病院年報

令和6年度版

市立青梅総合医療センター

OME MEDICAL CENTER

病院年報

市立青梅総合医療センターの理念

私たちは、快適で優しい療養環境のもと、地域が必要とする高度な急性期医療を、安全かつ患者さんを中心に実践します。

基本方針

○　私たちは、**清潔**な病院づくりに努めます。

きれいで清潔な病院にします。
患者さんが快適に過ごせるよう療養環境を整えます。
感染の発生・拡大の防止のため力を尽くします。
人々が住みやすい地球にするため環境の保全に努めます。

○　私たちは、**親切**な病院づくりに努めます。

温かく・優しく・丁寧な対応を行います。
分かりやすく納得のいく十分な説明を行います。
患者さんの権利と尊厳を尊重します。

○　私たちは、**信頼**される病院づくりに努めます。

安全で、質が高く、信頼される医療を実践します。
各職種が専門性を発揮してレベルの高いチーム医療を実践します。
地域の医療・介護・行政から信頼される連携を推進します。
人材育成と日々の自己研鑽に努めます。

○　私たちは、**自立**できる病院づくりに努めます。

健全経営の実行と安心して働ける職場の確立に努力します。
基幹病院として地域の医療・介護・保健・防災に貢献します。

令和６年度を振り返って

青梅市病院事業管理者 兼 市立青梅総合医療センター院長 **大 友　建一郎**

令和６年度は、初めて年間を通じて新病院本館で病院運営を行った年となった。

救急は、大型機が離発着可能となったことやドクターヘリの受入れを開始したことなどにより、ヘリ救急が大幅に増加し、年間の救急外来受診者総数もコロナ禍以前の 21,000 人超まで回復した。手術室は、看護師不足のため全 10 室の同時稼働はかなわなかったものの、手術件数は令和５年度を大幅に上回り、全身麻酔下の緊急手術は 350 件を超えて急性期充実体制加算の届出が可能となった。手術支援ロボット下手術は外科、泌尿器科、産婦人科に続いて呼吸器外科でも開始されて年間 140 件超となり、ハイブリッド手術室での経皮的大動脈弁置換術（TAVI）も軌道に乗っている。少子化を受けて減少傾向が続いていた分娩件数も増加に転じた。新病院の施設整備方針として掲げた「救命救急センターのさらなる強化」「高度急性期医療・高度専門医療の強化・拡充」が順調に具現化されてきていると考えている。

本館開院後の新病院整備事業としては、旧新棟を西館として改修する工事、および、この西館と本館とを結ぶ渡り廊下棟の工事を施工した。西館３階の血液浄化センターは通常稼働しながらの改修工事であったが大きな問題なく進み、血液浄化センターに新設した手術室でシャント PTA の短期滞在手術を開始した。また、年度末の３月には、渡り廊下棟１階の講堂が使用開始となった。大型スクリーンを備えて 180 人を収容可能な講堂であり、今後さまざまな用途での使用が期待される。

人事面では、4 月に事務局の組織改正を行った。管理課は総務課に、施設課は管理課から用度係を移管して施設用度課に、それぞれ名称を変更した。また医事課には医事係に加えて新たに入院会計係と医療情報係を新設した。

年明けの 2 月には新病院整備事業のため延期となっていた病院機能評価を受審した。平成 10 年の初回受審から数えて６回目の受審であったが、TQM 部会を中心に入念に準備を行って、無事に認定更新となった。

さて、令和６年度の決算である。新病院本館稼働により医業収益は大幅に増加したものの、一方で、人件費・材料費・光熱水費などの増加により医業費用も増加、減価償却費の増加もあって医業収支、経常収支ともに令和５年度より悪化した。値上げラッシュ・物価高騰の中で、当院に限らず急性期病院の運営は全国的に危機的状況であると言われている。令和８年度診療報酬改訂での大幅なプラス改訂が待たれるところであるが、いずれにせよ収支改善に向けての自助努力として、入院患者数増・診療単価増による収益の増加と経費節減への取り組みが必須であろう。

引き続き、地域に信頼される医療機関として、より質の高い医療を提供していきたいと考えている。

稿を終えるにあたり、この１年間を頑張ってくれた職員一人ひとり並びに関係諸機関、また、多忙の中を年報編集に関わってくれた皆さんに、心より謝意を表する。

令和７年６月

目　　次

病　院　紹　介

病院の概要 …… 7
病院のあゆみ …… 10
病院経営状況 …… 16
統計資料 …… 20
診療連携医療機関 …… 26
入院患者疾病統計 …… 29
臨床指標 …… 30

診　療　局

総合内科 …… 37
呼吸器内科 …… 38
消化器内科 …… 40
循環器内科 …… 42
腎臓内科 …… 44
内分泌糖尿病内科 …… 46
血液内科 …… 48
脳神経内科 …… 49
リウマチ膠原病科 …… 51
小児科 …… 53
精神科 …… 55
リハビリテーション科 …… 57
消化器・一般外科，乳腺外科 …… 59
脳神経外科（脳卒中センター） …… 61
心臓血管外科 …… 63
呼吸器外科 …… 65
整形外科 …… 66
産婦人科 …… 68
皮膚科 …… 70
形成外科 …… 71
泌尿器科 …… 72
眼科 …… 73
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 …… 75
歯科口腔外科 …… 77
放射線診断科 …… 79
放射線治療科 …… 81
麻酔科 …… 82
救急科（兼救命救急センター） …… 83
緩和ケア科 …… 85
内視鏡室 …… 86
中央手術室 …… 88
外来治療センター …… 90
診療看護師室 …… 91
臨床検査科 …… 92
栄養科 …… 94
臨床工学科 …… 96
病理診断科 …… 98

看　護　局

病棟概要 …… 100
東6病棟 …… 102
8B病棟 …… 102
8A病棟 …… 102
7B病棟 …… 102
7A病棟 …… 103
6B病棟 …… 103
6A病棟 …… 103
5B病棟 …… 103

5 A 病 棟 …… 104
4 B 病 棟 …… 104
4 A 病 棟 …… 104
4A 病棟（小児） …… 104
院 内 ＩＣＵ …… 105
救急 ICU・救急病棟 …… 105
血液浄化センター …… 105
中央手術室兼中央材料室 …… 105
外 来 …… 106
ケアサポートセンター …… 106

諸 部 門

薬 剤 部 …… 107
総 務 課 …… 109
施 設 用 度 課 …… 110
新 病 院 建 設 室 …… 111
経 営 企 画 課 …… 112
医 事 課 …… 113
地 域 医 療 連 携 室 …… 114
医 療 安 全 管 理 室 …… 116
感 染 管 理 室 …… 117
臨 床 研 究 支 援 室 …… 118
チ ー ム 医 療 …… 119

ＢＳＣ（業績評価） …… 121

対 外 活 動

看 護 学 生 教 育 …… 142
看 護 学 校 教 育 …… 143
救 急 隊 研 修 等 …… 144
看 護 実 習 等 …… 144
栄 養 科 実 習 等 …… 144
薬 学 部 実 習 …… 145
薬 学 教 育 …… 145
診療放射線技師 臨床実習 …… 145
臨床検査科実習等 …… 145
リハビリテーション科実習等 …… 146
事 務 局 実 習 等 …… 146
臨床研修指定病院関係 …… 147

研 究 研 修 活 動

研 究 発 表 ・ 講 演 …… 148
論 文 ・ 著 書 …… 159
臨 床 病 理 検 討 会 …… 161
職 員 研 修 会 …… 162
看 護 職 員 の 教 育 …… 163
図 書 室 …… 168

そ の 他 の 活 動

い ず み 会 …… 170
おうめ健康塾・市民病院見学会・広報おうめへの出稿内容 …… 171

運 営 お よ び 人 事

会 議 ・ 委 員 会 …… 172
人 事 …… 177
病 院 組 織 図 …… 178
職 員 配 置 表 …… 179

あ と が き …… 180

病院の概要

名　　称　市立青梅総合医療センター
所　在　地　東京都青梅市東青梅 4 丁目 16 番地の 5
開　院　日　昭和 32 年 11 月 15 日
開　設　者　青梅市長　大勢待　利明
管　理　者　大友　建一郎
院　　長　大友　建一郎

標榜科目　内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・血液内科・内分泌糖尿病内科・腎臓内科・脳神経内科・リウマチ科・疼痛緩和内科・腫瘍内科・外科・消化器外科・乳腺外科・呼吸器外科・心臓血管外科・整形外科・脳神経外科・形成外科・化学療法外科・精神科・小児科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・リハビリテーション科・放射線診断科・放射線治療科・病理診断科・臨床検査科・救急科・麻酔科・歯科口腔外科　計 35 科

許可病床数　一般 465 床、精神 50 床、感染症 6 床、計 521 床

施設認定　保険医療機関、労災保険指定医療機関、母体保護法指定医、生活保護法指定医療機関、身体障害者福祉法指定医、指定自立支援医療機関（精神通院医療・育成医療・更生医療）、精神保健指定医、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく指定病院、原子爆弾被爆者一般疾病医療機関、結核指定医療機関、東京都指定養育医療機関（未熟児医療）、救急告示医療機関、東京都指定二次救急医療機関、指定三次救急医療機関（救命救急センター）、児童福祉法指定（助産施設）、エイズ診療拠点病院、第二種感染症指定医療機関、地域がん診療連携拠点病院、DPC 対象病院（DPC 特定病院群）、東京都災害拠点病院、東京 DMAT 指定病院、東京都脳卒中急性期医療機関、東京都周産期連携病院、地域医療支援病院、東京都肝臓専門医医療機関、難病医療費助成指定医療機関、指定小児慢性特定疾病医療機関、臨床研修病院、日本医療機能評価機構認定病院、紹介受診重点医療機関、東京都難病医療協力病院

学会認定　日本内科学会内科領域専門研修プログラム基幹施設、日本脳神経外科学会専門研修プログラム関連施設、日本整形外科学会専門医制度研修施設、日本手外科学会基幹研修施設、日本麻酔科学会麻酔科認定病院、日本麻酔科学会麻酔科専門研修プログラム基幹施設、日本産科婦人科学会専門研修連携施設、日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設、日本婦人科腫瘍学会専門医制度指定修練施設、日本女性医学学会専門医制度認定研修施設、日本周産期・新生児医学会周産期専門医（母体・胎児）の暫定認定施設、日本眼科学会専門医制度研修施設、日本小児科学会専門医研修施設、日本血液学会専門研修認定施設、日本腎臓学会認定教育施設、日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関、日本医学放射線学会画像診断管理認証施設、日本循環器学会専門医研修施設、日本呼吸器学会呼吸器内科領域専門研修制度基幹施設、日本外科学会専門医修練施設、日本救急医学会指導医指定施設、日本消化器外科学会専門医修練施設、日本心血管インターベンション治療学会研修施設、日本リウマチ学会教育施設、日本消化器内視鏡学会専門医制度指導施設、日本神経学会専門医制度准教育施設、日本消化器病学会専門医制度認定施設、日本核医学会専門医教育病院、日本病理学会病理専門医制度研修認定施設Ｂ、日本胃癌学会認定施設Ｂ、日本乳癌学会専門医制度認定施設、日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設、日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学専門医特定研修施設認定、日本がん治療認定医機構認定研修施設、日本脊椎脊髄病学会脊椎脊髄外科専門医基幹研修施設、日本脊椎脊髄病学会椎間板酵素注入療法実施可能施設、日本糖尿病学会認定教育施設、三学会構成心臓血管外科専門医認定機構基幹施設、日本口腔外科学会認定准研修施設、日本病院総合診療医学会認定施設、呼吸器外科専門医合同委員会専門研修連携施設、日本周産期・新生児医学会新生児専門医の暫定認定施設、日本心臓血管外科手術データベース機構参加施設、日本不整脈心電学会不整脈専門医研修施設、日本泌尿器科学会専門医教育施設、日本透析学会専門医制度認定施設、日本肝臓学会認定施設、日本病態栄養学会病態栄養専門医研修認定施設、日本病態栄養学会栄養管理・NST 実施施設、日本臨床細胞学会施設認定、日本認知症学会教育施設認定、日本緩和医療学会認定研修施設、日本臨床衛生検査技師会日本臨床検査標準協議会精度保証施設認定、日本脳卒中学会・一次脳卒中センター、腹部ステントグラフト実施施設、胸部ステントグラフト実施施設、東京都 CCU

連絡協議会加盟施設、症候群別サーベイランス協力医療機関指定、下肢静脈瘤血管内焼灼術実施施設、下肢静脈瘤血管内治療実施施設、浅大腿動脈ステントグラフト実施施設、IMPELLA 補助循環器用ポンプカテーテル実施施設、日本乳房オンコプラスティックサジャリー学会（エキスパンダー／インプラント実施施設）、日本循環器学会左心耳閉鎖システム実施施設、日本核医学会 PET 撮像施設認証（Ⅰ）、日本産科婦人科内視鏡学会ロボット手術認定研修施設、出生前検査認証制度等運営委員会 NIPT を実施する医療機関連携施設、経カテーテル的大動脈弁置換術実施施設、日本脈管学会認定研修関連施設、遺伝性乳癌卵巣癌総合診療協力施設、日本病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師研修事業暫定研修施設

施設基準届出項目

初診料（歯科）の注 1 に掲げる施設基準、一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1）、精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料）、総合入院体制加算 2、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 対 1）、急性期看護補助体制加算（25 対 1 看護補助者 5 割以上、夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算、夜間看護体制加算）、看護職員夜間配置加算（16 対 1 配置加算 1）、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、無菌治療室管理加算 1・2、緩和ケア診療加算、精神科身体合併症管理加算、精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算 1、感染対策向上加算 1、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、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、地域連携分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算 1、病棟薬剤業務実施加算 1・2、データ提出加算 2、入退院支援加算 1、認知症ケア加算 1、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、精神科急性期医師配置加算 2、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算、救命救急入院料 1、特定集中治療室管理料 5、小児入院医療管理料 3、短期滞在手術等基本料 1、入院時食事療養（Ⅰ）、外来栄養食事指導料の注 2 に規定する基準、外来栄養食事指導料の注 3 に規定する基準、心臓ペースメーカー指導管理料の注 5 に掲げる遠隔モニタリング加算、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イ・ロ・ハ・ニ、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、小児運動器疾患指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、婦人科特定疾患治療管理料、腎代替療法指導管理料、二次性骨折予防継続管理料 1・3、下肢創傷処置管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、地域連携小児夜間・休日診療料 2、地域連携夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、外来腫瘍化学療法診療料 1、連携充実加算、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、療養・就労両立支援指導料、開放型病院共同指導料、がん治療連携計画策定料、外来排尿自立指導料、ハイリスク妊産婦連携指導料 1・2、薬剤管理指導料、医療機器安全管理料 1、歯科治療時医療管理料、救急患者連携搬送料、在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、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）及び皮下連続式グルコース測定、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、BRC1/2 遺伝子検査、先天性代謝異常症検査、HPV 核酸検出及び HPV 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）、検体検査管理加算（Ⅰ）・（Ⅱ）、遺伝カウンセリング加算、時間内歩行試験及び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、神経学的検査、小児食物アレルギー負荷検査、経気管支凍結生検法、画像診断管理加算 1・2、ポジトロン断層撮影（アミロイド PET イメージング剤を用いた場合を除く）、ポジトロン断層撮影（アミロイド PET イメージング剤を用いた場合に限る）、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（アミロイド PET イメージング剤を用いた場合を除く）、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（アミロイド PET イメージング剤を用いた場合に限る）、CT 撮影及び MRI 撮影、冠動脈 CT 撮影加算、外傷全身 CT 加算、心臓 MRI 撮影加算、乳房 MRI 撮影加算、血流予備量比コンピューター断層撮影、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料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）、がん患者リハビリテーション料、歯科口腔リハビリテーション料 2、リンパ浮腫複合的治療料、精神科作業療法、抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）、医療保護入院等診療料、医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の休日加算 1・時間外加算 1・深夜加算 1、静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）、エタノールの局所注入（甲状腺・副甲状腺）、人工腎臓、ストーマ合併症加算、導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算、透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算、下肢末梢動脈疾患指導管理加算、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、後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）、椎間板内酵素注入療法、

人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）、緊急穿頭血種除去術、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、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）、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）、食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）・内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術・胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）・小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）・結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）・腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）・尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）・膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）・膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術、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）、両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）、植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）、大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、経カテーテル弁置換術、腹腔鏡下胃切除術〈単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下胃切除術〈悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）〉、腹腔鏡下噴門測胃切除術〈単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下噴門測胃切除術〈悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）〉、腹腔鏡下胃全摘術〈単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下胃全摘術〈悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）〉、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術、胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る）、腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る）、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術、医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 12 に掲げる手術の休日加算１・時間外加算１・深夜加算１、周術期栄養管理実施加算、輸血管理料Ⅰ、輸血適正使用加算、人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算、麻酔管理料（Ⅰ）、周術期薬剤管理加算、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療、画像誘導放射線治療（IGRT）、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、病理診断管理加算２、悪性腫瘍病理組織標本加算、口腔病理診断管理加算２、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）、入院ベースアップ評価料、酵素の購入価格の届出

外来受付　平日午前８時 00 分～午前 11 時 30 分

敷地面積　22,718.310 ㎡

建物

名称	規模構造		竣工年月
西病棟	鉄筋コンクリート造　地下１階地上５階建	9,479.592 ㎡	昭和 54 年５月
東病棟	鉄筋コンクリート造　地下１階地上６階建塔屋付	10,009.775 ㎡	昭和 56 年８月
既存渡り廊下棟	鉄骨造　地上３階建	284.014 ㎡	平成　２年３月
西館	鉄筋コンクリート造（地下鉄骨鉄筋コンクリート造）地下２階地上６階建塔屋付	17,896.170 ㎡	平成 12 年３月
PET･RI センター	鉄骨造地上１階	319.890 ㎡	平成 18 年３月
仮設棟	鉄骨造　地上２階建	996.940 ㎡	令和元年 12 月
構内医師住宅（CASA DOCTORAL）	鉄筋コンクリート造４階	1,540.889 ㎡	平成 14 年３月
その他		248.526 ㎡	
本館	鉄骨造一部鉄骨鉄筋コンクリート造（免振構造）地下１階地上８階建塔屋付	32,290. 910 ㎡	令和 ５年７月
渡り廊下棟	鉄骨造　地上３階建	1,190.360 ㎡	令和　７年２月

病院のあゆみ

当院は、昭和 32 年 11 月開院以来西多摩地域における公的中核医療機関として、地域住民の健康福祉に大きな役割を果たし今日に至っている。

昭和 32 年（1957 年）
10 月　瀬田修平院長就任
11 月　開院　病床数 293 床（一般 120 床、結核 100 床、精神 50 床、伝染 23 床）
昭和 33 年（1958 年）
2 月　霊安解剖室完成
3 月　病院運営委員会設置
8 月　一般病床 10 床増床（120 床→130 床）
12 月　西病棟患者収容開始
昭和 34 年（1959 年）
3 月　看護婦宿舎完成
4 月　東病棟患者収容開始
昭和 35 年（1960 年）
6 月　厚生医療指定医療機関として、厚生省から認可
昭和 36 年（1961 年）
1 月　原爆被爆者の病院として指定
昭和 37 年（1962 年）
11 月　医師住宅完成
昭和 38 年（1963 年）
6 月　瀬田修平院長退任
10 月　吉植庄平院長就任
昭和 40 年（1965 年）
9 月　結核病床 100 床のうち 50 床を一般病床に変更（一般 130 床→180 床、結核 100 床→50 床）
昭和 42 年（1967 年）
11 月　開院 10 周年記念式典実施
昭和 43 年（1968 年）
6 月　結核病棟（新築）完成
9 月　結核病棟使用開始（20 床）
結核病床 50 床を一般病床に変更（一般 180 床→230 床）
昭和 44 年（1969 年）
2 月　医師住宅用地を河辺に購入
6 月　医師住宅 4 棟完成
昭和 45 年（1970 年）
5 月　託児室完成
10 月　看護婦宿舎第 2 青樹寮完成　診療棟(職員玄関、検査室等）増築
昭和 46 年（1971 年）
3 月　2 日制短期人間ドック開始
10 月　結核病床 20 床を一般病床に 変更（一般 230 床→250 床）
12 月　医師住宅としてマンション 5 戸購入
医師住宅用地として河辺 4 丁目および 8 丁目に用地購入
昭和 51 年（1976 年）
3 月　医師住宅 1 戸（河辺町 4 丁目）完成
4 月　医師住宅 4 戸（河辺町 8 丁目）完成
昭和 52 年（1977 年）
7 月　医師住宅としてマンション 2 戸購入
9 月　第 1 期病院整備工事開始
11 月　託児室完成
昭和 53 年（1978 年）
4 月　一般病床のうち別棟 20 床を倉庫に用途変更（一般 250 床→230 床）
11 月　休日の夜間救急医療を開始
昭和 54 年（1979 年）
3 月　第 1 期病院整備工事完成
吉植庄平院長退任
4 月　組織改正を実施（脳神経外科、呼吸器外科、麻酔科および理学診療科を新設し、業務課を管理・医事の 2 課制とする。また科長、婦長の管理職化実施。）
5 月　大橋忠敏院長就任
6 月　西棟使用開始　477 床（一般 230 床→404 床）
8 月　旧東病棟を管理棟に改修　477 床→347 床（一般 404 床→274 床）
昭和 55 年（1980 年）
1 月　第 2 期病院整備工事着手
2 月　救急医療センター運営を開始
3 月　医師住宅 3 戸完成
昭和 56 年（1981 年）
1 月　超音波診断装置導入
6 月　第 2 期病院整備事業による東棟完成　347 床→543 床（一般 421 床、精神 99 床、伝染 23 床）
9 月　東棟使用開始　543 床→443 床（一般 321 床、精神 99 床、伝染 23 床）
11 月　精神病棟を旧棟 1 階から東棟 6 階へ移転　443 床→393 床（一般 321 床、精神 49 床、伝染 23 床）
昭和 57 年（1982 年）
3 月　旧棟解体工事完了

4 月　精神病棟 49 床→51 床に変更
11 月　25 周年記念式典および落成式挙行
昭和 59 年（1984 年）
1 月　職員定数増　460 人→464 人
3 月　大橋忠敏院長退職
4 月　星　和夫院長就任
9 月　精神科病床 1 床増　51 床→52 床（全体 395 床→396 床）
昭和 60 年（1985 年）
2 月　東 3 病棟 4 床増　49 床→53 床（全体 396 床→400 床）
嶋崎雄次氏より 1,000 万円寄贈
6 月　青梅市立総合病院医学研究研修奨励基金条例議決
8 月　人工透析室増設工事および講堂設置工事完了
10 月　人工透析ベッド 10 床増　10 床→20 床　腎センター発足
昭和 61 年（1985 年）
3 月　救急患者受入れのための東京消防庁との直通電話（ホットライン）設置
羽場令人副院長退職
4 月　職員定数増　464 人→466 人
内田智副院長、坂本保己診療局長就任
10 月　病棟空床状況表示盤設置
人工透析ベッド 8 床増　20 床→28 床
昭和 62 年（1987 年）
4 月　消化器科の新設
職員定数増　466 人→468 人
9 月　開院 30 周年記念運動会の実施
10 月　病理解剖慰霊祭の実施
11 月　病院開設者の変更（山崎正雄→田辺栄吉）
昭和 63 年（1988 年）
4 月　東 3 病棟 2 床増　53 床→55 床（全体 400 床→402 床）
職員定数増　468 人→472 人
6 月　産婦人科診療室改修工事完了
8 月　駐車場（北側）舗装工事等完了
11 月　高気圧酸素治療室設置（4 階）工事完了
平成元年（1989 年）
4 月　循環器科の新設
職員定数増　472 人→475 人
平成 2 年（1990 年）
3 月　増築棟（南病棟および南連絡棟）完成
増築棟使用許可（東京都）
4 月　内分泌代謝科新設
職員定数増　475 人→548 人
南病棟開設　402 床→497 床（伝染 20 床含む）
（一般 425 床、精神 52 床、伝染 20 床）
5 月　南 1 および南 2 病棟使用開始
7 月　南病棟・伝染病棟完成記念式典挙行
11 月　MRI 使用開始
12 月　南別館 3 階レストラン「エスポアール」開店
平成 3 年（1991 年）
3 月　中央注射室移転および喫煙室新設
平成 4 年（1992 年）
3 月　東棟地階調乳室改修
4 月　職員定数増　548 人→549 人
週休 2 日制（週 40 時間）実施―外来開庁方式
8 月　尿管結石破砕装置を導入
11 月　病理解剖慰霊祭の実施
平成 5 年（1993 年）
3 月　玄関ホールおよび医事課事務室等改修工事竣工
4 月　職員定数増　549 人→551 人
平成 6 年（1994 年）
3 月　石井好明副院長退職
4 月　坂本保己副院長、桜井徹志診療局長および宮崎崇診療局次長就任
9 月　内科外来自動受付機の導入
平成 7 年（1995 年）
2 月　看護職員住宅「ラ・青樹」完成
3 月　内田智副院長退職
4 月　桜井徹志副院長、宮崎崇診療局長就任
10 月　駐車場管理設備導入、病室用テレビの導入
11 月　エイズ診療協力病院（拠点病院）指定
12 月　入院時食事療養・特別管理届出受理
（適温給食の開始は平成 7 年 10 月 16 日から）
平成 8 年（1996 年）
4 月　呼吸器科新設
8 月　救急病院告示
平成 9 年（1997 年）
1 月　診療科目の変更、理学診療科→リハビリテーション科、歯科→歯科口腔外科
2 月　西病棟 4・5 階病室、廊下等壁クロスおよび床カーペットに変更
3 月　救急玄関、焼却炉改修
4 月　臨床研修病院指定
8 月　災害拠点病院の指定
11 月　病理解剖慰霊祭の実施
12 月　救命救急センター建設工事着手
平成 10 年度（1998 年）
4 月　血液内科の新設
1 月　用途変更および定床数の見直しによる増床　497 床→505 床（一般 449 床、精神 52 床、感染 4 床）

2月　病院機能評価サーベイの受審
3月　東3および西3病棟廊下床カーペットに変更
平成11年度（1999年）
4月　病院機能評価認定
7月　病棟の物流システム（SPD）の導入
11月　病院開設者の変更（田辺栄吉→竹内俊夫）
2月　栄養科および手術室の改修
3月　東4・5病棟廊下床カーペットに変更
結核患者収容モデル病室への改修
新築工事完了
平成12年度（2000年）
4月　職員定数増　551人→605人
新棟3階血液浄化センター使用開始
新棟完成記念式典挙行
5月　心臓血管外科の新設
特別室使用料の設定および改定
新5病棟使用開始　505床→555床（一般499床、精神52床、感染4床）
外来診療室（小児科、整形外科、外科、胸部外科、脳神経外科）を新棟へ移転
臨床研修医5人の任用
6月　新棟2階ICU・CCUおよび新2病棟使用開始
555床→569床（一般513床、精神52床、感染4床）
救命救急センターの認定
9月　内科外来診療室の改修工事完了・使用開始
内視鏡室を南別館2階から東棟1階へ移転
2月　中央注射室移転
平成13年度（2001年）
4月　職員定数　605人→641人
新4病棟使用開始　569床→619床（一般563床、精神52床、感染4床）
神経内科の新設
日本胸部外科学会指定施設認定
10月　病院ホームページの開設
1月　手術室の増設
2月　眼科外来診療室の移転
3月　医師職員住宅「CASA・DOCTORAL」完成
平成14年度（2002年）
4月　職員定数　641人→652人
外来オーダリングシステムの稼働
5月　平成14年度自治体立優良病院として両会長表彰受賞
（全国自治体病院開設者協議会会長および全国自治体病院協議会会長表彰）
10月　原　義人診療局長就任
11月　第1回「癒しと安らぎの環境賞」病院部門の「最優秀賞」受賞
産婦人科外科外来診療室の移転
耳鼻咽喉科外来診療室の移転
病理解剖慰霊祭の実施
平成15年度（2003年）
4月　病院館内一斉禁煙の開始
今井康文診療局長就任
臨床工学科の新設
言語療法室を設置
5月　自治体立優良病院として総務大臣賞受賞
6月　屋外車椅子置場の設置
7月　1泊人間ドック実施病院指定
8月　地域がん診療連携拠点病院指定
10月　病院機能評価サーベイの受審
外来図書室の設置
11月　青梅消防署との合同火災訓練
1月　日本消化器外科学会専門医修練施設認定
3月　入院オーダリングシステムの導入
屋上庭園の設置
平成16年度（2004年）
4月　女性専門外来の開設
大島永久診療局長就任
病院機能評価認定更新
6月　屋上庭園運用開始
10月　地方公営企業法全部適用の実施
星和夫青梅市病院事業管理者就任
川上正人救命救急センター長就任
経営企画課の新設
入院オーダリングシステムの範囲拡大（検査、処置）
自動再来受付機の増設
12月　日本甲状腺学会認定専門医施設認定
2月　南病棟3階感染症病室の改修
3月　医師職員住宅「CASA・DOCTORAL」6戸増築
南別館会議室改修
東棟3階プレイルームへの改修
東6病棟病室の改修
平成17年度（2005年）
4月　用途変更および定床数の見直しによる減床　619床→604床（一般550床、精神50床、感染4床）
リウマチ膠原病科の新設
原義人院長就任
大島永久副院長就任

陶守敬二郎診療局長就任
6月　給食オーダリングシステムの運用開始
授乳室の室内環境整備
11月　地域小児科医との休日・夜間救急診療の提携
12月　クレジットカード会計の運用開始
3月　院内PHSシステム導入
新財務会計システム運用開始
新生児・未熟児室の室内環境整備
医師職員住宅「CASA･DOCTORAL」16戸増築
PET･RIセンター竣工

平成18年度（2006年）
4月　後期臨床研修制度の開始（外科系2名）
診療情報管理士（医療事務職）の採用
コーヒーショップ「café minor」オープン
6月　DPC（診断群分類別包括評価）請求の開始
7月　PET/CT検診の開始
給食材料の一括購入方式の導入
8月　監視カメラシステムの導入(院内セキュリティ強化)
10月　総合内科の新設
12月　星和夫青梅市病院事業管理者退任
1月　原義人青梅市病院事業管理者就任（病院長兼務）
陶守敬二郎副院長就任
川上正人副院長就任
大友建一郎診療局長就任
東西棟外壁等塗装工事竣工

平成19年度（2007年）
4月　用途変更および定床数の見直しによる減床　604床→562床（一般508床、精神50床、感染4床）
病理科の新設
小児専門病棟開設（東3病棟　混合病棟→小児病棟へ）
なんでも相談窓口の開設
医療安全管理室の設置
院内警備員配置による24時間巡回警備開始（院内セキュリティ強化）
初期臨床研修医の定員を7人→9人に変更
6月　東5病棟（消化器内科系）および西5病棟（呼吸器内科系）の入れ替え
7月　新潟中越沖地震に災害医療救護班（医師1名、看護師2名、事務1名）の派遣
助産師・看護師修学資金貸与制度の見直し
9月　第2中央注射室の開設
東京DMAT医療チーム（医師1名、看護師2名）が平成19年度東京都・昭島市・福生市・武蔵村山市・羽村市・瑞穂町合同総合防災訓練へ参加
10月　化学療法科の新設
分娩室の改修工事
平成19年度東京都看護職員地域確保支援事業に伴う看護師復職支援研修の開始
11月　開院50周年記念式典の開催
病理解剖慰霊祭の実施
12月　林良樹診療局長就任
東京シニアレジデント育成病院(産婦人科医師育成）に指定
2月　電子レセプト請求開始
東京都心部大地震の発生を想定した自衛隊ヘリコプターによる被災民（患者）航空輸送訓練に災害医療救事護班（医師1名、看護師2名）の参加（順天堂大学医学部付属病院⇔当院）

平成20年度（2008年）
4月　セカンドオピニオン外来開設
助産師外来開設
中央監視室業務の外部委託化
医療クラーク室新設
7月　大川岩夫診療局長就任
8月　院内喫煙所を1ヵ所（屋上・テラス喫煙所の廃止）
9月　優良特定給食施設厚生労働大臣表彰受賞
10月　病院機能評価サーベイの受審
2月　電子カルテシステムの開始
外来診療予約制度の導入
診療科名称の変更（呼吸器科→呼吸器内科、循環器科→循環器内科、消化器科→消化器内科、内分泌代謝科→内分泌糖尿病内科、化学療法科→化学療法外科、耳鼻咽喉科→耳鼻いんこう科、病理科→病理診断科、救急医学科→救急科）

平成21年度（2009年）
4月　職員定数　652人→718人
病院機能評価認定更新
5月　母乳外来（相談室）の開設
9月　新型インフルエンザの対応と今後の対策についての研修
11月　一部組織体制の変更(地域医療連携室および医療安全管理室を院長直属にし、地域医療連携室に医療連携担当、医療相談担当、なんでも案内・相談窓口、がん相談支援センターを統合)
2月　第2心臓カテーテル室の増設

平成22年度（2010年）
4月　2月の禁煙外来の開設に伴い、病院敷地内禁煙の

開始
6月　7：1看護体制の開始
3月　外来治療センターの竣工
平成23年度（2011年）
4月　脳神経センター、外来治療センターの診療の開始
10月　原院長を学会長として全国自治体病院学会第50回記念大会を開催
3月　NICUの竣工
平成24年度（2012年）
4月　NICU（新生児集中治療室）の開設
5月　平成24年度自治体立優良病院として両会長表彰受賞
（全国自治体病院開設者協議会会長および全国自治体病院協議会会長表彰）
11月　病理解剖慰霊祭の実施
3月　災害時医療支援車（東京DMATカー）の配備
平成25年度（2013年）
10月　病院機能評価サーベイの受審
3月　持参薬センターの設置
平成26年度（2014年）
4月　職員定数　718人→768人
院外処方化の開始
6月　大友建一郎副院長就任
正木幸善診療局長就任
野口修診療局長就任
病棟薬剤業務の開始
自治体立優良病院として総務大臣賞受賞
1月　睡眠時無呼吸症候群外来の開設
3月　新病院基本構想書策定
平成27年度（2015年）
9月　サーバー室建設（地下2階に電子カルテ等新規システム導入）
11月　開設者の変更（竹内俊夫→浜中啓一）
2月　院内保育所プレオープン
平成28年度（2016年）
4月　院内保育所オープン
人事評価制度の導入
10月　コンビニエンスストアオープン
11月　西多摩二次保健医療圏東京都災害医療図上訓練
3月　西多摩二次保健医療圏医療対策拠点の設備整備（災害時に新棟6階看護学生控室に医療対策拠点を設置運営するための設備整備）
新病院基本計画策定
平成29年度（2017年）
8月　地域医療支援病院の承認
10月　院内保育所一時預かり開始
11月　病理解剖慰霊祭の実施
新病院基本設計開始
3月　新病院基本計画改定版策定
平成30年度（2018年）
4月　職員定数　768人→786人
脳卒中センターの開設
施設課の新設
5月　入院セットの導入
7月　入退院支援センターの開設
新病院基本設計完了
8月　新病院実施設計開始
10月　病院機能評価サーベイの受審
1月　大友建一郎院長就任
野口修副院長就任
長坂憲治診療局長就任
令和元年度（2019年）
4月　用途変更および定床数の見直しによる減床562床→529床（一般475床、精神50床、感染4床）
11月　西多摩二次保健医療圏東京都災害医療図上訓練
12月　プレハブ仮設棟竣工
新病院実施設計完了
1月　新型コロナウイルス対策本部設置
南棟、南別館閉鎖
2月　南棟・南別館解体工事着工
令和2年度（2020年）
4月　臨床研究支援室の開設
感染管理室の設置
新病院建設担当を新設
7月　南棟・南別館解体工事完了
10月　緩和ケア科、形成外科の新設
放射線科を放射線治療科、放射線診断科に再編
診療科名称の変更（神経内科→脳神経内科）
1月　新病院建設工事着工
令和3年度（2021年）
4月　肥留川賢一診療局長就任
3月　オンライン資格確認システム導入
令和4年度（2022年）
4月　肥留川賢一副院長就任
竹中芳治診療局長就任
施設担当部長の設置
組織名称の変更（新病院建設担当→新病院建設室）
院内保育園の利用料を一律10,000円へ引下げ

11 月　宿直体制に「脳卒中センター」を追加
12 月　原義人青梅市病院事業管理者退任
「断続的な宿直又は日直勤務」の許可（青梅労働基準監督署）
1 月　大友建一郎青梅市病院事業管理者就任(病院長兼務)

令和 5 年度（2023 年）
7 月　新病院本館竣工
10 月　新病院本館開院式挙行
市民内覧会開催
11 月　病院名を「市立青梅総合医療センター」に変更
新病院本館開院
診療科名の変更（外科→消化器・一般外科）
開設者の変更（浜中啓一→大勢待利明）
3 月　新病院基本計画改定版策定
新病院西館改修工事着工

令和 6 年度（2024 年）
4 月　組織名称の変更（管理課→総務課、施設課→施設用度課）
6 月　西多摩保健医療圏東京都災害医療図上訓練の実施
9 月　大規模地震時医療活動訓練（政府訓練）の実施
2 月　渡り廊下棟竣工
病院機能評価サーベイの受審
3 月　新病院基本計画改定版の策定

病院経営状況

令和６年度は、２年に１度の診療報酬が改定された年であり、また、介護報酬改定も行われる６年に１度のダブル改定の年であった。診療報酬の改定率は、診療報酬本体が 0.88 パーセントの引き上げであったが、薬価・材料価格が 1.0 パーセントの引き下げであり、全体改定率は、マイナス 0.12 パーセントであった。なお、今まで４月から改定が実施されていたが、薬価を除き６月からの施行となった。

今回の改定にあたって示された改定の基本的視点および具体的方向性の主な内容は次のとおりである。

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組。各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進。業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価など。

(2) ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進。生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組。リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進など。

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応。患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価。アウトカムにも着目した評価の推進。重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）など。

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等。費用対効果評価制度の活用。市場実勢価格を踏まえた適正な評価など。

令和５年度における自治体病院の決算状況であるが、地方公共団体が開設する病院事業および公営企業型地方独立行政法人が運営する病院数は、858 病院、病床数は 201,916 床となっており、前年度に比べ病院数は１病院増、病床数は 849 床、0.4 パーセントの減となった。

また、自治体病院における経営状況については、経常損益は 2,098 億円余の赤字となり、前年度（1,931 億円余の黒字）に比べ 208.7 パーセントの大幅な減少となった。

その内容は、経常収益は、料金収入が 3.1 パーセント増となったものの、新型コロナ関連の補助金の減により国庫補助金等が 75.8 パーセントの減となったこと等により、4.5 パーセントの減となった。一方、経常費用は職員給与費が 1.7 パーセントの増、材料費が 5.9 パーセント増などにより、2.5 パーセント増となった。

なお、経常損失を生じた公立病院については前年度の 26.5 パーセントから 63.9 パーセントとなった。

新型コロナウイルス感染症が、令和５年５月に感染症法上の位置付けが５類感染症となり、国等からの財政支援が終わった一方で、患者等の動向はコロナ禍前の水準にまでは回復しておらず、材料費をはじめとする物価高騰、人件費の上昇等により、病院の経営環境は、大変厳しい状況である。

公立病院は、民間医療機関の立地が困難な過疎地等における医療、小児・救急・周産期・精神・災害医療などの不採算・特殊部門にかかる医療、地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療を提供するほか、広域的な医師派遣の拠点としての機能を併せ持つなど、地域の基幹病院として重要な役割を果たしている。

経営環境が厳しい中にあっても、自治体病院はこの役割を持続的・安定的に果たしていくことが地域から求められている。

このような厳しい経営環境下において、令和６年度決算における当院の入院収益は、延入院患者数が前年度に比べ 6.9 パーセント増加し、一人１日当たりの入院診療単価についても 2.7 パーセント増加したため、前年度に比べ 9.8 パーセントの増収となった。

また、外来収益については、延外来患者数は 6.5 パーセント増加し、一人１日当たりの外来診療単価は 5.4 パーセント増加したため、前年度に比べ 12.3 パーセントの増収となった。

一方、医業費用においては、ベースアップや賞与の支給月数増、職員増に伴い給与費が 8.7 パーセントの増、薬品

や医療材料などの材料費が 13.0 パーセントの増となった。また、新病院整備事業により整備した医療器械や病院情報システムの減価償却が今年度から開始となったことから減価償却費は前年度に比べ 187.7 パーセントの大幅増となった。

この結果、医業収支は前年度に比べ 11 億 9 千万円余悪化し、28 億 7 千万円余の赤字となった。

また、医業外収益においては、国都補助金が、新型コロナ関連の補助金が皆減となったものの、企業債償還に対する補助金などが増加したことから前年度に比べ 6 千万円余増となった一方、医業外費用は企業債の償還利子の増により 1 億 6 千万円余増となり、経常損益は前年度から 12 億 8 千万円余悪化し 17 億 4 千万円余の赤字となった。

物価高騰、賃金上昇は続いており、今後数年間は新病院整備に伴う多額の減価償却費が推計されるなど、厳しい経営環境が続くものと予測されるところであり、今まで以上に医業収入の確保、病院運営の効率化などに取り組むなど、医業収支のさらなる改善を図る必要がある。

資本的収支においては、新病院建設事業については、本館と西館を結ぶ渡廊下棟建設工事を進め、令和 7 年 2 月に竣工した。

固定資産購入費では、放射線治療装置や血液浄化センター機器などを更新した。

（文責：事務局長　大舘　学）

1　決算の状況

(1) 利用患者数

令和６年度を含む過去 10 年間の利用患者数等の状況は、次のとおりである。

(2) 収支の状況（損益計算書）

今年度の収益的収支は、前年度に比べて収入は 10.3 パーセントの増で、20,330,259 千円、支出については 16.1 パーセントの増で、22,064,571 千円となった。

この内容を医業収支からみると、医業収益は前年度を 11.1 パーセント上回る 18,120,434 千円となった。医業費用も給与費、減価償却費等の増加から、前年度を 16.7 パーセント上回る 20,999,253 千円となった。

この結果、医業損失は前年度に比べ 1,191,053 千円の増加となる 2,878,819 千円となった。

一方、医業外収益は、前年度を 3.3 パーセント上回る 2,192,162 千円となり、医業外費用は、前年度を 18.6 パーセント上回る 1,061,879 千円となった。

なお、特別利益および特別損失を計上した結果、最終的な収支は 1,734,312 千円の純損失となった。

2　施設の整備状況

(1) 新病院整備事業

ア　新病院建設工事

イ　西館改修工事　等

(2) 医療器械等の整備

ア　放射線治療装置、血液浄化センター機器　等

イ　治療 RIS システム、循環器動画システム

(3) 施設の修繕

ア　医師住宅外壁等改修工事

イ　新棟地下 1 階 DS・PS 室自動制御盤修繕

ウ　新棟雑用水給水ポンプ修繕　等

3 医療職員等の確保状況

(1) 医師

医師については、正規職員103人、専攻医等33人、臨床研修医25人の161人の体制でスタートした。

年度末においては、正規職員 103 人、専攻医等 32 人、臨床研修医 25 人の 160 人の体制となった。

(2) 看護職員

看護職員については、令和6年4月1日付けで35人を採用し、506人の体制でスタートした。

※助産師39人、会計年度任用職員の准看護師1人含まず

その後、年度途中で有資格者5人を採用したが29人が退職したため、年度末においては、482人の体制となった。

4 診療体制の充実

(1) 東京都地域医療支援ドクター事業において、産婦人科医1人を確保した。

(2) 新たに2年間の研修期間を修了した診療看護師1人を心臓血管外科に配属した。

研修期間を修了し診療看護師は3人となり、整形外科、消化器・一般外科、心臓血管外科へ配属した。

(3) 麻酔科医を嘱託として1人採用し、麻酔科へ配属した。

1　損益計算書

（単位 ： 千円、%）

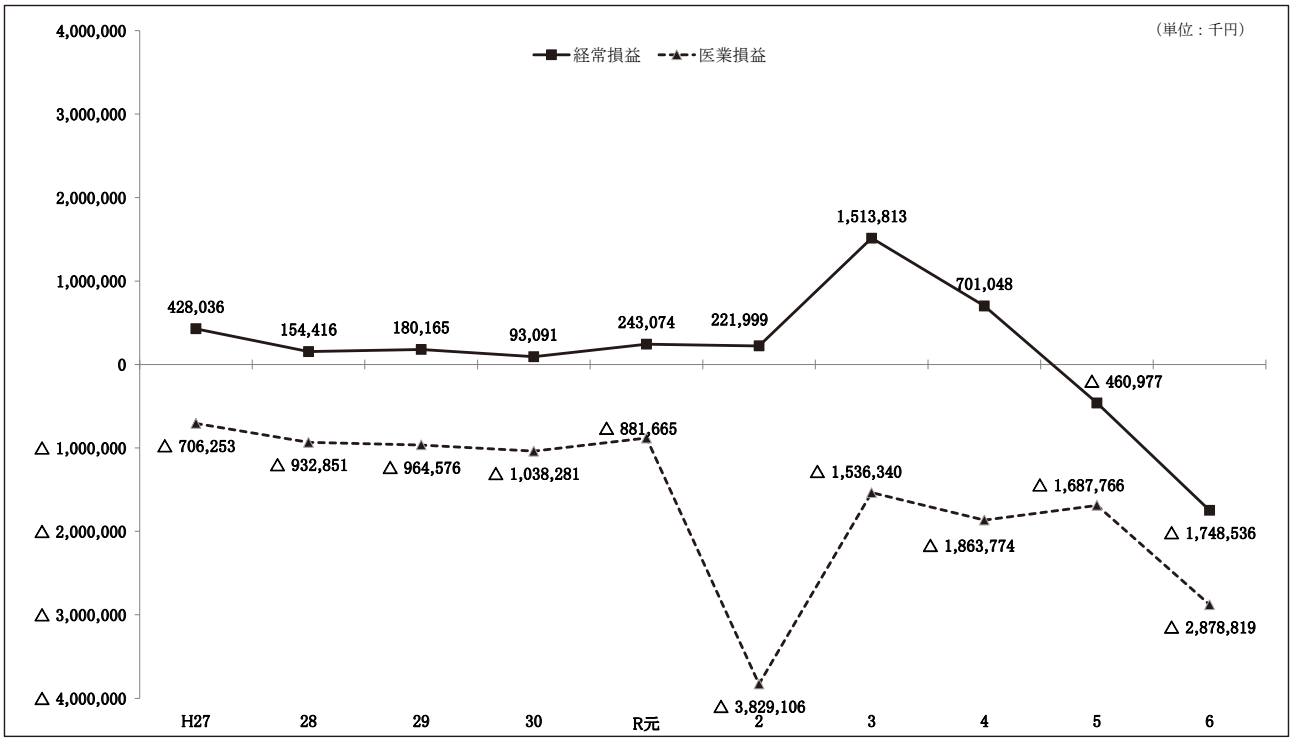
科　　目		6年度	5年度	比較	
		金額	金額	金額	増減率
医業収益		18,120,434	16,307,273	1,813,161	11.1
	入院収益	11,610,963	10,573,762	1,037,201	9.8
	外来収益	6,187,616	5,511,154	676,462	12.3
	その他医業収益	321,855	222,357	99,498	44.7
医業外収益		2,192,162	2,122,412	69,750	3.3
	他会計負担金	781,916	739,462	42,454	5.7
	国都補助金	762,848	1,027,356	△ 264,508	△ 25.7
	長期前受金戻入益	249,211	145,211	104,000	71.6
	資本費繰入収益	236,216	52,490	183,726	350.0
	その他医業外収益	161,971	157,893	4,078	2.6
特別利益		17,663	7	17,656	252,228.6
収　入　計		20,330,259	18,429,692	1,900,567	10.3
医業費用		20,999,253	17,995,039	3,004,214	16.7
	給与費	9,916,384	9,122,819	793,565	8.7
	材料費	5,909,329	5,227,781	681,548	13.0
	経費	2,951,046	2,836,389	114,657	4.0
	減価償却費	2,001,946	695,782	1,306,164	187.7
	資産減耗費	13,450	2,023	11,427	564.9
	研究研修費	49,172	57,783	△ 8,611	△ 14.9
	長期前払消費税償却	157,926	52,462	105,464	201.0
医業外費用		1,061,879	895,623	166,256	18.6
	支払利息	172,601	82,800	89,801	108.5
	その他医業外費用	889,278	812,823	76,455	9.4
特別損失		3,439	114,323	△ 110,884	△ 97.0
支　出　計		22,064,571	19,004,985	3,059,586	16.1
収　支　差　引		△ 1,734,312	△ 575,293	△ 1,159,019	201.5

2　貸借対照表

（単位 ： 千円、%）

科　　目		6年度	5年度	比較	
		金額	金額	金額	増減率
固定資産		28,097,289	24,900,011	3,197,278	12.8
	有形固定資産	26,122,504	23,246,699	2,875,805	12.4
	無形固定資産	4,370	4,370	0	0.0
	投資	1,970,415	1,648,942	321,473	19.5
流動資産		7,508,261	8,086,808	△ 578,547	△ 7.2
	現金預金	3,688,656	4,152,724	△ 464,068	△ 11.2
	未収金	3,726,364	3,841,103	△ 114,739	△ 3.0
	貯蔵品	92,241	91,981	260	0.3
	その他流動資産	1,000	1,000	0	0.0
資　産　合　計		35,605,550	32,986,819	2,618,731	7.9
固定負債		22,494,173	19,456,032	3,038,141	15.6
	企業債・借入金	18,972,164	16,120,991	2,851,173	17.7
	引当金	3,522,009	3,335,041	186,968	5.6
流動負債		3,384,170	3,301,779	82,391	2.5
	企業債・借入金	1,304,327	1,315,557	△ 11,230	△ 0.9
	未払金	1,489,127	1,459,989	29,138	2.0
	引当金	580,619	517,666	62,953	12.2
	その他流動負債	10,097	8,567	1,530	17.9
繰延収益		2,053,563	1,193,102	860,461	72.1
	長期前受金	4,044,293	3,051,822	992,471	32.5
	収益化累計額（△）	1,990,730	1,858,720	132,010	7.1
負　債　合　計		27,931,906	23,950,913	3,980,993	16.6
資本金		4,902,376	4,530,326	372,050	8.2
剰余金		2,771,268	4,505,580	△ 1,734,312	△ 38.5
	資本剰余金	11,000	11,000	0	0.0
	利益剰余金	2,760,268	4,494,580	△ 1,734,312	△ 38.6
資　本　合　計		7,673,644	9,035,906	△ 1,362,262	△ 15.1
負債・資本合計		35,605,550	32,986,819	2,618,731	7.9

3　損益の推移



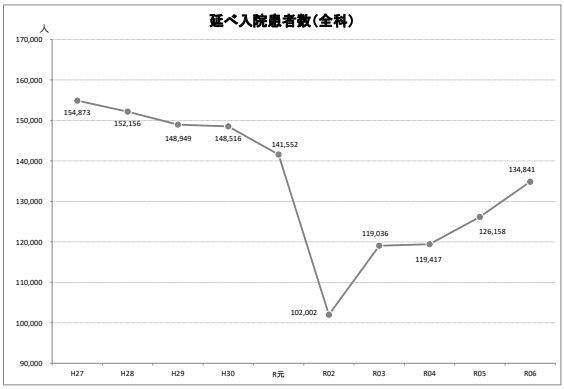
統計資料

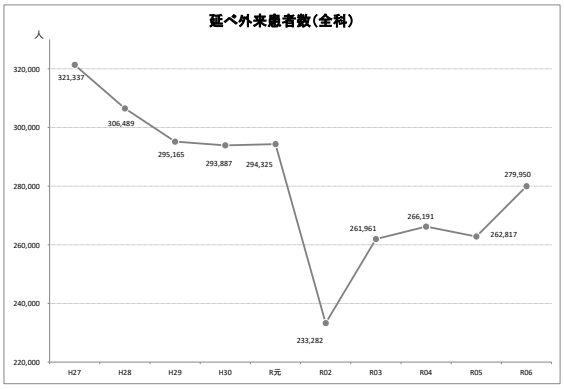
令和６年度利用患者の状況

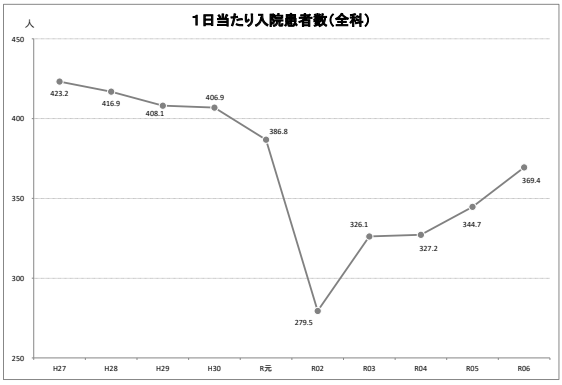
区分	入院						外来					
	延患者数（人）	新入院患者数（人）	退院患者数（人）	在院患者数（人）	１日平均患者数（人）	平均在院日数（日）	延患者数（人）	新来患者数（人）	再来患者数（人）	入院他科患者数（人）	１日平均患者数（人）	平均通院回数（回）
内科	0	0	0	0	0.0	0.0	10,771	4,190	4,476	2,105	44.3	2.1
呼吸器内科	15,183	1,118	1,084	14,099	41.5	12.8	15,890	954	14,936	0	65.4	16.7
消化器内科	15,570	1,366	1,301	14,269	42.5	10.7	20,160	1,294	18,866	0	83.0	15.6
循環器内科	13,596	1,360	1,353	12,243	37.1	9.0	17,596	1,378	16,218	0	72.4	12.8
脳神経内科	7,960	419	416	7,544	21.7	18.1	6,880	670	6,007	203	28.3	10.0
腎臓内科	5,179	415	410	4,769	14.2	11.6	12,497	342	12,155	0	51.4	36.5
内分泌糖尿病内科	2,549	217	196	2,353	7.0	11.4	9,393	466	8,927	0	38.7	20.2
血液内科	9,213	411	425	8,788	25.2	21.0	8,934	219	8,715	0	36.8	40.8
ﾘｳﾏﾁ･膠原病科	5,674	310	314	5,360	15.5	17.2	12,579	248	12,331	0	51.8	50.7
緩和ケア科	0	0	0	0	0.0	0.0	112	1	111	0	0.5	112.0
内科系計	74,924	5,616	5,499	69,425	204.7	12.5	114,812	9,762	102,742	2,308	472.5	11.5
外科	11,948	864	903	11,045	32.6	12.5	12,358	476	11,676	206	50.9	25.5
脳神経外科	7,602	394	377	7,225	20.8	18.7	3,119	509	2,537	73	12.8	6.0
呼吸器外科	883	105	117	766	2.4	6.9	672	25	643	4	2.8	26.7
心臓血管外科	2,463	133	146	2,317	6.7	16.6	3,030	116	2,863	51	12.5	25.7
整形外科	11,112	664	686	10,426	30.4	15.4	14,273	1,110	12,832	331	58.7	12.6
形成外科	400	46	50	350	1.1	7.3	2,734	305	2,158	271	11.3	8.1
産婦人科	6,427	933	936	5,491	17.6	5.9	11,833	627	11,126	80	48.7	18.7
皮膚科	0	0	0	0	0.0	0.0	3,859	172	3,025	662	15.9	18.6
泌尿器科	4,277	638	644	3,633	11.7	5.7	10,590	561	9,743	286	43.6	18.4
眼科	61	20	20	41	0.2	2.1	12,827	372	12,058	397	52.8	33.4
耳鼻いんこう科	2,133	365	362	1,771	5.8	4.9	9,714	958	8,464	292	40.0	9.8
救急科	1,755	408	360	1,395	4.8	3.6	8,320	5,188	3,132	0	34.2	1.6
小児科	3,953	487	485	3,468	10.8	7.1	14,598	3,607	10,969	22	60.1	4.0
放射線治療科	0	0	0	0	0.0	0.0	4,088	22	3,328	738	16.8	152.3
放射線診断科	0	0	0	0	0.0	0.0	585	362	223	0	2.4	1.6
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科	0	0	0	0	0.0	0.0	34,189	0	28	34,161	140.7	—
精神科	6,853	204	240	6,613	18.7	29.8	14,721	232	12,873	1,616	60.6	56.5
歯科口腔外科	50	15	15	35	0.1	2.3	3,628	1,138	2,490	0	14.9	3.2
計	134,841	10,892	10,840	124,001	369.4	11.4	279,950	25,542	212,910	41,498	1,152.1	9.3

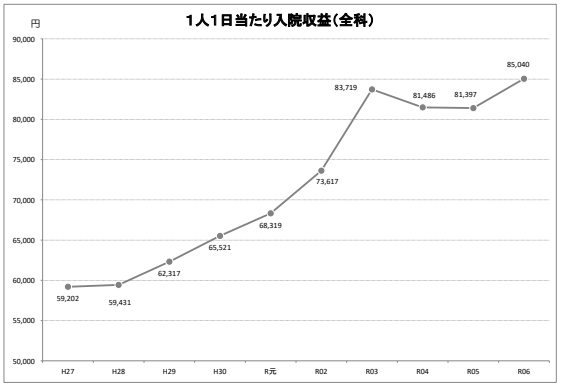
（1）利用患者数

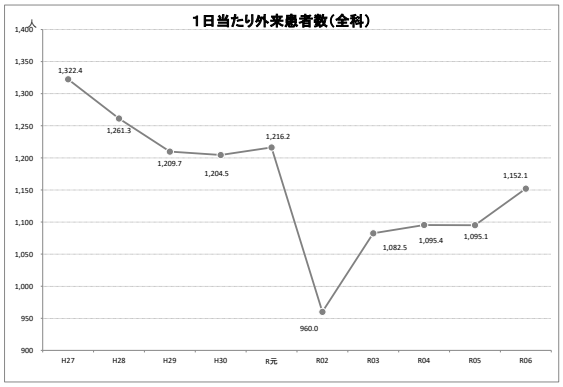
令和６年度を含む過去10年間の利用患者数等の状況は、次のとおりである。

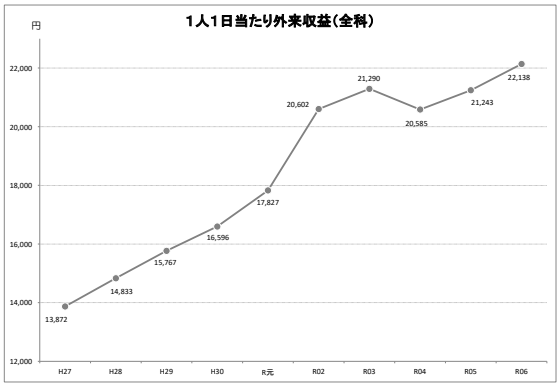


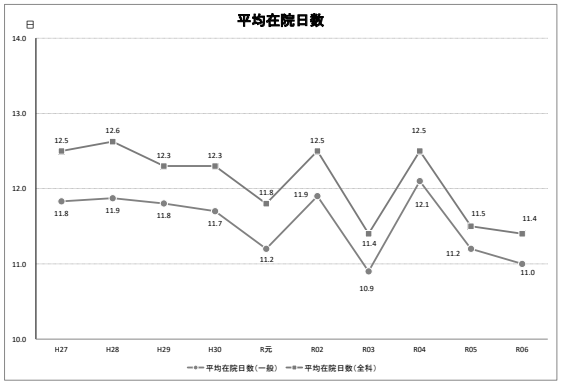


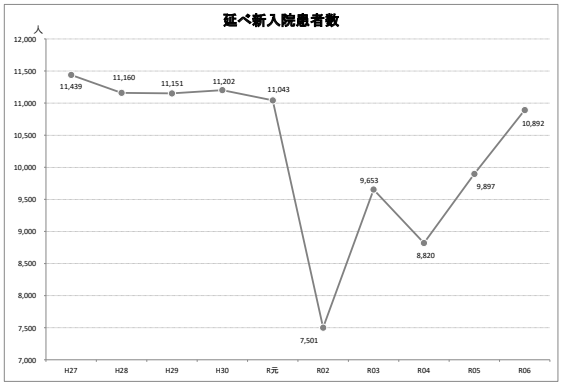


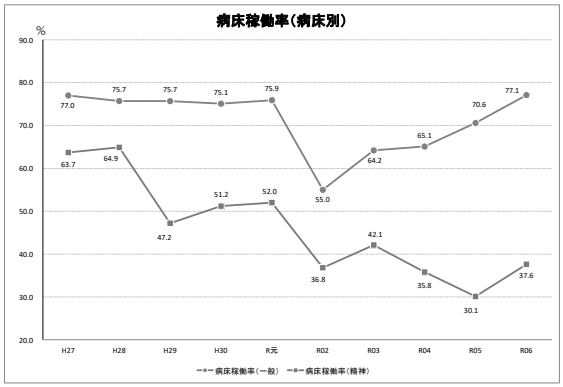



1日当たり外来患者数（全科）
人
1,400
1,350
1,300
1,250
1,200
1,150
1,100
1,050
1,000
950
900
1,322.4
1,261.3
1,209.7
1,204.5
1,216.2
960.0
1,082.5
1,095.4
1,095.1
1,152.1
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

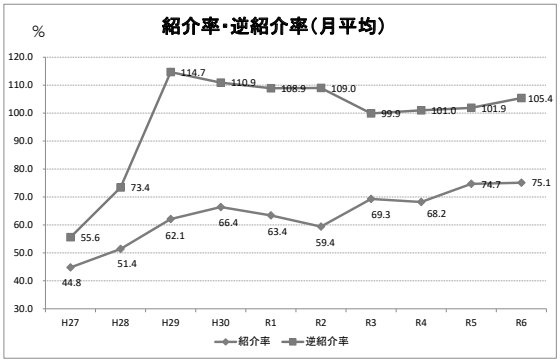

1人1日当たり外来収益（全科）
円
22,000
20,000
18,000
16,000
14,000
12,000
13,872
14,833
15,767
16,596
17,827
20,602
21,290
20,585
21,243
22,138
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

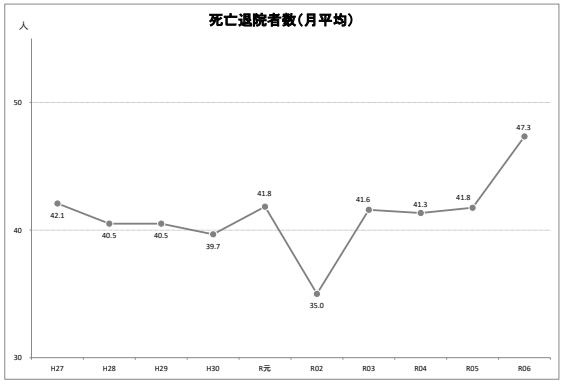

平均在院日数
日
14.0
13.0
12.0
11.0
10.0
12.5
12.6
12.3
12.3
11.8
12.5
11.4
12.5
11.5
11.4
11.8
11.9
11.8
11.7
11.2
11.9
10.9
12.1
11.2
11.0
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06
平均在院日数（一般）
平均在院日数（全科）

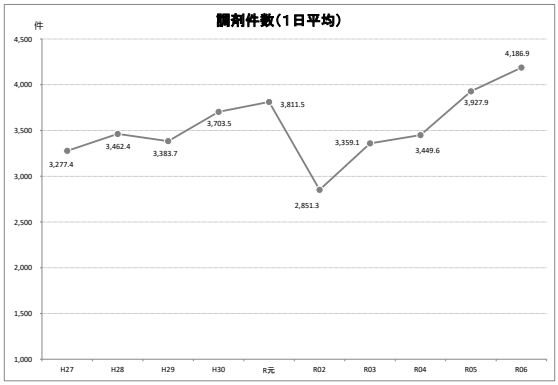

延べ新入院患者数
人
12,000
11,500
11,000
10,500
10,000
9,500
9,000
8,500
8,000
7,500
7,000
11,439
11,160
11,151
11,202
11,043
7,501
9,653
8,820
9,897
10,892
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

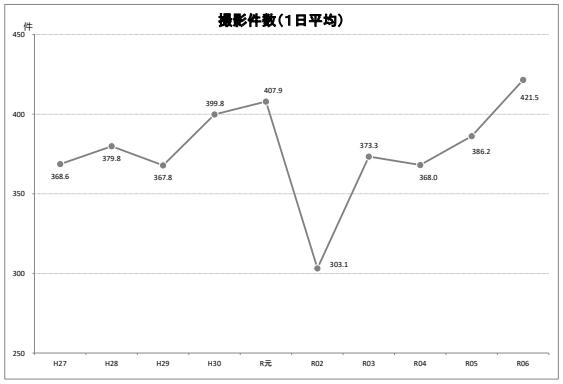

病床稼働率（病床別）
%
90.0
80.0
70.0
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
77.0
75.7
75.7
75.1
75.9
55.0
64.2
65.1
70.6
77.1
63.7
64.9
47.2
51.2
52.0
36.8
42.1
35.8
30.1
37.6
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06
病床稼働率（一般）
病床稼働率（精神）

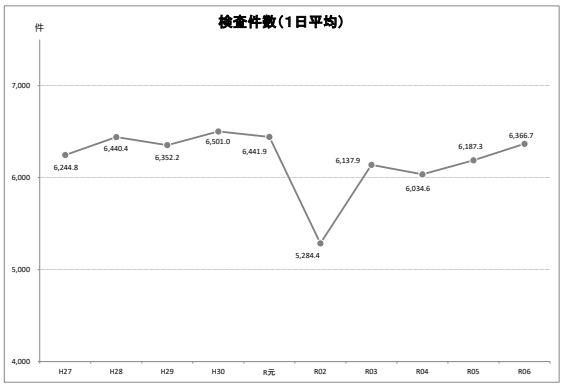
(2) 年度別各種データ

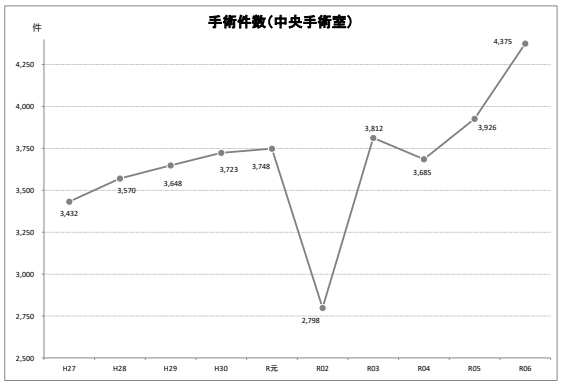

紹介率・逆紹介率（月平均）
%
120.0
110.0
100.0
90.0
80.0
70.0
60.0
50.0
40.0
30.0
114.7
110.9
108.9
109.0
99.9
101.0
101.9
105.4
73.4
55.6
62.1
66.4
63.4
59.4
69.3
68.2
74.7
75.1
51.4
44.8
H27
H28
H29
H30
R1
R2
R3
R4
R5
R6
紹介率
逆紹介率

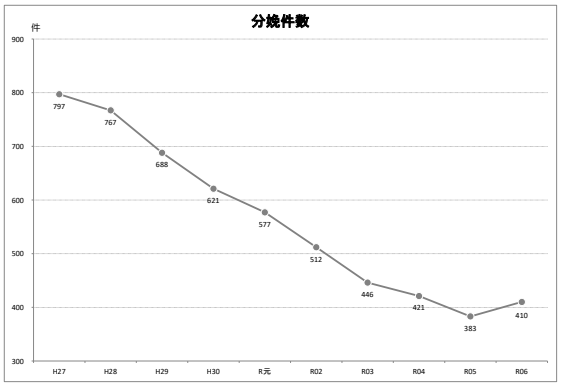

死亡退院者数（月平均）
人
50
40
30
42.1
40.5
40.5
39.7
41.8
35.0
41.6
41.3
41.8
47.3
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

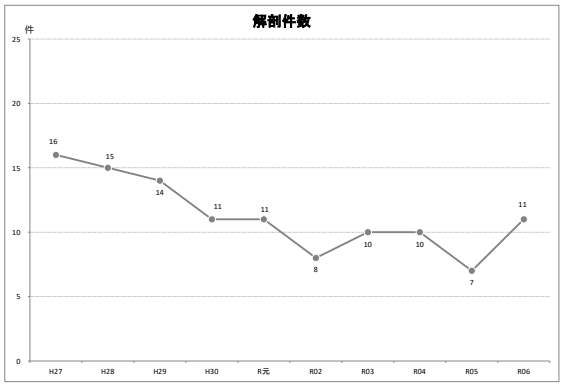

調剤件数（1日平均）
件
4,500
4,000
3,500
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
3,277.4
3,462.4
3,383.7
3,703.5
3,811.5
2,851.3
3,359.1
3,449.6
3,927.9
4,186.9
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

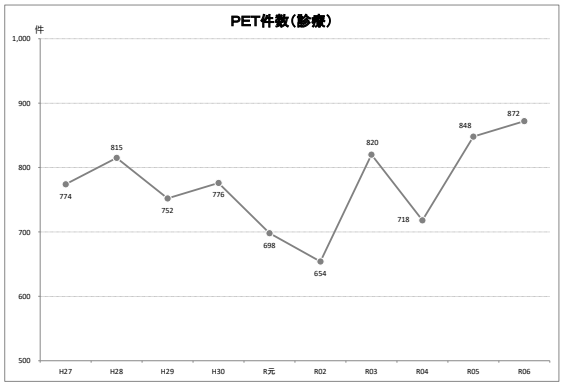

撮影件数（1日平均）
件
450
400
350
300
250
368.6
379.8
367.8
399.8
407.9
303.1
373.3
368.0
386.2
421.5
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

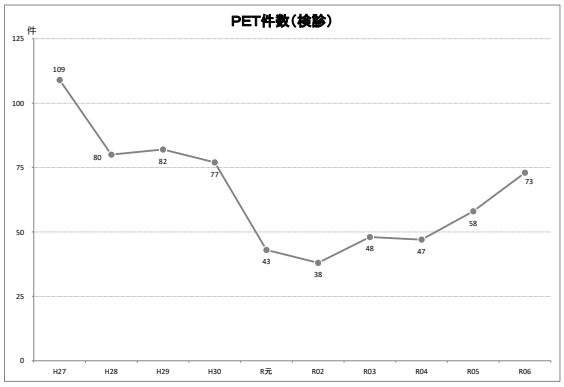

検査件数（1日平均）
件
7,000
6,000
5,000
4,000
6,244.8
6,440.4
6,352.2
6,501.0
6,441.9
5,284.4
6,137.9
6,034.6
6,187.3
6,366.7
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

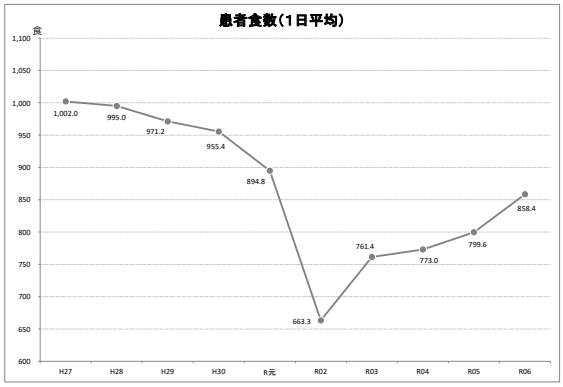

手術件数（中央手術室）
件
4,250
4,000
3,750
3,500
3,250
3,000
2,750
2,500
3,432
3,570
3,648
3,723
3,748
2,798
3,812
3,685
3,926
4,375
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

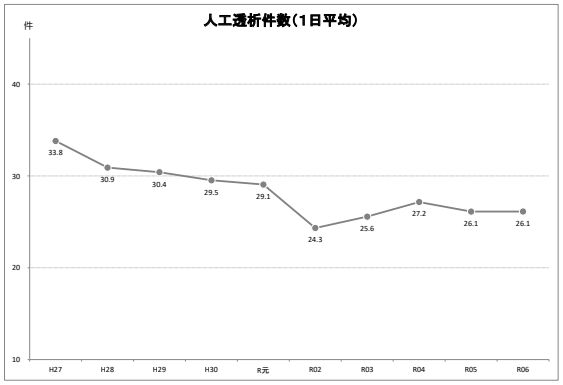

分娩件数
件
900
800
700
600
500
400
300
797
767
688
621
577
512
446
421
383
410
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

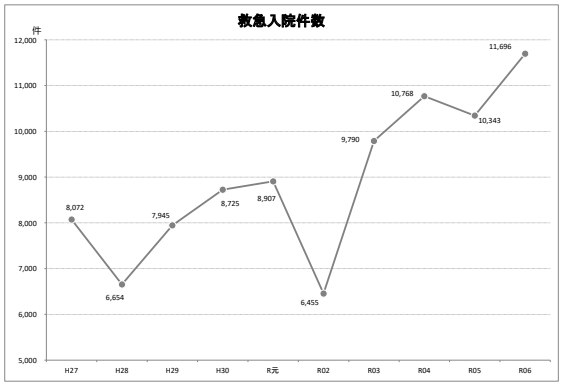

解剖件数
件
25
20
15
10
5
0
16
15
14
11
11
8
10
10
7
11
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

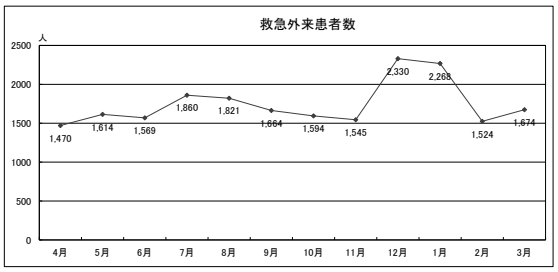

PET件数（診療）
件
1,000
900
800
700
600
500
774
815
752
776
698
654
820
718
848
872
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

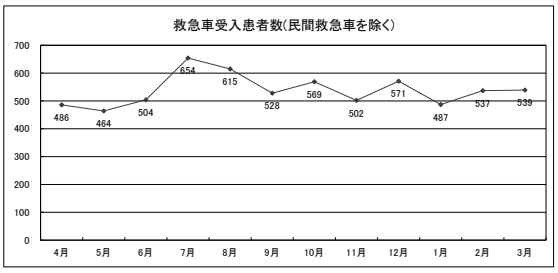

PET件数（検診）
件
125
100
75
50
25
0
109
80
82
77
43
38
48
47
58
73
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06


患者食数（1日平均）
食
1,100
1,050
1,000
950
900
850
800
750
700
650
600
1,002.0
995.0
971.2
955.4
894.8
663.3
761.4
773.0
799.6
858.4
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06


人工透析件数（1日平均）
件
40
30
20
10
33.8
30.9
30.4
29.5
29.1
24.3
25.6
27.2
26.1
26.1
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

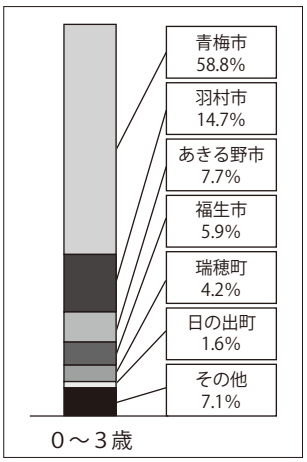

救急入院件数
件
12,000
11,000
10,000
9,000
8,000
7,000
6,000
5,000
8,072
6,654
7,945
8,725
8,907
6,455
9,790
10,768
10,343
11,696
H27
H28
H29
H30
R元
R02
R03
R04
R05
R06

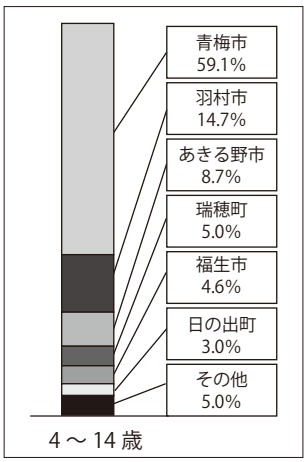

救急外来患者数
人
2500
2000
1500
1000
500
0
1,470
1,614
1,569
1,860
1,821
1,664
1,594
1,545
2,330
2,263
1,524
1,674
4月
5月
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
1月
2月
3月

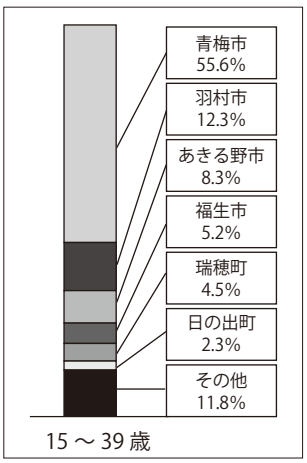

救急車受入患者数(民間救急車を除く)
700
600
500
400
300
200
100
0
486
464
504
654
615
528
569
502
571
487
537
539
4月
5月
6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
1月
2月
3月

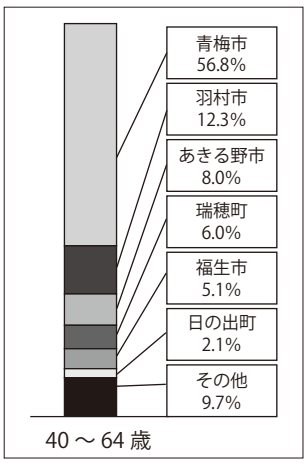
(3) 地区別・年齢別来院状況

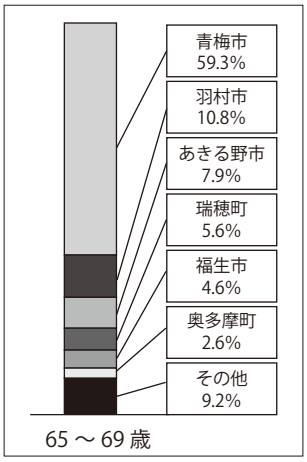
ア　外来

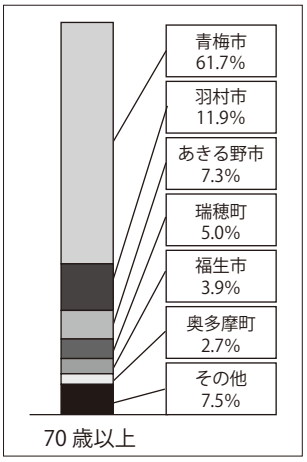


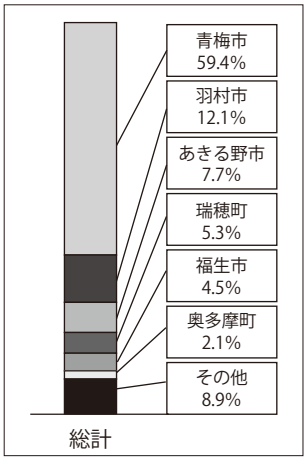




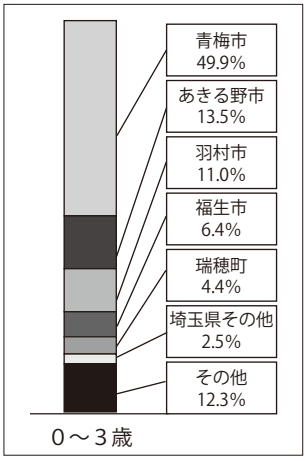


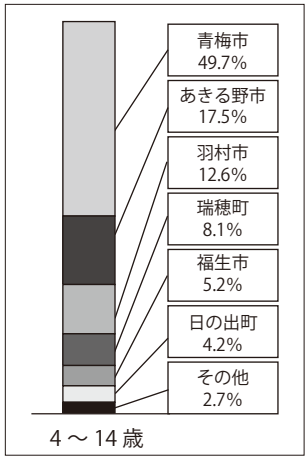


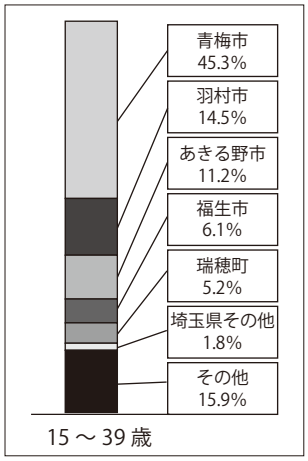


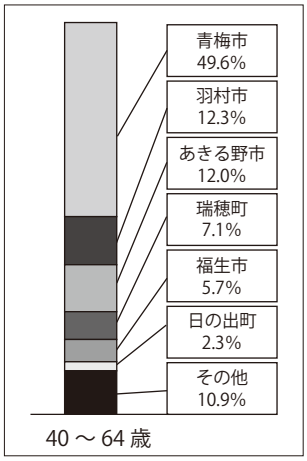


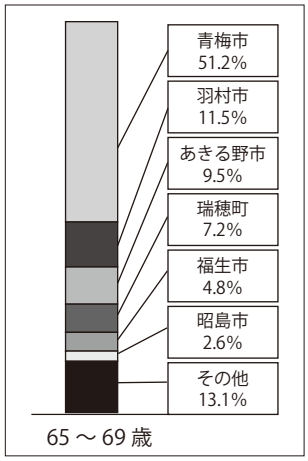
イ　入院

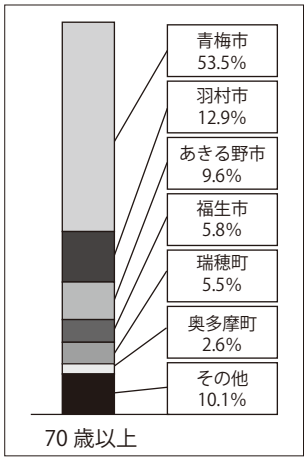


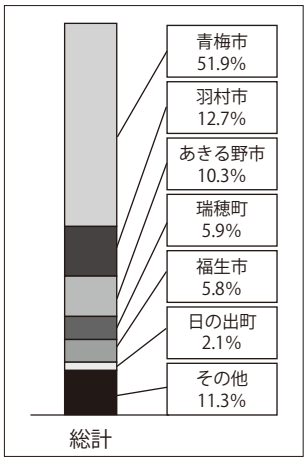






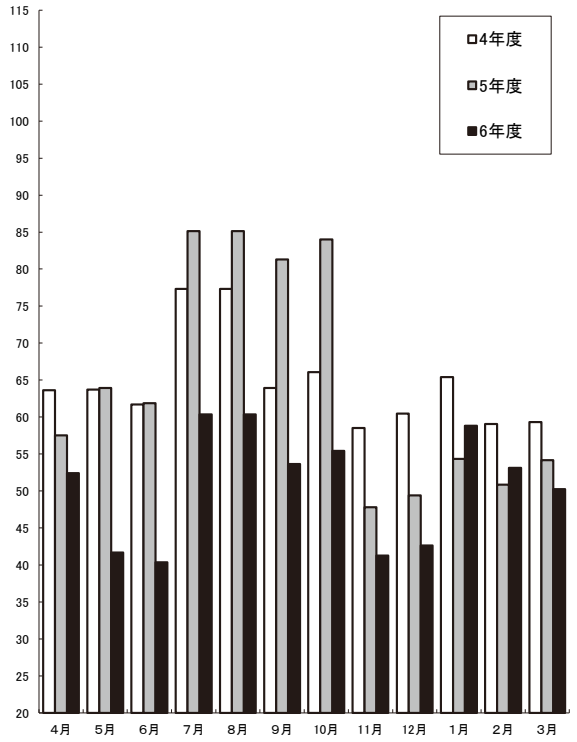




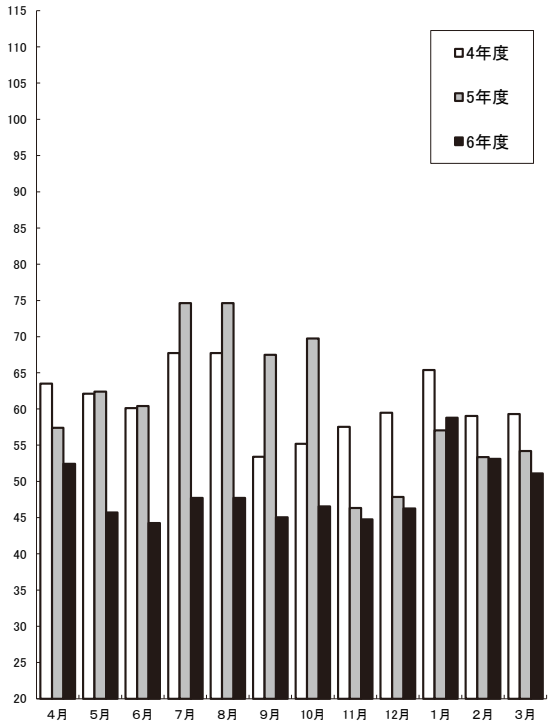


(4) 上下水道・エネルギー使用状況

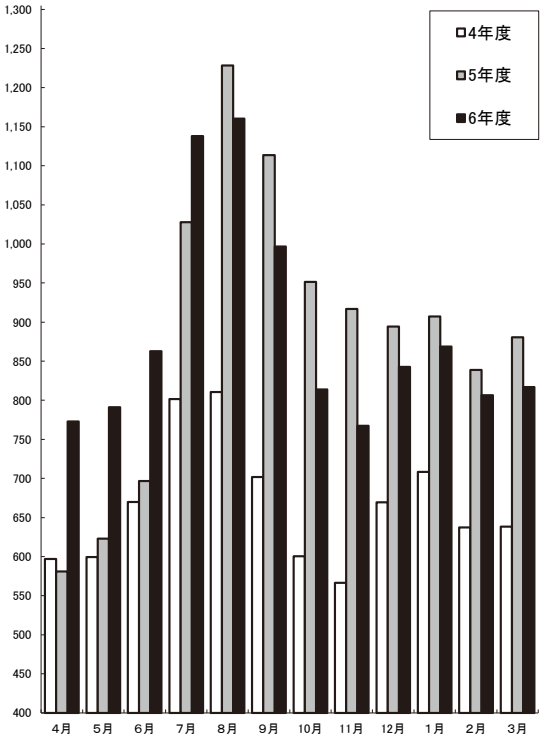
（×10²m³）　水 道 使 用 量



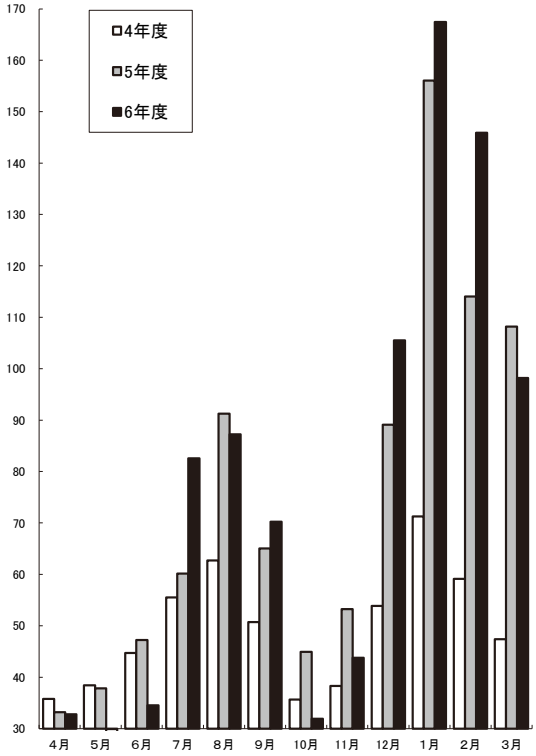
（×10²m³）　下 水 道 使 用 量



（×10³kWh）　電 気 使 用 量



（×10³m³）　ガ ス 使 用 量



診療連携医療機関

医科　　令和７年３月 31 日現在

番号	医療機関名	住　所
1	あさひ整形外科クリニック	青梅市新町 3-3-1 宇源ビル２Ｆ
2	足立医院	青梅市野上町 4-9-21
3	荒巻医院	青梅市野上町 4-3-6
4	井上医院	青梅市長淵 7-379
5	青梅医院	青梅市仲町 241
6	青梅今井病院	青梅市今井 1-2609-2
7	青梅駅前耳鼻咽喉科	青梅市本町 120
8	青梅かすみ台クリニック	青梅市野上町 3-2-7
9	青梅市休日夜間診療所	青梅市東青梅 1-167-1
10	青梅市健康センター	青梅市東青梅 1-174-1
11	青梅耳鼻咽喉科	青梅市新町 2-16-2
12	青梅順心眼科クリニック	青梅市新町 9-4-4
13	青梅腎クリニック	青梅市河辺町 5-1-4
14	青梅成木台病院	青梅市成木 1-447
15	大河原森本医院	青梅市仲町 251
16	大堀医院	青梅市今井 5-2440-178
17	小作クリニック	青梅市河辺町 8-19-1
18	かごしま眼科クリニック	青梅市河辺町 10-12-14 加藤ビル１F
19	片平医院	青梅市河辺町 10-16-20
20	河辺駅前クリニック	青梅市河辺町 10-11-1 スプリング河辺駅前メディカルビル 102 号
21	河辺皮膚科メンタルクリニック	青梅市河辺町 10-13-1
22	きくち耳鼻咽喉科クリニック	青梅市今寺 5-12-3
23	後藤眼科診療所	青梅市森下町 508
24	小林医院	青梅市東青梅 2-10-2
25	こみ内科クリニック	青梅市河辺町 10-7-1 イオンスタイル河辺１F
26	酒井医院	青梅市新町 4-1-13
27	坂元医院	青梅市河辺町 5-21-3 ベリテビル１F
28	笹本医院	青梅市住江町 58
29	沢井診療所	青梅市沢井 2-850-3
30	下奥多摩医院	青梅市長淵 4-376-1
31	進藤医院	青梅市千ヶ瀬町 5-610-11　１Ｆ
32	新町クリニック	青梅市新町 3-53-5
33	しんまち総合クリニック	青梅市新町 2-18-7
34	新町皮フ科	青梅市新町 2-16-2
35	鈴木慈光病院	青梅市長淵 5-1086
36	田中医院	青梅市西分町 2-53
37	多摩リハビリテーション病院	青梅市長淵 9-1412-4
38	丹生クリニック	青梅市河辺町 5-13-5 シャルマンファミーユ東京 1F
39	千葉医院	青梅市新町 2-32-1
40	土田医院	青梅市根ヶ布 2-1370-37
41	東京海道病院	青梅市末広町 1-4-5
42	友田クリニック	青梅市友田町 3-136-1
43	中島内科・循環器科クリニック	青梅市師岡町 3-19-13
44	中野クリニック	青梅市河辺町 5-21-3 河辺クリニックビル３F
45	なごみクリニック	青梅市河辺町 8-13-19
46	ナルケンキッズクリニック	青梅市河辺町 4-20-4
47	西東京ケアセンター	青梅市友田町 3-136-1
48	野村医院	青梅市東青梅 1-7-7 清水ビル 2F
49	野本医院	青梅市新町 5-11-60
50	梅郷診療所	青梅市梅郷 3-755-1
51	濱松皮膚科	青梅市師岡町 3-14-19
52	林レディースクリニック	青梅市東青梅 3-8-8
53	ひがし青梅腎クリニック	青梅市東青梅 2-19-10
54	東青梅診療所	青梅市東青梅 1-7-5
55	東青梅整形外科医院	青梅市東青梅 5-21-17
56	東原診療所	青梅市今寺 5-10-46
57	ひまわり在宅診療所	青梅市河辺町 4-8-7
58	二俣尾診療所	青梅市二俣尾 4-954-1
59	ホームケアクリニック青梅	青梅市新町 3-66-3
60	みしま泌尿器科クリニック	青梅市新町 3-3-1 宇源ビル 2F
61	三田眼科	青梅市長淵 1-52
62	武蔵野台病院	青梅市今井 1-2586
63	百瀬医院	青梅市藤橋 2-10-2
64	やすらぎ在宅診療所	青梅市東青梅 4-17-16
65	ゆだクリニック	青梅市新町 6-5-1
66	吉野医院	青梅市河辺町 8-7-7
67	あかしあの里	羽村市玉川 2-6-6
68	いずみクリニック	羽村市栄町 2-6-29
69	永仁醫院	羽村市羽加美 1-17-6
70	オザキクリニック羽村院	羽村市富士見平 1-18 羽村団地 24-1
71	小作駅前クリニック	羽村市小作台 5-9-10
72	込田耳鼻咽喉科医院	羽村市五ノ神 4-8-1 エルハイム五ノ神 1F
73	栄町診療所	羽村市栄町 1-14-46
74	真愛眼科医院	羽村市五ノ神 1-4-19
75	神明台クリニック	羽村市神明台 1-35-4
76	ちひろメンタルクリニック	羽村市五ノ神 1-2-2
77	西多摩病院	羽村市双葉町 2-21-1
78	ばば子どもクリニック	羽村市五ノ神 352-22
79	羽村三慶病院	羽村市羽 4207
80	羽村整形外科リウマチ科クリニック	羽村市緑ヶ丘 5-7-11
81	はむら線路沿い皮ふ科	羽村市緑ヶ丘 1-18-3　２F
82	羽村相互診療所	羽村市神明台 1-30-5
83	はむら皮ふ・形成外科・内科クリニック	羽村市富士見平 2-10-1
84	羽村ひまわりクリニック	羽村市五ノ神 351-30
85	双葉クリニック	羽村市双葉町 1-1-15
86	前田外科クリニック	羽村市五ノ神 4-14-5 サンシティ３F
87	松田医院	羽村市小作台 5-8-8
88	松原内科医院	羽村市羽東 1-16-3
89	真鍋クリニック	羽村市小作台 2-7-13
90	山川医院	羽村市五ノ神 1-2-1 サカヤビル 1F
91	横田クリニック	羽村市羽東 1-8-1
92	よりみつレディースクリニック	羽村市五ノ神 1-2-2 羽村駅東口前メディカルプラザ 3F
93	わかくさ医院	羽村市小作台 2-7-16
94	ワタナベ整形外科	羽村市五ノ神 1-2-2 羽村駅東口前メディカルプラザ 2F
95	あいざわ整形クリニック	福生市牛浜 158 メディカルビーンズ１F
96	青山医院	福生市福生 656-1　1F
97	いろは診療所	福生市熊川 1403-1
98	うしはま眼科	福生市牛浜 158 メディカルビーンズ３F
99	牛浜内科クリニック	福生市志茂 62
100	内山耳鼻咽喉科医院	福生市福生 1263
101	大野耳鼻咽喉科	福生市牛浜 158 メディカルビーンズ２F
102	岡村クリニック	福生市福生 886-4
103	笠井クリニック	福生市加美平 1-15-6 フルヤビル 1F
104	桂川内科医院	福生市熊川 428
105	河内クリニック	福生市福生 992-2ＮＴビル１Ｆ
106	熊川病院	福生市熊川 154

107	ささもと整形外科形成外科クリニック	福生市福生 657
108	島井内科小児科クリニック	福生市牛浜 118-1 コートエレガンス Elle-K2F
109	しみず小児科・内科クリニック	福生市牛浜 5-1
110	すみれ小児クリニック	福生市本町 82-3
111	セザイ皮フ科・しゅういち内科	福生市本町 7-1 プリマヴェール福生 2F
112	大聖病院	福生市福生 871
113	高村内科クリニック	福生市福生 1044
114	津田クリニック	福生市福生二宮 2461
115	西村医院	福生市熊川 927
116	波多野医院	福生市福生 774-13
117	東福生むさしの台クリニック	福生市武蔵野台 1-1-7 センチュリー武蔵野台１Ｆ
118	ひかりクリニック	福生市本町 95-3 メディケア 953　2F
119	平沢クリニック	福生市南田園 1-3-11
120	ふちむかい眼科	福生市加美平 2-14-20 フローネ加美平 1F
121	福生駅前クリニック	福生市本町 89 1F～3F
122	福生クリニック	福生市加美平 3-35-13
123	福生団地クリニック	福生市南田園 2-16 福生団地 12-111
124	山口外科医院	福生市志茂 233
125	秋川病院	あきる野市平沢 472
126	あきる台クリニック	あきる野市秋川 5-1-8
127	あきる台病院	あきる野市秋川 6-5-1
128	あきる野総合クリニック	あきる野市草花 1439-9
129	あきるの内科クリニック	あきる野市二宮 1011
130	あきるの杜きずなクリニック	あきる野市五日市 149-1
131	いなメディカルクリニック	あきる野市伊奈 477-1
132	奥野医院	あきる野市下代継 95-11
133	おくの眼科	あきる野市秋川 4-2-5
134	上代継診療所	あきる野市上代継 84-6
135	草花クリニック	あきる野市草花 2724
136	小机クリニック	あきる野市小中野 160
137	近藤医院	あきる野市油平 35
138	櫻井病院	あきる野市原小宮 1-14-11
139	さくらクリニック	あきる野市野辺 1003
140	佐藤内科循環器科クリニック	あきる野市秋川 2-5-1
141	しみず在宅クリニック	あきる野市野辺 1028-2
142	清水耳鼻咽喉科クリニック	あきる野市五日市 1039-1
143	朱膳寺内科クリニック	あきる野市秋留 1-1-10 あきる野クリニックタウン１F
144	鈴木内科	あきる野市舘谷 156-2
145	瀬戸岡医院	あきる野市二宮 1240
146	なかのやUクリニック	あきる野市秋川 1-7-17
147	野口眼科医院	あきる野市五日市 71
148	葉山医院	あきる野市引田 552
149	樋口クリニック	あきる野市秋川 3-7-5
150	星野小児科内科クリニック	あきる野市小川東 1-19-20 1F
151	まつもと耳鼻咽喉科	あきる野市秋留 1-1-10 あきる野クリニックタウン１F
152	森眼科	あきる野市秋川 3-5-5
153	ゆき皮膚科クリニック	あきる野市油平 57－4
154	ゆしまウィメンズクリニック	あきる野市牛沼 131-3
155	米山医院	あきる野市二宮 1133
156	昭島駅前耳鼻咽喉科	昭島市田中町 562-8 昭島昭和第１ビル北館１階Ａ室
157	昭島リウマチ膠原病内科	昭島市宮沢町 495-30
158	昭和の杜病院	昭島市宮沢町 522-2
159	山本メンタルクリニック	立川市錦町 1-3-3 ビュープラザ立川 6F
160	新井クリニック	瑞穂町長岡 1-51-2
161	石畑診療所	瑞穂町石畑 207
162	栗原医科歯科医院・矯正歯科	瑞穂町箱根ヶ崎 61
163	すずき瑞穂眼科	瑞穂町箱根ヶ崎 282 パインフラット 101
164	髙水医院	瑞穂町箱根ヶ崎 282
165	菜の花クリニック	瑞穂町殿ヶ谷 454
166	箱根ヶ崎耳鼻咽喉科	瑞穂町箱根ヶ崎東松原 1-1
167	丸野医院	瑞穂町長岡 1-14-9
168	みずほ病院	瑞穂町大字箱根ヶ崎 535-5
169	奥多摩病院	奥多摩町氷川 1111
170	古里診療所	奥多摩町小丹波 82
171	双葉会診療所	奥多摩町海澤 500
172	大久野病院	日の出町大久野 6416
173	さくやま眼科	日の出町平井三吉野桜木 237-3 イオンモール日の出 1F
174	馬場内科クリニック	日の出町大久野 1062-1
175	日の出ヶ丘病院	日の出町大久野 310
176	檜原診療所	檜原村三都郷 2717
177	八王子消化器病院	八王子市万町 177-3
178	吉祥寺みどり内科・消化器クリニック　武蔵野院	武蔵野市吉祥寺本町 1-11-19
179	すぎなみ脳神経外科・しびれ・頭痛クリニック	杉並区西荻南 1-1-1 メディカルモール 3F
180	飯能靖和病院	飯能市下加治 137-2

歯科

令和７年３月 31 日現在

番号	医療機関名	住　所
1	池田歯科医院	青梅市東青梅 2-20-26
2	上田歯科医院	青梅市河辺町 4-21-2
3	荻野歯科三ツ原診療所	青梅市藤橋 3-9-7
4	小沢歯科医院	青梅市新町 3-70-9
5	小曽木歯科	青梅市小曽木 4-2244
6	菊池歯科医院	青梅市河辺町 7-1-14
7	北小曽木歯科診療所	青梅市成木 8-410
8	北島歯科医院	青梅市河辺町 10-5-15KJ ビル 1F
9	櫻岡歯科	青梅市西分町 2-62
10	下奥多摩歯科医院	青梅市長淵 4-376-1
11	関口歯科医院	青梅市野上町 4-1-4 浜中ビル 1Ｆ
12	高野歯科クリニック	青梅市河辺町 5-5-12
13	高橋スマイル歯科	青梅市東青梅 5-16-24
14	デンタルクリニック関	青梅市東青梅 3-21-36
15	中丸歯科クリニック	青梅市長淵 1-9
16	梅郷歯科クリニック	青梅市梅郷 4-702-3
17	橋本歯科医院	青梅市河辺町 7-4-55
18	長谷川歯科医院	青梅市東青梅 5-9-24
19	ハニーデンタルクリニック	青梅市東青梅 2-13-20 ネクスステージ東青梅 店舗 A
20	東青梅歯科医院	青梅市東青梅 1-2-5 東青梅センタービル ２Ｆ
21	プラム歯科	青梅市藤橋 3-1-12
22	三田歯科医院	青梅市長淵 1-57-1
23	三井歯科医院	青梅市東青梅 5-20-10
24	武藤歯科医院	青梅市滝ノ上町 1235
25	武藤歯科クリニック	青梅市新町 3-31-3
26	モモセオーラルケアクリニック	青梅市藤橋 2-560-44
27	百瀬歯科医院	青梅市今寺 4-24-2
28	山下歯科医院	青梅市河辺町 10-12-37
29	やまだ歯科医院	青梅市千ヶ瀬町 3-403-3 ハシモトビル２Ｆ
30	あさひ公園通り歯科医院	羽村市富士見平 2-15-1
31	生駒歯科羽村診療所	羽村市神明台 4-3-47
32	井上歯科医院	羽村市五ノ神 2-12-14
33	うすい歯科･矯正歯科クリニック	羽村市小作台 1-2-11
34	宇野歯科医院	羽村市小作台 3-23-1 栄ビル２Ｆ
35	おざわ歯科クリニック	羽村市小作台 2-13-3
36	加藤歯科クリニック	羽村市神明台 1-33-20 シャルムアン２Ｆ
37	髙田歯科医院	羽村市五ノ神 1-6-6
38	西東京歯科医院	羽村市栄町 2-10-2
39	西東京歯科医院 小作分院	羽村市小作台 1-13-12 平和ビル ２Ｆ
40	羽中歯科クリニック	羽村市羽中 2-7-3
41	羽村歯科医院	羽村市栄町 2-22-15
42	はむら線路沿い歯科	羽村市羽東 1-7-11 ステーションサイドビル 101
43	ひらいデンタルパートナーズ	羽村市神明台 1-22-1
44	平三歯科医院	羽村市五ノ神 4-7-10
45	本田歯科医院	羽村市羽東 1-21-2
46	ホンダデンタルクリニック	羽村市小作台 5-2-2
47	もとえデンタルクリニック	羽村市神明台 2-11-14
48	矢野歯科医院	羽村市五ノ神 4-6-10Ａ
49	渡邊歯科医院	羽村市五ノ神 4-12-13 ２Ｆ
50	梅田歯科医院	福生市福生 1046 岸ビル 102
51	江藤歯科医院	福生市熊川 621
52	おくむら歯科クリニック	福生市牛浜 118-1 コートエレガンス Elle-K M-03
53	片岡歯科医院	福生市本町 44
54	河野歯科医院	福生市南田園 3-2-38
55	せきぐち歯科	福生市熊川 449
56	田辺歯科・矯正歯科医院	福生市本町 90
57	平出歯科医院	福生市福生 248-11
58	ふみ歯科診療所	福生市福生 798-2 第７森田ビル 1F
59	麻沼歯科医院	あきる野市雨間 729
60	池田歯科医院	あきる野市油平 263-1
61	大塚歯科医院	あきる野市雨間 554-1
62	かねこ歯科医院	あきる野市小川東2-7-2遠藤ビル 201
63	せぬま歯科医院	あきる野市秋川 2-1-1 壽ビル ２F
64	髙取歯科医院	あきる野市五日市 55
65	デンタルオフィスたむら	あきる野市野辺 631-4
66	ピュア矯正歯科室	あきる野市秋川 2-7-5 ソレーユ・K 2F
67	三澤歯科医院	あきる野市草花 3310
68	青松歯科医院	瑞穂町箱根ヶ崎 2367-1 シャレムクレインマンション 101
69	岩永歯科医院	瑞穂町箱根ヶ崎 105-1
70	日の出歯科医院	日の出町平井 1233-1
71	森田歯科医院	日の出町平井 2069-2

入院患者疾病統計

年齢階層別・性別・退院患者数

コード　国際疾病大分類		総数	0~4歳	~9歳	~14歳	~19歳	~29歳	~39歳	~49歳	~59歳	~64歳	~69歳	~74歳	~79歳	~84歳	~89歳	90歳~
総　数	計	11,345	394	91	62	109	431	601	702	1,155	713	929	1,507	1,740	1,604	898	409
	男	6,208	212	60	35	54	87	141	326	688	468	570	971	1,062	897	469	168
	女	5,137	182	31	27	55	344	460	376	467	245	359	536	678	707	429	241
01 感染症及び寄生虫症	計	270	33	7	6	5	15	6	17	18	15	9	35	27	40	26	11
(A00-B99)	男	151	17	6	5	2	3	5	10	9	10	4	23	18	19	13	7
	女	119	16	1	1	3	12	1	7	9	5	5	12	9	21	13	4
02 新生物〈腫瘍〉	計	2,557	0	2	1	5	26	65	181	237	220	282	472	514	379	143	30
(C00-D48)	男	1,399	0	1	0	0	3	14	36	106	136	167	295	302	230	94	15
	女	1,158	0	1	1	5	23	51	145	131	84	115	177	212	149	49	15
03 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	計	89	1	2	0	2	1	2	2	8	4	13	11	21	13	6	3
(D50-D89)	男	49	1	1	0	2	1	0	1	7	3	8	8	9	3	5	0
	女	40	0	1	0	0	0	2	1	1	1	5	3	12	10	1	3
04 内分泌，栄養及び代謝疾患	計	259	7	7	3	3	11	16	18	32	13	24	32	45	27	14	7
(E00-E90)	男	146	5	6	2	1	4	9	9	18	10	11	21	26	13	7	4
	女	113	2	1	1	2	7	7	9	14	3	13	11	19	14	7	3
05 精神及び行動の障害	計	229	1	1	1	2	27	16	27	35	27	26	27	25	5	7	2
(F00-F99)	男	91	1	0	0	0	3	0	17	15	19	11	12	8	3	1	1
	女	138	0	1	1	2	24	16	10	20	8	15	15	17	2	6	1
06 神経系の疾患	計	292	10	8	1	2	5	16	19	55	20	32	26	39	38	15	6
(G00-G99)	男	171	2	4	0	1	3	8	11	34	15	22	16	25	19	9	2
	女	121	8	4	1	1	2	8	8	21	5	10	10	14	19	6	4
07 眼及び付属器の疾患	計	32	0	0	0	1	0	0	0	3	2	2	4	5	10	5	0
(H00-H59)	男	14	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	3	2	3	2	0
	女	18	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	3	7	3	0
08 耳及び乳様突起の疾患	計	41	5	4	0	0	1	0	4	9	3	1	5	3	4	2	0
(H60-H95)	男	16	2	2	0	0	1	0	1	2	3	0	1	2	1	1	0
	女	25	3	2	0	0	0	0	3	7	0	1	4	1	3	1	0
09 循環器系の疾患	計	2,125	2	0	2	5	12	19	88	226	142	188	339	389	385	223	105
(I00-I99)	男	1,361	2	0	2	3	7	12	63	178	108	137	232	251	213	118	35
	女	764	0	0	0	2	5	7	25	48	34	51	107	138	172	105	70
10 呼吸器系の疾患	計	975	74	19	18	17	33	36	58	57	52	59	101	118	159	108	66
(J00-J99)	男	627	37	11	9	11	19	27	37	37	39	38	73	80	109	65	35
	女	348	37	8	9	6	14	9	21	20	13	21	28	38	50	43	31
11 消化器系の疾患	計	1,258	8	6	8	14	28	32	80	171	70	118	160	194	178	139	52
(K00-K93)	男	727	3	5	4	8	17	15	44	96	44	70	108	125	98	61	29
	女	531	5	1	4	6	11	17	36	75	26	48	52	69	80	78	23
12 皮膚及び皮下組織の疾患	計	93	7	4	1	1	1	3	8	11	5	8	9	16	10	7	2
(L00-L99)	男	53	5	4	1	0	0	3	6	2	5	3	7	8	4	4	1
	女	40	2	0	0	1	1	0	2	9	0	5	2	8	6	3	1
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	計	502	25	4	2	4	1	12	30	62	21	34	72	98	84	38	15
(M00-M99)	男	237	16	2	1	2	1	6	13	33	10	16	37	52	34	11	3
	女	265	9	2	1	2	0	6	17	29	11	18	35	46	50	27	12
14 腎尿路生殖器系の疾患	計	756	23	2	3	8	21	38	71	116	50	52	121	80	105	40	26
(N00-N99)	男	470	13	1	2	3	7	21	39	78	29	32	87	56	71	25	6
	女	286	10	1	1	5	14	17	32	38	21	20	34	24	34	15	20
15 妊娠，分娩及び産じょく〈褥〉	計	509	0	0	0	9	192	264	43	1	0	0	0	0	0	0	0
(O00-O99)	男	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	女	509	0	0	0	9	192	264	43	1	0	0	0	0	0	0	0
16 周産期に発生した病態	計	136	136	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(P00-P96)	男	74	74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	女	62	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 先天奇形，変形及び染色体異常	計	27	12	0	1	1	1	3	0	4	1	1	1	1	1	0	0
(Q00-Q99)	男	13	4	0	0	1	0	2	0	3	1	0	0	1	1	0	0
	女	14	8	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0
18 症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	計	90	28	4	0	0	0	2	2	5	3	5	8	13	8	8	4
(R00-R99)	男	53	15	1	0	0	0	2	1	4	3	2	5	10	4	3	3
	女	37	13	3	0	0	0	0	1	1	0	3	3	3	4	5	1
19 損傷，中毒及びその他の外因の影響	計	859	19	18	14	25	39	24	45	85	62	60	65	122	130	95	56
(S00-T98)	男	442	15	13	8	16	16	16	30	56	30	37	31	67	55	37	15
	女	417	4	5	6	9	23	8	15	29	32	23	34	55	75	58	41
21 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	計	123	1	3	1	5	16	47	8	12	2	10	7	4	5	2	0
(Z00-Z99)	男	39	0	3	1	3	2	1	7	4	2	8	4	0	2	2	0
	女	84	1	0	0	2	14	46	1	8	0	2	3	4	3	0	0
22 原因不明の新たな疾患の暫定分類	計	123	2	0	0	0	1	0	1	8	1	5	12	26	23	20	24
(U04-U85)	男	75	0	0	0	0	0	0	1	5	0	3	8	20	15	11	12
	女	48	2	0	0	0	1	0	0	3	1	2	4	6	8	9	12

臨床指標

臨床指標（クリニカルインディケーター：QI）とは、医療の質を継続的に改善するために用いられる指標である。当院では、日本病院会、全国自治体病院協議会、日本医療機能評価機構、京都大学大学院医学研究科医療経済学分野によるQIPの４つのプロジェクトに参加しており、一部の診療科では独自の指標を検討している。
各部門は重要あるいは優先すべき指標を抽出、プロジェクトからフィードバックされたデータをもとに以後の質改善に取り組んでいる。当院が抽出した指標と結果を以下にまとめた。
なお、臨床指標の結果はデータベースに基づくため実測値と乖離する場合があること、診療の進歩によって臨床指標で設定された内容が用いられなくなる場合などは参加病院とのずれが大きくなることがあること、を付記しておく。

表1　現状の取り組みで良い・概ね良いと判定された指標

指標名	公表団体	分子	分母	(今年度) 当院の結果	(今年度) 参加病院の結果	(前年度) 当院の結果	結果を受けての改善策
d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	機構	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	入院患者延べ数	0.05 %	平均値　0.09% 中央値　0.07%	0.05 %	委員会での症例検討、事例の共有
入院患者の転倒・転落発生率	機構	入院患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	1.87 ‰	平均値　2.64‰ 中央値　2.42‰	1.79 ‰	患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率(一般)	日病	分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した人数	カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬(バンコマイシン内服は除く)投与を開始した入院症例数	45.4 %	平均値　38.1% 中央値　39.9%	44.4 %	現行診療を継続していく
薬剤管理指導実施割合(実施患者数ベース)(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関(一般)	日病	分母のうち、薬剤管理指導を受けた症例数	入院症例数	80.0 %	平均値　76.9% 中央値　80.9%	81.7 %	適切な介入に努めていく
大腿骨頚部骨折患者に対する地域連携の実施割合(一般)	日病	分母のうち、地域連携に関する算定のある症例	大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨頚部の手術を受けた症例	90.9 %	平均値　78.1% 中央値　84.4%	95.5 %	入院時から早々に転院指示オーダーすることを徹底し、早期対応をお願いする
90日以内の退院患者率(精神)	日病	90日以内に退院した患者数	退院患者数	96.8 %	平均値　88.3% 中央値　92.0%	97.1 %	おおむね高い達成率を維持している。達成でなかったものは精神科的、身体的に重篤な問題があったものに限られている
再入院率(精神)	日病	自院退院後90日以内の再入院患者数	新入院患者数	0.5 %	平均値　11.4% 中央値　9.8%	0.5 %	低い再入院率を維持できている
平均在院日数(医療観察法病棟を除く)(精神)	日病	1か月間の在院患者延べ日数	(1か月間の新入棟患者数+1か月間の新退棟患者数)/2	29.1 日	平均値　51.4日 中央値　37.6日	27.9 日	短い在院日数を確保している。これ以上の在院日数の短縮は良質な医療の質を担保できなくなる恐れもあるので慎重に検討したい
入院患者の転倒・転落発生率(一般)	日病	入院中の患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数(人日)	0.167 %	平均値　0.278% 中央値　0.263%	0.174 %	患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2 以上)(一般)	日病	入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数(人日)	0.057 %	平均値　0.084% 中央値　0.064%	0.066 %	患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率(一般)	日病	65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数	65歳以上の入院患者延べ数(人日)	0.127 %	平均値　0.318% 中央値　0.304%	0.156 %	アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
1か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数(一般)	日病	調査期間中の月毎の入院患者におけるインシデント・アクシデント報告件数×100	許可病床数	21.7 件	平均値　44.83 中央値　37.96	20.6 件	インシデント・アクシデント報告を積極的に行う文化の醸成
全報告中医師による報告の占める割合(一般)	日病	分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数	調査期間中の月毎の入院患者におけるインシデント・アクシデント報告総件数	8.4 %	平均値　4.3% 中央値　3.1%	3.8 %	インシデント・アクシデント報告を積極的に行う文化の醸成
入院患者の転倒・転落発生率(精神)	日病	入院中の患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数(人日)	0.2 %	平均値　0.47% 中央値　0.33%	0.2 %	患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用

指標名	公表団体	分子	分母	（今年度） 当院の結果	（今年度） 参加病院の結果	（前年度） 当院の結果	結果を受けての改善策
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2 以上)(精神)	日病	入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数(人日)	0.1 %	平均値 0.15% 中央値 0.05%	0.1 %	患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用。 転倒、転落、せん妄予防の運用・記録等の変更を実施し、予防の強化を図る
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4 以上)(精神)	日病	入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数(人日)	0.0 %	平均値 0.01% 中央値 0.00%	0.0 %	患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率(精神)	日病	65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数	65歳以上の入院患者延べ数(人日)	0.4 %	平均値 0.68% 中央値 0.42%	0.2 %	アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用。転倒、転落、せん妄予防の運用・記録等の変更を実施し、予防の強化を図る
統合指標(Composite Measures)【脳梗塞】(一般)	日病	指標No.17,18,19,20,21の分子の合計	指標No.17,18,19,20,21の分母の合計	77.8 %	平均値 69.6% 中央値 73.9%	76.0 %	現行の取り組みの継続していく
非心原性脳梗塞(TIA 含む)の診断で入院し、入院 2 日目までに抗血小板療法を受けた症例の割合(一般)	日病	分母のうち、入院 2 日目までに抗血小板療法を受けた症例	18 歳以上の非心原性脳梗塞か TIA の診断で入院した症例	87.0 %	平均値 71.7% 中央値 79.1%	73.0 %	脳神経内科医または脳神経外科医が緊急入院症例にファーストタッチすることが不可欠
特定術式における手術開始前1 時間以内の予防的抗菌薬投与率(一般)	日病	手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数	特定術式の手術件数	93.8 %	平均値 94.3% 中央値 100.0%	92.9 %	手術タイムアウト時での確認が始まっている。入室前に投与された症例が集計から漏れていないかどうかの確認
特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率(一般)	日病	術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数	特定術式の手術件数	98.9 %	平均値 94.7% 中央値 100.0%	80.0 %	不適切症例を検討する
シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤の投与割合(一般)	日病	分母の実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数	18歳以上の症例で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた、実施日数	80.4 %	平均値 85.2% 中央値 93.5%	0.0 %	低用量シスプラチンでは指定された制吐剤は不要である。本指標の分子にはこのような症例が含まれるため数値が低かった。高用量シスプラチンを用いる治療では必要な制吐剤をレジメンで規定し投与している
褥瘡推定発生率【精神科再掲】	全自病	入院時に褥瘡なく調査日に褥瘡を保有する患者数【精神科再掲】＋入院時に褥瘡あり他部位に新規褥瘡発生の患者数【精神科再掲】	調査日の在院数【精神科再掲】	0.000	平均値 0.007 中央値 0.000	0.000	委員会での症例検討、事例の共有
褥瘡推定発生率	全自病	入院時に褥瘡なく調査日に褥瘡を保有する患者数 ＋入院時に褥瘡あり他部位に新規発生の患者数	調査日の在院数(人)	0.009	平均値 0.019 中央値 0.014	0.011	委員会での症例検討、事例の共有
安全管理薬剤指導率	全自病	分母のうち、薬剤管理指導料が算定された患者数	特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている入院患者数	50.8 %	平均値 41.2% 中央値 41.7%	38.4 %	ハイリスク薬を使用している患者への適正な服薬指導の介入
術中細胞診実施率(胃癌)	全自病	分母のうち、術中迅速細胞診を行ったもの	腹腔鏡、開腹による胃癌悪性腫瘍切除術が行われた患者数	10.0 %	平均値 45.4% 中央値 44.6%	56.5 %	癒着で検体を採取できない場合以外は検査に提出していると聞いている。消化器カンファレンス等の機会を通して、定期的に周知する。
精神科病院入院からの身体疾患受入れ頻度	全自病	精神科病院からの身体疾患受入れ患者数	病床100床当たり	4.2	平均値 1.2 中央値 0.6	4.4	精神科の合併症受け入れに関しては当院の大きな役割と認識し、現在も受け入れをしているが、さらに整備をして増やしていくよう努力している。
院内他科入院中の精神科診察依頼頻度	全自病	院内他科入院中の精神科診察依頼件数	病床100床当たり	36.7	平均値 22.7 中央値 11.7	36.2	現状を継続していく
術後せん妄推定発症率	全自病	分母のうち、術後7日間にせん妄治療薬投与のある患者数	全身麻酔手術の前7日間にせん妄治療薬投与のない入院患者数	7.7 %	平均値 7.1% 中央値 6.3%	6.8 %	術後せん妄の啓蒙を行い、せん妄ハイリスク患者への術前からの関与を強化する
紹介率【精神科再掲】	全自病	紹介初診患者数【精神科再掲】＋初診救急患者数【精神科再掲】	新入院患者数【精神科再掲】	77.6 %	平均値 58.6% 中央値 62.4%	78.9 %	平均より高い率を維持している

指標名	公表団体	分子	分母	（今年度）当院の結果	（今年度）参加病院の結果	（前年度）当院の結果	結果を受けての改善策
逆紹介率【精神科再掲】	全自病	逆紹介患者数【精神科再掲】	初診患者数【精神科再掲】	160.7 %	平均値 98.1% 中央値 74.1%	151.6 %	平均より高い率を維持している
新入院頻度【精神科】	全自病	新入院患者数【精神科再掲】	病床100床当たり	99.0	平均値 89.3 中央値 81.1	111.0	外来の受け入れ、地域からの受け入れを強化し新入院を増やす
退院患者頻度【精神科】	全自病	精神科退院患者数	病床100床当たり	117.0	平均値 90.8 中央値 78.0	138.0	当院はほとんどが40日以内に退院をしており平均を大幅に上回っている
在院3か月以内の退院率【精神科】	全自病	在院3ヶ月以内に退院した患者数【精神科】	精神科退院患者数	98.3 %	平均値 82.4% 中央値 83.3%	97.8 %	全国平均を大幅に上回っている。達成できていないものは精神科的、社会的、身体的に問題がある患者に限られている
退院後3か月以内の再入院率【精神科】	全自病	精神科新入院患者のうち自院退院後3ヶ月以内の再入院数	新入院患者数【精神科再掲】	10.1 %	平均値 14.0% 中央値 12.2%	18.9 %	現在の試みを継続していく
在宅復帰率【精神科再掲】	全自病	退院先が自宅等の患者数【精神科再掲】	生存退院患者数【精神科再掲】	64.0 %	平均値 76.9% 中央値 80.0%	57.9 %	在宅復帰への働きかけを増やす
救急車来院件数【精神科】	全自病	救急車来院患者数【精神科再掲】	1病院（1期：3ヶ月）あたり	2.0	平均値 7.8 中央値 1.3	0.5	救急車の来院件数はなるべく控えることを旨としているが、外来患者の重症度の問題からゼロにするのは難しい。また一部精神科に通院している患者の身体的な問題の来院も含まれている可能性もある。
アルコール依存症患者数【外来】	全自病	アルコール依存症患者数（外来）	1病院（1期：3ヶ月）あたり	7.0	平均値 3.5 中央値 0.5	3.5	当院はアルコール依存を専門としている病院ではないが、内科、救急を併設している病院で相応の患者が来院しておりそれなりの貢献はしている
薬物依存症患者数【外来】	全自病	薬物依存症患者数（外来）	1病院（1期：3ヶ月）あたり	0.5	平均値 1.1 中央値 0.0	0.0	当院は総合病院精神科でマンパワーも少なく残念ながら受け入れ強化は難しい
薬物依存症患者数【入院】	全自病	薬物依存症患者数（入院）	1病院（1期：3ヶ月）あたり	0.0	平均値 0.9 中央値 0.0	0.0	当院は総合病院精神科でマンパワーも少なく残念ながら受け入れ強化は難しい
転倒・転落レベル2以上発生率	全自病	入院患者転倒・転落レベル2以上該当件数	入院延べ日数	0.00058	平均値 0.00108 中央値 0.00075	0.00067	患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
転倒・転落レベル2以上発生率【精神科再掲】	全自病	入院患者転倒・転落レベル2以上該当件数【精神科再掲】	入院延べ日数【精神科再掲】	0.00058	平均値 0.00139 中央値 0.00082	0.00138	患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
糖尿病入院栄養指導実施率	全自病	分母のうち、栄養指導が実施された患者数	2型糖尿病（ケトアシドーシスを除く）の退院患者数	78.9 %	平均値 71.2% 中央値 78.9%	90.5 %	栄養士の増員
脳梗塞急性期t-PA治療施行率【地域医療計画】	全自病	分母のうち、A205超急性期脳卒中加算の算定数	急性脳梗塞の退院患者のうち、血栓溶解療法がなされた患者	100.0 %	平均値 94.0% 中央値 100%	100.0 %	算定漏れがないよう今後も継続していく
クリニカルパス使用率【患者数】	全自病	パス新規適用患者数	新入院患者数	83.7 %	平均値 46.9% 中央値 48.4%	57.4 %	今後も必要な患者に対して積極的にパスを使用していく
クリニカルパス使用率【日数】	全自病	パス適用日数合計	入院延べ日数	63.2 %	平均値 29.7% 中央値 29.2%	40.2 %	各診療科にてパスの見直しを適宜行っていく
脳卒中連携パス使用率	全自病	分母のうち、脳卒中パスで地域連携診療計画加算を算定した患者数	急性脳梗塞患者の生存退院患者数	34.7 %	平均値 14.0% 中央値 1.7%	50.9 %	必ずしも入院患者全員がパス適用するとは限らないが、必要な場合は積極的に行う

指標名	公表団体	分子	分母	（今年度） 当院の結果	（今年度） 参加病院の結果	（前年度） 当院の結果	結果を受けての改善策
クリニカルパス使用率【患者数精神科再掲】	全自病	パス新規適用患者数【精神科再掲】	新入院患者数【精神科再掲】	27.3 %	平均値 19.4% 中央値 9.8%	10.8 %	今後も必要な症例に対して積極的にパスを使用していく
がん患者サポート率	全自病	分母のうち、基準日を含む6ヶ月間にがん患者指導管理料イ(医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供)を算定した患者(入・外含む)	初発がん患者の初回退院数	14.6 %	平均値 12.2% 中央値 9.1%	31.5 %	指標は昨年値よりは低下したが、参加病院の平均値/中央値よりは上回っている。本指標の分子であるがん患者指導管理料イ算定患者数の推移は概ね70～80件/年であるが令和5年のみ129件と多かった。その理由は十分考察できていないが、算定に同席する認定/専門看護師のマンパワーが1つの制限要素となっていることは推測される。限りのあるマンパワーの中でどのように算定数を確保するかは今後の課題である
地域分娩貢献率	全自病	院内出生数	二次医療圏出生数	23.3 %	平均値 26.7% 中央値 11.9%	22.0 %	地域分娩施設の状況など、地域の状況に影響される
糖尿病入院患者に対する栄養指導実施率	京都	分母のうち栄養指導を行った症例	入院時の病名に糖尿病のある症例	76.7 %	平均値 73.0% 中央値 73.8%	82.4 %	人員体制強化(欠員補充、情報収集などスキルアップ) 医師・看護師・コメディカルなどの医療スタッフの増員
糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への早期栄養管理実施割合	京都	分母のうち、特別食加算の算定	18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病であり、それらへの治療が主目的ではない入院症例の入院翌日までの食事	82.2 %	平均値 73.3% 中央値 74.4%	87.0 %	人員体制強化(欠員補充、平日以外勤務)。 医師・看護師・管理栄養士などの医療スタッフの増員。 加算漏れがあった可能性があり、食事オーダー時に併存疾患をチェックする。検査値で拾いあげるなどで症例をみつけやすくする
院内肺炎症例の治癒軽快割合	京都	治癒または軽快で退院した症例数	院内肺炎症例数	75.5 %	平均値 68.6% 中央値 68.8%	70.6 %	現行の診療を継続していく
脳梗塞の診断で入院し、リハビリ治療を受けた症例の割合	京都	分母のうち、リハビリテーションを受けた症例	18歳以上の脳梗塞の診断で入院した症例	93.0 %	平均値 95.9% 中央値 96.8%	93.3 %	脳梗塞で入院した患者は、重症度や入院期間に関わらず、全例リハ処方し優先的に実施
薬剤管理指導実施割合(実施患者数ベース)	京都	分母のうち、薬剤管理指導を受けた症例数	入院症例数	80.0 %	平均値 72.1% 中央値 76.4%	81.7 %	適切な介入に努めていく
薬剤管理指導実施開始の平均日数	京都	分母のうち、入院日から薬剤指導管理実施を最初に算定された日までの日数(入院日を1)	入院症例のうち、薬剤管理指導を受けた症例数	3.47 日	平均値 3.72日 中央値 3.64日	3.30 日	適切な介入に努めていく
全入院患者に対する薬剤総合評価調整加算の算定割合	京都	分母のうち薬剤総合評価調整加算の算定された症例数	解析期間に入退院した症例数(2016年度以降の入院一般病棟以外も含む)	0.2 %	平均値 0.8% 中央値 0.0%	0.2 %	高齢者を中心としたポリファーマシー対策を地域を巻き込んで行っていく
薬剤管理指導実施割合(実施患者数ベース)(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)	京都	分母のうち、薬剤管理指導を受けた症例数	入院症例数	80.0 %	平均値 76.2% 中央値 80.0%	81.7 %	適切な介入に努めていく
75歳以上の入院症例で長時間型ベンゾジアゼピン受容体作動薬が処方された割合	京都	長時間型ベンゾジアゼピン受容体作動薬が処方された症例	75歳以上の入院症例	0.4 %	平均値 1.1% 中央値 0.5%	0.3 %	他の薬に切り替える処方提案を行っていく
大腿骨頸部骨折症例に対する地域連携の実施割合	京都	分母のうち、地域連携に関する算定のある症例	大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた症例	90.9 %	平均値 75.6% 中央値 80.0%	95.5 %	入院時から転院指示オーダーを徹底し、早期対応をお願いする
精神科入院症例のうち、向精神病薬の退院処方が単剤または2剤である割合	京都	退院時処方に向精神病薬の退院処方が単剤または2剤である症例数	主に精神疾患の治療のために入院した症例のうち、退院処方に向精神薬が含まれる症例数	100.0 %	平均値 97.9% 中央値 100%	100.0 %	達成できていると考える
精神科入院症例のうち、睡眠薬の退院処方が単剤または2剤である割合	京都	分母のうち、退院時処方に睡眠薬の退院処方が単剤または2剤である症例数	主に精神疾患の治療のために入院した症例のうち、退院処方に睡眠薬が含まれる症例数	100.0 %	平均値 95.5% 中央値 100%	100.0 %	達成できていると考える
精神科入院症例のうち、抗うつ薬の退院処方が単剤または2剤である割合	京都	分母のうち、退院時処方に抗うつ薬の退院処方が単剤または2剤である症例数	主に精神疾患の治療のために入院した症例のうち、退院処方に抗うつ薬が含まれる症例数	100.0 %	平均値 97.9% 中央値 100%	100.0 %	達成できていると考える

指標名	公表団体	分子	分母	（今年度）当院の結果	（今年度）参加病院の結果	（前年度）当院の結果	結果を受けての改善策
精神科入院症例のうち、抗精神病薬の退院処方が単剤または2剤である割合	京都	分母のうち、退院時処方に抗精神病薬の退院処方が単剤または2剤である症例数	主に精神疾患の治療のために入院した症例のうち、退院処方に抗精神病薬が含まれる症例数	100.0 %	平均値 99.0% 中央値 100%	100.0 %	達成できていると考える
喘息入院患者における退院後30日間以内の同一施設再入院割合	京都	分母のうち、退院後30日間以内に喘息に関連した原因で再入院し症例	喘息に関連した原因による5歳以上の入院症例数	0.0 %	平均値 2.6% 中央値 0.0%	0.0 %	現状の診療体制を維持する
小児入院患者件数に対する、時間外または深夜入院の入院数および割合	京都	分母のうち、時間外または深夜に緊急入院した症例（分子の数値も指標）	15歳以下の退院症例、院内出生症例を除く	33.8 %	平均値 25.8% 中央値 20.3%	31.2 %	現状の小児科当直体制を維持する
DPC入院期間III超えの割合	京都	入院期間IIIより長い退院数	退院症例数（DPC分析対象）	2.0 %	平均値 2.2% 中央値 2.1%	2.7 %	平均在日数の短縮、最資源病名の最適化
DPC入院期間II以内の割合	京都	入院期間II以内の退院数	退院症例数（DPC分析対象）	67.3 %	平均値 65.1% 中央値 64.0%	67.1 %	平均在日数の短縮、再資源病名の最適化
悪性腫瘍（4種）手術症例における大量輸血の割合2（食道がん・胃がん・大腸がん・直腸がん）	京都	分母のうち、大量に輸血の実施された症例	4大癌・悪性腫瘍に対する手術症例（食道がん・胃がん・大腸がん・直腸がん）	4.4 %	平均値 3.0% 中央値 2.3%	6.2 %	Nが少なく、広範な切除や合併切除症例が含まれており、全国平均より悪いとは一概に言えないが、特に術者が丁寧な手術を心掛けること、慣れたチームで手術を組むこと
帝王切開術における全身麻酔以外の割合	京都	分母のうち、全身麻酔以外の症例	帝王切開術を受けた症例	96.8 %	平均値 91.6% 中央値 96.4%	92.4 %	超緊急帝王切開の際に全身麻酔が必要となるため、超緊急帝王切開の頻度による
帝王切開術のための入院期間中に輸血を受けた症例の割合	京都	分母のうち、赤血球輸血を受けた症例	帝王切開術を受けた症例	0.0 %	平均値 3.5% 中央値 1.7%	3.0 %	その期間の患者背景によるところが大きい
ハイリスク妊娠・分娩症例の割合	京都	分母のうち、ハイリスク妊娠・分娩管理加算を算定された症例	妊娠あるいは分娩に関連する疾病の治療・分娩のために入院した患者	21.5 %	平均値 23.3% 中央値 16.7%	17.9 %	ハイリスク症例の定義の確認。周産期センターではないので、一定以上に上昇するものではない
シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤の投与割合	京都	分母の実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数	18歳以上の症例で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた、実施日数	80.4 %	平均値 93.0% 中央値 95.5%	0.0 %	低用量シスプラチンでは指定された制吐剤は不要である。本指標の分子にはこのような症例が含まれるため数値が低かった。高用量シスプラチンを用いる治療では必要な制吐剤をレジメンで規定し投与している
脳梗塞の診断で入院し、血栓溶解療法あるいは血栓除去治療を受けた症例の割合	京都	分母のうち、入院中に血栓溶解療法あるいは血栓除去	18歳以上の脳梗塞の診断で入院した症例	18.5 %	平均値 13.0% 中央値 8.9%	11.3 %	脳卒中症例の来院を早めるための啓蒙活動
急性膵炎に対する 入院2日以内のCT実施割合	京都	分母のうち、入院日から2日以内にCTが施行された症例	急性膵炎で退院した症例	80.0 %	平均値 86.6% 中央値 86.7%	77.8 %	救急外来受診時の撮像を心がける
緊急手術の手術死亡率および入院死亡率	青梅	手術死亡：術後30日以内死亡 入院死亡：退院前の院内での死亡	心臓大血管緊急手術	手術死亡 25.0 % 入院死亡 0.0 %	—	手術死亡 0.0 % 入院死亡 12.5 %	搬送～手術室入室～手術開始までの時間短縮　救急医，循環器医，心臓血管外科医等各種の連携
大動脈手術の最初の手術から退院までの平均在院日数	青梅	退院日－手術実施日	大動脈手術数　60日超え・死亡は除く	16.9 日	—	21.9 日	術前リスクの多職種による検討．術後早期離床をサポートする体制．高齢者に対する退院支援

機構：日本医療機能評価機構，京都：京都大学大学院医学研究科医療経済学分野によるQIP，全自病：全国自治体病院協議会，日病：日本病院会　※結果は四半期（4月から9月）を掲載

表2　改善への取り組みの強化が必要と判定された指標

指標名	公表団体	分子	分母	（今年度） 当院の結果	（今年度） 参加病院の結果	（前年度） 当院の結果	結果を受けての改善策
入院患者での転倒転落によるインシデント・アクシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	機構	入院患者に発生したインシデト影響度分類レベル 3b 以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	0.10 %	平均値 0.09‰ 中央値 0.06‰	0.03 %	転倒転落の原因を分析し、転倒による重症化を防ぐ。患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
大腿骨転子部骨折の早期手術割合（一般）	日病	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた症例数	大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた症例	41.2 %	平均値 44.4% 中央値 45.1%	21.1 %	手術室、麻酔科と連携を図る
大腿骨頚部骨折の早期手術割合（一般）	日病	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた症例数	大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた症例	52.9 %	平均値 33.3% 中央値 32.5%	22.7 %	より救急部、麻酔科、手術室の連携を図り、いかに早く対応するかお互いが寄り添って検討していく
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4 以上)（一般）	日病	入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数（人日）	0.009 %	平均値 0.006% 中央値 0.000%	0.003 %	転倒転落の原因を分析し、転倒による重症化を防ぐ。患者の観察、見守り。アセスメントシートの活用。カンファレンスの充実。見守りカメラの使用
糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%（一般）	日病	HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数	糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数	16.5 %	平均値 50.8% 中央値 50.8%	17.9 %	インスリンやGLP-1（GIP）などの積極的導入
65 歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール　HbA1c<8.0%（一般）	日病	HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数	糖尿病の薬物治療を施行されている65歳以上※の外来患者数	50.2 %	平均値 79.3% 中央値 82.3%	52.0 %	医師・看護師などの医療スタッフを増員し、受診間隔の短縮
クロザピン処方実人数【外来】	全自病	クロザピン処方実人数（外来）	1病院（1期：3ヶ月）あたり	1.0	平均値 15.3 中央値 8.0	1.0	クロザピンを増やすためには紹介いただきお返しする病院が通院施設になっていることが必要であるが、この地域ではできていない。行政からの働きかけが必要
電気痙攣療法延べ人数【入院:全麻】	全自病	電気痙攣療法1.マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の算定件数（入院）	1病院（1期：3ヶ月）あたり	10.5	平均値 37.1 中央値 18.0	17.5	地域からの受け入れ、麻酔科との1日2名の実施可能とする協議
急性または慢性心不全患者に対する心臓リハビリ実施割合	京都	分母のうち、心臓リハビリが実施された症例数	急性または慢性心不全で入院した症例数	44.8 %	平均値 64.6% 中央値 66.9%	14.4 %	スタッフ数増員。廃用症候群リハビリ等の他の疾患別リハビリ実施よりも心臓リハビリ患者を優先して処方、実施
75歳以上の入院症例でトリアゾラムが処方された割合	京都	トリアゾラムが処方された症例	75歳以上の入院症例	1.0 %	平均値 0.8% 中央値 0.6%	0.6 %	他の薬に切り替える処方提案を行っていく
大腿骨頚部骨折における早期リハビリ開始率	京都	分母のうち、大腿骨頚部手術後3日以内にリハビリを実施した症例	大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨頚部の手術を受けた症例	45.5 %	平均値 92.8% 中央値 96.2%	54.5 %	入院時リハビリ指示オーダーを徹底し、早期対応をお願いするが、結局はリハビリスタッフの増員をお願いすることになる
大腿骨頚部骨折の早期手術割合	京都	分母のうち、入院2日 以内に手術を受けた症例数	大腿骨頚部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた症例	52.9 %	平均値 37.5% 中央値 30.3%	22.7 %	病棟、手術室、麻酔科と連携を図る
大腿骨転子部骨折の早期手術割合	京都	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた症例数	大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた症例	41.2 %	平均値 48.0% 中央値 45.2%	21.1 %	さらに院内周知で、救急、整形外科病棟、麻酔科、手術室と連携を図る
脳卒中症例に対する地域連携の実施割合	京都	分母のうち、地域連携に関する算定のある症例	脳卒中で入院した症例	65.6 %	平均値 60.1% 中央値 60.9%	76.8 %	当院のみの問題というより、地域の後方支援病院の充実が必要。下り搬送のシステムの徹底が望まれる

指標名	公表団体	分子	分母	(今年度) 当院の結果	(今年度) 参加病院の結果	(前年度) 当院の結果	結果を受けての改善策
外来における小児抗菌薬適正使用支援加算の全体数と実施割合	京都	分母で特定した傷病の診療開始日と同日に小 児抗菌薬適正支援加算の算定をされている症例	急性上気道炎、急性胃腸炎、急性下痢症と診断された小児症例(2018年度以降)	0.0 %	平均値 10.5% 中央値 0.0%	0.0 %	抗菌薬適正使用に関して、患者に文書で説明する必要があるが、実際の実施は難しい。今後導入を検討
糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合	京都	分母のうち、特別食加算の算定	18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病であり、それらへの治療が主目的ではない入院症例の食事	69.6 %	平均値 71.1% 中央値 73.0%	73.9 %	分母が糖尿病・慢性腎臓病の治療が目的ではない入院症例であり、腎臓内科ではなく病棟栄養士が症例ごとに拾い上げて対応しているのが現状と思われる。効率的な拾い上げの方法(食事オーダー時に併存疾患を簡便に入力する、検査結果や処方内容でチェックする等)を検討したい。
術後72時間以内の再手術率	青梅	術後72時間以内に実施した予期せぬ手術数	心臓胸部大血管手術数	3.2 %	—	2.2 %	閉胸前の止血確認の手順の徹底。余計な出血をさせない手術を心がける
待機的手術の手術死亡率および入院死亡率	青梅	手術死亡:術後30日以内死亡 入院死亡:退院前の院内での死亡	心臓大血管待機手術数	手術死亡 7.4 % 入院死亡 11.1 %	—	手術死亡 7.9 % 入院死亡 10.5 %	術前リスク評価の検討を慎重に行う。術後管理を途切れなく行う体制づくり。高リスク例に対する綿密な管理計画
弁膜症手術の最初の手術から退院までの平均在院日数	青梅	退院日−手術実施日	弁膜症手術数 60日超え・死亡は除く	22.0 日	—	14.3 日	術前リスクの多職種による検討。術後早期離床をサポートする体制。高齢者に対する退院支援

機構:日本医療機能評価機構, 京都:京都大学大学院医学研究科医療経済学分野によるQIP, 全自病:全国自治体病院協議会, 日病:日本病院会　※結果は四半期(4月から9月)を掲載

総合内科

1　診療体制

入院病床を持たず、外来診療のみ行っている。午前9時から午前11時30分までに受け付けた内科再診患者を診療している。(内科初診患者は「初診外来」が別に診療している。) また、総合内科受診希望の紹介患者は当科で診療している。

2　診療スタッフ

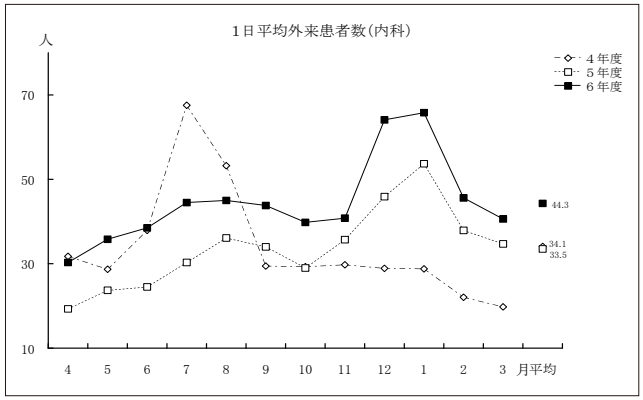
医　長　　野口　和男
嘱　託　　高野　省吾

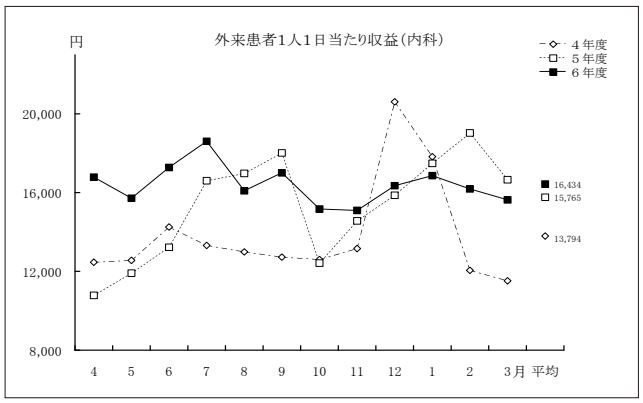
3　診療内容

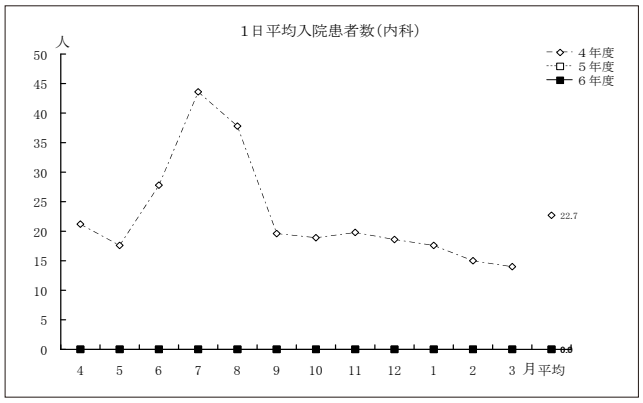
診療は内科各科の部長・副部長クラスが日替わりで担当している。

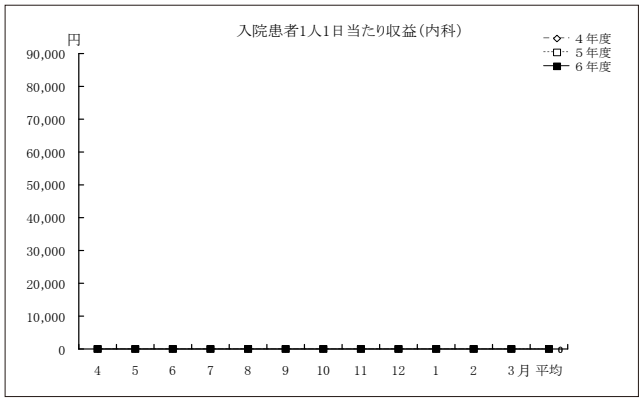
対象疾患は内科一般で、必要に応じて専門科に紹介している。

（文責：部長　野口和男）









呼吸器内科

1　診療（業務）体制

(1) 外来の状況

月曜から金曜の終日2診体制に加えて、月曜・火曜の睡眠時無呼吸外来を行った。禁煙外来はチャンピックスの出荷停止のために休止している。

(2) 病棟の状況

科内カンファレンスは2グループに分け、それぞれ毎週水・木曜日に行った。毎週水曜日には胸部外科・放射線科・臨床病理科・呼吸器内科合同で肺癌キャンサーボードを開催し、生検症例や手術症例の病理結果を踏まえての検討を行った。

2　診療スタッフ

部　長	大場　岳彦	副部長	本田　樹里
医　長	日下　　祐	医　長	伊藤　達哉
医　師	大友悠太郎	医　師	村上　　匠
医　師	甲斐　文彬		

3　診療内容

【外来】外来患者数は66.2名/日、紹介率は95.0%、逆紹介率は84.4%であった。

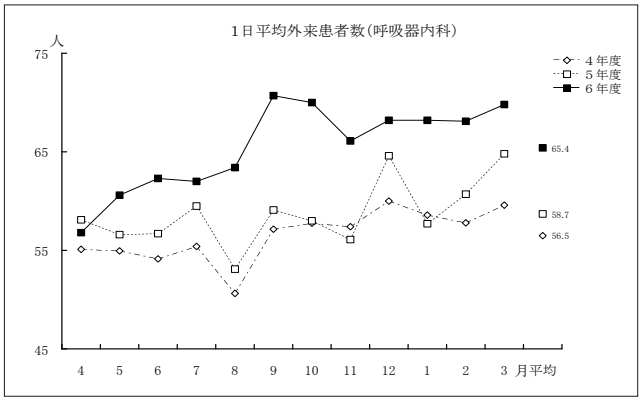
【入院】新入院患者総数は1,126名であり、コロナ以前とほぼ同じ水準まで増加した。とくに、呼吸器感染症や呼吸器感染症に続発する疾患（気管支喘息やCOPD増悪）の増加が目立った。気管支鏡クライオバイオプシーの年間検査件数は、1件（令和3年度）、3件（令和4年度）、3件（令和5年度）であったが、令和6年度は16件おこない、手技も安定してきた。

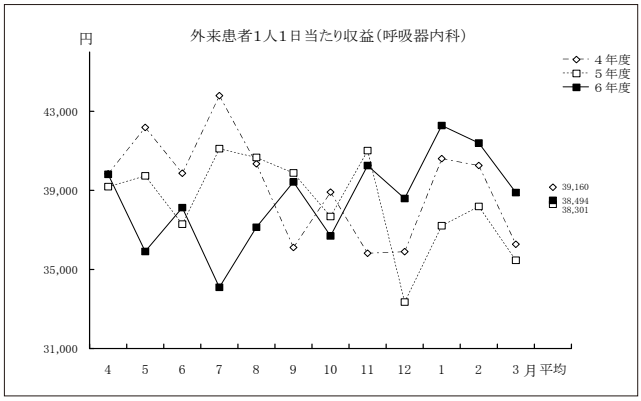
	令和4年度	令和5年度	令和6年度
【外来】			
1日患者数	56.5	58.7	66.2
紹介率	93.5	93.3	95.0
逆紹介率	95.2	84.5	84.4
【入院】			
1日患者数	35.4	36.2	41.5
新入院患者数	797	940	1,126
内訳			
悪性腫瘍	379	381	461
間質性肺炎	101	108	115
気管支喘息	14	19	27
COPD	19	28	43
気胸	41	47	52
呼吸器感染症	138	212	253
その他	105	145	175

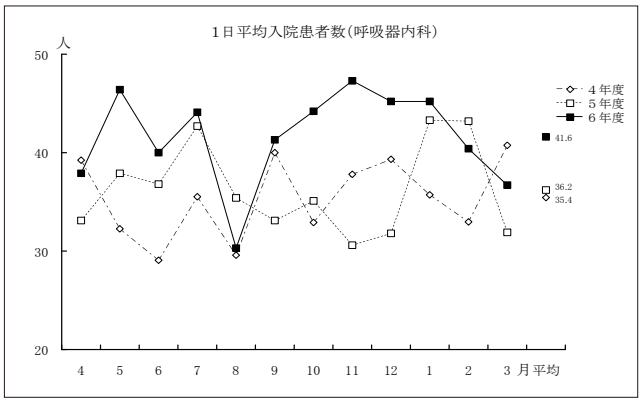
4　1年間の経過と今後の目標

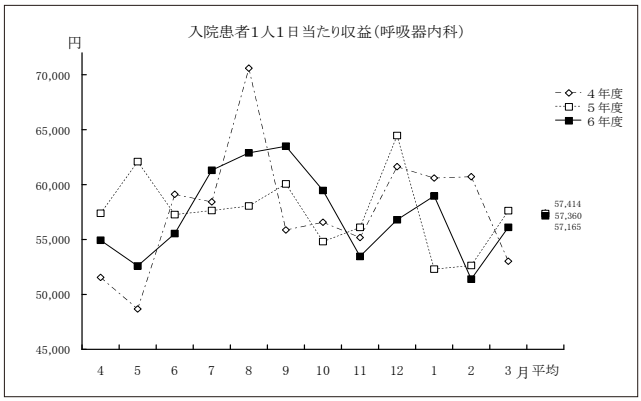
令和6年度の医師数は1減（7名）のままであった。ポストコロナの時代になって患者数が増加している中、7名体制のままであたるのはかなりつらかった。令和7年度も患者数の増加が予想されるが増員はない。それどころか非常勤医が2名雇止めとなり、非常勤医が担っていた外来診療業務を常勤医が担うしかない。病院感染管理にかかる業務や、院内がん診療に関係する全般業務、がんゲノム、接遇改善、カスハラ対策も呼吸器内科医師が兼務しており、さらに令和6年度末からRRT 実務も呼吸器内科医師の業務となった。これらの病院業務の負担も当科の重荷である。事故やスタッフの燃えつきがないよう配慮していきたい。

（文責：部長　大場岳彦）


1日平均外来患者数(呼吸器内科)
人
75
65
55
45
4 年度
5 年度
6 年度
65.4
58.7
56.5
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均


外来患者1人1日当たり収益(呼吸器内科)
円
43,000
39,000
35,000
31,000
4 年度
5 年度
6 年度
39,160
38,494
38,301
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均


1日平均入院患者数(呼吸器内科)
人
50
40
30
20
4 年度
5 年度
6 年度
41.6
36.2
35.4
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均


入院患者1人1日当たり収益(呼吸器内科)
円
70,000
65,000
60,000
55,000
50,000
45,000
4 年度
5 年度
6 年度
57,414
57,360
57,165
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均

消化器内科

1　診療体制

以下の４点を消化器内科運営基本方針としている。

(A) ４つの診療重点項目の充実

1)　慢性肝疾患診療
C 型肝炎の減少・NASH 関連疾患の増加

2)　消化器癌診断治療
新規抗がん剤（ICI)の急増、がんゲノム診療の導入

3)　炎症性腸疾患診療
分子標的薬などの需要が増加・臨床治験

4)　内視鏡診断治療
吐下血の減少、ESD・ERCP を中心に治療内視鏡の著増

(B) 消化器専門医の育成
学術活動と専門医取得の奨励

(C) 地域医療連携
Fax 予約枠・当日予約枠の確保、地域へのアプローチ

(D) DPC を踏まえた経営管理　積極的な退院調整・チーム医療による支援、病名登録

2　R5 活動報告

(A) 外来診療

1) 専門診療　毎日２診
（専門予約、Fax 紹介、当日受診）

2) 専門予約・Fax 予約は医長以上のスタッフとし、Fax 外来予約枠を 16 枠増加

3) 可能な限り当日消化器内科受診を選択することができるように吐血・下血・黄疸などの消化器救急疾患は外来または救急部を借りてフリーのスタッフが対応

4) 外来化学療法症例が増加

(B) 入院診療

1) MASLD 関連肝疾患（非代償性肝硬変、肝癌）の入院が増加

2) 消化器がん化学療法は ICI の適応(胃癌､大腸癌､肝癌）拡大のため増加傾向

3) 早期胃癌・大腸癌に対する内視鏡的粘膜切除術（ESD）

4) 膵胆道疾患（膵癌・胆道癌、胆のう炎・胆管炎）に対する内視鏡治療（ERCP）

3　診療スタッフ

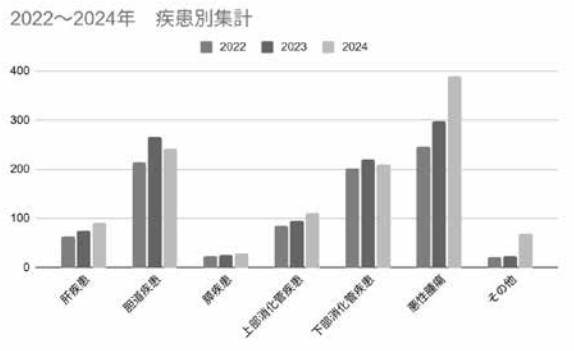
副院長　野口　　修　消化器内科部長兼務
部　長　濵野　耕靖　内視鏡室長兼務
副部長　伊藤　ゆみ　　医　長　渡部　太郎
医　長　野澤さやか　　医　長　末松　聡史
医　長　小林　美杉　　医　師　普天間朝久
医　師　芥田　沙希　　医　師　久保田悠史

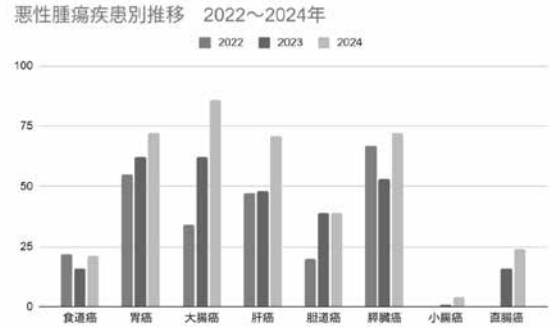
4　１年間の経過と今後の方針

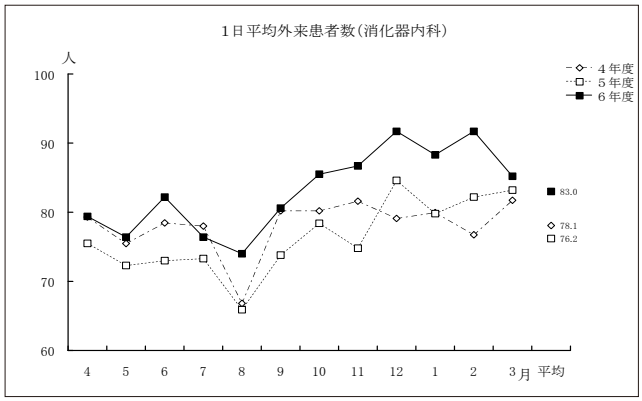
R6 年度は人員欠により診療は多忙を極めた。コロナ以後、経年的に入院患者は増加傾向にあるが、特に悪性腫瘍症例の増加が著しい。上部下部消化管癌に対する内視鏡治療の体制が充実したこと、新規抗癌剤による治療機会が増加したことが症例増加の主たる要因である。新病院へ移行ののちは内視鏡室の運用が改善し､特に透視下処置がスムーズに行えるようになった。Ns 人員の点で諸室が十分に稼働できていない点が課題である。病棟、内視鏡室、諸部門との連携・協力により綿密な診療と患者ケアが提供できている。大学など他施設からの教育・診療指導をいただき、足りない人員の中でも充実した診療を行えたと考える。

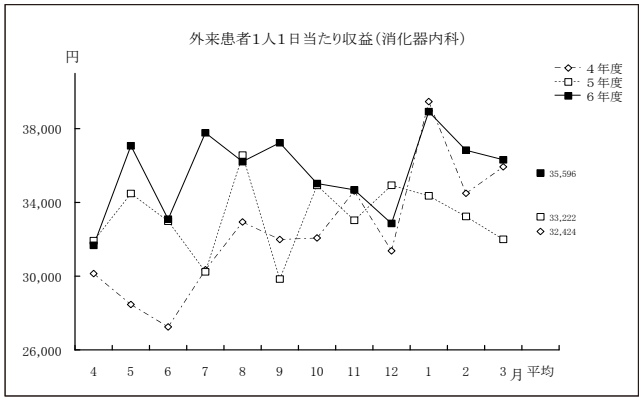
学会・研究会活動も例年通り若手を中心とした研究発表、地域への講演活動などを中心に行った。引き続き一人ひとりの成長と多部署ともチームとしての連携で当院の消化器診療を守ってゆきたい。

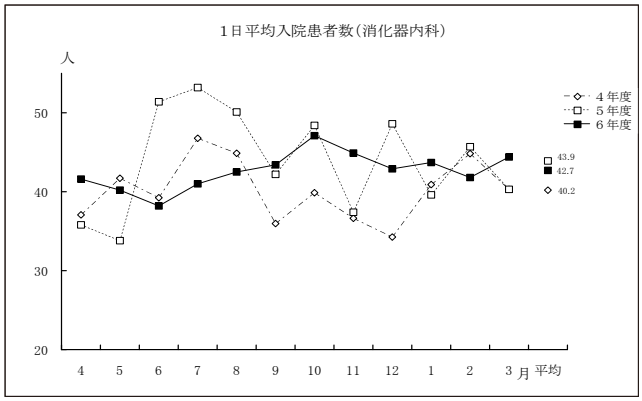
（文責：部長　野口　修）

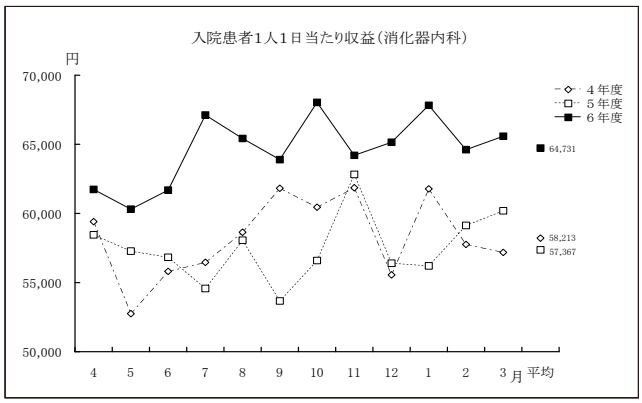





1日平均外来患者数(消化器内科)
人
100
90
80
70
60
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均
4年度
5年度
6年度
83.0
78.1
76.2


外来患者1人1日当たり収益(消化器内科)
円
38,000
34,000
30,000
26,000
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均
4年度
5年度
6年度
35,596
33,222
32,424


1日平均入院患者数(消化器内科)
人
50
40
30
20
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均
4年度
5年度
6年度
43.9
42.7
40.2


入院患者1人1日当たり収益(消化器内科)
円
70,000
65,000
60,000
55,000
50,000
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均
4年度
5年度
6年度
64,731
58,213
57,367

循環器内科

1　診療体制及び診療内容

(1) 外来診療

外来は予約および紹介を基本とし、専門外来としてペースメーカー、ICD、心房細動（不整脈）、血管（ASO）外来を継続。2023 年 7 月より弁膜症外来を開設し継続。

病病連携を目的として平成 24 年より開始した高木病院での循環器外来（月曜・木曜：平成 31 年 1 月より大友→小野・栗原→大坂・野本→野本・小野→R4 年 4 月小野）を継続した。病状が安定した症例は積極的に逆紹介としている。

(2) 入院診療

循環器内科は 24 時間 365 日の体制で当直医及び 2nd call 医を置き循環器緊急治療への対応を長年維持している。近隣の医療機関には大変お世話になり感謝申し上げる。緊急入院・重症例には新病院の救急病棟・救急 ICU も活用して対応。

(3) 検査および治療

新病院に移転後、心臓カテーテル検査室はこれまでの 2 室が別エリアにあったところから、同一エリアに配置された。それにより緊急対応、スタッフの配置、動線が確保され安全性が高まった。心カテ室近くにハイブリッド手術室が配置され、経皮的左心耳閉鎖術を施行。TAVI を開始した。

2　診療スタッフ

部　長	小野　裕一	部　長	栗原　　顕
副部長	鈴木　麻美	副部長	宮崎　　徹
医　長	大谷　拓史	医　長	垰本　優太
医　長	阿部　史征	医　師	坂本　達哉
医　師	石田　凌大	医　師	増田　恵司

令和 2 年 4 月からは 1 名減員継続のまま 10 名の体制で診療を継続。

令和 6 年 3 月山尾一哉医師、矢部顕人医師、菅原祥子医師、伊志嶺百々子医師が退職し、後任に令和 6 年 4 月に亀田総合病院より大谷拓史医師、武蔵野赤十字病院より垰本優太医師、土浦協同病院より坂本達哉医師、済生会加須病院より増田恵司医師が着任。

3　診療内容

新病院の循環器病棟や ICU を活用し、虚血性心疾患、不整脈疾患、弁膜症疾患、心不全等に対応した。人員には限りがある中で、働き方改革関連法もあり、循環器当直、on call 体制等診療体制の見直しが必要であった。

最後に、快く救急外来初療を引き受けて頂いている救急医学科医師及び臨床研修医、心カテ室・デバイス外来等を支えてくれている臨床工学士、心臓リハビリテーションを展開してくれている理学療法士および病棟担当看護師、そして看護局・検査科・放射線科など院内関連部署にも感謝したい。

4　今後の目標

安全性、有効性を保ちながら西多摩地域の循環器診療を牽引すべく、地域にとっても、医療スタッフにとっても持続可能な形で当院の役割を果たしていきたい。

（文責：部長　小野裕一）

表 1　外来診療内容

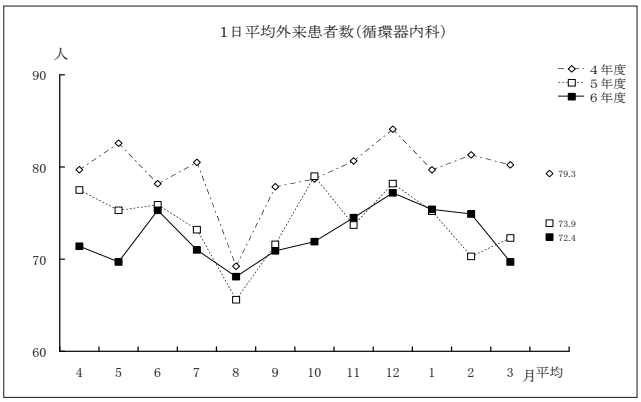
	R4 年度	R5 年度	R6 年度
年間延べ患者数(人)	19,266	17,742	17,596
一日平均患者数（人）	78.1	73.9	72.4

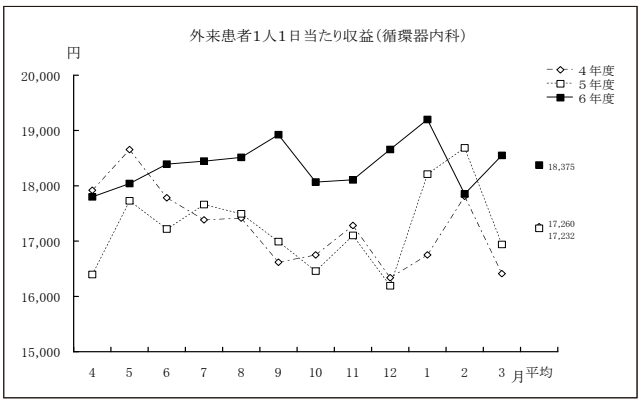
表 2　入院診療内容

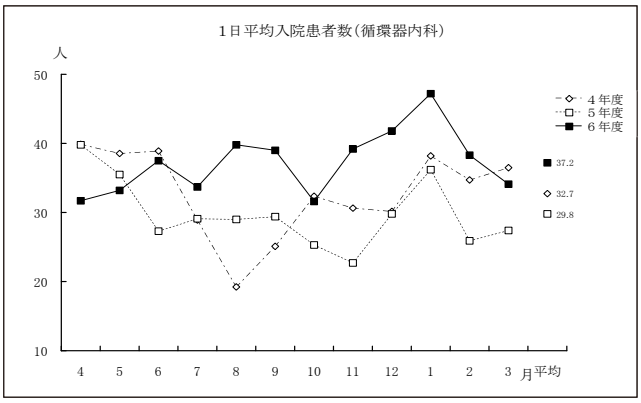
	R4 年度	R5 年度	R6 年度
年間総入院数（人）	1,303	1,344	1,360
予定入院数	687	756	771
緊急入院数	616	557	589
在院患者数平均(人/日)	29.3	26.2	33.5
平均在院日数(日)	8.3	7.2	9.0
年間死亡退院数(人)	51	50	60
症例内訳			
虚血性心疾患	521	478	496
急性心筋梗塞	173	145	180
不安定狭心症	12	13	28
その他	323	320	258
不整脈	386	400	453
心臓弁膜症	54	48	81
心筋疾患	51	34	17
先天性心疾患	1	0	0
心膜・心筋炎	7	6	11
感染性心内膜炎	11	8	15
肺高血圧・肺塞栓・DVT	22	21	24
大動脈解離	19	26	28
大動脈瘤	7	3	5
末梢動脈疾患	39	29	35
高血圧	12	11	4
その他	97	82	191

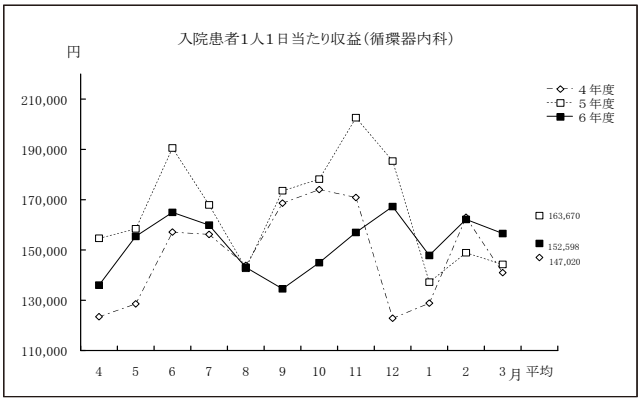
表 3　検査・治療内容

	R4 年度	R5 年度	R6 年度
非侵襲的検査			
心エコー	8,011	8,588	9,404
経胸壁	7,893	8,366	9,142
経食道	118	222	262
加算平均心電図	72	40	53
トレッドミル負荷心電図	279	297	333
ホルター	1,698	1,498	1,620
心臓 CT	723	669	726
内 FFR-CT			内 115
心筋シンチグラフィー	454	378	360
負荷	423	345	323
安静	31	33	37
心臓カテーテル検査および手術			
総数	1,202	1,263	1,226
予定	917	985	960
緊急	285	278	289
内訳			
診断カテ総数（CAG 等）	652	665	628
心カテ手術総数（K コード）	811	817	778
緊急 PCI 手術数	172	169	163
冠動脈インターベンション（PCI）	358	375	310
POBA	65	63	73
ステント	293	305	235
ロータブレーター	13	10	9
その他	1	7	2
末梢血管インターベンション等(PTA,PTV, 異物除去他)	37	37	41
大動脈内バルーンパンピング	22	18	18
経皮的人工心肺（PCPS）	7	11	7
補助循環用ポンプカテーテル（Impella）	2	5	12
下大静脈フィルター	6	8	3
TAVI			20
LAAO		2	11
心臓電気生理検査（EPS）	5	1	6
カテーテルアブレーション（ABL）	242	270	260
一時的体外ペーシング	39	44	38
心臓ペースメーカー（PM）	129	101	113
新規（リードあり）	58	62	29
新規（リードレス）	11	25	47
交換	59	39	37
両心室ペースメーカー（CRT）	4	4	5
CRT-P	1	3	5
CRT-D	3	1	0
植込み型除細動器（ICD）	12	15	18
新規（TV-ICD）	7	6	2
新規（SICD）	1	1	5
交換	4	3	11
心大血管リハビリテーション			
施行人数	274	301	368
実施総単位数	3,683	4,161	6,671









腎臓内科

1　診療体制

(1) 外来の状況

腎疾患全般の診療を予約と紹介を基本に月曜から金曜に行った。

透析については，血液浄化センターで血液透析，腹膜透析患者の診療を行った。

シャント，バスキュラーアクセスに関しては，月曜，木曜に定期のシャント外来を行った。シャント閉塞等の緊急性のある症例は曜日を限らず随時診療を行った。

保存期腎不全患者を対象に腎代替療法の選択のための腎不全治療選択外来を週1回行った。

(2) 病棟の状況

6A病棟を主病棟として診療を行った。

(3) 手術の状況

火曜，金曜に手術枠をいただき，バスキュラーアクセス，腹膜透析に関連する手術を行った。

2　診療スタッフ

副部長	松川加代子	医　長	河本　亮介
医　長	中野　雄太	医　師	高見　　純
医　師	中熊　将太	医　師	原田絵理子

3　診療内容

令和6年度の腎臓内科は医師6人体制で診療を行った。

外来の1日平均患者数は，前年度より増加した。

年間の総入院患者数は前年度より増加した。1日平均入院患者数は減少したが，新入院患者数とDPC期間II以内退院割合は増加した。週3回の入院患者のカンファレンスを継続して行い，各症例の治療方針について検討，共有し，腎臓内科チームとしての診療を意識して行った。

週1回の研修医カンファレンスを継続して行った。

腎生検，バスキュラーアクセス関連手術，腹膜透析関連手術の実施件数は例年と同程度であった。

近年当科で積極的に行っているシャントPTAの実施件数は，前年度をさらに上回り432件となった。シャント外来では診察，エコーでの評価を行い，必要な患者には引き続きPTAを行う体制が確立され，円滑かつ安全に実施することができた。腎臓内科の各スタッフのシャント診察および治療における診療技術が向上していること，血液浄化センタースタッフが臨機応変に対応していること，シャント閉塞後などで緊急入院となる症例では病棟スタッフも柔軟に対応していることなどスタッフの尽力の賜物である。

血液透析は，外来および入院患者に月曜から土曜まで祝日も含めて各日午前開始の1クールを行った。インフルエンザやCOVID-19の患者の血液透析は血液浄化センターの個室で実施した。ICU入室中の患者については出張透析を行った。外来の血液透析患者数は，3人の転入，9人の転院・死亡があり，年度末は34人であった。腹膜透析患者は，新規に6人導入があったが，3人の離脱・死亡があり，年度末は8人となった。

入院中の透析患者の血液透析，血漿交換療法や血液吸着療法，腹水濃縮濾流等の特殊治療，持続緩徐式血液濾過透析は例年通り行った。特殊治療，持続緩徐式血液濾過透析は他科入院の患者に多く行われ，臨床工学技士の尽力が大きかった。

学術活動としては，高見医師，中熊医師が東部腎臓学会で，原田医師および研修医の池田海斗医師，田辺真菜医師が高見医師指導の下で関東地方会で発表を行った。中野医師は日本透析医学会学術大会，日本腎臓学会学術大会，アメリカ腎臓学会で東京医科歯科大学との共同発表を行った。

今年度は西館（旧新棟）の改修工事が本格的に行われた。血液浄化センターでは透析治療を継続しながらの工事実施となり，特に透析機械室の改修，機械交換に際しては透析日程の変更，入院透析患者の制限など患者さんにも大きく協力いただいての工事実施となった。新規に透析手術室を2室設置し，外来でのシャントPTA実施については，短期滞在手術等基本料を算定できるようになり，収益向上に貢献している。令和7年度はいよいよ西館全館のオープンを控えている。安全に工事が終了し，本館との移動が快適になり，血液浄化センターがよりよい環境で透析診療を提供できるようになることを期待している。

4　1年間の経過と今後の目標

外来および入院診療，各処置などいずれも1年を通じて安定して行うことができた。今後も外来・入院の診療内容，処置・手術件数を維持し，事故なく安全に行っていく。紹介患者を積極的に受け入れ，地域の医療機関との連携を円滑に行う。慢性腎臓病については，保存期から透析期まで幅広く対応する。慢性腎臓病の進展，透析導入患者の減少を目的としてこれまで以上に地域の先生方との連携を深めるよう工夫していきたい。日本腎臓学会認定教育施設，日本透析医学会認定

施設の認定を受けており，腎臓専門医，透析専門医の育成を行う。

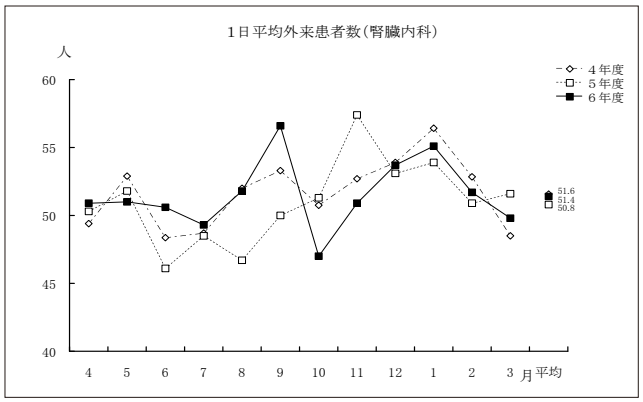
（文責：部長　松川加代子）

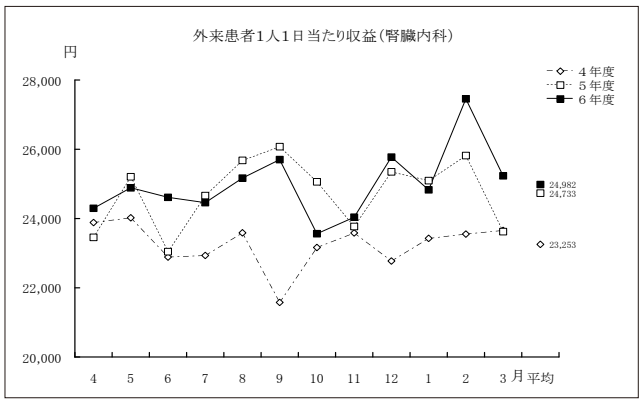
外来診療・入院診療内容

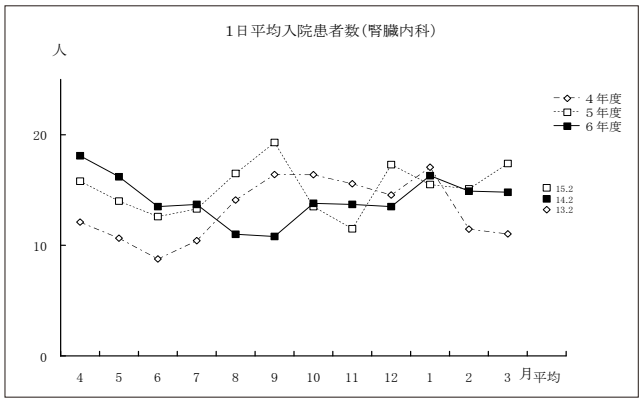
	令和4年度	令和5年度	令和6年度
1日平均外来患者数(人)	51.6	50.8	51.4
年間総入院患者数（人）	383	421	437
1日平均入院患者数(人)	13.2	15.2	14.2
慢性腎臓病	168	182	196
急性腎障害	18	21	22
腎炎，血管炎，膠原病	42	24	40
ネフローゼ症候群	21	24	19
COVID-19	29	16	12
その他	105	154	148

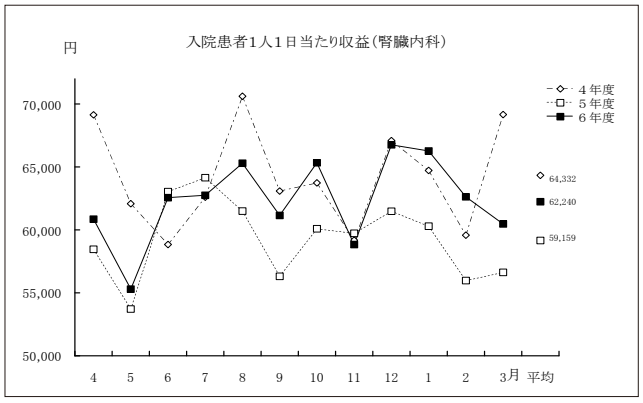
検査・手術・治療内容

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
腎生検	37	24	29
シャントPTA	228	376	432
バスキュラーアクセス関連手術	100	106	105
腹膜透析カテーテル関連手術	10	8	10
血液透析導入	53	58	62
腹膜透析導入	5	1	5
血漿交換・血漿吸着療法	7	8人/55回	12人/28回
血液吸着療法	64	5人/66回	1人/1回
持続緩徐式血液濾過透析	49	13人/52回	13人/77回
年間血液透析件数（件）	8562	8419	8324









内分泌糖尿病内科

1　診療体制

令和6年度は人員が刷新し、大島・大坪・山田医師の3名と研修医で外来・入院診療を行った。

(1) 外来の状況

新患患者は914人と昨年度と比べ著変なかった。FAX紹介患者枠は前年度同様1日3人以内としている。紹介患者は昨年度同様血糖コントロール不良の糖尿病患者や甲状腺疾患などの内分泌代謝疾患患者が中心であり、その多くは近隣の先生方からご紹介頂いた。

(2) 病棟の状況

1週間の糖尿病教育入院を行っており、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師と共に患者教育を行っている。入院患者数は年208人と昨年度を上回り、平均在院日数も低下した。コロナが完全に終息したとはいえず、感染拡大の恐れが否定できないことから患者会は開催しなかった。

2　診療スタッフ

副部長　　大島　　淳　　医　長　　大坪　尚也
医　長　　山田　彩水

3　診療内容

紹介患者の多くを占める糖尿病患者に対しては適宜教育入院を勧めている。諸事情で入院が困難であれば高血糖緊急症への悪化を防ぐためインスリン導入を積極的に行っている。糖尿病教育入院患者に対して多職種の合同カンファレンスを行い、チームとして患者に関わり、よりよい医療の提供を追求している。外来でも糖尿病療養指導士によるフットケア外来や栄養指導、インスリンポンプ外来を開設しており、安定した血糖コントロールが可能となるよう尽力している。血糖コントロールの安定した患者は逆紹介を行い、重症患者に時間をかけられるよう努めている。糖尿病患者会「梅の会」はコロナの影響が残っているため活動を停止している。

甲状腺の検査で結節が認められた場合は、適宜外来でエコー下穿刺吸引細胞診を行い、後日結果説明を行っている。その結果、手術が必要となる場合は耳鼻咽喉科にご紹介させて頂いている。しかし、甲状腺腫の紹介が非常に多く数ヶ月待ちとなっている。視床下部・下垂体・副腎疾患は基本的に入院下で負荷試験を施行しているが、原発性アルドステロン症疑いに対する負荷試験は外来で施行している。

4　今後の目標

(1) 外来定期通院患者の減少:症状が安定している患者に対して、地域連携を通して積極的に逆紹介を行う。

(2) 入院患者の増加:血糖コントロール不良の患者に対して入院を勧め、教育や実際に血糖が改善する過程を認識してもらい行動変容を促す。

BSC

ミッション:西多摩地域における糖尿病の治療・教育を行い、合併症の予防または進行を抑制する。

運営方針:西多摩地域の中核病院として糖尿病・内分泌疾患患者の紹介率・逆紹介率の向上を目指し、重症患者に対しての治療を重点的に行えるよう心がける。

糖尿病教育入院システムを継続し、紹介入院患者の増加を図ることで、退院後も良好な血糖コントロールが可能となるようにする。また研究会や地域連携の活用により開業医との緊密な関係を構築し、重症化予防が可能なシステムを構築する。

専門学会での発表
1回(日本内科学会)

(文責：副部長　大島　淳)

表１　内分泌糖尿病内科年度別新患者

（単位：人）

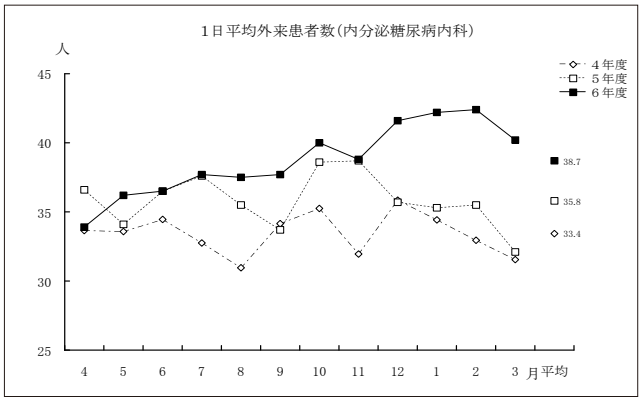
年度		令和４年	令和５年	令和６年
総計		904	910	913
糖尿病	小計	380	384	361
2型糖尿病		315	319	286
1型糖尿病		15	12	18
境界型異常		4	3	14
妊娠糖尿病		20	37	33
その他糖尿病		21	10	2
糖尿病足病変		1	0	2
低血糖		4	3	8
甲状腺疾患	小計	360	416	386
バセドウ病		80	116	70
橋本病		78	92	70
結節性疾患		140	177	161
亜急性・無痛性甲状腺炎		38	16	34
甲状腺癌		3	0	0
薬剤性甲状腺機能異常		8	9	16
甲状腺眼症		0	0	0
その他甲状腺疾患		13	5	32
内分泌疾患	小計	105	76	120
視床下部・下垂体		20	8	16
副甲状腺・骨代謝疾患		15	8	13
副腎皮質		45	30	76
副腎髄質		0	0	1
性腺		1	2	2
その他		24	24	8
代謝疾患	小計	51	34	48
重症高脂血症		15	9	7
痛風・高尿酸血症		3	1	1
重症肥満		3	2	3
電解質異常		16	12	21
本態性高血圧症		12	10	16
その他	小計	8	8	8

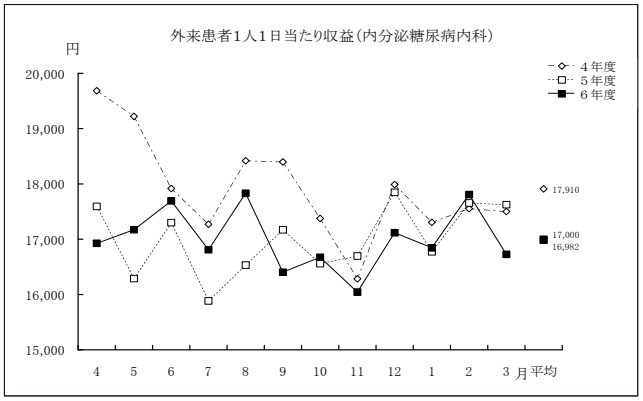
（※R6 より複数疾患併発はそれぞれ計測、甲状腺腫大をその他甲状腺に）

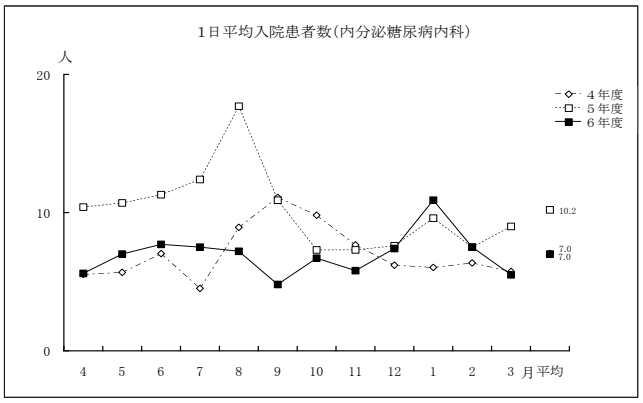
表２　内分泌糖尿病内科年度別入院患者数ならびにその内訳（過去３年間）

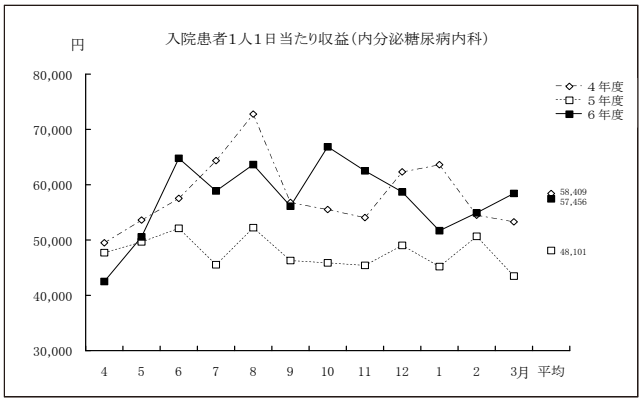
（単位：人）

年度	令和４年	令和５年	令和６年
総計	170	191	208
糖尿病	83	108	104
バセドウ病	0	4	2
副腎皮質疾患	16	13	12
副腎髄質疾患	0	1	0
副甲状腺疾患	0	0	0
下垂体疾患	4	4	7
低血糖症	6	1	3
コロナウイルス感染症	25	8	10
その他	36	52	70









血液内科

1　診療体制

2024 年(R6)4 月、初澤が都立駒込病院へ、川上・中牧が東京医科歯科大学（現東京科学大学）から当院へ異動した。

2　診療スタッフ

部　長	熊谷　隆志	副部長	岡田　啓吾
医　師	川上　真帆	医　師	中牧　尚子
医　師	甲斐　浩文		

3　診療内容

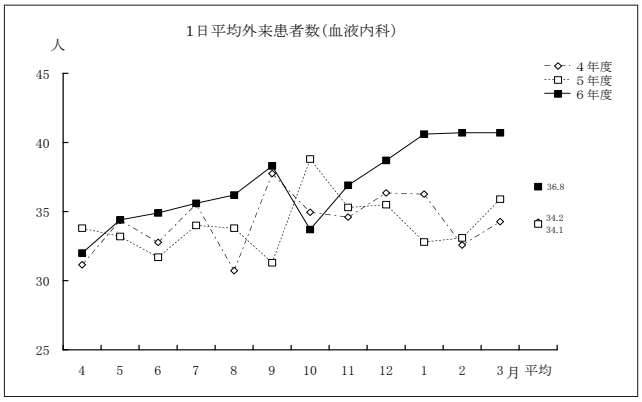
〈臨床〉　地域の血液疾患患者の多くを診察している。2023 年(R6)11 月から新病院 8B 病棟へ移り、12 床の無菌病棟も開棟、病棟が充実した。1 日平均入院患者数は23 年度(R5)20.6 人から24 年度25.2 人と約20%増加、外来患者は 33.2 名から 36.9 名と約 11%増加。2024 年(R6)新患患者は 347 名で昨年の 283 名から大幅に増加、内訳は（急性、慢性）白血病 38 例、リンパ腫 74 例、骨髄腫 15 例、骨髄異形成症候群 42 例等で悪性疾患が多かった。外来化学療法試行数は、2010 年度(H22)化学療法室開設時は383、2024 年度(R6)には1850 と約 5 倍に増加。治療は日本血液学会や NCCN などのガイドラインを参考に、保険医療の範囲でエビデンスにもとづいたものを提案している。疾患説明は、医師間の差をなくすため共通の説明文書を使用している。各種カンファレンスをほぼ毎日行い、科内で情報を共有している。最終的な治療は患者の生活事情を考慮して行っている。最新の分子標的治療薬、BiTE, 抗 PD-1 抗体などの免疫療法などほとんどの治療は当院で施行可能である。造血幹細胞移植、CAR-T などの治療は東京科学大学、都立駒込病院などと連携して行っている。開業医の先生や在宅ケアーを担当する先生方に大変お世話になっている。この場をかりて深謝したい。

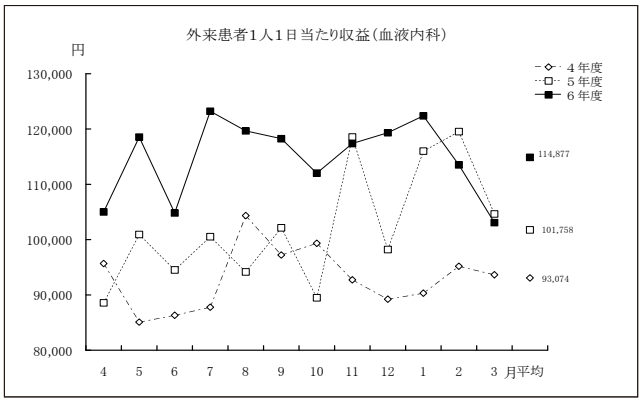
〈教育〉　当院初期研修医から 30 名を超える医師が血液学を専門とし、国内外で活躍している。約 20 名の医師が当院で後期研修(それに相当する研修)を行い、専門医を取得している。極端な人材不足である血液専門医の育成に大きく貢献している。

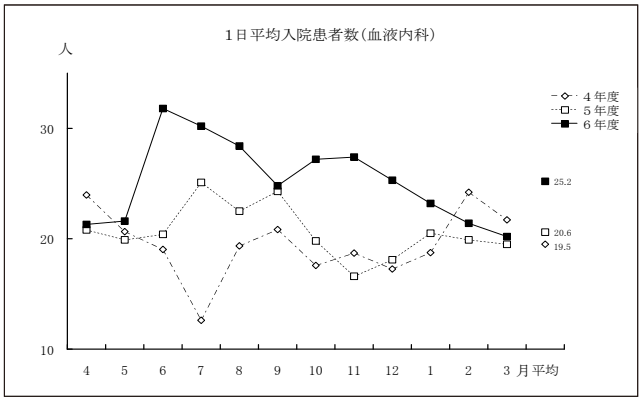
〈研究〉　白血病などの臨床試験を積極的に行い、成果を多くの国際誌に発表している。最近は Lancet や Nature の姉妹誌など、インパクトの高い国際誌にも掲載されている。

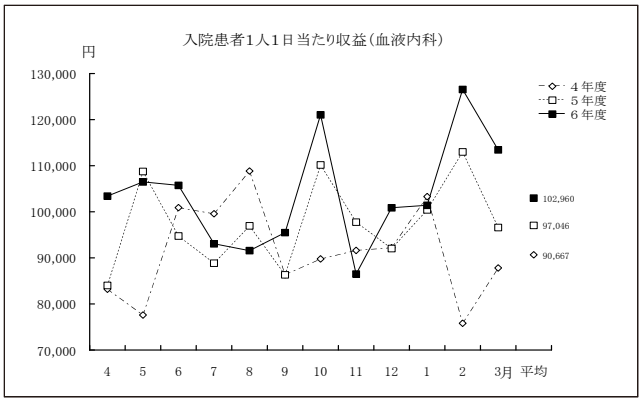
今後も地域の皆様のご協力を得ながら、臨床・教育・研究に頑張ります。

（文責：部長　熊谷隆志）









脳神経内科

1　診療体制

(1) 外来の状況

脳神経センターにて新患外来と脳神経内科再診外来を常勤医師3名、非常勤医師1名で担当している。新患外来は主に頭痛、めまい、しびれ、震え、物忘れなどの初診、再診外来は特定疾患を含む神経筋疾患が主体である。アルツハイマー型認知症に対するレカネマブ治療を令和6年12月より当科で開始し、症例は徐々に増加している。救急外来からの至急要請には、病棟医師が適宜対応する。また脳神経外科と共同で日勤帯の脳卒中当番または当直・休日オンコールを組み、24時間体勢で急性期脳卒中症例に対応している。

(2) 病棟の状況

第一病棟として 7B 病棟を脳神経外科と共有している。7B 病棟のベッド状況や救急外来・救急病室の状況によっては、第二病棟として 8A 病棟にも受け入れを要請している。

2　診療スタッフ

部　長　　田尾　　修　　医　師　　藤野　真樹
医　師　　工藤　大介
非常勤医師　仁科　智子

3　診療内容

1) 令和6年度は総退院数443件（5年度：377件）と大幅に増加した。内訳は脳血管障害：223件（5年度：206件）の他、変性疾患・炎症・神経筋疾患など各種脳神経内科疾患も全体に増加した。難治症例の増加に伴って高額な新規抗体薬の適応症例も増えており、入院外来ともに医業収益は増加している。
2) 発症4.5時間以内の超急性期脳梗塞に対する血栓溶解療法（tPA）は今年度12件（5年度：10件）で年々増加している。脳神経外科の血栓回収療法件数も増加しており、急性期脳卒中への対応は概ね順調である。
3) 研修医・専攻医による学会発表数も大きく増加した。
4) 神経難病患者は症例毎に様々な医学的・社会的問題を抱えている。症例によっては医療相談員・調整看護師などの同席で診察し、また地域医療スタッフを交えた多職種による療養調整会議を積極的に行っている。
5) 高齢化の進行によりパーキンソン病患者が著しく増加している。一方で西多摩医療圏での脳神経内科医は慢性的に不足しており、脳神経内科医だけでのパーキンソン病診療は困難になっている。そのため地域内の他施設でも初期のパーキンソン病患者の外来診療を担って頂き、病状に応じて外来患者を他院とシェアしつつある。
6) アルツハイマー型認知症に対するレカネマブ治療を開始したが、常勤医 3 名の体制では受け入れ症例数に限界もある。投薬開始半年以降に投与を引き継いで頂ける地域医療機関の確保が必要である。
7) 東京都在宅難病患者一時入院事業によるレスパイト入院受け入れを令和6年2月より再開した。6年度は10件、総入院日数210日であった。

4　今後の目標

1) 地域連携の推進:従来から西多摩医師会脳卒中医療連携検討会に参加し、急性期脳卒中についての医療連携に協力してきた。更にパーキンソン病・認知症についても地域全体で慢性期療養をサポート出来るよう、地域医療スタッフや地域住民に情報発信したい。患者会とのコミュニケーションを図ることも連携に有益と考えられ、青梅パーキンソン病交流会への定期参加を予定している。またACPの推進・普及にも取り組む。
2) 若手医師の育成：脳神経内科医は西多摩医療圏のみならず、全国的にも不足している。当院は日本神経学会準教育施設であり、新たな脳神経内科医の育成も重要な使命である。そのため恒常的に脳神経内科志望の若手医師の発掘に努力し、業務と平行して症例検討や学会発表を積極的に行う。また専門医の取得を支援する。
3) 多職種を巻き込む：脳卒中や神経難病患者が抱える問題は医学的問題の他、病状の理解・受容不足、家族間の関係性、居住環境問題、経済的問題、介護力の問題、終末期問題など多岐にわたり、神経疾患に通じた多職種の介入が必須である。特に高齢化に伴ってパーキンソン病患者が飛躍的に増加しているため、日本パーキンソン病・運動障害疾患学会（MDSJ）は近年パーキンソン病療養指導士（PD ナース）制度を確立した。最近神経難病への関心からPDナースの資格取得を志す病棟スタッフが増えており、大変望ましい傾向である。当科は多職種による神経領域の勉強会やコミュニケーションを推進することで、認定や資格取得を目指す雰囲気を作りたい。

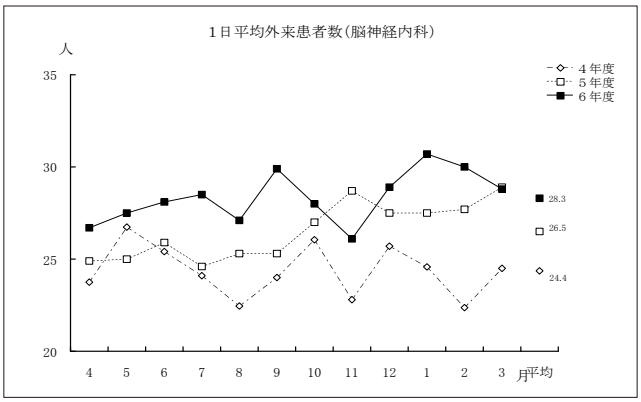
（文責：部長　田尾　修）

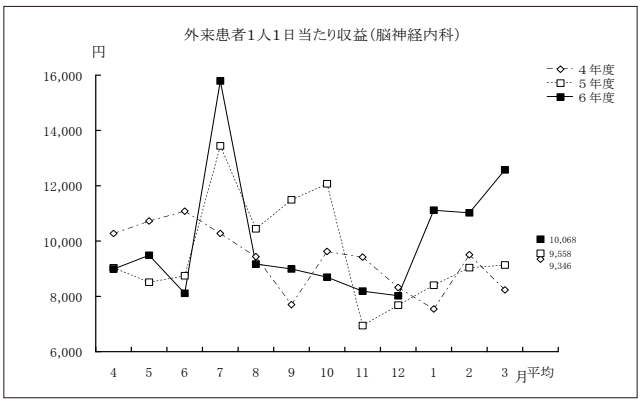
表１　脳神経内科１日平均外来患者数

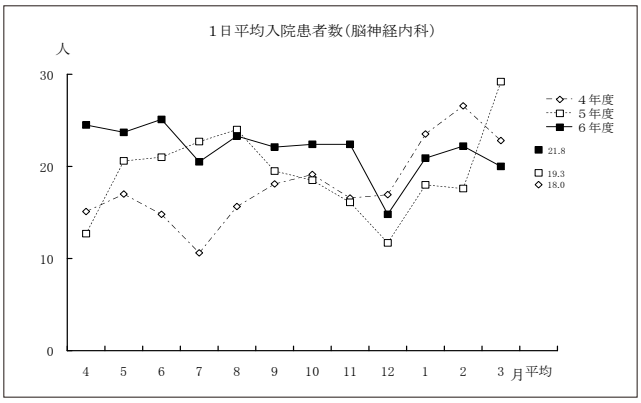
	令和４年度	令和５年度	令和６年度
延べ患者数	5,920	6,353	6,880
1日平均患者数	24.4	26.5	28.3

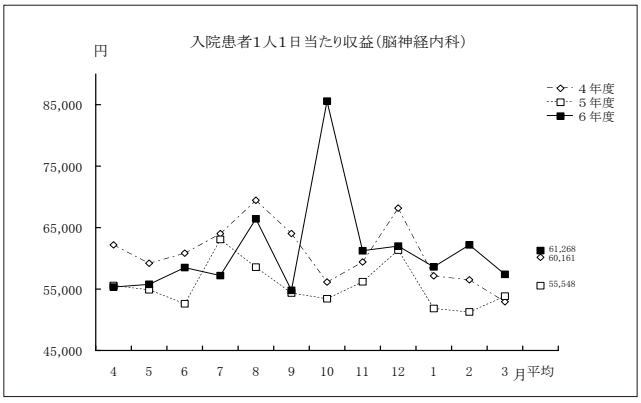
表２　脳神経内科入院患者数内訳

疾患分類	令和４年度	令和５年度	令和６年度
脳血管障害	194(tPA:4)	206(tPA:10)	223(tPA:12)
意識障害	1	0	1
頭痛	0	0	0
痙攣	36	42	26
めまい	0	1	2
パーキンソン症候群	8	8	14
脊髄小脳変性症	7	8	10
運動ニューロン疾患	7	8	10
認知症関連疾患	5	2	15
髄膜炎・脳炎	6	18	25
多発性硬化症関連疾患	2	3	9
腫瘍性疾患	7	2	5
末梢神経障害	3	11	16
重症筋無力症	1	7	10
筋疾患	1	4	4
脊椎疾患	5	9	5
内科的疾患	62 (COVID19:29)	42 (COVID19:16)	64 (COVID19:16)
精神疾患	5	2	2
その他	3	4	2
合計	353	377	443









リウマチ膠原病科

1　診療体制

内科専門プログラム研修を終えた鍔田医師が大学へ異動、傳田医師が大学より赴任した。東京医科歯科大学膠原病・リウマチ内科関連の常勤医３名（長坂、戸倉、傳田）、多摩総合医療センタープログラムからの専攻医（森澤）、２名の非常勤医（竹中、鍔田）で診療を行い、臨床研修医 1～3 名がローテートで診療に参加した。

(1) 外来

週５日の専門外来枠を継続した。担当医は下記の通り。

	月	火	水	木	金
専門外来	長坂	戸倉 鍔田	戸倉 長坂	竹中 傳田	戸倉 長坂
関節エコー			戸倉・傳田	戸倉・傳田	戸倉・傳田

専門外来のほか、内科午後診療（毎週金曜日）を森澤が、総合内科（７週毎金曜日午前）を傳田が担当した。

(2) 病棟

傳田、森澤、戸倉が入院患者の主治医となった。平日朝夕のカルテ回診、木曜午前の診療科カンファレンスで診療方針を検討した。

2　診療スタッフ

診療局長　長坂　憲治　　医　長　戸倉　　雅
医　長　傳田竜之介　　医　師　森澤　淳司

3　診療内容

１日あたりの平均外来患者数は 52 人であり、昨年の 46.9 人、一昨年の 45.6 人と比較し増加した。

年間総入院患者数は 342 人（リウマチ性疾患・膠原病 240 人）、新型コロナウイルス感染症患者は 13 人であった。リウマチ性疾患・膠原病の患者数は昨年と同様であったが、それ以外の内科疾患の患者数が増加した。1 日あたりの平均入院患者数は 15.5 人であり、昨年（13.7 人）より増加した。総入院患者数と主な基礎疾患の推移を表に示した。

表１　入院患者数と主な基礎疾患（人）

	R4	R5	R6
総入院患者数	231	299	332
リウマチ性疾患・膠原病入院患者数	176	242	240

症例内訳（基礎疾患別）

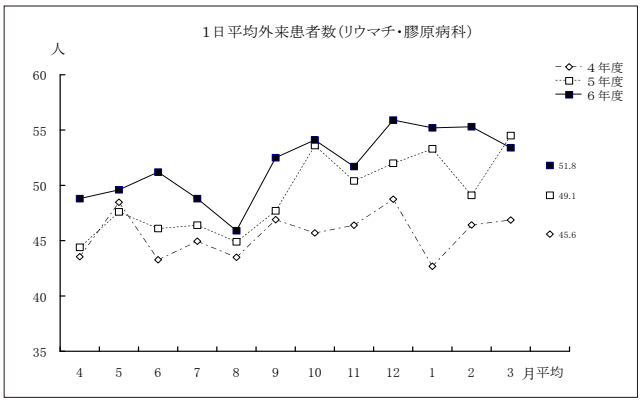
	R4	R5	R6		R4	R5	R6
関節リウマチ	61	95	78	成人発症スティル病	1	1	3
全身性エリテマトーデス	13	27	19	ベーチェット病	3	1	5
多発性筋炎・皮膚筋炎	12	16	17	顕微鏡的多発血管炎	19	20	28
リウマチ性多発筋痛症	26	22	27	多発血管炎性肉芽腫症	3	0	2
全身性強皮症	7	9	8	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	3	9	6

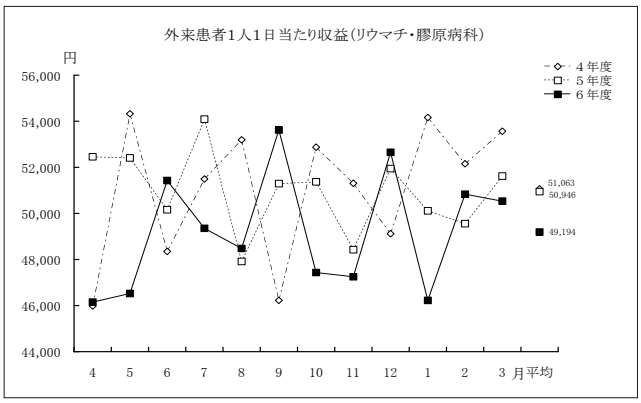
4　１年間の経過と今後の目標

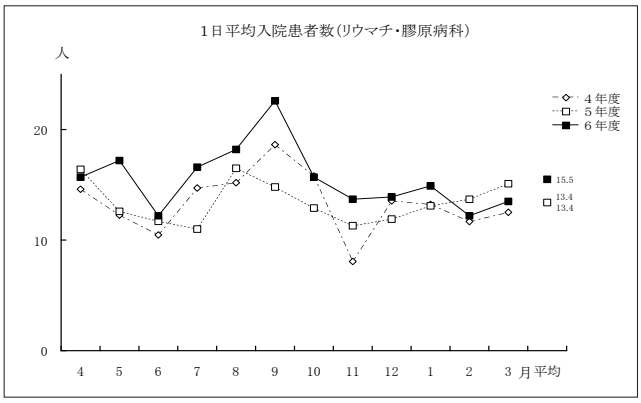
4 名体制となったことで，病棟，外来診療ともに円滑に行うことができた．傳田医師は膠原病・リウマチ内科医としての研鑽を積む一方、血液内科での経験を活かして診療した。戸倉医師は外来診療枠の拡大と大幅な患者増加にもかかわらず，病棟では入院患者の担当、全入院患者の把握と的確なアドバイスによって診療の中心として活躍した。一般内科の入院担当回数が増えたためリウマチ性疾患・膠原病以外の内科疾患による入院数が増加し、多くを森澤が担当した。

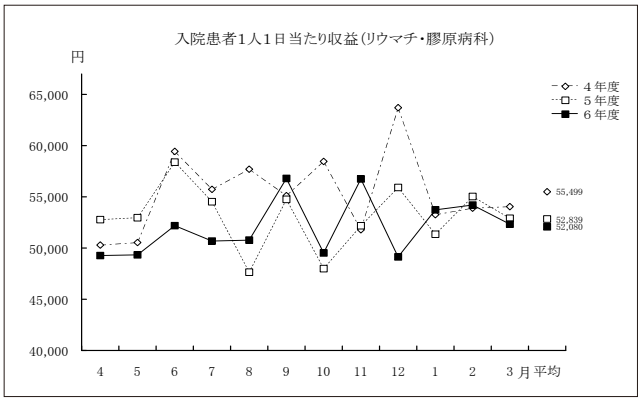
当科は西多摩地域におけるリウマチ性疾患の診療拠点である。機能の維持だけではなく、丁寧な診療、寛解率の向上、合併症対策、患者・家族・スタッフの満足度の向上に努めていきたい。

（文責：診療局長　長坂憲治）


1日平均外来患者数(リウマチ・膠原病科)
人
60
55
50
45
40
35
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均
4年度
5年度
6年度
51.8
49.1
45.6


外来患者1人1日当たり収益(リウマチ・膠原病科)
円
56,000
54,000
52,000
50,000
48,000
46,000
44,000
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均
4年度
5年度
6年度
51,063
50,946
49,194


1日平均入院患者数(リウマチ・膠原病科)
人
20
10
0
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均
4年度
5年度
6年度
15.5
13.4
13.4


入院患者1人1日当たり収益(リウマチ・膠原病科)
円
65,000
60,000
55,000
50,000
45,000
40,000
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均
4年度
5年度
6年度
55,499
52,839
52,080

小児科

1　診療体制

(1) 外来の状況

・一般外来　月～金曜日 午前4診(交代制),午後 救急対応（当番制）

・専門外来・フォローアップ外来　午後予約制
常勤医および大学病院医師による専門外来を行っている。
招聘医：神田（腎臓），田中（内分泌），小川（循環器），田中（小児外科），長田（臨床心理士）

・救急外来　24時間365日，休日・全夜間も対応する体制を継続しており、小児科では西多摩地域でほぼ唯一常時救急受診・入院可能な施設である。救急受診者数は例年年間5000人程度であり、新型コロナウイルス流行の影響により令和 2～4 年度は受診者数が減少していたが、昨年度から 5000人程度と患者数が戻った（表1)。4人の開業医の先生（笹本光信先生，高橋有美先生，成井研治先生，横田雄大先生）に病診連携で休日夜間診療を応援いただいている。

(2) 病棟の状況

・4A小児病棟（12床)：小児専用病棟として、小児科だけでなく他科の小児患者も入院している。個室6部屋と2床室3部屋という編成により、感染症対策として有効な、病態毎の病室振り分けが可能となっている。小児科総入院数は新型コロナウイルス流行の影響により令和2～4年度は400人以下が続いていたが、令和5年度473人、今年度475人と入院数が例年に戻りつつある。(表1)。

・4A病棟新生児ユニット（GCU6床＋NICU3床：加算なし)：分娩数は400件程度が続いているが、新生児入院数は変化なく、ハイリスクの分娩に対応していることが理由と考える（表1)。個室タイプのGCU2床を有し専門病院からのback transferの受入数も増加（令和5年13件、令和6年14件）している。入院新生児だけでなく、正常新生児の回診も休日を含め毎日実施している。

2　診療スタッフ

部　長	高橋　　寛	副部長	横山晶一郎
副部長	小野真由美	医　長	下田　麻伊
医　長	安藤　和秀	医　師	神田　祥子
医　長	百瀬　太一	医　師	浅見　優介
医　師	朴　　智薫	医　師	岩田　悠佑

当直招聘医：生形，海老島，木庭，武井

3　診療内容（表1・2）

令和5年度以降、社会的に新型コロナウイルスに対する感染対策が緩和され、小児の集団環境において様々な感染症の流行が増加した。よって外来受診数および入院患者数は増加に転じている。

一般小児病棟では、気管支炎での入院は 60 例（内RSV37例、hMPV3例）であった。インフルエンザの入院は13例であった。川崎病は33例と例年よりやや多く、1例は3クールの治療でも軽快せず専門施設に転院となった。冠動脈瘤発生例は0例であった。急性虫垂炎は10例（内5例：当科で保存的治療、5例：当院外科で手術）であった。

新生児では，当院で管理した最低出生体重は 1727g（37週）であった．新生児呼吸障害（一過性多呼吸・RDS）は計39例（人工呼吸管理3例，経鼻CPAP1例・高流量酸素療法5例）であった。母体の梅毒感染やB型肝炎症例が増加しており、新生児への予防対応をもれなく実施した。近年、養育困難家庭・若年妊娠・特定妊婦等に対する出生前～直後からの社会的対応が必要な症例が増加しており、重要な業務の一つである。自治体との連携が必要で非常に労力を要するが、誠実な対応を継続している。

稀な症例としては、1歳の劇症型の急性脳症、5歳の頭痛を主訴に発症した重症型ADEM、生後1か月の百日咳感染の重症化例を当科で診断し専門病院へ紹介・搬送した。

入院後の専門病院への転院搬送は新生児7例・小児8例であった。当科への逆搬送は新生児で12例であった。搬送母体からの出生は10例であった。永眠例は1例で学童期の重度心身障害児の自宅での心肺停止症例であった。また、外来診療における近年の特徴として、心の問題・発達の問題を抱えた児の受診が増加傾向である。

表1　（単位：人）

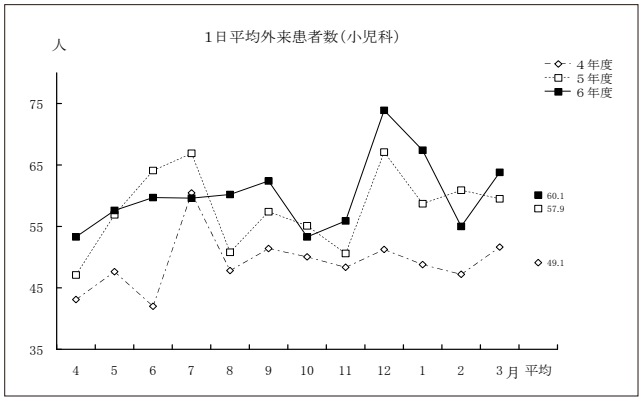
	令和4年度	令和5年度	令和6年度
小児科入院患者総数	364	473	475
一般小児科	226	349	337
新生児（NICU）	138(87)	124(78)	138(76)
分　娩　数	421	382	411
救急外来受診者数	4,123	4,980	4,715

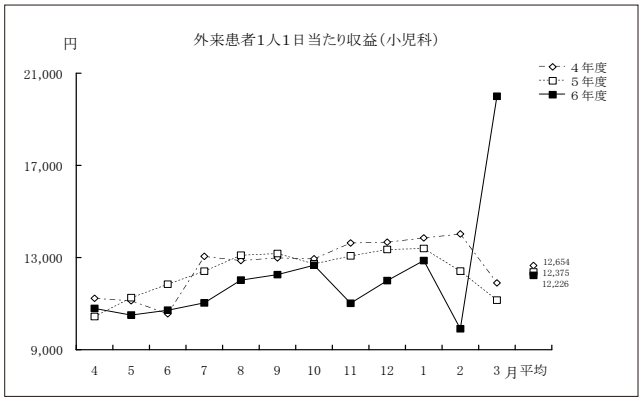
表 2　　（単位：人）

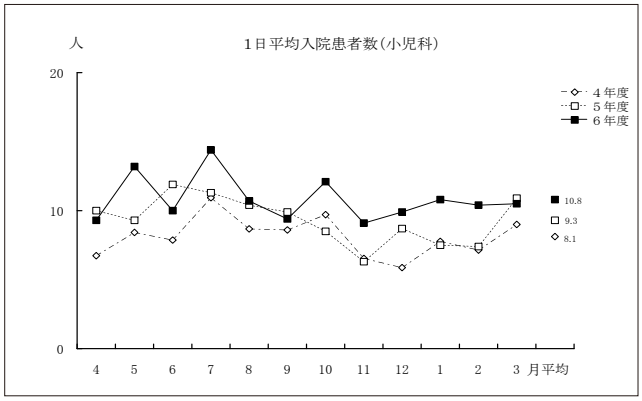
	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
呼吸器疾患			
気管支炎	46	52	60
内 RSV 気管支炎	15	34	37
肺炎	7(ﾏｲｺ 0)	38(ﾏｲｺ 0)	26(ﾏｲｺ 11)
気管支喘息	20	19	19
先天性心疾患	3	2	10
腎・消化器疾患			
胃腸炎	16	15	16
腸重積症	1	8	2
尿路感染症	4	13	20
腎炎	1	4	4
ネフローゼ	1	2	1
神経・筋疾患			
熱性痙攣	24	39	32
てんかん	5	13	3
髄膜炎	0	0	2
脳炎・脳症	2	1	3
West 症候群	0	0	0
感染症			
インフルエンザ(入院)	8	17	13
COVID-19 (入院)	11	12	8
その他			
川崎病	18	25	33
ITP	0	0	0
アナフィラキシー	7	4	3
DM	3(初発 1)	0(初発 0)	3(初発 0)
新生児疾患	138(N87)	124(N78)	138(N76)
低出生体重児	63	60	79
新生児一過性多呼吸	30	33	38
新生児黄疸	10	7	7
小児科入院患者総数	364	473	475

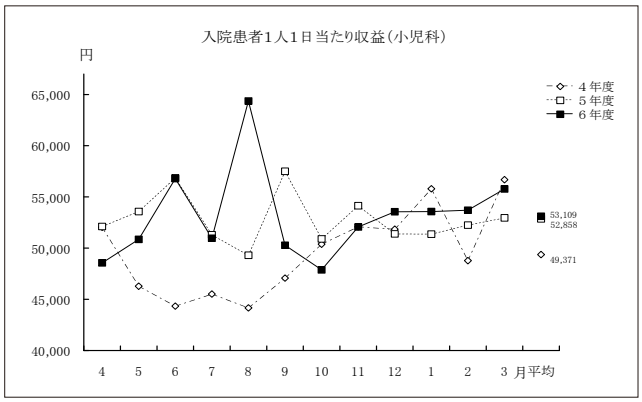
4　1 年間の経過と今後の目標

当院は西多摩地域において、24 時間 365 日小児の救急受診・入院対応が可能な、ほぼ唯一の病院であり、現診療体制を維持することは地域の要望であり当院の責務であると考える。特に新生児・乳幼児の診療では特有の技術と精神的・体力的にも大変な労力を要するが、小児科医・研修医・看護師・コメディカルのスタッフが積極的かつ誠実に子供と保護者に対応しており、質の高い小児医療の提供を心掛けている。さらに令和 7 年 3 月から 4A 病棟の看護単位が統一され『小児・周産期病棟』として機能することとなり、出産～新生児～学童期まで切れ目のない医療看護体制を目指したい。コロナ禍（令和 2～4 年）の期間に小児の集団での免疫獲得の機会が減少したことで、令和 5 年以降、コロナ禍前の季節的な感染症の傾向から変化した種々の感染症が流行し、発熱期間も長引き、入院を要する症例が増加している。これは予想されていた事態ではあるが、臨床現場では診療に注意が必要な状況である。現在の小児科スタッフ数では体力的にも精神的にもぎりぎりの状況ではあるが、診療体制を維持すべく努力を続けたい。西多摩地域は都内でも少子化が進んでいるが、小児医療は地域社会生活におけるインフラであり、外来・入院患者数や収益効率だけでは評価し得ない重要な役割を担っていると自負しており、当科は今後も地域小児医療に貢献し続ける所存である。　　（文責：部長　高橋　寛）









精神科

1　診療体制

(1) 外来の状況

再診は予約制で、月曜から金曜まで毎日 1～2 名の医師が対応している。新患については、物忘れ外来 1 名を含む計 3 名分の枠を設けている。

(2) 病棟の状況

病床は50床の男女混合閉鎖病棟で保護室を4床有する。10 対 1 の看護基準に基づき定床 30 床で運営している。うち 3 床は措置入院に対応する指定病床である。

(3) チーム医療

他科入院中で精神科的フォローが必要な患者には精神科リエゾンチームが、認知症患者には認知症ケアチームが介入している。各チームでは、週 1 回の回診とカンファレンスを実施しており、さらに看護師や公認心理師が適宜病棟を訪問し、病棟スタッフや患者からの聞き取りを通じて問題点を把握し、環境調整などを行った。

2　診療スタッフ

部　長　　岡崎　光俊（平成 31. 4. 1～）
副部長　　田中　　修（平成 26. 10. 1～）
医　長　　谷　　顕（平成 29. 4. 1～）
医　長　　藤田　千明（令和 2. 4. 1～）
専攻医　　窪田　　峻（令和 6. 4. 1～令和 7. 3. 31.）

令和 6 年 4 月から窪田峻が、東京科学大学専門医プログラム専攻医として 1 年間赴任した(専門医プログラム 1 年目)。作業療法士の寺沢陽子（平成 10. 3. 1. ～）は月曜から金曜まで病棟内で作業療法を実施している。公認心理師の吉田さや香（平成 5. 9. 1. ～）は心理検査および外来での心理カウンセリングを担当し、リエゾン・緩和ケアチームにも参画している。

3　診療内容

外来受診者数は 1 日平均 60. 6 人で、前年度（61. 9 人）と大きな変化はなかった。平成 29 年 8 月に当院が地域医療支援病院として承認されたことを受け、地域の医療機関との連携を強化するため、かかりつけ医などへの逆紹介を進めつつ、院内の外来患者数の維持にも配慮している。

入院患者総数は 250 人（措置入院 0 人、医療保護入院 176 人、任意入院 74 人）で、前年の 240 人に比べて増加した。平均在院日数は 29. 8 日で、前年度（29. 9 日）と大きな変化はなかった。診断別では統合失調症が最も多く、次いで気分障害、認知症の順となっており、例年と同様の傾向が見られた（表 1 参照)。

他科からのコンサルテーションのうち、精神科リエゾンチームが介入した件数は 423 件、認知症ケアチームは 276 件であった。

東京都精神科身体合併症医療事業による入院件数は 100 件で、担当診療科は消化器内科、整形外科、泌尿器科、呼吸器内科の順に多かった。精神疾患としては、例年通り統合失調症圏の患者が多くを占めた。救急病棟を含む身体科病棟で入院を受けたケースは 19 件あった(一般病棟に入院してその後精神科病棟に転棟したものを含む)。依頼当日もしくは翌日に受け入れを行う II 型入院は 72 件であった。依頼元は西多摩地区が最も多く、次いで八王子地区が多かった（表 2 参照)。

表 1　精神科病棟退院患者精神障害（ICD-10 主診断）別頻度

ICD-10「精神および行動の障害」	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
F0 症状性を含む器質性精神障害	37	33	41
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	5	14	10
F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	73	98	85
F3 気分（感情）障害	56	63	60
F4 神経症性障害、ストレス関連障害	12	7	10
F5 生理的障害に関連した行動症候群（摂食障害）	5	4	7
F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	2	2	1
F7 精神遅滞（知的障害）	13	15	27
F8 心理的発達の障害	7	4	7
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動および情緒の障害	0	0	0
G40　てんかん	5	0	2
計	215	240	250

単位：人、以下同様

表 2　東京都精神科身体合併症医療事業入院患者身体疾患別頻度

身体疾患診療科	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
内　科(計)	33	47	67
呼 吸 器 内 科	3	10	9
消 化 器 内 科	16	27	30
循 環 器 内 科	3	1	3
腎　臓　内　科	3	1	7
内分泌糖尿病内科	4	3	6
血　液　内　科	2	2	4
脳 神 経 内 科	2	3	1

リウマチ膠原病科	0	3	7
外科	19	5	6
泌尿器科	2	8	10
脳神神経外科	5	1	3
整形外科	13	11	13
耳鼻いんこう科	1	3	1
眼科	2	3	0
産婦人科	2	1	0
皮膚科	0	0	0
形成外科	1	0	0
胸部外科	1	0	0
呼吸器外科	1	0	0
救急科		2	0
計	79	82	100

4　1年間の経過と今後の目標

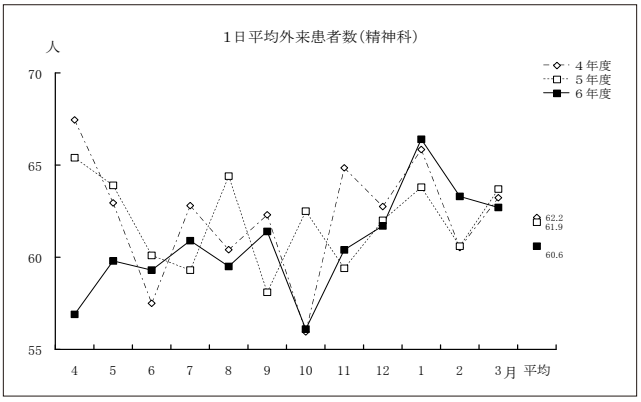
令和6年度は、COVID-19の影響がほぼ解消され、診療体制や病棟運営もおおむねコロナ禍前の水準に回復した。令和元年10月より10対1の看護基準を取得したことにより、平均在院日数を短縮しながらも、より重症度の高い患者を受け入れられる体制を整え、精神科病棟として高い機能の維持を目指している。一方で、病棟稼働率はやや低い水準にとどまっており、今後も受け入れ体制の強化に向けて取り組みを続けていく。

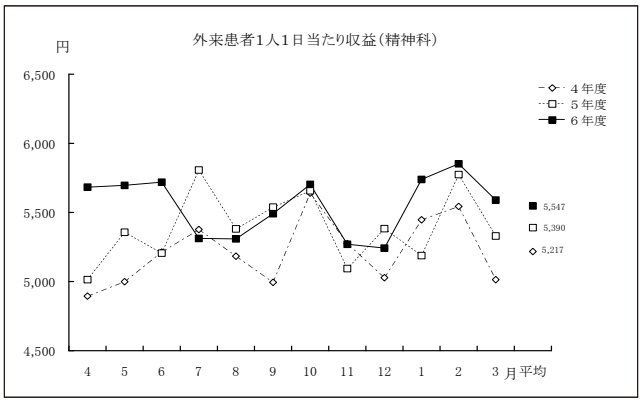
平成28年度半ばに開始されたリエゾンチームおよび認知症ケアチームの活動は、院内に広く周知されるようになってきた。令和5年度からは公認心理師がリエゾンチームに加わり、心理的支援や評価の幅が広がったことでチーム全体の介入機能が一層強化された。看護師が主治医に介入を働きかけるケースも増加しており、また介入に至らない場合でもリエゾンチーム看護師や公認心理師への相談が日常的に行われるようになっている。今後も主診療科での円滑な治療が可能となるよう多職種連携を基盤とした支援を継続し、また認知症ケアチームの運営にも引き続き重点を置き、より実効性の高い介入を目指す。

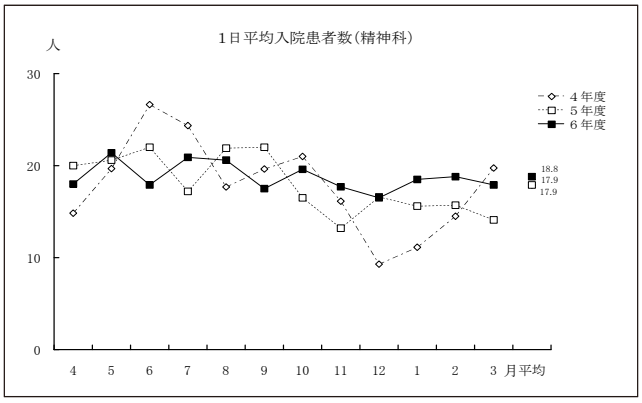
当科は精神科専門研修施設であるが、研修制度の変更により、大学から派遣される後期研修医が短期間で交代する可能性が高くなっている。外来主治医が頻繁に交代することは、患者にとって必ずしも望ましい状況ではないため、安定した状態にある外来患者については、可能な限り地域の開業医へ逆紹介をすすめている。精神保健指定医の資格取得に必要な症例の確保についても、関連研修施設と連携しながら対応していく。

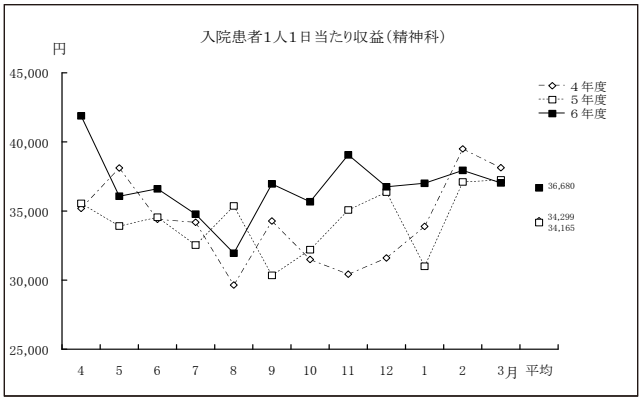
令和7年4月1日より、当科は「精神科」から「こころの診療科」へと名称を変更した。これは、精神科の受診に対する患者の抵抗感を軽減することを目的としたものであり、届け出上の標榜科は従来通り「精神科」であり、診療内容もこれまでと変わらず継続していくものである。

（文責：部長　岡崎光俊）









リハビリテーション科

1　診療体制

(1) 外来リハビリテーションの状況

西多摩地域唯一の第 3 次救急病院リハビリテーション（以下リハ）部門としての機能を果たすため、入院患者様中心にリハを施行している。

外来リハは当院で治療・手術を行ったのち短期で自宅退院されリハが必要と判断された患者様のみ限定して行っている。当院退院後に外来リハを希望されるその他の患者様には、地域連携室を通して近隣のリハビリテーション専門病院や、介護保険を利用しての通所リハ・訪問リハをご案内している。

(2) 入院リハビリテーションの状況

第 3 次救急病院という当院の特性に合わせ、在院日数の短縮やリハ治療の方向性決定を目的として評価・訓練を急性期から施行している。廃用症候群予防目的も含め、リハを必要とする全診療科からの依頼に対し可能な限り早期から行っている。毎日平均 94 人の患者のリハを施行した。

2　診療スタッフ

部　長　加藤　　剛（医師）（整形外科部長兼務）
副部長　鈴木　麻美（医師）（循環器内科副部長兼務）
非常勤　星野ちさと（医師）
理学療法士
主　査　　渡辺　友理　　他８名(内１名産育休)
作業療法士
科　長　　高橋　信雄
主　査　　寺沢　陽子(精神科専従)　　他２名
言語聴覚士
主　査　　村井和歌子　　他３名(内１名産育休)

3　診療内容

令和 6 年度にリハビリテーション科に依頼があった患者は 2944 人（前年度に比べて 260 人増）。年度毎の診療科別新患数（訓練実施）を表１に、疾患別リハビリテーション施行数を表２に示す。リハ施行患者の大部分は入院患者で、その疾患別リハビリテーションの全体の中では脳血管疾患等リハが 25%、運動器リハが 19%と多くを占めているが、内科・外科系における廃用症候群リハ（廃用症候群予防も含む）が 43%を占める近年の傾向に変わりない。心大血管リハについては虚血性心疾患、心臓血管外科術後、心不全などを適応として行い増加傾向である。なお心大血管リハは疾患の特性上、循環器内科、心臓血管外科の直接の指示の元で専従スタッフが実施している。

表１　診療科別新患数一覧（訓練実施）

	令和４年度	令和５年度	令和６年度
脳神経外科	219	248	262
内科	1268	1401	1410
神経内科	279	292	351
整形外科	386	430	477
その他	286	313	444
合計	2438	2684	2944

注 1）内科は神経内科以外の内科系全般

表２　疾患別リハビリテーション施行患者数一覧

	令和４年度	令和５年度	令和６年度
脳血管疾患等リハ	557	610	740
運動器リハ	424	476	583
呼吸器リハ	5	10	45
心大血管リハ	286	313	444
廃用症候群リハ	1155	1254	1283
がん患者リハ	27	42	85
摂食機能療法	9	3	7

注 1）脳血管疾患等リハには脊髄損傷を含む
注 2）廃用症候群リハには構音・嚥下障害を含む
注 3）がん患者リハは適応症例のみ

4　1 年間の経過と今後の目標

入院期間の短縮を進めていくため、早期離床・ADL 向上・経口摂取の可否・嚥下機能改善を入院直後からリハに求める傾向は依然強く、脳血管障害、整形外科疾患の患者数と、多様な一般内科系患者や外科手術前後患者の割合は著変なかった。新病院開院後の救急受入れ増加、入院患者数増加と入院期間短縮化に伴い入退院サイクルも加速している。それに伴い各疾患ともにリハ実施患者数が増加した。依頼の多い廃用症候群予防や嚥下機能改善目的のリハは、超高齢患者が多数を占めるため、耐久性に乏しく認知機能低下を併存する患者が多く、院内での横断的な活動、病棟再編やそれに伴うスタッフの移動時間の延長、入院期間の短縮や入退院サイクルの加速に伴う業務負担増もありスタッフの費やす労力は、膨大なものとなっている。呼吸ケア・褥瘡対策・栄養サポート・ICU 早期離床リハビリ・排尿ケア・骨粗鬆症リエゾンサービス等の院内横断的なチーム医療への参加の求めに対しては、可能な限り参加し病院医療水準の維持向上を心がけている。

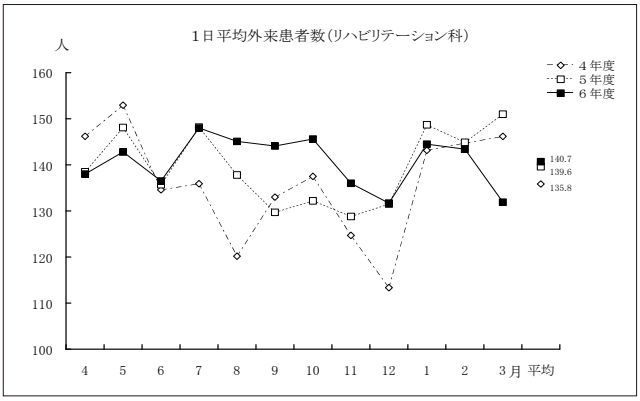
患者様の短い入院期間の中で効果的なリハを行うため、医師、病棟師長、担当看護師、他職種にも参加をお願いし、入院患者のカンファレンスを行い、入院期間の短縮を目指すと共に、転院先の中心となる西多摩地域の医療機関との医療連携を強め、患者様に有益な継続的リハビリテーションを行える様努力している。それ以外にも地域との連携を強めるため積極的に入院中の診療情報を提供し、当院から自宅退院される患者様やそのご家族の QOL がなるべく良好となるよう努力している。

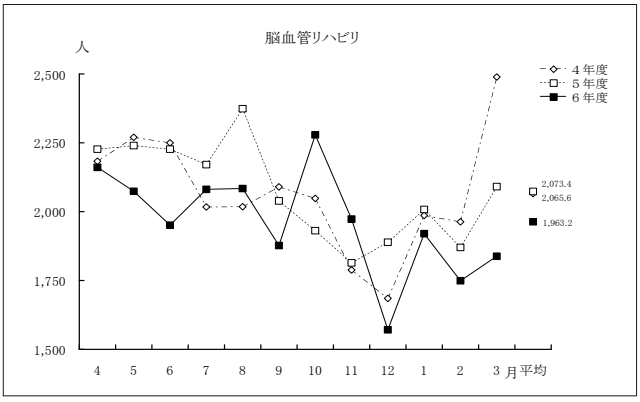
患者の機能的予後を左右するリハビリテーションは、当院のような重症患者を多く診療している急性期病院

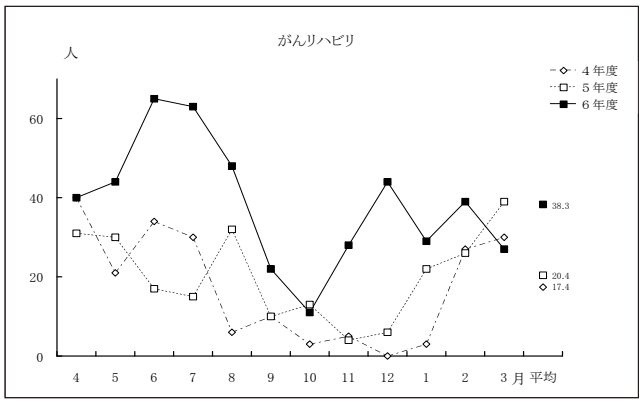
においては在院日数の短縮を進める上で重要な位置を占めるものである。新病院開院後、救急受入れや入院患者が増加しリハ実施患者も増加した。しかし、スタッフの欠員や効率的な実施の困難さから収益は微増に留まった。入院期間の短縮化や依頼の増加・多様化から記録・書類作成や実績管理、調整業務が増え、疾患別リハビリ実施以外の様々なチーム医療や医療サービスへの参加協力の要請も依然増加しており、病院規模に比べてのスタッフ数の少なさもあり、リハ開始までの期間短縮を図り急性期医療に貢献できるリハを推し進めるにはスタッフの増員と効率的な実施、収益性の安定を図る必要がある。今年度から非常勤リハ専門医が勤務開始となり依頼処方システムの見直しが検討・進行中である。また各スタッフには心臓リハ・呼吸リハ・がんリハなど専門性の高いリハに従事出来るよう、各種学会や研修会等への参加を促し専門性を高める努力の継続をお願いしている。

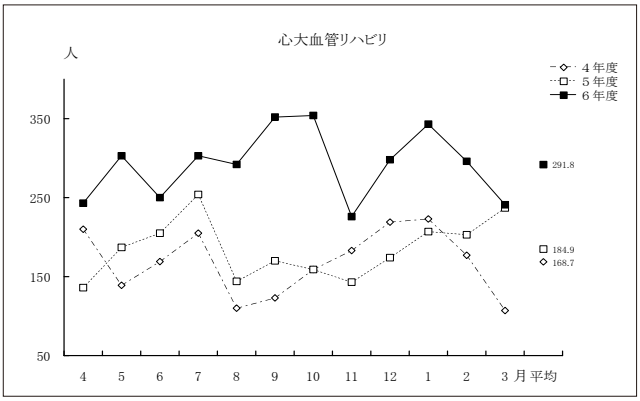
各診療科の医師、病棟、ソーシャルワーカー、その他の院内外の医療関係スタッフと更なる連携を強め、西多摩地域の第 3 次救急病院として最大の急性期リハ効果が得られるよう今後も努力していきたい。

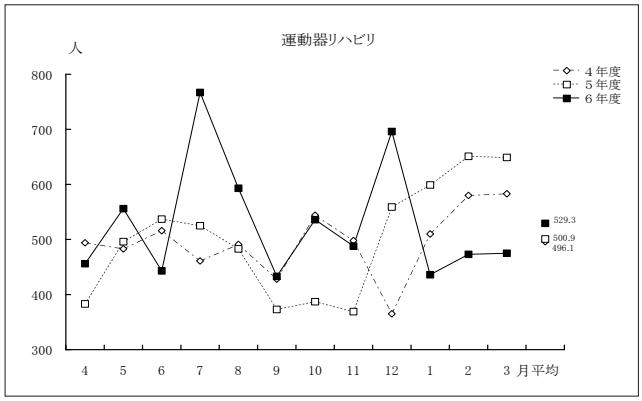
（文責：科長　髙橋信雄）

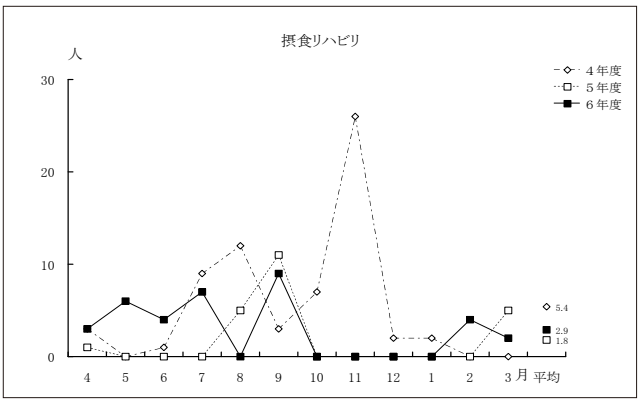


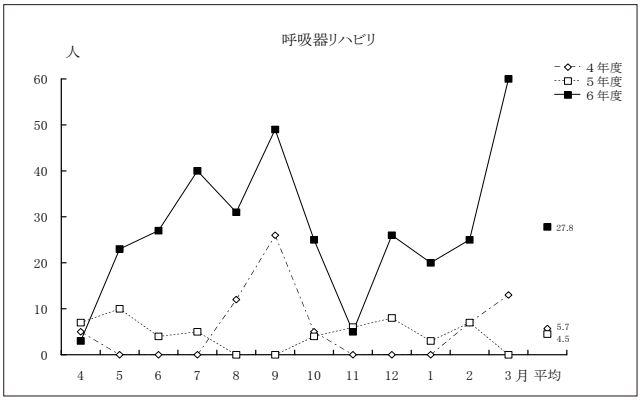












消化器・一般外科，乳腺外科

1　診療体制

(1) 外来の状況

一般外来

新患・予約外診療は月水の午前１診、火・木・金の午前２診体制。初診から手術までの待機日数を可及的短縮すべく手術を計画。他科からのコンサルトや手術依頼に対する手術予定も迅速。

再診の予約診療は月から金の午前および火・木・金の午後に１ないし２診体制。

平日午後・時間外・休日の救急診療は当直医師および待機当番医が担当。

外来化学療法は２階外来治療センターに集約し、外来主治医が担当。

消毒・処置外来は平日の８時 30 分、土曜・休日は午前 10 時に対応。

専門外来

乳腺外来　　月, 火, 水曜　午前・午後

ストマ外来　　水曜　午前

(2) 病棟の状況

本館 5B 病棟をホームグラウンドとするが､適宜他病棟にも入院分散。A・B の２チーム体制、その中で主治医・指導医による徹底した入院患者管理。

毎朝午前８時より病棟でチャートラウンドを行い、その前後に主治医・指導医で回診・処置を施行。手術・担当外来の合間に病棟患者に必要な検査・処置を施行。

夕方は各チームで、ラウンド・検討会を行う。

(3) 手術の状況

消化器外科の Major surgery は月・水曜に 2~3 件ずつ、木・金曜に 1~2 件ずつ、Minor surgery は火・木・金曜に複数件行っている。乳腺外科は木曜に 2 件行っている。これを基本スケジュールとするが、他科の手術枠をも譲り受けて予定手術を組むことしばしば。さらに、臨時・緊急・準緊急手術症例も絶えず発生するため、麻酔科・手術室の協力を得て随時施行している。

(4) カンファレンス

木曜日 17 時 30 分　キャンサーボード

金曜日 07 時 30 分　手術症例検討会

他、手術手技，デバイス使用法につき随時開催

2　診療スタッフ

診療局長	竹中　芳治	部　長	山崎　一樹
副部長	平野　康介	副部長	山下　俊
副部長	石井　博章	医　長	工藤　昌良
医　長	平塚美由起	医　長	藤井　学人
医　長	佐々木隆義	医　長	小松　更一
医　師	澤井　崇行	医　師	加藤　舞桜

3　診療内容

主要手術（消化器・乳腺のみ）

		R4	R5	R6
	全手術件数	749	736	839
消化管	上部消化管			
	食道，接合部がん	6	11	12
	胃がん・GIST	56	61	40
	胃十二指腸良性	3	4	4
	下部消化管			
	結腸がん	74	86	65
	直腸がん	33	37	42
	穿孔性腹膜炎	16	27	16
	急性虫垂炎	49	39	40
	腸閉塞	27	11	20
	人工肛門造設(緊急)	16	26	21
	人工肛門閉鎖術	19	9	12
肝・胆・膵	肝臓がん	34	27	18
	胆道・膵がん	26	32	34
	胆石	47	57	92
乳腺	乳がん	39	51	88
(胸)腹腔鏡手術(上記と重複)	**(胸)腹腔鏡手術総数**	238	260	306
	食道，接合部がん	4	9	12
	胃がん・GIST	46	56	42/**17**
	結腸がん	72	71	65/**1**
	直腸がん	33	30	42/**23**
	虫垂	49	39	54
	胆嚢	63	57	86
	鼠径･腹壁ヘルニア	13	10	13
その他	ヘルニア			
	鼠径ヘルニア	102	88	90
	大腿/閉鎖孔	10	1	5
	腹壁瘢痕ヘルニア	7	11	11

＊重複あり，胃・結腸・直腸がん　/**ロボット手術**

4　1年間の経過と今後の目標

昨年度より「外科」は「消化器・一般外科」と「乳腺外科」の2診療科の総称となっている。

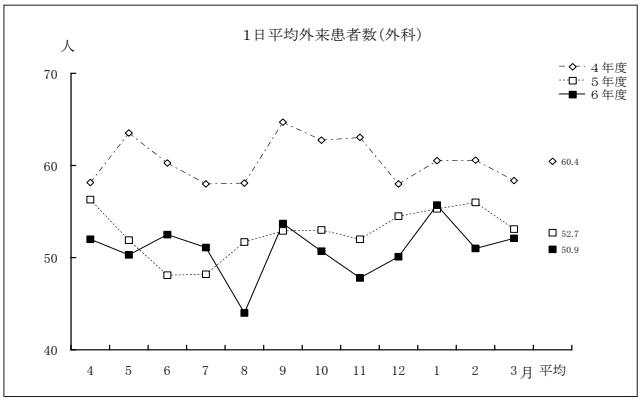
新型コロナ感染の収束以降、手術件数は増加し、新病院・新設備での手術が日々円滑に遂行されている。

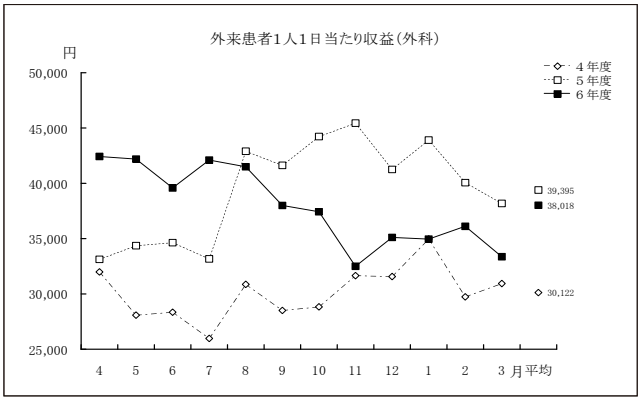
胃がん、結腸・直腸がんでは腹腔鏡下手術が第一選択の術式としてすでに定着している。腹膜播種を疑う胃がんに対する審査腹腔鏡もルーチンとなり、腸閉塞手術や姑息的バイパス手術を含め、様々な疾患・病態に対する腹腔鏡手術もルーチン化した。。また高難度の手術が要求される肝胆膵悪性疾患への手術件数も安定、肝胆膵チーフの安定した超人的技量がパワー全開で発揮されている。ヘリコバクター・ピロリ菌感染人口の減少にともない、日本全国的には減少しているはずの胃がん手術症例が、当院では安定している。日本胃癌学会認定施設として、手術・化学療法・放射線療法を駆使した高度な胃がん治療にさらに邁進したい。

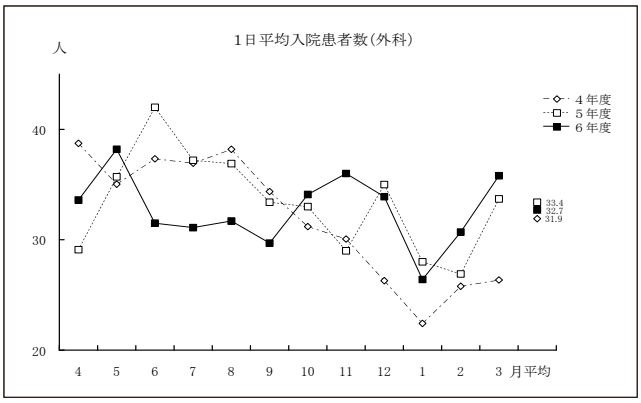
ロボット支援下手術（ダビンチ手術）も完全に軌道に乗り、大腸がんに対する直腸切除・結腸切除、胃がんに対する胃切除･胃全摘はもはや通常の手術と化し、順調に件数を増やし、成果を上げている。

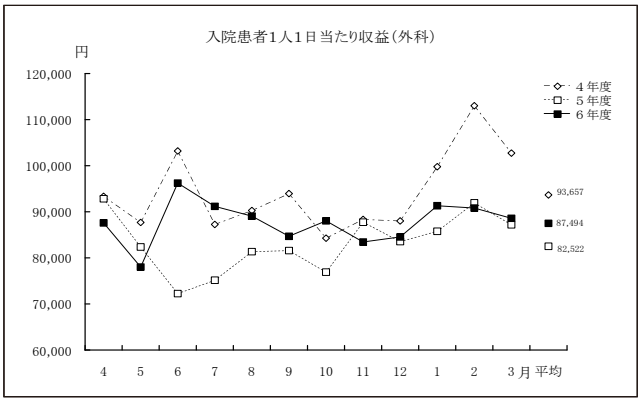
次年度も、上部・下部消化管、肝胆膵領域の特に悪性疾患に対する手術件数をさらに増加させ､①胃がん、大腸がんに対するロボット支援下手術のルーチン化、②より精緻で安全、より手術合併症の少ない、よりアートな、肝胆膵疾患への高難度手術、③高度進行癌に対する術前・術後化学療法や放射線治療を含めた集学的治療の実践、によって Patient Satisfaction の高いがん治療を提供し、がん診療拠点病院の Department of Surgery として当地域医療に大きく貢献したい。我々消化器外科医の Employee Satisfaction は、これのみに依存している。

（文責：診療局長　竹中芳治）









脳神経外科（脳卒中センター）

1　診療体制

(1) 外来の状況

脳神経外科は月曜日、水曜日、木曜日に外来診療日を設定している。通常の予約枠の受診だけでなく、他の医療機関からの紹介受診、当日予約外受診、他診療科からのコンサルテーションにも対応している。これらに加えて、水曜日と金曜日に脳神経センター初診外来を担当している。

救急搬送される脳卒中症例については脳神経内科と協力して24時間365日対応できる体制を敷いている。救急外来において初期対応、画像診断、脳血栓溶解療法（t-PA）を実施する他、脳血栓回収療法や緊急開頭手術が必要な症例ではこれらの手術加療を提供している。

(2) 病棟の状況

入院症例に関しては 7B 病棟を主病棟として脳神経外科疾患の治療にあたっている。夜間休日の救急搬送症例については重症度や手術加療の必要性などに応じて集中治療室もしくは救急病棟において、速やかに急性期治療を開始できる体制をとっている。

(3) 手術の状況

火曜日と金曜日を予定手術日として、手術室での開頭手術、血管造影室での脳血管カテーテル手術を実施している。救急搬送される手術症例についてはその限りではなく、24 時間 365 日の体制で緊急手術に対応している。緊急手術が全脳神経外科手術の約7割を占めている。

2　診療スタッフ

部　長	唐鎌　　淳	医　師	高田　義章
医　長	渡辺　俊樹	医　長	石川茉莉子
医　師	林　　俊彦		

3　診療内容

直近3年度の手術件数の推移を別表に示す。

令和6年度の手術件数は令和5年度とおおむね同等であった。内訳としては開頭手術よりもカテーテル手術の割合が増えている傾向にあり、脳動脈瘤においてはコイル塞栓術の件数が破裂例においても未破裂例においても増加している。頚動脈ステント留置術と急性期脳血栓回収術の件数は横ばいだが高い数字で推移している。機器の更新にともなって放射線治療ができない期間があったため、脳腫瘍の治療件数が減少することが想定されていたが、術中蛍光造影や交流電場腫瘍治療の適応となる神経膠腫の症例数は少なかったものの、脳腫瘍全体の手術件数は令和5年度を上回る結果であった。

令和4年11月より脳神経内科と協力して開始した「脳卒中当直」により、急性期脳梗塞に対する脳血栓溶解療法（t-PA）や脳血栓回収療法といった治療が迅速に可能となっており、対象件数の増加、治療までの時間の短縮、臨床転帰の改善といった結果が得られている。また、令和6年度も日本脳卒中学会が定める「一次脳卒中センター」の施設認定を受けたことに加えて、令和7年3月より東京都で運用が開始された「脳卒中S（急性期脳梗塞に対して機械的血栓回収療法が実施できる医療機関）」の認定も受け、今後も急性期脳卒中の受け入れ件数が増加していくことが予想される。

4　1年間の経過と今後の目標

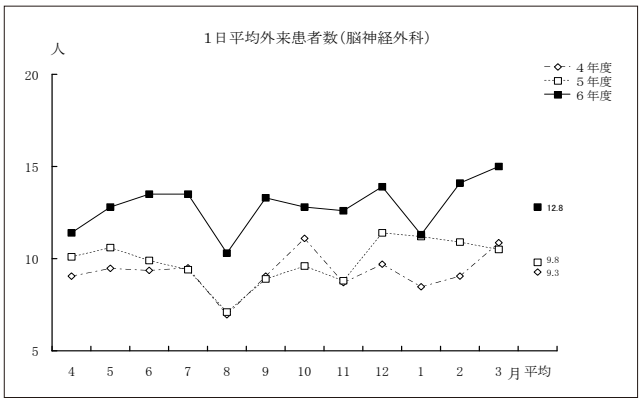
新病院の手術室や血管造影室の使用にも慣れ、コメディカルも含めたチーム医療が成熟してきていることを実感しているが、手術件数や治療成績のさらなる向上を目指して工夫やアイデアの創出を試みていく。また、放射線治療装置の稼働再開により脳腫瘍、特に神経膠腫に対する集学的治療が可能となったため、当院で一連の治療を完結させることで地域に貢献していきたいと考えている。

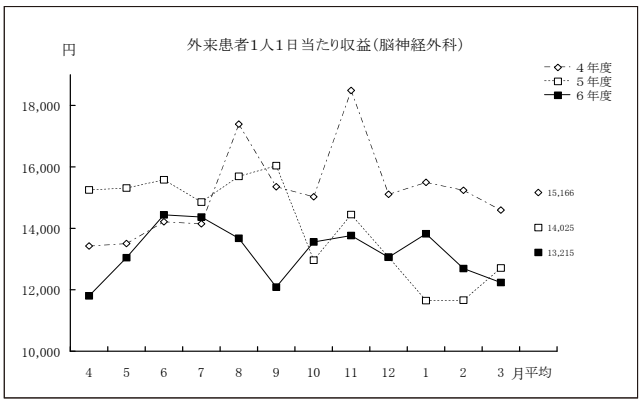
令和6年度に日本脳卒中学会より施設認定を受けた「一次脳卒中センター」に加えて、令和7年度は「日本脳卒中学会研修教育施設」の認定についても申請中である。これらについては手術件数、画像診断機器の整備、脳卒中ユニットの病床数、脳卒中相談窓口の設置などが要件に含まれるが、令和6年度からの準備を経てすでに充分な体制が整っている。脳卒中患者の受け入れの増加、若手脳神経外科医師の教育および研鑽のために注力を続けていく。

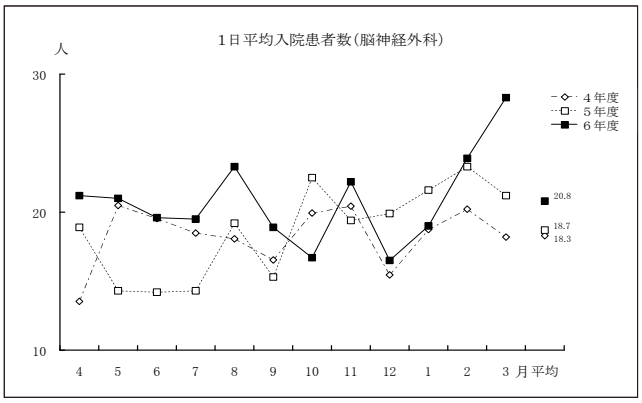
（文責：部長　唐鎌　淳）

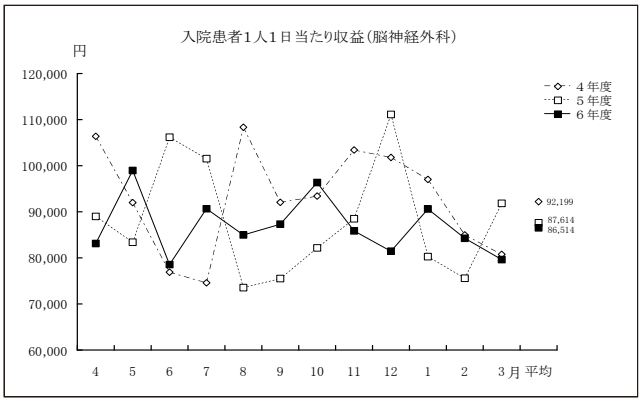
疾患別手術件数

		令和4年度	令和5年度	令和6年度
手術総数		190	205	204
脳腫瘍	摘出術／生検術	14	14	16
脳血管障害				
破裂脳動脈瘤	クリッピング術	2	6	3
	コイル塞栓術	20	13	15
未破裂脳動脈瘤	クリッピング術	1	0	0
	コイル塞栓術	1	2	8
脳出血	開頭血腫除去術	14	15	5
脳動静脈奇形	ナイダス摘出術	1	0	0
	流入動脈塞栓術	1	0	0
硬膜動静脈瘻	流出静脈遮断術	0	0	0
	経静脈的／経動脈的塞栓術	3	0	1
頚動脈狭窄症	頚動脈内膜剥離術	1	0	0
	頚動脈ステント留置術	14	14	13
脳梗塞	急性期脳血栓回収術	22	22	22
急性水頭症	脳室ドレナージ術	23	34	17
頭部外傷				
急性硬膜下血腫	開頭血腫除去術	5	4	4
急性硬膜外血腫	開頭血腫除去術	2	1	1
慢性硬膜下血腫	穿頭洗浄ドレナージ術	26	33	58
その他				
	シャント手術	16	11	11
	頭蓋形成術	4	9	2
	微小血管減圧術	1	0	1









心臓血管外科

1　診療体制

心臓血管外科は心臓・胸部大血管手術および腹部～末梢血管、静脈疾患と全身の血管に対する外科治療を行っている。スタッフは染谷（心臓胸部大血管）と山本（腹部末梢血管）、横山の３人に加え、令和６年度から診療看護師の石田が配属され、処置や術後管理、他職種との連携行っている。

また、循環器科や臨床工学技士など多職種でハートチームを構成し、患者さんの疾患のみならず生活背景なども考慮して治療方針を検討している。

(1) 外来：月曜日と水曜日に予約外来を、金曜日に血管外来を行っている。新患は主に循環器科や他院からの紹介で、術前評価を行いながら、手術計画をたてていく。再診は、術後早期は術後３か月を目途に紹介元へ逆紹介しているが、術後１年、２年・・・と節目に受診いただき、長期にわたり経過観察している。

(2) 病棟：心臓血管外科は循環器内科と同じ６B 病棟で術前、術後管理を行っている。術後患者は全例集中治療室(ICU)で管理し、状態が安定したら（平均 2.2 日）６B 病棟へ移動する(末梢血管疾患は除く)。週１回の手術検討会と毎朝の循環器内科との合同カンファレンス、月水金朝のチームカンファレンスと、他科・多職種と連携してチーム医療を行っている。

(3) 手術の状況：心臓・胸部大血管手術は火曜・木曜日、腹部・末梢血管外科手術は水曜日が主要な手術日で、その他隔週の金曜日にハイブリッド手術室でステントグラフト手術や血管内治療を行っている。東京都大動脈スーパーネットワークに参加しており、大動脈緊急症やその他の緊急手術にも対応している。

2　診療スタッフ

部　長　染谷　　毅　　部　長　山本　　諭
医　長　横山　賢司
診療看護師（NP）　石田　知佐子

3　診療内容　（過去３年間、表 1)、１年間の経過と今後の目標

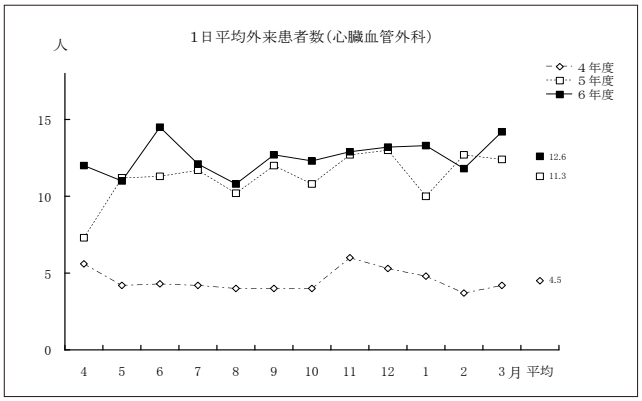
心臓・胸部大血管　：心臓・胸部大血管手術症例は 79 例と 5 例減であった。従来症例の内訳は虚血性心疾患，弁膜疾患，大動脈疾患が 3 分の 1 ずつであったが，虚血性心疾患が減少傾向であるいっぽう，弁膜症症例が増加している。これは令和 6 年度に開始した経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI)により，弁膜症外来への紹介患者さんが増加したことによると考えられる。その二次的効果により僧帽弁形成術の症例も増加し，適応があればMICS 手術（低侵襲心臓手術）を行い，早期社会復帰を図っている。その他冠動脈バイパス術における心拍動下手術，大動脈疾患におけるステントグラフト内挿術（TEVAR）など，高リスク低ADL の患者さんにも安全な治療を提供できる。また，大動脈スーパーネットワーク支援施設として，急性大動脈症に対する緊急手術に対応している。術後患者に対しては多職種の介入により術後早期からリハビリ，栄養指導，退院支援を行っていくことで安全面と早期社会復帰が可能となっており，令和６年度の DPC 期間 II 以内の割合は，予定緊急併せて 78%と高く，平均在院日数も 17.8 日と短縮されている。

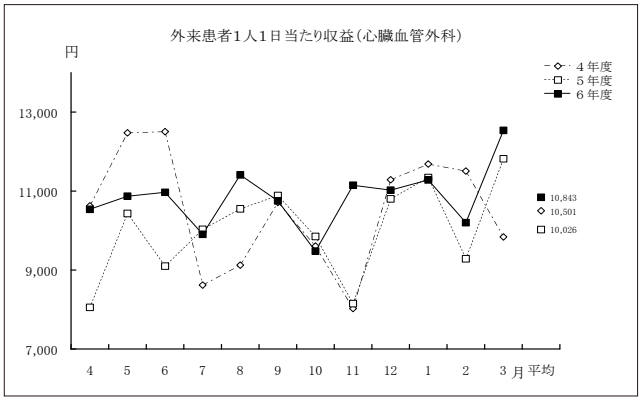
腹部大血管・末梢血管　：腹部大血管・末梢血管手術症例は 137 例で 1 例増であった。内訳は大動脈疾患，末梢動脈疾患，静脈疾患があり、手術内容は直達術と血管内治療，その両方（ハイブリッド手術）など多岐にわたっていた。下肢閉塞性動脈硬化症・末梢動脈瘤が減少したが、大動脈瘤や下肢静脈瘤症例は紹介増加に伴い増えている。また、当症例数には含まれていないが、その他に循環器内科、腎臓内科などの他科と連携しサポートしている症例が 12 例程度ある。

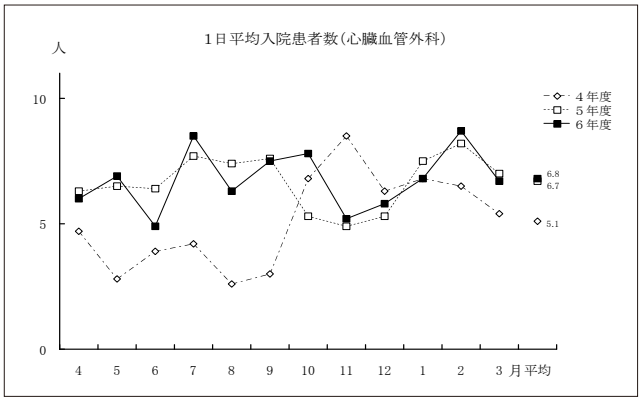
（文責：部長　染谷　毅）

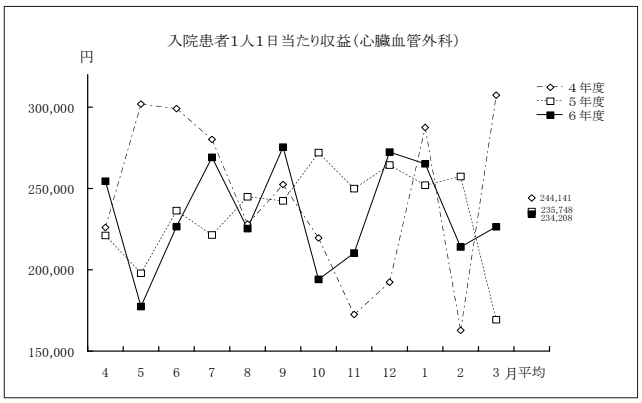
表 1.　3 年間の疾患別手術数

疾患名	年 度	R3	R4	R5	R6
虚血性心疾患	単独冠動脈バイ	32	33	27	17
	OPCAB 率（OPCAB）	22(69%)	21(64%)	25(93%)	9 (53%)
心臓弁膜症	大 動 脈 弁	18	16	14	15
	僧 帽 弁	12	10	7	15
	連 合 弁 膜 症	4	4	4	6
先天性心疾患など		1	0	3	5
大動脈疾患	大 動 脈 解 離	8	6	13	8
	胸部大動脈瘤	19	17	16	16
	（ステントグラフト）	(10)	(7)	(6)	(8)
心臓外科計		99	94	84	79
大動脈疾患	腹部大動脈瘤	45	43	38	47
	（ステントグラフト）	(38)	(29)	(28)	(38)
末梢動脈疾患	下肢閉塞性動脈硬化症など	22	22	25	17
	末梢動脈瘤など	13	19	22	6
静 脈 疾 患	下肢静脈瘤、シャント	66	63	51	67
腹部・末梢動脈計		146	147	136	137









呼吸器外科

1　診療体制

(1) 外来の状況

月曜は今井、水曜は森が担当し、午前は予約外来を午後は新患外来を行なっている。これまで術後フォローアップは呼吸器内科にお願いしていたが、R7年1月から早期肺癌に対する術後のフォローアップを当科でも行うこととした。

(2) 病棟の状況

呼吸器センターとして呼吸器内科と同じ 7A 病棟で周術期管理を行っている。毎週水曜の合同呼吸器カンファレンスと、毎週金曜の呼吸器外科カンファレンスで診療方針や手術方針を相談し決定している。

(3) 手術の状況

火曜・木曜が手術日で、R6年10月から第1,3,4,5火曜日はロボット手術枠である。9割以上が胸腔鏡下またはロボット手術で低侵襲手術を積極的に行なっている。

2　診療スタッフ

副部長　今井紗智子
医　長　森　恵利華

3　診療内容（過去3年間、表1）、1年間の経過と今後の目標

令和6年4月に森が産休育休から復職し、再び常勤2名で診療することができた。

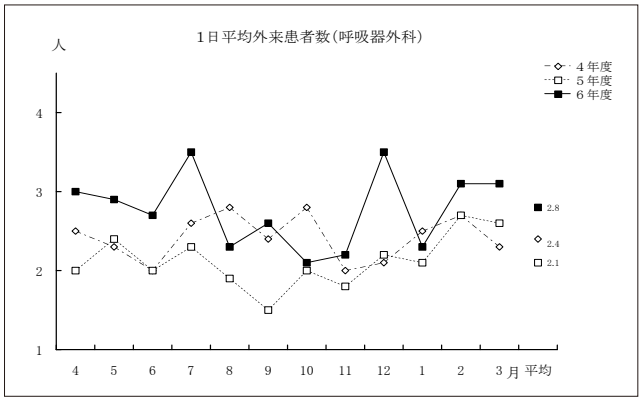
夏頃よりロボット手術導入に向けての準備を本格化させ、他施設への手術見学やトレーニング施設での修練を積み10月に初症例を迎えることができた。その後も症例を重ね、年度末までに10例を経験することができた。胸腔手術と比較してリンパ節郭清など細かく深い操作でロボット手術の利点を感じている。安全に確実にロボット手術を重ね手技を標準化することで、胸腔鏡下よりも低侵襲な手術になること、より若手に術者の経験の機会が回ることを目標とする。

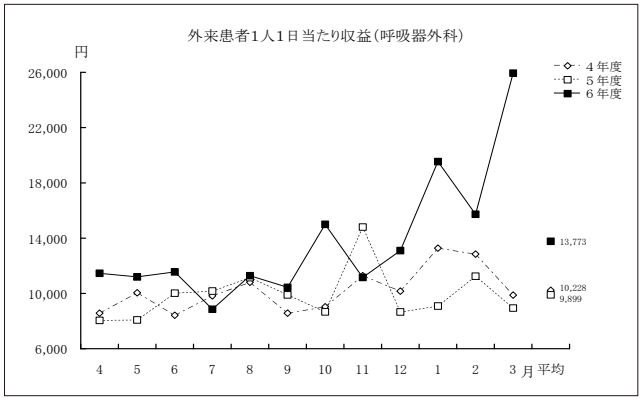
昨年から引き続き術後の苦痛軽減及び早期離床を目標に、帰室後2時間からベッド上座位をとり飲水を開始とした。ドレーン抜去もエアーリーク症例以外はほぼ全例1POD に抜去できている。今後はさらに術当日の離床を進めていきたい。

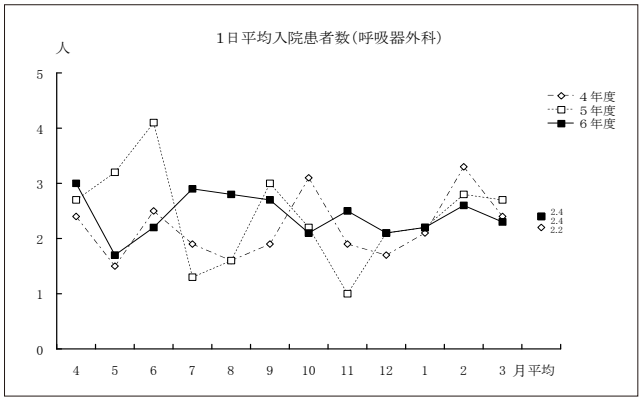
（文責：副部長　今井紗智子）

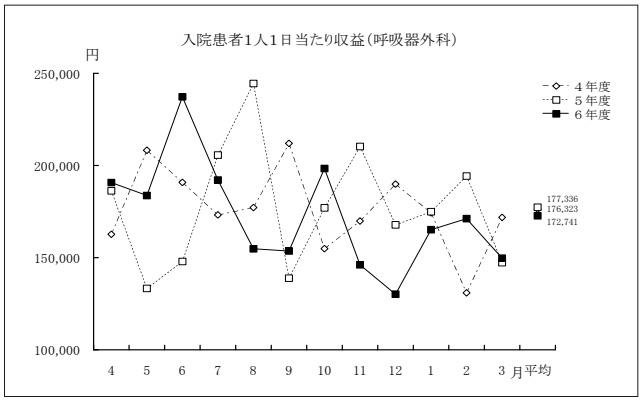
表1　3年間の疾患別手術数

疾患名	R4	R5	R6
原発性肺癌	53	54	62
転移性肺腫瘍	9	7	23
縦隔腫瘍	3	3	6
感染(膿胸含む)	3	6	2
気胸	18	25	10
その他	7	9	6
計	93	104	109









整形外科

1　診療体制

(1) 外来の状況

一般外来:スタッフの増員、手術枠の変更を機に、外来は毎日新患、紹介患者を受け入れ、毎日手術に入れるようにスタッフの外来枠を新たに調整した。令和6年度の新患数は1110人(前年1081人)であった。

専門外来：脊椎　骨粗鬆症　股関節　膝関節　骨軟部腫瘍

(2) 病棟診療の状況

病棟診療は、手術、外来担当以外の医師が毎日、随時行い、毎朝術前後カンファレンス、随時部長総回診、2週に1回リハビリカンファレンスを行っている。当科専属の診療看護師が配属され、病棟管理、医師業務代行を行うことで、医師看護師間連携がよりスムーズとなり、入院患者の安全管理、術後回復の効率化が図られている。

(3) 手術の状況

麻酔科管理の予定手術枠は週に7列を頂き手術数も増加している。救急外傷患者を病院全体で積極的に受け入れ、準緊急手術での外傷手術は可及的早期に実施している。脊椎手術を週に4-6件、また積極的に膝関節や股関節の人工関節置換術を組み込んで、待機手術の増加を図った。麻酔科、手術室との協力を得て、令和6年度の中央手術室における整形外科手術は851件とさらに大幅に増加した。

2　診療スタッフ

部　長	加藤　剛	部　長	石井　宣一
医　長	古岡　秀人	医　長	松多　誠也
医　師	平形　志生	医　師	伊藤遼太郎
医　師	長井　靖典	医　師	渡邉　彩佳
医　師	神戸　昇		

診療看護師（NP）　小川　晃司

医　師	平尾　昌之	医　師	吉原　有俊
医　師	小柳　広高	医　師	星野ちさと
医　師	小柳津卓哉	医　師	小沼　博明

3　診療内容

手術件数　851件

(1) 脊椎（231件）

腰部脊柱管狭窄症 腰椎椎間板ヘルニア 変形性後側弯症 頚椎症性脊髄症 頸椎後縦靭帯骨化症 骨粗鬆症性脊椎椎体骨折 胸腰椎破裂骨折 脊椎転移など

頚椎　33

（後方除圧、後方除圧固定、前方除圧固定）

胸椎　37

（除圧、黄色靭帯骨化切除、後方固定術、BKP 、腫瘍摘除など）

腰仙椎　161

（除圧、ヘルニア摘出、後方除圧固定、椎体形成＋固定、XLIF、長範囲矯正除圧固定術、BKP 、腫瘍摘除、PED 、ヘルニコア、生検など）

(2) 上肢（278件）

骨折＜上腕、鎖骨、前腕、指など＞　167

（橈骨遠位端骨折、小児骨折など）

絞扼性障害、神経剥離など　66

（手根管開放，腱鞘切開など）

神経、血管、腱損傷　5　（神経血管縫合など）

腫瘍切除 7、

その他（リウマチ手関節形成、デブリ、切断、抜釘など）33

(3) 膝・足（192件）

骨折・外傷（下腿骨、足関節、膝関節骨折など）133（うち小児　9など）

TKA・UKA　24

下肢切断、洗浄デブリ 20

アキレス腱縫合、植皮、抜釘など　15

(4) 骨盤・股関節（150件）

大腿骨近位部骨折　107

（人工骨頭置換:46、整復内固定:61）

THA 30

（変形性股関節症、特発性・ステロイド性大腿骨頭壊死、リウマチ性股関節症）

転移性大腿骨腫瘍　2（掻把固定術、生検）

その他(デブリ、抜釘、生検など）11

4　1年間の経過と今後の目標

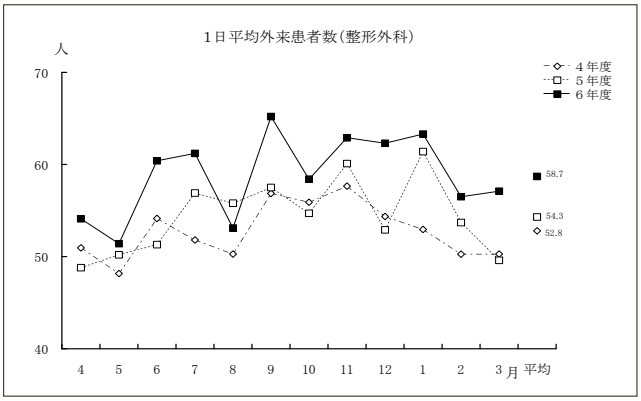
当科は、東京医科歯科大学(現　東京科学大学)整形外科の関連病院として、多数の入局者を指導しながら相互連携を図っている。東京近郊の地方大規模公立病院として、地域の救急医療を担うとともに、当科内での各専門班指導医が存在してそれぞれの研修も行えるという特徴がある。2022年度落ち込んだ症例数の復活へ、ポストコロナ、新病院開設の状況においても、手術数が大幅に回復し、大学から満足され関連病院としての良い評価を得ている。当院へのローテーション希望後期研修者が出ている状況は喜ばしい。

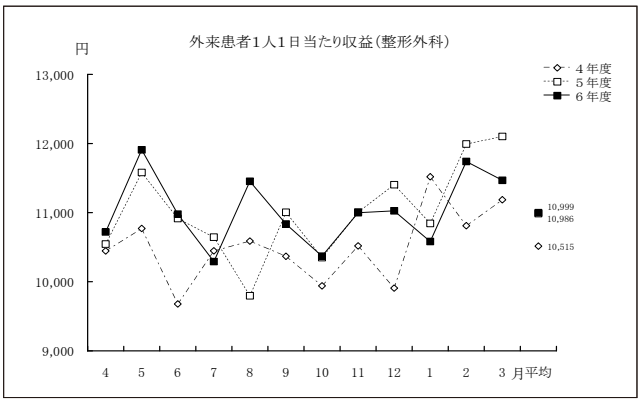
脊椎スタッフ２名で、低侵襲脊椎手術のさらなる発展を目指し、FESS：Full-Endoscopic Spine Surgery（全内視鏡脊椎手術）手術数を増加させ、、CT ﾊｲﾌﾞﾘｯﾄﾞﾅﾋﾞｹﾞｰｼｮﾝｼｽﾃﾑを用いてこれまで難易度の高かった頚椎、頚胸移行部固定手術などをより安全に確実に、しかも放射線被爆の低減も実現した術式の確立を進めてきた。今後さらにそれらの症例数の拡大、OPLL の頚椎前方手術や脊柱変形の長範囲矯正固定などの重症患者、高度手術も引き受け、広い範囲の地域医療に貢献していきたい。

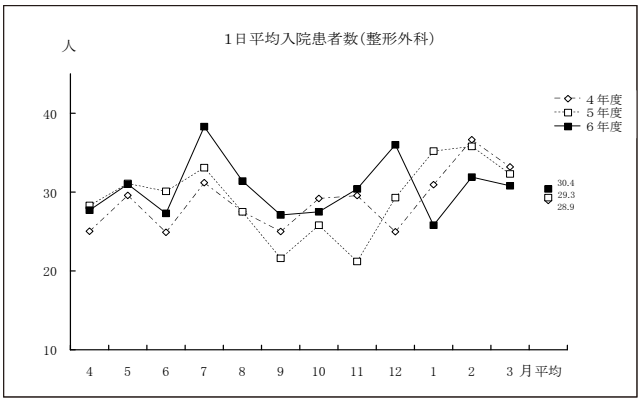
外来予定枠を大幅に変更し、手術の大幅な受け入れを可能とし、とくに新病院では整形外科を主体とした病棟運営への実績をあげている。外傷および変性疾患、人工関節手術患者数をさらに引き受け、実施できるよう、手術室や看護部との連携をさらに図りたい。

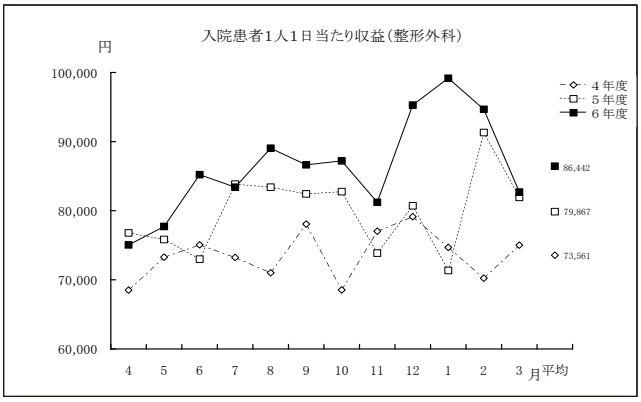
当科は、手術数も救急患者数も、一般外来患者数も非常に多く、しかも併存症を多数持つ高齢患者の割合が非常に多いという特徴がある。近年の医師の働き方改革もあって、日中の病棟管理、指示業務を任せられる整形外科専属 NP 配属が、医師看護師間のコミュニケーション、伝達、教育の面でも非常に有益で、安全に患者管理ができるという判断もあり、積極的な患者受け入れと手術数の増加、入院中合併症への迅速な対応と平均在院日数の短縮が、有意データをもって示され、全国的な整形外科病棟のモデルケースとして全国学会でも大きな反響を得られた。整形外科は、骨粗鬆症や骨転移も含め、各科にかかわる非常に幅広い医療を必要とされるので、各科との連携で、密で活発な活動を行い、地域の最大病院としての役割を果たしていきたい。

（文責：部長　加藤 剛）









産婦人科

1　診療体制

(1) 外来の状況

2024 年度も外来体制は継続した。再診を原則担当医制とし、診療の継続性を高めた。初診は事前予約枠を継続し、かつ速やかな受診ができる様に予約枠を調整した。新たにリンパ浮腫外来を開設した。産科では RS ウイルスワクチン接種、NIPT 検査を開始した。助産師も外来業務を積極的に行っており、助産師外来、母乳外来、授乳相談、母親学級、両親学級などを行っている。

(2) 病棟の状況

新病院では産婦人科は、4A 病棟、4B 病棟で対応している。4A 病棟は産科を主とし、個室 13 床、4 人部屋 8 床、ほか分娩部門、新生児部門を有している。4B 病棟は他診療科との混合病棟で、婦人科症例（良性腫瘍、癌患者など）を担当している。毎朝、医師、看護師でカンファレンスを行い、情報を共有している。その他、産婦人科カンファレンス（週 1 回）、小児科カンファレンス（週 1 回）、産婦人科勉強会（月 1 回）、4A 棟スタッフミーティング（月 1 回）、病理放射線カンファレンス（月 1 回）などの定期的なミーティングを行い、職員間の連携を図っている。

(3) 手術の状況

今年度はロボット支援下子宮全摘術を安定して実施し、子宮体癌に対する手術も開始した。また子宮頸癌に対する腹腔鏡下子宮全摘術を開始した。子宮全摘を必要とする患者さんに対して、侵襲の少ない手術法の選択肢を増やすことができた。分娩数増加により帝王切開件数が増加しており手術件数は前年度より増加した。

2　診療スタッフ

部　長	伊田　　勉	副部長	立花　由理
医　長	鈴木　晃子	医　長	小澤　桃子
医　長	河野　絵里	医　長	中島　文恵
医　長	豊泉　理絵	医　長	土田友梨子
医　師	大吉　裕子	医　師	鍔田芙実子
医　師	斉藤　梨沙	医　師	苅田　咲子
医　師	山崎　　遼	医　師	河野　俊裕
医　師	三浦理恵子		

3　診療内容

表 1　手術件数

		4 年度	5 年度	6 年度
手術総数		466	487	493
帝王切開		121	119	125
	（うち緊急）	51	51	53
その他産科手術		27	22	25
子宮（良性）	開腹	31	19	15
	腟式	26	32	11
	腹腔鏡	52	77	70
	子宮鏡	14	14	11
卵巣・卵管（良性）	開腹	6	11	5
	腹腔鏡	67	67	80
子宮体癌・肉腫		24	31	31
異型内膜増殖症		2	2	1
子宮頸癌		7	6	11
子宮頸部異形成		39	48	46
卵巣癌		16	13	16
卵巣境界悪性腫瘍		8	9	10
再発腫瘍手術		3	3	4

表 2　分娩実績

	4 年度	5 年度	6 年度
分娩総数	418	383	410
正常経腟分娩	270	238	241
吸引分娩	28	23	44
帝王切開	121	119	125
帝王切開率	28%	31%	30%
早産	28	35	33
うち 34 週以下	7	9	8
低出生体重児	59	32	59

4　1 年間の経過と今後の目標

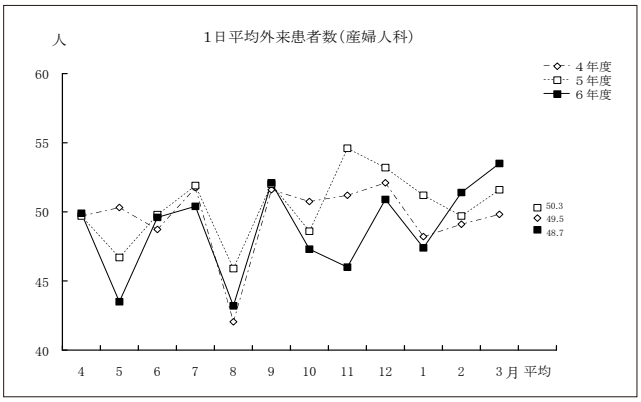
産婦人科では、西多摩地域の拠点として、対応できる診療の拡充を進めている。今年度は悪性腫瘍に対する腹腔鏡手術、ロボット支援下手術の導入を行った。産科に関しては分娩数は増加傾向であり、西多摩地域の安全な分娩に引き続き貢献したい。今年度より開始した出生前検査は西多摩地域で初であり、周辺施設からも多くの紹介受診があった。またスタッフの継続的なトレーニングの機会として新生児蘇生法講習会を行っており、周辺地域からの参加者も増加している。

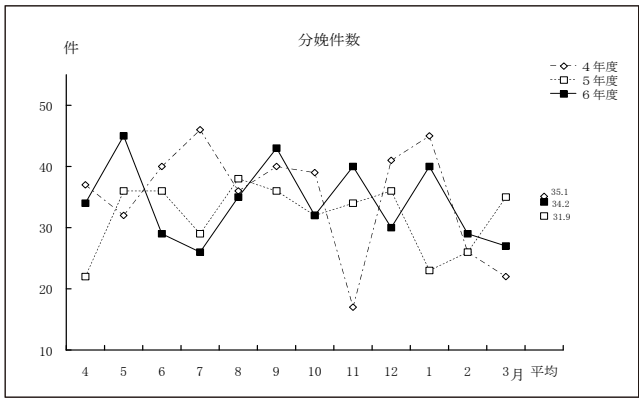
今後の目標として、婦人科ではがんゲノム医療連携病院の指定の合わせた婦人科領域のがんゲノム医療の

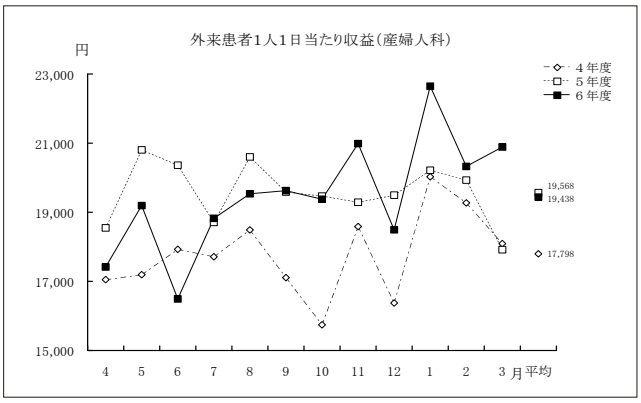
拡充、低侵襲手術の更なる拡充を進める。産科では無痛分娩など、西多摩地域で不足している医療の実行を進める。

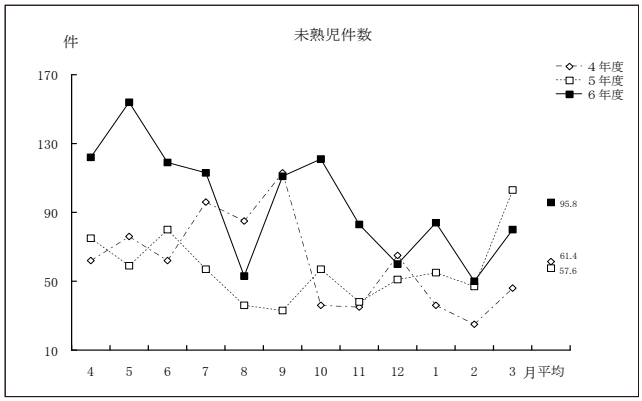
安定的な医療の実現のためには、人材の確保とスタッフの成長が重要と考えており、産婦人科専攻医、サブスペシャリティの研修が継続して行える体制を維持していく。また、他職種を含めて、周産期医療に関するトレーニングも進めていく。

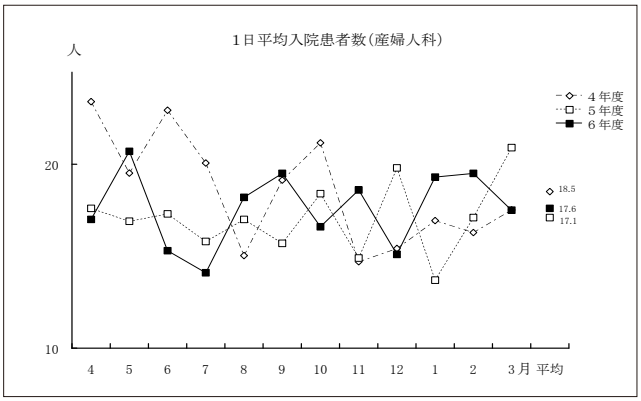
（文責：部長　伊田　勉）

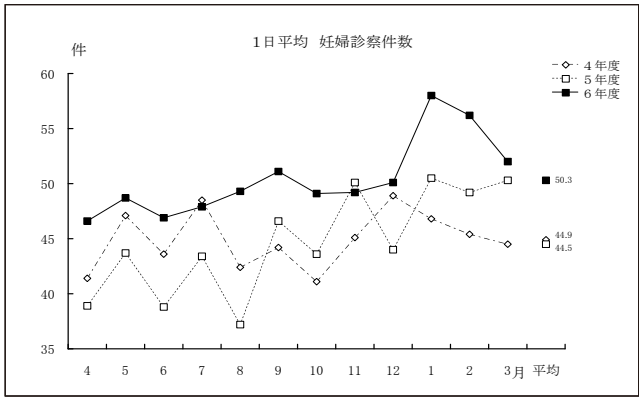


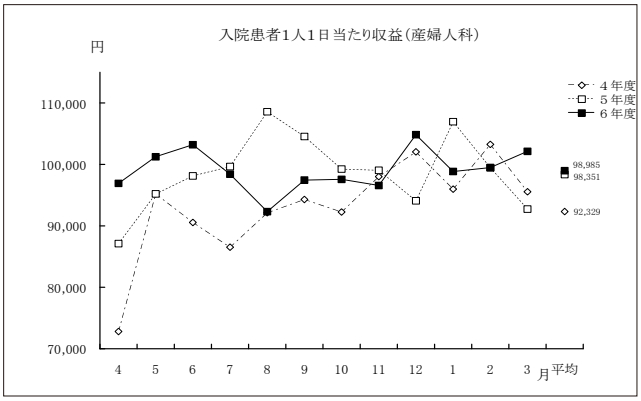












皮膚科

1　診療体制

(1) 外来の状況

外来診療は、常勤医の退職のため、令和５年度より非常勤医による診療体制となっている。今年度も、火曜日を除く毎日、非常勤医師による一般診療、処置、生検を行った。

(2) 病棟の状況

入院患者で皮膚症状がある場合には、入院コンサルトにて診療している。毎週火曜日の褥瘡チーム回診については、昨年度に引き続き、形成外科の井上先生にお願いした。

(3) 手術の状況

施行していない

2　診療スタッフ

非常勤外来担当

月曜　竹治　真明

水曜　井上　唯

木曜　椎名　雄樹/竹治　真明（隔週）

金曜　土屋　海士郎

3　診療内容

（表１、表２）

外来は原則予約制としている。

4　１年間の経過と今後の目標

令和６年度も、埼玉医科大学からの非常勤招聘医による診療体制となった。必要に応じて、埼玉医科大学病院、その他施設に紹介している。

西多摩医療圏の中核病院として、地域の皮膚科診療に貢献すべく、常勤医招聘に向けて一層の努力を行っていきたい。

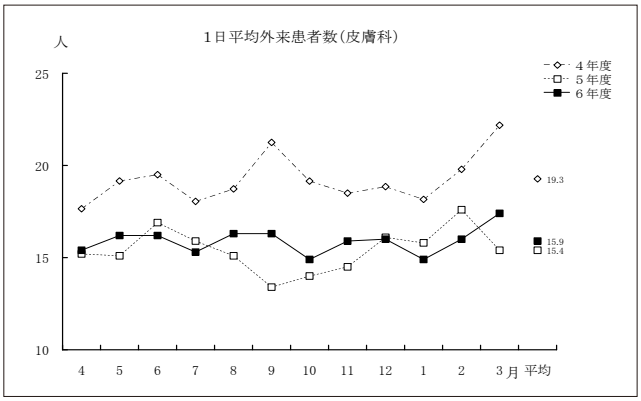
（文責：院長　大友建一郎）

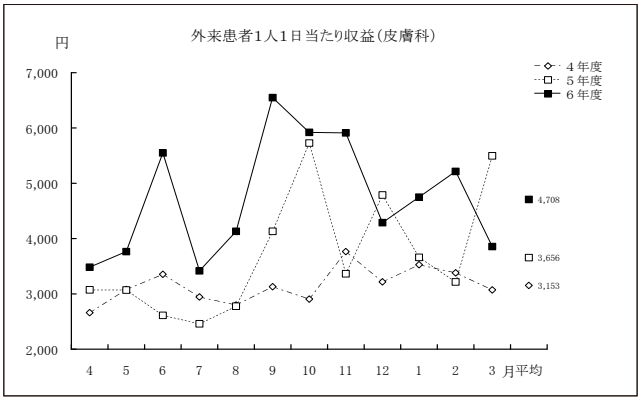
表１　診療内容

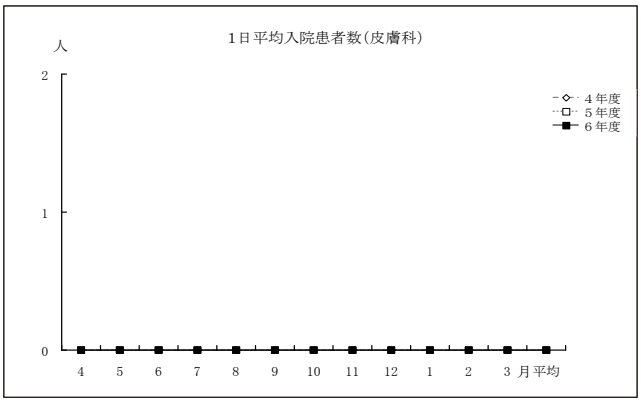
	令和４年度	令和５年度	令和６年度
年間延べ患者数（人）	4,072	3,762	3,854
入院他科依頼患者数(人)	711	402	381

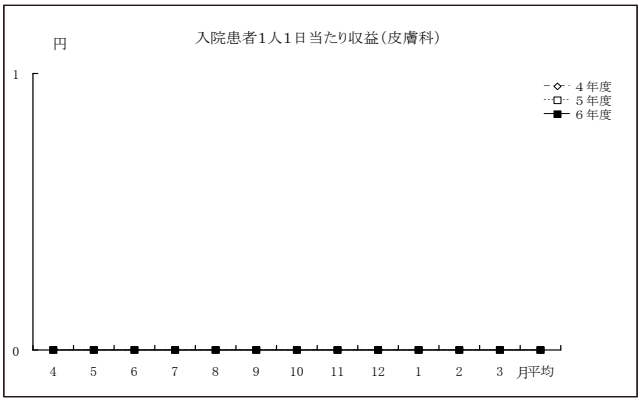
表２　手術内容

	令和４年度	令和５年度	令和６年度
年間総手術数（件）	0	0	0
年間外来生検数（件）	68	22	57









形成外科

1　診療体制

(1) 外来の状況

月水木金は終日、火曜日は午後に外来診療を行っている。主な患者の流入経路は当院の院内コンサルト、近隣の診療所からの紹介患者であった。

(2) 病棟の状況

令和６年度の入院患者数は 35 人であり、入院手術は 32 件であった。

(3) 手術の状況

総数 227 件（外来手術件数　195 件、入院手術件数 32 件）であった。

2　診療スタッフ

部　長　　井上　牧子　　医　師　　小島原　知大

3　診療内容

手術実績

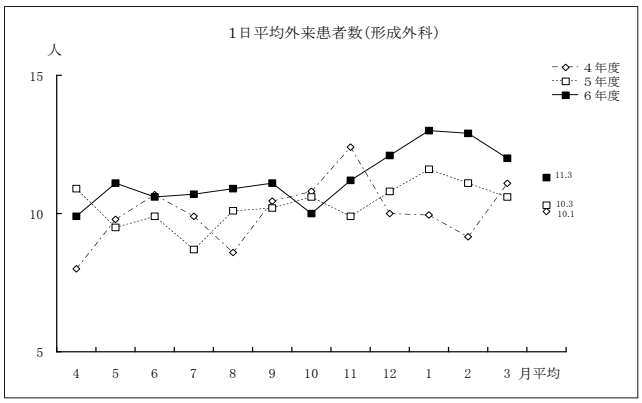
（National Clinical Database の分類による）

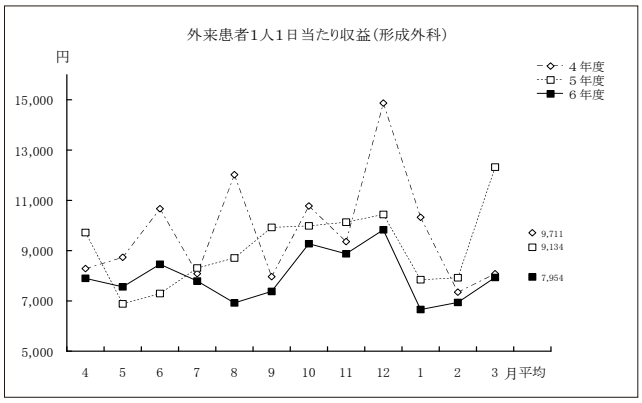
疾患大分類手技数	令和４年度	令和５年度	令和６年度
外傷	8	4	4
先天異常	2	6	6
腫瘍	206	178	178
瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド	9	2	2
難治性潰瘍	8	8	8
炎症・変性疾患	8	5	5
美容	0	0	0
その他	39	23	23
合計	258	227	227

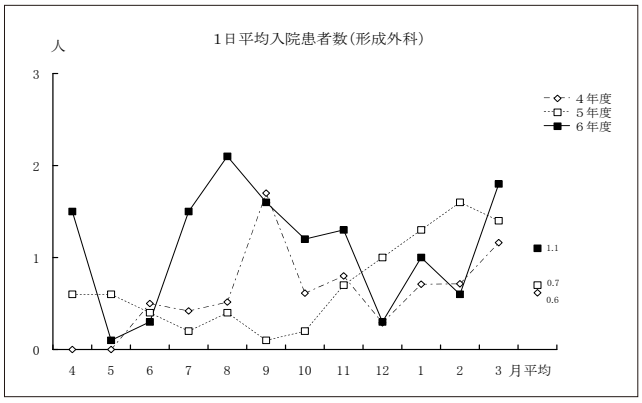
4　１年間の経過と今後の目標

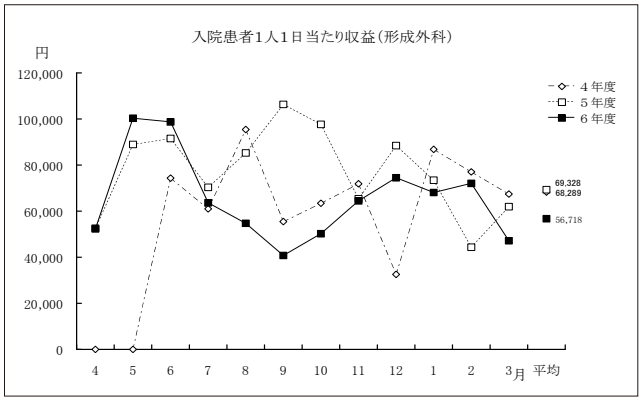
形成外科は、日常生活に支障をきたす病気の治療に従事し、患者さんが社会復帰する手助けをし、生活の質を向上させることを重要視している。今年度も引き続き、よりスタッフ・患者に情報を広め、当院での医療の質を向上することに貢献したい。

（文責：部長　井上牧子）









泌尿器科

1　診療体制

(1) 外来の状況

月・水・木　午前 2 診・午後 2 診体制　火・金　手術日　ただし手術日も緊急性の高い症例を on demand で診療した。

逆紹介率の向上、維持に努めた。

(2) 手術の状況

手術数の推移は別表の通りである。

予定手術は火曜、金曜に実施した。緊急性のある疾患に対しては予定外手術を随時施行した。

2　診療スタッフ

副部長	森　洋一	副部長	中園　周作
医　師	大塚　智暉	医　師	渡部　啓太

3　診療内容

		令和4年度	令和5年度	令和6年度
手術総数（前立腺生検を除く）		422	530	736
副 腎	副腎摘除術	3	7	6
腎・尿管	腎・腎尿管全摘除術	20	13	21
	腎部分切除術	15	10	3
膀 胱	膀胱全摘除術	6	2	0
	経尿道的膀胱腫瘍切除術	105	100	121
前 立 腺	前立腺全摘除術（ロボット支援）	24 (0)	20 (13)	46 (46)
	経尿道的前立腺切除術	11	35	38
尿 路 結 石	経尿道的腎尿管砕石術（TUL）	63	106	136
	経皮的腎砕石術（PNL/ECIRS）	7	14	4

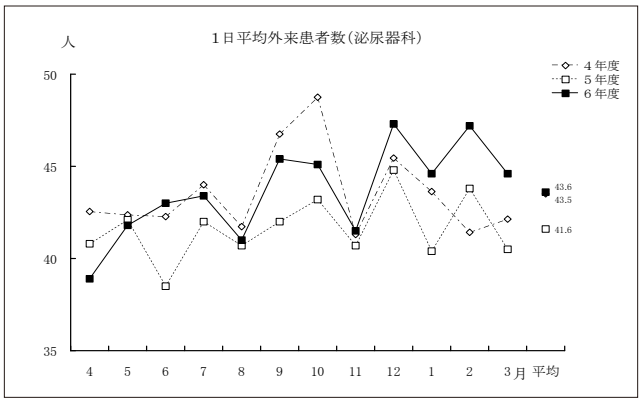
4　1 年間の経過と今後の目標

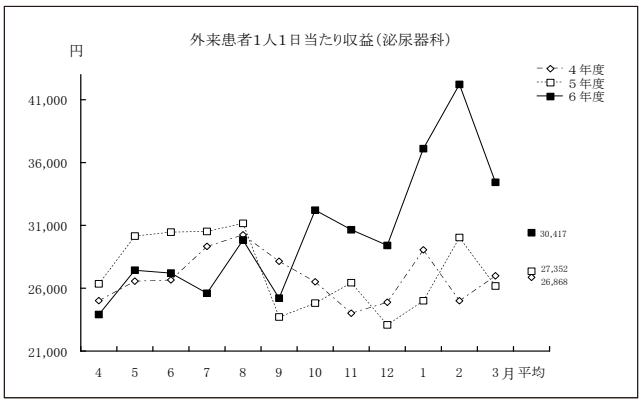
2024 年 1 月に部長交代。前立腺摘除術は全例ロボット手術へ移行した。腹腔鏡手術の一部（腎部分切除術、膀胱全摘術）の施行は不可能になった。2024 年 8 月にロボット支援下腎部分切除術を導入した。

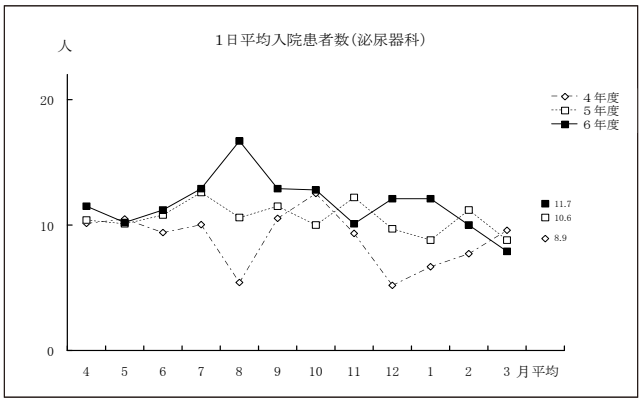
本年の目標は、手術操作の安全性を向上させていく事である。腹腔鏡手術、ロボット手術においてプロクターを招聘し、手技の向上を図る。

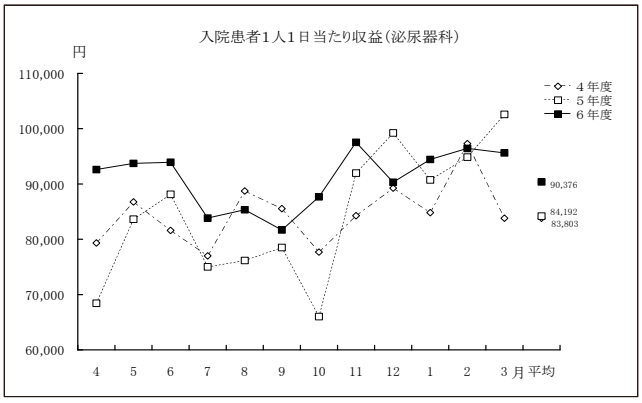
HoLEP や TURBT などの内視鏡手術についても引き続き件数を向上させていく。

（文責：副部長　森　洋一）









眼科

1　診療体制

(1) 外来の状況

午前に一般外来診療、午後は主に予約による特殊な検査(視野検査、白内障術前検査等)、治療（蛍光眼底造影、レーザー治療等)、手術説明等を行っている。

(2) 病棟の状況

入院は主に8A病棟を使用している。精神疾患合併症例では東6病棟（精神科病棟）に入院を依頼している。入院はほとんどが白内障手術症例である。白内障の入院期間は全身麻酔で2泊3日、局所麻酔で1泊2日であった。

(3) 手術の状況

手術は水曜日を中心に行っている。

手術件数は中央手術室が388件、外来処置室が5件で両者の合計は前年と比べ55件増加した。白内障手術は57件増加した。

2　診療スタッフ

部　長	森　浩士	副部長	秋山　隆志
医　師	寺松　龍	視能訓練士	丹波　睦美
視能訓練士	市原　明恵	視能訓練士	永井　淳平

3　診療内容

令和6年4月から令和7年3月までの手術内容、件数は（別表１）のとおりである。診療体制は前年同様常勤3人体制で診療に当たった。外来診療は、月、火、木、金は常勤医2名、水曜日は常勤医1名で担当した。診療内容は眼科一般で、特に専門外来は設けていない。主な対象疾患は白内障、緑内障、糖尿病網膜症、斜視弱視、神経眼科疾患等である。緑内障は薬物治療、糖尿病網膜症は網膜光凝固までが対応可能な範囲であり、両者とも観血的治療は専門施設に紹介している。腫瘍、涙道疾患についても専門施設へ紹介している。手術に関しては、手術内容は前年度同様白内障手術と抗VEGFを中心に行った。抗VEGF治療は網膜静脈閉塞症に35件、加齢黄斑変性に21件、糖尿病網膜症に6件、近視性脈絡膜新生血管に2件施行した。白内障手術に関しては、今年度の手術件数は318件で前年に比べ57件増加した。

4　１年間の経過と今後の目標

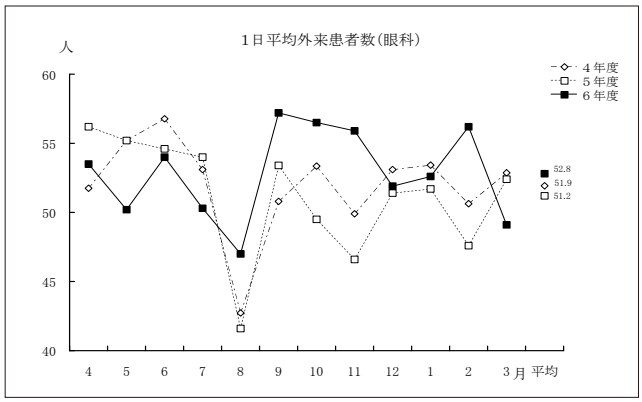
令和6年度は令和5年度同様、診療、手術ともに外来を中心に行った。眼科入院は、DPC係数への対応の必要から、令和5度と同様に一般病棟の年間白内障入院患者数が11件以下を目標とした。白内障手術の大半を日帰り手術で行い、全身麻酔症例および片眼視力不良症例を入院で行った。令和6年4月までは眼科外来を手術待機場所としていたが、5月から手術室付属のリカバリールームを利用できるようになり、入れ替え時間が短縮し、手術件数の増加につながった。来年度も入院制限は変わる見込みはなく、引き続き外来手術を中心に行う予定である。問題点は相変わらず手術待機期間が長いことで、１日あたりの手術件数をもう少し増やせないかと考えている。

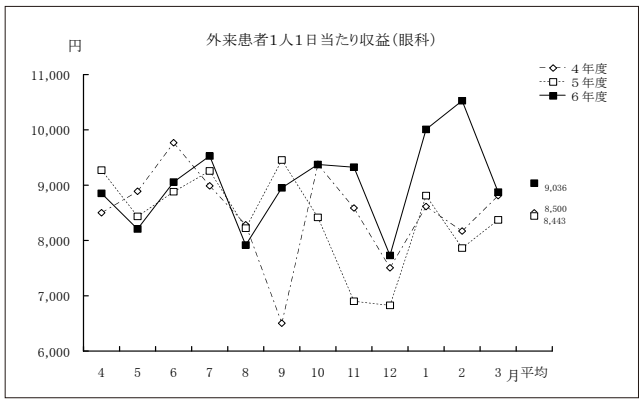
外来診療については、外来患者数は令和5年度と大きな差はなかった。令和7年度の診療内容は令和6年度と変わらない見込みである。令和6年3月で秋山医師が退職し、眼科常勤医が2名となった。診療の負担は増加しており、逆紹介の推進が必要である。

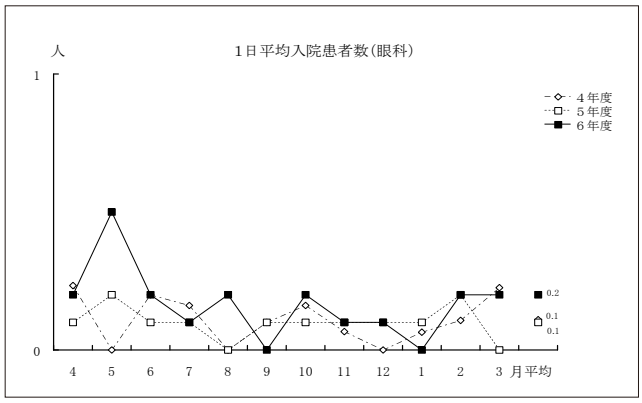
（文責：部長　森　浩士）

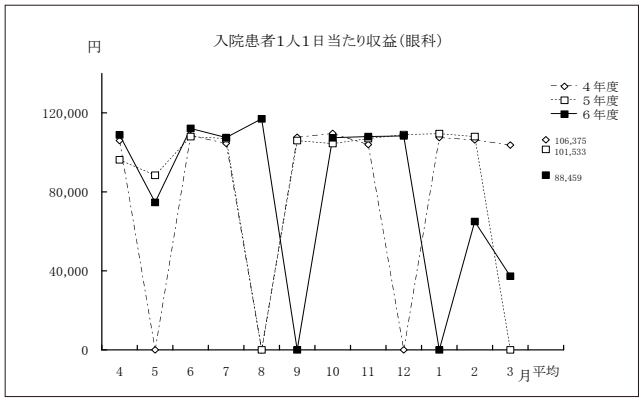
表１　手術内容・件数

		令和4年度	令和5年度	令和6年
白内障手術	PEA+IOL	283	259	315
	PEA	0	2	3
外科的虹彩切除術		0	2	0
翼状片手術		1	0	1
角膜強膜縫合術		0	1	0
眼瞼内反症手術		1	0	0
眼窩脂肪ヘルニア手術		1	1	1
眼瞼縫合術		0	1	0
硝子体内注射		58	69	64
その他		3	3	9
計		347	338	393


1日平均外来患者数(眼科)
人
60
55
50
45
40
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月 平均
4年度
5年度
6年度
52.8
51.9
51.2


外来患者1人1日当たり収益(眼科)
円
11,000
10,000
9,000
8,000
7,000
6,000
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月 平均
4年度
5年度
6年度
9,036
8,500
8,443


1日平均入院患者数(眼科)
人
1
0
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月 平均
4年度
5年度
6年度
0.2
0.1
0.1


入院患者1人1日当たり収益(眼科)
円
120,000
80,000
40,000
0
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月 平均
4年度
5年度
6年度
106,375
101,533
88,459

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

1　診療体制

	月	火	水	木	金
午前	手術	初診外来 再診外来	手術	初診外来 再診外来	初診外来 再診外来
午後		補聴器外来 難聴外来		頭頸部外科外来 補聴器外来	補聴器外来 難聴外来

(1) 外来の状況

月曜日から金曜日に午前予約枠と当日予約外受診を並行して行っている。予約枠患者を優先して診療しつつ、当日予約外での受診患者に関しては外来担当医師が順次対応している。月曜日と水曜日は手術日のため、医師１人が午前に当日予約外診療をしている。

専門外来は木曜日午後に頭頸部外科外来、火曜日と木曜日、金曜日午後に補聴器外来を行なっている。頭頸部外科外来では頭頸部がん患者を中心に診察し、エコーで丁寧なフォローを行なっている。補聴器外来では補聴器業者による補聴器のフィッティングや補聴器トラブルに対応している。火曜日と金曜日午後は難聴外来を新しく開始し、耳掃除などの耳のメンテナンスや聴力検査を行って、難聴患者に対してきめ細かいフォローを行なっている。

(2) 病棟管理

がん患者の入院が増加したため、看護師と連携し、IC や退院調整等、適切な管理を行なっている。

(3) 手術治療

月曜日および水曜日を手術日と設定し手術治療を行っている。緊急対応が必要な症例や診断目的の臨時手術などは緊急枠を使用して火曜日、金曜日午後に適宜対応している。

2　診療スタッフ

常勤医師

副部長　　河邊　浩明
医　師　　崎浜　直之（2024 年 9 月まで）
医　師　　溝口　平恵（2024 年 10 月から）
医　師　　水野　雄介

3　診療内容

耳鼻咽喉科領域の炎症性疾患（中耳炎、副鼻腔炎）、顔面神経麻痺、突発性難聴、めまいから頭頸部外科領域の悪性腫瘍患者（口腔癌、咽頭癌、喉頭癌、甲状腺癌など）まで幅広い疾患に対応。地域医療の中核病院として、入院治療、手術治療が必要な患者を受け入れ、治療を行っている。

積極的に行なっている頭頸部がんの患者に対する治療では、手術治療および放射線治療、化学療法を実施している。手術では早期咽頭癌に対する内視鏡下咽喉頭手術を開始した。ニボルマブやキイトルーダ（免疫チェックポイント阻害薬）を含むレジメンにも対応し、外来通院での化学療法を行う患者が増加している。

4　1 年の経過と今後の目標

西多摩地区で耳鼻咽喉科の入院症例を引き受けられる病院はほぼ当院のみという状況である。入院治療や専門的な検査、治療が必要な患者を積極的に受け入れ、地域医療での地域中核病院の役割を十分に果たせるように努力していく。

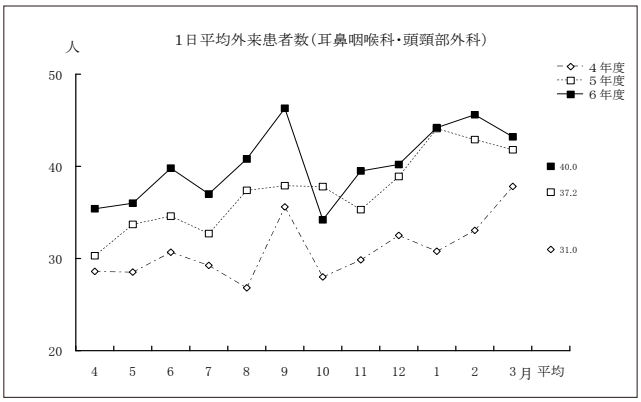
外来患者数、入院患者数は増加傾向である。手術件数においても、例年と同等の手術件数を維持できている。今後は内視鏡下咽喉頭手術を増やし、舌下免疫療法などを導入したいと考える。

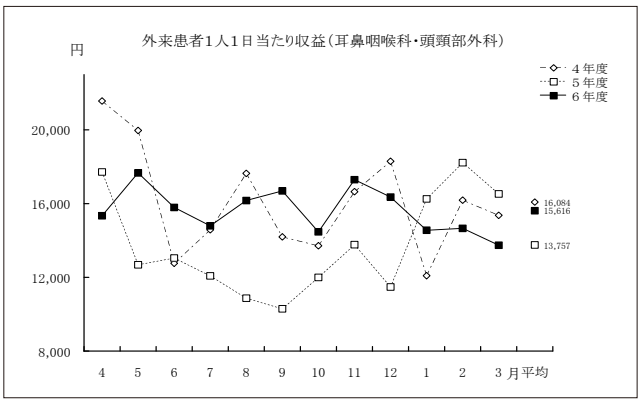
頭頸部外科外来では免疫チェックポイント阻害薬を含む新しい化学療法のレジメンの導入により頭頸部がんの外来通院での化学療法患者が増加している。外来での頭頸部がん患者の化学療法では安定した結果を残せているため、通院での化学療法患者は過去最大数で推移している。今後も引き続き安全かつ安定した管理体制の維持が目標である。

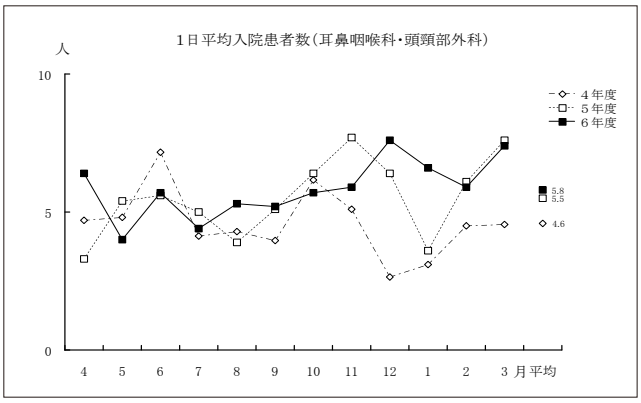
（文責：副部長　河邊浩明）

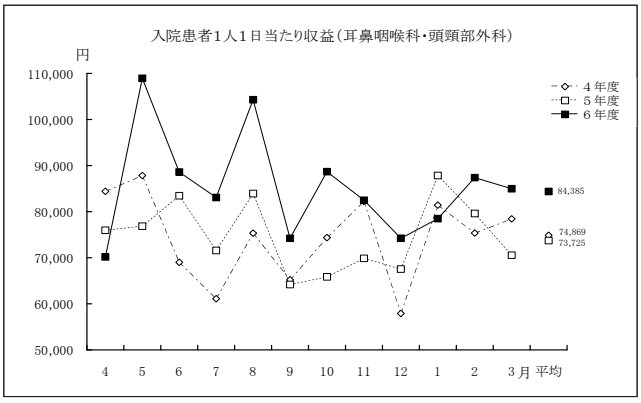
5　手術実績

令和６年度　手術一覧		
耳	先天性耳瘻管摘出術	5
	外耳道腫瘍摘出術	1
	鼓膜切開術	1
	鼓膜チューブ挿入術	5
	鼓膜穿孔閉鎖術	3
口腔・咽頭	扁桃摘出術	44
	アデノイド切除術	11
	がま腫摘出術	1
	中咽頭腫瘍摘出術	2
	頬粘膜腫瘍摘出術	1
	咽頭異物除去術	1
	舌悪性腫瘍切除術	4
	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術	2
鼻	内視鏡下鼻副鼻腔手術	67
	鼻中隔矯正術	26
	前弯矯正術	3
	鼻甲介手術	18
	経鼻腔的翼突管神経切除術	3
	鼻骨骨折整復固定術	1
	鼻腔腫瘍切除術	3
	鼻腔粘膜焼灼術	1
	鼻腔悪性腫瘍切除術	1
頸部	リンパ節摘出術	40
	気管切開術	17
	気管孔閉鎖術	1
	頸部郭清術	4
	甲状舌管嚢胞摘出術	1
	皮下腫瘍摘出術	2
	切開排膿・洗浄	3
甲状腺	甲状腺片葉切除術	13
	甲状腺全摘術	5
	甲状腺悪性腫瘍切除術	5
	副甲状腺摘出術	3
喉頭	喉頭微細手術	3
	喉頭悪性腫瘍手術	2
	喉頭気管分離術	1
唾液腺	耳下腺浅葉切除術	11
	耳下腺深葉切除術	1
	耳下腺全摘術	1
	顎下腺全摘術	4
合　　計		263









歯科口腔外科

1　診療体制

(1) 外来の状況

外来の診療体制は、午前中は主に初診、再診。午後は外来小手術、入院患者の処置、病棟指示出し等を行っている。

水曜日は、入院・手術（手術室における全身麻酔・局所麻酔の手術）を基本とし、外来は予約再診のみとしている。

(2) 病棟の状況

8A 病棟を主病棟とし、当院において入院・手術（手術室における全身麻酔・局所麻酔の手術）の加療や救急外来、病棟入院処置を行っている。

小児では 4A 小児病棟での入院加療としている。

症例や患者の状態によっては、他科入院としての処置も行っている。

他科からのコンサルトにも対応し、他科入院患者の処置も行っている。

(3) 手術の状況

外来小手術は、緊急度に応じて処置を行っているが、原則として予約対応等の手術としている。

全身麻酔下での手術は、水曜日に行っている。

2　診療スタッフ

医　長　　樋口　佑輔

歯科衛生士　　金井　愛子(非常勤)

歯科衛生士　　坂田　優美(非常勤)

常勤医 1 名に加え、非常勤医および非常勤歯科衛生士と非常勤看護師で診療を行っている。

3　診療内容

対象疾患としては、以下の項目を基本としている。

当科のみで治療を完結することが困難な症例については、関連他科や他の病院と連携して治療を行う方針をとっている。

- 外傷　（口腔内・顔面の一部の軟組織の損傷、歯牙の脱臼や顎骨の骨折など）
- 炎症性疾患　（歯性感染症、各種膿瘍性疾患）
- 口腔粘膜疾患　（白板症、扁平苔鮮、口内炎、アフタなどの口腔粘膜の疾患）
- 嚢胞性疾患　（顎骨内や周囲軟組織にできる嚢胞など）
- 腫瘍性疾患　（エナメル上皮腫などの良性腫瘍）
- 唾液腺疾患　（唾液腺腫瘍、唾石症、唾液腺炎など）
- 顎関節疾患　（顎関節症、顎関節脱臼、顎関節炎など）
- 全身的に基礎疾患（高血圧、糖尿病、心疾患等）を持つ紹介患者の観血的処置
- 外来手術：埋伏智歯抜歯、軟組織腫瘍・嚢胞切除摘出術、硬組織形成等の小手術など
- 周術期等口腔機能管理

歯科一般（う歯、歯周病、義歯等）治療は、地域医療機関との連携を基本としており、行っていない。

診療実績

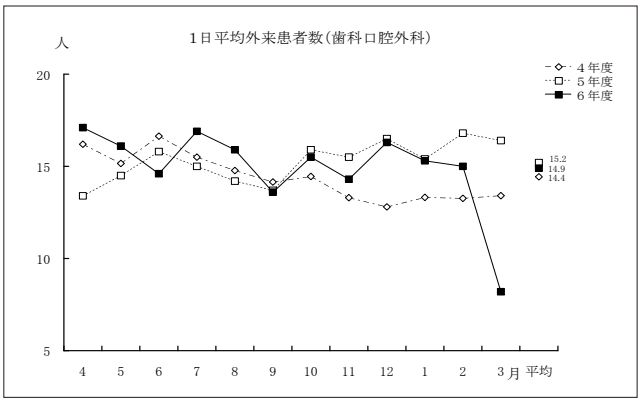
疾　患		令和4年度	令和5年度	令和6年度
先天異常・発育異常	唇顎口蓋裂	0	0	0
	顎変形症	0	0	0
	その他	0	2	4
外傷	骨折	9	5	5
	歯の外傷	4	11	6
	軟組織創傷	19	20	17
炎症	膿瘍	2	3	3
	顎骨炎	42	49	46
	上顎洞炎	8	19	13
	特異性炎	0	0	0
	インプラント周囲炎	1	7	4
睡眠時無呼吸症候群	―	0	0	1
インプラント症例	―	0	0	0
口腔粘膜疾患	口腔乾燥症	5	5	4
	白板症	20	7	7
	扁平苔癬	9	5	10
	ウイルス性疾患	3	5	2
	その他	101	75	65
嚢胞	歯原性嚢胞	23	24	20
	非歯原性嚢胞	1	0	1
	軟組織嚢胞	10	14	10
良性腫瘍・腫瘍類似疾患	歯原性腫瘍	7	9	3
	非歯原性腫瘍	29	32	32
	腫瘍類似疾患	18	9	21
歯科心身症	―	14	10	9
顎関節疾患	顎関節症	39	40	36
	顎関節脱臼	5	4	5
	顎関節強直症	0	0	0
	咀嚼筋腱・腱膜過形成症	0	0	0
神経性疾患	神経痛	3	3	6
	神経麻痺	3	1	2
	非定型顔面痛	0	0	0
	その他の神経性疾患	0	0	2
唾液腺疾患	唾液腺炎	5	2	2
	唾石症	2	1	0
	唾液性良性腫瘍	2	4	4
	唾液性悪性腫瘍	1	1	0
悪性腫瘍	癌腫	8	11	7
	肉腫	0	0	0
	悪性黒色腫	0	0	0
	悪性リンパ腫	0	1	1
	その他の悪性腫瘍	0	0	1
歯	歯周炎	626	636	706
	埋伏歯、位置異常	167	185	188

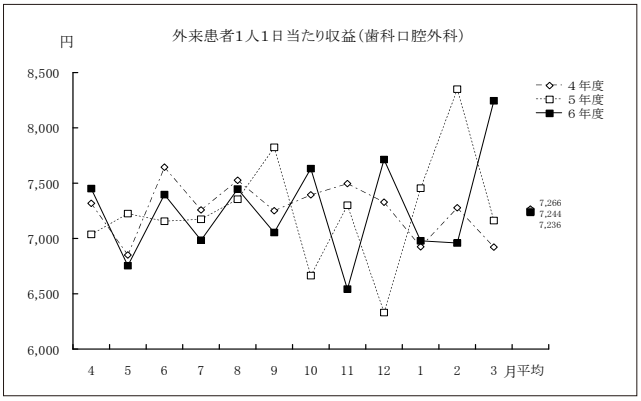
4　今後の目標

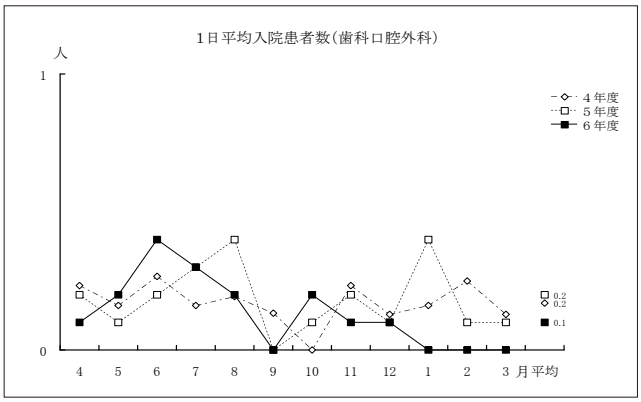
本年４月より診療科長が交代した。限られた人員の中、紹介患者の積極的な受け入れ、院内の口腔ケア拡充が目標。口腔ケアについては、質の高い医科診療の支持療法へ向け、化学療法や放射線療法に伴う口腔粘膜炎に対する口腔粘膜保護剤の導入を予定している。

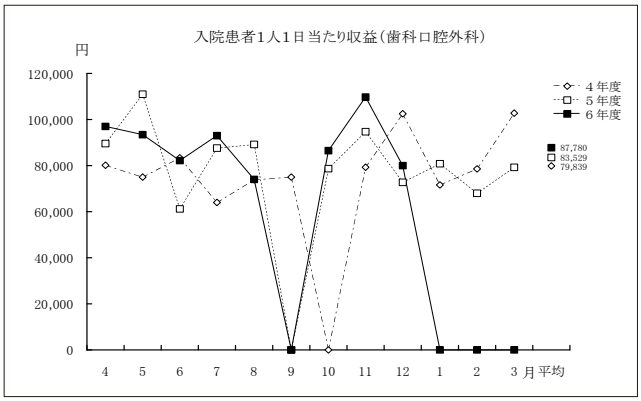
本病院歯科口腔外科は西多摩地区を中心に歯科医院、院外医院、院内とも病診連携をはかり、地域医療機関と密接な関係を保ち、患者のためにより高度な医療行為を提供できるように、診療体制の充実を引き続きはかっていく。

（文責：医長　下野宏晃）









放射線診断科

1　診療体制

放射線診断科では各種X線撮影、CT,MRI,PETおよびRIの撮影、診断を行っている。各部門の業務量については次ページからの表に示すとおりである。

放射線診断科医師の主たる業務は画像診断（CT,MRI,PET,RIのレポート作成）およびIVRである。

(1) 外来の状況

画像診断（CT, MRI, PETおよびRI）は曜日を問わず行なっている。IVR は主に水曜および木曜に行っている。いずれも予約制だが緊急性のある検査は即時対応している。画像診断の最終的な報告は放射線診断専門医の資格を持つ常勤医師が行っている。

放射線科設置機器

FPD一般診断用X線装置	4室
FPD式乳房X線撮影装置	1台
FPD式X線テレビ装置	2台
外科用X線テレビ装置（移動型）	4台
頭腹部用血管造影撮影装置	1台
全身用X線骨密度測定装置	1台
心臓血管撮影装置	2台
回診用X線撮影装置	7台
全身用CT装置	3台
FPD式回診型X線撮影装置	1台
歯科用X線パノラマ撮影装置	1台
歯科用X線デンタル撮影装置	1台
ハイブリッドOR撮影装置	1台

《RI部門》

PET/CT装置	1台
SPECT/CT装置	1台
放射線管理システム	1式

《MRI部門》

MRI（1.5T）（3.0T）	各1台

《電算カルテシステム関連》

医用画像管理システム（PACS）

放射線部門支援システム（RIS）

2　診療スタッフ

常勤医師

部　長	田浦　新一	医　長	田中真優子
医　員	村上　　祥	専攻医	藤井　幹矢

診療放射線技師

科　長	浅利　　努	主　査	石北　正則
主　査	関口　博之	主　査	西村　健吾
主　査	原島　豊和	主　査	三田　成彦
主　査	石川　雄一	主　査	大盛　浩行
主　査	岡本　匡弘	主　査	藤森　弘貴
主　査	進藤　彩子	主　査	田代　吉和

上記以外に診療放射線技師　14名
（会計年度職員2名含む）
受付業務補助1名（MRI）

3　診療内容

施行したCT, MRI, RI, PET/CTの内、約29500件について画像診断報告書を作成した。

4　一年間の経過と今後の目標

CT, NRI, RI, PET/CTの検査数は前年度比で約12%、報告書作成件数は約10%、それぞれ増加した。10月よりスタッフ交代に伴いIVRの体制を変更し、新しい手技を取り入れながら3月までの半年間で約100件を施行した。これは前年度の二倍以上のペースに相当する。画像診断報告書の確認不足により治療の機会を逸することがないように、引き続き医療安全管理室と連携しながら報告書の既読管理、カルテの確認を進めていく。被ばく線量の低下、医療資源の適正配分の点から、必要性の低い検査を減らしていくようにこれからも努めていく。

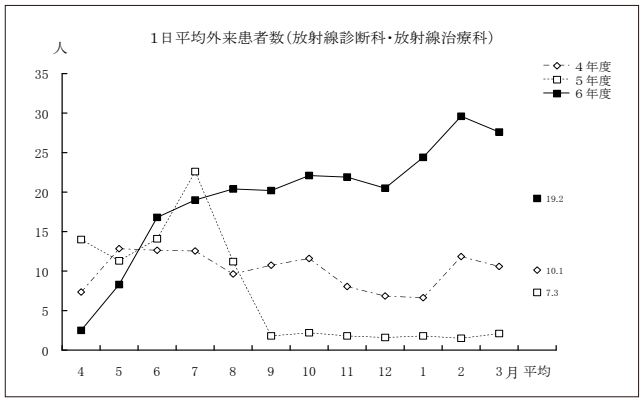
（文責：部長　田浦新一）

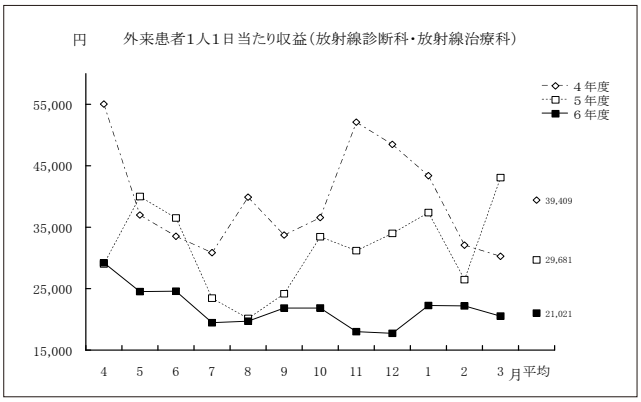
表　各部門集計　（人）

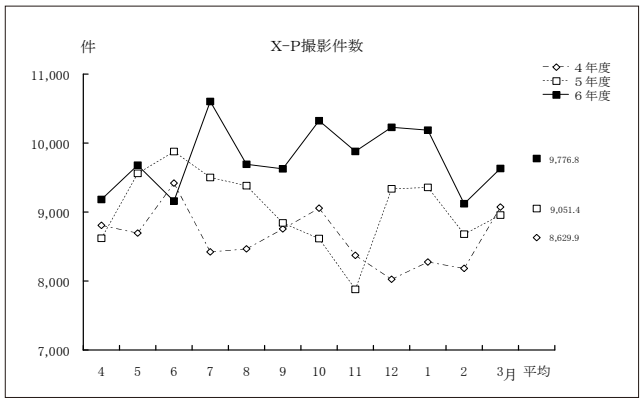
		令和4年度	令和5年度	令和6年度
一般撮影部門	患者数（単純、特殊含）	58,129	59,951	66,860
	乳腺撮影（生検、検診含）	607	720	968
	合計患者数	58,736	60,671	67,828
骨密度	検査数	1,797	2,008	2,118
CT部門	検査数	22,654	23,953	26,545
	（内）造影件数	8,666	9,516	10,295
	CT下生検	35	23	15
透視撮影部門	患者数（造影、透視検査）	1,326	1,449	1,561

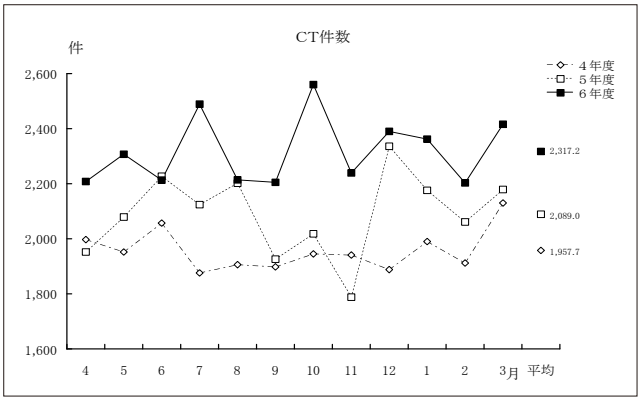
（1患者で単純と造影の場合はそれぞれカウントする）

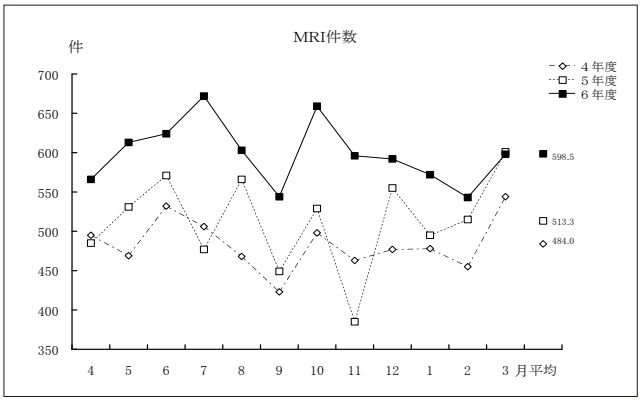
MRI検査	検査数	5,808	6,159	7,182
	（内）造影件数	1,672	1,709	1,993
RI検査	検査数	1,054	887	929
PET/CT検査	検査数	766	915	943
血管造影	心臓	1,204	1,265	1,196
	体幹部 四肢 脳（頭頸部血管内治療含）	273	224	335
ハイブリッド	検査数		50	120

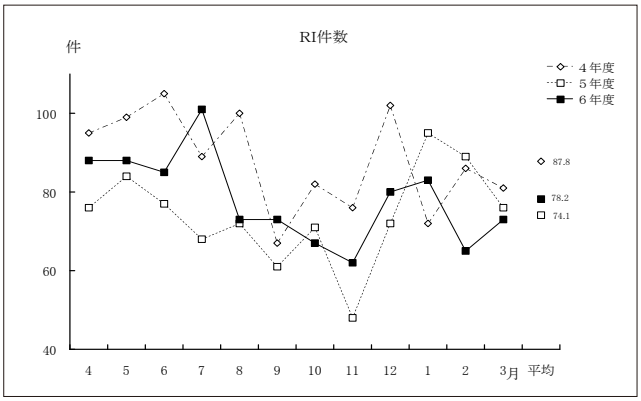

1日平均外来患者数(放射線診断科・放射線治療科)
人
4年度
5年度
6年度
19.2
10.1
7.3
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均

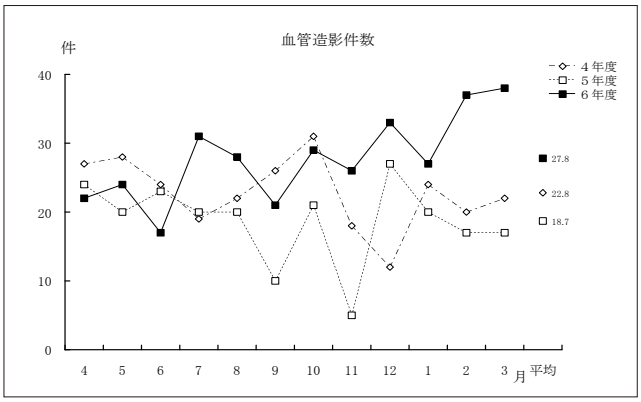

円
外来患者1人1日当たり収益(放射線診断科・放射線治療科)
4年度
5年度
6年度
39,409
29,681
21,021
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均

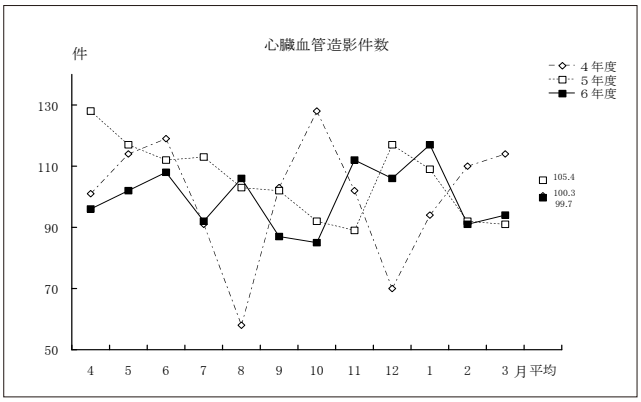

件
X-P撮影件数
4年度
5年度
6年度
9,776.8
9,051.4
8,629.9
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均


件
CT件数
4年度
5年度
6年度
2,317.2
2,089.0
1,957.7
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均


件
MRI件数
4年度
5年度
6年度
598.5
513.3
484.0
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均


件
RI件数
4年度
5年度
6年度
87.8
78.2
74.1
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均


件
血管造影件数
4年度
5年度
6年度
27.8
22.8
18.7
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均


件
心臓血管造影件数
4年度
5年度
6年度
105.4
100.3
99.7
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均

放射線治療科

1　診療体制

外来の状況

放射線治療外来は月曜日・水曜日・木曜日・金曜日に初診、火曜日に放射線治療中再診を行っている。

令和５年９月から６年４月にかけて旧装置の撤去作業と新装置設置工事、新装置の精度確認や出力測定を行ってきた。６年５月の新リニアック稼働に合わせ、外来再開となった。

令和５年から６年は年間を通しての稼働ではないので、放射線治療実施状況の比較は難しい。

2　診療スタッフ

常勤医師　　星　　章彦

非常勤医師　大久保　充

診療放射線技師

科　長（放射線診断科兼任）　浅利　努

主　査　伏見　隆史　　主　査　三田　成彦

主　査　石川　雄一

上記以外に放射線診断科より診療放射線技師　４名

看護師　　佐藤　奈穂美

受付業務補助１名

3　診療内容

５月から新リニアックの稼働が始まった。

新リニアックで脳･体幹部定位放射線治療への取り組みが進めやすくなり、依頼件数は徐々に増加している。また強度変調放射線治療(IMRT)対応機種であるが、常勤の放射線治療医 2 名という施設基準の縛りがあるため開始できていない。7 年度、二人目の常勤医が着任する予定であり、IMRT へ取り組む準備を進めている。

診療・治療実績に関しては、今年度は装置更新のため５月から稼働開始、７月頃からフル稼働となっているので例年より件数はやや落ちている。

医師が治療計画装置で立てたプランで決定した放射線の照射する方向・広さ・角度などのほか、総線量・分割回数等の情報を、診療放射線技師が治療装置に登録し照射していく。放射線治療開始時には医師、技師でのダブルチェックを行い、実際の治療が始まっていく。

初診時や日々の照射時に、専従のがん放射線療法認定看護師が、医師とはまた違った視点で患者さん対応することでケアに結びついている。

主に婦人科癌で使われる腔内照射治療装置 RALS は、修理・更新による再稼働で十分な件数を見込めないため７年３月で廃棄となった。

4　今後の目標

新リニアックは順調に稼働しており、定位放射線治療への対応がより幅広く可能となっていることを広く周知し、更なる高精度治療件数増加を目指したい。

様々な高精度治療への取り組みのなか、7 年度は常勤医２名体制となり施設基準クリアの目途もたち IMRT への取り組みも始まる。

IMRT 検証システム納入のうえ、一番よく行われている限局性前立腺癌５例の臨床試験で、物理的精度はもちろん安全性に留意を払いながら早々に終了し、施設基準届出のうえで開始となる予定である。

（文責：部長代理　星　章彦）

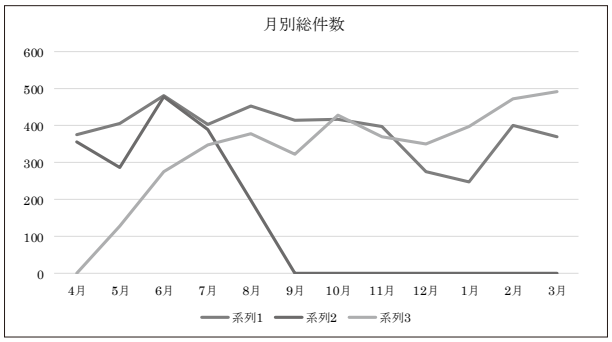
表１　治療実績

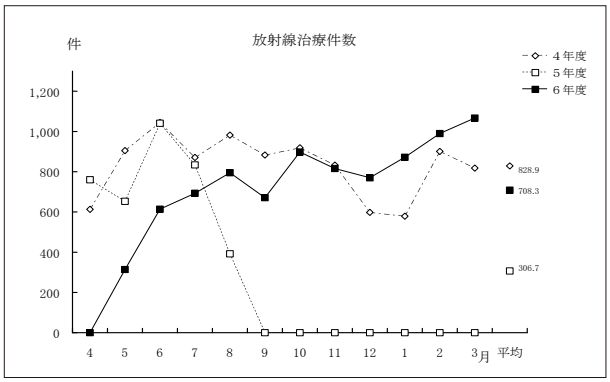
		令和４年度	令和５年度(4-8 月)	令和６年度(5-3 月)
リニアック	新規患者数	220	58	210
	総件数	4637	1705	3961
RALS	延べ人数	11	5	―
	延べ件数	29	14	―
脳定位放射線治療		0	0	6
体幹部定位放射線治療		0	0	11

表２　原発巣別新規患者数

		令和４年度	令和５年度	令和６年度
脳・脊髄		2	0	3
頭頸部		17	3	23
食道		19	1	9
肺・気管・縦隔		40	8	36
	うち肺	36	8	32
乳腺		34	18	40
肝・胆・膵		5	1	3
胃・小腸・結腸・直腸		21	2	17
婦人科		14	6	12
泌尿器系		53	15	49
	うち前立腺	47	14	40
造血器リンパ系		4	3	16
皮膚・骨・軟部		0	1	0
その他(悪性)		3	0	0
良性		0	0	2

学会施設基準届出に準じて分類を変更した





麻酔科

1　勤務体制

麻酔科は手術室内にて麻酔管理業を行う。令和６年度は常勤医師２名、および非常勤医師によって、日勤帯の業務を行ってきた。また当直体制として、宿日直帯に必ず１名の常勤医師もしくは非常勤医師を配置している。

2　診療スタッフ

部長（兼中央手術室室長）　三浦　　泰
医長　　牛尾　亮二
非常勤医師　　毎日 6-7 名

3　診療内容

令和６年度の麻酔科管理症例は 2805 例であった。これは前年度より 249 例の増加であった。この増加は、令和５年 11 月より新病院に移転し、令和６年度より通年で手術室が稼動したことにより、手術件数総数の増加に伴うもとによる。また外科、泌尿器科、整形外科手術等では、従来なら該当科で脊椎麻酔や伝達麻酔で行っていた手術を、麻酔科管理に変更したため麻酔科管理件数が増えている。これは高齢化や抗凝固薬の周術期使用の増加といった患者側の要因と、麻酔管理は麻酔医が専従して行うことが広く求められている現状によるものであると考えられる。

新病院への移転を機会に、麻酔科の診療録を完全に電子化を行った。術前後の診察記録も他科と同様に電子カルテを使用する。手術室内の麻酔記録は、電子カルテ内に付属した自動麻酔記録を使用する。このことにより他診療科、他職種にも麻酔診療の実態を明示しやすくなった。もちろん、患者側への周術期の診療記録開示や正確で丁寧な説明のためには、電子カルテ・自動麻酔記録の使用が現代では必須である。ようやく当院麻酔科診療も他の基幹病院並みになってきた。

（表 1）麻酔科管理症例・麻酔法別症例数

	全身麻酔			硬脊麻	脊麻	その他	計
	吸入麻酔	TIVA	全麻＋硬膜外				
令和４年度	1,373	161	505	34	237	22	2,332
令和５年度	1,516	194	596	31	201	18	2,556
令和６年度	1,687	214	663	29	192	21	2,805

（表 2）麻酔科管理症例・科別および前年度との比較

	令和４年度	令和５年度	令和６年度	前年比
外　　科	642	596	677	81↑
婦　人　科	391	416	406	10↓
整形外科	412	505	580	75↑
脳　外　科	105	110	86	24↓
泌尿器科	265	342	436	94↑
耳　鼻　科	188	209	234	25↑
胸部外科	196	240	252	12↑
口腔外科	17	20	15	5↓
麻　酔　科	14	6	10	4↑
眼　　科	9	4	4	0
形成外科	27	26	23	3↓
精　神　科	59	72	33	39↓
腎臓内科	7	8	8	0
消化器内科	0	1	1	0
循環器内科	0	1	39	38↑
救　急　科	0	0	1	1↑
計	2332	2556	2805	249↑

4　１年間の経過と今後の目標

新しい手術室の本格稼動により、麻酔管理は件数の増加だけでなく、高度な手術への対応も必要になった。循環器のカテーテル手術をハイブリッド手術室で、ロボット支援手術を専用手術室でと、当院でも開始出来つつあるが、麻酔診療も当然追いつく必要がある。手術麻酔に関して麻酔科医も各診療科向けの専門知識を要することは必須である。だが外科系各科の診療科ごとに担当麻酔医を専従させることは、可能ならば好ましいが本邦では実際的ではない。

最近は大学医局を退局し、循環器専門病院や整形外科病院等の専門施設で働くことが好まれる動きがある。麻酔科医が専門性を極めることは、麻酔科医の待遇改善やモチベーションの向上に繋がるかもしれない。しかし現状はさらに深刻であり、麻酔科医は非常勤医として勤務し、自ら仕事量や業務上の負担を改善しようとする行動の方が、非常に多く認められる。当院の様な急性期病院で、様々な麻酔にいつでも対応できる人材は極めて希少であり、それに対応しうる若手麻酔科医の育成は急務であるし、育成完成までは現状の非常勤医にも、相応の業務に就いてもらうことが言うまでもなく必須となる。

来院する麻酔科医には、常勤・非常勤の区別なく、勤務時間内は効率的に勤務してもらうことは何としても達成しなければならない。具体的には①勤怠を電子メールで一元に管理、②業務内容の非属人化、③麻酔科医師以外（医師事務作業補助者、診療看護師等）による業務の補助、によって無駄なく麻酔業務を遂行してもらう事を勧めることである。これに対する障害は除去していかねばならない。

（文責：部長　三浦　泰）

救急科(兼救命救急センター)

1　診療体制

(1) 外来の状況

救急科救急外来患者は10130名でありそのうち救急車来院患者は合計5724名(二次対応4753名、三次対応971名)であった。救急車件数は前年度と同等数の受け入れを認めた。昨年度に大幅に救急車台数を増やすことができたが、受け入れを落とすことなく維持ができている。

(2) 病棟の状況

救急外来からの入院数は全科で 3756 名であり前年度に比べて434名の増加となった。救急科の入院は合計376名であった。

救急外来の業務を最優先にしているが多発外傷や熱傷、中毒、心肺停止後の蘇生後脳症など当科の対応が必要な症例については前年までと同様であった。

(3) 救急救命士の状況

救命救急センター内において、診療及び検査への介助、転院搬送時の救急車出動、救急隊情報聴取、災害対応や病院前診療（東京DMAT出動)、ICLSインストラクターなどに従事している。また、看護補助業務や研修医に対する教育なども行っている。日本DMAT隊員・東京DMAT隊員として、DMAT車および病院救急車の車両および資機材の点検管理を行っている。東京消防庁や大学からの救急隊院内研修、救急救命士養成学校病院内実習の指導を担当し人材育成にも取り組んでいる。

2　診療スタッフ

救命救急センター長　　宮国　泰彦
副院長　　肥留川　賢一
医　長　　鈴木　準
　　清水　裕介（R6.3月で退職）
医　師　　石川　駿（4～7月・12月・1月）
　　假谷　玲維（8～11月）
　　池田　慎平（2～R7.4月）
　　（杏林大学救急医学からの出向勤務）
非常勤医師　近藤　研太（順天堂大学救急科）
救急救命士
　髙橋　貴美　　比嘉　武宏　　遠藤　一平
　高野　慎也　　増田　憲悟　　玉山　裕一朗(非常勤)
　矢部　萌香(R7.3月で退職)　　中橋　光瑠(産休)

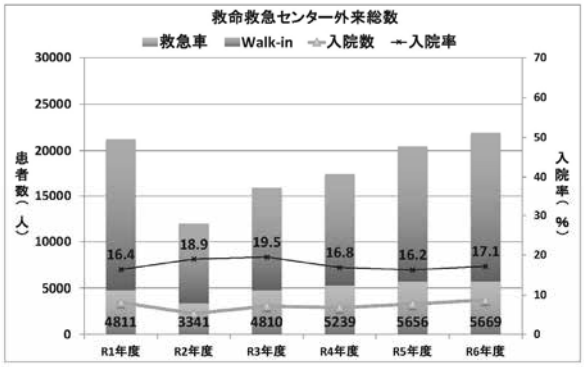
3　診療内容

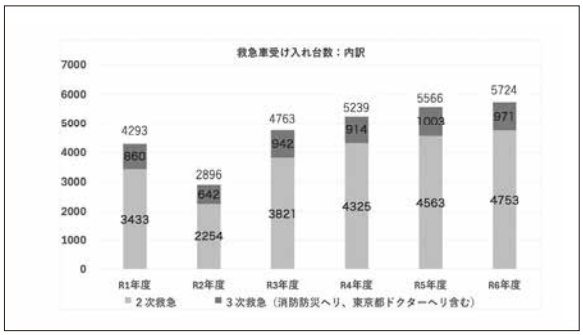
今年度は救急車の受け入れ数は二次・三次救急搬送ともに高い数字を維持できている。また、救急科および全科の救急入院数をさらに増加をすることができた。今後も受け入れ件数を維持していくために設備・人員の確保が求められる。

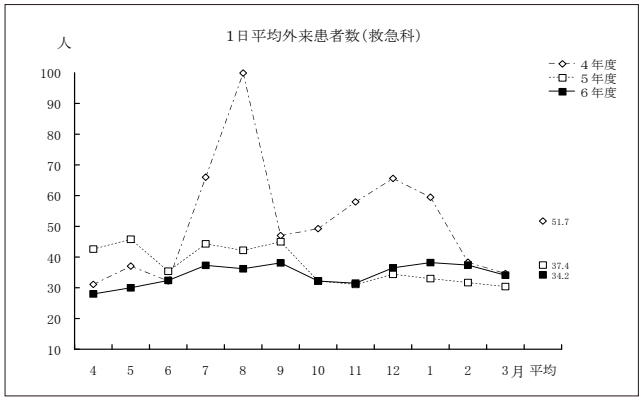
当院は三次救急医療機関（救命救急センター）なので、高度医療を必要とする患者の受け入れに制限がかからないような工夫や体制づくりが必要となる。三次高度医療を行う救命救急センターとしての役割は最低限果たすことが出来たと考えている。二次救急搬送が当院集中することで受け入れが難しくなるケースがあったが体制強化により少しずつ対応ができるようになってきている。今後受け入れをさらに増やすためには、受け入れの病床確保と早期転院が可能な転院先を確保することが課題である。

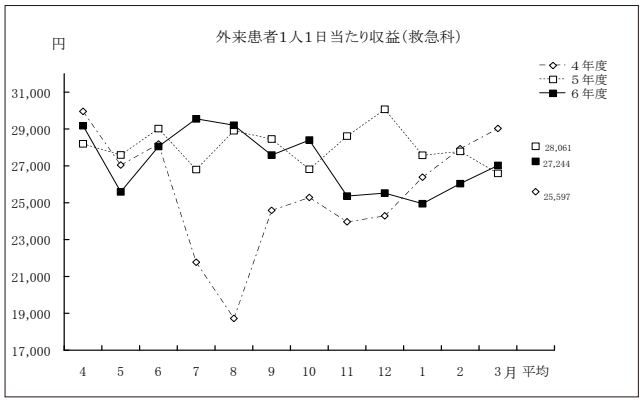
救急救命士は、救急隊院内研修や救急救命士養成学校病院内実習を積極的に行い救急救命士教育に励んでいる。また院内のコメディカルや研修医に対しての講義や救急外来の患者動向のデータ管理を積極的に行っている。院内での活動はもちろん、学会発表や東京DMAT インストラクター活動など院外でも幅広く活躍ができた。さらに救急救命士における処置の質の担保と向上のための教育・活動も行っている。今後も救急救命士の役割増加は予測されており活躍が期待される。

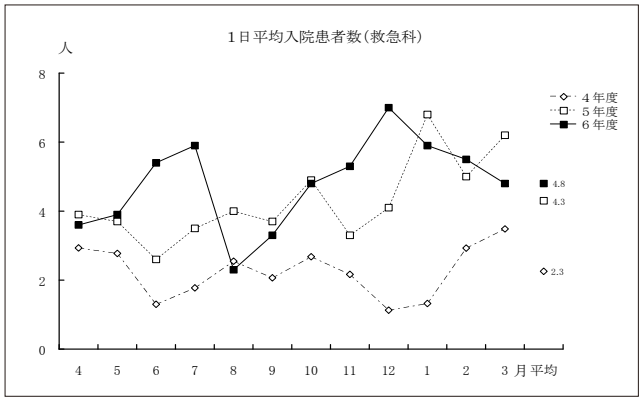
（文責：センター長　宮国泰彦）

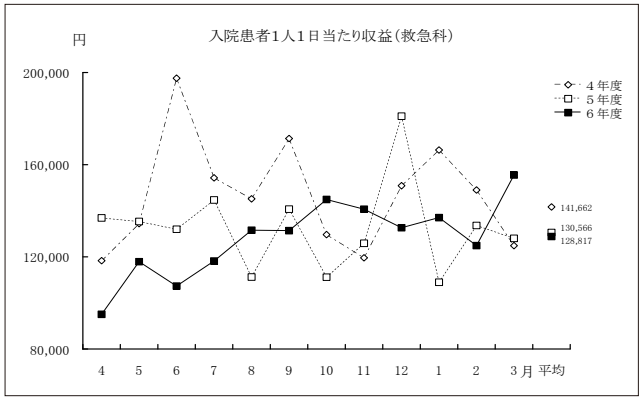





1日平均外来患者数(救急科)
人
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
4 年度
5 年度
6 年度
51.7
37.4
34.2
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均


外来患者1人1日当たり収益(救急科)
円
31,000
29,000
27,000
25,000
23,000
21,000
19,000
17,000
4 年度
5 年度
6 年度
28,061
27,244
25,597
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均


1日平均入院患者数(救急科)
人
8
6
4
2
0
4 年度
5 年度
6 年度
4.8
4.3
2.3
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月平均


入院患者1人1日当たり収益(救急科)
円
200,000
160,000
120,000
80,000
4 年度
5 年度
6 年度
141,662
130,566
128,817
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3月 平均

緩和ケア科

1　診療体制

緩和ケア科は令和２年４月に松井が赴任して新設され、令和６年４月より佐藤が加わり２人体制になった。現状では外来・入院ともに他診療科からの依頼に基いて緩和ケアチームとして診療を行っている。

(1) 外来の状況

水曜日午後に予約外来を設置し、他診療科からの依頼に対して併診という形で診療を行っている。様々な症状緩和に対応すると共に、必要に応じて精神症状担当医師、緩和ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士等と連携を図り多面的な対応を心掛けている。

(2) 病棟の状況

入院患者に対して、主科医師や病棟スタッフからの依頼もしくは本人の希望(苦痛のスクリーニングへの記載)に基いて緩和ケアチームとして診療を行っている。

患者の状況に応じて精神症状担当医師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等の多職種が関わり、多面的なアプローチにより患者のQOLの維持・向上に努めている。

2　診療スタッフ

部　長　　松井　孝至　　医　長　　佐藤謙二郎

3　診療内容

当科は外来・入院ともに緩和ケアチームとして、他診療科からの依頼に基いて診療を行っている。入院患者に対しては、平日は毎日緩和ケア認定看護師と共に回診を行い、主治医・病棟スタッフと連携を図りつつ、身体・精神症状の緩和、意思決定支援、家族ケア、在宅移行支援等を行っている。外来患者に関しては、チーム依頼患者が退院し、主科外来通院となった場合の継続介入や、他科通院中の新規患者に対して、主として症状緩和やオピオイド処方に関するコンサルテーションに対応している。

またこのような通常のコンサルテーション業務以外に各診療科の病状説明の際の同席(チーム専従看護師)、診療科カンファレンスや患者カンファレンス等への参加を通じて院内横断チームとして活動している。

4　１年間の経過と今後の目標

令和６年度の緩和ケアチーム入院診療に関する各種件数は、新規依頼件数、総加算件数は増加したが、総介入件数に増減はなかった。これは１人あたりの介入回数が減少したことを意味する。今後も必要な患者には適切な対応が行えるよう、院内の様々な体制の整備や教育普及活動を行って行きたい。

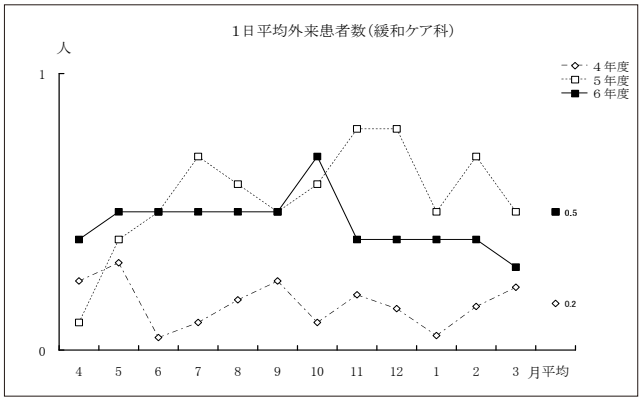
また、外来診療件数は昨年と比して微減であり外来活動の周知が十分でないものと考える。引き続き緩和ケア外来の活動の周知をしていく。

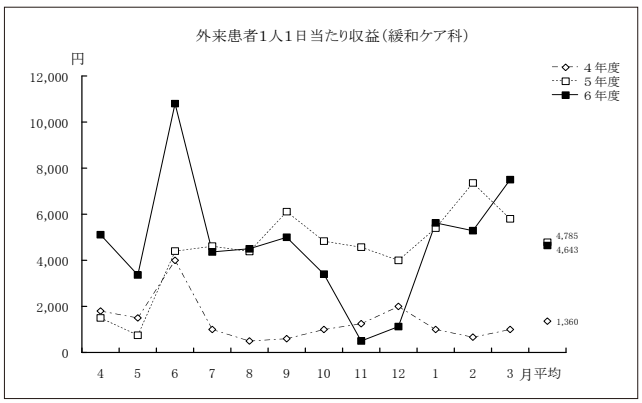
令和７年６月に控えた緩和ケア病棟開設に向けて鋭意準備を行っているところであり、今後も院内外の関係各位のご協力・ご支援をお願いしたい。

（文責：部長　松井孝至）

表１　診療実績(各種依頼件数、算定件数)

	R4 年度	R5 年度	R6 年度
新規依頼件数(患者数ベース)	170	165	199
総介入件数(のべ数)	2373	2108	2103
総加算件数(のべ数)	1846	1069	1207
個別栄養管理加算件数	254	158	263
がん患者指導管理料イ算定件数	235	315	170
がん患者指導管理料ロ算定件数	226	203	146
外来診療件数	78	142	125





内視鏡室

1　診療体制

内視鏡検査は消化器内科、外科、呼吸器内科の共用部門として検査室内に3診、放射線科透視室（兼用）2室を用いて上・下部消化管内視鏡、胆膵疾患内視鏡、気管支鏡検査を行っている。内視鏡検査室では主に午前中は上部消化管、気管支鏡（水・金曜）を午後は下部内視鏡や処置内視鏡を行い、放射線科透視室ではERCP，消化管ステント術、TBLB などを行っている。それぞれの検査機器が最大限の稼働になるように各科の調整を行い、週間予定を立てている。ERCP、ESD や気管支鏡生検などの医師人数が必要な検査が増加傾向にあり曜日を割り当てて計画的に行っている。緊急症例や、時間のかかる内視鏡治療の増加により業務がしばしば時間外となることが多く、課題の一つとなっている。

2　診療スタッフ

消化器内科医師と外科医師が上下部消化管内視鏡、消化器内科が小腸内視鏡および ERCP を、呼吸器内科医師が気管支鏡を施行している。

室　長　濵野　耕靖　（消化器内科部長兼務）
看護師 7名（うち内視鏡検査技師7名）、クラーク
　　2名（洗浄業務1名、受付1名）

3　診療実績（別表）

4　1年の経過

・令和5年11月11日より新病院本館が稼働した。内視鏡室も整備され、日本消化器内視鏡学会の指導設備条件を満たした検査室となっている。個々の検査室は患者のプライバシーに配慮した作りとなっており、陰圧設計、天吊りアーム内視鏡ユニットが全室に導入されている。ERCP などを行う放射線透視室との動線もよく、働きやすい環境となっている。

・OlympusLucera290 シリーズにより NBI、拡大観察、色素散布観察などの特殊検査を一連として行っている。平成 28 年よりこれらの機器を最も有効に活用してゆくために、5 か年計画でリース契約を締結し機器を整備しており、拡大内視鏡・狭帯域光観察（NBI）による見逃しの無い観察を心がけている。

・内視鏡部門の受付から検査、レポート入力に加え、内視鏡の洗浄消毒の記録管理機能を備えた内視鏡室マネージメントシステム Olympus Solemio QUEV Ver.3.3 を新たに導入して円滑な業務の進行を図っている。

・令和2年4月より日本消化器内視鏡学会内に設けられた多施設共同研究事業（JED プロジェクト）に参加している。本事業は、日本全国の内視鏡関連手技・治療情報を登録し、集計・分析することで医療の質の向上に役立て、患者に最善の医療を提供することを目指している。

・近年超音波内視鏡関連手技が増加している。特に超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）が膵疾患をはじめとした病理診断において重要な手技となっている。当院では病理診断科の協力を得て、on-site cytologist による迅速細胞診が可能であり、診断率の向上に役立っている。

・早期の消化管癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術 ESD は、令和 6 年は 123 件（食道 14 件、胃十二指腸 54 件、大腸 55 件）施行され、令和 5 年 52 件、令和 4 年 39 件と比較して大幅に件数が増加した。近年高齢化に伴い高齢者や基礎疾患を有する症例での検査治療も多く、引き続き細心の注意のもと検査を実施していく。

・新型コロナウイルスが問題となっている現況で、飛沫拡散やエアロゾル発生の危険が高いとされる消化器内視鏡診療にあたっては、患者の適切なトリアージと感染防護策の徹底等の慎重な対応が求められる。当院では日本内視鏡学会の提言を含めて種々のガイドラインや各施設内の指針に準じて万全の体制で臨んでいる。

5　今後の目標

従来から内視鏡室の目標として掲げている3項目は今後も堅持してゆく方針である。

1. より正確な診断と安全で確実な治療の追究
　内視鏡検査が高度になった分、それを十分に使いこなし、患者へその恩恵を還元できる医療者の技量と向上が求められている。これらに包括的に対処できる運用を模索しつつ、体制を構築している。
2. 内視鏡検査指導体制の充実
　当院は消化器内視鏡学会などの教育指定病院でもあり、若手スタッフが絶えず関連大学より供給されている。内視鏡検査の完成度とトレーニングという二つの要素を満たすために、ほとんどの検査・処置は内視鏡認定専門医とペアで行うこととなり、人的資源はまだまだ充足しているとは言えない。消化器内科検査は検査担当医師の曜日を固定し、午前・午後それぞれに内視鏡診療に専念できる体制とした。内視鏡技師資格を取得した看護師が7名在籍し、経験と技量の豊かなスタッフが確保されているのは幸いである。
3. 患者にとってのより快適な環境づくりと医療スタッフが一丸となったチーム医療を推進している。旧病院の手狭な内視鏡検査室では検査の充実と患者のプライバシーを両立させるのは困難であったが、新病院への移転につき広い内視鏡室スペースが確保できるようになった。医師と看護師が共同で一つの作業を完遂するためには、検査・作業中の信頼関係が必要であり、引き続きコミュニケーションが大事にしていく。

これらの重点項目はさらに次年度へも引き継ぎ、医療の質の向上に努める所存である。新型コロナウイルス感染流行により内視鏡件数の減少があったが、感染リスクを常に念頭におきつつ、従前の内視鏡診療を遂行することにより、検査数も令和元年の水準に戻ってきた。本年も大きな事故なく運営することができたのはスタッフ全員の努力と関係各部署の協力の賜物であると改めて感謝するものである。

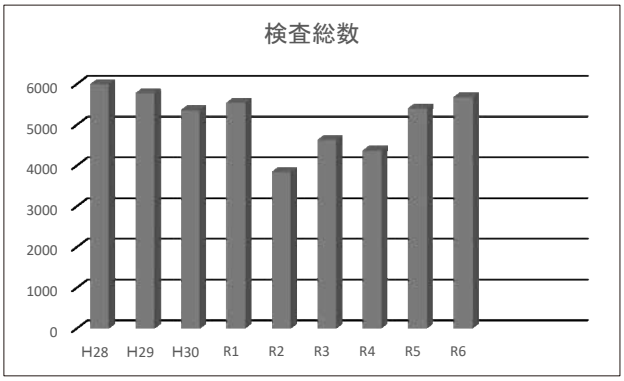
（文責：室長　濵野耕靖）

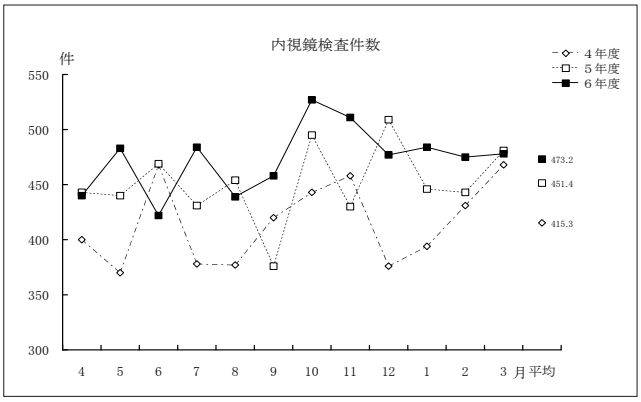
内視鏡室検査件数（R6 年度）

	内科		外科	
	入院	外来	入院	外来
食道ファイバースコピー	2	4	0	1
胃・十二指腸ファイバースコピー	631	1814	65	270
ERCP	297	27	0	0
計	930	1845	65	271
大腸ファイバースコピー(直腸)	35	9	15	15
大腸ファイバースコピー(S状結腸)	47	63	13	13
大腸ファイバースコピー(横行・下行)	50	45	2	4
大腸ファイバースコピー(盲腸・上行)	197	1506	11	225
小腸ファイバースコピー	0	0	0	0
計	329	1623	41	257
気管ファイバースコピー	222	91	4	0
気管ファイバースコピー(その他)				
計	222	91	4	0
総　　計	1481	3559	110	528

	内科		外科	
	入院	外来	入院	外来
大腸ポリープ切除術(長径2㎝未満)	21	493	0	0
大腸ポリープ切除術(長径2㎝以上)	10	36	0	0
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	55	0	0	0
結腸 EMR(悪性)	0	0	0	0
結腸 EMR(良性)	0	0	0	0
結腸ポリペクトミー	0	0	0	0
結腸異物摘出術	1	0	0	0
結腸狭窄部拡張術	0	0	1	1
下部消化管ステント留置術	17	0	0	0
大腸拡張術	0	0	0	1
直腸異物除去	0	0	0	0
直腸腫瘍摘出術	0	0	0	0
経肛門的内視鏡手術	0	0	0	0
内視鏡的イレウス管挿入	11	0	1	0
経肛門的イレウス管挿入	3	0	0	0
気管異物除去術	2	0	0	0
気管支内視鏡的放射線治療用ﾏｰｶｰ留意	0	0	0	0
内視鏡下気管分泌物吸引術	5	3	0	0
気管支肺胞洗浄法(BAL)	61	10	0	0
気管支洗浄法	122	70	0	0
経気管支肺生検	29	0	0	0
経気管支生検（TBB)	133	0	0	0
経気管支吸引生検（TBAC)				
EBUS-GS	152	0	0	0
EBUS-TBNA	18	0	0	0
経気管支凍結生検法	16	0	0	0
気管支瘻孔閉鎖術	0	0	0	0
インジゴ染色	53	244	0	4
ヨード染色	12	39	3	2
ピオクタニン染色	0	5	0	0
点墨法	8	34	2	12
拡大内視鏡	32	425	0	2
上部 EUS./IDUS	15	88	0	0
下部 EUS	0	1	0	0
EUS-FNA	12	0	0	0

内視鏡下嚥下機能検査	0	0	0	0
食道狭窄拡張術/バルーンによる	1	0	1	1
食道狭窄拡張/上記以外	1	0	0	0
食道ステント挿入術	0	0	0	0
食道内異物除去	4	9	0	0
食道噴門部縫縮術	0	0	0	0
EIS	12	0	0	0
EIS+EVL	4	0	0	0
EVL	12	0	0	0
食道ポリペクトミー	0	0	0	0
食道 EMR（悪性）	0	0	0	0
食道腫瘍切除術	0	0	0	0
食道 ESD	14	0	0	0
胃 EMR（悪性）	0	0	0	0
早期悪性腫瘍胃粘膜下層剥離術	54	0	0	0
胃ポリペクトミー（悪性）	0	0	0	0
胃 EMR（良性）	0	0	0	0
胃ポリペクトミー（良性）	1	0	0	0
胃拡張術	0	0	0	0
胃内異物除去	4	9	0	0
内視鏡的上部消化管止血術	97	40	0	1
胃瘻造設術	32	0	0	0
胃瘻抜去術	0	0	0	0
胃瘻交換	0	42	0	0
胃・十二指腸ステント留意	4	0	0	0
内視鏡的胆道砕石術	32	0	0	0
内視鏡的胆道結石除去（採石）術	90	0	0	0
内視鏡的胆道拡張術	22	0	0	0
EST	39	0	0	0
EST+胆道砕石術	29	0	0	0
内視鏡的胆道ステント留置術	216	0	0	0
ENB(P)D	5	0	0	0
内視鏡的膵管ステント留置術	30	0	0	0
胆道ファイバー	0	0	0	0
小腸結腸内視鏡的止血術	34	8	0	0
小腸 EMR	0	0	0	0
小腸ポリペクトミー	0	0	0	0
小腸拡張術	0	0	0	0
小腸内視鏡（シングルバルーン）	1	0	0	0
小腸内視鏡（ダブルバルーン）	0	0	0	0
小腸狭窄拡張術	0	0	0	0





中央手術室

1　業務体制

中央手術室所属の看護師は、診療局の主に外科系各診療科の医師が行う手術診療に際し周術期看護を行い、また麻酔科医師の行う麻酔診療を補助している。

中央手術室以外の場所（血管造影室）においても、手術室看護師及び麻酔科医師は各科の手術診療に応じて、業務に従事している。

平日夜間及び休日においては、手術室看護師は２名、麻酔科医は１名が常に院内待機にあり、緊急症例に対応している。

診療局各科の手術室使用優先枠を示す（表１）。毎週水曜日の正午までに翌週の自科の優先枠を使用しないと決定した場合は、その枠は開放枠として他科も使用することが出来る。優先枠のうち、さらに該当科枠に当たる場合は、各診療科が自家麻酔で手術を行うことを原則とする。

表１　中央手術室各科優先枠（令和５年 11 月変更）

室名		月	火	水	木	金
1	午前	循環器内科	血管外科	血管外科	整形外科	心臓外科(又は泌尿器科)
	午後	(循環器内科)	(又は外科)			
2	午前	整形外科	心臓外科		心臓外科	
	午後					
3	午前	整形外科		整形外科	整形外科	整形外科
	午後					
4	午前	産婦人科	産婦人科	消化器内科		産婦人科
	午後			産婦人科		
5	午前	外科	脳外科	外科	外科	
	午後				乳腺外科	
6	午前	耳鼻咽喉科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	外科	外科
	午後					
7	午前	外科	泌尿器科	外科	産婦人科	泌尿器科
	午後					
8	午前	耳鼻咽喉科	呼吸器外科	口外又は眼科	呼吸器外科	整形又は形成外科
	午後			整形外科		整形外科
9	午前					
	午後					
10	午前		腎臓内科	眼科		腎臓内科
	午後	血管外科	形成外科		形成外科	形成外科
血管造影室						脳外科

該当科枠の振り分け

月：血管外科

火：腎臓内科、形成外科

水：産婦人科、消化器内科、整形外科（午前・午後）

木：形成外科

金：腎臓内科、形成外科、脳神経外科（血管造影室を非使用時のみ該当科枠）

2　業務スタッフ

室　長　三浦　　泰（中央材料室長兼務）

師　長　髙橋嘉奈子　　副師長　細谷　崇夫

主　任　高瀬　勇太

看護師　33 名　看護補助　　1 名

3　業務実績

令和６年度の中央手術室管理の全手術件数 4332 件
（うち麻酔科管理件数 2805 件）

令和６年度に中央手術室が関与した手術数を、診療科ごとに月別件数として掲載する。手術台帳で確定された手術を１件の手術件数として計算した。診療科ごとに年間総手術件数を算出し、前年度件数・前々年度件数との比較した増減数を最終列に加えた（表 2）。

表２　月別・科別手術件数及び対前年度比・前々年度比

	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	前年度比	前々年度比
外科	72	69	63	65	75	61	74	70	86	69	71	67	842	91	−7
産婦人科	41	47	36	40	34	41	35	37	39	44	44	52	490	9	27
整形外科	62	69	55	76	70	70	69	65	84	68	65	68	821	106	213
脳神経外科	14	16	14	18	23	13	17	17	13	22	14	2	183	−23	−7
耳鼻咽喉科	22	25	22	24	26	14	21	20	20	25	25	22	266	32	33
泌尿器科	42	40	48	58	61	52	48	45	48	52	20	46	560	94	157
胸部外科（心臓）	17	15	15	20	15	24	12	15	14	22	18	21	208	22	105
胸部外科（呼吸器）	12	7	10	11	9	7	10	8	8	10	10	9	111	6	7
歯科口腔外科	1	2	3	3	2	0	2	1	1	0	0	0	15	−6	−2
麻酔科	0	1	2	2	1	1	0	0	0	2	0	1	10	4	−4
眼科	32	26	30	41	22	33	39	36	21	38	41	29	388	50	38
精神科	7	6	6	2	0	0	0	12	9	8	2	12	64	−16	5
形成外科	18	21	20	18	21	15	19	25	17	20	18	18	230	6	14
腎臓内科	16	12	10	9	8	4	9	5	10	8	8	6	105	−4	7
リウマチ科	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	−2	−4
救急科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
消化器内科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	−1	1
循環器内科	0	0	2	2	2	4	6	3	6	2	2	4	33	31	33
合計	356	357	336	389	370	339	361	361	377	390	339	357	4332	409	647

4　今後の目標

令和５年 11 月１日の新病院移転に伴い、新病院３階に手術室は 10 室設置され、1 階血管造影室でも全身麻酔対応の装備を整えた。令和６年度が、年度当初より通年で新施設を運用する初めての年となった。10 室のうち１室はハイブリッド手術室、別の１室では内視鏡手術支援ロボット da Vinci を設営し運用して本格的の運用が開始された。

新病院開院後に、実際に運用し始めた後に生じた問題点の提起と、その解決の向けての現状の取り組みを、下記の4項目について現状を報告する。

1) 感染や周術期の快適さへの問題点
2) 術前診察外来を充実させ、手術前後の診療・看護に役立てているか
3) 回復室（リカバリー）を設置していない。術後患者の安全・快適性をどう高めるか
4) 患者家族への説明室・待機場所をどう設けるか

(1) 新病院手術室は出入口が多く、また更衣の要する人員の出入りが多い

新病院での手術室は、電子ロックが出入口にあり、職員及び許可された ID カードを持つ人員しか入室出来ない仕様となっている。ただし現状では、手術室への入退室記録が正確に蓄積され運用されている訳ではなく、また1名の ID で複数入室出来る仕様となっている。入室許可が厳密でない場合に留意しなければならないことは、各手術室へ塵埃を不必要に増加させるような入退室はしていないか、その人員の適切に行動出来ているか、であろう。手術の高度が専門家に伴い、さまざまな人員が入室した方が円滑に進むこともあるので、入室自体は拒絶することは求めていない。ただし、手術室の感染制御のためには、入室者の管理・規則の遵守は不可欠であり、周術期感染の予防が疎かな対象には十分な監視指導が必要である。同時に、手術室に入り口を開ければ、そこは手術を受ける・あるいは手術説明を受ける患者やその家族が、待機し入室している。その状況を片時も忘れることなく、不快な思いをさせないように手術室内での言動に留意させる。そうした職員教育も必須であろう。

(2) 術前診察外来を手術室前に設置し、手術前に麻酔の説明を開始した。患者満足度上昇の効果を上げるには、麻酔科医の地道な努力を広める必要がある

週に5回、総麻酔科管理件数の 80%近くを麻酔科医により3階外来で術前説明を行っている。外来または入院中の患者様（とそのご家族）を、予約制で来訪していただいている。

個室診察室を使用しているので、プライバシーを守ることが出来るので、効果的な診療につなげていきたい。ただし、この外来で単に麻酔の説明をするのだったら、麻酔科医師が行う必要がない。麻酔科医が説明する意義は、1) 必ずカルテを読み診療記録をサマライズする（無意味なコピー・ペーストは避ける）。2) 当院の過去記録も参照する。3) 麻酔同意書（説明文）は可能な限り個別的で、その患者にあった文章にすること。4) そして何より、術後の評価を行うこと。こうした適切な麻酔診療を目指すのが、麻酔科医師が麻酔説明をする理由である。

(3) 回復室（リカバリー）を手術室内に設置していない。また各手術室内まで、病棟担当者も患者と一緒に入室し、また帰室することとした。

病棟から各手術室内まで、患者と一緒に病棟担当者も入室してもらう方法を、新病院では採用した。明確に改良されて好評が得られている点は、1) 手術台から帰室用のベッドへ移動しても、絶え間なく観察することができ、移送がスムーズになった点。2) 直接手術室内で申し送りをすることで、病棟担当者は外科医や麻酔科医とも接することが出来る点。以上の2点は周術期の安全や快適性に貢献できる可能性があり、非常に好ましいといえる。ただし潜在的な未明の問題点としては、手術室外からの人員・物品がどれだけ感染制御に寄与できるかという点や、安易な感染対策の手術室入室への意識に繋がらないかの懸念である。

患者家族への説明室、家族の一時的待機場所は設置していない

(4) コロナ禍では、原則自宅に待機していただいたご家族に、手術終了後に電話での説明を行ってきた。その後も他感染症の流行期には、待機を遠慮していただいている。手術室前の廊下を挟み、ICU 等の家族控え室を使用させていただくこともあった。新病院のグランドオープンに向けて、ご家族にも満足頂ける動線を考えていきたい。

（文責：室長　三浦　泰）

外来治療センター

1　診療体制

外来治療センターは、がんに対する薬物治療を担当する部門として平成23年に開設された。現在、ベッド2床とリクライニングチェア20床の計22床で稼働している。センター内には、薬剤管理室、薬剤師外来・看護師外来のための診察室2室、患者用トイレ、患者待合場所、患者向け情報提供スペース、飲料自動販売機も設けている。旧病院でセンターに併設されていた化学療法専用調製室は、現在、地下1階の薬剤部内にあるが、専用昇降機を設置したことで迅速かつ安全な薬品の受け渡しができるようになっている。以上により、患者の利便性向上に加え、看護師の目が届くことで患者の安全を確保でき、かつスタッフの薬剤曝露対策にも効果的となっている。

2　診療スタッフ

外来治療センター長事務代理　本田樹里
看護師　4-6名/日、　薬剤師　1名/日

3　診療内容

専任のがん化学療法看護認定看護師2名が勤務し、各診療科のがん治療に加え、関節リウマチや炎症性腸疾患等に対する生物学的製剤の投与、がん薬物療法認定薬剤師による薬剤師外来、認定看護師による看護外来、月平均20件の新規治療患者向けオリエンテーションも行っている。

本年度の投薬管理数は、がん化学療法での点滴静注薬4283件、皮下注射薬1338件、生物学的製剤1034件、計6655件だった。本年度にセンター内で発生した薬剤有害事象の多くは薬剤アレルギーまたはinfusion related reactionで、被疑薬としては細胞障害性抗がん剤9件、生物学的製剤2件、免疫チェックポイント阻害薬1件だった。そのうち3件が緊急入院となったが、回復し自宅退院している。

本年度も引き続き様々な取り組みを行った。一番は感染・薬剤曝露対策の見直しである。これにより発熱患者の受け入れ再開を目指すとともに、スタッフの身体安全にも繋げることができた。

患者に向けた取り組みとしては、外来治療センター便り「オリーブ」を発刊し、がん診療に関する情報を毎月提供している。その他にも患者向け資材を多数作成・改訂し最新の情報を提供するよう努めた。これらの一部は病院ホームページにも掲載し、院外への発信にも力を入れた。また新たな取り組みとして、がん患者の療養・就労両立支援への積極的介入を始めた。いずれもがん相談支援センターとともに取り組んだ。

院内に向けた取り組みとしては、各種マニュアルの改訂とともに、医師向けに検査・治療のセット作成や電子カルテ操作方法の解説集など診療補助となる資材を日々準備している。また、治療中の患者の定期的な体重測定を開始し、より充実した診療へ繋げられるようにした。タスクシフトの取り組みとしては、点滴ルートの確保を医師業務から看護師業務に移行すべく段階を踏みながら進めている。一方で、高額な薬品の廃棄が後を絶たないことから、廃棄薬を無くすための取り組みにも力を入れ、ほぼゼロの状態に近づいてきている。以前から力を入れている免疫チェックポイント阻害薬に関しては関連診療科が集う会議を開催し問題点を洗い出し、院内運用の整備およびマニュアルの改訂を行っている。また薬剤師の尽力によりICI薬剤師外来の件数は本年度1358件（前年度991件）と増加しており、加算算定することで病院収益にも貢献できた。

4　今後の目標

数々の新薬登場により治療予後が改善するとともに、長期に渡り治療を続ける患者も増えている。治療予約枠の不足は引き続きの課題であるが、看護師人員不足の中でも他部署からの応援を要請しながら患者の治療に影響が出ないよう努めていきたい。

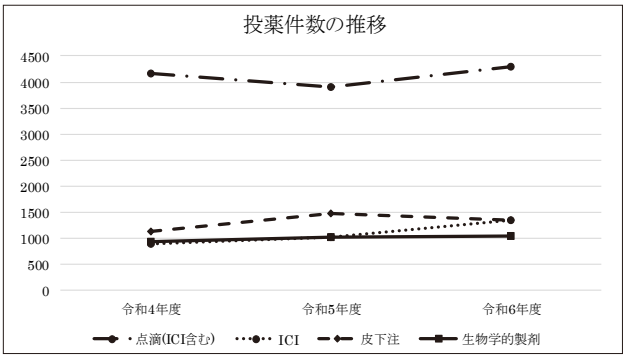
また新たな作用機序を持つ薬品が次々に登場しており、その有害事象に関する知識を深め、様々な新しい投薬方法についても日々技術の習得に努めている。特に注意が必要な薬品には、各病棟でも安全に投薬できるよう薬品毎に業務フロー図を作成している。今後も引き続き新規薬の知識や化学療法に関する各種院内マニュアルの刷新、指導料算定などセンターから院内に向けて発信を続けていきたい。

そして患者背景を把握し就労や生活、不安に寄り添えるよう、患者にとって投薬するだけの場ではなくプラスαを提供できるよう尽力していくとともに、スタッフの薬剤曝露対策、働き方改革にも留意し、専門知識をもつスタッフの育成にも取り組んでいきたい。これからも、患者・スタッフともに安心できるセンターであるよう努めて参ります。

（文責：呼吸器内科　副部長　本田樹里）

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
点滴	4170	3893	4283
(そのうちICI)	881	1027	1340
皮下注	1121	1471	1338
生物学的製剤	940	1012	1034
合計	6231	6376	6655

※ICI；免疫チェックポイント阻害薬



診療看護師室

1　業務体制

当院における医師不在時や医師不足領域での診療遅延を防ぐこと。医師の働き方改革、医師と看護師を含めた医療者との架け橋となることを目的に令和５年度より診療看護師室が新設された。医師の直接指示のもと一定の診療行為をおこなうことで、治療が円滑に進むよう活動している。令和５年度から初期研修修了者が診療科へ配属となり本格運用が開始となり徐々に配属科を拡大している。

2　業務内容

(1) 医師の直接指示のもと一定の医行為を施行
(2) 入院患者管理、手術助手
(3) 看護師教育(新人研修のフィジカルアセスメント研修の講師を担当)
(4) 初期臨床研修中は研修医とともに各科ローテーション、救急外来初期診療
(5) PICC（末梢挿入型中心静脈カテーテル）挿入

3　業務スタッフ

室長（兼任）　野口　修
室員　小川　晃司（整形外科）
　　菊池　健太（外科）
　　石田知佐子（心臓血管外科）
　　松浦加代子（初期臨床研修１年目）
　　中尾　　昇（初期臨床研修１年目）
　　山口ひとみ（初期臨床研修１年目）
　　渡辺　翔子（初期臨床研修１年目）

4　１年間の経過と今後の課題

【経過・実績】

(1) 整形外科

主に手術前後の整形外科患者マネジメント、術後回診、病棟での術前神経ブロック、緊急入院初期対応、手術助手、転院相談対応などを行うことで、整形外科患者の合併症発生率が低下、入院期間は短縮した。

(2) 外科

主に外科患者の周術期マネジメント、病棟看護師からの相談対応。血管外科医師と協力し、NPによるPICCセンター設立に向けた運用システムの作成、NP への手技教育を行った。

(3) 心臓血管外科

主に術前後の心臓血管外科患者マネジメント、循環器内科患者の病棟・ICU での対応を行うことで、医師不在時でも看護師、コメディカルと協力し診療の遅滞を防いだ。また、6B 病棟で実習を行う看護学生に対して病態レクチャーを定期的に行った。

(4) 初期臨床研修

各診療科で研修を行いながら、診療看護師（NP）が配属となることで業務改善につながる箇所を調査している。

(5) PICC センター設立に向けた活動

令和５年度 12 月より消化器・一般外科、心臓血管外科のバックアップのもとNPによるPICC挿入を開始した。本年度はNPによるPICC挿入は拡大し、挿入件数は120件となった。昨年度と比較し大幅な上昇となったことで、DPC 入院期間Ⅰ，Ⅱは延長した。これにより概算ではあるが、入院患者 1 人あたり 20000～40000 点の上昇が認められた。病院収益としても大きく貢献できている。今後はNPが８名となったことでより多くのPICC挿入依頼を受けることのできる体制作りを行っていく。

(6) 看護師へのフィジカルアセスメント研修講師活動

新入職者を対象としたフィジカルアセスメント研修を入職初期に行い、フォローアップ研修を下半期に実施している。4 年目を迎え、各病棟でもフィジカルアセスメントを用いた看護を実践できるよう研修を継続している。この研修に加え、ラダーⅡ以上の看護師を対象とした臨床推論研修を行った。医師の思考過程を共有することでより質の高いアセスメント、看護側からの提案ができるよう研修を推進していく。

5　今後の目標

(1) 診療看護師（NP）をHospitalistとして運用していくためのローテーション促進と適正配置を行いつつ、NP の適正運用とキャリアプランについて協議していく。
(2) 医師業務のタスクシフトのさらなる推進に努め、多くの病院スタッフが働きやすい環境作りに努める。
(3) 入院患者の合併症予防に努めるべく、病棟スタッフ、コメディカルとの協力を強化していく。
(4) PICC センター設立へ向けた取り組み、挿入件数 200 件/年を目標、他科へのPICC挿入依頼を周知する。

（文責：診療看護師　小川晃司）

臨床検査科

1　業務体制

採血、検体検査（生化学・血液・凝固・尿一般・輸血・細菌）、生理機能検査（心電図、肺機能、超音波検査等）、耳鼻科関連検査の各業務を行っている。業務は午前8時開始で、外来患者の診察前検査の受付、採血を行い、午前9時からの診療に検査結果を出すことができる体制を組んでいる。

夜間・休日の検査は、病理診断科の常勤検査技師 6人を含め、24時間365日切れ目のない検査を実施している。

2　業務スタッフ

部　長　　笠原　一郎（病理診断科部長兼務）
臨床検査技師（38人）　年度当初の人数
科長　福田　好美（臨床検査科）
主査　小林　美喜　　佐藤　大央
　　鈴木みなと　　塚越友紀恵
　　佐藤　有佳　　志賀真也子
上記を含めて臨床検査技師　常勤技師29人、
再任用技師 1.6人、会計年度任用職員5.6人、
受付事務員1人

3　業務内容

(1) 外来採血・生理機能検査

外来採血患者数は82,525人（前年比 +8.7%）、一日平均採血数は340.3人（前年比 +26.2人）であった。

生理検査件数は、42,091件（前年比 +10.7%）であった。詳細は、表 1　外来採血・生理機能検査の実績に示した。

2023年11月新病院移転を機に、自動受付機による採血と生理検査の診察・検査予約時間別受付を開始した。病棟患者の採血を5A、5Bの2病棟のみであったが、2024年10月より、さらに4B、6A、6B、7A、8A、8Bの8病棟に拡大した。平日の朝8時より1病棟あたり30分で、曜日を決め1フロアーごとに病棟採血を行っている。習得に時間を要する超音波検査等は、担当技師の育成に努めている。

(2) 検体検査

生化学検体数は130,313件（前年比 +6.2%）、血液学検体数は122,882件（前年比 +5.3%）であった。

検体検査の件数は、令和5年度に比べ各検査において増加した。血液製剤使用状況は、赤血球製剤が7,287単位（前年比 +12.2%）、血小板製剤が14,940単位（前年比 +50.5%）、血漿製剤FFPが2,538単位（前年比　-14.7%）、アルブミン製剤が9,736単位（前年比 +22.3%）であった。臨床指標としては、採血待ち時間が10分46秒、結果報告時間が52.9分であった。赤血球廃棄率は0.5%と目標の2%以内をクリアした。FFP/RBC比は0.30、ALB/RBC比は1.04で、共に輸血適正使用加算の施設基準をクリアした。詳細は、表 2　検体検査、血液製剤使用状況、臨床指標に示した。

FMS 運営管理を行っている。新病院移転後から 1年5か月経過し、自動化、効率化を目指した検査室の構築の効果として結果報告時間の短縮が達成できた。また、2024年10月よりFMS管理外の院内にある血液ガス測定装置3台の試薬管理を行うことができた。血液像を鏡検できる技師の育成、業務の効率的な運用、質の向上に取り組んだ。

4　今後の目標

外部精度管理は、日本医師会臨床検査精度管理調査、日臨技及び都臨技の精度管理調査に参加し良好な結果を得ることができた。引き続き、良好な結果が得られるよう努めていく所存である。学会は全国自治体病院学会に2演題、東京都医学検査学会に1演題の発表を行い今後もスキルアップを図っていく考えである。資格は、新たに二級臨床検査士(血液学)1 人、二級臨床検査士（循環生理学）1人、二級臨床検査士(神経生理学)1人、東京都肝炎医療コーディネーター1人が取得し、次年度以降も継続して資格取得者が増えるように支援していく考えである。タスク・シフト/シェアに関する厚生労働大臣指定講習会修了者は2人であった。

今年度は、各分野の責任者と次世代のリーダーの育成に努めてきた。今後さらに、専門性に加え、多職種と連携した業務にも重点を置き、広い視野を持った技師の育成を目標としていく考えである。

臨床検査の専門家として、医師はじめ看護師、多職種から信頼されるよう日々研鑽に努めていく所存である。

（文責：科長　福田好美）

表１　外来採血・生理機能検査の実績

	令和４年度	令和５年度	令和６年度
採血患者数	73,610	75,915	82,525
１日平均採血患者数	303.3	314.1	340.3
総生理検査数	37,010 ＊1	38,024	42,091
心電図(含負荷･ﾍﾞｸﾄﾙ)	16,621	16,925	18,665
ホルター心電図	1,648	1,428	1,529
脳波	373	380	465
心エコー	6,198	6,473	6,936
腹部エコー	1,722	1,921	1,976
甲状腺エコー	591	612	689
乳腺エコー	140	19	254
誘発電位	172	182	231
肺機能検査	6,181	6,486	6,902
耳鼻科関連検査	1,297 ＊2	1,498	1,545

＊1 令和４年度版にて誤り　誤:36,972　正:37,010

＊2 令和４年度版にて誤り　誤：1,259　正：1,297

表２　検体検査、血液製剤使用状況、臨床指標

	令和４年度	令和５年度	令和６年度
生化学検査	118,550	122,648	130,313
血液学検査	113,791	116,722	122,882
血糖・HbA1c	41,711	40,792	40,489
尿定性・沈渣	27,174	27,396	29,461
凝固検査	35,771	37,670	40,509
細菌検査	16,174	16,812	19,312
赤血球製剤（単位）	5,820	6,497	7,287
血小板製剤（単位）	7,565	9,925	14,940
血漿製剤 FFP（単位）	2,007	2,974	2,538
アルブミン製剤(単位)	6,510	7,963	9,736
自己血（単位）	8	46	21
採血待ち時間	８分 55 秒	10 分 16 秒	10 分 46 秒
結果報告時間（分）※1	53.6	54.6	52.9
赤血球製剤廃棄率(%)	0.5	0.5	0.5
FFP/RBC 比	0.27	0.36	0.30
ALB/RBC 比	1.12	1.09	1.04
緊急０型血使用件数	14	13	6
コロナ PCR 検査(院内)	5,152	4,900	1,330

※1 採血受付から生化学検査の結果報告までの時間

栄養科

1　業務体制

管理栄養士は常勤６名の体制で栄養管理業務を行っている（土曜日のみ１人出勤交代制　※8 月～休止）。入院患者の栄養管理は病棟担当制、外来栄養指導は曜日担当制としている。

患者給食業務は全面委託しており、新病院本館開院時から令和８年度までの長期継続契約としている。(委託会社　富士産業株式会社)

2　業務スタッフ

部　長	野口　　修（副院長・消化器内科部長兼務）	
科　長	木下奈緒子	
主　任	井埜詠津美	
科　員	根本　　透	木村　汐里
	松尾　優実	田中　美優

3　業務内容

入院患者全員の栄養管理を行い、患者一人一人に適した食事を提供している。医師からの依頼により入院および外来の個別栄養指導を行い、糖尿病教育入院では集団の栄養指導を行っている。また、チーム医療にも積極的に参画し多職種と協働して患者の栄養管理を行っている。

1）給食管理

今年度の延べ食事提供数は 313,324 食であり、そのうち治療食（特別食加算率）は 38.0%（前年度比 5.5%減）である。産後に提供している祝い膳の食数は、821 食（前年度比 53.7%増）、誕生日のお祝い（バースデイ）デザートは 292 食である。なお、祝い膳については出産後の昼食時に１回目和食、２回目洋食を提供している。

2）栄養管理

入院患者の栄養状態を把握し維持・改善のため、全員に MUST による栄養スクリーニングを実施し、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価（栄養アセスメント）を行い、適正な栄養管理を行っている。

個別の栄養指導は、入院および外来を合わせて 3,823 件（前年度比 3.8%減）、糖尿病透析予防指導は、医師・看護師と協力し 15 件（前年度比 51.6%減）である。糖尿病教室での集団栄養指導は、100 件（前年度比 61.8%増）であり、教室参加後は個別栄養指導につなげ継続的にフォローしている。なお、今年度は内分泌糖尿病内科診療体制の都合により隔週での開催であった。

3）チーム医療

低栄養の患者には栄養サポートチーム（NST）として専任管理栄養士２名が、緩和ケアチームや外来化学療法患者にはがん病態栄養専門管理栄養士が栄養管理や食事の介入を行っている。心臓リハビリテーションチーム、骨粗鬆症リエゾンチーム（OLS）および周術期栄養管理については、該当病棟担当管理栄養士が他職種と連携し栄養指導等を実施している。

4　１年間の経過と今後の目標

今年度は、４月に新卒の管理栄養士１名が採用となり定数８名体制でスタートできる予定だったが、昨年度末３月でベテラン管理栄養士が急な退職となってしまい、１名欠員状態でのスタートとなった。さらに、７月にも１名退職となり、若手管理栄養士の教育体制など不安定な中、人員不足に加え２月の病院機能評価受審もあり何とか業務を乗り切った一年であった。患者給食業務の全面委託化に伴い、病院管理栄養士業務は 100%臨床部門へシフトし、担当病棟内で業務を行い栄養管理の強化を図っている。

忙しい中、10 月の全国自治体病院学会では井埜管理栄養士が、１月の日本病態栄養学会では根本・木村管理栄養士が、２月の日本栄養治療学会では井埜管理栄養士が発表し、年間４演題と学会活動を活発に行い各自のスキルアップに努めている。

実習生の受け入れは、４大学より８名延べ 105 日であり、実習内容は学生の理解度に合わせて実施した。今後も質の高い実習内容となるよう努めていきたい。

来年度は、管理栄養士欠員２名（新卒・既卒）補充の予定であり、人員体制を強化しさらなる栄養管理および栄養指導の充実を図りたいと考える。今後も、個々のスキルアップや専門性を磨きながら質の高い栄養管理ができるよう多方面で活躍の場を拡げ、また安全で美味しい食事が提供できるよう委託会社と協力し、業務に取り組んでいきたい。

（文責：科長　木下奈緒子）

年度別・食種別給食数

（食）

食種		令和4年度	令和5年度	令和6年度
一般食	常食	65,402	69,032	69,556
	軟食	22,783	26,439	32,335
	分菜食	11,172	11,257	9,579
	流動食	3,030	3,096	3,487
	学童期食	−	−	518
	幼児食	1,467	1,740	1,856
	離乳食	84	283	237
	調乳	4,001	4,371	6,180
	小計	107,939	116,218	123,748
療養食（特別食）	エネルギー食塩コントロール食	72,165	71,703	85,558
	タンパク質コントロール食	22,862	21,513	21,044
	脂質コントロール食	6,783	8,591	7,020
	低残渣食	1,097	1,157	1,166
	胃・十二指腸潰瘍食	2,568	2,690	3,527
	術後食	3,932	4,032	4,017
	小児腎臓病食	55	22	1
	小児糖尿病食	30	0	0
	嚥下食	34,183	37,162	38,604
	大腸食	222	251	197
	経腸栄養食	25,497	24,625	23,873
	その他	4,810	4,692	4,569
	小計	174,204	176,438	189,576
合計		282,143	292,656	313,324

年度別・１日平均調乳量

（ml）

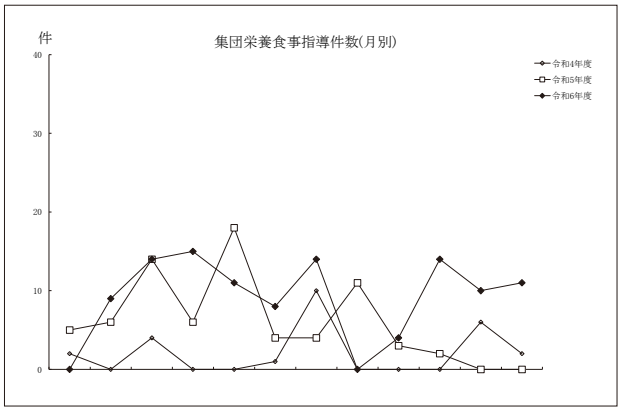
分類	令和4年度		令和5年度		令和6年度	
	年間	1日平均	年間	1日平均	年間	1日平均
新生児	1,195,500	3,275	1,057,700	2,898	1,379,600	3,780
小児科	159,800	438	567,000	1,553	540,100	1,480
合計	1,355,300	3,713	1,624,700	4,451	1,919,700	5,259

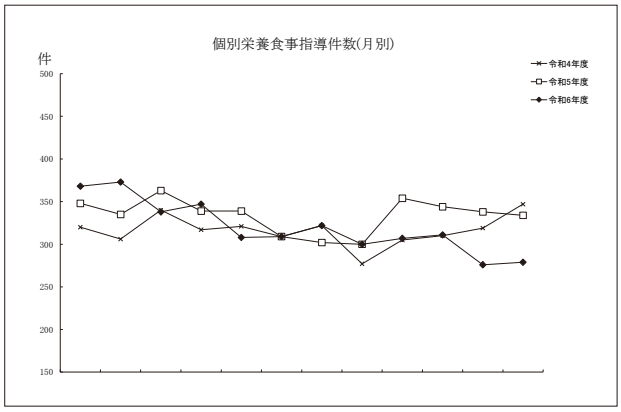
年度別・内容別栄養指導件数

（件）

内容		令和4年度	令和5年度	令和6年度
個別指導	高血圧	359	360	292
	心臓病	444	473	550
	脂質異常症	100	108	109
	糖尿病	1,290	1,383	1,254
	肥満症	50	87	127
	肝臓病	41	83	80
	腎臓病	855	612	544
	膵臓・胆のう病	24	34	33
	胃・十二指腸潰瘍	8	5	7
	炎症性腸疾患	10	9	13
	鉄欠乏性貧血	16	32	19
	妊娠高血圧症候群	0	14	3
	胃がん・大腸がん（術後）	239	276	242
	食物アレルギー	5	3	4
	嚥下障害	15	33	51
	がん	162	264	206
	低栄養	9	36	81
	その他	116	164	208
合計		3,743	3,976	3,823
集団指導	糖尿病教室	16	68	110
	歯科栄養教室	9	5	0
合計		25	73	110
糖尿病透析予防指導		50	31	15

＊炎症性腸疾患はクローン病、潰瘍性大腸炎
＊その他は骨粗鬆症、呼吸器疾患、脳血管疾患、腸閉塞、高尿酸血症など





臨床工学科

1　業務体制

臨床工学科では医療機器管理業務、血液浄化業務、心血管カテーテル業務、心臓植込み型デバイス管理業務、人工心肺業務、手術室業務、呼吸治療業務、集中治療業務を行っている。各診療科の検査、治療内容に応じて人員配置を調整し、複数業務を兼務しながら相互サポートする体制である。時間外緊急業務に対し心血管カテーテル業務は待機当番体制、その他の業務はオンコール体制とし、補助循環装置（ECMO）の管理期間中は夜勤二交代体制である。

2　業務スタッフ

部　長（心臓血管外科部長兼務）	染谷　　毅	
科　長	須永　健一	
主　査	關　　智大	田代　勇気
	峠坂　龍範	
主　任	桑林　充郷	伊藤　俊一
	平野　智裕	角田　憲一
主　事	村瀬　かすみ	森口　　孟
	榎本　彩香	植木　裕史
	大瀬　愛実	三宅　敦博

以上、臨床工学技士 14 名

3　業務内容

(1) 医療機器の保守点検

・輸液ポンプ、シリンジポンプ、人工呼吸器、フットポンプ、低圧持続吸引器、一酸化窒素ガス管理システムを中央管理し、日常点検と定期点検を実施。

・除細動器、AED、血液浄化関連装置、人工心肺関連装置、心血管カテーテル関連装置、補助循環装置、生体情報モニター、麻酔器、ダヴィンチ（手術支援ロボット）、保育器などを各設置場所にて管理し日常点検と定期点検を実施。

・医療機器管理システムを用いて点検記録を管理。
今年度は転院搬送時の機器院外持ち出し時の手順を作成し運用を開始した。

(2) 医療機器、部材の安全管理

・医療機器の操作や安全使用に関する研修会の実施。

・医療機器、部材の不具合情報や安全使用に関する情報の収集と周知、安全対策の提案と実施。

(3) 各診療科への臨床技術提供

・透析監視装置などを操作し血液浄化治療を支援。透析支援システムを用いて患者情報と治療データを管理。エンドトキシン、生菌検査を定期的に実施し水質確保と透析液清浄化に努めている。
昨年度よりシャントエコー検査業務を開始し、今年度は検査件数が大幅に増加した。シャントの狭窄や閉塞の早期発見と、医師の負担軽減に貢献している。

・ポリグラフ、IVUS、OCT システム、3D マッピングシステム装置などを操作し、心血管カテーテル治療を支援。
今年度より TAVI（経カテーテル的大動脈弁植え込み術）チームの一員として手術の準備や実施をサポートしている。

・プログラマーを操作し、心臓植込み型デバイスの植込み手術とペースメーカー/ICD 外来を支援。不整脈エピソードなどを解析し点検データを管理し、遠隔モニタリングは当科で全て管理している。

・心臓血管外科手術で人工心肺関連装置を操作。

・ICU で IABP や ECMO、IMPELLA などの補助循環装置の管理と、CRRT や血液透析などの血液浄化治療などで集中治療業務を支援。

4　1 年間の経過と今後の目標

今年度は集中治療業務において Impella 管理業務と血液浄化治療が大幅に増加したが、スタッフ全員が多くの業務に従事できるメリットを十分に活かし、複数業務を兼務しながら縦横無尽に活躍してくれた。手術室における TAVI やダヴィンチ管理業務の増加が見込まれる中、更なる活躍を期待している。今後も当科の基本方針である「全ての業務に関わることができるオールラウンダーの臨床工学技士育成」を継続し診療補助業務に貢献していきたい。

医療機器管理では新病院開院後に改めて中央管理機器の使用終了後の返却を徹底し、今年度は機器返却状況が大きく改善した。これにより機器の点検と貸出しの件数が大幅に増加するとともに、効率よく運用することができた。また、機器別の稼働率データから機器定数を見直し、計画的に更新を進めることができている。また、これまで管理ができていなかった手術室の麻酔器や保育器の保守管理について検討を進めており、次年度から実施する予定である。

その他の活動として、数年前から「高い目標を設定し、全員で達成に向けて協力する」をコンセプトとした目標管理マネジメントを行っている。これにより、全員が目標管理を重要なこととして捉え、前向きに取り組むことができている。今年度はこの目標管理の一

環として「医療材料のコスト削減と適正使用」をテーマにQC活動を行い、大きな成果を得た。次年度以降も継続して取り組んでいきたい。

今後も医療機器のスペシャリストとして、機器の新規購入から廃棄までの一括管理、保守点検、安全使用の周知を行い、医療安全と病院経営に貢献していきたい。

（文責：科長　須永健一）

医療機器管理業務（中央管理機器）

		令和4年度	令和5年度	令和6年度
輸液ポンプ、シリンジポンプ	貸出件数	3,085	4,401	7,043
	点検件数	7,528	7,510	8,517
人工呼吸器類	貸出件数	289	174	537
	点検件数	5,563	4,748	5,217
フットポンプ	貸出件数	575	812	1,376
	点検件数	608	809	1,403
低圧持続吸引器	貸出件数	286	213	315
	点検件数	282	212	326
機器修理件数	修理依頼件数	387	505	454
	院内修理件数	354	475	419
	院外修理件数	33	30	35

血液浄化業務

血液透析(HD)件数	8,562	8,419	8,324
うち外来透析件数	6,286	5,880	5,881
うち入院透析件数	2,276	2,539	2,443
特殊血液浄化療法件数	144	226	180
シャントエコー検査（患者数/件数）	―	38/84	60/147

心血管カテーテル業務

心血管カテーテル検査、治療	総　件　数	1,202	1,263	1,226
	緊　急　件　数	285	278	289
	時間外緊急登院回数	82	103	91

心臓植込み型デバイス管理業務

ペースメーカー・ICD外来チェック件数	1,255	1,243	1,316
臨時チェック件数	168	203	238
フォローアップ患者数(年度末)	801	842	901
遠隔モニタリング患者数(年度末)	428	455	466
MRI撮像依頼件数	16	43	46

人工心肺業務

心臓外科手術（人工心肺装置操作症例）	総件数	65	48	60
	緊急件数	14	10	20
ダヴィンチ（手術支援ロボット）手術	総件数	―	36	138
TAVI（経カテーテル的大動脈弁留置術）	総件数	―	―	20

集中治療業務（ICU管理）

補助循環（IABP）	患者数	22	23	18
	管理日数	95	82	70
補助循環（ECMO）	患者数	8	12	10
	管理日数	25	49	54
補助循環（IMPELLA）	患者数	3	5	12
	管理日数	36	58	116
血液浄化（HD / CHDF）	患者数	34	41	81
	管理日数	95	141	195

病理診断科

1　業務体制

病理診断業務は常勤病理医２名および非常勤病理医数名で行った。臨床検査技師は常勤６名（うち細胞検査師４名）で業務を行った。検査技師は従来どおり病理業務のほかに、臨床検査科の夜間当直・休日日勤ローテーションを兼務している。

2　業務スタッフ

部　長　　伊藤　栄作
部　長　　笠原　一郎（臨床検査科部長兼務）
技　師（細胞診）　志賀真也子（主査）を含む４名
ほか技師２名

3　業務内容と昨年度実績

令和５年度の病理組織診断件数は6,045件と初めて6,000件をこえ、そのうちわけは手術検体2,606件、生検3,182件、術中迅速診断208件他であった。全般に組織診件数はコロナパンデミック以前の令和元年度に比べて大幅に増加し、とくに手術検体の診断依頼数の伸びが目立った。月ごとの総手術件数のうち病理診断依頼件数の割合について、平均60%内外の傾向は令和４年度および５年度と共通していた。一般免疫染色をほぼ全件院内で実施しているが、コンパニオン診断のための免疫染色と遺伝子変異解析、腎生検の蛍光染色および電子顕微鏡検査はほぼ全件を外注した。細胞診では ROSE（Rapid On Site Examination）を継続して行っているが、外来分の子宮頚部スメアは令和５年9 月まで外注だったものを院内にもどして実施している。

病理解剖は年度では11件実施し、うち内科系各科からの依頼は11件でありいずれも増加した。

令和５年11月から新病院での業務を開始したが、新病理検査室は解剖室ともにバイオハザード対策がとられ、手術エリアと隣接・直結させ、検体の移送がダイレクトに行えるようになったと同時に、術後検体の担当医による処置も 24 時間体制で切り出し室で行えるようにしたため、検体処理が迅速になり、未固定時間が短縮された。

臨床病理症例検討会（CPC）は５回開催された。臨床各科との Cancer Board について、呼吸器系合同（内科系・外科系・放射線および病理の４科合同）はほぼ週１回ずつ継続して行い、消化器系合同は月１回行った。また婦人科合同が再開されたが、1 回のみにとどまった。乳癌および腎臓は休会が続いているが、腎臓に関しては症例個別に少人数での検討が行われている。

4　１年間の活動内容と今後の目標

例年と同様に、ほぼすべての病理診断を院内で行うことができ、また診断困難例については、東京医科歯科大学医学部付属病院病理部や癌研究所有明病院などにコンサルトした。

インシデント報告は行うべき事象がなかった。

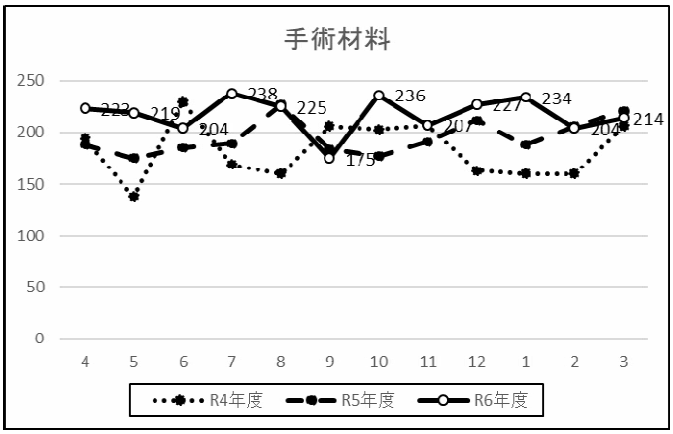
移転後から年度末にかけて検体処理機器の故障が相次いだが、順次修理・更新手続きがとられている。病院機能評価機構の審査を受審し、現在結果待ちの状態である。

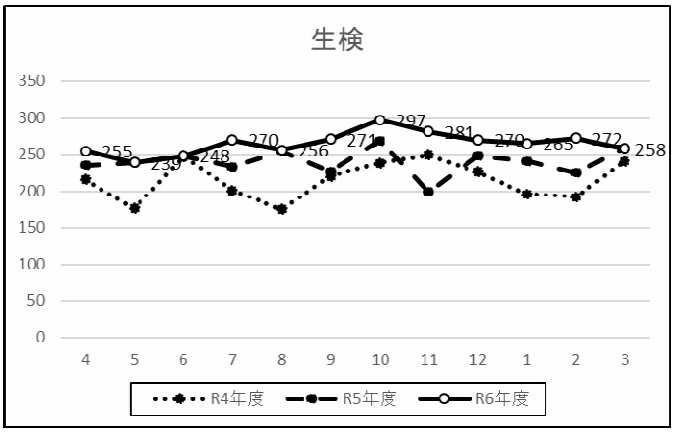
今年度の展望としては、がんゲノム診療連携病院としての業務がスタートするため、これまで整備してきた検体・標本管理を徹底し、検査に適したスライド作製の実績を積んでいくことになる。

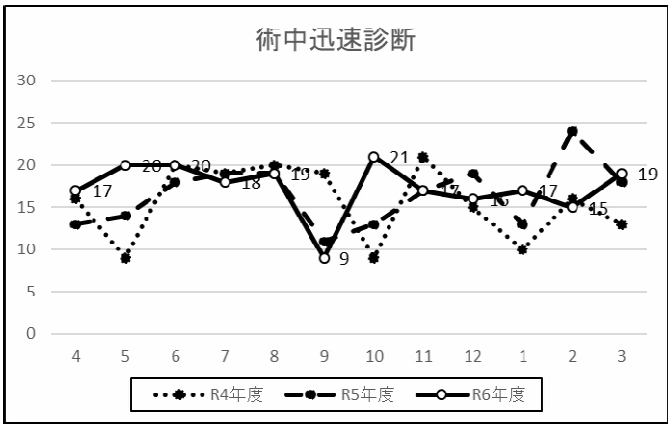
（文責：部長　笠原一郎）

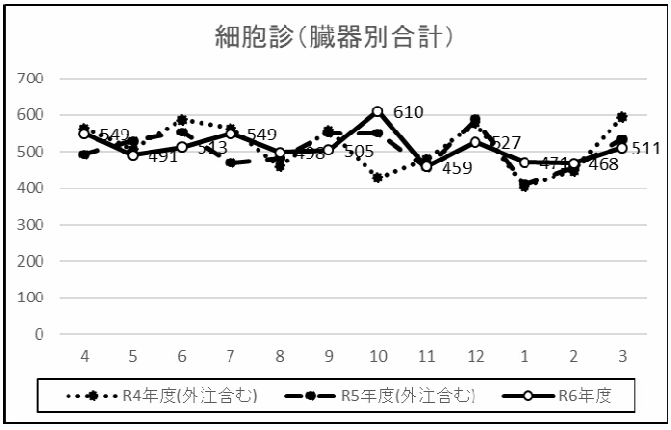
【2024 年度集計と比較】

	令和４年度	令和５年度	令和６年度
手術材料	2,196	2,343	2,606
生検	2,577	2,876	3,182
迅速診断	187	198	208
組織合計	4,991	5,492	6,045
細胞診	6,175	6,078	6,151
部検	11(10)	7(6)	11(11)
部検年別	10(7)	10(9)	10(10)


手術材料
250
200
150
100
50
0
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
R4年度
R5年度
R6年度


生検
350
300
250
200
150
100
50
0
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
R4年度
R5年度
R6年度


術中迅速診断
30
25
20
15
10
5
0
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
R4年度
R5年度
R6年度


細胞診（臓器別合計）
700
600
500
400
300
200
100
0
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
R4年度(外注含む)
R5年度(外注含む)
R6年度

看護局病棟概要

令和７年３月現在

病　棟	主担当診療科	病床 稼働率	看護提供 方式	看護体制
東 6	50 床（精神科）	37.6　%	受け持ち制 一部機能別	2 人夜勤 3 交代制
8　B	37 床（血液内科・内分泌糖尿病内科）	77.0　%	受け持ち制 ペアリング	3 人夜勤 2・3 交代制
8　A	45 床（整形外科・形成外科 皮膚科・眼科・口腔外科）	76.7　%		3 人夜勤 2・3 交代制
7　B	45 床（脳神経内科・脳神経外科）	79.1　%		4 人夜勤（看護補助 1 人含） 2・3 交代制
7　A	38 床（呼吸器内科・呼吸器外科 結核病床 2 床 感染症専用病床 6 床）	78.9　% 感染症 50.6　%		3 人夜勤 2・3 交代制
6　B	45 床（循環器内科・心臓血管外科）	76.1　%		4 人夜勤 2・3 交代制
6　A	43 床（腎臓内科・循環器内科・呼吸器内科）	77.3　%		3 人夜勤 2・3 交代制
5　B	45 床（外科・消化器内科）	77.3　%		4 人夜勤（平日のみ看護補助 1 人含） 2・3 交代制
5　A	43 床（消化器内科）	79.0　%		4 人夜勤（平日のみ看護補助 1 人含） 2・3 交代制
4　B	44 床（産婦人科・泌尿器科 リウマチ膠原病科・耳鼻咽喉科）	85.0　%		4 人夜勤（平日のみ看護補助 1 人含） 2・3 交代制
4　A	35 床（産科・GCU・NICU))) 10 床（小児科）	62.1　% 小児 53.8%		5 人夜勤 2・3 交代制
院内 ICU	6 床（救急医学科）	68.8　%	受け持ち制	4 人夜勤 2・3 交代制
救急 ICU・ 救急病棟・ 救急外来	24 床（救急医学科）	84.3　%	受け持ち制	準夜勤 12 人・深夜勤 10 人　夜勤 2・3 交代制
血液浄化 センター	40 床			
中央手術室兼 中央材料室	10 室			2 交代制
外来				夜間小児外来（準夜のみ） 準夜 1 人

看護局スタッフ（人）

看護局長：1　看護局次長：4　看護師長：20　看護副師長：22　看護主任：18　在籍職員総数：536（産・育休含む）
看護補助：59　　（R7 年 3 月 31 日現在）

会議および勉強会

病棟会・定例会：月 1 回　　勉強会：月 1～2 回

1 年間の経過と次年度への課題

看護局の人材の確保と定着については、新病院移転後の病床及び手術室の全室稼働に至っていないため、今年度も重点課題と捉えて引き続き採用に対する取り組みを続けた。令和 7 年度の新卒新人確保については 4 回の採用試験で 39 人を確保し（前年より 12 人増）、実習受け入れ校からの採用者も採用予定者の 49%を占めた。新病院になった事も大きいが、これまでの取り組みの成果が出てきていると評価している。既卒者の採用に関しては、ハローワーク職員との情報共有やナースプラザの活用及び市の広報誌等での募集活動を行ったが、目標の採用人数には届かず次年度の

課題である。新人職員に対するメンタルヘルス対策は今年度も継続し病棟管理者と連携し対応を行ったが、離職率は新人 14%（全体は 7.1%）と前年度より上がった。次年度より精神科医による定期面談は中止となるが、リエゾン精神看護専門看護師や教育担当師長、看護管理室担当者とサポート体制を検討・実施していく。

令和 7 年度に向けた取り組みとしては、3 月より周産期の特殊性を生かして産科・小児科病棟の合併と院内 ICU と救急 ICU・救急病室双方で運営をしていた救急外来の看護単位を救急 ICU 側の管理管轄に変更をした。また、緩和ケア病棟の開棟に向けて、他病院の施設見学や公立あきる医療センターでの緩和ケア病棟実習などを通して、開棟準備と看護職員の体制の構築の機会とした。また、東 6 病棟の移転と血液浄化センターの改修工事については、安全を確保した工事が進み。日々の業務にも支障が無いように調整を行った。6 月の移転・開棟さらに旧棟に残った部門の移転について取り組みを進めていく。

次年度は、現在取り組んでいる看護師長会を中心としたマインドワーキンググループ活動を発展させ、看護局の BSC 作成や人事評価の指標・ラダー評価の見直し等に着手していく予定である。

（文責：看護局長　小平久美子）

東6病棟

精神単科病院からの身体合併症入院依頼は、MSW の協力により情報が一元化され、ベッド状況、身体科医師への依頼が昨年よりさらに円滑になった。そのため、当日午後の問い合わせに対し、当日当科へ入院もしくは救急病棟で入院となるケースが増加した。

今年度、身体合併症100件のうち消化器系疾患が23件と多く、急性期消化器系疾患に対し早急な対応を行うことができている。うつ病などの休息目的での任意入院は、微増傾向ではあるが、病棟老朽化、携帯電話の時間制限などによる入院拒否はある。令和7年6月移転予定となっている西館で療養環境改善を目指し、急性期治療、休息入院共に安心、安全な入院環境が提供できるようにする。

（文責：看護師長　増田沢和子）

8A病棟

5月より整形外科・形成外科・歯科口腔外科・眼科以外に脳神経内科、脳神経外科の第2病棟として、積極的に患者の受け入れを行った。スタッフに対しては整形外科疾患、手術を中心に、4 科全てに対応出来るように育成に力を入れるとともに、骨粗鬆症リエゾンチーム会に積極的に関わり、マネージャー取得を支援した。また、倫理的視点をもったカンファレンスを行い倫理的感受性や看護実践の向上を図った。

病床管理については、令和6年度の稼働率が76.8%であり、昨年度の71.6%を上回り、病院が目標にしている、平均7割稼動を達成した。平均在院日数は16.5日であり、昨年度の18.1日から短縮した。主科で7割を超えていたが、空床があるときは、他科の予定入院、緊急入院を受け入れた。また、新型コロナをはじめとした感染の流行期にもクラスターを起こすことなくスムーズな病棟運用に貢献できた。

次年度においても整形外科を中心とした予定・緊急入院を速やかに受け入れるようにしながら、空床があるときには、他科の受け入れを行い、効率的な病床管理に務めるとともに、患者や御家族に寄り添い、安全で質の高い看護を提供していきたい。　（文責：看護師長　佐藤貴之）

8B病棟

血液内科・内分泌科病棟の病床管理は、目標稼動率72%に対し、77.0%、平均在院日数は20.4%であった。血液内科は治療経過が長期化しやすいため、QOL の維持、向上に重点をおき、多職種連携で早期退院を目指した。化学療法は新薬が7剤導入され、新たな知識とスキルアップに努めた。看護の質改善では、緩和ケアスクリーニングで介入を見逃さない取り組みを実施、患者が必要とするケア介入に繋がった。多職種とのデスカンファレンス2件、倫理検討2件に取り組み、振り返りと課題を明確にすることで、倫理的視点と意思決定支援の重要性を理解し、実践に繋げていくことができた。

内分泌の教育入院は17件であった。教育入院の患者情報用紙の見直しや、糖尿病療養士以外でも患者指導を行える体制を目標に準備を始めた。また、働きやすい職場づくりとして、コミュニケーションを重視、柔軟な働き方と復職者の受け入れを行い離職者は0人だった。

課題は、信頼される医療者として、自らが中心となり、率先して多職種連携していく人材の育成と糖尿病の患者指導体制を構築することである。

（文責：看護師長　野﨑栄美）

7B病棟

令和6年度は脳神経内科、脳神経外科病棟として病床数45床7割稼動を目標に運用。病床稼動率79.1%平均在院日数18.2日となった。

令和5年度は新病院への移行により、物、人の変化、運用の変更等、ハード面を中心に様々な変化への対応がメインとなったが、令和6年度は体制が整い、ソフト面を中心に、各部門との連携強化やスタッフのレベルアップに向けた勉強会等を行った。脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を中心に摂食嚥下チームを立ち上げ、看護師による嚥下機能評価の運用を開始した。また、脳神経内科領域では4名の看護師がパーキンソン病療養指導士の資格を取得、活動を開始している。

令和 5 年度より再開したレスパイト入院は年間 10 件（延べ日数211日間）の受け入れを行った。

令和7年度の課題として、引き続き各部門との連携を強化すると共に、地域病院や在宅医療との連携を行う事で、患者様に適切な入院期間や療養環境を提供し、在院日数の短縮化を目指していく。

（文責：看護師長　栗原亜希子）

7A 病棟

7A 病棟は呼吸器内科・呼吸器外科と感染症のため結核用陰圧室 2 室･陰圧室 6 室を有する計 38 床の病床を運用している。感染症病床は結核をはじめとした空気感染の患者を 24 時間受け入れ､令和 6 年度は麻疹対策で陰圧室エリアを隔壁で隔離して感染対策を講じた。

感染症以外では呼吸器内科が肺癌、慢性閉塞性肺疾患、気管支鏡検査、化学療法等の治療に加え呼吸リハビリ教育入院を栄養科やリハビリ科等の他職種と協働して実施した。また、呼吸器外科では 12 月から土日祝日の入院や小児期の気胸入院を受け入れた。

入院中は呼吸器内科医師と看護師が病状や療養について情報共有するためカンファレンスを毎週水・木曜日に定期的に開催し、多職種カンファレンスでは治療後の療養生活を見据え、不安なく退院出来るよう早期に退院調整を行い平均在院日数は去年度よりも短縮し 12.8 日となった。

次年度も患者さんが安心して入院し地域に戻れるように、感染対策を徹底し安全で安心して過ごせる質の高い看護の提供を実践したい。

（文責：看護師長　福田真紀）

6A 病棟

腎臓内科を主科とした、呼吸器内科・循環器内科の第二病棟として 43 床の 7 割稼動を目標に運用。それ以外の科も積極的に患者の受け入れを行った。夜間・緊急入院を合わせて年間 200 件以上の受け入れを行った結果、病床稼動率 77.3%　平均在院日数 13.1 日となっている。

腎臓内科では、シャント閉塞や腎生検の患者の入院受け入れが多く、透視下での PTA・長期カテーテル留置、腎生検の介助にも対応できるよう、昨年に引き続きスタッフの育成に力を入れた。また、倫理的視点を養うことを目標に、スタッフ全員が 4 分割法を用いてグループ内で検討、病棟のカンファレンスでは 6 件の発表・事例の検討を行ったことは、倫理的感受性や看護実践の向上につながった。更に今年度は、看護師の IC 同席件数が 101 件で、自己決定支援や患者、家族のサポートにも貢献できたと考える。

次年度の課題は､腎臓内科のクリニカルパスの運用を増やし、入院期間の短縮につなげていきたい。引き続き効率的な病床管理に務めるとともに､患者や御家族に寄り添い、安全で質の高い看護を提供していきたい。

（文責：看護師長　福島奈津子）

6B 病棟

心臓血管系の患者は、ほぼ検査入院から治療・手術までを一貫して 6B 病棟での入院ができ､患者が安心して検査から治療まで入院生活を送り、退院後の生活についても必要時、退院支援看護師等とカンファレンスを行い支援している。

看護の取り組みとしてペアリング方式を継続し、より良い看護提供ができるように努めている。心臓カテーテル・心臓リハビリテーションを担当できるスタッフの育成・役割遂行も適宜行っている。

また、前年度より開始となった左心耳閉鎖術や経カテーテル的大動脈弁置換術も、医師や他職種とのカンファレンスを行い、術前・術後ともに安心して手術が受けられ、術後のリハビリや退院指導など、他職種での介入も継続できている。

心不全患者に対しては、緩和ケアチームと協働として、月 1 回心不全患者のカンファレンスを緩和ケア医師・緩和ケア認定看護師・病棟看護師で行い、症状の緩和と患者の QOL 向上に努めている。

次年度も、効率的な病床管理に務めるとともに、患者や御家族に寄り添い、安全で質の高い看護を提供していきたい。

（文責：看護師長　西田裕子）

5B 病棟

消化器センターとして 5A 病棟と連携し、消化器内科・消化器外科の受け入れを行い、検査・手術対応を行った。また、乳腺外科として手術を中心とした患者の受け入れを行った。年度の病棟稼働率は 77.3%、平均在院日数は 14.2 日であった。

経験年数が浅いスタッフも多く在籍しており、スタッフ教育の充実を図ることで看護の質の向上や在院日数の短縮につながると考え、業務改善を行った。スタッフ教育の充実のため、個々に合わせた指導が実践できるように、看護師経験年数だけでなく、外科やストーマ管理の経験年数を考慮した小チーム制を取り入れた。ストーマ管理経験者を中心に指導の強化を行い、看護師が率先してストーマ指導を行い、早期退院できるよう援助を行っている。また、高齢者が多いため、自己管理だけでは困難なケースもあり、退院支援チームとの早期連携を図り、退院後も自宅で安心して療養できるよう援助している。

次年度も引き続きスタッフが働きやすいように業務の見直しを行い、チームワークの向上を目指し、看護の提供と効果的な治療ができるよう援助を行っていきたい。

（文責：看護師長　大野美紀）

5A 病棟

消化器センターとして 5B 病棟と連携し患者の受け入れを行った。入院患者数が目標の病床数を上回ることも多くあり、他病棟の協力を得ながら病床管理を行い、平均病床稼働率としては 78.9%と目標値を上回る結果となった。

看護の取り組みとして、QC 活動による看護記録に関する業務改善を行い、タイムリーな経時記録ができるよう、部屋持ちの工夫や意識改善の取り組みを行った。すべてが改善できる結果には至らなかったが、効果的な活動実践を行うことができた。また、看護補助者の夜勤業務開始・新規クリニカルパス導入を行い、看護師の負担軽減を図った。さらに 1 名の看護師が男性導尿実施研修を受講し、資格取得ができている。

がん・終末期患者が多い病棟として、緩和ケアチーム・退院支援チームとの連携を行い、安心・安全な治療、退院後も安心できる療養が送れるよう多職種連携を行っていった。これからも患者・ご家族に希望に寄り添う看護の提供としていきたい。

次年度も引き続き、安心できる看護提供と消化器センターとして効果的な病床利用を行って行きたい。

（文責：看護師長　坂田由香）

4A 病棟

当院の令和 6 年度の分娩件数は 410 件であり、昨年度より増加となった。精神疾患合併・若年・高齢初産・シングルなど社会的ハイリスク妊産婦も増加しており、多職種で関わらなくてはならないケースがますます増えている。3 月より小児科病棟が合併となり、地域との情報共有・対応の検討を重ね、学童期まで切れ目のない支援を継続することとなった。今後も増加していく社会的ハイリスク妊産婦が安全に出産でき、母児共に地域で健やかに生活できるよう援助してきたい。

8 月より青梅市の産後ケア入院の受け入れを開始し、3 月までに 66 件の利用があった。令和 7 年度は羽村市や福生市の産後ケアも受け入れ予定である。産後の育児不安の解消、育児疲れの軽減に努めていきたい。

NCPR のインストラクターが 4 名に増え、院内講習が開催できるようになった。外部の受講生の受け入れも開始し、地域の周産期医療の貢献ができている。今後も西多摩医療圏の周産期医療を支えられるよう定期開催を継続していきたい。

（文責：看護師長　山下弥生）

4B 病棟

令和 6 年度は、病床利用率 90%以上、平均在院日数 8 日以下を目標とした。令和 7 年 3 月年度途中に病棟編成があり、人員異動にて病床利用率 70%に変更となったため、令和 6 年度病床利用率 69.3%、平均在院日数 7.2 日の運用となった。

4B 病棟はリウマチ科・婦人科・泌尿器科・耳鼻科 4 科の受け入れをおこなっている。リウマチ科においては、治療上の特性から長期入院が必要となるケースがある。そのため治療方針や経過について、医療者間の定期的なカンファレンスを設け、適切なタイミングでの退院支援・看護介入に努めた。婦人科・泌尿器科・耳鼻科においては、手術や化学療法目的に入院される方が多く、入院期間短縮のためクリニカルパスの見直しを行った。また、泌尿器科では、新規光線力学診断用剤導入において、看護対応を検討し援助を行うことが出来た。

令和 7 年度の課題は、引き続き最適な療養環境の構築、働きやすい環境・業務の見直しを行ない患者の受け入れ、質の高い看護の提供を目指していく。また退院支援部門との連携を図りながら、早期退院も目指していく。

（文責：看護師長　小林身友希）

4A 病棟（小児）

小児病棟受け入れ許可病床は 10 床で、小児科・整形外科・耳鼻咽喉科・形成外科・泌尿器科・外科・呼吸器外科の児の受け入れを行った。平均在院日数 4 日以下を目標に掲げていたが、令和 6 年度重症心身障害児の受け入れも多く、慎重な治療・看護ケアの提供が必要であり、平均在院日数は 7.0 日となった。

コロナをはじめ、感染症に対する適切な対策が図れるようになり、面会やご家族の付き添いについての見直しを行い、児の精神安静や親子のつながりを大切にする環境的な配慮は行えた。また、入院中に親御さんとのコミュニケーションを図り、退院に向けた支援や必要に応じ地域との連携を図るよう努めた。

次年度の課題としては、病棟編成に伴い産科・小児科病棟となるため、出産からの継続的な看護提供の取り組みと、引き続き発達段階に応じた専門性の高い看護の提供を目指していきたい。

（文責：看護師長　小林身友希）

院内 ICU

院内 ICU は 6 床を有し、重症患者に対して高度な集中治療を提供している。令和 6 年度の月平均の在院患者数は５床、病床稼働率は 68.7%であった。

RRT メンバーと連携し年間を通じて多数（80 件のコール）の院内急変患者に対応し、迅速な医療介入を行っている。3 名のクリティカル分野の認定看護師が在籍しており、専門性を発揮し、気管挿管患者のケアや早期離脱に向けた人工呼吸器設定変更などの特定行為を年間 295 件実施し、質の高いケアに貢献している。PICS（集中治療後症候群）予防を目的とした「ICU 日記」は、患者の状態や治療経過、家族へのメッセージなどを記録し、多職種間の情報共有と ICU 退出後の患者・家族への精神的支援に役立っている。

ICU 早期リハビリテーションは、医師、認定看護師、リハビリセラピストとのカンファレンスを軸にした多職種連携のもとに積極的に実施され患者の機能回復を促進している。

今後もチーム医療を推進しさらなる医療・看護の質の向上を目指していく所存である。

（文責：看護師長　生子美乃）

救急 ICU・救急病棟

救急 ICU･救急病棟の延べ入院患者数は 2833 人、病床稼働率　84.3%、平均在棟日数は 4.0 日だった。緊急で入院が必要な患者に対し、迅速に安全な入院生活が過ごせるように看護の提供を行った。6 月より救急 ICU 入室患者を対象としていた早期リハビリテーション介入を救急医療加算取得患者に対象を拡大した。医師、看護師、理学療法士、病棟 DA と共働し、月から金曜日に 1 回/日早期離床、拘縮予防、ADL 維持のためにカンファレンスを実施し 2940 件の介入を行い定着させた。

救急外来においては前年度以上に受診患者総数及び救急車・ヘリ搬送が増え、医師、看護師、救命士との連携、チームワークが求められた。3 月より救急 ICU・病棟スタッフが救急外来をすべて担う運用に変更になり指示、連絡系統が一本化された。

看護師総数も約 65 人と大所帯となったため今後は部署内連携を強化すること。これまで以上に救急外来患者が安全・安心でかつ速やかに入院ができ、外来から一貫した看護提供を患者および家族にも提供できるようにしていきたい。

（文責：看護師長　手塚慶子）

血液浄化センター

今年度の透析年間総数は外来透析件数 5648 件、入院透析件数 2799 件。合計 8447 件(前年度比 38 件増加)、腹膜透析が依頼件数は 68 件（前年度比 3 件増加)、腎不全治療選択外来件数 28 件（前年度比 3 件増加)、シャント外来件数 691 件（前年度比 30 件増加)、PTA 件数 432 件（前年度比 54 件増加）であった。

今年度は外来患者のフットケアに加え、院内入院患者フットケアにも介入を広げ、透析患者さんだけでなく糖尿病患者さんの下肢の観察・ケアを実施し下肢病変予防と異常の早期発見を行い皮膚科や形成外科へつなぐことができた。

また、新病院建設に伴い、安全に透析を行いながらの工事であったが患者様のご協力のもと特に問題なく待合室、診察室の移転を安全に行うことができた。

次年度も引き続き新病院建設工事を行うため、安全に留意し患者様へ質のよい医療を提供していきたい。

（文責：看護師長　田貝佐久子）

中央手術室兼中央材料室

今年度手術件数の目標は 4200 件、結果は 4372 件であり目標を上回る結果となった。令和 6 年度、ダビンチ手術に呼吸器外科が加わり、泌尿器科 49 件、外科 42 件、産婦人科 40 件、呼吸器外科 10 件、年間 141 件の手術を実施した。また、ハイブリッド手術室は心臓血管外科、循環器内科が中心に TAVI、ウォッチマン、腹部･胸部のステントグラフト等の手術を年間 75 件実施した。安全な手術提供のため、WHO 安全チェックリストを用いた『サインイン～サインアウト』も全例の手術で実施することを徹底できた。

手術件数の増加に伴い周術期看護の質向上に関する課題は、全身麻酔科の予定手術に関して術前訪問の実施ができていない事であった。全件実施を目標にし、術前訪問シートの検討修正、業務分担等を行い、対象者の術前訪問の実施ができるようになった。今後はさらに「情報共有」「個別的な看護実践」を目指し取り組んでいこうと考える。

（文責：看護師長　高橋嘉奈子）

外来

令和6年度外来1日あたりの平均患者数実績は1149人であった。令和7年度は目標値1141人を目指し、多職種と連携し急性期病院として地域からの患者を積極的に受け入れ外来チーム医療を提供していきたい。

令和6年度外来において在宅療養指導料（インスリン外来）目標170件に対し198件（前年度比＋90件）、糖尿病合併症管理料（フットケア）目標200件に対し271件（前年度比＋31件）であった。看護外来は月曜日と水曜日の週2回で対応しているが、フットケア患者や糖尿病注射新薬の導入により対象患者は増加現状にある。今後、看護外来日の追加を検討し該当患者を受け入れ業務拡大に取り組みたい。

外来へのご意見では待ち時間に関することが多く、待ち時間対策は外来の大きな課題である。短縮への取り組みを講じ定期的な状況把握・分析を多職種で連携し取り組み、患者サービスの向上を目指したい。

患者さんに安心して外来受診していただけるよう患者に寄り添う医療を意識し、限られた時間の中で求められる看護を日々実践していきたい。

（文責：看護師長　内藤治美）

ケアサポートセンター

ケアサポートセンターは、院内で活動するスペシャリスト看護師の活動を支援する部門であり、皮膚・排泄ケア認定看護師2名･緩和ケア認定看護師1名専従･専任として在籍している。令和6年度は、認定看護師14名（うち、特定2名）、専門看護師4名、診療看護師7名のスペシャリスト看護師が院内で活動している。活動の場は、各所属部署での実践、チーム医療（感染対策・褥瘡対策・排尿ケア・呼吸療法・緩和ケア・認知症ケア・精神科リエゾン・免疫チェックポイント阻害薬対策・臨床倫理・RRT・FAST）、教育など幅広く対応している。各チームに所属するスペシャリストが常にチームの在り方や活動に対して評価を行い、院内のリソースとして活用されるようにつとめている。令和6年度は、行動制限最小化を目指し委員会を立ち上げシステムの構築を行った。現在の課題としては、スペシャリストへの相談は行われているものの、分野が多岐にわたるため、十分に活用されておらず、体制の明確化が求められている。

（文責：緩和ケア認定看護師
看護副師長　明石　靖子）

薬剤部

1　業務体制

薬剤部では、調剤室（入院調剤、外来調剤）、注射室（注射調剤、在庫管理）、がん化学療法室（がんレジメン管理、抗がん薬調製、薬剤師外来）、製剤室（製剤、TPN 無菌調製）、病棟業務室（薬剤管理指導、病棟薬剤業務）、DI 室（医薬品情報の収集・発信、副作用情報の収集、マスタ管理）、手術室（麻薬・毒薬管理等）、入退院支援センター（予定入院患者の持参薬の確認と休薬指示）、薬務室（麻薬管理、教育、治験薬管理）、糖尿病教室講義の業務を行っている。また交代勤務による 24 時間体制を敷いている。そして令和 6 年度より臨床支援研究室の業務も一部サポートを始めた。

2　業務スタッフ（令和 7.03.31 現在）

常勤薬剤師　32 人（うち 1 名医療安全室出向、1 名感染管理室専従）

臨時薬剤師　1 人(8 時間換算 0.6 人)

臨時事務　4 人　　SPD　7 人

部　長	松本　雄介	科　長	小山　憲一
主　査	細谷　嘉行	主　査	鈴木　吉生
主　査	吉井美奈子	主　査	渡辺　妙子
主　査	山本　寿代	主　査	田中　　崇
主　査	阿部佳代子	主　査	長船　剛知
主　査	西田さとみ	主　査	山﨑　綾子

科　長　川鍋　直樹（医療安全室）

3　業務内容

	令和 4 年度 (1日平均)	令和 5 年度 (1日平均)	令和 6 年度 (1日平均)	単位	前年比(%)
稼働日数	244	243	243	日	
調剤室部門					
外来処方せん【院内】(稼働日)	14,055(58.0)	13,212(54.4)	14,135(58.2)	枚	7.0%
入院処方せん（全日）	74,589(204.4)	82,233(225.3)	90,545(247.4)	枚	10.1%
外来処方せん【院外】(稼働日)	106,827(437.8)	108,643(447.1)	115,871(476.8)	枚	6.7%
院外処方せん発行率	88.4	89.2	88.9	%	−0.3%
薬剤師外来【レブラミド】	407	397	453	人	14.1%
薬剤師外来【ICI】	837	991	1,369	人	38.1%
薬剤師外来【外来治療センター】	253	329	297	人	−9.7%
入退院センター部門					
休薬指示確認確認、常用薬確認（稼働日）	4,704(19.3)	4,102(16.9)	4,763(19.6)	人	16.1%
注射室部門					
外来注射処方せん（稼働日）	20,323(83.3)	24,413(100.5)	24,081(99.1)	枚	−1.4%
入院注射処方せん（全日）	57,102(156.4)	75,574(207.1)	109,630(311.0)	枚	32.3%
製剤室部門					
製剤【一般】	534	502	616	件	22.7%
製剤【滅菌・無菌操作】	1,965	1,644	1,460	件	−11.2%
無菌製剤処理【外来化学療法】(稼働日)	9,020(37.0)	8,634(35.5)	8,896(36.6)	件	3.0%
無菌製剤処理【入院化学療法】(稼働日)	2,489(10.2)	2,618(10.8)	3,284(13.5)	件	25.4%
無菌製剤処理【高カロリー輸液】	1,269	1,386	1,448	件	4.5%
病棟業務室部門					
薬剤管理指導【指導総人数】	8,778	9,591	10,898	人	13.6%
薬剤管理指導を受けた患者の割合	71.2	73.2	74.3	%	1.1%
薬剤管理指導【算定件数】	11,596	12,677	14,501	件	14.4%
薬剤管理指導【非算定件数】	1,304	1,138	1,664	件	46.2%
薬剤管理指導【麻薬加算件数】	121	150	214	件	42.7%
薬剤管理指導【退院指導件数】	2,528	3,089	4,423	件	43.9%
病棟薬剤業務実施	実施（加算1、2）	実施（加算1、2）	実施（加算1、2）		—
入院患者持参薬鑑別(稼働日)	5,665(23.2)	7,078(29.1)	8,674(35.7)	件	22.5%
薬剤総合評価調整件数	21	16	14	件	−12.5%
薬剤調整件数	9	5	0	件	−100.0%
TDM 解析人数	121	153	206	人	34.6%
夜勤・休日日勤(令和 4 年度までは当直)					
処方せん（合計）	24,122(66.1)	28,921(79.0)	35,077(95.8)	枚	21.3%
外来処方せん	8,170(22.4)	9,851(26.9)	11,363(31.0)	枚	15.3%
入院処方せん	15,952(43.7)	19,070(52.1)	23,714(64.8)	枚	24.4%
薬品請求件数	4,565(12.5)	3,530(9.4)	4,869(13.3)	枚	37.9%
問合わせ対応件数	859(2.4)	1,052(2.9)	1,208(3.3)	件	14.8%
麻薬処方せん	1,968(5.4)	1,990(5.4)	2,178(6.0)	件	9.4%
持参薬鑑別	7(0.02)	4(0.01)	4(0.01)	件	0.0%
医薬品情報室部門					
薬事ニュース発行	12	12	12	回	0.0%
DI 情報発行	111	78	70	回	−10.3%
処方提案	695	536	1,012	件	88.8%
薬務・管理室部門					
採用医薬品総数（うち後発医薬品）	1,244(385)	1,246(398)	1,259(443)	品目	1.0%(11.3%)
内用薬医薬品総数（うち後発医薬品）	483(186)	484(192)	487(217)	品目	0.6%(13.0%)
外用薬医薬品総数（うち後発医薬品）	189(52)	187(52)	187(55)	品目	0%(5.8%)
注射用薬医薬品総数（うち後発医薬品）	572(147)	575(154)	585(171)	品目	1.7%(11.0%)
後発医薬品切替品	31	14	40	品目	185.7%
院内における後発医薬品の割合	90.9	92.5	94.3	%	1.8%
カットオフ値	57.5	53.0	52.2	%	−0.8%

4　1年間の経過と今後の目標

令和6年度は1年間を通して新病院での運営を行った最初の年であった。また引き続き、2 名欠員となったが、部員の協力によりなんとか業務を遂行できた。まずは部員、関係各位にお礼を申し上げる。

BSC を用いて立てた行動目標に従って活動できる組織となってきている。また数値は結果であり、それに至るがプロセスが重要であることも共有できつつあると実感した1年であった。

病棟での薬学的管理指導業務では、薬剤管理指導を受けた患者さんの割合は引き続き上昇している（令和6年度 74.3%）。全日本病院協会のデータ（令和6年4～9 月：66.2%）と比較してもチーム医療による質の高い薬物療法の提供が行われていると考える。それが薬剤管理指導算定件数、退院時指導件数が増加したことに繋がった。

がん化学療法では、薬剤師外来への評価となるがん薬物療法体制充実加算の算定を開始できた（966 件）。また手術室への薬剤師配置も順調に進み、規制薬管理以外にも医薬品使用に関わる安全管理を行い、周術期薬剤管理加算の算定を開始した。来年度は術後疼痛管理チーム作りに取り組むことを予定している。

一方、全国的にポリファーマシー対策の動きが加速しているが、ポリファーマシー対策の指標となる薬剤総合調整加算件数、薬剤調整加算件数については伸び悩んだ。引き続きトライしていく。また薬薬連携の中心となるトレーシングレポートの活用についてがん薬物療法に関することが弱い傾向であった。こちらも薬剤師会と連携を強化していく。院内における後発品の使用割合は、94.3%（カットオフ値 52.2%）であった。

令和7年度の BSC における重点事項は、病棟薬剤師業務の充実、PBPM を用いたタスクシフトの整備、術後疼痛管理チーム作り、医薬品推奨リスト（フォーミュラリー）の作成・実施・評価、また継続的な取組みとして薬剤管理指導件数のアップ、外来がん化学療法の薬学的管理指導体制整備と薬剤師外来の充実、各部門での企画力、実行力の養成、ラダー制度の充実（スキルの維持、向上）、医療安全の取組み、残業時間の適正化、業務手順の明確、簡略化、院内の副作用報告体制の強化、プレアボイド報告体制の整備、各種認定薬剤師の養成、実務実習を体験型から参加型へのシフト、QC 活動を通した業務改善、などに取り組んでいく。

（文責：部長　松本雄介）

総務課

1　業務体制

	課長	係長	係員	再任用	会計職員
総務課	1				
総務係		1	2		1
人事係		1	5		1
秘書室					1
図書室					1
合　計	1	2	7	0	4

組織改正により令和６年度から管理課は総務課、庶務係は総務係と改称され、用度係は施設用度課に編成された。

2　業務内容

①　総務係

【事務分掌】

(1) 文書の収受および病院関係規程に関すること。
(2) 公印の管守に関すること。
(3) 院内取締りに関すること。
(4) 病院運営委員会に関すること。
(5) 他の課、係に属しないこと。
(6) 事務局および課内の庶務に関すること。

【業務実績】

(1) 東京都災害医療図上訓練への対応

東京都から上記訓練の実施委託を受け、西多摩保健医療圏内の医療対策拠点病院として訓練を実施し、事務局として、参加団体との調整、資料作成および当日の訓練に対応した。

(2) 病院機能評価訪問審査への対応

日本医療機能評価機構の病院機能評価認定更新年度（認定期間５年）のため、訪問審査対応の事務局として、事前調査から資料作成、提出および当日の審査に対応した。

②　人事係

【事務分掌】

(1) 職員の人事、服務、給与および福利厚生に関すること。
(2) 労働組合に関すること。

【業務実績】

(1) 医師の働き方改革の推進

令和６年４月１日から適用された医師の時間外・休日労働に対する上限規制について、各医療職内でのタスクシフト・シェアの推進を図った。

(2) 出退勤管理システムの導入

職員の勤怠管理の簡略化およびペーパーレスによる環境保全への対応として、出退勤管理システムを導入し、申請および勤怠管理の効率化を行い、事務処理に要する時間の削減を行った。

(3) ベースアップ評価料算定のため、賃金の大幅改定を行った。
(4) 令和７年度の新病棟開棟に向け、46 名の看護職員を採用した。（看護師 42 名、助産師３名、診療看護師１名）

3　１年の経過と今後の目標

２月の病院機能評価訪問審査受審に向け、院内ルールおよびマニュアルの整備、業務改善等を行った。令和７年度については、指摘事項等が記載された受審結果が届き次第、業務改善に取り組み、病院全体の質を向上していきたい。

令和７年度の新病棟開設および医療提供体制のさらなる拡充のため、看護職員を筆頭に各職種における積極的な人材確保・離職防止に向けた定着活動を行っていきたい。

（文責：課長　遠藤康弘）

施設用度課

1　業務体制

		課長	係長	係員	再任用	会計職員
施設用度課		1				
	施設管理係		1※	1	1	1
	用度係		1	3		2
	サービススタッフ		1	1	1	9
	合計	1	3	5	2	12

※新病院建設室建設担当主査を兼務

なお、令和６年度の組織改編に伴い、施設課に用度係が編入し、施設用度課になった。

2　業務内容

① 施設管理係

【事務分掌】

(1) 病院の用地および建物の維持管理に関すること。
(2) 電気、ボイラー、給排水衛生、空気調和等機械および設備の維持管理に関すること。
(3) 医療ガス設備の維持管理に関すること。
(4) 施設の環境設備に関すること。
(5) 財産の使用許可および駐車場に関すること。
(6) 職員住宅および所有車両に関すること。
(7) 課内の庶務に関すること。

【業務実績】

令和６年度に１件の工事と 82 件の修繕を行い、主なものは以下のとおりである。

・医師住宅外壁等改修工事
・新棟地下１階 DS・PS 室自動制御盤修繕
・新棟雑用水給水ポンプ修繕
・駐車場消火設備修繕
・本館屋上ダクト修繕

② 用度係

【事務分掌】

(1) 薬品等の物品および材料の購入、その他契約に関すること。
(2) 諸物品の維持、管理および処分に関すること。
(3) 基準寝具に関すること。
(4) たな卸資産およびたな卸資産以外の物品の出納、保管および記録管理に関すること。

【業務実績】

(1) 薬品・診療材料の購入
ベンチマークシステムを活用し、納入業者に対し価格交渉を行った。
(2) 医療器械の購入
放射線治療装置、血液浄化センター機器などの計画的更新を行った。

3　１年間の経過と今後の目標

令和６年度は、施設用度課として新規に発足し、施設の適切な維持管理を行うとともに、渡り廊下棟の新設に伴う備品等の調達を行った。

今後も、以下の項目を目標に挙げ、安全、安心な療養環境の維持、整備を行っていく。

・効率的な維持管理運営
・病棟全体の光熱水費削減、検討
・省エネ対策の推進、周知
・既存施設の老朽化および将来を見据えた効率的な修繕
・病棟要望に基づく効率的な修繕
・職員住宅の計画的修繕の実施
・各種医療器械の計画的な整備

（文責：課長　榎本雅弘）

新病院建設室

1　業務体制

職員は、事務職の室長１名、建設担当として機械技術職の主査（施設用度課施設管理係長兼務）１名、事業推進係として建築技術職の係長１名、事務職の主任１名、主事１名の計５人体制である。

2　業務内容

令和 6 年度は、新病院建設事業に関わる以下の業務を実施した。

(1) 新病院建設工事の監督（施工状況の確認等）
(2) 新病院建設工事監理体制の維持・改善
(3) 西館改修工事の監督（施工状況の確認等）
(4) 西館改修工事監理体制の維持・改善
(5) 渡り廊下棟設備関連工事の監督（施工状況の確認等）
(6) 西館開院に向けた運用計画等の策定
(7) 新病院建替検討委員会、新病院準備会議および新病院事務局合同会議の開催
(8) 新病院建設事業の情報発信（近隣説明会、広報紙発行および工事進捗状況のホームページ掲載等）
(9) 新病院建設事業にかかる院内調整

3　１年間の経過と今後の目標

(1) 建設工事関連の経過

令和 6 年度は、本館と西館を結ぶ渡り廊下棟の建設工事が始まった。基礎工事、躯体工事および内装工事を進め、令和７年２月 28 日をもって竣工引渡しを受けた。

また、渡り廊下棟の講堂に設置する放送設備工事を進め、３月より使用開始した。

西館改修工事は、血液浄化センターやPET･RI センターおよび放射線治療等の診療に配慮しながら安全に改修工事を進め、４階精神科病棟、５階緩和ケア病棟および 6 階スタッフコモンズの部分竣工引渡しを受けた。

(2) 運用計画関連の経過

運用計画については、緩和ケア病棟、精神科病棟、血液浄化センターおよびリハビリテーション科の西館での運用計画を策定し、関係職員で課題抽出や運用の確立を進めた。

また、西館移転への準備のため、移転業者を選定し、物量調査や移転マニュアルの作成を進めた。

(3) 今後の目標

令和 7 年度は、緩和ケア病棟の開棟や精神科病棟の移転を予定しており、医局や事務局の移転も行う。

このため、安全に移転作業を進めるとともに、残る西館改修工事や、その後予定されている東西棟解体工事に向け、関係者との調整をより慎重に行い、病院運営への影響が最小限になるよう、工事の進捗を監理していく。

（文責：室長　雙木 潤）

経営企画課

1　業務体制

経営企画課は
経営企画課長１人、
財務係長１人、主任２人、主事１人、会計年度任用職員１人
企画担当主査２人
情報システム担当主査１人、主事１人、会計年度任用職員１人、電算室（業務委託）
計 11 人体制と一部業務委託で構成し、財務・企画・情報システムの業務を担当している

2　業務内容

財務係
(1) 予算の編成および決算に関すること
(2) 諸収納金の調定および収納、諸支出金の支払に関すること
(3) 資金計画および現金、有価証券の出納保管、簿記および財務諸表の作成に関すること

企画担当
(1) 病院の経営および基本施策に関すること
(2) 各種届出(医療法)に関すること
(3) 各種統計資料及び事業概要の作成

情報システム担当
(1) 情報システムの導入検討、運用および管理
(2) 電子カルテの保守
(3) サーバ、端末およびネットワーク機器の管理
(4) インターネットシステムの管理
(5) 公式ホームページの更新管理

3　１年間の経過と今後の目標

財務係
(1) 寄付金の受領事務を実施
(2) 新病院建設にかかる各種契約の予算調整および財源(補助金、企業債等）の申請事務を実施
(3) 中長期的な収支計画等にもとづく資金管理の徹底および先を見据えた資金対策

企画担当
(1) 中長期計画（経営強化プラン）の評価および修正の継続
(2) 経営戦略室会議の実施
(3) 経営形態の見直しに関する検討
(4) 院内・院外環境分析の強化
(5) 医療政策、医療経営の向上の強化
(6) 病院経営に関する資料の作成、提案
(7) 院長・診療科ヒアリング用資料作成
(8) 各部署からの調査依頼への対応
(9) 各種届出（医療法関係、施設基準等）における適正管理
(10) 適時調査の準備・対応
(11) 診療報酬改定に対する情報収集および対応
(12) 西館開院へ向けての各種届出
(13) 東京都等、他機関よりの調査・報告依頼への対応

情報システム担当
(1) 令和６年度診療報酬改定に伴う電子カルテシステムおよび医事会計システムの改修対応を実施
(2) 循環器動画システムを更新し、12 月から稼働を開始
(3) 渡り廊下棟の情報ネットワーク敷設完了
(4) 西館の情報ネットワークの敷設を開始
(5) 救急時医療情報閲覧機能を電子カルテシステムに追加
(6) 全職員向け情報セキュリティ研修を実施

課共通
(1) 研究会・セミナー(Web 等)への参加
(2) 医療事務実習生の受け入れ

※詳細な病院の経営状況（損益計算書、貸借対照表）・統計資料については、病院紹介欄に掲載

（文責：課長　小熊宏一）

医事課

1　業務体制

医事課は、医事課長１人

医事係５人：係長１人、主任１名、主事２人、会計年度任用職員１名

入院会計係８人：係長１名、主事５人、派遣職員２名

医療情報係48人：係長１名、主任３人、主事１人、会計年度任用職員 43 人（うち、ドクターズアシスタント37人）

うち、診療情報管理士の有資格者は10人（正職員のみ）。

外来会計業務・保険請求事務・診療記録管理業務の一部を株式会社ニチイ学館に業務委託している。

2　業務内容

医事係

(1) 患者の受付および入退院に関すること
(2) 使用料および手数料の調定処理、債権管理に関すること
(3) 診療契約に関すること
(4) 医事の相談に関すること
(5) その他医事業務に関する事務および患者に関すること
(6) 課内の庶務に関すること

入院会計係

(1) 入院患者使用料および手数料の計算および請求に関すること
(2) 診療報酬請求明細書の請求に関すること
(3) DPC コーディングに関すること

医療情報係

(1) 診療録の管理および運用に関すること
(2) 診療情報および診断書類の提供に関すること
(3) がん登録に関すること
(4) 臨床指標、調査、統計および報告に関すること
(5) 課内に関わるシステムのマスター管理に関すること
(6) 医師事務作業補助に関すること

3　１年間の経過と今後の目標

医事課

(1) 行政機関からのカルテ照会対応、患者相談（苦情相談含む）、関係機関が実施する各種検診等の調整、予防接種等へ協力を行った。
(2) PET 検診の利用件数は、PET/CT 検診 46 件、PET/CT がん検診 27 件の合計 73 件。（前年度比較 28 件増）
(3) 医療費未収対策については、院内多職種で連携し、入院中の面談、折衝を行い、高額未収の抑制に努めた。回収困難な債権については、法律事務所に回収業務委託を行った。引き続き、適正な債権管理と未収金削減に努める。
(4) 書類完成時の連絡方法について、SMS（ショートメッセージ）を活用した運用検討を開始。書類窓口の業務手順見直し、リハーサル等を実施した。令和７年度より本格運用を開始する。

今後は、他業務についても電話や郵送以外の連絡ツールの導入が可能かどうか、検討を進める。

入院会計係

(1) レセプト請求事務と点検業務は、前年度同様、業務委託としている。レセプト件数は月平均 14,423 件（前年度比 5.7％増）、請求点数は月平均 151,359,736 点（前年度比 9.8％増）であった。審査減平均は、前年度比 0.02 ポイントの増であった。
(2) 診療情報管理士による DPC コーディング確認業務を実施。診療報酬の適正請求に努めた。（確認件数月平均 896 件）
(3) レセプトチェックシステムを活用した、算定入力の精度確認を開始し、審査減対策を実施した。
(4) 18 診療科のキャラバンを実施し、入院期間の短縮や指導管理料等の算定件数増加に繋げることができた。引き続き、医療機関係数の引き上げ、業務改善・収益改善につながる提案を継続して行っていく。

医療情報係

(1) 診療録の量的・質的点検の実施。
(2) がん登録の実施と外部機関への提出。
(3) DPC 調査データの作成と外部機関への提出。
(4) 院内・外部機関からの調査への対応。（66 件）
(5) 患者等からのカルテ開示申出への対応。（82 件）
(6) 文書、統計、運用における各部門との協業。
(7) ドクターズアシスタント（DA）の適正配置についての見直しを開始し、問題点・要望等をヒアリングしながら、業務改善に努めた。

今後はドクターズアシスタント（DA）配置のさらなる最適化とタスクシフトによる業務拡大を進める。

課共有

(1) 専門学校実習生の受け入れの実施。
(2) 日本医療機能評価機構受審に準備・対応への取り組み。
(3) 西館開院に向けての準備・対応への取り組み（緩和ケア病棟開棟、病歴室の移転準備と運用調整）。
(4) 次期診療報酬改向けての情報収集・早期検討の開始への準備。

（文責：課長　中嶋理恵）

地域医療連携室

1　業務体制　　令和７年３月31日

副院長・地域医療連携室長・がん相談支援センター長：野口　修
地域医療連携室師長：手塚　浩恵
医療連携担当：看護師２名　　医療クラーク　５名
患者支援センター：看護師４名
医療相談担当：看護師６名　MSW8名
がん相談支援センター：がん看護専門看護師１名　専任MSW1名　兼任MSW3名
兼任看護師１名
事　務：３名

2　業務内容と１年間の経過

地域医療連携室は、近隣医療機関の連携、患者サポートのなんでも相談窓口、患者支援センター、後方連携の医療相談（退院支援含む）とがん相談支援センターの４部門からなっている。

近隣の医療機関から紹介された患者の受入れや、外来受診ならびに入院から退院までが円滑に進むよう患者をサポートし、急性期、高度医療に対応した地域の中核病院として地域の方々に貢献できるよう活動している。

(1) 医療連携・患者サポート担当

診療予約等の受付、転院受け入れ調整、情報提供依頼等、医療機関との連携に関する業務を行っている。

なんでも相談窓口では、患者が安心して受診できるよう患者・家族からの様々な相談に対応している。その他、地域医療連携を推進する取り組みを行っている。

１年間の経過

ア　業務移行後の調整と連携
イ　放射線治療再開について医療機関への周知活動
ウ　顔の見える連携懇話会・オンライン・対面による学習会の開催
エ　診療連携医療機関、近隣・病院への訪問強化672件
オ　緊急当日受診相談医師直通電話運用の整備と周知活動

(2) 患者支援センター

外来で入院が決まった患者の病歴や日常生活の状況、アレルギー等の情報収集および記録等を行い、必要に応じ、問題解決に向け専門職（薬剤師、管理栄養士、退院支援部門など）と連携し、患者が安心して入院できるよう支援を行っている。

１年間の経過

ア　患者支援センター受入患者数は4,723件（前年度比+562件）名で入院時支援加算１を1,974件（前年度比+962件）算定した。
イ　クリニカルパス説明の移行　病棟と共に、パスの見直し、診療科への説明を行い、患者支援センターでの説明を新たに２件開始した。

(3) 医療相談・退院支援担当

入院患者の退院支援（転院支援、在宅支援）や、外来患者の療養環境整備等についての調整、虐待対応や母子保健、精神保健、その他各種相談や問い合わせへの対応、調整を行っている。

また、各科カンファレンスや地域の連携会議等への参加、各種委員会活動（事務局業務も含む）、院内外の退院支援に関する研修活動（看護局）も行っている。

１年間の経過

ア　令和６年度の退院支援は転院支援1,363件、在宅支援が843件、合計2,206件（前年比+239件）であった。また、外来相談（がん相談を除く）は214件（前年度比＋25件）、精神科患者身体合併症入院対応は100件（前年度比＋19件）であった。
イ　入退院支援加算１については、4,647 件（前年度比+1,818件）算定した。
ウ　ファーストパス（部門システム）、わんコネ（入退院支援システム）運用の促進、システムの評価見直しを行った。
エ　下り搬送について、連携医療機関の開拓、搬送の可否についての会議開催、関係部署との調整など運用を開始した。

(4) がん相談支援センター

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（がんに関する一般的な情報の提供、がん患者の療養生活や就労に関する相談、患者サロンの定期開催等）により定められた業務。

１年間の経過

ア　相談件数　1,070件（前年比+40件）
イ　外来がん患者在宅連携指導料　95 件（前年比+11件）算定
ウ　AYA支援チームへの参加
エ　療養・就労両立支援加算のコーディネーターとしての相談支援
オ　緩和ケア病棟設立WGへの参加
カ　がんゲノムWGへの参加

3　今後の目標

(1) 診療連携医療機関、近隣の医療機関への訪問を強化

し顔の見える関係作りに努める

(2) 患者支援センターではパスの説明を病棟から順次移行し、病棟看護師のタスクシフト、安心できる入院生活の提供につなげる

(3) ファーストパス、わんコネの運用を推進しスムーズな退院調整につなげる

(4) 入退院支援加算1の取得率アップ

(5) 療養・就労両立支援においてコーディネーターとしての相談支援に取り組む

(6) AYA支援チームとともにAYA世代の支援の充実を図る

（文責：看護師長　手塚浩恵）

医療安全管理室

1　業務内容と経緯

医療安全管理指針および医療安全管理要綱に則り活動している。主な活動内容はインシデント・アクシデントの把握・集計・分析、事故事例の調査・対策、安全確保のための提案や指導、医療安全対策の取り組みの評価、医療事故防止対策部会・医療安全管理委員会への報告、RRT との共同、医療安全ニュースや研修企画・実施による医療安全活動の推進などである。

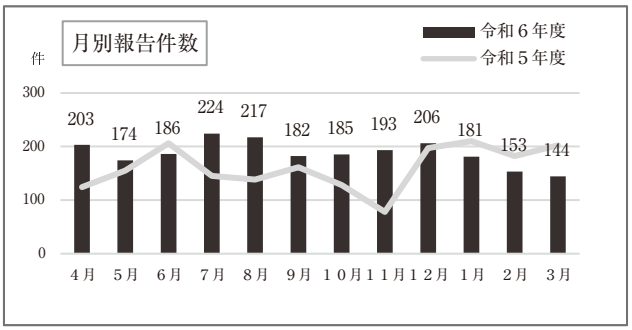
2　業務スタッフ

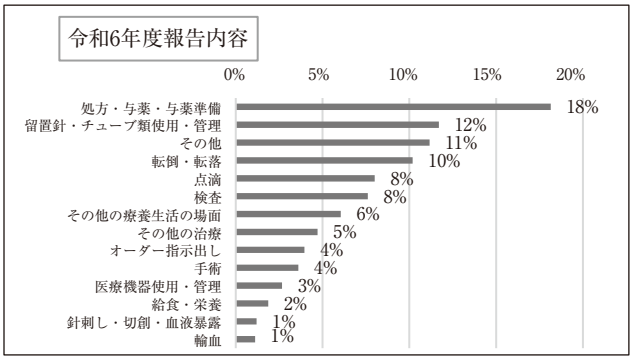
室長（兼任）　肥留川　賢一
室員（兼任）　染谷　　毅　　伊藤　栄作
　　須永　健一　　福田　好美
室員（専従）　川鍋　直樹　　泉　　聡
　　助川　紀子
事務　　谷津　泰啓

3　1年間の経過と今後の課題

(1) 医療事故防止対策部会の開催：毎月第3金曜日
　後期～第4金曜日　計12回開催(内1回文書報告)
(2) 医療安全管理室会議：週1回　計27回開催
　医療安全ラウンド：月1回　計12回
(3) 医療安全対策地域連携会議
　加算1：公立阿伎留医療センター、公立福生病院、当院で相互チェック（8月・9月・10月）
　加算2：東京海道病院（3月）
(4) 三多摩島しょ医療安全担当者研究会　4回／年
(5) 医療安全に関する職員研修・教育研修
　①職員研修　eラーニング開催
　前期：『令和5年度活動報告　医療安全ミニ知識』『注意すべき薬剤の使用について』『患者確認について』『医療安全活動報告（病理）』『RRS について』（7月）
　後期：『転倒転落予防』『急変時の記録』『放射線の安全利用』『医薬品安全情報（医薬品安全講習会）』『医療機器安全情報』(2月)
　②診療局部門研修、看護局部門研修
(6) 医療安全ニュース発行　計12回（号外1回含む）
(7) 医療安全対策マニュアル全面改定　2月
(8) RRT と共同　コードブルー症例検討　11件
(9) インシデント・アクシデントの内容
　今年度のインシデント／アクシデント報告件数は2248件で、前年度の1926件から322件増加。インシデントレベル0～1の報告件数が1308件となり、前年度より181件の増加となった。ヒヤリハット報告の増加から報告文化が醸成されてきたことがうかがえる。症例検討会は11事例実施し改善策を検討。患者対応への直接介入は10例。患者誤認については前年度より対策を講じてきたがゼロにはならなかった。また、昨年度11月に新病院移転後、環境やシステムが大きく変化した中で、配薬手順や人工呼吸器装着患者の搬送手順等、手順の評価・修正を関係部署と共に実践した。報告書管理体制では放射線科画像診断レポートの未読は依頼医へ連絡をする対策を追加した。さらに内視鏡下手術支援ロボット（ダヴィンチ・ロボット手術）などの高難度新規医療技術においてアクティブサーベイランスを開始した。
(10) 次年度への課題
　①全職種で患者誤認ゼロにむけた患者誤認防止対策強化②転倒転落予防・傷害の重症化予防③身体拘束の最小化へ向けた取組への共同④医療安全文化の醸成（研修受講率向上・医療安全教育とリスク管理の強化）・報告文化の醸成⑤現状分析の強化と PDCA サイクルで評価⑥医療安全管理活動の可視化・現場での活動増加。

（文責：看護師長　助川紀子）





感染管理室

1　業務内容

(1) 令和２年４月に感染管理室を再編成した。院内の感染対策を担う部門として横断的に活動している。

(2) 主な業務内容は、感染予防・感染管理システム構築、医療関連サーベイランスの実施、感染防止技術の教育・指導、環境感染管理（ファシリティ・マネジメント）、感染管理コンサルテーション、職業関連感染防止対策、行政連携、地域連携と地域の感染対策支援、抗菌薬の適正使用の大な感染症発生(アウトブレイク)対応等である。

2　業務スタッフ

感染管理室）室長 ICD 兼任　大場　岳彦
ICN 専従　栗田　香織　ICN）薬剤科兼任　鈴木　吉生
臨床検査科兼任　佐藤　大央
医師兼任　宮崎　　徹　　医師兼任　中園　周作
医師兼任　横山　晶一郎　　医師兼任　伊藤　達哉(ICD)
看護局兼任　鎌田　桃子　　管理課兼任　中嶋　孝明

3　ICT 活動

(1) COVID-19 関連
旧病院で伝播事例は1件､移転以降の伝播事例は2件。

(2) 耐性院内菌検出状況
５月：２剤耐性緑膿菌を１件検出。
７月：２剤耐性緑膿菌を１件検出。
８月：２剤耐性緑膿菌を２件検出。
11 月：２剤耐性緑膿菌を１件検出。
３月：２剤耐性緑膿菌を１件検出。

(3) 感染防止技術の教育・指導
i)看護局ラダー教育への参画
（クリニカルラダーⅠ～Ⅴ全６回）
ii)委託職員の教育研修の実施
（実施 14 回･参加延べ 72 人）

(4) 職業関連感染防止対策
新入職対象職員に対し、HB ワクチン及び職員・委託職員にインフルエンザワクチン接種の実施。麻疹臨時接種 57 人。

(5) 感染防止対策加算に関する取り組み
i)公立福生病院、公立阿伎留医療センターと連携し、感染防止対策地域連携加算に基づく相互ラウンドを実施した。（年２回の施設訪問又は来院）
ii)東京青梅病院、東京海道病院、奥多摩病院、12 月から日の出ヶ丘病院と連携し、感染防止対策加算に基づくカンファレンスを実施した。(年４回の web 開催、各施設への訪問４回/各施設最低１回）訪問時はリンク担当看護師が同行。
iii)外来クリニック施設とカンファレンスを実施した。(Web 開催年２回の実施、合同訓練は西多摩保健所で開催。テーマ「麻疹発生時の初動訓練」)
iv）マニュアルの改訂。ほぼ見直し終了。

(6) サーベイランスの評価。3 診療科で実施。各診療科により課題は異なる。

(7) 地域貢献
i)保健所主催の会議・研修講師参加(5 回/年)。
ii)新型コロナ感染症、耐性菌が発生した近隣施設からの相談や訪問による感染対策支援（病院１件特養２件）

(8) リンク活動
i）5S･標準予防策の継続実施と教育。
ii)各種サーベイランスの開始と評価。(耐性菌・症候性・手指衛生、手術部位（外科下部消化管・整形外科人工物・心臓血管外科)、尿路関連・中心静脈血流関連感染、人工呼吸器関連肺炎（VAE）等）

4　AST 活動＜抗菌薬適正使用の推進＞

抗 MRSA 薬、カルバペネム系抗菌薬、抗緑膿菌薬の使用症例や血夜培養陽性症例、広域抗菌薬使用 14 日超の使用症例に対して使用状況を確認し、適切な抗菌薬使用に繋がる上記症例や感染コントロール難渋症例、長期使用症例に対して、カンファレンスを開催し診療支援を行った。2025 年度（2024 年４月～2025 年３月）の対象全症例数は 2611 件、カンファレンス症例数は 159 件、主治医へフィードバックした症例数は 114 件、 フィードバック後に適正使用に繋がった症例数は 97 件であった。フィードバック後の受け入れ率は 97/114 件＝85.1％であった。

5　今後の活動と課題

(1) 地域活動、連携施設訪問が多くなり、日程調整等業務が増加、業務委譲については継続課題としている。

(2) 新病院移転後院内伝播事例は減少した。引き続き 5S･標準予防策の遵守が継続されるよう活動を行う。

(3) 現行の対策（針刺し･切創･曝露、個人抗体価の管理、等）について仕組みの構築は継続課題としている。

(4) 各種サーベイランスの実施と評価を行っている。情報収集過程時間を費やしており適正なタイミングでのフィードバックが実施できていない。継続可能な体制を構築することを課題としている。

(5) SSI サーベイランスの結果は、各診療科で課題が異なる。今後他職種と協働で対応が必要なってくる。外科下部消化管（穿孔後対応）・整形外科人工物（術前の清潔ケア）・心臓血管外科（ハイリスク手術時の患者管理）

(6) HIV 拠点病院としての診療体制、感染症相談体制の確立は次年度の課題としている。

（文責：ICT　栗田香織）

臨床研究支援室

1　業務体制

臨床研究支援室では、治験・臨床研究・PMS を実施する医療スタッフや関連する業者への支援、治験や臨床研究における手順書の整備・改訂、治験審査委員会事務局運営、倫理申請書、COI の作成支援、治験・臨床研究の関連法規に関する研修体制の整備などを中心に行っている。臨床業務では臨床研究での CRC 業務、さらに今年度より病院直接契約の治験に対応するために CRC に関する手順書整備を行い、治験 CRC 業務を開始した。

2　業務スタッフ（令和 7.03.31 現在）

室長（兼任）　野口　修
室員（兼任）　松本　雄介
室員（専従）　両角朱美（派遣）

3　業務内容

事務業務

・治験・臨床研究における手順書の作成、および改訂
・臨床研究や PMS 導入・変更・終了の支援、それに伴う EDC 入力補助
・SMO 依頼による治験導入に伴う事前調査の協力、ヒアリングの同席と関連部署との調整・支援
・治験・PMS・臨床研究導入に伴う費用交渉・見積書・契約書の確認
・治験審査委員会事務局運営
・臨床研究支援室のホームページの更新
・倫理申請書、COI の作成補助
・治験・臨床研究の関連法規に関する研修体制の整備

臨床業務

・病院直接契約の治験、臨床研究での CRC 業務

4　1 年間の経過と今後の課題

令和 6 年度は、専従職員の退職があり変化の 1 年であった。各種手順書の整備を行い、依頼者から問い合わせの多かった HP の内容の見直し、迅速な掲載を行った。院内で受託した治験をサポートするために院内 CRC 体制を構築し、それに伴い CRC に関する手順書を整備した。また PMS や臨床研究に関するデータ入力の滞りなく進めることに注力した。BSC について改訂して業務内容の見えるかを図った。今後の目標は、専従の人員に常勤職員を配置するための人材育成、アカデミアが実施する臨床研究の支援、倫理委員会承認済み臨床研究の期限内症例組み入れの注力、そして適切な治験費用の算定が出来るよう、十分に治験依頼者及び治験施設支援機関と協議を重ね、従来の費用算定プロセスを見直しながら費用交渉を行う環境の土台を整備していく。

（文責：室長　野口 修）

チーム医療

チーム名	目　　的	構　成　員	活動の頻度
感染対策チーム（ICT）	病院感染対策委員会の下部組織として、感染症の発生動向の把握、感染防止技術の教育や指導、コンサルテーション対応、院内ラウンドなど病院全体の感染対策推進のための横断的な活動を行っている。	医師、看護師、薬剤師、検査技師、総務課人事係	週１巡視 適宜打合
抗菌薬適正使用支援チーム（ＡＳＴ）	患者への適切な抗菌薬使用を支援し、感染症に対する治療効果を高めるとともに、薬剤耐性菌の発生を抑制することを目的として、抗菌薬の使用状況の把握と評価、カンファレンスの実施と主治医へのフィードバック、他施設との抗菌薬適正使用の情報共有と連携などを行っている。	医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師	適宜巡視 週１打合
褥瘡対策チーム	褥瘡は圧迫を主要素とするもののきわめて複合的な原因で起る皮膚潰瘍である。そのため、褥瘡対策は病院内の多職種が協働して、患者回診、院内の発生・保有状況の把握、褥瘡予防教育・啓蒙活動褥瘡対策物品の調整等をチーム医療として行うことを目的とする。	形成外科・外科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、医事課、総務課	毎日回診 週１打合
排尿ケアチーム	入院中の患者で膀胱留置カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者、または膀胱留置カテーテル留置中の患者で膀胱留置カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生じると見込まれる患者に対して、多職種が協働して包括的な排尿ケアのチーム医療を行うことを目的とする。	泌尿器科・脳神経内科医師、看護師、作業療法士、薬剤師、医事課、経営企画課	週１回診 週１打合
栄養サポートチーム（NST）	入院するすべての患者を対象に栄養管理を行い、栄養状態不良または栄養摂取困難･不良な患者に対し適切な栄養管理を行うことで栄養状態を改善し、治療に役立てるように栄養サポートを行う。	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、言語聴覚士、臨床検査技師	４チーム 週１回診 月１打合
呼吸サポートチーム（RST）	呼吸療法全般（人工呼吸含む）の教育、実践、管理を行っている。ICU・一般病棟で人工呼吸療法を受ける患者に対して、医師・看護師・臨床工学技士・理学療法士・薬剤師が週に１回回診し、治療やケア、安全管理、合併症予防や呼吸リハビリテーションに関する助言や支援を行っている。	医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士、薬剤師	週１回診 週１打合
院内迅速対応チーム（RRT）	予期せぬ急変を未然に防ぐ（急変予兆の早期察知）ための対応をRRT コール基準をもとに実施している。主には、①予防②ラウンド③蘇生④スタッフ教育⑤RRT 活動データの収集・分析、現場へのフィードバックの 5 つの活動を核としている。また、コードブルー（救命対応）、予期せぬ急変事例の振り返りを医療安全者の指示のもと、職域管理代表（リスクマネージャー）とともに行い、急変時に適切な対応が迅速に行われ、救命率の向上につなげるための活動を行っている。	医師、看護師、診療看護師、医療安全管理者	平日日中回診 随時コール対応 隔月１定例会議
緩和ケアチーム	患者・家族の QOL を向上させるために、緩和ケアに関する専門的な知識・技術を活用して、患者・家族への直接的なケアおよび病院内の医療従事者への教育・支援を行う。	緩和ケア科・精神科医師、緩和ケアチーム専従看護師、薬剤師、がん病態栄養専門管理栄養士、MSW、その他	週１回診 週１打合
認知症ケアチーム	平成 28 年度より認知症がある患者が身体治療のために各診療科に入院した際に、安心して十分な身体治療が受けられるよう、右記構成員からなる認知症ケアチームを創設し運営している。要件は認知症ケア加算１に準ずる。高齢者に併発しやすいせん妄にも対応している。身体治療にあたる医師やスタッフとも連携しながら入院診療をサポートしている。	精神科医（認知症専門医）、精神看護専門看護師、精神保健福祉士	週２回診 週１打合
精神科リエゾンチーム	コンサルテーションリエゾンサービス（CLS）は精神面の専門医が身体科受診中の患者の精神症状について対処するために、身体科主治医に援助を行うことと定義される。当院では平成 25 年から CLS を運営を開始し、平成 28 年からは精神科リエゾンチームとして活動している。右記構成員がチームを組んで回診を行うとともに、精神科担当医が個別訪問を行ってこまめな処方調整を行ったり、リエゾン看護師らが個別面談を行ったりしている。	精神科医、精神看護専門看護師、精神保健福祉士、公認心理師	週２回診 週１打合

免疫チェックポイント阻害薬（ICI）副作用対策チーム	免疫チェックポイント阻害薬の適応拡大が進み、がん患者の長期生存を期待できるようになった。一方で多彩な有害事象が起こりうる薬剤であり主診療科だけでなく今までがん診療に関わりの少なかった診療科含め院内全体での対応が必要である。薬剤適正使用と有害事象の早期発見、重篤化予防のため、院内マニュアルの整備、治療中の患者への介入、院内への情報発信などを行っている。	医師、看護師、薬剤師	適宜巡視 月１打合
臨床倫理チーム	患者にとってより良い医療が提供されるよう、患者の倫理的な事象に関する相談・助言、また、医療現場における倫理的な活動の啓蒙・教育を行う。	医師、看護師、ソーシャルワーカー、事務職員	適宜協議 月１打合

院長 BSC

部署名	院長								
ﾐｯｼｮﾝ(理念)	快適で優しい療養環境のもと、地域が必要とする高度な急性期医療を安全かつ患者さんを中心に実践する								
重点目標	1.医業収支の改善（入院収益・外来収益増加、経費節減）　2.人材確保（看護師・医師）　3.医療の質向上（接遇向上、臨床指標活用） 4.病院機能評価受審対応　5.新病院整備事業対応　6.働き方改革とタスクシフトの推進								
視点	戦略的目標	主な成果	指標	R4 年度実績	R5 年度実績	R6 年度目標	R6 年度実績		手順
経営の視点	患者満足度向上	入院および外来患者数の維持	入院１日あたり患者数 外来１日あたり患者数	327 人 1,087 人	345 人 1,089 人	373 人 1,143 人	370 人 1,149 人	△	医療連携の強化 断らない救急
		退院支援強化	入退院支援加算/緊急入院 入院時支援加算算定/予定入院 DPC 期間Ⅱ以内で退院の割合	42.5% 18.4% 66.7%	32.4% 20.1% 67.9%	≧45% ≧20% ≧70%	42.5% 35.9% 68.1%	△	入退院支援センターの充実 退院支援部門への働きかけ 各診療科への働きかけ
		手術機能の充実	総手術件数（月平均）	307 件	320 件	350 件(R5 年度+9%)	358 件	○	手術室運用の効率化･麻酔医確保
		経費節減	給与費率＋材料費率	90.8%	88.0%	80.0%	88.6%	×	経営改善プロジェクト
顧客の視点	人材確保	接遇改善	年間総件数 感謝件数 苦情件数	総件数 66 件 15 件(23%) 19 件(29%)	総件数 86 件 14 件(16%) 42 件(48%)	感謝≧40% 苦情≦20%	総件数 209 件 45 件(21%) 83 件(39%)	×	接遇改善プロジェクト
内部プロセスの視点	病院機能評価	看護師確保	実働看護師数	年度始め 518 人	年度始め 533 人	年度始め 550 人	R7 年度始め 546 人	×	採用強化と定着促進
		常勤医師確保	麻酔科、救急科、乳腺外科、放射線治療科、感染症科	救急科,乳腺外科 放射線治療科	麻酔科(非常勤) リハ科(非常勤)	皮膚科･救急科 麻酔科	麻酔科(非常勤) 救急科(常勤)	△	関係大学へ働きかけ､HP 掲載
	医療の質の向上	認定更新	全項目でA評価獲得	－	－	認定更新(全項目 A)	認定更新?	○	TQM 部会を中心とした準備
	新病院建設の推進	臨床指標活用	日病・全日病・京大 QIP 等の指標をもとに、病院の指標を決定	データの収集のみ	･項目の見直し ･担当部署へのフィードバック	･担当部署へのフィードバック ･分析と対策の立案	･該当部署による析と対策立案	○	業務標準化委員会の活動 担当部署への働きかけ
		業務の質改善	業務改善発表会の開催	R5 年 4 月開催	R6 年 4 月開催	開催	R7 年 3 月対面開催	○	TQM 部会･各部門へ働きかけ
	働き方改革	本館建設	安全の担保 診療へ影響しない	大きな事故なくほぼ順調に推移	大きな事故なくほぼ順調に推移	渡り廊下棟建設 西館改修 安全の担保 診療へ影響しない	大きな事故なくほぼ順調に推移	○	清水建設･内藤設計事務所･システム環境研究所との連携
		時間外勤務削減 タスクシフト推進	・時間外勤務 医師　A 水準遵守 （月≦100h､年≦960h） 医師以外 36 協定遵守 （月≦45h､年≦360h） ・タスクシフト推進	･宿日直許可取得 ･時間外勤務 医師 A 水準超過 年≧960h　0 名 月≧100h　2 名 医師以外 年≧360h 21 名 ・タスクシフト未実施	･宿日直許可取得 ･時間外勤務 医師 A 水準超過 年≧960h　0 名 月≧100h 17 名 医師以外 年≧360h 21 名 ･タスクシフト 静脈注射･血培 コロナ抗原･ PCR 心カテ 病棟採血	･時間外勤務 医師 時間外勤務の把握 A 水準超過なし 医師以外 36 協定逸脱なし ･タスクシフト推進	･時間外勤務 医師 A 水準超過 年≧960h 4 名 月≧100h 57 名 医師以外 年≧360h 29 名 ・タスクシフト病棟採血拡大	△	･医師 時間外勤務の把握と削減 在院時間との擦り合わせ シフト制勤務導入検討 ･全職種 時間外勤務の把握と削減 シフト制勤務導入検討 ・タスクシフトの推進 医師から多職種 多職種間
学習と成長の視点	職員のｽｷﾙｱｯﾌﾟ	専門資格取得	年間専門資格取得費補助件数	40 件	66 件	≧70 件	申請 48 件 対象拡大 4 項目	△	制度周知して補助対象を拡大
	職員満足度向上	職員満足度向上	職員満足度調査の実施	未実施	看護は実施	全職種対象調査実施	全職種対象調査実施	○	調査実施､意見の吸い上げと検討

呼吸器内科 BSC

部署名	呼吸器内科									
ミッション	西多摩地区の呼吸器疾患の拠点としての役割をさらに充実させ、住民の健康増進に寄与する									
診療の方針	1.医療の質向上:効率的医療､患者満足度向上､がん診療レベル向上。　2.病診連携強化。									
観点	戦略的目標	主な成果	指標	R04 実績	R05 実績	R06 実績	R06 目標	評価	R07 目標	基本的手順
顧客	中核病院機能の向上		紹介率(%)	93.5	93.3	95.0	90 以上	○	90 以上	返信の徹底、地域の病院・診療所への情報発信
経営	経営基盤の安定化	医業収入の増加	DPC Ⅱ越え率　(%)	41.9	40.6	50.3	30 未満	×	40 未満	緊急入院患者に対する早期介入、ケモ入院時の骨髄抑制の外来フォロー
			呼吸リハビリ入院	0	0	2	1 以上	○	10 以上	スタッフ意識づけ

消化器内科 BSC

部署名	消化器内科
ミッション	西多摩地域の消化器病疾患診療を地域および腹部外科と協力して推進する。
運営方針	1.4つの診療重点項目の充実－消化器癌診断治療、慢性肝疾患診療、炎症性腸疾患診療、内視鏡診断治療 2.診療者の質向上－絶えざる知識の習得、経験の共有、人間性の陶冶 3.地域医療連携　　4.DPCを踏まえた経営管理

観点	戦略的目標	主な成果	指標	R5実績	R6目標値	R6実績	判定	R7目標値	基本的手順
顧客	地域信頼度の向上	中核病院機能の向上	のべ外来患者数	18,299	>19,000	20,160	○	20000	連携強化による向上
			新来患者数	1,129	>1,200	1,294	○	1200	
			紹介率	92.4%	90%	90.6%	○	90%	
			逆紹介率	123.20%	>100%	123.20%	○	110%	
	地域実地医家との連携	西多摩消化器疾患カンファレンス	開催回数	年0回	年2回	年0回	×	年1回	消化器領域の地域病病連携
		医師会講演	開催回数	2回	2回	3回	○	年2回	応需
	診療の質向上	入院がん患者数	患者数	400	450	407	△	420	診断・治療の向上
		治療内視鏡検査数	消化管止血術(上/下)	123/39		137/42		140/40	診断・治療手技の向上
			胆道内視鏡(ERCP等)	316	320	330	○	330	治療手技の確立
			ESD(食道/胃/大腸)	0/32/20	計60	14/54/55	◎	計100	術前診断の向上
経営	医業収益の増加	外来	1日平均患者数	75.3	>75	83	○	>80	逆紹介を推進する
			患者単位(1日)	33,221	30,000	35,597	○	35,000	紹介患者への専門診療を推進
			年間収益(千円)	607,909	600,000	717,626	○	65,000	平均単価の上昇
		入院	1日平均入院数	44	42	42.7	○	42	検診から治療への囲い込み 内視鏡専門治療の推進
			1日平均収益	57,363	55,000	64,732	○	60,000	
			年間収益(千円)	921,844	900,000	1,007,879	○	950,000	
			平均在院日数*	12.9	12	10.7	○	11	関係職種との連携を図り入院日数の短縮
内部プロセス	安全の向上	レベル2以上の事故減少	レベル3以上の事故数	0	0	4	×	0	手順の遵守、パス改定、連絡体制の再確認
	質の向上	多重のカンファレンス	カンファレンス数/週	3/週	3/週	3/週	○	3/週	消化器病棟・内視鏡・消化器CB（4科）
学習と成長	学術面での向上	学会・研究会活動	発表・座長	9	10	8/7	○	10	年間出題予定を設定
		臨床治験	治験数(第3相・市販後)	1/2	応需	1/1	○	応需	専門診療としての治験を実施する
	消化器専門スタッフの育成	専門医資格の取得	専門医数(専門3学会)	15	15	15	○	15	資格取得の奨励（発表・セミナー受講）
		内視鏡技師育成(看護師)	技師数	7名	7名	6名	×	7名	2年以上勤務看護師の受験を奨励

循環器内科 BSC

部署名	循環器内科
ミッション理念	西多摩地域の循環器診療拠点となること
運営方針	すべての循環器疾患に対する24時間診療体制（心臓外科との協力）
	各種心カテ手術件数の維持・合併症の減少
	先端医療の導入（心房細動に対するカテーテルアブレーション・末梢血管に対するインターベンション）
	治療に関わる患者・家族満足度およびスタッフ満足度の向上

項目	戦略的目標	主な成果	指標	目標値	R4年度	R5年度	R6年度	基本的手順	評価
顧客の視点	病診連携	紹介・逆紹介の増加	紹介率・逆紹介率(%)	≧90/150	97.3/208.6	97.5/209.2	94.6/202.2	かかりつけ医との連携	○
	救急連携	救急受け入れの増加	緊急入院患者数	≧600	616	557	589	かかりつけ医・救急医学科との連携	×
経営の視点	医業収益増加	治療カテ数の増加	インターベンション総数（冠動脈）	≧330	358	375	310	症例の確保（病診連携・救急連携の強化）	△
			アブレーション数	≧250	242	270	260		○
内部プロセスの視点	安全の向上	インシデントの減少	レベル3以上のインシデント数	0	4	13	10	スタッフへの働きかけ	×
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	論文数	≧1	2	4	2	スタッフへの働きかけ	○
	専門医育成	循環器専門医の取得	有資格者の取得率	100%	100%	100%	100%	該当スタッフへの働きかけ	○

腎臓内科 BSC

部署名	腎臓内科
ミッション	地域が必要とする腎疾患の専門的医療を安全にかつ患者さんを中心として行う
運営方針	医療の質の確保、向上

視点	目標	主な成果	指標	3年度実績	4年度実績	5年度実績	6年度目標	6年度実績	評価	基本的手順
顧客	地域信頼度の向上	かかりつけ医との連携	紹介率/逆紹介率	89,5%/144.5%	91.6%/226.9%	88.9%/275.0%	80%/150%	87.1%/327.9%	◎	かかりつけ医との連携
経営	経営基盤の安定化	医業収益の確保	1日平均外来患者数	42.4人	51.6人	49.6人	50人	51.4%	○	外来患者，入院患者数を維持する
			1日平均入院患者数	12.0人	13.2人	15.2人	15人	14.2人	△	
			年間総入院数	370人	383人	421人	400人	415人	○	
			腎生検	23人	37人	24人	25人	29人	○	患者に必要な処置，手術，治療を適切に判断し，実施し，医業収益を増やす
			シャントPTA	118人	228人	376人	360人	432人	◎	
			血液透析導入	53人	53人	58人	50人	62人	◎	
			腹膜透析導入	2人	5人	1人	1人	6人	◎	
			腹膜透析患者数	4人	7人	5人	5人	8人	◎	
			年間血液透析件数	7938件	8562件	8419件	8000件	8324件	○	
内部プロセス	医療の安全と質の確保	レベル3以上の事故予防	レベル3以上の事故	0	0	0	0	0	○	手順通りに手技を実施する
学習と成長	職員のスキルアップ	学会への参加	学会への参加回数	15	15	15	18	18	○	学会への積極的参加をすすめる

内分泌糖尿病内科 BSC

部署名	内分泌糖尿病内科
ミッション	西多摩地域における糖尿病患者の治療・教育を行なうことで合併症の発症予防あるいは進展を抑制する。
運営方針	1. 西多摩地域の中核病院として糖尿病・内分泌疾患患者の紹介率・逆紹介率の向上を目指し、重症患者に対しての治療を重点的に行えるよう心がける。 2. 糖尿病教育入院システムを継続し、紹介入院患者の増加を図ることで、退院後も良好な血糖コントロールが可能となるようにする。また研究会や地域連携の活用により開業医との緊密な関係を構築し、重症化予防が可能なシステムを構築する。

観点	目標	主な成果	指標	評価	R3年度実績	R4年度実績	R5年度実績	R6年度実績	基本的手順
顧客の視点	1. 地域信頼度の向上	中核病院として機能向上	紹介率	○	94.4%	94.2%	74.7%	96.8%	糖尿病教育入院、糖尿病・内分泌研究会を通し地域開業医等に積極的な働きかけを行う。内分泌、糖尿病、甲状腺など専門医数を増やす事で信頼度向上を図る。
	2. 地域開業医への貢献	外来および教育入院患者の逆紹介率の向上	逆紹介率	○	200%	97.2%	102%	142.2%	地域連携パス及び医療連携リストの有効活用を再度検討し患者及び開業医ともに安心した逆紹介を充実させる。紹介教育入院は基本的には100%逆紹介するよう努力する。
経営・財務の視点	1. 医療収益増加	病床の有効利用を図る	平均在院日数	○	平均12.2日間	平均15.8日間	平均14.8日間	平均11.4日間	重症な糖尿病合併症入院では早期から患者や家族に対し積極的に後方病院への転院調整を指導する。
学習と成長の視点	1. 学術面での向上	専門学会活動の活発化	専門学会へ参加発表数	△	3回	1回	2回	1回	若手医師の発表、指導（地方会1）

血液内科 BSC

部署名	血液内科
ビジョン	西多摩地区の血液疾患診療の中心的役割を果たす。
診療方針	1. 患者から信頼の得られるエビデンスに基づいた治療の提供 2. チームワークによる安全かつ良質な医療の実践 3. 他院（他病院、開業医）との適切な連携 4. 血液内科医としての実力向上と新しいエビデンスの発見

観点	目標	主な成果	指標	基本的手順	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	評価	2024年度目標	2025評価	2025年度目標
顧客	地域信頼度上昇	開業医との連携	新患患者数（救急含む）	新患患者は出来るだけ受ける	359	376	358	181	257	218	283	347	○	200以上		300以上
経営	収益の安定	外来医療の充実	1日平均患者数（外来）	地域患者の依頼をできる限り受ける	30.2	28.6	30.6	28.6	36.1	34.3	33.2	36.9	○	30		30
		外来化学療法の充実	年間外来化学療数（注射）	通院可能な患者は出来る限り外来で化学療法を行う	1117	1298	1407	1120	1467	1603	1922	1850	×	1950		1900
		入院化学療法の充実	無菌病棟稼働率	無菌病棟を出来るだけ活用する								76.2	○	75%以上の稼働率		60%以上の稼働率
内部プロセス	治療の質の向上	学会発表	学会発表回数	興味深い症例を学会発表	10	11	10	9	9	7	6	8	○	6回以上		8回以上
学習と成長	学術面の実力向上	臨床研究成果を紙面で発表	原著論文の有無(内容は別項)	新しいエビデンスを原著で発表	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	○	あり		あり

B
S
C

脳神経内科 BSC

部署名	脳神経内科
ミッション理念	高度、特殊、先駆的医療の促進→地域の神経疾患患者の療養環境の整備
運営方針	1. 医療の質の向上　2. 救急医療の充実　3. 病診連携の強化　4. 癒しの環境作り

観点	目標	主な成果	指標	基本的手順	令和4年度実績	令和5年度実績	令和6年度目標	令和6年度実績	評価
顧客の視点	地域信頼度の向上	患者の視点からの医療の促進	紹介率	脳神経センター外来	65.6%	69.8%	70.0%	73.4%	○
	顧客満足	患者満足度の向上	苦情件数	書面による十分な説明の励行	0	0	0	0	○
経営・財務の視点	医業収益の増加	入院患者数の増加	入院一日あたりの収益	高単価患者へシフト	60.2千	55.5千	60.0千	61.3千	○
			一日平均入院患者数	検査入院・治療入院の促進	18	19.3	20	21.8	○
		外来患者数の増加	外来一日あたりの収益		9.4千	9.6千	10.0千	10.0千	○
		逆紹介率	逆紹介率	地域への逆紹介の促進	81.0%	74.0%	75～80%	78.6%	○
内部プロセスの視点	チーム医療	神経難病への対応	地域との連携の促進	退院調整会議など	継続	継続	継続	継続	○
		役割分担(病棟・救急)	病棟・救急対応		○	○	○	○	○
	質の向上	回診	教育	週に一度	○	○	○	○	○
		リハビリテーション会議	情報交換	週に一度	○	○	○	○	○
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	学会発表数	日本神経学会、研究会等への参加	4	4	6	11	○
	研修医教育	研修医の基礎的知識の習得	神経学的所見と検査所見の理解	回診・症例検討・マニュアルの整備	○	○	○	○	○

リウマチ膠原病科 BSC

部署名	リウマチ膠原病科
使命・理念	西多摩地域におけるリウマチ性疾患の診療拠点機能の維持
診療の方針	1. 丁寧な診療 2. RA での寛解率の上昇 3. 合併症の早期発見・早期治療 4. 患者・家族・スタッフの満足度の向上

観点	目標	主な成果	指標	基本的手順	R6 目標	R6 結果	結果
顧客	地域信頼度の向上	病診・病病連携	院外からの紹介患者数	紹介枠の確保、地域連携会への参加、個別連絡など	300	389	○
	患者満足度	苦情件数	苦情件数	接遇、患者意向への配慮、丁寧な診療	2 件未満	0	○
経営	医業収益の増加	入院：患者数の維持	新規入院患者数	リウマチ膠原病・合併症・不明熱・一般内科の診療	330	332	○
		効率的な病棟運用	DPC Ⅰ・Ⅱ期割合	回診時に期間確認など医師への意識づけ	≧60%	59.8%	△
内部プロセス	安全の向上	医師の確保	医師数	医歯大からの派遣。他施設からも受入れ可	3 (4)	3+1	○
		看護師の知識向上	学習会実施回数	学習会実施	3	1	×
学習と成長	研修医教育	臨床研修医教育	指導	病棟診療での指導とレクチャー	入院	入院	○
	専門医育成	教育施設認定	施設資格の維持	定期的に更新手続き。症例など教育体制の維持	維持	維持	○

小児科 BSC

部署名	小児内科
ミッション	優しい療養環境のもと地域小児医療，特に小児救急医療を充実させる
診療方針	1. 小児救急医療の維持、発展（いつでも救急疾患に対応）2. 新生児・未熟児医療の充実（安心してお産のできる病院） 3. 小児専門医療の充実（質の高い小児専門医療） 4. 医療事故防止（安全で信頼される医療の提供）

観点	戦略的目標	主な成果	指標	R6 年度	R5年度	目標値	基本的手順
顧客	病診・病病連携強化	地域小児科中核病院として	入院／救外受診者	10.00%	9.5%	5－6%	積極的な受け入れ、紹介医への迅速な返事
	患者家族の満足度	小児救急・専門医療の充実	救急外来患者数	4715 件	4980 件	5000 件	一次救急から三次救急まで。都立小児と連携
経営	医業収益の増加	東京都休日・全夜間診療事業	救急車受入れ台数	年 424 台	年 456 台	年 400 台	センターストップ時以外は全例受け入れ
		地域連携小児休日夜間診療事業	登録小児科医数	4 人	5 人	4 人以上	維持・継続
		小児科診療報酬増加に向けて	多摩新生児連携	14 例	13 例	年 12 例	多摩新生児連携継続。入院診療加算見直し
		入院数の増加，期間の短縮	入院患者数	475 人	473 人	500 人	救急/外来処置から入院につなげる
		NICU 稼働状況（NICU 年間入院数）	NICU 現状維持	76 人	78 人	稼働率 60%	在胎 33 週から受け入れ，back transfer の増加
内部プロセス	安全の向上	医療事故の減少	インシデントレポート	年 1 件	年 1 件	1件/1人	予防接種等、医師間でもチェック体制を強化
	質の向上	診療内容の充実と標準化	カンファランス回数	毎朝	毎朝	毎朝	診療チームでの回診、カンファレンスを日常化
	モチベーションの維持向上	休日夜間当直体制の維持	日当直回数	4 回/月	4 回/月	4 回/月	無理なく長く働ける労働環境に
学習と成長	学術面での向上	学会への積極参加・発表	専攻医発表回数	1 回	1回	1～2 回	参加できるよう当直体制を配慮する。
	専門医研修の充実	小児科専門医研修施設認定	専門医数	6 人	6 人	6 人	専門医 6 人 専攻医 3 人のバランスを維持
	研修医教育の充実	研修医勉強会の充実	回数	16 回	16 回	16 回	毎週金曜 7:30 から 30 分（～7月）、抄読会継続
	看護師の知識向上	看護師との勉強会・症例カンファ	要請に応じて適宜	3 回	3 回	年数回	看護師との専門知識の共有

精神科 BSC

部署名	精神科
ミッション理念	西多摩地域で唯一の病棟を有する総合病院およびがん拠点病院として行うべき精神科医療を実践する
運営方針	1. 東京都精神科身体合併症医療事業による入院を積極的に受け入れる 2. 各科を受診し身体的治療を要する精神疾患を有する患者の入院加療を積極的に受ける 3. 精神科コンサルテーション・リエゾンサービス(CLS)を行う 4. 緩和医療への積極的関与及び精神腫瘍外来・精神腫瘍 CLS を行う 5. 標準化した薬物療法アルゴリズムを実践する

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	4年度実績	5年度実績	6年度目標	6年度実績	評価
顧客の視点	1.地域信頼度向上	総合病院精神科機能向上	紹介率・逆紹介率	地域での研究会を開催、病診連携を進める	65.8%/172.8%	68.0%/152.5%	55%/150%	75.8%/158.4%	○
	2.患者家族満足度	苦情の減少	患者会、アンケート	毎月病棟患者会を開催	12 回	12 回	12 回	12 回	○
経営の視点	1.リエゾン・認知症チーム活動促進	各科負担軽減、収益増加	院内紹介増加	指定医が週 2－3 回各病棟往診(延べ件数)		658	700	699	○
	2. 病棟稼働率	精神科病棟入院患者数の確保	入院患者数増加	病棟稼働率	17.9	18.0	21 人/日(70%)	18.8	×
	3.都合併症事業協力	収入増益	都合併症入院数	各科との連携体制維持強化	79 件	82 件	100 件	100 件	○
内部プロセスの視点	1.チーム医療の実践	多職種カンファレンス開催	自己評価	毎朝看護、OT らと、隔週で看護、OT、PSW とカンファ	○	○	○	○	○
	2.薬物療法の標準化	診療の質の向上	アルゴリズム遵守	各疾患の治療アルゴリズムを遵守	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症	○
学習と成長の視点	1.医師の確保	精神保健指定医の増員	医師数（指定医）	当番医制、再診は枠内まで	5(4)	5(4)	5(3)	5(4)	○
	2.学術面での向上	学会活動、論文発表	学会発表、論文数	若手医師の発表や論文作成の指導	0	1	1	2	○
	3.指定医、専門医取得	指定医、専門医の取得	指定医、専門医数	措置例を受け入れる	0	3	3	0	×

リハビリテーション科 BSC

部署名	リハビリテーション科
ミッション理念	全人間的復権という理念のもと、当院の特性に合わせたリハビリテーションを提供する
運営方針	西多摩唯一の第 3 次救急病院としてのリハビリテーション機能を提供する

項目	戦略的目標	主な成果	指標	令和5年度実績	令和6年度目標	基本的手順	令和6年度実績
顧客の視点	患者満足の向上	リハ内容の充実	訓練単位数の向上	15.1 単位	15 単位	リハ室での訓練患者増	15.1 単位
		リハ帰結の向上	回復期病院転院数	376 件	350 件	多職種ケースカンファレンス MSW との連携	431 件
		事故の防止	発生件数（レベル 3 以上）	2 件	0 件	患者リスクの確認	1 件
経営の視点	リハ収益の安定	リハ各部門収益改善	各部門別収支計算	4.9%↑	↑	各部門別実施単位数増	5.3%↑
		対応件数の増加	対応件数	1.5%↑	↑	評価を中心に実施 次の施設への連絡	1.9%↑
内部プロセスの視点	業務効率化	訓練時間の円滑化	リハ室病棟間の送迎効率化	↑	→	リハ予定表の病棟周知 病棟送迎担当者との連携	→
		記録・サマリーの入力効率	入力時間の勤務時間内確保	↑	↓		↑
学習と成長の視点	学習環境作り	学会・研修会への参加促進	研修・講習・学会等参加数	64 回	65 回	参加しやすい環境作り 研修会等への参加促進	69 回
		関連資格の取得	関連資格取得数	2 件	2 件	スキルアップへの促し 研修会等への参加促進	1 件

消化器・一般外科,乳腺外科 BSC

部署名	外科（消化器・一般外科,乳腺外科）
ミッション	西多摩地区の外科治療の中核、特にがん診療拠点病院の外科として、高度医療の継続提供を行う
診療方針	1. 手術を中心とした診療　2. 安全確実な外科治療　3. 積極的ながん治療

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	R4 実績	R5 実績	R6 目標	R6 実績
顧客の視点	地域信頼度の向上	病診連携	紹介率/逆紹介率	紹介医返信の徹底 HP･宣伝･学会の施設認定取得	81.4% 114.8%	72.4% 93.8%	85% 110%	81.4% 128.4%
	高度医療の提供	低侵襲手術	腹腔鏡手術件数	腹腔鏡手術の適応拡大	238 件	306 件	320 件	306 件
		ロボット支援下手術	ロボット支援下手術件数	適応拡大と適応疾患患者の増加	準備 研修	開始 直腸がん 2 件	直腸/結腸 24/24 件 胃 12 件	1/23 件 17 件
経営の視点	医業収益の増加	Major 手術件数の増加	手術件数（麻酔科管理手術件数）	消化器内科との連携 積極的な集学的治療の実施	*642 件 (*血管外科含)	597 件	620 件	621 件
		がん手術患者の平均在院日数の短縮	がん手術後平均在院日数	適応を含めた適切な術前・術後管理 丁寧な手術操作の実践	胃がん 12 日 結腸/直腸がん 16 日	10.5 日 12.5, 14.8 日	10.5 日 12/15 日	12 日 11/17 日
内部プロセスの視点	安全の向上	術後合併症数の減少	C-D レベル 3b 以上の事故発生率	早急な原因分析・対策検討・報告	胃がん 4.8% 結腸/直腸がん 2.1%/2.1%	7.1% 3.4%,5.4%	5% 3%/5%	5.6% 0%/4.8%
	質の向上	術後 SSI 発生の減少	消化管定時手術数 SSI 発生率	周術期管理(術前処置･抗生剤･手術操作)見直しと徹底､ICT との協力	N.A.	結腸･直腸 2.4%	直腸/結腸 5%	1.5%/ 4.8%
学習と成長の視点	臨床研究	学会活動の活発化	学会・研究会発表数	モチベーションを高める指導	学会 7 件 研究会 3	学会 8 件 研究会 6 件	学会･研究会 15 件	学会 6 件 研究会 1+α件
	若手外科医の育成	外科専攻医研修のプログラム充実	関連学校専門医認定医、資格取得	がん手術執刀件数 NCD 登録徹底による技能把握	がん手術執刀 A15 件 B16 件	A25 件 B 4 件	がん手術執刀 20 件	A20 件

脳神経外科 BSC

部署名	脳神経外科
ミッション理念	西多摩地区の脳神経疾患に対する救急医療、高度医療を提供していく。脳神経内科とともに一次脳卒中センターの役割を担っていく
運営方針	1.救急患者の原則受入　2.手術数の増加　3.先端医療の導入　4.学会発表、論文作成の活発化

観点	戦略的目標	主な成果	指標	令和 3 年度実績	令和 4 年度実績	令和 5 年度実績	令和 6 年度実績
顧客の視点	地域信頼度の向上	情報公開	手術数等成績公表	○	○	○	新たに HP 上に公開済み
	高度医療の提供	先端医療の開始	脳血栓回収療法	7	22	22	22
			術中蛍光造影を用いた手術	12	4	9	6
			脳腫瘍ナビゲーション手術	13	13	14	16
			交流電場腫瘍治療システム	2	0	0	0
経営の視点	医業収益の増加	手術数の増加	手術総数	193	190	205	204
			血管内手術	46	45	56	64
内部プロセスの視点	安全の向上	事故の減少	レベル 3 以上の事故数	0	0	0	0
	質の向上	診療録記載の充実	期間内のサマリ提出	98.8%	99.7%	100.0%	100.0%
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	学会・セミナー発表	5	8	7	11（研修医 2）
			論文発表数	3	1	2	2
	脳外科専門医育成	専門訓練	脳神経外科専門医取得	受験者なし	1 名受験 → 1 名合格	1 名受験 → 1 名合格	1 名受験 → 1 名合格
			脳血管内治療専門医取得	受験者なし	受験者なし	1 名受験 → 1 名合格	受験者なし
			脳卒中学会専門医取得	受験者なし	受験者なし	1 名受験 → 1 名合格	受験者なし

心臓血管外科

部署名	心臓血管外科
ﾐｯｼｮﾝ理念	西多摩地域の循環器疾患に対する高度医療を循環器内科とともに進めていく
運営方針	1. 手術数の維持と手術後病院死亡の減少 2. 循環器内科とともにすべての循環器疾患（急性、慢性）に対応できる体制を維持 3. 胸部大動脈瘤に対するステントグラフト治療の適応拡大　4. 学会発表、誌上発表のさらなる活発化

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	R3 年度実績	R4 年度実績	R5 年度実績	R6 年度目標	R6 年度実績	評価
顧客の視点	地域信頼度の向上	病診連携	紹介率/逆紹介率	地域の研究会、HP での紹介	83.3/366.7 (%)	100 / 200 (%)	95.4/85.1(%)	80/ 200 (%)	95.4/85.1(%)	△
	地域連携研究会の充実	西多摩心臓病研究会(幹事)	開催回数		1 回	年 1 回	年 2 回	年 2 回	年 2 回	○
		青梅心電図勉強会(幹事)	開催回数		0 回	年 1 回	年 2 回	年 2 回	年 2 回	○
	高度先進医療の提供		MICS(低侵襲心臓手術)導入	機器購入，院内勉強会，医師招聘	開始に至らず	開始 (2 例)	4 例	10 例/年	4 例	×
経営の視点	医業収益の増加	手術数の増加	手術数 (心臓/腹部大血管)	循環器科との協調/救急疾患への対応/適応の拡大	99 例 /146 例	94 例 /147 例	84 例 /136 例	100 例 /150 例以上	84 例 /137 例	×
			緊急大動脈手術数 (胸部/腹部)	大動脈スーパーネットワーク（支援病院）の参加	8 例/19 例	7 例/27 例	11 例/26 例	10 例/30 例	11 例/15 例	△
内部プロセスの視点	安全の向上	レベル 2 以上の事故の減少	レベル 3 以上の事故数	インシデント発生翌朝にカンファレンス報告。病棟会での原因分析、対策を検討	1	1	1	0	1	×
	質の向上	手術成績の向上	在院死亡数(30 日以内死亡数)	適応を含めた適切な術前管理と手術指導	1/ (1)	3/ (0)	5/(4)	0/ (0)	5/(4)	×
		診療録記載の充実	退院サマリー期間内提出 (100%維持)		100%	100%	100%	100%	100%	○
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	学会発表数	スタッフの意識付け、指導	総会:5, 地方会他:2	総会:3, 地方会他:3	総会:2, 地方会他:4	総会:4, 地方会他:5	総会:2, 地方会他:4	△
			論文数	スタッフの意識付け、指導	2	2	2	2	2	○
	心臓血管外科専門医の育成	専門医修練プログラムの充実	心臓血管外科専門医の取得	プログラム通りの手術経験	28 例	17 例	26 例	25 例	26 例	○
	人工心肺技師の育成	人工心肺操作可能な臨床工学士育成	人工心肺の運転操作		7	7	6	7	6	○
			体外循環認定技師数	体外循環認定技師のための研修	6	6	6	7	6	○
	血管技能技師(CVT)の育成	CVT 資格取得	必要経験症例数、CVT 資格取得数	検査技師への周知、症例経験、勉強会・指導	—	—	—	資格希望者探し、指導	10(頸動脈エコー症例等)	△

B
S
C

呼吸器外科 BSC

部署名	呼吸器外科
ミッション	呼吸器内科と協調し、西多摩地区の呼吸器外科診療の拠点としての役割を担う
運営方針	手術件数の維持と低手術死亡率の維持・継続 呼吸器内科・放射線科・東京医科歯科大学呼吸器外科を含む関連病院と連携し、最適な医療の提供 胸腔鏡手術 reduce ports VATS の適応拡大、学会発表や論文発表の活発化

観点	戦略的目標	主な成果	指標	基本手順	R5 年度実績	R6 年度目標	R6 年度実績	評価
顧客	地域信頼度の向上	中核病院機能の向上	術後返書記載漏れ	呼吸器センターとして内科外科での連携・術後紹介医やかかりつけ医への返書の徹底	25%	10%以下	19%	×
	高度医療の検討	低侵襲手術	U-VATS 手術	Reduce port VATS の手術の導入と拡大	18	30	4	×
			ロボット手術件数	ロボット手術 RATS の導入	0	10	10	○
経営	医業収益の増加	手術件数の増加	手術件数	当院および近隣病院の呼吸器内科との連携	104	110	109	△
			肺癌手術件数		54	60	62	○
		平均在院日数の減少	DPC Ⅰ・Ⅱの割合	術後合併症の減少・ERAS 導入し早期離床とドレーン抜去	76.5	80	76.7	×
内部プロセス	安全の向上	レベル 2 以上の事故の減少	レベル 3 の事故数	呼吸器外科カンファレンス	0	0	0	○
学習と成長	学術面での向上	学会活動の活発化	学会発表	スタッフの意識づけ	3	4	1	×
			論文数		0	1	0	×
	専門医・指導医	人材確保・育成	専門医数	呼吸器外科専門医の取得	1	2	1	×

整形外科 BSC

部署名	整形外科
ミッション	西多摩地区からさらに広範囲の整形外科診療拠点病院として、救急外傷を広く受け入れ、高い専門性をもって機能する
運営方針	1. 患者受け入れの拡大: 救急患者数の増加、手術件数の増加、地域連携パス導入での平均在院日数の減少を実現させる 2. 医療事故の防止: 整形外科医教育、院内研修医教育、スタッフ教育に力を注ぎ、チーム医療として、適切な診療および患者管理を行う 3. 若手医師の教育: 大学教育関連施設として、手術経験機会の増加、技術の向上、学術的意欲の向上を図る

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	R3 年度実績	R4 年度実績	R5 年度実績	R6 年度目標	R6 年度実績	評価	R7 年度目標
顧客の視点	地域信頼度の向上	中枢病院として機能向上	紹介率	紹介状の返事を充実	54.9	72.9	75.8	75.8	71.5	×	80
	地域医療機関との連携	連携の強化	逆紹介率	記入漏れを減らす	100.9	107.1	84.96	84.96	144.6	○	90
経営の視点	医療収益の増加	入院患者数の増加	新入院患者数	救急患者の受け入れ	574	484	589	589	664	○	700
		平均在院日数の減少	平均在院日数		17.7	20.5	17.0	17.0	15.4	○	14.5
		手術症例数の増加	年度手術数	紹介患者の増加による手術数増加	全体 731 うち脊椎 190	全体 650 うち脊椎 153	全体 742 うち脊椎 216	全体 74 2 うち脊椎 216	全体 851 脊椎 231	○	全体 900 うち脊椎 240
内部プロセスの視点	安全の向上	レベル 3 以上の事故を減らす	レベル 3 以上の事故数	事故原因の分析	2	0	0	0	1	×	0
教育	医療レベルの向上	手術経験数増加 参加数（執刀数）	ローテーターの手術執刀数	専門医による教育、指導、管理	271(181)/y 173(130),172(115)/6M	206(57) 73(41),89(30)/6M	212(146),259(204)/y 161(120)，138(99)/6m	212(146),259(204)/y 161(120)，138(99)/6m	257(182)/y,165(108),159(103), 149(97),178(127)/6m	○	250(150)/y 160（100）/6m
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	ローテーターの学会発表数	若手医師の発表指導	0	1	5	5	2	×	3

産婦人科 BSC

部署名	産婦人科
ミッション理念	西多摩地域における周産期医療、婦人科診療の拠点として活動する
運営方針	1.患者･家族の満足度の向上およびスタッフがやりがいをもって勤務できる職場環境づくり　2.産科救急医療の充実と地域がん診療連携拠点病院としての高度医療の充実 3.小児科と連携して、ハイリスク妊娠に対応できる体制を維持し、病診連携を強化する　4.産婦人科専門医、サブスペシャリティ教育体制の拡充、産婦人科医師の安定的確保

観点	戦略的目的	主な成果・評価	指標	R5 年度実績	R6 年度目標	R6 年度実績	評価	手順
顧客	地域拠点としての機能	地域連携の強化	紹介率/逆紹介率(地域医療支援)	80.3%/47.7%	80%/50%	78.3%/82.0%	△	十分な紹介枠、断らない救急、良好な地域連携
		産科救急の受入	母体搬送受け入れ数	17 例	20 件	10 件	×	医療圏内依頼の積極的な受入
		がん診療の充実	悪性腫瘍初回治療患者数	63 件	70 件	72 件	○	医療圏内紹介の増加、放射線治療再開
経営	医業収益の増加	分娩件数、手術件数の維持	分娩件数 手術件数	383 487	400 500	410 493	○ ×	ホームページ、SNS などでの広報. NIPT 開始 紹介患者の増加
		総収益(外来＋入院)の維持	総収益額	851,881 千円	870,000 千円	866,196 千円	×	手術件数、分娩件数の維持。専門外来の充実
内部プロセス	医療安全の向上	医療事故の予防	事故報告（レベル3以上）	0	0	2	×	ミーティングでの情報共有
	働き方改革	当直明け業務の低減	当直明け執刀、第 1 助手件数	—	0	2	×	科内の意識改革、シフト調整
	人材確保	産婦人科医師確保	産婦人科医師数(産休等含む)	14	14	13~14	△	育児など私生活との両立が可能な職場環境
学習と成長	専門性向上	学術活動の向上	学会発表･論文発表数	発表 8、論文 1	発表 8、論文 2	発表 3、論文 2	×	積極的な学会･論文発表、学会参加
	職員のスキルアップ	チームスキル向上	症例検討会･病棟スタッフミーティング	1 回/月実施	1～2/月実施	12 回実施	○	科内勉強会・病棟勉強会の実施
		医師･看護師のスキル向上	NCPR 講習会の回数	1	4	6	○	NCPR 講習会の実施、周知、インストラクター養成

形成外科 BSC

部署名	形成外科
ミッション理念	地域の住民へ、より良い形成外科診療を提供する。
運営方針	1. 病診、病病連携強化　2. 患者満足の向上 3. 入退院支援体制の整備　4. 安全と質の確保

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	R7年度目標	R6年度実績	達成度評価
顧客の視点	地域信頼度の向上 高度医療の提供	病診連携	紹介率/逆紹介率	・紹介医返信の徹底 ・ホームページ・広報の活用	目標	94.0/25.0	達成
		乳房再建	乳房再建手術数	・他施設での研修 ・広報の活用	前年度	1件	未達
		皮膚悪性腫瘍	皮膚悪性腫瘍切除件数	・病診連携の強化 ・広報の活用	更新	19件	達成
経営の視点	医療収益の増加	手術件数の増加	年間手術件数	・地域信頼度向上 ・他科との潤滑な連携	前年度	342件	未達
		平均在院日数の減少	平均在院日数	・合併症を最小限にするように努める ・パスの活用	更新	2.0日	維持
内部プロセスの視点	安全の向上 質の向上	事故の減少	Level2以上事故件数	・手順遵守・確認の徹底	前年度	1件	維持
		手術成績の向上	合併症発生件数 手術所要時間	・技術向上 ・手順遵守・確認の徹底 ・コメディカルとの情報共有	更新	1件	維持
		他科との連携	他科再建件数	・他科の手術の組織欠損に対する手術 ・下肢血流不全患者に対する温存的手術	前年度	9件	未達
学習と成長	専門医育成 学術面での向上	専門訓練	専門医取得	・手術件数確保 ・学会データベースへの症例登録	更新		継続
		各種研究会、研修等への参加	参加回数、論文数	・日本形成外科学会総会、日本オンコプラスティックサージェリー学会、foot and leg congress	維持	学会参加3回 学会発表1回	達成

泌尿器科 BSC

部署名	泌尿器科
ミッション理念	西多摩地域における泌尿器科疾患の診断、治療の拠点として役割を果たす。
運営方針	1. ロボット手術をはじめとした高度医療の充実、手術件数の増加 2. 病診連携の強化、紹介率の向上

観点	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	3年度実績	4年度実績	5年度実績	6年度実績	評価
顧客の視点	病診連携	地域中核病院としての機能向上	紹介率	かかりつけ医との連携	60%	79.8%	78%	92.5%	○
			逆紹介率		70%	173.7%	142%	109.5%	○
	高度医療の充実	腹腔鏡手術、尿路結石に対する内視鏡手術の充実	腹腔鏡手術件数	症例の確保	60	65	54	77	○
			TUL件数+PNL件数		100	70	120	140	○
経営・財務の視点	経営基盤の安定化	手術件数の増加	年間手術件数	症例の確保（病診連携の強化）	500	422	530	606	○
内部プロセスの視点	安全面の向上	医師の確保	医師数	東京大学からの派遣	3	3	4	4	○
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	学会/講演会での発表演題および論文数	スタッフへの働きかけ	1	3	3	1	×

眼科 BSC

部 署 名	眼科
ミッション理念	西多摩地区の眼科疾患に対する診療の拠点としての役割を充実させる。
運営方針	1.白内障手術数の維持と成績向上 2.非観血的領域(ぶどう膜炎、神経眼科など)の治療制度の向上 3.病診連携の促進

観点	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	R4年度実績	R5年度実績	R6年度目標	R6年度実績	評価
顧客の視点	地域信頼度の向上	中核病院機能の向上	紹介率	迅速かつ丁寧な返信 逆紹介の推進 高次医療機関への適切な紹介	69.1%	73.3%	前年度以上	70.8	×
経営の視点	医療収益の増加	手術症例数の増加	白内障手術症例数	紹介患者数の維持・増加	283 件	261 件	前年度以上	318 件	○
内部プロセスの視点	安全の向上	医療事故の回避	医療事故件数		0 件	0 件	0 件	0 件	○
	質の向上	手術成績の向上	他院での処置を要した白内障合併症数	症例ごとに安全な術式の検討 合併症の早期発見、的確なリカバリー	0 件	0 件	0 件	3 件	×

耳鼻咽喉科・頭頸部外科 BSC

部 署 名	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
ミッション理念	西多摩地域の診断・治療の拠点としての役割を充実させる。
運営方針	1. 診療の質･効率･安全の向上 2. 入院治療の重視 3. 頭頸部外科領域の疾患に対する診療強化

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	目標	令和4年度	令和5年度	令和6年度	評価
顧客の視点	地域信頼度の向上	中枢病院として機能向上	紹介率	病診連携の推進の改善	60%	68.8%	76.8%	74.7%	○
			逆紹介率	かかりつけ医への病状報告推進改善	15%	16.7%	19.9%	25.4%	○
	患者満足度の向上	トラブル・苦情の減少	ご意見数（苦情）	説明・対話の重視	3 件	0 件	0 件	0 件	○
経営の視点	医療収益の増加	患者数・手術件数の増加	手術数	手術件数の増加	230 件	243 件	233 件	263 件	○
内部プロセスの視点	安全の向上	医療事故の減少	レベル３以上の事故	手順の見直し・確認の励行	0 件	0 件	0 件	0 件	○
		スタッフの確保	医師数	欠員が生じないように運動する	3 名確保	3 人	3 人	3 人	○
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	演題発表数	学会発表の励行	2 件	2 件	1 件	2 件	○
			耳鼻咽喉科専門医数	資格取得者の受験促進	1 人以上	2 人	1 人	2 人	○

歯科口腔外科 BSC

部署名	歯科口腔外科
ミッション理念	西多摩地区の歯科口腔外科医療の維持、発展
運営方針	1. 口腔外科医療レベル向上　2. 全身疾患患者の処置充実　3. 医療事故防止の徹底 4. 学会参加によるレベルアップ

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	4年度実績	5年度実績	6年度目標	6年度実績	評価
顧客の視点	地域信頼度の向上	歯科医師会との連携・認知	紹介患者数の増加	紹介医に迅速な返信	544名	563名	550名	553名	○
			紹介率	病診連携の推進の改善	50.70%	50.50%	50%以上	48.60%	△
	患者家族の満足度	クレームの減少	患者からの感謝の言葉	わかりやすい説明	0%	0%	0%	0%	○
経営の視点	医療収益の増加	外来患者数の増加	新来患者数	専門診療の充実	1072名	1114名	1100名以上	1138名	○
		手術症例数の増加	手術症例数	手術技術の向上	487件	471件	480件以上	492件	○
	材料費の削減	外来使用材料の削減	消耗品の減少	再利用	減少	減少	減少	減少	○
	保険診療請求	返戻の減少	損失の減少	適正保険請求	減少	減少	減少	減少	○
内部プロセスの視点	安全の向上	事故の回避	起訴・クレームの消失	日々基本に忠実に	0%	0%	0%	0%	○
	質の向上	手術手技の向上	再発・再手術の消失	手術手技の充実	0%	0%	0%	0%	○
学習と成長の視点	学術面での向上	学会参加による新しい知見	学会参加・発表・講演会	新しい情報の吸収	2回	1回	3回	1回	△
	関連病院の申請	データーの整理	病棟・外来管理の充実	関連病院と連絡	継続、更新	継続、更新	継続、更新	継続、更新	○

放射線診断科 BSC

部署名	放射線診断科
ミッション理念	地域に開かれた放射線診断科として、院内および院外からの利用促進を図り、検査および治療の質向上と効率的運用を目指す。
運営方針	1. 各部門検査の迅速性を推進し、診断（検査）・治療の普及を図り医療安全の向上を図る。 2. 地域医療施設および各診療科からの依頼については「質の向上」「迅速かつ柔軟な対応」を実践する。 3. 医療放射線被ばくの低減に努める。

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	R4年度実績	R5年度 実績	令和6年度目標	令和6年度実績	
顧客の視点	患者満足向上	当日緊急(オンコール)検査への対応	検査件数	オンコール検査の迅速な対応 検査内容の質的維持、迅速性向上	CT 22,654人 MRI 5,808人	CT 23,953人 MRI 6,159人	CT 24,500人 MRI 6,300人	CT 26,545人 MRI 7,182人	○
	骨密度測定装置稼働件数の確保	他院への紹介減少	検査待ち日数の減少、他施設からの依頼の増加	各診療科、地域連携室との連携 効率的な運用法（予約枠増）	1,797件	2,008件	2,100件	2,118件	○
	PET/CT検査の普及	半導体PET/CT 装置導入による検査件数の増加	検査件数	Webでの検診の検査予約開始 PET/CT 検査の普及　青梅健康塾オンラインコンテンツ	766件	915件	900件維持	943件	○
	青梅市乳がん検診実施	10月～1月各月1回土曜日実施	受診者数	検診日を平日午後　週2日実施 医事課（青梅市健康課）、外科外来と連携	10人	88人	10人 (90人)	143人	○
経営の視点	新病院建設	装置更新の決定	令和4年度中に決定	各社装置仕様書確認 病院コンサルト会社との連携 各診療科との連携	各装置機器決定	すべて設置完了			
	画像診断管理加算2取得・維持	画像診断管理加算2の継続	期日内読影（翌診療日）80%	医療資源の適正配分を考慮した検査必要性の吟味	維持	維持	維持	維持	○
	報告書管理体制加算	画像診断情報の適切な管理による医療安全対策に係る評価（退院時1回5点）	取得に向けた体制	医療安全管理室との連携	取得	継続	維持	維持	○
内部プロセスの視点	安全な業務の向上	インシデント発生件数の減少およびレベル3以上は出さない	インシデント発生件数 レベル3以上の発生の有無	安全に係る意識の向上、情報の共有 安全に係る研修会への参加促進 業務マニュアルの見直し	90件 (レベル0,78件 レベル2 11件 レベル3a1件)	66件 (レベル0、66件)	レベル3以上は発生させない	レベル3以上は発生0件	○
		タスクシフトシェアの推進	技師法改正に向けた告示研修会への参加	日本放射線技師会講習会への参加推進 5年の経過措置の間に常勤職員全員受講	4名修了	15人 研修修了	20人 研修修了	19人 研修修了	△
学習と成長の視点	職員のスキルアップ	先進医療技術習得（技師）	勉強会学会等参加延べ人数 業務関連資格取得	外部研修会、勉強会（Web）への参加 および学会発表・資格取得維持	184人 (有料出張15人) 3種 2名	150人 (有料出張10人)	180人 (有料出張10人)	225人 (有料出張11人)	○
		各種認定取得及び維持	日本医学放射線学会専門医2名、日本核医学学会専門医1名、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会読影認定医1名、日本核医学学会PET認定医1名、医療情報技師1名、放射線治療専門技師1名、検診マンモグラフィー撮影技術認定3名、放射線機器管理士1名、衛生工学衛生管理者1名、第1種作業環境測定士2名、第1種放射線取扱主任者3名、第2種放射線取扱主任者1名、医用画像情報管理士1名、臨床実習指導教員3名、核医学専門技師1名、X線CT認定技師2名 大腸CT専門技師1名 、血管撮影IVR専門認定技師1名（各学会等発表.論文5件）						

放射線治療科 BSC

部署名	放射線治療科
ミッション 理念	西多摩医療圏の中核病院・がん拠点病院として高度な放射線治療を提供する
運営 方針	安全を確保しつつ、質の高い高精度な治療から緩和治療まで状況に応じた適切な治療を進める

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	R4 年度実績	R5 年度実績	R6 年度目標	R6 年度実績	評価
顧客の視点	中核病院機能の向上	患者数の増加	新規患者数 紹介患者受け入れ		220 3	58 2		210 34	○
	患者満足度向上	治療装置使用効率の向上	治療開始までの日数／治療枠拡大	紹介待ち日数の短縮 1 日の治療患者数増加	初診枠 6-7/週 15 分/枠	初診枠 6-7/週 15 分/枠		初診枠 8/週 10 分/枠	○
経営の視点	治療機器更新				更新準備	更新準備	稼働開始	稼働開始	△ IMRT は 7 年度
	放射線治療／高精度治療	高精度治療技術の導入 IMRT システム	適応を広げ件数増加を図り、治療単価も上げる	脳定位 体幹部定位 IMRT	0 0 —	0 0 —	IMRT は 7 年度	6 11 —	○
内部プロセスの視点	医療安全の向上 法令順守	放射線防護	マニュアル/予防規程の改定	適宜改定	更新	更新	更新	更新	○
学習と成長の視点	職員のスキルアップ	先端医療技術習得	参加人数	外部研修会・学会参加 学会発表	2 0	3 0		4 1	○

麻酔科 BSC

部署名	麻酔科
ミッション	西多摩地域の各種疾患に対する手術の全身管理の充実
当科の方針	1. マンパワーの充実　2. 術前、術中管理の安全性を図る 3. 重症患者及び家族へのインフォームドコンセントの徹底 4. 学会発表、誌上発表の継続　5. 麻酔科希望臨床研修医の教育

観点	目標	主な成果	指標	令和4年度の実績	令和5年度の実績	令和6年度の目標	令和6年度の実績	基本的手順
顧客の視点	1. 地域信頼度の向上	中核病院機構の向上	総手術件数 うち、麻酔科管理	3686 2332	3919 2556	4200 2600	4333 2805	外科系診療科の支援 麻酔器・モニターの導入(9 室)
	2. 地域連携研究会の充実	多摩麻酔懇話会運営委員	開催回数	年 1 回	年 1 回	年 1 回	出席無し	運営委員の仕事の負担を明確にする 運営委員の交代
	3. 先進医療の提供	最新手術室の現状	施設見学		2	2	1	無痛分娩開始準備（多摩総合見学）
経営・財務の視点	1. 医療収益の確保	件数の増加	総麻酔管理件数 うち、緊急件数	2332 282	2556 310	2600 以上 350 以上	2805 352	優秀な非常勤医の優遇 常勤医の過剰な業務のタスクシフト 緊急全身麻酔への対応
	2. 常勤医の確保	非常勤医の削減	常勤医 6 人以上	3	3	4 人以上	0	公募・大学からの派遣依頼
内部プロセスの視点	1. 安全の向上		3 以上の事故	0	1	0	1	事故現況を詳細に診療録へ記載・必要に応じ、直接患者説明へ
	2. 質の向上	レベル 2 以上の医療事故減少	麻酔事故 情報共有	0 100%	0 100%	0 100%	0 100%	慎重な術前準備・術中管理 当院麻酔科のマニュアル徹底 (令和 7 年 2 月機能評価に向け)
学習と成長の視点	1. 学術面での向上	学会活動の活発化	学会発表 論文数	総会　0 地方会　0 その他　0 0	0 1 0 0	1 1 1 1	0 0 0 0	麻酔科常勤医の増員 特に麻酔科レジデントの募集 麻酔科学会 HP 等で公募
	2. 専門医の育成					令和6年度 1名 専門医試験受験予定	専門医 1 名合格	常に後期研修医が、1 名以上在籍するように人員を募る
	3. 研修医教育	普通の全身麻酔管理が可能	定時手術 緊急手術	25 例以上/月	25 例以上/月	25 例以上/月	25 例以上/月	麻酔科部長・医長が 1 名ずつ初期研修医の指導係を担当

救急科 BSC

部 署 名	救急科
ミッション理念	西多摩医療圏中核総合病院の救急部門とし急性期医療・高度医療の役割を果たす
診 療 方 針	1.救急患者を可能な限り受け入れる　2.救急外来診療の質と安全の向上をはかり、同時に効率を向上させる 3.入院診療の質と安全の向上をはかる 4.臨床研修医への指導を強化する 5.救急科専攻医プログラム期間病院として専攻医教育を行う

項　　目	戦略的目標	主な成果	指標	R3 年度実績	R4 年度実績	R5 年度実績	評価	R6 年実績	基本的手順
顧 客 の 視　　点	救命救急センターとしての役割強化	救急患者の応需率増加	応需率（2 次）	66.00%	51.70%	64%	○	約 71%	依頼は断らない
			（3 次）	57.00%	49.90%	65.90%	○	69%	
	患者満足度	救急患者の受け入れ増加	救急外来総数	15852	17476	19649	○	21972	救急外来の強化
			救急搬送件数（2 次）	3821	4325	4653	○	4753	依頼は断らない
			（3 次）	942	914	1003	×	971	
			入院数の増加	3095	2943	3322	○	3756	入院可否の判断前年度以上
経 営 の 視　　点	医業収益の増加	患者数の増加	外来収益（百万円）	211	307	296	×	226	診療の効率化
			入院収益（百万円）	151	116	173	○	226	診療の効率化
		救命救急入院料増加		78.30%	86.40%	92.30%	×	88.37%	算定率の増加
	医局員の満足度	医局員数	6 名	7 名	5 名	5 名		5 名	Work＆Life Balance 働き方改革
	救急隊との連携強化	症例検討会の実施	11 回/年	11 回	8 回	8 回	△	8 回	研修会運営
内 部 プ ロ セスの視点	安全の向上	レベル 3 以上の事故の減少	レベル 3 以上の事故数	0	0	0	○	0	
		CT 読影の確認	読影結果の確認				○		読影の確認、連絡
	診療の安全　標準化	クリニカルパスの活用					×		パスの作成
学習と成長の 視 点	学術面での向上	学会活動	学会発表・座長	4	2	2	○	8	モチベーションの維持向上
		学術活動	論文数	0	0	0	○	投稿中 3	投稿する
	救急科専門医の育成	専門医・指導医の更新・習得	専門医・指導医数	該当なし	該当なし	該当なし	○	専門医 1 名	専門医・指導医施設の維持

緩和ケア科 BSC

部署名	緩和ケア科
ミッション	快適で優しい療養環境のもと、地域が必要とする高度な急性期医療を安全かつ患者さんを中心に実践する
運営方針	1. 緩和ケアの質向上、2. 患者満足度向上、3. 緩和ケア病棟を立ち上げ軌道に載せる

視点	戦略的目標	主な成果	指標	手順	R4 実績	R5 実績	R6 目標	R6 実績	達成度評価
経営の視点	緩和ケアチーム依頼件数増加	緩和ケアチーム依頼件数増加	緩和ケアチーム新規依頼人数	院内での緩和ケアチームの周知	170 人/年	165 人/年	180 人/年	199 人/年	○
			緩和ケアチーム総介入件数		2373 件/年	2108 件/年	2200 件/年	2103 件/年	△
			緩和ケアチーム総加算件数		1846 件/年	1069 件/年	1400 件/年	1207 件/年	△
顧客の視点	患者満足度向上								
	患者 QOL の向上								
内部プロセスの視点	心不全患者の苦痛の拾い上げを行う	心不全スクリーニングを適切に行う	心不全スクリーニング件数	病棟スタッフへのスクリーニングの周知と教育	44 件/年	97 件/年	100 件/年	124 件/年	○
	食思不振/栄養不良患者に積極的に関わる	栄養介入を推進する	栄養算定件数	院内への栄養介入の周知	254 件/年	158 件/年	180 件/年	263 件/年	○
学習と成長の視点	緩和ケアの普及啓発	臨床研修医の緩和ケア能力の向上	臨床研修医の緩和ケア科ローテーション人数	緩和ケア科の魅力や意義を周知する	4 人/年	2 人/年	3 人/年	2 人/年	△
		院内外医療者の緩和ケア能力の向上	院内外医療者に対する講義/勉強会の回数	現状の講演会の継続と新規講演会の企画	2 回/年	3 回/年	4 回/年	2 回/年	△
		自己の緩和ケア能力の維持向上	学会参加回数	日本緩和医療学会、日本死の臨床研究会への参加	2 学会/年	2 学会/年	2 学会/年	2 学会/年	○

臨床検査科 BSC

部署名	臨床検査科
ﾐｯｼｮﾝ理念	病院の基本理念のもと、臨床検査を安全、精確、迅速に行う。
運営方針	1. 安全の確保と安全に配慮した検査の実施 安心・安全な検査を受けて頂くために、快適な環境づくり、親切な対応とわかりやすい説明を実践します。 2. 精密で正確な検査の実施 検査工程の十分な品質の管理（精度管理）を行い、信頼できる質の高い検査を行います。 3. 迅速な検査の実施 必要な検査結果を必要な時に提供できるように検査を行います。

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	令和4年度実績	令和5年度実績	令和6年度目標値	令和6年度実績	評価
顧客の視点	患者様の満足度向上	安心感を与える接遇と待ち時間を延長させない	採血平均待ち時間	明るい挨拶と混雑時の応援体制の充実	8分55秒	10分16秒	10分以内	10分46秒	×
	診療スタッフからの信頼度向上	迅速な外来検査の結果報告	検査時間(採血受付～報告)生化学	現状の調査・分析	53.6分	54.6分	50分程度	52.9分	○
		夜間休日における緊急検査の迅速な結果報告	検査時間(検体受付～報告)生化学	現状の調査・分析	26.4分	28.4分	28分程度	28.5分	○
経営の視点	検査件数の確保	生理検査件数の維持	総生理検査件数/年	総生理検査件数の把握	36,972	38,024	38,000	42,091	○
		外来採血人数の維持	平均採血人数/日	外来採血人数の把握	303.3	314.1	310	340.3	○
内部プロセスの視点	質の向上	信頼できる質の高い検査	日本医師会精度管理の評点	検査工程の十分な品質管理	99.6点	99.2点	98点以上	99.5点	○
			日臨技精度管理ABの割合	検査工程の十分な品質管理	99.6%	100.0%	98%以上	100.0%	○
			都臨技精度管理ABの割合	検査工程の十分な品質管理	100.0%	100.0%	98%以上	100.0%	○
	安全の向上	医療事故の減少	レベル 3 以上の事故数	インシデント報告	0件	0件	0件	0件	○
学習と成長の視点	学術面での向上	学会への参加発表推進	演題登録数	学会への発表支援	2演題	0演題	2演題	3演題	○
	スキルアップ	資格認定の取得推進	資格認定の取得数	各種資格の取得支援	11	2	1以上	6	◎
		研修会・研究会・学会等の参加推進	研修会・研究会・学会等の参加数	各種研修会等への参加支援	281	211	180	192	○

栄養科 BSC

部署名	栄養科
ﾐｯｼｮﾝ理念	個々の病態に応じた適切な栄養管理を行い、安全で美味しい食事を提供する
運営方針	1.患者満足と安全の向上：献立の見直し、調理のマニュアルの徹底、衛生管理の徹底、災害時代替給食の確保、委託職員の質の確保 2.人材の確保と人材育成：働きやすい職場、、若手職員教育の充実、勉強会の充実 3.重点4部門の強化：入院患者の栄養管理体制の充実、栄養指導の充実、がん患者への栄養介入の充実、周術期栄養管理 4.職員満足の向上：挨拶の徹底、ミーティングの充実、有休の確保、資格取得支援

項目	戦略的目標	主な成果	指標	令和4年度実績	令和5年度実績	令和6年度目標	令和6年度実績		基本的手順
顧客の視点	入院患者の満足度の向上	美味しい食事	嗜好調査による結果(満足・どちらかと言えば満足)	90%	84%	80%以上	79% ①幼児食 66% ②祝い膳 94% ③常・軟・ｴﾈ常・軟 77%	△	献立見直し 調理の標準化 嗜好調査実施、病院HP結果報告
			おいしい、感謝の言葉数	285件	246件	270件	265件	○	プラス10%
	癒しの環境作り	行事食 祝い膳 バースデイ	行事食回数 祝い膳数 バースデイ数	行事食： 25回 祝い膳：421食 バースデイ：258食	行事食： 21回 祝い膳：534食 バースデイ：278食	行事食： 24回 祝い膳：800食 バースデイ：278食	行事食： 27回 祝い膳：821食 バースデイ：292食	◎	行事食：月2回実施、メッセージカード配布 祝い膳:1産婦2回提供、調理・盛り付けの標準化、アンケート実施
経営の視点	医業収益	糖尿病透析予防指導管理料増加	糖尿病透析予防指導管理数	50件	31件	31件	15件	△	医師・看護師と共同で行う
		緩和ケア個別栄養食事管理加算	緩和ケア個別栄養食事管理加算数	254件	299件	390件	262件	△	緩和ケアラウンド参加・栄養介入
		周術期栄養管理実施加算	周術期栄養管理実施加算数	254件	280件	330件	219件	△	術前・術後の適切な栄養介入
		個別栄養指導の増加	栄養指導件数	3,520件	3,637件	4,000件	3,838件	○	人材育成・有効活用、他部署・病棟との連携
		特別食(加算) の増加	特別食(加算)率	44.9%	40.2%	45%	38.0%	△	入院中の徹底した食事チェック
		喫食率の増加	喫食数/入院患者数×100	85.9%	84.8%	85%	85.8%	○	食事開始
内部プロセスの視点	新病院建設推進	ニュークックチルによる食事提供	スケジュール進捗管理	WG開催・コンサル開始	運用構築・導入	安定した運用稼動	安定した運用稼動	○	サイクル献立・作業工程・衛生管理における問題点の抽出と改善
	質の向上	調理作業の標準化	調理マニュアルの徹底	献立会議1回/月 ミーティング毎日 給食会議1回/月	献立会議1回/月 ミーティング毎日 給食会議1回/月	献立会議1回/月 栄養委員会1回/月 給食会議1回/月	献立会議1回/月 栄養委員会1回/月 給食会議1回/月	○	委託業者事業所責任者・調理師リーダー・業務課長との話し合い
		盛りつけ作業の標準化	盛りつけマニュアルの徹底						
	安全の向上	衛生管理の徹底	衛生管理マニュアルの徹底	衛生管理徹底・改善	衛生管理徹底・改善	衛生管理改善	衛生管理徹底・改善	○	委託業者内およびICTラウンドによるチェック
		インシデント発生件数の減少	インシデント発生件数(誤配膳・異物混入)	—	—	—	誤配膳： 5件 異物混入：11件	△	委託業者による手順遵守、定期監査、安全に係る意識の向上、情報の共有
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	演題提出数	5題	8題	5題	4題	○	学会への参加促進
		講習会・勉強会への参加	参加数	38人	70人	50人	60人	◎	講習会・勉強会への参加促進
		資格取得	病態栄養専門管理栄養士数 日本糖尿病療養指導士数 西東京糖尿病療養指導士数 NST専門療法士数 がん病態栄養専門管理栄養士数	1人 2人 4人 2人 1人	1人 2人 3人 2人 1人	1人 2人 3人 2人 1人	1人 1人 2人 2人 1人	○	自己啓発

臨床工学科 BSC

部署名	臨床工学科							
ミッション	各診療部門との連携をはかり、高度医療への臨床技術提供および院内 ME 機器の保守管理を充実する。							
運営方針	1. 臨床技術の提供とその技術の向上を目指す　2. 各科における緊急診療に対する臨床工学科の対応と体制の充実 3. 機器管理の充実および日常・定期点検の実施　4. 個人技術の向上ための講習会・学会への積極的参加							
項目	戦略的目標	主な成果	指標	R4 年度実績	R5 年度実績	R6 年度		
						目標	実績	評価
顧客の視点	患者･家族の満足度の向上	患者満足度の向上	トラブル・苦情	0	0	0	0	○
	スタッフ向け情報発信	医療機器情報の発信	配布物(ME だより) ME 機器使用方法動画作成	6/2	4/2	10	8/1	△
経営の視点	医業収益の増加	診療加算維持・継続	年度別総件数					
			血液透析	8562	8419	8500	8324	×
			胸部外科人工心肺装置操作	68	48	70	60	×
			心臓カテーテル	1202	1263	1400	1226	×
			遠隔モニタリング患者数	428	455	500	467	×
		治療・材料の見直の実施	材料の見直しと在庫管理	年 2 回	年 2 回	年 2 回	年 2 回	○
	管理機器の保守管理	院外修理の積極実施	院外修理件数	33	30	全体 10%以下	35	○
		修理材料の在庫管理	修理依頼件数／院内修理件数	387/354	505/475	600 以上	454/419	×
内部プロセスの視点	安全の向上	レベル２以上の医療事故の減少	レベル３以上の医療事故	0	0	0	0	○
	質の向上	各臨床部門での治療記録の充実		実施	実施	実施	実施	○
		医療機器管理台帳の充実	台帳の確立・台帳電子化	実施	実施	実施	実施	○
		定期点検の実施と機器管理	耐用期間、廃棄基準の構築、見直し	年 1 回	年 1 回	年 1 回	年 1 回	○
		日常点検の実施と実施記録の充実	人工呼吸器の病棟巡回の継続	実施	実施	実施	実施	○
学習と成長の視点	学術面での向上	学会活動の活発化	演題発表及び座長･講師(院内研修会講師)	9(院内 5)	6(院内 5)	2(13)	5(院内 24)	◎
	工学技士としての知識向上	講習会への参加	学会認定士、研修参加による資格取得/更新	7	5	5	6	○
			学会･講習会等への参加 (E ラーニング)	36(124)	81	100	106	○

病理診断科 BSC

部署名	病理診断科							
ミッション理念	病理診断を迅速かつ正確に行うことにより、患者への適切で安全な医療の提供に貢献する							
運営方針	1. 基本業務体制(組織診断・細胞診・剖検)の拡充　2. 治療方針決定に資する迅速な診断結果の提供 3. 新規・既存コンパニオン検査の院内実施化　4. 算定可能な免疫染色の積極的な実施による請求件数増　5. コスト削減							
項目	戦略的目標	主な成果	指標と目標	令和 6 年度目標	令和 6 年度実績/評価		令和5年度の目標	基本的手順
経営･財政の視点	経営基盤安定化への貢献	診断件数･適切な保険請求	組織･細胞診断件数請求手順遵守率	組織・細胞診断件数、計 10000 件以上、請求手順遵守率 100%	目標達成	○	各種オーダーの記録と手続き遵守率 100%	医事課・各科との連携・保険請求手順の作成と遵守
	新規・既存コンパニオン検査の院内実施化	実施・請求件数の増加、TAT の短縮 (外注 7-10 日→院内 1-2 日)	院内化した項目や実施件数	CLDN18 蛋白、ALK 融合蛋白 (計 50 件以上/年)	新規医療機器導入に伴って実施(R6.8～)	△	*R6 年から新規に設定	新規項目プロトコールの設定と医療請求を含めた運用マニュアルの作成と遵守
	算定可能な免疫染色の積極的な実施	請求件数の増加	対象項目や実施割合	対象：IBD 症例など (100 件以上/年)	新規医療機器導入に伴って実施(R6.8～)	△	*R6 年から新規に設定	医事課・各科との連携・保険請求手順の作成と遵守
	コスト削減	キシレンなど試薬のコスト削減	対象品目、使用量削減/発注単位変更により達成されて削減コスト	キシレン、エタキシのコスト削減 30%	クロロホルム 100%削減	○	*R6 年から新規に設定	試薬使用量・発注単位の見直し
顧客の視点	診療スタッフへ正確で充実した情報提供を迅速に行う	免疫染色など施行可能な検査の院内化による TAT の短縮	診断所要日数	診断所要日数 7 日以内の継続	診断所要日数 7 日以内 85%	○	診断所要日数平均 7 日以内の継続	院内実施項目の充実・作業手順の効率化
	病理診断・検査の精度管理・報告書未読防止	標準的で安全な医療の提供	結果未読件数、外部精度管理参加、ダブルチェック	外部精度管理、結果未読件数 0 など	結果未読による有害事象なし、外部精度管理への参加など	○	外部精度管理参加、内部精度管理の徹底、ダブルチェック (細胞診 100%)、非常勤医師診断のダブルチェック (100%)	スタッフの質や人数の充実、他施設へのコンサルテーション。医療安全管理室との連携
内部プロセスの視点	働き方改革	時間外勤務削減、年休取得率向上	医師：A 水準(月≦100h, 年≦960h)／医師以外：36 協定(月≦45h, 年≦360h)、年休取得率	遵守率 100%+年休取得率向上 (新規目標)	遵守率 100%、年休取得率	△	遵守率 100%	時間外勤務と勤怠管理との突合せ・自己研さん時間・内容の明確化
	各種院内活動への貢献	CPC, 各種カンファレンスの開催、関連委員会参加	開催・参加実績	CPC6 回・カンファレンス 50 回以上	CPC6 回・カンファレンス 60 回程度	○	CPC6 回・カンファレンス 50 回以上	臨床各科・がんゲノム医療関連を含む委員会との連携
学習と成長の視点	病理診断科の検査項目充実・スタッフのスキルアップ	各種資格取得	各種技師・専門医資格取得・更新、学会・講習会参加数	学会発表 3 件以上、各種専門医・認定技師資格取得・更新	学会発表 1 回、専門医資格更新 1 件、技師資格取得 4 件	○	院内発表活動 2 件、院外発表活動 3 件、資格取得 1 件	業務改善や研究のテーマ検討、学会・研究会等への参加、院内外の講習会等の受講

看護局 BSC

部署名	看護局
ビジョン達成	快適で優しい療養環境のもと、地域が必要とする高度な急性期医療を安全かつ患者さんを中心として実践する
看護局の理念	私たちは、患者さんの権利を尊重し、生命の尊厳の心をもって看護します。 また、高度医療を支える看護師として、良質で模範的な看護を行い、地域医療に貢献できることを目指します。
運営方針	1.看護師と看護補助者の定着と確保：1)看護職員採用と定着活動の推進 2)看護職員満足度の向上　3）安全で効率的な労働環境の整備（タスクシフト・シェアのさらなる推進） 2.看護の立場で病院経営に参画する：1)診療報酬改定に伴った適正医療の推進　2)外来～入院・入院～外来　および在宅・地域との連携強化　3）病院経営経費の削減に協力する 3.患者にとっての最善を考え、安全で安心できるケアを提供する：1)倫理的視点を持った看護実践の推進　2）感染・安全行動を遵守した質の高い看護ケアの提供　3）病院機能評価受審に向けた取り組み 4.教育・研修の充実による看護職員のスキルアップ :1)看護職員のキャリア支援とスキルアップ　　5．西館改修・転床と緩和ケア病棟開棟に向けた取り組み　：1)運用計画の具体的検討と協働

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	令和６年度看護局目標	令和６年度実績・結果	評価
経営の視点	経営基盤の安定化	診療報酬取得項目の維持・拡大	病床管理 一日平均入院患者数350人以上　病床稼動率 平均在院日数　手術件数	ベッドコントロール 緊急入院患者の柔軟な受入れ 有料個室の利用推進	・稼動病床（455床）に対して一般病床　平均病床利用率70% ・夜間緊急入院一般病床受け入れ体制の継続と定着 ・平均在院日数 12日以下　・手術件数　350件/月	・平均利用率70.7% ・夜間緊急入院156件/年 ・平均在院日数11.0日 ・手術件数：4372件/年（平均364件/月）	○
			診療報酬改定に対応した加算・管理料の取得	重症度、医療・看護必要度の改定内容の理解と診療実績入力 施設基準・加算内容の改定内容の把握と算定協力	・重症度、医療・看護必要度が基準超え割合の維持（基準①20%以上、基準②27%以上） ・診療報酬改定に伴う施設基準を理解し、他職種と協力して対応ができる	基準①28.8%、基準②37.4%	○
			認知症ケア加算 精神科リエゾンチーム加算 せん妄ハイリスクケア加算 がん患者指導料(イ)（ロ） 骨粗鬆症リエゾンチーム加算 糖尿病透析予防指導加算 重症患者初期支援充実加算の取得 等	看護プロファイルの活用、スクリーニング実施 せん妄ハイリスク患者対応策チェックリストの活用 必要な患者・家族への対応 医師への周知と対象患者の抽出 外来における個別指導の実施 職員の対象研修参加	・チーム活動を推進し、必要な加算の取得ができる ・関係職種への周知と対象患者の拡大 ・対応職員の資格取得等の支援と推進	・チーム活動に従事している認定看護師を中心に、加算取得への取り組み拡大 ・加算に付随した資格取得・更新者５人（前年度18人）	△
	人材確保	看護師・看護力の安定化と充実	新入看護師の確保	実習受入校との実習調整、受入環境の整備・積極的な勧誘 就職説明会への積極的参加 学校への訪問と就職・修学資金の案内継続 インターンシップ、看護体験の受け入れ 病院の魅力を院内外へ周知　HPのタイムリーな更新 多様な働き方の理解と採用、採用後の勤務継続モニタリング	・R7年度新卒者最低　40人　確保 ・修学資金貸与者確保（2人） ・実習受け入れ校からの就職人数の前年度２割増（20人） ・５月以降の既卒採用者採用17名以上	・令和７年度新卒新人39人確保（辞退者除く） ・学校挨拶回り17校実施（就職者の出身校89.7%を訪問） ・実習校からの就職19人（目標値より１人不足） ・説明会等での修学資金貸与説明を行うが、新規の貸与者は１人 ・５月以降の既卒採用者　８　人（５月～３月末まで） ハローワークやナースプラザ職員へ既卒採用についてPRを行ったが目標値には達せず	△
			看護師の定着	中途採用者　ニーズの把握と対応 中途採用者指導マニュアルの修正 各部署で職員面談を実施し状況の把握と定着支援 リエゾンチームとの連携と対応	・中途採用者の１年以内の離職ゼロ ・新卒看護師の離職率8%以下 ・看護職員全体の離職率7%以内	・会計年度任用職員中途採用者１名の退職あり ・新人27人採用４名退職、離職率14.8% ・離職率7.1%	△
			看護補助の確保と定着	ホームページ・市広報紙などでの職員募集 多様な採用経路の導入と定着支援 採用見学の実施 看護補助者業務・手順の見直し SSの業務拡大検討	・看護補助夜間100対１体制の維持 ・多様な採用方法の検討と実施し採用者が増える ・タスクシフト・シェアの推進	・5A病棟に夜勤可能な看護補助を配置し、夜勤配置の病棟を増加した。派遣補助の積極的採用や運番増加対応を行い、看護補助夜間100対１体制維持できた ・近隣の看護学校やリハビリテーション学校への採用活動を実施するとともに、ホームページでの採用案内の工夫を行った ・SS業務に薬剤搬送11時30分を新規追加し、16時最終の便を遅らせ臨時注射や内服薬の搬送に対応した。不潔リネンの搬送を平日のみ委譲した	○
	職員満足向上	ワーク・ライフバランスの安定	適正な勤務時間 多様な勤務形態の利用 有給休暇取得日数 看護師の夜勤時間・休憩時間	多様な勤務形態への対応　就業制度の正しい理解 勤務間インターバル、リリーフ体制の検討 働きやすい職場風土の確立 夜間の看護業務の見直し・整理 看護職員夜勤２回/月以上の推進 有給休暇取得について課題の抽出と支援	・有給休暇全員７日以上の取得 ・一般病棟の平均夜勤時間　年間を通じて毎月72時間以内 ・夜間仮眠、休憩時間の確保	・有給休暇取得７日以上100%には至らず （常勤看護師21人が７日取得できず） ・一般病棟平均夜勤時間72時間以内毎月クリアには至らず	△
		職員の承認と評価	人材育成・モチベーションの向上 自己目標達成	評価項目の理解と達成に向けた支援 適正な人事評価のための研修実施 クリニカルラダー評価方法の見直しと検討 クリニカルラダー研修の開催	・自己目標と課題の明確化 ・クリニカルラダーの正しい理解	・各部署目標面談実施し評価終了 ・クリニカルラダーは、評価者及び被評価者の理解・認識のすりあわせが必要と判断し見直しを次年度行うことが決定したため、今年度はレベルⅠのみ評価した	△
	新型感染症への対応	具体用化の運	システムと運用の検討	WG活動開始と協力 西棟の具体的業務の見直しと検討 西棟改修工事に向けた看護用品の調整	・緩和ケア病棟の開棟にむけた計画立案（実習実施と人員の検討） ・精神科病棟の移転計画立案 ・血液浄化センター改修工事中の安全な患者移送と透析業務の実施	・R7年６月の開棟・引越に向けてWGにて検討中 ・血液浄化センター改修中。安全に患者移送・透析業務を実施できた	○
顧客の視点	患者満足度向上	患者の尊厳の確保	身体拘束最小化への取り組み	抑制に変わる看護実践の検討 見守りカメラを含む支援機器の活用 有効な安全カンファレンスの実施副看護師長会、リンクNsの活動と支援	・身体拘束最小化への理解 ・身体拘束の現状把握と最小化	・身体拘束最小化に向けた指針の作成、対象基準の理解と安全カンファレス記録を３要件が満たす記録になるよう周知した。最小化に向けた取り組みとして、看護師の胃管挿入実施に向け検討中・見守りカメラ使用病棟５部署	△
			倫理的視点を持った看護実践 患者の意思決定支援	倫理的視点を持ったカンファレンスの実施と記録 部署での困難事例の臨床倫理チームに繋げる 患者の意思決定支援、面談への同席 主任会での倫理学習会実施	・臨床倫理チームの活用20件 ・終末期の診療指針の理解と活用推進	・臨床倫理コンサルチームへの相談６件　・終末期の診療指針は周知され指示で活用　　・同席基準の見直しとテンプレート運用開始 ・主任会で四分割表を活用し検討会を実施 ・倫理検討に関するニュースを２回発行	○
		患者QOLの向上	医療チーム・合同(患者含)カンファレンスによる問題解決 患者の状態に応じた適切な看護の提供 接遇の向上	各部署QC参加　　面会再開後の評価と運用見直し 接遇プロジェクトの活動推進 身だしなみルールの遵守と相互チェック 看護提供方式の標準化　　師長・副師長での学習会	・QC活動継続と発表数の増加（R5年度３件） ・患者からの感謝10件/年 ・看護師の接遇に対するご意見ゼロ	・QC活動17部署発表予定 ・休日を含めた面会再開、個室面会の時間制限緩和 ・患者からの感謝21件 ・看護師の接遇、対応へのご意見18件	○
	地域連携	退院支援・退院調整の充実	退院支援・退院調整の推進 継続看護の推進	入退院支援調整スクリーニングの活用 MSW・退院調整看護師との連携 退院支援研修（訪問看護同行　施設見学等）の活用 地域医療連携室研修の再開 病棟から外来への情報提供とカンファレンスの実施 院内・外の他職種間カンファレンス	・退院時共同指導料２　200　件/年 ・介護支援等連携指導料　120　件/年 ・退院支援計画書取得率　70　% ・退院支援研修、退院支援担当看護師研修実施 ・外来、病棟間での継続看護促進	・退院時共同指導料２　287　件/年　（前年比128%） ・介護支援等連携指導料　140　件/年（前年比102.9%） ・退院支援計画書取得率　75　%　（前年比118.1%） ・退院支援研修、退院支援担当看護師研修 ・病棟からの継続看護に繋げるため地域との多職種カンファレンスの実施117件	○
内部プロセスの視点	医療の安全・質確保	感染対策	・感染症の発生状況 ・感染対策の実施状況	マニュアルの改訂と周知・定着 手指消毒剤使用状況のモニタリングと指導 研修参加者への支援　　5S取り組みの発表と定着支援 適切なPPEの選択と相互チェック	・院内感染を起こさない ・感染研修受講100% ・ラダー別感染研修の取り組みと結果・成果の定着（5S活動）	・COVID-19院内発症24件うち部屋をまたいでの発症２件 ・感染研修受講率96% ・ラダー別感染研修で課題に取り組み5S活動を行った	△
		事故原因分析・対策	事故防止（注射・与薬・輸血）手順監査 レベル３以上の事故件数	手順遵守・全部署で監査 研修参加者への支援 インシデントに対して分析手法（RCA、時系列分析）を用い、対策立案実施	・静脈注射看護職員の100%認定 ・レベルⅢ以上の事故件数（注射、与薬、輸血、転倒・転落）ゼロ ・研修受講率100% ・監査での手順遵守100%	・静脈注射フォローアップ研修98%認定 ・レベルⅢ以上：注射３件、与薬３件、輸血０件、転倒・転落12件(重複含) ・安全研修の看護師・看護補助受講率上半期97%、下半期97% （看護師のみの受講率上半期98%、下半期98%）	△
			確認行為の徹底	確認行為、確認方法の遵守　　指さし呼称の徹底 ブルネーム・生年月日の２識別での確認 認証システムを用いた患者確認の徹底（特に書類・薬品の確認行為） 患者も含めたダブル確認の徹底	・患者間違い報告件数ゼロ	患者誤認件数54件	×
		チーム医療の推進	病院機能評価受審	審査内容の理解と適切な看護の実践と記録 手順、マニュアルの見直し 日々の看護実践と記録の振り返り	・多職種と協働して審査に向けた準備	・機能評価受審までの計画立案・プレ実施等を行い準備 ・手順、マニュアルの見直し実施 ・カルテレビュー、ケアプロセス症例カルテの確認	○
			褥瘡対策チーム活動強化	アセスメント・ケア・観察の徹底 予防に対するアセスメントと用具の適正使用　リンクナースとの連携 ハイリスク加算取得のための書類作成の徹底	・褥瘡発生率　１　%以下 ・褥瘡ハイリスク加算の確実な取得	・褥瘡発生率0.81% ・褥瘡ハイリスク加算906件	○
			排尿ケアチームの活動推進	排尿ケアチーム・コアメンバーとリンクナースの連携 男性導尿実施研修支援	・排尿自立支援対象者の加算取得 ・男性導尿実施への取り組み看護師の増加(２人)	・排尿自立支援加算延べ55件/年（下半期10月～１月で16件） ・「下部尿路症状の排尿ケア講習会」男性職員２名参加。　現在、演習中。３月中には演習終了予定 ・次年度に向けて12月「下部尿路症状の排尿ケア講習会」について合同会で周知。３月にメールで周知した。	○
			RRTの活動推進	主任リンクNs役割推進　　RRTメンバー育成研修実施 コードブルー発生後の事例検討 RRTメンバーの振り返りと学習の継続	・RRT体制構築と対応人材の確保（４人） ・RRTコール件数100件　　・相談件数1000件 ・コードブルーの件数減少（R5：14件）	・RRT出動メンバー養成研修４名参加 ・RRTコール件数83件　　・相談件数592件 ・コードブルー件数13件	○
	看護業務の効率化	生産性向上	看護補助者の質向上	看護補助者研修実施 看護補助者ファイルの活用と技術チェック 看護補助者活用に関する管理者研修の受講 目標管理面接と取り組みへの支援 看護補助者業務の検討	・研修全員参加 ・看護補助者　自己目標の達成 ・補助者業務の標準化	・看護補助者研修全４回（5/30・6/1・6/9）実施　54名参加、未受講者11名（うち救命士７名）はナーシングスキルにて課題設定し対応済 ・看護補助協働研修10/2実施　32名参加 ・入職者にはタイムリーに看護補助者ファイル作成、技術チェックは７月～9月の間に１回実施 ・管理者研修１名参加（７A前田副師長）・目標管理面接上半期・年度末実施 ・看護補助業務手順改訂済	○
		負担軽減の	コメディカル、他部門との連携 超過勤務時間	他職種との連携・協力　月毎の超過勤務時間の把握と削減対策の検討 タスクシフト・シェアが出来る業務の発掘、検討 部署応援態勢の検討	・他職種へのタスクシフト・シェアの検討継続 ・部署応援態勢の確立 ・超過勤務の減少	・他職種へのタスクシフト０件、シェア１件 ・部署応援態勢未確立 ・平均超勤時間：6.72時間	△
学習と成長の視点	看護職員のスキルアップ	専門職の育成	新入職看護師教育・支援	新卒看護師の教育と研修評価 中途採用者指導マニュアルを活用したOJT 新入職看護師の夜勤開始時期の検討	・新卒看護師全員ラダーⅡ取得 ・新入職看護師全員本採用 ・新入職看護師が夜勤の業務に従事できる	・新卒看護師ラダーⅡ取得は出来ず ・新入職員:退職者以外は全員本採用（病休中の職員もお）、本採用の基準は課題あり） ・新卒新人22人中６名が夜勤従事未（移動者や病休者あり）	△
		全看護職員共通のスキルアップ	看護研究・研修参加 知識・技術向上に対する取り組み 救急・急変時の対応 災害看護への取り組み 看護記録の監査	BLS研修実施と各部署での取り組み 記録研修の実施と記録の質監査 記録のモニタリングとタイムリーな指導 病棟研究への取組み支援　専門分野に関する研修支援 各部署での勉強会実施　各部署災害訓練実施 災害対応看護師の研修受講基準の明確化と育成（DMAT、災害支援Ns等）	・看護研究等、院外発表　20　件 ・専門分野、各部署での学習会の推進 ・全看護師が急変時一次救命処置を実施できる ・記録の質監査100%達成 ・アクションカードを活用したスタッフ個々の災害時行動の獲得	・看護研究院外発表　11　件、院外発表に対しては、全件院内倫理審査を通し発表する方針を周知・徹底した ・各部署で病棟会等の機会を利用し勉強会や出張報告会等を行い知識の共有を行った ・記録委員会で の質監査実施 ・アクションカードを用いた、火災を仮定した報告訓練を実施しカードの内容の見直しを行った。	○
		専門看護の充実	資格取得　認定更新 研究・講師活動	NP・特定看護師運用の理解と周知 長期研修受講の把握と動機付け、院内選抜の実施 院内・外講師派遣に対する支援 他職種研修実施　専門・認定看護師話用推進	・特定行為依頼件数　400件 ・一般病棟での特定行為拡大 ・専門・認定看護師、NPなどスペシャリストの育成 ・看護師の院内・外講師派遣依頼100%応需	・特定行為件数299件（延べ件数） ・特定行為実施場所の拡大までには至らず、現部署のみでの実施 ・令和６年度認定看護師１名研修終了。次年度認定教育課程３人およびNP教育課程１人を院内選抜し進学決定した　　・院外講師応需100%	○

薬剤部 BSC

部署名	薬剤部
理念	薬の専門知識と倫理観をもって、安全な薬物療法を提供できるよう患者さんおよび医療者の支援を行い、社会に貢献する。
運営方針	1. 協働・連携によるチーム医療での役割を推進　2. 医薬品適正使用の推進　3. 職能を研鑽し、患者、医療スタッフへの還元 4. 地域薬剤師との連携　5. 医薬品の適正な管理　6. 医療安全を推進する　7. 新病院への手順整備

項目	戦略目標	主な成果	指　標	基本的手順	2022 年度実績	2023 年度実績	2024 年度目標	2024 年度実績	評価
顧客の視点	患者満足度の向上	薬剤師が薬物療法に積極的に関わる	薬剤管理指導を行った延べ人数	薬剤管理指導の実施	8,778 人	9,591 人	10,000 人	10,898 人	○
			外来患者へ指導した延べ人数	化学療法センターの服薬指導	1,645 人	1,717 人	1,600 人	2,119 人	○
	スタッフへの薬物療法に対する安心感	院内での医薬品に関するインシデントの件数の減少	医薬品に関するインシデントの件数	医療安全担当者の活動	431 件 (1728 件)	567 件 (1917 件)	400 件	675 件 (2249 件)	—
		適正な処方提案	疑義照会採択数／疑義照会数	用量用法、腎機能等の問い合わせの実施	91.4%(635/695)	87.6%(468/534)	85%以上	83.3%(843/1,012)	△
		周術期患者に対する最適な薬物療法の実施	周術期薬剤管理加算の算定開始※	手術室配置、手順書の整備、薬の安全管理	—	—	算定開始	47 件/811 件	○
			タスクシフト／タスクシェア チーム医療の推進	がん薬物療法体制充実加算の算定件数※	手順の作成・実施	—	—	100 件	743 件	○
				PBPM 実施のプロトコール数	各 PBPM の手順の作成・実施	1	1	3	0	×
	薬薬連携の実施	保険薬局と連携による安全な薬物療法の実施	外来がん化学療法連携充実加算の算定件数	保険薬局への情報提供、TR の院内での活用	680 件	846 件	900 件	966 件	○
			活用された TR 数／全 TR の枚数	保険薬局から受理、必要時医師と協議、保険薬局への返信	—	—	70 枚/700 枚	99 枚/622 枚	○
経営の視点	医業収益の増加	入院中の医薬品安全使用の実施	薬剤管理指導算定件数	対象患者への実施	11,596 件	12,677 件	14,500 件	14,501 件	○
		使用医薬品の適正化	薬剤総合評価調整加算件数	入院時の評価、カンファレンス等、提案	21 件	16 件	30 件	14 件	×
		居宅における安全な薬物療法の継続	退院時指導件数	対象患者への実施	2,528 件	3,089 件	3,500 件	4,425 件	○
		がん薬物療法における医薬品安全使用の実施	がん指導料の算定件数（ハ）	化学療法センターの服薬指導を開始	48 件	24 件	50 件	31 件	×
		実務実習生の受け入れ	実務実習受入人数	受入体制の整備	6 人	4 人	7 人	7 人	○
		後発医薬品の使用促進、先発医薬品の適正使用	後発医薬品使用体制加算の算定	薬事委員会での定期的な監視と見直し	加算 2⇒加算 1	加算 1	加算 1	加算 1	○
	医業支出の抑制	採用薬・非採用薬の整理	採用薬の期限切れ品目数	対象診療科へのお知らせ文書の作成と依頼	78 品目	74 品目	70 品目	100 品目	×
		標準的な薬剤選択の推進	医薬品推奨リストの作成	薬事委員会への提示と審議	作成できず	作成できず	作成	作成(2 つ)	○
	働き方改革	残業時間の改善	総残業時間数	業務時間外の内容の整理、適正な業務配置と業務配分、新病院に向けての準備	15,7 時間/人 (4,902 時間)	19.5 時間/人 (6,793.8 時間)	25 時間/人 (9,000 時間)	20.4 時間/人 (7,820 時間)	○
		タスクシフトの推進	助手の調剤補助員としてルール作成、訓練※	業務範囲の整理、手順書の作成、訓練	作成・実施	作成・実施	作成・実施	作成・実施	○
	安全性の向上	中央・病棟業務の整理	手順書に従って業務ができる	扱いやすい手順書の整備	実施中	実施中	実施中	実施中	○
		薬剤部でのインシデント発生件数の減少	ヒヤリ・ハット数+インシデント数／処方枚数+注射せん枚数	防止対策の実施と情報共有	0.02%(31 件)	0.02%(32 件)	0.01%以下	0.019%(46 件)	×
		入院注射せんへの対応	入院注射せん枚数	入院注射せん（変更も含む）対応強化	57,102 枚	75,574 枚	90,000 枚	109,630 枚	○
	医薬品情報室の強化	情報整理、発信、共有	情報の発行回数	薬剤部ニュースの作成、医薬品情報の収集、作成	123 件	90 件	50 件	82 件	○
			問い合わせに回答した件数	問合わせを受ける環境づくりとPMDA への届出	224 件（PMDA:7 件）	180 件（PMDA:10 件）	200 件	233 件（PMDA:0 件）	△
学習と成長の視点	組織の強化	各部門責任者の計画立案、実施、確認、評価	実施数（項目数）	部門責任者の PDCA サイクル実施と共有	12 件	5 件	10 件	36 件	○
	スキルアップ	部員の知識向上	実施回数	採用薬等の勉強会、症例・副作用等の伝達講習会の実施、担当する業務のたかれの説明と共有	35 回	22 回	40 回	40 回	○
		資格認定の取得	緩和ケア認定薬剤師、感染制御認定薬剤師等の育成、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了、PEACE 研修の修了	各種資格の臨床症例数を集める	受験資格取得を実施中	受験資格取得を実施中	受験資格を得る	受験資格を得る	○
		学会活動の活発化	演題・発表数	演題・発表の支援	4 題	3 題	2 題	3 題	○

B
S
C

地域医療連携室 BSC

部 署 名	地域医療連携室
ミッション	病診連携、病病連携を図り、患者が満足できる診療・相談および入退院支援体制の充実
運 営 方 針	1 病診、病病連携強化　2 患者満足の向上　3 入退院支援体制の整備　4 安全と質の確保

項目	戦略目標	部署	主な成果	指標	基本的手順	4 年度実績	5 年度実績	6 年度目標	6 年度実績	達成度評価
顧客の視点	地域連携強化	前方	地域医療連携の強化	各種地域と連携する会	・懇話会　2 回/年開催　対象：医師 ・地域連携学習会　2 回/年開催　対象：医師・看護師・MSW・ケアマネ他	4 回/年	4 回/年	4 回/年	4 回/年	○
		全体	地域連携の充実	にしたま ICT 医療ネットワーク開示件数	・にしたま ICT 医療ネットワーク周知活動	1,424 件	1,463 件	1,500 件	1,493 件	△
	患者満足向上	がん	がん相談支援の充実	がん患者の相談件数	・がん患者の療養上の相談、就労に関する相談	863 件	1,040 件	1,000 件	1,070 件	○
		全体	スタッフに対してのトラブル・苦情がない	接遇に関するご意見数件数	・地域連携室スタッフの接遇に関する苦情の合計数 ・各スタッフが口頭で受領した苦情は師長に報告⇒師長が集計 ・ ご意見をその都度、振り返り、改善指導を行う	4 件	2 件	0 件	4 件	×
経営の視点	医業収益の増加	前方	紹介患者の増加	紹介率	・病診連携・病病連携の促進 ・医療機関への個別訪問、ホームページ・広報の活用し事前予約の利用推進 ・電話での事前予約受付を 19 時まで延長	68.20%	74.7%	50%以上	75.1%	○
				事前予約件数		7,411 件	7,726 件	7,800 件	8,755 件	○
		患者支援センター	入院支援の充実	予定入院に対する入院時支援加算割合	・各科外来、病棟、関連部署と連携/協力し、入院前から退院後を見据えた患者サポートシステムの構築 各科外来、医師、病棟と連携し、患者支援センター来室の促進 ・退院支援部門との連携強化 ・広報活動を行い、患者支援センターの役割を、院内に周知 ・患者への認知度の向上のため、入退院センターを病院 HP に掲載する ・退院支援部門ミーティングへの参加 ・入院事前調整加算新設、運用	18.40%	20.1%	20%以上	36.1%	○
		後方	退院支援の充実	入退院支援加算 1 算定件数 ＊算定率※1	・退院支援に関わる加算算定の強化 ※1 入退院支援加算 1 算定割合 入退院支援加算 1 算定数÷総入院患者数	21.0%	2,829 件 29%	35%	42.3%	○
				緊急入院に対する入退院支援加算 1 算定割合※2	※2 緊急入院に対する入退院支援加算 1 算定割合 （緊急入院患者のうち）入退院支援加算 1 算定数÷緊急入院患者数 ・地域連携診療計画加算（脳卒中、大腿骨頭部骨折）の運用システム整備	21.90%	32%	45%	43.4%	○
				介護支援等連携指導料	・診療報酬改定整備、周知	125 件	136 件	120 件	140 件	○
				退院時共同指導料	・介護支援等連携指導料については施設基準に準じ年間を通じ計画的に算定する	166 件	225 件	200 件	287 件	○
		がん	がん拠点病院事業の充実	外来がん患者指導料	・外来がん患者在宅連携指導料の算定	104 件	84 件	100 件	95 件	△
内部プロセスの視点	チーム医療の促進	前方	紹介患者情報充実	報告書作成率（最終 6 ヵ月）	・紹介受診日より 3 ヶ月と 6 ヶ月後に報告書作成状況の調査実施 ・報告書未作成の場合は担当医師に電話やメールで作成依頼	94.20%	94.30%	95%	95.6%	○
				紹介医からの報告書督促	・電話やメールで担当医に報告、作成依頼。迅速に紹介医へ報告書を発送（全件発送済み）	82 件	61 件	80 件	34 件	○
		後方	退院支援の充実	退院支援計画書取得率	・退院支援計画書を病棟に移行することで、病棟と協働し退院支援を円滑にする	60%	63.50%	70%	75%	○
	案内	全体	レベル 1 以上のインシデントがない	レベル 1 以上のインシデント件数	・インシデント発生時は振り返りを行い、再発防止策を講じる ・レベル 0 報告の推進、事象の共有を行い事故防止に努める	4 件	10 件	5 件	4 件	○
学習と成長	職員スキルアップ	全体	がん相談支援センター相談員基礎研修 1.2　資格取得 3 名	研修の修了	・がん相談支援センター相談員基礎研修 1,2 へ職員 3 名の派遣	4 名	資格取得者 3 名	2 名	1	△
			がん相談支援センター相談員基礎研修 3　資格取得 1 名	研修の修了	・がん相談支援センター相談員基礎研修 3 へ職員 1 名の派遣	1 名		2 名	2	○
			東京都入退院時連携強化研修の知識の習得	研修の修了	・東京都入退院時連携強化研修へ職員 1 名の派遣	0 名	1 名	1 名	0	△
			退院支援人材育成研修へ知識の習得	研修の修了	・退院支援人材育成研修へ職員 1 名の派遣	1 名	1 名	1 名	0	△
			脳卒中療養相談士の育成	講習会の受講	・脳卒中相談窓口開設に向け、脳卒中相談窓口多職種講習会を受講 ・スタッフの研修等参加に対する支援		5 名	2 名	2	○

医療安全管理室 BSC

部署名	医療安全管理室
ミッション理念	快適で優しい療養環境のもと、地域が必要とする高度な急性期医療を安全かつ患者さん中心に実践する
運営方針	1. 安全な医療の提供　・新システム導入後の確認と評価・改善
	2. 安全文化の醸成　・情報共有ーインシデント件数の増加（2,525 件/年以上）　・TeamSTEPPS コミュニケーションツールの普及　・RRT の推進
	3. 地域医療連携の強化　・三多摩島しょ医療安全研究会病院との情報共有と標準化

項目	戦略的目標	主な成果	指標	基本的手順	令和５年度実績	令和６年度目標	令和６年度実績	評価
顧客の視点	患者満足度向上 職員の医療安全に対する意識と満足度の向上	安全な医療体制の充実	医療に起因する死亡・死産の調査件数	死亡退院患者の診療録確認（毎日）	584 件	100%（全件調査）	646 件	○
			レベル 3b 以上、要検討症例、患者・家族からの訴えに迅速に対応 各部署からのインシデント報告 予期せぬ患者の経過	迅速な症例検討会の開催 各部署への事例検討勧告 報告書の集計・分析と対策の立案	医療事故調査委員会開催　1 件 検討会の開催　7 件 各部署への事例検討勧告　2 件 報告書の集計・分析と対策の立案	100%実施	医療事故調査委員会開催　1 件 検討会の開催　11 件 報告書の集計・分析と対策の立案	○
	安全な業務マニュアル、医療機器・設備の等の整備		安全な業務マニュアル、医療機器・医薬品の取り扱い等の整備	インシデント報告、相談・提案への随時対応	食事誤配膳のために配膳車にベッドの並び図を貼付 手術室ストック用アルブミンの定数確認実施 放射線科撮影時の持続グルコースセンサーの対応方法の統一と注意喚起 インスリン準備について病棟での統一 放射線科レントゲン撮影時の病棟毎の時間割制定 外来部門での 2 識別による患者確認導入　等	適宜整備更新し、再発防止が出来る（同様インシデント事例が繰り返し発生しない）	ハッピーキャス（適応外使用）の代替提案 退院療養計画書の修正 採血ラベルヘトラフ、ピーク、空腹時項目追加 受領した輸血の取り決めをマニュアルに追加 放射線未読レポートへのアプローチ追加 麻薬投与時の患者確認の徹底を看護手順に追加し明文化 食物アレルギー対応の運用の見直し PET 薬剤自動投与装置の取り扱いチェックリストの作成 K 吸着フィルター忘れ防止のため輸血指示改良 患者ラベルのフォントサイズ変更 誤配膳防止のための赤札作成 外来化学療法患者の体重測定忘れ防止のための取り決め コードブルー要請聞き逃し防止の対応　等	○
	患者との安全対策の協働		患者間違い発生件数　0 件	確認手順の周知（医療安全ラウンドで確認） 院内ポスターの掲示	59 件発生 レベル 0:29 件　レベル 1:27 件 レベル 2:3 件　レベル 3 以上：0 件	0 件	63 件発生 レベル 0:27 件　レベル 1:31 件 レベル 2: 5 件　レベル 3 以上:0 件	×
経営の視点	医療安全関連診療報酬の取得	算定要件の実施	①医療安全対策加算 1　85 点 ②医療安全対策地域連携加算 1　50 点 ③報告書管理体制加算　7 点　算定	算定内容の遵守	算定 ①　7,304,900 円　②　4,297,000 円 ③　536,480 円　合計　12,138,380 円	加算要件を全て実施	算定 ①　9,868,194 円　②　5,786,672 円 ③　627,130 円　合計 16,281,996 円	○
内部プロセスの視点	安全管理の質の向上	インシデント報告件数の増加	インシデントレポート件数の目安 病床数　505 床の 5 倍と医師の報告件数 10% 報告件数　2,525 件/年 医師の報告件数　252 件/年	研修会での周知、リスクマネージャーへの教育 レポートの書き方・報告内容の教育	年間報告件数 1,926 件/達成率 81.2% 医師の報告件数 87 件/達成率 45.0%	報告件数 210 件/月	年間報告件数 2,248 件/達成率 89.0 % 医師の報告件数 119 件/達成率 47.2%	△
			レベル 0 の件数増加	安全文化の醸成	年間報告件数　357 件 割合　18.5%	前年度より増加　反省文という意識をなくす　振り返りにより要因分析と対策にて改善に向けた意識へ変容を目指す	年間報告件数 446 件 割合 19.8%	○
		医療安全対策の強化	５S 活動による環境改善	医療安全ラウンド（1 回/月）	医療安全ラウンド　14 回	100%実施	医療安全ラウンド　12 回 内服手順チェック、麻薬管理、人工呼吸器スタンバイモード使用など改善内容を PDCA にて再評価	○
			安全確保の上での業務遂行	医療安全マニュアルの改定	改定できず。様々な病院の医療安全マニュアルを閲覧し、当院の改定に参考になるようなものを検討	医療安全マニュアルの改定	医療安全マニュアルの全面改定	○
			アクティブサーベイランスの実施	高難度新規医療技術の内容確認：術者の技量、指導体制、IC、術後のモニタリング、予定外の臨床経過事例		100%（全件調査）	直腸、子宮、前立腺、胃切除、左心耳閉鎖（ウォッチマン）、肺切除、腎部分切除、結腸、経ｶﾃｰﾃﾙ的大動脈弁置換術(TAVI)、子宮悪性腫瘍、腹腔鏡下子宮悪性手術(子宮頚癌 1A1 期)	○
			読影結果、病理診断結果の報告書管理（見落とし防止）	病理診断結果未確認の通知 病理の追加診断結果未確認の通知開始 放射線読影診断未確認の予期せぬ結果の個別対応 放射線読影診断未確認の全ての通知	100%	通知と追跡を 100%実施	100%	○
			コードブルー発令の減少	RRT の活動支援	コードブルー　14 件 RRS　WG　6 回参加 医療安全ラウンドでの RRT の活動調査および PR	RRS 部会参加、医療安全ラウンドでの RRT の活動調査および PR　コードブルー件数の減少　リンクスタッフへの周知と活用（主任）　メンバー育成	コードブルー　16 件 コードブルー検討会　11 件 RRS 部会　7 回参加 医療安全ラウンドでの RRT の活動調査および PR	○
			三多摩島しょ公立病院運営協議会医療安全地域連携（公立福生病院・公立阿伎留医療センター）での情報共有による安全対策の改善	三多摩島しょ公立病院運営協議会　年 4 回 医療安全地域連携連携会議 年 1 回 以上	・三多摩島しょ公立病院運営協議会　3 回 ・医療安全地域連携連携会議　5 回	情報共有による安全対策の改善	・三多摩島しょ公立病院運営協議会　4 回 ・医療安全地域連携連携会議　4 回 ・第 62 回全国自治体病院学会　三多摩島しょ医療安全担当者研究会ポスター発表	○
学習と成長	職員のスキルアップ	医療安全に関する知識の習得	職員研修会の受講率 100%	e ラーニング研修会の実施　年 2 回 上半期・医療安全管理室活動報告他 下半期・薬品安全情報/医療機器安全情報他	上半期：92%　下半期：74%	受講率 100%	上半期:95%　下半期:87%	△
			TeamSTEPPS 普及	看護教育委員会　医療安全研修会で講義	看護教育委員会医療安全研修　レベルⅢで講義 医療安全研修会で講義	看護教育委員会、医療安全研修以外への拡大	看護教育委員会医療安全研修 レベルⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴで講義 新任職員医療安全講習で講義	○
		医療安全推進者の育成	各部門に医療安全管理者養成研修受講者の配置	医療安全管理者養成研修受講の推薦（院長・看護局長に提案）	看護局：2 名 リハビリテーション科：1 名	1 名受講	栄養科：1 名	○
	医療安全管理者の知識向上	院外研修の受講	研修の終了	研修会参加への支援	・東京都医師会　事故調査制度研修　1 名 ・医療・病院管理研究会　医療安全管理（オンライン）1 名 ・事故調査制度研修（オンデマンド）3 名 ・医療安全推進講習会(オンデマウンド) 3名 ・医療安全管理者養成研修科目履修2科目 1名 ・地域連携がん診療セミナー　1 名 ・西多摩保健所医療安全研修（オンデマウンド)1 名 ・医療安全オンデマンドセミナー（オンデマンド)1 名 ・看護部会オンラインセミナー(オンライン)1名 ・医療メディエーターフォローアップ研修1名	外部研修の受講	・東京都看護協会医療安全管理者養成研修科目履修 4 科目 1 名　3 科目 1 名 ・認定病院患者安全推進協議会研修(オンデマンド)1 名 ・認定病院患者安全推進協議会研修(オンデマンド)再配信 2022 年度,2023 年度 1 名 ・日本医師会令和6年度医療事故調査制度「管理者・実務者セミナー　e ラーニング　1 名 ・医療事故調査支援センター「医療事故調査制度」を活用した院内医療安全活動の実際(オンデマンド)　1 名 ・CLIP ユーザー会「羽田空港での航空機事故から何を学ぶか？」～医療安全対策 X 事故調査制度への教訓～　3 名	○

感染管理室 BSC

部署名	感染管理室
ミッション	適切な感染対策を実施し、院内感染を最小発生とする。
重点目標	1 5S・標準予防策への理解と啓蒙　2 可視化可能なデータの収集（サーベイランス）　3 対策の質の維持と向上

視点	R6年度目標	主な成果	指標	手順	R4年度実績	R5年度実績	R6年度実績	評価
経営の視点	1 加算１要件実施 2 保健所依頼、地域連携（病院・クリニック・介護施設） 3covid マニュアルの集約と感染対策マニュアル改訂・整理 4 清拭タオルのデイスポ化 5 慣習となっている運用の見直し（質）対策上効果の少ない運用などを削減。 6 これまで見直した項目の評価。（実践、遵守、再考） 4～6 について看護局に相談し実施進めるか確認。 7 対策製品に関して使用状況・運用により見直し（量）削減目標 500～1000 万 8 紫外線、N95 テスターの使用教育	加算に関しての減算がない現行の対策、Covid 19での特化した対策移行の確認 サーベイランスの導入、対策介入	1 加算要件の実施件数 2 地域連携対応数 3 現行のマニュアル改訂 4 製品数の削減金額 5 サーベイランスの導入件数と対策介入件数	1 加算１要件実施 1）合同・外来カンファレンスの企画運営、日程調整、議事録作成、関係者への案内。 2）連駅病院に加えて、クリニック、介護施設と有事の際に円滑な疎通可の取れる連携体制の構築。 2）加算連携施設への訪問。（4 回/年以上）日程調整、報告書作成。 3）連携業務については、一部事務、地域連携と協働する。 2 保健所、施設依頼での訪問指導、院外研修講師 3 Covid19 マニュアルの整理と改訂（対策マニュアルとの合併） 4 上層部への提案は「経済的」観点で未実施。今後は削減製品を提示して導入を検討。看護局との協働を適宜実施。 5 デイスポ化可能な製品の試供・導入（清拭タオル・洗浄ブラシ・吸引機） 6 旧病院から移行した運用の見直し（洗面セットの配布、不潔リネンの搬送方法） 7 製品見直しは用度と協働で実施。 8 紫外線、N95 テスターは適宜使用可能者を増やす。院内ライセンス制で運用、更新講義を実施する。	1 加算１(390 点→740 点) 2 エコムシュウ使用制限（約 2000 万以上/年削減） 3 吸引滅菌水見直し（薬 300 万以上/年削減）	1 1）加算 1-1 相互チェック２回（公立福生・公立阿伎留） 2）加算１～3 合同カンファ（青梅成木台・東京青梅・奥多摩・東京海道）5/16、9/12、12/12、2/13 で実施。２月訓練。 2 保健所主催会議への参加（4 回）、研修（11/29） 3 マニュアルは現在改訂。 4 アイガードから個人用ゴーグルへの移行（2000 万以上）、アルコール製剤(部外品採用 300～500 万)	1 加算要件新設の外来対策強化、介護施設等と連携加算の調整 2 連携施設のカンファレンスの実施。（1-1 相互カンファ公立阿伎留・福生）（1-3 青梅成木台２回東京青梅４回東京海道２回奥多摩１回日の出ヶ丘１回連携施設の要望で訪問、研修を実施） 3 地域での教育、研修の参加（保健所研修の企画講師、リンク教育、院内看護ラダー教育、委託教育） 4 衛生材料の見直し（清拭タオル試供を行うが一部批判的な意見があり保留）ゴミ収集の追加費用はある（約７万）が保管や搬送により費用対効果は良い。感染管理上の効果は大きい。次年度再度検討。 5 マニュアル改訂（改訂表参照） 6 サーベイランス（詳細別紙）	○
顧客の視点	1 紫外線照射器、N95 フィッティングテスターの運用と更新教育 2 流行性４疾患の対応を検討。　抗体価管理について協議。 3 流行性疾患予防接種について教育と自己管理 4 委託研修の推進。コメディカル部門研修の実施。 5 マニュアルの改訂 6 エビデンスの少ない運用の見直し 7 新たな製品を導入することで代用可能、職員負荷が軽減される項目は、関連部署と協議する。	５S、標準予防策の周知・継続・活動 B 型肝炎、流行性４疾患の抗体価確認と対応の教育 感染症曝露後対応（結核） マニュアル改訂	1 院内感染事例の把握と拡大防止対応 2 B 型肝炎、流行性４疾患予防接種実施 3 感染症曝露、針刺し切創曝露事例対応 4 職員（委託を含む）研修実施数	1 対策機器の使用者研（リンクを中心に実施。現在約 30 名）N95 フィッティングテスターは今年度から実施。 2 流行性４疾患抗体価管理について協議中。ワクチン２回接種を推奨し、原価での自己負担を調整。 3 流行性４疾患予防接種等の情報提供、抗体価の自己管理方法の構築。周知。 4 例年実施の委託研修計画と実施。看護局を中心とした各部門については依頼があった際に実施。 5 マニュアル改訂は順次実施。全項目確認と改訂。不要な項目は削除。限定的な使用の際は、各部門の手順書への反映のみとし、マニュアルの掲載は行わない。 6 地域連携（加算連携病院・クリニック・介護施設）での問題解決に参加。委員会参加、研修講師など要望に応じて対応していく。	1CRE 発生院内感染なし CD トキシン３件院内感染 covid19 （クラスター19 回） 患者 157 名職員 109 名 2 発生 23 件/年 3 延べ実施回数 17 回延べ参加者数 296 名	1 紫外線使用可能者 25 名 2 次年度麻疹対応を計画。一部開始。（研修） 3 次年度以降残りの３種の対応を予定。 4 委託研修は４ヶ所延べ参加 164 名 5 マニュアル一部改訂。	1 動向調査実施と拡大防止（菌検出、抗菌薬使用状況、症候性サーベイランス）稼働停止になる院内感染事例なし 2 全職員対象の予防接種（B 型肝炎３回、インフルエンザ３回） 3 曝露後の対応（代表事例：結核 10 件、針刺し５件、溶連菌２件、COVID1914 件、インフルエンザ 15 件など） 4 法定研修企画準備運営　視聴率向上の対応　電子カルテへの反映など 5 マニュアル改訂 6 麻疹対応　抗体価把握と予防接種対象者の抽出、対応の協議と広報私ごととしての抗体価＜予防接種２回の教育	○
内部プロセス	1 耐性菌の発生を防ぐ（特に５菌種） 2 手指衛生サーベイランスの実施と評価。１患者あたりのアルコール製剤使用量の確認。目標 20ml ／１患者（WHO 基準） 3 ICT ラウンドはリンク職員の参加（1 回/月）	各種サーベイランス ICT ラウンド１回/週 教育：感染リンク　看護局委託	1 院内感染上問題となる細菌・ウイルスの新規発生件数 2 各種サーベイランスの実施と共有 3 ICT ラウンド記録と改善状況	1 耐性菌の発生状況を定期的に ICC・リンクで件数報告。 2 手指衛生サーベイランスの運用確立。各部署の使用状況の確認。１患者あたりの使用量を基本とするが、横断的に業務を行う部署は、使用量の平均値・中央値等で評価する。詳細はサーベイランスの欄参照。 3 ICT ラウンドは、今年度よりリンクの参加を再開する。計画は４月の委員会で広報。報告書の作成は、ICN が実施。概ね翌月に再度ラウンドし改善状況を確認する。移転に伴い中止していた進捗の報告も年度内に再開の予定。	1 発生件数のみ 2 リンク会でデータ収集開始 3 所属長を通じて返信を依頼	1 耐性菌発生、伝播はなし。持ち込み事例あり。 2 新病院移転のため９月で終了。（別紙）現在リンクとまとめ作業中、再開は２月頃。実施理由等の説明を再度準備。 3 医師を含めて実施。現場担当と改善を検討する方向で実施。	1 院内伝播事例はあるがアウトブレイク事例はなし 2 手指衛生サーベイランスの継続　病棟の傾向、課題が見えてきている　一部（8B、5B、血液浄化）は遵守率確認　支援部門は個別介入が必要　ベンチマークで自施設の評価ができている　継続環境の整備が課題 3 日常的な対策も可能になり、指摘が少なくなっている　ニュース作成も自部署自慢ができるようになっている 4 AST との情報共有　サーベイランスの結果から抗菌薬使用状況を確認	△
	1 看護局より候補者選出。3 名。 2 今年の受験予定。最終人選は看護局に委任。 3 リンク会を通じて候補生の教育 ICN 候補者を複数名選出し次世代以降教育を行う 4 看護局ラダー教育への参画（ラダー1～3）	継続的に感染管理業務行う職員（看護師）の配置と教育・指導	1 看護師候補者選出と試験対策 2 感染管理認定看護師の適性確認 3 看護局の推薦 4 リンク職員の教育 5 看護局ラダー教育への参画	1 候補者教育を看護局に承認を受け実施。 2 リンク２年目以上の参加者は、可能な範囲で連携施設への訪問など院外活動にも参加。 3 リンク参加者へは、病棟での５S・標準予防策の教育が可能なよう支援する。 4 看護局研修の企画・運営は局が手動で実施できるよう介入。当院の看護師育成に準じて目的・目標・計画を確認する。依頼内容に応じて講義内容を作成。また、目標管理や業務改善の項目は、局担当での実施を目指す。内容は、Ⅰ（感染対策への理解）Ⅱ/Ⅲ（感染対策の理解と実践）Ⅳ/Ⅴ（サーベイランス）とする。	1 未実施 2 未実施 3 未実施 4 都感染対策リーシップ研修１名参加 5 ラダーⅢの研修企画と運営	1 候補者３名選出あり。 2 受験に向けて自己研鑽を支援。 3 自己研鑽に移行 4 今年度よりラダーⅠ-Ⅲの企画運営に参加。	1 候補生に対し、月２回程度活動日を設ける　試験対策 2 候補生の院外研修への見学、参加 3 看護局ラダー（5S/標準予防策/手指衛生サーベイランス） 4 感染リンク支援　ラダー参加者が協働できる働きかけと助言	△
	1SSI サーベイランスの継続と開始（外科・整形・心臓血管外科） 2 ベースラインの把握とベンチマーク　運用や対策見直しは速やかに関係者と協議 3 耐性菌・デバイスサーベイランスは、感染管理室主導で実施。 4 手指衛生サーベイランスは、感染リンク、診療部協同で行う。 5 必要性や実施内容、結果については毎月リンク内で広報。実施理由を啓蒙、教育を行い、継続可能な方法を検討する。	（対策評価） サーベイランスの実施（現状把握） ベースラインの確認（比較）ベンチマーク・JANIS・NHSN・J -SIFPE	1 各種サーベイランの実施 2 抹消血管サーベイランス（定点観察） 3 院内感染上問題となる細菌・ウイルスの新規発生率 4 血培陽性率 5 広域抗菌薬使用状況	1 外科は、感染率が低いことが昨年度確認されている。対象項目の変更とするか、現行継続か診療部の意見も併せて判断。ストマ関連の VAC(PICO)の導入もされており評価を行う。(カンファレンス毎週金曜)昨年度８月～体腔4例・深部1例・表皮1例 2 整形外科は、人工物挿入として１年間は経過観察。昨年度体腔１例・表皮４例（カンファレンス毎週水曜日） 3 心臓血管外科は全ての項目で昨年度１月より開始。現在までに体腔２例（縦隔炎） 4 耐性菌の検出状況を毎日確認。 5 手指衛生サーベイランス 20ml /患者を超える部署も多くなってきている。継続可能な方法として、３ヶ月連続で WHO 基準をクリアした部署は、払い出し量カウントに切り替え、年に何回か個人使用量をカウントする方法とする。 6 CAUTI：使用比が少なく、感染率が高いことが傾向として見えている。バルンの管理方法など見直しを検討。 7 その他デバイスサーベイランスについては計画段階。協働、役割分担の調整中。	1 外科のみフィードバック済み 2 東３・東４で実施（3 ヶ月間） 3 発生件数把握のみ 4 約 20% 5 AST 運用変更なし　消化器内科参加	1 SSI（外科）については前期中に診療科、手術室へフィードバックすみ。整形は１年後の総括だが、３月までに感染事例は４例のみ。 2 JANIS（厚労省）外科・整形ともにデータとベンチマークしても感染率は低い。 3 SSI（心臓血管外科）開始。 4 CAUTI 開始。（CNIC）	1 SSI カンファレンス時に医師との情報共有は可能　関連部署へのフィードバックが未実施 2 データ把握に時間を費やしタイムリーなデータとして活用ができていない 3 院内の QI としての認知度が低く上層部だけがみる数値として理解されている　現場での有効活用、知識習得が課題 4 導入はしたが継続、有効活用が課題　（CAUTI /CLABSI/VAE /SSI3 診療科/症候性/耐性菌/手指衛生）	△
学習と成長の視点	共通：環境感染学会 1 百戸 ICN 認定看護師更新予定(ICNJ) 2 柴田 ICN（医療安全学会・看護管理研修　HAICS 研究会研修　整形外科学会）	研修、学会参加により最新知見を得る	1 研修参加回数 2 学会参加回数 3 資格更新	1 研修参加（看護管理ファーストレベル８月）（HIV 関連関東信越、ACC）（環境感染災害支援 DICT）（診療報酬東京都看護協会） 2 日本骨感染症学会（発表参加）日本環境感染学会（Web）医療の質安全学会（Web）HAICS 研究会（Web） 3 医療安全管理者更新	共通：環境感染学会 HAICS 研究会研修 1 百戸 ICN(特定行為研修修了) 2 柴田 ICN（医療安全学会・看護管理研修・認定看護師更	1 診療情報管理士修了。 2 計画的参加（ACC・疫学・HAICS・看護研究・コンピテンシー・サーベイランス・日本骨感染学会・環境感染学会・医療の質安全学会）	1 学会発表（日本骨感染学会７月） 2 研修参加（看護管理研修８月・ACC6 月 10 月・HAICS 研究会 10 月２月） 3 学会参加（日本骨感染学会・環境感染学会・医療の質安全学会）	○
	感染に偏らない研修や学会参加の促進	個々のキャリアデザインに向けて情報収集・研修参加	1 研修参加	自己研鑽として実施。	なし	各自で参加。	看護管理研修ファーストレベル 診療情報管理士試験	○

臨床研究支援室 BSC

部署名	臨床研究支援室
ミッション	院内における臨床研究に必要な事務手続きが倫理、法律を遵守していることを確認し,安全に研究を行える環境を整え、医学の発展に貢献できる病院になるように支援を行う。
基本運営方針	1.臨床研究の支援、倫理委員会申請書類作成支援を行う。 2.IRB（治験審査委員会）事務局業務を行う。 3.治験における依頼者、SMO との対応調整を行う。 4.研究に必要な倫理・関連法規に関する教育を推進する。

観点	戦略的目的	主な成果	指標	R4 目標	R4 実績	判定	R5 目標	R5 実績	R6 目標	R6 実績	判定	基本的手順
顧客	依頼者・職員の満足度向上	研究推進体制の整備	院内での研究推進、体制整備のための支援件数	—	—	—	—	—	①4 回 ②③迅速な対応	①2 回 ②7件 ③6 件	△	①ニュースレター発行の実施 ②適応外使用に関する資料の整備 ③学会発表のサポート
			院外での研究推進、体制整備のための支援件数	—	—	—	—	—	迅速な対応	①6 件 ②27 件 ③6 件	○	①臨床研究導入の支援 ②臨床研究変更の支援 ③新規 PMS の支援
			治験事前調査（フィージビリティー)の件数	—	—	—	—	—	20 件	35 件	○	・製薬会社・SMO 等からの調査依頼へ対応
	研究の質の向上	逸脱報告の実施	逸脱報告の件数	—	—	—	—	—	0 件	11 件	○	・治験での逸脱報告の収集 ・臨床研究での逸脱報告の収集、作成補助
	新規実施診療科の拡充	実施診療科の増加	新規開始診療科の数	—	—	—	—	—	1 件	0 件	×	・治験実施に関する定期的なアンケートの実施
経営	収益の増加	治験受託の増加	癌以外の治療件数	9 件/年	11 件	○	9 件/年	3 件	9 件	5 件	×	・治験・PMS 事前調査の協力
			癌治療件数	1 件/年	0 件	×	1 件/年	1件	1 件	3 件	○	・ヒアリングの同席及び関連部署との調整、作成補助
		PMS 受託の増加	PMS の件数	—	—	—	—	—	5 件	6 件	○	・適正な見積書、契約書の確認
	支出の抑制	契約症数の満了	組み入れ症例数/契約症例数	—	—	—	—	—	100%	54%(35/64)	×	・速やかな組み入れ及び関連部署との調整・支援
		脱落症例の防止	治験薬開始後の脱落症例数	—	—	—	—	—	0 件	(1/35)例	△	・CRC による適切な患者支援の実施
内部プロセス	適正な人員配置	人員の確保	治験・臨床研究を円滑に実施する人員配置	—	—	—	—	—	2.5 人 (専従1人、兼任 4 人)	専従 2 人	△	・薬剤師、臨床検査技師、看護師の兼任体制の整備 ・研修体制の整備
	働き方改革	残業時間の改善	総残業時間数	—	—	—	—	—	15 時間/人	27 時間/人	×	・業務時間外の業務内容の整理・適正な業務配分
	安全性の向上	実施計画書の遵守	実施計画書に従って業務が出来る	—	—	—	—	—	実施中	実施中	—	・実施計画書を十分に理解する ・院内手順書の整備
		倫理、関連法規の遵守	研究証明書の発行枚数 ICR 受講人数)	—	—	—	—	—	200 人	119 人	×	・関連倫理、法規に関するトレーニングの整備 (ALCOA についての周知) ・研究を行う職員の推進(ICR の受講確認) ・倫理委員会及び治験審査委員会の委員、受講の確認
	適正な治験費用の実現	ベンチマーク型コスト算定導入	業務に対する市場適正価格の把握	—	—	—	—	—	導入・実施	実施なし	×	・SMO と各項目の費用算定に関する事前協議 ・コスト算定表作成 ・院内・SMO で作成したコスト算定表を用いて協議 ・支払い方法の手順
学習と成長の視点	学術面での向上	学会・研究会活動	発表	1 回/年	3 回	○	1 回/年	1 回	1 回/年	1 回	○	・研修参加し得た知識を共有する
		専門資格の取得	資格取得のセミナー参加数	2 回以上	23 回	○	2 回以上	28 回	2 回以上	14 回	○	・資格取得のセミナー参加
		医師事務補助者の育成	学習会の開催回数	2 回/年	0 回	×	2 回/年	0 回	2 回/年	0 回	×	・クラークを対象とした学習会の開催。 ・学習証明書の発行を行い、モチベーションの向上につなげる。

看護学生教育

1　東京都立青梅看護専門学校

(1) 実習受け入れ

カリキュラム改定に伴い地域連携室見学実習を追加した。

患者に大きな影響を与えるインシデントの発生もなく安全に実習が行われた。

実習指導者の熱心な指導に対する学生の評価は高い。

(2) 実習状況

学年	内　容	期　　間	総　数
3-1	基礎看護学実習Ⅰ	令和6年　9月 3日～ 9月 5日	54名
	基礎看護学実習Ⅱ	令和7年　2月17日 ～ 2月28日	108名
3-2	各看護学実習	令和6年　7月 8日～ 7月19日	162名
		令和6年　11月26日 ～12月10日	258名
		令和7年　1月21日 ～ 2月 4日	204名
3-3	各看護学実習	令和6年　5月 9日 ～ 7月 2日	852名
		令和6年　9月10日 ～ 9月27日	396名
	統合実習	令和6年　11月 6日 ～11月20日	108名

2　東京家政大学

(1) 実習受け入れ

患者に大きな影響を与えるインシデントの発生もなく安全に実習が行われた。

実習指導者の熱心な指導に対する学生の評価は高い。

(2) 実習状況

学　年	内　容	期　　間	総　数
4—1	基礎看護学実習Ⅰ	令和7年　1月15日～ 1月27日	144名
4—2	基礎看護学実習Ⅱ	令和7年　2月 3日～ 2月28日	324名
4—3	看護領域別実習	令和6年　6月 4日～12月20日	832名
4—4	基礎看護学統合実習	令和6年　5月13日～ 5月23日	81名
	助産学	令和6年　7月 8日～ 9月20日	114名

3　東京医療学院大学

(1) 実習受け入れ

新規に実習受け入れを開始した。事前に十分打ち合わせを行い、安全に実習が行われた。

(2) 実習状況

学　年	内　容	期　　間	総　数
4—1	基礎看護学実習Ⅰ	令和6年　5月27日～ 5月31日	72名
4—2	基礎看護学実習Ⅱ	令和6年　6月 3日～ 6月 7日	72名
4—3	成人看護学実習Ⅱ	令和6年　11月 5日～11月15日	70名
	小児看護学実習	令和7年　2月10日～ 2月27日	45名

看護学校教育

非常勤講師

大　友　建一郎	医療と倫理、疾病と治療（循環器系）、国家試験対策補講（循環器系）
肥留川　賢　一	医療と倫理、疾病の発生と病理的変化（生命の危機）
宮　国　泰　彦	疾病の発生と病理的変化（組織変性、人間の死）
笠　原　一　郎	疾病の発生と病理的変化（組織障害と修復）
高　野　省　吾	疾病と治療（呼吸器）
松　川　加代子	疾病と治療（腎臓系）、国家試験対策補講（腎・泌尿器系）
田　尾　　修	疾病と治療（脳神経内科系）、国家試験対策補講（脳神経系）
唐　鎌　　淳	疾病と治療（脳神経外科系）
加　藤　　剛	疾病と治療（運動器系）
石　井　宣　一	疾病と治療（運動器系）
大　島　　淳	疾病と治療（内分泌系）
野　口　　修	疾病と治療（消化器系、化学療法）、診療の補助技術における安全（採血実施時の立会い）
長　坂　憲　治	疾病と治療（自己免疫系・アレルギー）
森　　浩　士	疾病と治療（眼科）
河　邊　浩　明	疾病と治療（耳鼻咽喉科）
岡　田　啓　五	疾病と治療（血液リンパ系）
小　澤　桃　子	疾病と治療（女性生殖器系）
松　本　雄　介	薬理学、国家試験対策補講（薬理）
竹　中　芳　治	疾病と治療（手術療法、内視鏡検査・治療、乳房の疾患）
福　田　好　美	疾病と治療（臨床検査）
丸　茂　穂　積	疾病と治療（麻酔治療）
田　浦　新　一	疾病と治療（放射線検査・治療）
木　下　奈緒子	食事療法とリハビリテーション（栄養と食事療法）
小　林　愛　美	生活機能障害のある人の暮らすを支える看護（脳卒中リハビリテーション）
田　所　友　美	生活機能障害のある人の暮らすを支える看護（皮膚排泄ケア）
鈴　木　晃　子	疾病と治療（周産期治療）
谷　　顕	疾病と治療（精神の疾患）
黒　沼　由姫子	看護マネジメントとキャリアⅡ（看護管理、ワークバランス）
早乙女　雅　美	看護マネジメントとキャリアⅡ（人材育成）
小　川　晃　司	病とともに暮らすを支える看護（腎機能障害）
井　上　正　芳	生命の危機状況にある人の生きているを支える看護 （生きているを脅かし治療を必要とする人の看護）
細　谷　崇　夫	手術を受ける人の生きていくを支える看護（手術期の看護）
清　水　祐　子	母性看護技術
高　橋　　寛	疾病と治療（小児）
横　山　晶一郎	疾病と治療（小児）
小　野　真由美	疾病と治療（小児）
下　田　麻　伊	疾病と治療（小児）
戸　田　美音子	在宅看護技術、地域・在宅でのその人らしい暮らしを支える看護
高　橋　　寛	治療を受ける小児の看護
横　山　晶一郎	治療を受ける小児の看護
小　野　真由美	治療を受ける小児の看護
下　田　麻　伊	治療を受ける小児の看護

救急隊研修等

東京消防庁

救急救命士養成課程研修	2 名
救急救命士就業前研修	6 名
救急標準過程	20 名
再教育研修	19 名

救命救急士養成学校病院内実習

救急救命東京研修所	1 名
国士舘大学	8 名
日本体育大学	1 名
杏林大学	50 名
首都医校	4 名

救急活動症例検討会（西多摩地区全消防隊）

可能な限り毎月 1 回　セミナー室

看護実習等

病院施設見学及び看護実習

7 月 29 日	東京都ナースプラザ「高校生一日看護体験実習」	8 名
7 月 30 日	東京都ナースプラザ「高校生一日看護体験実習」	8 名
7 月 31 日	東京都ナースプラザ「高校生一日看護体験実習」	9 名

看護学生職場体験研修（インターンシップ）

夏休み期間	8月　1日～8月30日	46名
春休み期間	3月21日～3月26日	21名

栄養科実習等

管理栄養士臨地実習受け入れ

令和 6 年	8 月 13 日 ～ 8 月 19 日	女子栄養大学	1 名
令和 6 年	9 月　2 日 ～ 9 月 20 日	東京医療保健大学	2 名
令和 7 年	2 月　3 日 ～ 2 月 21 日	十文字学園女子大学	2 名
令和 7 年	3 月　3 日 ～ 3 月 14 日	静岡県立大学	1 名
令和 7 年	3 月　3 日 ～ 3 月 21 日	十文字学園女子大学	2 名

薬学部実習

実務実習受け入れ（5 年生）

2 期令和 6.05.22～令和 6.08.02（2.5 ヶ月）、東京薬科大学薬学部（2 名）
3 期令和 6.08.19～令和 6.11.01（2.5 ヶ月）、東京薬科大学薬学部（2 名）
4 期令和 6.11.18～令和 7.02.07（2.5 ヶ月）、東京薬科大学薬学部（2 名）　明治薬科大学薬学部（1 名）

薬学教育

1. 新井利明、“薬学教育 OSCE 評価者”、令和 6.11.30、武蔵野大学
2. 新井利明、“薬学教育 OSCE 評価者”、令和 6.12.01、帝京平成大学
3. 小山憲一、新井利明，“薬学教育 OSCE 評価者”、令和 6.12.21、東京薬科大学

診療放射線技師　臨床実習

令和 6 年 10 月 1 日～12 月 25 日　杏林大学保健学部診療放射線技術学科　3 年生　2 名

臨床検査科実習等

臨床検査技師　臨地実習の受入れ

令和 6 年 4 月 1 日～7 月 26 日	西武学園医学技術専門学校	1 名
令和 6 年 5 月 1 日～8 月 23 日	東洋公衆衛生学院	2 名
令和 6 年 5 月 7 日～8 月 1 日	帝京短期大学	1 名
令和 6 年 7 月 29 日～8 月 2 日	西武学園医学技術専門学校	1 名
令和 6 年 10 月 1 日～令和 7 年 1 月 16 日	文京学院大学	1 名
令和 6 年 10 月 7 日～令和 6 年 12 月 24 日	杏林大学	1 名
令和 7 年 1 月 6 日～令和 7 年 3 月 27 日	杏林大学	1 名

リハビリテーション科実習等

理学療法士　臨地実習受け入れ

令和6年5月7日～6月21日	社会医学技術学院	1名
令和6年10月21日～12月13日	社会医学技術学院	1名
令和7年1月20日～2月7日	社会医学技術学院	1名
令和7年2月3日～2月28日	東京都立大学	1名

作業療法士　臨地実習受け入れ

令和7年2月17日～3月7日	埼玉県立大学	1名

事務局実習等

病院事務実習受け入れ

令和6年 7月 1日～7月26日	大原簿記公務員医療福祉保育専門学校	1名
令和7年 2月17日～3月 7日	大原簿記公務員医療福祉保育専門学校	1名

臨床研修指定病院関係

1　臨床研修制度

上級医の指導の下、通年で救急科当直と小児科当直を行うことが当院の研修制度の特徴である。地域基幹病院ならではの豊富な症例により、一般的疾患から特殊疾患まで経験でき、初期臨床研修の場として、大変恵まれた環境にある。また、内科系診療科が全科揃っており広範な研修が可能である点も特徴の一つといえる。

2　令和 6 年度地域医療研修

2 年次研修医 12 名は奥多摩病院または檜原診療所にて 1 カ月間の地域医療研修を行った。在宅医療研修をはじめ、老人ホームへの訪問診療や就学児健診、予防接種等を経験し、多くを学んだ。

3　令和 6 年度初期臨床研修医採用試験およびマッチング結果

8 月 22 日　　採用試験（筆記試験、面接試験）
8 月 23 日　　採用試験（筆記試験、面接試験）
8 月 26 日　　採用試験（筆記試験、面接試験）
9 月 24 日　　マッチングシステムへ希望順位を登録。
9 月 27 日　　中間公表　9 名の募集に対し、19 名が当院を希望順位 1 位で登録。
10 月 24 日　　マッチング結果発表　募集定員の 9 名内定。
3 月 14 日　　医師国家試験結果発表　内定者 9 名合格。

4　臨床研修修了認定

研修修了式を令和 7 年 3 月 21 日に行い、基幹型研修医 2 年次 9 名に対し修了証を授与した。

彼らが研修で多くのことを学び、無事に修了できたのは、本人の努力とともに、多くのスタッフの尽力と協力によるものであろう。今後の素晴らしい成長を期待したい。

5　令和 6 年度初期臨床研修医一覧

○基幹型 2 年次

一　色　椋　太（東京医科歯科大学出身）
片　井　悠　太（京都大学出身）
後　藤　良　太（東京大学出身）
鈴　木　のぞみ（東北大学出身）
世　古　ゆり子（順天堂大学出身）
大　樂　絵理奈（東京医科歯科大学出身）
髙　木　慧　洋（金沢大学出身）
福　田　　翔（東京医科歯科大学出身）
横　山　和　乃（岐阜大学出身）

○基幹型 1 年次

池　田　海　斗（東京医科歯科大学出身）
池　田　壮　雄（北海道大学出身）
泉　　晴　登（東京医科歯科大学出身）
後　藤　優　介（東京医科歯科大学出身）
眞　保　　悠（北海道大学出身）
田　嶋　晃　子（鳥取大学出身）
中　村　洋　介（筑波大学出身）
根　本　昇　汰（山梨大学出身）
松　井　真　希（福井大学出身）

○協力型 2 年次

青　鹿　奈南子（東京医科歯科大学病院）
香　坂　拓　泉（東京医科歯科大学病院）
島　田　朋　香（東京医科歯科大学病院）

○協力型 1 年次

大　島　　栞（東京医科歯科大学病院）
武　井　佑　介（東京医科歯科大学病院）
田　辺　真　菜（東京医科歯科大学病院）
緒　方　優　介（東京大学医学部附属病院）

※東京医科歯科大学および東京医科歯科大学病院は令和 6 年 10 月に東京科学大学および東京科学大学病院へ改称

研究発表・講演

病院事業管理者 兼 院長（大友建一郎）

1 大友建一郎、 西多摩における市立青梅総合医療センターの役割と新病院整備事業、青梅市生涯学習まちづくり出前講座、1. 2024年8月1日、 高齢者クラブ黒沢寿会（黒沢2丁目第2自治会館）2. 2024年8月2日、 梨の木むつみ会（河辺町6丁目会館）3 2025年2月20日、 高齢者クラブ「綿秋会」（小曽木4丁目自治会館）

呼吸器内科

1 本田樹里（司会）. IV 期 NSCLC/ED-SCLC の治療戦略～POSEIDON 試験/CASPIAN 試験を踏まえて～. Lung Cancer Symposium 2024. 令和6年5月20日. オンライン.
2 磯貝進（司会）、日下祐（演者）、甲斐文彬（演者）. 胸部 X 線写真読影・解説. 第 34 回西多摩呼吸器懇話会. 令和6年5月21日. 西多摩医師会館.
3 本田樹里（司会）. EGFR 遺伝子変異陽性肺癌-OS を考慮した治療戦略-. Lilly NSCLC Web 講演会. 令和 6 年 5 月 21 日. オンライン.
4 本田樹里（司会）. ICI を用いた治療戦略を考える. AZ Lung Cancer Symposium. 令和6年10月16日. オンライン.
5 大場岳彦（司会）、伊藤達哉（演者）、大友悠太郎（演者）. 胸部 X 線写真読影・解説. 第 35 回西多摩呼吸器懇話会. 令和6年10月29日. 当院.
6 本田樹里（演者）. 当院でのがん患者への療養・就労両立支援の取り組み. 第65回日本肺癌学会学術集会. 令和6年10月31日. パシフィコ横浜.
7 大場岳彦（演者）. 6分間歩行試験の実際～難病法改訂を受けて～. ILD Seminar. 令和6年12月13日. オンライン.
8 本田樹里（演者）. 内服薬で肺がんを治療する. 第2回がん薬薬連携研修会. 令和7年3月5日. オンライン.
9 本田樹里（演者）. 血性 BALF を回収したニボルマブを含む術前補助薬物療法による薬剤性肺障害の一例. 第 201 回日本肺癌学会関東支部学術集会. 令和7年3月8日. 京王プラザホテル.
10 大場岳彦（司会）. 抗酸菌症との対峙：診断・治療の最前線. 青梅 NTM 症 Web 講演会. 令和7年3月11日. オンライン.
11 本田樹里（司会）. IV 期非小細胞肺癌/進展型小細胞肺癌の治療戦略を考える. アストラゼネカ Lung Cancer Symposium. 令和7年3月11日. オンライン.
12 本田樹里（演者）. 肺アスペルギルス症. 旭化成ファーマ社内教育講演会. 令和7年3月26日. オンライン.

消化器内科

【学会】

1 伊東詩織、ほか 非代償性肝硬変患者の肝性脳症に対するリファキシミン投与事例の検討 第 110 回日本消化器病学会総会 R6.5.9 ミニ口演
2 福田翔（研），伊藤ゆみ、ほか パラチフスの一例 第695回日本内科学会関東地方会 R6.5.11 口演
3 小林美杉、ほか 免疫チェックポイント阻害剤（ICI）による免疫介在性肝機能障害（IMH）に対してステロイドが著効した1例 第380回日本消化器病学会関東支部例会 R6.7.27 口演
4 芥田沙希、ほか 90歳以上の超高齢者における総胆管結石症例に対する ERCP 関連手技の検討 第66回日本消化器病学会大会 R6.9.7 一般ポスター

【研究会】

1 野口修 訪問歯科の行う食支援と多職種連携 第2回西多摩栄養治療研究会 R7.3.15 座長
2 野口修 パネルディスカッション 潰瘍性大腸炎の治療の「こんなときどうする？」 青梅 IBD セミナー R6.6.27 座長

3 伊藤ゆみ　パネルディスカッション　潰瘍性大腸炎の治療の「こんなときどうする？」　青梅 IBD セミナー R6.6.27　座長・パネリスト
4 野口修　これからの潰瘍性大腸炎治療　-JAK 阻害剤のポジショニングを再考する　JAK 阻害剤を考える会 in 青梅研究会　R6.8.7　座長
5 野口修　高齢化社会での栄養スクリーニングと評価　西多摩栄養治療研究会　R6.8.31　座長
6 野口修　C 型肝炎診療の進歩と残された課題　西多摩医師会学術講演会　R6.10.11　口演
7 野口修　B 型肝炎ウィルス再活性化と対策　-化学療法、ステロイド治療に潜む危険性　HBV Hybrid Seminar in Nishitama　R6.10.17　特別講演
8 野口修　癌治療の基本　西多摩がん診療セミナー　R6.11.19　口演
9 野口修　大腸がんに対する低侵襲手術－ロボット手術導入を経て　第 29 回地域医療がん診療セミナー R6.11.21　座長
10 野口修　Opening remarks　青梅がんゲノム医療連携セミナー　R6.12.11　総合司会
11 濵野耕靖　がんゲノム医療の実践　埼玉医科大学グループの取り組み　青梅がんゲノム医療連携セミナー R6.12.11　座長

循環器内科

1 小野裕一　心房細動による脳梗塞を予防し、出血性合併症を減らす低侵襲な新しいカテーテル治療法　経皮的左心耳閉鎖術（Watchman）とは　STOP STROKE 〜地域で暮らす患者さんのために〜　2025 年 2 月 26 日　住友金属鉱山アリーナ・ハイブリッド
2 小野裕一　非循環器専門医・コメディカル のための心房細動診療の理解　糖尿病合併症を理解するための勉強会(循環器専門医)　2024 年 9 月 19 日　西多摩医師会館・ハイブリッド
3 栗原顕ほか　Risk of discontinuing antithrombotic medications within 1 year of second-generation and later drug-eluting stents implantation　第 32 回日本心血管インターベンション治療学会学術集会　2024 年 7 月 26 日　札幌
4 栗原顕　大動脈弁狭窄症患者の新たな光-TAVI-　地域医療連携懇親会　2024 年 7 月 31 日
5 栗原顕　大動脈弁狭窄症患者の新たな治療戦略-TAVI-　循環器診療 Network in 多摩　2024 年 9 月 6 日
6 栗原顕　当院のハートチーム紹介　TAMA VALVE　2024 年 10 月 17 日
7 栗原顕　糖尿病と心臓の異常　西多摩地域糖尿病医療連携検討会　糖尿病教室　2025 年 2 月 20 日
8 栗原顕　オープニングリマーク　LEQVIQ Expert Meeting in TAMA　2025 年 3 月 19 日
9 鈴木麻美　病診連携にて入院から外来の心臓リハビリを実施した急性心筋梗塞の一例　心臓リハビリテーションを語る会 2023　2023/11/10　Web
10 宮崎　徹　「当院における重症下肢虚血患者に対する血管内治療について」　青梅×吉祥寺　地域連携企画　2024 年 10 月 17 日　吉祥寺
11 後藤優介，宮崎　徹ほか　乳癌に対する術前化学療法中に発症したうっ血性心不全の鑑別として薬剤性心筋症が疑われた全身性サルコイドーシスの 1 例　日本内科学会　第 700 回関東地方会　2024 年 11 月 17 日　日本都市センター6 階・ハイブリッド
12 大谷拓史　当院における最新治療について　循環器疾患連携セミナー　In Nishitama　2024 年 6 月 26 日　市立青梅総合医療センター第一会議室・ハイブリッド
13 大谷拓史ほか　「ガイドラインに準拠した LDL コレステロール値が得られた中で、ACS 発症早期の LDL コレステロール上昇が予後に与える影響について」　第 32 回日本心血管インターベンション治療学会学術集会（CVIT2024）2024.7.26　札幌
14 垰本優太ほか　アブレーション既往・心臓外科手術既往がない若年男性の biatrial tachycardia　カテーテルアブレーション関連秋季大会 2024　2024 年 10 月 10 日　大阪府立国際会議場
15 垰本優太　リードレスペースメーカーの知見について　〜2024 年 JCS/JHRS ガイドラインフォーカスアップデート版　不整脈治療の話題を含めて〜　第５４回青梅心電図勉強会　2024 年 11 月 13 日　西多摩医師会館

16　毛本優太ほか　ICD の適切作動を繰り返す重症虚血性心筋症に対して SAVE 手術を思考した 1 例
17　第 23 回平岡不整脈研究会　2024 年 12 月 14 日　　KKR ホテル熱海
18　Fumiyuki Abe, et al Impact of Short Duration of Dual Antiplatelet Therapy on Outcomes with Drug-Eluting Stent for Unprotected Left Main Coronary Artery Diseases Drug-Coated Balloon for Coronary Artery Diseases. The 89th Annual Scientific Meeting of the Japanese Circulation Society、横浜、2025.3.28
19　坂本 達哉ほか　DEEP mapping を用いた OMI-VT ablation の一例　カテーテルアブレーション関連秋季大会 2024 2024 年 10 月 11 日 グランキューブ大阪
20　坂本 達哉ほか　左下肺静脈入口部近傍におけるマイクロリエントリーが原因であった de novo 心房頻拍の 1 例 日本不整脈心電学会関東甲信越支部地方会 2025 年 1 月 18 日 有明セントラルタワーホール＆カンファレンス
21　Ryota Ishida, et al.　Ventricular tachycardia ablation for ischemic cardiomyopathy guided by late potentials: a case report　第 70 回日本不整脈心電学会学術大会(JHRS2024)　2024/7/18-7/20 石川県立音楽堂、金沢市アートホール、ホテル金沢、ANA クラウンプラザホテル金沢、ホテル日航金沢
22　石田凌大ほか　亜急性心筋梗塞 PCI 後に TdP storm となり、trigger PVC ablation が奏功した一例　カテーテルアブレーション関連秋季大会 2024　2024/10/10-10/12 グランキューブ大阪
23　石田凌大ほか　Leadless PM 植込み数日後に急激な刺激閾値上昇, pacing failure を認めた徐脈頻脈症候群, AKI, 高 K 血症の 1 例　日本不整脈心電学会 第 5 回関東甲信越支部地方会　2025/1/18 有明セントラルホール＆カンファレンス

腎臓内科

1　高見純，他．IRIS＋Bev 療法から FTD／TPI 療法に変更後に発症した血栓性微小血管症（TMA）の一例．第 54 回日本腎臓学会東部学術大会．2024 年 9 月，宇都宮．
2　中熊将太，他．ステロイド・免疫抑制薬に抵抗性を示した膜性腎症のリツキシマブ併用によりステロイド離脱を達成した一例．　第 54 回日本腎臓学会東部学術大会．宇都宮，2024 年 9 月，宇都宮．
3　原田絵理子，他．長期ステロイド治療中の血液透析患者に発症した G 群溶血性レンサ球菌による劇症型溶血性レンサ球菌感染症の 1 例．第 698 回日本内科学会関東地方会．2024 年 9 月，東京．
4　池田海斗，高見純，他．ANCA 関連腎炎で血液透析導入期より意識障害を呈し可逆性後頭葉白質脳症と診断された 1 例．第 698 回日本内科学会関東地方会．2024 年 9 月，東京．
5　田辺真菜，高見純，他．直腸炎で発症し CT ガイド下ドレナージを要した侵襲性 A 群溶血性連鎖球菌感染症の 1 例．第 699 回日本内科学会関東地方会．2024 年 10 月，東京．
6　中野雄太，他．維持透析患者における急性 B 型大動脈解離の院内死亡リスクと BMI との関連．第 69 回日本透析医学会学術集会・総会．2024 年 6 月，横浜．
7　中野雄太，他．急性大動脈解離による国内 11 年間の緊急透析リスクと性差．第 67 回日本腎臓学会学術総会．2024 年 6 月，横浜．
8　Nakano Y，他．Sex Disparities in the Risk of Urgent Dialysis following Acute Aortic Dissections in Japan: A Real-World, Nationwide Study. San Diego, CA, USA. October, 2024.

内分泌糖尿病内科

1　山田彩水、他、第 698 回日本内科学会関東地方会（令和 6．9．21），現地開催

血液内科

1　チラブルチニブが奏功したが髄液所見の悪化を認めたリンパ形質細胞性白血病中枢浸潤　平澤　友梨、甲斐　浩史、初澤　紘生、岡田　啓五、熊谷　隆志　　2024.7.26 関東甲信越地方会 神奈川
2　AF and ARDS associated with cytokine release syndrome during BiTE in CAR-T resistant DLBCL　Hisako Nakamaki, Hiroki Hatsusawa, Hirofumi Kai, Kawakami Maho, Okada Keigo, Masahide Yamamoto, Takehiko Mori, Kumagai Takashi

3 Long-term steroids and CyA for severe adult infectious mononucleosis with hemophagocytic syndrome Nozomi Suzuki, Hiroki Hatsusawa, Hirohumi Kai, Maho Kawakami, Hisako Nakamaki, Keigo Okada, Takashi Kumagai
4 Lymphocyte increase in cerebrospinal fluid with improvement of CNS lymphoma under tirabrutinib Hirofumi Kai, Maho Kawakami, Hisako Nakamaki, Hiroki Hatsusawa, Keigo Okada, Kumagai Takashi
5 Deficiency in factor XII: A clue for the initial diagnosis of systemic lupus erythematosus Kayo Harada, Hirofumi Kai, Maho Kawakami, Hisako Nakamaki, Keigo Okada, Takashi Kumagai
6 Computational Cytomorphological Analyses Identifies Bone Marrow Erythroblast Proportion as Biomarker of Treatment-Free Remission Mikko Purhonen (University of Helsinki, Helsinki, Finland), Takashi Kumagai (Ome Medical Center, Ome, Tokyo, Japan), Shinya Kimura (Division of Hematology, Respiratory Medicine and Oncology, Saga University, Saga, Japan), Oscar Brück (Department of Haematology, Flinders Medical Centre, Adelaide, SA, Australia) et al. 2024.12.7 Annual Meeting of American Society of Hematology
7 化学療法後の CMV 再活性化治療において血清 DNA 定量が有用であった 2 症例 市立青梅総合医療センター血液内科 池田壮雄，川上真帆，甲斐浩史，中牧尚子，岡田啓五，熊谷隆志 2025.3.8 内科関東地方会
8 エミシズマブ投与中の後天性血友病 A に肝部分切除術を施行した症例 甲斐 浩史、岡田 啓五、川上 真帆、中牧 尚子、熊谷 隆志 2025.3.22 関東甲信越地方会 東京

脳神経内科

1 Delayed facial palsy を呈した Miller Fisher 症候群の 1 例：池田壮雄， 工藤大介， 内堀歩， 藤野真樹， 田尾修． 第 250 回日本神経学会関東甲信越地方会． 砂防会館， 千代田区． 令和 6 年 9 月 7 日
2 細菌性髄膜炎を契機に診断がついた髄液漏の一例：工藤大介， 藤野真樹， 田尾修． 第 698 回日本内科学会関東地方会． 東京国際フォーラム， 千代田区． 令和 6 年 9 月 21 日
3 神経難病における ACP の実際：田尾修． 神経変性疾患治療を考える in 多摩． ホテルエミシア東京立川， 立川市． 令和 6 年 9 月 25 日
4 多発脳神経麻痺で発見された悪性リンパ腫の 1 例：青鹿奈南子， 工藤大介， 川上真帆， 笠原一郎， 藤野真樹， 田尾修． 第 699 回日本内科学会関東地方会． 東京国際フォーラム， 千代田区． 令和 6 年 10 月 12 日
5 関節リウマチ加療中に発症した自己免疫性脳炎の一例：根本昇汰， 工藤大介， 藤野真樹， 傳田竜之介， 長坂憲治， 田尾修． 第 700 回日本内科学会関東地方会． 東京国際フォーラム， 千代田区． 令和 6 年 11 月 17 日
6 パーキンソン病診療について～当院の取り組みをふまえて～：藤野真樹． 神経変性疾患を考える会 in 多摩． ホテル日航立川東京， 立川市． 令和 6 年 12 月 11 日
7 血管炎所見と venous plexus of Rektorzik の鑑別が問題となった 1 例：池田海斗， 工藤大介， 藤野真樹， 田尾 第 702 回日本内科学会関東地方会． 東京国際フォーラム， 千代田区． 令和 7 年 2 月 8 日
8 神経変性疾患と REM 睡眠行動障害について：田尾修． 西多摩医師会パネルディスカッション． 公立福生病院， 福生市． 令和 7 年 2 月 20 日
9 アルツハイマー病の診断と治療について～当院における取り組み～：田尾修． 西多摩医師会学術講演会． 青梅市文化交流センター， 青梅市． 令和 7 年 2 月 26 日
10 卵巣奇形腫を合併し免疫療法に反応したミエロニューロパチーの一例：後藤優介， 工藤大介， 藤野真樹， 田尾修． 第 252 回日本神経学会関東甲信越地方会． 砂防会館， 千代田区． 令和 7 年 3 月 1 日
11 若年性アルツハイマー型認知症に対してレカネマブを投与した 1 例：田嶋晃子， 工藤大介， 藤野真樹， 田尾修 第 703 回日本内科学会関東地方会． 東京国際フォーラム， 千代田区． 令和 7 年 3 月 8 日

リウマチ膠原病科

【学会・研究会発表】

1 大島栞，傳田竜之介，森澤淳司，戸倉雅，長坂憲治．血栓性微小血管症様の所見を呈した巨赤芽球性貧血を伴う強直性脊椎炎の症例．第 703 回日本内科学会関東地方会．2025 年 3 月，東京．

小児科

【講演】

1　高橋　寛・神田祥子・下田麻伊：身体の発育と病気，小児看護の基礎知識：青梅市ファミリーサポートセンター提供会員養成講座（令和６年６月・11 月），青梅市役所会議室

2　下田　麻伊：アレルギー疾患とその救急対応について：R6 年度西多摩地区救急業務連絡協議会救急講演会（令和 7.2/28）,青梅市文化交流会館

【学会発表】

1　岩田悠佑ほか：乳児期早期における COVID-19 感染による好中球減少についての検討：第 31 回多摩感染免疫研究会　(令和 7.2/1)，三鷹産業プラザ

2　百瀬太一ほか：下腹部痛・消化器症状を主訴に来院した重症腎盂腎炎の 1 例：第 31 回東京小児医学研究会　(令和 7.2/15)，東京大学医学部附属図書館会議室

精神科

［学会］

1　岡崎光俊，須永敦子，　岩崎真樹，　渡邊さつき，　池谷直樹．てんかん患者の主観的記憶評価に影響を与える神経心理学的問題についての検討．第 57 回日本てんかん学会,福岡,2024 年 9 月 12 日-9 月 14 日．

2　岡崎光俊,てんかん診療に必要な書類の書き方．第 57 回日本てんかん学会,福岡,2024 年 9 月 12 日-9 月 14 日．

3　岡崎光俊，　野村智美，　田中修，　谷顕，　中野　美由起，　野口修．精神科キャンサーボードにおける問題点と治療方法の転帰．第 37 回総合病院精神医学会学術総会,熊本,2024 年 11 月 29 日-11 月 30 日．

消化器・一般外科，乳腺外科

【学会】

1　竹中芳治，山下 俊．ニボルマブ中止後にも治療効果の長期持続をみた胃癌術後症例の検討．第 110 回日本消化器病学会総会．2024 年 5 月．徳島

2　竹中芳治，平野康介．胃原発 yolk sac tumor-like carcinoma に対する治療経験．第 96 回日本胃癌学会．2024 年 3 月．京都

3　竹中芳治，平野康介，山下 俊，石井博章，藤井学人．癌性髄膜炎で再発した胃癌術後症例の検討．　第 32 回 JDDW，第 22 回日本消化器外科学会大会．2024 年 10 月．神戸

4　石井博章，三宅弘章，藤井学人，松本理奈，澤井崇行，工藤昌良，山下 俊，平野康介，山崎一樹，竹中芳治．下部直腸まで虚血性腸炎を来たした S 状結腸動静脈瘻に対して経皮的動脈塞栓術が有効であった 1 例．第 79 回日本消化器外科学会総会．　2024 年 7 月．下関

5　平野康介，竹中芳治．CRT 後局所遺残に内視鏡的拡張術の縦隔内穿孔に対して食道胃バイパス術を行った 1 例．第 78 回日本食道学会学術集会．2024 年 7 月．東京

6　平塚美由起，山崎一樹，竹中芳治．未治療の多発脳転移に対し Trastuzumab deruxtecan が著効した症例．第 62 回日本癌治療学会学術集会．2024 年 10 月．福岡

【地域講演・指導】

1　山下 俊．肝胆膵外科の実際，当院肝胆膵外科の診療．Echicon 主催研究会．2024 年 3 月．東京

2　平野康介．胃癌の薬物療法．第 1 回市立青梅総合医療センター がん薬薬連携研修会(薬剤部主催)．2024 年 11 月．

3　平野康介．当院における胃癌薬物療法について．Gastric Cancer Web Conference in Tama．(小野薬品工業主催) 2024 年 10 月．Web 開催

4　平野康介．治癒切除不能胃癌の治療の展望．胃癌治療 WEB セミナー(MSD 株式会社主催)．2025 年 3 月．Web 開催

【座長】

1　平野康介．胃癌治療についての最近の知見．VYLOY Round Meeting（ アステラス製薬株式会社主催）2025 年 1 月．東京

脳神経外科

1　石川茉莉子ほか. 脳室腹腔シャントチューブの断裂により急性水頭症をきたした第四脳室出口閉塞症の一例. 第34回新御茶ノ水セミナー. 2024年6月22日. 東京
2　石川茉莉子ほか. 4mm 未満の小型脳動脈瘤に対する血管内治療 -再発因子の検討-. 日本脳神経外科学会第83回学術総会. 2024年10月16-18日. 横浜
3　唐鎌　淳ほか. 院内発症脳梗塞の特徴および治療遅延に関連する因子について. 日本脳神経外科学会第 83 回学術総会. 2024年10月16-18日. 横浜
4　石川茉莉子ほか. 原発巣が制御されている結腸がん脳転移に対して局所治療を行った一例. 第14回Science Tokyo脳腫瘍カンファレンス. 2024年11月2日. オンライン
5　石川茉莉子ほか. 中大脳動脈閉塞症に対する血栓回収療法時に選択する分枝に関する検討. 第 40 回日本脳神経血管内治療学会学術集会. 2024年11月21日-23日. 熊本
6　福田　翔ほか. 胸椎における特発性脳脊髄液漏出に伴う慢性硬膜下血腫の一例. 第155回日本脳神経外科学会関東支部会. 2024年12月14日. 東京
7　眞保　悠ほか. 破裂遠位部前大脳動脈微小動脈瘤に対して二期的に血管内治療を行った一例. 第 27 回日本脳神経*血管内治療学会関東*地方会学術集会. 2025年2月1日. 東京
8　渡辺俊樹ほか. 超高齢社会における頭部外傷に対するトラネキサム酸使用の実際と可能性についての後方視的検討. 2025年2月21-22日. 東京
9　唐鎌　淳ほか. 高齢化社会における頭部外傷と抗凝固療法～中和と休薬、虚血性合併症について～. 第 48 回日本脳神経外傷学会. 2025年2月21-22日. 東京
10　石川茉莉子ほか. 中大脳動脈閉塞症に対する血栓回収療法時に選択する分枝に関する検討. STROKE 2025. 2025年3月6-8日. 大阪
11　唐鎌　淳ほか. 院内発症脳梗塞の特徴および治療遅延に関連する因子について STROKE 2025. 2025年3月6-8日. 大阪

心臓血管外科

【学会発表】

＜総会＞

1　山本諭,　工藤昌良,　横山賢司,　染谷 毅　大腿骨転子部骨折に対する観血的整復固定術に伴う医源性大腿深動脈損傷の2例　第52回日本血管外科学会総会　2024/5/30　大分
2　澤井崇行,　山本諭,　工藤昌良　腎移植後に発症した腹部大動脈瘤に対し腹部ステントグラフト内挿術で治療した一例　第52回日本血管外科学会総会　2024/5/30　大分
3　横山賢司,　山本諭,　染谷毅　debranching TEVAR における左鎖骨下動脈同時再建の必要性の検討　第 52 回日本血管外科学会総会　2024/5/31

＜地方会・研究会＞

1　山本 諭, 工藤 昌良, 宮崎 徹, 河本 亮介　病院紹介、レオカーナ治療について　青梅✕吉祥寺地域連携セミナー　2024/10/17　東京
2　横山賢司,　山本諭,　石田知佐子,　染谷毅　大動脈基部病変と左主幹部病変再発を合併した高安病に対する術式の検討　第21回多摩心臓外科学会　2025/2/8　東京

呼吸器外科

【国内学会 総会】

1　今井紗智子、森　恵利華　術後ドレーン排液量と臨床因子の関連　第 41 回日本呼吸器外科学会学術集会開催2024年5月31日-6月1日 軽井沢

整形外科

【学会研究発表】

1 加藤剛　第50回国際腰椎学会（ISSLS）　「Conservative treatment (BRACE) for acute osteoporotic vertebral fracture: OVF Thorough a prospective, randomized, multicenter study by the comparison of hard and soft-brace treatments」　2024/5/27-31(ミラノ：イタリア)

2 藤井俊一ほか　第 97 回日本整形外科学会学術総会　「整形外科診療における診療看護師の役割と実績」2024/5/23-26（福岡）

3 小川晃司、加藤剛ほか　第97回日本整形外科学会学術総会　「整形外科診療における診療看護師（NP）へのタスクシフトの現状とその影響」2024/5/23-26（福岡）

4 半田和佳ほか　第50回日本骨折治療学会　「骨折診療における診療看護師の役割と活動実績」2024/6/28-29（仙台）

5 栗田香織、加藤剛ほか　第47回日本骨・関節感染症学会　「SSI（手術部位感染：Surgical Site Infection）サーベイランス開始を機に実施した感染管理室活動報告」　2024/7/26-27(出雲)

6 加藤剛ほか　第 27 回日本低侵襲脊椎外科学会学術集会「当院におけるハイブリッド手術室 CT のナビゲーション下脊椎手術実施導入について」2024/11/21-22(大阪)

7 加藤剛ほか　第25回日本骨粗鬆症学会「食道裂孔ヘルニアを併発したびまん性特発性脊椎骨増殖症での脊椎骨折に対する検討」2024/10/11-13（金沢）

8 加藤剛ほか　第 59 回日本脊髄障害医学会　「食道裂孔ヘルニアを併発した DISH 骨折に対する検討」2024/11/7-8(沖縄)

9 小川晃司、加藤剛ほか　第59回日本脊髄障害医学会　「医師の働き方改革における　脊椎術後合併症への取り組み～診療看護師導入前後の比較～」　2024/11/7-8(沖縄)

【地域講演・指導】

1 加藤剛　Spine旭化成ファーマ講演会　「骨粗鬆症脊椎体骨折に対する治療戦略～保存療法とOLS活動を中心に～」2024/6/2　東京（Web）

2 加藤剛　第 6 回青梅骨粗鬆症ネットワーク勉強会「令和 6 年度　青梅市における骨密度検診の現状と課題」2024/11/30

3 松多誠也ほか　西多摩整形外科医会総会　「当院におけるハイブリッド手術室CTのナビゲーション下脊椎手術導入について」　2024/12/12（羽村）

4 平形志生ほか　西多摩整形外科医会総会　「A case of multiple trauma with peroneal nerve palsy　associated with proximal tibiofibular joint (PTFJ) dislocation」　2024/12/12（羽村）

5 加藤剛　Spine Expert Lecture Meeting　「総合病院脊椎外科医として、の骨粗鬆症診療」2025/3/17　東京（Web）

6 松多誠也ほか　地域で取り組む「痛み」の診療　「「ハイブリッド手術室運用における脊椎手術導入への取り組み」2025/3/24　立川（Web）

7 平形志生ほか　第110回東京医科歯科大学整形外科集談会　「A case of multiple trauma with peroneal nerve palsy associated with proximal tibiofibular joint (PTFJ) dislocation」　2024/12/22（お茶の水）

8 長井靖典ほか　第110回東京医科歯科大学整形外科集談会　「Introduction of CT-guided hybrid operating room for spinal surgery at our hospital」　2024/12/22（お茶の水）

産婦人科

1 小澤　桃子ほか、子宮体部癌肉腫により非産褥期子宮内反症を呈した1例第65回日本婦人科腫瘍学会．2024年7月．城山ホテル鹿児島

2 鈴木　晃子ほか、腹腔鏡下子宮全摘術で頚部までの広範な皮下気腫をきたした1例．第64回日本産婦人科内視鏡学会．2024年9月．都市センターホテル

3 小澤　桃子ほか、イレウスを契機に創部全層離開に至った腹直筋皮弁採取既往のある子宮体癌の一例．第47回日本産婦人科手術学会．2024年11月．岡山コンベンションセンター

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

【学会発表】

1　崎浜直之、水野雄介、河邊浩明、得丸貴夫：レンバチニブとペムブロリズマブ併用療法が有効であった子宮原発異所性甲状腺未分化癌の一例　第43回御茶の水耳鼻咽喉科・頭頸部外科研究会　2024年7月　東京

2　河邊浩明：頭頸部がんで失うもの取り戻すもの　第24回JKTSがんリハビリテーションフォーラム　2024年9月　東京

3　大久保航太（東京化学大学病院耳鼻咽喉科）、河邊浩明他：放射線治療晩期有害反応としての嚥下障害に対し、胃瘻造設と地域嚥下リハ処方で誤嚥防止術を回避し得た１例　第48回日本嚥下医学会総会ならびに学術講演会

放射線診断科

【学会・研究発表】

1　藤井樹矢、他『フマル酸ヒドラターゼ欠損腎細胞癌の２例』第37回腹部放射線学会、令和6.6.14-5

2　原島豊和,『大動脈解離疑いの救急CTにおける自動画像認識技術を用いた作業効率化の有用性』第78回放射線技術学会東京支部春期学術大会、令和6.5.18

【地域講演・指導】

1　黒田峰雪、『診療放射線技師における進路・環境』、駒澤大学放射線ネットワーク研究会セミナー、令和6.6.8

2　関口博之、『第48回IVR被ばく低減技術セミナー　線量測定講師』、横浜市民医療センター、令和6.8.24

3　関口博之、『第5回脳血管模型作成セミナー』、NTT関東病院、令和6.11.9

【メディア等に取り上げられた事例】

1　藤森弘貴、『画像診断装置関連クラスルームトレーニング』お客様の声での掲載、SIEMENS Healthineersホームページ、令和6.6.10

2　関口博之、単行本「ラジエーションハウス16」、取材協力、集英社、令和6.5.22

3　関口博之、単行本「ラジエーションハウス17」、取材協力、集英社、令和6.11.24

放射線治療科

【学会】

1　星章彦．胃癌縦隔リンパ節転移に対する放射線治療で長期制御を認めた１例．第60回日本医学放射線学会秋季臨床大会．2024年10月18日．福岡国際会議場

救急科

［学会・研究会］

1　宮国泰彦.働き方改革導入後の当院における救急診療体制.第52回日本救急医学会総会・学術集会.2024年10月.仙台国際センター.

2　清水裕介.向精神薬投与を契機として無症候性Brugada症候群と診断した2例.第52回日本救急医学会総会・学術集会.2024年10月.仙台国際センター.

3　比嘉武宏.西多摩地区における大動脈解離と気象条件の後方視的検討.第52回日本救急医学会総会･学術集会.2024年10月.仙台国際センター.

4　比嘉武宏.被災地域のDMAT隊員を支援DMATのカウンターパート役として配置した本部活動.第30回日本災害医学会総会・学術集会.2025年3月.ポートメッセなごや.

5　遠藤一平.被災状況報告用紙の改訂.第30回日本災害医学会総会・学術集会.2025年3月.ポートメッセなごや.

6　清水裕介．認知症高齢者に対する熱傷治療の鎮痛およびせん妄予防においてガバペンチンの有効性を認めた1例.第52回日本集中治療学術集会.2025年3月.福岡国際会議場.

7　高橋貴美.医療機関で働く救命士の評価．第27回日本臨床救急医学会総会・学術集会.2024年7月.かごしま県民交流センター.

8　遠藤一平.ロジスティックの展望.東京DMAT20周年記念シンポジウム.2025年2月.杏林大学医学部講堂.

緩和ケア科

1 松井孝至ほか. 緩和ケアチーム介入症例における有痛性骨転移緩和照射の後方視的検討.第 29 回日本緩和医療学会学術集会.令和6年6月14日～15日.神戸国際会議場.
2 松井孝至.終末期の意思決定について-倫理、CPA、CPR、DNAR、ACPなど-.市立青梅総合医療センター緩和ケア委員会研修.令和6年7月25日.市立青梅総合医療センター.
3 松井孝至. 緩和ケアについて(総論)-症状のマネージメント-.青梅慶友病院院内講演会.令和6年10月22日. 青梅慶友病院.

外来治療センター

【学会・研究会等】

1 本田　樹里.　当院でのがん患者への療養・就労両立支援の取り組み.　第65回　日本肺癌学会学術集会.　令和6年11月1日.　パシフィコ横浜.
2 田村　貴子.　免疫チェックポイント阻害薬による皮膚障害の評価表の検討.　第 62 回　全国自治体病院学会.令和6年11月1日.　朱鷺メッセ.
3 山本　扇里.　制吐療法の未来展望：未解決課題への挑戦、薬剤師の視点からの臨床研究.　第34回　日本医療薬学会年会.　令和6年11月2日.　TKP東京ベイ幕張ホール

臨床検査科

1 佐藤　宗幸ほか:新病院移転にともなう検査室の改善報告　第62回全国自治体病院学会　令和6年10月31日　新潟
2 美和　風摩ほか：採血業務支援システム予約コントロールオプション／検査総合受付システムの導入について第62回全国自治体病院学会　令和6年10月31日　新潟
3 関根　大輝ほか：ENoGにおける問題点の明確化と検査方法の確立　第19回東京都医学検査学会　令和6年12月8日　秋葉原

栄養科

【学会発表】

1 井埜詠津美ほか. 胃がん術後患者の退院後の食生活の課題について. 第 62 回全国自治体病院学会. 令和 6 年 10 月 31 日-11 月 1 日. 朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター.
2 根本透ほか.切除不能消化器がん患者を対象とした初回化学療法導入前の栄養摂取量の低下に関わる要因の現状調査. 第28回日本病態栄養学会学術集会. 令和7年1月17-19日. 国立京都国際会館.
3 木村汐里ほか. 慢性呼吸不全患者の食事療法に対する意識調査～現状と今後の課題～. 第28回日本病態栄養学会学術集会. 令和7年1月17-19日. 国立京都国際会館.
4 井埜詠津美ほか. 胃がん術後経過と体重変動の関連性－栄養療法継続の必要性から－. 第40回日本栄養治療学会学術集会. 令和7年2月14-15日. パシフィコ横浜.

【地域講演・指導】

1 木下奈緒子. 個別栄養相談（東京都糖尿病医療連携推進事業：東京都委託事業). 西多摩医師会･西多摩地域糖尿病医療連携検討会. 令和6年7月25日. 西多摩医師会館.
2 木下奈緒子. 個別栄養相談（東京都糖尿病医療連携推進事業：東京都委託事業). 西多摩医師会･西多摩地域糖尿病医療連携検討会. 令和6年8月22日. 西多摩医師会館.
3 木下奈緒子. 糖尿病患者さんと糖尿病予備群の方のための糖尿病1日教室 食事療法の基本～まずはここからはじめよう～. 西多摩医師会･西多摩地域糖尿病医療連携検討会. 令和6年10月12日. 西多摩医師会館.
4 木下奈緒子. 個別栄養相談（東京都糖尿病医療連携推進事業：東京都委託事業). 西多摩医師会･西多摩地域糖尿病医療連携検討会. 令和6年10月24日. 西多摩医師会館.
5 根本透. 市民公開講座『糖尿病のことを知りましょう』 食事療法の基本. 西多摩医師会･西多摩地域糖尿病医療連

携検討会．令和6年11月16日．西多摩医師会館.

6 木下奈緒子．個別栄養相談（東京都糖尿病医療連携推進事業：東京都委託事業）．西多摩医師会･西多摩地域糖尿病医療連携検討会．令和7年1月23日．西多摩医師会館.

7 木下奈緒子．個別栄養相談（東京都糖尿病医療連携推進事業：東京都委託事業）．西多摩医師会･西多摩地域糖尿病医療連携検討会．令和7年3月27日．西多摩医師会館.

看護局

1 小川晃司：整形外科における診療看護師（NP）へのタスクシフトの現状とその影響　第97回日本整形外科学会学術集会　令和6年5月23日　福岡

2 小川晃司：医師の働き方改革における脊椎術後合併症への取り組み～診療看護師（NP）導入効果の検討～　第59回日本脊髄障害医学会　令和6年11月8日　沖縄

3 関根庸考：A病院ICUでせん妄ケアリスト活用によるケア導入後の効果について　第20回日本クリティカルケア看護学会学術集会　令和6年6月22日　沖縄

4 剱持雄二,井上正芳,関根庸考,中村邦子,石田知佐子,菊池健太,小川晃司：A病院におけるRRT（Rapid Response Team）導入報告　第20回日本クリティカルケア看護学会学術集会　令和6年6月22日　沖縄

5 剱持雄二,増田沢和子,林俊彦,小川晃司：災害被災地における看護師の役割－令和6年能登半島地震における災害医療派遣チーム活動に参加して－　日本クリティカルケア看護学会学術集会　令和6年6月22日　沖縄

6 剱持雄二：理想的な鎮痛管理を目指して－新しい鎮痛プロトコル導入への看護師による主体的な行動と習慣化－第51回日本集中治療医学会学術集会　令和6年3月16日　北海道

7 剱持雄二：看護師が作るRRT活動　第51回日本集中治療医学会学術集会　令和6年3月15日　北海道

8 剱持雄二：施設ごとの要請側アプローチ：RRSの多様な取り組み－心理的安全性を重視したクリティカルケアの看護師によるRRT設立から現在に至るまでの取り組み－　第51回日本集中治療医学会学術集会　令和6年3月15日　北海道

9 田村貴子,吉原智美：免疫チェックポイント阻害薬による皮膚障害の評価表の検討　第62回全国自治体病院学会　令和6年11月1日　新潟

10 関根庸考,剱持雄二：ICUにおける療養環境調整・騒音対策－看護師の立場から　第51回日本集中治療医学会学術集会　令和6年3月14日　北海道

11 関根庸考,井上正芳,小川晃司：集中治療室での心臓血管外科術後患者に対する人工呼吸器関連特定行為実践の取り組み　第51回日本集中治療医学会学術集会　令和6年3月16日　北海道

12 増田沢和子：地域性を活かした災害訓練活動について　東京DMAT発足20周年記念シンポジウム　令和7年2月16日　東京

13 戸田美音子：退院支援においてキーパーソンの役割を調整する家族看護が退院促進に有効であった事例　第31回日本家族看護学会　令和６年９月１４日　神奈川

14 斉藤篤志,剱持雄二：写真付きICU日記導入の取り組み　第62回全国自治体病院学会　令和6年11月1日　新潟

薬剤部

【研究発表・講演】

1 鶴田柊人（演者）、“ALL化学療法中に発症した感染症”、第11回多摩がんと感染症薬物療法研究会、令和6.09.05、三鷹

2 松本みなみ（ポスター）、“当センターにおける薬剤師のDLS活動と今後の課題”、第26回日本骨粗鬆症学会、令和6.10.11～13、石川

3 真田貴義（ポスター）、“精神科病棟におけるポリファーマシー対策”、第62回全国自治体病院学会、令和6.10.31～11.01、新潟

4 山本扇里（シンポジスト）、“制吐療法の未来展望：未解決課題への挑戦、薬剤師の視点からの臨床研究”、第34回日本医療薬学会年会、令和6.11.02～04、千葉

5　松本雄介（演者）、“東京都薬剤師会薬薬連携推進事業の紹介”、東京都病院薬剤師会中小病院薬薬連携研究会、令和7.02.20、Ｗｅｂ開催
6　松本雄介（講師）、“無菌調製技能習得研修会（ステップアップ）”、東京都委託「令和 6 年度地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師の機能強化事業」、令和7.02.24、星薬科大学
7　松本雄介（講師）、“無菌調製技能習得研修会（基礎）”、東京都委託「令和 6 年度地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師の機能強化事業」、令和7.03.09、帝京平成大学

【医薬品安全使用講習会、当院連携のための研修会】
1　松本雄介、“注意を要する薬剤と処方せんについて（研修医新入職者対象）”、令和6.04.04、当院
2　小山憲一、“医薬品安全使用について（看護師新入職者対象）” 、新入職看護研修会、令和6.05.01、当院
3　川鍋直樹、“医薬品安全使用講習会（全職員対象）”、職員研修会、令和6.09.05～30、当院（Web配信）
4　鈴木吉生、“感染管理講習会”、職員研修会、令和6.12.09～令和7.01.31、当院（Web配信）
5　川鍋直樹、“医薬品安全使用講習会（全職員対象）”、職員研修会、令和7.02.11～03.07、当院（Web配信）
6　鈴木吉生、“感染管理講習会”、職員研修会、令和7.03.25～04.30、当院（Web配信）

【連携充実加算に関連する研修会】
1　平野康介（消化器・一般外科副部長）、“胃がんの薬物療法”、令和6.11.22、Web配信
2　本田樹里（呼吸器内科副部長、外来治療センター長事務代理）、“内服薬で肺がんを治療する”、令和7.03.05、Web配信

感染管理室

【学会・講演】
1　栗田香織他、SSI（手術部位感染 SurgicalSite Infection）サーベイランス開始を機に実施した院内感染管理室活動報告、第47回日本骨・関節感染症学会、令和6年7月27日、島根
2　栗田香織、接触感染対策を確認しましょう～院内教育～、西多摩保健所講演会、令和6年12月6日、東京

臨床研究支援室

1　両角朱美（演者）、“臨床研究を行う上で、出生前遺伝学的検査（NIPT）における遺伝カウンセリング支援体制とMT_CRCとしてのあり方”、日本産婦人科学会、令和6.04.19、横浜

論文・著書

病院事業管理者 兼 院長（大友建一郎）

1 大友建一郎、 フレイルを予防して健康寿命を延ばしましょう、 きずな青梅、第15号（令和6年8月）

呼吸器内科

1 Yu Kusak, et al. Granulomatous Lymphocytic Interstitial Lung Disease Associated with Common Variable Immunodeficiency Presenting with Respiratory Failure. Cureus. 16, e59037. 2024
2 Takehiko Oba, et al. The relationship between long COVID, labor productivity, and socioeconomic losses in Japan: A cohort study. IJID Regions. 14, 100495, 2025.
3 Takumi Murakami, et al. Infectious Pulmonary Artery Pseudoaneurysm Secondary to a Lung Abscess Treated with Pulmonary Artery Coil Embolization: A Case Report. Cureus. 16, e55762. 2024

循環器内科

1 Arai H(横浜市立みなと赤十字病院), Ono Y, et al. Acute procedural safety of the latest radiofrequency ablation catheters in atrial fibrillation ablation: Data from a large prospective ablation registry. J Cardiovasc Electrophysiol. 2024 Nov;35(11):2109-2118.
2 Taomoto Y, et al. Real-world clinical practice of current periprocedural anticoagulation management in catheter ablation of atrial fibrillation: Data from a large prospective ablation registry. J Arrhythm. 2025 Jan 14;41(1)

血液内科

1 A Phase 2 Trial of VRD Induction Followed by Stem Cell Mobilization with Low-Dose Cyclophosphamide in Multiple Myeloma. Ikuyo Tsutsumi (Mito Medical Center, Ibaraki, Japan), Takasi Kumagai (Ome Medical Center, Ome, Japan), Hiroshi Kojima(Ibaraki Prefectural Central Hospital, Ibaraki, Japan) et al International Journal of Hematology. 2025 March, Online ahead of print.
2 Computational Cytomorphological Analyses Identifies Bone Marrow Erythroblast Proportion as Biomarker of Treatment-Free Remission Mikko Purhonen (University of Helsinki, Helsinki, Finland), Takashi Kumagai (Ome Medical Center, Ome, Japan), Shinya Kimura (Saga Univercity, Saga, Japan), David Ross14-17, Oscar Brück (Precision Medicine Theme, South Australian Health and Medical Research Institute, Adelaide, SA, Australia) Blood 2024; 144 : 1780.

リウマチ膠原病科

【総説など】

1 長坂憲治. 本邦のANCA関連血管炎診療ガイドライン. 炎症と免疫; 32: 319-324.
2 長坂憲治. ANCA関連血管炎. 日本臨床; 82: 1300-1308.
3 長坂憲治. 血管炎治療における新薬・適応拡大薬への期待. アレルギーの臨床; 44: 890-894.
4 免疫・アレルギー／膠原病：長坂憲治（監修）. レビューブック2026, メディックメディア, 2025

小児科

【学術論文】

1 Park J, Kanda J, Takahashi K, et al. Prepubertal Graves' disease with hyperactivity and overgrowth since early childhood: BMJ Case Reports 2025; 18:e264935.doi:10.1136/bcr-2025-264935

脳神経外科

1 Karakama J, Ishikawa M, Hirai S, et al. Successful Retrieval of Filter Embolic Protection Device Fragment Trapped by a Carotid Stent: A Case Report. J Neuroendovasc Ther. 2024; 18: 53-57.
2 Ishikawa M, Takahashi S, Hirai S, et al. Efficacy of endovascular treatment for distal anterior cerebral artery aneurysms: A multicenter observational study. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2024; 33: 107941

整形外科

1 半田和佳、石井宣一、加藤剛　「骨折診療における診療看護師の役割と活動実績」骨折：47(1),90-93, 2025.
2 半田和佳、石井宣一、加藤剛ほか　「非外傷性膝関節血腫が疑われた完全隔壁型の膝蓋上滑膜ひだ障害の 1 例」関東整形外科学会雑誌：55(5)157-161, 2024.

産婦人科

1 鈴木　晃子ほか、腹腔鏡を用いて診断・治療し得た卵管間質部妊娠の 2 症例. 東京産科婦人科学会会誌. 2024 年 7 月
2 土田　友梨子ほか、帝王切開瘢痕部双胎妊娠に対して腹腔鏡下子宮全摘術を施行した 1 例. 東京産科婦人科学会会誌. 2024 年 7 月

放射線診断科

1 原島豊和 他,「胸部大動脈の救急 CT における自動画像認識技術の有用性」,日本 CT 技術学会雑誌,2024 年 12 巻 3 号 p6-
2 中田翔太、『テクニカルディスカッション　PCI 後に発症した ALI に対する EVT』、循環器画像技術研究、2025;43-1:55-58
3 関口博之、『テクニカルディスカッション　TACE』、循環器画像技術研究、2025;43-1:59-61

看護局

1 関根庸考:「病状経過と早期対応は病態生理が９割　ICU ナースのための病態生理」株式会社メディカ出版　p 55-72
2 石田知佐子, 剱持雄二：「疾患別看護過程ポケットブック」学研 22.膵炎
3 剱持雄二, 中村邦子, 関根庸考, 井上正芳：Rapid Response Team (RRT) による一般病棟看護師の呼吸数測定に関する啓発と評価. 全国自治体病院協議会雑誌. 2024；63(6) p 937-939.
4 藤枝文絵：ニューマン理論・研究・実践研究会の広場「拡張する意識としての健康に導かれたケアは、多忙な臨床で限られた時期の中でいかに実践出来るか」オンナーシング（雑誌名）看護の科学新社　東京
5 戸田美音子：和訳「退院に向けキーパーソン役割を新に担う家族への支援」　英訳「Support for the Patient’s Family Member Who Assumes the Role of Keyperson Regarding the Patient’s Dischage Procedure」International Journal Nursing&ClinicalPractices　https://doi.org/10.15344/2394-4978/2025/4042025,12：404

臨床病理検討会

Clinico-Pathological Conference

平成18年8月から臨床・病理の共催として、隔月1回程度の検討会が開催されている。

年	月日	症例	剖検番号	臨床診断	主治医	出所科	病理診断	病理担当
令和6年	4月22日	79歳男性	A23-008	胸部食道癌 乳糜胸 急性呼吸不全	平野	外科	1.食道扁平上皮癌、術後 2.右肺中・下葉虚脱および大葉性肺炎 3.化膿性胸管炎をともなう胸膜炎	笠原
	6月24日	47歳男性	A23-010	皮膚筋炎性間質性肺炎	戸倉	リウマチ科	1.両側間質性肺炎（OP-NSIP）およびDAD 2.多臓器不全	笠原
	11月12日	71歳男性	A24-001	皮膚筋炎性間質性肺炎	傳田	リウマチ科	1.両肺DAD（皮膚筋炎合併）、出血傾向・血球貪食症候群をともなう	笠原
	12月23日	67歳男性	A22-010	誤嚥性肺炎	河本	腎臓内科	1.胃潰瘍、血管破綻をともなう 2.器質化肺炎 3.高度化膿性前立腺炎	山田
令和7年	3月4日	72歳男性	A24-003	S状結腸癌、腹膜播種、肝転移	久保田	消化器内科	1.S状結腸（直腸S状部）腺癌、IVc期 2.腔水症：大量腹水・両側胸水	笠原

職員研修会

令和６年度は、以下のとおり 16 回の職員研修会等が行われた。

実施および公開日	テ　ー　マ	講　　師
令和6年　4月25日	運営基本方針	院長
令和6年　4月22日	感染管理 『麻疹と自分の“いま”を知る』	呼吸器内科　伊藤　達哉
令和6年　5月23日	搬送用酸素ボンベのダイヤル式酸素流量計	RST 委員会
令和6年　7月11日	医療安全 『令和５年度活動報告　医療安全ミニ知識』 『注意すべき薬剤の使用について』 『患者確認について』 『医療安全活動の報告（病理）』 『RRS について』	医療安全管理室　助川　紀子 医療安全管理室　川鍋　直樹 医療安全管理室　泉　　聡 病理診断科　萱沼　佑哉 ICU 看護師　剣持　雄二
令和6年　9月30日	「オピオイドについて～薬剤師の視点から～」	緩和ケアチーム薬剤師　真田　貴義
令和6年10月　1日	要介護者の口腔ケア　実践編 効果的な口腔保湿剤の使い方	歯科口腔外科　坂田　優美 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科　野邑　奈示
令和6年10月16日	『臨床倫理コンサルテーションについて』	緩和ケア科　松井　孝至
令和6年12月　9日	生体情報モニタの取り扱い ～バイタルデータのカルテ取り込みとアラーム削減の取り組み～	臨床工学科　田代　勇気
令和6年12月19日	感染管理 『麻疹以外の流行性疾患（風疹・水痘・流行性耳下腺炎）について』 『WHO が推奨する抗菌薬の適正使用の基準 Aware（アウェア）分類について』	薬剤部　鈴木　吉生 小児科　横山晶一郎
令和6年12月10日	終末期の意思決定について ～倫理、CPA、CPR、DNAR、ACP 等～	緩和ケア科　松井　孝至
令和7年　1月27日	RST　安全な呼吸管理に必要な知識	RST 委員会
令和7年　2月11日	医療安全 『転倒転落予防』 『急変時の記録』 『放射線の安全利用』 『医薬品安全情報（医薬品安全講習会）』 『医療機器安全情報』	ICU 看護師　剣持　雄二 医療安全管理室　川鍋　直樹 臨床工学科　須永　健一 放射線診断科
令和7年　2月25日	病気になったときの心のケア ～つらい状態にある患者さんご家族にどう向き合うか～	緩和ケアチーム専任看護師　明石　靖子 緩和ケアチーム公認心理師　吉田さや香
令和7年　3月19日	情報セキュリティ研修 病院へのサイバー攻撃事例、ランサムウェア攻撃の理解」	
令和7年　3月25日	菌薬の併用、当院の抗菌薬使用状況	薬剤部　鈴木　吉生
令和7年　3月26日	「神経難病の緩和ケア」	

看護職員の教育

看護教育委員会

活動は、月に1回、第2木曜日、13時30分から14時30分の委員会と研修会を開催し、院内の看護教育を担っている。委員会は「看護の専門性を追求するため、自己教育力を身につけ『学び続ける看護師』を育成する」ことを目標に、教育担当師長1名、病棟師長3名、副師長20名、主任5名で構成している。この委員会では、看護師および看護補助を対象とした1年間の院内研修や、一部の多職種合同研修について、役割分担の上で企画・運営を行っている。委員は、実践の指導者や監督者で構成されており、実践現場の課題とクリニカルラダーの各レベルを踏まえて研修計画を検討している。新人看護師は1年間の研修プログラムに沿って、知識と技術の習得を目指している。またそれ以外の看護師についても、ラダーレベルや個々の学習ニーズに応じて受講できる研修を設けている。(院内教育参照)

院内教育

看護局の院内教育・研修は、看護師の臨床実践能力を段階的に示した「クリニカルラダー」のレベルⅠ～Ⅴの到達目標基づき、計画・実施している。新人教育研修では、新病院開院に伴い初期研修に部署オリエンテーションを追加し、配属前に病棟での研修（病棟研修）を取り入れた。また、新人看護師とプリセプターが合同で参加する研修を設け、お互いの立場や思いを理解し合えることを目的とした。リアリティショックに備えるための研修や、参加型プログラムを通じて、新人同士のつながりを深めることにも重点を置いた。新人看護師は、プリセプター制度のもとで自己学習を行い、さらに病棟全体でのサポートを受けながら成長できるよう支援している。レベルⅡ～Ⅴの研修は、「看護実践」「役割」「安全」「研究」の視点から、それぞれのスキルやニーズに応じてプログラムを立案した。認知症の人の看護、退院支援、医療安全、感染対策などについては、それぞれのクリニカルラダーレベルに対応した内容で研修を実施している。退院支援に関する研修としては、ラダーレベルⅢを対象に、訪問看護体験を組み込んだ研修を継続している。訪問看護ステーションの協力を得て在宅看護を体験することで、地域連携の視点を育む貴重な学びの機会となった。また、ジェネラリストを対象に、「自分のスキルを伝える方法」を学ぶ新たな研修を追加した。研修の効果を実践につなげるため、必要に応じてフォローアップ研修や事後課題を設定している。看護補助者研修は、厚生労働省の指針に沿ったプログラムに基づき、全看護補助者が年1回受講できるよう計画した。令和6年度も全員が受講を完了している。看護研究については、東京家政大学の講師による講義と個別指導を含む4回の研修を実施し、15部署が研究に取り組み、そのうち、3月には4部署が研究成果を発表した。M-S-Tメソッド・マネジメントスキルアップワークショップでは、医師を含む多職種が参加する形でブラッシュアップ研修を行った。年度末には、取り組みの進捗状況を確認する報告会も開催した。

院外教育

日本看護協会、東京都看護協会、東京都ナースプラザ、自治体病院協議会などが主催する研修や、各専門分野に関する外部研修に、多くの看護師が主体的に参加し学びを深めている。また看護管理や看護実践のスペシャリストを育成する教育機関も多数存在しており、当看護局でも計画的に資格取得支援に取り組んでいる。現在当院では、専門看護師4名、認定看護師21名、特定行為研修修了者3名、診療看護師7名が在籍している。

院内看護研究発表

いずみ会が主催した看護研究の発表会では、4つの演題が発表された。(別紙、いずみ会報告)

（文責：教育担当看護師長　早乙女雅美）

専門領域　研修会　実績

テーマ／開催月	主な内容	講師	主催	出席者数
緩和ケア委員会研修会 ・リンクナース勉強会	1. オピオイドスイッチングについて（Web 配信） 2. 終末期の意思決定について（Web 配信） 3. 病気になったときの心のケア～つらい状況にある患者さんご家族にどう向き合うか～（Web 配信） 4. 神経難病の緩和ケア（Web 配信） 【リンクナース勉強会】 5. リンクナースの役割について 6. 事例検討 7. 緩和ケアスクリーニングについて 8. AYA 世代のがん患者のサポート	真田貴義（薬剤師） 松井考至（緩和ケア科医師） 明石靖子（緩和ケア認定看護師） 吉田さやか（公認心理師） 花井亜紀子（国立研究開発法人国立精神・神経病センター入退院支援室　看護師長　緩和ケア認定看護師　難病看護師） 堀江亜希子（公立阿伎留医療センター緩和ケア病棟　緩和ケア認定看護師） 明石靖子（緩和ケア認定看護師） 角山加津美（がん性疼痛看護認定看護師） 明石靖子（緩和ケア認定看護師） 飯尾友華子（がん看護専門看護師）	緩和ケア委員会	51 名 62 名 22 名 45 名 43 名 18 名 18 名 19 名 19 名
褥瘡ケア研修会	1. 褥瘡対策に係る書類の作成方法について（実技研修） 2. 正しいテープの貼り方　剥がし方（実技研修＋オンデマンド配信） 3. 弾性ストッキング管理について（実技研修＋オンデマンド配信）	前田楓子（看護副師長）ほか褥瘡チーム 褥瘡対策委員会　スキン-テア・皮膚トラブルチーム 褥瘡対策委員会　MDRPU チーム	褥瘡対策委員会	1～3 20 名 ⇒全看護スタッフ
排尿ケア研修会	1. 排尿自立支援に関する診療計画書の書き方	田所友美（皮膚・排泄ケア認定看護師）	排尿ケアチーム	20 名 ⇒全看護スタッフ
RRT 出動者養成研修	1. RRS, RRT とは RRT が行う呼吸循環のアセスメント他 2. RRT が行う ABCD アプローチとは 介入事例　他	剱持雄二（集中ケア認定看護師） 中村邦子（救急看護認定看護師） 井上正芳（クリティカルケア認定看護師） 関根康考（クリティカルケア認定看護師） 小川晃司（診療看護師） 菊池健太（診療看護師） 石田知佐子（診療看護師）		1. 10 名 2.　4 名

外部講師による研修会　実績

研修名	講師名	実施日	参加人数
看護研究（東京家政大学）	杉田理恵子 藤田藍津子	5 月 25 日 9 月 21 日 12 月 14 日 3 月 8 日発表会	40 名 50 名 50 名
M-S-T メソットマネジメントスキルワークショップ 2023 年度フォローアップ研修	高田誠：㈱オーセンティックス代表取締役 嶋森好子：日本臨床看護マネジメント学会理事長　岩手医科大学　名誉教授　ニプロ KK　社外取締役 佐久間あゆみ：日本臨床看護マネジメント学会理事　東京都済生会向島病院　看護部長 佐々木久美子：日本臨床看護マネジメント学会理事　医療法人社団　直和会　社会医療法人社団　正志会　看護部業務担当　非常勤　部長 今泉和子：日本臨床看護マネジメント学会理事　東京都済生会向島病院　看護師長 大西潤子：日本臨床看護マネジメント学会理事　医療法人社団　総合会　武蔵野中央病院　看護部長	8 月 31 日	30 名 医師多職種含む （看護師 16 名）

院内研修計画・参加人数

実施日	研　修　名	対　象	時　間	講　師	参加者
4月1日～5日	新入職看護師研修 レベル１	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	5 日間	教育委員・他	延 164
4月8日～11日	新入職看護師研修 レベル１	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	4 日間	教育委員・診療看護師・他	延 123
4月23日	レベルⅠ	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	0.5 日間	教育委員・プリセプター・他	31
5月1日	レベルⅠ	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	1 日間	教育委員・他	32
5月15日	プリセプター研修Ⅲ-１	R6 年度プリセプター	2 時間	教育委員	26
5月17日	リーダー研修Ⅲ	ラダーレベルⅣを目指すもの 主任を目指すもの	1.5 時間	教育委員・看護局長	9
5月25日	看護研究研修	全看護師	6 時間	東京家政大学講師 杉田理恵子先生他	40
5月27日	レベルⅠ	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	3.75 時間	教育委員・他	31
5月30日	看護補助者研修①	看護補助者	3.25 時間	教育委員・他	16
5月30日	看護補助者研修②	看護補助者	3.25 時間	教育委員・他	17
6月1日	看護補助者研修③	看護補助者	3.25 時間	教育委員・他	8
6月4日	医療安全Ⅱ	レベルⅡ	2 時間	医療安全管理室 事故防止委員・教育委員	30
6月6日	看護補助者研修④	看護補助者	3.25 時間	教育委員・他	13
6月15日	リーダーシップⅢ	レベルⅢ	7 時間	教育委員・他	15
6月24日	感染管理Ⅲ・Ⅳ	レベルⅢ・Ⅳ	2 時間	感染管理認定看護師 教育委員	17

実施日	研　修　名	対　象	時　間	講　師	参加者
6 月 25 日	レベルⅠ	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	1 日間	教育委員・他	30
6 月 25 日	プリセプター研修Ⅲ－１	R6 年度プリセプター	4 時間	教育委員	27
7 月 5 日	救急看護	レベルⅡ以上	1.25 時間	教育委員・ICLS	14
7 月 12 日	医療安全Ⅳ・Ⅴ	レベルⅣ・Ⅴ	2 時間	医療安全管理室 事故防止委員・教育委員	13
7 月 13 日	実習指導者Ⅲ－１	レベルⅢ	3.5 時間	教育委員 長期実習指導者研修受講修了者	20
7 月 22 日	認知症の人の看護Ⅰ	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	1.5 時間	教育委員 リエゾン・認知症看護師	30
7 月 22 日	レベルⅠ	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	6.75 時間	教育委員・他	30
7 月 26 日	ジェネラリスト	看護師経験 10 年以上のジェネラリスト看護師	2 時間	教育委員	17
7 月 29 日	感染管理Ⅱ	レベルⅡ	2 時間	感染管理認定看護師 教育委員	17
9 月 3 日	退院支援Ⅱ	レベルⅡ	2 時間	教育委員・ 地域連携室退院支援看護師	17
9 月 7 日	コミュニケーションスキルアップ研修	レベルⅡ～Ⅳ	3.5 時間	認定看護師・教育委員・他	10
9 月 20 日	リーダー研修Ⅲ	レベルⅢ	1.5 時間	教育委員・他	9
9 月 21 日	看護研究研修	全看護師	6 時間	東京家政大学講師 杉田理恵子先生他	50
9 月 26 日	実習指導者Ⅲ-2	レベルⅢ・実習指導者	1 時間	都立青梅看護専門学校教員	8
10 月 2 日	レベルⅠ	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	7 時間	教育委員・他	26
10 月 2 日	看護補助者協働研修	全看護師　未受講者	1 時間	教育委員・他	7
10 月 5 日	ELNEC-J①	レベルⅢ～Ⅴ	1 日間	ELNEC-J コアカリキュラム 教育プログラム研修担当者 教育委員他	13
10 月 12 日	ELNEC-J②	レベルⅣ～Ⅴ	1 日間	ELNEC-J コアカリキュラム 教育プログラム研修担当者 教育委員他	13
10 月 22 日	救急看護	レベルⅡ以上	1.75 時間	教育委員・ICLS	10
10 月 25 日	実習指導者Ⅲ-2	レベルⅢ・実習指導者	1.5 時間	教育委員	10
10 月 28 日	プリセプター研修Ⅲ-1	R6 年度プリセプター	2 時間	教育委員	25
10 月 30 日	認知症の人の看護Ⅱ	レベルⅡ	2 時間	教育委員 リエゾン・認知症看護師	19
11 月 6 日～26 日	退院支援Ⅲ（訪問看護体験研修）	レベルⅢ	1 日間	訪問看護ステーション職員・教育委員・ 地域連携室退院支援看護師	11

実施日	研　修　名	対　象	時　間	講　師	参加者
11 月 9 日	フィジカルアセスメント	ラダーレベルⅡ～Ⅴ	3.5 時間	教育委員 認定看護師・診療看護師	13
11 月 9 日	フィジカルアセスメント	ラダーレベルⅡ～Ⅴ	3.5 時間	教育委員 認定看護師・診療看護師	7
11 月 19 日	ジェネラリスト	看護師経験 10 年以上のジェネラリスト看護師	2 時間	教育委員	16
12 月 3 日	認知症の人の看護Ⅲ～Ⅴ	レベルⅢ～Ⅴ	1.5 時間	教育委員 リエゾン・認知症看護師	12
12 月 5 日	退院支援Ⅱ	レベルⅡ	2 時間	教育委員・ 地域連携室退院支援看護師	15
12 月 6 日	医療安全Ⅲ	レベルⅢ	2 時間	医療安全管理室 事故防止委員・教育委員	14
12 月 7 日	がん患者の看護	レベルⅡ	3.5 時間	教育委員 認定看護師	11
12 月 14 日	看護研究研修	全看護師	6 時間	東京家政大学講師 杉田理恵子先生他	50
12 月 18 日	レベルⅠ	①新人看護師 ②研修内容の習得を希望する看護師	1 日間	教育委員・他	24
12 月 20 日	リーダー研修Ⅲ	レベルⅢ	1.5 時間	教育委員・他	9
1 月 18 日	フィジカルアセスメント	ラダーレベルⅡ～Ⅴ	3.5 時間	教育委員 認定看護師・診療看護師	14
1 月 22 日	プリセプターⅢ-1	R6 年度プリセプター	2 時間	教育委員	24
1 月 24 日	退院支援Ⅲ	訪問看護体験研修参加者	1.5 時間	訪問看護ステーション職員・教育委員・地域連携室退院支援看護師	11 聴講者 16
1 月 27 日	感染管理Ⅱ	レベルⅡ	2 時間	感染管理認定看護師 教育委員	14
2 月 1 日	プリセプターⅢ-2	R7 年度プリセプター エルダー	3.5 時間	教育委員	26 エルダー 12
2 月 6 日	感染管理Ⅲ・Ⅳ	レベルⅢ・Ⅳ	2 時間	感染管理認定看護師 教育委員	14
3 月 1 日	プリセプターⅢ-2	R7 年度プリセプター	3.5 時間	教育委員	28
2 月 7 日	レベルⅠ	レベルⅠ	3.75 時間	教育委員	23
3 月 8 日	看護研究研修(発表会)	全看護師	3.5 時間	東京家政大学講師 杉田理恵子先生他	いずみ会主催

図書室

《令和６年度蔵書状況》
医局図書室：単行書　3,006 冊（含：寄贈本）
和書 2,787 冊 / 洋書 219 冊

業務内容および１年間の活動経過と今後の目標

1　医局図書室

今年度、洋雑誌は、26 タイトル（電子ジャーナル：24 タイトル/　冊子体：2 タイトル）となり、価格高騰の中であるが、図書室の質を考慮していただき、現状維持となった。和雑誌は、39 タイトル（4 タイトル：中止/　7 タイトル：医書.jp）である。契約データベース“医中誌 web”　“メディカルオンライン”　“医書.jp”　“今日の診療イントラネット版”　“ ClinicalKey”“Up To Date”“ProQuest Medical Library” は、今年度も更新することができた。文献複写依頼件数は、64 件（R5 年度 69 件・R4 年度 109 件･R3 年度 116 件）であった。司書への文献依頼は多い。上記のデータベースで得られる文献が増えているため、外部への依頼が少なくなっている。令和 7 年 7 月に、新病院への移転となる。書籍等の収納スペースは減る予定のため、蔵書の廃棄を進めている。また、来年度から紙媒体の書籍・雑誌の購入が中止になる。新しい図書室の在り方を模索していかなければならない。

定期的に来室する医師や看護師やコメディカルの方々は、自分ペースの活用方法で利用してくれている。モバイルアクセスのサービスの活用が広がってきた。4 月初めに、研修医（60 分）・新人看護師・コメディカル(30 分)へ、オリエンテーションを行った。今は新病院との距離があるので、足を運んでもらうのは難しいが、図書室の存在を示す機会となっている。

図書委員会は、今年度も通知による開催となった。例年通り 3 回の協力を得ることができた。“広報サービス委員会”では、広報誌編集作業（医療センターだより・プラタナス）を行った。「図書だより」は、月 1 回掲示している。プリンタ環境は良好で、大切な図書室の役割となっている。

2 患者図書室

4 月 1 日に「こころの絵本」として患者図書コーナーを開室した。コロナ禍を経て患者図書室の必要性に対して、医療情報中心ではなく、心の安らぎを考慮してみた。少しの時間の使い方として、絵本の持つ力をそこに置いた。旧病院の入り口に設置してあるが、立ち寄っていただいている。消毒を怠らず整理し、提供し続けていきたい。

（文責:司書　家田史子）

定期購読 洋雑誌　一覧

＃:電子ジャーナル

1	A J Roentogenology ＃	10	Diabetes Care ＃	19	J TRAUMA ＃
2	Annals of Surgery ＃	11	Hepatology ＃	20	Neurosurgery ＃
3	Blood＃	12	JAMA Psychiatry＃	21	New England Journal of Medicine
4	B J Surgery ＃	13	JAMA Pediatrics ＃	22	Obstetrics & Gynecology ＃
5	The Bone & Joint Journal ＃	14	J Bone & Joint Surgery-A ＃	23	Pediatrics ＃
6	Cancer (Cacer Cytopathology)＃	15	J Cardiovascular Electrophysiology ＃	24	Radiology ＃
7	Chest ＃	16	J Clinical Endocrinology & Metabolosm ＃	25	Rheumatology ＃
8	Circulation:Arrhythmia&Electrophysiology ＃	17	J Nuclear Medicine ＃	26	Stroke ＃
9	Critical Care Medicine ＃	18	J Neurosurgery (Spine・Pediatrics)		

定期購読 和雑誌　一覧

1	DERMA	14	看護展望	27	地域連携 入退院と在宅支援
2	Emer Log	15	肝・胆・膵	28	日本歯科評論
3	ENTONI	16	血液内科	29	脳神経内科
4	INFECTION CONTROL	17	月刊 薬事	30	脳神経外科速報
5	MB Orthopaedics	18	呼吸器内科	31	ハートナーシング
6	PEPARS	19	手術看護エキスパート	32	泌尿器外科
7	PERINATAL CARE	20	重症集中ケア	33	病院安全教育
8	Visual Dermatology	21	消化器外科	34	リウマチ科
9	with NEO	22	小児看護	35	臨床栄養
10	Woc Nursing	23	整形外科 SurgicalTechnique	36	臨床心理学
11	医事業務	24	整形外科看護	37	臨床精神薬理
12	嚥下医学	25	精神科治療学	38	臨床麻酔
13	外来看護	26	精神療法	39	レジデントノート

いずみ会

いずみ会

いずみ会は、助産師、看護師、准看護師により構成され、職業倫理・技術の向上および一般教養を身につけ、その活動を通じてよき社会人・職業人となることを目的として活動する看護職能団体である。

令和６年度は、新人歓迎会を互助会、職員組合との協賛で開催した。総勢225名の職員が参加し、新入職員の歓迎・他職種間の交流のイベントに職員の親睦を深めることができた。また、看護研究は東京家政大学の杉田理恵子准教授、藤田藍津子准教授指導のもとに勧められ、発表会は新しい講堂で開催し３演題の発表、48人の参加があった。

今後もさらに会の趣旨を大切にしながら活動し、組織の発展に寄与していく。

役員紹介

いずみ会顧問	小平久美子（看護局長）			
会　長	内藤　治美（外来師長）			
副会長	原嶋恵美子（東６病棟副師長）			
役　員	古郡　明恵（4Ａ）	中村　百佳（4Ｂ）	牧内　美森（5Ａ）	小川　奈緒美（5Ｂ）
	小崎和香奈（6Ａ）	小野田千夏（6Ｂ）	坂本　佳那（7Ａ）	幕内　咲奈（7Ｂ）
	黒川麻友子（8Ａ）	田中　陽子（8Ｂ）	木根　禎信（院内 ICU）	平野　真尋（救急病棟）
	近藤　大介（OP）	辻　　純子（外来）	並木　操子（血液浄化センター）	関塚　萌子（東６）
会計監査	栗原加代子（外来）			

年間行事

10月　新人歓迎会【ビーチボール大会】
３月　看護研究発表会
３月　いずみ会総会

おうめ健康塾

※令和６年度の開催はありませんでした。

市民病院見学会

市立青梅総合医療センターを広く知っていただくために、市民を対象に病院事業管理者兼院長による病院の概要説明と市民病院見学会を令和６年７月２日（火）、同年10月８日（火）および令和７年３月11日（火）に開催した。

なお、例年は７月、10月、１月、３月で計４回行っているが、１月は感染症の流行に伴い中止となった。

広報おうめへの出稿内容

掲載号	題名	掲載者
６月　１日号	青梅市医師会健康コラム113 乳がんについて	乳腺外科医長 平　塚　美由紀
12月 15日号	青梅総合医療センター通信’24年版	

会議

会議名	目的	構成員	開催
病院経営会議（水曜会）	病院運営全般にかかる事項の検討、審議を行う。	管理者兼院長、副院長、診療局長、救命救急センター長、事務局長、看護局長、薬剤部長、総務課長、経営企画課長、医事課長、施設課長、新病院建設担当部長、院長補佐	毎週水曜日
運営会議	病院運営にかかる基本的事項の検討、審議と業務調整を行う。	管理者兼院長、副院長、診療局長、救命救急センター長、事務局長、診療局各科部科長、薬剤部長、看護局長、事務局各課長	第1･3月曜日

委員会

委員会等の名称			1目的　2実績	構成員	開催
特殊部門	1	病院運営委員会	1　病院の円滑な運営を図る。 2　全3回開催 第1回 ・地域医療支援病院について 第2回 ・令和5年度の報告 ・令和6年度の報告 ・病院運営について ・新病院建設事業について ・地域医療支援病院について 第3回 ・令和6年度主な事業の運営状況について ・新病院建設事業について ・令和7年度予算の概要について ・地域医療支援病院について	利用者代表3人、学識経験者4人、関係行政機関の職員3人	必要に応じ
	2	青梅市病院事業医療器械等機種選定委員会	1　予定価格が2,000万円以上の医療器械等購入に関して、必要な事項を調査・審議する。 2　全3回開催 ・血液浄化センター機器購入 ・循環器動画システム購入 ・ＩＭＲＴ・ＶＭＡＴ検証ツール購入	管理者、院長、副院長、事務局長、総務課長、施設用度課長、経営企画課長	必要に応じ
	3	青梅市病院事業競争入札等審査委員会	1　青梅市病院事業契約規程にもとづき、公正な業者の選定等を行う。 2　全10回開催 ・血液浄化センター機器購入 ・西館ネットワーク構築業務委託 ・西館改修工事監理業務委託 ・循環器動画システム購入 ・医師住宅外壁等改修工事 ・講堂放送設備工事 ・西館移転業務委託 ・ＩＭＲＴ・ＶＭＡＴ検証ツール購入 ・本館屋上ルーバー風切音対策業務委託 ・特別管理産業廃棄物収集運搬業務委託および処理業務委託 ・医事関係運営業務委託 ・土壌汚染状況調査業務委託	青梅市病院事業医療器械等機種選定委員会と同じ	必要に応じ
	4	倫理委員会	1　医学研究、医療行為の倫理的配慮についての審議を行う。 2　全5回開催 ・定例会審査15件　迅速審査8件　書類審査48件 計71件 ・承認69件　条件付き承認1件　継続審査1件	弁護士、副院長、脳神経内科部長、看護局長、薬剤部長、事務局長、医事課長、学識経験者	偶数月 第3水曜日
	5	建替検討委員会	1　建替えにかかる必要な事項について調査・検討を行う。 2　全1回開催 ・建て替えに関する基本計画の変更について ・西館移転に向けた運用等の検討状況について	管理者、副市長、院長、副院長、事務局長、企画部長(市)、総務部長(市)	必要に応じ

委員会等の名称			目　　的	構　成　員	開　催
病院管理部門	1	質の向上委員会	病院運営全般にかかる事項を検討する。	管理者兼院長、副院長、診療局長、救命救急センター長、事務局長、看護局長、薬剤部長、総務課長、経営企画課長、医事課長、施設担当部長	毎週水曜日
	2	ＴＱＭ部会	医療サービスの質の向上および運営の効率化を図る。	院長、診療局長、産婦人科部長、循環器内科副部長、看護局次長、薬剤部科長、事務局長、総務課長、施設用度課長、経営企画課長、医事課長、総務課総務係長	第１木曜日
	3	医療安全管理委員会	医療事故防止・安全医療に関する調査・審議・教育・啓発を行うとともに、職員研修の企画立案にも関与する。	副院長、診療局長、診療局医師、看護局長、医療安全管理室師長、薬剤部長、事務局長、総務課長、経営企画課長、医事課長	第３水曜日または第４水曜日
	4	医療事故防止対策部会	医療事故防止を図り、適切かつ安全な医療を提供するために必要な事項を定める。	副院長、医師２人、看護局３人、薬剤部長、臨床検査科、病理診断科、放射線科、臨床工学科、栄養科、リハビリテーション科、医事課、施設用度課、医療安全管理室３人	第２水曜日 9月～第４金曜日
	5	防災委員会	防災訓練・火災訓練の立案と実施および災害時行動マニュアル・BCPに関しての必要事項を検討する。	副院長、看護局、臨床検査科、臨床工学科、放射線科、薬剤部、栄養科、リハビリテーション科、総務課、施設用度課、地域医療連携室、防災センター	第３木曜日
	6	医療ガス安全管理委員会	診療の用に供する医療ガス設備の安全を図り、患者の安全を確保する。	医師３人、薬剤部職員、中央手術室兼中央材料室師長、救急ＩＣＵ・救急病棟看護師長、臨床工学科科長、医療安全管理室看護師長、施設用度課長、委託業者	必要に応じ
	7	防火対策委員会	防火管理業務の運営の適性化を図る。	事務局長、管理者兼院長、副院長、診療局長、薬剤部長、看護局長、総務課長、医事課長、施設用度課長、医師１人	必要に応じ
	8	病院安全衛生委員会	病院に勤務する職員の安全と健康の確保を図る。	院長、看護局長、事務局長、衛生管理者、産業医、職員代表	第４月曜日
	9	放射線障害防止対策連絡会議 陽電子放射線連絡会議	放射線障害防止にかかる必要事項の企画および審議を行う。	院長、事務局長、放射線診断科部長および治療科部長、放射線診断科科長および治療科科長、放射線治療科主査、放射線業務従事担当看護師長、総務課長、総務課総務係長、使用責任者	年１回
	10	情報システム委員会	情報システムの導入・運用管理の調査、検討および各部門間の調整を行う。	医師、経営企画課、看護局、薬剤部、放射線科、臨床検査科、栄養科、総務課、医事課	必要に応じ
	11	医療従事者勤務環境改善委員会	当院に勤務する医療従事者の勤務環境改善にかかる体制の立案および計画の策定等	院長、副院長、診療局長、看護局次長、薬剤部長、放射線診断科・臨床検査科・臨床工学科等を代表する１人、総務課長、経営企画課長、医事課長	必要に応じ

委員会等の名称			目　　的	構　成　員	開　催
教育研修部門	1	職員研修委員会	病院職員が職種を問わず習得すべき知識を提供する職員研修会の立案および運営を行う。	医師、看護局師長(教育)、総務課長、看護局、薬剤部、臨床検査科、放射線診断科、臨床工学科、栄養科、経営企画課、総務課	年６回
	2	臨床研修管理委員会	研修プログラムおよび臨床研修医の管理評価等を行う。	院長、副院長、診療局長、救命救急センター長、診療局各科責任者、研修関連施設外部委員、総務課長	年２回
	3	臨床研修管理委員会実行部会	臨床研修医が有意義な研修生活を送るための取り組みを行う。	院長、副院長、診療局長、救命救急センター長、小児科部長、血液内科部長、事務局長、総務課長	必要に応じ
	4	図書委員会	図書室の管理運営の適正化を図る。	医師３人、薬剤部・放射線診断科、治療科・臨床検査科・リハビリテーション科・栄養科各１人、看護局３人、医事課、施設用度課、図書司書	年３回

委員会等の名称			目的	構成員	開催
診療部門	1	病院感染対策委員会	院内における感染の予防対策について検討し、医療従事者の健康と安全の確保を組織的に推進する。	院長、看護局長、事務局長、医師、薬剤部長、臨床検査科長、看護局、臨床検査科、薬剤部、栄養科、臨床工学科、放射線科、リハビリテーション科、医事課	第２木曜日
	2	褥瘡対策委員会	褥瘡対策の管理運営を行い、資質の向上を図る。	形成外科医師、医師、看護局（看護次長、看護師長、看護師）、リハビリテーション科（理学療法士）、薬剤部、栄養科（管理栄養士）、総務課、医事課	第３火曜日
	3	緩和ケア委員会	緩和ケアの推進について検討および調整を行う。	副院長、医師、看護局（看護師長・看護副師長・看護主任・看護師）、薬剤部、医療ソーシャルワーカー、栄養科（管理栄養士）、リハビリテーション科、医事課	年７回 (4月･5月･7月･9月･11月･1月･3月) 第４木曜日
	4	薬事委員会	医薬品の医学・薬学評価と使用管理についての総合調整を行う。	医師７人、歯科医師、薬剤部長、看護局２人、薬剤部２人、臨床検査科、総務課、医事課、医療安全管理室	第２月曜日
	5	臨床検査検討委員会	臨床検査の適正化を図り、円滑かつ合理的な業務の推進を行う。	院長、事務局長、臨床検査科部長、医事課長、臨床検査科長、臨床検査科、医師、病理診断科医師、看護局	第２火曜日
	6	栄養委員会	栄養管理および患者給食管理業務の円滑な推進を行う。	栄養科部長、施設用度課長、看護師長２人、栄養科長、栄養科（管理栄養士１人、給食委託会社）	第３水曜日
	7	治験審査委員会	治験および市販後調査にかかる事項の調査および審議を行う。	医師３人、事務局長、看護局長、薬剤部長、医事課長、臨床検査科長、経営企画課、外部委員２人	第３金曜日
	8	輸血療法委員会	輸血の安全性確保と適正化の具体的な対策を講じる。	血液内科部長、医師（救急科、麻酔科、外科、産婦人科、呼吸器外科）、臨床検査科長、臨床検査科輸血担当、看護局、事務局長、医事課、薬剤部	第３水曜日
	9	救命救急センター運営委員会	救命救急センターの円滑な運営を図る。	救命救急センター長、副院長、医師 11 人、看護局次長、看護局（看護師長、看護副師長）、臨床検査科、薬剤部、ME 技士、救命士	偶数月 最終水曜日
	10	中央手術室連絡調整会議	手術室の効率的な使用について、診療各科間の連絡および調整を行う。	麻酔科部長、院長、診療局長（外科）、看護局（中央手術室看護師長・看護副師長）、関係診療科部長、放射線診断科、臨床工学科、医療安全管理室、経営企画課	偶数月 第１木曜日
	11	がん診療連携拠点病院運営委員会	地域がん診療連携拠点病院としての機能・体制の確立と充実を図る。	院長、医師、看護局長、薬剤部長、事務局長、地域医療連携室	必要に応じ
	12	栄養サポート委員会	入院するすべての患者を対象に NST による質の高い栄養管理を行うために、関係部門との連携を図る。	医師、看護局、栄養科（管理栄養士）、薬剤部、臨床検査科、リハビリテーション科（言語聴覚士）、医事課	第４水曜日
	14	呼吸サポート委員会	呼吸療法全般にわたり、院内で横断的に助言等を行い、より安全で質の高い管理の普及を目指す。	医師（呼吸器内科）、看護局、臨床工学科、リハビリテーション科、薬剤部、医事課	第１木曜日
	15	標準化委員会			
		診療業務標準化委員会	診療についての指標等を設定し、診療業務の標準化を図る。	医師、看護局次長、医事課（診療情報管理士）、経営企画課企画担当主査、総務課	隔月 第４火曜日
		クリニカルパス検討部会	医療の標準化を目指し、クリニカルパスの作成および管理の円滑化を図る。	医師、看護局、薬剤部、経営企画課、医事課	奇数月 最終木曜日
		がん化学療法検討委員会 がんゲノム医療検討部会	適正で安全ながん化学療法およびがんゲノム医療を行う方法等を検討する。	医師、看護局、薬剤部、臨床検査科、病理診断科、栄養科（化学療法のみ）、医事課、事務局	年４回 (1・4・7・10) 第２金曜日
	16	保険委員会	院内診療報酬請求事務の査定対策と業務の能率化を図る。	医師４人、看護局長、薬剤部長、事務局長、医事課長、医事課４人、経営企画課企画担当１人、診療報酬請求業務受託者３人	最終水曜日
	17	コーディング委員会	適切な診断を含めた診断群分類の決定を行う体制を確保する。	医師４人、看護局長、薬剤部長、事務局長、医事課長、医事課４人、経営企画課企画担当１人	最終水曜日
	18	口腔ケア委員会	口腔ケアに必要な事項を調査、検討し、各部門との調整を行い口腔ケアの推進を図る。	医師、歯科医師、看護局、薬剤部、歯科口腔外科(歯科衛生士)、リハビリテーション科(言語聴覚士)、地域医療連携室	奇数月 第３火曜日

委員会等の名称			目　　的	構　成　員	開　催
診療情報部門	1	診療録管理委員会	診療録の適正な利用かつ能率的な管理を図り、各部門相互の改善および総合調整を行う。	副院長、医師、看護局３人、薬剤部、リハビリテーション科、臨床検査科、経営企画課、医事課長、医事課	隔月 第１水曜日
	2	院内がん登録委員会	がん患者を対象とし、登録、分析および院内への周知を行う。	診療局長、副院長、医事課係長、医事課（診療情報管理士）	必要に応じ
	3	個人情報保護委員会	病院における個人情報を適正に管理する。	副院長、診療局長、看護局長、薬剤部長、事務局長、総務課長、経営企画課長、医事課長、総務課総務係長	必要に応じ

委員会等の名称			目　　的	構　成　員	開　催
サービス広報部門	広報サービス委員会 広報部門 病院年報編集委員会 サービス部門 院内報編集委員会		医療の向上および医療サービスの充実・発展ならびに病院発行の広報誌等の適性化を図る。 ・年報 ・プラタナス ・総合病院だより ・ホームページ ・青梅総合医療センター通信 ・清流	診療局長、診療局、看護局、薬剤部、放射線科、臨床検査科、栄養科、リハビリテーション科、眼科、地域医療連携室、事務局、図書司書	第１木曜日
物品管理部門	1	医療材料委員会	医療材料の医学的評価を行うとともに、その選択、購入および使用等の適正化を図る。	医師５人、看護局６人、臨床工学科長、事務局４人	第３水曜日
	2	医療機器安全管理委員会	医療機器に関する指導、使用方法の検討および更新・補充計画の提案を行う。	臨床工学科２人、医師２人、検査科、看護局（看護局長、看護師長２人、副師長）、放射線科主査、用度係長	年４回
その他	1	脳死臓器移植委員会	適切な臓器移植を行うために審査をする。	救命救急センター長、管理者兼院長、副院長、麻酔科部長、小児科部長、看護局長、事務局長、臨床検査科長、医師	必要に応じ
		脳死判定委員会	適切な臓器移植を前提とした脳死判定を行う。	救命救急センター長、管理者兼院長、副院長、麻酔科部長、小児科部長、看護局長、事務局長、臨床検査科長、医師	必要に応じ
	2	行動制限最小化委員会	行動制限の状況の適切性の検討および行動制限最小化を図る。	精神科部長、精神科医師、看護局（精神科病棟看護師長・リエゾン看護師、看護師）、リハビリテーション科（作業療法士）、地域医療連携室（精神保健福祉士）	第４水曜日
	3	院内虐待症例対策委員会	院内において発見された児童、高齢者、障害者虐待や配偶者暴力または虐待が疑われる症例に対し、組織的に対応することについて必要事項を定め、もって虐待の早期発見および虐待症例への適切な対応に資すること。	院長、関係診療科部長、看護局長、医事課長、地域医療連携室（ソーシャルワーカー）	必要に応じ

委員会等の名称			目　　的	構　成　員	開　催
看護局	1	看護局委員長会議	看護の方向性について検討する。各委員会の方針・活動を確認し、看護の充実を図る。	看護局長、全看護局次長、各委員長（教育・記録・業務・事故防止）	年４回（４月、５月、10月、２月）
	2	師長会	看護局の管理運営・資質向上を図る。中間管理者としての役割や管理を学び、組織運営を推進する。	看護局長、全看護局次長、全看護師長	第１・３月曜日
	3	師長・副師長合同会	看護局の管理運営・資質向上を図る。看護の機能を果たす専門集団の組織を円滑に推進する。	看護局長、全看護局次長、全看護師長、全看護副師長	第１月曜日
	4	看護副師長会	看護局の組織運営に関する事項を協議する。 看護の質に関する調査・監査・検討・指導し、質の向上を図る。	看護局次長、全看護副師長	第３木曜日
	5	看護主任会	看護局の方針に基づき、看護業務が円滑に遂行できるよう検討する。各部署の看護実践においては役割モデルとなりリーダーシップを発揮する。 専門職業人としての倫理観を育み高める。	看護局次長、全看護主任	第４木曜日
	6	看護教育委員会	当院における看護水準の向上を図るために院内研修の企画・運営を行う。自己教育力の促進とキャリア開発の発展を目指し、指導・教育を行う。専門職業人としての倫理感を育み高める。	看護局師長（教育）、看護師長、看護副師長、看護主任	第２木曜日
	7	看護記録委員会	看護記録の充実を目指して看護記録の監査・指導を行い、より有効な記録について検討し、改善策を策定する。看護基準・看護記録基準の作成および見直し、質の向上を図る。	看護局次長、看護師長、看護副師長、看護主任、看護師	第２月曜日
	8	業務改善委員会	当院における看護業務の見直しや看護業務量調査を行い、業務の効率化を推進する。看護業務の適切かつ安全な実施を目指す。看護の質の向上を目指し、業務の標準化を推進する。事故防止・感染防止に向けてのマニュアル遵守を推進する。	看護師長、看護副師長、看護主任、看護師	奇数月 第２火曜日
	9	事故防止委員会	安全な看護サービスの提供を図る。看護事故の実態を把握し事故予防に向けて業務の改善を策定し、再発を防ぐ。	看護局次長、看護師長、看護副師長、 看護主任、看護師	第２火曜日
	10	採用・定着促進委員会	看護職員の雇用と定着について検討・促進する。	看護局長、看護師長、看護副師長、 看護主任、看護師	第４木曜日
	11	院内臨床実習指導者会	院内臨床実習を行っている学校の実習要綱に基づき、その目的が達成できるよう教育的環境の整備と充実を図る。	看護局師長（教育）、各所属実習指導者	年１回
	12	実習指導者協議会	実習指導を効果的に行うために、実習病院臨床指導者と学校教員との連携を図る。	看護局長、看護局師長（教育）、看護師長、各所属実習指導者	各学校ごと適宜
	13	学会委員会	看護研究に関する事項を検討する。	看護局長、看護局次長、専門看護師、看護局師長（教育）、診療看護師	奇数月 不定期火曜日
	14	スペシャリスト看護師会	専門・認定看護師の活動の推進と看護の質向上を目指す。	看護局長、専門看護師・認定看護師、診療看護師	第４金曜日
		いずみ会	会員の自主活動により職業倫理、知識・技術の向上ならびに、一般教養を養い、よりよき社会人を目指す。	看護師長、看護副師長、看護師、看護局長（顧問）	総会：年１回 委員会：第２金曜日

人事

〈採用・退職者数〉

区分	採用者数	退職者数
医師	51	49
歯科医師		1
薬剤師	3	1
管理栄養士	1	2
診療放射線技師	1	1
臨床検査技師	1	
臨床工学技士		
理学療法士	1	
作業療法士		
言語聴覚士	1	
視能訓練士		
助産師	4	1
看護師	37	29
准看護師		
一般事務		
医療事務		
救急救命士	1	1
調理員		1
一般業務		
計	101	86

病院組織図

- 開設者（市長）
  - 管理者
    - 院長
      - 副院長
      - 医療安全管理室
      - 感染管理室
      - 診療局（診療部門担当）
        - 総合内科
        - 呼吸器内科
        - 循環器内科
        - 消化器内科
        - 血液内科
        - 内分泌糖尿病内科
        - 腎臓内科
        - 脳神経内科
        - リウマチ膠原病科
        - 緩和ケア科
        - 腫瘍内科
        - 消化器・一般外科
          - 外科
          - 消化器外科
        - 乳腺外科
        - 呼吸器外科
        - 心臓血管外科
        - 整形外科
        - 脳神経外科
        - 形成外科
        - 化学療法外科
        - 精神科
        - 小児科
        - 皮膚科
        - 泌尿器科
        - 産婦人科
          - 産科
          - 婦人科
        - 眼科
        - 耳鼻咽喉科・頭頸部外科
        - リハビリテーション科
        - 放射線診断科
        - 放射線治療科
        - 病理診断科
        - 麻酔科
        - 歯科口腔外科
        - 内視鏡室
        - 中央手術室
        - 中央材料室
        - 中央注射室
        - 血液浄化センター
        - 心臓カテーテル室
        - PET・RIセンター
        - 外来治療センター
        - 脳神経センター
        - 脳卒中センター
        - 診療看護師室
      - 診療局（診療支援部門担当）
        - 臨床検査科
        - 臨床工学科
        - 栄養科
        - 図書室
        - 診療情報管理室
        - 医療クラーク室
        - 栄養サポートチーム
        - 緩和ケアチーム
        - 精神科リエゾンチーム
        - 認知症ケアチーム
      - 薬剤部
      - 救命救急センター
        - 救急科
      - 看護局
        - 看護管理室
        - 4A病棟
        - 5A病棟
        - 6A病棟
        - 7A病棟
        - 8A病棟
        - 4B病棟
        - 5B病棟
        - 6B病棟
        - 7B病棟
        - 8B病棟
        - 東6病棟
        - 院内ICU
        - 救急ICU・救急病棟
        - 外来
        - 中央手術室兼中央材料室
        - 血液浄化センター
        - ケアサポートセンター
      - 事務局
        - 総務課
          - 総務係
          - 人事係
        - 施設用度課
          - 施設管理係
          - 用度係
        - 新病院建設室
          - 事業推進係
          - 建設担当
        - 経営企画課
          - 財務係
          - 企画担当
          - 情報システム担当
        - 医事課
          - 医事係
          - 入院会計係
          - 医療情報係
      - 地域医療連携室
        - 患者サポート
        - 医療連携
        - 医療相談
        - 入院支援
        - 退院支援
        - がん相談支援センター
      - 臨床研究支援室

※ 初期臨床研修医は、診療局に属する。

市立青梅総合医療センター職員配置表

枠内右上は会計年度任用職員数

令和7年3月31日 現在

| 職務名 | 所属名 | 定数 | 院長 | 脳神経内科 | 呼吸器内科 | 消化器内科 | 循環器内科 | 乳腺外科 | 消化器・一般外科 | 脳神経外科 | 脳卒中センター | 形成外科 | 呼吸器外科 | 心臓血管外科 | 整形外科 | 産婦人科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | 小児科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 | 精神科 | 放射線診断科 | 放射線治療科 | 麻酔科 | リハビリテーション科 | 腎臓内科 | 内分泌糖尿病内科 | 血液内科 | リウマチ膠原病内科 | 総合内科 | 和漢内科 | 救急科 | 歯科口腔外科 | 血液浄化センター | 病理診断科 | 臨床検査科 | 診療局付 | 計 | 薬剤部 | 臨床工学科 | 栄養科 | 看護局 | 4A病棟 | 5A病棟 | 6A病棟 | 7A病棟 | 8A病棟 | 4B病棟 | 5B病棟 | 6B病棟 | 7B病棟 | 8B病棟 | 東6病棟 | 中央手術室兼中央材料室 | 院内ICU | 救急ICU・救急病棟 | 医療安全管理室 | 事務局 | 総務課 | 施設用度課 | 新病院建設室 | 経営企画課 | 医事課 | 地域医療連携室 | 感染管理室 | 臨床研究室 | その他研修医等 | 再任用 | 合計 | 育児休業 |
|---|---|---

あとがき

さて、年報が作成されました。昨年度版の本項で、年報は重厚過ぎる、エコじゃない、いったい誰が読むのか？廃止でよいのでは？と年報発行に難癖をつけてしまいました。ただし、1年間の当院の活動（Plan→Do）の記録を可視化し、評価（Check）し、改善（Action）するためのツールと考えるべきか、と保身に走るコメントも記載し、まさに抜かりなしでした。しかし、初心に帰って考えますと（=単にGoogleで検索しただけですが)、年報の12分の1規模の月報において、その意義は、

1. 月報の意義は「目標管理」である。さらに、出ている成果と活動内容の因果関係を確認するという目的がある。
2. その月の活動内容や成果について振り返り、内省をおこなうという意味がある。
3. 来月の目標に向けてどのような活動をして目標を達成していくのかを定めていくことも目的である。

とあります。月報が12倍になったものが年報です。この病院年報は、当院の1年間の総決算であります。各部署の責任者が、担当部署でおこなった仕事、あげることができた成果、できなかった事がらについて量的・質的にまとめたものです。できあがった年報に目を通す人なんて、ごくごく少数です（油断するとゼロ？)。でも、原稿を書かされ提出を強要された人、提出を強要した人、実際に編集した人など、年報作成に関わった職員は少なくはありません。年報をつくる過程で、職員それぞれが気づく反省点があり、また将来へのビジョン・夢が生まれるはずです（かもしれない)。このとき感じた反省や抱いた夢・ビジョンこそが、この市立青梅総合医療センターをGreat Hospitalにしてゆくのでしょう（かもしれない)。

今日の結論：年報は侮れない

編集委員長　竹　中　芳　治

広報サービス委員（代表者）

委員長　竹中芳治　　委　員　大友建一郎　　委　員　遠藤康弘
委　員　深見拓也

市立青梅総合医療センター

令和６年度版

令和７年８月発行

編集発行　市立青梅総合医療センター
〒198-0042　東京都青梅市東青梅 4-16-5
ＴＥＬ　０４２８（２２）３１９１
ＦＡＸ　０４２８（２４）５１２６
ホームページ　https://mghp.ome.tokyo.jp/

印　　刷　（株）タマプリント

Hospital Annual Report