
巻頭言

病院長 佐々木 達哉

令和3年度盛岡友愛病院年報発刊にあたりご挨拶申し上げます。

本年度を振り返りますと、大谷選手の大リーグMVP獲得や東京オリンピック・パラリンピック開催の年として記憶されるべき年でしたが、医療機関としてはやはり新型コロナウイルス感染症対応に翻弄された1年でした。5月の第4波から令和4年のオミクロン株による第6波まで収束の気配はみられず、8月には岩手緊急事態宣言が発出される事態となりました。当院では院内クラスターの発生はなかったものの、教育・保育施設や学校における感染拡大の影響で職員の自宅待機者が増え、応援体制の確保に追われました。さらにワクチン接種も始まり、院内以外にも盛岡市の集団接種の担当病院となり、医師・看護師・薬剤師には暑夏や厳冬の市内体育館に休日出勤していただきました。

そのような状況の中でも、11月には回復期リハビリテーション病棟を主機能とした病院機能評価更新を受審し、複数の項目（リハビリテーション部門、入退院管理）で全国的にも高い評価を獲得し更新できたことは、大変励みになる結果となりました。

医療実績としては、入院病床稼働数（急性期一般、回復期リハビリテーション、地域包括ケア、緩和ケア、障害者）、外来患者数、紹介入院患者数、リハビリテーション提供単位数、入院透析患者数は前年を上回り、病棟入院料のステップアップもあり増収とすることができました。当院は盛岡医療圏を主体に岩手県広域の急性期病院や診療所からの紹介入院が多く、改めて地域医療連携に関わる皆様のご協力に感謝申し上げます。

令和4年度中には懸案であった電子カルテを導入し、業務の効率化を図りながらより良いサービスを提供して参りますので、更なるご指導、ご鞭撻の程をお願い申し上げます。

病院の理念

「地域に密着した、親切で、思いやりのある病院」

基本方針

盛岡友愛病院は、

1. 患者さんに優しく親切に対応して
信頼される病院を目指します
1. 良質な医療の提供と患者サービスの充実に努め
地域社会に貢献します
1. 職員の和と熱意をもって
経営の安定・発展に努めます

患者さんの権利

私たちは、患者さんが医療の中心であることを深く認識し、次の権利を尊重した医療を行います。

1. 良質な医療を平等に受ける権利
1. 人間としての尊厳を得る権利
1. 十分な説明と情報を受ける権利
1. 医療に参加し自ら決定する権利
1. 個人情報を守られる権利

医療法人友愛会沿革

1984年（昭和59年）

1月：医療法人友愛病院として開設（内科125床）

1985年（昭和60年）

6月：224床に増床

1986年（昭和61年）

9月：西病棟増築、386床に増床

1995年（平成7年）

1月：南棟 工事着工

12月：南棟完成（8階建 延10,246㎡）

1999年（平成11年）

6月：療養型病床群病棟（東棟2階）開設

2000年（平成12年）

4月：訪問看護ステーション開設

2001年（平成13年）

6月：障害者病棟（西棟1階）開設

2003年（平成15年）

4月：病棟編成（7病棟）

5月：看護体制2.5:1承認／回復期リハビリテーション病棟（南棟6階）開設／障害者病棟（西棟2階）開設

2005年（平成17年）

3月：オーダーリングシステム導入

2006年（平成18年）

4月：看護体制10:1承認

9月：指定居宅支援事業所ゆうあい開設／障害者病棟（東棟2階）開設／看護支援システム導入

12月：病院機能評価認定

2007年（平成19年）

1月：通所リハビリテーション開設

10月：ゆうあいの里 オープン

- ゆうあいの里クリニック
- 通所リハビリテーションゆうあいの里
- デイサービスゆうあいの里
- 有料老人ホームゆうあいの里

2008年（平成20年）

2月：CT更新

2010年（平成22年）

4月：DPC導入

12月：MRI更新

2012年（平成24年）

3月：病院機能評価認定更新

6月：駐車場200台分増設 合計700台

2013年（平成25年）

9月：障害者病棟（南棟4階・南棟7階）開設

11月：ゆうあいの街 オープン

- サービス付き高齢者向け住宅ゆうあいの街
- ゆうあいの街クリニック
- 通所リハビリテーションゆうあいの街
- 訪問リハビリテーションゆうあい
- 訪問看護ステーションゆうあい
- 居宅介護支援事業所ゆうあい
- 訪問介護事業所ゆうあい

2015年（平成27年）

4月：西棟完成（改修・増築工事完成）

6月：医療法人友愛会 理事長 小暮信人 就任

6月：緩和ケア病棟（西棟5階）開設

9月：リハビリテーション科拡張

- ADL室 移設
- 心臓リハビリ室 移設
- 言語聴覚室 移設（東棟2階へ）、増設

2016年（平成28年）

- 3月：透析センター拡張（計30床）
- 6月：地域包括ケア病棟（西棟3階）開設
- 12月：病院機能評価認定更新

2017年（平成29年）

- 9月：回復期リハビリテーション病棟増床（計90床）

2019年（平成31年・令和元年）

- 2月：回復期リハビリテーション病棟増床（計105床）
- 7月：医療法人友愛会 理事長・病院長 佐々木達哉 就任
- 9月：回復期リハビリテーション病棟増床（計135床）

2020年（令和2年）

- 3月：ゆうあいの里 閉鎖

2021年（令和3年）

- 12月：CT更新

2022年（令和4年）

- 3月：病院機能評価認定更新

目 次

巻頭言	1
病院の理念	2
基本方針	2
患者さんの権利	2
医療法人友愛会沿革	3
盛岡友愛病院	
病院概要	11
指定医療機関	12
学会等の指定医療機関	12
盛岡友愛病院組織図	13
職員数	14
施設基準	15
施設基準算定実績	18
入院患者数	20
外来患者数	21
盛岡友愛病院 配置図	22
部門別活動状況	
I. 診療部	23
内科・呼吸器内科・アレルギー内科	25
循環器内科	26
消化器内科	27
脳神経内科	28
心療内科	29
肝臓内科	30
外科・消化器外科	31
外科・心臓血管外科	32
外科・乳腺外科	33
外科・肛門外科	34
外科・緩和ケア外科	35
形成外科	36
整形外科・リウマチ科	37
脊椎・末梢神経外科	38
泌尿器科	39
婦人科	40
麻酔科	41
小児科	42
皮膚科	43
耳鼻咽喉科	44
眼科	45
歯科	46
健診センター	47

II. 看護部	49
看護部	51
東4階	54
南3階	55
南4階	56
南6階	57
南7階	58
西3階	59
西4階	60
西5階	61
外来	62
透析	63
手術室	64
中央材料室	65
看護部目標の評価	66
総合評価及び課題	67
III. 診療技術部	69
薬剤科	71
放射線科	72
臨床検査科	73
臨床工学科	75
食養課	76
IV. リハビリテーション技術部	79
リハビリテーション技術部	81
V. 業務部・事務部	83
医事課	85
経営企画室	86
総務課	87
経理課	88
用度課	89
施設管理係	90
保安係	91
保育係	92
診療情報管理室	93
VI. 地域医療センター	95
地域医療センター	97
患者サポートチーム	98
地域医療連携室	99
入退院管理室	100
医療相談室	101
VII. 感染制御部	103
感染制御部	105
VIII. 医療安全管理部	109
医療安全管理部	111

委員会活動状況

運営委員会	115
院内感染対策委員会	116
医療安全管理委員会	117
透析機器安全管理委員会	118
医療ガス安全管理委員会	119
褥瘡対策委員会	120
輸血療法委員会	121
治験審査委員会	122
薬事審議委員会	123
化学療法委員会	124
栄養管理委員会	125
N S T 委員会	126
緩和ケア委員会	127
安全衛生委員会	129
診療情報管理委員会	130
広報編集委員会	131
D P C ・ コーディング委員会	132
S P D 委員会	133
業務改善検討委員会	134
クリニカルパス委員会	135
倫理委員会	136
看護部教育委員会	137
【資料】 令和3年度 院内集合研修実績	138
【資料】 看護研究発表会プログラム案内	142
看護部業務委員会	143
看護部記録検討委員会	144
看護部臨地指導者委員会	145
看護部事故防止委員会	146
看護部クリニカルラダー委員会	147
手術室運営委員会	148
入退院支援委員会	149
ハラスメント防止委員会	150
透析診療委員会	151
回復期リハビリテーション委員会	152
地域包括ケア委員会	153
V T E 予防対策委員会	154
機能評価委員会	155
チーム活動状況	
外来化学療法チーム	159
緩和ケアチーム	160
褥瘡対策チーム	161
排尿ケアチーム	162
栄養サポートチーム (N S T)	163

業 績	
学会発表	167
統計調査	
外来満足度調査結果（外来）	171
患者満足度調査結果（病棟全体）	174
ゆうあいの街	
ゆうあいの街 概要	179
ゆうあいの街組織図	180
指定医療機関	181
事業所別職員数	181
事業所別利用者数	181
ゆうあいの街 委員会・チーム会議	182
サービス付き高齢者向け住宅ゆうあいの街	183
ゆうあいの街クリニック	184
通所リハビリテーションゆうあいの街	185
訪問介護事業所ゆうあい	186
訪問看護ステーションゆうあい	187
居宅介護支援事業所ゆうあい	188
訪問リハビリテーションゆうあい	189
巻末資料	
盛岡友愛病院行事食	193
地域医療連携室だより	194
リハビリテーション室 設備紹介	200
ゆうあいの街	202

盛岡友愛病院

病院概要

名称	医療法人友愛会 盛岡友愛病院
開設者	理事長 佐々木 達哉
開院	昭和57年7月
管理者	病院長 佐々木 達哉
所在地	〒020-0834 岩手県盛岡市永井12地割10番地
TEL	019-638-2222(代表)
FAX	019-637-3790
建物	3棟 鉄筋コンクリート地下1階、地上8階建
建物延面積	27,856平方メートル
敷地面積	15,561平方メートル
駐車場	700台分（無料）
標榜科目	内科・外科・整形外科・リウマチ科・呼吸器内科・眼科・アレルギー科・循環器内科・脳神経内科・心療内科・呼吸器外科・心臓血管外科・泌尿器科・肛門外科・耳鼻咽喉科・放射線科・麻酔科・リハビリテーション科・皮膚科・小児科・歯科・小児歯科・矯正歯科・形成外科・婦人科・乳腺外科・消化器内科・消化器外科・緩和ケア外科・肝臓内科
許可病床数	386床
職員数	609人（令和4年3月31日現在）

指定医療機関

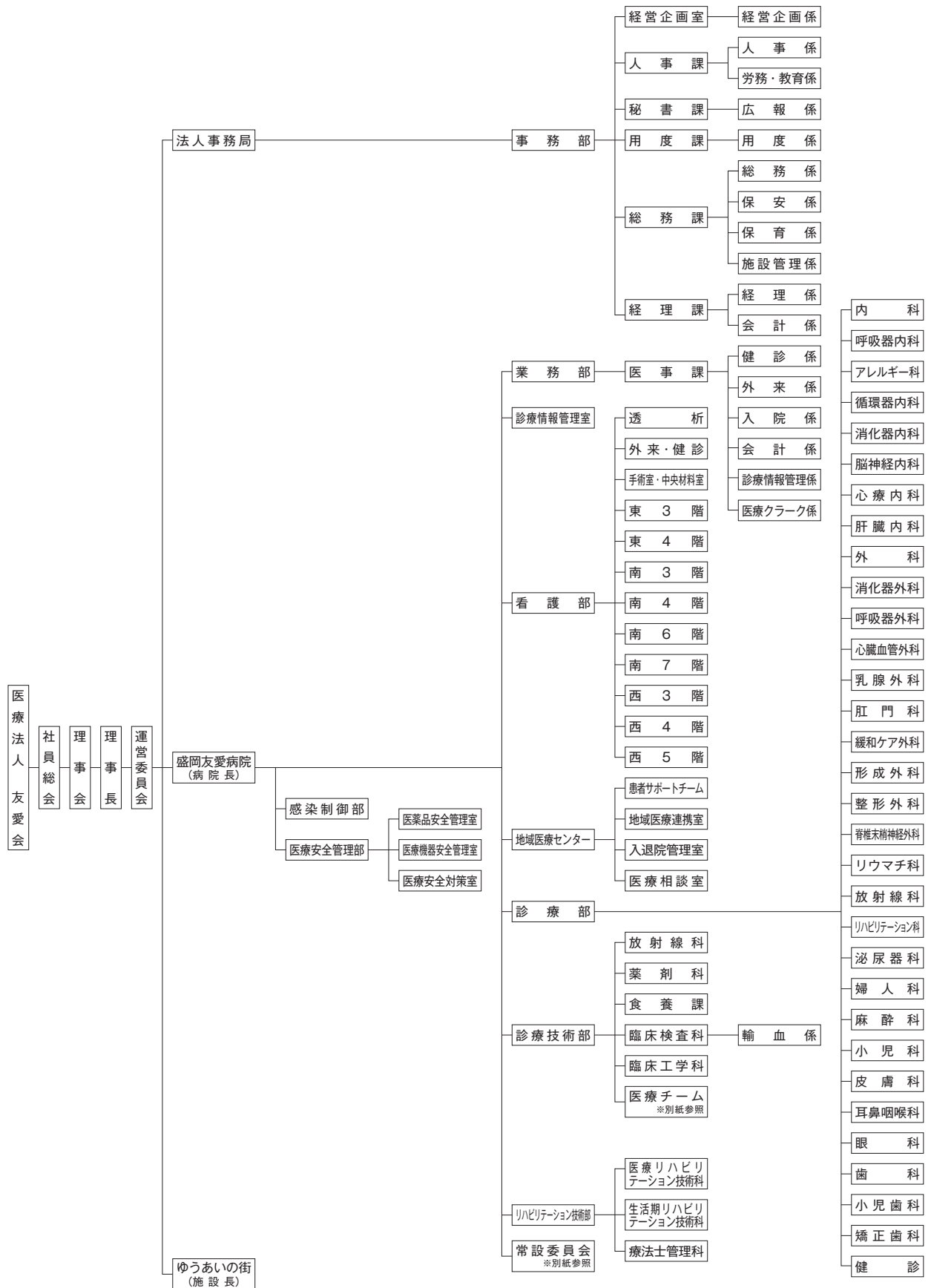
保険医療機関
労災保険指定医療機関
生活保護法指定医療機関
国民健康保険療養取扱機関
結核指定医療機関
被爆者一般疾病医療機関
指定自立支援医療機関（精神通院医療）
指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）

学会等の指定医療機関

岩手肝疾患診療ネットワークかかりつけ医指定医療機関
下肢静脈瘤に対する血管内レーザー焼灼術の実施基準による実施施設
浅大腿動脈ステントグラフト実施施設
三学会構成心臓血管外科専門医認定機構に規定する基幹施設 岩手医科大学附属病院の関連施設
全日本病院協会災害時医療支援活動指定病院
内痔核治療法研究会・ALTA実施施設
日本外科学会外科専門医制度修練施設
日本循環器学会循環器専門医研修関連施設
日本心臓血管外科専門医認定機構修練関連施設
日本病院総合診療医学会認定施設
日本脈管学会認定研修指定施設
日本臨床肛門病学会技術認定施設

盛岡友愛病院組織図

令和3年4月1日改訂



職員数

令和4年3月31日時点

職員体制	正職員	契約職員	パート	派遣	再雇用	合計
医師・歯科医師	22	0	0	0	2	24
看護師	215	0	8	6	11	240
准看護師	14	0	1	0	6	21
介護福祉士・看護補助	53	0	2	1	5	61
薬剤師	5	0	0	0	0	5
薬剤助手	1	0	0	0	1	2
診療放射線技師	5	0	0	0	1	6
臨床検査技師	8	0	0	0	0	8
臨床検査助手	0	0	1	0	0	1
理学療法士	67	0	0	0	0	67
作業療法士	27	0	0	0	0	27
言語聴覚士	7	0	0	0	0	7
臨床工学技士	4	0	0	0	1	5
歯科衛生士	3	0	0	0	0	3
視能訓練士	2	0	0	0	0	2
社会福祉士	11	0	0	0	0	11
公認心理師	1	0	0	0	0	1
管理栄養士	7	0	0	0	0	7
栄養士	1	0	0	0	0	1
調理師	17	0	0	0	1	18
食器洗浄	0	0	5	0	0	5
調理補助	0	0	1	2	0	3
事務	58	2	7	1	2	70
保育士	4	0	0	0	1	5
保安管理員	6	0	0	0	0	6
施設管理員	3	0	0	0	2	5
合計	541	2	25	10	33	611

施設基準

I 入院基本料に関する事項

◎南3階、西4階

- (1) 平均在院日数21日以内
- (2) 平均して入院患者10人に対し1人の看護職員（看護職員の最小必要数の7割以上が看護師）
- (3) 平均して入院患者25人に対し1人の看護補助者

◎東4階

- (1) 平均して入院患者10人に対し1人の看護職員（看護職員の最小必要数の7割以上が看護師）

◎南4階、南6階、南7階

- (1) 平均して入院患者13人に対し1人の看護職員（看護職員の最低必要数の7割以上が看護師）
- (2) 平均して入院患者30人に対し1の看護補助者

◎西3階

- (1) 平均して入院患者13人に対し1人の看護職員（看護職員の最低必要数の7割以上が看護師）

◎西5階

- (1) 平均して入院患者7人に対し1人の看護師

II 東北厚生局への届出に関する事項

- (1) 急性期一般入院料 2
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ※体制強化加算 2
- (3) 地域包括ケア病棟入院料 2
- (4) 障害者施設等入院基本料 ※10対1入院基本料
- (5) 緩和ケア病棟入院料 1
- (6) 重症者等療養環境特別加算
- (7) 診療録管理体制加算
- (8) 医師事務作業補助体制加算 2 ※100対1補助体制加算
- (9) 特殊疾患入院施設管理加算
- (10) 急性期看護補助体制加算25対1 ※看護補助者5割以上
- (11) 急性期看護補助体制加算 ※夜間急性期看護補助体制加算100対1
- (12) 療養環境加算
- (13) 栄養サポートチーム加算
- (14) 医療安全対策加算 2 ※医療安全対策地域連携加算 2
- (15) 感染防止対策加算 1 ※地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算
- (16) 患者サポート体制充実加算
- (17) 救急医療管理加算
- (18) 後発品薬品使用体制加算 1
- (19) データ提出加算 2 (イ) (200床以上)
- (20) 入退院支援加算 1 ※入院時支援加算 2・地域連携診療計画加算
- (21) 入院時食事療養 (I)

-
- (22) 認知症ケア加算 3
 - (23) 糖尿病合併症管理料
 - (24) 薬剤管理指導料
 - (25) 医療機器安全管理料 1
 - (26) 在宅患者訪問看護指導料及び同一建物住居者訪問指導料
 - (27) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
 - (28) 検体検査管理加算 (I)
 - (29) 検体検査管理加算 (II)
 - (30) 輸血管管理料 (II)
 - (31) 神経学的検査
 - (32) CT撮影及びMRI撮影
 - (33) 外来化学療法加算 1
 - (34) 小児科外来診療料
 - (35) 無菌製剤処理料
 - (36) がん治療連携指導料
 - (37) がん性疼痛緩和指導管理料
 - (38) がん患者指導管理料 (イ)
 - (39) がん患者指導管理料 (ロ)
 - (40) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算
 - (41) 排尿自立支援加算
 - (42) 心大血管疾患リハビリテーション料 (I)
 - (43) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)
 - (44) 運動器リハビリテーション料 (I)
 - (45) 呼吸器リハビリテーション料 (I)
 - (46) がん患者リハビリテーション料
 - (47) 人工腎臓
 - (48) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算
 - (49) 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
 - (50) 導入期加算 1
 - (51) ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術
 - (52) 椎間板内酵素注入療法
 - (53) 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
 - (54) 胃瘻造設術
 - (55) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算
 - (56) 組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）
 - (57) 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
 - (58) コンタクトレンズ検査料 1
 - (59) 酸素の購入単価
 - (60) HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
-

-
- (61) 婦人科特定疾患治療管理料
 - (62) 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
 - (63) 外来緩和ケア管理料
 - (64) 緩和ケア診療加算
 - (65) 初診料（歯科）
 - (66) 歯科治療総合医療管理料
 - (67) クラウン・ブリッジ維持管理料
 - (68) 在宅患者歯科治療総合医療管理料
 - (69) 歯科口腔リハビリテーション料2
 - (70) 歯科外来診療環境体制加算1

Ⅲ 手術に係る届出書

- (1) 医科点数表第2章第10部手術通則第5号及び第6号に掲げる手術

施設基準算定実績

項 目			入 院		外 来	
加算名称	サブ項目	点数	人数	回数	人数	回数
重症者等療養環境特別加算		300	98	670	0	0
診療録管理体制加算1		30	1,645	1,645	0	0
特殊疾患入院施設管理加算		350	707	20,410	0	0
療養環境加算		25	2,587	26,365	0	0
医療安全対策加算2 ※医療安全対策地域連携加算2		50	2,187	2,187	0	0
感染防止対策加算1 ※地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算		390	2,187	2,187	0	0
入退院支援加算1 ※地域連携診療計画加算	一般	600	1,409	1,411		
	療養	1,200	7	7		
入院時支援加算	2	200	352	352		
データ提出加算2	イ	180	2,187	2,187		
糖尿病合併症管理料		170			81	81
救急医療管理加算	1	950	181	942		
	2	350	245	1,224		
薬剤管理指導料	1	380	181	195		
	2	325	453	466		
医療機器安全管理料I		100	89	89		
	(放)	1,100	0	0		
検体検査管理加算(I)		40			15,596	15,596
検体検査管理加算(II)		100	2,175	2,175		
神経学的検査		500	0	0		
がん治療連携指導料		300	0	0		
CT撮影及びMRI撮影						
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	処方料	70			6	6
	処方箋料	70			501	
外来迅速検体検査加算	1項目	10				1,762
	2項目	20				4,100
	3項目	30				847
	4項目	40				95
	5項目以上	50				2,725
外来化学療法加算I		600			108	
心大血管疾患リハビリテーション料(I)		205		5,899		12
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)		245		178,277		680
廃用症候群リハビリテーション料(I)		180		61,429		26
運動器リハビリテーション料(I)		185		111,166		3,542
呼吸器リハビリテーション料(I)		175		10,286		138
がん患者リハビリテーション料		205		7,785		0
初期加算		45		24,723		137
早期加算		30		68,746		451
消炎鎮痛等手技		35	0	0	0	0
退院時リハビリテーション指導料		300	1,569	1,569		
退院前訪問指導料		580	1	1		
リハビリテーション総合計画評価料	1	300	2,184	2,184	6	6
	2	240	948	948		
リハビリテーション計画提供料	1	275	70	70		
	2	100	0	0	0	0
目標設定等支援管理料	初回	250	400	400	2	2
	2回目以降	100	94	94	0	0
摂食機能療法		185	261	2,007		
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術		15,060	0	0		
		9,520	1	1		
		4,000	5	5		
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算		450	0	0		
胃瘻造設術		6,070	55	55		

項 目			入 院		外 来	
加算名称	サブ項目	点数	人数	回数	人数	回数
胃瘻造設時嚥下機能評価加算		2,500	10	10		
在宅患者訪問看護指導料及び同一建物居住者訪問看護指導料						
コンタクトレンズ検査料 1		200			36	36
無菌製剤処理料	1	180	13	15	0	0
	1その他	45	27	47	9	12
クラウン・ブリッジ維持管理料						
組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)の場合に限る)		18,460	0	0		
HPV核酸検出及びHPV核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)		360			14	14
		2,000	0	0	5	5
後発医薬品使用体制加算 1		47	1,645	1,645		
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術		10,200	0	0		
排尿自立支援加算		200	77	78		
人工腎臓		1,924	562	2,483	1,476	5,239
		1,580	48	128	20	50
		2,084	275	917	913	2,688
		2,219	82	159	209	434
		1,798	0	0	57	173
		1,958	0	0	76	195
		2,093	1	2	47	128
障害者等加算(人工腎臓)		140	637	2,469	675	2,121
下肢末梢動脈疾患指導管理加算		100	304	304	713	713
導入期加算 1		300	15	47	17	43
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算		10	967	3,684	2,799	8,906
		50	86	329	540	1,789
介護支援等連携指導料		400	19	19		
退院時共同指導料1		1,500	0	0		
		900	0	0		
退院時共同指導料2		400	0	0		
栄養サポートチーム加算		200	307	617		
患者サポート体制充実加算		70	2,187	2,187		
胃・十二指腸ファイバースコピー		1,140	66	66	443	443
大腸内視鏡検査(ファイバースコピーによるもの) (上行結腸及び盲腸)		1,550	34	34	204	204
入院栄養食事指導料	初回	260	600	600		
	2回目	200	224	224		
急性期患者支援病床初期加算		150	262	2,299		
在宅患者支援病床初期		300	185	1,611		
小児特定疾患カウンセリング料(医師による場合)	月の1回目	500			63	63
	月の2回目	400			23	23
退院時薬剤情報管理指導料		90	43	43		
がん性疼痛緩和和管理料		200	9	9	47	47
がん患者指導管理料	イ	500	1	1	4	4
	ロ	200	0	0	1	1
退院時薬剤情報連携加算		60	0	0	0	0
栄養情報提供加算		50	26	26	0	0
運動量増加機器加算		150	34	34	0	0
婦人科特定疾患治療管理料		250			4	4
静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの)		200	0	0	4	4
緩和ケア診療加算		390	8	13		
在宅患者訪問褥瘡管理指導料		750	0	0		
輸血管理料	2	110	171	171		
	14日以内	40	198	1,203		
	15日以上	10	767	12,131		
	14日以内(身体的拘束)	24	219	1,500		
	15日以上(身体的拘束)	6	654	9,131		

入院患者数

病棟別

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均	
急性期病棟 (105床)	延患者数(人)	2,382	2,305	2,380	2,562	2,584	2,366	2,474	2,315	2,488	2,484	2,243	2,571	29,154	2,429.5
	1日平均患者数(人)	79.4	74.4	79.3	82.6	83.4	78.9	79.8	77.2	80.3	80.1	80.1	82.9		79.9
	稼働率	75.6%	70.8%	75.6%	78.7%	79.4%	75.1%	76.0%	73.5%	76.4%	76.3%	76.3%	79.0%		0.8
	平均在院日数(日)	16.2	20.4	15.9	16.6	19.5	17.4	16.9	17.4	15.4	17.6	16.4	18.2		17.3
	重症度、医療看護必要度	27.5	31.2	35	33.5	30.7	31	37.9	30.7	32.8	32.9	41.2	42.2		33.9
	新入患者数(人)	157	115	160	152	142	142	152	147	172	146	133	156	1,774	147.8
	退院数(人)	107	85	94	103	86	100	117	106	137	91	103	107	1,236	103.0
	(内死亡退院)	10	11	8	9	3	10	4	6	7	13	6	6	93	7.8
障害者病棟 (60床)	延患者数(人)	1,747	1,717	1,621	1,704	1,752	1,700	1,709	1,636	1,729	1,714	1,596	1,759	20,384	1,698.7
	1日平均患者数(人)	58.2	55.4	54.0	55.0	56.5	56.7	55.1	54.5	55.8	55.3	57.0	56.7		55.8
	稼働率	97.1%	92.3%	90.1%	91.6%	94.2%	94.4%	91.9%	90.9%	93.0%	92.2%	95.0%	94.6%		0.9
	平均在院日数(日)	1747.0	858.5	1080.6	1704.0	1168.0	3400.0	1709.0	1636.0	1729.0	857.0	1596.0	879.5		1,530.4
	新入患者数(人)	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	5	0.4
	退院数(人)	2	4	2	1	2	1	2	2	1	4	1	4	26	2.2
	(内死亡退院)	2	3	1	1	1	1	1	2	0	2	1	1	16	1.3
	回復期リハ病棟 (135床)	延患者数(人)	3,927	3,877	3,776	3,977	4,055	3,803	3,775	3,700	3,826	3,972	3,468	3,892	46,048
1日平均患者数(人)		130.9	125.1	125.9	128.3	130.8	126.8	121.8	123.3	123.4	128.1	123.9	125.5		126.2
稼働率		97.0%	92.6%	93.2%	95.0%	96.9%	93.9%	90.2%	91.4%	91.4%	94.9%	91.7%	93.0%		0.9
平均在院日数(日)		76.2	71.7	62.9	63.6	77.9	59.4	68.6	60.6	49.0	70.3	57.3	70.1		65.6
在宅復帰率		83.0	80.0	84.7	82.6	95.4	92.1	85.7	81.6	85.2	88.6	91.1	89.3		86.6
重症者割合		46.6	60.0	38.0	45.0	33.3	53.3	44.4	42.1	45.0	40.9	40.9	47.0		44.7
重症改善率		66.6	53.8	68.4	35.2	45.2	68.0	79.1	44.0	52.1	66.6	40.9	50.0		55.8
実績指数		64.0	45.3	46.8	62.2	53.8	57.7	56.3	58.5	50.4	53.4	46.1	47.7		53.5
新入患者数(人)		17	14	15	20	12	23	20	24	33	17	21	20	236	19.7
退院数(人)		44	44	46	51	46	55	49	50	60	42	47	46	580	48.3
(内死亡退院)		0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3	0.3
地域包括ケア 病棟 (45床)	延患者数(人)	1,053	1,085	994	1,094	1,183	1,089	1,072	1,144	1,172	1,207	1,041	1,153	13,287	1,107.3
	1日平均患者数(人)	35.1	35.0	33.1	35.3	38.2	36.3	34.6	38.1	37.8	38.9	37.2	37.2		36.4
	稼働率	78.0%	77.8%	73.6%	78.4%	84.8%	80.7%	76.8%	84.7%	84.0%	86.5%	82.6%	82.7%		0.8
	平均在院日数(日)	27.0	44.3	30.8	32.6	32.4	44.6	30.0	47.4	33.0	44.8	36.5	35.6		36.6
	在宅復帰率	80.0	65.0	81.0	62.1	87.9	76.9	76.5	94.7	82.9	74.1	86.4	86.7		79.5
	重症度、医療看護必要度	39.1	36.7	41.4	42.5	44.3	40.9	39.3	42.5	36.3	42.0	43.2	40.4		40.7
	新入患者数(人)	20	11	24	22	26	12	29	25	25	15	23	27	260	21.7
	退院数(人)	41	23	37	31	36	30	35	23	40	29	27	38	390	32.5
(内死亡退院)	1	2	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	12	1.0	
緩和ケア病棟 (18床)	延患者数(人)	427	413	419	456	424	409	411	417	433	379	415	400	5,003	416.9
	1日平均患者数(人)	14.2	13.3	14.0	14.7	13.7	13.6	13.3	13.9	14.0	12.2	14.8	12.9		13.7
	稼働率	79.1%	74.0%	77.6%	81.7%	76.0%	75.7%	73.7%	77.2%	77.6%	67.9%	82.3%	71.7%		0.8
	平均在院日数(日)	28.4	39.3	33.5	48.0	42.4	54.5	28.3	34.7	48.1	37.9	118.5	36.3		45.8
	新入患者数(人)	9	7	8	2	6	0	9	6	3	8	3	7	68	5.7
	退院数(人)	14	11	10	9	9	8	12	12	11	8	2	11	117	9.8
(内死亡退院)	14	6	10	9	8	8	11	9	11	8	2	11	107	8.9	
合計 (稼働病床数 363床)	延患者数(人)	9,536	9,397	9,190	9,793	9,998	9,367	9,441	9,212	9,648	9,756	8,763	9,775	113,876	9,489.7
	1日平均患者数(人)	317.9	303.1	306.3	315.9	322.5	312.2	304.5	307.1	311.2	314.7	313.0	315.3		312.0
	稼働率	87.6%	83.5%	84.4%	87.0%	88.8%	86.0%	83.9%	84.6%	85.7%	86.7%	86.2%	86.9%		0.9
	新入患者数(人)	203	147	208	197	187	177	210	202	235	186	181	210	2,343	195.3
	退院数(人)	208	167	189	195	179	194	215	193	249	174	180	206	2,349	195.8
	(内死亡退院)	27	22	20	20	14	22	16	19	19	23	10	19	231	19.3

科別

(単位：人)

科名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
内科・呼吸器内科	404	458	522	555	649	696	691	685	476	505	534	614	6,789	565.8
消化器内科	1,396	1,126	1,112	1,151	1,027	857	967	956	1,119	1,421	1,236	1,233	13,601	1,133.4
循環器内科	691	696	745	689	741	619	603	632	738	717	598	737	8,206	683.8
脳神経内科	1,701	1,723	1,818	2,170	2,104	1,742	1,756	1,547	1,563	1,730	1,649	1,770	21,273	1,772.8
心療内科	382	407	376	361	434	364	328	276	339	263	224	307	4,061	338.4
整形外科	1,992	1,988	1,852	2,002	2,260	2,211	2,315	2,512	2,744	2,681	2,173	2,441	27,171	2,264.3
脊椎・抹消神経外科	131	144	196	147	135	177	141	132	141	102	126	197	1,769	147.4
泌尿器科	809	824	610	736	689	629	534	676	674	692	595	549	8,017	668.1
眼科	1	3	3	2	2	3	3	5	5	4	3	7	41	3.4
婦人科	0	0	5	0	6	0	0	0	11	7	10	12	51	4.3
合計	9,536	9,397	9,190	9,793	9,998	9,367	9,441	9,212	9,648	9,756	8,763	9,775	113,876	9,489.7

※消化器内科には、肝臓内科を含む

外来患者数

外来診療

【医科】

(単位：人)

科名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
内科・呼吸器内科	420	407	463	439	497	485	480	514	488	418	407	485	5,503	459
消化器内科	490	413	446	473	477	528	525	471	522	432	379	493	5,649	471
循環器内科	576	511	622	495	448	565	488	498	645	489	449	638	6,424	535
脳神経内科	317	313	345	317	302	312	313	313	310	288	313	337	3,780	315
心療内科	776	704	704	767	721	694	788	742	779	701	661	810	8,847	737
皮膚科	75	69	78	76	77	59	66	87	92	62	65	60	866	72
外科	526	458	493	470	440	500	498	482	449	398	358	463	5,535	461
整形外科	968	934	1,029	990	983	1,004	894	928	834	704	706	950	10,924	910
小児科	132	141	85	107	116	135	139	133	171	86	107	85	1,437	120
泌尿器科	1,261	1,186	1,231	1,271	1,281	1,304	1,337	1,314	1,375	1,250	1,188	1,506	15,504	1,292
耳鼻咽喉科	145	92	130	145	116	137	132	133	143	110	122	166	1,571	131
眼科	292	246	314	307	313	332	297	306	321	255	239	329	3,551	296
婦人科	115	113	147	124	88	132	151	125	143	105	113	152	1,508	126
脊椎・末梢神経外科	170	135	166	169	149	169	178	169	182	143	143	162	1,935	161
形成外科	57	68	74	69	58	65	74	99	95	65	37	68	829	69
糖尿病代謝内科	37	20	23	28	27	20	34	18	27	22	18	18	292	24
膠原病内科		15	22	17	14	15	17	16	16	16	13	15	176	15
合計	6,357	5,825	6,372	6,264	6,107	6,456	6,411	6,348	6,592	5,544	5,318	6,737	74,331	6,194

※消化器内科には、肝臓内科を含む

【歯科】

(単位：人)

科名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
歯科	350	296	317	309	301	313	355	313	352	310	310	341	3,867	322.3

【紹介率・逆紹介率】

(単位：人)

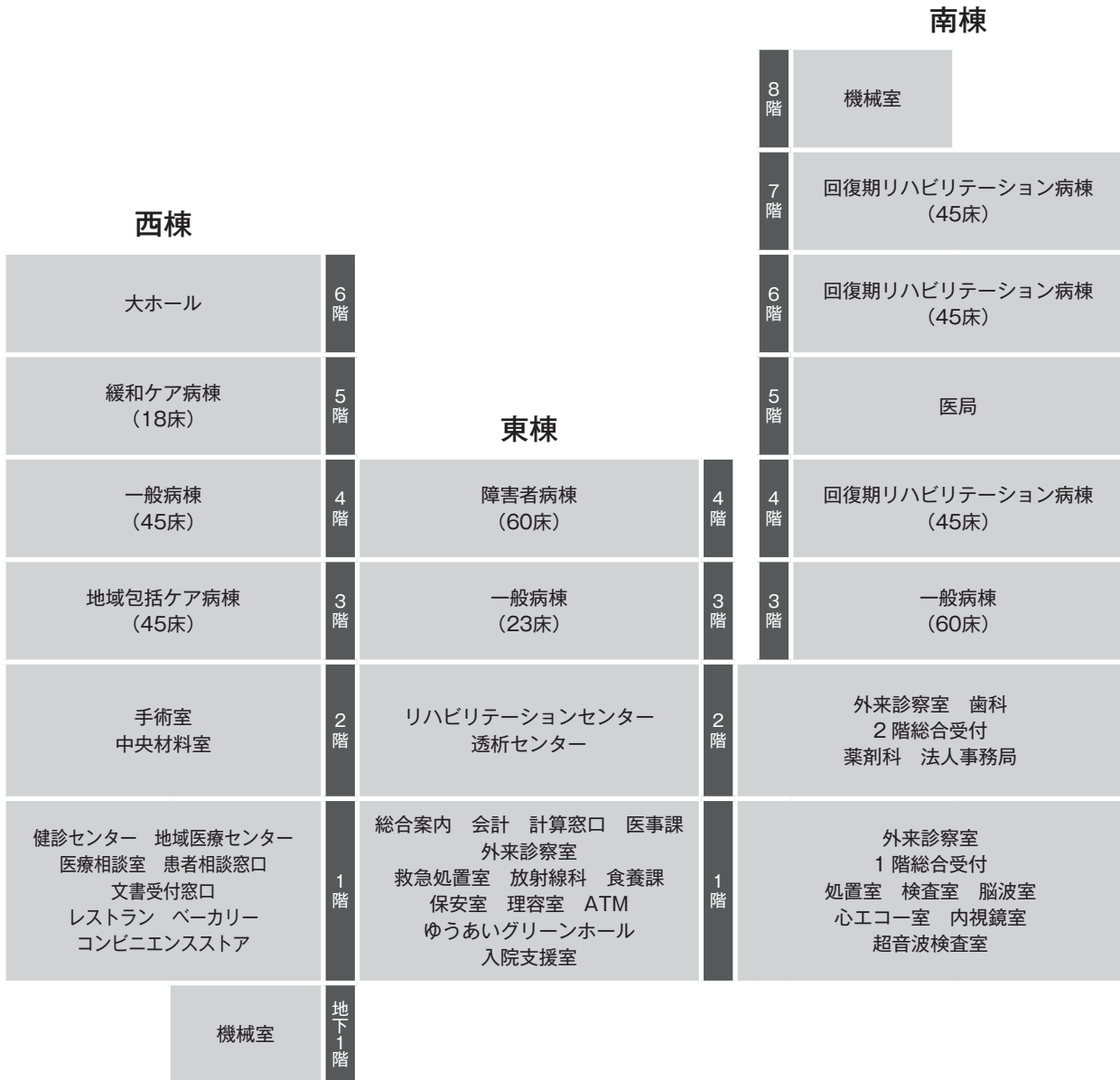
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
初診	597	570	649	653	640	668	700	645	600	527	552	552	7,353	612.8
救急車	34	32	37	39	35	30	31	27	30	47	43	45	430	35.8
急患数	45	63	45	80	71	62	49	45	53	58	54	45	670	55.8
紹介数	246	181	260	315	258	345	310	298	304	221	214	259	3,211	267.6
紹介率	47.5%	38.1%	45.9%	59.0%	48.3%	59.9%	50.0%	52.0%	58.8%	52.4%	47.0%	56.1%	51.4%	51.4%
逆紹介数	213	196	203	234	213	199	193	218	252	224	211	206	2,562	213.5
逆紹介率	41.1%	41.3%	35.8%	43.8%	39.9%	34.5%	31.1%	38.0%	48.7%	53.1%	46.4%	44.6%	41.0%	41.0%

【緊急入院患者数】

(単位：人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
救急搬送受入人数	29	32	37	39	35	30	31	27	30	47	43	45	425	35.4
うち救急搬送入院	11	5	15	16	11	8	10	8	14	21	7	13	139	11.6

盛岡友愛病院 配置図



部門別活動状況

I. 診療部

内科・呼吸器内科・アレルギー内科…	25	整形外科・リウマチ科…	37
循環器内科…	26	脊椎・末梢神経外科…	38
消化器内科…	27	泌尿器科…	39
脳神経内科…	28	婦人科…	40
心療内科…	29	麻酔科…	41
肝臓内科…	30	小児科…	42
外科・消化器外科…	31	皮膚科…	43
外科・心臓血管外科…	32	耳鼻咽喉科…	44
外科・乳腺外科…	33	眼科…	45
外科・肛門外科…	34	菌科…	46
外科・緩和ケア外科…	35	健診センター…	47
形成外科…	36		

内科・呼吸器内科・アレルギー内科

1. 診療の概要

気管支喘息・慢性閉塞性肺疾患（COPD）・その他の慢性肺疾患・肺腫瘍性病変・炎症性呼吸器疾患・花粉症などの疾患を主に診察しております。

○気管支喘息

気道過敏性検査（アストグラフ法）による診断、血液検査による抗原検索を行い、抗原回避指導と吸入ステロイドを中心とした治療を行っています。

重症度に応じ、吸入ステロイド剤をベースに気管支拡張剤の併用、抗コリン剤の併用を行っています。それでもコントロールが十分でない方はトリプルセラピーを行っています。さらに重症な方にはIL-5阻害剤を注射しています。

○慢性閉塞性肺疾患（COPD）

肺機能検査・HRCT（高分解能CT）による早期発見に努め、禁煙指導・呼吸訓練・吸入療法を中心とした治療を行っています。適応に応じて在宅酸素療法も行っています。

○その他の慢性肺疾患

特発性間質性肺炎には抗線維化薬を中心とした治療を行っています。

○肺腫瘍性病変

気管支鏡・マルチスライスCTなどの検査を行い、呼吸器外科と連携をとりながら診療にあたっています。

○睡眠時無呼吸症候群（SAS）

自宅で検査可能なアプノモニターによりSASが疑われる方に1泊入院していただき、終夜睡眠ポリグラフ検査で確定診断を行っています。治療としては、重症例には在宅での持続陽圧呼吸（CPAP）を行っています。耳鼻咽喉科、歯科とも連携を取り手術、マウスピースの装着など適切な治療法の選択に努めています。

○花粉症

血液検査により、抗原の検索を行い抗原回避の指導と、抗アレルギー剤・抗ヒスタミン剤による計画的な治療を行っています。

また重症例には、耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科とも連携をとり適切な治療に努めています。

スギ花粉症には、減感作療法を予定しております。

○ハチ毒アレルギー

ハチ毒によるアナフィラキシーについて説明し、アナフィラキシー補助治療剤（エピペン）の処方を行っています。

2. 診療医師

内科部長	北澤 俊一
呼吸器内科副部長	常勤医師
非常勤医師	2名/月

3. 診療実績

外来延患者数：6,127人（新患：635人）

入院延患者数：6,875人（新入院患者数：86人、退院患者数：83人）

循環器内科

1. 診療の概要

心臓と血管の疾患を中心に診療しており、代表的な疾患は高血圧症、狭心症、心筋梗塞、心臓弁膜症、心不全、不整脈、大動脈瘤、静脈血栓症（エコノミー症候群、肺血栓塞栓症）、心臓血管手術後のフォローアップなどです。ペースメーカー外来も定期開設しております。

2. 診療医師

理事長・病院長 佐々木 達哉
循環器内科部長 向井田 昌之
非常勤医師 2名/月

3. 診療実績

外来延患者数：7,979人（新患：227人）

入院延患者数：8,424人（新入院患者数：137人、退院患者数：130人）

4. 手術・検査

○手術件数 6件

（内訳）

- ペースメーカー移植術 1件
- ペースメーカー交換術 5件

○主な検査件数

- 心エコー検査 884件
- ホルター 128件
- 心電図（ECG） 1,238件
- トレッドミルによる負荷心肺機能検査 2件
- トレッドミルによる負荷心電図検査 13件

消化器内科

1. 診療の概要

消化器内科とは、食道、胃、十二指腸、小腸、大腸等の消化管の疾患（胃炎、胃潰瘍、胃がん、胃ポリープ、逆流性食道炎、食道がん、ピロリ菌感染、十二指腸潰瘍、大腸ポリープ、大腸がん、潰瘍性大腸炎、消化管出血、腸炎）から、肝臓、胆嚢、膵臓などの消化器全般（慢性肝炎（B・C型肝炎ウイルス、その他）、肝硬変、肝がん、胆石、胆嚢ポリープ、胆嚢がん、胆管がん、膵がん）を取り扱う診療科です。また糖尿病を中心とした生活習慣病の治療や教育入院も行っております。

治療手技として、胃・大腸ポリープ粘膜切除術（EMR）、早期胃癌粘膜下層剥離術（ESD）、胆膵内視鏡検査治療（ERCP）などを積極的に行っています。

2. 診療医師

第一消化器内科部長	渡邊 健
第二消化器内科部長	中野 巳三喜
非常勤医師	5名/月

3. 診療実績

外来延患者数：6,705人（新患：708人）

入院延患者数：11,100人（新入院患者数：380人、退院患者数：392人）

4. 手術・検査件数

○主な手術件数

- 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm未満）—— 177件
- 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm以上）—— 16件
- 内視鏡的消化管止血術 —— 10件
- 内視鏡的胆道結石除去術 —— 10件
- 内視鏡的膵管・胆道ステント留置術 —— 9件
- 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 —— 9件
- 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術 —— 1件
- 胃瘻造設 —— 21件

○主な検査件数

- 腹部エコー（超音波検査：胸腹部） —— 249件
- 胃カメラ —— 485件
- 大腸カメラ —— 235件

脳神経内科

1. 診療の概要

脳神経内科では、脳血管疾患とそのリスク管理、パーキンソン病や認知症などの診断と治療、他院からのリハビリテーション依頼などに対応しています。

当科では、片頭痛やてんかんなどを患う比較的若年の患者さんも診察しておりますが、圧倒的に高齢の患者さんが多いため、疾患のみならず社会的事情を考慮しながら診察にあたっています。またポリファーマシーの解消や医原的な神経症状を見逃さないことにも気を配っています。

先進的な医療には対応していませんが、地域の患者さんのお役に立てる身近な医療を心がけています。

2. 診療医師

第一脳神経内科部長 小川 雅也

第二脳神経内科部長 小泉 大造

3. 診療実績

外来延患者数：4,582人（新患：256人）

入院延患者数：21,492人（新入院患者数：191人、退院患者数：186人）

4. 主な検査件数

- 脳波 ————— 17件
- 神経伝導検査 ——— 19件
- 筋電図 ————— 1件
- MRI ————— 285件（外来202件、入院83件）
- CT ————— 449件（外来276件、入院173件）

心療内科

1. 診療の概要

3名の医師と1名の公認心理師で診療を行っています。診療対象としてはうつ病、うつ状態、不安障害、適応障害、身体症状症などの精神疾患が多く、典型的な心身症はむしろ稀です。院内外からの紹介患者もあり、院内他科からの紹介による入院患者の併診も行っております。

当科では精神症状が強い場合、統合失調症が疑われる場合や双極性障害などでは精神科へ診療を依頼しております。以前から職場内の対人関係から適応障害を起こす人が多くみられましたが、最近目立つのは発達障害がらみの症状を持つ患者、思春期の問題を抱える患者、そして認知症です。いずれも当科の検査・治療体制は不十分ですが、他の医療機関でも専門しているところが極めて少ないことが問題です。

2. 診療医師

第一心療内科部長（理事・副院長）	千葉 太郎
第二心療内科部長	星野 健
非常勤医師	加藤 明子
公認心理師	西國 千春

3. 診療実績

外来延患者数：9,380人（新患：242人）

入院延患者数：4,096人（新入院患者数：35人、退院患者数：35人）

4. カウンセリング実施実績

公認心理師：西國 千春

延回数——401回

●総数 57人（女性：53人、男性：4人）

前年度からの継続 —— 29人

新規 —— 27人

再開 —— 1人

肝臓内科

1. 診療の概要

平成10年に開設された「肝臓外来」には、過去24年間に特に多くの肝炎ウイルスキャリア（B,C型）の方が受診されました。C型肝炎は当初はインターフェロン療法で、近年は経口薬（DAA）療法でほとんどの方が治癒されました。またB型肝炎も近年は核酸アナログ薬（NA）の経口投与で、ウイルスの活動を抑え病態の進行を抑えることが可能になりました。また、脂肪肝や非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）に対しては、生活指導を含めた治療を行っています。併せて、不必要なサプリメントの摂取は控えるように指導しています。

2. 診療医師

肝臓内科部長 石川 和克

3. 診療実績

外来延患者数： 168人

入院延患者数：2,713人（新入院患者数：29人、退院患者数：31人）

4. 肝臓内科外来の現況

1) C型肝炎

外来診療において、かつて大多数を占めていたC型肝炎の患者さんは、新薬の経口DAA（ハーボニー、マヴィレット）の8～12週投与により、ほとんどの例でC型肝炎ウイルス（HCV）が消失し、治癒と判定されるに至り、発がんや肝硬変への進展のリスクが減少した。したがって新規治療導入患者さんはごく少数となっており、国をあげての肝炎対策の結果でもある。

2) B型肝炎

B型肝炎ウイルス（HBV）DNA量が多く、HBVコア関連抗原陽性あるいはHBs抗原量が多い場合は、病態の進展抑制のために、適宜核酸アナログ（NA）製剤（ベムリデー）を用いている。年余にわたる服薬の継続が可能で、発がんや肝硬変への進展予防が期待される。

3) 非アルコール性脂肪性肝疾患

メタボリックシンドローム（MetS）の肝臓における表現型（脂肪肝）と考えられるので、循環器疾患、腎疾患、糖尿病との関連に留意して経過観察をしている。中でも肝硬変への進展リスクを有する非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）の存在を念頭におき、大学病院とも連携して対処している。

4) 特殊な原因による肝障害として留意すべき例

EBウイルス感染、原発性胆汁性胆管炎（PBC）、甲状腺機能低下症、自己免疫性溶血性貧血、胆道系の機能不全、自己免疫性肝炎、burnout NASH、などを対象としている。

外科・消化器外科

1. 診療の概要

一般的な外傷、消化系疾患、鼠径部ヘルニア、腹壁疾患などを中心に診療を行っております。身体への負担の少ない腹腔鏡手術も施行しております。患者さんの全身状態を十分に評価し、治療方針を相談の上で決めていきます。

2. 診療医師

消化器外科部長 兼 乳腺外科部長（医局長） 松谷 英樹

3. 診療実績

外来延患者数：2,136人

入院延患者数：3,567人（新入院患者数：153人、退院患者数：152人）

※松谷医師担当の消化器外科、肛門外科、乳腺外科の合計数になります。

4. 手術・検査件数

○手術件数 69件

（内訳）

●腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術・修復術	43件
●鼠径ヘルニア術	7件
●腹腔鏡下大腿ヘルニア術	1件
●腹腔鏡下臍ヘルニア術	1件
●腹腔鏡下胆嚢摘出術	4件
●腹腔鏡下虫垂切除術	2件
●S状結腸切除術	1件
●横行結腸切除術	1件
●皮膚腫瘍切除術	3件
●中心静脈栄養用植込型カテーテル設置術	1件
●抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入植込型カテーテル設置術・除去術	3件
●その他	2件

○主な検査件数

●超音波	122件
●細胞診	8件

外科・心臓血管外科

1. 診療の概要

心臓血管外科では主に血管外科を中心に診療しています。代表的な病気の診療を以下に示します。

○腹部大動脈瘤

診断、保存的治療や画像検査による経過観察を行っています。

○急性・慢性動脈閉塞症

診断から手術まで施行しています。検査ではCT血管造影やMR血管造影検査を用いて動脈の閉塞病変を詳細に描出しています。動脈閉塞症では足関節・上腕血圧比（ABI）や皮膚還流圧（SPP）を測定することにより虚血病変を正確に評価し、最新のガイドラインに基づき血管内治療とバイパス手術の適応を判断しています。

○下肢静脈瘤

空気容積脈波（APG）、カラードップラーエコー、静脈造影を適宜用いて病態を把握しています。手術は年間約220～250例施行しています。入院期間は2～3日が標準です。

*一部手術については、コロナ禍の影響あり

2. 診療医師

第一血管外科部長（副院長） 中島 隆之
第二血管外科部長 佐藤 央

3. 診療実績

外来延患者数 : 2,768人

入院延患者数 : 12,642人（新入院患者数：285人、退院患者数：290人）

4. 手術件数

○手術件数 223件
(血管外科：202件、泌尿器科：21件)

(内訳)

- 静脈瘤手術 レーザー焼灼術 116件（右36件、左49件、両31件）
- 下肢静脈瘤血管内塞栓術 34件（右11件、左15件、両8件）
- 下肢静脈瘤高位結紮術 3件
- 動脈バイパス術 6件
- 四肢の血管拡張術・血管形成術 11件
- 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置術・抜去術 5件
- 切断術（大腿部、四肢） 7件
- 腫瘍摘出術 6件
- バルーン拡張術 3件
- シャント設置術、血栓除去術等 26件（うち泌尿器科21件）
- その他 6件

外科・乳腺外科

1. 診療の概要

乳腺の疾患を主に対象として診療を行っております。マンモグラフィ、乳腺超音波検査、細胞診、針生検、吸引式乳房組織生検（マンモトーム）、CT検査、乳房MRI検査などを施行し早期発見に努めています。治療面は基本的にガイドラインにのっとり行います。乳房の温存を心がけております。

2. 診療医師

消化器外科部長 兼 乳腺外科部長（医局長） 松谷 英樹

3. 診療実績

外来延患者数：2,136人

入院延患者数：3,567人（新入院患者数：153人、退院患者数：152人）

※松谷医師担当の消化器外科、肛門外科、乳腺外科の合計数になります。

4. 手術・検査件数

○手術件数 ————— 17件

（内訳）

- 甲状腺全摘出術 ————— 1件
- 甲状腺右葉切除術 ————— 1件
- 胸部デブリードマン ————— 1件
- 抗悪性腫瘍剤静脈内持続注入植込型カテーテル設置術 — 3件
- 乳腺腫瘍切除術・部分切除術 ————— 2件
- 乳房切除術・部分切除術 ————— 8件
- 前胸部皮下腫瘍切除 ————— 1件

○主な検査件数

- マンモグラフィ（乳房撮影） ————— 247件
- 超音波検査 乳腺 ————— 372件
- 超音波検査 甲状腺 ————— 109件
- 針生検 CNB ————— 12件
- 細胞診－乳腺 ————— 17件
- 吸引式乳房組織生検（マンモトーム検査） ————— 24件
- 細胞診－甲状腺 ————— 18件

外科・肛門外科

1. 診療の概要

痔核、裂肛、痔瘻などの肛門疾患の治療を行っています。痔を切らずに治す硬化療法（ジオン注）も施行しております。保存療法、薬物療法または手術療法の中から、個々の病状や生活スタイルに合わせて治療法を選択しております。

2. 診療医師

消化器外科部長 兼 乳腺外科部長（医局長） 松谷 英樹

3. 診療実績

外来延患者数：2,136人

入院延患者数：3,567人（新入院患者数：153人、退院患者数：152人）

※松谷医師担当の消化器外科、肛門外科、乳腺外科の合計数になります。

4. 手術・検査件数

○手術件数 16件

（内訳）

- 痔核・痔瘻根治術 8件
- 内痔核四段階による硬化療法 2件
- 肛門ポリープ切除術 1件
- 肛門周囲膿瘍切開排膿術 1件
- 肛門周囲皮下腫瘍切除術 1件
- 直腸脱手術（Gant-Miwa法+Thiersch法） 1件
- 臀部腫瘍切開術 1件
- 臀部切開排膿術 1件

○主な検査件数

- 肛門鏡検査 165件

外科・緩和ケア外科

1. 診療の概要

緩和ケア病棟、緩和ケア外科外来、訪問看護ステーションと連携した在宅緩和治療等、患者さんと御家族を一環して支えるよう取り組んでいます。

2. 診療医師

呼吸器外科部長 兼 緩和ケア外科部長 藤井 祐次

3. 診療実績

外来延患者数：1,228人

入院延患者数：7,319人（新入院患者数：168人、退院患者数：184人）

4. 手術・紹介受付・訪問診療件数

○手術件数 ————— 8件

(内訳)

- 気管切開術 ————— 1件
- 胸腔鏡下ブラ切除術 ————— 1件
- 胸腔鏡下肺部分切除術 ————— 1件
- 胸腔鏡下肺縫縮術 ————— 1件
- 胸腔鏡下急性膿胸手術 ————— 1件
- 他 ————— 3件

○緩和ケア紹介受付件数 ————— 41件

(内訳)

- 岩手県立中央病院 ————— 23件
- 岩手医科大学附属病院 ————— 11件
- 盛岡市立病院 ————— 4件
- その他 ————— 3件

○訪問診療 ————— 4件

形成外科

1. 診療の概要

形成外科とは、先天性および後天性の身体外表の異常、すなわち醜状などを治療対象とし、これを外科手技（手術）や保存療法により、機能的および形態的に改善を図る外科の一分野です。様々な形態の異常を対象にし、機能と整容の両側面を考慮し診療しております。

形成外科一般、特に顔面外傷の初期治療と二次的修復、皮膚腫瘍や軟部組織腫瘍の切除・再建、先天異常、難治性潰瘍・褥瘡の外科治療を行っております。具体的には、顔面外傷（傷、傷跡、骨折）、顔面や四肢や体幹の皮膚・軟部組織腫瘍（できもの、ほくろ、皮膚癌など）、先天異常（唇裂・口蓋裂、耳・鼻・眼瞼・手足の形態異常）、美容外科（隆鼻・重瞼術、眼瞼の除皺・眼瞼下垂症等）、手足の外傷（皮膚欠損、瘢痕の外科治療）や陥入爪・巻爪の根治手術、下腿皮膚潰瘍等、熱傷（やけど）、熱傷潰瘍、熱傷瘢痕、褥瘡の外科治療等も取り扱っております。また、腋窩多汗症は手術以外に注射で治療を行えるようになりました。

2. 診療医師

非常勤医師 2名/月

3. 診療実績

外来延患者数：836人（新患：103人）

4. 手術件数

○手術件数	103件
（内訳）	
●皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）	34件
●皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）	17件
●皮膚切開術（直径10cm未満）	14件
●爪甲除去術	12件
●腋臭症手術	6件
●皮膚皮下粘膜下血管腫摘出術	5件
●陥入爪手術	3件
●皮弁形成術	3件
●皮膚悪性腫瘍切除術	1件
●副耳（介）切除術	1件
●全層植皮術	1件
●ガングリオン摘出術（足）	1件
●皮下異物摘出術	1件
●他	4件

整形外科・リウマチ科

1. 診療の概要

整形外科とは、主に骨や筋・腱に関する診察・治療を行うところです。例えば、腰痛や膝痛、慢性関節リウマチ、骨折、スポーツ外傷等があります。

治療は投薬や注射、手術、リハビリなど、その方の症状や状態に合わせて行います。治療の前には、痛みがある部位の状態を知るためにレントゲンやMRI（超電導磁気共鳴診断装置）撮影を行ったり、血液検査を行うこともあります。

当科では慢性関節リウマチや変形性関節症に対する人工関節置換術（じんこうかんせつちかんじゅつ）に対する手術を積極的に行っております。これらの術後は1日でも早く日常生活に復帰できるようにリハビリを行います。

2. 診療医師

理事・名誉院長	遠藤 重厚
第一整形外科部長	星 光彦
第二整形外科部長	加藤 幸三
非常勤医師	9名/月

3. 診療実績

外来延患者数：11,702人（新患：1,809人）

入院延患者数：27,732人（新入院患者数：518人、退院患者数：504人）

4. 手術・検査件数

○手術件数 ————— 271件

(内訳)

- 人工膝関節置換術（再置換術含む）————— 51件
- 人工股関節置換術（再置換術含む）————— 29件
- 上腕骨、前腕骨、鎖骨観血の手術————— 17件
- 大腿骨、下腿骨、膝蓋骨観血の手術————— 26件
- 人工骨頭挿入術（股）————— 10件
- 骨内挿入物・異物除去術————— 9件
- 腰椎椎間板内酵素注入術————— 8件
- 腰椎椎間板ヘルニア摘出術————— 7件
- 腰椎後方固定、除圧固定、椎体間固定術————— 19件
- 頸椎前方固定、除圧固定術————— 3件
- 腰椎椎弓形成術・切除術————— 21件
- 頸椎椎弓形成術————— 4件
- 腱鞘切開術————— 30件
- 手根管開放術————— 10件
- 外反母趾手術————— 5件
- 関節炎・骨髄炎搔爬術————— 4件
- 他————— 18件

脊椎・末梢神経外科

1. 診療の概要

脊椎・末梢神経外科では、腰椎椎間板ヘルニア、高齢化に伴い患者さんの多い腰部脊柱管狭窄症などの腰の疾患、頚椎症性脊髄症、頚部神経根症などの頚椎疾患、手根管症候群、肘部管症候群などの末梢神経疾患を対象としています。

集中治療室を術後使用が必要な場合のある脊椎疾患や術後、放射線療法が必要な脊椎疾患や手術に6時間以上もかかり、輸血が必要な脊椎疾患（たとえば、脊椎転移性腫瘍や脊椎外傷、脊椎側弯症、慢性リウマチによる頚椎疾患等）は設備などの関係等で当院での治療はできませんのでご了承ください。診療上のモットーは「神経症状に対する責任高位診断の「見立て」にこだわる」です。手術治療では手術用顕微鏡下に特化した低侵襲手術です。その中で特に腰椎では筋肉温存型顕微鏡下半円周除圧（MILD-SCD法）、頚髄症に対する白石法（筋肉温存型選択的除圧）などが、東北地域では乗上が最も得意としている術式で多く行っております。

2. 診療医師

脊椎末梢神経外科部長	乗上 啓
非常勤医師	工藤 浩一 福田 恵介

3. 診療実績

外来延患者数：1,966人（新患：445人）

入院延患者数：1,897人（新入院患者数：129人、退院患者数：128人）

4. 手術件数

○手術件数	総計128件
(内訳)	
脊椎に関わる手術	105件
●椎弓形成術、椎弓切除術	59件
●椎間板摘出術（後方摘出術）	42件
●黄色靭帯骨化症手術	4件
末梢神経・手に関わる手術	23件
●手根管開放術	17件
●腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む）	3件
●神経剥離術（その他のもの）	2件
●腫瘍摘出術	1件

泌尿器科

1. 診療の概要

当科は一般的に馴染みの少ない診療科であり、また、受診するのにためらいを感じる方も少なくありません。最近マスコミで当科関連の病気が取り上げられる機会が多くなり、受診される方が増えつつあります。恥ずかしさを気にすることは無く、簡単な検査での診断や治療がほとんどです。

当科で扱っている臓器は腎臓、膀胱、前立腺、精巣、その他男性性器などがあります。各臓器の悪性腫瘍の診断、特に検診からの腎臓癌、前立腺癌、膀胱癌の診断および一部の治療も行っています。当科受診は男女問わず、排尿に関しての症状の患者が多くいます。膀胱炎、前立腺肥大症、過活動膀胱、尿失禁などの疾患で、診断と内服治療しています。内服治療で効果のない患者には、前立腺肥大症には内視鏡手術、尿失禁には小手術も行っています。

その他、男性不妊症の診断、女性の膣からの腫瘍（骨盤臓器脱）、包茎手術、男性避妊手術なども行っています。また月1回の腎移植外来日も置いており、腎不全患者における生体腎移植の相談および移植術後患者の定期受診も行っています。

当泌尿器科は秋田大学医学部泌尿器科の関連病院で、近隣では岩手医科大学附属病院泌尿器科との連携で、高度の治療が必要な疾患においてもタイアップをしています。

2. 診療医師

泌尿器科部長 鈴木 明
非常勤医師 4名/月

3. 診療実績

外来延患者数：17,147人（新患：760人）

入院延患者数：8,246人（新入院患者数：208人、退院患者数：213人）

4. 手術・透析件数

○手術件数 42件

(内訳)

- 内シャント設置術 19件
- 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術） 10件
- グラフト血栓除去術 1件
- グラフト留置術 1件
- 経尿道的前立腺手術 2件
- 包茎手術 3件
- 他 6件

○透析件数 12,609件

(内訳)

- 外来： 8,906件
- 入院： 3,703件

婦人科

1. 診療の概要

平成29年1月4日より、盛岡友愛病院の婦人科は、月曜日から土曜日まで外来診察をしております。月・水・金曜日は午後の診療もしております。

当診療科では落ち着きを大切に、ゆったりペースで診療しています。

当科の患者さんは、偶然他科を受診し婦人科の開設を知った方や、他科からの紹介患者さんがほとんどでした。現在は、盛岡の子宮頸がん検診の方が多くいらっしゃいます。また、当科受診の患者さんの傾向として、初めて婦人科を受診する方や、何十年ぶりに受診する方、娘さんを受診させる方、母親を受診させる方が多いようです。

思春期の稀発月経や月経不順、過多月経といった月経関連疾患の方が多く来院します。月経前症候群や月経前不快気分障害の患者さんも受診しています。不正出血のため子宮頸がん検査や子宮体がん検査が必要な患者さん、検診後の精密検査のためコルポスコピーやCT検査、MRI検査が必要な方も来院致します。婦人科感染症としては性器ヘルペス、クラミジア、カンジダ膣炎。子宮筋腫、子宮内膜症の検査、治療。老年期の萎縮性膣炎、子宮脱、子宮留膿腫を多数診療しています。分娩取扱い施設ではありませんが、妊娠の診断や、妊娠に関連する相談、ピルの処方もおこなっています。現在当科でおこなっている手術は、円錐切除や子宮筋腫、子宮内膜ポリープ等の膣式手術が中心となっています。すべての疾患を取扱うことはできませんが、女性の健康管理に役立つことを目標としています。

【対象疾患・症状】

- 感染症：性器ヘルペス、クラミジア、カンジダ膣炎。
- 子宮筋腫、子宮内膜症の検査、治療。
- 老年期の萎縮性膣炎、子宮脱、子宮留膿腫。
- 分娩取扱い施設ではありませんが妊娠の診断や妊娠に関連する相談、ピルの処方。
- 手術は、円錐切除や子宮筋腫、子宮内膜ポリープ等の膣式手術が中心。

2. 診療医師

婦人科部長 佐藤 有
非常勤医師 1名/月

3. 診療実績

外来延患者数：1,583人（新患：344人）

入院延患者数： 62人（新入院患者数：12人、退院患者数：11名）

4. 手術・検査件数

- 子宮頸部（膣部）切除術 ————— 9件
- 子宮内膜搔爬術 ————— 1件
- バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術（造袋術を含む）—— 1件
- 子宮頸管ポリープ切除術 ————— 7件
- 子宮頸がん検診（内診・細胞診）————— 840件
- コルポスコピー検査 ————— 25件
- 他医療機関からのCT検査依頼 ————— 30件
- 他医療機関からのMRI検査依頼 ————— 36件

麻酔科

1. 診療の概要

当院麻酔科の主な仕事は手術室での麻酔です。

安全で快適な麻酔を受けてもらうため、手術前に患者さんに麻酔方法について説明をし、手術中や手術後に起こるかも知れない問題点などをお話ししております。また、手術後は傷の痛みをできるだけ軽くして過ごせるように個々に適した痛み対策についても説明しております。

当院は、市内で開業されている先生が当院で手術をするセミオープンシステムを導入しており、院外の先生とも密な連絡をとり安全に麻酔・手術が施行されるように心がけております。

2. 診療医師

非常勤医師 7名/月

3. 麻酔実績

○麻酔件数	885件
●全身麻酔	459件
●脊椎麻酔	25件
●局所麻酔	360件
●局麻(テノン嚢下・球後)	41件

小児科

1. 診療の概要

気管支喘息、食物アレルギー、アトピー、花粉症などのアレルギー性疾患を従来より継続しています。治療だけでなく、日常生活で気をつけることなども指導しています。

気管支喘息は、アレルギー物質が体の中に入ることや、冷たい風にさらされる、タバコなどの煙を吸う、下気道感染などがきっかけになり発症します。喘息患者さんの気管支は、軽い炎症がたえず起きていることが多く、風邪などをきっかけに、その炎症がひどくなり発作になることがあります。そのため、普段から気管支の炎症を抑えることが必要になるのです。また、子供のときに発症した喘息は、治療が不十分だったり、お薬を飲まずに発作を繰り返したりすると、成人喘息に移行することがあります。発作を起こさないようにするためには、症状が落ち着いていても、ある程度長い期間のお薬の内服が必要です。

その他、乳児健診・予防接種も積極的に行っております。

当院は小児科の入院設備がないため、入院が必要なお子さんは、近隣の病院小児科に紹介させて頂いております。

2. 診療医師

小児科部長 和田 博泰
非常勤医師 1名/月

3. 診療実績

外来延患者数：1,447人（新患：796人）

皮膚科

1. 診療の概要

週一回月曜日のみ診療のため、切除などの手術目的の患者さんには原則対応しておりませんが、良性なのか悪性なのかといったご相談は承っております。検査・入院が必要な患者さんは岩手医科大学附属病院皮膚科にご紹介し連携して治療にあたります。(現在、再診のみの診察となります。)

【対象疾患・症状】

- 湿疹、蕁麻疹、かぶれ、アトピー性皮膚炎、手あれ、痒疹、中毒疹（薬疹など）
- 乾癬、掌せき膿疱症
- 虫刺され全般、疥癬
- 老人性疣贅、日光角化症
- 円形脱毛症（軽症）
- 熱傷（軽症）
- 皮膚潰瘍、褥そう
- 紫斑病
- 肝斑（しみ）、炎症後の色素沈着
- にきびや毛のう炎、とびひなどの細菌感染症
- うおのめ、たこ
- 足・爪水虫
- 帯状疱疹、口唇ヘルペス、尋常性疣贅、水いぼなどのウイルス感染症
- 凍傷（しもやけ）
- 膠原病に合併する皮膚病
- 類天疱そう
- その他皮疹が存在し、痛みや痒みを伴う状態の方
- 皮膚がん相談

慢性皮膚疾患でお悩みの患者さんに、丁寧な説明を行う事をモットーにしており、季節に合ったスキンケア、外用指導、入浴指導を行っております。

2. 診療医師

非常勤医師 1名/月

3. 診療実績

外来延患者数：1,052人

耳鼻咽喉科

1. 診療の概要

耳鼻咽喉科は人間が生きていくために必要な器官を取り扱う専門科です。聴覚、平衡覚、味覚、嗅覚などの感覚、そして摂食・嚥下、音声言語、呼吸などの機能、それらに必要な、みみ、はな、のど、頸部の診察を行うことができます。

当院の耳鼻咽喉科では、これら耳鼻咽喉科一般診療に加え、頭頸部外科（がん）、難聴、嚥下に関する専門診療にかかわる医師の診療を受けることができます。

- 頭頸部外科領域（頭頸部外科外来）では岩手医科大学附属病院での治療を終えた患者さんのがんフォローアップを行っております（火曜日午後、完全予約制）。

主に頭頸部がんの治療後の患者さんの定期的な経過観察を行っております。咽頭ファイバー検査、CT検査、MRI検査を必要時に速やかに行い、再発や転移の早期発見に努めております。更なる精密検査や治療につきましては、岩手医科大学附属病院頭頸部外科をはじめとする近隣の病院と密に連携をしており、患者さんに適切な医療を提供できるよう心がけております。

- 嚥下領域では主に入院患者さんを対象とし、主治医、言語聴覚士と連携し、喉頭内視鏡（柔らかいファイバースコープ）を用いて嚥下評価を行います。木、金曜日の診察となります。嚥下内視鏡検査とは鼻から喉頭内視鏡をのどまで挿入し、のどの動きと感覚や実際に色々な形態の食べ物を食べて頂く様子を直接モニターで確認しながら評価を行う検査のことです。梗塞などやその他のリハビリテーションで入院されている患者さんの中には、病状の進行による影響や、口・のどの動きや感覚の低下による誤嚥性肺炎を発症される方がおられます。経口摂取ができない期間が長くなるほど飲み込みの働きが落ち、生活の質の低下に繋がってしまいます。当科では専門の言語聴覚士と協力し嚥下内視鏡検査を行うことで、患者さんに適切な形態のアドバイス、飲み込みのリハビリテーションを提供するお手伝いをしております。

2. 診療医師

非常勤医師 3名／月

3. 診療実績

外来延患者数：1,667人（新患：268人）

4. 主な検査件数

- 聴力検査数 ————— 186件
- 嚥下内視鏡検査数 ————— 2件

眼科

1. 診療の概要

眼科疾患全般の診療を行っています。

具体的には、結膜炎、花粉症、ドライアイ、眼瞼疾患、角膜炎、流涙症、白内障、緑内障、飛蚊症、網膜疾患、糖尿病網膜症、加齢黄斑変性、眼底出血、視神経疾患、近視、老眼、眼鏡処方、コンタクトレンズ、斜視、眼精疲労、検診・人間ドック後の精密検査等です。

各疾患の診察には充実した検査機器を用い、適正な診断がなされるよう配慮しております。

白内障手術も行っております。手術は入院を基本にしています。

眼科の病気は、目に自覚症状がなくても目の中で病気が進行していることがあります。例えば、白内障、緑内障、糖尿病網膜症、網膜動脈硬化症、周辺網膜萎縮などが代表的な病気です。発見が遅れると重症化してしまうこともあります。症状がなくても、あるいは全身疾患をお持ちの方は眼科の診察を定期的な受けられることをお勧めします。

2. 診療医師

非常勤医師 3名/月

3. 診療実績

外来延患者数：3,955人（新患：109人）

入院延患者数： 82人

4. 手術件数

○手術件数 ————— 95件

（内訳）

- 水晶体再建術＋眼内レンズ挿入術 ——— 41件
- 後発白内障手術 ————— 41件
- 網膜光凝固術 ————— 5件
- 結膜結石除去術 ————— 5件
- マイボーム腺切開術 ————— 2件
- 麦粒腫切開術 ————— 1件

歯 科

1. 診療概要

お口の健康は、子供の成長から高齢者にとって非常に重要である。小児から成人、高齢者に至るまで、患者さんの現状を一時点ではなく、連続した流れの中で病態を判断し今後の変化、それによって生じる問題についても予測し対応しながら治療を行っている。歯を失う原因と言われる2大疾患「虫歯」・「歯周病」の治療を行い、歯の欠損部を補って丈夫な歯を維持し、口腔関連組織を健全な状態で、健全な体を維持することが治療の目標である。最近、歯周病や口の中の老化が全身に及ぼす影響などについて問題視されるようになってきている。口の衰えが心身の衰え自立度低下に陥り、生活範囲の狭まり及び精神面の不安定さをかもし出すことからオーラルフレイルの予防も積極的に取り入れた治療を行っている。病院歯科の特典を活かし、全身疾患へのかかわりを把握して歯科治療を行っている。

小児歯科では、乳歯は成人の歯に比べて虫歯になりやすく、成長に合わせたアプローチで、永久歯の萌出までを考慮した治療を行い、小児の口腔管理（定期検診による予防アプローチ、生活習慣指導）を行っている。

矯正歯科では小児の場合、乳歯から成人の歯の生え変わる時期は、歯がまだ安定せず、悪習癖や顎の成長具合により、歯並びが悪くなってしまうリスクがある。早いうちから歯の大きさに対して顎の大きさの不調和、筋肉や舌の使い方がうまくできないと小児の口の中の健全な成長の妨げとなる。幼児期から経過観察を行いながら混合歯列期の8, 9歳位に確実な診察の後に治療を開始する。症例によっては長期間要するものもある。成人の場合は、永久歯に生え変わってからの治療になりますので、中学生以上になると、こちらに該当します。主にブラケットで歯を並べる治療を行っている。矯正歯科治療は大学の矯正専門の先生が診察、治療を行っている。

2. 診療医師

歯科部長 塩山 司
非常勤医師 4名/月

3. 診療実績

外来延患者数 —— 3,867人

【疾患内訳】

歯牙う蝕 —— 1,176件	歯髄炎 —— 147件	根尖性歯周炎 —— 432件
歯周炎 —— 486件	歯肉炎 —— 150件	知覚過敏症 —— 64件
智歯歯周炎 —— 34件	口腔粘膜疾患 —— 104件	口腔外傷 —— 2件
顎関節症 —— 12件	歯牙欠損症 —— 1,007件	

【診療内容】

う蝕処置・覆罩 —— 867件	充填処置 —— 1,553件	抜髄 —— 82件
感染根管処置 —— 52件	消炎処置 —— 89件	貼薬処置 —— 118件
根充 —— 119件	スケーリング —— 739件	歯周疾患処置 —— 954件
抜歯 —— 432件	金属歯冠修復 —— 300件	レジン前装金属冠 —— 125件
CAD/CAM冠 —— 27件	ブリッジ —— 74件	有床義歯 —— 139件
義歯修理 —— 228件	床裏装 —— 89件	再装着 —— 165件

健診センター

1. 診療概要

当センターは、こじんまりとした施設ですので、どのような方にも御利用いただけるよう、一部の検査を除いては一連の検査をセンター内で行うなど導線の簡略化と検査間の移動の軽減などスムーズでストレスフリーな健診を実現しています。健診内容としましては、当院の各科専門医師のご協力を得て、人間（日帰り）ドック・脳ドックをはじめ、各種成人検診、特定健診などを実施しています。最近ではアミノインデックス検査（がんのリスク評価）など各種のオプション検査も充実させ、生活習慣病の早期発見・予防に取り組んでいます。病院併設の利点を生かし、精密検査や治療が必要になった際には専門医へのすみやかな受診が可能となっています。

2. スタッフ

健診センター部長 高橋 弥生
非常勤医師 1名/月
臨床検査技師 7名
放射線技師 6名
看護師 5名
医事課 2名

3. 診療実績

健康診断 ————— 2,573件

(内訳)

企業健診 ————— 743件

職員健診 ————— 1,129件

個人健診 ————— 58件

特定健診 ————— 624件

その他 ————— 19件

●日帰り人間ドック ————— 72件

●脳ドック ————— 20件

●オプションドック ————— 11件

●国保特定健診 ————— 342件

●後期高齢特定健診 ————— 164件

●盛岡市成人検診 ————— 1,996件

(内訳)

健康診査 ————— 16件

肝炎ウイルス検診 ————— 43件

肺がん検診 ————— 491件

胃がん検診（バリウム） — 159件

乳がん検診 ————— 253件

もの忘れ検診 ————— 38件

女性健康診査 ————— 13件

前立腺がん検診 ————— 133件

大腸がん検診 ————— 475件

胃がん検診（内視鏡） — 104件

子宮がん検診 ————— 271件

部門別活動状況

Ⅱ. 看護部

看護部	51	外 来	62
東4階	54	透 析	63
南3階	55	手術室	64
南4階	56	中央材料室	65
南6階	57	看護部目標の評価	66
南7階	58	総合評価及び課題	67
西3階	59		
西4階	60		
西5階	61		

看護部

看護部長：外館 和佳子

1. 看護部概要

(1) 看護部理念

すべての人々に信頼され安全な看護を提供します

(2) 看護部基本方針

- ①常に患者さんの立場に立ち、その人の権利を尊重します
- ②専門職として、知識、技術の研鑽に努め、患者さんの安全を保障します
- ③多職種との連携を密にし、患者さんとの信頼関係を築くよう努力します
- ④患者さんのニーズに応え、地域から選ばれる病院作りを目指します

2. 看護部目標と評価

(1) 安全・安心な看護の提供

- ①リスク（事故・褥瘡・感染）の予防と実践（継続）
- ②病院機能評価受審対応準備

ゴール指標：a 病院機能評価内部監査結果の課題を明確にし、解決策を見出す。
b 看護必要度速報値から問題を明らかにし、対策を立案する。

評価：a 病院機能評価内部監査を行うことで、本番に向けた雰囲気を感じながら解決策に向けて取り組むことができた。病棟ラウンドでは、指摘事項を早期に解決することが出来た。

b 看護必要度については、次年度の診療報酬改定を意識した取り組みが出来た。また稼働実績については、毎月各部署での対策を師長会で共有することが出来た。

(2) 看護の質向上

- ①教育システムの構築
- ②新しい看護サービス
- ③患者満足度の向上

ゴール指標：a e-ラーニングを教育計画に取り入れ、課題を明文化する。
b 管理者研修を計画し、来期へ向けて具体案を見出す。

評価：a e-ラーニング導入により、新人教育の教育計画にe-ラーニングを取り入れることが出来た。次年度は、新人に留まらず計画をしていく。特定行為看護師の実習受入については、岩手医科大学からの受入れをすることが出来た。

b 管理者研修については、役職者に向けた研修を実施できた。6月～8月にサードレベルを受講し、修了することが出来た。ファーストレベル研修においても1名修了者を出す事が出来た。

(3) 働きやすい職場環境づくり

- ①人材確保と定着
- ②夜勤・交代制勤務に関するガイドラインの実践状況把握
- ③チーム医療の推進
- ④業務軽減に向けた取り組み

ゴール指標：a 定着率90%以上
b 入院セット導入後の課題を明確にしてマニュアル化する。
c 看護師離職率10%以下

評価：ガイドライン実践状況については、各部署で把握する事が出来、達成できていない項目については前年度よりUP出来るよう取り組むことが出来ている。就職説明会については県内外において対面やオンラインでの説明会に参加することが出来た。離職率=12.2%、前年比+5.05%。要因としては新人の離職が昨年度より22.5%増加した。

3. 業務状況

(1) 業務体制

①勤務形態

三交代・夜勤専従

②勤務時間

【看護師・准看護師】

日勤 8：30~17：00

準夜 16：30~ 1：00（夜勤専従者 16：00~ 1：00）

深夜 0：30~ 9：00（夜勤専従者 0：00~ 9：00）

【介護福祉士・看護補助】

早番 6：00~14：30

遅番 12：30~21：00

準夜 16：30~ 1：00

(2) 看護方式

固定チームナーシング

(3) 認定看護師、資格等

認定分野	認定看護師の人数
がん看護専門看護師	1名(専従)
感染管理認定看護師	1名(専従)
皮膚・排泄ケア認定看護師	3名(専任・特定行為研修修了者 2名)
緩和ケア認定看護師	2名(専任)
認定看護管理者	1名

(4) 看護研究院内発表

- ①地域包括ケア病棟での期限超過はなぜ起きるのか
- ②回復期病棟における患者の目標に対する看護師、リハビリとの意識の違いについて
- ③行動制限解除を目的とした多職種カンファレンスの定着化
- ④酸素ボンベ残量チェック表導入後の看護師の意識変化
- ⑤透析業務におけるシャントマップ作成の試みについて
- ⑥口腔ケアについての看護師の意識調査
- ⑦全身麻酔手術を受ける患者への術前オリエンテーションの検討
- ⑧電話面談で見た課題とリモート面談の有効性について
- ⑨新型コロナウイルス感染症対策の中で実施された終末期患者に対する看護事例と分析と課題
- ⑩面会禁止における家族への退院支援の在り方を検討
- ⑪看護過程をサポートできる手術前訪問用紙の考案

(5) 実習受入実績

学校名	学生数
岩手女子高等学校看護科	119名
岩手女子高等学校看護科専攻科課程	21名
岩手医科大学看護学部	12名
岩手保健医療大学	43名
岩手県立大学看護学部	2名
岩手看護専門学校(本科)	3名
合 計	200名

(6) 職場体験等実績

【インターンシップ】

学校名	人数
岩手保健医療大学	2名
岩手県立一関高等看護学院	1名
盛岡看護医療大学校	1名
岩手医科大学	1名
青森中央学院大学	1名
合 計	6名

【外部研修生受入】

研修会名	主催・共催	人数
特定行為研修	岩手医科大学附属病院	7名

※職場体験、看護体験、サマーセミナーは新型コロナウイルス感染症 感染防止のため受入れなし

4. 人材育成

(1) 新人看護職員教育

- 教育担当者を中心にチーム全員で新人看護師の育成を図る
- プリセプターが知識技術の指導、評価、相談を行う
- プリセプターを支援するサポートナースと連携を図りながら支援する

(2) クリニカルラダー

- 個々の看護職員の能力を適切に評価しさらに向上するための動機づけとする
- 専門職としての人材育成とキャリア開発の方向づけを行う
- 専門職としての人材育成とキャリア開発の方向づけを行う

東4階

看護師長：千葉 るり子

1. 病棟名称・紹介

障害者病棟

(パーキンソン病や筋萎縮性側索硬化症など神経難病の患者さん、脳卒中など意識障害のある患者さんの治療、看護、リハビリを行う病棟)

2. 病床数

60床 (15室、内個室2室)

3. 勤務体制

看護師・准看護師 : 日勤、準夜、深夜
介護福祉士、看護補助 : 早番、遅番、準夜勤

4. 施設基準

障害者施設等入院基本料 (看護職員配置10 : 1)

5. 看護職員 (令和4年3月末現在)

看護師25名、准看護師3名 (内夜勤専従2名)、介護福祉士2名、看護補助5名

6. 病棟目標と評価

(1) 情報を共有し安全・安心な看護を実践する

ゴール指標 : 褥瘡新規発生件数を5件以内にする。

評価 : 褥瘡新規発生が3件で目標達成することができた。

(2) 知識向上に努め、看護実践に活かす

ゴール指標 : e-ラーニング受講率を90%以上にする。

評価 : 院内研修e-ラーニング受講率100%を達成できた。

個人では5回以上の視聴率が少なかったため、令和4年度の課題としたい。途中経過を発表するなど、対策を立案し今後取り組んでいきたい。

(3) 意見交換し業務の効率化を図る

ゴール指標 : 入院セット導入率を100%にする。

評価 : 入院セット導入率は87%で、目標達成とはならなかった為、令和4年度の課題としたい。

7. 1年間の総括

東4階では、意見交換し業務改善を図り、時間内での業務終了を目標に取り組んできた。申し送り短縮について個人差はあるが、30分以内での終了を目標に申し送りの内容検討を各チームで話し合った。知識向上に向けては、毎月の病棟勉強会だけでなく、新人へ向けての勉強会をすべてのスタッフが実施できるよう取り組んだ。また、介護福祉士・看護補助者に対しては、師長、係長、主任が毎月ミーティング開催時に勉強会を開催していたが、コロナ禍の為前年度は不定期の開催となってしまったため、令和4年度の課題とした。

南3階

看護師長：田口 真奈美

1. 病棟名称・紹介

外科急性期病棟
(外科、整形外科、脊椎・末梢神経外科、泌尿器科)

2. 病床数

60床 (22室、内個室12室)

3. 勤務体制

看護師・准看護師 : 日勤、準夜、深夜
介護福祉士、看護補助 : 早番、遅番

4. 施設基準

急性期一般入院料2 (看護職員配置10:1、看護補助者配置25:1)
急性期看護補助体制加算 (25対1看護補助者5割以上)
夜間100対1急性期看護補助体制加算

5. 看護職員 (令和4年3月末現在)

看護師28名、准看護師1名、介護福祉士4名、看護補助2名

6. 病棟目標と評価

(1) 情報共有しマニュアルを順守した看護実践を行なう

ゴール指標 : ①ICTの指摘事項が減少する。

②毎月事故の洗い出しを行い、情報の共有ができる。

評価 : ①ICT指摘項目は毎月3項目となっている。PPEの着脱等についての指摘がある為、今後も継続が必要である。

②毎月の事故の洗い出しは行えていなかったが、チーム毎に話し合いを持つことが出来ていた。

(2) 理論的に考えて行動できる看護実践を行う

ゴール指標 : ①多職種による倫理カンファレンスを開催する。

②研修報告、病棟勉強会を12回開催する。

評価 : ①倫理カンファレンスは、チーム毎に毎月開催することが出来ていた。しかし、多職種での関りが少なく今後も継続した関わりが必要である。

②部署別研修会は、チーム毎の研修も合わせて12回開催できている。

(3) チーム力を強化し、適切な看護を提供する

ゴール指標 : ①業務効率に向けた改善策を8件取り組む。

②残業時間が前年度より減少する。

評価 : ①業務改善は前期4件、後期4件出来ている。今後も継続し業務の効率化に向けて取り組む必要がある。

②前年度より残務時間は多くなっている。申し送りの短縮や業務の効率化に次年度も継続して取り組んでいく。

7. 1年間の総括

南3階は、周手術期・急性期・回復期リハビリを対象とする混合病棟である。令和3年度は、月平均で全身麻酔下手術39.4件、局所麻酔下手術11.6件、稼働率74.1%であった。認知症高齢者・術後せん妄患者に対して多職種での情報を共有し、倫理・行動制限カンファレンスを行い、行動制限を解除する取り組みを実施した。チーム医療として連携する意識付けを行った。コロナ禍においては、術後には医師の指示のもと面会できないご家族に対して電話で手術が終了した事を連絡し、安心して頂けるように対応した。係が中心となり看護手順を見直し、個々の看護実践を高める業務改善を行った。また、業務の一連過程を細分化したチェックリストを作成し、新人看護師の育成を行った。

南 4 階

看護師長：畠山 悦子

1. 病棟名称・紹介

回復期リハビリテーション病棟

(脳血管疾患または人工関節置換術の術後等の患者さんに対し、日常生活能力の向上及び在宅復帰を目標とした病棟です。医師をはじめ看護師、介護福祉士、看護補助、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の医療チームで、それぞれの患者さんに合ったプログラムを作成して実践しています。)

2. 病床数

45床 (13室)

3. 勤務体制

看護師・准看護師 : 日勤、準夜、深夜
介護福祉士、看護補助 : 早番、遅番、準夜勤

4. 施設基準

回復期リハビリテーション病棟入院料1 (看護職員配置基準13:1、看護補助者配置基準30:1) 体制強化加算2

5. 看護職員 (令和4年3月末現在)

看護師15名 (内夜勤専従2名)、准看護師4名、介護福祉士4名 (内派遣職員1名)、看護補助2名

6. 病棟目標と評価

(1) 情報を共有し安全で安心な療養環境を整える

ゴール指標 : 医療事故件数減少、3b以上の事故0件

評価 : 事故件数は減少したが、リスクの高い事故は前年度を上回った。その都度、ミーティングで対策を検討した。委員会や係活動は、病院機能評価受審に伴い意識を高め感染予防へ取り組んだ。

(2) 回復期リハ病棟の特殊性を理解し、個々が知識・技術の向上に努める

ゴール指標 : 計画に沿った研修会実施。また、e-ラーニングを全員が活用する。

評価 : e-ラーニング視聴への取り組みは個々で出来ていた。次年度は研修視聴の目標設定を考えている。部署研修は、新人が積極的に実施した。看護研究を通して、質向上に取り組んだ。

(3) 多職種との連携を図り、業務改善する

ゴール指標 : 業務改善5個以上

評価 : 倫理カンファレンス、行動制限解除への取り組みをアセスメントし病棟として取り組むことができた。多職種の協力を得られ質の向上ができた。今後継続していく事が課題。

7. 1年間の総括

今年度は、新規入院患者数97件、新規入棟患者数219件、年間稼働率94%だった。

病院機能評価に向けて回復期病棟3病棟で統一した業務の改善や、見直しを実施した。回復期病棟マニュアルの見直しや、オリエンテーション、倫理カンファレンスの実施及びそれぞれ記録の充実等について多職種で検討し、改善することができた。またコロナ禍においては、一時的に家族面会が解除されたものの直ぐ感染拡大にて禁止となり、リモート面会を実施した。また、患者の回復状況がイメージしにくい場合も多く、そのような家族には、リハビリ中の患者の動画を視聴してもらう等対策を立てて実施した。

病棟内では、感染予防策の徹底や、環境整備、アクリル板適宜使用、カンファレンス場所を談話室に変更など、前年度より継続して意識を高められるよう取り組んだ。

南 6 階

看護師長：曲木 順子（副看護部長）

1. 病棟名称・紹介

回復期リハビリテーション病棟

（脳血管疾患または人工関節置換術の術後等の患者さんに対し、日常生活能力の向上及び在宅復帰を目標とした病棟です。医師をはじめ看護師、介護福祉士、看護補助、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の医療チームで、それぞれの患者さんに合ったプログラムを作成して実践しています。）

2. 病床数

45床（13室、内個室2室）

3. 勤務体制

看護師・准看護師：日勤、準夜、深夜
介護福祉士・看護補助：早番、遅番、準夜勤

4. 施設基準

回復期リハビリテーション病棟入院料1（看護職員配置基準13：1、看護補助者配置基準30：1）
体制強化加算2

5. 看護職員（令和4年3月末現在）

看護師 17名、准看護師 2名（内夜勤専従 2名）、介護福祉士 1名、看護補助 7名

6. 病棟目標と評価

(1) 多職種と情報を共有し、安心・安全な療養環境を提供する

ゴール指標：①倫理カンファレンスの実施10件以上

②事故レベル3b以上0件

評価：①倫理カンファレンス5件で目標の半分だった。

②事故レベル3b以上0件は目標達成することができた。

(2) 多職種との連携を図り、スムーズな業務改善へつなげる

ゴール指標：①業務改善事項5項目以上

②申し送り時間30分以内とする

評価：①改善事項は7項目。病院機能評価に向け取り組み、より良い業務につなぐことができた。

②申し送りに個人差があるため、次年度はより統一した申し送り短縮へつなげていくよう取り組んでいく。

(3) 個々の知識、技術の向上に努める

ゴール指標：計画に沿った勉強会の実施を、目標回数の80%以上達成する

評価：64%達成。次年度は基本的な知識のみではなく、回復期リハビリテーション病棟として必要な項目、内容を充実させたい。

7. 1年間の総括

令和3年4月より入院基本料1を取得し運営してきた。1年間の入院患者数236名（前年比+6）、実績平均は稼働率93.1%（前年比+3.4）、新規重症入院割合41.3%（前期比+2.3）、在宅復帰率89.4%（前期比+2.6）、実績指数46.7%（前期比-0.5）。コロナ禍において患者のリハビリの現状やADLの状況など必要に応じ、家族には動画を確認して頂く工夫を行った。11月に病院機能評価を主機能として受審、回復期3病棟で連携し協同してきたチーム医療など、良質な医療提供が出来ているか振り返る機会を得た。

南 7 階

看護師長：佐々木 麗子

1. 病棟名称・紹介

回復期リハビリテーション病棟

(脳血管疾患または人工関節置換術の術後等の患者さんに対し、日常生活能力の向上及び在宅復帰を目標とした病棟です。医師をはじめ看護師、介護福祉士、看護補助、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の医療チームで、それぞれの患者さんに合ったプログラムを作成して実践しています。)

2. 病床数

45床 (13室、内個室1室)

3. 勤務体制

看護師・准看護師 : 日勤、準夜、深夜
介護福祉士、看護補助 : 早番、遅番、準夜勤

4. 施設基準

回復期リハビリテーション病棟入院料1 (看護職員配置基準13:1、看護補助者配置基準30:1)
体制強化加算2

5. 看護職員 (令和4年3月末現在)

看護師15名 (内夜勤専従1名)、准看護師2名 (内夜勤専従1名)、介護福祉士4名、看護補助4名

6. 病棟目標と評価

(1) 情報を共有し安全で安心できる療養環境を整える

ゴール指標 : ①対策下での転倒転落事故が前年度より減る。

②手指消毒剤の使用「1患者1入院あたりの使用量」2ケタを維持する。

評価 : ①転倒転落事故は61件で、前年度より11件減少した。

②手指消毒剤使用量は、コロナ感染対策もあり2桁を維持できた。

(2) 個々が知識、技術の向上に努め実践に活かす

ゴール指標 : 病棟勉強会を8回以上開催する。

評価 : 病棟部署勉強会3回、リハビリとの合同勉強会2回の計5回は開催できたが、人数が集まらず勉強会開催が出来なかった。また、伝達講習は、1回のみであった。次年度の課題である。

(3) 多職種との連携を図り、業務の見直しを行う。

ゴール指標 : 業務改善策を6つ以上提言する

評価 : 業務改善は7つ提言できた。回復期リハビリテーション3病棟協力し、統一したケアに向けて取り組むことができた。また、多職種と連携し病院機能評価受審を問題なく終えることができた。

7. 1年間の総括

部署目標に沿って、医療事故防止、感染予防策を継続的に取り組んだ。

年間入院患者数延べ、14,163人だった。内直入院は75名、一般病棟からの転入159名、稼働率は平均93.6%、在宅復帰率平均86.9%であった。

コロナ禍において、感染防止の為面会禁止が継続しており、家族面談は電話で行った。

9月からオンラインでの面会を導入し、今年度は48件実施した。画面越しに、遠方のお孫さんやペットにも会えて好評を得ている。

11月病院機能評価訪問審査は、ケアプロセス調査を受けた。受審をきっかけに多職種との連携が深まった。また、回復期リハビリ病棟間の連携もできた。

西 3 階

看護師長：白藤 悦子

1. 病棟名称・紹介

地域包括ケア病棟

(急性期治療が終了したあとすぐに在宅や施設に退院するには不安のある患者さんに対してしばらくの間、入院療養を継続し、在宅復帰に向けて支援を行っています。)

2. 病床数

45床 (15室、内個室5室)

3. 勤務体制

看護師・准看護師 : 日勤、準夜、深夜

介護福祉士、看護補助: 早番、遅番、準夜勤

4. 施設基準

地域包括ケア病棟入院料2 (看護職員配置13:1、看護補助者配置25:1)

看護職員配置加算 (1日につき)

看護補助者配置加算

5. 看護職員 (令和4年3月末現在)

看護師 17名 (内派遣職員 1名、夜勤専従 1名)、准看護師 2名 (内夜勤専従 1名)、

介護福祉士 5名、看護補助 4名

6. 病棟目標と評価

(1) 医療事故防止・感染防止対策を実施し、安全な療養環境を提供する

ゴール指標: ①危険予測ができレベル3b以上の事故をおこさない。

②ICM・ICT指摘事項の改善、アルコール擦式消毒剤20ml/月使用する。

評価: ①事故に関してレベル3b以上の事故は起きていないが、前期の課題が後期改善されなかったため次年度の課題とする。

②アルコール擦式消毒剤の使用量の数値達成には至らなかったが、全体としての使用量は増えており引き続き取り組んでいく。

(2) 専門職としての知識・技術を習得し個々のラダーレベルアップを目指す

ゴール指標: ①部署研修を月1回実施できる。

②e-ラーニング月1項目視聴できる。

評価: ①部署研修月1回は実施できなかったが、個々のレベルアップのため院内・外の研修やe-ラーニングを活用し実践した。

②e-ラーニングの視聴回数は個人差があるため、視聴アップできるよう今後も取り組んでいく。

(3) 多職種と連携を図り退院調整に努める

(4) 働きやすい環境をつくる

ゴール指標: ①在宅復帰率70%以上維持する。また、稼働病床30床以上を維持できる。

②病棟・係活動での問題点を描出し前期・後期1つ以上改善できる。

評価: ①多職種と連携を図り、在宅復帰率・稼働病床に関しては達成することができた。

②ミーティングで問題点を明確化し改善策をあげ実施することができた。

7. 1年間の総括

間入院患者406名、病床稼働率平均80.9% (前年比+10.6%)。在宅復帰率79.5%、サブアキュート166件、ポストアキュート221件、緊急入院受け入れ数も増えてきている。

面会は、感染状況を確認しながら感染対策を徹底し患者の状態に応じて対応した。

患者層も多様化してきており、コロナ禍で家族面談が実施できないことも多かったが、患者・家族の意思を尊重し、カンファレンスで情報共有し多職種との協働で退院調整をすすめることができた。心理的安全性への理解を深め、働きやすい職場環境がつけられるよう業務改善に取り組んだ。

西 4 階

看護師長：佐藤 千晴

1. 病棟名称・紹介

内科急性期病棟

(呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科、心療内科)

2. 病床数

45床 (15室、内個室5室)

3. 勤務体制

看護師・准看護師 : 日勤、準夜、深夜

介護福祉士、看護補助 : 早番、遅番

4. 施設基準

急性期一般入院料2 (看護職員配置10:1、看護補助者配置25:1)

急性期看護補助体制加算 (25対1看護補助者5割以上)

夜間100対1急性期看護補助体制加算

5. 看護職員 (令和4年3月末現在)

看護師 26名、准看護師 1名、介護福祉士 1名、看護補助 5名

6. 病棟目標と評価

(1) 事故・感染防止、褥瘡ケア対策を実施・分析し、安全な療養環境作りに取り組む

ゴール指標 : ①事故件数が前年度より減少する。

②新規褥瘡発生が5件以下。

評価 : ①前年度の事故件数が89件に対し今年度は73件と減少した。多職種行動制限カンファレンスの定期的な開催が出来るようになったので次年度は更に事故防止対策を深めたい。

②褥瘡発生は6件あり次年度褥瘡予防について更に検討する。

(2) 専門職としての知識・技術向上のための行動ができ、ラダーレベルアップを目指す

ゴール指標 : ①1人1回勉強会の開催ができる。

②倫理カンファレンスの開催を年2回できる。

評価 : 後期は人員不足と入退院が多く決められた時間に集まることが出来ず勉強会やカンファレンスがほとんど開催されなかったのが、次年度は開催する時間を検討する必要がある。

(3) 業務を見直し、働きやすい職場環境をつくる

ゴール指標 : 業務改善が5個以上できる。

評価 : 毎月の病棟ミーティングで業務改善について5個以上検討、実施できた。少ない人数でいかに効率よく業務が出来るか、残業を減らせるよう今後も検討していく。

7. 1年間の総括

西4階病棟の年間入院患者数は769名(月平均64名)、病床稼働率平均78%であった。退院調整や転棟調整など多職種と連携し早期介入する事で、前年度と比較し病床稼働率が向上した。コロナ禍にて院内統一の感染対策を実施したが、病状に応じて主治医や多職種と相談しながら、安全に面会できる体制をその都度検討し対応した。

病院機能評価では、受審前は各部署と各種マニュアル等の見直しを実施し改めて問題点の抽出もすることが出来た。受審後は自部署の強みとともに今後の課題も明確にすることが出来た。業務改善として、患者の私物紛失を防ぐため入院時私物チェックリストを作成した。また行動制限に関するカンファレンスの開催は多職種が参加出来るよう方法を検討し実施した。

西5階

看護師長：上山 志鈴江

1. 病棟名称・紹介

緩和ケア病棟

(患者さんの体と心のつらい症状を和らげるとともに、患者さんが望む日々をその人らしく過ごせるよう、患者さんご家族を支える病棟です。)

2. 病床数

18床 (12室、内個室10室)

3. 勤務体制

看護師 : 日勤、準夜、深夜
介護福祉士、看護補助: 早番、遅番、準夜勤

4. 施設基準

緩和ケア病棟入院料1 (看護師配置7:1)

5. 看護職員 (令和4年3月末現在)

看護師18名 (内夜勤専従2名)、介護福祉士2名、看護補助2名

6. 病棟目標と評価

(1) 患者・家族の意思を尊重し、患者個々に合った療養環境を提供する

ゴール指標: 新規褥瘡3D以上発生なし。

評価: 事故防止ミーティングの未実施月もあったが1つ1つ事故の対策を立案し再発防止に努めた。状態悪化による同一体位により新規褥瘡が1件発生。多職種と情報を共有し安楽な体位の調整をした。その他定期的に取り組むことができた。

(2) 知識・技術の向上、看護の質の向上に努める

ゴール指標: 病棟の教育課題を把握し対策を検討する。

評価: オンライン研修参加を呼び掛けたが参加が少なかった。新人教育計画を実施し、課題を踏まえ次年度の体制づくりを行うことができた。

(3) 院内外の他部門との連携を密にし、地域連携・チーム医療を推進させる

ゴール指標: 病棟稼働率平均75%以上を維持する。

評価: 患者状況を多職種で共有し受け入れ調整を行い月平均稼働率75%以上を維持出来た。

7. 1年間の総括

年間入院患者120名、退院患者数124名 (死亡退院107名)、病床稼働率76.3% (前年比+4.4%)。在宅復帰率9.3%とコロナ禍において看取りの場を在宅で過ごす患者がおり、訪問看護や多職種と情報共有し支援ができた。面会についても相談し感染状況に応じて対応した。

機能評価については症状緩和に努めるため多職種で関わり苦痛緩和できている。病棟でのイベントは前年度に引き続き各部屋に向いて楽しんで頂くことができた。

4月	お花紙でお花を作り咲かせましょう	参加者15名	10月	秋を楽しむ会	参加者23名
5月	移動歌声喫茶	参加者30名	11月	勤労感謝の日	参加者16名
6月	七夕飾り	参加者15名	12月	クリスマス会	参加者12名
7月	七夕会	参加者23名	1月	新春のお茶会	参加者25名
8月	夏祭り	参加者22名	2月	節分	参加者21名
9月	聖火リレー	参加者16名	3月	ひな祭り	参加者20名

外 来

看護師長：横欠 久子

1. 概要

(1) 診療科目

内科・呼吸器内科、消化器内科、糖尿病代謝内科、循環器内科、心療内科、脳神経内科、形成外科、外科、血管外科、フットケア外来、緩和ケア外科、整形外科、脊椎・末梢神経外科・シビレ外来、皮膚科、小児科、泌尿器科、腎疾患・腎移植外来、肝臓内科、眼科、婦人科、耳鼻咽喉科、歯科、小児歯科、矯正歯科

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

看護師 36名（内派遣職員 2名）、准看護師 4名、介護福祉士 1名、視能訓練士 2名

2. 目標と評価

(1) 外来環境の整備と安全な医療と看護の提供

ゴール指標：レベル0ハイリスクの報告を年間10件以上行う。

評価：インシデント報告、レベル0報告が4件だけだった。レベル1～3bが12件報告あり、次年度はレベル0の報告率を上げられるようにする。

(2) スタッフ個々の自己研鑽と、質の高い看護の提供

ゴール指標：eラーニングの活用と勉強会の参加率を70%以上にする。

評価：eラーニングの活用で参加率100%だった。部署の勉強会に参加できないスタッフも資料を見てもらい70%以上参加できている。研修の伝達講習会が出来なかった。

(3) 部署内・他部署との連携を強化し働きやすい職場環境を作る

ゴール指標：業務改善を年間2件以上行う。

評価：処置室へのホワイトボードの設置や、処置室の電動ベッドの入れ替えをして、業務の負担量が軽減されている。

3. 1年間の総括

外来では、各診療科及び、処置室・内視鏡室・放射線科・救急処置室での救急患者対応・健診センターで看護業務に従事している。コロナ禍に於いて、正面入り口で検温の実施とコロナ様症状の有無の確認し、聞き取りを行っている。10月よりID-NOWが導入され、COVID-19の検査ができるようになった。症状のある患者さんは医師の判断でCOVID-19の陰性を確認後診察となり、検査の介助を行っている。

病院機能評価に於いては、内視鏡室におけるホルマリン製剤の管理方法について、ホルマリン入り検体瓶のアドバイスを受け、採用することができた。

透 析

看護師長：工藤 美由紀

1. 概要

(1) ベッド数

30床（個室2室、内1室 感染症対応個室）

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

看護師 18名（内派遣職員 1名）、准看護師 2名、看護補助 2名

(3) 透析体制

月曜日から土曜日まで2部体制

2. 透析実施状況

（単位：件）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
外来	712	695	700	738	736	733	756	745	776	789	707	819	8,906
入院	329	347	294	310	278	294	277	310	364	324	298	278	3,703
計	1,041	1,042	994	1,048	1,014	1,027	1,033	1,055	1,140	1,113	1,005	1,097	12,609

3. 目標と評価

(1) 感染防止・事故防止を徹底する

ゴール指標：①レベル3 b以上の事故を0件にする。

②災害時の対応について勉強会を実施。

評価：①レベル3 b以上の事故は無かった。

②災害時の対応について勉強会を実施し、動きの確認を行った。

(2) 看護の質の向上

ゴール指標：①部署内での勉強会年5回開催。

②新規透析導入患者指導マニュアルの見直しと活用。

評価：①勉強会開催を計画通り行うことができた。

②新規透析導入患者指導マニュアルについては、完成に至らなかった。

(3) 働きやすい職場環境づくり

ゴール指標：①毎月ミーティング実施、問題点を明確化し対策を検討する。

②透析センターマニュアルの見直しと周知をする。

評価：①毎月のミーティングを実施し、情報共有及び業務改善事項の検討を行えた。

②透析センターマニュアルの見直しを行い、活用できた。

4. 1年間の総括

透析実施状況について、転院依頼はほぼ受け入れた。待機期間については、入院ベッド調整が出来次第の受け入れとなり、多少時間を要することもあった。

外来維持透析や臨時透析の問い合わせも数件あり、臨時透析については、新型コロナウイルス感染症状況を確認しながら可能な限り受け入れ、外来、入院共に前年度より件数増加となった。

コロナ禍においては、新型コロナウイルス感染症対策の為、体調管理の徹底、日々の検温、発熱時の連絡方法の周知を行った。また、感染状況悪化時及び、夏季休暇時期、年末年始時期において、外来患者対象にお知らせ文を配布し更なる注意喚起を行った。

病院機能評価受審では特別指摘はなかったが、医療廃棄物の処理、スタッフの人数と教育、医師の指示記載、システムについて確認事項があった。

手術室

看護師長：藤原 裕子

1. 概要

- (1) 手術室数 6 室
- (2) スタッフ数（令和 4 年 3 月末現在）
看護師 11 名、介護福祉士 1 名、看護補助 1 名

2. 手術件数

（単位：件）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
全麻	35	29	35	34	35	33	43	36	44	37	46	52	459
脊椎	2	1	1	3	4	2	3	1	1	2	2	2	24
局麻	29	23	35	39	32	36	36	40	47	28	19	38	402
計	66	53	71	76	71	71	82	77	92	67	67	92	885

3. 目標と評価

(1) 医療事故・感染防止を予測して行動できる

ゴール指標：①インシデントレポートを30件報告する。

②SSIを起こさない。

評価：①インシデントレポートは年間30件報告をあげ、必要時対策の話し合いや、情報共有を実施できた。KYTは年間3回実施し、危機意識を向上させた。手指消毒使用量と手術件数の可視化を継続することによって、感染への個々の意識を高めることが出来た。

②SSIの発生報告は無かった。

(2) 個々が知識技術を高め、部署全体の看護の質の向上に活かす行動がとれる

ゴール指標：①手術室看護手順を活用して業務・指導を行い改善点を明確にする。

②年6回以上勉強会を開催することができる。

③全スタッフがラダーレベルに沿ったeラーニングの受講が1回以上できる。

評価：①看護手順の活用は、個人では主体的に活用ができなかった。後期より範囲を限定し取り組み、外回り看護の項目は改善点を明確にすることができた。来年度は全体の修正、改善が課題となる。

②勉強会は年間8回実施できた。

③eラーニングは各自1回以上実施できていたものの、レベルに沿ったものを受講するとの認識が徹底されていなかった。

(3) 手術室業務体制を更新し、意欲的に働くことができる環境づくりを行う。

ゴール指標：①新人・異動者、2年目教育体制を確立し、来年度から使用する計画書の作成ができる。

②各科担当制、部署委員制の運用と評価をし、次年度の課題を明確にする。

評価：①新人・異動者用チェックリストは未完成であり、各科振り分けもできていない。1、2年目指導計画も完成には至っておらず、来年度までの完成を目指し引き続き作成していく。

②各科、各部署委員の活動は順調に進んでいる。しかし、リーダー会の実施が出来ておらず、各科間の連携が不足しているといった意見も挙げられた。来年度は各科間の連携を意識して活動していく。

4. 1年間の総括

令和3年度手術件数は883件。常勤麻酔科医が不在となったが、ほぼ前年度と同様の手術件数を維持することができた。医療安全についてはインシデント報告件数30件、KYTを3回実施して事故防止対策に繋げることができた。看護の質の向上に関しては勉強会を10件実施し、80%の参加率であった。コロナ禍であるがオンラインも活用することで学習環境を継続することができた。部署ミーティングは毎月開催により、業務改善に繋げることができた。

中央材料室

看護師長：藤原 裕子

1. 概要

(1) 保有機器

高圧蒸気滅菌機 ————— 3台（内1台は低温蒸気ホルムアルデヒド滅菌兼ねる）
ジェットウォシャー超音波洗浄器 ——— 3台
全自動チューブ洗浄乾燥器 ————— 1台
プラズマ滅菌装置 ————— 1台

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

看護師 1名、介護福祉士 2名

2. 目標と評価

(1) 医療事故・感染防止対策を実施し、安全な作業を行う

ゴール指標：事故・感染が無い。

評価：具体策に沿って業務を行い、事故や感染の発生はなかった。

(2) 安全な衛生材料を提供する

(3) 専門職としての、知識の習得と技術の向上を図る

ゴール指標：院内外研修に1人6回以上参加する。

評価：院内の研修はすべて参加でき、院外研修にも各自参加できた。

(4) 情報交換を行い、業務の中央化を図る

ゴール指標：1つ以上の中央化が出来る。

評価：毎月ミーティングを開催し、5個の中央管理、一元管理ができた。

3. 1年間の総括

安全に作業を行い各部署へ衛生材料の提供ができ、年間5項目（①ジョイントチューブの中央管理、②科学的インジケータの適正使用、③滅菌テープの一元管理、④滅菌クルムの一元管理、⑤酸素加湿器の一元管理）の中央化を達成した。

また、個々が知識技術の向上のための研修に参加することができた。

看護部目標の評価

	各部署	東4		南3		南4		南6		南7		西3		西4		西5	
		前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期
1	安全・安心な看護の提供	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4
2	看護の質の向上	5	4	4	4	4	4	5	5	3	3	4	4	4	3	4	4
3	働きやすい職場環境づくり	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5

	各部署	外来		透析		中央材料室		手術室		地域医療センター		師長室	
		前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期
1	安全・安心な看護の提供	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
2	看護の質の向上	5	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	5
3	働きやすい職場環境づくり	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4

	各会・委員会	教育		業務		事故防止		記録検討		臨地指導		ラダー	
		前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期	前期	後期
1	安全・安心な看護の提供	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
2	看護の質の向上	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5
3	働きやすい職場環境づくり			4	4	4	4	4	4	5	5	5	5

	各会・委員会	師長会		係長会		主任会	
		前期	後期	前期	後期	前期	後期
1	安全・安心な看護の提供	4	5	4	5	5	5
2	看護の質の向上	4	5	5	5	5	4
3	働きやすい職場環境づくり	5	5	4	4	5	5

評価基準

- 5：出来た（81%以上）
- 4：だいたい出来た（80~61%）
- 3：半分出来た（60~41%）
- 2：あまり出来なかった（40~21%）
- 1：出来なかった（20%以下）

総合評価及び課題

1. 安全・安心な看護の提供……達成度：評価5（60.8%）・評価4（39.1%）・評価3（0%）

(1) 予防とリスク（事故・褥瘡・感染）の予防と実践について

- ① 医療事故に関しては、インシデントレポート（レベルハイリスク～3a）の報告件数が371件（前期比-6件）、アクシデントレポート（レベル4～5）の報告件数0件（前期比±0件）、その他16件、合計390件（前期比-8件）であった。報告件数で多かったのは、「転倒」120件、「与薬（内服）」63件、「転落」45件であった。要因は、「観察管理不足」217件、「確認不足」181件、「誤った思い込み」83件の順であった。前期同様に10年以上の経験者の事故が増加しているため、来期に向けて要因について各部署からの情報を基に精査していく必要があるとともに、引き続き管理者としてフォローが必要。10月に医療安全巡回で「各病棟・外来におけるダブルチェックの方法について」を実施し、ダブルチェックが不十分であるとの指摘があり、再度各部署においてダブルチェックの方法について周知していく。委員会内においてe-ラーニング研修「認知症高齢者に必要な医療安全」を実施し、視聴状況を確認報告することが出来た。全体研修会については3月に「医療従事者が知っておくべきサルコペニア・フレイル」を動画視聴し、アンケート回収することで対応できた。
- ② 感染に関しては、ICTのラウンドや相互ラウンドの報告内容を共有し改善に努めた。標準予防策、感染経路別予防策について概ねの新入職員が答えることが出来ている。手指衛生では、手指衛生使用実績の集計を行った。前期の平均使用達成率は平均53.9%と下がってきている。部署毎でみると36.8%~74.6%とばらつきがみられた。コロナ禍の中、意識づけが出来てきているが昨年度と比較すると予防策への意識が停滞しているように伺える。各チームにおいて集計報告や部署内での勉強会の把握、マニュアルの見直し、カンファレンスの報告を定期的に行うことが出来ている。また、全体研修会について「新型コロナと感染対策～オミクロンと第6波～」の動画視聴とし、アンケート調査を行った。
- ③ 褥瘡に関しては、月平均有病率2.10%（前期比-1.78%）、院内発生率0.15%（前期比-0.1%）、治癒率12.12%（前期比+0.87%）、院外発生率0.30%（前期比-0.22%）であった。前期同様に高齢者の入院患者や認知機能低下の患者が増加したことにより、皮膚の脆弱や体動困難のため高リスク患者さんの観察と共にマットレスの検討が必要。そのため、さらに皮膚の観察やスキンケアに注意するとともに多部署との情報共有をしながら今後も皮膚トラブルが発生しないよう継続して予防に努めていく。来期に向けて、引き続き多職種との情報共有を図り連携強化していく。

2. 看護の質の向上……達成度：評価5（47.8%）・評価4（43.4%）・評価3（0.8%）

(1) 教育システムの構築

- ① 新卒採用者（今年度19名）教育については各部署の教育委員を中心に病棟の機能に合わせた研修を行う事ができている。新型コロナウイルス感染症の影響から集合研修が難しい状況であるため、e-ラーニングを導入し教育計画に取り入れたことで視聴確認をしながら支援することができた。
- ② マネジメントラダーを実施したことで、問題点を明確にし、基準や手順、評価ポイントの見直しを行うことが出来た。クリニカルラダーについては教育委員会と連携し、問題を提起することが出来た。

(2) 患者満足度の向上

- ① 後期の患者満足度調査は、昨年度と比較し全体的に満足度が増加していることがわかった。接遇や環境的要因など患者の不満と回答された意見を看護部及び病院全体としての質向上を目指し、分析、評価をした結果を基に今後も改善に向けた取り組みを実施していくことが重要。

-
- ② 院内全体研修は、予定通り行うことが出来ているが、新型コロナウイルスの影響から人数制限をしている。そのため受講出来なかったスタッフへは伝達講習となるため研修内容や運営について動画視聴やeラーニングの活用など検討していく。

3. 働きやすい職場環境づくり……達成度：評価5（59.0%）・評価4（40.9%）・評価3（0%）

(1) 人員確保と定着

4月から新卒者が増え、新人教育や学生指導など、中堅看護師への負担増となっている。また、新卒者の退職（看護部新入職員全体の31.5%）や病欠、産育休が増えたことでリリーフ体制を強化し、後期には派遣看護師や中途看護師の採用など、総務課と連携し人材確保に努めた。また、今年度も昨年度同様に新型コロナの影響でワクチン接種や外来トリアージ業務も増えたため、引き続き人員確保とともに多部署との連携を強化していかなければならない。

夜勤従事者の確保は、引き続き必要であり、（月平均夜勤回数は8回）前回と変動はないが、病欠や産育休者は増えているため来期も取り組んでいく。

(2) 看護職員・看護補助者の業務負担軽減

看護職員・看護補助者の負担軽減の取り組みとして、入院セット導入とともにリネン管理についても業者の常駐を実現することが出来た。看護補助者の業務内容の精査やマニュアルの見直しに向け、入院セット導入後の課題など、引き続き各部署からの意見をまとめ、取り組んでいく。

部門別活動状況

Ⅲ. 診療技術部

薬剤科	71
放射線科	72
臨床検査科	73
臨床工学科	75
食養課	76

薬剤科

科長：阿部 慎太郎

1. 概要

(1) 業務内容

調剤業務	外来調剤	注射薬無菌調製	TPN調製
	入院調剤		抗がん剤・バイオ薬品調製
注射薬調剤	再調剤	病棟業務	新型コロナワクチン調製
	注射薬個別セット(施用毎)		病棟薬剤業務(急性期病棟のみ)
薬品管理	麻薬・向精神薬管理	各種チーム活動への参画	薬剤管理指導
	医薬品在庫管理		麻薬指導
	医薬品発注・検品		退院時服薬指導
	各部署請求医薬品払出		入院時持参薬鑑別
製剤業務	手術室麻酔カートセット	薬学実習生受け入れ	血中濃度測定・TDM
	透析センター使用薬剤1日毎払出		医師との事前合意に基づいた処方修正
	院内製剤調製		ICT、AST、NST、PCT、褥瘡など
			薬学部5年生実習(2.5か月)

(2) スタッフ数(令和4年3月末現在)

薬剤師5名、薬剤助手2名

【認定・資格】

日本病院薬剤師会病院薬学認定薬剤師1名、感染制御認定薬剤師1名、日本病院薬剤師会認定指導薬剤師1名、日本糖尿病療養指導士1名、認定実務実習指導薬剤師1名

(3) 保有機器

自動錠剤分包機	1台	クリーンベンチ	1台
散薬分包機	1台	安全キャビネット(クラスII)	1台
散薬鑑査システム	1台		
調剤支援システム	1台		

2. 実績

調剤実績	院外処方箋枚数	55,314枚	病棟業務	薬剤管理指導料1(380点)	192件
	外来処方箋枚数	363枚		薬剤管理指導料2(325点)	469件
	入院処方箋枚数	31,891枚		麻薬加算(50点)	1件
	注射処方箋枚数	27,376枚		退院時薬剤情報管理指導料(50点)	59件
薬品管理	再調剤件数	336件	病棟業務	退院時薬剤情報連携加算(60点)	0件
	医薬品購入金額	284,366,893円		薬剤総合評価調整加算(100点)	0件
	後発医薬品使用割合	93%		薬剤調整加算(150点)	0件
注射薬無菌調製	TPN調製件数	631件	病棟業務	入院時持参薬鑑別件数	2,239件
	抗がん剤調製件数(整形バイオ含む)	172件		TDM実施件数(バンコマイシン)	33件
	無菌製剤処理料1-イ(180点)	9件			
	無菌製剤処理料1-ロ(45点)	66件			
	無菌製剤処理料2(40点)	631件			

3. 1年間の総括

令和3年度は新型コロナワクチンの確実な管理と供給、実施が薬剤科の大きな使命となった。4月末から職員接種が開始となり、その後自院での住民接種、集団接種会場での住民接種にも関り、ワクチンの管理と供給、安全な実施に貢献した。当院で実施する新型コロナワクチンの調製はすべて薬剤科で行い、令和3年4月～令和4年3月までにファイザー社製ワクチン1,272バイアル(7,632回分)、モデルナ社製ワクチン147バイアル(2,940回分)を調製し払い出した。また、集団接種においては担当病院として他院のスタッフとの協力のもとワクチンの品質管理と調製に従事し、計8回の集団接種を通して地域住民のワクチン接種率向上に大きく貢献した。

新型コロナウイルス感染症の対応以外では、TDM業務の見直しを行った。これまで薬剤科で実施していた薬物血中濃度測定を、測定機器の老朽化を契機に検査センターへ外注することとした。バンコマイシンの血中濃度測定実施率などに影響が出ることも考えられたが、実施率は外注前と変化がなく、むしろ測定機器の維持費削減などプラスの要素が多く見られた。

また、病院機能評価の受審において、一部の部署で麻薬や向精神薬の管理が不適切であることの指摘があった。これを受けて、令和4年2月より病院内の薬剤管理方法の見直しを図り、法令順守のもと確実な薬剤管理がなされるよう周知し、実行している。

今後も医薬品に関わる多くの場面で薬剤師が貢献できるよう、業務を構築していく予定である。

放射線科

科長：中里 修

1. 概要

(1) 業務内容

- 画像診断検査の中で、X線を利用して行う検査とMRI検査を行っている。
- 各種健診や人間ドックの胸部撮影、胃透視撮影、乳房撮影を行っている。
- 他院からの紹介患者画像データの当院サーバーへの取り込み、そして他院へ紹介する患者画像データのCD作成を行っている。
- 休日・時間外救急では、オンコール体制で対応している。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

診療放射線技師 6名

【認定・資格】

マンモグラフィ技術認定資格 1名

(3) 保有機器

- 放射線科内
一般撮影装置 3台、X線透視装置 2台、CT装置（80列）、MRI装置（1.5T）、
乳房撮影装置、回診用X線装置、外科用透視装置、骨密度測定装置
- 健診センター内
一般撮影装置、X線透視装置

2. 実績

	令和2年度	令和3年度
一般撮影	12790件	13830件
CT	3267件	3218件
MRI	2073件	2044件
乳房撮影	273件	262件
透視検査	280件	263件
骨密度測定	326件	387件

健診センター業務（各種健診 人間ドック）

	令和2年度	令和3年度
胸部撮影	1852件	1958件
胃透視撮影	428件	629件
乳房撮影	267件	317件

3. 1年間の統括

- 令和3年度は、盛岡市がん検診の胃透視検査が再開され件数が増加した。その他の検診検査件数も概ね増加傾向にある。
- 健診業務効率化のために、診療放射線技師の増員が必要と思われる。
- CT装置、Cアーム型透視装置の機器更新を行った。保守契約満了や修理対応期限が迫っている撮影装置が多いため、計画的な更新が必要である。

臨床検査科

主任：芳賀 希子

1. 概要

(1) 業務内容

生理検査（循環器領域・呼吸機能領域・血管外科領域・脳波・聴力検査等）、
検体検査（生化学検査・血液学検査・凝固検査・尿検査・輸血検査等）、
血液製剤の発注・管理、睡眠時無呼吸症候群のCPAP管理等を行っている。
細菌検査と特殊検査等は外部委託している。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

臨床検査技師 ————— 8名
認定超音波検査士 循環器領域 ———— 2名
認定血管診療技師 ————— 2名
弾性ストッキング圧迫療法コンダクター ——— 2名
検査助手 ————— 1名

(3) 保有機器

超音波診断装置（2台）	脳波計
心電計（3台）	オーディオメーター
ホルター心電計（4台）	インピーダンスオーディオメーター
ホルター心電図解析装置	筋電計
血圧脈波検査装置	血液ガス分析装置
呼吸機能検査装置	臨床化学自動分析装置
一酸化窒素ガス分析装置	多項目自動血球分析装置
アプノモニター	血液凝固自動分析装置
エアープレチスモグラフ	全自動尿分析装置
皮膚灌流圧測定装置	

2. 実績

別表

3. 1年間の統括

今年度より、健診の腹部エコー検査を臨床検査技師で行っている。

弾性ストッキング圧迫療法コンダクターの資格を2名が取得し、リンパ浮腫等の患者に対し、巻き上げを行っている。

10月から、InBodyでの測定を回復期リハビリテーション病棟、透析センター、病棟の緩和ケアの患者に対し行っている。

検査別表

生理検査

令和3年度	心電図	ホルター	トレッドミル	心エコー	心機能	肺機能	呼気NO	APG	SPP	下肢エコー	アブノ	CPAP管理	脳波	聴力検査	腹部エコー(健診)	InBody
4月	511	15	0	89	55	55	6	23	7	63	1	95	3	44	13	
5月	273	8	0	72	36	54	4	18	2	43	2	95	1	36	6	
6月	449	12	0	64	35	53	7	39	3	60	0	99	3	29	4	
7月	510	4	0	57	28	55	6	32	3	64	2	97	1	41	7	
8月	395	4	1	72	59	49	5	25	0	60	0	95	3	35	6	
9月	416	8	8	72	65	58	8	25	4	61	3	94	3	28	3	
10月	750	15	0	75	66	74	8	32	6	67	1	91	2	38	14	46
11月	444	12	0	91	40	75	11	26	5	64	2	92	2	38	13	67
12月	409	16	3	83	45	45	2	13	6	59	3	91	2	36	5	101
1月	302	12	0	60	40	61	5	21	7	56	1	92	0	34	5	100
2月	384	3	1	57	32	62	2	15	5	42	0	92	3	7	5	85
3月	466	19	0	92	48	63	4	12	4	47	2	93	4	22	7	87
計	5,309	128	13	884	549	704	68	281	52	686	17	1,126	27	388	88	486

検体検査

令和3年度	生化学	血液	一般	PT	APTT	Dダイマー	HbA1c	BNP	トロポニンT	H-FABP	P-SEP	HBs抗原(定性)	HCV(定性)	TPHA(定性)	アンモニア	輸血検査
4月	1,298	1,160	1,146	174	81	59	580	84	12	4	3	78	77	75	3	20
5月	1,146	1,199	975	166	88	71	432	89	8	0	2	72	72	68	2	15
6月	1,274	1,169	1,095	185	94	65	521	107	11	1	3	81	80	79	5	33
7月	1,463	1,332	1,280	205	123	100	648	107	9	1	2	80	79	78	5	20
8月	1,324	1,242	1,109	197	98	90	544	125	12	1	5	66	66	64	8	21
9月	1,354	1,226	1,248	185	108	84	567	111	10	2	15	47	46	43	2	19
10月	1,470	1,607	1,379	213	102	64	703	101	11	2	2	66	65	63	2	28
11月	1,303	1,162	1,126	199	103	57	516	124	7	3	7	63	63	56	2	24
12月	1,318	1,185	1,157	192	102	82	406	102	19	3	17	62	62	58	5	17
1月	1,280	1,116	979	189	100	56	452	105	14	1	11	61	60	55	4	19
2月	1,156	1,101	920	183	101	63	370	89	11	4	12	62	62	58	3	19
3月	1,390	1,321	1,227	175	113	64	552	102	7	2	8	56	54	52	2	29
計	15,776	14,820	13,641	2,263	1,213	855	6,291	1,246	131	24	87	794	786	749	43	264

1. 概要

(1) 業務内容

- ①血液浄化関連業務
- ②呼吸療法関連業務
- ③医療機器中央管理業務
- ④麻酔器点検業務

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

常勤5名

(3) 保有機器

人工呼吸器16台、輸液ポンプ19台、シリンジポンプ45台
心電図モニター59台、除細動器5台、AED 7台

2. 実績

(1) 血液浄化関連業務

- 透析センターにて、外来患者および入院患者を対象とした血液浄化療法・腹水濃縮再静注法の管理・操作を行っている。
- 関連学会のガイドラインに則りエンドトキシン・生菌検査を行い水質管理を実施している。

HD外来	8,908件
HD入院	3,688件
CART	6件
合計	12,602件

(2) 呼吸療法関連業務

- 院内で使用する人工呼吸器の日常・定期点検を実施しているほか、使用中の人工呼吸器の蛇管・機械交換時期を管理して実施している。

蛇管交換後点検	103件
呼気カセット交換	15件
呼吸器本体交換	13件

(3) 医療機器中央管理業務

- 院内で使用する輸液ポンプ・シリンジポンプ・ベッドサイドモニタなどの様々な医療機器を院内ランにて一元管理し、点検を実施している。
- 手術室内で麻酔器の始業前点検を実施している。

輸液ポンプ日常点検	28件
シリンジポンプ日常点検	104件
除細動器動作点検	81件

(4) 麻酔器点検業務

- 院内で使用する麻酔器の回路の組立て、始業点検を実施している。
- | | |
|---------|------|
| 麻酔器始業点検 | 340件 |
|---------|------|

3. 1年間の統括

従来行ってきた血液浄化業務・呼吸器関連業務・医療機器中央管理業務に加え、麻酔器点検業務が始まり、今まで以上に役割分担の必要性や他部署との連携が増えた。

今後もさらなる質の高い臨床技術提供を行い医療安全確保に努めたい。

来年度も引きつづき感染対策を徹底し、今年度の経験を活かした取り組みを行っていきたい。

食養課

係長：角原 杏奈

1. 概要

(1) 業務内容

入院患者への食事提供及び栄養管理

給食管理業務（・献立作成・食数管理）

栄養管理業務（・外来、入院栄養食事指導・病棟担当管理栄養士が、入院患者別に栄養管理計画をたて栄養状態を維持、改善の為に必要栄養量算出を行い食事調整等・NST、緩和ケア、褥瘡などのチーム医療に参画）

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

管理栄養士7名（NST専任1名、回復期専任3名、病棟担当制での栄養管理実施） 栄養士1名、調理師18名、調理補助1名、洗浄パート5名

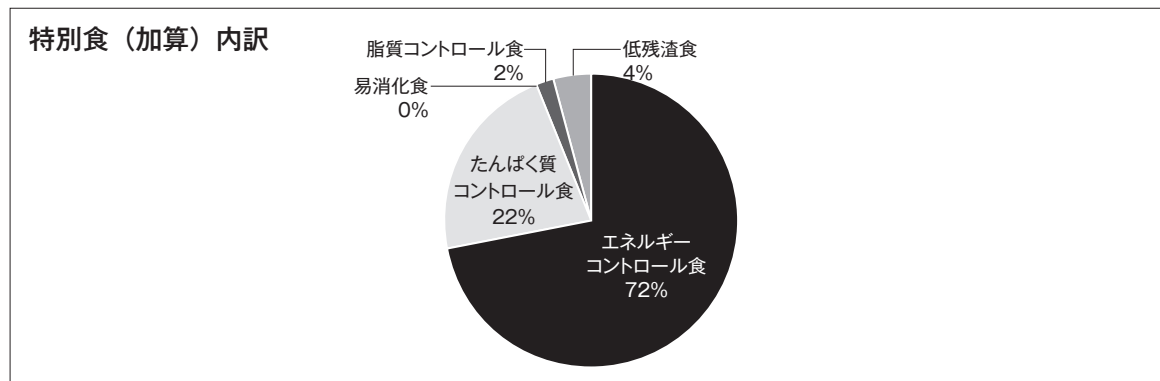
（認定・資格）臨床栄養代謝専門療法士1名、リハビリテーション栄養指導士1名、いわて糖尿病療養指導士1名、栄養経営士1名、在宅訪問管理栄養士1名

2. 実績

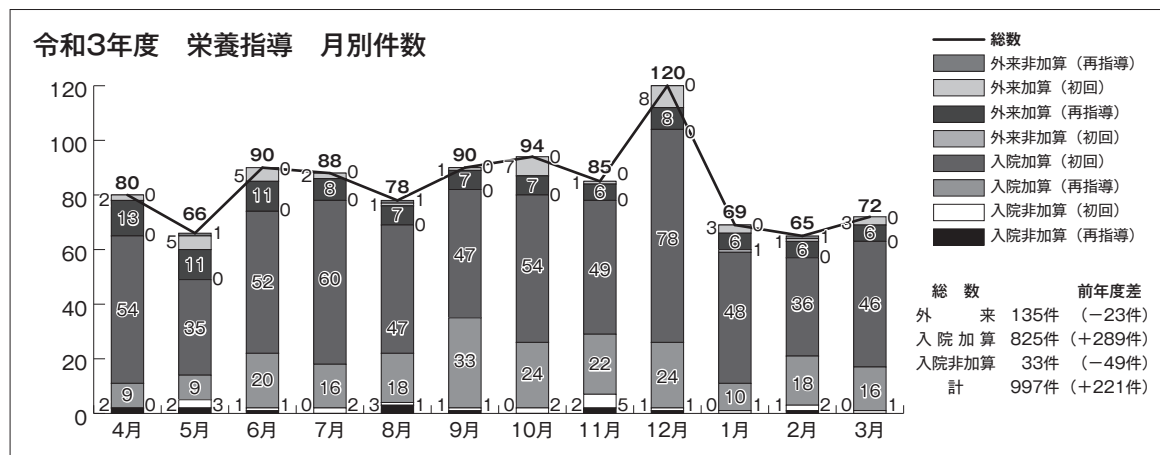
(1) 給食数（単位：食）

常食	軟流動食	特別食(非加算)	特別食(加算)	計
119,492	91,488	16,242	99,166	326,388

特別食加算率30.4%



(2) 栄養管理状況



栄養情報提供加算：26件

個別栄養食事管理加算：12件

(3) 課内研修

4月	衛生管理(食中毒)コロナ発生時の対応について	10月	行事食の考え方、組み立て方について
5月	調理器具の取り扱いについて	11月	緩和食について
6月	アレルギーと禁止食品の対応について	1月	災害時の対応について
7月	嚥下調整食について	2月	リスクマネジメントについて
8月	治療食について①	3月	患者さんからの投書紹介
9月	治療食について②		

(4) 行事食

1月	元旦 おせち	七草粥	成人の日			
2月	節分	建国記念日	バレンタインデー			
3月	ひな祭り	ホワイトデー	春分の日			
4月	お花見御膳	昭和の日				
5月	憲法記念日	みどりの日	こどもの日	母の日	創立記念日	
6月	あじさい御膳	父の日				
7月	七夕	海の日	土用の丑の日			
8月	山の日	お盆				
9月	十五夜・敬老の日		秋分の日			
10月	新米の日	ハロウィン				
11月	文化の日	七五三	勤労感謝の日			
12月	冬至	クリスマス	年越御膳			

※画像は巻末資料に掲載

4. 1年間の統括

令和2年度から引き続き新型コロナウイルス感染症対策マニュアルに基づいた食事提供、栄養指導を行った。

令和3年3月から体組成計InBody導入、回復期病棟原則全患者、NST等を中心に測定を行っている。サルコペニア診断、筋肉量等を用いて栄養評価を行っている。

また栄養も治療の一環という概念を院内周知していくことの取り組みとしてリハビリに特化した新食種パワー食も8月から開始している。

食事提供においては、専用水田で収穫された盛岡産銀河のしずくの提供や野菜の紹介カードの作成、ハロウィンなどの新たな行事食の実施など患者満足度向上を目指す取り組みを行った。

部門別活動状況

IV. リハビリテーション技術部

リハビリテーション技術部…………… 81

リハビリテーション技術部

部長：小川 大輔

1. 概要

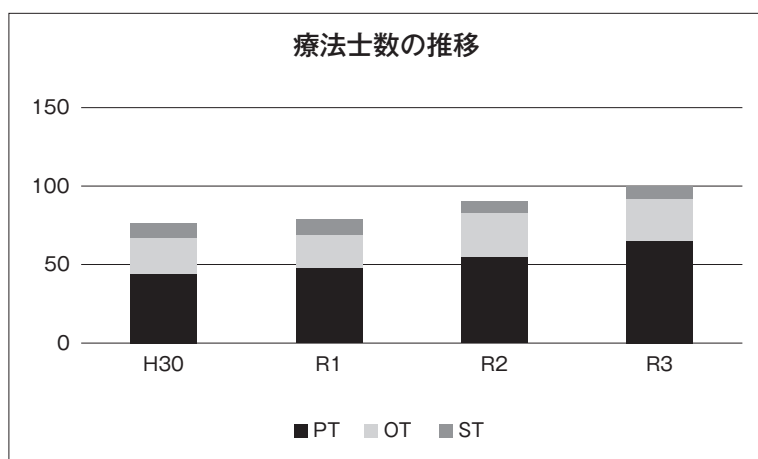
(1) 業務体制

【管理者】

副部長：藤井 かずみ（理学療法士）、療法士長：中島 大輔（理学療法士）、藤原 弘（理学療法士）

【スタッフ数】（令和4年3月末現在）

非常勤医師 1 名、理学療法士 67 名、作業療法士 27 名、言語聴覚士 7 名



【組織】

脳血管疾患チーム 運動器疾患チーム 内部障害チーム 言語・摂食療法チーム

【診療体制】

365日体制（但し、日曜日は回復期リハビリテーション病棟入院患者のみ対応）

(2) 業務内容

【対象患者】

①脳血管リハビリテーション

脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血、硬膜下血腫、脊髄損傷、パーキンソン病、筋委縮性側索硬化症、他

②運動器リハビリテーション

大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折、人工関節置換術、腰部脊柱管狭窄症、腰部椎間板ヘルニア、頸椎症、頸髄症、後縦靱帯骨化症、他

③呼吸器リハビリテーション

肺炎、慢性閉塞性肺疾患、他

④心大血管リハビリテーション

心不全、心筋梗塞、動脈硬化症、他

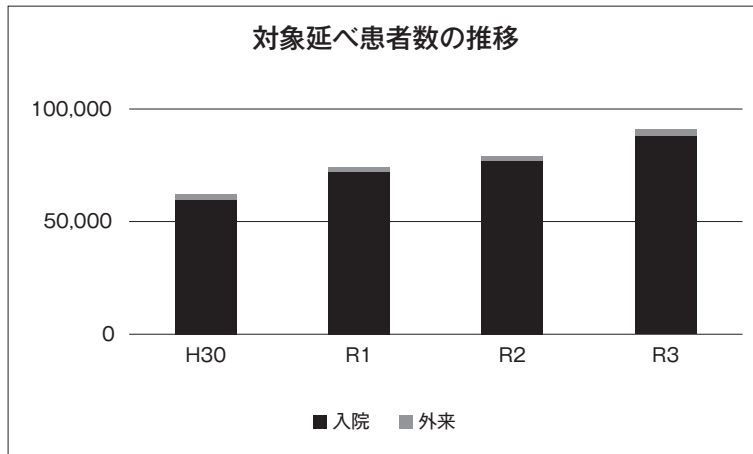
【施設基準】

脳血管疾患等リハビリテーション料 I、運動器リハビリテーション料 I、心大血管疾患リハビリテーション料 I、呼吸リハビリテーション料 I、がん患者リハビリテーション料

【特色】

- ①高強度・高頻度リハビリテーション治療（患者の身体機能の強化を図り、ADL及びQOLを改善）
- ②設備の充実（有酸素マシンや筋力トレーニングマシン）

2. 実績



年間実績	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
脳血管リハビリテーション	30,348,170点	35,574,520点	42,743,095点	44,445,315点
廃用症候群リハビリテーション	7,757,995点	9,760,835点	10,694,170点	10,889,240点
運動器リハビリテーション	20,383,665点	18,194,155点	19,103,940点	21,804,565点
心大血管リハビリテーション	897,885点	1,082,105点	978,905点	1,351,510点
呼吸リハビリテーション	1,301,450点	614,535点	1,063,060点	1,812,690点
がんのリハビリテーション	962,000点	1,138,400点	974,400点	1,546,600点
リハビリテーション技術部合計	61,651,165点	66,364,550点	75,557,570点	81,849,920点
緩和ケア病棟実績	6,153単位	6,211単位	7,501単位	9,658単位
地域包括ケア病棟実績	23,230単位	17,952単位	26,032単位	29,639単位

3. 人材育成

【スタッフ構成】

- ①全体の4割が県外出身者、平均年齢28歳
- ②男女比率1：1

【能力開発】

- ①「職能評価制度」を導入、高技術者及び管理者の養成
- ②資格取得支援制度の活用（心臓リハビリテーション指導士、回復期リハビリテーション病棟協会認定セラピストマネジャー、3学会認定呼吸療法士、大学院進学など）
- ③新卒入社5年間の「卒後教育プログラム」を実施
- ④学術活動の推進（令和2年度以降は、コロナウイルス感染拡大のため、学会発表が少ない）
- ⑤臨床実習生の受け入れを推進（年間50名）

4. 総括・展望

【診療実績】

- ①回復期リハビリテーション病棟の需要拡大（入院希望患者の増加）
- ②脳卒中歩行獲得率50%以上、回復期リハビリテーション病棟実績指数40点以上

【展望】

- ①地域貢献（脳卒中罹患率が高い本県において、質の高いリハビリテーション診療が重要）
- ②再入院率の軽減（回復期医療の充実、サブアキュート医療の推進）
- ③臨床研究の充実（虚弱高齢者に対する運動療法、装具療法の推進、透析患者のリハビリテーション、他）
- ④入院機能の向上（摂食機能療法の普及と実践、認知症リハビリテーションの実践）
- ⑤多職種連携の充実

部門別活動状況

V. 業務部・事務部

医事課	85
経営企画室	86
総務課	87
経理課	88
用度課	89
施設管理係	90
保安係	91
保育係	92
診療情報管理室	93

医事課

課長：佐々木 里美

1. 概要

(1) 業務内容

外 来 業 務：総合案内・各診療科等受付・会計計算窓口・健診センター

入 院 業 務：入院医事部門・病棟クラーク

その他の業務：診療情報管理室、医療クラーク・入院時支援窓口対応等、診療報酬請求業務、
返戻・査定・減点処理業務、予防接種等、施設基準に関する業務、管理業務

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

45名（パート職員7名含む）

有資格者：医師事務作業補助者（4名）、医師事務作業補助者受講修了者（5名）、
診療情報管理士（5名）、施設基準管理士（1名）、医療メディエーター（1名）

2. 実績

- 新型コロナウイルス・発熱患者に関する業務。

【感染拡大防止に関わる外来電話診療の対応】（単位：件）

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	184	199	193	152	206	201	124	133	152	185	231	205	2,165

【PCR検査・NEAR法検査に関わる業務（11月からNEAR法検査）】（単位：件）

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	5	17	16	15	25	17	14	6	9	41	65	214	444

- 新型コロナウイルスワクチン接種

【ワクチン接種に関わる業務】（単位：件）

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	570	565	769	1,606	576	737	8,167	2,699	31	555	2,752	1,613	20,640

- 返戻率・査定率の減少に向けた取り組み。

【返戻率・査定率】（単位：％）

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
返戻	1.26	1.19	1.25	1.24	1.12	1.31	1.09	1.09	0.85	1.59	1.55	1.21	1.23
査定	0.18	0.17	0.17	0.16	0.18	0.17	0.16	0.27	0.21	0.13	0.27	0.27	0.20

3. 1年間の統括

外来部門では、新型コロナウイルスの影響により電話診療の問合せ対応、ワクチン接種の対応等の臨時的な業務があったが、院内全体の協力のもと業務遂行できた。

診療報酬請求、レセプト請求に関しては、個人でのスキルアップ、算定方法の見直し等を行い、請求した結果として返戻率、査定率を前年度より下げることができた。

未収金に対する意識も強くなり、未収金の発生率の低下、未収金回収業務の成果も上がっている。

1. 概要

(1) 業務内容

病院の運営方針・経営戦略などの検討や運営全体を戦略的に推進するための牽引役を担う。病院の経営判断や意思決定のもととなる資料の作成や企画立案を行うため、経営に関するあらゆるデータの収集や分析、企画と提案と実施を行う。

病院全体の状況を勘案し、よりよい経営・運営に貢献することを目的とする。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

2名

有資格者：DMAT隊員養成研修修了者（1名）、施設基準管理士（1名）

医療メディエーター（1名）

2. 実績

- 経営改善に関する調査・研究・分析・企画・立案・効果監視
- 院内会議への経営指標の提示と提言
- 次年度予算案の作成
- 病院改革プランの策定、進捗管理、公表
- 診療報酬の新規施設基準取得、新規算定項目の提案
- 病院運営における各種施設基準の管理と届出対応
- 職員向け経営意識啓蒙研修の開催
- PCR検査機器の導入

3. 1年間の総括

経営改善計画に基づいて、予算案の作成に尽力した。ウィズコロナを見据えた上での患者動向、医療提供体制を考慮した上で収入予測を打ち立てた。

また、患者単価と病棟稼働の向上に向けて、診療報酬の新規施設基準の取得と算定への取り組みと、医療と介護の連携強化による患者獲得のための施策提案等も戦略的視点から行い、経営の健全化に向けて尽力した。各種施設基準の管理を経営企画室での一元管理として、より適正に実績の管理と届出を実施できる体制を確立した。

病院に勤務する経営企画室の職員には、一般の経営学の基本知識はもちろん、医学・医療福祉の知識と、会社経営とは異なる医療福祉施設特有の経営手法についての理解が求められる。さらに、医療福祉は国の政策から大きな影響を受けるため、医療福祉行政の動向を常に把握しておくことも必要であり、様々な観点から情報収集に努め、各種セミナーや講習会の受講を積極的に行うことで、スキルの向上にも努めた。

次年度においては、病院運営の状況の把握と分析における精度をさらに向上させ、病院の経営判断や意思決定のもととなる資料の作成と企画立案を強化し、予算案の達成を実現することで経営の安定化に貢献していきたい。

1. 概要

(1) 業務内容

- 人事労務に関する事
- 採用に関する事
- 病院行事に関する事
- 情報システムに関する事
- 広告、広報に関する事
- 医局、看護部長室の秘書業務に関する事
- 文書の受領、発送および保存に関する事
- 行政機関への届出に関する事
- 職員定期健康診断に関する事
- 委託業務の管理に関する事
- 福利厚生に関する事

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

8名

2. 実績

(1) 採用実績

- 令和3年4月には医師1名、看護師、准看護師25名、看護補助2名、リハビリスタッフ19名、その他コメディカルスタッフ7名を含む多くの人材を採用することができた。
- 昨年度に引き続き採用活動に関しては、Webでの就職説明会への参加中心となった。その他、学校単位で希望者取りまとめWebでの説明会を開催する等の対応を行い、病院紹介等を行った。今後は、ホームページを活用した動画での病院紹介など、新たな病院紹介の方法を検討し人材の確保にあたりたい。
- 説明会参加実績件数：16件（看護師、リハビリスタッフ、薬剤師等）
- 施設見学受け入れ件数：37件（医師、看護師、リハビリスタッフ等）

(2) 病院機能評価の受審

- 今回は、主機能がリハビリテーション病院、副機能が一般病院2として受審することとなった。受審前には、委員会の立ち上げや各領域の内部監査を行い病院全体が一体となり受審準備を進めることができた。
- C評価や大きな指摘事項もなく、2項目でS評価をいただいた。サーベイヤーの方からのアドバイスをもとにより良い医療の提供ができるよう院内の体制を見つめ直す機会となった。

3. 1年間の統括

(1) 迅速な人材確保と将来的な人材確保

ハローワークの求人やホームページの活用で適宜人員の確保を実施することができた。その他、人材紹介等を利用し経験者を確保することで、医療現場の負担を軽減できるよう迅速に対応できた。また、既存の看護師対象の奨学金制度に加えて、採用が困難な医療技術職を対象とする奨学金制度を新たに設けた。なお、医療技術職養成校への働きかけはもちろんだが、市内の高校を対象に幅広く周知を図り、将来的な人材確保に向けての取り組みを開始した。

(2) 業務効率化

昨年度システム化に移行した年末調整や超過勤務集計については、各部署で問題なく運用できており、業務効率化に加え、総務課内の時間外労働削減にも大きな効果をもたらしている。また、職員の車両を管理する「マイカー通勤管理システム」を導入し、煩雑化していた業務の整理ができた。令和4年度中に勤怠管理システムの導入を予定しており、予算計画でも予算を確保することができ、医師を含めた職員の正確な勤怠管理に向けて準備を開始することができた。

(3) 法改正への対応

時間外労働規制に対応するため、各部署へ時間外労働削減の働きかけや事前申告制を導入し時間外労働削減に向けた取り組みを推進できた。「医師の働き方改革」への対応は勤怠管理システムの導入も踏まえて議論を重ねる必要がある。

人事関連の法改正についても早期に情報を入手し、当院の実情に合った体制整備が可能となるよう対応していきたい。

経理課

課長：角掛 薫

1. 概要

(1) 業務内容

① 日次業務・月次業務

- 法人の収入、支出の把握、確認作業（病院・ゆうあいの街各事業所）
- 文書管理業務（仕訳伝票、元帳、試算表の管理など）
- 固定資産台帳の管理
- 資金計画（資金繰りを含む）
- 経営分析資料の作成

② 予算編成及び事業計画の作成

③ 決算作成および関連資料の作成

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

4名

2. 実績

収入は計画値より減収したが、前年と比較すると増収した。支出は医療原価の単価高騰などもあったが、一般管理費をおさえて全体的に削減が出来た。

結果として、ゆうあいの里売却、コロナウイルス関連の補助金もあり、キャッシュフローは計画値より大きく上回る事が出来た。

3. 1年間の統括

法人の持続的な社会貢献のための財源確保、上層部とともに黒字経営に向けた取り組みを行った。今後の課題として、未収金管理体制の強化（医事課と連携）、経理課職員の個々のスキルアップ、多職種との連携を図り、経営の安定、発展に努めたい。

用度課

課長：齊藤 学（法人事務局次長）

1. 概要

(1) 業務内容

購買及び物流管理業務
医療機器・設備の保守管理業務

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

4名

2. 実績

(1) 医療材料の安定供給

医療材料・医療消耗品を主とした物品の選定・購入について、前年度より引き続きコロナウイルス感染症の影響で品不足が見られたがSPD業者と連携し、欠品することなく供給の安定化に努めることができた。

(2) 医薬品の価格交渉

各卸業者との価格交渉を実施し、購入価格の適正化、コスト削減につなげた。

(3) 入院セットの導入

令和3年7月より入院セットを導入し、患者さんやご家族の利便性及びスタッフの負担軽減となるよう、関係各部署と連携しながら業務を進めている。

(4) 補助金の活用

国や県の補助金制度を活用して医療機器や医療消耗品等の申請を行い、院内の感染拡大防止と安全な医療を提供できるよう努めた。

3. 1年間の統括

令和3年度も新型コロナウイルス感染症対策が中心となった1年であり、医療材料の遅延や品不足、価格高騰等の影響を受けたが、SPD業者、取引先との情報共有を密にすることで、臨機応変に対応することができた。

令和4年度は新型コロナウイルス感染症及びロシアによるウクライナへの軍事侵攻によって、原材料価格の高騰や日用品等の物価上昇が予想されるが、引き続きコスト削減の意識を持って価格交渉を進めていくとともに、過不足無い物品の供給に取り組んでいきたい。

施設管理係

主任：鷹羽 則幸

1. 概要

(1) 業務内容

施設設備の保全業務

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

5名

資格：ボイラー技士、危険物取扱者、電気工事士、消防設備士、消防設備点検資格者、高圧ガス製造保安監督者3種冷凍機械、エネルギー管理講習修了者、認定ホスピタルエンジニアリング、CE受入側保安監督責任者講習修了者、医療ガス保安管理技術者講習修了者

2. 実績

【保守業務】

- 電気設備の保守業務▶▶▶令和3年度電気設備年次点検実施、非常用発電機保守点検実施
- 消防設備の保守業務▶▶▶連結送水管耐圧試験実施
- 自動ドア保守業務▶▶▶急患室自動ドア更新
- 冷温水発生機、手術室空調保守業務▶▶▶保育・リハビリ系統冷温水発生機廃止（東棟）
- エレベーター保守業務
- 医療ガス設備の保守業務▶▶▶点検報告書所見改修実施

【管理・清掃業務】

- 省エネルギーの取り組み（定期報告・中長期計画）
- ボイラー及び第一種圧力容器性能検査実施▶▶▶東棟ストレージタンクNo.1・No.2加熱コイル交換
- 貯水槽清掃、消毒実施（東棟、南棟、西棟）
- 大気汚染防止（煤煙測定）実施
- 特殊建築物定期報告実施
- 地下タンク清掃及び保安点検実施
- 年次保守計画の実施
- 各部署からの営繕業務の実施

3. 1年間の総括

施設設備の投資計画の立案、実施、設備保守業務（予防保全・事後保全等）、法定検査、省エネルギーの取り組みを行う。令和4年10月の東棟電気設備改修（トランス更新）に向けて施工業者と調査・打合せを行う。また、令和5年の南棟電気設備改修（トランス更新）を見据えて調査を一部行う。環境問題から省エネルギーを考慮しながらの設備改修を国の機関より要求される中で実績を上げる為、施設設備投資計画を立て実行を目指す。

保安係

主任：高橋 聡

1. 概要

(1) 業務内容

- 休診日及び通常時間外の急患の受け入れ窓口業務
- 転院時や関係病院への車両運転
- 院内外の巡回による保安維持
- 車両等の管理
- 院内緊急時の機器操作・アナウンス
- 感染性廃棄物処理
- 冬期除雪作業

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

6名

2. 実績

- 保安業務（院内外の巡回とモニタリング）による安全確保
- 運転業務
救急車出動回数136回、一般車両出動回数278回、除雪作業16回（12月～3月）
- 院外環境美化作業20回
- 防火・避難訓練→2回（6月／11月）
- 防災・避難訓練→1回（5月）
- 院内一部設備備品等のメンテナンス
- 岩手日報駅伝/市内一周継走における救急車派遣

3. 1年間の統括

院内の保安体制維持のため、従来の業務とより一層のセキュリティ強化に努めて患者と職員の安全面に配慮した。

また、年間業務計画や都度加えられる点検計画表等を共有し業務効率向上にむけた取り組みを実施。さらに、業務の円滑化のため日常のかつ積極的に各部署と連絡をとりあいながら効率的な業務遂行を目指した。

保育係

主任：森田 直子

1. 概要

(1) 業務内容

- 8週～3歳までの子どもの保育
- 子どもの食事や着替え、午睡などのサポート
- 必要な生活習慣を身につけさせる
- 子どもの健康管理
- 行事の計画、準備
- 年、月単位の指導計画の作成、保育日誌や園だより、連絡ノートの記入などの事務作業
- 保護者とコミュニケーションをとりサポート

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

保育士5名

2. 実績

● 月別在籍園児人数（単位：人）

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
0歳	1	1	1	2	2	1	1	1	0	2	2	2	16
1、2歳	4	3	3	4	5	6	6	6	6	6	6	7	62
合計	5	4	4	6	7	7	7	7	6	8	8	9	78

● 月別開園日数

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
25日	24日	28日	29日	29日	28日	30日	26日	30日	29日	27日	29日	334日

● 行事

- | | |
|-----------------|------------------|
| 4月——お花見 | 10月——ハロウィン仮装パレード |
| 5月——子どもの日・母の日製作 | 11月——いもほり大会 |
| 6月——父の日製作 | 12月——クリスマス会 |
| 7月——七夕まつり | 1月——おすもう大会 |
| 8月——スイカわり大会 | 2月——豆まき会 |
| 9月——ミニうどんどう会 | 3月——ひなまつり会 |

(毎月)

- 避難訓練
- 身体測定
- ※ 誕生児のいる月はお誕生会

(病院)

- 防火避難訓練
- 地震想定防災訓練

3. 1年間の統括

新型コロナウイルス感染症対策として、子ども達の手洗い、消毒、清掃、換気を徹底して行い感染を防いだ。

月ごとの行事、日々の生活を通じて、子ども達に様々な経験をさせることにより自信を持たせ、自分の思いや要求を表現できるように援助を行うと共に、保育士間で連携をとり情報を共有して子どもの心身の成長を見守った。次年度も保育士としてのスキルアップを目指していく。

診療情報管理室

課長：佐々木 里美

1. 概要

(1) 業務内容

厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関わるガイドライン」及び当院「診療録管理規定」に則り、入院診療録の点検・入力・編綴・貸出・カルテ開示業務を行っている。
統計に必要な、主病名のICD-10コーディング・紹介情報・手術・対診等の入力。
DPCコーディング支援・様式1データ入力。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

診療情報管理士4名

2. 実績

(1) 令和3年度退院患者

—————	2,349
(貸出件数) 再入院	————— 619
書類作成	————— 330
閲覧・研究	————— 479
問い合わせ	————— 11
サマリー入力依頼	——— 2,271
外来診療	————— 419
医事処理依頼	————— 1,946

(2) 診療情報管理委員会

診療情報管理の円滑な運営を図るため、様々な記録に関する事項を検討し、院内周知を目的として月1回開催されている。

診療情報関連規程の取りまとめ、診療報酬改定に伴う帳票・記載基準の変更、およびサマリー記載率の報告が主な議題となっている。

(3) DPCコーディング委員会

診断群分類の適切なコーディングを行う体制を確保するため、年4回以上開催されている。

3. 1年間の統括

医師をはじめ各部署の協力もあり、退院14日以内のサマリー記載率は92%平均となっている。

今後は、「電子カルテ導入に向けた問題点の把握」と「紙カルテの保管場所の確保と管理」を並行して行っていくことになる。

常に研鑽を積んで専門的能力を高め、他の職種との連携に努めていきたい。

部門別活動状況

VI. 地域医療センター

地域医療センター	97
患者サポートチーム	98
地域医療連携室	99
入退院管理室	100
医療相談室	101

地域医療センター

センター長：中島 隆之（副院長）

1. 概要

地域医療連携室・入退院管理室・医療相談室・患者サポートチームの4部門で構成されており、地域の方々の外来から入退院まで各部門の多職種で総合的に支援している。

2. 実績

各部門（患者サポートチーム、地域医療連携室、入退院管理室、医療相談室）参照

3. 1年間の統括

連携に係る地域医療連携委員会、地域包括ケア病棟委員会、回復期リハビリテーション病棟委員会、入退院支援委員会、地域医療センターベッドコントロール会議に介入し、情報を一元管理するとともに、院内院外多職種との連携に注力。

また、7ヵ所の医療機関と地域連携パスを結び検討会への参加や、地域のクリニック等への挨拶訪問を行い、連携強化を図っている。

患者サポートチーム

事務長：山内 裕之

1. 概要

(1) 業務内容

- 医療従事者と患者との対話を促進するため患者・家族等に対する支援体制構築を目的に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問や生活上及び療養上の不安等に関する相談に対応している。患者支援体制を都度検証し、検討・整備している。
- 患者サポートチームを下記スタッフで編成し、週1回のカンファレンスを開催。入退院支援委員会・医療安全管理委員会で実績報告・業務内容の共有を行っている。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

事務長1名、社会福祉士1名、看護師2名、医療安全管理者1名、医療対話推進者3名

2. 実績

	計	
相談内容の概要	相談者数(電話相談含む)	756
	相談延べ件数	1,290
	他部署へ対応を引き継いだ、又は協働して対応した件数	548
	医療費等に関すること	78
	社会福祉制度の利用に関すること	524
	診療・看護等に関すること	556
	病院施設に関すること	5
	待遇やハラスメントなど、職員の対応に関すること	6
対応内容	マニュアル・基準・手順に関すること	0
	医療安全に関すること	0
	その他、上記事項に該当しない事項	121
	傾聴で終了	158
	社会福祉制度の説明	68
	関係機関との連絡調整	207
	情報提供	273
	関係部署へ引継ぎ	131
関係部署と協働	417	
その他	36	

【主な割合】

- ①相談者数：外来患者（患者自身・家族・関係支援者など）80%、入院患者5%、当院の受診歴が無いかた14%
- ②相談内容上位：「診療・看護に関すること」43%、「社会福祉制度の利用に関すること」40%、「医療費に関すること」6%
- ③「関係部署との協働」32%、「関係部署への引継ぎ」10%・合計42%
- ④「待遇やハラスメントなど、職員の対応に関すること」0.5%

注：医療相談室での外来患者対応数も含まれる。

3. 1年間の統括

外来患者とその関係者が窓口を利用する割合が圧倒的に多く、院内外共に入院患者の相談窓口との住み分けの認知度が定着したかと思われる。それにより外来相談特有の即時即応体制をいかに確立できるかの課題も鮮明になった。対策として、チーム内従事者の専門性に応じて対応する他に、院内関係部署への適切な引継ぎや協働を行うことで速やかに対応し患者の不安解消に努めるという観点から「関係部署との協働」・「関係部署への引継ぎ」を意識した。その割合が全体のほぼ半数となったこと、前年度の同割合34%から42%と微増していることを一定の成果としたい。

「待遇やハラスメントなど、職員の対応に関すること」項目に一定数計上があったことに対して、医療従事者と患者との対話を促進するという業務目的からも院内共有と検証に努めた。次年度に向け、より具体的に抽出・分析しやすい集計方法などを検討課題とした。

3年度は患者サポート体制の維持や院内啓蒙のために医療対話推進者養成講座への職員参加を行っており、今後も患者相談窓口を円滑に利用頂ける体制確保も含め、安定的な履修環境を維持していくことを目標としていく。

地域医療連携室

主任：山口 容也

1. 概要

(1) 業務内容

患者紹介に係る窓口業務・地域連携に係る対応と実績管理・広報活動に係る対応全般

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

事務員4名

2. 実績

令和3年度紹介件数3,211件、入院病棟稼働率85.9%（前年比+5.4%）

地域連携パス【脳卒中・大腿骨骨折・肺炎・尿路感染】の管理（7急性期医療機関に参加）

連携パス受入件数142件（内訳：脳卒中96件、大腿骨43件、肺炎3件）

3. 1年間の統括

患者紹介における窓口業務の対応と、紹介実績管理を行う。地域の医療機関との連携を図り、当院の医療資源を最大限に活用・提供できるよう、事務としてサポートできる体制・対応を心掛けている。そして、地域連携に必要な情報収集と、当院の情報発信を担当し、営業と広報活動部門も担い広報誌の編集や発行も行った。また、当院が地域の回復期機能を全うすべく、急性期病院からの転院日数短縮に寄与するため、本年度より、転院患者の送迎を企画・展開した。「顔の見える連携」を目指し、急性期病院の連携室や近隣の開業医、後方連携先の施設への挨拶訪問を行い、院内多職種連携でスムーズな地域連携に向けた活動を今後も継続していく。

入退院管理室

室長：高橋 美穂子（副看護部長）

1. 概要

(1) 業務内容

【入院管理】

各病棟の病床を一元管理し、予約入院、緊急入院、リハビリ目的等の紹介入院、地域のクリニックからの紹介入院等の入院調整とベッド調整を行っている。また、患者の状態に合わせた回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、障害者病棟等への転棟調整を行っている。

【入退院支援】

入退院支援に関する管理業務、入退院支援委員会の運営、入院管理・入院時支援との連携業務を行っている。

【入院時支援】

入院時支援に関する管理業務、外来・薬剤科・食養課・入退院支援等との連携業務を行っている。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

【入院管理】

専任看護師2名、事務職員1名（地域医療連携室兼務）

【入退院支援】

専従看護師1名、専任看護師1名、専任社会福祉士2名

【入院時支援】

専従看護師2名、事務職員1名（患者サポートチーム兼務）

2. 実績

- 年間新規入院患者数：2,343名、月平均新規入院患者数：195名
- 外来・病診連携・救急搬送での入院：1,573名
- ポストアキュート入院：616名
- サブアキュート・レスパイト入院：154名
- 入退院支援加算1：1,427件／年
- 入院時支援加算2：353件／年
- 地域連携診療計画加算：153件／年

3. 1年間の統括

【入院管理】

7月から、転院患者の送迎を開始、患者サービスの向上と入院・転院の速やかな受け入れに取り組んでいる。地域医療連携室のスタッフと連携し、急性期病院・クリニックへの挨拶訪問を行い、連携強化に努めている。

【入退院支援、入院時支援】

4月から入院時支援を開始し、入退院支援と連携しながら外来・入院前からの支援の強化を行った。入退院支援委員会では、支援状況の確認や事例検討を行い、多職種で情報共有を行っている。

医療相談室

係長：神田 拓子

1. 概要

(1) 業務内容

- 通院・入院治療等で生じる様々な問題や心配事に関して相談支援を行う。
- 患者相談窓口を担当者を配置し、外来患者の受診や生活に関する相談を受け、院内外との連携や社会福祉制度の利用支援等を行う。
- 病棟退院支援担当者を各病棟に配置し、入院患者への退院支援及び入院中の各種相談支援を行う。
- 入退院支援部門に2名配置（病棟退院支援と兼務）し、退院支援看護師と協働する。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

社会福祉士11名

2. 実績

【相談内容別件数】

相談援助項目	新規	継続	合計
経済問題の解決・援助	9	202	211
受診受療援助	1,664	8,642	10,306
心理社会的問題の調整援助	3	265	268
制度紹介	3	125	128
在宅ケア諸サービスの活用援助	52	4,367	4,419
患者間・職員との人間関係調整援助	1	5	6
診断、治療内容に関する不安に対する理解促進援助	0	14	14
医師等への情報提供	1	47	48
転院のための医療機関、退院・対処後の社会福祉施設等の選定援助	14	3,072	3,086
カンファレンス	432	4,358	4,790
心裡検査	1	4	5
その他	58	1,112	1,170
合計	2,238	22,213	24,451

※相談件数は退院調整看護師の対応件数含み

【入退院支援加算に係る件数】

入退院支援加算1 ————— 1,427

地域連携診療計画加算 ————— 153

入退院支援カンファレンス ——— 1,664

【患者サポート体制充実加算に係る件数】

相談窓口対応延べ件数（延べ）—— 1,227

3. 1年間の統括

- 昨年度退職した1名に代わり、新入職員1名を迎え、11名の支援体制となった。
- 退院支援看護師と協働し、手術患者への介入を増やした結果、加算に関わる件数が増加した。一方、外来が1名体制であることから、相談窓口での件数が減少している。
- 新型コロナウイルス感染症に伴う欠員等もあったが、各職員が協力して体制を維持した結果、相談件数、加算共に横ばいから増加となっている。
- 地域連携においては、IT機器を活用し、家族や他機関との情報共有を行い面会、外出泊が制限された中でも支援の質を維持できたと思われる。

部門別活動状況

Ⅶ. 感染制御部

感染制御部…………… 105

感染制御部

感染制御部長：鈴木 明（泌尿器科部長）

1. 構成員

感染制御部長：鈴木 明

感染制御部員：医師1名、看護師1名（感染管理認定看護師）、薬剤師1名（感染制御認定薬剤師）、臨床検査技師1名、事務1名

感染制御チーム（ICT）：医師2名、看護師1名、薬剤師1名、臨床検査技師1名、事務1名

抗菌薬適正使用支援チーム（AST）：医師2名、看護師1名、薬剤師1名、臨床検査技師1名、事務1名

2. 活動内容

- 院内感染防止の教育
- 抗菌薬使用状況の把握及び適正使用支援
- 院内感染発生状況のサーベイランス
- アウトブレイクの早期発見、原因分析及び対策
- 針刺し・切創及び皮膚・粘膜曝露時の対策
- 各種ワクチンの接種等についての把握
- 週1回定期的な巡回の実施とその記録
- 院内感染対策マニュアルの作成・改訂
- 各種専門委員会との連絡調整
- 感染症レポート（週報）の発行
- 感染管理コンサルテーション
- 感染に関する地域ネットワークの取りまとめ
- 感染症関連資料（各種ガイドライン等）の整備
- 新型コロナウイルス感染症対策、検査の運用手順・体制づくり

3. 活動実績

【ICT会議】

開催回数：年12回

【ICTラウンド】

ラウンド回数：年48回（ラウンド場所：全病棟、外来、内視鏡室、手術室等、21ヶ所）

【院内感染対策マニュアル】

作成・改訂日：令和3年11月1日（作成：1項目、改訂：19項目）

【抗菌薬適正使用支援】

ASTラウンド：年間ラウンド件数133件

カルバペネム及び抗MRSA薬投与前培養提出率（年間平均）：86%

血液培養2セット採取率：89.8%

バンコマイシンTDM実施率

TDM実施率	TDM実施率（4日未満除く）	症例数	症例数
令和3年度	89%	93%	38

【サーベイランス】

[CLABSI]

期間	延べ入院患者数	延べ使用日数	使用比	感染率
令和3年4月1日～令和4年3月31日	9,749	309	0.03	0.0%

[CAUTI]

期間	延べ入院患者数	延べ使用日数	使用比	感染率
令和3年4月1日～令和4年3月31日	20,394	5,295	0.26	0.05%

[SSI] 対象手術：人工膝関節置換術

期間	手術件数	SSI件数	感染率
令和3年4月1日～令和4年3月31日	59	0	0.0%

[針刺し・切創事故及び皮膚・粘膜曝露]

期間	針刺し・切創事故件数	皮膚・粘膜曝露件数
令和3年4月1日～令和4年3月31日	8	2

[手指衛生]

期間	使用量目標値	使用量実績値
令和3年4月1日～令和4年3月31日	15ml/patient days	13.8ml/patient days

【教育】

全体研修会（年2回開催）：第1回参加率99.8%、第2回参加率99.8%

新入職員研修（全職員対象）、中途採用者研修（全職員対象）

介護福祉士・看護補助者研修、ICM対象研修等実施

【職業感染対策】

新入職員のQFT検査、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎抗体検査、HBs抗体検査

新入職員の麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種、B型肝炎ワクチン接種

新型コロナワクチン接種

インフルエンザワクチン接種：令和3年度接種率94.0%

【感染症レポート（週報）】

毎週金曜日発行：令和3年度実績 第402号～第450号発行

【感染防止対策地域連携加算】

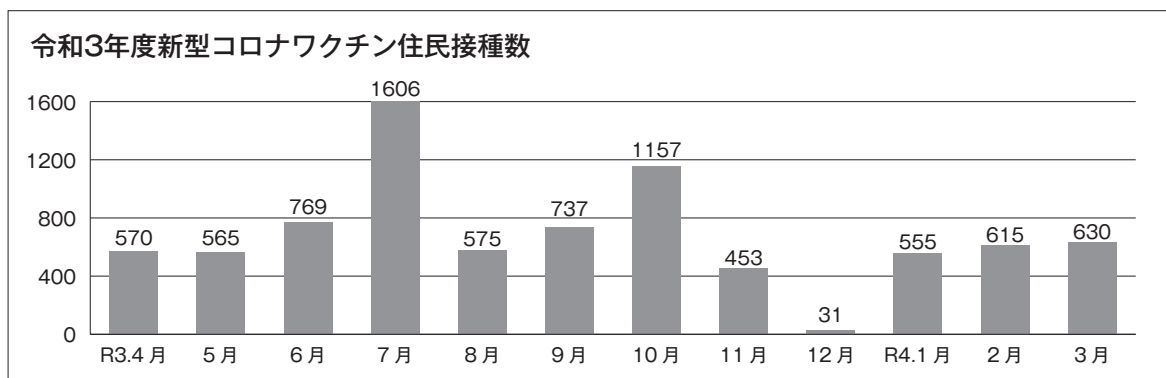
連絡会議：開催日令和3年6月9日（Web会議）

相互評価：開催日令和3年12月17日（当院で開催）、開催日令和4年2月18日（Web開催）

【感染防止対策加算】

施設基準の「感染防止対策加算」に係る合同カンファレンス：年4回開催

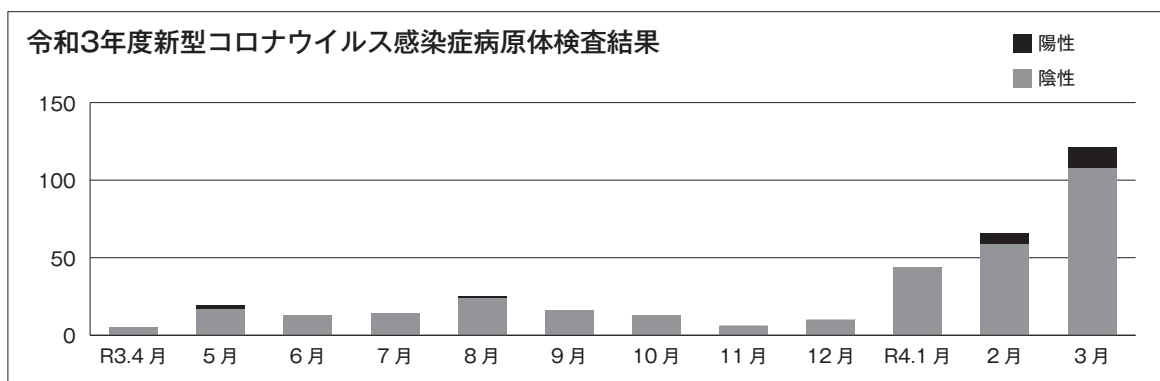
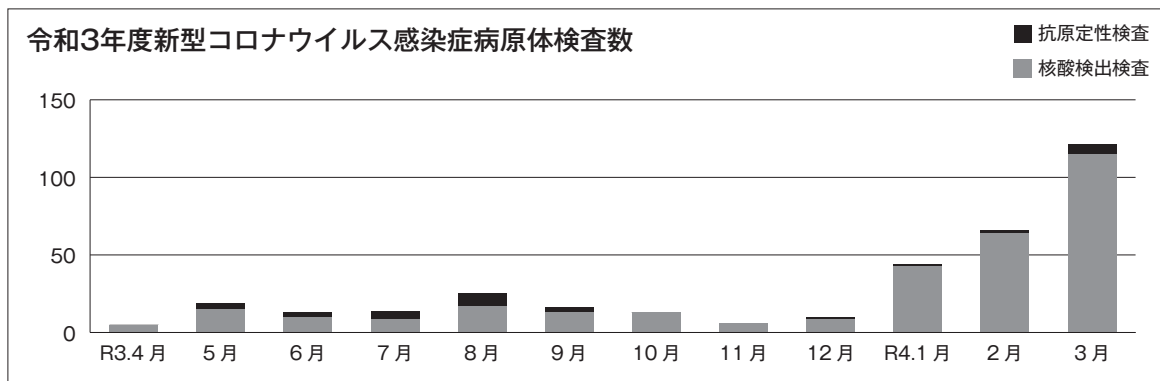
【当院で行った新型コロナワクチン住民接種人数】



【新型コロナワクチン集団的個別接種 出動実績】

	令和3年10月	11月	12月	令和4年2月	3月
出動回数	4回	2回	2回	2回	2回
出動者数	33名	16名	14名	14名	14名

【新型コロナウイルス感染症病原体検査 実績】



4. 1年間の総括

今年度も新型コロナウイルス感染症の新しい知見や研究結果などをもとに院内の感染対策を検討し、運用手順を修正、教育、指導を行った。院内で行う新型コロナワクチン接種について、体制の整備・運用手順の作成・物品の準備、関係部署との打ち合わせなどを行い、問題なく開始することができた。地域との関わりとしては、新型コロナワクチン集団的個別接種の担当病院として、当院から職員が出動し、対応を行った。PCR検査については、これまで外注で検査を行ってきたが検査機器の購入が決定したことを受け、院内検査の体制づくりが必要となった。医師・看護師への操作説明、運用手順の作成、PPEの着脱の訓練など感染制御部が中心となって行った。今年度も活動計画に沿って、ICTラウンドやASTラウンド、全体研修会、職業感染対策などを実践することができた。今後も職員一人一人が基本的な感染対策を主体的に実践できるように感染制御部として活動を継続していく。

部門別活動状況

VIII. 医療安全管理部

医療安全管理部…………… 111

医療安全管理部

医療安全管理部長：千葉 太郎（理事・副院長 兼 第一心療内科部長）

1. 構成員

医療安全管理部長：千葉 太郎

医療安全管理者：1名

専任看護師：2名

専任薬剤師：1名

専任臨床工学技士：1名

専任事務員：1名

2. 活動内容

医療安全管理部は、医療安全の専門部門として医療安全対策室、医薬品安全管理室、医療機器安全管理室をおき、医療事故対策や安全管理、職員への医療安全教育を実施しています。

3. 実績

(1) 医療安全カンファレンス

開催回数：36回

(2) 医療安全院内巡回

開催回数：1回

巡回項目：病棟、外来におけるダブルチェックの方法に関わる現状確認

(3) 転倒・転落予防標語コンクール

優秀作品（5作品）の院内表彰を実施し、日本医療機能評価機構の転倒・転落予防標語コンクールへ応募した。

4. 1年間の総括

前年度から引き続き、各部署から提出されたインシデントレポートに関するカンファレンスや医療安全巡回を通して、事故防止のための提言、指導を実施いたしました。

また、今年度も「転倒・転落予防標語コンクール」を開催し、優秀作の院内表彰を行い、日本医療機能評価機構主催の同コンクールへ応募しました。

今後もこうした活動を通じて、院内の医療安全文化醸造に醸成に寄与して参ります。

委員会活動状況

運営委員会	115	業務改善検討委員会	134
院内感染対策委員会	116	クリニカルパス委員会	135
医療安全管理委員会	117	倫理委員会	136
透析機器安全管理委員会	118	看護部教育委員会	137
医療ガス安全管理委員会	119	看護部業務委員会	143
褥瘡対策委員会	120	看護部記録検討委員会	144
輸血療法委員会	121	看護部臨地指導者委員会	145
治験審査委員会	122	看護部事故防止委員会	146
薬事審議委員会	123	看護部クリニカルラダー委員会	147
化学療法委員会	124	手術室運営委員会	148
栄養管理委員会	125	入退院支援委員会	149
N S T委員会	126	ハラスメント防止委員会	150
緩和ケア委員会	127	透析診療委員会	151
安全衛生委員会	129	回復期リハビリテーション委員会	152
診療情報管理委員会	130	地域包括ケア委員会	153
広報編集委員会	131	V T E予防対策委員会	154
D P C・コーディネーグ委員会	132	機能評価委員会	155
S P D委員会	133		

運営委員会

1. 構成員

理事長・病院長	：1名	ゆうあいの街施設長	：1名
理事・名誉院長	：1名	副看護部長	：3名
理事・副院長	：1名	医事課長	：1名
副院長	：1名	経理課長	：1名
医局長	：1名	経営企画室室長代理	：1名
法人事務局	：3名	総務課係長	：1名
看護部長	：1名		
リハビリテーション技術部長	：1名		

2. 開催日時

毎月最終週のいずれかの平日で16：30～

3. 活動内容・実績

- (1) 盛岡友愛病院の前月の収支・診療実績の報告
- (2) ゆうあいの街の前月の収支・稼働実績の報告
- (3) 令和3年度アクションプランの実績報告
- (4) 翌月の行事予定の確認
- (5) 審議事項
 - 令和3年6月：令和3年度中途、令和4年度新卒の採用計画について
 - 令和3年8月：常置委員会一覧表の変更について
 - 令和3年9月：常置委員会一覧表の変更について
マイカー通勤管理規程の変更について
 - 令和3年10月：常置委員会一覧表の変更について
 - 令和3年12月：昇進人事について（食養課、事務部）
 - 令和4年1月：医療技術職対象の奨学金制度について
 - 令和4年2月：昇進人事について（訪問看護ステーション）
法人組織図の変更について（透析センター、健診センター、総合企画室）
 - 令和4年3月：令和4年度収支予算案について
病院の理念、基本方針、患者さんの権利について
昇進人事について（リハビリテーション技術部）
令和4年度行事予定について

4. 1年間の総括

年度末に次年度の収支予算案の承認を行い、進捗状況の管理と評価を行った。

法人内各事業所の毎月の収支実績や人員基準、稼働実績などの報告と見直しを行っている。

また今年度は、法人組織図の改定や昇進人事についての審議に加え、各種規程の改訂や病院の基本方針についても内容変更の審議を行った。

院内感染対策委員会

1. 構成員

委員長	鈴木 明（泌尿器科部長）		
委員	医師：5名	管理栄養士：1名	
	看護師：16名	理学療法士：1名	
	薬剤師：1名	放射線技師：1名	
	臨床検査技師：1名	事務：3名	

2. 開催日時

毎月第2火曜日 13：00～

3. 活動内容・実績

開催回数：年12回

(1) 月間分離菌集計報告

(2) 月間小児の感染症報告

(3) 感染制御チーム（ICT）会議報告

- ①JANIS還元情報月報（検査部門）報告
- ②カルバペネム及び抗MRSA薬の培養提出率報告
- ③抗菌薬適正使用支援チーム（AST）のラウンド実施報告
- ④抗MRSA薬TDM実施報告
- ⑤ICTラウンド報告
- ⑥感染対策マネジャー（ICM）会議報告（活動報告、SSIサーベイランス等報告）
- ⑦中心ライン関連血流感染（CLABSI）サーベイランス報告
- ⑧カテーテル関連尿路感染（CAUTI）サーベイランス報告
- ⑨針刺し・切創事故、皮膚・粘膜曝露報告
- ⑩感染症報告
- ⑪施設基準の「感染防止対策加算」に係るカンファレンス報告（開催4回）
- ⑫感染防止対策地域連携加算に係る連絡会、相互評価ラウンド報告
- ⑬院内感染対策全体研修会企画、結果報告
- ⑭職員の抗体検査、ワクチン接種について

(4) 主な審議事項

- 新型コロナワクチン接種について
- 新型コロナウイルス感染症病原体検査について
- 新型コロナウイルス感染症対策等について
- インフルエンザワクチン接種について

4. 1年間の総括

毎月の定期報告を通し、情報を発信することで感染予防策の周知へとつなげることができた。新型コロナウイルス感染症に関しても流行状況の変化に合わせて対策を修正、周知した。今年度も新型コロナウイルス感染症や多剤耐性菌によるアウトブレイクの発生はみられなかった。院内感染対策は職員の平時からの知識と技術の習得が大切である。有事に迅速に対応ができる組織体制を平時から確立していくことが重要であるが、まだ、不十分なため今後の課題である。今後もより徹底した標準予防策、感染経路別予防策を行い院内感染対策に努めていく。

医療安全管理委員会

1. 構成員

委員長	千葉 太郎（理事・副院長 兼 第一心療内科部長）	
委員	理事長・病院長：1名	薬剤師：1名
	医師：1名	社会福祉士：1名
	事務長：1名	管理栄養士：1名
	看護部長：1名	臨床検査技師：1名
	副看護部長：3名	臨床工学技士：1名
	医療安全管理者：1名	施設管理係：1名
	理学療法士：1名	医事課：1名
	診療放射線技師：1名	総務課：1名

2. 開催日時

毎月第4火曜日 15：00～

3. 活動内容・実績

医療安全管理委員会では「盛岡友愛病院 医療安全管理指針」に基づき、医療安全管理体制の確保及び推進を目的として、上記19名の構成員にて毎月1回開催されています。

医療安全委員会の所掌事項は、以下の通りです。

- ①医療事故防止対策の検討及び推進に関すること。
- ②医療事故の分析及び再発防止策に関すること。
- ③発生した医療事故の分析及び再発防止策に関すること。
- ④インシデントの分析及び再発防止策に関すること。
- ⑤インシデント管理システムの運用、管理に関すること。
- ⑥医療安全のための研修計画策定と実施に関すること。
- ⑦その他、医療事故等に関すること。

4. 1年間の総括

リスクマネジメント部会からのインシデント・アクシデント集計報告や事例検討の報告をもとに、医療事故の分析、再発防止についての協議、検討を行い、院内へ周知することができました。

また、令和3年度も集合研修が実施できない状況であったことから、全職員を対象とした全体研修会を動画の配信と受講後のレポート提出の形式で実施しました。

初めての試みでありましたが、計2回の研修はともに高い受講率でした。

今後も安全な医療の提供を継続して行うため、委員会としての役割遂行に努めてまいります。

透析機器安全管理委員会

1. 構成員

委員長 小川 浩幸（臨床工学科 主任、透析液安全管理者）

委員 医師：1名

臨床工学技士：4名

看護師：3名

2. 開催日時

年2回開催（6ヶ月に1回）

3. 活動内容・実績

- 人工腎臓における合併症防止の観点から、厳しい水質基準を満たした透析液を使用するために水処理から機器を経て排水するまでの一連を管理することを目的として設置され、各担当者を（透析液安全管理者、透析液製造担当者、品質管理者、機器・設備管理担当者）を委員の中から選出し、各々の職務を遂行している。
- 会議では、透析液製造における安全対策に関する事項、関連学会の基準に基づいた透析液の品質管理に関する事項、水処理装置等も含む透析関連機器の管理計画の策定とその実行に関する事項の報告及び検討をしている。

4. 1年間の総括

1年を通して厳しい水質基準を満たすことができた。今年度より、新しい透析監視装置を導入した。さらなる透析の質の向上に努めていきたい。

医療ガス安全管理委員会

1. 構成員

委員長	佐々木 達哉 (理事長・病院長)	
監督責任者	事務 長 : 1名	
委員	理事・副院長 : 1名	理学療法士 : 1名
	医師 : 1名	薬剤師 : 1名
	看護部長 : 1名	臨床工学技士 : 1名
	副看護部長 : 3名	保安係 : 1名
	看護師 : 12名	施設管理係 : 2名
	診療放射線技師 : 1名	総務課 : 1名

2. 開催日時

年1回開催 (毎年2月)

3. 活動内容・実績

- 令和3年4月14日～15日
医療ガス設備保守点検実施 (6ヶ月点検)
東棟圧縮空気供給装置各フィルター交換実施
- 令和3年10月19日～23日
医療ガス設備保守点検実施 (12ヶ月点検)
 - (1) 東棟吸引装置逆止弁交換
 - (2) 西棟吸引装置No.1側電流値が不安定だった為、給水配管へオリフィス板の取付行った。

4. 1年間の総括

日常点検の他医療ガス設備業者による保守点検を年2回 (6ヶ月点検・12ヶ月点検) 実施し、点検結果の所見について改善が速やかに行われている。今後も故障、修理が発生した場合適切に対応して行く。また、医療ガス全体研修を行い事故防止に努めていく。

褥瘡対策委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）

委員 事務 長	： 1名	薬 剤 師	： 1名
専任 看護 師	： 3名	作 業 療 法 士	： 2名
看護 部 長	： 1名	管 理 栄 養 士	： 2名
副 看護 部 長	： 1名	総 務 課	： 1名
看 護 師	： 16名		

2. 開催日時

毎月第4水曜日 16：30～

3. 活動内容・実績

【活動内容】

(1) 情報の共有

- 医師：議事の総括
- 皮膚・排泄ケア認定看護師：議事進行、資料作成、褥瘡回診報告、体圧分散マットレスの管理、褥瘡保有患者に関する集計
- 専任看護師：各部署での取り組みと現状報告、褥瘡対策に関する診療計画書の作成と承認
- 薬剤師：使用薬剤についての情報提供
- 作業療法士：リハビリテーションの進捗状況と指導内容の情報提供
- 管理栄養士：栄養状態と食事内容や喫食率などの情報提供

(2) マニュアルの見直し

【実績（令和3年度）】

- 褥瘡回診患者延べ人数：166名
- 褥瘡回診延べ件数：218件
- 有病率：2.2%
- 治癒率：11.6%
- 院内発生率：0.2%
- 院外発生率：0.3%

4. 1年間の総括

褥瘡発生率は昨年とほぼ同じであるが、治癒率が向上している。院内外ともにDUとDTIの発生率が高いが、褥瘡の管理がうまくできていると考えられる。一方、院内発生でDUとDTIの発生が多いということは、褥瘡の予防に関しての更なる対策の強化が必要である。

輸血療法委員会

1. 構成員

委員長 鈴木 明 (泌尿器科部長)
委員 理事長・病院長 : 1名
医 師 : 1名
看護 師 : 11名
薬剤 師 : 1名
臨床検査技師 : 1名
地域医療連携室 : 1名

2. 開催日時

奇数月第2火曜日 13:30~

3. 活動内容・実績

- 血漿分画製剤の使用状況について
- 請求状況から見た輸血適正使用について
- 輸血マニュアルの見直し
輸血後感染症採血について
輸血後の副作用連絡表の運用について
輸血説明書・同意書の見直しについて
- 岩手県赤十字血液センター学術品質情報課より講師を招き勉強会の開催
- 岩手県赤十字血液センターと協力し新人看護師に対して血液製剤の取り扱いと輸血療法の実際について研修を担当

4. 1年間の総括

今年度、当院で輸血を行った患者数は同種血輸血 (Ir-RBC-LR, Ir-PC-LR, FFP-LR) が125名、自己血輸血が35名、同種血輸血と自己血輸血の併用が3名となっていた。輸血療法委員会で同種血輸血の使用状況と適正使用の確認を行った。

血漿分画製剤は人血清アルブミン製剤106本、免疫グロブリン製剤34本の使用となっていた。

血漿分画製剤の使用状況と適正使用の確認を行った。

輸血委員会では今年度、岩手県赤十字血液センター学術品質情報課より講師を招き、9月に輸血後感染症について、11月に輸血副作用について勉強会を実施した。

勉強会の内容に基づいて院内のマニュアルおよび輸血後副作用連絡表の見直しを行い、令和4年4月より輸血後副作用連絡表を運用開始することとした。

治験審査委員会

1. 構成員

委員長	向井田 昌之	(循環器内科部長)
委員	医 師	: 不特定
	事務 長	: 1名
	薬 剤 師	: 1名
	薬 剤 助 手	: 1名
	看 護 師	: 1名
	医 事 課	: 1名
	用 度 課	: 1名

2. 開催日時

奇数月第3火曜日 16:30～ (薬事審議委員会前)

3. 活動内容・実績

(1) 活動内容

医薬品に関する市販後調査等の審議・決定

(2) 実績

特定使用成績調査 ————— 1件

4. 1年間の総括

現在、治験はおこなっていないが、市販直後調査・特別調査・使用成績調査を実施しており、医薬品の有効性・安全性の確認と、副作用に関する情報収集に取り組んでいる。論文発表・学会発表の目的が含まれ、患者の同意が必要な調査については倫理委員会の承認を得て実施している。

令和3年度は、JAK阻害剤であるウパダシチニブ（リンヴォック）の使用にあたり、新規に特定使用成績調査の契約を結んだ。

【調査中の医薬品】

- バリシチニブ錠 2mg、4mg
- オルケディア錠
- エフピー OD錠 2.5mg
- リンヴォック錠

今後も調査の趣旨について理解し、製造販売業者等がおこなう本調査の情報収集に協力していく。

薬事審議委員会

1. 構成員

委員長 向井田 昌之（循環器内科部長）

委員 薬剤師：1名 医 事 課：1名
薬剤助手：1名 用 度 課：1名
看護師：1名 医薬品採用申請者：1名

2. 開催日時

奇数月第3火曜日 16：30～

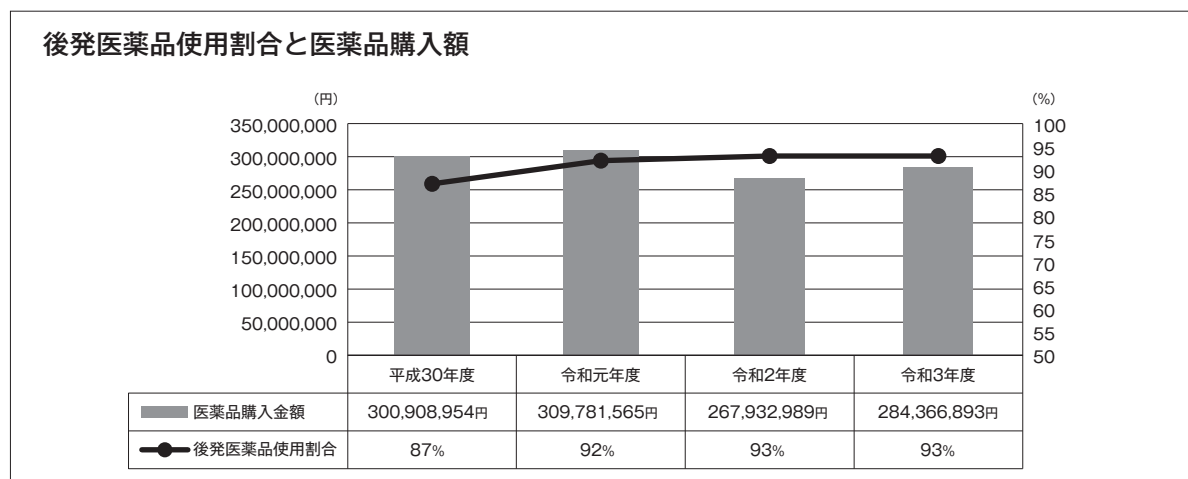
3. 活動内容・実績

(1) 活動内容

- 医薬品の採用に関する審議と決定
- 先発医薬品から後発医薬品への採用変更

(2) 実績

- 新規採用薬品数：34薬剤
- 後発医薬品切替品目数：21品目



4. 1年間の総括

令和3年度は新たに34薬剤を新規採用薬として登録した。また、21品目の薬剤について後発医薬品への切り替えを行った。この他、持参薬継続のための患者限定採用も随時行っている。本年度は気管支喘息などに対する抗体医薬品の使用量増加などに伴い、医薬品の購入額は増加した。後発医薬品の使用割合は目標とされる90%以上の水準を維持できている。流通事情や新型コロナウイルス感染症の影響を受けて、医薬品の安定供給が難しい状況が見られた。当委員会では採用薬の変更などを行うことで適正な医薬品の在庫を確保し、医療体制の維持に貢献したと考える。

化学療法委員会

1. 構成員

委員長	藤井 祐次	(呼吸器外科部長 兼 緩和ケア外科部長)
委員	医師	4名
	薬剤師	1名
	看護師	2名
	医事課	1名
	総務課	1名

2. 開催日時

年1回(3月)

3. 活動内容・実績

(1) 活動内容

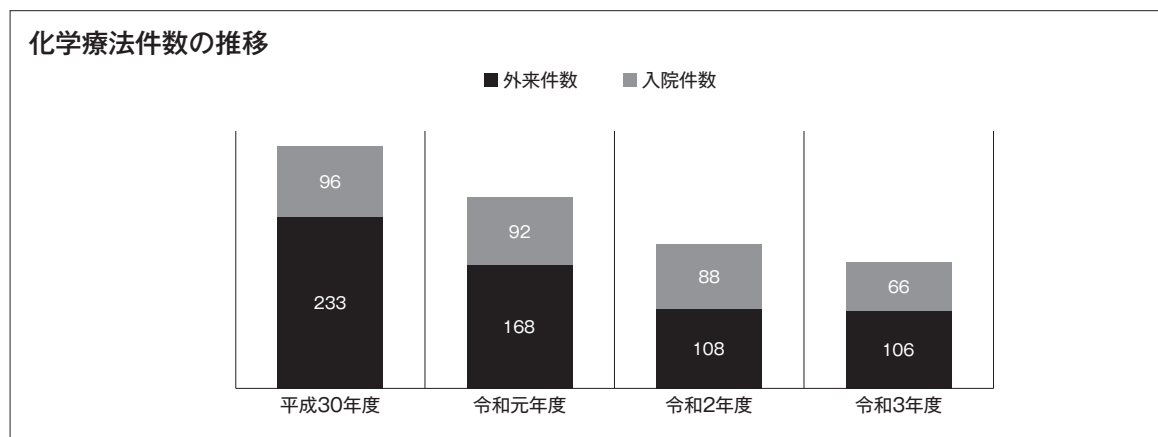
がん化学療法などに関する業務の適正な管理および効率的な運用、レジメンの審査などについて審議する

(2) 実績

登録レジメン数：126件

乳腺	大腸	胃がん	膵・胆管	非小細胞肺がん	小細胞肺がん	泌尿器	神経膠腫	その他
30	34	13	5	32	4	3	1	4

令和3年度新規登録レジメン数：2



4. 1年間の総括

令和3年度は新たに2つのレジメンを新規登録した。いずれも胆道がんに適応するGC療法とS 1 +GEM療法である。

令和4年度の診療報酬改定では、外来化学療法に関する診療報酬が大幅に変更される予定であったことから、これを委員会内で確認した。具体的には、外来化学療法の診療報酬上の評価が「外来化学療法加算」から「外来腫瘍化学療法診療料」となる点である。

この他抗がん剤や生物学的製剤について、外来で使用する場合にバイオ後続品を使用することで加算となることも合わせて確認した。病院の体制の変化に伴い、化学療法の実施件数は減少しているが、安全ながん化学療法を実施するため、委員会の体制を維持していく。

栄養管理委員会

1. 構成員

委員長 松谷 英樹（消化器外科部長）

委員 理事長・病院長：1名

常務理事：1名

副院長：1名

医師：2名

事務長：1名

看護部長：1名

看護師：2名

管理栄養士：1名

調理師：1名

2. 開催日時

毎月第2火曜日 12：30～

3. 活動内容

【目的】

各部門の責任者が病院食についての計画、指導、改善、調査などを検討し合い患者食の内容充実を図る目的で設けられた委員会であり、入院時食事療養制度の監査項目で設置が指導されている。

【協議内容】

- ① 栄養管理業務の運営方針に関すること。
- ② 給与栄養所要量及び献立に関すること。
- ③ 栄養指導に関すること。
- ④ 衛生管理に関すること。
- ⑤ 給食材料の購入等に関すること。
- ⑥ 調理業務の向上に関すること。
- ⑦ 患者サービスに関すること。
- ⑧ その他、栄養管理業務に関すること。

協議内容については再度食養課内で検討し、次月の会議で報告し、栄養管理の質の向上に繋げている。

4. 1年間の総括

令和3年度は、昨年度作成した新型コロナウイルスの感染対策における給食管理について緊急時の食事提供方法の改訂、新食種パワー食の内容検討、回復期病棟常駐に向けた栄養管理体制の見直し、新規汎用品経管栄養の導入について主に審議を行った。来年度は他病棟への常駐や電子カルテ導入に向けて効率的な栄養管理、体制の強化、質の向上について検討していく。

N S T委員会

1. 構成員

委員長	松谷 英樹 (消化器外科部長)	
委員	歯科医師：1名	作業療法士：1名
	看護師：9名	言語聴覚士：1名
	薬剤師：1名	歯科衛生士：1名
	管理栄養士：2名	社会福祉士：1名
	臨床検査技師：1名	診療放射線技師：1名
	理学療法士：1名	医事課：1名

2. 開催日時

N S T委員会：毎月第4水曜日 13：00～

N S T勉強会：毎月NST委員会内

3. 活動内容

- N S T回診報告を中心に栄養障害のある患者の周知と問題点の抽出
- N S Tマニュアル作成、改訂
- N S T勉強会でスキルアップの為にそれぞれの職種からみた栄養に関わる事項や症例検討を行う

令和3年度N S T勉強会実施内容

日程	内 容	講師
6月23日	経管栄養トラブルにおける消化態栄養剤使用及び食物繊維の有用性について	外部講師
7月28日	NSTの役割と看護師の活動	外来看護師
8月25日	食事介助について(姿勢、食環境作りについて)	作業療法士
9月22日	VE、VFについて、症例報告	言語聴覚士
11月24日	口腔ケアについて	歯科衛生士
12月22日	乳酸菌、ビフィズス菌について	外部講師
1月26日	輸液について 栄養状態に影響を及ぼす薬剤について	薬剤師
2月16日	リハビリテーション栄養と栄養補助食品活用方法について	管理栄養士
3月23日	前年度、今年度NST加算点数報告	医事課

4. 1年間の総括

N S Tは患者さんの栄養状態を評価し、様々な医療スタッフが知識・技術を出し合って、最良の方法で栄養管理を行う医療チームである。

N S T回診対象者の情報共有を行い、各職種から栄養についてのリスク抽出、現状把握を行い円滑なN S T回診の実施の検討を行っている。

令和3年度はV E説明同意書の作成を行い、新たに発足された摂食嚥下委員会へ繋げられるように準備見直しを行った。今後は摂食嚥下委員会との連携の充実を図り、低栄養患者の改善についての検討、N S T活動の質的向上に努めていく。

緩和ケア委員会

1. 構成員

委員長 藤井 祐次（呼吸器外科部長 兼 緩和ケア外科部長）
委員 理事・副院長：1名
医師：2名
看護師：13名（がん看護専門看護師：1名、緩和ケア認定看護師：1名を含む）
公認心理師：1名
薬剤師：1名
理学療法士：1名
作業療法士：1名
社会福祉士：2名
管理栄養士：2名
医事課：1名
訪問看護師：1名（ゆうあいの街）

2. 開催日時

毎月第2水曜日 16：00～

3. 活動内容・実績

	議事内容
令和3年4月	●緩和ケアマニュアル改訂「せん妄」「公認心理師の役割」
令和3年5月	●緩和ケアリンクナース活動報告 ●事例検討「南7階」 ●緩和ケアマニュアル改訂「予後予測」「治療抵抗性の苦痛と鎮静」
令和3年6月	●緩和ケアリンクナース活動報告 ●委員会内勉強会「睡眠薬について」 ●緩和ケアマニュアル改訂「睡眠薬一覧」「便秘薬一覧」「緩和ケアで使用されるオピオイド」「当院で使用されるオピオイド製剤」「緩和ケア病棟入棟依頼用紙運用基準・記載基準」「緩和ケア院内ラウンド記録」
令和3年7月	●緩和ケアリンクナース活動報告
令和3年8月	●緩和ケアリンクナース活動報告 ●事例検討「南6階」 ●勉強会「がん性悪液質について」
令和3年9月	●緩和ケアリンクナース活動報告 ●事例検討「東4階」
令和3年10月	●緩和ケアリンクナース活動報告 ●委員会内勉強会「心不全について」「緩和ケアにおける栄養管理について」
令和3年11月	●緩和ケアリンクナース活動報告 ●事例検討「西3階」
令和3年12月	●緩和ケアリンクナース活動報告 ●勉強会「日本エンドオブライフケア学会 第4回学術集会参加報告 演題：緩和ケアのある中核病院の患者・家族支援における緩和ケア外来の取り組み」

	議事内容
令和4年1月	<ul style="list-style-type: none"> ●緩和ケアリンクナース活動報告 ●事例検討「西4階」
令和4年2月	<ul style="list-style-type: none"> ●緩和ケアリンクナース活動報告 ●委員会内勉強会「エンゼルケア」
令和4年3月	<ul style="list-style-type: none"> ●緩和ケアリンクナース活動報告 ●事例検討「南4階」

4. 1年間の総括

今年度は、前年度の課題であった「緩和ケアリンクナースの育成」に取り組むことができた。各部署のリンクナースの活動を見える化し、委員会内で共有を行った。また、委員会終了後には、リンクナースミーティングを行い、緩和ケア認定看護師からの助言も行っている。

今後も引き続きリンクナースの育成と、委員会内での事例検討や勉強会を通し、非がん患者へも緩和ケアを提供できるよう取り組んでいくことが必要である。

緩和ケア研修会

開催月日	講師	テーマ	参加人数
令和3年6月24日	理事長・病院長 佐々木 達 哉	動き出した心不全緩和ケア	47名
令和3年9月30日	訪問看護ステーション ゆうあい看護師 柴 田 美 生	コロナ禍における在宅での緩和ケア	25名
令和3年10月28日	委員長・医師 藤 井 祐 次	がんリハビリテーションのすばらしさ	26名
令和4年1月27日	がん看護専門看護師 白 澤 美代子	関わりの難しさへの対応と方策の考え方	22名
令和4年2月24日	緩和ケア認定看護師 千 葉 真理子	ファシリテーション実践 事例報告会	20名

安全衛生委員会

1. 構成員

委員長 齊藤 学（法人事務局次長 兼 用度課課長）
委員 医師：2名（産業医：1名含む）
看護師：2名
診療放射線技師：1名
理学療法士：2名（労働組合代表：1名含む）
薬剤師：1名
臨床検査技師：1名（衛生管理者）
施設管理課：1名
法人事務局：1名
医事課：2名（衛生管理者：1名含む）
経理課：1名
総務課：1名

2. 開催日時

毎月第4水曜日 15：30～

3. 活動内容・実績

職員の健康保持、職場の環境衛生について協議し、改善を図る機会として当委員会を月に1回開催している。

- 超過勤務時間が月平均30時間超えの職員の把握、報告
- 労働災害、通勤災害の把握、報告
- 院内巡回による職場環境の把握、報告
- 勤務環境改善計画の作成と評価
- 放射線業務従事者の被ばく線量の状況報告
- ストレスチェックの実施
- 今年度は委員会での協議をもとに下記の対応を行った。
 - (1) 超過勤務時間が長時間に及ぶ職員への面談
 - (2) 労働災害の注意喚起、事後処理
 - (3) 防犯カメラの病棟内設置の検討
 - (4) 休暇の取得困難な職員が在籍する部署の所属長への働きかけ

4. 1年間の総括

時間外労働の上限規制の施行に伴い、時間外労働の現状把握と改善について協議をしている。その上で委員会として改善策を検討し、対象者へのアプローチを行うことで負担軽減を図り、超過勤務時間の減少に努めている。

また、今年度は各病棟に対する防犯カメラ設置の必要性に関して議論を開始した。患者の無断離棟時の対応など職場環境の改善に期待できるため継続して協議していく。

診療情報管理委員会

1. 構成員

委員長 佐々木 達哉（理事長・病院長）

委員 事務 長：1名

医 師：1名

管理栄養士：1名

看護 師：2名

薬 剤 師：1名

社会福祉士：1名

診療放射線技師：1名

理学療法士：1名

医 事 課：5名

2. 開催日時

毎月第3火曜日 16：00～

3. 活動内容・実績

診療情報管理業務の円滑な運営のため、診療情報管理上及び診療記録に関する事項を検討・討議している。

4. 1年間の総括

- リハビリテーション基本評価表と指示箋の見直しと変更
- 血液透析同意書についての見直しと変更
- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準と行動制限解除に向けた評価表の作成
- 嚥下機能検査の説明と同意書についての見直しと変更
- 検査・治療・手術・麻酔の同意書の見直しと変更
- カンファレンス記録用紙の全病棟の統一化

5. 1年間の計画

- 診療情報管理に関する院内規定の更新（紙媒体）
- 診療報酬改定に伴う帳票、記載基準の変更
- サマリー記載率の報告
- 電子カルテ導入に向けた新規院内規定の構築

広報編集委員会

1. 構成員

病 院 長：1名
事 務 長：1名
経 営 企 画 室：1名
地 域 医 療 連 携 室：1名
総 務 課：3名（看護部長室付：1名を含む）
ほか、必要に応じ招集

2. 開催日時

毎月第3金曜日 16:00～

3. 活動内容・実績

- 院内向け、院外向け広報誌の記事内容、発行についての検討と調整
- 法人ホームページの掲載内容についての検討と調整
- その他各種媒体における病院広報に関する件の検討

4. 1年間の総括

前年度に引き続き、職員向けの院内報「友愛ニュース」と連携先医療機関や地元自治会を対象とした院外向けの広報誌「連携室だより」の記事内容の報告、協議、や発行に向けての各種調整を実施し、原則隔月で発行しました。

ホームページについてはアクセス数や更新状況の報告が都度行われ、必要に応じて部署間の調整を実施し掲載内容の充実に努めました。

今後も様々な広報手段の長所を生かし、院内、院外双方への情報発信に努めます。

D P C ・ コーディング委員会

1. 構成員

委員長 佐々木 達哉（理事長・病院長）

委員 医師：2名

看護師：2名

放射線技師：1名

薬剤師：1名

臨床検査技師：1名

法人事務局：1名

医事課：10名

2. 開催日時

年4回不定期開催

3. 活動内容・実績

- DPC制度について、紹介、周知
- 医療機関別係数について、変化の確認、内容の精査
- 点数改訂によるDPC算定変化の周知

4. 1年間の総括

DPC委員会の活動と、その活動を報告・共有することで病院として意識、行動変革を行うことができた。

今後は減収症例の減少やミスコーディングの減少へと繋げていきたい。

SPD委員会

1. 構成員

委員長 齊藤 学 (法人事務局次長 兼 用度課課長)

委員 事務 長	：1名	臨床検査技師	：1名
看護部 長	：1名	理学療法士	：1名
副看護部 長	：3名	管理栄養士	：1名
看護師 長	：12名	用度課	：1名
薬剤師	：1名		

2. 開催日時

毎月第4木曜日 16:30～

3. 活動内容・実績

●活動内容

- ・価格削減提案
- ・不動産報告
- ・伝送および配送スケジュール報告
- ・サンプル評価
- ・使用期限切迫品報告

●活動実績

- ・提案品目数————— 30品目
- ・提案年間経済効果————— 9,023,616円
- ・採用品目数————— 16品目
- ・採用品年間経済効果————— 8,587,447円

●NHA採用率 (令和4年3月31日現在)

分野	令和2年度	令和3年度
汎用医療材料	70.37%	69.88%
ME / 透析	50.00%	60.00%
手術室	52.38%	55.56%

4. 1年間の総括

SPD委員会では、前年度に引き続きNHA共同購入品の採用活動を注力し、ME・透析分野の採用率が増加している。今後は更なる採用率増加を目指していきたい。

業務改善検討委員会

1. 構成員

委員長 齊藤 学（法人事務局次長 兼 用度課課長）
委員 薬 剤 師：1名
看護 師：1名
臨床検査技師：1名
理学療法士：1名
地域医療連携室：2名
総務 課：1名

2. 開催日時

偶数月第3木曜日 16：00～

3. 活動内容・実績

●勤怠管理システム導入に向けた準備

勤怠管理システム導入に向けた準備を進め、令和4年度からの導入を目指して業者との折衝を行った。

●監視カメラ設置について

防犯上の観点から監視カメラ設置についての検討を行った。

引き続き設置個所や設置台数を精査し、導入に向けた環境整備を図る。

4. 1年間の総括

令和3年度は院内職員の出退勤を管理しているタイムカードの運用について、デジタル化を踏まえた対応ができるよう勤怠管理システムの導入を検討した。運用についてはカード方式、指紋認証、顔認証など様々な形式での出退勤管理が可能であるが、看護部を中心としたシフト管理システムとの連携、年次有給休暇・遅刻・早退との連動性の確認・調整も必要となる。業務の効率化、管理の精度向上を図る上では非常に有用である為、総務課と情報共有を図りながら令和4年度の導入を検討する。

院内暴力や物品の紛失等、安全確保の観点から監視カメラの設置について検討を行った。費用面、設置場所、プライバシーの保護、職員や患者の不快感等、課題はあるが引き続き検討していく。

クリニカルパス委員会

1. 構成員

委員長 藤井 祐次（呼吸器外科部長 兼 緩和ケア外科部長）

委員 看護師：11名

作業療法士：1名

薬剤師：1名

管理栄養士：1名

医事課：1名

2. 開催日時

3カ月毎 第4水曜日 15:00～

3. 活動内容・実績

- クリニカルパス承認
- バリエーション集計
- クリニカルパスの使用状況把握
- クリニカルパスの見直し（113件）
- 地域連携パス集計

年間入院患者に対するクリニカルパスの使用率は平均34%であり、そのうち完遂率は70%であった。今年度は外来でのシステム変更等があったため、36パス113件のパス承認となった。

4. 1年間の総括

今年度は入院セットが導入されたこともあり、入院患者に対する入院案内が外来受診時に徹底された為、殆どのパスを外来から開始することができ、外来と病棟との連携に繋がった。

前年度はクリニカルパスの見直しが26件だったため、件数的には約4倍であったがそれぞれの部署が協力し見直しをすることができた。使用率、完遂率は前年度と変化はなかった。

また、バリエーションの殆どは、処置等の延期、薬剤使用、祝日の影響であったが、発生率の多いパスに関しては見直しを行った。

倫理委員会

1. 構成員

委員長 千葉 太郎（理事・副院長 兼 第一心療内科部長）
委員 医師：3名
法人事務局：2名
看護師：4名
理学療法士：1名
薬剤師：1名
総務課：1名

2. 開催日時

偶数月第2月曜日16：30～

3. 活動内容・実績

患者さんを対象とした研究もしくは医療行為等について、倫理的配慮・個人情報・安全管理の観点から審査し、実施の可否を決定。

●令和3年度中に審査した案件：15件

4. 1年間の総括

今年度は臨床研究の倫理審査に加え、機能評価受審の際に指摘を受けた「薬剤の適応外使用」についてマニュアルを整備し明確化した。また、各現場で検討されている臨床倫理の問題についても当委員会でも内容を把握できるよう体制整備を行った。その他、昨年度委員会で精査した、医師の倫理審査申請や研究・症例報告の説明文書、同意書を用いた医師の臨床研究の倫理審査も行われた。臨床倫理の全体研修会については、今年度開催できなかったため、eラーニングを用いて全職員を対象に開催することを検討していく。

看護部教育委員会

1. 構成員

委員長 佐藤 千晴（西4階病棟師長）、上山 志鈴江（西5階病棟師長）
委員 看護師：20名

2. 開催日時

毎月第1月曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- 毎月の委員会で研修日程・担当者の確認や研修・効果測定の結果報告、新人看護師技術チェック評価、各部署での新人看護師研修・補助研修・部署勉強会について、各部署でのeラーニングの活用・評価について討議をおこなった。院内研究発表会を開催した。目標プランシートに沿って評価し次年度の教育計画内容の検討を行った。
- 院内集合研修：
実施した集合研修は看護師64件（前年度より+3件）、看護補助16件（前年度±0件）、人数は、レベルⅠ576人（前年度比+191人）、レベルⅡ～Ⅴ403人（前年度比-105人）であった。集合研修自体件数が増えたが、管理者研修は各役職者で計画しており、参加定期的な開催ができず次年度の課題となった。
- 部署別研修：
看護師部署別研修件数は172件（前年比-17件）だったが人数では1,376人（前年比+259人）であった。新人看護師部署別研修165件（前年比-51件）で参加人数は295人（前年比+23人）、看護補助部署別研修（日常生活の援助）の件数は21件（前年比-9件）で参加人数は107人（前年比-79人）となった。

4. 1年間の総括

- 新人看護師教育について：
新人看護師教育として集合研修を企画し、実施出来た。新人看護師が入職し、演習等がある研修では時間を要するものもあり、次年度時間調整が必要。新人看護技術習得率（AB評価）は81%であり前年度と同じであった。部署により日常生活援助実践の機会が少なく、他部署で演習出来るよう教育委員がプリセプターと協働し実施できた。ローテーション研修で実践できるよう支援していく。新人看護師部署研修も前年度より51件減少していたが技術習得度を見ると前年度と差がないため、技術チェックの内容に合わせた内容が実施されていたと考えられる。
- クリニカルラダーレベルⅡ対象者研修：
コロナ禍において前年度ローテーション研修がすべて中止になっていたため、今年度は2、3年目の看護師を対象とし実施できた。訪問看護については今年度も中止とした。係長主体で事例検討会を開催し一事例を取り上げ意見交換を行い、助言を得ることで多角的な視点やアセスメント方法を学ぶことができた。
- 看護補助研修について：
前年度同様実施することができた。必須研修に関しては全員参加することができた。部署別研修を計画的に実施できるよう委員会で呼びかけを行い、今年度からeラーニングを活用し、必要な知識・技術の振り返りや習得に繋げることができた。
- 院内集合研修
研修は例年通り実施することができた。
- 院外集合研修
集合研修の参加ができた。オンラインでの研修案内が多数あり、容易に研修参加が可能となったが、参加人数の増加に繋げることが出来なかった。
- 院内看護研究発表会
令和3年12月10日（金）17時30分～19時、「第22回院内看護研究発表会」を開催し、参加人数は92名であった。

【資料】 令和3年度 院内集合研修実績

(対象別一覧表) 2021年4月 教育委員会

研修名	月日	講師	目標	参加人数
医療安全	4月6日	横欠師長	医療事故について理解を深め、患者及び自身の安全を確保するための知識を習得する	26人
感染防止	4月6日	感染管理認定看護師 赤松副看護部長	感染防止について理解を深め、患者の安全を守り自らが感染源とならない知識を習得する	25人
看護倫理	4月7日	外館看護部長	看護者の倫理、患者の権利と看護者の責務を理解する	24人
フィジカルアセスメント ①呼吸・吸引について	4月7日	呼吸療法認定士 横手係長	正しい吸引方法を学び、安全に実施するための知識・技術を習得する	21人
静脈注射・点滴管理	4月9日	教育委員会	安全に実施するための知識・技術を習得する	18人
経管栄養	4月12日	事故防止委員会 藤澤係長	援助方法について学び業務に活かすことができる	24人
日常生活の援助	4月13日	工藤師長 NST委員会	援助方法について学び業務に活かすことができる	20人
褥瘡予防について	4月14日	皮膚排泄ケア認定 看護師 北田係長	褥瘡予防についての知識を深め、実践に活かすことができる	23人
看護記録・情報管理	4月14日	記録検討委員会 鈴木主任 玉山 田村	看護記録と記載方法及び看護支援システム、看護過程の理解を深める	23人
ME機器の取り扱い ①心電図・血ガス	4月15日	検査科	心電図・血ガスの取扱いについて理解し安全に操作できる	27人
コミュニケーションスキル メンタルヘルス	4月16日	佐藤師長	①コミュニケーションの方法を習得できる。②自己のストレスのサインを知る。③当院の相談システムを理解できる	22人
与薬方法について	4月16日	事故防止委員会 大石係長	薬剤の一般的知識を習得し、安全に与薬ができる	23人
リハビリテーション医療	4月16日	リハビリテーション技術部 小川部長	リハビリテーションの必要性を理解する	22人
トランスファー	4月16日	リハビリテーション技術部	患者の安全を考慮した移動方法を習得する	23人
看護必要度について	4月19日	看護必要度評価者 佐藤師長	看護必要度を理解し実践できる	25人
ME機器の取り扱い ②モニター、輸液ポンプ	4月23日	臨床工学科	ME機器の使用目的を理解し、安全に操作できる	24人
災害看護	4月30日	佐藤師長	災害時の対応について学び、適切な処置、看護ができる	25人
輸血	5月12日	田口師長 血液センター中村様	科学的根拠に基づいた技術と知識を学び実践できる	27人

	研修名	月日	講師	目標	参加人数
レベルⅠ	インスリンについて	5月21日	薬剤科 阿部科長	インスリンについての知識を深める	18人
	プリセプティー会①	5月21日	教育委員	業務に携わって各々が抱えている問題を共有し、解決策を見出す	17人
	ME機器の取り扱い ③人工呼吸器	6月4日	臨床工学科	人工呼吸器の取り扱いについて理解し、安全に操作できる	20人
	プリセプティー会②	7月16日	教育委員	業務に携わって各々が抱えている問題を共有し、解決策を見出す	16人
	心肺蘇生	7月29日	BLSプロバイダー 佐藤師長 藤澤係長	救急時の病態変化を理解し、処置及び看護ができる	20人
	緩和ケア	10月15日	緩和ケア認定看護師 千葉主任	緩和医療の現状を学び、看護の役割を理解し実践できる	17人
	エンゼルケア	10月15日	緩和ケア認定看護師 千葉主任	エンゼルケアを学び、看護の役割を理解し実践できる	17人
	接遇	11月2日	佐藤師長	基本的なマナーを習得し、患者及び家族対応を見直すことができる	16人
	プリセプティー会③	12月7日	教育委員	業務に携わって各々が抱えている問題を共有し、解決策を見出す	13人
レベルⅡ	ローテーション研修	6~7月	手術室 外来 透析センター	①各部署をローテーションすることにより、主体的行動と多角的視野を育成する。②自己の不足な基礎看護技術を習得する。	18人
	リーダーシップについて	6月26日	藤原係長	看護におけるリーダーシップを理解し、自己の果たす役割を考える	9人
	ローテーション研修	8月	各病棟	①各部署をローテーションすることにより、主体的行動と多角的視野を育成する。②自己の不足な基礎看護技術を習得する。	18人
	ローテーション研修	10~11月	緩和ケア病棟	①各部署をローテーションすることにより、主体的行動と多角的視野を育成する。②自己の不足な基礎看護技術を習得する。	15人
	事例検討会	2月18日	係長会	事例を共有することで多角的な視点やアセスメント方法を習得する。(看護過程含む)	9人
レベルⅢ	カンファレンスについて	8月20日	東野係長	カンファレンスの目的を理解しより良い支援体制を構築できる	8人
	退院調整	11月12日	高江柄師長 神田社会福祉士	入院患者の退院サポートを理解する	9人
全段階	ナラティブ	9月17日	高橋副看護部長	自己の看護観を深めることができる	11人
	救急・急変時の看護 ACLS研修 (卒2年目必須)	9月24日	ACLSプロバイダー 佐藤師長 藤澤係長	急変患者への適切な対処・チーム蘇生の方法を理解できる	14人

研修名	月日	講師	目標	参加人数
プリセプターとは	3月4日	熊谷主任	新人看護師が深刻なリアリティーショックを体験することなく、職場の雰囲気に馴染んで日常業務ができるよう援助する	11人
院内教育体制 新人看護師研修制度について	3月4日	佐藤師長	院内、院外の新人看護職研修を知り、日々の指導に活用する。	11人
教え方のスキル	5月24日	東野係長	新人看護師指導におけるコミュニケーションスキルを学ぶ	11人
技術評価について	5月24日	東野係長	新人看護師教育チェックリスト及び評価基準を理解する	11人
プリセプター会①	5月24日	教育委員	新任看護師に携わり各々が抱える問題を共有し、解決策を見い出す	15人
逆シャドー研修①	6月	教育委員	新任看護師の習得状況を確認し、不足部分を指導する	13人
プリセプター会②	7月30日	教育委員	新任看護師に携わり各々が抱える問題を共有し、解決策を見い出す	13人
看護倫理	7月30日	千葉主任	職場における倫理的問題を共有し、その対処能力を養う	13人
逆シャドー研修②	11月	教育委員	新任看護師の習得状況を確認し、不足部分を指導する	10人
プリセプター会③	12月14日	教育委員	新任看護師に携わり各々が抱える問題を共有し、解決策を見い出す	7人
看護管理	10月22日	外館看護部長	人材を育てる看護マネジメントを学ぶ	12人
主任研修会	会議時	主任会	研修伝達報告により、情報を共有し、実践に生かすことができる。	のべ 67人
係長研修会	会議時	係長会	研修伝達報告により、情報を共有し、実践に生かすことができる。	のべ 34人
師長研修会	会議時	師長会	研修伝達報告により、情報を共有し、実践に生かすことができる。	のべ 16人
看護必要度	開催なし	看護必要度評価委員	看護必要度を理解し実践できる	なし
看護部研究発表会	12月10日	教育委員会	各部署で看護研究に取り組み発表する	96人
医療安全	4月6日	横欠師長	医療事故について理解を深め、患者及び自身の安全を確保するための知識を習得する	4人
感染防止(新人対象)	4月6日	感染管理認定看護師 赤松副看護部長	感染防止について理解を深め、患者の安全を守り自らが感染源とならない知識を習得する	4人

研修名	月日	講師	目標	参加人数
看護倫理	4月7日	外館看護部長	看護者の倫理、患者の権利と看護者の責務を理解する	3人
接遇	4月8日	曲木副看護部長	自己を振り返り基本的なマナーを習得し、患者及び家族対応に活かすことができる	28人
経管栄養	4月12日	事故防止委員会 藤澤係長	援助方法について学び業務に活かすことができる	4人
日常生活の援助	4月13日	工藤師長 NST委員会	援助方法について学び業務に活かすことができる	3人
褥瘡予防について	4月14日	皮膚排泄ケア認定 看護師 北田係長	褥瘡防止についての知識を深め、実践に活かすことができる	2人
コミュニケーションスキル メンタルヘルス（新人対象）	4月16日	佐藤師長	コミュニケーションの方法を習得できる。自己のストレスのサインを知る。当院の相談システムを理解できる	2人
リハビリテーション医療	4月16日	リハビリテーション技術部 小川部長	リハビリテーションの必要性を理解する	2人
トランスファー	4月16日	リハビリテーション技術部	患者の安全を考慮した移動方法を習得する	4人
医療制度の概要及び病院の機能と組織について	5月14日	田口師長	医療チーム及び看護チームの一員として理解を深める	62人
看護補助業務について	5月14日	田口師長	看護補助業務を理解し看護に活かすことができる	62人
倫理、個人情報保護について	6月10日	佐々木師長	個人情報の必要性を知り実践できる	64人
感染防止	10月15日	赤松副看護部長	感染防止について理解を深め、患者の安全を守り自らが感染源とならない知識を習得する	64人
医療安全	12月9日	横欠師長	医療事故について理解を深め、患者及び自身の安全を確保するための知識を習得する	63人
認知症患者の看護	3月10日	上山師長	認知症患者の対応についての知識を習得する	24人
災害看護	開催なし	佐藤師長	災害時の対応について学び、適切な処置、看護ができる	なし

介護福祉士・看護補助

研修レベル	研修対象者
レベルⅠ	新卒看護師のみ
レベルⅡ	レベルⅠを達成した者：卒後2年目のみ
レベルⅢ	レベルⅡを達成した者：リーダー業務を始めて行う者のみ
全段階	レベルⅠを達成した者：レベルⅡ～Ⅴ研修参加
実地指導者	プリセプターを行っている者・教育委員のみ



第22回 院内看護研究発表会のご案内

日時：令和3年12月10日（金）

時間：17時30分～19時00分

場所：西6階大ホール

第1群 【座長】藤原係長

1. 「地域包括ケア病棟での期限超過はなぜ起きるのか」
～発生原因の理由と今後の課題を検討する～
西3階 ○吉田 夕紀江、川村 由香
2. 「回復期病棟における患者の目標に対する看護師、リハビリとの意識の違いについて」
南7階 ○千葉 麻子、千葉 千夏、田原 恭兵
3. 「行動制限解除を目的とした多職種カンファレンスの定着化」
西4階 ○山口 里美、角地 陽子、鈴木 美恵子
4. 「酸素ボンベ残量チェック表導入後の看護師の意識変化」
キーワード：酸素ボンベ、事故防止
外 来 ○江藤 真理、山本 幸恵、松田 知江利、大道 歩美

第2群 【座長】若松係長

5. 「透析業務におけるシャントマップ作成の試みについて」
キーワード：シャントの情報共有
透 析 ○小田島 瞳、廣田 史子、藤澤 恵、南幅 麻衣
6. 「口腔ケアについての看護師の意識調査」
東4階 ○佐々木 沙羅、和気 彩佳、筑後 愛袈、工藤 友子、北田 淳子
7. 「全身麻酔手術を受ける患者への術前オリエンテーションの検討」
～写真・イラスト入り手術用パンフレットの作成を試みて～
南3階 ○柴田 卓登、黒木 道久、佐藤 一成、山本 亜美
8. 「電話面談で見た課題とリモート面談の有効性について」
南6階 ○熊林 愛莉、西里 学子

第3群 【座長】藤澤係長

9. 「新型コロナウイルス感染症対策の中で実施された終末期患者に対する看護事例と分析と課題」
西5階 ○山口 佳奈、田中 希美、千葉 遥
10. 「面会禁止における家族への退院支援の在り方を検討」
～現状の把握と今後について～
南4階 ○小姓堂 里美、山崎 里加、関田 愛、荒澤 香里
11. 「看護過程をサポートできる手術前訪問用紙の考案」
キーワード：周術期看護、手術前訪問
手術室 ○稲葉 佳恵、新里 友美

看護部業務委員会

1. 構成員

委員長 佐々木 麗子（南7階病棟師長）
委員 看護師：11名

2. 開催日時

毎月第3月曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- (1) 目標プランシートに沿って実施・評価
- (2) 看護基準「治療・処置・透析」見直し実施
- (3) 看護補助業務手順の見直し実施
- (4) 院外研修参加者からの伝達講習5回開催
- (5) 看護必要度全体研修
- (6) 看護必要度評価者による必要度の記録監査（年4回実施）

4. 1年間の総括

令和3年度は、看護基準「治療・処置・透析」の見直しを行い完了した。

学研メディカルサポート社のビジュアルナーシングメソッドが本格導入されたが、PC内手順書と紙面でのマニュアルの活用の使い分けがまだ統一されておらず、活用方法が次年度の課題となった。

コロナ禍ではあったが、業務に関する院外研修に参加し委員会内で伝達講習を5回開催した。

看護必要度については、看護必要度全体研修をeラーニングを活用し、部署に即した項目を全員に視聴してもらった。（一般病棟用・回復期病棟用）

看護必要度監査については年4回実施し、監査翌月に開催した評価者ミーティングで監査結果を報告し検討を行った。

評価者ミーティングの報告を業務委員会で行い、決定事項の周知に努めた。

看護部記録検討委員会

1. 構成員

委員長 田口 真奈美（南3階病棟師長）

委員 看護師：10名

2. 開催日時

毎月第2木曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- 4月に新人看護師対象の看護記録研修を実施
- 看護記録記載基準・手順の見直し
- 記録委員を中心に各病棟5冊の形式的記録監査・監査結果報告・集計
- 記録委員による質的記録監査（7月と1月）を各病棟5冊行い結果の報告・集計
- 看護記録の問題点について検討
- 記録委員会内での勉強会の開催

4. 1年間の総括

今年度は看護記録の充実を目標に活動を行った。委員の看護記録に対する知識の向上を図るため、委員会内での勉強会の開催やeラーニングを活用した。そして記録に関する問題点を検討し、看護記録の統一を図ることを目標にした。係活動は、前年度と同様にマニュアル係、監査集計係、看護記録検討係とし活動に取り組んだ。記録監査実施結果での問題点に対し、充実した看護記録になるよう今後も検討し対策に取り組んでいく。また次年度は電子カルテ導入に向け、電子カルテ導入検討委員会と協働し、看護記録のマニュアルの見直しに取り組む必要がある。

看護部臨地指導者委員会

1. 構成員

委員長 東野 史恵（西4階病棟看護係長）

委員 副看護部長：1名

看護師：18名

2. 開催日時

毎月第1金曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- 各校・各学年の実習反省の報告、問題点の検討
- 臨地指導者マニュアルの見直し
- 各学校との連絡会議を開催、意見交換をした
- 学生が使用する物品について検討
- 臨地実習指導者研修報告会の開催

4. 1年間の総括

今年度の臨地実習は、岩手女子高等学校・岩手医科大学看護学部・岩手県立大学・岩手保健医療大学・岩手看護専門学校の5校の16グループの学生の臨地実習が行なわれた。当委員会では1. 安全に実習ができる体制を整える 2. 効果的な実習ができるよう受入れ体制を整える 3. 実習しやすい環境を整えるを目標に掲げ、各校の実習要綱に基づき指導を行った。また、臨地指導者マニュアルの20項目のうち13項目見直しを行い、指導の統一を図った。臨地実習指導者研修報告会ではコロナ禍のため、参加者を臨地指導者委員のみで行った。e-ラーニング学習の流れを知り、臨地実習のカリキュラムの改正について学び、また実習指導の基本、実習指導者のあり方を再認識し、知識を深めることができた、今後の実習指導に役立てることができる内容であった。コロナ禍の実習ではあったが感染発症なく行うことができた。次年度も、感染予防を行い、各学校と連絡会議で話し合い、安全で効果的な実習、実習しやすい環境を整えることを目指し活動していく。

看護部事故防止委員会

1. 構成員

委員長 千葉 るり子（東4階病棟師長）
マネジメント部会長 横欠 久子（外来師長）
委員 看護師：18名

2. 開催日時

毎月第3月曜日 15：00～

3. 活動内容・実績

- チェック項目を活用した巡回の実施（3回/年）
- 巡回後の報告、結果のフィードバック
- 巡回チェック項目の作成
- 研修会参加後の伝達講習会の開催
- 各部署でのeラーニング視聴の実施
- 報告書入力システム導入に伴い、スタッフへのサポート
- RCA分析の学習会開催、RCA分析の実施（年2回）
- 臨時事故情報の発行（適時）

【報告総件数】

736件（前期361件、後期375件）

前期 レベル0・ハイリスク：11件、レベル3b以上：1件

後期 レベル0・ハイリスク：20件、レベル3b以上：3件

4. 1年間の総括

令和3年度の報告総件数は、前年度と比較し8件の増加であった。臨時事故情報の発行は3件となった。

委員会内での学習会のあと、自部署においてレベル3b以上のRCA分析を実施し、委員会内で発表することで情報共有できた。

また、巡回チェック項目の見直し後、初めて巡回実施することで、検討、改善項目を見出すことができた。今後は、項目内容の見直し、巡回場所、巡回間隔など検討していきたい。

看護部クリニカルラダー委員会

1. 構成員

委員長 外館 和佳子 (看護部長)
委員 副看護部長：2名
看護師：14名

2. 開催日時

毎月第3火曜日 13:30～

3. 活動内容・実績

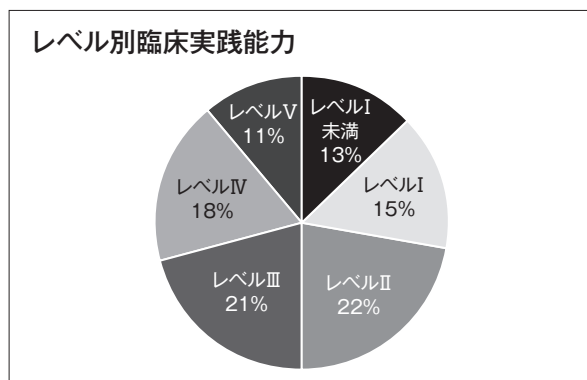
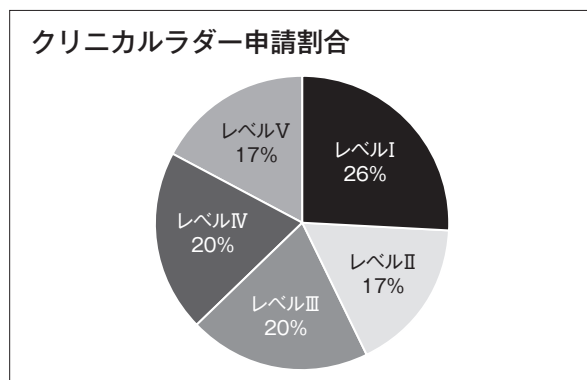
- 委員会の目標設定、評価
- クリニカルラダーの質向上に向けた取り組み
- 課題等に関する報告、提案、討議
- 教育委員会との連携
- マニュアルの改定

4. 1年間の総括

今年度は、昨年度から導入したマネジメントラダーの評価基準について師長会で検討した結果をラダー委員会で共有することで新たな課題が明確となった。クリニカルラダーと同様に評価基準を設けた評価については、昇進人事等を考慮し、マネジメントラダー評価基準を活用しながらの検討事項とクリニカルラダーとともにマネジメントラダーについても、教育委員会や師長会と情報共有し連動した研修プログラムの企画やレベル別機能を活かした活動など、今後さらなる課題に取り組む必要がある。

今年度のレベル認定状況は、申請者155名、その内、認定された人数は66名（前年度比+15名）、認定されなかった人数は67名（前年度比-19名）、産育休、中途退職等で合否判定ができなかった人数は22名（前年度比+7名）であった。レベルアップしたスタッフの割合は42%（前年度比+8%）であった。臨床実践能力別にみると、レベルⅠ未満21名（前年度比-9名）、レベルⅠ 24名（前年度比-5名）、レベルⅡ 30名（前年度比-7名）、レベルⅢ 29名（前年度比-7名）、レベルⅣ 24名（前年度比-10名）、レベルⅤ 15名（前年度比-21名）であった。レベルⅢ以上は、合わせて68名（前年度比-38名）で割合は43.8%（前年度比-13.8%）であった。

昨年度とは異なり、レベルⅢ以上は減少しているがマネジメントラダーの導入や産育休の増加が影響していると考えられる。また、病棟機能別でのキャリア志向が高くなっている傾向にあるのは昨年同様である。今後もレベルⅢ以上の割合を増やせるよう取り組んでいく。



手術室運営委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）

委員	理事長・病院長	：1名	看護部	：1名
	医師	：7名	用度課	：1名
	事務長	：1名	総務課	：1名
	看護部長	：1名		

2. 開催日時

3回開催（4月、6月、2月）

3. 活動内容・実績

現状の共有と問題について検討を行い対応。

検討事項がある場合、現状報告を行い委員会承認をもって決定とする。

【検討事項】

- 麻酔科医の体制について
- 準緊急手術の対応と依頼について
- 全麻患者の術前口腔内環境について
- 手術室内の空調設備、暑さ対策について
- 機能評価中間結果報告について
- 麻酔困難患者の診療報酬に関わる内容について
- 手術、麻酔申込書のアレルギーの記載について

4. 1年間の総括

麻酔科の体制変更に伴い、準緊急時の対応や口腔内環境の術前確認などについて情報共有を行い、安全な手術の実施に向けて取り組んだ。また、診療報酬算定に関わる内容を情報共有し、収益増加に関する議論も行った。昨年度から引き続き検討している空調設備については、設備に合わせた使用方法の確認が取れたため、今年度で問題も解消された。

入退院支援委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）

委員 看護師 17名

薬剤師 1名

管理栄養士 1名

作業療法士 1名

社会福祉士 3名

経営企画室 1名

2. 開催日時

毎月第4木曜日 15:30～

3. 活動内容・実績

- 入退院支援の実績報告
- 入退院支援の基準、手順の見直し
- 入退院支援、地域連携に関する問題点の検討
- 事例検討

令和3年度入退院支援実績

	令和3年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和4年 1月	2月	3月	計
入院患者数	203	147	208	197	187	177	210	202	235	186	181	210	2,343
退院患者数	208	167	189	195	179	194	215	193	249	174	180	206	2,349
入退院支援加算1 算定件数	110	103	124	113	108	118	133	108	148	98	129	135	1,427
入院時支援加算2 算定件数	13	20	30	34	25	29	37	25	34	26	38	42	353
地域連携診療計画加算 算定件数	10	13	16	13	12	12	14	11	17	15	10	10	153
入退院支援加算1 算定割合	52.9%	61.7%	65.6%	57.9%	60.3%	60.8%	61.9%	56.0%	59.4%	56.3%	71.7%	65.5%	60.8%
カンファレンス件数	153	101	146	155	134	132	142	125	166	126	139	145	1,664
退院支援計画書作成数	140	94	136	139	123	124	137	123	160	125	135	145	1,581

4. 1年間の総括

4月より入院時支援を開始し、外来受診時・入院前からの支援の強化を行った。院内外の多職種によるカンファレンスを開催し、情報共有しながら退院支援・退院調整を行っている。約230の外部機関と連携し、医療・介護・福祉サービス等に繋いでいる。

ハラスメント防止委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）
委員 法人事務局：1名
看護 師：1名
総務 課：1名

2. 開催日時

不定期（ハラスメントの相談があった都度開催）

3. 活動内容・実績

受付した相談、苦情を相談窓口職員が事実関係の調査・確認を行った上で、ハラスメント防止委員会で今後の再発防止策等に関して議論を行い、必要であれば、雇用環境整備の提案や懲戒処分案の上申を行うため委員会を設置している。

なお、ハラスメントの相談は、雇用形態、身分、性別を問わず法人内の業務に従事する全ての職員から受付し、職員以外の者と発生したハラスメントについても適用し、相談を受け付けている。

●令和3年度 相談件数：3件

- (1) 患者から職員に対するハラスメント
- (2) 職員から職員に対するハラスメント
- (3) 職員から職員に対するハラスメント

4. 1年間の総括

相談窓口職員の周知や受付箱を設置して投書で気軽に相談できる環境の整備を行った。職員以外の者とのトラブルに関しても、多角的な視点から多職種で議論を重ね対応した。

今年度は、昨年度同様に新型コロナウイルスの影響で全体研修会が開催できていないため、来年度以降は研修会も含めたハラスメント防止の為の啓発活動に注力していきたいと考えている。

透析診療委員会

1. 構成員

委員長 鈴木 明（泌尿器科部長）

委員 理事長・病院長：1名

事務 長：1名

看護 部長：1名

リハビリテーション技術部長：1名

看護 師：5名

臨床工学技士：2名

理学療法士：1名

管理栄養士：1名

経営企画室：1名

2. 開催日時

奇数月第4または第5火曜日 14:00～

3. 活動内容・実績

- 直近2か月間の実績確認
- 透析治療における困難事例の共有
- 紹介患者受け入れ後の問題点と退院調整についての問題点の情報共有
- 新治療導入の報告

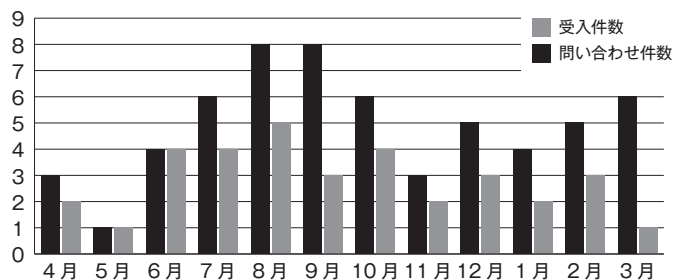
4. 1年間の総括

令和3年3月に第1回委員会を開催、奇数月の開催において、受け入れ状況、透析件数を共有するとともに、受け入れ後の問題点（患者の状態、シャントの状態）、退院調整に関する問題点ど、点など、多職種での情報共有が可能となり、問題解決に向けて検討の必要性を理解した。透析患者は、様々な問題を抱えていることが多い傾向があり、病棟への負担、リハビリにおいては限られた時間での介入、栄養管理も様々な事を考慮しての対応となり、この委員会を通して多くの問題点を共有することが出来た。

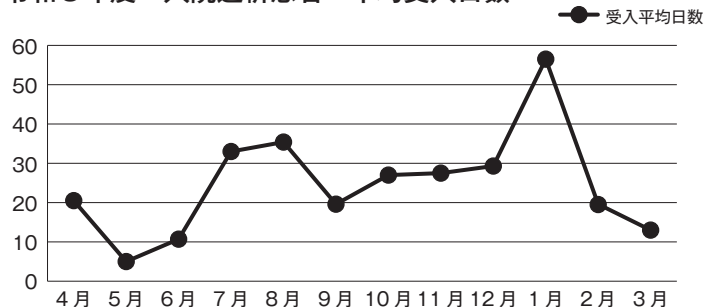
令和3年度 透析患者 受入実績

	問い合わせ件数	受入件数	受入平均日数
4月	3	2	20.5
5月	1	1	5
6月	4	4	10.7
7月	6	4	33
8月	8	5	35.4
9月	8	3	19.6
10月	6	4	27
11月	3	2	27.5
12月	5	3	29.3
1月	4	2	56.5
2月	5	3	19.6
3月	6	1	13
合計	59	34	24.8

入院透析患者における問い合わせ件数と受入件数の実績



令和3年度 入院透析患者 平均受入日数



回復期リハビリテーション委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）

委員 看護師	：14名	社会福祉士	：3名
理学療法士	：3名	地域医療センター	：1名
作業療法士	：4名	医事課	：2名
言語聴覚士	：1名	経営企画室	：1名
管理栄養士	：4名		

2. 開催日時

毎月第4木曜日 16：00～

3. 活動内容・実績

- 定例会及び連絡会議の開催
- 小委員会活動（研修会の企画及び運営・症例検討会など）
- 回復期リハビリテーション病棟の実績調査
- 回リハ摂食嚥下小委員会活動の支援

症例検討と研修を隔月ごとに実施した。毎月実績状況を共有しベッドコントロールの支援。

In Bodyによる体組成分析でのモニタリングを開始した。回リハ嚥下・摂食小委員会が始動。

3部署実績：新規入棟患者数：650名 重症入院患者数：286名 重症入院割合：44%

在宅復帰率：86.5% 実績指数：47.74%

4. 1年間の総括

今年度は、課題としていた回リハ摂食嚥下活動と、新規で体組成分析の運用に取り組むことができた。歯科医師による研修会を委員会内で実施、動画視聴方式にて回リハ病棟看護職スタッフへの勉強会へとつなぐことができた。

地域包括ケア委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）

委員 医	師：2名	社会福祉士：2名
事務	長：1名	管理栄養士：2名
看護部	長：1名	経営企画室：1名
リハビリテーション技術部長	：1名	地域連携室：1名
副看護部	長：1名	医事課：1名
看護	師：6名	ゆうあいの街：1名
理学療法	士：1名	
作業療法	士：1名	

2. 開催日時

毎月第1木曜日 14：30～

3. 活動内容・実績

(1) 当委員会の中で、さらに2つの小委員会を設け、より実践的な体制を構築

- 小委員会A＝地域医療機関との情報共有を図る広報活動の展開
- 小委員会B＝病棟運営に関わる体制の確立

(2) 定例会及び連絡会議の開催

- 病棟稼働の目標値の設定と達成に向けたルールの作成
- 入退院数、在院日数、在宅復帰率の管理を多職種と連携
- 急性期病棟を中心に必要度を意識した患者の適正管理
- 病棟環境の安全化を図るための患者情報の共有
- 地域に向けた病棟活用の広報活動の展開
- 病棟運営に関わる施設基準等の勉強会の開催

年間入院患者数 406名 年間退院患者数 397名 病床稼働率平均 80.9%
在宅復帰率 平均 79.5%

4. 1年間の総括

委員会内で実績や課題を検討し多職種で協働し情報共有を行った。

病棟稼働の目標設定値をあげ、稼働向上に向けた取り組みを行い、病床稼働率を前年度から約10%向上することができた。

V T E 予防対策委員会

1. 構成員

委員長 佐藤 央（第二血管外科部長）

委員 看護師：7名

理学療法士：1名

臨床検査技師：1名

2. 開催日時

3回開催（6月、10月、2月）

3. 活動内容・実績

- 各部署の入院患者対象の肺動脈血栓塞栓症リスク評価の確認と集計
- リスク評価表年間集計
- 勉強会の開催

4. 1年間の総括

昨年度の年間集計により現状把握を行った。

また各部署より静脈塞栓血栓症につながる報告はなかった。

委員会内での学習会を2回開催することができた。

機能評価委員会

1. 構成員

委員長	佐々木 達哉（理事長・病院長）
委員	理事・副院長：1名
	副院長：1名
	医局長：1名
	事務局長：1名
	看護部長：1名
	副看護部長：3名
	リハビリテーション技術部長：1名
	医事課長：1名
	総務課係長：1名
	総務課：3名

2. 開催日時

毎月第3木曜日 16：30～

3. 活動内容・実績

(1) 活動内容

機能評価受審（3rdG：Ver.2.0 主機能：リハビリテーション、副機能：一般2）に向けての審議・決定

(2) 実績

- 各部署での問題点等の情報収集、共有
- 内部監査の実施
- 令和3年11月25日、26日機能評価受審
- 受審後、各部署からの報告会実施

4. 1年間の総括

今回で4回目の機能評価受審であった。コロナ禍の影響により様々な場面で制限がかかる中、予定していた内部監査の延期もあり準備等において不安な受審だったが、無事認定を得ることができた。機能評価受審を通して改善事項も確認できたため、病院として質の高い医療を提供できるように今後も努めていきたい。また、次回受審は電子カルテ導入後初めての受審となるため、導入後の改善点を確認し、更新に向けて活動していく。

チーム活動状況

外来化学療法チーム……………	159
緩和ケアチーム……………	160
褥瘡対策チーム……………	161
排尿ケアチーム……………	162
栄養サポートチーム（NST）……	163

外来化学療法チーム

1. 構成員

外来看護師：4名

2. 活動日時

外来化学療法実施日に合わせて、各診療科と連携して実施。

3. 活動内容・実績

外来患者の抗がん剤・生物学的製剤を南3階外来化学療法室にて実施。

【令和3年度実績】

- 抗がん剤 17件（泌尿器、外科）
- 生物学的製剤 102件（整形外科、膠原病内科）
1ヶ月→7名～11名 1日→1名～2名

4. 1年間の総括

1日当たりの患者数は2名までとし、看護師1名で化学療法実施中の患者の経過観察を行っている。来院して開始前から終了まで各診療科と連携を図り実施することができた。

緩和ケアチーム

1. 構成員

医 師：3名
がん看護専門看護師：1名
薬 剤 師：1名
管 理 栄 養 士：1名
理 学 療 法 士：1名
作 業 療 法 士：1名
公 認 心 理 師：1名
社 会 福 祉 士：1名

2. 活動日時

- (1) 緩和ケアチームカンファレンス
毎週金曜日（または水曜日）14：30～15：00
- (2) 緩和ケアチームラウンド
随時

3. 活動内容・実績

- (1) 令和3年4月～令和4年3月 緩和コンサルテーション依頼状況
依頼件数：12件（うち緩和ケア診療加算対象6件）（男性9名、女性3名）
診 療 科：緩和ケア外科5名、消化器内科4名、呼吸器内科1名、泌尿器科1名、外科1名
依頼時期：がん治療終了後12名
介入依頼時のPS（performance status）：PS 3・6名、PS 4・6名
- (2) 依頼内容（重複症例あり）
疼痛7件、疼痛以外の身体的症状5件、精神的サポート9件、家族ケア5件、その他13件
- (3) 転帰
緩和ケア病棟へ転棟10名、死亡退院2名

4. 1年間の総括

今年度より、緩和ケアチームと緩和ケア委員会の緩和ケアリンクナースが連携できる体制を構築した。緩和ケアチームカンファレンスには、主治医と病棟のスタッフが同席したことで、依頼内容に対応しながら、適切な時期に緩和ケア病棟への転棟が可能となった。緩和ケアチームの多職種が介入したことにより、緩和ケア病棟との連携も継続できた。今後は、緩和ケアリンクナースとの連携強化、外来における緩和ケアチームの支援体制の構築に取り組んでいく。

褥瘡対策チーム

1. 構成員

医 師：1名
皮膚・排泄ケア認定看護師：3名
薬 剤 師：1名
管 理 栄 養 士：2名
作 業 療 法 士：2名

2. 活動日時

毎月第2・4火曜日 9：30～

3. 活動内容・実績

(1) 院内褥瘡保有患者のラウンド（褥瘡回診）

- 回診患者延べ人数：166名
- 回診患者延べ件数：218件

(2) 褥瘡保有患者についてカンファレンス開催

4. 1年間の総括

カンファレンスや院内LANで情報交換を行い、スムーズにチーム活動を行うことができた。

排尿ケアチーム

1. 構成員

専任医師：2名

専任看護師：2名

理学療法士：1名

2. 活動日時

毎週水曜日（または不定期）

3. 活動内容・実績

- 排尿自立支援が必要な患者のリストアップ
- 排尿自立支援が必要な患者のカンファレンス
- 病棟スタッフと連携し、排尿自立へ向けた支援

排尿自立支援加算件数（200点）

（単位：件）

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
5	5	6	6	8	7	8	8	3	5	10	0	71

4. 1年間の総括

一般外科病棟のみの活動ではあるが、病棟スタッフへの排尿自立支援に関する計画書の作成を指導し、その計画書をもとに、カンファレンスで患者の情報共有を図ることができた。整形外科術後の患者さんでは、リハビリスタッフと情報を共有し車いす動作の自立獲得を目指し、排尿自立を獲得できた事例もあった。また、定期的なカンファレンスの実施によって、排尿自立を獲得するまでの個別性のあるケアを提供することができた。

栄養サポートチーム (NST)

1. 構成員

専任医師：1名	専任管理栄養士：1名	作業療法士：1名
専任看護師：1名	看護師長：1名	言語聴覚士：1名
専任薬剤師：1名	管理栄養士：2名	社会福祉士：1名
専任管理栄養士：1名	理学療法士：1名	

2. 活動日時

毎週水曜日 16:00～

3. 活動内容・実績

(1) 主な介入事例

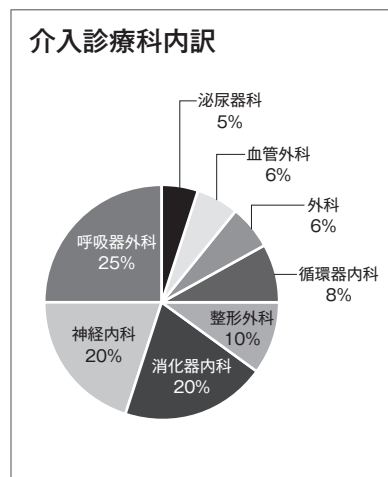
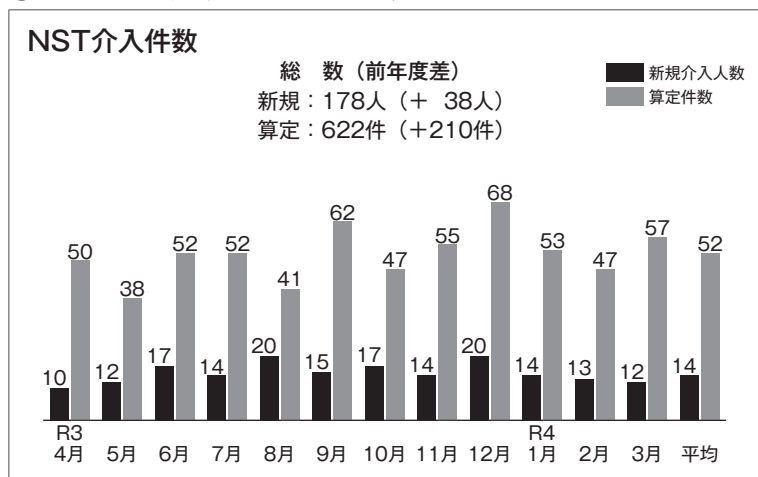
嚥下障害がみられる患者に対しての食形態の見直し、薬剤内服方法の変更
経腸栄養を行っている患者さんが嘔吐、下痢などが見られた場合の経腸栄養内容、投与速度の検討
リハビリ開始を目的とした患者に対しての低栄養改善を目的とした栄養管理

(2) NST介入から回診までの流れ

- ①医師から依頼が来た時点、栄養スクリーニング診断表で低栄養と診断された時点で食養課から各部署に連絡
- ②回診までに情報収集しておくべきこと
管理栄養士 - 栄養状態の評価、食事摂取量、嗜好、基礎代謝量の確認、栄養治療実施計画兼報告書の作成
薬剤師 —— 輸液・服薬の確認
看護師 —— 患者日常情報等の収集と解析
理学療法士 - リハビリ実施状況の確認と書面の作成
作業療法士 - リハビリ実施状況の確認と書面の作成
言語聴覚士 - リハビリ実施状況の確認と書面の作成、必要時嚥下スクリーニングの実施
社会福祉士 - 退院後の生活状況の確認

(3) 回診日当日の流れ

- ①患者情報についてカンファレンスを行う。
- ②患者回診にて身体所見、ADL、認知面等確認する。
- ③栄養計画の提案、再評価を行う。



4. 1年間の総括

入院患者増加に伴い栄養スクリーニング診断にて低栄養患者が増加した為、NST介入件数が増加した。多職種との情報共有をより円滑に行う為、栄養治療実施計画書の入力方法の改訂を行った。必要時体組成測定での栄養評価も開始している。今後摂食嚥下チームとの連携により、よりシームレスな栄養管理を行っていく。

業 績

〈医局／学会発表〉

演者	演題名	学会名	開催地	月
佐々木 達 哉	心不全における病病連携について	心不全診療連携セミナー in岩手	盛岡市	9月
遠 藤 重 厚	特別講演—敗血症を通して学んできたこと	第36回日本救命医療学会	盛岡市	9月
千 葉 太 郎 (討論者として参加)	災害支援企画「災害とあいまいな喪失—行方不明、原発災害、COVID-19の支援をとおして」	第25回日本心療内科学会	仙台市 (WEB参加)	10月

〈医局／座長〉

座長	セッション	学会名	開催地	月
佐々木 達 哉	慢性心不全治療に対する取り組みと課題について～心不全療養指導士～	慢性心不全診療多職種セミナー	盛岡市	2月
千 葉 太 郎	特別講演「善玉」としてのヒスタミン」谷内一彦	第25回日本心療内科学会	仙台市 (WEB参加)	10月
中 島 隆 之	特別講演	第6回東北静脈フォーラム学術集会	WEB	9月
中 島 隆 之	一般演題10 静脈希少疾患	第41回日本静脈学会	WEB	9月

〈医局／論文〉

著者	タイトル	雑誌名	巻号・頁・年月
千 葉 太 郎	心身医療の伝承—若手治療者へのメッセージ	心身医学	第61巻8号,735～739頁, 2021年12月
千 葉 太 郎	治療的自己再考—我々はどのように患者と共鳴する のか？	日本心療内科学会誌	第25巻3号,142～144頁, 2021年12月
佐 藤 央 之 中 島 隆 之	下肢静脈瘤血管内レーザー焼灼術後に静脈血栓塞栓 症を発症した症例の検討	静脈学	33巻3号,295～299頁, 2022年

〈食養／学会発表〉

演者	演題名	学会名	開催地	月
遠 藤 歩	浮腫による体重増加が多周波数BIA法による体組成 分析値に与える影響について検討した一症例	第11回日本リハビリテーション栄養学 会学術集会	WEB	1月
長 山 まなみ	回復期透析患者における栄養関連指標GNRIの改善 とFIM改善の関連	第11回日本リハビリテーション栄養学 会学術集会	WEB	1月

〈リハビリ／学会発表〉

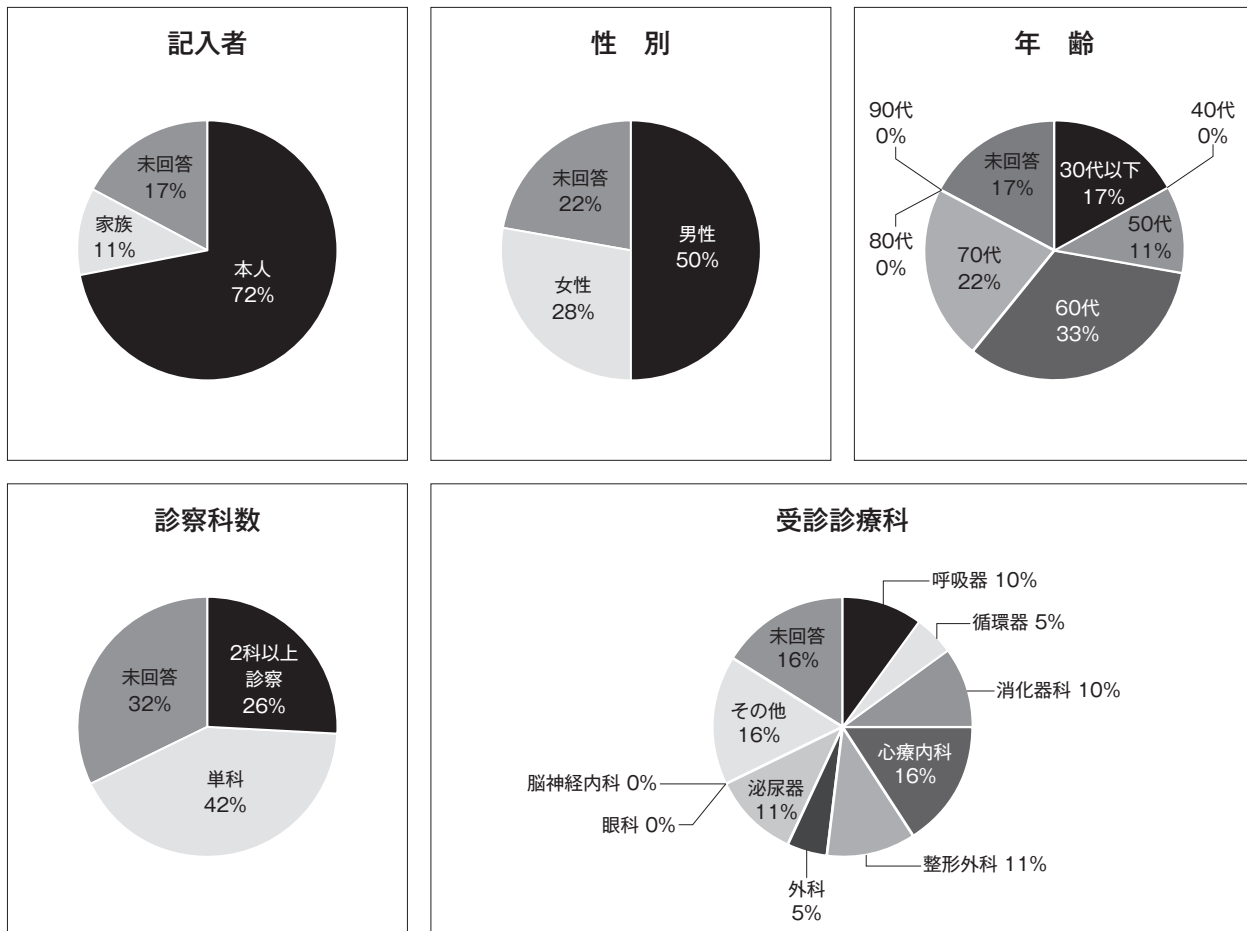
演者	演題名	学会名	開催地	月
遠 藤 信	高次脳機能障害の有無が透析患者の日常生活に与え る影響について	第58回日本リハビリテーション医学会 学術集会	京都府	6月
佐々木 麗	脳梗塞後早期ウォークエイド導入により独歩獲得し た症例	岩手県理学療法学術大会	WEB開催	6月
鈴 木 颯	頸髄損傷後の脊髄失調を認めた症例に対する重錘を 用いた介入	岩手県理学療法学術大会	WEB開催	6月
佐 藤 脩 大	足関節脱臼骨折術後、足関節機能障害を呈した症例 に対する後足部機能に着目した介入	岩手県理学療法学術大会	WEB開催	6月
村 上 敬	「ラーメン食べたい」の希望に対し強化リハビリが 食事獲得に繋がった症例	東北作業療法学術大会	WEB開催	7月
畠 山 遙 佳	脳梗塞症例に対し強化リハビリを行いADL・家事 動作再獲得を目指して	東北作業療法学術大会	WEB開催	7月
村 上 凌 太	BWSTT、ウォークエイド併用介入により歩行能力 改善が得られた脳卒中症例	東北理学療法学術大会	WEB開催	9月

演者	演題名	学会名	開催地	月
菅原 拓夢	全身振動刺激の使用により短期間で麻痺側筋力低下、深部感覚障害の改善が得られた視床出血症例	第5回日本リハビリテーション医学会秋季学術大会	愛知県	11月
菊池 柊也	強化リハビリテーション導入後における回復期リハビリテーション病棟入棟脳卒中患者の入院時転倒の比較・検討	リハビリテーション・ケア合同研究大会	兵庫県	11月
佐々木 拓哉	COVID-19感染拡大前後での回復入退院マネジメント～面談記録をテキストマイニングによる解析～	第39回回復期リハビリテーション病棟協会研究大会	東京都	2月
橋場 裕一	ADL向上に向けた認識に対する看護師とリハビリスタッフへのアンケート調査	第39回回復期リハビリテーション病棟協会研究大会	東京都	2月
佐々木 啓人	退院後に運転再開を希望する独居高齢者に対する検討事例	第39回回復期リハビリテーション病棟協会研究大会	東京都	2月

統計調査

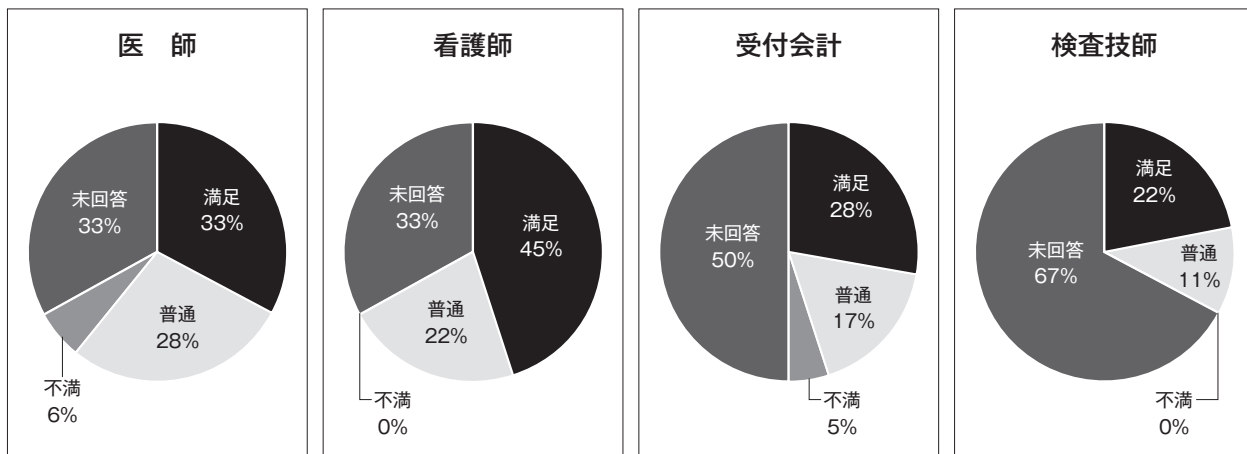
外来満足度調査結果（外来）

アンケートにご協力頂いた方の情報（18名）

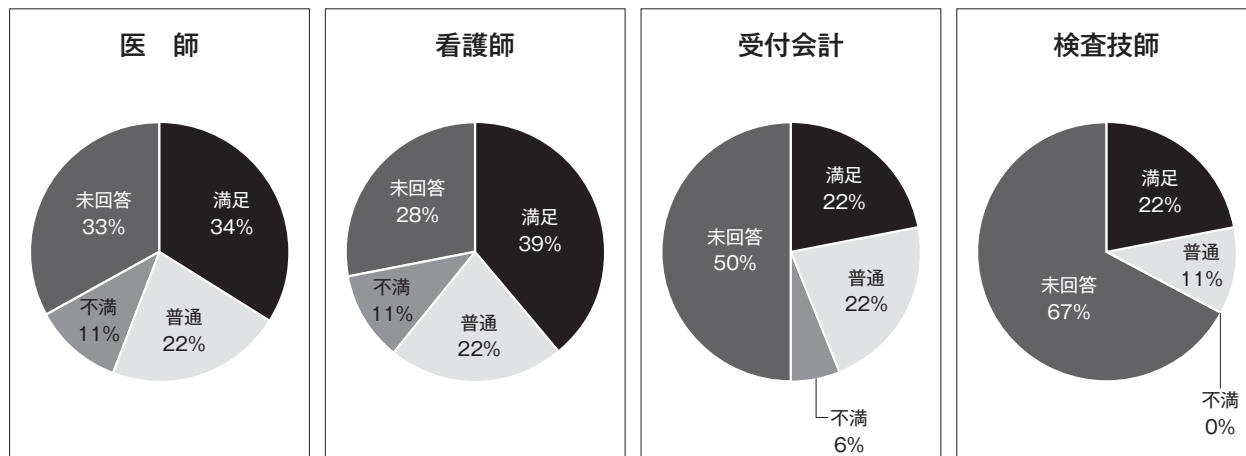


1. 職員の身だしなみについて

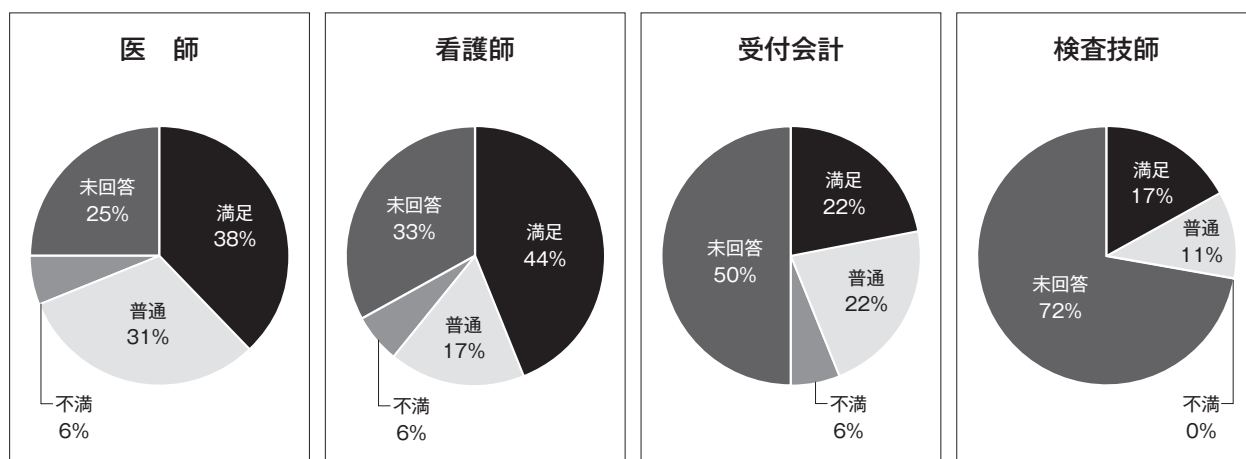
①身だしなみについて好感が持てましたか



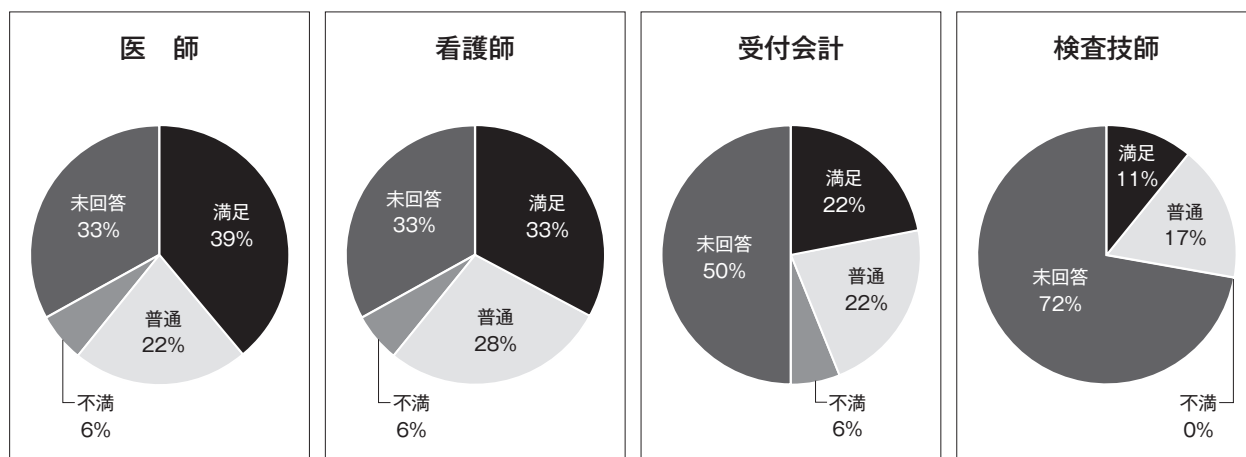
②挨拶、言葉遣いは丁寧でしたか



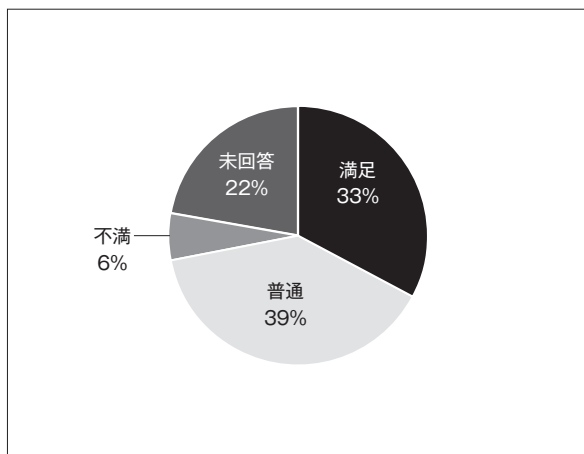
③説明はわかりやすかったですか



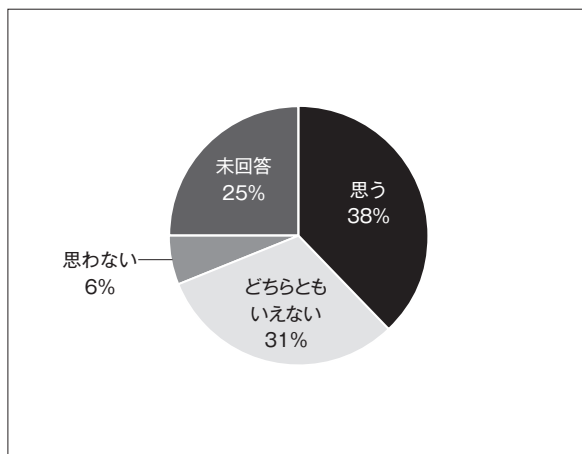
④プライバシーの配慮は十分でしたか



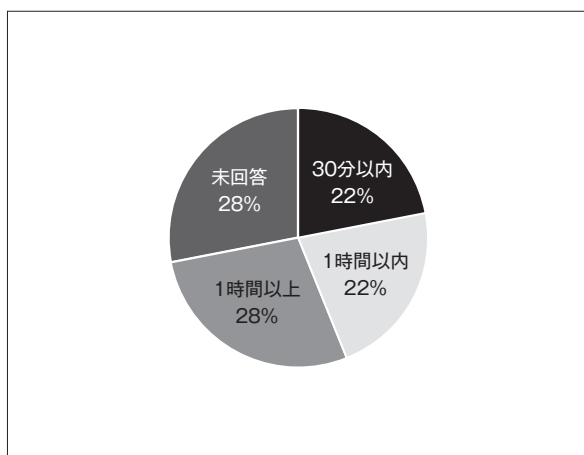
2. 環境について トイレ、洗面所等の環境はいかがでしたか



3. 知人などに当院を紹介や推薦したいと思われますか



4. 待ち時間 (9時以降の受付から診察終了まで)



全体評価

今回アンケートにご協力いただいた方が18名と少なかったが、アンケートの中での病院の設備に関する事から、職員全体の接遇に関するご指摘などのご意見を多数いただいた。今後病院全体で取り組んでいかなければならない事などがあり、協力して取り組んでいきたい。

また、接遇に関しても多数のご意見を頂き、アンケートから満足度の減少がうかがわれるので、外来の職員はもとより、病院全体で接遇の向上に努めていきたい。

励ましの言葉など、外来全体で共有し、看護師のモチベーションの向上につなげたい。

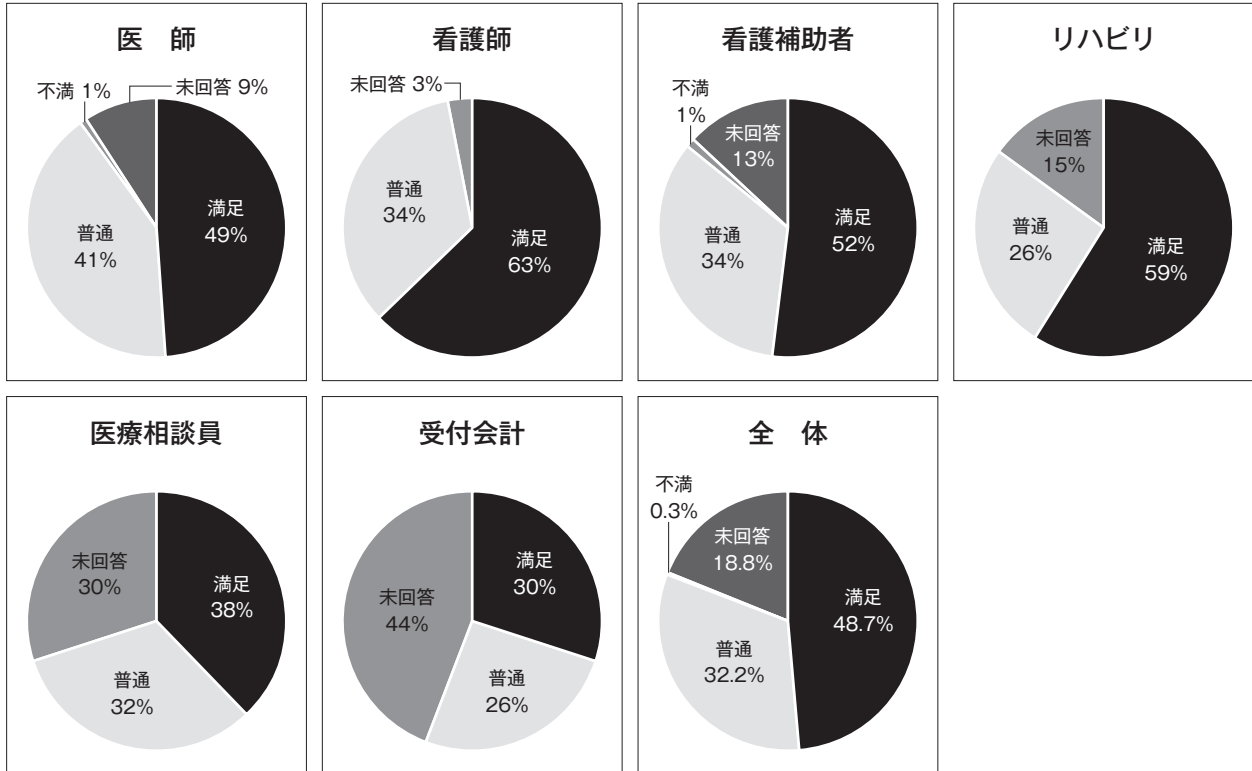
外来師長 横欠久子

患者満足度調査結果（病棟全体）

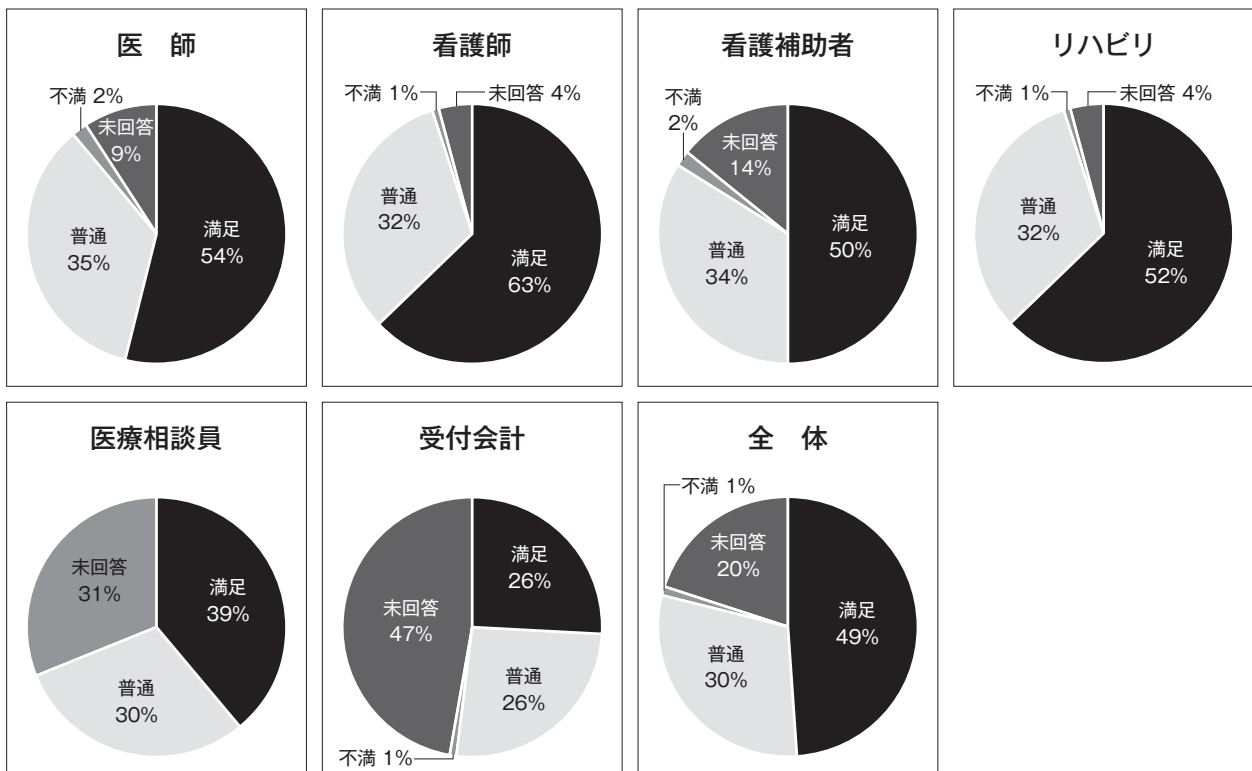
【対象者】103名 【記入者】本人：92名、家族：10名、未回答：1名 【性別】男性：43名、女性：46名、未回答：14名

1. 職員について

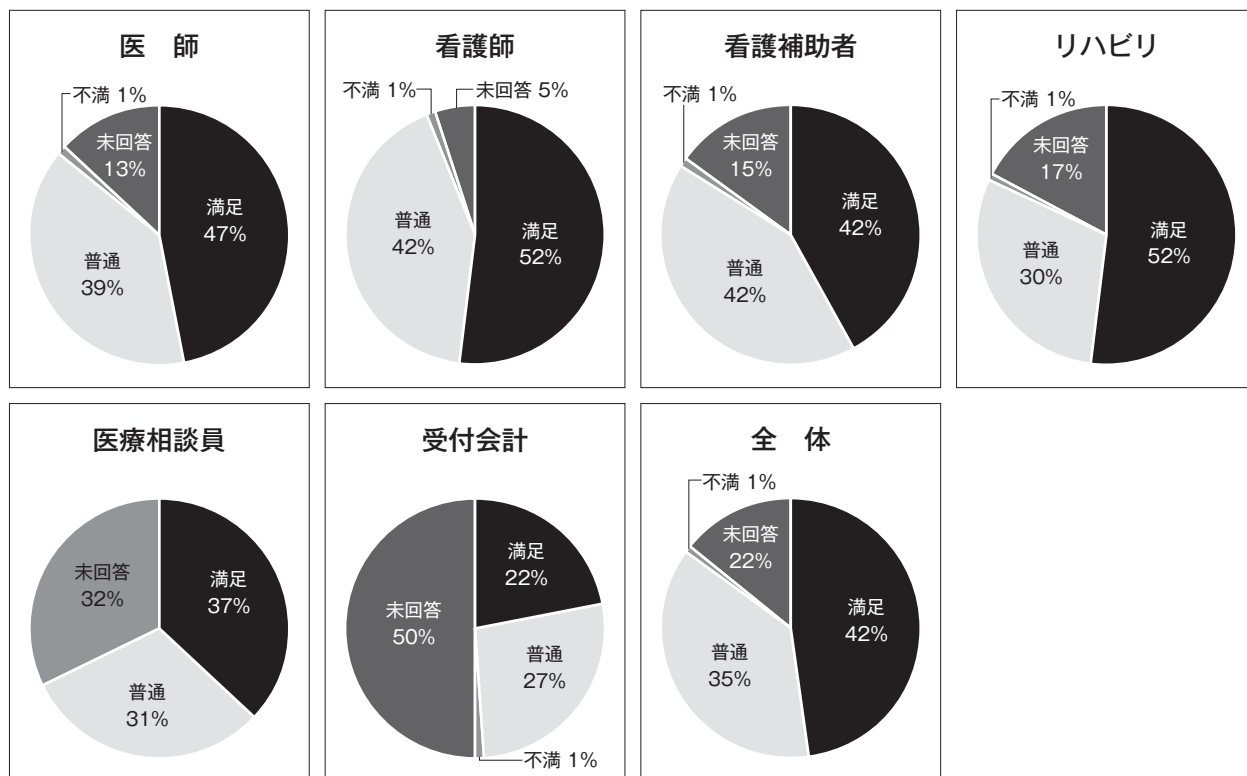
①身だしなみは好感が持てましたか



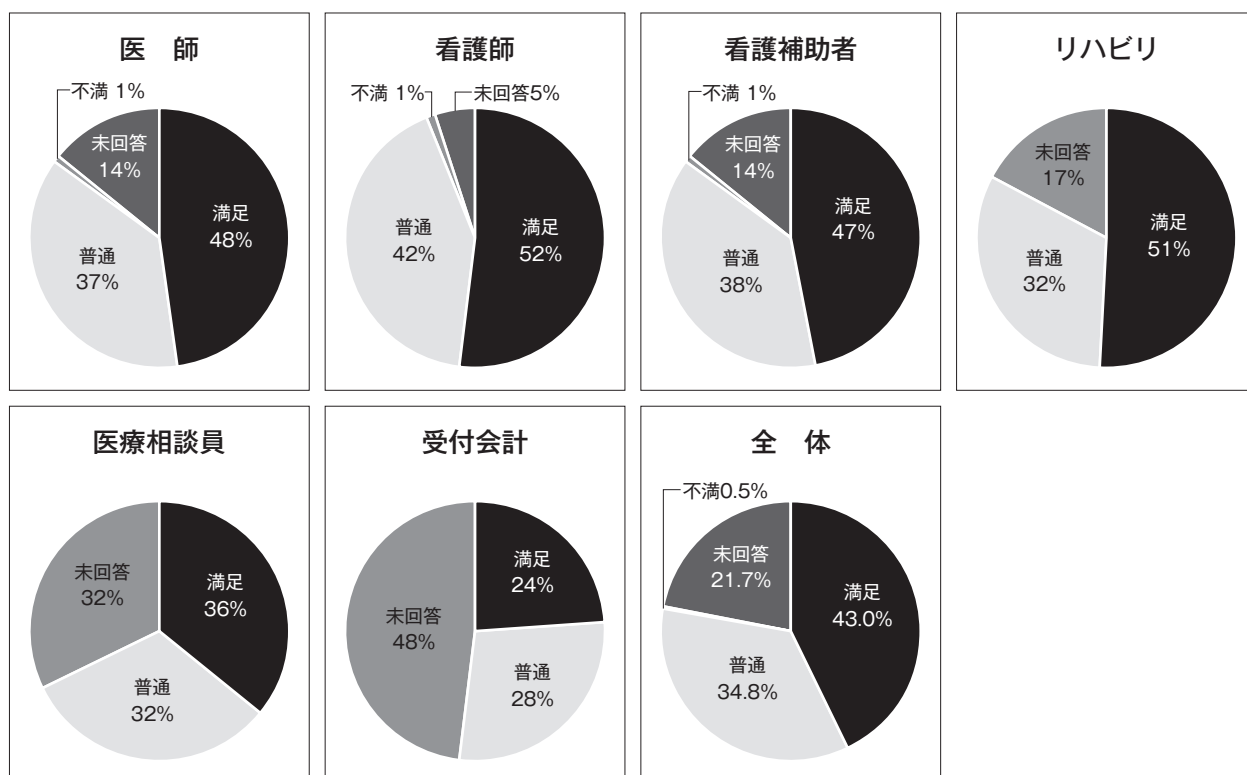
②挨拶、言葉遣いは丁寧でしたか



③説明はわかりやすかったですか

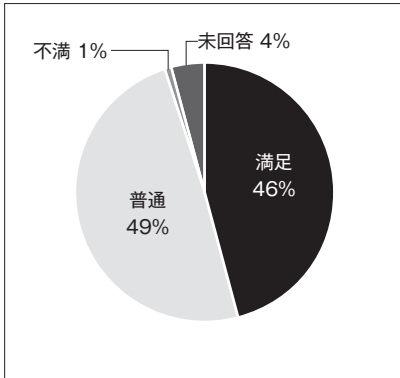


④プライバシーの配慮は十分でしたか

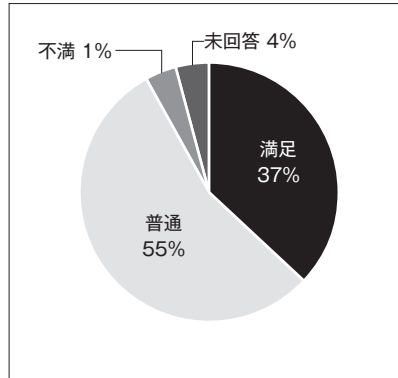


2. 環境や食事について

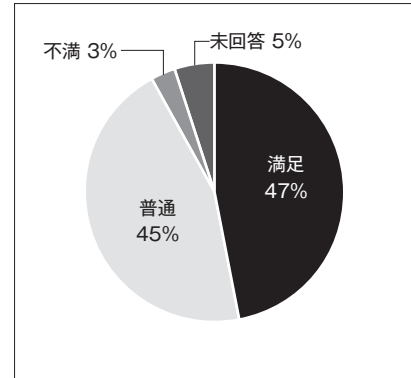
①病室の環境は いかがでしたか



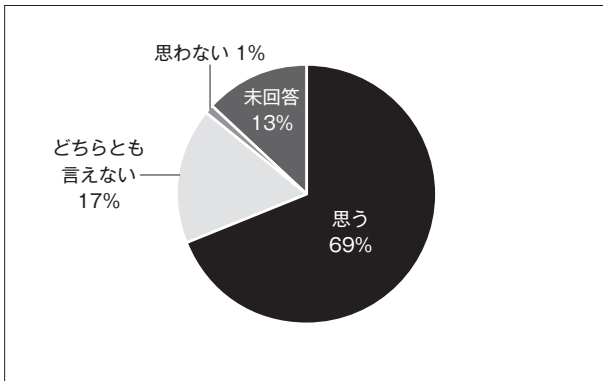
②トイレ、洗面所、浴室の 環境はいかがでしたか



③当院の食事は いかがでしたか



3. 知人等に当院を紹介や推薦したいですか



全体評価

今回のアンケート調査において、昨年度と比較し全体的に満足度が増加していることがわかった。昨年度から病院内全体の巡視を院長と事務長と共に行っている。接遇や環境的要因など、患者の不満と回答された意見を看護部・病院全体としての質向上を目指し、分析、評価をした結果を基に、今後も改善に向けた取り組みを実施していきたい。

看護部長 外館 和佳子

ゆうあいの街

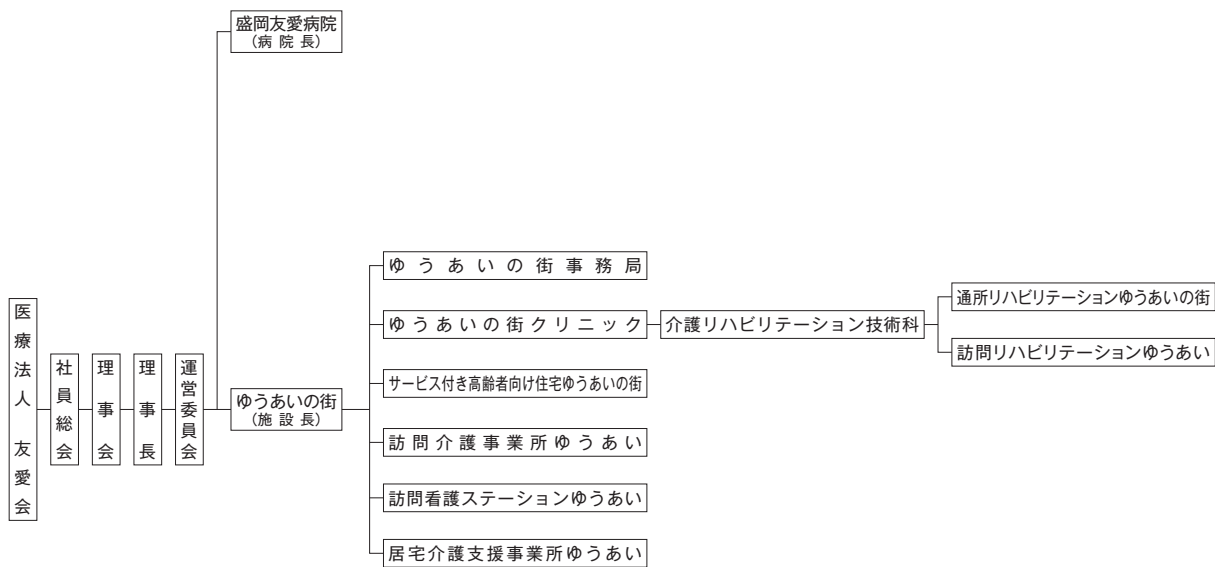
ゆうあいの街 概要	179
ゆうあいの街組織図	180
指定医療機関	181
事業所別職員数	181
事業所別利用者数	181
ゆうあいの街 委員会・チーム会議	182
サービス付き高齢者向け住宅ゆうあいの街	183
ゆうあいの街クリニック	184
通所リハビリテーションゆうあいの街	185
訪問介護事業所ゆうあい	186
訪問看護ステーションゆうあい	187
居宅介護支援事業所ゆうあい	188
訪問リハビリテーションゆうあい	189

ゆうあいの街 概要

名 称	医療法人友愛会 サービス付き高齢者向け住宅ゆうあいの街
開 設 者	理事長 佐々木 達哉
開 設	平成25年11月
管 理 者	赤坂 良子
所 在 地	〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目2番25号
T E L	019-634-1100
F A X	019-634-1150
U R L	http://www.yu-ai.net/mati_hp/mati.html
建 物	地上3階建
建物延面積	4450.63平方メートル
敷地面積	5030.52平方メートル
駐 車 場	約100台分
標 榜 科 目	内科・消化器内科
入 居 戸 数	60戸（一般形特定施設入居者生活介護42戸含む）
職 員 数	100人（令和4年3月31日現在）

ゆうあいの街組織図

令和3年4月1日改訂



指定医療機関

- 保険医療機関
- 労災保険指定医療機関
- 生活保護法指定医療機関
- 国民健康保険療養取扱機関

事業所別職員数

令和4年3月31日現在

事業所	職員体制	正職員	契約職員	パート職員	嘱託職員	派遣職員	合計
サービス付き高齢者向け住宅	看護師	1			1		2
	准看護師	1					1
	生活相談員	1					1
	介護福祉士	2					2
事務局	事務	6		3	1		10
	管理栄養士	3					3
	調理師	7			1		8
	調理補助			1			1
ゆうあいの街クリニック	医師	1					1
	看護師	1					1
	マッサージ師	1					1
訪問介護事業所	介護福祉士	14					14
	介護職員	2					2
訪問リハビリテーション	理学療法士	7					7
	作業療法士	2					2
通所リハビリテーション	理学療法士	6					6
	作業療法士	2		1			3
	看護師	3					3
	准看護師	1			1		2
	生活相談員	1					1
	介護福祉士	15					15
	介護職員	1		1			2
訪問看護ステーション	看護師	6			1		7
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	5					5
合計		89		6	5		100

事業所別利用者数

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
サービス付き 高齢者向け住宅	入居者数	1,916	1,995	1,920	2,015	1,985	1,935	1,999	1,920	1,984	1,992	1,804	1,984	23,449	1,954
	うち特定施設入居延数	294	290	267	274	304	299	333	329	335	341	306	341	3,713	309
	世帯数(60戸)	58.9	59.4	59.0	60.0	59.0	59.0	58.8	59.0	59.0	59.2	59.4	59.0	709.7	59.1
	住居稼働率	98%	99%	98%	100%	98%	98%	98%	98%	98%	98%	99%	99%	98%	99%
ゆうあいの街クリニック	延患者数	290	239	303	256	216	253	265	274	284	240	260	277	3,157	263
	新患	5	5	9	3	2	7	8	2	2	2	8	1	54	4.5
訪問介護事業所	訪問延件数	1,720	1,738	1,692	1,780	1,752	1,742	1,705	1,620	1,705	1,664	1,505	1,578	20,201	1,683
	新規開始数	2	0	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	8	0.7
訪問リハビリテーション	訪問延件数	762	648	756	715	666	692	720	694	723	651	626	766	8,419	702
	新規開始数	6	1	2	2	3	4	5	1	4	2	3	3	36	3.0
通所リハビリテーション	延利用者数	1,643	1,606	1,630	1,674	1,519	1,559	1,533	1,547	1,498	1,396	1,088	1,479	18,172	1,514
	稼働率	0	1	2	2	0	0	3	2	5	4	6	2	27	2.3
訪問看護ステーション	訪問延件数	553	523	561	495	508	480	463	450	457	424	379	430	5,723	477
	新規開始数	8	6	3	2	6	6	6	6	4	0	1	3	51	4.3
居宅介護支援事業所	利用者数	193	189	184	180	172	171	174	176	175	173	167	171	2,125	177
	新規開始数	8	2	2	2	0	0	5	8	1	1	3	7	39	3.3

ゆうあいの街 委員会・チーム会議

委員会・チーム会議名	開催日時
所長会議	毎月第2,4木 14:00～
安全衛生委員会	毎月第2金 16:30～
感染対策委員会	毎月第2木 13:45～
栄養管理委員会	毎月第2木 13:30～
リスクマネジメント委員会	毎月第4木 13:30～
業務改善委員会	毎月第3火 16:45～
身体拘束廃止推進・虐待防止委員会	4月・7月・10月・1月 第4木 13:50～
防災管理委員会	訓練（年3回）実施前後
研修担当チーム会議	毎月第2水 17:15～
介護・看護ミーティング	毎月第3木 17:00～
特定施設実務者会議	毎月第2・第4金 17:15～
街入居判定会議	毎月毎週火 15:00～（該当者ある場合）
街リハ・介護/事業ミーティング	毎月第2木 17:00～

サービス付き高齢者向け住宅ゆうあいの街

所長：赤坂 良子（施設長）

1. 概要

(1) 業務内容

高齢者（60歳以上の方、または、40歳以上の要支援/要介護認定を受けられた方）に、利用者の選択による特定施設入居者生活介護サービスの提供、または併設及び外部介護サービスの利用、健康管理に必要な医療機関等と連携し、入居者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができる高齢者の住まい。

施設は60戸（個室53・二人部屋7）67人が入居でき、特定施設入居者生活介護事業は概ね42人の事業所指定を受けています。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

看護師・機能訓練指導員2名、看護師2名、介護支援専門員1名、生活相談員1名、専従介護福祉士2名、介護福祉士10名、介護職員2名、管理栄養士3名、調理師8人、調理補助他2名、事務・コンシェルジュ5名

2. 実績

- 居室利用数は最大60戸（稼働率98.4%）であった。入居者は一日の最多で66人、延べ利用者数は年間で23,449人（稼働率96%）であった。新規の入居者数は7人。退居者は6人であった。
- 特定施設入居者生活介護の利用者延べ数は3,713人（全入居15.8%）であった。
- 季節行事は縮小して開催し、敬老会、節分などの年4回を開催した。
- 施設提供総食数（入居+通所+検食）は、80,158食/年であった。平均では朝食が63食、昼食が86食、夕食が66食であった。入居者の嗜好、疾病、嚥下・摂食機能への個別提供を行った。行事食は、誕生食、敬老会、元旦等で40回企画した。
- 実習は看護学生の早期実習8人×2日、総合実習2人×8日を受け入れた。
- ゆうあいの街全体研修会は、10回開催し、集合とオンラインで全職員が受講した。

3. 1年間の統括

今年度も新型コロナウイルス感染対策の1年であった。高齢者の生活施設であることから、条件付きで家族の対面面会と介護サービスの通所・訪問サービス、通院、個人的外出は継続した。関係者の協力により感染者を出すことなく経過できた。感染対策を重視し、施設内行事は縮小せざるを得なかったが、令和4年度は楽しい時間を共有できるように感染対策に留意しつつも行事の再開を目標としている。

特定施設入居者生活介護サービスの質向上に向け、科学的介護情報システム（LIFE）を導入した。次年度はADL利得率向上を目指す。また、事業の特性を地域に広報し、周知を図っていく。

ゆうあいの街クリニック

医院長：村田 望

1. 概要

(1) 業務内容

一般内科の外来診療（高血圧、脂質異常、糖尿病、頭痛など）、およびゆうあいの街入居者の診療を行っている。通院困難な方も多いため、一般内科の他にも小外科手術、眼科、皮膚科等の処置・処方も対応している。盛岡友愛病院を中心に他の病院より紹介いただいた方のマッサージ等理学療法の提供も行っている。

他に通所サービス利用者の体調管理、訪問リハビリ利用者の診察と往診も行っている。（厚生労働省指導のリハビリ計画書に基づく状態確認のための診察）

月2回の盛岡友愛病院消化器内科の診療応援も行っている。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

理事・所長 村田 望

看護師1名、マッサージ師1名、事務職2名

2. 実績

- 外来延患者数 3,157人
- リハビリ関連診療患者数 550人（うち往診延べ患者数247人）
- マッサージ関連延患者数 1,543人

3. 1年間の統括

今年度は入居者の健康管理が奏功し、状態不良による臨時での診察が減少傾向であった。リハビリ関連診療患者数は、比較的重度の障害を持つ方の比率が増えており、往診を必要とする割合が増えている。マッサージ関連患者数は順調に伸びており、受診者数の大きな柱となっている。今後は、マッサージおよびリハビリ関連患者の一般外来受診への結びつきを今後の検討課題と考えている。

通所リハビリテーションゆうあいの街

所長：石川 幸太郎

1. 概要

(1) 業務内容

居宅要介護者に対し、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを実施している。医師・看護師による医学的管理の下理学・作業療法士による運動療法、介護福祉士による入浴介助を中心に実施。運動療法に関しては、有酸素運動系のマシンが高負荷・低負荷を合わせて13台、レジスタンストレーニングに対するマシンが8台あり、療法士による運動処方の下実施している。

サービス提供地域：盛岡市、矢巾町、紫波町

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

医師：1名、理学療法士：5名、作業療法士：4名、看護師：3名、准看護師：2名、
介護福祉士：16名、相談員：1名、運転パート：3名

2. 実績

- 年間総利用者数 18,172人（月平均1,514人）
- 1日平均利用者 58.7人
- 年間新規契約利用者数 27名（月平均2.3名）
- 短期集中個別リハビリテーション加算算定件数 67件
- 10月より科学的介護推進加算、口腔栄養スクリーニング加算算定開始

3. 1年間の統括

コロナ禍による影響もあり、集団でのサービスという性質上、不安から利用を制限される方が多かったが、こまめな消毒作業や利用者間の距離の確保、マスクや手指消毒の徹底、アクリル板の設置などを行い、出来る限り感染対策を講じた。さらに条件付での利用とし、体調管理や県外往来などで利用自粛を依頼するなどの対応を図ることで、利用者数の減少はあったものの大きな混乱はなく対応することが出来た。また、職員の異動や退職を含め大幅な人員減少もあったが、これら制限もあったことで事業継続することが出来た。次年度は科学的介護情報システム（LIFE）を使用してのリハビリマネジメント加算を取得することと、事業所の大規模なレイアウト変更を実施することで、より効率化を図るとともに質の向上も同時に図っていく。感染対策はこれまで同様に継続しながら、より利用者寄り添った質の高いサービスを提供できるようスタッフ一丸となって取り組んでいく。

訪問介護事業所ゆうあい

所長：高橋 李佳

1. 概要

(1) 業務内容

介護保険居宅サービス（訪問介護）と指定障がい福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護）を実施し居宅での生活を総合的にサポートしております。利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮し、身体介護その他生活全般にわたる援助を行うものとして、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう目標を設定し、計画的に行い、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めることを目的としています。

サービス提供地域：盛岡市

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

管理者：1名、サービス提供責任者：3名、訪問介護員：12名

2. 実績

- 年間延べ訪問件数 20,197件（介護保険18,677件、障害福祉1,520件）
- 年間延べ利用者数 556人（介護保険524人、障害福祉32人）

3. 1年間の統括

前年度はサービス付き高齢者向け住宅ゆうあいの街入居者へのサービス提供を主としましたが、今年度は地域の一般在宅への支援を少しずつではあるが増やし、障がい福祉のサービス件数も増やすことができました。また介護職員の医療的ケア研修への参加により重度の利用者の受け入れ体制を整えつつあり、令和4年度はさらに資格取得者を増やし、柔軟に新規の受け入れを行っていきたいと考えている。職員の研修機会を定期的に設け、サービスの質の向上に努めていきたい。

訪問看護ステーションゆうあい

所長：乙部 八千代

1. 概要

(1) 業務内容

病気や障害を持った方の生活の場である自宅や入居施設へ訪問する。
主治医の指示のもと、看護ケアを提供し自立への援助や療養生活の支援を行う。
介護保険・医療保険が利用可能。
24時間連絡可能で緊急時訪問も対応している。
サービス提供地域：盛岡市・矢巾町・紫波町・滝沢市

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

看護師：常勤7名

2. 実績

- 年間訪問件数：5,723件（介護保険：3,782件・医療保険：1,941件）（月平均477件）
- 介護保険：要支援1…6人、要支援2…5人、要介護1…12人、要介護2…21人、
要介護3…19人、要介護4…19人、要介護5…30人
- 医療保険：54人
- 在宅での看取り：17件

3. 1年間の統括

年間通して新型コロナウイルス感染対策を継続しながら業務を行った。
事業所の感染対策で訪問日を変更したり、PPE対応での訪問を実施したこともあり、コロナ禍の影響で訪問件数が大幅に減少することはなかった。
入院中の利用者から外出時の付き添いの相談があり、外出支援等訪問看護の料金を保険外料金で設定し、外出支援を行った。
友愛病院緩和ケア外来・緩和ケア病棟と連携して癌末期の利用者の訪問が増えた。
今後も引き続き連携を図り、癌末期の利用者が安心して自宅療養できるようなサービス提供をしていく。
スタッフの退職による人員減少に伴い、対応できる訪問件数が減り、安定している利用者の訪問回数の調整や新規利用者の受け入れを一時セーブしての業務が必要となった。

居宅介護支援事業所ゆうあい

所長：工藤 美智子

1. 概要

(1) 業務内容

要介護者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るように、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに適切なサービスが提供されるよう、サービス事業者等との連絡調整を行う。また、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設等への紹介を行う。

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

主任介護支援専門員：5名

2. 実績

- 年間総利用者数 2,125人（月平均177人）
- 中重度者率（要介護3～5）43.2%
- 退院調整回数 93回、入院調整回数 67回
- ターミナルケア加算算定件数 4件
- 認定調査件数 76件

3. 1年間の統括

コロナ禍により、訪問の制限があることでモニタリングや担当者会議の開催が書面や電話となることが多くなり、利用者の状態把握の不便さが感じられた。そのため利用者や家族、他事業所と電話でのやり取りを密にとる事で補えるように努めた。特定事業所加算Ⅰの要件である重度率を保つことを目標とし、さらにマネジメント力の向上を目指しオンライン研修や事例検討会の参加も積極的に行った。また、今年度で全員が主任ケアマネを取得し、質の向上に努めた。今年度、特定事業所医療介護連携加算の算定要件である入退院連携加算の回数は達成できたが、ターミナルケア加算の取得は年間4件となった。次年度も、質の高いサービス提供を目指し地域連携を図りながら、引き続き重度率の維持と入退院連携等の加算の取得に努めていく。

訪問リハビリテーションゆうあい

所長：山岸 輝樹（副施設長）

1. 概要

(1) 業務内容

ご自宅へ訪問し、自宅及びその地域の環境を中心とした生活の再建を目的としたリハビリテーション。
1回40分～60分、週1回～3回ご自宅へ訪問し、機能訓練や動作訓練、環境調整、介護指導などを行う。また3か月に1回、クリニック医師が直接診察を行い、必要な指示を行う。

サービス提供地域：盛岡市・矢巾町・紫波町・滝沢市

(2) スタッフ数（令和4年3月末現在）

医師：1名、理学療法士：7名、作業療法士：2名、事務員：1名

2. 実績

- 年間訪問件数 8,419件（月平均702件、月平均利用者数140名）
※他、訪問看護からの兼務による医療でのリハ訪問件数 320件（月平均27件）
- 年間新規契約利用者数 36名（月平均3名）
- リハビリテーション会議に伴うリハマネジメント加算算定 88件
- 短期集中リハ加算算定件数 11件（217回）

3. 1年間の統括

訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの一体化とともに、職員の異動や担当者の変更など大幅な体制変化があったが、大きな混乱はなく事業を継続することが出来た。全国的なコロナ禍の影響もあり、キャンセルが前年よりも増えたが、基本的な感染対策を講じたことで事業所内及び利用者での感染予防は出来ていた。

キャンセルについては今後、振替での利用や標準予防策を取って対応することでキャンセル率を減らしていく。また次年度は科学的介護情報システム（LIFE）を積極的に用いることで、質の向上を図る。

さらに訪問リハ終了後の移行支援を円滑に進めるとともに友愛病院から退院される方を積極的に受け入れ、情報を密に共有し切れ目ないサービス提供を図っていく。

卷末資料

盛岡友愛病院行事食



4/20 お花見御膳



5/5 子どもの日



5/23 創立記念日



6/25 あじさい御膳



7/7 セタ



7/28 土用の丑の日



9/21 敬老・十五夜



10/29 ハロウィン



12/24 クリスマス



12/31 年越御膳



2/3 節分



3/3 ひなまつり

MORIOKA YUAI HOSPITAL

地域医療連携室だより

Vol.2

2021

4月号

発行責任者
地域医療センター長
副院長 中島 隆之

ゆーあーい



医師紹介



第一消化器内科部長
渡邊 健

地域医療連携室だよりのご挨拶を承りました、消化器内科の渡邊と申します。病院の中ではかなり若輩者で恐縮ですが、この場をお借りして少し自己紹介をさせていただきます。私は自治医科大学の卒業で、ずっと出身県である秋田県の地域医療をしておりました。そのまま秋田にいたはずでしたが盛岡出身の妻の「帰りたい」の一言で盛岡に永住が決まった次第です。地域で内視鏡を握っていた縁で、友愛病院では消化器科医として勤務しております。当科は現在医師2人態勢で、一般的な上下部内視鏡と、可能な範囲でERCPを行っております。また最近では胃瘻造設を積極的に行っており、地域の先生方からご紹介いただく機会も増えてきております。これは賛否やメリット・デメリットの分かれる治療法なので、ご家族への説明は時間をかけ、かなり力を入れております。



趣味の話も交えて、とのお話でしたが、現在我が家には1〜7歳の男の子が4人もおり、大変にぎやかです。あまり趣味に時間を割く余裕がないのですが、子どもたちのために庭で小さな家庭菜園をしています。お気に入りなのがミニトマトの水耕栽培。昨年はわずか2株から数千個単位で収穫できました。ただあまりに成長しすぎてジャングルと化してしまったため、今年はずっと広いスペースで作ろうと思っています。

今後とも何卒宜しくお願い申し上げます。



水耕栽培のミニトマト



部門紹介

透析センター

透析センターは、感染対策上必要な広い空間、ゆっくりくつろげるラウンジ、長時間の透析を快適に過ごせる個別テレビを備え、盛岡医療圏で唯一の回復期リハビリテーション病棟を併設した透析センターとなっております。透析治療を受けながら、外来透析はもちろん手術・リハビリテーション・合併症に対応した入院透析もおこなっております。帰省や旅行などで盛岡地域に来られる方への旅行透析も受入れております。

地域のニーズに応え、安心・安全な透析治療を提供させていただき、患者さんの生活の質を中心に考え、より良い治療を目指しております。

透析支援システムを導入し、患者さんの情報を一括管理することで、迅速な対応、継続的な治療環境の充実が可能となりました。血液透析、血液濾過透析（オンラインHDF）などの多種多様な治療法に対応しております。



●お問い合わせ：透析センター ●受付時間：月～土曜日/9:00～16:00

当院で透析治療をお考えの方へ

TEL：019-638-2222（病院代表）

FAX：019-637-2111（地域医療連携室）

2021新入職員



新入職員入社

4月となり、友愛会にも54名のニューフェイスが入社いたしました。看護部27名、リハビリ部19名、他コメディカル3名、そして呼吸器内科医師1名が加わり、新たな体制で新年度を迎えております。呼吸器内科の診療体制につきましては、詳細が決まり次第ご報告いたします。また、4月より看護師の白衣を心機一転、鮮やかなカラーリングのものに変更いたしました。フレッシュな新しい風、笑顔を際立たせる白衣に身を包み、これからも地域に密着した親切で思いやりのある病院を目指していきます。

新ユニフォーム



医療法人友愛会
盛岡友愛病院

〒020-0801 盛岡市大町1-1-1
TEL: 019-638-2222 FAX: 019-637-2111
代表 院長 友愛 隆夫
副代表 副院長 友愛 隆夫
院長 友愛 隆夫
副院長 友愛 隆夫
TEL: 019-638-2222

交通のご案内

- 1 盛岡駅西口より徒歩10分
- 2 盛岡駅南口より徒歩10分
- 3 盛岡駅南口より徒歩10分
- 4 盛岡駅南口より徒歩10分

ゆーあーい

2021

発行責任者
地域医療センター長
副院長 中島 隆之



部門紹介
食養課

当院では入院中の治療、リハビリを支え、ADL、QOL向上に繋がる日本一美味しい病院内食の提供と栄養状態の維持改善に向けた栄養管理を管理栄養士8名、栄養士1名、調理師19名一丸となり行っています。当院の病院食の提供は直営で行っています。患者さん一人一人の細かい個人対応、急なオーダーや変更にも随時対応しております。

盛岡友愛病院では都南地域の「銀河のしずく」を使用しています

「銀河のしずく」は、お米の硬さのバランスがとれた炊きあがりの白さが美しい、新米のオリジナルブランド米です。米の食味ランキングでは2018年から2年連続で「特A」を獲得しています。

お米は都南地区の銀河のしずくを提
供するなど地産地
消の食材を使用し
既製品をなるべく
使用せず、食材本
来の美味しさを味
わっていただくよ
う調理、当院の食
事摂取基準に沿っ
た病態に合わせた
献立作成を行って
います。



厨房内



食形態についてはSITと連携し、患者さん個々の摂食嚥下状態に合わせた食形態の提供を行っています。行事食については調理師が献立起案を行い、野菜の飾り切りなどで季節感を感じられる内容となっております。年間36回提供しております。又緩和ケア病棟での誕生食では調理師手作りのパースデーケーキをサプライズでお渡ししております。



※友愛病院の公式ホームページには食養課特設ページにてより詳しく紹介しております。





2021

発行責任者
地域医療センター長
副院長 中島 隆之

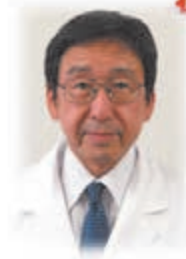


患者さんに焼灼術を施行しました。焼灼術は、ストリッピング手術に比べ侵襲が少ないのですが、周囲組織が熱で火傷しないよう、また術中・術後の痛みを抑えるため、TLA麻酔という局所麻酔薬などを混合した生理的食塩水を伏在静脈周囲に大量に注射する操作が必要です。この麻酔法では注射箇所は5、7力所くらいに及ぶため患者さんには痛さに我慢してもらっていました。術後には治療部分（主に大腿部）に軽度の痛みを1、2週間は自覚する患者さんがほとんどでした。

下肢静脈瘤とは下肢の皮下を走る静脈（大伏在静脈や小伏在静脈）が逆流することにより、下肢に血流がうっ滞する病気です。このため患者さんは、足がだるい、むくむ、こむら返りなどの症状を訴えます。この治療としてかつては逆流する静脈を引き抜く手術（ストリッピング手術）を行っていました。その後はレーザーやラジオ波で焼き潰す血管内焼灼術が主流になっています。当院でも2012年に導入し、2020年までに1,271例の患者さんに焼灼術を施行しました。

岩手県(初)

診療のご案内
下肢静脈瘤に対する
グルー治療について



医師 中島 隆之
副院長
第一血管外科部長



※接着材は深部静脈への伸展を防ぎ、効率的に塞栓するのに適した粘度に調整してあります。

裏面に
続く

また、熱により神経障害を起こし、下腿のしびれや感覚鈍麻を訴える患者さんが1割程度に認められていました。当院では血管内焼灼術に加え、2021年7月から血管内塞栓術（グルー治療）を始めました。この術式は、2019年12月に保険収載されました。新しい治療法である為、現在では限られた施設のみで施行されており、岩手県では当院のみ施行しています。この方法は医療用アロンアルファで、逆流している静脈を固めて逆流をなくす治療です。欧州では10年以上前から行われている方法ですが、日本では2年前に限られた施設で市販後調査が行われ、安全性が確認された上で、昨年春ごろから一般医療施設でも行われています。この手術では、カテーテル（チューブ）を入れる部分の皮膚への局所麻酔だけで、そのほかの麻酔は一切使わないため患者さんに痛みを我慢していただく必要がありません。





下肢静脈瘤に対する各種治療法の特徴

	静脈剥去術 (ストリッピング手術)	血管内焼灼術 (レーザー治療)	血管内塞栓術 (グルー治療)
侵襲度	高	低	低
治療の原理	病変静脈の外科的技法	熱凝固による血管収縮	接着材による物理的閉塞
メリット	高い治療効果が期待でき、かつては標準治療だった(当院では現在行っていない)	<ul style="list-style-type: none"> カテーテルを静脈内に入れて、内側から熱を加えて焼灼する血管内治療なのでストリッピングに比べ低侵襲 現在の標準治療法 	<ul style="list-style-type: none"> 火傷や神経障害など熱による周囲組織への影響がない TLA麻酔が不要なので針を刺す回数が減り、穿刺が一カ所済む(もっとも低侵襲)
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 腰麻麻酔か全身麻酔が必要 数日間の入院加療が必要 親血的手術に伴う合併症 「痛み」「出血」 	<ul style="list-style-type: none"> 皮膚熱傷や神経障害等熱による障害の可能性 TLA麻酔必須 	<ul style="list-style-type: none"> 体内に接着剤が永久的に残る 接着剤に対するアレルギーの可能性
保険治療	従来から	2011年	2019年

また、焼灼術とは異なり熱も発生しないため、術後の下腿の神経障害(しびれ)の心配がありません。ただし、グルーの成分であるシアノアクリレートが体質的に合わない人もおり、全員にできるわけではありません。今後は、手術の適応も含め、患者さんの病態に適した治療法を相談して決めることにしたいと思います。



患者送迎車両導入



今年の7月より患者送迎の対応を開始致しました。急性期病院からの転院患者さんを中心に看護師と事務職員にて対応しております。現在は限られた枠内での対応となっておりますが、今後はよりスムーズな運用に向けて体制強化に努めてまいります。

医療法人友愛会 盛岡友愛病院

〒010-0338 盛岡市大町1-10
TEL 019-638-2922 FAX 019-637-3700
診療科目: 診療科ごとの曜日・時間があり、夜間・休日・お電話・病院ホームページでの検索下さい。
休日: 日曜日、祝日、年末年始
創立記念日(6月23日午後) 主権日午後(第2・第4日)
URL: <http://www.yu-ai.net/>

交通のご案内

- バス 岩手県立道 両インター経由川内線「盛岡友愛病院」下車
- 徒歩 東北本線 岩手県庁前より徒歩20分 盛岡駅インターより2分 盛岡駅より15分
- 駐車場 700台程度(無料)



New 導入予定の設備紹介【CT撮影装置の更新】



780mmの大開口径



「少しでも短時間に」
「少しでも快適に」
「少しでも多くの検査を」

令和3年12月にCT装置を更新致します。導入スベックは0.5mm×80列でA1を搭載しているモデルとなります。従来の機器より撮影時間が大幅に短縮され、被ばくも低減されますので、患者様の負担が軽減されます。

リハビリテーション室 設備紹介

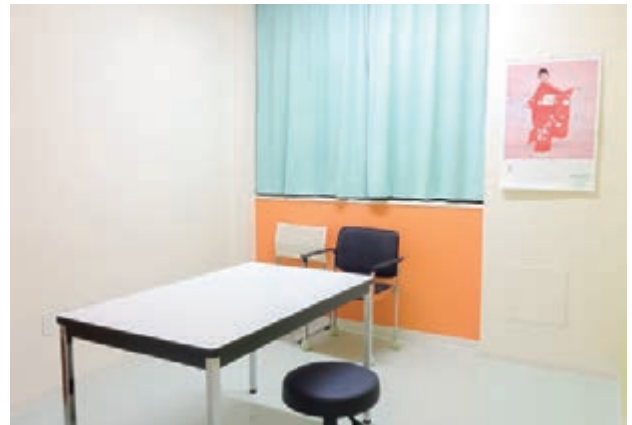
理学療法室



日常機能訓練室 (ADL室)



心臓リハビリテーション室・言語聴覚室



リハビリテーション機器 (電気刺激装置・筋力測定装置)



ゆうあいの街

