



病院年報

2025 年度版(令和 7 年度)



公益社団法人 日本海員救済会
神戸救済会病院

巻頭言

地域で必要な医療を守るために

2025年度の病院年報発刊にあたり、日頃より当院の診療を支えてくださっている地域の皆様、医療・介護・福祉関係者の皆様、そして日々患者さんに向き合う職員の皆さんに、心より御礼申し上げます。

わが国の医療は、いま大きな転換点にあります。令和8年度診療報酬改定には、単なる点数や算定要件の変更を超えて、国が2040年頃の医療提供体制をどのように構築しようとしているのか、その政策的な方向性が明確に表れています。医療と介護の双方を必要とする高齢者が増える一方、生産年齢人口は減少し、医療を支える人材の確保は一層難しくなります。限られた人材と設備の中で必要な医療を地域に残し、質と安全を保ちながら継続するため、医療機関の機能分化と連携、そして「治す医療」と「治し、支える医療」の役割分担が強く求められています。

今回新設された急性期病院A一般入院料は、救急搬送の受入れや手術など、病院が地域で実際に果たしている急性期機能を病院全体として評価するものです。当院がこれを届け出たことは、単に新しい入院料を算定するというのではなく、救急と手術を地域で担う責任を明確に引き受けることだと受け止めています。

ここで改めて確認したいのは、地域完結型医療とは、一つの病院がすべてを抱え込む「病院完結型医療」ではないということです。病院、診療所、在宅医療、訪問看護、介護施設などが、それぞれの強みと限界を共有し、患者さんの状態に応じて役割をつなぐことで、地域全体として医療を完結させることです。役割分担は、医療機能を手放すためのものではありません。地域に必要な機能を将来にわたって残すための選択であり、合意形成であると考えています。

当院が地域の中で守るべき機能の中心は、救急患者を受け入れ、必要な検査と初期治療を行い、必要に応じて手術や専門的治療を提供する急性期医療です。救急と手術は、単に一病院の診療実績を構成するものではなく、地域が失ってはならない医療基盤です。医師の働き方改革、人材不足、物価や医療材料費の高騰など、病院運営を取り巻く環境は厳しさを増していますが、これらの機能を安易に縮小すれば、地域住民が必要な時に必要な医療を受けられなくなります。当院としては、職員の持続可能な働き方を確保しながら、救急受入体制と手術機能を地域のために維持し、さらに質を高めていかなければなりません。

一方、地域完結は当院のみで完結することを意味しません。当院で対応できる救急、手術、専門診療は責任をもって担い、より高度で集約的な治療が必要な患者さんは、高度急性期病院へ速やかにつなぐ。そして高度急性期治療を終えた患者さんについては、当院が急性期後の治療、リハビリテーション、在宅復帰支援を担い、かかりつけ

医や在宅医療、介護へとつないでいく。この双方向の連携こそが、患者さんにとって安全で切れ目のない医療を実現します。

2025年、当院では地域包括ケア病棟を再開し、緩和ケア病棟を開設しました。これは急性期医療から生活への復帰、そして人生の最終段階まで、地域の中で患者さんを支える体制を一步進める取り組みです。

しかし、病床や診療科を院内だけで整えるだけでは十分ではありません。地域の各医療機関が「何を担うのか」「どこまで担えるのか」「どの機能を地域として確保すべきか」を率直に共有し、救急隊、行政、介護・福祉関係者も含めて将来像を話し合うことが必要です。情報の共有と連携を、個人の関係だけに頼らず、仕組みとして構築していくことも重要です。

2040年は遠い未来ではありません。その時に地域で必要な医療が残っているかどうかは、いまの私たちの選択にかかっています。当院は、掖済、すなわち「助け救う」の精神を礎に、急性期・救急・手術医療を地域の中で確実に担いながら、地域包括ケア、在宅復帰支援、緩和ケアをつなぎ、高度急性期病院との連携をさらに深めてまいります。そして、自院の役割だけを主張するのではなく、地域全体の医療をどう守るかという視点から、対話と協働を続けてまいります。

本年報が、当院の実績をご報告するだけでなく、地域における当院の役割と今後進むべき方向を共有する一助となれば幸いです。今後とも皆様のご理解とご支援を賜りますよう、お願い申し上げます。

2026年8月
神戸掖済会病院
院長 藤 久和

病院理念

神戸掖済会病院は、掖済（助け救う）の精神に基づき、社会すべての人々に人間愛に満ちた心優しい医療を提供致します。

病院基本方針

1. 患者の尊厳と権利の尊重

患者さんの人格と権利を尊重し、信頼関係に基づく安全で質の高い医療を提供します。

2. 地域完結型医療の推進

地域の医療機関、介護施設、在宅医療機関と連携し、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供し、地域全体で患者さんを支える医療体制の構築を目指します。

3. 急性期・救急医療への貢献

急性期医療を担う病院として質の高い医療を提供するとともに、神戸市第二次救急輪番制の一員として地域救急医療に貢献します。

4. スマートホスピタルの推進

医療 DX と多職種連携を推進し、ICT やデータを活用した効率的で質の高い医療体制を構築します。

5. 医療人としての誇りと人材育成

全職員が医療人としての誇りと使命感を持ち、専門性の向上と人材育成に努め、地域医療の発展に貢献します。

患者さんの権利と責務に関する宣言

神戸掖済会病院は、医療の中心は患者さんであり、医療行為が患者さんと医療関係者との信頼関係の上に成り立つものであることを深く認識し、患者さんの権利をお守りすることを誓います。

1. 患者さんは、人権を尊重される権利があります。
2. 患者さんは、最善の医療を平等に受ける権利があります。
3. 患者さんは、検査や治療内容について危険性、他の方法の有無など十分に理解できるまで、説明を受ける権利があります。
4. 患者さんは、自由な意志に基づいて、治療方法を選択、医療行為を拒否する権利があります。
5. 患者さんは、受けている医療の内容について知る為、情報の開示を求める権利があります。
6. 患者さんは、情報の秘密を守られる権利があります。
7. 患者さんは、意思表示が困難な状態（認知のある方、小児、障害のある方など）であっても、医療従事者からの適切な配慮を受ける権利があります。
8. 患者さんは、適切な治療を受ける為、必要な情報を出来る限り提供する責務があります。
9. 患者さん、ご面会の方は病院の規則、療養に必要な指示事項に従う責務があります。

2023 年 7 月 1 日改定

目次

巻頭言	1
患者さんの権利と責務に関する宣言	4
病院の概要	7
病院の名称・所在地	8
沿革概要	9
組織図	11
施設基準に関する届出事項	12
基本診療料施設基準	12
特掲診療料施設基準	14
施設認定	18
医療安全管理指針	20
委員会一覧	22
患者数・救急取扱患者数	25
医療・介護に関する研究調査実績	26
糖尿病内科	29
脳神経内科	30
循環器内科	32
消化器外科・一般外科	34
整形外科	36
脳神経外科	39
皮膚科	42
泌尿器科	43
眼科	44
緩和ケア内科	46
救急・総合診療科	47
麻酔科	49
放射線科	50
看護部	52
7 階北病棟	55
7 階南病棟	56
6 階北病棟	57
6 階南病棟	58
緩和ケア病棟	59
5 階南病棟	61
ICU	62
手術室	63

外来	64
放射線科・内視鏡・救急室	65
感染管理対策室	66
医療安全管理室	68
リソースナース室（WOC）	93
リソースナース室（認知症認定看護師）	95
リハビリテーション部	97
放射線技術部	98
視能訓練部	100
栄養管理部	101
臨床工学部	103
臨床検査部	105
薬剤部	109
救急救命部	111
事務部	112
総務課	113
人事課	114
経理課	115
施設課	116
物品管理課	117
医療情報課	119
医事課	120
システム課	122
病棟支援課	124
医師支援課	125
健診センター	127
患者サポートセンター（入退院支援室）	129
患者サポートセンター（地域医療連携室）	133
患者サポートセンター（患者相談窓口）	135

病院の概要

病院の名称・所在地

	神戸掖済会病院
所在地	神戸市垂水区学が丘 1 丁目 21 の 1
開設者	公益社団法人日本海員掖済会 会長 佐藤 尚之
院長	藤 久和
開設日	大正 3 年 11 月 1 日
標榜科目	内科・腎臓内科・糖尿病内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・脳神経内科・緩和ケア内科・人工透析内科・外科・心臓血管外科・消化器外科・血管外科・乳腺外科・外科(化学療法)・肛もん外科・形成外科・リウマチ科・整形外科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・救急科・精神科・病理診断科
病床数	315 床
病棟	一般病棟 240 床 地域包括ケア病棟 54 床 緩和ケア病棟 13 床 ICU8 床
その他	手術室 5 室、放射線部門（MRI、64 列マルチスライス CT、血管造影、RI、IVR、骨塩定量、マンモグラフィ等）、リハビリ室、内視鏡室、エコー室、薬剤部、臨床検査部、心電図・脳波室、栄養相談室、患者サポートセンター（地域医療連携室、退院支援室、患者相談窓口）
付帯施設	立体駐車棟（180 台収容）、駐輪場、看護師宿舎（個室 10 室）

沿革概要

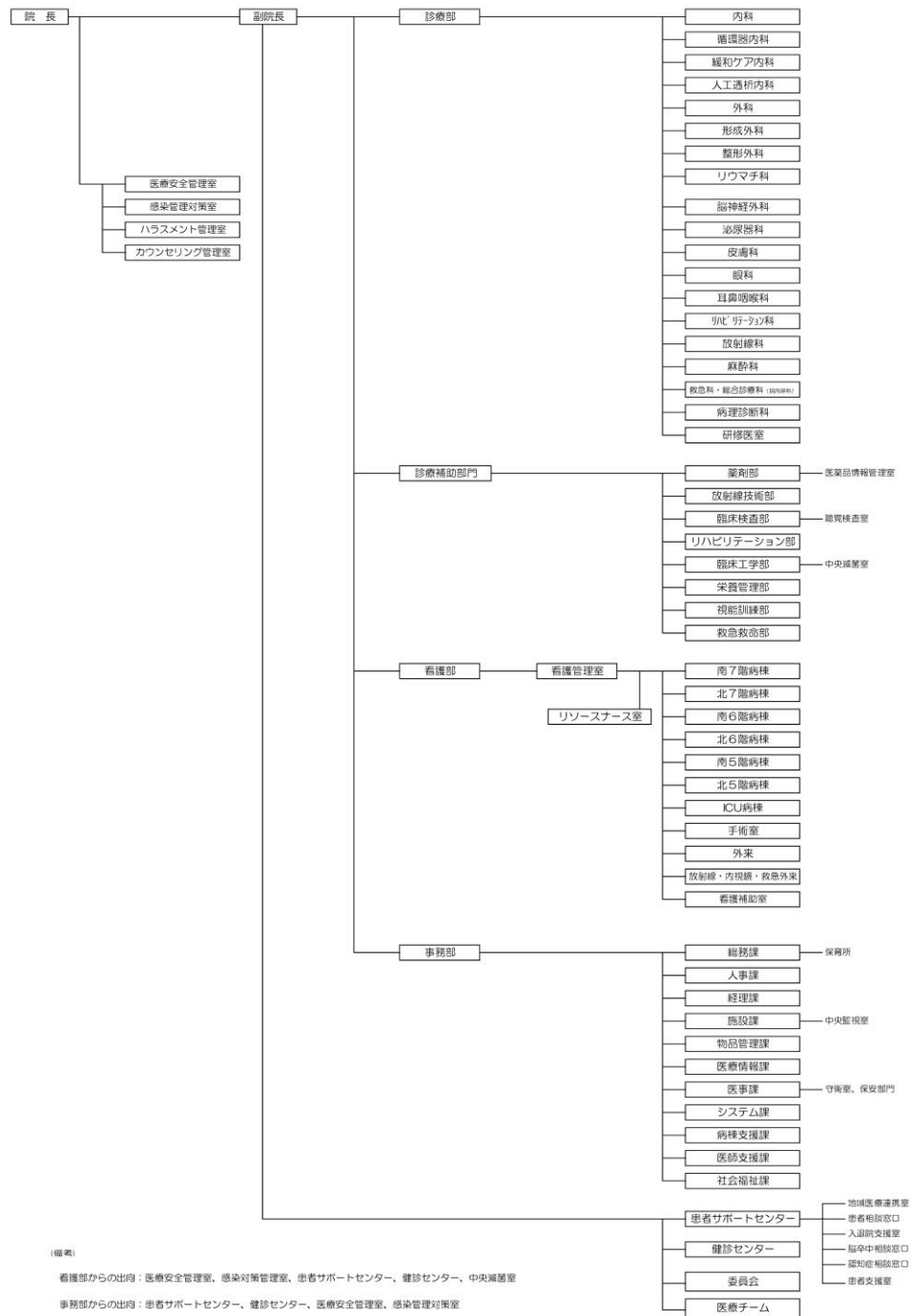
1880 年（明治 13 年） 8 月	『海員掖済會』創立
1887 年（明治 20 年） 3 月	会名を『日本海員掖済會』に改称する
1900 年（明治 33 年）	神戸仁全病院と特約し本会附属病院とする
1914 年（大正 3 年） 11 月	神戸海員病院発足（神戸市東川崎町 1 丁目 44 番地）
1931 年（昭和 6 年） 3 月	神戸市中山手通に新築移転（病床数 84 床）
1938 年（昭和 13 年） 3 月	無線電信による傷病手当指示病院（逓信省）
1939 年（昭和 14 年） 2 月	東館増築 増床（病床数 102 床）
1948 年（昭和 23 年） 9 月	労働者災害補償保険法に基づく医療機関指定
1950 年（昭和 25 年） 5 月	結核病棟 増築（病床数 162 床）
1951 年（昭和 26 年） 2 月	医療社会福祉施設認定
1951 年（昭和 26 年） 4 月	生活保護法に基づく医療機関指定
1951 年（昭和 26 年） 9 月	結核予防法に基づく医療機関指定
1953 年（昭和 28 年） 6 月	第二種社会福祉事業届出受理
1953 年（昭和 28 年） 12 月	医療無線電報を発受する病院指定（日本電信電話公社）
1954 年（昭和 29 年） 7 月	出入国管理令に基づく医療機関指定
1957 年（昭和 32 年） 8 月	数回の建物用途及び患者定員数変更により 35 床増床（病床数 197 床）
1958 年（昭和 33 年） 4 月	本館 4 階部分 増築（病床数 265 床）
1958 年（昭和 33 年） 9 月	総合病院認可
1959 年（昭和 34 年） 9 月	病棟改装 増床（病床数 282 床）
1961 年（昭和 36 年） 2 月	短期人間ドック実施指定病院指定
1963 年（昭和 38 年） 8 月	原子爆弾被爆者の医療等に関する法律に基づく医療機関指定
1963 年（昭和 38 年） 10 月	北病棟（結核病棟）新築。これに伴い旧結核病棟 閉鎖（病床数 307 床）

1966 年（昭和 41 年） 3 月	北病棟 3 階部分増築し、建物用途及び患者定員数変更（病床数 353 床）
1972 年（昭和 47 年） 11 月	第一種助産施設（児童福祉施設）設置認可
1977 年（昭和 52 年） 5 月	成人病検診センター新築（検査用ベッド 10 床 病床数 353 床）
1979 年（昭和 54 年） 1 月	神戸市第二次救急病院協議会、グループ代表病院受託
1979 年（昭和 54 年） 5 月	脳卒中センター増築（ICU4 床・脳卒中用ベッド 28 床・病床 353 床）
1994 年（平成 6 年） 4 月	兵庫県私立病院協会神戸掖済会病院看護専門学校（全日制）臨床実習病院
1996 年（平成 8 年） 4 月	神戸市医師会看護専門学校（定時制）臨床実習病院指定
1996 年（平成 8 年） 5 月	救急医療機関指定
1996 年（平成 8 年） 12 月	エイズ診療協力病院指定
2001 年（平成 13 年） 3 月	新築移転、5 病棟で運営（神戸市垂水区学が丘 1 丁目 21-1 病床数 265 床）
2001 年（平成 13 年） 11 月	6 病棟で運営（病床数 317 床）
2004 年（平成 16 年） 3 月	臨床研修指定病院
2013 年（平成 25 年） 4 月	一般社団法人 日本海員掖済会 へ法人移行
	ICU8 床 設置（病床数 325 床）
2014 年（平成 26 年） 11 月	創立 100 周年を迎える
2015 年（平成 27 年） 12 月	地域医療支援病院 名称使用承認
2017 年（平成 29 年） 3 月	産婦人科病棟 閉鎖
2017 年（平成 29 年） 6 月	地域包括ケア病棟 開設（病床数 276 床）
2018 年（平成 30 年） 3 月	小児科 閉鎖（病床数 276 床）
2020 年（令和 2 年） 4 月	公益社団法人 日本海員掖済会 へ法人移行
2024 年（令和 6 年） 3 月	地域包括ケア病棟 閉鎖（病床数 325 床）
2024 年（令和 6 年） 5 月	公益社団法人日本医療機能評価機構 病院機能評価（3rdG:Ver. 3.0）認定
2025 年（令和 7 年） 1 月	地域包括ケア病棟 開設（病床数 325 床）
2025 年（令和 7 年） 5 月	緩和ケア病棟 開設（病床数 325 床）
2025 年（令和 7 年） 9 月	病床数変更 （病床数 315 床）

組織図

神戸救済会病院組織図

2025年4月1日



施設基準に関する届出事項

基本診療料施設基準

情報通信機器を用いた診療に係る基準
電子的診療情報連携体制整備加算 2（初診料・外来診療料）
情報通信機器を用いた看護業務の効率化に係る基準
入院基本料及び特定入院料に係る継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準
急性期病院 A 一般入院料
救急医療管理加算
超急性期脳卒中加算
診療録管理体制加算 1
医師事務作業補助体制加算 1 15 : 1
25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割以上） 夜間 100 : 1 急性期看護補助体制加算 看護補助体制充実加算 夜間看護体制加算
看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1
電子的診療情報連携体制整備加算 1
療養環境加算
重症者等療養環境特別加算
緩和ケア診療加算
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
栄養サポートチーム加算
医療安全対策加算 1 医療安全対策地域連携加算 1

感染対策向上加算 1 指導強化加算 微生物学的検査体制加算 抗菌薬適正使用体制加算
患者サポート体制充実加算
重症患者初期支援充実加算
報告書管理体制加算
身体的拘束最小化推進体制加算
褥瘡ハイリスク患者ケア加算
呼吸ケアチーム加算
地域支援・医薬品供給対応体制加算 1
病棟薬剤業務実施加算 1
病棟薬剤業務実施加算 3
データ提出加算 2
入退院支援加算 1 地域連携診療計画加算 入院時支援加算 総合機能評価加算
認知症ケア加算 1
せん妄ハイリスク患者ケア加算
排尿自立支援加算
地域医療体制確保加算 1
協力対象施設入所者入院加算
特定集中治療室管理料 2 早期離床・リハビリテーション加算 早期栄養介入管理加算
地域包括ケア病棟入院料 2 看護職員配置加算 看護職員夜間配置加算
緩和ケア病棟入院料 1

特掲診療料施設基準

心臓ペースメーカー指導管理料の注 5 に規定する遠隔モニタリング加算
糖尿病合併症管理料
がん性疼痛緩和指導管理料
がん患者指導管理料(ハ)
糖尿病透析予防指導管理料
二次性骨折予防継続管理料 1
二次性骨折予防継続管理料 2
二次性骨折予防継続管理料 3
下肢創傷処置管理料
慢性腎臓病透析予防指導管理料
救急外来医学管理料 1
救急外来医学管理料の注 3 に規定する救急外来緊急検査対応加算 1
救急外来医学管理料の注 7 に規定する院内トリアージ実施体制加算
外来腫瘍化学療法診療料 1
外来腫瘍化学療法診療料の注 9 に規定するがん薬物療法体制充実加算
ニコチン依存症管理料
心不全再入院予防継続管理料 1 及び 2
開放型病院共同指導料 I
がん治療連携指導料
肝炎インターフェロン治療計画料
外来排尿自立指導料
プログラム医療機器等指導管理料
薬剤管理指導料
地域連携診療計画加算

検査・画像情報提供加算及び電子の診療情報評価料
医療機器安全管理料 1
救急患者連携搬送料 1
救急患者連携搬送料 2
在宅療養後方支援病院
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 2 に規定する持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 3 に規定する遠隔モニタリング加算
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
遺伝学的検査の注 1 に規定する施設基準
検体検査管理加算（Ⅱ）
埋込型心電図検査
時間内歩行試験
シャトルウォーキングテスト
ヘッドアップティルト試験
皮下連続式グルコース測定
脳波検査判断料 1
神経学的検査
コタクトレンズ検査料 1
内服・点滴誘発試験
画像診断管理加算 2
C T 撮影及びMR I 撮影
冠動脈 CT 撮影加算
心臓 MRI 撮影加算
乳房 MRI 撮影加算

抗悪性腫瘍剤処方管理加算
外来化学療法加算 1
無菌製剤処理料
心大血管疾患リハビリテーションⅠ 初期加算・急性期リハビリテーション加算
脳血管疾患リハビリテーションⅠ 初期加算・急性期リハビリテーション加算
運動器リハビリテーションⅠ 初期加算・急性期リハビリテーション加算
人工腎臓
導入期加算 1
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
ストーマ合併症加算
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
脳刺激装置植込術
脳刺激装置交換術
脊髄刺激装置植込術
脊髄刺激装置交換術
緑内障手術（緑内障手術（流出路再建術（眼内法）
緑内障手術（濾過胞再建術（needle 法））
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）
網膜再建術
乳癌センチネルリンパ節生検加算 2 及びセンチネルリンパ節生検（単独）
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの））
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））

ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
経皮的冠動脈形成術
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテル）
経皮的冠動脈ステント留置術
埋込型心電図記録計移植術
埋込型心電図記録計摘出術
ペースメーカー移植術
ペースメーカー交換術
ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカー）
ペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
大動脈バルーンパンピング法
腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術
輸血管理料Ⅱ
輸血適正使用加算2
人工肛門造設前処置加算
麻酔管理料Ⅰ
看護職員処遇改善評価料
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び注5に規定する継続して賃上げに係る取組を実施
入院ベースアップ評価料
入院時食事療養費
入院時食事療養費Ⅰ
その他
酵素の購入単価

施設認定

厚生労働省	管理型臨床研修施設
日本内科学会	専門医研修基幹施設
日本糖尿病学会	教育関連施設
日本循環器学会	専門医研修施設
日本消化器病学会	認定施設
日本乳房オンコプラスチックサー ジャリー学会	乳房再建用エキスパンダー実施施設 乳房再建用インプラント実施施設
日本外科学会	専門医制度修練施設
日本消化器外科学会	専門医修練施設
日本乳癌学会	関連施設
日本整形外科学会	専門医研修基幹施設 専門医研修連携施設（大阪大学医学部附属病院）
日本脳神経外科学会	連携施設（神戸市立医療センター中央市民病院）
日本脳卒中学会	認定研修教育施設
日本麻酔科学会	認定施設
日本泌尿器学会	教育関連施設
日本皮膚科学会	連携施設（神戸大学医学部附属病院）

日本リウマチ学会	教育施設
日本眼科学会	日本眼科学会専門医制度研修施設
日本静脈経腸栄養学会	NST 稼動施設
日本不整脈心電学会	専門医研修施設
日本専門医機構	総合診療領域 基幹施設
日本心血管インターベンション治療学会	日本心血管インターベンション治療学会研修関連施設

医療安全管理指針

I. 医療安全管理に関する基本指針

神戸掖済会病院（以下、当院）の基本理念・基本方針に基づき、すべての人々に対し安全な医療サービスを提供するために、職員一人ひとりが医療安全の必要性、重要性を認識し、病院全体で事故を未然に防ぐ取り組みを推進します。個人の努力のみに依拠する医療防止対策ではなく、根本原因を追求し医療環境やシステムの改善を行い、病院組織全体でより安全で安心できる医療サービスの提供に努めます。また、提供する医療について十分な説明を行うと共に、患者・家族からの意見を取り入れ、医療の質の向上に取り組みます。

II. 組織及び体制

医療安全対策と患者の安全確保を推進するために、本指針に基づき以下の役職及び組織等を設置しています。

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1) 医療安全管理室 | 2) 医療安全管理者 |
| 3) 医療安全管理委員会 | 4) 医療事故対策委員会 |
| 5) 死亡症例検討委員会 | 6) 医療安全小委員会 |
| 7) 医療安全リンクスタッフ会 | 8) 医薬品安全管理部会 |
| 9) 医療機器安全管理部会 | 10) 診療用放射線安全管理部会 |
| 11) MRI安全管理部会 | |

III. 医療安全確保、改善を目的とした報告システム

医療現場でのインシデント・アクシデント報告を医療安全管理室に収集し、原因分析及び改善策について検討を行い、その結果を全職員に情報提供することにより、事故発生防止を図ります。

IV. 医療安全管理のための研修

医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法等を全職員に周知徹底することを通じて、個々の安全意識の向上を図るとともに、院内全体の医療安全を向上させることを目的に、年2回、全職員を対象とした研修を実施します。

V. 医療事故発生時の対応

医療事故発生時には、院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大防止に全力を尽くします。また、院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報・資材・人材を提供します。また、

病院長は必要に応じて医療事故調査委員会にて事実関係の調査を指示し、報告結果を踏まえて、患者及び家族等へ誠意をもって説明します。

Ⅵ．職員と患者との情報共有

患者との情報共有に努め、診療記録等の閲覧及び開示の求めがあった場合には、診療情報開示規定等に基づき対応します。

Ⅶ．患者からの相談への対応

安全・安心に治療を受けて頂くために、患者や家族等からの診療・看護等に関する相談及び苦情、要望等をいつでも応えられるよう患者相談窓口を設置しています。医療安全に関する相談や意見については、医療安全管理者および医療相談窓口職員を含む複数人で適切に対応します。

Ⅷ．医療安全管理マニュアルの作成・更新

神戸掖済会病院医療安全管理マニュアルを作成、全職員に周知し、必要に応じて見直しを行います。

Ⅸ．医療安全管理に関する基本指針の公開

患者に安心して医療を受けて頂くために、当院の医療安全管理指針は、医療相談窓口において閲覧を可能とします。

神戸掖済会病院
2024 年 2 月改訂

委員会一覧

委員会名	事務局	設置目的など	開催日
医療安全管理委員会	医療安全管理室	神戸掖済会病院における医療に係る医療安全管理体制の確保及び推進（平成 14 年厚生労働省令第 111 号）を図るため	毎月第 3 金曜
医療ガス安全管理委員会	施設課	医療ガス設備の安全管理体制を図り、患者の安全を確保することを目的とする	年 1 回
医療従事者負担軽減検討委員会 労働衛生委員会	総務課	職員の健康障害の防止、健康の保持増進、職場環境測定、労働災害の原発防止対策等を審議し病院に対し意見を述べることを目的とする	毎月第 1 月曜
感染対策委員会	感染管理対策室	院内感染の予防・防止策およびアウトブレイク時の適切な対応など当院における院内感染体制を確立し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とする	毎月第 2 水曜
給食栄養管理委員会	栄養管理部	給食・栄養管理を多角的に評価・検討するとともに、より円滑に運営する事を目的とする	年 4 回
N S T (栄養サポート) 委員会	栄養科	栄養サポートチームによる患者の栄養管理を推進し、医療の質の向上を図る	第 1 火曜 (5.8.1 月以外)
救急委員会	事務部	二次救急医療病院として 24 時間 365 日診療できる体制を整え地域医療への貢献と救急医療の質の向上を図るために、救急医療に関する事項の審議を行うことを目的とする	年 2 回
入退院支援検討委員会	患者サポートセンター	病院内の多職種・多部門が協働し、地域の医療機関・介護サービス事業所などとの連携を行い、患者が安心して治療を受け、入退院ができることを支援することを目的とする	毎月第 4 水曜
システム委員会	システム課	医療情報システム（電子カルテシステム）及びインターネット環境に関する諸問題を改善し、医療の質および患者サービスの向上と業務の効率化を図ることを目的とする	毎月第 3 火曜
褥瘡対策委員会	看護部	院内褥瘡対策を討議・検討し、その効率的な推進を図ることを目的とする	毎月第 4 金曜
防災対策委員会	施設課	防災に関する必要事項を定める	年 1 回
保険・D P C 対策委員会	事務部	診療報酬請求において、査定となった内容について多職種で内容を協議し、適切な請求および D P C コーディングを行い診療の分析及び改善を行う目的とする	毎月第 4 金曜
クリニカルパス委員会	事務部	病院におけるクリニカルパスの選択及びその適正な管理を行うことを目的とする。	毎月第 2 月曜
診療録管理監査委員会	医療情報課	診療録管理業務の円滑かつ効率的な運営を図るため	隔月 1 回

倫理審査委員会	事務部	ヒトを直接対象とした医療行為並びに臨床研究の実施について十分な倫理的考慮が払われているか否かを審査することを主たる目的とする	年1回
治験審査委員会	薬剤部・ 経理課	病院長より諮問された治験の審査、評価を目的とする	奇数月1回 (第3金曜)
薬事委員会	薬剤部	医薬品、放射性医薬品の新規購入、中止及び変更等について、院長の諮問に答申する機関である	2ヶ月に1回 (第3金曜)
輸血療法委員会	検査部	輸血業務を適切に行い、関連する諸問題を検討、改善、実行することを目的とする。	年6回
用度(SPD)委員会	物品管理課	物品の新規購入あるいは使用中止物品等を検討し、病院内の適正な在庫管理を実施し、健全な病院経営の一翼を担うことを目的とする	毎月第3木曜
接遇教育委員会	事務部	理念に基づき、患者様、御家族様に安心と信頼を与える病院を目指し、いつも優しい笑顔、穏やかな心、あたたかい言葉で真心のこもった医療を提供できるよう、諸問題を検討、改善、実行することを目的とする	奇数月1回 (第2水曜)
手術室運営委員会	手術室	安全で質の高い手術医療を提供するために、手術室運営上の諸問題の把握とその対策に関して審議することを目的とする	年1回
化学療法委員会	事務部	がん化学療法に関わる諸問題の討議や治療計画(レジメン)を科学的根拠に基づき審査し、組織的に統括、管理する為	毎月第4水曜
図書委員会	事務部	図書室に関する事項を審議するため	月1回
検査部運営委員会	臨床検査部	臨床検査(生化学、血液、血清、輸血、一般、細菌、病理、生理検査)の確立と円滑に運営を図るため	偶数月1回 第1火曜
臨床研修管理委員会	事務部	医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令に基づき、当院における臨床研修及び専門研修に関する重要事項を審議すること、仕組みを維持・改善していくことを目的とする	年3回(5月・9月・3月)
死亡症例検討委員会 医療事故対策委員会	医療安全管理室	医療安全管理委員会からの報告に基づき医療事故、死亡事故、医療安全対策事項の検討等を行なう	不定期開催
臨床倫理委員会	事務部	臨床上的倫理的課題について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省)、その他の法令、通知、指針など(以下「指針など」という)の趣旨に沿って、倫理的、社会的および科学的な観点から継続的に審議、調査また支援(以下「審議など」という)を行い、必要に応じて病院としての基本方針、手順などを答申するとともに、医療倫理に関する教育・啓発を推進するため	不定期開催
院内研修会管理委員会	事務部	職員および地域の医療従事者を対象として講演会など研修会を立案・実行することで、医療水準の向上を図り、あわせて地域医療連携の推進に寄与することを目的とする	毎月第2水曜
ハラスメント防止委員会	事務部	院内における全ての職員(委託含む)が個人として尊重され、快適な環境のもとで職務を遂行できるようハラスメントに対する予防及び教育を行うため	6月・10月・3月の第2水曜
開放型病床運営委員会	地域医療連携室	地域医療機関との密接な協力により一貫性のある医療を提供し地域医療の充実発展に資することを目的とする	年1回

広報委員会	事務部	広報活動の推進を図るため	年1回
アメニティ委員会	看護部主任会	業務委託契約中の、入院用品提供事業の運営に伴い、入院中の患者の療養環境等における、利便性ならびに快適性等サービス向上を目的とする	年2回
新医療技術等検討委員会	事務部	院長より諮問された当院における新たな診療技術、医薬品の適応外使用、看護領域での新しいケア手技等の実施の可否、倫理性、適切性について審査及び評価を行う	不定期開催

患者数・救急取扱患者数

2025 年度 外来・入院患者数

外 来 患 者 数 (2025/4 ～ 2026/3)

年月	内科	循環器 内科	心臓血管 外科	外科	整形外科	脳外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻科	放射線科	救急科	形成外科	合計	診療 実日数
合計 延数 (1日平均)	13,075 (53)	14,768 (60)	75 (0)	6,748 (28)	16,954 (69)	6,013 (25)	12,259 (50)	3,772 (15)	14,476 (59)	3,880 (16)	1,934 (8)	5,324 (22)	706 (3)	99,984 (408)	245

入 院 患 者 数 (2025/4 ～ 2026/3)

年月	内科	循環器 内科	心臓血管 外科	外科	整形外科	脳外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻科	放射線科	救急科	形成外科	合計	診療 実日数
合計 延数 (1日平均)	5,719 (16)	11,104 (30)	0 (0)	4,941 (14)	13,816 (38)	10,941 (30)	2,340 (6)	303 (1)	2,879 (8)	0 (0)	0 (0)	29,098 (80)	287 (1)	81,428 (223)	365

2025 年度 救急取扱患者数

救急患者受入れ状況報告

2025年4月1日 ～ 2026年3月31日 (2025 年度)

来 院 患 者 数	内科	外科	整形外科	脳外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	循環器内科	救急科	形成外科	その他	合計
総数	357	55	225	1,701	67	6	4	52	666	5,739	3	0	8,875
時間外受診	327	25	167	1,337	10	2	0	51	375	2,097	0	0	4,391
時間内受診	30	30	58	364	57	4	4	1	291	3,642	3	0	4,484
救急隊連絡総数	130	3	70	988	0	1	2	0	225	2,906	0	0	4,325
救急車受入れ数	107	3	58	858	0	1	2	0	199	2,763	0	0	3,991
入院患者数	88	29	60	606	18	0	0	0	318	2,065	1	0	3,185
時間外救急隊連絡数内訳	129	0	66	836	0	0	0	0	171	1,004	0	0	2,206
受け入れ	106	0	54	706	0	0	0	0	145	861	0	0	1,872
受け入れ困難	23	0	12	130	0	0	0	0	26	143	0	0	334
外来中救急隊連絡総数	1	3	4	152	0	1	2	0	54	1,902	0	0	2,119
受け入れ	1	3	4	152	0	1	2	0	54	1,902	0	0	2,119
受け入れ困難	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
民間救急車内訳	0	0	1	2	0	0	0	0	6	73	0	0	82
受け入れ	0	0	1	2	0	0	0	0	6	73	0	0	82
受け入れ困難	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入院件数内訳	88	29	60	606	18	0	0	0	318	2,065	1	0	3,185
時間外入院	救急車	28	0	27	278	0	0	0	70	461	0	0	864
民間救急車	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	0	8
その他	51	4	7	91	0	0	0	0	72	230	0	0	455
時間内入院	救急車	1	3	1	102	0	0	0	33	801	0	0	941
民間救急車	0	0	0	2	0	0	0	0	1	37	0	0	40
その他	8	22	25	133	18	0	0	0	139	531	1	0	877

医療・介護に関する研究調査実績

番号	研究調査事項の概要	調査研究者職氏名		筆頭者を除く研究者の人数			発表学会又は掲載紙	発表時期
		役職	氏名	内部の人数	外部の人数	内部・外部計		
1	非結核性抗酸菌による化膿性膝関節炎の1例	診療部長	小橋潤己	1	0	1	第69回日本リウマチ学会・学術集会	2025.4
2	腋窩に結節を生じた第二期梅毒の1例	医員	岸本真実	3	0	3	第509回日本皮膚科学会大阪地方会	2025.5
3	当院におけるCO2ナールコーシス症例の死亡退院率	研修医	鉤 智弥	5	0	5	第16回日本プライマリ・ケア連合学会学術集会	2025.6
4	FD時代にハイフローバイパス1例目の経験から得たものと失ったもの	医長	安田 貴哉	5	0	5	第15回脳神経外科道	2025.6
5	SIADHの3例	医長	小川 啓子	3	0	3	第249回日本内科学会近畿地方会	2025.9
6	早期に不安定性が進行し内固定を行ったJefferson骨折の1例	診療部長	富永 貴志	5	0	5	近畿脊髄外科研究会	2025.9
7	大腿骨骨密度による2群に分けた大腿骨近位部骨折患者の臨床像の比較	診療部長	小橋潤己	0	0	0	第27回日本骨粗鬆症学会	2025.9
8	早期に不安定性が進行し内固定を行ったJefferson骨折の1例	診療部長	富永 貴志	5	0	5	日本脳神経外科学会第84回学術総会	2025.10
9	化膿性胸鎖関節炎に対して手術加療を行なった1例	診療部長	小橋潤己	0	0	0	第145回中部日本整形外科学会・学術集会	2025.10

10	ヘナ誘発リール黒皮症に対する 755nm ピコ秒アレキサンドライトレーザー治療の有用性	医員	岸本 真実	0	3	3	第 77 回日本皮膚科学会西武支部学術大会	2025.10
11	外傷性気胸を伴う骨折患者 11 例の周術期管理の検討	研修医	青木 一泰	5	0	5	第 32 回日本病院総合診療医学会 学術総会	2026.2
12	高齢者 CO2 ナルコーシスにおけるフレイル・疾患背景と人工呼吸器導入判断：単施設後方視的研究	研修医	渡邊 涼太	6	0	6	第 32 回日本病院総合診療医学会 学術総会	2026.2

部門別活動記録

《スタッフ》

部長代理：1名

《2025年度の主な取組・評価》

- ① 糖尿病の診断と治療
 - ・血糖値などの検査による診断
 - ・1型糖尿病、2型糖尿病、妊娠糖尿病など、病型ごとの適切な治療
 - ・経口薬、インスリン療法、GLP-1受容体作動薬などの薬物療法
 - ・治療効果の定期的評価と見直し
- ② 多職種連携によるチーム医療
 - ・医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士などが連携
 - ・個別の療養指導、食事・運動指導、服薬指導を実施
 - ・患者中心の包括的なケアプランの作成
- ③ 糖尿病教育入院
 - ・1週間から10日間の入院で糖尿病に関する正しい知識とセルフケア技術を習得
 - ・血糖コントロールのための食事、運動、薬の理解と実践
 - ・血糖自己測定やインスリン自己注射の指導
- ④ 合併症の予防と管理
 - ・網膜症、腎症、神経障害などの三大合併症のスクリーニングと定期検査（眼底検査、尿中アルブミン、神経伝導速度など）
 - ・心血管疾患（狭心症・心筋梗塞）や脳血管疾患のリスク評価と予防
 - ・フットケアや専門看護師による足病変の早期発見と対策
- ⑤ 外来での継続的なフォローアップ
 - ・定期的な血糖・HbA1c測定と治療方針の見直し
 - ・ライフスタイルの変化に応じた指導内容の更新
 - ・患者の自己管理能力の支援とモチベーション維持
- ⑥ ICTの活用
 - ・血糖管理アプリやクラウドシステムを使った遠隔モニタリング
- ⑦ 地域連携・他医療機関との連携
 - ・地域開業医との連携によるスムーズな紹介・逆紹介
 - ・地域住民への啓発活動

《糖尿病内科診療実績》

教育入院 60人/2025年度

《スタッフ》

部長代理：1名

《2025年度の主な取組・評価》

当院内科の一分野として「脳神経内科」の診療を行っております（また、他の内科とともに一般内科 領域の診療も分担致しております）。

神経疾患の患者様を多数ご紹介いただいております地域の方には厚く御礼を申し上げます。

ご紹介いただきました患者様の診察予約日での日数が長期化致しており、誠に申し訳ございません。

受診待ち期間の短縮のため今後も実行可能な方策を引き続き検討致しております。今後もなお、診察予約日をお待たせすることが長くなるとは存じますが、是非ともご容赦賜りますようお願い申し上げます。

受診患者様の疾患に関しては高齢化社会による疾病構造の変化を反映し、高齢発症での神経変性疾患の患者様が増加傾向です。

2024年度よりアルツハイマー病による軽度認知障害・軽度認知症に対するレカネマブ療法を当院でも開始致しております。当初は適応となる患者様はさほど多くはないと予想致しておりましたが意外に増加しつつあり、高齢化を反映しているものと推定致しております。

院内での筋疾患に対する筋電図検査や中枢神経系の核医学的検査の実施に関しては今後の課題として検討中です。

今後ともよろしくお願い申し上げます。

《脳神経内科 診療実績》

脳神経疾患領域	病名	人数
	アルツハイマー病（レカネマブ投与目的）	4
	アルツハイマー病（肺炎や心不全などの合併症のため）	4
	パーキンソン病（投薬調整など）	3
	パーキンソン病（肺炎などの合併症のため）	3
	進行性核上性麻痺（肺炎などの合併症のため）	2
	大脳皮質基底核変性症	1
	レビー小体型認知症（肺炎などの合併症のため）	5

脳神経疾患領域	分類不能の老年期認知症	2
	脳梗塞	1
	脳血管障害性パーキンソン症候群	1
	脊髄梗塞	2
	HTLV-I 関連脊髄症（尿路感染合併）	1
	亜急性連合性脊髄変性症（多発骨転移合併）	1
	免疫介在性壊死性ミオパチー	1
	分類不能の筋疾患	1
	膠芽腫	1
	てんかん	2
	ギラン・バレー症候群	1
	蘇生後脳症（先天性疾患に合併）	2

一般内科領域	病名	人数
	気管支肺炎（基礎疾患なく総合内科外来より入院）	5
	間質性肺炎	2
	進行期肺癌	1
	肝膿瘍	1
	急性胆嚢炎	1
その他	適応障害	1

《スタッフ》

病院長

部長：2名

医長：3名

《2025年度の主な取組・評価》

神戸掖済会病院循環器内科は、地域中核病院として急性期循環器診療から慢性期管理、在宅復帰支援まで一貫した医療提供を行っています。

当科では虚血性心疾患、心不全、不整脈、末梢動脈疾患など幅広い循環器疾患に対応しています。また、多職種による心不全チーム医療や心臓リハビリテーションを積極的に推進し、高齢化社会における地域完結型循環器医療の実践に取り組んでおります。

2025年度実績では、循環器内科入院患者数 765 例、外来延患者数 14,768 例であり、地域における循環器診療の中心的役割を担っています。

対象疾患は以下の通りです。

- 急性冠症候群・狭心症
- 慢性冠動脈疾患
- 急性・慢性心不全
- 不整脈
- 弁膜症
- 閉塞性動脈硬化症
- 大動脈疾患
- 高血圧性心疾患
- 睡眠時無呼吸症候群 など

冠動脈インターベンション、ペースメーカー治療、不整脈診療、循環器集中治療を行うとともに、急性期から回復期・慢性期まで継続的診療を実践しています。

また 2025 年 5 月にはキヤノンメディカルシステムズ株式会社製の最新型血管撮影装置「Alphenix Core+（アルフェニクス コアプラス）」を導入いたしました。

今後も先進的な医療機器の導入を通じて、質の高い医療サービスの提供に努めてまいります。

心不全診療への取り組み

高齢化に伴い増加する心不全患者に対し、当科では看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士など多職種で構成される心不全チームを中心に診療を行っています。薬物療法のみならず、生活指導、栄養管理、服薬支援、ACP（Advance Care Planning）を

含めた包括的介入を行い、再入院予防と QOL 向上に努めています。

また、地域医療機関、訪問看護、介護施設との連携を強化し、地域全体で患者を支える医療体制構築を推進しています。

《循環器内科診療実績》

2025年度 治療実績

項目	件数
冠動脈造影	68
PCI（経皮的冠動脈形成術）	82
急性心筋梗塞に対する緊急 PCI	28
ロータブレータ	2
IVUS	81
OCT	7
FFR	22
PTA（経皮的血管形成術）	8
カテーテルアブレーション（経皮的カテーテル心筋焼灼術）	136
経静脈ペースメーカー	12
（内リードレスペースメーカー）	15
ペースメーカー交換術	15
経食道心エコー	13
経胸壁心エコー（循環器内科）	2,006
冠動脈 CT	358
心臓 MRI	9
心筋シンチ	191
心臓リハビリテーション	306

《スタッフ》

部長：3名

医員：1名

《2025年度の主な取組・評価》

全体の手術数は2024年度とほぼ同等でした。消化器癌手術は前年と比べて変化なく、増加に至りませんでした。消化器内科医不在の状況を反映しています。消化器良性疾患手術は虫垂炎、腸閉塞がやや減少しました。外科スタッフ減少を反映して救急患者の受け入れが減ったことが要因と考えられます。一般外科手術では鼠径ヘルニア手術が前年同様多く、肛門疾患も増加傾向で、近隣医療機関からの紹介数が安定してきました。

《外科手術実績》

1. 消化器癌診療

(件)

	2025年1月～12月
胃癌	3
結腸癌	20
直腸癌	8
肝胆膵領域癌	1
GIST、肉腫	1

2. 消化器良性疾患

(件)

	2025年1月～12月
消化管疾患	13
胆嚢、総胆管疾患	61
肝、膵疾患	0
腸閉塞	8
虫垂炎	20
腹膜炎	6
肛門疾患	13

3. 一般外科手術件数

(件)

	2025 年 1 月～12 月
鼠径ヘルニア	108
腹壁ヘルニア	11
中心静脈ポート造設術	11
その他	1

《スタッフ》

部長：2名

医長：2名

医員：2名

《2025年度の主な取組・評価》

整形外科では、外傷（骨折等）や感染症などの急性期疾患をはじめ、関節疾患、脊椎疾患、リウマチ性疾患、スポーツ障害、骨粗鬆症治療まで幅広く対応しております。

2025年の外来受診患者数は約17,000名、手術件数は745件でした。

近年、リウマチおよび骨粗鬆症に対する薬物療法は著しく進歩し、治療内容も複雑化しています。そのため、中規模病院においても高度で適切な薬物治療が求められる場面が増えています。当院でも、リウマチ専門医および骨粗鬆症認定医を中心に、専門的な薬物治療に積極的に取り組んでおります。

2022年に立ち上げたFLS（骨折リエゾンサービス）チームは5年目を迎えました。骨粗鬆症マネージャーを中心とした再骨折予防活動の成果として、骨粗鬆症治療率の改善につながっています。今後は、世界骨粗鬆症デーに合わせた啓発活動にも取り組み、地域全体での骨粗鬆症治療の普及に努めてまいります。

手術においては、近年、脊椎手術や人工関節手術などの変性疾患に対する手術が増加しており、ナビゲーションシステム等を活用した高度な医療を提供しております。また、高齢者の上肢・下肢骨折も増加傾向にある中、より安全な治療が求められており、手術環境や手技の工夫により多くの手術に対応することができました。手術症例の増加に伴い、大阪大学整形外科医局より新たに整形外科医1名の増員が認められ、手の外科専門医による高度な医療を提供できる体制が整いました。今後も、より専門性の高い医療を地域の皆様に提供できるよう努めてまいります。

学会活動にも積極的に取り組み、より安全で質の高い医療の提供を目指して日々研鑽を重ねております。医師の働き方改革により、より効率的な診療体制が求められる時代となりましたが、今後も地域の患者様に必要とされる医療を継続して提供できるよう、診療体制の充実に努めてまいります。

《 整形外科手術実績 》

2025 年(1 月～12 月)

(件)

人工関節 (132 件)		人工膝関節全置換術 (TKA)	43
		人工股関節全置換術 (THA)	16
		人工股関節再置換術	2
		人工股骨頭置換術 (BHA)	69
		人工肩骨頭置換術	2
脊 椎 (43 件)		腰椎の手術	37
		(内 椎体間固定術)	22
		頸椎の手術	6
スポーツ (13 件)		アキレス腱縫合	8
		半月板手術	4
		その他	1
骨 折 (541 件)	上 肢 (225 件)	前腕 ORIF	75
		上腕骨	50
		鎖骨	35
		ピンニング	18
		その他	47
	下肢 (316 件)	大腿骨 ORIF	143
		BHA	69
		下腿 ORIF	44
		膝蓋骨 ORIF	9
抜釘術			61
腱鞘切開術			19
神経剥離・移行			17
下肢関節形成			9

偽關節・腐骨搔把	9
切断・断端形成	14
腫瘍切除	7
計	745

《スタッフ》

副院長	医長：1名
部長：1名	医員：1名
副部長：1名	

《2025年度の主な取組・評価》

2025年度は6名でスタートしましたが、安田貴哉先生の退職に伴い、最終的には5名体制となりました。既にご承知の通り、我々の医療現場においても、これまでのように個々の負担に依存した診療体制の見直しが求められております。スタッフ減員の影響もあり、昨年度に引き続き脳神経外科の当直体制を見直し、現在は月曜日から水曜日および土曜日の週4回体制としております。救急隊の皆様ならびに地域の皆様にはご不便をおかけしておりますことを、この場をお借りしてお詫び申し上げます。

次に業務面についてご報告いたします。近年、脳卒中医療においては予防から急性期治療に至るまで、いわゆる病院前医療の重要性が一層高まっております。このような中、学会主導で救急医療体制の整備が進められており、神戸市では「LV0スケール」が導入されました。本スケールは脳卒中患者を高い精度で選別する評価指標であり、6項目の該当数に応じて救急隊が搬送先医療機関を選定する仕組みです。これにより、より適切で迅速な脳卒中医療の提供が可能となりました。

当院は脳卒中センターのコア施設として、脳卒中医療全般に迅速に対応する責務を担っております。特に超急性期脳梗塞に対しては、血栓回収療法を含めた迅速な対応が不可欠であり、本スケールの導入は大きな効果をもたらしております。実際に、救急隊との連絡およびその後のコミュニケーションが大きく円滑化したことを実感しております。また、本領域はデジタル技術との親和性も高く、今後さらなる発展が期待されます。

最後に医局内の動向についてご報告申し上げます。このたび、樋上真之先生が脳神経外科専門医を取得されました。また、駒井崇紀先生は2026年3月をもって当院を退職され、脳神経外科クリニックを開業予定です。駒井先生には、今後もクリニックでの診療と並行して当院の診療にもご協力いただく予定です。

今後とも、より専門性の高い脳神経外科医療の提供に努めてまいりますので、引き続きご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

《脳外科手術実績》

分類	術式		2025
脳腫瘍	開頭摘出術		0
	生検術(Ommaya 留置含)		0
	経蝶形骨洞摘出術（内視鏡）		0
脳血管障害	脳動脈瘤クリッピング術	破裂	4
		未破裂	0
	脳動脈瘤トラッピング術	破裂	1
		未破裂	0
	脳動静脈奇形摘出術		1
	頸動脈内膜剥離術		0
	バイパス術		0
	ハイフローバイパス		0
	開頭血腫除去術		4
	頸動脈生検術（線維筋異形成）		0
	その他（脳室体外ドレナージ含）		2
外傷	開頭血腫除去術	急性硬膜外血腫	0
		急性硬膜下血腫	3
		慢性硬膜下血腫	0
		挫傷性血腫	0
	頭蓋骨整復（陥没骨折）		0
	穿頭術	慢性硬膜下血腫	38
水頭症	脳室腹腔シャント術		4
	その他（チューブ入替）		1
脊髄・脊髄	椎弓切除術		0
	頸椎前方徐圧固定		0
	頸椎後方固定		0
	脊髄腫瘍生検・摘出術		0
	ハローベスト装着術		1
内視鏡	第三脳室底開窓		0
	内視鏡的腫瘍生検術（軟性鏡）		0
	内視鏡的血腫除去洗浄（軟性鏡）		1
血管内手術	脳動脈瘤コイル塞栓	破裂（切迫を含）	2
		未破裂	1
	血栓回収術		16

	頭蓋内血管ステント留置	0
	頸動脈ステント留置	1
	母血管塞栓術	0
	脳動静脈奇形塞栓術	1
	硬膜動静脈瘻塞栓術（脊髄）	0
	硬膜動静脈瘻塞栓術（頭蓋内）	1
	腫瘍栄養血管塞栓術	0
	MMA 塞栓術	0
	経皮的血管形成術	0
	くも膜下出血 エリル動注	0
その他	膿瘍全摘術	0
	骨形成術	4
	減圧開頭術	3
	その他（創洗浄、デブリートマン）	6
総計		94

《スタッフ》

部長：1名

医員：3名

《2025年度の主な取組・評価》

・2025年度は、皮膚科常勤医師4名：後藤（H17年卒）、三木（H25年卒）、岸本（H31年卒）、坪井（R2年卒）が在籍しました。

・外来は月・火・水・金は3診体制、木は2診体制となっております。

・尋常性乾癬やアトピー性皮膚炎に対する生物学的製剤や低分子免疫抑制剤の導入と維持を積極的に行っています。症状の落ち着いてきた患者様については、近隣の受け入れ可能な医療施設に逆紹介を行っています。

・皮膚良性腫瘍切除術、基底細胞癌や有棘細胞癌等の皮膚悪性腫瘍切除術および皮弁形成術や植皮術を積極的に実施しています。

・教育活動については、2025年度は当科医師が皮膚科学会大阪地方会で1例発表、論文発表を2例行っています。今後も学術的発表を通して日々の診療のフィードバックを行い、診療科としての充実を図りたいと考えております。

《皮膚科診療実績》

治療実績

年度	外来 延患者数	入院 延患者数	救急患者数		手術件数		生検数
			救急車	その他	件数	うち全麻	
2025年度	12,259	2,340	0	67	129	24	112

《スタッフ》

部長：2名

《2025年度の主な取組・評価》

当科では本年度、しばらく休止しておりました泌尿器科手術を再開いたしました。特に前立腺肥大症に対する根治的治療に注力しており、本年7月上旬より、生理食塩水を用いた経尿道的前立腺電解質切除術（TURis）およびホルミウムレーザー前立腺核出術（HoLEP）を施行できる体制を整えました。

7月8日には当院におけるHoLEP第1例目を無事に施行し、円滑なスタートを切ることができました。前立腺肥大症は薬物療法で一定の症状緩和が可能です。進行を止めることは難しく、長期間の服用が必要となります。患者さまのQOL（生活の質）向上を目指し、根治的な手術療法を安全に提供してまいります。

また、リスクの高い患者さまに対しても、前立腺蒸散術（TURisV）等を用いることで、身体的負担を抑えつつ高い治療効果を目指してまいります。

当院は明石海峡を挟んで淡路地域からのアクセスも非常に良好な立地にあります。淡路医療センターでの経験を活かし、対岸の医療機関とも密接に連携しながら、患者さまが「住み慣れた地域で、最適な専門治療」を受けられる体制を構築してまいります。

今後とも、地域の先生方からのご指導・ご鞭撻を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

《泌尿器科診療実績》**入院手術**

- ・前立腺レーザー手術/HoLEP： 29例
- ・経尿道的尿管ステント留置術： 18例
- ・膀胱腫瘍/経尿道手術（TUR）： 11例
- ・経尿道的膀胱碎石術/膀胱結石摘出術（レーザーによるもの）： 10例
- ・精巣摘除（前立腺がん）： 3例
- ・前立腺生検：14例

外来手術

- ・包茎手術： 3例
- ・尿道カルンクル切除： 2例

《スタッフ》

部長：1名

医員：2名

《2025年度の主な取組・評価》

2025年度の手術件数は合計で1,642件でありました。白内障手術は916件、網膜硝子体手術は113件。白内障手術はここ数年で増加傾向にあります。手術待機期間に関しては、平均2ヶ月程度になっております。

緊急手術は網膜剥離や急性緑内障発作、他施設での白内障手術中核落下の手術依頼が主になりますが随時緊急手術に関しても対応しております。また現在は網膜硝子体執刀医2名体制で対応しており、今後緊急症例を含めて対応範囲の拡大を目指します。

また緑内障手術に関しては年々増加傾向にあり、昨年度より開始している緑内障インプラント手術についても28件となっており今後更なる件数増加が予測されます。

白内障手術を始めとし、緑内障手術さらには専門である網膜硝子体手術につきましても症例増加を目指し取り組んでいく所存であります。今後も緊急症例などについては随時対応し、患者様に医療を提供できるように尽力致します。

《眼科診療実績》

白内障手術	916件
網膜硝子体手術 (増殖性硝子体網膜症手術・網膜復位術含む)	113件
緑内障手術 (流出路再建術眼内法 iStent 挿入術含む)	34件
硝子体注射	446件
眼瞼皮膚手術 (巨大霰粒腫・眼瞼皮膚弛緩症手術など)	13件
結膜手術 (翼状片、結膜弛緩症など)	24件
後発白内障手術	107件
緑内障レーザー治療 (SLTレーザー)	42件
網膜レーザー光凝固術 通常	26件
網膜レーザー光凝固術 特殊	6件
その他 (眼球内容除去術)	1件

その他（瞳孔形成術）	1 件
合 計	1, 642 件

《スタッフ》

医長：1名

《2025年度の主な取組・評価》

緩和ケア内科では、病気による痛みや息苦しさなどの身体のつらさを和らげながら、患者さんがその人らしく生活を続けられるよう支援しています。

「痛みがある」「息苦しい」「眠れない」「不安が強い」「食事がとれない」など、日々の生活の中で感じる困りごとについて、患者さん・ご家族と一緒に対応を考えます。

緩和ケアは、最期の時期だけの医療ではありません。治療を続けながらも、つらさや不安がある段階から相談できる医療です。

当科が対応するのは、がんだけではなく。心不全、呼吸器疾患、腎不全など、さまざまな病気に伴う症状緩和に対応しています。

一方で、緩和ケア病棟に入院できる疾患は、診療報酬制度上の基準があります。がん、後天性免疫不全症候群、末期腎不全などが対象となります。心不全や呼吸器疾患などの患者さんについては、一般病棟を中心に、主治医や病棟スタッフと連携しながら症状緩和を行います。

《緩和ケア内科診療実績》

レジストリ外来患者数（人）

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
合計	1	19	25	32	39	31	25	33	16	17	34	272

緩和ケア内科外来患者延べ数（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	合計
合計	15	14	27	34	30	33	34	32	44	24	28	50	365

緩和ケア内科入院患者延べ数（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	合計
合計	61	129	150	209	219	261	249	248	377	295	208	341	2747

《スタッフ》

副院長：1名

副部長：1名

医 員：4名

《2025年度の主な取組・評価》

馬屋原、片山、新井、松浦、丸尾、永田医師の6名体制でのぞんだ1年でした。近隣病院の救急応需増加にともない、当院の救急受け入れ台数は前年度の5,400台から4,000台へ大幅に減少、業務量の面ではある程度余裕のある1年となりました。

●学会発表

- ・ 鈎智弥、馬屋原拓、河合大成、坂井慧、友寄拓海、片山智宏． 当院におけるC02ナルコーシス症例の死亡退院率． 第16回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会
- ・ 青木一泰、馬屋原拓、片山智博、永田謙太郎、丸尾英作、新井啓之． 外傷性気胸を伴う骨折患者11例の周術期管理の検討． 第32回日本病院総合診療医学会
- ・ 渡邊涼太、馬屋原拓、鈎智弥、河合大成、坂井慧、友寄拓海、片山智博． 高齢者C02ナルコーシスにおけるフレイル・疾患背景と人工呼吸器導入判断：単施設後方視的研究． 第32回日本病院総合診療医学会

●論文発表

- ・ Matsuura K, Mayahara T, Katayama T, Arai H. Recurrent cholinergic crisis caused by therapeutic-dose rivastigmine patch in an elderly patient with Alzheimer's disease: a case report. Cureus 2025
- ・ Fukuoka R, Mayahara T, Katayama T, Uchihashi M, Hirai Y. Diaphragmatic paresis and respiratory failure after interscalene block in a hypoxemic trauma patient: a case report. Cureus 2025
- ・ Aoki K, Mayahara T, Katayama T, Hirai Y, Uchihashi M, Fukuoka R. Anesthetic management of occult traumatic pneumothorax with one-lung ventilation avoiding prophylactic chest tube: a case report. JA Clin Rep. 2025
- ・ Kawai T, Mayahara T, Shimada N, Fukuoka R, Hirai Y, Uchihashi M, Matsuura K, Katayama T. A case of recuronium-induced, adrenaline-refractory anaphylaxis successfully treated with sugammadex. Cureus 2025
- ・ Mayahara T, Katayama T, Matsuura K, Arai H, Maruo E. Normal serum cholinesterase dose not exclude donepezil or galantamine toxicity: an interpretive pitfall of BuChE-based testing. Clin Biochem. 2026

《救急・総合診療科実績》

病院全体の救急患者数は 8,957 名、うち救急搬送 4,073 件。

救急科単独では患者数 5,812 名、うち救急搬送 2,836 件。

救急科の入院患者延数は 29,098 名、在院 1 日平均 74.8 名でした。

《スタッフ》

副院長：1名

部長：1名

医長：1名

医員：1名

《2025年度の主な取組・評価》

手術を受ける患者様の安全を守り、手術後の痛みを和らげるのが麻酔科の役割です。手術を安全に受けて頂けるように、そして「神戸掖済会病院で手術を受けて良かった」と感じていただけるように最善を尽くします！

《麻酔科診療実績》

麻酔管理手術件数

全身麻酔（手術室）	1,135 件
全身麻酔（手術室外）	124 件
合計	1,259 件

《スタッフ》

部長代理：1名

放射線科医務嘱託・健診センター長：1名

《2025年度の主な取組・評価》

放射線科のスタッフは、1997年から約24年間一人部長として勤務されていた池田幸央先生が2021年に病没されたため、しばらく常勤の放射線科医は不在でしたが、2022年から後藤が着任、2024年から足立が着任し、現在2名の放射線科専門医が勤務しています。放射線技師は技師長以下17名で、兼務の看護師、事務職員でチーム医療を行っています。救急患者の急増のため、2人の常勤医のみでは、夜間、土日休日などの読影対応が常にキャリーオーバーの状態であるため、神戸大学の同門の先生に、読影のサポートをお願いしている状況です。

画像診断機器は、2025年度にCTの更新があり、64列のCT2台となり、1.5T、3.0Tの2台のMRI、血管造影装置2台、核医学装置などが稼働中です。血管造影は消化器内科常勤医が不在のため循環器内科と脳外科専用の状況で、核医学はほぼ心臓のみの運用です。

検査件数は、2025年度でCT12,776件（うち救急室CT6,079件、冠動脈CTA355件）、MRI6,859件、血管造影367件、上部消化管造影364件で、CT、MRI件数は、それぞれ外来患者の減少傾向のため、対前年比86%、94%と減少したものの、共同利用の件数は、CT895件、MRI1,029件で、対前年比で件数が108%、収入が119%と増加しています。

また、画像診断管理加算2（コンピューター断層診断）の件数は14,093件で対前年比89%となっています。

～今後の方針～

これからも地域医療支援病院として地域から求められる医療を提供したいと思います。画像診断の質の向上や、病診連携、CT、MRIなどの画像診断機器の共同利用などを通じて医療レベルの更なる向上を目指し、地域医療に貢献できるように努力をしたいと思います。

《放射線科診療実績》

放射線検査	2023 年度	2024 年度	2025 年度
一般撮影	21,408	21,960	20,151
ポータブル撮影	5,401	5,574	4,985
CT	14,065	14,890	12,776
（うち救急室CT）	6,882	7,710	6,079
（うち冠動脈CTA）	361	364	355
MRI	7,366	7,239	6,859
血管造影	407	366	367
乳房撮影装置	1,543	1,488	1,414
骨密度測定	655	711	853
核医学	204	210	194
透視検査（消化管以外）	172	166	168
上部消化管造影	337	349	364

放射線機器共同利用	2023 年度	2024 年度	2025 年度
CT	711	789	895
MRI	888	996	1,029
骨密度測定	79	64	104

画像診断管理加算2（コンピューター断層診断）	2023 年度	2024 年度	2025 年度
外来件数	8,886	11,105	10,493
入院件数	3,610	4,724	3,600
総件数	12,496	15,829	14,093

【看護部理念】

掖済（助け救う）の精神に基づき、地域住民の健康を守り、人権を尊重し、信頼できる心優しい看護・安心できる看護を提供致します。

【看護部基本方針】

1. 患者さんにとって安全で安心でき、信頼と満足を得られる質の高い看護を提供します。
2. 中核病院として、地域住民が継続的に適切な医療・看護を受けられるよう支援します。
3. 知識・技術・人間性を磨く継続教育を行います。
4. 互いを尊重し、個々が能力を発揮でき、安心とやりがいを感じられる職場をつくれます。
5. 病院職員の一員として、健全な病院経営に貢献します。

【2025年度 看護部目標】

1. セル看護提供方式を定着させ安全で質の高い看護を実践する
2. 業務改善を行い超過勤務を低減する
3. 大切にしたい看護を語れる風土づくりをする

看護部では、2024年度よりセル看護提供方式（以下、セル看護）について検討を開始、2025年度は定着を目標としています。セル看護の本質は、「患者のすぐそばで看護＝患者に関心をよせること」です。看護師が患者の傍にすることで、看護ケアの質を向上させることが目的で、これを達成するために当院では3つの無駄（動線、配置、記録）取りをどう考えるか、常に「カイゼン」する風土づくりに努めています。

表 3つの無駄取りをどう考えるか

動線の無駄	患者のそばで仕事する PCカートの屋台化（セットされた診療材料・針はその都度持つていく） 病室の中に必要物品を配置する（陰洗ボトル・ウエス） PPEは現在設置の物を使用する
配置の無駄	患者数を均等に割り振る タイムスケジュールに沿った仕事のやり方をする 重症者を1カ所に集めない 病室で行えない師長業務時間の確保

	部長室への報告は無くし、看護部長・副看護部長が病棟に行くように変更する
記録の無駄	電子カルテシステムのカイゼン ニュートンモバイルの活用 記録については、簡素化を図るあまり看護師が考えて看護でなくなるといったことがないようにしたい。当面は現状の記録のままでよいと考えているが、カイゼンできることに取り組む

病棟により進捗に差はあるものの、全ての病棟で積極的に取り組みが行われており、以下のような評価となっています。

- ・導入前は運用に対する不安や課題が先行していたが、導入後は8割以上のスタッフが円滑な運用を実感している。
- ・スマホを持っていない看護師の所在が分からない。反対側の廊下だと気付くのに時間がかかる。緊急入院がいつ来たのか把握できない等の意見がある。
- ・チーム内での情報共有が不足しており、コミュニケーションの取り方やカンファレンスを活用し語る場がもてるように見直していく。
- ・セル看護で孤立しがちな懸念をチーム制が補完し、心理的安全性が確保された。
- ・ペア同士や師長への報告・連絡・相談はできるようになってきたが、ブロックリーダーについてまだ認識が薄い。
- ・ペアを組むことで相談もしやすく、協力体制も強化された。
- ・患者のそばで些細な変化をキャッチし対応ができるよう自室での看護支援を推進したが、廊下でカルテ記録をする看護師も多くみられた。

看護職員部署別超過勤務時間（派遣除く）は、全部署で概ね2024年度より低減できました。（図1）。セル看護を導入している他病院より、看護師長の負担が大きくなる傾向があると聞いていました。実際、業務整理が進んだことによりスタッフの超過勤務時間は低減できましたが、看護師長の超過勤務時間が低減できていないため、補完業務の見直し等が今後の課題です。

大切にしたい看護を語れる風土づくりをするという目標については、セル看護の改善を通じて各部門内で看護のあり方について語る機会が増えたと考えています。今後は、他部門同士での交流の場を増やし、看護部全体で看護サービスの質向上、個々のやりがいアップを目指していきたいです。

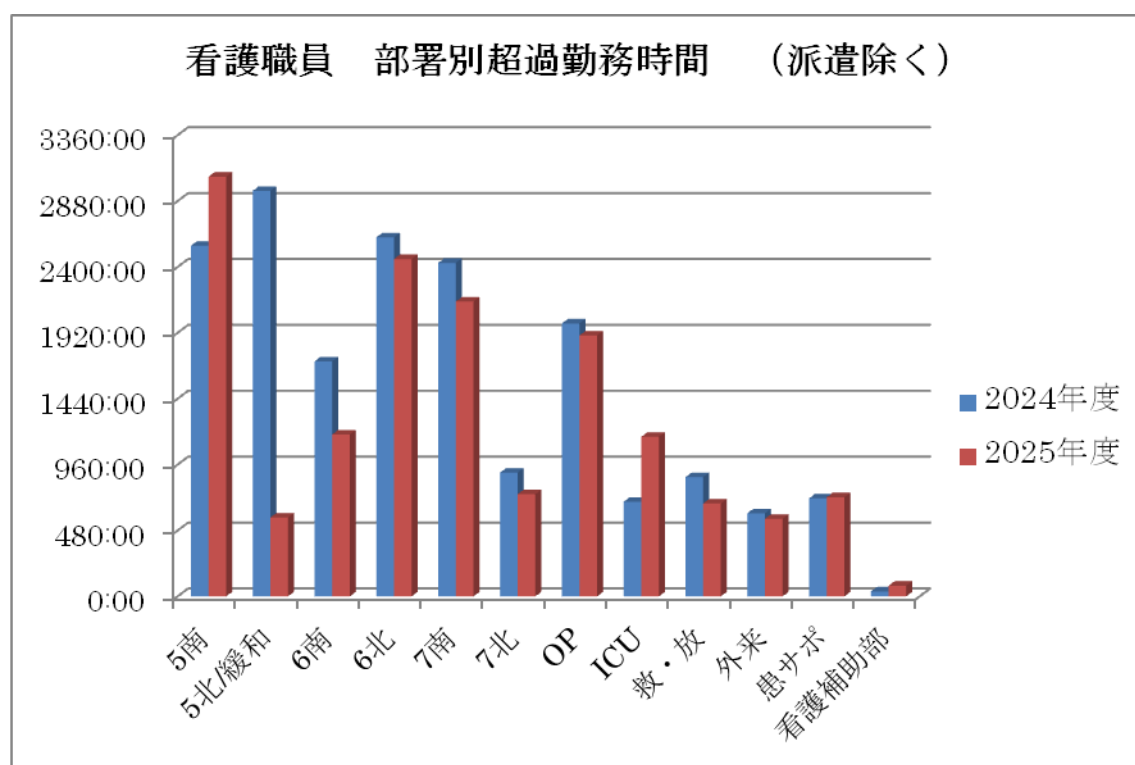


表 1 2025 年度 看護職員調査

2025 年 4 月 1 日

常勤看護師	230 名
新入職者	新卒者 11 名、既卒者 3 名
非常勤看護師	29 名
平均年齢（パート含む）	9 年 2 ヶ月
1 ヶ月平均超過通勤時間	4.5 時間
離職率	11.7%（新卒 0%）
有給休暇取得率	49.3%

2025 年 5 月～看護職員夜間配置加算（南 6 階病棟：地域包括ケア）

2025 年 6 月～緩和ケア病棟入院料 2 届出 病棟開設

2025 年 6 月～リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（南 5 階病棟）

2025 年 7 月 急性期看護補助体制加算／夜間看護体制加算

2025 年 8 月 特定集中治療室管理料 3 → 5 へ変更

2025 年 11 月 5 北病棟休床、各病棟へ統合

2025 年 12 月～2026 年 3 月 一般病棟入院基本料 2 へ変更

《病棟概要》

病床数 : 48 床

看護方式 : セル看護方式

主な疾患 : 脳卒中、てんかん、頭部外傷、白内障

スタッフ : 看護師 26 名 (時短 3 名)、パート看護師 1 名

病棟クラーク 1 名、医事課 1 名、医療ソーシャルワーカー 1 名

《2025 年度の主な取組・評価》

1. セル看護提供方式を定着させ、安全で質の高い看護を実践する

患者の側で看護を行い、報告・連絡・相談を適切に実施する。

セル看護提供方式の導入により、病棟内での実践は徐々に定着してきており、ペア間や師長への報告・連絡・相談も適切に行える場面が増えてきました。一方で、ブロックリーダーの役割認識については十分に浸透していない状況があり、今後も役割理解が深まるよう働きかけを継続していきます。また、ベッドサイドでの看護記録の実施により、身体拘束時間の減少を目指しましたが、十分な成果には至らず、次年度の課題として継続的に取り組んでいきます。

2. 業務改善を行い超過勤務を低減する

入院時より適切に情報収集を行ない、早期から看護サマリー作成に着手する

チャットツールを活用し、受け持ち看護師へ早期にサマリー作成を依頼することで、受け持ち看護師自身が主体的に作成する場面が増え、意識向上にもつながりました。また、業務時間内での記載を意識して取り組んだことで、退院前日まで未入力の状態を防ぐことができ、超過勤務の削減にもつながりました。

3. 大切にしたい看護を語れる風土づくりをする

定期的にカンファレンスを実施し、意見交換の機会を設ける。

前期はカンファレンス開催が困難な状況でしたが、後期は月 1 回の頻度で継続的に開催することができました。日頃から心理的安全性の確保を意識し、カンファレンスでは誰でも発言しやすい雰囲気づくりに努めました。今後も看護観や実践を共有し合える風土づくりをしていきます。

《病棟概要》

病床数：48 床

看護方式：セル看護提供方式

主な疾患：心不全、心筋梗塞、アブレーション手術、心臓カテーテル検査、
誤嚥性肺炎、皮膚科疾患など

スタッフ：看護師 26 名・病棟クラーク 1 名・退院調整者 2 名・医事課 1 名
管理栄養士 1 名

《2025 年度の主な取組・評価》

1. セル看護提供方式を定着させ安全で快適な療養環境を提供する

セル看護提供方式（以下セル看護）導入前の看護師の主観的評価では、不安や課題が先行していました。そのため、導入前からの説明と段階的に導入するスケジュールを設定し、運用上の課題を抽出しながらカイゼンを重ねています。今年度は、ペア間で互いに忙しくなると単独行動になりやすいという課題が挙げられたため、セル内での補完体制を強化するためチーム制を導入しました。その結果、業務改善の実感は 72% となり、セル看護における補完の役割と心理的安全性が確保され、セル看護の利点が現場に浸透していきました。患者のそばで看護師が業務を行なうことが徐々に定着してきたことに加え、多職種との連携推進もあり身体拘束率は 11.5%→7.65%、転倒転落率 4.7%→4.3%と前年度比較で低下しました。

2. 専門職業人として倫理観を持ち、その人らしく生きることが出来るよう個別性のある看護を提供する

心不全チーム活動を通して、心不全患者にその人らしく生活できるよう患者の生活に合わせた心不全指導を多職種で実施できる体制を構築しました。タスクシフトにより、専門職が指導を担う仕組みを整え、指導の質の向上につながる体制づくりが進みました。また、リハビリ・栄養・口腔連携加算の対象病棟であり、多職種連携を活かした包括的ケアを提供しています。

2025 年度は以下の資格取得者を輩出し、病棟全体の専門性の向上につながっています。

・ ICLS インストラクター：1 名

・ 心電図検定：2 名

・ 終末期ケア専門士：1 名

これにより急変対応能力の向上、心電図判読の精度向上、終末期ケアの質向上が期待されます。

《病棟概要》

病床数：48 床

看護方式：セル看護提供方式

主な疾患：大腿骨頸部骨折、変形性膝関節症、変形性股関節症、腰部脊柱管狭窄症
橈骨骨折、鎖骨骨折、下肢骨折、前立腺癌

《2025 年度の主な取組・評価》**1. セル看護提供方式を定着させ、質の高い看護の実現**

当病棟ではセル看護提供方式の定着を目指し、セル看護モデル病棟として取り組みを進めました。患者のそばで情報収集を開始し、セルペアで同室患者を支援する体制を整えたことで複数の看護師が患者の些細な変化を捉え、安心して入院生活を送れる環境づくりにつながりました。これにより日々の状態変化をより正確に把握でき、不必要な身体拘束の解除に向けた取り組みも進みました。患者の変化をその場で捉え、迅速に介入できる看護体制が整ったことで、看護の質向上に寄与しています。患者満足度調査では、「医師のケアや治療方針に十分反映されたと感じた」の問いには「はい、そう思う」83.3%「はい、時々そう思う」15.8%「いいえ」0.9%と高い評価を得ました。今後も丁寧な看護を継続し、患者の安心・安全を支える看護提供体制を維持していきます。

2. 臨床看護実践力が向上し個々に応じた看護実践の実践

前年度は整形外科医師／泌尿器科医師による勉強会を 10 回、看護師による勉強会を 7 回開催しました。医師による勉強会では疾患理解や手術期看護の知識が深まり、看護ケアの質向上に直結しました。また、外来・手術室・リハビリ科など他部署からの参加希望も多く、勉強会が多職種連携の場として機能しています。今後も継続的に勉強会を企画し、スタッフの自己研鑽を支援するとともに、他部署と協力しながら患者支援の質向上を図ります。

3. 経営に参画への取り組み

前年度の平均在位日数は 14.4 日で、目標である 16 日以内を達成しました。入院時より担当看護師が患者・家族へ退院後の希望先を確認する取り組みが定着し、退院支援計画書も入院 4 日以内に作成できています。これにより、早期からの退院支援が円滑に進む体制が整いました。また、整形外科・泌尿器科手術件数の増加に伴い、重症医療看護必要度は 30% 以上を維持し、病院経営への貢献にもつながりました。次年度も多職種と協働し、早期退院支援と看護必要度の維持に努め、経営参画を継続していきます。

《病棟概要》

病床数：54 床

看護方式：セル看護提供方式

主な疾患：胸腰椎圧迫骨折、肺炎、尿路感染症、めまい症
褥瘡 脱水

スタッフ：看護師 25 名

病棟クラーク 1 名・退院支援 2 名・医事課 1 名

薬剤師 1 名・管理栄養士 1 名

《2025 年度の主な取組・評価》

1. 安全で快適な質の高い看護を提供する

1) セル看護の定着

セル看護提供方式を導入した事でペア間での協力し合うという意識が高まり、お互いに声をかけ相談しながら患者と関わる事が出来ました。またできる限り患者サイドでの情報収集やカルテ記載などが出来るようにも働きかけていきましたが、現状は廊下での対応となっているため、今後はベッドサイドに寄り添いより迅速にナースコールなどに対応出来るようにしていきたいと思っています。

2. セル間で協力し、超過勤務の低減に努める。

1) 業務改善を行ない無駄を省く

業務改善の一環として病棟会や勉強会を時間内に行なうようにしました。その結果、時短看護師やパート看護師も参加することができ、漏れのない情報共有と統一した看護が出来る様になりました。またセル間で協力出来る様になったため、時間内に業務を終えられるようになり超過勤務も減少傾向となっています。

3. 個々が看護観を育むことでキャリア形成がはかれる。

1) カンファレンスを実施することで看護が語れる風土作り

退院支援や急変時の振り返り、KYTを行ないそれぞれが意見を出し合い、問題点を明らかにしみんなで対策を考えていくことが出来ました。

ICLS や BLS、その他の研修に関しても自ら希望し申請するスタッフも増え、学んだ事を病棟へと還元し看護レベルや質の向上に努めています。

《病棟概要》

病床数：13 床

看護配置数：看護師 15 名（師長含む）

看護方式：セル看護提供方式

主な疾患：呼吸器系の癌、消化器系の癌

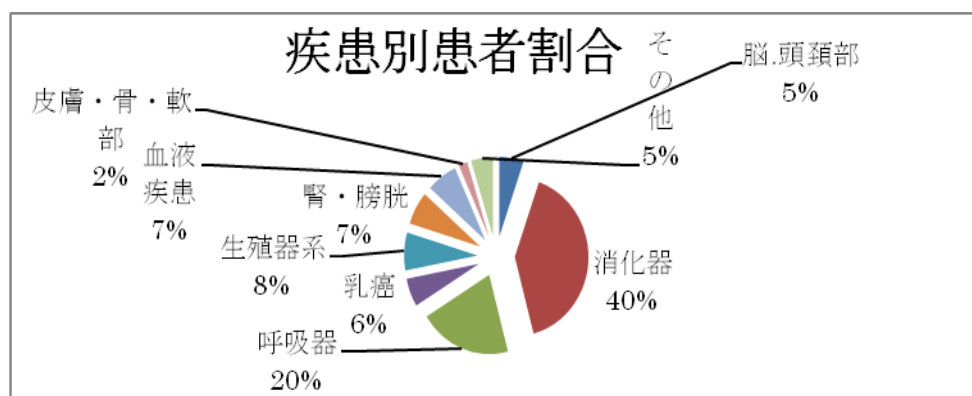
主な治療：疼痛、嘔気、不安に対する緩和療法

《2025 年度の主な取組・評価》

2025 年 5 月より緩和ケア病棟を開設いたしました。垂水区を中心に地域の多くの患者様を緩和ケア病棟にお迎えすることができました。

レジストリ外来では 207 名の方が受診・登録されました。

平均在院患者数（名）	6.8
平均在院日数（日）	19.4



《活動内容》

1. セル看護×プライマリーナーシングを定着させ質の高い看護を実践する。

セル看護を導入し患者の側で仕事をすることを目指しました。エリアカンファレンスを行い、チーム内で情報共有を行い統一した看護を目指しました。プライマリーナースが生活背景や病状を把握し個別性に応じた看護を展開し、患者・家族との信頼関係を築けるよう関わられた。しかし、プライマリーナースとしてやりがいを持てる一方で、業務の偏りや精神的負担も見られました。

次年度は臨床心理士に介入依頼をしスタッフの負担軽減やコミュニケーション技法を深める場にしたいと考えています。

2. 患者・家族の思いを大切にした看護を提供する

入院時に IP0S（ホスピス・緩和ケアにおける評価尺度）を用いて患者の苦痛を可視化し医療スタッフと患者・家族が情報を共有し看護の方向性を話し合う場を設けることができた。また、在宅へ送り出した患者に対して訪問診療医・訪問看護師と協働しケアカンファレンスを 1 件実施しました。

これからも、看護の専門性を活かしながら患者中心の看護を提供していきたいと思っています。

《病棟概要》

病床数：47 床（感染病床 5 床も含む）

看護方式：セル看護提供方式

主な疾患：コロナウイルス、マイコプラズマ感染症、誤嚥性肺炎、
胸水貯留、COPD の悪化、尿路感染症、腎盂腎炎、脱水症、
衰弱、急性薬物中毒、不明熱、敗血症、慢性腎不全

外科疾患 胆嚢炎 鼠径ヘルニア

スタッフ： 看護師 26 名 （時短、パートを含む）・病棟クラーク 1 名・MSW 1 名
病棟医事 1 名・薬剤師 1 名・栄養士 1 名・リハビリ 1 名

《2025 年度の主な取組・評価》

平均在院日数 12.8 日

1. 総合診療科・感染症に対応出来る人材育成の強化

感染症病床を 5 床と減少した中で、今年度は 54 件のマイコプラズマ感染症を受け入れました。また新たな感染症のプロトコールに沿って主治医と連携しベットコントロールを行いました。

また、11/17 から外科病棟としての運営を開始となりましたが、マニュアルの作成、見直し外科医師との関係構築に努め外科病棟として手術前後の看護を提供しました。

今後もスタッフのボトムアップをめざしアプローチを行い安心・安全な看護を提供していきます

2. 地域社会の医療ニーズに応え連携を強化

医師とのショートカンファレンスや多職種カンファレンスを行い情報共有し早期退院へ結びつけるように取り組みました。

6 月からリハビリ栄養口腔連携体制加算を確実にクリアできるように病棟内で褥瘡発生しない取り組みを考え、看護実践報告までつなげる事が出来ました。結果としてすべての加算達成し、スタッフのアセスメント力、日々の皮膚の観察力が向上しました。来年度も褥瘡発生させない継続した看護を行います

3. コスト意識を高める

SPD ラベル紛失については、目標を達成出来ませんでした。

外科病棟となり、物品定数の見直しを行いました管理が不十分であったと考えます。病棟にあった物品定数や管理方法の構築を来年度は行いたいと思います

《病棟概要》

病床数：8床

看護体制：2対1

看護方式：チームナーシング

主な入室患者：脳卒中、心筋梗塞、心不全、腎不全、呼吸不全、肺炎、手術後、心肺蘇生後、院内急変など

《2025年度の主な取組・評価》**1. 多職種カンファレンスやスタッフ間で情報交換し、患者に安全な看護を提供する**

毎朝に多職種によるカンファレンスを開催して、医師・理学療法士・薬剤師・管理栄養士・臨床工学技士と情報共有を行うことで、個別性のある看護の提供に努めることができました。これにより、患者の全体像の把握しながら看護を実践する重要性を再確認することができたと感じます。さらに、週2回の退院支援カンファレンスを継続していき、ICU入室患者の退院を見据えた関わりを強化していきたいと考えています。

2. スタッフ全員が先を見据えた看護を実践する

ベッドサイドで医師からの指示を受け、ペアナーシングを行うことで、お互いの観察やケアポイントを共有し、患者状態の変化を予測した看護実践に取り組み、スタッフの94. %が指示を受けることができました。今後はさらに個別性のあるケアと提供やより統一した観察・アセスメントの強化が図れるように、人材育成を強化していきます。スキルシミュレーションは、年40回開催することができました。

3. 看護を語り共有し、自己の看護観を深める

ナラティブBOXを作成し投稿をすることで、スタッフそれぞれの看護観や患者への関わりを知る機会となりました。他者の看護観や実践に触れることで、自身の看護を振り返り、看護を考えるきっかけ作りとなっています。今後も、その看護を語れる環境を継続し、さらに看護観を深めるとともに、質の高い看護の提供を目指します。

次年度では、さらに他部署と連携しながら、有効なベッドコントロールを図りたいと考えています。

《手術室概要》

診療科： 整形外科・脳神経外科・外科・眼科・皮膚科・泌尿器科・形成外科
救急・総合診療科

手術室：5室

スタッフ：手術室スタッフ 16名・パート看護師 1名

《2025年度の主な取組・評価》

2025年度、当院手術室では2915件（予定2,617件・緊急244件）の手術を実施し、安定した運用を継続しました。予定手術・緊急手術ともに大きな混乱なく対応できました。

手術は、整形外科、脳神経外科、外科、眼科、皮膚科、形成外科、泌尿器科、救急・総合診療科と幅広い診療科にわたり、今年度は休止していた泌尿器科手術が再開しました。手術内容の多様化に伴い、器械準備やスタッフ教育の重要性がより高まった1年でした。

安全管理では、タイムアウト遵守率100%を継続し、声かけによる確認やダブルチェックを日常的に行い、リスク低減に努めました。また、発生した事例は速やかに共有し、部署内で対応や改善点を確認する体制を維持しています。

スタッフ教育は、業務量が多い中で計画的な学習支援が難しい場面もありましたが、相談しやすい雰囲気作りや心理的安全性の確保に務め、働き続けやすい環境づくりを重視しました。また、記録様式の統一は次年度に向けた準備・検討段階であり、情報共有しやすい体制づくりの基盤整備を進めました。

周術期看護では、術後訪問の実施率向上に取り組み、対象基準の明確化により実施件数の安定化につなげました。一方で、病棟との情報共有やフィードバック体制は十分に整備できておらず、次年度の課題としています。

物品管理では、使用状況の把握と課題整理を行い、次年度に向けて検討を進めている段階です。単回使用物品の適正使用や再生可能ドレープ導入の可能性についても現状をふまえながら検討を進めています。

今後も、安全で安心できる手術環境の提供を最優先に、スタッフ教育、標準化、病棟との連携強化に取り組んでいきます。

《外来概要》

スタッフ：看護師 23 名（うち健診室看護師 1 名・パート 17 名）・看護補助者 3 名

2025 年度実績

外来患者延べ数： 99,985 名 1 日平均：413 名

健診延べ数：2,198 名（日帰りドック、一泊ドック、健診）

《2025 年度の主な取組・評価》

1. 各部署と連携し、継続した看護を提供する

外来では、入院支援室で看護師が予約検査の説明や、入院予約患者さんの入院後の流れの説明や情報収集を行いました。

これにより、病棟や他職種との迅速な情報共有に繋げることができました。しかし、情報収集の方法、記録や時間の有効利用など改善課題はあります。今後は、外来看護師の体制の変更を機に、より一層質の高い入外の継続看護を提供できるよう取り組んでまいります。

2. 業務改善を行い業務を効率化する

クラークへのタスクシフトを推進し、看護師が本来の看護業務に専念できる環境作りに務めました。その中で今年度、患者指導や患者支援の充実を図ることができました。今後はさらにその質を高めていくとともに、クラークに留まらず他職種も含めたタスクシフトを検討・推進し、さらなる業務効率化を目指します。

3. 大切にしたい看護を語れる風土づくりをする

日々のミニカンファレンスや外来患者指導、支援において、継続的に関わるケースが増えたことで、スタッフ間で患者さんへの想いや看護について話し合い、情報を共有する機会が自然と増加しました。

また、地域の訪問看護師やケアマネージャー、ご家族など、外部の他職種と密に連携する機会も増え、それぞれの視点から「大切にしたい看護」を語り合うきっかけとなり、良好な風土づくりに寄与したと考えます。

《放射線科・内視鏡・救急室概要》

スタッフ：看護師 20 名・救命士 2 名・救急クラーク 1 名

《2025 年度の主な取組・評価》

～地域から選ばれる病院を目指して～

救急外来では、地域から選ばれる病院となるべく、積極的な救急受入を継続して行いました。2025 年度の救急車受入は 3,991 台（前年比-1,415 台）、独歩救急来院患者は 4,884 名、時間内救急車の受入は看護師か救急救命士が対応し、応需率はほぼ 100%、全体の応需率は 92%でした。さらに、平日時間内の地域のクリニックや施設からの救急受診依頼を看護師や救急救命士による受入判断とし、気軽に受診依頼や相談ができる体制を構築しました。それにより、地域の医療機関や施設看護師から「受診依頼をしやすくなった」「スムーズに受け入れをしていただき助かる」と評価をいただいています。当院は高齢化率が高い地域に位置しており、今後はさらに地域との連携強化が求められると感じています。病院救急車を活用しながら、地域の患者を受け入れる体制を強化し、地域との連携強化を図りたいと考えています。

また、救急室スタッフのフィジカルアセスメント能力・トリアージ力の向上を目指し、部署内勉強会の開催を 11 回開催しました。さらに、日本救急看護学会認定のファーストエイド研修も開催開始し、院内看護師・救急救命士が 14 名参加しました。今後はインストラクターを育成し、当院で定期開催を目指し、看護師のボトムアップに寄与していきたいと考えています。

検査部門では、臨床工学技士の内視鏡検査介助を開始し、看護師が看護ケアに専念できる環境を整えました。それにより、限られた人員でもスムーズな検査が行えるようになりました。放射線科では、マニュアルの整備を行い、緊急検査にスムーズに対応出来るようスタッフの技術・知識の向上を目指しました。それにより、再還流時間の短縮を目指しました。

《概要》

感染管理対策室は、患者さん、ご家族および職員等を医療関連感染から守るため、院内感染対策の推進に取り組んでいます。当院では、ICT（Infection Control Team：感染制御チーム）・AST（Antimicrobial stewardship Team：抗菌薬適正使用支援チーム）が中心となって、他職種と連携しながら安全で安心できる医療環境の整備を行っています。

ICT および AST では、医師（感染制御医師）、看護師（感染管理特定認定看護師、感染管理認定看護師）、薬剤師（抗菌化学療法認定薬剤師）、臨床検査技師、事務員等の多職種が連携し、院内感染対策および抗菌薬適正使用支援に取り組んでいます。

《2025 年度の主な取組・評価》

1. 主な活動内容

1) ICT ラウンド

院内各部署を対象に定期的ラウンドを実施し、標準予防策、手指衛生、環境整備状況等を確認しました。

（実績）・定期 ICT ラウンド：週 1 回

- ・対象部署：全病棟・外来・救急外来・検査部・薬剤部・リハビリ室
- ・臨時ラウンド：感染症発生時随時実施

2) 手指衛生促進活動

WHO の 5Moments に基づく手指衛生の実践向上を目的に、アルコール手指消毒剤使用量モニタリングおよび手指衛生直接観察による遵守率調査を実施し、現場へのフィードバックを行いました。手袋着用後の手指衛生不足や、不必要な手袋使用が課題としてあげられ、感染リンクナースと協働し、各部署の目標値の設定支援、現場ラウンド、実践的声かけなどを実施しました。手指衛生剤の使用量は徐々に増加しています。

（主な取組み）・手指消毒剤使用量の部署別集計とフィードバック

- ・PPE 着脱場面での現場支援
- ・不要な手袋使用への啓発

3) 医療関連感染サーベイランス

医療関連感染の早期把握および改善を目的として、各種サーベイランスの実施、サーベイランスシステムの構築を行っています。SSI サーベイランスを通じて周術期感染対策上の課題を可視化し、手術部門と協働した改善活動を開始しました。現場ラウンドや意見交換を通じて、実践可能な感染対策の見直しに取り組んでいます。

（実施項目）・SSI（手術部位感染）：外科、整形外科

- ・ CAUTI（尿道留置カテーテル関連尿路感染）
- ・ CLABSI（中心ライン関連血流感染）：システム構築中
- ・ 薬剤耐性菌サーベイランス（MRSA/ESBL）：システム構築中

4）教育活動

職員教育を通じて、標準予防策の定着および感染対策知識の向上に取り組んでいます。適切な手指衛生や個人防護具着脱に関する研修は、蛍光剤を用いた可視化演習を行っています。

（実績）・新入職員感染対策研修（全職種対象）

- ・ 全職員対象研修：年 2 回開催（受講率：100%）
- ・ 感染リンクナース研修（3 回、委員会内開催）
- ・ 部署・部門別研修：ICU、リハビリテーション科、看護補助部
- ・ 委託職員対象研修：清掃作業員、ナイトサポーター（入職時）

5）抗菌薬適正使用支援（AST）

AST 活動として、薬剤師を中心に、抗 MRSA 薬や抗緑膿菌作用のある広域抗菌薬使用患者、菌血症など特定の感染徴候のある患者、免疫不全など特定の患者集団の症例モニタリングを行っています。投与量の適正化、最適な薬剤への変更、必要な検査の追加等、適正使用支援を実施しました。感染症診療支援および耐性菌対策を推進し、適切な抗菌薬治療に努めています。

（実績）・血液培養陽性患者モニタリング件数：180 件

- ・ 血液培養陽性患者介入件数：78 件
- ・ 血液培養陽性患者介入後の抗菌薬治療変更件数：64 件

6）地域支援活動

地域の医療機関・介護福祉施設と連携し、感染対策に関する情報共有や相談支援を行いました。連携施設とのカンファレンスや相互評価を通じて、地域全体の感染対策水準の向上と自施設の対策の見直しに役立てています。

（実績）・感染対策向上加算 1-3 連携合同カンファレンス：年 4 回

うち 2 回は外来感染対策向上加算と合同開催

- ・ 感染対策向上加算 1 取得医療機関との相互評価ラウンド：年 2 回
- ・ 外来感染対策向上加算取得医療機関への支援ラウンド（4 施設）
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算に係る実地指導（2 施設）
- ・ 神戸市内医療機関および保健所との情報共有

2. 今後の課題

今後も他職種連携を強化しながら、標準予防策の定着、医療関連感染対策、抗菌薬適正使用支援の充実に継続して取り組んでいきます。また、職員を感染から守るための職業感染対策を推進するとともに、地域医療機関・社会福祉施設等との“顔が見える関係”を大切にしながら、地域全体で安全な医療環境を支える体制整備に努めて参ります。

《スタッフ》

看護師長：1名

事務員：1名（感染管理室兼任）

1. 2025 年度目標

- 1) 患者誤認・部位誤認防止対策を徹底しレベル3a以上の患者誤認・部位誤認の発生ゼロを目指す
- 2) 医療安全文化を高め、レベル0インシデントから重大インシデントを防止する
- 3) 入院患者の転倒転落による骨折と介護骨折の発生ゼロを目指す

2. 目標評価

- 1) 患者誤認・部位誤認防止対策を徹底しレベル3a以上の患者誤認・部位誤認の発生ゼロを目指す

前年度、ベッドネームからの患者認証を削除しネームバンドだけのリスクマネジメントになった。リスクマネジメントによる注射実施率は前回より0.21%低下、検査実施率は前回より0.23%アップしており0.08%低下で大きな変化はみられなかった。

患者誤認によるインシデント報告件数は49件でレベル3a以上の報告は2件であった。実際の患者を誤認する報告では2点以上の確認が遵守されずインシデントに至った報告あり。また、文書による患者誤認の報告数も増えてきており、文書の取り扱い方や患者確認方法など次年度の課題として対策をおこなう必要がある。

- 2) 医療安全文化を高め、レベル0インシデントから重大インシデントを防止する

今年度のインシデント・アクシデント報告件数は1059件で、レベル0の報告件数は145件（13.7%）であり、前年度、前々年度から比較し報告件数は低下している。

レベル3b以上の報告件数は30件（2.8%）あった。活動として院内ラウンドを実施し医療安全文化を高めていく予定であったが、実活動はほとんど実施できていなかった。

次年度の課題として、システムの再構築、院内ラウンド以外の活動による啓蒙を実施し医療安全文化の醸成をおこなう。

- 3) 入院患者の転倒転落による骨折と介護骨折の発生ゼロを目指す

転倒・転落報告件数308件。うちレベル3b以上の報告は14件（うち転倒歴のない骨折発見1件、入浴介助中の発見1件含む）であった。前年度に引き続きレベル3b以上の事例に対して、部署内やリンクスタッフ会で情報の共有、また月に1回リンクスタッフによる転倒転落防止対策の確認ラウンドの実施し、対策の共有を随時おこなっていたが現場レベルでの対策強化等には至っていなかった。

次年度の課題として、転倒を起こす前の先回り予防の強化、自部署内でのリンクスタッフのラウンド実施と強化、現場スタッフへの周知をおこなうことが重要となると

考える。

転落との関係は今後の経過を見て判断する必要があると考えます。

3. インシデント・アクシデント報告目標指数および結果

表 1-1 2025 年度 インシデント・アクシデント報告数目標指数および結果

※ 赤字は目標に達せず、青字は目標に達した。

評価項目	2025 年度目標	2023 年度		2024 年度		2025 年度	
入院延べ患者数	(91000 人 (仮))	94843 人		85411 人		81421 人	
インシデント・アクシデント報告数 (全数)	1625 件以上 *病床数 325×5	1352 件		1109 件		1059 件	
レベル 0	325 件 (20.0%)	255 件 (18.9%)		167 件 (15.1%)		145 件 (13.7%)	
患者誤認報告数	100 件 (1.1%) 以上	65 件	0.6‰	58 件	0.68‰	49 件	0.6‰
患者誤認レベル 1 以上の報告数 (率)	50 件 (0.5%) 以下	50 件	0.5‰	41 件	0.48‰	40 件	0.49‰
患者誤認レベル 2 以上の報告数 (率)	5 件 (0.05%) 以下	12 件	0.13‰	10 件	0.12‰	10 件	0.12‰
患者誤認レベル 3 以上の報告数 (率)	0 件 (0.0%)	0 件	0‰	2 件	0.02‰	2 件	0.02‰
転倒・転落報告数 (4.2% 注 2) 3.0% 注 1	350 件 (3.8%) 以上	365 件	3.8‰	326 件	3.8‰	308 件	3.78‰
転倒・転落レベル 3 b 以上の報告数 (率) (0.08% 注 2) 0.1% 注 1	5 件 (0.05%) 以下	10 件	0.1‰	10 件	0.12‰	14 件	0.17‰
薬剤関連報告数 (3.4% 注 2)	500 件 (5.0%) 以上	408 件	4.3‰	320 件	3.7‰	271 件	3.33‰
薬剤関連レベル 2 以上の報告数 (率)	50 件 (0.5%) 以下	102 件	1.0‰	86 件	1.0‰	60 件	0.74‰

注 1 : 2023 年度医療の質可視化プロジェクトより平均値を参考

注 2 : 「令和 4 年度 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療の質の評価・公表等推進事業

全日本民医連報告」中央値

※目標指数は「平成 31 年度 厚生労働省 医療の質の評価・公表等推進事業 全日本民医連報告」を参考に設定

※入院延患者数に対する割合（患者誤認報告数／入院延患者数）×1000（‰）

報告全数は目標に達さなかった。ベッド数の実か度数が減っているため次年度からは報告件数の見直しが必要。これに合わせレベル 0 の報告数も変更する必要がある。

患者誤認報告数は減少しているが、レベル 3a 以上は前年度と同じ件数であった。レベル 3a は 2 件発生している。放射線科における左右間違いや診察室における患者誤認の報告もあり、継続して対策啓蒙をおこなう。転倒・転落レベル 3b 以上の報告数は 10 件で前年度と同様。薬剤関連の報告件数は減少しているが入院延べ患者数が減少している事も要因にあると考える。

表 1-2 分類別件数

事故の内容		2022 年度	2023 年度	2024 年度
		1344 件	1352 件	1109 件
指示出し		0	0	0
薬 剤		446 (33.2%)	408 (30.2%)	320 (28.9%)
輸 血		16 (1.2%)	3 (0.2%)	3 (0.3%)
治療・処置		44 (3.3%)	90 (6.7%)	74 (6.7%)
医療用具(機器)の使用・管理		62 (4.6%)	56 (4.1%)	40 (3.6%)
ドレーン・チューブ類の使用・管理		137 (10.2%)	116 (8.6%)	97 (8.7%)
検 査		111 (8.3%)	102 (7.5%)	107 (9.6%)
療養上の世話	合計	417 (31.0%)	456 (33.7%)	370 (33.4%)
	転倒	258 (19.2%) (61.9%)※	269 (19.9%) (59.0%)※	242 (21.8%) (65.4%)※
	転落	55 (4.1%) (13.2%)※	88 (6.5%) (19.3%)※	76 (6.9%) (20.5%)※
	その他	104 (7.7%) (25.7%)※	99 (7.3%) (21.7%)※	52 (4.7%) (14.1%)※
その他		111 (8.3%)	121 (8.9%)	98 (8.8%)

※療養上の世話に占める転倒、転落、その他の割合

(件) 経年別インシデント・アクシデント報告数

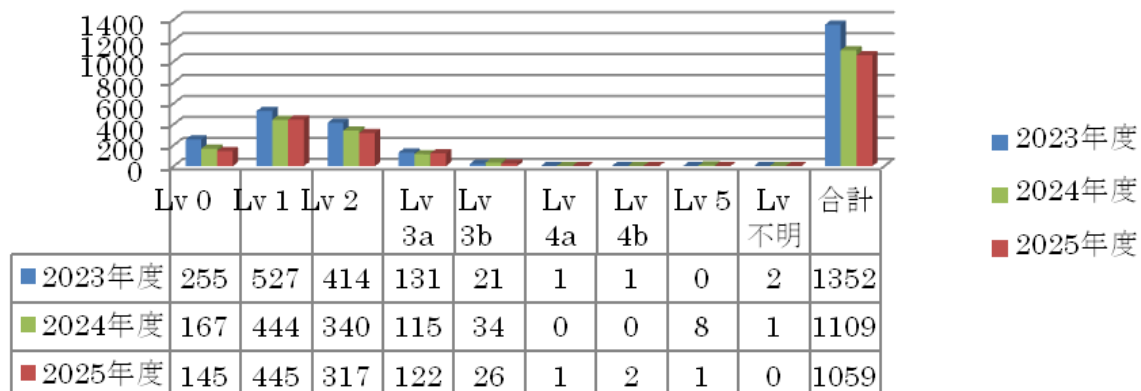


図 1 経年別インシデント・アクシデント報告数

レベル別報告数は、Lv3b ; 26 件、LV4a ; 1 件、Lv4b ; 2 件、Lv5 ; 1 件減っている。
(表 3 参照)

表 2 職種別インシデント・アクシデント報告目標指数と報告数：単位：件

※ 赤字は前年度より減少、青字は目標に達した。

職種	2025 年度 目標指標	2023 年度	2024 年度	2025 年度
看護師	1255	1131	898	831
薬剤師	90	78	63	58
医師 注 1)	50	32	37	50
(研修医)	レベル 0 (ヒヤリハット) 各自 5 件以上	—	(2)	(2)
非常勤医師	—	—	2	1
管理栄養士	10	1	1	5
臨床工学技士	20	4	10	13
事務職	15	9	9	12
MSW	10	3	3	1
クレーク	30	15	19	10
放射線技師	40	17	18	21
看護助手	10	2	1	2
検査技師 注 2)	20	8	12	21
リハビリ	50	37	21	29
守衛	5	0	1	0

救急救命士	20	15	14	5
合計	1625 (325×5)	1352	1109	1059

注 1)「令和 4 年度 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療の質の評価・公表等推進事業 全日本民医連報告」

中央値 1.79%、75% 値 3.08%、最大値 5.86%

注 2) 検査技師には視能訓練士も含まれる。

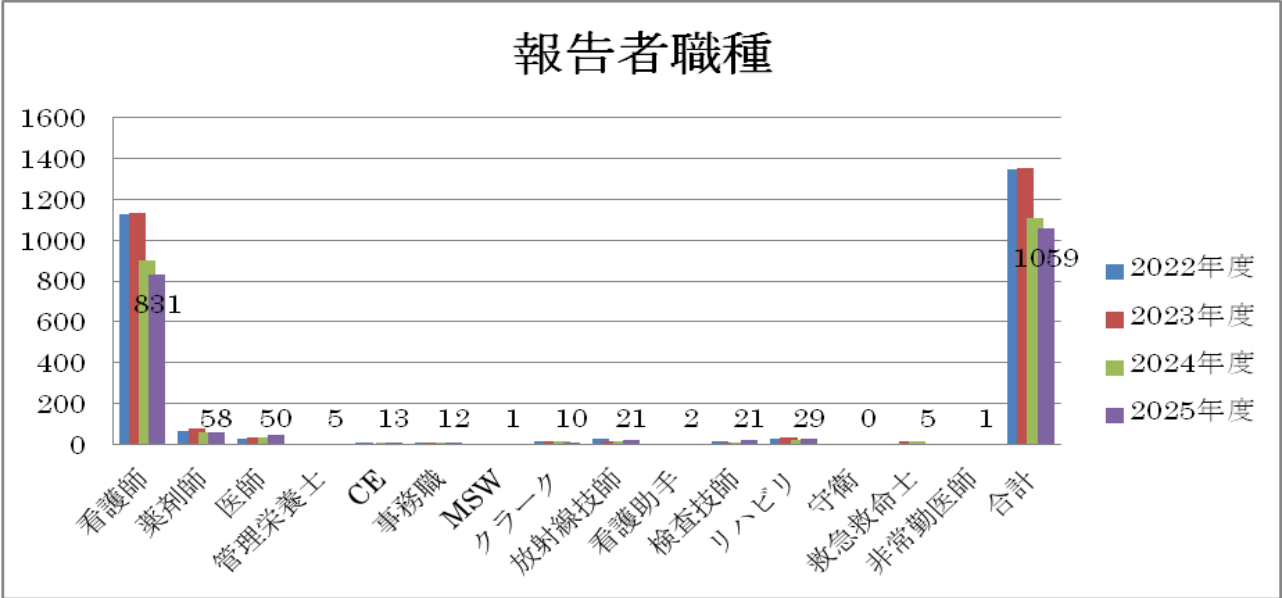


図 2-1 報告者職種

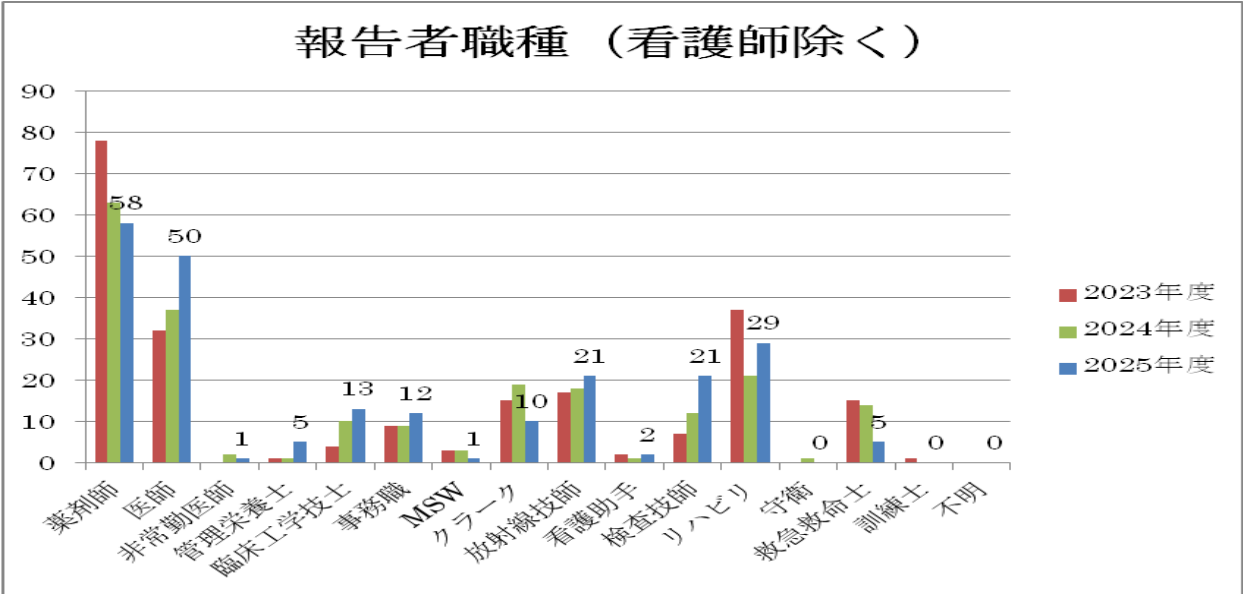


図 2-2 報告者職種（看護師除く）

全職種から報告があった。医師からの報告数が年ごとに増えている。
レベル 0 の報告を推奨していく。

表 3 重大インシデント要約 Lv3b 以上 30 件（同事例報告あり）

事例番号	年齢	概 要	Lv
25040040	92	転倒による右大腿骨骨折	Lv3b
25050030	84	転倒による左大腿骨骨折	Lv3b
25050062	84	転倒による胸骨骨折	Lv3b
25050074	79	転倒による右大腿骨骨折	Lv3b
25050075 25050076	78	転倒・転落歴の無い左大腿骨骨折発見	Lv3b
25060075	65	整形手術終了時タニケット除去直後の急変からの死亡。 肺塞栓	Lv5
25070021	92	転倒による腰椎圧迫骨折	Lv3b
25070090	85	入院中の大腿骨遠位端骨折の発見	Lv3b
25080066	93	転倒による右大腿骨頸部骨折（保存）	Lv3b
25080019	83	挿管チューブ自己抜管→再挿管	Lv3b
25090053	83	転倒による L2 圧迫骨折	Lv3b
25090015	83	転倒による恥骨骨折	Lv3b
25090046	62	転倒による L2 椎体骨骨折	Lv3b
25100088	75	アブレーション後に脳梗塞の合併症。左上下肢不全麻痺 が出現した	Lv4b
25100031	81	胃瘻造設後の吐血。緊急カメラにて活動性出血を止血し た	Lv3b
25100061	92	BHA 術後の腓骨神経麻痺	Lv3b
25110024	78	気管カニューレ内の痰による窒息→直ぐに気管カニュー レの交換を実施した	Lv3b
25120057 25120062	91	バイスピリン、エフィエント内服指示を投薬忘れにより、 麻痺が進行した可能性（レベル違い報告）	Lv3b Lv4a
25120063	83	トイレ介助中にその場を離れ転倒し鼻骨骨折	Lv3b
25120087	57	救急外来受診時に右母指骨折を見逃し、1 週間後のフォ ロー診察で発見した	Lv3b
25120037	93	転倒により左頬 5 針縫合した	Lv3b
26010023	78	トイレに行こうとし扉を開けた際、尻餅をつき転倒し L1.2 圧迫骨折	Lv3b
26010047	79	夜間、血ガスデータで K 値 6.9 高値、乏尿もあり、主治 医に報告し、GI 療法実施も、主治医来棟後再検で K 値は 4.5 で溶血を指摘されたがブラッド・アクセス挿入。そ の後の再検で前回採血と腎機能データに大きな変化はな	Lv3b

		かった	
26020047	47	Aライン抜去後から左第2～3指の動きの悪さと疼痛、上肢挙上で下垂手みられ橈骨神経麻痺症状あり	Lv4b
26020040	89	転倒による右BHA術後のインプラント周囲の骨折（保存）	Lv3b
26030020	81	廊下歩行中に転倒しTh12圧迫骨折	Lv3b

レベル3b以上の報告が30件（実事例26）（2023年度23件、2024年度48件）で低下している。レベル5は実1事例あり、関連部署にて振り返りや死亡症例検討委員会を開催した。

気管カニューレ内の痰窒息による事例に対し医療安全管理委員会とRRS、RSTが共同で気管カニューレプロジェクトを立ち上げ、気管カニューレ取り扱いのアクションカードを作成し院内周知をおこなった。

表4 2025年度 死亡報告数

	全死亡数 (SSIScope 集計)	死亡理由（死亡診断書あり）					Ai (SSIScope 集計)	院内解剖 (検査 室確認)
		院外 CPA	病死及 び自然 死	予期せ ぬ死亡	医療に 起因	その他		
2023 年度	461	17 (116)	338	3	0	4	101	0
2024 年度	599	60	469	5	2	2	126	3
2025 年度	475	57	422	3	0	0	88	0

※死亡理由は重複あり（例：院外CPAと病死および自然死）

※死亡診断書ありの死亡症例は「死亡及び死産症例届出」により、上級医が確認を行っている。

2024年度からはその確認を病院長が行うこととなった。

予期せぬ死亡の3件

- i. 外来受診で採血、心電検査実施。検査直後に意識レベル低下したため直ちにCPA開始も蘇生に反応無く死亡。推測として食道裂孔ヘルニアがあり、胃内容物が逆流しそれを誤嚥した可能性
- ii. 経口摂取困難で入院。モニタ上で徐脈認められ看護師が訪室すると呼吸停止を発見。直ちにCPA開始も蘇生に反応せず死亡。パーキンソン病の自律神経障害が進行し、心停止や呼吸停止を生じやすい状況であったと

iii. 左混合出血、誤嚥性肺炎で入院中。リハビリ実施後、ベッドへ全介助で移動し
臥床後に倦怠感訴え。その後2分ほど経過したときに突然呼吸停止。

医療に起因の 0 件

その他の 0 件

死亡症例検討会は 1 回開催した。

今後も死亡症例検討委員会を開催し、死亡に至る経過を検証するとともに、至らなかった点を真摯に反省し、病院としての課題を明確にし、今後の対策を検討した。

4. 患者誤認と左右誤認について

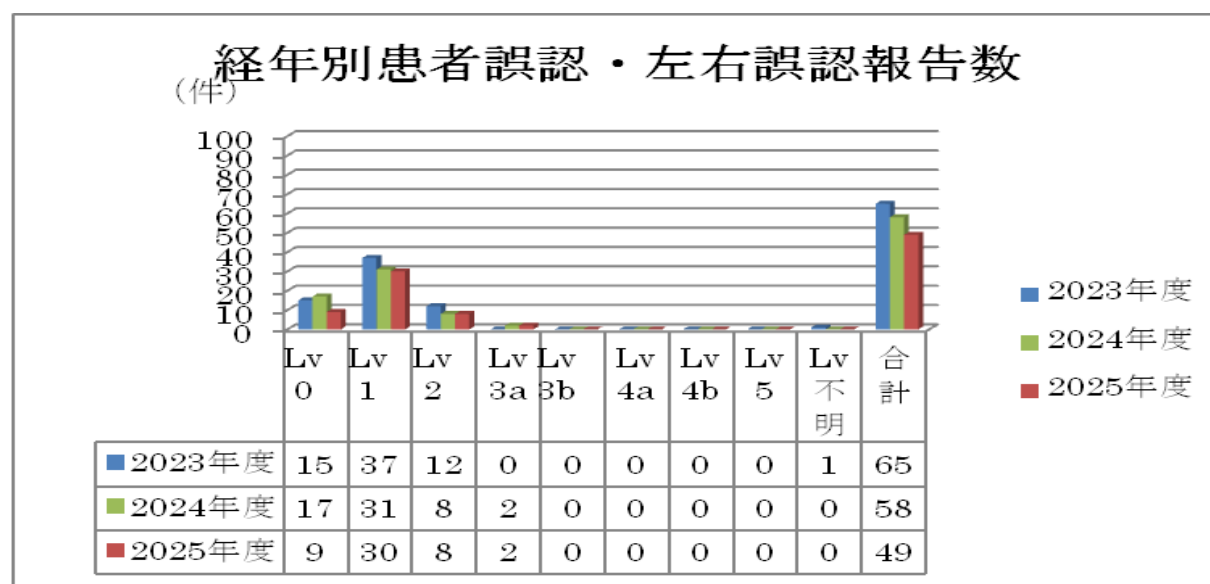


図 3 経年別患者誤認・左右誤認報告数

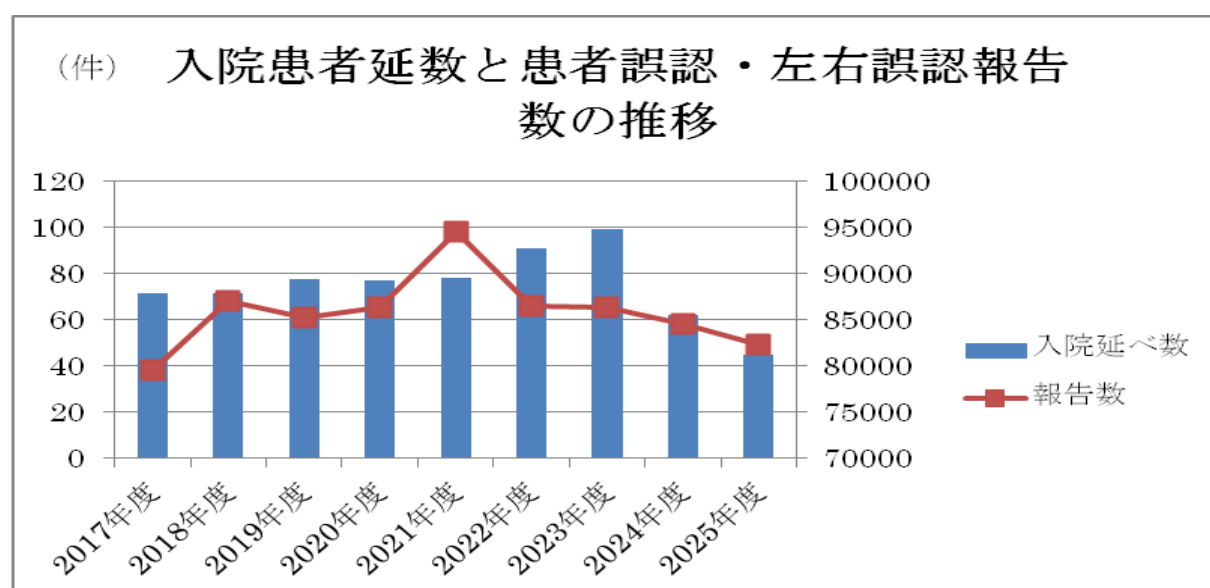


図 4 入院患者延数と患者誤認・左右誤認報告数の推移

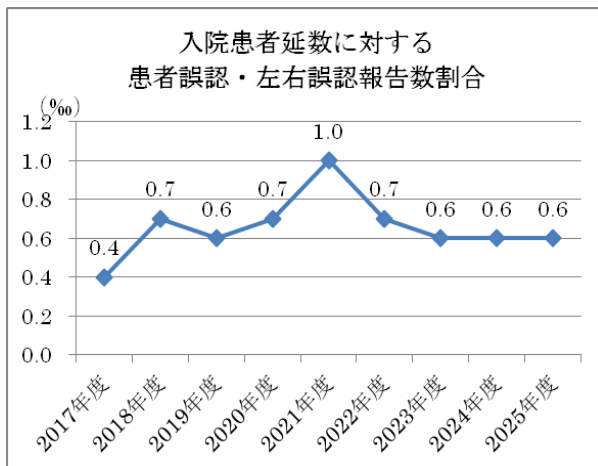


図5 入院患者延数に対する患者誤認
左右誤認報告数割合

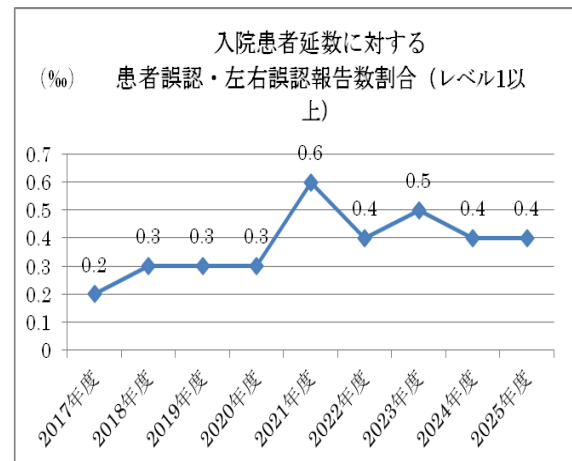


図6 入院患者延数に対する患者誤認
左右誤認報告数割合 (レベル1以上)

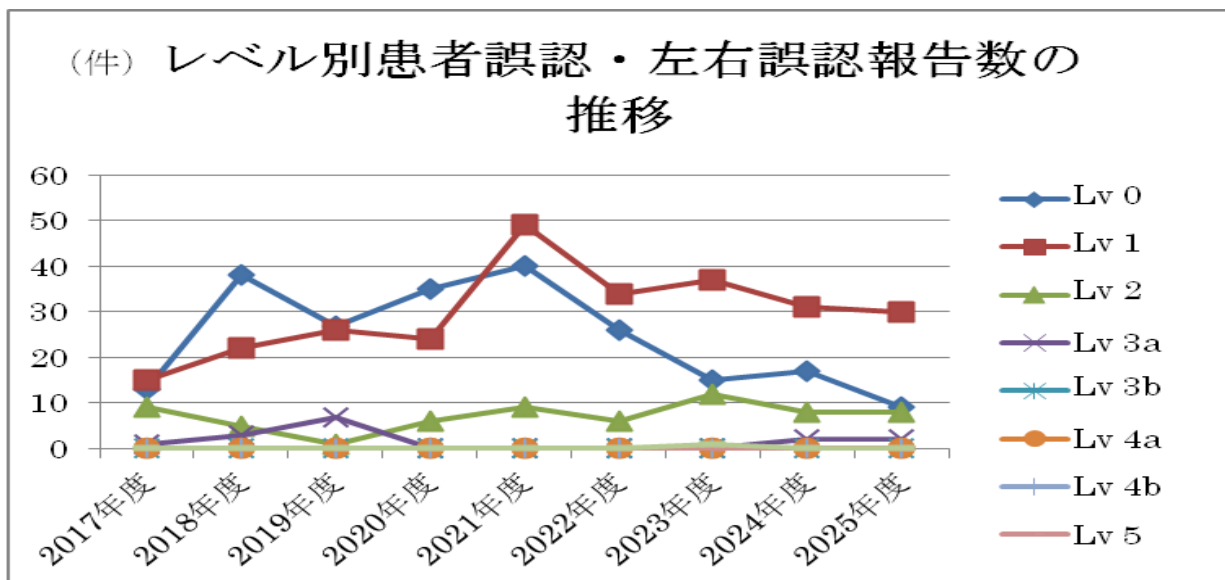


図7 レベル別患者誤認・左右誤認報告数の推移

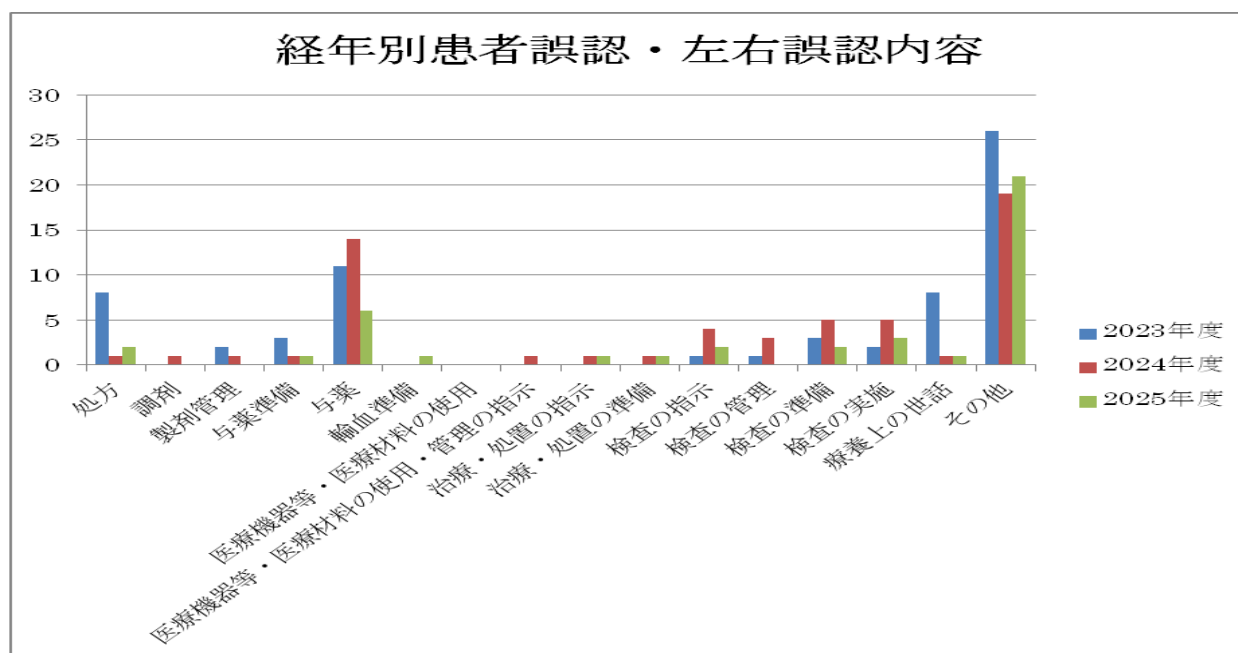


図 8 経年別患者誤認・左右誤認内容

表 5 患者誤認 Lv 3b 以上は 0 件（総数 49 件中 Lv1 以上は 40 件）

事例番号	ID	年齢	概要	Lv
			報告なし	

表 6 左右誤認 Lv 3b 以上は 0 件

事例番号	ID	年齢	概要	Lv
			報告なし	

患者誤認・左右誤認報告数のレベル 3b 以上の報告は無かったが（図 3）。入院患者延数に対する患者誤認・左右誤認報告数割合（図 5）の推移は横ばいである。レベル 1 以上の割合は前年度と同じ報告割合であった。（図 6）。しかし、レベル 3a の患者間違いが外来診察室や放射線科などで発生した（図 7）。左右誤認に関しては、レントゲン検査における左右誤認（Lv1）等が発生した。

与薬時、検査指示・管理・準備・実施時、その他では書類渡し時の患者間違いが減少しない（図 8）。今後も患者誤認対策を周知徹底していく必要がある。

5. 転倒・転落報告について

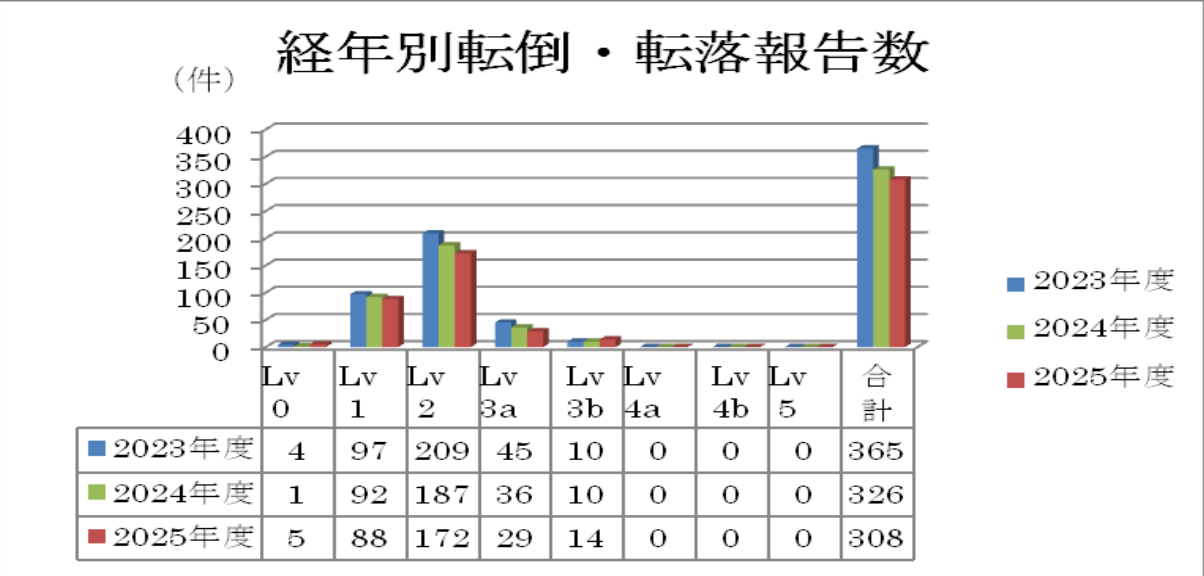


図 9 経年別転倒・転落報告数

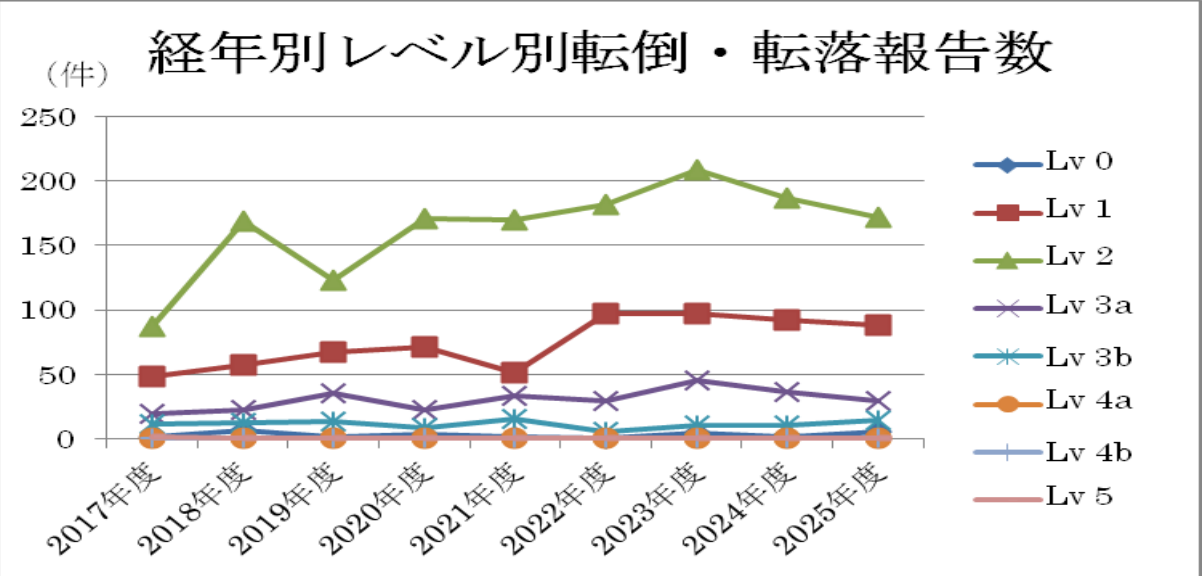


図 10 経年別レベル別転倒・転落報告数

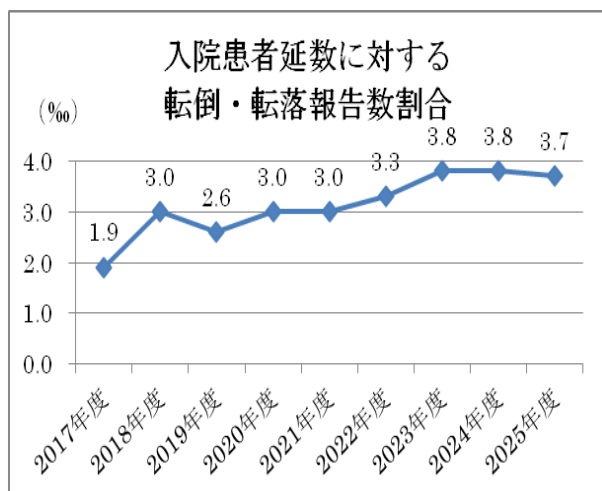


図 11 入院患者延数に対する転倒・転落報告数割合

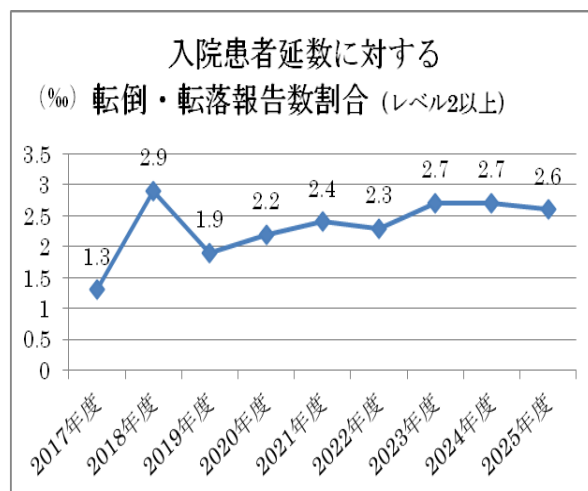


図 12 入院患者延数に対する転倒・転落報告数割合 (レベル 2 以上)

表 7-1 2025 年度入院患者における転倒転落危険度割合 : 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	年度
入院患者数 (平均/日)	242.9	223.4	224.2	236.5	222.4	232.6	213	213.4	224.5	230.3	206.3	206.3	223.0
危険度 I	34.3 (14)	34.4 (15.2)	35.4 (15.7)	35.6 (14.9)	33.4 (14.9)	28.6 (12.2)	26 (12.1)	34.3 (15.9)	26.4 (11.7)	28.8 (12.4)	28.9 (13.9)	29.1 (14)	31.3 (13.9)
危険度 II	102.1 (41.9)	90.5 (40.6)	90.5 (40.4)	102.5 (43.3)	88.2 (39.7)	101 (43.4)	87.5 (41.1)	83.4 (39.1)	98.5 (43.9)	96.7 (42)	82.4 (40)	76.2 (36.9)	91.6 (41.0)
危険度 III	101.2 (41.8)	94.5 (42.4)	93.8 (41.9)	92.7 (39.4)	93.5 (42.1)	97.5 (42)	96 (45.2)	90 (42.3)	93.9 (41.9)	99 (43.1)	89.6 (43.5)	94.1 (45.8)	94.7 (42.6)

表 7-2 2024 年度入院患者における転倒転落危険度割合 : 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	年度
入院患者数 (平均/日)	253. 1	207. 6	189. 3	232. 4	259. 4	225. 9	200. 1	192. 6	223. 1	281. 3	277	268. 1	234. 2
危険度 I	32.8 (12.9)	30.2 (14.4)	38.4 (20.2)	39.9 (17.3)	39.4 (15.1)	39.6 (17.3)	31.6 (15.6)	31.7 (16.4)	32 (14.3)	32.5 (11.4)	33.6 (12)	38.8 (14.4)	35.0 (15.1)
危険度 II	99.8 (39.4)	77 (37.1)	80.1 (42.4)	100. 1 (43.2)	110. 6 (42.7)	86.1 (38.2)	79.5 (39.8)	78.8 (40.9)	88.9 (39.9)	111. 1 (39.5)	112. 1 (40.5)	114. 4 (42.6)	94.9 (40.5)
危険度 III	115. 3 (45.7)	95.2 (46)	68 (36)	88.4 (37.8)	105 (40.5)	95.6 (42.5)	85.6 (43)	79 (41.2)	98 (44)	131. 7 (47)	127. 3 (46)	109. 8 (41.1)	99.9 (42.6)

表 7-3 2023 年度入院患者における転倒転落危険度割合 : 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	年度
入院患者数 (平均/日)	236. 7	237. 3	253. 4	255. 3	277. 5	271. 3	251	251. 8	256. 3	273. 6	280. 9	265. 1	259. 2
危険度	36.5 (15.3)	31.4 (13.0)	41.6 (16.2)	38.6 (15.1)	40.4 (14.5)	29.1 (10.6)	29.5 (11.6)	34.1 (13.5)	30.9 (11.9)	34.8 (12.5)	36.1 (12.8)	37.4 (14.0)	35.0 (13.4)

I													
危険度Ⅱ	98.5 (41.6)	97.1 (41.0)	100.4 (40.1)	110.5 (43.3)	113.8 (41.0)	120.4 (44.3)	105.2 (42.0)	107.4 (42.7)	120.9 (47.2)	111.9 (41.1)	114.3 (40.8)	108.3 (40.9)	109.1 (42.2)
危険度Ⅲ	94.2 (39.8)	101.5 (42.8)	101.2 (40.1)	97.9 (38.4)	115 (41.5)	113.8 (42.1)	107 (42.7)	103.7 (41.2)	99 (38.7)	122.8 (44.9)	124.2 (44.3)	115.6 (43.7)	108.0 (41.7)

表 7-4 2022 年度入院患者における転倒転落危険度割合 : 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	年度
入院患者数 (平均/日)	252.3	240	248.6	246.1	267.4	246	244.4	242.8	252.2	266.7	278.6	262.6	253.9
危険度Ⅰ	39.8 (15.7)	36.7 (15.0)	42.1 (16.9)	39.2 (15.9)	39.6 (14.7)	32.9 (13.3)	35.8 (14.6)	34.1 (13.9)	35.1 (13.8)	32.2 (11.8)	37.9 (13.5)	37.0 (14.0)	36.9 (14.4)
危険度Ⅱ	102.5 (40.6)	105.3 (44.1)	94.3 (38.0)	89.6 (36.4)	108.6 (40.7)	103.4 (42.0)	99.7 (40.8)	93.2 (38.4)	103.1 (40.9)	106.4 (40.1)	118.1 (42.4)	103.9 (39.6)	102.3 (40.3)
危険度Ⅲ	98.9 (39.2)	88.6 (37.0)	103.4 (41.6)	107.7 (43.9)	107.6 (40.3)	97.7 (39.8)	101.1 (41.4)	108 (44.6)	104.6 (41.6)	116.9 (43.9)	113 (40.6)	113 (43.1)	105.0 (41.4)

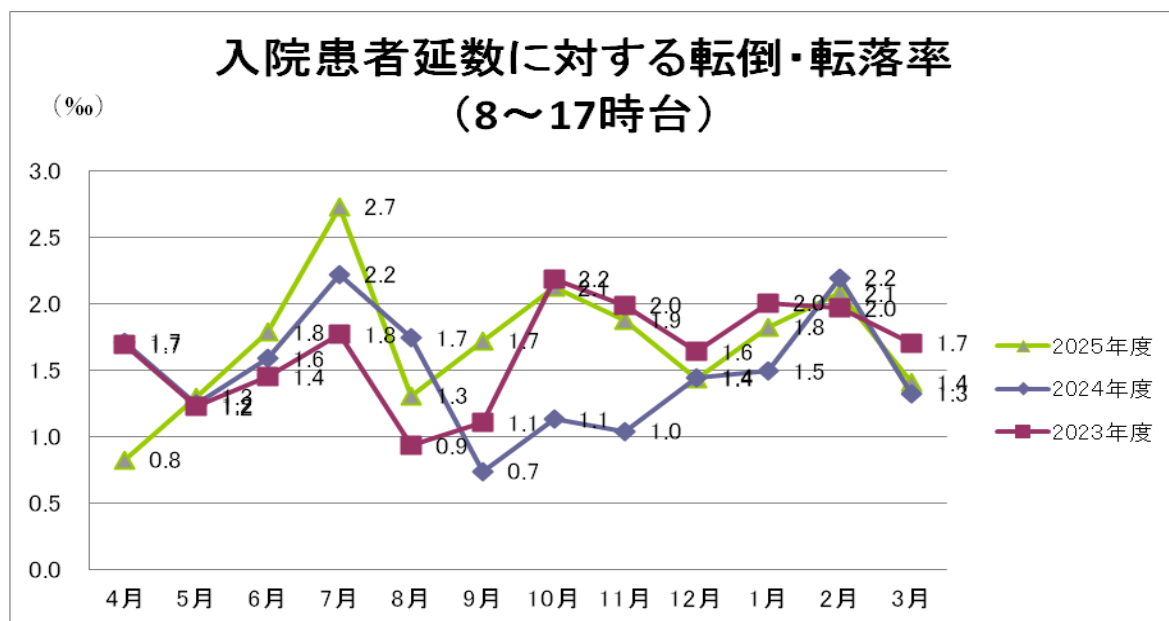


図 11-2 入院患者延数に対する転倒・転落報告数割合（8～17 時台）

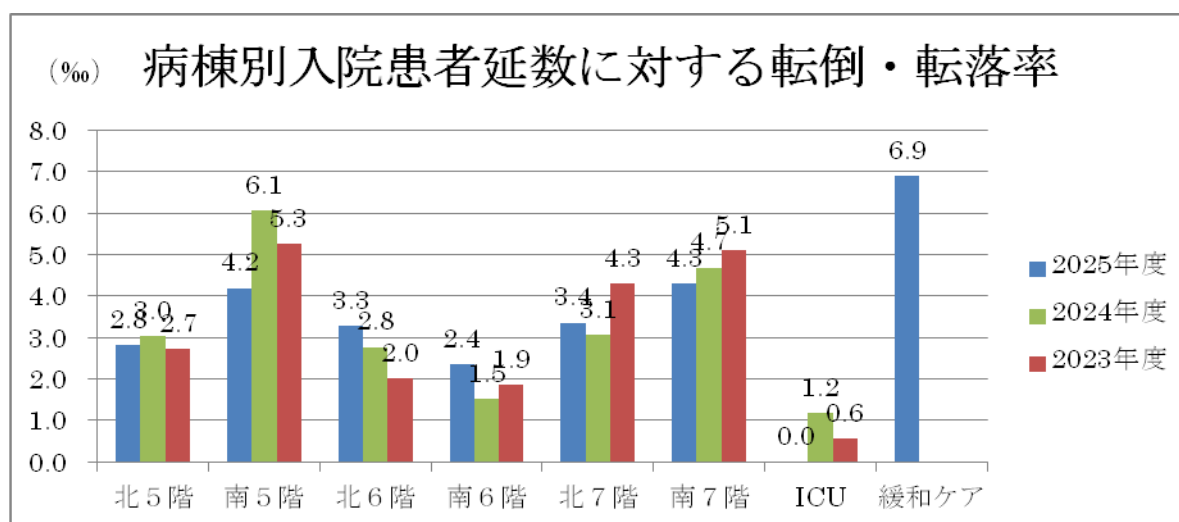


図 11-3 病棟別入院患者延数に対する転倒・転落率

転倒・転落報告件数は前年度より減少している。レベル 3b の報告が 14 件（（表 3 参照））であった。

入院患者延べ数に対する転倒転落割合（図 11 参照）は 2024 年度と同様であった。

転倒転落危険度割合（表 7 参照）は危険度Ⅰ～Ⅲに該当する患者増加傾向にあり、転倒しやすい患者が増えていると考える。

今年度も引き続き、身体拘束を減らす取り組みをおこなっており、身体拘束は 3 原則に基づいて評価実施している。

セル看護提供方式を今年度全病棟で導入した。入院患者延数に対する転倒・転落報告数割合（8～17 時台）（図 11-2 参照）は 7 月、10 月、2 月と入院患者が増える時期に比例して増加する傾向である。これは入院対応などでセル看護であってもリスクの

高い患者の傍で常に見守りができていない事が推測される。病棟ごとの転倒転落率を見ると、今年度からオープンした緩和ケア病棟の転倒率が多病とと比較して大きく上回っていることがわかる。患者の特性もあるかもしれないが次年度は注視する必要がある。また、前年度転倒率の高かった南5階病棟は6.2%から4.2%に低減できていたがこちらはセル看護による対応が効果を期していると考ええる。

6. 薬剤関連報告について

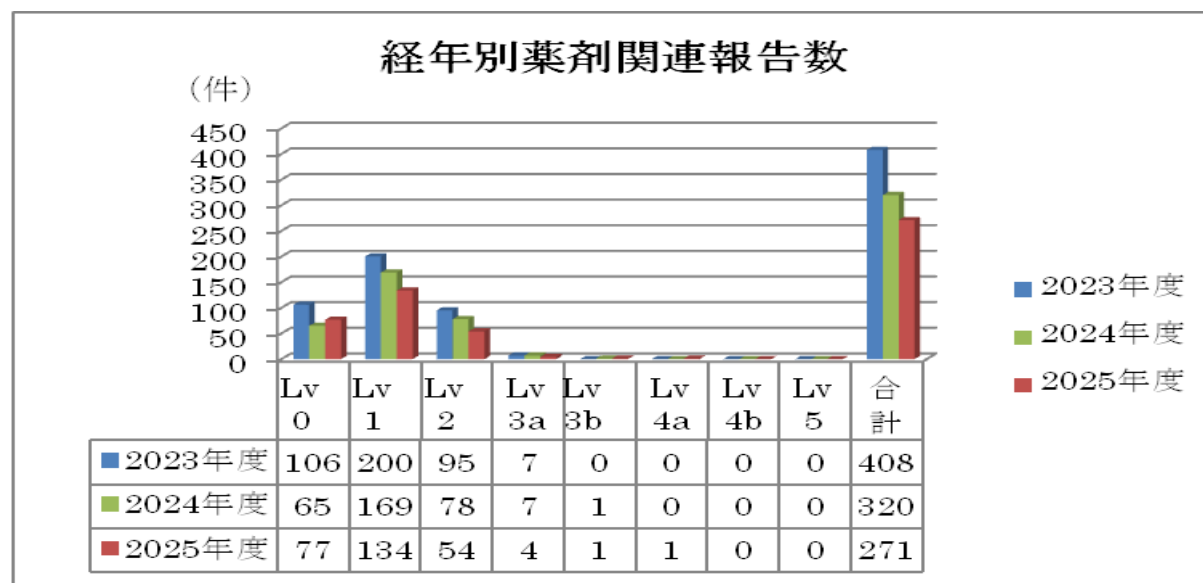


図 13 経年別薬剤関連報告数

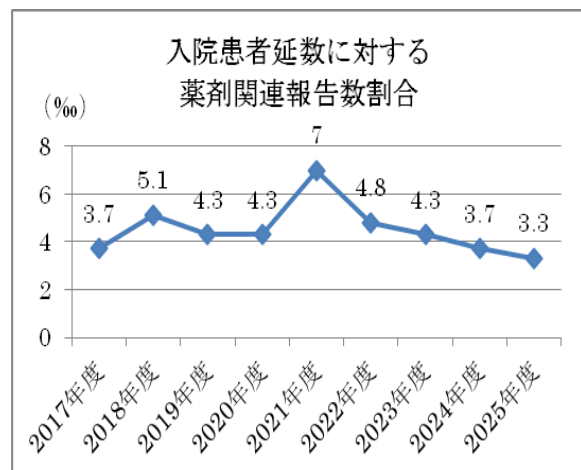


図 14 入院患者延数に対する薬剤
関連報告数割合

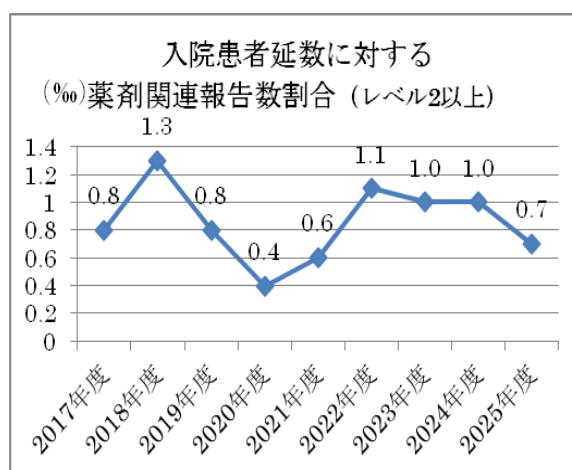


図 15 入院患者延数に対する薬剤
関連報告数割合 (レベル2以上)

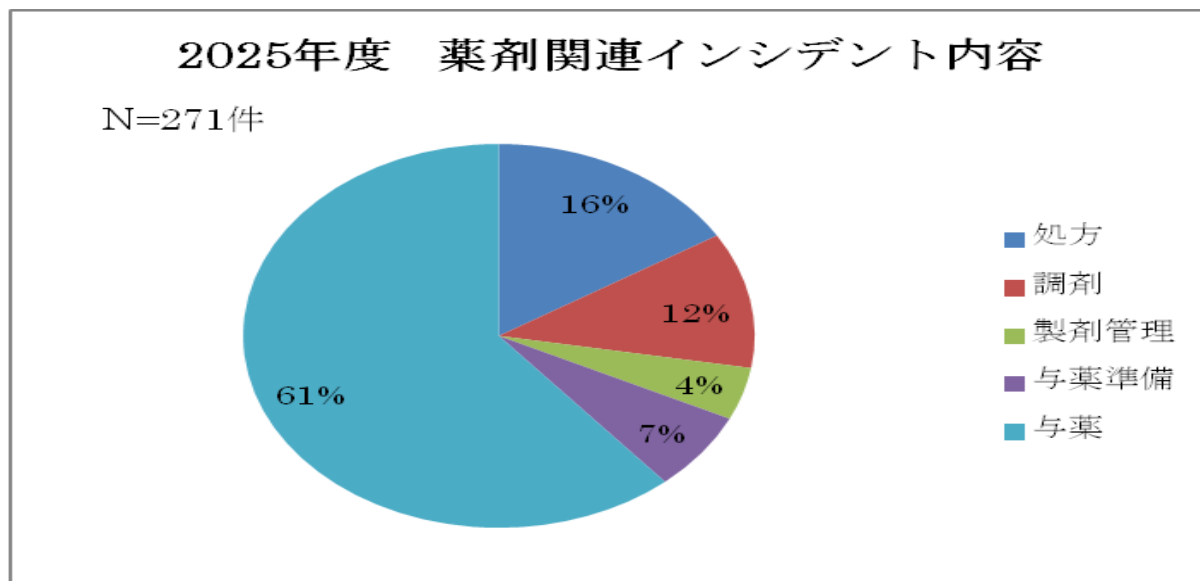


図 16 2025 年度 薬剤関連インシデント内容

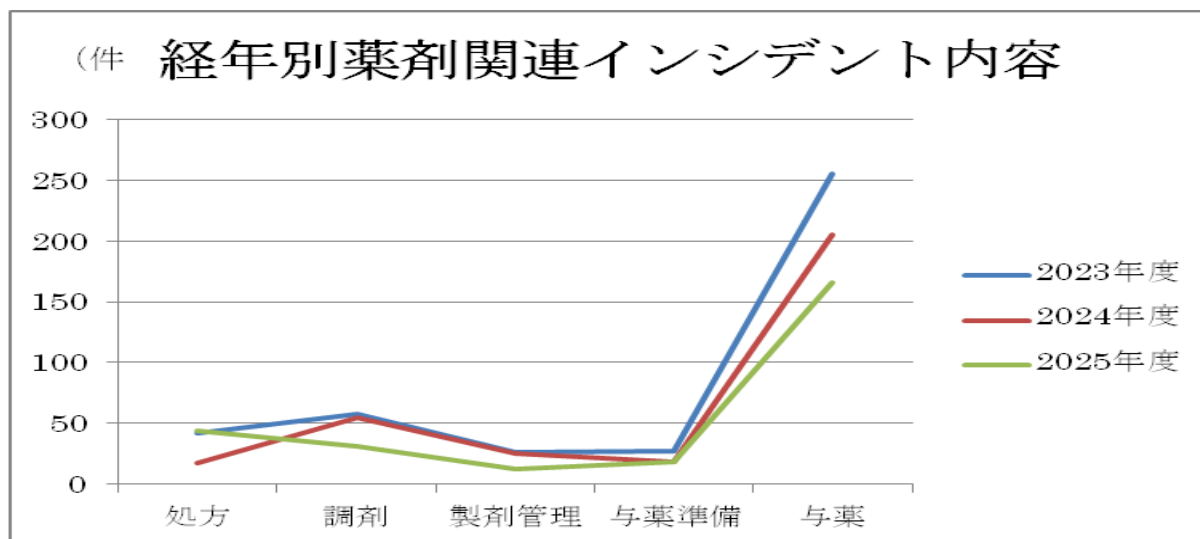


図 17 経年別薬剤関連インシデント内容

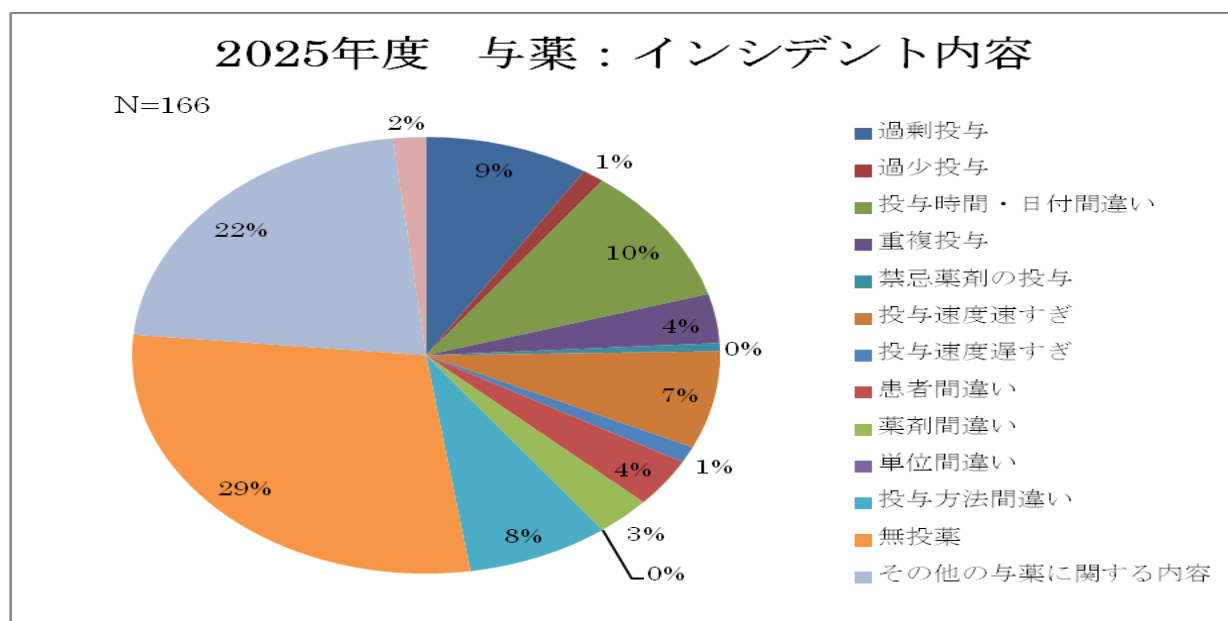


図 18 2025 年度 与薬：インシデント内容

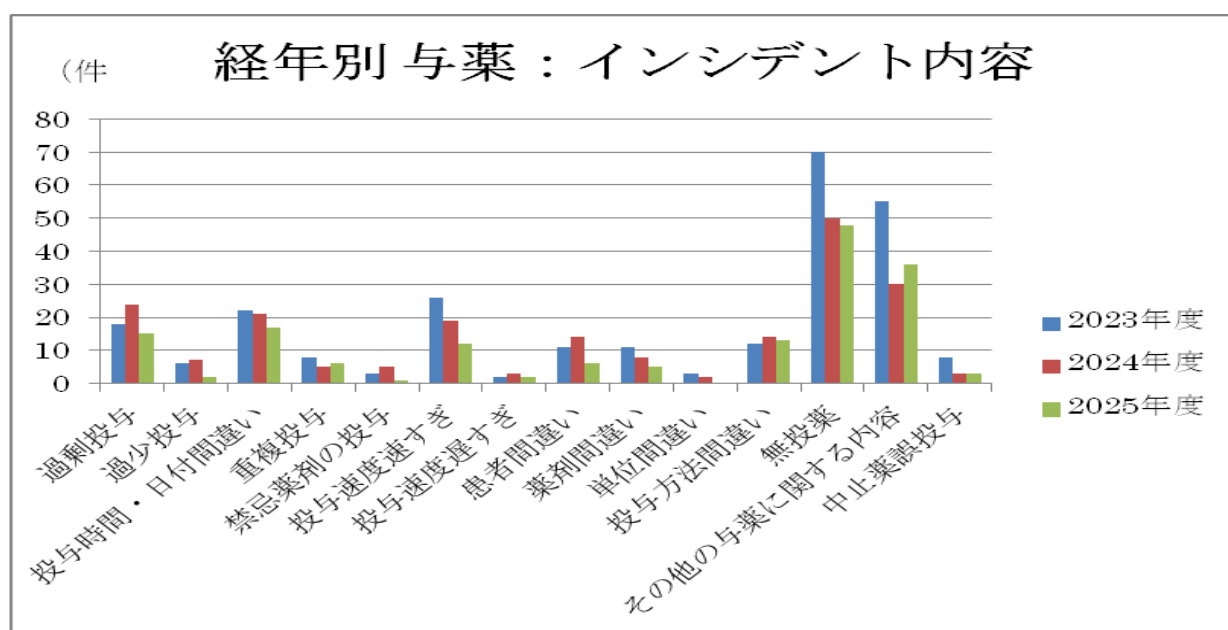


図 19 経年別 与薬：インシデント内容

表 8 2025 年度レベル 3b 以上の薬剤関連報告事例は 2 件（実事例 1 件）

事例番号	レベル	内容
25120057	Lv3b	バイスピリン、エフィエント内服指示を投薬忘れにより、麻痺が進行した可能性（レベル違い報告）
25120062	Lv4a	

薬剤関連報告数は年々減っている。レベル 3b 以上の薬剤関連報告事例は 2 件（実事例 1 件）で看護師より報告あり。

薬剤関連報告の内容（図 17）、与薬の内容（図 18）の傾向は同様である。無投薬が多く投薬日の間違いや、内服確認の徹底ができていない。内服介助時の指示の確認等の運用を次年度も引き続き検討していく必要がある。

また、内服薬管理のフローチャートの見直しも行い、次年度から運用開始を目指している。

7. 針刺し・切創、皮膚・粘膜汚染について

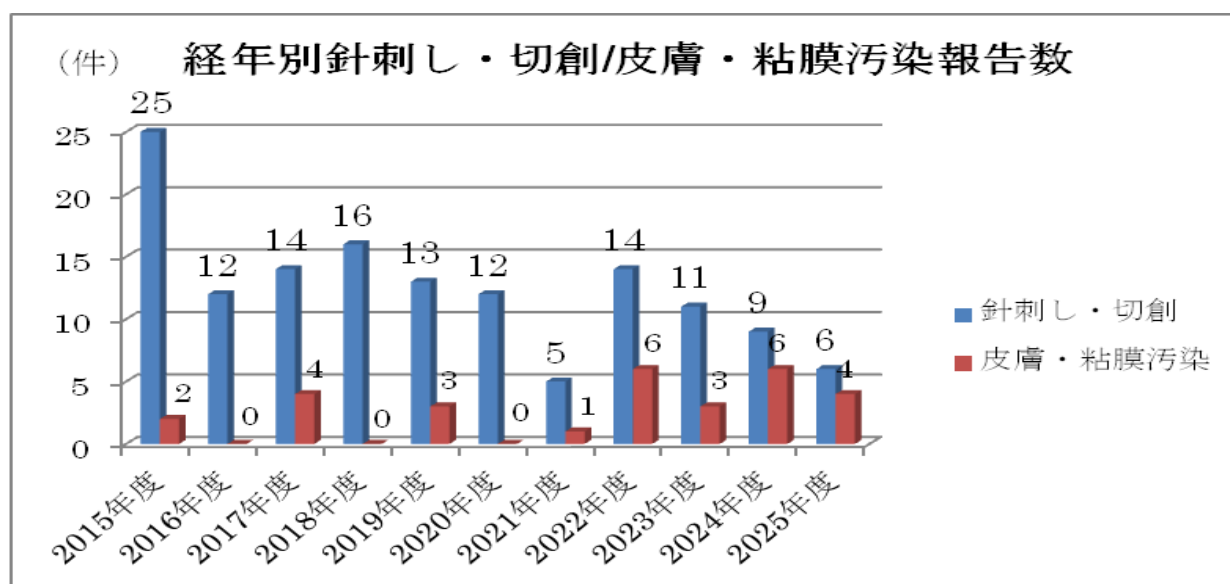


図 20 経年別針刺し・切創/皮膚・粘膜汚染報告数

参考)「令和 4 年度 公益財団法人 日本医療機能評価機構 医療の質の評価・公表等推進事業 全日本民医連報告 針刺し・切創 0.10%」

当院 0.08% = 7/85411 (2023 年度 0.12% = 11/94843)

表 9 2025 年度エピネット報告一覧

月	職種	場面	内容	感染症	備考
針刺し・切創					
8 月	看護師	処置中	血ガスキット使用し採血後カバーロックが不十分で、受け取った看護師が針刺しした	なし	
9 月	看護師	処置中	翼状針で採血後安全装置を使用せずに針を抜いてしまい患者が動いた反動で自己	なし	

			に針刺しした		
10 月	看護師	処置中	ペン型インスリンを患者に使用後、針廃棄せずそのままリキャップし、次の使用者がキャップを開けた時に針刺しした	なし	
12 月	医師	処置中	ナート処置中に左第 3 指を針刺し	なし	
6 月	事務部	ユニフォーム管理	ユニフォームのポケットからピンク針（刺してはいない）		
皮膚・粘膜汚染					
5 月	看護師	ケア中	唾液の含んだ水分が眼に入った	なし	
6 月	看護師	処置中	患者に上腕をかまれた	なし	
10 月	保安課	救護中	外来通院患者が敷地内で転倒し救護中に着衣に血液暴露した	なし	
1 月	医師	処置中	皮膚切開処置中に排膿液が飛び出し眼に入った	なし	病棟にゴーグル設置

針刺し・切創の報告件数は減少した。針刺し・切創に関しては、2023 年度にインスリンのリキャップが 2 件あった以降無かったが今年度再び 1 件発生した。今後もしリキャップ禁止、針捨て容器持参の徹底していく。

皮膚・粘膜汚染の報告は増加した。ケア中に患者に咬まれたり引っ掻かれたりした報告がある。認知症患者やせん妄状態の患者は多く、暴言暴力被害で報告されることが多く、今後の集計方法の検討が必要。事後、当事者の感染症の発症はない。

8. 患者相談窓口報告について

2023 年度に患者サポートセンターに患者相談窓口担当者（医療ソーシャルワーカー 1 名・看護師 1 名）が任命され、2024 年度のまとめ・年報に関しては患者相談窓口担当が行う。

医療安全管理委員会との連携は継続して図っていく。

9. 暴言暴力と情報共有★登録について

暴言暴力報告

総数 20 件（実事例 13 件）（2024 年度 5 件）

暴力の種類（複数選択あり）

	暴言	暴行	セクハラ	脅迫
2023 年度	8	7	2	0
2024 年度	7	8	0	1
2025 年度	18	11	0	2

加害者について

	加害者性別		入院・外来		
	男性	女性	入院	外来	その他
2023 年度	15	2	12	2	3
2024 年度	6	3	8	1	0
2025 年度	9	4	12	0	1

被害の状況

	応援者			受傷	受診	仕事への影響		
	あり	なし	不明	あり	あり	あり	なし	不明
2023 年度	9	8	0	6	2	8	6	0
2024 年度	3	5	1	2	1	4	2	3
2025 年度	11	1	1	12	3	11	1	0

報告者について

	本人	上司	同僚	その他
2023 年度	9	6	1	1
2024 年度	9	0	0	0
2025 年度	13	6	0	0

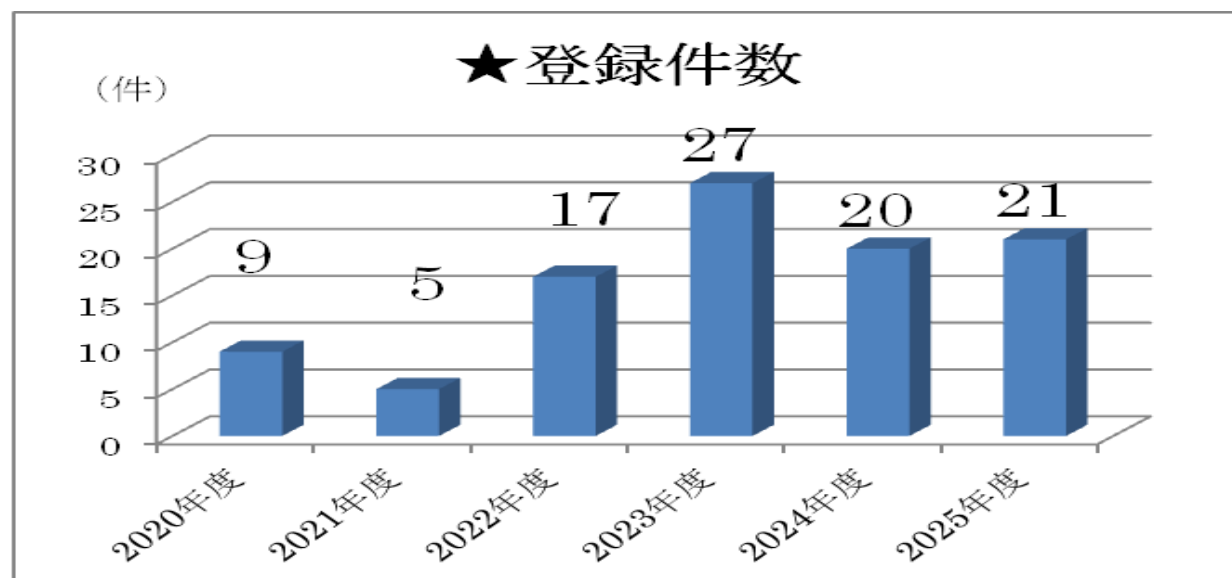


図 21 ★登録件数

暴言暴力報告件数が 20 件と多く同事例で複数人からの報告があり実事例は 15 件であった。報告件数が増えた要因として院内での発生事例を把握するため積極的に報告書を挙げてもらう声掛けを行なっていたことがあると考えられる。コールサインの「コードホワイト」と「SOS のハンドサイン」はどちらも適用されたケースは無かった。

情報共有★登録件数は 2023 年までは増加していたが、2024 年度に減少し横ばいで推移している。

10. 研修について

1) 2025 年 9 月 16 日 (木) 17:30~18:30

オンデマンド(NS スキル)配信: ~2025 年 11 月 30 日

演題:「転倒・転落と薬剤について」

講師: エーザイ(株)野口 毅、当院薬剤部長 後藤 克樹

表 10 医療安全研修会「転倒・転落と薬剤について」受講者数・受講率

	人員	NS スキル	会場	リモート	資料回覧	合計	受講率
医師	45	27	1	0	17	45	100%
研修医	6	6	0	0	0	6	100%
看護師	245	192	11	1	41	245	100%
薬剤師	26	19	6	0	1	26	100%
検査技師	24	23	1	0	0	24	100%
リハビリ	33	24	4	0	5	33	100%
CE	11	10	0	0	0	1	100%
救命士	2	1	0	0	1	2	100%
放射線技師	17	17	0	0	0	17	100%
視能訓練士	5	5	0	0	0	5	100%
管理栄養士	7	3	1	0	3	7	100%
事務員	66	52	5	1	8	66	98%
MSW	4	4	0	0	0	4	100%
看護助手	23	17	0	0	6	23	100%
合計	514	400	29	2	83	514	100%

2) オンデマンド(NS スキル)配信: 2026 年 1 月 26 日~2026 年 2 月 28 日

ナーシングスキル動画講義:「医療安全の基本を知る【更新版】」

表 11 医療安全研修会「医療安全の基本を知る【更新版】」受講者数・受講率

	人員	NS スキル	テスト提出	合計	受講率
医師	44	25	19	44	100%
研修医	6	4	2	6	100%
看護師	239	211	28	239	100%
薬剤師	26	26	0	26	100%
検査技師	23	23	0	23	100%
リハビリ	32	32	0	32	100%
CE	11	10	1	11	100%
救命士	2	2	0	2	100%
放射線技師	16	16	0	16	100%
視能訓練士	4	4	0	4	100%
管理栄養士	7	7	0	7	100%
事務員	66	62	4	66	100%
MSW	4	4	0	4	100%
看護助手	23	16	7	23	100%
合計	503	442	61	503	100%

今年度は e-ラーニングによる研修とし、動画視聴及びテスト回答 100 点で研修終了とした。集合研修では無いため自己のタイミングで実施できたと考える。

臨床工学技士による「人工呼吸器取り扱い」の研修、また B L S や I C L S、市民救命士養成講座も継続して実施している。

11.医療安全ニュース作成・配信について

表 12 院内ニュース

発行月	担当部署	テーマ
4 月	臨床工学部	ME 機器ニュース Vol.11 テーマ「インスピロンネブライザ：イージーウォーター」
5 月 臨時	事務部	貴重品取り外し注意！
6 月 臨時	事務部	ユニフォームポケットに入れないで！
9 月	放射線技術部	条件付き MRI 対応ペースメーカー患者の検査ワークフロー
11 月 臨時	医療安全管理室	中心静脈カテーテルの挿入と抜去についての注意喚起
12 月 臨時	医療安全管理室	中心静脈ライン開放による空気塞栓についての注意喚起

3 月	臨床検査 部	穿刺液（腹水・胸水など）の取扱いについて
-----	-----------	----------------------

各部門で発生したインシデント・アクシデントに関することや、医療安全に関して自己学習したこと、啓蒙したいことを各部門で医療安全ニュースを作成、配信する取り組みを開始し5年目となった。2024年度より、定期発行を4回/年とし、各部門の特性から発信したいことをニュースに載せ職員への周知に取り組んだ。今後も現場に即したニュースの配信を続けていきたい。

12. 医療安全対策地域連携について

1) 1-1 連携

2025年8月26日（火）14:00～16:00 神戸医療センター⇒神戸掖済会病院

2025年9月29日（月）14:00～16:00 神戸掖済会病院⇒神戸医療センター

2) 1-2 連携

2025年11月7日（金）14:00～16:00

尾原病院にて合同カンファレンス開催

1-1 連携は神戸医療センターと相互チェックを行った。

1-2 連携は舞子台病院、適寿リハビリテーション病院、尾原病院との連携で、今年度は尾原病院を訪問し、お互いの意見交換を行った。

1-1 連携においても、1-2 連携においても、自院を見直し、情報共有し、改善につなげていく貴重な機会となっている。

13. 2024 年度の取り組み内容まとめ

- 1) 前年度の気管カニューレ事故により、臨時で医師・看護師を対象に勉強会を実施
- 2) 医療安全管理マニュアル；★について改定
- 3) 医療安全管理マニュアル；医師への報告経路（パニック値含む）改定
- 4) 薬剤組成一覧一部修正
- 5) 転倒転落報告書をチェックボックス形式に変更
- 6) 医療安全管理マニュアル；14 患者取り違え、同姓同名 一部内容追加
- 7) 医療安全管理マニュアル；19 患者家族からの暴言暴力の対応 一部変更、フロー追加
- 8) 空気フローメーター使用禁止の承認
- 9) 医療安全管理マニュアル；穿刺液の取り扱いの一覧表追加
- 10) 医療安全管理マニュアル；ダブルバック製剤隔壁開通忘れについて手順を追加
- 11) 気道管理に関するアクションカードを作成、患者一覧に身体情報として追加
- 12) 医療安全管理マニュアル；手術に関連した肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症予防 について更新
- 13) 「転倒転落事故に関するご理解とご協力」同意書について作成

- 14) 医療安全管理マニュアル；点滴ミキシングシングルチェックについて追加
- 15) インスリン指示画面の変更；表示サイズ、文字フォント、スケール指示のワーク
質表示変更

以上

医療安全管理室 太田恵美子
片岡浩代

《WOC 概要》

皮膚・排泄ケア認定看護師(WOC)としての日々の活動

月曜日 褥瘡回診(皮膚科医師、管理栄養士、理学療法士、薬剤師、WOC、病棟スタッフ)

火曜日 排尿ケア回診(泌尿器科医師、理学療法士、WOC、病棟スタッフ)

木曜日 ストーマ外来(成人消化器外科・泌尿器科)

毎日 WOC コンサルテーション対応(数件～20+α件/日)

その他

褥瘡対策委員会、排尿ケアチーム会議の運営、ストーマケアチームのサポート、ストーマケア・創傷ケア指導、がん性創傷管理のサポート、他施設 WOC との連携、地域の訪問看護師やケアマネからの相談対応、ドレッシング材の見直し等

《2025 年度の主な取組・評価》

目標

①ラウンドを通して、適切なケアやアセスメントを共有する

OJT でケア指導と根拠のある記録指導を行うようにしていたが、多忙な臨床と予定が合わずカルテ上での情報共有になることが少なくなかった。

②業務の改善を行う

コンサルテーション方法の見直しや初期対応の見直しを進める予定だったが、十分な取り組みはできなかった。

③コスト管理を行う

褥瘡ハイリスク患者ケア加算 320 件

排尿自立指導 113 件

ストーマケア 83 件

在宅療養指導料 93 件

ストーマ合併症加算 63 件

・その他の実績

2025 年 4 月～2026 年 3 月

院内褥瘡発生 169 人 褥瘡発生率 0.21%

褥瘡発生部位 (Top5)

2025	1. 仙骨部	2. 尾骨部	3. 背部	4. 臀部	5. 踵部
2024	1. 仙骨部	2. 尾骨部	3. 踵部	4. 背部	5. 臀部

- ・新人看護師研修 「褥瘡予防法」教育委員会 褥瘡対策委員会主催 対象 10 人多職種で共同開催しました。
- ・ストーマ外来では毎回ではないが、外来看護師との情報共有やケア見学、ケア指導を行いました。
担当患者の付き添いで来院された訪問看護師へのケア指導やコンサルテーション対応、同じくヘルパーにも指導を行いました。
最近紙ベースの手順から写真資料へ、スマートフォンを活用したケアのビデオ撮影希望に協力し、よりケア内容の具体的な共有が可能になってきています。
- ・排尿ケア会議ではオブザーバーのメンバーと相談し、下部尿路ケア研修に参加したオブザーバーからの伝達講習を取り入れてみました。
- ・他職種連携により蓄尿バッグカバーの運用見直しと現場での有効活用ができました。
- ・看護部、教育委員会、褥瘡委員会の共同で、オムツフィッティング研修を 2 回開催することができました。
今後もケアの質向上と維持のために継続を企画中です。
- ・西部しあわせ訪問看護ステーション勉強会：講師
各回の内容は、褥瘡、創傷、ストーマ、がん性創傷管理、その他の皮膚に関する困り事、症例の振り返りについて助言を行い、WOC 系の最新情報の提供を行っています。

15 年以上継続しており、在宅での創傷治癒や改善が増えてきているそうです。

日時	開催方法	参加者	その他の参加
7 月 17 日	ZOOM	25 名	西部以外も参加
11 月 13 日	ZOOM 現地	34 名	西部以外も参加
3 月 19 日	ZOOM 現地	34 名	西部以外も参加

- ・公益社団法人 日本オストミー協会 兵庫県支部主催
第 1 回 「介護サービス担当者のためのストーマケア講習」インストラクター
- ・個人的には WOC 関連学会、web 研修等に複数参加し、自己研鑽と現場への情報提供を行いました。

《概要》

当院は、2017 年より認知症・せん妄ケアチームを発足。

私は、急性期や慢性期など色々な部署を経験する中で、認知症の方が混乱せずに安心して療養生活を送ることができ、入院前の認知機能や日常生活能力を維持したまま退院できるような看護を行ないたいと思い、2023 年度に認知症看護認定看護師の資格を取得しました。

認知症看護認定看護師の役割は、認知症ケアの実践と病院内のケア体制作り、また興奮や幻覚、混乱などの症状（認知症の行動・心理症状/周辺症状（BPSD）の予防や緩和を行なうなどの役割を担っています。

《2025 年度の主な取組・評価》

1. 活動内容

1) 認知症ケア加算 I について

2023 年度より認知症看護認定看護師 1 名が配置となり、認知症・せん妄ケアチーム（身体拘束最小化チームも含む）として活動を行なっています。チームとして、医師 4 名看護師 19 名 薬剤師 2 名 リハビリ 2 名 患者サポートセンター 1 名が所属しており多職種と協働して取り組みをおこなっています。

2023 年認知症看護認定看護師を取得してから 2024 年認知症ケア加算 I に変更となり、医師と共に 6 病棟を 3 つに分けて週 3 回病棟ラウンドを実施している。高齢化に伴い認知症患者さんが増加してきており、院内の患者さんの様々な症状に対して多職種を交えた記録やカンファレンスを行い BPSD の減少や身体拘束率の減少につながるように入介をしています。

2) 個人活動

(1) 認知症相談窓口

外来患者さんやその家族から「認知症検診について」「認知症患者の対応方法」などの相談対応

(2) 入院患者さんへの対応困難事例の「実戦」「指導」「相談」を行なう

「夜間せん妄」「帰宅願望」「食事拒否」「リハビリ拒否」などの依頼を受け、環境調整や対応を実戦しながら病棟看護師に指導を行なう

(3) 糖尿病デイに参加

簡易な認知症検診を実施し予防法の説明などを行う

(4) マニュアルの改定

3) チーム活動

(1) 認知症・せん妄ケアチーム（身体拘束最小化チーム）月 1 回の会議

(2) チーム内を 3 グループに分けて活動を行なっている

① ケアラウンド・拘束解除グループ

不必要な身体拘束を減らす為に、ラウンドの定着を図れるようなアナウンスを行ない身体拘束を減少させる

② 事例検討・広報グループ

広報誌を年間 3 回出すことによって、認知症・せん妄ケアについて理解を深めてもらう各病棟の事例検討の内容を精査し今後の対応方法などとともに考えフィードバックする事で、認知症・せん妄対策を共に考える

③ 記録監査・研修会・図書グループ

記録の監査を行ない正しい記録や正確なコストを取る

不必要な身体拘束をなくすため身体拘束カンファレンスが定着を図る
年間 2 回の研修会の実施

「認知症について」 「身体拘束について」 など

2. 評価

認知症ケア加算 I については、病棟の協力を得ながら、毎週ラウンド実施時に評価シートを入力を行なってもらい、患者の治療や状態を考慮しながらカンファレンスを実施し、拘束用具の変更や対応方法を考えることで身体拘束解除が行えている。身体拘束率は年々低下し今年度は 10% 台へ低減する事ができた。

個人活動では、依頼を受けた患者さんの対応を行い、改善策を講じたことで退院や転院へつなげることができた。また家族への関わりも多く行なった事で患者の今の認知機能の理解へとつなげる事ができた。

チーム活動としては、認知症ケアラウンド実施前までに一つのシートに多職種で患者情報を入力し共有を行なうことでスムーズなカンファレンスができるようは取り組みを行なっている。また事例検討や研修会を行なうことで認知症についての理解を深め、身体拘束解除に向けた取り組みが積極的にできるようになってきており、拘束率も低減できている。

3. 今後の課題

年々高齢率が上がって来ており、今後も認知症患者さんは増加傾向にあります。そのためには、認知症患者さんへの理解を得る為の興味のある研修会の実施や身体拘束を低減できるようなカンファレンスを行なっていく必要があります。

また認知症ケアの一環として、院内デイケアを今年度から開始しました。主に闘病意欲の向上、気分転換を行なうことで、BPSD やせん妄予防、認知機能・身体機能の低下予防といった様々な効果を期待しています。活動が軌道に乗るように多職種で協働して取り組んで行きたいと思います。

《スタッフ》

技師長（理学療法士）

言語聴覚士：5名（うち主任1名）

理学療法士：22名（うち主任2名）

作業療法士：6名（うち主任1名）

事務員：2名

《2025年度の主な取組・評価》

本年度はリハビリテーション栄養・口腔連携体制加算算定病棟が南7階病棟に加え6月から南5階秒病棟でも算定開始し2病棟に拡充しました。算定要件である①3日以内のリハビリ開始は5南85.1%、7南91.2%②休日の実施割合は平日の5南87.2%、7南103%③BI低下率は5南0.7%、7南1.1%でした。マンパワー不足はありますが急性期病院での休日の取組みが当該病棟では可能となりBI低下率を3%以内に抑える事が出来たと思います。

今後は当該病棟だけではなく全病棟のBI低下率を3%以内に抑える取組みを進めていきたいと思っています。

《リハビリテーション部 業務実績》

2025年度実績

	依頼件数	延べ患者数	算定単位数
理学療法	3,657	38,500	64,433
作業療法	1,088	11,298	20,060
言語療法	1,266	9,742	14,470
合 計	6,011	59,540	98,963

《スタッフ》

技師長

副技師長：1名

主任放射線技師：4名

放射線技師：10名

《2025年度の主な取組・評価》

今年度の当部署はアンギオ1台、救急室CTの更新を行いました。どちらの装置もAIを搭載することで被ばく低減を行いつつ画質の向上を図れる機器を導入しました。特に救急室CTにおいては列数も増え呼吸停止をすることが出来ない症例に対してもブレのない画像が得られるようになりました。造影剤用インジェクターも同時に整備を行ない、これまでの様に別室に移動して造影を行なうといったことがなくなり冠動脈CT以外の全ての検査を行なうことが出来るようになり必要な検査を迅速に行えるようになりました。

検査件数においては昨年度と比較すると全体的に減少でありました。特に救急でのCTが大きく減少となっています。しかしながら、念願であった装置の整備を行なうことが出来たので過去の検査件数でも十分対応可能であると思います。

また、2026年度には外来入院用のCTとMRIバージョンアップが控えていることから今年度はそちらの準備も順調に完了し備えることが出来ました。

《放射線技術部 業務実績》

検査	2023年度	2024年度	2025年度
一般撮影	21,408	21,960	20,151
ポータブル撮影	5,401	5,574	4,985
CT	14,065	14,890	12,776
(うち救急室CT)	6,882	7,710	6,079
(うち冠動脈CTA)	361	364	355
MR I	7,366	7,239	6,859
ANG I O	407	366	367
乳房撮影装置	1,543	1,488	1,414
骨密度測定	655	711	853
R I	204	210	194
透視検査(消化管以外)	172	166	168
消化管撮影(上部)	337	349	364

消化管撮影（下部）	5	1	2
VF	20	24	18
院外検査紹介	2023 年度	2024 年度	2025 年度
CT	645	719	678
MRI	909	1, 025	1, 204
骨密度測定	79	64	104

《スタッフ》

視能訓練士：3名（育休1人）

パート：1名

《2025年度の主な取組・評価》

眼科一般検査

眼科画像検査、造影検査など

内科、脳外科との連携した視野検査や眼球運動検査

手術前検査

地域に密着した眼科を目指しています。

2025年度より光干渉断層血管撮影導入しました。

《視能訓練部 業務実績》

視力検査	11,184
屈折検査	2,819
眼圧検査	12,869
角膜曲率半径測定	3,302
角膜内皮測定	1,250
OCT（網膜三次元検査）	5,534
眼底写真（ポラ）	3,310
眼底写真（FAF）	50
眼底造影剤写真	46
アムスラー・Mチャート中心視野検査	39
視野検査 ハンプリー	1,854
GP	296
眼軸長検査 IOLマスター	591
エコー検査	103
HESS 眼球運動検査	89
立体視検査	3
色覚検査（石原式・パネル D-15・SPP）	7
眼鏡処方	142
光干渉断層血管撮影	307
前眼部三次元画像解析	23

《スタッフ》

主任管理栄養士：1名

副主任管理栄養士：2名

管理栄養士：4名

《2025年度の主な取組・評価》

栄養管理部では安全で適切な給食提供を継続するとともに、多職種と連携しながら栄養管理業務を実施した。食事提供体制の維持に努め、患者・利用者の栄養状態の改善および満足度向上に取り組んだ。

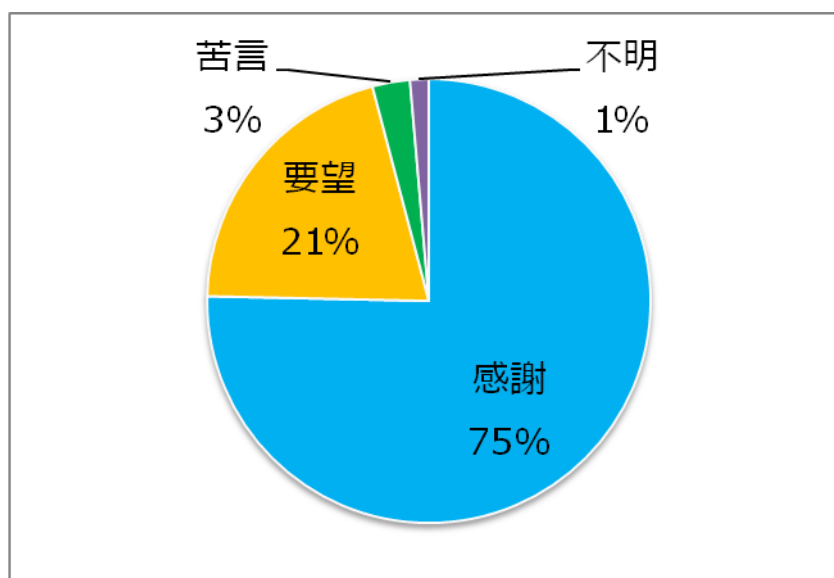
《栄養管理部 業務実績》

1. 給食管理実績

(1) 患者食数実績

4月	5月	6月	7月	8月	9月
17,189食	16,376食	15,717食	17,439食	16,352食	16,909食
10月	11月	12月	1月	2月	3月
15,728食	15,413食	17,479食	17,431食	13,796食	15,544食

(2) 患者さんからのご意見



〈感謝のご意見〉

毎食が美味しく、いつも完食しています。献立や調理法も工夫されており、又魚の切り身も新鮮な材料が使われており毎食が楽しみです。特に野菜のあんかけや卵やト

ウモロコシの衣が上にかかっているときは、中に何が入っているか判らず、ハシを入れるまでが、ミステリーでワクワクします。皆様の大変なるお世話で日々元気になっています。感謝！85才の半主婦より。（6階北）

毎食おいしい食事でのしみにしております。ありがとうございます。いつも完食させていただいております。（6階北）

いつもお野菜たっぷりのメニューありがとうございます。塩加減見習います。食器の柄の可愛さ楽しんでおります。（5階北）

2. 栄養管理実績

（1）栄養指導件数

- ① 外来栄養食事指導：269件
- ② 入院栄養食事指導：650件
- ③ 糖尿病透析予防指導：46件
- ④ 集団栄養指導：64件

（2）経腸栄養管理

件数：192件

転帰：安定終了 73%（内経口へ移行 25%）

中止 27%

3. チーム医療

- （1）糖尿病チーム
- （2）栄養サポートチーム
- （3）褥瘡対策チーム
- （4）心不全チーム
- （5）呼吸サポートチーム
- （6）骨粗鬆症チーム

4. 臨床研究調査実績

第27回兵庫NST研究会 「嚥下機能低下時における経口栄養療法の検討」
院内勉強会 「カーボカウントをやってみよう！」

5. 専門領域認定資格取得者

日本糖尿病療養指導士認定機構認定 日本糖尿病療養指導士 2名
日本栄養治療学会（JSPEN）認定 NST専門療法士 3名
日本栄養治療学会（JSPEN）認定 周術期・救急集中治療専門療法士 1

《スタッフ》

技師長代理：1名

主任臨床工学技士：2名

臨床工学技士：8名（1名パート含む）

《2025年度の主な取組・評価》

2025年は新たに内視鏡業務に従事するようになりました。内視鏡装置やファイバースコープの操作、生検やポリープ切除時の鉗子類の操作などを行うようになりました。それ以外では内視鏡関連機器のメンテナンス管理や洗浄評価なども行うようになりました。

内視鏡以外ではアブレーションの新しい修飾法であるPFA（パルスフィールド・アブレーション）やペースメーカーの新機種であるリードレスペースメーカーの植え込みや点検などの管理に対応する事となりました。

ペースメーカーの植え込みや外来での点検などにメーカーの立ち合いが完全に出来なくなったため、これらすべてのペースメーカー関連業務に臨床工学技士が対応する事となり、ペースメーカーに関する業務が大幅に増えた年でもありました。

新規業務に対しても安全に業務が実施されるよう、マニュアル作成や講習会を実施し安全管理に心がけようと思います。

《臨床工学部 業務実績》

臨床工学部業務集計 2025年度

ME 機器修理件数及び内訳		合計
修理依頼件数		373
内訳	院内対応	289
	メーカー修理（ME）	54
	メーカー修理（放射線科）	26

ME 機器点検件数	合計
使用前点検	1,059
返却点検	10,230
定期点検	1,505
作動点検	4,435

透析業務施行件数	合計
HD 延べ人数	504
患者数	108
導入患者数	1
持続緩徐式血液浄化（CHDF）	38

OPE 室業務件数		合計
神経術中モニタリング	脳外科	5
	整形外科	26
ナビゲーション	脳外科	2
	整形外科	23
麻酔器始業点検		592

ペースメーカー業務件数	合計
PM 遠隔モニタリング	1,667
PM 設定変更（MRI・PM チェック含む）	61

アンギオ室業務件数	合計
CAG・PCI	137
PM 植込み・体外式 PM 挿入	63
下肢血管造影・PTA	8
アブレーション	136
IVC フィルター・心嚢穿刺 等	2
脳血管造影	8
脳血栓回収・CAS・コイル塞栓 等	23

人工呼吸器業務件数	合計
人工呼吸器ラウンド（作動点検）	2,743
遠隔 CPAP（データ取込含む）	362
CPAP タイトレーション	3

臨床検査部

技師長 平井 まゆみ

《スタッフ》

常勤臨床検査技師：16名（技師長1名，副技師長2名，主任臨床検査技師2名）

嘱託臨床検査技師：2名

パート臨床検査技師：7名

《2025年度の主な取組・評価》

臨床検査部は、常勤・パート職員含め25名で業務を行っております。

内訳は、検体検査部門9名、生体検査部門検査15名、採血室2名です。

2025年より耳鼻科検査を検査部で担っていくこととなり、パート職員1名と常勤職員2名が交代で検査を実施しております。

全体的に検査件数は減少傾向ですが、ホルター心電図（24時間・長期間とも）神経伝導検査は前年度を上回っております。2026年は診療報酬改定もあり、加算の取り漏れのないような仕組み作りをしていきたいと思っています。

《臨床検査部 業務実績》

検体検査件数（一部抜粋） 2025年度

	項目	件数
一般	尿定性	14,570
	沈渣（機械法）	6,222
	沈渣（目視法）	4,441
	便潜血	2,596
血液	血算	34,885
	血液像（機械法）	25,492
	血液像（目視法）	484
生化学・血清・免疫・ウイルス等	AST	34,343
	LDL	15,336
	CRE	33,978
	K	32,256
	HbA1c	15,178
生化学・血清・免疫・ウイルス等	糖負荷試験	11
	CRP	29,276
	NT-proBNP	6,447

	高感度トロポニン	1,657
	HBsAg	5,820
	HCV-Ab	5,444
輸血	血液型	1,664
	クロスマッチ	415
	不規則抗体同定	24
病理	細胞診	281
	病理組織	922
微生物	培養	5119
	感受性	1504
	コロナ PCR	4
	抗酸菌 LAMP	104

血液製剤使用状況（2025年度）

製剤名	使用単位数
赤血球-LR	1,074
新鮮凍結血漿-LR	8
照射濃厚血小板-LR	140
自己血	136

心電図室検査件数（2025年度）

項目	件数
心電図	11,494
24時間ホルター心電図	576
長期間ホルター心電図	347
マスター負荷心電図	56
トレッドミル、エルゴ	46
エルゴ+CPX	27
肺機能検査	1,450
ABI	985

SPP	26
脳波検査	47
神経伝導検査	142
簡易 PSG、SpO ₂	19
PSG	56
CGM	75
合計	15,346

耳鼻科領域検査（2025 年度）

項目	件数
標準純音聴力検査	466
標準語音聴力検査	34
チンパノメトリー	56
耳小骨筋反射検査 SR	9
簡易聴力（気導鈍音聴力）	219
シェロングテスト	5
合計	789

エコー検査件数（2025 年度）

検査領域	件数
腹部エコー	1,814
甲状腺エコー	161
体表エコー	216
乳腺エコー	1,340
頸動脈エコー	612
下肢静脈エコー	439
下肢動脈エコー	29
上肢・その他	6
腎動脈エコー	11
心エコー	3,270
経食道心エコー	14
合計	7,912

部門別総項目検査件数（2025 年度）

		件数
検体検査	生化学検査	662,438
	血液検査	61,661
	一般検査	35,840
	免疫学検査	44,186
	輸血検査	2,118
	止血関連検査	26,851
	微生物検査	9501
	病理検査	1203

《スタッフ》

薬剤部長：1名 パート薬剤師：4名
 副薬剤部長：1名 事務員：3名
 課長薬剤師：1名
 主任薬剤師：6名
 薬剤師：13名

《2025年度の主な取組・評価》

医薬品購入価格の抑制

ジェネリック・バイオシミラー採用の増加、医薬品卸からSPDサービスでの薬剤購入による差益増、稀用薬の院内在庫削減にて費用の削減を達成しました。

薬剤補助者の増加により薬剤師を病棟へ常駐化

薬剤管理指導料、退院時薬剤情報管理指導料の合計件数

目標：10,000件 結果：11,257件 達成しました。

がん薬物療法体制充実加算の算定

がん薬物療法体制充実加算の算定要件を達成しました。

目標：15件 結果：60件 達成しました。

薬剤部内研修会・症例報告会の合計回数

目標：35回以上 結果：46回 達成しました。

《薬剤部 業務実績》

外来処方箋枚数	6.4枚／日	
入院処方箋枚数	144.2枚／日	
院外処方箋発行率	95%	
薬剤管理指導業務（380点）	252.3件／月	
薬剤管理指導業務（325点）	235.2件／月	
外来化学療法件数	32.5件／月	
入院化学療法件数	2件／月	
TPN混注件数	20件／月	
薬剤師主導AST介入件数 （モニタリング件数）	13件／月 （モニタリング件数 24件／月）	
チーム医療	がん化学療法	NST
	ICT	AST
	糖尿病ケア	緩和ケア
	認知症・せん妄ケア	心不全ケア

	褥瘡対策	医療安全
患者教室	糖尿病教室	
施設認定（薬剤部関連）	病棟薬剤業務実施加算 1	
	病棟薬剤業務実施加算 2	
	薬剤管理指導	
	退院時薬剤情報管理	
	薬剤総合評価調整加算	
	入院無菌製剤処理	
	抗菌薬適正使用加算 1	
	後発医薬品使用体制加算 1	
	一般名処方加算	

《スタッフ》

救急救命士：2名

《2025年度の主な取組・評価》

救急救命部は患者受入から入院・帰宅までの診療補助、院内トリアージの実施、救急隊から患者収容依頼の電話受理、救急外来にて救急救命処置（心肺停止患者及びショック患者へのルート確保）の実施を主にしています。

また、病院救急車を稼働させ病院間の転院・下り搬送やクリニック、施設、自宅へのお迎え搬送などを行っています。

本年度はタスクシフトとして救急車受入要請の受理及び救急救命処置の業務を拡大しました。また、BLS・ICLSインストラクターとして積極的にコースに参加し、知識・技術を培っています。

次年度は職員の採用を積極的に実施し人員を確保すること、救急救命処置（血糖測定、ブドウ糖投与）の処置拡大、病院救急車稼働件数の増加を目指し、地域医療に貢献できる救急救命部にしていきたいです。

《救急救命部 業務実績》

- ・救急救命士1名採用
- ・2025年度病院救急車出動件数26件
- ・救急救命処置の拡大
- ・緊急自動車運転者研修への職員派遣
- ・BLS・ICLSコースインストラクターでの活動

ここ数年、医療機関における事務部門の役割が大きく変わっていくのを感じています。実務レベルでは医療部門からのタスクシフトが注目されていますが、もっと病院の土台作りを求められており、さらに言うなら「医療分野」にもアプローチして事務職としてタスクシェアしていくことが求められています。

今後この流れが続くのは間違いなく、いままでの「縁の下の力持ち」だけではない部門になることが、病院運営のキーになりそうです。

事務部門にも多くの部署があり、管理統制と同時に育成をしながら、さらに病院の中枢を担うような存在になれるかどうか。大きく変革の時期を迎えていると感じます。

《スタッフ》

- 係長：1名
- 主任：1名
- 書記：1名
- パート：2名

《業務内容》

- ・病院内諸行事の連絡と執行
- ・院内規程、規約類（就業規則等）の制定や改廃
- ・公印・代表者印の保管管理
- ・郵便物・宅配荷物の収受、発送、配布、伝達
- ・職員の慶弔に関する業務
- ・職員の労務管理、社会保険、福利厚生等の業務
- ・働き方改革への対応
- ・院内巡視（衛生管理活動）
- ・ユニフォーム管理
- ・その他、どの部署にも該当しない業務

《2025年度の主な取組・評価》

- ・勤怠管理
- ・電子申請による公的手続き
- ・休職する職員との面談実施
- ・ペーパーレス化

《総務課 業務実績》

- ・SmartHR導入
 - ① 人事情報の構築
 - ② 入職手続き電子化
- ・有休付与時の出勤率確認（8割未満を洗い出し）

《スタッフ》

主任：1 名

書記：1 名

《業務内容》

- ・ 職員の募集・採用に関する業務
- ・ 採用試験（面接官）
- ・ 人事会議
- ・ 各職種の求人票の作成
- ・ 就職説明会に参加（看護師 5 回・研修医 6 回）
- ・ 求人サイト・人材紹介会社・派遣会社等の折衝
- ・ 入職後の面談の実施（入職後 1・3・6 ヶ月）
- ・ 中途採用者及び新卒採用職員（看護師除く）との面談
- ・ 人事制度の構築
- ・ 人事考課制度の見直し
- ・ 院内規程の作成・見直し
- ・ 医師臨床研修業務
- ・ 補助金申請
- ・ 協力型病院との連携
- ・ 評価の管理

《2025 年度の主な取組・評価》

- 入職者オリエンテーション実施
- 4 月度新入職者面談（1 ヶ月・3 ヶ月・6 ヶ月）
- 障害者雇用の促進、業務管理（特別支援学校等との連携）
- 次年度採用者向け合同就職説明会参加

《人事課 業務実績》

- 人事考課のデータ管理化、ペーパーレス化
- 新システム (SmartHR) 導入
 - ・ 人事考課の移行
 - ・ 職員満足度調査の実施、集計、データ分析

《スタッフ》

係長：1名

書記：3名

《業務内容》

- ・ 日次業務：診療費精算機稼働準備・売上集金、小口現金出納、口座入金確認、振替伝票仕訳起票、出納帳・元帳転記、請求書等電子保存、給与計算職員向け弁当販売、ハッピーパックに関する業務
- ・ 週次業務：駐車場精算機集金、銀行窓口払込・両替
- ・ 月次業務：月次決算財務諸表作成、納税、給与計算・給与振込、総合振込、取引先支払管理、未収金管理、資金計画策定、各種自販機・コインランドリー等集金
自販機用弁当発注、診療科運営会議収支稼働報告資料作成
- ・ 年次業務：予算編成、期末決算、年末調整、源泉所得税申告、固定資産・償却資産申告、消費税申告、法人税申告、当座貸越契約更改、医師賠償責任保険契約更改
- ・ その他：本会施設長会議等報告資料作成、寄附の受入など

《2025年度の主な取組・評価》

キャッシュレス化の一環として診療費後払いサービス導入準備（システム課・医事課と連携し実施は次年度へ持ち越し）、職員の経費精算について一定額以上は振込支給に切り替えた。ペーパーレス化への備えとして請求書受領クラウドサービスの導入を目指し、比較・検討を行った。（次年度導入を企図）またテレワークは1名が定期的に従事し、業務効率化と有事の事業継続性確保に取り組んでいる。

《経理課 業務実績》

事務部内でのタスクシフトの一環で月次給与・年末調整・勤労福祉共済業務の大部分を承継し総務課の負担軽減に助力した。

《スタッフ》

係長：1名

書記：1名

委託設備員：約5名/日（うち立哨 2名）、委託清掃員：約12名/日

《業務内容》

- ・設備（機器）保全業務
- ・廃棄物管理業務
- ・医療ガス関連業務（液化酸素・CE充填立会等）
- ・公用車管理
- ・敷地内植栽管理
- ・災害訓練（火災・地震・土砂）
- ・受変電設備年次点検（停電試験）
- ・委託業者管理（設備保守・清掃）
- ・官庁等申請・報告（保健所・消防等）

《2025年度の主な取組・評価》

- ・パート用務員1名の退職に伴い、一時的に事務部での負担が増加しました。
- ・無停電電源装置などの経年による機器更新への取組を行っております。
- ・開院25年を経過し、設備全体的に老朽化が見られ、水漏れ等の突発的な不具合が増加傾向にあり、引き続き設備保全に務めたい。

《施設課 業務実績》

支出項目	おもな実績
修繕	パッケージエアコン・厨房内区画パーティション・医療ガス設備吸引ポンプ・消防設備点検不備箇所・立体駐車場信号制御装置・別館ドア・排水処理設備 他
その他の機械備品	病棟シャワー室パネルヒーター・ナースコール卓上型親機 他
消耗器具備品	病室換気扇・厨房混合水栓・病棟シャワー室混合水栓・トイレジェットタオル 他
建物付属設備	本館無停電電源装置（UPS）更新工事・厨房自動扉センサー・制御機更新・医療ガス配管設備改修（空気配管増設・コンプレッサー更新）・冷温水発生機更新工事（2号機）

《スタッフ》

主任：1名
書記：2名
パート：4名

《業務内容》

- ・物品購入に関する業務（薬品・試薬を除く）
- ・医療機器修理に関する業務
- ・固定資産取得および除却に関する業務
- ・委託契約に関する業務
- ・賃貸借契約に関する業務
- ・医療機器保守契約に関する業務
- ・各種補助金に関する業務
- ・診療材料および機器棚卸しに関する業務
- ・物品管理業務（外部 SPD 管理業務）
- ・災害備蓄品の管理に関する業務
- ・飲料水 病棟払出しに関する業務
- ・軽食自動販売機および日用品単品販売に関する業務
- ・メッセンジャー業務
- ・診療材料部署別棚入れ

《2025 年度の主な取組・評価》

- ・備蓄品（災害用、感染防護用）の内容（品目、数量等）の見直しや、使用期限管理に取組みました。
- ・売店閉鎖中、軽食用自動販売機の商品を見直しを行い、パン類のブースを増やし患者さんおよび職員への対応をとりました。

《物品管理課 業務実績》

2025 年度（令和 7 年度）整備拡充実績

	機 器 名	整備時期
1	全身麻酔装置	R7 年 5 月
2	パルスフィールドアブレーション一式	R7 年 5 月
3	光干渉断層計	R7 年 6 月
4	注射払い出し装置	R7 年 6 月
5	全自動血液凝固測定装置	R7 年 6 月

6	レゼクトスコープ	R7 年 6 月
7	電気メス AutoconⅢ 400	R7 年 6 月
8	HD カメラヘッドセット	R7 年 6 月
9	X 線循環器診断システム AlphenixCore+	R7 年 6 月
10	全身用 X 線 CT 装置	R7 年 6 月
11	結石破砕レーザーパルス 120H セット	R7 年 7 月
12	Ultimax-i 泌尿器オプション	R7 年 7 月
13	LUCAS3 心臓マッサージシステム	R7 年 7 月
14	全自動尿流量計フロースター	R7 年 7 月
15	Hawk モルセレーターシステム	R7 年 8 月
16	電動手術台	R7 年 8 月
17	シリンジポンプ 38 型 6 台	R7 年 9・10・12 月
18	診断用 X 線装置 RADspeedPro	R7 年 9 月
19	解析付心電計	R7 年 9 月
20	クリニースキャン	R7 年 10 月
21	オージオメータ	R7 年 10 月
22	ボディーコンポジションアナライザー	R7 年 10 月
23	CO2 インキュベーター	R7 年 10 月
24	レビテーターⅡ	R7 年 11 月
25	ウルトラベースユニット	R7 年 12 月
26	GI ゲートイノベーション	R7 年 12 月
27	血液ガス分析システム	R7 年 12 月
28	ベッドパンウォッシャー 2 台	R7 年 12 月
29	ウロスコープ	R8 年 1 月
30	PACS NOBORI-CUBE 用周辺機器	R8 年 1 月
31	自動体外式除細動器	R8 年 2 月
32	血液保冷库	R8 年 3 月
33	生理検査サポートシステム一式	R8 年 3 月

《スタッフ》

- 課長：1名（システム課兼務）
- 書記：3名
- 嘱託：1名
- パート：1名

《業務内容》

- ・診療情報管理業務（点検、監査、病歴登録、保管、管理）
- ・DPC 関連業務（コーディング、様式1作成、病院指標作成）
- ・全国がん登録業務
- ・診療情報開示業務（カルテ開示）
- ・同意書類の電子保存に係る業務

《2025年度の主な取組・評価》

- ・2024年1～12月全国がん登録情報の提出を行いました。
- ・診療録の質向上を目的として、毎月、多職種による監査を実施しました。
- ・2025年4月より、カルテ開示の料金改定と手続きの見直しを行いました。
併せて、病院ホームページの掲載内容を整備し、開示申請書および委任状をダウンロードできるようにしました。

《医療情報課 業務実績》

- ・退院サマリー作成率
退院後7日以内：94.8%
退院後14日以内：98.4%
- ・カルテ開示対応：97件

《スタッフ》

- ・主任：1名 書記：5名
- ・外来業務委託：34名
- ・派遣・パート・嘱託：5名

《業務内容》

- ・施設基準の維持管理・新規届出
- ・定例報告および外来病床機能報告のデータ作成・提出
- ・入院外来診療費の計算、請求・収納管理
- ・入院外来レセプト点検・請求
- ・自賠責保険・労災保険の請求
- ・外来受付・診察受付
- ・各診断書類の受付・管理
- ・院内保安・総合受付

《2025年度の主な取組・評価》

2025年度は、前年度の診療報酬改定に伴う運用定着を図るとともに、病院の機能転換や新たなシステム導入へ対応してまいりました。

6月には、緩和ケア病棟開設に伴う施設基準の新規届出および運用を確立させました。

また8月の定例報告や11月の外来病床機能報告などの行政報告業務についても、関連部署と連携し、期日内にデータ提出を完了させました。

年度末の2026年3月にはレセプト点検支援システムを導入いたしました。本年度は導入準備を主に進めてまいりましたが、次年度以降はシステムのメンテナンスを継続し、請求精度の向上と効率的な点検を推進してまいります。

今後も地域のニーズを捉えた新規施設基準の届出と、病院経営の安定に努めるとともに、複雑化する診療報酬制度について、精度の高い診療報酬請求を実現いたします。医事課の立場から地域の医療に貢献することを目指したいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

《医事課 業務実績》

【2025年度の主な新規施設基準届出】

- 2025.4 がん薬物療法体制充実加算
入院ベースアップ評価料 47
看護職員処遇改善評価料 47
- 2025.5 看護職員夜間配置加算

- 2025.6 緩和ケア病棟入院料 2
リハビリテーション栄養口腔連携体制加算（5階南病棟）
- 2025.7 夜間看護体制加算
CT撮影64列以上のマルチスライス型の機器
- 2025.8 特定集中治療室管理料 5
- 2025.10 入院ベースアップ評価料 53
看護職員処遇改善評価料 49
- 2025.12 医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術（胃瘻造設術）

【2025年度 レセプト点検件数】

	総件数	月平均件数
外来（医科）	61615	5135
入院（医科・DPC）	8353	696

《スタッフ》

課長：1名（医療情報課兼務）

係長：1名

主任：1名

書記：2名

《業務内容》

- ・医療情報システムの導入・保守・管理
- ・ITインフラの導入・保守・管理
- ・ヘルプデスク対応
- ・データ利活用支援
- ・情報セキュリティ管理
- ・医療DX、ICT活用の推進
- ・ベンダー・外部業者との調整、折衝

《2025年度の主な取組・評価》

2025年度は2名の増員を行い、医療DXの推進を意識し、紹介FAXのペーパーレス化、SSI各種システムの導入、オンライン資格確認関連機能の拡充、SmartHR導入支援など、院内業務の効率化と情報活用基盤の強化に取り組みました。また、厚生労働省「サイバーセキュリティ確保事業」による外部ネットワーク接続の把握・安全性検証を実施し、情報セキュリティ対策の強化にも努めました。一方、RPAは導入したものの、対象業務の選定や構築が十分に進まず、本格運用には至りませんでした。

時期	内容
2025年 4月	紹介FAXのペーパーレス化
2025年 4月	SSI「ダッシュボードシステム」稼働
2025年 8月	厚生労働省「サイバーセキュリティ確保事業」による外部ネットワーク接続の把握、安全性の検証・調査実施
2025年 9月	RPA「BizRobo!」稼働
2025年 10月	オンライン資格確認「医療費助成対応」開始
2025年 10月	SSI「生成AIサービス」トライアル開始
2025年 10月	PACS契約更新
2025年 11月	オンライン資格確認「スマートフォンのマイナ保険証対応」開始
2026年 1月	労務管理「SmartHR」導入支援
2026年 2月	オンライン資格確認「主治医意見書」開始

2026 年 2 月	オンライン資格確認「救急医療情報閲覧」開始
2026 年 2 月	SSI「ベンチマーク Next」稼働
2026 年 3 月	SSI「レセプト院内審査支援システム」稼働
2026 年 3 月	SSI「電子カルテ情報共有サービス」導入作業開始（2026 年 5 月テスト稼働予定）

《スタッフ》

主任：1名

副主任：1名

書記：3名

委託職員：1名

《業務内容》

- ・病棟での入退院事務処理
- ・患者、来院者の対応
- ・入院患者の他科外来受診手続き
- ・かかりつけ医への医療連携
- ・医師、看護師からの指示業務
- ・職員ワクチン接種オーダー
- ・その他病棟細事全般

《2025年度の主な取組》

- ・ICU クラーク担当開始
- ・救急外来より入院患者案内マニュアル作成
- ・面会予約、受付
- ・面会、来訪者案内文書作成
- ・職員インフルエンザ予防接種オーダー
- ・病棟支援課マニュアル更新

《スタッフ》

副主任：1名

書記：3名

《業務内容》

- ・各種診断書作成（生命保険、福祉関連、介護保険、訪問看護、自賠責など）
- ・診療情報提供書作成
- ・退院サマリ作成
- ・症例登録（NCD、JND、JOANR など）
- ・外来補助（カルテ代行入力、診療情報提供書作成、認知症検査など）
- ・カンファレンス参加・医局集談会参加（議事録作成）
- ・初期研修医・専攻医の研修管理
- ・治験登録、MR 説明会参加、MR 対応
- ・学会・研究会など資料作成
- ・各種資料・データ作成
- ・医師当直表、勤務表の作成

《2025 年度の主な取組・評価》

2025 年度は、新規診療科へ介入し、眼科・人工透析内科の退院サマリの作成を開始しました。

また、2025 年度に総合診療専門研修プログラムの修了判定の準備～委員会開催、専門医試験の提出書類の準備を行い、無事修了判定まで終えることができました。

現在は、臨床研修プログラムの改善を行い、JCEP 受審に向け準備中です。

今後も医師の働き方改革へ貢献できるよう様々な業務に取り組んでいきたいと思っています。

《医師支援課 業務実績》

名称	2023 年度	2024 年度	2025 年度
各種診断書 （生命保険、傷病手当金請求書、身体障害書診断書・意見書）	1,238	1,051	945
介護保険主治医 意見書	732	796	708

福祉関連書類（医療 要否意見書等）	805	995	828
診療情報提供書	1,467	1,222	962
自賠責診断書	587	648	564
退院サマリ	4552	2581	4775

《スタッフ》

健診センター長 ： 足立秀治 dr.
 ドック・健診担当 ： 島津敬 dr. 清水和輝 dr. 深水真希 dr.
 外部医師 ： 福家啓起 dr. 辻家紀子 dr.
 認知症検診担当 ： 山田則夫 dr.
 外来看護師 ： 専従 1 名 事務職員：1 名 パート事務員：3 名

《業務内容》

- ドック・各種健診：予約対応（電話・FAX・窓口）/検査オーダー入力
 受付・検査案内/健康診断書発行/請求書発行
 船員手帳転記/データ貼り付け・所見確認
 案内状送付/ドック結果報告書発行・郵送
- 各企業組合・委託業者・行政：ドック・各種健診・予防接種の請求業務
- 各企業組合（42 社）・委託業者（7 社）・行政：契約締結/更新/確認業務
- 職員健診実施：検査オーダー入力/結果入力/結果報告書作成
 労働基準監督署報告
- 案内状・問診票・承諾書・注意事項等の書面作成/改訂

《2025 年度の主な取組・評価》

2024 年度に新規契約いたしました「協会けんぽ生活習慣病予防健診」におきましては、受入体制の整備および対象者の方々への積極的なアプローチが功を奏し、実施件数が前年度比で 2 倍へと大幅に増加いたしました。

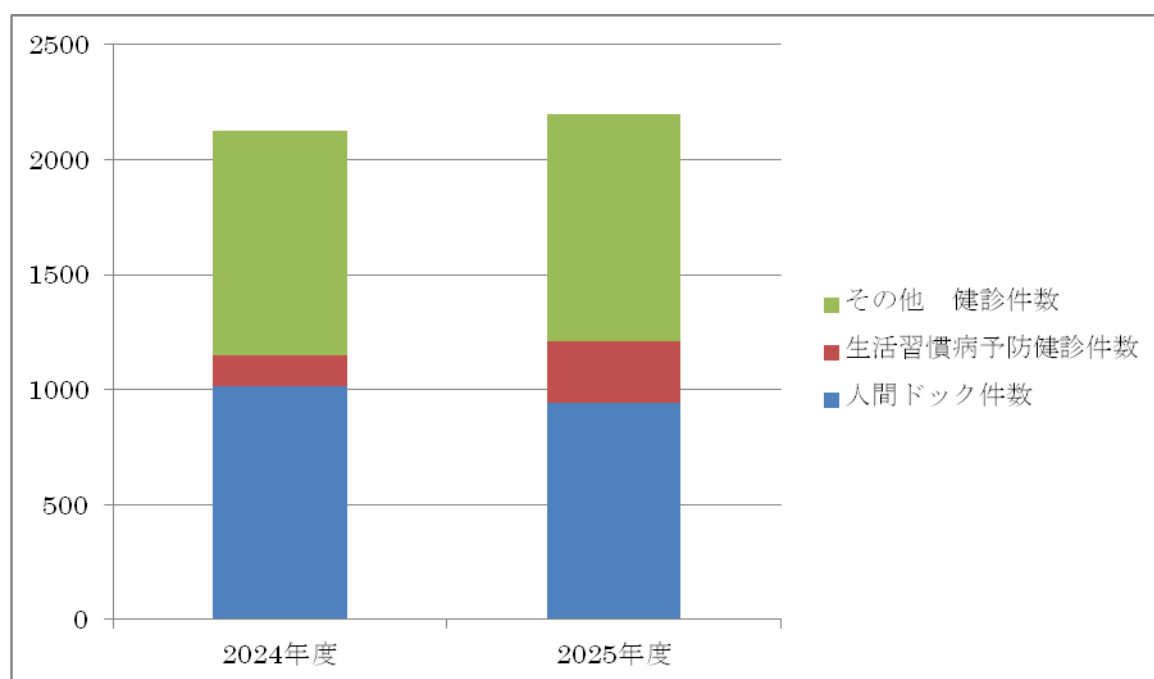
当年度の課題でありました保健指導の実施体制をゼロから構築し、新たな体制のもとで徹底した進捗管理と、対象者の方々への丁寧な動機付けを行いました結果、目標を上回る実施実績を収めることができました。

この取り組みは、地域における生活習慣病予防や健康増進への貢献を飛躍的に高める、重要な契機となったと評価しております。

また、ご利用者様のサービス向上の一環として、健診結果の信頼性をより高めるため新たに一般健診の胸部 X 線において、医師 2 名によるダブルチェック、ならびに看護師と医師による所見のクロスチェックの体制を構築いたしました。さらに、多職種が円滑に業務遂行できますように対話を心がけ、ミーティングに医師、外来看護師長、看護師、管理栄養士、システム担当に参加していただき、課題や問題の周知を円滑に行うことができました。チーム一丸となって前向きに取り組めました。

《 健診センター 業務実績 》

	実施件数	前年度比
人間ドック	941 件	93%
生活習慣病予防健診	271 件	210%
各種健診	986 件	101%
船員手帳健診	110 件	83%
水先案内人健診	101 件	94%



《スタッフ》

看護師長：1名

看護師：4名

MSW係長：1名

MSW：3名

《2025年度の主な取組・評価》**1. はじめに（今年度の総括と業務概況）**

2025年度（令和7年度）は、当院の病棟機能および運営体制において極めて大きな転換期となりました。前年度（2024年3月）に一度閉鎖した「地域包括ケア病棟（54床）」を2025年1月に再度開設し、続く5月には「緩和ケア病棟（13床）」を新設いたしました。これにより、急性期治療から在宅復帰・看取りまでを自院で一貫して支える体制が再構築されました。

外的な要因としては、年間を通じて看護師を中心とした人員不足が深刻な影を落としました。地域包括ケア病棟をはじめ、最大54床の病棟を48床稼働に制限せざるを得ないなど、フル稼働できない状況が継続いたしました。さらに、2025年9月には全体の病床数を325床から315床へと変更（減床）しております。

これら「病棟機能の転換」と「病床稼働制限による入院患者数の減少」は、入退院支援室の業務実績にもダイレクトに反映されています。相談延人数は前年比で減少したものの、相談内容は前年度までの「他院への転院調整（効率重視）」から、「自院の地域包括ケア病棟等を活用した在宅復帰・施設入所援助（丁寧な対面支援・質の重視）」へ劇的にシフトした、極めて意味のある1年となりました。

2. 相談援助実施件数 および 診療科別実績**（1）主要指標推移**

当年度の相談延人数は10,424人となり、前年度（12,172人）から減少いたしました。1日平均対応件数も28.56人（前年33.35人）に低下しています。

しかし、実相談人数は3,284人（前年3,306人）と微減に留まっており、入院患者総数が減る中で、相談が必要な患者に対してより密度の高い介入（1人あたりの丁寧な関わり）を行ったことを示しています。

項目	2023年度	2024年度	2025年度（当年度）
相談延人数（計）	12,958人	12,172人	10,424人
1日平均	35.40人	33.35人	28.56人
実相談人数	3,583人	3,306人	3,284人
内訳：入院	12,564件	11,918件	10,176件
内訳：外来	221件	64件	88件
内訳：その他	173件	190件	160件

（２）診療科別の特徴

救急科（1,447件）が全体の約44%を占め、例年通り最大の相談元となっています。次いで多い整形外科（537件）、脳外科（498件）、循環器内科（291件）についても、急性期からの切れ目のない介入体制を維持いたしました。ただし、病院全体の減床・稼働制限に伴い、各科とも件数自体は前年より減少しています。

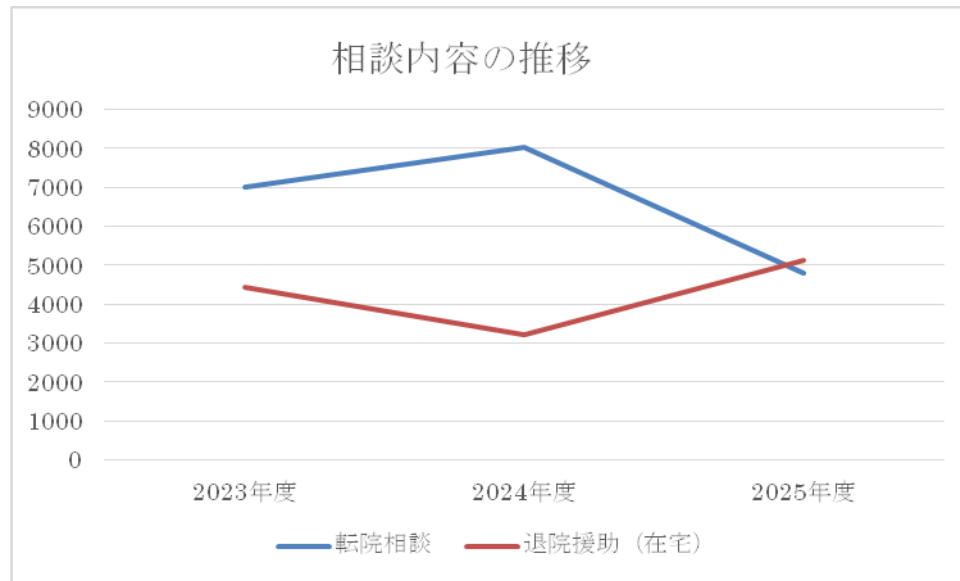
3. 相談内容の分析（業務構造の変化）

今年度の実績で最も特筆すべきは、相談内容の構造変化です。

相談内容（上位）	2023年度	2024年度	2025年度（当年度）
退院援助（在宅）	4,435件	3,209件	5,142件（過去最高）
転院相談	7,021件	8,039件	4,796件（激減）
社会資源の説明	1,297件	737件	753件
社会的援助	550件	894件	285件
経済的援助	151件	113件	96件

前年度（2024年度）は地域包括ケア病棟がなかったため、急性期を脱した患者の多くを他院へ転院させる必要があり、「転院相談（8,039件）」が業務の大部分を占めていました。

しかし今年度は、1月の地域包括ケア病棟の再開設により、自院内での回復・在宅調整期間が確保できるようになり、「退院援助（在宅）」が5,142件と急増し、転院相談を逆転いたしました。これは病棟転換の方針が正しく機能し、患者の在宅復帰を強力にサポートできた成果と言えます。



※2025年1月の地域包括ケア病棟再開設に伴い、外部への『転院調整』から、自院での『在宅復帰援助』へと相談ニーズが劇的にシフトしています。

4. 相談・協議先（連携先）の実績

地域包括ケア病棟および緩和ケア病棟の運用に伴い、MSW・退院支援看護師の連携・コミュニケーションの対象にも明確な変化が現れました。

- ・医療機関（他院）との協議：3,612件（前年 6,001件から激減）

転院調整の減少に伴い、外部病院とのやり取りは大幅に減少いたしました。

- ・社会施設（施設・老健等）との協議：1,662件（前年 867件からほぼ倍増）

在宅復帰や、地域包括ケア病棟からの施設入所移行へのアプローチが強化された結果です。

- ・ケアマネジャーとの協議：1,919件

前年（1,901件）と同等の高水準を維持いたしました。地域包括ケアシステムにおける「点から面への連携」が定着しています。

5. 相談手段（業務プロセスの質的变化）

全体の相談延人数や外部連携（電話など）が減少する中、面接（対面相談）は3,305件（前年 3,411件）と、ほぼ同水準を維持いたしました。

- ・電話：7,281件（前年 9,233件から大幅減）

- ・面接：3,305件（前年 3,411件とほぼ横ばい）

病床制限（54床中 48床稼働）や減床によりベッドコントロールの超急性期的なプレッシャーが緩和されたこと、また緩和ケア病棟の新設により精神的ケアや家族面談

の重要性が増したことから、MSW・退院支援看護師が「電話を回す調整業務」から「患者・家族と膝を突き合わせる面接業務」へ、より時間を割けるようになった（質の向上）と捉えることができます。

6. 次年度への課題と展望

2025年度は、病棟再編という病院の大きな方針転換を入退院支援室として支え、在宅復帰・施設移行において多大な成果を挙げることができました。しかし、同時に以下の課題も浮き彫りとなっています。

- ・看護師不足による稼働制限への対応

病床がフル稼働（地域包括ケア病棟 54 床フル運用など）できない状態は、入院患者数ひいては相談対象者の減少に繋がっています。次年度、人員が充足し病棟がフル稼働へと移行した際には、相談援助件数（特に在宅退院）の再急増が予想されるため、業務効率化と体制強化を同時に進める必要があります。

- ・多機能病棟に応じた MSW・退院支援看護師の専門性向上

「一般・ICU」「地域包括ケア」「緩和ケア」という、役割の全く異なる病棟が揃いました。MSW・退院支援看護師には、それぞれの病棟特性（スピード感のある退院、丁寧な在宅調整、終末期の精神的ケア）に即座に対応できる高度な専門性と柔軟性が求められており、室内の教育・研修体制を強化していく方針です。

患者サポートセンター（地域医療連携室）

係長 奥田 千恵美

《スタッフ》

係長：2名

主任：1名

《業務内容》

【基本方針】

1. 積極的に地域の医療連携に取り組み「病診連携」「病病連携」の強化
2. 地域の医療・福祉機関と協力して、地域の医療の充実を図り地域の皆様に安心していただけるよう努力する
3. 地域に開かれた病院を目指して、院内外が多職種と協力して医療情報の共有に努める

【役割】

「超急性期病院」や「かかりつけ医」その他医療機関や施設のパイプ役となり、病院の窓口になる

【業務内容】

他院からの紹介・救急患者受け入れの調整及び診察予約、検査予約の取得
開放型病床、在宅後方支援等の登録医関連業務
医療機関及び介護施設連携の強化
病院広報、営業活動

《2025年度の主な取組・評価》

本年より、DX化を及びペーパーレス化を進める為、FAX受診を電子化した。
また、今後も地域医療支援病院として、地域の医療機関や施設との連携を図る為、カンファレンス等を行う予定。

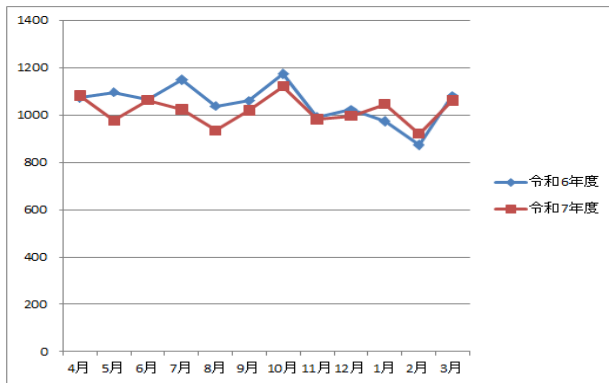
《地域医療連携室 業務実績》

1. 診療予約の依頼件数

令和6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
紹介総数	1072	1096	1,064	1,149	1,038	1,060	1,173	991	1022	973	874	1,080	12,592
診療依頼	285	283	329	317	271	319	336	271	229	252	198	306	3,396
外来予約率	26.6%	25.8%	30.9%	27.6%	26.1%	30.1%	28.6%	27.3%	22.4%	28.0%	22.6%	28.3%	26.9%

令和7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
紹介総数	1082	976	1,063	1,024	935	1,020	1,121	982	996	1046	920	1,061	12,226
診療依頼	316	279	307	274	245	332	320	284	260	316	258	284	3,475
外来予約率	29.2%	28.6%	28.9%	26.8%	26.2%	32.5%	28.5%	28.9%	26.1%	30.2%	28.0%	26.8%	28.4%

紹介総数(診察、検査含む)

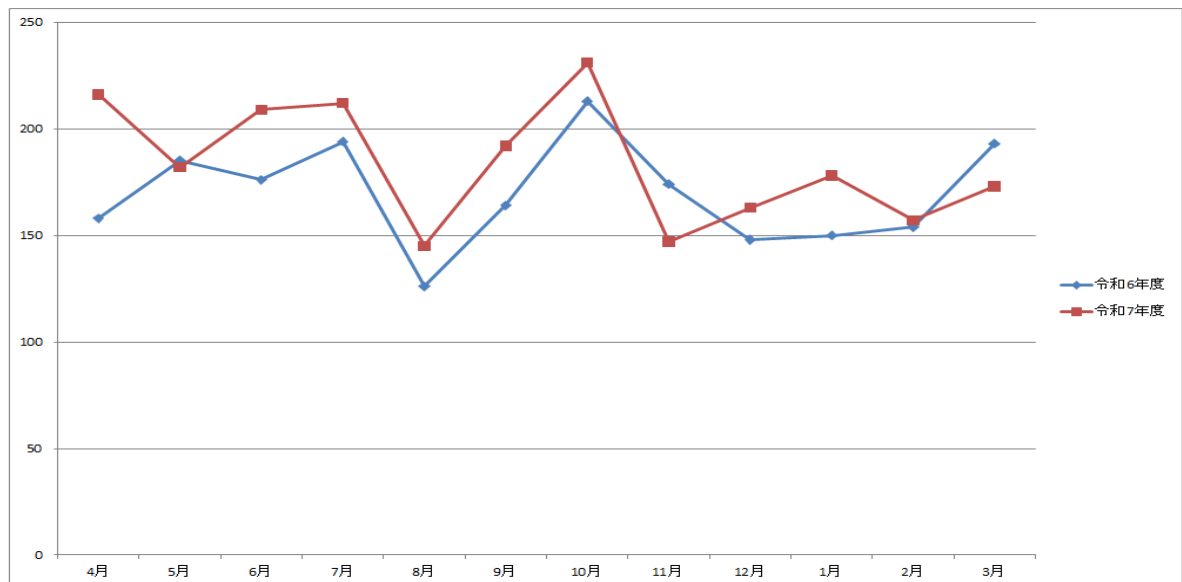


診療予約数



2. 施設の共同利用 (MRI, CT, 内視鏡, エコー等の検査依頼)

	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
令和6年度	158	185	176	194	128	164	213	174	148	150	154	193	2,035
令和7年度	216	182	209	212	145	192	231	147	163	178	157	173	2,205

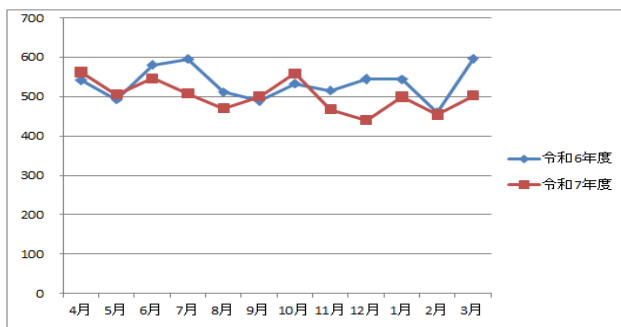


3. 紹介率・逆紹介率

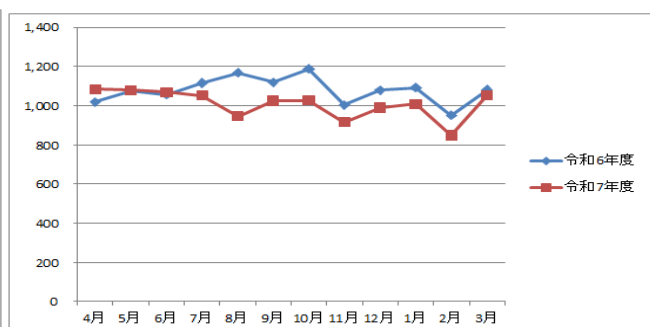
令和6年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
紹介患者	541	492	580	595	511	489	532	515	544	543	460	596	6,398
紹介率	86.6%	79.7%	92.2%	87.8%	79.3%	85.8%	85.4%	87.4%	86.2%	97.7%	94.1%	89.4%	87.5%
逆紹介患者数	1,018	1,077	1,067	1,116	1,169	1,120	1,189	1,004	1,079	1,092	952	1,082	12,955
逆紹介率	162.9%	174.6%	168.0%	164.6%	182.7%	196.5%	190.9%	170.5%	171.0%	196.4%	194.7%	162.2%	177.1%

令和7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
紹介患者	582	505	546	507	470	500	558	467	440	499	454	502	6,010
紹介率	89.2%	83.3%	87.1%	94.1%	82.0%	90.4%	84.2%	90.5%	87.6%	90.6%	88.3%	85.8%	87.6%
逆紹介患者数	1,085	1,079	1,069	1,052	946	1,026	1,028	916	991	1,008	849	1,054	12,103
逆紹介率	172.2%	178.1%	170.5%	195.2%	165.1%	185.5%	155.1%	177.5%	197.4%	182.9%	165.2%	180.2%	176.5%

紹介患者数



逆紹介患者数



《スタッフ》

看護師：1名

MSW：2名

《2025年度の主な取組・評価》

患者相談窓口は MSW と看護師の配置 3 年目を迎え患者相談窓口報告書の書式変更とシステム運用の定着により、相談傾向の可視化と別紙の通り数字で見える化を実現しました。「初診窓口の隣」という設置場所のわかりやすさや、パンフレット・ホームページでの案内により、患者・家族からの相談が定着してきています。

特に朝の初診受付業務のサポートにおいては、待ち時間問題やクレームの防止に留まらず、専門職の視点から支援を要する人々を早期に発見する体制を構築しました。これにより円滑な外来受診の援助や、地域の相談窓口や福祉サービスなどへスムーズに繋ぐことができています。

今後は蓄積したデータの分析を行い院内で共有し、担当者（多職種）の負担が少ない円滑な連携を目指して行きます。

患者相談窓口では生活や福祉の視点を持つ MSW と医療やケアの視点を持つ看護師がそれぞれの特性を活かした異なる着目点で人々のアプローチを行っています。お互いの専門性を尊重し合える円満なチームワークがあるからこそ、患者・家族への多角的な支援体制が強固に機能していると考えています。

《患者相談窓口 業務実績》

2025 年度 患者相談窓口報告の見方

左側は 2025 年度 括弧内は 2024 年度

項目内で前年のデータが無く比較できないものは 0 件としています。

1. 相談件数

1-1. 相談方法 132 件（215 件）

	25 年度	比率	24 年度	比率
面談	53	40.2%	125	58.1%
電話	28	21.2%	57	26.5%
メール	20	15.2%	19	8.8%
FAX	1	0.8%	0	0.0%
意見箱	28	21.2%	29	7.9%

1-2. 所要時間 131 人（215 人）

	25 年度	比率	24 年度	比率
15 分未満	52	39.4%	64	29.8%
30 分未満	31	23.5%	57	26.5%
1 時間未満	32	24.2%	71	33.0%
1 時間以上	16	12.1%	22	10.2%
未回答	0	0.0%	1	0.5%

1-3. 相談者の続柄 131 人（207 人）

	25 年度	比率	24 年度	比率
本人	64	48.5%	104	48.4%
親	1	0.8%	5	2.3%
配偶者	8	6.1%	20	9.3%
兄弟・姉妹	0	0.0%	1	0.5%
子供	26	19.7%	31	14.4%
医療従事者	11	8.3%	44	20.5%
友人・知人	4	3.0%	2	0.9%
不明	17	12.9%	0	0.0%

1-4. 入院・外来 130 人（215 人）

	25 年度	比率	24 年度	比率
入院	50	38.5%	59	27.4%
外来	70	53.8%	136	63.3%
その他	10	7.7%	19	8.8%
未選択	0	0.0%	0	0.0%

1-5. 相談者性別 131 人（220 人）

	25 年度	比率	24 年度	比率
男性	47	35.9%	97	44.1%
女性	68	51.9%	110	50.0%
不明	15	11.5%	13	5.9%
未選択	1	0.8%	0	0.0%

1-6. 患者年齢 131 人（215 人）

	25 年度	比率	24 年度	比率
20 歳未満	0	0.0%	0	0.0%
20 代	4	3.1%	1	0.5%

30 代	0	0.0%	6	2.8%
40 代	1	0.8%	9	4.2%
50 代	17	13.0%	17	7.9%
60 代	13	9.9%	33	15.3%
70 代	22	16.8%	46	21.4%
80 歳以上	46	35.1%	79	36.7%
未回答	28	21.4%	27	12.6%

1-7. 患者性別 131 人（215 人）

	25 年度	比率	24 年度	比率
男性	47	35.9%	112	52.1%
女性	68	51.9%	95	44.2%
不明	15	11.5%	8	3.7%
未選択	1	0.8%	0	0.0%

1-8. 医療関連 48 件（66 件）

	25 年度	比率	24 年度	比率
通常の相談	26	54.2%	38	57.6%
苦情	17	35.4%	21	31.8%
感謝・御礼	3	6.3%	4	6.1%
提言	2	4.2%	0	0.0%
分類なし	0	0.0%	3	4.5%

1-9. 看護に対して 23 件（6 件）

	25 年度	比率	24 年度	比率
通常の相談	1	4.3%	3	50.0%
苦情	13	56.5%	0	0.0%
感謝・御礼	4	17.4%	3	50.0%
提言	5	21.7%	0	0.0%
分類なし	0	0.0%	0	0.0%

1-10. 在宅医療について 2 件（データなし）

	25 年度	比率
通常の相談	2	100.0%
苦情	0	0.0%
感謝・御礼	0	0.0%
提言	0	0.0%

分類なし	0	0.0%
------	---	------

1-11. 受診相談 13 件（データなし）

	25 年度	比率
通常の相談	10	76.9%
苦情	3	23.1%
感謝・御礼	0	0.0%
提言	0	0.0%
分類なし	0	0.0%

2. 高額医療制度について通常の相談 4 件

3. 支払い方法に関する苦情 2 件

4. 介護保険・介護サービスに関する通常の相談 4 件

5. 介護保険・介護サービスに関する苦情 2 件

6. 身元調査 3 件

7. 設備に関して

7-1. 敷地内建物に関して 18 件（データなし）

	25 年度	比率
通常の相談	8	44.4%
苦情	9	50.0%
感謝・御礼	0	0.0%
提言	1	5.6%
分類なし	0	0.0%

7-2. 敷地内建物以外 3 件（データなし）

	25 年度	比率
通常の相談	1	33.3%
苦情	0	0.0%
感謝・御礼	0	0.0%
提言	2	66.7%
分類なし	0	0.0%

8. 発生部署 132 件

	25 年度	比率
5 北	4	3.0%
5 南	9	6.8%
6 北	5	3.8%
6 南	7	5.3%
7北	3	2.3%
7南	5	3.8%
2階外来	24	18.2%
救急外来	4	3.0%
リハビリ	1	0.8%
事務部	5	3.8%
患者相談窓口	51	38.6%
その他	14	10.6%

9. カンファレンス内容 145 件（246 件）

	25 年度	比率	24 年度	比率
窓口でのアドバイス	54	37.2%	152	61.8%
所属長への報告	32	22.1%	31	12.6%
本人への報告	8	5.5%	0	0.0%
医療安全委員会への報告	3	2.1%	10	4.1%
幹部への報告	13	9.0%	0	0.0%
弁護士に相談	3	2.1%	2	0.8%
警察に相談	0	0.0%	2	0.8%
行政への対応依頼	0	0.0%	0	0.0%
介護支援センターへの報告	1	0.7%	0	0.0%
メールにて回答	17	11.7%	11	4.5%
掲示板へ	4	2.8%	11	4.5%
該当部署での振り返り回答	7	4.8%	14	5.7%
ほめほめ	3	2.1%	0	0.0%
不明	0	0.0%	13	5.3%



2026 年 8 月発行
公益社団法人 日本海員掖済会 神戸掖済会病院
〒655-0004
兵庫県神戸市垂水区学が丘 1 丁目 21 番 1 号
電話番号 078-781-7811
URL:<https://kobe-ekisaikai.or.jp>