

各部門の報告

新潟県立十日町病院

令和3年度 薬剤部 成果報告

薬剤部長 樋口 多恵子

1. 構成員

薬剤師：9名 技術員（調剤助手）：1名

2. 薬剤部の動向

部員の半数が入れ替わった中、従前の「患者と医療スタッフに信頼され必要とされる薬剤部」を基本理念に、医薬品安全使用につながる薬剤管理指導業務と病棟薬剤業務を展開し、チーム医療への積極参加を目指した。しかし、病棟薬剤業務は維持しつつも、薬剤管理指導算定件数は前年度に比べ大幅に減少した。年休取得日数、超過勤務時間も悪化し、ライフワークバランスの充実には至らなかった。

後発医薬品の使用促進は、数量シェア・カットオフ値の増、薬品費の縮減を指標に、薬事委員会に切替提案を積極的に行った。また医薬品使用状況の報告にてフォーミュラリーの作成や推進を図った。薬剤部員はコロナ禍の状況でも、学会参加、研究、資格維持等の自己研鑽に努めた。

3. 令和3年度 BSC 評価

【財務の視点】

○病棟業務の充実

- ・病棟薬剤業務；継続実施
- ・薬剤管理指導業務；薬剤管理指導算料定件数：対前年度比：42%

○医薬品の適正管理

- ・後発医薬品の使用状況：後発医薬品使用体制加算Ⅰの要件をクリア
- ・管理品目の見直し・整理；管理品目数は1,110品目
経済的視点を踏まえた見直しを行った。

【顧客の視点】

○患者満足度の向上

- ・薬剤管理指導業務実施率：目標には届かないが、前年度をやや上回った

○地域満足度の向上：地区薬剤師会との情報交換会2回行った。

【内部プロセスの視点】

○部員満足度の向上

- ・超過勤務時間、年休取得日数、前年度よりやや悪化した。

○チーム医療への積極参加

- ・回診同行、院内委員会へ毎回参加した。

【学習と成長の視点】

○専門性の向上

- ・有資格：延べ18
- ・院内学習会講師：糖尿病、静脈注射、麻薬管理、等の医薬品関連
- ・院内研修の参加回数：22回/人

患者様と医療スタッフに信頼され必要とされる薬剤部を目指します

①ワークライフバランスの実現 ②病棟薬剤業務の充実 ③機能評価に向けての業務展開

多職種との連携機能の強化、薬業連携の機能強化、専門性の向上、部内体制の安定

区分	テーマ	戦略マップ	戦略目標	重要成功要因	業績評価指標	R02目標	R02実績	R03目標	R03実績	アクションプラン
財務の視点	収支均衡	↑	病棟業務の充実	薬剤管理指導業務	薬剤管理指導料の算定件数	350件以上/月	385件/月	300件以上/月	154件/月	新病棟の薬剤準備室を活用し病棟滞在時間の延長を図る
			後発医薬品使用推進	病棟薬剤業務の実施	全病棟の薬剤師滞在時間(病棟薬剤業務実施加算)患者(数)	20時間/週以上	1病棟当たり20.8h/w	20時間/週以上	20時間/週以上	○
顧客の視点	患者・地域の満足度向上	↑	医薬品の適正管理	医薬品の適正使用	後発医薬品の導入率(数値)	91%以上	94.9%	91%以上	91.2%	同種同効薬の見直し(薬事委員会)
			患者満足度の向上	患者満足度の向上	カットオフ値	64.3%	63.4%	60%以上	67.8%	総合的な見直し年1回採用銘柄の多い薬効群を順番に見直す新採用時に既存の採用品と比較する
内部のプロセス	医療の質向上(チーム医療への積極的参加)	↑	職員満足度の向上	医薬品破損減	管理品目数	1100品目	1110品目	1110品目	1227品目	年4回定期巡回による不良在庫点検保管転換の積極的活用
			地域満足度の向上	地域薬剤師会との連携	資産減耗費の減	薬品費の0.3%以下	0.22%	薬品費の0.3%以下	0.23%	新病棟の薬剤準備室を活用入院時から入院時の紹介
学習の視点	人材育成	↑	チーム医療への積極参加	業務プロセスの見直し	薬剤管理指導実施率	60%以上	57%	60%以上	28.8%	がん化学療法連携加算要件に即した業務展開
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	チーム医療への積極参加	退院指導の件数	90件以上/月	68.4件/月	70件/月	44.9件/月
学習の視点	人材育成	↑	継続的なOJT	ワークライフバランスの実現	医薬品情報の提供	随時	124回	随時	59件	がん化学療法連携加算要件に即した業務展開
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	地域満足度の向上	情報交換会の開催	年1回以上	3回	年2回以上	2回
学習の視点	人材育成	↑	意識改革(薬剤師として成長)	業務プロセスの見直し	起動時間の縮減	10h以下/人/月	12h/人/月	13h以下/人/月	14.6h/人/月	外来がん化学療法法の勉強会の開催
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	36違反	-	1件	1件	2件
学習の視点	人材育成	↑	意識改革(薬剤師として成長)	ワークライフバランスの実現	年休取得日数	6日以上/人	7.6日/人	7日以上/人	5.6日/人	GW、SW、年末年始の注射薬扱いし、複数人に対して業務時間の分散を図る
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	専任配置病棟の数	5人(1病棟1人)	5人(1病棟1人)	5人(1病棟1人)	5人(1病棟1人)
学習の視点	人材育成	↑	意識改革(薬剤師として成長)	資格を生かした配置	委員会活動参加	毎回	毎回	毎回	毎回	フロア一業務との調整を図る
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	院内学習会の開催(医薬品DI含む)	月1回以上	12回	月1回以上	8回
学習の視点	人材育成	↑	意識改革(薬剤師として成長)	多角的な知識獲得	院内研修会の参加	10回/人	8.6回/人	10回/人	8.9回/人	学会・研修会参加後の伝達
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	院外学会研修会の参加	5回以上/人	3回/人	5回以上/人	3.5回/人
学習の視点	人材育成	↑	意識改革(薬剤師として成長)	資格の取得・維持	取得・更新・継続の資格の数	1人1資格以上	(有資格)延18人2資格/人	1人1資格	(有資格)延10人1.1資格/人	医療安全、院内感染対策の参加必須
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	担当業務のローテーション	3回/年	3回	3回/年	3回
学習の視点	人材育成	↑	意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	人材育成(研修)を活用し、取得目標および取得までの過程を明確化する
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革
学習の視点	人材育成	↑	意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	フロア一業務をローテーション化し個々々が全業務を実践できるようにする
			意識改革(薬剤師として成長)	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革	意識改革

2021年度 学術活動

薬剤部

日付	学会名・研修会名	会場	出席者
2021/4/22	新潟県病院薬剤師会学術講演会on line	WEB開催	山崎夏美
2021/5/14	新潟県病院薬剤師会学術講演会on line	WEB開催	山崎夏美
2021/5/15	第33回薬剤師のために感染制御セミナー	WEB開催	山崎夏美
2021/5/20	第1回最新のがんセミナー「パート8」	WEB開催	上田深理
2021/5/30	新潟県骨粗鬆症サポーター研修会	WEB開催	山澤一輝
2021/6/3	緩和ケアWeb Seminar	WEB開催	高橋克栄、山崎夏美、太田聡
2021/6/12	第32回薬剤師のためのがんセミナー	WEB開催	山崎夏美、上田深理
2021/7/3	令和3年度感染制御専門薬剤師講習会第1回	WEB開催	太田聡
2021/7/7	がん医療におけるオーラルマネジメント	WEB開催	上田深理
2021/7/9	大腸癌の治療を考える2021 web seminar	WEB開催	上田深理
2021/7/17	癌治療と栄養管理セミナー	WEB開催	上田深理
2021/7/19	第2回最新のがんセミナー「パート8」	WEB開催	上田深理
2021/8/19	がん悪液質Web Live Seminar	WEB開催	上田深理、赤松美咲
2021/08/10～8/23	Essential Seminar Neo2021〈A-Program〉	WEB開催	上田深理、南雲大樹
2021/8/24～9/6	Essential Seminar Neo2021〈B-Program〉	WEB開催	上田深理
2021/9/7～9/20	Essential Seminar Neo2021〈C-Program〉	WEB開催	上田深理、南雲大樹
2021/08/28～09/05	日本病院薬剤師会関東ブロック第51回学術大会	WEB開催	太田聡、南雲大樹、山崎夏美
2021/9/12	第25回新潟県薬剤師のための精神科セミナー	WEB開催	太田聡
2021/9/28～10/18	スタートアップセミナー2021	WEB開催	上田深理
2021/10/8～10/10	第23回日本骨粗鬆症学会	WEB開催	山澤一輝
2021/10/16	第34回新潟県薬剤師のための感制御セミナー	WEB開催	山崎夏美
2021/11/10	第3回最新のがんセミナー「パート8」	WEB開催	山崎夏美
2021/11/20	第33回薬剤師のためのがんセミナー	WEB開催	赤松美咲
2021/11/21	薬剤師が取り組むポリファーマシー	WEB開催	赤松美咲
2021/12/1	糖尿病療養指導士eラーニング	WEB開催	下司美玲
2021/12/1	院内感染対策講習会	WEB開催	下司美玲

2021年度 学術活動

薬剤部

日付	学会名・研修会名	会場	出席者
2021/12/7	新潟県病院薬剤師会学術講演会on line	WEB開催	山崎夏美、南雲大樹
2022/1/15	新潟県災害薬事研修会	WEB開催	赤松美咲
2022/1/27	新潟県病院薬剤師会学術講演会on line	WEB開催	赤松美咲、南雲大樹
2022/2/15	十日町市中魚沼郡WEB講演会	WEB開催	高橋克栄、山崎夏美、下司美玲
2022/2/20	日本老年薬学会 公開シンポジウム	WEB開催	赤松美咲
2022/2/21	がん化学療法薬薬連携セミナーweb講演会	WEB開催	南雲上田
2022/3/1	新潟県病院薬剤師会学術講演会on line	WEB開催	山崎夏美

令和3年度放射線科成果報告

診療放射線技師長 竹内 正彦

1.放射線科人員体制

診療放射線技師 11名 受付事務員2名
 (X線CT撮影認定診療放射線技師 1名)
 (検診マンモグラフィ撮影認定診療放射線技師 1名)
 (救急撮影認定技師 1名)

2.保有撮影装置

一般撮影装置	3台	64列マルチスライスCT	1台	1.5テスラMRI装置	1台
血管撮影装置	1台	核医学診断装置	1台	X線TV装置	2台
回診用撮影装置	4台	マンモグラフィ撮影装置	1台	歯科用撮影装置	1台
骨密度測定装置	1台	画像処理ワークステーション	2台	術中イメージ装置	3台

3.令和3年度成果報告

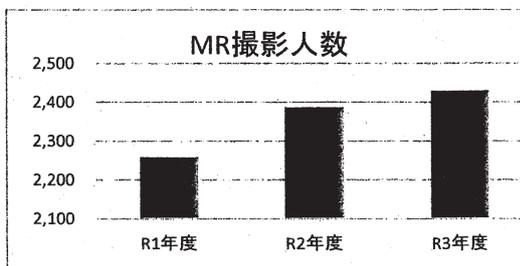
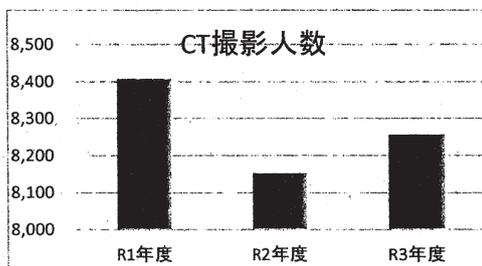
本年度もコロナ禍で、業務制限があった状況化で核医学検査、X線TV検査は減少しましたが、X線撮影件数はポータブルも含めて増加、CT・MR・歯科撮影(パントモ)に関しても増加しました。又、BSCにも上げた研修会の参加に関しては、コロナ禍の状況でのWEB研修の参加が定着し、前年度より倍以上の参加実績になりました。

救急対応に関しては、限られた人数の中で拘束体制をくみ365日対応しています。コロナ禍の状況のなかでも、時間外の撮影件数は相変わらず多い状況に変わりはありません。感染対策をした中でスタッフの健康に留意して、引き続き妻有地区の医療体制に貢献できる様に取り組みます。

区分	X線撮影(件数)				ポータブル(件数)			骨塩定量(人数)
	単純撮影	造影撮影	MMG	計	病棟	手術室	計	
R1年度	43,307	13	448	43,768	5,709	2,219	7,928	1,038
R2年度	39,288	2	384	39,674	5,836	1,916	7,752	1,024
R3年度	40,003	23	364	40,390	6,757	1,637	8,394	1,037

区分	CT(人数)				MRI(人数)			核医学(人数)	パントモ(人数)
	単純CT	造影CT	CTA	計	単純MR	造影MR	計		
R1年度	5,594	2,747	68	8,409	2,019	240	2,259	72	871
R2年度	5,406	2,694	53	8,153	2,150	238	2,388	101	696
R3年度	5,634	2,542	82	8,258	2,181	249	2,430	82	864

区分	血管造影(人数)			X線TV(人数)				
	DSA	IVR	計	単純透視	消化管	脳脊髄	その他	計
R1年度	3	0	3	655	640	2	316	1,613
R2年度	0	0	0	634	621	2	262	1,519
R3年度	0	0	0	678	281	0	231	1,190



4.年度別の時間外撮影人数比較

	休日日中(撮影人数)	時間外(撮影人数)	深夜時間(撮影人数)	合計人数
R1年度	2,153	2,751	882	5,786
R2年度	1,906	2,524	732	5,162
R3年度	1,862	2,531	700	5,093

令和3年度十日町病院 放射線科BSC

診療放射線技師長 竹内 正彦

目標	地域中核拠点病棟の放射線部門として、患者さんに安心、安全な検査を実施し、最良な画像診断情報を毎日24時間提供します。③他部門との連携、信頼関係の強化に努めます。④自己研鑽に努め、良き医療人を目指します。										
方針	①患者さんに親切、丁寧に対応し、安心安全な検査を実施します。②最良の画像診断情報を迅速に提供します。										
区分	戦略マップ	目標	重要成功要因	重要業績評価指標	担当者	令和元年度実績値	令和2年度実績値	令和3年度目標値	令和3年度実績値	達成度	アクションプラン
財務の視点		<ul style="list-style-type: none"> 経営の安定 収益の増加 経費の削減 	<ul style="list-style-type: none"> 検査人数の増 院外依頼件数の増加 超勤時間の削減 ペーパーレス化 	<ul style="list-style-type: none"> CT撮影人数 MIR撮影人数 骨密度検査人数 院外依頼件数 実績超勤時間 紙、インクトレーの削減 CT.MR診療材料コストダウン 	技師長	8,409人 2,259人 1,038人	8,153人 2,388人 1,024人	8,500人 2,500人 1,100人	8,258人 2,430人 1,037人	△ △ △	<ul style="list-style-type: none"> 医局へのアピール CT.MR装置の屋外みも稼働 効率的な撮影プロトコルの作成 検査枠の拡大 定期的な撮影人数確保(最短4月に1回の算定) 地域連携室との連携強化
		<ul style="list-style-type: none"> 安心・安全な検査の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 安全意識の定着 	<ul style="list-style-type: none"> アクシデント件数 インシデント件数 	副技師長	2件 6件	0件 4件	0件 5件	0件 8件	○ ×	<ul style="list-style-type: none"> R1.4月より依頼指示箋印刷取りやめ R3.2月より同じ性能で安価な物に切り替え 患者氏名生年月日の確認 ホームページの活用 検査指示コメントの確認 全員でインシデント事例の対策を考へ共有する 指差し呼称確認の実施
顧客の視点		<ul style="list-style-type: none"> 地域拠点病院としての信頼度強化 	<ul style="list-style-type: none"> 救急対応の強化 接遇技術の向上 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間撮影体制の維持 接遇講習会への参加 非難投量件数 	副技師長 接遇委員	維持	維持	維持	維持	○	<ul style="list-style-type: none"> 『自己紹介してからの撮影』を徹底 『丁寧な案内』を心がけ、実践する
		<ul style="list-style-type: none"> 情報の共有 	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝のミーティング 	<ul style="list-style-type: none"> 復命書に参加したから復命書での伝達講習 機器の保守管理 	副技師長	16回	0件	8回	0件	×	<ul style="list-style-type: none"> コロナ禍でZOOM研修
内部プロセスの視点		<ul style="list-style-type: none"> 安全性の維持 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的検査契約 始業前点検の実施 スポット点検の実施 装置故障による検査中止回数 	<ul style="list-style-type: none"> 画像のダブルチェック 診断参考レベルの順守 	各担当主任	実施 毎日 実施 0回	実施 毎日 実施 0回	実施 毎日 実施 0回	実施 毎日 実施 5回	○ ○ ○ ×	<ul style="list-style-type: none"> 各撮影室始業点検表の活用 定期的な清掃及びチェック 始業点検の徹底
		<ul style="list-style-type: none"> 検査の質の向上 	<ul style="list-style-type: none"> 良質な画像の提供 適正線量での撮影 	<ul style="list-style-type: none"> 装置故障による検査中止回数 	副技師長	実施 確認済	実施 確認済	実施 確認済	実施 確認済	○ ○	<ul style="list-style-type: none"> 検査、撮影技術の教育、実践 検査作業の確実実施 プリセット案件の確認 被ばく低減
学習と成長の視点		<ul style="list-style-type: none"> スキルの向上 	<ul style="list-style-type: none"> 各種研修会参加 	<ul style="list-style-type: none"> 各種研修会参加回数 認定技師数 学会会員数 	11回 WEB研修含む 2名 5人	11回 WEB研修含む 2名 5人	15回 WEB研修含む 3名 5人	24回 WEB研修含む 3名 6人	○ ○ ○	<ul style="list-style-type: none"> 学会、研修会等に参加しやすい環境を整える コロナ禍でのWEB研修の活用 認定技師取得に向けたポイントの取得 読影勉強会の実施 科内勉強会及び研究発表 	
		<ul style="list-style-type: none"> ストレスの無い職場作り 	<ul style="list-style-type: none"> 年休の取りやすい職場作り 無理の無い拘束勤務表作成 	<ul style="list-style-type: none"> 年休取得日数 病休取得日数 	技師長	15日 病休0日	18日 病休0日	16日以上 病休0日	17日 病休0日	○ ○	<ul style="list-style-type: none"> 拘束明けの年休取得 時間休の活用 36協定の順守

令和3年度 放射線科 学術活動報告

月日	参加研修会	参加者	会場及び研修方法	備考
2021/5/22	関西SAMATOM研究会 WEB	1人	ZOOM	
2021/6/26	新潟キャノンCT懇話会 WEB	1人	ZOOM	
2021/6/10～12	日本臨床救急医学会総会・学術集会 WEB	1人	ZOOM	
2021/6/14	MRWEBセミナー	1人	ZOOM	
2021/6/25	県病技師会 学術大会(WEB)	9人	ZOOM	
2021/7/6	院内学習会(ZOOM) 緩和ケア	2人	ZOOM	
2021/7/14	院内学習会 医療安全	4人	講堂及びZOOM	
2021/7/18	日本放射線技術学会 関東アンギオ研究会Web	1人	ZOOM	
2021/7/20	院内学習会 医療安全	3人	講堂及びZOOM	
2021/7/26	院内学習会 医療安全	2人	講堂及びZOOM	
2021/7/29	新潟マンモグラフィー研究会 (WEB)	2人	ZOOM	
2021/7/12～10/12	全自病オンラインセミナー	10人	オンライン	
2021/9/10	関東キャノンCTユーザー会 WEB	1人	ZOOM	
2021/10/13	院内学習会 接客クレーム対応	1人	講堂及びZOOM	
2021/10/20	放射線安全研修	10人	講堂及びZOOM	
2021/10/22	県病技師会 学習会	4人	ZOOM	
2021/11/15	院内学習会 感染対策	5人	講堂及びZOOM	
2021/11/25	県病技師会 CT意見交換会 WEB	2人	ZOOM	
2021/11/28	日本放射線技師会 セミナー WEB	1人	ZOOM	
2021/12/4	新潟救急撮影研究会 第4回新潟Qミーティング WEB	4人	ZOOM	
2021/12/3	科内学習会 フジマンモ勉強会	6人	科内勉強会	
2021/12/10	院内研修会 BLS研修	1人	院内	
2022/1/14	県病技師会 学習会 WEB	2人	ZOOM	
2022/3/5	日本放射線技師会告知研修	1人	新潟医療福祉大学	

令和3年度 臨床検査科成果報告

臨床検査技師長 草間 孝行

令和3年度BSC評価

【財務の視点】

- ① 適正な輸血検査の管理運用
 - ・輸血製剤破損金額は926,252 円であり、昨年度は575, 814円で346,814円の増額であった。
 - ・輸血使用量の減少により、破損金額が高額となっている。輸血療法委員会とタイアップして減額に努める。
 - ・備蓄数の縮少は0型RBCを4単位に定着している。
- ② 使用試薬費の縮減
 - ・試薬の棚卸を9月末と3月末に実施し在庫確認を行った。
 - ・在庫割合は令和2年度が1.095であり、令和3年度0.989となり適性な在庫量を確認できた。
 - ・使用試薬購入金額（PCR試薬除く）は、昨年度より200万円程度の増額になった。
- ③ 検査依頼件数の増加
 - ・外注委託業者からの新規項目案内を医局に2回配布した（目標は4回）
 - ・外注委託件数は、昨年度比で2,672件昨年度より増加していた。

【顧客の視点】

- ① 迅速な検査結果報告
 - ・遅延報告クレームが1件あった。目標は0件であり、測定・報告手順に再度点検を行う。
- ② 年次休暇の取得
 - ・10.7日と昨年（9.9日）に比べ0.8日増加した。ただ、目標の13日を達成していないため対策が必要である。
- ③ 業務支援
 - ・昨年度からの継続として行った。
 - ・昨年度まで行っていた採血管在庫管理業務はSPD化に伴い縮小した。
 - ・令和4年度は新たな支援業務を中心に行うつもりである。
- ④ 安全体制の整備
 - ・アクシデント、クレーム投書数は輸血関連の1件であった。
 - ・輸血検査、払出手順等の改善を行った。

【内部プロセスの視点】

- ① 部門間での運用の周知
 - ・定例科内会議は予定通り行われ12回開催した。
- ② 精度管理の向上
 - ・日臨技サーベイでは、D評価70サーベイで3つあり、99.5点
 - ・日医サーベイでは、酵素項目でD評価が1項目あり、94.9点で目標（99.5点）達成できなかった。
 - ・県サーベイでは、D評価はなく、98.5点と高評価であった。
- ③ 生理検査補助者の育成
 - ・1名 耳鼻科の聴力検査の継続ができた。
- ④ 採血補助業務の維持
 - ・午前中の混雑時には採血応援行い、午後からの採血は全て行っている。
 - ・採血業務は7名で対応している。

【学習と成長の視点】

- ① 検査項目の検討
 - ・目標2項目に対し、ADチェックとKL-6の2項目の検討を行い、令和5年度早々に院内にて実施予定である。
- ② 学会・研修会への参加
 - ・新型コロナウイルス禍のため、Web等を活用して110回の研修会等に参加して。
 - ・感染状況が鑑みながら、新臨技県学会に座長を派遣できた。
 - ・2名が超音波検査士認定を取得した。
- ③ 科内会議・科内勉強会
 - ・毎月の科内会議後、勉強会を12回実施した。
- ④ 業務改善等提案
 - ・新型コロナウイルスPCR検査への業務改善を行った。
 - ・今年度は新規の業務改善提案はなかったが、来年度も継続して提案を募集する。

★ 年休取得、輸血製剤破損金額等で目標を達成できていない。
ただ、年休取得、学会・研修会への参加等では、昨年度より改善している。
令和4年度も目標達成に向けて、業務改善に努めて参ります。

令和3年度 十日町病院 臨床検査科のBSC

- ・知識を広く求め、学術、技術の研鑽に励み、患者様に信頼される検査室を目指します。
- ・地域中核医療を担える専門性と多様性を備える検査室を目指す
- ・日勤、夜間と変わらぬ正確で迅速な検査結果の報告ができる体制構築

視点	戦略	目標	重要成功要因	業績評価指標	令和3年度目標	実施プラン	最終評価	令和4年3月末	達成度
財務の視点		血液製剤の適正使用	血液製剤の適正使用	血液製剤破損金額の縮減	現状維持	適正使用についての注意喚起を徹底する。 (看護部・医局との連携を強化する)	R2：579,438円 R3：926,252円 O型RBC 4単位	x	
		医薬収支の改善	血液製剤の備蓄数見直し 使用試薬費の縮減	備蓄数の縮少 棚卸の実施 運用方法の見直し	適正備蓄 2回 (0.800以下) 現状維持	9月末、3月末に実施 部門毎の検討	R2年 2回目 0.668 R3年 2回目 1.282	○	
顧客の視点		検査依頼件数の増加	検査依頼件数の増加	新規外注項目の周知	4回	医局へ新規外注項目案内を配布する	2回	△	
		患者満足度の向上	迅速な検査結果報告 年次休暇取得	結果報告遅延及び誤報告の件数 (クレーム件数) 年次休暇取得日数	0件 13日 現状維持	追加検査の管理 (依頼票使用の徹底と継続) TATの設定とシステム運用 夜間拘束勤務後の年次休暇取得の推進 病棟の採血管等の在庫管理支援 検査科への要望について対応	R2 0件 R3 1件 R2：9.9日 R3：10.7日 現状維持	△ ○	
内部プロセスの視点		業務の効率化	安全体制の整備 接遇向上	アクシデント・クレーム投書数	0件	他業務の再訓練 接遇状況の点検	R2 0件 R3 1件	△	
		検査の質向上	部門間での運用の周知 連携機能強化	定例科内会議の実施	1 2回	情報の共有と周知 活発な意見交換	R2：12回 R3：12回	○	
学習と成長の視点		検査の質向上	精度管理結果の向上	D評価 日臨床評価点数 新潟県評価点数	0 98% 95%	検査機器の点検とメンテナンスの定期的実施 入力間違いと、結果見間違えの防止 (2人以上での確認実施)	6 日臨床評価点数 94.9% 新潟県評価点数 98.3%	x △ ○	
		検査精度の向上 検査環境整備	生理検査補助者の育成 採血補助業務の維持	生理検査の補助者育成 採血業務支援	補助者1名 採血担当4名	内部研修時間の設定 採血研修会への参加	R2：1名 R3：1名 R2：7名 R3：7名	○ ○	
学習と成長の視点		内部改革	検査項目の検討	項目数	2	医局との情報交換 検査科内部の状況把握	ADエックとKL-6の2項目	○	
		専門能力の向上	学会・研修会・ボランティアへの参加 講師派遣	参加回数 学会発表、講師	100回 2回	研修会への積極参加推進 検査科内相互の業務援助努力	110回 1回	△	
学習と成長の視点		職員モチベーションの向上	科内勉強会	科内勉強会の実施回数	1 2回	科内会議に合わせて定期的に行う。 個別順番の割り当て	R2：12回 R3：12回	○	
		知識と専門能力向上	業務改善提案	職員からの業務改善提案数	1件	職員から業務改善案を採用する。 優れた改善提案を表彰する。	0件	△	

令和3年度 検査科学術活動記録

参加日	氏名	場所	時間(18:00~19:00)	内容
6/13	和智 順子	Web開催	14:00~16:30	生理検査基礎セミナー2021
6/13	小林 若菜	Web開催	14:00~16:30	生理検査基礎セミナー2021
6/13	大月 舞依	Web開催	14:00~16:30	生理検査基礎セミナー2021
6/1~9/15	和智 順子	Web開催		第139回医用超音波講義講習会
7/14	筑波 聡	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14	西山 守	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14	原田 一	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14	城田 信子	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14	山本 絢子	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14	小林 若菜	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14	小熊 望	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14	本間 咲緒里	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14	大月 舞依	院内Web開催	17:15~18:15	医療安全研修「個人情報保護について」
7/14~8/18	小林 若菜	Web開催		基礎から学ぶ超音波工学講座
7/14~8/18	小熊 望	Web開催		基礎から学ぶ超音波工学講座
7/17	西山 守	Web開催	14:00~16:20	救急検査セミナー2021
7/17	城田 信子	Web開催	14:00~16:20	救急検査セミナー2021
7/17	本間 咲緒里	Web開催	14:00~16:20	救急検査セミナー2021
7/20	和智 順子	院内Web開催	17:30~18:30	医療安全研修「個人情報保護について」
7/20	白井 里奈	院内Web開催	17:30~18:30	医療安全研修「個人情報保護について」
7/30	筑波 聡	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	西山 守	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	原田 一	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	城田 信子	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	山本 絢子	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	小林 若菜	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	小熊 望	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	本間 咲緒里	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	大月 舞依	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	和智 順子	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
7/30	白井 里奈	検査室でDVD学習	勤務内	感染防護具の正しい取り扱い
8/28	和智 順子	Web開催	14:00~16:10	超音波初心者セミナー2021
8/28	小林 若菜	Web開催	14:00~19:00	超音波基礎セミナー2021
8/28	小熊 望	Web開催	14:00~19:00	超音波基礎セミナー2021
9/4	小熊 望	Web開催	14:00~16:30	中越支部フォーラム
9/1~9/30	和智 順子	Web開催		北日本支部生理機能検査部門研修会
10/8~10/9	本間 咲緒里	Web開催		第28回輸血・細胞治療学会 秋季シンポジウム
10/16~10/31	本間 咲緒里	Web開催		北日本支部輸血細胞治療部門研修会

令和3年度 検査科学術活動記録

参加日	氏名	場所	時間(18:00~19:00)	内容
10/13	白井 里奈	講堂	17:30~18:30	接遇トラブル対応
10/13	大月 舞依	講堂	17:30~18:30	接遇トラブル対応
10/20	筑波 聡	院内Web開催	勤務内	放射線線量について
10/20~11/28	小林 若菜	Web開催		超音波工学領域直前振り返り講座
10/20~11/28	小熊 望	Web開催		超音波工学領域直前振り返り講座
10/22	西山 守	講堂	16:45~17:15	症例検討会(フォトカンファレンス)
11/7	和智 順子	Web開催	14:00~16:10	心電図セミナー2021
11/7	大月 舞依	Web開催	14:00~16:10	心電図セミナー2021
11/7	小熊 望	Web開催	14:00~16:10	心電図セミナー2021
11/10	筑波 聡	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/10	山本 絢子	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/10	本間 咲緒里	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/10	白井 里奈	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/10	小熊 望	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/10	大月 舞依	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/10	城田 信子	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/10	小林 若菜	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/10	原田 一	講堂	17:30~17:55	院内学習会(感染)
11/14~1/13	和智 順子	Web開催		第140回医用超音波講義講習会
11/15	西山 守	講堂	勤務内	院内学習会(感染)
11/15	高橋明子	講堂	勤務内	院内学習会(感染)
11/15	和智 順子	講堂	勤務内	院内学習会(感染)
11/15	西山 守	Web開催		CPAP療法師資格更新講習
11/17	白井 里奈	講堂	16:45~17:15	症例検討会(フォトカンファレンス)
11/28	小林 若菜	ベルサール渋谷ファースト	10:00~13:10	第36回超音波検査士認定試験
11/28	小熊 望	ベルサール渋谷ファースト	10:00~13:10	第36回超音波検査士認定試験
12/3	城田 信子	講堂	17:30~18:30	糖尿病クイズ
12/3	白井 里奈	講堂	17:30~18:30	糖尿病クイズ
12/3	本間 咲緒里	講堂	17:30~18:30	糖尿病クイズ
12/4	和智 順子	朱鷺メッセ	9:00~15:00	第94回新潟県臨床検査学会
12/8	筑波 聡	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	西山 守	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	原田 一	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	城田 信子	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	山本 絢子	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	小林 若菜	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	小熊 望	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	本間 咲緒里	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	大月 舞依	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)

令和3年度 検査科学術活動記録

参加日	氏名	場所	時間(18:00~19:00)	内容
12/8	和智 順子	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	白井 里奈	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/8	高橋明子	院内Web開催	勤務内	ハラスメントについて(院内勉強会・安全)
12/10	本間 咲緒里	講堂	17:30~18:30	院内BLS講習会
12/10	城田 信子	講堂	17:30~18:30	院内BLS講習会
12/15	白井 里奈	講堂	16:45~17:15	症例検討会(フォトカンファレンス)
12/18	本間 咲緒里	Web開催	14:00~16:30	輸血細胞治療部門研修会
12/19~3/18	和智 順子	Web開催		第141回医用超音波講義講習会
12/1~12/31	城田 信子	Web開催		北日本支部臨床血液部門研修会
12/1~12/31	本間 咲緒里	Web開催		北日本支部臨床血液部門研修会
1/12	原田 一	講堂	17:30~18:30	院内学習会(輸血)
1/12	城田 信子	講堂	17:30~18:30	院内学習会(輸血)
1/14	大月 舞依	講堂	17:30~18:30	院内BLS講習会
1/14	小熊 望	講堂	17:30~18:30	院内BLS講習会
1/15	城田 信子	Web開催	14:00~16:00	臨床血液部門研修会
1/15	本間 咲緒里	Web開催	14:00~16:00	臨床血液部門研修会
1/29	本間 咲緒里	Web開催	13:00~16:20	赤十字血液シンポジウム
2/1	筑波 聡	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	西山 守	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	原田 一	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	城田 信子	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	山本 絢子	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	小林 若菜	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	小熊 望	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	本間 咲緒里	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	大月 舞依	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	和智 順子	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/1	白井 里奈	検査室	勤務内	抗菌薬使用について
2/20	和智順子	Web開催	13:30~17:00	神経生理セミナー
2/20	大月舞依	Web開催	13:30~17:00	神経生理セミナー
2/20	小熊 望	Web開催	13:30~17:00	神経生理セミナー
3/5	本間 咲緒里	Web開催	14:00~17:00	新潟県輸血フォーラム2022
3/5	小熊 望	Web開催	14:00~15:00	中越支部講演会
3/13	城田 信子	Web開催	9:00~18:00	臨地実習指導者講習会

2021 年度リハビリテーション科成果報告

リハビリテーション技師長 藤澤 明彦

1. リハビリテーション人員体制

理学療法士 7 名、作業療法士 6 名、言語聴覚士 2 名、受け付け 1 名 計 18 名

2. 2021 年度 BSC 評価

【経営の視点】

- ・月平均実施単位数は平均 15 単位以上を目標し、OT が達することができた。PT,ST は目標に至らなかった。
- ・多職種による総合実施計画書の作成を積極的に推進し、総合実施計画評価料の算定に取り組んできた。その結果、昨年度より算定数を大幅に増やし、特に急性期の算定割合増加を重点的に取り組んだ結果、70%の算定率となった。
- ・地域包括ケア病棟のリハビリ対象患者が目標値には届かなかったものの、概ね達成できた。常時 30 名以上の対象患者がいる状態が続き、Ⅱ期の段階で急性期病棟から地域包括ケア病棟に転棟するなど、急性期病棟の在院日数の減少に貢献した。

【顧客の観点】

- ・リハビリ見学は、新型コロナウイルス感染症対策で家族が直接来院することが困難になったが、デジタル機器を活用し動画を撮影したものをオンライン会議システムで家族やケアマネージャーに見てもらう形式で実施した。昨年度にとほぼ同じ 202 件行うことができた。家族が入院中の患者のリハビリの様子を見学する機会となり、退院支援につながっていると思われる。
- ・十日町市地域包括個別ケア会議には今年度も引き続き 5 名が助言者として参加した。県が進める地域包括ケア会議に参加することで、十日町市との連携を維持し地域課題についても取り組めるよう協力する。

【内部プロセス】

- ・超過勤務時間は各種会議や書類作成業務などが多く目標を達成出来なかった。年休取得は職員間の協力により昨年度より増加した。今後も月 1 回の年休が取得できるよう働きかけていく。
- ・インシデントレポートは 21 件と増加し、レポート提出意識が向上したと考えられる。今後もインシデントレポート提出することで職員のリスク管理意識を高め、大きな事故とならないように取り組みを継続してゆく。
- ・医療安全に向けてリハビリ科単独で、リスクマネージャー、リスク担当委員が中心に急変時対応訓練を 1 回実施できた。
- ・今年度も新型コロナウイルス対策があり、職員の感染に対する意識を高めたが、慣れが生じないように引き続き感染対策に努めたい。

【教育と成長の視点】

- ・専門性の向上として昨年度以上に院外研修会に参加し、各自が自己研鑽に努めた。今年度は新型コロナウイルス対応で Web による研修会が中心となった。(研修会参加記録参照)
- ・専門資格の取得は 2 件とることができた。
- ・学会発表を 3 演題行った。

2021年度十日町病院 リハビリテーション科 BSC

ミッション		急性期から在宅までを支えるリハビリテーション機能									
ビジョン		患者様が安心して地域で暮らせる役割の一翼を担う									
テーマ		包括ケア病棟の運営に積極的に関与すること。地域と病院をつなぐ役割を持つこと。									
区分	戦略マップ	戦略目標	重要成功要因	業績評価指標	2020年度実績	2021年度目標	2021年度実績	達成度	達成度説明	アクションプラン	最終評価
経営の視点		収益の確保	急性期一般入院基本料におけるリハビリ平均実施単位数 リハビリ科月平均実施単位数 急性期2確保への協力の強化	セラピスト1人一日当たり実施単位数の増 地域包括病棟での年間リハビリ対象者数	PT 14.61 OT 13.83 ST 15.19(摂食含)	15単位	PT 14.33単位 OT 15.19単位 ST (摂食含) 14.76単位	△	1日の単位数と月の実績の確認 患者一人当たり単位数の増 1日一人16~18単位	アクションプラン	最終評価
		顧客の視点	患者情報の共有と地域連携	連携室との情報交換 定期的な情報交換会 （リハビリ見学）	書急性期算定割合 連携室との情報交換 定期的な情報交換会 （リハビリ見学）	63% 212件	300件	202件	×	カンファレンスの活用で毎月の算定 月報から算定状況をフィードバック 連携室への患者情報提供 集計作業（リハビリにて）	zoomを利用したリハビリ見学
内部プロセス		安全なリハビリの提供と職員の健康	リハビリテーション科専門職協議会での活動 退院前訪問でのケアマネとの連携 魚沼地域脳卒中地域連携バス 松代病院への助動 HP院外報での情報提供	地域ケア会議等参加 退院前訪問指導料算定数 バス利用での患者の転院 助動回数 HP院外報等への掲載	12件 1件 26件 0回 5回	10件 10件 30件 5回 5回	16件 2件 20件 5回 5回	○ × × ○ ○	地域での活動と個別ケア会議参加 自宅生活に調査が必要な患者について実施する。コロナ対応 連携バスを稼働し、情報を共有し患者状態の把握 松代スタッフが休みのときの支援 HPの変更と院外報への掲載、院内への広報	他施設からの参加者減少 新型コロナウイルス感染症対応 新型コロナウイルス感染症による病床の問題 要季休暇への対応 ST通信	
		最新の知識・技術の習得	業務効率化	超過勤務削減 休暇取得 医療事故防止 感染予防 療法士の知識向上 専門性の向上 患者データの蓄積	超過勤務削減 有給休暇取得 レベル2以上の減 急変時の初動作確認作業 感染実技研修 各専門研修への参加 各資格取得、受験者数増 学会発表等	75.6時間/人 8.3日 0/15件 1回 1回 51件 0件 1件	70時間/人 12日 0/25件 1回 1回 70件 2件 2件	77.6時間/人 12.6日 3/21件 0回 1回 114件 2件 3件	△ ○ △ ○ ○ ○ ○ ○ ○	臨床記録の効率を図る 月1日休暇の声掛け インシデントに対する意識の向上 リスク担当者と実施 感染担当と実施 各協会、県士会等での研修会参加等 呼吸療法認定士、がんのリハビリ研修認定、専門療法士等、認定資格等 発表支援	患者対応以外の業務増加 年休取得の意識向上 報告の意識の向上 処置が必要な患者の増加 今後予定 コロナ対策 web研修会の増加 資格試験の延期等 OT学会発表

2022年4月リハビリテーション科 技師長 藤澤 明彦

2021年度 院外研修会講師

年月日	講演会	主催	会場	演者	演題名
2021/4/30	魚沼地区OT勉強会	Web (院内)	Web (院内)	梨本	アルコール依存症
2021/11/5	つまりスクール	十日町市発達障害研究会、つまりスクール発達障害センター	Web (医師会事務局(会議室))	長谷川 拓	糖尿病の運動療法 ～安全に継続するためのチェックポイント～

2021年度 院内研修会講師

年月日	講演内容	講師
2021/4/5	新人看護師研修会 体位変換、移乗動作	
〃	新人看護師研修会 摂食、食事時の姿勢	
2021/8/27・30	食事介助の進め方	西6病棟
2021/8/28、9/9	看護補助者研修 移乗・入浴・食事について	藤木・藤ノ木・福原
2021/9/8	プライマリレクチャー リハビリテーションの特性	由井・市村

2021年度 学会発表

年月日	学会、研修会名	会場	演者	演題名
2021/10/16	新潟県作業療法学会	Web学会	藤ノ木 未佳	他職種でカンファレンスを行い協働アプローチにより在宅復帰を可能とした症例の経験～トイレ動作を中心に～
2021/10/16	新潟県作業療法学会	Web学会	児玉 信夫	筋萎縮性側索硬化症症例のスマートフォン操作の再獲得を目指して
2021/10/16	新潟県作業療法学会	Web学会	星 雄大	包括ケア病棟の専任療法士の業務紹介と退院支援カンファレンスの有効性について

2021年度 研修会参加状況

年月日	研修会名	会場	参加者氏名	内容、講師
2021/4/1	地域包括ケア推進リーダー eラーニング	Zoom	長谷川 拓	地域包括ケア
2021/5/16	生涯学習研修会 感染研修3 新しい学習形式で働く、新生涯学習制度	Webセミナー	小野塚 智紀	2022年度から開始となるPT協会、新生涯学習制度についての説明
2021/6/1	Otsuka Nutrition Webinar	Zoom	小野塚 智紀	明日から実践 心不全のチーム医療～心不全の栄養・リハビリ～
2021/6/6	第9回新潟県言語聴覚士会 学術大会	Zoom	福原 莉沙	失語症リハビリテーション再考
2021/6/13	新潟県理学療法士会 上越ブロック研修会	Zoom	風間 美子	covid-19重症者のリハビリテーション 金沢大学付属病院 出口清喜
2021/6/13	新潟県理学療法士会 上越ブロック研修会	Zoom	小川 美矢子	covid-19重症者のリハビリテーション 金沢大学付属病院 出口清喜
2021/6/19	コナノ福の避難所体験会	Zoom	小野塚 智紀	災害トランジエンス地域を目指して～防災危機管理から最先端技術による避難所生活支援に至るまで～
2021/6/22	STOP感染症最新エビデンスセミナー	Zoom	小野塚 智紀	感染症対策は口腔ケアが一番の鍵だった!!
2021/6/27	第110回新潟県理学療法士会研修会	Zoom	小野塚 智紀	感染症対策は口腔ケアが一番の鍵だった!!
2021/7/3	県立病院リハビリテーション士会研修会	Zoom	森田 鈴菜	今だからこそ聞きたい！ 疾病の基礎と最先端
〃	〃	〃	藤木 美智	認知症の人と家族への支援 新潟県立看護大学 原 等子
〃	〃	Zoom	風間 美子	〃
〃	〃	〃	児玉 信夫	〃
〃	〃	〃	小野塚 智紀	〃
〃	〃	〃	岩井 ひかる	〃
〃	〃	〃	長谷川 拓	〃
2021/7/17	第36回魚沼糖尿病Web研究会	Teams (Web)	小野塚 智紀	糖尿病性腎症重症化予防のために
2021/7/19	第72回新潟県救急医学会	Zoom	市村 俊和	施設紹介と症例検討
2021/8/1	第21回 肺の日講座	Zoom	小野塚 智紀	他職種で支える心不全治療
2021/7/31	第2回感染対策WEBセミナー	Zoom	藤木 美智	睡眠時無呼吸症候群について、ここまで進歩した、肺癌治療について
2021/7/6	長崎IRAT 避難所体験会	Zoom	小野塚 智紀	covid-19重症例における避難所体験・避難所・避難所・避難所における感染対策の課題
2021/6/19	第2回感染対策WEBセミナー	Zoom	小野塚 智紀	covid-19重症例における避難所体験・避難所・避難所・避難所における感染対策の課題
2021/8/8	助言者養成研修会	Zoom	小野塚 智紀	コロナ禍の感染対策を考える避難所体験会
2021/8/21	糖尿病に対する心臓リハビリテーションの基礎知識と臨床介入	Zoom	市村俊和	介護予防のための地域ケア個別会議と助言者の役割
2021/8/29	日本糖尿病理学療法学会	Zoom	長谷川 拓	心疾患のリスク管理、各病期での介入/講師：加藤倫卓 他
2021/8/30	「新型コロナウイルス」ステラダ株*その脅威と今後の感染対策	Zoom	風間 美子	糖尿病の症例報告学術集会、学術大会、合同大会
〃	〃	〃	小野塚 智紀	新潟大学大学院医学総合研究科 十日町いまいきエイジング講座 特任助教 白倉念志先生
〃	〃	〃	岩井 ひかる	〃
〃	〃	〃	市村 俊和	〃
〃	〃	〃	長谷川 拓	〃

89	2021/11/10	Otsuka Nutrition Webinar	Zoom	小野塚 智紀	熊本地震・豪雨に学ぶ急性期病棟の災害対応
90	2021/11/13	南魚沼リハビリテーション連協会第12回研修会	Zoom	福原 莉沙	高次脳機能障害患者について 症例のリレ-形式
91	2021/11/21	2021年度新潟県言語聴覚士会 第3回研修会	Zoom	福原 莉沙	呼吸リハ、がんリハ、瀬崎学先生、小林航先生
92	2021/11/21	スポーツ理学療法に必要な関節の解剖・運動と代表疾患の理学療法法の展開	Zoom	長谷川 拓	スポーツ外傷(上肢下肢体幹)/講師:田村耕一郎 他
93	2021/11/25~	上腕骨折のリハビリテーション	Zoom	森田 鈴菜	上腕骨折のリハビリテーション
94	2021/12/14	オ-ジー-技研研修会	Zoom	藤ノ木未佳	第六回VES (随意的運動介助電気刺激)の基本的事項
95	2021/12/15~	高次脳機能障害のリハビリテーション	Zoom	森田 鈴菜	高次脳機能障害のリハビリテーション
96	2021/12/19	BHELP-インストラクターブラスシュア-アップセミナー	Zoom	小野塚 智紀	BHELPインストラクターブラスシュア-アップセミナー (インストラクター有資格者向け)
97	2022/12/30	全自病 リハビリテーション部オンラインセミナー	Zoom	風間 美子	リハビリテーションとロボティクス/災害リハビリテーション
98	2022/1/30	新潟県理学療法士会 中越ブロック研修会	Zoom	風間 美子	地域JRAの役割 (講師)
99	2022/2/20	新潟県理学療法士会 上越ブロック連絡会	Zoom	小野塚 智紀	災害支援活動とは【近年のJRA活動から学ぶ災害時リハ支援】 (講師)
100	2022/2/26	新潟県理学療法士会 中越ブロック研修会	Zoom	小野塚 智紀	災害支援活動とは【近年のJRA活動から学ぶ災害時リハ支援】 (viewer)
101	2022/2/26	新潟県理学療法士会 中越ブロック研修会	Zoom	眞田 裕樹	災害支援活動とは【近年のJRA活動から学ぶ災害時リハ支援】 (viewer)
102	2022/2/26	新潟県理学療法士会 中越ブロック研修会	Zoom	岩井 ひかる	災害支援活動とは【近年のJRA活動から学ぶ災害時リハ支援】 (viewer)
103	2022/3/1	Otsuka Nutrition Webinar	Zoom	小野塚 智紀	術後回復能力強化プログラムにおけるブレリハビリテーション
104	2022/2/9	プライマリ-レクチャー	Zoom	小野塚 智紀	睡眠とせみ薬
105	2022/2/9	プライマリ-レクチャー	Zoom	長谷川 拓	睡眠とせみ薬
106	2022/2/3~	心疾患に対するリハビリテーション	Zoom	森田 鈴菜	心疾患に対するリハビリテーション
107	2022/3/5	第30回呼吸ケアセミナー	Zoom	風間 美子	肺がん終末期での看護師の関わり がんセンター新潟病院 柏木夕香先生、他
108	〃	〃	Zoom	眞田 裕樹	〃
109	〃	〃	Zoom	藤ノ木 美智	〃
110	〃	〃	Zoom	藤ノ木 未佳	〃
111	〃	〃	Zoom	児玉 信夫	〃
112	2022/3/19	エリア別地域ブロック代表者会議	Zoom	田辺 靖典	令和3年度の振り返り 等
113	2022/3/9	福島JRA研修会	Zoom	小野塚 智紀	東日本大震災からこれまでの南相馬総合病院の取り組み/講師:小野塚 智紀
114	2022/3/25	Otsuka Nutrition Webinar	Zoom	小野塚 智紀	心不全におけるサルコペニア・フレイル

令和3年度 栄養課成果報告

栄養課長 横山 麻子

1. 栄養課構成員

管理栄養士 4名 正規調理師 6名 8時間臨時調理師 6名

6時間パート調理師 4名 6時間パート事務員 1名

2. 令和3年度 BSC 評価

【経営の視点】

・積極的に病棟に出向き、糖尿病等の慢性疾患の栄養指導の他に低栄養、がん、嚥下食等さまざまな疾患、食種に対応し、入院個人栄養指導は目標件数を大きく上回ることができた。外来との連携を強化したこと、糖尿病センター設立による定期的な栄養指導が実施できたことで、外来個人栄養指導も大きく増加することができた。今後も医師、看護師との連携を強化し指導件数を増加させたい。

・昨年同様、入院時の栄養管理計画書作成時に特別加算食の有無の確認を行うことで加算食割合を上げることができた。

・賞味期限の確認をきちんと行うことで廃棄食材費を減少することができた。

【顧客の視点】

・栄養管理計画書の作成時や再評価時に摂取量が少ない患者に対し病棟訪問を行った。それぞれの要望に応じた個人対応を実施し、少しでも食べていただくため調理師と協力し工夫してきた。次年度も継続していきたい。

・患者満足度調査では、満足・やや満足あわせて90.8%だった。目標の96%には達しなかったが好意的な意見をたくさんいただいた。一方で、味が薄い、魚料理がおいしくないなどといった意見、要望も多い。安全でおいしい食事を提供していくために、引き続き課内で検討していきたい。

【内部プロセスの視点】

・インシデント件数は目標を下回ることができた。付け落とし、付け間違いがほとんどだった。業務の流れやチェック体制を見直し、情報を共有して繰り返さないようにしていきたい。また、インシデント発生時には速やかに記録し、なぜ起きたのかを分析し、対策の検討を行っていく。

- ・定期的にマニュアルの見直し、改善を行うことができた。
- ・NST 褥瘡委員会、緩和ケア委員会、糖尿病支援委員会、化学療法委員会等で多職種と情報共有し、連携した業務を行うことができた。

【学習と成長の視点】

- ・課内会議を利用し、調理師主体で班活動単位での勉強会を開催することができた。もっと調理師が自分たちで動けるよう進めていきたい。
- ・コロナの影響で、職域研修会の開催がなく院外の研修会はほとんど参加できなかった。次年度は、Web や Zoom 開催も利用し参加していきたい。

令和3年度 県立十日町病院 栄養課BSC成果報告

<p>栄養課理念 運営方針</p> <p>安心・安全な食事提供による適正な栄養管理を行い、調理師・管理栄養士の専門性を発揮してチーム医療に貢献します。</p> <p>健全な給食運営に基づき、患者満足度の高い治療食提供に努めます。 栄養管理・栄養指導の実践によりチーム医療への参画、患者・家族への栄養知識の啓発に努めます。</p>										
視 点	戦略マップ	戦略目標	重要成功要因	業績評価指標	R2年度 3月末実績	R3年度 3月末実績	達成率%	アクションプラン		
	経営の視点	経費の節減	予算の適正な執行	食材費の適正執行	一般食796円 特別食861円	一般食780円 特別食845円	100	適正発注、在庫管理の徹底、食数確認の徹底、見積もり合わせによる廉価購入		
顧客の視点		医療収支の増加	栄養指導件数の確保	栄養指導件数の確保 (加算算定件数増)	廃棄食材金額	30,000円以下	9,935円	33	消費期限確認の徹底、在庫管理の徹底	
	内部プロセスの視点	患者サービスの向上	患者の確保	食事満足度の向上 患者QOLの向上	給食費請求漏れ確認	40件以下	20件	50	食事開始電話連絡の入り確認の徹底、病棟への周知	
内部プロセスの視点		安心と信頼の	患者サービスの向上	食事満足度の向上 患者QOLの向上	外来個別指導件数	500件/年	683件	170	定期的な栄養指導予約、外来との連携強化	
	長学 の習 と 点 成	多職種連携	配膳ミスの防止	配膳ミスの防止	入院個別指導件数	200件/年	292件	158	CPの有効利用、病棟との連携強化	
長学 の習 と 点 成		医療の質の向上	衛生管理の徹底	衛生管理の徹底	透析予防指導件数	20件/年	0件	0	担当看護師と連携強化、患者扱い上げ方法の確立、指導方法の確立	
	長学 の習 と 点 成	医療の質の向上	チーム医療の充実	チーム医療の充実	加算食の割合	200件/年	116件	59	定期的な栄養指導予約、外来との連携強化	
長学 の習 と 点 成		医療の質の向上	地域連携強化	地域連携強化	嗜好調査の実施	3回/年	0回	67	食種別嗜好調査の実施、結果を献立および調理に反映させる	
	長学 の習 と 点 成	医療の質の向上	専門知識・技術の向上	専門知識・技術の向上	嗜好調査食事満足度	90%以上	未実施	96	病院食満足度調査実施、献立の見直し	
長学 の習 と 点 成		医療の質の向上	職員のスキルアップ	職員のスキルアップ	患者の声苦情0	0件/年	0件	100	献立の見直し、アセスメント・個人対応の実施	
	長学 の習 と 点 成	医療の質の向上	職員のスキルアップ	職員のスキルアップ	インシデント件数 (レベル1以上)	30件/年	33件	90	ミーティング時の注意喚起と申し送りの徹底、各自の確実な点検（指差し呼称）	
長学 の習 と 点 成		医療の質の向上	職員のスキルアップ	職員のスキルアップ	厨房内細菌検査実施	8回/年	5回	150	定期的なDDチェッカーによる細菌検査の実施、検討	
	長学 の習 と 点 成	医療の質の向上	職員のスキルアップ	職員のスキルアップ	褥瘡・NST回診	25件/年	30件	203	多職種の連携強化	
長学 の習 と 点 成		医療の質の向上	職員のスキルアップ	職員のスキルアップ	退院時情報提供書作成	5件/年	1件	0	医師会、保健所、市役所、クリニック、在宅栄養士、病院栄養士の連携	
	長学 の習 と 点 成	医療の質の向上	職員のスキルアップ	職員のスキルアップ	院内学習会・職域研修会の1人平均参加回数	3回/年	0回	125	研修会・勉強会への参加 職域研修会の参加と伝達講習の実施	
長学 の習 と 点 成		医療の質の向上	職員のスキルアップ	職員のスキルアップ	目標資格合格・更新	1件/年	0件	0	糖尿病栄養指導士、NST専門栄養士等の受験および更新	

令和3年度 患者サポートセンター実績報告

患者サポートセンター長 角道 祐一

令和に入り、地域医療連携室から地域連携センター、そして今年度から患者サポートセンターと名前が変わりました。業務内容が多岐に渡るなか、一つの独立した組織となり、構成員 10 名のスタッフが丸となって日々の業務に取り組んで参りました。来年度は診療報酬改定もあり、ますます地域としっかり連携していくことが求められ、入退院支援をシームレスに行うためのシステム構築が必要になってくると考えます。地域の皆様からの様々なご要望をお聞きし、お応えしながら、何よりも患者様のお力になれるよう、引き続き取り組んで参る所存です。

【構成員】

医師 1名、看護師 4名、医療ソーシャルワーカー(社会福祉士) 2名、事務員 3名、計 10名

1. 急性期一般入院基本料1の維持確保

①一般急性期の在院日数 15 日以下

⇒ ベッドコントロールによる地域包括ケア病棟の活用、退院支援・退院調整の強化により、年間平均在院日数は 13.5 日であった。

②病床稼働率(地域包括ケア病棟を除く)85%以上

⇒ 一般急性期病床はコロナ病床確保のためもあり 79.0%と目標達成に至らなかったが、地域包括ケア病棟は平均 89.9%と高稼働をキープした。

2. かかりつけ機能の推進

逆紹介率 30%以上、紹介率 30%以上を目指す

⇒ 「うおぬま米ねっと」及び「Team」の活用推進等で、逆紹介率、紹介率の UP につながるよう努めた。

逆紹介率 29.3%、紹介率 27.1%と、令和2年度の逆紹介率 25.8%紹介率 25.3%と比較するといずれも向上しているものの目標達成には至らなかった。コロナ禍でもあり関係機関への訪問が行えなかったことも要因の一つと考えられ、次年度の課題としたい。また紹介元への患者情報の中間報告、転帰報告も一層強化し、近隣医療機関との連携をさらに深めていくことも重要と考えられた。一方、介護福祉施設へのアンケート調査による現場の意見や要望の聴取をおこない、貴重な意見や要望を多数いただいた。今後の検討課題として真摯に受け止め、引き続き丁寧に対応していきたい。

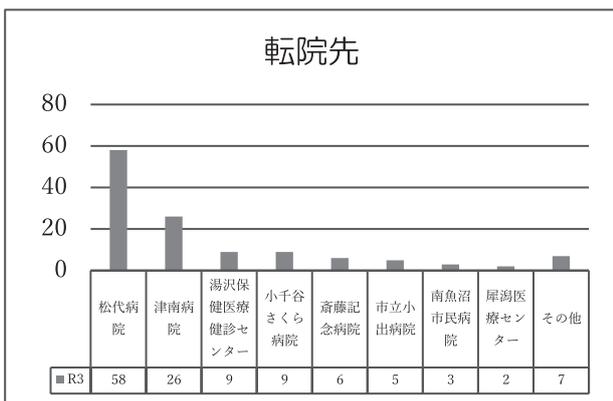
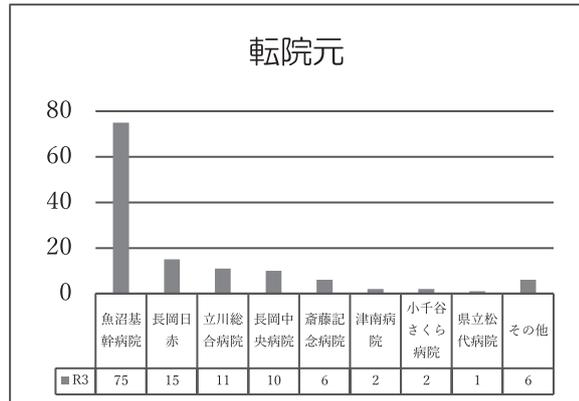
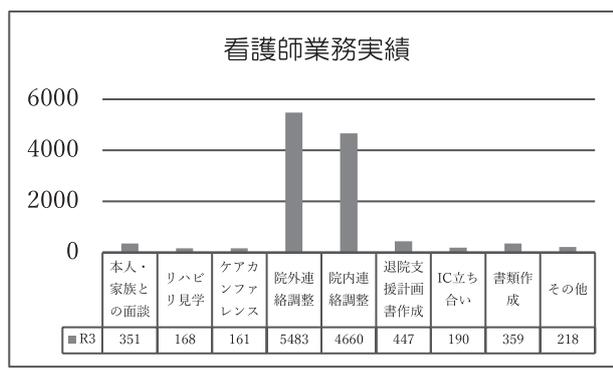
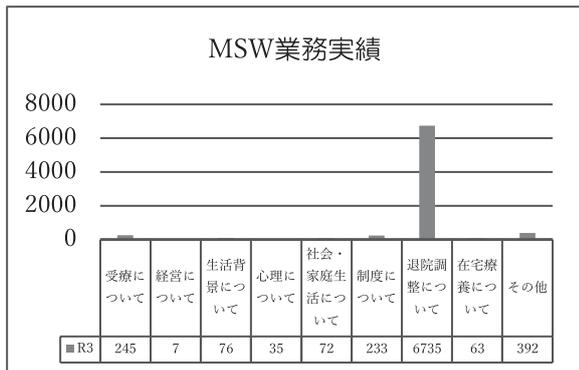
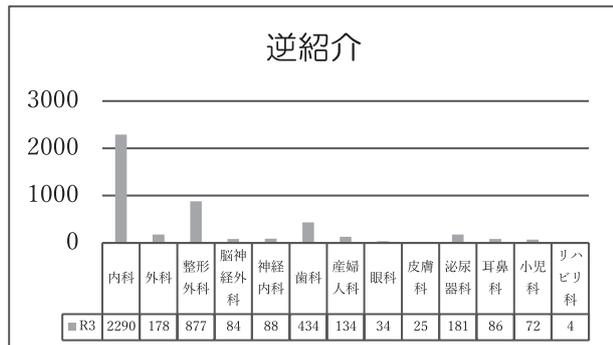
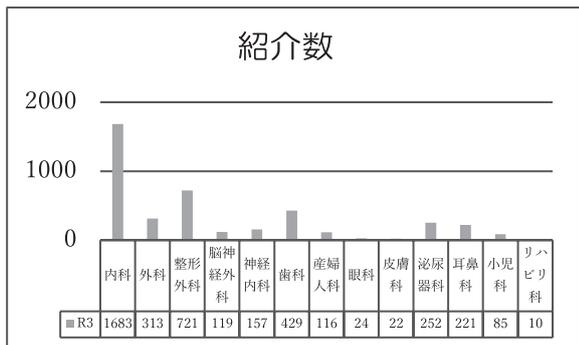
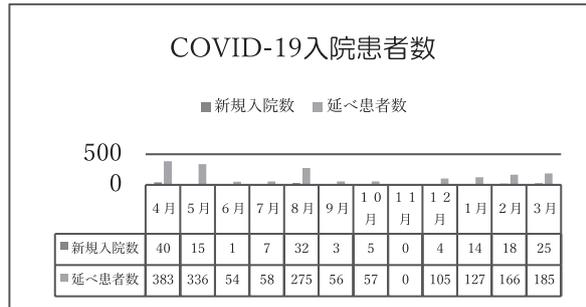
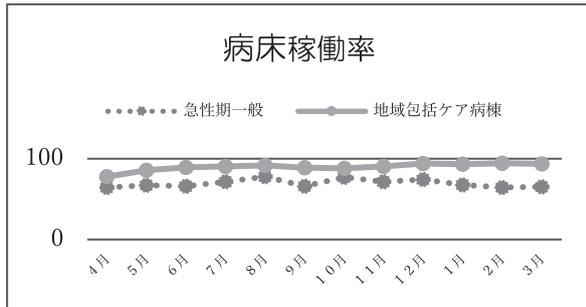
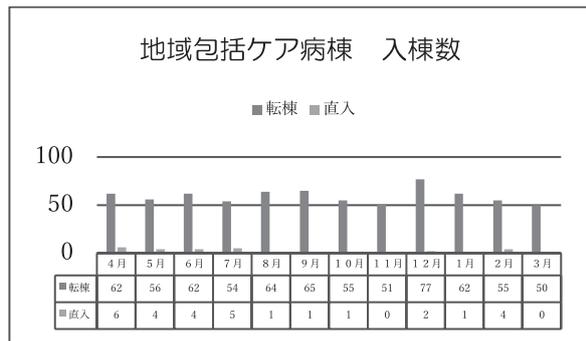
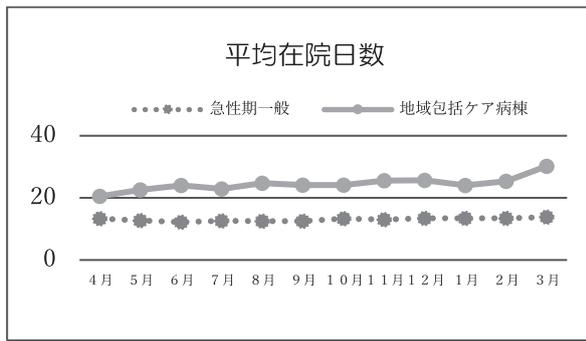
3. 介護連携 ひと月あたりの支援面談件数 1000 件/月以上

⇒ コロナ禍でのリモートを活用した面談を早期に取り入れ、1296 件/月の退院支援等の支援面談を実施した。

4. 入退院支援の推進 退院時共同指導件数 6 件(年)

⇒ リモートの活用、住み慣れた自宅へ退院したいという患者の意向に沿った退院支援の実施にて、6 件/年実施した。

以下、データとして提示する。



その他、地域との連携

日時	担当		場所
6月30日	久保田・根津	十日町市訪問看護ステーション挨拶・事業説明会	医療福祉総合センター
8月3日	平×2 村越×1	退院前患者宅訪問×3回 (8/3 8/19 12/20)	患者自宅
8月10日	平	ケース会議	地域包括支援センター
8月11日	平	事例検討会×2 (8/11 9/13)	医療福祉総合センター
9月7日	村越	第1回法人 後見人運営委員会	医療福祉総合センター
11月8日	村越	高齢者虐待対応関係機関連絡会議	医療福祉総合センター
11月25日	村越	十日町市自殺予防対策連絡会	十日町保健所
3月8日	根津	訪問看護協議会	ZOOM
3月10日	根津	魚沼圏域入退院支援ガイド キックオフ MTG	ZOOM
第4水	全員	社会的処方連絡会議×10 (毎月第4水曜日)	ZOOM
隔週火	全員	松代・十日町病院連携 MTG	ZOOM
毎週火	久保田	魚沼圏域情報共有 Web 会議 (R4.2月～)	ZOOM

令和3年度 看護部成果報告

看護部長 安江 栄里子

令和3年度は、COVID-19 感染症対策と病院機能評価に注力した年でした。

令和3年3月中旬から急激に増加した COVID-19 感染症患者の受け入れに対応すべく新年度早々の4月2日から、6階のフロアすべてをコロナ病棟として38床体制に変更しての幕開けでした。COVID-19 感染症対策に関する基本的知識と感染防止対策は、令和2年1月からICTを中心に取り組んでおり、職員は自立した中で、感染防止行動に取り組むことができました。6階フロアは、1看護単位で西6の一般病床と COVID-19 の病床（東6）を担っています。COVID-19 の流行状況によって、入院要請が増えることがあり、それに速やかに対応するため、西6病棟の一般患者の病床稼働を抑えて運用しなければなりません。地域や高齢者施設でクラスターが発生した場合は、西6病棟の一般入院患者さんには他の病棟に移動していただき、マンパワーを東6病棟にシフトしました。患者さんのご理解と全病棟の協力の下、速やかにコロナ病床を運用出来ました。一般病棟には通称「グレー部屋」を作り、COVID-19 感染未確認の緊急入院患者の対応を別に行うとともに、夜間の緊急入院受け入れ病床の確保のために、検査科とPCR検査の時間を調整し、救急外来を制限することなく、入院を受け入れることができました。また、コロナワクチン接種においては、地域の医療・福祉関係者の集団接種を市から委託を受け実施しました。当院のミッション「医療を通して地域を支える中核病院」を実践した1年でした。

もう一つの大きな出来事は、病院機能評価受審でした。年度当初からマニュアルや基準・手順の整備、院内の環境整備、良質な医療の実践のためにメディカルスタッフの連携強化に取り組みました。入院から退院までケアプロセスに沿って模擬面接を行い、行っているケアを振り返り、病院機能に求められる体制や対応、医療・看護の質とのギャップを認識し、改善に繋げることができました。

I 職員の状況

令和3年4月1日在職者数は、正規職員175人（うち新卒者9人）、会計年度任用職員19人、看護補助者19人でスタート。認定看護師1名（認知症看護）が誕生した。6月から、補助者6名を増員し、地域包括ケア病棟の日常生活の援助の充実を目指した。

II 令和3年度看護部目標

- 1 倫理的視点を大切に、対象者に合わせた看護を提供する
- 2 「生活」の視点を持った看護を多職種と協働して実践する
- 3 安全で安心な看護を継続して実践する
- 4 地域包括ケアシステムの中で他職種と連携して病院の役割・機能を果たす

Ⅲ 看護部 BSC の評価

1 財務の視点

1) 入院機能の維持と経営改善

DPC 入院期間Ⅱを意識した退院調整を急性期病棟で実施。急性期病棟と地域包括ケア病棟との連携も図られ、地域包括ケア病棟は 89.0%の稼働を維持している。急性期の各病棟には、COVID-19 感染の有無が確認されるまでの、通称グレー部屋を設け、緊急入院の受け入れに対応した。

2 顧客の視点

1) 多職種連携協働の推進

入院前の患者情報の入力入院支援介入を実施。コロナ禍でありリモートを使ったカンファレンスを実施。外来看護師の参加も増えているが、家族や地域の対象者が高齢なためカンファレンスを辞退されるケースもあり件数の増加には至らなかった

2) 働き方改革

コロナ関連の業務の増加や病床の制限により、超勤は大幅に増加。応援や業務改善も超勤縮減につながらなかった

3 内部プロセスの視点

1) 看護の質の向上

感染防止対策の徹底により、感染症のアウトブレイクはなかった。インシデント・アクシデント分析からの対策報告書提出事例は看護部が関与するものは 8 件であり、持参薬の管理、麻薬貼付剤の保護フィルム貼付、シニアプラグカバーの使用など院内約束事として実践した。

高齢者ケアチームを中心に高齢者ケア回診や認知症対応力研修を行い、高齢者ケアや認知症ケアに対する理解を深めた。身体拘束率は前年度より低下した。

4 学習と成長の視点

1) 生涯教育および専門性の追求

スキルアップ 3 コースを開催した。コロナ禍であり、WEB 研修の参加やオンラインでの研修開催が増え参加しやすくなったこともあり、院外研修への参加回数は増加した。

令和3年度 外来成果報告

依然としてコロナが終息しない状況の中で、外来職員は一丸となって確実なトリアージに取り組んできた。救急外来では、看護師は常に完全防護具を身に着け自らの身を守るとともに、患者間の感染がないよう努め、発熱患者の電話対応、PCR 採取、保健所との連携などを担った。小児科も同様に発熱外来を別に設け、午前午後と対応している。

コロナ対応に追われた1年間だったが、糖尿病生活習慣病センターでは内分泌外来を開始し、多職種での患者指導を実施している。また、がん患者への指導に関しては、医師との連携や体制を整えたことで、認定看護師による指導件数が大幅に増加した。

今後の課題は病棟との連携である。患者情報を共有し、看護の必要な患者を見極め、患者が在宅で安心して過ごせるようしっかりと支援していきたい。

救急外来



発熱外来のためのプレハブ



R3.11.1 糖尿病・生活習慣病センター オープン



令和3年度

外来目標

看護師長 板垣雅美・庭野千景

1. 外来看護師としての役割を認識し、患者指導、接遇を強化する。
2. 地域や病棟と連携し、看護の継続を図る。

視点	目標	成果指標	R2実績値		R3年度		担当	最終評価
			目標値	実績値	目標値	実績値		
財務	入院時支援加算2取得推進	入院時支援加算2算定件数	2件	10件以上	10件	赤チーム 緑チーム	予定入院前から患者情報の聞き取りや入力を行うことで、患者情報入院時支援加算2は10件算定できた。 2月までで、患者情報聞き取りは214件、うち、入力は143件でほぼ達成されている。整形は業務内で入力が難しいため、救外夜勤NSへ入力依頼できるか検討する。	
		患者情報入力件数	42件	150件以上	143件			
	院内協力体制強化	病棟応援件数	361回	350回以上	250回	黄チーム	後期は、欠員2名の期間もあり、東4への定期助動もままならない状況だった。また、救外を無人にしないこととなり、12月から応援件数が極端に減少した。	
		診療報酬の確実な算定	請求漏れ指摘項目数(のべ数)	38項目	20項目	20項目	赤チーム	請求漏れは、前期20項目、後期0。ただし、毎月、指摘項目はあるため、救外での処置オーダー漏れを防ぐ。モニター・酸素・エコー・点滴を主に指摘されている
顧客	外来療養指導の強化	指導件数	療養指導274件 透析予防104件 がんイ19件	療養指導150件 透析予防100件 がんイ25件	療養指導275件 透析予防69件 がんイ66件 がんイ4件	緑チーム 黄チーム	適切な患者選定により患者指導に繋げることができた。助産師による乳腺炎予防ケア17件、助産外来142件。妊婦指導36件。自己注射指導2件。泌尿器科の在宅療養指導24件。共有ファイルの利用により内科の「がんイ」にも対応できるようになってきた。ストマ指導は7件行うことができたが、ケモ室と兼任のこともあり、今後の育成が課題。	
		職員への接遇向上	看護師6件 医師2件 システム3件	10件以下	7件 (感謝3件)	黄チーム	苦情への速やかな対応とスタッフ周知を行った。患者家族の立場に立った対応や言葉遣い・態度についての学習会を行った。	
	病棟地域との連携強化	退院カンファレンス参加数	6回	12回以上	13件	緑チーム	病棟(特に東5)からお誘いを多く受け、退院カンファレンスに積極的な参加ができた。退院支援WGでの情報交換が奏功した。整形退院後初再診の患者へ声をかけることができたような対策が必要。	
内部プロセス	リスク感性の向上	インシデント・アクシデント分析から対策評価報告件数	4件	2件以上	2件	緑チーム	患者認識のインシデントが3件も発生し個人情報漏洩を伴う事例が2例。指差呼称の習慣化に向け、チェックリストによる振り返りを行い、学習会を実施した	
		確認不足によるインシデント件数	29件	20件以内	39件		確認不足によるインシデントが減少せず、検査ラベルの貼り間違いが起きてしまった。指差し呼称をしなければならなかった事例がほとんど。定期的なチェックが課題	
	確実な感染対策の実施	職員感染事例(コロナ)	0例	0例	0	黄チーム	コロナ感染対策の改善、継続 手洗いとスタンダードプリコーションの徹底	
学習と成長	災害時看護の意識向上	各種アクシジョンカードの修正と訓練の実施	3種作成 上コミュニケーション1回 実動訓練1回	実動訓練1回以上	未実施	赤チーム	10月の災害訓練後に、新病院の防災マニュアルに沿って、アクシジョンカードを見直したが、訓練ができなかった。災害訓練前に各科の防災用具の確認を行った。	
		倫理課題の学習会回数	1回	1回以上	1回	黄チーム	個人情報の扱いについての一事例を持ち帰り検討結果を提出するという形で学習を行ったが、検討内容や意見を周知できていない。年度内に行う。	
	外来学習会開催数	12回	9回	7回	黄チーム	感染状況により計画どおり実施できずも、防災以外の必須学習会は行うことができ		
	学習会に参加し、知識・技術の向上	院外学習会参加回数 院内研修会参加回数	36回 4.3回	2回以上 5回以上	0.9回 2.7回	緑チーム	院内外研修、院内スキルアップ研修参加の見える化やナースینگタスク動画講話活用等ができなかった。「ひとりー(いち)動画キャンペーン」などを企画検討する。	

令和3年度 東3病棟 成果報告

病棟目標

1. 急性期病棟として効果的な病棟運営をする
2. 働きやすい職場環境を作る
3. 自ら学び実践できる職員の育成

急性期一般病棟 外科・内科

新型コロナ患者増加の影響を受け、それ以外の外科・内科の緊急入院患者 840 名を受け入れた。そのほとんどがグレー対応(548 件)で、防護具着用を必要とする。PCR 陰性を確認すると大部屋へベッド移動するため、業務量が増え超過勤務増加の原因となった。しかし、緊急入院が少ない時は定時退庁できる日もあり、メリハリのある仕事が出来ている。326 名の予定入院も含め、病床稼働率は 79.2%、回転率は 5.5% (最大 6.5%) と院内で最も高かった。退院調整が必要な患者を地域包括ケア病棟へ転棟 (166 名) し、空いたところで緊急入院を受け入れるという目まぐるしいベッドの利用状況である。

人工呼吸器が同時に 3 台稼働している状況であっても、夜間用にグレー部屋を確保し緊急入院を受け入れた。



外科手術は 385 件であった。終末期の患者も多く、緩和ケアカンファレンスを行い安楽に入院生活が送れるよう支援している。病院の状況を踏まえ DPC II 期の意識や、退院促進など柔軟な対応でベッドコントロールを図った。

外科カルテ電子化

5 月には外科の温度板を電子化し、毎朝の外科カンファレンスは電子カルテで行っている。



1 月に鼠径ヘルニアの電子パスを作成し今後運用開始予定である。他の疾患手術パスも電子化する予定である。

身体拘束早期解除に向けた取り組み

急性期で重要なドレーン、チューブ類が挿入されている患者が多いが、身体拘束の早期解除に向けたカンファレンスを積極的に行い、身体拘束は必要最小限とするよう努力している。

一人リーダー制の導入

一人リーダー制を導入し、各ペアの業務進捗状況の把握により、緊急入院をスムーズに受け入れられるよう采配している。

接遇力向上の取り組み

副看護師長による接遇力向上を目指した取り組みでは、患者家族に入院生活についてのアンケートを行ったが、看護師への評価は高く感謝の言葉も多数いただいた。コロナ禍で面会制限がある中、患者さんへのメッセージを書いてもらいお届けしている。七夕には、患者さんに短冊に願い事を書いてもらい癒し効果を図った。

令和3年度 東3病棟 BSC 最終評価

令和4年2月 病棟部長 大淵美保

- 目標 1. 急性期病棟として効果的な病棟運営をする
 2. 働きやすい職場環境を作る
 3. 自ら学び実践できる職員の育成

視点	目標	成果指標	R2年度実績値	目標値	最終実績値	具体策	最終評価・次年度への課題
財務	入院機能の維持と経営改善	急性期一般病床稼働率	66.6%	85%以上	73.7%	<ul style="list-style-type: none"> 効果的なベッド稼働の仕組み作り オーバーナイトベッドのコミュニティ作成 記録のスリム化、電子化 地域包括病棟との連携 	<ul style="list-style-type: none"> コロナ禍で入院制限あり稼働率は院内全体で57.2%と低下している中で当病棟は73.7%。 新規入院受け入れのため、急な転棟も行いベッドコントロールを図った。 外科患者も地域包括ケア病棟活用。 入院期間IIの意識と、退院促進と病院の方針に応じて柔軟な対応をした。 5月より外科も電子化した。鼠径ヘルニア電子パス完成。他のパスも順次電子化する
		カルテ記載漏れ件数の減少	48.7% 79.0%	30% 50%	88% 50%	<ul style="list-style-type: none"> コストタイムの継続 起票、記載漏れ結果の可視化(4月・10月) 	<ul style="list-style-type: none"> コストタイム定着はしているが、漏れ率は悪化しているため突合結果をフィードバックし注意喚起。呼吸心拍装置、SPO2値、食事量のカルテ記載漏れ。エビオーター漏れが多い傾向。
顧客	働き方改革の推進 他部署との連携強化	組み込み深夜入り前年休回数	16.1回/人/年	16回/人以上	12.1回/人/年	<ul style="list-style-type: none"> 業務改善案の策定 PNSの強化 深夜入り年休取得推進のための協力強化 	<ul style="list-style-type: none"> 注射番、検査番廃止、一人リダー制導入をし、PNSの強化を図った 深夜入り年休取得推進のための協力体制は継続しているが、コロナグレ一対応で多忙であり7月以降は取得減少。
		外来、連携室とのカンファレンス等の回数	—	3回	5回/年	<ul style="list-style-type: none"> 病棟で勉強会の実施(症例検討含む) 退院支援カンファレンス、外来看護師と情報共有した件数把握 	<ul style="list-style-type: none"> 2月に新卒者、転入者を対象に学習会実施。他のスタッフへは資料配布。 前期3件、後期1件、zoom3件。外来看護師が参加できるよう早期に情報発信する。
内部プロセス	看護の質の向上	インジデント・アクシデント	3回	2回	1回	<ul style="list-style-type: none"> 8月までに1例、11月までに1例、RCA分析を行い、可視化する 危険度II以上の看護計画立案、評価されている かチェック 	<ul style="list-style-type: none"> 術前心エコー実施漏れについてRCA分析した(7月)。後期は術後陳津劑投与の遅れについて3月に実施予定。転倒転落の評価が適切に行えていないことがありスタッフがフィードバックした。麻薬インジデントは4月に発生。次年度は新卒者、転入者向けに早期に学習会実施する。
		新規褥瘡発生率	1.4%	2%以下	1.02%	<ul style="list-style-type: none"> 入院時や状態変化時に適切な評価 具体的な予防計画立案・実践 エアーマットの有効利用(1台器在庫確保) 	<ul style="list-style-type: none"> 状態変化時積極的にエアーマットを使用している。 車椅子乗車時の背部褥瘡形成あり、床上以外での予防策も徹底する必要あり。
		感染アウトブレイク	0件	0件	0件	<ul style="list-style-type: none"> ICTラウンド結果をフィードバック 防護具の装着練習(全員) 	<ul style="list-style-type: none"> ゴミ分別不十分の指摘あり、注意喚起表示した。 防護具着用訓練全員実施、手順通りできた。 排液破棄時のエプロン着用率88%→71%と低下
		接遇力アップの取組み 感謝・苦情の手紙件数	1件 感謝15件 苦情1件	2件 感謝10件	1件 感謝6件 苦情4件	<ul style="list-style-type: none"> 見出しなみチェック(10月・3月)・イベント実施 投書や患者・家族からの言葉に対する検討可視化 	<ul style="list-style-type: none"> 苦情の内訳は看護師の態度2件(前期)、CSセット1件の投書(後期)。 間違い電話に関して1件直接言われた(前期)。事例検討を1件実施。 七夕飾り実施
学習と成長	生涯教育 専門性の追求	身体拘束率の低下 認知症事例検討	前期86.2% 後期59.1%	前年度比 80% 2件/月	123% 1回/月	<ul style="list-style-type: none"> 毎日抑制対象者のカンファレンスを行い、早期に解除できるようにする。木曜：3原則に沿って評価 	<ul style="list-style-type: none"> 身体拘束率7.3%で前年度比123%。日中の抑制解除率は50%弱。抑制期間は一人当たり1~3日のことが多く緊急性があり代替するものがないための一時的手段である。
		学習会の開催数と参加率	病棟学習会 10回 参加100% 院内0回 院外0.8回	10回 参加率 80% 4回/人 2回/人	13回 100% 1.1回 1.06回	<ul style="list-style-type: none"> 学習会：褥瘡ケア・スチームケア・認知症ケア ME機器・外科的処置・内科的処置・疾患看護 災害時、急変時の夜勤シフト・倫理2事例 認定看護師との相互協力 リンクナース活用 参加できなない人へのフォロー対策 参加回数の可視化、少ない人への声かけ 	<ul style="list-style-type: none"> 看護実践に活かせる内容で実施。参加できなない人へのフォロー対策として資料を回し読んでからチェックし100% 院内研修；延べ32回参加(動画講義含む)一人当たり1.06回 院外研修；延べ83回参加(動画講義含む)一人当たり1.06回 院内研修；延べ32回参加(動画講義含む)一人当たり1.06回 院外研修；延べ83回参加(動画講義含む)一人当たり1.06回 認定看護師との相互協力 リンクナース活用 参加できなない人へのフォロー対策 参加回数の可視化、少ない人への声かけ

令和 3年度 東 4 病棟成果報告

令和3年度 東 4 病棟のBSC目標

「専門職として自ら学び患者の尊厳を大切にした看護を提供できる」
「業務改善・5sに積極的に取り組み、働きやすい職場づくりができる」

【今年度の取り組み】

～患者の尊厳を大切にした看護～

質の高い看護を提供するため、日々の看護の中で困難事例に対し、リフレクションを行うことを昨年度に引き続き目標にあげました。今年度、行ったひとつの分娩事例について報告します。

事例に対し最初、病棟スタッフのみで振り返りを実施。その後、同様な事症が起きた場合どうすれば良いか検討するにあたり協力者として必要と考えた産婦人科・小児科医師・OP室スタッフと再度、話し合いを実施。結果として、分娩中のベビーの急変時、救急蘇生がスムーズにできるような情報共有方法、物品の整備。そして、緊急帝王切開の超緊急バージョン「グレード A」の仕組みづくりを OP 室看護師の協力を得ながら進めることが出来た。この事例では自部署だけでは出なかった意見や対策が他部署、他職種と話し合いを持つことで進めることが出来た。忙しい中ではあるが自分達の看護を振り返る機会となるリフレクションを行い、良い看護が提供できるよう今後も続けていきたいと考えている。

～5S活動～

新病院移転 1 年経過



物品、伝票類があちらこちらにあり導線が悪い、物品のありがた
分かりづらい。業務の能率が悪い

取り組み

- ①年度当初、働きづらい点、改善が必要な点について病棟スタッフにアンケートを実施
- ②病棟の 3 チームで担当場所を決め、アンケートの結果を基に 5S の取り組み開始
- ③中間評価 各部署の取り組みを発表
- ④最終評価 2 月アンケート実施。

結果

最終アンケートの結果⇒以前より「働き易くなった」の回答 90%以上

～時間管理～

問題点

コロナ患者受け入れに伴い、重症者及び患者数が増えた、今までと同様の働き方では業務が増えることで良い看護が提供できない、超勤が増えることで看護師が疲弊してしまう。

取り組み

- ①PNS マインド強化:1)時間内に業務を終わらせるためにどうするかペアでしっかりプランを立てる
午前の記録は、午前のうちに終わらせる
2)ペア及び病棟全体での補完、調整の強化(昼カンファ時残務の発信、補完の声出し)
- ②日々リーダーのマネジメント強化:昼カンファ後、残務見える化、調整、午後の入院対応のためのリ
シャッフル調整
- ③定時に仕事が終わらない場合でも全員で残らず、終わった人は帰る風土

結果 入院患者、重症度が増えたが、業務改善、意識を変えることで超勤削減につながった

	R1 年度(前年度比較)	R 2年度 *新病院移転	R3年度
入院患者延べ人数(人)		9570	10118(+548)
超勤時間(H)/年	4052(-591)	3710(-342)	3636(-74)

令和3年度東4病棟目標

看護師長 本山真子

目標1. 専門職として自ら学び患者の尊厳を大切にしたい看護を提供できる 2. 業務改善・5Sに積極的に取り組む、働きやすい職場作りができる

視点	目標	成果指標	R2実績	R3実績	目標値	担当	具休策	最終評価
財務	<ul style="list-style-type: none"> 適正な経営参画 診療報酬改定に伴う正しい知識の習得 	<ul style="list-style-type: none"> カルテ記載/起票漏れ率 (4・10月) (認知症ケア加算・モニター強化) 新生児が小児科転科時のコストに関与する基準・家族用のパンフレット作成 (現在、オムツ、ミルク持ち出し) 	<ul style="list-style-type: none"> 47%/40% (10月結果) データーなし 	<ul style="list-style-type: none"> 伝票/カルテ 13.3%/40% (4月) 13.3%/0% (10月) 運用基準完成 	<ul style="list-style-type: none"> 20%以下 基準完成 	<ul style="list-style-type: none"> 緑 助産師チーム 	<ul style="list-style-type: none"> 師長会議時提示されコスト漏れ内容を病棟会議で提示と防止対策実施 (毎月、師長はコスト漏れ内容を担当者に渡す) コスト学習会開催 × 2回/年 (漏れ率が高い項目強化できるよう医事課依頼) 新生児が小児科入院になった場合のオムツ・ミルク等の家族に準備してもらおう基準を医事課に協力してもらいながら作成する 	<ul style="list-style-type: none"> 師長会で提示されるコスト漏れ傾向を毎月、周知し漏れ防止に努めた。認知症関連が改善。モニター取巻漏れは今後も対策を継続。10月の結果は良好。 ミルク・オムツ売店に脱乳開始。患者説明、運用基準作成。該当者がまだのため使用後評価していく
顧客	患者からの信頼定着	<ul style="list-style-type: none"> 感謝の件数 クレームの件数 問題事例のリフレクション回数 	<ul style="list-style-type: none"> 5件 0回 6回 	<ul style="list-style-type: none"> 3件 3件 (外来分も含め) 3回 	<ul style="list-style-type: none"> 3件 0回 3回 	<ul style="list-style-type: none"> 黄色 (継続評価) 師長 	<ul style="list-style-type: none"> クレーム事例、共有。 クレーム、ヒヤリ、困難事例に対し、安全で患者目線に立った修正、他部署とも情報共有をしながら進めた。 現在、検討の1つである緊急カイザーがスムーズに対応できるようにop室と一緒に取り組み中 	<ul style="list-style-type: none"> 感謝の手紙は提示し、共有。 クレーム、ヒヤリ、困難事例に対し、安全で患者目線に立った修正、他部署とも情報共有をしながら進めた。 現在、検討の1つである緊急カイザーがスムーズに対応できるようにop室と一緒に取り組み中
内部	<ul style="list-style-type: none"> 業務改善の推進により職場環境の改善と時間管理の向上 自部署の現状把握と問題課題に対する意識の定着 	<ul style="list-style-type: none"> 補助者教育推進：技術確認率 5s取り組み 超勤時間 (1人月/13.5H (R1)) ストレスチェックの仕事量値 	<ul style="list-style-type: none"> データーなし 病棟 3710H/年 (-342) 110 	<ul style="list-style-type: none"> 60.0% 11.7H/月 (2月まで) 1 2 5 	<ul style="list-style-type: none"> 80% 1人13.5H/月 1 1 0 	<ul style="list-style-type: none"> オレンジ 師長 副師長 	<ul style="list-style-type: none"> PNSの時間管理や日タリナーの 効果的な運用ができるよう対策を実施。学習会も複数回実施。アンケートより「時間管理を意識して業務を行えるようになった」結果が100%。コロナ受け入れにより入院患者数増もあり、指標の仕事指数値は悪化した。超勤数は目標クリア。 5S：年間通して色チームで取り組み実施。最終アンケートで働きやすくなったに対し96%が良い回答。次年度の課題もあり継続していく方針。 	<ul style="list-style-type: none"> PNSの時間管理や日タリナーの 効果的な運用ができるよう対策を実施。学習会も複数回実施。アンケートより「時間管理を意識して業務を行えるようになった」結果が100%。コロナ受け入れにより入院患者数増もあり、指標の仕事指数値は悪化した。超勤数は目標クリア。 5S：年間通して色チームで取り組み実施。最終アンケートで働きやすくなったに対し96%が良い回答。次年度の課題もあり継続していく方針。
	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全に対する意識が高まり薬剤に関するインシデントが減少する 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤に関するインシデント件数 インシデント分析からの対策報告件数 	<ul style="list-style-type: none"> 3 4 件 2件 0件 	<ul style="list-style-type: none"> 38件 3件 	<ul style="list-style-type: none"> 30件以内 2件以上 0件 	<ul style="list-style-type: none"> オレンジ 	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全対策マニュアル内の与薬手順を6月学習会に実施 インシデント検討の実施 (毎月) ヒヤリ査定会 (朝会と昼カンファ時のヒヤリの読み上げ) リスク委員会から啓蒙活動実施 (ポスター掲示・連絡ノート活用) 重大インシデントに対し速やかに分析・対策を立て実践 	<ul style="list-style-type: none"> 計画したヒヤリの報告・評価後の読み上げ、医療安全関連の標語を毎日朝カンファで呼称を要請でき定着している。他多くなっているヒヤリ関連のニュース発行を実施。再発防止の一途になったと思われる。
	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策が適切に周知・実施され院内感染が起きない 	<ul style="list-style-type: none"> 院内感染件数 感染ラウンドで2回以上の指摘件数 	<ul style="list-style-type: none"> 0件 0件 	<ul style="list-style-type: none"> 0件 0件 	<ul style="list-style-type: none"> 0件 0件 	<ul style="list-style-type: none"> 黄色 	<ul style="list-style-type: none"> コロナ対策の情報周知徹底と実施。最新情報はカンファや日誌活用 スタンダードプロシージャの徹底 (学習会実施) 感染ラウンドの指摘事項の改善と改善内容の周知徹底 	<ul style="list-style-type: none"> 日々変化しているコロナ情報を共有するための会議を日誌に綴じたり、コロナ専用のボードを作成し情報共有を実施。 感染ラウンド指摘はその都度改善、再発なし
	<ul style="list-style-type: none"> 認知症看護力の向上 	<ul style="list-style-type: none"> 抑制カンファアレックスを行った件数 抑制解除した件数 	<ul style="list-style-type: none"> 抑制延べ件数 6 2 5 件 	<ul style="list-style-type: none"> 104件 35件 	<ul style="list-style-type: none"> 100件 12件 	<ul style="list-style-type: none"> 黄色 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症学習会は、病棟全体で知識の定着を進めるため研修会に参加した2名に複数回実施。 抑制解除カンファでも定着。目標を達成。今後は司会者の声掛け方法を改善し精度の高いカンファアレックスを目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症学習会は、病棟全体で知識の定着を進めるため研修会に参加した2名に複数回実施。 抑制解除カンファでも定着。目標を達成。今後は司会者の声掛け方法を改善し精度の高いカンファアレックスを目指す。
教育	<ul style="list-style-type: none"> 専門職としての自己学習力強化 当病棟でしか学べない産科・小児科看護を自信をもって 多くのスタッフが講師役になり自己学習・伝達発信力を養う 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟学習会の参加率 BLS研修会参加率 研修の満足度 学習会講師役になる割合 院外研修参加数 院内研修参加数 (病棟学習会含む) 	<ul style="list-style-type: none"> 平均約65% 76% 8 8 % 40% 5名/25名 0名/25名 	<ul style="list-style-type: none"> 63% 100%予定 95% 64% 11名/27名 5名/27名 	<ul style="list-style-type: none"> 50%以上 100% (5回実施) 80%以上 50% (12名) 2回以上/1人 5回以上/1人 	<ul style="list-style-type: none"> 緑色 	<ul style="list-style-type: none"> BLS実践研修会の5回開催実施 (参加率100%目標) 年間計画立案 (東4病棟独自の必修学習会は早期に計画) 学習会出席者も学習内容の共有できる「病棟学習ファイル」使用 (研修主催者が主体で「研修名・参加者数・資料」をファイルリング) 研修開催時間：基本時間内、時間外17:00～17:30の様に設定の工夫をし、就労ストレスの軽減を図る 学習会講師役をできるだけのスタッフが担当し、自己学習伝達発信力を養う⇒学習会計画時の担当講師の調整 院内外研修参加把握・集計 研修に対する満足度のアンケートを実施 (2月) 	<ul style="list-style-type: none"> 今年度は、コロナにより学習会の開催数は減少傾向であった。しかし、年度初めに自部署での必要な学習会を計画的に実施することが出来た。担当者が日々の中で知識が必要なものをストックして学習会を実施するなど少ない中でも有効的な学習会の実施ができた。 「学習ファイル」取り組みも昨年度より定着 研修参加の目標は達成できなかったが、個々でウェブ研修参加し、自己研鑽している。今後も感乗状況が好転することが考えられる。ウェブ研修などより、興味を持ち参加者が増えるような案内の工夫を検討。

2021 年度成果報告 西 4 病棟

✦ 1 人リーダー体制の確立

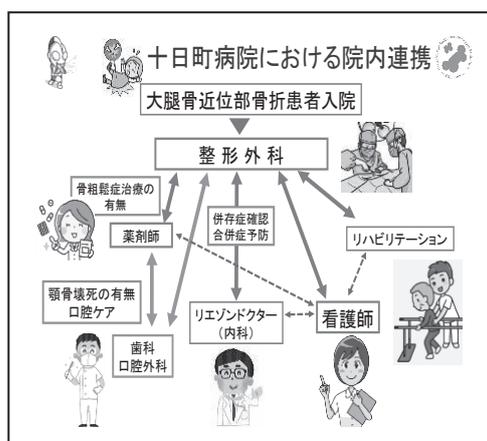
リーダーとしての役割を明確にし、師長との連携・報告体制を整備するため 1 人リーダー制を実施しました。

【リーダーの役割】

- 1、師長（代行）と連携を取り、病棟看護にあたる
- 2、各ペアの業務遂行状況を確認し采配する
- 3、スタッフ育成・指揮司令塔の役割



✦ リエゾンチーム活動



整形外科・内科・歯科と連携し、チーム活動を行いました。今年度は、平日のリエゾン患者急変時の内科医師との連携体制を整備しました。次年度は、委員会への繰り上げ、骨密度の検査の実施など新しい取り組みも始める予定です。

✦ ベッドコントロール

整形外科の患者様を中心に、常に入院患者を受け入れられる体制作りに努めました。

R3 年度 病床稼働率 西 4 病棟 76.2 % (院内平均 65.8 %)

患者転棟数 院内No.1

病棟	東 3	西 4	東 4	東 5	西 6
転棟数 (人)	223	336	191	15	185

令和3年度 病棟目標 【西4】最終評価

看護師長 佐藤理加 (R4.2月)

1. 働きやすい職場づくりを目指し、5 S活動を通して安全で効率的な職場環境をつくる。
2. 多職種連携を維持し、入院から退院後の生活を見据えた支援を実践する。
3. 認知症看護の知識を高め、患者の尊厳を重視した看護を提供する。

目標	視点	指標	成果指標	目標値	実績値	担当	最終評価
財務視点	経営を意識した業務	地域包括ケア病棟への転棟件数	20件以上/月	平均22件/月	師長	<ul style="list-style-type: none"> ・ペドコントロールシートを活用し、円滑に包括ケア病棟への連携を実施した。しかし、冬季に入り、整形外科の緊急入院が多く計画的な転床は困難と考える。 ・ディオーダーと連携し、規程に準じた重症加算室の調整ができたことで、利用率が上昇した。 ・係スタッフの定期的な点検と、SPD定数の見直しを計画的に実施した結果目標値を大幅に下回った。 ・コストに関連する学習会は予定通り実施されたが、コスト削減目標が達成できなかった。定期的な改善が必要。 	
		重症加算ペド稼働率	40% (32.4%)	81.1%	業務班		
		SPDシール紛失枚数	30枚以下/年 (36枚)	15枚			
	顧客視点	退院支援体制の強化	コスト漏れ率 (起票・オーダー/記載)	10%/40% (15.6/45.9)	20%/6.67%	退院支援班	<ul style="list-style-type: none"> ・係スタッフの働きかけにより支援システムが稼働しているが、PC付箋利用など運用方法に再検討が必要。 ・年間スケジュール通り学習会を実施した。※下記学習会評価欄を参照。 ・チャットリストを用いた学習会を実施。継続性を考慮し、日常的なエックシステムの構築が必要。 ・専用ファイルにて事象を共有。発生直後にリフレクションを実施し再発防止に努めた。 ・昨年度と比較しても未受診件数が増加している。歯科受診の必要性とリオン介入の効果についてスタッフへの周知が必要。 ・R3.11TKAバリエーション完成し、2件運用の実績を得た。更に、新たなバリエーション作成を開始している。 ・入院時転倒による新たな上肢骨折に対し創傷的治療を実施した。事象分析と情報共有を行い、再発は防がれている。 ・リスクリンカーズを中心に5件のRCAを実施。件数を重ねることに、分析所要時間の短縮と有効なデスカッションが実施できている。 ・学習会開催と褥瘡リンクナースの定期的な働きかけにより術後及び安静時の腓骨骨頭神経麻痺等の合併症の発生は0件であった。 ・中間評価での4件発生から後半新たな発生は多く経過。発生要因の分析と使用方法的な周知によりスタッフ個々の意識が向上が要因。 ・事例検討を含め学習会を実施。褥瘡発生予防に対するスタッフの意識向上のため検討会開催は効果的であった。 ・担当者による定期的な記入漏れチェック呼びかけにより入力漏れ率が減少。取り組みを継続していく。 ・新人、転入者を含め定期的なPPE手順の確認など学習会を実施し、スタッフ全員の技術向上に努めた。 ・管理部門から発信される情報について、リアルタイムな口頭での伝達と専用ファイルによる情報共有を実施。 ・定期監査は年間3回であったが、各班リーダーを中心に与えられたエリク環境整備を完了させた。 ・改めて他者から見ただけで自分自身を振り返ることで、モチベーション向上の一助になったと考える。 ・最低年休取得日数5日以上/年を達成。年度後半に年休取得が集中したことから日勤スタッフ数のばらつきがあった。 ・中間評価と比較し月平均の深夜入り年休取得者数が緩やかに上昇。深夜入り以外のスタッフの超過勤務時間の増加が見られないことから、効果的なディオーダーによる業務調整が実施されていると考える。 ・コロナ専用病棟稼働状況により、夜間緊急入院対応の数が増加。そのため、夜勤時の休憩を取得しない場合が多々見られた。休憩取得の効果を確認すると共に取得を推進していく必要がある。 ・入院患者の高齢化比率上昇に伴い、使用頻度が増加している。マンパワーが担保される日中に早期解除に向けて取り組みたいが、結果に反映されなかった。 ・事例検討では倫理的問題を含む内容を検討し、学習会担当者がアシリテーションを行った。身近な事例を通じた学びは、理解しやすいと感じた。 ・退院支援システムの定着に向けた学習会が主体であった。
			退院支援カンファレンス件数	1回/月 (新規)	1.2件/月		
		患者、家族からの良い評価件数	5件以上/年 (8件)	3件/年	接遇班		
		患者対応に対する苦情件数	3件以下/年 (9件)	1件/年	学習班		
		安全な看護サービスの提供	リオン歯科 未受診件数	0件 (1件)	6件 (52件中)	バリエーション記録班	
			TKAバリエーション使用件数 (作成後)	100% (新規)	2件	リオン班	
			インジデント 3a以上件数	0件/年	1件/年	リスク班	
インジデント 事象のRCA分析件数	2件以上/年	5件/年					
内部プロセス	骨頭神経麻痺の発生件数	0件/年	0件/年	リスク班			
		褥瘡発生件数	3件以下/年		4件/年		
	褥瘡学習会 (振り返り含) 件数	2回以上/年 (新規)	3回/年	褥瘡班			
		褥瘡評価入力遅れ率	10%以下/年 (新規)		5.2%/年		
	アウトブレイク件数	0件/年	0件/年	感染班			
	環境整備の定期監査実施数	1回/月 (新規)	3回/年	リーダー会			
		1件以上/年 (1件)	1回/年	リーダー会			
	メリハリのある時間管理と働きやすい職場づくりの実施	年休取得日数	7日以上/年 (5.8日/年)	5.9日/1月迄	師長		
		深夜入り時間年休取得日数	1回以上/月 (1人平均)	月平均3.3人			
		休憩時間が確保できなかった人数	0人/月	月平均2.8人			
患者の尊厳を重視した認知症看護の実践	抑圧処置実施件数 (体幹抑制) 1日平均数	1件以下/日 (1.3件/日)	3.4件/日	認知症班			
	認知症、退院支援の学習会開催数	認知症 2回/年 (1回)	2回/年	退院支援班			
	退院支援 2回/年 (2回)	2回/年					
学習の視点と成長	院内学習会参加数	5回以上/人	1-5回/人	学習班			
	院外学習会参加数 (動画講義含む)	2回以上/人	0-1回/人	リオン班			
	リオン学習会実施件数	2回/年 (新規)	1回/年				
急変時コミュニケーション実施回数	1回以上/年	1回/年	学習班				

2021 年度 成果報告

東5病棟

退院後の生活を見据え、身体抑制せず患者の安全を守る取り組み

昨年度、東5地域包括ケア病棟において取り組んだ「身体抑制ゼロ」は現在も継続している。地域包括ケアシステム構築を考える現在、患者が在宅で自分らしく生活するため自部署の役割は何かを考え多職種と取り組んだ結果を報告する。

取り組み その① 転棟患者の安全対策の情報共有

患者が動くことを制限するのではなく、L字バーや緩衝マットを利用し、動いても安全を守れる環境をつくった。

特に転棟患者は環境の変化で転倒の危険もあるためリハビリと相談し患者に合った安全対策をたて、環境を整えた。

また、転倒が起きてしまった場合はリハビリスタッフもカンファレンスに参加し、さらなる安全対策を練った。



取り組み その② 患者サポートセンターとの情報共有



週一度、チームごとに患者の退院に向けての進捗状況の確認を行っている。可能な限り、患者サポートセンターの看護師に入ってもらい、患者にとって退院後の生活を見据えた看護が実施できるよう取り組んでいる。また、退院支援についての事例検討にも加わってもらい、多職種からの意見をもらい看護に活かしている。

取り組み その③ 看護補助者との協働

6月より看護補助者が12人となり、看護師と協力しながら患者の安全を守っている。ナースコールのファーストタッチを可能な範囲でしてもらい早期に訪室することで危険行動には至らず安全に過ごせる環境をつくった。看護師と情報共有の時間を作り、安全に業務ができるよう取り組んだ。



今後の取り組み

認知症認定看護師の誕生により、専門知識を取り入れ、今まで以上に個別性のある看護を実践していく必要がある。また、地域包括ケア病棟は診療報酬の改定により大きく体制が変わる。病棟のスタッフ一人一人が経営の視点を持ち、意識しながら変対応していかなければならないと考える。



令和3年度 東5病棟BSC

令和3年度 看護師目標

1. 地域医療・介護において多職種と連携し、退院後の生活を見据えた看護の提供ができる
2. 5S活動による安全で働きやすい職場づくり
3. 認知症看護の知識を積極的に習得し実践で活かせる

視点	目標	成果指標	R3年度目標値	最終評価	担当	具休策	R4 2月 病棟師長 水落佳美	最終評価
顧客	適切な看護と退院支援	60日以内での退院患者の割合	98.0%	96.0%	オレンジチーム	①他職種と連携し、退院進捗状況の共有を行う ・退院支援カンファレンスの活用 ・転機・退院チェックリストを随時見直し不備のない退院支援を行う。 ②退院支援にあわせた看護診断をあげる ③受け持ち者の活用と更新の徹底 色チームごとの退院支援情報カンファレンスを充実させる。 ④家族とのコミュニケーションをしっかりと取り 退院に結び付ける。 ⑤学習会、事例検討 ・退院支援グループが中心となり学習会を実施、事例検討は各チームに依頼する。	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援の状況を確認することは徹底されているが、その後、退院に向けてのケアが支援に繋がっていないことが60日を超えているため、後期には家族の来棟時、患者の状況が意図しているため、後期には家族の来棟時、患者の状況や意向確認の定着を図った。リーダーの呼びかけはあるが退院支援について積極的なカンファレンスは少ない。次年度取り組みよう継続する。*学習会、事例検討は年間計画に沿って行った。これにより退院支援についての意識向上に繋がった。 	
		認知症対応を意識して看護ができる割合	100.0%	92.3%		<ul style="list-style-type: none"> ・抑制患者を優先に昼食時に車椅子乗車、そのほか適宜車椅子に乗車を促し生活のリズムをつける。 ・車椅子乗車時はできるだけキーパーをつけてお預りえ音楽・DVD鑑賞・知育玩具を活用し難床を図る。 ・体幹抑制、センサーについても解除できるカンファレンスを随時行っていく。 ・ユマニチュードの学習会を開催、啓発ポスターの掲示。 ・前日に認知症看護の学習会を実施し安全安心の医療を提供する。 ・振り返り用紙で認知症看護を振り返ってもらい(2/年)結果をフィードバックする。 		
		DPC用紙にて入院時、退院時と比べADLが下がらなかった割合	95.0%	92.2%		<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡の新規発生・悪化がない(D-3以上) 		
財務	経営を意識し、コスト漏れを防ぐ	指導料取得の割合	80%	100%	みどりチーム	<ul style="list-style-type: none"> ・取るべき指導料を明示ししっかりとれるよう声を掛け合う。 ・しっかりと取得出来ているが医事課に協力してもらい評価する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・後半、D3移乗の発生はなかつた。早期のエアーマットへの交換、体交換の活用を積極的に進めるよう呼びかけを行った。 	
		カルテ記載漏れ件数の減少	30.0%	29.0%		<ul style="list-style-type: none"> ・2か月/1回 看護師で監査を行い結果をフィードバックする。 		
		起票漏れ件数の減少	50.0%	28.0%		<ul style="list-style-type: none"> ・漏れやすい項目を調査し声をかけていく。 		
内部	働きやすい環境	インシデント分析	3件	1件	リーダー会	<ul style="list-style-type: none"> ・レベル3のインシデントについてはRCA分析で検討。それ以外にも検討事例があればカンファレンスに上げる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒のインシデントについてリハビリと情報共有し対策を取ることで環境整備ができた。事例検討を1件のみ。 	
		深夜入り前年休取得回数	50回/4月~1月	5回/4~1月		<ul style="list-style-type: none"> ・PNSの醸成。1人リーダー、各ベアの業務の見える化による補充体制の充実。 ・時間管理、記録短縮の推奨。 ・時間外勤務時間の多いスタッフの業務調整、指導。 ・副師長を中心に業務改善（おむつ交換のタイミング・看護補助者の育成） 		
		時間外勤務時間の減少	2000h/4月~1月	4490h/4月~1月		<ul style="list-style-type: none"> ・色チームで担当箇所を決め物品管理と整理整頓をする。 ・前期7月にチェックした結果を踏まえ、後期12月には周知、改善に取り組む。 ・接遇に関するのポスター作成。クレームがあった場合カンファレンスで検討する。 		
学習	専門知識の習得	5Sの取り組み件数	2件	3件	きいろチーム	<ul style="list-style-type: none"> ・防護服着脱チェック実施数 	<ul style="list-style-type: none"> ・各ベアで1か所ずつ整理整頓に取り組んだ1回目に比べスムーズな着脱が出来た。 ・学習会や検討会を行いスタッフの意識付けに繋がった。 	
		病棟学習会の実施	12回	13回		<ul style="list-style-type: none"> ・年間学習計画に沿って、月当番制で昼カンファレンスの時間を利用して実施。 ・ナースングススキルを取り入れ各自で実施。年度末にテストを行い復習してもらった。 ・事例検討は年間担当チームを決め開催 ・学習会研修参加状況を把握出来るように参加表を作成し見える化する。 		
		院内研修会参加	3回	2.5回		<ul style="list-style-type: none"> ・院内研修会参加 		

令和3年度西6病棟 成果報告

1. 感染病棟として安全な感染対策を実施する

コロナ感染症を受け入れる病棟として、十日町地域内外の感染患者を受け入れ、総数189名の患者さんの対応を行いました。年度初めには感染患者の残念な死亡に心を痛めたり、施設クラスターの患者を受け、患者が安心して穏やかに過ごせる環境づくりを工夫したりしました。感染対策しつつ、出来る範囲で出来る看護を考え、色々な経験をさせていただいた1年間でした。

一般患者も受けつつ2つの病棟を稼働してきた中で、院内感染を発生することなく行えていることを誇りに思います。感染の流行状況によって、病棟の運営状況も変わるため、時には応援看護師に徹して他病棟の業務軽減に努め、時には自病棟の患者の看護に徹するという2足の草鞋？的な働きをスタッフ一同頑張りました。

2. 個々の気づきを大切に、学習を支援する職場をつくる

コロナ禍の中、集合学習は難しいため、少人数の学習会を実施し、学習会資料ファイルの活用やテスト実施によるフォローアップをしていきました。倫理事例検討では、卒3年生が主体となって実際の事例を通してスタッフ全員が考え、検討内容を共有しました。外部への研修への参加は少なくなりましたが、来年度はもう少し積極的に参加しよう！



長時間のガウン・N95・アイシールド・手袋装着
体力的にも結構大変です。Tシャツ、ジャージがありがたい♡
誰だかわかんないけど、この装備の下はみんなかわいいんですよ！患者さんに見てもらえなくて残念 ↓

簡易ダイルーム完成！

テーブルとTVも設置してみました。
景色を眺めたり、TVを見たりしながら食事をモグモグ



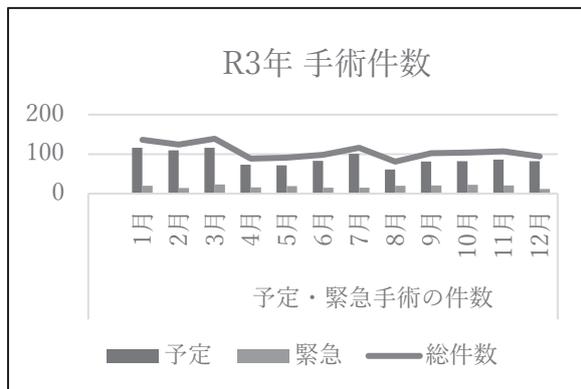
令和3年度 西6病棟

- 1. 感染病棟として安全な感染対策を実施する。
- 2. 個々の気づきを大切に、学習を支援する職場をつくる

令和4年 3月
作成者 高橋 八恵子

視点	目標	成果指標	R3年度 目標値	最終評価 実績値	担当	具体策	最終評価	次年度の課題
視座	安全・安心の看護の提供	感染対策の徹底	業務改善2件	100% (2件)	各Gの担当箇所 緑G	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策を踏まえ、安全で責任ある看護の提供に向けた業務改善活動を行う 手指衛生等野感染予防策を確実に実行するよう場示、手技チェックを行う。 定期的にハイバック・ガウン・フェイスシールドの着用確認を行い、手技を定着させる。 コロナ病棟マニュアルの作成 各Gの担当箇所の整理整頓（前期・後期） <ul style="list-style-type: none"> 黄：準備室・薬剤準備室・談話室・多目的室 赤：SS・加圧室・相談室・休憩室 緑：器材室1・2・3・汚物処理室1・2 * 東工エリアの5Sも必要時検討する 	<ul style="list-style-type: none"> 手指衛生チェック実施。適切なタイミングでの実施が来ているいない現状あり。 ガウン・フェイスシールドの手技は確立 コロナ病棟マニュアルをスタッフ全員でその都度更新出来ている。 コロナ患者急変対応シミュレーションを実施。挿管手順を作成 	
顧客		療養環境向上計画「1」の割合	100%	100%	感染委員 緑G	<ul style="list-style-type: none"> コロナ療養環境の定期的なチェック 	<ul style="list-style-type: none"> コロナ病棟、一般病棟で、計3回療養環境チェック実施 	<ul style="list-style-type: none"> コロナ病棟、一般病棟で、計3回療養環境チェック実施
内部プロセス		インシデント分析回数	2件	KYIT 1件	真G	<ul style="list-style-type: none"> インシデントの内容と対策の情報共有 レベル2以上は必要時RCA分析を行う KYIT検討 レベル0で防げた事例の良い点を発表 安全確認動作の自己評価（年3回） 良い点を発表 	<ul style="list-style-type: none"> KYITは1回行った。情報漏洩について、スタッフ全員で考えた対策を立てた。リアルタイムでスタッフに提示できなかったため、RCA分析としてはやらず。 渡す書類に〇することで患者誤認防止への意識づけが出来た 安全確認動作前期、後期に1回実施。 レベル0で予防できた事例1事例を発表している 	<ul style="list-style-type: none"> RCA分析するためのスピードラーナーは出来 事流し図作成を行う テナントから要因を考える習慣をつけ、看護ケアに結び付ける セルフチェックやマニュアルが正しき出来 ているかを確認し、検討していく
働きやすい職場環境を 作る		身体拘束（抑制）のケア がカワルを定期的に行う	月1回 1症例	7件/年	緑G	<ul style="list-style-type: none"> 身体拘束ガイドラインを周知し、緊急一時的な抑制。ユマニティ・内服薬の相談等を行う 毎週月曜抑制解除に向けたケアを行う（ノートをつける） 火曜の総回診で多職種による検討を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 早期からのエアーマット使用、ずれ予防、適宜体位交換、尿通等がスタッフの意識にも浸透してきている。DESIGN-Rが変わったため、後期に権限委員が学習会を行う予定であったが、コロナ禍であり、資料配布ととなった 病棟体制の変動が多く、入院状況の変化で超動状況も変わった。助動体制を通してスタッフの協力意識は素晴らしいものを感じた。 現在も一般病棟の稼働が不安定ではあるが、PNSでの時間管理やワンチームでの業務管理の検討を今後進めていく 	<ul style="list-style-type: none"> ケースカンファレンスを定期的に実施している 実施はどうかという点については問題点を挙げ、実践できるとするよう取り組んでいく。
新規模療養発生数		新規模療養発生数	10件	7件	権限委員 真G	<ul style="list-style-type: none"> 早期からのエアーマットの使用 ずれ防止に努める スタッフの権限委員が確認出来るようにする 	<ul style="list-style-type: none"> 早期からのエアーマット使用、ずれ予防、適宜体位交換、尿通等がスタッフの意識にも浸透してきている。DESIGN-Rが変わったため、後期に権限委員が学習会を行う予定であったが、コロナ禍であり、資料配布ととなった 病棟体制の変動が多く、入院状況の変化で超動状況も変わった。助動体制を通してスタッフの協力意識は素晴らしいものを感じた。 現在も一般病棟の稼働が不安定ではあるが、PNSでの時間管理やワンチームでの業務管理の検討を今後進めていく 	<ul style="list-style-type: none"> 超動時間が目標より少なかつたのは病棟の状況によるところが大きい。入院状況により連番の超動や日勤者の超動増加あり。時間管理に対するスタッフの意識改革と業務検討が必要。Nsでなくともできる仕事を洗い出し提示。業務改善への足掛かりとしていきたい
働きやすい職場環境を 作る		平均時間外勤務時間 (12月まで) 時間外取得を含む深夜入り定時退行率(12月まで)	月12時間 1人 93.0%	9.05時間/人 87.6%	副院長 リダグ会	<ul style="list-style-type: none"> 日勤PNSでの時間管理を周知する Drとの協力体制を考える 時間管理を病棟会議での定例議題にする 業務調整をワンチームで行うしくみの検討 	<ul style="list-style-type: none"> 早期からのエアーマット使用、ずれ予防、適宜体位交換、尿通等がスタッフの意識にも浸透してきている。DESIGN-Rが変わったため、後期に権限委員が学習会を行う予定であったが、コロナ禍であり、資料配布ととなった 病棟体制の変動が多く、入院状況の変化で超動状況も変わった。助動体制を通してスタッフの協力意識は素晴らしいものを感じた。 現在も一般病棟の稼働が不安定ではあるが、PNSでの時間管理やワンチームでの業務管理の検討を今後進めていく 	<ul style="list-style-type: none"> 超動時間が目標より少なかつたのは病棟の状況によるところが大きい。入院状況により連番の超動や日勤者の超動増加あり。時間管理に対するスタッフの意識改革と業務検討が必要。Nsでなくともできる仕事を洗い出し提示。業務改善への足掛かりとしていきたい
学習意欲を高める活動 をする		人工呼吸器の装着と看護	人工呼吸器 装着成功率 100%	パーバー テスト全員 100点	赤G	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の学習会と実技テストを実施。全員が準備・設定できるよようになる 集合学習から個人学習へシフトし、学習会開催は可能な範囲で行う PNS、レスピ、防災、感染対策、認知症看護、退院支援、口腔ケア、心電図モニター・12誘導について各項目の講義資料に沿ったペーパーテスト実施 	<ul style="list-style-type: none"> 学習会の実施のみでなく、テストも行ったことで達成度は100%となった。また今年度はコロナ学習会をビデオ撮影し振り返ることが出来た。 学習会の資料をまとめたファイルを作成し、いつでも振り返りが出来るため、今年度も継続していく タイハックの書籍読習、緊急時シミュレーション、呼吸器学習会などの実施で安全な感染対策への意識づけが出来た 	<ul style="list-style-type: none"> 西6病棟では呼吸器、BPAPについての学習会は必須であるため今年度も継続 全員参加は厳しいため、スタッフ全員の学習支援が出来よう、工夫・計画を立てる必要がある。 感染受入れ病棟として、タイハック書籍、緊急時シミュレーションを実施し、スタッフ全員のスキル維持が出来よう継続必要
学習と成長		倫理事例リフレクション	1件以上	1件	赤G	<ul style="list-style-type: none"> 年3で企画し事例検討を行う。全員が検討内容を共有 全員で共有すべき事例はリフレクションを行う 	<ul style="list-style-type: none"> 年3で企画し事例検討を行う。全員が検討内容を共有 全員で共有すべき事例はリフレクションを行う 	<ul style="list-style-type: none"> 年3で企画し事例検討を行う。全員が検討内容を共有 全員で共有すべき事例はリフレクションを行う

令和3年度 手術室成果報告



令和3年度の総件数は1281件でした。そのうち緊急は218件で、ほぼ毎日緊急手術がありました。

総件数の半分は全身麻酔で、685件でした。

令和3年度は、麻酔管理加算Ⅰがとれるようになり、経営面でも貢献出来ました

各色チームの取り組み

病院機能評価受審もあり、適切に麻酔機能を発揮し周術期看護の対応するために、各チームで課題に取り組みました

赤チーム



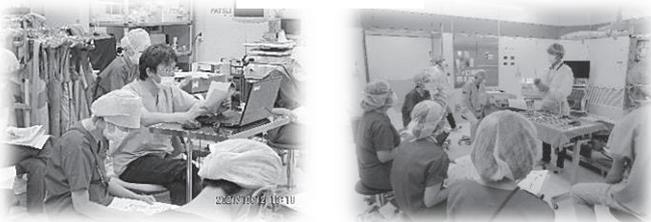
外来手術患者さん用の説明用紙を見直しました。写真を入れ、より分かりやすいものになりました

青チーム



安全な手術室看護を行うために感染防止対策やインシデントの分析を行いました。またマーキングマニュアルの作成と定着に取り組みました

黄色チーム



スキルアップのための学習会を計画的に行いました。麻酔医からや、ZOOMを活用し業者からの学習会も行いました

チームワークは院内NO.1!



令和3年度 手術室BSC最終評価

目標

1. 患者の尊厳を大切にし、安全・安心な手術室看護を提供する
2. 手術室看護の専門性を深め、自ら学び実践できる職員を育成する

令和4年2月 手術室師長 樋口 広子

区分	目標	成果指標	R3年度		担当者	行動計画	最終評価	次年度の課題
			目標値	実績値				
財務視点	経営を意識した物品管理 コスト意識の向上	SPDシール紛失枚数	20枚以下 (紛失率1%以下)	41枚 (紛失率2.6%)	赤チーム 師長 副師長	定期点検し、スタッフにフィードバックする	紛失枚数は昨年と同じであったが、前期より減少した。各部屋の注射カートは紛失が多かった	シール紛失は物品が必要な時困るため、紛失しないうための工夫を考へる。コスト削減も継続していく
		不良在庫整理の取り組み	1件	1件		直納品とSPD室払い出し物品の定数を整理し、適正な在庫管理を行う	各自担当棚の不良在庫は、医師に確認するなどし適宜定数整理した	各自担当棚の不良在庫は、医師に確認するなどし適宜定数整理した
		コスト削減件数	0件	0件	師長 副師長	退室前の外回りチェックと師長(代行)のトリプルチェックでコスト削減を防ぐ	医事課に指摘されるコスト削減はなかった	医事課に指摘されるコスト削減はなかった
顧客の視点	院内連携・協力の促進	麻酔管理加算Iの算定件数	300件/年	373件 (1月末まで)	師長 副師長	麻酔医が常勤となるため、加算が取れるように医師と協力していく	患者の入院状況等を確認し、麻酔医がスムーズに患者訪問できるように協働した	患者の入院状況等を確認し、麻酔医がスムーズに患者訪問できるように協働した
		外来手術患者の術前訪問方法の検討	1件	1件	赤チーム	外来看護師と業務支援方法の再検討を行う	外来看護師、OP室看護師のアンケート結果をもとに患者ハンフレットを修正した	外来看護師、OP室看護師のアンケート結果をもとに患者ハンフレットを修正した
		他部署への応援件数(時間)	200時間		師長 副師長	手術状況に応じて他部署応援をしていく	手術状況に応じて協力した	手術状況に応じて協力した
内部プロセス視点	働きやすい職場環境づくり	時間外勤務時間(12月まで)前年度と比較	12時間以下	12.5時間 (~3.8時間)	師長 副師長	報酬の平均化。手術エントリー件数が偏らない事と入室時間について医師と調整を図る	整形のOP日(水・木)は件数が多い傾向あり、医師に調整をお願いすることもあった。スタッフの疲弊は偏らないように配慮した	医師と相談し、安全を考慮しながらスケジューリング調整していく
		有給休暇取得日数	11日	9.0日	青チーム	誕生月は予定年休を入れる。計画的に休みを取る意識付け	年休の希望はほぼとれている	年休の希望はほぼとれている
		5Sの取り組み	1件	1件	青チーム	器材庫や各部屋の物品配置の再検討と整理をし、業務しやすい環境をつくる	器材庫に物品配置のマーキングをつけた後、マーキング通りの収納できており、業務しやすい環境になった	器材庫に物品配置のマーキングをつけた後、マーキング通りの収納できており、業務しやすい環境になった
		インシデント・アクシデント分析件数	2事例	4事例	青チーム	・朝会議で情報を共有し同じインシデントを起ささない・必要時速やかに事例検討(RCA分析)を行う	4事例にRCA分析を行い、対策を講じ実施できている	インシデント発生時は速やかに対策を講じ、実施・再評価していく
		タイムアウトの定着	定着	定着		麻酔医、執刀医(特に外科)と声をかけながら実施していく	100%実施できている	継続
倫理的配慮の意識向上	環境消毒の整備 感染防止意識の向上	感染予防・針刺し事故防止(エビネット件数)	0件	7件 (3件増)	青チーム	針刺し、体液暴露防止の徹底。医師(研修医・学生)や中材スタッフへの啓蒙	エビネット件数が昨年より増加したが、ほとんどが医師であった。Nsの声掛けにエビネット入力してくれずる事もあり、意識付けになったと感ずられる	件数が増加しているため、引き続き対策を講じる必要あり
		環境消毒チェック	95%以上	96%		2回/年実施。評価が低い項目をフィードバックし改善を図る	評価が低い項目は、注意喚起や環境整備を行い、前半より改善できた	継続
		倫理事例検討	2件	1件	赤チーム	事例をもとにリフレクションを行う	1事例の事例の振り返りを行った	倫理事例検討は引き続き行う日々リフレクションを次に活かすため、部屋リーダーの役割を明確にし取り組む
学習と成長の視点	専門性・実践能力の向上	品格・身だしなみチェック	95%以上	88%		2回/年実施。評価が低い項目をフィードバックし改善を図る	評価が低い項目についてホスター作製し注意喚起した	
		手術室看護のスキルアップ	学習会12回	10回 (1月末まで)		年間計画に沿って実施。麻酔科医師より麻酔について学習会を計画する	ほぼ計画に沿って行った。麻酔科より2回、業者よりZoomでの学習会を1回行った	次年度もZoomでの学習会を取り入れていく。麻酔指示書や看護計画を修正したが、修正後の評価をしていく。また、手術室での看護を病棟でも継続してもらったための記録を考へていく
		院外学習会：1人当たりの参加回数(学会・WEB研修) 院内学習会：1人当たりの参加回数(看護部主催を含む)	2回/人 4回/人	6人 6.6回/人	黄チーム	状況に応じてZoomやWEBでの研修参加 手術状況に応じて、できるだけ参加できるように配慮していく。参加できない場合のフォロー対策を講じる	目標回数は達成できなかった 院内学習会は1人平均6.6回参加できた 麻酔科のインシデントから、サインインに確認項目を追加した。看護計画も立案し易く修正した	

2021年度 院内感染対策部門 BSC(評価)

感染対策室長 堀 好寿

区分	目標マップ	目標	成功要因	評価指標	目標値	担当	アクションプラン	実績	評価・課題
財務	診療収益向上 医療費用抑制	診療薬消費量	診療薬消費量	診療薬消費量の再評価	適宜	ICT	診療薬消費量の変更に再見直し	1件	防護ガウンの変更(かさばらない物の導入)
		指定抗菌薬の届出	指定抗菌薬の届出	指定抗菌薬の届出	現状維持	AST	系統別払い出し状況を毎月部会で報告する	現状維持	ASTによる介入にて適正使用を推進した
		ASTフット	ASTフット	ASTフット	100%実施	AST	指定抗菌薬使用届の提出	100%	処方時の届出へシステムを変更できた
		相互評価	相互評価	相互評価	毎週	AST	対象者を抽出し適正使用へ向けた介入を行う	毎週	介入し適正使用推進に貢献した
顧客	患者満足度向上 職員満足度向上	感染管理加算1 地域連携加算 の取得	合同カンファレンス	合同カンファレンス	1回/年	ICT	相互評価指摘事項の改善	1回	新潟病院と実施。評価表をもとに改善につなげた
		院内感染リスクの低減	ICTフット	ICTフット	4回/年	ICT	加算IIを交え合同カンファレンスを開催する	4回	松代病院、津南病院と実施。抗菌薬適正使用、耐性菌、コロナ対応について検討
		患者満足度	病棟環境アンケート	病棟環境アンケート	1回/2月	LN	リンカーズを中心とした病棟の環境チェック	毎月	各部署で環境改善に取り組んだ
		職員満足度	IONアンケート アウトアレイク	IONアンケート	検出時100%	ICN	耐性菌検出時などの環境や対策の指導	100%	患者環境、感染対策について適宜確認。感染拡大防止に努めた
内部プロセス	感染対策の充実	情報共有	ICTレポート(週報)	院内感染情報(月報)	毎月	ICT	データの収集とその活用	毎月	部会時に配布
		手指衛生 個人防護具	手指消毒実施回数	手指消毒実施回数	10回/日/1患者	ICT	適切な手技とタイミングの定着を図る	0回	新型コロナウイルス関連を中心に広報した
		マニキュア	マニキュアの改訂	マニキュアの改訂	適宜	ICT	エビデンスに基づいた改訂および新規作成	1回	全員実施した
		リンクナース リンクスタッフ	リンクナース(LN)の育成 リンクスタッフ(LS)の育成	リンクナース(LN)の育成 リンクスタッフ(LS)の育成	毎月	全員	リンクナース会の開催、学習会等への参加 各部署における指導的役割を担う	6.8回	H29 4.81回、H30 6.72回、R3 6.8回 目標に届かず、次年度の課題。 適宜 新型コロナウイルス関連を適宜改訂。フェーズ分類を導入した 毎月 リンクナース会を毎月開催。知識、技術アップに努めた 個人防護具の着脱はコメンジを含め職員全員が訓練することができた。
学習と成長	専門知識・ 技術の習得および レベルアップ	感染対策の充実	新採用・転入者オリ	新採用・転入者オリエンテーション	2日間	ICT	新採用者・転入者感染対策オリエンテーション	2回	ICN、事務局で担当
		感染対策の充実	看護助手研修会	看護助手研修会	1回以上	指導班	看護助手学習会実施	1回	ICNが実施した
		感染対策の充実	委託業者研修会	委託業者研修会	1回以上	指導班	委託業者学習会実施	1回	指導班主体で実施した
		感染対策の充実	抗菌薬適正使用関連研修会	院内感染対策研修会	2回	AST	抗菌薬適正使用に関連した研修会の実施	2回	新型コロナウイルス感染症のため資料配布による自己学習。課題アートの実施
感染対策の充実	院内感染研修会	院内感染研修会	1回	ICT	院内感染対策に関連した研修会の実施	1回	手指衛生、個人防護具、エビデンスについて指導班、対策班で実施		
感染対策の充実	院内学習会	院内学習会	2回	ICT	職員全員を対象とした学習会の実施	2回	外部講師DVD研修およびPPE着脱DVD研修を実施		
感染対策の充実	自己研鑽	自己研鑽	延べ10回以上	全員	ICN	院外の感染関連研修に一人1回は参加する	10回以下	個々に研修会に参加。コロナ高で研修会参加が難しい状況であった	

薬事委員会〔令和3年度実績〕

委員長（病院長） 吉嶺 文俊

1. 開催回数

6回（令和3年5月、7月、9月、11月、令和4年1月、3月）

2. 審議結果

採用区分	内服薬	注射薬	外用薬	その他	計
本採用医薬品	21	19	4	0	44
仮採用医薬品 <small>（本採用医薬品への移行品目含む）</small>	20	16	3	0	39
採用中止医薬品	21	5	3	0	29
院外専用薬	18	4	7	0	29

（単位：品目数）

3. 後発医薬品の使用推進の取組

(1) 後発医薬品への切替品目数

内服薬	注射薬	外用薬	計
2	3	0	5

(2) 後発医薬品の使用状況（令和3年度累計）

数量シェア：92.9% カットオフ値：67.8%

4. 製造販売後調査等件数（新規申請）

使用成績調査	特定使用成績調査
1件	2件

5. 今後の展開

- (1) 院内採用医薬品を薬効群毎に見直すとともに適正使用ガイドの作成を推進する。
- (2) 後発医薬品の数量シェア85%以上、カットオフ値60%以上を維持する。

新潟県立十日町病院薬事委員会規程（一部抜粋）

（目的）

第1条 薬事委員会（以下「委員会」という）は、新潟県立病院「薬品管理業務基準」に基づき病院で使用する医薬品（臨床検査試薬、放射性医薬品も含む）の選定及び有効性・安全性の評価並びに薬品費の効率的な運用について審議するため設置する。

（委員構成）

第2条 薬事委員会の委員は院長の指名により、以下の委員で構成する。
 病院長、副院長、診療部長または医局長、各科医師代表1名、事務長、検査技師長、診療放射線科医師（技師長）、経営課長、看護師、薬剤部長、薬剤副部長（または薬剤科長）、その他委員長が必要と認められた者
 2 委員長は院長が務める。

〔中略〕

（議事）

第4条 薬事委員会は、以下の項目について調査し、審議する。

1. 医薬品の採否に関する事。
2. 管理品目の点検、整理に関する事。
3. 医薬品の適正使用の推進に関する事。
4. 院内で発生した副作用等についての情報収集および提供に関する事。
5. 医薬品の購入に関する事。
6. 製造販売後調査（使用成績調査、特別調査、副作用・感染症報告）に関する事。
7. 院内製剤の新規使用に関する事。
8. その他、薬事に関する事。

事務局 薬剤部長

化学療法委員会

委員長 内科 角道 祐一診療部長

【活動内容】

化学療法のレジメンの管理

委員会：6回開催（令和4年5月、7月、9月、11月、令和5年1月、3月）

【令和4年度の登録レジメン】

144レジメン（中止レジメンは除外）

申請年月日	がん種	レジメン名	登録No/	内科	外科	産婦
2008/05/01	卵巣がん	TC療法	1			●
2008/05/01		DC療法	2			●
2010/01/18		CPT-11単独療法	52			●
2013/04/01		dose-dense TC療法	84			●
2013/09/11		GEM療法	85			●
2018/11/21		TC+アバスタチン療法	122			●
2018/11/21		アバスタチン単独療法(卵巣癌)	123			●
2019/11/26		TP+アバスタチン療法	特定患者		●	
2008/05/01	子宮体がん	TC療法	1			●
2021/03/30		ドキシソルビシン単独療法	141			●
2008/05/01	食道がん	DTX+FP療法	7		●	
2013/01/25		DTX+FP療法②	81		●	
2014/11/12		LowDoseFP療法	特定患者		●	
2008/05/01	大腸がん	FOLFOX6療法	9		●	
2008/05/01		FOLFIRI療法	11		●	
2008/05/01		FOLFIRI+アバスタチン療法	12		●	
2008/05/01		5-FU/ I-LV療法	13		●	
2008/05/01		Hi dose 5-FU 動注療法	14		●	
2008/05/01		Low dose 5-FU 動注療法	15		●	
2008/05/01		5-FU/ I-LV 動注療法	16		●	
2008/05/01		Weekly CPT-11+アービタックス療法	17		●	
2010/01/01		XELOX3w+アバスタチン療法	50		●	
2010/01/01		IRIS+アバスタチン療法	51		●	
2010/02/22		アービタックス単独療法	53		●	
2010/10/20		Bi-weeklyCPT-11+アービタックス療法	56		●	
2010/10/20		FOLFIRI+アービタックス療法	57		●	
2010/10/20		IRIS+アービタックス療法	58		●	

申請 年月日	がん種	レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2010/10/20	大腸がん	XELOX3w+アービタックス療法	59		●	
2010/10/20		FOLFOX6+アービタックス療法	60		●	
2012/02/01		ベクティビックス単独療法	76		●	
2012/02/01		XELOX2w+ベクティビックス療法	77		●	
2012/02/01		IRIS+ベクティビックス療法	78		●	
2012/02/01		FOLFOX6+ベクティビックス療法	79		●	
2012/02/01		FOLFIRI+ベクティビックス療法	80		●	
2014/07/16		5-FU/l-LV+アバスタチン療法	93		●	
2014/07/16		カペシタビン+アバスタチン療法	94		●	
2015/02/05		XELOX3w 療法	97		●	
2015/02/05		XELOX2w 療法	98		●	
2015/03/04		mFOLFOX6+アバスタチン療法	99		●	
2015/09/16		ロンサーフ+アバスタチン療法	101		●	
2015/11/18		SOX3w 療法	103		●	
2015/11/18		SOX2w 療法	104		●	
2016/09/21		XELIRI 療法	108		●	
2016/09/21		XELIRI+アバスタチン療法	109		●	
2018/01/17		サイラムザ+ FOLFIRI 療法	115		●	
2018/09/12		FOLFOXIRI 療法	119		●	
2018/09/12		FOLFOXIRI+アバスタチン療法	120		●	
2018/09/12		SOX3w 療法+アバスタチン療法	121		●	
2018/11/21		外来 mFOLFOX6+アバスタチン療法	124	●	●	
2019/01/16		外来 mFOLFOX6 療法	126	●	●	
2019/01/16		外来 FOLFIRI 療法	127	●	●	
2019/01/16		外来 FOLFIRI+アバスタチン療法	128	●	●	
2019/03/20		外来 mFOLFOXIRI 療法	130	●	●	
2019/03/20		外来 mFOLFOXIRI+アバスタチン療法	131	●	●	
2019/11/26	外来 FOLFIRI+サイラムザ療法	135	●	●		
2020/1/8	外来 FOLFIRI+ザルトラップ療法	137		●		
2021/11/15	外来 FOLFIRI+ベクティビックス療法	149		●		
2008/05/01	胃がん	Weekly PTX+TS-1 療法	18		●	
2008/05/01		胃 Weekly PTX 療法	19		●	
2008/05/01		Weekly CPT-11+TS-1 療法	20		●	
2008/05/01		PTX+5-FU 療法	21		●	
2009/01/01		TS-1+CDDP 療法	28		●	
2009/01/01		CPT-11+CDDP 療法	29		●	
2013/01/25		DTX+FP 療法②	81		●	

申請 年月日		レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2013/4/01	胃がん	アブラキサン療法	83		●	
2013/09/11		外来 CDDP+TS-1 療法	87		●	
2014/11/12		LowDoseFP 療法	特定患者		●	
2015/02/05		XELOX3w 療法	97		●	
2015/02/05		XELOX2w 療法	98		●	
2015/07/15		HER+CDDP+カペシタビン療法	100		●	
2015/09/16		SOX+HER 療法	102		●	
2015/11/18		SOX3w 療法	103		●	
2015/11/18		SOX2w 療法	104		●	
2016/05/20		サイラムザ+PTX 療法	105	●	●	
2016/05/20		サイラムザ単独療法	106	●	●	
2016/11/16		胃 CPT-11	112	●	●	
2017/11/15		オブジーボ療法	114		●	
2018/07/18		サイラムザ+アブラキサン療法	117		●	
2018/07/18		XELOX+HER 療法	118		●	
2021/6/17		胃エンハーツ療法	143	●		
2021/8/12		FP 療法	144		●	
2021/12/6		SOX+オブジーボ療法	150		●	
2022/3/16		XELOX3w+オブジーボ療法	151		●	
2022/4/8		S-1+トセタキセル療法	153		●	
2008/05/01	肝臓がん	CDDP+Hi dose5-FU 動注療法	25		●	
2008/05/01		CDDP+Low dose5-FU 動注療法	26		●	
2009/09/01		アイエーコール肝動注療法	44		●	
2016/09/21		CDDP+LV+5FU 動注療法	111		●	
2022/5/16		テセントリク+アバスチン療法	155	●		
2008/05/01	膵臓がん	膵 GEM 療法	30		●	
2008/05/01		GEM+TS-1 療法	31		●	
2014/06/09		FOLFIRINOX 療法	91		●	
2016/05/20		アブラキサン+GEM 療法	107		●	
2019/01/16		外来 FOLFIRINOX 療法	129	●	●	
2020/09/16		5-FU+LV+オニバイド療法	139	●		
2008/05/01	胆道がん	GEM 療法	30		●	
2008/05/01		GEM+TS-1 療法	31		●	
2011/10/01		CDDP+GEM療法	72		●	
2008/05/01	乳がん	Weekly HER 療法	33		●	

申請 年月日		レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2008/05/01	乳がん	Tri-weekly HER 療法	34		●	
2008/5/01		Weekly PTX 療法	35		●	
2008/05/01		DTX 療法	36		●	
2008/05/01		Weekly PTX+HER 療法	37		●	
2008/05/01		Weekly PTX +カペシタビン療法	38		●	
2008/05/01		DTX+HER 療法	39		●	
2008/05/01		bi-weekly PTX+TS-1+HER 療法	40		●	
2008/05/01		HER+CPA+カペシタビン療法	41		●	
2009/11/19		AC 療法	48		●	
2011/11/17		Weekly PTX+アバスタチン療法	74		●	
2010/02/25		GEM+HER 療法	54		●	
2010/02/25		乳 GEM 療法	55		●	
2011/11/17		乳 VNR 療法	73		●	
2012/02/01		ハラヴェン療法	75		●	
2013/01/25		Weekly PTX+カペシタビン+アバスタチン療法	82		●	
2013/04/01		アブラキサン療法	83		●	
2014/08/15		Weekly PTX+Tri-weekly HER 療法	95		●	
2016/09/21		乳 CPT-11 療法	110		●	
2017/03/15		アブラキサン+アバスタチン療法	113		●	
2020/01/23		テセントリク+アブラキサン療法	138		●	
2021/04/02	パージェタ+DTX+HER 療法	142		●		
2021/9/14	乳 triweeklyPTX 療法	146		●		
2022/3/31	triPTX+HER	152		●		
2022/5/16	カドサイラ療法	154		●		
2011/06/01	非小細胞肺がん	PEM 療法	61	●		
2011/06/01		GEM療法	62	●		
2011/08/01		CPT-11 単独療法	64	●		
2011/08/01		CBDCA+PTX 療法	65	●		
2011/08/01		肺 VNR 療法	66	●		
2011/08/01		肺 DTX 療法	68	●		
2011/08/01		CBDCA+GEM 療法	70	●		
2013/04/01		アブラキサン療法	83	●		
2013/09/11		PEM+CBDCA±アバスタチン療法	86	●		
2013/12/11		CDDP+VNR 療法	88	●		
2014/01/10		DTX+CBDCA 療法	89	●		
2014/08/19		AMR療法	96	●		

申請 年月日		レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2018/07/18		オブジーボ療法	114		●	
2019/7/17		キイトルーダ療法②	134	●	●	
2019/11/26		CBDCA+アブラキサン療法	136	●		
2021/03/01		CBDCA+S-1療法	140	●		
2021/11/9		PEM+CBDCA+キイトルーダ療法	147	●		
2021/11/15		PEM+キイトルーダ維持療法	148	●		
2011/08/01	小細胞肺癌	CPT-11 単独療法	64	●		
2011/08/01		CBDCA+Etoposide 療法	67	●		
2011/08/01		CDDP+Etoposide 療法	71	●		
2014/01/31		肺 CPT-11+CDDP 療法	90	●		
2014/08/19		AMR療法	96	●		
2021/9/13		テセントリク+CBDCA+エトポシド療法	145	●		
2018/07/18	悪性胸膜中皮腫	CDDP+PEM 療法	116	●		
2018/07/18	頭頸部がん	オブジーボ療法	114	●		
2018/03/20		アービタックス+PTX 療法	132	●		
2019/7/17	MSI-high 固形癌	キイトルーダ療法①	133		●	

申請 年月日	疾患	レジメン名	登録 No/	内科	外科	産婦
2015/01/30	潰瘍性大腸炎	レミケード(クローン・UC)療法	特定患者	●	●	
2020/1/9	クローン病	エンタイビオ療法	特定患者		●	
2015/01/30	関節リウマチ	レミケード(RA)療法	特定患者	●		
2015/01/30		オレンシア療法	特定患者	●		
2017/03/15		アクテムラ療法	特定患者	●		
2019/03/20	クローン病	ステララ導入療法	特定患者		●	

事務局 薬剤部

2021年緩和ケア委員会 BSC

ビジョン		安全と安心を与える医療の構築、効率的なチーム医療を実施する					
運営方針		患者・家族にとって満足が高く、職員にとってやりがいのある緩和ケアを実践する					
区分	戦力マップ	戦略目標	重要成功要因	業績評価指数	2021年目標値	2021年実績値	アクションプラン
財務の視点	経営の視点	医療収益の改善	がん性疼痛緩和指導管理料 月200点の算定向上	がん性疼痛緩和指導料算定率	100%算定	100%算定 (125件)	・緩和ケアニュースなどによる啓発 ・算定可能な医師の増員（対象科における医師1名以上） ・研修医の研修参加
			がん患者指導管理料イ・ロの算定向上	がん患者指導管理料イ・ロの算定件数	イ；30件 ロ；5件算定	イ；87件 ロ；22件 算定	
顧客の視点	患者及び職員の満足	緩和ケアの充実と啓発	緩和ケア介入症例の増加	緩和ケア介入依頼件数	5件	22件	・対象者の把握（病名、使用薬剤、コントロール状況、リハビリ介入、転帰等）
				緩和ケアニュース発行回数	2回	2回	・委員会にてテーマを検討し随時発行
内部プロセスの視点	人材育成	専門能力の向上	がんのリハビリテーション介入 研修会/学会への積極的な参加	がん患者リハビリテーション実施件数、単位数 緩和ケア研修会、関連学会への参加人数	100件 10名	210件 1905単位 6名	・対象者の増加 ・緩和に関する学会・研修会1人1回以上参加（web参加も含める）
			マニキュアル認知度の向上	マニキュアル整備、見直し	見直し1回以上	見直し3項目	・鎮静の基準 ・人生最終段階における決定プロセスに関するガイドライン ・緩和ケア依頼書・返書
学習と成長の視点	教育研修	緩和ケアの理解向上	院内学習会の開催回数	院内学習会の開催回数	2回	2回	・7月46名、12月33名の参加 ・麻薬換算表ポケット版作成、配布
			委員会内での症例検討	委員会内での症例検討	10回	21回	・委員会内で2事例/月程度の症例検討あり

令和3年度 糖尿病治療支援部会 BSC

2022.3

区分	目標	成果	重要評価指針	令和3年度目標	R2年度実績	R3年度1月末	担当	具体的活動	最終評価	
財務	診療報酬への貢献	指導料の増加	糖尿病療養外来	130件/年	274件	221件	外来	継続指導患者の予約入力の落ちがないように確認を行う。 内科、栄養課、(検査科)で連携し、新規患者の拾い上げを行う。	療養指導件数は前年並み。 栄養指導件数はかなり増加した。透析予防対象患者ピックアップについて取り組み開始しており、次年度の増加を目指す。センターの運用も検討	
			糖尿病の栄養指導件数	290件/年	284件	563件(2月末)	栄養課			
			糖尿病透析予防件数	120件/年	104件	70件	外来・栄養課			
顧客	職員満足度向上	糖尿病情報の共有	糖尿病合併症予防フォロー検査	4件	2件	3件	検査・外来	糖尿病教室参加者の勧誘とスムーズな運営	コロナの為、開催できず	
			集団栄養指導算定件数(糖尿病教室)	20件/年	5件	0件	栄養課・外来・病棟			
			新聞の発行	年3回	2回(6月・12月)	2回	外来・病棟 検査・栄養			
内部プロセス	有効な指導体制構築	糖尿病患者指導の強化	会議中のミニ学習会	年3回	1回	1回	全部署	委員のDMに関する興味・意欲向上のための学習会	DM教室の新聞発行できず 11/24高血糖と認知症について川田Drより講義あり 来年度は回数増やしたい	
			糖尿病教室の运营管理	年5回	2回(10月・3月)	0回	全部署			コロナ感染状況により対象を入院患者に拡大
			ホームページの更新・管理	年1~2回 必要時随時更新	1回(7月)	1回	リハビリ			DM教室の予告と実施内容を更新
成長と学習	専門能力の向上	糖尿病指導能力の向上 後進育成	地域活動への参加	ワークショップ、世界DMデー 公開教室 魚沼地域糖尿病研究会参加 NPOブルーサークル など	保健所依頼 1回	保健所1回 つまりスクール 1回	全部署	依頼を受けたものには積極的に参加、他の研修にも参加する。伝達講習をする。	委員の地域活動への参加はなし(外来CDEの参加あり)	
			研修会の参加	各自で参加			全部署			情報発信継続
			院内学習会の企画	1回開催	中止	1回	全部署			クイズ形式の学習会を検討
成長と学習	専門能力の向上	糖尿病指導能力の向上 後進育成	糖尿病テスト	1回開催	1回(6月)	1回	薬剤部	糖尿病テストを実施	DMスキルアップ研修10月(参加者20名)、11月(参加者11名)あり。委員の出席は9名。講師は部会員。12/3ウルトラクイヌ実施(参加者25名)CDE受験者(栄養士)誕生!	
			糖尿病指導士受験サポート	1回開催	1回(6月)	1回	全部署			内服薬・インスリンテストを実施
			糖尿病指導士受験サポート	1回開催	1回(6月)	1回	全部署			スタッフへの声掛け

令和3年度 NST・褥瘡対策委員会 BSC 最終評価

目標：褥瘡を創らない、持ち込み褥瘡は早期に治癒する

令和4年3月

	目標	成果	重要評価指標	R2年度実績値	R3年度目標値	R3年度実績値	担当	最終評価
顧客の視点	褥瘡発生防止	褥瘡発生要因の早期把握と予防の強化	新規褥瘡発生率	1.44%	1.2%以下	1.26%	リンクナース 回診・データ 班	<ul style="list-style-type: none"> ・昨年度(1.44%)と比較し新規褥瘡発生率は下がった。マットレスの正しい選択はできているが、徐圧不足・背抜き・圧抜き・ずれが原因による褥瘡発生者が多い傾向。褥瘡の発生要因を把握し新規発生予防に努める。各病棟での徐圧・摩擦・ずれ防止、正しいスキンケアの実施、保湿剤塗布に努める。 ・多職種で情報共有し、低栄養の早期発見と一人ひとりに適した食事の提供。
経営の視点	治癒の向上	栄養状態の維持改善 QOLの向上	個人対応食率	1.8% (参考値)	2.5%	3.0%	管理栄養士	
	特食加算率の向上 褥瘡記録入力の精度向上	治療期間の短縮 疾病に適した食事の提供 確実な褥瘡管理	d2 以下の治療期間 特別加算食率 入力監査結果	17.3日 24.6% (参考値) 94・12%	14日以内 27% 100%	14.1日 32.4% 95.0%	リンクナース 回診・データ 班 管理栄養士 マニユアル班 学習・広報班	<ul style="list-style-type: none"> ・月に2回褥瘡回診を行なうことができた。回診者をリストアップし効率的に回診ができるよう今後も行なっていく。よりよい回診になるようDESING-R評価、処置方法の検討し病棟に還元する。メンバーも学習スキルアップを図る。 ・各病棟5例ずつ毎月に入力監査を行い、集計結果を委員会で報告している。評価については別紙参照。
内部プロセス	褥瘡管理能力のボトムアップ	褥瘡管理能力のボトムアップ	セッションでの学習会	各部署で実施	1回/年以上の実施	各セッション1回/年実施	マニユアル班 リンクナース	<ul style="list-style-type: none"> ・各病棟で計画し、学習会は1回/年は実施できた。 ・今年度はマニユアルをHISから閲覧できるようになり、DESIGN-R改訂や車椅子乗車時の褥瘡予防策についての記載を修正した。 ・クッションは数的にはまだ不足しているとの意見もあるため、委員を中心に保有数の可視化・必要数の把握をする
	ケアの標準化	褥瘡予防物品の適正使用	マットレス・クッションの使用状況	全床に体圧分散マットが配備 クッションは不足	クッションの把握、管理方法検討	各セッションに希望数購入	マニユアル班 リンクナース	
学習と成長のプロセス	専門知識と実践能力の向上	知識の浸透	学習会の開催 研修・発表会への参加	1回/年	1回/年	1回/年	学習・広報班 リンクナース	<ul style="list-style-type: none"> ・9/2・16に「褥瘡対策リンクナース研修」実施。 ・2/9予定していた院内学習会は中止となり、各病棟・科で委員が実施した。(「褥瘡予防のための関わり方」) ・10月に褥瘡たより発行。(DESIGN-R改訂のお知らせ)
			院内症例報告	未実施	1題	未実施	リンクナース 学習・広報班	

接遇委員会（令和3年度実績）

委員長 診療部長 角道 祐一

1 開催実績

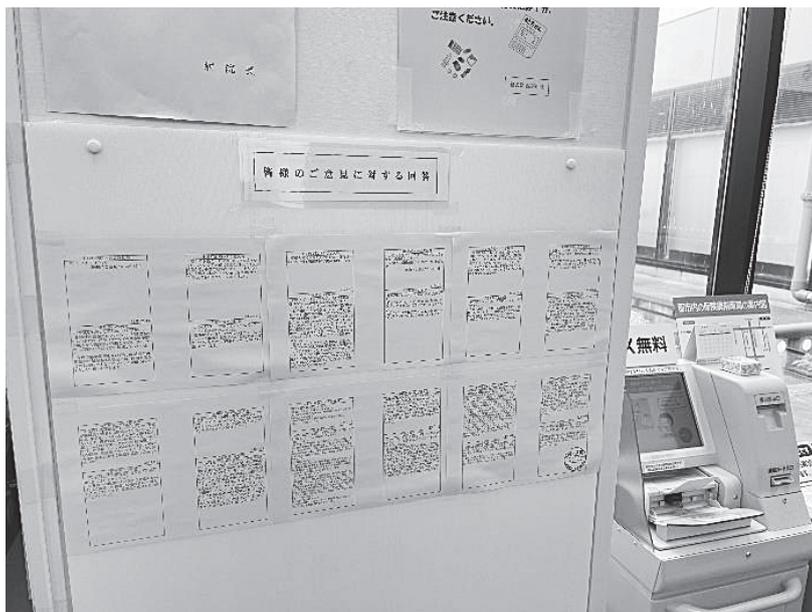
6回（令和3年4月、6月、8月、10月、12月、令和4年3月）

2 議事内容

開催年月	議事内容
令和3年4月	<ul style="list-style-type: none">意見・要望に対する回答 13件院内勉強会日程決定
〃 6月	<ul style="list-style-type: none">意見・要望に対する回答 35件令和2年度住民ニーズ調査結果共有七夕飾り決定
〃 8月	<ul style="list-style-type: none">意見・要望に対する回答 14件
〃 10月	<ul style="list-style-type: none">意見・要望に対する回答 16件職員身だしなみチェック実施決定クリスマスツリー設置決定
〃 12月	<ul style="list-style-type: none">意見・要望に対する回答 17件職員身だしなみチェック結果共有
令和4年3月	<ul style="list-style-type: none">意見・要望に対する回答 17件

3 その他活動

- 令和3年8月 意見・要望に対する回答掲示板の設置。



（1階正面入り口付近掲示板）