

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

柏崎総合医療センターは、患者さんにご家族の信頼に応えるため、安全・安心な医療を提供できるシステムづくり（医療安全管理体制の構築）にスタッフ全員が協力して取り組んでいます。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を築くために、委員会及び部門を設置しています。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. インシデント・アクシデント報告

1) . 令和4年度と令和5年度の報告件数比較

期 間	報告件数
2023/4/1～2024/3/31	1249
2024/4/1～2025/3/31	1253

レベル	0	1	2	3a	3b	4	5	合計
2023 年度	250	717	205	56	13	0	0	1249
2024 年度	281	687	184	88	13	0	0	1253

2) . 事例別報告件数（上位事例のみ掲載）

事例の種類	2023 年度	2024 年度
薬剤	374	384
転倒転落	301	290
治療・処置・手術	155	141

3) . レベル 3b 事例件数

事例の種類	2023 年	2024 年	前年度対比
転倒・転落	7	6	-1
治療・処置・手術	2	2	±0
ドレーン・チューブ	2	1	-1
医療機器等	0	1	+1
療養上の世話	0	1	+1

4) . レベル 4 発生なし

5) . レベル 5 発生なし

6) . 上位事例の詳細

【薬剤】(384 件)

注射	127 件
内服	242 件
その他	15 件

- ・ インシデントの 3 割は薬剤で、薬剤の最終実施者である看護師から多く報告がありました。
- ・ 院内、院外と連携し様々な職種が安全な薬剤管理に努めています。

【転倒・転落】(290 件)

転倒	196 件
転落	88 件
その他	6 件

- ・ 転倒・転落発生率は 2.77‰、骨折などの損傷発生率は 0.06‰でした。多職種が連携し、大けがにつながらない取り組みを今後も継続していきます。

【治療・処置・手術】(141 件)

- ・ 手術に関する事例が最も多く、次に透析治療に関する事例の報告がありました。
- ・ 報告は影響度レベル 0 が最も多く、発生要因の最も多いものは確認不十分でした。

7) . インシデント・アクシデント報告について

報告はインシデントレポート報告システムを活用しています。今後も、小さなリスクを把握し重大事故防止に取り組みます。

II. クレーム・苦情件数

患者サポート部門への相談件数は 50 件、苦情は 17 件でした。

主な内容は、診療内容や医療費に関すること、職員のコミュニケーションに関することでした。

III. 暴言・暴力事例件数

8 件発生：患者による身体的暴力は 5 件、言葉の暴力は 3 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、医療機器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	テーマ	対象職員	参加率	担当委員
2024. 12. 6 2025. 1. 14～2. 28	暴言・暴力・クレーム対応 (柏崎警察署)	全職員	96.3%	医療安全対策管理委員会
2025. 2. 6～2. 27	薬剤インシデントと対策	全職員	92.8%	医療安全管理対策委員会
2025. 2. 6～2. 27	注射薬剤投与の注意点	医師・看護師 師・薬剤師	89.3%	医療安全管理対策委員会

VI. 医療安全対策地域連携

- ・ 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

独立行政法人国立病院機構新潟病院より医療安全対策に関する評価を受けました。

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）

感染対策に関する研修会は年に2回以上参加することが医療法で義務付けられています。また抗菌薬適正使用についての研修も年に2回以上の参加が必要です。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。

	開催日		タイトル	講師	参加人数 (参加率)
1	2024 年 5 月 16 日 ～6 月 5 日	AST	成人肺炎診療ガイドライン2024	呼吸器内科医 田中 健太郎	対象者 348/362 名 (96.1%) 院内全体 524/606 名 (86.5%)
2	2024 年 10 月 3 日 ～10 月 22 日	ICT	見えなくても運んでるみえない 菌を運ばない	感染管理認定看護師 徳原 伸子	589/593 名 (99.3%)
3	2024 年 12 月 19 日 ～12 月 31 日	AST	グラム染色の基礎知識	臨床検査技師 漆山 徹	対象者 357/359 名 (99.4%) 院内全体 550/595 名 (92.4%)
4	2025 年 3 月 12 日 ～3 月 26 日	ICT	感染症発生時の対応 感染症の報告と接触者リスト	感染管理認定看護師 徳原 伸子	563/569 (98.9%)

感染症対応（疑いを含む）

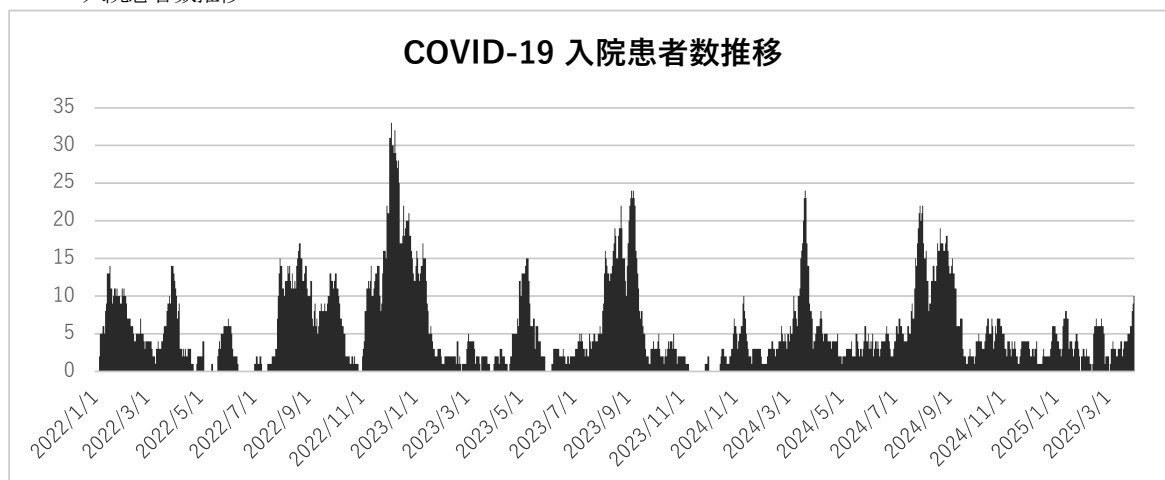
- 感染拡大事例
COVID-19 6件
インフルエンザ 3件

感染症名	件数
抗酸菌塗抹・培養陽性	6
侵襲性肺炎球菌感染症	3
結核	3
LTBI	1
侵襲性インフルエンザ菌感染症	1
チクングニア熱	1
梅毒	1
淋菌	1
CAUTI（ESBL）	1

新型コロナウイルス感染症

- 職員発生 139 名
- 入院患者からの発生 48 名
- 感染拡大事例
2024 年 5 月 26 日西 3 階病棟（患者 3 職員 1）
2024 年 5 月 27 日西 6 階病棟（患者 5 職員 6）
2024 年 7 月 19 日西 6 階病棟（患者 21 職員 5）★
2024 年 8 月 10 日東 6 階病棟（患者 4 職員 3）
2024 年 8 月 25 日西 3 階病棟（患者 3 職員 1）
2025 年 2 月 11 日東 6 階病棟（患者 4 職員 2）
- 発熱外来受診者数 1605 名（2023 年度 1997 名）
- のべ入院患者数 1960 名（2023 年度 1952 名）

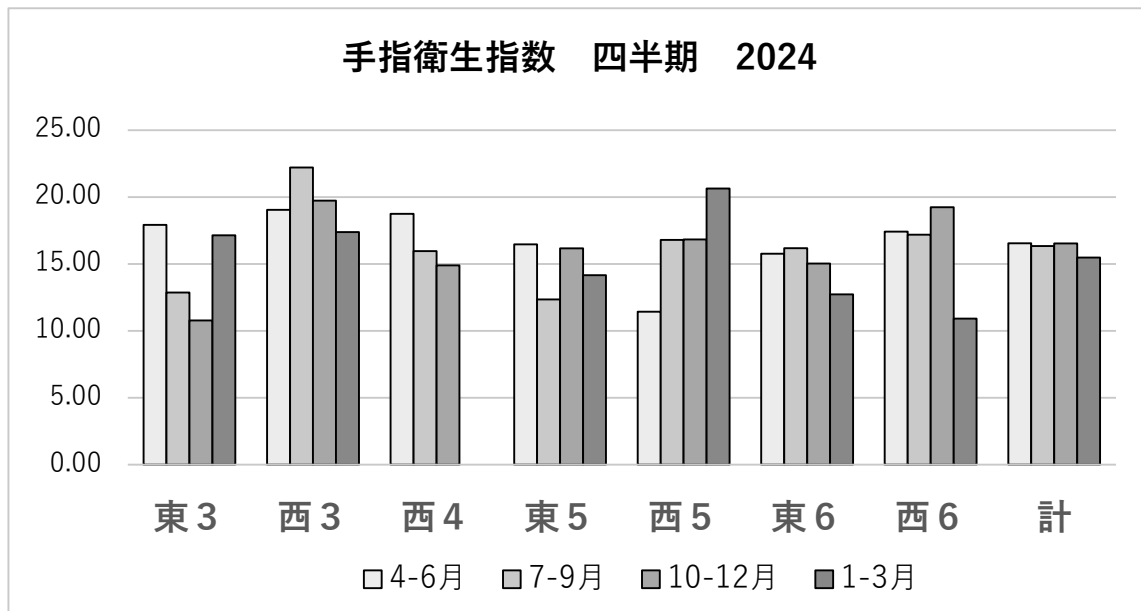
入院患者数推移



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っています。2024 年度は新型コロナウイルス感染症流行期の手指衛生回数をこえるよう目標を 19 回としました。入院病棟では 16.22 回と目標は達成できませんでしたが新型コロナウイルス感染症流行以前より増加しています。病棟再編成以降、手指衛生指数が低下した部署が多くあり、慣れない業務などが影響していると考えられました。

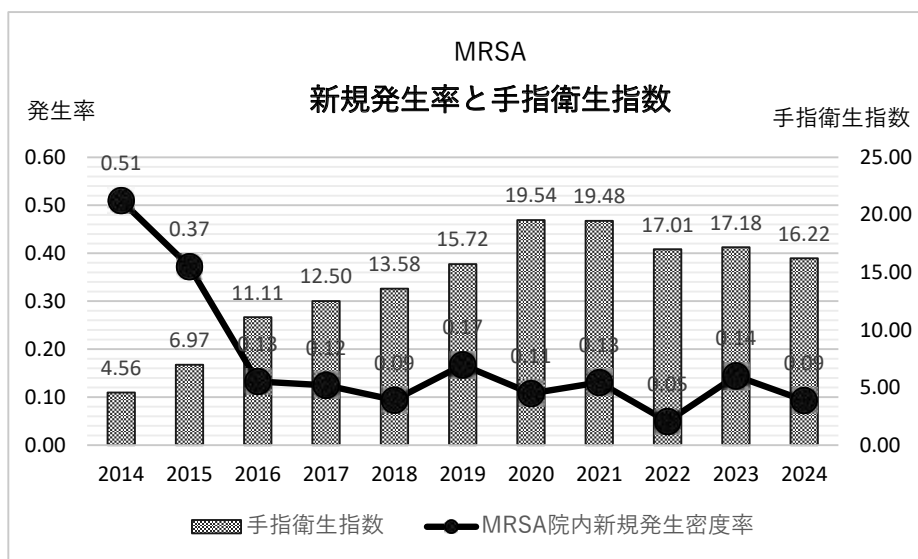
*1 患者 1 日当たりの手指衛生回数＝擦式アルコール製剤払い出し量 (ml) ÷ 延べ患者日数 × 1 回使用量 (ml)



耐性菌サーベイランス (MRSA)

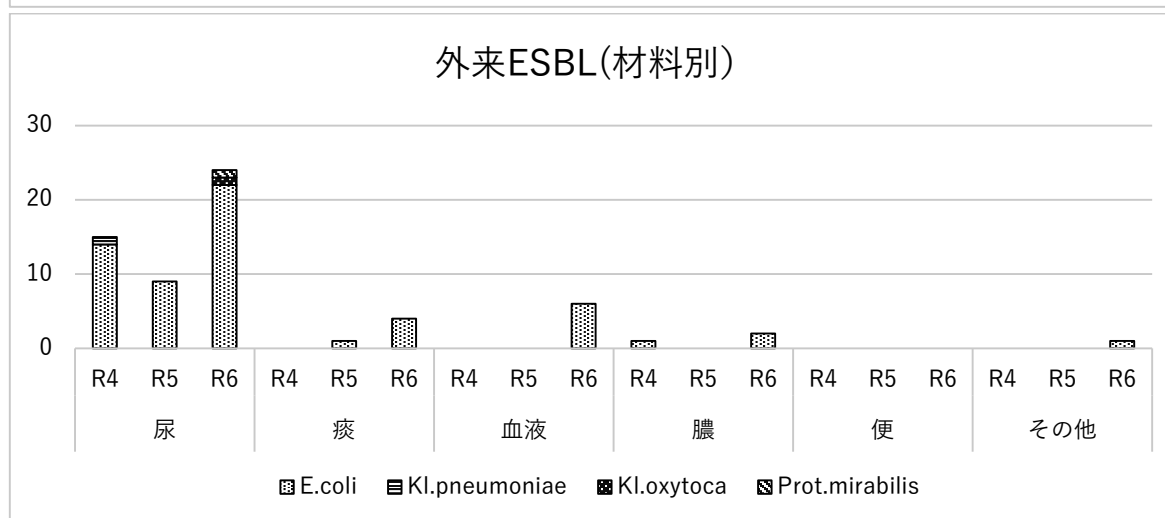
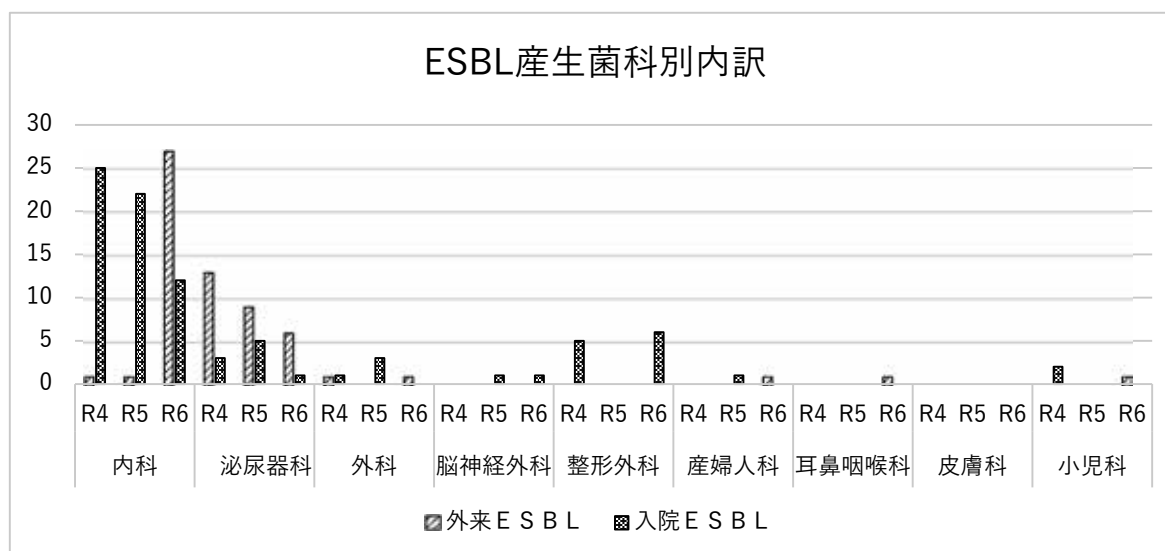
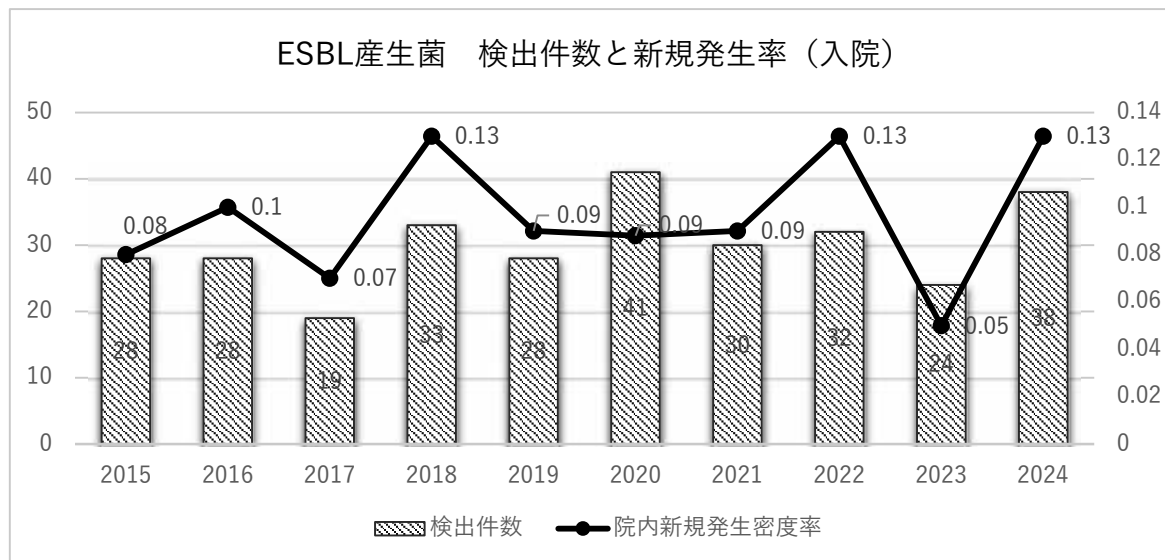
病棟別院内新規発生密度率 (院内新規 MRSA 発生数 / 延べ患者数 × 1000)

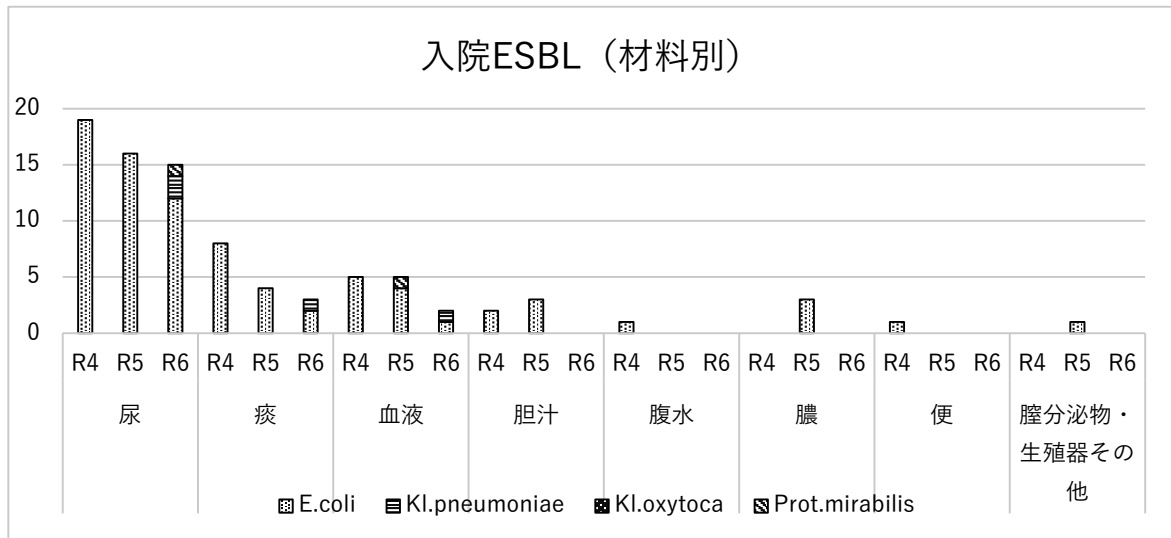
2024 年度	東 3	西 3	西 4	東 5	西 5	東 6	西 6	計
平均発生率	0.00	0.06	0.06	0.15	0.25	0.00	0.06	0.09
標準偏差	0.00	0.21	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25
2SD	0.00	0.47	0.56	0.65	0.76	0.50	0.56	0.60



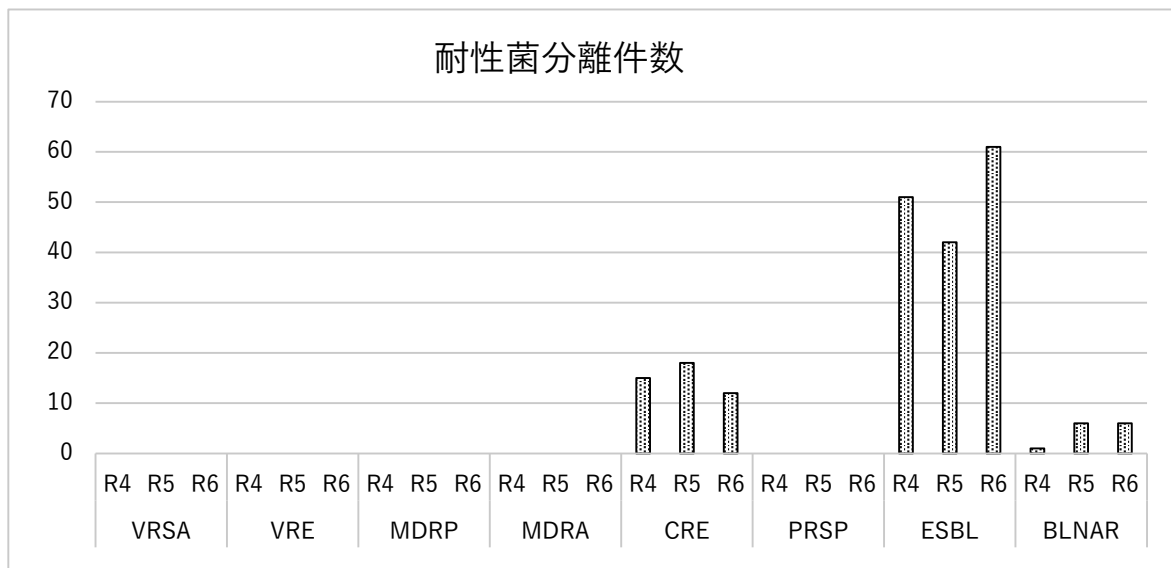
耐性菌サーベイランス (ESBL)

入院病棟における院内新規発生密度率 (院内新規 ESBL 産生菌発生数/延べ患者数×1000)





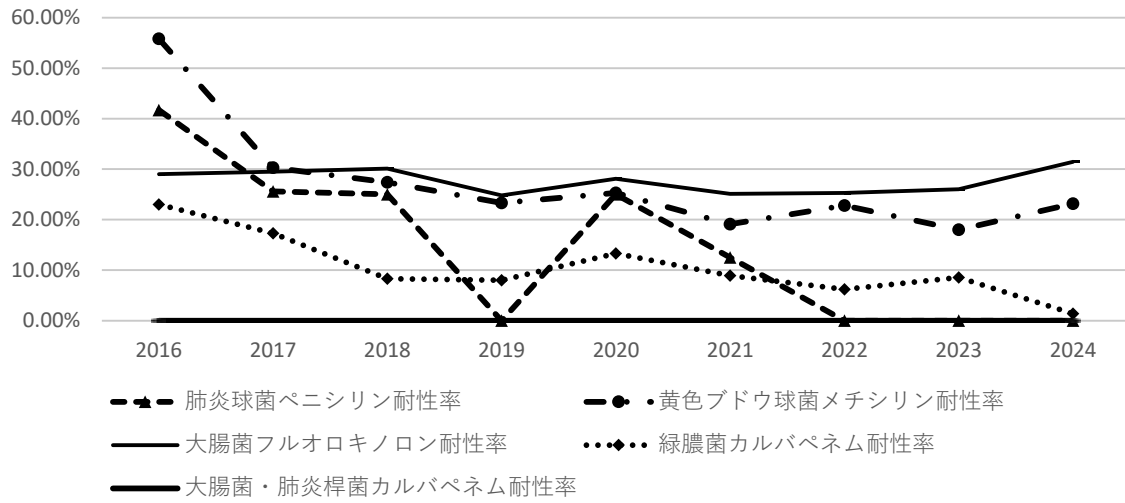
その他の耐性菌分離件数



主要菌の薬剤耐性率

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
肺炎球菌 ペニシリン耐性率	25.60%	25.00%	0%	25.00%	12.50%	0%	0%	0%
黄色ブドウ球菌 メチシリン耐性率	30.30%	27.40%	23.30%	25.30%	19.10%	22.80%	18.01%	23.14%
大腸菌 フルオロキノロン耐性率	29.50%	30.10%	24.80%	28.10%	25.10%	25.30%	26.02%	31.46%
緑膿菌 カルバペネム耐性率	17.30%	8.30%	8.00%	13.30%	8.90%	6.20%	8.54%	1.39%
大腸菌・肺炎桿菌 カルバペネム耐性率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

主な細菌の薬剤耐性率



【参考】

	2020目標値	2027目標値
肺炎球菌ペニシリン耐性率	15%以下	
黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率	20%以下	20%以下
大腸菌フルオロキノロン耐性率	25%以下	30%以下
緑膿菌カルバペネム耐性率	10%以下	3%以下
大腸菌・肺炎桿菌カルバペネム耐性率	同水準	0.2%以下

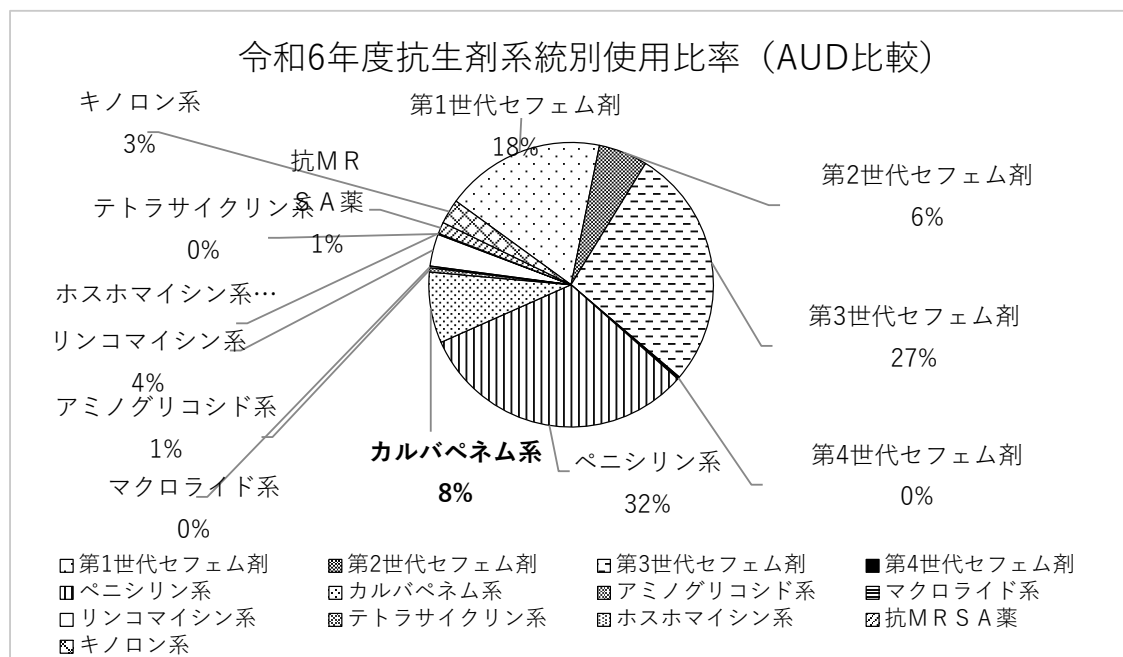
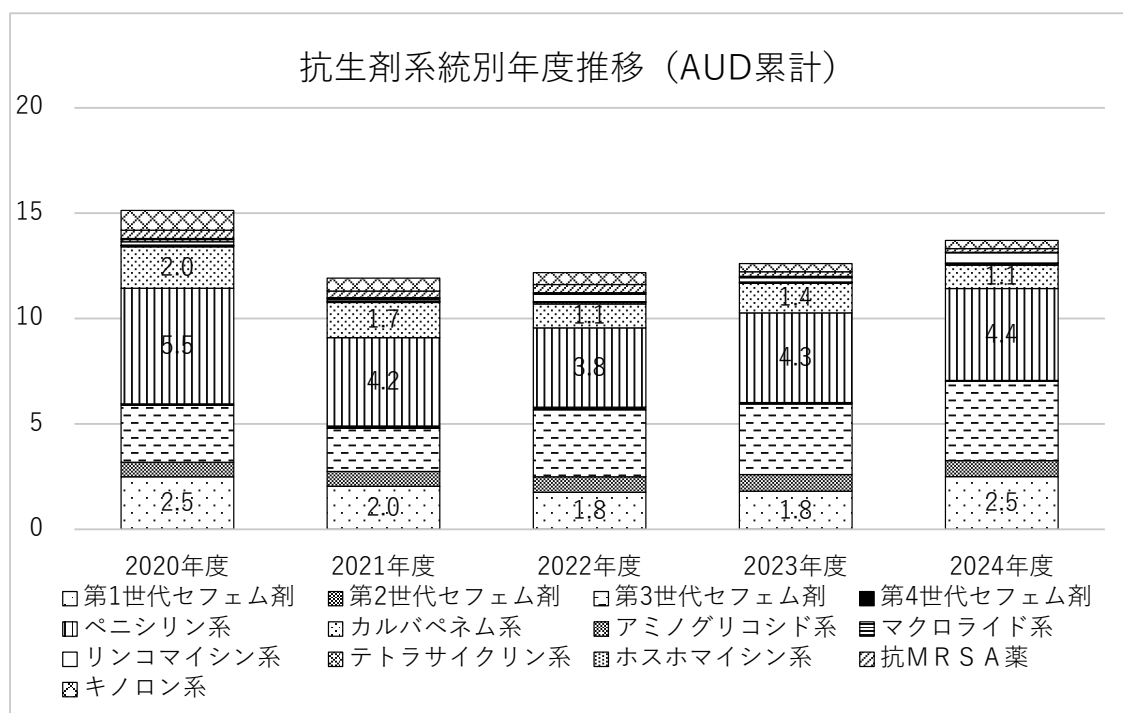
抗菌薬使用密度

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。

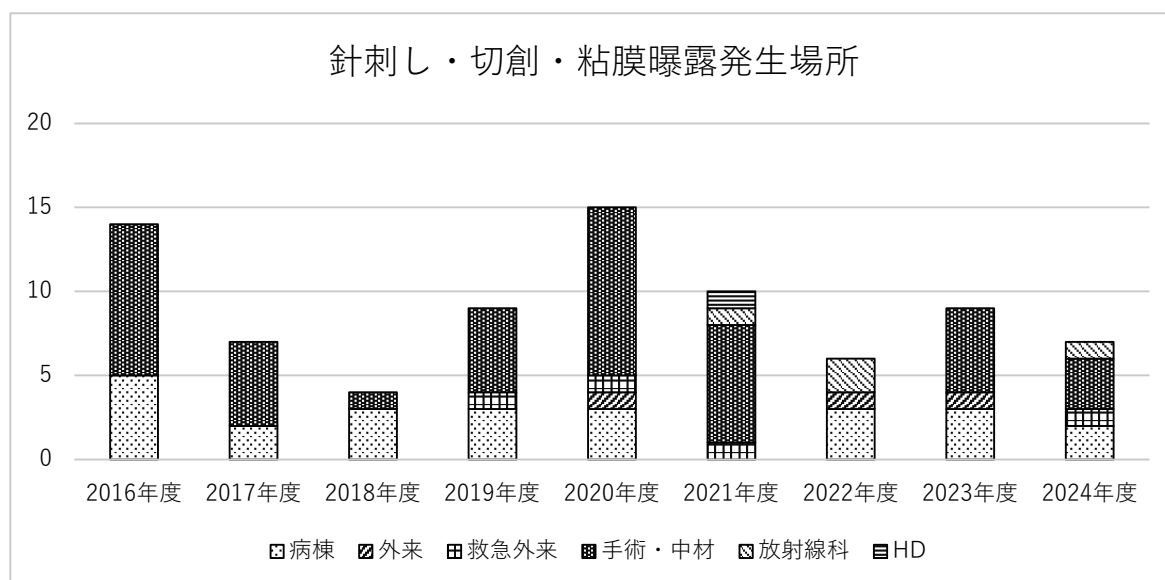
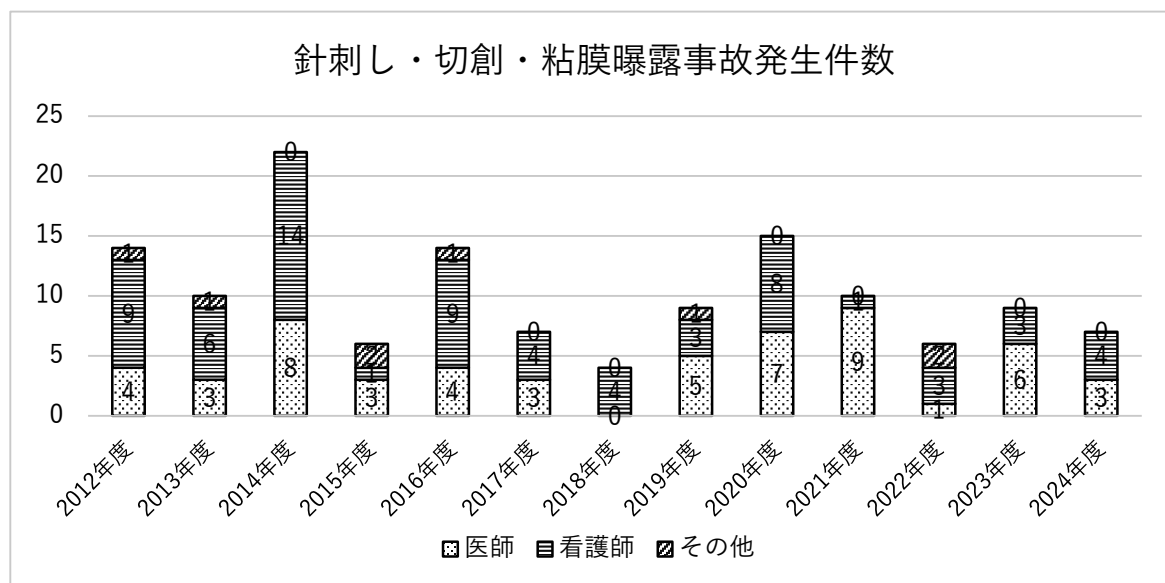
*AUD：Antimicrobial Use Density 抗菌薬使用密度；100 患者入院日数当たりの抗菌薬使用日数

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

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火曜日となっています。

【令和6年度 活動報告】

第1回 6月4日

- 議 題 構成員の変更について
栄養指導件数報告
診療報酬改定に伴う栄養管理について
汎用栄養剤の終売と対応について
その他（異物混入の発生状況と対策、産科食の進捗状況）

第2回 9月3日

- 議 題 リハビリテーション栄養口腔連携加算への取り組みについて
栄養指導について
その他（給食材料費の高騰）

第3回 12月3日

- 議 題 年末年始の行事食について
アレルギー食対応の現状について
その他（配茶の終了、朝パン献立の終了、時間外 FAX の継続、経管栄養の食札対応）

第4回 3月4日

- 議 題 給食材料費の年度内推移について
次年度における給食管理構想について（新年度人員配置、クックチル導入計画）

以上

接遇委員会

令和 6 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 3 グループに分かれ行いました。

○接遇評価担当グループ

昨年度と同様に外来患者満足度調査を行い、評価結果の集計を元に病院全体の傾向を知ることができました。評価の低い項目は高めていけるように、改善が必要なご意見、ご要望については、個人そして病院全体で取り組んでいきたいと思います。患者満足度調査結果に関しては HP に掲載いたしました。

○講演会・標語担当グループ

接遇研修

患者満足度調査の結果と接遇マニュアルの改訂に合わせて WEB による講習会を企画しました。令和 7 年度前期の開催に向けて準備を進めています。

標語

言葉遣いをテーマとし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。定期的に各部署へポスターを配布し掲示しました。

○接遇マニュアル担当グループ

身だしなみについて職員にアンケートを実施しました。接遇マニュアルを改訂し、電子カルテと HP に掲載いたしました。

2. 院内ラウンド

二か月に一度、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を接遇委員会で検討しました。

これからも接遇委員会では、接遇に関する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6年度

令和7年1月31日（金）16：00～16：30

1. 診療録管理委員会規程の見直しについて
2. 退院サマリ受領状況報告
3. 診療録保管状況報告

入院カルテ

対象カルテ：令和3年(2021年)退院分

搬出時期：2025年6月頃

外来カルテ

搬出予定無し

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 6 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) 褥瘡回診

【令和 6 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において、アセスメントを活用し個別性を持たせた看護計画が立案できる
西側グループ：褥瘡予防ラウンドを実施し新規褥瘡発生予防を推進する
 - 2) 啓蒙活動
 - ・リレーキャンペーンを実施する

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6年4月4日（木）12：30～17：00

対象：新人看護師19名、研修医6名

参加人数：24名

■「褥瘡の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：褥瘡予防の概念や方法を理解し安全安楽な看護ケアを実践する

日時：令和6年8月30日（金）16:00～17：00

対象：新人看護師18名

参加人数：18名

■「褥瘡に関する診療計画書の作成ポイント～危険因子の評価を中心に～」

講師：皮膚排泄ケア認定看護師 中村文枝

目的：褥瘡に関する診療計画書の患者状態に合わせて作成・評価できる

日時：令和6年8月30日（金）17：15～18：00

対象：看護部全レベル対象

参加人数：合計24名

■3する運動 リレーキャンペーン

日時：令和7年10月

対象：全職員

- ・啓蒙活動：褥瘡予防「背抜き」強化月間
- ・各部署にポスター掲示をする

■ミニ学習会

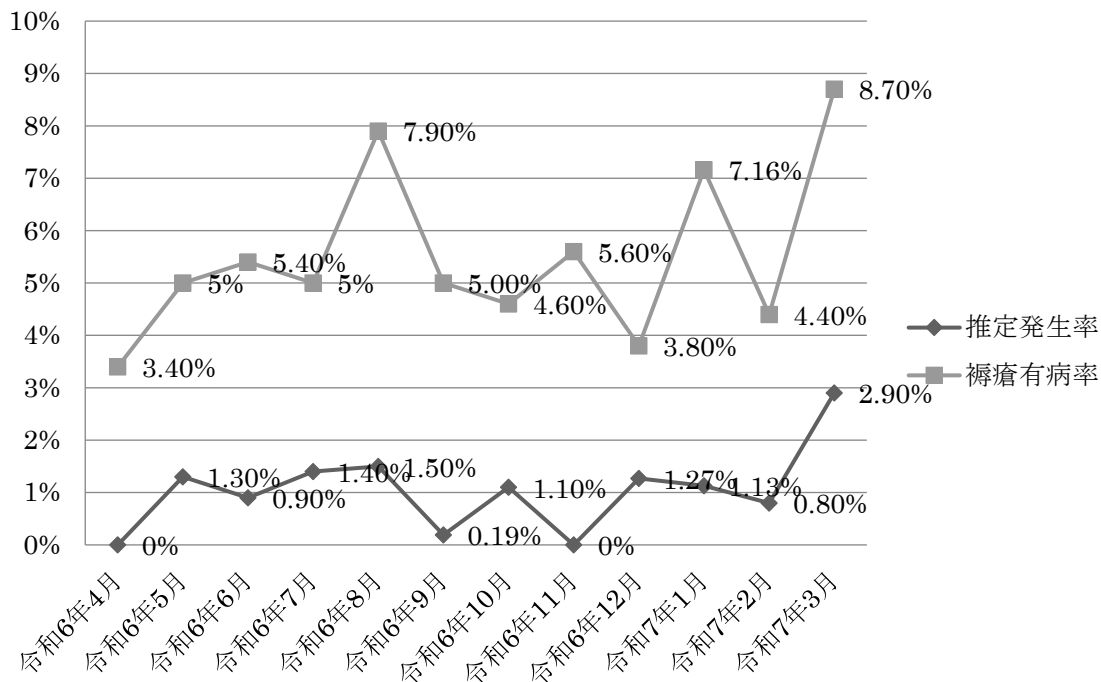
委員会の中で褥瘡対策に関連した学習会の開催

5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

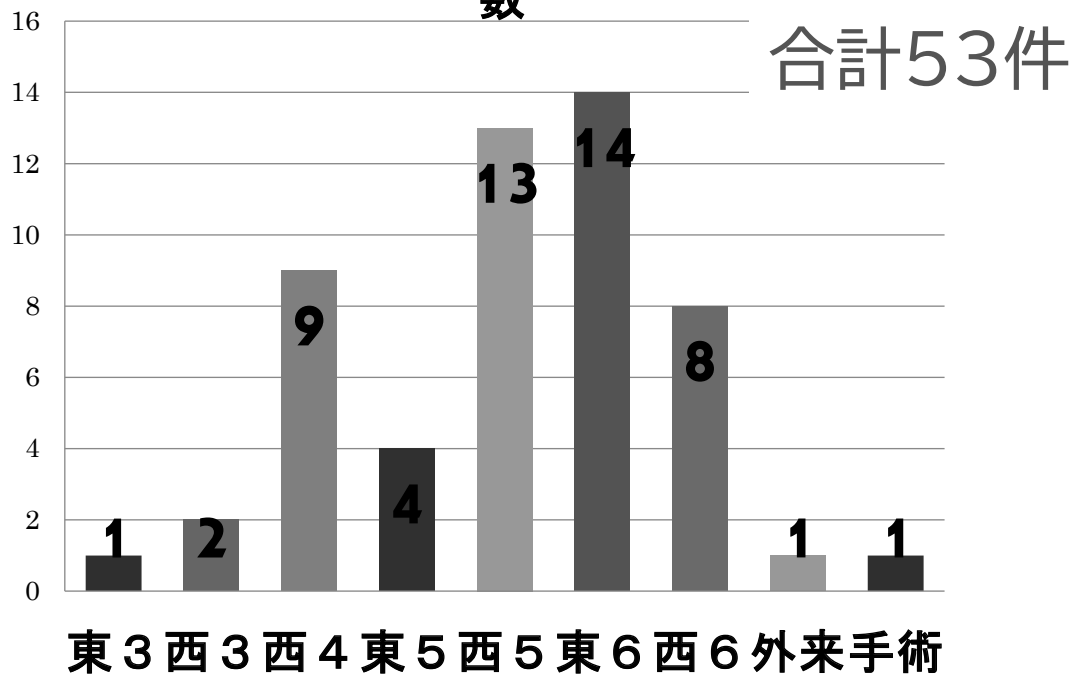
6月：皮膚排泄ケア認定看護師より「マットレス選択方法」について

7月：皮膚排泄ケア認定看護師より「背抜き」について

褥瘡推定発生率・有病率



令和6年4月～令和7年3月病棟別褥瘡発生数



緩和ケア委員会

令和 6（2024）年度、緩和ケア委員会の活動について報告します。

まず、これまで長く委員長を務めてこられた石塚大先生から藤村が委員長の任務を引き継ぎました。引き続き、石塚先生に相談しながら委員会を運営していきます。よろしくお願いします。

また、本委員会の中心メンバーとして、積極的にご意見を発信してこられた歯科口腔外科・泉直也先生が逝去されました。泉先生は、本委員会の中心メンバーとして、大事な方でした。謹んでご冥福をお祈りいたします。

1）緩和ケア委員会

隔月（偶数月第 4 金曜日）で集合して discussion しています。入院患者さんの中で緩和ケア委員会がお力になれる患者さんがいらっしゃる時、各病棟担当者から意見をいただいています。

2）緩和ケア回診

薬剤師・片桐秀樹さん、管理栄養士・岡尾志帆さん、リハビリ・佐藤修司さんが中心になって、事前に患者さんの経過をまとめた上で、毎週火曜日 16:00 に集合しています。方針を打ち合わせ、意思統一してから、患者さんのもとに伺います。疼痛緩和には薬剤師、食欲不振には管理栄養士、ADL 低下にはリハビリと、それぞれの専門知識を総動員して対応しています。患者さんからも、医師、看護師には、なかなか相談しにくいことを、別の分野の専門家がお応えするということで、意義を実感していただいています。がん患者さんだけでなく、慢性心不全、慢性腎不全などの苦痛緩和にも対応しました。

3）緩和ケア勉強会

隔月で、Web 講演会を視聴しています。ただし、18:00 過ぎからの開始になってしまうため、大勢の参加は難しい状況です。令和 7（2025）年度からは、緩和ケア委員会の時間の中で、全員参加して、小さな知識のブラッシュアップができるように勉強会を開催したいと考えています。

4）『がん患者・家族のためのサポートセミナー』

例年通り、本年度も開催準備はして、『広報かしわざき』に告知もしましたが、参加希望者がなく、中止しました。

（文責・藤村健夫）

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周知
- 4) その他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6年度の活動報告

- 1) 医療機器安全使用のための研修 *特に記載がない場合講師は臨床工学技士
 - 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
 - ・ 西5病棟 NPPV マスク装着について
 - 新規医療機器導入時研修
 - ・ 手術室看護・臨床工学技士 麻酔器「Flow-c」説明会（講師：フクダ電子）
 - 医療安全全般
 - ・ 看護師対象 カリウム除去フィルター使用方法（講師：カワスミ）
- 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、医療機器の定期点検について、使用状況と経営状況に鑑み一部省略とした機器もあった。
- 3) その他
 - ・ 三条総合病院閉院に伴い、ネーザルハイフロー装置「Airbo2」の移管を受けた。活用は今後検討。
 - ・ 手術室の部門システム導入に付随して麻酔器2台と手術室生体情報モニタの更新が成った。
 - ・ 循環器の夜間・祝日救急受け入れが2024年12月より停止、循環器系装置の配置・維持について、今後要検討。

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：医療機器安全管理責任者 主任臨床工学技士 樋口 大

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	POCT	計
R 5 年度	100.0	100.0	95.0	100.0	100.0	88.0	100.0	100.0	100	98.3
R 6 年度	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	83.3	100	99.6

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 5 年度は 4,537 施設、令和 6 年度は 4,601 施設と前年度より 64 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 6 年度の施設総合評価では、249 項目中、248 項目が A+B 評価で、99.6%の結果でした。遺伝子検査については、6 件中 1 件 D 評価の結果となりました。外部精度管理の操作手順の間違えによるものでした。各分野 100.0%を目標に今後も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	総合評価 (%)
R 5 年度	50	655	644	98.3
R 6 年度	50	655	643	98.2

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 5 年度は 0 件、令和 6 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 6 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6年度）】

委員長：	井田 桃里	内科医師		
委員：	籠島 正浩	薬剤部長	矢嶋 真由美	副看護部長
	北村 貴子	看護師長	西田 和志	総務課長
	佐藤 雅哉	検査科主任	樋口 大	臨床工学科主任
	阿部 美香	臨床輸血看護師	近藤 聡子	医事課員
	吉田 まゆみ	臨床検査技師		

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。

【令和6年度活動報告】

◎輸血ラウンドの実施

4月：西5階病棟 6月：東3階病棟 8月：内科外来 10月：西3階病棟
12月：西6階病棟

◎輸血研修会：WEB研修方式で開催

閲覧期間：2024年10月1日～10月31日
内容：「安全な輸血医療の基礎知識」（血液センター作成DVD）
参加者：439名（医師：14名 看護部：296名 検査科：24名 他：105名）

◎カリウム吸着フィルター勉強会の開催

第1回 2024年7月17日 参加者 17名
第2回 2024年11月18日 参加者 24名
動画の視聴およびプライミングの体験

◎年間血液製剤使用状況および輸血副作用（令和6年1月～令和6年12月）

RBC…2072 単位 FFP…32 単位 ALB…729.2 単位 PC…1620 単位 自己血…0.0L

FFP/RBC=0.02（輸血管理料Ⅰ基準0.54未満）

ALB/RBC=0.35（輸血管理料Ⅰ基準2.00未満）

廃棄製剤：RBC…6 単位 FFP…20 単位 PC…0 単位 自己血…0.4L

輸血副作用 7 件

IR-PC-LR 4 件

（皮膚症状 4 件）

IR-RBC-LR 3 件

（血圧変動 1 件 嘔気・めまい・悪寒 1 件 発熱・血圧変動・脈拍変動 1 件）

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6年度

＜医療相談（がん相談）＞

相談人数 230名（外来人数 91名）

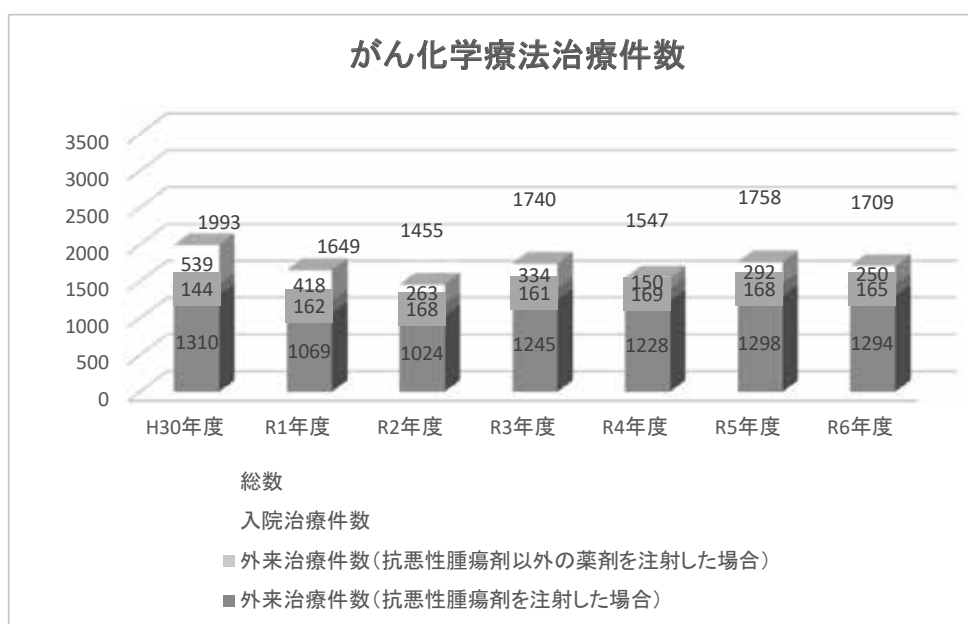
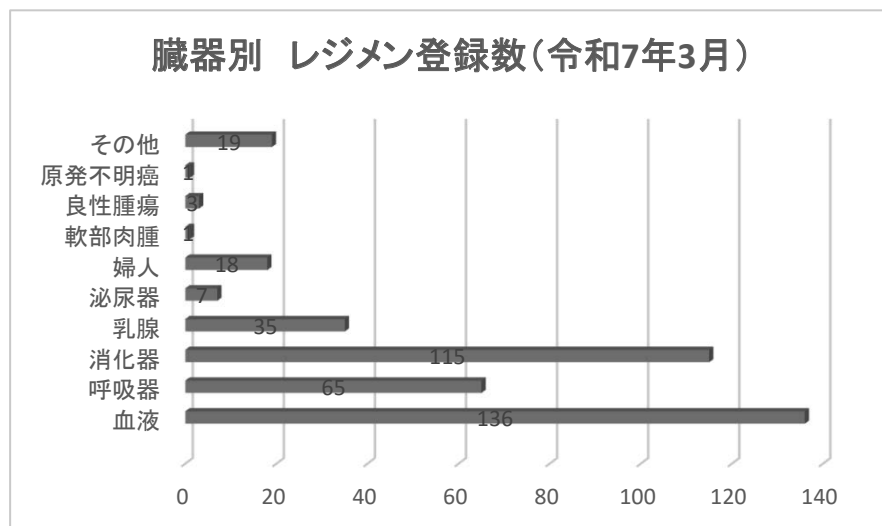
延べ相談件数 460件

＜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 27名

＜栄養科＞

化学療法患者栄養指導件数 131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 24 名で、外来診察サポート・病棟サポート・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 2024 年春施行の「医師の働き方改革」に向け体制強化を実施していたため、順調に業務をタスクシフトすることができました。

2022 年 11 月より当院では、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][15 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 6 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 副院長）

委員：小林 弘子（産婦人科部長）

藤村 健夫（腎臓内科部長）

矢島真由美（副看護部長）

下條 英子（外来師長）

高橋潤一郎（事務長）

西田 和志（総務課長）

水澤 大輔（医事課長）

山岸 真紀（クラークリーダー）

羽入美由紀（クラークサブリーダー）

光村 洋子（クラークサブリーダー）

[開催日]

第一金曜日 不定期開催

[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(D P C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6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月1回開催 情報共有や自分たちで考える勉強会を実施
- 2) クラーク内コミュニケーション増進のため、グループワーク研修会開催

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

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サポートができる体制作りを継続
- 3) 書類作成数報告書、超過勤務報告より、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
- 3) 異動ではなく週交代の掛け持ち制度を導入
 - ・小児科 ←→ 血液内科・神経内科、脳神経外科
 - ・外科 ←→ 内分泌糖尿病内科
 - ・睡眠外来 ←→ 消化器内科、呼吸器内科

⑤ 環境整備

- 1) 手書き書類からオーダーリング反映書類への移行等、効率化の整備を継続

⑥ 研修計画立案・実施

- 1) 院内研修会・外部研修会に積極的に参加を推進、参加確認
- 2) 経験年数別に必要な研修を検討
- 3) 学会参加を推進

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

[業務依頼内容及び判定]

	依頼診療科	内容	判定結果
1	眼科外来	手術オーダーの時間修正	条件付き受諾
2	眼科外来	コスト入力	条件付き受諾
3	内科外来	コンサルテーションの予約と説明	否
4	内科外来	エコーの予約と検査説明	否
5	循環器内科	予約、検査、処方の代行入力	条件付き受諾
6	整形外科外来	予約振り分け、紹介状下書き	受諾
7	内科外来	輸血オーダー時の生食オーダー	受諾
8	消化器内科	新規消化器内科枠にクランク配置	条件付き受諾
9	内科外来	施設往診診療録のカルテ代行入力	条件付き受諾
10	循環器内科	NCD（J-PCI）の症例登録	受諾
11	内分泌糖尿病内科	糖尿病教室終了後の栄養相談予約	受諾
12	内科外来	外来終了後の疑義照会電話対応	受諾
13	小児科外来	水曜日午後診察にクランク配置	条件付き受諾
14	循環器内科	入院患者リハビリ処方代行入力	受諾
15	小児科外来	ヘルメット・血友病外来にクランク配置	受諾
16	医療安全管理部門	肝炎ウイルス結果説明文書出力 検査科陽性患者未対応リスト共有	受諾
17	透析室	口頭指示受けの代行入力	受諾
18	内科外来	DIC-CT 時、メイン点滴代行入力	受諾
19	内科外来	発熱外来患者の検査ラベル出力 スキャン表紙出力	受諾
20	内科外来	腎臓内科選択療法外来の予約連絡	受諾
21	外科病棟	外科回診時のフリーシート出力	受諾
22	呼吸器内科	予約の代行入力	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
- ・病院公式Instagram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
- ・病院公式Instagram管理・運営
- ・看護師紹介動画の作成
- ・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）、舟波愛弓（地域連携支援部）、加藤英樹（薬剤部）、城沢真依（検査科）、野間優希（放射線科）、山本奈津美（リハビリテーション科）、西田和志（総務課）、岡村葉月（医事課）、羽田朋子（総務課）

他、SNS グループメンバー



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：大坂 智彦、総務課：西田 和志

システムエンジニア：西山 怜希

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

2024 年度の実績

○2025 年 3 月 24 日より麻酔管理システムの運用開始

<新規導入された機能>

- ・電子カルテにおける手術オーダーの実装

<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

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、システム自体のリプレースを実施し、クラウド型電子カルテの導入を行っています。

2024 年度においては、部門システムの一環として新たに麻酔管理システムの導入および電子カルテシステムに手術オーダー機能を実装し、関連するシステム間でのデータ連携を強化しました。これにより、医師および手術室スタッフの業務効率化が推進され、より迅速で精度の高い医療提供が可能となりました。

今後とも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。

2025 年 5 月；システム委員会， 文責， 大坂 智彦