

消化器肝臓内科

内科診療部 部長 小曾根 隆

1. 診療方針、現状

令和4年度、消化器・肝臓内科は高木均院長、小曾根隆内科診療部長、丸橋恭子内科診療部副部長、木澤和子医師、高草木智史内科診療部医長、横山洋三医師の6名の常勤医師、及び非常勤医師5名（内視鏡3名、外来2名）にて診療を行った。当院消化器・肝臓内科においては、すべての消化器疾患全般、肝臓疾患全般の診療を行っている。

肝臓部門では経口薬によるC型慢性肝炎の治療を継続している。C型肝硬変に対してエプクルーサ錠の投与が可能となり積極的に導入を進めている。（図1）

今年度も若干ながら以前よりのコロナ禍の緊急事態宣言の影響で一時検査件数が減少しているところはあるものの、概ね以前同様に総件数としては回復してきている。

大腸内視鏡では、1cm以下のポリープ（腺腫）に対してコールドポリペクトミーが主体となり、日帰り切除例が増加した。また進行大腸癌による腸閉塞例も増加し、減圧目的での大腸金属ステント挿入も引きつづき増加傾向にある。大腸憩室出血も増加し、同日前処置にて大腸内視鏡を行ない、EBL（内視鏡的憩室出血結紮術）を行っている。ヘリコバクターピロリについては、未除菌患者数の減少もあり、新たな除菌者も減少傾向にある。反面、除菌後の早期胃癌が増加し、当院でのESD件数も増加した。（ESDは非常勤医師に依頼）

炎症性腸疾患においては成人、小児の潰瘍性大腸炎、クローン病に対しての難病指定医登録を行っており、群馬大学での症例登録に参加し情報交換を行っている。従来の生物学的製剤（TNF α 阻害薬、抗ヒトIL-12/23阻害薬）に加え、JAK阻害薬、インテグリン阻害薬、抗ヒトIL23/19阻害薬など新規薬剤が次々承認されており、新規導入例も増加している。インフリキシマブ、ベドリズマブ、ステラーラ導入時などの点滴は化学療法室にて施行している。

2. 診療実績と推移（R1年4月～R5年3月）

		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
B型肝炎	バラクルード／エンテカビル	21	28	26	22
	テノゼット	1	1	1	0
	ベムリディ	30	37	42	45
	合計	52	66	69	67
C型肝炎	ソホブビル+リバビリン	0	0	0	0
	ヴィキラックス	0	0	0	0
	ハーボニー	3	7	3	0

	エレルサ+グラジナ	4	0	0	0
	マヴィレット	23	26	18	16
	エプクルーサ	6	2	2	0
	合計	36	35	23	16
肝細胞癌	造影超音波検査	64	55	56	68
	肝動脈注入化学療法	52	18	12	24
	ラジオ波焼灼療法	52	39	28	38
	合計	168	112	96	130
上部消化管 検査	外来	858	685	958	987
	入院	176	117	140	138
	D O C K	941	605	841	884
	健診	382	291	441	426
	胃癌検診	422	307	413	421
	合計	2779	2005	2793	2856
上部消化管 治療	EMR/ポリペクトミー	4	2	3	0
	E S D	11	6	21	13
	E V L	14	21	19	19
	E I S	3	7	4	1
	止血	14	14	17	27
	イレウス管	6	7	7	10
	異物除去	5	3	3	4
	拡張術	7	6	6	11
	胃瘻	18	26	28	23
	合計	82	92	108	108
E R C P	E R B D	15	15	21	11
	E S T	11	7	13	18
	破石	7	4	3	1
	造影のみ	3	3	5	6
	E P B D	0	1	6	1
	合計	36	30	48	37
下部消化管 内視鏡検査		523	326	486	429
下部消化管 内視鏡検査 治療 z	ポリペクトミー	319	228	309	332
	止血	14	4	17	14
	拡張術（内大腸ステント）	20(15)	7	14	23
	E V L	1	0	0	0
	イレウス管	0	0	5	2

看護クラーク 1 名

5. 臨床研究のテーマ

- ① 肝硬変症に対するカルニチン製剤の効果
- ② C型肝炎に対する経口抗ウイルス薬治療前後の M2BPG i の変化に関する研究
- ③ 群馬県内の肝性脳症および高アンモニア血症に対するリファキシミンの治療成績
および副作用についての多施設共同研究
- ④ 肝細胞癌患者へのレンバチニブ治療例において、サルコペニアが与える影響の検討
：前向き観察研究
- ⑤ 肝細胞癌患者へのレンバチニブ治療例における甲状腺関連副作用（有害事象）の検討
：後ろ向き研究
- ⑥ C型肝炎患者における直接作用型抗ウイルス薬(DAAs)治療後の発癌抑制に関する研究
- ⑦ 消化器内視鏡に関連する疾患、治療手技データベース構築
- ⑧ 群馬県における炎症性腸疾患患者のデータベース作成
- ⑨ 群馬県におけるE型肝炎の最新の動向
- ⑩ 当院における非アルコール性脂肪性肝疾患のデータベース作成
- ⑪ C型肝炎に対するソホスブビル/ベルパタスビル治療の有用性に関する北関東他施設
共同研究
- ⑫ 高中性脂肪血症を有する NAFLD 患者へのペマフィブラートの効果に関する検討

6. 研修教育方針、実績

日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会および日本肝臓学会の認定施設となっており、学会専門医を取得希望の若手医師の研修も可能となっている。

また、群馬大学第一内科入局初年度の研修医を週 1 回受け入れており、習熟度や本人の希望に応じて、上部、下部内視鏡、救急外来初期対応、血管造影等の研修を行っている。

7. 将来展望

肝臓病の分野、とくに慢性 C 型肝炎の治療については、今後とも実臨床の場でその効果、副作用などについて検討を続けていく予定である。

さらに、近年注目されている、非アルコール性肝疾患/非アルコール性脂肪性肝炎 (NAFLD/NASH) においては 県内で初めて導入した FibroScan を用い非侵襲的に検査を行い、診断及び治療に結びつけていきたい。

一方、内視鏡分野においては NBI、拡大鏡観察による診断が求められており、それに対応する内視鏡ファイバー、光源設備の充実を図っていきたい。

当院では、クローン病・潰瘍性大腸炎の患者も多く通院している。ここ数年で新規薬剤も次々に保険承認されており、知識のアップデートとともに、適切な加療を行っていきたい。

循環器内科

循環器内科 深澤 利恵

1. 診療体制

循環器内科では検査科、放射線科と協力して循環器疾患全般を扱っている。

常勤医として深澤が勤務し、非常勤医として第 2,4 水曜日午後に庭前医師(前橋日赤)、第 1,3 木曜日午後に岡田医師(前橋日赤)、第 1 土曜日に加藤医師(群馬大学)が診療にあたっている。

2. 診療内容、現状

外来では高血圧、心不全、虚血性心疾患、不整脈、弁膜症、大動脈疾患、深部静脈血栓症および肺塞栓症などの患者を診察し、定期的に検査や加療を施行。

手術やカテーテル検査および治療(PCI およびアブレーションなど)が必要な場合は近隣の施設に紹介。疾患の性質上、症状、検査結果により迅速に正確に診断することを心がけている。また、入院中に循環器疾患をもった患者の相談を適宜受け、入院の質を上げるべく努めている。

2022 年度の検査は以下のとおり。

検査科、放射線科と協力し、件数の向上、質の向上を目指す。

- 心エコー 669 件
- ホルター心電図 66 件
- トレッドミル運動負荷試験 6 件
- 冠動脈 CT 29 件

3. 教育活動

心電図検査を行う検査技師と連携して、外来や病棟でファーストタッチをする医師、看護師に、緊急を要する心電図変化であるかどうかの対応ができるようにしたいと考えている。心電図計の解析では指摘されない異常所見の相談を適宜受け、フィードバックしている。

4. 今後の展望

冠動脈 CT は 2015 年 8 月 31 日より開始し、2022 年度までに合計 213 件行った。導入当初は画像の構築、読影に時間を要したが、件数を重ね、迅速に行えるようになった。月に 2 件ほどのペースを目指している。近隣開業医の中にも冠動脈 CT を依頼をしてくださる先生もあり、適応について広く周知していきたいと考える。

心房細動は高血圧、糖尿病などのいわゆる common disease と同様であり、また加齢に伴い増加するもので、一般内科医でも初期治療ができるようにしていきたいと考える。

近年は心不全パンデミックと言われ、新規薬剤を導入し、患者さんに応じた治療を行っていきたい。

内分泌・糖尿病内科

内分泌・糖尿病内科 高橋 春菜

1. 診療体制

内分泌・糖尿病内科は常勤医師 1 名、非常勤医師 3 名により糖尿病と内分泌代謝疾患の診療を行った。

2. 診療内容

糖尿病の外来診療は 1 型糖尿病、2 型糖尿病、膵性糖尿病、肝性糖尿病、ステロイド糖尿病等に対する治療を経口血糖降下薬や注射薬(GLP-1 製剤、インスリン)にて行った。また、管理栄養士や看護師と共に療養指導を行い、糖尿病性腎症 2 期以上の患者に対して透析予防外来を継続した。糖尿病の血糖コントロールや教育目的の入院の他、他科からの依頼に応じて適宜入院中の血糖管理も行った。

内分泌疾患は外来診療において、バセドウ病や慢性甲状腺炎、亜急性甲状腺炎、腺腫様甲状腺腫、プラシマー病などの甲状腺疾患や、原発性副甲状腺機能亢進症、原発性アルドステロン症、副腎皮質機能低下症、汎下垂体機能低下症の治療や、下垂体腫瘍、副腎腫瘍の検査やフォローアップを行った。外科治療や甲状腺の結節性病変に対する穿刺吸引細胞診が必要な場合は、乳腺・内分泌外科に依頼した。

3. 教育活動

例年行っているスタッフ向けの糖尿病の勉強会や患者向けの糖尿病教室は新型コロナウイルス感染症の影響で中止した。

4. 今後の展望

外来では看護師、管理栄養士などと共に糖尿病診療チームとして患者の合併症予防を目指した療養指導を継続する。また、入院では病棟によらず普遍的な糖尿病医療が実践できるよう知識や技術を共有していく必要がある。

乳腺・甲状腺外科

乳腺健診センター長 飯野 佑一

1. 目標

乳癌に関しては、手術症例数を増加するための工夫。再発症例治療に関する施設間の連携（特に有痛性骨転移に対する放射線治療や脳転移に対するガンマナイフ、サイバーナイフ）、インフォームド・コンセントの徹底、Advance Care Planning の実施。

甲状腺に関しては、手術症例数の増加と施設間の連携（特にアイソトープ内用療法）。

2. 現状

乳癌に関しては、手術数は横ばい。当院は放射線治療ができないため、他施設に依頼している。又、PET 検査、骨シンチができなくなった事も診断および薬剤の効果判定上不便である。インフォームド・コンセントに関しては、現状では特に問題はない。緩和ケア科がないため、再発乳癌患者にきめ細かく対応する Advance Care Planning ができていない。甲状腺に関しても、手術数は横ばい。

3. 活動報告

日本乳癌学会学術総会、乳癌基礎研究会や乳癌関係の研究会には積極的に参加している。藤岡・多野地区および埼玉北部の中心的病院として乳癌および甲状腺疾患に対し手術を中心に、幅広い治療を行っている。

4. 今後の展望

乳癌に関しては、インフォームド・コンセントを御説明書に従って今後更に徹底したい。外来化学療法室、外来看護師、MSW の協力を得てチームとして Advance Care Planning の実施に少しでも近付きたい。

放射線治療に関しては、利便性なども配慮し、できる限り藤岡総合病院放射線科との連携を更に強めてゆきたい。又、脳転移に対するガンマナイフ、サイバーナイフが可能な施設との連携も密にしたい。手術件数を徐々に増加させる工夫をしてゆきたい。

甲状腺に関しては、藤岡・多野地域は勿論、埼玉県の一部も含め、中心的病院として手術件数を増加させていきたい（病院のアピールなど）。

整形外科

整形外科診療部長 笠原 進

現在の診療体制としては、2020 年から海老原医師に当院就任していただき、私、義江医師、江崎医師、海老原医師の 4 人体制で診療に当たっている。

それぞれの医師の専門分野はある程度決まっており、私は膝周辺の疾患、外傷。義江医師は上肢、手の疾患、外傷。江崎医師はリウマチ関連の疾患。

海老原医師は外傷全般、特に人工股関節、人工膝関節などを専門としている。

もちろん一般的な外傷などは、全員が経験豊富であり、難しい症例などは全員で相談しながら診療に当たっている。

毎週木曜日には全員で集合し、病棟師長も含めてカンファレンスを行っている。

2020 年に海老原医師に来ていただいてからは、人工関節手術、特に以前は当院で対応できなかった人工股関節手術なども症例が増加している。

昨年（R4 年度）の手術件数は整形外科が 157 件であった。

当院で対応困難な疾患としては、脊椎脊髄疾患、脊椎脊髄の外傷、悪性腫瘍などがあるが、いずれも手術が必要な場合は群大、関連病院など

それぞれの専門病院を紹介して、手術など検討していただくことになる。その場合も手術後落ち着けばまた当院でリハビリを継続させていただくことが多い。

また手術が必要で無ければ当院で経過を見させていただくことも多いが、その場合もそれぞれの専門病院と連携しながら経過を見させていただくことになる。

整形外科的な治療としては、手術する、しない、にかかわらず、リハビリが重要となる。当院ではリハビリのスタッフ、施設も充実しており、

他院からも手術後の患者さんがリハビリテーション目的で紹介で転院されることが多い。

今後の展望

現在も 4 人体制で、外来、手術件数も増加している。外来も増加しており、患者さんの待ち時間が長くなっている。

今年から基本的に午前中は午前 10 時 30 分から 2 診体制となり、第 2，第 4 火曜も午後外開始開始となった。その後は外来の待ち時間も少し短くなっているようだ。

これからはコロナの制限が緩くなり、スポーツイベントなども増えてくると予想される。

この 2 年間くらいはスポーツ外傷は減少しており、高齢者の骨折などが多かったが、今後はスポーツ外傷などが増加する考えられる。

今は麻酔科が定期で火曜、水曜に来院している。整形外科は水曜日中心に手術を行っているが、外科も手術件数が増加しており、

今後麻酔科の来院日を増やさないと手術が組みにくくなるかもしれない。

これからも群大や関連病院と連携を取りながら充実した医療を目指して行きたい。

リハビリテーション部

リハビリテーション部 部長 義江 健

1：リハビリテーション科の目標：地域医療に根ざして、患者さんの目線に立ってできる限り患者さんのご希望に添えるように機能回復、社会復帰を目指したリハビリテーションを真摯に、熱意を持って行ってゆくこと。

2：リハビリテーション科の現状：リハビリテーション科の現状としては各科の医師、看護師を含めてPT 22名、OT 7名、ST 2名、事務員 1名で患者さんの治療に当たっている。今のところマッサージ師が不在で、可能であれば今後マッサージ師による治療が出来るともっと患者さんのニーズに応えられるのだが。

3：活動内容：リハビリテーション科の活動としては、運動器リハを中心に、脳疾患リハ、呼吸器リハ、癌リハ、廃用症候群リハなど様々な患者さんを対象としたリハビリ治療を行っており 2022/4/1～2023/4/1のリハビリ患者数は

外来のべ 2087 名、入院のべ 27,028 名であった。内訳は

新規 外来 104 名 のべ 2,087 名 で、165.25 人/月

入院 712 名 のべ 27,028 名 で、2198.67 人/月

合計 748 名 のべ 29,115 名 で、2363.92 人/月

であった。前年度のコロナ禍の影響で患者数は減少したのはやむを得ないと思われる。

リハビリテーションの領域分類では、

脳リハ 65 名、廃用リハ 268 名、運動器リハ 481 名、癌リハ 29 名であった。

4：今後の展望：長いコロナ禍の影響でコロナ病棟の設置や患者と接触する事を避けられないリハビリテーション治療の性質上、前年度の患者数の減少はやむを得ないことであった。今後は患者数の増加、手術件数の増加に伴いリハビリテーション患者さんも増加すると思われ、スタッフ一同目標に向かって頑張る所存である。

放射線診断科

放射線診断科医長 中島 功雄

1. 現状

放射線診断科では、患者さんの疾患・診療科の要望に応じたモダリティでの画像を撮影し診断を行っております。常勤医としては中島が勤務しています。夜間・休日などの時間外における緊急症例は、先進医用画像解析センターの協力のもとに遠隔画像診断を行っております。

2. 実績

2022(R4)年度の検査件数は以下のとおりです。

CT	4813 件
MRI	1845 件
CR	2320 件
US	4847 件

以上の検査のうち、CT・MRI については、読影依頼の無いものを除いてほぼ全ての症例で読影レポートを作成しています。CR・US については人間ドックや外来などからの依頼のあるものに読影レポートを作成しています。

3. 今後

- ・新型コロナウイルス感染症は最盛期と比べて落ち着きつつありますが、今後も感染の恐れのある症例は漏らさず報告できるよう注意を払ってゆこうと思います。
- ・読影システムの改善により、臨床の先生方へのサポートをより迅速にできるよう努めてまいります。

歯科口腔外科

歯科口腔外科診療部 部長 中野 みゆき

1. 治療方針

口腔外科医と歯科麻酔医を中心としたチーム医療で、安全で快適な歯科診療環境を提供することを基本方針とする。

2. 診療実績

本年度は、常勤の中野みゆき、塩谷智恵子に加え、非常勤の中村直樹の3名で診療にあたった。

(1) 外 来

<患者数>

- 全患者数 : 7197 名
- 初 診 : 1931 名 (内紹介 : 1030 名)
- 再 診 : 5266 名

新型コロナウイルス感染症の影響で減少した患者数も回復傾向にあり、紹介率は年間を通じて50%程度で推移していた。抜歯を中心とした外科処置はほとんどが紹介患者を対象としており、他は当院透析患者、他科入院患者の一般歯科治療（う蝕治療、義歯等）が多くを占める。回復期リハビリ病棟入院患者に対する口腔内チェックが定着したことで、入院患者の口腔内環境向上に繋がると同時に、安定的な患者確保の一助となっている。

なお、全患者数には周術期等口腔機能管理、専門的口腔ケアの対象患者を含む。

<外来手術>

- 抜歯術 : 1568 例
- 埋伏智歯抜歯術 : 373 例
- 静脈内鎮静法 : 383 例
- その他

処置は、主に紹介による抜歯術が多くを占める。高齢社会を反映して何らかの基礎疾患を有する患者が多く来院するため、各種検査や内科対診を事前に行い、安全に治療が進められるように注意を払っている。

静脈内鎮静法は安定的にニーズが高い。歯科治療に対して恐怖心が強い患者、基礎疾患に対するストレス緩和の一法として本法を併用している。

＜初診疾患内訳＞（抜歯病名は除く）

先天・後天異常	舌小帯短縮症	3	嚢 胞	歯根嚢胞	20
	上唇小帯短縮症	2		含歯性嚢胞	8
	口蓋隆起	8		粘液嚢胞	6
	下顎骨隆起	4		嚢 腫	18
外 傷	上顎骨骨折	0	良性腫瘍	乳頭腫	0
	下顎骨骨折	1		血管腫	1
	頬骨骨折	0		エプーリス	2
	歯の外傷	12		舌癌	5
	軟組織損傷	31	悪性腫瘍	歯肉癌	1
炎 症	蜂窩織炎	2	顎関節疾患	顎関節症	52
	顎骨周囲炎	20		顎関節脱臼	3
	上顎洞炎	11	神経性疾患	三叉神経痛	5
	顎骨骨髓炎	7		顔面神経麻痺	1
	薬剤関連性顎骨壊死	2	唾液腺疾患	唾石症	3
口腔粘膜疾患	白板症	2		唾液腺炎	3
	扁平苔癬	8	その他	口腔乾燥症	25
	類天疱瘡	0		シェーグレン症候群	3
	口腔カンジダ症	20		舌痛症	23

対象疾患は、表に示すように腫瘍、炎症、外傷、粘膜疾患と多岐にわたるが、難症例については、近隣の高次医療機関である高崎総合医療センター、前橋赤十字病院の協力を得ながら診療にあたっている。

非常勤歯科医師の加入により、舌痛症、顎関節症等の慢性疾患に対して、より専門的な対応が可能となった。

(2) 入 院

＜患者数＞

■ 全患者数 : 335 名

＜処置内容＞

■ 日帰り入院下智歯抜歯術 : 93 例

■ 短期入院下入院下智歯抜歯術 : 169 例

■ 短期入院下有病者一括抜歯術 : 55 例

■ その他

顎骨周囲炎、上顎洞炎等の消炎目的での入院と抜歯を中心とした口腔外科小手術目的での入院が多くを占める。手術侵襲や基礎疾患を考慮し、必要に応じて入院管理で処置を行なっている。静脈内鎮静法を併用した日帰り入院、短期入院下での抜歯が定着し、月 30-40 例で推移している。

＜全身麻酔下手術症例＞

■ 埋伏智歯抜歯術 : 4 例

■ 顎骨嚢胞摘出術 : 3 例

■ 含歯性嚢胞摘出術 : 3 例

■ 過剰埋伏歯抜歯術 : 2 例

(3) 周術期等口腔機能管理 算定件数 : 89 件

外科、整形外科の全身麻酔下手術予定患者、悪性腫瘍化学療法予定患者、骨粗鬆症治療開始予定に対して、口腔機能管理を実施している。術後の誤嚥性肺炎防止を目的とした歯石除去、気管内挿管時の動揺歯保護のための口腔内装置作製は主に歯科衛生士が担当している。また、化学療法に際しては、菌性感染症の予防、口腔粘膜炎のリスク軽減のため、事前に感染巣を有する歯を抜歯したり、歯石除去やブラッシング指導を通じて、口腔内保清に努めている。

また、薬剤関連性顎骨壊死の予防のため、事前に口腔内精査を行い、かかりつけ歯科と協働しながら治療を進めている。

(4) 専門的口腔ケア 算定件数 : 389 件

口腔ケアは、口腔内を清潔に保つことにより、う蝕や歯周病の予防、口臭予防や快適性の向上という局所感染防止にとどまらず、誤嚥性肺炎を予防し、生活の質を向上させることを目的とする。現在、療養病棟入院患者を中心として、歯科衛生士による専門的口腔ケアを実施している。また、本年度より歯科衛生口腔粘膜処置として保険算定を開始した。その際、誤嚥の危険性のある動揺歯を確認し、必要に応じて抜歯するよう心がけている。

(5) 嚥下内視鏡検査 算定件数 : 14 例

平成 29 年から、歯科医師、言語聴覚士、管理栄養士、看護師、歯科衛生士で構成される NST 嚥下チームで実施している。食事再開前、食事調整時の嚥下機能評価に加え、本年度後半からは胃瘻増設前の評価も実施している。

3. 今後の展望

今後も引き続き、地域開業歯科からの紹介患者増加に向けて、迅速、丁寧な診療を心がけるとともに、歯科医師会例会等への参加を通じて会員との交流を深め、目にみえる連携構築に努める。また、紹介患者の約半数を占める埼玉南部地域の歯科医院への周知に努める。

来年後は、二名体制での診療が可能となるが、スタッフ数の減少が予想されるため、治療内容を再検討し効率的に治療が進められるよう心がける。

非常勤の中村歯科医師の加入に伴い、舌痛症、顎関節症等へのより専門的な対応が可能となったため、「口の痛み外来」「顎の痛み外来」といった特殊外来の設置を検討していきたい。

医療安全管理室

医療安全管理室 師長 高橋 真美子

【活動目標】

1. ダブルチェックの再考。
 - ・一人双方向型又は、2人同時双方向型の基本を身につけ実践できる。
 - ・指差呼称の基本行動が実践できる。
2. 転倒転落事故防止へのアプローチ。
3. AED/BLS 研修とシミュレーションの実施。

【活動目標実績】

活動目標 1. ダブルチェックの再考

- ・指差し呼称について、誰もが標準を正しく理解し手順の意味・重要性を理解するために、今年第2回医療安全全体研修は、「復唱、指差呼称、ダブルチェック」について動画研修を実施した。
- ・研修報告書には、指差呼称についてアンケート調査をおこない『指差呼称を実施できない理由』『どうすればできる様になるか』について意見を記入してもらった。
- ・『できない理由』は、「忙しい」「過信・慣れ」「時間がかかる」「習慣がない」「形だけになっている」「羞恥心がある」「待たせる」「作業の中断」「実施場面選定されていない」があがった。
- ・『できる様になるには』の意見は、「重要性の理解」「意識付け」「定期チェック」「ゆとり」「場面の選定」「目につく所に掲示」があがった。役職の意見の中に「リーダーシップ」があがっていた。
- ・研修受講結果報告をまとめ、『指差し呼称』について、どのように感じ、どんな思いを持っているのかを部署内で回覧して頂くため資料を配付した。

活動目標 2. 転倒転落事故防止へのアプローチ。

- ・転倒転落によるレベル 3b は3件であった。

5月に外来トイレで骨折事例が発生し、改善策として介助が必要な場合は遠慮なく声をかけていただけるようトイレに掲示する注意喚起ポスターを作成し掲示した。

11月・2月に回りハ病棟で骨折事例が発生し、11月の事例はSHELL分析を行いチーム会でも分析を共有した。2月の事例は、患者の要因が大きく、「物的環境に関連するインシデント」で振り返りを行った。
- ・R4年2月の骨折事例に対し、部署がSHELL分析を行った結果をチーム会で共有し、トイレ便座を利ビスタで拭くタイミングをマニュアルに追加に至った。
- ・離床センサーの不足による購入希望については、現状把握を行うために12月から使用状況調査を行い、購入の検討を行うとしている。
- ・各部会の取り組み
 - ベッドサイドラウンド部会：ラウンドチェックリストを改訂。
 - コミュニケーションルール部会：歩行補助具マニュアルを作成。

マニュアル部会：報告レポートの「その他」項目の要因分析。

活動目標 3. AED/BLS 研修とシミュレーションの実施。

- ・患者急変を未然に防ぐ」「危険を回避出来るための教育」を柱に、「知識とスキルの向上」に取りむ
為、重要な情報を共有できる仕組み作りを目的に3部門（看護部、事務部、診療技術部）をチーム
部会とし開催した。
- ・事務部：昨年度は、AED 実践研修が開催できなかった事から、今年度は実践研修受講希望者中心に
BLS 研修を企画。69 名中 52 名は実践できたが、17 名については感染症流行に伴い実践できなかった。
- ・看護部：2019 年度に急変対応場面において看護の知識・役割不足が課題とされ、継続的な取り組み
が検討されていた。今年度は、ALS 訓練に対するシナリオを作成し訓練の実施計画を行い、実践でき
たのは1部署のみであったが、反省点からチェックリストを作成に至った。
- ・診療技術：レッドコール運用マニュアルの再考に伴い、マニュアルは完成させたが、実践・検証に
至っていない。救急カートの物品・配置について、アンケート調査を行ったが改定に至っていない。
- ・第6回 医療安全推進月間では、「心肺停止時の救命方法と AED の使用方法について」当院の取り組
みを紹介し、「AED を知っている人から使える人」になることで救える命がある事アプローチした。

【主な活動内容】

- ・医療安全対策地域連携加算における相互チェックの実施
医療安全対策加算 1 の訪問評価：東邦病院に訪問し GRM 中心に相互評価（2 月）
医療安全対策加算 2 の書類審査：第一病院 3 月
- ・業務改善計画書（テーマ）：1 人双方向型又は 2 人同時双方向型の基本を身につけ実践できる。
指差呼称の基本行動が実践できる。

・薬剤事例に関する業務改善

R4 年度	改善内容
グラルギン単位間違い	・指示簿に「定期インスリン」指示追加
冷所保存薬投与忘れ	「冷所保管薬剤です」に「冷所薬剤あります」のカードを追加し、セ ットで運用開始
レペタン 0.5A 実施の所 ソセゴン 0.5A 筋注	回リハ病棟、療養病棟、6 階病棟のレペタン、ソセゴンの部署管理廃 止。4 階病棟、5 階病棟、外来のみ管理とし、管理表・ケースの表示 を改定
ホリゾン 1A 紛失、 プロチゾラム錠 0.25mg1 錠紛失事例から	チェックリストの薬剤確認は数量チェック
内服アセスメントシート 改訂	自己管理インシデントから、内服アセスメントシートの見直し改定

・薬剤関連以外の業務改善

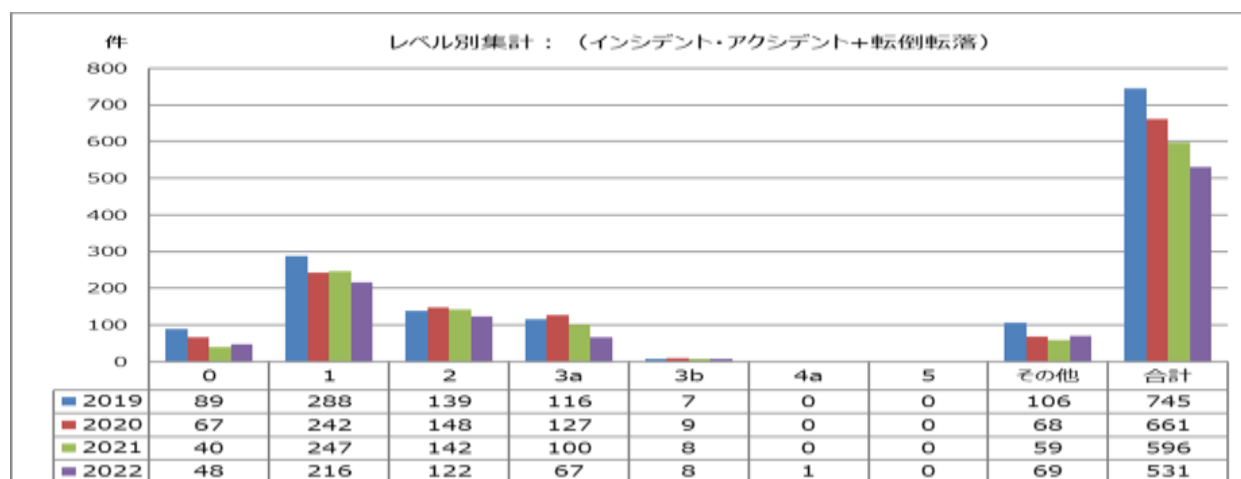
R4 年度	改善内容
RFA 後の造影 CT 休薬、同意書取得未実施事例	・パス 1 日目看護介入：「持参薬確認（抗凝固薬、抗血小板が中止になっている事を確認）」と変更（5/10） ・パス 2 日目看護介入：「CT に伴う禁食事には血糖降下薬が中止になっていることを確認」を追加（5/10） ・RFA 予約時にその後の造影 CT の同意書を一緒に出力できるよう設定変更。（5/26） ・「ラジオ波焼灼治療後の CT・X 線検査の造影剤使用における説明、問診、兼同意書」変更（6/3）
外来患者：トイレで転倒し左上腕骨骨折	「車椅子の乗り換えやその他のお手伝いが必要な方は、お近くの職員にお声かけ下さい」、トイレ内に「座ったままでお待ちください」のポスター表示。
ASO 患者に弾性ストッキング使用禁忌 「退院決定」と「退院確認」食事時間をまたいだためインシデントになり得る事例からシステム改善	機能評価機構 医療安全情報 2022 年 7 月号から、VTE 評価表改定 ※ASO 併発患者では、弾性ストッキングは使用不可の一文を追加した。 8/2 より仕様を変更。 「退院決定」入力時、食事中止日時が画面に表示され、退院時間の入力をする、自動的に退院時間の次の食事から中止となる。 ・「退院確認」時に、「退院決定」時の食事中止が反映される。
酸素未投与事例	酸素ボンベ専用タイマー「かんたん 02 タイガー」3 台購入
病棟・透析間の情報伝達不具合あり	「血液浄化療法引き継ぎシート」
カテーテル交換時の患者の不快感や苦痛、カテーテルの誤挿入等の観点から、交換期間について検討。	経鼻胃管カテーテル留置期間⇒4 週間毎

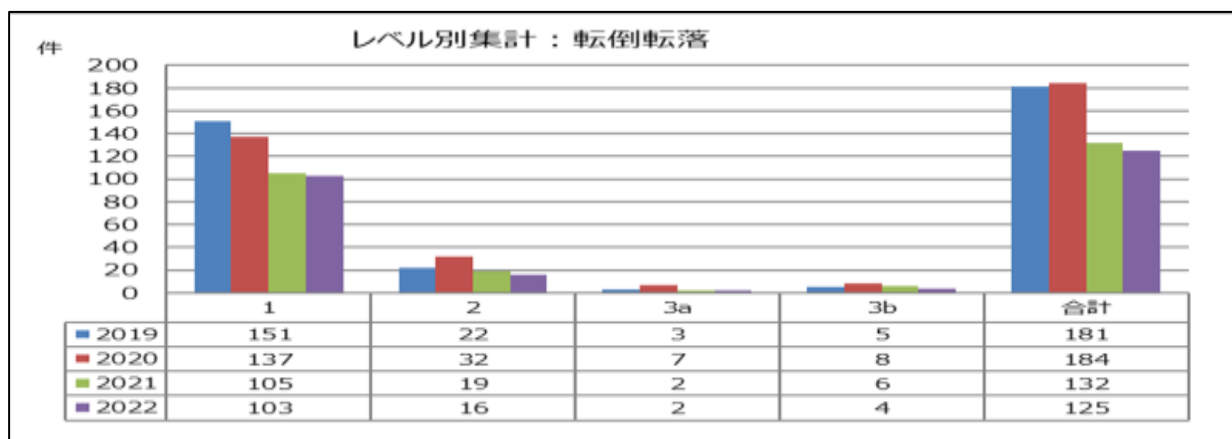
・医療安全情報発行内容（全 26 回）

発行回数	発行月	院内メール	発行内容
1		5 月	4.5 月の患者誤認事例
2		5 月	薬剤関連インシデント
3		6 月	心電図モニターのアラームについて

4		6 月	【再通知】心電図モニターのアラームについて
5		6 月	セイフバイアクセスの取り扱いについて
6	7 月		PMDA 医療安全情報「二層バッグ製剤（バック型キット製剤）の隔壁未開通事例について」
7		7 月	患者間違いを防げた事例
8	7 月		「退院決定」時間と「退院確認」時間入力に注意
9		7 月	ASO 患者に弾性ストッキング使用禁忌
10	8 月		禁食中の患者に誤配膳！
11		8 月	動揺歯、義歯に関連したインシデント報告
12		8 月	保冷库保管薬
13		8 月	病棟から検査出棟時の患者確認行動
14	8 月		ID 2 重登録
15		8 月	内服アセスメントスコア
16		9 月	入院前の外来オーダー未実施事例
17		10 月	向精神薬（注射・内服）部署管理について
18		10 月	チェックリストの薬剤確認について
19		10 月	膀胱留置カテーテルの注意事項（尿道損傷事例から）
20		11 月	患者確認
21		11 月	食物アレルギーフリーコメント欄入力禁止
22	12 月		ハンドクリーム歯磨き粉と誤認
23		1 月	電カル入院履歴誤入力について
24	1 月		インスリン過剰投与
25	1 月	1 月	指示簿の確認不足
26	2 月		同姓同名患者間違い

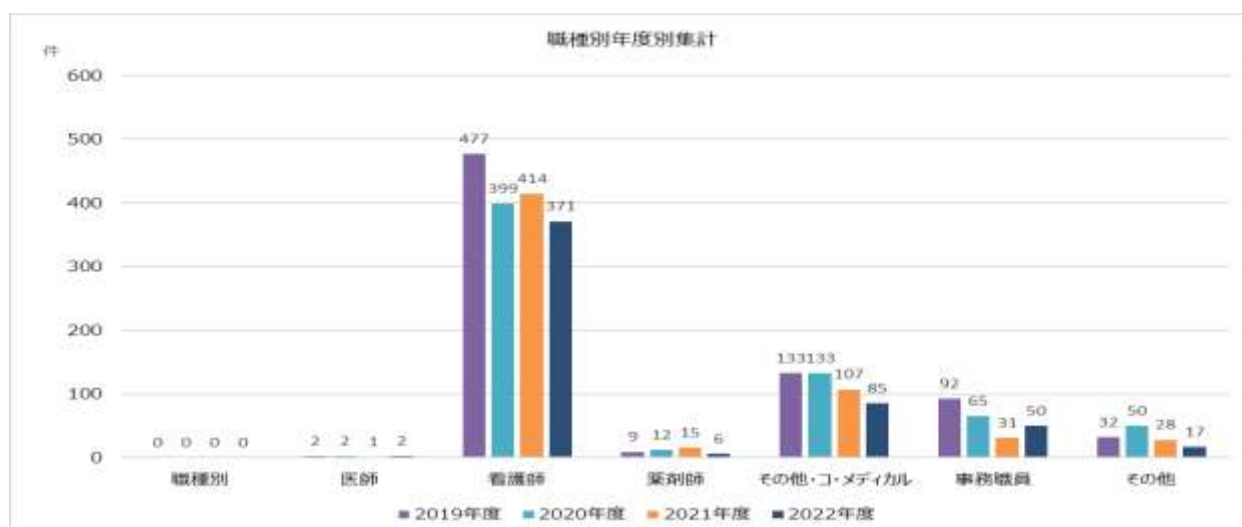
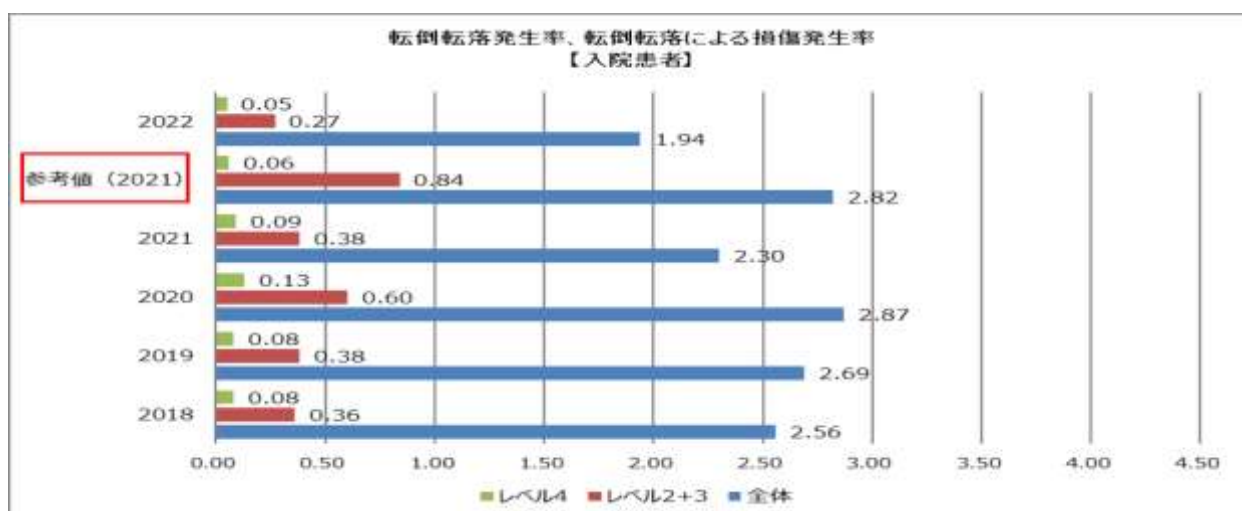
・医療事故情報収集報告

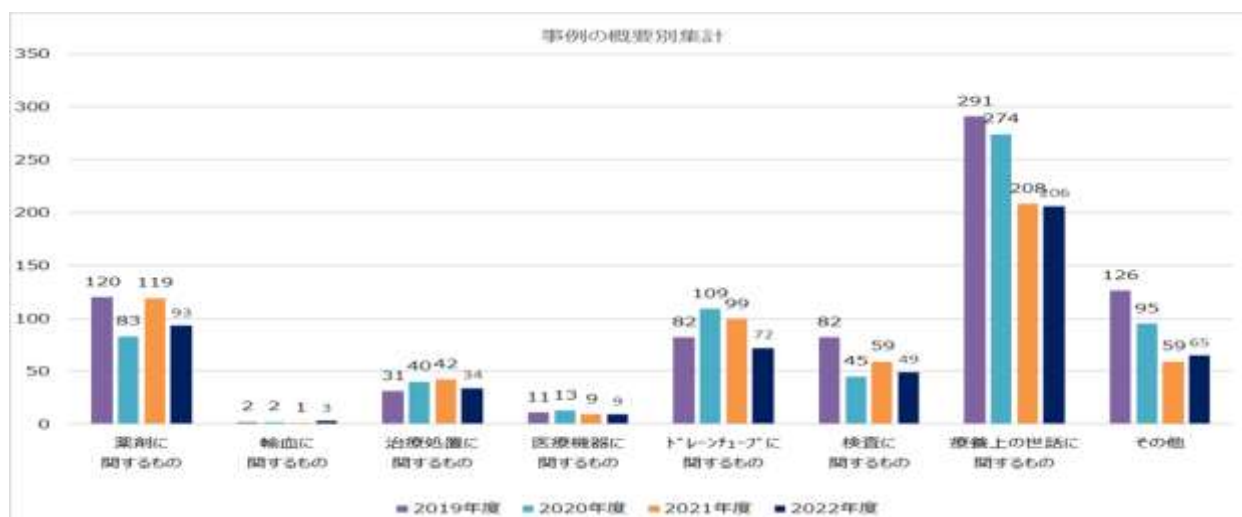




【臨床指標】日本病院協会 QI プロジェクト

- ・No, 04-a 入院中患者の転倒・転落発生率（入院中に発生した転倒・転落件数）
- ・No, 04-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 2 以上の転倒・転落件数）
- ・No, 04-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル 4 以上の転倒・転落件数）





・医療安全院内研修

研修名	開催月日	テーマ	講師	参加人数/参加率
全体研修 (必須)	第1回	課題設定期間 6月1日～ 6月30日	医療安全3つの柱 計38分 1-001「人は誰でも間違える」 1-002「失敗から学ぶ」 1-003「情報を共有する」	Safety Plus (e-ラーニング)
	第2回	課題設定期間 11月1日～ 11月30日	基礎シリーズ「未然に防ぐテクニック」6コース34分 ①1-005：復唱1 ②1-006：復唱2 ③1-007：指差呼称1 ④1-008：指差呼称2 ⑤1-009：ダブルチェック1 ⑥1-010：ダブルチェック2	Safety Plus (e-ラーニング)
全体研修 (任意)	全職員	8/1～31	医用コンセントについて	資料研修 医療機器安全管理責任者
	全職員	3月1日～ 3月31日	「AED講習会」一次救命の重要性について学ぶ	資料研修 主催 ICLSチーム会
任意	受講希望者対象実技研修	6/21, 24, 28, 7/8, 15, 9/20, 27	「AED講習会」	主催 ICLSチーム会
部門	看護部	4/8	『輸液ラインについて』	日本コヴィディエン

	看護部	10/6	「薬剤の取り扱いについて」	薬剤科	12 名
	看護部・ME	1/23～2/24	「輸液ポンプ&シリンジポンプトラブル事例と対策」	資料研修 ME 科	129 名
		3/1～31	「人工呼吸器トラブル事例と対策」	資料研修 ME 科	108 名
入職時研	看護職員・事務職員	4/4	①医療安全対策について ②安全確保の取り組み ③患者確認と指差呼称	集合研修	11 名
委託業者研	厨房	4/4	①医療安全対策について ②安全確保の取り組み ③患者確認と指差呼称	集合研修	パレット職員 3 名
	清掃業者	5/27～30	委託業者における医療安全～安全な環境を整える～	資料研修	ヤマト職員 9 名

【今後の展望】

- ・次年度の目標：「各部署内で重要な場面の指差し呼称が 100%実施できている。」

2023 年度は、「指差し呼称」を必ず行う重要項目を選択し、その項目に対し指差し呼称がなぜできないのか、どうすれば徹底できるのかを、今年度の研修アンケート結果・意見を参照に KYT&PDCA サイクルで取り組んでいくとした。

感染管理室

感染管理室 師長 荒井 よし江

【目標】

1. 院内の感染情報を迅速明確に判断し感染予防対策の方向性を明確に提示する
2. 新型コロナウイルス感染症等、感染対策予防の周知徹底、継続性を高める為、職員の意識向上のための教育を推進する
3. 新型コロナ対策を中心に感染症発生 BCP の改定、発生に伴う人員確保と業務の優先度を盛り込む
4. 多職種連携によるチーム医療の充実を図る
5. 感染症発生に伴う感染対策に必要な医療材料の備蓄、適正使用に向けた発信を行う
6. 地域における連携強化するため、保健所、医師会、県と連携を強化し情報共有に努める

【活動内容】

4 月	職員のコロナ感染状況報告→職員家族の PCR 検査結果までの就業制限待機について（濃厚接触者該当時）の就業制限について
5 月	フェイスシールド変更案 県の病床フェーズ 4⇒3 シングリックスワクチンについてマニュアル改定
6 月	6/20～面会禁止⇒制限 院内コロナ感染症の診療継続計画 BCP 改定 機能評価受審 県の病床フェーズ 3⇒2
7 月	臨時感染対策委員会 7/6～面会制限⇒禁止 入院患者コロナ発症の同室者濃厚接触者該当者の隔離解除基準変更
8 月	抗原定量検査導入
9 月	臨時感染対策委員会 入院患者の隔離解除（転棟）⇒有症状者は変更なし 職員の濃厚接触者該当後の就業可とする条件の見直し⇒決定：最終接触日を 0 日、3 日目に NEAR 陰性を確認後就業可能 コロナ感染症の届け出変更に伴う院内の対応についてフロー作成
10 月	10/25 6F 病棟の地域包括ケア病棟とコロナ受け入れ病床の併用、感染管理としてゾーニング変更（地域包括ケア病床 18 床、コロナ病床 12 床）
11 月	コロナ診療継続計画（BCP）について追加 CDI の NATT 検査導入による看護記録手順追加
12 月	職員のコロナ感染療養期間 10 日⇒7 日、体調回復状況を確認 フェイスシールド使用はクラスター発生病棟、6F コロナ対応、他は安全メガネに変更（事務以外の職員各 1）

1 月	1/17～発熱患者のスクリーニング検査にインフルエンザ検査を追加（抗原定量検査・1 本採取可）
2 月	入院時スクリーニング検査 NEAR 法→抗原定量に変更 面会について検討→3/20 頃面会制限へ
3 月	コロナの 5 類移行後の対応について検討 職員、入院患者の療養期間検討

【感染防止対策向上加算に係わるカンファレンス・相互評価・連携指導加算に係わるラウンド】

- 令和 4 年 6 月 16 日 藤岡地域カンファレンス（公立藤岡総合病院・主催）
- 令和 4 年 7 月 1 日 群馬県感染症対策連絡協議会 総会・特別講演（合同ハイブリッド）
- 令和 4 年 7 月 13 日 連携指導加算に係わるラウンド 篠塚病院
- 令和 4 年 8 月 18 日 藤岡地域カンファレンス（くすの木病院主催）
- 令和 4 年 10 月 14 日 評価病院 県立心臓血管センター
- 令和 4 年 11 月 1 日 連携指導加算に係わるラウンド 鬼石病院
- 令和 4 年 11 月 10 日 新興感染症合同訓練 藤岡地域（合同開催：藤岡多野医師会・藤岡保健福祉事務所・公立藤岡総合病院・くすの木病院）
- 令和 4 年 11 月 1 日 連携指導加算に係わるラウンド 光病院
- 令和 4 年 12 月 15 日 藤岡地域カンファレンス（くすの木病院主催・web）
- 令和 5 年 1 月 5 日 群馬県感染症対策連絡協議会 特別講演（合同ハイブリッド）
- 令和 5 年 1 月 24 日 評価訪問先 済生会病院
- 令和 5 年 3 月 1 日 群馬県感染症対策連絡協議会 合同訓練（合同ハイブリッド）
- 令和 5 年 3 月 16 日 藤岡地域カンファレンス（公立藤岡総合病院・主催）
- 令和 5 年 3 月 29 日 連携指導加算に係わるラウンド アイリス診療所
- 令和 5 年 3 月 29 日 藤岡地域カンファレンス新興感染症合同訓練 藤岡地域（合同開催：藤岡多野医師会・藤岡保健福祉事務所・公立藤岡総合病院・くすの木病院）

【研修実績】

研修日時	対象	テーマ	人数 / 参加率
3 月	部門別研修（ポリクリ）	標準予防策・手洗いチェック実演	2 名
4 月	新入職者	標準予防策、手洗いチェック実演	14 名
	新人看護師	感染予防技術・PPE 着脱	12 名
5 月	部門別研修（ポリクリ）	標準予防策・手洗いチェック実演	1 名

	外部委託業者	清掃について・PPE 着脱	8 名
7 月	全職員	e-ラーニング 08-22-1 「新型コロナウイルス（SARS-Cov-2）医療従事者の感染対策」	99.2%
	部門別（医師・看護師・薬剤師・検査技師）	抗菌薬 e-ラーニング（日本環境感染学会教育委員会作成教育動画） 「09 抗菌薬の適正使用」	98.4%
	外部委託業者（給食）	感染対策について～コロナ感染症～	10 名
10 月	部署別（院内保育所）	標準予防策・手指衛生・適切な PPE 着脱	6 各
	6F 看護師	標準予防策・手指衛生・適切な PPE 着脱	5 名
12 月	全職員	e-ラーニング 08-11-4 「感染対策の概論④標準予防策（2）」	97.4%
	部門別（医師・看護師・薬剤師・検査技師）	抗菌薬「こんな時どうする？確定前から始める感染対策④薬剤耐性菌編」	96.6%
1 月	部門別研修（ポリクリ）	標準予防策、手洗い・PPE 着脱	2 名
3 月	部門別研修（ポリクリ）	標準予防策と適切な PPE 着脱	1 名

【新型コロナウイルス感染症受け入れ状況】

2022 年度の新型コロナウイルス感染症受け入れ数は 222 名であった。（図 1）

重症度別では軽症 160 名（72%）、中等症Ⅰ34 名（15%）、中等症Ⅱ28 名（13%）の割合であり、当院の入院受け入れ 7 割は軽症であった。（図 2）

院内全体での職員の新型コロナウイルス感染症罹患数は 131 名となり、感染経路は家庭内での伝播が多く、さらにクラスター発生部署による職員の発症、感染拡大も増加した。（図 3）

【新型コロナウイルス感染症における病棟・透析室のクラスター発生状況】

2022 年度はコロナ感染症によるクラスターが病棟 3 回（図 4・6・7）、病棟の入院患者患者発症数は 41 名、職員の発症数 27 名、透析室では 1 回の発生 3 名（図 5）であり、当該病棟の新規入院受け入れを停止した期間は 3 回のクラスター発生により計 36 日間、最長 17 日間であった。

入院患者から発生することで入院制限、他病棟でも入院予約、緊急入院が不可な状況となった。2022 年度の病棟における職員の感染者は多数となったが、発症が確認された入院患者は迅速に新型コロナウイルス感染症受け入れ病床へ移動が出来たため業務は継続可能であった。

病棟発生では初発患者は新型コロナウイルス感染症受け入れ病床へ転棟、該当病棟では濃厚接触者のゾーニングを行い、感染拡大防止に努めたが、オミクロンは一人の発症に気づいた時点で感染拡大して

いる例が多く、ゾーニング期間中に同室者が発症するなど、感染力の強さ速さがあり感染制御には時間を要した。

業務が煩雑になることによって標準予防策の手指衛生やPPE着脱に破綻を生じやすい為、職員は日常的な訓練を実施し、過度に恐れず必要な感染対策が適切に実施できることが重要である。

クラスター発生を数回経験し、業務継続計画（BCP）に部署単位の（病棟部門、外来、内視鏡、透析）業務優先度、縮小可能な業務について検討し改訂を行った。

図 1

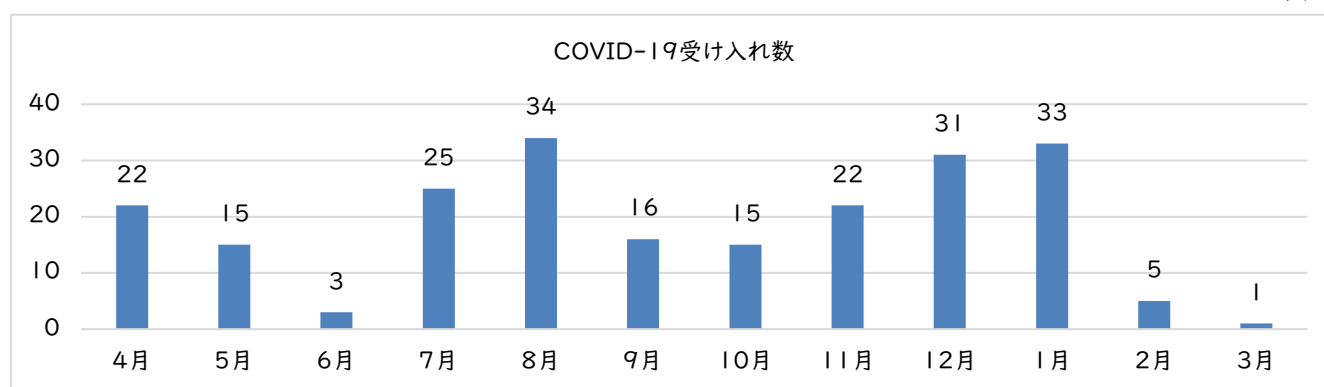


図 2

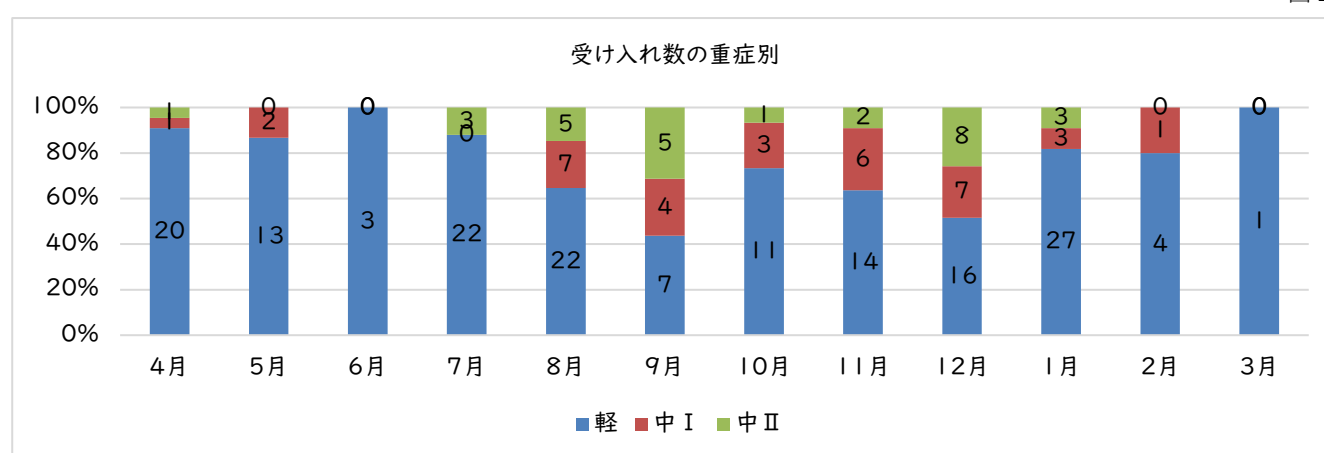


図 3

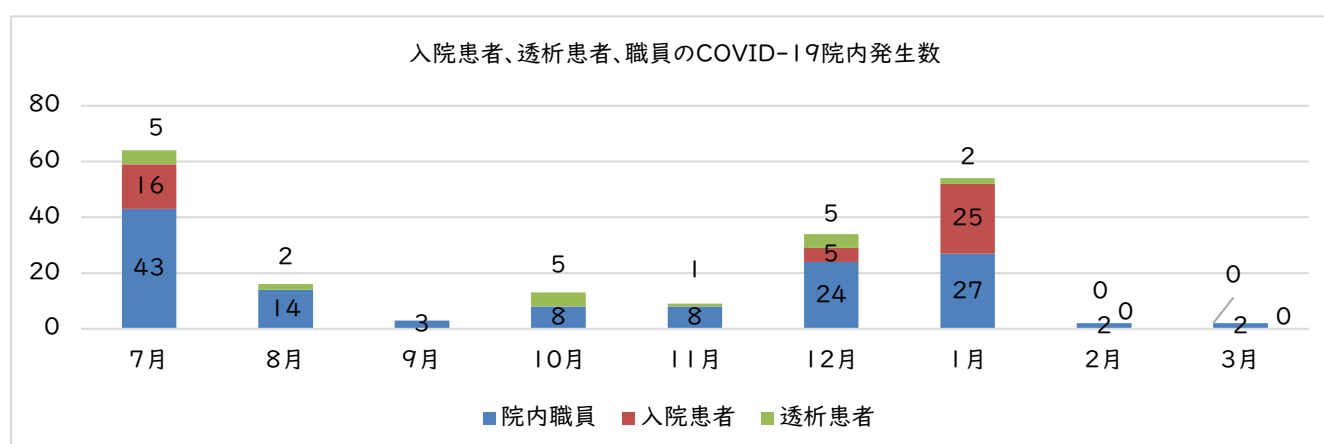


図 4

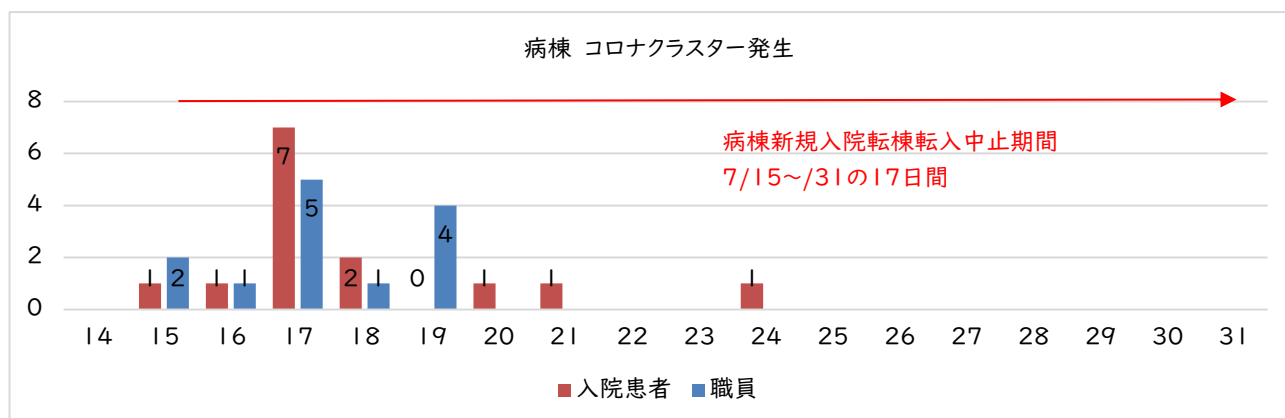


図 5

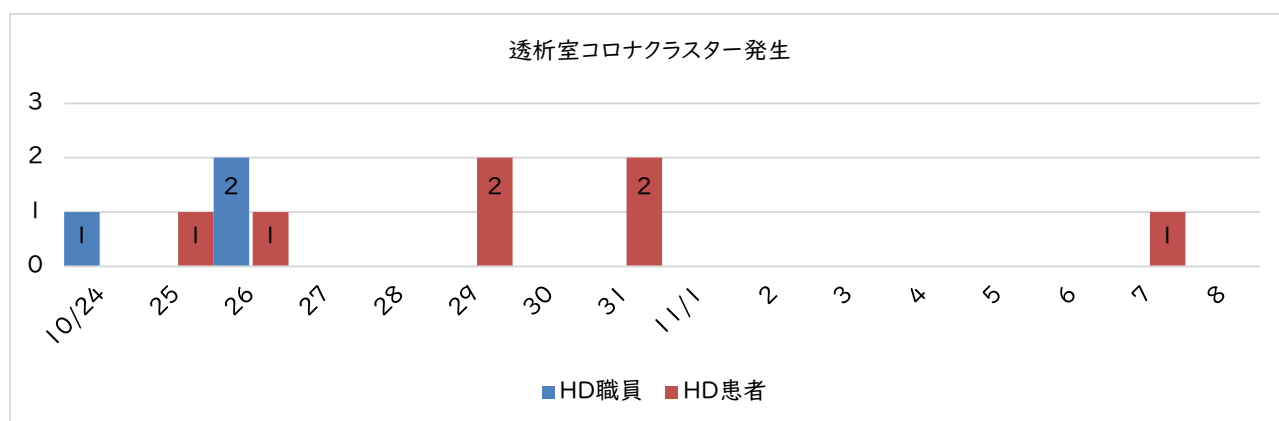


図 6

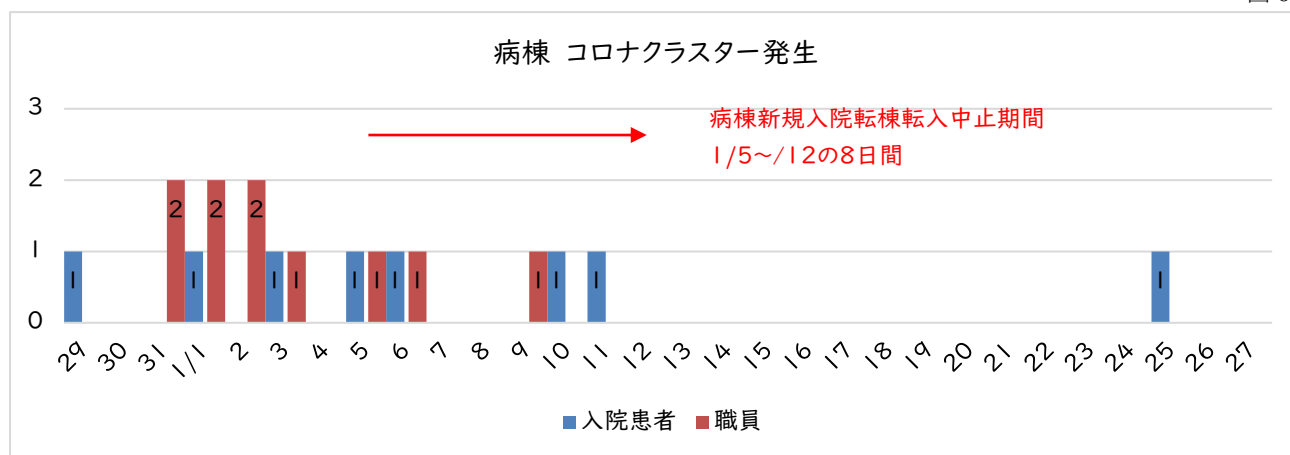
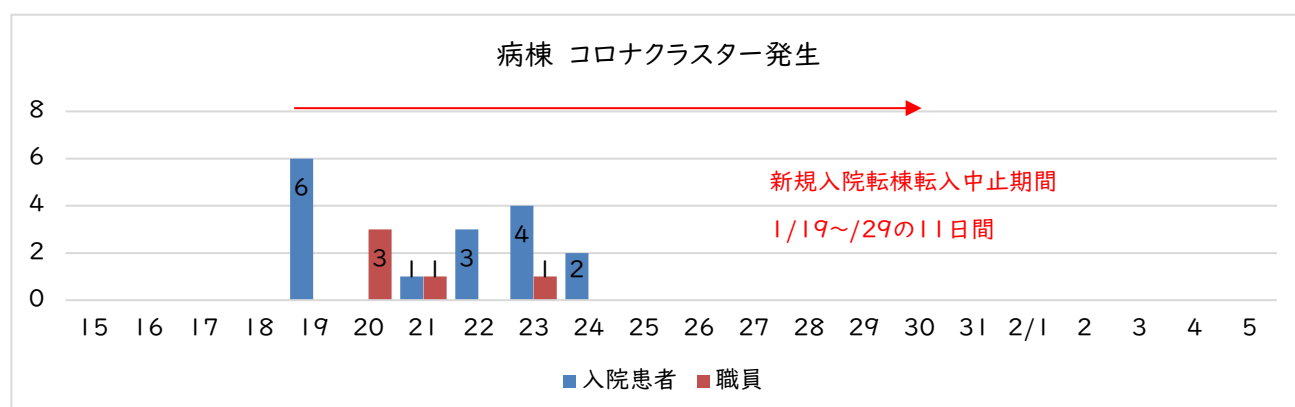


図 7



【今後の展望】

今後は新型コロナウイルス感染症対応で学んだ感染対策の必要性、重要性の意識を低下させることなく、新型コロナウイルス感染症の尻にウイルスを含む、新たな感染症に備えること、また日常的な感染症に対し基本的な感染対策、管理に取り組んでいく。

看護部

看護部長 木下 明美

【看護要員数】 (2022 年 4 月 1 日現在)

部署	看護師	准看護師	看護補助者
4 階病棟	22	3	7
5 階病棟	24	3	7
6 階病棟	12	3	2
回復期リハ病棟	18	7	7
療養病棟	15	8	13
外来	15	5	2
手術室・中材	2	1	1
透析センター	5	8	2
看護部管理室	4		1
計 (人)	117	38	42

【看護部目標】

1. 患者・家族の思いを尊重し、安全で安心な環境づくりを行う
2. 医療チームの一員として、看護の役割を果たす
3. 自己研鑽と自律した人材の育成で、やりがいのある職場づくり
4. 経営指標に基づく部署運営

【活動報告】

役職者とリーダーを担う職員に対して 7 月にリーダー研修が行われ、当院の経営状況を正しく知ることと危機意識を持ち、それを好転するために自身は何をしたら良いのか、所属長 1 人ひとりの意識改革が病床稼働率向上に大きく関与した。病床稼働率は 7 月を境に上昇し、回りハ病棟月平均 96.7% (目標値 95%) 昨年度比較 (+6.5%)、療養病棟は月平均 92.2% (目標値 98%) 昨年度比較 (+9.2%) と高値で推移し、一般病棟は 12 月単月 93.8% と今年度最高値となったが、月平均 82.1% (目標値 95%) 昨年度比較 (+8.1%) となった。これは医師をはじめ多職種連携の成果であるが、入院治療のみでなく帰宅後の生活を見据えた退院支援と調整は、医師の理解をもって進めることが最も重要であることを痛感した。

常勤看護職員の働き方改革として、非常勤から常勤への雇用形態変更の推進及び非常勤勤務時間 66

通りの労働契約を12通りに削減し、早遅の夜勤時間帯を組み入れた契約時間を提示。また外来配属者は1.3.5の土曜日半日を月1回以上行う勤務を条件としPDCAサイクルを回した。結果、常勤への雇用形態変更者はいなかったが非常勤の16人(60%)が新しい契約時間に理解を示した。しかし他の11人(40%)は年度末退職となった。そこで施設基準維持を踏まえ部署経験者を優先した24人の調整異動を行ったが、異動に不満の常勤看護師や看護補助者が数名退職となった。離職率は看護職員19.5%昨年度比較(+11.9%)看護補助者22.2%昨年度比較(-5.1%)であり、看護職員の非常勤割合は20%から12%に減少した。鑑みると、この常勤看護職員の働き方改革は、人員減少という痛みを伴う結果となったが、次世代を担う看護部の今後のありかたを見据えた重要な改革であったと考えている。

2022年度は、コロナ禍の中での病院機能評価受審(3rdG2.0)や、一般病棟と透析センターで計4回のコロナクラスターを経験した。感染対策を行いながら優先度を考えた看護業務を如何に安全に行うかが取り組みの中心となった。業務改善実行委員会を主体とし部門を超えたタスクシェアリングについて検討され業務効率に向けた改善を進めた。三密回避と質を落とさず業務の効率化を図る目的で、細分化した看護部会議・委員会をカテゴリー化し抜本的に改編を行った。この取り組みは、会議等に費やす時間が削減されたが、担当者が全体を把握し案件の振り分けや権限移譲を行うには負担が大きく、今後改善を要する課題となった。

【人材育成】

院外・摂食・嚥下障害看護認定看護師 資格取得

- ・令和4年度群馬県保健師助産師看護師実習指導者講習会1名
- ・認定看護管理者教育課程ファースレベル1名
- ・看護補助者の活用推進のための看護管理者研修2名
- ・看護職員認知症対応力向上研修8名
- ・アルコール依存症の診断と治療に関するeラーニング研修1名
- ・新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成事業 軽症～中等症患者対応研修10名

院内・看護研究：院内9演題

- ・事例検討：7例
- ・ラダー別研修、部署別勉強会

【その他】

- ・病院見学会・就職説明会(オンライン)：開催11回
- ・学校訪問：看護学校15校、高等学校2校

【今後の展望】

次年度は、ベッドサイドでの業務の充実を図り、他職種との協働を主体とした更なる業務改善をおこない、やりがいを持って「笑顔で寄り添い、心をつなぐ看護」が継続して取り組める体制づくりを行う。

外 来

副師長 金子 良子

【標榜診療】 一般内科：消化器内科 内視鏡内科 肝臓内科 腎臓内科 人工透析
 神経内科 病内科 血液内科 呼吸器内科 循環器内科
 外科：消化器外科 乳腺外科 呼吸器外科 肛門外科 血管外科
 整形外科 手・膝・リウマチ科 麻酔科 ペインクリニック 泌尿器科 皮膚科
 救急科 歯科 歯科口腔外科 矯正歯科 リハビリテーション科 放射線診断科
 臨床検査科 （全 28 科）

【患者統計】

1. 外来患者数(人)

	総外来患者数	1 日平均患者数	救急外来患者数
R3 年度	68099	252.6	548
R4 年度	66611	246.7	691

2. 救急搬送受け入れ数(人)

	内科	外科	整形外科	口腔外科	総患者数
R3 年度	367	35	144	2	548
R4 年度	448	54	186	3	691

3. 内視鏡患者数(人)

	GIF	CF	上部治療	下部治療	膵胆管
R3 年度	2789	486	112	345	48
R4 年度	2855	428	110	374	37

4. 化学療法患者数(人)

	化学療法患者数	生物学的製剤患者数	総患者数
R3 年度	278	238	516
R4 年度	355	226	581

【部署目標】

1. 安全で安心な環境作りを強化、患者にとって快適な場を提供する。
2. 看護倫理についての意識の向上、問題解決に向けて振り返る。
3. スタッフ 1 人ひとりがスキルアップを目指す。

【部署の取り組み】

1. 安全で安心な環境作りを強化、患者にとって快適な場を提供する。

- ・職場の 5S を明確なルールを作成し習慣化させる。
- ・安全への取り組み、医療事故の発生を未然に防ぐ。

5S については定期的に各科毎の物品チェック実施や業務多忙時には救急室清掃が出来なくなる傾向にあり、当番制を取り入れ週 3 回の実施を定着することができた。

安全では KYT の取り組みから処置室のパソコンを 1 台増やし注射準備台との導線を改善した。

さらにパソコンの目につく場所に指さし呼称、ダブルチェックのラベルを貼り確認を徹底したこととで確認作業を定着することができた。

2. 看護倫理についての意識の向上、問題解決に向けて振り返る。

- ・月 1 回の倫理カンファレンスの実施
- ・勉強会の実施
- ・お互いを理解し認め合い、相手の立場に立つことが出来る

4 月に倫理問題の勉強会を実施した。その後コロナが増加傾向となりカンファレンスを実施することが出来ず、書面での意見交換に切り替えスタッフ間で共有した。

今年度の傾向として、倫理問題は数年前から取り組んできたこともあり倫理的感性が上がっているように思える。今後も倫理観を高めるための働きかけをして行きたい。

3. スタッフ 1 人ひとりがスキルアップを目指す。

- ・各チーム(医科・内視鏡・化学療法・放科・歯科)における分野においてそれぞれの専門性を高め、知識向上に繋げる
- ・研修への参加、目標管理シートを活用し自身の役割を明確にする
- ・研修参加自己チェック表の活用

各自が研修(院内)に参加、研修チェック表の活用や知識向上に繋げることができてた。

さらに個人で専門性を高めるため、研修(院外)に 6 名参加した。

今年度は BCP を看護研究に取り入れ、スタッフに BCP の周知とアクションカードを用いた訓練実施した。いざと言う時の備えや危機管理を考える良い機会となったが、スタッフからは 1 回の訓練では難しいとの意見があり今後も定期的に継続して行く必要がある。

【業務量調査の結果】

<実施日>

10 月 6 日(木) 外来数 178 名：看護師 19.5 名 クラーク 1 名 アシスタント 1 名

10月6日(火) 外来数 315 名：看護師 20 名 ラーク 1 名 アシスタント 1 名

<結果>

今回は医科、放科、化学療法、内視鏡、歯科に分けて調査した。

直接業務では、全体を通し検査説明、診察・検査・治療・処置の介助などの時間数が多かった。

間接業務では、診察・検査・治療・処置の準備、パソコン入力、片付け、清掃、物品管理、医療機器看護用具の整備に時間数が多かった。

各科の内容に大きな差はなかった。

全体を通し多忙時は協力体制が出来ており業務の調整を行っている。

<課題>

各科毎に誰が欠けてもそれをフォローできるような協力体制の見直しをしていく。

【PDCAサイクルの取り組み】

各自の目標管理シート、目標接遇シート

リスクマネージャ会 「点滴・注射・採血時の指さし確認の徹底」

【業務改善】

整形外科の待ち時間短縮に向け 1 診体制から 2 診体制の取り組みを実施した。

医師、メディカルクラークの協力もあり一部(新患)時間短縮に繋げることができた。

【教育活動】

院内

看護研究発表「地震災害発生後、BCP の取り組み」～アクションカードを作成して～

院外

医科 アルコール依存症の診断と治療に関する e ランニング研修 3 名参加

医科 救急法 基礎講習会 救急員養成講習 1 名参加

内視鏡 内視鏡技師学会 web・危機取り扱いセミナー 1 名参加

歯科 第 50 回日本歯科麻酔学会総会・学術集会 1 名参加

【今後の展望】

今年度も昨年に引き続きコロナ対応が中心となった。

コロナ対応が長期化する中、後半に第 7 波・第 8 波を向かえ特に第 8 波では救急車件数が急増、搬入時にコロナ陽性となるケースも多々あり、スタッフ一丸となり声を掛け合い協力体制でこの時期を乗り越えた。今後、コロナは感染症 5 類となるが常に危機感をもち感染対策に努めて行きたい。

手術室・中央材料室

手術室・中央材料室 副師長 丸山 秀樹

【部署目標】

1. 術中、災害発生時における対応のマニュアル化

- 1) 対応に必要な資材の準備と使用法の統一
- 2) 災害マニュアルの見直しと再構築の実施

前年度同様に中材稼働出来ない際の物品として 3 日間を想定した物品の貯蓄を継続。器材の滅菌に関しては、高圧蒸気滅菌器を今年度購入し、蒸気の供給が行えなくても、水と電気が供給されていれば滅菌が行なえる体勢となり、夜間帯の緊急手術時や災害時に即した対応を行なうことができる。

2. 部署教育体制の強化

- 1) 部署、新人教育マニュアルの見直し改定を行い、新人教育のサポート力を高める

手術室スタッフの退職に伴い、以前手術室経験者であった職員を補充された。下半期では、1 年目の新人職員の異動があり、新人の進捗状況に合わせ指導を行なった。

3. 安全を考慮した、並列手術の実施

- 1) 麻酔科医と連携し、患者入室の調整を行う
- 2) スタッフそれぞれが、役割分担を理解し、全体のマネジメント力の向上を目指す。
- 3) 安全な並列手術実施のための、入室時間、手術順番の調整を行なう（執刀医、麻酔医と相談し）

並列手術では、麻酔科医と協議し入室時間や入室の順番を検討することが出来た。執刀医からの協力もあり麻酔科と協議した手術順番で入室時間やタイミングを決める事が出来た。そして、個々のスタッフが協力し合い声を掛け合うことで、大きな事故を起こすことなく、手術室の運営が行えた。

【今後の展望】

手術件数は、前年度とほぼ同様の件数であった。現在は、麻酔科医師が非常勤であり、週二日の火曜日と水曜日に麻酔科医師が来院される。そのため、麻酔科医師来院日に手術が集中しやすい状態となっている。麻酔科医師や主治医からの協力を頂き、手術入室の順番や時間帯の調整を臨機応変に行なっていく、手術待機期間の短縮を行なっていきたい。

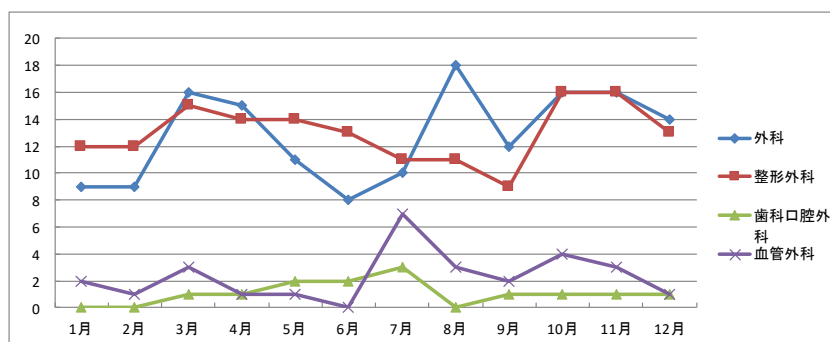
【関連科】

消化器外科 乳腺甲状腺外科 血管外科 整形外科 歯科口腔外科 泌尿器科 皮膚科
麻酔科

【手術統計 実績】

2022年 科、月別集計 報告1月～12月

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
外科	9	9	16	15	11	8	10	18	12	16	16	14	154
整形外科	12	12	15	14	14	13	11	11	9	16	16	13	156
歯科口腔外科	0	0	1	1	2	2	3	0	1	1	1	1	13
血管外科	2	1	3	1	1	0	7	3	2	4	3	1	28
泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	23	22	35	31	28	23	31	32	24	37	36	29	351



麻酔別集計

全身麻酔	213
全身麻酔＋硬膜外	29
全麻(TIVA)＋硬、腰、局	0
腰椎、硬膜外麻酔のみ	17
静脈麻酔	0
局所、伝達麻酔	92
合計	351

年別統計(年別推移)

科別集計	2019	2020	2021	2022	前年比
外科	43	74	158	154	97.47%
整形外科	94	114	154	156	101.30%
歯科口腔外科	25	11	7	13	185.71%
血管外科	46	37	39	28	71.79%
泌尿器科	0	0	0	0	0.00%
皮膚科	0	0	0	0	0.00%
合計	208	236	358	351	98.04%

くすの木病院 手術室

麻酔別集計	2019	2020	2021	2022	前年比
全身麻酔	121	124	212	213	100.47%
全身麻酔＋硬膜外	0	4	23	29	126.09%
全麻(TIVA)＋硬、腰、局	0	1	1	0	0.00%
腰椎、硬膜外麻酔のみ	0	10	11	17	154.55%
静脈麻酔	0	0	0	0	0.00%
局所・伝達麻酔	87	97	111	92	0.00%
合計	208	236	358	351	98.04%

透析センター

透析センター 副師長 丸山 秀樹

【部署目標】

1. 新型コロナウイルス感染症、災害時に対応できるスタッフ訓練と患者指導
2. 看護師の倫理的視点を養い、倫理課題を検討する
3. 経営に基づく部署運営

【部署の取り組み】

2022 年度も新型コロナウイルスに罹患した透析患者の維持透析を実施した。基本となるガイドラインに則ったマニュアルの他に、他職員が対応できる様に外来透析患者の通院時の案内方法を記した実践に適したマニュアルの作成を行なった。マニュアルがあることで、職員個々のやり方ではなく、標準化することができた。

濃厚接触者にならないための適切な个人防护具の着用では、患者のマスク非着用時のアイガードやゴーグルの着用を周知することができた。幸い患者からの濃厚接触者に該当した事例はないが、職員同士の濃厚接触は数件あった。休憩時間を別けることや、休憩室の環境整備を実施し、黙食を朝礼にて周知した。加えて体調不良のある職員は、出勤せず発熱外来に受診するように周知した。今後も 5 類とはなるが、新型コロナウイルス自体は無くならないのでクラスター発生をさせないための取り組みを継続していく。

災害対応については、全患者の連絡先を再度確認し、透析台帳の更新が行なえた。連絡先が変更になっている患者や、キーパーソンの変更等もあり定期的な変更が必要である。災害伝言ダイヤルでは、災害係が主となり実施できた。

倫理問題については、新型コロナウイルス感染症の対応等もあり定期的な部署会議の実施がおこえなかった。今回、透析患者連絡票の見直しの際に、患者が不安に思っていることを自由記載で記入できるようにした。意見で多く聞かれたのは、将来の通院方法に不安感がある患者が多く見受けられた。送迎バスの利用等もあるため説明し対応することができた。

平均患者数は 120 名程度と、目標の数値を下回っていた。他病院からの紹介はあるが、バス利用希望者が多く、バス状況の調整が困難であった。バス運行の増加も検討し、患者のニーズに添える対策を検討していく。

表 1 透析月例報告 2022 年 4 月～2023 年 3 月

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
患者数	124	126	122	124	121	124	123	121	118	120	117	115
導入/転入	5	3	3	5	2	5	5	1	4	3	3	2
転出	6	1	7	3	5	3	6	3	7	1	6	4

【業務量調査の結果と課題】

10月17日（月）看護師12名 看護補助者2名 患者数89名

10月18日（火）看護師9名 看護補助者2名 患者数34名

結果

月・水・金曜日は、3クルールの透析治療を行なっている。調査日の患者数は合計89名。

火・木・土曜日は、1クルールの透析治療を行なっている。調査日の患者数は合計34名。

月・水・金曜日は、患者入れ替えがあり、準備や穿刺、回収業務に追われているが、火木土曜日は1クルールのため、次の透析準備等はない状態。業務量的には、月・水・金曜日に業務が集中している。

透析クルールを、月・水・金曜日、火・木・土曜日共に2クルールに別けることで、業務量分散、残業の減少等の効果得られると考えられる。しかし、火木土曜日の午後には、新型コロナウイルス感染症に罹患した透析患者の隔離透析を実施しているためクルール分散は現状厳しい。

【PDCA サイクルの取り組み】

- ・医療安全管理委員会 リスクマネージャ会：「適切な注意喚起で、設定漏れを防ぐ」

【教育活動】

看護研究

患者の生活背景を知る取り組み

～調査票の作成からわかった事～

事例検討

精神疾患を持つ透析患者への関わり方・指導を通して

【今後の展望】

新型コロナウイルス感染症により、3密を避ける取り組みを継続していった。密を避けるために、患者ロッカーの使用の禁止、入室順番での穿刺からベッド順番ごとの穿刺。病院待機場所をなくし、病院での待機時間の短縮といった3密を避ける対策を継続。ロッカーを廃止することで、患者の荷物が増えることや、長年透析治療を受けてきた患者のスタイルを変えることは、患者のストレスにもなっていた。

月・水・金曜日は、3クルールと患者入れ替えがあり、火・木・土曜日の透析日と比較すると明らかに業務量の偏りが生じている。しかし、火・木・土曜日の午後が1クルールのみであるため、新型コロナウイルス感染症の隔離透析対応が行なえていた現状がある。

次年度は、5月以降に、新型コロナウイルス感染症も5類となるため、透析クルールの検討や隔離透析方法や感染対策の見直しといったことや、感染対策上患者に制限していたことをどこまで緩和していくかについても検討を行なっていく。

回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟 師長 神澤美穂

【部署目標】

1. 患者の療養環境を整え安全で安心できる看護を提供
2. 人材の育成とマネジメント力の向上
3. 職場環境づくり

【部署の取り組み】

1、患者の療養環境を整え安全で安心できる看護を提供

患者の FIM を入院時又は転入時に評価し、リハビリスタッフ、栄養士、相談員を含めた多職種リハビリカンファレンスを実施。情報共有の場を持ち、受け持ち看護師は ADL 拡大の看護計画を立案し安全を意識しながらリハビリを進めた。リハビリが進み ADL が拡大すると転倒転落事例も増加する傾向にあるが、カンファレンスを定期的に行い評価し安全が担保できるよう努めた。また、来院した家族にリハビリ状況の説明や実際に ADL 状況を見てもらい退院後の方向性を確認。患者、家族の意向とリハビリ状況を擦り合わせながら退院先の検討や、必要時は退院前合同カンファレンスを開催し、患者中心に家族の希望にも添えるよう退院支援を行った。

2、人材の育成とマネジメント力の向上

新人看護師 3 名配属、各プリセプターを決め年間計画から日々の指導を計画しチームや病棟全体でフォローしながら新人教育を進めた。残念ながら家庭の事情により 12 月に 1 名が退職となってしまったが、他 2 名は周囲の協力を得ながら夜勤自立となり目標達成に近づけた。また、新人に関して 4 月にナースィングスキルの課題設定をしているため進捗状況を確認しながら 3 月までに研修が終了するよう支援。2 年目看護師 3 名が患者 1 名を選定し、日頃の看護の振り返りとして事例検討を行った。コロナ禍により院外研修参加の機会は少なく、オンライン研修の参加も少なかった。

回復期リハビリテーション病棟入院基本料が 9 月から入院料 1 へ。評価方法も FIM（機能的自立度評価法）へと変更となり FIM の評価項目の理解が重要となった。日々のリハビリカンファレンスの中で多職種とともに評価する様にし、FIM の項目や評価の考え方を深めている。年間平均病床利用率 96.7%、重症割合 48.2%、在宅復帰率 91.2% と目標達成。

3、職場環境づくり

9 月から回復期リハビリテーション病棟入院基本料が入院料 1 へ。基本料変更に伴い、変更内容をスタッフに周知。コスト漏れに関しては CS 課と協力、また各勤務終了時に病棟照会を確認する事を周知徹底したためコスト漏れは無くなった。回復期リハ病棟ケア：10 項目宣言に関しては、多職種と連携を取りカンファレンスを実施し看護に繋げる。コロナ禍の為、実施できない項目に関しては、引き続き病棟会で検討し業務改善を行っていく。

【業務量調査の結果と課題】

実施日：7月19日（火）看護師9名 看護補助者 6名 患者数 40名

7月20日（水）看護師9名 看護補助者 4名 患者数 40名

結果

前年度に比べ2日平均、直接看護業務の比率は47.7%、前年度から平均2.9%と減少している。患者層にもよるが、日常生活機能評価の重度患者は増加している。残業時間については対象者が増えたがこともあり残業の全体時間は増えているが、1人あたりにすると16分と前年度より大幅な減少にあった。また、看護記録に掛ける時間数に差異は無かったことから、看護記録以外の間接看護業務が増加している事が明らかとなった。要因としてはカンファレンス時間の増加、退院準備や転入受け入れが考えられる。

課題

- ・カンファレンス時間の短縮
- ・時間内終業

【PDCA サイクルと取り組み】

- ・各自の目標管理シート
- ・医療安全 「与薬時の指さし呼称の徹底、習慣化」

【業務改善】

- ・週間業務の見直し

【教育活動】

1. 院外

- ・看護職員認知症対応力向上研修 1名
- ・摂食・嚥下障害認定看護師 1名

2. 院内

看護研究

コロナ禍での患者・家族との関わり方

～ 連絡用紙を使用した心をつなぐ看護～

事例検討

- ・生きる活力を見いだす援助
～「自分で食べたい」を叶えるために～
- ・ACPに基づいた退院支援
～施設退院に向けてADLの向上を図る～

【今後の展望】

- ・患者家族の意向に添った退院支援が出来るよう、看護計画の立案。
- ・多職種合同カンファレンスの継続。
- ・感染対策を含め回復期リハ病棟ケア：10項目宣言の実践。

療養病棟

療養病棟 副師長 黒澤 竜二

【部署目標】

1. 安全で安心な環境を提供する
2. 専門職としての役割を果たす
3. やりがいのある職場づくり
4. 施設基準の維持・入床数維持

【部署の取り組み】

1. 安全で安心な環境を提供する
 - ・5Sについて病棟内で役割を分担し環境整備に努めた。まず物品の整理整頓からはじめ、床から30cm以下や棚の上に物を置かないことから実施した。感染管理とも連携し、清潔な物品の収納場所にも注意している。コロナ禍のため集合しての5Sについての勉強会は実施出来ていないが、朝礼を活用し、病棟スタッフにも5Sについて周知した。
 - ・終末期については、病棟へ入院、転入する際に院長と共同で作成した患者アンケートから、患者・家族の終末期の思いについて聴取し、診療や看護に活かしている。面会についてもコロナ禍により禁止されていたが、オンライン面会や洗濯物の受け渡しの際にタブレットで画像を見てもらい、状態についても口頭で説明するなど患者・家族が安心してもらえるよう配慮した。
 - ・BCPについて病棟でのシナリオを作成したが、コロナ禍により実施はできていない。次年度の課題として作成したシナリオを元にシミュレーションを実施していく。
2. 専門職としての役割を果たす
 - ・教育委員を中心にナースングスキルを活用したラダー別研修を実施した。課題を設定したが、全員が受けられていないため教育委員と連携し勧めていく。
 - ・業務量調査を7/6、7/7の2日間実施した。看護補助者の減少に伴い、補助者が行っていた業務について、看護師へタスクシェアすることができた。今後は異動や退職によりさらにスタッフが減少するため、多職種や他部署とも協力していく。オムツ交換についても患者の個別性を取り入れた排泄ケアを実践することで交換回数が減り、業務改善につながった。また、オムツ交換回数が減ったことによる皮膚トラブルについても看護研究を通して改善できた。
 - ・退院支援について自宅退院を希望する患者や家族の思いを尊重した看護を実践した。社会福祉士、リハビリスタッフ、栄養士等の病院職員の他に、ケアマネージャーや外部の訪問看護ステーションのスタッフとも協力し、患者が自宅に帰るために必要な社会資源等の調整をすることができた。
 - ・終末期患者も多数入院していることから、2022年度は療養病棟の全退院患者162名中、107名(66.05%)が死亡退院となっている。看護の振り返りとしてデスカンファレンスを実施し、看護に活かしている。

3. やりがいのある職場づくり

- ・目標管理シートを用いて病棟スタッフの目標管理を実施した。目標面接については全てのスタッフに実施することは出来なかったが、必要に応じて面接を実施した。異動後など業務について不安を抱えているスタッフに対しては、オリエンテーションにて詳しく説明したり、他のスタッフに付き業務を一緒に行うなど配慮した。
- ・研修については参加状況を把握している。また、外部の研修については、参加者を募ったり、スタッフの適性に合わせて個別に勧めている。

4. 施設基準の維持・入床数維持

- ・リハビリテーション科と連携しリハビリ介入者に対して、1ヶ月に1回 FIM 測定を実施し評価した。また、毎月1回リハビリカンファレンスを開催し、多職種と連携し問題解決について話し合いを実施した。
- ・中心静脈栄養の患者は多いときで28名入院しており、主治医やリハビリスタッフと連携を図り、4名が中心静脈栄養から経口摂取へ移行することができた。
- ・褥瘡発生者に対し NST 介入を勧め、多職種と連携し、栄養面からも褥瘡治癒に向けアプローチしている。定期的に体重測定も実施するなど評価している。
- ・CS 課と連携し患者の区分についても把握し、対象患者について積極的に受け入れをしている。入院患者数も昨年度より徐々に増え、50床以上をキープしている。2022年度の病床利用率 92.17%（前年度より+9.17%）、平均患者数 50.2人（前年度より+5.4人）、在宅復帰率 69.5%（6ヶ月平均）、回転率 27.7%（6ヶ月平均）、区分Ⅰ割合 13.3%（3ヶ月平均）といずれも基準を満たしている。次年度も引き続き基準を満たしていけるよう多職種と連携していく。

【業務量調査の結果と課題】

<実施日>7月6日（水） 患者数 47名

看護師 12名 補助者 5名

7月7日（木） 患者数 46名

看護師 11名 補助者 8名

<結果>

自立度の低い患者が多いことから看護師は身体清潔、おむつ交換、食事準備（経管栄養含む）や食事介助、痰の吸引、褥瘡処置などの直接看護の時間が多くなっている。同様に看護補助者においても「患者の世話」に多くの時間を割いていることが示された。間接看護は看護記録と報告・連絡・情報収集が多くの時間を占めている。今回直接看護の中でもおむつ交換にフォーカスし、業務改善を図ることで、患者の個別性を取り入れた排泄ケアを実践することができ、又、時間外勤務の削減にもつながると考える。

<課題>

定期におむつ交換を実施していたことで、患者の個別性が考慮されず患者の負担となる。

おむつ交換の回数が1日4回実施していることで日勤帯の時間外が多い。

＜結果＞

- ・患者の排泄パターンを入院時、転入時から把握した結果、不要なおむつ交換を削減することができ、患者の負担を減らすことができた。
- ・おむつ交換を1日3回（日勤帯2回）へ変更する事で、日勤帯の時間外勤務も減少させることができた。
- ・おむつ交換回数を減らしたことによる皮膚トラブルについても看護研究を通して改善できた。

【PDCA サイクルの取り組み】

- ・医療安全：「貼付薬の準備方法の変更」

【業務改善】

- ・患者の排泄パターンを把握し、おむつ交換1日3回（日勤帯2回）へ変更。

【教育活動】

看護研究

皮膚トラブル発生患者における排泄ケア

～IAD ガイドラインに沿ったケアの実践～

【今後の展望】

2022年度はコロナ禍となってから3年目を迎えその対応が継続された。療養病棟の職員においては、家庭感染からコロナ陽性となるケースはあったものの、毎日の職員の健康チェック、休憩時間をずらすなどの三密回避、マスク着用の徹底により病棟内でのクラスターの発生はなかった。また、病棟職員の異動・退職など職員数の変化、一般病棟や他施設からの患者様の引き受けが増え、退院調整も変化し入床数が増加したものの、他部署からの業務応援や、業務内容を見直し効率化を図ることで日々の業務や課題に取り組むことができた1年であった。今年度の取り組みを基に2023年度は更なる前進をしていきたい。

4 階病棟

4 階病棟 副師長 藤平 絢子

【部署目標】

1. 患者主体のチーム医療の提供
2. チームの一員として、看護の役割を果たす
3. 人材育成とやりがいを持って看護が出来る職場環境を作る
4. 病床機能の役割遂行

【部署の取り組み】

1. 患者主体のチーム医療を提供

コロナ禍で面会制限が続くなか、多職種合同カンファレンスは患者も参加して開催した。患者は家族やケアマネージャーと距離をあけて参加するようにしたことで、家族は今の患者の様子がわかってよかったという話が聞かれた。多職種合同カンファレンスに参加経験のないスタッフが多くいたため、患者の様子などの情報収集や問題点を確認して参加することを指導し、同席する機会を増やした。

病棟内ではコロナクラスターが 2 回発生してしまった。コロナ等の感染症の蔓延を防ぐよう標準予防策の周知徹底を主に行なった。リンクスタッフと協働し進め、アルコール手指消毒の使用率は増加し、グローブを着用したまま電話対応やパソコン操作をする場面は減った。BCP マニュアルの見直しは担当者の異動で引き継ぎが上手くできず行なうことができなかった。クラスター対応の経験を活かした BCP マニュアル見直しと BCM の実施を次年度の課題とする。

2. チームの一員として、看護の役割を果たす

目標面接で話し合い、委員会・チーム会の役割遂行の項目を個人の目標管理シートに落とし込んだ。委員会からの課題に関してはチェックや書類提出は行えていたが、各委員会の問題点を部署へフィードバックすることが出来ていなかった。朝礼で報告し周知に努めたが、問題解決のための継続的な取り組みには繋がらなかったため、次年度の課題とする。加算取得の根拠となる記録は、記録委員や認知症チーム会、褥瘡対策委員会のメンバーが朝礼や部署会議で周知した。加算に繋がるような記録ができるように継続していく。

3. 人材育成とやりがいを持って看護が出来る職場環境を作る

目標面接で個人にあったナースिंगスキルの課題を年間 6 個設定し、自己学習する場を作った。2022 年度は年度末までに新人 1 名を含む 9 名（常勤看護師 5 名、非常勤看護師 4 名）が退職となった。業務改善を行ない時間外業務を減らしスタッフが働きやすい職場づくりに努めていく。

4. 病床機能の役割遂行

ベッド利用率 95%を目標に、医師と連携し 1 日の退院患者数は 2 名までとしたが歯科・口腔外科患者を含めると 3～4 名になってしまうことも多かった。退院後の生活を見据えた退院支援と退院調整を行な

ったが、ベッド利用率は月平均 80.38%（前年比+7.68%）で目標達成には至らなかった。重症度、医療・看護必要度は CS 課と連携してチェック漏れをなくし、毎月の目標をクリアした。

【業務量調査の結果と課題】

実施日：2022 年 6 月 27 日（月） 6 月 28 日（火）

結果

今年度の業務量調査は「時間外勤務時間を減らす」ことを念頭に、看護記録と申し送り時間をフォーカスした。看護記録：看護師 1 人平均 120 分、申し送り：看護師 1 日平均 50 分であった。日勤者から夜勤者への申し送りは、リーダー看護師がメンバーの申し送りを受けて、夜勤者へ申し送りをしている。リーダー看護師は申し送り時間が 125 分になっており、申し送りに時間を要していた。結果より申し送り方法の見直しを行なった。時間外勤務を減らすところまで評価できていないため、今後の課題としていく。

【PDCA サイクルと取り組み】

- ・申し送り時間の短縮

【業務改善】

- ・申し送り方法の見直しと短縮

【教育活動】

1. 院外

看護補助者の活用推進のための看護管理者研修 1 名

看護職員認知症対応力向上研修 1 名

2. 院内

事例検討

コロナ禍における終末期患者と家族との関わり

看護研究

消化器外科術後患者への看護 ～フローシート活用の検討～

【今後の展望】

- ・ベッドサイドのカンファレンスやベッドサイドでの記録をすすめ、患者家族と情報共有を図っていく
- ・コロナ等の感染症の蔓延を防ぐよう、標準予防策の周知徹底

5 階病棟

5 階病棟 主任 田村 敦

【部署目標】

1. 患者の思いに寄り添った安全で安心な医療、看護の提供
2. 医療チームの一員として、看護の役割を果たせる
3. 人材育成とやりがいのある職場環境作り
4. 施設基準に沿った確実な加算取得に繋げる

【部署の取り組み】

1. 患者の思いに寄り添った安全で安心な医療、看護の提供
 - ・病棟の取り組みでは 5S のチーム活動として患者の物品管理に重点を置いた。物品管理は各チーム目標に上げ、患者の持参物品の名入れやベッド周囲の整理整頓を行う事で療養環境が整い、衣類や持参物品の紛失は無くなった
 - ・病棟のクラスター発生時には作成した感染 BCP を活かし感染拡大防止対策と業務内容の一部縮小を実践し取り組んだ。部署内の危機管理意識は向上しているがコロナ感染発生時に迅速に対応出来るような BCM のシミュレーションは実施出来ていない。シナリオを作成しシミュレーションの実施を次年度の課題とする。
2. 医療チームの一員として、看護の役割を果たせる
 - ・他職種に対してタスクシェア出来る業務を明確にするために 8/17、8/18 の 2 日間、業務量調査を実施した。残業時間は記録に時間を費やしており、繁雑な状況の時にはレントゲンの移送や透析患者の移送を他部署へタスクシェアし業務負担の軽減を図れた。
 - ・倫理問題カンファレンスやデスカンファレンスにて倫理観を高めて行く取り組みを行った。カンファレンスによって身近な所に倫理問題が潜んでいる事や客観的な意見によってジレンマを抱えているスタッフが解決の糸口を見つける事が出来た。倫理問題を意識し患者が安心して療養出来るよう看護実践へ活かして行く。
3. 人材育成とやりがいのある職場環境作り
 - ・夜勤 2 交代制へ移行し夜勤体制の休憩時間確保の構築として一部巡視時時間の変更を実施。火、水曜日は遅番業務を入れた事で臨時入院や術後管理等、きめ細やかな患者援助、家族対応が行えるように取り組んだ。
 - ・研修では委員会に関連した研修への参加を勧め、特に高齢化によって認知症患者も増加しており認知症ケアの看護力向上が課題であり認知症対応力向上研修への参加を勧め質の高い看護を実践して行く。

- ・2022 年度は新人看護師 3 名が配属され年間の新人教育計画に沿った教育を定期的な面談を行い振り返りを実践した。個々の進捗状況に合わせ計画を修正し新人 1 名は夜勤を開始出来た。年間を通してチーム一丸となって人材育成に取り組む事が出来た。

4. 施設基準に沿った確実な加算取得に繋げる

- ・病床利用率と平均在院日数を意識したベッドコントロールは地域連携室と連携を図り、2022 年度病床利用率 83.8%（目標 95%）、平均在院日数 15.4 日（前年度より+2.7 日）と増加したが、目標達成には至らなかった。入院患者の受け入れを促進させ医師とも連携し経営を意識したベッドコントロールを継続して行く。

CS 課と協働し看護必要度のチェックを実施しコスト漏れを防いでいる。看護必要度Ⅱへ加算変更となり看護記録の記載は不要になったが、項目の評価間違えがあり正しく評価出来ているか監査・指導を実施している。

【業務量調査の結果と課題】

<実施日>8 月 17 日（水） 患者数 34 名

看護師 16 名 補助者 4 名

8 月 18 日（木） 患者数 32 名

看護師 15 名 補助者 3 名

<結果>

- ・直接看護では患者の世話の時間数が多く内訳は「身体清潔」「観察」「身の回りの世話」の順に多かった。5 階病棟は急性期病棟の為、整形外科、内科疾患の患者が多く認知症患者や高齢者の増加によって治療や療養生活の援助を必要とする患者が多い。全身状態の把握の為に検温などの観察に平均 1.5~2 時間を費やしている。看護記録の内訳は「看護記録」「看護計画」であり観察や処置・ケアと看護過程の展開において看護師の業務の中でも重要である。個別性のある看護計画の展開や患者の状態がみえる記録が求められ重症患者や認知症患者の増加によって記録時間も増加しており業務負担が生じていると考える。看護記録時間を確保するためには患者の側でのリアルタイム記録が重要であると考えます。

<課題>

- ・看護師の業務負担軽減の為、多職種とのタスク・シフトの構築
- ・ベッドサイドでのリアルタイム看護記録の実施

【PDCA サイクルの取り組み】

- ・各自の目標管理シート
- ・医療安全：「二人同時双方向型と指さし呼称で誤認を防ぐ」

【業務改善】

- ・患者の排泄パターンに合わせたおむつ交換の実施

【教育活動】

- 院外研修 認定看護管理者教育課程ファーストレベル 1名
看護職員認知症対応力向上研修 2名
いざ！という時の急変時の看護 1名
アンガーマネジメント 1名
薬物療法を受けるがん患者への看護 1名
褥瘡・創傷ケア（中級編） 1名
- 事例検討 「自宅退院に向けた援助介入のタイミングの難しさ」
～終末期の患者、その家族との関わりを通して～
「ACPを行う中での関わりと障壁」
～慢性呼吸器疾患を患い、今後の生活が変容する可能性がある患者～
「自分らしさを支える看護ケア」
～アドバンスケアプランニングシートを活用して～

【今後の展望】

2022年度は新型コロナ第8波の流行によってコロナ感染による病棟クラスターを経験した。休憩室の使用人数制限や朝礼、カンファレンス時の3密を防ぐ取り組みを行い再発生はなかった。新型コロナの流行によって多くの制限があり、家族の来院時は入院生活の様子を説明し動画を利用することで患者家族の気持ちに寄り添い安心して頂けるよう努力し実践した。人材育成ではクリニカルラダーに沿って目標面接を実施し、新人、中堅、ベテランスタッフのキャリアプランを明確化させた。2023年度も病棟全体でやりがいのある学習環境を整え人材育成を行っていく。

6 階病棟

看護主任 長壁久恵

【部署目標】

1. スタッフが新型コロナウイルスに感染せず、患者の心身に寄り添った看護を実践する
2. 継続看護の質の向上を目指す
3. やりがいを持って働ける活気ある職場づくりを目指す

【部署の取り組み】

- 1、スタッフが新型コロナウイルスに感染せず、患者の心身に寄り添った看護を実践する。

コロナ病棟開設後から PPE 着脱確認・吐物シミュレーションを行い曝露されないように努めた。7 月以降スタッフ COVID-19 感染 7 月 5 名、10 月 1 名、12 月 3 名、1 月 1 名確認。10 月 26 日よりコロナ病床と地域包括ケア病床（22 床）で稼動。包括病床患者から、11 月 2 名・12 月 2 名と COVID-19 感染を確認した。その都度タイムリーに感染リンクスタッフと協働し、各個人でコロナ病床・包括病床の対応や行動を振り返る、感染予防を遵守するための掲示、「手指消毒の 5 つのタイミング」を約 10 日間朝礼時読み上げ意識付けを行った。（アルコールジェルの使用頻度は条件の統一ができないので有意差不確実）

コロナ病床で行う入院対応や、病院間調整センターとの電話対応、陰圧テント使用などシミュレーションは、異動となったスタッフにとって必要であり有意義であった。多忙な時期に異動になったスタッフには十分なシミュレーションが出来なかった。

曝露しない、媒介者にならないように、CNIC・感染リンクスタッフと協働し定期的に感染予防の遵守を確認していくことが必要である。

2021 年 7 月 16 日より COVID-19 陽性患者受け入れ累計 367 名。

- 2、継続看護の質の向上を目指す

「認知症振り返り用紙」を作成し、看護の振り返りを行った。現在は用紙の活用はしていないが、DCT 介入患者（行動制限患者、離床センサー使用）「認知カンファレンス」を行い記録・共有し看護に活かしている。看護計画の反映が不足しているため、具体策をしっかりと看護計画に入れていく。療養環境の変化、健康状態の変化に関わらず、医療従事者が多様に関わっていく中で、安心して生活が継続できる看護を提供していく。

3. やりがいを持って働ける活気ある職場づくりを目指す。

11 月職場風土アンケートを実施した。結果は、コミュニケーション不足による職場風土の問題点があった。7 月から 3 月までに異動者が多く業務も煩雑になっていたが、入院・退院が多く重なった時、スタッフ同士確認し、協力し合いながら業務にあたっていた。職場風土をより良くすることは、現場のパフォーマンス向上につながる。活気ある職場、専門職である看護師として、やりがいを持って看護に取り組めるように、コミュニケーションを図り、スタッフの良いところ、スキルを活かし、看護師とし

での達成感を感じられるように、共に学び育って行けるように支援していく。

【PDCA サイクルの取り組み】

- ・ 個人目標
- ・ 病棟目標は「課題達成シート」を活用、 病棟目標毎に 3 グループで取り組み
- ・ 医療安全 「2 人同時双方型の精度を上げる」

【業務量調査の結果と課題】

8 月にレッドゾーンで行なっている業務量を調査（入院患者 1～2 名）を実施。レッドゾーン内の業務 670 分中環境整備を含む掃除が 210 分と一番時間を掛けていた。次に検温で、115 分と多いが各勤務帯 15 分程度となっている。退院後の病室掃除はリネン交換や、ベッド周囲と床頭台の環境整備、物品準備があり、時間を要する。リネンは交換時アクアフィルムに入れるなど、コロナ病床の特性があり時間が掛かる要因である。食事の世話も 90 分と時間を費やしていた。

<今後の課題>

今回の業務量調査は入床 1～2 名で少なかった。入床数により、業務に要する時間数も増えてくる。患者の ADL 状況や医療処置・検査などで業務に要する時間は変化する。効率の良い業務の遂行と、看護の質向上のため、業務量調査を実施し業務改善につなげていく。

【業務改善】

- ・ レッドゾーン内の清掃の見直し
- ・ 看護補助者のレッドゾーン内の業務

【教育活動】

看護補助者の活用推進のための看護管理者研修

群馬県保健師助産師看護師実習指導者講習会

看護師のための認知症ケア講座

新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成事業軽症～中等症患者対応研修（WEB）

院内看護研究 テーマ 認知症を有するコロナ患者の看護～看護師の関わりを振り返って～

事例検討 テーマ COVID-19 に感染した認知症高齢者ケアの実際

【今後の展望】

新型コロナウイルス感染症が感染症法 5 類に位置づけされ、6 階病棟は重点医療機関の終了と共に地域包括ケア病棟としてその機能を果たしていく。

認知症ケアチーム(DCT)

認知症看護認定看護師 松本 敏子

【 認知症ケアチーム(DCT)の院内ラウンドについて 】

令和元年に発足した認知症ケアチームの活動も今年度で4年目となった。

多職種で連携して行う DCT ラウンド(令和4年度)の総回数は53回、総介入者数は659名であった。神経内科医の月一回定期ラウンドは9月で終了となったが、専門手的な視点を学んだことによりラウンド方法にも効果的に作用した。コロナ感染症により、ラウンドの制限や患者家族の面会中止など認知症患者にとってマイナスとなることの多い年度だったが、様々な制限がある中でもできるだけ認知機能の低下した患者が安心して穏やかに過ごせるように主治医や病棟看護師との連携を模索しながら活動することができた。

【 院内研修について 】

院内研修に関しては、コロナ禍の感染状況を鑑み、集合研修は控えてナースングスキル(ウェブツール)を活用した研修を実施した。

身体拘束の研修に関しては、ナースングスキルでの全体研修、および管理者や希望者を対象とした集合研修を実施することで、身体拘束の3原則に沿った考え方を伝達することができた。

【 DCT 活動について 】

- ・「認知機能低下予防の看護ケアのお知らせ」「ここはくすの木病院です」の用紙を作成し運用開始
- ・行動制限を問題とした標準看護計画の作成 ・自立度チェックシートの年齢区分変更

活動の総まとめとしては、活動内容や実績、医師をはじめとした各専門職からのデータ分析やアドバイス、役割などの投稿を載せた「DCT 活動報告書」をパワーポイント形式で作成し、次年度に各部署に配布している。活動報告書には今後の方向性や課題を明記することで DCT 活動をさらに浸透させることに役立っている。また、毎月発行している月間活動報告書には、加算関係の情報や行動制限率、認知症ケアや薬剤に関する情報など読む研修を載せることで、知識の補充やケアに対する意欲の向上に繋がれるように工夫することができた。

【 結果評価 】

DCT ラウンドの回数を重ねながら、PDCA サイクルを繰り返した。継続的に活用しているラウンドツールや多職種連携の方法を話し合い改善することでより円滑なラウンドの方向性が見いだせた。

ラウンドの記録方法の改善策として、ラウンドツールやカンファレンス記録の見直し、記録を MC 課に依頼するなど円滑なラウンド運営に繋がられている。行動制限に関しては、患者の詳細な状況を診療録に記載し、行動制限カンファレンスとしての役割を担えるように取り組んでいる。行動制限低減に向けた取り組みでは、行動制限率に大きな改善は見られなかったが、少人数の研修の実施や関連情報を活動報告書に添付するなどの情報発信を継続して行うことができた。

【 今後の課題 】

・三原則に沿った行動制限の考え方が浸透していないため、三原則(緊急やむを得ない場合)を前提とした行動制限カンファレンスや記録強化の検討、解除努力への助言を行うことで行動制限の低減、解除率の向上や認知症ケア加算Ⅰの運営強化に貢献していく。

・昨年度実施、活用を開始した非薬物療法のツールを再度検討し、病棟での活用状況やスタッフ、患者家族からの反応を見ることのより検討、改善していく。また、現状でも薬剤使用による過鎮静も見受けられるため、非薬物療法による認知症ケアを重視し、合わせて効果的な薬剤コントロールを実施していく。

・活動内容のオープン化を図り、DCTのみが動くことの無いように、認知症チーム会や、関わるスタッフ全員が参加できる活動を目指す。また、認知症ケア加算に対する正確な知識および活動を伝達し、DCTの運営が円滑に行われるように周囲に協力を求めていく。

・Web研修の継続し、対面での研修は少人数で実施していく。認知症ケアに関する情報を提供し、認知症ケアを院内全体に浸透させる活動により本来の目的である認知症対応力向上に向けた活動を強化する。

【 実績 】

①総介入患者数・依頼階別総患者数

依頼病棟別人数						
	回復リハ	療養	4 階	5 階	地域包括	合計
4 月	0	2	23	18	6	49
5 月	0	2	22	22	7	53
6 月	0	8	24	21	2	55
7 月	1	4	11	25	0	41
8 月	0	0	22	23	16	61
9 月	1	1	13	31	9	55
10 月	0	5	26	26	11	68
11 月	1	2	26	16	12	57
12 月	3	0	23	27	17	70
1 月	0	2	26	25	5	58
2 月	0	1	17	27	3	47
3 月	2	4	19	19	1	45
合計	8	31	252	280	89	659

②院内研修

① 認定看護師主催研修

4 月 テーマ「認知症看護について」新人研修

11 月 テーマ「身体拘束 3 原則について」管理者研修

② 全体研修(DCT/認知症チーム会) ナーシングスキルを活用した Wed 研修

放射線科

放射線科 係長 本間 由美

2022 年度 科目標

1. 検査の依頼に柔軟に対応できる体制の見直し
2. 画像診断に関わる診療報酬への適切な対応
3. タスクシフトシェアの確立と実践
4. コスト意識の強化と在庫の適正管理
5. 放射線科における BCP の整備

現況

常勤医師 1 名、診療放射線技師 13 名、看護師 1 名

活動方針

今期は 5 月末に放射線科管理システム（RIS）や読影システム、医用画像管理システム（PACS）の更新を行い、放射線科に深く関係するシステムの運用が大きく変化した年度となった。システム更新をきっかけにエコーレポート様式の見直しを行い、入力様式を改定することでレポート入力効率化にも取り組んだ。また、導入後も数ヶ月かけて新しいシステムに合わせた運用方法の検討と変更を繰り返し行ってきた。今回新たに線量管理システムも導入されたため、医療被ばくにおける線量管理や線量記録に活用していきたいと思う。

また、医療法改正後タスクシフトシェアが推進されるようになり、診療放射線技師も告示研修を受講することが義務付けられた。今後の対応に備えるべく、まずは研修を受講し、そこで得られたものを日々の業務へ活かしていけるよう取り組んでいければと思う。

放射線科の業務としては昨年度で巡回検診が終了したが、今年度は術中イメージ操作の件数が増加したため、放射線科での業務や人員配置の見直しを行った。新たな診療報酬の算定については大きな動きはなかったため、今後の課題としていきたい。

教育活動

○講習会・研修会 参加 及び 認定資格取得状況

告示研修（基礎研修）4 名

告示研修（実技研修）2 名

X 線 CT 認定技師更新講習会 1 名

マンモグラフィ技術認定更新講習会 2 名

放射線被ばく相談員講習会 1 名

診療放射線技師基礎技術講習（消化管撮影）1 名

救急撮影講習会 1 名

○科内勉強会等

- 5月 頚動脈エコーについて
- 6月 Golden の S サインについて
- 7月 乳腺エコーレポート形式変更による効果について
- 8月 臍、鼠径部除圧下腹臥位 CT 撮影（ヘルニアスタディ）について
- 9月 乳房 MRI の読影について
- 1月 フォンテイン分類について
- 3月 ドックエコーの HI ZOOM を使用した病変の観察について

今後の展望

人員配置や予約枠の見直しを行い、装置を効率よく稼働させる
迅速で柔軟な検査の受け入れを目指し、スタッフ間の連携を強化する
コスト削減に向け業務改善を行い、医療材料や備品の適正使用、管理を行う

リハビリテーション科

リハビリテーション科 科長 町田 観誠

2022 年度のリハビリテーション科は、下記の点を目指として活動した

1. 患者受入れ体制の充足とチーム連携の強化
2. 診療報酬改訂の対応と業務見直し
3. タスクシフトシェアの確立と実行
4. 患者サービス向上に向けての質の向上
5. 業務中のロスを減らし、効率的な運用を検討していく
6. BCP の周知・実施に向けての取り組み

患者の受け入れ体制の充足に向け、病棟単位でのチーム体制を整え、病棟間の連携を強化し断続的にならないように効率化を図っていった。特に回復期リハビリ病棟では、高い提供単位数の維持が出来ている。その他の診療報酬改訂の見直しと業務の見直しについては、日本医療機能評価機構の病院機能評価事業の副機能リハビリテーションの受審に合わせて整えつつ行った。無事に副機能リハビリテーションの更新を果たすことが出来た。今後としても医師、看護師、相談員等の連携を意識し、患者への適切なリハビリテーションの提供に努めたい。また今年度も、整形疾患のリハビリが多く、転倒からの骨折患者が目立っていた。転倒の根本的原因を考えて転倒予防するようにリハビリするように取り組んだ。リハビリ科として臨床中の、大きなアクシデントもなく経過することが出来た。今後もアクシデントの予防と、転倒予防には重点的に取り組みつつ実施していく予定である。

BCP については、新型コロナの影響を受け、リハビリスタッフに協力出来ることを考え機会になった。非常時に対応出来ることを科内で統一して認識することが今後の課題である。

今後の展望

コロナ病床の減少に伴い地域包括ケア病棟が徐々に開放されていく。病棟の運用に合わせて調整し、患者受け入れ体制をスムーズに行っていく

多種多様な疾患に対応出来るように、研鑽に取り組んでいく。

検査科

検査科 係長 渡辺 友樹

・現況

検査技師 常勤 10 名

・部署目標

1. コロナ患者受け入れ時の協力、コロナ疑い患者対応の協力。
2. 各種立ち入り検査へ対応する為の職員教育
3. 医師及び看護師の業務負担軽減に向けて業務応援体制の継続及び立案
4. 検査技術・知識の向上及び患者サービス強化
5. コスト削減に向けて各種検査項目見直し及びコスト意識強化
6. 災害・感染時における BCP の策定及び教育

1. コロナ患者受け入れ時の協力、コロナ疑い患者対応の協力。
令和 4 年度は第 6 波と第 7 波を経験し、昼夜問わず 6F コロナ病棟への受け入れに協力した。
また、クラスター発生時の検体採取の協力を行った。
日々、陽性者の発生届け登録や陽性件数の全数入力などハース関連に時間を費やされた。
また、最終的には外来における COVID-19 検体採取を検査科ですべて請け負った。
2. 各種立ち入り検査へ対応する為の職員教育
6 月の機能評価受審前に、検査科職員全員で協力し検査科マニュアル更新を新たに行った。
3 月に医療監視があり、各種立ち入り検査に対しての教育は行えた。
3. 医師及び看護師の業務負担軽減に向けて業務応援体制の継続及び立案
COVID-19 検体採取を発熱区域 SCR のみ対応していたが、入院時 SCR 検査も検査技師が採取を行っており、外来における検体採取は主に検査技師が行うこととなった。
タスクシフト・シェア研修を検査科全員修了した。まだ実践は出来てはいないが、今後は行える行為に対して前向きに検討していきたい。
4. 検査技術・知識の向上及び患者サービス強化
各個人で、臨床検査技師会主催、各種研究班主催の勉強会・研修会・学会などに参加し、検査技術・知識の向上を図った。また、定期購読図書をもとに部署会議内で毎月勉強会を行い知識の向上を図った。
患者サービスの強化として、外来患者において案内の声かけを強化した。新規の患者様や年配の患者様には適時付き添い、案内を行った。
5. コスト削減に向けて各種検査項目見直し及びコスト意識強化
COVID-19 抗原定量検査を導入した。従来の PCR 法・NEAR 法の運用と比べ抗原定量検査の試薬単価は低く抑えられ、利益が捻出できた。また検査処理能力も向上し、当番医で患者が集中し、検査数が増加した際も待ち時間なく運用できた。

6. 災害・感染時における BCP の策定及び教育

COVID-19 感染により出勤出来る職員も制限される事態が起こった。

検査の運用を縮小することは無かったが、状況による BCP 策定の検討を開始した。

・活動報告

4 月 2022 年 3 月で巡回健診が終了し、横田さん 検査科へ配属。

5 月・7 月 タスクシフト・シェア研修 検査科全員修了。

第 204 回通常国会において「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改訂する法律（令和 3 年法律第 49 号）」の成立により臨床検査技師等に関する法律の一部改訂がされ 2021 年 10 月 1 日から施行されることとなった。

群馬県臨床検査技師会では 2022 年 3 月から「タスクシフト・シェアに関する厚生労働省指定講習会」が開催され、当院検査技師も全員受講し講習を修了した。

8 月 HISCL800 機器導入（COVID-19 抗原定量）

COVID-19 抗原定量検査を行える HISCL800 を群馬県の補助金で購入した。導入以前は日々の入院前 COVID-19 スクリーニング検査と発熱区域スクリーニング検査で検査機器の処理能力を大幅に超えており検査測定待ち時間が発生していたが、導入以降は当番医も含め円滑に検査結果の提供を行えている。

今までは核酸増幅検査のみで行っていたが、抗原定量検査を行うようになり、偽陽性や再感染など判断に迷う場面において異なる検査を行えるメリットは大きく感じられた。

また、2022 年度はインフルエンザの流行も重なり、インフルエンザ抗原定量試薬を HISCL800 に導入した。有症状患者に対し COVID-19 抗原定量とインフルエンザ抗原定量の同時検査を行える事により業務効率は格段に良くなった。

12 月 C.DIFF トキシン B 遺伝子検査導入（既存機器スマートジーン）

1 月 HISCL800 インフルエンザ抗原定量導入

アンモニア測定機器 買い換え

3 月 クリオスタット修理

検体保存用冷蔵・冷凍庫購入（免疫用）

・今後の展望

検体検査 FMS 運用検討

検査システム、生理検査システムの更新検討

タスクシフト・シェア業務の検討および立案

放射線科

放射線科 係長 本間 由美

2022 年度 科目標

1. 検査の依頼に柔軟に対応できる体制の見直し
2. 画像診断に関わる診療報酬への適切な対応
3. タスクシフトシェアの確立と実践
4. コスト意識の強化と在庫の適正管理
5. 放射線科における BCP の整備

現況

常勤医師 1 名、診療放射線技師 13 名、看護師 1 名

活動方針

今期は 5 月末に放射線科管理システム（RIS）や読影システム、医用画像管理システム（PACS）の更新を行い、放射線科に深く関係するシステムの運用が大きく変化した年度となった。システム更新をきっかけにエコーレポート様式の見直しを行い、入力様式を改定することでレポート入力効率化にも取り組んだ。また、導入後も数ヶ月かけて新しいシステムに合わせた運用方法の検討と変更を繰り返し行ってきた。今回新たに線量管理システムも導入されたため、医療被ばくにおける線量管理や線量記録に活用していきたいと思う。

また、医療法改正後タスクシフトシェアが推進されるようになり、診療放射線技師も告示研修を受講することが義務付けられた。今後の対応に備えるべく、まずは研修を受講し、そこで得られたものを日々の業務へ活かしていけるよう取り組んでいければと思う。

放射線科の業務としては昨年度で巡回検診が終了したが、今年度は術中イメージ操作の件数が増加したため、放射線科での業務や人員配置の見直しを行った。新たな診療報酬の算定については大きな動きはなかったため、今後の課題としていきたい。

教育活動

○講習会・研修会 参加 及び 認定資格取得状況

告示研修（基礎研修）6 名

告示研修（実技研修）2 名

X 線 CT 認定技師更新講習会 1 名

マンモグラフィ技術認定更新講習会 2 名

放射線被ばく相談員講習会 1 名

診療放射線技師基礎技術講習（消化管撮影）1 名

救急撮影講習会 1 名

○科内勉強会等

- 5月 頚動脈エコーについて
- 6月 Golden の S サインについて
- 7月 乳腺エコーレポート形式変更による効果について
- 8月 臍、鼠径部除圧下腹臥位 CT 撮影（ヘルニアスタディ）について
- 9月 乳房 MRI の読影について
- 1月 フォンテイン分類について
- 3月 ドックエコーの HI ZOOM を使用した病変の観察について

今後の展望

人員配置や予約枠の見直しを行い、装置を効率よく稼働させる
迅速で柔軟な検査の受け入れを目指し、スタッフ間の連携を強化する
コスト削減に向け業務改善を行い、医療材料や備品の適正使用、管理を行う

ME 科

ME 科 主任 新井 信吾

2022年度科は

1. 当院の患者状況により可能な限り対応
2. 診療報酬改定に伴い、自部署で行える取り組みの検討
3. タスクシフトシェアにおける他部署との連携強化
4. スタッフ1人1人の患者に対する接遇力の向上
5. 現状の方法にとらわれず改善できる方法の検討
6. BCP の周知

1. 透析患者数は前年度と比べると減少傾向にあり、120名前後を推移している。
コロナ第7、8波の影響、スタッフの体制も変わり患者数を増加傾向にする事ができなかった。
2. 診療報酬改定に伴い透析物品の見直しをかけ、プライミングを生理食塩水から透析液に変更をおこなった。人工腎臓も Dr と検討し機種統一を行った。
機器研修に参加し、機器トラブルに対して当院でできる範囲の対応はメーカー対応せず当院スタッフで行えるようになった。
3. タスクシフトシェアは取得までには至っておらず、その後の看護部との連携、業務改善を行うことができなかった。
4. 透析は病棟、外来とは違い長期にわたり患者と関わっていき、家族のような関係になりがちであり、それが原因でトラブルになることもあった。
5. 職員数が8月に1名、1月に2名退職した。12名が9名に減少した。会議を行い、今までに行っていた業務の再検討を行い不要なものは無くし業務改善を実施した。
7. BCP はスタッフに説明のみをおこない詳細は集めて話し合いを持つことはできなかった。

今後の展望

看護師と連携して業務改善を行い勤務体制を見直し、患者数増加に向け体制を整えていく

コスト削減に向け、機種統一、他社との情報交換を行っていく

個々の業務負担軽減のため定期的に ME 内で業務の見直しを検討していく

BCP について定期的に話し合いを実施していく

栄養科

栄養科 主任 関口 直子

科目標

1. 安全で美味しい給食の提供
2. 診療報酬改定への迅速な対応と、栄養関連項目の確認と周知
3. タスクシフトシェアの確立と他部署との連携強化
4. 栄養指導内容の充実と、受け入れ体制の確立
5. コストへの意識強化
6. 災害・感染に関する BCP の確立と周知

昨年度は管理栄養士 2 名や 3 名での業務であったが、4 名体制で業務が行え、栄養指導の件数増加や業務改善も行えた 1 年であった。栄養指導実施件数はここ数年平均 40 件/月台（おおよそ外来 25、入院 15）であったが、外来栄養指導を継続して行うことで、徐々に増加し 2023 年 3 月には 116 件となった。患者の理解度や実践の程度などを考慮しながら診察毎に栄養指導を行うため、1 指導の時間短縮にもなり、より多く件数を行うことができるようになった。また、患者の食事療法の動悸付けや継続にもつながり、食生活改善につながっていると考えられる。

カンファレンスへは積極的に参加しており、NST や DCT 以外でも栄養状態や摂食量などを把握し、食事量アップのための提案や形態の提案などを行っていた。しかし、コロナ渦という状況、栄養指導の記録や栄養管理計画書作成・評価に時間を取られ、入院患者に対しての病棟訪問は最低限となっている。記録の時間短縮など、業務改善を行っていききたい。また、今後病棟訪問の意義や必要性を科内で話し合い、入院栄養指導の件数増加にもつなげていきたい。

DCT 認知症ケアチーム会の活動の一環のラウンドや NST など、毎週栄養計算が必要な委員会については、担当科員を増やしたり隔週担当制にしたりと負担をならすように年度途中でも検討し改善してきた。

食事面では、栄養補助食品の値上がりがある中、栄養補助食品の提供数が昨年より多くなっている。ミキサー食・全粥などでのカロリー・タンパク質補強をパレット共に検討し、栄養補助食品を提供する以外の策を検討していききたい。

栄養指導の件数増加、内容の充実や迅速な対応、病棟訪問などの患者対応面、委託業者と連携しよりよい給食提供にむけて取り組んでいきたい。

今後の展望

栄養指導の件数増加と、栄養指導体制の確立

業務改善とコスト削減

よりよい給食提供に向けた給食委託業者との連携

診療情報管理室

診療情報管理室 主任 坪井 千晶

【部署目標】

1. チェック体制、手順の見直しによるデータの精度向上
2. 定期的な質的、量的監査の実施と結果のフィードバック
3. 積極的な研修参加、情報共有による部署としての知識向上
1. 記載マニュアル改訂と記載、登録に関するルールの周知
2. 疾病統計はじめ諸統計の作成、データ活用の推進

今年度も、スタッフの育休等により 2 人体制の期間が長い 1 年となった。

そのため、提出期限のある物や他部署からの依頼データを優先し業務を行い、それらは無事に提出することが出来たが、通常の入力や点検業務は前年に引き続き遅れが出ている状態となってしまった。

目標としていたチェック体制、手順の見直しの部分では、紙を用いていたカルテの量的監査をシステム内で完結可能な運用に変更した。これにより、監査の時間が削減され、監査結果の内容集計も容易に出来るようになった。次年度は監査の流れやタイミングについても、より効率化できるように検討していきたい。

量的監査については順調に進めることができたが、質的監査については未だ件数が少ない状況であるため次年度は方法を見直し、改善を図りたいと考えている。

大きく変化した点としては、2 月にスタッフが 1 名増員され 4 人体制となり、スキャナー取り込み業務が開始されたことが挙げられる。今は入院関連書類のスキャナー取り込みを中心に業務を行っているが、今後は外来や他部署から出る書類についても介入していき、最終的にはスキャンセンター的な役割を担っていけるよう次年度の目標を設定したい。

【全国がん登録提出件数】

2021 年届出症例 : 230 件

【職員数 (2023 年 3 月 31 日現在)】

診療情報管理士 : 3 名、事務 : 1 名

【退院サマリー達成率 (2022 年度)】

7 日以内 : 86% 、14 日以内 : 99% 、30 日以内 : 100%

クリニカルサポート課

クリニカルサポート課 係長 千明 克有

【部署目標】

1. 医療サービス向上へ繋がる患者対応
2. 診療報酬改定に対応した請求業務強化、多部門連携
3. 安定して継続可能な業務運用構築
4. 新病院建築に向けて問題点の整理
5. お互いが成長できる職場環境

今年度も新型コロナウイルス対応が中心となる業務であった。

来院された患者さんが安心して受診できるような対応を意識し、受付にて柔軟で迅速な対応を心がけ医療サービス向上に取り組んだ。

また、今年度は診療報酬改定が行われた。概要に説明される事は勿論だが、新設や変更も細かくあり、当院に関係するところを点数早見表等で確認し各担当部署へ情報伝達を行い診療報酬増加へ貢献した。

費用対効果を意識した業務の見直し、医療サービス向上へ繋がるように適材適所への配置転換や誰かが欠けてもそれをフォローできるような体制作りを行った。

現在当課が抱えている問題点について、新病院での運用時に検討する内容も少なくない。新病院建築に関する情報と照らし合わせながら、費用対効果を加味し当課の意見を取りまとめ問題点の再検証を行った。

昨年度は複数名退職や4月より新規入職などめまぐるしい環境の変化があった。経験年数を問わず初心に帰って自らを成長させる必要がある。その為、心理的安全性を確保し、課内において刺激し合える環境作りを意識した。

【実習受入】

新型コロナウイルス感染症流行により中止

【職員数（令和5年3月31日現在）】

正職 17 名（係長 1、主任 1、外来 7、入院 6、歯科 1、透析 1）

メディカルクラーク課

メディカルクラーク課 係長 金井 潤

【2022 年度目標】

1. 医師・看護師のタスクシフト・シェアの推進
2. コスト削減への意識改革と削減に向けた取り組み
3. 病院及び MC 課職員としての知識・患者サービスの向上
4. 新病院建築に向けて部署の問題点、要望の洗い出し

【活動内容・現状】

2022 年 11 月 日本病院会 医師事務作業補助コース受講 6 名

医師、看護師の事務負担軽減を目的に電子カルテの代行入力、医療文書作成、診察介助、データ入力を主に業務を実施した。外来診療では混雑緩和、待ち時間短縮に向けた取り組みとして外来と協働し整形外来の予約枠見直し、また 2 診体制での診療を開始し待ち時間短縮を図ることができた。

下半期より職員の退職や異動により人員減となり、より効率的な業務運営を実施すべく個々のスキル向上のため外来クラークが医師事務作業補助者養成研修を受講した。次年度の展望として外来クラークをドクターズクラークへ転換し、限られた人数でパフォーマンスを上げていく。

【実績】

2022 年度診断書取扱い件数（MEDI-Papyrus 登録分） 2,691 件

NCD 外科症例登録件数 271 件

【職員数（2022 年 3 月 31 日現在）】

責任者 1 名

ドクターズクラーク 9 名

外来クラーク 4 名

地域連携室

地域連携室 科長 萩原千春

【部署目標】

1. 他職種との連携を図り患者様が安心して受診出来るよう支援していく
2. 診療報酬改定に伴い他部門との連携とコスト意識の向上
3. 広報内容、広報先の検討を行い紹介率・逆紹介率の向上に努める
4. 業務の効率化へ繋げるための職場環境の見直し
5. 新病院建築へ向けた問題点の把握

【病床管理】

昨年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の感染拡大や院内クラスター発生等により、病床利用率は 76.7%と目標達成には至らなかった。しかしながら、病床利用率 70.0%の上半期と比較し下半期は 82.6%と増加となった。患者支援センターから地域連携室と名称を改め、紹介のお断りがないよう地域連携室スタッフが協力し、受診や入院の受入れをスムーズに行い、患者家族の意向に沿いつつも入床数を意識しながら退院調整に努めた。その結果、入院数は昨年度比較し 169 名増加した。

【連携事務】

患者や家族が当院をはじめ、他の医療機関の外来にも安心して受診ができるように、予約や案内等を親切丁寧な対応を心掛けた。また、地域連携室直通電話の開設により地域の医療機関からの紹介や情報交換がスムーズに行えるよう、業務改善に取り組み、院内外との連携に努めた。

広報誌は年4回の季刊誌へ変更となり、広報誌を通して当院の診療機能アピールを行った。

今年度は、下半期より部署名変更に伴う担当変更や業務内容の変更があったため、マニュアルの見直しや改訂を進めたが、部署外での変更も行われたため年度内に全てのマニュアル改訂を終了できなかった。コロナ禍で実施できなかった定期的な開業医訪問等、当院の役割・機能に応じた紹介患者を受入れられるよう、次年度は訪問先の検討を行いながら活動したい。

【医療相談】

今年度は、地域連携室へと部署の名称変更が行われ、各病棟担当者の変更も行われた。一般・回復期リハビリテーション病棟は担当者が部署配置となり、病棟との情報共有に繋がった。また、機能評価に向けてマニュアルの整備や、業務改善としてペーパーレスに伴い相談記録などシステム上で情報共有できるように運用を変更した。業務の効率化を図るため、毎月実施していた相談室カンファレンスは廃止とし、毎朝のミーティングを継続することで、情報共有に努め、入退院支援加算、介護支援等連携指導料算定件数は昨年度より増加となった。

【総合案内】

今年度も新型コロナウイルス感染予防防止対策を継続し、安全と安心の環境を考慮し対応した。病状に応じて緊急性があると思われる場合は、速やかに処置室へ案内し、外来スタッフへ引き継ぎ、介助を要

する患者へは安全に配慮しながら、見守りや援助、案内を行った。また、電話予約等が必要な場合においては、直接来院される高齢患者も多く、難聴を伴うケースもあり、柔軟に対応し担当者への取り次ぎを行った。

新型コロナウイルス感染症予防対策のため面会禁止が継続される中、連絡手段のない患者家族や患者の状況を心配する家族への要望や相談を受ける事もあり、患者サポート体制会議で検討し病棟へ伝達した。3月22日より面会制限へ移行となり、患者や家族共に心理的不安が幾分緩和されたとの声も聞かれた。

【職員数（令和5年3月31日現在）】

看護師 3 名 社会福祉士 5 名 事務 3 名



健康増進課

健康増進課 係長 松尾 佳代

【部署目標】

1. 健診手順の見直しと問題点の改善
2. 各部門・各部署との情報共有による連携強化
3. 業務の見直しによるコスト意識の向上
4. 安心で安全な健診を提供できる質の向上
5. 適正な人員配置と業務の効率化

昨年度をもって巡回健診が終了となり、人間ドック・企業健診・PET/CT がん検診（PET/CT 検査は公立藤岡総合病院にて撮影）でのスタートとなった。

今年度もコロナ禍での健診となり、肺機能検査は中止継続、病棟でのクラスター発生時はドック・健診受診者の受入を中止し、日程変更により対応した。

PET/CT がん検診については、2022 年 6 月 30 日をもって事業終了とし、約 17 年間の幕を閉じた。リピーターへはエグゼクティブコースの PET/CT 検査を胸部 CT 検査へ変更した内容でコースを提案し、7 月以降受診された方は 28 名であった。来年度以降も同コースの提案を継続していく。

人間ドック受診者へサービスの一環として提供していたお食事（コロナ禍においてはお弁当の提供）を 2022 年 12 月 1 日以降中止とした。復活を希望する声を多くいただくので、コロナ収束等状況を考慮し、お食事の提供のみでの再開を検討したい。

健診手順や業務の見直し・効率化を目標に掲げ、カルテの運搬廃止、ドック受診者の受付後の流れの変更、各検査への案内簡素化を実施した。8 月より看護師が 1 名配属されたので、来年度はできれば人間ドック室にて採血を実施することを開始したい。

接遇面では受診者への積極的な声かけ、検査等の不安をやわらげる気配りと思いやりのある対応を今後も継続していきたい。

【令和 4 年度実績】

人間ドック	947 件
企業健診（院内）	1,469 件
藤岡市がん検診	704 件（胃がん 446 件、乳がん甲状腺がん 258 件）
PET 検診	23 件

施設管理課

施設管理課 係長 久保田 勝一

2022年度目標

1. 作業効率を考慮した仕事の構成と報連相の徹底
2. 不必要な在庫備品とライフラインのコスト削減
3. 新病院構築に向けての情報収集と知識向上

コロナの影響で機器や部品供給が著しく不安定になり、故障時の早急な対応が出来なくなっている。設置35年を経過した建物や機器等もあり、機器の予防保全が出来るかがポイントとなる。今年度は、療養病棟のエアコン・厨房用エレベーター・誘導灯一部・療養病棟機械浴などが予防保全として対応できた。来年度も先を見据えながらリスクを削減できるように設備管理を実施していきたい。

<2022年度の主な修繕・更新機器設備>

- アンギオ室照明交換
- 手術室1-2間自動ドア装置交換
- 雨水ポンプ交換
- 正面玄関排水枡回収工事
- 正面玄関アスファルト舗装工事
- 療養病棟本館西系統エアコン交換
- 手術室エアコンNo.2内機ファン交換
- 雨水ポンプ制御盤内部品交換
- 厨房用エレベーター電装部品リニューアル工事
- 誘導灯53箇所交換
- 療養病棟機械浴交換

<今後の展望>

- ・機器の予防保全を計画的に進める。

<施設管理課職員の主な取得資格>

2級ボイラー技士・危険物取扱者（乙種1～6類）・第2種電気工事士・認定電気工事従事者・認定ホスピタルエンジニア他

<職員数名（2023年3月31日現在）>

4名（1名洗濯業務）

人事課

人事課 係長 前田 留美

【部署目標】

1. 効率を重視した業務改善
2. 医師の働き方改革の検討
3. 人事業務に必要な知識の向上
4. 適正人員数を意識した採用活動

今年度は、所属長の人事異動、課内も3名体制から2名体制へ変更となった。そのため、課内でのコミュニケーションを特に重視し、情報共有に努めた。また声掛けの中で業務の必要性を再確認することで改善や削減にもつながった。

もっとも大きな変化は、中期より稼働となった就業システムの導入だ。これにより、給与計算時の人事課の残業もなくなった。また、有給休暇、時間外、原本管理していた職員管理データ等、管理や集計に多くの時間を費やしていたが、大幅な改善となった。全職員が自身の勤怠を日々確認できるようになり、勤怠管理意識も高まったのではないだろうか。医師についても、一般職員より遅れての導入となったが、日直宿直の許可承認と共に働き方改革の開始に向け前進できた。

採用面では、昨年から引き続き薬剤師不足が課題だ。非常勤2名の入職はあったが、どちらも期限付であったため新たな採用が求められる。新卒では、看護師4名、看護アシスタント2名、作業療法士1名を採用することができた。

【今後の課題】

中途採用が年々難しくなっていると感じている中で、採用活動の手法をリクルート課と検討する必要がある。中でも薬剤師の採用は、調剤薬局やドラッグストアという選択肢もある中で、課題とすることが多い。

総務課

総務課 課長 牧野 光宏

7月より、用度課、情報システム課、経理課が総務課に統合になり部署目標も修正した。

1. 適正で計画的な病院運営支援

- ・ 診療報酬改定に伴う4月・10月の施設基準の届出を実行した。
- ・ 機能評価更新審査、医療監視について、計画的な準備調整を行うことができた。
- ・ 各部門会議、教育委員会、衛生委員会等で積極的に活動し、職場の衛生、教育環境向上の為に提案及び実践した。

2. コスト削減と効率化を重視した業務改善

- ・ 駐車場の整備（解約）
- ・ 費用対効果を意識した広報活動（看板全撤去、病院パンフレット印刷業者変更）

3. 業務の効率化・改善に取り組む

総務課から提案した件数は全体のおよそ37%であった。内訳として

- ・ 院内全体レベル17件

（グループウェアシステム導入、コピー用紙B版廃止、直通ダイヤル活用促進、荷物受渡票廃止、理美容申し込みデータ共有、オンライン面会予約方法変更、画像保存の整備、野立て看板全撤去、プリンタ保守契約、物品請求日週1日化、職員駐車場解約、オンライン面会業務シェア、病院封筒劣化版、アトリックス職員配布廃止、機密文書処理、エラン受付業務整備、定数削減 等）

- ・ 課内レベル9件

（広報物、宛名ラベル一括印刷、研修費承認印廃止、当直表作成時の連絡方法、郵便計量、ネット端末切替、支払申請書変更、郵便物受領入力、現金預入業務保安体制向上）

保留または却下11件

（電話自動案内、郵便封筒、お中元等、SDGS、後納郵便封筒に印字、稟議書の管理方法、書籍印の廃止、食券手売り販売廃止、電話交換メモの共有、給与明細電子化、郵便物のメール化）であった。

4. 自己の能力向上に努める

- ・ 業務（補助金申請、退院時アンケート、仕分け業務、メールチェック、ウィルスチェック、オンライン面会等）の共有化（業務範囲の拡張）により、知識、技術の向上を図り、同時にバックアップ、牽制体制の構築を図った。
- ・ 毎月目標管理面接を実施し、情報、知識の共有を図り、処理能力の向上に努め、実際に長期タスクを計画的に遂行できた。

保育所

保育所 主任 浅見 千恵

【部署目標】

1. 保育提供の安心・安全・感染症対策を基に、危機管理強化の徹底
2. 保護者とのコミュニケーションを大切に、共通理解を図って信頼関係を築きながら保育に努める
3. 保育士専門知識の向上を目的に、研修を積極的に参加し保育の質を高める
4. 保育観を尊重し合える環境の整備
5. 十分に行き届いた家庭的な雰囲気の中で、一人ひとりを大切に優しい心とたくましい体作りが育てる保育の提供
6. 新病院建設に向けて問題点の見つめ直し

今年度の卒園児は2名。卒園式の時間も縮小。30分以内の時間で所児の成長を確認しつつ、親子一緒に祝辞を聞くなどアットホームな式で進めた。保護者職員からも好評で、来賓客の医院長と看護部長の負担も軽減した。今年度コロナ感染症に感染した職員は2名。家族感染からきたもので、警戒して早目に休んだことにより他の職員や所児への濃厚接触者は出ずに済む。インフルエンザに感染した職員もいたが、他の職員、所児への感染はなかった。

【活動報告】

去年に引き続き、手指衛生の強化・登所時の所児・臨時保育児の非接触型体温計での検温実施。職員と保護者に感染への危機管理強化をお願いした。

近年、保育中の事故が増えている事も踏まえて、事故に遭遇してしまった時のマニュアルを再検討。「事故の対応」をマニュアル化し、外来と総務に伝え病院と連携を取るかたちを作成。乳児・幼児の為、怪我による受診は当病院整形外科で対応。内科的件は小児科がない為、当病院に相談後救急車での受診体制となる。

今年度の研修は令和3年度群馬県教育・保育キャリアアップ研修に参加希望2名だったが、抽選にもれてしまい1名しか参加出来なかった。群馬県認可外保育施設研修は申込み期日が職員の感染症時期と重なってしまい、予想が経たず今年度の認可外研修は見送る。来年度は受講予定。

年度途中から病院職員が仕事でなくても8時45分～16時まで子どもを預けられる様『リフレッシュ(R)』を導入。少しずつ、保育所を利用している病院職員に浸透してくる。年度末の保護者アンケートにも感謝の声が寄せられた。

去年度試みた『1年間の思い出DVD』は撮影・編集等職員への負担が大きかったため、業務改善としてなくす。替わりとして『くすの木レポート』を使い、保育所での行事を活動報告として所児の写真とコメントを掲載。また、保育所の所児募集と臨時保育も随時募集していることも載せ、保育所の利用を呼び掛ける。

【在籍児数】

2022 年 4 月 1 日

2 歳児	5 名
1 歳児	10 名
0 歳児	0 名
計	14 名

2023 年 3 月 31 日

2 歳児	2 名
1 歳児	5 名
0 歳児	5 名
計	12 名

【行事活動報告】

- ・ 5 月 1 日 端午の節句（こいのぼり製作）
- ・ 6 月 10 日 時の記念日（時計製作）
- ・ 7 月 7 日 七夕（七夕製作）
- ・ 9 月 10 日 十五夜（十五夜製作）
- ・ 10 月 28 日 ハロウィン（仮装行進）
- ・ 12 月 23 日 クリスマス（クリスマス会）
- ・ 2 月 3 日 節分（鬼の製作・豆まき）
- ・ 3 月 3 日 桃の節句（お雛様製作）
- ・ 3 月 24 日 卒園式（2 名卒園）

【研修会参加】

令和 3 年度群馬県教育・保育キャリアアップ研修参加・終了者 1 名
 研修種別：「12 乳児保育」

【職員数(2022 年 3 月 31 日現在)】

保育士 8 名

居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所 主任 櫻井 知佐子

【 部署目標 】

1. 各部署での効率を重視した業務内容の見直しと改善提案の促進
2. 他部署への協調性を持った協力体制の強化
3. コストの見直しおよびコスト意識の強化と改善
4. 病院職員としての知識・サービスレベルの向上
5. 適材適所への職員配置および配置転換と適性人員数の見直し
6. 新病院建築に向けて自部署の機能・問題点の検討と把握

【 活動報告 】

1. 今年度、会場に行き研修参加してきたが、緊急な業務などが入り研修会場へ行く時間がなく不参加となるケースが多かった。院内 web 環境も整っている為、web で参加できる研修は院内で受けていくよう提案、来年度から実施していく。
2. 高齢者患者支援として医療相談員からの相談や他機関へ繋げるなど支援を行い連携する事ができた。今後も病院との連携支援に努める。
3. 居宅訪問に出る際、近隣のサービス事業所に書類を届けるよう意識し FAX 送信ミスや経費削減を意識する事ができた。
4. 病院での科目や診察時間を把握し病識についての疑問は同事業所訪問看護に相談する事で知識を身につける事ができた。
5. R4 年 11 月からケアマネジャー 1 名出向となり 6 名体制から 5 名体制になった。依頼を断る件数は数件のみで影響はなく利用者は上限まで維持できた。
6. 現在敷地内に事務所があり病院との連携で不便はないが、新病院で事務所が院内配置になれば医療相談員や各部署職員とすばやい連携ができる。

【 今後の展望 】

・令和 5 年度はケアマネ 5 名体制で行っている。利用者数大きな増減なく安定した収入に繋がっている。ケアマネが 5 名体制になった事で利用者数が常に上限近い状態で受けられない事もあるが、医療相談員や各市町村の地域包括支援センターからの緊急な依頼には対応できるように取り組んでいきたい。

【 研修実績 】

- ・藤岡市地域ケア会議 4 月 1 名、7 月 1 名、2 月 1 名 出席
- ・神川町地域ケア会議 5 月 1 名、2 月 1 名 出席
- ・藤岡市地域リハビリ研修会 3 月 1 名 出席
- ・藤岡市 ACP 普及啓発ワーキンググループ会議 5 月 1 名 出席
- ・令和 4 年度認定調査員現任オンライン研修 全員参加

- ・群馬県主任介護支援専門員研修 2名 参加
- ・上里町高齢者いきいき課 会議 3月1名

【 役員実績 】

- ・群馬県多野藤岡支部介護支援専門員協会役員 1名

【 職員数 (令和5年3月1日現在) 】

- ・介護支援専門員 5名

【 統計 】

	令和4年4月	令和4年5月	令和4年6月	令和4年7月	令和4年8月	令和4年9月
事業対象者・要支援利用者数	50名	53名	51名	49名	49名	49名
要介護利用者数	178名	178名	183名	178名	184名	185名
総利用者数	228名	231名	240名	227名	233名	234名
	令和4年10月	令和4年11月	令和4年12月	令和5年1月	令和5年2月	令和5年3月
事業対象者・要支援利用者数	50名	43名	44名	41名	41名	42名
要介護利用者数	189名	164名	162名	168名	170名	171名
総利用者数	239名	207名	206名	209名	211名	213名

訪問看護ステーションあさひ

師長 小田桐みどり

【部署目標】

1. 利用者、家族の思いに寄り添ったサービスの提供
2. 知識・サービスレベルの向上
3. 適切なサービス利用への取り組み継続
4. 災害、感染対策の強化及び実行

【現状】2022 年度

- ・職員数 4月～7月 看護師3名、理学療法士2名、作業療法士1名
7月～3月15日 看護師3名、理学療法士3名
3月16日～ 看護師3名、理学療法士2名

- ・看護師は24時間待機体制

・新型コロナウイルスは今年度も流行が継続した。複数の利用者が入所する施設内で感染者発生により出入り出来なかったり、家庭での利用者本人の感染、家族の感染により利用者が濃厚接触者となったケース、職員家族感染により職員が濃厚接触者になるケースも発生し、リスクを常に考え適切な个人防护具を選択、使用する事を遵守継続した。職員自身の感染もあったが自宅療養期間短縮により営業休止には至らなかった。

・新規利用者は59件で前年度とほぼ同数であった。看護訪問に関しては看護師3名体制のままで増員はなかった為利用者が多い際には受け入れ困難となり新規依頼を断るケースもあった。

・新規依頼内訳は、くすの木病院居宅22件、地域居宅17件、くすの木病院10件、地域医療機関10件であった。

・次年度よりリハビリ職員を2名体制にするため2月頃より長期利用者や軽度者の終了や他事業者への移行等調整を図った。

【実習受け入れ】

- ・新型コロナウイルス流行によりくすの木病院の方針に準じ看護学生の実習受け入れは行わなかった。

【委員会参加】

- ・公益社団法人群馬看護協会 訪問看護委員会委員として1名参加

【統計】

・2022 年度 月別利用状況

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	計
看 護	介 護 人数	37	44	43	30	41	42	36	43	38	35	41	36	429
	医 療 人数	5	5	9	10	6	4	7	3	3	5	3	5	60
	訪 問 回数	232	234	252	215	246	211	213	206	225	219	195	259	2707
	GH 連携	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
PT OT	介 護 人数	41	40	37	37	39	38	41	40	39	36	32	28	448
	医 療 人数	9	10	10	10	12	12	12	13	14	14	15	10	141
	訪 問 回数	202	194	220	211	233	221	232	228	236	200	187	156	2520
合 計	利 用 者数	77	80	84	80	85	77	82	82	79	81	74	71	952
	訪 問 回数	434	428	472	426	479	432	445	434	461	419	382	415	5227

・医療処置

医療処置	人数	医療処置	人数
膀胱留置カテーテル管理	15	インスリン注射	2
点滴静脈注射	8	吸引	2
創処置	6	ポート輸液	1
褥瘡処置	5	透析カテーテル処置	1
在宅酸素	5	麻薬管理	1
胃瘻管理	3		
中心静脈栄養	2		
人工肛門	2		