

看護部

【人員体制】

看護本部長 1 名、副看護部長 5 名、
看護師長 20 名、副看護師長 7 名、
主任 19 名、助産師 24 名、保健師 77 名、
看護師 340 名、准看護師 12 名、
看護補助者 60 名、クラーク 5 名
(非常勤含 /2023 年 4 月 1 日現在)

【概要】

新型コロナウイルス感染症は 2023 年 5 月 8 日に 2 類から季節性インフルエンザなどと同じ 5 類に移行した。そのため、人の行動制限がなくなり、マスク着用は個人の判断となった。但し、院内では新型コロナウイルス感染症の持ち込み阻止を目的にゴーグル・マスク着用の継続、面会禁止は面会制限に変更したが人の出入りについては最小限の緩和とした。職員に対しても行動制限を最小限に緩めたが、新型コロナウイルス感染症に罹患した職員から患者へ感染したと考えられる、病棟クラスターが発生した。看護職は新型コロナウイルス感染の拡大防止するために手指衛生の徹底や医療者として休日の過ごし方に注意するようこころがけた。

新型コロナウイルス感染クラスター時、前期は病棟閉鎖を実施していたが、後期は病室閉鎖に変更し、各病棟は病床を確保し予約・緊急入院を受け入れ稼働率を上げた。日々の看護業務は多忙の中、感染対策を継続し看護の質向上に努めた。

看護職は常に緊張状態が続き身体的・精神的負担はとても大きい状態の中で、各部署は管理者を中心に患者と看護職の安心と安全を継続的に提供できるように、多職種と連携するとともに地域住民の皆様にも安心・安全な医療を受けられるよう尽力をつくした。

【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) 松波看護の実践と地域連携を確立し看護の質を向上させる 2) 高齢化に向けた看護の提供と安定した病床稼働を遂行する 3) チーム医療を推進し安心・安全な看護を継続的に提供する 4) 看護要員確保と年間安定人員拡充する、4 つとした。

各目標の評価指標は 1) に対し①松ゼミ計画的な学習計画立案と実施状況、地域に Live 配信実施②

各部署・委員会目標到達・評価 2) に対し①病床稼働率、在院日数、ベッド単価②認知症ラウンド件数(昨年度同等)身体拘束率 3) に対し①各チーム・医療安全の目標達成) 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、時間外 8 時間以内③付与した有給取得率 60%(9 月の中間評価にて 100%⇒60%へ変更)とし 1 年間取り組みを実施した。

[1 の結果]

①松ゼミ受講計画・実施・Live 配信

図 1 松ゼミ受講計画・実施・配信結果

開催日	分野	内容	会場	オンデマンド	院外LIVE	合計
7月20日(木)	糖尿病看護	1. 血糖値について 2. 糖尿病のセルフケア支援について 3. 糖尿病患者理解を深める	4	106	8	118
8月17日(木)	がん放射線療法看護	1. 乳癌の基礎知識 2. 乳癌治療における放射線療法の役割と看護 3. 医療従事者としての放射線防護の基礎知識を理解する	9	93	16	118
9月21日(木)	感染管理	1. 経路別予防策 2. 感染伝播リスクを考えて、感染拡大させない対策を知り、患者さんやスタッフを守る方法を知る	3	118	9	130
10月19日(木)	がん化学(薬物)療法看護	1. コミュニケーションスキルが理解できる 2. 事例から具体的な介入方法を考えることができる	4	81	12	97
11月16日(木)	認知症看護	1. 認知症患者との接し方を理解する	3	249	18	270
12月21日(木)	皮膚・排泄ケア	1. 褥創ケアの基礎を理解する 2. 基本的な褥創予防策を知る事ができる 3. 対象に合わせた褥創予防策の実践ができる	4	102	10	116
1月18日(木)	集中ケア	1. 輸液管理の基礎知識を理解する 2. 体液の仕組みが理解できる	5	101	12	118
2月15日(木)	がん看護	1. がん患者の日常にある倫理のきづくことができる 2. 取り組むべき倫理的問題を明らかにし、効果的なアプローチ方法がわかる	5	視聴期間	6	11

松ゼミはスペシャリストが講師となり専門的な知識を受講できる研修となっている。会場・オンデマンド・院外Liveで受講可能としている。開催日は毎月1回、1昨年度から開業医・そのスタッフが受講できる木曜日に実施した。受講結果はオンデマンド数は100人以上、院外Live10人以上が5研修あり、院内・院外（地域）の看護職が知

識を習得することで看護の質向上につながる。

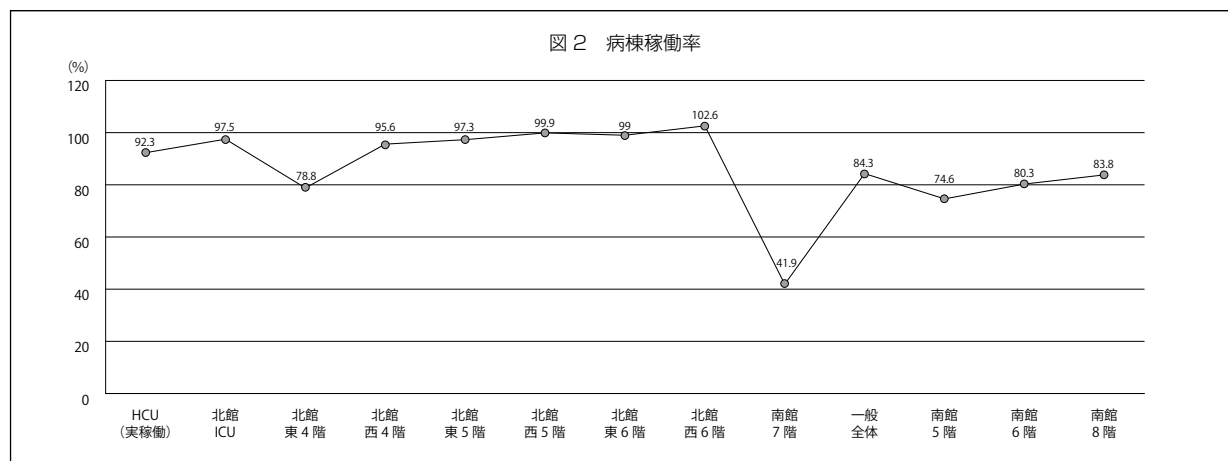
②各部署・委員会目標到達評価

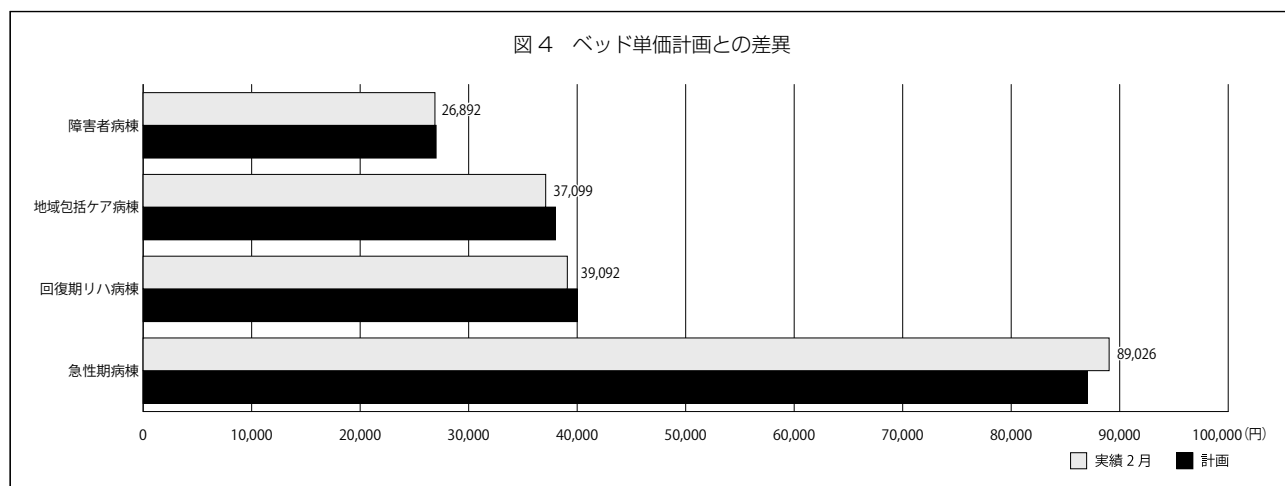
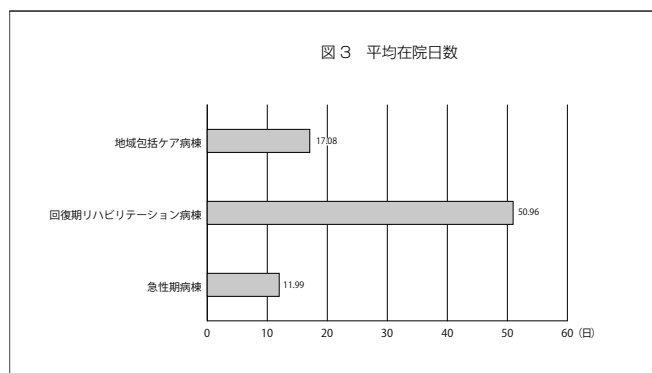
各部署目標到達評価は、外来・病棟・各部門・専従看護師等で22の目標結果はPPTにて保存し各管理者が閲覧できる。

各委員会に関しては【委員会活動】を参照

[2 の結果]

①病床稼働率・在院日数・ベッド単価





急性期病棟はN4E・S7病棟以外、全て90%以上保持することができている。N4Eは産婦人科病棟でお産件数が少ないことが影響している。また、S7はコロナ病棟への移行もあり、病床運用状況が変動的であることが要因と考える。慢性期病棟はコロナ感染症によるクラスターが起きることがある中、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟は80%以上保持できている。平均在院日数からも急性期病棟は11.99日での病床稼働が90%以上の稼働を上げ、病床回転数が高い状況で運用できた。地域包括ケア病棟では急性期からの転入や新規入院4割以上保持に努め、回復期リハビリテーション病棟でも施設基準に応じた適正稼働ができた。その結果、計画どおりのベッド単価を取得できている。コロナウイルス感染症は5類に移行したが医療現場は感染症対策を徹底しつつ看護実践を実施し、看護職の負担は軽減することがない。

②認知症ラウンド件数・身体拘束状況

高齢者入院が増え需要が多くなることを鑑み、認知症ラウンドは昨年度より実施方法を見直し、医師と認知症認定看護師の2名で実施した。その結果ラウンド件数が2倍以上に増加し、各部署では認知症患者対応の質が少しでも向上したと推測される。

身体拘束率は今年度、ICU・HCUがより高くなっている。要因は高齢者に対し、外科的・内科的治療を積極的に実施するようになってきている。それに加え、侵襲の高い継続した治療が行われ、術後せん妄にてドレーンやCV等が抜かれる可能性が高く生命の危険に直結するため身体拘束率が高くなったと考える。令和6年度診療報酬改定に身体拘束最小化チーム体制が必要となるので体制の整備をしていく必要がある。

図5 認知症ラウンド件数、昨年度との比較

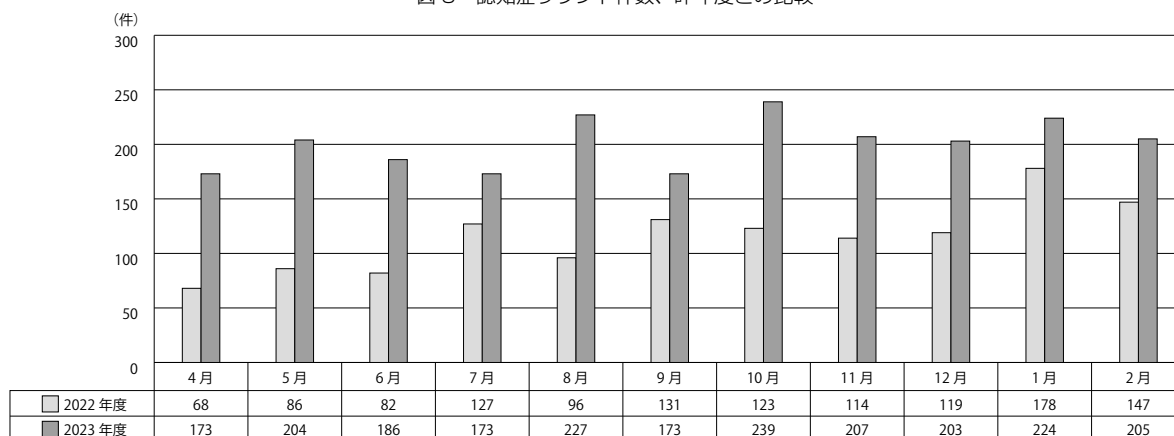
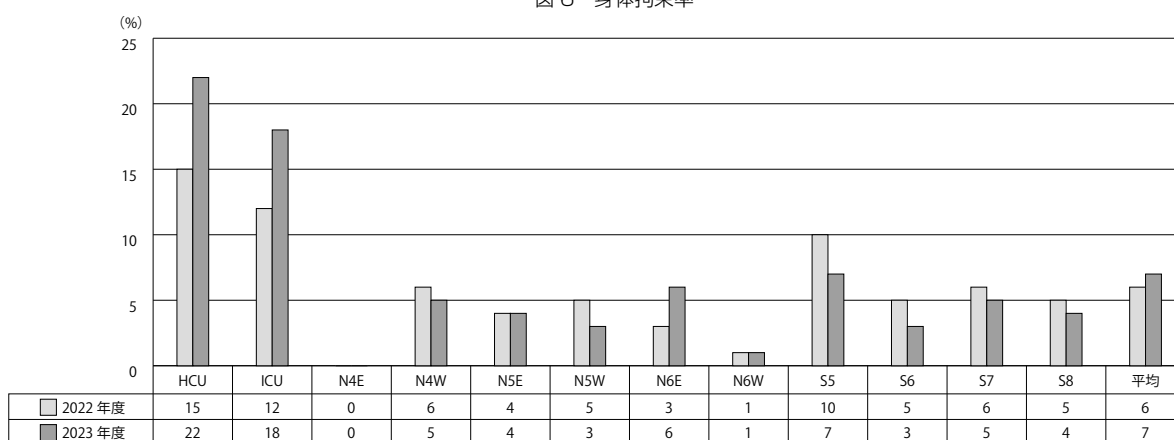


図6 身体拘束率



[3の結果]

①各チーム目標達成

(WOC：皮膚・排泄ケアチーム)

図7 褥創発生件数

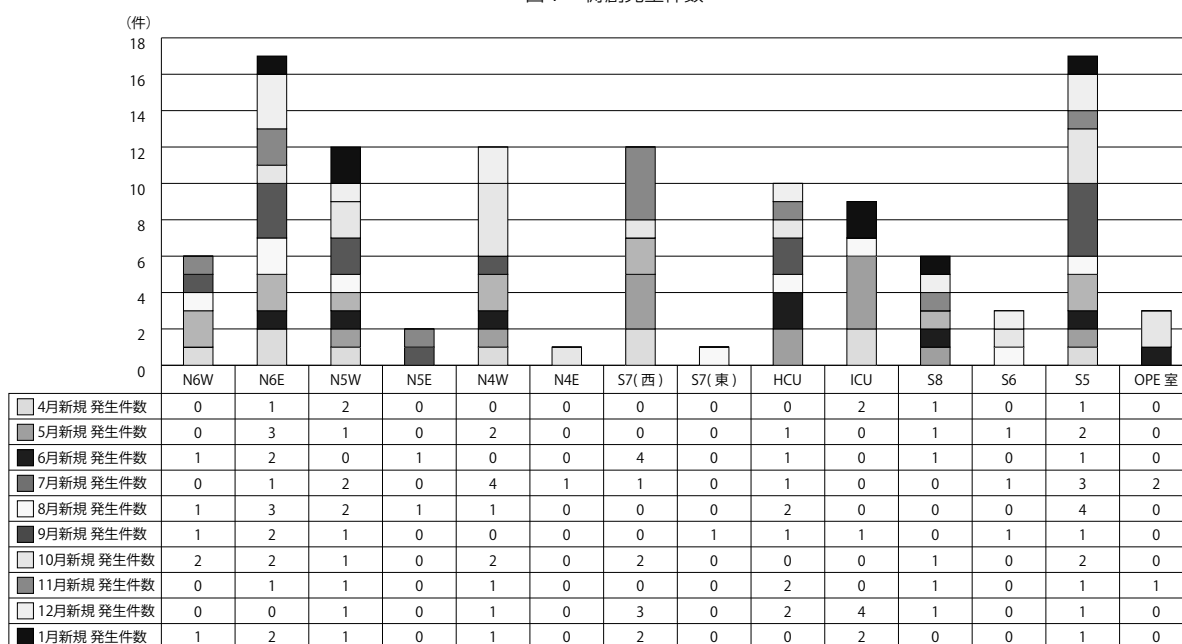
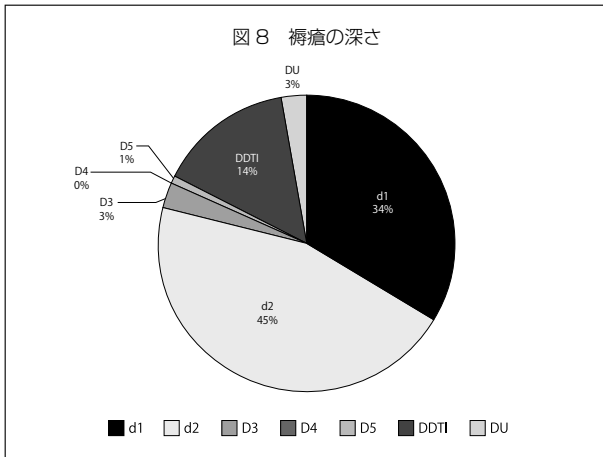


図8 褥瘡の深さ



褥瘡の件数が昨年度より増加している。DU・DOTI が 17%あり患者のケア時に十分に観察できていない状況が継続している。

d1 は 34%で早期に対応することで褥瘡が消失する結果を得ている。その後の看護計画の見直し予防的ケアをすることで褥瘡の発生が抑えられる。

発生予測される患者やすでに褥瘡がある患者に対しては、必要な予防ケア・治療が速やかに実施することが重要である。ポジショニングと定期的な体位変換、体圧分散寝具の利用、適切なスキンケアと共に、多職種が協働しチームで治療にあたることが重要である。

(ICT：感染管理チーム)

ICT は各部署のリンクスタッフが自部署の感染に関する課題を抽出し目標立案・具体策を実践することで感染対策を行っている。しかし、コロナウイルス感染症は家族が家庭に持ち込み看護職が感染し、部署クラスターになることが年間通して継続した。後期は患者が陽性者で感染するもスタッフは陰性で感染防御できていた。しかし、手指消毒剤払い出し量がコロナウイルス感染症ピーク時より減少しているので、どんな感染症に対しても防御できるよう手指衛生徹底の強化が必要である。

図9 手指消毒剤払出し量推移（法人全体）

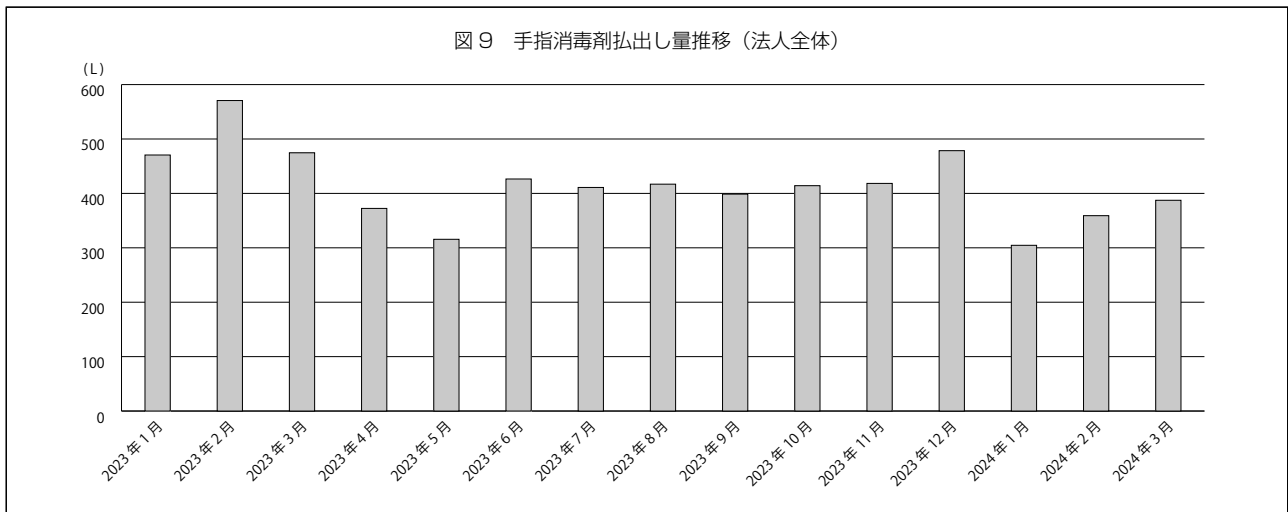
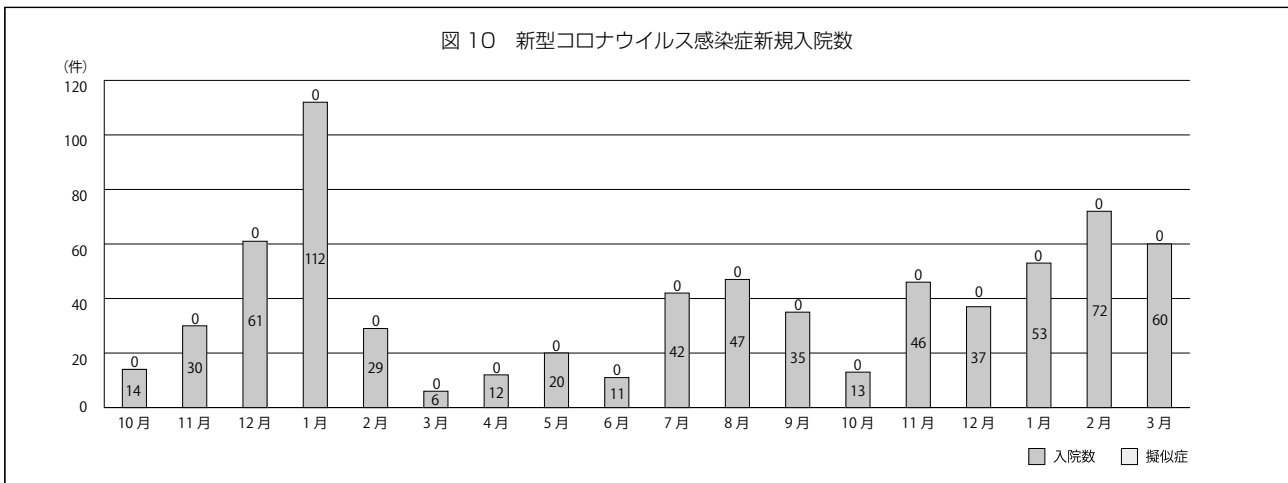
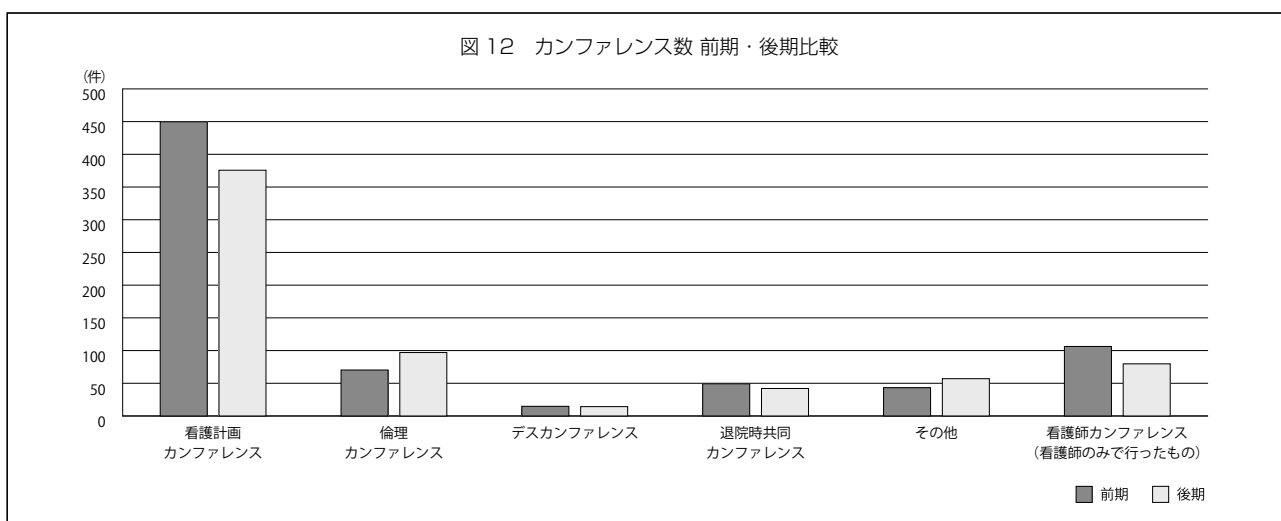
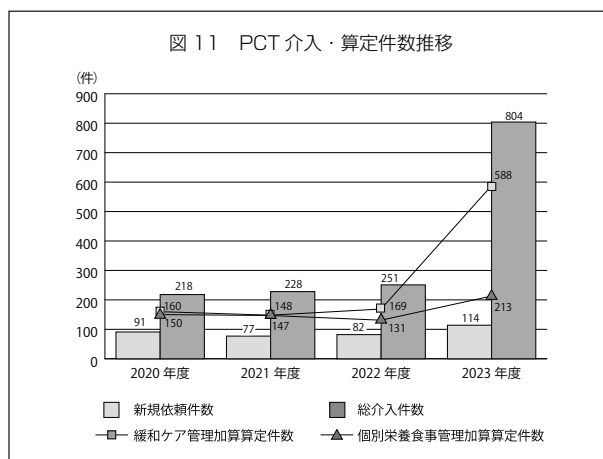


図10 新型コロナウイルス感染症新規入院数



(PCT：緩和ケアチーム)

緩和ケアは全入院患者に対して緩和ケア問診実施を開始、総介入件数が前年度より倍以上に増加する。新規依頼件数も3割増え緩和ケアが充実している。来年度よりがん診療連携拠点病院として動くことになることで徐々にがん患者が増加する可能性があり、緩和ケア介入の件数も増えていくと予測する。患者が安心・安全にがん診療を受けられることができるように整備していく必要がある。がん患者看護では特に倫理観を考慮した対応が必要であり倫理カンファレンスの件数は増加している。今後は倫理的課題を明確化し看護実践につなげていくことが重要である。



(医療安全)

図 13 インシデント・アクシデント 転倒転落・クレーム報告

	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	平均	前年度 平均
インシデント/ アクシデント	356	497	493	461	479	437	439	432	466	353	386	344	5143	428.6	404.0
レベル0	179	286	301	267	258	232	220	228	239	181	212	180	2783	231.9	228.8
レベル1	93	125	126	116	121	125	127	115	124	96	114	92	1374	114.5	102.2
レベル2	64	64	54	57	70	62	67	60	84	58	40	52	732	61.0	58.2
レベル3a	20	22	12	21	28	18	24	27	19	18	20	18	247	20.6	14.0
レベル3b	0	0	0	0	2	0	1	2	0	0	0	2	7	0.6	0.8
レベル4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.1
レベル5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
クレーム	17	21	13	9	18	19	21	23	31	35	26	33	266	22.2	14.6
転倒転落 (Lv1～)	28	27	29	28	41	43	21	31	39	33	38	32	390	32.5	36.3
レベル0	4	5	10	12	17	7	5	9	7	7	3	3	89	7.4	-
レベル1	4	5	7	5	5	13	4	3	10	5	5	9	75	6.3	13.4
レベル2	20	19	22	18	32	28	14	20	27	24	31	21	276	23.0	19.7
レベル3a	3	2	0	2	3	2	2	6	2	4	1	0	27	2.3	2.6
レベル3b	1	1	0	3	1	0	1	2	0	0	1	2	12	1.0	0.3
レベル4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
出来事	103	38	86	74	88	70	84	69	76	59	58	49	854	71.2	121.3
針刺し等	0	2	1	3	0	4	3	1	1	2	4	4	25	2.1	1.3
総計	508	590	632	587	643	580	573	565	620	489	515	465	6767	563.9	577.4

インシデント / アクシデント報告数は前年度より増加している。医療安全への意識が高くなっていると考えますが、薬剤の知識不足で起きた3bに事例がある。検査時に医師によって使用予定である静脈麻酔薬を看護師がベッドサイドでワンショットした事例である。看護職が実施することは不可逆的であり、その侵襲は患者が背負う事を常に持つことが重要である。確認事項等はマニュアルに準じることで、安心・安全な看護の提供となる。転倒転落に関しては高齢者入院が多いなか少し減少傾向である。患者の状況からアセスメントし転倒転落対策が入院直後から適切に実施できていると考える。しかし、骨折は7件と増えており床に敷くマットを取り入れることで転倒しても骨折しない取り組みをはじめていますので効果を期待したい。クレーム数に関しては前年度より増加している。毎年増加傾向であり、要因として情報共有が十分にできていないと考えられるが、患者のニーズが高くなってきている事も要因であるが、コロナ感染症クラスター予防するための面会制限継続も大きな要因となっている。来年度は面会制限を緩める方向になることを望む。

[4の結果]

①目標値：入職者数(新人40名・中途採用者30名)、

退職者数(45名)、離職率11%
時間外8時間以下。

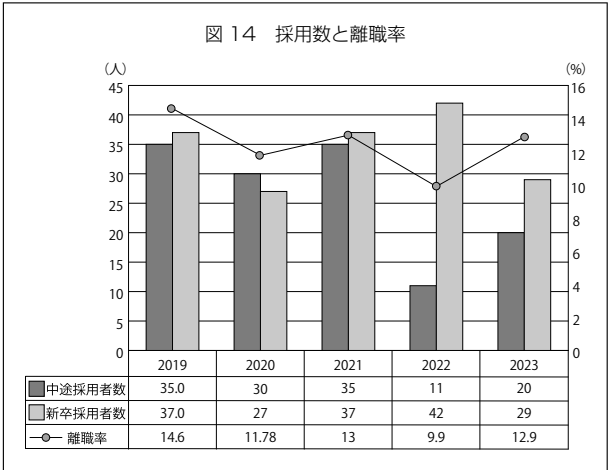
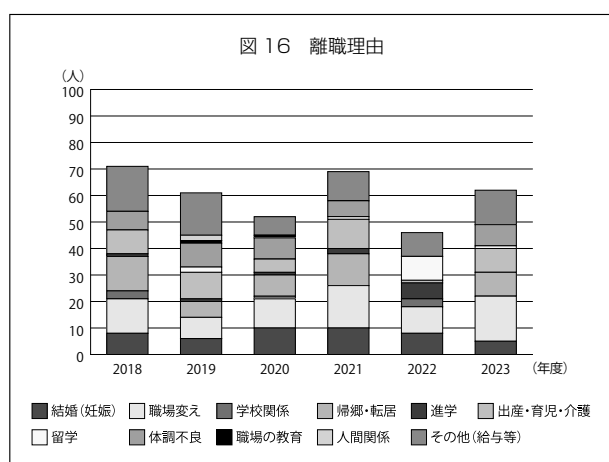


図 15 看護職合計数

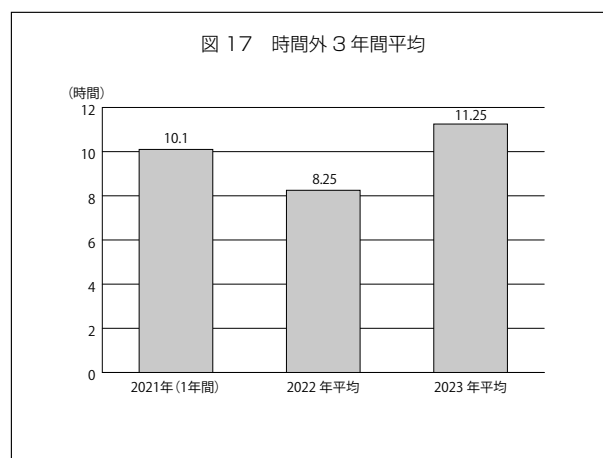
	看護職総数
2019 年	437 名
2020 年	446 名
2021 年	446 名
2022 年	453 名
2023 年	477 名

看護職は少しだが増加している。新入人口減少にともない採用が難しくなる。奨学金希望者を多く確保していくことが必須である。中途採用者においては年間を通して面接し当施設に適した人材を採用する。看護職数は産休・育休・休職が総数の10%なので、実働の看護職数は420名から440名となり、必要数486名より40名は少ない。必要数確保を目指したい。



離職率は12.9%（新人離職率10.9%）日本看護協会調査2023年3月離職率12.9%と同じで新人離職率も類似している。看護職を増やすには離職を少なくしていくことが重要となる。離職理由

は職場替えに続き体調不良（メンタル不調）が2番目となり、精神的に危険な徴候を早期に見出し対応していくことが必要である。



人員少ないが稼働率は高く、手術や検査も多く時間外が10時間以上が6割以上になる。手術や検査時間が長いため医師指示等が遅い時間となり、手術・検査後の看護実践もあることで看護職の業務量が多く2021年からの3年間で一番多い時間外となり、目標値より30%ほど高い結果となる。

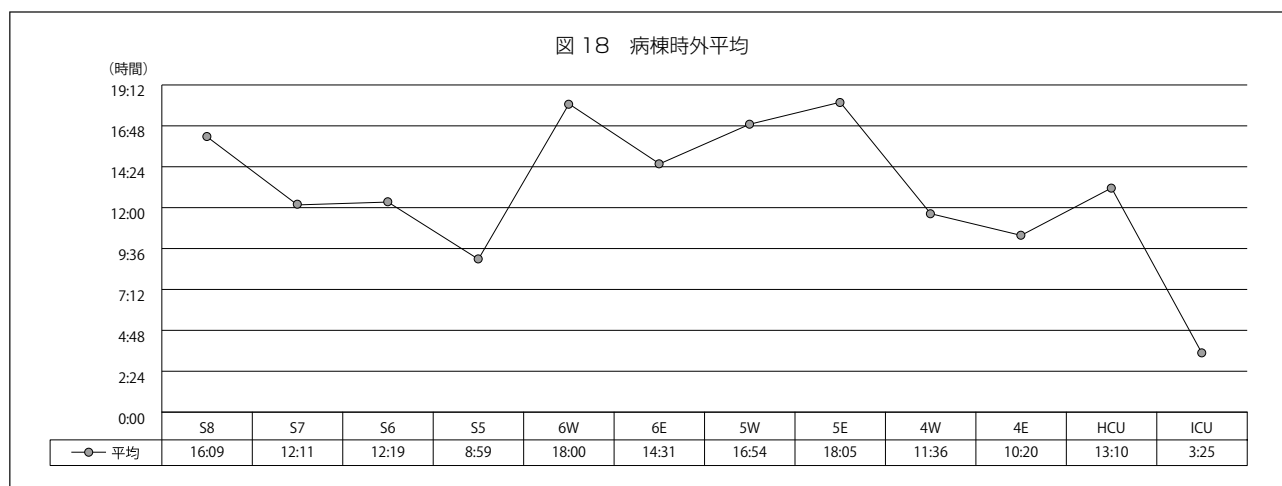
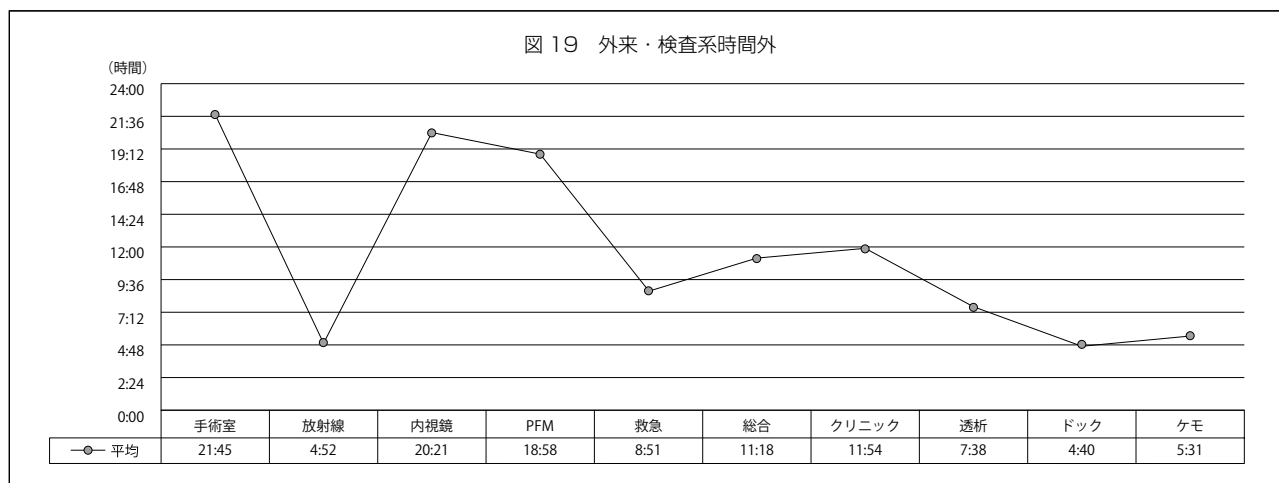


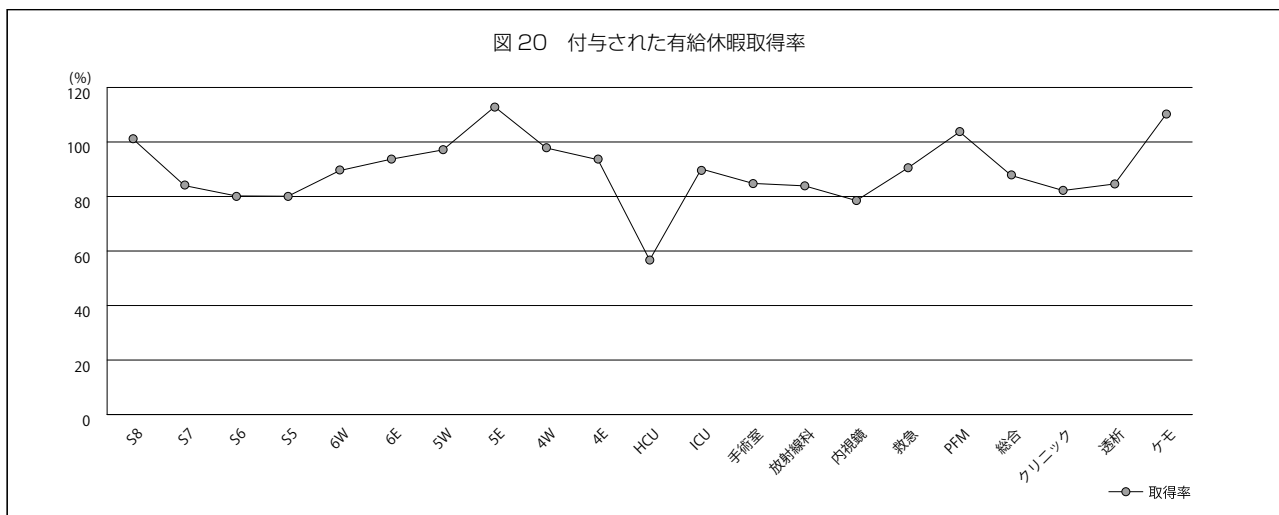
図 19 外来・検査系時間外



②付与された有給休暇取得率

100%⇒60%を目指す

図 20 付与された有給休暇取得率



付与された有給休暇取得率は100%であったが、中間評価にて修正し60%とする。その結果HCU以外は取得できる。HCUは本年度、退職・休職が多く有休取得が困難となり、計画的に各部署から応援を出す。それにより最低必要な有休5日は取得できる。有休に関しては4月から部署内で話し合い、計画的に取得予定を組むことで各々が希望日に有休取得できる確率が上がる。また、各管理者には有休取得が困難になる前に早急に対応するよう指導する。

[各部署役割結果]

(1) 一般急性期

一般急性期の各病棟は看護部目標に合わせ看護の質・経営的視点を分析して年間目標を立案し取り組み各結果をだした。コロナ感染症クラスターは昨年度と違い部屋単位で移動制限を実施し、使

用できる病床を効率的に回転させ予約入院・緊急入院を受け入れ役割を果たした。(目標2-①)しかし、病棟により病床回転率の違いがありベッドコントロールの見直しが必要である。

(2)ICU・HCU

ICUは「患者の早期回復に向け看護師の質向上」「教育体制の確率」「効果的かつ安全な看護提供」「特定集中治療加算の維持」の目標で取り組んだ。学習会や多職種カンファレンスの実施、配属者教育・ICUルールブックの見直し、安全な看護の提供では挿管チューブ自己抜管件数減少したが褥瘡件数増加した。ICU稼働・延べ患者数は増加したが、ICU1の施設基準である必要度80%以上達成できない月もあった。来年度の診療報酬改定ではSOFAスコア5点以上1割以上も追加となるため、注意が必要となる。

HCUは「やりがいと成長を実感し看護実践力を共に高めることができる」「それぞれの役割を發揮する」の目標で取組んだ。看護の振り返りレポートや勉強会開催、医療安全ではヒヤリハットの声掛けや看護過程はカンファレンス実施確認など役割を果たした。また、稼働率85%以上、必要度80%以上維持した。しかし、精神的負担から長期療養休暇が必要な看護職が増え、計画通りに目標を達成でなかった部分もあった。次年度は看護職や患者の安心・安全を配慮できるように努めていきたい。

(3) 回復期リハビリ病棟

「回復期リハビリ病棟入院料1に応じた適正稼働の維持」「回復期リハビリ病棟の個別性に合わせた看護介入」「療養環境を整え、安心で安全な治療環境の提供」「固定チームナーシングの強化」を目標に上げて取り組んだ。病床稼働率はコロナ感染が発生した4月から7月にかけて目標値を下回っていたが8月頃より達成できた。手指衛生の徹底と療養環境の清潔保持に努めていく。

施設基準である重症者(日常機能評価10点以上・FIM合計55点以下)4割以上、改善率は3割以上を維持することができた。

転倒転落件数・褥瘡発生は昨年度より減少しているが内服誤薬の発生に関して昨年度の件数が不明なため、分析を今年度より実施することで安心・安全な治療環境を提供していく。また、新たな取り組みとしてレクレーション実施を開始したので来年度はシステム化してより良い療養環境を整えていきたい。

(4) 地域包括ケア病棟

令和4年度診療報酬改定により、在宅復帰率72.5%(+2.5%)の基準に対し年間80%以上の在宅復帰率を維持することができた。直接入院割合は基準の年間40%以上を維持することができた。COVID-19の感染拡大によりここ数年間の病床稼働率は低下していたが、2023年度は年間平均84%と前年比+4%を達成できた。次年度は目標値90%を達成できるよう病床管理に努める。

また、「適切な意思決定支援に係る指針を定めていること」という地域包括ケア病棟における施設基準や当院のACPの指針をもとに短期滞在手術患

者を除く全ての患者に、入院時もしくは入院翌日までに、本人・家族との面談を行い、今後の療養上・退院後の生活に関する意向を確認した。さらに、そこで得た情報や入棟後に把握した情報を元に、入棟7日までに、退院調整カンファレンスを行い、退院後の方向性を定め、入院中に行うべき支援について検討を行った。患者本人・家族の意向に基づいた退院支援の実践は実施できるようになってきているが、実施した退院支援についての振り返りを行う機会が少ない現状がある。今後は、自宅へ退院された患者の退院後の生活状況を把握するため、これまで以上に退院後訪問や電話訪問、当法人ケアプランセンターや訪問看護ステーションとの情報共有を行い、入院中に行った退院支援についての評価・フィードバックを行い、退院支援の質の向上に努めたいと考えている。

(5) 障害者病棟

2017年12月に多剤耐性菌が発生し第3者の指導を受け感染対策を徹底し2021年3月に0名となったが、その後も1名から2名発症があり隔離対応は継続している。今後も感染予防対策を徹底する。

気管切開の呼吸器使用患者が常時5名から6名ほどあり、気管切開患者看護や呼吸器看護が必要であり教育体制を整備した。拘縮が強い患者も多いため褥瘡発生件数が昨年度より多く20件以上となっている。褥瘡予防対策を見直し件数減少を目指すと共に、多職種と協働しケアの充実をはかっていきたい。

【今後の展望】

新型コロナウイルス感染流行は今後も継続すると言われているので感染防御の徹底や早期対策に努めたい。

今年1月1日に能登半島地震の発生があり当施設はDMAT(災害派遣医療チーム)の派遣やVHJ関連施設への看護師等派遣を実施した。当施設での災害対策の見直しに関し、委員会を通じて積極的に実施すると共に地域との連携も深めていく必要がある。

看護に関しては、院内・院外に向けて専門的な知識向上を継続する。また、各チーム医療活動や固定チームナーシングの充実と共に、倫理的問題

を明確化し患者中心の質の高いケアを提供する。

今年度からは、地域がん診療連携拠点病院としての活動や地域医療連携推進法人との関わり、また 2024 年診療報酬改定や病院機能評価受審等によりシステム変更など多岐にわたり取り組む必要がある。多職種と協力し質の高い医療が提供できるよう進めていきたい。

〔文責：伊藤妙登美〕

委員会活動

【教育委員会】

2023 年度教育目標は、1. 企画した研修の整合性を合わせる（講義、実践、評価）、2. 看護教育に関わるマニュアルを見直すこととしチーム活動を行った。

1. 新人看護職員チーム

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事を目標に研修企画・運営を行った。対面研修が可能となり研修場所の工夫を行い実施した。研修は企画通り実施することができた。しかしメンタル不調により退職や長期休暇者が多くいたため、次年度はメンタルヘルス研修を増やした計画へ変更した。

2. 実地指導者教育チーム

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事を目標に研修企画・運営を行った。研修は企画通り実施することができた。しかし、担当する新人看護師の退職等により、実地指導者自身が指導方法などに悩みを抱えるケースが報告された。各部署での実地指導者へのサポート体制の見直しが必要である。前年度と同様にタスクトレーニングを行った。しかし、研修効果の評価が曖昧となっていた。手順の復習が中心となり、自身で指導をするためにどうするかを考え行うことが必要となるため研修のあり方を見直していく。

3. 継続教育チーム

ラダー認定に関わるシステムおよび書式と看護教育に関わるマニュアルを見直す事を目標とし活動を行った。研修前打合せを行い研修後評価のもと、能力育成表に基づく次年度の教育計画を作成した。また、電子カルテ簡易マニュアルの見直しを行った。今後質管理チームと連携を取り、能力育成表に基づく研修の実施と評価を行う。

4.SFC チーム

マニュアルを作成し、評価時期・内容を把握し、評価者・被評価者共に効率的な行動ができるようにする事を目標に活動を行った。ラダー評価・受講申請・認定申請についても電子システムへの移行が可能となった。手順がシステム化されたため、

申請不備がないようマニュアルを周知する必要がある。

5. 質管理チーム

育成能力表の完成とループリック評価の作成を目標に活動を行った。次年度は作成したループリックの導入を行い評価する。

目標 1 については、継続チームと質管理チームと協働し、研修担当・講師も含めて研修 1 ヶ月前に、目的・目標・内容・課題について打合せを行った。打合せを行うことで、目的・目標に沿った研修の実施ができ、研修担当者は最終確認が可能となった。目標 2 については、電子カルテ簡易マニュアルの見直しと SFC 運用マニュアルの作成を行った。2023 年度は質管理チームを立ち上げ、5 つのチームで活動を行った。各チーム目標と活動内容を委員会内で共有し、課題に対する検討を重ねた。

実習指導者チームは、実習指導者研修を、実習指導者連絡会が担当し研修を行った。次年度からの運営は、教育委員会から実習指導者連絡会に移行する。

看護部の教育方針に沿った看護師の育成が出来るよう、継続的に取り組む。

〔文責：長柄敦子〕

【基準・手順委員会】

2023 年の活動目標は、1. 看護基準・手順の改訂と活用、2. 固定チームナーシングの充実、3. 業務内容の改善とした。

1. 看護基準・手順の改訂と活用

ナーシングスキルへの移行と電子版マニュアルへの移行を行った。基本的な看護技術に関してはナーシングスキルへ移行することで、全国的に標準化された手順での実施が可能となった。また、ナーシングスキルに掲載されていない看護技術や業務手順に関しては、電子版マニュアルとして新しく作成をした。部署間での業務手順の共有ができるようになったが、浸透するまでは時間を要する考える。

2. 固定チームナーシングの充実

春日井市民病院の担当看護師による固定チームナーシングの運用についての研修を開催した。委

員が固定チームナーシングの意義と方法について理解をした上で、各部署で活動を推進した。特に、リーダー看護師とメンバー看護師の役割について学びを深めてもらい、メンバー看護師による指示受けと報告を定着させた。

3. 業務内容の改善

指示の転記による医療事故防止とペーパーレス化への取り組みとして、電子カルテ上のホワイトボードによる情報共有を最小限とした。これを習慣化することで、大幅な業務とコストの削減につながり、看護を充実させることにつながると考えている。

また、ケアミックス病院という特徴を活かし、患者が安心して地域生活に復帰できるよう、入院時の退院支援に向けた患者家族との面談のテンプレートの変更と使用基準を作成した。必要な情報を網羅し、慢性期病棟へ転棟したとしても充実した退院支援を行うことができるようになった。

〔文責：棚町祐子〕

【看護過程委員会】

2023 年度も患者の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. 実践された看護の振り返りを行ない、看護の質の向上に努める。2. 看護診断のスムーズな導入。3. 看護記録の見直しを図り、記録時間の短縮に繋げるとし、取り組みを実施した。

1. 実践された看護の振り返りを行ない、看護の質の向上に努める。

これまでも実施していたカンファレンスの内容が現状の患者に即しているのか、適切な看護提供に繋がるのかを確認するためにカンファレンス内容確認シートを作成し、カンファレンスのチェックを実施した。カンファレンスを実施し、その中で検討された内容から、徐々にではあるが看護計画の修正にまで繋げることができてきている。来年度も継続し、必要な看護提供ができるようにしていきたい。

2. 看護診断のスムーズな導入。

看護診断の導入に向け、動画教材を使用し研修

を行なった。理解度の確認のため、動画視聴後のテストによるチェックを行っており、受講した全スタッフが合格している。今後も適切な看護診断および計画立案ができるように教育を継続する。

3. 看護記録の見直しを図り、記録時間の短縮に繋げる。

立案された計画に沿って記録を記載しているが、計画によっては、毎日変わらない記録が記載される現状があった。内容を見直し、毎日経過記録に沿って記載する記録とフローシートで良いもの、また、患者によっては不必要であった記録も見受けられた。それらを認定看護師や医療安全室と協議し減少することができた。

『次年度の課題』

1. カンファレンス内容確認シートでのチェック内容を精査し、不足部分を補う取り組み、支援の実施
2. 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。
3. 実施された看護の質の確認。

〔文責：間宮賀代子〕

【接遇委員会】

2023 年度は「医療従事専門職としての接遇ができる」をテーマに掲げ、以下

①対象に合わせた接遇、適切な言葉遣い

②清潔感のある身だしなみ

③クレーム内容の情報共有を行い、改善を図る

の3つの小項目に分けた。委員会内で3チーム「挨拶チーム、身だしなみチーム、言葉遣いチーム」に分かれ、①委員自ら挨拶が出来る。また、場に応じた適切な言葉遣いが出来る。

②身なりを整える（マナーガイドブックの周知徹底）

③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出来る、を実施目標に掲げ接遇に対する意識強化をしながら活動を行ってきた。

新型コロナウイルス感染症が猛威をふるう今年度も患者家族との対面での対応が難しく、オンライン面会、電話対談、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今年度は、チーム活動を行うことで、各委員が意見を出し合いマナーブックの身だしなみ服装ポイントの修正が出来た。

また、接遇に関するナーシングスキル「接遇マナー」の受講を実施及びテストを職員に実施した。受講及びテスト実施率は、100%であった。また、委員会内の身だしなみチェックリストでは他者評価についての評価は、達成率90%程度の結果であった。他者評価に対する結果は、前年度と比べ差異はなかった。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類へと移行となったが、まだ病院の面会には制限があり、マスク生活ももうしばらく続く。マスクにより表情が見えなくても、患者家族との対応時間が限られ、「見られている」という意識が薄いと感じている。次年度も接遇委員が先導切って「あいさつ」を行い、「身だしなみ」を整え、「丁寧な言葉使い」を意識し看護職員全員の士気が高まるよう積極的な活動を行いたい。そして、接遇委員のメンバーは松波総合病院の模範となるよう心掛けていきたいと考えている。

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：中森朋香〕

【医療安全看護部対策委員会】

「医療の質向上のために、看護が提供される場での安全の確保」を目標に医療事故の未然防止及び医療事故再発防止に努めた。2023年度は2022年度に引き続き、1.薬剤関連事故予防、2.転倒転落事故予防、3.身体拘束予防、の3グループで活動を行った。各グループは目標を上げ活動を行い事故の再発、事故の予防に取り組んだ。

〔活動目標〕

1. PDAを正しく、確実に使用し誤薬を減少できる
2. 3b以上の転倒事故が減少できる
3. 身体的拘束の倫理カンファレンスが適切にできる

〔結果・評価〕

1. 患者・薬剤確認はPDAを使用し実施するよう徹底したが、PDAが異常を通知した場合も、思い込みで投薬してしまう事故が1割り程度あった。PDA使用の啓蒙活動は継続して行い、ヒューマンエラーに対する対策を今後も考える必要がある。
2. 看護部医療安全総報告数は4,693件で、内訳は3b以上の報告数が16件（レベル4及び5の報告件数は0件である）であり、転倒転落事故が12件であった。昨年度より転倒転落件数は増加しており、骨折件数も増加した結果となった。要因としては、入院患者の年齢上昇、認知機能低下患者の増加が考えられる。対策として、患者及び家族に案内する「転倒転落を防ぐために」のリーフレットを見直し、変更した。その内容も含め、多職種と情報共有し協力することで、患者の転倒・転落予防に係る必要があると考える。
3. 倫理カンファレンスの内容を確認し、記載が不足している点を把握した。その後適切な話し合いを行う目的で勉強会・各部署への伝達講習を実施し、有効なカンファレンスができるように促した。また、患者に適した身体的拘束が行われるように学習会も実施した。次年度は身体的拘束の実施状況の評価が適切にできるように活動していく必要がある。

〔文責：高橋久枝〕

現任教育

1. 新人看護師職員教育

ガイドラインにも基づき研修企画・運営・実施を行った。昨年度に引き続き新型コロナウイルス感染症に注意しオンライン研修の活用を行った。今年度は、特に新人看護職員のメンタルヘルス問題が多発したことから、新人フォローアップ研修とメンタルヘルスチェックの追加を行った。メンタルヘルスチェックの結果を踏まえ、早期介入が必要な新人看護師には個人面談を行った。しかし、この問題は年々と深刻となっているため、メンタルヘルス、フォローアップ研修回数を増やしてストレスコントロールが行えるようサポートすると共に、個人的な介入を行い、長期休暇予防、離職防止を行う必要がある。

2. キャリアラダー研修

2020年度からの5領域（看護実践・コミュニケーション・看護倫理・継続看護・看護観）を基本として研修企画運営を行った。今年度は、ラダーⅠ28名、ラダーⅡ30名、ラダーⅢ16名、2年目過程のラダーⅣ7名、ラダーⅤ4名が認定された。体調不良（新型コロナウイルス感染症、メンタル不調等）による継続参加が困難となった受講生が発生している。未受講の研修については次年度、受講できなかった研修参加、課題提出により単位修得を進めていく。

3. 指導者研修

1) 実地指導者研修

実地指導者に必要な知識、技術、態度を習得して教育的、精神的支援が出来る人材育成を目標としている。講義とタスクトレーニングを合わせた研修となった。受講生32名、研修終了率は100%となった。2年目フォローアップ研修は指導の振り返りや現状の課題をグループワークにて現場で指導に活かせるようにサポートを行った。

2) 実習指導者研修

実習指導者連絡会を中心とした研修企画運営を行った。研修受講者10名研修終了者9名（体調不良による受講困難1名）となった。実習指導者としての目的、役割、指導は勿論、教育の基本についても講義の中に組み込まれ学習をすることが出来た。具体的な指導案の立案や模擬事例からのグループワークを行い現場での実習指導に活かされる内容となった。今年度から、研修終了者を交付し院内研修終了のもと院外研修参加を促している。

4. 看護研究

研究に必要な知識習得のためナーシングサポートの活用や院外研修参加を勧めている。発表は、院外学会を目標としていく。次年度、学会発表1名決定している。院内研究マニュアル見直しを予定している。

5. その他

1) 育成能力表

2022年度から当院のクリニカルラダーにおける習得すべき知識能力について段階別に能力表を作成してきた。今年度、看護協会からの生涯学習

ガイドラインにラダー能力が追加された事も踏まえ当院の育成能力表に追加修正を行い教育委員会で承認となった。今後はマニュアルとし看護管理教育へ追加していく。

2) 松波看護育成キャリアパス

2019年から看護師キャリアパスの作成が開始となった。看護師のキャリア開発の強化のため、キャリアパスの追加修正を行い教育委員会で承認となった。2024年度から使用開始として、看護職員がそれぞれキャリアを意識した生涯設計を立てられるようにラダーⅠ、Ⅲ、Ⅳ研修開始には講義を追加し、またプラチナナースに向けての研修も検討していく。

3) IVナース（院内認定静脈注射看護師）

ナーシングサポート・スキルを中心とした知識技術の確認を行いIVナースの育成を開始した。

次年度は、チームとして確立し、専門的な技術（シャント・化学療法・造影剤）について講義、テストを行い、知識・技術の向上を目指していく。

〔文責：筋野恵里〕

【専門看護師・認定看護師】

【はじめに】

現在11分野13名の専門看護師・認定看護師が在籍し、各専門分野における看護の質向上を目的に活動している。通常の看護業務以外にも所属部署の枠を越え、組織横断的な活動を行うとともに、専門チームのコアメンバーとして委員会やリンクナース会の運営、また他職種とも連携を図り、チーム医療のコーディネーターとしての役割も担っている。

専門看護師と認定看護師で結成される看護部スペシャリスト会では、スペシャリスト間の情報共有や活動支援等を行うとともに、スタッフ教育の一環として院内認定看護師の育成や、院内外に向けた研修会「松ゼミ」を毎月実施している。また、院内だけでなく岐阜県看護協会等における県内の看護師育成や他施設からのコンサルテーション活動にも携わるなど、地域全体の看護の質向上に貢献している。

【当院の専門・認定看護師数】

がん看護専門看護師 兼 がん性疼痛看護認定看護師	1 名
皮膚・排泄ケア	3 名
感染管理	1 名
がん薬物療法看護 (特定行為研修修了)	1 名
がん化学療法看護	1 名
集中ケア	2 名
がん放射線療法看護	1 名
糖尿病看護	1 名
慢性呼吸器疾患看護	1 名
認知症看護	1 名

【日本看護協会 専門看護師の役割】

専門看護師は、水準の高い看護を効率よく行うための技術と知識を深め、卓越した看護を実践できると認められた看護師である。患者・家族に起きている問題を総合的に捉えて判断する力と広い視野を持ち、専門看護分野の専門性を発揮しながら専門看護師の6つの役割『実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究』を果たし、施設全体や地域の看護の質の向上に努めている。

【日本看護協会 認定看護師の役割】

認定看護師は、高度化し専門分科が進む医療の現場において、水準の高い看護を実践できると認められた看護師である。患者・家族により良い看護を提供できるよう、認定看護分野ごとの専門性を発揮して新柄認定看護師の3つの役割『実践・指導・相談』を果たして、看護の質向上に努めている。

【各分野の活動状況】

—がん看護・がん性疼痛看護—

小園典子

実践	がん患者の意思決定支援 (がん患者指導管理イ 74 件含む)・苦痛症状のマネジメント・疼痛緩和看護ケア・がん患者相談・リンパ浮腫患者支援・退院調整・倫理調整等 緩和ケアチームラウンド 緩和ケア外来患者対応 等	看護記録件数 計 297 件 1 回 / 週 1 回 / 週
指導	<院内> 新人研修 医療用麻薬・向精神薬の取り扱い 疼痛緩和看護 ラダーⅢ 看護倫理 「倫理的問題に対する意思決定支援」 ラダーⅣ 看護倫理 「意思決定支援の実際」 <院外> 松ゼミ がん看護 「倫理的ジレンマとの向き合い方」 岐阜県看護協会訪問看護師養成講座 「訪問看護における緩和ケア」 岐阜県総合医療センター ELNEC-J コアカリキュラム講師	2023.6.28 2024.1.30 2023.7.18 2023.11.11 2024.2.15 2023.7.25 2024.1.20 2024.2.3
相談	<患者支援> 対象：看護師 治療や療養環境に関する意思決定支援、苦痛症状コントロール、メンタルサポートに関すること等 <その他> 対象：看護師 部署内の勉強会運営に関して	11 件 2 件
その他	<学会発表> 第 5 回 看護実践研究学会学術集会シンポジスト 「がんと共に地域社会で暮らす”あなた”を支えるために看護師としてできること」 <委員会活動> 緩和ケア管理運営委員会 がんセンター委員会 チーム医療推進委員会 イノベーション推進本部委員会 ACP 支援プロジェクト	2023.9.2

—皮膚・排泄ケア—

鵜飼 淳

実践	術前ストーマサイトマーキング 外来がん患者の面談 ストーマ外来通院患者の相談対応 ストーマ保有者のステント交換時コンサルテーション 排尿ケアチームラウンド（代行） 創傷ケアコンサルテーション	2 件 2 件 日々勤務内 で実践 13 件 日々勤務内で実践
指導	＜院内＞ 新卒（中途）採用者オリエンテーション 「臥床患者の皮膚・排泄ケアの実際」演習 「褥瘡ケア」演習 実地指導者タスクトレーニング 「排泄ケア」 「褥瘡ケア」 排尿ケアチームリンクナース会 「排尿ケアオリエンテーション」 「外来排尿自立指導料算定オリエンテーション」 ＜院外＞ なし	2023.4.11 2023.4.13 2023.9.21 2023.9.21 2023.5.19 2024.3.12～13 計 2 回
相談	＜患者支援 / その他＞ 対象：看護師・医師 排尿ケアチーム介入相談、システム問い合わせ、 排尿ケアチームリンクナース目標管理対応	日々勤務内 で対応
その他	＜学会発表＞ なし ＜執筆＞ なし ＜委員会活動＞ 排尿ケア管理運営委員会 排尿ケアチームリンクナース会 チーム医療推進委員会 ＜研修＞ 令和 5 年度岐阜県看護協会認定看護管理者教育課程 ファーストレベル修了	

—皮膚・排泄ケア— 奥田容子

実践	・褥瘡ラウンド・カンファレンス ・ストーマ外来	1 回 / 週 11 件 / 月
指導	<院内> ・新人オリエンテーション 「褥瘡予防ケア」「排泄のお世話」 ・中途採用者研修 ・実施指導者研修 ・補助者研修 ・N6E「褥瘡予防、発生時における創傷被覆・保護材の選択使用方法を知ろう」 ・N4W「おむつの当て方」 <院外> ・特別養護老人ホームさくらの舞：「基本的な褥瘡対策」 ・看護協会新人看護職員教育事業 ・松ゼミ「褥瘡をつくらない～褥瘡予防対策におけるリスクアセスメントの重要性～」 ・岐阜県看護協会訪問看護事業所等専門・認定看護師派遣事業：ふれあい介護院「創傷・褥瘡ケア」	2023.4.11/13 1 回 / 月 2023.9.21 2023.9.14/27/28 2023.6.15 2024.3.14 2023.6.21 2023.8.29 2023.12.21 2024.3.21
相談	<コンサルテーション> 対象：看護師	62 件 / 月
その他	<学会> ・第 18 回日本褥瘡学会中部地方会 じゅうろくプラザ 実行委員 ・第 25 回日本褥瘡学会学術集会 ・第 41 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 <委員会活動> ・褥瘡対策委員会 ・チーム医療推進委員会	2023.6.10 2023.9.1 ～ 9.2 2024.2.9～2.10

—感染管理— 文字雅義

実践	・感染対策チーム（ICT）会議、ラウンド ・抗菌薬適正使用支援チーム（AST）症例検討 ・感染対策向上加算相互評価 ・院内新型コロナウイルス感染症対策本部会議 ・岐阜県新型コロナウイルス感染症対策本部会議 ・感染対策向上加算に係る地域連携訪問指導 ・新興感染症発生を想定した訓練 ・感染対策地域連携カンファレンス ・感染対策サーベイランス（JANIS、J-SIPHE）他	1 回 / 週 1 回 / 週 2 回 / 年 適宜 適宜 11 施設 2023.8.26 2 回 / 年 1 回 / 月
----	---	---

指導	<院内> ・看護補助者研修「感染防止の基本・標準予防策」 ・外部委託業者研修「感染防止対策の基礎」 ・新入職者 / 中途採用者研修「当院における感染防止対策」 <院外> ・令和5年度医療従事者を対象としたウイルス肝炎研修会 「医療従事者の肝炎ウイルス感染予防対策」 ・松ゼミ 感染管理 「感染拡大を防ぐ方法～ナッジ理論（強制しない感染対策の啓発）」 ・新型インフルエンザ等防護服着脱訓練 （対象：岐阜保健所、市町保健衛生関係課、管内消防職員）	2023.5.29/ 6.2/6.23 2023.9.21/9.22 1回 / 月 2023.6.3 2023.9.21 2023.11.6
相談	<院外他施設> 対象：全職種 ・看護学校での結核疑似症発生時の対応 ・新型コロナウイルス発生および濃厚接触に該当する場合の対応 <院内> 対象：全職種 ・感染対策全般	件数 電話相談 6件 / 年 5～10件 / 日
その他	<執筆> ・感染対策の背中を押す動機づけ, 感染と消毒, 2023;30(2):108-111 <委員会活動> ・院内感染対策委員会 ・チーム医療推進委員会	2023.11.10

—がん薬物療法看護認定看護師— 野々垣智子

実践	地域がん診療連携拠点病院取得に向けての活動 がん患者指導管理料イ がん治療センターカンファレンス参加 がん治療センター勉強会 がん薬物療法実施件数（がん治療センター実績） がんセンターだより発行（隔月） 高齢者機能評価（G8）システム AYA 世代支援システム	45 件 12 回 19 回 4,210 件 2023.1 ～ 2023.12 ～ 2024.1 ～
指導	<院内> 新人研修：がん薬物療法 がん薬物療法について ～知っていてよかったがん薬物療法の基礎知識～ 講師 ラダーⅡ：看護倫理講師 院内認定看護師育成講義 講師 院内認定看護師育成 ラダーⅣ・Ⅴ 課程院内発表サポート	2023.3.3 2023.7.21 8 回 1 名 1 名

相談	<患者支援> 治療と仕事の両立支援 日常生活支援など がん患者・家族のつどい再開	適時 10月より
その他	<研修・学会参加> 第21回日本臨床腫瘍学会学術集会 第85回血液学会学術集会 第13回東海乳がん研究会 <研修参加> 日本看護協会認定看護管理者ファーストレベル <委員会活動> がんセンター運営委員会 がん薬物療法委員会 がんゲノム医療準備委員会 院内感染対策委員会 病棟外来運営委員会 教育委員会 新人研修担当	2024.2.22～24 2023.10.13～15 2024.1.20 2023.4～7

—集中ケア— 長柄敦子

実践	重症患者の管理 病棟スタッフ教育 等 呼吸ケアラウンド 早期離床・リハビリテーション	日々勤務内で実践 135件 203件
指導	<院内> ラダーⅢ 看護実践：「リーダーとしての患者安全管理」 シミュレーション研修 新人研修：「心電図の管理」 実地指導者研修：「モニター心電図」 タスクトレーニング ：「吸引・酸素療法」	2023.9.19 2023.10.3 2023.6.22 2023.6.8 2023.6.12～ 6.30（8日間） 2024.2.14
相談	<その他> 対象：看護師 部署内の勉強会に関すること 患者の状態管理に関すること 人材育成に関すること、教育プログラムの作成	4件 日々の勤務内で実践

その他	<学会発表> 第4回日本フットケア・足病医学会年次学術集会 「心臓血管外科外来におけるフットケア外来看護師の爪切り技術の実践報告」 <委員会活動> 糖尿病看護リンクナース勉強会 ・インスリンナース 51名認定 チーム医療推進委員会 <勉強会> ・外来勉強会1回 ・クリニック内科外来勉強会3回 ・持続血糖測定器リブレ勉強会 リンクナース対象：1回 内科外来看護師対象2回 ・持続血糖測定器DexcomG6勉強会 内科外来看護師対象1回	2023.12.22
-----	---	------------

—皮膚排泄ケア— 佐々亜由美

実践	・ストーマ造設患者支援 ・排泄ケア支援が必要な患者への患者支援 ・創傷ケアが必要な患者支援 ・排尿ケアラウンド（水） ・ストーマ外来患者対応（水・木）	日々勤務内で実践 // // 468件/年 134件/年
指導	<院内> 新人研修：ポジショニング・褥瘡予防の実際 臥床患者の皮膚排泄ケア タスクトレーニング：体位変換 / おむつ交換 補助者研修：体位変換 / 背抜き 病棟勉強会（N4W）：正しいおむつ使用について （N6W）：ストーマ勉強会 （N6W）：褥瘡予防勉強会	2023.4.13 2023.4.11 2023.9.21 2023.9.14/28/10.4 2024.1.30 2023.7.20/10.19 2023.6.15/22
相談	<患者支援> 対象：看護師 ・ストーマケアおよび退院調整に難渋する患者支援についての支援 ・排泄障害を抱える患者への支援	3件 1件
その他（例）	<学会参加：オンデマンド含む> ・第35回日本老年泌尿器科学会管理学術集会 ・第32回 日本創傷・オストミー失禁管理学会 ・第25回日本褥瘡学会学術集会 ・日本ストーマ・排泄リハビリテーション ・第5回看護実践研究学会学術集会 <委員会活動> ・排尿ケア管理運営委員会	2023.5.25 2023.7.8～9 2023.9.1～2 2024.2.8～9 2023.9.2

—慢性呼吸器疾患看護—

佐藤めぐみ

実践	メンバーとして日々の看護業務にて呼吸に関わるケア、管理等を実践している	日々勤務内で実践
指導	<院内> 病棟内新人・中途研修 NPPV、NHF	2023.1
	患者：HOT 導入患者に対し HOT 導入についての指導	2023.2
相談	日々の業務内で他のメンバーからの相談対応	日々勤務内で対応
その他	なし	

※ 2023 年 12 月より活動再開

[文責：小園典子]

薬 剤 部

【人員体制】

薬剤師	40 名
CRC	2 名
事務職員	9 名

(令和6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	4 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

9月22日（金）18：00～19：30

トレーニングレポートの活用

XELOX 服用中の味覚障害について

スギ薬局 小栗智子先生

グループワーク

～トレーニングレポートについて～

梅原由佳理

3月15日（金）19：00～20：30

「がん薬物療法における薬薬連携」

ePRO（electronic Patient Reported Outcome）
 のご紹介

株式会社 Welby 銭谷聖子様

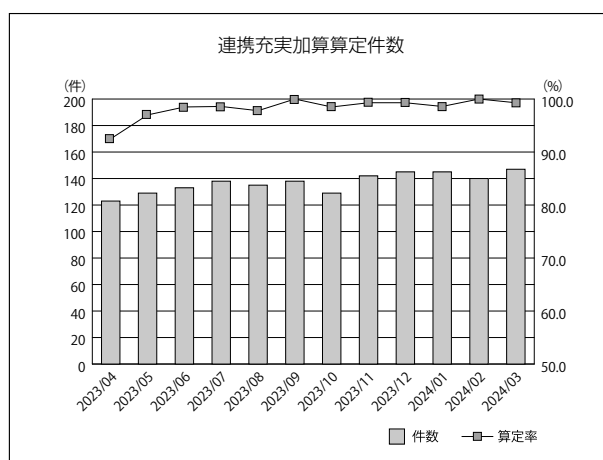
ホルモン療法のフォローアップについて

曾我杏莉沙

2. 連携充実加算

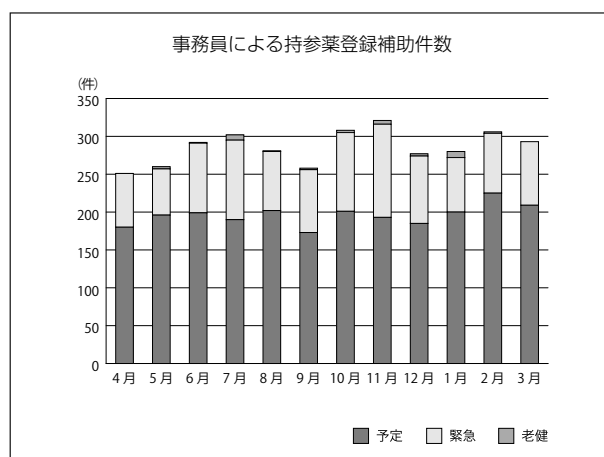
外来がん薬物療法を受ける患者に診察前面談を実施し、副作用の把握、支持療法の処方提案を行った。Welby 社の ePRO、マイカルテ OCN を 8 月に疼痛コントロールの患者に、2 月からは抗がん剤治療中の患者に導入し、患者サポートに活用を開始した。

治療内容、副作用についてお薬手帳を用いて保険薬局へ情報提供した。情報提供実施と連携充実加算の医事算定状況を確認し、算定漏れ対策を行った。



3. タスクシフティング

持参薬登録業務の事務職へのタスクシフトが進んだ。



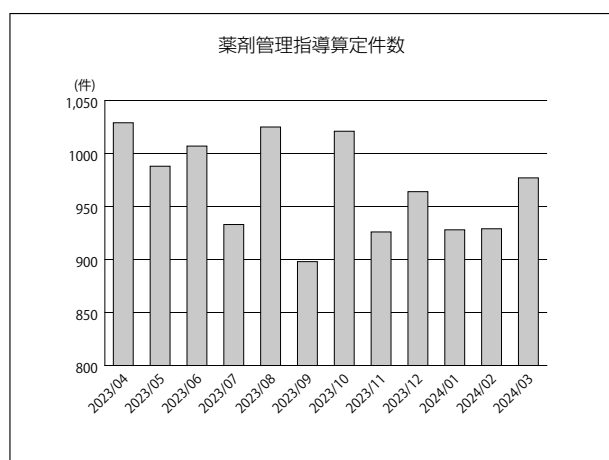
【調剤業務】

	総合病院	クリニック
院外処方率	97.5%	100%
入院調剤処方せん枚数	57,477 枚	
入院注射処方せん枚数	148,477 枚	
透析院内処方せん枚数	70 枚	
老健院内処方せん枚数	2,107 枚	

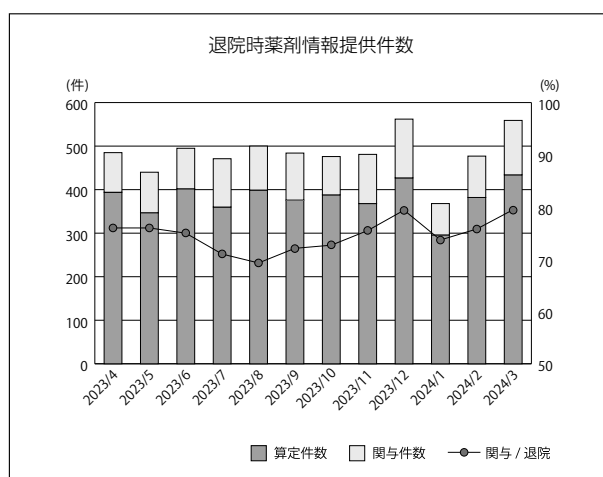
【病棟業務】

薬剤管理指導	11,625 件
退院時服薬指導件数	4,611 件

薬剤管理指導算定件数 900 件 / 月を目標とした。9 月のみ下回ったが、他の月は目標をクリアでき、平均 969 件 / 月の実施となった。特に薬剤管理指導 1（特に安全管理が必要な医薬品が投薬または注射されている患者に対して行った場合：380 点）の増加が目立った。実施件数の増加だけでなく、診療報酬の理解と正確な電子カルテ入力も要因である。

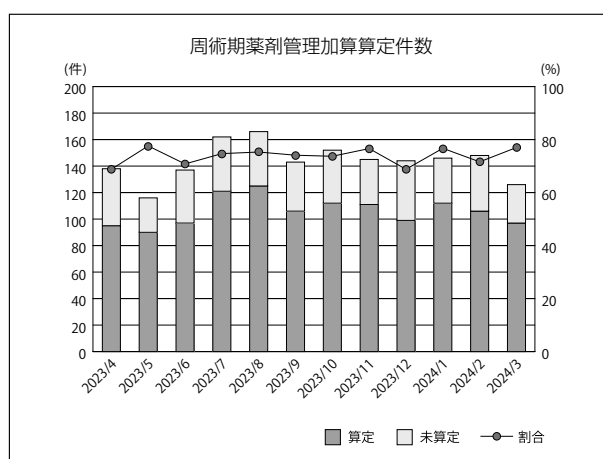


退院時情報提供は自宅での薬物治療継続のために不可欠である。退院患者（死亡退院を除）の 74.7% に指導を実施し、前年度よりも 13% 増となった。



【周術期薬剤管理加算】

周術期薬剤管理件数は平均 106 件 / 月と増加した。



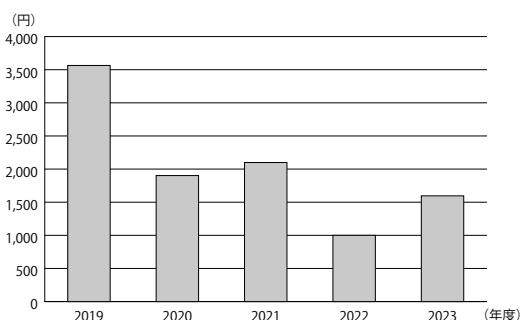
【薬品管理】

医薬品用温度管理冷蔵庫、ノヴァム、キュービックスを活用してきたが、1 月に 2 台目のキュービックスを導入した。これらの冷蔵庫内の医薬品の返品・交換は年間 1,100 万円であった。

高額な患者限定経口抗がん剤の廃棄が廃棄金額を増加させた。この廃棄発生以降、定期的に未開封患者限定医薬品を確認し、返品検討することにより約 300 万円の廃棄を防いだ。

処方状況や期限切れ、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 64 品目を採用中止、42 品目を院外専用、26 品目を必要時発注とした。

期限切れ廃棄薬品費（税抜）



【治験管理室】

1 月から CRC2 名体制となった。

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
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

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

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

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）

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）

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

- 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)
- 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ボラツズマブ 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)

グラクソ・スミスクライン社依頼の「成人の NASH 患者を対象とした GSK4532990 の第Ⅱ b 相試験」の非盲検 CRC を担当した。

【薬学生実務実習受入】

第 2 期 (5 月 22 日～ 8 月 4 日)、第 3 期 (8 月 21 日～ 11 月 2 日)、第 4 期 (11 月 20 ～ 2 月 9 日) で実務実習を受け入れた。

岐阜薬科大学	27 名
名城大学	1 名
金城学院大学	1 名
愛知学院大学	1 名
名古屋市立大学	1 名
鈴鹿医療科学大学	1 名

〔文責：松本利恵〕

手術室

【人員構成】

麻酔科医常勤	7 名
非常勤	1 名
看護師	21 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）手術室スタッフが手術時は担当

	件数 (2023/2022)	前年比 (%)
総手術件数	4,218/3,983	105.9
手術室使用数	5,259/4,968	105.8

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：37 件
ロボット支援手術（ダヴィンチ使用）
外科手術：109 件
Hybrid 手術室
大動脈ステント内挿術（胸部 24 件、腹部 29 件）
その他下肢血管手術（39 件）
経カテーテル大動脈弁留置術 [TAVI]（18 件）

診療科別手術件数（ ）内は前年比。

診療科	件数 (2023/2022)	前年比 (%)
消化器・一般外科	919/913	100.6
整形外科	778/742	104.8
産婦人科	193/182	106.0
脳神経外科	164/106	154.7
泌尿器科	360/387	93.0
呼吸器外科	66/82	80.4
耳鼻咽喉科	78/55	141.8

眼科	804/702	114.5
形成外科	439/405	108.4
心臓外科	332/346	95.9
歯科口腔外科	58/38	152.6
循環器内科	18/16	112.5
その他	9/9	100.0

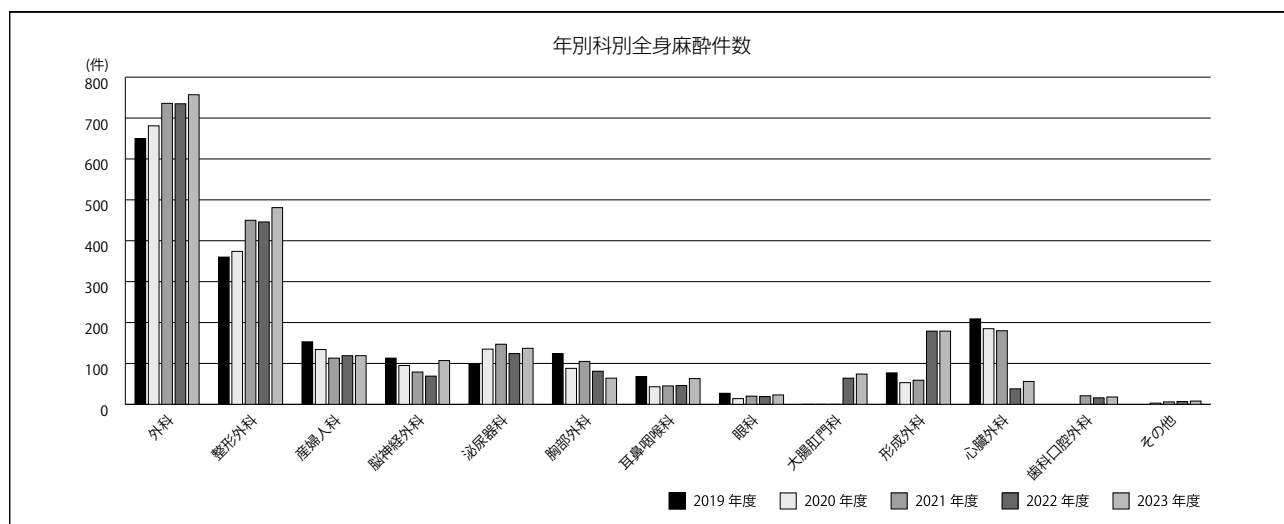
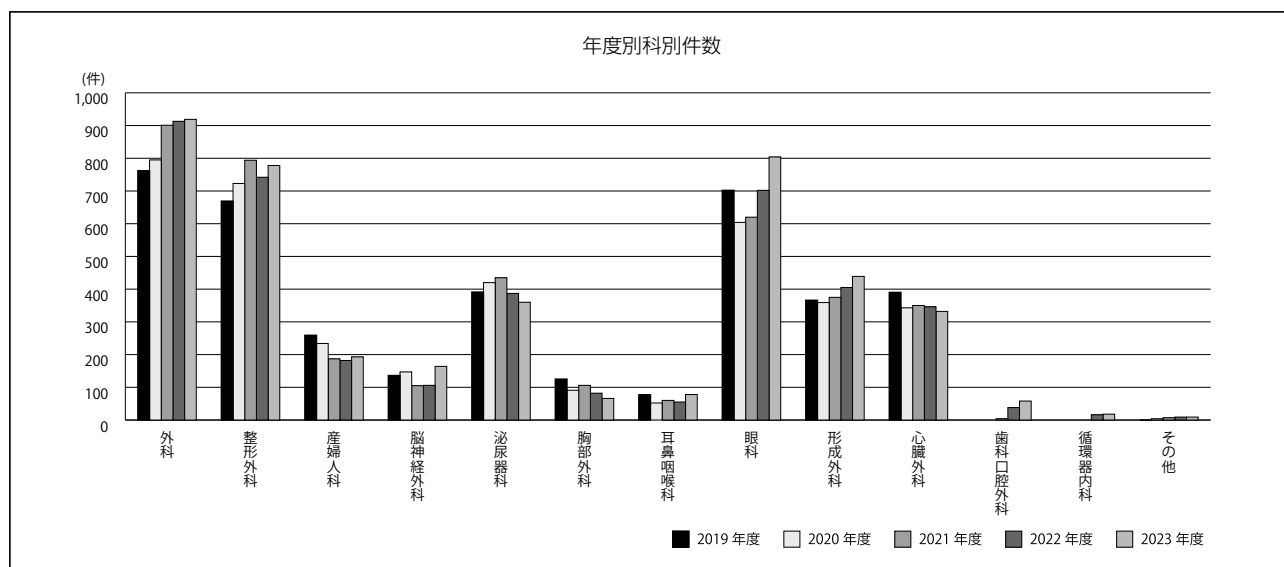
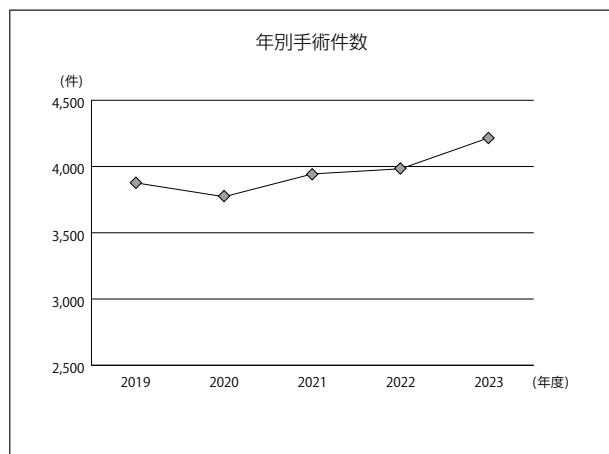
今年度は『手術室基準を基に手術室看護が実践できる』を目標とし手術室運営を行ってきた。手術件数は順調に増加し、Da Vinci 手術に関しては、外科が 100 症例を超えて実施された。泌尿器科に関しては、9 月から BioJet が開始され 40 症例が実施された。2024 年に入ってから Da Vinci は Xi に更新された。外科以外の呼吸器外科や泌尿器科でのダヴィンチ症例も増加してきている。

手術室内では多職種で業務を実施しているため、手術前にブリーフィングを実施し情報共有に努めてきた。ピッキング表の変更を行い、業務部に SPD 物品のピッキングをタスクシフトすることができた。また、手術室内での災害訓練を実施し消化器の場所や各ルームからの情報の伝達について確認した。

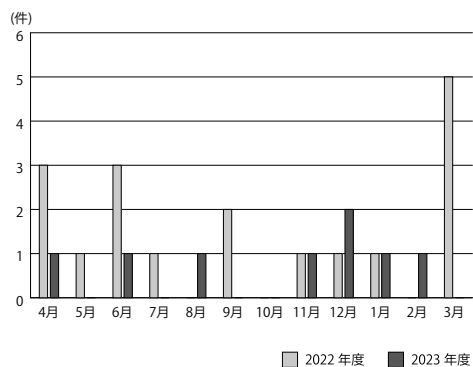
手術室 CE は、医師からのタスクシフトとしてスコープオペレーター業務を 2022 年より開始している。医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大を行っていけるように、今後は、麻酔科医とのカンファレンスの実施を行い、安全・安楽な手術を患者に提供出来るように研鑽していきたい。

〔文責：脇坂志保〕

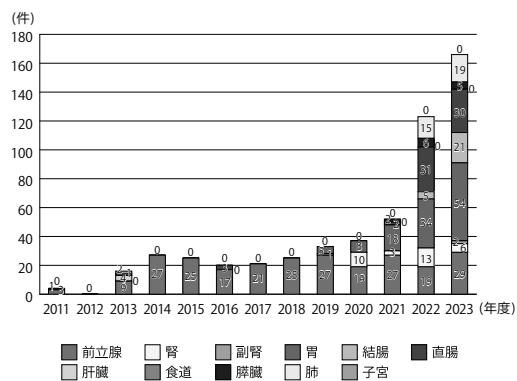
【過去 5 年の手術件数推移】



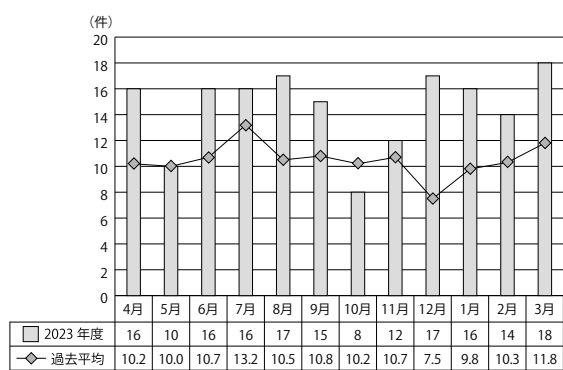
CEによるスコープオペレーター



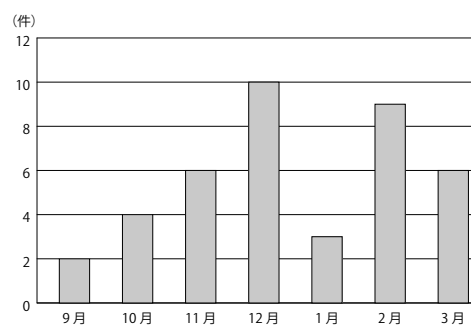
da Vinci 総件数



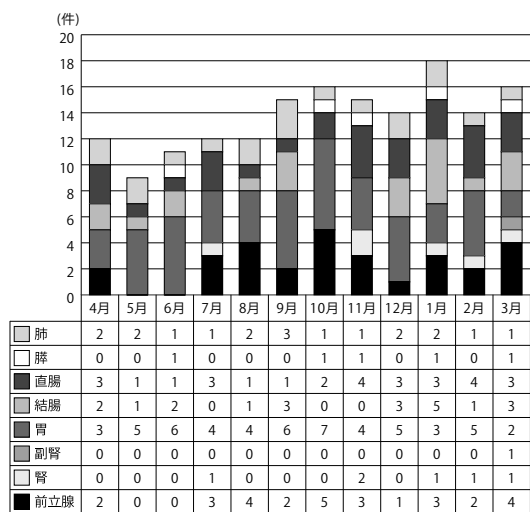
MEPモニタリング実施件数



2023年度 BioJet 件数



ダヴィンチ手術件数部位別



中央検査室

【人員体制】

臨床検査技師（常勤）	51 名
（時短：5 名、育休：4 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
保健師（非常勤）	1 名
准看護師（非常勤）	1 名

【管理職】

部長	1 名
課長	3 名
主任	3 名
副主任	2 名

（2024 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】

2023 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とにより、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。心臓運動負荷（トレッドミル）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、泌尿器科外来で行っていた、検尿、尿沈渣の検査を中央検査室にて検査を請け負うことにより、泌尿器科外来の業務軽減に寄与することができた。また、産婦人科外来

における妊娠反応検査試薬を中央検査室から払い出しを行うことにより、試薬の有効管理を行うことができた。院内測定項目の拡大として、心臓血管外科より血小板凝集能検査の院内実施の依頼があり、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。また細胞表面マーカー検査を院内で行うため、フローサイトメーターの新規導入を行った。これにより検査結果報告の迅速性が向上し、早期診断・治療を行うことが可能となり、患者負担の軽減につなげていきたい。

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。また、微生物感受性検査装置の更新を行うことができ、微生物感受性検査の安定稼働を継続することが可能となった。

2023 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。

生理検査	2021 年度	2022 年度	2023 年度
心電図	17,626	17,216	17,640
ホルター心電図	778	791	728
呼吸機能検査	774	788	1,530
脳波検査	116	88	89
聴力検査	9,226	9,455	8,922
腹部超音波	7,441	7,419	7,539
体表超音波	4,736	4,841	4,902
心臓超音波	4,858	4,583	5,105
簡易 PSG	57	42	46
精密 PSG	7	17	18
ABI・PWV	602	589	763
神経生理	493	420	369
採血	67,289	67,908	70,413

院内検体検査	2021 年度	2022 年度	2023 年度
総合病院	1,110,958	1,169,770	1,588,738
クリニック	974,547	994,300	699,150
ドック	227,338	230,657	223,839
院内検査合計	2,312,843	2,394,727	2,511,727

外部検体検査	2021 年度	2022 年度	2023 年度
総合病院	27,569	26,577	38,265
クリニック	30,718	31,110	27,284
ドック	3,381	3,306	3,162
外部検査合計	61,668	60,993	68,711

輸血検査	2021 年度	2022 年度	2023 年度
検査件数	19,684	18,757	20,238

病理検査	2021 年度	2022 年度	2023 年度
迅速標本	145	124	149
組織標本	4,762	5,010	5,025
細胞診標本 (婦人科)	3,907	3,856	3,843
細胞診標本 (その他)	1,582	1,457	1,621
免疫染色	5,667	6,182	5,652

婦人科部門	2021 年度	2022 年度	2023 年度
TESE	7	11	3
人工授精	71	78	60
体外受精	17	21	16
顕微授精	37	64	54

【学会・研修会発表】

- ・第 71 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における検査技師の役割―岐阜県合同輸血療法委員会活動報告―」
- ・第 38 回 岐阜県病院協会医学会
「当院の輸血に関連したインシデントの分析について」
- ・血液内科セミナー
「岐阜県の輸血療法向上を目指した検査技師の活動」
- ・病院薬剤師研修会
「輸血検査について」
- ・岐阜県造血障害 Web セミナー
「輸血療法における検査技師の活動」
- ・クリニカル Web セミナー「輸血と血友病」
「岐阜県合同輸血療法委員会専門部会における検査技師のかかわり」
- ・岐阜県タバリス錠発売記念 WEB 講演会
「輸血療法向上にむけた検査技師のとりくみ」
- ・岐阜県臨床検査技師会精度管理報告会
「令和 5 年度岐阜県臨床検査技師会精度管理報告 輸血部門」
- ・岐阜県臨床検査技師会精度管理報告会
「令和 5 年度岐阜県臨床検査技師会精度管理報告 生理検査部門」
- ・岐阜県糖尿病指導療養研修会
「糖尿病患者の理学療法に必要な検査について」

【誌上発表】

- ・「令和 5 年度岐阜県臨床検査技師会精度管理
報告輸血部門」岐阜県臨床検査技師会
令和 5 年度精度管理事業部総括集

【認定資格】

- ・超音波検査士 :7 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)
- ・ 心電図検定 1 級 :2 名
(日本不整脈心電学会)
- ・ 心電図検定 2 級 :2 名
(日本不整脈心電学会)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 二級検査技師 (血液) :1 名
(日本臨床検査同学院)
- ・ 認定臨床エンブリオロジスト :1 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)
- ・ 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)
- ・ 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 :4 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】

2024 年度も、臨床側サイドへの迅速で正確な検査結果報告に努めていく。

生理検査部門では、更新した心臓運動負荷（トレッドミル）検査装置を含む、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および、カテーテルを用いた大動脈弁留置術（TAVI）への積極的な参画を行っていききたい。

輸血検査部門では T&S の効果的運用を行い、さらなる血液製剤の有効利用、廃棄率削減へつなげていきたい。

細菌検査部門は、休日運用体制の継続により、院内の感染対策に貢献していく。

2024 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推し進めていく。

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 11 名（内非常勤 2 名）

計 15 名

（2024 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 月と 7 月に各 1 名が入職、12 月に 1 名が異動で増員。7 月に退職し 9 月に非常勤での再雇用が 1 名。11 月から 1 名が産休をとっている。

【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。

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、HCU では平日 2 名、ICU においては 1 名の管理栄養士を 365 日配置し栄養管理を実施している。48 時間以内の経腸栄養開始率は、ICU で 63.9%、HCU は 73.8%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、月平均 94 件介入した。

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、2022 年度は新型コロナウイルス感染症の影響にて指導件数が減少していたが、月平均 382 件から 433 件と 2023 年度は徐々に増加した。

『外来栄養指導』

生活習慣病関連の継続した栄養指導の他、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、件数は少ないが、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、2022 年度の月平均 384 件から 402 件に増加した。

『人材育成』

より専門知識を生かした活動ができるよう、WEB 開催の研修会も含め、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

新型コロナウイルス感染症陽性患者に対し、ディスポ食器を使用して給食を提供していたが、2024 年 3 月に中止し、通常通りの食事提供方法に戻した。

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：15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：2名
(日本栄養士会)
- ・病態栄養専門管理栄養士：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：6名
(日本糖尿病療養指導士認定機構)
- ・心不全療養指導士：2名
(日本循環器学会)
- ・生活習慣改善指導士：1名
(日本肥満学会)

【学会実績】

2023年10月29日

第38回岐阜県病院協会医学会

「血液腫瘍内科入院中の化学療法実施患者に対する
PG-SGA-SFを用いた栄養状態の把握と栄養管理に
繋げていく方法の検討」

郷なつね

2023年11月25日

第32回岐阜県栄養改善学会（学会賞）

「頻繁に食事を求める糖尿病認知症患者に対し、分
割食を用いて多職種で介入した一例」

郷なつね

【講師実績】

2023年5月20日

症例から学ぶスキルアップセミナー in 岐阜
堀 弘美

【表彰】

- ・日本栄養士会会長表彰
堀 弘美
- ・岐阜県栄養士会会長表彰
前田朋子

〔文責：堀 弘美〕

2023 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	118	98	105	90	115	108	95	97	106	104	101	99	1,236
	外来	6	6	7	8	8	14	6	8	5	2	6	6	82
脂 質 異 常 症	入院	43	42	68	54	45	57	43	26	35	29	31	43	516
	外来	1	2	0	1	2	0	2	1	1	0	0	1	11
心 疾 患 ・ 高 血 圧	入院	79	70	77	92	113	72	91	77	95	73	95	91	1,025
	外来	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
高 尿 酸 血 症 ・ 痛 風	入院	4	0	2	4	0	4	2	1	2	4	3	2	28
	外来	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
腎 疾 患	入院	22	35	37	34	28	41	39	30	20	33	24	27	370
	外来	19	20	22	27	26	26	18	17	27	26	21	25	274
肝 疾 患	入院	10	9	13	6	1	11	14	5	9	12	13	7	110
	外来	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	6
消 化 器 疾 患	入院	13	2	10	19	18	12	15	17	17	7	7	13	150
	外来	1	2	2	2	4	5	3	2	3	2	1	2	29
膵 疾 患	入院	2	4	5	3	0	6	2	2	2	2	1	1	30
	外来	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
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	4	6	4	8	5	8	1	2	6	6	57
	外来	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	1	4	25
貧 血	入院	4	2	4	1	10	6	4	8	3	5	8	6	61
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
嚥 下 障 害	入院	2	6	1	5	3	4	2	4	8	2	1	9	47
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
が ん	入院	101	119	125	99	105	112	119	90	89	83	99	106	1,247
	外来	1	21	22	23	25	15	27	28	20	17	27	18	244
がん化学療法	入院	3	4	5	4	4	5	7	4	1	7	10	10	64
	外来	52	59	67	49	29	65	67	53	69	51	51	60	672
低 栄 養	入院	16	18	24	14	25	27	24	21	11	14	19	22	235
	外来	0	1	1	1	0	0	2	2	2	2	4	1	16
低 栄 養 (PFM)	入院	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	外来	2	6	5	3	8	11	7	5	0	0	3	1	51
そ の 他	入院	2	0	2	1	1	1	1	0	2	3	4	6	23
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
入 院 計		421	414	482	432	472	474	464	390	401	380	422	448	5,200
外 来 計		85	120	130	117	104	139	136	119	130	103	115	118	1,416
合 計		506	534	612	549	576	613	600	509	531	483	537	566	6,616

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	190	173	160	163	166	153	160	149	145	150	125	133	1,867
脂 質 異 常 症	15	15	16	14	12	17	11	12	12	15	12	17	168
心 疾 患・高 血 圧	6	7	6	8	7	2	9	7	7	5	11	7	82
高 尿 酸 血 症・痛 風	3	0	0	3	0	0	2	0	0	4	0	0	12
腎 疾 患	65	49	50	67	78	86	86	97	92	105	80	117	972
肝 疾 患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消 化 器 疾 患	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
膵 疾 患	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
妊 娠	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肥 満	16	19	21	22	22	21	21	21	16	21	20	14	234
貧 血	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
嚥 下 障 害	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
が ん	14	5	4	3	3	3	2	2	2	4	1	2	45
が ん 化 学 療 法	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
低 栄 養	2	0	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	7
低 栄 養 (PFM)	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
そ の 他	0	2	2	0	0	1	2	1	3	1	2	1	15
合 計	317	272	259	283	289	283	295	289	277	305	252	292	3,413

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
透 析 予 防 指 導	7	8	12	12	9	5	8	9	7	7	8	7	99

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
緩 和 ケ ア 食 事 管 理	23	19	32	30	25	19	17	23	18	22	22	28	278

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
栄 養 情 報 提 供	5	7	4	5	6	6	1	2	6	1	4	3	50

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
早期栄養（経腸あり）	124	106	144	135	119	88	114	103	55	82	94	131	1,295

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
早期栄養（経腸なし）	124	82	146	120	156	140	179	131	137	126	108	133	1,582

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
周 術 期 栄 養 管 理	94	68	85	105	110	89	92	104	84	83	101	108	1,123

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	90	87	82	73	84	92	79	78	72	61	69	68	935
	外来	10	24	20	17	15	23	16	13	6	5	9	10	168
消化器内科	入院	49	57	59	54	52	63	70	39	50	50	45	52	640
	外来	14	12	9	10	6	9	13	11	11	10	12	10	127
循環器内科	入院	58	52	66	49	60	60	47	45	58	51	71	63	680
	外来	0	1	2	0	2	3	1	2	1	0	0	0	12
外 科	入院	56	60	64	66	66	71	71	54	55	58	62	70	753
	外来	32	49	65	55	40	52	70	59	61	49	58	51	641
脳神経外科	入院	10	6	11	16	15	16	17	18	15	11	9	20	164
	外来	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
心臓血管外科	入院	16	17	15	14	12	12	14	8	8	9	10	5	140
	外来	0	2	0	1	1	0	0	1	1	0	2	0	8
呼吸器外科	入院	1	2	3	1	5	3	1	1	3	2	1	2	25
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
整形外科	入院	33	46	32	32	39	43	40	42	36	24	47	36	450
	外来	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	4
泌尿器科	入院	17	10	21	16	16	23	18	17	15	24	29	34	240
	外来	3	6	8	5	6	9	6	4	6	4	3	6	66
眼 科	入院	17	9	18	8	17	9	12	8	7	4	6	11	126
	外来	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
リハビリ科	入院	30	17	36	32	33	29	25	31	24	18	17	21	313
	外来	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
透 析	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	18	17	21	23	23	23	14	16	24	25	18	23	245
産婦人科	入院	5	6	13	6	18	11	8	9	5	11	15	18	125
	外来	3	5	3	2	7	6	7	4	3	1	5	10	56
耳鼻咽喉科	入院	1	2	0	4	3	1	5	1	6	7	1	2	33
	外来	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
小 児 科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
形成外科	入院	2	3	1	1	3	3	2	0	1	1	5	4	26
	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	1	3	6	5	3	2	3	1	4	8	3	1	40
	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	2	2	1	0	6	1	0	0	1	1	15
	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	35	35	38	37	35	19	32	26	23	29	19	27	355
	外来	3	4	0	1	0	3	2	1	3	3	3	1	24
救 急 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
呼吸器内科	入院	0	1	15	16	10	17	14	11	19	11	12	13	139
	外来	0	0	1	3	3	11	5	7	13	6	4	7	60

		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
放射線治療科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入院計		421	414	482	432	472	474	464	390	401	380	422	448	5,200
外来計		85	120	130	117	104	139	136	119	130	103	115	118	1,416
合計		506	534	612	549	576	613	600	509	531	483	537	566	6,616

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	282	257	248	269	277	272	282	279	267	294	246	278	3,251
消化器内科	4	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	10
循環器内科	13	11	9	10	11	9	11	8	9	10	6	12	119
外科	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸器外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
整形外科	0	1	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	0	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	12
形成外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大腸肛門科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
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	1	0	0	0	0	0	1
救急科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸器内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
放射線科治療科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	317	272	259	283	289	283	295	289	277	305	252	292	3,413

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	69	70	93	78	76	92	94	72	77	74	91	104	990
N 6 E	52	61	49	50	49	68	53	53	46	23	53	47	604
N 5 W	101	105	111	99	99	86	86	74	86	72	91	84	1,094
N 5 E	56	55	61	51	61	46	64	43	61	48	37	55	638
N 4 W	70	54	63	67	82	90	85	50	32	51	55	56	755
N 4 E	18	19	38	25	25	25	13	17	14	36	26	29	285
H C U	1	0	0	2	2	0	2	1	0	0	0	1	9
I C U	1	6	0	2	4	1	5	2	3	2	0	0	26
S 8	16	19	19	20	34	36	23	32	41	38	30	26	334
S 7	6	7	12	5	5	0	6	8	7	11	19	21	107
S 6	31	18	36	33	35	30	33	38	34	25	20	25	358
S 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	421	414	482	432	472	474	464	390	401	380	422	448	5,200

臨床工学科

【人員体制】

部長	1 名
副部長	1 名
課長	1 名
主任	3 名
副主任	4 名
部員	26 名

(2024 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

医療機器情報コミュニケーター (MDIC)

(日本医療機器学会)：1 名

3 学会合同呼吸療法認定士

(日本胸部外科学会・日本呼吸器学会・
日本麻酔科学会)：5 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)：3 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)：4 名

透析技術認定士

(透析療法合同専門委員会)：9 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

腎代替療法専門指導士

(日本腎代替療法医療専門推進協会)：1 名

【学会発表】

第 48 回 CVIT 東海北陸地方会 1 演題

「当院における TAVI 導入初期の経験～コメディ
カルの関わり方～」

第 38 回岐阜県病院協会医学会 2 演題

「ペースメーカーリード脱落の断定に時間を要し
た 1 例」

「当院臨床工学科の手術室での取り組み～医師働
き方改革施行に向けて～」

第 68 回日本透析医学会学術集会 2 演題

「iPad を使用した VA エコーレポート作成～医療
DX 推進における業務改善～」

「当院におけるレオカーナの使用経験」

第 33 回日本臨床工学会 1 演題

「手術室におけるタスクシフト・シェアの取り組
み」

第 48 回日本体外循環技術医学会大会 1 演題

「パーフュージョンカテーテルを用いた体外循環
の経験」

第 44 回日本アフェレシス学会学術集会 1 演題

「レオカーナ施行経験により見えてきたこと」

【臨床実習生の受け入れ】

東海医療科学専門学校：1 名

【対応業務実績】

体外循環業務

	2022 年度	2023 年度
心臓・大血管手術症例数	93	118
人工心肺症例数	33	31
ステントグラフト内挿術数	26	51
TAVI 症例数	16	24

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）

	2022 年度	2023 年度
時間内対応件数	706	811
時間外対応件数	147	207
合計	853	1,018

ペースメーカー業務

	2022 年度	2023 年度
植込み件数	61	55
チェック件数	427	419
遠隔管理件数	2,241	2,462
立合い件数	99	66

血液浄化業務（血液透析）

	2022 年度	2023 年度
外来透析施行回数	18,708	19,362
入院透析（透析センター）	653	770
入院透析（血液浄化センター）	2,580	2,265
入院透析（ICU・HCU・病棟）	447	243

血液浄化業務（血液透析以外の血液浄化療法）

	2022 年度	2023 年度
持続緩徐式血液濾過 CHDF	123	137
血漿交換療法 PE・DFPP	0	8
吸着式血液浄化 PMX・LDLDHP	232	137
血球成分除去療法 L/G-CAP	59	28
腹水濾過濃縮再静注法 CART	3	11

内視鏡業務

	2022 年度	2023 年度
上部消化管（GIF）	3,508	3,652
下部消化管（CF）	2,499	2,536
胆膵内視鏡（ERCP）	236	313
気管支鏡（BF）	126	159

ME 機器管理業務

	2022 年度	2023 年度
定期点検施行件数	827	937
終業点検施行件数	11,199	11,753

OPE 室業務

	2022 年度	2023 年度
da Vinci	123	165
術中モニタリング（MEP）	164	175
器械出し介助	1,106	1,208
スコープオペレーター介入	18	8

〔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 3 名（事務兼任 1 名・看護師専従 2 名）
医療安全管理者 1 名（薬剤師専従）
医療安全管理副責任者 1 名（内科系医師）
事務 2 名
(計 8 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。

院内ラウンドにて、転倒・転落防止対策、アクシデント報告での再発防止対策が実践されているか確認、評価、危険予知を重点に置きラウンドした。院内治安、患者・家族からの暴言、暴力、セクハラに対し迅速にチームで対応してきた。

【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

インシデント報告数は、5,143 件、429 件／月となり、BSC 目標の 300 件／月は達成でき、前年度と比べ増加した。医師の出来事報告の提出推進は、目標 10 件／月に対して 58 件となり目標を達成することができた。また、合併症報告を働きかけたため、医師からの報告数が増加した。研修医に関しても最低月 1 件報告を義務付けており、医療安全に対する意識の向上を促進できた。

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 4 回目であり、調査結果を職員へフィードバックした。今後も調査の継続を行い、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) 12 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 (2) 2 月「日常診療のポイント、医師の診療録の記載方法」岐阜大学病院 熊田先生の講義を医師、一般職

員と分けて研修を実施した。

『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、アクシデント報告での再発防止対策が実践されているか確認、評価を行った。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 推進室会議

医療の質の向上のため QSR 推進室による QSR 会議を毎週水・金曜日に開催した。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 21 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、愛生病院との連携にて 5 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 セーフアーを用い、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上げ、部署別に活動し評価していくことを実践する。Im セーフア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。

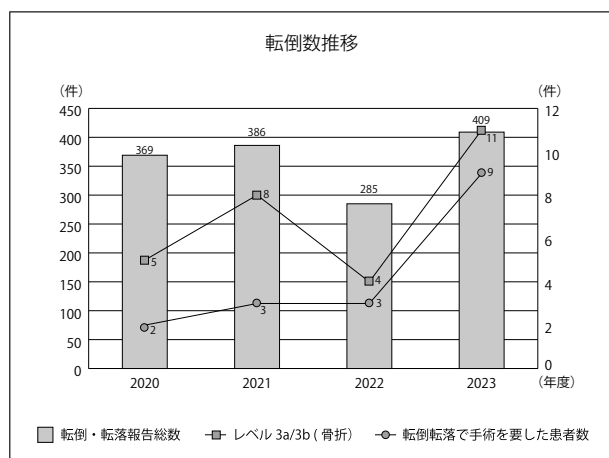
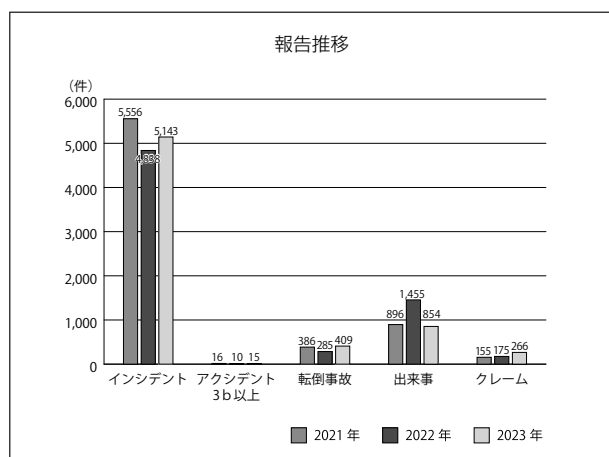
5. インシデント / アクシデント報告

出来事報告の内、インシデント 5,143 件、レベル 3b の事例 15 件であった。レベル 4 以上の重大事故の発生なし。3b 事例は転倒による骨折事例、医師の合併症報告 4 件であった。

転倒転落事故は、409 件で昨年度より 125 件増加した。入院患者の高齢化に伴い、受傷患者も 70 才・80 才以上、ADL が自立した患者がほとんどであった。

入院時のアセスメントスコアシートによるリスク患者の抽出を行い、対策の立案評価がされていても転倒している。転倒を 0 にすることはできないが、重症化しない対策を行っていく。来年度は、転倒・転落防止チームを立ち上げ活動していく。

〔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（専従 1 名、兼任 1 名）
臨床検査技師	3 名（兼任）
事務職員（専従）	1 名

【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、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、および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、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と必要時にベッドサイドへ訪問して患者確認を行いました。また、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。

感染症対策の診療報酬における施設基準では、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、岐阜県厚生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、愛生病院と合同カンファレンスおよび訪問指導を行いました。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について検討するとともに、新興感染症発生を想定した感染防止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。

2023 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症制御対策、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、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、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症制御対策

2023 年度は、新型コロナウイルス感染症（以下「COVID-19」という。）の感染症法上の位置づけが 5 類感染症に引き下げられてから、感染対策は個人や事業者の判断に委ねられました。院内には高齢者や基礎疾患のある方など感染ハイリスクの患者さんが多数おられます。2023 年 5 月には COVID-19 専用病棟の対応も終了し、陽性者の隔離は各病棟での対応へ切り替えました。

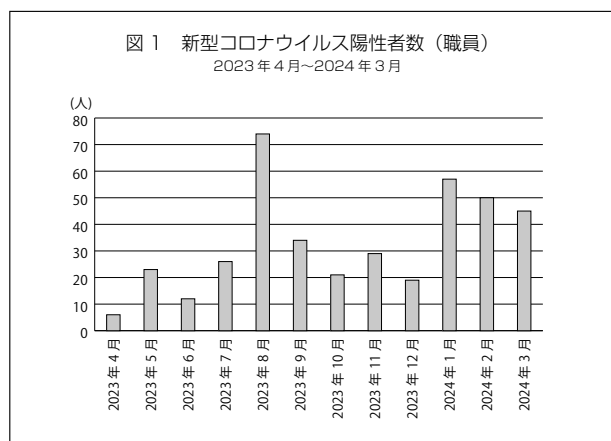
院内では、入院患者さんへの感染防止と院内クラスター発生抑止を目的に以下の対応を行いました。

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、③面会制限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および最終接触から 5 日目に評価検査を実施、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、陽性職員の就業制限とともに、濃厚接触リスクのある職員へのスクリーニング検査を実施しました。院外で発生した陽性患者や救急搬送されてくる中等症患者も一定数おられ入院受け入れを行いました。

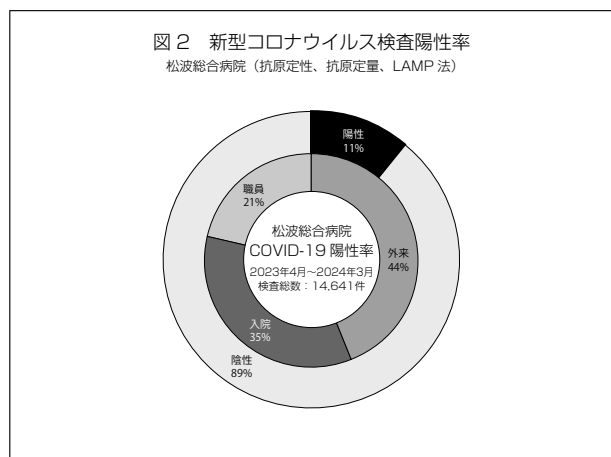
環境整備の強化としては紫外線照射システムを

有効活用して、院内クラスター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継続し、分娩室には簡易陰圧装置を設置し、受け入れ準備を行いました。

当院の新型コロナウイルス感染症の検査は、2023年4月～2024年3月に14,641件実施しました。2022年度28,287件と比較するとおよそ半数でした。全体の陽性率は11%、内訳は外来が44%、入院35%、職員21%でした（図2）。検査数の減少は、オミクロンとその亜系統は、オミクロン以前の系統と比較して感染・伝播性が非常に高いですが、病原性は低下し、重症化する症例の割合が低下したことに起因していると考えられます。



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。陽性職員の就業制限期間は、発症から7日間を2023年11月以降は5日間へ短縮しました。同一部署で複数名の陽性者発生時には、感染リスクのコントロールを図りながら、現場のマンパワー不足解消の一助と

なりました。

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。

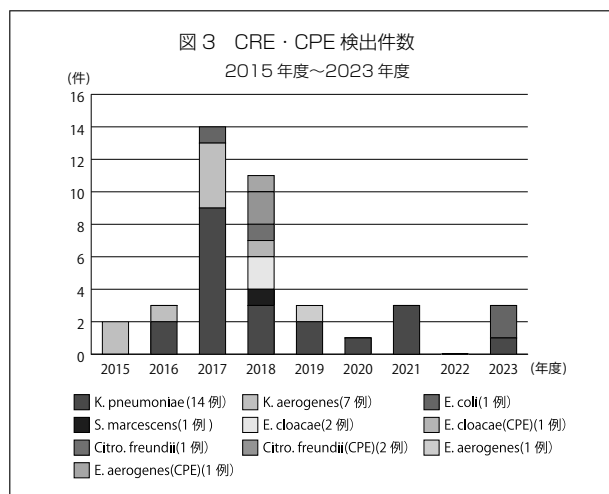
職員や患者さんに対し、掲示やデジタルサイネージ、館内放送を用いて感染防止対策の啓発を継続しました。

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

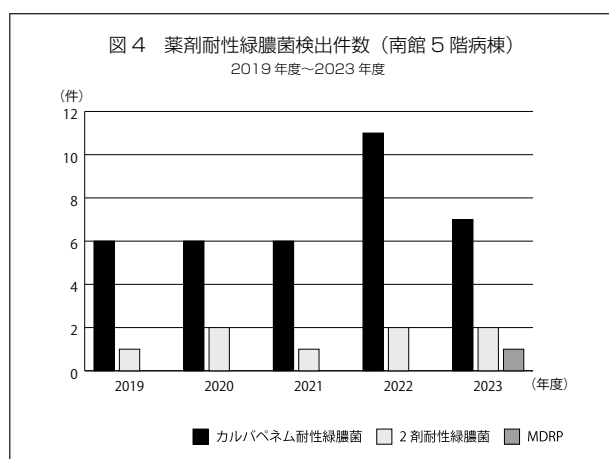
2. 高度耐性菌アウトブレイク感染制御対策

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年間菌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。2023年度は3例から検出されましたが、うち1例は院外発生でした（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) 2023年度にS5の薬剤耐性緑膿菌検出数が13件から10件へと減少しましたが、多剤耐性緑膿菌(MDRP)が1件検出されました(図4)。CRE同様、水平伝播や在院日数の長期化と抗菌薬の使用方法がリスク因子と考えられました。S5へ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。

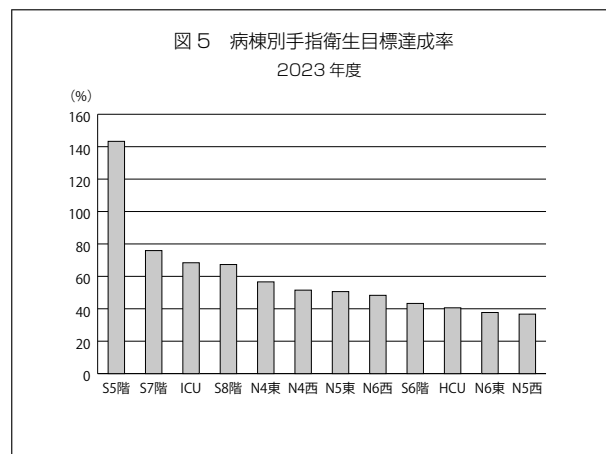


2019年6月に環境消毒強化を目的に導入した紫外線(UV-C)照射システムを有効活用しました。S5の感染エリア、汚物処理室やトイレまた一般病棟の患者退院後にUV-C照射を実施しています。引き続き標準予防策および接触予防策による対応と環境整備を継続していきます。

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ICTリンクスタッ

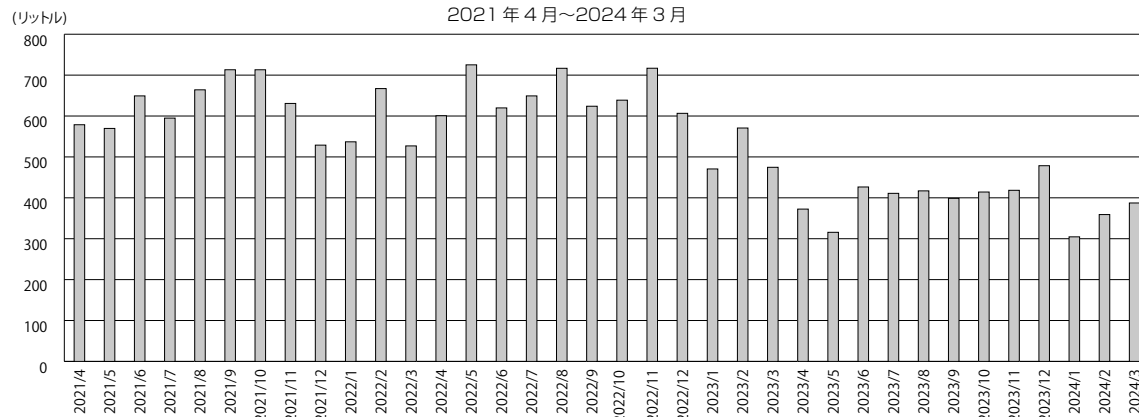
フの協力を得て手指衛生順守率向上に努めています。啓発活動と毎月の内部監査による確認をしました。病棟では、目標値を一般病棟25回、HCU50回、ICU100回(/患者・日)に設定し、目標達成率は、一般病棟61.1%、HCU40.6%、ICU68.4%でした(図5)。合わせて認定看護師による現場ラウンドの中で、直接観察法による順守状況の確認を行いました。



採用している手指消毒剤は現在4種類あり、自身に合った製剤を選択できるようにしています。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、全体的に払い出し量が減少に転じたので、引き続き啓発を行っていきます。

図6 手指消毒剤払出し量（法人全体）
2021年4月～2024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。

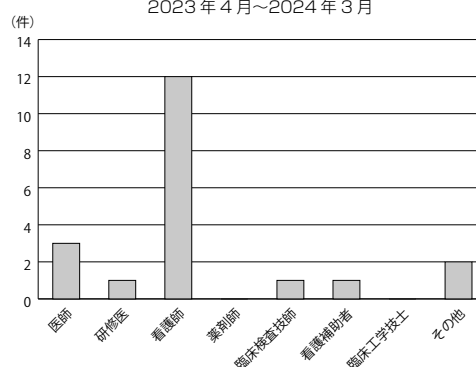
手指衛生のタイミングが適正に行えているか、入室時、退室時を観察ポイントとしてICTリンクスタッフ、ICTラウンドによる目視観察を行いました。観察されている所では、ほぼ適切に実施することができていました。

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。また、行動経済学を取り入れた感染対策を取り入れ、男性は「となりの人は石鹸で手を洗っていますか?」、女性は「水は除菌しません。石鹸が効果的です。」というメッセージが石鹸の使用率向上に最も効果があったとの文献を参考に、男女別のポスターを患者トイレに掲示しました。ポスター掲示前の4月～6月のハンドソープ使用量は平均97.2本。それに対してポスター掲示後の7月～9月のハンドソープ使用量は平均152.5本。ポスターを掲示したことにより、ハンドソープの使用量が約1.5倍以上の増加に繋がりました。

4. 針刺し・切創、皮膚粘膜曝露事故対策

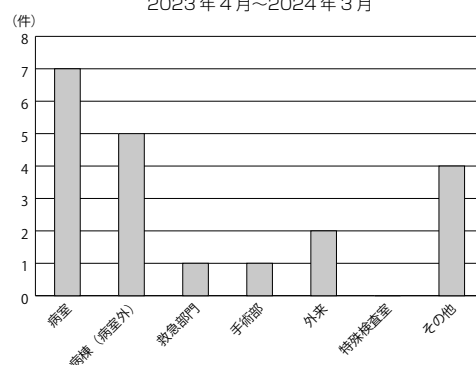
2022年4月～2023年3月の報告件数は、注射針による針刺し事故12件、切創事故3件の計15件でした。発生内訳をみると、職種別発生割合では、看護師8件(53.3%)、医師、臨床工学技士が各2件(13.3%)、臨床検査技師1件(6.7%)でした(図7)。

図7 針刺し・切創事故件数（職種別）
2023年4月～2024年3月



発生場所別では、病室7件(35%)、病棟(病室外)5件(25%)、外来2件(10%)、救急部門・手術部は各1件(5%)でした(図8)。

図8 針刺し・切創事故件数（発生場所別）
2023年4月～2024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

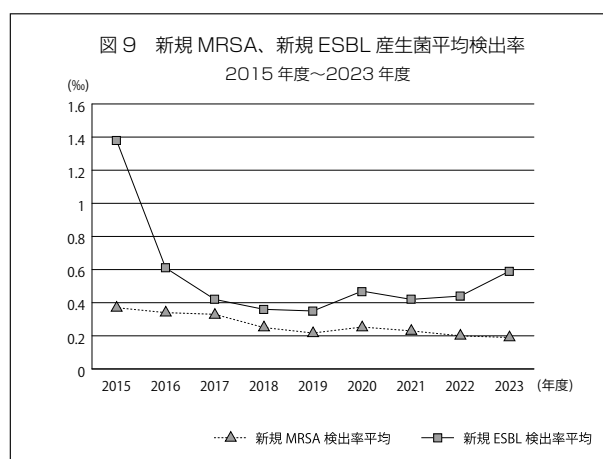
用済みの針はその場で責任を持って使用者自身で耐貫通性の針捨て容器に収容しなければならない、以上5項目の周知徹底を行いました。新規採用者や中途採用者のオリエンテーションでも指導を行いました。

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。2023 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が、結果 0.59%と目標達成できませんでした。平均発生率は 2017 年度から 2022 年度までは目標達成を継続することができていましたが、2023 年度は増加に転じました。病棟別にみると南館 7 階 245 件、次に北館 4 西 82 件、南館 8 階 81 件でした。COVID-19 受入れ病棟のため院内外から持ち込まれ集約された可能性が考えられます。

6. 職員必須研修の参加率向上への取り組み

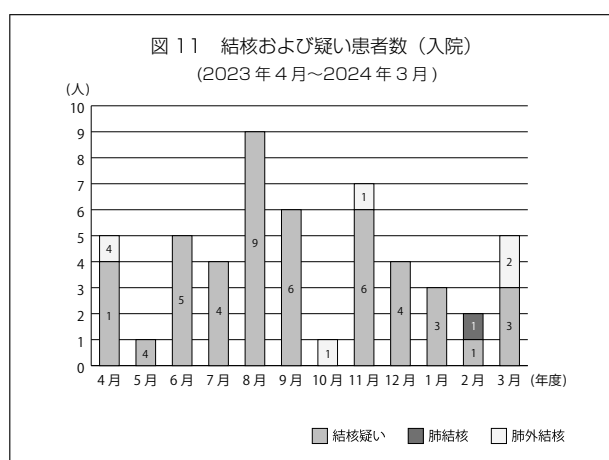
2023 年度の感染防止対策に関する職員必須研修の参加率は、1 回目 99.0%、2 回目 78.8%（2024 年 3 月末時点）でした（図 10）。



昨年度に引き続き今年度も、COVID-19 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

2023 年度の結核患者は、結核疑い例を含み延べ 52 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 214 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、北館 4 階東病棟分娩室で COVID-19 受入病床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、問い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。10 月からは薬剤師が専従となったことにより、用法用量の適正化や早期 De-escalation の提案、必要検査の追加などの提案が増えました。また、必要症例に対して回診を開始し、より深く介入することができるようになりました。

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で伝え、必要に応じて検査部より AST 薬剤師に相談できる体制としました。

3) 抗菌薬使用状況

COVID-19 が 5 類感染症に移行し、入院規制が緩和された影響もあり、全体的に抗菌薬使用数が増加しました。AUD については前年度と比較して、TAZ/PIPC では 1.08 倍、第 4 世代セフェム系では 1.3 倍、カルバペネム系に関しては 1.48 倍と、増加傾向でした。医薬品供給不安定の煽りも受けた影響もあります。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 の推奨などを勧めていきたいです。

AST の活動としては、総介入件数 593 件であり前年比 4.34 倍増し、提案受け入れ率は 88%でした。総介入件数のうち、主治医からの相談が 72 件、病棟薬剤師からは 220 件あり、提案受け入れ率はそれぞれ 100%、94%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が向上しているため、引き続き病棟専任薬剤師と連携をとりながら適正使用推進に寄与していきたいです。

2022 年度：273 件 229 (83.8%)

介入件数前年比較：1.63 倍

薬剤師からの相談：102 件 (98 件：96%)

主治医からの相談：42 件 (100%)

2023 年度：593 件 522 (88%)

介入件数前年比較：4.34 倍

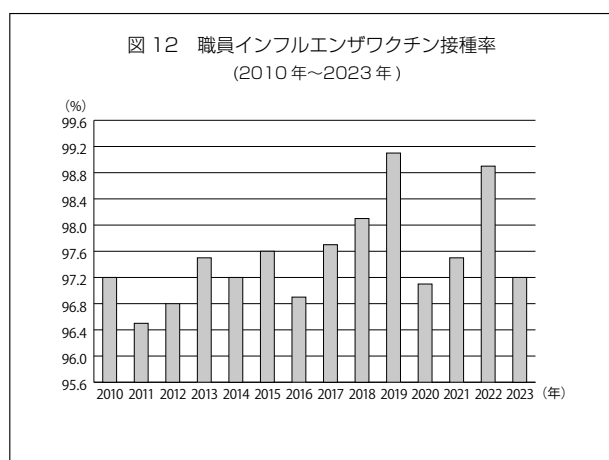
薬剤師からの相談：220 件 (207 件：94%)

主治医からの相談：72 件 (100%)

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増加に転じ、全圏域で11月に流行入りしました。当院近隣の羽島市・笠松・岐南地区でも中流行となり1定点あたりの平均新規患者発生数は高いレベルで推移しました。

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(3名)、アレルギー(8名)、接種拒否(10名)の職員がいたため目標値には至りませんでした。が、本年度の接種率は97.2%(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年度に1名、2023年度は4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、2022年度と比べ2023年度はMRSA:100名→89名、カルバペネム耐性緑膿菌:62名→54名、CRE(3菌種):1名→4名、ESBL産生菌(4菌種):391名→423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 g1)を院内にて開始しました。これにより結果報告の時間が短縮され、院内感染対策へも大きな貢献が図れたと考えます。2023年度は、結核菌:4名、M. intracellulare:4名、M. avium:24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)。

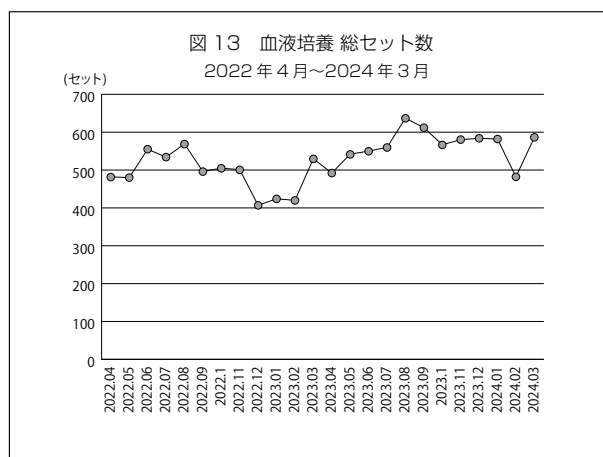
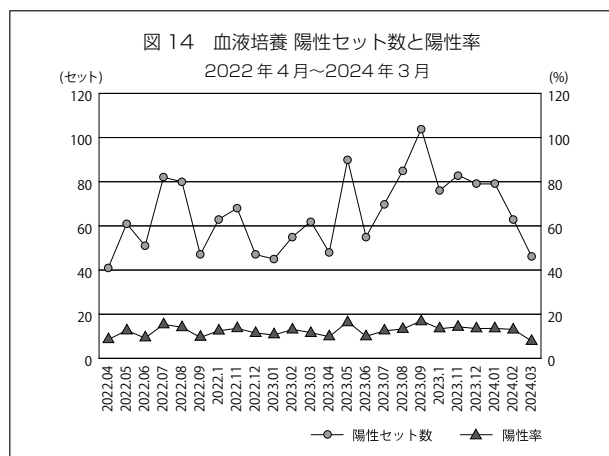


図 14 血液培養 陽性セット数と陽性率



11. ICT リンクスタッフ活動

手指衛生と个人防护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。蛍光塗料を用いた个人防护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。今年度の活動報告会では、評価者として鶴見病院長代理と伊藤看護部長にご参加いただくことができました。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位は、1位：丹下しおり（N4E）、2位：猪坂麗香（S5）、3位：川瀬由依（ICU）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。

院内感染対策委員会主催の講演会

● 2023年7月27日

テーマ / 講師

- ・「化学療法と感染症」 / 血液・腫瘍内科副部長 李心
- ・「AMRについて」 / 薬剤師 高野智仁

● 2023年12月22日

テーマ / 講師

- ・「結核の現状と院内感染対策」 / 国立病院機構 長良医療センター 副院長 加藤達雄

（敬称略）

以上、2023年度の院内感染対策室の活動について述べました。

今年度は、新型コロナウイルス感染症が5類感染症に位置づけられ、世間の感染に対する危機感は薄れてきている印象があります。オミクロン株は感染拡大しやすい一方、重症化はしにくいとされていますが、患者さんには高齢者や基礎疾患のある感染ハイリスクの方がおられます。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が、複数の病棟で経験しました。手指衛生をはじめとする基本的な感染防止対策の周知徹底と維持が課題となりました。

南館5階病棟の長期入院患者にみられる高度耐性菌の検出や保菌者への対応にも継続的な配慮が必要です。今後も、市中や近隣施設から持ち込まれる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いる可能性や新興・再新興感染症の脅威にさらされている中、手指衛生をはじめとする標準予防策及び経路別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。

患者さんや職員、病院に関わる全ての人を感染症の驚異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ます。

〔文責：文字雅義、酒井昭嘉、市川綾華
日置敦巳、鶴見 寿、小池香菜美〕

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
- ・ 部員 1 名（2023 年 6 月 ～ 2023 年 12 月）

【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。

- ・ 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。

【事務の業務内容】

- ・ 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・麻酔科）

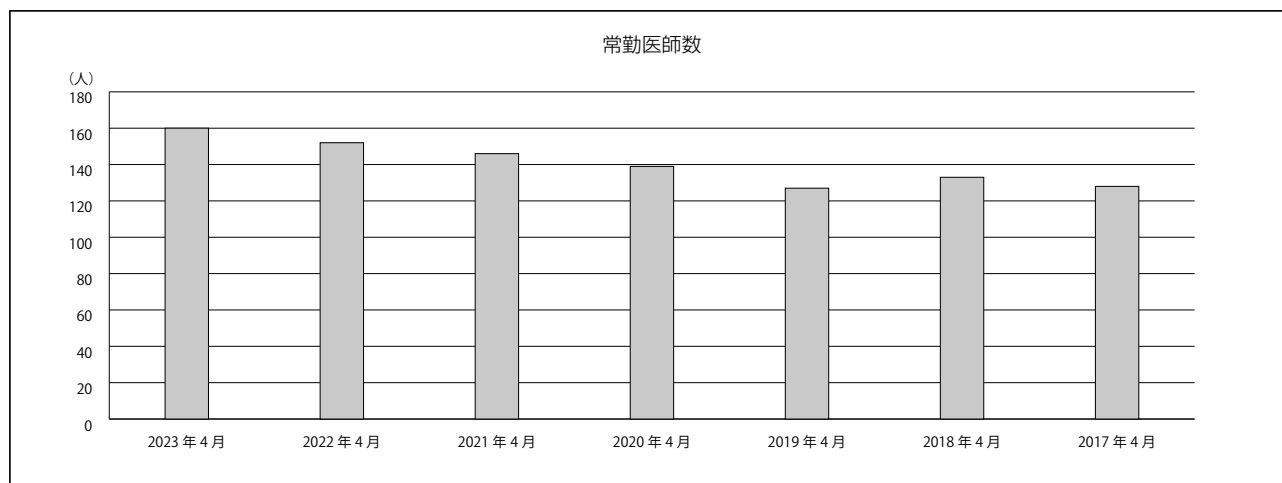
【採用実績】

～初期研修医～	2023 年	2022 年	2021 年	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年	2016 年	2015 年
募 集 定 員	10	10	10	9	8	8	9	9	7
マッチング数	10	10	10	9	8	8	7	9	7
採 用 人 数	10	10	10	9	8	8	7	9	7
研 修 医 名	宇野、萩野、伊藤、福壽、宇治、吉田、西岡、米本、曾我、加納	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、松尾、阪本
面接実施数	35	32	24	22	26	32	21	20	18
見 学 者 数 前 年 度 4/1 ～ 3/31	91	116	113	92	88	76	56	69	81

～ 医 師 ～	2023 年	2022 年	2021 年	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年	2016 年	2015 年
専 攻 医 採 用 人 数	10	11	12	8	5	5	5	5	8
医 師 採 用 人 数	34	32	28	30	23	15	10	6	10
面接実施数	12	14	20	20	26	20	12	4	21
見 学 者 数	11	7	8	8	8	7	6	2	30

【医師数】

2023 年 4 月	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
160	152	146	139	127	133	128	121	123



【2023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： レジナビ出展 大阪
- 8月： 院内 ICLS 開催
- 9月： 院内 ISLS 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	5 名
事務	9 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	

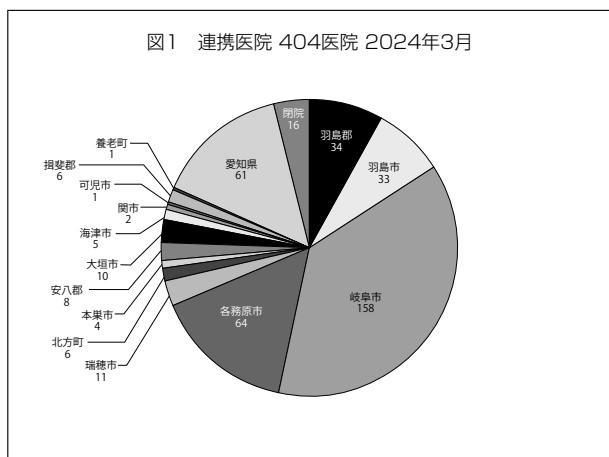
(※応援体制)

【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、連携医療機関も主に 5 市町村にわたり、合計 404 診療所となっている。(図 1)

2023 年度の取り組みと結果を報告する。



【取り組み】

○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少なからずあり、急性期病棟の病床数の減少が持続している。そのような状況下で、予約入院患者の病床の確保をせず稼働させることで、効率よく運用することができた。救急車の受入件数の増加にもつなが

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

昨年度同様に面会制限の継続、患者家族との面談が行いづらいなかで、病棟・外来の協力を得て入院時の面談を確実に実施できるようになった。結果、入退院支援加算の算定件数については、昨年度を上回ることができた。今後も外来から入院、入院から外来への継続的な支援を病棟・外来と協力し行う。

○地域連携について

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とし活動しているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、急性期の病床数の減少は継続しており、紹介入院の受入に苦慮した。連携医への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、医師との同行訪問も継続的に行った。新たに、症例検討会「ご紹介いただいた症例から学ぶ会」を開催し、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も継続している。

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 84.3%、地域包括ケア病棟 83.8%、回復期リハビリテーション病棟 80.3%、障がい者病棟 74.6%、平均在院日数は 11.99 日。(図 2、3、4、5)

図2 急性期稼働率

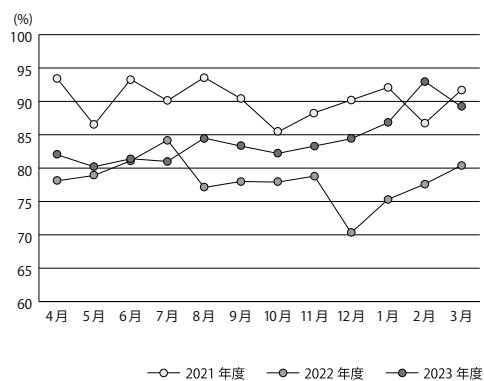


図4 回復期リハビリテーション病棟稼働率

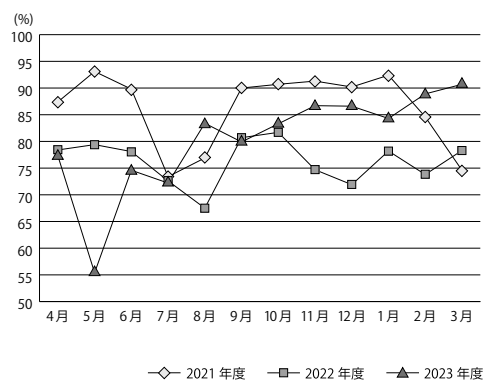


図3 地域包括ケア病棟稼働率

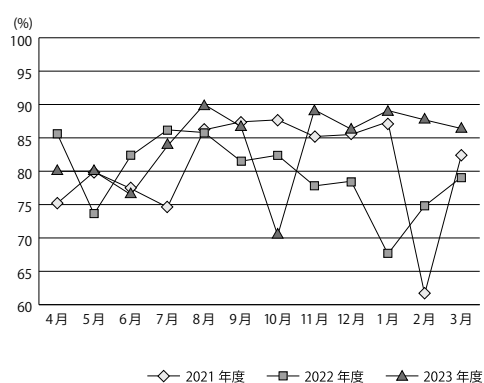
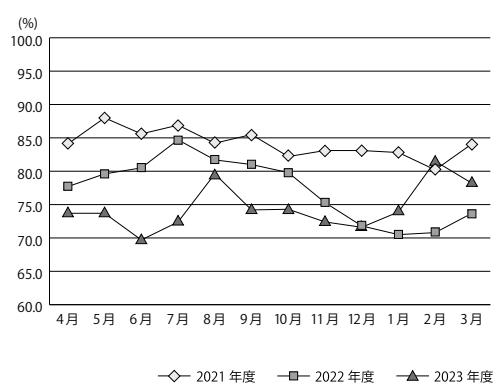


図5 障がい者病棟稼働率



予約入院患者に対する PFM センターの介入率は 61.8%、入院時支援加算 681 件 / 年、入退院支援加算 3,539 件 / 年 (図 6、7)

図6 入退院支援加算

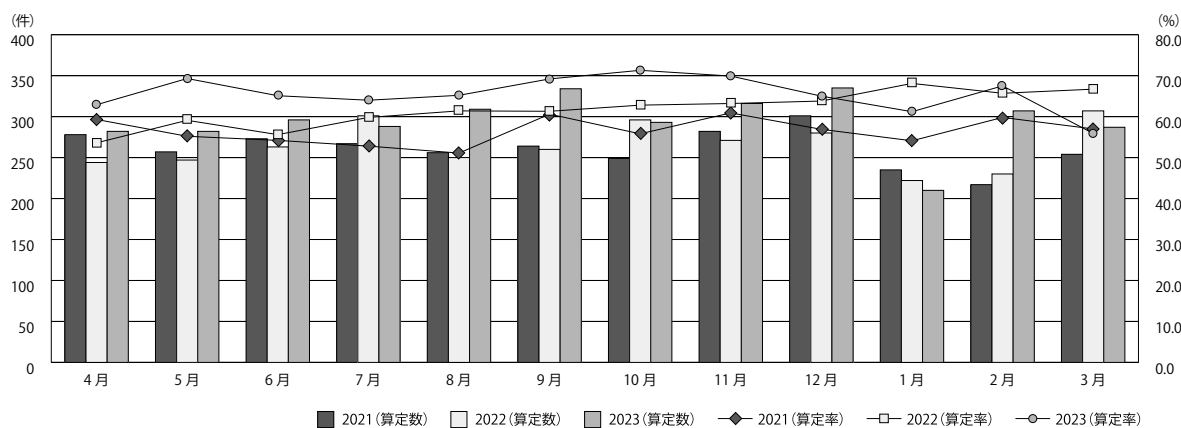
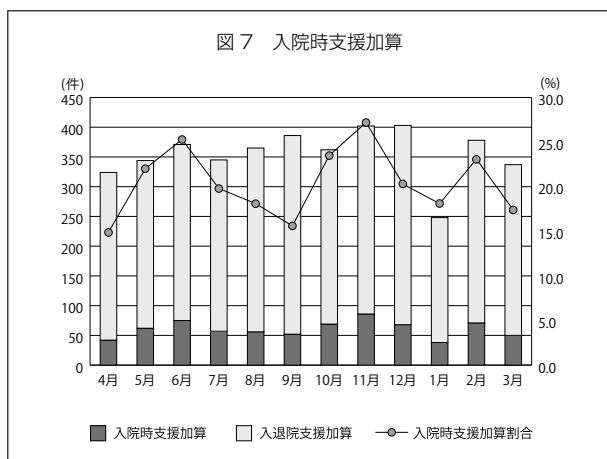


図 7 入院時支援加算



再入院に関しては、全体・計画外再入院率・計画的再入院ともに増加している。（図 8、9）

図 8 計画的再入院率の推移

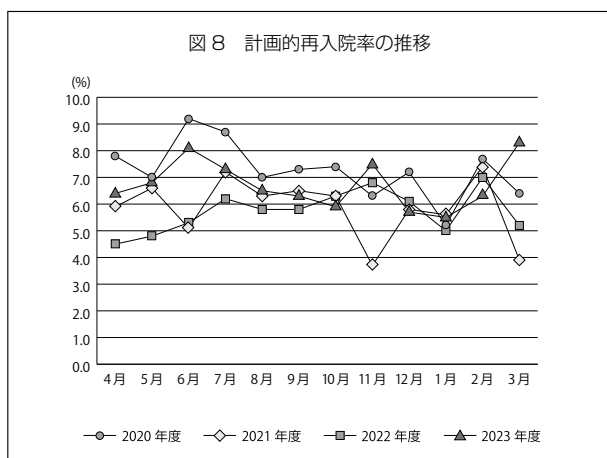
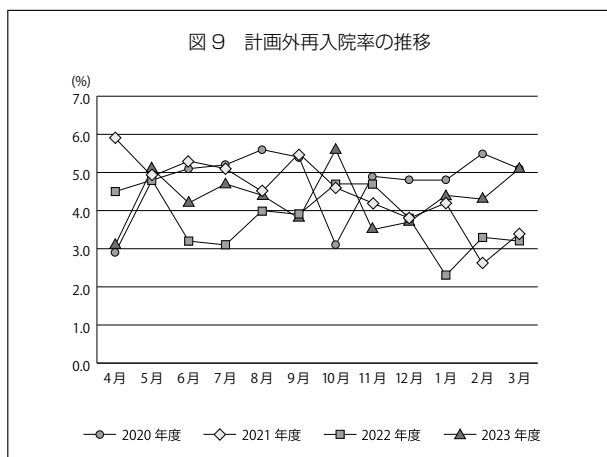


図 9 計画外再入院率の推移



患者相談件数は 29,514 件 / 年、転院等の社会的支援は 13,726 件 / 年、経済的支援 1,341 件 / 年、心理的支援 77 件 / 年であり昨年度より全体の相談件数は減少した。

羽島先端医療を学ぶ会（主に医師を対象）3 回 / 年、ご紹介いただいた症例から学ぶ会（主に医師

を対象）2 回 / 年、木曾川（岐蘇川）河畔で内視鏡を学ぶ会（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。

2023 年度の地域医療支援病院委員会は、Web 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 10、11、12）

図 10 紹介率・逆紹介率の推移

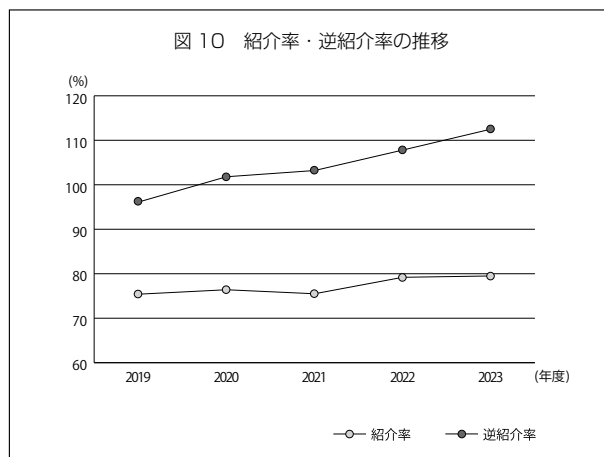


図 11 初診紹介患者数の推移

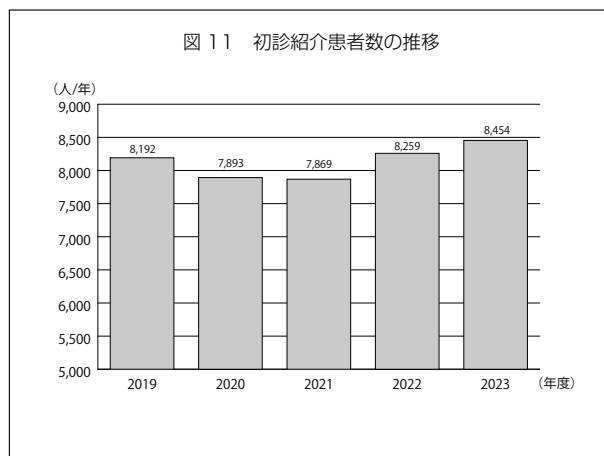
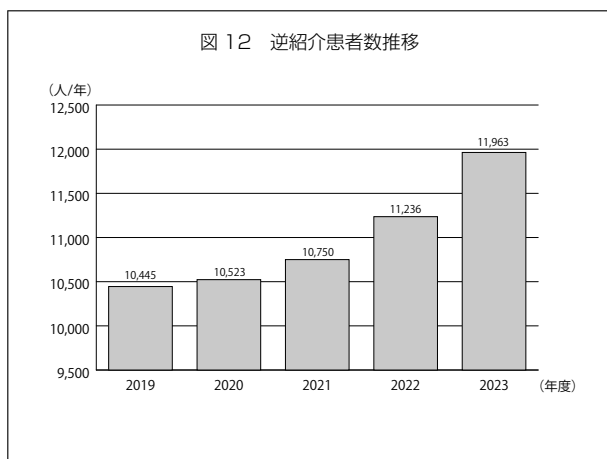


図 12 逆紹介患者数推移



【今後の展望】

昨年度と同様に、新型コロナウイルス感染症の影響により、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に難渋することもあり、患者の受入の制限をせざるを得ない状況もあったが、予約入院患者の病床の確保をせず稼働させることで、効率よく運用することでき、救急車の受入件数の増加にもつながった。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

【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、昨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、2023年度の実績は以下の通りでした。

提案件数：43件

採用提案件数：25件

改善実行数：6件（2023年3月末時点）

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紹介します。

会議議事録のペーパーレス化：2022年5月の提案を受けて、従来から委員会の管理のため使用してきたCSS「委員会アプリ」に機能を追加し、2023年4月1日以後、議事録の作成と承認までをペーパーレス化しました。

M-net上のファイル、業務マニュアルの管理：2023年5月のマニュアル等の文書が探せないという改善提案を受け、2023年6月12日に業務マニュアルの作成管理、2023年6月16日にM-netのファイル管理の運用ルールを定め、M-net上のファイルとフォルダについて適切な分類と管理を行うためのルールを併せて策定したうえで、診療業務に関連するルールや運用、手順等については業務マニュアルとして文書化し、職員が最新の情

報を参照できる状態を維持、管理する体制を作りました。マニュアルの作成、承認、保管管理、更新・改廃、通知の方法を具体的に定め、M-netに業務マニュアルフォルダを作成したうえで、カスタムAppでの申請、管理、一覧表作成を行い、キーワード検索も可能にしています。2023年12月をもって、旧マニュアルは廃棄しており、2024年4月現在86の有効なマニュアルが登録されています。

患者にわたす資料の表示統一：2023年12月の提案を受け、2024年2月1日に文書及び資料作成に関するマニュアルを策定し、法人内及び外部（患者等）に公開する文書について必要な記載事項を定め、画面上での確認や必要最低限の印刷、ルールを遵守しない資料の廃棄を定めました。

『コミュニケーション改革』

2023年4月17日に利用を開始したDr2GOは、当院公式の医療者間コミュニケーションツールです。業務中の職員は、全て、電子カルテ端末ならびに業務用iPhoneからアクセスすることができ、セキュリティが確保されています。当初は、グループチャット（全員、グループ＝チャンネル、ダイレクトメッセージ）から利用を開始しましたが、新たな書き込みがあるとiPhoneに通知が来ます。2023年11月1日には、コミュニケーションメッセージ、M-net、Dr2GO、DrJOYを当院の公式コミュニケーションツールと定義したうえで、これらの使用原則をマニュアル化し、活用目的、基本ルール、活用方法、それぞれの違いに関する資料もあわせて作成しました。2024年3月5日には、患者チャットを公開、入院患者単位のチャット（情報共有）が可能となり、iPhone上でも、入院中の担当患者のカルテ記載内容、検査結果、バイタルサイン、処方、注射、食事内容等が、過去2週間分確認できます。また、医師や病棟においては、自動で担当患者がフォローされており、共有グループを作成して、チームで患者をフォローすることもできます。

電話連絡からチャットによるコミュニケーション、情報共有へと移行することで、業務の効率化、働き方改革、患者を中心としたチーム医療の実践、コミュニケーションの改善に活用していきたいと考えています。

『らくらく看護師 for iPhone』

2023年4月24日に、業務用iPhoneからVPN経由で、らくらく看護師サーバーに接続し、カルテ記載や写真登録、検査結果の確認ができるようになりました。医師やコメディカルスタッフ等は、iPhoneがあれば、音声入力やフリック入力でカルテ記載を行ったり、iPhoneで撮影した写真を電子カルテに直接アップロードできるようになりました。

『入院病床の有効活用』

2020年以来、COVID-19の流行に伴う急性期病床の入院制限、稼働病床数の減少等により、病床稼働率の低下、救急車の受け入れ制限等があり、医業損益はマイナスとなり、コロナ対策補助金等によって利益が確保されている状況でした。そこで、2023年5月の新型コロナウイルス感染症の5類移行を契機に、PFMと協力して、新たなベッドコントロールの原則を以下のように定め、2023年7月から、入院病床の有効活用を図ることにしました。

- ・救急車は断らない
 - ・空床がある限り入院患者を受け入れる
 - ・急性期病棟では、早期退院／転棟
 - ・PFMからのベッドコントロール情報を確認する
- 情報共有として、M-netから空床状況／ベッド稼働率を確認可能とし、Dr2GOの#informationで追加情報を発信しています。また、午前退院と、医師は退院許可を指示コメント（2024年2月に変更）で行い、退院日時は看護師が決定する運用の徹底、退院予定日時の早期入力とCSSを用いた転棟転室情報の共有をお願いしています。入院病床の稼働状況や退院日時の決定状況は、DWHを用いて集計、共有しており、2023年7月以後、ベッドコントロール関連各指標に改善がみられています（表1）。また、2024年3月には、午後退院の割合が28%→21%、看護師による退院予定入力率は20%→52%、前日までの退院登録は76%→82%へと改善しました。

『意図しない患者に対する診療文書発行ミス防止対策』

電子カルテで、患者を切り替えて診療する際の説明同意書の発行間違いを防止するため、医療安全管理室とFMDセンターと協力し、2024年2月から、CSSで「説明と同意」ボタンを押下したと

きに、電子カルテ選択中の患者との一致を確認する制御を追加しました。この結果、2月は10件、4月は42件において、意図しない可能性があるケースをチェックできました。

『電子カルテ ToDO を用いた代行入力・承認プロセスの改善』

医師以外の職種による代行入力、研修医の診療記録の記載に関わる指導・確認を確実に実施するため、電子カルテ ToDO を用いた代行入力および承認マニュアルを2024年2月5日に定め、ToDo承認が必要な理由、遵守できない場合の経営に及ぼす影響、代行入力および承認に必要な操作、運用方法について通知しました。また、ToDo承認の実施状況をモニタリングしており、結果を公開、医師にも継続的にフィードバックしています。2023年1月までは、医師による承認率は50%程度でしたが、3月には67%へと改善しています。承認率90%以上を目指して、継続的に取り組んで行く予定です。

『その他』

オンライン面会用iPadの配布 2023年7月1日
オンライン診療 KizunaWeb クレジット決済開始 2023年9月7日

発表資料

草深裕光：新型コロナウイルス感染症によって加速したDXと働き方改革：病院、82巻、第4号、2023年4月1日、322-327
草深裕光：イノベーション推進本部 (MiP) からみたDXの中・長期的戦略：Hospitalist、11巻、第1号、2023年9月1日、226-232

〔文責：草深裕光〕

病床コントロール指標

2023 年

モニタリング項目	詳細	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
急性期病棟病床稼働率 1	S7 除外、HCU12 床計 254 床	97.2	95.4	96.7	94.6	100.2	100.8	95.5	93.9	93.4	95.6	101.6	97.3
急性期病棟病床稼働率 2	S7 含む、HCU12 床計 314 床	84	82.2	83.4	83	86.6	85.3	84.2	85.3	86.5	88.9	95.2	91.3
S8 病棟病床稼働率	地域包括ケア病棟	80	79.9	76.5	83.8	90	86.7	70.4	89.2	86.3	89	87.6	86.4
S6 病棟病床稼働率	回復期リハビリテーション病棟	77.3	55.4	74.6	72.2	83.4	79.9	83.3	86.7	86.6	84.2	88.9	90.7
新入院患者数	全病棟、月間総数	695	641	723	751	809	707	754	717	716	714	701	757
一日平均入院患者数	全病棟	23.2	20.7	24.1	24.2	26.1	23.6	24.3	23.9	23.1	23	24.2	24.4
昨年度		22.2	23.2	24.8	23.9	22.3	22.9	23.4	23.2	19.2	17.4	21.7	23.2
差		1	-2.5	-0.7	0.3	3.8	0.7	0.9	0.7	3.9	5.6	2.5	1.2
平均在院日数	S7含む急性期 314 床	10.9	12	10.4	10.9	10	10.6	9.9	10.6	9.8	11.8	11.2	11.1
救急車数		281	200	271	373	384	340	351	339	365	385	291	338
昨年度		218	284	304	326	325	265	328	294	250	211	236	302
差		63	-84	-33	47	59	75	23	45	115	174	55	36
救急車からの入院数		138	91	119	152	185	163	164	145	172	170	136	156
昨年度		110	139	129	130	120	128	157	147	91	80	118	152
差		28	-48	-10	22	65	35	7	-2	81	90	18	4
モニタリング項目	詳細	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
午後退院%	全病棟	28	28.1	28.1	24.3	25	25	25	24	27	27	22.7	21
退院予定日時： 看護師入力率%	死亡除外						24	20	25	23	29	49	52
退院予定日時： 医師入力率%	研修医含 死亡除外						66	70	66	64	60	43	40
退院予定日時： 前日まで% (死亡除外)	死亡除外						76	78	80	78	75	82	82

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 68 名

(2023 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 4 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。

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。

外来部門では、各科ブロック受付・各科診察室にスタッフを配置し、診察がスムーズに行えるように来院時間診（AI 問診・各科問診票）の聴取、オーダーの代行入力、次回診察予約・検査説明案内などを行っています。新型コロナウイルス感染症が、2023 年 5 月 8 日より 2 類から 5 類感染症に移行されたことで感染対策が緩和されましたが、患者への発熱対応は継続されたためブロック受付にて体温測定と来院時間診を行い、感染対策を図りながら業務を行いました。

また、外来診療では電話や情報通信機器を用いた 0410 対応が 2023 年 7 月 31 日に終了し、電話のみによる診療や処方ができなくなったため、KizunaWeb を活用したオンライン診療を iPad を用いて行えるように、準備と予約取得を行いました。

医師に対する働き方改革への支援については、人員不足もあり、必ずしも十分とは言えない現状ですが、今後は医師の事務的な作業負担をより軽減できるようスタッフのスキルアップを図り、MA 部内での業務協力や各部門とのコミュニケーション・連携を強化していき、医師の負担軽減が図れ

るよう外来診療業務を行っていきたいと思います。

病棟部門では業務マニュアルの作成に取り組みました。文書作成代行、入院診療支援、手術部門支援、麻酔科診療支援と、業務は多岐にわたっており、各部門のマニュアルについて作成、見直しを行いました。マニュアル作成にあたっては、2022 年に導入した診断書作成システム（Yahgee MC）の詳細な整備を行うとともに、文書承認が遅延した場合には、期間を設定したうえで、催促基準を明確化しました。また 2023 年には、3 種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。症例登録業務では新規の市販後調査 1 件、NCD 心臓血管外科 TAVI 症例を追加しました。入院診療支援では職員の就業制限時に円滑な業務分配ができるよう、1 病棟につき、北館では 6 病棟、南館は 3 病棟で援助することを明確化しました。学術発表は、岐阜県病院協会医学会にて副主任の指導のもと 1 名が発表をしました。麻酔科診療支援では麻酔科医師と外来部門の協力を得て予約取得スキームを見直し、年間約 1,000 件程度の電話連絡の削減を行いました。

【今後の展望】

今後は、2024 年 4 月に 1 名の中途採用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	3名
副主任	5名
部員	63名

【概要】

2023年度は新型コロナウイルス感染症も5月には5類となり、関連業務も最盛期と比べると大幅に減少しコロナ以前の体制に戻りつつあり、通常業務に対して割く時間も増加した。

こういった状況の中で医事課として2023年度の目標として①「安心で信頼される病院になる」②「人材育成」③「お互い尊重し合える明るい職場」の3つの目標を掲げた。

【取り組み・実績】

①「安心で信頼される病院になる」

「安心で信頼される病院」に向け当課においては「患者さんにストレスを与えず、スムーズな患者対応を行う」ことに重点を置き取り組んだ。

具体的内容としては課内の勉強会を充実させ、課員の知識向上を図り、患者さんに対する丁寧でわかりやすい説明を目指した。

勉強会の内容は「接遇」「保険制度」「診療報酬」「診療報酬改定」の4つのテーマとし、それぞれを役職者が担当を受け持ち、勉強会を行った。各テーマごとに担当者が工夫をし、以前とは少し異なる勉強会を行い、課員の知識向上にも繋がった。

②人材育成

1、2年目の職員を対象に勉強会を開催。内容については対象者より日頃から曖昧であったものや理解の浅いもの等を募集。集まった中より主任、副主任が勉強会の内容に適しているものを選び、勉強会を行った。また質問については随時院内ネットで募集し、それに対して役職者が回答し対象者間で情報の共有を行った。これにより1、2年目の職員の知識は大幅に向上した。

③お互い尊重し合える明るい職場

「お互い尊重し合える明るい職場」については数年前より取り組んでいる「残業」に重点を置いた。過大な残業は翌日の業務に影響を及ぼし、また退職の原因にもなりかねないものである。

医事課において残業時間の大半を占めるものがレセプト業務である。レセプト業務については通常の時間内に行うことが理想ではあるが、日常業務中にレセプト業務を行うことが難しい場合が多く、こういったことで残業が発生している。

このことより残業短縮の取り組みとして行ったのが時間内業務のシフト調整である。担当診療科の件数により残業のバラツキがあることからレセプト件数に応じてシフトを調整した。

上記対策を行ったが2022年度と比べ残業時間は横ばいであった。この原因としては退職者に対する補充が出来なかったことが挙げられる。残った者で退職者の業務を割り振ったことも原因の1つである。

■人員の変動について

2023年度は新卒者6名の増員があった。退職者は5名と昨年度とほぼ同数であった。この他に他部署異動が2名、休職者は1名であった。

退職者については5名中3名が2年未満であった。

退職理由としては3名ともが異なっていたが、若手職員に対してフォローしていく体制を構築する必要性を感じた。

今後はさらなる業務の効率化、人員の効率的配置を進めていくことに努める。

〔文責：小林弘明〕

【人員体制】

課長	2 名
主任	1 名
課員	3 名

2023 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 9,259 件
- ・オーディット 登録件数 9,146 件
- ・退院後 14 日以内の退院サマリー作成率 96.9%

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 59 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 5,808 件
(内 救急車来院件数 3,915 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）にて、院内がん登録の正確なデータ提出に努めている。当院ホームページ上に院内がん登録件数の公開を行っている。
2022 年度がん登録件数 1,899 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。

『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。

『DWH を活用した DPC データによる集計』

DPC データをベースに集計した内容を、院内全ての職員が閲覧出来るよう、DWH 上にて作成し、公開している。

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 180 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。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】

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、2023 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。

『Dr2GO 電子カルテ情報連携導入』

PSCSK 株式会社 オリジナルソリューションの「Dr2GO」（ドクターツーゴー）は、医療現場の声から生まれた医療従事者向け DX ソリューションです。

医療従事者間のコミュニケーションの効率化を図る「コミュニケーション機能」、診療に必要な情報を検索・閲覧する「医学情報検索機能」、転院調整時の情報共有・コミュニケーションの効率化を図る「地域医療連携機能」を提供しており、医療従事者の働き方改革や、地域医療の効率化ができます。

第一ステップとして、グループチャット、医学情報検索機能を導入、運用を行っています。

今年度、第二ステップとして、電子カルテの情報連携を行い、患者の状態、情報を見ながら多職種間で入院・外来患者を中心とした情報をチャットで行います。

『らくらく看護師（電子カルテソフト）院外接続

2 要素認証』

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っている iPhone8(PHS) にらくらく看護師を使用できるようにしました。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、入力を行います。iPhone の専用アプリで「ワンタイムパスワード」を使用して 2 要素認証（ワンタイムパスワードとログインパスワード）でセキュリティ強化を行い

ました。

『共有フォルダ増設』

2021 年の電子カルテ更新時に電子カルテ用パソコンであれば場所問わず、ファイルサーバーへの接続ができるように設定しました。その時は 1 人 4 つまで共有フォルダを参照できるように設定しました。

現場から 4 個では足りないの 6 個まで増やして欲しいと要望がありました。

他部署やチーム内で同じフォルダを参照することにより、エクセル・ワード等のファイルを共有することができます。

その共有フォルダは設定した職員以外からは参照できない設定になっています。

院内の電子カルテパソコンならいつでも、どこでも同じファイルを使用することができ業務改善につながります。

【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。

現場のニーズに合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〕

FMD センター

【人員体制】

センター長	1 名
課長	1 名
主任	2 名
副主任	1 名
その他	1 名

【取り組み・実績】

アプリケーション開発、業務用 iPhone の運用管理を行っている。2023 年度の開発案件から主だったものについて以下に紹介する。

『外部検体報告』

外部の医療機関からの病理診断依頼に対応し、依頼から報告までを一元管理するアプリケーションを開発した。アプリケーションは Excel からのデータ取込に対応するオフライン版と、クラウド上に展開され外部からアクセスできるオンライン版の 2 つのバージョンを用意した。外部からアクセスできるオンライン版ではセキュリティを強化するため SMS を利用した 2 段階認証を採用した。報告書が完成すると依頼者には SMS が送信され、依頼者はアプリケーションにログインして報告書をダウンロードできる。

『入院患者入退出管理』

入院患者の管理を電子化した。患者のリストバンドに付けられたバーコードを活用し、入退出の記録を管理する。具体的には、患者が病院内の検査室や売店等へ外出する際、スタッフステーションに設置されたバーコードリーダーでバーコードを読み取ると患者が特定され、職員が外出先や目的の追加入力を行う。予定した時間を超えると警告を表示する機能も組み込まれている。電子化により安全確保と運用の効率化が期待できる。

『リハビリ備品管理の電子化』

リハビリテーション技術室で管理している備品の貸出管理を電子化した。備品はアプリケーション内のマスタで専用の識別番号による管理を行う。識別番号をバーコード化して貼付することで備品の貸出・返却を記録・管理できる。バーコードの読み取りで備品が特定され、貸出先の患者や貸出した職員等の追加情報を入力するだけで記録が

完了する。備品の種別毎・病棟毎の備品貸出状況等、各種情報が一元化・可視化された。

『ハラスメント報告の電子化』

報告先が不明瞭との声も挙がっていたハラスメント報告を電子化した。ハラスメント報告は手順が周知されておらず、出来事報告（インシデントレポート）にハラスメント事例が報告されるなどの問題が発生していた。出来事報告は医療安全管理室、ハラスメント報告はハラスメント防止対策委員会の管轄であるため、電子化により適正な管理が実現され、報告手順も周知された。また、報告手段を周知し、手順を簡素化したことで、ハラスメントの抑制、潜在化の防止効果も期待できる。

【今後の展望】

10 年以上にわたり継続開発されてきた CSS は、経年の開発による影響で速度低下が著しい箇所も散見される。古い開発手法で構築された機能を最新のファイルメーカーの開発手法で置き換え、効率的で高速な実装に更新していく「リファクタリング・プロジェクト」を進めている。今後は速度低下の著しいアプリケーションの再構築を行い、2 台で運用されているサーバーを統合して管理・運用を一元化する。また、バックアップ体制も刷新し、アプリケーションの継続性と安全性を向上させるための施策も講じていく。

〔文責：深澤真吾〕

データセンター

【人員体制】

センター長	草深裕光
副センター長	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】

昨年度に引き続き、DWH の利用拡大、業務へのデータ活用を推進することに注力した。技術的に向上することができ、より複雑な要望に応えられるようになった。また、他部署のデータ管理の改善や公開されている情報の整理も行った。積極的に学会発表も行った。

1) JUST-DWH 利用推進と業務へのデータ活用

DWH の利用価値を高めるために、利用できるデータの拡大と格納されているデータの意味をきちんと理解し、正確なデータを抽出することに注力、過去のデータの間違いを正すなど一定の成果を得た。また、草の根的に利用価値を示しながら活動したところ、依頼も昨年度の 87 件から 157 件へ増加した。特に病院事務部での利用が拡大し、それまで突出していた薬剤部の利用数に匹敵するほどになった。月別利用者数は年度末（3 月）176 名であり、昨年の 173 人からほぼ横ばいであったが、利用されたダッシュボード数（右図）は 2022 年 3 月の 69 から 2024 年 3 月は 148 へ倍増したことから、日常業務へのデータ活用事例が増えた。

2) データの根拠明確化と請求業務の問題点の可視化

診療報酬関連の依頼が増え、その過程で請求漏れ等を明らかにすることができ、改善を促すことができた。病院事務部の一部職員は DWH の活用を始め、レセプト点検業務等で利用されている。全体への広がることを今後期待する。その他、今まで統計として出されていたデータの根拠が不明確であり、それを明らかにすることを行った。例えば、入院透析のデータは、かつては正しく出されていたが、以前の抽出条件は医事課での入力方法に依存する部分が大きく、時代の変遷の過程で入力方法が統一されなくなり、現在では正しく集

計できていないことが明らかとなった。

3) 他部署のデータ管理の改善

Mnet のオンライン申請やカスタムアプリを利用したデータ管理の改善、その他のお手伝いを行った。具体的には、クオリティー管理部の駐車場管理、総務部の施設基本情報の公開、業務マニュアル管理などを Mnet 上で管理できるようにした。また、オンデマンド配信の分類細分化の提案を行い、実施した。

4) Mnet ファイル管理の整理

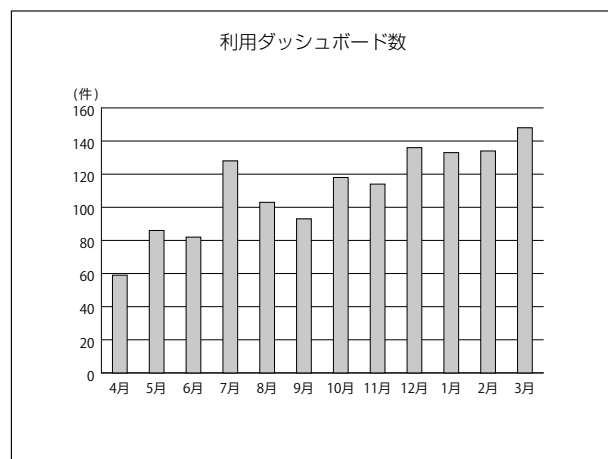
イノベーション推進本部と協力し、Mnet ファイル管理の整理を行った。マニュアル管理のシステム構築も行った。

5) 病院収益への貢献

VHJ を介したデータ提供案件にはすべて応じ、また、当院での臨床試験・臨床研究に必要なデータの提供を行い、病院の医業外収入に貢献した。

6) 学会発表

学会発表は 3 件、また、他部署の学会発表支援を 1 件行った。



【学会発表】

学会名：第 25 回日本医療マネジメント学会学術総会

演題名：日常業務へのデータ活用 ～ DWH を利用して～

演者：黒宮浩嗣

日時・場所：2023/6/24（パシフィコ横浜）

学会名：第 38 回岐阜県病院協会医学会
演題名：業務へのデータ活用推進と統計データの
適正化を推進するために導入した DWH と BI ツー
ルの利用状況
演者：黒宮浩嗣
日時・場所：2023/10/29（下呂交流会館）

学会名：第 38 回岐阜県病院協会医学会
演題名：DWH の活用により明らかとなった正確
なデータ入力的重要性
演者：河合幸太
日時・場所：2023/10/29（下呂交流会館）
〔文責：黒宮浩嗣〕

業 務 部

【人員体制】

部長	1 名	課長	2 名
主任	2 名	部員	16 名
パート	2 名	アルバイト	6 名

総勢 29 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 1 F 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。

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などを精査しています。

2020 年 4 月より柔道部が創設され日々業務をこなしながら練習に汗を流しています。部員の一人である杉浦冬唯は「2023 年度講道館杯全日本柔道体重別選手権大会」男子 66kg 級で 3 位の成績を収め『全日本柔道連盟男子 66kg 級 B 強化指定選手』に選ばれました。今後は国際大会への出場も予定しており活躍が楽しみです。

※ 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も、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はもちろんですが、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。

昨年度の 6 月に南館全館を LED 照明に更新した事により南館の電気代を大幅に削減する事ができました。今年度は北館の LED 化を行う計画を進めています。電気やガスの沸騰で年々上がっている状況ですが、より一層省エネの削減ができるよう管理して行きたいと思います。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行きたいと思います。また施設管理課では全ての修繕は業者へ依頼していました。コスト削減の為、昨年度までは一部ののですが業者の修繕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おり、今年度は昨年度と違い一部しかできなかった事が沢山できるようになりました。ただ専門性の高い分野を内製化できていない為、専門性の高い分野を身につければコスト削減も大きくなると思います。各機器の定期点検も業者へ点検を依頼していますが、必要な資格を取り、当院で点検ができる様スキルを身につけて削減できるようより一層施設管理課として頑張っ

て行きたいと思います。

〔文責：杉原浩二〕