

看護部

【人員体制】

看護本部長 1 名、副看護部長 4 名
 看護師長 20 名、副看護師長 8 名
 主任 18 名、助産師 27 名、保健師 60 名
 看護師 346 名、准看護師 24 名
 看護補助者 56 名、歯科衛生士 2 名
 クラーク 7 名

(非常勤含 / 2020 年 4 月 1 日現在)

【概要】

2020 年度は COVID-19 感染症 (以後 COVID) 蔓延の影響で外来・病床等、COVID 感染者の対応に追われた。発熱外来や COVID 病床の設置、職員は COVID 感染拡大防止のため 3 密回避、ソーシャルディスタンス・マスク・手指衛生の徹底、就業前の自己検温、外出時の注意事項を守ること努めた。しかし、入院後の患者にコロナ陽性者発生や救急患者対応での濃厚接触で看護師の就業制限や一時病棟閉鎖も生じた。この緊迫した現状の中で看護職を含む病院全職員は地域の人々が安心・安全な医療を受けられるよう活動した。

2020 年診療報酬改定では政府の政策課題である人生 100 年時代に対応した生涯現役社会の実現を受け、基本視点の重点課題に医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進がある。看護部はその取り組みの一つとして有給休暇 5 日以上取得を積極的に実施した。また、各部署は加算基準の見直しに対応することで病院経営に参画した。

【取り組み・実績】

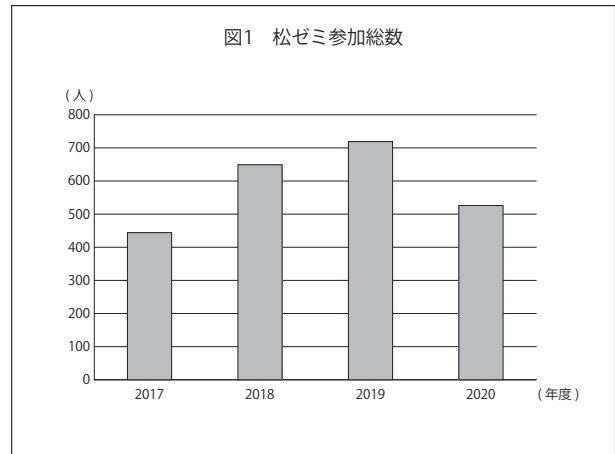
看護部ビジョンは、2019 年度に引き続き「地域で生きる生活者＝患者を看護する」とした。看護部目標は、1) 看護職育成を強化し専門的で質の高い看護の提供、2) 社会情勢に対応できるチーム医療強化、3) 安全・安心な療養環境の確保、4) 離職防止につながる働き方改革、5) 看護人員確保し在宅看護・介護支援向上の 5 つとした。

各目標の評価指標は 1) に対し①松ゼミ参加者数②固定チームナースング達成率③各カンファレンス実施数④各部署役割達成、2) に対し①認知症ラウンド・カンファレンス件数②せん妄ハイスクリーニング実施率・算定件数③多職種カンファレンス実施数 3) に対し①転倒・転落レベル 3 以上減少②

新規褥創発生率 1.4% 未満、4) に対し①時間外時間 10% 減少②有給休暇 5 日以上取得③離職率昨年度より減少、5) に対し人員確保を①新人看護師 40 人②既卒看護師 30 人を上げた。

〔1〕の結果]

①松ゼミ参加者数



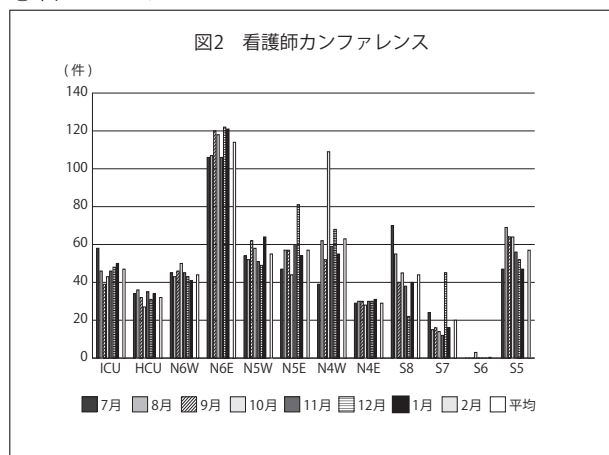
松ゼミは毎年参加人数が上昇していたが、今年度はコロナ感染症対策にて、3 密を避け人数の制限をした点や外部の方に対しては情報配信しなかったなどが要因で人数が減少した。オンデマンド受講は 10 月から開始した。来年度からは積極的に導入し、連携施設にも提供できるように地域連携室や企画と協力を図り看看連携、多職種連携につなげていきたい。

②固定チームナースング達成率

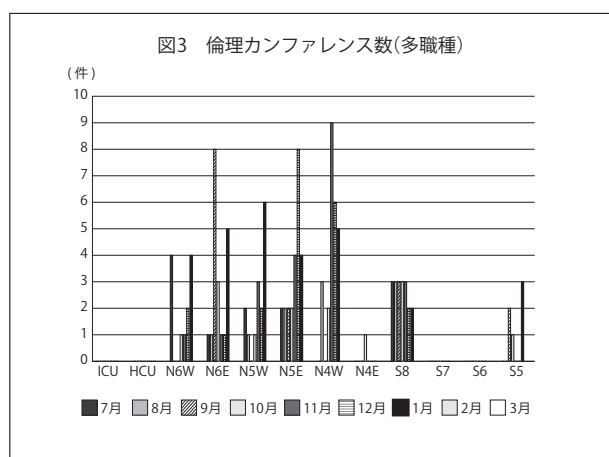
項目	率
1. チームリーダーの役割と業務	51.3
2. 日々のリーダーと役割と業務	78.2
3. 受け持ち看護師の役割と業務	81.3
4. 日々受け持ち看護師の役割と業務	92.4

役割と業務を理解して実施できているかどうか調査した結果、チームリーダーが達成できていないため、チーム全体での看護の質向上を導きだせてないことが考えられる。そのため基準・手順委員会中心に活動した (基準・手順委員会参照)

③各カンファレンス



看護師で実施するカンファレンスは回復期リハビリテーション病棟（以後、回りハ）以外は毎日1事例以上実施できている。回りハは多職種カンファレンス中心に実施できている。



多職種で取り組む倫理カンファレンスは部署によって件数に差がある。しかし看護師が実施する倫理カンファレンスは毎月1件以上できている。倫理カンファレンスは件数だけでなく終末期看護や意思決定支援など事例を通して患者に適した関わりを倫理的に考え選択することに心掛け実践した。来年度は、多職種での倫理カンファレンスを実施する件数を増やし、その結果から個々の倫理的感性を高めることに繋がり患者にとって最善なケアができるように努めていく。

④各部署役割達成 [2] の各部署役割結果に含む

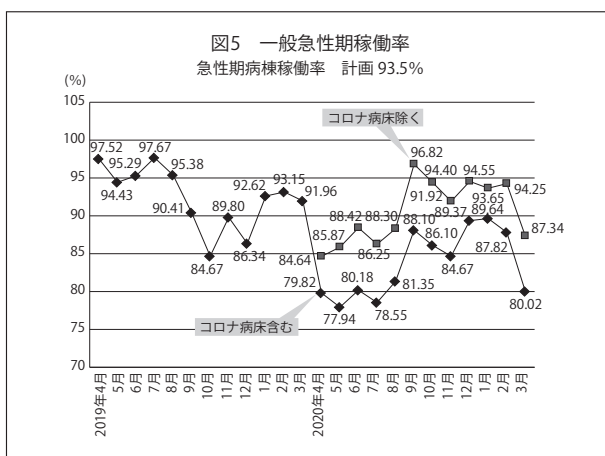
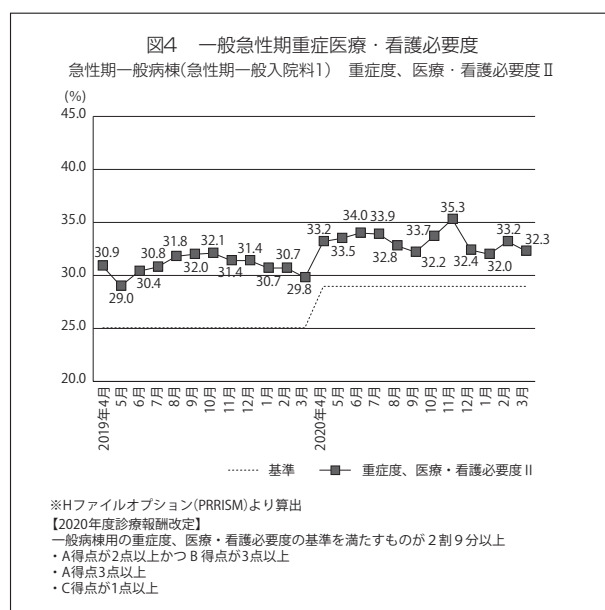
2) 各部署役割結果

(1) 一般急性期病棟

2020 年度診療報酬改定の急性期一般入院料 1

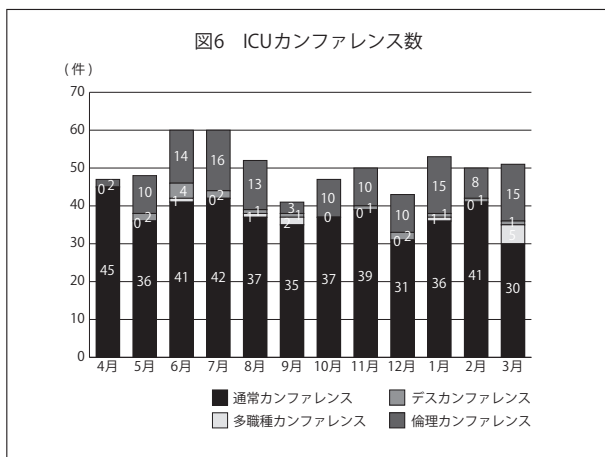
の重症、医療・看護必要度Ⅱでは、重症度 25% から 29% 以上保持が必要となった。患者の診療内容や状態に応じて PFM を中心に適切な病棟異動の実施や入院時より退院支援が必要な患者・家族には MSW と協力し計画的に他施設への転院を行った。(図 4 参照)

2020 年 2 月頃より一般急性期病棟は COVID 感染症疑い患者を陰圧室にて管理し検査結果を待ち病床を決定した。急性期病棟の一部を軽症・中等度の COVID 感染患者を受け入れる病床とした。担当する看護師は感染管理を徹底し対応したが、経験したことのない感染症へのストレスは図りしれなく臨床心理士の面談を適宜行った。2021 年に入っても感染蔓延は収束することなく、現在も続いている。今後も看護師の精神的身体的ストレスへの対応を継続的に実施し各部署協力して安心・安全な環境作りを目指していく。

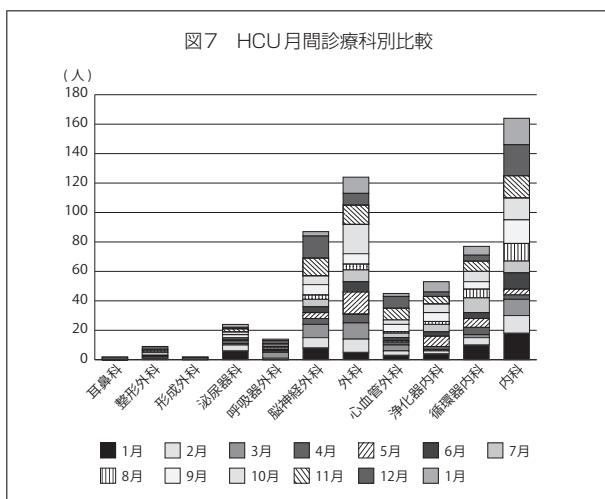


(2)ICU・HCU

ICU8床は2020年度の改定でICUの加算に加え患者の早期離床、在宅復帰を推進する視点で栄養管理の評価が加わった。重症患者で高齢化も伴うなか看護師は状態変化に注意しながら早期経腸栄養等を管理していく必要がある。そのため計画的に学習会を実施し多職種と協力している。しかし、カンファレンスとして実施できていない現状がある。今後はリーダーから意識的に多職種とコミュニケーションを取り患者のADL維持を目指し看護実践する。



HCU20床(現在12床稼働)2020年10月よりHCU加算は2から1に変更となった。よって病床は15床から12床と変更となり看護体制は5:1から4:1となった。診療科は内科に続き外科が多く多岐にわたる科が入室する。そのため、学習会の強化をはかり患者に適したケアの実施、急変・異常時の早期発見・報告に努めている。今後も学習会やカンファレンス等にて個々の患者にあった看護過程を実施できるようにしていく。



(3)回復期リハビリテーション病棟

2020年度「回復期リハビリテーション病棟入院料1」を算定し、2020年度の平均稼働率85.3%であった。前年度と比較し0.8%増となった。入院患者疾患別の内訳は、脳血管疾患43.3%、運動器疾患40.9%であり、転入件数は昨年度とは違い脳血管疾患患者が増加した。昨年度と同様に脳血管疾患患者を多く受け入れている病棟といえる。病棟目標である「回復期リハビリテーション病棟入院料1に応じた適正稼働」では、施設基準である「新規入院の重症患者(日常生活機能評価10点以上)」は、平均42.12%であり昨年度より6.42%増となっている。要因として超高齢化により筋力の衰えと共にCOVID感染のため外出を控えたことも考えられる。

「在宅復帰率」は平均84.45%、「退院時の重症患者改善率」は、平均63.9%であった。施設基準の維持ができており、昨年度と同様に適正稼働ができたと考える。

病棟での事故報告で最も多い転倒事故は件数減少を目標にするのではなく、セラピストと連携を強化しケア・療養環境を整備する取り組みとした。転倒カンファレンス件数は月平均32人に対し66件を多職種で実施した。回復期リハビリ病棟は、「退院後を見据えた医療、看護を提供する」を目標に今後も継続して取り組みを行う。

(4)地域包括ケア病棟

2020年度の診療報酬改定により地域包括ケア病棟の施設基準が変更され、「地域包括ケア病棟入院料2」を算定することとなった。在宅復帰とみなされる退院先が変更されたため、在宅復帰率7割以上を維持するために退院先が転院や老健となっている患者の受け入れを制限し、在宅復帰率は平均88.27%と高水準を維持した。また、白内障手術入院や糖尿病教育入院などの予定入院とサブアキュートとして自宅で療養され病状悪化による緊急入院の受け入れを積極的に行い、入院率は43.9%と施設基準を上回ることができた。在宅復帰率が高水準で維持されているため、ケアミックス型病院として、ポストアキュートの機能を活かし、退院支援の必要な患者の受け入れを増加させることも必要であると考え。退院支援に関しては、担当MSW・理学療法士・病棟薬剤師・病棟栄養師とともに退院調整カンファレンスを継続し

図10 退職理由

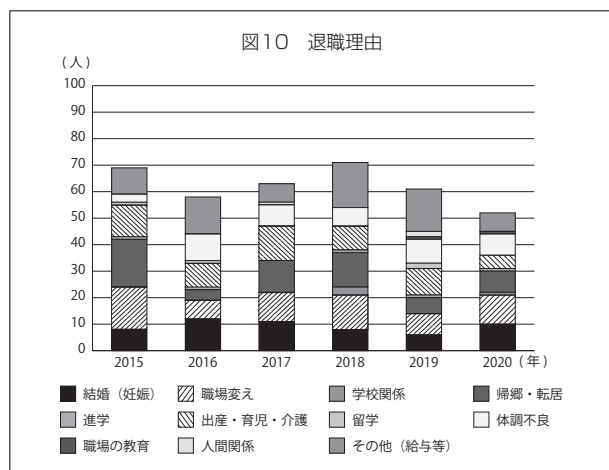
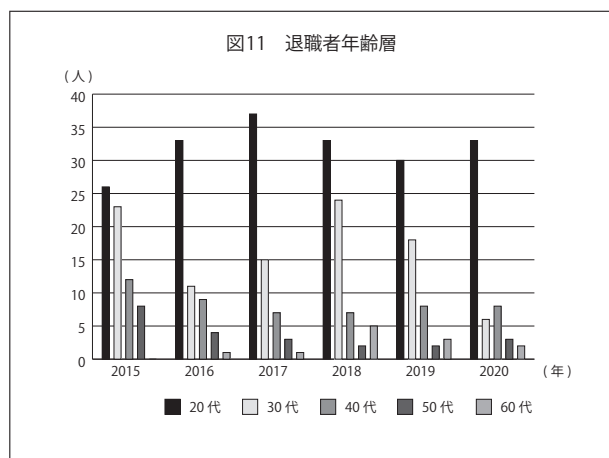


図11 退職者年齢層



離職率は昨年度 14.3% から今年度は 11.9% と、2.4% 減っている。最終目標としている 10% よりも多いが 2018 年度より毎年減ってきている。今年度の退職者は 30 代以外、昨年度と変わらない人数であり 20 代の退職が多い傾向は継続している。退職理由としては職場替え、結婚、帰郷・転居、体調不良の 4 つが占める。本年度は出産・育児での退職者が少ないことが退職人数に影響していると考えられる。子育て世代の看護師が継続して働ける環境を整えることや、どの年代も働きやすく、自分の看護ができる環境作りが大切である。

【今後の展望】

COVID 感染症の収束は全くわからない状況であり、国や都道府県の政策は明確でない中、医療の現場は常に感染症と戦いながら診療・看護を継続していかなければならない。看護職をはじめとする医療従事者には業務の負担だけでなく精神的なストレスが重積している。疲弊する看護職が離職する前に労働環境を少しでも改善することが大切である。

2020 年度の診療報酬基本視点の状況を確認し、新たにできることを考えていく。

①医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進が重点課題に対しては有給休暇 5 日以上より多く取得する。当施設の労働環境を整えるには第一に看護職人員確保が重要であるため、来年度の新人看護師確保や 1 年を通して中途採用者を確保していく。

②患者・国民にとって身近で安心・安全で質の高い医療の実現は多職種のチーム医療推進と多職種カンファレンス・倫理カンファレンスを積極的に実施していくことが必要である。また、患者さんに寄り添う看護師、患者さん個々に合わせた療養環境を整備できる看護師の育成に取り組んでいく。

③医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進は地域連携室と協力して ICT の活用を充実しオンライン研修等で連携を進めていきたい。

〔文責：伊藤妙登美〕

委員会活動

【教育委員会】

2020 年度は 1. クリニカルラダー教育の定着と研修の充実を図る、2. 各チーム活動を充実させ、看護師としてのキャリア開発を支援するという 2 つの目標の下活動を行った。

主な活動内容は、クリニカルラダーの実践能力評価表による適切な実践能力評価の推進、院内研修の企画・運営、新人看護職員教育の充実とした。また、看護専門部会とも協力し、院内認定教育の充実を図った。

2019 年度に改訂したクリニカルラダー教育システムに則り、人材育成を行った。2020 年度には看護部の教育目標に沿って、育成したい看護師像を抽出し、看護実践、コミュニケーション、看護倫理、継続看護、看護観の 5 領域で研修を企画した。新型コロナウイルスの拡大防止のため、院内研修の開催には感染対策を徹底して実施した。オンデマンド研修も取り入れた。昨年度より研修後の現場支援を充実させ、研修で学んだことを実践に活かすことができた。2 月にラダーレベル認定委員会を開催し、レベルⅢ 21 名、レベルⅡ 31 名、レベルⅠ 25 名を認定した。レベルⅣ 4 名とⅤ 4 名の受講者に関しては、評価基準を十分に満たしておらず、今回の認定を見合わせた。認定委員会において、評価に透明性を持たせるため、より高度で複雑性の増すレベルⅣとⅤについては、さらに詳細な評価基準を作成することとした。今後は、就業時間内での研修時間の確保を行い、当院の求める看護職員の育成を充実させることや看護管理領域におけるマネジメントラダーの構築が課題である。

新人看護職員教育においては、実践の場での即戦力の育成から、1 年をかけて段階的に成長できるような教育プログラムへと変更した。月ごとの成長目標を支援し、安全確保のため看護技術は実践レベルに到達したことを教育担当者や部署管理者が確認した。今後、コロナ禍で実習を十分履修していない新人看護職員の入職が予測されるため、実習内容を補填するためのプログラムの見直しや現場への適応を促進する教育プログラムが必要になると考える。

次年度は、看護管理者のためのマネジメントラダーシステムの構築とともに、より安全に看護技術を提供するために IV(静脈注射) ナースの教育・認定システムの構築に取り組む予定である。

〔文責：棚町祐子〕

【基準・手順委員会】

2020 年度の活動目標は 1. 看護基準・手順の改訂を行う。2. 看護手順と看護実践が一致するように検討し実践できるように周知する。3. 安定・継続したケアの提供を行うとした。1 については前年度からの継続項目であり、担当により内容を見直してきた。まず男性の導尿の手順や輸血マニュアルに造血幹細胞移植について追加。逝去時のマニュアルにはご遺体の移送方法の変更と保冷庫から剖検室への移送方法の修正・追加をした。向精神薬マニュアルの管理表と薬剤名の変更に伴い内容を改定した。また、CV 抜去時に空気塞栓のリスク報告があり、CV 抜去後は圧迫止血後フィルムドレッシング材にて保護するよう看護マニュアルを改訂した。他尿管ステント術後の患者の抜去事例より紐付きの尿管ステントが留置されている場合は必ず医師がカテーテルを抜去すると追加した。この様に現場で発生した事例からもマニュアルの内容を早急に見直しすることが出来た。

2 については、ナースングスキルを活用出来るようにシステムの構築を目指した。新人看護師から中堅看護師、看護管理者まですべての看護職の教育をサポートするものである。全部署に関連する内容を 24 項目選出し、毎月 2 項目の課題に取り組むこととした。毎月 3 週目までに課題を終了し 4 週目に委員で実施確認し評価した。毎月の流れを経験しながらナースングスキルの課題設定と確認方法のマニュアルを作成、各病棟で試用実施を終了し、来年度は各病棟が本実施できるようにつなげていく。

3 については「固定チームナースング」の定着を目指した。数年前に看護提供方式の「PNS」の導入があった。この時期に学んできたスタッフが「固定チームナースング」のリーダー業務に相当するが、看護提供方式の変更で「固定チームナースング」のリーダーの役割の不明瞭さが見受けられた。またリーダー以外のスタッフの役割も不明瞭であったため、「固定チームナースング」定着までに 2~3

年を目処とし、1年目の今年は「各それぞれの役割の基本を知る」を目標とした。それぞれの役割と業務をチェックシートで確認し弱点を見出した。その後役割を理解してもらうため「固定チームナーシング」とは何かを委員によって各部署にプレゼンテーションを実施した。その結果、役割の確認と理解を得ることができた。そして、リーダーシップが取れていない、カンファレンスができいていないなどの不足部分も明確となった。次年度はリーダー・メンバー個々の育成を目指して業務内容の確認を定期的実施し、定着出来るようにしていく。

〔文責：佐藤裕子〕

【看護過程委員会】

2020年度看護部活動目標内容である1.個々にあった看護問題・看護計画・看護過程ができる、2.他職種と連携し入退院支援ができる、を委員会目標として活動を行った。

医療看護必要度・看護記録監査・カンファレンスの3つのチームで活動を実施した。

1. 医療看護必要度チーム

- ①医療看護必要度B項目内容の監査実施
- ②e-ラーニングによる継続学習の実施

2. 記録監査チーム

- ①3.7日記録監査の確認と適切な監査の実施
- ②適切な看護記録内容の指導

3. カンファレンスチーム

- ①他職種カンファレンスの増加
- ②カンファレンス内容の充実

1. 医療看護必要度チーム

病棟別看護必要度監査集計結果から各病棟80%以上整合性が図れている。しかし、監査後の個人スタッフへのフィードバックが不十分のため、記録の教育として実施を継続していく必要がある。医療看護必要度マニュアル内容の見直しを実施。継続学習である医療看護必要度eラーニング結果は、前期・後期とも再テスト実施。2月末までにすべてのスタッフが合格することができた。再テスト参加者には各部署で偏りがあるため部署委員は積極的な働きかけが必要である。

2. 記録監査チーム

看護記録監査表から各病棟実践率平均90%まで

上昇することができた。全体のチェック項目の中で入院診療計画書が不足している結果となった。入院診療計画書は主治医に依頼する必要があるが各部署それぞれ依頼している現状があるが十分な協力が得られない結果となっている。

3. カンファレンスチーム

各部署他職種カンファレンス10件/月以上実施できるように定着できている。他職種カンファレンスを通して入院から退院までの調整に繋がれる事例もありチーム医療として各部門と連携できるカンファレンスを継続していく必要がある。

【次年度の課題】

①記録監査チーム

記録監査については継続的に確認していく必要がある。入院診療計画書については委員会活動を通じて医師へ積極的な協力が得られるように取り組みが必要である。

②医療看護必要度チーム

診療報酬改定に伴う当院の医療看護必要度マニュアル変更が適宜必要になるため今後はマニュアルについて検討が必要となる。しかし、セルフケアなどの記録については基本ベースが必要のため次年度取り組みを検討する。院内研修の看護必要度eラーニングは毎月1回以上のログインと試験実施を継続学習として年に1回の20点合格とする。上半期毎に確認して再試験を計画していく。

③カンファレンスチーム

他職種カンファレンスの定着を行い、看護の質向上を行う必要がある。入院から退院まで見据えて他職種での関わりを継続していけるように取り組みが必要である。

〔文責：筋野恵里〕

【接遇委員会】

2020年度は、「専門職として誇りを持った接遇ができる」を委員会目標とし、

1. 挨拶ができる。
2. 正しい身なりを整えることができる（接遇マニュアルの見直し）
3. 正しい言葉遣いができる。
4. クレーム内容を共有し改善できる。

以上4つを活動内容に掲げ、委員による部署内活動と小集団活動を行った。

部署内活動としては、接遇に関連した問題を委員によって抽出し、部署内活動計画を立案した。問題は年間を通して改善できるように取り組んだ。取り組み内容は、①接遇委員が部署でのロールモデルとなる。②他部門とも積極的に挨拶をする。③マナーガイドに準じた身なりをする。④電話対応や、患者・家族対応、スタッフ間において適した言葉を選択し対応する。⑤委員会で経過と結果を報告し情報共有する。⑥基礎知識（ナースングサポート、スキル）を身につけるとした。

小集団活動では、1) 挨拶チーム 2) マナーガイドブックチーム 3) 言葉遣いチームの3つのチームに分かれ取り組んだ。1) 挨拶チームでは、職場環境改善に繋がると考え、スタッフ間の挨拶が一日に何人出来るか調査を行い、その結果から20人以上挨拶ができるよう目標を立てた。部署間での取り組みにより差はあるが、委員の声掛け活動で意識の改善がみられ再調査の結果20人以上挨拶できる部署が多くなった。2) マナーガイドブックチームでは、今年度看護師ユニホームの変更に伴いマナーガイドブック看護師欄の見直しを1年かけて検討し変更や追加、削除を行った。次年度マナーガイドブック改訂版が発行される予定となり、修正案を提出するとともに改定した内容を各部署へ周知することができた。3) 言葉遣いチームでは、マナーガイドブックから5つの言葉のワードを選択し、各病棟スタッフに使用状況の自己評価を実施し集計・分析した結果から、言葉を一部修正し再度自己評価及び他者評価を実施した。結果正しい言葉の使用状況の改善がはかれた。さらに5つの言葉のポスターを作成の各病棟に掲示したところ使用状況の改善がはかれた。今後も正しい知識を見つけ、日々の確認・指導を行い接遇が向上できるよう努めていく。

〔文責：佐藤裕子〕

1. 誤薬事故（点滴・内服薬）に関する事故減少に関しては、325件/年で、昨年（344件）と比較19件減少、約10%減少目標は達成できなかった。事例内容は、内服薬は無投与、点滴は速度超過、インスリンは無投与、BS測定忘れが多かった。医療安全委員による手順の確認ラウンド、定期的な「点滴ライン確認」「患者確認手順」のチェックを実施し、手順の遵守に努めスタッフの意識を高めた。

2. 転倒・転落事故は、325件/年で、昨年（379件）と比較54件減少し17%減少し、レベル4以上の骨折事例は16件減少した。

3. 患者誤認事故は、点滴・内服薬で患者誤認12件発生した。いずれも患者名を確認せず、思い込みにPDAの未使用による投与があった。マニュアルを遵守していれば防止できる事例あり、今後も手順の遵守の徹底、指導を行っていく。2) 搬出時のPDAでの搬出登録は約90%でき、帰室時は約20%に達しなかった。来年度は実施率を上げるようチェックしていく。

4. ワーキンググループ活動は、それぞれの課題に対し計画を立て活動し、中間・年度末活動発表を行い成果と課題の共有を行った。

身体的拘束ワーキンググループでは、身体的拘束解除に向けたカンファレンス内容を検討し、電子カルテにテンプレートを作成し統一したカンファレンスができるようにした。ケア項目に、拘束部位を入力することで、身体的拘束患者が把握でき全使用患者の数値化をできるようにした。患者誤認ワーキンググループではPDA使用実施数の把握、どのようにしたら使用できるかの検討を行った。事故事象検討ワーキンググループでは、各部署の重要事象に関してRCA分析を委員で考え検討し、各部署スタッフにフィードバックと教育を行った。来年度も継続し医療安全委員のスキルアップと現場での問題点解決、事故防止に努め継続的に実践していく。

〔文責：酒井孝則〕

【医療安全看護部対策委員会】

2020年度目標は、1. 誤薬（点滴・内服薬）事故件数10%減少。2. 転倒・転落事故10%減少。3. 患者誤認0件。1)PDAでの確認の徹底。2) 患者搬出時の出棟登録、帰室登録の周知徹底。4. グループ編成を行い、ワーキンググループ活動を実践した。

現任教育

1. 新人看護職員教育

今年度より新人看護職員教育プログラムをして、年間の研修計画を立案し、運営した。まず、施設全体のオリエンテーションはオンデマンド配信により実施し、看護部オリエンテーションを6日間行った。新型コロナウイルスの感染防止対策として、数グループに分けて研修を実施したため、理解に差が出ないように、同一の講師が行い、現場での理解の確認を徹底した。主なオリエンテーション内容は、看護部の理念の理解、看護提供体制、医療安全体制や感染対策などであった。その後、厚生労働省による新人看護職員研修ガイドラインに基づき、必要とされる看護技術について、毎月研修を実施した。看護技術は研修を履修した後に各部署での技術確認を行うよう徹底し、eラーニングを用い、当院の看護手順や医療知識などを学習できるようにした。研修が終了してから、看護実践を行うことを全部署で統一したため、部署間の教育の差は最小限に抑えられ、段階的な成長に結びついた。技術確認に関してもeラーニングを利用して行うよう変更した。eラーニングを用いることで、経年的な評価に結びつくと考えられるため、今後評価を要する。年間を通しての新人研修を初めて行ったが、研修開催時期は適切であったと評価できた。

2. キャリアラダー研修

1) クリニカルラダー研修

教育委員会を中心に、2019年度に改訂したクリニカルラダー教育システムに則り、人材育成を行った。2020年度には看護部の教育目標に沿って、育成したい看護師像を抽出し、看護実践、コミュニケーション、看護倫理、継続看護、看護観の5領域で研修を企画、運営した。

2) ラダーⅠ研修

心停止を回避するための基本的な患者観察や対応(看護実践)、社会人基礎力、コミュニケーションの基本(コミュニケーション)、医療倫理の基礎知識(看護倫理)、継続看護の基礎知識、当院の役割(継続看護)、自己と他者の考えの違いを知る(看護観)の研修を行った。

3) ラダーⅡ研修

患者変化のアセスメントを用いた報告と対応(看護実践)、メンバーシップの発揮(コミュニケーション)、倫理問題に関するアプローチ法(看護倫理)、入院時からのアセスメント(継続看護)、看護のリフレクション(看護観)の研修を行った。

4) ラダーⅢ研修

リーダーとしての患者安全管理①(看護実践)、リーダーシップとリーダーの役割(コミュニケーション)、倫理的問題に対する意思決定支援(看護倫理)、生活をつなぐための支援(継続看護)、患者心理を考える(看護観)の研修を行った。

5) ラダーⅣ研修

リーダーとしての患者安全管理②(看護実践)、チーム運営におけるチームリーダーの役割(コミュニケーション)、意思決定支援の実践(看護倫理)、意思決定支援と継続看護(継続看護)、看護の概念化①(看護観)の研修を行った。

6) ラダーⅤ研修

リーダーとしての患者安全管理③(看護実践)、チーム運営の指導(コミュニケーション)、倫理的問題に関する課題検討(看護倫理)、多職種連携(継続看護)、看護の概念化②(看護観)の研修を行った。

3. 指導者研修

1) 実地指導者研修

これまで実地指導者研修として、実地指導者を行っている者に対し、実際に指導を行いながら抱える問題解決を行う研修を実施してきた。その中で、他部署の指導者と問題解決をすることで、新たな考えや方法を知ることができ、有意義であったという評価がある一方、指導方法が分からないまま実地指導を行うこととなり、不安であったという評価があった。そこで、今年度より実地指導者研修の内容を変更させ、実地指導を担当する前年に実地指導の目的や方法、メンタルヘルス支援などの研修を実施した。研修を受けた者は次年度に実地指導を担当することとなるため、次年度以降で研修評価をして

いくことが必要となる。また、実地指導者には技術トレーニングを実施し、看護技術が安全に提供できるように技術指導や技術確認の方法を教育した。これにより、部署間での技術格差がなくなることを期待する。

4. 看護研究

今年度より外部講師の指導がなくなり、看護研究をクリニカルラダーに組み込み段階的に能力をつけるよう計画した。看護研究の経験の浅い看護職に対しては、井龍副看護部長による個別指導を受けられるようにした。その結果、3名が研究計画書の作成に取り組むことができた。次年度以降、この研究を進められるようにさらなる指導が必要である。

5. 看護補助者研修

看護補助者に関しては看護師等からのタスクシフトを進めており、年々役割の充実が求められている。また、診療報酬上必須の研修内容もあり、今年度もナースングサポートのeラーニングと実技を含めた演習を実施し、認定看護師・他職種の協力を得ることで非常に実践的な研修になった。とくに新型コロナウイルス感染の拡大防止のため、環境整備や手指衛生については、教育体制を強化した。

今後は、患者対応について、補助者が自己研鑽でき、役割期待を果たすことのできるような教育体制を構築したいと考える。

〔文責：棚町祐子〕

薬 剤 部

【人員体制】

薬剤師	31 名
事務職員	4 名
パート助手	1 名

(2021 年 3 月 31 日現在)

【認定資格】

がん薬物療法認定薬剤師	2 名
外来がん治療認定薬剤師	1 名
抗菌化学療法認定薬剤師	1 名
救急認定薬剤師	1 名
周術期管理チーム薬剤師	1 名
認定実務実習指導薬剤師	3 名
日本糖尿病療養指導士	6 名
NST 専門療法士	3 名
医療情報技師	1 名
病院薬学認定薬剤師	5 名

【取り組み・実績】

1. 連携強化

保険薬局薬剤師との連携勉強会は、新型コロナウイルスの感染状況により、ハイブリッド形式で 1 回のみの開催となった。

2 月 24 日

「笠松薬局のトレーシングレポートの取り組みについて」

日本調剤笠松薬局 高階優衣 先生

「サリドマイド誘導体製剤と多発性骨髄腫について」

白浜太郎

保険薬局で行われている患者指導やテレフォンフォローアップをもとに作成されたトレーシングレポートについて発表いただいた。病院薬剤師からは、院内調剤されるサリドマイド製剤を含む多発性骨髄腫の治療について情報提供した。

トレーシングレポートを含めた保険薬局からの医療機関への情報提供がより有効なものとなり、最適な薬物治療に繋げるための意見交換が活発に行われた。

2. PBPM

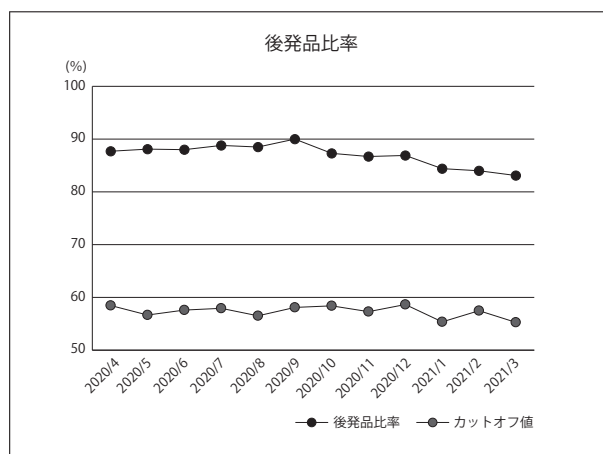
2015 年から導入した PBPM の見直し、削除を行い、13 プロトコルに整理した。また、契約期間を設定し、更新時に内容の確認、周知を行うルールを確立した。

3. 薬品管理

処方状況や薬学的評価をもとに院内採用薬品の整理を継続した。薬事審議委員会に提案、審議の結果 36 品目について採用中止もしくは院外専用となった。また、在庫管理システム MELSE を活用し、6 ヶ月不動品については返品を行った。

温度管理在庫管理冷蔵庫キュービックスの導入により、冷所保管高額薬品の期限切れ廃棄が回避可能となった。期限切れによる廃棄は 190 万円であり、2019 年度からの取り組みで約半分に減少した。

後発医薬品使用体制加算 1 を 4 月から届け出たが、後発医薬品の回収、出荷調整、出荷停止等の影響により先発医薬品を使用したことにより、2021 年 1 月以降、後発品比率が 85% を割り込んだ結果、後発医薬品使用体制加算 1 を 2 に変更することとなった。



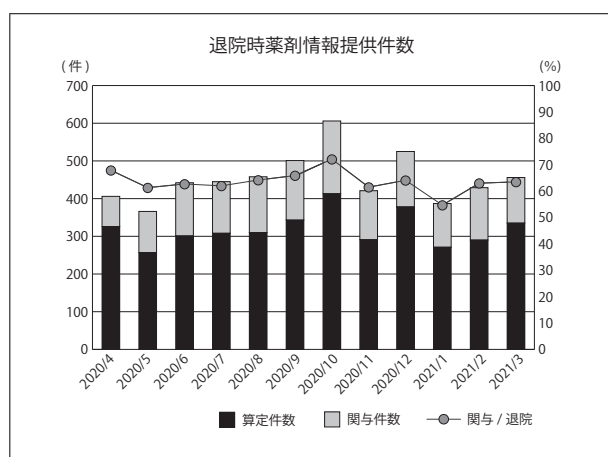
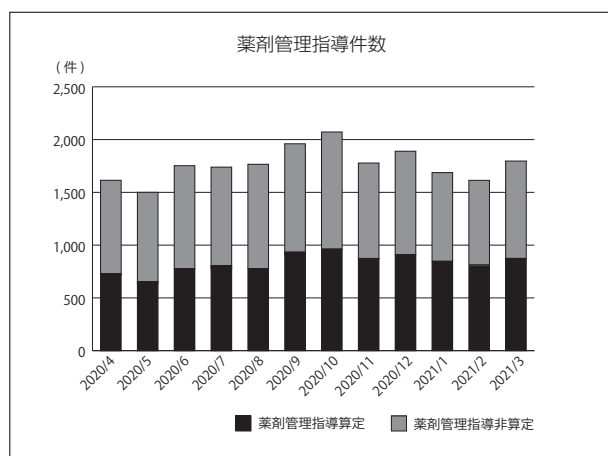
【調剤業務】

院外処方率	総合病院	クリニック
	90.1%	90.7%

入院調剤処方せん枚数	69,547 枚
入院注射処方せん枚数	131,249 枚
透析院内処方せん枚数	911 枚
老健院内処方せん枚数	4,232 枚

【病棟業務】

薬剤管理指導	9,748 件
退院時服薬指導件数	3,823 件



【薬学生実務実習受入】

新型コロナウイルスの影響で、第2期において10日間の自宅学習となったが、3期、4期には感染対策を十分に行い院内での実務実習を行った。

岐阜薬科大学	20 名
名城大学	3 名
金城学院大学	3 名

【認定施設】

3月1日から日本臨床腫瘍薬学会のがん診療病院連携研修病院に認定された。



〔文責：松本利恵〕

手術室

【人員構成】

麻酔科医常勤	9 名
非常勤	4 名
看護師	22 名
救命士	1 名
ME(手術室担当)	3 名
MA(手術室担当)	3 名
アウトソーシング(鴻池メディカル)5 名 (手術室清掃業務・手術室洗浄業務)	

【概要】

北館 3F 中央手術室に 7 部屋(内 1 部屋がバイオクリーンルーム)。

北館 2F Hybrid: 手術室で造影透視下手術に対応(胸部・腹部大動脈ステント内挿術等)

手術室スタッフが手術時は担当

	件数 (2020/2019)	前年比 (%)
総手術件数	3,772/3,877	97.2
手術室使用数	4,682/4,676	100.1

【取り組み・実績】

ロボット支援手術(ダヴィンチ使用)泌尿器科手術: 29 件

ロボット支援手術(ダヴィンチ使用)外科手術: 7 件
Hybrid 手術室 大動脈ステント内挿術は胸部(胸部 13 件、腹部 19 件)

診療科別手術件数()内は前年比。

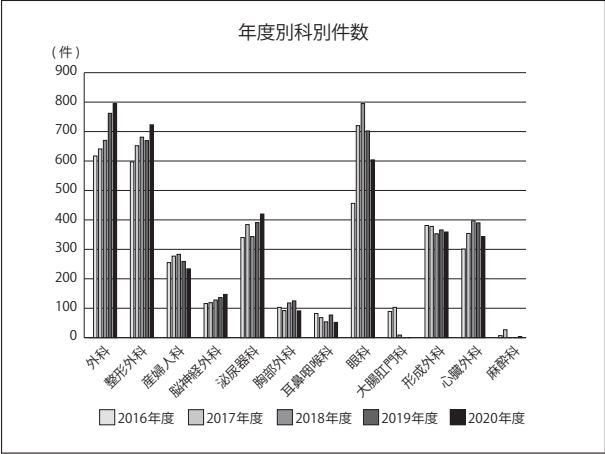
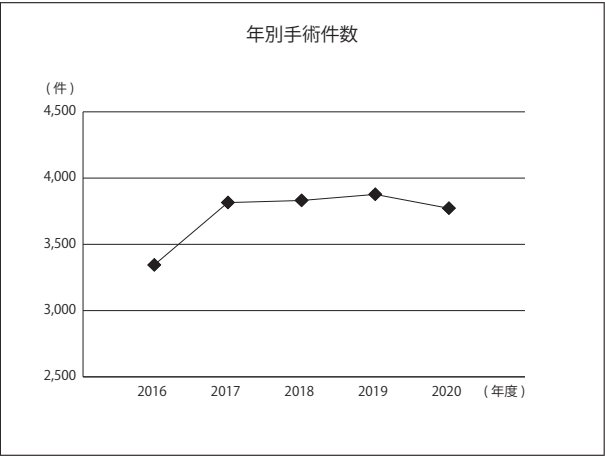
診療科	件数 (2020/2019)	前年比 (%)
消化器・一般外科	795/762	104.3
整形外科	723/669	108.0
産婦人科	234/259	90.3
脳神経外科	147/136	108.0
泌尿器科	420/391	107.4
呼吸器外科	91/125	72.8
耳鼻咽喉科	52/77	67.5
眼科	604/702	86.0
形成外科	359/366	98.0
心臓外科	343/390	87.9
その他	4/0	—

今年度は新たに手術室担当の臨床工学技士が配置され、器械出し業務及び手術室内の医療機器の管理業務を担った。管理ツールを作成し、機器メンテナンスやトラブルなどにも迅速に対応することができ、専門性を活かした活動で手術室内での管理レベルを引き上げることに貢献した。ダヴィンチ手術ではこれまで術中の準備等のみ携わっていたが、手術の有無を把握し、必要物品の管理や使用後の器材管理、外部業者と連携し新たに拡大した外科分野での手術を円滑に行うサポートができた。また、器械出し業務のタスクシフトを行うことで、看護師は手術室看護を充実させる活動を行うことができ、看護の質の向上させることに努めた。

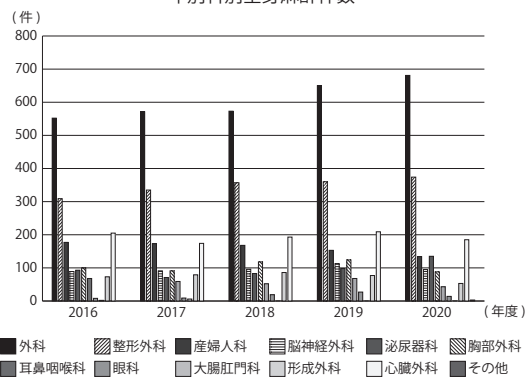
今後もより、手術室運営が安全に円滑に行われるよう、専門性を活かし、チーム力を発揮できる活動を実践していきたい。

〔文責: 大野智子〕

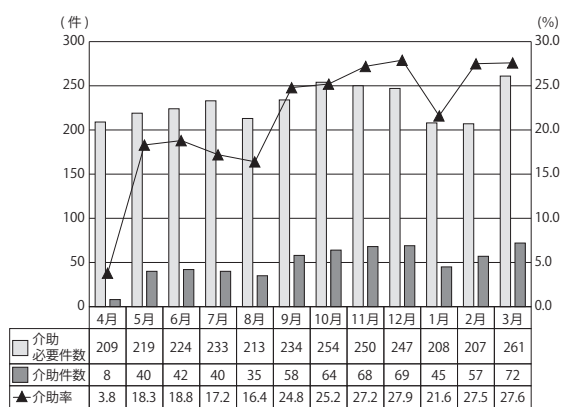
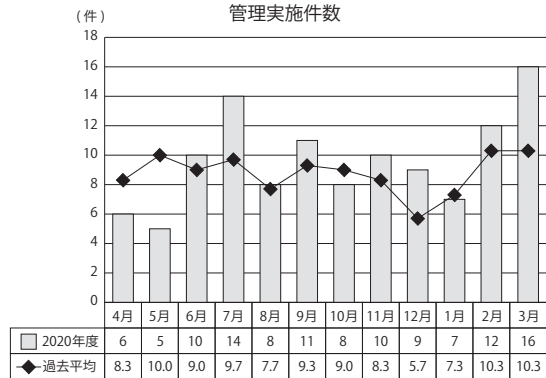
【過去 5 年の手術件数推移】



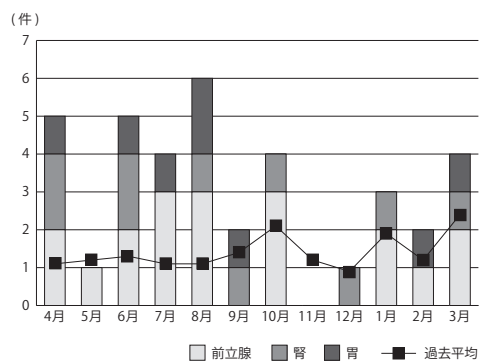
年別科別全身麻酔件数



MEの器械出し実施件数と実施率

運動誘発電位(MEP)モニタリング
管理実施件数

ダヴィンチ手術件数



中央放射線室

【人員構成】

総合病院部門
人間ドック健診センター部門
計 2 部門

『放射線科』
放射線科常勤医 4 名
(内 4 名診断専門医)
非常勤医 4 名
(内 3 名放射線治療)
計 8 名

部長 1 名
副部長 3 名

『放射線室』
診療放射線技師 26 名 (うち 1 名非常勤)
事務 (パートを含) 5 名
計 31 名

【取り組み・実績】

先行きの見えない新型コロナウイルス感染症の中、9 月には血管造影装置の更新、11 月にはコンテナ CT(CT in Box) の導入および年度末には HIS,RIS の更新を行った。

MR は前年度比 91% と減少した。CT は 96% と減少した。320 列 ADCT は前年度比 103% と増加した。冠動脈 (心臓)CT は前年度比で 82% と減少するも、冠動脈 (心臓)MR は 1.5 倍に増加した結果、CT 及び MRI 心臓検査は前年度比 90% と減少した。

血管造影室検査件数および PCI は前年度と同等でした。心臓血管外科による大動脈ステントグラフト術は 35 件であった。

放射線治療年間新規症例数は 175 件であった。診療体制が岐阜大学とより密接になったことにより安定した治療件数を確保できるようになったと思われる。核医学部門はアイソトープ検査、PET ともに前年度と同等でした。しかし検査枠、件数共に装置の影響が強くその点を考慮すれば安定した稼働体制と考えられる。

医師の診療体制においては全断層検査、核医学

検査において即時の読影体制を維持できている。放射線治療部門は岐阜大学の非常勤体制への転換が順調に推移したため現状では質、量共に安定した状況となっている。引き続き体制の維持と治療部門への投資、人材確保が進むよう努力する。

放射線室 BSC においては、法人ビジョンにあわせて計画、3 カ年活動した。

その成果として、ES・CS 委員会は患者満足度向上、接遇の強化、魅力的な職場づくりのために活動した。患者待合室に“月刊まつなみ”、“放射線とは”、“CT 検査の流れ”の掲示などにより患者満足度は向上した。接遇改善のため、委員会が中心となり研修会を実施。魅力的な職場づくりについては、ハラスメント研修を実施するなど、最終的に ES 向上を目指している。

QC 委員会は、南館・北館 CT での検査待ち時間短縮及び効率的機器稼働の上昇を挙げ、看護部との協業として取り組んだ。結果、検査の振り分け、予約枠の変更等の適切な機器稼働に努めた結果、北館 CT の待ち時間は短縮できた。

医療安全委員会は医療安全の情報共有、ヒヤリハット提出の促進、医療事故削減を目標に活動した。あわせて RCA 分析、KYT 活動もおこなった。医療事故は減少した。

教育委員会は学術研鑽として、勉強会、認定取得促進、学会等発表促進、読影補助業務促進について活動した。勉強会は業務との兼ね合いの中、出席率向上に取り組んだ。認定取得は室内での認識が高まり多くの取得者を得た。学会開催数の減少により発表数は、減少した。読影補助業務は現在技師単独で行っている。全員参加し、カンファランス等を実施し研鑽に励んでいる。

感染対策委員会は感染対策として、職員の手指衛生習慣の定着を目標とした。手指消毒消費量を目安に行い、最大使用量を記録するなど感染対策意識向上に貢献した。

被ばく低減委員会は医療被ばく低減施設認定取得後、更に被ばく低減のため、各装置の線量測定を継続的に行った。

【認定資格リスト】

< 施設認定 >

- ・専門医修練認定施設
(日本医学放射線学会)
(日本 IVR 学会)
- ・マンモグラフィ検診施設・画像認定
(人間ドック・総合病院)
(日本乳がん検診精度管理中央機構)
- ・Ai 施行認定施設「A」
(日本オートプシーイメージング学会)
- ・医療被ばく低減施設認定
(日本診療放射線技師会)

< 個人認定 >

- ・放射線診断専門医
伊原 昇、福田千春、高杉美絵子、竹田太郎
(日本医学放射線学会)
- ・放射線科専門医研修指導者
伊原 昇、福田千春、竹田太郎
(日本医学放射線学会)
- ・IVR 専門医
伊原 昇
(日本 IVR 学会)
- ・PET 核医学認定医
伊原 昇
(日本核医学会)
- ・検診マンモグラフィ読影認定医師
福田千春、高杉美絵子
(日本乳がん検診精度管理中央機構)
- ・第 1 種放射線取扱主任者
小田雄亮、高村菜月、山村亮太
(文部科学省)
- ・検診マンモグラフィ撮影診療放射線技師
乗松夏美、春日井美波、若井信悟、高村菜月、
竹中有美、伊藤早紀、山本里奈
(日本乳がん検診精度管理中央機構)
- ・胃がん検診専門技師
若井信悟、乗松夏美、春日井美波、野村貴紀、
寺倉正祥
(日本消化器がん検診学会)
- ・胃がん X 線検診技術部門 B 資格
乗松夏美、春日井美波、寺倉正祥、若井信悟、
野村貴紀
(日本消化器がん検診精度管理評価機構)
- ・胃がん X 線検診読影部門 B 資格
寺倉正祥、若井信悟
(日本消化器がん検診精度管理評価機構)

- ・放射線機器管理士
福田 武、加藤聖也、高木大輔、小田雄亮、
寺倉正祥、高村菜月、野村貴紀、竹中有美、
伊藤早紀
(日本診療放射線技師会)
- ・放射線管理士
福田 武、加藤聖也、小寺史浩、高木大輔、
小田雄亮、寺倉正祥、高村菜月、野村貴紀、
竹中有美、伊藤早紀
(日本診療放射線技師会)
- ・医療画像情報精度管理士
福田 武、小田雄亮、高村菜月、野村貴紀
(日本診療放射線技師会)
- ・医療情報技師
高村菜月
(日本医療情報学会)
- ・臨床実習指導教員
片桐淳夫、福田 武、小田雄亮
(日本診療放射線技師会)
- ・Ai 認定診療放射線技師
磯谷 祐
(日本診療放射線技師会)
- ・X 線 CT 認定技師
磯谷 祐、小田雄亮、野村貴紀
(日本 X 線 CT 専門技師認定機構)
- ・超音波検査士
若井信悟
(日本超音波医学会)
- ・画像等手術支援認定放射線技師
加藤聖也
(日本診療放射線技師会)
- ・災害支援認定診療放射線技師
高木大輔
(日本診療放射線技師会)
- ・被ばく相談員
小田雄亮
(日本診療放射線技師会)
- ・日本血管造影・インターベンション専門診療放射線技師
加藤聖也 (日本血管造影・インターベンション
専門診療放射線技師認定機構)
- ・放射線治療専門放射線技師
小田雄亮
(日本放射線治療専門放射線技師認定機構)
- ・胃がん検診指導員
若井信悟
(日本消化器がん検診精度管理評価機構)
- ・画像等手術支援認定放射線技師
加藤聖也
(日本診療放射線技師会)
- ・磁気共鳴 (MR) 専門技術者
高木大輔 (日本磁気共鳴専門技術者認定機構)

【学術活動】

①講演：若井信悟 (2020/10/24)

「基準撮影と発見症例」

第4回 北勢消化器画像研究会 ON LINE

②発表：平野景也 (2021/2/1-2021/2/10)

「新型コロナウイルス感染症対策についての現状報告」

第13回 人材育成分科会

③講演：若井信悟 (2021/2/20)

「胃病変の肉眼形態とカテゴリー分類」

第6回 北勢消化器画像研究会 ON LINE

④発表：片桐淳夫 (2021/3/18)

「医療被ばく低減施設認定取得に向けて

～核医学検査室での取り組み～」

第57回 核医学談話会

【実績】

総合病院 / クリニック外来		2018年度	2019年度	2020年度
骨一般	病院	41,485	40,983	38,512
CT		23,669	23,983	23,040
(紹介)		(1,551)	(1,408)	(1,356)
(CT in BOX)				(191)
MR		8,901	9,065	8,331
(紹介)		(2,122)	(2,078)	(1,833)
RI		640	487	500
(紹介)		(25)	(1)	(10)
PET		250	263	229
(紹介)		(14)	(23)	(17)
X線TV検査		526	441	557
IVR (血管造影等)		239	190	192
心カテ		999	1,017	1,002
放射線治療 (新患)		147	146	175
Ai (オートプシー・イメージング)		12	17	37

人間ドック健診センター		2018年度	2019年度	2020年度
X線撮影		8,509	8,371	8,153
骨塩定量		4,560	4,698	4,407
胃透視		3,782	3,668	3,552
CT		1,454	1,508	1,264
乳房撮影		1,709	1,698	1,640
MR		637	658	649

(件数)

〔文責：伊原 昇・福田 武〕

中央検査室

【人員体制】

臨床検査技師 常勤	41 名
(2 名 : 時短、1 名 : 育休)	
臨床検査技師 非常勤	2 名
事務 常勤	4 名
事務 非常勤	2 名
准看護師 非常勤	2 名

【管理職】

部長	1 名
課長	2 名
主任	3 名
副主任	2 名

(2021 年 3 月 31 日現在)

【概要】

中央検査室は、臨床サイドへの迅速で正確な検査結果報告に努め、患者さんに安全・安心で質の高い医療を効率的かつ継続的に提供する。

【取り組みおよび実績】

2020 年度の目標に各部門の底上げ、検査件数の増加、インシデント / ヒアリハット報告数増加による医療安全対策の向上を挙げた。

インシデント / ヒアリハットの内容の確認、RCA による分析、KYT を定期的に行うことによりスタッフ間での危険性の情報の共有を行い、予測できる事故を未然に防ぐことができるようになってきた。

生理検査部門においては、腹部超音波検査に肝臓の硬さ (線維化レベル) と脂肪化レベルを測定できるエラストグラフィーを新たに導入した。また、電子カルテの更新に併せ、脳波検査、肺機能検査、神経伝導速度検査のオンライン化を行い、検査結果の閲覧の利便性の向上を行った。

検体検査部門においては、院内測定項目の拡大 (新型コロナウイルス抗原定量、便中カルプロテクチン、尿素呼気試験) を行うことができた。

輸血検査部門では、タイプ & スクリーン (T&S) の積極的な運用により、血液製剤の有効利用、業務効率化が図られた。血液製剤の購入コストの削減および、廃棄率の減少につなげることができた。

細菌検査部門の充実として、新型コロナウイルス感染症の検査に対応するため、核酸検出検査

(LAMP 法) を 2020 年 4 月から院内にて開始した。これにより新型コロナウイルス感染症に対し迅速に対応することができ、感染対策へ大きな貢献が図れたと思われる。さらに抗菌薬適正使用支援チーム (AST) に関わる血液培養検査では、血液培養検査装置の更新を行い、電子カルテとオンライン化を行った。これにより多項目同時遺伝子関連検査システムと合わせ、薬剤耐性 (AMR) 対策に必要な検査の迅速な結果報告が可能となった。

生理検査	2018 年度	2019 年度	2020 年度
心電図	17,495	16,817	16,193
ホルター心電図	480	627	627
呼吸機能検査	7,358	7,338	779
脳波検査	81	79	107
聴力検査	9,457	9,033	8,541
腹部超音波	6,819	7,176	7,087
体表超音波	4,015	4,168	4,923
心臓超音波	4,389	4,623	4,361
簡易 PSG	33	52	37
精密 PSG	24	39	17
ABI・PWV	524	566	563
神経生理	1,357	1,785	1,772
採血	58,638	61,967	61,626

院内検体検査	2018 年度	2019 年度	2020 年度
総合病院	965,138	1,052,794	1,099,313
クリニック	778,123	884,254	896,329
ドック	196,911	223,991	214,517
免疫血清	63,622 (12月まで)	院内検査へ統合	院内検査へ統合
院内検査合計	2,003,794	2,161,039	2,210,159

外部検体検査	2018 年度	2019 年度	2020 年度
総合病院	33,976	24,762	30,521
クリニック	27,872	25,543	26,896
ドック	12,881	5,675	3,254
外部検査合計	74,729	55,980	60,671

輸血検査	2018 年度	2019 年度	2020 年度
検査件数	18,453	17,777	18,413

病理検査	2018 年度	2019 年度	2020 年度
迅速標本	169	169	141
組織標本	3,388	3,676	4,293
細胞診標本 (婦人科)	4,405	4,162	3,787
細胞診標本 (その他)	1,498	1,526	1,524
免疫	1,149	1,300	1,585

内視鏡検査	2018 年度	2019 年度	2020 年度
上部消化管	3,143	3,182	3,054
下部消化管	2,074	2,185	2,271
ERCP	247	316	267
胃瘻造設	207	209	223
カプセル内視鏡	12	9	8

婦人科部門	2018 年度	2019 年度	2020 年度
TESE	7	10	7
人工授精	66	77	76
体外受精	16	17	19
顕微授精	18	42	33
融解卵	42	26	33
胚移植	49	49	50

【学会発表】

- ・第 68 回 日本輸血・細胞治療学会総会
「岐阜県合同輸血療法委員会「輸血検査技師
ネットワーク相談支援体制」による活動報告」
- ・第 52 回 日本医療検査科学会

「検査データの品質保証に向けた取り組み
～反応過程データを利用した精度管理～」

- ・第 67 回 日本臨床検査医学会
「鼻腔ぬぐい液検体採取におけるビニールカーテ
ンの有用性 -COVID-19 検体採取の新しい方法 -」
- ・第 58 回 岐阜県医学検査学会
「当院の輸血部稼働における輸血療法の安全性向
上について」
「当院における不規則抗体検査の検出状況の検証」
- ・岐阜県臨床検査技師会 生理部門研修会
「心不全について」
「精度管理解説」
- ・岐阜県臨床検査技師会 新人サポート研修会
「輸血の基礎」

【認定資格】

- ・超音波検査士:6 名 (日本超音波医学会)
- ・JHRS 認定心電図専門士:2 名 (日本不整脈心電学会)
- ・血管診療技師:1 名 (日本血管外科学会、日本脈管学会、
日本静脈学会、日本動脈硬化学会)
- ・乳がん検診超音波検査実施技師:2 名 (日本乳がん検診精度管理中央機構)
- ・細胞検査士:3 名 (国際細胞学会 2 名、日本臨床細胞学会 3 名)
- ・認定輸血検査技師:3 名 (日本輸血・細胞治療学会)
- ・細胞治療認定管理士:1 名 (日本輸血・細胞治療学会)
- ・輸血機能評価認定制度 (I&A) 視察員:1 名 (日本輸血・細胞治療学会)
- ・認定血液検査技師:1 名 (日本検査血液学会)
- ・認定臨床エンブリオロジスト:2 名 (日本臨床エンブリオロジスト学会)
- ・体外受精コーディネーター:1 名 (日本不妊カウンセリング学会)
- ・不妊カウンセラー:1 名 (日本不妊カウンセリング学会)
- ・栄養サポート (NST) 専門療法士:1 名 (日本静脈経腸栄養学会)
- ・日本糖尿病療養指導士:1 名 (日本糖尿病療養指導士認定機構)
- ・二級臨床病理技術士 (病理学):1 名

- (日本臨床病理学会)
- ・ 特定化学物質及び四アルキル鉛等作業主任者 :3 名
(岐阜県労働基準協会連合会)
- ・ 有機溶剤作業主任者 :2 名
(岐阜県労働基準協会連合会)
- ・ 遺伝子分析科学認定士 :1 名
(日本遺伝子分析化学同学院)
- ・ 認定臨床化学・免疫化学精度保証管理技師 :1 名
(日本臨床化学会・日本臨床衛生検査技師会)
- ・ 初級システムアドミニストレーター :1 名
(情報処理推進機構)
- ・ 認定 POC コーディネーター :1 名
(日本医療検査科学会)

【今後の展望】

2020 年度は、臨床側サイドへの迅速で正確な検査結果報告を行うべく、各種検査装置の電子カルテとのオンライン化をすすめた。

検体検査部門においては、さらに院内測定項目の拡大を行った。輸血検査部門では T&S の効果的運用を行い、血液製剤の有効利用、廃棄率削減へつなげることができた。また、細菌検査部門の拡充を行うことができ、新たな検査項目の導入により、院内の感染対策に貢献することができた。

年度当初は、新型コロナウイルス感染症の蔓延による受診患者数の減少により検査数の減少がみられたが、年度を通しては前年度と遜色ない検査数を確保することができた。

2021 年度も引き続き、各部門での QC 活動・5S 運動による業務の効率化および、インシデント/ヒアリハット報告数増加による医療安全の向上を図っていく。

生理検査部門では、腹部超音波検査においてエラストグラフィー測定を行っていくことにより、さらなる患者サービスの向上を図っていきたい。

学会・研修会等への積極的な参加を促し、スタッフ各々の技術レベルの向上を図っていく。

今後も、患者さんに安全・安心で質の高い医療を効率的かつ継続的に提供するため励んでいきたい。

〔文責：酒井昭嘉〕

栄 養 科

【人員体制】

課長	1 名
主任	1 名
副主任	1 名
科員	9 名

(2021 年 3 月 31 日現在)

【概要】

栄養科は診療局診療技術部に属し、病棟栄養管理、外来栄養指導、給食管理の業務を担っている。

部署 BSC では、入院栄養指導件数の増加、ICU における早期の経腸栄養による栄養管理、在宅担当医療機関への栄養情報提供書の作成、情報通信機器を活用した外来栄養指導、外来化学療法患者へのきめ細かい外来栄養指導に取り組んだ。

人事面では、9 月に 1 名が入職、11 月に 1 名が育児休業から復職、9 月から 12 月まで 1 名が休業、12 月に 1 名が退職、3 月に 1 名が退職した。

【取り組み・実績】

1. 栄養管理業務

【病棟栄養管理】

病棟栄養管理は、栄養管理の充実を図る観点から、各病棟へ常駐の管理栄養士を配置している。栄養サポートの必要な患者に迅速に介入するよう努め、多職種カンファランス、医師への栄養管理の提言、栄養指導を積極的に行っている。

ICU には 4 月から専任の管理栄養士を配置し、入室後 48 時間以内に経腸栄養が開始できるよう早期介入、頻回の栄養モニタリングを実施している。早期栄養管理加算算定のための体制を整え、マニュアルを作成し、11 月からは代行管理栄養士による土曜、日曜、祝日の対応も開始した。

また、在宅担当医療機関との切れ目ない栄養連携のため、4 月から退院後も栄養管理に留意が必要な患者について栄養情報提供書を作成し、入院中の栄養管理の情報を提供する取り組みを開始した。

入院栄養指導は、指導件数の増加を目標に QC 活動において業務の効率化、入院期間中 2 回の栄養指導実施について取り組んだ。コロナの影響にて入院患者数の減少もあったが、指導件数は 2019 年度の月平均 460 件から、478 件へ増加した。

【外来栄養指導】

質の高い外来栄養指導を提供するため、4 月から専任の管理栄養士を配置した。

外来栄養指導は、コロナの影響で、4 月、5 月の外来患者数が大きく減少したが、4 月から情報通信機器を活用した外来栄養指導を開始し、外来受診のない月にも継続的に栄養指導を実施した。また希望者には対面での栄養指導から通信機器の栄養指導へ切り替え、コロナ禍においても継続的に栄養指導が実施できるよう取り組んだ。

また、きめ細やかな栄養管理を通じてがん患者や透析患者に質の高い医療を提供するため、外来化学療法患者、外来透析患者への継続的な栄養管理および外来栄養指導に取り組んだ。

外来（クリニック含む）栄養指導件数は、2019 年度の月平均 292 件から、312 件へ増加した。

【人材育成】

より専門知識を生かした活動ができるよう、コロナ禍においても WEB 開催の学会や研修会の情報を共有し、積極的に参加した。毎月 1 回の科内勉強会も継続し知識の向上に努めている。専門資格の取得にも力を入れ、スタッフのレベルアップを図っていききたい。

2. 給食管理業務

おいしく安全な給食提供をより一層推進するため、給食委託会社と協働して献立改善、選択食、衛生管理、安全管理のワーキンググループ活動を継続的に実施している。引き続き患者満足度の高い給食サービスを提供していきたい。

3. その他

【資格・認定資格】

- 管理栄養士 12 名
- ・介護支援専門員 1 名
- ・がん病態栄養専門管理栄養士 3 名
(日本栄養士会・日本病態栄養学会)
- ・静脈経腸栄養管理栄養士 1 名
(日本栄養士会)
- ・病態栄養認定管理栄養士 4 名
(日本病態栄養学会)
- ・NST コーディネーター 2 名
(日本病態栄養学会)
- ・栄養サポートチーム専門療法士 1 名
(日本静脈経腸栄養学会)
- ・日本糖尿病療養指導士 8 名
(日本糖尿病療養指導士認定機構)

【学会実績】

2020 年 12 月 13 日

第 10 回日本リハビリテーション栄養学会学術集会「回復期リハビリテーション病棟の患者における、GLIM 基準の該当項目数と運動 FIM 効率の関係についての比較検討」

○若園菜帆、堀 弘美、前田朋子、日比野圭祐、森田しおり、平山宏史、林 慎

【講演実績】

2020 年 10 月 28 日

Flash GM セミナー in 岐阜 講演
「CGM からアプローチする栄養指導」
前田朋子

〔文責：前田朋子〕

2020 年度 栄養指導・栄養管理状況

個別栄養指導（総合病院）

		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
糖 尿 病	入院	124	102	126	112	120	128	120	121	91	93	120	105	1,362
	外来	3	6	6	11	12	8	3	8	7	7	3	7	81
脂 質 異 常 症	入院	50	31	44	57	33	54	65	54	66	52	42	49	597
	外来	1	1	1	1	0	1	0	0	2	2	1	1	11
心 疾 患 ・ 高 血 圧	入院	48	73	72	64	68	84	86	76	61	68	71	76	847
	外来	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2	1	2	11
高 尿 酸 血 症 ・ 痛 風	入院	5	6	3	6	4	1	6	5	4	1	3	9	53
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
腎 疾 患	入院	34	33	37	28	27	32	48	23	29	38	23	24	376
	外来	17	26	36	22	23	41	28	33	34	60	35	48	403
肝 疾 患	入院	18	17	16	19	8	20	19	11	15	11	20	20	194
	外来	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6
消 化 器 疾 患	入院	9	10	6	7	5	11	18	16	11	17	8	16	134
	外来	1	5	1	0	3	4	1	3	2	2	1	1	24
膵 疾 患	入院	1	2	3	4	0	2	2	3	0	2	1	1	21
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
妊 婦 肥 満	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肥 満	入院	1	2	6	5	8	6	4	12	3	8	3	5	63
	外来	1	3	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	13
貧 血	入院	8	11	4	9	4	13	9	3	5	7	9	14	96
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
嚥 下 障 害	入院	5	3	3	6	7	2	7	4	4	5	6	5	57
	外来	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
が ん	入院	117	106	110	119	112	98	116	97	133	100	119	113	1,340
	外来	0	2	0	2	0	1	4	0	0	1	0	1	11
がん化学療法	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	2	8
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
低 栄 養	入院	37	32	37	31	61	74	59	46	36	42	37	43	535
	外来	1	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	6
低栄養 (PFM)	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	1	2	1	1	1	6	2	3	1	0	1	19
そ の 他	入院	4	3	6	6	4	4	1	3	11	5	6	8	61
	外来	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
入 院 計		461	431	473	473	461	529	560	474	470	451	471	490	5,744
外 来 計		24	43	46	38	42	57	41	47	49	78	43	62	570
合 計		485	475	521	512	504	587	607	523	522	530	514	553	6,333

個別栄養指導（クリニック）

	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
糖 尿 病	99	108	140	143	157	135	165	135	152	144	161	185	1,724
脂 質 異 常 症	9	15	13	23	16	17	13	20	15	18	18	16	193
心 疾 患・高 血 圧	9	3	9	6	12	5	10	6	10	6	10	7	93
高 尿 酸 血 症・痛 風	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	1	1	8
腎 疾 患	15	22	23	21	22	22	21	26	26	24	19	32	273
肝 疾 患	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	5
消 化 器 疾 患	3	2	5	5	2	3	2	2	1	3	1	3	32
膵 疾 患	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
妊 娠	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肥 満	4	5	5	5	8	5	7	11	14	8	12	13	97
貧 血	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
嚥 下 障 害	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
が ん	19	22	18	117	66	67	36	25	22	17	27	24	460
が ん 化 学 療 法	0	0	0	0	0	0	1	10	42	38	31	44	166
低 栄 養	0	0	1	2	0	6	2	3	2	3	0	0	19
低 栄 養 (PFM)	3	2	5	3	2	6	2	8	8	2	1	3	45
そ の 他	1	1	4	4	6	5	2	3	5	4	3	4	42
合 計	163	180	223	332	292	272	263	252	298	270	284	332	3,161

集団指導

		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
糖尿病教室（病棟）	回数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
糖尿病教室（講堂）	回数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
母 親 学 級	回数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

糖尿病透析予防指導

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
7	6	13	10	10	8	14	10	12	7	13	7	117

緩和ケア個別栄養食事管理加算

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
11	13	19	19	18	8	13	29	6	10	9	17	172

栄養情報提供加算

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
13	21	16	7	4	12	17	6	13	9	11	4	133

早期栄養介入管理加算

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
29	60	73	66	65	88	90	101	96	93	107	109	977

科別個別栄養指導（総合病院）

		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
内 科	入院	153	135	154	138	148	167	159	132	146	136	145	129	1,742
	外来	5	10	8	11	15	12	11	7	8	10	5	8	110
消 化 器 内 科	入院	62	57	55	52	42	59	78	63	61	44	63	70	706
	外来	1	5	1	1	4	4	4	5	5	7	4	4	45
循 環 器 内 科	入院	35	33	65	48	44	73	99	54	38	48	44	47	628
	外来	1	1	1	2	0	1	1	3	1	3	1	2	17
外 科	入院	60	62	57	59	52	67	62	62	59	64	68	73	745
	外来	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
脳 神 経 外 科	入院	10	14	11	14	20	25	25	32	31	27	22	16	247
	外来	1	1	1	1	0	1	0	1	2	2	0	2	12
心臓血管外科	入院	17	11	15	19	19	14	18	15	15	22	17	12	194
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼 吸 器 外 科	入院	3	5	5	1	2	1	0	0	8	5	3	1	34
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
整 形 外 科	入院	67	65	56	80	73	79	70	73	66	60	61	75	825
	外来	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3
泌 尿 器 科	入院	11	11	16	23	12	8	5	5	8	12	10	20	141
	外来	0	0	2	1	2	1	3	1	0	0	3	28	41
眼 科	入院	7	8	15	7	10	9	5	10	11	9	9	8	108
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リ ハ ビ リ 科	入院	11	9	7	10	16	7	9	6	11	5	9	11	111
	外来	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
透 析	入院	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	4
	外来	15	25	34	21	21	40	25	31	34	57	30	19	352
産 婦 人 科	入院	17	17	16	16	20	16	23	16	13	14	16	23	207
	外来	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
耳 鼻 咽 喉 科	入院	5	3	0	4	3	2	4	6	3	5	3	5	43
	外来	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
小 児 科	入院	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
形 成 外 科	入院	3	0	1	0	0	2	1	0	0	0	1	0	8
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大 腸 肛 門 科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮 膚 科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リ ウ マ チ 科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
放 射 線 科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精 神 科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入 院 計		461	431	473	473	461	529	560	474	470	451	471	490	5,744
外 来 計		24	44	48	39	43	59	47	49	52	79	43	63	590
合 計		485	475	521	512	504	588	607	523	522	530	514	553	6,334

科別個別栄養指導（クリニック）

	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
内科	138	143	189	210	226	198	216	209	233	205	227	261	2,455
消化器内科	3	4	7	19	8	13	7	6	6	8	1	11	93
循環器内科	3	6	5	4	5	5	9	5	9	5	9	6	71
外科	19	23	21	82	48	47	26	27	45	46	41	46	471
脳神経外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心臓血管外科	0	1	0	1	0	2	0	1	0	2	1	2	10
呼吸器外科	0	0	0	14	2	4	3	1	2	1	2	4	33
整形外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
眼科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リハビリ科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透視	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
産婦人科	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
耳鼻咽喉頭科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科	0	0	0	1	2	2	2	1	2	3	1	1	15
形成外科	0	1	0	1	1	1	0	2	0	0	2	0	8
大腸肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リウマチ科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
精神科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	163	180	223	332	292	272	263	252	298	270	284	332	3,161

臨床工学科

【人員体制】

部長	1 名
課長	1 名
主任	3 名
副主任	4 名
部員	18 名

(2021 年 3 月 31 日現在)

【概要】

臨床工学科は、臨床工学技士法に基づく国家資格を持つ医療技術者で組織され、生命維持装置の操作・保守点検・管理と病院内にある医療機器全般の管理を行い、チーム医療の一員として安全で質の高い医療を効率的かつ継続的に提供できるよう取り組んでいます。

【認定資格】

臨床 ME 専門認定士

(日本医療機器学会) 1 名

第一種 ME 技術実力検定

(日本医療機器学会) 1 名

医療機器情報コミュニケーター (MDIC)

(日本医療機器学会) 1 名

3 学会合同呼吸療法認定士

(日本胸部外科学会・日本呼吸器学会・
日本麻酔科学会) 3 名

体外循環技術認定士

(日本人工臓器学会・日本胸部外科学会・

日本心臓血管外科学会・日本体外循環医学会) 2 名
心血管インターベンション技師

(日本心血管インターベンション治療学会) 1 名
透析技術認定士

(透析療法合同専門委員会) 8 名

日本アフェレシス学会認定士

(日本アフェレシス学会) 1 名

日本消化器内視鏡技師

(日本消化器内視鏡学会) 2 名

植込み型心臓デバイス認定士

(日本不整脈心電学会) 1 名

【学会発表】

第 65 回日本透析医学会 1 演題

「PI(灌流指数) の有用性についての検討」

【実習生受入】

東海医療科学専門学校 2 名

【対応業務実績】

体外循環業務

	2019 年度	2020 年度
心臓・大血管手術症例数	90	90
人工心肺症例数	37	47

カテ室業務 (心カテ・EPS・Ablation・PMI・IVC フィルター・ステントグラフト)

	2019 年度	2020 年度
時間内対応件数	851	846
時間外対応件数	150	134
合計	1,001	980

ペースメーカー業務

	2019 年度	2020 年度
植込み件数	42	42
チェック件数	495	360
遠隔管理件数	1,201	1,516
立合い件数	55	56

血液浄化業務

血液透析

	2019 年度	2020 年度
外来透析施行回数	18,170	19,045
入院透析 (透析センター)	1,033	785
入院透析 (血液浄化センター)	2,678	2,134
入院透析 (ICU・HCU・病棟)	265	171

血液透析以外の血液浄化療法

	2019 年度	2020 年度
持続緩徐式血液濾過 CHDF	108	177
血漿交換療法 PE・DFPP	129	84
吸着式血液浄化 PMX	16	18
血球成分除去療法 L/G-CAP	10	84
腹水濾過濃縮再静注法 CART	11	21

内視鏡業務

	2019 年度	2020 年度
上部消化管 (GIF)	3,182	3,054
下部消化管 (CF)	2,185	2,271
胆膵内視鏡 (ERCP)	316	367
気管支鏡 (BF)	96	111
その他	244	262
総件数	6,023	6,065

ME 機器管理業務

	2019 年度	2020 年度
定期点検施行件数	1,152	1,488
終業点検施行件数	11,411	11,702

OPE 室業務

	2019 年度	2020 年度
da Vinci	33	37
術中モニタリング (MEP)	96	116

〔文責：足立光生〕

医療安全管理室

【人員体制】

室長 1 名 (副院長兼任)
副室長 2 名 (事務兼任 1 名・看護師専従 1 名)
医療安全管理者 (薬剤師専従 1 名)
医療安全管理副責任者 1 名 (内科系医師)
事務 2 名
(計 7 名)

【概要】

医療安全管理室は、院内の安全に関わる事項を組織横断的に取り組むように病院長直轄の組織となっている。

2015 年 10 月から医療事故調査制度が施行され「医療に起因する予期せぬ死亡」に関して届け出が必要となった。医療安全に対する意識が高まり、安全な医療の提供が必須となる。医療事故に対して事故原因の分析を行い再発防止に努めなければならない。

「職員の医療安全に対する更なる意識向上」と「医療安全委員会主導で種々の手法を使った事故発生予測と未然防止策の検討の継続、医療安全委員会の指導権限の強化」「マニュアルの遵守」を軸に活動を行った。

【取り組み・実績】

『職員の医療安全に対する意識向上』

1. インシデント報告提出の推進

インシデント平均報告数は、約 463 件 / 月となり、BSC 目標の 300 件 / 月は達成できた。医師の出来事報告の提出推進は、目標 10 件 / 月に対して 4 件 / 月となり目標を達成することができなかった。報告医師の偏りは依然みられる。来期も報告の推進を働きかけ、部署別報告状況・重要事例報告の原因と対策を配布して全ての職種で医療安全に対する意識向上を図っていく。(インシデント分類変更あり)

2. 研修会の開催

全職員を対象とした医療安全研修演題は、1) 2 月医療機器セミナー、2) 3 月「医療安全研修～当院のインシデント・医療事故報告～」医療安全管理室室長。全体研修をオンデマンドにて 2 回開催した。

『医療の質のサーベイと向上』

1. 院内ラウンドによるマニュアル遵守の確認と指導

医療安全管理者が院内巡視を行い、出来事報告に基づく現場確認と指導を行った。マニュアルの遵守状況を調査して、現場での指導を実施した。

2. QSR 推進室

医療の質の向上のため QSR 推進室による QSR 会議を毎週水・金曜日に開催している。全死亡症例に関して、診療録・看護記録の内容確認を行い、問題と思われる 30 例に関して検討した。手術・検査に関しては、予定外の再手術、手術時間延長、予定外の侵襲の手術、予期せぬ重大事故、想定外の大量出血、合併症について各関係部署からの報告を受け、全症例に関して内容確認し報告・伝達を行い検討した。一般病棟から集中治療室へ転棟した患者について、理由を確認し治療内容を確認検討した。感染に関しては、感染症患者の現状の共有、特に COVID-19 感染症に関して、今後起こりうる問題の検討を行った。

M&M カンファレンス (合併症と死亡) に関して、今年度行われなかったため、来年度は積極的に勧めていく。

3. 医療安全地域連携加算

病院間における医療安全体制の拡充等を通じて、医療安全対策の充実を図るという方針のもと、大垣市民病院、城南病院との連携にて 2 年目の相互チェックを行った。相互間のチェックにより改善すべき点、相互間で医療事故の問題点など相談しあうことで、医療の質向上につながっている。

4. インシデント事例報告に関する関わり・指導

1) RCA および KYT の手法を使った事故分析と未然の防止策の検討

RCA 分析と KYT を各部署で 2 事例以上の実施することを目標とした結果 RCA は 30 事例、KYT は 93 件であった。重要事故事例に関しては、Im セーファーを用い、時系列図の作成を行うことで事故の全体像を把握し、RCA 分析より問題点の抽出、対策を立て実践できるよう指導を行った。

2) 出来事報告件数

医療安全に関わる出来事報告数は 7,051 件で

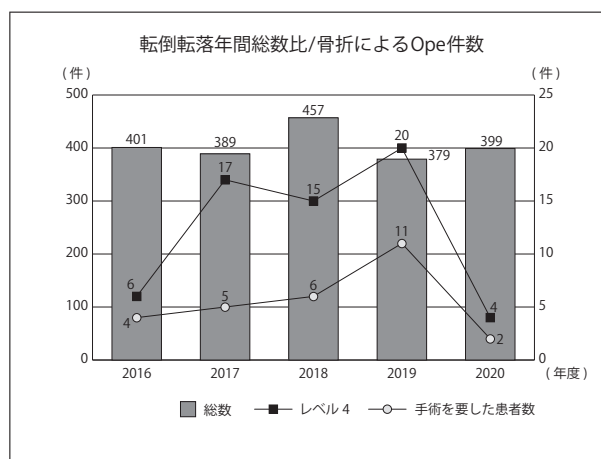
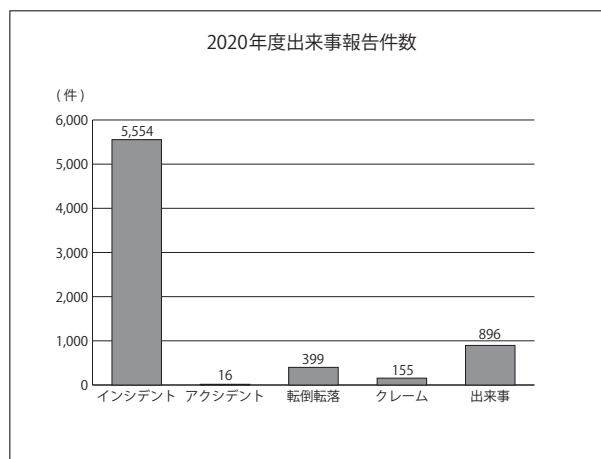
あった。事例を速やかに報告し、各部署で安全対策を実施する風土は定着しつつある。来期は、各自部署の医療安全に関する課題を上げ、各部署別に活動し評価していくことを実践する。Imセーファーによる問題抽出を行い、事故発生後、すぐに歯止めをかけ再発防止できるよう指導していく。

5. インシデント / アクシデント報告

出来事報告の内、インシデント 5,554 件、アクシデント 16 件でレベル 3b の事例 16 件であった。レベル 4 以上の重大事故の発生なし。(インシデント分類変更のためアクシデント件数が増加した。)

転倒転落事故は、399 件で昨年度より 20 件増加し、レベル 4 骨折事例は 16 件減少した。入院時のアセスメント、対策がしっかりできているためであると考えられる。今後も、委員会でのワーキンググループ活動で取り組んでいく。

[文責：酒井孝則]



院内感染対策室

ICT（院内感染対策チーム）・AST（抗菌薬適正使用支援チーム）・ICT リンクスタッフ会

院内感染対策室では、月 1 回の院内感染対策委員会（以下「ICC」という。）、ICT リンクスタッフ会、毎週火曜日の ICT コアメンバー（医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師の 4 職種）と現場リンクスタッフの協働による ICT 環境ラウンド、毎週木曜日の AST による、抗 MRSA 薬など届出が必要な抗菌薬を使用している患者のカルテチェックおよび現場の諸問題を解決するため、週 2 回の ICT 会議を継続して行うとともに、日本病院会主催の感染制御講習会や岐阜県院内感染対策検討会、各種感染対策講習会への参加、外部講師を招いての研修会を通じた情報収集および意見交換を行い、日々感染対策改善活動に取り組んでいます。

2012 年 4 月から算定された施設基準「感染防止対策地域連携加算」については、当院は感染防止対策加算 1 を算定している医療機関同士として、岐阜大学附属病院を訪問し、また岐阜赤十字病院より当院へ訪問して頂き「感染防止対策相互評価」としての院内ラウンドおよびカンファレンスを行いました。感染防止対策加算 2 を算定している施設との合同カンファレンスとしては、笠松病院と連携し施設訪問を行いました。外部からの客観的評価を受けることができたり、他施設を訪問し確認したりすることで、当院の感染対策の質向上につながることができました。

院内感染対策委員会の組織につきましては、役割として感染対策上の意思決定の最高機関として機能すべきであるため、各部門の管理者を中心として任命されています。

2020 年度の主な取り組みとしては、①新型コロナウイルス感染制御対策、②高度耐性菌アウトブレイク感染制御対策、③手指衛生順守率向上への取り組み、④針刺し・切創、皮膚粘膜暴露事故防止対策、⑤ MRSA、ESBL 産生菌新規発生率低下への取り組み、⑥職員必須研修の参加率向上への対策、⑦空気感染対策への取り組み、⑧抗菌薬適正使用への取り組み、⑨職員インフルエンザワクチン接種率維持、⑩細菌検出動向の把握と周知、⑪ ICT リンクスタッフ活動があげられます。

有意義かつ前向きな取り組みができましたので、その内容を記します。

1. 新型コロナウイルス感染制御対策

新型コロナウイルスの病院内持ち込みに早期に対応できるよう、出入り口にサーモグラフィの設置。体温計測による発熱者、呼吸器症状を伴う方に対し、院外にある発熱外来ユニット (Gifu CUBE) による診察を開始しました。紹介患者で発熱のある方に対しては車内もしくはコンテナ (自家用車で来院されていない方) から AI 問診ができるようにしました。発熱を伴う患者さんが院内に入ることなく診察を行うことができるようにしたことで、一般診療の方と動線を分けることができました。

入院患者さんへの感染リスクを考慮し、面会禁止、必要以外の外出外泊を中止としました。認知や不安などの症状が有る方に対しては AI を用いた面会を行い、安心な療養生活が送れるようにしました。

職員は、就業前の体温測定、健康チェックを行い、体調不良時には早期受診できるよう対応しました。患者対応時には、マスク、ゴーグルの装着、手指衛生の徹底、個人防護具の着脱訓練を行いました。3 密 (密集、密閉、密接) とならないよう、換気目的での窓の開放、研修会場の収容人数を 1/2 に減少して実施、隣と距離を開ける、食事時、会話はマスク装着としました。

スタッフや患者さんに対し、ポスター、アナウンスなどによる啓発を行っています。

引き続き、標準予防策、飛沫予防策による対策を継続していきます。

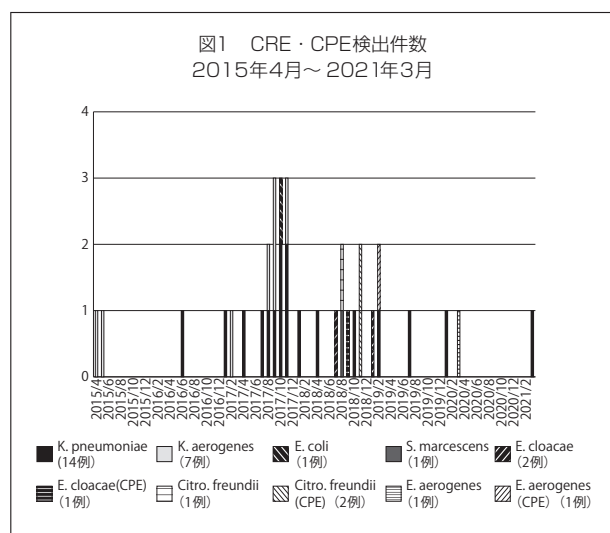
2. 高度耐性菌アウトブレイク感染制御対策

1) 2016 年 8 月以降、南館 5 階障がい者病棟 (以下「S5」という。) において、多剤耐性緑膿菌 (以下「MDRP」という。) 検出患者が延べ 11 名確認されました。所属スタッフへの教育強化による手指衛生や個人防護具着脱の質の維持、S5 への入院および転入前の耐性菌スクリーニング検査の継続、感染エリアと称した耐性菌検出患者の入院エリアゾーニングおよび対応するスタッフを専属とし、物品や汚物処理室の交差を避ける対策を継続しました。2019 年 3 月には 1 名、2020 年 3 月には 0 名となりました。

2) 2017 年 4 月以降、複数病棟よりカルバペネム耐性腸内細菌科細菌 (以下「CRE」という。) が確認されました。2018 年度は、カルバペネマー

ゼ産生腸内細菌科細菌(以下「CPE」という。)の検出が4名、他にCREが7名確認され、予防策の継続対応を図りました。CRE 検出患者は、定期スクリーニング検査で1年間検出されなければ接触予防策解除とし2019年3月末には、CRE 保菌者1名、CPE 保菌者1名となりました。2019年度は、CRE の検出患者2名、定期スクリーニング検査で1年間菌の検出が確認されなかった患者よりCRE の検出が延べ2名で確認されました。2020年度は、定期スクリーニング検査にて約1年間CRE の検出が確認されませんでした。3月の定期スクリーニング検査にて1名検出を確認しました(図1)。

CRE 保菌患者に対し引き続き厳重な接触予防策にて対応を継続しています。



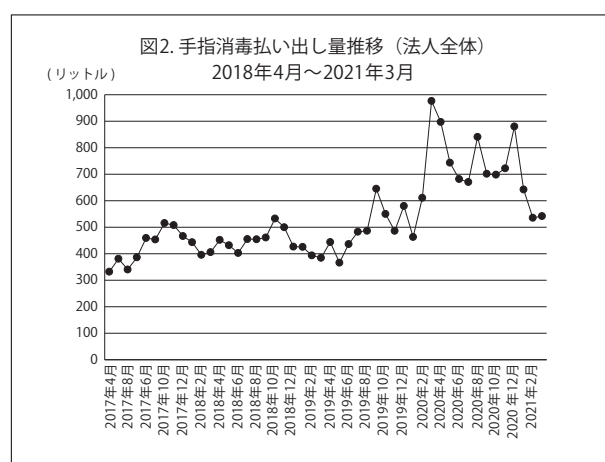
2019年6月に環境内の除菌を目的にUV-C(紫外線)照射システムを導入しました。S5の感染エリア、汚物処理室やトイレまた一般病棟の患者退院後にUV-C照射を実施しています。引き続き標準予防策および接触予防策による対応を継続していきます。

3. 手指衛生順守率向上への取り組み

昨年度に引き続き各部署のリンクスタッフの協力を得て手指衛生順守率向上に努めています。年間目標は、順守率を昨年に引き続き3割引き上げて実施しました。啓発活動と毎月の内部監査による確認をしました。病棟では、目標値を一般病棟25回、HCU50回、ICU100回(患者・日)に設定し、目標達成率は、一般病棟91%、HCU80%、ICU92%でした。合わせて認定看護師による現場

ラウンドの中で、直接観察法による順守状況の確認を行いました。手指消毒剤を昨年度より6種類とし、スタッフ自身に合った製剤を選択できるようにしました。アルコール過敏症のスタッフへの対応として、ノンアルコール消毒製剤を導入し手荒れ改善の一助となりました。感染拡大防止および適正使用に向けて取り組みを継続しました。

法人全体の手指消毒剤払出し量の推移(図2)は、1月より減少が見られますが全体的には前年度に比べ払い出し量は多く推移しています。



8月、9月を手指衛生強化月間とし、手洗いチェッカーを用い、洗い残しの見える化を行いました。洗い残し部位を知ること適切な手指衛生の必要性について理解してもらうことができました。

手指衛生のタイミングが適正に行えているか入室時、退室時を観察ポイントとしてICTリンクスタッフ、ICTラウンドによる目視観察を行いました。観察されている所では、ほぼ適切に実施することができていました。

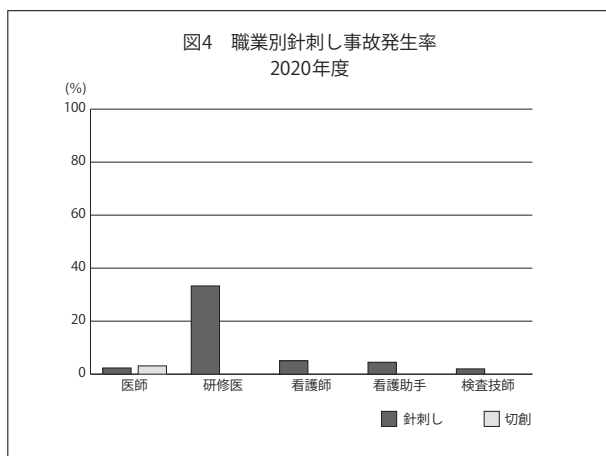
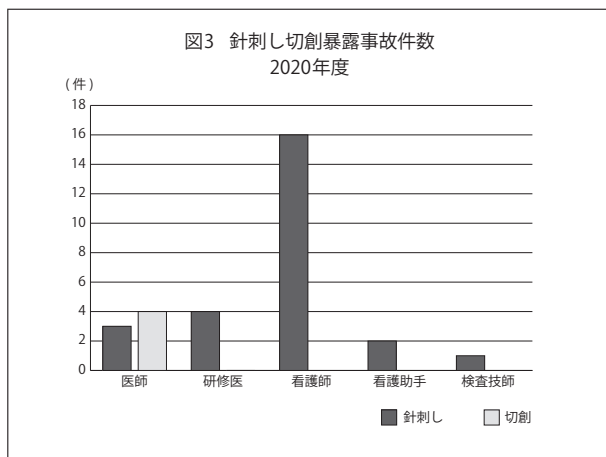
また、定期的に館内放送で手指衛生啓発のアナウンス、デジタルサイネージを活用しスタッフや患者さんに向けて呼びかけを行なっています。

4. 針刺し・切創、皮膚粘膜暴露事故防止対策

2020年4月～2021年3月の報告件数は、針刺し事故26件、切創事故4件の計30件でした。発生種別にみると、職種別発生率では、研修医4件(33.3%)、医師7件(5.7%)、看護師16件(5.05%)、看護助手2件(4.5%)、臨床検査技師1件(2%)でした(図3.4)。手技別ではインスリン関連6件、採血関連5件、縫合関連2件、手術室等での切創7件でした。針刺し切創事故については、ICTリ

ンクスタッフに事故要因を伝達し部署内で情報共有と院内感染マニュアルに針の取り扱いの原則①針を持ったまま歩いてはいけない。②針を人に渡してはいけない。③針をリキャップしてはいけない。④安全装置付きの針を正しく使用する。⑤使用済みの針はその場で責任を持って使用者自身で耐貫通性の針捨て容器に収容しなければならない。5項目の周知徹底を行いました。

暴露後の経過観察を健康管理室と協働して確実に行うように努めています。

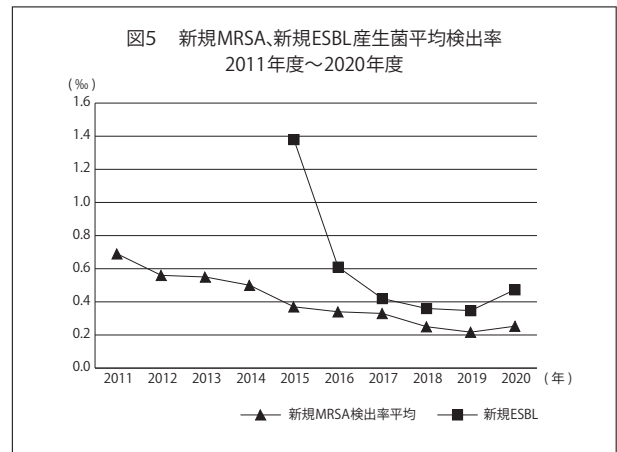


5. MRSA、ESBL 産菌新規発生率低下への対策

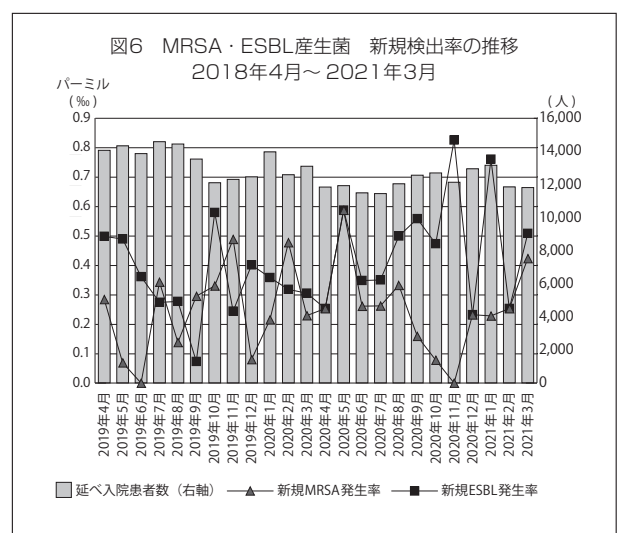
MRSA 新規発生率 0.30%未満に目標設定し取り組んできました。結果、2011年度 0.69%でしたが、以後徐々に低下し 2018年度 0.25%、2019年度 0.21%、2020年度は 0.25%とやや上昇がみられました(図5)。

MRSA 検出要因の1つに、入退院を繰り返す保菌者が多いことや、在宅医療や介護施設の利用があると検出リスクも高まる可能性が考えられますが、適切な手指衛生の実施による感染拡大防止、

抗菌薬の適正使用による耐性菌発生の抑制につながり目標を達成できたと考えられます。



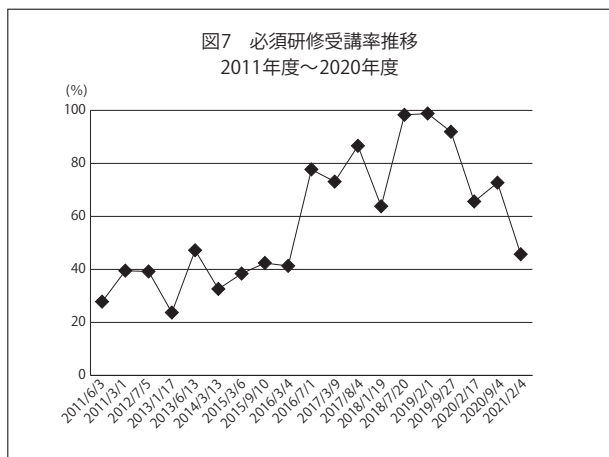
ESBL 産菌は、2015年度より監視を始めました。当院は岐阜県内他施設と比較して発生率が高いことが確認されています。2019年度の目標を昨年に引き続き 0.50%未満とし取り組みました。平均発生率は 2015年度 1.38%、2016年度 0.61%、2017年度 0.42%、2018年度 0.36%、2019年度 0.34%徐々に低下を認めていましたが2020年度は 0.47%と上昇を認めました。月によって検出率に差がありますが、発生率目標を達成することが出来ました(図6)。



6. 職員必須研修の参加率向上への取り組み

2020年度の感染防止対策に関する職員必須研修の参加率は、1回目 72.7%、2回目 45.7%(2021年3月末時点)でした(図7)。

図7 必須研修受講率推移
2011年度～2020年度

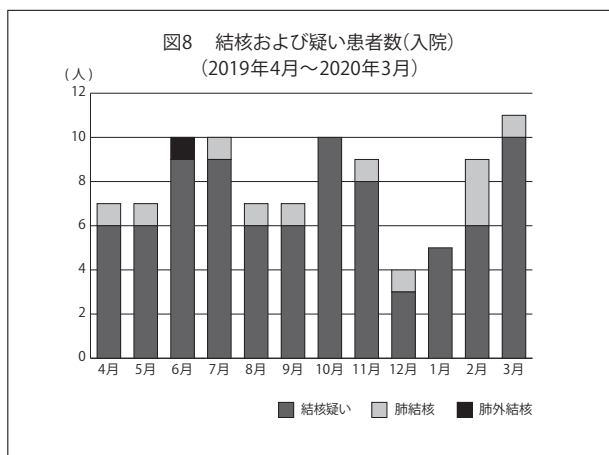


今年度は、新型コロナウイルス感染対策として研修会場での密を避けるため収容人数を 1/2(45 人) としました。オンデマンドによる受講人数が多くなったことより、ICT リンクスタッフや管理者の協力を得ながら啓発活動を行いました。受講率の低い職種に対しては、個別に受講啓発の案内を配布したり、未受講リストを掲示したり、オンデマンド研修での受講を促しその確認を行いました。

7. 空気感染対策への取り組み

2020 年度の結核患者は結核疑い例を含み延べ 96 名 (図 8) でした。新型コロナウイルス感染症流行により、N95 マスクの安定供給が難しくなり、定量フィットテストは実施することができませんでした。新人研修、中途採用者研修では空気感染対策の研修として講義を実施しました。N95 マスク安定供給ができ次第、定期的に定量フィットテストを実施できるように計画していきます。

図8 結核および疑い患者数(入院)
(2019年4月～2020年3月)



ハード面の運用としても、陰圧室は適正に管理された中で運用されており、患者退室後には UV-C 照射を行うことにより短時間で結核疑いの患者を中心に空気感染対策が必要な次の患者の受け入れに対応できています。

8. 抗菌薬適正使用への取り組み

1) AST

週 1 回 AST カンファランスを行い、また、随時特定抗菌薬使用患者等の確認および提案、問合わせ等に対応。病棟薬剤師が積極的に感染症治療に関与、AST 専従薬剤師がフォローする形で適切な抗菌薬治療を推進しました。

2) 細菌検査室と薬剤師の連携

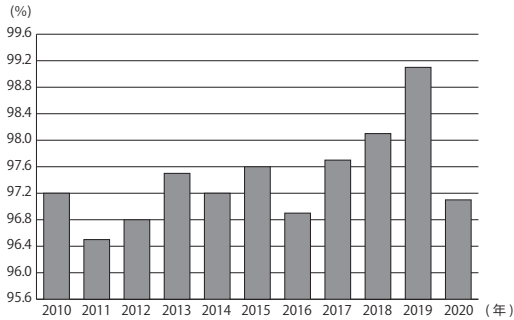
血液培養グラム染色の結果は、検査室より直接医師に電話にて伝え、必要に応じて検査部より AST 専従薬剤師に相談できる体制としています。

3) 抗菌薬使用状況

コロナ禍の中、S7 病棟の半分がコロナ専用病棟となり、一般病床が約 1 割減少しました。その影響もあり、全抗菌薬の AUD(1000 患者当たりの抗菌薬使用数) は、2019 年度と比較し 3% 低下しました。しかし、広域抗菌薬 (カルバペネム、第 4 世代セファロスポリン、TAZ/PIPC) については約 15% 上昇しました。これは、病床数の減少により、急性期病棟の病床利用の効率化のため、一般病床における実質の急性期患者の割合が上昇したことが影響していると考えられます。また、血液内科の患者数が前年比約 7% 増加したことも上昇の一因です。全体的に重症・難治症例の割合が増えたことが考えられますが、今後も 1 日も早期に治療終了や De-escalation を促していきます。

9. 職員インフルエンザワクチン接種率維持

岐阜県リアルタイム感染症サーベイランスの結果より今年度は、インフルエンザ検出患者数が少なく経過しました。市中において新型コロナウイルス感染症対策として、マスクの装着、手指衛生を実施することが定着してきたことにより、インフルエンザ患者の減少となったと思われます。

図9 職員インフルエンザワクチン接種率
(2010年～2020年)

インフルエンザワクチンの職員接種率 100% を目標に啓発しました。未接種理由として、医師の指示 (4 名)、アレルギー (14 名)、接種拒否 (5 名) の職員がいたため目標値には至らず、本年度の接種率は 97.1%(図 9) と昨年度より低い値でした。

10. 細菌検出動向の把握と周知

院内の血液培養陽性一覧、抗酸菌検出一覧、2 剤耐性緑膿菌やカルバペネム耐性緑膿菌の一覧など、検出菌数の変化を ICT 会議で毎週報告し、院内の主要細菌検出動向および細菌検出比率を週報、月報として M-net の ICT 週報に掲載しフィードバックしました。

2017 年以降、MDRP 保菌者 11 名の検出を認めましたが、2019 年 3 月末には 1 名まで減少し、2020 年 3 月からは新規検出 0 名となりました。このような院内感染対策上重要な多剤耐性菌や感染症法に関わる微生物を検出した際には、院内感染対策室で臨時会議を開き、現場の ICT リンクスタッフと協働して、速やかな現場介入により、経路別予防策の確認と周知徹底を図り、多剤耐性菌の感染拡大防止に努めています。

環境や病棟のアクティブサーベイランスや高度耐性菌スクリーニングを実施し、早期発見・早期対応に努めました。

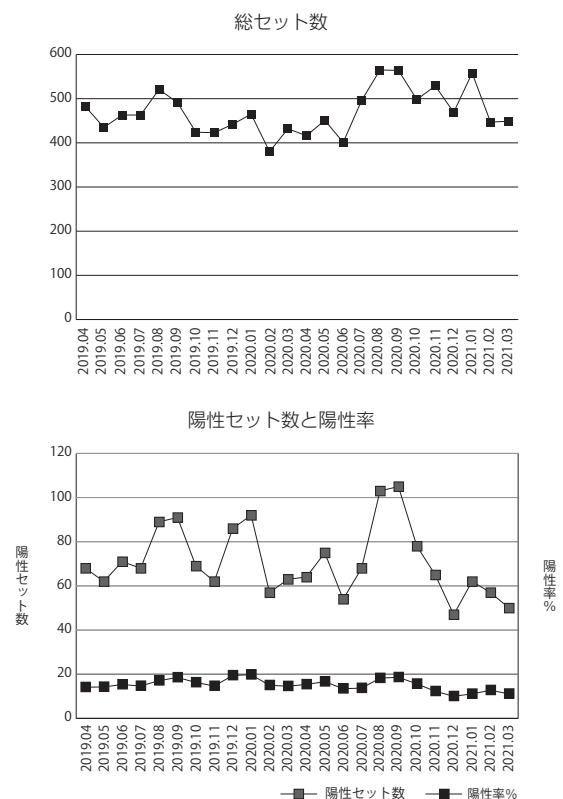
ICC では厚生労働省管轄のサーベイランスシステムである JANIS の検査部門に毎月報告した還元情報および、全入院患者部門、手術部位感染 (SSI) 部門、集中治療室 (ICU) 部門の情報についても、全国や近隣他施設と比較して当院の感染状況を把握し報告するようにしています。

当施設では、他施設と比較して Acinetobacter 属が少ない傾向にありますが、大腸菌や肺炎桿菌、

緑膿菌の検出が多かったのですが、2019 年度に比べ 2020 年度は MRSA:162 名から 133 名、カルバペネム耐性緑膿菌:43 名から 30 名、CRE(3 菌種):17 名から 2 名と減少傾向にあります。しかし ESBL 産生菌 (4 菌種) においては、359 名から 411 名と増加傾向にあり、高度耐性菌検出などアウトブレイクを起こしやすい状況のため注意が必要です。

2020 年 1 月より、結核疑い患者の迅速検査に対応するため、結核菌・非定型抗酸菌の PCR 検査 (μ TASWako g1) を院内にて開始しました。これにより結果報告の時間が短縮され、院内感染対策へも大きな貢献が図れたと思われます。2020 年度は、結核菌:16 名、M. intracellulare:13 名) M. avium:17 名、M.gordonae:2 名が検出されました。

抗菌薬適正使用支援チーム (AST) に関連する血液培養検査では、細菌の検出を認めた場合に推定菌を報告しています。2020 年 5 月に血液培養検査装置の更新を行い、電子カルテとオンライン化を行うことができました。これにより薬剤耐性 (AMR) 対策に必要な薬剤耐性遺伝子を検出する多項目同時遺伝子関連検査システム (Verigene) と合わせ、抗菌薬選択が早期に可能となりました (次項、図 10)。

図10 血液培養 総セット数と集計データ
2018年4月～2021年3月

11.ICT リンクスタッフ活動

ICT リンクスタッフが講師となり現場教育が実施できるよう、ICT リンクスタッフ会で模擬研修会の講師となり教育計画から講師を行いました。項目は、新型コロナウイルス対策について行いました。また、新型コロナウイルス等発生時伝達・搬送手順についてグループワークによるディスカッションを行いました。緊急時、患者搬送方法について理解を深めることができました。

ICT リンクスタッフが、手指衛生の強化として紫外線ランプを用い塗り残し、洗い残しがないか手洗いチェックを行いました。

医療現場において入室時、退室時の手指衛生実施数、機会数の直接観察毎月評価し、評価結果は各部署へフィードバックしました。院内全体の手指衛生順守率向上に向けて引き続き取り組んでいます。

以上、2020 年度の院内感染対策委員会の活動について述べました。

今年度は、新型コロナウイルス感染症の全国的な流行により、感染防止対策の見直し修正、周知徹底と院内でのアウトブレイクを起こさないよう努力をしてきました。

市中や近隣施設から持ち込みの感染症や耐性菌検出が増加する可能性と院内の環境表面中に高度耐性菌が生息してしまっている状況や新興・再新興感染症の脅威にさらされている中、手指衛生をはじめとする標準予防策及び経路別感染対策と環境のコントロールを行なっていく必要性が高まっています。ICT メンバーを中心に、患者や職員をはじめとする病院に関わる全ての人を感染の脅威から守るために、日々取り組んでいます。

〔文責：加納美津子、文字雅義、酒井昭嘉、黒宮浩嗣、日置敦巳、鶴見 寿〕

院内感染対策委員会主催の講演会

● 2020 年 9 月 4 日

テーマ：「新型コロナウイルス感染症の PCR 検査について」

講師：松波総合病院 理事長
松波英寿

● 2021 年 2 月 17 日

テーマ：「全員で取り組む院内感染対策」

講師：ぎふ総合健診センター所長・理事
岐阜大学名誉教授
岐阜大学医学部付属地域医療センター
特任教授
村上啓雄

臨床研修センター

【人員体制】

医師

2 年次初期臨床研修医 8 名

1 年次初期臨床研修医 9 名

事務

主任 1 名

・ 病院長直下の所属とする

→ 初期臨床研修医の目的はあくまで研修が中心であり、診療局員としての労働が主ではないため。これらを踏まえ、当院では病院長直下に「臨床研修医室」が配置され、初期臨床研修医は、全員こちらに所属しています。

【概要】

～成り立ち～

「臨床研修医室」の成り立ちは、JCEP（NPO 法人 卒後臨床研修評価機構）の指針が発端となります。

大きくは下記 2 点。

- ・ 初期臨床研修医の所属を明確にする
→ 様々な診療科をローテーションするため、所属が明確になっていない病院が多かったため。

【取り組み】

事務

- ・ 初期臨床研修の確保・管理
- ・ 臨床研修管理委員会の運営
- ・ 初期臨床研修医および指導医・上級医の採用活動
- ・ 医学生の実習・見学応対
- ・ トレーニングコースの運営
- ・ 新専門医制度専攻医の確保・当院基幹プログラム運営管理（内科・産婦人科・総合診療）

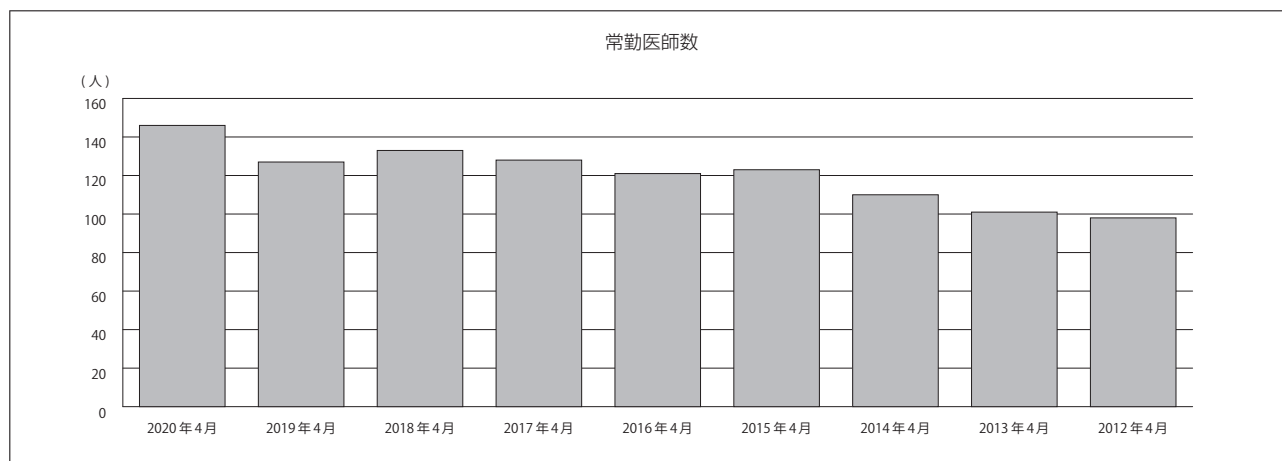
【採用実績】

～初期研修医～	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年	2016 年	2015 年	2014 年	2013 年	2012 年
募集定員	9	8	8	9	9	7	6	6	5
マッチング数	9	8	8	7	9	7	6	6	3
採用人数	9	8	8	7	9	7	6	5	3
研修医名	佐々木、山本、神野、大矢、萩原、川島、川添、牛田、大城	牧野、西科、馬場、高橋、三鴨、池野、亀井、森	堀、石見、宮瀬、荒田、野村、山内、加藤（萌）、名和	長尾、大前、小林、中村、重松、加藤、中谷	伊藤、中野、澤田、久保、田、児玉、土田、中村、山田、増田、加藤、田口	加藤、佐々木、竹中、森、山岸	片野、栗原、森、森本、加藤、田口	長縄、山家、水藤、向、坂田	
面接実施数	22	26	32	21	20	18	8	17	-
見学者数 前年度 4/1～3/31	92	88	76	56	69	81	43	31	-

～医師～	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年	2016 年	2015 年	2014 年	2013 年	2012 年
専攻医採用人数	8	5	5	5	5	8	4	5	7
医師採用人数	30	23	15	10	6	10	13	12	-
面接実施数	20	26	20	12	4	21	17	15	15
見学者数	8	8	7	6	2	30	-	-	-

【医師数】

2020 年 4 月	2019 年 4 月	2018 年 4 月	2017 年 4 月	2016 年 4 月	2015 年 4 月	2014 年 4 月	2013 年 4 月	2012 年 4 月
146	127	133	128	121	123	110	101	98



【2020年度の主なイベント】

- 4月：
 5月：東海北陸地区臨床研修病院合同説明会出展
 6月：ACP 日本支部総会出展、ICLS 開催
 7月：レジナビ大阪出展、レジナビ東京出展
 8月：
 9月：JMECC 開催、レジナビ名古屋出展
 10月：岐阜県臨床研修病院合同説明会出展
 11月：
 12月：ICLS 開催
 1月：JAMEP 基本的臨床能力評価試験受験
 2月：ISLS 開催
 3月：

〔文責：林幸太郎〕

PFM センター

【人員体制】

センター長	1 名
副センター長	3 名
看護師	3 名
保健師	2 名
事務	13 名
社会福祉士	10 名
* 薬剤師 栄養士 手術室看護師	
各領域の認定看護師	

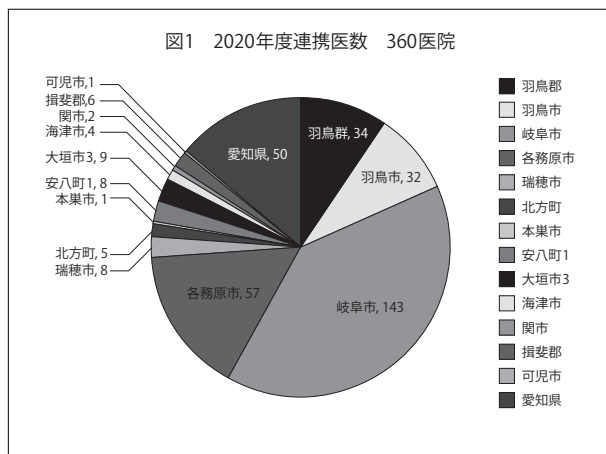
(* 応援体制)

【概要】

当院では複数機能の病棟を運用すると同時に、法人内の訪問看護ステーション、介護老人保健施設と連携して運用することを踏まえ、「患者の入院から退院までの流れをスムーズにかつ効率的にする」を目的に 2014 年 7 月に入退院センターを開設。2017 年に退院調整室、2018 年に地域医療介護連携室と統合。現在は①入退院支援②病床コントロール③地域連携の 3 つの役割を職種横断的に担っている。

当院は、羽島郡笠松町にあり、岐阜市、各務原市、羽島市と隣接し、更に木曽川を隔てて愛知県一宮市とも接している。このため、連携医も主に 5 市町村にわたり、合計 360 診療所となっている。2020 年度は新たに 61 診療所（羽島郡 1、羽島市 1、岐阜市 23、各務原市 14、瑞穂市 1、大垣市 3、安八町 1、北方町 1、本巣市 1、揖斐川郡 1、可児市 1、愛知県 12）が加入し、連携のネットワークが拡大している。（図 1）

2020 年度の取り組みと結果を報告する。



【取り組み】

2019 年度より地域医療介護連携室の人員を増員し、コールセンター機能の強化、渉外部門の強化を図り、今まで以上に患者、連携医に効率良く受診いただけるよう整備した。また、連携医への訪問を増やし、当院の診療内容や体制をいち早く伝達することで、適切な患者の紹介に繋がられるよう努める。

○病床コントロールについて

新型コロナウイルス感染拡大による緊急事態宣言によって、2020 年 4 月から 7 月の稼働率が大幅に減少した。また、2020 年 4 月より S7F 病棟の半数がコロナ罹患患者専門病棟となり、急性期病棟の病床数が減少したこと、10 月より HCU がハイケアユニット入院管理料 1 取得のために 12 床へ病床を減らした影響によって急性期病床数が全体に減少し、病床コントロールに苦慮した。

さらに、2020 年度の診療報酬改定で地域包括ケア病棟の直接入院 4 割以上満たすように努力しながら全ての病床を効率よく稼働させる努力をした。新型コロナウイルス感染の状況によって 2021 年度も同じような状況は続くことが予測され、効率よく病床を活用していく必要がある。また、HCU や ICU の稼働の維持と重症度の維持は必須であり、入退室の管理も今まで以上に必要となる。

○入退院支援について

2018 年度より少しずつ増えている入退院支援加算はさらに算定件数を増やし、病棟とのスクリーニングや面談も確実にできるようになっている。新型コロナウイルス感染拡大に伴い、患者家族との面談が積極的に行えないことも多い中、電話やオンラインなどを活用し退院支援を行っていた。今後も面会制限は続くため、病棟や外来と協力し入退院支援をさらに強化していく。

○地域連携について

連携医との信頼向上に向けて、紹介患者は、一切断らない。特に入院依頼については、全て受け入れることを目標にしている。また、在宅療養時の急変に備え、在宅療養後方支援病院として病床確保に努めている。そして、紹介患者は原則、紹介元へ戻っていただくようにしており、返書管理システムを利用しチェックを行っている。積極的に連携医を訪問、情報収集を行い、院内ヘフィー

ドバック、要望(改善点)があった場合は即対応し、その結果を逐次報告している。同様に、定期的に各消防署へは医師と同行訪問を行い情報交換、顔の見える関係を構築している。

連携医、救急隊への広報活動としては、毎月、月初に「Monthly Magazine Matsunami」を、各医療機関、介護施設等に配布。診療情報については、診療科案内、疾患ごとの案内を作成。また、法人全体から介護施設、介護サービスの案内も網羅した。

返書管理については、当院に紹介された患者について、「紹介患者管理システム」に入力。又、医師が作成したすべての診療情報提供書(返書)の内容に不備がないか、確認している。返書には作成日が記載されるようになっており、その日付を専用システムに入力し、記載日が入力されていないものが未返書として扱われる。書かれていない場合は、診察した医師に確認し、返書作成を依頼した。尚、作成した返書は連携医に限らず原則持参をした。

【実績】

一般急性期平均稼働率 83.6%、地域包括ケア病棟 88.1%、回復期リハビリテーション病棟 84.6%、障がい者病棟 85.3%、平均在院日数は 11.86 日。(図 2,3,4,5)

予約入院患者の入退院センターでの介入率は全予約入院の 91.8%、入院時支援加算 672 件/年、入退院支援加算 3,242 件/年(図 6,7)。2019 年に比べ入院時支援加算、入退院支援加算算定割合は高くなった。

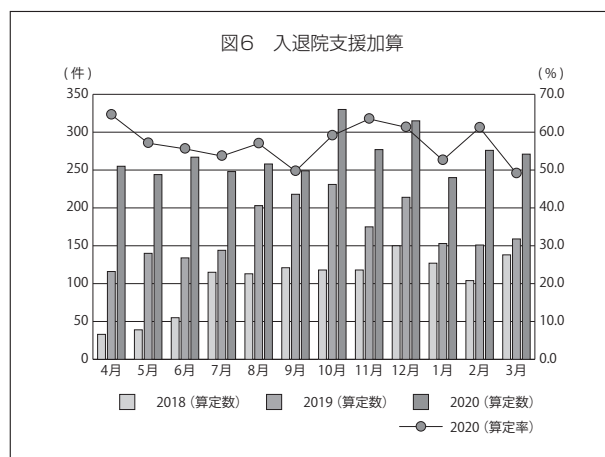
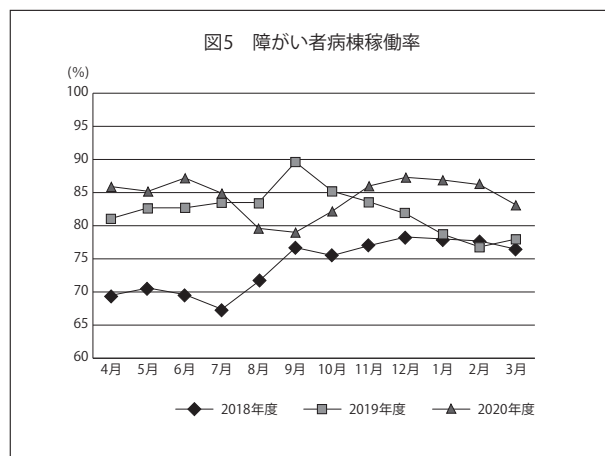
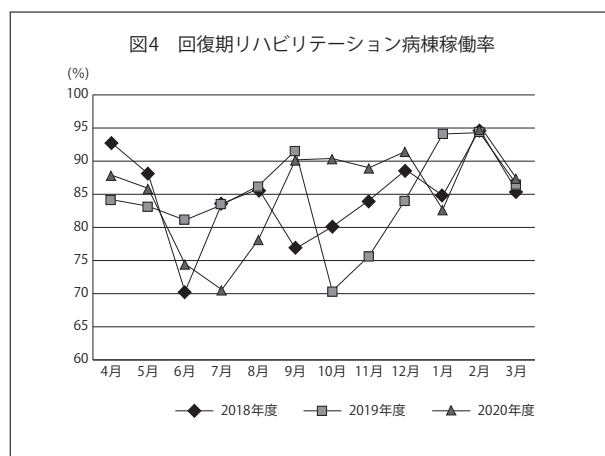
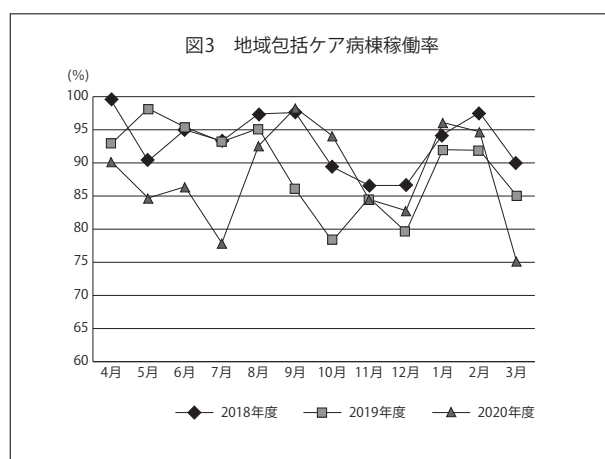
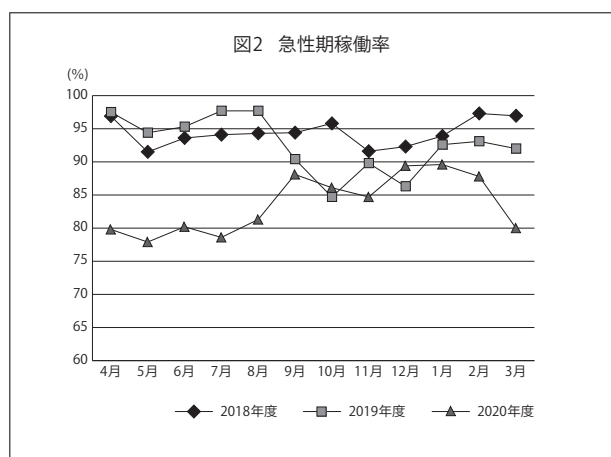
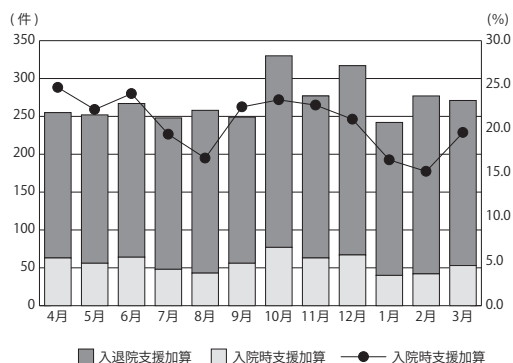


図7 2020年度入院時支援加算



再入院に関しては、全体の再入院率としては大きな変動はないものの、計画外再入院率が増え、計画的再入院はほぼ変わらない。(図8、9)

図8 計画的再入院率の推移

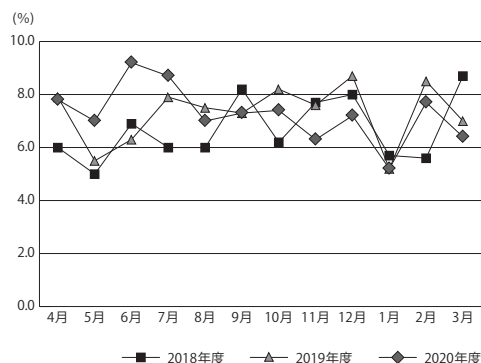
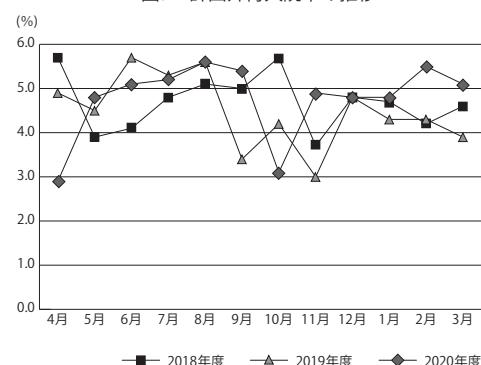
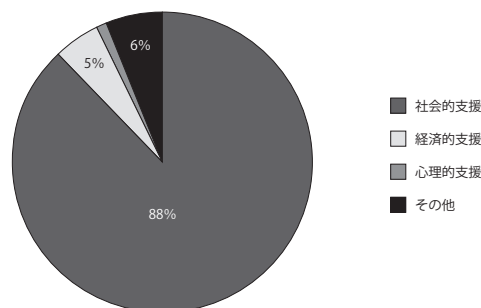


図9 計画外再入院率の推移



患者相談件数は 16,055 件 / 年、転院等の社会的支援は 14,136 件 / 年、経済的支援 891 件 / 年、心理的支援 92 件 / 年であり昨年度より全体の相談件数は減少したが、経済的支援が増加している傾向にあった。(図10)

図10 患者相談うちわけ



羽島先端医療を学ぶ会 (主に医師を対象)1回 / 年、羽島医療連携講習会 (主に医師を対象)1回 / 年、実施。

返書としては返書作成を徹底し、外来、入院、退院時いずれの返書も 90% 以上の返書率を維持した。

2020 年度は、地域医療支援病院委員会は、新型コロナウイルス感染症の影響を鑑みて書面にて 4 回開催。委員総数は 15 名で、院外 10 名、院内 5 名で構成されている。紹介率・逆紹介率共に基準を満たした。地域の医療機関との良好な関係を裏付けしている。(図11,12,13,)

図11 紹介率・逆紹介率の推移

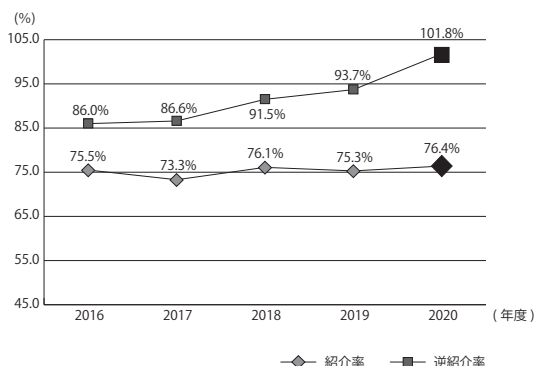


図12 初診紹介患者数の推移

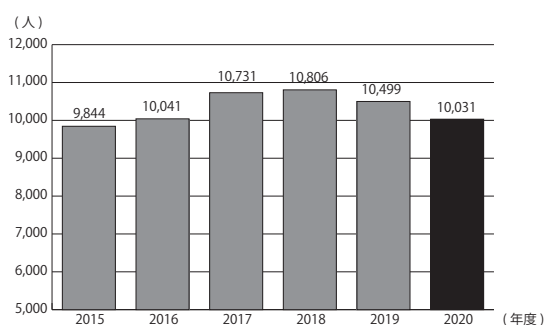
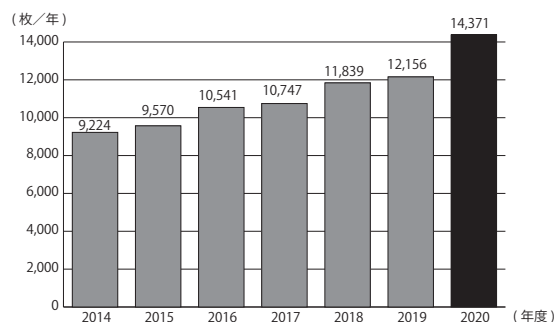


図13 逆紹介患者数推移



救急医療の提供では、救急車搬送者数は減少。
(図 14,15)

図14 救急車搬送患者数推移

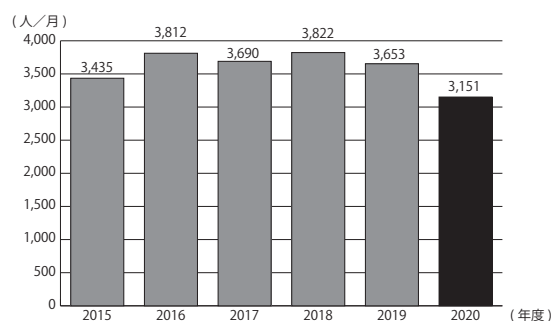
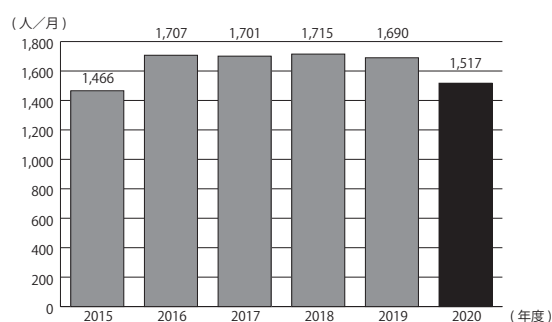


図15 救急車搬送入院患者数推移



外部に向けた研修会・セミナーは、合わせて12回開催し、外部から60名の参加があった。

【今後の展望】

2020年度は新型コロナウイルス感染拡大に伴い、専門病棟の確保のために急性期病棟が減少したこと、さらに、HCUの入院管理料2から1へと変更するにあたり15床稼働から12床稼働へと減少したことなどから急性期で治療が必要な患者の病床確保が困難であった。また、発熱患者の隔離に伴い陰圧管理を必要とする患者の受入に制限をかけざるを得ないことも多く、稼働率を維持しつつ様々な病床の必要な要件を満たしていくことが困難なことが多かった。2021年度現状から大きく変わることはないことが予測され、今後も前方・後方連携を強化するのはもちろんのこと、地域の状況を確認し、現状・過去のデータから分析を行い、効率的な病床運用を目指していく必要がある。

入退院支援においても面会制限が続く中、患者・家族とコミュニケーションを持ち安心して入退院ができるような支援を行っていく必要がある。

また、当院の医療+介護体制を十分に地域へ啓発し、切れ目のないサービスの提供が持続するよう、地域連携業務は構築されなければならない。地域の医療・介護や行政サービスの社会資源を包括して情報共有することが急務である。地域連携は、お互いの信頼関係の上に成り立っているものであり、今後は医療と介護の垣根をなくすことで「顔の見える関係」の強化・継続の為、院内・外に対して積極的に行動していく。在宅医療への医療、介護サービスの適切な提供といった課題を念頭に置き、医療と介護が密接に連携し、安心して暮らせる地域づくりに貢献するために、最適なサービスを地域で創出、継続提供していく。

〔文責：西川哲史、松浦郁恵〕

イノベーション推進本部

【人員体制】

本部長	草深
経営企画部	櫃石
医事課	社本
FMD センター	深澤
情報システム部	杉原
企画課	松岡
看護部	佐藤, 松浦, 小園, 高橋, 野々垣
MA 部	安藤, 野中
リハビリ室	日比野

(2021 年 4 月から変更あり)



【概要】

イノベーション推進本部 (MiP: Matsunami Innovation Project) は、2019 年 8 月 1 日、メンバー 15 名で新たに設立されました。毎日の業務を行う中で、問題点や課題に気づき、業務フローの見直しや ICT の活用によって解決策を考え、不適合を修正し、多職種チームで取り組むことで、日本一の民間病院を目指したいという思いは現在も変わりません。医療を取り巻く環境は、常に変化しており、求められているのはスピードです。

特に 2020 年は、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、感染対策はもちろんのこと、診療形態や方法にもこれまでになかった変化が求められ、待ったなしの対応を迫られました。

MiP の基本コンセプトは、働きかた改革と業務の効率化、コミュニケーションの改善、適正で過不足のない診療記録管理、患者サービスの向上、経営改善であり、2020 年度の活動を紹介します。

【取り組み・実績】

1. AI 問診 Ubie の活用

< 事前問診、スマホ問診機能追加 2020 年 5 月 8 日 >

Ubie を、発熱患者への非接触問診に応用。公式ホームページからあるいは来院後に QR コードからアクセスし、患者さん自身のスマホ等を用いた AI 問診を可能としました。

先進的な取り組みとして、以下の記事が掲載されました。

・AI 問診ユビー導入事例 (Ubie 社 HP)

「コロナトリアージ問診等で非接触医療と患者満足の両立へ」

・月刊新医療 2020 年 10 号

「AI 問診システムを活用した外来における接触リスクの軽減」

・Clinician@digital No2.(エーザイ社)

「新型コロナ対策に AI 問診サポートシステム Ubie 活用、疑い例との接触低減、院内感染防止に寄与」

2. 汎用オーダーの ToDo 通知中止 2020 年 5 月 19 日
処理する必要のない ToDo 通知を廃止しました。

3. オンライン化

< オンライン診察開始 2020 年 9 月 18 日 >

COVID-19 の流行に伴い、オンライン診療に対応する必要性が生じました。病院の特殊性として、診療記事やオーダーには電子カルテが必要、電子カルテネットワークとの分離、マイクとカメラの必要性、さらにオンライン診療を行う医師、診察室が多数あるためオンライン端末を確保するために予約システムが必要といった課題がありました。

そこで、FMD センター協力のもとで iOS に対応するオンライン診療予約システムを構築し、患者登録 (電話番号とメールアドレス、診察方法、薬局情報等) や予約、オンライン端末 iPad の確保を行うこととしました。オンライン診察日には、予約済 iPad で予約情報を呼び出し、FaceTime 等で接続し診療を行います。

同様の仕組みで、オンライン栄養指導も 2020 年 7 月から可能となっています。

< Web 会議の環境整備 >

オンライン会議システム Webex のライセンス、外部入力用端末 2 台を購入するとともに、各病棟にオンライン会議用のインターネット接続用ノート端末を配置しました。

4. ネットワーク FAX システム稼働 2020 年 10 月 1 日

従来は、紹介状を作成したのち PFM で FAX 送信していましたが、ネットワーク FAX を導入し、添付する文書がない場合は各端末から直接 FAX 送信する運用に変更しました。なお、添付文書がある場合は、複合機で FAX 番号バーコードを読み取って相手先番号を入力することなく、複合機から自動送信が可能です。これに併せて、診療情報提供料の算定が可能な場合、医事システムに算定情報を送信しています。

5. 新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、各部門と協力し、オンライン化を中心とした以下の対応を行いました。

「第 40 回医療情報学連合大会」(2020 年 11 月 18 日～22 日、浜松市) のシンポジウムで報告した内容が、Clarix 社のホームページに 2020 年 12 月 14 日に掲載されました。



Web カメラ設置 (2020 年 4 月 20 日): 新型コロナ病棟入院中の人の動き等を確認。

iPad を用いた Facetime 面会 (2020 年 5 月 7 日)、Webex 面会・面談システム (2020 年 5 月 27 日): 面会が禁止された状況下での、面会・面談の代替手段を提供。

P8/P6 駐車場用 Wifi 増強 (2020 年 8 月 31 日 / 12 月 1 日): 車内、建物外の待合室にいる発熱患者の診察を行う際に利用。

発熱外来 Gifu CUBE の運用開始 (2020 年 12 月 1 日): 月刊新医療 2021 年 4 月号に、「発熱外来ユニット (Gifu CUBE) の設置と運用の現況」の記事が掲載されました。



サーモカメラ設置 (2020 年 1 月 19 日): 来院者が自ら検温できるように、各入り口にサーモカメラを設置。

入院時新型コロナスクリーニング開始 (2021 年 1 月 21 日): 緊急入院時の抗原定量検査の実施、健康管理シートの使用。

6. iPhone の導入 2021 年 2 月 15 日

医師への配布から開始し、各部署へ順次展開しています。PHS 公衆無線網の廃止に伴う代替端末としての役割だけでなく、コミュニケーションの改善、インターネット接続、Web 会議、App の活用を目的として利用方法を検討していく予定です。

なお、2021 年度は、継続課題以外に、働き方改革、委員会活動の見直し、勤怠管理システムの改善、改善提案制度、業務の効率化について引き続き取り組んでいきたいと考えています。

〔文責: 草深裕光〕

診療支援部 (MA 部)

【人員体制】

部長	1 名 (兼務)
主任	3 名 (兼務)
副主任	1 名
スタッフ	54 名

(2021 年 3 月 31 日現在)

【取り組みと今後の展望】

診療支援部は、2019 年 11 月 1 日に設立されました。組織図上、診療局の下に位置づけられ、病院外来、クリニック外来、入院の 3 グループに分かれ、医師事務作業補助者 (以下 MA) としての業務にあたっており、スタッフ増員と養成に取り組んだ結果、2020 年 7 月 1 日から医師事務補助体制加算 2、25 対 1 から 20 対 1 の配置基準を満たすことができ、届出を行っています。

MA 部では、医師および医療関係職との間で役割分担を推進し、医療の専門職種が専門性を必要とする業務に専念することで、医療の質向上を図るとともに、効率的に業務を行えるように取り組

んでいます。医療現場においても、いっそうの働き方改革、残業の削減が求められており、医師から MA へのタスクシフティング、タスクシェアリングは有効な手段となります。

MA 部の業務は多岐にわたりますが、診断書の作成、診療文書や電子カルテの代行入力、外来診療の補助、予約の調整、症例登録 (NCD、JONAR)、薬剤市販後調査など、医師の指示の下、業務を分担しています。2020 年 3 月の電子カルテ更新にあわせて、MA の入力権限を再検討し、代行入力を行った場合には、医師により ToDo 承認を行ってもらう仕組みを整備しました。

今後は、各診療科との業務分担、調整等の話し合いを行うとともにスキルアップや教育を経て、さらに業務範囲を拡大していきたいと考えております。また、医師事務作業補助者の人材確保とともに、増員と資格取得を進めることで、医師事務補助体制加算 2、20 対 1 から 15 対 1 への配置基準の充実を目標したいと思います。

〔文責：草深裕光〕

病院事務部 医事課

【人員体制】

病院・クリニック	
部長	1 名
次長	1 名
課長	4 名
主任	4 名
副主任	3 名
部員	44 名

【概要】

2020 年度は新型コロナウイルス感染症関連業務と通常業務とを合わせて行うこととなった。年度当初は例年より患者数が減少傾向にあったが、徐々に患者数も回復していった為、業務効率を図りコロナ関連業務が通常業務を圧迫しないよう努めた。

【取り組み・実績】

■新型コロナウイルス関連業務について

医事課として主な新型コロナウイルス感染症業務は以下の通りである。

- ①行政検査患者受付対応
- ②発熱患者対応
- ③岐阜地域外来・検査センター対応
- ④新型コロナウイルス患者入院受入及び退院時対応
- ⑤ HER-SYS、G-MIS 登録
- ⑥医療従事者新型コロナワクチン業務
- ⑦面会中止等の院内放送

「新型コロナウイルス感染症業務詳細」

①行政検査患者対応

患者に指定した病院駐車場に出向き、検体採取場まで誘導を行い、患者情報等を車の窓越しにて確認（後に電話での確認に変更）。検査後に請求書送付。

②発熱患者対応

原則屋外から患者に電話を掛けて頂き、AI 問診、支払い方法等説明。(AI 問診が出来ない方には口頭にて問診を行う)。患者来院時には駐車場まで患者情報等の確認を窓越しに行い、それ以降の手順を説明。

12 月以前は全て請求書を郵送していたが、12 月より支払い方法に QR 決算を追加。QR 決算は月平均約 10 件程度であった。

③岐阜地域外来・検査センター対応

センターでは会計業務を担当。主な業務は患者登録、会計計算、請求業務となる。検査センターでは直接金銭授受が出来ないため、後日請求書を郵送するか、センター内で QR 決済を行った。領収書は帰院後に発送。QR 決済は月平均約 30 件程度であった。

④新型コロナウイルス患者入退院時対応

事前に保健所からの FAX を元に ID 作成及び患者へ入院案内の連絡。患者来院時には入院患者専用駐車場への誘導及び病棟までの案内を行った。案内後はエレベーター内の清掃。退院時には病棟より入院患者専用駐車場までの案内を行う。

⑤ HER-SYS、G-MIS 登録

HER-SYS については当初、検査を行った方全員の登録であったが、途中より入院患者及び陽性患者のみとなった。

G-MIS は分担入力を行っており、総合病院は総務部、クリニックは医事課で行っている。

⑥医療従事者新型コロナワクチン業務

今年度の時点ではまだ請求は行っていないが、3 月分は約 1,100 件の請求予定。

⑦面会中止等の院内放送

放送は総合病院の北館、南館、クリニックの 3 カ所で行い、当初は定期的に「面会中止」、「マスク着用」等の放送を行っていたが、後に自動放送で定期的に行っている。

新型コロナウイルス感染症関連業務は来年度も継続していき、感染の波が大きくなればそれだけ通常業務を圧迫する。1 年間通して業務を行い慣れてきたとはいえ、まだまだ改善の余地はあるように思われる。今後は他部署との連携を深め、さらに効率よく業務を行えるよう努めていきたい。

最後に今年度の医事課の人員変動についてです。医事課の定員については退職者が8名と昨年度に比べ増加した。退職者の内2名は在職1年未満であったことから、大いに反省すべき点でもあった。

採用については退職者と同人数の8名であり医事課の定員を満たすことが出来たが、退職者の中には中堅クラスも含まれていたこともあり、抜けた穴は大きく新入職員の教育をしっかりと行っていきたい。このことから来年度についても人員の安定に重点を置き、医事課としてさらなる充実・成果を上げるよう努めていきたい。

〔文責：小林弘明〕

【人員体制】

課長 1 名
主任 1 名
課員 4 名

2020 年度は「データ活用の推進」を目標とした。

【取り組み・実績】**①入院診療録管理**

量・質的点検としてオーディットを実施している。入院中の入院診療計画書作成状況を確認し各病棟への連絡も行っている。

- ・サマリー処理件数 9,603 件
- ・オーディット 登録件数 9,420 件
- ・退院後 14 日以内の退院サマリー作成率 95.7%

②診療録等開示

開示しやすさや個人情報に配慮したサービスを提供できるように心掛けている。肝炎訴訟のための開示が多い。

開示件数 73 件

③救急関連登録

外来での救急患者登録用紙の記入と、救急患者登録管理システムへの入力により正確で迅速なデータ管理を行っている。

登録件数 5,079 件

(内 救急車来院件数 3,151 件)

④全国及び院内がん登録

がん登録担当者 2 名。(うち院内がん登録実務中級認定者 1 名) 当院は、院内がん登録の県推薦病院であり正確なデータ提出に努めている。当院ホームページにて院内がん登録件数の公開を行っている。

2020 年度がん登録件数 1,521 件

⑤ DPC/PDPS 業務

○コーディング確認

入院中や退院時に、医師の決定した DPC 病名や DPC 診断群分類をサマリー情報やレセプト情報等を元に確認を行っている。

○詳細不詳コードへの対応

DPC 機能評価係数Ⅱに関連した詳細不詳コード削減への対策として、医師へチェックシートの依頼を行っている。

○様式 1 提出業務

厚労省へ様式 1 等データ提出のためにデータ整備を行っている。

○ DPC コーディングに関する委員会

毎月第 3 火曜日に委員会を開催し、DPC 病名の変更になった症例の報告や、DPC の基礎係数特定病院群要件として外保連手術指数や特定内科診療の報告を行っている。

⑥ベンチマーク及び統計資料の作成

「DPC データ」と「病歴管理システム」と「厚労省データ」を主として作成を行っている。依頼内容は多様化してきている。

データ作成数 215 件

⑦その他

・ NCD(National Clinical Database) の外科手術情報登録

・ クリニカルパス委員会や CI などへの協力

厚労省へ提出する DPC のデータ量が増加し、DPC データの精度も求められている。また、資料作成依頼や、分析依頼も増加している。正確なデータ整備に努め、情報提供に努めていきたい。

〔文責：佐藤友美〕

【人員体制】

システム開発部		
部長	1 名	
課長	1 名	
副主任	1 名	
その他部員	3 名	の構成。

ソフトウェア開発及び、コンピューター運用管理を行っている。以下、2020 年度の開発、投資案件から主だったものについて紹介する。

【概要】

○電子カルテ導入

現行の診療情報システムを導入して 7 年目を迎え、当初 2021 年 1 月 1 日のシステム更新の予定でしたが、2020 年 4 月の「緊急事態宣言」の影響と世界的な感染拡大からシステム更新を 2021 年 3 月 21 日に変更して行いました。今回の導入は電子カルテのバージョンアップは行わず、データベースサーバーの機器更新を主として行いました。

今回の更新で追加された機能

- ポータルシステム シングルサインオン
「医療情報安全ガイドラインより」
利用者の識別・認証

医療情報システムへのアクセスを正当な利用者のみに限定するために、医療情報システムは利用者の識別・認証を行う機能を持たなければならない。

ID とパスワードが書かれた紙等が貼られていて、第三者が簡単に知ることができてしまう。

IC カード等のセキュリティ・デバイス+パスワードやバイオメトリクス+IC カード、ID・パスワード+バイオメトリクスのように、認証の 3 要素である「記憶」、「生体情報」、「物理媒体」のうち、2 つの独立した要素を組み合わせて認証を行う方式 (二要素認証) を採用することが望ましい。

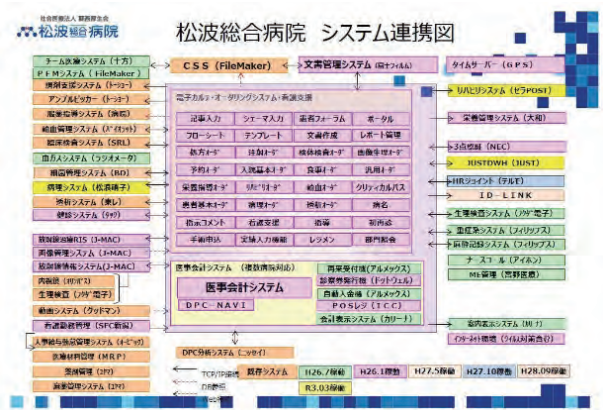
医療情報ガイドラインから職員カード (IC カード) とパスワードによる 2 要素認証を行い松波情報システムにログインします。

○レポート未読・未説明管理

放射線・内視鏡・病理レポートの未読・既読・説明済・未説明を管理します。

○らくらく看護師

看護師がベッドサイドで行う患者確認や実施登録作業のデバイスを PDA から iPhone8 に変更。
IC カード認証、画像連携、診察記事入力機能追加。



○各種導入システム

医療用 DWH の稼働

電子カルテ、医事会計、DPC ファイルのデータを 1 つのデータベースに集めて情報の分析を行う。診察記事、検査結果や処方・注射、レセプトデータ等の診療データが日々登録されます。

【FMD センター】

センター長	1 名	
主、副センター長	1 名	
課長	1 名	
主任	1 名	
その他職員	2 名	の構成。

「リハビリ管理 (リハ病棟)」「がん相談記録」「看護部議事録」「医療安全看護実施記録」「返書作成管理」等のシステムを新規開発しました。

新規開発 12 件

- ・ COVID-19 対策案件 3 件
- ・ その他案件 9 件

新型コロナウイルス関連のアプリ開発をファイルメーカーの特性を活かし「曝露リスク評価」「会議室予約管理」「見舞客来院管理」を作成しました。

○院内 PHS スマートフォン

2020 年 4 月より導入を進めてきました院内 PHS をスマートフォンに 2021 年 2 月に本稼働することができました。

MDM(モバイルデバイス管理)

- ・ 端末紛失時のリモートロック・ワイプ
- ・ セキュリティーポリシーやアプリの配布管理
- ・ 位置情報取得や利用機能の制御

各職員が使用する iPhone8 を一元管理、運用を行う。

【今後の活動】

依頼があった案件に対応するだけではなく、自ら提案し、それに基づくデータやシステムの提供を行う。

システム内部監査 (システム監査、情報セキュリティ、事業継続管理、ソフトウェア資産管理) を行い評価する。

現場のニーズに有ったものにするためにソフトを開発する。

〔文責 : 山北慎吾〕

業 務 部

【人員体制】

部長	1名	課長	3名
顧問	1名	主任	2名
部員	12名	パート	5名
副主任	1名	アルバイト	8名

総勢 32 名

購買管理課と施設管理課、売店管理課の3つがあり、購買管理課は薬品を除く医療材料を管理し、また医療材料以外の消耗品の管理も行う。売店管理課においては、北館の1Fにあるセブンイレブンの管理及び運営を行っている。

施設管理課は、名前の通り病院の施設の管理と電気、空調といったエネルギー関係のコントロールも行う。

医療材料を主に扱う購買管理では※SPDシステムを用い、必要な物品を過不足ないように管理している。また医事課と連携し、特定保健医療材料の過請求あるいは請求不足といった事を防止するため、月に一度レセプト請求前に消費データと請求データを照合し整合性を図っている。

※SPDとはSupply(供給)Processing(加工)Distribution(分配)の略で、現場のニーズに合わせて医療消耗品等を各部署に供給し、在庫ロス・過剰在庫の解消、請求・発注業務の軽減、保険の請求漏れや不足の防止、また患者別材料情報管理を行う。

施設管理に関しては患者さん、当院スタッフが安全で快適に過ごせるよう、法人すべての施設を対象とし維持管理を行なっている。建築物や電気設備、熱源設備、空調設備、給排水衛生設備など毎日巡回点検を行い、適切に稼働させるための整備を行う。また地球温暖化防止による省エネが叫ばれる中、コージェネレーションシステムの効率的な運転や省エネパトロールを行い電気及びガス使用量の削減に日々努力している。

防災関係については羽島郡広域連合消防本部と合同で災害訓練や避難訓練を行い、有事に備えている。

感染性廃棄物の処理についても院内処理を適正に行なう為、取り扱いマニュアルを作成し、また環境省令の基準に従い、適切に処理をしている。

〔文責：杉原浩二〕

