

2025 年度

年 報

社会医療法人志仁会 三島中央病院

院長挨拶

2025 年度を振り返りますと、当院の業績は全体として堅調に推移し、大きな落ち込みなく運営を継続することができました。職員一人ひとりの努力と、地域の皆様からのご支援により一定の成果を維持できたことに深く感謝申し上げます。

しかしながら、その一方で物価上昇や人件費の高騰といったインフレの影響は非常に大きく、実質的な収益面では厳しさが増しているのが現状です。医療材料費やエネルギーコストの上昇は病院経営に直接的な影響を与えており、これまでの努力による増収効果を相殺する状況となりました。

さらに、中長期的な視点では人口減少の進行に伴い医療需要の構造変化が顕在化してきております。特に救急搬送患者数の減少は、地域医療体制にとっても重要な変化であり、急性期医療を担う当院にとっては大きな課題です。これらの要因が重なり、今後の経営環境は一層厳しくなることが予測されます。

このような状況下において、当院は単なる規模拡大ではなく地域に必要とされる医療機能の再構築と質の向上を軸に、持続可能な経営体制の確立を目指してまいります。急性期医療の高度化に加え、包括期・在宅医療との連携強化を図り、地域包括ケアの中核としての役割を果たしていく所存です。

今後とも、地域の皆様に信頼される医療機関であり続けるため、職員一同、変化を恐れず挑戦を続けてまいります。引き続きご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます。



院長 関 厚二郎

病院理念

親切・丁寧・確実な医療を提供し
地域全体を支える病院を目指します

病院運営方針

- 1 患者さんの権利を十分尊重し、
心のこもった安全な医療を実践します
- 2 親切・丁寧・確実な医療を提供します
- 3 地域に開かれ貢献できる医療を目指します
- 4 十分な説明と同意による医療提供を心がけます
- 5 職員が地域医療に貢献していることに
誇りをもてる医療を実践します

目 次

院長挨拶

病院理念・方針

病院概要

●所在地・名称	6
●沿革・組織体制	6
●組織図	7
●施設基準	8
●医事統計資料	10

診療部

●内科	12
●外科	13
●整形外科	14
●スポーツ整形外科	15
●脳神経外科	17
●耳鼻咽喉・頭頸部外科	18
●泌尿器科	19
●麻酔科	20

1. 看護部	21
2. 医療安全管理室	22
3. 感染制御室	23
4. 健診センター	24
5. 訪問看護ステーション	25
6. 居宅介護支援事業所	26

7. 情報システム課	27
8. 地域医療連携室	28
9. 薬局	29
10. 放射線課	31
11. 臨床検査課	33
12. 栄養課	34
13. 臨床工学課	35
14. リハビリテーション課	37
15. 言語聴覚課	39
16. 事務部	
●医事課	40
●総務課	41
委員会	
●リスクマネジメント委員会	42
●防災委員会	43
●SDGs・5S委員会	44
●査定等対策委員会	45
●広報委員会	46
●研修・接遇委員会	47
●衛生委員会	48
●医療廃棄物委員会	49
●医療安全管理対策委員会	50
●院内感染防止対策委員会	51
●診療録委員会	52
●輸血委員会	53
●メディカルスタッフ委員会	53
●救急委員会	54
●手術室運営委員会	54
●業務改善委員会	55

●褥瘡委員会	-----	56
●栄養委員会	-----	57
●薬事委員会	-----	58
●医療機器・ガス安全委員会	-----	59
●D P C コーディング委員会	-----	60
●パス委員会	-----	60
●放射線安全管理委員会	-----	61
●MR I 安全管理委員会	-----	61

広報

●行事写真	-----	62
-------	-------	----

【病院概要】

1. 所在地・名称

〒411-0848 静岡県三島市緑町1番3号

社会医療法人志仁会 三島中央病院

TEL (055) 971-4133 FAX (055) 972-9188

2. 沿革

1977年(昭和52年)12月	関耳鼻咽喉科開業(19床)
1989年(平成元年)4月	関耳鼻咽喉科から関病院へ名称を変更(33床)
1989年(平成元年)12月	医療法人社団志仁会設立
2001年(平成13年)7月	急性期病院として新築・増床(85床)
2006年(平成18年)9月	整形病棟増築・増床(101床)
2007年(平成19年)7月	関病院から三島中央病院へ名称を変更
2013年(平成25年)2月	伊豆函南セントラル病院を合併(同一法人化)
2015年(平成27年)7月	111床へ増床
2017年(平成29年)8月	新病棟(S棟)完成
2017年(平成29年)11月	伊豆函南セントラル病院移転、療養病床稼働(一般111床、療養45床、地域包括ケア40床)
2018年(平成30年)4月	健診センター本格オープン
2018年(平成30年)8月	地域包括ケア病床稼働
2019年(令和元年)8月	病院機能評価3rdG:Ver.2.0認定
2021年(令和3年)5月	1.5テスラMRI稼働
2022年(令和4年)4月	社会医療法人化
2022年(令和4年)6月	訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所新設
2022年(令和4年)10月	新棟(E棟)完成
2023年(令和5年)4月	関 厚二郎院長 就任
2023年(令和5年)4月	健診内視鏡センター完成
2024年(令和6年)8月	病院機能評価3rdG:Ver.3.0認定

3. 診療科

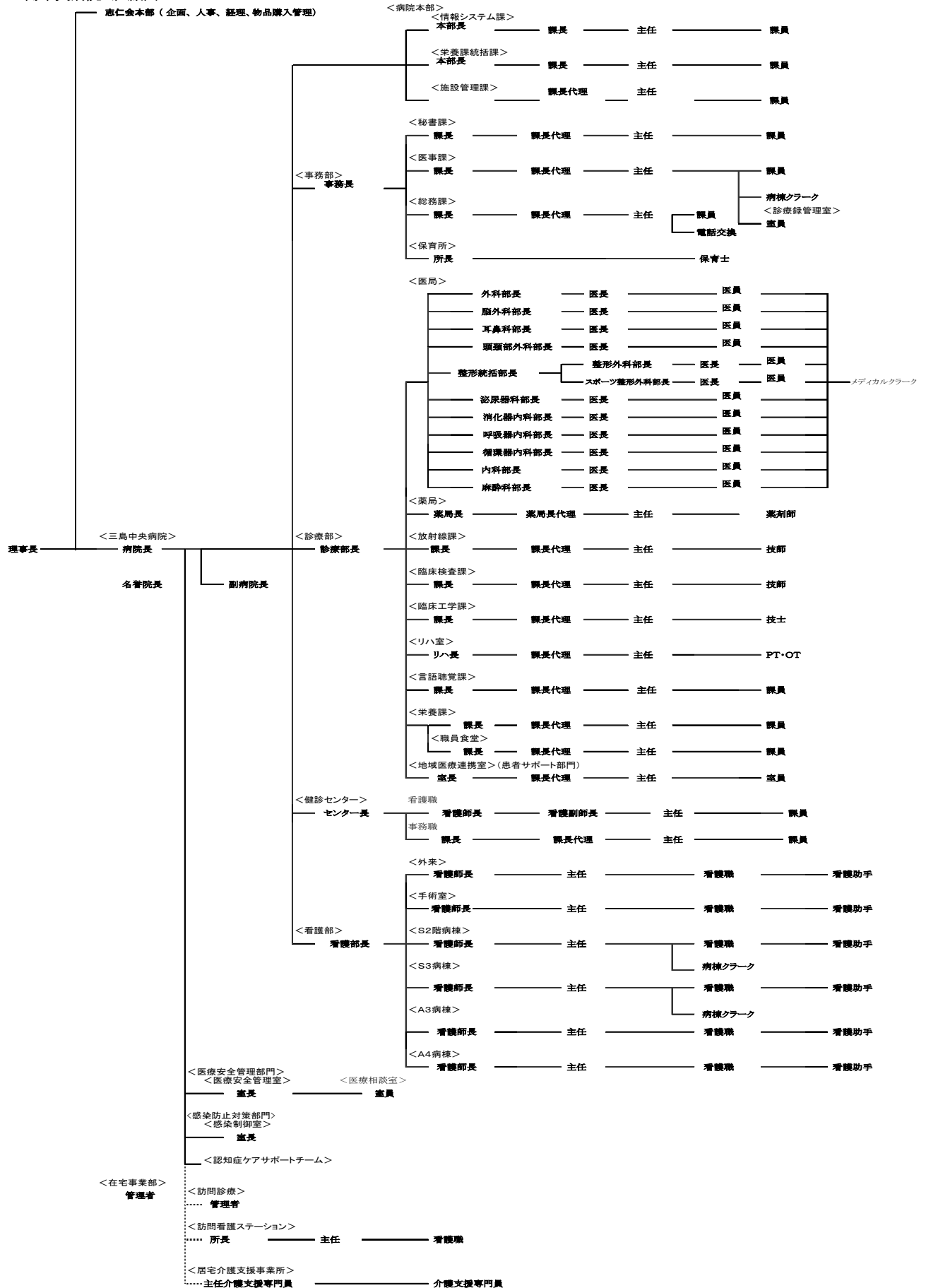
内科、消化器内科、呼吸器内科、循環器内科、外科、消化器外科、肛門外科、整形外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、頭頸部外科、泌尿器科、麻酔科、救急科

4. 病床

一般病棟：111床 療養病棟：45床 地域包括ケア病棟：40床 合計 196床

三島中央病院 組織図

2025.10.1



施設基準の届出状況

- ・機能強化加算
- ・医療 DX 推進体制整備加算
- ・情報通信を用いた診療に係る基準
- ・急性期一般入院料 1
- ・療養病棟入院料 1
- ・夜間看護加算
- ・看護補助体制充実加算 1
- ・救急医療管理加算
- ・診療録管理体制加算 3
- ・医師事務作業補助体制加算 1 30 対 1（一般・地域包括ケア）
- ・医師事務作業補助体制加算 1 50 対 1（療養）
- ・急性期看護補助体制加算 25 対 1（看護補助者 5 割以上）
- ・急性期看護補助体制加算夜間 100 対 1
- ・夜間看護体制加算
- ・看護補助体制充実加算 1
- ・看護職員夜間配置加算 2（看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1）
- ・療養環境加算
- ・療養病棟療養環境加算 1
- ・医療安全対策加算 1
- ・医療安全対策地域連携加算 1
- ・感染対策向上加算 1
- ・指導強化加算（感染対策向上加算 1）
- ・患者サポート体制充実加算
- ・後発医薬品使用体制加算 3
- ・病棟薬剤業務実施加算 1
- ・データー提出加算 2・4
- ・提出データ評価加算
- ・入退院支援加算 1
- ・地域連携診療計画加算
- ・総合機能評価加算
- ・認知症ケア加算 1
- ・せん妄ハイリスク患者ケア加算
- ・精神疾患診療体制加算 1
- ・地域包括ケア病棟入院料 1
- ・看護職員配置加算
- ・看護補助者配置加算
- ・小児運動器疾病指導管理料
- ・二次性骨折予防継続管理料 1

- 9

医事統計資料

外来患者数

(単位：人)

年月	患者延数
2025 年 4 月	6,712
2025 年 5 月	6,754
2025 年 6 月	6,967
2025 年 7 月	7,106
2025 年 8 月	6,852
2025 年 9 月	6,827
2025 年 10 月	7,367
2025 年 11 月	6,559
2025 年 12 月	7,429
2026 年 1 月	6,654
2026 年 2 月	6,317
2026 年 3 月	7,064
合計	82,608

入院患者数・平均在院日数

急性期

年月	在院患者延数	新入院患者数	退院患者数	平均在院日数	病床稼働率
2025 年 4 月	3,129	281	256	11.7	94
2025 年 5 月	3,183	265	249	13.4	92.5
2025 年 6 月	3,170	307	281	11	95.2
2025 年 7 月	3,290	309	271	11.7	95.6
2025 年 8 月	3,339	317	283	11.6	97
2025 年 9 月	3,254	289	247	12.6	97.7
2025 年 10 月	3,369	293	256	12.2	97.9
2025 年 11 月	3,118	274	264	12.1	97.9
2025 年 12 月	3,224	291	273	11.9	93.6
2026 年 1 月	3,348	300	251	12.6	93.7
2026 年 2 月	3,090	257	220	13.1	99.4
2026 年 3 月	3,396	310	286	11.8	98.7
合計	38,910	3,493	3,137	12.1	96.1

※平均在院日数・病床稼働率は平均値

入院患者数

地域包括

年月	在院患者延数	新入院患者数	退院患者数
2025 年 4 月	1, 173	15	35
2025 年 5 月	1, 209	13	33
2025 年 6 月	1, 118	14	34
2025 年 7 月	1, 058	17	41
2025 年 8 月	1, 168	10	27
2025 年 9 月	1, 094	9	40
2025 年 10 月	1, 170	18	38
2025 年 11 月	1, 177	17	36
2025 年 12 月	1, 099	23	48
2026 年 1 月	1, 125	16	30
2026 年 2 月	1, 086	17	36
2026 年 3 月	1, 199	19	44
合計	13, 676	188	442

入院患者数

療養

年月	在院患者延数	新入院患者数	退院患者数
2025 年 4 月	1, 156	1	9
2025 年 5 月	1, 259	0	8
2025 年 6 月	1, 133	2	13
2025 年 7 月	1, 054	3	12
2025 年 8 月	1, 067	1	10
2025 年 9 月	1, 156	2	12
2025 年 10 月	1, 287	3	8
2025 年 11 月	1, 199	3	15
2025 年 12 月	1, 273	2	9
2026 年 1 月	1, 291	2	13
2026 年 2 月	1, 087	3	11
2026 年 3 月	1, 340	1	9
合計	14, 302	23	129

救急搬送台数

4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計	平均
136	111	126	146	141	116	121	132	142	141	137	140	1589	132. 4

【診 療 部】

■内科

1. スタッフ 常勤 7 名 非常勤 12 名

○部長 杉田 知典

日本内科学会認定総合内科専門医 日本消化器病学会専門医 日本肝臓学会専門医
日本消化器内視鏡学会専門医

○医長 岩崎 哲良

日本内科学会認定内科医 日本消化器病学会専門医 日本消化器内視鏡学会専門医

○医長 大久保 洋一

日本救急医学会専門医

○医長 関 伸嘉

日本内科学会認定内科医 日本消化器病学会専門医・指導医 日本肝臓学会専門医
日本消化器内視鏡学会専門医・指導医 日本医師会認定産業医

○医長 西条 勇哉

日本内科学会認定総合内科専門医 日本消化器病学会専門医
日本消化器内視鏡学会専門医

○医長 遠藤 大輔

日本内科学会認定内科医 日本消化器病学会専門医 日本肝臓学会専門医
日本消化器内視鏡学会専門医

○医長 渡邊 直昭

日本内科学会認定総合内科専門医 日本呼吸器学会呼吸器専門医・指導医
日本結核・非結核抗酸菌症学会認定医・指導医

2. 診療内容

当院内科においては救急搬送の積極的な受け入れを行うと共に、幅広い分野の内科疾患の急性期診療を行っている。肺炎や尿路感染などの高齢化社会において無視できない疾患はもちろんのこと、消化器疾患や循環器疾患も数多くの診療を行っている。特に消化器疾患については、専門医資格保持者も多いことから、高度な専門医療まで行っている。重症例の受け入れも行っており、病態に応じて呼吸器管理なども行っている。また、高齢化に伴い、増加傾向にある誤嚥性肺炎に対しては積極的に嚥下内視鏡を行い、客観的な評価に基づいて加療を行うことを徹底しており、9 割以上の方に検査を受けていただいている。内視鏡に関しては年々増加傾向にあり、緊急内視鏡も随時行っており、止血術や胆道ドレナージなどの内視鏡処置を行っている。

2025 年 10 月より、新たに呼吸器専門医が常勤医に加わり、COPD や間質性肺炎などの様々な呼吸器疾患についても専門的治療を行っている。

また、健診などの予防医学に関しても社会的な要請も踏まえて可能な限り取り組んでいる。

3. 各種認定施設

・日本消化器病学会認定施設 ・日本消化器内視鏡学会指導施設

■外科（消化器外科・肛門外科含む）

1. スタッフ 常勤 5 名

○部長（副院長）大町 貴弘

日本外科学会認定外科専門医・指導医 日本消化器外科学会認定消化器外科専門医・指導医
日本消化器内視鏡学会専門医

○医長 鈴木 衛

日本外科学会認定外科専門医 日本消化器外科学会認定医

○医員 阿部 正

○医員 増子 慧

2. 診療内容

当科では主に消化器外科領域の疾患に対して、消化器癌や胆石症を中心に腹部救急疾患に対する治療を行っており、適応疾患、症例に対し鏡視下手術を取り入れている。鏡視下手術は傷跡が小さく患者さんの負担を軽減でき、術後合併症が少なく早期の退院が期待できる手術である。特に胆石症に対する鏡視下手術はこれまで 1600 例以上の症例数があり、特に総胆管結石症に対する鏡視下手術は 500 例以上である。

3. 胆石（胆のう結石、総胆管結石）の治療について

胆嚢結石の手術は腹腔鏡下胆嚢摘出術が第一選択となっており、高度の胆のう炎症例や腹部開腹術後の患者さんに対しても積極的に施行している。当院では開腹移行の症例は全体の 1%（2025 年は 1 件）に抑えられており、術後合併症も少なく抑えられている。また、胆管結石に対する治療は手術（総胆管切開結石摘出術および胆嚢摘出術）と内視鏡で十二指腸乳頭括約筋を切開し結石を摘出（EST）の 2 つが主な方法だが、当外科では十二指腸乳頭括約筋を温存できる腹腔鏡下手術（腹腔鏡下総胆管切開結石摘出術および胆嚢摘出術）を第一選択としている。腹腔鏡下総胆管切開術+胆嚢摘出術は術後入院期間が 7 日程と短く、当院では本年までに 610 例以上の腹腔鏡下総胆管切開結石摘出および胆嚢摘出術を行っている。

4. 手術数 総数 445 例

全身麻酔手術 331 例（胸腹腔鏡下手術 206 例）、脊椎麻酔、局所麻酔手術 114 例

主な手術

胆石症手術 141 例（胆嚢結石 54 例、総胆管結石 50 例）

胆石症手術の術式

腹腔鏡下胆嚢摘出術 91 例、腹腔鏡下総胆管切開結石摘出および胆嚢摘出術 47 例

腹腔鏡下総胆管十二指腸吻合結石摘出および胆嚢摘出術 3 例

胃癌切除術 2 例（開腹手術）

大腸癌切除術 21 例（開腹手術 3 例、腹腔鏡下手術 18 例）、腸閉塞手術 20 例（開腹手術例 15 例、腹腔鏡下手術 5 例）、虫垂切除術 39 例（開腹手術 0 例、腹腔鏡下手術 39 例（開腹移行なし））

鼠径ヘルニア手術 139 例

■整形外科

1. スタッフ 常勤 4 名

○部長 一色 ほのか

日本整形外科学会認定整形外科専門医 日本東洋医学会認定漢方専門医

日本医師会認定産業医

○顧問 野々宮 廣章

日本整形外科学会認定整形外科専門医

○医長 塚本 剛志

日本救急医学会認定救急科専門医

○医長 林 励治

日本整形外科学会認定整形外科専門医

日本救急医学会認定救急科専門医

2. 診療内容

骨折・脱臼・靱帯断裂などの外傷、手・膝・股関節・脊椎の変性疾患、関節リウマチなどの炎症性疾患に対して、保存治療および手術治療を行っている。

毎週月曜日の朝に整形外科カンファレンス（その週に予定している手術患者さんの術前カンファレンス）、毎週火曜日の午後にリハビリカンファレンス（運動器リハビリテーションを行っている患者さんの今後の方針や目標等の確認）を行っている。

3. 診療実績

入院手術 639 件 外来手術 315 件

主な手術

骨折(上肢/観血) 133	関節形成/固定 9	脊椎 52
骨折(下肢/観血) 92	腱縫合/移行/移植 21	骨・軟部腫瘍 14
骨折(経皮) 63	デュプイトレン 3	腱鞘切開 121
人工骨頭挿入 46	神経剥離 57	偽関節・変形治癒骨折 4

外部医療機関からの診療情報提供数は月平均 85 件で、特に手術やセカンドオピニオン目的の紹介件数が増えている。平日・土曜日は午前・午後とも手術・救急対応が出来る体制を整え、特に他の医療機関・施設からの手術目的受診／転院には可能な限り柔軟に対応し、外傷で観血的加療が必要な症例は出来るだけ待機期間を短く手術を行い、術後に速やかにリハビリを開始できるよう対応している。

■ スポーツ整形外科

1. スタッフ 常勤 1 名

○部長 後藤 匡志

日本整形外科学会認定専門医

2. 診療内容・診療体制

2022 年 6 月に赴任後、スポーツ診療体制の構築を図り、2023 年 10 月より本格的に稼働を開始した。現在、外来診療は火曜日と木曜日の 15 時から行っている。

診療内容としては、専門外来としてのスポーツ診療に長年携わってきた経験から、スポーツ全般に関する各種スポーツ外傷・障害に対応可能であり、リハビリなどの保存療法から手術療法まで幅広く対応可能である。具体的には、

1. 肩関節：各種投球障害・外傷性肩関節(亜)脱臼・反復性肩関節（亜）脱臼・Loose shoulder などの手術や保存療法の対応。
2. 肘関節：前任地は、プロ野球選手が多く受診する病院であったため、肘関節鏡視下手術（軟骨損傷・後方インピンジメント・外側タナ障害・外上顆炎）をはじめ、離断性骨軟骨炎に対する骨軟骨柱移植、内側側副靱帯再建に対応可能であり、投球障害に関しては、リハビリでの対応も可能である。
3. 股関節周囲：股関節鏡手術は対応不可であるが、鼠径部痛症候群や弾発股などの保存療法対応は可能である。
4. 膝関節：靱帯再建・半月板手術・軟骨損傷手術（軟骨形成・骨軟骨柱移植）、膝蓋骨脱臼制動などの手術から(下肢)各種ランニング障害・Anterior knee pain syn. やオスグット氏病などの保存療法まで、幅広く対応可能である。
5. 足関節：距骨骨軟骨損傷（鏡視下手術や骨軟骨柱移植）・三角骨障害などの後方インピンジメント手術・腓骨筋腱脱臼・アキレス腱手術から足関節 soft tissue impingement・外脛骨障害・腓骨筋腱/後脛骨筋腱炎・各種ランニング障害などの保存療法に対応可能である。
6. 上記に該当しないが症例の多い腰痛や胸郭出口症候群、アキレス腱炎・踵骨骨膜炎・足底腱膜炎などは、当方が開発したインソールを用いた dynamic alignment の補正やリハビリでの機能訓練および指導を行っている。

現在、ジュニア・ジュニアユース世代のバスケットボール（WITH J PROUD）とサッカー（清水エスパルス三島・清水エスパルス SS 富士）のチームサポートを行っている。

3. 診療実績

スポーツ整形外科が発足し2年以上が経過した。外来患者数は増加傾向にあるが、専門外来として予約診療で対応しているため、対応件数はプラトーに達しつつある。

手術実績としては、前十字靱帯再建/再々建・半月板縫合/切除・肩関節脱臼（Bristow 変法）・肘関節鏡視下手術（後方インピンジメント・外側タナ障害）・肘離断性骨軟骨炎 Mosaic plasty・アキレス腱手術・疲労骨折・脱臼骨折・足関節鏡視下手術（後方インピンジメント・距骨骨軟骨障害・前方インピンジメント）を行った。

4. 今後の計画

トップカテゴリーのスポーツチームのスポーツ診療とスポーツ障害予防に取り組んできた経験から、今後は地域スポーツのスポーツ障害予防の講演・指導などの活動を行っていきたいと考えている。

※講演実績

- 4月 整形外科クリニックのリハビリ勉強会
- 5月 某企業社内勉強会（歩行に関する研修）
- 8月 高校バスケ部講習会（スポーツ障害予防）
- 11月 病院主催事業（健康教室：スポーツ障害を考える）

■脳神経外科

1. スタッフ 常勤1名 非常勤1名

○部長（院長） 関 厚二郎

日本脳神経外科学会認定脳神経外科専門医 日本救急医学会認定救急科専門医

静岡県警察協力医 ICLS ディレクター PUSH プロジェクト認定インストラクター

駿東田方圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議 委員

駿東田方地域メディカルコントロール協議会 委員

○非常勤医師（顧問） 阿部 俊昭

日本脳神経外科学会認定脳神経外科専門医 日本脊髄脊椎病学会認定脊髄脊椎外科専門医

2. 診療内容

当院脳神経外科は、常勤医師1名、非常勤医師1名で運営している。

脳神経外科では、脳血管障害・慢性硬膜下血腫・てんかん発作などに対し救急対応している。

年間入院患者数94名、外来患者数延べ3778名に対応している。

3. 診療体制

外来診療日

（月）午前・午後、（火）午前、（水）午前、（金）午前

脳神経外科領域の救急患者対応は、常勤医師勤務中は随時受付している。

当院は、常勤医師1名のため大掛かりな手術が必要な患者に対しては、疾患に応じ最良と思われる医療機関への緊急転院で対応。特徴としては、脳神経外科のみならず広範囲な病態に対応している。

4. 設備

MRI（1.5テスラ）、CT（80列マルチスライス）、フラットパネル式透視装置

■耳鼻咽喉・頭頸部外科

1. スタッフ 常勤 4 名

○部長 鬼塚 哲郎

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会専門医・指導医

○理事長 関 伸二

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会専門医 日本気管食道科学会認定医 補聴器相談医

○医長 近藤 統太

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会専門医 補聴器適合判定医

○医員 阿部 桐士

2. 診療内容

当科では、月～金曜の午前、午後、土曜の午前に外来診療を行っている。補聴器専門外来は毎週月曜の午後 2 時から 2 名の補聴器適合判定医を中心に言語聴覚士と連携し行っている。また 2023 年からコロナ後遺症外来を開設した。アレルギー性鼻炎の外来治療は内服治療の他、舌下免疫療法、アルゴンプラズマによる下鼻甲介焼灼術などの治療を行っている。睡眠時無呼吸症候群に対しては PSG（終夜睡眠ポリグラフィ）を行った上、持続式陽圧呼吸療法（nCPAP）の導入、管理を行っている。また扁桃肥大や咽頭狭窄、鼻中隔彎曲などで上気道狭窄があり、手術でいびき改善が期待できる症例では、扁桃・軟口蓋形成・鼻中隔矯正術なども積極的に行っている。コロナ後遺症外来では倦怠感、ブレインフォグなどで休職を余儀なくされた患者を、上咽頭擦過療法で症状改善させ社会復帰をさせている。また 1 年以上続く咽喉頭異常感症に対して上咽頭擦過療法で 84% の症状改善率を報告した（阿部、鬼塚. 耳鼻咽喉科展望 68, 2025）。上咽頭擦過療法はその他に原因不明の慢性的な症状（咳、咽頭痛、頸部痛、頸部リンパ節腫脹、不明熱、頭痛など）にも効果がみられている。入院治療では、手術患者の他、外来診療で加療困難な上気道炎症性疾患、難治性鼻出血、めまい、突発性難聴、顔面神経麻痺などに対して入院加療を行っている。突発性難聴、顔面神経麻痺に対してはステロイド投与の他、高度麻痺例には顔面神経減荷術（中耳の顔面神経管と神経鞘を開放）を行い麻痺の改善がみられている。手術日は火、木曜は終日、金曜は午前である。麻酔科常勤医師が 3 名おり安全な周術期管理を行っている。内視鏡下鼻副鼻腔手術に関してはナビゲーションシステムを導入しており合併症のない手術を行っている。慢性中耳炎などの鼓室形成術は月 2 例程度、手術経験が豊富な非常勤医師が行っている。また頭頸部腫瘍関係は 2021 年 2 月 1 日より頭頸部外科を新設後 4 年が経過し、近隣施設から多くのご紹介を頂いている。甲状腺、耳下腺手術では NIM（術中神経モニタリングシステム）を用いて反回神経、顔面神経を確実に温存できしており、2025 年度では術後の嚥声や顔面神経麻痺は皆無であった。2025 年度は総手術数 422 件（うち全麻 391 件）で内視鏡下鼻副鼻腔手術 141 件、鼓室形成術 22 件、口蓋扁桃摘出術 57 件、甲状腺腫瘍 18 件、耳下腺腫瘍 19 件、声帯ポリープ切除 23 件、顎下腺唾石摘出術 9 件などであった。

■泌尿器科

1. スタッフ 常勤 1 名 非常勤 1 名

○医長 鈴木 央

日本泌尿器科学会認定泌尿器科専門医

2. 診療内容

当科の外来診療は、月曜日（午後）・火曜日（午前/午後）・金曜日（午後）で行っている。

新患は随時受け付けており、再診は原則として予約制をとっている。

泌尿器科的検査は超音波検査、残尿測定検査、レントゲン検査（各種造影検査）、CT、MRI が可能である。

泌尿器科的処置は腎瘻カテーテル交換、膀胱瘻カテーテル交換、膀胱尿道カテーテル交換が可能である。

3. 診療体制

外来診療：各枠 1 名体制

月曜：午後、火曜：午前・午後、金曜：午後

4. 診療実績（2025 年 4 月～2026 年 3 月）

外来患者数：延べ 2715 人

5. 教育活動

感染制御チームの一員として、院内感染防止対策について院内のラウンドを行い、問題点の指摘と改善点の確認を行っている。

■麻酔科

1. スタッフ 常勤3名 非常勤医師 1名

○部長 青山 真理子

日本専門医機構認定麻酔科専門医

日本麻酔科学会認定麻酔科指導医

○医長 川瀬 美千代

日本専門医機構認定麻酔科専門医

○医長 小坂 真

日本麻酔科学会認定麻酔科専門医

2. 診療内容

月曜日から土曜日まで手術を行っている。予定手術に加え、緊急手術にも対応できる体制を整えている。

全身麻酔を中心に硬膜外麻酔・脊椎麻酔・神経ブロックを併用し患者さんに最適な麻酔方法を選択している。術後疼痛対策も行っている。

3. 診療体制

- ・術前管理 : 日本麻酔科学会のガイドラインに則り、術前評価を行っている。
術前診察では、患者さんの不安を少しでも軽減することを心がけている。
- ・麻酔管理 : 患者さんに最も適切と思われる麻酔方法を選択し、安全を第一に術中管理を行っている。
- ・術後管理 : 術後疼痛・悪心嘔吐・せん妄対策に留意している。
- ・ペインクリニック : 突発性難聴や顔面神経麻痺の患者さんへの星状神経節ブロックに力を入れている。

4. 診療実績

麻酔科管理症例数 1370 件

【看護部】

1. スタッフ

○看護部長 菊池 真貴子

・総人数 227 名（看護職 172 名 看護補助者 55 名）

・資格保持者

〈看護師〉

認定看護管理者 1 名

医療クオリティマネジャー 2 名

感染制御実践看護師 2 名

医療安全管理者 6 名

認知症看護認定看護師 1 名

特定行為研修修了看護師 6 名

臨床倫理認定士 2 名

ICLS インストラクター 4 名

JPTEC インストラクター 1 名

PUSH インストラクター 1 名

〈看護補助者〉

介護福祉士 9 名

2. 看護部目標と評価

以下の 5 項目を重点目標とし、各 KPI(重要業績評価指標)を設定し活動した。

重点目標	KPI	実績	達成判定
質の高い看護を提供し 患者満足度を向上する	患者満足度調査 3.5 点以上	4.4 点	達成
確認行動を徹底し 安全な医療を提供する	誤認件数 22 件以下	50 件	未達成
患者の尊厳を守るための 身体拘束を低減する	身体拘束率 15%以下	14.8%	達成
業務効率及び生産性を 向上するための 業務改善を推進する	患者用説明動画作成と活用	14 動画活用 済み	達成
勤務環境を改善し 職務満足度を向上する	職員やりがい度調査 平均 3.8 点以上	3.5 点	未達成

3. 活動実績

- ・教育研修： 院内 110 回開催 院外 126 回参加
ICLS コース院内開催 3 回
- ・研究活動： 院外（静岡県看護協会東部地区支部）1 演題を含む計 4 演題
- ・働き方改革： 始業前時間外労働削減 療養病棟 12 時間夜勤導入
1 人当たり月平均時間外労働時間：1.3 時間
- ・社会貢献： 災害支援ナース 9 名登録 看護師養成機関実習 3 校受入
救急救命士実習受入
- ・医療 DX 推進： スマートフォン電子カルテ導入
とろみ飲料給茶機導入
- ・多職種協働推進： 特定行為看護師 実施件数 1468 件 特定看護師への看護師相談件数 243 件

【医療安全管理室】

1. 医療安全管理者

○医療安全専任医師：鬼塚 哲郎 ○医療安全専従看護師：稲村みどり

2. 医療安全に関する委員会・カンファレンスの開催

- ・医療安全カンファレンス・・・1回／週
- ・リスクマネジメント委員会・・・1回／2週
- ・医療安全管理対策委員会・・・1回／月
- ・リスクマネジャーの会・・・・1回／月
- ・多職種リスクマネジャーの会・・・・1回／月

3. 活動実績

1. 院内研修

①全体研修 2回／年 職員全体研修

2025年度1回目「インシデント報告の重要性」 参加率：100%

2回目「ペイシェントハラスメントへの対応」 参加率：100%

②4月 新入職員研修

2. 院内ラウンド

①院内安全ラウンド・・・・1回／月

②転倒、転落予防ラウンド・・・1回／月

③誤認防止ラウンド・・・・1回／月

④モニターラウンド・・・・1回／月

3. 院内医療安全ニュース・医療安全からのお知らせの発行：計26回

4. 医療安全対策地域連携 5月～7月 相互チェック実施

2026年3月 業務改善最終報告会

【感染制御室】

1. スタッフ

○感染制御室専従看護師 松田 雄一 ○感染制御室専任看護師 梶井 瑞姫

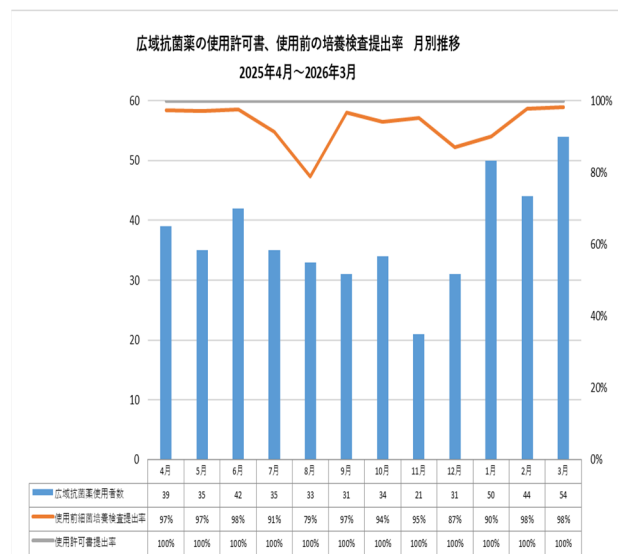
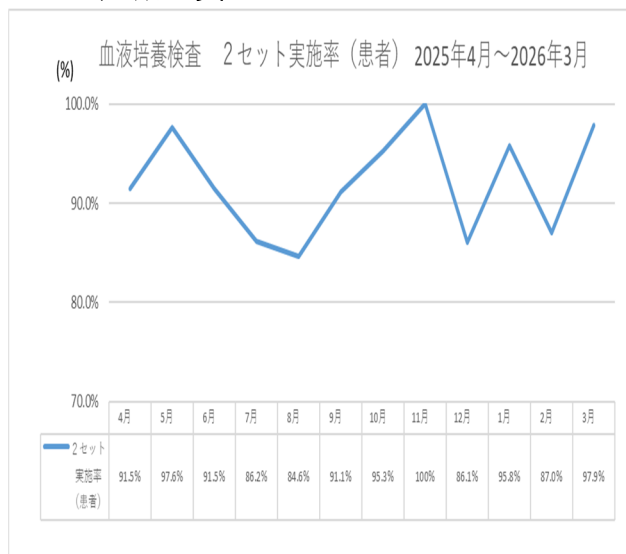
2. 業務内容

- ・感染対策ラウンド・各種サーベイランス・アウトブレイク対応・教育・研修・マニュアル整備
- ・抗菌薬適正使用支援・職業感染対策・地域連携 ・耐性菌対策

3. 業務実績

- ・感染対策ラウンド：週1回の院内ラウンドと月1回の感染対策会議を継続して開催した。
- ・各種サーベイランス：手指消毒剤、耐性菌、中心静脈カテーテル、手術部位感染等を実施し、職員に月1回のフィードバックを実施した。
- ・アウトブレイク対応：バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、インフルエンザ、新型コロナウイルスのクラスターに対応した。
- ・教育・研修：年2回の職員全体研修（参加率100%）、新人看護師等の研修を開催した。
- ・マニュアル整備：実践に即したマニュアル改訂とシステムの運用強化を実施した。
- ・抗菌薬適正使用支援：週1回のASTラウンドを通じ、広域抗菌薬使用例や耐性菌検出例に対して、適切に介入し、血液培養2セット採取率等の指標把握、適正使用の推進。J-SIPHE（感染対策連携共有プラットフォーム）にて他院と情報提供を実施している。
- ・職業感染対策：インフルエンザ、B型ワクチン接種の推進、麻疹、風疹等のワクチン接種歴、抗体価の確認を実施した。
- ・地域連携 ：連携病院、三島市医師会、保健所との合同カンファレンス（年4回）を開催した。また、連携施設への訪問指導、VRE対策の検討、他施設との研修・コンサルテーションを継続している。
- ・耐性菌対策：VREスクリーニング検査の導入、および陰部清拭ケアの導入を実施した。

4. 医療の質データ



【健診センター】

1. スタッフ

○センター長 関 伸嘉

看護師（常勤）6名 （非常勤）9名 事務員（常勤）14名

看護助手（常勤）1名 （非常勤）4名

2. 健診内容

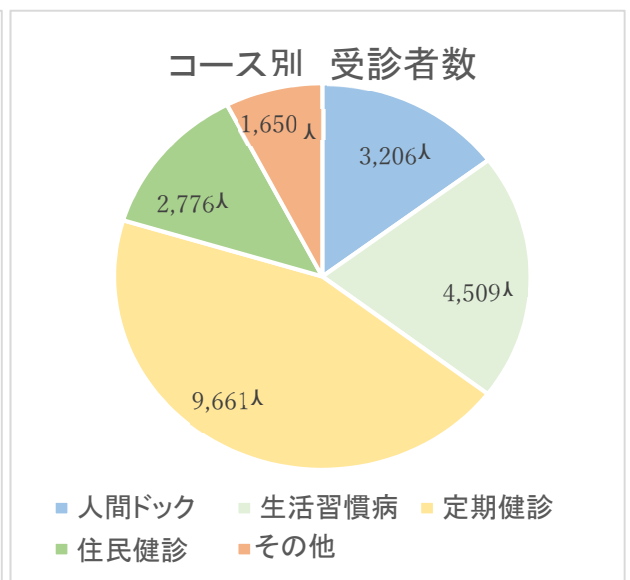
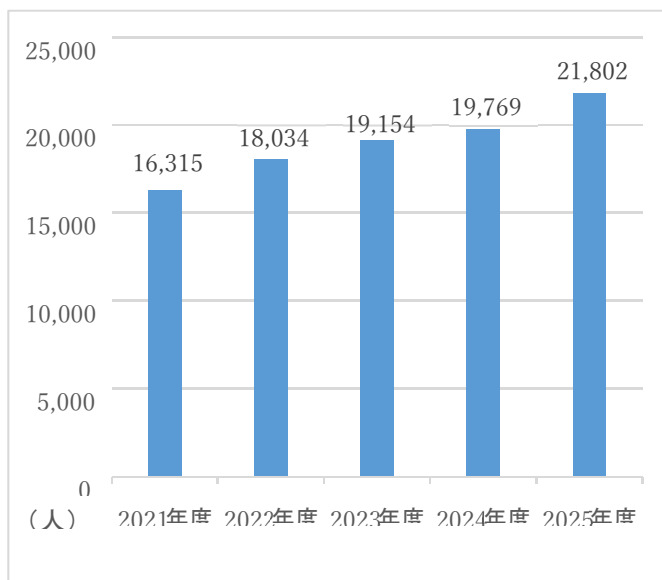
1. 三島市民検診（特定健診・肺がん・胃がん・大腸がん・前立腺がん・肝炎ウイルス
乳がん・子宮がん）

2. 人間ドック・脳ドック・企業健診・雇用時健診・海外赴任時健診・一般健診・特殊健診

3. 協会けんぽ・各健保組合の健診

4. 巡回健診

3. 受診者数



4. 総括

健診センター開設から8年目を迎え、「経営の柱の一つとなる」という目標を達成することができた。本年度は健診機能評価認定を取得し、認定施設として職員全体の意識向上と健診センターのさらなるレベルアップにつながったと感じている。特に接遇の対する意識を職員一人ひとりが持ち、日々実践したことで、受診者から多くのお褒めの言葉をいただくことができた。

また、施設見学の受入れを4施設実施し、県外からの見学にも対応するなど、当センターの取り組みが対外的にも評価される機会が増えた。

今後は受診者数の増加に伴うサービス品質の低下を防ぎながら、事業規模の拡大とブランド力の向上を図っていく。また、安全で質の高い健診サービスを継続的に提供し、地域の皆様から信頼される健診センターとしてさらなる発展を目指していく。

【訪問看護ステーション】

1. スタッフ

○所長 鈴木 由美

看護師 常勤 4 名 理学療法士 1 名 医事課 2 名

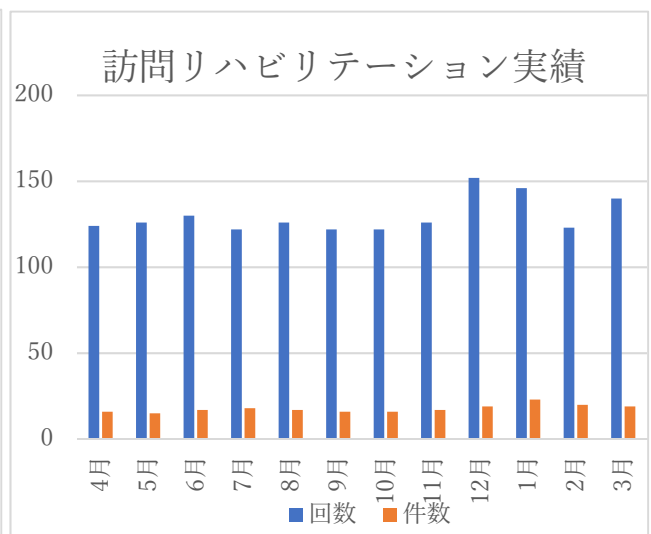
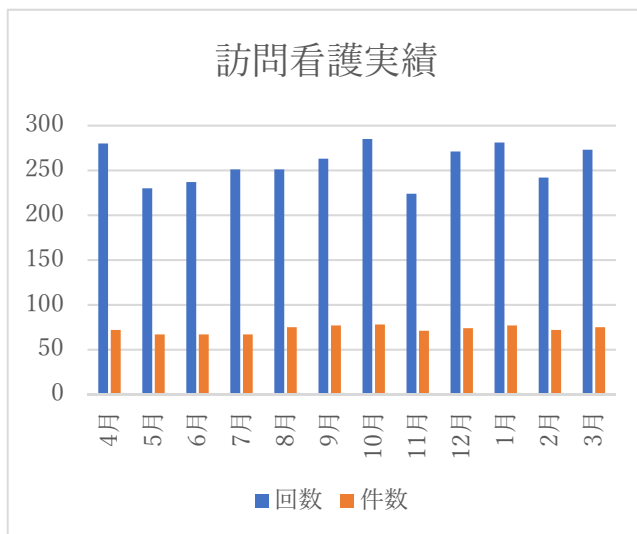
2. 業務内容

- ・在宅医療・療養生活の相談
- ・健康状態の観察
- ・点滴・インシュリン管理・服薬管理
- ・カテーテル管理（尿道カテーテル・胃瘻など）
- ・褥瘡・創傷・ストーマケア
- ・清拭ケア・排泄ケア・摘便・吸引
- ・食事・栄養相談
- ・リハビリ支援
- ・介護方法の指導
- ・介護負担の相談対応
- ・看取り支援
- ・多職種連携

（情報共有 カンファレンス

担当者会議 報告書 1 回/月作成）

3. 実績



4. 総括と今後の課題

看護実践能力の向上を目的に、自己研鑽や学習の機会を計画的に確保し、より安全で質の高い看護の提供に努めてきた。また、満足度調査を実施し、利用者の声を幅広く把握することで、客観的な視点からサービス改善につなげる体制を整えている。今後は、学習機会の更なる充実と教育体制の強化を図るとともに、満足度調査で得られた意見を分析し、具体的な改善策を業務に反映させる仕組みをより一層整備することで、安全で質の高いサービス提供の継続を目指す。

【居宅介護支援事業所】

1. スタッフ

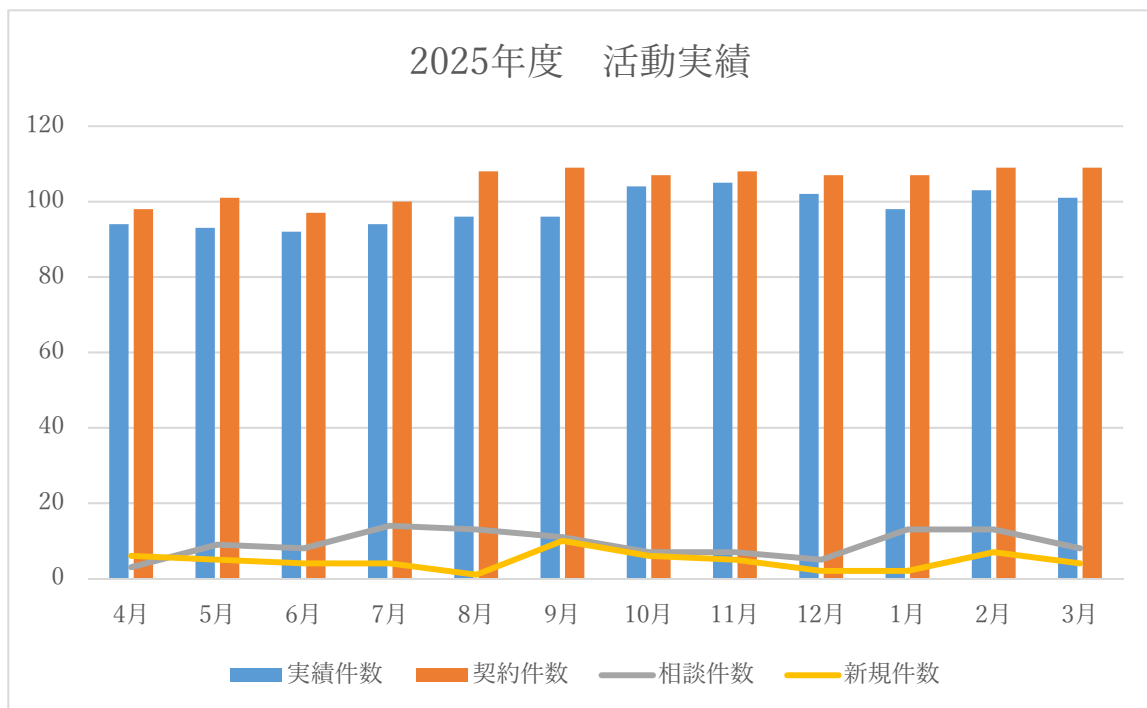
○主任介護支援専門員 中川 早百合

介護支援専門員数 常勤 2 名

2. 業務内容

- ・介護保険に関する相談、助言
- ・居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- ・介護保険請求業務など

3. 実績



4. 総括

前年度比で契約件数は+15.8%、総実績数は+19.8%、要介護数は+10.5%、要支援数は+66.1%と着実に増加しているが、相談件数は-7.6%、新規利用者数は-33.8%と減少している。既存利用者の定着が新規減少分を大きく上回っている。比較的軽度な状態からサービスを利用し始める人が増え、その方たちが長期継続利用している「利用期間の長期化」が、全体の数字を底上げしている。

【情報システム課】

1. スタッフ

○課長 山田知弘

課員 1人

2. 概要

情報システムに関する業務全般、各種システムの管理、サポート、企画提案

3. 業務実績

システム安定稼働

- ・障害事前発見、システムダウン防止

IT-BCP への取り組み

- ・環境、マニュアル等の整備
- ・衛星インターネット利用災害時参照カルテ、バックアップシステム構築

業務改善提案

- ・IT 活用した改善提案実施

4. 目標

診断や治療の精度向上、業務効率化、患者サービスの質向上、医療リソースの最適活用を実現するために以下を整備し、DX や AI 導入を推進する。

1. データセキュリティの強化

患者情報を守るため、AI システムが安全に運用できるようプライバシー対策の整備

2. スタッフの教育

医師や看護師に AI の利点や使い方を教育し、スムーズな導入を促進

3. 倫理的ガイドラインの策定

AI の判断や使用に関する倫理的基準を定め、患者の権利を守る

4. システムの透明性確保

AI の判断プロセスが理解可能であるよう、ブラックボックス化を避ける

5. 継続的な評価と改善

AI 導入後も効果を定期的に評価し、改善策を講じる

【地域医療連携室】

1. スタッフ

○主任 原 貞一

看護師 1 名 MSW 5 名 事務員 1 名

当院の地域医療連携室は地域連携と医療福祉相談が併設されています

他医療機関からのお問い合わせ相談についてはまず地域医療連携室へご連絡ください

2. 業務内容

1. 他の医療機関との連携調整に関すること
2. 地域連携パスに関すること（大腿骨近位部骨折地域連携パス）
3. 患者サポート体制に関すること
4. 紹介患者受け入れに関すること
5. 紹介患者の情報管理に関すること
6. 救急患者の情報管理に関すること
7. 地域包括ケア病棟・療養病棟への転院相談
8. 他院からの検査依頼
9. 当院外来担当表作成（休診・代診案内含む）
10. 勤務医の出勤予定表の作成
11. 三島市在宅医療介護連携推進会議・地域ケア会議等への出席
12. 退院支援
13. 学生・実習指導の受け入れ：順天堂大学保健看護学部 4 年生の在宅看護実習対応、学校のカリキュラムに沿った実習を提供

3. 業務実績

他院から地域包括ケア病棟への転院相談

計 95 件 転院 52 件 キャンセル 29 件 判定不可 14 件

他院から療養病棟へ転院相談

計 40 件 転院 21 件 キャンセル 9 件 判定不可 10 件

順天堂大学保健看護学部地域在宅看護実習

計 26 名指導実施

他院からの MRI・CT 依頼件数

648 件 主な依頼元：みしま痛み&リハビリクリニック、三島山口医院、鈴木整形
三島共立病院 三島たるたに内科クリニックなど

患者相談延べ数

計 7797 件

がん相談 16 件、経済的相談 109 件、制度的相談 1928 件、退院調整 4661 件

医療相談 534 件、苦情等 16 件、退院後のケア相談 276 件、カンファレンス 257 件

【薬局】

1. スタッフ

○薬局長 毛利 彩乃
薬剤師 8 名 助手 2 名

2. 業務内容

●調剤業務

5 種類の処方せん（定期・臨時・退院・持参薬・条件付き）が発行される。
処方せんの内容について監査し、必要ならば疑義照会を行い併用禁忌、重複投与等を未然に防いでいる。
調剤と調剤監査は別の薬剤師が担当し、違う目線で確認業務にあたる。
何回かの確認業務を経て、確実な状態で患者さんに服用していただく。
退院処方薬は原則として前日までに準備し、患者さんにスムーズに投薬できるよう心がけている。

●注射薬供給業務

翌日分の注射薬を、患者さん毎・一施用毎で準備し各病棟に払い出している。
当日分や処方変更は常時受け付け、変更内容の確認や抗菌剤の適正使用等のチェックも行っている。
注射薬の調剤終了後、各病棟担当の薬剤師が監査を行う。

●薬剤管理指導業務

処方された薬剤に対して、患者さんやご家族の方等にわかりやすい説明を行っている。
薬剤の効果・主な副作用等を丁寧に説明し、患者さんからの質問にも答えることで、安心・納得して服用していただき、副作用の未然防止と早期発見に努めている。

●病棟薬剤業務

各病棟に担当薬剤師（兼任有）を配置し、病棟薬剤業務実施加算の算定をしている。
持参薬のチェック等を行い、医師・看護師に情報提供を行っている。処方提案、副作用報告などを通して、親切・丁寧・確実な医療を提供できるよう他職種と連携を図っている。

●抗がん剤無菌調製業務

外来化学療法をおこなう患者さんの抗がん剤を無菌的に調製している。閉鎖式器具等を使用し、作業者の被爆防止に努めている。初回の患者さんに対し、安心して治療に取り組んでいただけるよう抗がん剤のスケジュールや副作用など説明を行っている。

●医薬品情報管理業務

医薬品情報の収集・整理・保管・提供を行っている。医師、薬剤師、その他医療従事者に対し、掲示やメールなどで情報提供し共有している。また医薬品情報に対する各部署からの問い合わせに対し、病棟薬剤師と DI 担当者が連携して応答している。患者さんが安心して確実な薬物治療を受けることができるよう、医薬品の情報管理を行っている。

3. 業務実績

- 調剤業務

院内処方せん枚数：月平均 1,964 枚

- 注射薬供給業務

注射処方せん枚数：月平均 4,266 枚

- 薬剤管理指導業務

指導数：月平均 357 件

- 病棟薬剤業務

病棟薬剤業務の実施（持参薬鑑定、TDM、疑義照会他）

PMDA へ報告が必要となる重篤な副作用：なし

- 抗がん剤無菌調製業務

外来化学療法患者数：月平均 5 名

ミキシング作業数：月平均 7 回

【放射線課】

1. スタッフ

○課長代理 原 圭佑

診療放射線技師常勤 8名 非常勤 1名

2. 業務内容

1. 主な業務

- ・画像検査業務

医師の指示のもと、診断に必要な画像検査（一般撮影検査、CT 検査、MRI 検査など）の実施

- ・安全管理業務

患者さん、医療従事者の被ばく管理

使用装置の安全管理（保守点検（日常点検や定期点検）の計画策定、実施）

放射線漏洩線量測定（外部委託）

院内研修の実施

2. 使用装置

- ・一般 X 線撮影装置

- ・ポータブル X 線撮影装置

- ・一般 X 線撮影 間接変換 FPD 装置

- ・デジタル X 線 TV 装置

- ・骨密度測定装置

- ・80 列マルチスライス CT 装置

- ・1.5T 超電導 MRI 装置

- ・マンモグラフィ撮影装置

- ・移動型 X 線透視装置（外科用 C アーム）

3. 検査・撮影担当

MRI 検査、健診センターでの業務は 1 日毎の担当制

上記以外の検査はフリー体制

4. 院内研修

委員会と連携し院内研修を実施

- ・「MRI 安全利用のための研修」

- ・「診療用放射線の安全利用のための研修」

5. 救急対応

診療時間外や休日は課員交代制で当直業務を行っている

3. 検査実績

モダリティ別検査件数（前年度との比較）

	2024年度 件数	2025年度 件数
一般撮影 (ポータブル撮影含む)	32,137	34,238
CT	8,866	9,238
MRI	3,051	3,272
透視	2,198	2,394
マンモグラフィ	2,449	2,813

月別推移（前年度との比較）



【臨床検査課】

1. スタッフ

○課長：齋田 英之

臨床検査技師数：9 名

2. 検査内容

当院検査課業務の特徴として、大きく、外来採血と検体検査と生理機能検査、及び健診業務の 4 種類に分かれるが、大きな病院にある部門毎の技師の配置はしておらず、基本的には全ての検査を全員で担当している。

1. 検体検査

中央検査室では、生化学、血液一般、凝固系、感染症・免疫、一般（尿、便、髄液、体腔液等）、輸血検査を院内検査項目として、24 時間、365 日の緊急検査体制を実現し、常に迅速かつ正確な検査結果報告を行っている。また、急性期病院としての患者受け入れ体制を鑑み、院内結核菌 PCR 検査を導入し、検体提出より約 2 時間での報告を可能にしている。

2. 生理機能検査

生理機能検査では、心電図（負荷心電図含む）、脳波、ABI、呼吸機能、神経伝導速度、健診領域（眼底、眼圧を含む）

耳鼻科系検査（聴力、耳小骨筋反射、重心動揺、聴性脳幹反応、）睡眠時無呼吸検査、超音波検査を行っている。

超音波検査は心臓、腹部、血管（頸動脈、下肢静脈）表在（甲状腺、乳腺等）、と多岐にわたる。基本的は予約制であるが、緊急度に応じて、予約外の依頼にも対応している。

3. 委員会活動

検査技師それぞれが、院内の数種の委員会に所属し、検査技師の専門性を活かし院内業務が円滑に運営されるように力を発揮している。

4. 教育活動

全員に目標設定を行い、それに伴う外部研修会（Web 研修会を含む）には積極的に参加をし、知識の向上に努めている。「一人ひとりのスキルアップが検査室の、そして患者さんの為の質の高い正確な検査を提供できることに繋がる」ということを常に心に留めている。

【栄養課】

1. スタッフ

○課長代理 木村陽子

直営：管理栄養士 3 名 非常勤事務補助 1 名

委託会社：管理栄養士 2 名 栄養士 3 名 調理師 4 名 調理補助 13 名

2. 業務内容

1. 栄養管理業務

入院患者さん全員を対象に GLIM 基準による低栄養診断を行い、栄養アセスメントに基づき栄養管理計画の作成、PDCA サイクルによる見直しを行うことで状態に合せた栄養管理を行っている。毎週行われる多職種での各種カンファレンスや各種チームによる患者さん訪問に参加し、食事提供形態の検討や栄養状態不良や食事摂取不良の患者さんに対し積極的に介入し栄養改善に取り組んでいる。栄養サマリーによる地域との連携も実施している。

2. 栄養指導業務

入院・外来の患者さんで主治医により栄養療法が必要と診断された方、栄養指導を希望される患者さんやそのご家族に各疾病のガイドラインに沿った資料を利用し栄養指導を行っている。入院中の患者さんで食事療法が必要な方にはその重要性についてについて理解を深めることが出来るように関わり、退院後も食事療法がご自身で継続出来る様に指導を行っている。嚥下機能が低下した患者さんへの指導については資料に加え実際に『とろみ』の作成や病院にて提供している嚥下食を見ていただくなどのデモンストレーションを行い退院後の安全な食生活につなげる事を目標として指導を行っている。

3. 給食業務

食事を治療の一環としてとらえ栄養アセスメントを行うことによりそれぞれの患者さんに合った栄養管理を行う事で早期回復をサポートしている。メニューの見直し、適時適温給食の実施、イベント食、季節感を取り入れること、嗜好調査により食事が治療の中でも楽しみになるように努めている。本年度は昨年度に引き続き代替え食品『大豆ミート』を使用したメニューを提供し嗜好調査を実施した。

給食業務は委託会社に委託し、HACCP を取り入れた衛生管理を行ない食中毒や異物混入防止等への注意を常に行なっている。感染症等の流行が発生しても安定した食事提供の為直営・委託会社スタッフ全員の健康管理について常に注意喚起を実施している。

4. 教育活動

外部の勉強会に積極的に参加し課内で伝達講習を行うことでスキルアップを計っている。

栄養課実績

給食提供数：134306 食 （一般食：101608 食、75.7%）

（特別食： 32698 食、24.3%）

栄養指導件数：155 件

【臨床工学課】

1. スタッフ

○課長代理 臨床工学技士 芹沢 仁美

他課員 臨床工学技士 1名

2. 業務内容

- 医療機器管理業務…様々な分野で使用される医療機器を安全に使用できるように、またその性能が維持できるように使用後の終業点検、計画的な定期点検（保守点検）を実施。
- ME 機器の故障・修理業務
- 医療ガス設備点検業務
- 手術室 各種機械操作…整形外科領域／自己血回収装置の操作実施。
- 外来ペースメーカーチェック（年2回）…年2回（6月・12月）の外来チェック、ペースメーカー植込み患者の手術の立会い業務。
- 院内教育…医療機器、医療ガスに関する院内研修を実施

3. 業務実績

	2025年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
点検業務	輸液ポンプ終業点検	64	83	83	82	76	84	96	79	61	89	73	70
	シリンジポンプ終業点検	22	25	22	14	15	27	21	14	20	19	15	19
	輸液ポンプ定期点検	5	9	6	4	4	6	10	15	4	5	0	5
	シリンジポンプ定期点検	1	5	5	5	5	5	1	5	5	6	5	5
	低圧持続吸引器終業点検	0	0	2	2	1	5	7	1	2	2	6	6
	低圧持続吸引器定期点検	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	人工呼吸器終業点検	6	7	6	5	6	8	4	6	3	4	6	11
	人工呼吸器定期点検	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1
	フットポンプ終業点検	7	8	11	7	7	12	10	5	10	6	3	2
	除細動器終業点検	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	除細動器定期点検	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	ベッドサイドモニタ終業点検	55	52	58	70	80	64	57	51	60	51	38	56
不具合対応 修理	血圧計不具合	1	3	4	1	0	3	1	0	1	1	3	0
	流量計不具合	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	SpO2不具合	1	0	1	0	0	0	2	0	1	3	1	3
	送信機不具合	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1
臨床業務	人工呼吸器使用check(3回/日)	42	33	48	87	63	36	30	90	84	30	33	69
	術中自己血回収	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	植込み型心電計/DBS手帳確認	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NIM(術中神経モニタリング)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	PM手帳(CRT-D含む)	3	1	2	1	1	0	4	1	0	2	1	1
	PMチェック(外来+病棟check)	0	1	8	0	0	0	0	0	11	0	0	0
	PM患者手術立ち合い	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	CHDF(日数)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	LCAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GCAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	送信機チェック	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
	血液浄化装置ACH-Σ1年点検	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	除細動器/AEDバッテリー交換	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	2
	輸液ポンプバッテリー交換	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0
	シリンジポンプバッテリー交換	0	0	0	1	0	0	0	5	5	0	0	0
	ベッドサイドモニタバッテリー交換	0	0	4	5	3	2	0	0	0	0	0	0
	セントラルモニタバッテリー交換	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	研修(回)	1	1	1	1	2	1	0	0	1	1	0	1
	低圧持続吸引器バッテリー交換	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

◆機器の更新および新規導入の実績

- ・輸液ポンプ 5 台更新
- ・S 棟 AED-3100 から AED-3150 へ更新 3 台
- ・麻酔器 第2手術室 アコマから GE へ変更 1 台更新
- ・人工呼吸器 V60 から ART-70 へ変更 5 台購入
- ・吸引瓶 パック式へ変更 10 台更新
- ・流量計 更新 10 台
- ・S3 病棟 セントラルモニター WEP-5218 から WEP-1400 へ更新

4. 院内研修

- ・2025/4/7、9 新人看護師研修
- ・2025/5/23 症例検討会 CE 発表 「低圧持続吸引器によるトラブル症例」
- ・2025/6/30 圧力調整器 接続方法についての研修
(対象：リハビリ・看護部 他 46 名参加)
- ・2025/7/10 医療ガス全体研修
- ・2025/7/18 輸液・シリンジポンプの取り扱い研修 看護部新人研修 10 名

【リハビリテーション課】

急性期における脳血管疾患、運動器疾患を主体とし、患者の家庭・社会・競技復帰の実現に向けたリハビリテーションの提供

リハビリテーション部門基本方針

1. 患者さんが安全であり、安心できるリハビリテーションを行います。
2. 患者さんの心身機能維持・向上に対し、根拠に基づいたリハビリテーションを行います。
3. 専門的知識、技術をもって患者さんの心身機能の向上に努めます。
4. 社会的背景や患者さんの希望を考慮し、訓練計画・目標設定を行います。

施設基準

運動器リハビリテーション I

脳血管リハビリテーション I

廃用症候群リハビリテーション I

呼吸器リハビリテーション I

E 棟 3 階リハ室 100.04 平方メートル A 棟 3 階リハ室 125.306 平方メートル

1. スタッフ

○課長 眞野 智一郎

理学療法士 12 名 作業療法士 3 名

2. 診療内容

理学療法部門の役割

1. 一般病棟、地域包括ケア病棟

対象疾患の理学療法の実施。ADL 自立及び自宅復帰に向けて、早期離床を促し、基本的動作能力の回復等を目的とする。

2. 外来

対象疾患の理学療法の実施。機能回復や再発予防、社会復帰や競技復帰、廃用予防を目的とする。

作業療法部門の役割

1. 一般病棟、地域包括ケア病棟

対象疾患の作業療法の実施。ADL 自立及び自宅復帰に向けた早期離床、基本的動作能力向上、応用的動作能力向上、社会的適応能力の回復等を目的とする。

2. 外来

対象疾患の作業療法の実施。機能回復や再発予防、基本的動作能力向上、応用的動作能力向上、社会的適応能力の回復等を目的とする。

3. 教育活動

新人教育：有資格者3年目以降の者が教育係となり研修カリキュラムに沿って指導する。

研修体制：年に1度、1人1回まで、出張として研修会・講習会参加制度あり。課内勉強会にて伝達講習を行っている。

学生・実習指導の受け入れ：各学校のカリキュラムに沿った実習を提供。4年目からスーパーバイザー、3年目からケースバイザーとして担当する。

その他：月に1回リハビリテーション課勉強会を開催。その他、院内各種勉強会に参加し、更なる知識・技術の向上に向けて取り組んでいる。

4. 実績（ST含）

入院患者	1246 件	(脳血管 117 件 運動器 485 件 廃用 549 件 呼吸器 68 件)
外来患者	587 件	(脳血管 28 件 運動器 556 件)

【言語聴覚課】

1. スタッフ

○課長代理 渡邊尚美

言語聴覚士 常勤 1 名 非常勤 2 名

2. 業務内容

●外来

【言語外来】実施日時 : 平日（予約制、時間は応相談）

対象障害 : 失語症、構音障害、音声障害

内容 : 検査、評価、訓練

【補聴器外来】実施日時 : 毎週月曜日（予約制、14 時～16 時 30 分）

内容 : 補聴器の説明、試聴、効果判定、貸し出し、販売

協力会社 : エイド（株）三島店

【嚥下外来】実施日時 : 耳鼻科外来の診察時間内

来院される前に電話にてご相談ください。

紹介状をお持ちの方は持参してください。

検査 : 嚥下内視鏡検査 / 嚥下造影検査

内容 : 問診、検査、評価、指導など

●入院

対象者 : 嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、認知症

検査 : 嚥下検査（嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査、反復唾液飲みテスト、
フードテストなど）

言語検査（失語症の検査、高次脳機能面の検査など）

内容 : 検査結果の評価に基づいて、各障害への訓練を行う。

多職種カンファレンスや退院前カンファレンス、家族指導等を行う。

3. 実績

- ・摂食機能療法 : 4044 単位、 脳血管リハビリ 85 単位
- ・嚥下内視鏡検査 : 318 件
- ・嚥下造影検査 : 20 件
- ・補聴器適合検査 : 126 件
- ・教育活動 : 院内研修（新人看護師対象） 1 回、課内勉強会 6 回
勉強会（静岡県言語聴覚士協会主催） 1 回

【事 務 部】

■医事課

1. スタッフ

○主任 渡部 将英 萩原 諭

医事課主任 2 名、診療情報管理士 3 名、医師事務作業補助者 6 名

一般職員 14 名、非常勤 1 名

2. 業務内容

- ・受付業務・電話交換・診療行為入力・会計業務・入退院業務・医事相談・診療報酬請求業務
- ・返戻査定管理業務・未収金管理業務・医事統計資料作成・訪問診療請求業務・介護保険請求業務
- ・労災保険請求業務・自賠責保険請求業務・予防接種請求業務・各種書類管理申請業務・施設基準管理業務

3. 実績

1. 診療報酬改定への対応

査定率年平均 0.14%未満/年

返戻件数月平均 21.4 件以下/月

施設基準の正確な届出・変更時の即時対応 → 遅滞無く完遂

2. 接遇向上

マイナス評価投書 昨年 0 件 → 0 件

インシデント報告 昨年 12 件 → 10 件

課内において発生を上長に報告出来る業務環境を作る。

課内全体に周知・徹底させる事の再発防止が課題として残った。

3. 課内の業務改善

働き方改革に沿った職場環境へ

残業時間（昨年 13.4 時間/人→12.2 時間/人）

業務内容を把握し、業務配分を行なったが職員の入替えもあり思うような見直しが図れなかった。

4. 実習の受け入れと研修会の参加実績

2025 年 7 月 18 日 国際モダンホスピタルショー 2025

2025 年 9 月 26 日 医事課業務の基本と実務

2025 年 10 月 28 日 医療現場における対人トラブル対応の手引き

2026 年 2 月 18 日 医師事務作業補助者 実践力向上セミナー

■総務課

1. スタッフ構成

○課長代理 芹澤清衡
課員 3名

2. 業務内容

環境整備・物品管理・防災業務を主たる業務として行っている。

具体例

環境整備：ゴミ運搬、院内壁清掃、病院や駐車場の除草など

物品管理：文房具・洗剤・おむつなどの消耗品の補充や在庫管理など

防災業務：防災用品の管理・保管場所の告知など

3. 実績

- ・総務課職員の業務の平準化を目標にしていたため4月入社の新人の教育が主となったが発注・納品といった補充業務を安定して行えるようになり目標達成となった。
- ・倉庫の整頓を行い在庫数を見直す事で適正在庫数の維持と経費削減に努めた。
- ・定期清掃の立ち会いや打ち合わせについては年間を通して行い、清掃の作業効率向上に貢献した。
- ・廃棄物の取り扱いについては適切に行い、一般ゴミで6%（5.4 t）の削減、医療廃棄物については9%（4.9 t）の削減に成功した。

【委 員 会】

■ リスクマネジメント委員会

1. 概要

リスクマネジメント委員会は、当院における医療事故を防止し、また医療事故の再発防止に努め、安全かつ適切な医療提供体制を確立することを目的とする。

2. 開催回数

2 回／月

3. 業務

1. 医療事故につながる恐れのある事例やヒヤリ・ハット体験事例等（以下「インシデント・アクシデント事例」という）の再発防止対策立案を、発生部署から報告をうけ、それについて検討する
2. インシデント・アクシデント事例に対する安全対策の方針立案を「医療安全推進委員会」に報告し、承認を得る
3. インシデント・アクシデント報告に対する再発防止策の立案を現場に指示し、実施後の評価を「医療安全推進委員会」に報告する
4. 「医療安全推進委員会」および「事故対策委員会」からの報告を吟味し、必要事項を職員に周知させる
5. その他、医療事故防止のための方針および職員に対する指示に関すること

■防災委員会

1. 概要

防災委員会は、当初、大規模自然災害への対策を講じ、体制構築や訓練を行ってきた。しかし、病院運営を危機に晒す自体は大規模自然災害にとどまらず、停電、断水、電子カルテシステム障害など多岐に渡ることから、防災委員会の取り組みもその対象を拡大せざるを得なくなっている。2024年度からはBCP（事業継続計画）策定も踏まえ、自然災害への対策に主眼におきつつ、より広い範囲の事態に対応できるよう議論し、マニュアル等体制構築・訓練の整備を行っている。

2. 開催回数

4月（新入職員対象の防災訓練）、9月、10月（委員会と防災訓練）、2026年1月

3. 取組実績

- ・ 委員会の定期開催を維持した
- ・ 電子カルテシステム障害時対応マニュアルを作成した
- ・ 新入職員を対象とした防災訓練を実施した。
- ・ 職員が多数参加する防災訓練を2025年10月11日土曜日に実施した。

今回はE棟を1階ロータリー、3階リハビリ室、4階会議室の3ブースにわけて、それぞれのブースでテーマ毎に講義・実習を行い、知識の獲得・整理を行った

- ① 1階ロータリー：模擬消火器による消火訓練。消火栓訓練。院内避難経路の確認
- ② 3階リハビリ室：簡易トイレの使用方法、トリアージクイズ
- ③ 4階会議室：電子カルテシステム障害時の対応について

- ・ 2024年策定のBCPに基づいた机上訓練
- ・ BCPの改訂

■SDGs・5S委員会

1. 概要

各部署からのスタッフが参加し、隔月で委員会を開催している。

働きやすくミスの少ない職場環境を整えるための5S活動が、看護部だけでなく全部署に浸透するように働きかけをしている。

2. 開催回数

1回/隔月

3. 実績

1. 5S活動の継続
2. 不要品の整理・資材の再分配のため、赤札プロジェクトを実施

■査定等対策委員会

1. 概要

当院の返戻・査定に関する事項を審議し、査定減に努める。

保険情報を報告し、必要な事項は職員への周知を図る。正確な保険請求をするための施策を講じる。

2. 開催回数

1 回／月

3. 取組実績

2025 年 4 月 22 日	第 1 回	2025 年 1 月診療分	査定率	0.14%	返戻件数	25 件
2025 年 5 月 27 日	第 2 回	2025 年 2 月診療分	査定率	0.17%	返戻件数	19 件
2025 年 6 月 24 日	第 3 回	2025 年 3 月診療分	査定率	0.09%	返戻件数	13 件
2025 年 7 月 22 日	第 4 回	2025 年 4 月診療分	査定率	0.12%	返戻件数	21 件
2025 年 8 月 26 日	第 5 回	2025 年 5 月診療分	査定率	0.17%	返戻件数	18 件
2025 年 9 月 30 日	第 6 回	2025 年 6 月診療分	査定率	0.25%	返戻件数	24 件
2025 年 10 月 28 日	第 7 回	2025 年 7 月診療分	査定率	0.19%	返戻件数	23 件
2025 年 11 月 25 日	第 8 回	2025 年 8 月診療分	査定率	0.09%	返戻件数	22 件
2025 年 12 月 23 日	第 9 回	2025 年 9 月診療分	査定率	0.10%	返戻件数	26 件
2026 年 1 月 27 日	第 10 回	2025 年 10 月診療分	査定率	0.10%	返戻件数	20 件
2026 年 2 月 24 日	第 11 回	2025 年 11 月診療分	査定率	0.16%	返戻件数	25 件
2026 年 3 月 24 日	第 12 回	2025 年 12 月診療分	査定率	0.09%	返戻件数	41 件

2025 年 1 月診療分～12 月診療分 平均 査定率 0.14% 返戻件数 22.4 件

■広報委員会

1. 概要

患者さん・ご家族、地域住民、近隣の医療機関そして当院職員に対して広報活動を積極的に行い、当院の情報を提供し、当院が地域に密着した病院であることを認知して頂き、当院が行う地域医療について幅広く紹介する。具体的な業務としては、広報誌発行、入院・外来満足度調査、外来待ち時間調査、外来モニターに表示する院内情報（デジタルサイネージ）、病院ホームページの更新、院内掲示物など。

2. 開催回数

1回／月

3. 取組実績

- ・ 広報誌（MISHIMA）発行（年2回）
- ・ 入院満足度調査
- ・ 外来満足度調査
- ・ 外来待ち時間調査
- ・ デジタルサイネージの適宜更新
- ・ 病院ホームページの更新
- ・ 院内掲示物の管理

■研修・接遇委員会

1. 概要

研修委員会は、職員の研修を積極的に進め、日常業務の質向上を図ることを目的とする

2. 開催回数

随時開催

3. 実績

- ・ 2025 年 04 月 24 日（木）14：00～17：00 【管理職向け研修】
「目標管理と人事考課・評価」 株式会社サフィール代表取締役 河野秀一先生
管理職 23 名出席
- ・ 2025 年 05 月 14 日（水）14：00～15：30 【管理職向け研修】
「メンタルヘルス研修」 社会保険労務士事務所 インターフェイス 櫻井 善英氏
管理職 23 名出席
- ・ 2025 年 05 月 23 日（金）14：30～15：30 【第 1 回 院内合同症例検討会】
担当：CE「低圧持続吸引器 メラサキューム 009 について」
薬局「ダブルバック製剤の未開通の問題・抗菌薬 TDM について」
38 名出席
- ・ 2025 年 08 月 29 日（金）14：00～15：00 【第 2 回 院内合同症例検討会】
担当：手術室「手術終了時の挿管チューブ抜去リスクに関する症例」
栄養課「栄養支援 ～グリム低栄養診断と栄養管理計画とその実施」
33 名出席
- ・ 2025 年 11 月 17 日（月）19：00～20：30 【健康教室】
「スポーツ障害を考える」 スポーツ整形外科部長 後藤匡志先生
35 名聴講
- ・ 2025 年 11 月 14 日（金）14：00～15：00 【第 3 回 院内合同症例検討会（死亡症例）】
担当：訪問看護ステーション・外来（外来化学療法の看護）
34 名出席
- ・ 2025 年 12 月 13 日（土）14：00～15：00 【クリスマスロビーコンサート】
来場者 53 名 職員 30 名 合計 83 名参加

■衛生委員会

1. 概要

労働安全衛生法に基づき、職員の健康障害を防止するための施策、健康の保持増進を図るための対策、労働災害の原因及び再発防止策についての検討等、職員の健康全般に関して審議立案することを目的とする。

2. 開催回数

1回／月

3. 実績

労災事故と針刺し事故の確認

衛生管理者の巡視に基づき、問題点の指摘・改善

放射線被曝に関する報告

職員健診（健診センター）・D2 判定者の受診勧告

ストレスチェック（健診センター）の実施と集団分析

インフルエンザワクチン接種

B 型肝炎：抗体陰性者の確認とワクチン接種

委員会規定の見直し

運動促進のためのラン＆ウォーク企画への参加

■医療廃棄物委員会

1. 概要

外来・病棟・健診センターから治療や検査により発生する医療廃棄物の適切な分別・処理をより安全に職員が行えるように周知徹底し、廃棄物の管理を行うこと。

快適な環境の充実及び水質・害虫駆除の環境維持並びに院内の美化を図り患者さんの満足を得る。

2. 開催回数

1回／月

3. 取組実績

年間を通して委員会を開催し院内における一般ゴミ・医療廃棄物の分別強化に努めた。

過去5年間 一般ゴミ・オムツ等合計

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
栄養課	18.4t	19.5t	18.6t	15.4t	15.3t
一般ゴミ	24.4t	23.0t	19.3t	18.9t	19.5t
オムツ	52.3t	53.2t	56.2t	55.0t	49.1t
合計	95.1t	95.8t	94.2t	89.3t	83.9t

一般ゴミは過去5年間で最も少なかった。全体でも前年比6%の削減に成功した。

過去5年間 廃プラ・医療廃棄物合計

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
医療廃棄物	36.7t	43.9t	46.9t	46.9t	42.0t
廃プラ	2542個	3337個	4924個	4764個	4592個

医療廃棄物は2024年度と比べると4.9t減少し9%の削減であった。目標であった排出量50t未満を無事達成することができた。

廃棄物の異物誤混入・分別ミスは2025年度3件であった。不適切な廃棄方法などが見つかった場合には写真を撮り委員会にて配付・注意喚起を行った。

■医療安全管理対策委員会

1. 概要

当院における医療事故を防止し、安全かつ適切な医療の提供を確立するために必要な事項を定める。

2. 開催回数

1回／月

3. 業務

1. リスクマネジメント委員会の報告に基づき、インシデント・アクシデント報告事例に対する安全対策の立案を承認する
2. 報告された事故防止策を吟味し、リスクマネジメント委員会に指示する。また、評価の結果を確認すること
3. 医療事故防止マニュアルに関すること
4. 医療事故防止のための啓発、教育に関すること

■院内感染防止対策委員会

1. 概要

院内感染対策は病院全体として取り組むべき問題である。院内感染防止対策委員会は、院内感染対策を確実にかつ速やかに実行することを目的とする。

2. 業務

1. 院内感染対策の策定、見直し
2. 院内感染の調査及び事故対策
3. 院内感染対策に関する指導、助言
4. ICT（感染制御チーム）の活動と協議、フィードバック
5. 院内感染対策マニュアルの作成、見直し
6. 抗菌薬、消毒剤使用状況の調査分析、フィードバック
(AST（抗菌薬適正使用支援チーム）ラウンド)
7. 地域の感染状況・感染対策に関して関係機関との連携
(感染対策向上加算合同カンファレンス)

3. 開催回数

1回/月（定例）に加え、新型コロナウイルス感染症など感染流行状況に合わせて開催。ICT ラウンド・AST ラウンドは週1回行った。感染対策向上加算合同カンファレンスを4回行った。

4. 実績

- ・抗菌薬使用状況の調査・分析・フィードバック（AST ラウンド）
- ・速乾式アルコール手指消毒薬の使用量の確認、指導
- ・薬剤耐性菌（VRE、MRSA、ESBL 産生菌、緑膿菌等）の検出状況 対策の確認、指導
- ・各種培養結果の確認
- ・ICT ラウンド報告
- ・感染対策用物品の検討・協議・導入決定
- ・感染対策マニュアルの作成・見直し・改定
- ・新型コロナウイルス対策など新興感染症対策の検討、作成、実施状況確認、指導
- ・発熱外来、新型コロナ陽性者/インフルエンザの発生状況の確認、対策の検討、決定、実行状況の確認
- ・感染対策の職員への周知
- ・感染対策向上加算合同カンファレンスを三島市医師会、関連病院、静岡県東部保健所と共同で実施（年4回）

■診療録委員会

1. 概要

診療録管理業務の円滑な運営のため、診療管理上及び診療録に関する事項を検討、討議することを目的とする。委員会職員が委員会を通して、診療録について責任と留意をもって管理にあたる。

2. 開催回数

1 回 / 月

3. 取組実績

1. 新規文書、内容変更等の承認・院内周知
2. 電子カルテ記載の登録等に関する承認・院内周知
3. 退院サマリ・手術録の管理
4. 病名統計等の資料作成

退院サマリ返却率 （退院後 14 日以内の返却率）

4 月	91%	10 月	95%
5 月	96%	11 月	94%
6 月	96%	12 月	95%
7 月	96%	1 月	95%
8 月	93%	2 月	93%
9 月	94%	3 月	94%

■輸血委員会

1. 概要

輸血委員会は病院内の輸血業務（輸血・血液製剤）全般について監督することを目的とし、輸血業務の方針・手順・安全対策などの検討と改善のため、協議や審議を行う。

2. 開催回数

1回／隔月

3. 取組実績

1. 輸血製剤使用量の調査（診療科毎の使用数・廃棄数など）
2. 輸血に関わる業務上の分析・対策立案
3. 輸血に関する研修会の実施

■メディカルスタッフ委員会

1. 概要

各コメディカル部門（臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、臨床工学部門、薬剤部門、栄養部門）の情報共有および部門間の調整を図ることを目的として協議や審議を行う。

2. 開催回数

1回／隔月

3. 取組実績

1. 検査機器のメンテナンス日程の確認、新規採用の検査項目の確認
2. 臨床検査精度管理調査報告
3. コメディカル各部署での業務上報告、入退職者の報告、問題提起およびこれらの医師、看護師、事務職との情報共有

■救急委員会

1. 概要

当院は地域の急性期医療を担う救急指定病院として、夜間・時間外を問わず可能な限り受け入れ、内科外科は広域二次救急を担当している。毎月の委員会では救急搬送の適正を検証し、搬送不可症例の事例検討を行っている。また院内の職員に PUSH 研修を実施している。看護部では新入職員へ BLS 研修を年 1 回行っている。ICLS は 3 回/年開催している。

2. 開催回数

1 回／月

3. 取組実績

- ・ 救急車受け入れ件数 1,589 件
- ・ 救急患者数 1936 件
- ・ ICLS 開催件数 3 回
- ・ BLS 開催件数 1 回
- ・ PUSH 開催件数 3 回

■手術室運営委員会

1. 概要

手術室を地域医療に貢献するための組織と位置付けており、手術室の効率的な運営に尽力している。医師（外科・耳鼻科・整形外科・麻酔科）、看護師、臨床工学技士で構成された委員会である。

2. 開催回数

1 回／隔月

3. 取組実績

1. 安全かつ効率的に手術室を活用するため尽力した。
2. 資材価格高騰のため、いくつかの物品が欠品したが適宜代替品に切替え手術室の運営に支障を来さないよう努力した。

■業務改善委員会

1. 概要

院内における情報伝達、作業効率、管理体制、職場環境の改善を積極的に進め、日常業務の向上を図ることを目指した活動を行う

2. 開催回数

不定期（本年度は6回開催）

3. 取組実績

1. 全職員を対象に職員満足度アンケートを実施
2. 多職種業務改善オファースシート

■褥瘡委員会

1. 概要

入院時の持ち込み褥瘡や新規発生の褥瘡について病棟別に集計し、統計分析を行い、当院の褥瘡の状況を把握する。また、褥瘡予防に関する方策を促進し、褥瘡発生率の低下を目指す。
特に D3 以上の褥瘡や難治性褥瘡については、週 1 回の褥瘡回診を実施し多職種でその原因や治療について検討し、褥瘡の早期治癒を図り、褥瘡保有率の低下を図る。

2. 開催回数

1 回/月

3. 実績

- ・毎月 1 回委員会の開催（第 2 金曜日）
- ・毎月各病棟における褥瘡保有率・褥瘡推定発生率・総合保有率・総合推定-発生率の報告
- ・深さ d2 以上の新規褥瘡発生患者の分析・報告
- ・マットレス稼働状況調査・補充、体交枕の補充
- ・毎週水曜 褥瘡回診の実施 難治性・D3 以上対象
- ・研修開催 看護部全体研修：ポジショニング研修
委員会メンバー研修：創傷管理研修

4. 実践・成果

- ・褥瘡推定発生率年平均 全体：0.08%（前年比-0.02%）
（全日本病院協会 急性期グループ 2023 年平均 0.2%）
S2 病棟：0.07%（前年比-0.06） S3 病棟：0.09%（前年比-0.02）
A3 病棟：0.03%（前年比-0.02） A4 病棟：0.11%（前年比-0.01）
- ・特定看護師が褥瘡回診に参加し、医師・栄養士・薬剤師と共に褥瘡治癒促進に貢献した
- ・各病棟でガントチャートを作成し目標達成に向けて病棟活動に励んだ

■栄養委員会

1. 概要

多職種（医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・検査技師・理学療法士・言語聴覚士・放射線技師・医事課）が協働し、栄養管理により入院患者のより一層の治癒促進と QOL 向上に貢献し、医療の質の向上と合理化に寄与する事を目的としている。

2. 開催回数

1 回 / 月

3. 取組実績

グリム基準による低栄養診断

栄養関連の書類記入についての確認

体重測定についての確認

勉強会実施

嗜好調査実施予定と実施報告

食事にまつわるルール確認：オーダー時間や連絡方法、食札、下膳、付加食品

濃厚流動食や補助食品等の新規導入や価格改定について周知、無駄のない利用

使用米の変更や低蛋白麺の提供終了についての周知

食中毒警報発表状況やノロウイルス食中毒発生状況と注意喚起、その院内周知方法

イベント食や嗜好調査の周知、実施、結果報告

メニューの検討

4. 勉強会

- ・糖尿病アドボカシー
- ・体重計測について
- ・下腿周囲長～低栄養診断における下腿囲長の必要性～
- ・肥満について
- ・食中毒警報
- ・咀嚼～嚥むことの大切さ～
- ・FUS 若年女性低体重症候群
- ・高血圧管理・治療ガイドライン
- ・人工甘味料について

■薬事委員会

1. 概要

当院採用医薬品の適正な管理運用を図ることを目的として、審議を行っている。
委員会は委員のおよそ半数の出席をもって成立とし、議事は出席した委員の過半数をもって決し、可否同数の時は委員長が決することとしている。
審議上、必要に応じ、委員以外の者の出席を求め意見を聞いている。
運用上の問題が生じた場合などは、薬事委員会としての意見をまとめ、関係諸委員会に付託している。

審議事項

新規採用予定の医薬品に関すること
採用廃止予定の医薬品に関すること
後発医薬品の採用に関すること
医薬品の安全かつ適正な使用に関すること
医薬品の管理に関すること
医薬品の情報に関すること

2. 開催回数

1回／月

3. 実績

新規採用医薬品数：通常採用 3 品目、患者限定採用 39 品目

採用廃止医薬品数：11 品目

後発医薬品への移行：10 品目

- ・期限切迫医薬品の報告をし、積極的な利用促進に努めた。
- ・流通が不安定な医薬品に対し、在庫確保、他剤への変更依頼を行った。
- ・採用医薬品の変更に際し、代替薬の提示、関連情報の提供を行った。
- ・採用コロナワクチンの追加に伴い、情報提供を行った。

■医療機器・ガス安全委員会

1. 概要

院内での医療機器や医療ガスに関する点検、故障、修理等の報告、機器に関する情報提供や研修開催の周知を行う。

2. 開催回数

1回/隔月

3. 実績

点検業務	輸液ポンプ終業点検	940	臨床業務	人工呼吸器使用check	645
	シリンジポンプ終業点検	233		術中自己血回収	0
	輸液ポンプ定期点検	73		植込み型心電計/DBS手帳確認	0
	シリンジポンプ定期点検	53		NIM	0
	低圧持続吸引器終業点検	34		PM手帳確認(CRT-D含む)	17
	低圧持続吸引器定期点検	6		PMチェック(外来+病棟check)	20
	人工呼吸器終業点検	72		PM患者手術立会い	1
	人工呼吸器定期点検	4		CHDF	0
	フットポンプ終業点検	88		LCAP	0
	除細動器終業点検	1		GCAP	0
	除細動器定期点検	36			
	ベッドサイドモニタ終業点検	692			
その他	送信機チェック	3			
	血液浄化装置ACH-Σ 1年点検	1			
	除細動器バッテリー交換	6			
	輸液ポンプバッテリー交換	10			
	シリンジポンプバッテリー交換	11			
	ベッドサイドモニタバッテリー交換	14			
	セントラルモニタバッテリー交換	6			
	研修(回)	10			
	低圧持続吸引器バッテリー交換	0			

<主な研修 (ME 課主体) >

- ・新入職員対象 医療機器貸出システム研修 (4/7, 9)
- ・看護部 中途採用者 医療機器貸出システム研修 (適宜実施)
- ・看護部・理学療法士・作業療法士・看護助手 他 (2025/6/30)
- ・輸液ポンプ/シリンジポンプ 取扱い研修 (2025/7/18)
- ・医療ガス全体研修 (2025/7/10)

<機器更新実績>

- ・輸液ポンプ 5台更新
 - ・AED-3100 から AED-3150 へ更新 購入
 - ・麻酔器 第二オペ室 アコマから GE へ変更 1台更新
 - ・人工呼吸器 V60 から ART-70 へ変更 5台購入 他
- ※臨床工学課主体にて機器更新を実施

■DPCコーディング委員会

1. 概要

最も適切・効率的な DPC のコーディング及び各様式・ファイルの検討、職員への周知、経営分析に対する方法を審議する。

2. 開催回数

4 回 / 年

3. 取組実績

- ・2025 年 8 月 18 日 2024 年度対出来高増収率、入院期間Ⅱ以内率・DPC 退院患者数上位 10 症例の分析等。敗血症、DIC コーディングの割合
- ・2025 年 12 月 16 日 2025 年 4 月～9 月対出来高増収率、入院期間Ⅱ以内率・DPC 退院患者数上位 10 症例の分析等。副傷病名による日当点差について
- ・2026 年 2 月 16 日 2025 年 1 月～12 月対出来高増収率、入院期間Ⅱ以内率・DPC 退院患者数上位 10 症例の分析等。
- ・2026 年 3 月 16 日 2025 年 1 月～12 月対出来高増収率、入院期間Ⅱ以内率・DPC 退院患者数上位 20 症例の分析等。入院期間 2 の見直し、再転棟ルールについて等

■パス委員会

1. 概要

疾患・検査・手術に関するクリニカルパスの作成・円滑な運用法・問題点の洗い出し、改訂に関することを目的とする。

2. 開催回数

不定期（本年度は 3 回開催）

3. 取組実績

- ・主に耳鼻科手術の入院期間見直しに伴い、パスの変更を検討した。2026 年度引き続き作成中。
- ・パスの使用率 内科：14%、外科：31%、耳鼻科：97%、全体：38%

■放射線安全管理委員会

1. 概要

放射線検査全般の正当性を担保させる事を推奨、指導するために関係する医師や看護師を含めたスタッフに対しての注意喚起、指導などを行う。

厚生労働省や県などから放射線関連での通達があった場合にはすみやかに院内へ告知する。

有害放射線事故が発生した際に詳細検討を行い再発防止に努める。

2. 開催回数

定期：1回／年

不定期：有害事象が発生した際に必要があると判断される毎に開催する

3. 実績

- ・ 電離放射線健康診断の管理
- ・ 医療法施行規則改正に関する検討および院内周知
- ・ 『診療用放射線の安全利用のための指針』の改訂
- ・ 被ばく線量の管理、記録（CT）
- ・ CT 検査、一般撮影検査の線量調査の実施
- ・ 放射線業務に従事する職員の被ばく線量の管理
- ・ 放射線診療に従事する職員を対象に「診療用放射線の安全利用のための研修」を年1回開催

■MR I 安全管理委員会

1. 概要

MRI の安全利用に係る管理を行い、MRI 検査を安全に、精度高く実施することを目的とする。

2. 開催回数

定期：1回／年

不定期：MRI 検査に関する有害事象が発生した際に必要があると判断される毎に開催する

3. 実績

- ・ MRI 撮影業務に従事する職員を対象に『MRI 安全利用のための研修』を年1回開催
(新入職員に対しては、研修と同時に磁場体験を開催)
- ・ 『三島中央病院における MRI の安全運用のための指針』の見直し
- ・ 撮影プロトコルの見直し

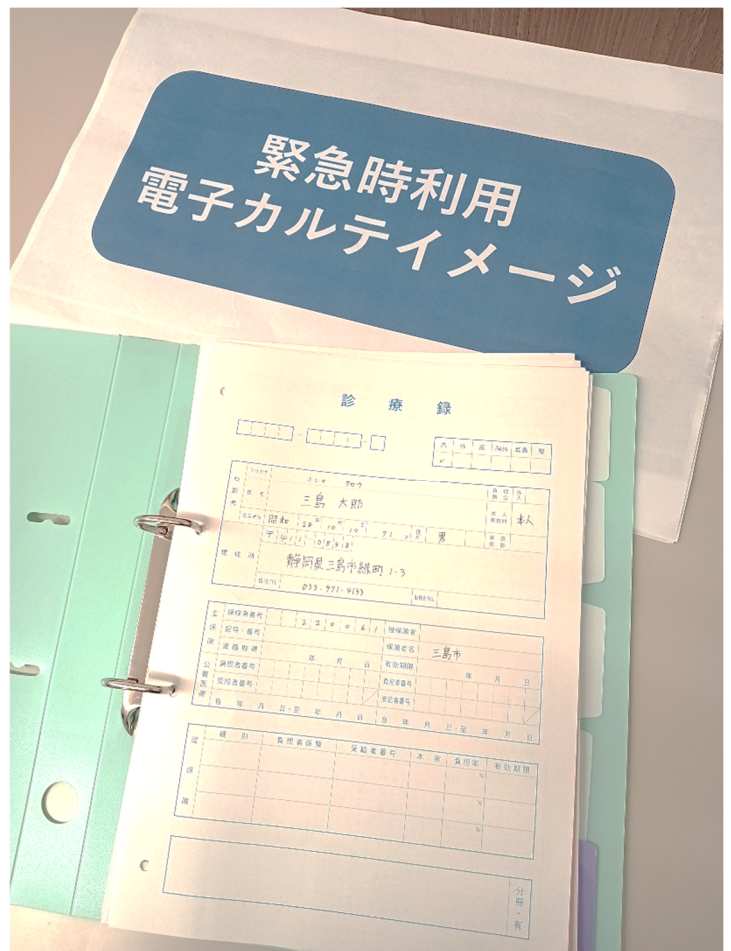
行事写真

入社式



防災訓練





クリスマスコンサート





社会医療法人 志仁会
三島中央病院