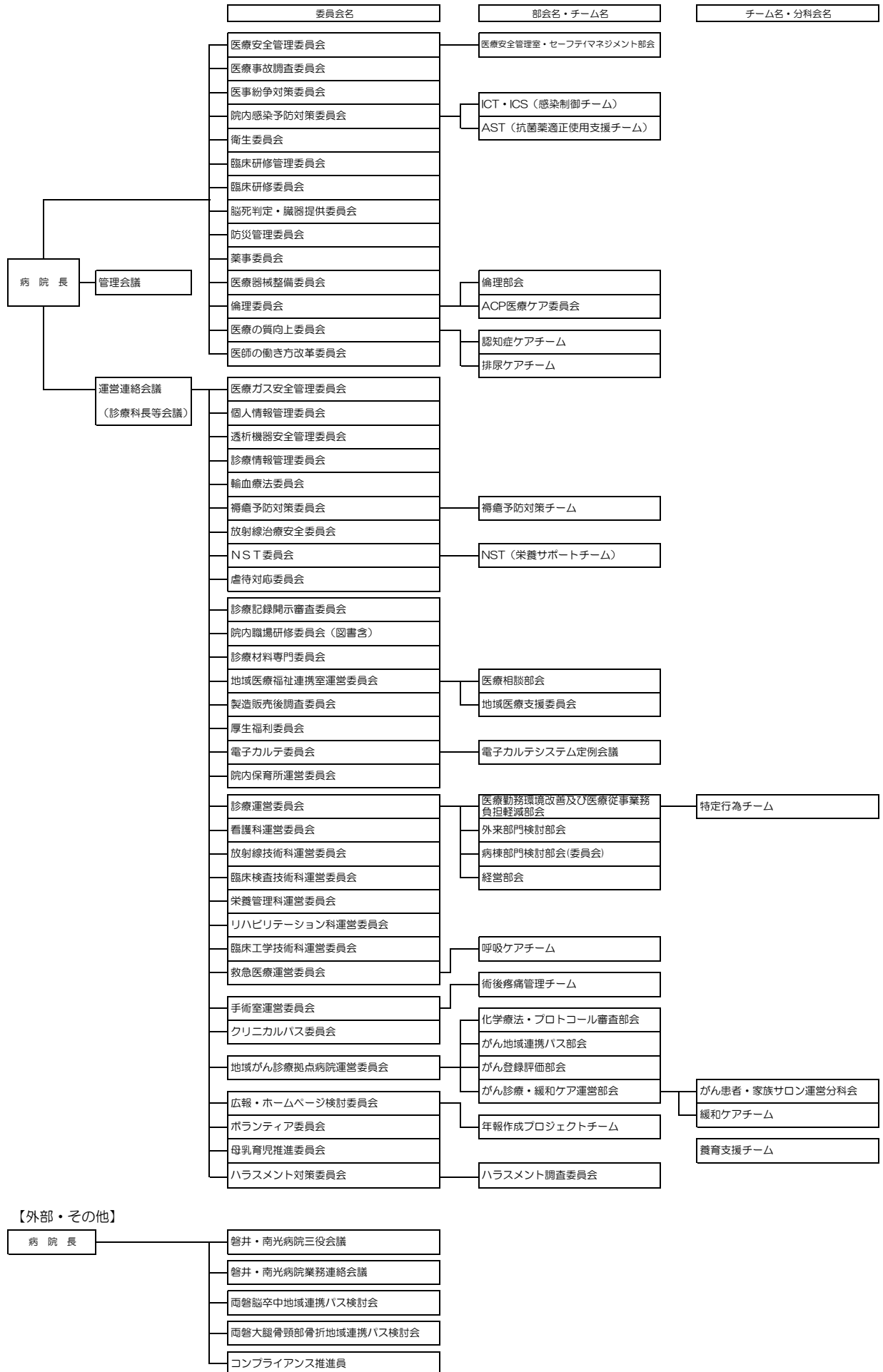


Ⅲ 委員会活動報告

令和6年度 磐井病院院内委員会組織図（令和6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、阿部隆之、加賀敬子、桂一憲、照山和秀、本庄省吾、尾形由紀、
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、佐々木則人、佐藤誠、荒川茂幸

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6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6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、誤薬率等の県立病院間の比較において良好な結果が得られています。

院内法定研修会では院内職員を対象に前期、後期で2回開催しました。テーマを「アレルギー」「情報セキュリティ」としてほぼ100%参加しました。

前年度より運用を開始した「死亡症例検討会」「手術室オカレンス報告」も滞りなく実施できています。今後も安全な医療の提供のため、医療安全管理室(セーフティマネジメント部会)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、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。

2024 年度に改訂された感染対策向上加算では、地域の医療機関・診療所の感染対策支援の他に高齢者施設の感染対策質向上の支援も求められてきております。その流れの中、2024 年に初めて感染研修会を地域の高齢者施設へ公開しました。

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、厚労省の通知内容に合わせてマニュアルの改訂を行い、柔軟に対応してきました。

【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
- 12 月 25 日：COVID-19 患者入院受入れ開始

2024 年

- 4 月：第 1 種協定指定医療機関の指定（新興感染症発生・蔓延時）
- 5 月：COVID-19 患者の入院受入れを結核病床から一般病床に変更

【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一部改定
- ・5 類移行後の COVID-19 対応マニュアルの改訂と周知
- ・COVID-19 入院患者数：289 名（前年：215 名）
- ・院外への感染対策支援：13 回（前年 12 回）
主な支援内容：保育所・高齢者施設・他病院への感染対策研修等
地域住民への感染対策研修、手洗い教室

【実績データ】

- ・入院患者あたり手指消毒薬使用量：11.29ml（前年 11.64ml）
- ・院内の MRSA 発生率：0.23%（前年 0.24%）
- ・針刺し・切創件数：14 件（前年 9 件） 皮膚・粘膜曝露件数：5 件（前年 2 件）

【開催日】

| | | |
|------------|-----|-------------------------|
| 2024/6/4 | 第1回 | 一関地区感染連携協議会カンファランス |
| 2024/8/6 | 第2回 | 一関地区感染連携協議会カンファランス |
| 2024/10/1 | 第3回 | 一関地区感染連携協議会カンファランス |
| 2024/12/3 | 第4回 | 一関地区感染連携協議会カンファランス |
| 2024/7/23 | 第1回 | 感染向上加算に係る相互ラウンド（千厩病院） |
| 2024/9/14 | 第2回 | 感染向上加算に係る相互ラウンド（栗原中央病院） |
| 2024/7/12 | 第1回 | 指導強化加算に係るラウンド（南光病院） |
| 2024/9/17 | 第2回 | 指導強化加算に係るラウンド（昭和病院） |
| 2024/10/22 | 第3回 | 指導強化加算に係るラウンド（一関病院） |
| 2024/12/15 | 第4回 | 指導強化加算に係るラウンド（岩手病院） |
| 2025/1/29 | 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：169件（前年109件）
医師へのフィードバック件数：63件（前年84件）
- ・アンチバイオグラム（2024年版）の作成
- ・AST通信1回発行
- ・院内抗菌薬マニュアルの一部改定
- ・J-SIPHEへデータ提出するための体制整備とデータ提出開始

| | 第1期 | 第2期 | 第3期 | 第4期 |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Access使用比率 (60%以上算定可) | 21.551% | 21.194% | 21.492% | 23.442% |
| Access使用比率順位 (上位30%以内算定可) | 61.12% | 64.69% | 64.66% | 57.72% |

【実績データ】

- ・CDトキシン発生件数（1000入院患者あたり）：0.064（前年0.065）
- ・血液培養採取件数（1000入院患者あたり）：18.4（前年18.3）
- ・血液培養陽性率：22.5%（前年17.4%）
- ・広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率：95.0%

衛生委員会

主査 川越 順一

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 | ・衛生委員会要綱について ・令和6年度衛生委員会活動計画について ・予防接種、職員健診関連事項について ・労働災害、病休、超過勤務の状況について | 令和6年4月24日 |
| 5月 | ・予防接種、職員健診関連事項について ・労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・産業医巡視報告について ・三役院内ラウンドについて ・その他 | 令和6年5月24日 |
| 6月 | ・予防接種、職員健診関連事項について ・労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・ストレスチェックについて ・産業医巡視報告について ・三役院内ラウンドについて ・健康診断個人票の「健康管理区分」等について | 令和6年6月28日 |
| 7月 | ・予防接種、職員健診関連事項について ・労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・産業医巡視報告について ・三役院内ラウンドについて ・新型コロナワクチンの接種について | 令和6年7月23日 |
| 8月 | ・予防接種、職員健診関連事項について ・労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・三役院内ラウンドについて ・ストレスチェックについて ・その他 | 令和6年8月23日 |
| 9月 | ・予防接種、職員健診関連事項について ・共済組合健康推進事業について ・労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・産業医巡視報告について ・三役院内ラウンドについて ・職員喫煙状況調査の集計結果について | 令和6年9月27日 |
| 10月 | ・予防接種、職員健診関連事項について ・労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・産業医巡視報告について ・三役院内ラウンドについて ・ストレスチェックについて | 令和6年10月25日 |

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 1 月 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種、職員健診関連事項について ・ 労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・ 産業医巡視報告について ・ 三役院内ラウンドについて ・ ストレスチェックについて | 令和6年11月22日 |
| 1 2 月 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種、職員健診関連事項について ・ 労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・ 産業医巡視報告について ・ 三役院内ラウンドについて | 令和6年12月20日 |
| 1 月 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種、職員健診関連事項について ・ 労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・ 産業医巡視報告について ・ 三役院内ラウンドについて | 令和7年1月24日 |
| 2 月 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種、職員健診関連事項について ・ 労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・ 別添資料のとおり ・ 産業医巡視報告について ・ 三役院内ラウンドについて ・ ガラスバッジについて | 令和7年2月28日 |
| 3 月 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種、職員健診関連事項について ・ 労働災害、病休、中途退職者、超過勤務の状況について ・ 産業医巡視報告について ・ 三役院内ラウンドについて | 令和7年3月21日 |

臨床研修管理委員会

総務係長 及川 桂子

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6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6年6月3日（月）：Zoom）

議題

- （1）令和5年度、令和6年度採用研修医の研修状況について
- （2）令和6年度臨床研修関係スケジュールについて
- （3）令和7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6年10月7日（月）：Zoom）

議題

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

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6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7日と3月26日に開催しました。

2 報告事項

(1) 業務実績について

細菌検査件数は昨年度より減少しましたが、例年と比較すると同程度の件数でした。生理検査の件数は、ホルター心電図・エコー検査は減少、心電図・肺機能検査は増加しました。診療報酬改定で、生理検査項目は点数減少項目があり、細菌検査は点数増加項目がありました。そのため、収益面では細菌検査件数の減少に比べて収益の減少は緩やかとなりました。

(2) 今年度の重点取組事項について

・インシデント事例の共有、検証

インシデント報告件数は57件（昨年度69件）と減少しました。そのうち38件は、よかったね報告でした。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。

・タスクシフト、シェアの推進

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14名が完了しています。生理部門では、甲状腺エコー、重心動揺検査を開始しました。

・コスト管理、経費削減の推進

不採算項目の適正管理として、依頼件数の少ない「HTLV I II」と「テオフィリン」を外注項目へと移行しました。また、ハロペリドール血中濃度測定を集約することで、試薬使用量の削減につなげました。

・学習と成長の視点

超音波検査士(消化器2名・泌尿器1名・体表臓器1名)、乳腺超音波評価Bを2名取得しました。

(3) 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」を行ない、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。

(4) 医療機器整備について

自動染色装置・生物顕微鏡3台（うち蛍光顕微鏡1台）が配備されました。また、薬品冷蔵ショーケースが更新されました。今後も安定して正確な検査データを提供できるよう更新整備を積極的に要望していきたいと思います。

(5) 次年度の課題

少ない人員でも精確、迅速に検査データを提供できるよう更なる業務の効率化に取り組みたいと思います。また引き続き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 北田 正美

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、多岐にわたります。メンバーは医師、薬剤師、看護師、検査技師、医療安全管理専門員、事務で構成され年間6回定期開催しています。

令和6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いました。現在の採用薬品数（試薬除く）は1,376品目、後発医薬品数684品目となっています。後発医薬品使用割合は95%であり、前年度の割合を維持しています。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、採用薬の整理を行いました。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ています。

2. 部門の実績

院内採用品目数（令和7年3月現在）

院内採用品目数（R7.3現在）

| 項目 | R5 | R6 | 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 | 2回 | 5月9日 | 7月11日 | 9月12日 | 11月14日 | 1月9日 | 3月13日 | | | |
| 本採用薬品数 | 内服薬 | 54 | 7 | 7 | 6 | 4 | 5 | 7 | 7 | 36 | |
| | 注射薬 | 44 | 9 | 9 | 8 | 10 | 6 | 4 | 8 | 45 | |
| | 外用薬 | 13 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 10 | |
| | 薬品合計 | 111 | 18 | 18 | 16 | 16 | 12 | 12 | 17 | 91 | |
| | 試薬 | 30 | 52 | 5 | 19 | 3 | 2 | 0 | 23 | 52 | |
| | その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 計 | 141 | 70 | 23 | 35 | 19 | 14 | 12 | 40 | 143 | | |
| 削除薬品数 | 内服薬 | 75 | 43 | 11 | 8 | 4 | 9 | 4 | 7 | 43 | |
| | 注射薬 | 33 | 40 | 9 | 4 | 7 | 6 | 5 | 9 | 40 | |
| | 外用薬 | 13 | 17 | 2 | 4 | 1 | 6 | 1 | 3 | 17 | |
| | 薬品合計 | 121 | 100 | 22 | 16 | 12 | 21 | 10 | 19 | 100 | |
| | 試薬 | 20 | 21 | 1 | 9 | 3 | 2 | 0 | 6 | 21 | |
| | その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 計 | 141 | 121 | 23 | 25 | 15 | 23 | 10 | 6 | 121 | | |
| 仮採用薬品数 | 薬品 | 26 | 52 | 7 | 10 | 12 | 14 | 4 | 5 | 52 | |
| | 試薬 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 計 | 26 | 52 | 7 | 10 | 12 | 14 | 4 | 5 | 52 | |
| 全院内採用薬品数 | 内服薬 | 606 | 599 | ▲4 | ▲2 | 0 | ▲4 | 3 | 0 | ▲7 | |
| | 注射薬 | 501 | 506 | 0 | 4 | 3 | 0 | ▲1 | ▲1 | 5 | |
| | 外用薬 | 227 | 220 | 0 | ▲2 | 1 | ▲5 | 0 | ▲1 | ▲7 | |
| | 検査試薬 | 712 | 743 | 4 | 10 | 0 | 0 | 0 | 17 | 31 | |
| | その他 | 51 | 51 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 計(試薬除く) | 1,385 | 1,376 | ▲4 | 0 | 4 | ▲9 | 2 | ▲2 | ▲9 | |
| | 計 | 2,097 | 2,119 | 0 | 10 | 4 | ▲9 | 2 | 15 | 22 | |
| 院内採用している後発薬品数 | 内服 | 307 | 330 | 0 | 0 | 4 | 6 | 7 | 6 | 23 | 55.1% |
| | 注射 | 218 | 237 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 19 | 46.8% |
| | 外用 | 108 | 113 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 5 | 51.4% |
| | その他 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7.8% |
| | 計 | 637 | 684 | 3 | 3 | 9 | 10 | 10 | 12 | 47 | 49.7% |
| 院外専用本採用となった薬品の増減 | 371 | 417 | 8 | 5 | 4 | 11 | 14 | 4 | 46 | | |

診療情報管理部会

主任 高館 裕子

1 紹介・概要

診療情報管理部会（旧：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。

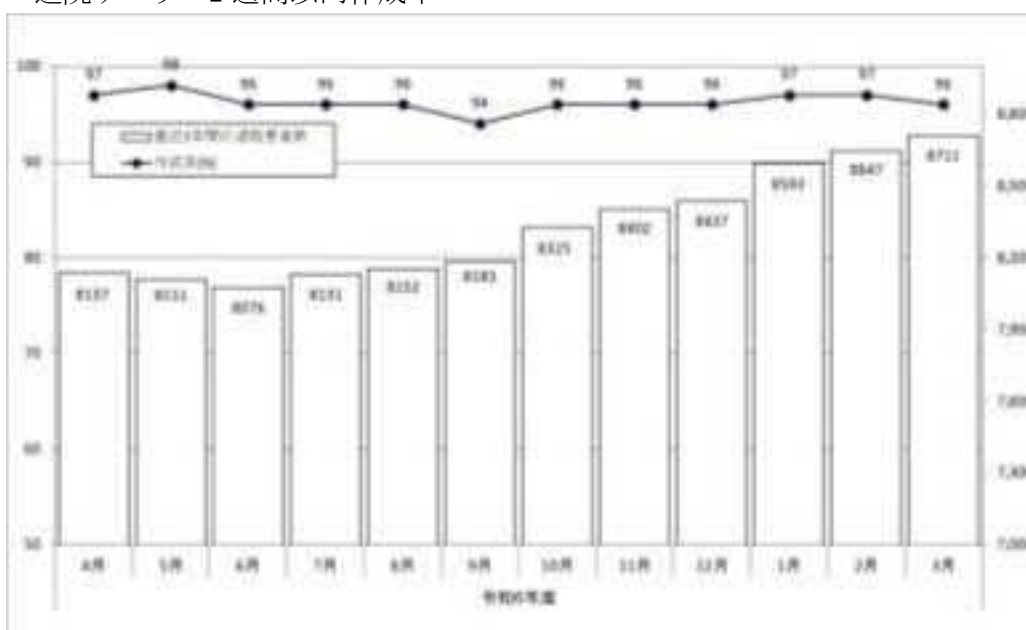
委員会では、毎月のサマリーの作成状況・疾病統計などや、岩手県医療局で定める診療録監査項目に沿った量的監査・質的監査の結果を報告しています。

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 4件 |
| 7月 | 循環器内科 4件 |
| 8月 | 緩和医療科 1件、小児科 2件、新生児科 1件 |
| 9月 | 形成外科・耳鼻咽喉科 各2件 |
| 10月 | 歯科口腔外科・救急科 各2件 |
| 11月 | 産婦人科 3件、眼科 1件 |
| 12月 | 消化器内科 3件、呼吸器内科 1件 |
| 1月 | 脳神経内科・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 | 外科 3件、総合診療科 1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 藤原 教徳

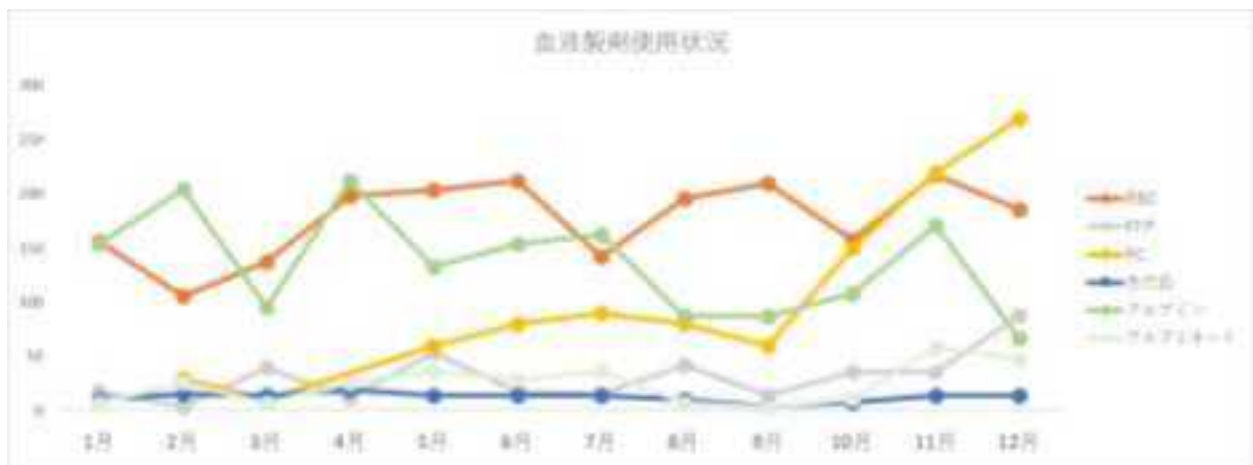
1 紹介・概要

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6年 年間使用状況



FFP/RBC 0.14 (基準値 0.54)

ALB/RBC 0.89 (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 令和6年度 減耗金額 218,724 円 減耗率 0.58%
- ③ タスクシフトシェアの一環として検査科での外来および手術室への血液製剤搬送
- ④ 医局会での輸血に関する情報提供と注意喚起
- ⑤ 血液製剤適性使用マニュアル改訂

褥瘡予防対策委員会

主事 菊池 孝幸

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

褥瘡取り組み発表会開催

褥瘡予防対策マニュアル・患者パンフレットの整備

院内褥瘡発生患者の症例報告

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ています。

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ました。

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・検討を行いました。

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いました。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いました。

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みました。

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いました。

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 | 36 | 27 | 32 | 33 | 29 | 30 | 37 | 42 | 31 | 40 | 28 | 35 | 400 |
| 3西病棟 | 25 | 15 | 15 | 16 | 13 | 16 | 15 | 12 | 17 | 10 | 21 | 26 | 201 |
| 3東病棟 | 25 | 39 | 20 | 20 | 30 | 31 | 33 | 27 | 36 | 29 | 29 | 21 | 340 |
| 4西病棟 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 3 | 10 |
| 4東病棟 | 5 | 8 | 3 | 1 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 37 |
| 5病棟 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 15 |
| 合計 | 93 | 92 | 73 | 72 | 76 | 81 | 91 | 86 | 89 | 84 | 79 | 87 | 1,003 |

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ます。褥瘡カンファレンスの開催、創傷テンプレート作成やマットレスの使用基準変更・MDRPU予防の取り組みなど、各病棟で褥瘡ケアの質向上に向けて取り組みました。

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ます。今年度は、スキナーケア予防パンフレット、褥瘡対策マニュアルの見直し、基本的なスキンケア、圧とずれなどについて短いセンテンスでのビデオ研修会を実施しました。視聴しやすいので多数の方が参加してくれました。オムツの変更や陰部洗浄において泡洗浄剤使用の検討など看護の質を担保しながら医療材料費削減にむけた取り組みも実施しています。

また、施設職員への褥瘡の勉強会の実施など、地域の褥瘡ケアの質向上に向け取り組みました。

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」という運用規程を作成し、その規程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。

年一回の開催が義務づけられており、また必要に応じて開催しております。

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

(1) 令和6年7月24日（水）第1回委員会開催

内容

- ① 令和5年度放射線管理状況報告書の提出について
- ② 令和6年度業務従事者、新規登録の予定について
- ③ 教育訓練
- ④ 放射線取扱主任者定期講習 受講時期について
- ⑤ 令和6年度業務従事者健康診断・自主点検の予定
- ⑥ 放射線測定器の点検・校正予定
- ⑦ 放射線障害予防規程の一部改定について

(2) 令和7年3月17日（月）第2回委員会開催

内容

- ① 業務従事者新規登録の報告
- ② 認定資格受講状況
- ③ 個人被ばく線量報告
- ④ 放射線漏洩線量・自主点検結果
- ⑤ 放射線測定機器の点検・校正
- ⑥ 適時調査報告
- ⑦ 来年度の予定
- ⑧ その他（治療件数の推移）

(3) その他

昨年改定した放射線障害予防規程について原子力規制委員会より意見をいただき、その内容を鑑みて一部改定を行い、令和6年9月1日から施行といたしました。

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議会(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
- 2025年3月 栄養サポートチーム稼働施設認定更新(2025年4月1日～2030年3月31日)

2 活動報告

- ・NST回診 毎週木曜日 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、歯科衛生士、
 管理栄養士、調理師

令和6年度 栄養サポートチーム介入件数 回診回数：44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 | 18 | 28 | 8 | 12 | 3 | 19 | 24 | 19 | 23 | 17 | 20 | 18 | 209 |
| 栄養サポート加算算定件数 | 17 | 22 | 4 | 11 | 11 | 18 | 10 | 7 | 18 | 17 | 19 | 15 | 169 |
| 歯科医師連携加算算定件数 | 12 | 17 | 4 | 11 | 11 | 13 | 10 | 3 | 18 | 17 | 19 | 11 | 145 |

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：103 回（毎週木曜日）
- ・ラウンドのべ患者数：73 名
- ・呼吸ケアチーム加算対象件数：46 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 |
| 34 名 | 16 名 | 3 名 | 3 名 | 5 名 | 10 名 | 1 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：9.9 日 最長装着期間：61 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 |
| 52 名 | 17 名 | 3 名 | 1 名 | 0 名 |

2) 勉強会の開催

- (1) ニヴァイロマスク研修会（講師：Fisher & Paykel、HOKURYO）

対象病棟 4 東病棟 2 回、4 西病棟 2 回、外来 2 回

- (2) トラックケア研修会（講師：業者）：参加者 40 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) 入退院支援加算等の算定状況
- (3) 地域連携パスの実績
- (4) どこでも医療講座の実績
- (5) 医療従事者向け研修会の実績
- (6) 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
- (7) 連携施設訪問の実績
- (8) 連携医療機関向け広報誌「連携いわい」
- (9) 病院ホームページのフルリニューアル（全面改訂）

2. 活動実績・報告

今年度、行事・イベント関係は、コロナ開けで昨年度から本格的に再開されたものを引き続き実施し、さらに伸ばした年となりました。特に一般向けの講演等について、職員の出前講座である「どこでも医療講座」の依頼は全18件／延べ300名を超える市民の方々の参加があり、一関市と共催で毎年開催している「磐井病院市民講演会」では、“心臓・循環器系疾患”をテーマとして“心筋梗塞”“血液さらさらにする薬”“心肺蘇生法”の内容を医師・薬剤師が講演し、100名を超える事前申込みをいただくなど、いずれも大変好評を得て充実した内容となりました。

また、当院から近隣機関への「連携施設訪問」でも、栗原／登米／気仙沼といった宮城県北地域へ範囲を拡大し、年間では延べ50箇所以上の施設へ実施しました。診療科は限られますが、訪問した病院からの紹介・転院が増加するなど、普段からの病院間の連携部門同士のつながりが大事であることも、あらためて実感したところです。

連携室としての取り組みでは、課題であったホームページのフルリニューアルが大きな業務でした。旧サイトが現在としては古くわかりにくい構成となっていたことから、「見やすく、分かりやすく」を念頭に、院内各部署・職種の協力を得て約半年間の更新作業を進め、新サイトを公開することができました。今後はさらに、職員ページや各種動画の掲載など、院内外に向けての活用を考えています。

次年度への課題としては、今年度やり残している地域のニーズを把握するための市内医療機関向けのアンケート調査の実施、介護機関・ケアマネ等との連携、SNS発信の見直し等がありますので、地域医療福祉連携室／患者支援センターとして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6年5月17日）

○報告事項

1. 令和6年度リハビリテーション科運営委員会委員名簿
2. 令和6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5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5年度リハビリテーション技術科収支について
5. 令和5年度重点取組事項(BSC)結果と令和6年度BSC目標について
6. 令和6年度実習生受入予定について

○協議事項

1. 診療報酬改訂について
2. 業務交流について

第2回リハビリテーション技術科運営委員会（令和6年12月26日）

○報告事項

1. 令和6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6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6年度上半期重点取組事項（BSC）の結果について

○協議事項

特になし。

クリニカルパス委員会

主任 菅原 めぐみ

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、以降はハイブリッド形式で開催継続しています。

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(4/16) 委員会運営・役割分担について

第 2 回(5/21) 院内教育研修計画、委員会運営・役割分担について

第 3 回(6/18) 院内 e-learning について、アウトカムの見直しについて

第 4 回(7/16) 院内 e-learning について、経過観察パスについて

第 5 回(8/20) 公開パス大会について、院内教育研修について、指導等の組み込みについて

第 6 回(9/17) パスの整理について、アウトカムの統一について、局主催研修会について

第 7 回(10/15) パス学会について、院内 e-learning について、経過観察パスについて

第 8 回(11/19) 公開パス大会について、不穏・不眠時の指示薬について

第 9 回(12/17) 公開パス大会について、経過観察パスの看護記録について

第 10 回(1/21) 公開パス大会について、公開パス大会演題発表練習

第 11 回(2/18) 次年度パス学会について、パス組込薬剤の供給制限に係る対応について

第 12 回(3/18) 次年度公開パス大会について、院内 e-learning について

