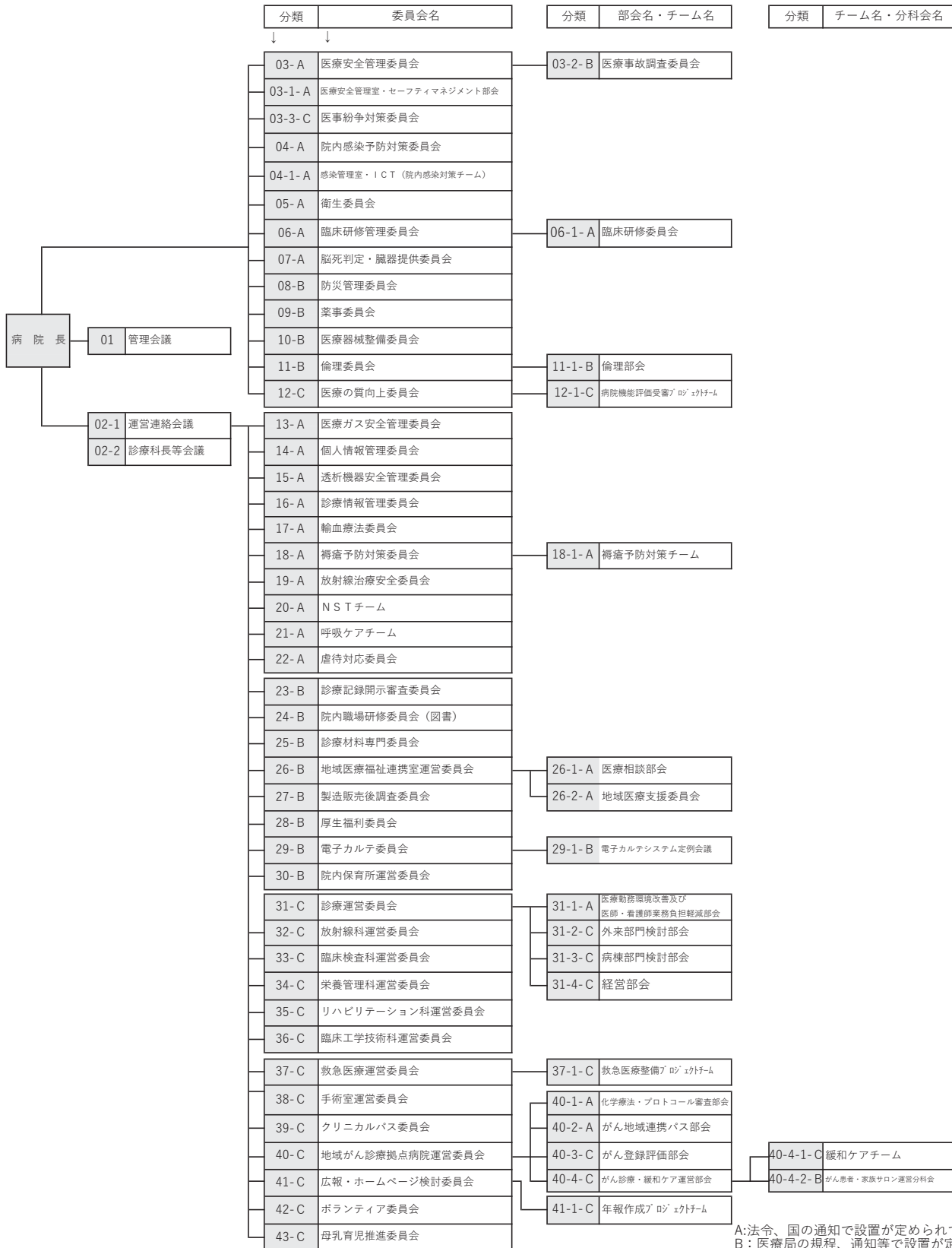


Ⅲ 委員会活動報告

令和4年度 磐井病院院内委員会組織図（令和4年4月1日現在）



A:法令、国の通知で設置が定められているもの。
 B:医療局の規程、通知等で設置が定められているもの又は設置を指導されているもの。
 C:病院の運営上必要と認めて設置しているもの。

医療安全管理委員会

医療安全管理専門員 小森 仁

委員長 川守田厚

委員 小森仁、佐藤耕一郎、阿部隆之、照山和秀、本庄省五、熊谷敏宏、
加賀敬子、小岩洋一、細川裕史、名久井美佐子、佐々木和也、高橋紀美香、
熊谷理恵、須田佳与、菊地健治、鈴木志津香

医療安全管理委員会は、院内の医療安全に関すること、医療事故への対応に関することなど協議し、決定しています。令和4年度医療安全管理委員会は上記構成員17名で年間12回開催しました。医療安全管理委員会の所掌事項は以下のとおりです。

- (1) 医療事故防止対策の検討及び推進に関すること。
- (2) 医療事故の分析及び再発防止策に関すること。
- (3) 発生した医療事故等への対応方法に関すること。
- (4) インシデント事例の分析及び再発防止策に関すること。
- (5) 医療安全集中管理システムの管理に関すること。
- (6) 医療安全のための研修計画策定と実施に関すること。
- (7) その他、医療事故等に関すること。

<令和4年度取組み状況>

医療安全管理委員会は毎月1回開催し、医療安全管理室と連携しながら、発生事例のレベル判定、医療過誤の有無、再発防止策等を検討しています。事象レベル3b以上の事案は、岩手県立病院等医療事故対応マニュアル「発生時の対応 第3の5「医療事故等の判定と報告等」」に準じて医療局長報告し、情報の透明化を図っています。また、院内の医療安全活動に取り組み、医療安全体制の構築に関わっています。

令和4年度の評価として、医師のレポート提出が県立病院全体で第2位の報告数でした。医師のレポートは手術合併症等の事象レベルが高い報告が多く、実態の把握や患者側とのトラブルを防止する上で、情報を共有し早期に対応することは重要な意味がありますので、今後も報告の促進を図ります。その他、レベル0報告率は基幹病院で第2位、患者誤認件数等の他施設との比較においても良好な結果が得られており、令和5年度も継続して医療安全管理室と連携し医療安全推進活動に取り組んでいきます。

院内研修について、第1回はテーマを「アンガーマネジメント」として、岩手県立中央病院副院長大浦裕之先生を講師に招き執り行いました。第2回のテーマは「情報セキュリティポリシー」について行い、昨今、被害が報告されているランサムウェア攻撃や個人情報保護について診療情報管理室の中村仁主任主査を講師に執り行いました。

今後も安全な医療の提供を行うため、委員会としての役割の遂行に努めます。

院内感染予防対策委員会

院内感染予防対策委員長（感染管理室長） 駒木 裕一

1 概要

【感染管理室の構成メンバー】

- 感染管理室長（医師） ○ 副室長（CNIC 専従）
- 室員（看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務員）

2 ICT（感染制御チーム）

ICT は、院内の感染対策を推進するとともに、感染症発生時に適切な対応を行うためのチームです。ICS（Infection Control Staff）と協力し、感染対策の徹底に向けて活動を行っています。また、新型コロナウイルス感染症対策では、コロナ本部会議での方針を受け、COVID-19 対応マニュアル改定や職員教育（PPE の着脱訓練など）、ゾーニング、職員の健康管理等を実施してきました。2020 年 12 月からは、COVID-19 患者の入院受入れも実施しています。

2022 年診療報酬改定で新設された感染対策向上加算 1 と指導強化加算の算定を 2022 年 4 月から開始し、院内だけでなく、地域の医療機関・診療所の感染対策の支援も担っています。

【当院の COVID-19 対応について】

2020 年

- 2 月 1 日：帰国者接触者外来設置
- 3 月 11 日：保健所依頼の PCR 検査開始（環境保健研究センターで検査）
- 3 月 30 日：院内新型コロナウイルス感染症対策本部設置
- 4 月 24 日：疑い患者入院病棟の稼働
発熱外来（HN 外来）の設置
- 4 月 27 日：外注 PCR 検査開始
- 6 月 4 日：院内での抗原定性検査の開始
- 7 月 6 日：院内での PCR（Gene Xpert）検査開始
- 7 月 27 日：LAMP 導入
- 8 月 17 日：全身麻酔手術前の PCR 検査開始
- 11 月 27 日：PCR（Film Array）導入
- 12 月 25 日：COVID-19 患者入院受入れ開始

2021 年

- 1 月 4 日：内視鏡検査前 PCR 開始
- 8 月 15 日：当院 COVID-19 患者の妊婦受入れ開始

2022 年

- 2 月 4 日：抗原定量検査開始
- 3 月 28 日：入院前のスクリーニングを LAMP から抗原定量検査に全面切り替え実施
- 12 月 12 日：全入院患者のコロナ検査スクリーニング開始

【ICTの主な活動内容】

- (1) 院内感染予防策の実施と発生した感染症への対応
- (2) 院内感染予防対策マニュアル等の整備・改定
- (3) 薬剤耐性菌や医療関連感染に関するサーベイランスの実施
- (4) 院内ラウンドの実施（毎週）
- (5) 全職員を対象とした感染研修会の開催（年2回以上）や教育活動
- (6) 感染に関する各種相談（コンサルテーション）への対応
- (7) 職業感染防止
- (8) 連携施設との合同カンファレンスや相互評価等の実施
- (9) 地域・職場での感染防止のための教育活動

【活動実績】

- ・新型コロナウイルス感染症対策マニュアルの作成と改訂
- ・SARS-CoV-2 検査適正運用と保健所検査の支援
SARS-CoV-2 総検査数：13412 件（昨年：6505 件）
- ・COVID-19 入院患者：405 名（昨年：86 名）
- ・診療報酬改定に伴う対応
新設）感染対策向上加算1と指導強化加算算定開始
- ・今年度発足した看護科リンクナース会の支援
- ・院外への感染対策支援：30回（前年14回）
主な支援内容：ICAT等COVID-19クラスター支援、高齢者施設・他病院の感染対策指導等

開催日	実績
2022/6/7	第1回 一関地区感染連携協議会カンファレンス
2022/8/2	第2回 一関地区感染連携協議会カンファレンス
2022/10/4	第3回 一関地区感染連携協議会カンファレンス
2022/12/6	第4回 一関地区感染連携協議会カンファレンス
2022/9/14	第1回 感染向上加算に係る相互ラウンド（栗原中央病院）
2022/11/11	第2回 感染向上加算に係る相互ラウンド（千厩病院）
2023/3/1	第1回 外来感染対策に係る一関地区感染連携協議会カンファレンス
2022/8/26	第1回 指導強化加算に係るラウンド（南光病院）
2022/08/30	第2回 指導強化加算に係るラウンド（一関病院）
2022/09/07	第3回 指導強化加算に係るラウンド（一関病院）
2022/11/15	第4回 指導強化加算に係るラウンド（昭和病院）
2022/12/02	第5回 指導強化加算に係るラウンド（西城病院）
2023/02/08	第6回 指導強化加算に係るラウンド（岩手病院）

3 AST（抗菌薬適正使用支援チーム）

ASTは、入院患者の感染症治療が適正に行われるよう、医師を支援するチームです。国のAMRアクションプランを踏まえて、当院でも2018年度から抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が発足し、定期的な症例検討ミーティングを他職種で行い、院内の抗菌薬適正使用推進を図っています。

【ASTの主な活動内容】

- (1) 抗MRSA薬やカルバペネム系薬等の特定抗菌薬届け出制の実施
- (2) 特定抗菌薬使用例や血液培養陽性患者等の早期からのモニタリングとTDM（薬物血中濃度モニタリング）等を含めた抗菌薬適正使用の診療支援
- (3) 適切な培養検査実施の支援や施設内のアンチバイオグラム作成など、抗菌薬適正使用支援に向けた体制の整備
- (4) 血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び薬剤耐性菌発生率や抗菌薬使用量等のアウトカム指標の評価

- (5) 抗菌薬適正使用を目的とした研修会の開催（年2回以上）
- (6) 抗菌薬適正使用に関するマニュアルの作成・改定
- (7) 院内で採用している抗微生物薬の定期的な見直し

【活動実績】

- ・抗菌薬適正使用に係る症例検討数：100件（昨年339件）
 医師へのフィードバック件数：64件（昨年129件）
- ・アンチバイオグラム（2022年版）の作成
- ・AST通信2回発行
- ・加算連携施設に対する感染対策・抗菌薬適正使用に関する相談窓口開設

衛生委員会

総務課 総務係 主事 門ノ沢 知里

1. 部門の紹介・概要

労働安全衛生法に定められているとおり、衛生に関することを調査・審議し、事業者に意見を述べる機会として当委員会を月に1回開催しています。

当委員会では、おもに以下のことが審議されています。

- ・職員の予防接種・健康診断に関すること
- ・職員の労働災害に関すること
- ・職員の過重超過勤務に関すること
- ・職員の労働環境に関すること

2. 部門の実績または活動内容

	衛生委員会に関連する活動	衛生委員会開催日
4月	<ul style="list-style-type: none">・令和4年度磐井病院衛生委員会要綱について・令和4年度衛生委員会活動計画・予防接種・職員健診関連事項・労働災害・超過勤務の状況・院内ラウンド報告・個人線量測定結果報告・電離放射線障害防止規則の一部改正に伴う経過措置対象医師の指定（追加分）・線量測定業務委託関連について	令和4年4月22日
5月	<ul style="list-style-type: none">・予防接種・職員健診関連・労働災害・超過勤務の状況・院内ラウンド報告・個人線量測定結果報告	令和4年5月27日
6月	<ul style="list-style-type: none">・予防接種・職員健診関連・労働災害・超過勤務の状況・院内ラウンド報告・個人線量測定結果報告・ガラスバッジ装着者の電離放射線健康診断の実施方法について	令和4年6月24日
7月	<ul style="list-style-type: none">・予防接種・職員健診関連・労働災害・超過勤務の状況・ストレスチェックについて・共済組合健康推進事業について・院内ラウンド報告・個人線量測定結果報告・放射線管理に関する自主点検について	令和4年7月22日
8月	<ul style="list-style-type: none">・予防接種・職員健診関連・労働災害・超過勤務の状況・院内ラウンド報告・個人線量測定結果報告	令和4年8月26日
9月	<ul style="list-style-type: none">・予防接種・職員健診関連・共済組合健康推進事業について・労働災害・超過勤務の状況・院内ラウンド報告・ストレスチェック結果に伴う面接指導に関して・個人線量測定結果報告・電離放射線障害防止規則の一部改正に伴う経過措置対象医師の	令和4年9月30日

	指定（追加分） ・眼の水晶体の被ばく線量通知に関する報告	
10月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和4年10月28日
11月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告 ・目の水晶体の被ばく線量通知に関する報告	令和4年11月25日
12月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和4年12月23日
1月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告 ・産業医からの議題	令和5年1月27日
2月	・予防接種・職員健診関連 ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告	令和5年2月24日
3月	・予防接種・職員健診関連 ・衛生委員会主催活動 （共済組合健康推進事業・ストレスチェック） ・労働災害・超過勤務の状況 ・院内ラウンド報告 ・個人線量測定結果報告 ・産業医職場巡視日程等（案）について	令和5年3月24日

臨床研修管理委員会

総務課長 多田 誠一

1 紹介・概要

当委員会は臨床研修を適切に管理し、実施するため、省令で設置が義務付けられている委員会です。

委員会は院長、副院長、プログラム責任者、各診療科の長、事務局長、協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の研修実施責任者、外部有識者で構成され、研修プログラム作成及び調整、研修医の管理及び採用、臨床研修の中断及び修了評価等、臨床研修を統括管理しています。

委員会を開催し、当院以外の委員に各研修医の研修状況をお知らせするとともに、研修内容等に関する評価や様々なご意見を頂きながら、臨床研修の充実に努めています。

令和4年度の2年次研修医4名全員の修了を承認していただきました。

2 活動実績

○ 第1回委員会開催（令和4年6月6日（月）：Zoom）

議題

- (1) 令和3年度、令和4年度採用研修医の研修状況について
- (2) 令和4年度臨床研修関係スケジュールについて
- (3) 令和5年度採用研修医の募集について
- (4) その他

○ 第2回委員会開催（令和4年9月5日（月）：Zoom）

議題

- (1) 令和4年度臨床研修の状況について
- (2) 令和4年度（令和5年度採用）研修医マッチングについて
- (3) その他

○ 第3回委員会開催（令和5年3月6日（月）：Zoom）

議題

- (1) 2年次研修医の評価報告及び終了判定について
- (2) 令和4年度研修医ローテーションについて
- (3) 1年次研修医の研修状況について
- (4) 令和4年度臨床研修スケジュール表
- (5) 令和4年度医師臨床研修マッチング結果
- (6) 令和5年度研修医ローテーションについて
- (7) 令和5年度臨床研修関係行事予定
- (8) その他

○ 2年次臨床研修医の「さよなら講演会」（令和5年3月6日（月））

研修修了となる研修医による2年間の研修振返り、思い出等を発表する「さよなら講演会」を開催しました。

臨床検査技術科運営委員会

臨床検査技師長 細川 裕史

1. 委員会の紹介

当委員会は、厚生労働大臣が定める施設基準に則り、臨床検査の適正化を図り、業務の効率的運営および他部門との円滑な連携を図ることを目的として設置されています。令和4年度の委員会は医師、看護師、薬剤師、事務、臨床検査技師から構成され、7月27日と3月3日に開催されました。

2. 報告事項

1) 今年度の重点取組事項について

・タスクシフト・シェアの推進

外来採血業務について、今年度は全就業日数に対する対応できた日数での評価を行いました。新型コロナ感染関連で就業制限者が増加し対応できなかった日以外は全て対応ができています。全就業日数の91%という結果でした。

F F P溶解作業、血液製剤の搬送については、自前の溶解装置の整備についてや、定期・定時搬送についての検討を開始しました。

臨床検査技師の業務範囲拡大に伴った厚生労働省の指定講習会には複数名が参加し、2名が講習会修了しております。

・保管転換依頼した血液製剤の減耗の確認

依頼先で使用しなければ減耗となってしまうため、依頼血液製剤の使用率の確認をしました。病院の方針に従い手術準備血液は前日までに、産科緊急対應用血液は出産するまで在庫しておくこととしており、それに伴い使用しなかった血液製剤の保管転換が増えています。保管転換を依頼した血液製剤のうち、64%は依頼先の協力により使用していただいております。

・患者サービスの向上

患者さんへの検査項目の説明について、対応準備はしていましたが依頼件数がほとんどありませんでした。それでもお受けしたのものについては科内で事例共有し次へ繋げる取り組みをしました。

・収支改善への取り組み

これまで免疫化学分析装置で測定していたフェリチン、梅毒T Pを生化学自動分析装置での測定に切り替えました。フェリチンについては年間267,770円、梅毒T Pについてはまだ移行して間もないですが、試算により年間100万円以上の試薬費縮減を見込んでいます。

また、異なるメーカーの複数台の免疫化学分析装置を同一メーカーに統一したことにより、専用装置特有の高額な消耗品単価の縮減が可能となるばかりか、測定時間の短縮にもなりました。

・キャリア開発デザインに従ったチェックリストの活用

今年度は医療局でガイドライン、チェックリストの見直しを行っていることもあり、基礎分野(チェックリストⅠ)は全員を対象として、専門分野(チェックリストⅡ)は経験者を対象として年1回実施し業務到達度の確認を行いました。

・資格取得者の育成

新型コロナ第8波の影響もあり、講習会、認定試験の開催の時期等の見通しがはっきりしない状況がありましたが、開催された分については受講、受験し「血管診療技師1名」「消化器領域認定超音波検査技師2名」が資格取得することができました。

2) 精度管理について

検体検査、生理検査、いずれにおいてもその領域で最も適した手法により内部精度管理を実施し検査データの精度を保証しています。外部精度管理として、日本臨床衛生検査技師会精度管理調査および日本医師会精度管理調査等、4つの大規模外部精度管理調査事業に参加しており、良好な評価を受けています。

3) 医療機器整備について

現在検査室に整備されている医療機器 113 品目中 38 品目（34％）が既に 10 年以上経過しており、今後安定して正確な検査データを提供するためにも、計画的な機器整備が必要となります。

今年度は 10 年以上経過した装置のなかで 2 品目が修理不能となり、300 万円を超える緊急整備となりました。

次年度はさらに 8 品目が 10 年を経過することもあり、引き続き医療消耗備品も含め、更新整備を積極的に要望していきたいと思ひます。

4) 次年度の課題

新たなキャリア開発ガイドラインに従ったチェックリストの運用を開始するとともに科内共有度の低かった項目（業務）に関する取り組み、今年度計画倒れとなった認定取得者育成、については次年度も継続して取り組みたいと思ひます。

また、法定休暇 5 日+1 日の取得率が 50％であったため、完全取得目指したいと思ひます。

薬事委員会

薬剤師 佐々木 悠稀

1. 部門の紹介・概要

薬事委員会の活動内容は、医薬品・検査試薬の新規採用・整理・変更・中止、副作用情報、医薬品情報、管理・医療整備、経営に関する問題等、多岐にわたる。メンバーは医師、薬剤師、看護師、検査技師、医療安全専門員、事務で構成され年間6回定期開催している。

令和4年度も前年度に引き続き、病院の収益に大きく影響する後発医薬品の採用について、医療局推奨後発品を中心に切替えを行った。現在の採用薬品数（試薬除く）は1395品目、後発医薬品数632品目となっている。後発医薬品使用割合は94%であり、前年度と比較し増加傾向となっている。また、使用実績の乏しい医薬品について、削除や院外専用薬への区分変更を行い、採用薬の整理を行った。同時に、使用期限が迫っている医薬品を周知し、期限切れによる減耗を抑えるよう努めた。

2. 部門の実績

院内採用品目数（令和5年3月現在）

項目	R3	R4	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	合計	
開催回数	6回	6回	5月12日	7月14日	9月8日	11月10日	1月12日	3月9日		
本採用薬品数	内服薬	67	59	13	16	4	13	9	4	59
	注射薬	47	44	6	19	3	11	2	3	44
	外用薬	11	20	6	6	1	2	4	1	20
	薬品合計	125	123	25	41	8	26	15	8	123
	試薬	59	83	10	16	49	0	6	2	83
	その他	5	2				2		0	2
	計	189	208	35	57	57	28	21	10	208
削除薬品数	内服薬	131	64	7	23	9	14	6	5	64
	注射薬	63	41	7	16	5	9	2	2	41
	外用薬	17	21	6	4	2	3	4	2	21
	薬品合計	211	126	20	43	16	26	12	9	126
	試薬	28	76	7	21	45	0	3	0	76
	その他	3	2				2		0	2
	計	242	204	27	64	61	28	15	9	204
仮採用薬品数	薬品	26	38	7	5	4	7	9	6	38
	試薬	0	0				0	0	0	0
	計	26	38	7	5	4	7	9	6	38
全院内採用薬品数	内服薬	632	627	6	▲7	▲5	▲1	3	▲1	▲5
	注射薬	487	490	▲1	3	▲2	2	0	1	3
	外用薬	228	227	0	2	▲1	▲1	0	▲1	▲1
	検査試薬	695	702	3	▲5	4	0	3	2	7
	その他	51	51	0	0	0	0	0	0	0
	計(試薬除く)	1,398	1,395	5	▲2	▲8	0	3	▲1	▲3
	計	2,093	2,097	8	▲7	▲4	0	6	1	4
院内採用している後発薬品数	内服	306	308	1	▲1	▲3	0	3	2	2
	注射	211	212	▲1	1	0	1	0	0	1
	外用	102	105	3	0	0	▲1	0	1	3
	その他	7	7				0	0	0	0
	計	626	632	3	0	▲3	0	3	3	6

診療情報管理委員会

主任（診療情報管理士） 佐々木 聖子

1 紹介・概要

診療情報管理委員会では、適切な診療情報管理および診療情報管理室の円滑な運営を目的とし毎月委員会を開催しています。

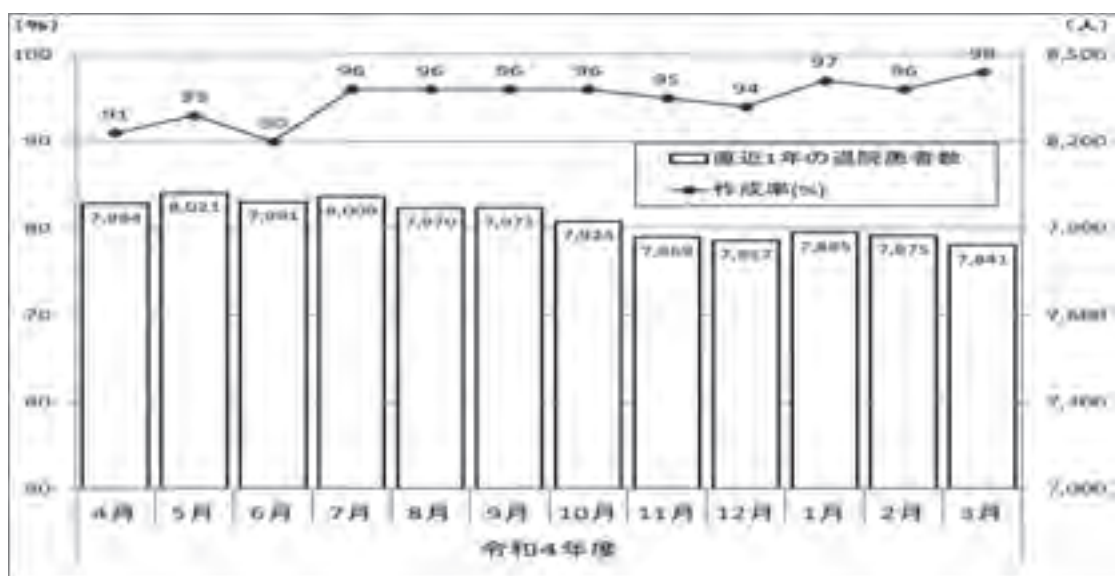
委員会では、毎月のサマリーの作成状況・疾病統計などや、岩手県医療局で定める診療録監査項目に沿った量的監査・質的監査の結果を報告しています。

診療記録の質的監査では、毎月1～3診療科、3～4名の記録について、監査対象診療科の医師、病棟看護師長、医師事務作業補助員（医療クラーク）を招聘し、委員の医師、薬剤師、看護師、診療情報管理士で質的監査を実施し、診療録の質の向上に努めています。監査の結果、院内共有した方がよい事項などは「SJK通信」などを通じ院内に情報発信しています。

2 活動実績

- ・委員会開催実績 12回
- ・監査対象診療科

4月	令和4年度診療記録監査計画兼報告書を協議
5月	質的監査計画、SJK通信発行について協議
6月	整形外科 3件、緩和医療科 1件
7月	小児科 3件、新生児科 1件
8月	形成外科・耳鼻咽喉科 各2件
9月	循環器内科・脳神経内科 各2件
10月	外科 3件、SJK通信発行（書面回議）
11月	消化器内科 3件、眼科 1件（書面回議）
12月	産婦人科 3件
1月	呼吸器内科・皮膚科・放射線治療科 各1件
2月	脳神経外科・泌尿器科 各2件
3月	歯科口腔外科・救急科 各2件
- ・退院サマリー2週間以内作成率



輸血療法委員会

臨床検査技師 藤野 幸恵

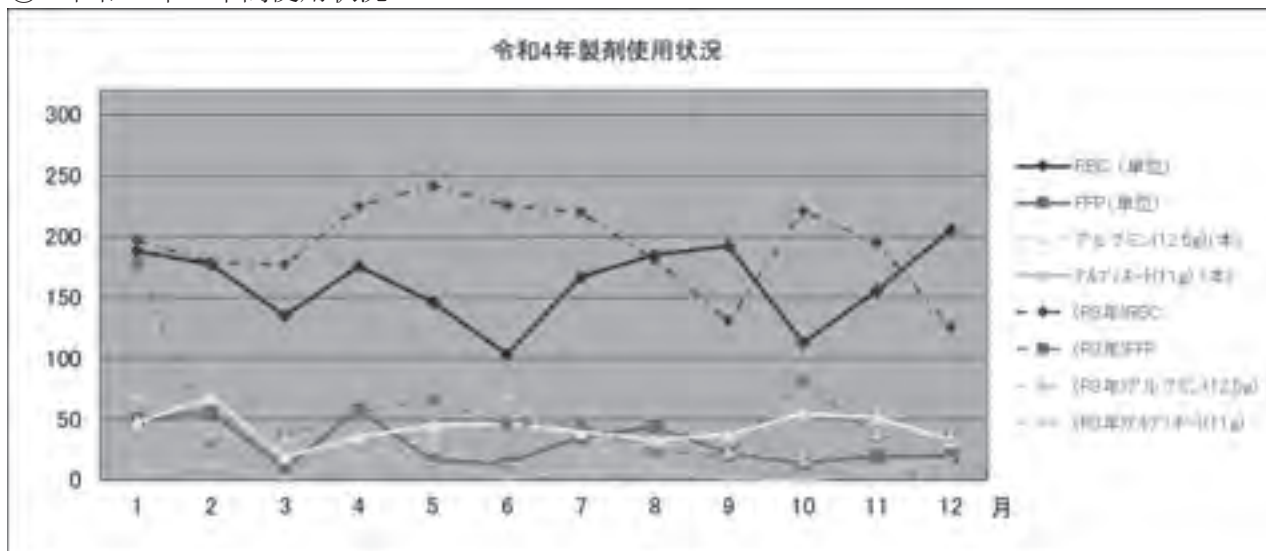
1 紹介・概要

輸血療法委員会は、当院における輸血等療法の安全性確保と血液製剤の適正使用を図るため、年6回開催し、主に以下の事項について審議しております。

- (1) 輸血療法の適応に関すること。
- (2) 血液製剤の選択に関すること。
- (3) 輸血実施時の手続きに関すること。
- (4) 輸血用血液の検査項目・交叉試験の選択と精度管理に関すること。
- (5) 輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策に関すること。
- (6) 血漿分画製剤を含めた血液製剤全般についての関連情報の伝達に関すること。
- (7) 院内血液製剤の使用状況に関すること。
- (8) 自己血輸血の実施等に関すること。
- (9) 特定生物由来製剤の記録及び保管に関すること。
- (10) その他、輸血業務全般の円滑な運営に関すること。

2 活動実績

① 令和4年 年間使用状況



FFP/RBC 0.18 (基準値 0.54)

ALB/RBC 1.38 (基準値 2)

輸血管料 I および輸血適正使用加算の施設基準を満たしております。

- ②輸血同意書について、血液製剤用と特定生物由来製品用の同意書を統合し、統一形式としました。また患者向け説明文書を見直し、説明し易くよりわかりやすい内容に更新しました。
- ③自己血貯血バッグの更新に伴い、自己血使用期限について検討し、今後期限延長予定です。
- ④安全かつ迅速な輸血実施のために緊急輸血マニュアルの見直しを実施しました。
- ⑤外観検査、副反応観察などの記録に関して診療録および出庫リストへの詳細記録を開始しました。
- ⑥減耗削減、患者取り違え防止等について院内および医局での周知を継続しました。

褥瘡予防対策委員会

主事 佐藤 遥

褥瘡予防対策委員会では、定期的な褥瘡回診や多職種カンファレンスの実施により褥瘡予防・治療・早期治癒に向けて取り組んできました。併せて院内・院外に向けた研修会も開催することで地域での褥瘡予防・ケアに関する知識の共有に努めました。

1, 委員会・褥瘡予防対策委員会活動状況

褥瘡予防対策委員会 第2金曜日 ※4月は未開催
褥瘡回診 第1・2・3・4金曜日
研修会主催
床ずれ予防の日開催
褥瘡取り組み発表会開催
褥瘡対策ミニレクチャー実施
褥瘡予防対策マニュアル・患者パンフレットの整備

2, それぞれの役割から

① 専任医師から

褥瘡の予防と早期発見・早期治療のため、多職種連携と情報の共有を進めるとともに、定期的な研修により褥瘡に関わるスタッフのみならず、職員全体のレベルアップを図ることが大切だと考える。

悪化因子となるような身体状況や基礎疾患の把握とそれらの改善への取り組み、さらに褥瘡治癒促進にむけて創面と個々の身体状況から局所処置の方法を選択するように工夫した。

② 栄養管理科から

全身状態不良や口腔内のトラブルなどによる、食事摂取不良、低栄養状態の患者に対し、多職種やNSTチームと連携を図り、栄養状態や創部の改善に向け、食事や経腸栄養剤について助言・提案・検討を行った。

③ 薬剤科から

カンファレンスでは、薬剤治療から読み取れる患者状況や褥瘡への影響、薬剤による栄養摂取量について情報共有を行った。また、委員会では、薬剤の褥瘡への影響、薬剤使用上の注意点等の情報提供を行った。

④ 検査科から

褥瘡回診・多職種カンファレンスでは、検査データをもとに炎症・感染・栄養状態の情報提供を行い、患者の全身状態改善へ繋がるよう取り組んだ。

⑤ リハビリ科から

回診・カンファレンスでは対象患者の心身機能やリハ実施状況を伝えるとともに、看護師とともに適切なポジショニングやシーティング、移乗方法について情報共有を行った。

⑥ 医事経営課から

病棟別褥瘡ハイリスク患者ケア加算算定実績

病棟	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
2病棟	27	20	25	30	35	30	17	23	26	30	32	39	334
3西病棟	13	12	18	12	20	23	23	14	23	18	24	26	226
3東病棟	10	14	14	22	19	10	7	8	22	15	13	17	171
4西病棟	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1	3	1	11
4東病棟	2	0	3	2	4	3	8	2	0	5	3	8	40
5病棟	8	10	8	5	5	8	8	11	3	8	3	7	84
合計	61	56	68	71	84	75	65	58	75	77	78	98	866

⑦ 専任看護師から

褥瘡対策チームと連携し、褥瘡リスク患者及び褥瘡保有者を把握し、看護計画を立案・予防対策を実施・評価、体圧分散用具の管理などを行っている。褥瘡カンファレンスの開催や院内研修会への積極的な参加により、褥瘡ケアの質向上に向けて取り組んだ。

⑧ 褥瘡管理者から

褥瘡・医療関連機器圧迫創傷・スキナーテアの予防について、多職種と連携し活動している。令和元年度は、スキナーテア予防パンフレットの導入や医療用テープの集約、医療用テープの使用方法について研修会を行い、スキナーテアの予防に向けた整備に取り組んだ。また、院内外の医療関係者を対象とした褥瘡予防対策研修会の開催や市民への褥瘡の啓蒙活動として床ずれ予防の日を開催し、地域の褥瘡ケアの質向上に向け取り組んだ。

放射線安全管理委員会

診療放射線技師 村田 晃祥

1 紹介・概要

リニアックを使用している施設は「放射性同位元素等の規制に関する法律」に基づいて「放射線障害予防規程」という運用規定を作成し、その規定を遵守しながら運用管理しております。

放射線障害予防規程は、リニアック・放射化物の取扱い及び管理、放射線障害発生防止、教育訓練、あわせて公共の安全を確保すること等を目的としています。

その中で、放射線障害防止について必要な事項を企画審議するために当委員会を設けることとされております。

開催は1回／年、必要に応じて開催となっております。

委員長：放射線治療科長 副委員長：診療放射線技師長 委員：院長、事務局長、副総看護師長、事務局次長、放射線技術科スタッフ

2 活動実績

令和4年7月26日（火）第1回委員会開催

内容

- 1) 令和4年度業務従事者
- 2) 令和4年度教育訓練について
- 3) 第三者評価について
- 4) 放射線取扱主任者定期講習状況報告
- 5) その他

令和5年3月8日（水）第2回委員会開催

内容

- 1) 自主点検・漏洩線量測定結果報告
- 2) 令和4年度教育訓練について
- 3) 第三者評価結果報告
- 4) 放射線取扱主任者定期講習状況報告
- 5) 令和5年度業務従事者
- 6) 令和5年RI規制法改正に伴う予防規定の改定について
- 7) その他

今年度は地域がん診療連携拠点病院の指定要件となっている第三者による出力線量評価を7月に受審し、許容値内であることが認められました。また、7月に強度変調放射線治療 IMRT の施設基準を満たし算定が可能となりました。

令和5年度は、放射線同位元素等の規制に関する法律における施行規則の改正に伴い、放射線障害予防規定を10月に変更する予定です。

N S T (栄養サポートチーム)

管理栄養士 盾石 有

1 部門の紹介・概要

患者の栄養状態を把握し、最もふさわしい栄養管理を指導・提言することで治療、回復、退院、社会復帰を図ることを目的に栄養対策について患者に効果的介入を行うチーム

- 2007年 栄養サポートチーム稼働施設認定
- 〃 栄養サポートチーム専門療法士認定規則実地修練認定教育施設認定
- 2010年2月 栄養サポートチーム稼働施設認定更新(2010年4月1日～2015年3月31日)
- 2011年7月 栄養サポートチーム加算算定開始
- 〃 栄養サポートチーム専従管理栄養士配置
- 2012年2月 栄養サポートチーム専門療法士認定規則実地修練認定教育施設認定更新
- 2015年1月 所属長表彰
- 2015年2月 栄養サポートチーム稼働施設認定更新(2015年4月1日～2020年3月31日)
- 2015年12月 日本栄養療法推進協会(JCNT)栄養サポートチーム稼働施設認定更新(2015年9月1日～2020年8月31日)
- 2016年4月 栄養サポートチーム加算歯科医師連携加算算定開始
- 2017年2月 栄養サポートチーム専門療法士認定規程認定教育施設認定更新(2017年4月1日～2022年3月31日)
- 2018年6月 栄養サポートチームの下部組織として摂食嚥下チーム立ち上げ
- 2020年3月 栄養サポートチーム稼働施設認定更新(2020年4月1日～2025年3月31日)
- 2021年4月 リンクナース部会立ち上げ

2 活動報告

- ・NST回診 毎週水曜日 15時～
- ・回診メンバー

NST専任医師(外科)、脳神経内科医師、耳鼻咽喉科医師、歯科口腔外科医師、専任看護師、専任薬剤師、専任管理栄養士、皮膚・排泄ケア認定看護師、病棟看護師、臨床検査技師、言語聴覚士、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士、調理師

令和4年度 栄養サポートチーム介入件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
栄養サポートチーム介入件数	19	21	32	22	19	14	14	13	17	12	13	14	210
栄養サポート加算算定件数	19	21	31	21	18	8	13	6	11	8	9	9	174
歯科医師連携加算算定件数	11	13	24	21	10	0	13	6	11	3	9	9	130

呼吸ケアチーム

看護師（クリティカルケア特定認定看護師） 小野寺 康

1. 部門の紹介・概要

1) 構成メンバー

人工呼吸器管理に関連した経験を一定期間以上有する専任者

医師：人工呼吸器管理などについて十分な経験のある専任の医師

臨床工学技士：人工呼吸器など保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士

看護師：人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師。5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアにかかる適切な研修を終了した者

理学療法士：呼吸リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

RST 看護科委員、歯科口腔外科医師、歯科衛生士、臨床工学技士、事務局

2) 活動目標

人工呼吸器を装着した患者の状態を把握し、最もふさわしいケアについて専門スタッフとカンファレンスし対策を講じることで、人工呼吸器からの早期離脱を目標として活動しています。人工呼吸器関連肺炎（VAP）や合併症を予防し、ADL や QOL の改善が図れるよう支援しています。

3) RST ラウンド

気管挿管の有無に関わらず、人工呼吸器装着患者を対象に構成メンバーでラウンド、カンファレンスを行います。

令和4年3月からは、毎週木曜日に RST ラウンドを実施しています。

2. 活動報告

1) RST ラウンド実施結果

・ラウンド実施回数：45回（毎週木曜日）

・ラウンドのべ患者数：103名

・呼吸ケアチーム加算対象件数：34件

・RST ラウンド実施診療科

循環器科	呼吸器内科	神経内科	外科	消化器内科	救急科
46名	19名	6名	8名	3名	19名

・RST ラウンド実施患者の人工呼吸器装着日数

平均装着期間：21.8日 最長装着期間：463日 最短装着期間：1日

・RST ラウンド実施患者の転帰

離脱	死亡	転院	装着中	在宅
47名	15名	2名	0名	3名

2) 勉強会の開催

トラックケア勉強会を ZOOM で開催：5月の3日間で13回開催し96名の職員が受講

2病棟	3西	3東	4西	4東	5病棟	手術室	外来	研修医
25	26	10	11	6	13	6	13	5

COVID-19 感染症対策として、感染予防に留意した正しい使用方法について確認しました。

地域医療福祉連携室運営委員会

主任 佐藤 良信

委員会の紹介及び今年度の活動について

地域医療福祉連携室運営委員会は、地域医療福祉連携室の円滑な運営を推進し、病診・病病連携の強化等地域連携室業務の充実を図るために設置された委員会です。今年度においては主に次の内容について活動・協議を行いました。

- (1) 紹介・逆紹介率の集計・報告
- (2) 地域連携パス件数
- (3) 医療従事者向け研修会実施
- (4) どこでも医療講座等の実績
- (5) 連携施設訪問の実施
- (6) 地域連携室主催の研修会の開催（一関市医介連との共催）
- (7) 連携医療機関向け広報誌「連携いわい」
- (8) 地域医療支援システム（連携ボックス）の利用状況
- (9) 入退院支援加算の算定状況

地域連携パスの件数は、令和3年度にパス様式の見直しを実施、令和4年度から運用を開始したこともあり、大きく件数を伸ばすことが出来ました。（下表参照）

	令和3年度	令和4年度
大腿骨頸部骨折地域連携パス	23件	49件
脳卒中地域連携パス	0件	42件

例年実施している「連携施設訪問」は、前年度に引き続き新型コロナウイルス流行の影響を受けましたが、地域の医療機関など18施設への訪問を行い、当院への要望の聞き取りや情報交換をさせていただきました。

職員の出前講座である「どこでも医療講座」については、実地での開催は1回のみとなりましたが、今年度よりZ o o mを利用しての開催を企画し、リモートでは4回の開催をすることが出来ました。

次年度の課題として、新型コロナウイルスの流行により数年のあいだ実施できていなかった、他機関との共催や参集形式での研修会などの企画に取り組んでいきたいと思っております。

地域医療福祉連携室／患者支援センターとしての役割・業務は年々増加し重要度も増していますが、今後とも院内外の連携役として貢献できるよう、職員一丸となり取り組んでいきたいと思っております。

リハビリテーション技術科運営委員会

リハビリテーション技師長 佐々木 和也

【設置】

- ・リハビリテーション技術科の効率かつ円滑な運営を図るため、リハビリテーション技術科運営委員会を置く。

【所掌事項】

- ① リハビリテーション技術科の運営に関すること
- ② リハビリテーション技術科の業務改善及び効率化に関すること
- ③ リハビリテーション技術科と他部門との連絡調整に関すること
- ④ その他、必要と認められる事項に関すること

【会議】

- ・会議は定例会及び臨時会とし、委員長が召集する。
- ・定例会は、年 2 回とし 5 月と 10 月に開催し、臨時会は委員長が必要と認めた時に開催する。

第 1 回リハビリテーション技術科運営委員会（令和 4 年 6 月 23 日）

○報告事項

1. 令和 4 年度リハビリテーション科運営委員会委員名簿
2. 令和 4 年度リハビリテーション技術科職員構成について
3. 令和 3 年度重点取組事項(BSC)の結果について
4. 令和 3 年度業務実績について
5. 令和 4 年度重点取組事項(BSC)について
6. 脳血管疾患等リハビリ（I）施設基準取得後の状況
7. 外来リハビリの実施状況

○協議事項

1. リハビリテーションオーダーにおける修正作業について

第 2 回リハビリテーション技術科運営委員会(令和 5 年 3 月書面開催)

○報告事項

1. 令和 4 年度リハビリテーション科運営委員会委員名簿
2. 令和 4 年度リハビリテーション技術科職員構成について
3. 令和 4 年度上半期重点取組事項（BSC）の結果について
4. 令和 4 年度業務実績について（上半期比較）
5. 令和 4 年度収支改善項目について

クリニカルパス委員会

主任 佐々木 聖子

1 紹介・概要

クリニカルパス委員会では、医療内容の明確化、標準的かつ良質な医療の提供に資することを目的として毎月委員会を開催しています。

委員会では、パス使用率の報告、パス関連研修の案内、院内通信発行の協議、新規作成パス・修正パスの承認、パスノート記載内容の情報共有を毎月行っています。

院内教育研修は、新採用者・転入者を対象に、クリニカルパスの基礎知識の講義と確認テストを行っています。確認テストで合格ライン（7割以上）の点数に達しなかった方には、後日合格するまで動画を視聴して再テストを受けていただく e-learning の仕組みをとっています。

公開パス大会は、平成 27 年度に第 1 回を開催、コロナ禍で集合研修開催が出来なくなった令和 2 年度も、県立病院に先駆け zoom を利用した配信で開催し、以降はハイブリット開催で継続しています。

2 活動実績

(1) 委員会開催実績 12 回（原則毎月第 3 火曜日定例開催）

(2) 主な活動内容・協議内容等

第 1 回(4/19) e-Path の活用、院内パス教育研修計画、委員会運営・役割分担について

第 2 回(5/17) 院内教育研修計画、委員会運営・役割分担について

第 3 回(6/21) 開催報告（6/17（金）院内教育研修会開催）

第 4 回(7/19) 必要時指示の薬剤修正、パスノートの活用について

第 5 回(8/23) 転倒転落・褥瘡リスク患者看護計画のパス組込みについて

第 6 回(9/20) パスにおける医療クラークの代行入力について、パス学会演題発表練習

第 7 回(10/18) パス学会演題発表者練習

第 8 回(11/15) 参加報告（11/11（金）～12（土）パス学会学術集会参加、ポスター発表 4 題）

第 9 回(12/20) パス認定士取得、BOM2022 導入の進捗状況について

第 10 回(1/17) 公開パス大会演題発表練習

第 11 回(2/21) パスにおける医療クラークの代行入力について、公開パス大会演題発表練習

第 12 回(3/14) 公開パス大会アンケート結果報告（2/24（金）公開パス大会開催）

