

看護部

【人員体制】

看護本部長 1 名、副看護部長 2 名
 看護師長 19 名、副看護師長 9 名
 主任 16 名、助産師 23 名、保健師 63 名
 看護師 365 名、准看護師 21 名
 看護補助者 56 名、歯科衛生士 3 名
 クラーク 6 名
 （非常勤含 / 2021 年 4 月 1 日現在）

【概要】

2021 年度はコロナウイルス感染者数の変動によってコロナウイルス感染者病棟の病床数を何度も変更し、それにより一般急性期病棟は通常の病床より少ない状況が続いた。

また、多くの部署にて入院患者や看護職がコロナウイルス感染者になり入退室制限や就業制限のため稼働できる病床数の減少、業務ができる看護職の減少が起きた。その中で病床の回転率を上げ稼働させ運用する状況が継続した。さらにはコロナワクチン接種の開始、コロナウイルス感染者後方支援ホテルの人材派遣等、多岐にわたる業務は看護職の負担となった。

勤務外であっても、感染予防対策実施を図り余暇時でも気を緩ませることがなく精神的負担は計り知れない。その中でコロナウイルス感染者出現後に関係者に対し陽性の有無を確認した結果が陰性であった時の安堵と医療者として感染対策が徹底できた結果と評価できる。

各部署は各加算基準の確認と目標稼働率の到達を目指しながら患者・看護職の安全・安心を考慮し活動した。

【取り組み・実績】

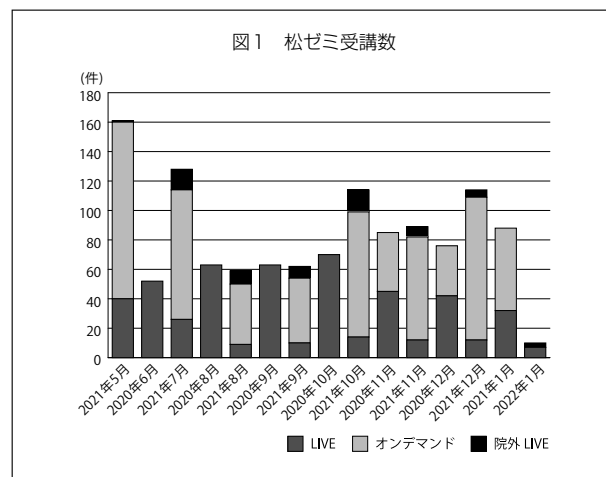
看護部ビジョンは 2019 年度から継続「地域で生きる生活者＝患者を看護する」とした。看護部目標は、1) 地域と連携しさまざまな場所で専門職として責任のある看護を提供する、2) チーム医療・教育体制整備から看護実践能力の向上を図る、3) 職場環境を整え、患者サービスの向上を図る、4) 看護業務を見直し、看護職の離職を予防する、の 4 つとした。

各目標の評価指標は 1) に対し①松ゼミ受講②特定行為受講③各カンファレンス実施数・記録監査

④固定チームナーシングの役割⑤稼働率⑥ベッド単価・在院日数⑦転倒・転落等の 3b 以上 10% 減⑧新規褥瘡発生率 1.5% 以下⑨各部署役割達成、2) に対し①各チーム目標到達②多職種カンファレンス実施率③ラダー研修実施と評価、各支援プログラム実施と評価④看護必要人員確保、3) に対し①付与された有給休暇 6 割取得②クレーム数減少③退院時アンケート結果・クレーム内容、4) に対し①前年度より時間外 1 割減少②離職率 10% 以下とし 1 年間取り組みをした。

【1 の結果】

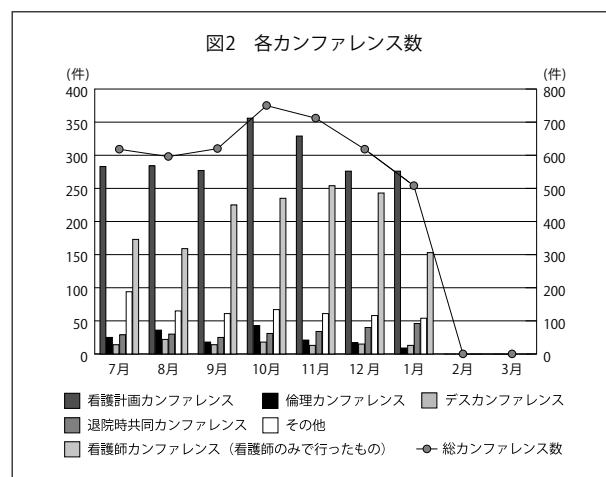
①松ゼミ受講



②特定行為受講者

特定行為受講生は 1 名であったが、臨床推論の演習の実際を見学したスタッフが来年度受講を希望し来年度は募集数である 2 名となる。

③各カンファレンス・記録監査



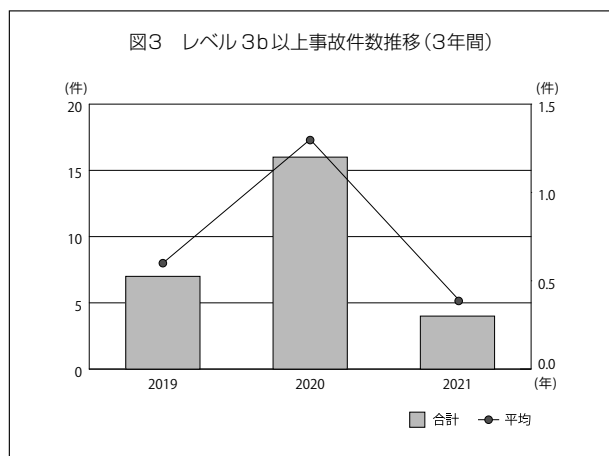
カンファレンス、記録監査は看護過程委員が中心となり確認した。カンファレンスは病棟での毎日1症例は習慣化してきた。カンファレンスの内容の評価は来年度の課題となるが患者の思いに沿った看護の提供につなげていきたい。看護記録は患者に適した看護診断が選択できてなく観察・ケア等の見直しが必要である。

④固定チームナーシングの役割

固定チームナーシングが基準・手順委員会が中心となり「日々の受け持ち看護師の業務徹底」を目標に活動した。その結果、業務徹底に対し各項目80%以上達成することができた。リーダー、受け持ち看護師が役割・業務を達成できることで継続したケアの実施ができ、看護の質向上につながる。来年度も継続していく。

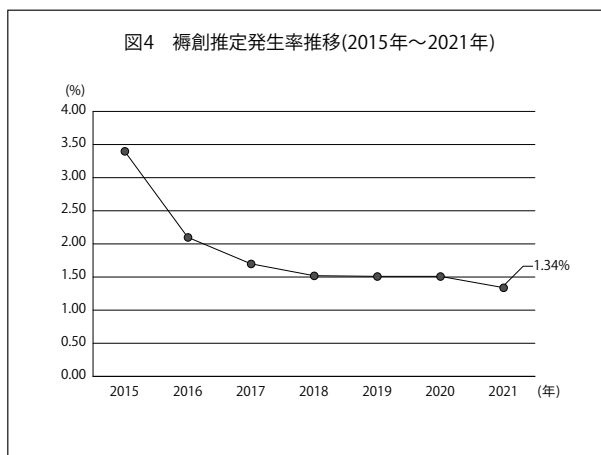
⑤稼働率⑥ベッド単価(各部署結果参照)

⑦転倒・転落等、事故レベル3b以上減少



昨年度事故が多数で1昨年度と比較した。その結果、目標である10%以上の減少となった。毎日の療養環境を整えることや医療現場は不可逆的であるため医療安全を遵守が不可欠であることの認識が高まってきている。今後の継続が重要である。

⑧新規褥瘡発生率 1.5%以下



褥瘡発生率の推移は年々下がってきている。日々、専従 WOC が部署をラウンドし働きかけや、各部署のリンクナースが部署のスタッフに予防的関わる技術を伝え、各管理も共に活動に参加した結果である。

⑨各部署役割達成2) 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年から一般急性期であるS7病棟はコロナウイルス感染者病棟として継続し運用している。2021年はS7病棟(東)30床をコロナウイルス感染者一般病棟8床に、2022年9月より東西合併しHCU4床立ち上げる。一時期11月は西病棟を一般急性期として稼働したが2022年1月下旬にS7フロアー全てコロナウイルス感染者病棟として稼働した。担当する看護職は精神的負担を考慮し3～6ヶ月を目処に順に部署移動を図っている。また、一般急性期病棟は急性期一般入院料1の加算基準である重症、医療・看護必要度Ⅱ(以後：必要度)の重症度29%以上を保持し減少した病床でPFMを中心に患者の状態に応じ病棟異動、他施設の転院を計画的に実施し病床を回転させた。(図5・6・7参照)

図5 平均在院日数

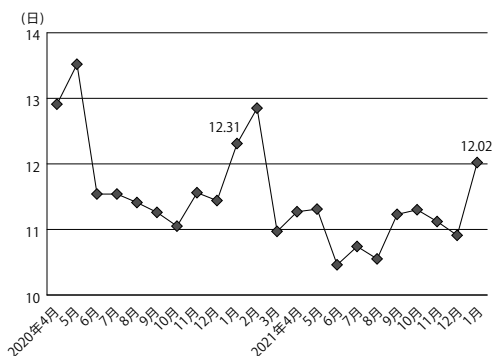
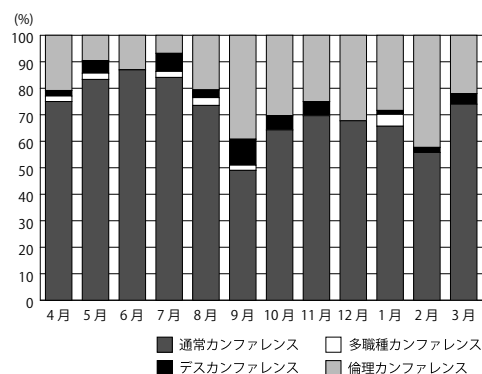


図8 カンファレンス実施状況



HCUは、ER・外来・ICUからの入室が50%を占める。予定入院・転入がない状況から安定した患者確保は難しい中で、ハイケアユニット入院医療管理料1の基準である必要度80%以上保持をPFMと協働し実施している。個々の患者に対しては医師・コメディカルと情報交換し患者に適した看護を提供できるように努めている。

図6 急性期病棟稼働率 計画90.0%

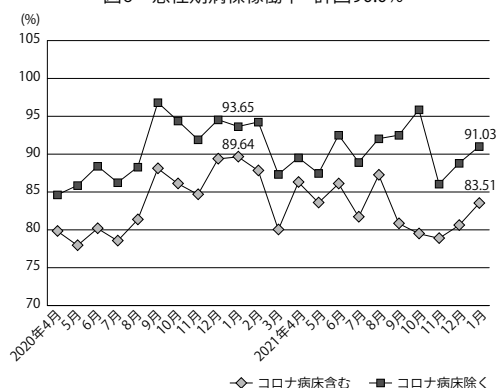
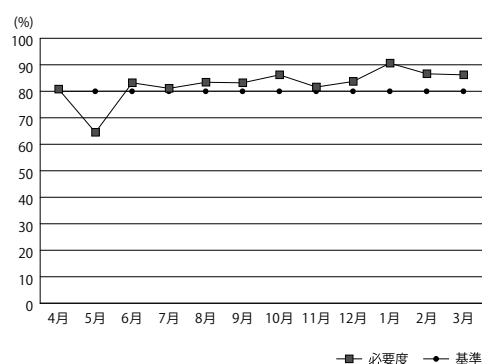
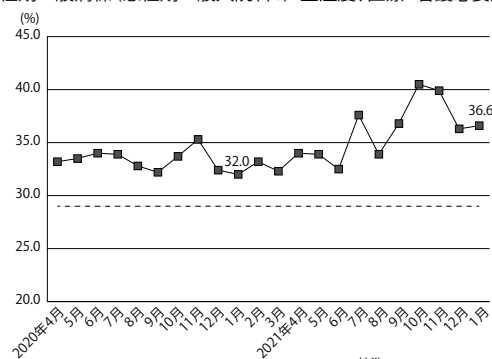


図9 2021年HCU必要度

図7 一般急性期重症医療・看護必要度
急性期一般病棟(急性期一般入院料1)重症度、医療・看護必要度II

※H ファイルオプション (PRISM) より算出
【2020年度診療報酬改定】
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものが2割9分以上
・A 得点が2点以上かつB 得点が3点以上
・A 得点3点以上
・C 得点が1点以上

(2)ICU・HCU

ICUは特定集中治療室管理料1の施設基準で、医師、薬剤師、栄養士が常時配置されている。多職種連携し重症患者に対し日々カンファレンスを実施し早期回復に向けた薬剤・栄養管理、看護展開を実施し早期離床に対しても積極的に取り組んだ。

稼働、必要度も高く保持することができた。

(3)回復期リハビリテーション病棟

「回復期リハビリテーション病棟入院料1」を算定、平均病床数51.4床、平均稼働率87.9%と年々上がり目標値88%に近づいた。入院患者疾患別の内訳は、脳血管疾患53.7%、運動器疾患45.5%であったが、S7フロアを全てコロナウイルス感染者病棟として稼働するために一般急性期患者の受け入れもあった。病棟目標である「回復期リハビリ病棟入院料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)」平均35%以上、「在宅復帰率」平均85%以上「退院時の重症患者改善率」は平均50%以上で施設基準の維持ができ適正稼働ができたと思う。

2021年度から認知関連行動アセスメント (CBA) を実施しカンファレンスすることで高次機能障害に対し適切な対応ができてきている。CBAが高いほど、FIM-Mも高くなり、低ければ低くなる。よって認知機能が良好な場合と不良な場合ではADLが大きく異なるため、今後もCBAを実施し多職種でカンファレンスし介入することでFIM-M改善につなげていく。回復期リハビリ病棟として個々の患者に合わせて退院後を見据えた看護・リハビリの提供ができる取り組みを行っていく。

(4) 地域包括ケア病棟

今年度、病床稼働率は87.0%であり、目標値を下回った。コロナウイルス感染症拡大による専用病床の増設や病棟内クラスターによる利用制限があり、病床稼働に影響を及ぼした。施設基準の自施設からの転入患者の受入れを6割未満とするため、日々の入棟患者数を確認し、入退院センターと調整を行った。転入割合は55.4%(昨年比-0.7%)と低下した。これは白内障手術、眼瞼下垂手術の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った結果である。また、在宅復帰率は82.9%と高水準を維持した。退院支援に関しては、担当MSWが配置され、円滑に情報共有することができるようになった。平均在院日数は15.4日と、昨年度の13.4日より2日延長し、効率的な病床稼働を目的とし退院調整を行った。さらに、充実した生活支援や退院指導を行い、社会福祉サービスを整え、患者や家族が安心して退院を迎えられるような支援を継続する必要がある。

また、2020年度より「人生の最終段階における医療・ケアの指針」を作成し、運用を開始した。ACPプロジェクトの発足により、退院困難事例や治療の選択において多職種とともにカンファレンスを実施し、患者の意思に寄り添った支援を行っていきたいと考える。

加えて、重症度、医療・看護必要度の重症患者割合は8%以上を求められているが、30%以上と非常に高くなっている。ケアミックス病院として各病棟の効率的な運用を行い、急性期治療終了後の身体症状の安定した患者を受入れられるよう病床コントロールが必要となる。

次年度は、診療報酬の改定により、自施設の転入割合6割未満の継続や在宅復帰率72.5%への増加、自施設からの転入時の急性期患者支援病床初期加算の減額などが予定されている。今後も患者・家族が望む、住み慣れた環境での生活が継続できるよう支援に努める。

(5) 障がい者病棟

2017年12月に多剤耐性菌感染が発生してから、第3者(派遣指導)より指導を受け、院内感染防止対策の強化に取り組み、2021年3月5日に0人になり感染エリアが解体されたが、同月12日に1名発生し、再度感染エリアでの管理となった。その後も2ヶ月に1回、全患者の感染スクリーニングと、転入時の便培養も継続となった。2022年3月4日多剤耐性菌感染1名発生し合計2名となったが、感染スクリーニングの結果12ヶ月陰性であったため、2022年3月18日1名となった。

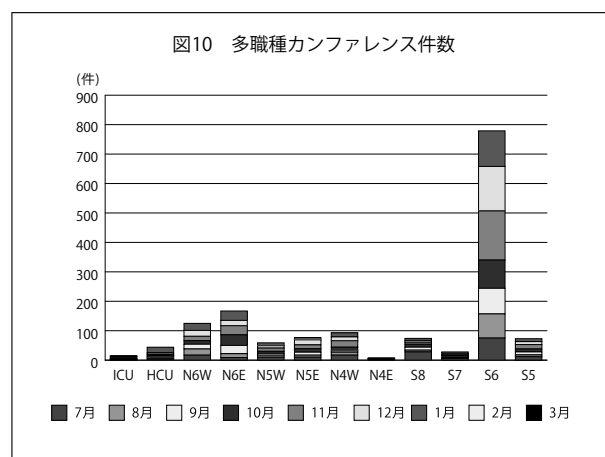
今後も標準予防対策を基本とした手指衛生の徹底、療養環境の整備・整頓・清掃を実施し感染者発生を予防していく。病床稼働率は平均83.9%で病院の目標である85%は達成できなかった。しかし、HCUからの呼吸器患者の受入や、急性期の終末期患者の受入れを行い、病床確保できるよう協力体制を整えた。COVID-19での面会禁止が続いており、2年患者家族が面会でできていない状況である。今後も患者・家族の心のケアに努めていく。

[2の結果]

①各チーム目標到達

チーム名	目標・活動	結果
認知症ケアチーム	認知症ラウンド・カンファレンス(前年度より増加)身体拘束率減少(全国平均)	1,069件→1,173件 身体拘束 5.4% (全国 6~7%)
緩和ケアチーム	チーム松を活用し多職種連携強化を目標に活動、指標は「患者支援」画面の活用、トータルペインスクリーニング実施率 90%以上	多職種から患者情報は集めることができたが病棟スタッフは「患者支援」画面の活用は少ない。トータルスクリーニング実施率 91.8%
排尿ケアチーム	院内全体への排尿ケアの取り組みを周知する。入院から外来へ排尿自立ケア継続のための体制整備を目標として活動	マニュアル改訂、リンクナース教育実施後、活動開始する。排尿ケアチームラウンド週2回実施
感染対策チーム	新型コロナウイルス感染防御対策、高度耐性菌アウトブレイク感染防御対策、手指衛生遵守率向上、針刺し事故防止、ワクチン接種等に対し活動する	新型コロナウイルス感染防御に対してはフロー図や対策マニュアル作成と共に定期的に改訂しポスター貼付した。その他の防止事項に対してもラウンド等にて防止を呼びかけた

②多職種カンファレンス実施率

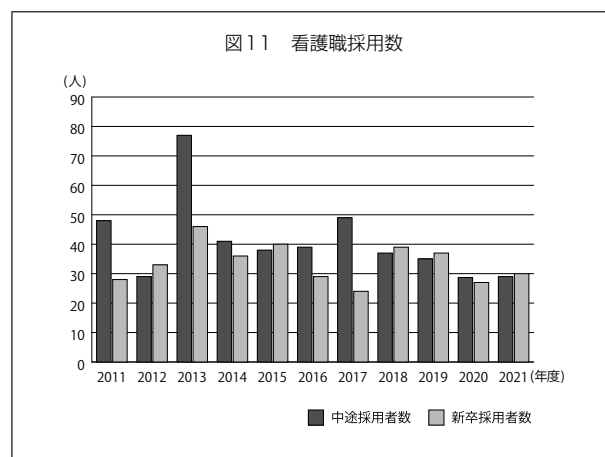


多職種カンファレンスはS6が以前からセラピスト共に実施が通常なため件数が多い。昨年度は0件の部署もあったが、今年度はS6含まず平均して月に約10件できている。患者を多職種で協議し連携することで患者をより理解することにつながる。

③ラダー研修実施と評価、各支援プログラム実施と評価(教育委員会報告参照)

④看護必要人員確保

目標値は「中途採用者 30 名、新人 40 名」



2021年度は新人30名、中途採用者29名で新人が目標値に達成できていない。

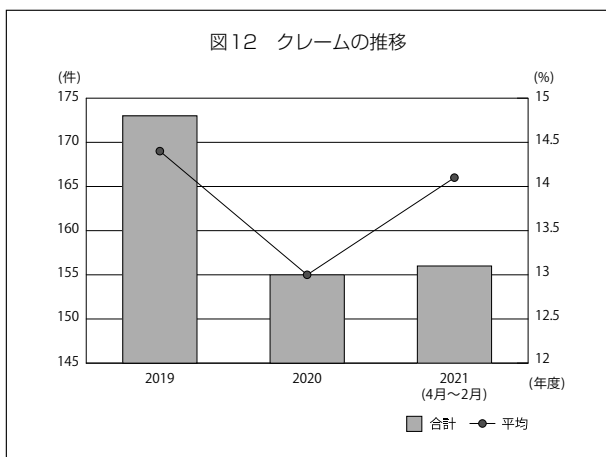
[3 の結果]

①付与された有給休暇 6 割取得

平均取得日数は 9.8 日、率は 65.2% で今年度の目標は達成できた。しかし、部署による差異があるため、部署ごとの格差が少なくなるように人員配置や業務の見直しを考慮する必要がある。

②クレーム数減少

昨年度よりクレーム数は上昇している。早急に対応することが重要であると共に同様なクレームを起こさないように指導する。



③退院時アンケート・クレーム内容

クレーム内容は療養環境と看護職の対応が中心である。

【療養環境】

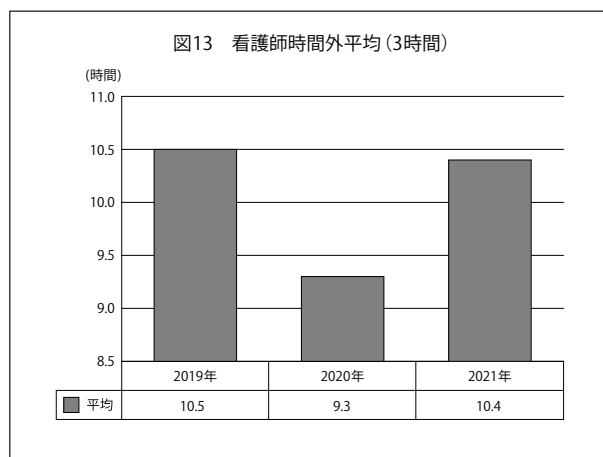
1. トイレ環境：手拭きがゴミ箱からあふれている。土日が汚い、トイレが空いているか判断しづらい時がある。
2. 病室携帯電話：病室内での携帯電話使用の長さ声の大きさ、動画をイヤホンなしで聞く、着信音がうるさい。

【看護職の対応】

1. 会話：24 時間、継続的に看護職の声がうるさい。入院時に高い声でまくしたてるように説明するためわかりにくい。看護師が変わるので入室時に名前を伝えてほしい。
2. 差異：看護師によって対応にばらつきがある。
3. 処置時の対応：カーテンを閉めない。手袋等忘れ物をする。ナースコールをしても来ない。話ながら処置をする。

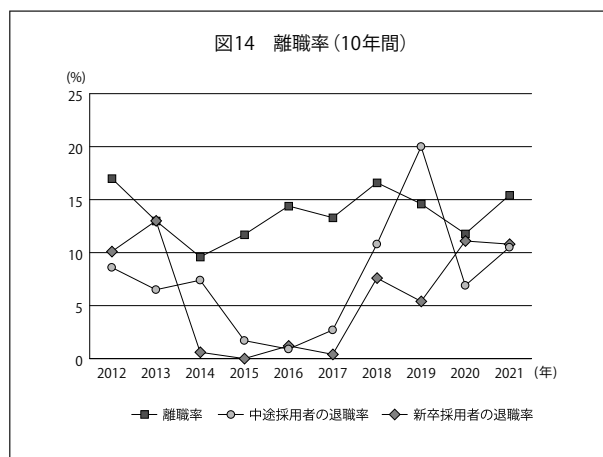
[4 の結果]

①時間外 (前年度 1 割減少)

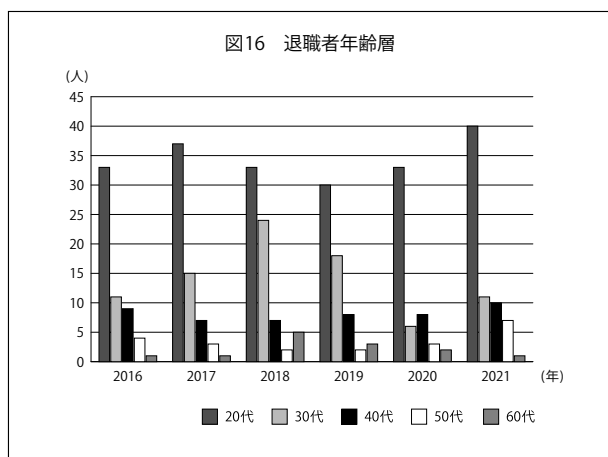
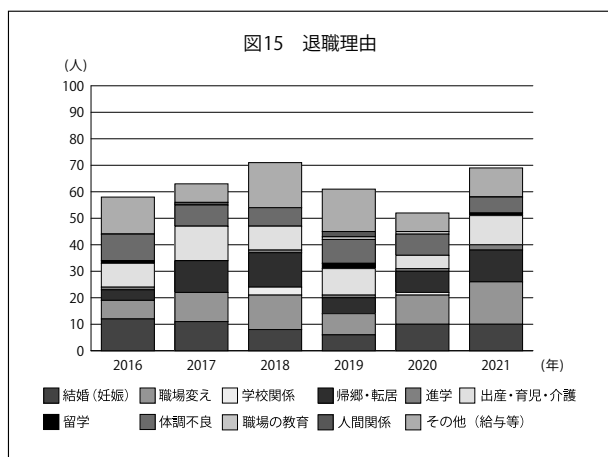


時間外平均時間は前年度より 1 割以上増えた。急性期の内科病棟である N5E・N5W・N4W の時間外が昨年度より平均 3.8 時間増えている。17 時以降の検査出し、16 時以降の入院等が要因と考えられる。来年度に向けて課題を上げ具体的な業務・人員配置見直し必要である。

②離職率



離職率は 15.4% にて昨年度より高くなっている。新卒離職は 10% と変化はないが、中途採用者の離職率が昨年度より高くなったことが要因と考える。しかし日本看護協会の中途採用者の離職率 16.4% (2020 年病院看護実態調査) となっており全国と比較すると低い。中途採用者に対しては中途採用者支援プログラムを活用し指導していることが有効と考えられる。中途採用者入職面接時の採用判断が重要である。



退職者年齢は20代が40人と前5年と比較しても特に多くなっており、退職理由は職場替えが1番多い、近隣に類似した病院があり常時採用する施設が増えたことが原因ではないかと考えられる。職場内の円滑なコミュニケーションや働きやすい環境づくりを推進していくことが重要である。

【今後の展望】

今年度もコロナウイルス感染に伴い病床閉鎖や就業制限等に追われた1年であった。今後も同様なことが継続するが基本的な感染予防対策を徹底し感染拡大防止を図り医療現場が縮小しないように努めていく。

看護に関しては個々の患者に適した質の高い医療を提供するために、チーム医療の強化、多職種カンファレンス、固定チームナースングでの役割・業務を達成していくことで患者の思いに沿った看護を提供していく。また、看護職人員確保に努めるとともに業務の見直しや有効なIT活用を実施し職場環境を整えていく。

2022年度の診療報酬改定では①新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】②安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】③患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上が基本視点として多岐にわたり改定されてくる。多職種と協力し加算を考えた活動を行うことで患者・地域の皆様に質の高い医療の実現につなげていく。

〔文責：伊藤妙登美〕

委員会活動

【教育委員会】

2021年度は、1. クリニカルラダー教育を実践しさらなるブラッシュアップを行う。2. 各チームの活動においてPDCAサイクルを回し対策の実施確認と改善に努める事を目標に掲げ活動を行った。

2020年度に看護実践、コミュニケーション、看護倫理、継続看護、看護観の5領域をもとに企画したクリニカルラダーを今年度も引き継ぎ、次年度に修正が必要な点がないかを確認しながらプログラムを実践していった。感染対策にも引き続き留意しながら、受講生には初回研修時に注意事項を提示し、健康管理にも努めた。研修後アンケートについては記述式にしていたが、ナースングスキル内にあるアンケートを利用し、オンライン上でアンケートを実施し集計することで担当者の業務軽減を図ることができた。12月に昨年度認定保留となっていたラダーレベルⅣ・Ⅴの受講生に対するラダー認定委員会を開催し、レベルⅣ2名、レベルⅤ4名を認定した。2月には今年度の受講生に対するラダーレベル認定委員会を実施し、レベルⅠ36名、レベルⅡ20名、レベルⅢ23名を認定した。

クリニカルラダー教育システムが構築していくなかで、今年度は新たにマネジメントラダーチームを立ち上げた。旧システムにあったマネジメントラダーを見直し、よりマネジメントが求められるスキルとは何かをマニュアル化し、次年度から研修計画を立案し、次年度からの研修開催を目指した。

新人看護職員教育においても昨年度改訂した教育プログラムを継続した。新人看護職員がメンバーとしての役割を果たすことができるよう、看護技術が実践レベルに到達していることを教育担当者や部署管理者が確認した。また、外部講師を招いてのメンタルヘルスの研修も実施し、精神的な支援も行えるよう取り組むことができた。

教育としての活動と並行して、SFC看護職員勤務予定表作成システム内にあるラダー管理を活用し、クリニカルラダー教育の管理を電子化できるよう活動を行った。

次年度は電子化システムの活用と、マネジメントラダー教育の実践、コロナ禍で臨地実習の機会が少なかった新人看護職員に対して一部改訂した教育プログラムを実践していく。

〔文責：大野智子〕

【基準・手順委員会】

2021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、担当者で内容を見直してきた。人工呼吸器装着時の看護、肛門坐薬による排便促進の手順については一部修正した。薬剤注入点滴ルートの誤認防止方法は、誤字を修正し、中心静脈内注射・翼付静脈注射針を使用した採血及び注射には物品を追加した。注射・点滴手順・「麻薬の取り扱い」(注射・内服・坐薬・貼布剤)・医療麻薬内服時の看護・麻薬・血液製剤の運搬に関する手順は一部改訂した。また看護師全員に対する共通指導を目的としてナースングスキルの新人看護職員研修ガイドライン対象手技について認定看護師と委員で見直しを行い、17項目に対し松波特記事項に追加した。手順がないものの看護実践している項目の洗い出しを行い、心臓カテーテル圧迫解除の作成を行った。

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ため、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。毎月月末に委員で実施確認し評価した。その結果ナースングスキルの受講率の上昇と統一した看護技術提供の促進となった。来年度は継続して実践できるようにしていく。

3については「固定チームナースング」の定着を目指した。前年度からの引き継ぎとして「日々の受け持ち看護師の役割と業務の定着」を目標とした。アンケートを行いできている割合が低い2項目について、看護過程委員と共同で定着を目指した。結果として2割ほど達成率をあげることができた。しかし、スタッフからは受け持ち患者に対する看護ができていないという意見が多くあり、カンファレンスについては内容の不足部分も明確となった。次年度の課題として受け持ち看護師としての看護実践定着に向け取り組みを行う。

〔文責：安藤保江〕

【看護過程委員会】

2021 年度は看護過程の展開が患者の状況、状態に即した看護計画の立案、計画に沿った看護の提供を念頭に置き以下の目標を立案した。

1. 適切な看護過程の展開ができる、2. 重複記録を無くし必要で伝わる記録を記載できる、3. 患者の状態に沿った看護提供ができる、4. 重症度看護必要度が不備無く評価できる、とし取り組みを実施した。

1. 適切な看護過程の展開ができる。

現状を看護過程の展開状況から看護過程方式の見直しが必要であると考え看護部主導の下、現在使用している松波標準看護計画と電子カルテに組み込まれている NANDA-I 看護診断の活用に関して検討した。どの疾患の患者であってもほぼ同一の標準看護計画ラベルが使用されていることで個別性のある看護の遂行に支障をきたすと判断し、NANDA-I 看護診断の更新および松波総合病院の特性を踏まえ、使用する看護診断名を抽出した。

2. 重複記録を無くし必要で伝わる記録を記載できる。

重症度医療看護必要度の B 項目の根拠となる記録は 2020 年の診療報酬の改訂に伴い「患者の状態」が評価項目に加わりそれが評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要は無いと示された。これまでの基準を変更し記録の削減を図った。

3. 患者の状態に沿った看護提供ができる。

患者の状態にあった看護提供のために評価カンファレンスを実施しているが、実際の患者と看護計画が合致しているかの確認ができていなかった。カンファレンス時に看護計画を参加者全員で確認し実施する事を推奨し確実に開催できる時間帯を検討し実施した。今年度は取り組み始めということでカンファレンスの定着化を重視し取り組んだが、委員からもカンファレンスの内容の充実を図りたいなどの意見もあり取り組みによる効果があったものとする。

4. 重症度看護必要度が不備無く評価できる。

不備が無く評価するために通信教材による学習を継続している。また、重症度医療看護必要度基準の変更も行い、監査方法の内容を検討中である。

『次年度の課題』

1. 看護診断により患者の個別性を踏まえた看護計画の立案ができるように教育する。
2. 当院に即した標準看護計画を作成し、看護師の負担軽減を図る取り組みが必要である。
3. 診療報酬改定に伴い重症度医療看護必要度の内容にも変更があった。現行に即した内容に基準の変更を行い、実践する。また適切に評価が実践されているかを監査するシステムの検討を実践する。

〔文責：間宮賀代子〕

【接遇委員会】

2021 年度は「医療従事専門職としての接遇ができる」を大目標に掲げ、①対象に合わせた接遇、②対象、場に合わせた適切な言葉遣い、③身だしなみの徹底を小目標とし、活動目標は①委員自らあいさつができる、②正しい身なりを整える（マナーガイドブックの周知徹底）③正しい言葉遣いができる、④クレーム内容を委員内で共有し、改善策を立案、自部署内の接遇改善に導くことができた。

コロナウイルス感染症が猛威をふるった今年度も患者家族との対面での対応が難しく、電話越し、アクリル板越しやマスク装着での対応がほとんどであった。そのため、その時々でのあいさつ、声のトーンや話し方、電話対応の重要性を認識し各部署活動計画を立て取り組んだ。また、接遇に関するナースングススキルの実施、テストおよび自己評価、委員からの他者評価を行った。ナースングススキル、テスト実施率は 100%であった。他者評価に関しては達成率 80%程度の結果であった。自己評価に関しては、100%できているとの結果で、他者評価との乖離を認めた。しかし、どの部署も 1 年を通して 4 月当初と比較すると改善傾向を認めた。

コロナウイルス感染症は収束の兆しは見えていない。そのため、あいさつや電話対応の強化は必要であるとする。次年度も各部署継続しておこなっていくが、やはり、接遇の基本である「あいさつ」は重要であるとする。マスクの中でも看護職員全員が気持ちの良い「あいさつ」ができるよう取り組んでいく。また、2021 年度少ししか取り組むことのできなかった「身だしなみ」に関しても取り組んでいく。

また、出来事報告などから病棟内で接遇についての問題点の抽出を行ったが、意見がない事が多かつ

た。今後も患者からの意見をもとに検討を行う必要がある。

現在、1回／2カ月の委員会開催となっているが各部署の活動はスムーズに行うことができた。

〔文責：杉原智子〕

【医療安全看護部対策委員会】

2021年度、1.目標は、1)転倒転落事故レベル3b(骨折)以上の事故を減少させる。目標値：4件以内とする。2)誤薬事故減少①誤薬(点滴・内服薬)事故件数昨年度より10%減少させる。目標:2021年度は、300件以内とする。②患者誤認50%減少。目標：6件以内。3)身体的拘束・ルート類の抜去・接続外れ事故防止。

2.結果、評価

1)転倒転落事故レベル3a以上の事故を減少については、7件発生し昨年度より増加した。3b以上は3件で目標達成。アセスメント不足があり骨折に至る予測ができず。レベル3bの重症事例の起こった原因分析、年齢、男女比、事象時間、場所など分析し予測の看護ができるようにし、今後も減少を目指していく。

2)誤薬事故減少①誤薬(点滴・内服薬)は、356件であった。重複報告され実際には、約同数である。レベル3a以上の重要事例はなかった。②患者誤認は、10件あった。

3)身体的拘束実施患者の抑制解除に向けたカンファレンス記録、内容監査を実施し、適切に行われているか監査を行った。

3.医療安全看護部対策委員会でのワーキンググループ活動

1)転倒転落減少、看護スタッフの医療安全意識の向上ワーキンググループ

転倒転落予防のアセスメント、看護計画、対策の評価、監査。転倒転落事故後の対策が立案され、実施の状況を確認した。ラウンドを実施し事故後の対策が実践されているか確認。全部署のセンサー類の定数確認と、各センサーの特徴についてのパンフレットを作成し、センサーの適正使用と転倒・転落事故件数での評価とした。

2)患者誤認、与薬事故防止ワーキンググループ

PDA実施率を把握し、各病棟へフィードバックをおこない、各部署で対策を立てさせ実施率増加をさせた。

3)身体的拘束・ルート類の抜去・接続外れ事故防止に関するワーキンググループ

身体的拘束のマニュアルの見直し、ケア項目やチェック項目の内容、身体的拘束患者の記録監査(解除のためのカンファレンスの実施、現状把握)

ルート類の抜去・接続外れ事故防止に関しては、各勤務帯でのCVのチェックを確実にできるよう、CV挿入中で点滴を実施している患者のベッドサイドに観察を促すポスターを作成した。すべての病棟でCV挿入中の点滴実施患者のベッドサイドに掲示し、観察の意識の向上を行った。

〔文責：酒井孝則〕

現任教育

1. 新人看護職員教育

入職時のオリエンテーションに関しては新型コロナウイルス感染防止対策としてグループ分けをして研修を開始した。一昨年同様、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ている。今年度も引き続き、厚生労働省から提示されている新人看護職員研修ガイドラインに基づいて作成された新人看護職員教育プログラムを開催した。次年度の新人看護職員の大多数が新型コロナウイルス感染拡大に伴い、病院実習の機会を奪われており、実際の看護現場と対面することが少なかったことでリアリティショックを受けやすい状況が考えられる。今年度同様の研修方式ではなく、研修内容の見直しが必要である。

2. キャリアラダー研修

1) クリニカルラダー研修

2020年度に看護実践、コミュニケーション、看護倫理、継続看護、看護観の5領域をもとに企画したクリニカルラダーを今年度も引き継ぎ、次年度に修正が必要な点がないかを確認しながらプログラムを実践していった。

2) ラダーⅠ研修

コミュニケーションの基本がわかり看護職員として必要な基本姿勢を身につける事ができる(コミュニケーション)、急変させないための基本的な考えや行動を身につける(看護実践)、継続看護を理解し、退院支援の必要性や看護師の役割を理解する(継続看護)、医療倫理・看護倫理に基づいた人間の生命・尊厳の尊重とケアの受け手の人権擁護について理解と職業人としての自覚と倫理に基づく行動がわかる(看護倫理)、自身の考えと他人の感覚の違いを分かり、自己の看護を振り返ることができる(看護観)を目標に研修を行った。

3) ラダーⅡ研修

チームメンバーとしての役割を遂行できる為のコミュニケーションを習得できる(コミュニケーション)、急変させないための基本的な考えや行動を身につけ、心停止を回避するための思考過程を整理、再認識できる(看護実践)、退院

後の療養生活が安定して継続できるようアセスメントをし、退院に向けた看護計画を立案できる(継続看護)、倫理的問題解決に向けたアプローチ法を理解し倫理的問題と課題を抽出することができる(看護倫理)、リフレクションの技法を活用し、自己の看護をリフレクションすることができる(看護観)を目標に研修を行った。

4) ラダーⅢ研修

コミュニケーション技法を活用し、他職種からチーム医療に必要な情報を効果的に得ることができ、リーダーとしての役割や必要なコミュニケーション能力を理解する(コミュニケーション)、患者を安全に看護するための行動を身につけることができる(看護実践)、患者と家族が安心して退院できるよう生活をつなぐための支援方法を実践できる(継続看護)、倫理的問題解決に向けたアプローチ法を基に、解決能力を身につけ意思決定支援のプロセスについて理解することができる(看護倫理)、難渋した患者、家族への看護ケアについてリフレクションすることで、すべき看護を見出し、スタッフにもアドバイスできる看護師となれる(看護観)を目標に研修を行った。

5) ラダーⅣ研修

病棟のチーム運営が主体的に行える(コミュニケーション)、常に安全に関する問題提起と医療事故防止ができる(看護実践)、地域包括ケアシステムにおける病院看護師の役割を理解し、退院支援、継続看護の実践においてリーダーシップを発揮できる(継続看護)、意思決定のプロセスを理解し実践できる(看護倫理)、自己の看護観について概念化をおこなう過程を理解できる(看護観)を目標に研修を行った。

6) ラダーⅤ研修

チーム運営に必要な指導が出来る(コミュニケーション)、管理者と共に部署内の安全管理に関わることができる(看護実践)、外部の関連する職種と多職種間で統合したケアを提供できるようリーダーシップを発揮する(継続看護)、自己の看護を振り返り概念化する(看護観)、看護管理の基礎を学ぶ(看護管理)を目標に研修を行った。

3. 指導者研修

1) 実地指導者研修

昨年度改訂した実習内容を今年度継続して実施した。指導方法が分からないまま実地指導を行うことがないよう研修内容の見直しを行ったが、実際に実地指導者として指導を開始した後の不安や問題解決の場が失われてしまったため、新たに実地指導を開始した看護師に対しフォローアップ研修を開催した。グループワークで不安や疑問を解決することができ、自部署内でもスタッフとの意見交換や情報共有も増えて、有意義な研修を行うことができていた。

2) 実習指導者研修

実習指導に関する問題点を抽出し、その解決方法を検討し実習の充実を図ることを目標に研修を行った。しかし、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、多くの実習が中止となってしまったため、目標を達成することができなかった。時間を短縮して実習を行う学校もあり、そういった環境下での実習をいかに有効なものにできるか、新たな問題として取り組む必要がある。

4. 看護研究

今年度もナーシングサポートのeラーニングを実践し、重要な医療安全や感染に関しては新型コロナウイルス感染拡大防止に留意しながら複数回に分けて研修を開催した。役割の充実が求められている一方で、適切に評価がなされているかに疑問の声が挙がっていた。日本看護協会が提示している看護補助者の業務のあり方に関するガイドラインを参考に、当院で評価しやすいものを新たに作成することができた。次年度は評価表を活用し、適切な評価が行えるかを確認していく。

〔文責：大野智子〕

薬 剤 部

【人員体制】

薬剤師	35 名
CRC	1 名
事務職員	6 名
パート助手	1 名

(令和4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	2 名
日本糖尿病療養指導士	4 名
NST 専門療法士	2 名
医療情報技師	2 名
細胞治療認定管理者	1 名
病院薬学認定薬剤師	9 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ハイブリッド形式で開催した。

1月26日

「レンバチニブ服用患者へのテレフォンフォローの取り組み」

久留米大学病院 薬剤部
津村紗代先生

「がん診療病院連携研修を通して
～病院薬剤師の視点～」

花村菜月

「～専門医療機関連携薬局の視点～」

スギ薬局笠松店
末次加代子先生

2. がん診療連携病院研修受け入れ

令和3年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となり、保険薬局薬剤師2名を連続研修、1名を通年研修として30日受け入れた。研修内容や成果については1月26日の連携勉強会で情報提供した。

3. 調剤システムの変更

2008年から使用してきたTOSHO調剤システムのサーバー耐用年数を超え、不具合の発生もありユヤマ調剤システムに入れ替えた。同時に、一包化錠剤監査支援装置(タブサイトS)、一包化錠剤仕分け装置(タブソート)を導入した。

4. タスクシフティング

これまで薬剤部アシスタント(事務員)が担ってきた、調剤ピッキング、注射剤取り揃え、薬品配給、薬品搬送、発注業務に加え、11月から、注射剤セット業務、薬品補充業務(病棟、手術室)、薬剤鑑別、電子カルテへの登録について教育、研修を行いタスクシフトした。

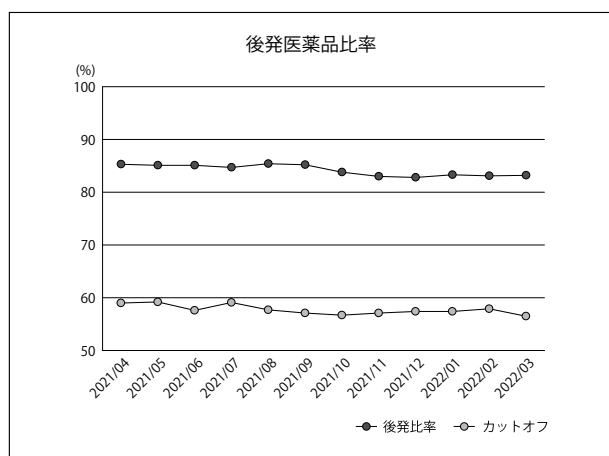
5. 薬品管理

CSS薬品払出データ、アンプルピッカー払出データ、管理薬システム帳簿、抗がん剤払出データを在庫管理システムMELSに取り込み受け払い管理を4月から開始した。

例年、9月と3月の末日に最も近い日曜日に棚卸を行ってきたが、両月末日の実施に変更した。院内開発アプリ「棚しし」を使用し、iPhoneで薬品包装バーコードを読み込み、数量を入力することで完了する。一覧表の用紙に数量を記載後に入力する作業がなくなり省力化、精度向上が図れた。また、棚卸集計もMELSで行えるようになり、誤差原因の確認作業が容易になった。

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。薬事委員会に提案、審議の結果28品目が採用中止、17品目を院外専用、90品目を必要時発注とし、不動在庫の減少に努めた。

後発医薬品の出荷停止、出荷調整が多く、先発医薬品からの切り替えを進める障害となった。



6. 治験管理室

臨床研究をサポートする院内 CRC が令和 3 年 3 月に採用され、今年度より本格稼働し 12 プロトコールのサポートを行った。

治験は新規プロトコール、塩野義製薬 COVID-19 経口治療薬 S-217622 が 10 月に開始となった。また、4 プロトコールが継続となった。

7. SNS

SNS 担当薬剤師を置き、病院、薬剤部の広報、ブランディングに取り組んだ。2021 年 12 月 30 日より YouTube で「新人薬剤師の一日」動画を公開し、1 月当たり約 1 万回視聴された。

また、オンライン形式で開催された大学、岐阜県病院薬剤師会主催の就職説明会では、作成した約 10 分間のバーチャル見学動画を活用した。就職説明会だけでなく YouTube 動画の効果で、東海地区以外の学生も含め 15 名が見学に訪れた。YouTube 動画は情報発信手段として効果的なだけでなく、部内の活気にもつながるため継続していく。

公式キャラクターのクリアファイルを作成した。実務実習や見学の学生や訪問の大学教員に配布し、薬剤部の広報に活用できた。

8. アプリ開発

① 松波総合病院のアプリ会社設立

MATSUNAMI GENERAL HOSPITAL

<https://apps.apple.com/jp/developer/matsunami-general-hospital/id1572574701>

② 「GS1 Plus」医療用 GS1DataBar 読み取りアプリ

AppStore で公開

<https://apps.apple.com/jp/app/gs1-plus/id1572574699>

③ 「棚しし」医療用医薬品棚卸しアプリ

松波総合病院専用 (非公開 App)

④ 「添付文書オフライン」

FileMaker サンプルアプリ (Apple より依頼)

<https://content.claris.com/jpapps/0088>

⑤ 「松波ステッカー M1」

キャラクタースタンプアプリ

<https://apps.apple.com/jp/app/>

⑥ 松波ステッカー m1/id1598832250

9. 広報関連

① 病院公式キャラクター作成

<https://youtube.com/shortsVcD8ydQeDuU?feature=share>

② キャラクターグッズ作成 (クリアファイル)

※ QR コード添付により、YouTube 動画・アプリと連動

https://www.dropbox.com/s/eb3riwrafj3oioa/211126_%E3%80%90%E5%85%AC%E5%BC%8F%E3%82%AD%E3%83%A3%E3%83%A9%E3%80%91%E8%96%AC%E5%89%A4%E9%83%A8.jpg?dl=1

③ YouTube チャンネル新設

「松波総合病院公式チャンネル」

※新チャンネルに移行し、チャンネルの評価を上げることに成功。

<https://www.youtube.com/channel/UC77ztotGVBobM58ExYgPzKQ>

④ YouTube 動画、撮影・編集・監督担当「新人薬剤師の一日」

2 ヶ月で約 1 万件視聴達成予定

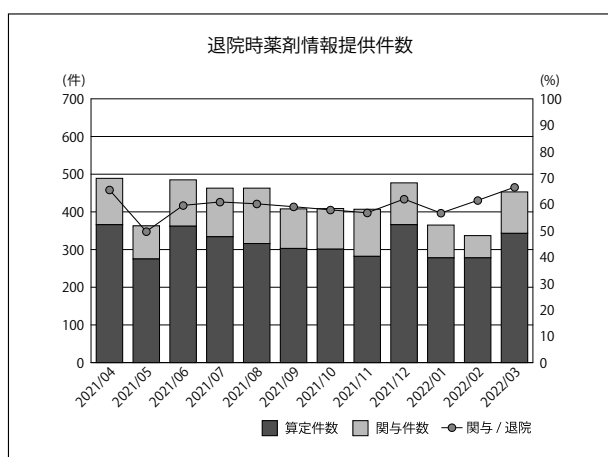
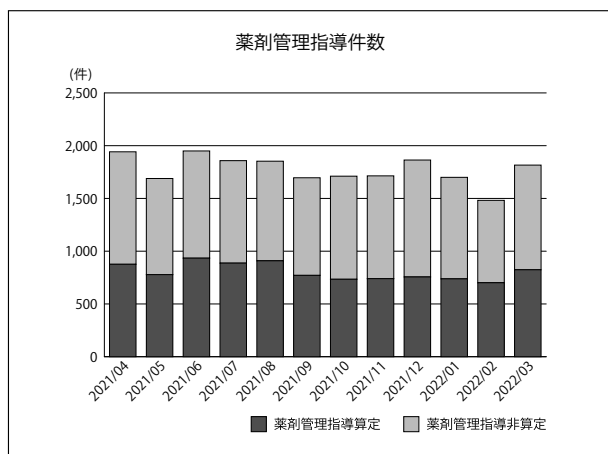
<https://youtu.be/XpAa06YvEeQ>

【調剤業務】

	総合病院	クリニック
院外処方率	91.8%	90.5%
入院調剤処方せん枚数		69,148 枚
入院注射処方せん枚数		131,297 枚
透析院内処方せん枚数		71 枚
老健院内処方せん枚数		4,224 枚

【病棟業務】

薬剤管理指導	9,335 件
退院時服薬指導件数	3,804 件



【薬学生実務実習受入】

新型コロナ感染対策を徹底し、第2期(5月24日～8月8日)、第3期(8月23日～11月7日)、第4期(11月22日～2月13日)で実務実習を受け入れた。

岐阜薬科大学	20 名
静岡県立大学	1 名
名城大学	3 名
金城学院大学	4 名
愛知学院大学	1 名
鈴鹿医療科学大学	2 名

〔文責：松本利恵〕

手術室

【人員構成】

麻酔科医常勤	8 名
非常勤	4 名
看護師	18 名
救命士	1 名
CE(手術室担当)	4 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 (2021/2020)	前年比 (%)
総手術件数	3,963/3,772	105.0
手術室使用数	4,885/4,682	104.3

また内訳として

ロボット支援手術 (ダヴィンチ使用)
泌尿器科手術: 30 件
ロボット支援手術 (ダヴィンチ使用)
外科手術: 22 件
Hybrid 手術室 大動脈ステント内挿術
(胸部 12 件、腹部 10 件)

診療科別手術件数 () 内は前年比。

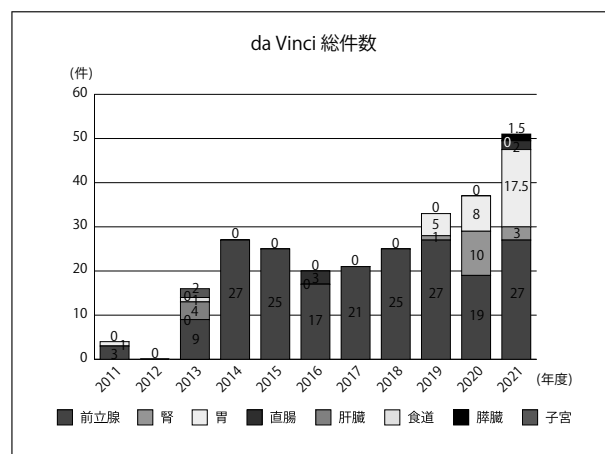
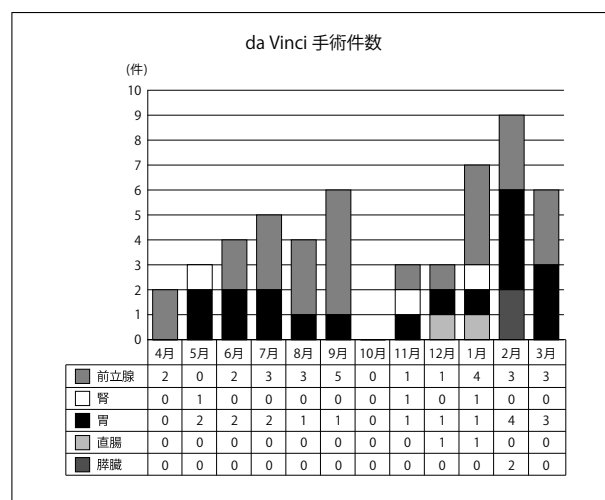
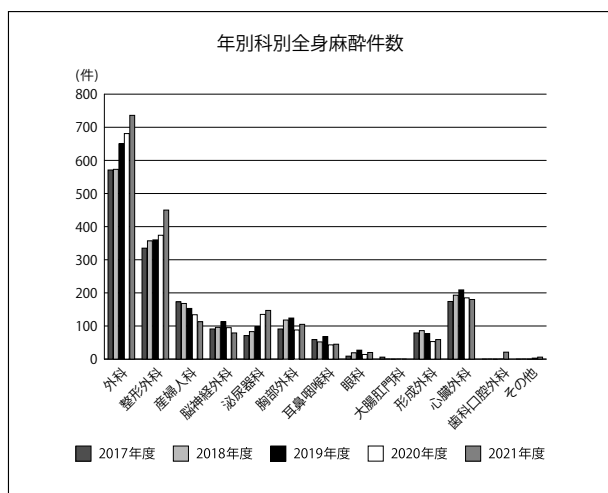
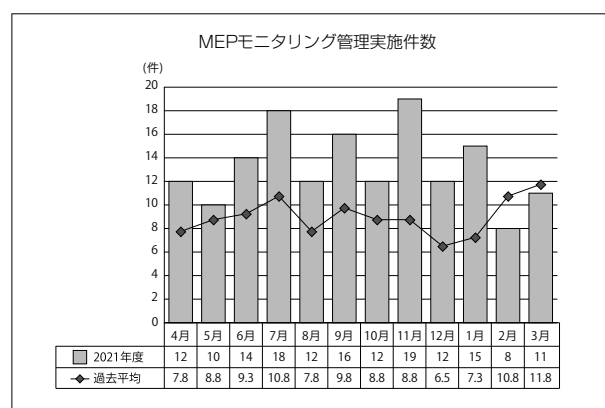
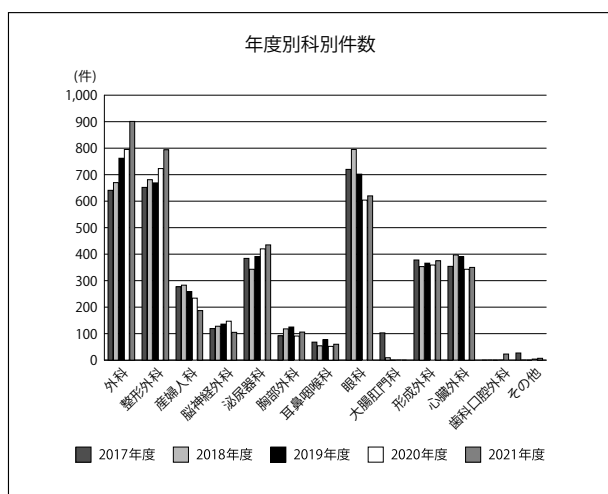
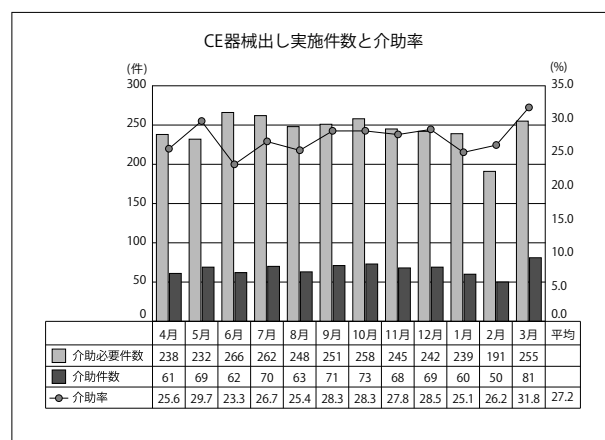
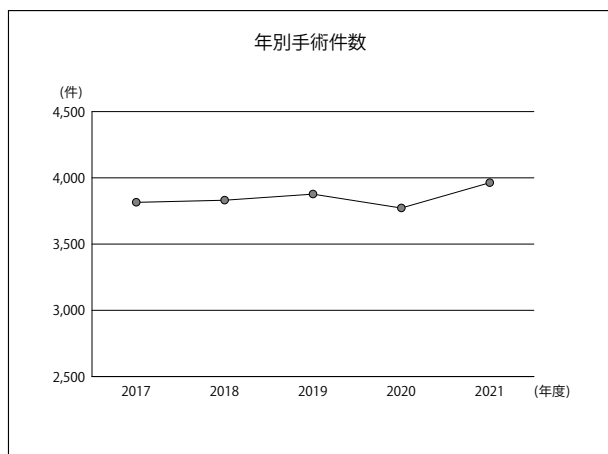
診療科	件数 (2021/2020)	前年比 (%)
消化器・ 一般外科	901/795	113.3
整形外科	794/723	109.8
産婦人科	187/234	79.9
脳神経外科	105/147	71.4
泌尿器科	435/420	103.6
呼吸器外科	106/91	116.5
耳鼻咽喉科	60/52	115.4
眼科	620/604	102.6
形成外科	375/359	104.5
心臓外科	350/343	102.0
歯科口腔外科	23/ —	—
その他	7/4	175.0

今年度は『他職種と協働しチーム医療を実践する』
を目標とし手術室運営を行ってきた。コロナ禍でも
手術件数は増加しており、院内での感染による部署
間の移動が制限される中でも患者が安全かつ治療が
途切れることの無いよう、医師や CE、外来や病棟
の看護師と連携し医療・看護を提供した。感染対策
を十分に行いながら術前術後訪問や院内での学習会
を開催することでスキルを高め、担当者を中心にマ
ニュアル改訂も実施した。

配置された臨床工学技士は 2 年目となり、全手
術の 3 割近くの器械出しを担うまでになった。今
後は CE の器械出し件数の増加や、専門性を活かした
機器管理を実施し、新たにスコープオペレーター
を行うことにより、手術室の運営のみならず医師の
働き方改革を実現していきたい。

[文責: 大野智子]

【過去5年の手術件数推移】



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 27 名 (うち 1 名非常勤)

事務 (パートを含) 5 名

計 32 名

先行きの見えない新型コロナウイルス感染症の中、1 月末に温熱療法装置 (アスクーフ 8) が新規導入、稼働開始した。

MR は前年度比 105% と増加した。CT は 102% と増加した。不整脈治療の catheter ablation の増加により冠動脈 (心臓) CT は前年度比で 133% と増加するも、冠動脈 (心臓) MR は同等でした。CT 及び MRI 心臓検査は前年度比 129% と増加した。

血管造影室検査件数および PCI は 371 件と増加した。

放射線治療年間新規症例数は 180 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。核医学部門はアイソトープ検査、PET と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南館で同等、北館では 91% の満足度を得ることができた。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が、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者や退職による人員不足のため一時的に北館 CT の待ち時間が増えた。

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。

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。発表・講演は、17 件と増加した。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、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 I V R 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>

- ・放射線専門医
伊原 昇、福田千春、高杉美絵子
(日本専門医機構)
- ・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)

・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)

【投稿】

竹田太郎

「埋もれがちな症例をつかまえる

- 涓滴岩を穿つ -」

(画像診断 .2022 vol.42 No.1 24-29)

【論文】

竹田太郎

「無気肺の内部でのみ高吸収域として

認識できたびまん性肺骨形成の1例」

(臨床放射線 .2022 vol.67 No.1 27-30)

【学術活動】

① 発表：小寺史浩 (2021/6/5-2021/6/6)

「岐阜ワークショップ：リウマチの概論」

第22回 NTRT 全国X線撮影技術読影研究会

② 発表：寺倉正祥 (2021/6/5-2021/6/6)

「岐阜ワークショップ：リウマチの実践評価」

第22回 NTRT 全国X線撮影技術読影研究会

③ 講演：若井信悟 (2021/6/25)

「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 講演：若井信悟 (2021/8/21)

「良好なコミュニケーションをとろう」

第48回 岐阜県消化器画像研究会

⑤ 発表：萩野英俊 (2021/8/21)

「当院の教育ガイドライン」

第48回 岐阜県消化器画像研究会

⑥ 発表：小寺史浩 (2021/8/28)

「上腕骨近位端骨折 Neer 新分類の概説」

第14回 岐阜県X線撮影技術読影研究会

⑦ 発表：公文真由子 (2021/10/1)

「当院におけるCT検査室での感染対策の取り組み」

第36回 岐阜県病院協会医学会

⑧ 発表：田尻千尋 (2021/10/1)

「当院のMR室での感染対策について」

第36回 岐阜県病院協会医学会

⑨ 発表：不破宏幸 (2021/10/1)

「新血管造影装置導入に伴う被ばくの意識調査」

第36回 岐阜県病院協会医学会

⑩ 発表：山村亮太 (2021/10/1)

「読影補助により脳梗塞の早期治療を行うことができた症例」

第36回 岐阜県病院協会医学会

⑪ 発表：小寺史浩 (2021/11/13)

「Gifu Cube(発熱外来専用施設)の現状」

第37回 日本診療放射線技師学術大会

- ⑫ 発表：野村貴紀 (2021/11/13)
「急性の胸痛あるいは背部痛で受診し、椎間板周囲の結晶沈着症が疑われた症例の検討」
第 37 回 日本診療放射線技師学術大会
- ⑬ 発表：小田雄亮 (2021/12/2)
「医療被ばく低減施設認定に向けた取り組み」
第 56 回 岐阜地域画像研究会
- ⑭ 発表：磯谷 祐 (2021/12/12)
「新型コロナウイルス感染症対策の現状」
第 24 回 岐阜県診療放射線技師学術大会
- ⑮ 発表：福田 武 (2021/12/12)
「岐阜県における水晶体の等価線量限度引き下げに伴う現状報告 (アンケート結果報告)」
第 24 回 岐阜県診療放射線技師学術大会
- ⑯ 講演：若井信悟 (2022/2/19)
「所見用紙の使い方～明日から使っていこう～」
第 12 回 北勢消化器画像研究会 ON LINE
- ⑰ 発表：平野景也 (2022/3/26)
「血管撮影検査における他職種との役割分担」
第 51 回 岐阜県血管造影技術研究会

総合病院 / クリニック外来		2019 年度	2020 年度	2021 年度
骨一般	病院	40,983	38,512	39,106
CT		23,983	23,040	23,552
(紹介)		(1,408)	(1,356)	(1,221)
(CT in BOX)			(191)	(456)
MR		9,065	8,331	8,794
(紹介)		(2,078)	(1,833)	(2,111)
RI		487	500	535
(紹介)		(1)	(10)	(12)
PET		263	229	272
(紹介)		(23)	(17)	(26)
X 線 TV 検査		441	557	604
IVR(血管造影等)		190	192	154
心カテ		1,017	1,002	1,083
放射線治療 (新患)		146	175	180
Ai(オートプシー・イメージング)		17	37	61

人間ドック健診センター	2019 年度	2020 年度	2021 年度
X 線撮影	8,371	8,153	8,596
骨塩定量	4,698	4,407	4,752
胃透視	3,663	3,552	3,382
CT	1,508	1,264	1,481
乳房撮影	1,698	1,640	1,631
MR	658	649	734

(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)	48 名
(時短：3 名、育休：3 名)	
臨床検査技師 (非常勤)	2 名
事務 (常勤)	4 名
事務 (非常勤)	1 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

(2022 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・実績】

2021 年度は、昨年度からの継続の目標として各部門の底上げ、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に努めてきた。

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の効率的運用を行ってきた。また、発熱外来・南館 7 階病棟の心電計のオンライン化と、長時間心電図検査、体成分分析検査の新規導入を行い、生理部門検査の拡充および、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 IgG 抗体定量、新型コロナウイルス迅速抗原定量) 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

ス感染症の感染拡大に対応するため、核酸検出検査 (LAMP 法) の唾液検査を導入し、休日運用の体制を確立した。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。

生理検査	2019 年度	2020 年度	2021 年度
心電図	16,817	16,193	17,626
ホルター心電図	627	627	778
呼吸機能検査	7,338	779	774
脳波検査	79	107	116
聴力検査	9,033	8,541	9,226
腹部超音波	7,176	7,087	7,441
体表超音波	4,168	4,255	4,736
心臓超音波	4,623	4,361	4,858
簡易 PSG	52	37	57
精密 PSG	39	17	7
ABI・PWV	566	563	602
神経生理	1,785	1,772	493
採血	61,967	61,626	67,289

院内検体検査	2019 年度	2020 年度	2021 年度
総合病院	1,052,794	1,099,313	1,110,958
クリニック	884,254	896,329	974,547
ドック	223,991	214,517	227,338
院内検査合計	2,161,039	2,210,159	2,312,843

外部検体検査	2019 年度	2020 年度	2021 年度
総合病院	24,762	30,521	27,569
クリニック	25,543	26,896	30,718
ドック	5,675	3,254	3,381
外部検査合計	55,980	60,671	61,668

輸血検査	2019 年度	2020 年度	2021 年度
検査件数	17,777	18,413	19,684

病理検査	2019 年度	2020 年度	2021 年度
迅速標本	169	141	145
組織標本	3,676	4,293	4,762
細胞診標本 (婦人科)	4,162	3,787	3,907
細胞診標本 (その他)	1,526	1,524	1,582
免疫	1,300	1,585	2,220

内視鏡検査	2019 年度	2020 年度	2021 年度
上部消化管	3,182	3,054	3,493
下部消化管	2,185	2,271	2,545
ERCP	316	267	270
胃瘻造設	209	223	188
カプセル内視鏡	9	8	23

婦人科部門	2019 年度	2020 年度	2021 年度
TESE	10	7	7
人工授精	77	76	71
体外受精	17	19	17
顕微授精	42	33	37
融解卵	26	33	31
胚移植	49	50	53

【学会発表】

- ・第 69 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での岐阜県内中小病院輸血担当技師への支援活動報告」(優秀演題賞)
- ・第 78 回 日本輸血細胞治療学会東海支部例会
「岐阜県内における認定輸血検査技師の育成状況と課題-岐阜県合同輸血療法委員会専門部会報告-」
- ・第 59 回 岐阜県医学検査学会
「当院における日当直者の緊急輸血対応の現状」
- ・病院薬剤師研修会
「輸血検査の Q & A」
- ・岐阜県臨床検査技師会 輸血部門研修会
「異常反応の対応について」
- ・愛知県輸血連絡協議会シンポジウム
「輸血検査の精度管理」

- ・岐阜県臨床検査技師会 生理部門研修会
「不整脈の判読をしよう」
「心臓超音波検査の際に気にするあれこれ」

【誌上発表】

- ・「Antibody Response After a Second Dose of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in Liver Transplant Recipients」Transpl Int.2022 Mar 16;35:10321

【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 :3 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)

- ・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)
- ・認定病理検査技師 :1 名
(日本臨床衛生検査技師学会)
- ・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】

2021 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の拡充と安定稼働を押し進めた。

検体検査部門においては、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、細菌検査部門の休日検査体制の確立により、院内の感染対策に貢献することができた。

2021 年度も、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を上回る検査数を確保することができた。

2022 年度も引き続き、各部門での Q C 活動・5 S 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、カテーテルを用いた大動脈置換術 (TAVI) の運用が計画されており、積極的な参画を行っていききたい。

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】

総合病院部門
クリニック部門
介護老人保健施設部門

計 3 部門

課長 1 名
主任 1 名
副主任 1 名
科員 9 名

計 12 名

(2022 年 3 月 31 日現在)

【概要】

栄養科は診療局診療技術部に属し、総合病院、クリニック、介護老人保健施設における病棟栄養管理、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、7 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。病棟配置は栄養管理の質の向上、チームワークの強化、人材育成のため複数担当制とした。

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 においては、患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、早期の経腸栄養等による栄養管理を実施するため、管理栄養士を 365 日配置し栄養管理を実施している。早期栄養介入管理加算件数は 2020 年度の月平均 81 件から、108 件へ増加した。48 時間以内の経腸栄養開始率は 2020 年度平均 65.3%から 68.5%へ増加した。

また在宅担当医療機関との切れ目ない栄養連携のため、退院後も栄養管理に留意が必要な患者については、栄養情報提供書を作成し入院中の栄養

管理の情報を提供している。

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。新型コロナウイルス感染症の影響にて入院患者数の減少や院内感染対策による病棟業務の制限もあったが、指導件数は 2020 年度の月平均 478 件から、515 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、専任の管理栄養士を配置している。

栄養指導の効果を高めるため、情報通信機器を活用し、外来受診のない月にも継続的なフォローアップのための栄養指導を実施している。

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、2020 年度の月平均 312 件から、383 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：9 名
(日本糖尿病療養指導士認定機構)

【学会実績】

2021 年 10 月

第 36 回岐阜県病院協会医学会

「特定集中治療室 (ICU) における早期栄養介入の取
り組み」

堀 弘美

2022 年 1 月

第 24 回・第 25 回日本病態栄養学会年次学術集会

「当院血液透析患者の栄養状態と今後の課題」

松波彩子

〔文責：前田朋子〕

2021 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	122	102	145	125	140	121	110	128	140	104	80	109	1,426
	外来	6	9	4	10	7	3	8	9	6	8	8	10	88
脂 質 異 常 症	入院	44	36	49	46	64	62	55	52	61	38	23	37	567
	外来	2	1	1	1	1	0	3	1	5	3	2	1	21
心 疾 患・ 高 血 圧	入院	77	78	87	82	101	81	93	101	116	97	64	91	1,068
	外来	1	0	0	0	1	0	2	2	0	1	0	0	7
高尿酸血症・ 痛 風	入院	1	2	8	6	4	12	12	8	2	7	1	2	65
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
腎 疾 患	入院	39	37	31	53	35	26	31	29	38	26	20	26	391
	外来	35	24	37	33	35	36	39	42	31	35	29	23	399
肝 疾 患	入院	10	12	20	17	14	19	15	23	21	15	7	9	182
	外来	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	12
消 化 器 疾 患	入院	14	15	21	18	23	9	19	22	18	13	10	11	193
	外来	1	1	2	3	5	7	7	7	5	4	1	6	49
膵 疾 患	入院	0	0	1	0	0	5	3	5	2	6	1	4	27
	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	2	5	5	2	7	5	3	3	3	3	2	3	43
	外来	2	3	2	4	1	2	2	2	1	2	1	0	22
貧 血	入院	10	12	8	16	11	11	8	9	7	2	5	11	110
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
嚥 下 障 害	入院	1	4	4	3	2	2	1	1	2	3	1	2	26
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
が ん	入院	119	109	133	115	125	147	110	118	136	141	134	113	1,500
	外来	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	4	1	9
がん化学療法	入院	0	1	0	0	3	0	0	0	1	0	0	1	6
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
低 米 養	入院	39	32	35	49	54	55	56	50	42	46	12	30	500
	外来	1	1	1	1	0	2	0	1	1	2	2	0	12
低栄養 (PFM)	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	2	0	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	17
そ の 他	入院	6	11	7	5	5	6	8	7	3	9	3	7	77
	外来	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5
入 院	計	484	456	554	537	588	561	524	556	592	510	363	456	6,181
外 来	計	51	41	51	55	53	53	64	69	54	59	49	42	641
合	計	535	497	605	592	641	614	588	625	646	569	412	498	6,822

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	171	172	172	191	166	179	176	162	191	171	170	195	2,116
脂 質 異 常 症	12	13	19	18	17	21	22	12	23	18	14	19	208
心 疾 患・高 血 圧	9	7	6	8	6	10	11	13	8	12	13	11	114
高 尿 酸 血 症・痛 風	2	0	0	2	0	1	2	0	1	2	0	0	10
腎 疾 患	24	21	27	31	22	16	25	30	29	57	59	62	403
肝 疾 患	1	0	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	6
消 化 器 疾 患	2	2	1	8	5	1	3	2	3	6	4	2	39
膵 疾 患	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	1	0	6
妊 娠	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肥 満	14	14	17	15	18	15	13	14	14	11	8	10	163
貧 血	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
嚥 下 障 害	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
が ん	29	23	28	27	33	24	18	23	17	20	16	20	278
が ん 化 学 療 法	38	34	39	46	49	65	41	43	44	43	43	40	525
低 栄 養	1	1	1	2	0	4	4	1	1	2	1	2	20
低 栄 養（PFM）	2	4	2	2	6	1	2	4	3	4	5	3	38
そ の 他	5	6	1	1	6	4	2	3	2	1	0	1	32
合 計	310	298	315	351	329	344	322	309	337	347	334	365	3,961

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
10	8	11	9	13	11	14	16	16	17	13	16	154

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
16	14	15	21	20	25	19	22	20	10	14	12	208

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
3	3	3	4	7	2	3	5	6	0	1	0	37

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
136	131	97	107	115	104	81	124	101	103	86	112	1,297

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	116	131	146	146	174	161	115	148	152	110	76	108	1,583
	外来	8	10	7	9	10	5	9	12	13	10	9	10	112
消化器内科	入院	66	50	69	59	50	48	56	66	66	78	49	48	705
	外来	5	4	5	6	8	10	11	11	9	8	4	6	87
循環器内科	入院	69	45	67	71	73	58	71	72	84	60	48	68	786
	外来	0	2	0	2	1	1	1	1	0	4	1	1	14
外 科	入院	71	59	84	76	77	80	67	71	72	81	64	70	872
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	入院	11	16	18	13	26	14	22	35	17	18	13	9	212
	外来	3	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0	8
心臓血管外科	入院	25	22	24	35	25	14	18	15	25	21	10	24	258
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸器外科	入院	1	8	11	5	6	9	3	1	10	3	1	3	61
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
整形外科	入院	68	57	61	59	57	92	85	76	100	77	36	64	832
	外来	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3
泌尿器科	入院	13	25	21	22	34	25	27	18	19	18	24	14	260
	外来	31	22	36	33	34	22	0	0	1	0	0	1	180
眼 科	入院	15	10	17	11	20	11	12	15	20	12	19	12	174
	外来	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1	6
リハビリ科	入院	6	5	6	2	7	6	7	8	14	6	6	12	85
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
透 析	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	3	0	0	0	0	14	39	41	30	33	29	21	210
産婦人科	入院	18	23	23	32	28	35	28	22	8	13	8	16	254
	外来	1	2	2	3	0	1	2	1	1	2	4	2	21
耳鼻咽喉科	入院	1	2	3	0	1	2	4	3	1	4	0	1	22
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小 児 科	入院	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
形成外科	入院	1	2	3	1	1	0	1	0	4	1	1	1	16
	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	2	1	1	5	9	6	8	6	0	7	1	1	47
	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
血液腫瘍内科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	12
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入 院 計		484	456	554	537	588	561	524	556	592	510	363	456	6,181
外 来 計		51	41	51	55	53	53	64	69	54	59	49	42	641
合 計		535	497	605	592	641	614	588	625	646	569	412	498	6,822

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	234	229	249	269	240	247	248	228	268	277	263	286	3,038
消 化 器 内 科	12	10	14	17	12	11	13	9	11	11	17	14	151
循 環 器 内 科	7	7	9	10	10	13	13	11	11	12	11	13	127
外 科	52	44	40	50	59	69	46	57	44	44	36	49	590
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	3	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1	17
呼 吸 器 外 科	4	2	2	1	4	1	0	0	0	1	3	1	19
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	1	0	0	0	0	0	0	1
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 析	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
産 婦 人 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
耳 鼻 咽 頭 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小 児 科	1	1	0	0	3	1	0	2	2	0	0	0	10
形 成 外 科	0	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	5
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
血 液 腫 瘍 内 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
合 計	310	298	315	351	329	344	322	309	337	347	334	365	3,961

病棟別栄養指導（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
N 6 W	78	81	87	97	103	100	91	90	99	96	83	92	1,097
N 6 E	47	43	62	47	61	86	80	72	71	54	34	49	706
N 5 W	98	82	99	117	119	88	108	108	121	83	60	91	1,174
N 5 E	63	57	75	63	64	70	67	58	75	70	64	41	767
N 4 W	72	62	81	81	80	76	64	84	81	82	57	79	899
N 4 E	35	44	36	44	42	56	42	37	13	27	22	29	427
H C U	8	7	14	4	3	7	3	3	9	4	4	11	77
I C U	3	5	5	3	3	3	3	2	3	3	1	1	35
S 8	17	21	26	22	42	31	21	31	24	37	12	20	304
S 7	18	17	30	20	27	0	0	29	38	17	0	0	196
S 6	45	37	39	37	44	44	45	42	58	37	26	43	497
S 5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
合 計	484	456	554	537	588	561	524	556	592	510	363	456	6,181

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	20 名

(2022 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)：2 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)：4 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)：2 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)：2 名

【学会発表】

第 36 回岐阜県病院協会医学会 2 演題

「シャントマッサージが VA 開存期間と患者に与える影響について」

「体表面積 1.6 m² <SUP>以上の人工心肺症例時におけるエクセラン使用経験」

第 6 回岐阜県消化器内視鏡技師研究会 1 演題

「内視鏡検査時における植込み型デバイス立会いの運用検討」

【臨床実習生の受け入れ】

東海医療科学専門学校 2 名

【対応業務実績】

体外循環業務

	2020 年度	2021 年度
心臓・大血管手術症例数	90	91
人工心肺症例数	47	50

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)

	2020 年度	2021 年度
時間内対応件数	846	995
時間外対応件数	134	104
合計	980	1,099

ペースメーカー業務

	2020 年度	2021 年度
植込み件数	42	68
チェック件数	360	413
遠隔管理件数	1,516	1,848
立合い件数	56	56

**血液浄化業務
血液透析**

	2020 年度	2021 年度
外来透析施行回数	19,045	18,528
入院透析 (透析センター)	785	535
入院透析 (血液浄化センター)	2,134	2,220
入院透析 (ICU・HCU・病棟)	171	259

血液透析以外の血液浄化療法

	2020 年度	2021 年度
持続緩徐式血液濾過 CHDF	177	194
血漿交換療法 PE・DFPP	84	35
吸着式血液浄化 PMX・LDLDHP	18	140
血球成分除去療法 L/G-CAP	84	58
腹水濾過濃縮再静注法 CART	21	16

内視鏡業務

	2020 年度	2021 年度
上部消化管 (GIF)	3,054	3,493
下部消化管 (CF)	2,271	2,545
胆膵内視鏡 (ERCP)	267	270
気管支鏡 (BF)	111	129

ME 機器管理業務

	2020 年度	2021 年度
定期点検施行件数	1,488	1,102
終業点検施行件数	11,702	11,658

OPE 室業務

	2020 年度	2021 年度
da Vinci	37	51
術中モニタリング (MEP)	116	159
器械出し介助	598	797

〔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)

【概況】

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。

2019 年より取得した医療安全地域連携加算 1 も本年度で 3 年目になり、3 病院間での評価を行ってきた。

医療安全管理室の活動として「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」を実践してきた。

【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 457 件 / 月となり、BSC 目標の 300 件 / 月は達成でき、前年度の約 20 パーセント増加した。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. 医療安全文化調査

2020 年より日本病院機能評価機構が行っている、職員の医療安全に対する意識調査を行い、医療安全の可視化を行った。今年度で 2 回目であり調査の継続を行い、医療安全に対する意識の向上を図っていく。

3. 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)3 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。特に病棟において患者確認手順の遵守の指導を行った。

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、死亡病名、診療経過の確認を行い、問題と思われる 61 例に関して検討した。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。

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 3 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 32 事例、KYT は 90 件であった。重要事故事例に関しては、Im セーフターを用い、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。

クリニック、総合、透析では、今まで PDA での患者認証がおこなわれておらず、薬剤間違いや患者誤認のインシデントが多く報告された。そのため、PDA 認証を行うための整備をおこなった。PDA 購入、システムの変更、マニュアル整

備をおこない事故防止をおこなった。(11月)

2) 出来事報告件数

医療安全に関わる出来事報告数は7,353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挙げ、各部署別に活動し評価していくことを実践する。Imセーフタ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。

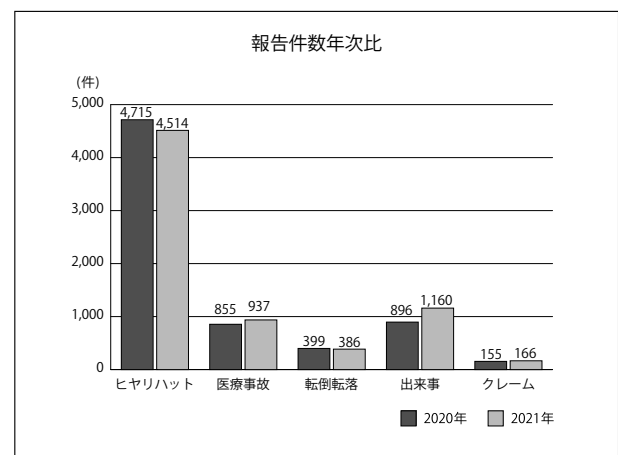
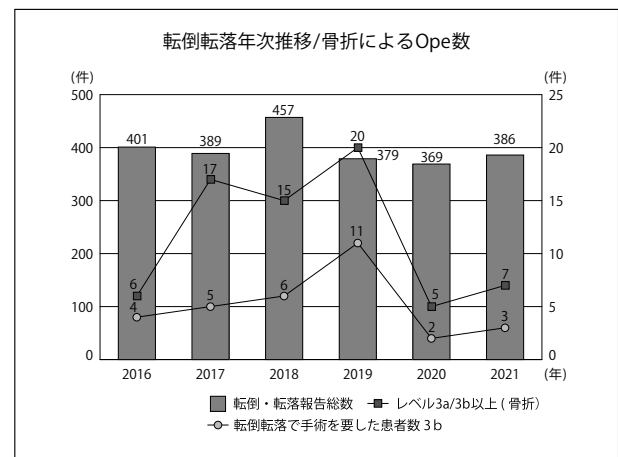
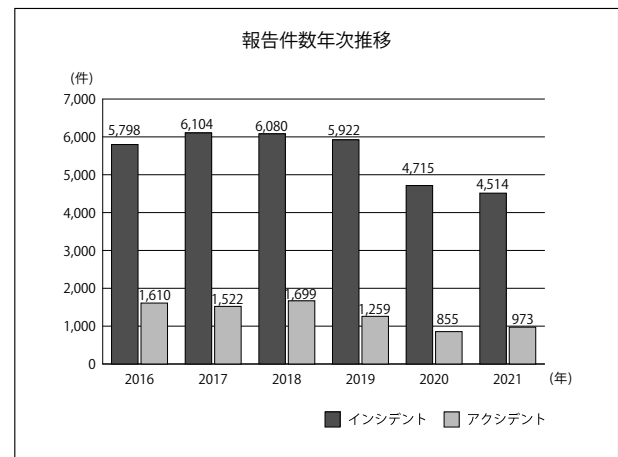
5. インシデント / アクシデント報告

出来事報告の内、インシデント5,487件、レベル3bの事例6件であった。レベル4以上の重大事故の発生なし。

転倒転落事故は、386件で昨年度より23件増加し、レベル3a骨折事例は7件で2件増加し、レベル3bの手術となった事例は3件であった。

入院時のアセスメント、対策がしっかりできるようになってきており今後も、医療安全看護部対策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 を算定しています。新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、医療機関同士の連携については、岐阜大学医学部附属病院より当院へ訪問していただき院内ラウンドは実施せず、相互チェック項目の報告とカンファレンスを実施しました。また岐阜赤十字病院とは、まん延防止等重点措置により Web による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と Web によるカンファレンスを行いました。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げ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。

2021 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。

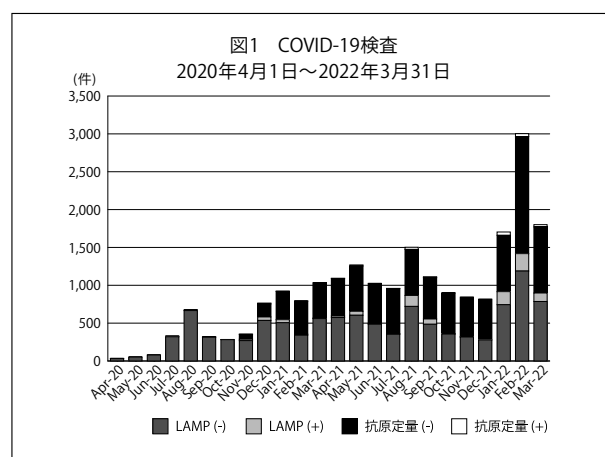
1. 新型コロナウイルス感染制御対策

2020 年度より、新型コロナウイルス感染防止対策を継続しています。

発熱、かぜの症状のある方などは院外にある発熱外来ユニット(Gifu CUBE)での診察。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 問診の実施。必要に応じ発熱外来ユニットでの CT 撮影を行い、発熱を伴う患者さんと一般診療の方と動線を分けて診療を行っています。

新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の入院時、暴露リスクの高い検査時、手術前には LAMP 法による検査もしくは抗原定量検査を行い、陰性確認してから実施しています。

入院後、新型コロナウイルス感染が判明した場合は、発生状況に応じ患者及び職員の検査を実施しました。感染者がいなかったことが確認できるまでの間、患者さんの移動、新規入院患者の受入を停止しました。新規発生がない事を確認した後に受入を再開しました。職員の陽性が判明した場合は、勤務状況など確認し陽性者が確認された部署職員の検査を実施。新規発生のないことを確認しました。様々な部署の方と協働し院内で感染拡大しないよう対応しました。当院での新型コロナウイルス感染症の検査状況については市中の感染状況と類似しているように思われます(図 1)。



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の中止の継続。認知機能低下や不安などの症状がある方に対しては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、健康チェックの継続、患者対応時には、マスク、ゴーグルの装着、手指衛生の徹底をしました。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に減少して実施を継続。食事は黙食、会話はマスク装着としました。

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。

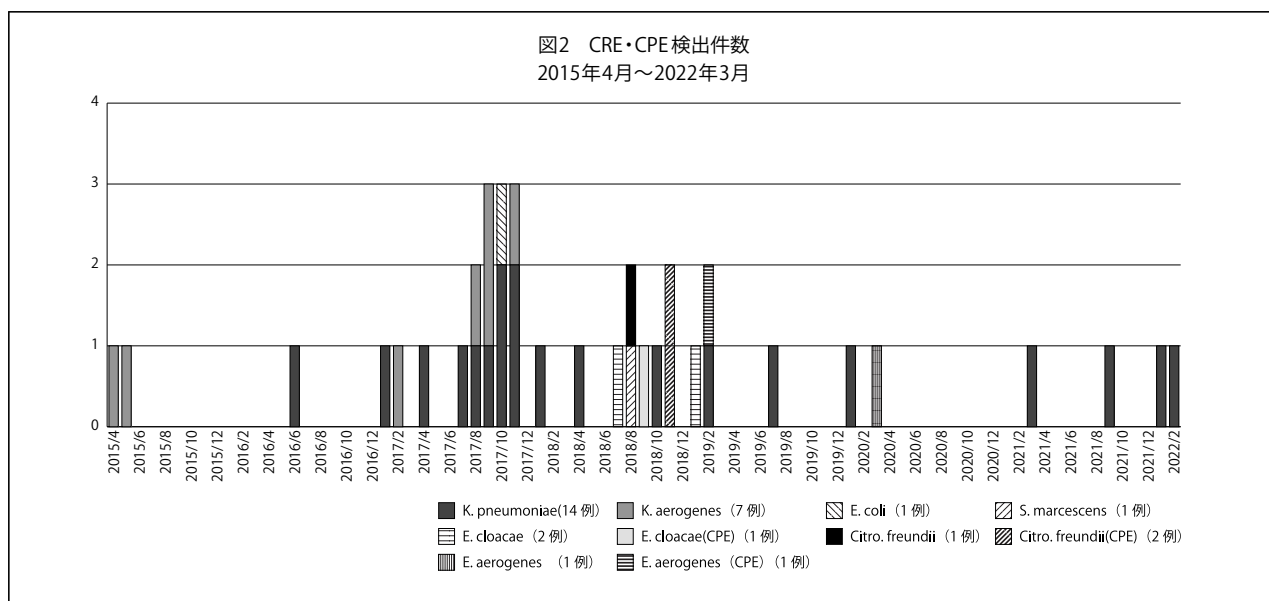
2. 高度耐性菌アウトブレイク感染制御対策

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名となり以後、新規発生は認められていません。

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。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。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。2020年度は、新規発症はなく定期スクリーニング検査で3月に1名を確認しました。2021年度は、CRE検出患者2名、定期スクリーニング検査1名の計3名が確認されました。2020年度にCREが確認された患者は検出月以降1年間検出されず解除となりました。（図2）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。

環境内の除菌を目的に導入したUV-C（紫外線）照射システムを用い一般病棟の患者退院後の部屋、S5の感染エリア、汚物処理室やトイレなど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。



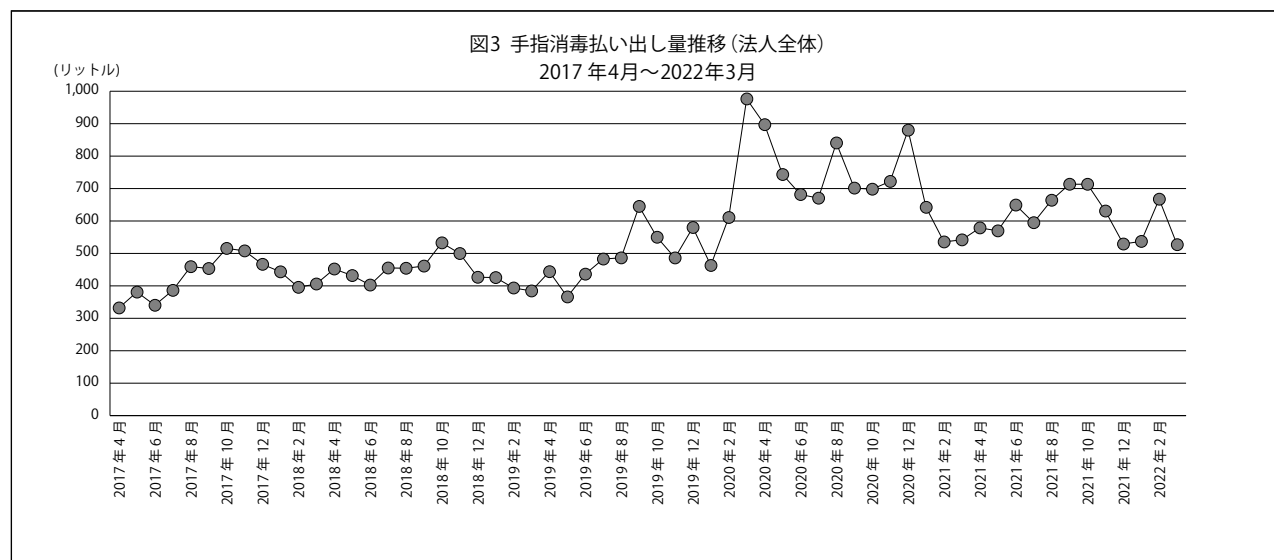
3. 手指衛生順守率向上への取り組み

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、病棟では、目標値を一般病棟 25 回、HCU 50 回、ICU 100 回（/ 患者・日）に設定し、目標達成率は、一般病棟 95%、HCU 89%、ICU 81%でした。あわせて ICT ラウンド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。

法人全体の手指消毒剤払出し量の推移（図 3）は、1 月より減少が見られますが全体的に前年度に比べ払い出し量は少なく推移しています。

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継続して行っています。

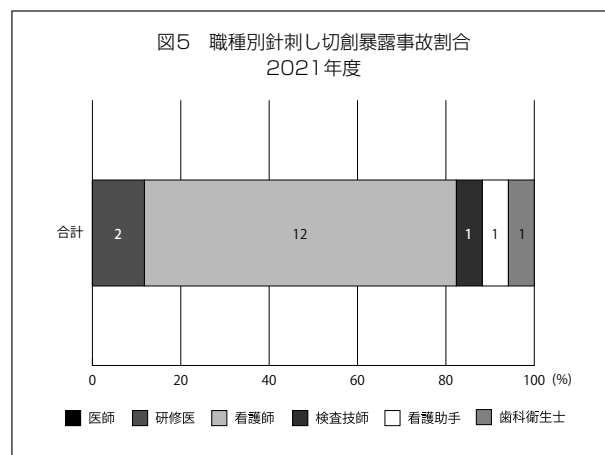
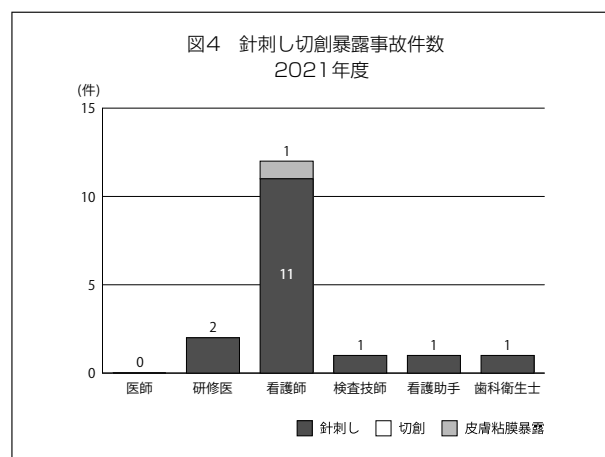
また、定期的に館内放送で手指衛生啓発のアナウンスを継続しスタッフや患者さんへ向けて呼びかけを行っています。



4. 針刺し・切創、皮膚粘膜暴露事故防止対策

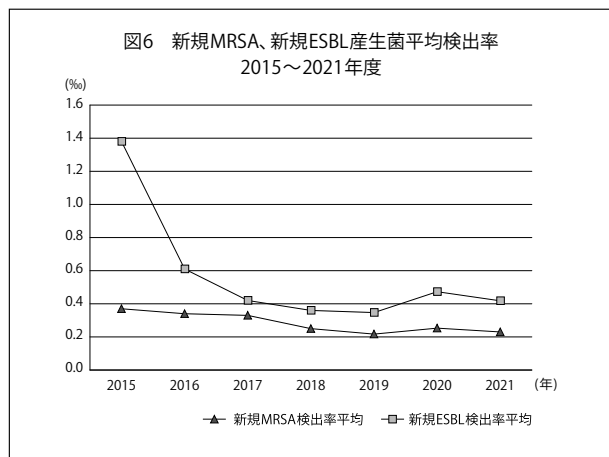
2021 年 4 月～2022 年 3 月の報告件数は、針刺し事故 16 件、切創事故 0 件、皮膚粘膜暴露 1 件の計 17 件でした。発生種別にみると、職種別発生率では、看護師 12 件 (70.6%)、研修医 2 件 (11.8%)、看護助手 1 件 (5.9%)、臨床検査技師 1 件 (5.9%)、歯科衛生士 1 件 (5.9%) でした（図 4、5）。手技別ではインスリン関連 5 件、安全装置関連 3 件、採血・処置関連 4 件、縫合関連 1 件、手術室関連 1 件、その他 3 件でした。針刺し切創事故については、ICT リンクスタッフに事故要因を伝達し部署内で情報共有と院内感染マニ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。



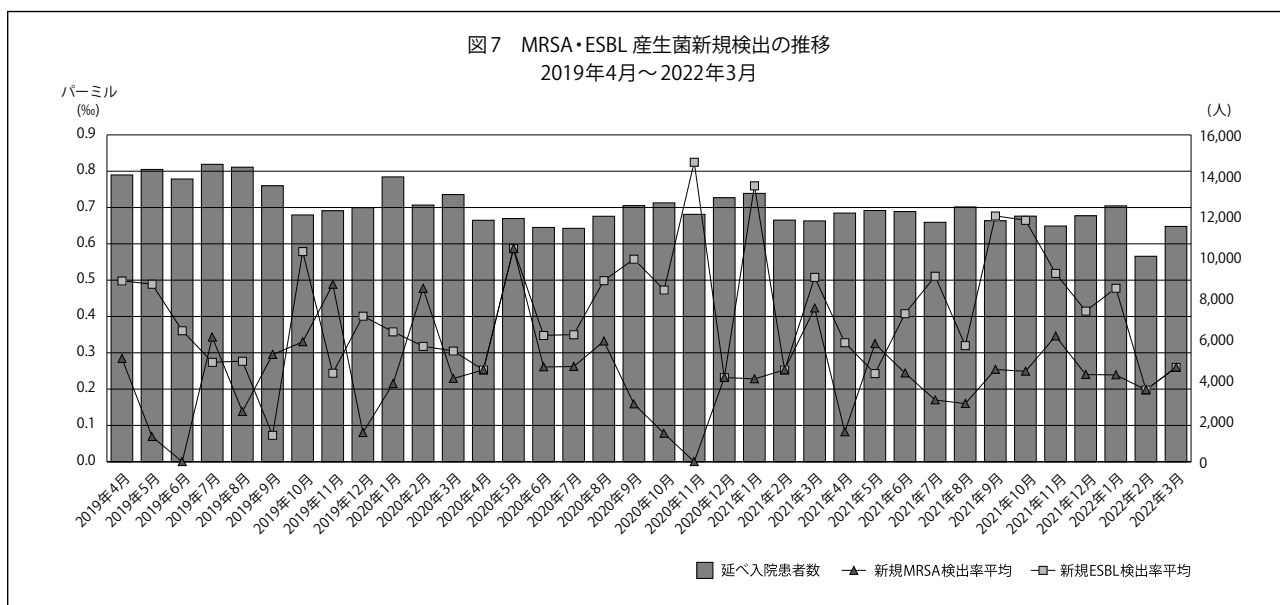
5. MRSA、ESBL 産生菌新規発生率低下への対策

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 0.25%、2021 年度は 0.23%とやや低下がみられました(図 6)。



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、在宅医療や介護系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抑制につながり目標を達成できたと考えられます。

ESBL 産生菌は、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。目標を 0.50%未満とし取り組みました。平均発生率は 2015 年度 1.38%でしたが以後、徐々に低下を認め 2018 年度 0.36%、2019 年度 0.34%、2020 年度 0.47%とやや増加を認めましたが 2021 年度は 0.41%と低下を認めました。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できました(図 7)。



6. 職員必須研修の参加率向上への取り組み

2021 年度の感染防止対策に関する職員必須研修の参加率は 36.5% (2022 年 3 月末時点) でした(図 8)。

今年度は、「新型コロナワクチンについて」4 職種(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)それぞれの立場から講義を行いました。

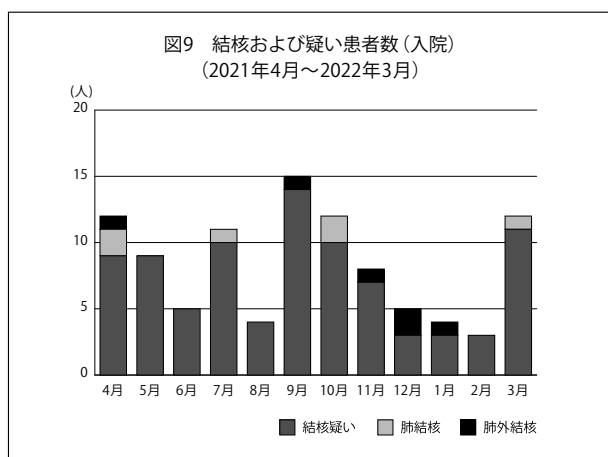
新型コロナウイルス感染対策として研修会場の密を避けるため収容人数を 1/2(45 人)としました。オンデマンドによる受講人数が多くなったことより、ICT リンクスタッフや管理者の協力を得ながら啓発活動を行いました。受講率の低い職種に対しては、個別に受講啓発の案内を配布したり、

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

2021 年度の結核患者は結核疑い例を含み延べ 100 名 (図 9) 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、定量的フィットテストは実施することができませんでした。空気感染対策研修として新人研修では講義とシールチェック、中途採用者研修では定性的フィットテストとシールチェックを実施しました。



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しており、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、問合わせ等に対応しました。病棟薬剤師が積極的に感染症治療に関与しており、AST カンファランスでフォローするなど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 専任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

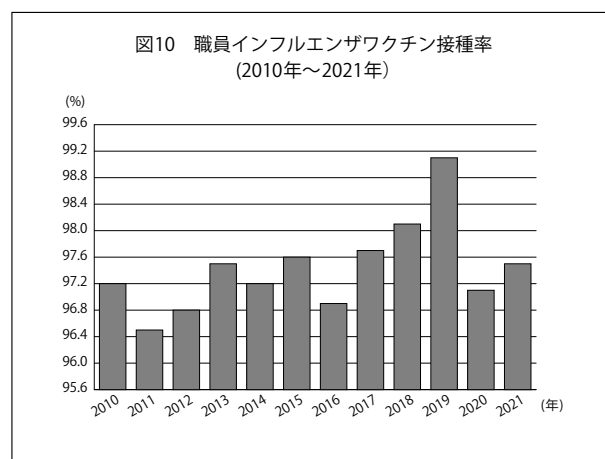
前年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響もあり全抗菌薬の使用数はほぼ変わりありませんでした。広域抗菌薬については、必要症例に対して使用されている印象があります。重症例に対して長期使用となる場合もありますが、適切に De-escalation も行われていると思われます。

AST の活動としては、2020 年度と比較して介

入件数は 1.16 倍に増えました。介入後の提案受け入れ率も 80%を維持しており、引き続き適正使用推進に関与していきます。

9. 職員インフルエンザワクチン接種率維持

インフルエンザの流行状況は、昨年度に引き続き少なく経過しました。新型コロナウイルスの感染拡大により、感染防止対策 (マスクの装着、3 密を避ける、手指衛生) の継続などにより、インフルエンザ患者の減少となったと思われます。



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 (13 名)、接種拒否 (6 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 97.5%(図 9) と昨年度よりは高い値でした。

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。

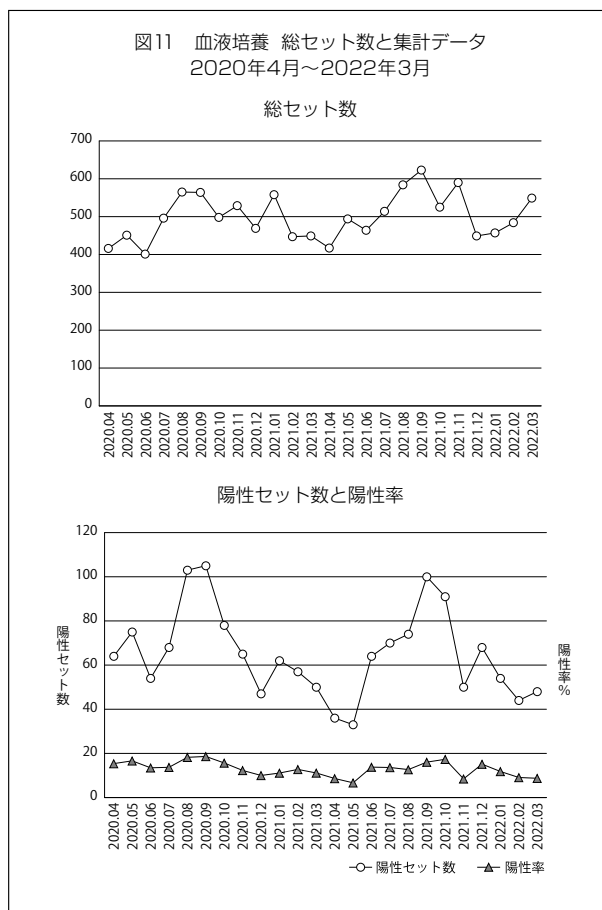
環境や病棟のアクティブサーベイランスや高度

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、全国や近隣の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、大腸菌や肺炎桿菌、緑膿菌の検出が多く、2020 年度に比べ 2021 年度は MRSA : 133 名から 71 名、カルバペネム耐性緑膿菌 : 30 名から 41 名、CRE(3 菌種) : 2 名から 4 名。ESBL 産生菌(4 菌種)においては、411 名から 454 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 g 1) 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。2021 年度は、結核菌 : 11 名、*M. intracellulare* : 8 名、*M. avium* : 13 名、*M. goodii* : 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、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 (図 11)。



11. ICT リンクスタッフ活動

ICT リンクスタッフ会では、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、「新型コロナウイルス対策」について行いました。リンクスタッフは自部署にもどり勉強会を開催しました。現在ある処置手順について感染を踏まえ見直しを行い 1 年かけて感染管理ベストプラクティスに取り組みました。

医療現場において入室時、退室時の手指衛生実施数、機会数の直接観察を毎月評価し、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。

院内感染対策委員会主催の講演会

● 2021 年 5 月 4 日

テーマ：「多職種に対する新型コロナワクチン接種について」

講師：松波総合病院

鶴見 寿 (医師)

酒井昭嘉 (臨床検査技師)

文字雅義 (看護師)

松本利恵 (薬剤師)

敬称略

以上、2021 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、昨年度に引き続き新型コロナウイルス感染症の院内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。

新型コロナウイルスは感染しても無症状の方が多くあることや変異により潜伏期間が短く感染力が強くなっています。家庭内感染の報告も多く聞かれています。知らない間に院内に持ち込まれている可能性があります。

耐性菌については、市中や近隣施設からの持ち込みや院内の環境表面中に生息してしまっている可能性もあります。また、新興・再興感染症の脅威にもさらされている中、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、日々取り組んでいきます。

〔文責：加納美津子、文字雅義、酒井昭嘉、白浜太郎、市川綾華、日置敦巳、鶴見 寿〕

臨床研修センター

【人員体制】

医師

2 年次初期臨床研修医 9 名

1 年次初期臨床研修医 10 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】

- ・ 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・見学対応
- ・ 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)

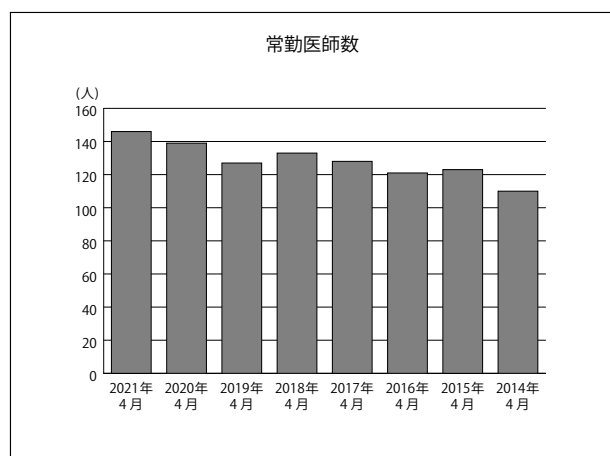
【採用実績】

～初期研修医～	2021 年	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年	2016 年	2015 年	2014 年
募集定員	10	9	8	8	9	9	7	6
マッチング数	10	9	8	8	7	9	7	6
採用人数	10	9	8	8	7	9	7	6
研修医名	淡谷、九万田、岩田、中島、根笹、坂本、長谷川、堀、都竹、松尾	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、田口、鈴木、説田、富岡	加藤、佐々木、竹中、土田、中村、前島、山岸	片野、栞原、森、山田、増田
面接実施数	24	22	26	32	21	20	18	8
見学者数 前年度 4/1～3/31	113	92	88	76	56	69	81	43

～医師～	2021 年	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年	2016 年	2015 年	2014 年
専攻医採用人数	12	8	5	5	5	5	8	4
医師採用人数	28	30	23	15	10	6	10	13
面接実施数	20	20	26	20	12	4	21	17
見学者数	8	8	8	7	6	2	30	-

【医師数】

2021 年 4 月	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
146	139	127	133	128	121	123	110



【2021 年度の主なイベント】

- 4 月：
- 5 月：
- 6 月： オンラインレジナビ出展、院内 ICLS 開催
- 7 月： マイナビオンライン病院説明会出展
- 8 月： 院内 ICLS 開催
- 9 月： 院内 ICLS 開催
- 10 月： 岐阜県臨床研修病院合同説明会出展
- 11 月：
- 12 月： 院内 ICLS 開催
- 1 月：
- 2 月：
- 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	2 名
看護師	6 名
保健師	2 名
事務	10 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)

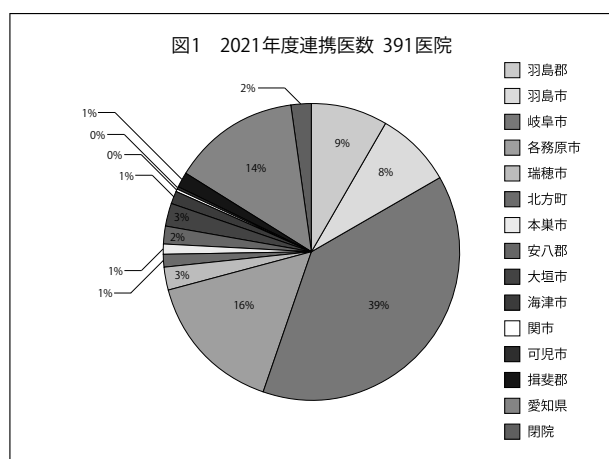
【概要】

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」目的で 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 市町村に亘り、合計 391 診療所となっている。

2021 年度は新たに 60 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)

2021 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げられるよう努める。

○病床コントロールについて

新型コロナウイルス感染症の影響は継続してあるが、病床を効率よく稼働させることに尽力した。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の減少は継続している。2020 年 10 月より HCU がハイケアユニット入院管理料 1 を取得したことで 12 床へ病床を減らした影響は継続してあり、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。地域包括ケア病棟の直接入院 4 割以上満たすことに継続して注力した。新型コロナウイルス感染症の影響を鑑みて今後も、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、入退室の管理にも尽力する。

○入退院支援について

新型コロナウイルス感染症の影響で 2018 年度より少しずつ増えていた入退院支援加算は算定件数が減少した。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く、電話やオンラインなどを活用し退院支援を行っていた。今後も面会制限は継続していくが、オンラインの活用、病棟・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、院内へフィードバック、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。

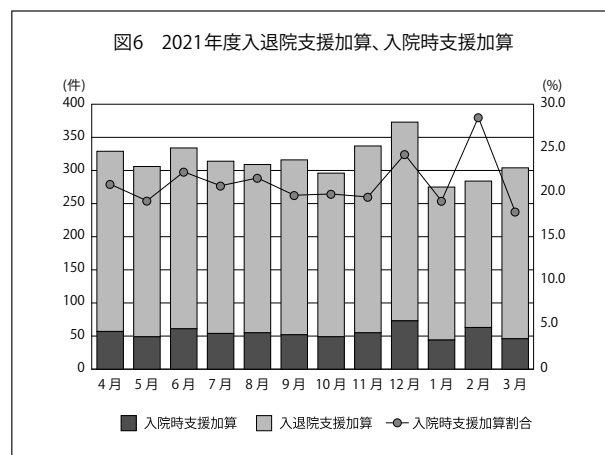
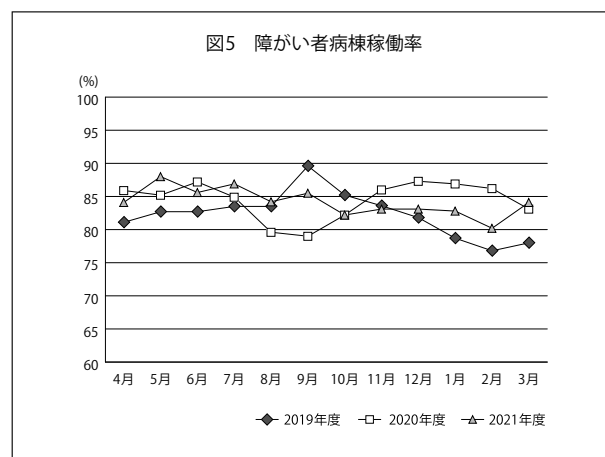
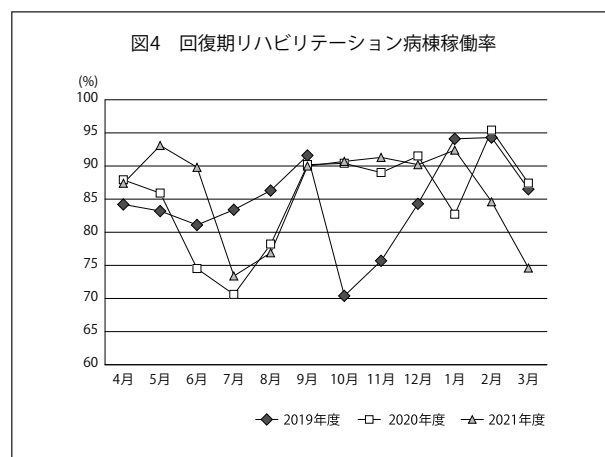
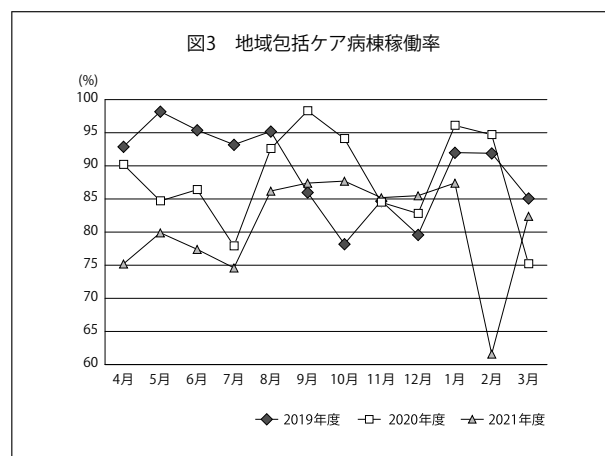
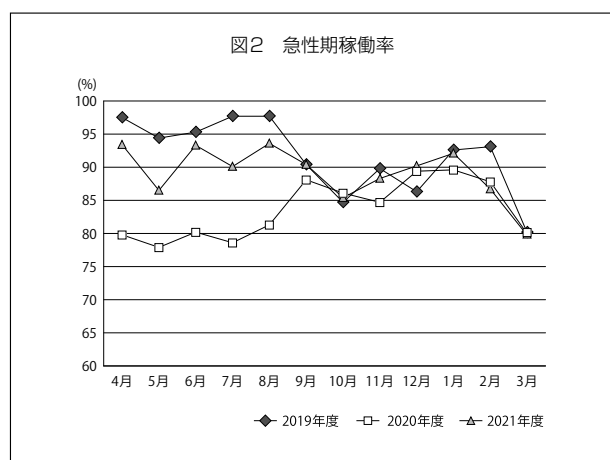
連携医、救急隊への広報活動としては、毎月、月初に「Monthly Magazine Matsunami」を、各医療機関、介護施設等に配布。診療情報については、診療科案内、疾患ごとの案内を作成。また、法人全体から介護施設、介護サービスの案内も網羅した。

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。また、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。

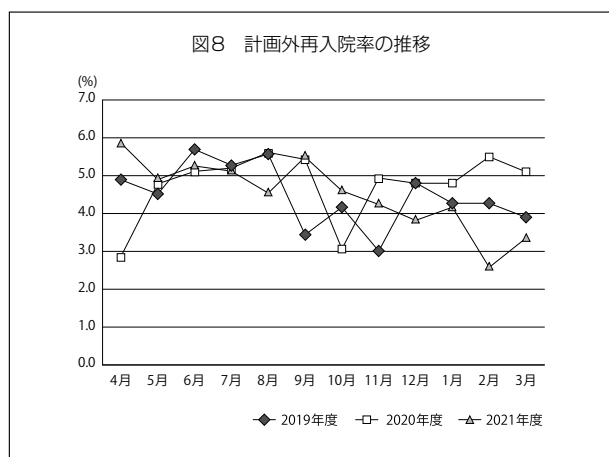
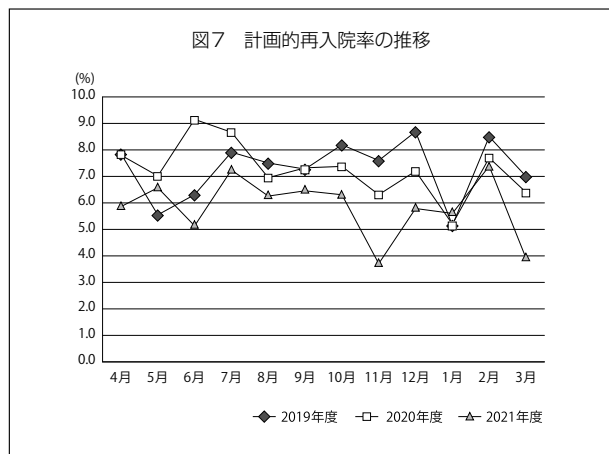
【実績】

一般急性期平均稼働率 90.1 %、地域包括ケア病棟 80.9 %、回復期リハビリテーション病棟 86.2 %、障がい者病棟 84.1 %、平均在院日数は 11.3 日。(図 2、3、4、5)

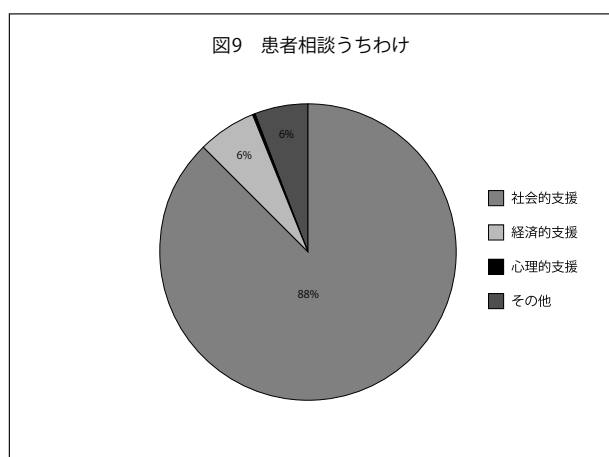
予約入院患者の入退院センターでの介入率は全予約入院の 91.8 %、入院時支援加算 658 件 / 年、入退院支援加算 3,119 件 / 年 (図 6)。



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7、8)



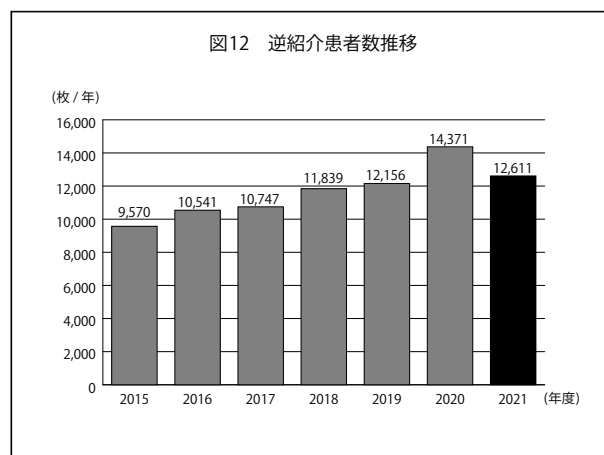
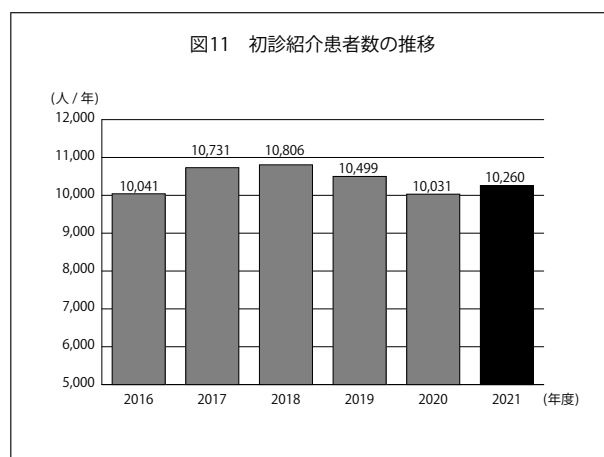
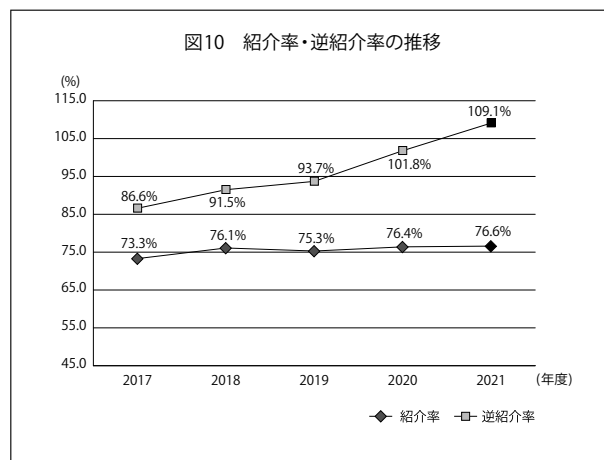
患者相談件数は16,849件/年、転院等の社会的支援は14,787件/年、経済的支援1,033件/年、心理的支援56件/年で昨年度より全体の相談件数は増加した。(図9)



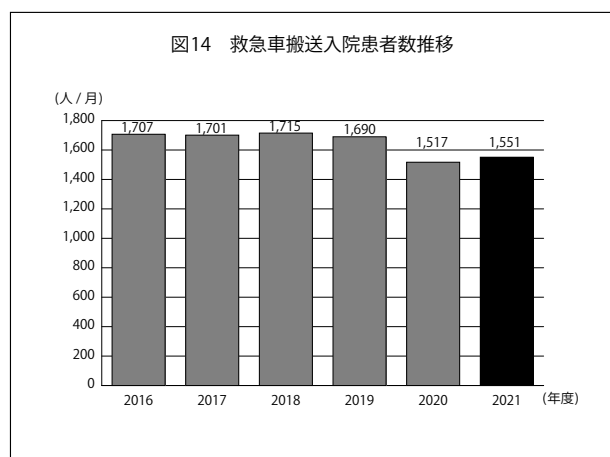
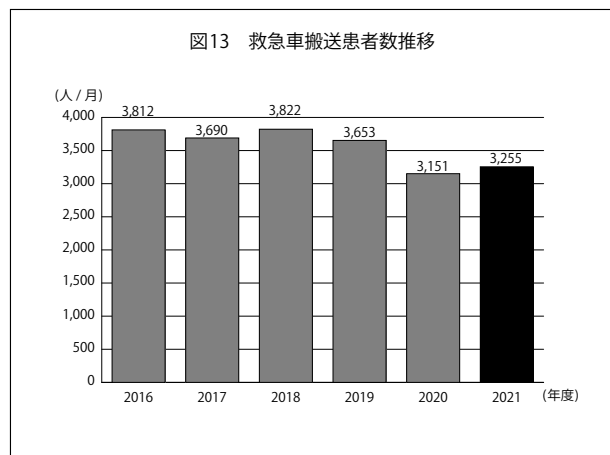
羽島先端医療を学ぶ会(主に医師を対象)1回/年、羽島医療連携講習会(主に医師を対象)1回/年、実施。

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。

2021年度の地域医療支援病院委員会は、2020年度から引き続き、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10、11、12)



救急医療の提供では、救急車搬送患者数、救急搬送入院患者数はともに2020年度を上回った。(図13、14)



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年度から継続して、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ていること、HCUの入院管理料1へと変更したことで12床稼働に減少していることで急性期での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。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に、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〕

イノベーション推進本部

【人員体制】

本部長	草深裕光
データセンター	黒宮
病院事務部医事課	社本
FMD センター	深澤
システム開発・管理部	杉原
経営企画部	松岡
看護部	佐藤、松浦、小園、 高橋、野々垣
診療支援部	安藤
リハビリテーション技術室	日比野
(全員兼務)	
(2022 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 日に設立されました。日常業務を行う中で、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、多職種チームで活動しています。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。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、2021 年度の活動を紹介します。

【取り組み・実績】

1) データセンター設立 2021 年 4 月 1 日

電子カルテシステムの更新とともに JUST DWH を導入、データセンターを設置しました。

2) 改善提案制度の制定 2021 年 4 月 1 日

法人内での業務改善を促すための報奨金制度を制定しました。「こうしたらよいのに」という職員の思いをボトムアップし、内容を精査上で、各部署にトップダウンする制度です。1 年間で 99 件の提案があり、31 件が採用となりました。そのうち、年度末時点で完了報告がある 16 件のうち、13 件が改善に繋がりました。

3) 業務改善相談窓口の開設 2022 年 3 月 1 日

改善したいが改善の糸口がつかめないという声を頂き、イノベーション推進本部スタッフが相談する制度を設けました。まだ成果は出ていませんが、活用を促していきたいと考えています。

4) COVID-19 対応

COVID-19 の感染対策の基本は飛沫接触予防策です。患者のケアや診察、リハビリ等を実施する場合は、PPE を正しく使用することに加えて、接触を回避するためには、ICT を活用したオンライン化が有効です。

2021 年 8 月以後にはじまった新型コロナウイルス感染の流行第 5 波においては、COVID-19 受け入れ病床の増床を余儀なくされ、非接触オンラインケア用 iPad の追加ならびに病床管理 App の改修に加えて、監視用ネットワークカメラの更新と追加が必要となり、動作検知、360 度監視型に変更するとともに、ナースステーションからだけでなく ICU からの重症患者の遠隔モニターにも対応しました。

また、職員間、外部の関係者、患者家族等との直接接触を回避した上で、コミュニケーションを図る手段として、ビデオ会議システム (FaceTime/ Web EX 等) と iPad/iPhone を利用した、会議、委員会、カンファレンス、面会・面談も、日常的に行われるようになっていきます。

2020 年 4 月以来、新型コロナ対応としての情報通信機器を用いた診療、なかでも電話診療は当法人でも実施されていますが、オンライン診療の活用はまだ十分ではありません。2022 年度診療報酬改訂において、オンライン診療の適応が広がり、初診料や再診料が引き上げられた他、算定可能な医学管理料も追加されており、今後はさらなるオンライン診療の活用を期待したいと思います。

5) iPhone の活用

2021 年 2 月 15 日に 800 台を導入した iPhone は、PHS に代わる通信手段としてだけでなく、内線通話機能、交換を経由しない外線発信、オンライン会議端末、インターネットを活用した情報収集、勤怠管理等の App の利用、Dr JOY ビジネスチャット機能を中心とした迅速な情報共有手段、

コミュニケーションの改善に役立っています。今後は、ナースコール対応、電子カルテネットワークへ接続することで、カルテ入力端末としての活用を検討していきたいと考えています。

6) 内服与薬管理のペーパーレス化

内服指示簿のペーパーレス化による、与薬管理の効率化および適正化を目指し、システムの検討を行いました。来年度運用開始を目指して、価格交渉・運用手順の決定を行っていきます。

7) ACP 支援プロジェクトチームの設立

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を推進するための雛形の作成を行うためのプロジェクトチームを設立しました。

〔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	2 名 (一人兼務)
副主任	9 名
スタッフ	52 名

(2022 年 3 月 31 日現在)

【取り組み】

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・文書作成の 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、2020 年 7 月 1 日から医師事務作業補助体制加算 2、20 対 1 の配置基準で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。特に、医師の働き方改革や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非常に有効な手段となります。また、2022 年度の診療報酬改定においては、医師事務作業補助体制加算の見直しが行われ、算定条件の変更とともに診療報酬上の加算が引き上げられています。MA 部では、2021 年度を通して新規採用と増員に取り組み、2 人の中途採用に加えて 2022 年 4 月には 6 人の新入職者を迎えることができ、2022 年度からは医師事務作業補助体制加算 1、15 対 1 を申請する予定であり、年間約 5,000 万円の増収が期待できます。

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 や JONAR) など、医師の指示の下、業務を分担しています。なかでも、診療文書作成のデジタル化が喫緊の課題となっており、2021 年 5 月に診断書等の作成状況について調査を行ったところ、手書き率は 60%を超えており、非効率的なプロセスも明らかとなりました。この課題を解決するためには、PC を用いた作成環境、紙運用の回避、多様な文書フォーマットへの対応、欠損データのチェック、検査データの取得等が有効であり、診療文書作成システム Yahgee MC の導入を予定しています。

【今後の展望】

今後は、MA 業務の効率化とともに、スタッフのスキルアップや教育を行い、各診療科との業務分担や調整等の話し合いを通じて、業務範囲を拡大することで、円滑な診療と働き方改革に貢献できればと考えております。

〔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	5 名
主任	5 名
副主任	2 名
部員	48 名

【概要】

2021 年度も昨年度に引き続き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。2 年目ともなると、新型コロナウイルス感染症関連業務も通常業務の一部のような形で行い、昨年度と比べると業務がスムーズに行うことが出来た。しかし 2021 年度より新型コロナウイルス感染症関連業務で増加した業務もあった。

また 2021 年度の目標の 1 つでもあった残業減少については、医事課の一部門が所謂レセプト残業で残業が多かったが、業務改善において残業減少に成功した。

【取り組み・実績】

■増加した新型コロナウイルス関連業務

- ①入院患者のオンライン面会受付
- ②カクテル療法受付
- ③無料 PCR 検査
- ④休日等の予定入院患者

『業務詳細』

①入院患者のオンライン面会受付

従来面会人が来院すると、病棟看護師が受付まで来て iPad 等の説明を行ってきたが、看護部からの依頼により医事課で行うこととなった。予約は従来通り病棟で行うが、患者受付、iPad 等説明、病棟への連絡、面会後の清掃を医事課で行っている。

②カクテル療法受付

カクテル療法前日に保健所より FAX が届き、リストに基づきカルテを作成。当日は GIFU CUBE(カクテル療法施行場所)に直接患者を訪ね保険証等を確認。

③無料 PCR 検査

無料 PCR 検査については医事課窓口以外に専用の窓口を設置した為、医事課が行うことは新規の方のカルテ作成のみであった。しかし多くの検査希望者が医事課窓口を訪れ、それに伴い案内業務が増加。この時期は発熱患者も増加していた時期とも重なった為、当初はかなり混乱状態であった。

④休日等の予定入院患者

予定入院患者は入院前に『健康チェックシート』を記載する。このシートの質問において「はい」があった場合当院に連絡することとなっているが、連絡忘れが多い。その結果、「はい」のある方については入院日に主治医等に連絡することになり、1 人あたりの対応時間が長くなった。

新型コロナウイルス感染症関連業務は今後も増加することはあっても、減少することは現時点では考えられない。新型コロナウイルス感染症関連業務を通常業務の中にうまく取り込み、効率的に業務を行っていくことが今後の課題である。

■残業について

従来レセプト該当月の月末と翌月 1 日に会計カードを出力し、レセプト点検を行ってきた。この点検では範囲が多い上、毎日の残業でモチベーションが下がっていた。

こういったことから前日の診療内容を翌日にパソコンの画面にて確認し、日々点検を行うこととした。またレセプトチェッカーソフトでの点検も期間を短くし、月末月初に集中していた残業を減らすことが出来た。

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 3 名(内 2 名が医事課業務、1 名は電話交換・郵便業務)と昨年度に比べ減少した。

採用については、新卒者 2 名、中途採用 2 名、そして他部署からの異動が 3 名であった。配属については新卒者 2 名の内 1 名は入院業務に配属し主に入力業務を担当、もう 1 名は医事課外来業務に配属し退職の代わりとした。

中途採用 2 名は電話交換・郵便業務に配属し、

従来手薄となる時間帯(11時～14時)の人員を充実させることができた。異動の3名の内1名は車両の専属担当、もう1名は未収金担当補助と車両事務を任せることとなった。車両担当については患者送迎等で全員が出払った場合、事務系他部署に応援を依頼して対応していたが、人員増加により応援依頼をすることがなくなった。

2021年度は退職者3名と例年より少なく、採用等で6名増員したこともあり、人員的にかなり安定した年となった。今後の課題としては、現状では課内異動をほぼ行っていないが、課内異動を定期的に行って人的交流を活発化し、慣れを防ぎ常に緊張感のある職場にすることである。

〔文責：小林弘明〕

【人員体制】

主任 1 名
副主任 1 名
課員 3 名

2021 年度は「業務見直しとスキルアップ」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 9,597 件
・オーディット 登録件数 9,548 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・交通事故損害賠償請求のための開示が多い。

開示件数 56 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 5,023 件

(内 救急車来院件数 3,255 件)

④全国及び院内がん登録

がん登録担当者 3 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。

2021 年度がん登録件数 1,202 件

⑤ DPC/PDPS 業務

『詳細不明コードへの対応』

DPC 機能評価係数Ⅱに関連した詳細不明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 データによる集計報告』

四半期ごとに、DPC データより集計した年度別症例数、月別症例数、診療科別症例数、上位 20 疾病の動向、平均在院日数等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 200 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 C I 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。正確なデータ整備を行い、情報提供に努めていきたい。

[文責: 佐藤友美]

システム開発・管理部・FMD センター

システム開発・管理部

【人員体制】

部長	1 名
課長	1 名
副主任	2 名
その他部員	2 名 の構成

【取り組み・実績】

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、2021 年度の開発・投資案件から主だったものについて紹介します。

『診療科新設』

血液・腫瘍内科を 2 月 1 日に新設及び来年血液・腫瘍内科は、内科から診療科を変更する医師もあり、電子カルテに内科で登録している診療予約と病名をプログラムで移行、放射線、検査予約は手入力で血液・腫瘍内科に変更しました。

『心カテ動画システム更新』

心カテ動画システムの 3 回目の更新を今年 10 月に行いました。

2021 年 7 月で 7 年が経過します。7 年で延長保守が終了することと動画を保存するストレージ (HDD) の空容量が 1.8TB になり、心カテの動画は年 1.2TB の容量を使います。

サーバー保守終了と HDD の保存領域確保の為に更新を行いました。

『RPA 新規導入』

RPA とは「Robotic Process Automation」主に定型作業をパソコンの中にあるソフトウェア型ロボットが代行・自動化することができます。

ロボットに日頃人間が行っている手順を登録して作業を代行させます。

エクセルに入力された人事や経理等の入力作業は定型作業であり、決まったカラムの内容を決まったシステムの項目に入力を行っている作業は、ロボットにさせることができます。

『外来注射 3 点認証実施登録』

クリニックや紹介外来では、患者認証の PDA は輸血実施時のみ使用しています。

医師がカリウム製剤を違う患者にオーダーをしました。オーダー間違いに気が付きオーダーをキャンセルしましたが、キャンセルしたことを看護師へ伝えていなかった為に、そのまま違う患者に投与されました。

外来の事故が発生しているため、外来、クリニック、救急部において病棟と同じ運用方法を用いて点滴実施時に PDA での患者認証を行い、患者安全、事故防止として、電子カルテの機能追加を行いました。

『オンライン資格確認 (マイナタッチ)』

オンライン資格認証確認 (マイナタッチ) 運用を 12 月 1 日より開始しました。北館、南館、クリニックの医事課 (受付) に各 1 台オンライン確認用の端末配置を行い、イントラネットと外部のネットワーク (光回線 IP-VPN) の接続し資格確認を行います。

マイナンバーカードの IC チップ、健康保険証の記号番号によりオンライン上で医療保険の資格情報が確認できます。電子カルテから患者の薬剤情報・特定健診情報の閲覧ができます。

FMD センター

【人員体制】

センター長	1 名
副センター長	1 名
課長	1 名
主任	1 名
その他職員	3 名 の構成。

【取り組み・実績】

「診療情報管理課」「リハビリテーション技術室」「糖尿病センター」「放射線技術室」「栄養科」「経理部」等のシステムを新規開発しました。

新規開発	11 件
追加・改修	5 件
その他	3 件
アプリケーション契約	3 件

『各種申請書』

電帳法改正に伴い経費・見積もり・旅費・稟議書を電子申請に順次移行していきます。各種申請の運用方法の変更し、経費申請から始めて順次電子化を行います。

【今後の展望】

依頼があった案件に対応するだけでなく、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。

世界中で猛威を振るっているランサムウェアやエモテット等のコンピューターウイルスの脅威から守る対策を行います。

〔文責：山北慎吾〕

データセンター

【人員体制】

センター長 草深裕光
課長 黒宮浩嗣
兼務：可兒（システム開発・管理部）、森（病院事務部診療情報管理課）、松岡（経営企画部）、木村（薬剤部）

【取り組み・実績】

2021年4月1日に法人内でのデータの活用を推進するため設立されました。この1年は当法人のデータ活用・管理に関する問題点が明らかになった年でした。

1) JUST-DWH の問題解決

SQL の知識がない職員でも簡便に情報を活用するために導入されました。しかし、いざ使おうとしてみたところ様々な問題点が発覚し、その対応にこの1年翻弄されました。年度末時点でも問題は山積ではありますが、改善された点も多く、活用できる範囲での活用を開始しています。コロナ禍で先送りになっていますが、今後は、蒲郡市民病院の見学、協力を得て、DWH の問題点解決だけでなく、取り込みデータの拡大を検討し、より活用を推進していきたいと考えています。

2) 人事マスターの整備

本部長より JUST-DWH で部署ごとの職員数を出せないかという話が発端で、当院の人事マスターに改善の余地があることが発覚しました。職員の所属・職種・役職等のマスターを整備し、職員の所属情報データベースの再構築を行いました。人事部の管理している給与システムの職員データベースにはすべての職員情報が入っているわけではなく、法人職員を管理する上での情報も不足しています。それを補うため、CSS 上に職員情報マスターを構築しました。CSS 上では様々なシステムが稼働していますが、それぞれ異なる職員情報が利用されており、職員の異動情報管理など不都合な点がありました。今後は、すべてのシステムでこの職員情報マスターを利用することでそれらの問題が解決できます。

3) 施設基準管理の改善

総務部よりエクセルで管理している施設基準管理業務の改善を図りたいと相談がありました。当初は JUST-DWH の活用とエクセルの作りを変えることや資格情報のデータベース化、および CSS を利用し改善を図ろうと考えていました。しかし、施設基準管理の最大の課題は2年毎に更新される診療報酬制度に対してもれなくかつ迅速に対応できるかです。管理システムの枠自体は CSS で作成可能であるが、診療報酬という情報の更新に関してはいずれ限界がくると判断しました。総務部・FMD センターと検討し、市販の施設基準管理ソフト「iMedy」を導入しました。新年度の運用開始を目指し、まずは医師、看護師の資格・研修情報の整備をマスター化含め実施しました。今後、他の職種にも範囲を広め、CSS 上でのデータ作成・iMedy へのデータ取り込みという作業工程の完成を目指します。

4) データの公開

データの活用を推進するため、各種統計データの公開を始めました。手始めに従来より IBARS から出力された月別患者数データと二次利用がしやすいようにそのデータを時系列にまとめた上で公開しました。現在では、紹介・逆紹介・救急患者数や前述の所属マスター等各種マスターも公開をしています。今後も必要に応じて公開する情報を JUST-DWH と合わせて検討します。

5) JUST-DWH 利用推進と業務へのデータ活用

JUST-DWH は現時点でも問題があり、統計データの作成には信頼性に欠ける状況です。しかし、日常業務に利用する点においては、問題点を理解した上であれば活用ができます。薬剤部にて JUST-DWH は日常業務への活用が進んでいることはアクセスログを見るとわかります。他の部署においても、データの抽出や JUST-DWH の条件設定依頼が増えており、徐々に普及しています。また、JUST-DWH で扱いがないデータに関しても現場が必要とするデータをシステム開発・管理部と協力し提供しました。

〔文責：黒宮浩嗣〕

業 務 部

【人員体制】

部長	1名	課長	2名
顧問	1名	主任	2名
部員	16名	パート	2名
アルバイト	9名		

総勢 33 名

【取り組み・実績】

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います。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ます。

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います。

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ます。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ます。

※ 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こと。

▼現在のSPD運用で作成できる月次資料

項目	内容
▼消費区分割金額と材料費率の推移	消費区分割金額と材料費率の推移
▼施設区分割金額推移	施設区分割金額推移
▼定数の使用割合と稼働率	定数の使用割合と稼働率
▼分類別金額(対前年比)	分類別金額(対前年比)
▼高率割合金額推移	高率割合金額推移
この他、患者別購入金額・医療材料マスタチェック	患者別購入金額・医療材料マスタチェック

施設管理課では来院された患者さん、職員が衛生、安全に過ごせる為に施設内の管理を行い、委託業者にて毎日時間を掛けて熱源、空調、給排水設備の巡回点検を行っています。

災害対策にも取り組み、患者及び職員の備蓄の管理、今後起こりうる震災対策等に備え、消防訓練、災害訓練を実施しています。

省エネ活動については、電気やガス、空調をモニターにて監視を行い、空調に関してはモニターで監視するのももちろんですが、院内を巡回した際に体感にて温度調整しコスト削減に努めています。

また感染性廃棄物処理については、今回導入した感染性廃棄物を院内で安全に処理する『熱分解装置』を導入しました。大量に廃棄される感染性廃棄物を滅菌滅容し処理費用を大幅に削減できる事ができました。

今後も院内のLED化等に取り組んでコスト削減に向けて取り組んでいきたいと考えております。

〔文責：杉原浩二〕

