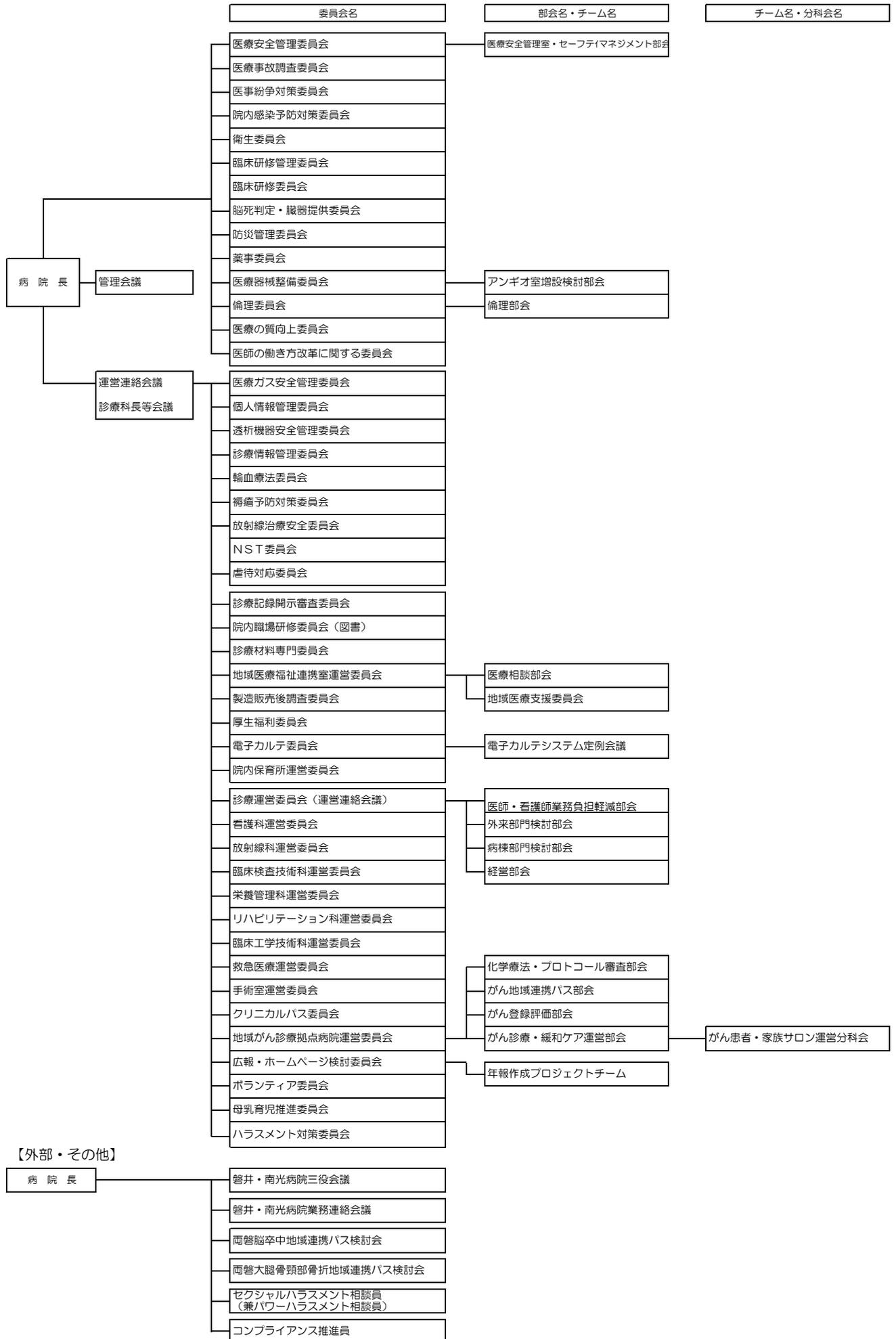


Ⅲ 委員会活動報告

令和5年度 磐井病院院内委員会組織図（令和5年4月1日現在）



医療安全管理委員会

上席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、本庄省吾、熊谷敏宏、
加賀敬子、小岩洋一、後藤明美、名久井美佐子、武田いづみ、高橋紀美香、
中村利江、大川みか、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や、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5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5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、医療安全管理体制に関すること、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。

インシデント報告に関する評価として、医師のレポート提出率、レベル0報告率、患者誤認件数、転倒転落件率、誤薬率等の、他施設との比較において良好な結果が得られています。

院内法定研修は前期、後期で2回開催しました。テーマを「適切な嚥下評価と食事介助方法」「転倒転落を考慮した薬剤選択」として、過去のインシデント報告の要因分析から知識不足があると判断した内容について、知識の向上を目的に行いました。

11月には日本医療機能評価機構による病院機能評価受審があり、医療安全に係る基準をクリアするため「死亡症例検討会」「手術室オカレンス報告」も運用開始されました。改善が必要と評価された「患者誤認防止」と「口頭指示受け基準」については直ちに改善し、受審前より更に医療現場の安全対策が整備されています。

今後も安全な医療の提供のため、医療安全管理室と連携し役割を果たします。

院内感染予防対策委員会

院内感染予防対策委員会（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、職員一人一人が感染対策の遵守が出来るように日々活動しています。

2022年度に新設された感染対策向上加算では、院内の感染対策だけではなく地域の感染対策の質向上について更に求められてきており、地域の医療機関・診療所の感染対策の支援も積極的に実施しています。また、新型コロナウイルス感染症対策では、2023年5月にコロナが5類移行となり益々院内の感染対策が難しくなる中、コロナ本部会議で決定された事項についてマニュアルの改訂や周知、コロナ患者の受入訓練等を実施し、院内感染防止に努めてきました。

【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
- 6月4日：院内検査の開始
- 8月17日：全身麻酔手術前のPCR検査の開始
- 12月25日：COVID-19患者入院受入れ開始

2021年

- 8月15日：COVID-19患者の妊婦受入れ開始

2022年

- 12月12日：全入院患者のスクリーニング検査開始

2023年

- 5月16日：入院患者の面会について面会禁止から制限へ緩和

【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】

- ・院内感染予防対策マニュアルの全面改定と電子マニュアルの整備（電カルテ端末での閲覧）
- ・5類移行後の COVID-19 対応マニュアルの作成と周知
- ・COVID-19 入院患者数：215 名（昨年：405 名）
- ・院外への感染対策支援：12 回（前年 30 回）

主な支援内容：COVID-19 クラスタ支援、高齢者施設・他病院の感染対策指導等

開催日	実績
2023/6/6	第1回 一関地区感染連携協議会カンファランス
2023/8/1	第2回 一関地区感染連携協議会カンファランス
2023/10/3	第3回 一関地区感染連携協議会カンファランス
2023/12/5	第4回 一関地区感染連携協議会カンファランス
2023/10/24	第1回 感染向上加算に係る相互ラウンド（千厩病院）
2023/12/6	第2回 感染向上加算に係る相互ラウンド（栗原中央病院）
2023/7/19	第1回 指導強化加算に係るラウンド（南光病院）
2023/8/29	第2回 指導強化加算に係るラウンド（一関病院）
2023/9/26	第3回 指導強化加算に係るラウンド（昭和病院）
2023/12/15	第4回 指導強化加算に係るラウンド（岩手病院）
2024/1/26	第1回 外来感染対策向上加算に係るカンファレンス

3 AST（抗菌薬適正使用支援チーム）

AST（抗菌薬適正使用支援チーム）は、院内の感染症治療が適正に行われるように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 AST が発足し、定期的に他職種で症例検討を行い、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：109 件（昨年 100 件）
医師へのフィードバック件数：84 件（昨年 64 件）
- ・アンチバイオグラム（2023 年版）の作成
- ・AST 通信 2 回発行
- ・院内抗菌薬マニュアルの全面改定
- ・J-SIPHE ヘデータ提出するための体制整備とデータ提出開始

衛生委員会

主事 黒澤 由季

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5年度磐井病院衛生委員会要綱について・令和5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）・職場巡視報告・作業環境測定士派遣事業について	令和5年4月27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・職場巡視報告・作業環境測定士派遣事業について	令和5年5月26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・職場巡視報告	令和5年6月23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	令和5年7月21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・職場巡視報告	令和5年8月25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	令和5年9月22日

	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・職場巡視報告 	
10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 ・職場巡視報告 ・産業医職場巡視の事後措置実施報告 	令和5年10月27日
11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 ・職場巡視報告 	令和5年11月24日
12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 ・衛生管理者委員の選任について ・職場巡視報告 	令和5年12月22日
1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 ・衛生管理者委員の選任について ・産業医からの議題 ・職場巡視報告 	令和6年1月26日
2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 ・職場巡視報告 	令和6年2月28日
3月	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・職場巡視報告 	令和6年3月22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5年度の2年次研修医8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5年6月5日（月）：Zoom）

議題

- （1）令和4年度、令和5年度採用研修医の研修状況について
- （2）令和5年度臨床研修関係スケジュールについて
- （3）令和6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5年9月4日（月）：Zoom）

議題

- （1）令和5年度臨床研修の状況について
- （2）令和5年度（令和6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6年3月4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5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5年度臨床研修スケジュール表
- （5）令和5年度医師臨床研修マッチング結果
- （6）令和6年度研修医ローテーションについて
- （7）令和6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6年3月14日（木））

研修修了となる研修医による2年間の研修振り返り、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 後藤 明美

1 紹介・概要

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5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8月29日と3月22日に開催しました。

2 報告事項

(1) 今年度の重点取組事項について

・医療安全と過誤防止の徹底

インシデント報告件数は69件（昨年度43件）と増加しました。そのうち38件は、よかったね報告、ゼロレベル報告でした。発生したインシデントは、科内医療安全委員会で全例解析し対策について全スタッフで共有しました。

パニック値については、先生方にご意見をいただき、9月に対象項目や閾値について見直しをしました。

・タスクシフト・シェアの推進

血液製剤の搬送について、試行的に令和6年1月後半より平日・日中の外来Bブロックの輸血から開始しました。運用における課題等を取りまとめ、4月から外来すべての予定輸血で実施します。

法改正による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の受講を9名が完了しています。

・資格取得者の育成

超音波検査士（血管・泌尿器・循環器）、臨床病理検査技師の資格をそれぞれ1名が新たに取得しました。

(2) 精度管理について

内部精度管理として、検体検査は管理試料を用い統計学的精度管理でチェックしています。生理検査は定期的に技師間の「目合わせ」を行い、評価・判定を確認し、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

10月末、全自動尿統合分析装置（栄研化学 US-3500、シスメックス UF-5000）の更新によりクレアチニン試験紙法（尿）蛋白/クレアチニン比（P/C比）の算定を開始しました。そのほか全自動血液凝固分析装置（積水メディカル CP3000CTS）、新生児聴覚スクリーニング検査装置（日本光電）、呼気中 $^{13}\text{CO}_2$ 分析装置（大塚製薬）が更新されました。今後安定して精確な検査データを提供するためにも更新整備を積極的に要望していきたいと思えます。

(4) 次年度の課題

キャリア開発デザインに従ったチェックリストを活用し、科内共有度の低い項目（業務）については科内研修会等に取り組みたいと思えます。

また、職員のワークライフバランスとモチベーションの維持・向上に努めていきます。

薬事委員会

薬剤師 佐々木 瑞季

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5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1385品目、後発医薬品数637品目となっている。後発医薬品使用割合は95%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6年3月現在）

院内採用品目数(R6.3現在)

項目	R4	R5	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	合計	備考	
開催回数	6回	1回	5月11日	7月13日	9月8日	11月9日	1月11日	3月14日			
本採用薬品数	内服薬	59	54	13	4	11	16	7	3	54	
	注射薬	44	44	8	4	1	11	12	8	44	
	外用薬	20	13	6	0	1	4	1	1	13	
	薬品合計	123	111	27	8	13	32	20	12	111	
	試薬	83	30	1	4	1	13	5	6	30	
	その他	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
	計	208	141	28	12	14	45	25	18	141	
削除薬品数	内服薬	64	75	14	3	11	19	7	21	75	
	注射薬	41	33	8	2	1	11	8	3	33	
	外用薬	17	13	5	0	1	4	1	2	13	
	薬品合計	126	121	27	5	13	34	16	26	121	
	試薬	76	20	1	3	1	12	0	3	20	
	その他	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
	計	204	141	28	8	14	46	16	29	141	
仮採用薬品数	薬品	38	26	5	2	9	3	4	3	26	
	試薬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	計	38	26	5	2	9	3	4	3	26	
全院内採用薬品数	内服薬	627	606	▲1	1	0	▲3	0	▲18	▲21	
	注射薬	490	501	0	2	0	0	4	5	11	
	外用薬	227	227	1	0	0	0	0	▲1	0	
	検査試薬	702	712	0	1	0	1	5	3	10	
	その他	51	51	0	0	0	0	0	0	0	
	計(試薬除く)	1,398	1,385	0	3	0	▲3	4	▲14	▲10	
	計	2,093	2,097	0	4	0	▲2	9	▲11	0	
院内採用している後発薬品数	内服	308	307	2	0	0	0	▲2	▲1	▲1	50.7%
	注射	212	218	3	1	1	0	1	0	6	43.5%
	外用	105	108	2	0	0	2	▲1	0	3	47.6%
	その他	7	4	0	0	0	▲3	0	0	▲3	7.8%
	計	632	637	7	1	1	▲1	▲2	▲1	5	46.0%
院外専用本採用となった薬品の増減	356	371	3	1	0	3	8	0	15		

診療情報管理委員会

主任 高館 裕子

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。

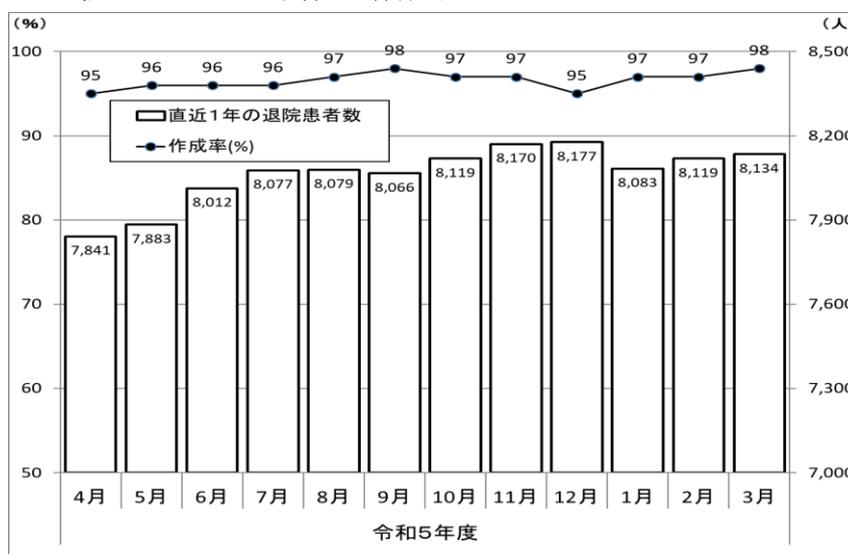
委員会では、毎月のサマリーの作成状況・疾病統計などや、岩手県医療局で定める診療録監査項目に沿った量的監査・質的監査の結果を報告しています。

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 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 循環器内科 3件、総合診療科 1件
8月 小児科 3件、新生児科 1件
9月 形成外科・耳鼻咽喉科 各2件（書面回議）
10月 歯科口腔外科・救急科 各2件
11月 消化器内科 3件、呼吸器内科 1件
12月 産婦人科 3件、眼科 1件
1月 脳神経内科 2件、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 外科 3件、SJK通信発行について協議

- 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

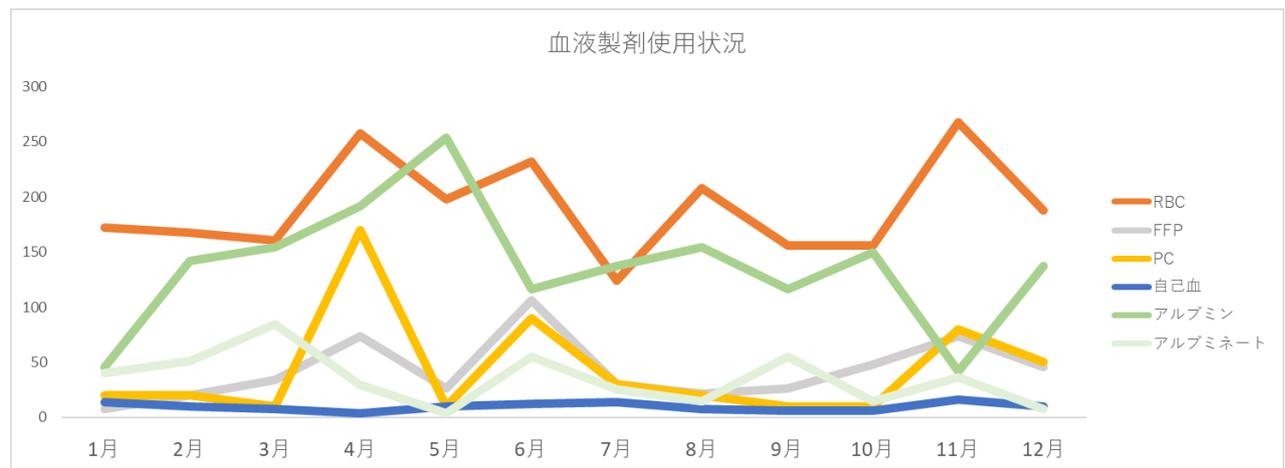
1 紹介・概要

輸血療法委員会は、当院においての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5年 年間使用状況



FFP/RBC 0.21 (基準値 0.54)

ALB/RBC 0.90 (基準値 2)

輸血管理料 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 令和5年度 減耗金額 341,102 円 減耗率 1.17%
- ③ タスクシフトシェアの一環として検査科での外来輸血患者の血液製剤搬送を開始
- ④ 最大手術血液準備量 (MSBOS) の院内周知
- ⑤ 電子カルテの輸血オーダーシステム見直しと修正
- ⑥ 医局会での輸血に関する情報提供と注意喚起

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	24	35	33	18	21	24	18	20	43	27	43	31	337
3西病棟	14	16	18	16	10	10	11	17	23	12	26	22	195
3東病棟	5	12	16	16	14	22	27	20	34	31	10	12	219
4西病棟	2	0	2	6	0	0	0	2	4	2	0	3	21
4東病棟	11	2	7	5	9	2	3	2	1	6	12	3	63
5病棟	3	4	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	31
合計	59	69	78	63	57	61	62	63	107	80	93	74	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・スキナーケアの予防について、多職種と連携し活動している。令和元年度は、スキナーケ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、スキナーケ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おり、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、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5年6月26日（月）第1回委員会開催

内容

- 1) 令和4年度管理状況報告
- 2) IMRTにおける業務改善について
- 3) 令和5年度業務従事者
- 4) 放射線取扱主任者定期講習受講状況報告
- 5) 令和5年度教育訓練について
- 6) 令和5年度業務従事者健康診断・自主点検の予定
- 7) 放射線障害予防規定の変更について

令和5年9月20日（水）第2回委員会開催

内容

- 1) 岩手県立磐井病院 放射線障害予防規程 の一部改定について
- 2) 岩手県立磐井病院 放射線障害予防規程 細則の全部改定について

令和6年3月5日（火）第3回委員会開催

内容

- 1) 放射線漏洩線量・自主点検結果について
- 2) 業務従事者 新規登録について
- 3) 健康診断について
- 4) 各種資格受講状況について
- 5) その他
治療件数
高精度治療の適応拡大
医学物理士相互応援について

放射性同位元素等の規制に関する法律の改正に伴い、令和5年10月1日に放射線障害予防規定を変更し、原子力規制委員会に届出を行いました。

N S T (栄養サポートチーム)

管理栄養士 小山 尚子

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・耳鼻咽喉科)、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5年度 栄養サポートチーム介入件数 回診回数：40回

	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	16	26	20	10	16	14	20	12	16	9	23	13	195
栄養サポート加算算定件数	16	24	8	9	16	13	10	12	15	4	16	10	153
歯科医師連携加算算定件数	16	18	8	9	16	10	10	12	15	4	16	5	139

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や療養上のケアの向上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

毎週木曜日 16 時から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。

2. 活動報告

1) RST ラウンド実施結果

- ・ラウンド実施回数：38 回（毎週木曜日）
- ・ラウンドのべ患者数：81 名
- ・呼吸ケアチーム加算対象件数：37 件
- ・RST ラウンド実施診療科

循環器 内科	呼吸器 内科	脳神経 内科	外科	消化器 内科	救急科	耳鼻咽 喉科	脳神経 外科
33 名	9 名	2 名	1 名	2 名	13 名	2 名	1 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：13.9 日 最長装着期間：76 日 最短装着期間：2 日

- ・RST ラウンド実施患者の転帰

離脱	死亡	転院	装着中	在宅
42 名	15 名	5 名	1 名	3

2) 勉強会の開催

- (1) 人工呼吸器アラーム対応研修会（講師：CE）

参加者 273 名

- (2) トラックケア研修会

参加者 48 名

地域医療福祉連携室運営委員会

主査 長倉 学

1. 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・病病連携の強化など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) 地域連携パスの実績
- (3) どこでも医療講座の実績
- (4) 医療従事者向け研修会の実績
- (5) 一般向け研修会（一関市医介連との共催）及び磐井病院市民講演会の開催
- (6) 連携施設訪問の実績
- (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) 入退院支援加算等の算定状況

2. 活動実績・報告

今年度は、新型コロナウイルスの5類移行後、行事・イベントが本格的に再開され、これまでZoom等を使用したWEB方式が多かった院外の医療従事者や一般の方に向けた研修会・講演会などが集合形式で開催されるようになりました。地域連携関連では、職員の出前講座である「どこでも医療講座」の依頼が増加したこと、“一関市医療と介護の連携連絡会”と共催の「医療従事者向け研修会」の3年ぶりの再開、当院から近隣機関への「連携施設訪問」も再開されたことなどが大きな転換点でした。

また、新たな企画として「磐井病院市民講演会」を12月/3月の2回開催し、佐藤耕一郎院長の“当院と両磐地区の現状と課題”や、“高齢者の骨折”“新型コロナのこれから”等の講演で、いずれの回も多数の市民に参加いただきました。この市民講演会については、多くの参加者から好評を得ましたので、次年度も引き続き企画する予定です。

さらに院内では、逆紹介率の向上を目的とした返書管理（当院への患者紹介に対する診療情報提供書の作成）の運用を変更し、連携室から各診療科へのフィードバックと院内会議での報告を一括して行うこととしました。

次年度の課題としては、患者確保に向けた取り組みの一環として地域のニーズを把握するためのアンケート調査の実施、収益確保のための各種加算等の増加、再開できていない連携会議等の再開、ホームページのフルリニューアル・SNS発信の見直し等による広報関係の充実などが挙げられます。

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、多職種と協力して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 武田 いづみ

【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 5 年 5 月 26 日）

○報告事項

1. 令和 5 年度リハビリテーション科運営委員会委員名簿
2. 令和 5 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 年度リハビリテーション技術科業務実績について
4. 令和 4 年度リハビリテーション技術科収支について
5. 令和 4 年度 BSC 結果と令和 5 年度 BSC 目標について

○協議事項

1. 機能評価受審について

第 2 回リハビリテーション技術科運営委員会（令和 5 年 12 月 15 日）

○報告事項

1. 令和 5 年度リハビリテーション技術科上半期の出来事について
2. 令和 5 年度リハビリテーション技術科上半期実績について
3. 令和 5 年度上半期重点取組事項（BSC）の結果について
4. 病院機能評価 部署訪問結果について

○協議事項

1. 3 東病棟の抑制解除用の磁石についてリハビリ分を確保できないか。

クリニカルパス委員会

主任 高館 裕子

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研修や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(4/18) 委員会運営・役割分担について

第 2 回(5/16) 院内教育研修計画、委員会運営・役割分担について

第 3 回(6/20) パスの名称の変更、ガイドラインの見直しについて

第 4 回(7/18) 院内 e-learning について

第 5 回(8/22) 定例報告

第 6 回(9/19) 定例報告、公開パス大会について

第 7 回(10/17) 定例報告、公開パス大会について、パス学会演題発表者練習

第 8 回(11/21) 参加報告（11/10（金）～11（土）パス学会学術集会参加）

第 9 回(12/19) パスの見直しについて、アウトカム管理システムの導入検討について

第 10 回(1/16) 定例報告、パスの見直しについて

第 11 回(2/20) 公開パス大会について、公開パス大会演題発表練習

第 12 回(3/19) 公開パス大会アンケート結果報告（2/22（木）公開パス大会開催）

