

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. インシデント・アクシデント報告

1) 令和4年度と令和5年度の比較 (件数)

期 間	報告件数
2022/4/1～2023/3/31	1142
2023/4/1～2024/3/31	1241

レベル	0	1	2	3a	3b	4	5	合計
2022年度	186	693	179	72	12	0	0	1142
2023年度	250	717	205	56	13	0	0	1241

2) 全報告からの種類別件数（上位事例のみ掲載） (件数)

事例の種類	2021年度	2022年度	2023年度
薬剤	399	372	374
転倒転落	265	270	301
治療・処置・手術	91	80	155

3) レベル3bについて (件数)

事例の種類	2021年	2022年	2023年	前年度対比
転倒・転落	7	6	7	+1
治療・処置・手術	0	1	2	+1
ドレーン・チューブ	0	1	2	+1
検査	1	1	0	-1
患者状況について	0	1	2	+1
薬剤	1	1	0	-1
療養上の世話	0	1	0	-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】(374 件)

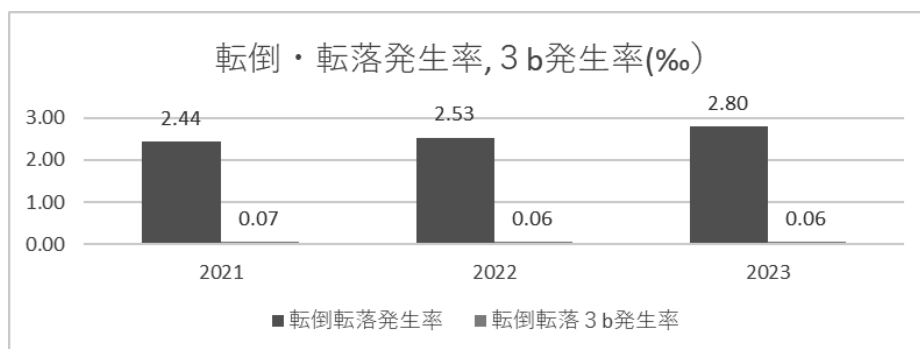
注射	102 件
内服	254 件
その他	18 件

- ・ インシデントの 3 割は薬剤で、最も多くなっています。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。
- ・ 処方、調剤、与薬の流れにおいて様々な職種が安全な薬剤管理の為に係ることが課題です。
- ・ 看護部安全対策委員会が与薬手順の DVD を作成しました。動画の活用により、配属年数、経験年数 1 年未満のインシデント件数減少に繋がったと考えます。

【転倒・転落】(301 件)

転倒	211 件
転落	83 件
その他	7 件

- ・ 入院患者の平均年齢は年々増加し、75%が 70 歳以上で、80 歳代が最も多くなっています。転倒・転落発生件数は、年々増加する傾向にあります。
- ・ 骨折など 3b 発生率の上昇はありませんでした。2019 年から身体拘束解除に向けた取り組みを進めています。多職種で予防対策を実施し、転倒転落による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】(155 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

- ・ 患者影響度の低いレベル 0~2 の件数が増加し、全体のインシデント報告数は増加しました。様々な安全活動が職員からのインシデント報告に繋がっていると考えます。医療現場は、常に変動し、不安定要素の発生しやすい状況があります。インシデントレポート報告システムを使用し、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

患者サポート部門相談件数は102件、苦情は15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

6件発生：患者による身体的暴力は5件、言葉の暴力は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、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	開始	所要時間	テーマ	対象職員	参加	担当委員
7月3日～8月14日		30分	MRI研修	全職員	516名 /648名 80%	医療安全管理対策委員会
7月～2月			3する運動 ～安全・感染・褥瘡リレーキャンペーン～	全職員	609名	医療安全管理対策委員会 感染対策委員会 褥瘡委員会
11月16日～12月14日		16分	せん妄対策と睡眠薬	全職員	539/609 名 89%	医療安全対策管理委員会 医薬品安全管理責任者

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

改善事項

【画像レポート未読レポートの管理について】

令和5年11月にシステム更新があり、画像診断未読レポート管理システムを導入しました。

【テクニカルアラームへの対応】

現状を分析し、教育や管理体制等について計画を立案し進めていきます。

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いただくことができました。

	開催日		タイトル	講師	参加人数 (参加率)
第1回	2023年8月23日~9月8日	ICT	手指衛生 5moments いや、今日は2moments だけ	感染管理認定看護師 徳原伸子	573名 (94.6%)
第2回	2023年10月13日~27日	AST	血液培養	呼吸器内科医師 田中健太郎	339名/362 (93.6%)
第3回	2023年12月22~2024年1月12日	AST	抗菌薬適正使用	薬剤師 野島幸樹	331名/358 (92.5%)
第4回	2024年3月21日~31日	ICT	経路別予防策 聴いてみて考えて行動しよう	感染管理認定看護師 徳原伸子	532名 (86.9%)

感染症対応（疑いを含む）

- 感染拡大事例（COVID-19 クラスター）3件

感染症名	件数
レジオネラ	3（届け出含む）
感染性胃腸炎	2
結核	2（接触者健診）
抗酸菌塗抹・培養陽性	1
LTBI	1
チクングニア熱	1
水痘	1
EKC	1
O-26	1
MRSA	1
中央材料室リコール	1

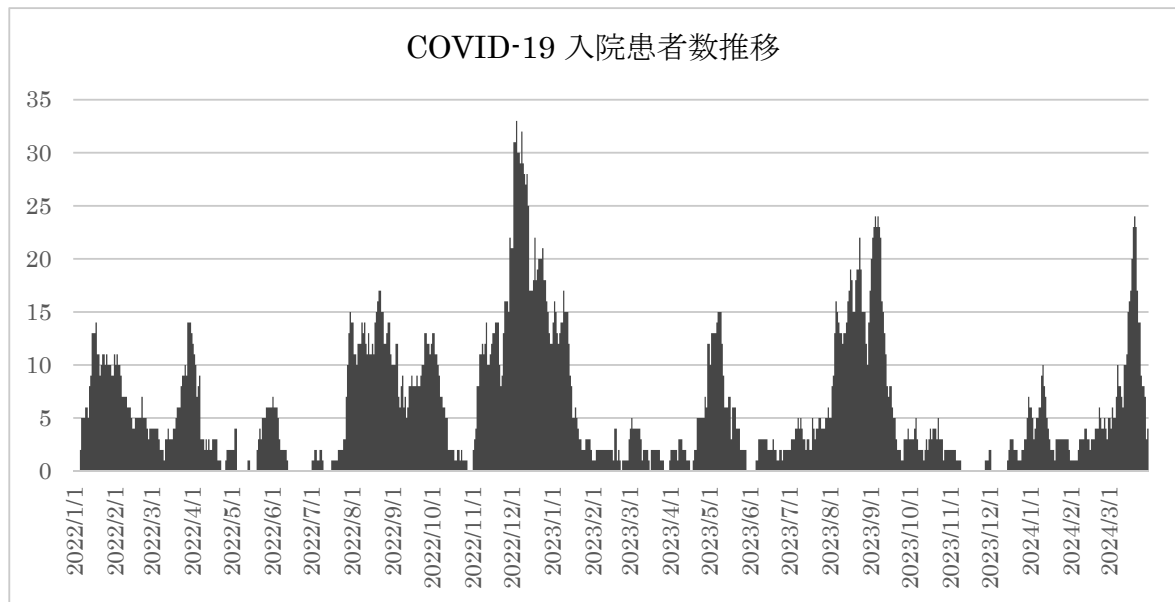
新型コロナウイルス感染症

- 職員発生 142名
- 家族などの発生による濃厚接触者 112名（うち 30名発症）
- 感染拡大事例 2023年4月29日東4（職員8名患者7名）
2023年8月25日西6（職員3名患者25名）
2024年3月11日西4（職員4名患者17名）

発熱外来受診者数 1997名（2022年度 2508名）

のべ入院患者数 1952名（2022年度 2528名）

入院患者数推移



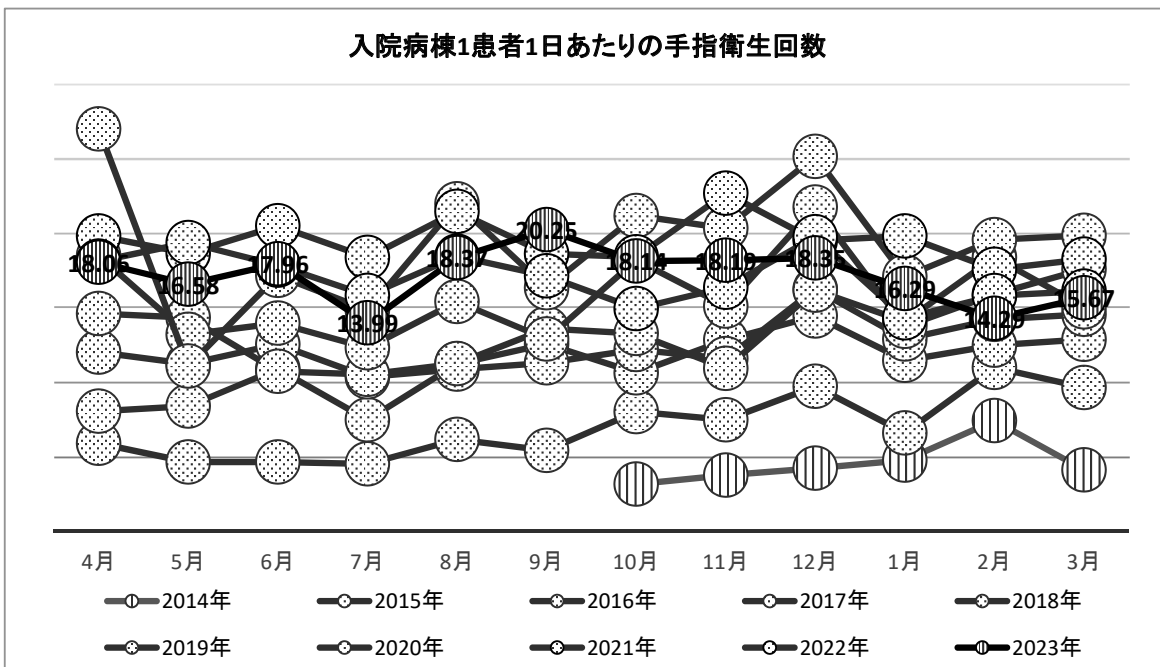
感染対策相談（主な相談内容）

- T-SPOT 陽性患者への対応（施設）
- 梅毒の受診について（保健所）
- 外来での使い捨てガーグルベースンの導入
- 放射線科での防水シートの導入
- COVID-19 患者の転院について
- 水痘患者への対応（振り返り）
- 渡航歴のある発熱と皮疹患者の診察について
- 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っています。2023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17.18回と目標は達成できませんでしたが2022年度より手指衛生回数は増加しました。

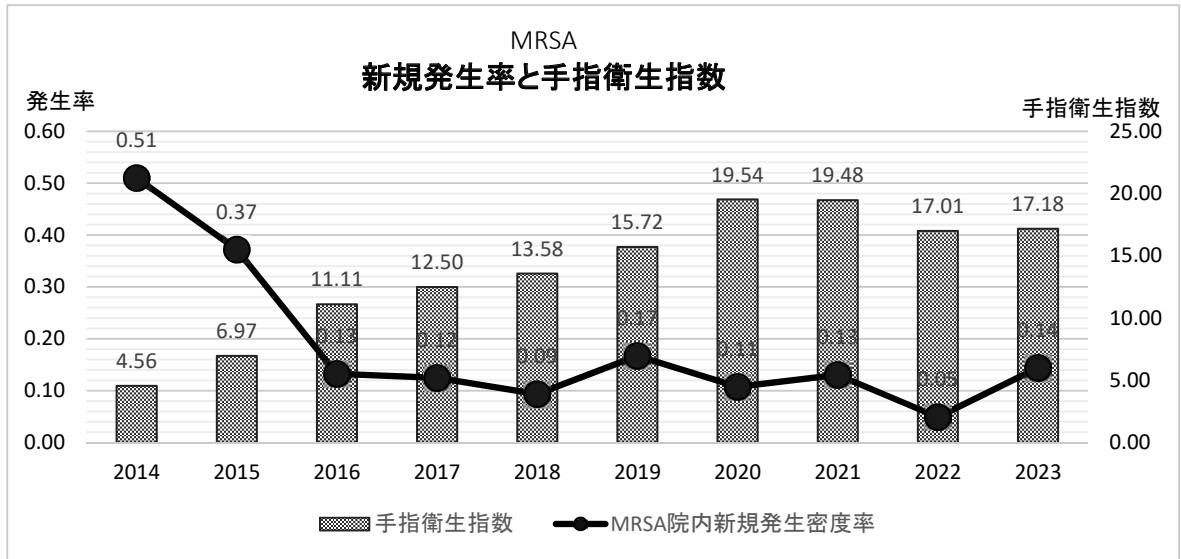
*1患者1日当たりの手指衛生回数=擦式アルコール製剤払い出し量 (ml) ÷ 延べ患者日数×1回使用量 (ml)



耐性菌サーベイランス (MRSA)

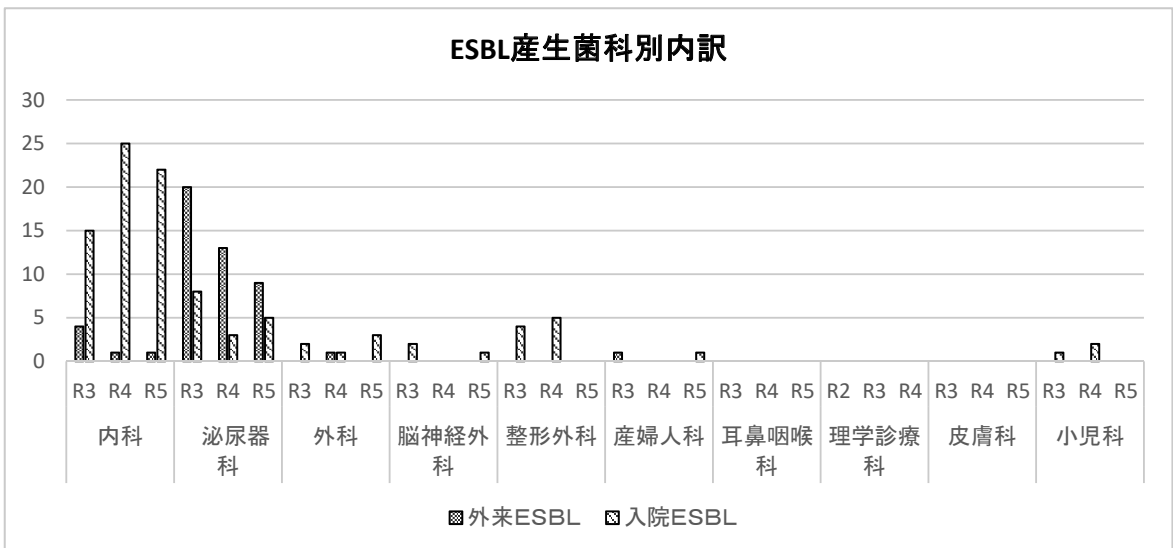
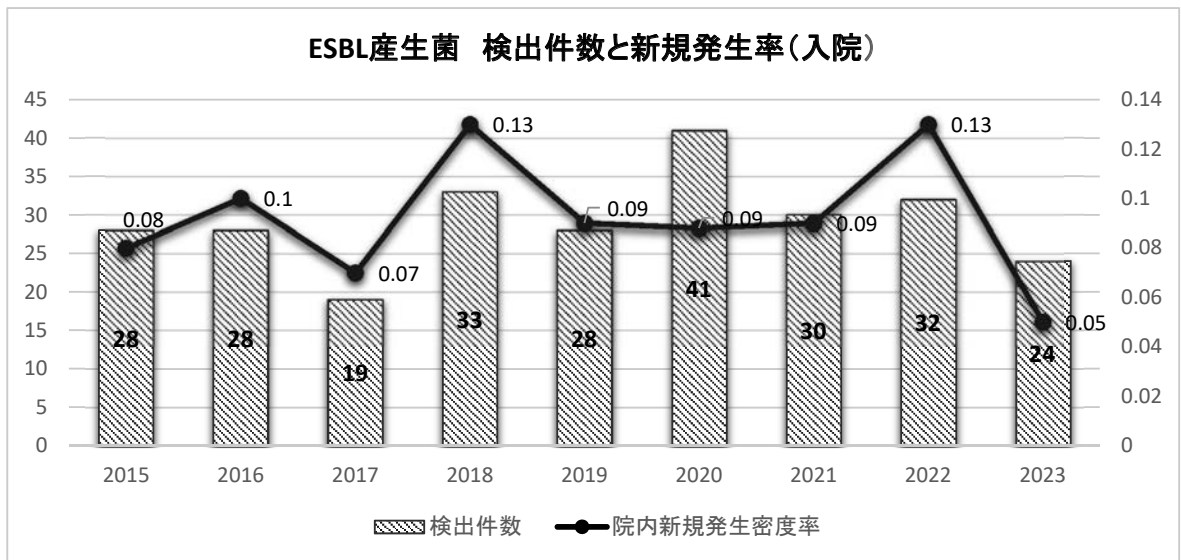
病棟別院内新規発生密度率 (院内新規 MRSA 発生数 / 延べ患者数 × 1000)

2023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	0.11	0.11	0.15	0.11	0.00	0.11	0.14
標準偏差	0.00	0.00	0.31	0.80	0.35	0.27	0.00	0.26	0.13
2SD	0.00	0.00	0.72	1.70	0.84	0.65	0.00	0.62	0.40

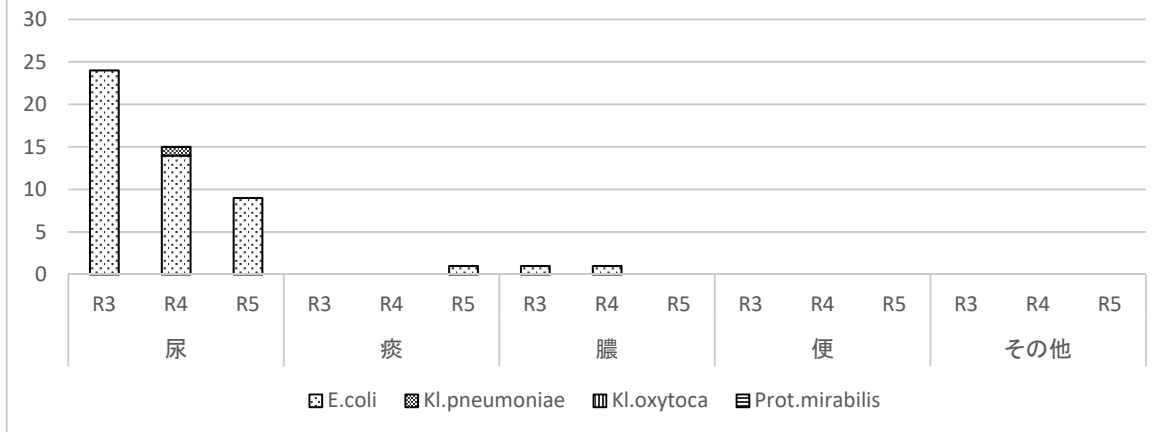


耐性菌サーベイランス (ESBL)

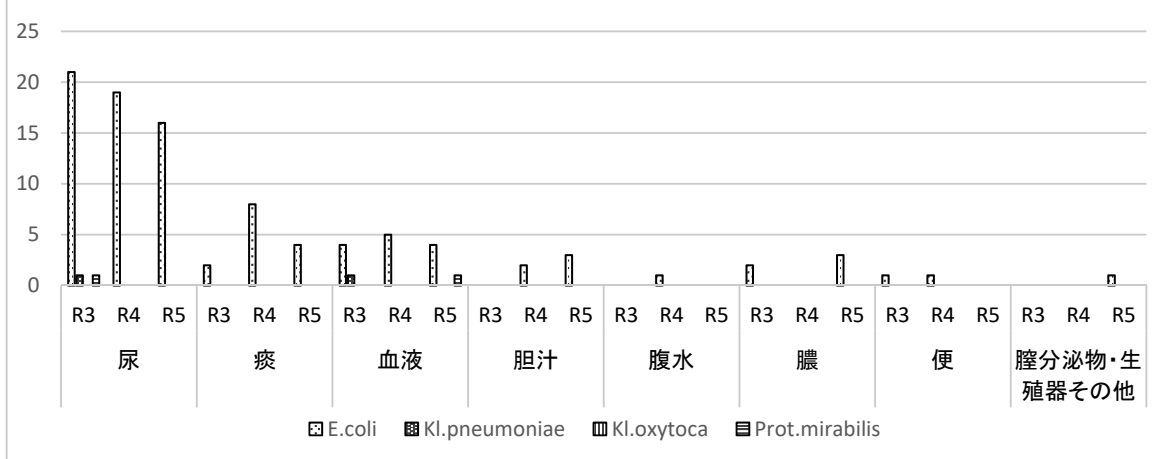
入院病棟における院内新規発生密度率 (院内新規 ESBL 産生菌発生数/延べ患者数×1000)



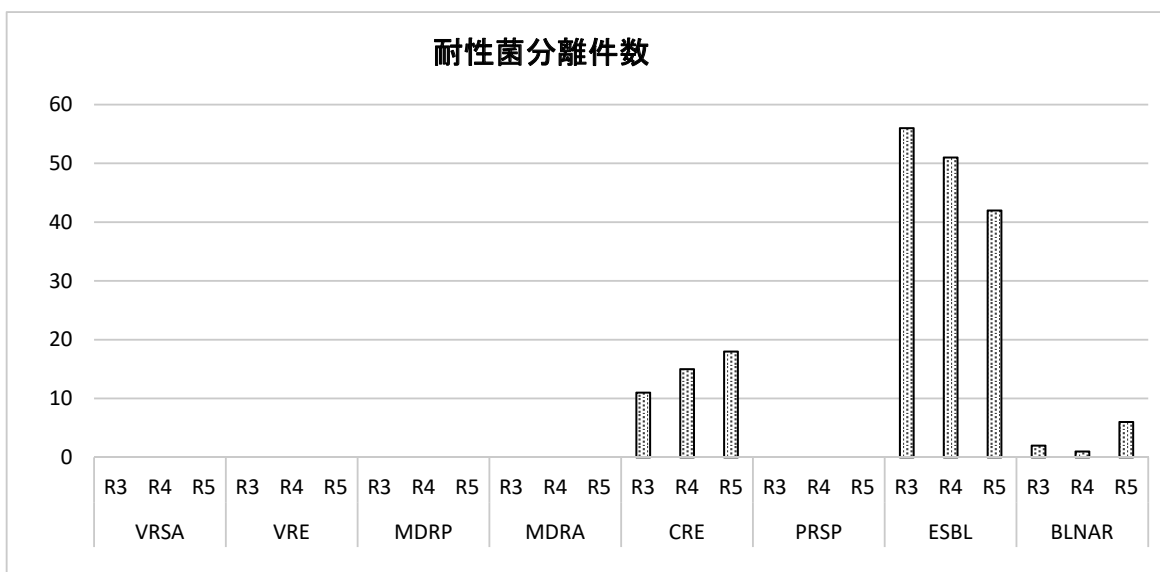
外来ESBL(材料別)



入院ESBL(材料別)

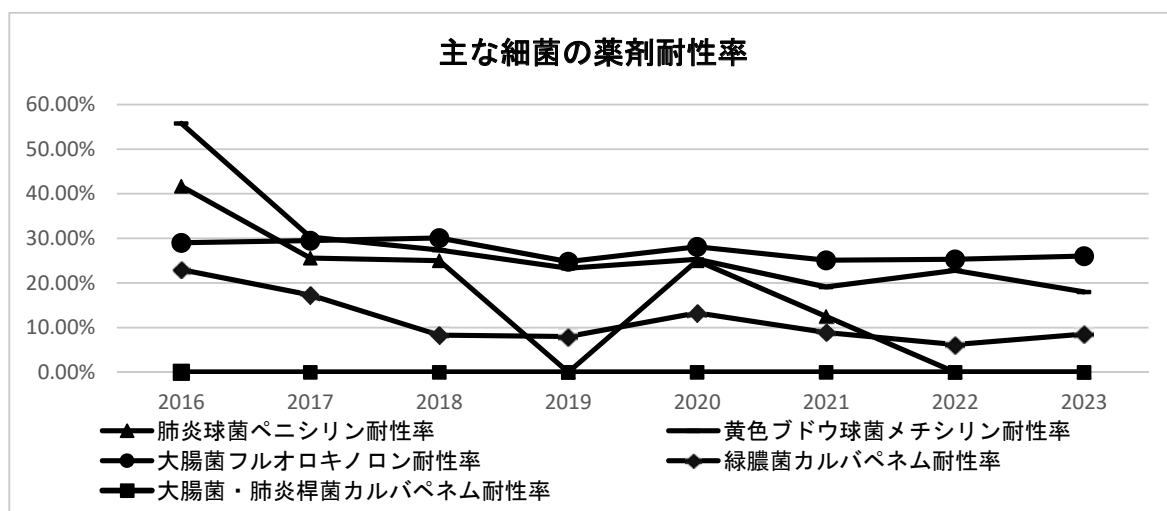


その他の耐性菌分離件数



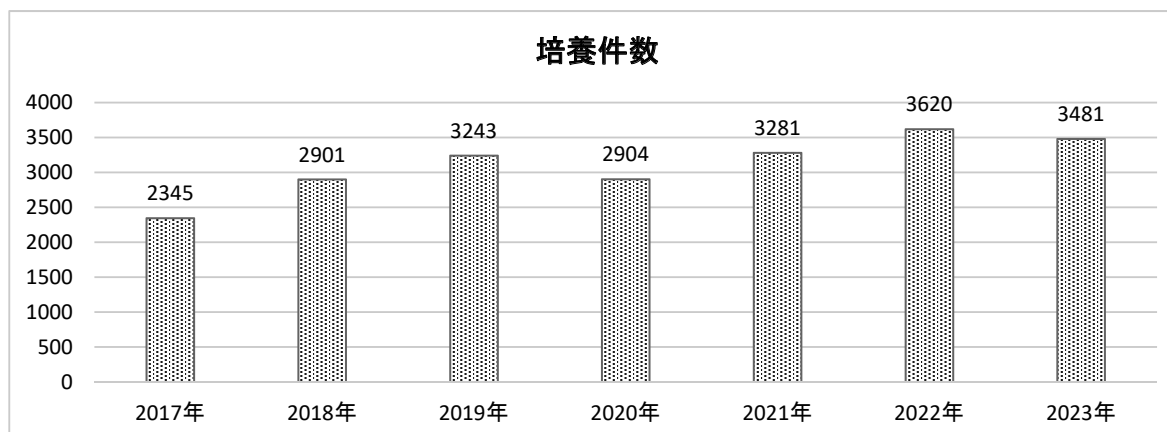
主要菌の薬剤耐性率

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
肺炎球菌 ペニシリン耐性率	41.70%	25.60%	25.00%	0%	25.00%	12.50%	0%	0%
黄色ブドウ球菌 メチシリン耐性率	55.80%	30.30%	27.40%	23.30%	25.30%	19.10%	22.80%	18.01%
大腸菌 フルオロキノロン耐性率	29%	29.50%	30.10%	24.80%	28.10%	25.10%	25.30%	26.02%
緑膿菌 カルバペネム耐性率	23%	17.30%	8.30%	8.00%	13.30%	8.90%	6.20%	8.54%
大腸菌・肺炎桿菌 カルバペネム耐性率	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



【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



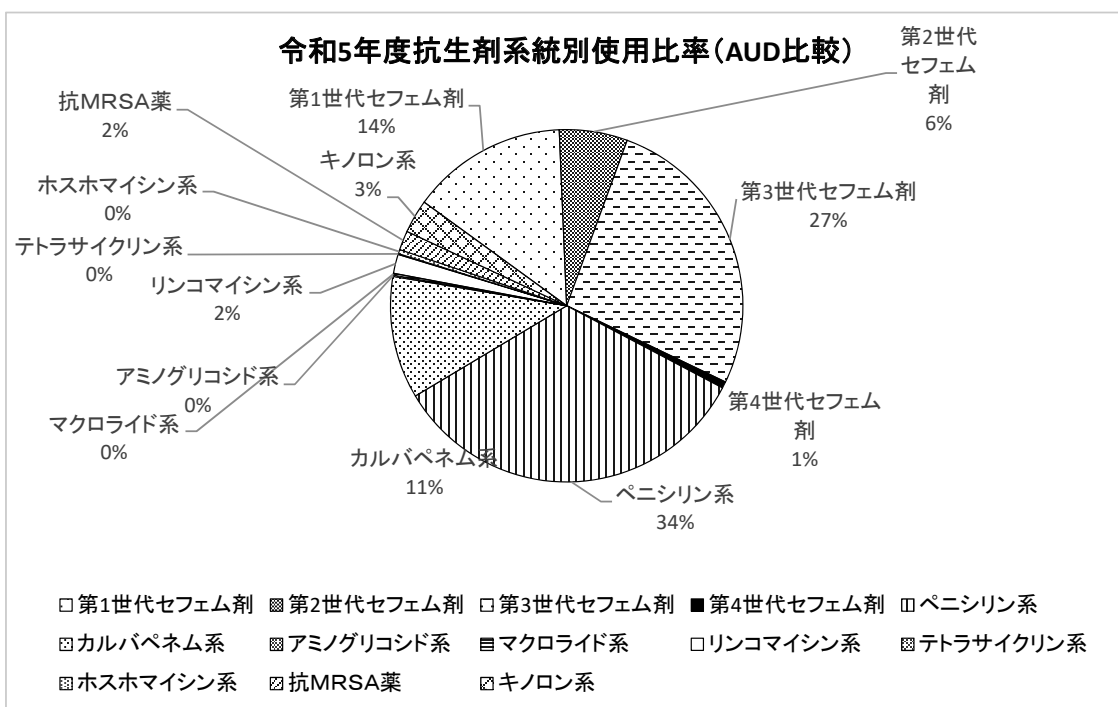
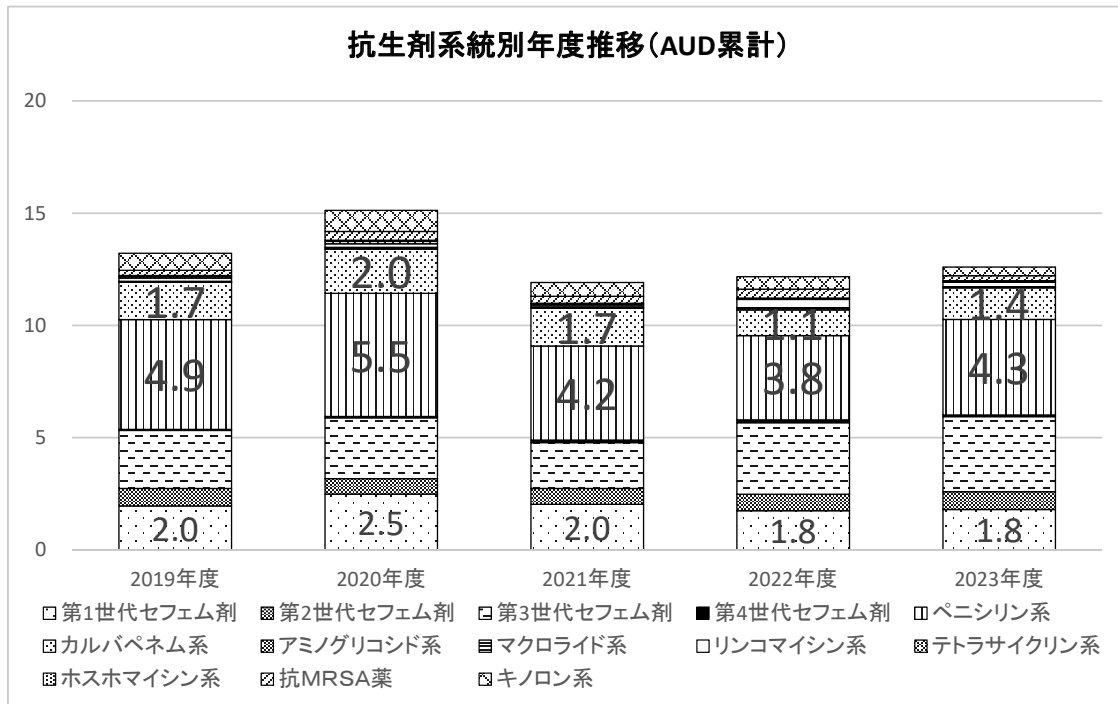
抗菌薬使用密度

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。

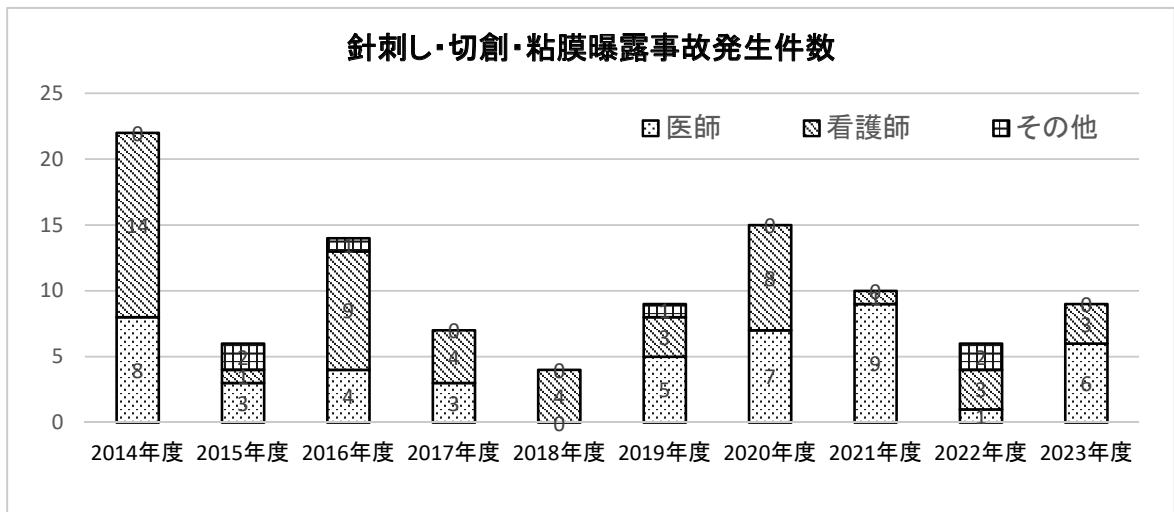
*AUD：Antimicrobial Use Density 抗菌薬使用密度；100患者入院日数当たりの抗菌薬使用日数

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

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5年度 活動報告】

第1回 6月6日

議題 新年度委員の変更について
前年度栄養指導件数と年次推移の報告
時間外オーダーの取り決めに関する確認

第2回 9月5日

議題 嚥下調整食の見直し(嚥下困難食・ミキサー食の集約)について
オーダーリングシステム更新に伴う栄養管理計画書の取り扱いについて
再入院時の食事オーダーの取り決めに関する確認

第3回 12月5日

議題 産科食の充実に向けた進捗状況について
栄養士の日直体制変更(日曜は調理師による食数管理)に関して
オーダーリングシステム更新後の栄養管理タスクシフトについて

第4回 3月6日→中止

報告 温冷配膳車の入れ替えについて(西6・東6病棟での更新)
採用栄養剤のメーカー終売に関して
診療報酬改定について
次年度委員の確認

以上

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5年度活動報告】

1、NST回診報告

令和5年度の回診件数は130件でした。同年9月よりNST委員会活動を休止しているため、4月から8月の件数報告となります。

2、NSTの啓蒙

NST啓蒙活動の一環として学習会を1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「エネフリードについて：大塚製薬工場」

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5年度は計3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46号「NST介入依頼方法」

第47号「低栄養と高齢者、NST対象患者について」

第48号「褥瘡患者さんの栄養管理」

接遇委員会

令和5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。接遇に対して、個々の関心を高める機会となりました。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、個人そして病院全体で改善していきたいと思えます。患者満足度調査結果に関してはHPに掲載予定です。

○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、新マニュアル作成改定や情報発信、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5年度

第1回 令和5年10月19日（木）16：00～16：20

1. 褥瘡経過評価表の電子カルテ化について
2. システム切り替え時運用について
3. 退院サマリ受領状況報告
4. 診療録保管状況報告

第2回 令和6年3月15日（金）16：00～16：30

1. 入院文書について（病歴室よりお願い）
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2年(2020年)退院分
搬出時期：2024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 5 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 5 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と個別性のある看護計画立案の取組み

西側グループ：スタッフが患者背抜き体験し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

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5年4月6日（木）12：30～17：00

対象：新人看護師、研修医、救急救命士

参加人数：26名

■「褥瘡予防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：褥瘡の予防方法を理解し実践できる

日時：令和5年8月28日（月）16:00～17：00

対象：新人看護師、救急救命士

参加人数：23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5年8月31日（水）17：15～18：00

対象：看護部全レベル対象

参加人数：合計37名

■3する運動 リレーキャンペーン

日時：令和5年7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

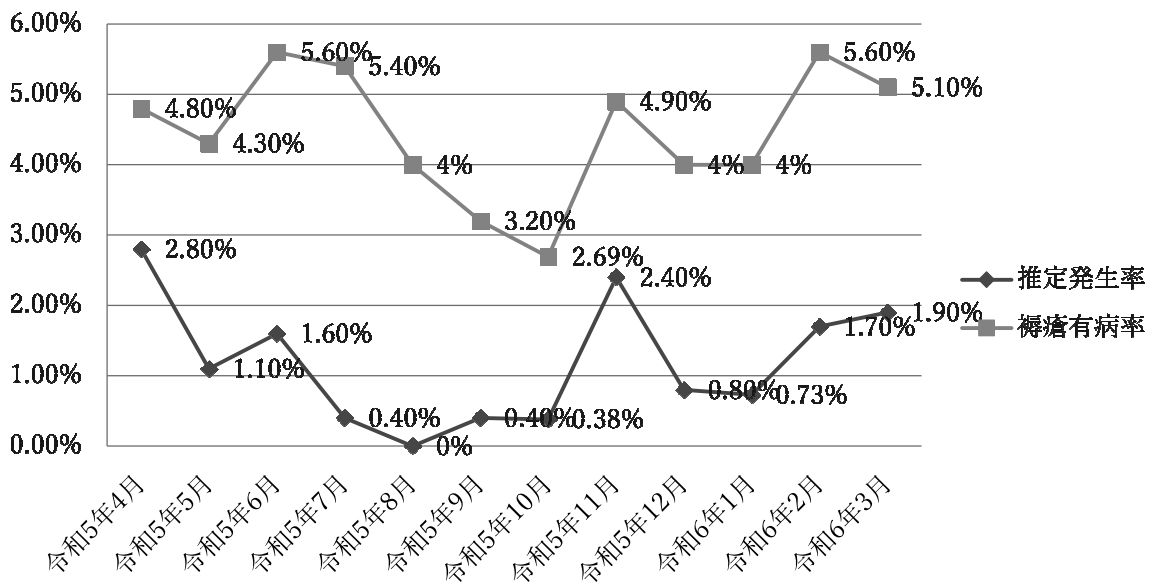
委員会の中で褥瘡対策に関連した学習会の開催

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

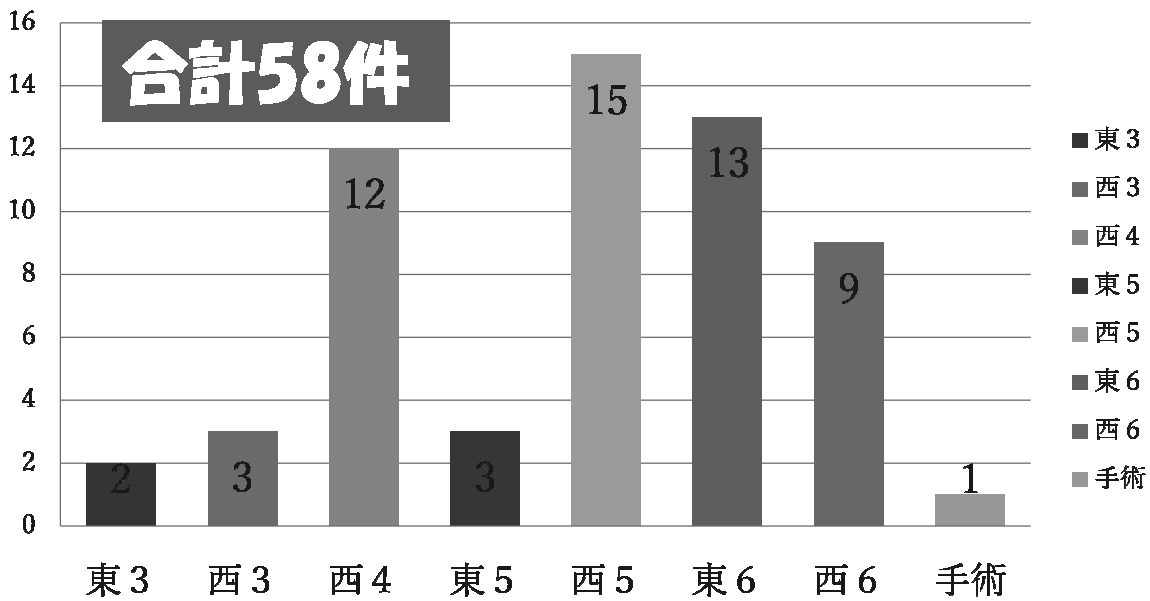
8月：皮膚排泄ケア認定看護師より「マットレス選択方法」について

9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5年4月～令和6年3月病棟別褥瘡発生数



緩和ケア委員会

令和 5 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4年度と同様に医師 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 名でした。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、緩和ケア勉強会に加え、令和 4 年 9 月より年 3 回のがん患者・家族のためのサポートセミナーを開催しています。

1) 緩和ケア回診

令和 5 年度も緩和ケア回診の介入依頼は少なく、対象症例がないためカンファレンス、回診の中止も数多く見られました。委員会の話し合いの中で、介入対象の増加を目指し入院患者のみでなく化学療法施行中の患者も対象に含めてはどうかとの意見がありました。化学療法中の患者さんへの緩和ケア対象拡大が今後の課題です。

2) 緩和ケア勉強会

令和 5 年度の緩和ケア勉強会の開催は 1 回のみでした。

12 月 22 日 第 1 回緩和ケア勉強会

食欲不振、倦怠感について

歯科泉先生より総論の講義を行っていただき、その後参加者でグループワークを行いました。参加者は約 12 名と少数でしたが、活発な意見交換が行われました。

3) がん患者・家族のためのサポートセミナー

令和 5 年からはがん看護専門看護師である横関師長が中心となって年 3 回の予定(5 月、8 月、11 月)でサポートセミナーを開催する方針となりました。5 年度は参加者少数のため開催は 2 回のみでしたが、今後は柏崎市の広報や柏崎日報などの新聞で積極的にセミナー開催をアピールして参加者の増加を目指していきます。

5 月 20 日 第 3 回サポートセミナー

演題：リハビリスタッフが伝える 今より 1 歩前へ
やりたいことをかなえるための方法
動いて！食べて！楽しんで！

講師：作業療法士 佐藤 修司 氏

理学療法士 加瀬 哲 氏

言語聴覚士 木村 良太郎 氏

11月18日 第4回サポートセミナー

演題：その悩み話してみませんか？

あなたを支える相談支援体制について

講師：医療ソーシャルワーカー 五十嵐 規之 氏

訪問看護師 長谷川 ウツミ 氏

中地域包括支援センター保健師 久住 彩乃 氏

令和6年度からは緩和ケア委員会委員長 藤村健夫先生、副委員長 泉直也先生の
新体制となります。新体制にてますますパワーアップした委員会運営を目指してまいります。

(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
 - ・ 血管撮影装置 Azurion7M12
- 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
 - ・ 透析室 透析監視装置 TR-3300M I-HDF について
 - ・ 各外来・病棟看護 人工呼吸器 MONNAL T60
 - ・ 各外来・病棟看護 人工呼吸器 NKV-330
 - ・ 東5病棟 在宅用人工呼吸器 トリロジーEvo
 - ・ 西6病棟 持続緩徐式血液ろ過 (CHDF) について
- 医療安全全般
 - ・ 医療安全委員対象 医療機器の安全管理

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、使用状況を踏まえ一部省略とした機器もあった。

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：医療機器安全管理責任者 主任臨床工学技士 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
R 4年度	100.0	95.8	100.0	100.0	100.0	96.3	100.0	100.0	99.2
R 5年度	100.0	100.0	95.0	100.0	100.0	88.0	100.0	100.0	98.3

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4年度は4,454施設、令和5年度は4,537施設と前年度より83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5年度の施設総合評価では、231項目中、227項目がA+B評価で、98.3%の結果でした。前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 4年度	49	640	624	97.5
R 5年度	50	655	644	98.3

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4年度は0件、令和5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5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5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
	西田 和志	総務課長	横田 浩	検査技師長
	阿部 美香	臨床輸血看護師	渡部 美友紀	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5年度活動報告】

◎輸血ラウンドの実施

6月：東3階病棟 8月：内科外来 10月：手術室 12月：西6階病棟 2月：東6階病棟

◎輸血研修会：WEB研修方式で開催

参加者 90人（医師：4人 看護部：63人 薬剤部：1人 検査科：12人 他：10人）

日時：2023年11月28日 17時15分開始

内容：「安全な輸血医療の基礎知識」

講師：新潟県赤十字血液センター 瀬水悠花先生

◎年間血液製剤使用状況（令和5年1月～令和5年12月）

RBC…1501単位 FFP…140単位 ALB…850単位 PC…1075単位 自己血…0単位

FFP/RBC=0.09（輸血管理料Ⅰ基準0.54未満）

ALB/RBC=0.57（輸血管理料Ⅰ基準2.00未満）

廃棄製剤：RBC…32単位 FFP…4単位 PC…0単位 自己血…0.8L

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みます。

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 5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5年度

＜医療相談（がん相談）＞

相談人数 149名（外来人数 44名）

延べ相談件数 280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 15名

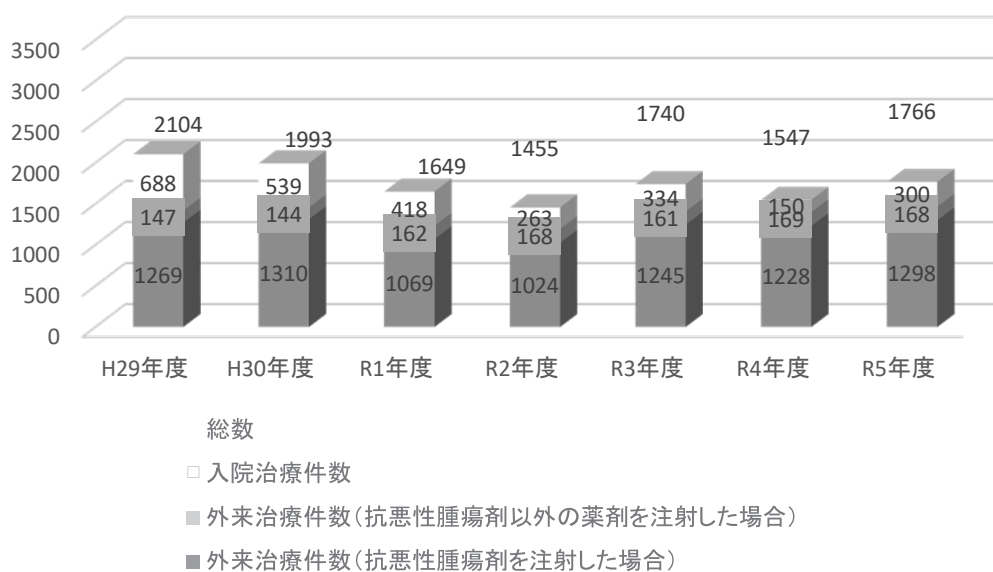
＜栄養科＞

化学療法患者栄養指導件数 202件

レジメン登録数

レジメン種別	レジメン登録数(令和6年)
血液	132
呼吸器	64
消化器	108
乳腺	35
泌尿器	7
婦人	16
軟部肉腫	1
良性腫瘍	2
その他	17

がん化学療法治療件数



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」へ向け、さらにクラークの体制強化を実施しています。

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5年度 クラーク委員会メンバー]

委員長：丸山 正樹（消化器内科部長）

委員：津吉 秀樹（整形外科副院長）

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）

竹田 綾（外来主任看護師）

高橋潤一郎（事務長）

西田 和志（総務課長）

小林 幸代（医事課長）

山岸 真紀（医師事務作業補助者）

本間 貴子（医師事務作業補助者 整形外科）

牧口 智美（医師事務作業補助者 泌尿器科）

[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5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
- 2) 使いやすいマニュアルをクラーク内で検討
 - a. 電子カルテ変更に伴いマニュアルの大幅更新
 - b. 各診療科フォルダを作成し情報共有
 - c. オーダー端末よりアクセス可能
 - d. 目次ページからリンク可能
 - e. Excel形式で作成

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

※現在クラーク委員会が不定期開催のため8～9はクラーク委員会で判定未、医事課長で仮裁決

[依頼内容]

	依頼診療科	内容	判定結果
1	透析室	透析管理システムへ代行入力	受諾
2	呼吸器内科	睡眠外来の新規導入にクラーク配置	受諾
3	循環器内科	心カテ時の入院時オーダー・文書作成	受諾
4	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	受諾
5	血液内科	エパシエルド外来にクラーク配置	受諾
6	泌尿器科	クリニカルパスの作成	受諾
7	内分泌糖尿病内科	患者配布資料の作成	否 →看護事務補助業務で調整
8	内科	内科臓器別コンサルの予約業務	(仮) 否 →患者説明の時間確保困難 →人員問題で困難
9	内科	頸動脈エコー、心エコーの説明	(仮) 否 →患者説明の時間確保困難 →人員問題で困難

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）、五十嵐翔太（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）、井口慎哉（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：渡邊 雄亮、 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

2023 年度の実績

○2023 年 11 月の電子カルテシステム更新

<新規導入された機能>

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

<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

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。

それに伴い、外来導線を一部変更しました。

まず、再来受付機を通る方の対象を拡大し、大半の方が機械での受付を行うようになりました。

そして診察順番表示システムの導入により、受付機で発行された番号が、ディスプレイに表示されるようになっていきます。

更新前に比べると、受付・呼び出しの流れが、より現代的なものとなりました。

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。

2024年5月；システム委員会， 文責， 渡邊 雄亮