

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 20 名、副看護師長 7 名
 主任 12 名、助産師 23 名、保健師 70 名
 看護師 371 名、准看護師 11 名
 看護補助者 59 名、歯科衛生士 4 名
 クラーク 11 名
 (非常勤含 / 2022 年 4 月 1 日現在)

【概要】

2022 年度はコロナウイルス感染者が 2021 年度より拡大し全部署にてクラスターが発生した。それに伴い、働く看護職の就業制限から全病床を活用することができない月日が継続し、入院患者の減少は 2021 年度より上まわった。看護職はコロナウイルス感染を防御するために手指衛生の徹底や休日の過ごし方に関して感染管理の指示に従うことを周知した。日々の看護業務や感染症対策が長期化する中で心身ともに緊張状態が続き看護職の精神的負担はとても大きい状態であった。

その中で各部署は管理者を中心としてできる限りの看護の提供と効率的な病床管理を実施することで、地域住民の皆さまに安心・安全な医療を受けられるよう努めた。

【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) 地域と連携し専門性がある質の高い看護の提供ができる、2) 変化に対応できるチーム医療の強化、3) 働きがいがあり看護職が学べる環境づくり、4) 離職を防ぎ人材を確保する、の 4 つとした。

各目標の評価指標は 1) に対し①計画的な学習計画立案と実施状況②地域連携室と協働して松ゼミ受講計画立案・実施③各チーム目標到達④病床稼働率、在院日数、ベッド単価、2) に対し①部署クラスター時、看護職員陽性率 10% 以下②各カンファレンス実施率③看護学生反省会の評価④転棟転落事故レベル 3d 以上数 5 以下、医療安全身体拘束監査状況⑤身体拘束数、3) に対し①記録変更(テンプレート活用) ②各ラダーの学習計画立案③各部署有給休暇取得率④時間外 10 時間以下⑤クレーム数 (10% 減少)、4) に対し①中途採用者 30 名・新人 40 名採用・奨学金面接 10% 増②離職率

11% 以下とし 1 年間取り組みを実施した。

[1 の結果]

①計画的な学習計画立案と実施状況では、学研ナーシングサポート・ナーシングスキルの登録者数とアクセス率となる。

「ナーシングスキルアクセス率と登録者数」
 ⇒ 97.5% (639 人)

「ナーシングサポートアクセス率と登録者数」
 ⇒ 55.0% (734 人)

ナーシングスキルの受講率は基準・手順に関連して看護技術確認時に必要なため受講率は高く学べていることがわかる。ナーシングサポートの方は自己学習計画・ラダー教育に組み込み実施しているため比較すると低いが 400 人以上は学んでいると判断できる。

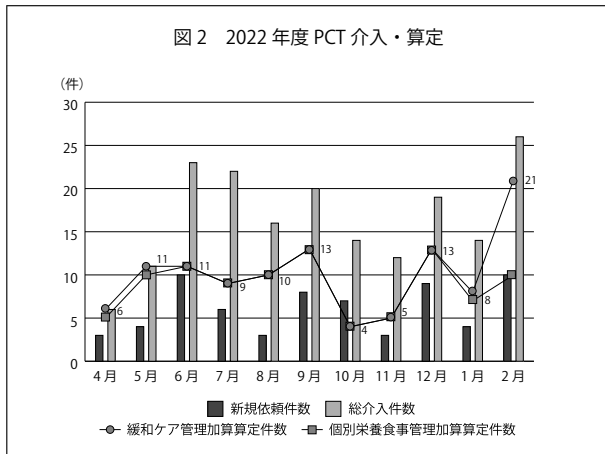
②松ゼミ受講計画・実施

地域の医院は水・木曜日が休みなため、松ゼミは毎月 1 回、木曜日に設定して図 1 の内容にて年間計画を立案し、オンライン研修を計画的に受講できるよう進めた。オンラインアクセス状況は数値化できていないが地域との連携がよりできてきている。

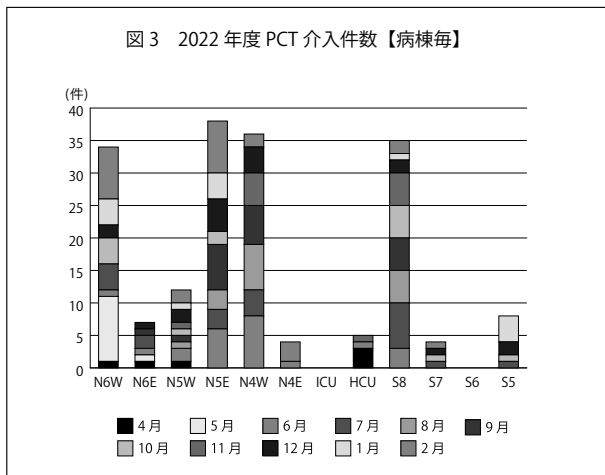
図 1 松ゼミ年受講計画

分野	内容
皮膚・排泄ケア	『明日から出来る！ストーマケアの基礎・基本』
糖尿病看護	『糖尿病患者さんのセルフケア支援について』
がん放射線療法	『基礎から学ぶ放射線治療看護』
感染管理	『感染対策で患者と職員を守る』
がん薬物療法	『高齢者のがん治療を理解しよう』
集中ケア	『知っておきたい！脳・神経のアセスメント』
認知症看護	『やってみよう！認知症ケア』
がん看護	『“自分らしく生きる”を支える看護師の役割』
救急看護	『急変対応を極めるためにできること』

③各チーム目標到達
(緩和ケア)

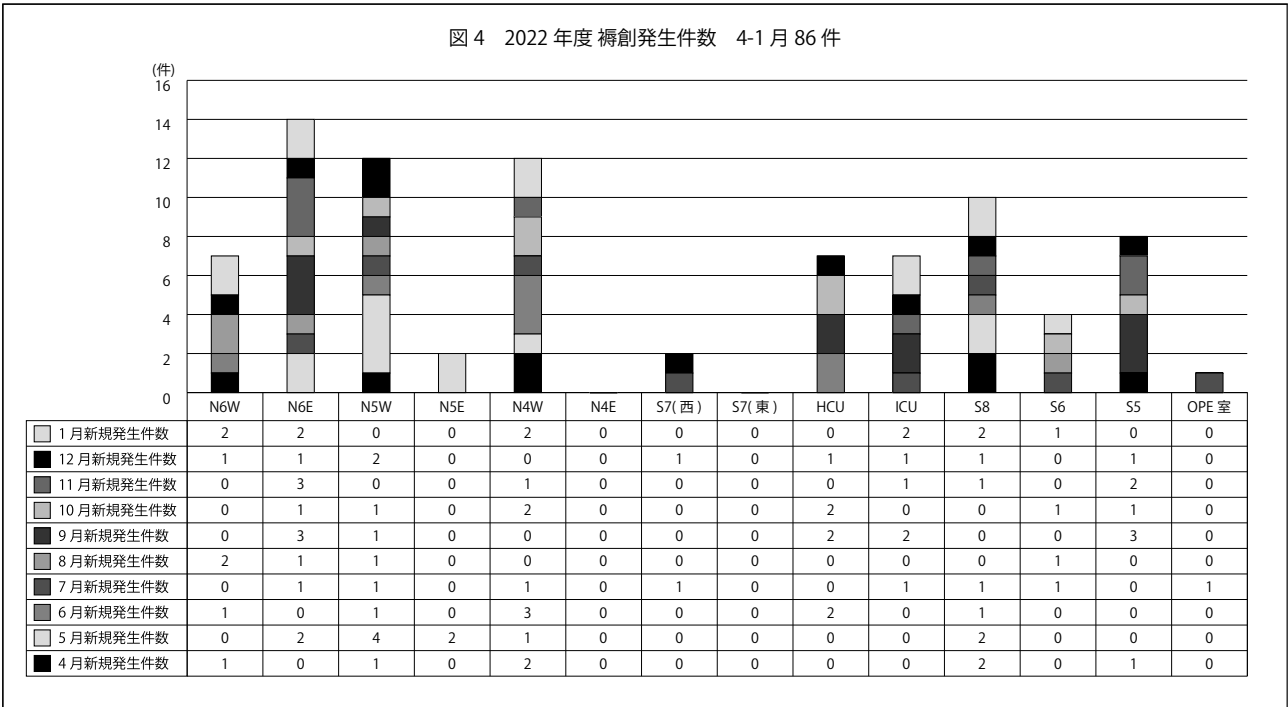


コロナウイルス感染症のこともあり、今年度はがん看護専門看護師と医師2名でのラウンド実施中心となった。ラウンド結果はカルテに記録を残し、その内容を各部署の受け持ち看護師が参照して実施していく。しかし、必ず実施できているとは限らないため、来年度はチームリーダーと受け持ち看護師への伝達や実施後の評価等をリンクナースを含め考え患者さんに寄り添った看護が提供できるように努めがん看護の質向上につなげる。



(褥創ケア)

図4 2022年度褥創発生件数 4-1月 86件

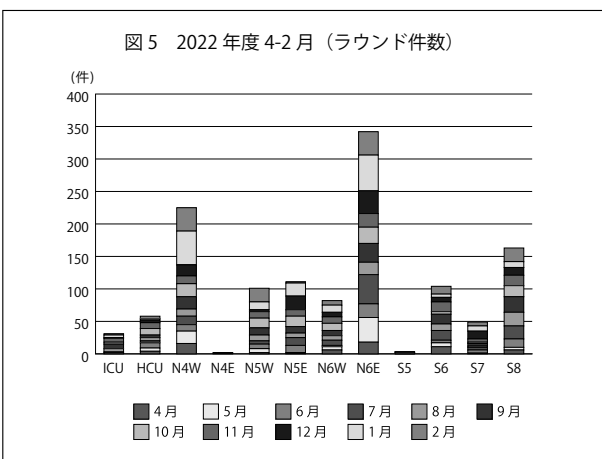


褥創発生件数は昨年度より減少している。しかし、早期発見できていない事例がある。入院時だけでなく、転入時も褥創評価し、早めの褥創認定看護師へのコンサルテーションが重要である。高齢者の増加により円背、皮膚瀰弱な患者が増えているので、患者への負荷を考え除圧や良肢位保持を目指していく。

ンド実施、ケアチームと連携し病棟スタッフが看護計画を実施し対応できている。また、看護部は看護職人数の適切な配置の見直しが必要である。

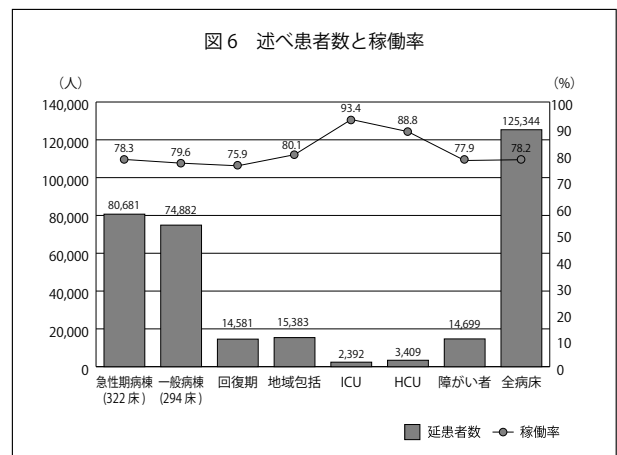
(認知症ケア)

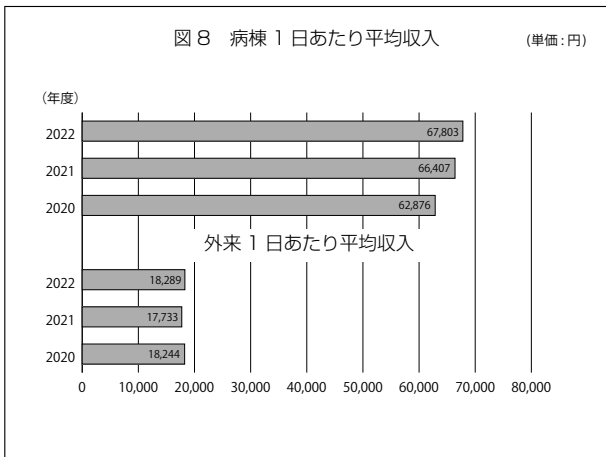
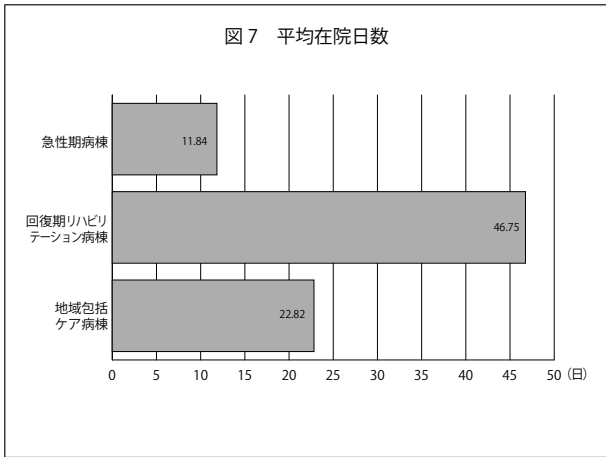
④病床稼働率・在院日数・ベッド単価



コロナ感染によるクラスターにて入室制限を発令し稼働率が落ち、一般急性期病棟は79.6%であった。90%以上維持できたのはICUのみの結果となった。但し、入院患者1人当たりの収入は上昇している。今年度はICU稼働率を保持でき手術後の患者や重症患者は通年を変化なく対応できている。

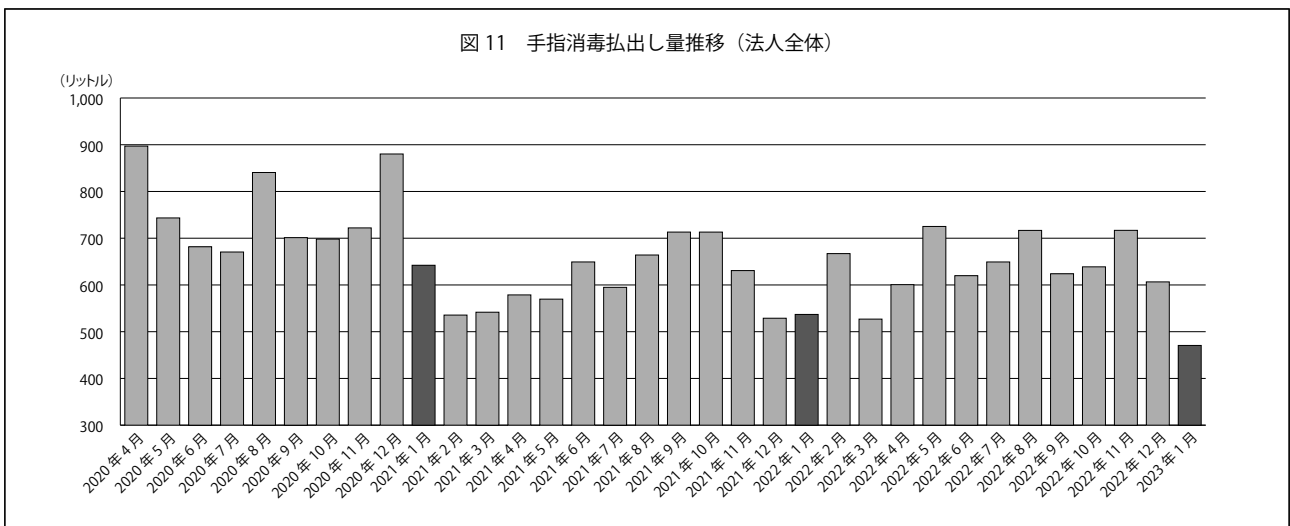
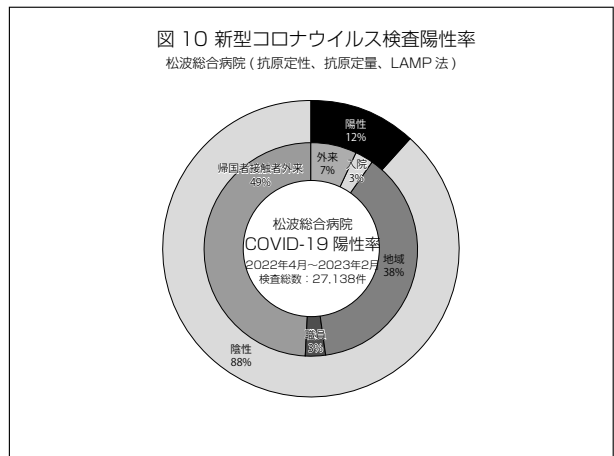
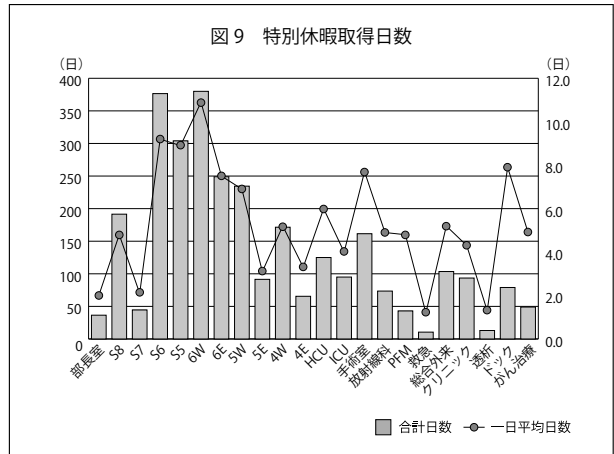
認知症ラウンドは昨年度より件数が増えている。対応が早いと共に高齢者の急性期での治療増加も影響している。認知症は部署により違いがあり、N6Eは脳外科・整形外科、N4W内科全般にて見守りが必要な患者さんが多く、認知症ケア加算取得対象病棟として、認知症認定看護師が週1ラウ





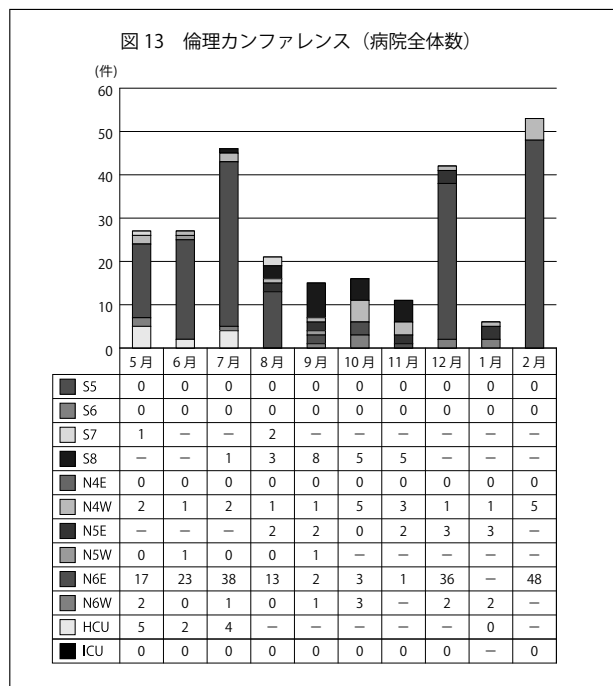
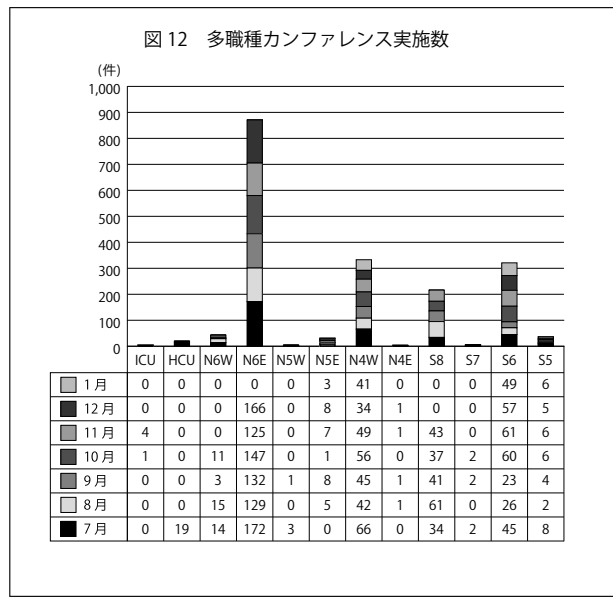
[2の結果]

① 部署クラスター時、看護職員陽性率



本年度、特別休暇日数取得日数はクラスターを表しており、どの部署も起きている。手指衛生、感染防御を徹底して実施したことで、職員の陽性率は3%となった。しかし、消毒剤の払い出し量が減少しているため、今後も継続的に手指衛生の徹底していくことが重要である。また、看護職の負担は心身ともに大きく、感染症対策が長期化する中、緊張状態は続いている。

②カンファレンス実施率



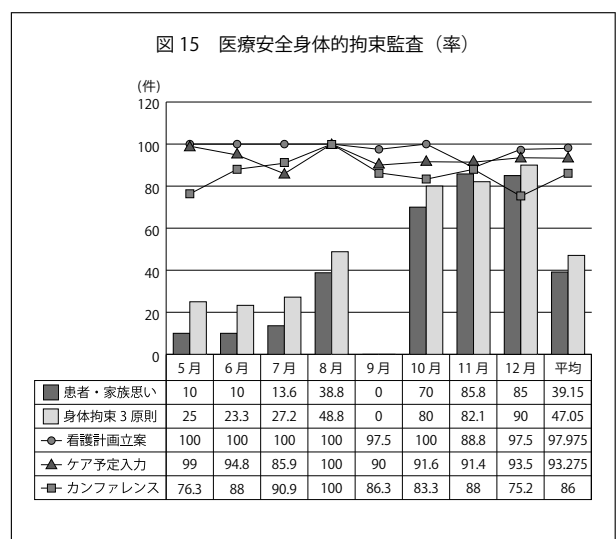
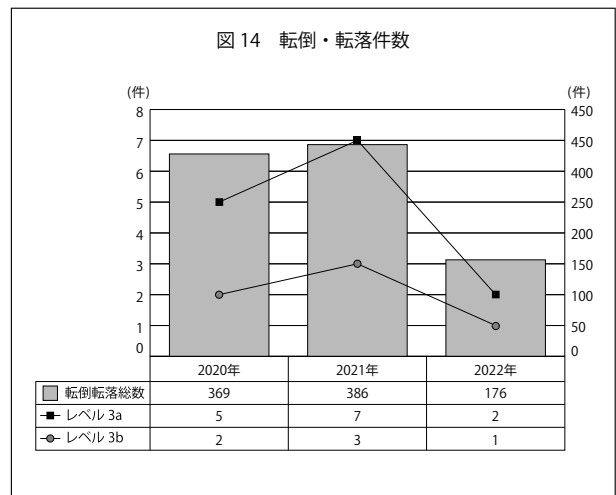
多職種カンファレンス・倫理カンファレンスは部署によって、毎月確実に実施できている。看護師カンファレンスを含めれば全部署実施できている。カンファレンスの内容については看護過程委員で検討しており、患者さんに対して最善の看護実践を計画・実施できるように努めている。

③実習生反省会の評価

「実習内容・学習環境」については95%以上の良い評価を得ている。

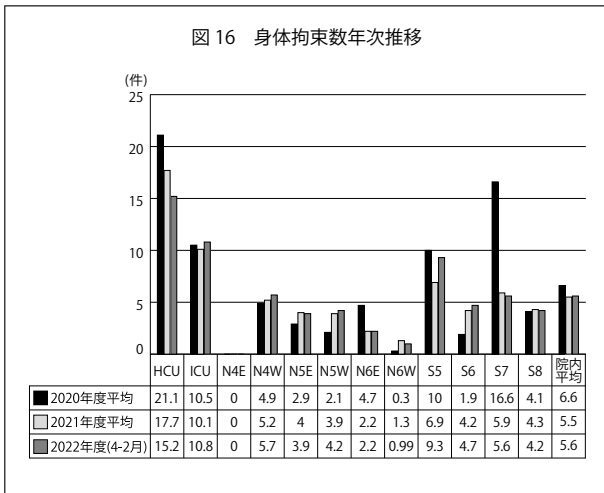
「臨地指導者(指導に関わった人全て)について」は「指導者は学生への理解や気持ちを尊重して指導している」は95%以上の評価を得ているが「援助場面では、指導者から適切な助言、指導が得られた」では89%の評価であり指導の振り返りが必要な結果となった。

④レベル 3b 以上数 5 以下・医療安全身体的拘束 監査



レベル 3b 以上は 2 月までの時点で 1 件以下、転倒・転落件数も減少している。各部署の受け持ち看護師が入院時、転棟時等での患者の転倒リスクについてアセスメント実施、計画立案、必要時リーダーと相談しカンファレンスが実施できている。医療身体的拘束監査にてカンファレンス実施率が平均 86% でケアの統一が図れ、転倒・転落に関してもリンクしていると考えられる。

⑤身体拘束数平均年度推移



身体拘束はこの 3 年間に於いて変化は少ないが N6E・HCU は減少してきている。部署の身体拘束をしない環境が定着しつつあると考える。しかし、内科系 3 部署は反対に増加傾向なので、患者中心の倫理的カンファレンスの実施と多職種連携を強化していくことが大切である。

[3の結果]

①記録変更

テンプレートは必須事項をチェックすることができ、カンファレンス等の記録の充実が図ることができる。

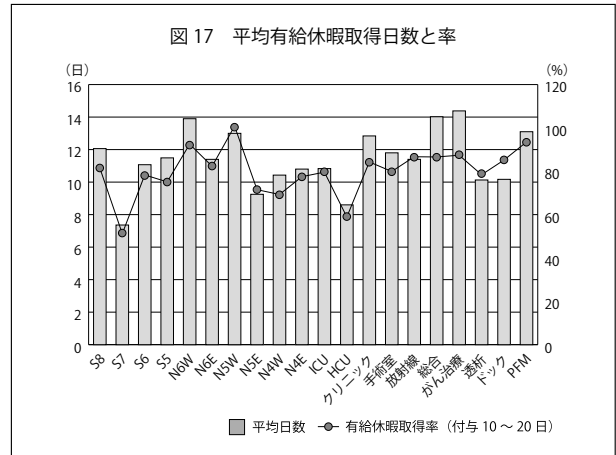
活用しているテンプレート (例)

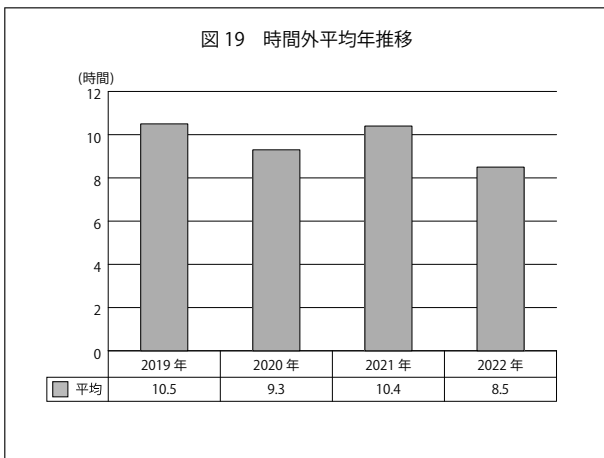
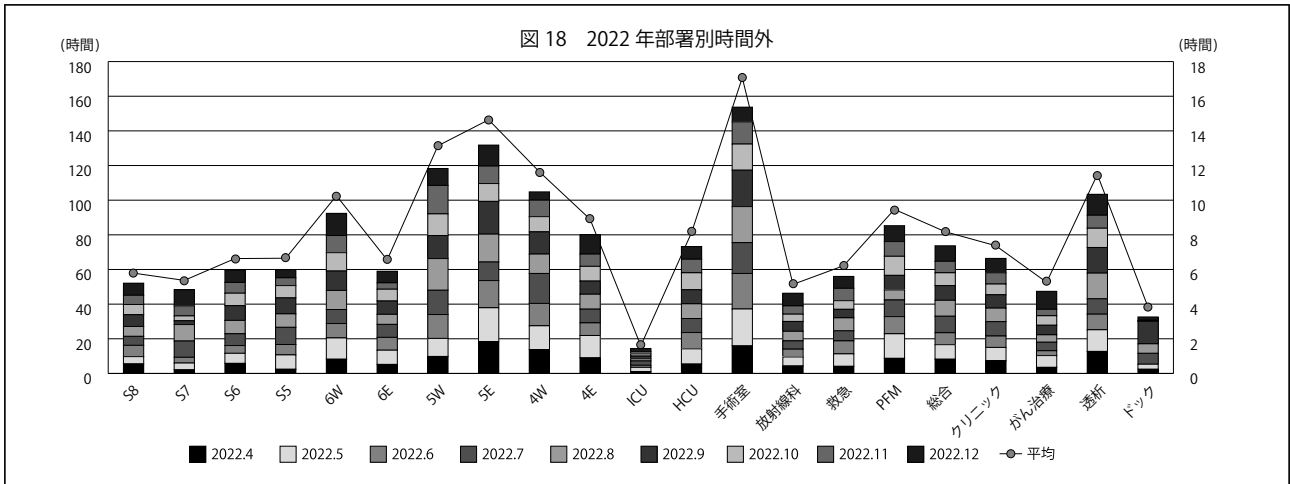
看護部	看護計画カンファレンス デスカンファレンス 倫理カンファレンス 入院時面談
医療安全	身体的拘束カンファレンス

②各ラダーの学習計画立案と実施

教育委員会では 7 領域にて活動を実施 (詳細は教育委員会参照)

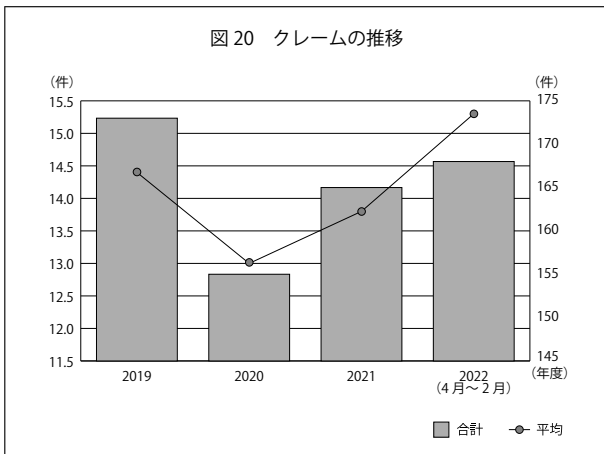
③④各部署有給休暇取得率・時間外





各部署は7日間以上の有給休暇取得をできており、付与された有給休暇の60%以上となっている。時間外平均は昨年度より少し減少したが、部署により差異は大きい。また、コロナウイルス感染関連で病床運営が不安定であり、それに伴い時間外が減少したとも考えられる。

⑤クレーム数

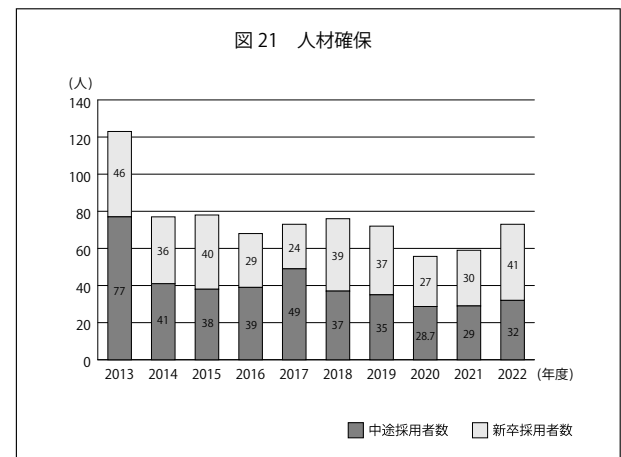


クレーム数は目標値の10%減少することができていない。注意必要と考える内容としては「スタッ

フによって言うことが違う」「伝達が適切に実施できていない」等の患者さんが不信感を抱くクレームが昨年度より多く聞かれている。電子カルテの情報共有をどのようにしていくかは、現在、ワーキンググループが立ち上がっているのですが、カルテの一面を確認することで全て理解できるようにしていくことが重要である。

[4の結果]

①中途採用者30名、新人40名。奨学金面接10%増

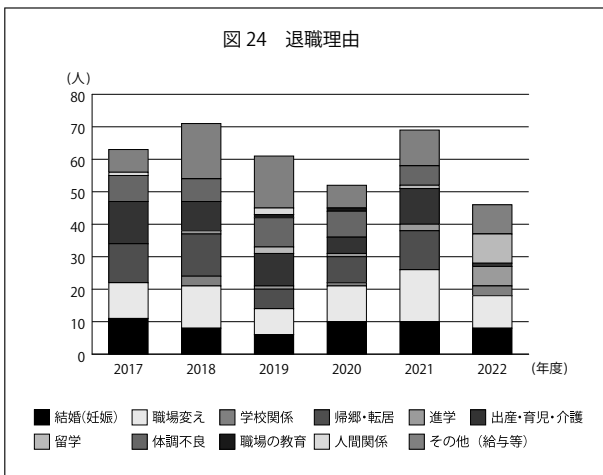
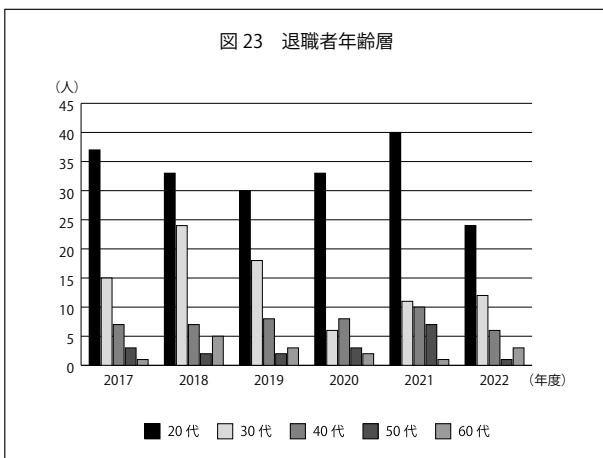
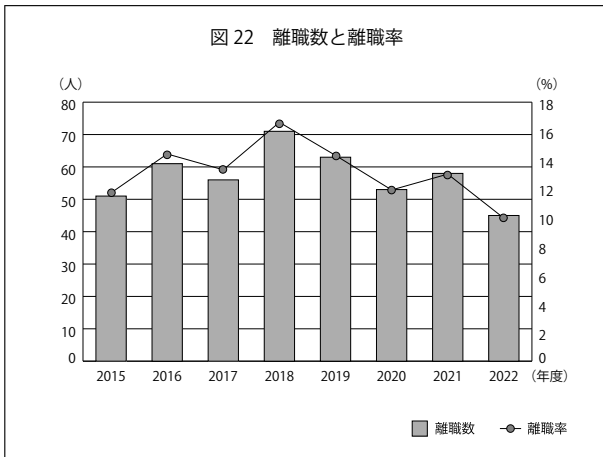


奨学金面接

2022 年卒 24 名⇒ 2023 年卒 29 名

人材は計画通り新人41名、中途採用者32名確保できている。奨学金面接においても2023年卒業生を今年度より10%以上実施できている。新人は500床以上の公立病院を選択することが多いので奨学金やガイダンス等で当施設の特徴や新人教育の充実等アピールしていくことが必須である。

②離職率



離職数が50名を下回ったのは、この数年ではじめてとなる。離職率も9.94%と10%以下となった。昨年度は20代の離職が多く育児・出産、職場変え、帰郷が理由に上がっていたが今年度は昨年度の半数以下となっている。有給休暇取得やコロナウイルス感染関連にてBCPで入院制限等にてスタッフ数に合わせて負担軽減に努めたことや各管理者がスタッフ面談等で適切な対応ができていたと考えられる。継続できるように努めていきたい。

[各部署役割結果]

(1) 一般急性期病棟

コロナウイルス感染者病棟はS7病棟にて継続的に確保し、フェーズに応じて病床数を変更している。病棟スタッフには管理者が面接を定期的に行い、希望に応じて病棟移動を行っている。また、一般急性期病棟は順にコロナウイルス感染クラスターにて病室単位で入室制限やスタッフの感染により病床制限もあり、本稼働で動きだしたのは2023年3月からとなった。病床は回転数を上げることで入院患者受け入れを行った。(目標1の④参照)

(2) ICU・HCU

ICUは「患者の早期回復に向けた看護展開ができる」「多職種連携の強化を図り、効果的かつ安全な看護を提供する」を目標に上げ取り組んだ。その結果、多職種カンファレンス、倫理カンファレンスの件数が増え、早期回復に向けた看護実践ができると共にコミュニケーションエラーによるインシデントを減少することができてきている。継続していく。また、特定集中治療室加算の維持に対しても稼働実績、必要度の維持、入院患者数を増加することができた。

HCUは「HCUにおける固定チームナーシングの確立」を目標に上げ取り組んだ。チームによる継続した看護の提供をするために各チームが目標を上げることで、カンファレンス件数の増加や患者の安全を確保することができた。運営については稼働85%以上、必要度80%以上維持できている。但し、一般急性期の状況で在院日数が伸びている傾向があるので日々の病床管理が重要である。

(3) 回復期リハビリテーション病棟

「回復期リハ病棟入院料1に応じた適正稼働の維持」「面談パスを活用して、入院中の看護・介護について家族に情報提供できる」を目標に上げて取り組んだ。施設基準の重症患者割合4割入院することができ、在宅復帰率は平均8割にすることができた。しかし、コロナ感染発生による移動制限があり、稼働率は78.5%と80%を下回った。面談パスや動画撮影では患者の回復の状況が家族に理解できたのではないかとと思われる。今後も継続することで患者が不安なく在宅へ退院でき、家族側の受け入れ体制も整うことができる。

転倒件数は昨年度より50%減少しており、患

者に合わせた療養環境整備ができています。しかし、重症患者割合が高くなったことで体動困難な患者が増加し褥創が3人発生したので物品の整備や褥創の予防的対策やケアの充実が必要となる。

手指衛生の徹底が継続的にできていない現状もあり、スタッフ全員の感染防御への対策徹底を怠らないと、再度コロナウイルス感染クラスターになる危険がある。いくつかの課題に対し適切に対応し回復期リハビリ病棟として個々の患者に合わせた看護・リハビリの提供を行っていく。

(4) 地域包括ケア病棟

2022年度は、COVID-19の感染拡大により病床の利用制限が頻発し、院内の病床管理が困難な状況であった。当病棟でも2回のクラスターの発生により病床使用が制限されることとなった。しかし、感染対策を徹底し、最短の制限で収束することができた。

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23.04日と昨年度の15.4日より7.64日延長した。これは、後方施設のCOVID-19感染拡大による受け入れ困難が大きく影響していると考えられる。一方で、多職種で退院支援に取り組み、充実した生活支援や退院指導を行った結果でもある。特に、退院困難事例における意思決定支援には尽力した。今後も、患者家族の意思に寄り添った支援を継続していきたい。

さらに、「ゴゴカツ」という集団リハビリテーションや看護師主催のレクリエーションを行い、認知症高齢者の機能維持と精神的安定を図った。夏祭りやクリスマス会では多くの患者が参加できた。退院後の生活を見据え、入院中の患者の生活支援を継続する。

(5) 障害者病棟

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月に0名となり感染エリアが解体されたが、その後も同月に発生し感染エリア管理となった。2022年3月に1名発症し、2022年8月にも1名発症し、2名となった。しかし、死亡にて9月は1名のみとなった。3月に感染エリア解除となった。

コロナウイルス感染者は2022年1月にクラスターが発生し、その後はスタッフの家庭内感染があったが、患者への感染はなかった。今後も感染予防を徹底していく。

拘縮が強い患者が増えていることで褥創が発生しているので多職種と協働してポジショニングの確認、褥創予防策を強化していく。また、患者ケアを充実させ質の高い看護を提供していく。

【今後の展望】

今年度は昨年度よりもコロナウイルス感染クラスターに伴う病床閉鎖や就業制限等に追われた1年であった。2023年5月8日よりコロナウイルス感染は2類から5類に変わること個人行動制限がなくなり、マスク着用に関しても個人判断に変更となる。当施設内でも患者の行動制限や面会に関しても緩和していく必要があり、その後の感染拡大による医療現場の動向は計り知れない。今後も基本的な感染予防対策を徹底し早期対策に努めていく。

看護に関しては、看護職が受講した研修を看護実践にどのように活かしたか評価できていない現状がある。また、個々の患者に適した看護診断の選択から看護計画・実践につなぎ退院後も継続的に看護が提供できるために地域と連携できているか見直す必要もある。チーム医療、固定チームナーシング実施状況を再確認することで、患者の多様化するニーズに適応でき地域の皆様に質の高い医療の提供につなげていく。

〔文責：伊藤妙登美〕

委員会活動

【教育委員会】

2022年度は1.看護師育成のための基盤となる育成能力表が作成できる、2.作成した育成能力表を基にクリニカルラダー研修との整合性をとることができる、3.各チームでの活動目標・計画に対しての意見交換と共有ができる、の3点を目的とし活動を行った。

1.2について、クリニカルラダー教育チームを中心とし、師長会議や教育委員会の時間を活用して項目の検討を行い、看護師育成のための基盤となる育成能力表を作成した。その後、能力項目と発達段階の整合性を合わせ、作成した育成能力表を基にクリニカルラダー研修との整合性をとり、次年度のクリニカルラダー研修の内容を修正した。

3については、各チームでの活動目標・実践計画に対して、委員会内で意見交換を実施した。Mラダーチーム、ラダー教育チーム、新人看護職員教育チーム、中途採用者チーム、認定看護師教育チーム、補助者研修チームの6つに分け、各チームの進捗状況やそれに伴う課題について、他チームからの意見を求め、ディスカッションを行った。

Mラダーチームは、研修を運営するためのマニュアルの改訂と研修企画を完成させた。今年度はレベルの切り替えのため、師長研修や副師長・主任研修としてMラダー研修を行っているが、今後は管理者になるスタッフがMラダー研修を受講することとなる。教育の質を担保するためにも、教育委員会ではなく、教育担当副部長が主導となってMラダー研修を進めていくことが望ましいと考えている。

ラダー教育チームは、年間計画に沿って研修を運営し、次年度の研修内容の見直しを行った。今年度はクリニカルラダーⅣ・Ⅴの2年目過程を実施し、自部署の目標に沿って、問題解決の過程が学べるよう指導を行った。

新人看護職員教育チームは、医療倫理・看護倫理に基づいた看護実践ができる看護師を育成することを目的に研修の運営を行い、計画通り実施ができた。タスクトレーニングは、トレーニングすることによる安心感はあるが実施タイミングによっては効果が半減するため、実施方法について見直しをする必要がある。

中途採用者チームは、中途採用者が職場に適應できるよう支援することを目的として活動した。

マニュアルの承認申請をして完成させ、ルールブックも改正を行っている。中途採用者の面接については、実施し忘れる現状もあるため、定期的に経過を追う必要がある。

認定看護師教育チームは、院内認定看護師教育体制の確立と高度な知識をもった人材の育成という目標を掲げ活動を行った。

更新制度は確立できたものの、更新希望者は1名であり、院内認定看護師の継続教育が足りていなかったと考えられる。今後は継続教育を目的にフォローアップ研修が、実施を検討し、院内認定看護師のモチベーションにつなげていきたい。

補助者研修は全補助者が必要な研修を受講できるよう、研修の運営と管理を行った。補助者加算に合わせて実施すべき研修が適切に行われるよう、今後も運営・管理を継続していく。

〔文責：大野智子〕

【基準・手順委員会】

2022年度の活動目標は昨年度に引き続き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については継続項目であり、担当者で内容を見直してきた。胃透視、カテーテルアブレーション、副腎静脈サンプリング、造影CTについて一部改訂した。放射性ヨウ素内用療法、ベナンボックス吸入について新規作成を行った。

2については、統一した看護を提供する為ナースングスキルを活用出来るようにシステムを構築した。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項目を選出し、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。来年は必要性の説明やマニュアルの意義の講義を行う事で意識を高める必要があると考えている。

3については「固定チームナースング」の定着を目指した。今年度は「受け持ち看護師の役割の定着」を目標とし、受け持ち看護の意識向上を目的に活動を行った。今後の方向性について統一した面談ができ、継続した看護を提供できるようにテンプレー

トを作成した。しかしアンケート結果は前回と変化なく、受け持ちという意識がなかなか上がらない。7日目評価を受け持ちが行わない事が原因であると考え。今後の課題は受け持ちが評価を実施できるように検討していく。またN棟とS棟では必要な内容に違いがあるため今後検討し作成していく。

[文責：安藤保江]

【看護過程委員会】

2022年度も昨年度から継続し患者の状況、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. 患者の状態に沿った看護提供、2. 重複記録を無くし必要で伝わる記録を記載できる、3. 重症度看護必要度が不備なく評価できる、4. 看護診断の導入、とし取り組みを実施した。

1. 患者の状態に沿った看護提供

看護計画に沿った看護提供の実施を確認し看護提供に向けた取り組みを行うに当たり、各部署のカンファレンス内容を全体で共有し検討する場を設けた。各部署1事例ではあったものの、提供されるべき看護に関して様々な意見が出され看護の質の向上に繋がる一助となったと考える。

2. 重複記録を無くし必要で伝わる記録を記載できる。

セルフケア不足に関する記録のあり方を検討した。セルフケアのできない患者のケアに関しては今後患者のADL向上に向けての取り組みを記録することとし、不要な経時記録を削減する事とした。

3. 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。全看護師が学習を終えている。しかしながらHファイルの修正数も多いことから、監査方法等に関して検討が必要である。

4. 看護診断の導入

当院で使用頻度が多いと予測される28項目の標準看護計画を作成し、電子カルテへの入力を依頼した。今後適切に看護診断を活用し適切な看護提供が行えるように学習方法および適切使用の確認を行う必要がある。

『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. 標準看護計画を使用、評価し適切に使用できるツールとして修正する。
3. 重症度医療看護必要度評価が適切に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】

2022年度は2021年度同様に「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清潔感のある身だしなみを小目標とし、活動目標は①委員自らあいさつができる、②身なりを整える（マナーガイドブックの周知徹底）③場に合った適切な言葉遣いができる、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るとした。

新型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、ドア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、今年度もその時々のおいさつ、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、接遇に関するナーシングスキルの実施、テストおよび他部署の委員からの他者評価を行った。ナーシングスキル、テスト実施率は100%であった。他者評価に関しては達成率90%程度の結果であった。この結果は前年度と比べ10%程度上昇している。また、どの部署も中間評価、年度末評価と比較すると改善傾向を認めた。

新型コロナウイルス感染症は5類へと移行するため、患者家族の対応も今後増えると考え。よって、あいさつや電話対応の強化は必要である。次年度も各部署継続して行っていくが、やはり、接遇の基本である「あいさつ」は重要であると考え。マスク生活はもうしばらく続く。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、「身だしなみ」に関しても今年度同様取り組んでいく。接遇委員のメンバーは松波総合病院の模範となるような言動を維持していく。

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】

2022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:3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。目標値:320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3b以上は3件で目標達成した。アセスメント不足があり、骨折に至ることが予測できず。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、場所を集計し分析したが、男女比の相違はなく、時間も特定できず。年齢に関しては80才以上の転倒者の割合は、転倒患者の7割を占める。自己にて歩行できる患者の転倒事故が多く、防止することは困難である。自宅で転倒している患者は、入院しても転倒するリスクが非常に高く、入院時の説明が必要である。
- 2) 誤薬事故減少①誤薬(点滴・内服薬)報告数は、325件であった。レベル3a以上の重要事例はなかった。②患者誤認は、4件で減少しPDA認証、手順の遵守率が高かったためであった。
- 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WGでの活動の監査を行った。

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。転倒リスクのある患者の情報共有を行うため、危険行動の有無を判定し記録する。カルテに転倒歴を付箋で貼り共有した。

- 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行い、各部署で対策を立てさせ実施率増加をさせた。内服薬投与忘れによる事故対策、マニュアルの見直しを行った。

- 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改定を行った。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を行い、3原則に基づいた記録ができるようになった。拘束の実施率を把握し、各部署へフィードバックした。

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こなすよう、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。評価は、CV外れ事故は3件であり、昨年度より半数に減少した。三方活栓操作による事故が発生したため、手順の遵守と手技の確認を実施し再発防止を行った。

〔文責：酒井孝則〕

現任教育

1. 新人看護職新教育

医療倫理・看護倫理に基づいた看護実践ができる看護師の育成を目標に昨年同様に研修を行った。また、新型コロナウイルス感染状況を確認しながら、日程の調整や1回の研修人数を制限し、感染対策を十分に講じて研修を開催した。タスクトレーニングに関しては、効果的なタイミングでの実施を検討する必要がある。また、場所の確保も困難となってきており、研修方法も今後の課題である。

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研修を今年度も実施した。ラダーⅣ・Ⅴに関しては2年目課程を新たに開設した。2月に認定委員会を開催し、レベルⅠ35名、レベルⅡ35名、レベルⅢ20名、レベルⅣ6名、レベルⅤ1名を認定した。

2) ラダーⅠ研修

基本的な看護手順に従い必要に応じ助言を得て、メンバーとしての役割を理解し報連相を実践できるように研修内容を構成した。ケアの受け手のニーズを捉え、助言を得ながら安全な看護を実践できるよう手順やマニュアル遵守の重要性を説明し、法人組織人としての自覚が持てることも目標の1つに据えた。

3) ラダーⅡ研修

標準的な看護計画に基づき自立して看護を実践し、自部署に多い疾患の看護で何が重要かを捉え、看護実践できることをねらいとした。ケアの受け手のニーズを自ら捉えてケアが実践できること、看護展開に必要な関係を把握して情報交換し、ケアの受け手や周囲の意向をケアに活かすことができることを目標として研修を開催した。

4) ラダーⅢ研修

ケアの受け手に合う個別的な看護を実践し、日々のリーダーとして自立した役割行動ができるよう、多職種と連携しケアの受け手のニーズを捉え、看護を実践できることを目標に研修を行った。また、チームリーダーとして自己の課題を明確にして、業務改善など部署を運営する上での自身の役割が理解できるよう、研修内容を構成した。

5) ラダーⅣ研修

幅広い視野で予測的判断を持ち看護を実践し、看護の質の向上のため、主体的に課題を見つけ、意思決定支援や、部署の質的向上、量的課題に向けての取り組みができるよう研修を実施した。

6) ラダーⅤ研修

より複雑な状況において、ケアの受け手にとっての最適な手段を選択しQOLを高めるための看護を実践できるよう、多職種も含めた調整役やそれぞれの力を引き出し、連携のための中心的な役割を担えることを目的として研修を実施した。

7) ラダーⅣ・Ⅴ2年目課程

次世代の管理者候補として、部署管理者とともに部署運営ができるよう、管理者が作成した

SWOT分析をもとに課題と解決のための実践計画の立案と実施のサポートを行った。

3. 指導者研修

1) 実地指導者研修

実地指導者として指導を開始した後に、不安なことを共有し、問題解決が行えるよう対象看護師に研修を行った。社会人基礎力や新人看護師入職後の教育計画などを作成しながら、意見交換や情報共有などを行った。

2) 実習指導者研修

実習指導の目的と実習指導者の役割、実習指導方法、看護の教え方の3つのテーマについて研修を行った。学生の教育を行う上での心構えや、実習目的や意図的な指導方法や効果的なコミュニケーション方法、今度の指導のあり方を考えられるよう、研修を構成し実施した。

4. 看護研究

研究に必要な知識が身につけられるよう、いつでも繰り返し自己学習ができるナーシングサポートのeラーニングを活用した。実際の研究については副看護部長を中心に、計画書の作成、実施、考察までのサポートを行い、論文作成の指導を実施した。

[文責：大野智子]

薬 剤 部

【人員体制】

薬剤師	38 名
CRC	2 名
事務職員	8 名
パート助手	1 名

(令和 5 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	3 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	4 名
NST 専門療法士	3 名
医療情報技師	2 名
細胞治療認定管理師	1 名
病院薬学認定薬剤師	8 名

【認定施設】

がん薬物療法認定薬剤師研修施設(日本病院薬剤師会)
がん診療連携病院研修施設(日本臨床腫瘍薬学会)

【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。また、YouTube で期間限定視聴を可能とした。

10月19日(水) 18:00～19:00

がん薬物療法における薬薬連携

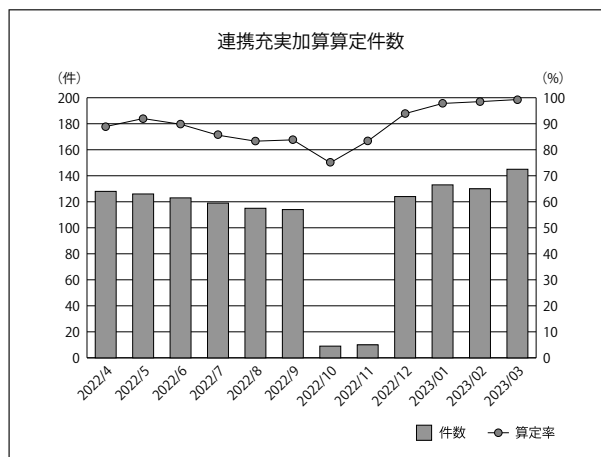
トレーシングレポートを活用した薬薬連携

スギ薬局笠松店
山田英理紗先生
藤田あゆみ先生

当院におけるがん薬物療法施行患者に対する介入
森帆奈美

2. 連携充実加算

外来がん薬物療法を受ける患者に関する治療内容、副作用についてお薬手帳を活用し保険薬局への情報提供を行う体制を整えた結果、連携充実加算の算定率が目標の 100% にほぼ到達した。



3. 術後疼痛管理加算

術後疼痛管理研修を 2 名が修了した。術後疼痛管理チームとして麻酔科医とともにラウンドを行うことから開始し、経験を積んだ後にはラウンドを分担して行った。

4. 老健定期処方調剤業務

9 月より老健の定期処方調剤業務をアイン調剤薬局松波総合病院店に委託した。

5. タスクシフティング

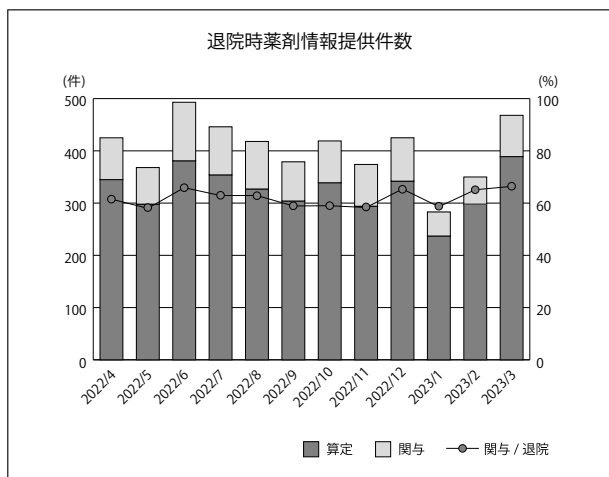
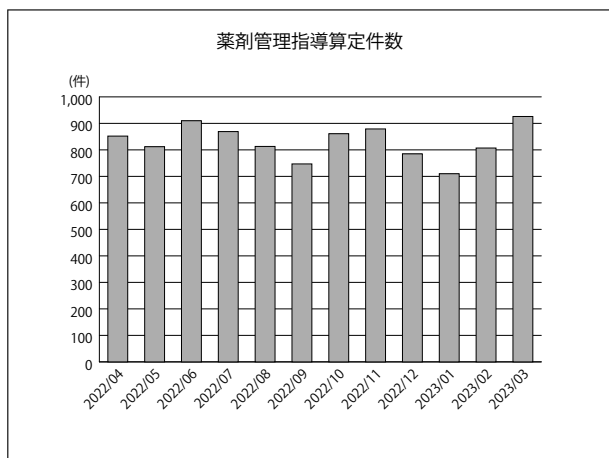
薬剤部アシスタントによる老健定期処方薬の配薬カートへのセットを 10 月から開始した。

【調剤業務】

	総合病院	クリニック
院外処方率	91.3%	90.6%
入院調剤処方せん枚数		64,065 枚
入院注射処方せん枚数		122,052 枚
透析院内処方せん枚数		71 枚
老健院内処方せん枚数		3,188 枚

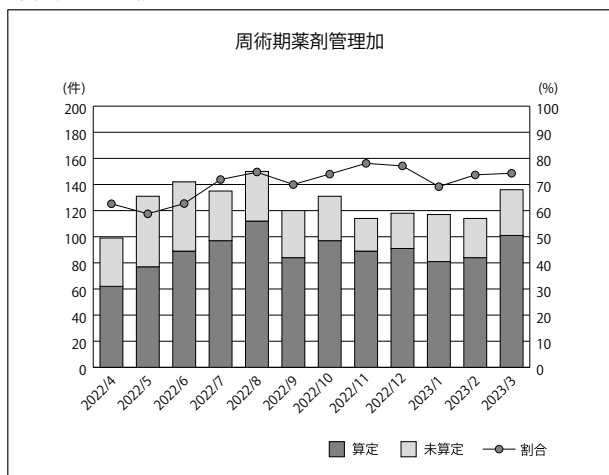
【病棟業務】

薬剤管理指導 9,971 件
 退院時服薬指導件数 3,908 件



【周術期薬剤管理加算】

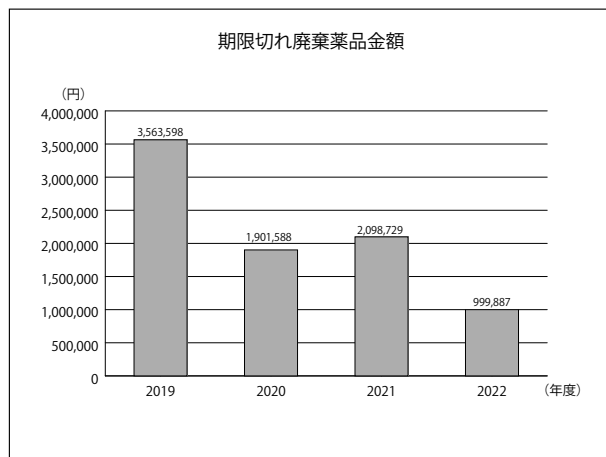
2022 年度診療報酬改定で麻酔管理料（Ⅰ）（Ⅱ）に加算される形で新設された。周術期薬剤業務担当薬剤師が術前中止薬の確認、薬歴、アレルギー歴等を確認し、麻酔科医への情報提供、病棟薬剤師と連携した。特に、中止薬の再開漏れを防ぎ医療安全に貢献した。



【薬品管理】

外来において使用当日の薬品払出を注射処方箋で把握してきたが、把握漏れをなくするために9月からバーコードリーダーによる払出とした。この結果、払出把握率が67.9%から97.2%に向上した。

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、16品目を院外専用、15品目を必要時発注とし、不動在庫の減少に努め、期限切れによる廃棄薬品を減少させ、初めて100万円以下に抑えることができた。



【治験管理室】

婦人科 1、糖尿病 5、外科 2、呼吸器 7、血液内科 1 の臨床研究をサポートした。

- 婦人科 子宮内膜症が原因である月経困難症患者の低用量 Dienogest の長期投与による有効性及び安全性を検討する無作為化非盲検並行群間比較試験
- 内科 高齢 2 型糖尿病患者に対するルセオグリフロジン長期投与の有効性と安全性に関するオープンラベル他施設共同ランダム化並行群間比較試験
- 内科 高齢 2 型糖尿病患者の健康寿命延伸と QOL 向上に向けた包括的介入プログラムの確立
- 内科 インスリン/GLP-1 受容体作動薬で治療中の糖尿病患者を対象としたモバイルヘルス介入効果に関するコホート研究

内科	Blood Sugar Mentor 機能を有する血糖測定器及びモバイルアプリを用いた糖尿病治療の有効性に関するオープンラベル他施設共同単群試験	呼吸器内科	PD-L1 発現 50%以上の非扁平上皮非小細胞肺癌に対するペムブロリズマブ単剤とペムブロリズマブ+カルボプラチン+ペメトレキセド併用療法のランダム化第Ⅲ相試験 (NHO-Pembro-NSCLC)
内科	実臨床における GLP-1 受容体作動薬の治療効果に関する観察研究：患者の食行動パターンとの関連性について	呼吸器内科	小型抹消肺病変に対する極細径気管支鏡下鉗子生検に対するクライオ生検の追加効果に関する第Ⅲ相無作為比較試験
外科	根治的外科治療可能の結腸・直腸がんを対象としたレジストリ研究 GALAXY trial	呼吸器内科	肺癌における周術期個別化医療の確立を目指した遺伝子スクリーニングと微小残存病変のモニタリングのための他施設共同前向き観察研究 (LC-SCRUM-Advantage/MRD)
外科	血液循環腫瘍 DNA 陰性の高リスク Stage II 及び低リスク Stage III 結腸癌治療切除例に対する術後補助化学療法としての CAPOX 療法と手術単独を比較するランダム化第Ⅲ相比較試験	血液内科	未治療びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫患者に対するポラツズマブ ベドチン +R-CHP 両方の有効性と安全性を検討する多機関共同前向き観察研究 W-JHS NHL03(POLASTAR)
呼吸器内科	PD-L1 発現 50%未満高齢者非扁平上皮非小細胞肺癌に対するペムブロリズマブ+ペメトレキセド療法の第Ⅱ相試験 (CLSG1901)		
呼吸器内科	EGFR 遺伝子 L858R 変異陽性進行再発非扁平上皮非小細胞肺癌に対するエルロチニブ+ラムシルマブとオシメルチニブを比較する第Ⅲ相臨床試験 (WJOG14420L)		
呼吸器内科	アジア人の非小細胞肺癌における個別化医療の確立を目指した、遺伝子スクリーニングとモニタリングのための他施設共同前向き観察研究 (LC-SCRUM-Asia)		
呼吸器内科	非小細胞肺癌における薬物治療体制後の個別化医療の確立を目指した、遺伝子スクリーニングとモニタリングのための他施設共同前向き観察研究 (LC-SCRUM-TRY)		

【薬学生実務実習受入】

新型コロナウイルス感染対策を徹底し、第2期(5月23日～8月5日)、第3期(8月22日～11月4日)、第4期(11月21～2月12日)で実務実習を受け入れた。

岐阜薬科大学	24 名
名城大学	4 名
金城学院大学	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)	5名
MA(手術室担当)	2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)

循環器内科が実施する経カテーテル大動脈弁留置術 (TAVI)

手術室スタッフが手術時は担当

	件数 (2022/2021)	前年比 (%)
総手術件数	3,983/3,944	101.0
手術室使用数	4,968/4,885	101.7

また内訳として

Hybrid 手術室

大動脈ステント内挿術 (胸部 25 件、腹部 20 件)

その他下肢血管手術 (6 件)

経カテーテル大動脈弁留置術 [TAVI] (16 件)

診療科別手術件数 () 内は前年比。

診療科	件数 (2022/2021)	前年比 (%)
消化器・一般外科	913/901	101.3
整形外科	742/794	93.5
産婦人科	182/187	97.3
脳神経外科	106/105	101.0
泌尿器科	387/435	89.0
呼吸器外科	82/106	77.4
耳鼻咽喉科	55/60	91.7
眼科	702/620	113.2

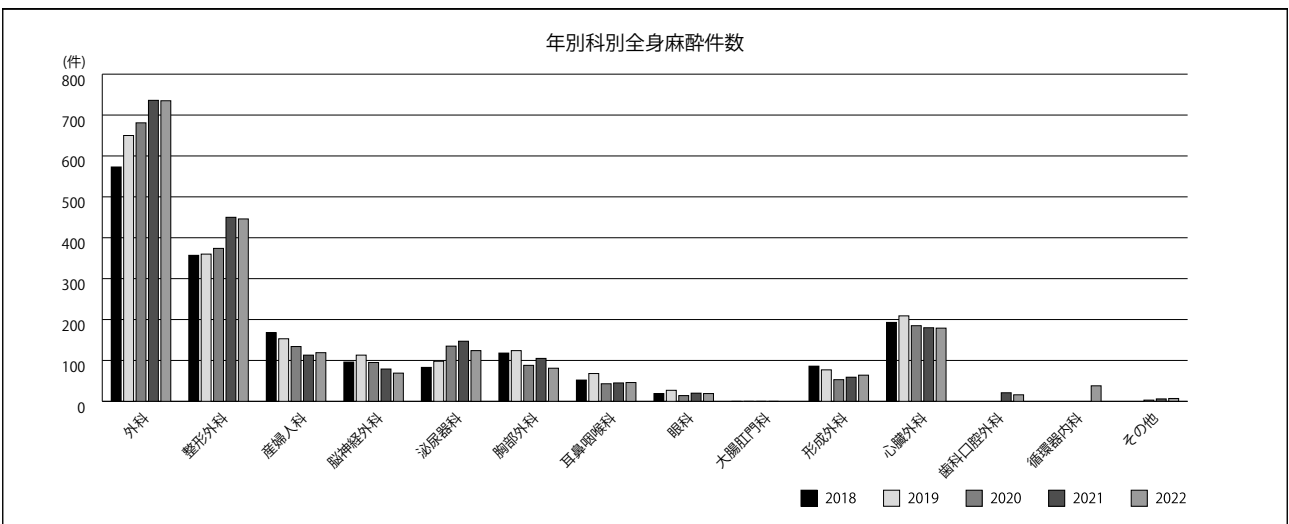
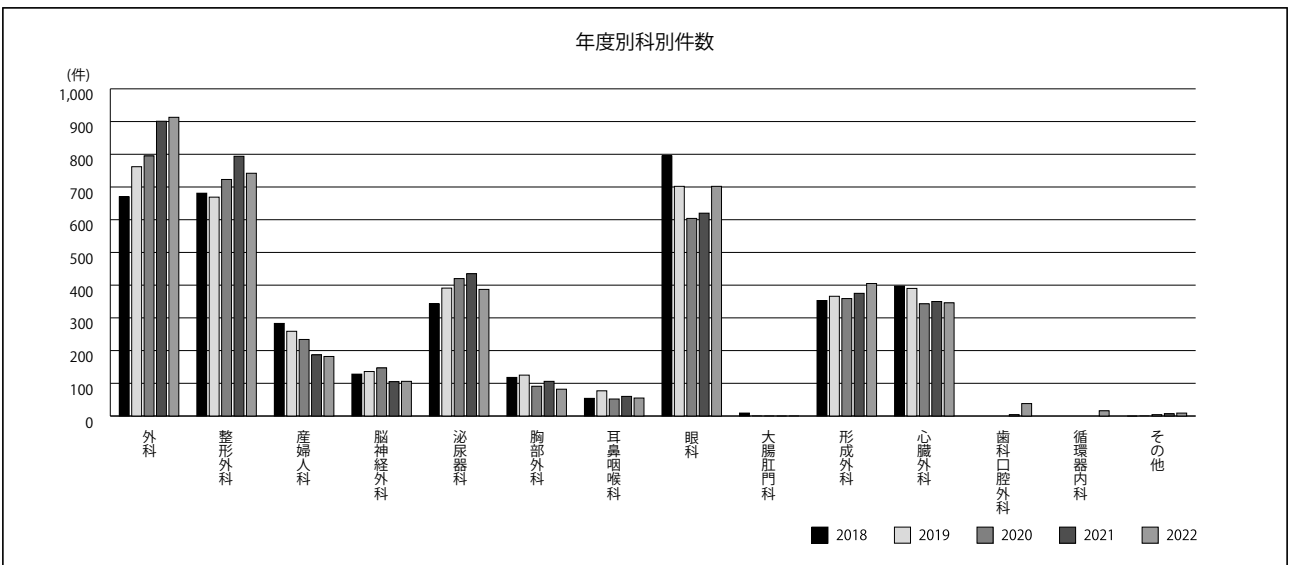
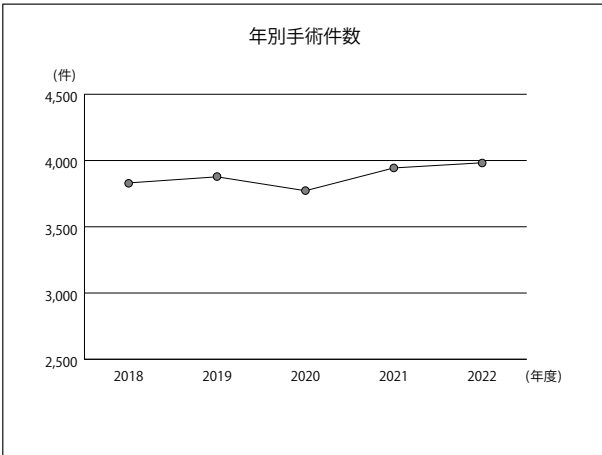
形成外科	405/375	108.0
心臓外科	346/350	98.9
歯科口腔外科	38/23	165.2
循環器内科	16/ー	ー
その他	9/7	128.6

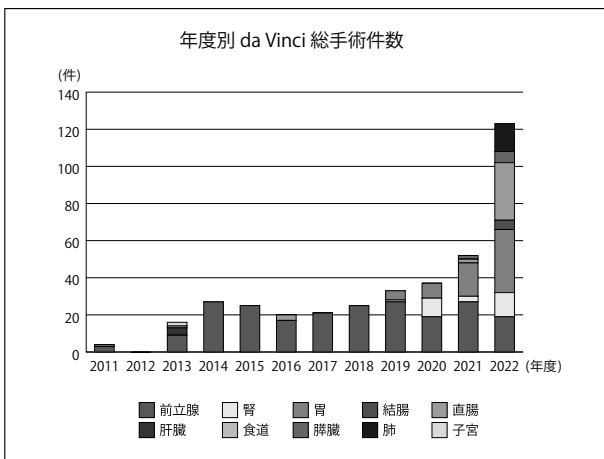
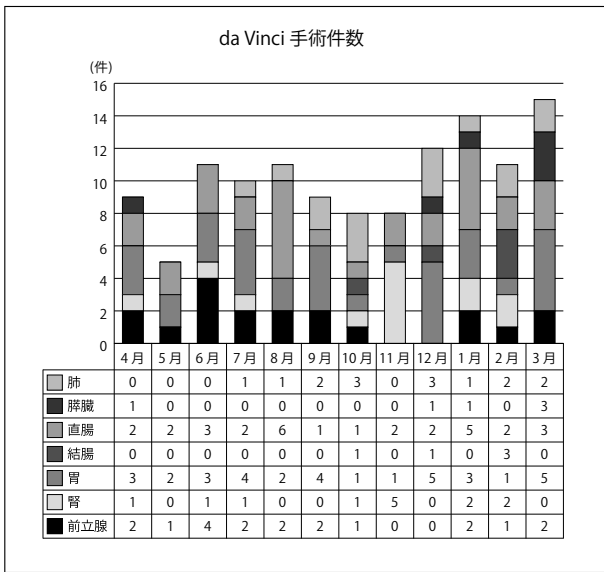
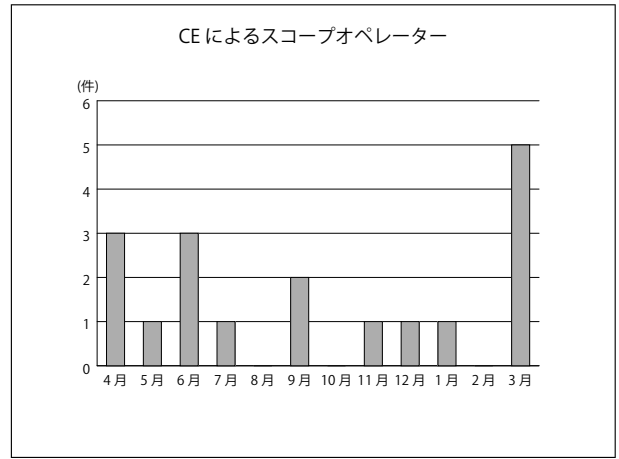
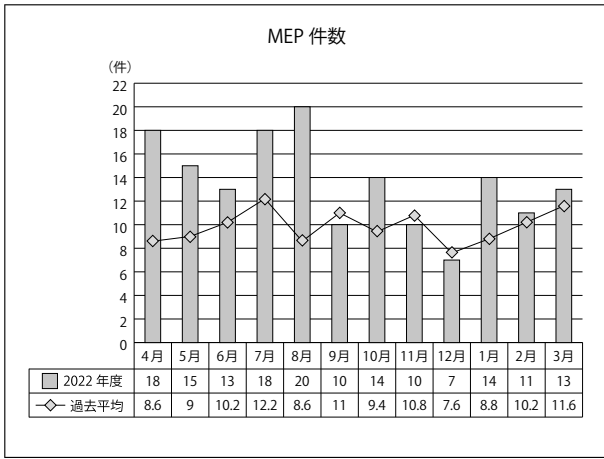
今年度も引き続き『チーム医療の実践と手術室看護のレベルアップ』を目標とし手術室運営を行ってきた。コロナ禍でも手術件数は減少することなく稼働した。da Vinci 手術に関しては新たに呼吸器外科が肺癌に対して実施するようになり、外科も新たに結腸切除に対して実施するなど、幅広くおこなわれるようになってきた。また、新たに術後疼痛緩和チームが発足し、術後疼痛管理研修を受講した医師・看護師・薬剤師を中心に術後疼痛管理を開始した。病棟にもリンクスタッフを配置し、部署での理解が深まるよう研修会を開催した。手術室スタッフと病棟スタッフが連携し、術後管理の質向上に向けて活動していきたい。

手術室配属 CE は、医師の働き方改革を中心とした「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」が提出されたことを受け、「タスク・シフト・シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等をおこなう」という点から、スコープオペレーター業務を開始した。外科の da Vinci 手術や腹腔鏡下胆嚢摘出術、ヘルニア手術等の鏡視下手術に対して、今年度は 18 件介入をおこなった。医師・看護師・コメディカルが連携し、質の高い手術医療を多くの患者に提供できるよう研鑽していきたい。

[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 5 名
(うち 4 名診断専門医)
(1 名治療専門医)
非常勤医 4 名
(うち 3 名放射線治療)
計 9 名
部長 2 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、12月にCTを更新した。(TOSHIBA社製 Aquilion ONE から GE 社製 Revolution に更新)

MRは前年度比95%と減少した。CTは109%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102%と増加するも、冠動脈(心臓)MRは同等であった。

血管造影室検査件数およびPCIは238件と減少した。

放射線治療年間新規症例数は140件でした。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ともに減少傾向であった。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継続維持。放射線治療部門は2023年2月より常勤放射線治療専門医1名が加わり、新たな放射線治療診療体制となった。引き続き診療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・北館共に80%以上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新人研修会などを実施した。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向上を目指す。

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、職員もしくは家族の新型コロナウイルス感染症罹患や濃厚接触者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活動も行った。

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件であった。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だ。

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。

4月より報告書管理委員会を発足、画像診断レポートおよび病理診断レポートの閲覧状況を把握した。

【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)

- ・ 放射線治療専門医
林 昌秀
(日本医学放射線学会)

- ・ 放射線科専門医研修指導者
伊原 昇、林 昌秀、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)

- ・ がん治療認定医
林 昌秀
(日本がん治療認定機構)

- ・ 臨床研修指導医
伊原 昇、林 昌秀
(厚生労働省)

- ・ 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、
寺倉有美、伊藤早紀、田尻千尋、山本日南子
(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
(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、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
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、小田雄亮、高村菜月、
野村貴紀、寺倉有美、伊藤早紀、平野景也、
公文眞由子
(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、小田雄亮、
高村菜月、野村貴紀、寺倉有美、伊藤早紀、
公文眞由子
(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、寺倉有美
(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)
- ・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
(日本血管撮影・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)
- ・医療安全管理者
福田 武、宮川晃輔
(全日本病院協会)

【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 (2022/7/9-10)
「上肢帯の X 線撮影の考察 -morrey 分類 -」
第 23 回 NTRT 全国 X 線撮影技術読影研究会
- ②発表：若井信悟 (2022/8/27)
「所見用語を覚えよう (初級編)」
第 49 回 岐阜消化器画像研究会
- ③発表：若井信悟 (2022/8/27)
「読影所見表の紹介」
第 49 回 岐阜消化器画像研究会
- ④発表：若井信悟 (2022/8/27)
「症例検討会 症例提示 (2 例)」
第 49 回 岐阜消化器画像研究会
- ⑤発表：山本日南子 (2022/10/23)
「当院における全脊椎立位撮影法のスループット
向上」
第 37 回 岐阜県病院協会医学会
- ⑥発表：若井信悟 (2022/10/23)
「上部消化管検査における読影補助への取り組み」
第 37 回 岐阜県病院協会医学会
- ⑦発表：若井信悟 (2022/10/23)
「胃 X 線検査・前壁撮影時の圧迫枕の検討」
第 37 回 岐阜県病院協会医学会

⑧発表：若井信悟（2023/1/14）
「カテゴリー分類入門2 ～精検該当を分類しよう～」
第50回 岐阜県消化器画像研究

⑨発表：若井信悟（2023/1/14）
「症例検討会 症例提示（2例）」
第50回 岐阜県消化器画像研究

⑩発表：若井信悟（2023/1/14）
「症例検討会 当院の読影結果」
第50回 岐阜県消化器画像研究

⑪発表：小寺史浩（2023/1/26）
「上肢帯のX線撮影の考察：橈骨近位端骨折 - 追加報告 -」
第58回 岐阜地域画像研究会

⑫発表：中川麗美（2023/1/26）
「当院の一般撮影に関するインシデント・アクシデント対策」
第58回 岐阜地域画像研究会

⑬発表：田尻千尋（2023/2/4）
「業務上における怪我や不調事例紹介」
第15回 人材育成分科会

⑭発表：公文眞由子（2023/2/4）
「Neer分類 転位 大手術治療 若・壮年患者 骨接合術 プレート固定術」
第15回 岐阜県X線撮影技術読影研究会

⑮発表：若井信悟（2023/2/18）
「前壁撮影の攻略法」
北勢消化器画像研究会

⑯発表：平野景也（2023/3/4）
「FFR-Angioの使用経験」
第53回 岐阜県血管造影技術研究会

⑰講演：若井信悟（2023/3/4）
「胃X線検査の豆知識」
令和4年度 第2回 西部地区勉強会（静岡診療放射線技師会）

⑱講演：若井信悟（2023/3/25）
「これから読影を始める方へ ～まずは言葉を知ろう～」
愛知消化器撮影技術研究会

総合病院 / クリニック外来		2020年度	2021年度	2022年度
骨一般	病院	38,512	39,106	37,658
CT		23,040	23,552	25,700
(紹介)		(1,356)	(1,221)	(1,198)
(CT in BOX)		(191)	(456)	(247)
MR		8,331	8,794	8,400
(紹介)		(1,833)	(2,111)	(2,047)
RI		500	535	439
(紹介)		(10)	(12)	(11)
PET		229	272	245
(紹介)		(17)	(26)	(22)
X線TV検査		557	604	532
IVR (血管造影等)		158	154	122
心カテ		980	1,083	880
放射線治療 (新患)		175	180	140
Ai (オートプシー・イメージング)		37	61	78
温熱療法		-	134	1,304

人間ドック健診センター	2020年度	2021年度	2022年度
X線撮影	8,153	8,596	8,678
骨塩定量	4,407	4,752	4,817
胃透視	3,552	3,382	3,419
CT	1,264	1,481	1,558
乳房撮影	1,640	1,631	1,641
MR	649	734	720

(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：4名、育休：2名）	
臨床検査技師（非常勤）	1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	3名
主任	3名
副主任	2名

(2023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】

2022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/ヒヤ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/ヒヤ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、聴力検査室を南館より、耳鼻咽喉科処置室へ移設を行った。これにより患者さんの動線が短くなり、患者サービスの向上を図ることができた。皮膚組織灌流圧（SPP）検査装置の更新を行い、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（ロイシンリッチα2グリコプロテイン、RSウイルス/ヒトメタニューモウイルス同時検出、新型コロナウイルス/インフルエンザ同時検出を新規導入）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感染拡大に対応するため、核酸検出検査（LAMP法）の入院前・手術前検査の休日運用体制を継続した。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	2020年度	2021年度	2022年度
心電図	16,193	17,626	17,216
ホルター心電図	627	778	791
呼吸機能検査	779	774	788
脳波検査	107	116	88
聴力検査	8,541	9,226	9,455
腹部超音波	7,087	7,441	7,419
体表超音波	4,255	4,736	4,841
心臓超音波	4,361	4,858	4,583
簡易 PSG	37	57	42
精密 PSG	17	7	17
ABI・PWV	563	602	589
神経生理	1,772	493	420
採血	61,626	67,289	67,908

院内検体検査	2020年度	2021年度	2022年度
総合病院	1,099,313	1,110,958	1,169,770
クリニック	896,329	974,547	994,300
ドック	214,517	227,338	230,657
院内検査合計	2,210,159	2,312,843	2,394,727

外部検体検査	2020年度	2021年度	2022年度
総合病院	30,521	27,569	26,577
クリニック	26,896	30,718	31,110
ドック	3,254	3,381	3,306
外部検査合計	60,671	61,668	60,993

輸血検査	2020年度	2021年度	2022年度
検査件数	18,413	19,684	18,757

病理検査	2020年度	2021年度	2022年度
迅速標本	141	145	124
組織標本	4,293	4,762	5,010
細胞診標本 (婦人科)	3,787	3,907	3,856
細胞診標本 (その他)	1,524	1,582	1,457
免疫染色	集計方法 変更	5,667	6,182

内視鏡検査	2020年度	2021年度	2022年度
上部消化管	3,054	3,493	3,508
下部消化管	2,271	2,545	2,499
ERCP	267	270	236
胃瘻造設	223	188	190
カプセル内視鏡	8	23	9

婦人科部門	2020年度	2021年度	2022年度
TESE	7	7	11
人工授精	76	71	78
体外受精	19	17	21
顕微授精	33	37	64

【学会・研修会発表】

- 第70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専門部会によるウェブ会議を活用した輸血療法委員会オブザーバー参加報告」
- エジヤイモ発売記念講演会 in 岐阜
「岐阜県の輸血療法向上を目指した検査技師のかかわり」
- 岐阜県臨床検査技師会 輸血部門研修会
「令和4年度岐阜県臨床検査技師会精度管理報告」
- 岐阜県臨床検査技師会 精度管理報告会
「令和4年度岐阜県臨床検査技師会精度管理報告」

- 岐阜県臨床検査技師会 生理部門研修会
「不整脈診療における心電図の役割」
「岐阜県臨床検査技師会精度管理調査 血管超音波検査」

【誌上発表】

- 「当院の日当直者における緊急輸血対応の評価について」 岐阜県臨床検査技師会誌 .2022 Mar 16;35:10321
- 「The Trajectory of the COVID-19 Vaccine Antibody Titers Over Time and the Association of Mycophenolate Mofetil in Solid Organ Transplant Recipients」 Transplant Proc. 2022 Dec;54(10):2638-2645.

【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)
- ・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 :2 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】

2022 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推し進めた。

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運用体制の確立により、院内の感染対策に貢献することができた。

2022 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。

2023 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 / ヒヤ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弁留置術 (TAVI) の運用が開始された。これからも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

主任 1 名
副主任 3 名
科員 10 名（内非常勤 1 名）

計 14 名

（2023 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・HCU 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、外来化学療法患者へのきめ細やかな栄養指導、計画的な有給休暇取得に取り組んだ。

人事面では、4 月に 3 名、7 月に 1 名、10 月に 1 名、2 月に 1 名が入職し、7 月に 1 名、9 月に 1 名、12 月に 1 名、3 月に 2 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。2022 年度からは HCU にも平日 2 名の管理栄養士を配置した。48 時間以内の経腸栄養開始率は、ICU 全入室患者で、2021 年度平均 71.4%から 76.3%へ増加、HCU は 78.9%だった。

周術期管理においては、適切な栄養管理を推進する観点から、手術の前後に必要な栄養管理を実施するよう、専任の管理栄養士を 3 名配置した。

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、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スタッフの就業制限、院内感染対策による病棟業務の制限もあり、指導件数は 2021 年度の月平均 515 件から、382 件へ減少した。

『外来栄養指導』

生活習慣病関連の継続した栄養指導のほか、消化器術後の介入、低栄養予防の指導を実施、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、外来透析患者への栄養管理および栄養指導に取り組んだ。

また、外来受診のない月には情報通信機器を活用し、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。

外来（クリニック含む）栄養指導件数は、2021 年度の月平均 383 件を維持した。

『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：14名

- ・がん病態栄養専門管理栄養士：2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：5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：7名
(日本糖尿病療養指導士認定機構)
- ・生活習慣改善指導士：1名
(日本肥満学会)

【学会実績】

2022年10月23日

第37回岐阜県病院協会医学会

(学会賞)

「急性上腸間膜動脈塞栓症に伴う腸管壊死による残存小腸15cmに対して経口摂取を開始した症例」

一木風音

2023年1月13日

第26回日本病態栄養学会年次学術集会

「食行動質問票を用いた栄養指導と経口GLP-1受容体作動薬により減量効果を得た1例」

海野菜帆

【講演実績】

2023年3月15日

DiaMond Seminar in 岐阜南

「高齢者糖尿病 食事療法のギアチェンジを考える」

堀 弘美

[文責：堀 弘美]

2022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	68	101	124	112	83	82	96	94	109	65	96	107	1,137
	外来	9	7	7	9	10	8	5	5	3	4	6	4	77
脂質異常症	入院	28	33	58	46	49	60	59	43	34	35	34	47	526
	外来	3	2	2	2	2	3	2	2	4	1	2	1	26
心疾患・ 高血圧	入院	52	55	65	57	59	60	96	105	50	54	60	68	781
	外来	1	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	6
高尿酸血症・ 痛風	入院	1	3	3	1	3	3	3	0	1	0	1	1	20
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
腎疾患	入院	22	26	24	35	31	40	34	33	17	25	28	38	353
	外来	19	22	22	17	18	19	14	16	17	15	19	20	218
肝疾患	入院	8	9	9	6	6	7	3	11	8	6	7	11	91
	外来	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	6
消化器疾患	入院	10	5	19	12	14	7	5	9	7	13	10	16	127
	外来	2	1	2	2	2	3	4	2	3	1	2	0	24
膵疾患	入院	4	2	0	4	6	5	0	0	1	0	0	5	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	3	4	7	6	2	4	2	3	2	2	7	44
	外来	3	1	1	5	2	0	4	2	1	2	1	0	22
貧 血	入院	3	5	9	16	6	8	2	6	2	9	2	5	73
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
嚥下障害	入院	0	4	3	2	1	2	4	6	1	2	3	6	34
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
が ん	入院	67	67	109	87	86	101	94	91	87	83	105	124	1,101
	外来	3	2	3	1	0	1	0	1	3	1	3	9	27
がん化学療法	入院	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	8
	外来	1	0	1	1	0	0	0	0	38	47	52	62	202
低 栄 養	入院	16	15	28	19	21	21	21	17	18	20	21	20	237
	外来	0	1	1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	7
低栄養 (PFM)	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	1	0	2	1	0	1	1	0	0	1	0	1	8
そ の 他	入院	0	8	4	3	3	2	0	0	1	0	3	6	30
	外来	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
入 院 計		281	337	459	407	374	400	421	417	339	318	372	464	4,589
外 来 計		43	38	41	39	34	38	33	29	69	76	87	98	625
合 計		324	375	500	446	408	438	454	446	408	394	459	562	5,214

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	179	188	189	185	198	192	187	196	182	174	179	178	2,227
脂 質 異 常 症	12	16	19	12	18	15	13	20	20	8	21	17	191
心 疾 患・高 血 圧	8	8	13	10	12	8	10	9	7	10	7	10	112
高 尿 酸 血 症・痛 風	2	1	0	2	0	1	2	1	0	3	0	0	12
腎 疾 患	58	55	30	53	57	64	61	55	44	72	45	42	636
肝 疾 患	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
消 化 器 疾 患	1	2	0	3	1	1	0	1	1	0	1	1	12
膵 疾 患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
妊 娠	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肥 満	10	12	14	11	13	15	12	18	19	18	12	17	171
貧 血	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
嚥 下 障 害	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	7
が ん	16	18	17	18	20	19	13	18	13	19	11	12	194
が ん 化 学 療 法	37	44	47	34	45	32	39	48	1	0	0	0	327
低 栄 養	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	6
低 栄 養 (PFM)	3	5	5	6	5	3	2	2	8	2	4	6	51
そ の 他	5	1	1	3	2	1	1	2	1	4	2	2	25
合 計	334	350	335	337	372	353	343	371	297	311	284	287	3,974

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
18	13	17	15	18	13	13	12	11	8	13	11	162

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
5	11	18	13	13	16	6	9	17	11	10	37	166

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
5	2	2	0	2	4	7	3	2	2	0	0	29

早期栄養介入管理加算「経腸あり」

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
176	125	158	135	127	140	147	88	141	119	89	117	1,562

早期栄養介入管理加算「経腸なし」

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
92	108	114	145	146	147	130	74	113	83	133	118	1,403

周術期栄養管理実施加算

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
53	55	72	60	67	69	75	83	59	66	77	77	813

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	59	58	89	90	74	74	100	93	67	55	68	96	923
	外来	12	8	10	10	11	14	8	6	12	11	9	17	128
消化器内科	入院	31	30	47	38	42	44	31	48	38	34	38	57	478
	外来	6	3	3	5	4	4	9	4	12	10	13	7	80
循環器内科	入院	29	43	63	48	53	53	72	49	37	46	49	70	612
	外来	1	3	0	1	1	1	1	2	0	1	1	1	13
外 科	入院	48	49	67	59	64	57	52	41	50	50	59	59	655
	外来	1	0	0	0	0	0	0	0	22	32	26	37	118
脳神経外科	入院	7	11	13	14	9	14	10	21	10	15	14	14	152
	外来	1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	1	6
心臓血管外科	入院	8	14	14	20	15	10	17	14	17	13	22	20	184
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸器外科	入院	1	1	2	3	1	5	4	3	0	3	4	3	30
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
整形外科	入院	54	72	68	63	50	71	67	70	58	37	48	43	701
	外来	1	0	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	7
泌尿器科	入院	8	12	24	16	17	18	16	22	16	18	19	21	207
	外来	3	1	0	1	0	0	0	0	1	0	6	7	19
眼 科	入院	9	14	13	12	10	5	5	10	15	6	10	17	126
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
リハビリ科	入院	4	8	17	5	7	12	13	3	4	4	11	15	103
	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	16	21	21	16	17	17	14	15	16	14	18	18	203
産婦人科	入院	4	7	13	13	7	9	5	10	8	12	6	8	102
	外来	2	2	2	2	0	1	1	1	1	5	4	4	25
耳鼻咽喉科	入院	2	1	4	3	2	4	3	3	3	0	1	3	29
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小 児 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
形成外科	入院	0	0	1	0	1	1	2	2	4	2	1	3	17
	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	4	4	9	2	8	7	2	0	4	4	4	50
	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	1	1	0	0	0	2	2	1	3	2	0	12
	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	15	12	19	14	20	15	15	24	11	16	16	31	208
	外来	0	0	1	0	0	0	0	1	4	2	8	5	21
救 急 科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
入 院	計	281	337	459	407	374	400	421	417	339	318	372	464	4,589
外 来	計	43	38	41	39	34	38	33	29	69	76	87	98	625
合	計	324	375	500	446	408	438	454	446	408	394	459	562	5,214

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	271	274	257	266	294	285	283	291	262	275	250	252	3,260
消化器内科	11	17	10	10	12	7	10	8	2	5	3	3	98
循環器内科	9	10	15	16	14	15	13	15	12	11	16	16	162
外科	36	44	47	37	45	42	32	50	18	19	14	13	397
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	3	1	2	2	1	1	1	1	0	3	16
呼吸器外科	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	4
整形外科	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	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
耳鼻咽喉科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科	3	1	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	10
形成外科	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4
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	1	0	1
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	2	3	2	4	3	1	2	4	0	0	0	0	21
救急科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	334	350	335	337	372	353	343	371	297	311	284	287	3,974

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	65	67	102	82	78	76	75	65	70	69	75	72	896
N 6 E	40	61	60	65	46	58	56	70	55	51	50	53	665
N 5 W	42	56	78	81	103	90	101	79	39	67	80	97	913
N 5 E	41	38	67	40	35	57	53	67	71	36	51	71	627
N 4 W	37	38	64	61	52	54	61	57	21	40	49	73	607
N 4 E	11	14	26	23	12	9	8	16	17	17	8	15	176
H C U	2	1	2	1	3	1	0	0	1	2	0	2	15
I C U	1	4	1	4	2	2	3	2	3	3	0	0	25
S 8	10	17	20	23	22	12	15	27	30	18	21	38	253
S 7	0	0	0	6	0	0	9	9	1	0	8	14	47
S 6	32	41	39	21	21	41	40	25	31	15	30	29	365
S 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	281	337	459	407	374	400	421	417	339	318	372	464	4,589

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	23名

(2023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)：3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)：3名

認定血液浄化関連臨床工学技士
(日本臨床工学技士会)：1名

認定集中治療関連臨床工学技士
(日本臨床工学技士会)：2名

【学会発表】

第37回岐阜県病院協会医学会 2演題

「ATP 検査を用いた透析装置清掃の改善」

「臨床工学技士による Ca・P 管理の患者介入」

第32回日本臨床工学会 2演題

「全血活性化凝固時間 (ACT) 測定装置が示す
「ACT 値」の装置間差異の検討」

「送血流量調整時における送血レギュレータの使用評価」

【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

	2021年度	2022年度
心臓・大血管手術症例数	91	93
人工心肺症例数	50	33
ステントグラフト内挿術数	26	26
TAVI 症例数	0	16

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)

	2021年度	2022年度
時間内対応件数	995	777
時間外対応件数	104	76
合計	1,099	853

ペースメーカー業務

	2021 年度	2022 年度
植込み件数	68	61
チェック件数	413	427
遠隔管理件数	1,848	2,241
立合い件数	56	99

血液浄化業務

血液透析

	2021 年度	2022 年度
外来透析施行回数	18,528	18,708
入院透析 (透析センター)	535	653
入院透析 (血液浄化センター)	2,220	2,580
入院透析 (ICU・HCU・病棟)	259	447

血液透析以外の血液浄化療法

	2021 年度	2022 年度
持続緩徐式血液濾過 CHDF	194	123
血漿交換療法 PE・DFPP	35	0
吸着式血液浄化 PMX・LDLDHP	140	232
血球成分除去療法 L/G-CAP	58	59
腹水濾過濃縮再静注法 CART	16	3

内視鏡業務

	2021 年度	2022 年度
上部消化管 (GIF)	3,493	3,508
下部消化管 (CF)	2,545	2,499
胆膵内視鏡 (ERCP)	270	236
気管支鏡 (BF)	129	126

ME 機器管理業務

	2021 年度	2022 年度
定期点検施行件数	1,102	827
終業点検施行件数	11,658	11,199

OPE 室業務

	2021 年度	2022 年度
da Vinci	52	123
術中モニタリング (MEP)	159	163
器械出し介助	797	1,106

〔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である。

2019 年より取得した医療安全地域連携加算 1 も本年度で 4 年目になり、4 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「医療安全管理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、医療安全管理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 404 件 / 月となり、BSC 目標の 300 件 / 月は達成でき、前年度と比べ相違はなかった。医師の出来事報告の提出推進は、目標 10 件 / 月に対して 2 件となり目標を達成することができなかった。来期は治療、処置、手術での合併症事案の報告の推進を働きかける。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。

2. 医療安全文化調査

2020 年より日本医療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 3 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は、(1) 3 月「医療機器安全セミナー」、(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、(3) 3 月「医薬品安全管理セミナー」をオンデマンドにて開催した。

『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 32 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、愛生病院との連携にて 4 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 事例以上実施することを目標とした結果 RCA は 31 事例、KYT は 67 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。

2) 出来事報告件数

医療安全に関わる出来事報告数は 6,929 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、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に指導していく。

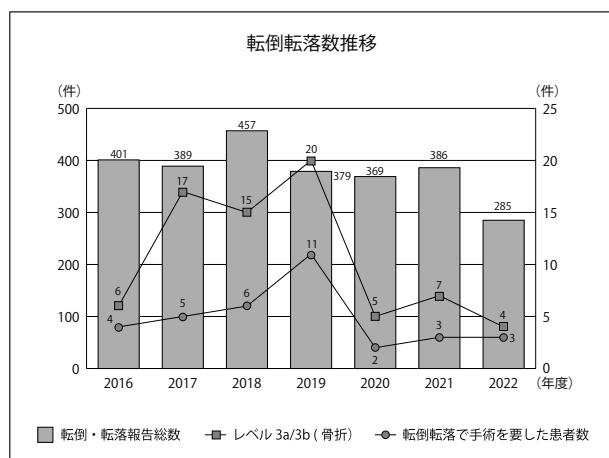
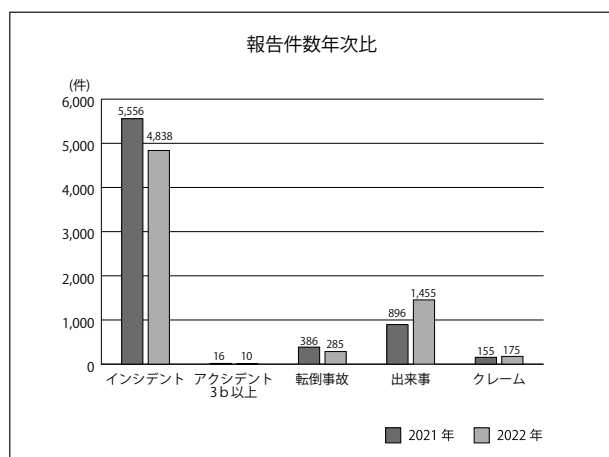
5. インシデント/アクシデント報告

出来事報告の内、インシデント 4,848 件、レベル 3b の事例 7 件であった。レベル 4 以上の重大事故の発生なし。医師からの 3b の報告は 5 件で合併症の報告であった。

転倒転落事故は、285 件で昨年度より 101 件減少し、レベル 3b 骨折事例は 4 件で 3 件減少した。

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、転倒リスク患者の共有ができ、早期対応ができたことが減少につながった。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

【人員体制】

室長	1名(病院長代理兼任)
感染管理者	1名(看護師専従)
医師	4名(兼任)
薬剤師	2名(専任1名、兼任1名)
臨床検査技師	3名(兼任)

【取り組み・実績】

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、および週1回の現場における諸問題を解決するためのICT会議を継続して行うとともに、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。

2022年4月から『感染防止対策加算』を見直して改正された施設基準『感染対策向上加算』については、当院は感染対策向上加算1を算定している保険医療機関同士として、羽島市民病院と連携し、医療提供体制構築に向けた取り組みを行いました。相互に訪問し、「感染防止対策相互評価」としての院内ラウンド及びカンファレンスを行い、新興感染症等への対応について評価検討を行いました。感染対策向上加算3を算定している施設との連携として、笠松病院と合同カンファレンスを行いました。現場の課題を抽出し、改善策などを客観的に意見交換することで、双方の感染対策質向上につなげることができました。『外来感染対策向上加算』では、近隣の18施設の診療所と連携し、年4回当院主催のオンラインカンファレンスで感染対策に係る情報共有や改善策検討と新興感染症発生を想定した感染対策訓練を行いました。

院内感染対策委員会の組織については、役割として病院長直属の諮問機関、感染管理に関する方針作成と意思決定の最高機関として機能すべきであるため、各部門より管理者が任命されています。

2022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、皮膚粘膜曝露事故防止対策、⑤MRSA、ESBL産生菌新規発生率低下への取り組み、⑥職員必須研修への参加率向上対策、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、⑪ICTリンクスタッフ活動があげられます。

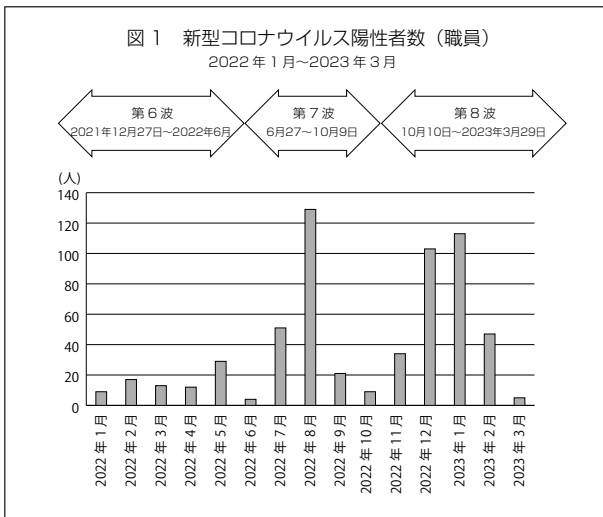
有意義かつ前向きな取り組みができましたので、その内容を記します。

1. 新型コロナウイルス感染制御対策

2022年度は、新型コロナウイルス感染者が減少に転じ、まん延防止等重点措置が解除された時期に始まりました。院内では『ZEROコロナ』を目指すために様々な取り組みを行ってきました。入院患者さんへの感染防止と院内クラスター発生抑止を目的に以下の対応を行いました。

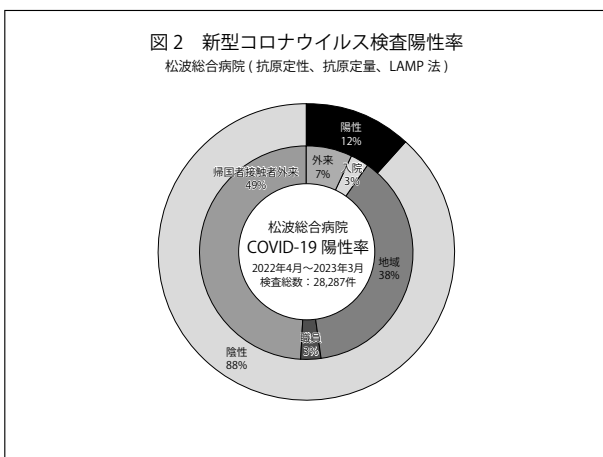
①入院前の行動履歴を入退院センターでチェック表を用いて確認し、必要に応じて積極的にスクリーニング検査を実施、②組織横断的な業務中止または縮小、③面会禁止としてオンライン面会対応を継続、④入院患者のコンビニ利用制限を継続、⑤陽性者に接触した職員は、速やかに曝露リスク評価を実施し、リスク分類に応じて、初期スクリーニング検査のうえ就業制限対応等を実施、⑥学生実習は流行状況に応じて中止対応としました。

オミクロン株流行以後、職員陽性者の増加や複数部署での院内クラスター発生を経験し(図1)、患者のゾーニング、職員の就業制限とともに、低リスクの職員への就業前検査も実施しました。環境整備の強化としては紫外線照射システムを有効活用することができ、早期収束を目標に取り組みました。



産婦人科病棟では、妊産婦の新型コロナウイルス感染症病床を確保し、受け入れ準備を行いました。個室及び分娩室には簡易陰圧装置を設置し、車椅子やストレッチャー用のエアロゾルカバーを準備しました。スタッフのN95マスクのフィットテストをはじめ、個人防護具着脱訓練を実施し、入院から手術室への搬出、帰室対応の一連の流れのシミュレーション訓練を実施し、9月に外来発生の陽性者1名を受け入れ、帝王切開術を無事に受けていただきました。

当院の新型コロナウイルス感染症の検査は、2022年4月～2023年3月に28,287件実施しました。全体の陽性率は12%、内訳は帰国者接触者外来が49%、次いで地域外来検査センターが38%と高い割合でした(図2)。



職員は、就業前の健康チェックを行い、体調不良時には早期受診対応しました。健康管理室と協働し、職員の新型コロナウイルス感染症に係る健康管理や相談対応を行いました。

感染予防対策の一環として、患者対応時には、

マスク、眼の保護具、必要時にはその他個人防護具装着、手指衛生啓発を行いました。職員への指導として、血液寒天培地を用いた手指衛生評価や蛍光塗料を利用した着脱訓練を行い、可視化することを意識し学習効果を高めるようにしました。3密(密集、密閉、密接)回避、換気目的での窓の開放、研修会場の収容人数制限を継続しました。

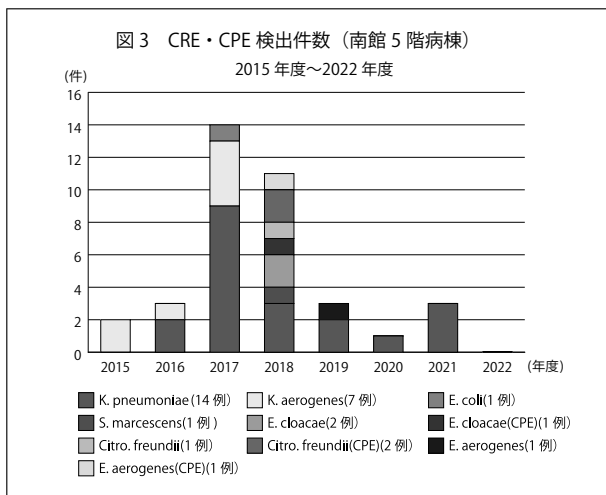
職員や患者さんに対し、掲示やデジタルサイネージ、館内放送を用いて感染防止対策の啓発を行いました。

引き続き、ガイドラインに準じた感染防止対策を継続し院内感染制御に努めていきます。

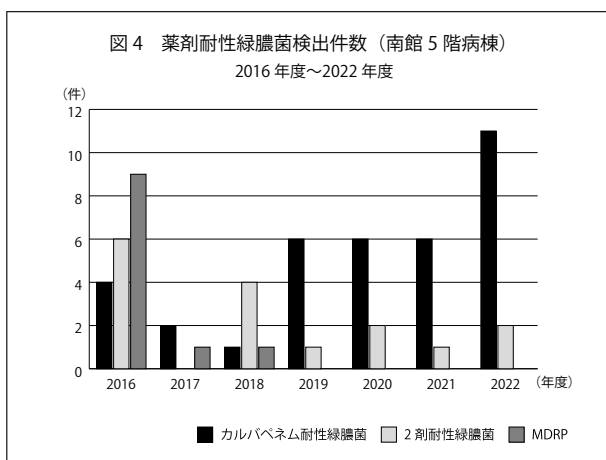
2. 高度耐性菌アウトブレイク感染制御対策

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。)アウトブレイクを経験しました。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方法の質の維持、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。

2) 2017年以降、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年以降には、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名確認されました。これらの耐性菌検出患者は、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、2018年度末には、CRE保菌者1名、CPE保菌者1名となりました。CREは、2019年度には、定期スクリーニング検査で1年間検出が無かった患者2名から、また2020年度1名、2021年度3名から検出されましたが、2022年度にはCRE、CPE共に検出されませんでした(図3)。CRE再発防止のため引き続き適切な抗菌薬適正使用支援や接触予防策にて対応を継続しています。



3) 2022年度にS5のカルバペネム耐性緑膿菌検出数が前年度と比較して大きく増加しました(図4)。CRE同様、水平伝播と抗菌薬の使用方法が原因と考えられました。S5での接触予防策強化対応の依頼と確認を行いました。医師へは保菌者への抗菌薬治療を行わないこと、広域抗菌薬の投与方法について薬剤耐性を考慮して使用してもらうよう啓発をしました。また、抗菌薬適正使用支援チームでの支援について周知しました。

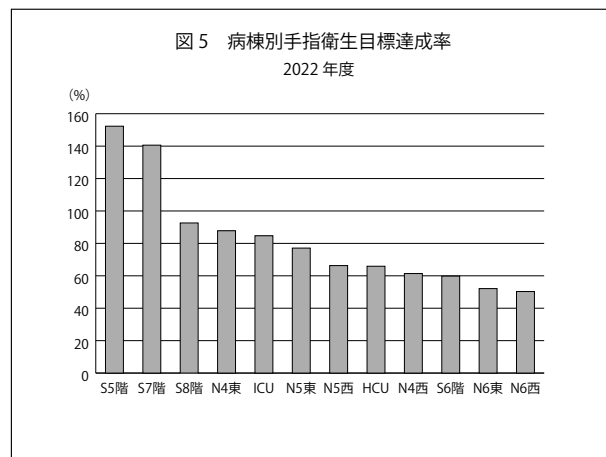


2019年6月に環境消毒強化を目的に導入した紫外線(UV-C)照射システムを有効活用しました。S5の感染エリア、汚物処理室やトイレまた一般病棟の患者退院後にUV-C照射を実施しています。引き続き標準予防策および接触予防策による対応と環境整備を継続していきます。

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。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、

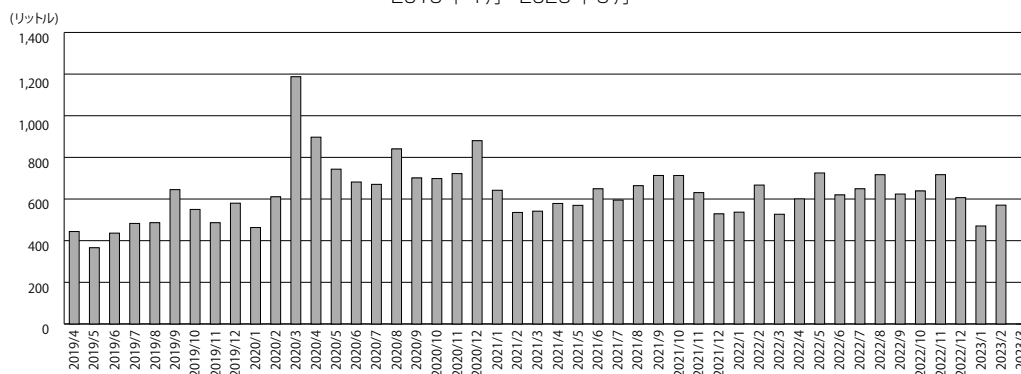
ICU100回(ノ患者・日)に設定し、目標達成率は、一般病棟84.0%、HCU65.9%、ICU84.7%でした(図5)。合わせて認定看護師による現場ラウンドの中で、直接観察法による順守状況の確認を行いました。



採用している手指消毒剤は現在5種類あり、うち1種類をスタッフに試供したアンケート結果で見直し、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6)をみると、全体的に安定した払い出し量を維持できています。

図6 手指消毒剤抽出量（法人全体）
2019年4月～2023年3月



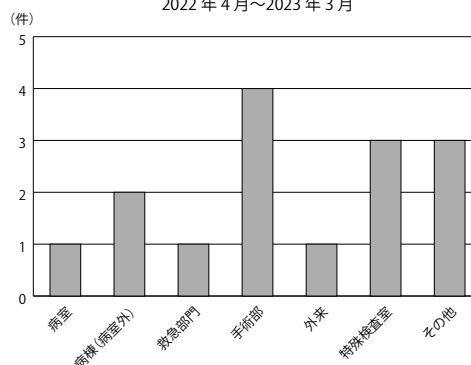
各部署で、血液寒天培地を用いた手指衛生評価を実施しました。洗い残しがあると菌が確認でき、手指衛生不備を可視化して確認することができました。適切な手指衛生の必要性についての理解と手指衛生質向上の一助としてもらうことができました。

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、スタッフや患者さんへ向けて、定期館内放送で手指衛生啓発のアナウンスやデジタルサイネージを活用した呼びかけを行っています。

発生場所別では、手術部4件（26.7%）、特殊検査室3件（20.0%）、病棟（病室外）2件（13.3%）でした（図8）。

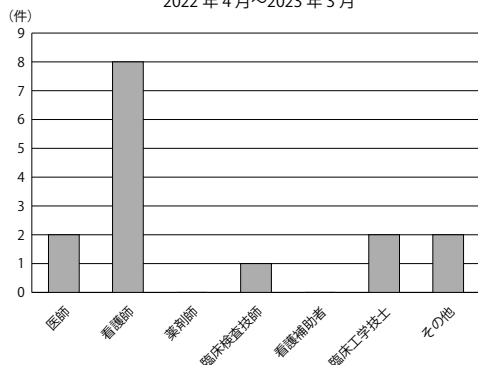
図8 針刺し・切創皮膚粘膜曝露事故件数（発生場所別）
2022年4月～2023年3月



4. 針刺し・切創、皮膚粘膜曝露事故対策

2022年4月～2023年3月の報告件数は、注射針による針刺し事故12件、切創事故3件の計15件でした。発生内訳をみると、職種別発生割合では、看護師8件（53.3%）、医師、臨床工学技士が各2件（13.3%）、臨床検査技師1件（6.7%）でした（図7）。

図7 針刺し・切創皮膚粘膜曝露事故件数（職種別）
2022年4月～2023年3月



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ある「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、以上5項目の周知徹底を行いました。新規採用者や中途採用者のオリエンテーションでも指導を行いました。

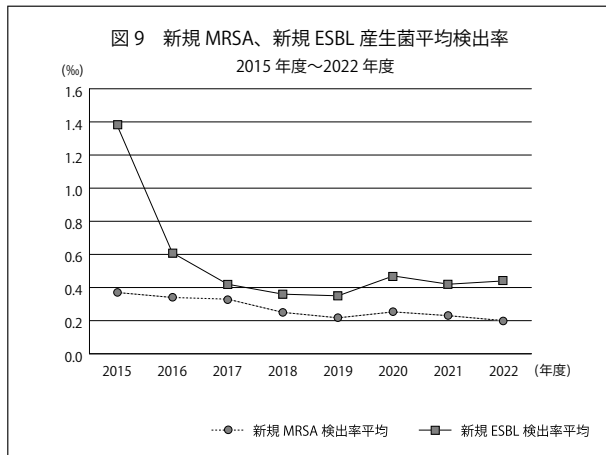
曝露後の経過観察を健康管理室と協働して確実にを行うように努めています。

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、2022年度 0.20%と目標達成できました。2018年度 0.25%、2019年度

0.22%、2020年度は0.25%と過去5年間継続して目標達成できています（図9）。

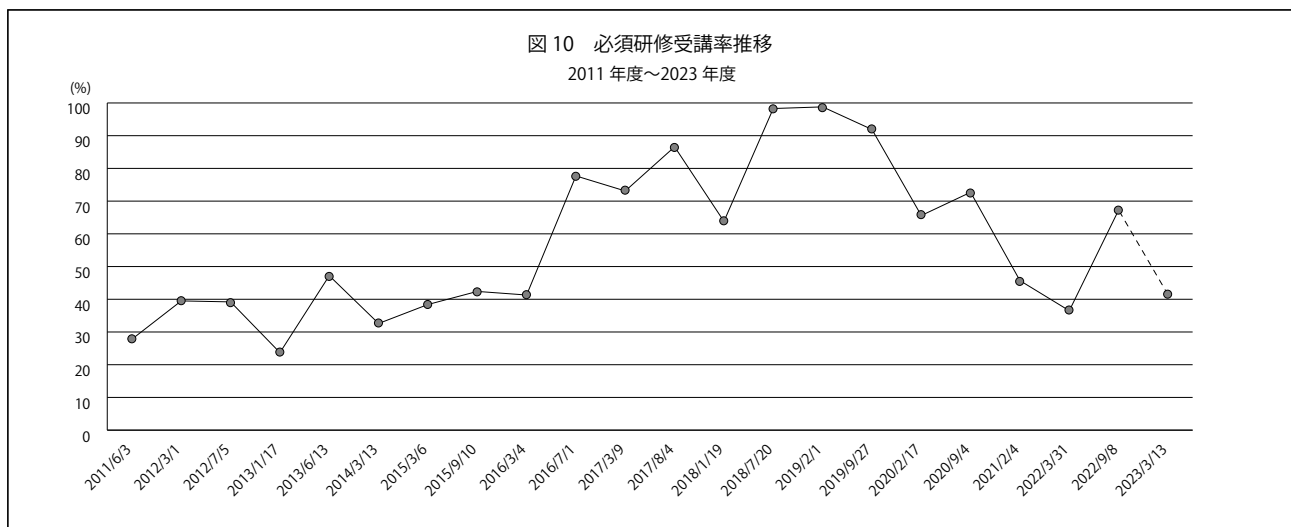
MRSA 検出要因の1つに、入退院を繰り返す保菌者が多いことや、在宅医療や介護系施設の利用があると検出リスクも高まる可能性が考えられますが、適切な手指衛生の実施による感染拡大防止、抗菌薬の適正使用による耐性菌発生の抑制につながり目標を達成できたと考えられます。



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。2022年度の目標を昨年度に引き続き0.50%未満とし、取り組みました。結果0.44%と目標達成できました。平均発生率は2015年度1.38%、2016年度0.61%と高い水準でしたが、2017年度以後は目標達成を継続することができています。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。

6. 職員必須研修の参加率向上への取り組み

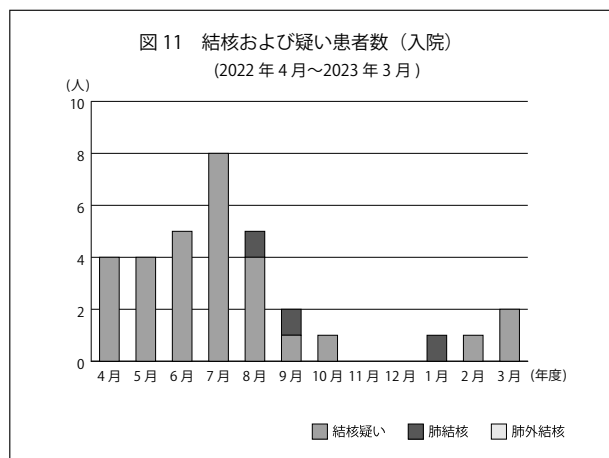
2022年度の感染防止対策に関する職員必須研修の参加率は、1回目67.3%、2回目41.4%（2022年3月末時点）でした（図10）。



昨年度に引き続き今年度も、新型コロナウイルス感染症対策として研修会場での密回避するため収容人数 50%を継続しました。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受講啓発を行いました。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

2022 年度の結核患者は、結核疑い例を含み延べ 33 名（図 11）でした。新型コロナウイルス感染症対策も合わせて、職員を感染から守るためには N95 マスクの適正使用が重要です。企業の協力を得て定量フィットテストを実施し、多職種を対象に 241 名実施することができました。新規採用者研修、中途採用者研修では空気感染対策の研修として講義と N95 マスク定性フィットテストを実施しました。今後も引き続き定期的に定量フィットテストを実施するように計画していきます。



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。新型コロナウイルス感染症対策として導入した簡易陰圧システムも HCU、南館 7 階（新型コロナウイルス受入病棟）を中心に有効活用できました。

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。

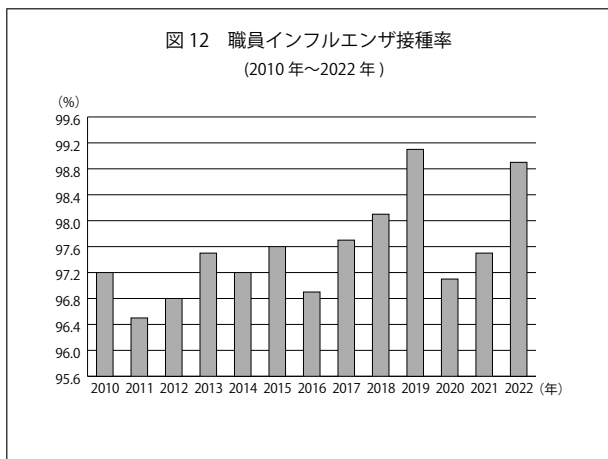
3) 抗菌薬使用状況

新型コロナウイルス感染症による入院規制が徐々に緩和されてきた影響もあり、全体的に抗菌薬使用数は増加しました。AUC については前年度と比較して、TAZ/PIPC では 1.5 倍、第 4 世代セフェム系では 1.2 倍と増加傾向でした。一方、カルバペネム系に関しては 20%程度減少しました。広域抗菌薬については事前承認制としているため、継続的な介入により De-escalation の推奨などを進めていきます。

AST の活動としては、2021 年度と比較して総介入件数 273 件であり前年比 1.63 倍増し、提案受け入れ率は 83%でした。総介入件数のうち、主治医からの相談としては 42 件、病棟薬剤師からは 102 件あり、提案受け入れ率はそれぞれ 100%、96%でした。患者状態を適切に把握している病棟薬剤師を介することにより提案受け入れ率は向上しているため、病棟専任薬剤師と連携をとりながら引き続き適正使用推進に寄与していきます。

9. 職員インフルエンザワクチン接種率維持

岐阜県リアルタイム感染症サーベイランスの結果、県内のインフルエンザ検出患者数は少なく経過し、当院近隣の羽島市・笠松・岐南地区でも 1 月に流行入りしましたが、1 定点あたりの平均新規患者発生数は少流行のレベルで推移しました。南半球で患者増加の報道もあり、大きな流行を心配されましたが、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、手指衛生励行が定着したことにより、インフルエンザ流行の抑止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 (1 名)、アレルギー (9 名)、接種拒否 (23 名) の職員がいたため目標値には至りませんでした。本年の接種率は 98.9% (図 12) と高いレベルを維持できました。

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。しかし、2022 年 9 月新規に 1 名の検出が認められました。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。

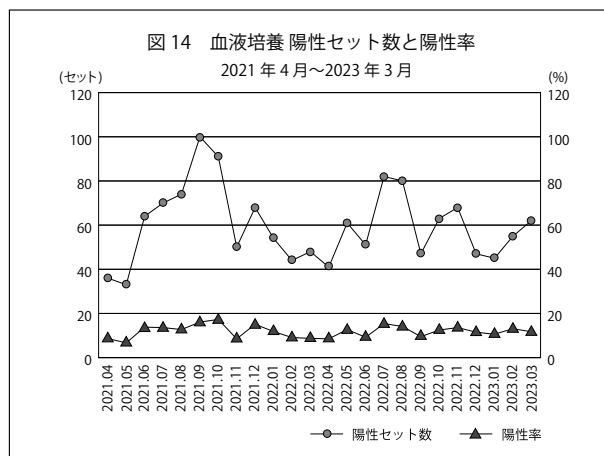
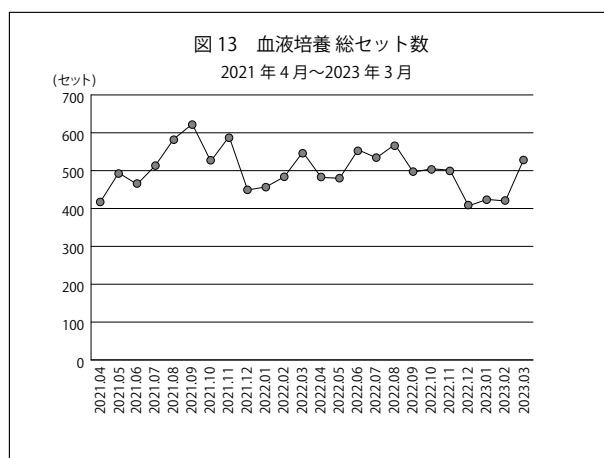
環境や病棟のアクティブサーベイランスや高度耐性菌スクリーニングを実施し、早期発見・早期対応に努めました。

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なっています。耐性菌は、2021 年度と比べ 2022 年度は MRSA : 71 名 → 100 名、カルバペネム耐性緑膿菌 : 41 名 → 62 名、CRE (3 菌種) : 4 名 → 1 名、ESBL 産生菌 (4 菌種) : 454 名 → 391 名と、増加している菌種もあり、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考えます。2022 年度は、結核菌 : 6 名、M. intracellulare : 3 名、M. avium : 7 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 13、図 14)。



11.ICT リンクスタッフ活動

手指衛生と個人防護具の適正使用を目的に、ICT リンクスタッフが講師となり現場教育を実施しました。蛍光塗料を用いた個人防護具着脱エラーチェックや、血液寒天培地を用いた手指衛生評価を行い、可視化してフィードバックしてもらいました。新たな試みとして、感染対策に関する基礎知識を身につけるためのボードゲーム型教育ツールを利用して学習を行い、教育の手法を少し変えるだけで啓発効果が大きくなる可能性があり、新たなアプローチを考えるきっかけとなりました。

新型コロナウイルス感染症対策として、各部署において基本的な感染対策の質向上に向けて取り組み、3月に活動報告会を行いました。目標設定、重要性、内容、評価、表現性の5項目について採点を行い、上位3位（敬称略）は、1位：川瀬由依（ICU）、2位：山口絵莉子（北6東）、3位：藤井 恵（S5）でした。

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

今年度は、新型コロナウイルス感染症の全国的な流行継続により、感染防止対策の周知徹底と維持が課題となりました。院内でクラスター感染を発生させないように努力してきました。

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予防策と環境表面の清浄化などによりコントロールを図る必要性が高まっています。新型コロナウイルス感染症対策においては過剰対策にならないようにしつつ、患者さんや職員、病院に関わる全ての人を感染症の脅威から守るために適切な感染対策を実践していくため、ICTメンバーを中心に日々取り組んでいきます。

〔文責：文字雅義、酒井昭嘉、市川綾華、日置敦巳、鶴見 寿〕

院内感染対策委員会主催の講演会

● 2022年9月8日

テーマ / 講師

- ・「結核」 / 感染管理認定看護師 文字雅義
- ・「消毒薬」 / 薬剤師 白浜太郎
- ・「肝炎の検査ジェノタイプ」 / 中央検査部部长 酒井昭嘉
- ・「発熱性好中球減少症」 / 血液・腫瘍内科副部長 李心

● 2023年3月13日

テーマ / 講師

- ・「コロナウイルス 2019 感染対策」 / 感染管理認定看護師 文字雅義
- ・「抗菌薬 TDM ～バンコマイシンの 2016 → 2022 の重要な変更点を中心に～」 / 薬剤師 高野智仁
- ・「HIV 感染症診療の現況 近年、流行している梅毒の話題も含めて」 / 病院長代理 鶴見 寿

以上、2022年度の院内感染対策委員会の活動について述べました。

臨床研修センター

【人員体制】

医師

2年次初期臨床研修医 10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)

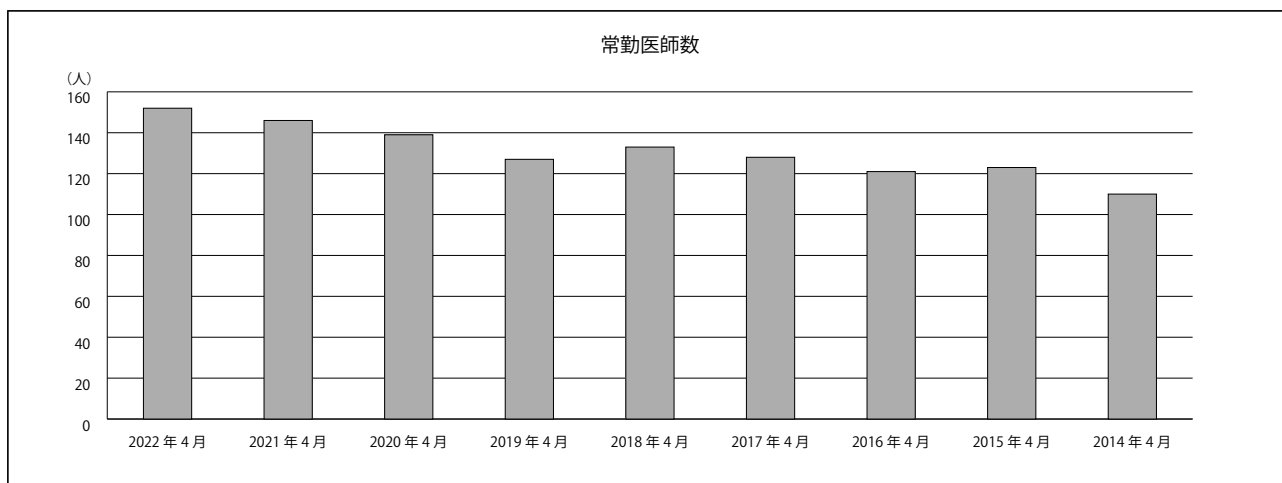
【採用実績】

～初期研修医～	2022年	2021年	2020年	2019年	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年
募集定員	10	10	9	8	8	9	9	7	6
マッチング数	10	10	9	8	8	7	9	7	6
採用人数	10	10	9	8	8	7	9	7	6
研修医名	中塚、藤原、尾崎、花村、高島、林、松川、西本、加藤、加治屋	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、三嶋、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、松尾	片野、栗原、森、山田、増田、山岸
面接実施数	32	24	22	26	32	21	20	18	8
見学者数 前年度 4/1～3/31	116	113	92	88	76	56	69	81	43

～医師～	2022年	2021年	2020年	2019年	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年
専攻医採用人数	15	12	8	5	5	5	5	8	4
医師採用人数	20	28	30	23	15	10	6	10	13
面接実施数	16	20	20	26	20	12	4	21	17
見学者数	6	8	8	8	7	6	2	30	-

【医師数】

2022年4月	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
152	146	139	127	133	128	121	123	110



【2022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
ブース出展
- 6月：オンラインレジナビ出展
- 7月：レジナビ大阪 ブース出展
- 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：院内 ICLS 開催
- 12月：
- 1月：院内 ICLS 開催
- 2月：
- 3月：院内 ICLS 開催

〔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	5名
保健師	2名
事務	10名
社会福祉士	12名
*薬剤師 栄養士 手術室看護師	
各領域の認定看護師	

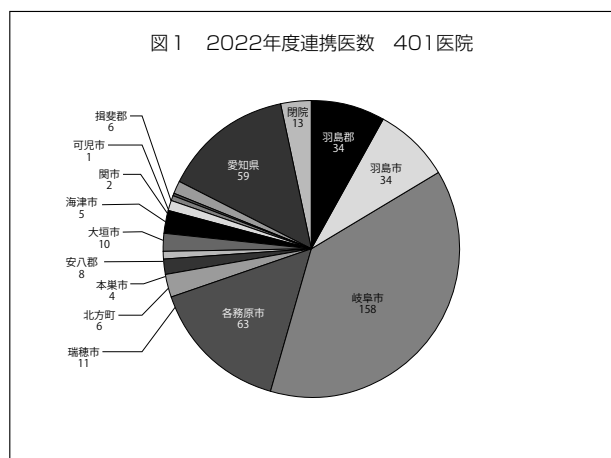
(* 応援体制)

【概要】

当院では機能が異なる複数の病棟を運用すると同時に、法人内の介護・在宅部門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かつ効率的にする」目的で2014年7月にPFM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、更に木曾川を隔てて愛知県一宮市とも接している。このため、連携医療機関も主に5市町村にわたり、合計401診療所となっている。2022年度は新たに17診療所（羽島郡1、羽島市1、岐阜市7、各務原市1、瑞穂市1、北方町1、愛知県5）が加入し、連携のネットワークを拡大した。（図1）

2022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

昨年同様に新型コロナウイルス感染症の影響は継続している。コロナ罹患患者専用病棟の設置により、急性期病棟の病床数の減少が持続している。地域包括ケア病棟の直接入院4割以上を満たすことに継続して注力しつつ、病床を効率よく稼働させることに尽力した。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した。今後も、効率よく病床を活用していく必要がある。

○入退院支援について

面会制限の継続、患者家族との面談が行いづらななかで、電話・オンラインを活用した退院支援を積極的に行ってきた。結果、入退院支援加算の算定件数、退院時共同指導の開催、介護支援連携については、昨年度を上回ることができた。今後も面会制限は継続していくが、オンラインを積極的に活用し、外来から入院、入院から外来への継続的な支援を病棟・外来と協力して行う。

○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が、新型コロナウイルス感染症の影響は継続している。急性期の病床数の減少のため、紹介入院の受け入れに苦慮した。連携医への渉外担当者による訪問は継続して行い、情報収集や当院の広報に努めた。また、医師との同行訪問を積極的に行い、情報交換、顔の見える関係を構築することに尽力した。返書管理システムを利用しチェックを行っている。

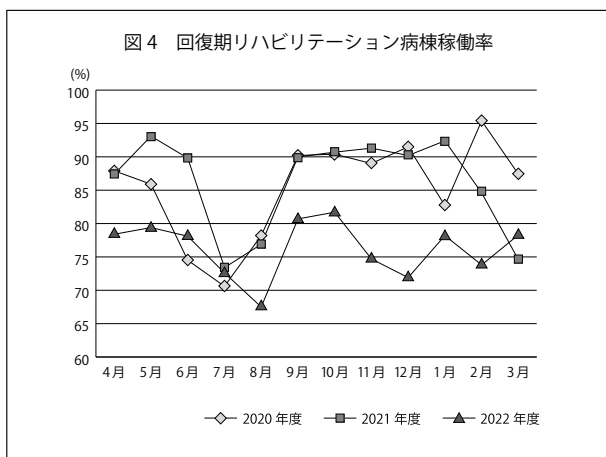
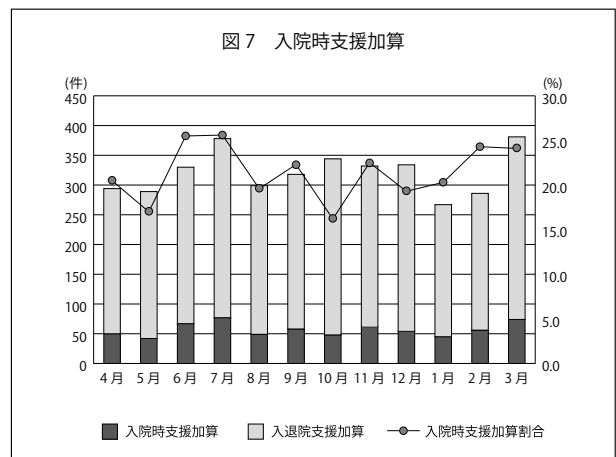
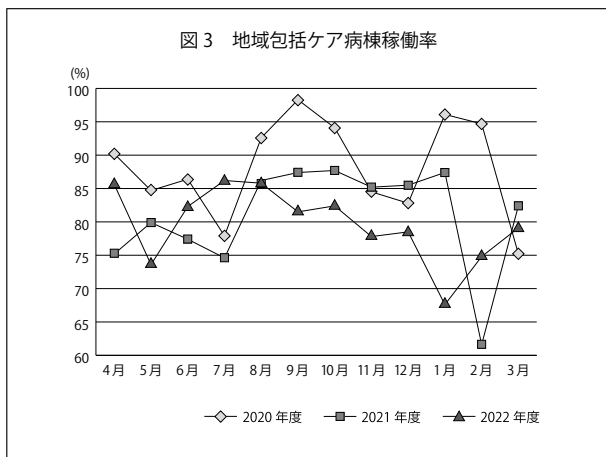
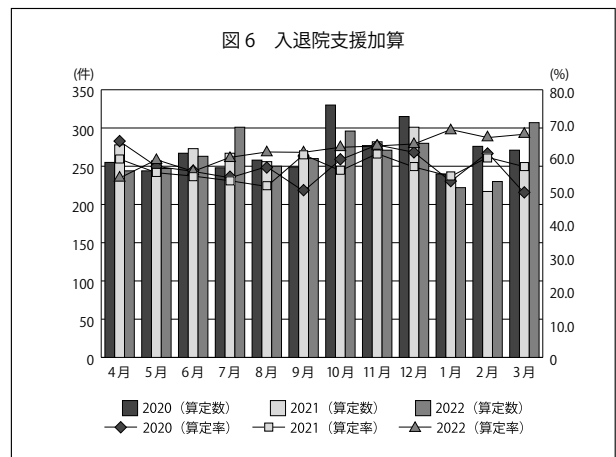
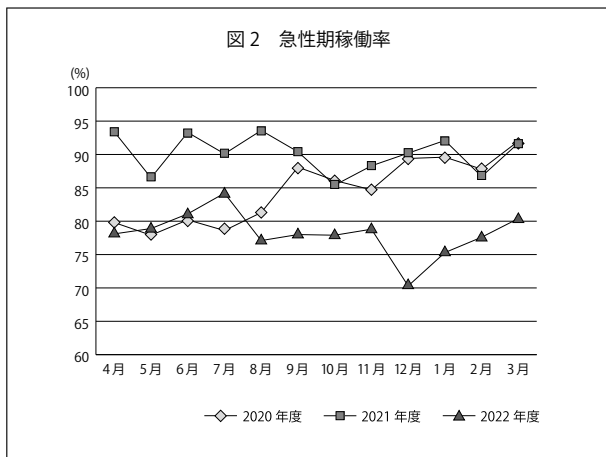
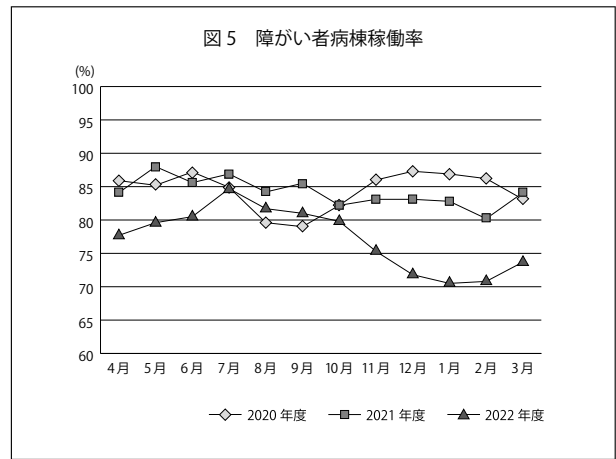
広報活動としては、毎月月初に広報課作成の「Monthly Magazine Matsunami」とともに診療科案内を、各医療機関、介護施設等に配布。

返書管理については、100%の作成を目標として、継続して院内への働きかけを行った。

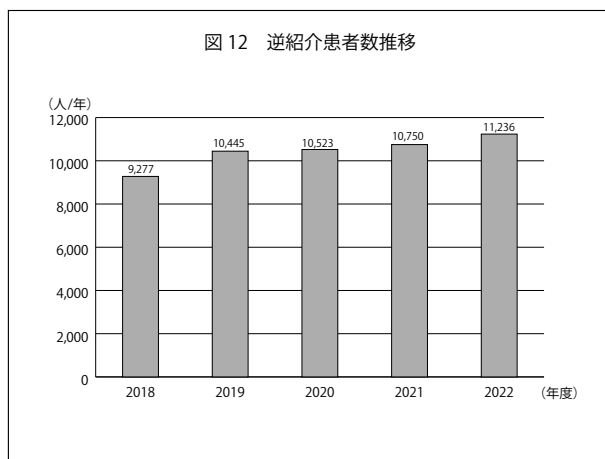
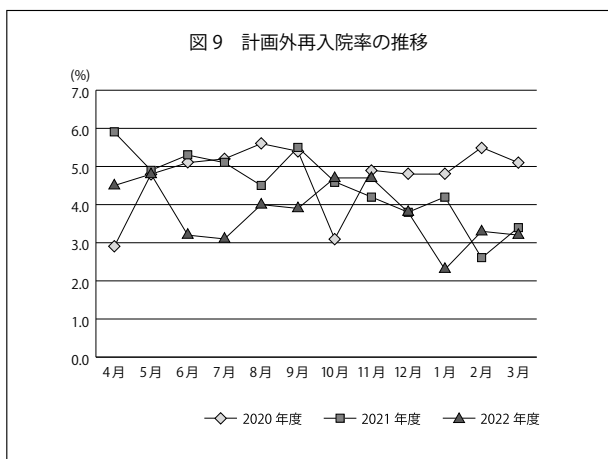
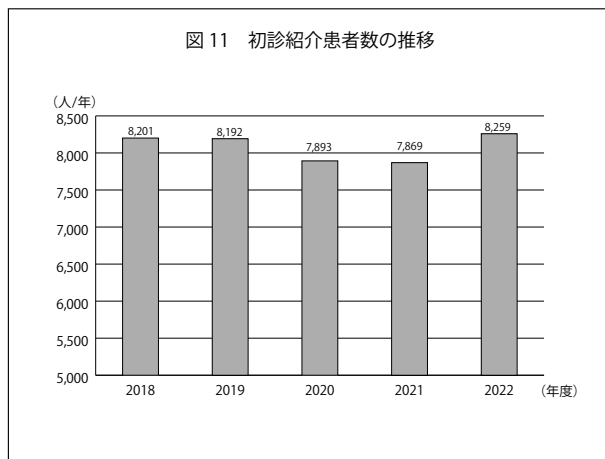
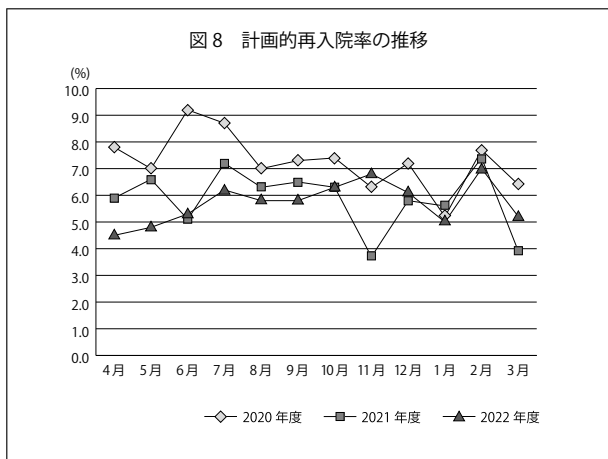
【実績】

一般急性期病棟平均稼働率 78.1%、地域包括ケア病棟 79.6%、回復期リハビリテーション病棟 76.3%、障がい者病棟 77.3%、平均在院日数は 11.8 日。(図 2、3、4、5)

予約入院患者に対する PFM センターの介入率は 99.1%、入院時支援加算 681 件 / 年、入退院支援加算 3,148 件 / 年。(図 6、7)



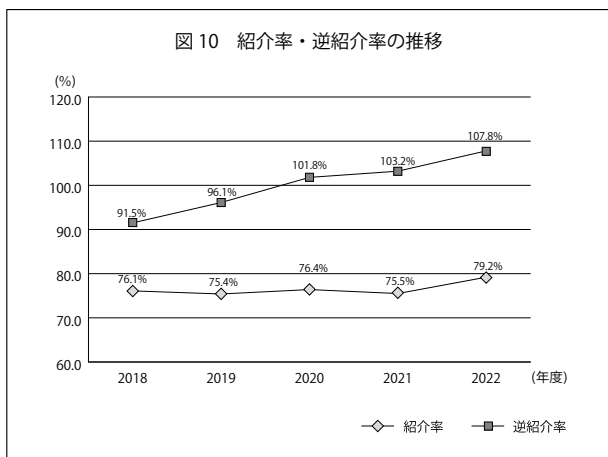
再入院に関しては、全体の再入院率は減少してきている。計画外再入院率が減少し、計画的再入院はほぼ変わらない。(図 8、9)



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。

返書としては返書管理を徹底し、外来、入院、退院時いずれの返書も97%以上の返書率を維持した。(図10)

2022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保てていると考える。(図11、12)



【今後の展望】

昨年度と同様に、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、専用病床の確保のために急性期病床が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なこともあり、患者の受入の制限をせざるを得ない状況であった。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は困難であったが、今後も前方・後方連携をより強化し、地域の状況を把握しつつ、現状・過去のデータから分析を継続的に行うことで、効率的な病床運用を今後も目指していく。

入退院支援においても、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、外来から入院、入院から外来への継続的な支援を行っていく。

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〕

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
経営企画部	松岡
看護部	佐藤、小園、棚町、矢島
診療支援部	安藤
リハビリ室	日比野

(全員兼務)

【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。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、2022年度の活動を中心に紹介します。

【取り組み】

『改善提案制度』

2021年4月に始まった改善提案制度ですが、2022年度の実績は以下の通りでした。

提案件数：48件

採用提案件数：26件

2022年3月末時点の改善実行は14件

イノベーション推進本部が主体的にかかわったものを以下に示します。

車両・運転手予約：2022年5月27日

M-net 施設設備予約 会議室：2022年6月1日

コールバック対応 App 運用開始：2022年7月1日

診断書作成支援システム YahgeeMC 運用開始
2022年8月1日

外部講師への講演料等の支払いに関する手順書作成
2022年8月1日

周術期等口腔機能管理料算定率UP 2022年10月

早期警戒スコアのCSSでのリアルタイム表示
2022年12月

Mnet ファイル管理の運用ルール策定と整理
2022年2月～3月

情報共有ツールの運用ルール策定 2022年3月14日

『COVID-19 対応』

2022年夏の第7波においては、免疫回避性の高いオミクロン変異株の流行と感染者数の著増に伴って、院内クラスターの発生、職員のCOVID-19罹患、同居家族の発症によって、就業制限が必要な職員が増加した結果、スタッフ不足から入院病棟を中心として診療制限が必要な事態に陥りました。第7波におけるニーズとして、部署毎の職員の勤務状況の把握、診療制限の決定、BCPの立案、制限内容の共有があり、7月28日にCSS、部署別勤務状況 App をリリースしています。なお、第7波における休務職員は8月8日の91人、感染者は8月15日の65人が最多でした。

また、第7波では、新規患者数が1日40人を超える状態となり、HER-SYSによる発生届け提出の負担が大きくなり、運用を再検討する必要が生じました。従来の限られた職員と医師だけでなく、2022年8月15日からMAもHER-SYS登録を行うこととし、休日には当番を設定、医師や院内感染対策室の負担軽減に務めました。一方、複数の担当者が分散して業務に当たる場合、COVID-19と診断された患者が発生届の対象か否か、さらに登録済かどうかを把握し、情報を共有する必要があります。当院では、2020年4月15日以来、新型コロナウイルス感染症に関わる検査の結果を登録して管理するデータベースをFileMakerで構築し運用しており、2022年12月までに約5万件の登録があります。検査結果が陽性の場合には、検査結果一覧において、発生届対象、登録状況をアイコンで区別し、確認した職員名を表示します。登録担当者は、陽性患者一覧から未確認の患者を確認し、順次HER-SYSへ登録することで、発生届け提出の効率化と登録間違いの防止を図りました。

『オンライン診療システム KizunaWeb の導入』

新型コロナウイルス感染症の流行とともに、非接触のオンライン診療が注目され、当院でもFaceTime等を用いて運用してきましたが、

Android への非対応やメール等による連絡の必要性など課題がありました。そこで、スマートフォンがあればオンライン診療が可能な KizunaWeb を 2022 年 12 月 12 日に導入し、適応範囲を拡大しました。また、これにあわせて相手に電話番号を通知することなく SMS 送信が可能な App を開発しており、今後の応用が期待されます。

『コミュニケーションの改善』

職員間のコミュニケーション方法を変えることで、患者中心の情報共有、チーム医療を実現し、業務の効率化や働き方改革に貢献するため、チャットを用いたコミュニケーションアプリ、JOIN、Dr2GO の導入を進めました。

2022 年 12 月 26 日に導入した JOIN は、業務用 iPhone を用いて DICOM 画像の共有が可能であり、院外にいる待機医や専門医へのコンサルトが可能となりました。

また、SCSK 社の Dr2GO は医療用コミュニケーションツールで、グループチャット、患者チャット、電子カルテ参照、地域医療連携、医療情報検索機能があり、電子カルテ PC あるいは業務用 iPhone から利用が可能です。2023 年度のリリースに向けて 1 月から準備を開始しています。

参考資料

IT vision の原稿。以下の URL から参照できます。
ITvision No.46 (月刊インナービジョン 2022 年 7 月号付録)

2022 年 6 月 25 日発行

モバイルデバイスで加速する医療 IT

新型コロナウイルス感染症診療におけるモバイルデバイスの活用 (2022.7.1)

https://www.innervision.co.jp/sp/feature/mobiledevice/it46_matsunamisogo

[文責：草深裕光、黒宮浩嗣]

診療支援部 (MA 部)

【人員体制】

部長	1名 (兼務)
課長	2名 (1名兼務)
副主任	9名
スタッフ	計 69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3年目となりました。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います。

2022年4月には6名の新入職者を迎え、計画していた医師事務作業補助体制加算1、15対1の配置基準で届出を行っています。試算では、年間約2,000万円の増収が見込まれておりましたが、当該加算により結果的には、約2,400万円の増収となりました。

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設立時から取り組んでいます。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。

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。

前年度から課題となっていた診療文書作成のデジタル化ですが、2022年8月に富士フイルムメディカル株式会社の診療文書作成システムYahgeeMCを導入しました。これにより、診断書等作成の電子化率は、導入前の約40%から、約80%まで向上しています。また、YahgeeMCの導入にあわせて、診断書の物理搬送から電子カルテのメール機能で医師へ通知する方法へ移行し、医師の記載状況をPC上でリアルタイムに確認、患者への交付までのスキーム全体を見直しています。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、代行記載に関わるスタッフの負担も同時に軽減ができました。また、2種類（1種は診療科限定）の代行記載書類を追加し医師の事務作業軽減に寄与しました。

【今後の展望】

今後は、2023年4月に1名の中途採用に加え、計3名の入職を予定しており、スタッフのスキルアップやMA部内のグループ間での業務連携を行い、各診療科との業務分担や調整等を通じて、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
課長	6名
主任	4名
副主任	6名
部員	59名

【概要】

2022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。2022年度については8月の発熱外来に最も多い人数が受診し、時間内・時間外問わず受付業務が混乱することも多々あったが、大きなトラブルもなく業務を行うことが出来た。

また新型コロナウイルス感染症関連業務の他に新規業務、新たなサービスの導入等を行い効率よく業務を行った。

人員については退職者が6名あり例年に比べ大幅に増加し今後の課題となった。

【取り組み・実績】

■ 2022年度新規医事課業務

- ①新型コロナウイルス検査結果郵送業務
- ②新型コロナウイルス小児ワクチン予約受付
- ③MSM向けHIV無料検査実施
- ④入金機導入
- ⑤連帯保証人代行制度スマホスNEXT導入
(株式会社イントラスト)

『業務詳細』

①新型コロナウイルス検査結果郵送業務

従来は検査後に医師が電話で検査を伝えるのみであったが、患者より結果証明書が欲しいとの要望もあり、陽性・陰性問わず検査結果の郵送を開始した。こちらを始めるにあたってはシステム開発部に検査を行った患者リストの抽出及びそのリストに基づく住所、検査結果の印刷を行えるよう依頼した。このことにより住所を手書することなく作業を行うことが出来た。

②新型コロナウイルス小児ワクチン予約受付

小児外来の依頼により実施。
予約業務は受付窓口にて、申込書記載、予約入力を行っている。作業的にはそれほど時間のかかるものではないが、医事課での予約業務が初めてであったこともあり、実施当初は戸惑いもあったようだが、現在では通常業務の一部として行っている。

③MSM向けHIV無料検査

岐阜県の依頼により当院及びまつなみ健康増進クリニックで世界エイズデー（12月1日）の前後1週間（火曜日、木曜日、土曜日）にて完全予約制で実施した。

検査及び結果通知についての流れは以下のように実施した。

◆ 予約

地域医療介護連携室にて匿名で受付

◆ 1日目（まつなみ健康増進クリニック）

- ・アンケート及び事前説明
- ・採血

◆ 2日目（松波総合病院）

- ・結果通知

初めてのこともありトラブルもあったが、概ね順調に実施出来た。

④入金機導入

従来レジ・支払い機の釣銭・売上金を法人本部に午前と午後2回運ぶ必要があった。釣銭・売上金を現場から法人本部まで運ぶことはセキュリティ上問題があり、また業務上の負担でもあった。同様に釣銭、売上金を処理する経理部にとっても業務負担の問題があった。

こういったことから外部の集配金業務サービスを導入することとなった。

サービス内容は、北館、南館、クリニックそれぞれにある入金機への翌日使用分の釣銭の持込、入金から前日分の売上金の回収を入金機より行うといった内容である。

導入によりセキュリティ上の問題も解決され、業務負担の軽減にも繋がった。

⑤連帯保証人代行制度スマホス NEXT 導入

こちらは患者が入院する際の連帯保証人を株式会社イントラストが代行することで未収金のリスクヘッジ、督促回収業務の削減、患者サービスの向上を目指すサービスとなっている。

従来未収金については医事課未収金担当者1名が電話、訪問等で未収金の回収を行ってきたが、業務量も多く人員増加も選択肢の1つではあったが、経理部の提案によりサービス導入を決定した。

サービス導入にあたっては入院申込書の変更等があったが、経理部、診療支援部の協力がありスムーズに行うことが出来た。

こちらのサービス導入前の未収金については従来の回収業務で行うことが必要であるが、導入後の業務については負担軽減に繋がっている。

■人員の変動について

2022年度は退職者が6名と昨年度に比べ大幅に増加した。原因としては残業の増加が挙げられる。他部署に異動した者は3名であった。

採用については、新卒者5名、中途採用2名であった。新卒者5名のうち2名が当院に設立された柔道部の部員であり勤務時間が原則8時から15時までの勤務となっている。配属については新卒者全員を外来業務担当（総合病院3名、クリニック2名）に配属し、外来業務の強化を目指した。また中途採用2名については退職者の補充として外来業務担当（クリニック）に配属した。

新型コロナウイルス感染症も2023年5月8日より5類となり新型コロナウイルス関連業務も縮小することが予想される。来年度についてはこの新型コロナウイルス関連業務に振分けていた人員をどう使うかが重要である。今年度の課題は業務の効率化により残業を削減することであり、人員を効率的に配置することによってこの課題を克服していくことに努めていく。

〔文責：小林弘明〕

【人員体制】

課長	1名
主任	1名
課員	3名

2022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。入院診療計画書等の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 8,791件
- ・オーディット 登録件数 8,853件
- ・退院後14日以内の退院サマリー作成率 96.2%

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 55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 4,712件

(内 救急車来院件数 3,343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3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 2,028件

⑤DPC/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。

『DPCデータ提出業務』

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」、「病歴管理システム」及び「厚労省データ」等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 194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。その為に正確なデータ整備を行い、信頼性のある適切な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、2022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。

『電子カルテオフラインバックアップ対策』

近年相次いで発生している、病院など医療機関を狙ったランサムウェアによるサイバー攻撃を受けている。ランサムウェアとは、感染したコンピューターのファイルを全て暗号化し使用できなくした上で、ファイルや重要データを人質に身代金を要求してくるマルウェアの一種。感染したコンピューターだけにとどまらず、物理的に接続された記録媒体やネットワークで繋がっている、他のコンピューターへ次々と感染させてしまうため、被害が甚大になりやすい特徴をもっている。

ランサムウェアで甚大な被害を受けた企業・組織のケースでは、ネットワーク上で管理していたバックアップまで感染してしまい復旧が困難になってしまうこともある。

相次ぐ医療機関での被害状況もあり、厚生労働省は医療機関向けのセキュリティ対策ガイドラインの改定を行い、ランサムウェアを想定したバックアップのあり方など対策がもりこまれた。バックアップはネットワークから切り離して保管すること、重要なファイルのバックアップは複数世代、複数方式を組み合わせることを明記され、電子カルテ、医事会計その他部門システム、放射線画像のバックアップ対策を行った。

『医療関係者間コミュニケーション JOIN 導入』

PACS（放射線画像）院内システムと連携を行い、クラウドサーバーに送り医用画像をチャットに貼り付け、メンバー間で共有できます。セキュリティ対策専用のGWサーバーで個人情報全て匿名化を行います。院内システムとクラウドサー

バー間はVPN接続による暗号化とTSL/SSL通信による暗号化を行う。

『らくらく看護師（電子カルテソフト）院外接続』

らくらく看護師は入院患者、外来患者の注射実施時の3点認証や輸血、検査実施確認、バイタル入力看護記録を中心とした診察記事入力、褥瘡や創部等の写真撮影をして電子カルテに保管できる機能があります。これらの機能を使って職員が使用しているiPhone8(PHS)にらくらく看護師を使用できるようにした。院外から安全に院内のサーバーに接続して診察記事の閲覧、入力を行う。iPhone8で記事入力ができることにより病室や外来診察室等から電子カルテパソコンの場所に戻らなくてもいつでも診察記事の入力が可能になり業務効率の向上、時間短縮になる。

『AI 画像診断解析システム導入』

AI画像診断解析システムの新規導入を行った。胸部X線単純正面写真は、胸部疾患、救急外来、手術などのスクリーニングとして用いられる。医療行為の基本となる検査である。また、日本では、肺がん検診のスクリーニング検査として広く用いられている。一方、三次元の胸郭を二次元の画像に投影することから、陰影が重なり、その読影は、CTよりも見落としの可能性が高い。検診では、見落とし防止のために、二重読影が行われているが、画像診断医に対する負担は大きく、人為的なミスも排除し得ない。CTやMR、PET検査などを除き、入院・外来で行われる通常の胸部X線撮影において二重読影が行われることは希である。

上述のような見落とし・見過ごしのリスクが高い胸部X線単純正面写真の読影にAI解析技術を用いたシステムの導入を行い、問題症例のピックアップの精度を向上させ、患者ケアに生じうるリスクを回避する試みを目的とする。

胸部X線単純正面写真の読影に関する認可を得た医療機器のシステム・ベンダーからヒアリングを行い、エルピクセル（株）のEIRL X-Ray Lung noduleを導入した。院内にAI診断用サーバーを置き、解析ソフトを用い、PACSを連携することで迅速なスクリーニングを実施し、臨床へのフィードバックを行っていく。そのチェックに対応して、

担当医、画像読影医が臨床的な最終判断を行う。
このシステムを導入するにあたり、岐阜県の「医療機関 AI システム導入事業補助金」を活用して本システムを導入した。

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	2 名	の構成。

【取り組み・実績】

「透析センター」「救急外来」「医事部」「ICT」「コロナ対策」等のシステムを新規開発した。

新規開発	22 件
追加・改修	15 件

『部署別勤務状況』

業務継続（BCP）対応として大規模な災害・事故が発生した場合、事前に定められた指揮命令系統にしたがって、正確に情報が収集・伝達され、的確に対応の指示や復命がなされるように、部署別 COVID-19 罹患、濃厚接触者数の集計と業務制限状況システムの導入を行った。

【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。

現場のニーズにあ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う。

[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
副主任	河合幸太
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】

9月より専従者が1名増えたこと、またSQLや診療報酬に関する知識を得ることができたことで活動の幅が広がりました。この1年は当法人のデータ活用・管理に関する問題点がさらに明らかになった年でした。DWHの問題点が明らかになったものの、一部は改修の目処がたち、職員へのDWHの利用が広がった飛躍の年でもありました。

1) JUST-DWHの問題解決

追加費用が発生したものの、大きな問題に関しては、改善を図ることが出来ました。その他、不足する情報に関しては手動取り込み対応をすることで、できることの幅が大きく広がりました。

2) 職員マスターの整備

CSS職員マスターの整備を一通り終え、本年度4月以降の職員数を正確に反映することが可能になりました。それによって、DWHにて職員情報を活用したデータを出せるようになりました。

3) 施設基準管理の改善

2021年度に総務部が導入した施設基準管理ソフト「iMedy」の運用にあたり、特にマスター管理において協力を続けています。iMedy社の社長訪問もあり、当院の利用状況が先進的であり、さらなる改善に繋げるため、聞き取り調査に応じました。

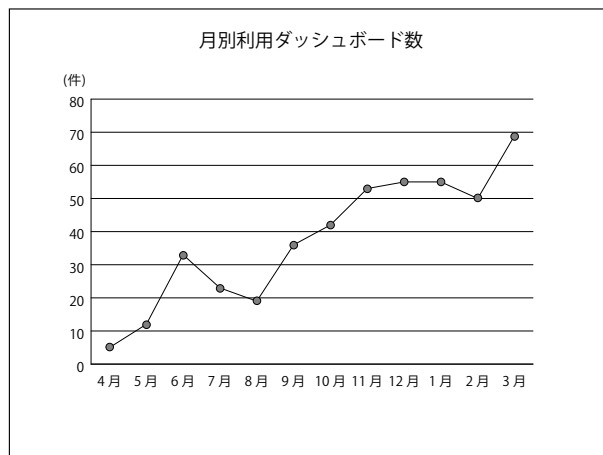
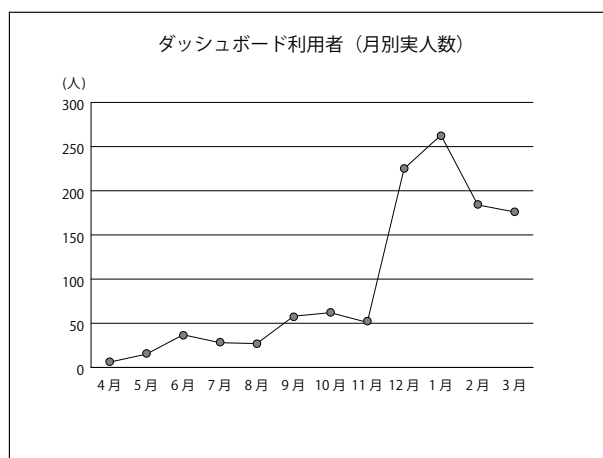
4) 患者数データの分析

公開データとしてIBARSから出力された月別患者数データを利用するにあたり、患者数の詳細が不明であることに気づきました。よって、患者数の根拠を突き止めることが必要と判断、データの根拠を明らかにすることができました。

5) JUST-DWH利用推進と業務へのデータ活用

データ抽出やダッシュボードの作成依頼も大幅に増え、DWHの利用者・利用頻度ともに大幅に上昇しました。特に、職員情報や研修参加歴、コロナ関連情報を公開したことで一気に利用者数が増えました。また、日常業務へのDWH活用も広がりました。特に、歯科口腔外科においては、DWHを活用することで、対象の未予約患者を抽出することができるようになり、介入を行うことで診療報酬の増加に寄与しました。

〔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	3名
部員	16名	パート	2名
アルバイト	5名		

総勢 30名

【取り組み・実績】

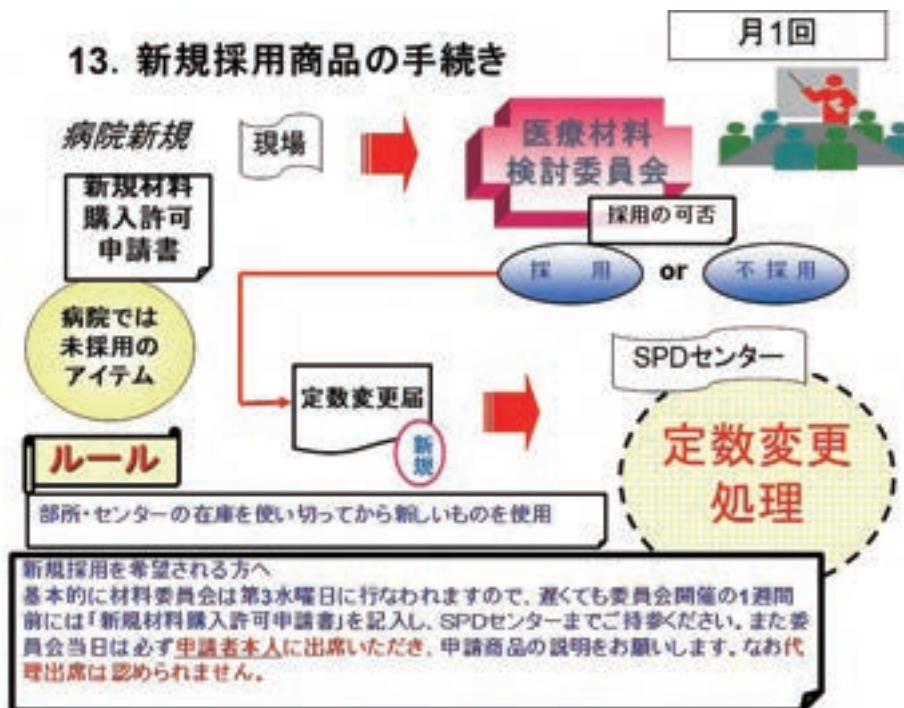
購買管理課と施設管理課、売店管理課の3つがあり、購買管理課は薬品を除く医療材料を管理し、また医療材料以外の消耗品の管理も行います。売店管理課においては、北館の1Fにあるセブンイレブンの管理及び運営を行っています。

施設管理課は、名前の通り病院の施設の管理また電気、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剰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。

また、毎月医療材料検討委員会を行い、新規材料の採用可否や材料が適正に使用されているかなどを精査しています。

※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。



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。

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。

今年6月に南館全館をLED照明に更新をしました。その結果、南館の電気代を削減する事ができました。その他にもまだまだ削減できる所があると思いますので計画を立てて行っていきたいと思います。また今までは業者へ修繕を依頼していましたが、一部ですが、業者の修理状況を見ながら自分達で覚え修繕できるようになりコスト削減に努めています。特に専門性の高い分野を内製化できれば、コスト削減も大きくなるので施設管理課として頑張っていきたいと思います。

〔文責：杉原浩二〕

