

---

## 院内委員会活動

---



## 院内委員会活動

### NST(栄養サポートチーム)委員会

栄養管理室 室長 渡邊 里美

#### 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

医師/田上寛容 2階病棟看護師/能野明美、山田こず恵 3西病棟看護師/西川友美子  
3東病棟看護師/丸野嘉行 4階病棟看護師/長瀬りえ 薬剤師/渡辺祥馬  
臨床検査技師/宮里浩一 作業療法士/埜京夏 理学療法士/大坪正拓 医事課/小脇宏之  
管理栄養士/渡邊里美

#### 【令和4年度 NST委員会年間目標と振り返り】

- 低栄養リスク患者様の早期発見と対応を提案
  - ・在院患者様のBMI・年齢・喫食率を用いて対象者を抽出
  - ・栄養評価ツール「KT(口から食べる)バランスチャート」を活用して評価を行った
- 勉強会開催
  - ・コロナ感染対策として中止
- 研修生受入れ実施  
(※公益社団法人 日本栄養士会による栄養サポートチーム担当者研修の認定教育施設として)
  - ・期間:2022年2月9日・10日
  - ・研修生受入れ:管理栄養士1名(所属:北九州古賀病院)
- 論文投稿・掲載
  - ・「KTバランスチャートを活用した高齢入院患者の経口摂取量改善に向けた取り組み」  
医歯薬出版株式会社 臨床栄養 Vol 141 No.3 2022.9

#### 【令和5年度 NST委員会年間目標】

KTチャートの活用を継続して、より明確な役割分担を行う

## 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

チーム代表者:緩和ケア認定看護師 丸野嘉行

委員:医師/濱之上雅博、大久保啓史、佐竹霜一

看護師/野口眞衣、迫田かおり、田中加奈、鎌田のぞみ、射場和枝、安本響、白尾雪子、

西田多美子、西川秋代、竹之内卓

理学療法士/浜崎夏帆 作業療法士/西愛美 言語聴覚士/入江色葉 薬剤師/濱口匠

管理栄養士/榎本陽葉理 医療社会福祉士/加世田和博 情報管理士/福山龍己

## 緩和ケアチームの紹介

緩和ケアチームは、生命の危機に直面している人が体験する苦痛を、身体的・精神的・社会的・スピリチュアルの側面から多角的に全人的にアセスメントし、苦痛の軽減を目的としたケアを提供できるように、ケアスタッフに対しアドバイスを行っている。

また、がんサロン、学習会を積極的に開催し、直接患者様やそのご家族の声を聴き、療養支援に役立てている。がん患者様に限らず、心不全や老衰などの非がん患者様に対する終末期の緩和ケアが実践できるよう、積極的に活動していきたい。

## 【令和4年度 緩和ケアチーム年間目標】

緩和ケアを必要とする患者を早期に把握し、多職種協働により苦痛の軽減を図ることによって患者・家族の療養生活を支える。

## 【実績の振り返り】

主な活動は2回/月の多職種によるカンファレンスを実施している。疼痛や倦怠感、吐気や食欲不振、せん妄や精神的不安などの終末期の患者様が抱えるトータルペインと呼ばれる身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛に対して多職種が専門的な立場から意見を出し合い苦痛の軽減・症状の緩和につなげられるように病棟スタッフへの助言を行っている。

患者同士の交流の場の提供を目的としてがんサロンを1回/月企画している。コロナ禍のため、入院患者様だけの案内となり参加者が少ない期間もあったが、患者様同士がつながる場所を確保するため活動を継続している。

季節の行事としてクリスマス音楽会を企画し、入院患者様、患者様のご家族に参加いただき、ボランティアによるピアノ演奏会を開催した。

## 【令和5年度 緩和ケアチーム年間目標】

緩和ケアを必要とする患者を早期に把握し、多職種協働により苦痛の軽減を図ることによって患者・家族の療養生活を支える。

## 【行動目標】

1.病棟または外来において緩和ケアを必要とする患者を早期に発見し、介入する。

- ①スタッフに対し緩和ケアチームの活動内容、役割について周知し理解を得る
- ②スクリーニングシートを用いて患者の状況を的確に把握し、症例検討シートを活用し多職種でのアプローチを実践する
- ③多職種によるカンファレンスを開催し緩和ケア実施計画書に沿ったケアを提供する
- ④緩和ケアチームメンバーの緩和ケアに関する知識・基本的緩和ケアの技術の獲得を目的とした学習会の実施
- ⑤院内外における緩和ケアチームの広報活動、市民公開講座の実施、研修会の支援

2.患者の孤立を予防し前向きな療養生活を支援する

- ①がんサロンを継続して開催し(1回/月)療養者同士の交流、情報交換、つながりの場所を設ける
- ②がん経験者(ピアサポーター)やボランティアを募り、レクリエーションの企画・運営を行う
- ③院内独自の疼痛管理シート(痛み日記)作成・普及への取り組みを行う

## 看護部教育委員会

看護部 副看護部長 診療看護師 竹之内 卓

### 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

委員長／竹之内卓

委員／小川智浩、瀬古まゆみ、西川友美子、平山靖子、下江理沙、上妻智子、山之内信、安本由希子、丸野嘉行、大中沙織、鈴木 龍、福山美知子

### 看護部教育方針

種子島医療センター看護部理念、方針、目標の達成に向け、看護部一人ひとりが自分の目標を明確にし、やりがいと達成感を味わうと共に看護職として成長することを目指します。

### 【令和4年度 看護部教育委員会年間目標】

#### ◎教育委員のスキルアップを目指す

◇卒後集合研修係：○安本由希子、下江理沙、丸野嘉行、大中沙織

#### ◎ニーズに応じた卒後研修の充実を図る

今年度は新人看護職員の入職がなく、経験の十分ある既卒者2名の採用となりました。そのため卒後研修としましては、2年目の看護師2名に対する集合研修を実施しております。来年度は新人看護職員が2名入職予定であり、新人看護職員研修の再構築が喫緊の課題であります。

#### <卒後2年目集合研修>

1回のみ実施10/27 テーマ「目標設定」「看護倫理と多重課題」

対象者2名 出席者2名 参加率100%

※年間3回の実施予定でしたが、部署異動やクラスター発生、スタッフ不足等の理由で開催されませんでした。

#### <中途採用者オリエンテーション>

10名(うち派遣8名)全員実施

◇勉強会係：○山之内信、小川智弘、鈴木龍

#### ◎現場ですぐに活用できる研修会の企画と開催

今年度新たな診療看護、救急看護認定看護師、外科術後病棟管理領域パッケージ修了の特定行為看護師といったリソースナースが新たに着任・認定され、リソースナースの知識や技能について、勉強会を通じて共有することで当院看護職員の大きなレベルアップも期待できる体制が整って参りました。しかし度重なるCOVID-19感染症のクラスター発生により、上半期は計画した集合研修が実施できない事態となりました。ただ、下半期は新たに認定されたリソースナースがこれまでにないようなテーマで登壇くださり、看護師の知識・技能レベル底上げのための良い流れができてきていると考えます。

表1. 令和4年度看護部教育委員会主催の研修会

|   | 開催日    | テーマ                                | 講師                      | 参加者数                 |
|---|--------|------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| 1 | 6月30日  | 一次救命処置<br>～AHAガイドライン2020BLSの主な変更点～ | 救急看護認定看護師<br>鈴木龍        | 55名                  |
| 2 | 11月21日 | 医療者のためのプレゼン講座<br>～スライド作成を中心に～      | 診療看護師<br>竹之内卓           | 41名                  |
| 3 | 12月22日 | PICCについて<br>～管理から介助の流れまで～          | 特定行為看護師<br>永井友佳         | 12名                  |
| 4 | 1月19日  | ハラスメントについて<br>～ハラスメント対策を考える～       | 株式会社Lamp社<br>保健師 上野多吉子様 | 会場 67名<br>e-ラーニング75名 |
| 5 | 1月23日  | 昇圧剤DOAとDOBについて                     | 特定行為看護師<br>小川智浩         | 37名                  |
| 6 | 3月24日  | 「何か変」の気づきが行動に移せる！<br>～急変時のバイタルサイン～ | 救急看護認定看護師<br>香取遥        | 42名                  |

表2. その他看護部関連の研修会

|    | 開催日    | テーマ  | 講師                              | 参加者数                 |
|----|--------|--|---------------------------------|----------------------|
| 1  | 6月20日  | 救急チーム勉強会<br>脳梗塞初期対応                                      | 脳神経外科医長<br>救急診療医長<br>山岸正之       | 97名                  |
| 2  | 7月7日   | 令和4年度地域がん診療病院がん医療従事者研修事業<br>終末期医療の充実をめざして～DNAR指示について考える～ | 緩和ケア認定看護師<br>丸野嘉行               | 50名                  |
| 3  | 11月17日 | 令和4年度地域がん診療病院がん医療従事者研修事業<br>30分でザックリつかむ大腸がんの抗がん剤         | がん化学療法看護認定看護師<br>山之内信           | 27名                  |
| 4  | 12月16日 | 認知症ケア研修<br>一人ひとりの個性を大切にしたい認知症看護                          | 日本精神科医学会<br>認知症看護認定看護師<br>西田多美子 | 会場 42名<br>e-ラーニング98名 |
| 5  | 1月10日  | 院内感染研修会<br>針刺し予防対策について 過去5年の振り返りと針刺し直後の初期対応              | 感染管理認定看護師<br>下江理沙               | 88名                  |
| 6  | 1月17日  | 院内感染研修会<br>針刺し予防対策について 過去5年の振り返りと針刺し直後の初期対応              | 感染管理認定看護師<br>下江理沙               | 118名                 |
| 7  | 1月26日  | 救急チーム勉強会<br>小児の救急外来                                      | 小児科医師<br>井無田萌                   | 119名                 |
| 8  | 2月3日   | 院内感染対策研修会<br>針刺し・切創予防と皮膚・粘膜暴露予防対策マニュアルについて               | 感染管理認定看護師<br>下江理沙               | 134名                 |
| 9  | 2月10日  | 院内感染対策研修会<br>針刺し・切創予防と皮膚・粘膜暴露予防対策マニュアルについて               | 感染管理認定看護師<br>下江理沙               | 86名                  |
| 10 | 3月28日  | 伝達講習会<br>管理者研修報告会<br>ファーストレベル                            | 認定看護管理者<br>田中加奈<br>鮫島昇樹         | 25名                  |

◇看護研究係：○西川友美子、瀬古まゆみ、上妻智子、福山美知子

今年度は3部署が看護研究を実施する予定でしたが、上半期のCOVID-19クラスター発生に加え、部署異動などで研究が継続できないグループもあり、翌年度までに持ち越しとなりました。

### 【令和5年度 看護部教育委員会年間目標】

#### ◎学べば看護が楽しくなる！学びやすい風土の醸成

- ・生涯教育の礎となる新人看護職員研修の充実
- ・看護が見える研修会を毎月開催
- ・看護研究の完成

## リスクマネジメント委員会

2階病棟 看護主任 鮫島 昇樹

### 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

委員長: 病院長/高尾尊身

委員: 駒柵宗一郎、白尾隆幸、戸川英子、上妻智子、竹之内卓、下江理沙、濱田純一、門脇輝尚、小山田恵、能射場和枝、田中加奈、能野信枝、田上義生、荒木 敦、細山田重樹、遠藤友加里、赤木 文、柏崎研一郎、早川亜津子、渡辺祥馬、桑原大輔、鮫島昇樹  
(他 14名:指差し呼称隊メンバー)

### 【令和4年度 リスクマネジメント委員会年間目標】

- ・ゼロレベル報告の推進
- ・リスクマネジャーの育成

### 【実績】

リスクマネジメント委員会では、毎月1回の定例会を12回開催し、再発防止策や事故要因の検討を行った。

インシデントレポート件数は、570件で前年度より97件増加した。内訳は以下の通りとなった。Lv.0:159件、Lv.1:220、Lv.2:123件、Lv.3a:62件、Lv.3b(アクシデント):6件。

概要別にみると、療養上の世話が219件となり、転倒転落が占める割合が一番高い。続いて検査に関する事故が121件、薬剤関連が65件、ドレーン関連が59件(その他の概要は20件以下)となった。インシデント報告内容を見返すと軽微な事故発生が一番多く、特に確認ミスや確認作業の怠りによって起きた事故が目立った。しっかりとした確認行動、手順の遵守ができていれば防げる事故が多く、今後も課題でありRCA分析等を行っていきPDCAサイクルをまわすことで改善を図っていきたい。

レベルゼロ報告の推進では、活動効果がでてきており、レポート件数は前年度と比べ1.7倍増加した。事故発生前からリスク感知でき、事故予防に努めることができた内容も多くみられた。しかし、まだ軽微な事故発生は多数みられておりアクシデント発生は、前年度より2件減少であった。さらなる事故予防に取り組み、アクシデント発生をなくすため、今年度もレベルゼロ報告の推進を行っていく必要がある。ここ数か月では、レベルゼロ推進活動としてレポートの入力方法の見直しやレポート内での報告者・リスクマネジャーの役割を明確化、レベルゼロ報告の共有等ができるように取り組んでいる。また、レベルゼロ報告に対し、表彰活動も今年度から始めている。レベルゼロ報告の増加で、Lv.1以上の事故予防につながることに期待したい。

リスクマネジャーの育成では、まだコロナ禍ということもあり院内、外での研修活動は制限された部分もあったがオンライン研修などを活用し、医療安全やリスク管理について研修する機会は得られた。今後は制限も緩慢となり、研修の幅も広がることが予想され、リスクマネジャー育成にさらに力を入れ、各部署で早急なリスクへの対応、対策、情報共有が滞りなくできるよう進めていきたい。また、KY活動にも力をいれており、委員会内でのKYT開催や指差し呼称隊(指差し呼称確認の名人)による院内ラウンド等を行っている。その活動のなかでリスクマネジャーや部署スタッフの危機管理能力の向上につなげていきたいと思う。

## 【令和5年度 リスクマネジメント委員会年間目標】

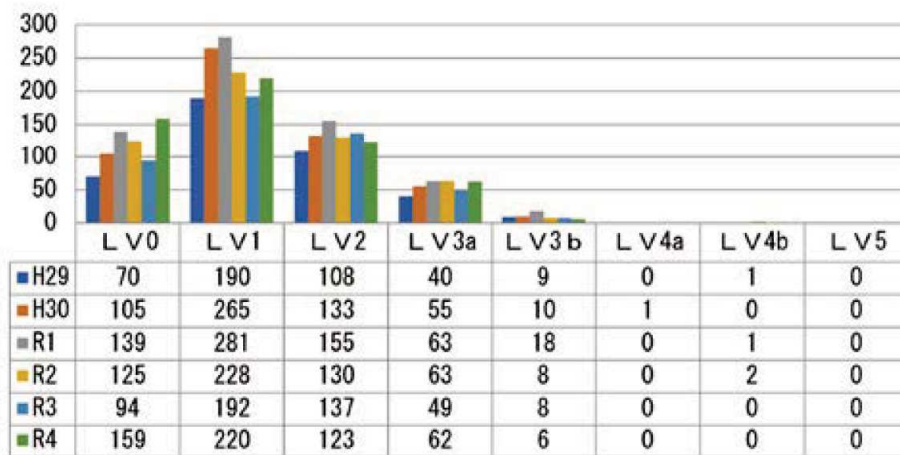
医療安全文化の醸成～誰がやってもミスしないシステム構築～

- (1)レベルゼロ報告の推進
- (2)KY活動による医療安全意識の向上
- (3)アクシデント発生件数 ゼロ

リスクマネジメント委員会では、毎月第3月曜日に各部署のリスクマネージャーに参加していただき定例会を開催し、レポート定量報告、症例検討、KYT、指差し呼称ラウンド、リスク研修を行い、各部署単位への医療安全推進・教育・指導を展開しています。

今後も患者さん、医療スタッフ、誰にとっても安全で安心できる環境、システムづくりに努めて参りますので、ご協力のほどよろしくお願い致します。

### 事故レベル別



## 医療安全管理委員会

医療安全管理者(臨床工学技士) 芝 英樹

### 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

委員長: 病院長/高尾尊身

委員: 田上寛容、濱之上雅博、駒柵宗一郎、白尾隆幸、園田満治、早川亜津子、下江理沙、濱口 匠、瀬古まゆみ、西 伸夫、川畑幹成、遠藤禎幸、赤木 文、柏崎研一郎、濱田純一、戸川英子

### 【令和4年度 医療安全管理委員会行動目標】

- ・他部署からの医療安全管理育成者
- ・医療安全に関する知識の習得率を維持する

### 【実績】

#### ①医療安全管理委員会と院内ラウンド開催

毎月1回合計12回の定例会開催と院内ラウンド12回実施した。

#### ②医療安全研修会開催

- ・全体研修会2回/2回予定 スポット研修9回/8回予定
- ・全職員対象及びスポット安全研修の一部は対面式とZoomでオンライン研修を継続。
- ・全職員研修は当院専用のIT研修によるeラーニング研修で全職員が個々の端末活用により、1~2カ月の履修期間を設け時間を気にせずIT研修を受講することが出来た。昨年度からの形態を継承し履修率も例年通り維持できた。

#### ③手順の改定及び承認

- ・看取り医療の同意書の作成(文書管理のDNAR同意書→看取り医療同意書)
- ・頭部外傷時の注意点(脳外科、救急外来パンフレット再改定)
- ・職場環境整備として3R(リフレッシュ、リラックス、リセット)の実践。  
10:00、15:00に院内放送実施。

目的: 職員の感染防止、リラックス効果、けが防止、ポカミス防止を踏まえ安全な職場環境を整える。

- ・転倒転落初期対応フローシート改訂承認
- ・救急外来対応時の通報が必要な際の連絡体制承認
- ・コロナ禍にある夏場の熱中症についての入院基準の確認

#### ④医療安全推進啓蒙活動の実践

- ・第2、3回医療安全指さし確認行動ポスター総選挙開催
- ・グッドジョブ賞(4件)
- ・患者様からのご意見・ご要望(20件)

### 【振り返り】

今年度もリスクレポートや院外医療安全ニュース等からの院内での順守状況やマニュアルの見直し、作成を行い、複数の会議や部署カンファ、エントランス画面での案内等々で周知を強化した。研修会開催については、コロナ禍対策として全職員が自分の端末を利用して自分のペースで気軽に履修が可能となり、看護部や医師の履修率が昨年度同様に維持できた。人数制限しての対面式での研修を織り交ぜながらスポット研修も予定通り開催できた。

行動目標としてきた他部署からの医療安全管理者育成はコロナ禍の中でもあり、業務多忙な状況で望ましい成果が実現できなかった。今年度は管理育成できるようにしていきたい。医療安全に関する知識の習得はZoom等の活用で習得率の維持はできていた。



**【令和5年度 医療安全管理委員会行動目標】**

- ・医療安全管理活動の推進
- ・インシデント報告数増加の背景から医療安全活動の向上を目指す

医療安全管理委員会は、医療安全管理体制の構築、充実を目的に各部門から責任者が参加し、協議を重ねています。各委員と協働し、患者さんにも職員にも安全で安心な環境のもとで良質な医療サービスの提供を使命としており、皆さんとともに活動することが基本です。今年度はインシデント報告数も増加傾向にあり更なる改善も期待できるものと思われま。引き続きご協力を宜しくお願い致します。

## 救急チーム

4階病棟看護主任・救急チーム長・救急看護認定看護師 鈴木 龍

### 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

病院長／高尾尊身 脳神経外科・救急チーム科長／駒柵宗一郎  
 脳神経外科・救急チーム医長／山岸正之  
 4階病棟看護主任・救急チーム長・救急看護認定看護師／鈴木龍  
 副看護部長・救急副チーム長・教育師長・診療看護師／竹之内卓  
 外来・看護部長補佐・救急副チーム長／園田満治  
 2階病棟・救急副チーム長・救急看護認定看護師／香取遥  
 看護部長／戸川英子  
 2階病棟副看護師長／射場和枝、安本由希子 2階病棟看護主任／鮫島昇樹  
 2階病棟看護師／羽生秀之、平原景子、長澤凜太郎、大久保芳子  
 3階西病棟看護師長／西川友美子 3階西病棟副看護師長／田中加奈  
 3階西病棟看護主任／坂下紀子、矢野順子  
 3階西病棟看護副主任／美坂さとみ、大中沙織 3階西病棟看護師／日高靖浩  
 3階西病棟看護師／山田こず恵、鎌田のぞ美、安田英佳、赤木秀晃、延時彩  
 3階東病棟看護師長／平園和美  
 3階東病棟副看護師長・緩和ケア認定看護師・特定行為看護師／丸野嘉行  
 3階東病棟副看護主任／鈴木英恵 3階東病棟看護師／古田雄大、安本 響  
 4階病棟看護師長／上妻智子 4階病棟副看護師長／能野信枝  
 4階病棟看護副主任／橋口みゆき 4階病棟看護師／赤木みどり  
 外来看護師長・特定行為看護師／小川智浩  
 外来副看護師長・がん化学療法看護認定看護師／山之内信 外来看護主任／荒木敦  
 外来看護師／中野美千代、山口一江、山下ひとみ、川口文代、西田多美子  
 外来看護師／白尾雪子、永田理恵、長濱美香、柳希美  
 透析室看護師長／平山靖子  
 手術室看護師長／瀬古まゆみ 手術室看護師／田上俊輔  
 臨床工学技士室長／芝秀樹 臨床工学技士主任／細山田重樹  
 臨床工学技士副主任／西 伸大 臨床工学技士／上妻友紀、上妻優美、下村和也  
 理学療法士・リハビリテーション室部長／早川亜津子  
 作業療法士・副室長／濱添信人 理学療法士・主任／山口純平  
 理学療法士・副主任／小川哲哉 理学療法士／坂ノ上兼一  
 クラーク室長／榎本祥恵 クラーク主任／日高明美、池下由紀  
 クラーク／園田由美子、峯下千代子、阿世知修子、中野唯、武田まゆみ、中脇ルミ、濱元桃子、  
 柳莉乃、縄迫愛麗

当院は、種子島で唯一の救急告知病院であり、年間約1000件の救急搬送患者の対応を行っています。また、特殊あるいは重篤な症例に関しては、ドクターヘリ搬送時の連絡調整など幅広く活動しています。種子島の医療を支える最後の砦である当院では、救急患者により迅速かつ適切な対応ができることを目的に、令和4年度より救急チームを発足しました。これまで、医師、看護師、コメディカルと連携しマニュアルの作成や勉強会の開催など、知識・技術の向上に努めています。私たちは、患者様、ご家族様に適切な医療、思いやりのあるケアを提供し、信頼される病院、安心して生活ができる種子島を、病院全体のスタッフと力を合わせて目指していきたいと考えています。

# 摂食嚥下ワーキンググループ

リハビリテーション室 室長 作業療法士 酒井 宣政

## 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

高尾尊身、下江理沙、中本利津子、戸川英子、小川智浩、吉永真由美、丸野嘉行、平園和美、矢野順子、大中沙織、渡邊里美、濱添信人、和田楓貴、長田和也、入江色葉、酒井宣政

## 【摂食嚥下ワーキンググループ目標】

- 1.院内誤嚥性肺炎をゼロにする。
- 2.窒息の防止
- 3.摂食嚥下に関する知識・技術の向上に寄与する。  
これらに対して「実行可能な提言を行い、データを基に結果を分析する。」

## 【令和4年度 年間目標】

- ①院内ラウンド開始と定着
- ②院内誤嚥性肺炎の状況把握
- ③病棟での勉強会の実施と継続
- ④情報発信
- ⑤全入院患者の摂食嚥下状態のサーベイランスの実施

令和4年度は新型コロナウイルス感染症に翻弄される1年となりました。院内でも多くの新型コロナ感染症患者に見舞われ、食事介入の際のエアロゾル対策などを検討することもありました。会議も紙面会議となることもあり、食事場面は感染という観点や倫理的観点から議論が必要な状況と理解してはいるものの、その機会を設けることも容易ではありませんでした。令和4年度の目標に対してもそれぞれ、着手しても簡単に前へ進めることが困難な状況でした。その様な中、前入院患者の摂食嚥下状態のサーベイランスの実施を開始し、継続してデータ収集を行っています。

また、ワーキンググループで感染対策を行いながら、どの様に食事介助を行うのか？ マニュアルの内容や文言を検討することもありました。医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士や作業療法士等で検討を行いました。食事というケアの前に大きく立ちはだかる感染というものとの見え方の職種間による価値観の違いを知る事ができ、議論できたことはチームとして大きな意義がありました。

課題は山積みですが、念願の摂食・嚥下委員会への昇格を果たしました。令和5年度もチーム一丸となり今後の対応を検討し、院内誤嚥性肺炎をゼロにすることへつなげていきたいと考えます。

## 転倒転落防止委員会

透析室 看護師長 平山 靖子

### 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

委員長:病院長/高尾尊身

委員:早川亜津子、平山靖子、能野信枝、荒河貴子、西川由美子、桑原明日香、渡辺祥馬、末吉優紀乃、古田菜々子

### 【令和4年度 転倒転落防止委員会年間目標】

転倒転落事故レベルⅢb以上 0(ゼロ)

### 【活動内容】

院内ラウンド、転倒転落データの把握、職員に対する防止策の指導、啓発運動、当院の転倒転落事案の分析・対策の検討、患者家族への指導

### 【取り組み】

離床センサーカード・ベッド確認ラウンド、インシデント入力の声掛け、転倒転落危険度の意識付け(リストバンド検討)、転倒転落データ・ポスターなど

今年度は、患者さんのために衝撃吸収マット導入できるように活動を行った。

### 患者さんとそのご家族へ

ご家庭でも転倒される患者さんは、病院内でも転倒する可能性がとても高いです。そうでなくても、環境の変化、病状により入院患者さんの転倒リスクは高いです。そう思いながら、私たちは看護実践を行っています。しかし、色々な対策をしてもどうしても転倒をなくすことは難しいです。ご家族の方のご理解、ご協力が必要です。どうぞよろしくお願い致します。

# 認知症ケアワーキンググループ

リハビリテーション室 理学療法士 門脇 淳一

## 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

2階病棟／迫田かおり、能野明美

3階西病棟／田中加奈、矢野順子、丸山彩

3階東病棟／中山君代(委員長)、向井蘭

4階病棟／福山光知子、石井弘子、関志穂、園山愛美

看護部長室／戸川英子、竹之内卓

薬剤部／渡辺祥馬

医事課／荒河真奈美

リハビリテーション室／門脇淳一

## 【令和4年度 認知症ケアワーキンググループ年間目標】

『病院スタッフの認知症に対する知識を高め、かかわり方や理解を深める』

認知症ワーキンググループ(以下認知症WG)のメンバーは各病棟の看護師・リハビリ・薬剤・医事課の職種で構成され、月に1度委員会を開催しています。

当院では入院時から対象者に対しては、長谷川式簡易認知機能テスト(HDS-R)という認知症のテストを実施し、認知症の有無や程度を把握することで安全・安心に入院生活を送れるよう看護計画の立案を行い、定期的に見直しを実施しています。

認知症WGでは、入院時の認知症の有無の評価がしっかり行えているかの確認やせん妄症状のリスクが高い方についてきちんと評価がされているか？ 実際にどのくらい数がいるのか？ の把握を行っています。また、2か月に1度病棟にて認知症症状の対応に苦慮をしている患者様のケース検討を実施して病棟間の情報共有や、どうすればその患者様が少しでも安心して過ごすことができるのか意見交換を行っています。

令和4年度は、スタッフの知識向上や関わり方の改善のために各病棟の委員たちがスタッフに対する勉強会を開催、病院全体でeラーニングの実施を行ってきました。

認知症の割合は平成24年度の報告で7人に1人、令和7年には5人に1人とされています。入院生活では環境の変化や安静などで認知症・せん妄ともにリスクが高くなりやすくなっています。認知症やせん妄といった症状が出現することで病気やけがの治療がうまく進まなかったり、退院後の生活への影響が出てきたりすることも多いです。

入院生活の中で少しでも認知症やせん妄の症状を軽減し、安心して過ごしていただくために、できることをこれからも継続していければと思います。

## 転倒転落防止委員会

透析室 看護師長 平山 靖子

### 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

委員長:病院長/高尾尊身

委員:早川亜津子、平山靖子、能野信枝、荒河貴子、西川由美子、桑原明日香、渡辺祥馬、末吉優紀乃、古田菜々子

### 【令和4年度 転倒転落防止委員会年間目標】

転倒転落事故レベルⅢb以上 0(ゼロ)

### 【活動内容】

院内ラウンド、転倒転落データの把握、職員に対する防止策の指導、啓発運動、当院の転倒転落事案の分析・対策の検討、患者家族への指導

### 【取り組み】

離床センサーカード・ベッド確認ラウンド、インシデント入力の声掛け、転倒転落危険度の意識付け(リストバンド検討)、転倒転落データ・ポスターなど

今年度は、患者さんのために衝撃吸収マット導入できるように活動を行った。

### 患者さんとそのご家族へ

ご家庭でも転倒される患者さんは、病院内でも転倒する可能性がとても高いです。そうでなくても、環境の変化、病状により入院患者さんの転倒リスクは高いです。そう思いながら、私たちは看護実践を行っています。しかし、色々な対策をしてもどうしても転倒をなくすことは難しいです。ご家族の方のご理解、ご協力が必要です。どうぞよろしくお願い致します。

# 認知症ケアワーキンググループ

リハビリテーション室 理学療法士 門脇 淳一

## 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

2階病棟／迫田かおり、能野明美

3階西病棟／田中加奈、矢野順子、丸山彩

3階東病棟／中山君代(委員長)、向井蘭

4階病棟／福山光知子、石井弘子、関志穂、園山愛美

看護部長室／戸川英子、竹之内卓

薬剤部／渡辺祥馬

医事課／荒河真奈美

リハビリテーション室／門脇淳一

## 【令和4年度 認知症ケアワーキンググループ年間目標】

『病院スタッフの認知症に対する知識を高め、かかわり方や理解を深める』

認知症ワーキンググループ(以下認知症WG)のメンバーは各病棟の看護師・リハビリ・薬剤・医事課の職種で構成され、月に1度委員会を開催しています。

当院では入院時から対象者に対しては、長谷川式簡易認知機能テスト(HDS-R)という認知症のテストを実施し、認知症の有無や程度を把握することで安全・安心に入院生活を送れるよう看護計画の立案を行い、定期的に見直しを実施しています。

認知症WGでは、入院時の認知症の有無の評価がしっかり行えているかの確認やせん妄症状のリスクが高い方についてきちんと評価がされているか？ 実際にどのくらい数がいるのか？ の把握を行っています。また、2か月に1度病棟にて認知症症状の対応に苦慮をしている患者様のケース検討を実施して病棟間の情報共有や、どうすればその患者様が少しでも安心して過ごすことができるのか意見交換を行っています。

令和4年度は、スタッフの知識向上や関わり方の改善のために各病棟の委員たちがスタッフに対する勉強会を開催、病院全体でeラーニングの実施を行ってきました。

認知症の割合は平成24年度の報告で7人に1人、令和7年には5人に1人とされています。入院生活では環境の変化や安静などで認知症・せん妄ともにリスクが高くなりやすくなっています。認知症やせん妄といった症状が出現することで病気やけがの治療がうまく進まなかったり、退院後の生活への影響が出てきたりすることも多いです。

入院生活の中で少しでも認知症やせん妄の症状を軽減し、安心して過ごしていただくために、できることをこれからも継続していければと思います。

## 輸血療法委員会

臨床検査室 室長 遠藤 禎幸

### 【構成メンバー】(令和5年3月31日付)

輸血療法委員長:医師/高山千史 病院長/高尾尊身 看護部長/戸川英子  
2F看護師/園田満治 3F東看護師/平園和美 3F西看護師/西川友美子  
4F看護師上妻智子 外来看護師/小川智浩 医事課/荒河真奈美 薬剤部/谷 純一  
臨床検査室/遠藤禎幸

当委員会では輸血に関するマニュアルの見直しや輸血の適正評価、輸血後感染症のフォローアップなどを行っています。輸血療法委員会を中心に副作用などの情報収集にも努めています。

### 【令和4年度 輸血療法委員会年間目標】

1. 輸血血液製剤の廃棄率(5%以下)の減少
2. 輸血管理料Ⅱ及び輸血適正使用への取り組み

### 【実績と目標の振り返り】

1. 令和4年度の血液製剤の使用単位数は、MAP 1104単位。廃棄数は20単位。廃棄率は 1.81%。目標の5%以下を維持できた。今後も廃棄率の低下に努めていく。
2. 一定の施設基準に適合した場合、輸血をするごとに月に1回を限度として輸血管理料を算定できるようになった。これは、医療機関における輸血部、輸血療法員会の血液製剤の管理や適正使用に対する取り組みを評価するものである。今後も維持継続できるよう、輸血療法委員会が一丸となって取り組んでいく。

### 【令和5年度 輸血療法委員会年間目標】

- 1) 輸血血液製剤の廃棄率(5%以下)減少
- 2) 輸血管理料継続