

4

委員会活動

委員会 ●2024年度委員会活動計画の評価表

委員会一覧

| 委員会名 | 委員会名 |
|------------------------|-----------------------|
| 業務評価委員会 | RCT 委員会 |
| 保険診療適正化委員会 | 集中治療室運営委員会 |
| 地域連携部運営委員会 | 新型インフルエンザ対策委員会 |
| 診療録管理委員会（コーティング部会） | 診療材料検討委員会 |
| サービス向上委員会（患者サポート部会） | 手術室運営委員会 |
| 褥瘡対策委員会 | 医療安全管理委員会（医療安全推進担当者会） |
| 広報委員会 | 検査適正化委員会 |
| 栄養治療部運営委員会 | 化学療法管理委員会 |
| NST 委員会 | 内視鏡センター運営委員会 |
| 外来・病棟運営委員会 | 放射線部運営委員会 |
| 臨床指導部運営委員会 | リハビリテーション部運営委員会 |
| 業務改善委員会 | 血液浄化センター運営委員会 |
| 契約審査委員会 | 緩和ケア委員会 |
| 特定行為研修管理委員会 | 事故調査委員会 |
| 医療ガス安全管理委員会 | 防災管理委員会 |
| 倫理委員会 | 個人情報管理委員会 |
| 治験審査委員会・臨床研究倫理審査委員会 | 医療・訪問看護・介護連携委員会 |
| 利益相反・責務相反マネジメント委員会 | 訪問看護ステーション運営委員会 |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究倫理審査委員会 | 医療放射線安全管理委員会 |
| 救急医療運営委員会 | 病院統計管理委員会 |
| 薬事委員会 | 認知症ケア委員会 |
| 感染防止対策委員会（感染リンクスタッフ会議） | クリティカルパス委員会 |
| 輸血療法委員会 | ハラスメント防止対策委員会 |
| 安全衛生委員会 | MRI 安全管理委員会 |
| 時間外勤務検証委員会 | IT システム委員会 |
| 職員業務負担検討委員会 | |

地域連携部運営委員会

| 委員会名 | 地域連携部運営委員会 | 委員長名 | 田中邦剛 |
|-------------------|--|-------------------------------|--|
| 目標(目的) | 医療従事者向け広報誌の毎月発行 年間紹介率：70% 逆紹介率：100% 地域医療従事者との連携強化・関係作り | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 |
| | 毎月第2火曜日 毎月 | 委員会開催 レインボー通信の発行 | 運営に関する報告と検討を行う。 広報誌も毎月発行した。 |
| | 適宜 | 開業医訪問 | 開業医訪問：68件であった。 昨年度は開業医訪問：113件（田中医師84件、西村医師23件、飯田医師6件） 介護施設訪問：20件（山下院長）であったため、約半数になった。 次年度は、田中医師以外の医師にも協力依頼していく。 在宅後方支援の申し込みは徐々に増えている。ホットラインのようなものとして開業医に好評。 |
| | R6年 10月31日(木) 18:30 ～21:00 | 下関医療センター 地域医療連携検討会・ 交流会 | シーモールパレスで検討会・交流会（飲食あり）を開催した。 参加者は59施設133名（医師59名その他72名）で多数の参加者があり盛大に行うことができた。 保健所、消防署職員は交流会参加がなかった（飲食無料は接待に当たるため）。 次年度は、参加費を記載した案内状を送ることを検討する。 |
| | R7年 3月19日(木) 18:30 ～19:30 | 地域連携ミーティング | 後方病院の地域連携部職員、地域包括支援センター・社会福祉協議会職員を対象に開催した（長寿支援課に案内を出したが不参加）。 参加者は：院外23名、院内9名 計32名。 医療機関だけでなく、地域包括ケアセンターや社会福祉協議会の参加があり、様々な立場や視点からの意見交換会を行うことができた。 顔の見える関係作りができ、今後の円滑な相談支援につなげることができた。 |

診療録管理委員会

| 委員会名 | 診療録管理委員会 | | 委員長名 | 得津裕俊 |
|-------------------|----------------------|------------------------------|---|------|
| 目標(目的) | 診療記録（電子カルテ）の整備と管理の向上 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 月1回 | 毎月第3月曜日委員会開催 | 開催した。 | |
| | | 退院後2週間以内のサマリー 作成率90%以上の維持 | 作成が遅れ気味の医師には、医師 事務が未作成の症例をピックアップ し、それを医師が承認すること とした。 | |
| | | 略語集の作成 | 作成し掲載した。 用語の添削は適宜行う。 | |

サービス向上委員会

| 委員会名 | サービス向上委員会 | | 委員長名 | 古賀美砂紀 |
|-------------------|---|-------------------|--|-------|
| 目標(目的) | <p>目的： 当院を利用される患者・家族が安心して、満足度の高い医療を受けられるように改善に取り組む。</p> <p>目標： 1. 前年度のJCHO 患者満足度調査の結果を基にした改善活動に取り組む。 2. 職員が医療現場における接遇の重要性を認識できるよう教育に取り組む。 3. 健康横丁、イベント等を企画・運営し、患者や地域住民の満足につなげる。</p> | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎月 第3火曜日 16:30 ～17:00 | 委員会開催 | <ul style="list-style-type: none"> 毎月開催 患者満足度調査、身だしなみチェック、研修会、3グループに分かれて活動。 健康横丁、イベントの企画・運営はできなかった。 | |
| | 5月～1月 | 前年度患者満足度調査結果からの対策 | <ul style="list-style-type: none"> 外来は待合室の椅子の配置換えと清掃を行った。待ち時間が長くなる場合は、患者に声かけ、説明を行った。消化器外科の待ち時間が長い傾向にあるため追跡調査する。 入院は、夜間の騒音、環境については管理者がラウンド時に確認した。職員の話し声やワゴン等の音については、各部署に注意喚起した。夜間緊急入院があると一時的に騒音が気になる状況があった。 | |
| | 10月 | 患者満足度調査 | <ul style="list-style-type: none"> 入院調査回収率97.5%、外来調査回収率68.7%で、前年度より入院は上回ったが、外来は下回った。 面会制限が緩和されたこともあり、入院ではフリーコメントが多く書かれていた。職員の対応、施設・設備面に関するご指摘が多かった。 | |
| | 9月～10月 | 身だしなみチェック | <ul style="list-style-type: none"> 374名の職員について自己評価、他者評価を実施。ヘアスタイル、髪色、手にメモを書く、シューズの汚れについては改善が必要と思われた。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|----------------|------------|------|---|
| 4月1日 | 医療人としての心構え | 新入職員 | DVD、身だしなみチェック、演習を含む内容で、理解が得られた。 |
| 1月23日 ～2月4日 | 接遇教育 | 全職員 | 挨拶・夜間の環境・クレーム防止につながる接遇について研修を行った。電子カルテ閲覧と集合研修を開催。365名が受講。アンケートでは「改めて行動を見直すきっかけとなった」「動画があるとよかった」等。 |

褥瘡対策委員会

| 委員会名 | 褥瘡対策委員会 | | 委員長名 | 赤松洋子 |
|-------------------|---|--|---|------|
| 目標(目的) | 1. 褥瘡発生率0.1%以下の維持 2. 褥瘡対策スキルの向上 <ul style="list-style-type: none"> 褥瘡委員主体による院内研修会（基礎）の実施 WOCNによる研修会の実施、回診のフォロー 褥瘡委員に向けてブレイデンスケールについてレクチャー、症例検討 3. 褥瘡ラダー実施 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 2024年4月 ～ 2025年3月 (委員全員) | 褥瘡委員のスキル向上 <ul style="list-style-type: none"> 毎月の委員会において、各部署の褥瘡発生状況と問題点の報告 委員主体による、院内研修会の実施 委員の褥瘡研修会参加率：70%以上 委員がブレイデンスケールについてレクチャーを受け、症例検討実施 スタッフのスキル向上 <ul style="list-style-type: none"> 各部署の研修会参加率50%以上 9月、10月に中途採用のスタッフヘラダー実施 1～2月に1～3年目へのラダー実施 褥瘡回診時、WOCNフォローの元2～3年目のスタッフに病棟担当してもらい、回診の効率化と褥瘡ケアの知識・技術を深める。 | 褥瘡発生率は0.126%（2月末時点）と上昇あり。 <ul style="list-style-type: none"> 毎月、各部署が褥瘡発生状況と原因、対策について少しずつ述べられるようになってきている。 委員主体で褥瘡研修会の実施はできたが、委員の参加は25%と低かった。各部署の参加率はバラツキがみられた。すべて参加ではないが、5部署は参加率50%を超えた。 リスクアセスメントツール（ブレイデンスケール）の症例検討では、前期68.8%、後期は72%に上昇した。 ラダーⅠは1～2年目、中途採用者に実施した。 回診担当は病棟業務多忙により継続は困難であった。回診平均時間は前半115分、後半108分と短縮した。 褥瘡予防ケアスキル向上に努めたが、褥瘡発生率は上昇した。各部署の委員が主体となった予防ケアが必要である。委員が褥瘡予防への理解を深め、質向上できるように、委員のスキルアップを継続していくことが必要である。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|---|---|------|---|
| 9月17、18、19、20、24日 10月7、8、18、24日 11月21、22、24日 1月23日～3月31日 | 褥瘡研修会（基礎） 1. 褥瘡の基本 2. 外力管理と寝具類 3. 栄養管理 4. スキンケアの基本 5. DESIGN-R2020 6. 創傷管理・薬剤管理 | 院内職員 | 参加者107名、うち22名が修了証を受領した。 VOD形式で参加しやすく、確認テストをすることで理解を深めた。 参加できなかった方、復習のためエントランスに貼付けていつでも閲覧できるようにした。 |
| 2025年2月～3月 | 褥瘡研修会（応用） 1. すぐに実践できるポジショニング | 榎 由佳 | 短時間の動画とし、エントランスに貼付け、いつでも閲覧できるようにした。 すぐにアウトプットできるように、ポイントを押さえた。 |

栄養治療部運営委員会

| 委員会名 | 栄養治療部運営委員会 | | 委員長名 | 飯田 武 |
|-------------------|---|---|--|------|
| 目標(目的) | <ul style="list-style-type: none"> チーム医療の一翼を担う部門として、個々の患者さんの病状に応じた最良の栄養療法を実践できるように努める。 安全で満足度の高い食事提供で、サービス向上に努める。 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 随時 | 栄養指導件数のアップ 栄養指導が必要な患者に、栄養指導を行うため、医師・患者に栄養指導の提案を行う。外来栄養指導件数は維持(600件/年月平均50件)、入院栄養指導は、前年度目標件数の17件/月を目標とする。 | 栄養指導件数アップ 外来栄養指導実施件数 46.2件/月(555件/年) 目標達成ならず 原因：循環器の患者の減少(3～4件/月) 入院栄養指導実施件数 21.3件/月 目標を達成することが出来た。 (非加算含む) | |
| | 随時 | 特別食算定率の維持 月40%以上を目指す 栄養情報提供書の算定件数の増加 6月より点数が70点となるため算定条件を確認し増加に向け取り組む。 後期には現在0件/月→1件以上/月を目指す。 カンファや病棟より転院情報をいち早く知り対応する。 | 特別食算定率は平均32.2%。 目標達成ならず。 治療食対象患者でも、治療、病状により食欲が低下している患者には一時的に常食、全粥食で対応することがある。 また、嚥下食、濃厚流動食などを喫食している場合もある。昨年の1.5倍増。 栄養情報提供書2.8件/月平均。目標達成。 今後もカンファや病棟より転院情報をいち早く知り対応する。 | |
| | 随時 | コスト削減 濃厚流動食品の値上げに伴う適切使用の徹底。 2024年度より濃厚流動食品の多くが値上げされた。 特に、食事に付加する場合は本当に必要なのか患者の喫食状況などを細かく確認し、不要な物は変更し、無駄をなくす。 | GFOの廃止 種類の集約 患者ごとの適切使用等を行った。 昨年に比べ提供食数は1食あたり30食増加。濃厚流動食は1食あたり5名増加。金額は189,874円/月の増加。 1食あたり2,110円程度の増額。 コストはうまく抑えられたと思う。 | |
| | 随時 | 「愛ある美味しい給食」実現のため嗜好調査の充実を図る。 嗜好調査を年間2回実施する。回答率を上げるため、病棟へ協力をお願いする。 | 患者満足度向上のために、改善・対応策を検討し、取り組んでいる。 結果については病棟に提示。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|---|-------|---|
| | 各担当者からの現状報告とトピックス ①早期栄養介入加算について ②NST ③糖尿病透析予防指導 各病棟担当者からの病棟紹介 ④消化器内科・消化器外科 ⑤脳神経外科 ⑥血内・泌尿器 ⑦地域ケア | 管理栄養士 | ①②③についての現状報告は引継ぎを兼ねて実施。 ⑤のみ引き継ぎに伴い病棟情報の共有を行った。 |

NST 委員会

| 委員会名 | NST 委員会 | | 委員長名 | 飯田 武 |
|-------------------|--|---------------------------------|---------------------------|------|
| 目標(目的) | 院内における正しい栄養管理の普及 委員の栄養管理に関する知識・技能の習得・向上 NST 実習修了者の増員 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎週水曜日 | NST ラウンド | NST 加算 359 件 (718 千円) | |
| | 随時 | NST 実習受け入れ | 2024 年度 院外実習生受け入れ 20 名 | |
| | 2024 年 9 月 | 日本栄養治療学会 (JSPEN) 中四国支部例会演題発表 | 1 演題口頭発表を行った。 | |
| | 2025 年 2 月 | 日本栄養治療学会 (JSPEN) 全国大会演題発表 | 2 演題口頭発表を行った。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|----------|--------------------------------|--------------|---|
| 毎 (水) | NST 実習講義に合わせ、栄養管理に関する院内教育講義を実施 | 全職種 | 全 10 講座 × 5 回 を NST 委員による担当持ち回りで実施した。 |
| 9 月、11 月 | 食事介助・嚥下訓練におけるポジショニングの研修 | 看護師 看護補助員 | 新入職の看護師・看護補助員に対し、経口摂取時のリスク管理について学習の機会を提供した。 |

外来・病棟運営委員会

| 委員会名 | 外来・病棟運営委員会 | | 委員長名 | 定永 浩 |
|-------------------|--------------|---------------------------------------|---|------|
| 目標(目的) | 病床の利用を円滑に行う。 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎月 第2月曜日 | 外来・病棟運営委員会を行う。 | 予定通り開催した。 | |
| | | 病床利用に基づく、病棟の適切な病床の検討、混合病棟の科の組み合わせの検討。 | 実施できた。 | |
| | | DPCに基づく、病床利用率と収益性の至適入院日数の検討、退院調整。 | 適切なベッドコントロールにより病床利用率が上がり収益につながっている。 | |
| | | DPCⅢ期越え退院患者割合40%以下 | DPCⅢ期越えの退院患者数の割合40%以下は達成できなかった。来年度は40%以下を目指したい。 | |

臨床指導部運営委員会

| 委員会名 | 臨床指導部運営委員会 | | 委員長名 | 西村 拓 |
|-------------------|--|--|-------------------------------|------|
| 目標(目的) | 初期臨床研修プログラムを円滑に進めることを目標とする 研修医フルマッチを目指す | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎月 最終月曜日 | 初期臨床研修プログラムの課題等検討する 病院見学や面接希望の医学生等の報告 | 見学生・面接希望者が多かった。 滞りなく運営できた。 | |
| | 5月 | 1年目研修医救急講座の開催 | 各診療科の先生方の協力のもと、 調整ができた。 | |
| | 9月～10月 | マッチング順位検討 | 5人フルマッチングした。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|------|---------|------------------|----------------------------|
| 4～5月 | 研修医救急講座 | 研修医 (研修医以外も可) | 各診療科の先生方に分かりやすい講義をしていただいた。 |

医療ガス安全管理委員会

| 委員会名 | 医療ガス安全管理委員会 | | 委員長名 | 森永俊彦 |
|-------------------|-------------|---|------|------|
| 目標(目的) | 医療ガスの知識を深める | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | | |
| | 4月23日 | 医療ガス委員会 2024 年度委員会活動計画 | | |
| | 5月 | ユーチューブ 電子カルテからの動画配信によるリザーバースマスク操作説明会 | | |
| | 6月12日 | 新人看護師酸素療法講習会 (医療ガス委員会 臨床工学部 看護部共同) | | |
| | 各月/1回 | 各部署スタッフによるアウトレット 酸素ボンベ流量計定期点検 | | |
| | 10月21日～23日 | メーカーによる医療ガス配管設備年間点検 | | |
| | 1月27日・28日 | 医療ガス配管設備故障部位修理 | | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|---|--------|------------|
| 5月 | ユーチューブ 電子カルテからの動画配信によるリザーバースマスク操作説明会 | 医療スタッフ | いつでも見られてよい |
| 6月 | 簡易マスク使用方法 (電子カルテのエントランス又は、ユーチューブを使用して) | 新人看護師 | 酸素療法に関する理解 |

治験審査委員会、臨床研究倫理審査委員会、利益相反・責務相反審査委員会、ヒトゲノム・遺伝子解析研究倫理審査委員会

| | | | | |
|-------------------|--|--|---|------------------------------------|
| 委員会名 | 治験審査委員会 臨床研究倫理審査委員会 利益相反・責務相反審査委員会 ヒトゲノム・遺伝子解析研究倫理審査委員会 | | 委員長名 | 瀬戸口美保子 瀬戸口美保子 吉国健司 瀬戸口美保子 |
| 目標(目的) | 治験および臨床研究に関する研修会を開催し、GCP（医薬品の臨床試験の実施の基準）や臨床研究倫理指針についての知識を深め、治験や臨床研究を円滑に実施できるようにすることを目標とする。 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 年1回 | 外部講師を招いて研修会を実施（臨床研究や治験の最新の情報を収集するためには外部講師が必要） | 治験・臨床研究について山口大学臨床研究センターより「臨床研究の倫理について」DVDを借りて勉強会を行った。 | |
| | 月1回 | 【治験審査委員会】 新規治験申請、治験実施計画変更申請、新たな安全性情報に関する報告に関する審議等 | GCPを遵守して、治験審査委員会で適切に審議なされていた。 | |
| | 月1回 | 【臨床研究倫理審査委員会】 新規臨床研究申請、臨床研究実施計画変更申請に関する審議および新たな安全性情報に関する報告に関する審議等 | 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守して、臨床研究倫理審査委員会で適切に審議等なされていた。 | |
| | 随時 | 【利益相反・責務相反審査委員会】 各新規研究申請または研究者変更に関する申請時に審議 | 該当指針等を遵守して、利益相反・責務相反審査委員会で適切に審議等なされていた。 | |
| | 随時 | 【ヒトゲノム・遺伝子解析研究倫理審査委員会】 新規研究申請、研究計画変更申請、新たな安全性情報に関する報告等に関する審議等 | 本年度は審議に該当する申請はなかった。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|----------|--|-------------|--|
| 1月 2月 | 「臨床研究の倫理について」DVDより 山口大学医学部附属病院 臨床研究センター副センター長 丸本芳雄 先生 | 臨床研究に関連する職員 | 治験、臨床研究についての基本的な規則を知ることができた。 参加人数は37名。 今後治験や臨床研究を行ううえでの注意点など重要な内容であった。 |

薬事委員会

| 委員会名 | 薬事委員会 | | 委員長名 | 吉国健司 |
|-------------------|---|-------------------------|--|------|
| 目標(目的) | 後発医薬品の使用量を数量ベースで85%以上とする。 薬剤師の薬剤管理指導件数を月750件以上とする。 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎月第3 または 第4金曜日 | 採用医薬品、採用削除医薬品の承認等 | 後発医薬品も積極的に採用した結果、後発品数量ベース90%以上を維持することが可能となり、2024年12月から「後発医薬品使用体制加算Ⅰ」を申請できた。バイオシミラーの新採用は無かったが、既採用のバイオシミラーは適応のある全患者に使用中。 | |
| | 通年 | 後発医薬品、バイオシミラーの積極的な使用促進 | | |
| | 通年 | 薬剤師の薬剤管理指導件数を月750件以上とする | 2023年9月に病棟薬剤業務実施加算の算定再開。 2024年度は月平均779件実施。 | |
| | 通年 | PBPM（照会事項の事前合意プロトコル）運用中 | 疑義照会がさらに簡素化され、各スタッフの負担軽減と調剤に要する時間短縮につながった。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|------------------------------|--------|---|
| 毎月 | 薬剤師が症例、トピックス、ブリアボイドを部員に報告する。 | 薬剤部員 | 薬剤部セミナーで症例報告や学会・専門分野でのトピックス、ブリアボイド報告などを行った。 |
| 4月 | 新採用看護師卒後研修会 | 新採用看護師 | 4月に医薬品の安全使用、麻薬の取扱い、医薬品の単位の計算方法をテーマとして行った。 |

感染防止対策委員会

| 委員会名 | 感染防止対策委員会 | | 委員長名 | 加藤 彰 |
|-------------------|---|--|---|------|
| 目標(目的) | 目的：適切な医療関連感染の予防を推進し、患者・利用者サービスの質の保障 及び安全な医療の提供に努める（水平伝播の防止、抗菌薬適正使用の推進） 1. 標準予防策・経路別予防策を理解し、実践する。手指消毒薬使用量1日1患者あ たり20mL（2023年度：12.3mL） 2. 感染対策ネットワーク構築の取り組み強化（地域サーベイランス、新興感染症 訓練、他施設感染対策支援） 3. 血液培養2セット採取率95%以上維持、汚染率1.7%以下、ディエスカレーショ ンの推進（カルバペネム系のAUD2.0未満） 4. デバイス管理を改善し、カテーテル関連感染率を低減させる | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 5回/年 11月 | 部門別出張感染対策レク チャー（標準予防策、経路別 予防策）手指衛生直接観察 | 部門別レクチャー5回実施、11月手 指衛生直接観察（接触前：38%、接 触後67%）。使用量12mL目標達せず。 | |
| | 適宜 | 情報発信（手指消毒薬使用 量、サーベイランス結果、 最新情報など） | 委員会、感染LS会議、看護師長会議、 研修会で情報提供した。 | |
| | 適宜 (6月訓練) | 訓練開催（当番）、合同カン ファレンス、他施設訪問 | 新興感染症訓練主催した。合同カン ファレンス4回、施設訪問7回実施。 | |
| | 2回/週、 適宜 | ASTカンファレンス・ラウ ンド 血液培養手順見直し | 2セット率：97%（出荷制限期間7-11 月除く）、汚染率：2.7%、血液培養ベ ネストプラクティス作成。 カルバペネム系AUD1.63（2023年 2.12）ディエスカレーション推進 効果あり。 | |
| | 適宜 | デバイス関連サーベイランス デバイス管理状況確認 | CAUTI：2.09件1,000device-days ラウンドし管理状況確認、デバイス管 理研修会実施した。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|--|------|-----------------------|
| 4月 | COVID-19（発生動向と当院の対応） 医療関連感染と感染成立、標準予防策 | 新入職員 | 当院の役割、流行時対応を 確認した。 |
| 6月 | ＜感染防止対策、抗菌薬適正使用＞ 新型コロナウイルス感染症5類感染症移行から 1年2024年6月からかわること/新型コロナウ イルス感染症治療薬の取り扱い・注意点 | 全職員 | 出席率：89% |
| 10月 | ＜感染防止対策、抗菌薬適正使用＞ 感染しないさせない感染防止対策キホンのキ/ 薬剤耐性菌アクションプランと耐性菌・抗菌薬 使用状況について | 全職員 | 出席率：100% |

輸血療法委員会

| 委員会名 | 輸血療法委員会 | | 委員長名 | 縄田涼平 |
|-------------------|--|----------------------|--|------|
| 目標(目的) | 輸血業務全般について、安全かつ適切な遂行を図ることにより、医療の質的・経済的向上を推進させる | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 年6回 | 輸血療法委員会の開催 | 輸血療法に関する事例や報告を委員会で協議し、必要があれば他委員会への報告も行った。 | |
| | 6月 | マニュアルの見直し | システムダウン時のマニュアルを追加した。 | |
| | 通年 | アルブミン製剤適正使用の監視 | 平成29年度TQM活動の定着化としてA/R比の監視を継続。4・5月はA/R比が2.0を超え、委員長の働きかけにより以降は適正を保つことができた。10月にも超えているが、一年間の集計ではA/R比が1.67に収まっている。適正使用推進・診療報酬取得維持に貢献した。 | |
| | 1月 | 山口県輸血療法委員会 合同会議出席 | Webにて開催。後藤・兼行出席。 輸血検査をテーマとし、2題の発表があった。副作用発生時の検査対応や、血液採取のタイミングなど今後に活かしたい。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|-----------|--------|--|
| 10月 | 看護職員新人研修会 | 新人看護職員 | 講師：後藤検査技師・兼行看護師 輸血医療における知識や技術を学ぶ機会となった。 |

安全衛生委員会

| 委員会名 | 安全衛生委員会 | | 委員長名 | 大下 昇 |
|-------------------|--------------|----------------------------|--|------|
| 目標(目的) | 職員の職場環境の充実 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | R6年 9月20日 | 1回目ホルマリン検査実施 (検査室・内視鏡室) | 両室ともに管理区分は第1管理区分 (作業環境管理が適切であるとの判断) | |
| | 2月頃 | ストレスチェック検査実施 | 実施日：1月21日～1月31日 結果：回答70.5%、 | |
| | R7年 3月14日 | 2回目ホルマリン検査実施 (検査室・内視鏡室) | 両室ともに管理区分は第1管理区分 (作業環境管理が適切であるとの判断) | |

時間外勤務検証委員会

| 委員会名 | 時間外勤務検証委員会 | | 委員長名 | 大下 昇 |
|-------------------|------------------|---------------|--------------|------|
| 目標(目的) | 職員の時間外勤務の削減の取り組み | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎月検証 | 全職員の超過勤務時間の確認 | 毎月検証 | |
| | 四半期に 1回検証 | 全職員の年休取得状況 | 四半期に1回検証 | |
| | 1月～3月 (毎月検証) | 全職員の年休取得状況 | 1月～3月 (毎月検証) | |

RCT 委員会

| 委員会名 | RCT 委員会 | | 委員長名 | 森永俊彦 |
|-------------------|---|--|---|------|
| 目標(目的) | 目標 ① 患者中心の安全、安心な医療が提供できる ② 医療安全対策の推進 ③ 包括的な呼吸ケアを提供出来る 目的 人工呼吸器に関する知識と技術の向上を促進し、良質な人工呼吸療法を提供すると共に、安全管理体制の確立を図る。 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎週木曜日 第1月曜日 | RCTラウンド 人工呼吸器装着患者の評価、検討など RCT委員会 事例検討、呼吸ケア勉強会など | RCTラウンド時に人工呼吸器管理の安全面や呼吸管理上の問題点など多職種で検討した。 | |
| | 未定 | 人工呼吸器セミナー 全職員対象 | 全看護職員に対しセミナーを行ったが病棟看護師の参加者が少なかった。 | |
| | 未定 | 呼吸リハセミナー | 動画を使用し、視聴しやすいように工夫した。 | |
| | 未定 | 人工呼吸器セミナー 新人看護師対象 | 新人看護師を対象に人工呼吸器装着患者の基本的な看護の講義をおこなった。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|---------|-------|---|
| 1月 | NKV-330 | 全看護職員 | 基本的な使用方法を中心に研修を行った。 |
| 2月 | 排痰練習の方法 | 全看護職員 | 動画研修とし、10時～17時まで自由に参加可能にした。 研修時間を10分とし、なるべく多くの参加者を募った。 |

集中治療室運営委員会

| 委員会名 | 集中治療室運営委員会 | | 委員長名 | 得津裕俊 |
|-------------------|------------------------------|---|-------------------------------|------|
| 目標(目的) | 高度で良質、適正かつ安全と安心される医療および看護の提供 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 偶数月 第1金曜日 | 定例会 ・クリニカルインディケーター (毎月) ・ベッドコントロール有効な HCU病床運営検討 | 毎月のデータを把握し、HCU入室患者の症例の検討を行った。 | |
| | | ・重症患者メディエータの介入 症例検討 | 集中治療運営委員会にて症例検討した。 | |
| | | ・医療機器の管理状況報告 | 医療機器についての検討、確認。 | |
| | | ・早期リハビリテーション加算、 早期栄養加算報告 | 集中治療運営委員会にて報告した。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|-------------|-----|-------------------|
| 11月 | 人工呼吸器装着中の看護 | 全職員 | 全看護職員に対し研修をおこなった。 |

手術室運営委員会

| 委員会名 | 手術室運営委員会 | | 委員長名 | 森永俊彦 |
|-------------------|-------------------------|---|--|------|
| 目標(目的) | 医療安全に基づいた質の高い円滑な手術室運営管理 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎月 第2金曜日 16:30～ | 定例委員会 毎月の手術件数と稼働状況を報告 オカレンスの報告 業務上の問題点の抽出と検討 | <ul style="list-style-type: none"> • 毎月の定例会では稼働状況の報告と、特に問題となるアクシデントの報告および情報共有を行い、再発防止のため診療科への協力や改善事項について共有を行うことができた。 • GRMの指示・基準に基づきオカレンス報告を行い共有した。 • 手術室の運営に関わる事項に関して情報共有を行った。 | |
| | 毎週金曜日 8:15～ | 手術麻酔合同カンファレンス 翌週手術の内容確認・器材確認・調整・入室時間の決定など | 合同カンファレンスにおいて予定手術の調整を行うことで、手術運営に関して大きな問題はなかった。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-------|------------|---------|---|
| 10月1日 | 防災シミュレーション | 手術室スタッフ | 火災・地震時のエアーストレッチャー等使用方法 |
| 3月25日 | 防災シミュレーション | 手術室スタッフ | アクションカードの使用方法・避難経路の確認・エアーストレッチャーで避難経路での搬送シミュレーション |

医療安全管理委員会、医療安全推進担当者会

| 委員会名 | 医療安全管理委員会 及び医療安全推進担当者会 | | 委員長名 | 飯田 武 |
|-------------------|---|--|--|------|
| 目標(目的) | 1. 患者確認の理解と他部門との連携・強化を図る 2. 医師のインシデント報告件数増加を目指す 3. インシデントレベル0（グッドレポート）の報告件数を増やす 4. 薬剤に関するインシデント報告を前年度より減少させる | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎月 (第2金曜日) | 医療安全管理委員会： 各部門の問題を抽出及び院内全 体の医療安全に関する組織的な 取り組み | 委員会の開催は適切に行われた。 | |
| | 毎月 (第3木曜日) | 医療安全推進担当者会： 医療安全管理委員会の下部組織 | 各部門における医療安全管理に関す る意識の向上及び安全対策の周知を 行った。 | |
| | 毎月 第2・4木曜日 | 安全環境ラウンド 医薬品ラウンド（ルールの認知 度や実施状況を確認） | 安全ラウンドは年22回実施。 各部門に対し改善要望を行い各々改 善に取り組んだ。 | |
| | 随時 | マニュアルの改訂・追加 医療安全ニュース配信 | 医療安全指針の一部改訂、簡易的イ ンシデント報告運用、患者確認、ク レーム・迷惑行為発生時の対応、麻 薬の安全使用について改訂を行った。 | |
| | 1回/年： 各病院 | 地域連携病院との相互監査ラウ ンド：加算Ⅰ病院 地域連携病院へ監査ラウンド： 加算Ⅱ病院 | 山口県豊浦済生会病院と相互ラウン ド、下関リハビリテーション病院へ ラウンド実施。 他施設からの評価を医療安全の強化、 改善につなげていく。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|------------|------------------------|------------------------|---|
| 4月 | 新入職員研修「医療安全」 | 新入職員 | 医療安全とは、当院での取り組みなどの紹介を含み適切に行えた。 |
| 7月 11月 | 第一回医療安全研修 第二回医療安全研修 | 全職員 | 出席率：第一回95.5%、第二回100% 適切に行い、学習の定着につながった。 |
| 7月 12月 | 生体モニターアラーム研修 | 病棟看護師 | 日本光電協力のもとアラームレポートを抽出し対応についての研修を実施。 不必要なアラームへの対応を行い減少へとつなげていく。 |
| 年間を 通して | 多職種研修 | 全職員 | クレーム対応・医薬品・MRI研修・各部署急変シミュレーションを実施した。 |
| 11月 | 看護補助員・クラーク研修 | 医療補助員・ クラーク | 医療安全とは、インシデント・アクシデントについての学習の場となりレポート用紙の活用へとつながる。 |
| 2月 | ハリーコール演習 | 全職種 (医療安全推進 担当者) | 外来患者の検査室フロアでの急変について実施した。 検査技師・リハビリスタッフ・栄養士での初期対応について振り返る場となった。 |

検査適正化委員会

| 委員会名 | 検査適正化委員会 | | 委員長名 | 杉山 暁子 |
|-------------------|---|-------------|--------------------------------|-------|
| 目標(目的) | 1. 検査精度の確保（内部精度管理記録と検証・外部精度管理評価の向上） 2. 教育研修会継続受講による個人スキルの向上 3. 他部門との連携・情報共有を目的とした情報発信 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 6月 | 日臨技精度管理調査 | A+B 98.5% C評価1 D評価3 検証記録作成済 | |
| | 9月 | 日本医師会精度管理調査 | 95.0点C評価1 検証記録作成済 | |
| | 11月 | 山臨技精度管理調査 | A+B 99.0% D評価2 検証記録作成済 | |
| | 4月～3月 | 検査部便り発行 | 全3回発行 | |
| | 5月～3月 | 研修会 | 全4回実施 | |
| | 7月 | 新規検査項目採用 | 簡易血小板凝集能検査 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-------|------------|-----|----------|
| 7月 | 見逃せない心電図所見 | 全職種 | 延べ102名参加 |
| 9月 | 間違えやすい沈渣成分 | 自部署 | |
| 12月 | 輸血副作用の機序 | 自部署 | |
| 1月・2月 | 移乗動作の研修会 | 自部署 | |

化学療法管理委員会

| 委員会名 | 化学療法管理委員会 | | 委員長名 | 杉山暁子 |
|-------------------|--|--|--|------|
| 目標(目的) | 安全且つ適正な化学療法の実施 診療報酬改訂に即した外来化学療法体制の見直し | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 奇数月 第4月曜日 | 定例会 クリニカルインディケーター の検討 | 支障なく開催できている。 | |
| | irAEトリアー ジシート作成 | 市内4病院SCCN会の取り 組みの一貫として、ICI使用 時電話相談トリアー ジシート作成する | トリアージシート導入以前に、irAE に対する啓蒙が必要と判断。 導入は見送り、勉強会でビデオ研修 を全職員向けに行った。 | |
| | | 症例検討 | 化学療法剤の血管外漏出による皮膚 障害が数件発生したため、初期の処 置の手順フローチャート並びに患者 (および家族) への説明書を作成した。 | |
| | | 皮膚有害事象予防・スキン ケアフローチャートの検討 | 化学療法に伴う皮膚有害事象予防・ スキンケアフローチャートとスキン ケアの基本（リーフレット）を外来 看護師が中心となり作成した。 先ずは外来化学療法室にて使用して みる方針とした。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| 3月 | ICI：免疫チェックポイント阻害薬の 副作用 早期発見のために | 全職員 | 昨年度同様、ビデオ研修を開催した。 開催日 2025/3/4-5 |

内視鏡センター運営委員会

| 委員会名 | 内視鏡センター運営委員会 | 委員長名 | 飯田 武 |
|-------------------|---|--|--------------------------------|
| 目標(目的) | 内視鏡室と関連部署（外来、病棟、健康管理センター、薬剤部、放射線部）との連携を図り、業務が円滑に進むことを目的とする。 | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 |
| | 4月、7月、 10月、1月 の第2金曜日 | 外来、関係病棟、健康管理センター、 薬剤部、放射線部と3ヶ月の問題点 を挙げて検討する。 | 各部署と内視鏡室の連携につ いて話し合うことができた。 |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|-------------------------------------|-----|---------------------------------|
| 10月 | 「内視鏡治療あれこれ」 講師：飯田 武 (消化器内科医師) | 全職員 | 各職種から合わせて37名の参加者が あり、好評であった。 |

放射線部運営委員会

| 委員会名 | 放射線部運営委員会 | | 委員長名 | 佐々木克巳 |
|-------------------|--|--|---|-------|
| 目標(目的) | 他部門との協調および連携を図る 放射線業務における医療安全の徹底と職員の被ばく管理の適正化 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 4、8、12、3月 | 4ヵ月に一度の委員会開催 | 委員会の開催は適切に行われた。 | |
| | 年度を通じて | 放射線業務における医療安全への取り組みおよび教育訓練の実施、インシデント報告の提出と再発防止 | インシデント報告の検証と放射線部会での周知により情報共有がより可能となった。 | |
| | 年度を通じて | <ul style="list-style-type: none"> 放射線機器の安全管理 部内の診療材料や薬品の在庫の削減 | 各モダリティ担当者を中心に診療材料や薬品の在庫を管理しており一定の成果はある。 | |
| | 年度を通じて | 職員の被ばく低減とルミネスバッジ着用の徹底 | 適正な線量を超えそうな人には個別に通知と対策案を提案している。水晶体被曝線量計の使用。 | |
| | 年度を通じて | 放射線検査等における患者満足度の向上 | 検査説明動画作成や5S活動など部内にて実施。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|---|----------------------|------------|---|
| 4月 | 新人看護師のMRI磁場体験 | 新人看護職員 | 適切に行い、学習の定着につながった。 |
| 9月、3月 | 放射線教育訓練 | ルミネスバッジ着用者 | 適切に行い、学習の定着につながった。 |
| 随時 | MRIにおける磁場体験 | 全職種 | 適切に行い、学習の定着につながった。 |
| 馬関医心 (5、8、11、2月) NEWS LETTER (6、10、3月) | 広報活動 (ホームページ、広報誌) | 患者、他病院 | 診療放射線部のホームページ更新、馬関医心の年4回寄稿、News Letterの年3回実施。 |

リハビリテーション部運営委員会

| 委員会名 | リハビリテーション部運営委員会 | | 委員長名 | 定永 浩 |
|-------------------|---|-------------------|---|------|
| 目標(目的) | リハビリテーション部門の運営を円滑にすることで、患者さんの心身および生活機能の回復と病院運営に資する。 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 年6回 (偶数月) | 経営状況報告 開催行事の報告 | <p>2024年度の収益は119,676,000円で前年比2,424,000円増という結果であった。</p> <p>前年度と比較し、脳血管は3,455件増、心大血管1,573件減、廃用症候群は3,772件増、摂食機能療養は633件減、総件数9,682件増加した（摂食機能療養を除く）。総単位数は約17,000（133%）増加した。</p> <p>総括として各疾患別の件数は増加しており、要因としては入院患者数の増加および、老健閉鎖に伴いスタッフの病院への異動が挙げられる。地域包括ケア病棟の年間総単位数は18,421（昨年比265%）で、これを収益換算し一般病棟収益に加えると164,694,000円となり、前年と比較し32,180,000円増加している。セラピスト1名当たり平均年間収益は約9,400,000円。摂食機能療養については病棟へ移行したため件数は減少したが、STの疾患別は前年度より2,573件増加した。</p> | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|------|---------------------------|---------------|---|
| 数回/年 | NST 講師協力 (野田OT、杉本副技師長) | NST委員会 実習生 | リハ栄養（OT野田）、摂食嚥下障害の評価とリハビリ（杉本）について講義を実施。 |
| 4回/年 | 糖尿病教育講演 (古門主任) | 糖尿病教育 入院患者 | 糖尿病の教育入院患者に対し運動療法についての講演を実施。 |
| 2回/年 | 移乗介助研修会 (杉尾PT) | 検査部 | 検査部で起こり得る体調不良者や日常での介助方法について実技を中心に研修を実施。 |
| 1回/年 | 人工呼吸器について (佐藤PT) | RCT委員会 | 人工呼吸器についておよび排痰方法について講義と実技の研修を実施。 |

血液浄化センター運営委員会

| 委員会名 | 血液浄化センター運営委員会 | | 委員長名 | 山口史朗 |
|-------------------|--|---|--|------|
| 目標(目的) | 1. 腎臓リハビリテーション実施人数を増やし、継続することで透析患者の身体機能の低下を防ぐ 2. 緊急時の対応力を身につける（急変、防災訓練を行う） 3. PD、RRT 対応スタッフの育成 4. フットケアチェック100%実施 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 4月11日(木) 16:30～ 17:00 | 2023年度活動評価 2024年度目標・活動計画 腎臓リハビリ報告 | 1. 腎臓リハビリテーション継続者は5名であった。3ヶ月毎の身体機能テストでは全員が現状維持はできているという結果であった。 | |
| | 7月11日(木) 16:30～ 17:00 | 透析件数・透析液水質検査報告 腎臓リハビリ報告 | 2. 火災発生時のアクションカードを作成しそれに沿った防災訓練、地震による避難訓練を1回ずつ実施。急変シミュレーションは4回実施した。来年度も継続する。 | |
| | 10月10日(木) 16:30～ 17:00 | 透析件数・透析液水質検査報告 腎臓リハビリ報告、オーバーホールの検討 | 3. PD、CKDの勉強会を行いPDの診察介助はスタッフ全員が関わることができた。RRTは対象患者が4名と少なく、全員が関わることはできなかった。 | |
| | 1月9日(木) 16:30～ 17:00 | 透析件数・透析液水質検査報告 腎臓リハビリ報告、各訓練の報告 | 4. 1名チェックができず100%に至らなかったが早めの医師への報告は行った。下肢の趾の切断に至った事例が1名あった。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|----------------|--------------------|--------|---|
| 7月24日 8月29日 | 全員が関われるためのPD・RRT研修 | 血浄スタッフ | PD勉強会2回、RRT勉強会を1回行った RRTは2回以上説明の場が持てるように外来と連携していく。 |
| 2月14日 | 防災研修 | 血浄スタッフ | 地震の際の対応について勉強会を行った 今後は患者の訓練を取り入れていきたい。 |

防災管理委員会

| 委員会名 | 防災管理委員会 | | 委員長名 | 大下 昇 |
|-------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|------|
| 目標(目的) | マニュアルの整理 防火・災害訓練の実施 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 4月 | 新人研修 (水消火器による防火訓練) | 新入職員に訓練を実施 | |
| | 年間通じて | 各部署における防火・災害 訓練実施 | 年間通じて | |
| | 3月 | 防災管理委員実施 | 病院のIT-BCP マニュアルを整備し周知した。 | |

訪問看護ステーション運営委員会

| 委員会名 | 訪問看護ステーション運営委員会 | | 委員長名 | 古賀美砂紀 |
|-------------------|--|--|--|-------|
| 目標(目的) | 在宅医療推進、地域連携強化を目的として、在宅生活を支える訪問看護ステーションの運営を適切に行う。月350件以上の訪問件数を旨す。 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 4月26日 | <ul style="list-style-type: none"> 委員会メンバー変更 年間活動計画 委員会規程について 訪問看護運営状況報告 | 年に3回の委員会は、予定日時とはずれたものの、実施。運営状況の報告、黒字化経営に向けての検討事項など訪問看護ステーション運営に必要な事柄を話し合い、多職種と情報や意見交換ができた。また、身体拘束適正化についても話し合い、現状について情報共有できた。 | |
| | 10月17日 | 訪問看護ステーション運営状況の報告 | | |
| | 2025年 3月24日 | <ul style="list-style-type: none"> 年間活動実績報告、課題の抽出と対策の検討 次年度計画の策定 身体拘束適正化委員会 | | |
| | 10月17日 | 虐待防止委員会・研修 | 訪問看護ステーション運営委員会内で、虐待防止委員会を行い、事例検討と研修を行った。委員会内で情報共有を行うことが出来た。 | |
| | 5月・7月・9月 | 下関看護リハビリテーション学校実習受け入れ | 3回、7日間の実習受け入れを行った。 | |
| | 6月・2025年2月 | 山口県看護協会セカンドレベル・訪問看護入門実習受け入れ | 6月13日・20日セカンドレベルの在宅実習2名受け入れ、2025年2月13日・14日と、訪問看護入門受講生2名実習受け入れを行い、訪問看護についての現状、知識等を伝える事が出来た。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|----------------|------------------------------|-------------|--|
| 6・8・1月 | BCP研修・机上訓練 | 訪問看護師 | 講師：吉岡・小池。計5回。 災害時、感染流行時の対策と対応について共有し、その日に対応できるよう訓練を行った。毎年の訓練必要。 |
| 11・3月 | 感染予防 | 訪問看護師 | 講師：内田。訓練含め計3回。 感染予防について知識とその場で実践できるように訓練が必要と感じた。 |
| 5・7・8・10・3月 | 在宅における高齢者の虐待について (身体拘束含む) | 虐待対策委員 | 講師：三宅。 VODを含め計5回。身体拘束について考える機会ともなった。 |
| 2025年 2月25日 | 訪問看護研修 | ラダーⅠ・Ⅱ・Ⅲ目指す | 講師：三宅。 訪問看護の基本について院内研修を行い、理解できたと好評であった。 |

医療放射線安全管理委員会

| 委員会名 | 医療放射線安全管理委員会 | | 委員長名 | 佐々木克巳 |
|-------------------|--|---------------------------|----------------|-------|
| 目標(目的) | <ul style="list-style-type: none"> 診療用放射線の安全管理を行う 放射線診療に従事する者に対して研修を行う 線量管理を適切に行う | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 4、8、12、3月 | 4ヵ月に一度の委員会開催 | 委員会の開催は適切に行われた | |
| | 年度を通じて | 放射線診療を受ける者との間の情報の共有に関する整備 | 適切に行われている | |
| | 年度を通じて | 放射線診療に関する線量管理と線量記録 | 適切に行われている | |
| | 年度を通じて | 放射線診療に従事する者に対する研修 | 適切に行われている | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-------|------------------|-----|-------------------------------|
| 9月、3月 | 放射線診療に対する正当化 | 全職種 | 教育訓練と重複する内容であるため、動画での講習会を行った。 |
| 9月、3月 | 医療被ばくの基本的考え方 | 全職種 | 教育訓練と重複する内容であるため、動画での講習会を行った。 |
| 9月、3月 | 放射線診療の防護の最適化 | 全職種 | 教育訓練と重複する内容であるため、動画での講習会を行った。 |
| 9月、3月 | 放射線障害が生じた場合の対応 | 全職種 | 教育訓練と重複する内容であるため、動画での講習会を行った。 |
| 9月、3月 | 放射線診療を受ける者への情報共有 | 全職種 | 教育訓練と重複する内容であるため、動画での講習会を行った。 |

認知症ケア委員会

| 委員会名 | 認知症ケア委員会 | | 委員長名 | 岩本 浩 |
|-------------------|--|--|---|------|
| 目標(目的) | 1. 認知症の理解を深めることで、抑制率7%以内に抑え認知症ケアの質の向上をはかる。 2. 身体的拘束最小化チームでラウンドを行い、拘束の最小化に努める。 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 毎月 第2木曜日 | 認知症ケア加算・せん妄ハイリスク加算算定数把握と検討、身体拘束最小化のための指針を作成 | 1. 年間抑制率6.9%であった。 事例発表を行い抑制解除に向けたケア等の共有をすることができたので継続していく。 身体拘束開始時のアセスメントを作成、周知し抑制開始時のアセスメントが行えるようにした。 一般病棟において胃管挿入抑制患者に対し嚥下訓練を実施したことで、239人中11%が経口摂取に変わり抑制解除となった。 2. 身体拘束最小化のための指針を作成、周知した。 最小化チームでのラウンドは行っていないが、身体拘束の検討を行った。 | |
| | | 抑制の現状把握、低減への取り組み、抑制率の把握、患者の症例や倫理的視点での対応事例の紹介・検討、抑制体験 | | |
| | | 抑制解除に向けたカンファレンスの共有 | | |
| | | 加算算定患者に対する摂食嚥下評価・摂食機能訓練の件数把握、胃管抜去となった件数把握 | | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----------|------------|--------|--|
| 7月～3月 | 認知症患者体験 | 病棟スタッフ | 各病棟の全スタッフに抑制体験を行ってもらった。 抑制体験をしたことで患者の心境がわかった。 |
| 12月16～20日 | 認知症研修伝達講習会 | 全職員 | 参加者298名64%の参加率であった。 来年度はこれ以上の参加率をめざす。 |

クリティカルパス委員会

| 委員会名 | クリティカルパス委員会 | | 委員長名 | 定永 浩 |
|-------------------|--|--|---|------|
| 目標(目的) | 1. クリティカルパスの運用件数 20%以上を維持する 2. 短期入院のクリティカルパス作成 5件/年の増加 3. クリティカルパス運用マニュアルの見直しに伴うパスの浸透と業務効率化を図る | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 4月～7月 | クリティカルパスの作成項目の検討 | 運用項目の検討を行い、5例を新規作成することとした。 毎月28～30%程度使用している状況である。 | |
| | 各月 | 新規パスの承認 パス運用における問題の検討 パス運用件数の確認と評価 | 4月時点で52例のクリティカルパスを使用できるようになっていたが、3月の年度末の時点で、57例のクリティカルパスを使用できるようになった。 目標達成できた。 | |
| | 2月 | クリティカルパス運用マニュアルの見直しと評価 バリエーションの評価 | クリティカルパスが浸透するように、主に使用するパスのその他の項目にパス適応中のコメントを追加した。パスが浸透するように引き続き関わっていく。 | |
| | 3月 | 2024年度の活動評価 2025年度の活動計画 | 1年間の目標は達成できた。 今後は、パスの浸透と、DPCの解離がないかを見直していく必要がある。 | |

MRI 安全管理委員会

| 委員会名 | MRI 安全管理委員会 | | 委員長名 | 佐々木克巳 |
|-------------------|--|--|---|-------|
| 目標(目的) | MRI 検査業務の安全な運用を図る ・ MRI 安全管理講習会の開催 診療報酬「画像診断管理加算2」の改訂により、「臨床MRI安全運用のための指針※1」が策定され、年一度の講習会開催が義務づけられている。 ※1 公益社団法人日本医学放射線学会 一般社団法人日本磁気共鳴学会 策定 | | | |
| 活動計画 (具体的取り組み) | 日時(実施日) | 内容 | 総評価・考察 | |
| | 4月、3月 | 年2回の委員会開催 | 委員会の開催は適切に行われた。 | |
| | 2月 | MRI 安全管理講習会の開催 | 吸着事故・発熱事故・造影剤副作用などの注意事項を院内に周知する目的で行われた。 | |
| | 4月 | MRI 安全利用のための磁場体験 | 新入看護職員に対してMRIの磁場体験が行われた。 | |
| | 年度を通じて | MRI 検査業務における医療安全の取り組み インシデント・ヒヤリハット事例の報告と再発防止 | インシデント・ヒヤリハット事例は適切に報告されている。 問診票の改訂を行い、患者のリスク因子を事前に確認することで、適切に運用・管理されている。 | |
| | 年度を通じて | 検査中急変時のシミュレーション | 患者急変時の対応動画を視聴し討論が行われた。 | |

■研修

| 開催月 | テーマ | 対象者 | 評価 |
|-----|---------------|--------|-----------|
| 4月 | 新入看護師のMRI磁場体験 | 新入看護職員 | 計画通り開催された |
| 2月 | MRI 安全管理講習会 | 全職員 | 計画通り開催された |