

薬事委員会

委員長 城 浩介

1 特徴

院内各層の代表者が集まり、直前2ヶ月間に薬局へ要望された新規採用薬、臨時採用薬、採用停止薬の内容を協議した上で承認することにより病院内で使用される薬剤の内容について科を超えて情報を共有しあっています。また、近年の国民医療費の有効な活用を意識して、後発医薬品の積極的採用を進めています。

2 2010年度活動実績

偶数月の第一金曜日午後4時から開催	年6回
新規採用薬	39件
臨時採用薬	6件
採用停止薬	33件
後発医薬品への切り替え	9件

3 2011年度目標

薬局を中心に常に新薬の情報を検討することにより、当地区の中核病院としての自負の元、地域みなさんに最先端な医療を提供できるよう努力していきたいと考えています。薬剤の世代交代もみきわめ、安全で円滑な処方となされるよう、新規採用のみならず、採用停止薬の検討も慎重に行っていききたいです。患者さんの費用負担も考慮し、主治医に対して第三者としての公正な立場から意見の述べ合える委員会として機能してゆきます。また、安全で効果のある後発医薬品をしっかりと見出して採用してゆくことで後発医薬品の使用比率をさらに増加させてゆくことが必要とされており、積極的に取り組んで参ります。

輸血委員会

委員長 城 浩介

1 特徴

輸血委員会は、医師2名（内科系1名、外科系1名）、病棟看護師6名、外来看護師3名、手術室看護師1名、臨床検査技師2名、薬剤師1名、医事課1名の合計16名で構成されています。

委員会では「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」、「輸血療法の実施に関する指針」および「血液製剤の使用指針」を遵守することを基本とし、輸血療法の適応、適正な血液製剤の選択、輸血用血液の検査項目・検査術式の選択と精度管理、輸血実施時の手続き、血液製剤の適正な保管管理と保管状況の把握、血液製剤使用状況・廃棄状況の把握、症例検討を含む適性使用推進、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握と対策、緊急輸血時の対応、輸血関連情報の伝達、自己血輸血の実施方法などについて検討しています。

2 2010年活動実績

毎月1回（年12回）開催

3 2011年目標

オーダーリングによる輸血依頼の実施
血漿分画製剤の輸血部による一元管理

NST (Nutrition Support Team) 委員会

委員長 小栗 彰彦

1 特徴

- ・ 栄養評価を行って、入院症例が栄養障害を有しているか否か、栄養管理が必要か否かを判定する。
- ・ 適切な栄養管理がなされているかをチェックする。
- ・ 最もふさわしい栄養管理法を指導、提言する。
- ・ 栄養管理に伴う合併症の予防に努め、早期発見、治療を行う。
- ・ 栄養管理上の問題点、コンサルテーションに答える。
- ・ 栄養管理に関わる資材の無駄を省く。
- ・ 早期退院や社会復帰を助ける。
- ・ 新しい知識の啓蒙、普及に努める。

2 2010年活動実績

NST 委員会：毎月第1木曜日16：30～（隔月で12：30～）

NST ランチタイムミーティング（症例検討会）：隔月第1木曜日12：30～

NST 回診：毎週月曜日、金曜日（週2回）15：30～

NST 勉強会：毎月第3木曜日17：30～

9/1 栄養サポートチーム加算の算定開始

9/7 日本静脈経腸栄養学会「栄養サポートチーム専門療法士」認定教育施設 暫定認定

- ・ 入院時栄養アセスメント件数・・・5241件／年
- ・ NST 回診回数・・・102回／年
- ・ 回診延べ患者数・・・686人／年
- ・ NST 勉強会回数・・・10回／年

（内容） 2月・3月：褥瘡予防のためのポジショニング
 4月・5月：ET ナースより褥瘡と栄養について
 6月・7月：褥瘡処置と栄養管理
 9月・10月：静脈栄養について
 11月・12月：ポジショニング + α

3 2011年目標

- ・ NST 回診カルテと栄養治療実施報告書の電子化
- ・ 症例検討会の充実、症例発表
- ・ NST スタッフの教育
- ・ NST 活動の啓蒙を図り、多職種協同を目指す

栄養委員会

委員長 城 浩介

1 特徴

栄養委員会は、給食委託会社（日本ゼネラルフード株式会社）とともに患者食・職員食におけるサービス向上を目標に活動しています。

患者食では、行事食の充実、適時適温、食品の安全などに配慮しています。

また、職員食では適温（冷蔵・温蔵庫設置）、職員全員の健康に配慮（カロリー表示・デジタル秤の設置）しています。

2 2010年活動実績

栄養委員会：隔月第3月曜日16：30～（年6回）

献立検討会：週1回（栄養科と委託給食会社のみ、リハビリ病院と合同）

患者食アンケート：年2回（2月、9月）

職員食アンケート：年1回（3月）

新規食器購入

患者食の調理、盛り付け時間の見直し（乾燥・適温対策）

嚥下食をおいしく見せる工夫（患者様の食欲向上）

職員食堂営業時間の変更

真空調理によるカレーの提供

3 2011年目標

- ・ 献立内容の見直し（やわらか常食・化療食・嚥下食）
- ・ 真空調理の実施（肉料理）

院内感染対策委員会

委員長 磯部 智

院内感染対策委員会 (ICC)

毎月1回の委員会を定期的で開催している。各部署の代表が参加。

本委員会の内容は、

1. 当院における菌の分離状況および総検出件数の報告、特に難治性菌（主にMRSA、腸球菌、セラチア、病原性大腸菌）検出の頻度と前月との比較。
2. MRSA 陽性入院患者数。
3. MRSA 入院治療患者に対する抗生剤投薬状況の報告。
4. 結核を含めた好酸菌の検出頻度。
5. その他 開催月に話題となった議題、問題点、トピックスなど。

以上5項目について、約30分間にわたって議論する会である。

一年を通じて、検出菌件数は、昨年度と比較してさらに低くなり、通常の12月～2月ではなく、5月にピークを迎えた。幸いにして、難治性細菌による院内感染波及は認められず、当院における対策が十分になされた成果であると確信する。

7月に、不運にも結核患者が一時的に大部屋に滞在する事態が起きたものの、その後の濃厚接触者にあたる病棟スタッフ、および家族への感染の波及は認められなかった。このとき、関与したスタッフ全員に胸部レントゲン写真とQTFの検査が実施された。

11月に、一部の病棟で、嘔吐および下痢を主訴とするノロウイルスによるスタッフ2例の感染が認められたが、患者の隔離、スタッフの手洗い、うがいなどの徹底により、これ以上の波及は報告されなかった。

マスコミ市場では、多剤耐性アシネトバクターの院内感染問題、昨年より尾を引きずったブタインフルエンザウイルスの感染が話題となったが、当院で問題事例は認めず。また鳥インフルエンザの人への波及の懸念が話題となっているが、いまのところ日本で確認された事例はない。しかし、将来的に感染が発症することを予測した上での今後の対策は必要であろう。

また2011年早々に、病院機能評価の監査があり、特に感染項目は前回に比しバージョンアップし、これに向けた資料作りに余念のない日々が続いた。

針刺し事故は7名の医療従事者より報告がされ、幸いにして、その後の感染被曝は報告されず。

新しい試みとして、IVH挿入時に、術者はディスポザルのガウン、帽子、マスク着用、および患者サイドへのドレープ使用がなされた。

本年（2011年）度も、同様な形式で行っていく方針である。

褥瘡対策委員会

委員長 野尻 万紀子

1 特徴

近年、高齢者の増加に伴い褥瘡の予防・治療の重要性が強調されるようになり2002年に褥瘡対策未実施減算が導入されました。また、今日では、褥瘡の発生要因（身体的要因・局所的要因）が明確にされたこともあり、対症療法から原因排除療法へと治療方法も進歩し、近年は湿潤環境を保つ moist wound healing に加え創傷治癒を阻害する因子を取り除き治癒環境を整える治療・ケアを目的とする Wound Bed Preparation（WBP）が重要視されています。当院ではこうした取り組みを充実させ、NST と連携し入院患者様の褥瘡の予防、早期発見、早期治癒に取り組んでいます。

2 2010年活動実績

2008年より NST 委員会と連携し、看護部だけではなく医師、栄養師、薬剤師、リハビリ等がチームで褥瘡対策にあたっています。

褥瘡対策：褥瘡発生患者様に対してケアプランを立て、対策実施を行う。

褥瘡回診：毎月第2・4月曜日に各病棟の回診を行い、処置方法の指導、電子カルテによる経時的評価、体圧分散寝具のチェックの実施。

委員会の開催：毎月第1木曜日に NST 合同委員会の中で褥瘡の発生状況報告、症例検討、ケアプランの見直し。また、新規の薬剤、創傷被覆剤のついての勉強会を実施。

教育活動：入院患者様全員の褥瘡予防、スキンアセスメント、褥瘡評価が行えるようスタッフへの教育。定期的な勉強会。褥瘡セミナー研究会への参加。

3 2011年目標

褥瘡に対する取り組みを充実させ治癒率を上げる。

褥瘡院内新規発生0（ゼロ）を目指し取り組む。

入院患者様全員の褥瘡リスクアセスメントを実施、評価ができるよう看護スタッフ（新人看護師を含む）教育活動を行いレベルアップを図る。

図書委員会

図書委員会図書委員長 加藤 悠佳理

1 特徴

各部所から代表者が集まり、図書・雑誌に関する予算の検討および購入希望図書・雑誌の承認を行っています。

2 2010年活動実績

四ヶ月に一度の委員会にて、上記内容の議題について検討してきました。会議の回数を減らす事で委員の一般業務に対する負担を軽減しながら、書面での議題の連絡・検討を行い、委員会の業務を滞りなく行えるよう工夫しております。

2010年度の図書に関する予算は500万円であり、その範囲内での図書購入を進めています。

3 2011年目標

本年度も良書の購入および適切な管理を行っていきたいと考えております。

救急委員会

委員長 山口 洋介

1 特徴

- ・ 隔月に一度開催。
- ・ 地元救急隊（2010年は守山西救急隊）との連携の会。
- ・ 救急車の断り症例の検討と、互いに気づいた問題点に対し討論しあう。

2 2010年活動実績

別表に示す通りの実績である。(1ページの“患者の状況数”参照)

3 2011年目標

一台でも多くの救急車が受けられるように院内での連携を図る。

院内医療安全対策委員会・ガス委員会

委員長 後藤 泰浩

1 特徴

安全管理を病院組織として確立・継続する活動を当委員会を行っています。平成13年（2001年）4月前身の医療事故対策委員会として発足。平成14年10月から現在の院内医療安全対策委員会として月一回の委員会・年数回の講演会・講習会を通じて病院の安全な運営に努めています。オンラインでのヒヤリハット報告を中心に毎月40～80件のレポートを頂き、最新の医療安全対策の動向も検討するとともに具体的な安全対策に結びつくよう努めています。

ガス委員会は、年2回定例委員会と要事に関われ医療ガス（酸素、圧縮空気、吸引等）の配管サプライ管理をしています。

2 2010年活動実績

- 3月 新入職安全講習
- 5月 注射針廃棄ボトルの針貫通による事故例発生
- 6月 10日、18日 職員向け医療安全講習
内科外来に自己注射針回収ボックス設置 針廃棄ボトルの変更
- 10月 22日 職員向け医療安全講習 「院内暴力への対応」
抗生剤使用時、皮内テストからアレルギー既往チェックに変更
- 11月 防災訓練 「ハリーコール」訓練
- 12月 医療安全対策マニュアルの大改訂

3 2011年目標

安全対策専従者を中心に活動。処方箋の書き方の変更、外来に続き入院診療の電子カルテへのシフトが予定されます。ひきつづき、転倒・薬剤投与管理の改善・患者所持薬管理・個人識別の問題・ホワイトコール（院内暴力への対応）・針刺し事故など具体的な対策の実現を進めます。院外からの安全管理情報・システムをとりいれ、新たな問題の発生を予見、防止にも目を向けていきます。

医療情報委員会

委員長 久野 佳也夫

1 特徴

医療情報室の独立に伴い、日常的な報告・検討を行う場から、詳細な方針を院内各部署に公布する場になりました。

2 2010年活動実績

概ね1～2ヶ月に一回程度、その都度広報して不定期に開催しました。診療のペーパーレス運用開始に際しては臨時会も行いました。

3 2011年目標

今後入院診療についてもペーパーレス運用の開始が予定されますので院内に報告の遅れがおこらないよう活動していく予定です。

診療記録委員会

委員長 久野 佳也夫

1 特徴

入院要約がもれなく作成されていることを確認する委員会です。

2 2010年活動実績

概ね1～2ヶ月に一回程度、医療情報委員会に引き続いて不定期に開催しました。

3 2011年目標

今後の必要に応じて活動していく予定です。

倫理委員会

委員長 久野 佳也夫

1 特徴

院長の諮問を受けて、院内の臨床および研究活動の倫理的側面を検討する委員会です。必要に応じて顧問弁護士にも意見を求めて開催しています。

2 2010年活動実績

臨床活動の問題については諮問がなく、研究活動について数件の検討を行いました。

3 2011年目標

今後院内での研究活動が活発になる見込みですので、必要に応じて定期的開催に移行する予定です。

治験審査委員会

委員長 久野 佳也夫

1 特徴

院長の諮問を受けて、院外からの治験実施について審査する委員会です。院外委員3名を含め、基本的に偶数月の第一金曜日に開催しています。

2 2010年活動実績

審査依頼の時期的都合から開催月を変更したことが1回ありました。また、治験責任医師の変更のため臨時会を1回開催しました。

これらを含め、7回の委員会でのべ28件の治験について審査しました。

3 2011年目標

今後も安全で有用な治験が行われるよう審査して参ります。

手術室運営委員会

委員長 岩田 健

1 特徴

手術室の適正な運営及び安全な管理体制の確立を図る為に各委員による連絡会を行い、衛生管理、備品内容、一般運営、問題点などの事項を審議して安全かつ適正な運営を図る委員会である

2 2010年の活動実績

- ① 2009年12月および2010年6月実施の細菌検査結果報告
- ② 2010年の手術室活動件数の報告
全体数の増加、全身麻酔（麻酔科管理含め）の増加、緊急手術の増加
- ③ 脳神経外科撤退にともなう麻酔科手術優先枠の再編成
- ④ 手術部支援システムの導入・運用開始
- ⑤ 医療機能評価受審に向けての準備

3 2011年目標

新病棟建設に向けての準備

緩和ケア委員会・がん緩和ケアチーム (PCT)

がん緩和ケアチーム代表 鵜飼 克行

1 特徴

平成20年12月に、総合上飯田第一病院に「がん緩和ケアチーム（略して、PCTと呼びます）」が設置されて、2年以上が経過しました。

このPCTは、平成21年4月頃から、総合上飯田第一病院の南館各病棟に入院中のがん患者さんやご家族からのご依頼により、主治医と相談しながら、がん患者さんやご家族が背負っている身体的・心理的・社会的な苦しみや悩みの解決の手助けとなるために、活動を開始しています。

現在（平成23年1月）、医師2名、看護師長1名、病棟看護師12名、薬剤師1名、管理栄養士1名、医療ソーシャルワーカー2名、臨床心理士1名の、合計20名のメンバーが所属し、各専門家がそれぞれの専門性を発揮しつつ、活動中です。

2 2010活動実績

この1年間のPCT活動には、以下のような「進化発展」がありました。

1. 外科の岡島明子先生が新たにPCTに参加を希望され、医師メンバーが2名に増えて、体制が充実しました。
2. 山内臨床心理士によるカウンセリングが開始されました。
3. 当院PCT独自の「がん性疼痛緩和マニュアル」を作成しました。このマニュアルは、院内には勿論のこと、緩和ケアで有名？な愛知県内の主な病院にも、配布されました。
4. PCT代表（鵜飼）が、日本緩和医療学会の指導医に認定されました。
5. 総合上飯田第一病院が、日本緩和医療学会の研修施設に認定されました。

この他のPCT活動実績は、以下の通りです。

- (1) 2010年PCT新規依頼患者延べ数：29名（*2009年：21名）
- (2) 「第1回緩和ケア講演会」を主催（平成22年10月30日）
講師：すぎもと在宅クリニック 杉本由佳先生（緩和ケア指導医）
- (3) 第3回緩和ケア勉強・発表会 大峯鉄夫、稲垣純子
- (4) 4名のメンバーが、第15日本緩和医療学会学術大会（東京）に参加。
- (5) 原則毎週の緩和ケアカンファレンスと、計3回のPCT勉強会を実施。
- (6) 講演（名古屋大学大学院医学系研究科精神医学教室主催）：鵜飼克行

3 2011年目標

1. 「がん性疼痛緩和マニュアルの改定版（Ver. 2）」の作成
2. 「がん緩和看護マニュアル」の作成
3. 各種関連学会・研究会での発表

サービス向上委員会

委員長 川崎 富男

1 特徴

当院では「患者さん中心の医療」の病院理念のもと、病院内で過ごす時間を少しでも快適に過ごして頂くようアメニティ、接遇の両面で改善を図っております。特に、患者さんのご要望、ご意見を極力反映すべく、各種のアンケートを定期的実施し、毎月の委員会で改善策を検討し、実施しております。

また、各層の職員研修に接遇のカリキュラムを組み込み職員の好感度の向上に努めています。

2 2010年活動実績

アンケート回収数

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	合計
外来	3	2	4	8	2	4	9	8	10	2	9	61
入院	25	19	26	35	24	12	26	18	31	29	40	285
健診センター	220	242	156	217	229	339	287	259	300	216	207	2672
合計	248	263	186	260	255	355	322	285	341	247	256	3018

アンケートに寄せられた主なご意見と改善内容

部署	ご意見	改善内容
外来・病棟	病棟のデイルームに電子レンジを置いてほしい	電子レンジを全ての病棟のデイルームに設置した
	入院中の食事メニューを掲示してほしい	病棟デイルームに1週間単位の食事メニューを掲示するようにした
	待ち時間が長いので外来2階の待合室にテレビがほしい	外来2階待合室にテレビを設置した
健診センター1	乳がん、子宮ガン検診を女性スタッフにしてほしい。	毎週金曜日を「レディースデー」とし、医師も技師も全て女性が行う日を設けた。
	検査全体のインフォメーションがないため待ち時間が長く感じられた。	検査一覧を各人に持って頂き検査終了時にチェックをし、残りの検査が分かるようにした。
	胃透視検査の洗面所に鏡をつけてほしい。バリュームが付いていないか見たい。	鏡とペーパータオルを設置した。

3 2011年の目標

- ① 患者さんアンケートの継続とご要望への回答、実現。
- ② 全体および各層別の接遇研修の実施。
- ③ 外来待ち時間の短縮への取り組み。
- ④ 病棟アメニティの改善。