



会議・委員会一覧 委員会活動報告

会議・委員会一覧.....	P210
委員会組織図	P211
医療安全管理室.....	P212
医療安全推進委員会.....	P213
ICT (Infection Control Team)	P214
病院感染対策委員会(Infection Control Committee : ICC)	P217
新型コロナウイルス感染症対策(ICT監修)	P218
AST (Antimicrobial Stewardship Team)	P220
NST (Nutrition Support Team) ・ NST運営委員会.....	P221
輸血療法委員会.....	P223
呼吸療法委員会.....	P224
薬事委員会	P225
化学療法委員会.....	P226
褥瘡対策委員会.....	P227
クリティカルパス委員会	P228
認知症サポートチーム	P229
ISO事務局会	P231

会議・委員会一覧

※○印は委員長またはそれに準ずる者

会議・委員会名		メンバー
会 議	経営会議	○理事長,院長,看護部,副看護部長,事務長,薬剤部,診療補助部部長,経営支援室,総務課,医事課,地域医療連携室
	経営戦略会議	○院長,看護部長,副看護部長,事務長,薬剤部,診療補助部部長,経営支援室,総務課,医事課,地域医療連携室
	診療科長会議	○院長,看護部長,事務長,全診療科長,医療安全管理室,診療補助部部長,経営支援室,総務課,医事課,地域医療連携室
	師長会議	○看護部長,副看護部長,看護師長,副師長
	医局会議	○院長,医局長,全医師,看護部長,副看護部長,看護師長,医事課,総務課
	医療安全管理室会議	○院長,看護部長,副看護部長,看護師長,事務長,医療安全管理室,薬剤部,臨床検査科,臨床工学科
	ICT	○院長,感染対策委員長,ICN,薬剤部,臨床検査科,医療安全管理室
	AST	○感染対策委員長,ICD,委員長が指名する医局員,ICN,薬剤部,臨床検査科,総務課
	認知症サポートチーム	○整形外科,看護部,栄養科,リハビリテーション科,薬剤部,臨床検査科,医事課
	くたかけ会議	○画像診断部技師長,看護部,診療補助部,事務部
	職場連絡会議	○院長,事務長,看護部長,副看護部長,診療補助部,看護部,事務部
委 員 会	医療安全推進委員会	○院長,看護部長,事務長,医療安全管理室,診療補助部,看護部,事務部,地域医療サービスセンター
	倫理委員会	○院長,事務長,看護部長,診療部,総務課,医事課,医療安全管理室,外部委員
	病院感染対策委員会	○院長,ICTメンバー,看護部長,事務長,診療補助部,看護部,事務部,地域医療サービスセンター
	褥瘡対策委員会	○整形外科,看護部,薬剤部,リハビリテーション科,臨床検査科,栄養科,医事課
	医療ガス安全管理委員会	○院長,事務長,看護部長,総務課,薬剤部,看護部
	呼吸療法委員会	○院長,麻酔科,看護部,臨床工学科,リハビリテーション科,医療安全管理室
	薬事委員会	○放射線科,薬剤部,院長,診療部,看護部長,事務長,医療安全管理室,総務課,医事課
	化学療法委員会	○乳腺外科,薬剤部,外科,脳神経外科,泌尿器科,消化器内科,看護部,医療安全管理室,医事課
	輸血療法委員会	○外科,心臓血管外科,循環器内科,医療安全管理室,看護部,薬剤部,臨床検査科,医事課
	NST運営委員会	○外科,栄養科,看護部,薬剤部,臨床検査科,リハビリテーション科,医事課
	栄養委員会	○消化器科,看護部長,看護部,栄養科
	クリティカルパス委員会	○整形外科,診療部,診療補助部,看護部,医療安全管理室,総務課,医事課,医療相談室,地域医療連携室
	中央管理部門運営委員会	○院長,診療部,看護部長,事務長,ICU師長,救急外来師長,医療安全管理室,総務課,医事課,OPE・SCU師長
	臨床検査適正化委員会	○院長,看護部長,医局長,臨床検査科,医事課
	診療録管理委員会	○院長,診療情報管理室,薬剤部,事務長,看護部,経営支援室,医事課
	個人情報保護委員会	○外科,院長,看護部長,事務長,医療安全管理室,医局長,診療録管理室,医事課
	医療サービス向上委員会	○院長,看護部長,事務長,医療安全管理室,診療補助部,事務部
	臨床研修管理委員会	○院長,看護部長,事務長,診療部,総務課,外部委員
	電子カルテ運営委員会	○整形外科,院長,事務長,医療安全管理室,診療部,診療補助部,看護部,総務課,医事課,地域医療連携室,医療相談室
	安全衛生委員会	○院長,放射線科,精神科,看護部長,副看護部長,事務長,医療安全管理室,画像診断部,臨床検査科,看護部,総務課,薬剤部
	地域医療支援病院運営委員会	○院長,看護部長,副看護部長,事務長,経営支援室,総務課,医事課,地域医療連携室
	防災委員会	○看護部長,院長,看護部,薬剤部,臨床検査科,画像診断部,リハビリテーション科,臨床工学科,栄養科,総務課,医事課
	図書委員会	○事務長,院長,看護部長,総務課,医事課
	年報誌編集委員会	○放射線科,院長,看護部長,事務長,診療補助部,事務部,地域医療サービスセンター,医療安全管理室
	ISO事務局会	○院長,看護部長,医療安全管理室,看護部,診療補助部,事務部
	DPC管理委員会 (適切なコーディングに関する委員会)	○院長,診療録管理室,薬剤部,事務長,看護部,経営支援室,医事課

2023年3月31日現在

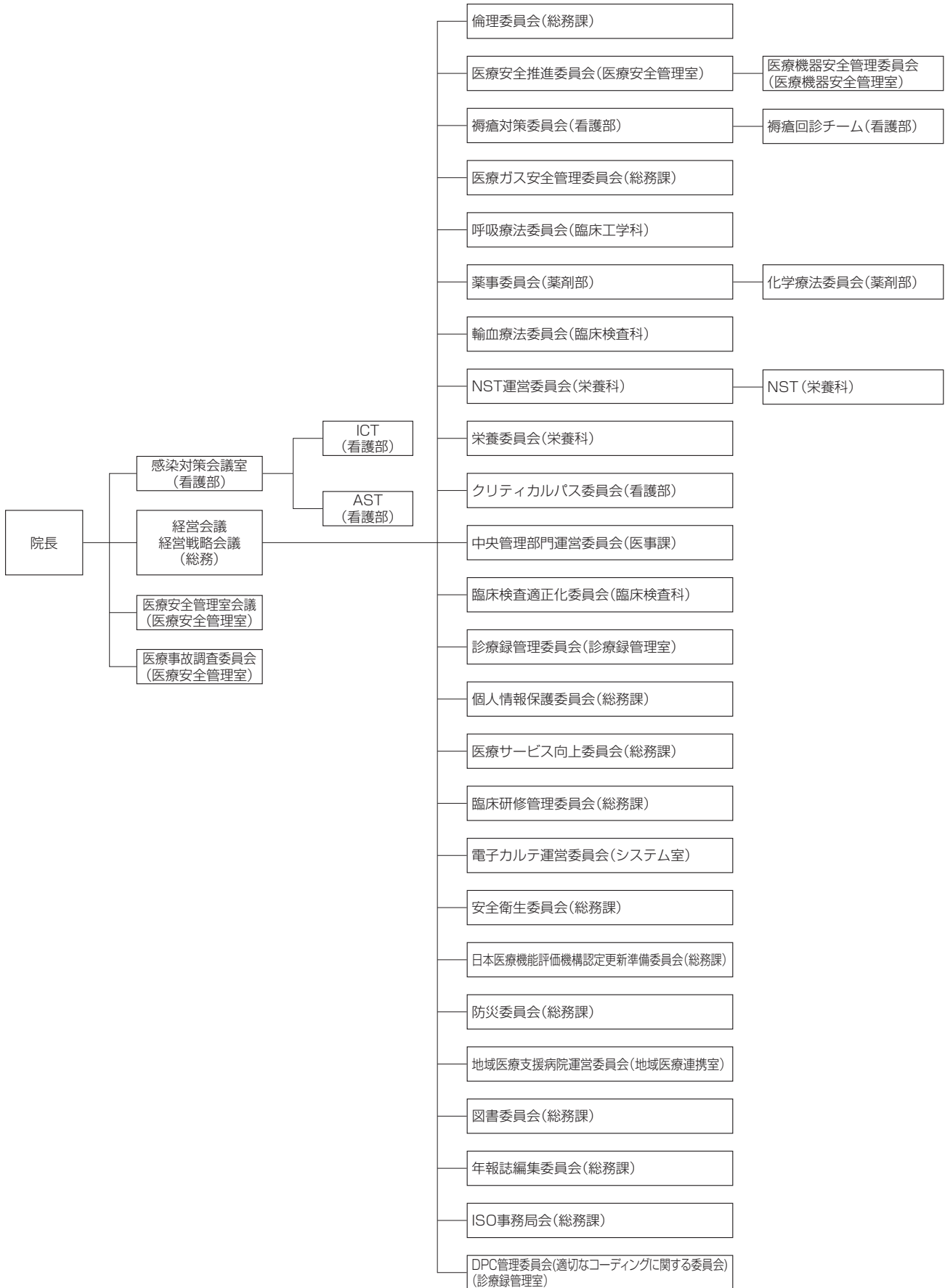
注)【診療部】 総合診療科,消化器内科,循環器内科,心臓血管外科,外科,乳腺外科,脳神経外科,整形外科,泌尿器科,放射線科,腎臓内科,皮膚科,精神科,救急科,麻酔科,血液・腫瘍内科

【診療補助部】 薬剤部,臨床検査科,画像診断部,リハビリテーション科,臨床工学科,栄養科,医療情報システム室,経営支援室,診療録管理室

【看護部】 E6,E5(内視鏡センター含),W5,W3A,W3B,ICU・CCU,SCU,HCU,手術室,外来(ER1.2・画像診断部含),血液浄化センター,ICN,入退院支援室

【事務部】 総務課,経理課,物流管理課,医事課,メディカルクラーク,地域医療連携室,医療相談室

委員会組織図



病院概要
統計
臨床指標
診療部
診療補助部
看護部
事務部
地域医療サービスセンター
医療安全管理室
人材開発室
人間ドック健診部
菊名記念AAクリニック
YMG在宅支援総合センター
学会・研究会・誌上発表
委員会一覧
くたかけ会

1 目的

医療事故を未然に防止するために各委員会・各部門の委員会、各部門レベルでの体制を整備するとともに、病院全体としての組織的な体制を構築し、リスクの把握・分析・対処および評価を継続的にを行うことを目的とする。

2 構成メンバー

GRM (ゼネラルリスクマネージャー)：村田(院長)

室長：新村(医療安全管理室室長)

書記：新村

メンバー：藤岡(医師・クオリティマネジメント部部长)

瀧澤(専従医療機器安全管理責任者)5月まで

6月～小野寺(臨床工学科技士長)(医療機器安全管理責任者)

金田(薬剤部次長)(医薬品安全管理責任者)

赤間(看護部長) 北島(看護部師長)

澤田(看護部師長) 柚原(総務課課長)

※討議内容により、患者相談窓口担当者1名、物流管理課スタッフ1名参加

- ・院内外医療安全情報の提供
- ・医療安全マニュアル改訂
- ・医療安全対策地域連携加算に伴う相互チェックの企画・実施
- ・医療事故調査制度に対する院内体制整備
- ・まごころ課との連携による患者相談対応

医療安全管理室では各委員会・各部門と連携し、医療安全活動に取り組んでいる。2022年度のインシデント・アクシデント報告件数は、昨年度より約100件増加し4623件であった。報告されたレポートを内容別でみると、ルート・チューブ類が最も多く、次いで転倒・転落、点滴・注射、与薬であった。レベル別では、レベル0,1の割合が全体の85%を占めており、スタッフの軽微なことから積極的に報告しようという意識が高いということが伺える。まさに報告する文化が根付いてきていると考えられる。次年度現在の報告体制の見直しを考えているが、この状態が維持できるよう引き続き働きかけを行っていく。院内安全ラウンドについては、昨年同様医療安全管理室のメンバーと各部署リスクマネージャー、研修医で行っている。多角的な視点でラウンドでき、改善の機会に繋がれていると考えられるので、次年度も継続していく。

医療安全対策地域連携加算に伴う相互チェックに関しては、こちらも昨年度と同様に、1-1連携施設は2施設、1-2連携は3施設、実施した。相互ラウンドで指摘があった項目については、次年度改善に向けて取り組みを進めていく。

医療安全推進者の育成については、コロナ禍で2年間実施できていなかったが、今年度は実施することができた。研修実施後、参加者から研修を継続して行う必要があるとの意見が多く聞かれたので、次年度も計画していこうと考えている。

組織全体に医療安全文化の醸成を根付かせているというところまではまだ至っていないが、今後も医療安全管理室のメンバーが中心となって各部署に働きかけを行っていくように取り組んでいく。

3 開催日時

毎週火曜日 14:00～(医療安全管理室会議)

院内安全ラウンド月1回実施(第4火曜日)

4 活動内容

- ・医療安全強化月間についての企画・実施、発表会の運営
- ・年2回の医療安全講習会の開催についての企画、検討
- ・医療安全推進者育成に関する研修の企画・実施
- ・院内ラウンドの実施、改善点についての指導および教育
- ・インシデント・アクシデント事例の報告および対策の検討・立案

項目	レベル内訳	件数	ルート・チューブ類	点滴・注射	転倒・転落	与薬	検査	その他
インシデント	レベル0	895	42	64	118	80	136	455
	レベル1	3,033	495	179	147	172	123	1,917
アクシデント	レベル2	383	54	33	54	24	3	215
	レベル3a	132	69	7	11	2	1	42
	レベル3b	51	8	1	4			38
	レベル4a							
	レベル4b	2						2
	レベル5							
	不明	127	1	1	1		2	122
合計(件)		4,623	669	285	335	278	265	2,791
構成比(%)		100.0	14.5	6.2	7.2	6.0	5.7	60.4

医療安全推進委員会

1 目的

本院内における医療安全対策を企画・実施し、医療安全に関する事項を各委員会と連携を図り、推進するとともに周知徹底する。

2 構成メンバー

委員長：村田(院長)

副委員長：赤間(看護部長)

書記：医療安全管理室メンバー

メンバー：新村(医療安全管理室室長)

小野寺(臨床工学科技師長)(医療機器安全管理責任者)

金田(薬剤部次長)(医薬品安全管理責任者)

渡邊(事務長)11月まで

谷口(事務長)2022年12月～

村山(W3A・W3B・SCU師長)

長谷川(E6・E5・W5副看護部長)

澤田(ICU・HCU・救急外来師長)

北島(外来・中央手術室・中央材料室師長)

田口(救急救命科係長)

三輪(臨床検査科技師長) 竹田(画像診断部係長)

吉川(リハビリテーション科技師長)

菊地(栄養科科長)

和田(医療情報システム室課長)

海野(診療録管理室係長)

柚原(総務課課長)

乾(まごころ課主任)

森(経理課課長)

藤中(医事課次長)12月まで

森永(医事課課長)2023年1月～

藤井(物流管理課係長)

三輪(地域医療連携室係長)

飯島(研修医) 夏目(研修医)

市田(研修医)

- ・ リスクマネジメント通信の発行：医療安全に関する情報や医療機器不具合情報などを随時発行
- ・ インシデントレポートの集計、報告と注意喚起
- ・ 医療安全管理室によるラウンドの報告
- ・ 医療安全講習会の企画立案と実施

今年度のインシデント・アクシデントレポートの報告件数は、総数4623件であった。昨年度と比較すると約100件の増であった。インシデント・アクシデント報告に対するスタッフの意識の高さが継続されており、報告する文化が根付いてきていると考えられる。レベル別報告の詳細を見てみると、レベル0、1の報告が全体の85%を占めており、軽微な報告が積極的になされていることが伺えた。レベル3bは38件、レベル4以上の報告は2件であった。内容別で見ると報告内容の上位3項目は、ルート・チューブ類が1位は変わらず、次いで転倒・転落、与薬・点滴注射となっている。転倒・転落は一時減少していたが最近また増加傾向にある。高齢者、認知症患者の入院の増加も背景にあると考えられるが、看護部及び認知症・せん妄対策チームと連携を図りながら再発防止に取り組んでいければと考えている。今後も報告されたインシデント・アクシデント事例は、各部署でもそうであるが医療安全管理部門においても積極的に事象の分析を進め再発防止に取り組んでいければと考える。報告部署別の内訳としては、看護部からの報告件数が38%と多いが、事務部門・コメディカルからの報告も年々増加してきている。医局からの報告はまだ多いとは言えないが、今後も継続して報告の必要性について声掛けしながら報告を促していくとともに、「グッドJOB」報告が多く報告されるよう促していきたいと考えている。

「5S」「KYT」などの活動は、少しずつ各部署に浸透してきているが、継続、維持していくことが一番重要となるため、次年度も医療安全ラウンド等を通して進めていきたいと考えている。また医療安全ラウンドで指摘された箇所が改善できているかについては、翌月の委員会にて改善の報告を行ってもらい確認していく。

医療安全講習会については、今年度も昨年度同様にGoogleフォームを活用し実施した。出席率も100%を維持できている。今後も医療安全講習会については、Googleフォームを活用し実施していく予定である。高い出席率が継続維持できるよう医療安全管理室で研修の企画・運営を検討し進めていこうと考えている。

医療安全を進めていくためには、「心理的安全性の高いチーム」作りを行っていくことが重要である。そのためにはスタッフ間の良好なコミュニケーションを確立し、意見が言いやすい環境を整えていく必要がある。今後も医療安全管理部門と各部門、またスタッフ1人1人が連携し、「心理的安全性の高いチーム」作りを目指して取り組んでいければと考える。

3 開催日時

毎月第1火曜日 16:00～

4 活動内容

●年間活動

- ・ 院内外の医療安全に関わる情報の発信と共有
- ・ 各部署からのインシデント・アクシデント事例報告および再発防止策の検討と周知

ICT (Infection Control Team)

1 目的

院内における感染発生状況の把握と分析、感染症に対する治療および細菌学的な助言や院内感染制御のための対策の立案、提案、指導を行うことを目的とする。

2 構成メンバー

チームリーダー：尾頭(病院感染対策委員長、
心臓血管外科部長)

メンバー：専従看護師 小畑(感染制御実践看護師)
専任医師 清水(外科部長・ICD)
医師 横溝(外科)
薬剤師 山田(薬剤部)・
三木(薬剤部主任)
専任検査技師 小峯(臨床検査科主任)
書記 波木井(総務課係長)

- ・特定医療法人社団育成社 佐々木病院
- ・医療法人社団武蔵野会 牧野記念病院
- ・医療法人社団 哺育会 横浜相原病院
- ・医療法人赤枝会 赤枝病院
- ・藤井クリニック
- ・医療法人つばさ会 高座渋谷つばさクリニック

以上7施設

第1回：2022年6月27日 オンライン開催
テーマ「サル痘」

第2回：2022年9月26日 オンライン開催
テーマ「COVID-19クラスター対応の実際と感染制御を担う者として考えること」

第3回：2022年12月7日 現地開催(横浜労災病院)
横浜労災病院との合同研修
新興感染症を想定した訓練

第4回：2022年2月27日 ハイブリッド開催
テーマ「新型コロナウイルス感染症からの学び」

3 開催日時

会議 第2・4月曜日 16:00～

②感染対策向上加算1 相互評価

- ・IMSグループ 医療法人財団明理会 東戸塚記念病院
- 以上1施設

施設訪問：2023年1月30日

自施設評価：2023年2月6日

4 活動内容(新型コロナウイルス感染症関連は別項目へ記載)

●年間活動

●感染対策向上加算連携

- ①感染対策向上加算2・3・外来部門合同カンファレンス
- ・医療法人三星会 大倉山記念病院

●各種サーベイランス

- 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)：
SSI部門、ICU部門、検査部門
- 手指衛生サーベイランス(看護部11部門)

【還元情報(2022年12月まで)】

■SSI部門(対象：外科・整形外科・心臓血管外科)

	対象手術手技	手術件数(件)	SSI発生件数(件)	SSI発生率(%)
2022年1月-12月	31	907	14	1.5
2021年1月-12月	34	1,311	1	1.1
2020年1月-12月	28	902	0	0
2019年1月-12月	30	1,311	14	1.06
2018年1月-12月	26	1,231	18	1.5

■ICU部門(対象：人工呼吸器関連肺炎・カテーテル関連血流感染症・尿路感染症)

	対象患者数	対象患者入室日数	人工呼吸器関連肺炎 発生率(/1000患者・日)	尿路感染症発生率 (/1000患者・日)	カテーテル関連血流 感染症発生率(/1000 患者・日)
2022年1月-12月	356	2,648	2.3	0	0
2021年1月-12月	348	2,560	2.3	0.8	0
2020年1月-12月	290	2,259	0	0	0
2019年1月-12月	344	2,527	0	0.8	0
2018年1月-12月	332	2,346	0	0	0

■検査部門

	自施設		対象医療機関平均(100床あたり)	
	検体提出数 【()は100床あたり】	検体提出患者数 【()は100床あたり】	検体提出数	検体提出患者数
2022年	4,020 (1,844.0)	1,459 (669.3)	1,317.1	443.3
2021年	4,143 (1,900.5)	1,532 (702.8)	1,287.8	431.8
2020年	4,467 (2,049.1)	1,510 (692.7)	1,278.6	429
2019年	5,140 (2,357.8)	2,009 (926.6)	1,369.5	469.2

・院内ラウンド

環境ラウンド：毎週木曜(定例)
清掃ラウンド：第2水曜日 10：00～(病院清掃受託責任者同行)

・感染制御策の立案・検討および評価、コンサルテーション(院内・院外)

・マニュアルの作成・改訂

新型コロナウイルス感染症対応マニュアル(「LINE WORKS」にて随時改訂、最新情報の配信)

・感染制御に必要な器具・器材・消耗品の検討、新規採用品についての説明と指導

個人防護具(支援物資)の分別・N95マスク使用方法変更、個人携帯用手指消毒剤のメーカーを変更 他

・アウトブレイク発生(予測)時調査、対策の検討と指導、実施病棟内でのクラスター発生を想定した訓練、食堂・休憩室の感染対策、陽性職員発生時のスクリーニング・調査 他

・感染制御研修

- 新入職看護師対象オリエンテーション：テーマ「感染対策の実践」
- 看護補助者対象研修：テーマ「標準予防策」
- 委託清掃・リネン職員対象勉強会：テーマ「感染予防

のために気を付けること」

■新人看護師対象研修：テーマ「感染症対策の基本」

・職業感染防止

抗体価測定・予防接種：麻疹・風疹・水痘・ムンプス、B型肝炎
インフルエンザワクチン接種、結核ベースライン測定、新型コロナウイルスワクチン接種

【今後の課題】

・感染対策向上加算への取り組み

- ①2022年度より変更となった感染対策向上加算(当院は加算1)を継続するための取り組み
- ②地域との繋がり(カンファレンス、新興感染症を想定した訓練 等)
- ③地域の保健所、医師会との連携強化・情報共有

・リンクナースの教育と感染制御策の強化

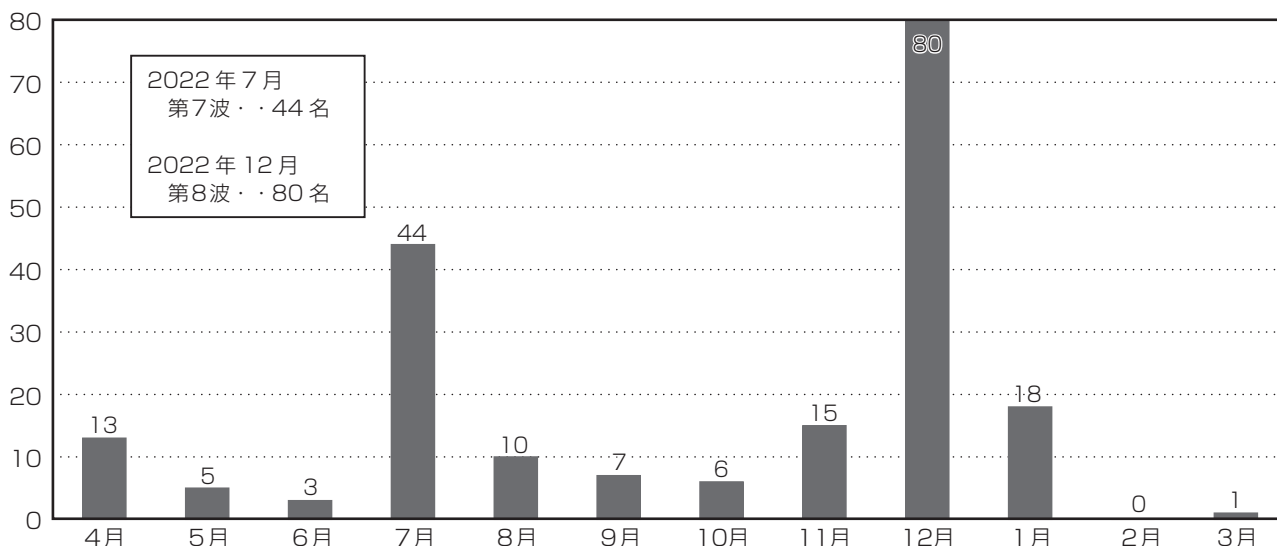
根拠に基づく感染対策の実施に向けた勉強会、現場レベルでの感染制御策の実践・継続

・新型コロナウイルス感染症対策

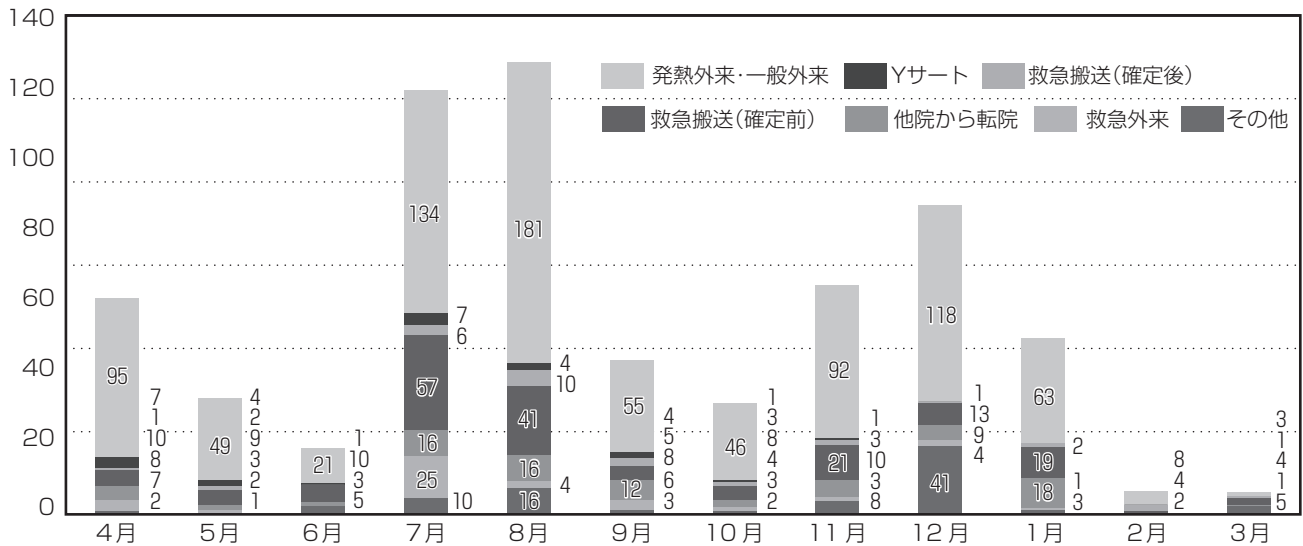
マニュアルの整備(適宜改訂)、中途入職者に向けた感染対策の実践・指導

■新型コロナウイルス感染症対策

【職員】 陽性者推移



【患者】 陽性患者受け入れ件数(延べ1,385人)



	2022年										2023年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
発熱外来・一般外来	95	49	21	134	181	55	46	92	118	63	8	3	
Yサート	7	4	1	7	4	4	1	1	0	0	0	0	
救急搬送(確定後)	1	2	0	6	10	5	3	3	1	2	4	1	
救急搬送(確定前)	10	9	10	57	41	8	8	21	13	19	2	4	
他院から転院	8	3	3	16	16	12	4	10	9	18	0	1	
救急外来	7	2	0	25	4	6	3	3	4	1	0	0	
その他	2	1	5	10	16	3	2	8	41	3	0	5	

・「その他」の患者詳細

- 入・退院時スクリーニングでの陽性
- 他施設職員のスクリーニング検査
- 学生実習中の体調不良
- 院内クラスターによる陽性者 等

病院感染対策委員会 (Infection Control Committee : ICC)

1 目的

当委員会は、院内感染を予防することを目的として、その具体案を検討するとともに、その決定により対策を実施し、周知徹底をはかる。

2 構成メンバー

- 委員長：尾頭（心臓血管外科部長）
副委員長：清水（ICD 外科部長）
小畑（感染制御実践看護師）
書記：波木井（総務課係長）
メンバー：村田（院長）
赤間（看護部長）
横溝（外科）
小畑（看護部主任）
村山（W3A・W3B・SCU師長）
北島（外来・中央手術室・中央材料室師長）
長谷川（E6・E5・W5副看護部長）
澤田（ICU・CCU、HCU、救外師長）
谷口（事務長）
新村（医療安全管理室室長）
梅澤（薬剤部）
小峯（臨床検査科主任）
梅野（画像診断部主任）
岩村（リハビリテーション科主任）
廣瀬（臨床工学科係長）
菊地（栄養科次長）
大矢（医療情報システム室）
山本（診療録管理室主任）
波木井（総務課係長）
森（経理課課長）
大津（物流管理課副主任）
七尾（医事課主任）
中澤（地域医療サービスセンター）
松澤（救急救命科）

3 開催日時

毎月第2月曜日 16：00～

4 活動内容

新型コロナウイルス感染症に関するマニュアル・活動関連は別項記載

●年間活動

- ・感染対策プレスの発行
(感染制御策や新規採用品について全職員対象に随時発行)
- 4/25 細菌が引き起こす食中毒
- 5/31 屋内・屋外でのマスク着用について
- 6/30 带状疱疹について
- 7/25 COVID-19対応について
- 8/5 手足口病について
- 9/14 COVID-19職員療養期間について
- 10/13 感染症に気を付けよう(冬)
- 11/4 次に流行?! オミクロン株由来の変異株
- 1/16 インフルエンザの流行情報
- 1/24 後期感染対策講習会について
- 2/1 感染症に気を付けよう(春)
- 2/20 梅毒が急増しています
- 3/3 レジオネラ症について

- ・院内感染症発生状況の把握と感染防止対策の実施指導
- ・各種サーベイランス報告
(手指衛生・抗菌薬使用状況・病原体検出状況・SSI・ICU・針刺し損傷)
- ・ラウンド結果報告・指導
- ・感染対策講習会の実施(年2回/全てWEB上で視聴・アンケート実施)

【前期】

テーマ：「AMR(ASMR)～薬剤耐性について」
「標準予防策とは/針刺し等の血液曝露について」
受講率：100%

【後期】

テーマ：「薬剤耐性について」
「ワクチン接種について」
受講率：100%

【今後の課題】

- ・院内感染対策マニュアルの見直し・改訂・院内WEB掲載
- ・院内感染対策強化
- ・標準予防策/経路別予防策の見直し

新型コロナウイルス感染症対策（ICT 監修）

1 委員長より ～新型コロナウイルス感染症対策について～

2020年4月、医局を中心としたクラスターが発生した。発症者は医師10名、リハビリスタッフ2名、濃厚接触者は66名（医師31名、リハビリスタッフ35名）に及んだ。医師のほとんどが自宅待機となり、病院機能は大幅に低下、4月20日から5月18日までの期間、救急・外来診療・新規入院の停止を余儀なくされた。

医師のほとんどが勤務不能となるクラスターは全国的にも珍しく、前代未聞の事態であった。

当時は新型コロナウイルス感染症について、まだ未知の部分が多く、マスクを含め、個人防護具の不足は世界的に深刻であった。当院ではマニュアルなどの目に見える形としての明確な新型コロナウイルス感染症対策はほぼなかった。クラスターによる病院機能不全で、院内スタッフの不安や困惑は極めて深刻となっていた。

このような非常事態の中、2020年ICTを再構築し、対策を行っていくこととなった。すぐにICTと各診療科で新型コロナウイルス感染症対策マニュアルを作成するところから始めた。また、業務用LINEツールを活用し速やかな情報共有を行うことを重視した。個人防護具や検査能力が不十分な中で有効な対策を進めることに各部署大変苦労してきた。新型コロナウイルス感染症対策は特定の間人ばかりが頑張っても意味がなく、全体のボトムアップが必須である。そのために必要なものは信頼であり、それ以外の要素は意味をなさない。様々な構造的な問題や不備、我々の不十分で至らない部分をも含め、「何が起きているのかをスタッフに見えるようにすること」が非常に重要であった。

2021年度、2022年度はこれらの経緯を踏まえ、一

定のルールに基づき対策を継続していった。職員の新型コロナワクチン接種は順次回数を重ね、2021年度に導入した遺伝子検査システムのID-NOWをフル活用して、入院患者のスクリーニング等を効率化した。

新型コロナウイルス感染症対策の体制も2年目に入り、病院の体制・個々のスタッフ共に慣れが感じられる時期であった。

しかし、社会での蔓延に伴い、当院職員の感染の散発も続いており、特にオミクロン株の蔓延以降は完全に抑え込むことは難しく、院内の小規模なクラスターの発生・収束を繰り返してきた。

それでも、オミクロン株となり、重症化率が下がったことで、職員の動揺や病院機能へのダメージは少なく、乗り切ることができた。

2023年1月に第8波が収束し、社会的にも院内においても一定の沈静化が見られたため、業務用LINEツールでの感染報告を終了した。そして、2023年5月には同感染症の扱いは5類へ変更された。今後は、新型コロナウイルス感染症は通常の感染症の一つとして、対策を続けていくこととなる。

丸3年に渡って、次々と同感染症への特別な対策を続けてきた。正に新型コロナウイルス感染症に翻弄された3年間であった。多くの方々、多方面へご迷惑をおかけしたこともあったが、有事とも言える3年間、幾つもの波を乗り越えて来られたのは、ICN・ICTのメンバーをはじめ、院内の全スタッフ、関係各所の皆様のおかげであると心から感謝している。

病院感染対策委員会 委員長 尾頭 厚(心臓血管外科部長)

2 新型コロナウイルス感染症対策の経緯

(2022年4月以降の施策)

経緯一覧表

時系列	詳細
4月12日	横浜市での変異株による感染者増加に伴い、感染レベルを1⇒2へ引き上げ
4月19日	新型コロナウイルスワクチン接種、医療従事者枠1回目開始
4月19日	神奈川県まん延防止重点措置適用に伴い、感染レベルを2⇒3へ引き上げ
5月10日	正面玄関、西口玄関にAIサーマルカメラを設置(体表面温度測定)
5月11日	新型コロナウイルスワクチン接種、医療従事者枠2回目開始
6月21日	院内感染警戒レベル3⇒2へ引き下げ
6月30日	感染症遺伝子検査システムID-NOWを導入
8月2日	緊急事態宣言発令に伴い感染レベルを2⇒3へ引き上げ
8月23日	全職員対象スクリーニングLAMP検査実施
9月30日	院内感染警戒レベル3⇒2へ引き下げ

時系列	詳細
10月21日	新型コロナウイルス感染症病棟以外での感染者あり警戒レベル2⇒3へ引き上げ
11月29日	感染者の拡がりなく警戒レベル3⇒2へ引き下げ
12月14日	新型コロナウイルス感染症入院患者なし 警戒レベル2⇒1へ引き下げ
12月23日	新型コロナウイルス感染症入院患者の増加に伴い、警戒レベル1⇒2へ引き上げ
1月8日	新型コロナウイルス感染症病棟以外での感染者あり警戒レベル2⇒3へ引き上げ
2月1日	新型コロナウイルスワクチン接種、3回目開始
3月1日	W3A病棟クラスター(患者5名、職員1名)
3月14日	W3A病棟クラスター収束
3月28日	W3A、W3B病棟クラスター(患者5名、職員1名)
3月29日	W3A、W3B病棟クラスター(職員2名追加)
4月7日	W3A、W3B病棟クラスター収束

3 マニュアル一覧

- ・救急外来運用マニュアル【第18版】
- ・新型コロナウイルス感染患者に対するリハビリテーション科の対応・対策
- ・ICU病棟ゾーニング図
- ・【COVID-19対応マニュアルVer.13 一覧】
- ・消化器内視鏡部門新型コロナウイルス感染症予防策【Ver.2】
- ・整形外科診療におけるCOVID-19感染対策
- ・検体検査室における対応・対策【Ver.2】
- ・生理検査室・エコー室における感染対策マニュアル【Ver.3】
- ・COVID-19感染に関係する職員・職員家族の対応
- ・COVID-19感染職員の復帰基準
- ・ハートセンター対応マニュアル ～うっ血性心不全～ 【第5版】
- ・E6病棟ゾーニング図
- ・COVID呼吸回路等の交換推奨期間 <呼吸療法委員会>
- ・人工呼吸器への感染対応<臨床工学科>【Ver.2】
- ・循環器内科 COVID-19流行期間対応マニュアル ～カテ室～ 【第6版】
- ・COVID-19救急搬送時の対応<救急救命科>【Ver.2】
- ・ER病棟における感染対策・対応方針【Ver.3】
- ・入退院時スクリーニング検査マニュアル【Ver.3】
- ・リハビリテーション科における対応・対策【Ver.1】
- ・放射線科IVR・血管造影対応マニュアル【Ver.1】
- ・医療機器の感染対策【Ver.1】
- ・薬剤部における感染対策・対応【Ver.2】
- ・IT機器における感染対策【Ver.1】
- ・マンモ室におけるCOVID-19対策【Ver.2】
- ・画像診断部門における感染対策・対応【Ver.1】
- ・心臓血管外科診療における対策・対応【Ver.3】
- ・一般(外来・入院)における対応【Ver.1】
- ・麻酔科部門対応マニュアル【Ver.3】
- ・乳腺外科部門における対策・対応【Ver.1】
- ・女性外来における感染対策・対応【Ver.1】
- ・外科手術部門対応マニュアル【Ver.3】
- ・ICU 部門における感染対策マニュアル【Ver.1】
- ・循環器内科対応方針 ～循環器内科入院全般～ 【第3版】
- ・脳外科・SCU部門対策方針【Ver.1】
- ・外来化学療法における対応【Ver.2】
- ・発熱外来運用マニュアル【Ver.1】
- ・救急外来における感染対策基本方針【Ver.2】
- ・菊名記念病院におけるN95マスクの選択基準
- ・【全部署】新型コロナウイルス感染症院内感染予防の基本

病院概要
統計
臨床指標 質評価指標
診療部
診療補助部
看護部
事務部
サービスセンター 地域医療
医療安全管理室
人材開発室
人間ドック・健診部
菊名記念病 クリニック
YMG在宅支 総合センター
学会・研究会・ 誌上発表
委員会・ 一覧
くたかけ会

AST (Antimicrobial Stewardship Team)

1 目的

院内における抗菌薬使用・耐性菌発生状況の把握と分析、感染症に対する治療および細菌学的な助言を行うことを目的とする。

2 構成メンバー

チームリーダー：尾頭(病院感染対策委員長・心臓血管外科部長)

メンバー：専任医師	清水(ICD・外科部長)
内科医師	藤岡(内科兼血液・腫瘍内科部長)
外科医師	横溝(外科)
泌尿器科医師	中里(泌尿器科部長)
専従看護師	小畑(感染制御実践看護師・看護部主任)
専従薬剤師	山田(薬剤部)
専任検査技師	小峯(ICS・臨床検査科主任)
書記	波木井(総務課係長)

3 開催日時

会議 第2・4月曜日
16:00～(第2月曜日はICC終了後より開始)

4 活動内容

●年間活動

- ・感染症治療のモニタリング
検査の実施状況(微生物検査、血液検査、画像診断等)
初期選択抗菌薬の適切性(選択・用法・用量)
治療薬物モニタリングの実施
- ・感染症治療の評価とフィードバック
- ・微生物検査の適正な利用のための体制整備
適切な検体採取(指導・教育、再採取についてのフィードバック)
- ・適切な培養検査の提出(血液培養2セット採取等)
アンチバイオグラムの作成
- ・プロセス指標、アウトカム指標の定期的評価
- ・抗菌薬適正使用に関する教育、啓発、研修の企画と開催
：年2回
- ・抗菌薬適正使用に関するマニュアルの作成、改訂
- ・取り扱い抗菌薬の見直し
- ・抗菌薬適正使用に関するコンサルテーション
院内および加算算定していない医療機関からの相談を受ける
- ・各部門との連絡、調整

2018年度4月より抗菌薬適正使用支援チーム(AST)が設立された。

設立された目的は、世界規模で増加している耐性菌を減らすことである。そのために世界的に抗菌薬を適正に使用し、かつ抗菌薬の使用量を減らすことが重要である。このような目的からASTが設置された。しかし、薬剤部人員不足により、専任薬剤師を配置する事ができず、2021年4月から2022年3月までAST活動は一時休止していた。

2022年4月の診療報酬改定、薬剤部人員増加に伴い、AST専任薬剤師を配置し活動を再開した。ASTの設立目的である抗菌薬の適正使用に向けて活動を継続していく。

【今後の課題】

- ・厚生労働省が策定した薬剤耐性(AMR)アクションプラン達成への取り組み
- ・現状の抗菌薬使用量の共有
- ・抗菌薬適正使用に関する教育・啓発の充実
- ・医師との連携強化

NST (Nutrition Support Team) ・ NST 運営委員会

1 目的

すべての患者さまに安全で適切な栄養療法を医療チームにより推進し、良質で経済効果の高い医療を提供する。

2 構成メンバー

- Chairman：三浦(外科医)
 Director：菊地(栄養科次長)
 Core Staff：村山(W3A師長)
 石塚(SCU副主任)
 長谷川(薬剤部副主任)
 上條(臨床検査科副主任)
 山下(リハビリテーション科主任)
 福田(医事課副主任)
 魚躬(栄養科：NST専任)

NST運営委員会メンバー

毎月1回、NST活動についてのマネジメント会議を行っている。

- Staff：清水(外科部長)
 仲間(E6)
 長尾(E5)
 長山(E5)
 菊地(E5)
 赤澤(W5)
 森(W5)
 金益(W3B)
 高野(W3B)
 小澤(W3A)
 植田(W3A)
 青山(ICU)
 片村・石塚(SCU)
 小山・原見(薬剤部)
 江幡(臨床検査科)
 櫻井(臨床検査科)
 後藤(臨床検査科)
 五十嵐(森)(臨床検査科)
 青地(臨床検査科)
 小林(臨床検査科)
 岩村(リハビリテーション科主任)
 石塚(リハビリテーション科)

NST専門療法士(日本静脈経腸栄養学会認定)
 既取得：管理栄養士 2名 理学療法士 1名
 薬剤師 2名

3 開催日時

- ・NST回診・ミーティング(毎週金曜日15:00~)
- ・摂食嚥下回診(毎週木曜日12:00~)
- ・NST月例勉強会(毎月第4木曜日)
- ・NST運営委員会(毎月第3金曜日)
- ・コンサルテーションへの常時対応

4 活動内容

NSTとは、Nutrition Support Teamの略称(日本語では「栄養サポートチーム」)で、医師・栄養士・看護師・薬剤師・臨床検査技師・理学療法士・事務職員が1つになって、患者さまに適切な栄養管理を行うチームのことである。

●NSTの活動

- ・栄養不良の早期発見
- ・適切な栄養療法の選択
- ・適切な栄養剤、器材、ルート管理法の選択
- ・摂食・嚥下に関する助言・加療
- ・食事形態の選択
- ・栄養管理についての助言
- ・職員に対する啓蒙活動

●認定

- ・NST稼動施設認定(日本栄養療法推進協議会)
- ・NST稼動施設認定(日本静脈経腸栄養学会)

●勉強会

2005年8月より「NST月例勉強会」と称して、主にNSTメンバーを対象とした勉強会を開始してきた。2006年2月より対象を全職員として毎年行ってきたが、2022年度も新型コロナウイルス感染症拡大の影響により開催見合わせとなった。

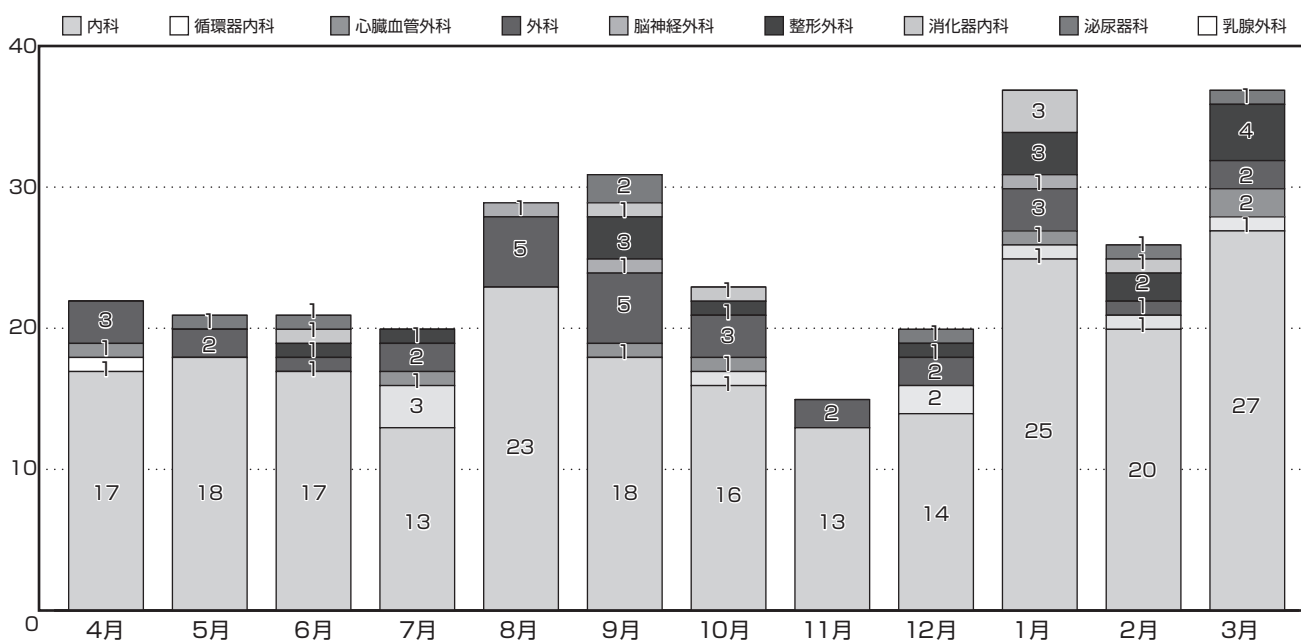
日時	テーマ	参加人数
—	2022年度は新型コロナウイルス感染症拡大の影響により開催見合わせ	—

●今後の課題

NST活動の目的・本質が未だ職員に十分に理解されていないと考えられる。更なる啓蒙と他チームとの連携強化が必要と思われる。

- ・NST・SSTメンバーのレベルアップ(特にリンクナースの教育と情報共有による目標の可視化)
- ・NST勉強会による院内啓蒙
- ・他チーム(褥瘡、摂食嚥下)との連携強化

●NST介入件数(診療科別)



単位：件

	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
内 科	17	18	17	13	23	18	16	13	14	25	20	27	221	18.4
循環器内科	1	0	0	3	0	0	1	0	2	1	1	1	10	0.8
心臓血管外科	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	2	7	0.6
外 科	3	2	1	2	5	5	3	2	2	3	1	2	31	2.6
脳神経外科	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3	0.3
整形外科	0	0	1	1	0	3	1	0	1	3	2	4	16	1.3
消化器内科	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	1	0	7	0.6
泌尿器科	0	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	1	7	0.6
乳腺外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
合 計	22	21	21	20	29	31	23	15	20	37	26	37	302	25.2

輸血療法委員会

1 目的

当委員会は、輸血療法が安全適正に実施されるための対策を検討するとともに、適正な輸血療法の啓蒙を目的とする。

2 構成メンバー

- 委員長：椎貝(循環器内科部長)
書記：佐々木(臨床検査科副主任)
委員：尾頭(心臓血管外科部長)
新村(医療安全管理室室長)
北島(外来・OPE室師長)
清水(臨床検査科係長)
山田(医事課主任)
梅澤(薬剤部)

3 開催日時

毎月最終金曜日 17:00~

4 活動内容

安全かつ適正な輸血療法実践の推進・改善を図るため、以下の内容について血漿分画製剤・血液製剤の使用状況の把握・検討を行い、適正使用を促している。

- ・血漿分画製剤使用量の多い症例・同意書の有無と製剤使用

- ・用歴の適正管理
- ・各製剤の使用総数と廃棄状況および廃棄理由
- ・科別C/T比・自己血・T&Sの活用
- ・輸血指示から実施までのマニュアル遵守
- ・副作用発生状況の把握
- ・DPC適正使用の確認
- ・輸血の安全な実施のためのマニュアルの検討や策定および注意喚起

●主な活動

当委員会では毎月の会議において、伝票記入漏れや輸血トラブルについて、血液製剤や血漿分画製剤の使用状況、DPCに包括される製剤のコストについて報告、検討を行っている。輸血トラブルについては、リスクマネジメント通信等による注意喚起のみだけでなく、ルールの見直しなども行っている。

また、輸血業務を通じて各部署より問い合わせのあったこと、問題となったことなどを情報共有・検討している。

今後も引き続き、安全な輸血療法実施を行うため活動を続けていく。

●輸血療法NEWSの発行

2006年8月より委員会活動報告と、日赤などからの輸血関連情報提供と通達を目的に輸血業務に関わる部署を対象に随時発行。

●血液製剤使用状況

※RBC(200ml由来=1単位)・FFP(120ml=1単位)にて算出

		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	前年度
RBC	単位	230	218	202	196	220	274	310	256	294	190	282	238	2,910	2,498
自己血	単位	0	0	0	6	3	2	0	5	0	0	0	2	18	12
FFP※1	単位	66	56	72	56	82	100	52	48	108	22	70	66	798	702
PC	単位	260	175	190	110	260	300	280	200	340	60	225	380	2,780	1,825
FFP/RBC(自己血含む)		0.29	0.26	0.36	0.28	0.37	0.36	0.17	0.18	0.37	0.12	0.25	0.28	0.27	0.28
献血アルブミン 20% 50ml	本	70	60	47	29	138	43	24	34	55	49	60	56	665	798
	g	700.0	600.0	470.0	290.0	1380.0	430.0	240.0	340.0	550.0	490.0	600.0	560.0	6650.0	7980.0
献血アルブミン 5% 250ml	本	59	33	52	29	78	63	66	51	57	22	77	31	618	552
	g	737.5	412.5	650	362.5	975	787.5	825	637.5	712.5	275	962.5	387.5	7725.0	6900.0
ALB総使用量	g	1437.5	1012.5	1120	652.5	2355	1217.5	1065	977.5	1262.5	765	1562.5	947.5	14375.0	14880.0
ALB総単位	g/3	479.2	337.5	373.3	217.5	785	405.85	355	325.8	420.8	255	520.8	315.8	4791.7	4960.0
ALB/RBC(自己血含む)		2.08	1.55	1.85	1.08	3.52	1.47	1.15	1.25	1.43	1.34	1.85	1.32	1.64	1.98

※1: FFP使用量は血漿交換分90単位を含む

※献血アルブミン20%(10g/本)・献血アルブミン5%(12.5g/本)にて算出

●血液製剤廃棄状況

※RBC(200ml由来=1単位)・FFP(120ml=1単位)にて算出

		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	前年度
廃棄RBC	単位	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	10
廃棄FFP	単位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
廃棄PC	単位	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	10	0
廃棄金額	円	¥0	¥0	¥18,132	¥0	¥0	¥0	¥0	¥99,394	¥0	¥0	¥0	¥0	¥117,526	¥181,320
廃棄率(廃棄額/購入額)	%	0.00	0.00	0.44	0.00	0.00	0.00	0.00	2.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.23	0.44

呼吸療法委員会

1 目的

本院内における安全で効果的な呼吸療法の提供を目指し、呼吸療法に対する教育と安全対策を実施する。

2 構成メンバー

委員長：村田(院長)

メンバー：朱 (麻酔科医師)

茶畑(看護主任・集中ケア認定看護師)

石黒(看護主任・特定行為研修了者・呼吸療法認定士)

大石(臨床工学技士 係長・呼吸療法認定士)

大巻(臨床工学技士 係長・呼吸療法認定士)

和田(理学療法士 副主任・呼吸療法認定士)

板倉(理学療法士 副主任・呼吸療法認定士)

新村(医療安全管理室室長)

3 開催日時

- ・RSTラウンド(毎週木曜日16:00~)
- ・呼吸療法委員会(第2金曜日17:00~)
- ・コンサルテーションへの常時対応

4 活動内容

●RSTラウンド

呼吸ケアチーム加算に基づき、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者に対し、毎週木曜日、チームで診療に当たり、診療計画書を作成、評価を行う。必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行う。

●2022年4月~2023年3月実績

	2022年度	加算対象	前年度
RSTラウンド介入患者数	37人	7人	22人
同延べ患者数	101人	21人	72人
同30日以内に離脱に至った患者数	20人	2人	11人
30日以内に離脱に至った患者の平均呼吸器装着日数	9.65日	25.5日	13.18日
全体に対する30日以内に離脱に至った患者の割合	54.1%	28.6%	50.0%
全介入患者の装着~介入までの平均日数	3.75日	4.43日	4.91日
死亡患者数	13人	1人	16人
死亡率	35.1%	14.3%	72.7%

※呼吸器ケアチーム加算：一般病棟における48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者

●定例勉強会

開催月	講義内容	参加人数(人)
6月	NHF	5
7月	NPPV	13
8月	人工呼吸器 Aコース(基礎)	15
9月	人工呼吸器 Aコース(アラーム対応)	12
10月	人工呼吸器 Bコース	7
11月	人工呼吸器 Aコース(組み立て)	9
12月	NHF	中止
1月(2023年)	呼吸療法に関する医療安全	中止
2月	NPPV	中止

●今後の課題

定期ラウンドの他、病棟からのコンサルテーションを受け、患者ケアのアドバイスや人工呼吸器の学習会を開催した。一般病棟での人工呼吸器装着患者は減少傾向にあるため、人工呼吸器管理や患者ケアにおいて積極的なRSTのラウンドを行い、安全な人工呼吸器管理と離脱のための介入を今後も行う必要がある。また、重症化予防や急変回避のため、学習会の機会を活用し呼吸状態の評価やフィジカルアセスメントの強化および基本的な酸素療法の知識のアップデートを図ることを今後の課題とする。

1 目的

当委員会は病院長の命を受け、当院で使用する診断および治療用医薬品の安全性と有効性に関し調査審議し、不良医薬品による事故を未然に防ぐとともに、経済性にも配慮した合理的な採用と運営により、診療活動の円滑化を図ることを目的とする。

2 構成メンバー

- 委員長：劉（放射線科部長）
 副委員長：金田（薬剤部次長）
 事務局：米澤（薬剤部係長）
 メンバー：村田（院長）
 藤岡（内科兼血液・腫瘍内科部長）
 清水（外科部長） 江黒（整形外科部長）
 尾頭（心臓血管外科部長）
 石崎（脳神経外科部長）
 青山（女性外来・乳腺センター医長）
 本江（循環器センター長）
 中里（泌尿器科部長） 勝呂（総合診療科部長）
 赤間（看護部長） 谷口（事務長）
 新村（医療安全管理室室長）
 柚原（総務課課長） 森永（医事課課長）

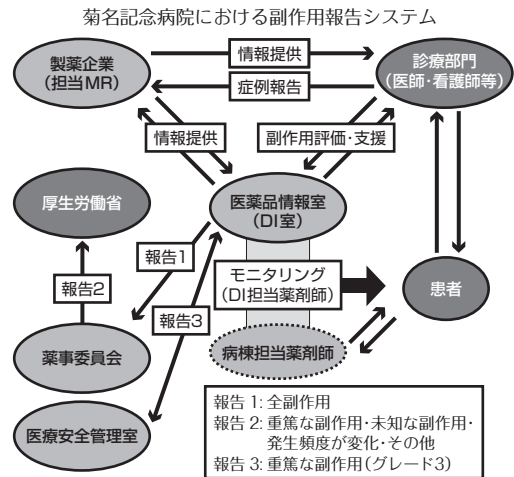
3 開催日時

奇数月第4月曜日 8：00～

4 活動内容

薬剤部 医薬品情報管理室で薬事委員会事務局業務を担っている。奇数月第4月曜日に開催。各開催月毎に議題を設け、当委員会として病院に貢献できるよう努力している。また、新規採用・仮採用・採用中止等の通常内容も議題として掲げている。

2022年4月～2023年3月の主な議題
<ul style="list-style-type: none"> ●第97回(5月23日)開催 サインバルタカプセルの新規採用(シオゾール注25mg採用削除) アノーロエリプタ30吸入用の新規採用(ユニコン錠200採用削除) テリルジー100エリプタ30吸入用の新規採用(バルミコート200μg採用削除) エンシュア・リキッド(コーヒー味)採用削除 ●第98回(7月25日)開催 ベリキューボ錠の新規採用(ヘルベッサ錠30mg採用削除) エソピクロン錠の新規採用(フルニトラゼパム錠採用削除) フラビタン眼軟膏0.1%採用削除 ●第99回(9月26日)開催 メマンチン塩酸塩OD錠10mgの新規採用(メマンチン塩酸塩OD錠20mg採用削除) アセトアミノフェン製剤の供給について シタグリブチン含有製剤及びアモキシシリン製剤におけるニトロソアミン類の検出について 化学療法委員会での報告事項共有開始 ●第100回(11月28日)開催 ミルタザピン錠の新規採用(アモキシサンカプセル採用削除) リバスチグミンテープ4.5mgの新規採用(アタラックス-P注射液(50mg/ml採用削除) エクセラール配合錠採用削除 ●第101回(1月23日)開催 アドノルピン原末出荷停止 タナドール顆粒出荷停止 ●第102回(3月27日)開催 ウログラフィン注60%採用削除



●医薬品に関わる副作用情報の収集

医薬品に関わる副作用情報を臨床(病院)から国へ報告しその内容を共有することは必要である。また、当院の外部からの評価を上げることに繋がる。

2021年度は、72件の副作用報告を当医薬品情報管理室が受け、うち、5件は重篤なものと判断し、製薬会社等へ報告している。

2022年度は、94件の副作用報告を当医薬品情報管理室が受け、うち、1件は重篤なものと判断し、製薬会社等へ報告している。DPC管理委員会からの集計と合わせて病棟担当薬剤師からの報告も年々増加している。

2023年度も引き続き院内における副作用を発見し対処するとともに、発現してしまった副作用について積極的に収集し、しかるべき機関に報告していく体制を構築する必要がある。

●2023年度へ向けて

薬事委員会の薬剤採用方針は1増1減であるが、2014年4月の診療報酬改定以降、DPC係数上の満点である使用数量ベース60%以上という指針を元に目標を80%以上と定めジェネリック医薬品(以下GE)への採用変更を推進してきた。しかし、現在ではDPC係数上の満点が使用数量ベースで90%以上に引き上げられたため、目標に関しても90%以上と定めた。2022年度は90%を下回る月も出てしまったが、常時90%以上の使用数量を保つことができるように、経営支援室と連携し、当委員会にて審議を行い必要に応じてGEへの切り替えを行っていく必要がある。

副作用報告の啓蒙は2023年度も継続していきたい。重篤な副作用は患者の命に直結するため、軽度中等度の段階で早期に副作用を発見し、重篤化を未然に防ぐということを念頭に置き、どちらかという軽度中等度の報告件数が増加するように、病棟薬剤師や医師、看護師などと連携していきたいと考えている。そのためには昨年度同様、副作用に対する全職員の認識を向上させるため、副作用に対する率先した活動が望まれる。

(文責：医薬品情報管理室 係長 米澤 禎貴)

化学療法委員会

1 目的

化療委員会は薬事委員会の下部組織であり、質の高い化学療法が安全に実施・提供されるように投与される薬剤レジメンが疾患に対して適性であるかどうかを審査する目的で設置する。なお、外来・入院を問わず院内で行なわれる化学療法全般に関する事案について取り扱う。

2 構成メンバー

委員長：藤岡(内科兼血液・腫瘍内科部長)

事務局：山崎(薬剤部)

メンバー：保科(乳腺外科医師)

長屋(外科医長)

石崎(脳神経外科部長)

花村(消化器内科部長)

中里(泌尿器科部長)

長谷川(副看護部長)

伊東(主任看護師)

新村(医療安全管理室室長)

兼広(栄養科)

上保(医事課係長)

櫻井(医事課副主任)

3 開催日時

毎月第2木曜日16時～(2017年11月～)

4 活動内容

●活動の変化

当委員会は2010年より委員会を年1回以上開催することとしていたが、2017年11月より月1回の開催に改め活動を行っている。化学療法実施件数は別表の通りである。

●レジメン・統合セットの登録・管理

レジメンおよびレジメンに沿った適正処方のための統合セットの新規作成および修正変更による管理を行った。ガイドラインに則した治療内容の検討に加え、後発医薬品やバイオシミラー製品の推進なども踏まえて調整を行っていく。

●化学療法マニュアルの作成

2018年策定した院内統一の化学療法マニュアルに従いがん化学療法を実施している。今後も不足部分を加筆、修正していく活動を行う。

●化学療法に関わる安全管理

化学療法に関わるインシデント・アクシデントを持ち寄り、共通のルールの見直しを行い安全管理に寄与していく。

●令和4年度 化学療法委員会 統計一覧

単位：回

化学療法件数		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	累計
外科	入院	2	4	4	1	1	2	1	1	1	0	0	2	19
	外来	9	10	9	5	8	5	6	5	6	6	4	6	79
乳腺外科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外来	86	48	49	45	57	64	68	73	68	55	49	71	733
消化器内科	入院	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	外来	8	5	5	4	4	2	4	2	1	0	0	0	35
脳神経外科	入院	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	外来	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
内科	入院	0	2	2	1	2	2	2	2	6	5	2	7	33
	外来	0	0	0	2	3	3	3	3	4	3	1	5	27
計 (泌尿器科除く)	入院	3	6	6	2	3	4	3	3	8	5	2	9	54
	外来	104	63	63	56	72	74	81	83	79	64	54	82	875
泌尿器科(膀胱内注入)	入院	1	1	2(1)	2(1)	2(1)	1(1)	3(2)	2(1)	1	1(1)	5(4)	0	3
	外来	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	1	7

単位：回

抗悪性腫瘍剤処方管理加算	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	累計
外科	7	9	13	9	12	14	11	10	9	11	6	11	122
乳腺外科	181	150	184	171	156	178	187	147	177	193	138	169	2,031
消化器内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脳神経外科	0	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	16
泌尿器科	15	12	14	12	12	18	16	14	17	16	14	12	172
内科	2	3	3	4	4	5	5	4	2	4	3	1	40
心臓血管外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
循環器内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	205	175	215	198	185	216	220	177	206	226	163	195	2,381

単位：回

外来化学療法加算1	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	累計
外 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
乳 腺 外 科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消化器内科	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	2	0	7
脳神経外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
腎臓内科	0	7	9	5	10	8	6	9	8	3	0	0	65
内 科	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	0	2	10
計	0	8	9	7	12	10	7	11	10	4	2	2	82

単位：回

外来腫瘍化学療法診療料1		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	累計
外 科	抗悪性腫瘍剤	0	10	8	7	10	5	6	5	6	8	4	6	75
	その他必要な治療管理	0	3	4	6	0	4	4	4	3	2	2	3	35
	連携充実加算	0	6	5	6	8	5	5	5	5	8	3	5	61
乳 腺 外 科	抗悪性腫瘍剤	0	53	55	48	55	52	47	57	49	45	46	51	558
	その他必要な治療管理	0	2	6	4	7	4	3	6	7	4	4	7	54
	連携充実加算	0	37	37	32	35	31	27	32	29	29	25	31	345
消化器内科	抗悪性腫瘍剤	0	5	5	4	4	2	2	2	1	0	0	0	25
	その他必要な治療管理	0	1	2	1	1	3	1	1	0	0	0	0	10
	連携充実加算	0	3	3	2	2	1	1	1	1	0	0	0	14
脳神経外科	抗悪性腫瘍剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他必要な治療管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	連携充実加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	抗悪性腫瘍剤	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	1	7
	その他必要な治療管理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	連携充実加算	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
腎臓内科	抗悪性腫瘍剤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他必要な治療管理	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	連携充実加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内 科	抗悪性腫瘍剤	0	0	0	2	3	3	3	3	3	3	1	3	24
	その他必要な治療管理	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	5
	連携充実加算	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
計		0	121	125	113	126	111	100	121	110	100	87	112	1,226

外来化学療法加算算定の届け出

専任の常勤医師	保科	-	-	-
専任の常勤看護師	長谷川	小田	伊藤	筑紫
専任の常勤薬剤師	金田次長	-	-	-
専任の管理栄養士	菊地次長	-	-	-

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の届け出		
専任の常勤医師	保科	

褥瘡対策委員会

1 目的

院内における褥瘡発生状況の把握と分析を行う。褥瘡予防と対策を討議・検討し、適切な対策を行い、患者サービスの向上および褥瘡発生率の低下を図る。

2 構成メンバー

委員長：八田(外科医師)
副委員長：本橋(主任看護師)
補 佐：村山(看護師長)
メンバー：白取(E5) 長谷(W5)

入江(W3A) 庄司(W3B)
大園(ICU) 林(SCU)
魚躬(栄養科)
板倉(リハビリテーション科副主任)
長谷川(薬剤部副主任)・小山(薬剤部)
関根(臨床検査科主任)
福田(医事課副主任)

3 開催日時

委員会：第4火曜日 16:00~
褥瘡回診：第2・第4火曜日

クリティカルパス委員会

1 目的

当菊名記念病院の理念達成に向けてクリティカルパス委員会を設置し、医療マネジメントの推進を図る。

2 構成メンバー

顧問：村田(院長)
委員長：横溝(外科医師)
副委員長：角谷(看護師長)
事務局：矢木(看護事務)
補佐：今橋(HCU主任)
メンバー：庭野(総合診療科顧問)→藤岡(内科兼血液・腫瘍内科部長)※2022年10月で交代
千葉(循環器内科)
中里(泌尿器科部長)
花村(消化器内科部長)
江黒(整形外科部長)
武田(脳外科医長)
井手(乳腺外科部長)
及川(E6) 岩淵(E5)
入江(W5)
木崎(W3B) 杉山(W3A)
春日(ICU・CCU)
土屋(薬剤部)
長谷川(臨床検査科主任)
八木(画像診断部主任)
藏元(リハビリテーション科副主任)
松崎(地域医療サービスセンター)
魚躬(栄養科)
渡邊(診療録管理室副主任)
小原(医事課主任)
大矢(医療情報システム室)
小野寺(経営支援室室長)

3 開催日時

隔月第2水曜日 17:00～

4 活動内容

●年間活動

- ・クリティカルパスの開発と作成(新規・修正)
- ・クリティカルパス内容の管理
- ・クリティカルパス使用状況の把握(クリティカルパス使用率、バリエーションの評価等)
- ・クリティカルパスマニュアルの作成・修正
- ・クリティカルパス使用の推進

●結果

2021年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の蔓延予防のため2か月に1回の委員会開催としたが、クリティカルパス新規作成や修正をスムーズに行うことができた。また、2023年度の医療マネジメント学会に向けたパス大会を年度末に開催する予定であったが、資料作成が間に合わず開催とはならなかった。

今年度は脳出血、脳梗塞の新規パスの作成、EVAR、TEVARの修正を行った。現在登録されているパス数は132件。パス使用枚数1962枚、パス使用率42.6%であった。次年度も引き続き、新規パスを作成・活用し安全な医療の推進に取り組んでいく。

大矢(医療情報システム室)
小野寺(経営支援室室長)

3 開催日時

隔月第2水曜日 17:00~

4 活動内容

●年間活動

- ・クリティカルパスの開発と作成(新規・修正)
- ・クリティカルパス内容の管理
- ・クリティカルパス使用状況の把握(クリティカルパス使用率、バリエーションの評価等)
- ・クリティカルパスマニュアルの作成・修正
- ・クリティカルパス使用の推進

認知症サポートチーム

1 目的

当院は2019年にせん妄サポートチームを発足し、せん妄(※1)によって混乱してしまった患者の対応やせん妄にならないように予防的介入(医療・看護・薬剤)をしてきた。更に2020年より認知症ケア加算Ⅰの取得開始と同時に認知症サポートチームが発足し、現在活動している。認知症患者は入院による環境の変化や治療、病状の悪化によって行動・心理症状が乱れることがある。また認知症患者だけでなく、手術や処置によって意識が混乱してしまい、せん妄症状を呈することがある。私たちはこれらの症状を予防したり、最小限にするため多職種でアプローチし最善のケアを検討・提案している。また身体拘束に関しても軽減・廃止できるように努めている。(※1・意識レベルが急性かつ一過性に障害される状態)

2 構成メンバー

委員長: 青山(精神科専門医)
副委員長: 齋藤(老人看護専門看護師/看護主任)
副委員長: 武田(医療相談室 係長)
メンバー: 村山(看護師長) 小西(看護主任)
 本田(薬剤部 副主任)・鈴木(薬剤部)
 小柳(作業療法士 係長)・岩村(言語聴覚士 係長)

3 開催日時

- ・認知症サポート会議(毎月最終週の火曜日 15:00~)
- ・認知症ラウンド(毎週火曜日 9:30~)

●結果

2021年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の蔓延予防のため2か月に1回の委員会開催としたが、クリティカルパス新規作成や修正をスムーズに行うことができた。また、2023年度の医療マネジメント学会に向けたパス大会を年度末に開催する予定であったが、資料作成が間に合わず開催とはならなかった。

今年度は脳出血、脳梗塞の新規パスの作成、EVAR、TEVARの修正を行った。現在登録されているパス数は132件。パス使用枚数1962枚、パス使用率42.6%であった。次年度も引き続き、新規パスを作成・活用し安全な医療の推進に取り組んでいく。

- ・カンファレンス(認知症ラウンド後または適宜)

4 活動内容

認知症ケア加算Ⅰ取得のため、厚生労働省より以下4項目は認知症サポートチームの必須活動項目。

●認知症ケアに関する手順書作成及び定期的な見直しについて

毎年1回以上は院内認知症マニュアルを更新

●認知症ラウンド(病棟ラウンド)

毎週1回(火曜日) 9:30から認知症高齢者の日常生活自立度判定Ⅲ以上の患者、病棟スタッフより介入依頼があった患者を対象に全病棟ラウンド実施。

●カンファレンス日程

認知症ラウンド後に特に継続的に経過観察が必要な患者を対象にメンバーでカンファレンスを実施。ラウンド時にもウォーキングカンファレンスを実施し適宜スタッフへ助言・指導を行う。

●認知症患者のケアに関する定期的な研修について

新型コロナウイルス感染症にて集合教育を中止し、eラーニングを使用して勉強会を実施。2022年度は「認知症VR体験」も実施し、認知症を自分のこととして体験。

【各職種よりコメント】

社会福祉士の立場から生活歴や事情を踏まえ、認知症患者が安心安全に退院後生活を送れるように方向性の検討に関与している。(武田/社会福祉士)

行動・心理症状が悪化・出現しないように身体・精神・社会・霊的な側面も考慮しながら予防的介入も含め看護の視点で関与している。またやむを得ず身体拘束を実施して

病院概要
統計
臨床指標 質評価指標
診療部
診療補助部
看護部
事務部
サード地域医療 サービスセンター
医療安全 管理室
人材開発室
人間ドック健診部
菊名記念A クリニック
YMG在宅支援 総合センター
学会・研究会・ 誌上発表
会議・ 委員会・ 一覽
くたかけ会

いる患者に対しても軽減・中止できるように介入している。
(齋藤/老人看護専門看護師)

個別療法が可能なりハビリ職ならではの視点からの提言と認知機能評価を通し、より深い患者理解に繋げていく。
(岩村/言語聴覚士)

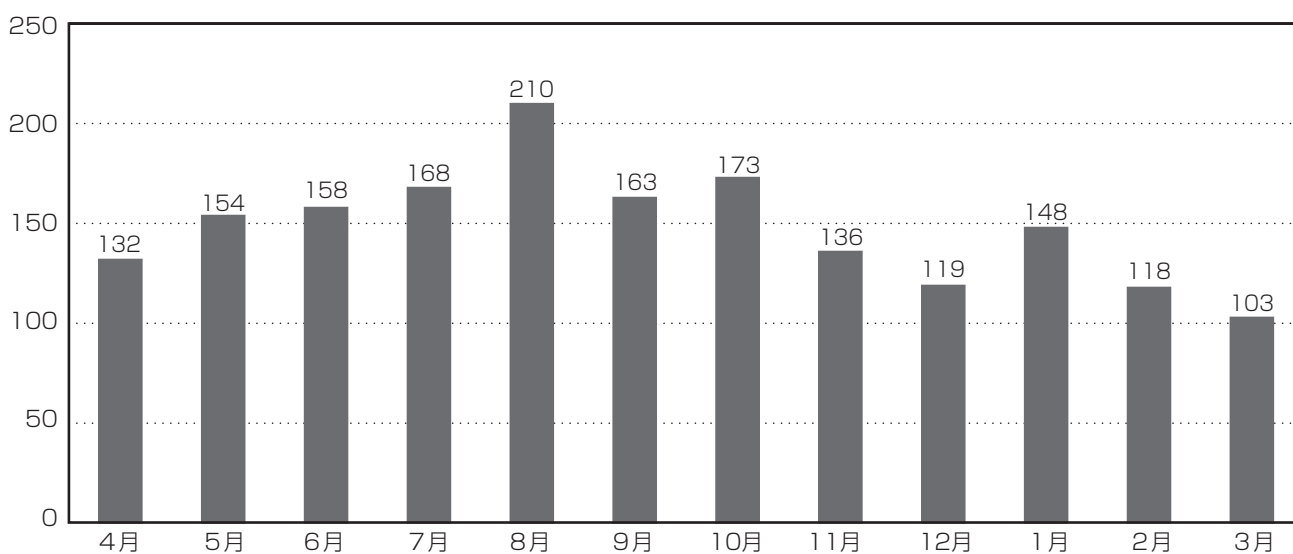
らず尊厳をも傷つける行為である。暴れてしまっている患者や対応に苦慮する患者の相談には速やかに対応できるようにし、身体拘束を軽減、廃止に努めることが課題である。また当院では改定長谷川式簡易知能スケールを使用し客観的に認知機能評価を実施しているが今後はラウンド時にも簡易簡便に使用できるスケールについても検討中。

5 今後の課題

認知症患者も増加しており、入院によって混乱してしまう患者も多い。その際やむを得ず身体拘束を実施する場合がある。しかし、身体拘束は2次的合併症を起こすのみな

●ラウンド介入件数

(単位：件)



1 2022年度の病院目標

《病院目標》

当院での品質マネジメントシステムを監視・管理することにより「質の高い急性期医療」を提供できるように日々活動を行っている。その中で重要な目標管理の決定が2021年目標評価をもとにまだまだ先の見えない新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて村田院長より設定された。安定経営・信頼回復を目指し、診療に「救急車受け入れ入院率」・「救急車受け入れ入院数」・「ドック・健診件数」の3項目が新設された。

同感染症の影響により病床数を制限した診療を行っており、今後の見通しもつかないため昨年の結果より一部調整した目標となった。戦略テーマとして「強みを活かした救急・急性医療の継続」・「タスクシフト・DXを活用した効率化の促進」・「多様な人材の確保と活用・教育」の3つを挙げてそれにアクションプランを落とし込み、コロナ禍で厳しい状況ではあるが達成に向けて努力をしていく。

2 構成メンバー

ISO品質マネジメントシステム事務局員(10)及び内部監査員(35)

《院長 1》

村田(院長)

《品質管理責任者 3》

赤間(看護部長)
谷口(事務長)
和田(画像診断部技師長)

《文章管理・様式管理 5》

赤間(看護部長)
照屋(看護部)
清水(臨床検査科係長)
廣瀬(臨床工学科係長)
小野寺(経営支援室室長)

《医療看護プロセス体系図 1》

長谷川(看護部副看護部長)

《運営 6》

柚原(総務課課長)
金子(画像診断部係長)
和田(医療情報システム室課長)
大石(臨床工学科係長)
桐山(リハビリテーション科係長)

米澤(薬剤部係長)

《内部監査係 7》

金田(薬剤部次長)
三輪(臨床検査科技師長)
石井(診療録管理室)
大巻(臨床工学科係長)
北浦(看護部師長)
七尾(医事課主任)
正徳(医療相談室主任)

《内部監査員 32》

長谷川(看護部副看護部長)
村山(看護部師長)
角谷(看護部師長)
澤田(看護部師長)
北島(看護部師長)
北浦(看護部師長)
金田(薬剤部次長)
米澤(薬剤部係長)
三輪(臨床検査科技師長)
瀧澤(臨床検査科係長)
伊藤(臨床検査科係長)
本間(臨床検査科係長)
清水(臨床検査科係長)
金子(画像診断部係長)
吉川(リハビリテーション科技士長)
鈴木(リハビリテーション科係長)
桐山(リハビリテーション科係長)
小柳(リハビリテーション科係長)
小野寺(臨床工学科技師長)
大石(臨床工学科係長)
廣瀬(臨床工学科係長)
大巻(臨床工学科係長)
菊地(栄養科科長)
田口(救命救急科係長)
和田(医療情報システム室課長)
海野(診療録管理室係長)
小野寺(経営支援室室長) 柚原(総務課課長)
波木井(総務課係長)
島田(総務課係長)
高山(総務課係長)
森(経理課課長)
上保(医事課係長)
森永(医事課課長)
黒川(地域医療連携室課長)

3 開催日時

ISO分科会

毎月第2水 17:00~

ISO事務局会議

毎月第4水 17:00~

★〈全体〉活動適日 ①24-29/月 ②11-15/月

●2022年度 ISO年間スケジュール

2022年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
病院全体	<ul style="list-style-type: none"> ○入職オリエンテーション:ISO説明 ○全期マネジメントレビュー提出 ○全期マネジメントレビュー 【25・27日開催】 	<ul style="list-style-type: none"> ○ISO講習会① 【新任事務局長・内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○前期内部監査 ○前期内部監査 7/19~8/17日開催 	<ul style="list-style-type: none"> ○クロージングミーティング 26日開催 ○外部更新審査 27~30日開催 	<ul style="list-style-type: none"> ○マネジメントレビュー半期 19・20日開催 ○ISO講習会 【対象者:新任事務局長・内部監査員・中途採用職員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○マネジメントレビュー半期 19・20日開催 ○内部監査講習会② 【新任内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○クロージングミーティング 26日開催 ○更新審査(外部) 27~30日開催 ○ISO事務局員・監査員人事① 	<ul style="list-style-type: none"> ○マネジメントレビュー半期 19・20日開催 ○ISO講習会② 【中途採用職員・新任事務局長・内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○内部監査講習会② 【新任内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○プレミーティング 22日開催 ○実施計画作成 	<ul style="list-style-type: none"> ○理事長 【年間目標提示】 ○後期内部監査 30日開催 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院SWOT分析・BSC【作成】 2年毎中期運用(診療報酬改定年) 	<ul style="list-style-type: none"> ○クロージングミーティング 15日開催 ○部門SWOT分析・BSC【作成】 ○部門目標(作成) ○全期マネジメントレビュー 【提出準備】
病院経営・戦略管理	<ul style="list-style-type: none"> 経営(戦略)会議・診療科長会議・医局会・中央管理部門運営委員会・職場連絡会議・地域医療連携運営委員会など各種会議・運営委員会 ○外部:内部課題【討議】 ○リスク課題【討議】 	<ul style="list-style-type: none"> ○理事長年間目標【確認】 ○外部:内部課題【討議】 ○リスク課題【討議】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】
院長・品質管理責任者(5)	<ul style="list-style-type: none"> ○全期マネジメントレビュー 【25・27日開催】 ○目標達成評価 	<ul style="list-style-type: none"> ○全期マネジメントレビュー 【確認コメント記載】 											
運営係(6)	<ul style="list-style-type: none"> ○オリエンテーション:ISO説明 【入職者】 ○全期マネジメントレビュー 	<ul style="list-style-type: none"> ○ISO講習会① 【新任事務局長・内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○全期マネジメントレビュー 【作成アナウンス】 	<ul style="list-style-type: none"> ○半期マネジメントレビュー 【NAS登録】 	<ul style="list-style-type: none"> ○マネジメントレビュー半期 19・20日開催 ○ISO講習会② 【中途採用職員・新任事務局長・内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○マネジメントレビュー半期 19・20日開催 ○ISO講習会② 【中途採用職員・新任事務局長・内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○クロージングミーティング 26日開催 ○更新審査(外部) 27~30日開催 ○ISO事務局員・監査員人事① 	<ul style="list-style-type: none"> ○マネジメントレビュー半期 19・20日開催 ○ISO講習会② 【中途採用職員・新任事務局長・内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○内部監査講習会② 【新任内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○組織図・マトリックス 【見直し・改訂】 ○承認・文書登録 	<ul style="list-style-type: none"> ○理事長 【年間目標提示】 ○次年度ISO年問予定表 【提示・配布】 	<ul style="list-style-type: none"> ○次年度ISO年問予定表 【提示・配布】 	<ul style="list-style-type: none"> ○クロージングミーティング 15日開催 ○次年度病院長目標 【揭示】 ○全期マネジメントレビュー 【作成アナウンス】 ○OMR・BSC【配布】 ○ISO事務局員・監査員人事②
内部監査係(7)	<ul style="list-style-type: none"> ○内部監査講習会① 【新任内部監査員】 	<ul style="list-style-type: none"> ○内部監査講習会① 【新任内部監査員】 											
文書管理・様式管理係(8)	<ul style="list-style-type: none"> ○部門業務マニユアル 【登録・承認】 	<ul style="list-style-type: none"> ○品質マニユアル 【改訂・承認】 	<ul style="list-style-type: none"> ○品質マニユアル 【見直し】 										
医療看護プロセス体系関係(1)													
事務局定例会	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】 	<ul style="list-style-type: none"> ○目標提示【第2】 ○分科会【第2水】 ○事務局【第4水】

4 活動内容

〈運営係〉

- ・ISO年間スケジュールの策定・管理
- ・年2回のマネジメントレビューの企画・実施・記録
【前期】4月25日・27日開催 【半期】10月19日・20日開催
- ・外部更新審査(9月27日・28日・29日・30日開催)
【グッドポイント】7
【改善の機会】14
 - ・目標 目標が更新されたことが明記されていなかった。
 - ・運用管理 新人教育で教育評価の記録漏れが観察された。他 10件
 - ・不適合及び是正処置 インシデント・アクシデントレポートにて発生部署でなぜ起こったか分析し、自部署に展開することで予防処置につながる。
 - ・内部監査 是正処置報告書は立案されていたが修正処置になっており是正処置が立案されていなかった。

〈内部監査〉

- ・内部監査の企画・実施
(前期：8月17日 後期 1月30日開催)

内部監査結果報告

重点項目

①部署の自己評価VS他者評価

②患者満足度向上に対する貢献度評価

前期・後期 A指摘：0 B指摘：0 C指摘：15
平均監査時間120分
(2021年度 総指摘数：21)

前期・後期合わせた指摘数が15件となり昨年に続き過去最少となり業務内容に関する指摘は少ないことから業務自体のPDCAは行えていると考える。しかしながら外部更新審査においては“改善の機会あり”が14件であった。そのうち11件が運用管理であり内部監査で拾い上げられていない。そのため内部監査員で外部審査の情報を共有し積極的にチェックできる仕組みを構築する必要がある。

今後、内部監査の質を高めるため、現場確認やヒアリングなどの情報収集を効率的にできる人材育成、また改善につながる問題を発見できるように内部監査員の教育に取り組んでいく。

●ISO9001：2015版 ISO内部監査指摘数 参照

〈文書管理・様式管理係〉

- ・新たな文書・様式の見直し登録

全…全部門参加

●ISO内部監査全指摘数

開催	部門数	A指摘	B指摘	C指摘	半部署計	全部署計
1	2010/9/2	23 全	5	1	35	41
2	2011/2/17	11 B	13	12	23	48
3	2011/8/30	13 A	0	1	29	30
4	2012/1/31	10 B	0	8	14	22
5	2012/7/31	13 A	1	7	33	41
6	2013/1/29	10 B	2	19	14	35
7	2013/7/16	11 A	5	15	23	43
8	2014/2/4	12 B	2	11	22	35
9	2014/7/30	11 A	1	3	19	23
10	2015/2/17	11 B	0	2	34	36
11	2015/7/14	11 A	0	0	22	22
12	2016/2/9	12 B	0	10	18	28
13	2016/7/13-15-19	22 全	0	11	41	52
14	2017/1/30-2/3	23 全	0	4	60	64
15	2017/7/20	11 A	0	3	21	24
16	2018/1/24	11 B	0	4	21	25
17	2018/7/25	10 A	0	5	13	18
18	2019/1/29	12 B	0	2	14	16
19	2019/7/29	10 A	0	1	20	21
20	2020/2/17	13 B	0	8	23	31
-	中止 前期	0 A	-	-	-	-
21	2021/1/12後期	26全	0	5	33	38
22	2021/8/17前期	13 A	0	2	9	11
23	2022/1/29後期	14 B	0	3	7	10
24	2022/8/17前期	14 A	0	0	12	12
25	2023/1/30後期	12 B	0	0	3	3

5 病院目標達成状況

経営/安全/信頼/診療/労働環境/生産性/研鑽の7種・25事項の病院目標うち、「安全」の「インシデント・アクシデントレポート数」と「診療」の「ICU病床稼働率」「労働環境」「平均

均残業時間」の3事項において、達成要件の6か月の目標値超えを満たし達成に至った。数値評価項目で未達成は15項目であった。

●令和4(2022)年度 年度目標管理表 参照

令和4(2022)年度 年度目標管理表

項目		内容	指標	目標値	昨年度値
経営	安定経営	利益率 +1.25%/月 (未達繰越)	利益率	+1.25%	
安全	Level III以上のアクシデント	件数 15件以下 (過去4年間実績から)	レベル3b件数	15件以下/年	32件/年
	インシデント・アクシデントレポート数◎	(新規) 2880件/年=240件/月 (達成)	インシデント件数	240件/月	341件/月
信頼	紹介数	800人/月(地域医療への貢献)	紹介数	800人/月	703人/月
診療	病床稼働率	95%以上(繰越)	病床稼働率	95%以上	88.3%
	病床稼働数	173床/日 稼働病床数181/218÷0.83 →安定経営	病床稼働数	173床/日	159床/月
	新規入院患者数	500人/月 15.7人/日 → 地域医療への貢献+安定経営	新規入院患者数	500人/月	427人/月
	平均在院日数	10.0日(7:1病床@160床が対象)	平均在院日数	10.0日	11.4日
	外来受診患者数	270人/日(昨年度実績より) → 信頼の回復	外来受診患者数	270人/日	262.5
	救急車搬送受け入れ数	600台/月(≒800×0.75=7200/年)将来的には834台/月=1万台/年 受け入れ率の向上(要請の95%以上) → 地域医療への貢献	救急車搬送受け入れ数	670台/月	526台/月
			入院率	40%	新設
	重症例への対応能力の向上◎	ICU病床稼働率の向上+ 回転率の向上(昨年度実績以上)+ HCU、SCUの効率的運用(稼働100%) (達成)	ICU病床稼働率	90.0%/月	80.4%/月
			病床回転数	2.8床/月	2.0床/月
			HCU病床稼働率	100%/月	91.7%
			SCU病床稼働率	100%/月	100%
	手術件数(含:内視鏡手術+カテーテル手術)	315件/月(泌尿器科、乳腺外科増員)	手術件数	315件/月	264.2件/月
	感染対策 SARS-CoV2への対応	これ迄の対策の継続(新型コロナウイルス感染症入院9床も当面継続)	感染対策	取り組み・報告	新設
診療報酬対応 収入増への挑戦	加算チャレンジ 落穂拾い作戦 保険外での収入増案件の増加	診療報酬対応	取り組み・報告	新設	
ドック・健診の充実	800件/月(1000万円/月)の達成と維持	ドック・健診件数	800件/月	新設	
労働環境	時間外労働時間◎	平均的残業時間 11時間以内(未達繰越)+ 働き方改革関連法による改定就業規則の遵守 (達成)	平均残業時間	11時間以内	6.0時間
	勤務環境改善	勤務環境の改善により、「各部署従事者を惹きつけられる医療機関となり、「医療の質」を向上させ、患者の満足度も向上させる」工夫。(マネジメントレビューで報告)	業務環境改善	取り組み・報告	
	医師の働き方改革への対応	勤務時間と自己研鑽時間の分離、その正確な測定。勤務内容の再構築	業務環境改善	取り組み・報告	
生産性	業務の効率化	各部署で最低1種の「改善活動」の創設(マネジメントレビューで報告)	業務の効率化	取り組み・報告	
研鑽	外部/内部研修	学会、研究会等への参加、発表。論文作成(マネジメントレビューで報告)良い医療、質の高い医療の提供には研鑽が欠かせない。	外部/内部研修	取り組み・報告	

2022年度 病院目標 達成報告

- ❑安全-インシデント・アクシデントレポート数 240件/月以上 12か月目標値クリア
- ❑診療-ICU病床回転率 2.8床/月以上 12か月目標値クリア
- ❑時間外労働時間-平均残業時間 11時間以内 12か月目標値クリア

目標3項目新設し、25項目となりそのうち、数値化評価上記3項目で年間総合値で目標値をクリアとなり、達成評価となった。各部門の病院目標に即した取り組みを行ったことで達成に繋がられた。

達成評価基準 6ヶ月以上目標値クリア

2022.4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2023.1月	2月	3月	☆
非公開												
4	4	2	4	4	12	1	4	2	1	8	5	51
326	406	455	450	338	366	385	420	389	371	380	255	378
622	657	652	668	539	647	656	634	664	595	597	702	636
83.7%	88.7%	82.4%	101.4%	92.6%	91.8%	91.3%	92.1%	88.5%	90.3%	90.8%	88.1%	90.1%
153.3	162.4	163.3	170.5	169.6	167.9	167.0	168.5	149.3	165.2	166.1	161.3	164
364	407	430	386	371	372	404	392	303	400	407	382	385
12.9	12.5	11.5	13.6	14.0	13.6	12.8	13.0	14.4	13.3	11.6	12.4	13.0
260.2	279.0	255.9	266.5	252.3	274.8	257.8	272.1	257.5	269.3	264.1	254.0	263.6
501	539	607	655	598	554	548	524	589	428	389	380	526
37.6	34.0	35.9	27.7	34.8	29.7	31.9	36.2	29.9	34	37.8	33.3	33.6
179	190	221	174	172	155	172	166	112	176	179	168	172
85.0%	76.1%	81.3%	83.5%	79.6%	78.0%	86.7%	87.6%	85.8%	88.0%	91.7%	78.0%	83.4%
6.6	6.3	7.1	6.8	6.7	5.2	7.3	8.3	6.3	7.2	6.2	5.6	6.6
14.3%	18.5%	18.8%	15.8%	17.6%	19.1%	18.8%	18.9%	12.9%	18.6%	18.2%	18.6%	17.5%
71.7%	92.5%	93.9%	79.0%	88.2%	95.6%	94.1%	94.4%	64.5%	93.0%	91.1%	92.1%	87.5%
199	226	240	234	223	234	272	287	231	232	267	240	240.4
内部監査及びMR報告												
内部監査及びMR報告												
361	285	476	463	439	509	622	639	547	463	538	599	495.1
9.01	7.47	8.96	9.48	9.60	8.90	8.50	9.43	8.51	7.94	8.39	7.37	8.63
内部監査及びMR報告												
内部監査及びMR報告												
内部監査及びMR報告												
内部監査及びMR報告												

6 今後の展望

2010年にISO9001を取得し、12年の間に医療情勢や近隣情勢などで様々な変化があった。現在の“コロナ禍”から今後はWithコロナに向けた取り組みが重要となる。そんな状況下でも急性期医療を担いより安全な医療を提供するために、日常業務と手順に解離がないか・変更した業務に問題がないかなど、PDCAサイクルで監視し品質を担保する必要がある。

また、情報漏洩やサイバー攻撃による個人情報流失は大きな問題になっている。患者様の個人情報を守り安全な医療を提供するため情報セキュリティ対策は重要である。そのためISO9001をブラッシュアップしつつ情報セキュリティマネジメントシステム(ISO27001)の導入を目標とし、取り組んでいきたい。