

各部門紹介

▶ 看護部 / 薬局 / 栄養室 / リハビリテーション室 /
臨床検査室 / 放射線室

看護部

〔看護部長〕 習田 祐倫子

1. 開設から

昭和45(1970)年開設当時の職員は大阪府済生会今宮診療所の職員を引き継ぎ、医師1人、看護師4人、その他職員計19人となった。9月1日より外来診療が開始され、12月22日より入院診療が開始された。同年の外来患者数91人/日、入院患者数9人/日であった。翌年には外科系の医師も赴任され、6月28日より2病棟に分かれた。外来患者数170人/日、入院患者数48人/日となった。昭和48(1973)年には基準看護特一類(3対1)承認、外来患者数245人/日、入院患者数59人/日、看護部職員は28人であった。昭和56(1981)年には基準看護特二類(2.5対1)承認、外来患者数218人/日、入院患者数64人/日、看護部職員は37人。昭和50年代頃の飲酒来院患者数は37人/日であった。当時の総婦長は池田艶子氏であった。患者は自分の要求を通すために威嚇したり、刃物で脅かしたりし、飲酒者の診療妨害などの対応のため警察官要請も多かった。入院患者の無断外泊、外出先からの飲酒帰院、患者同士のトラブルなどで事故退院も絶えなかった。

昭和63(1988)年5月1日の朝日新聞には当時の総婦長の中村ヨシ子氏の記事が掲載されている。患者から「おヨシさん」と親しまれ、開設当時から60歳の定年まで当院の運営に尽力された。けんかで刺された労働者が運び込まれたり、酔った患者にからまれたりしたこともあった。何度もやめようと思ったけれど、「田舎には帰れん、不義理しとるから」という患者を放っておけなかったと語られている。ドヤ(簡易宿泊所)は

木造からビルに変わり、外観はきれいになったが、景気に左右される労働者の生活実態は変わらず、栄養状態、衛生環境の悪さは同じで、結核やアルコールに起因の肝臓病の患者は多く、地域の改善を心から願われていた。

平成6(1994)年、新看護料3対1 A看護加算、看護補助料10対1承認、看護部職員は47人であった。外来患者数280人/日、入院患者数73人/日、平均在院日数50日であった。当時の総婦長は永田紀美子氏であった。平成5(1993)年、6年と大阪府医師会看護専門学校准看護学生の実習を受け入れるなど、看護師教育、人材確保に尽力された。平成7(1995)年1月17日には阪神淡路大震災が、1月25日には看護師刺傷事件が起こった。『創立25周年記念誌』には25年を経て心身の衰えが目立つ単身労働者の精神的な支えの必要性が記されている。地域の医療において、患者と医療スタッフは一方的な指導関係ではなく、互いの人格を認め、尊重し合う、信頼関係こそが精神的苦痛を和らげる要素となると述べられた。

平成10(1998)年当時の総婦長は吉田栄子氏であり、平成14(2002)年に「看護婦」は「看護師」と名称変更され、それに伴い役職名も「看護部長」となる。外科病棟の管理も兼務されていた山下久美子副部長と共に、委員会活動による看護部の教育体系を築かれた。当時の外来の様子は、廊下は多くの患者が椅子、床にひしめき合い、廊下のいたるところに、蓋つきの痰壺や灰皿があり、廊下はたばこの煙で白く煙った状態であった。また、診察時は、診察室の中待合ですべての

患者は下着1枚の裸になり、互いの安全確保のため、カーテンもなく開け放たれた診察室で同時に数人の診察が行われていた。

平成18(2006)年、入院基本料15:1承認、看護部職員は46人であった。外来患者数350人/日、入院患者数75人/日、平均在院日数38日であった。平成22(2010)年12月、入院基本料13:1承認、2病棟運営から1病棟の混合病棟となる。看護部職員は42人。外来患者数307人/日、入院患者数58人/日、平均在院日数23日であった。患者数の減少から人件費の抑制と業務の効率的な運用を図った。

平成23(2011)年当時の看護部長は堀川勝子氏で、市政改革プランにて当院の存続が議論されていた時期である。診療材料の一元管理による経費削減や看護師のリリーフ制の導入など、業務量に応じた人員配置による人件費の削減など、存続に向け経営改善に尽力された。また、当院で初めて認定看護管理者となり、管理者のあるべき姿を示された。小辻敦子副部長と共に、当院の医療安全対策や院内感染対策の基礎を築かれた。

看護部の50年のあゆみについて、事業報告書や記念誌などの資料から振り返った。多くの先輩看護師の苦勞と努力によって現在の看護部が築かれた。その思いを未来へと受け継ぐには、時代の流れに柔軟に対応できるように、継続した組織の変革と強化が必要である。

2. 現況

平成30(2018)年4月の診療報酬改定により、入院基本料13対1から地域一般入院基本料1に名称変更された。外来患者数202人/日、入院患者数42人/日、平均在院日数21日であった。現在の看護部職員は44人、平均就労年数は7年である。近年、就労年数5年以下の職員が増えている。

その中で、安全に医療と看護が提供できるように、また、曜日や時間帯別の業務量にあわせて対応できるように、リリーフ制を強化し、多くのポリバレンタナスの育成を実施し、外来、病棟、手術室が協働できる体制づくりを行っている。これは通院から入院となっ

ても顔見知りの看護師が声をかけ、援助できるための体制でもある。平成28(2016)年からは退院後訪問指導で地域に出での活動を始め、令和2(2020)年には介護福祉士が入職し、看護補助者の夜勤業務を開始した。

当院の外来患者の疾病の特徴としては、平均年齢62.1歳、高齢化や過酷な肉體労働、偏った食事などによる生活習慣病や、骨・関節の老化に関する疾病が多い。さらに劣悪な生活環境によるストレスや過度のアルコール摂取、薬物依存などの精神疾患が多く、また、結核の罹患率は大幅に低下しているが、全国平均の31倍である。近年は潜在性結核の治療が増えている。

当院の入院患者の特徴としては、平均年齢66.3歳で、全般的に病気に対する知識の欠如や病院への通院を嫌がり、かなり悪化するまで病気を放置する傾向が見られる。単身の独居生活で通院できる状況になく、通院治療できる段階を超えて、生活習慣病や癌が進行し、入院加療を必要とする人が多い。そして、何らかの事情があり、家族との「きずな」が薄く、家族との連絡を絶っていることも少なくはない。

入職当初の看護師は、患者の病気に対する知識の欠如や生活習慣の違いによる行動、例えば、無断で外出し、パンやラーメンを買って食べる、水分制限中に隠れて飲む、通院はするが内服が全くできていないなどの行動に啞然とする。そして、手術予定で入院するが手術当日にいなくなる、退院を希望して帰宅するが当日に再入院する、内服の継続が難しく入退院を繰り返す、そのような患者と接するうちに、看護とは何か、深く考えるようになる。人が行動を変容することは容易なことではなく、時に、看護が無力であると感じることもあるが、安全に入院治療を受け、その人がその人らしく健やかに過ごせる時間が長くなるように、私たちの看護が一助となることを願うようになる。死期が近い患者の家族に連絡を取ると、以前は「関係ありません」「死んでも連絡はいりません」の返答に、それぞれ抱えた事情があることを痛感したが、近年では、「探していました」と高齢の母親など家族と再会する患者は増えており、互いの穏やかな表情に胸が熱く

なる。また、地域の介護や訪問看護などの支援者とのカンファレンスを通じて、その「きずな」に自宅での療養生活を支えられ、最後に当院で看取る患者も増えている。しかし、時期を逸せず地域の支援者と連携できた数は少なく、入院時より退院後の生活を見越した支援の強化が必要である。

3. 今後の課題と展望

令和2年12月1日、新病院へ移転し環境は一変する。外来機能は1階に集約され、2階は手術室を含む管理部門となる。電子カルテが導入され、外来診察は予約制となる。病棟は3階4階が2階建ての一般病棟で各25床、5階は療養病棟で30床となる。大部屋は4居室に変わり、各階にトイレとシャワーが付いた個室が完備される。また、3階4階には陰圧室が各2床確保され、感染症への対応も可能となった。電子カルテとなり、ワゴンにノートパソコンが備え付けられ、検温、脈拍、血圧などの結果は病室で直接入力となる。入院患者の手首にはバーコード入りのネームバンドが巻かれ、入り口やエレベーターは電子錠で管理するなど、医療安全対策のシステムも充実している。また、個人のデータは一元管理され、職種の垣根も取り払われる。

新病院移転に際し、電子カルテ導入については3年前から話し合いが進められてきた。特に令和2年度は、新型コロナウイルス感染症対策の徹底、電子カルテの導入準

備において、職員が職種を超えて、危機的状況の中、移転をやり遂げようと個々が必死に努力し、対応してきた。そして、病院の環境は時代の流れに追いついた。後は職員が地域に必要とされる病院となれるように、固定観念にとらわれず、協働し、与えられた環境を十二分に活用できるように意識を変革していく必要がある。看護部は今後、職員の増員を図り、療養病棟、訪問看護ステーションを立ち上げる予定である。新型コロナウイルス感染症が社会的に大きな影響を与えている中で、人員を安定的に確保し教育体制を構築することは難しい。しかし、当院が地域包括ケアシステムの中で中心的な役割を担い、患者支援ができるように、看護師一人ひとりが自ら学び、成長できる看護部を目指して、組織の変革を進めていきたいと考える。



大阪市立大学附属病院感染制御チームによるラウンド



福祉車輛寄贈

はじめに

開設当時、薬局は薬剤師3人と事務員1人でスタートした。当初は、入院と外来を合わせた年間処方箋枚数は約4万枚であったが、平成2(1990)年からは薬剤師4人体制となり、平成10(1998)年度以降は7万枚台となる。外来の待ち時間の短縮のため、平成13(2001)年度に薬袋と薬剤情報提供用紙が医事係からのオンラインでの発行が可能となる。平成16(2004)年度には、処方箋枚数がさらに8万枚近くに増加し、再び待ち時間の短縮が課題となるが、翌年度には薬引換券番号の電光掲示板による表示が、平成21(2009)年度には自動分包機が導入され、一包化調剤の時間短縮につながった。平成20(2008)年度以降は、処方箋枚数が減少傾向となり、現在は平成16年度の6割程度の約5万枚にまで減少しているが、ここ10年は薬剤師の入退職が激しく、薬剤師の人員不足が常態化しており、待ち時間の短縮は未だに課題となっている。

1. 現況

よく処方される薬剤としては、降圧薬、糖尿病薬、鎮痛薬、高尿酸血症治療薬が多く、この地域でも生活習慣病の罹患率が高いことがうかがえる。

C型肝炎の治療も多く、平成22(2010)年度あたりの主たる治療薬であったインターフェロンから、現在は内服薬へと切り替わったが、その購入金額は、内服薬全体の2~3割を占めている。

他に、抗結核薬、吸入薬、抗リウマチ薬、抗精神病薬や抗悪性腫瘍薬といった診療報酬上の「ハイリスク薬」や、説明を必要とする薬剤の処方も多い。

外来の院外処方箋発行割合は、約1割であり、ほぼ院内処方箋にて対応している。1日あたりの平均処方箋枚数は157枚である。

また、週に2回夜間診療があり、多いときには約60枚の処方箋を、薬剤師2人で対応している。

薬品管理については、品質管理、数量管理や不良在庫削減のための働きかけを行っている。また、後発医薬品への切り替えも進められてきている。しかし、

後発医薬品使用体制加算件数は思うように伸びてはいない。だが、薬品購入にかかる経費は10年前と比べて、約1億円の削減となっている。薬価改定によるところもあるが、無料低額診療を受けられる方にも、副作用が少なく治療効果の高い薬剤を処方しやすくなるメリットもあることから、今後も切り替えを進めていくべきと考える。

2. 展望と課題

病院薬剤師業務は、昭和63(1988)年4月に入院調剤技術基本料が設定されたことにより、従来の調剤・製剤などを主とする「対物」を中心とした薬局内業務から、病棟における業務を中心とした「対人」業務に展開していくよう変化してきている。また、平成24(2012)年3月には、6年制課程の薬剤師が輩出された。

現在、「対人」業務としては、外来患者への服薬指導や退院時薬剤管理指導にとどまっている。

薬価差益による収益中心の薬品管理業務では成り立たなくなっている。もはやそういう時代ではなくなった。

開設から50周年での新病院へ移転を機に、業務の見直しを行い、専門知識を発揮できる業務を行っていく。

調剤業務では、外来化学療法室に無菌調剤室を設置することになったことに伴い、薬剤師による抗がん剤の無菌調剤を行う。

また、この地域の高齢化への対応も必要であり、まずは新しい調剤システムの導入によりオンライン化が可能となるため、入院処方の一包化調剤を再開させる。外来患者にも対応が必要になる日も近いであろう。さらに、入院患者の配薬カートへの薬のセットにも薬剤師が関与していく。その結果として、看護師が薬剤にかける時間を減らせることで、看護や医療の質の向上にも貢献できるものと考えられる。

さらに薬物治療の中心的役割をなすべく、安心して服薬していただけるように、また、治療効果の向上のためにも、薬剤管理指導を行っていく。抗菌薬の適

正使用、褥瘡管理やリスクマネジメントなどにも適切に対応したい。

今後、これらを基盤とし、急速に変化する医療環境に貢献できるよう、多様化する薬剤師の役割に対応していかなければならない。

まずは、薬局内での活発な意見交換、提案や情報の共有をもとに、医師や他部署とのコミュニケーションを通して、患者にとって最良の治療となるよう、薬の専門家である自覚をもって薬物療法における中心的役割を担い、発信していかなければならないと考える。

そのためにも、人員の確保が最も重要であり、人材の育成にも責任感をもって取り組む必要がある。

開設より、歴代の薬局長をはじめ、薬剤師の先生方

が探究し、今日までの薬局を作り上げてこられたことに敬意を表しつつ、新病院での更なる薬剤師の活躍に期待していただけるよう、力を合わせて取り組んでいく。



旧病院の薬局



旧病院の薬局



旧病院の薬局

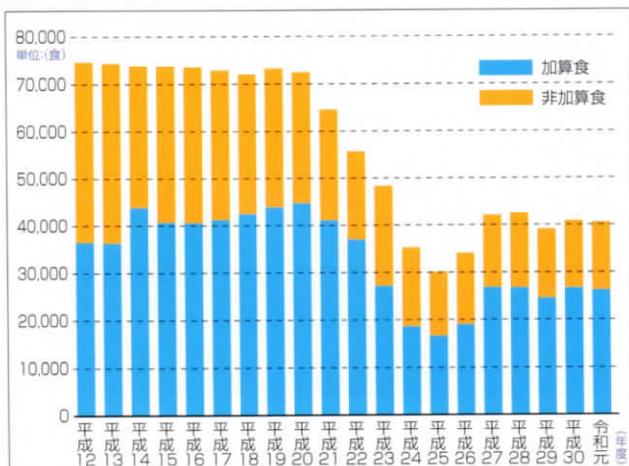


カマヤン(画ありむら潜)

1. 患者給食総数の推移

昭和45(1970)年7月に開院後、12月から入院治療を開始したが、当初は大阪市立大学医学部附属病院より給食の提供を受けていた。栄養室が患者給食を提供したのは翌年2月中旬であった。当初約5.5万食／年であった提供総数は入院患者増加に伴い右肩上がりとなり、平成7(1995)年度には7万食／年を超えるようになった。平成12(2000)年度以降の20年間の推移(図1)を見ると、平成20(2008)年度までは約7.2万食／年を維持しているが、以降は入院患者減少に伴い右肩下がりとなり、平成25(2013)年度には約3万食／年まで減少、その後やや増加し現状は約4万食／年程度の提供となっている。

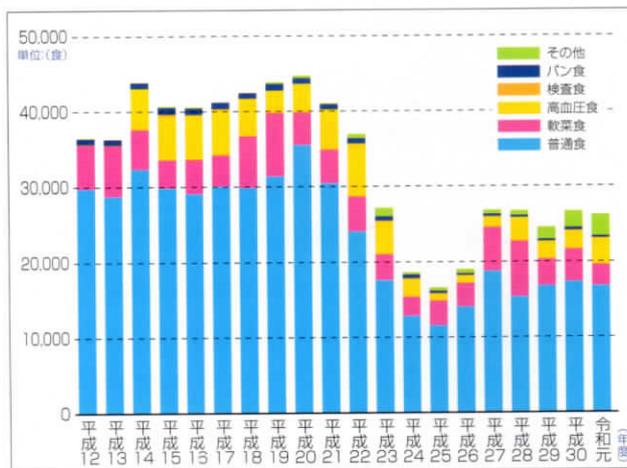
図1 患者給食総数の推移



2. 患者給食数の推移(非加算食)

開院当初は総提供数のうち7割程度であった非加算食はその後徐々に減少し、平成7年度には約5割程度となっている。その後平成13(2001)年度まで同様に5割程度であったが、翌年度より非加算食の割合が増加している(図1)。これは同年度より加算食であった高血圧食が非加算食へ変更された影響であり、高血圧食を除くと非加算食提供数は平成20年度までほぼ一定である(図2)。直近ではその他食の占める割合が大きくなってきているが、これは平成26(2014)年度より開始したリクエスト食(患者が希望するものをできる限り提供する)のオーダーが増えている影響である。

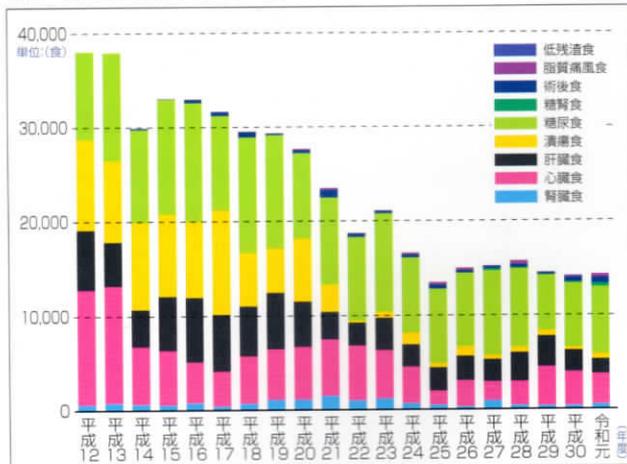
図2 患者給食数の推移(非加算食)



3. 患者給食数の推移(加算食)

開院当初は総提供数のうち3割程度であった加算食はその後増加し5割程度を占めるようになった(図1)。しかし前項でも示したように、高血圧食が非加算食となったことで平成14(2002)年度より3万食／年程度まで減少、直近では約1.5万食／年で推移している(図3)。開院当初は肝臓食、潰瘍食、心臓・高血圧食で多数を占めていたのに対し、直近では糖尿食、心臓食、肝臓食の順となっており、潰瘍食は減少している。

図3 患者給食数の推移(加算食)

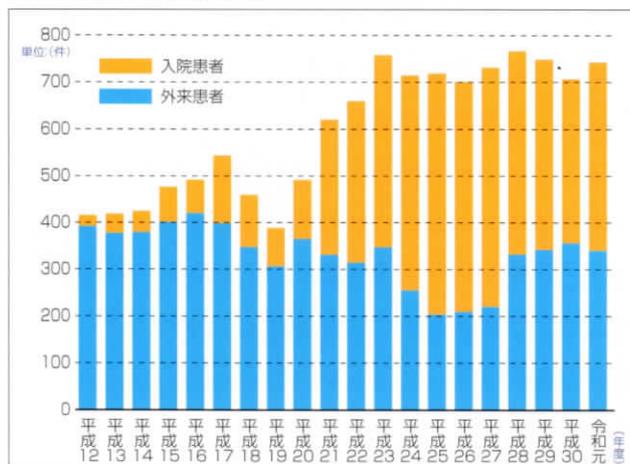


4. 栄養指導件数の推移

当院では入院患者と外来患者の栄養指導を実施している。平成12年度の栄養指導件数は約400件／年であり9割以上が入院患者で占められていたが、平成21(2009)年度より外来患者の指導件数が増加し全体の件数も増加している(図4)。近年は約700件／年程

度で推移しており、5割強が外来患者で占められている。なお、当初は高血圧や潰瘍患者への指導が多かったものの、近年では入院患者・外来患者とも糖尿病の指導が最多となっている。

図4 栄養指導件数の推移



5. その他の取り組み

- ①平成19(2007)年9月～平成20年2月、QFT調査に付随して栄養調査を実施。
- ②平成21年9月3日、日本栄養改善学会学術総会にて①の結果を発表。
- ③平成23(2011)年2月、①の結果を「大阪市あいりん地域のホームレスにおける栄養学的特性——同地域の生活保護受給者との対比——」として『栄養学雑誌』に掲載(『栄養学雑誌』Vol.69, No.1, 29～38(2011))。
- ④平成27(2015)年8月～10月、栄養調査を実施。
- ⑤平成30(2018)年6月、④のうち調査票の妥当性に関する結果を「あいりん地域特有の食生活を考慮した目安量表を用いた半定量食物摂取頻度調査票の妥当性の検討」として『栄養学雑誌』に掲載(『栄養学雑誌』Vol.76, No.3, 45～56(2018))。
- ⑥令和2(2020)年2月、④の結果を「あいりん地域に生活の拠点を置く者の栄養学的特性」として『栄養学雑誌』に掲載(『栄養学雑誌』Vol.78, No.1, 13～23(2020))。

6. 課題と展望

①患者給食

新病院への移転に伴い、温冷配膳車が導入される。

これにより温かい料理は温かいまま、冷たい料理は冷たいまま提供可能となる。その他スチームコンベクションオープン、プラストチラーなどが導入され、作業が効率化される部分がある反面、温冷の配置・バランス、冷主菜のサイズなど従来にはない点にも気を配る必要があり、安定的なメニューの提供に至るよう試行錯誤を続ける必要がある。

また、新病院では電子カルテが導入される。従来の紙の食事箋はやり取りが面倒ではあるものの細かな対応なども可能であったのに対し、電子カルテによるオーダーでは柔軟性に欠ける箇所が多くあるため、従来のような対応を可能にするためには、さまざまな工夫が今後必要になると考えられる。

患者給食はさまざまな栄養価を計算しながら献立を作成し、調理・盛り付けを行うが、どれだけ栄養価満点の食事であってもおいしくなければ食べてもらえず、どれだけ考え抜かれた食事であっても見た目が悪ければ手を付けてもらえずに終わることもある。こういったことが起こらないよう、さらに喫食率が上がるように、今後も基本となる出汁を大切にしながら、料理の味付けや分量、色合いや香り、さらには季節感や周りの料理との関連なども考慮しながら献立を作成し、安全安心でおいしい給食を提供していきたい。

②栄養指導

入院患者減少に伴い、入院患者を対象とした栄養指導は減少傾向にある。このため、特別食がオーダーされた入院患者については極力入院中に2回(入院中の食事について、退院後の食事について)指導を実施するよう努めている。しかし急遽退院が決定する場合もあり必ずしも2回実施ができていないのが現状であり、今後は退院直前などに指導できるよう努めていきたい。

外来患者を対象とした栄養指導については、1回の指導で食生活を変えることはほぼ不可能であり、継続的な指導を繰り返すことが肝要となる。そのためには簡単な取り組みやできそうなことから始め、少しずつ食事内容を変容させるよう心掛けている。さまざまなリーフレットやサンプル品などを活用し、少しでも自分でコントロールできる患者を今後さらに増やしていきたいと考えている。

1. 病院開設から

昭和45(1970)年開設当初、鍼灸あんま師により消炎・鎮痛を目的としたリハビリテーション(以下リハビリ)が開始された。件数は年間約4万件から始まり、以後増加傾向となった。昭和60(1985)年以降はリハビリ治療拡充のため、物理療法機器増設に伴い約12万件まで増加した。

平成7(1995)年度の阪神淡路大震災の年は約9万人と減少したものの、翌年から再び増加傾向となり、平成12(2000)年度には約13万件とピークを迎えた。

平成26(2014)年9月より施設基準(運動器Ⅲ、呼吸器Ⅱ)を取得し、さらなるリハビリ体制の拡充をはかった。

以降、あいりん地域の高齢化が進みリハビリ件数も徐々に減少が見られている(図1)。

2. 現在

理学療法士2人、補助2人にて、午前は外来患者に対して物理療法や、退院後の患者には運動療法でのフォローアップを行っている。午後は入院患者に対して運動療法を実施している。

①外来

件数は年々減少傾向にあるが、特に令和2(2020)年度はコロナウイルス(COVID-19)の影響があり、外来

患者の制限などによる減少が著しい一年となった。

対象患者の疾患は、バブル期では労災患者が多かったが、現在は高齢化により変形性関節症・脊柱管狭窄症などの変性疾患や、高齢者の四大骨折(腰椎圧迫骨折、上腕骨近位端骨折、橈骨遠位端骨折、大腿骨頸部骨折)などの患者が増加している。

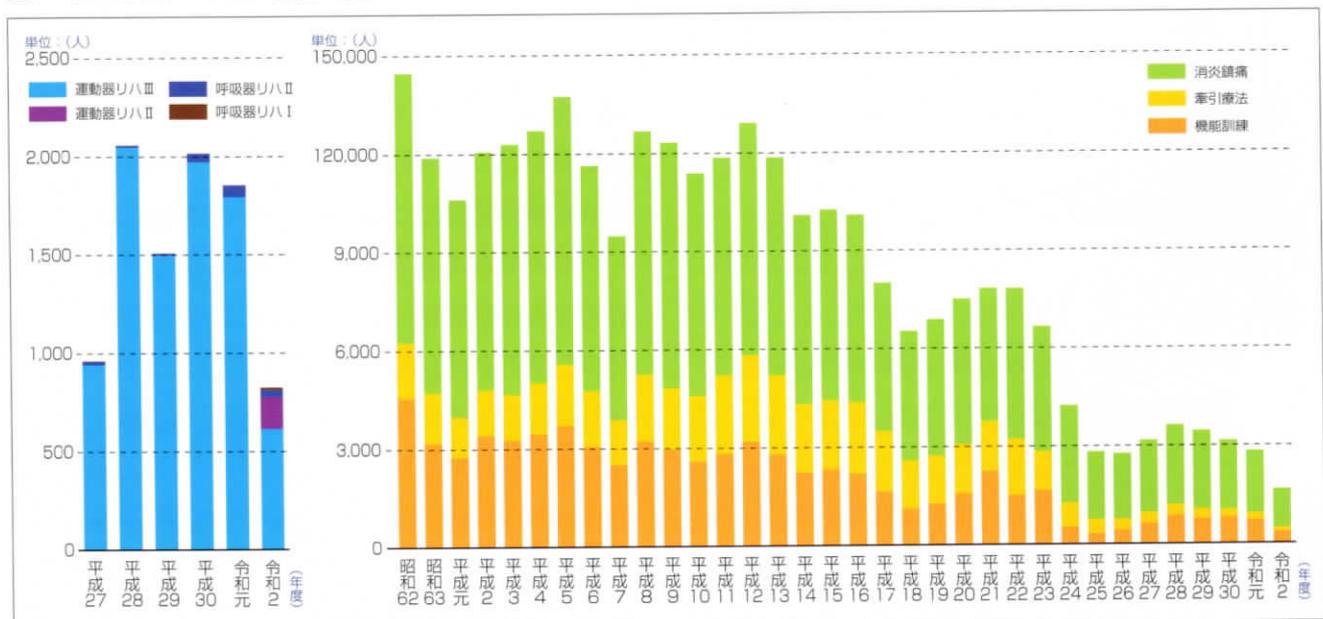
昨今のリハビリ業界の流れとして、高齢者の健康寿命を伸ばすため、“1次予防”が注目されている。高齢者は転倒による骨折が多く、骨折部位や状態にもよるが、若年者と比べると骨癒合に時間がかかるため安静時期が長くなる。そのため、寝たきりになる危険性が大きい。ADL(日常生活動作)が大きく阻害された状態からリハビリを行うよりも、健康なうちに健康状態を保つリハビリが必要となってくる。

リハビリテーション室でも、健康教室の一環として転倒予防教室を開き、外来通院患者や外部の住民を招いて日々の運動習慣の見直しや運動方法についての指導を行った。

②入院

午後から、主に術後リハビリを実施している。また、病状によって長期臥床中の患者に対して、早期離床を進めADL動作能力の向上をはかるリハビリも実施している。

図1 リハビリテーション件数の推移



※令和2年12月電子カルテ導入にともない機能訓練・消炎鎮痛・牽引療法はすべて消炎鎮痛になる。

退院する患者には退院指導として帰宅後の運動方法について指導を行い、転倒などにより再入院となるリスク軽減に努めている。

3. 課題と展望

①外来時の課題

旧病院の外来リハビリは、予約制度が無く受付を済ませた患者を順番に診る状態である。そのため、朝9時の外来受付に向けて1~2時間前に病院前で並んでいる患者も見かけられ、受付を済ませた後も、リハビリテーション室の前に順番待ちの患者が集まり、長いときでは、1時間以上待たせる場面も多々見られた。順番待ちをしている患者の中には、「あと何番目や?」と急がす患者や「今日はもうええわ」と、怒って帰る患者も見られ心苦しい思いもした。病院移転に伴う電子カルテ化によって、外来においても予約制度を採用入れ、スムーズにリハビリを実施する事ができる体制が整った。

②新病院移転による展望

病院移転に伴いリハビリテーション室の面積が50㎡から100㎡へと拡大されたことに伴い、平行棒やトレッドミルなどの運動器リハビリには不可欠な機器が追加された。そのため、以前は算定することができなかった施設基準(運動器Ⅱ)を取得できるようになり、今後ますますリハビリ環境の向上を図ることができると思われる。

③地域とリハビリテーション

リハビリ内容について、他病院とは少し異なった課題が見られる。あいりん地域の高齢者は独居生活者

が多く、キーパーソンとなる家族がいない場合が多々ある。そのため、退院後の生活についてどの程度のADLの獲得が必要なのかを、患者との会話の中から必要な情報を得なければならない。特に、床上動作などが困難と感じる患者であっても、“ドヤ”(簡易宿泊所)などの三畳一間の部屋に住んでおり、「ベッドや椅子などを置くスペースがない」など、環境設定が困難な患者も少なくない。その場合、介護保険制度などの利用を視野に置く一方、理学療法士の立場から安全・安心の退院後生活をおくってもらうためのリハビリ指導が必要である。つまり、退院後の生活を支える意味でのリハビリ介入は他院よりも重要となってくる。そのため、入院中からADLの獲得だけでなく、その動作の安全性・安定性・耐久性から、迅速性(動作を行うスピード)・社会性(見栄え)まで、実用性の向上を目標としたリハビリ指導を行い、自信を持って退院していただけるようにしたい。そして、より一層患者の健康を支え、退院後の生活をフォローアップできる体制を整える必要がある。

おわりに

リハビリテーション室開設より今日まで、取り巻く環境や患者の病態、リハビリ内容に多くの変化があった。新病院に移転し、さらに著しい変化があると予想される。しかし、開院当初から患者に寄り添う気持ちは変わらない。諸先輩方の意志を引き継ぎ、今後も患者に対してより良い医療を提供しながら、地域と密着したリハビリテーション室となるよう日々精進したい。



旧病院理学療法室



リハビリテーション室

はじめに

病院開設当初は微生物検査、生理検査、手術中の緊急検査を実施してきた。それ以外の生化学検査、腫瘍関連検査などについては委託検査をしてきた。外注委託検査については、昭和63(1988)年度から始まった検査保険点数の引き下げや包括化が拡大する中で患者一人に実施される検査項目数の制限が設けられたことにより、包括検査などを主に登録衛生検査所への外注委託検査をさらに多くしてきた。その様な状況の中であるが、迅速な検査データの報告および患者サービス向上を目指し、平成8(1996)年11月より生化学分野に効率の良い自動分析装置の導入を図った。

1. 部門別検査人数の推移

生化学検査人数は平成13(2001)年度から平成19(2007)年度までほぼ変わらず推移していたが、翌年度から減少傾向である。これは入院患者数の減少によるものと思われる(図1)。平成24(2012)年度からさらに減少するものの平成27(2015)年度より増加傾向である。細菌検査は細菌性赤痢が集団発生した平成10(1998)年度に急増した。その後、平成19(2007)年度まで減少傾向であったが、平成20(2008)年度から増加に転じている。その後、平成24年度より減少するが平成27年度より増加傾向である。一般検査は平成

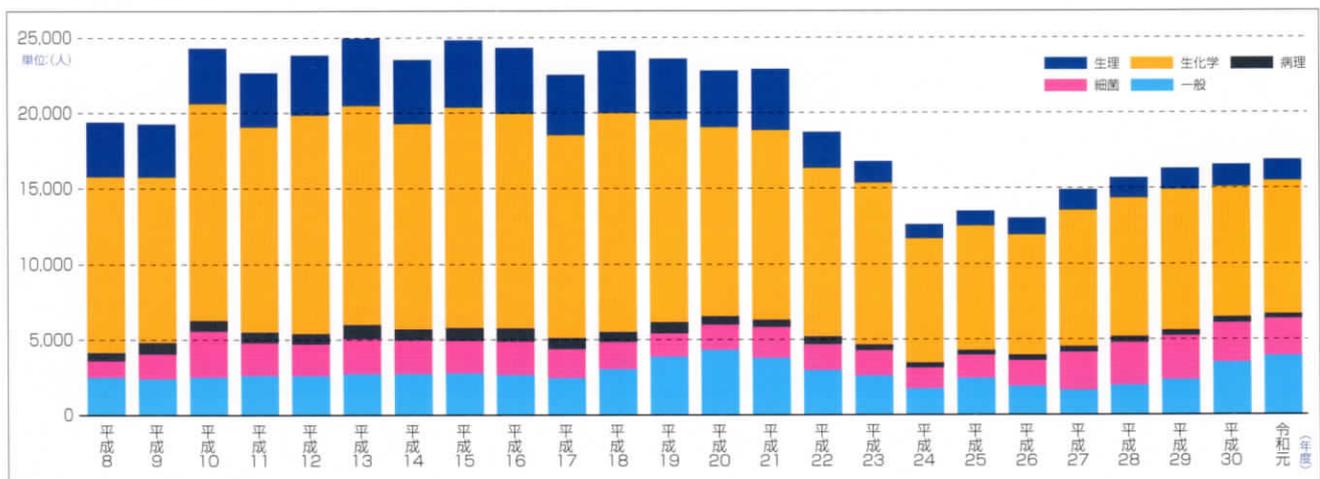
17(2005)年度まで2600人前後で推移、翌年度から急増し平成20年度には4309人に達した。その後、減少傾向であったが平成30(2018)年度より急増している。生理検査も増加傾向が続き、平成21(2009)年度まで約4000人台で推移している。翌年度以降は集計方法変更のため減少している(超音波検査および内視鏡検査の1794人を別集計)(図1)。

2. 現状と展望

検体検査を年々充実させ感染症関連(インフルエンザウイルスやノロウイルス、溶連菌迅速、HBs抗原、HIV抗原抗体)、白血球分類、心筋梗塞関連(トロップT、CPK、CK-MB)、生活習慣病関連(HDL-コレステロール、LDL-コレステロール)検査項目など導入し、緊急検査が増加してきている。院内実施項目数は平成7(1995)年時31項目だったが、平成23(2011)年には66項目に至っている。また、平成15(2003)年度から緊急検査を約30分以内に報告する体制を整えた。

厳しい経営環境の中、経営改善が求められ検査機器や備品類の老朽化、新規購入、維持管理と臨床検査技師の確保が問題となってきた。わが国の医療制度改革もますます進んできており、医療経営の厳しさが増しているなかで経営のことも視野に入れ臨床検査室の置かれている状況を踏まえ、今までの検査業務を維持継続するために登録衛生所が行っているブ

図1 部門別検査人数の推移



ランチラボ方式を平成23年4月より導入した。また、糖尿病関連のヘモグロビンA1c、狭心症関連のプロトロンビン時間を院内に導入し診療の一助とした。これまでは外注委託検査していたため結果が報告されるまで1~2日を要し、診療時間中に病状の説明を行うことができなかった。

これらの項目は緊急で検査すると約30分以内で結果を報告することができ、患者サービス向上に繋がっている。

あいりん地域は結核罹患率が全国平均1位で結核蔓延地域であり、当センターの地域医療に対する社会的使命・役割はたいへん重要である。

この地域の結核に臨床検査室も取り組んでいくことが必要であることから結核菌群・MAC核酸同定検査(TRC法)を平成23年4月より導入し、さらに結核菌群核酸同定検査(LAMP法)を翌年2月より導入した。また令和2(2020)年5月より、抗酸菌塗抹検査を集菌法から蛍光法に変更し、結核検査を充実させ結核の早期発見に努めている。

新型コロナウイルス感染症対策のため、同年6月より新型コロナウイルス核酸検出LAMP法を導入した。その後、同年9月より新型コロナウイルス核酸検出TRC法を導入した。今後も検査の充実を図るよう

努めていきたい。

精度管理において大阪府医師会主催の臨床検査精度管理調査では、平成11(1999)年度から毎年参加し、優秀臨床検査室認定(過去3年間優秀な成績であることが必須)を20年連続受けている。このように臨床検査精度および技術の向上に日々努めている。



結核菌群・MAC・新型コロナウイルス核酸同定(TRC法)装置



旧病院開設初期の中央臨床検査室