 年度は令和 7 年 3 月 21 日(金) 15:00~16:00 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。

活動内容
生活困窮者への支援事業(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)の既存事業及び新たな取り組みの進捗状況報告と課題を共有し、今後の取り組みと方向性について検討を行った。また、無料低額診療事業の在り方について確認を行った。

4 1) 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 看護師 1 名 理学療法士 1 名 医療相談員 1 名 事務員 3 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。

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ患者の入院受入れや院内クラスターが発生し、その都度、面会禁止・制限を行う状況が続き、コロナ禍以前のような活動はできていない。今年度も感染対策をとりながら月 1~2 回の喫茶を行い、病棟内廊下や談話室の飾り付けを行った。 ・今年度、登録ボランティア 1 名で活動していたが、継続が難しく 12 月末に活動を辞退された。新たなボランティアの応募があり、活動内容を説明したが登録には至らず、現在も募集中である。

4 2) 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
委員	看護師 15 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 診療情報管理士 1 名 大分県地域生活定着支援センター相談員 1 名 事務員 5 名

定例会開催日

毎年度 3 月の診療運営会議に併せて開催
(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。

活動内容

- ・ 棚卸実施委員会の開催
- ・ 委員会メンバー、実地棚卸方法と棚卸表の承認、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 5 年度から本部マニュアルの改正があり、棚卸実施委員会へ報告する棚卸表にテストカウント結果を記載することとなった。本部マニュアルには棚卸立会者に求められる要件を記載、実地棚卸集計結果の検証を記載すること、実地棚卸の

有効性と効率性を高める方法が記載された。済生会に所有権のある棚卸資産を外部の業者等に預けている在庫がある場合の留意事項が記載された。また、低価法の対象となる医薬品及び診療・療養費等材料が年度決算時に時価が仕入価格と比較して低い場合は「棚卸資産評価損」を計上することとなった。

- ・ 実地棚卸については令和 7 年 3 月 31 日に行われた。

4 3) 契約検討委員会

委員会構成	
委員長	林田支部長
副委員長	大坪副院長
委員	事務員 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。

活動内容

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。令和 6 年度は 9 回開催した。

- ・ 一般競争入札 9 件
- ・ 指名競争入札 2 件
- ・ 随意契約 7 件

4 4) 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 15 名 看護師 15 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 公認心理師 1 名 診療情報管理士 2 名 事務員 9 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. システム更新に係る進捗の報告と情報共有

活動内容
【令和 6 年度活動状況】 ・プログラムの更新可否の確認 ・情報システムに関する運用検討および周知 【具体的活動内容】 第 1 回：令和 6 年 4 月 8 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 29 件

第 2 回：令和 6 年 5 月 13 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 29 件 第 3 回：令和 6 年 6 月 10 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 34 件 第 4 回：令和 6 年 7 月 8 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 30 件 第 5 回：令和 6 年 8 月 19 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 25 件 第 6 回：令和 6 年 9 月 9 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 8 件 第 7 回：令和 6 年 10 月 15 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 28 件 ・病院フリーwifi(INT FreeFree)の患者開放を検討 第 8 回：令和 6 年 11 月 11 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 14 件、人事給与 1 件 第 9 回：令和 6 年 12 月 9 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 16 件 第 10 回：令和 7 年 1 月 14 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 9 件 ・PC の無償保証期間について院内再周知 ・データブリッジの導入検討 第 11 回：令和 7 年 2 月 10 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 16 件 第 12 回：令和 7 年 3 月 10 日 ・プログラムの変更申請：電子カルテ 17 件 【今後の活動内容】 ・引き続きプログラムの更新可否を協議する。 ・電子カルテ等システム係わる問題課題の報告と運用の提案し、委員会内にて対応を協議する。
--

4 5) 病院機能評価準備委員会

委員会構成	
委員長	林田院長
副委員長	大坪副院長 尾崎副院長
委員	医師 5 名 看護師 15 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 医療相談員 1 名 事務員 10 名

定例会開催日

毎月開催 (診療運営会議内)

目的・役割

病院機能評価の受審に向けて院内各部署の役割分担と確認事項についての準備を行うことを目的とする。また、受審後は評価結果に係る継続的な改善事項について取りまとめの役割を担う。

活動内容

委員会は 12 回開催され、評価結果に係る継続的な改善事項について担当部署から改善項目の進捗状況の報告が行われた。現在の認定期間は令和 4 年 4 月 23 日～令和 9 年 4 月 22 日であり、次年度は更新受審に向けた準備に取りかかる予定である。

4 6) 在宅医療検討委員会

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	看護師 5 名 薬剤師 1 名 理学療法士 3 名 栄養士 1 名 医療相談員 1 名 事務員 7 名

定例会開催日

概ね 3～4 ヶ月に 1 回の頻度で毎回 1 時間程度開催。本年度は 8 月・12 月・翌 3 月に開催

目的・役割

1. 訪問看護ステーションの設置・運営に関わる事項の検討
2. 訪問診療について
3. 地域包括ケア病棟入院料維持に係る訪問診療・訪問看護と介護保険利用について
4. その他在宅医療に係るもの全般及び委員長が必要と認める事項についての検討

活動内容

1. まほろば訪問看護ステーションの運営状況報告
2. 居宅介護支援事業所開設についての検討
3. 緊急時体制についての確認・検討
4. 訪問診療の流れをまとめたマニュアルを作成
5. 地域の実情を共有
6. ICT を利用した死亡診断(遠隔死亡診断補助加算)についての検討

4 7) 医療勤務環境マネジメント委員会

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 3 名 薬剤師 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 歯科衛生士 1 名 事務員 6 名

定例会開催日
必要に応じて開催

目的・役割
医療従事者の負担軽減計画の策定及び処遇改善を図る。 (勤務医の負担軽減・タスクシェアの推進)

活動内容
<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の負担軽減計画の策定(医師・看護職員)を行い、タスクシェアを進めている。 ・関係職種の専門性を生かして取り組むにあたり、知識技術の習得のため、マニュアル作成を検討した。各職種の取り組み内容や、検討事項・法令の見直されている部分も含めてアンケート調査を実施した。医師の時間外数は一部の医師を除いて全体では年々減少傾向にある。(タスクシフトシェアがうまく機能していると思われる)

4 8) DMAT 委員会

委員会構成	
委員長	森整形外科部長
副委員長	大坪副院長 井上外来師長
委員	医師 1 名 看護師 8 名 診療放射線技師 1 名 理学療法士 2 名 事務員 2 名

定例会開催日
年間 6 回 第 4 水曜日開催

目的・役割
委員会は院長の諮問機関として、災害発生の超急性期における災害医療派遣チーム(DMAT)の迅速かつ確かな活動を円滑に実施することを目的とする。

活動内容
<p>(訓練・研修)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能登半島地震へおける大分 DMAT 活動報告会 (令和 6 年 4 月 17 日) 参加：医師 1 名 事務員 1 名 場所：大分県医師会 6 階 研修室 I ・令和 6 年度日田市合同防災訓練全体説明会 (令和 6 年 4 月 24 日) 参加：事務員 2 名 場所：日田消防署 ・下井手町防災訓練 (令和 6 年 5 月 18 日) 参加：医師 1 名 看護師 1 名 事務員 1 名 場所：三芳小学校体育館 ・令和 6 年度日田市合同防災訓練全体説明会 (令和 6 年 5 月 24 日) 参加：医師 1 名 事務員 2 名 場所：日田市役所 7 階 大会議室 ・令和 6 年度日田市合同防災訓練 (令和 6 年 6 月 9 日)

参加：DMAT 隊 医師 2 名 看護師 6 名
放射線技師 1 名 理学療法士 2 名
事務員 2 名 病院職員
院長及び各所属長複数名
場所：日田市大原地区及び院内
(災害拠点病院)

- ・第 21 回・九州・沖縄災害拠点病院実務者
会議/第 13 回九州・沖縄ブロック DMAT
実務者会議合同会議
(令和 6 年 6 月 14 日 15 日)
参加：医師 1 名 事務員 1 名
場所：鹿児島県鹿児島市
- ・統括 DMAT 研修
(令和 6 年 6 月 17 日～18 日)
参加：医師 1 名
場所：東京都立川
- ・令和 6 年度第 1 回中国四国ブロック
DMAT 技能維持研修(令和 6 年 7 月 14 日)
参加：医師 1 名 事務員 1 名
場所：山口県国際総合センター海峡メッ
セ下関
- ・令和 6 年度大規模地震時医療活動訓練
(令和 6 年 9 月 27 日 28 日)
参加：医師 2 名 看護師 2 名
理学療法士 1 名
場所：東京都(関東地方)
- ・令和 6 年度九州・沖縄ブロック DMAT 実
動訓練 (令和 6 年 11 月 23 日～24 日)
参加：医師 1 人 看護師 2 人 事務員 1 人
場所：長崎県全域(諫早市)
- ・令和 6 年度大分県災害医療対策協議会第
1 回 DMAT 運営部会
(令和 6 年 11 月 29 日)
参加：医師 1 名
場所：大分県庁(WEB)
- ・令和 6 年度第 2 回および第 3 回九州・沖
縄ブロック DMAT 技能維持研修
令和 6 年 12 月 5 日
参加：看護師 2 名 事務員 1 名

場所：熊本城ホール

- ・大分県国民保護共同訓練
(令和 7 年 1 月 16 日)
参加：医師 2 名 看護師 2 名
放射線技師 1 名 理学療法士 1 名
場所：大分市 (大分スポーツ公園)
- ・令和 6 大分 DMAT 隊員養成研修
(令和 7 年 1 月 25 日～26 日)
参加：受講生) 看護師 1 名 事務員 1 名
講 師) 医師 1 名 事務員 1 名
場所：大分県消防学校
- ・ロジスティクス分科会
(令和 7 年 3 月 14 日)
参加：事務員 1 名
場所：大分県県庁
- ・地域災害医療コーディネーター研修
(令和 7 年 3 月 16 日)
参加：医師 1 名
場所：大分大学医学部付属病院 救命救
急センター
- ・はたらくクルマの乗車体験(DMATcar)
(令和 7 年 3 月 23 日)
参加：事務員 3 名
場所：石井里山公園

【実動】

- ・車両事故 (令和 6 年 6 月 26 日)
内 容：自動車同士の正面衝突事故
出勤場所：天瀬高塚 IC 付近玖珠天瀬線
54 号線
傷病者数：1 名 対応傷病者数：名
出 動：医師 2 名 看護師 1 名
事務員 2 名
- ・車両事故 (令和 6 年 6 月 27 日)
内 容：自動車同士の正面衝突事故
出勤場所：大山町西大山 8492-1 レスト
ラン松原
傷病者数：2 名 対応傷病者数：2 名
出 動：医師 1 名 看護師 2 名、
理学療法士 1 名 事務員 2 名

- ・車両事故 (令和 6 年 7 月 22 日)

内 容：自動車同士の正面衝突事故

出勤場所：大肥地区伏尾駅北側 国道 211 号線道路上

傷病者数：2 名 対応傷病者数：2 名

出 動：医師 2 名 看護師 1 名 事務員 2 名
- ・3M 程の脚立から転落、不穏状態 (令和 6 年 7 月 29 日)

内 容：転落による脳振盪及び不穏状態

出勤場所：天瀬高塚 IC 出入口

傷病者数：1 名 対応傷病者数：1 名

出 動：医師 1 名 看護師 1 名 事務員 2 名
- ・車両事故 (深夜帯) (令和 6 年 10 月 30 日)

内 容：トラックと普通自動車の正面衝突事故

出勤場所：中津市耶馬溪町宮園 国道 212 号線道路上

傷病者数：2 名 対応傷病者数：0 名

出 動：医師 2 名 看護師 2 名 理学療法士 1 名
- ・車両事故 (令和 6 年 11 月 19 日)

内 容：軽乗用車同士の正面衝突事故

出勤場所：日田市女子畑発電所付近 国道 210 号線道路上

傷病者数：3 名 対応傷病者数：2 名

出 動：医師 2 名 看護師 2 名 事務員 2 名
- ・CPA (令和 6 年 11 月 26 日)

内 容：九重田野別荘地にて急病、胸痛訴え救急要請

出勤場所：九重 IC 出入口

傷病者数：1 名 対応傷病者数：1 名

出 動：医師 1 名 看護師 1 名 事務員 2 名
- ・日出生台演習場 (深夜帯) (令和 6 年 12 月 12 日)

- 内 容：自衛隊員 2 名が 15 メートル滑落する事故

出勤場所：隊員参集途中で取り消し

傷病者数：2 名 対応傷病者数：0 名

出 動：医師 1 名 看護師 1 名 事務職員 1 名
- ・車両事故 (令和 6 年 12 月 19 日)

内 容：積雪があり玖珠インター付近での衝突事故

出勤場所：天ヶ瀬インター付近

傷病者数：1 名 対応傷病者数：0 名

出 動：医師 1 名 看護師 2 名 事務職員 1 名
- ・車両事故 (深夜帯) (令和 6 年 12 月 29 日)

内 容：中津市耶馬溪にてバイクが崖下へ転落

出勤場所：隊員参集途中で取り消し

傷病者数：0 名 対応傷病者数：0 名

出 動：医師 1 名
- ・車両事故 (時間外) (令和 6 年 12 月 30 日)

内 容：天ヶ瀬地区の河川に車両が転落

出勤場所：隊員参集途中で取り消し

傷病者数：0 名 対応傷病者数：0 名

出 動：医師 1 名 看護師 2 名 理学療法士 1 名
- ・車両事故 (令和 7 年 2 月 3 日)

内 容：軽自動車同士の正面衝突事故

出勤場所：中津市はなぐりトンネル

傷病者数：2 名 対応傷病者数：1 名

出 動：医師 2 名 看護師 2 名 事務員 2 名
- ・滑落による岩による挟まれ事故 (令和 7 年 3 月 12 日)

内 容：溪流釣り中に左前腕の岩による挟まれ事故

出勤場所：上津江町川原 上野田川

傷病者数：1 名 対応傷病者数：1 名

出 動：医師 2 名 看護師 2 名

事務職員 2 名
・車両事故 (時間外) (令和 7 年 3 月 21 日)
内 容：日田市庄手セブンイレブン付 近の水路に車両転落
出勤場所：隊員参集途中で取り消し
傷病者数：0 名 対応傷病者数：0 名
出 動：医師 1 名 看護師 1 名 理学療法士 1 名

栄養指導など多職種協働で骨粗鬆症治療の導入・継続に働きかけるとともに、院内外での連携体制の構築や院内ならびに地域における FLS の普及啓発活動を行う。

4 9) FLS 委員会

委員会構成	
委員長	森整形外科部長
副委員長	久恒主任理学療法士
委 員	整形外科医師 3 名 看護師 7 名(内、FLS コーディネーター 1 名、骨粗鬆症マネージャー 1 名) 薬剤師 1 名 (骨粗鬆症マネージャー) 理学療法士 3 名(内、骨粗鬆症マネージャー 2 名) 臨床検査技師 1 名 診療放射線技師 2 名 栄養士 1 名 歯科衛生士 1 名 医療相談員 1 名 事務員 2 名

定例会開催日
毎月第 4 金曜日

目的・役割
令和 4 年度診療報酬改定に伴い、「二次性骨折予防継続管理料」による大腿骨近位部骨折患者に対する骨粗鬆症の評価・治療に対する診療報酬が新設され、当院においても骨折リエゾンサービス(Fracture Liaison Service；以下、FLS)に取り組んでいる。FLS 委員会では FLS 対象者の二次骨折予防を目的に、薬物治療やリハビリテーション、

活動内容
<p>【学会発表】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第 12 回日本脆弱性骨折ネットワーク学術集会 口述発表 (令和 7 年 3 月 7 日～3 月 8 日 北九州国際会議場) <p>テーマ：「FLS 委員会立ち上げによる骨粗鬆症治療薬の中断者を減らす取り組みについて」</p> <p>発表者：江藤 伸宏 理学療法士</p> <p>【研修会】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第 483 回日田市医師会学術講演会 (令和 6 年 5 月 16 日) <p>テーマ：「骨折の連鎖を断つ！！～二次性骨折予防の取り組みと地域連携について～」</p> <p>講 師：森 啓介 整形外科部長、久恒 健 主任理学療法士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ FLS 院内研修会の開催 (視聴期間：令和 6 年 4 月 15 日～令和 6 年 5 月 10 日) <p>テーマ：「FLS (骨折リエゾンサービス)の概論」(約 20 分間 動画研修)</p> <p>講 師：江藤 伸宏 理学療法士</p> <p>【令和 6 年度の主な活動内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ FLS 対象者の特定・追跡ならびに二次性骨折予防継続管理料の算定管理 ・日田市医師会ならびに玖珠郡医師会への MCS 連携の周知 ・骨粗鬆症治療薬重複投与防止に向けた取り組み ・歯科口腔外科との医科歯科連携 ・大分県 OLS ネットワークへの協力

5 0) 地域医療支援病院運営委員会

委員会構成	
委員長	林田院長
委員	医師 1 名 歯科医師 1 名 看護師 2 名 医療相談員 1 名 事務員 3 名 外部委員 7 名

定例会開催日
年 4 回開催

目的・役割
地域医療支援病院運営委員会規定に基づき、他の医療機関との適切な役割分担と連携を強化し、四半期毎に外部委員と状況報告・確認を行い、効率化を目的とする。

活動内容
<ol style="list-style-type: none"> 1. 他の病院又は診療所からの紹介患者に医療を提供する体制 2. 地域医療従事者による診療、研究又は研修のための利用(共同利用) 3. 救急医療の提供 4. 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修 5. 診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の体系的な管理方法 6. 診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法及び閲覧 7. 患者相談 <p>【報告事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん患者医科歯科連携事業等について ・日田玖珠広域消防組合から救急搬送状況について <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療の中止について ・ID-Link の今後の展望について

V

研 究 業 績

学会発表

心臓血管内科			
題名	左冠動脈肺動脈起始症で心臓手術加療後、14年後に持続性心室頻拍を発症した1例 (口演)		
発表者	岩橋 晃平		
学会名	第348回内科学会九州地方会		
開催日	令和7年1月25日	会場	九州大学医学部百年講堂

消化器内科			
題名	肝細胞癌に対するデュルバルマブ+トレメリムマブ併用療法中に免疫関連有害事象(irAE)の下痢 Grade3を発症しステロイド投与を行ったが経過中に胃静脈瘤が破裂した1例 (口演)		
発表者	福田 匠		
学会名	第123回日本消化器病学会九州支部例会		
開催日	令和6年6月21日-22日	会場	北九州国際会議場

外科			
題名	乳癌術後転移性肺腫瘍に対して手術を施行した2例		
発表者	尾崎 邦博		
会名	第37回 大分乳がんのつどい		
開催日	令和7年2月22日	会場	大分県厚生連鶴見病院

外科			
題名	化学療法により長期生存が得られている腸間膜粘液線維肉腫術後再発の一例 (ポスター)		
発表者	尾崎 邦博		
会名	第79回日本大腸肛門病学会学術集会		
開催日	令和6年11月29日-30日	会場	パシフィコ横浜 会議センター

外科			
題名	Right top pulmonary vein を有する右上葉肺癌に対して胸腔鏡下 S2 区域切除術を行った一例 (口演)		
発表者	橋口 俊洋		
学会名	第 41 回日本呼吸器外科学会学術集会		
開催日	令和 6 年 5 月 31 日-6 月 1 日	会場	軽井沢プリンスホテル ウェスト

題名	術後早期における気管支断端を被覆した心膜周囲脂肪織の画像分析 (口演)		
発表者	本田 真央		
学会名	第 41 回日本呼吸器外科学会学術集会		
開催日	令和 6 年 5 月 31 日-6 月 1 日	会場	軽井沢プリンスホテル ウェスト

題名	CDK4/6 阻害剤の対象拡大について (ポスター)		
発表者	尾崎 邦博		
学会名	第 32 回日本乳癌学会学術総会		
開催日	令和 6 年 7 月 11 日-13 日	会場	仙台国際センター

題名	大腸悪性：転移・再発 2 (ポスター)		
発表者	尾崎 邦博		
学会名	第 29 回日本大腸肛門病学会		
開催日	令和 6 年 11 月 28 日	会場	パシフィコ横浜会議センター

題名	腹腔鏡下に壁側胸膜を剥離した横隔膜ヘルニアの 1 例 (口頭)		
発表者	本田 真央		
学会名	第 61 回九州外科学会		
開催日	令和 7 年 2 月 7 日-8 日	会場	沖縄県市町村自治会館

題名	乳癌術後転移性肺腫瘍に対して手術を施行した 2 例 (口頭)		
発表者	尾崎 邦博		
学会名	第 37 回大分乳がんのつどい		
開催日	令和 7 年 2 月 22 日	会場	大分県厚生連鶴見病院

整形外科			
題名	肘頭骨折に尺骨鉤状突起骨折を合併した1例		(口演)
発表者	間部 泰章		
学会名	第148回西日本整形・災害外科学会学術集会		
開催日	令和6年12月21日 令和6年12月22日	会場	カクイックス交流センター (かごしま県民交流センター)

脳神経外科			
題名	病院職員における頭痛の実態 職員対象のアンケートから見えてきたもの		(口演)
発表者	中島 慎治		
学会名	第74回日本病院学会		
開催日	令和6年7月4日-5日	会場	三重県総合文化センター

婦人科			
題名	大分県での、自治医科大学卒業医師と地域卒卒業医師の キャリア形成プログラムの比較と、自治医科大学卒業医師 の産婦人科専門研修プログラムの履修状況について		(口演)
発表者	佐藤 新平		
学会名	第81回九州連合産科婦人科学会		
開催日	令和6年5月25日-26日	会場	北九州国際会議場

救急科			
題名	硫化水素中毒に伴う喉頭浮腫の1例		(口演)
発表者	梅津 成貴		
学会名	第50回大分救急医学会		
開催日	令和6年7月21日	会場	大分県医師会館

歯科口腔外科			
題名	当科における MRONJ の臨床的検討と防止の取り組みにつ いて		(口演)
発表者	森口 智史		
学会名	第69回公益社団法人日本口腔外科学会総会・学術大会		
開催日	令和6年11月22日-24日	会場	パシフィコ横浜会議センター

看護部			
題名	手術室看護師の看護ケアに対する患者評価～術後アンケート調査を行って～ (口演)		
発表者	釜田 悠生		
学会名	第38回日本手術看護学会年次大会		
開催日	令和6年10月19日-20日	会場	札幌コンベンションセンター

薬剤部			
題名	院内製剤(メトロニダゾール親水クリーム+アドレナリン液)の運用後の効果と副作用を調査 (ポスター)		
発表者	尾形 美絵 近藤 和宏 羽生 智宏 長澤 欣弘 瀧内 瑛輔 中村 慎一郎 新関 みどり 田村 和彦		
学会名	第17回日本緩和医療薬学会年会		
開催日	令和6年5月25日-26日	会場	東京都 文京シビックセンター

題名	「心不全治療薬「サクビトリルバルサルタン(ARNI)」の副作用発生状況」 (ポスター)		
発表者	近藤 和宏 尾形 美絵 長澤 欣弘 中村 慎一郎 羽生 智宏 新関 みどり 田村 和彦		
学会名	第32回医療薬学フォーラム		
開催日	令和6年7月6日-7日	会場	熊本市民会館シアーズホーム夢ホール

題名	「ファンタスティック・フォー」の副作用発生状況」 (ポスター)		
発表者	近藤 和宏 尾形 美絵 長澤 欣弘 中村 慎一郎 羽生 智宏 新関 みどり 田村 和彦		
学会名	第34回日本医療薬学会年会		
開催日	令和6年11月2日-4日	会場	幕張メッセ 国際会議場・展示場

題名	「オシメルチニブ開始後にうっ血性心不全を発症した肺がん患者の1症例」 (ポスター)		
発表者	尾形 美絵 近藤和宏 羽生 智宏 長澤 欣弘 中村 慎一郎 鈴木 美裕 新関 みどり 田村 和彦		
学会名	第14回日本臨床腫瘍薬学会 学術大会 2025		
開催日	令和7年3月15日-16日	会場	パシフィコ横浜ノース

臨床工学部			
題名	もう怖くない！明日から活かせる消化器内視鏡の処置介助ポイントについて		(座長)
発表者	國武 憲章		
学会名	第92回消化器内視鏡技師学会		
開催日	令和6年5月31日-6月1日	会場	富山国際会議場

リハビリテーション部			
題名	FLS 立ち上げによる骨粗鬆症治療薬の中断者を減らす取り組みについて		(口演)
発表者	江藤 伸宏		
学会名	第12回日本脆弱性骨折ネットワーク学術集会		
開催日	令和7年3月7日-8日	会場	北九州国際会議場

講演・講義・研修会開催

心臓血管内科			
題名	左回旋枝起始部の石灰化結節の治療		
発表者	日野 昭宏		
会名	The OFDI Conference		
開催日	令和7年1月24日	会場	TKP ガーデンシティ博多

外科			
題名	症例提示		(講師)
発表者	尾崎 邦博		
会名	第21回大分乳腺診断カンファレンス		
開催日	令和6年11月9日	会場	大分県労働福祉会館ソレイユ

題名	一般演題		(座長)
発表者	尾崎 邦博		
会名	第22回日本乳癌学会九州地方会		
開催日	令和6年9月28日-29日	会場	九州大学医学部百年講堂

救急科			
題名	熱傷・電撃傷・化学損傷 (講義)		
発表者	梅津 成貴		
会名	消防学校講義		
開催日	令和7年2月20日	会場	大分県消防学校

薬剤部			
題名	『在宅訪問のいっても怖くない 薬剤師のためのフィジカルアセスメント』		
発表者	井上 智晴		
会名	第80回大分県西部ブロック薬剤師研修会		
開催日	令和6年8月30日	会場	大分県済生会日田病院会議室+zoom (Hybrid形式)

題名	『実臨床と国家試験にみる抗菌薬適正使用への取り組み』		
発表者	田村 和彦		
会名	第81回大分県西部ブロック薬剤師研修会		
開催日	令和7年2月13日	会場	WEB

リハビリテーション部			
題名	『骨折の連鎖を断つ』 二次性骨折予防の取り組みと地域連携について		
発表者	森 啓介 久恒 健		
会名	第483回日田市医師会学術講演会		
開催日	令和6年5月16日	会場	日田市医師会 講堂

題名	地域づくりのための介護予防体操		
発表者	久恒 健		
会名	「地域作りによる介護予防推進のための指導者派遣」		
開催日	令和6年6月15日	会場	石井町1丁目

題名	地域づくりのための介護予防体操		
発表者	梶原 丘行		
会名	「地域作りによる介護予防推進のための指導者派遣」		
開催日	令和6年7月19日	会場	亀山町公民館

題名	地域づくりのための介護予防体操		
発表者	久恒 健		
会名	「地域作りによる介護予防推進のための指導者派遣」		
開催日	令和6年9月3日	会場	刃連町公民館

題名	老年看護学方法論Ⅱ「嚥下障害について」「リハビリテーションについて」		
発表者	金子 武史 諫山 昌寿		
会名	昭和学園看護科講義		
開催日	令和6年9月24日 令和6年12月3日	会場	昭和学園

題名	嚥下障害の観察ポイントと注意点		
発表者	金子 武史		
会名	院内研修会		
開催日	令和6年10月18日-25日	会場	済生会日田病院

題名	「地域ケア会議とは」		
発表者	久恒 健 (他、県内理学療法士3名)		
会名	(公社)大分県理学療法士協会研修会 地域ケア会議推進リーダー導入研修		
開催日	令和6年12月1日	会場	オンライン (Zoom)

題名	「腰痛予防と運動のポイント」		
発表者	梶原 丘行		
会名	(公社)大分県理学療法士協会研修会 地域ケア会議推進リーダー導入研修		
開催日	令和7年2月13日	会場	株式会社ロクロヤ

題名	地域づくりのための介護予防体操		
発表者	梶原 丘行		
会名	「地域作りによる介護予防推進のための指導者派遣」		
開催日	令和6年12月23日	会場	田島3丁目公民館

がん診療拠点病院におけるがん医療従事者研修会

題名	「胃がん化学療法におけるがんサポータティブケア」		
発表者	大分中村病院 外科部長兼腫瘍外科部長 麓 祥一		
開催日	令和6年11月27日	会場	日田市医師会 講堂

題名	「人生会議始めてみませんか？」		
発表者	大分県済生会日田病院 緩和ケア認定看護師 横尾 真由子		
開催日	令和6年11月30日	会場	大分県済生会日田病院

題名	「症例から学ぶ乳房領域の画像診断～教えます！コツとピットフォール～」		
発表者	名古屋大学 佐竹 弘子		
開催日	令和7年3月6日	会場	大分県済生会日田病院 (WEB)

題名	『退院から在宅までつながる薬薬連携 ～緩和医療を中心に～』		
発表者	キムラ薬局 中島 美紀		
開催日	令和7年3月7日	会場	大分県済生会日田病院 会議室

第 77 回済生会学会 (令和 7 年 2 月 15 日-16 日) 愛媛県県民文化会館 愛媛看護研修センター

脳神経外科	
題 名	病院職員における頭痛の実態と労働に与える影響 (口演)
発表者	中島 慎治

まほろば訪問看護ステーション	
題 名	知的障がいをもつひきこもり青年への訪問看護ステーションの支援 ～親なき後を見据えて～ (口演)
発表者	三木 征博

大分県地域生活定着支援センター	
題 名	大分県地域生活定着支援センターの存在意義と今後の支援のあり方について (口演)
発表者	黒木 晃平

実習・研修受け入れ

部署・受入人数		内容	期間
薬剤部	3人	福岡大学	令和6年5月20日～同年8月4日 1人 令和6年8月19日～同年11月3日 2人
画像診断部	2人	日本文理大学医療専門学校	令和6年5月7日～同年7月26日 2人
検査部	1人	学校法人国際医療福祉大学	令和6年9月30日～同年11月29日 1人
診療情報管理室	2人	フチガミ医療福祉専門学校	令和6年5月14日～同年6月14日 1人 令和7年2月17日～同年3月14日 1人
総務課	1人	地域生活支援センターはぎの	令和6年10月30日～同年11月1日 令和6年11月5日～同年11月6日 1人
リハビリテーション部	4人	大分リハビリテーション専門学校	令和6年5月27日～同年6月29日 1人
		大分大学医学部附属病院健康福祉学科	令和6年7月3日～同年8月11日 1人
		福岡天神医療リハビリ専門学校	令和6年4月15日～同年6月7日 1人
		福岡リハビリテーション専門学校	令和6年10月15日～同年11月12日 1人
看護部	223人	昭和学園高等学校看護学科(基礎看護実習)2年次	令和6年10月8日～同年10月18日 24人
		昭和学園高等学校看護学科(成人看護実習)3年次	令和6年7月29日～同年8月8日 24人
		昭和学園高等学校看護学科(基礎看護実習)4年次	令和7年2月3日～同年2月28日 46人
		昭和学園高等学校看護学科(各論実習)5年次	令和6年6月3日～同年11月15日 52人
		昭和学園高等学校看護学科(統合実習)5年次	令和6年6月21日～同年11月15日 52人
		昭和学園高等学校看護学科追加実習	令和6年9月24日～同年10月4日 1人 令和6年9月9日～同年9月13日 1人 令和6年10月7日 1人
		久留米大学認定看護師教育課程緩和ケア分野 臨時実習	令和7年1月9日～同年2月5日 2人
		看護力再開発講習会	令和6年6月27日 8人 令和6年7月4日 11人
		三隈高校インターンシップ	令和6年7月9日～同年7月11日 1人

部署・受入人数		内容	期間
救急科	13人	日田玖珠広域消防組合 (再教育)	令和6年6月3日～同年8月21日 10人 (うち3日間ずつ)
		日田玖珠広域消防組合 (消防士病院実習)	令和7年3月13日 3名

VI

広 報 誌

大分県済生会日田病院広報誌「なでしこ」(巡回通信誌)

【令和6年4月 Vol.7】

表紙	消化器内科チーム (写真)
院長コラム	新年度の抱負について
特集コーナー	消化器内科チーム
トピックス	まほろば通信・医療社会事業室
連携医療機関紹介	連携医療機関紹介 地域医療室・ID Link
無料又は低額診療事業	無料又は低額診療事業について



【令和6年4月 号外編】

能登半島地震に伴う DMAT 活動報告
～医療の力で被災者を救う DMAT 災害派遣医療チーム～



【令和6年10月 Vol.8】

表紙	小児科チーム (写真)
副院長コラム	気候変動と健康・時間医学
特集コーナー	小児科チーム
トピックス	2024 年度入職医師紹介
連携医療機関紹介	連携医療機関紹介 地域医療室・ID Link
無料又は低額診療事業	無料又は低額診療事業について



【令和6年10月 Vol.9】

表紙	整形外科チーム（写真）
副院長コラム	地方での癌治療の取り組み
なでしこニュース	巻き寿司の日 日田病院開院式典
特集コーナー	整形外科チーム
トピックス	リレー・フォー・ライフ・ジャ パン in 大分
連携医療機関紹介	連携医療機関紹介 地域医療室・ID Link
無料又は低額診療事業	無料又は低額診療事業について



【令和7年1月 Vol.10】

表紙	整形外科チーム（写真）
院長コラム	地方での癌治療の取り組み
コラム	声のおはなし
特集コーナー	歯科口腔外科チーム
トピックス・医師紹介	公認心理師記事・医師紹介
連携医療機関紹介	連携医療機関紹介 地域医療室・ID Link
無料又は低額診療事業	無料又は低額診療事業について



大分県済生会日田病院広報誌 URL

<https://saiseikai.hita.oita.jp/byoin/gaiyo/nenpo.html>

「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ともに書きいただいたものです。



社会福祉法人^{医療}済生会支部
大分県済生会日田病院

※無断転載・頒布禁止