

# V 各種委員会

**病院安全管理委員会**  
**医療安全管理部門**

医療安全管理者  
副看護部長 矢嶋 真由美

当委員会は、医療事故を防止し、安全で信頼される医療を提供できる医療安全管理体制の構築を目標としています。副院長を病院安全管理委員長とする「病院安全管理委員会」を毎月1回定期的に開催し（必要に応じて臨時会を開催）医療事故防止対策等の医療安全管理全般にかかる重要事項を審議します。病院安全管理委員会の決定事項の施行及び徹底は、医療安全管理者・医療安全推進担当で組織する「医療安全管理対策委員会」が中心的役割を担います。また、医薬品及び医療機器に係る安全確保のため、「医薬品安全管理者」並びに「医療機器安全管理責任者」を配置しています。

I. ヒヤリハット・アクシデント報告

1) 令和3年度と令和4年度の比較

期 間	報告件数
2021/4/1-2022/3/31	1,182
2022/4/1-2023/3/31	1,142

レベル	0	1	2	3 a	3 b	4	5	合計
2021年度	172	751	197	53	9	0	0	1,182
2022年度	186	693	179	72	12	0	0	1,142

2) 全報告からの種類別件数（上位事例3種類のみ掲載）

事例の種類	2020年	2021年	2022年
薬剤	354	399	372
転倒・転落	270	265	270
ドレーン・チューブ	162	146	110

3) レベル3bについて

事例の種類	2020年	2021年	2022年	前年度対比
転倒・転落	5	7	6	-1
治療・処置・手術	0	0	1	+1
ドレーン・チューブ	2	0	1	+1
検査	0	1	1	±0
患者状況について	0	0	1	+1
薬剤	0	1	1	±0
療養上の世話	2	0	1	+1
合計	9	8	12	+4

4) レベル4 発生なし

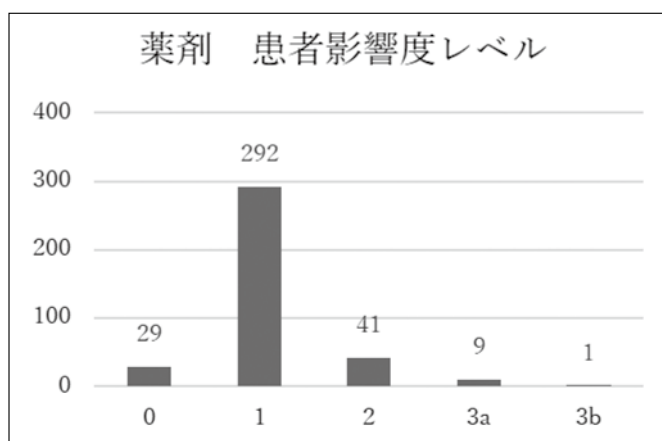
5) レベル5 発生なし

6) ヒヤリハット報告について

- ・職員同士で業務上の間違いに気づいたものや、業務上の気付きを得られたものなどがありました。リスク感性の高さが医療事故防止につながっていると言えます。インシデントレポートのより良好な報告のため活動を継続していきます。
- ・3b事例は昨年度より4件多く報告がありました。転倒・転落に関しては1件減少しました。せん妄予防の対策、転倒・転落予防対策を継続的に実践しています。さらに衝撃吸収マットを増やし、大げがにつながらない環境づくりを目指しています。
- ・療養上の世話では、拘縮の強い患者の病衣交換中の骨折がありました。また、療養上の世話中の発見で発生日不明の骨折がありました。拘縮が強い患者の援助方法をリハビリテーション科、看護師、看護補助員と再確認しました。また、補助員の教育プログラムに「拘縮のある患者の対応」を追加しました。
- ・検査データの未入力と医師の結果確認不足がありました。APTT過延長であった可能性があり、頭部外傷後の対応の遅れにつながった可能性がありました。職員教育とシステムの変更を行いました。
- ・手術部位の左右間違いがありました。タイムアウトを実施しており、当事者も周囲のスタッフも左右を間違えていると思いませんでした。事例を共有し画像での確認も徹底するようにしました。
- ・画像診断レポートの見落としにより、4か月後肝腫瘍が増大した事例がありました。画像診断レポート確認は、医師の重要業務として病院長から注意喚起がありました。開封手順書を作成し全医師に配布。医療クラークは診察時に医師毎に未読リストの提示し開封確認を促すこととしました。今後、画像診断レポート管理システムを導入予定です。

【薬剤】(372件)

注 射	122件
内 服	273件
その他	13件

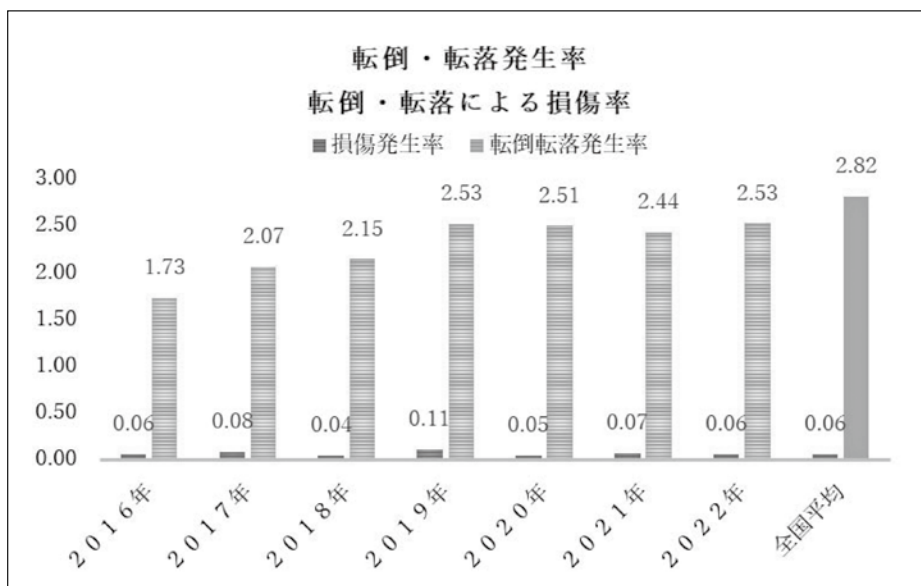


- ・薬剤インシデントは、患者影響度レベルの低いインシデントが多い傾向があります。報告の9割は、最終実施者であることが多い看護師からでした。事例の内容は、無投薬と指示間違いが多い傾向がありました。手順通りでない与薬場面がある事から、看護部安全対策委員会では、DVDを作成しました。新人研修、現任教育で使用していきます。
- ・薬剤管理については、持参薬と当院処方薬との過剰投与に関連した事例や、持参薬から院内処方に切り替え時に重複、過少、無投薬の事例がありました。持参薬オーダーは薬剤管理に有効ですが、活用されていないこともあり、周知が必要です。
- ・麻薬の過剰投与事例がありました。部署の麻薬管理体制を強化しました。夜間休日は看護師の確認のみとなっていることもインシデント発生の背景としてありました。看護師対象の研修は、看護管理者対象を追加し、計4回実施しました。
- ・抗血栓塞栓薬の処方忘れ事例がありました。患者が1週間後に脳梗塞を発症したことから処方忘れがあったことが分かりました。医療事故調査委員会を開催し、以下の4つの対策を実施することとしました。①医師はプログレスノートに処方記録を記載する ②血栓塞栓症予防薬の開始や一時休薬の説明書・承諾書の取得 ③オーダーリング画面の処方録で抗凝固薬・抗血小板薬を青字で表示 ④保険調剤薬局の積極的な疑義照会のお願いの4点を実施しました。モニタリングしながら、継続実施中です。

#### 【転倒・転落】(270件)

転 倒	182件
転 落	88件

- ・転倒・転落発生率は、病院として転倒・転落予防の取り組みを効果的に行えているかどうかの指標になります。当院では、全国平均値より低い値を維持しています。



- ・新型コロナウイルス感染症患者の受け入れや感染防止から、患者の近くでの見守りが難しい状況がありました。眠りスキャンの活用や衝撃吸収マットの購入を行い患者の個別性に合った安全対策を実施しています。
- ・転倒・転落の患者背景では、80歳台が最も多く106件で、事例の約8割が高齢者でした。

患者の心身状態の3割に認知症・健忘があり、ベッドから降りようとするなど転倒リスク対策をしても間に合わない状況がありました。そのような中で、転倒転落発生率が2.53%に抑えられたことは、看護部転倒転落予防チームが患者や家族に入院前から転倒リスクについて知ってもらうようパンフレットを作成や師長会せん妄対策チームの活動、医療安全管理対策委員会のラウンドなどの活動の結果と考えます。次年度実践評価を行い、多職種でのアプローチを含めたアセスメントの妥当性や適切な予防対策の実施に繋げていきます。

#### 【ドレーン・チューブ】

・事例の種類は末梢静脈ライン48件、経鼻栄養チューブ16件、尿道カテーテル11件、中心静脈ライン7件でした。事例の内容は自己抜去62件でした。

3b事例は、PTGBDチューブの自己抜去により、再留置困難から外科的手術の方針となった事例。身体拘束の検討やせん妄対策の実施、各部門連携について振り返りを行いました。尿道カテーテルは、感染上と自己抜去防止のため製品を変更しました。尿道カテーテル自己抜去は5件減少が見られました。せん妄予防対策ができていくケースが増えたこと、カンファレンス等で不要なチューブの検討がインシデントの減少に繋がっていると分析します。

#### II. クレーム・苦情件数

患者サポート部門相談件数は151件、苦情は24件でした。

主な内容は、診療内容疑義・不満、職員の言動・態度への不満でした。

#### III. 暴言・暴力事例件数

2件発生：患者による身体的暴力1件、職場内での暴言1件でした。

#### IV. 医療安全ラウンド

・転倒転落ラウンド、薬剤管理ラウンドを実施しました。

#### V. 院内医療安全研修会

主な研修は以下の通りです。

期日	開始	所要時間	テーマ	対象職員	参加	担当委員
8月22日～ 9月4日	Web	28分	MRI研修	全職員	514名	医療安全管理対策委員会
11月10日～ 24日	Web	12分	血栓症と抗血栓薬 ～心原性脳梗塞 予防を中心に～	全職員	493名	医療安全管理対策委員会
1月10日～ 2月5日	Web	16分	診療放射線の安全 利用のための研修会	全職員	491名	医療放射線管理委員会
3月16日～ 30日	Web	14分	注射薬と医療安全	全職員	468名	医薬品安全管理者
6月～12月			3する運動	全職員	590名	医療安全・感染・ 褥瘡委員会
3月20日～ 31日	Web	12分	酸素ボンベの取り扱い と点検	全職員	457名	医療ガス安全管理委員会

VI. 医療安全対策地域連携（\*今年度、感染症対策上訪問による評価は中止した。）

- ・加算Ⅰ：独立行政法人国立病院機構新潟病院
- ・加算Ⅱ：あがの市民病院

改善事項

(1) 直ちに改善した事項

【抗血栓塞栓薬の処方忘れについて】

- ・説明用の定型文を2種類作成した。
- ・保険調剤薬局と話し合いを行った。また、薬剤師会の研修会に参加し、積極的な疑義照会をお願いした。

【画像レポート未読レポートの管理について】

- ・開封条件の設定・開封方法が徹底されていなかったため、オーダーリングのトップ画面に表示し、確認できるようにした。

(2) 改善に時間を要する事項

【放射線科の安全管理体制について】

- ・MRI事故防止策として、外来患者のダブルチェック体制は実現できていない。今後、他職種との連携や金属探知機の活用など参考にしたい。

【画像レポート未読レポートのシステム管理について】

- ・令和5年11月の電子カルテシステムの更新に合わせて、レポート管理システムの導入の機会を得た。現在、ワーキンググループを立ち上げ話し合いを進めている。

**院内感染対策委員会**  
**感染対策部門**  
**感染制御チーム (ICT) 抗菌薬適正使用支援チーム (AST)**

柏崎総合医療センター院内感染対策委員会では、院内感染対策指針の「患者及び病院従事者を守るため、院内感染の発生に留意し、感染発生時にはその原因を速やかに特定、制圧、終息をはかり感染拡大防止に努めることを責務と考える。感染予防策および発生時対応を全病院従事者が把握し、この指針に即した医療を患者に提供すべく全力で取り組む。」を院内感染に対する基本的な考え方として、感染リスクの発見、感染予防策の実施、院内感染発生時の感染拡大防止に取り組んでいます。

**院内ラウンド (毎週木曜日)**

ICTラウンドでは病院内の感染リスクを早期発見し、改善することを目的に、チェックリストを用いて病院内の全部署を計画的にラウンドしています。入院病棟は毎週、別のテーマでラウンドを実施しました。同じ日に同じテーマで入院病棟全体をラウンドすることで、病棟間の比較や共通の課題を見つけることができ、改善につなげることが出来ました。また、外来部門・検査部門等の病棟以外の部署は2～3か月に1回ラウンドを実施しました。



ASTラウンドでは、広域抗菌薬を使用している患者のカルテラウンドを行っています。感染部位、原因微生物、抗菌薬を確認し、培養が提出されていない場合や使用している抗菌薬に感受性がない場合などに主治医にフィードバックしています。また薬剤耐性菌を作り出さないよう、なるべく狭域な抗菌薬を使用するよう提案もしています。

**院内感染対策研修会 (全職員対象)**

新型コロナウイルス感染症の流行により、研修会のスタイルに工夫が必要となりました。院内感染対策委員会では、オンライン動画研修により、集合研修のスタイルをとらず、多くの方に参加してもらうことができました。またN95マスクの着脱のような実技研修では、各部署で伝達講習を行い、多くの方に参加してもらうことができました。

	開催日	主催	タイトル	講師	参加人数 (参加率)
第1回	2022年 6月22日～	ICT AST 合同	今年もやっぱり標準予防策 2022 ～手指衛生のお話～	感染管理認定看護師 徳原 伸子	585人 (96.9%)
第2回	2022年 9月29日～	AST	薬剤耐性菌	呼吸器内科医師 田中 健太郎	335人 (93.3%) 受講対象者の 参加割合
第3回	2023年 2月10日他	ICT	正しく着けようN95マスク	感染管理認定看護師 徳原 伸子 N95フィットインストラクター 齋藤 道子・武田 安代	574人 (97.0%)

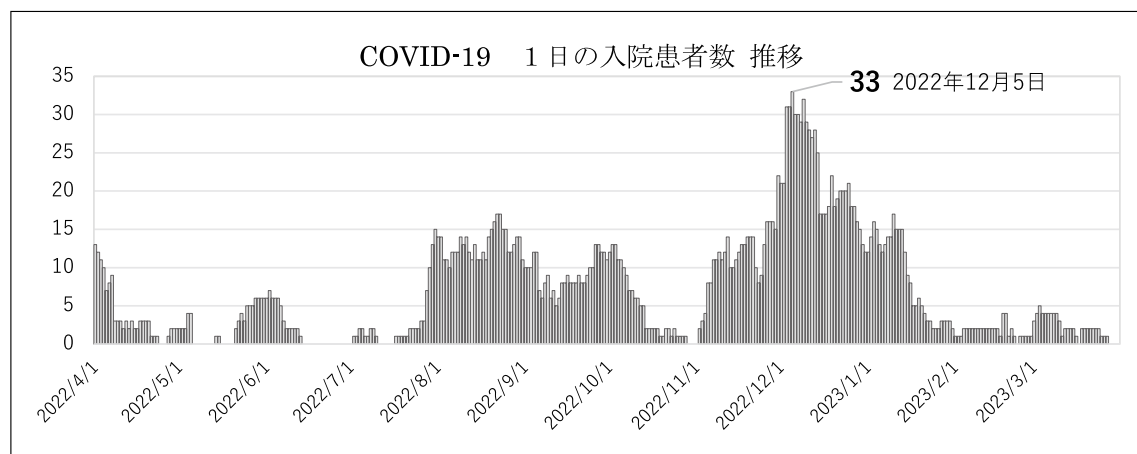
### 感染症対応（疑いを含む）

- ・感染拡大事例（COVID-19クラスター） 5件

感染症名	件数
レジオネラ	3（届け出含む）
CRE	1（届け出）
結核	1（届け出）
抗酸菌塗抹・培養陽性	2
食中毒（きのこ中毒）	2
梅毒	1
水痘	1
O-157	1（届け出）
O-103	1
他院：針刺し事故	1
COVID-19クラスター	5

### 新型コロナウイルス感染症

- ・発熱外来 2,508名（2021年：帰接外来156＋発熱外来870）
- ・入院受け入れ 284名（新入院196 転床88）（2021年：148名）
- ・COVID-19病棟での職業感染 0件
- ・一般病棟入院患者の発生数 83名（入院時持ち込み13名 集団発生に伴うもの70名）
- ・職員発生 196名（うち集団発生に伴うもの39名）



### 感染対策コンサルテーション

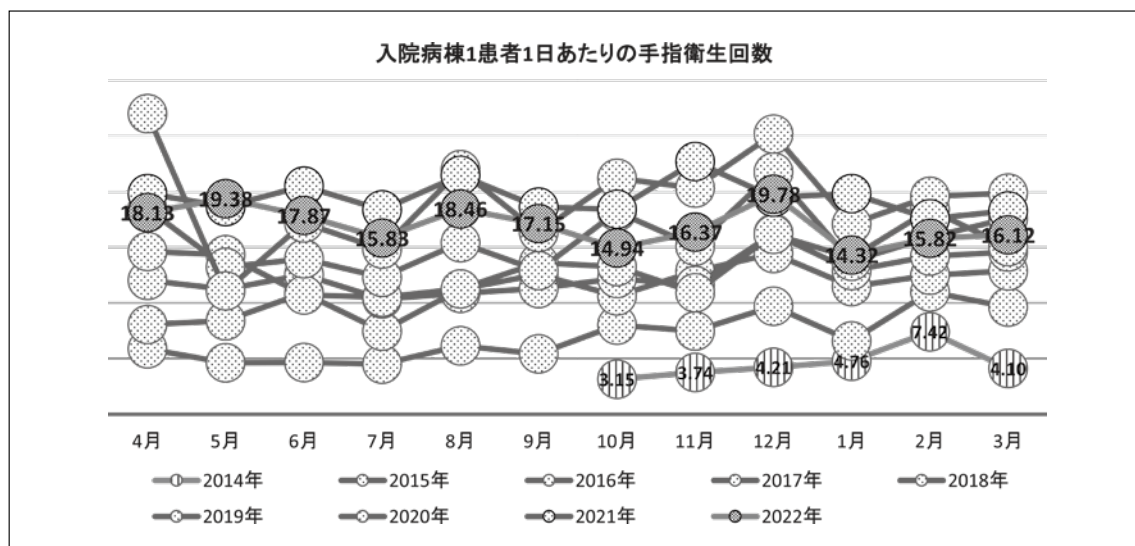
- ・中央材料室洗浄不良への対応と評価方法
- ・放射線科（血管造影室）血ガスサンプラーの導入
- ・病児保育受け入れ基準見直しの助言
- ・その他 COVID-19対応に関すること



### 手指衛生サーベイランス

看護部感染対策委員会のリンクナースを中心に感染対策の基本である手指衛生の推進活動を行いました。入院病棟では1患者1日当たりの手指衛生回数の目標17回は達成することができましたが、COVID-19の流行時（2020年・2021年）より手指衛生回数が低下しました。手指衛生は全員の患者さんに実施するものであるため、感染症の有無で変わることはありません。2020年・2021年を上回れるよう取り組んでいきたいと思ひます。

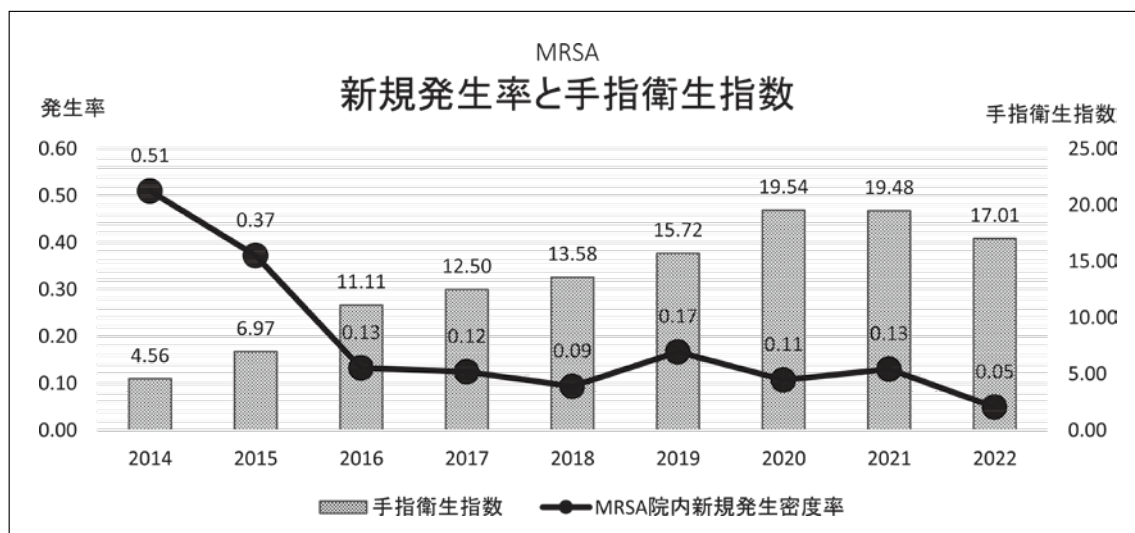
\* 1患者1日当たりの手指衛生回数=擦式アルコール製剤払い出し量 (ml) ÷ 延べ患者日数 × 1回使用量 (ml)



### 耐性菌サーベイランス (MRSA)

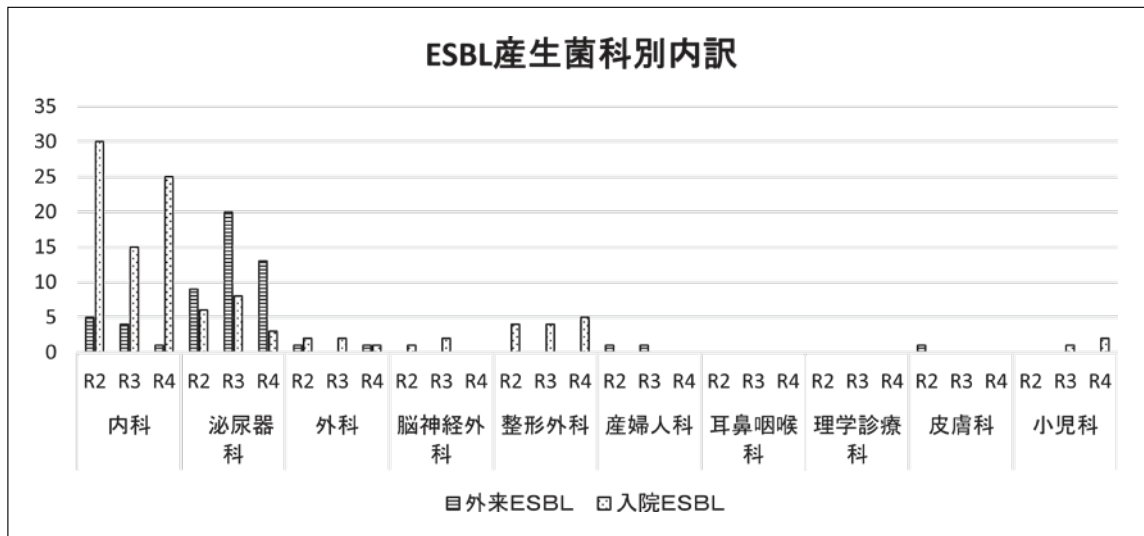
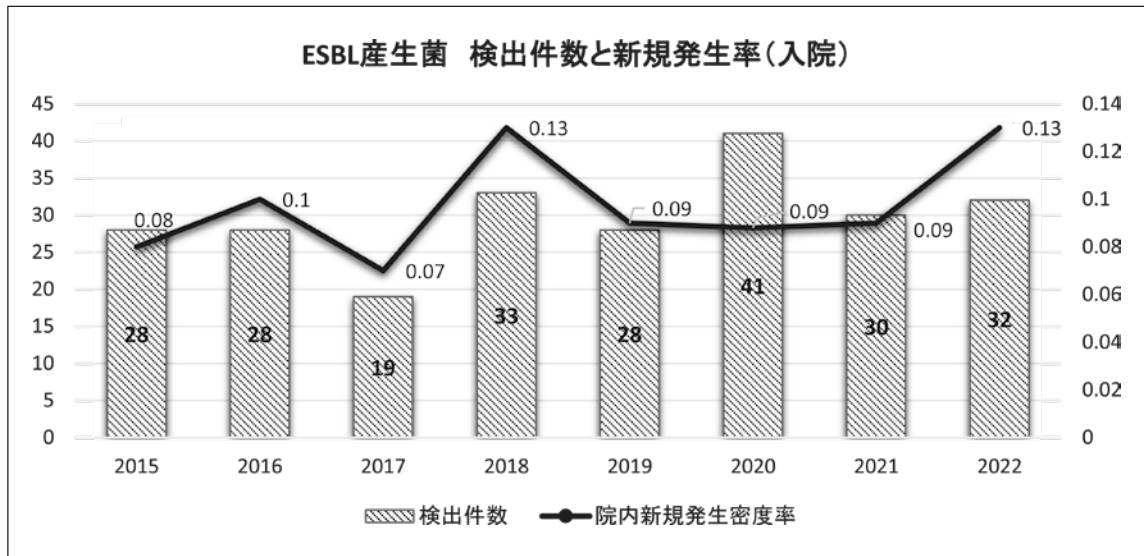
病棟別院内新規発生密度率 (院内新規MRSA発生数 / 延べ患者数 × 1,000)

2022年度	東3	西3	東4	西4	東5	西5	東6	西6	計
平均発生率	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07	0.06	1.01	0.00	0.05
標準偏差	0.00	0.00	0.00	0.00	0.23	0.22	0.25	0.00	0.08
2SD	0.00	0.00	0.00	0.00	0.52	0.51	1.51	0.00	0.21

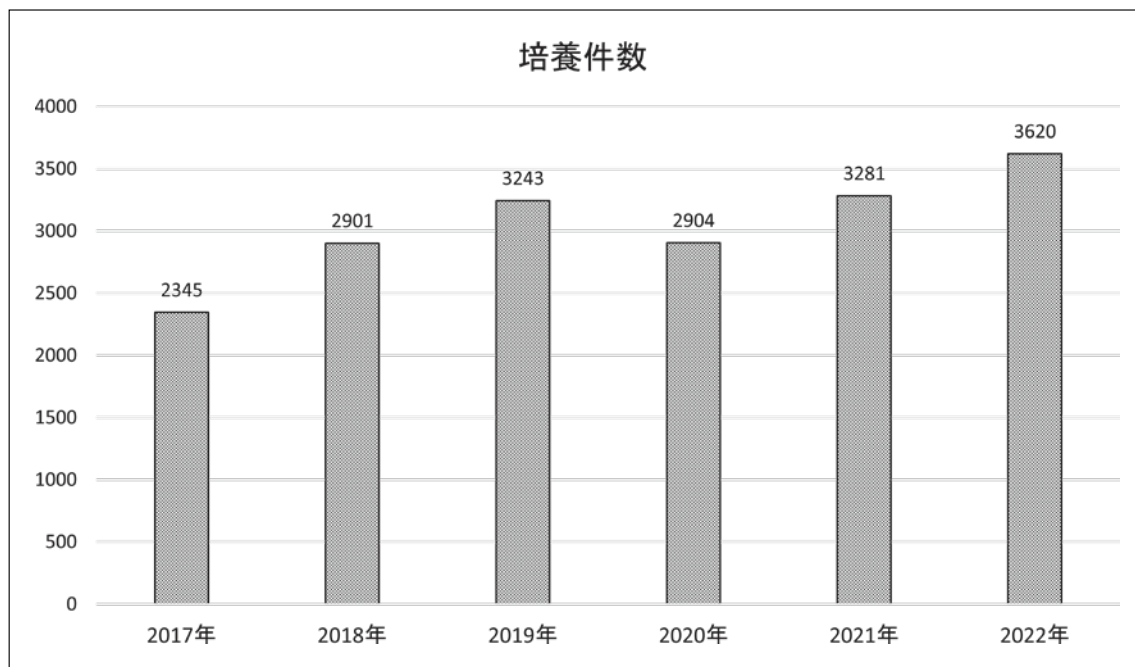
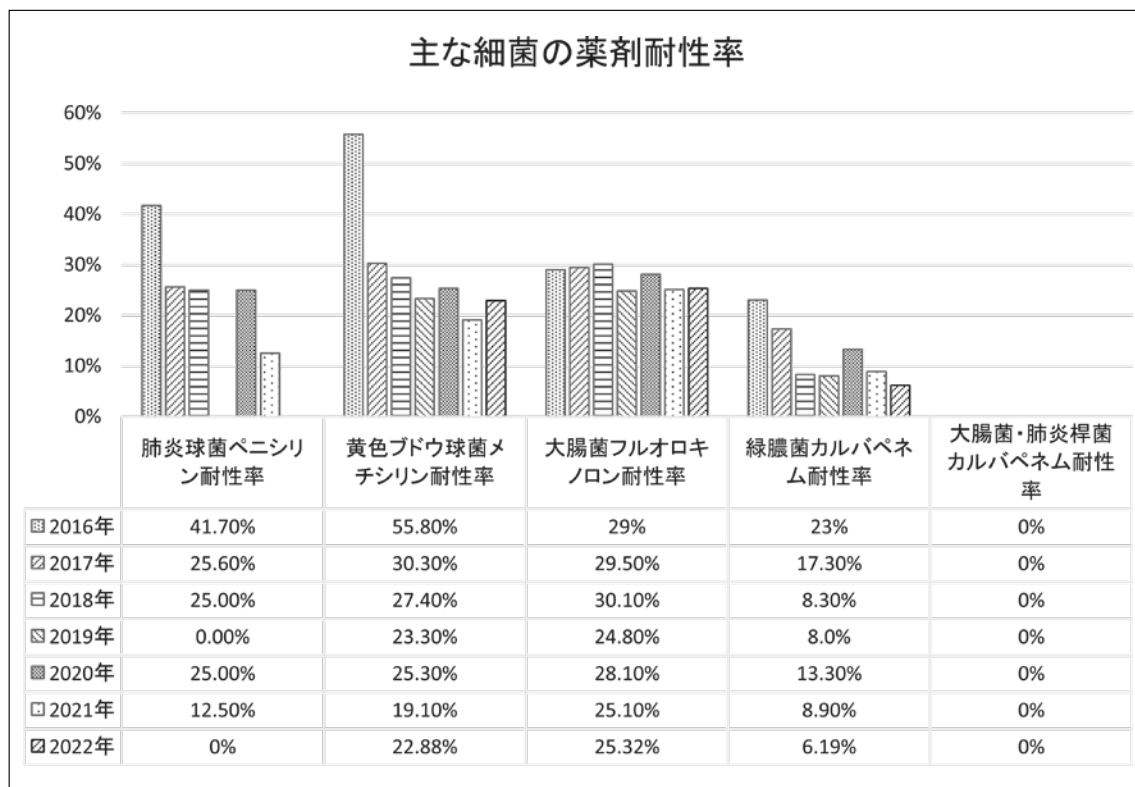


## 耐性菌サーベイランス (ESBL)

病棟別院内新規発生密度率 (院内新規MRSA発生数/延べ患者数×1,000)



主要菌の薬剤耐性率



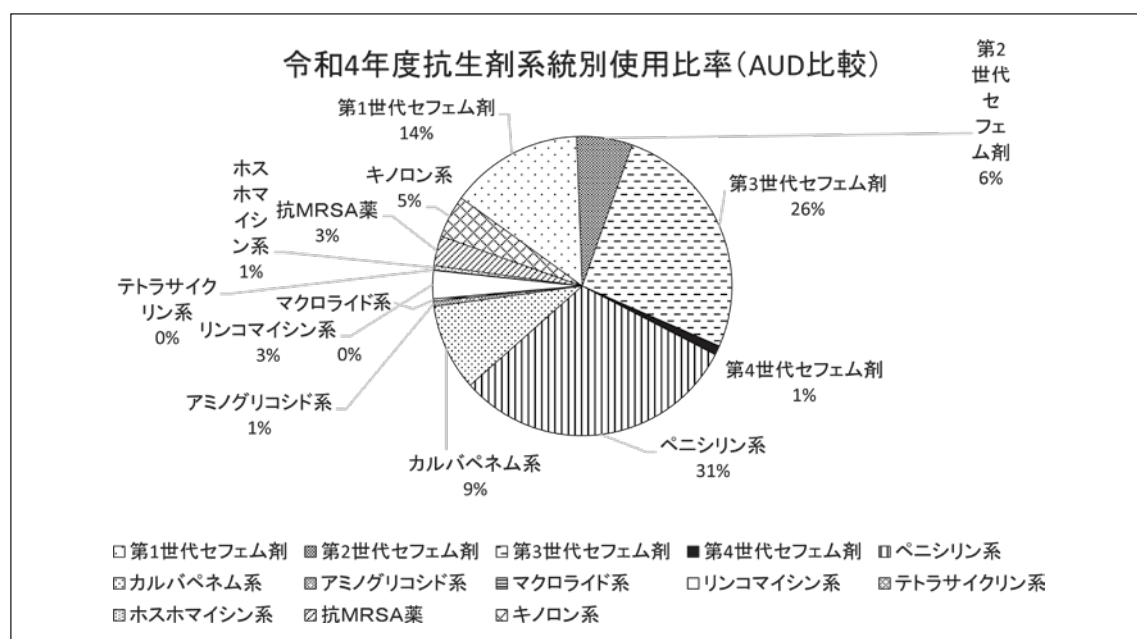
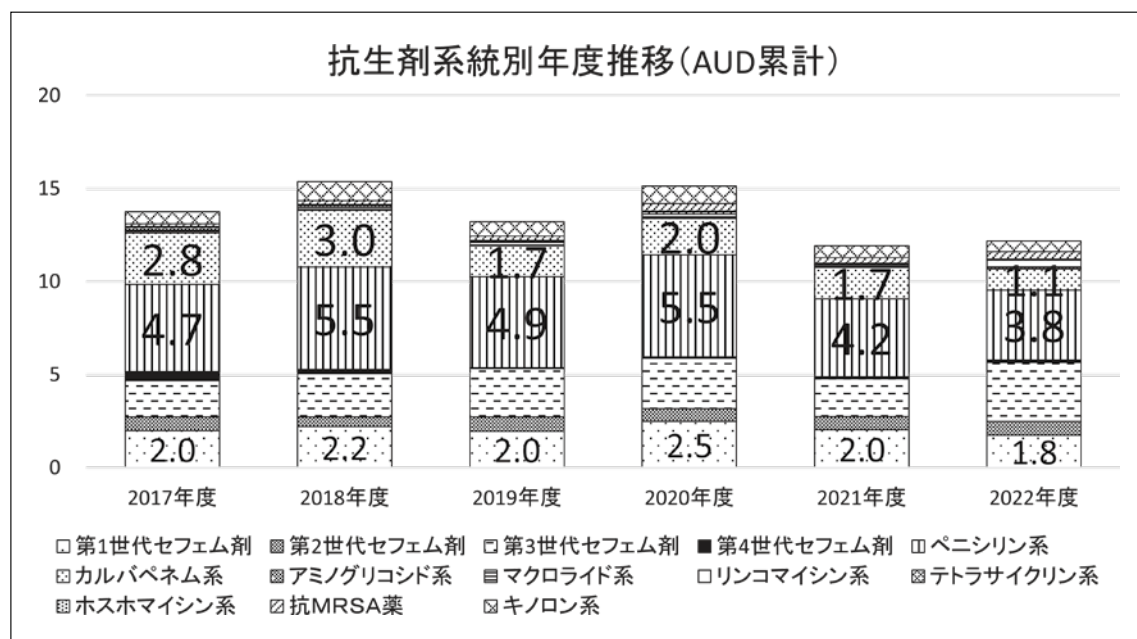
## 抗菌薬使用密度

院内感染対策委員会では抗菌薬適正使用の一つとして抗菌薬使用の調査を行っています。抗菌薬によって1回の治療に使用する量が異なるので、使用量（g）だけでは比較できません。そのため抗菌薬ごとに設定されている成人の仮想平均維持1日量で除することによって系統ごとに比較でき、また延べ入院患者数で除することによって他の病院との比較もできるようにAUD\*を使用しています。

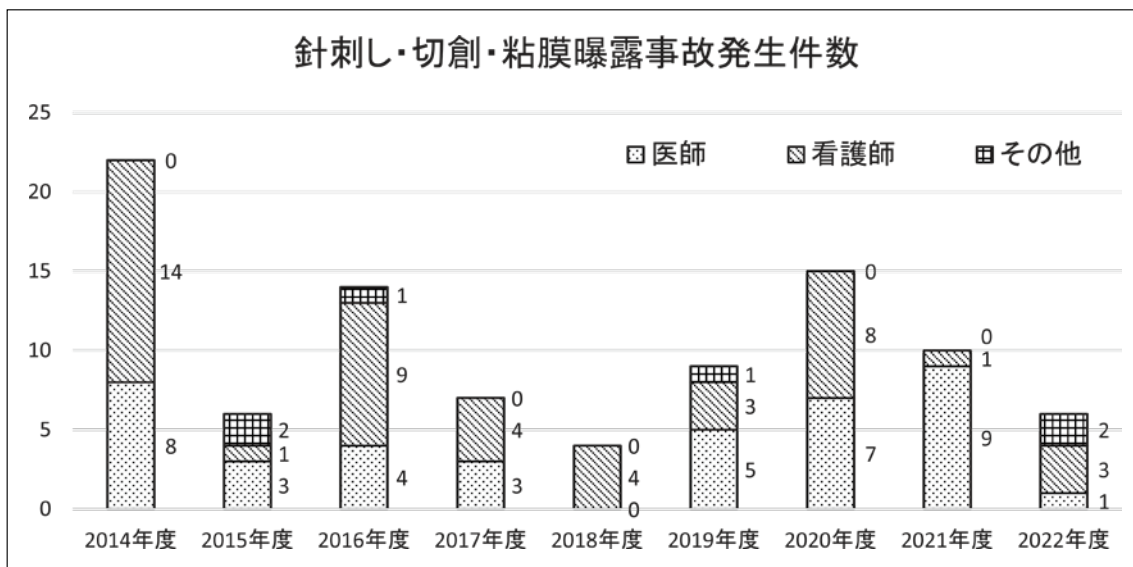
\*AUD：Antimicrobial Use Density 抗菌薬使用密度；100患者入院日数当たりの抗菌薬使用日数

$$AUD = \frac{\text{抗菌薬総使用量 (g)}}{\text{DDD (g/人・日)} \times \text{延べ入院患者数 (人・日)}} \times 100$$

DDD：Defined Daily Dose 主な適応症に対する成人70kgの仮想平均維持1日量



針刺し・切創、粘膜曝露



## 栄養管理委員会

当委員会は、病院組織における給食・栄養関連業務の直面している課題を多部門の視点から検討する場として設けられています。業務の円滑化と効率化を目的とし、課題解決を、よりより医療サービスの充実へとつなげるべく運営しております。内科部長を委員長とし、看護部長、看護師長、医事主任、栄養科長、主任管理栄養士、主任調理師で構成されています。

開催は、年4回（6月・9月・12月・3月）の第1火曜日となっております。

### 【令和4年度 活動報告】

第1回 6月7日

議題 栄養指導件数の報告

キザミ食・ミキサー食のオーダーリング変更とソフト食の廃止

産科食の充実に向けて

胃切後食間食の運用に関する検討

第2回 9月6日

議題 栄養指導件数の報告

透析後食の対応に関する確認

産科食充実に向けた進捗について

第3回 12月6日

議題 構成員の変更について

給食材料費の高騰と個別対応に関して

年末年始の献立について

下膳時感染対策の確認

委員会開催の時間変更について

第4回 3月7日

議題 次年度NST専任研修に向けた情報提供

時間外食事オーダーについて

## NST委員会

当委員会は栄養という側面から患者および疾病を捉え、医療の質の向上への寄与及び提供する医療への強い信頼感を得ることを目的としています。さらに、入院患者に対して効果的な栄養療法を選択・実施することで治療効果を高め、在院日数の短縮や医療費の削減等に貢献することを目標としています。メンバーは外科医師・内科医師・歯科医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・言語聴覚士・管理栄養士とし、各職場の代表者若干名で構成しています。適切な栄養管理および栄養療法の向上に関する検討・研修を行うため偶数月第1木曜日の16:30より開催しています。

また、平成26年4月よりNSTサポート加算算定を開始しました。NST回診は毎週火曜日15:30より医師、看護師、薬剤師、言語聴覚士、管理栄養士からなるチームで回診を行っています。

### 【委員会構成メンバー】

1. 委員長：TNT研修またはNST医師教育セミナー終了した医師 1名
2. 副委員長：TNT研修またはNST医師教育セミナー終了した医師 若干名
3. 委員：各職場より1名以上のNST委員

### 【令和4年度活動報告】

#### 1. NST回診報告

令和4年度の回診件数は357件でした。前年度回診件数よりも3件の減少となりましたが、目標の250件を達成しました。今後も回診の継続と患者への栄養サポートに努めていきたいと思えます。

#### 2. NSTの啓蒙

NST啓蒙活動の一環として学習会を3回行いました。今後もNSTの啓蒙に努めていきたいと思えます。

- 1回目「NSTについて」
- 2回目「サルコペニア・フレイルについて」
- 3回目「胃瘻からの半固形栄養剤に関する最近の知見」

#### 3. NSTニュースの発行

平成26年10月よりNST啓蒙活動の一環として、偶数月にNSTニュースの発行を行っています。令和4年度は計6回発行しました。継続し、NSTの啓蒙に努めていきたいと思えます。

- 第40号「高齢者の食欲不振の原因」
- 第41号「体重について」
- 第42号「身体測定について」
- 第43号「NST介入の手順について」
- 第44号「体重測定の意義」
- 第45号「オーラルフレイルについて」

## 接遇委員会

令和4年度、接遇委員会は以下の内容で活動しました。

毎月1回、接遇委員を招集し委員会を開催しました。

### 1. 活動報告

活動は小グループに分かれ行いました。

#### ○接遇評価担当グループ

今年度も昨年と同様に接遇自己評価調査を行いました。接遇マニュアルのチェックリストから抜粋した項目を、全職員に5段階で評価してもらいました。個々の関心を高める機会となりました。また評価結果の集計を行い、病院全体の傾向を知ることができました。評価の低い項目は、個人そして病院全体で改善していきたいと思えます。

#### ○講演会・標語担当グループ

##### 接遇研修

今年度は感染症拡大防止対策としてWebで動画研修を行いました。講師は、接遇委員長の津吉秀樹医師が務めました。挨拶や言葉遣いなど、接遇の基本となる内容でした。全職員が接遇について考える機会となりました。

##### 標語

各部署より接遇に関する標語を募集しました。素晴らしい作品が集まり関心の高さをうかがえました。定期的に各部署へ配布しました。

### 2. 院内ラウンド

接遇委員が各部署を訪問しました。接遇チェックリストに基づき、①職場環境 ②身だしなみ ③挨拶、表情、言葉遣いについて評価しました。

### 3. 投書について

お褒めの言葉をたくさんいただきました。それ以上に改善すべき指摘をいただきました。改善に向けた取り組みや具体案等、接遇委員会で検討しました。

接遇について考える機会が多い1年となりました。これからも接遇委員会では、情報発信や具体的な提案で病院全体の接遇向上をめざしていきます。



## 診療録管理委員会

当委員会は柏崎総合医療センターの理念の下、診療の向上に貢献し、よりよい医療の提供のため、適正かつ円滑に診療録管理を行い、その維持管理ならびに質の高い診療情報管理を目指して設置されています。メンバーは副院長(病歴室長)、看護部、コ・メディカル部門、総務課、医事課、病歴室より選出された委員で構成されており、病院長と事務長を顧問としています。主に診療管理規定に関する事項や、診療録の保管および活用に関する事項、診療録の記載方法および関連資料の様式に関する事項等について討議検討しています。

### ◎令和4年度

第1回 令和4年9月30日(金) 16:00～16:30

1. 透析室電子カルテ化について
2. 透析カルテ(紙)の管理について
3. 退院サマリ受領状況報告
4. その他

病歴室の保管スペースがひっ迫しているため、昭和38年～平成18年分精神科紙カルテを破棄することや、カルテ以外の保管期間についても関係各所と相談し、短縮できるものは短縮としていく方針が決められました。

第2回 令和5年3月20日(月) 16:00～16:10

1. 診療記録保管について
2. 退院サマリ受領状況報告

#### 入院カルテ

対象カルテ：平成31年／令和元年(2019年)

退院分

搬出時期：2023年6月頃

#### 外来カルテ

対象カルテ：平成28年～平成31年／令和元年

(2016年～2019年)最終来院

搬出時期：2023年5月頃

## 褥瘡対策委員会

褥瘡対策委員会は、当院における褥瘡対策を討議・検討し、その効率的な推進を図ることを目標に活動しています。委員会は毎月1回開催し、院内褥瘡発生の予防と褥瘡保有者の治癒・改善につとめ、看護スタッフの褥瘡に関する知識・看護ケアの向上を図っています。

当委員会は、専任医師、看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション科、医事課、総務課の各分野から選出された委員で構成されています。

令和4年度の活動では前年度に引き続き、医療安全委員会、感染対策委員会と協賛し、「3する運動」を行い、ポスター掲示や「背抜き」の強化月間を設け啓蒙活動を行いました。また、背抜きラウンドの実施や褥瘡予防カンファレンスの定着化を目指した取組みで、褥瘡予防に努めました。

### 【活動内容】

- (1) 褥瘡に関する院内教育企画への参加、褥瘡予防の実施、監視および指導に関すること
- (2) 企画された研修の担当
- (3) 各部署の褥瘡調査
- (4) 褥瘡予防に関する情報収集と実施、指導に関すること
- (5) 症例検討

### 【令和4年度看護部目標および実践内容】

#### I. 褥瘡対策を強化する

1. 褥瘡新規発生数を50名未満にする
  - 1) 褥瘡予防マットを適正に運用する
    - ・褥瘡予防マットの使用状況を調査し、調査結果を全部署に配布する（毎月）
  - 2) 褥瘡予防意識の強化を図る
    - ・各病棟の褥瘡発生数を調査し、調査結果を全部署に配布する（毎月）
    - ・委員は各部署で委員会報告を行う
    - ・委員は各部署の弱点に焦点をあてた行動目標をたて、新規褥瘡が発生しないことをめざし活動する
2. 現場での褥瘡予防と予防に対する実践能力を高める
  - 1) グループ活動を行い、褥瘡予防対策を行う
    - 東側グループ：褥瘡予防カンファレンス定着化への取組み
    - 西側グループ：スタッフが患者体験し背抜きの必要性を理解する、背抜きラウンド
  - 2) 啓蒙活動
    - ・リレーキャンペーンを実施する
    - ・各部署の取組みで成果のあった部署をポスター掲示する

#### II. 褥瘡に関する知識を深める

1. 教育研修の実施
  - 1) 新人研修
  - 2) 全レベル対象
2. 委員会内でミニ学習会の実施
  - ・年間3回実施

## 【研修内容】

### ■「褥瘡予防の基本、体位変換・おむつ交換」

講 師：皮膚排泄ケア認定看護師 中村 文枝

目 的：褥瘡発生のメカニズムを知り、日々の看護に予防の視点を持ってあたることができる

基本的な体位変換・オムツ交換の知識、技術を身につける事ができる

日 時：令和4年4月6日（水）12：30～17：00

対 象：新人看護師、中途採用者、研修医

参加人数：22名

### ■「褥瘡予防とリスクアセスメント方法とマットレスの特徴を学ぼう」

講 師：皮膚排泄ケア認定看護師 中村 文枝

目 的：褥瘡の予防方法を理解し実践できる

日 時：令和4年8月31日（水）16:00～17：00

対 象：新人看護師

参加人数：22名

### ■「DESIGN-R2020の記入方法を学ぼう」

講 師：皮膚排泄ケア認定看護師 中村 文枝

目 的：DESIGN-R2020の記入方法がわかり、移行できる

日 時：令和4年12月28日（水）、令和5年1月31日（火）17：15～18：00

対 象：看護部全レベル対象

参加人数：合計50名

### ■3する運動 リレーキャンペーン

日 時：令和4年8月

対 象：全職員

- ・啓蒙活動（背抜き）
- ・各部署の取組みで成果のあった部署をポスター掲示する

### ■ミニ学習会

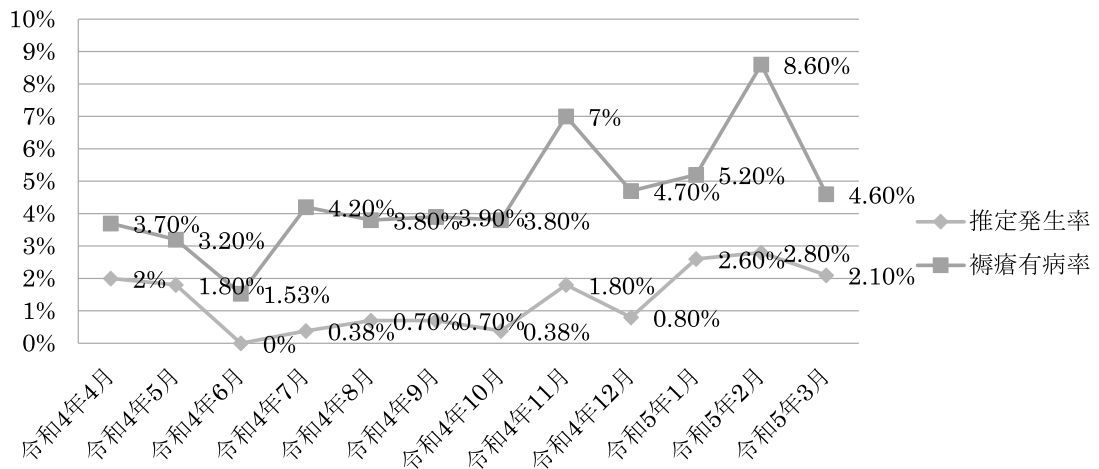
委員会の中で褥瘡対策に関連した学習会の開催

7月：皮膚排泄ケア認定看護師より「褥瘡危険因子の評価の方法」について

8月：皮膚排泄ケア認定看護師より「マットレス選択方法」について

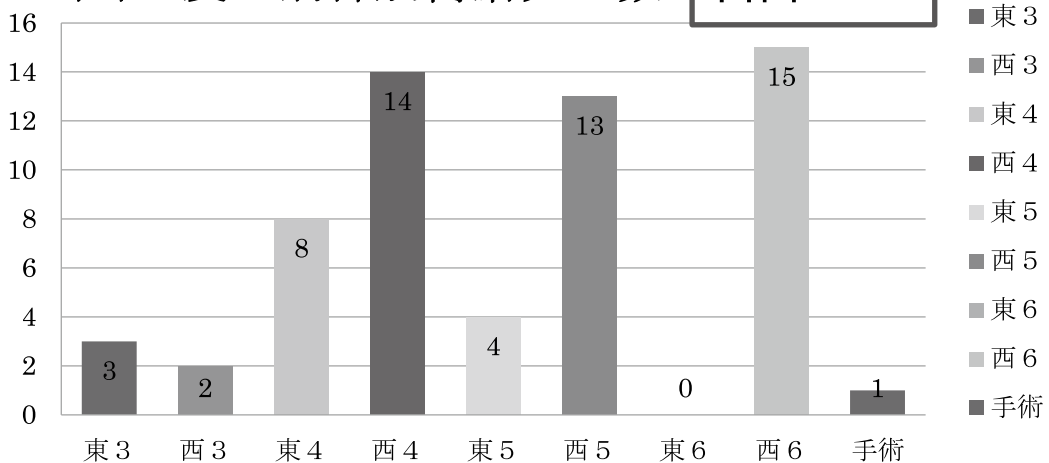
1月：皮膚排泄ケア認定看護師より「IAD（失禁関連皮膚炎）」について

### 令和4年度 褥瘡推定発生率・有病率



### 令和4年度 病棟別褥瘡発生数

合計60



## 緩和ケア委員会

令和4年度の緩和ケア委員会の活動についてご報告します。委員会の構成は昨年と同様に医師5名、歯科医師1名、副看護部長1名、看護師長1名、看護師9名、薬剤師1名、管理栄養士1名、理学療法士1名、社会福祉士1名、医事課事務員1名の計22名です。活動内容は週1回の緩和ケア回診及び2か月1回の緩和ケア委員会、年3～4回の緩和ケア勉強会に加え、令和4年9月よりがん患者・家族のためのサポートセミナーを開始しています。

### 1) 緩和ケア回診

令和4年度も緩和ケア回診の介入依頼は少なく、毎週1名程度のカンファレンス、回診のみでした。少ない介入依頼の中で産婦人科（東3病棟）からの依頼が大部分を占めていました。今後その他の病棟からの依頼をいかに増やしていくかが課題です。委員会の中で介入依頼を増やすアイデアを引き続き話し合いたいと思います。

### 2) 緩和ケア勉強会

計3回の緩和ケア勉強会を開催いたしました。

6月24日 第1回緩和ケア勉強会  
疼痛にアセスメントについて

8月26日 第2回緩和ケア勉強会  
悪心・嘔吐の対応

2月24日 第3回緩和ケア勉強会  
緩和ケアチームが介入した事例についての検討

やや参加者が少ない傾向がありましたが、そんな中でテーマについて活発な意見交換が行われ多くの学びが得られました。令和5年度も歯科泉先生を中心に興味深い内容を選んで年数回の勉強会を予定しております。

### 3) がん患者・家族のためのサポートセミナー

平成25年2月から血液内科井田桃里先生を中心に開催されていたがんサポートセミナーを引き継ぐ形で令和4年9月3日よりセミナーを再開いたしました。対象はがん患者本人、ご家族やご遺族で、がん治療中の皆様が「がん」と上手に付き合って日常生活が送れるよう、がん治療中のさまざまな問題について情報提供を行うことが目的です。またがん患者同士がお互いの悩みや不安を共有したり、情報交換が行える場の提供も目指しています。

9月3日 第1回サポートセミナー  
演題：「私のがん体験」「なぜ語り合うことが大事なのか」  
「自分で自分を楽にする」

講師：勝井 丈美先生

1月21日 第2回サポートセミナー  
演題：つらい時でも“食べること”を支えたい  
講師：管理栄養士 土田 詩帆先生  
歯科医師 泉 直也先生

令和5年度からは横関泰江師長（がん看護専門看護師）が中心となり、委員会メンバーでサポートセミナーを継続的に開催、運営予定です。 (文責 石塚 大)

## 医療機器安全管理委員会

### 目的

病院管理者の指示の下に医療安全管理者を配置し、以下の業務を行うものとしております。

- 1) 従業員に対する医療機器の安全使用のための研修
- 2) 医療機器保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
- 3) 医療機器の安全使用のために必要な情報収集とその他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

### 令和4年度の活動報告

#### 1) 医療機器安全使用のための研修

##### ○新規導入機器の研修

- ・頭腹部用血管撮影装置 INFINX-800V、造影剤注入装置 PRESS DUO elite
- ・歯科（パノラマ）撮影装置 X-550
- ・生体情報モニタ（麻酔ガス、麻酔震度モニタ付） BSM-1502
- ・IABP 駆動装置 コラートBP3
- ・乳房撮影装置 AMULET Innovarity

##### ○機器の安全使用に際しての技術習熟が必要とされる医療機器に関する研修

- ・新人看護師研修 輸液・シリンジポンプ
- ・医師対象 人工呼吸器 MONNAL T60
- ・救急外来 人工呼吸器 MONNAL T60

#### 2) 保守点検計画の策定と適切な実施

- ・人工透析装置、人工呼吸器、閉鎖式保育器、除細動器、放射線装置等、医療機器の定期点検はほぼ計画通りだったが、戦禍の影響で一部医材・パーツ供給の遅れなどもあった。

今後も医療機器に関する安全情報の収集および臨床現場への提供を行い、また適宜勉強会の開催など医療機器の安全使用に資する活動を継続していきたいと考えております。

文責：臨床工学技師長職務代行 小林 雄一

## 臨床検査適正化検討委員会

当委員会は、臨床検査を適正かつ円滑に遂行する為の検討を行う事を目的とし、精度管理・検査項目・実施状況・外部委託等の検討を行っており、以下に主たる検討項目の精度管理について報告を致します。

検査科では、毎日 各部署に於いて内部精度管理を実施していますし、毎年 外部精度管理として日本臨床検査技師会、日本医師会、新潟県の各精度管理調査にも参加しています。

### 日本臨床検査技師会 精度管理調査

評価 (%)	臨床化学	免疫血清	微生物	血液	一般	生理	輸血	遺伝子	計
R3年度	100.0	93.3	95.2	96.9	100.0	100.0	100.0	100.0	98.2
R4年度	100.0	95.8	100.0	100.0	100.0	96.3	100.0	100.0	99.2

日本臨床検査技師会 精度管理調査は、臨床検査全分野が網羅されているわが国唯一の精度管理調査です。医療界における臨床検査を担う責任として毎年実施しています。

令和3年度は4,359施設、令和4年度は4,454施設と前年度より95施設増と参加数、実施項目数ともに国内最大の精度管理調査事業となっています。令和4年度の施設総合評価では、228項目中、226項目がA+B評価で、99.2%の結果でした。今年度から本採用された、臨床現場即時検査（POCT：Point of Care Testing）や新型コロナウイルス感染症（COVID19）を含む遺伝子検査については、すべてA評価の100.0（%）の結果となりました。各分野100.0%を目標に今後取り組んでいきます。

### 日本医師会 精度管理調査

	評価項目数	評価項目満点数	評価項目点数	総合評点 (%)
R3年度	50	655	643	98.2
R4年度	49	640	624	97.5

日本医師会 精度管理調査は、参加施設の臨床検査における問題点を明確化、顕在化させ、その後の改善を目的として実施されています。

臨床化学・免疫血清・血液・一般の項目から成り、A（5点）、B（4点）、C（2点）、D（0点）のランク付けで評価されます。検討対象となる評価Dは、令和3年度は0件、令和4年度も0件でした。これからも精度の維持向上を計っていきます。

### 新潟県 臨床検査精度管理調査

新潟県 臨床検査精度管理調査は、臨床化学・微生物（同定）・微生物（薬剤感受性）・ヘモグロビンA1c・血球計数・一般検査（フォトサーベイ）の項目から成ります。

A、B、C、Dのランク付けで評価されます、評価A「基準」を満たし、優れている。評価B「基準」を満たしている。令和4年度は評価A+Bで100.0%の結果でした。

改善対象となる評価C、評価Dは0件でした。

今後も各外部精度管理調査に真摯に取り組んで検査精度の向上を計ります。

## 輸血業務検討委員会

### 【輸血業務検討委員会メンバー（令和4年度）】

委員長：井田 桃里	内科医師			
委員：金泉 まゆみ	看護部長	籠島 正浩	薬剤部長	
矢嶋 真由美	副看護部長	村松 千代子	看護師長	
高橋 潤一郎	総務課長	横田 浩	検査技師長	
阿部 美香	臨床輸血看護師	小林 美友紀	臨床輸血看護師	
近藤 聡子	医事課員	吉田 まゆみ	検査技師	

当委員会は、輸血に係わる業務を適正且つ円滑に遂行する為に、検討を行う事を目的とした委員会です。

委員長を輸血業務管理監督者とし、2ヶ月毎に年間6回の委員会を開催しています。

### 【年間活動】

- (1) 毎月の輸血用血液製剤及び、アルブミンの使用状況を報告。
- (2) 毎月の各科別血液製剤使用状況を報告。
- (3) 年間の血液製剤使用量と廃棄血液製剤量を報告及び検討。
- (4) 年1回、新人及び研修医を対象とした講演会（研修会）を開催。
- (5) その他適宜議題に対応。
- (6) 新潟県合同輸血療法委員会への参加（オンラインで参加）。

### 【令和4年度活動報告】

◎令和5年3月、医師及び看護部輸血マニュアルの改訂

◎輸血研修会：WEB研修方式で開催

参加者 477人（医師：27人 看護部：316人 検査科：24人 他：110人）

期間：2022年9月12日～10月7日

内容：「安全な輸血医療の基礎知識」（新潟県赤十字血液センター作成DVD）

◎新人看護師研修への協力

◎年間血液製剤使用状況（令和4年1月～令和4年12月）

RBC…1755単位 FFP…22単位 ALB…983.4単位 PC…600単位 自己血…2単位

FFP/RBC=0.01（輸血管理料I基準0.54未満）

ALB/RBC=0.56（輸血管理料I基準2.00未満）

廃棄製剤：RBC…58単位 FFP…6単位 PC…10単位 自己血…1.2L

今後も、より適正で安全な輸血業務になるように活動に取り組めます。



## 化学療法委員会

### 〈委員会概要〉

近年、入院せずに外来で点滴や注射の抗がん剤治療を行う外来化学療法が増加してきました。抗がん剤治療は、投与順序や投与量、投与時間、現れる副作用などが治療法によりすべて異なり、十分な注意と管理が必要となります。複雑で日進月歩の治療を安全に行うため、外来（化学療法センター）で治療を行う場合には化学療法委員会の運営が法律で定められています。院内で行われる外来と入院の化学療法を安全かつ有効に行うため、治療の標準化を目的としています。

#### 〈メンバー〉

- ・委員長 植木 匡（副院長 外科）
- ・副委員長 後藤 諒（消化器内科）
- ・委員 医師 4名  
薬剤師 3名  
看護師 9名  
管理栄養士 1名  
患者サポート室（医療ソーシャルワーカー） 1名  
医事課職員 1名

（資格：がん治療認定医、外来がん治療認定薬剤師、がん看護専門看護師）

### 〈業務内容〉

3ヶ月に1回定期開催

- ①レジメン（抗がん剤の投与量や投与方法、投与時間などを時系列に記した治療計画書）の審査・登録を行っています。当院で行われているがん化学療法は、学会のガイドライン、海外を含めた論文や臨床試験のデータなどの科学的根拠に基づき有効性や安全性を評価したものをを行っています。
- ②抗がん剤の投与時の安全対策として、調剤時には薬剤師が、投与時には看護師が、医師の指示内容と相違がないか3重の確認を行っています。
- ③外来・入院点滴治療数の把握
- ④安全・安心・確実な治療が提供できるよう、情報・対応の共有化を図るためマニュアルの作成と管理を行っています。
- ⑤院内教育として、抗がん剤の取り扱いや副作用などの情報を職員に周知して、病院全体の治療の質向上を図るために取り組んでいます。
- ⑥医療相談、口腔ケア、栄養指導、治療数の管理
- ⑦その他

### 【実績】 令和4年度

#### 〈医療相談（がん相談）〉

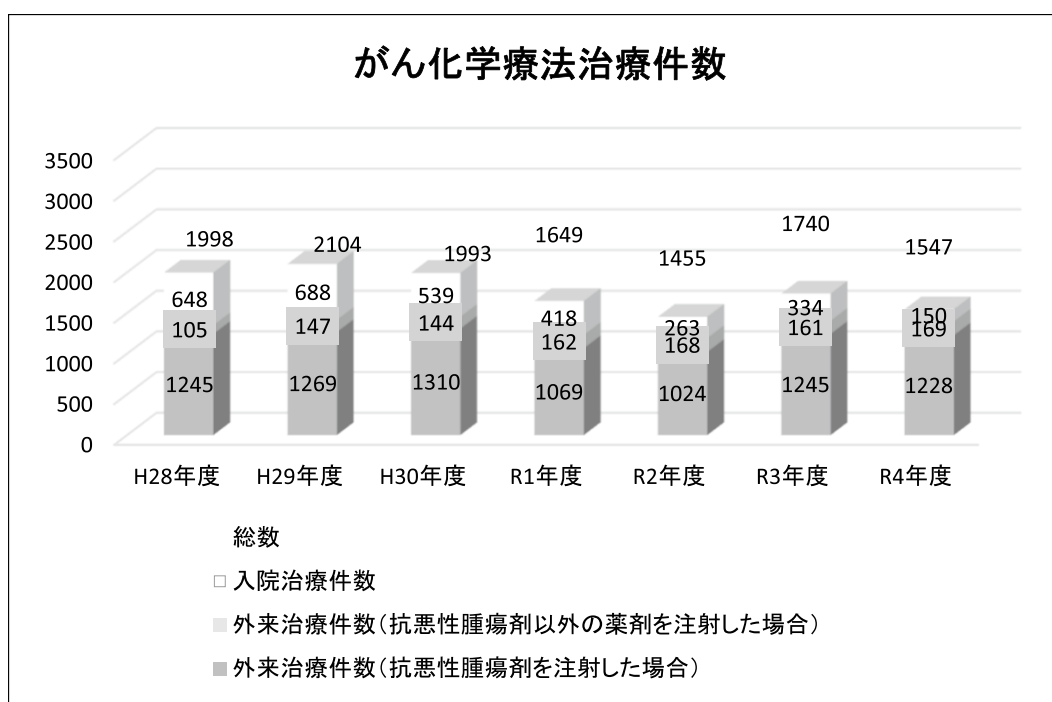
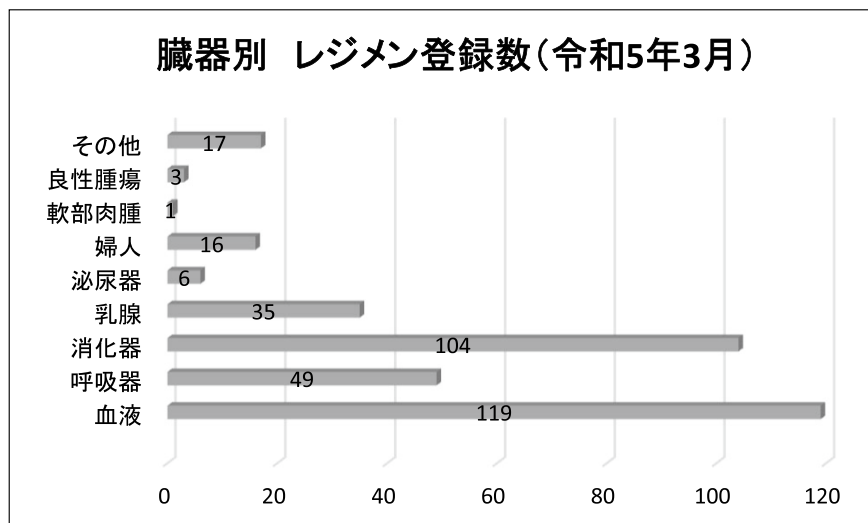
相談人数 160名（外来人数 40名）  
延べ相談件数 296件

#### 〈歯科口腔外科〉

化学療法施行患者における口腔ケア依頼人数 14名

〈栄養科〉

化学療法患者栄養指導件数 114件



## 医療クラーク委員会

### [クラーク委員会の目的]

2010年、当院に初めて医療クラーク室が設置され、以後、業務の拡大・タスクシフティング・増員に努力してきました。現在、総勢25名（育休1名）で、外来診察補助・病棟補助・全国規模の症例データベース登録・書類補助等と、幅広く積極的に活動しています。

2021年3月、電子カルテ導入により、オーダーの代行入力業務等が増加しました。また、来る2024年春施行の「医師の働き方改革」へ向け、さらにクラークの体制強化を予定しています。

現在、当院では、クラークを配置したことによる[医師事務作業補助体制加算1][20対1]を算定しています。この算定をクリアするために、施設基準や業務規程が定められており、適正業務監査に耐え得る業務内容の管理が重要です。

また、クラークが本当に医師の負担軽減に役立っているかについても検討するとともに、医師のニーズとのマッチング、クラークの有効な活用方法なども委員会から提案していきます。

各診療科の医師に任せきりだったクラークを、組織体制づくり、環境整備、教育計画等から着手し、スキルアップ・離職予防の観点から、支援していきます。

この委員会の機能が順調に果たされれば、医師だけでなく、業務の住み分けなど他業種にも恩恵があります。クラークもやりがいを持ち充実した業務ができるようアドバイスします。

### [令和4年度 クラーク委員会メンバー]

委員長：丸山 正樹（消化器内科 内視鏡センター長・診療部長）

委員：津吉 秀樹（副院長） 岡 裕一（事務長）

小林 弘子（産婦人科部長） 高橋潤一郎（総務課長）

藤村 健夫（腎臓内科部長） 田中 寛之（医事課長）

矢島真由美（副看護部長） 小林 幸代（医事課長 10月より交代）

竹田 綾（外来主任看護師） 山岸 真紀（医師事務作業補助者）

村山久美子（医師事務作業補助者 産婦人科）

樫出恵利加（医師事務作業補助者 腎臓内科）

### [開催日]

毎月第一金曜日

10月より、3か月に1回第1金曜日、もしくは不定期開催へ変更

### [クラーク業務]

#### ◆行って良い業務

##### 医師の指示の下に行う

①診断書等の文書作成補助

②診療記録への代行入力

③医療の質の向上に資する事務作業

1) 診療に関するデータ整理

2) 院内がん登録等の統計・調査

3) 医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等

④入院時の案内等の病棟における患者対応業務

⑤行政上の業務（救急医療システムへの入力、感染症サーベイランス事業に関する入力等）への対応

◆行ってはならない業務

- ①医師以外の職種の指示の下に行う業務
- ②診療報酬の請求業務（DPCのコーディングに係る業務を含む）
- ③窓口・受付業務
- ④医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務
- ⑤看護業務の補助
- ⑥物品運搬業務

◆留意点

医師の診療記録や診断書、指示書等の作成責任者は医師であり、クラークはあくまでも代行であるため、最終的な医師の確認・承認を必要とします。

[令和4年度 活動報告]

①クラーク組織体制作り

- 1) クラークミーティングを月2回から月1回開催へ変更、病院内の情報共有や勉強会
- 2) クラーク内コミュニケーション増進のため、シャッフルチームでの研修会開催

②業務内容把握、マニュアルの統一、更新

- 1) 年1回マニュアル更新で業務内容を把握
- 2) 使いやすいマニュアルをクラーク内で検討
  - a. オーダー端末よりアクセス可能へ変更
  - b. 目次ページ項目を追加しリンクも追加
  - c. 更新期間中、運用変更があった場合の項目追加
  - d. 医師別項目シートの追加
  - e. Word形式からExcel形式へ変更

③クラーク業務量の調整

- 1) 業務内容、業務終了時間の調査より、業務量の偏りを把握
- 2) 診療科に関係なく相互補助ができる体制作りを継続
- 3) 書類作成数報告書、超過勤務より、業務量の調整、クラークの配置見直し

④欠席補充体制、スムーズな休憩交代の確立

- 1) 全診療科で欠席補充ができる体制確立
- 2) 一人2・3診療科ができる体制作りを継続

⑤環境整備

- 1) クラーク増員に対応、効率化の整備を継続

⑥研修計画立案・実施

院内研修会・外部研修会に積極的に参加を推進

⑦業務依頼申込書について、内容の精査・判定、クラーク配置

[判定基準]

判定基準はクラークが行って良い業務のどれに該当するかを精査します。すでに行っているから、他の病院は行っている等過去の実績から判断するのではなく、「この業務は行って良い業務のこれに該当すると解釈しました」と適正に判断しています。クラーク業務量も考慮しています

※現在クラーク委員会が不定期開催のため11～16はクラーク委員会で判定未、医事課長で仮判定

[依頼内容]

	依頼診療科	内容	判定結果
1	患者サポート室	訪問看護指示書の代行作成	受諾
2	看護部 産婦人科	妊婦検診ファイルの準備	条件付き受諾
3	看護部 内科外来	化学療法実施可否の連絡、患者誘導	受諾
4	看護部 内科外来	透析患者の外来受診後連絡	受諾
5	外科	西4病棟業務（回診サポート等）	受諾
6	小児科	新規クラーク配置	条件付き受諾
7	皮膚科	訪問看護指示書の代行作成	受諾
8	医事課 ソラスト	結核医療費公費負担申請書の代行作成	受諾
9	医事課 ソラスト	全科、全書類をクラークから主治医依頼	受諾
10	眼科	診察日クラーク1名増員	条件付き受諾
11	透析室	透析管理システムへ代行入力	(仮) 受諾
12	呼吸器内科	睡眠外来の新規導入にクラーク配置	(仮) 受諾
13	循環器内科	心カテ時の入院時オーダー・文書作成	(仮) 受諾
14	医療安全委員会	未読レポート一覧を出力 医師へ確認を促す	(仮) 受諾
15	血液内科	エパシエルド外来にクラーク配置	(仮) 受諾
16	泌尿器科	クリニカルパスの作成	(仮) 受諾

## 広報戦略会議

当会議は、令和2年6月に、戦略的な広報を行い地域住民に当院のイメージアップを図ること、幅広い社会に当院の活動を情報発信する事を目的として立ち上がりました。

### 【活動内容】

- ・広報に関すること
- ・ホームページの管理・運営に関すること
- ・その他広報活動に関すること

### 【主な活動実績】

- ・ホームページ管理・運営
- ・デジタルサイネージ管理・運営
- ・報道各社への情報発信

### 【会議メンバー】

委員長：藤村 健夫（医局）

委員：植木 匡（医局）、村井 英四郎（医局）、石橋 朋子（看護部）、  
安達 桂子（看護部）、石崎 香織（地域連携支援部）、加藤 英樹（薬剤部）、  
城沢 真依（検査科）、五十嵐 翔太（放射線科）、  
小林 倫（リハビリテーション科）、高橋 潤一郎（総務課）、  
田中 寛之（医事課）、井口 慎哉（医事課）羽田 朋子（総務課）

オブザーバー：相田 浩（医局）、羽入 修吾（医局）、長谷川 伸（医局）、  
岡 裕一（事務長室）、金泉 まゆみ（看護部）、籠島 正浩（薬剤部）



## システム委員会

### 概要

厚生労働省の報告では平成29年度の段階で400床以上の病院の普及率は85.4%とされています。当院でも2021年3月1日に電子カルテ化を行いました。しかし、環境や予算により電子化達成度が病院により異なるのが実情です。システム委員会では、更新される機能の範囲内で医療安全に十分な配慮をしながら運用を検討しています。

### メンバー

委員長：植木 匡

事務局：医事課：渡邊 雄亮、総務課：西田 和志

システムエンジニア：川瀬 漢大

システム管理者：医事課、薬局、看護科、検査科、放射線科

診療情報管理士：病歴室

各部門代表：院長、事務長、医局、看護科、リハビリテーション科、栄養科、医事課

### 業務内容

電子カルテの機能追加と関連デジタル機器の運用の検討

### 2022年度の実績

A) 2022年10月の透析システム導入

〈実行された運用〉

- 1) 透析記録の電子化
- 2) 透析のコスト入力を電子化

〈今後の検討事項〉

- 1) 既存紙資料の整理
- 2) 追加された機能のより効率的な運用の検討

B) 2023年度における、診察順番表示システム導入の方針決定

- ・外来患者さんの呼び出しの改善を図る

### 付記

当院は2021年3月1日に電子カルテ導入を行いました。当時は既存システムの拡張という形で対応しました。2023年11月には、システム自体のリプレースが実施されます。

そこで、リプレースにあたり追加される機能についてはワーキンググループを実施する等して、現在も準備を進めているところです。

大きな変更点として、

- ・再来受付機の増設
- ・診察順番表示システムの導入
- ・歯科の電子カルテ化

等を予定しており、引き続き業務の効率化を進めると共に、患者さんにも利便性のあるシステム化を図っていきます。

2023年5月；システム委員会， 文責， 渡邊 雄亮