

---

## 巻頭言

理事長・病院長 佐々木 達哉

令和4年度医療法人友愛会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、大谷翔平選手が大リーグで2桁勝利2桁本塁打を記録し、佐々木朗希投手は完全試合を達成するなど、我々岩手県民に希望を届けてくれました。しかし一方で7月には、安倍元首相が凶弾に倒れるという前代未聞の出来事があり、新型コロナウイルス感染症も夏には感染力の強い新系統「B.A.5」に置き換わり猛威をふるい続けました。

当院においても、7月にこれまで経験しなかった複数病棟の院内クラスターが発生しました。8月中旬には急激な人員不足により、看護体制の維持が困難となったため臨時措置として1病棟を閉鎖し、入退院も3週間にわたり停止する事態となりました。災害医療に準じた環境の中で、職員の献身的な対応により乗り切り業績は改善してきており、その推移は今回の年報に記録されておりますので、全員で共有したいと思います。

盛岡友愛病院は昨年度、回復期リハビリテーション病棟を主機能、急性期一般病棟を副機能として病院機能評価を更新いたしました。今後も地域包括ケア病棟、障害者病棟、緩和ケア病棟を含めまして盛岡医療圏のみならず、全県の医療機関からご紹介をいただきながら、「地域に密着した、親切で、思いやりのある病院」を理念として、患者さんの満足度を向上させるように職員一同研鑽を重ねております。

さらに、令和5年2月13日には懸案であった電子カルテが稼働を開始し、次年度には休床しておりました23床のうち12床を回復期リハビリテーション病棟として再開する予定で、業務の効率化を図りながら迅速な受け入れを図って参りますので、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、  
患者サービスの充実に努め、信頼される病院を  
目指します
1. 地域の医療機関との連携を図り、  
安心・安全な医療を提供し、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

### 1991年（平成3年）

1月：医療法人友愛会 会長 小暮重信 就任

### 1993年（平成5年）

9月：会長 小暮重信 逝去／  
医療法人友愛会 副理事長 小暮信人 就任

### 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）
- 5月：病院長 遠藤重厚 就任
- 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

#### 2023年（令和5年）

- 2月：電子カルテ導入

---

## 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	22
外来患者数	23
盛岡友愛病院 配置図	24
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	27
循環器内科	28
消化器内科	29
脳神経内科	30
心療内科	31
肝臓内科	32
外科・消化器外科	33
外科・心臓血管外科	34
外科・乳腺外科	35
外科・肛門外科	36
外科・緩和ケア外科	37
形成外科	38
整形外科	39
脊椎・末梢神経外科	40
泌尿器科	41
婦人科	42
麻酔科	43
小児科	44
皮膚科	45
耳鼻咽喉科	46
眼科	47
歯科	48
健診センター	49

II. 看護部	
看護部	53
東4階	56
南3階	57
南4階	58
南6階	59
南7階	60
西3階	61
西4階	62
西5階	63
外来	64
透析	65
手術室	66
中央材料室	67
看護部目標の評価	68
総合評価及び課題	69
III. 診療技術部	
薬剤科	73
放射線科	75
臨床検査科	76
臨床工学科	77
食養課	78
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	83
V. 業務部・事務部	
医事課	87
総務課	88
経理課	89
用度課	90
施設管理係	91
保安係	92
保育係	93
診療情報管理室	94
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
VII. 感染制御部	
感染制御部	105
VIII. 医療安全管理部	
医療安全管理部	109

---

## 委員会活動状況

運営委員会	113
院内感染対策委員会	114
医療安全管理委員会	115
透析機器安全管理委員会	120
医療ガス安全管理委員会	121
褥瘡対策委員会	122
輸血療法委員会	123
治験審査委員会	124
薬事審議委員会	125
化学療法委員会	126
栄養管理委員会	127
N S T 委員会	128
緩和ケア委員会	129
安全衛生委員会	131
診療情報管理委員会	132
広報編集委員会	133
D P C ・ コーディング委員会	134
S P D 委員会	135
地域医療連携委員会	136
業務改善検討委員会	137
クリニカルパス委員会	138
倫理委員会	139
看護部教育委員会	140
【資料】 看護研究発表会プログラム案内	141
【資料】 令和4年度 院内集合研修実績	142
看護部業務委員会	146
看護部記録検討委員会	147
看護部臨地指導者委員会	148
看護部事故防止委員会	149
看護部クリニカルラダー委員会	150
手術室運営委員会	151
入退院支援委員会	152
透析診療委員会	153
回復期リハビリテーション委員会	154
地域包括ケア委員会	155
V T E 予防対策委員会	156
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

## 概要



---

## 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	604人（令和5年3月31日現在）

---

## 指定医療機関

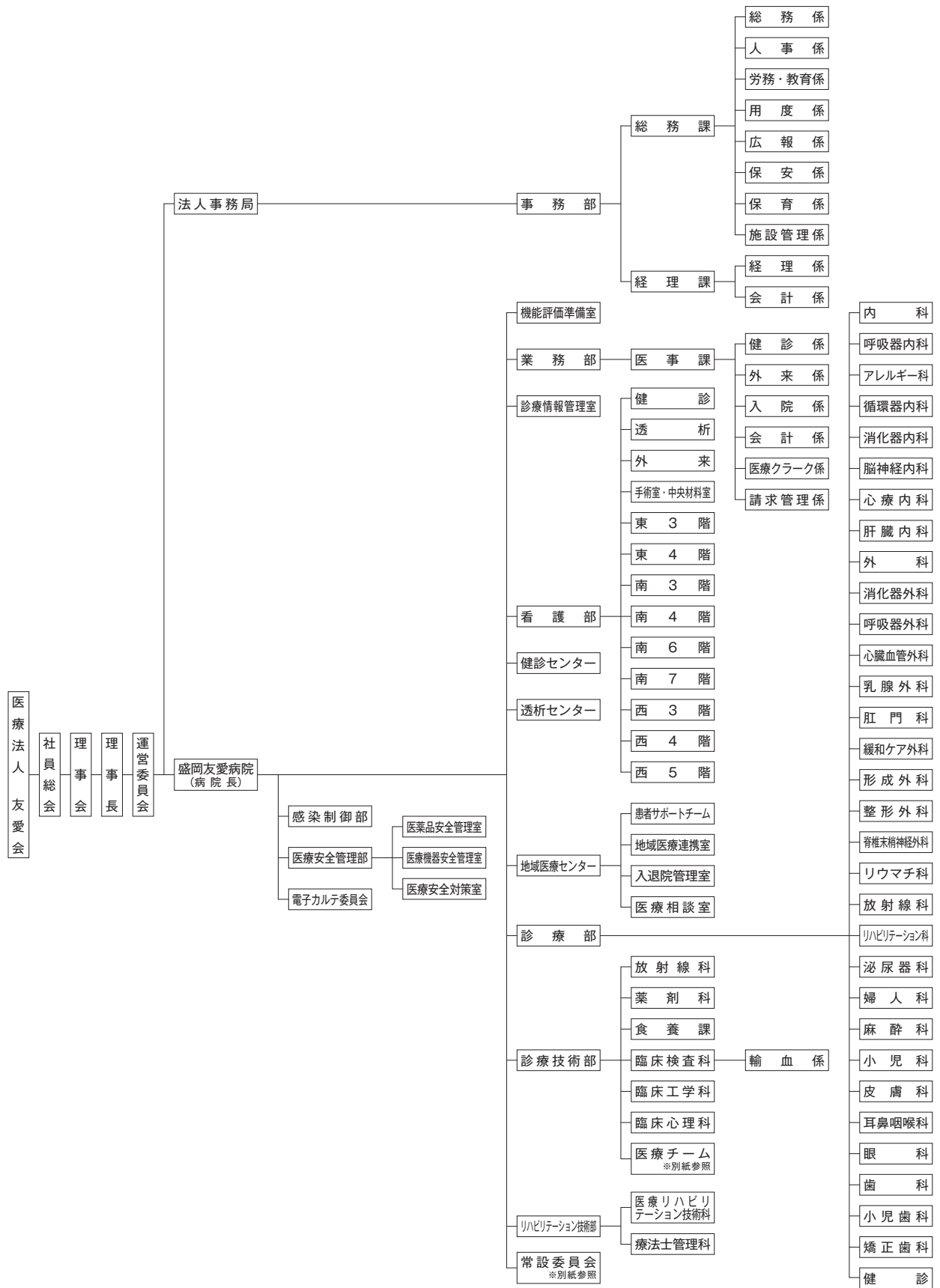
保険医療機関  
労災保険指定医療機関  
生活保護法指定医療機関  
国民健康保険療養取扱機関  
結核指定医療機関  
被爆者一般疾病医療機関  
指定自立支援医療機関（精神通院医療）  
指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）

## 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5年1月1日改訂



## 職員数

令和5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	209	0	10	3	9	231
准看護師	13	0	1	0	7	21
介護福祉士・看護補助	54	4	0	0	1	59
薬剤師	6	0	1	0	0	7
薬剤助手	1	0	0	0	1	2
診療放射線技師	4	0	0	0	1	5
臨床検査技師	6	0	0	0	1	7
臨床検査助手	0	0	1	0	0	1
理学療法士	70	0	2	0	1	73
作業療法士	28	0	0	0	0	28
言語聴覚士	7	0	1	0	0	8
臨床工学技士	4	0	0	0	2	6
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	10	0	0	0	0	10
公認心理師	1	0	0	0	0	1
管理栄養士	10	0	0	0	0	10
栄養士	1	0	0	0	0	1
調理師	17	1	0	0	0	18
食器洗浄	0	0	5	0	0	5
調理補助	0	0	1	2	0	3
事務	54	1	5	0	2	62
保育士	4	0	0	0	1	5
保安管理員	6	0	2	0	0	8
施設管理員	3	0	0	0	1	4
合計	535	6	29	5	29	604

---

## 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1
- (8) 医師事務作業補助体制加算2 ※50対1補助体制加算
- (9) 特殊疾患入院施設管理加算
- (10) 看護職員処遇改善評価料37
- (11) 急性期看護補助体制加算25対1 ※看護補助者5割以上
- (12) 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
- (13) 療養環境加算
- (14) 栄養サポートチーム加算
- (15) 医療安全対策加算2 ※医療安全対策地域連携加算2
- (16) 感染防止対策加算3 ※連携強化加算・サーベイランス強化加算
- (17) 患者サポート体制充実加算
- (18) 救急医療管理加算
- (19) 後発品薬品使用体制加算1
- (20) データ提出加算2（イ）（200床以上）
- (21) 入退院支援加算1 ※地域連携診療計画加算・総合機能評価加算

- 
- (22) 入院時食事療養（Ⅰ）
  - (23) 認知症ケア加算 3
  - (24) 糖尿病合併症管理料
  - (25) 薬剤管理指導料
  - (26) 医療機器安全管理料 1
  - (27) 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
  - (28) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
  - (29) 検体検査管理加算（Ⅰ）
  - (30) 検体検査管理加算（Ⅱ）
  - (31) 輸血管管理料（Ⅱ）
  - (32) 神経学的検査
  - (33) CT撮影及びMRI撮影
  - (34) 外来化学療法加算 1
  - (35) 外来腫瘍化学療法診療料 1
  - (36) 小児科外来診療料
  - (37) 無菌製剤処理料
  - (38) がん治療連携指導料
  - (39) がん性疼痛緩和指導管理料
  - (40) がん患者指導管理料（イ）
  - (41) がん患者指導管理料（ロ）
  - (42) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算
  - (43) 短期滞在手術等基本料 1
  - (44) 排尿自立支援加算
  - (45) 外来排尿自立指導料
  - (46) 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）
  - (47) 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）
  - (48) 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
  - (49) 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
  - (50) がん患者リハビリテーション料
  - (51) 人工腎臓
  - (52) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算
  - (53) 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
  - (54) 導入期加算 1
  - (55) ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術
  - (56) 椎間板内酵素注入療法
  - (57) 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
  - (58) 胃瘻造設術
  - (59) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算
  - (60) 組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）
-



- 
- (61) 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
  - (62) コンタクトレンズ検査料 1
  - (63) 時間内歩行試験
  - (64) 酸素の購入単価
  - (65) HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
  - (66) 婦人科特定疾患治療管理料
  - (67) 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
  - (68) 外来緩和ケア管理料
  - (69) 緩和ケア診療加算
  - (70) 下肢創傷処置管理料
  - (71) 初診料（歯科）
  - (72) 歯科治療総合医療管理料
  - (73) クラウン・ブリッジ維持管理料
  - (74) CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
  - (75) 在宅患者歯科治療総合医療管理料
  - (76) 歯科口腔リハビリテーション料 2
  - (77) 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	90	634	0	0
診療録管理体制加算 1		100	1,542	1,542	0	0
特殊疾患入院施設管理加算		350	743	19,538	0	0
療養環境加算		25	2,377	25,263	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	2,138	2,138	0	0
感染対策向上加算 3 ※地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算		75	2,739	2,739	0	0
		35	2,739	2,739		
入退院支援加算 1 ※地域連携診療計画加算	一般	700	1,366	1,366		
	療養	1,300	23	23		
入院時支援加算	1	230	120	120		
入院時支援加算	2	200	329	329		
データ提出加算 2	イ	180	2,138	2,138		
糖尿病合併症管理料		170			66	66
救急医療管理加算	1	1,050	216	1,096		
	2	420	199	926		
	1_新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱) (COV・往診又は訪問診療等による場合)	2,850				
	1_新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱) (往診等で中和抗体薬を投与する患者)	4,750				
	1_COV・外来診療	950	0	0	464	464
	1_COV臨時	950	115	1,358		
	新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱・ 中等症以上	3,800	4	48		
	新型コロナウイルス感染症・診療報酬上臨時的取扱・ 中等症以上・呼吸不全管	5,700	19	129		
薬剤管理指導料	1	380	513	687		
	2	325	567	658		
医療機器安全管理料 I		100	112	112	1	1
	(放)	1,100	0	0		
検体検査管理加算 (I)		40			16,795	16,795
検体検査管理加算 (II)		100	2,100	2,100		
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			2	2
	処方箋料	70			702	

項 目			入 院		外 来	
加算名称	サブ項目	点数	人数	回数	人数	回数
外来迅速検体検査加算	1項目	10				1,774
	2項目	20				3,662
	3項目	30				679
	4項目	40				77
	5項目以上	50				3,112
外来化学療法加算 I		600			71	
心大血管疾患リハビリテーション料(I)		205				
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)		245				
廃用症候群リハビリテーション料(I)		180				
運動器リハビリテーション料(I)		185				
呼吸器リハビリテーション料(I)		175				
がん患者リハビリテーション料		205				
初期加算		45		24,043		60
早期加算		30		63,213		280
消炎鎮痛等手技		35	0	0	1	1
退院時リハビリテーション指導料		300	1,458	1,472		
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	1,939	1,939	0	0
	2	240	986	986		
リハビリテーション計画提供料	1	275	62	62		
	2	100	0	0	0	0
目標設定等支援管理料	初回	250	399	399	0	0
	2回目以降	100	117	117	0	0
摂食機能療法		185	163	1,347		
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	2	2		
		4,000	6	6		
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算		450	0	0		
麻酔管理料(I)	脊椎麻酔	250	0	0		
	マスク	1,050	0	0		
	硬膜外麻酔	250			0	0
胃瘻造設術		6,070	27	27		
胃瘻造設時嚥下機能評価加算		2,500	3	3		
血管内視鏡検査		2,040	0	0		
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			24	24

項 目			入 院		外 来	
加算名称	サブ項目	点数	人数	回数	人数	回数
無菌製剤処理料	1	180	20	20	0	0
	1 その他	45	12	12	27	44
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			39	39
		2,000	0	0	13	13
総合評価加算		100	0	0		
後発医薬品使用体制加算 1		47	1,542	1,542		
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	43	43		
人工腎臓		1,885	460	1,938	1,758	5,927
		1,580	41	118	19	50
		2,045	277	977	854	2,404
		2,180	70	115	235	504
		1,798	0	0	0	0
		1,958	0	0	0	0
		2,093	0	0	0	0
障害者等加算(人工腎臓)		140	549	2,118	621	1,876
下肢末梢動脈疾患指導管理加算		100	259	259	720	720
導入期加算 2		400	19	66	5	15
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算		10	847	3,147	2,866	8,885
		50	158	643	566	1,808
透析時運動指導等加算(人工腎臓)		75			36	73
介護支援等連携指導料		400	75	78		
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	244	486		
患者サポート体制充実加算		70	2,138	2,138		
胃・十二指腸ファイバースコープ		1,140	82	82	425	425
大腸内視鏡検査(ファイバースコープによるもの) (上行結腸及び盲腸)		1,550	44	44	178	178
入院栄養食事指導料	初回	260	668	668		
	2回目	200	243	243		
急性期患者支援病床初期加算	自院一般病棟	125	130	1,212		
	他院一般病棟	250	77	761		

項 目			入 院		外 来	
加算名称	サブ項目	点数	人数	回数	人数	回数
在宅患者支援病床初期	老人保健施設	500	3	28		
	自宅・その他施設	400	221	1,835		
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			31	31
	月の2回目	400			6	6
退院時薬剤情報管理指導料		90	117	117		
がん性疼痛緩和管理料		200	3	3	48	48
がん患者指導管理料	イ	500	3	3	52	52
	ロ	200	0	0	0	0
退院時薬剤情報連携加算		60	1	1	0	0
栄養情報提供加算		50	24	24	0	0
運動量増加機器加算		150	33	33	0	0
婦人科特定疾患治療管理料		250			5	5
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	9	15		
在宅患者訪問褥瘡管理指導料		750	0	0		
輸血管理料	2	110	193	193		
認知症ケア加算3	14日以内	40	316	2,063		
	15日以上	10	1,087	16,892		
	14日以内 (身体的拘束)	24	295	2,224		
	15日以上 (身体的拘束)	6	933	12,843		
在宅自己腹膜灌流指導管理料		4,000	5	5	25	25
	頻回頻度	2,000			3	3
遠隔モニタリング加算 (在宅自己腹膜灌流指導管理料)		115	1	1	11	11
医師事務作業補助2(50:1)		395	1,949	1,949		
二類感染症患者 入院診療加算		250			1,868	1,925
		250	129	1,249		
	新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の 臨時的	750	563	11,867		
	臨時個室	300	17	95		
時間内歩行試験		200	0	0	1	1
看護職員処遇改善評価料(特定入院料含む)(医科) 37		37	3,463	56,109	0	0
外来腫瘍化学療法診療料1		400			9	12
		700			7	11
緩和ケア疼痛評価加算		100	55	829		

## 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)	2,435	2,491	2,512	2,430	2,375	2,091	2,197	2,217	2,466	2,319	2,346	2,489	28,368	2,364.0
	1日平均患者数(人)	81.2	80.4	83.7	78.4	76.6	69.7	70.9	73.9	79.5	74.8	83.8	80.3		77.7
	稼働率	77.3%	76.5%	79.7%	74.7%	73.0%	66.4%	67.5%	70.4%	75.8%	71.2%	79.8%	76.5%		74.0%
	新入患者数(人)	159	141	152	112	65	148	105	148	153	133	117	140	1,573	131.1
	退院数(人)	100	93	107	94	79	109	92	95	142	92	85	109	1,197	99.8
回復期リハ病棟 (135床)	延患者数(人)	3,935	4,093	3,874	3,930	3,630	3,310	3,464	3,641	3,813	3,783	3,459	3,980	44,912	3,742.7
	1日平均患者数(人)	131.2	132.0	129.1	126.8	117.1	110.3	111.7	121.4	123.0	122.0	123.5	128.4		123.0
	稼働率	97.2%	97.8%	95.7%	93.9%	86.7%	81.7%	82.8%	89.9%	91.1%	90.4%	91.5%	95.1%		91.1%
	在宅復帰率	81.6	87.2	87.0	86.5	80.5	79.2	90.0	91.2	88.6	87.0	77.6	78.3		84.6
	重症改善率	44.0	60.0	57.7	72.0	68.0	59.1	47.1	50.0	61.5	63.6	65.5	54.8		58.6
	実績指数	49.36	51.95	49.06	48.25	50.79	43.81	44.91	50.14	49.91	50.09	42.95	41.69		47.74
	新入患者数(人)	18	9	22	41	12	39	29	18	29	12	27	25	281	23.4
	退院数(人)	48	39	52	53	44	47	40	35	43	25	48	45	519	43.3
障害者病棟 (60床)	延患者数(人)	1,693	1,811	1,701	1,803	1,730	1,528	1,592	1,533	1,590	1,678	1,532	1,687	19,878	1,656.5
	1日平均患者数(人)	56.4	58.4	56.7	58.2	55.8	50.9	51.4	51.1	51.3	54.1	54.7	54.4		54.5
	稼働率	94.1%	97.4%	94.5%	96.9%	93.0%	84.9%	85.6%	85.2%	85.5%	90.2%	91.2%	90.7%		90.8%
	新入患者数(人)	0	1	2	2	0	0	13	8	6	5	5	9	51	4.3
	退院数(人)	6	3	6	2	6	5	10	4	2	3	2	4	53	4.4
緩和ケア病棟 (18床)	延患者数(人)	436	343	413	422	333	304	415	421	448	432	389	425	4,781	398.4
	1日平均患者数(人)	14.5	11.1	13.8	13.6	10.7	10.1	13.4	14.0	14.5	13.9	13.9	13.7		13.1
	稼働率	80.7%	61.5%	76.5%	75.6%	59.7%	56.3%	74.4%	78.0%	80.3%	77.4%	77.2%	76.2%		72.8%
	新入患者数(人)	3	4	6	6	6	11	8	7	6	4	8	8	76	6.3
	退院数(人)	9	8	10	11	12	10	7	13	9	11	11	18	129	10.8
地域包括ケア 病棟 (45床)	延患者数(人)	1,111	1,116	1,127	1,098	291	724	954	1,124	1,183	1,175	1,043	1,198	12,144	1,012.0
	1日平均患者数(人)	37.0	36.0	37.6	35.4	9.4	24.1	30.8	37.5	38.2	37.9	37.3	38.6		33.3
	稼働率	82.3%	80.0%	83.5%	78.7%	20.9%	53.6%	68.4%	83.3%	84.8%	84.2%	82.8%	85.9%		73.9%
	平均在院日数(日)	27.8	32.1	26.1	41.7	10.9	22.6	36.7	31.6	32.3	39.5	37.3	43.7		31.9
	重症度、医療看護必要度	47.7	52.9	52.2	47.2	60.8	45.9	49.1	50.6	58.4	46.6	40.0	46.5		49.8
合計 (稼働病床数 363床)	延患者数(人)	9,610	9,854	9,627	9,683	8,359	7,957	8,622	8,936	9,500	9,387	8,769	9,779	110,083	9,173.6
	1日平均患者数(人)	320.3	317.9	320.9	312.4	269.6	265.2	278.1	297.9	306.5	302.8	313.2	315.5		301.6
	稼働率	88.2%	87.6%	88.4%	86.0%	74.3%	73.1%	76.6%	82.1%	84.4%	83.4%	86.3%	86.9%		83.1%
	新入患者数(人)	204	182	212	188	92	220	179	210	211	175	171	203	2,247	187.3
	退院数(人)	204	170	222	192	158	187	179	174	232	157	175	207	2,257	188.1

### 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	561	630	574	658	568	510	489	679	848	805	527	485	7,334	611.2
消化器内科	1,205	1,317	1,323	1,358	1,191	1,247	1,408	1,365	1,407	1,495	1,355	1,464	16,135	1,344.6
循環器内科	762	828	871	637	536	490	483	667	576	460	454	532	7,296	608.0
脳神経内科	1,629	1,680	1,420	1,485	1,389	1,316	1,512	1,486	1,594	1,762	1,707	1,899	18,879	1,573.3
心療内科	275	266	323	238	276	304	390	383	304	305	245	312	3,621	301.8
整形外科	2,602	2,616	2,566	2,851	2,307	1,712	1,673	1,850	2,171	1,964	2,019	2,337	26,668	2,222.3
脊椎・抹消神経外科	153	96	176	146	90	133	110	110	173	148	153	163	1,651	137.6
外科	1,860	1,826	1,844	1,688	1,392	1,537	1,733	1,744	1,870	1,914	1,746	1,878	21,032	1,752.7
泌尿器科	556	591	527	617	607	702	820	651	551	532	556	703	7,413	617.8
眼科	1	4	3	4	3	0	4	1	1	2	2	4	29	2.4
婦人科	6	0	0	1	0	6	0	0	5	0	5	2	25	2.1
合計	9,610	9,854	9,627	9,683	8,359	7,957	8,622	8,936	9,500	9,387	8,769	9,779	110,083	9,173.6

※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	482	365	391	501	474	486	456	505	513	407	418	476	5,474	456
消化器内科	459	379	492	599	484	490	553	481	532	451	423	471	5,814	485
循環器内科	515	430	526	538	610	508	793	484	553	692	464	536	6,649	554
脳神経内科	335	310	302	352	387	296	346	298	348	256	269	307	3,806	317
心療内科	731	745	722	857	786	737	724	697	706	656	627	747	8,735	728
皮膚科	71	79	62	56	69	53	81	53	65	42	46	63	740	62
外科	452	430	515	525	641	507	521	431	481	407	389	474	5,773	481
整形外科	880	890	922	881	899	778	811	765	815	794	752	880	10,067	839
小児科	72	76	93	67	63	80	119	119	127	63	161	84	1,124	94
泌尿器科	1,313	1,268	1,339	1,362	1,412	1,372	1,329	1,347	1,458	1,254	1,158	1,402	16,014	1,335
耳鼻咽喉科	145	109	117	123	112	145	120	117	137	104	110	160	1,499	125
眼科	301	297	293	275	314	285	295	278	308	234	223	306	3,409	284
婦人科	168	141	147	141	142	135	170	158	151	114	111	163	1,741	145
脊椎・末梢神経外科	183	188	195	177	192	194	179	192	175	180	196	187	2,238	187
形成外科	63	68	70	91	86	113	74	67	57	43	58	73	863	72
糖尿病代謝内科	29	9	34	14	21	25	22	20	30	19	24	23	270	23
膠原病内科	19	25	19	24	32	33	29	27	35	30	31	38	342	29
合計	6,218	5,809	6,239	6,583	6,724	6,237	6,622	6,039	6,491	5,746	5,460	6,390	74,558	6,213

※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	345	306	365	291	301	318	326	331	359	292	291	357	3,882	323.5

#### 【紹介率・逆紹介率】

(単位：人)

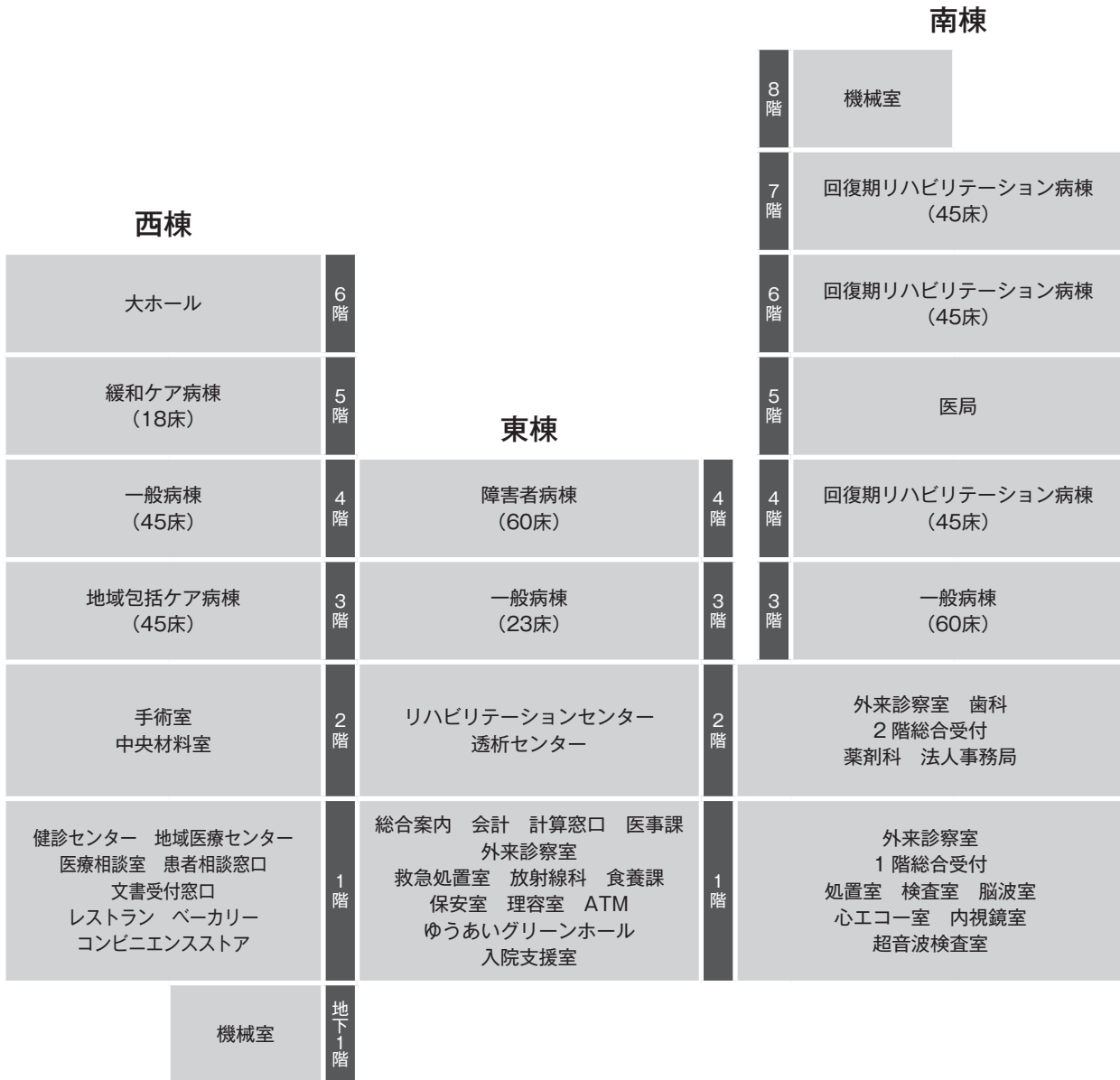
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
初診	583	635	698	748	792	711	810	657	634	626	560	626	8,080	673.3
救急車	37	25	34	29	38	36	39	46	74	55	44	50	507	42.3
急患数	50	53	51	63	69	76	58	53	93	58	57	67	748	62.3
紹介数	280	255	296	286	228	314	327	306	277	222	210	280	3,281	273.4
紹介率	56.5%	45.8%	48.3%	43.6%	33.3%	52.4%	45.9%	54.8%	59.3%	43.3%	45.8%	55.0%	48.1%	48.1%
逆紹介数	207	199	246	209	201	187	203	191	207	141	185	168	2,344	195.3
逆紹介率	41.7%	35.7%	40.1%	31.9%	29.3%	31.2%	28.5%	34.2%	44.3%	27.5%	40.3%	33.0%	34.3%	34.3%

#### 【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	37	25	34	29	38	36	39	46	74	55	44	50	507	42.3
うち救急搬送入院	14	7	12	7	6	11	9	13	28	20	11	11	149	12.4

# 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…	27	整形外科…	39
循環器内科…	28	脊椎・末梢神経外科…	40
消化器内科…	29	泌尿器科…	41
脳神経内科…	30	婦人科…	42
心療内科…	31	麻酔科…	43
肝臓内科…	32	小児科…	44
外科・消化器外科…	33	皮膚科…	45
外科・心臓血管外科…	34	耳鼻咽喉科…	46
外科・乳腺外科…	35	眼科…	47
外科・肛門外科…	36	菌科…	48
外科・緩和ケア外科…	37	健診センター…	49
形成外科…	38		



---

# 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

詳細な問診、聴診、肺機能検査、呼気NO検査による診断、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。

重症な症例には分子標的薬の注射を行い、効果を得ております。

### ○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ステロイド剤および抗線維化薬を中心とした治療を行っています。重症例は入院の上炎症を改善させております。

### ○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。

スギ花粉症の重症例には、分子標的薬（ゾレア）を使用しています。

### ○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：5,474人（新患：658人）

入院延患者数：7,282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：6,649人（新患：494人）  
入院延患者数：7,170人

## 4. 手術・検査

○手術件数 8件  
(内訳)

- ペースメーカー移植術 2件
- ペースメーカー交換術 6件

○主な検査件数

- 心エコー検査 834件
- ホルター 156件
- 心電図 (ECG) 1,139件
- トレッドミルによる負荷心肺機能検査 2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：5,814人（新患：936人）

入院延患者数：15,924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）—— 161件
- 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm以上）—— 17件
- 内視鏡的消化管止血術—— 17件
- 内視鏡的乳頭切開術—— 15件
- 内視鏡的膵管・胆道ステント留置術—— 5件
- 内視鏡的胆道結石除去術—— 6件
- 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術—— 10件
- 胃瘻造設—— 27件

### ○主な検査件数

- 腹部エコー（超音波検査：胸腹部）—— 275件
- 胃カメラ—— 483件
- 大腸カメラ—— 230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：3,806人（新患：377人）

入院延患者数：19,277人

## 4. 主な検査件数

- 脳波 ————— 10件
- 神経伝導検査 ——— 0件
- 筋電図 ————— 10件
- MRI ————— 248件
- CT ————— 412件

---

# 心療内科

---

## 1. 診療の概要

3名の医師と1名の公認心理師により診療を行っております。診療対象は、身体疾患が治療対象となるいわゆる典型的な心身症はむしろ稀で、周辺疾患としてのうつ病、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なっております。以前から職場内での対人関係から適応障害を起こしている患者さんが多くみられますが、最近では発達障害、思春期の問題、認知症が関連している患者さんが目立つようになってきました。これらに対する当科の診療体制は不十分で、状態によってはそれぞれ院外の専門家へ紹介しますが、この地域では専門家が少ないことが問題となっています。

精神症状が強い場合、統合失調症が疑われる場合、双極性障害などでは精神科へ治療を依頼しています。

院内他科から紹介の入院患者の併診も行っており、この場合はうつやせん妄などが多いようです。当科スタッフで院内メンタルヘルスケア活動も行っており、職員の個人情報を守りながらできるだけ迅速に面談を行うよう心がけています。

## 2. 診療医師

第一心療内科部長	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：8,735人（新患：240人）

入院延患者数：3,674人

## 4. カウンセリング実施実績

公認心理師：西國 千春

●カウンセリング総数 53人（女性：49人、男性：4人）

前年度からの継続 —— 28人

新規 —— 21人

再開 —— 4人

<結果>

継続 —— 36人

終結 —— 16人

中断 —— 1人

心理検査・初見作成総数 延べ54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25年間に特に多くの肝炎ウイルスキャリア（B,C型）のかたが受診した。C型肝炎は当初はインターフェロン療法で、近年は経口抗ウイルス薬（DAA）療法でほとんどのかたが治癒した。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った。

また近年増加傾向にある、肥満・糖尿病・非メタボにおける脂肪肝（MAFLD）や非アルコール性肝炎（NASH）に対しては、生活指導を含めた治療を工夫して行っている。NASHに関しては、特に燃え尽き（burned out）NASHと考えられる肝硬変例の存在に注目し、病態の進展予防のため、ハイリスク例の拾い上げに留意している。

## 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： 268人

入院延患者数：2,761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成果でもある。

### 2) B型肝炎

B型肝炎ウイルス（HBV）の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（TAF、ベムリディー）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) 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、糖尿病・睡眠時無呼吸症候群（SAS）の合併も念頭に、より包括的な代謝異常関連脂肪肝（MAFLD）にとらえ、心血管疾患・慢性腎臓病（CKD）との関連に留意して経過観察をしている。また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）の存在をも念頭におき、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経験例

EBウイルス感染、自己免疫性肝炎、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、胆管細胞がん（CCC）。これらの例については、順次当院肝臓内科ホームページにその概要を掲載している。

### 5) 臨床研究

「－核酸アナログ製剤の投与を行ったB型慢性肝炎例におけるHBs抗原量減少効果の検討－ 4年以上の経過観察例によるHBs抗原消失の予測を含めて」\*

\*当院肝臓内科ホームページに掲載



---

# 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：2,237人

入院延患者数：3,047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 76件

(内訳)

- 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 62件
- 腹腔鏡下腹壁瘢痕ヘルニア根治術 2件
- 腹腔鏡下臍ヘルニア手術 1件
- 腹腔鏡下胆嚢摘出術 6件
- 鼠径ヘルニア手術 4件
- 中心静脈注射用植込型カテーテル設置 1件

○主な検査件数

- 超音波 147件
- 細胞診 5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：2,970人

入院延患者数：8,238人

## 4. 手術件数

○手術件数 231件  
(血管外科：206件、泌尿器科：25件)

(内訳)

- 下肢静脈瘤 血管内焼灼術 127件（右53件、左48件、両26件）
- 下肢静脈瘤 血管内塞栓術 35件（右11件、左10件、両14件）
- 下肢静脈瘤 高位結紮術 7件
- 下肢静脈瘤 切除術 2件
- 動脈バイパス術 4件
- 四肢の血管拡張術・血管形成術 13件
- 切断術（大腿部、四肢） 5件
- シャント設置術、血栓除去術等 29件（うち泌尿器科25件）
- その他 9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：2,237人

入院延患者数：3,047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 ————— 18件

（内訳）

●乳腺悪性腫瘍切除術・部分切除術 ————— 15件

●乳腺膿瘍切開術 ————— 1件

●乳腺膿瘍摘出術 ————— 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 — 1件

○主な検査件数

●マンモグラフィ（乳房撮影） ————— 242件

●超音波検査 乳腺 ————— 315件

●超音波検査 甲状腺 ————— 91件

●針生検 CNB ————— 20件

●細胞診－乳腺 ————— 19件

●吸引式乳房組織生検（マンモトーム検査） ————— 17件

●細胞診－甲状腺 ————— 6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：2,237人

入院延患者数：3,047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 19件

(内訳)

●痔核手術（根治手術） 9件

●痔核手術（硬化療法） 4件

●肛門ポリープ切除術 3件

●肛門周囲膿瘍切開術 3件

○主な検査件数

●肛門鏡検査 151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られ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：1,173人

入院延患者数：6,521人

## 4. 手術・紹介受付・訪問診療件数

○手術件数 ————— 2件

(内訳)

●デブリードマン・縫合術 ————— 1件

●胸壁搔爬術・ドレナージ ————— 1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：863人（新患：99人）

## 4. 手術件数

○手術件数	94件
（内訳）	
●皮膚、皮下腫瘍・腫瘍摘出術（露出部）	33件
●皮膚、皮下腫瘍・腫瘍摘出術（露出部以外）	16件
●デブリードマン	6件
●脂肪腫摘出術	3件
●粉瘤摘出術	2件
●眼瞼下垂症手術	2件
●ガングリオン摘出術	1件
●陥入爪手術	1件
●顔面神経麻痺形成手術	1件
●拇指粘膜腫切除術	1件
●瘢痕拘縮形成手術	1件
●皮膚切開術（直径10cm未満）	18件
●爪甲除去術	9件

---

# 整形外科

---

## 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：10,067人（新患：1,673人）

入院延患者数：25,954人

## 4. 手術・検査件数

○手術件数 ————— 274件

(内訳)

- 人工膝関節置換術（再置換術含む）————— 58件
- 人工股関節置換術（再置換術含む）————— 28件
- 上腕骨、前腕骨、鎖骨 骨折観血的手術 ——— 16件
- 大腿骨、下腿骨、膝蓋 骨観血的手術 ——— 28件
- 人工骨頭挿入術（股）————— 11件
- 骨内挿入物・異物除去術 ————— 6件
- 腰椎椎間板内酵素注入術 ————— 3件
- 椎間板摘出術（後方摘出術）————— 4件
- 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方椎体固定）— 2件
- 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）— 26件
- 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）——— 12件
- 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）——— 17件
- 腱鞘切開術 ————— 40件
- 手根管開放術 ————— 13件
- その他 ————— 10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：2,238人（新患：528人）

入院延患者数：1,671人

## 4. 手術件数

○手術件数	総計140件
(内訳)	
脊椎に関わる手術	112件
●顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	51件
●椎弓形成術、椎弓切除術	36件
●椎間板摘出術（後方摘出術）	23件
●黄色靭帯骨化症手術	2件
末梢神経・手に関わる手術	28件
●手根管開放術	20件
●腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む）	8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：16,014人（新患：735人）

入院延患者数：7,496人

## 4. 手術・透析件数

○手術件数 54件

(内訳)

- 膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術） 13件
- 末梢動静脈瘻増設術（内シャント造設術） 12件
- 血栓除去術 9件
- 包茎手術 5件
- 連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術 4件
- 血管移植術、バイパス移植術 5件
- その他 6件

○透析件数 12,033件

(内訳)

- 外来： 8,885件
- 入院： 3,148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：1,741人（新患：376人）

入院延患者数： 30人

## 4. 手術・検査件数

- 子宮頸部（膣部）切除術 ————— 4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 ————— 13件
- 子宮頸がん検診（細胞診）————— 456件
- コルポスコピー検査 ————— 31件
- CT検査 ————— 35件
- MRI検査 ————— 84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	470件
●脊椎麻酔	29件
●局所麻酔	354件
●局麻（テノン嚢下・球後）	32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：1,124人（新患：699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
- 带状疱疹、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：740人（新患：23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 3～4名／月

## 3. 診療実績

外来延患者数：1,499人（新患：237人）

## 4. 主な検査件数

- 聴力検査数 ————— 163件
- 嚥下内視鏡検査数 ————— 4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：3,409人（新患：133人）

入院延患者数： 29人

## 4. 手術件数

○手術件数 ————— 65件

（内訳）

- 水晶体再建術＋眼内レンズ挿入術 ———— 32件
- 後発白内障手術 ————— 11件
- 網膜光凝固術 ————— 9件
- 結膜結石除去術 ————— 6件
- マイボーム腺切開術 ————— 2件
- 霰粒腫摘出術 ————— 4件
- 角膜・強膜異物除去術 ————— 1件

---

# 歯 科

---

## 1. 診療概要

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、とくに歯周病が全身に及ぼす影響が明らかになってきており、また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いうリスクがある。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 3名/月

## 3. 診療実績

外来延患者数 —— 3,882人

### 【疾患内訳】

歯牙う蝕 —— 1,010件	歯髄炎 —— 187件	根尖性歯周炎 —— 403件
歯周炎 —— 454件	歯肉炎 —— 146件	知覚過敏症 —— 47件
智歯歯周炎 —— 25件	口腔粘膜疾患 —— 146件	口腔外傷 —— 3件
顎関節症 —— 20件	歯牙欠損症 —— 1,009件	

### 【診療内容】

う蝕処置・覆罩 —— 775件	充填処置 —— 776件	抜髄 —— 175件
感染根管処置 —— 54件	消炎処置 —— 172件	貼薬処置 —— 190件
根充 —— 208件	スケーリング —— 511件	歯周疾患処置 —— 433件
抜歯 —— 436件	金属歯冠修復 —— 272件	レジン前装金属冠 —— 125件
CAD/CAM冠 —— 52件	ブリッジ —— 250件	有床義歯 —— 110件
義歯修理 —— 290件	床裏装 —— 148件	再装着 —— 106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
看護師長	千葉 るり子
非常勤医師	1名/月
臨床検査技師	8名
放射線技師	5名
看護師	5名
医事課	3名

## 3. 診療実績

健康診断 ————— 1,552件

(内訳)

企業健診	————— 351件
職員健診	————— 671件 (特定業務健診を含めない)
個人健診	————— 50件
特定健診	————— 471件
その他	————— 9件
●日帰り人間ドック	————— 82件
●脳ドック	————— 4件
●オプションドック	————— 4件
●国保特定健診	————— 359件
●後期高齢特定健診	————— 191件
●盛岡市成人検診	————— 2,216件

(内訳)

健康診査	————— 12件	女性健康診査	————— 13件
肝炎ウイルス検診	————— 56件	前立腺がん検診	————— 141件
肺がん検診	————— 533件	大腸がん検診	————— 548件
胃がん検診（バリウム）	————— 164件	胃がん検診（内視鏡）	————— 164件
乳がん検診	————— 208件	子宮がん検診	————— 329件
もの忘れ検診	————— 48件		



# 部門別活動状況

## Ⅱ. 看護部

看護部	53	外 来	64
東4階	56	透 析	65
南3階	57	手術室	66
南4階	58	中央材料室	67
南6階	59	看護部目標の評価	68
南7階	60	総合評価及び課題	69
西3階	61		
西4階	62		
西5階	63		



---

# 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

リスク（事故・褥瘡・感染）の予防と実践（継続）

ゴール指標：a 感染対策への課題を明確にし、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 新興感染症に対応すべく、課題が明確となった。患者ひとり一人の症状観察、早期発見・早期検査が課題。また、隔離方法や各病棟の病室運用方法なども課題。解決策として、主治医判断に迷うときなどは感染対策部長へ指示受けすることなどを見いだすことが出来た。

b 看護必要度については、入院管理、病棟師長と連携を強化し必要度を意識した転棟などの対策を立案した。

### (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-ラーニングを教育プログラムに取り入れたことで、研修の幅は広がったが、個々の成果を把握することは難しく、管理者が適切に管理し可視化できるようなシステムの構築が必要である。

b 今年度は新型コロナウイルス感染症のクラスターのため、計画通りに実施することが困難だった。管理者研修が効果的に実施出来るよう、来期は管理研修を終了した師長が昇格者への研修を行えるよう教育委員と連携し計画する。

### (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・実施率UP

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 看護師離職率10%以下

評価：a 前期同様に夜勤交代制勤務のガイドラインについては、クラスターの影響が後期にも及んだこともあったが、各項目については前年度実績よりも上回った結果となった。

b 離職率については、新人の離職が多く、全体の離職率に大きく影響し14.3%となった。

### 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 3名)
緩和ケア認定看護師	3名(専任・特定行為研修修了者 1名)
認定看護管理者	1名

#### (4) 看護研究院内発表

- ①行動制限をしている患者の多職種カンファレンスにおける患者状況アセスメントの有効性について
- ②緩和ケア病棟に入院する患者の家族が療養生活において大切にしたいこと
- ③満足度調査からみえる手術看護の課題
- ④検査・処置院内マニュアルの活用状況の実態調査
- ⑤多職種カンファレンスの継続と行動制限解除との関連性
- ⑥嚥下スクリーニングにおける看護師の意識調査
- ⑦透析センターにおける地震発生時の対応への取り組み
- ⑧ピクトグラムを用いたADLの情報共有
- ⑨外来処置室における患者情報共有の方法について
- ⑩多職種カンファレンスの統一化を図るために
- ⑪個々の問題に合わせた排泄ケアの検討

#### (5) 看護研究院外発表

岩手県看護研究学会

1. 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
2. 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) 実習受入実績

学校名	学生数
岩手女子高等学校看護科	102名
岩手女子高等学校看護科専攻科課程	37名
岩手医科大学看護学部	14名
岩手保健医療大学	34名
岩手県立大学看護学部	2名
岩手看護専門学校(別科)	0名
岩手看護専門学校(本科)	0名
合計	189名

#### (7) 職場体験等実績

##### 【インターンシップ】

学校名	人数
岩手県立大学	2名
水沢学苑看護専門学校	5名
秋田看護福祉大学	1名
弘前学院大学	1名
埼玉県立高等看護学院	1名
合計	10名

##### 【看護体験】

研修会名	主催・共催	人数
ふれあい看護体験	岩手県看護協会	33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	10名

## 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

---

# 東4階

---

看護師長：寺長根 千晴

## 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5年3月末現在)

看護師22名、准看護師4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) 事故・感染防止、褥瘡ケア対策の取り組みをし、安全な看護を実践する

ゴール指標 : 事故・感染防止、褥瘡に関する勉強会を4回以上開催できる。

評価 : 人員不足と入院・転入出・重傷者割合の増加により、全ての項目において勉強会には至らなかった。定期的に開催出来るよう工夫必要あり次年度の課題とする。

### (2) 自己研鑽し、実践に活かすことができる

ゴール指標 : 各自e-ラーニングを5回以上視聴する。

評価 : 定期的な部署研修は開催出来なかったが、入院に係わる勉強会 (地域連携パス等) を開催し業務に対する意識を高めることが出来た。e-ラーニングの視聴は全員5回以上視聴出来たが課題以外も視聴し自己研鑽に活かせるよう次年度も課題とする。

### (3) 意見交換し、働きやすい職場環境をつくる

ゴール指標 : 病棟マニュアルの見直しの完成

評価 : 申し送りを簡略化から廃止へと移行中。現在は、日勤から準夜への申し送りが簡略化された形で残っているが、今後廃止を予定している。病棟マニュアルは完成することが出来た。業務状況と人員配置を考慮し、効率よく適切に業務出来るよう次年度も業務改善に取り組んでいく。

## 7. 1年間の総括

今年度の稼働率は90.7%、障害者割合は82.3%であった。病院の稼働状況に応じて当病棟でもリハビリ目的の入院患者や他病棟での対象外患者を受け入れる機会が増え、入院は59名、転入は33名あった。また、申し送りの簡略化や業務改善を検討し、病棟マニュアルの見直しを実施出来ることをゴール指標とし取り組んだ。その結果、機能別に実施していた経管栄養注入や看護必要度の入力などを、受け持ち部屋担当者が実施し記録することで事故防止策になったこと、定期処方薬の確認・薬剤カートセットの方法を簡略化したこと、介助浴を午後から午前にすることによって午後の人員確保ができたこと、不要な重ねおむつ着用をしなくなったことなどを業務改善することが出来た。申し送りについては簡略化し徐々に特変事項だけ伝えることとし、それらを踏まえ病棟マニュアルを見直し完成させることが出来た。7、8月は新型コロナウイルス感染症クラスター発生にてその対応に奮闘した。



---

# 南 3 階

---

看護師長：横手 美幸

## 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  
看護補助体制充実加算

## 5. 看護職員 (令和5年3月末現在)

看護師26名、介護福祉士4名、看護補助1名

## 6. 病棟目標と評価

### (1) マニュアルに準拠した実践を行なう

ゴール指標 : ①ICTの指摘事項が減少する。  
②0ハイリスクを12件報告する。

評価 : ①指摘事項7件あり、対策を講じて改善した。感染経路回答率が前期90%  
→後期100%に改善した。

②レベル3bが2件、0ハイリスクが37件報告された。術後せん妄リスクを予測した病室を今後も選定していく。

### (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多職種カンファレンスが定着する。  
②次年度の新人研修・勉強会 (部署内) の継続計画の対策を出す。  
③e-ラーニング視聴80%以上

評価 : ①コロナクラスター発生時には情報共有にしたが、他は月1回以上に定着した。

②部署内の勉強会を看護師対象10回、補助者対象5回実施。また、院外研修の報告会を1回実施。企画実施に声かけが必要であった為、次年度は担当者が連携した企画の作成をする。

③e-ラーニング視聴82.8%、院外研修への参加も44件あった。

### (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申し送り短縮  
②支援・業務効率に向けた対策を5個出す。

評価 : ①申し送りの廃止に成功した。転棟時の申し送り短縮の提案を行い、他部署との連携がとれた。情報収集力を意識した行動がとれている。

②対策を6個出すことが出来た。看護補助者の業務内容を見直し、チームミーティングに参加することで情報を共有し、連携しやすい体制作りに改善した。

## 7. 1年間の総括

令和4年度は、月平均の入院患者数は76.1人 (前年度-7.4人) で全身麻酔下手術38.2件、局所麻酔下手術11.9件、稼働率は70.5%であった。新型コロナウイルス感染症により入退院が一時停止したことで入院・手術件数が低下した。

チーム力強化においては、電子カルテが導入に合わせ申し送りを廃止し、ショートミーティングに看護補助も参加することで連携を強化した。また、PNS制をより具体化し、看護援助を安全に提供できるよう業務改善を行った。クリニカルラダーレベルアップ支援に向けて、棟内でのローテーション業務を行った。周術期・緊急入院患者の受け入れ習得度を可視化するため、作成したチェックリストを活用し、スタッフで共有できる育成環境を整えることができた。

---

# 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5年3月末現在)

看護師16名 (内夜勤専従1名)、准看護師3名、介護福祉士3名、看護補助5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以上事故ゼロ

評価 : レベル3b以上の事故件数減少。感染対策を強化しクラスター発生はなかった。ICT指摘事項は毎回あったため次年度継続し改善に取り組んでいく。

### (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-ラーニング個々の目標を達成する。

評価 : e-ラーニング視聴回数をゴール指標に入れ個人差はあったが、知識向上へ取り組めた。回リハ病棟として、取り組んできた事は、感染対策のため今年度も以前には戻せなかった。次年度状況判断しながら取り組んでいく。部署研修は、e-ラーニングを取り入れたが、充実してはできなかった。

### (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 : 業務改善は5個以上できた。電子カルテ導入に伴い新しい基準を周知し、申し送りは後期で廃止できた。次年度は、身体拘束、摂食・嚥下、倫理等のカンファレンスを実施し、記録に残せるよう各委員の協力のもと取り組んでいく。

## 7. 1年間の総括

令和4年度の新規入院患者数は214名、このうち重症入院割合46.3%、在宅復帰率87.3%であり、平均病棟稼働率は92%であった。

コロナ禍ではあったが、前年度と比較しても実績に大きな変化はなく病棟運営が出来た。部署研修においては、e-ラーニングを取り入れて、看護師、看護補助の全員を対象に研修ができ、知識向上に取り組めた。院外研修では、臨地実習指導者研修、回復期リハビリテーション看護師認定コース研修への参加が出来た。

---

# 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5年3月末現在）

看護師16名、准看護師3名（内夜勤専従2名）、介護福祉士1名、看護補助6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前年度より事故件数の減少

②病棟の基準割れがなく、入院と退院につなぐ

評価：①事故総件数が前年度より27件増加し、転倒事故は18件増加した。移動フリーの患者が転倒し、レベル3bが2件発生した。多職種での対策を次年度も継続していく。

②新型コロナウイルス感染症によるクラスターはあったが、基準割れなし。

### (2) 多職種との連携を図り、業務改善へつなげる

ゴール指標：①倫理（臨時）カンファレンスの実施8件以上

②申し送り時間を30分以内とする

評価：①倫理カンファレンスの実施は3件であった。

②12月より申し送りを全面廃止することが出来た。

### (3) 知識、技術の向上に努める

ゴール指標：①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

②部署勉強会e-ラーニング3回以上活用

評価：①実施率100%であった。

②勉強会は5回実施し、目標を達成した。

## 7. 1年間の総括

令和4年度、新型コロナウイルス感染症にて病院としての入院制限、転入制限があり稼働率が78%の月がみられたが、1年間の平均実績として、稼働率90.1%（前年比+1.7）、重症入院割合47.6%（前年比+8.6）、在宅復帰率89%（前年比+2.2）、実績指数51.99%（前年比+4.79）と年間平均では前年度より比率増加につなげることができた。電子カルテ導入前に申し送りを廃止し、スムーズな導入環境を整えた。また、スタッフのレベルアップに向けた部署勉強会は、e-ラーニングを活用しながら毎月実施できた。

---

# 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5年3月末現在)

看護師17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3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転倒転落件数55件 (前年度より9件減少する。)

②手指消毒量は2桁を維持できた。無断離院2件、新型コロナ感染症クラスターが3回発生するなど、大きな事故が多い年だった。

### (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 : 病棟勉強会の開催を6回以上する

評価 : 月毎にe-ラーニングのテーマを決めて視聴できた。その他勉強会を4回開催できた。後期は院外研修の参加が少なかったため、次年度は早めに計画を立てていく。

### (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 : コロナ禍で年間2回ミーティングが開催できなかったが、多職種と情報を密にし、病棟運営を行うことが出来た。業務改善を7つ実施した。

## 7. 1年間の総括

令和4年度の年間入院患者数は延べ、14,994名であった。うち直入院は89名、一般病棟からの転入102名で、病棟稼働率は平均91.08%、在宅復帰率平均84.39%であった。

新型コロナ感染症による病棟クラスターを経験した。前年度より面会禁止を継続しており、家族には電話にてリハビリの進行状況など説明した。オンライン面会も引き続き実施し、年間104件の申し込みがあり好評であった。

回復期リハビリテーション病棟協会主催の回復期リハビリテーション看護師認定コース研修に1名参加した。次年度は、摂食嚥下認定看護師研修に参加予定である。

---

# 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

看護補助体制充実加算

## 5. 看護職員 (令和5年3月末現在)

看護師15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・褥瘡防止対策を実施し、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使用量が前年度より増加する。

③褥瘡に関する勉強会が実施できる。(前期・後期各1回)

評価: ①3b以上の事故発生はなかった。前期は事故ミーティングを開催出来なかったが、後期は毎月開催することが出来た。次年度は年間通して開催出来るようにしていく。

②アルコール擦式消毒剤使用量は前年度より10%増であったが、使用量としては少ないため次年度も対策を立て実践していく。

③褥瘡の勉強会が開催出来なかったため、次年度は開催出来るよう取り組んでいく。

### (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部署研修は毎月行えなかったため次年度の課題とする。

②e-ラーニングは毎月視聴することが出来た。

### (3) 多職種と連携を図り退院調整を進める

### (4) 働きやすい環境をつくる

ゴール指標: ①在宅復帰率72.5%以上維持する。また、稼働病床35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在宅復帰率・稼働に関して数値を維持出来るよう情報共有し取り組むことができた。

②申し送り廃止や物品の点検・定数化等業務改善に取り組むことができた。

## 7. 1年間の総括

今年度の年間入院患者数は403名、病床稼働率平均79.8%、在宅復帰率80.7%、サブアキュート率平均47.5% (前年比+9.4%)、院内ポスト率平均32.1%であった。

新型コロナウイルス感染症院内クラスター発生に伴い、8月の約1ヶ月間病棟を閉鎖しクラスター発生病棟へのリリース態勢を取り収束に向け支援した。

電子カルテ導入に向け申し送りの短縮に取り組み、廃止することが出来た。

e-ラーニングの活用や各種研修に参加し、資格取得したスタッフもあり、個々のラダーレベルアップに向けた取り組み支援を行うことが出来た。

患者・家族の意思を尊重し、多職種・関連部署が連携をとり情報共有し退院調整を進めることが出来た。

---

# 西 4 階

---

看護師長：東野 史恵

## 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  
看護補助体制充実加算

## 5. 看護職員 (令和5年3月末現在)

看護師25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73件であったが、今年度は77件と増加した。レベル4aの骨折事故もあり、事故ミーティングを開催して周知し対策を立てた。

②新規褥瘡発生は3件。次年度も減少できるよう更に検討していく。多職種カンファレンスは定期的に開催出来、行動制限解除に繋げることが出来たため次年度も継続とする。

### (2) 専門職としての知識・技術向上のため個々のスキルアップを目指す

ゴール指標 : ①部署での勉強会を年4回以上開催できる。

②一人5個以上eラーニングを視聴する。

評価 : ①人員不足、入退院が多く計画通りに勉強会、カンファレンスを開催出来なかった。人員不足の中で個々のスキルアップ、統一したケアをしていけるよう検討していく。

②eラーニングは委員会主催のものは全員視聴出来ているが、個々の視聴数は後期も少なかったため、どのように活用していくか次年度への課題とする。

### (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個以上出来る。

評価 : 短時間ではあるが、毎月ミーティングを開催し業務改善について検討することが出来た。業務改善は後期4個であった。申し送りを廃止し、残業も減少傾向であるため、効率よく業務出来るよう次年度も検討していく。

## 7. 1年間の総括

西4階病棟の年間入院患者数は659名(月平均54名)、病床稼働率平均77%であり、昨年度より入院患者数の減少、稼働率は低下した。7月、8月に新型コロナウイルス感染症発生あり当病棟の入退院、転棟、転入中止となった。感染対策を徹底しクラスター発生することなく収束した。収束後は、積極的な入院の受け入れを行うため、対応出来るスタッフの育成を行い、退院調整を多職種との連携を強化した。行動制限カンファレンスについて、意識調査を行い現状と課題を明確化させ、定期的に取り組むことが出来た。また電子カルテ導入に向け、申し送り内容を検討、廃止し効率よく業務出来るよう取り組んだ。

# 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5年3月末現在)

看護師16名 (内夜勤専従2名)、介護福祉士2名、看護補助1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：受け持ち担当看護師の役割を実践し次年度の電子カルテ導入に向けた基盤作り

評価：事故防止ミーティングは2ヶ月まとめた内容で開催し、再発防止のための情報共有を行なった。申し送り内容を引き続き検討し、受け持ち看護師の役割を再確認しながら電子カルテ導入を踏まえ療養環境の提供につなげることが出来た。

### (2) 知識・技術の向上、看護の質の向上に努める

ゴール指標：①疼痛評価シートの活用  
②ELNEC-Jの参加2名以上

評価：①2月から疼痛評価シートの活用が出来た。

②院外研修の参加は出来ていたがELNEC-Jの参加が出来なかった。参加に偏りがあるため、スタッフ皆が看護の質の向上につなげられるよう引き続き取り組んでいく必要がある。

### (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

評価：病棟稼働率72.7%であり達成出来なかったが、月別に見ると80%を超える月もあり、多職種連携しながら引き続き稼働維持に努めていく。

## 7. 1年間の総括

年間入院患者数130名、退院患者数132名 (死亡退院113名) 病床稼働率71.7%。院内が面会禁止の中、緩和ケア病棟では周囲の緩和ケア病棟を有する医療機関の情報を共有し、条件付き面会制限とし家族も支援した。在宅での療養を希望される患者へは多職種と連携し、必要な援助を検討することが出来た。また、診療報酬の改訂で入院料の見直しをなされ加算取得のため疼痛評価方法を見直し、質の高い緩和ケアの提供につなげることが出来た。今年度もイベントを企画、開催し患者や家族に喜んでいただくことが出来た。

4月	お花見	参加者17名	10月	みんなで紅葉を貼って岩手山を彩りましょう	参加者21名
5月	新茶の香りのお風呂をどうぞ	参加者19名	11月	日頃感謝している人へメッセージを書いて気持ちを伝えよう	参加者23名
6月	くじ引き大会	参加者20名	12月	クリスマス会	参加者27名
7月	七夕かざり	参加者9名	1月	新春のお茶会	参加者13名
8月	夏まつり	参加者11名	2月	ハッピーバレンタイン	参加者21名
9月	温泉巡り	参加者7名	3月	ひなまつり	参加者21名

---

# 外 来

---

看護師長：田口 真奈美

## 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5年3月末現在）

看護師35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ハイリスクの報告が5件以上になる。

評価：レベル0ハイリスクは9件だった。後期は事故情報共有強化に努めた。毎月外来記録監査した。電子カルテ化に伴い、情報共有し易くなる為、外来看護記録の充実を図る。

### (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：外来伝達講習を3回以上開催する。

評価：後期に伝達講習を3回実施した。電子カルテ導入開始に向け、情報共有も毎日のように行った。倫理カンファレンスはほぼ開催出来たが、次年度は他職種の意見も聞けるようなカンファレンスを目指す。

### (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：外来看護手順の見直しが完了する。

評価：コロナ禍で外来ミーティング出来ない月もあったが、ほぼ毎月開催出来、参加出来なかった職員に議事録閲覧を促した。半数以上の診察科で外来看護手順の見直しが不十分であり、次年度の課題となる。

## 3. 1年間の総括

令和4年度、月平均外来患者数は5,460人（前年比-112人）であった。

外来患者の新型コロナウイルスの検査、病院内に持ち込まないために入院前のPCR検査、病棟患者のPCR検査の対応を行ってきた。また、新型コロナウイルスワクチン接種を担当し行っている。電子カルテ導入前に、情報の共有を図り外来受診患者の導線や基本票の使用方法について検討し、事故防止に取り組んできた。外来患者の待ち時間軽減について検討し、採血を検査室で行うこととした。



# 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5年3月末現在）

看護師15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	745	724	701	748	773	750	743	756	758	736	681	770	8,885
入院	269	283	242	253	277	248	261	248	258	252	259	298	3,148
計	1,014	1,007	943	1,001	1,050	998	1,004	1,004	1,016	988	940	1,068	12,033

## 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。

②e-ラーニング視聴率75%以上。

③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部署内での勉強会目標通り実施できた。

②年間で4回各自でのe-ラーニング視聴を目標としたが約40%であった。次年度受講率アップをめざす。

③透析導入マニュアルは見直し中で、継続する。

### (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実施。

②各係の活動内容の見直しとマニュアル化。

評価：①ミーティング内で問題点の検討、対策、実施、評価を行えた。

②透各係の活動内容の見直しは全ては出来なかった。

## 4. 1年間の総括

透析総件数は前年度より減少したが、入院依頼については受け入れた。

新たに、透析時運動指導等加算の算定を開始、対象患者の実施後の評価においては、筋力、歩行について改善したという結果が得られた。

コロナ患者対応については、外来・入院共に時間外の対応とし、透析センター内として感染拡大は無く経過した。

外来維持透析の依頼については、可能な限り受け入れてきた。また入院においては、長期カテーテル挿入の患者依頼が増加したが、状況確認しながら受け入れを行った。

# 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 5 年 3 月末現在）  
看護師 12 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	37	42	49	39	18	44	21	35	52	48	43	41	469
脊椎	3	3	2	2	0	3	2	1	3	3	3	7	32
局麻	21	30	44	27	28	39	36	38	22	29	33	39	386
計	61	75	95	68	46	86	59	74	77	80	79	87	887

## 3. 目標と評価

- (1) 医療事故、感染、褥瘡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。  
②レベル 3 以上の褥瘡を起こさない。  
③SSI を起こさない。  
評価：①インシデントレポートを年間 37 件報告できた。  
②褥瘡は発生していないが、レベル 3 a の事故（抜管時の抜歯）が発生した。麻酔科との連携を図り、安全に努める。  
③SSI は発生していない。
- (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手術室看護手順の改善点を明確にする。  
②ラダーレベルに沿った e-ラーニングの項目を前期・後期各 1 回受講する。  
③年 6 回以上勉強会を開催する。  
評価：①手順書のベースは 9 割完成した。今後、改善点を明確にしていく。  
②e-ラーニングの受講（前後期各 1 回）は 5 名達成できた。  
③勉強会を年間 7 回開催できた。今後も継続して行っていく。
- (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物品の過不足なく手術を実施することができる。  
③リリースを受け入れることができる。  
④早番、遅番の導入と評価ができる。  
評価：①教育体制は確立できている。各自振り返り等の時間づくりが今後の課題である。  
新人教育計画書の見直しは 8 割程まで進行している。  
②物品の過不足なく手術を実施することができた。  
③今年度リリースの受け入れは未実施。手順書は作成できた。現在補助業務の負担が大きい為、引き続きリリース受け入れを継続していく。  
④遅番業務を導入し、年間 18 回実施した。時間を過度に超過することもなく、超過勤務の縮小に繋がった。

## 4. 1 年間の総括

総手術件数 887 件（全身麻酔 469 件）

コロナ禍により、毎月の手術件数の変動がみられた。また職員の人数が不足する事態にもなったが、部署内での勉強会を定期的実施することで、安全に手術を遂行することが出来た。遅番勤務導入は超過勤務の削減にも繋がった。電子カルテ導入に伴い、各部門と連携しながら運用することができた。

---

# 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5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：計画に沿って実施し、事故や感染は無かった。

### (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：規定研修以外に1つe-ラーニングを活用する。

評価：規定の研修以外に院外のオンデマンド研修。学研e-ラーニングを1つは各自学習した。

### (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：ミーティングは毎月行うことが出来たが、中央化につながるものは無かった。

## 3. 1年間の総括

令和3年度の機能評価であげられた滅菌保証について、短時間判定バイオロジカルインジケータを導入したことで、確実な判定のもとで払い出しが出来た。

器械点検方法として、滅菌保証のための施設評価ツールを活用することにより、評価を行うことで客観的に現状把握を行えた。

# 看護部目標の評価

令和4年度看護部目標 後期評価

	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	3	4	5	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4
2	看護の質の向上	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4
3	働きやすい職場環境づくり	3	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4

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

	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	5	5	4	4	4	4
2	看護の質の向上	4	4	4	4	4	4
3	働きやすい職場環境づくり	5	5	4	4	4	4

## 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・安心な看護を提供する……達成度：評価5（37.5%）・評価4（54.1%）・評価3（8.3%）

### (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401件（前期比-73件）、アクシデントレポート（レベル3b～5）の報告件数7件（前期比+3件）、その他15件、合計401件（前期比-82件）であった。報告件数で多かったのは、「転倒」115件、「与薬（内服）」67件、「転落」47件であった。要因は、「観察管理不足」221件、「確認不足」168件、「誤った思い込み」77件の順であった。前期に引き続き新型コロナウイルスによる病棟クラスターなど、予期せぬ事もあり業務が煩雑化している中、レポート件数は前期と比較し減少している。また、昨年引き続き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さら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。巡回チェック項目を作成し、それに基づいた活動を行い、評価、報告を実施。部署にフィードバックし事故防止に努めた。各部署において事故の共有が出来ている部署と出来ない部署にバラツキがあり来期も実施していくこととした。結果については委員会の中でも共有することができた。RCA分析もコロナの影響で行えている部署が少なく来期の課題とした。全体研修会については第2回「基礎から学ぶ医療安全」e-ラーニングによるセミナーを動画視聴し、アンケート入力することを予定している。
- ②感染に関しては、ICTのラウンドについては情報共有が出来ている。手指衛生では、消毒剤の使用目標量を定めて取り組んだ。今年度より請求量を%→mLで表示。手指消毒請求量推移をグラフ化することとした。前年度と比較してみると8月は新型コロナウイルスによるクラスター発生に伴い上回っているが、全体的に前年度を下回る結果となっている。来期に向けて新型コロナウイルス感染症が5類となり様々な対応が変化していく中、病院内はこれまで通りの対応をし、今まで以上の標準予防策が必要となる。感染拡大も懸念されるため各部署での目標量を意識した取り組みが出来るよう発信していく。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については、やはり新型コロナウイルスの病棟クラスター対応のためチームの活動が中止になった月もあった。また、全体研修会について「世界敗血症デー市民公開講座「敗血症の予防と早期発見」「有事に役立つ組織力の大切さークラスター支援の経験からー」令和4年度院内感染対策講習会「COVID-19の流行状況、臨床像、ワクチン」の3つのテーマからの選択視聴し、アンケート調査を行った。来期は状況をみながら取り組んでいく。
- ③褥瘡に関しては、月平均有病率2.4%（前期比+0.63%）、院内発生率0.24%（前期比+0.24%）、治癒率9.0%（前期比-5.02%）、院外発生率0.72%（前期比+0.22%）であった。病院全体の入院患者数の増加により高齢者の入院患者や認知機能低下の患者が増加したため、皮膚の脆弱も目立つようになってきた。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、オムツの変更などを検討し、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（20.8%）・評価4（62.5%）・評価3（16.6%）

### (1) 教育システムの構築

- ①新卒採用者（今年度24名）が多いため、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、病棟単位での部署研修やe-ラーニングを活用し教育計画に追加して実施することが出来た。

- 
- 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評価者の意見からマニュアルの見直しを行い、事例用紙や基準を改定し評価に繋げることができた。

**(2) 患者満足度の向上**

- ①前期の患者満足度調査は、例年、外来の満足度調査を行っているが、昨年度より実施期間を延長し後期での評価としている。
- 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次年度の課題とする。

**3. 働きやすい職場環境づくり……達成度：評価5（30.4%）・評価4（60.8%）・評価3（8.7%）**

**(1) 人員確保**

4月から新卒者が増え、昨年度同様に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、後期に向け、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）前回より幾分改善しているものの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) 看護職の負担軽減**

看護職員・看護補助者の負担軽減の取り組みとして、電子カルテ導入に伴い、徐々にではあるが申し送り廃止に取り組んでいる。すでに完全廃止をしている病棟もあり、廃止したことでの課題など、他病棟と共有することもできた。申し送りを廃止することで残業時間数が短縮となり、各自、患者個々の情報収集をする力を養うことが出来ることを目的としている。

# 部門別活動状況

## Ⅲ. 診療技術部

薬剤科	73
放射線科	75
臨床検査科	76
臨床工学科	77
食養課	78





# 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)
		入院支援(令和4年5月～)	外来薬剤師面談

### (2) スタッフ数 (令和5年3月末現在)

薬剤師7名、薬剤助手2名(薬剤師パート1名、育休1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	53,802枚	病棟業務	薬剤管理指導料1(380点)	692件
	外来処方箋枚数	537枚		薬剤管理指導料2(325点)	652件
	入院処方箋枚数	32,696枚		麻薬加算(50点)	22件
	注射処方箋枚数	26,026枚		退院時薬剤情報管理指導料(50点)	138件
薬品管理	再調剤件数	324件	入院支援 (令和4年5月～)	退院時薬剤情報連携加算(60点)	1件
	医薬品購入金額	285,055,216円		薬剤総合評価調整加算(100点)	0件
	後発医薬品使用割合	95%		薬剤調整加算(150点)	0件
注射薬無菌調製	TPN調製件数	207件	入院支援 (令和4年5月～)	入院時持参薬鑑別件数	2,135件
	抗がん剤調製件数(整形バイオ含む)	166件		TDM実施件数(バンコマイシン)	28件
	無菌製剤処理料1-イ(180点)	24件		外来薬剤師面談	361件
	無菌製剤処理料1-ロ(45点)	63件			
	無菌製剤処理料2(40点)	207件			

## 3. 1年間の総括

令和4年度は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への対応に多くの時間と労力を費やした。昨年度から引き続き、職員と住民に対するワクチン接種が行われ、薬剤科はワクチンの安定的な供給と安全な接種を目標に業務を構築した。大きな事故などはなく、現在もワクチン接種が行われている。COVID-19に対する、抗ウイルス薬の有用性が示されたことから、国内でもこれらの薬剤の使用が始まった。いずれの薬剤も特例承認や緊急承認といった、これまでに経験のない承認プロセスを経て使用される薬剤であり、当院でも倫理委員会での審議を経て、承認条件である同意書の取得を条件に使用していくことを決定した。院内クラスターの発生などもあり、当院でも多くの症例で抗ウイルス薬が使用された。令和4年度中にレムデシビル32件、モルヌピラビ

---

ル36件が処方され、薬剤の選択に関して多くの症例で薬剤師が介入した。薬剤の使用に当たっては、注意点などを医局に事前説明し、オーダーリングシステム上でも処方が簡便になるよう、セット処方などの準備を行った。これまでのところ、大きな副作用などの問題なく抗ウイルス薬が使用されている。

COVID-19関連以外の業務としては、2022年5月より入院支援業務の一環として、手術を目的に入院する患者に対する、外来での薬剤師面談を開始した。面談は主に整形、脊椎、外科外来の患者を対象としており、常用薬の確認および術前休止薬の提案、薬剤アレルギー歴の確認、サプリメントや健康食品の摂取状況の聴取などを行っている。薬剤師が入院前から介入することで、抗凝固薬や抗血小板薬の休薬忘れによる手術延期や、周術期抗菌薬のアレルギー回避につながる事が期待される。

令和4年度は3名の中途薬剤師（1名パート）を採用し、急性期病棟における病棟薬剤業務と、外来薬剤師面談業務の展開につなげることができた。病棟薬剤業務の充実により、院内クラスター発生時の抗ウイルス薬選択に病棟薬剤師が介入し、迅速な投与につながった例もあり、今後も病棟での薬剤業務充実に注力していきたいと考えている。

電子カルテシステムの導入については、事前に関係部署との連携を図り、大きな問題なく対応できた。

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、すべての病棟への薬剤師配置を目指し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-ROM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5年3月末現在）

診療放射線技師 5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	令和4年度
一般撮影	12,790件	13,830件	13,221件
CT	3,267件	3,218件	3,232件
MRI	2,073件	2,044件	1,945件
乳房撮影	273件	262件	267件
透視検査	280件	263件	255件
骨密度測定	326件	387件	350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	令和4年度
胸部撮影	1,852件	1,958件	2,086件
胃透視撮影	428件	629件	690件
乳房撮影	267件	317件	284件

## 3. 1年間の総括

- 令和4年度は、健診センター業務が増加傾向にある。
- 健診センター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。
- 女性技師の雇用により、乳房撮影を充実させたい。
- 乳房撮影（マンモグラフィ）装置の機器更新を行った。その他にも、保守契約満了や修理対応期限が迫っている撮影装置があるため、計画的な更新が必要である。
- 電子カルテ導入に伴い、新しいシステムに慣れ、業務の改善を図りたい。

# 臨床検査科

係長：高橋 ほづみ

## 1. 概要

### (1) 業務内容

- 生理学的検査（心電図、超音波検査、呼吸機能検査、血管機能検査、脳波、聴力検査等）
- 検体検査（血液検査、尿検査、喀痰検査、鼻汁検査、輸血検査等）
- 血液製剤の発注・管理
- 睡眠時無呼吸症候群治療装置（CPAP）の管理

### (2) スタッフ数（令和5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	3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）	エアープレチスモグラフ
心電計（3台）	皮膚灌流圧測定装置
ホルター心電計（4台）	オージオメーター
ホルター心電図解析装置	インピーダンスオージオメーター
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
脳波計	血液凝固自動分析装置
筋電計	全自動尿分析装置
アプノモニター	

## 2. 実績

	心電図	超音波	血管機能	呼吸機能	Inbody	その他	CPAP
生理検査	5,466件	1,731件	980件	704件	724件	226件	1,109件

検体検査	検体検査患者数 (生化・血算・尿)	凝固検査 検査数	感染症検査 検査数	その他 検査数
	28,280件	4,770件	2,072件	1,836件

## 3. 1年間の総括

令和4年度は電子カルテ導入により、検査科でも大きな動きがあった年であった。検査室内に採血室が設けられ採血から検査までスムーズな運用が可能となった。今後は院内で行われている検査の完全ペーパーレス化の実現に向け取り組んでいきたい。

令和4年10月より、院内で実施するCOVID-19抗原検査（NEAR法）を検査科で担っている。新型コロナウイルス感染症の感染者数が流行により大きく変動する中、試薬管理等も含め滞りなく検査を実施できるよう努めていきたい。

血管診療技師の認定試験に1名が合格し、計3名となった。

## 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5年3月末現在）

常勤6名

### (3) 保有機器

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	8,882件
HD入院	3,156件
CART	4件
合計	12,042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。
- 内視鏡室で内視鏡洗浄装置のフィルター交換・消毒液の交換を実施している。

輸液ポンプ日常点検	104件
シリンジポンプ日常点検	150件
除細動器動作点検	35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	361件
---------	------

## 3. 1年間の総括

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・麻酔器点検業務に加え、レスピレータのラウンドを始めた。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5年3月末現在）

管理栄養士9名（NST専任2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、栄養事務1名、調理師17名、調理補助1名、洗浄パート4名

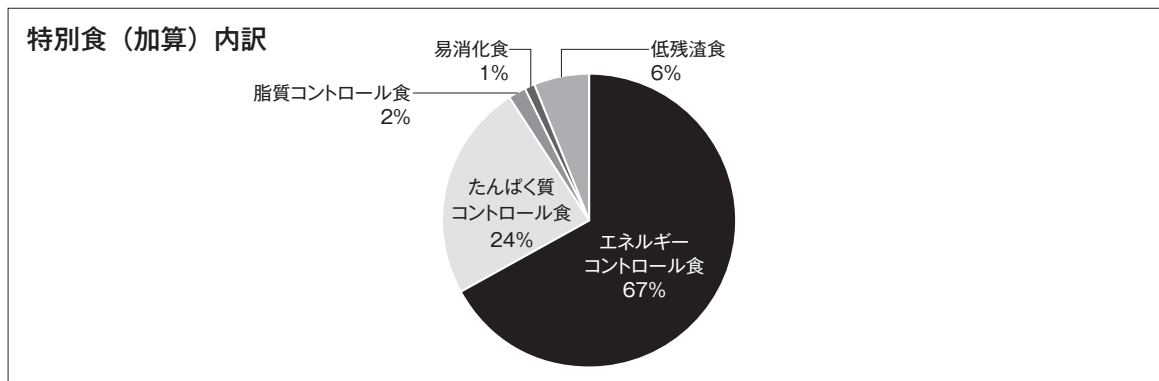
（認定・資格）臨床栄養代謝専門療法士1名、リハビリテーション栄養指導士1名、いわて糖尿病療養指導士1名、栄養経営士1名、在宅訪問管理栄養士1名、給食用特殊料理専門調理師1名

## 2. 実績

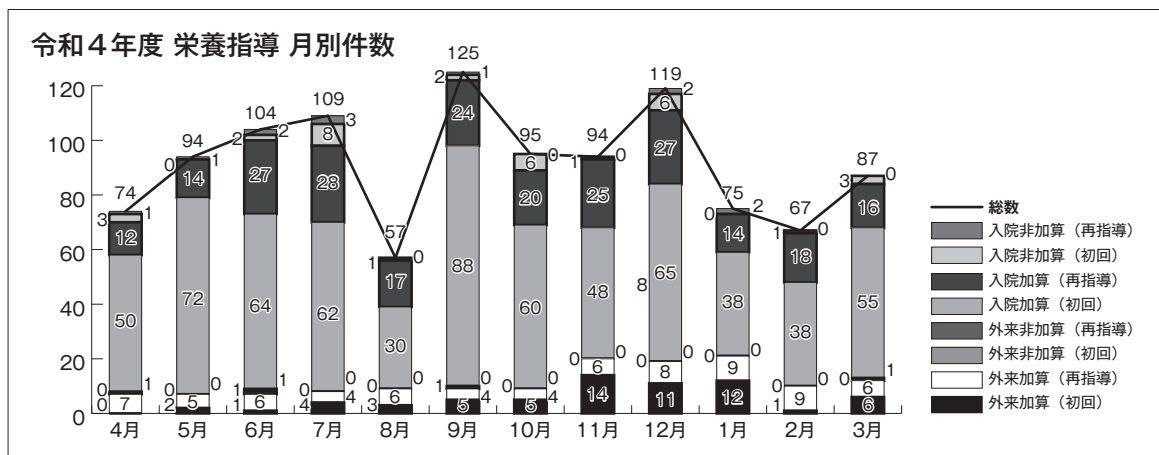
### (1) 給食数（単位：食）

常食	軟流動食	特別食(非加算)	特別食(加算)	計
112,036	82,069	26,550	96,698	317,353

特別食加算率30.4%



### (2) 栄養管理状況



栄養情報提供加算：24件

個別栄養食事管理加算：13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	アレルギーと禁止食品の対応について
5月	野菜と魚の下処理について	11月	緩和食について
6月	リスクマネジメントについて	12月	患者個別対応について
7月	嚥下調整食について	1月	災害時の対応について
8月	治療食について①	2月	行事食の考え方、組み立て方
9月	治療食について②	3月	患者さんからの投書紹介

(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	チャグチャグ馬コ	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			



---

#### 4. 1年間の総括

令和4年度は回復期病棟への管理栄養士の常駐、入院時支援への介入、栄養評価における定期採血の開始など多職種連携、タスクシェアタスクシフトを目指し、栄養管理の質と向上に努めた。今後は管理栄養士が介入することでの治療効果を実績、数値として示すこと、回復期病棟以外での管理栄養士の常駐を目指し体制の構築をはかっていく。臨床、給食業務の分業化を行うことで双方のレベルアップを目指す。

食事提供においては、病院給食の専門性を高める為、又後進の育成教育の一貫として給食用特殊専門調理師の資格を調理師1名が取得した。今後も治療に特化した美味しく安全な病院給食の提供に努めていく。



# 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…………… 83



---

# 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）

#### 【スタッフ数】（令和5年3月末現在）

非常勤医師 3 名、理学療法士 66 名、作業療法士 28 名、言語聴覚士 8 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  
（令和 4 年 8 月以降は、感染対策により各病棟専従体制とする）

#### 【診療体制】

365 日体制

岩手医科大学リハビリテーション医学講座教授の往訪（週 1 回）

### (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、後縦靭帯骨化症、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

#### ⑤がんのリハビリテーション

がんによる身体障害、緩和ケアリハビリテーション、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）
- ③人材育成の充実（新卒教育）
- ④職能評価制度の導入
- ⑤資格取得及び大学院進学の支援
- ⑥臨床研究の推進
- ⑦臨床実習生受入れの充実
- ⑧病院機能評価にて、理学療法部門S評価（作業療法及び言語聴覚療法がA評価）

## 2. 実績

年間実績	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
脳血管リハビリテーション	35,574,520点	42,743,095点	44,445,315点	42,420,050点
廃用症候群リハビリテーション	9,760,835点	10,694,170点	10,889,240点	9,351,795点
運動器リハビリテーション	18,194,155点	19,103,940点	21,804,565点	20,417,795点
心大血管リハビリテーション	1,082,105点	978,905点	1,351,510点	1,685,420点
呼吸リハビリテーション	614,535点	1,063,060点	1,812,690点	1,595,565点
がんのリハビリテーション	1,138,400点	974,400点	1,546,600点	614,400点
リハビリテーション技術部合計	66,364,550点	75,557,570点	81,849,920点	76,085,025点
緩和ケア病棟実績	6,211単位	7,501単位	9,658単位	8,041単位
地域包括ケア病棟実績	17,952単位	26,032単位	29,639単位	28,528単位

## 3. 総括・展望

### 【今期の診療実績】

- ①COVID-19感染症により、一部診療制限
- ②回復期リハビリテーション病棟入院料1に必要な診療実績を維持

### 【来期の展望】

- ①人材育成（将来のリーダー）
- ②摂食嚥下療法の拡充（病院全体）
- ③多職種連携の充実
- ④生活機能の向上及び復職支援の充実

# 部門別活動状況

## V. 業務部・事務部

医事課	87
総務課	88
経理課	89
用度課	90
施設管理係	91
保安係	92
保育係	93
診療情報管理室	94



# 医事課

課長代理：樋ノ口 佑紀

## 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5年3月末現在）

- 39名（パート職員7名含む）
- 有資格者：医師事務作業補助者（9名）、施設基準管理士（2名）、  
診療情報管理士（2名）、医療メディエーター（2名）

## 2. 実績

- 今年度新たに届出を行った施設基準
  - ・令和4年5月：医師事務作業補助体制加算2 50対1
  - ・令和4年8月：時間内歩行試験
  - ・令和4年9月：下肢創傷処置管理料
  - ・令和4年10月：外来腫瘍化学療法診療料1
  - ・令和4年10月：短期滞在手術等基本料1
- 外来部門を外部事業者へ業務委託開始
  - ・令和4年4月1日より、外来受付部門を業務委託開始  
委託部門：外科受付、整形外科受付、南棟2階受付、歯科受付、会計計算窓口  
委託内容：外来患者の受付・会計窓口業務、外来レセプトの作成業務等
- 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	1.02	1.55	1.79	2.08	1.69	2.10	1.52	1.89	1.53	2.19	2.00	1.72	1.76
査定	0.16	0.14	0.19	0.28	0.45	0.19	0.37	0.13	0.27	0.27	0.20	0.15	0.23

## 3. 1年間の総括

外来部門では、令和3年度に引き続き、新型コロナウイルスの影響により電話診療の対応やワクチン接種対応等の臨時的な業務が多く、院内各部署と連携し対応した。

また、今年度から外来受付部門は外部事業者へ業務委託を開始した。切替え当初は、患者さんをお待たせすることも多かったが、外部事業者との定期的なミーティングを重ね、改善に務めた。

令和5年2月からは、電子カルテの稼働がスタートした。コロナ禍もあり、電子カルテの稼働に関する打ち合わせが思うように出来なかった。稼働当初は、紙カルテと電子カルテの取り扱いに苦慮する場面も多く、検討事項も多い状況となっている。電子カルテの安定稼働に向けて、関係部署と継続的に取り組んでいく必要がある。

## 1. 概要

### (1) 業務内容

- 人事労務に関すること
- 採用に関すること
- 病院行事に関すること
- 情報システムに関すること
- 広告、広報に関すること
- 医局、看護部長室の秘書業務に関すること
- 購買及び物流管理に関すること
- 医療機器・設備の保守管理に関すること
- 文書の受領、発送および保存に関すること
- 行政機関への届出に関すること
- 職員定期健康診断に関すること
- 委託業務の管理に関すること
- 福利厚生に関すること

### (2) スタッフ数（令和5年3月末現在）

8名

## 2. 実績

### (1) 採用実績

- 令和4年4月には看護師、准看護師26名、看護補助8名、リハビリスタッフ11名、その他コメディカルスタッフ11名と多くの人材を採用することができた。
- 採用活動に関しては、就職説明会はWebの他に対面での開催が徐々に復活し双方に対応した形で参加した。  
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：12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：27件（看護師、リハビリスタッフ等）

### (2) 電子カルテシステムの稼働

- 令和5年2月13日より電子カルテシステムが稼働した。運用検討の過程において新型コロナの院内クラスターで発生し、予定していたワーキングがその通り実施できず各種検討が十分でなかったことなどもあり手探りな状況もあったが、複数回のリハーサルを経て当初の予定日から入院、外来とも稼働することができた。稼働後の問題点、検討事項については都度関係者間で協議し、電子カルテ委員会にて報告、関係部署、多職種間で共有されてる体制が築かれた。

## 3. 1年間の総括

### (1) 体制の変更

令和5年1月より、「用度課」を「総務課用度係」とする組織変更が行われ、総務課の体制も一新された。

### (2) 人材確保と将来へ向けた取り組み

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に努めたほか、人材紹介会社等を利用し経験者の確保を継続して実施したが、必要数が常に確保されている状況とは言い難く、積極的な採用活動を継続する必要がある。

看護師や医療技術職を対象の奨学金制度は、各種養成校へ周知を継続して実施した。将来に向けた人材確保の有効な手段の1つとして、今後も制度の案内、周知に力を入れたい。

### (3) 医療材料の安定供給とコスト削減に向けた取り組み

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。

前年度に引き続き原材料費や物価の上昇に伴う価格高騰が継続し、今後も同様の状況が続くとみられるが、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みたい。



---

# 経理課

---

課長：齊藤 学（法人事務局次長）

## 1. 概要

### (1) 業務内容

#### ① 日次業務・月次業務

- 法人の収入支出の入力・管理業務（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）
- 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5年3月末現在）

4名

## 2. 実績

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う病棟稼働停止等の影響により、収入は対計画・対前年ともに下回った。支出に関しては新型コロナウイルス感染予防対策に関わる費用および物価・電力費の高騰の影響を受け一般管理費は増加した。

電子カルテ導入に伴い、新たな勘定科目導入・見直しならびに処理方法の精査等、病院会計の特徴を踏まえた対応を図った。

## 3. 1年間の総括

人事異動により業務の振り分け・見直しを経理課全体で取り組んだ。属人化している部分も多く、今後は課内での業務分担・情報の共有化を図る。

また、事業計画の立案・実施、予算策定と目標管理、日常業務における経営指標の評価や損益および原価分析に対応できるよう、セミナー参加も検討し、課内のスキルアップを図る。

---

# 用度課

---

用度係：澤瀬 秋宝

## 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5年3月末現在）

2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) 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年間の総括

令和4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5年度も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5年3月末現在）

4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、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……………非常用発電機保守点検実施、東棟変電設備変圧器更新
- 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
- エレベーター保守業務……………南棟ELVNo, 5・6号機リニューアル工事実施
- 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
- 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5年11月の東棟電気設備改修（トランス更新）を行う。また、令和5年10月の南棟電気設備改修（トランス更新）に向けて調査、打ち合わせを行う。

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。

資源エネルギー庁から省エネルギー事業者クラス分け（2022年）省エネが優良な事業者Sクラスに評価される。

---

# 保安係

---

主任：高橋 聡

## 1. 概要

### (1) 業務内容

- 休診日及び平日時間外の急患の受け入れ業務
- 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
- 感染性廃棄物の処理
- 冬期除雪作業

### (2) スタッフ数（令和5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142回、一般車両出動回数279回、除雪作業7回（12月～3月）
- 院外環境美化作業18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／市内一周継走への救急車派遣

## 3. 1年間の総括

新型コロナウイルスの蔓延につき、引き続き院内の保安維持に努めた。

また、その他付随業務についても各部署と連携しながら安全で効率的な活動を心掛けた。

# 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5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
乳児	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5
0歳	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	19
1、2歳	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
合計	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	36

### ● 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
23日	15日	25日	23日	21日	23日	25日	24日	25日	23日	23日	25日	275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——お買い物ごっこ     |
| 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——夏まつり        | 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年間の総括

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の拡大を防ぐとともに、環境構成を整えて子どもたちの成長を促す援助を行い、情報を共有しながら成長を見守った。

また、保育士の怪我による長期の休みにともない、保育室内の環境整備・安全確認を行い、改善を図った。

---

# 診療情報管理室

---

課長代理：樋ノ口 佑紀

## 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・セカンドオピニオンの窓口業務を行っている。

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データ入力を行っている。

### (2) スタッフ数（令和5年3月末現在）

診療情報管理士 2名

## 2. 実績

### (1) 令和4年度退院患者

—————	2,258
（貸出件数）再入院	————— 862
書類作成	————— 344
閲覧・研究	————— 471
問い合わせ	————— 12
サマリー入力依頼	——— 2,241
外来診療	————— 506

### (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・記載基準の変更が主な議題となっている。

### (3) DPCコーディング委員会

サマリー記載率の報告・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年間の総括

電子カルテ導入に向けて院内の書類の整理を行い、円滑に導入作業に移れるように協力した。

今後は紙カルテの整理と電子カルテ内の精査と運用への整備を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

---

地域医療センター長：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

各部門参照

## 3. 1年間の総括

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

事務部長：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5年3月末現在）

事務部長1名、看護師1名、医療安全管理者1名、医療対話推進者3名

## 2. 実績

	計
相談者数(電話相談含む)	778
相談延べ件数	1,328
他部署へ対応を引き継いだ、又は協働して対応した件数	570
<b>相談内容の概要</b>	
医療費等に関すること	83
社会福祉制度の利用に関すること	534
診療・看護等に関すること	554
病院設備に関すること	14
苦情や提言(接遇・ハラスメント・職員の対応など)	10
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	133
<b>対応内容</b>	
傾聴で終了	138
社会福祉制度の説明	57
関係機関との連絡調整	242
情報提供	257
関係部署へ引継ぎ	185
関係部署と協働	377
その他	55

- 医療対話推進者養成講座への参加：社会福祉士 2名  
事務職員 2名（新規受講）

## 3. 1年間の総括

外来相談特有の即時即応体制が課題となっており、チーム内従事者の専門性に応じて対応する他、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「関係部署へ引継ぎ」・「関係部署と協働」を意識した対応を行った。

今年度は、相談窓口業務に携わる職員の研修受講に取り組むことができた。継続的に研修参加等の取組を行い、患者サポート体制の充実に努めていきたい。

---

# 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・広報活動に係る対応全般・地域連携における実績の管理  
電子カルテに紐付く文書管理システムの運用と管理

### (2) スタッフ数（令和5年3月末現在）

構成：事務員3名

## 2. 実績

令和4年度紹介件数3,379件

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177件（内訳：脳卒中136件、大腿骨39件、肺炎1件、尿路感染1件）

## 3. 1年間の総括

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強化を図り、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。今年度より電子カルテが導入され、電子カルテに紐付く文書管理システムの運用と管理を行った。システムの導入により、管理が一元化されたとともに、患者紹介にかかわる業務の効率が向上した。地域連携に必要な情報収集と、当院の情報発信を担当し、広報活動部門として広報誌の編集・発行を行った。また、急性期病院からの転院日数短縮に寄与するため、転院患者の送迎を今年度も継続して展開した。「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】

各病棟の入院病床を一括管理しており、外来からの予約入院、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やベッド調整を行っている。また、既に入院している患者の状態に合わせ、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟への転棟の調整を行っている。

#### 【入退院支援】

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

#### 【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5年3月末現在）

#### 【入院管理】

専任看護師2名、事務職員1名（看護部）

#### 【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 ————— 2,247名  
月平均新規入院患者数 ————— 187名
- 外来・病診連携・救急搬送での入院 — 1,591名／年
- ポストアキュート入院 ————— 474名／年
- サブアキュート・レスパイト入院 ——— 182名／年
- 入退院支援加算1 ————— 1,404件／年
- 地域連携診療計画加算 ————— 163件／年
- 入院時支援加算1 ————— 112件／年
- 入院時支援加算2 ————— 338件／年

## 3. 1年間の総括

#### 【入院管理】

令和4年度はこれまで地域連携室と兼務の事務員を看護部の事務員として配置し、看護師のタスクシェア・タスクシフトに取り組むことができた。また、1回／週の地域医療センター会議で各病棟の実績管理について共有し、多職種で実績管理の問題解決に取り組んだ。

#### 【入退院支援・入院時支援】

入退院支援、入院時支援と連携し、外来・入院前からの支援強化を継続し行っている。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。
- 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5年3月末現在）

社会福祉士10名

## 2. 実績

別紙1、2参照

なお、電子カルテの導入に伴い記録システムが変更になったことで、集計方法が外来は令和5年2月1日より、入院は令和5年2月10日より変更となった。

## 3. 1年間の総括

- 退職者1名あり、令和5年3月途中で10名体制となる。2月から1名産休に入り、実質9名体制となった。
- 退院支援看護師と協働し、パスや入院時支援対象者、支援必要者への介入を確実にこなうことを心がけ、加算に関わる件数が増加した。一方、外来担当が退職となったこと、人数が減少したこととで業務の振り分けや整理が必要となった。
- 多問題ケース、困難ケースが増加し、1件にかかる時間や労力が増加しており、今後も増えることが予想されるため、個々人のスキルアップと部署としての支援体制が必要である。
- 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。

**【別紙1】 令和5年度 医療相談年報**

(入院：令和4年4月1日～令和5年2月9日 外来：令和4年4月1日～令和5年1月31日)

**【病棟・外来別相談件数】**

	東3	東4	西3	西4	西5	南3	南4	南6	南7	外来	その他	死亡	合計
新規	0	25	244	286	6	208	93	78	67	47	133	0	1,187
継続	0	803	2,322	2,833	442	1,459	2,557	2,485	2,871	584	762	55	17,173
合計	0	828	2,566	3,119	448	1,667	2,650	2,563	2,938	631	895	55	18,360

**【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	7	217	224
受診受療援助	1,061	7,028	8,089
心理社会的問題の調整援助	0	150	150
制度紹介	1	87	88
在宅ケア諸サービスの活用援助	28	3,383	3,411
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	1	15	16
医師等への情報提供	0	30	30
転院のための医療機関、退院・退所後の社会福祉施設等の選定援助	10	2,665	2,675
カンファレンス	71	3,170	3,241
心裡検査	0	4	4
その他	7	419	426
合計	1,187	17,173	18,360

**【別紙2】 令和4年度 医療相談室年報**

(入院：令和5年2月10日～令和5年3月31日 外来：令和5年2月1日～令和5年3月31日)

令和4年度		2月 (入院)	2月 (外来)	3月 (入院)	3月 (外来)	入院 計	外来 計	合計
医療 対応 区分	経済問題の解決・援助	13	6	8	9	21	15	36
	受診受療援助	342	70	719	135	1,061	205	1,266
	心理社会的問題の調整援助	13	2	12	1	25	3	28
	制度紹介	9	2	6	3	15	5	20
	在宅ケア諸サービスの活用援助	186	16	391	41	577	57	634
	患者間・職員との人間関係調整援助	0	0	2	0	2	0	2
	診断、治療内容に関する不安に 対する理解促進援助	6	0	5	1	11	1	12
	医師等への情報提供	1	1	6	0	7	1	8
	転院のための医療機関、退院・退 所後の社会福祉施設等の選定援助	172	2	326	4	498	6	504
	がん相談	2	35	2	56	4	91	95
	カンファレンス	165	0	396	0	561	0	561
	心裡検査	0	0	1	0	1	0	1
	その他	15	2	30	5	45	7	52
	相談内容計	924	136	1,904	255	2,828	391	3,219
新規・ 継続	新規	95	41	174	66	269	107	376
	継続	775	50	1,606	123	2,381	173	2,554
	終結	22	4	50	5	72	9	81
	【その他】 その他	1	0	0	0	1	0	1
新規・継続計	893	95	1,830	194	2,723	289	3,012	
計	4,701	537	9,814	1,064	14,515	1,601	16,116	

# 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・実績

### <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

### <活動内容>

#### 【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4年12月20日（改訂：14項目）

#### 【抗菌薬適正使用支援】

ASTラウンド：年間ラウンド件数116件

カルバペネム及び抗MRSA薬投与前培養提出率（年間平均）：87%

血液培養2セット採取率：84%

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
令和4年度	82%	92%	28

## 【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4年4月1日～令和5年3月31日	12,924	292	0.02	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4年4月1日～令和5年3月31日	19,908	7,000	0.35	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5年3月31日	51	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4年4月1日～令和5年3月31日	12	5

### [手指衛生]

期間	使用量目標値	使用量実績値 (全体)	使用量実績値 (全病棟のみ)
令和4年4月1日～令和5年3月31日	15ml/patient days	13.0ml/patient days	15.7ml/patient days

## 【教育】

全体研修会（年2回開催）：第1回受講率99.8%、第2回受講率99.6%

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

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4年度接種率91.0%

## 【感染症レポート（週報）】

毎週金曜日発行：令和4年度実績 第451号～第500号発行

## 【感染対策向上加算に係る合同カンファレンス】

第1回：開催日令和4年7月13日（Web会議に出席）

第2回：開催日令和4年10月12日（Web会議に出席）

第3回：開催日令和4年12月14日（Web会議に出席）

第4回：開催日令和5年3月8日（Web会議に出席）

## 3. 1年間の総括

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。新型コロナウイルス感染症によるクラスターの発生では、初発患者判明後の感染のスピードが速く、業務量の増加や人員不足、物品の補充など、病棟運営が維持できるように調整・支援を行った。入院患者と医療従事者の安全を守ることを常に考え対応した。事前に作成していたマニュアルも対応可能な内容ではあったが、クラスターの経験をもとに不足な部分を追加・修正した。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…………… 109



---

# 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：33回

院内連絡ツール活用し2回情報共有と意見交換

### (2) 医療安全院内巡回

開催回数：1回

巡回項目：転倒転落について

### (3) 医療安全地域連携相互ラウンド

開催回数：1回

評価実施医療機関：岩手県立中央病院

## 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。新型コロナウイルス感染症の状況にて、集合開催ができないことがあり、院内連絡ツールを活用しながらカンファレンスを実施した。年度末より、電子カルテが導入され新たな医療事故防止策を構築するため活動を強化する必要がある。また、院内教育活動を強化し、人材育成に努めるよう積極的に取り組んでいきたい。



# 委員会活動状況

運営委員会	115	地域医療連携委員会	134
院内感染対策委員会	116	業務改善検討委員会	135
医療安全管理委員会	117	クリニカルパス委員会	136
透析機器安全管理委員会	118	倫理委員会	137
医療ガス安全管理委員会	119	看護部教育委員会	138
褥瘡対策委員会	120	看護部業務委員会	144
輸血療法委員会	121	看護部記録検討委員会	145
治験審査委員会	122	看護部臨地指導者委員会	146
薬事審議委員会	123	看護部事故防止委員会	147
化学療法委員会	124	看護部クリニカルラダー委員会	148
栄養管理委員会	125	手術室運営委員会	149
N S T委員会	126	入退院支援委員会	150
緩和ケア委員会	127	ハラスメント防止委員会	151
安全衛生委員会	129	透析診療委員会	152
診療情報管理委員会	130	回復期リハビリテーション委員会	153
広報編集委員会	131	地域包括ケア委員会	154
D P C・コーディネーグ委員会	132	V T E予防対策委員会	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	事務部長	：1名
理事・名誉院長	：1名	ゆうあいの街施設長	：1名
理事・副院長	：1名	副看護部長	：3名
副院長	：1名	用度課長	：1名
医局長	：1名	医事課長	：1名
法人事務局	：3名	経理課長	：1名
看護部長	：1名	経営企画室室長代理	：1名
リハビリテーション技術部長	：1名	総務課係長	：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4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4年4月：就業規則の変更について
  - 令和4年7月：昇進人事について（医事課）
  - 令和4年11月：組織図変更の件（リハビリテーション技術部、医事課、法人事務局、総務課）
  - 令和5年2月：昇進人事について（看護部、リハビリテーション技術部、医事課）
  - 令和5年3月：令和5年度収支予算案について
  - 令和4年2月：昇進人事について（訪問看護ステーション）  
病院の理念、基本方針、患者さんの権利について  
令和5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、就業規則改定の審議を行った。

---

# 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	17名	理学療法士	1名
	薬剤	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

- ① JANIS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
- ⑤ ICT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 感染対策向上加算に係る合同カンファレンス報告 (開催4回)
- ⑫ 院内感染対策全体研修会企画、結果報告
- ⑬ 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

毎月の委員会で感染症の発生状況や抗菌薬の使用状況などを情報発信することで、感染予防策の周知へとつなげることができた。今年度も多剤耐性菌やノロウイルスなどによるアウトブレイクの発生はみられなかったが新型コロナウイルス感染症によるクラスターの発生が数回みられた。クラスターでは、これまでの感染対策だけではなく、クライシスマネジメントなど、迅速な組織的対応が求められた。委員会でもクラスターの現状や課題など、情報の発信や意見の共有を行った。指揮系統 (組織図)・役割分担などを明文化することと有事に対応できるBCP策定が今後の課題である。今後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
	事務部長：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。

令和4年度 職種別インシデント報告件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
医師	0	0	2	2	1	1	3	1	0	0	1	0	11
歯科医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
看護師	86	78	70	74	73	62	61	55	62	47	58	75	801
准看護師	6	5	3	0	1	4	2	3	4	5	1	0	34
介護福祉士・看護補助	5	4	5	5	3	0	2	6	4	3	2	2	41
視能訓練士	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
理学療法士	13	10	7	10	3	8	7	6	3	4	3	6	80
作業療法士	2	5	1	2	1	3	2	3	2	0	5	5	31
言語聴覚士	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
薬剤師	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	4
臨床検査技師	1	2	0	0	0	0	1	2	1	0	2	1	10
放射線技師	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
臨床工学士	0	1	0	0	2	0	0	0	0	2	0	1	6
医療相談員	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
臨床心理士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事務	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
診療情報管理士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保安警備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
施設管理	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
管理栄養士	2	5	1	3	2	2	0	1	2	2	1	2	23
栄養士	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	5
調理師・理従事者	1	0	2	2	0	0	3	4	3	0	1	0	16
保育士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	117	113	91	98	88	82	84	84	83	64	74	97	1,075

令和4年度 分類別インシデント報告件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
処方	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	6
与薬(内服・外用)	13	16	12	20	17	15	10	11	14	7	10	12	157
与薬(注射・点滴)	11	10	6	5	5	6	8	9	10	5	7	4	86
調剤	0	2	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	8
輸血	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	3
手術	2	2	2	0	2	3	1	1	1	1	3	2	20
麻酔	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
リハビリテーション	10	11	5	7	1	7	7	5	4	2	4	8	71
処置	0	1	3	0	2	0	0	1	0	2	0	4	13
医療用具(機器)の使用・管理	5	9	2	0	2	5	4	0	4	3	3	4	41
検査	6	5	4	2	5	5	3	4	3	2	6	8	53
ドレーン・チューブ類の使用・管理	9	2	5	4	0	7	6	3	5	8	2	4	55
観察	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3
食事と栄養	5	7	6	9	5	4	6	8	7	6	3	5	71
排泄の介助	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
清拭・入浴介助等	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
移送	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
転倒	28	24	25	34	31	15	19	29	18	16	15	28	282
転落	11	9	8	7	6	6	11	5	8	4	12	7	94
環境整備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
情報記録	4	1	0	3	1	1	1	0	1	0	0	2	14
説明	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
事務	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
その他	11	10	11	7	9	3	3	5	3	5	8	6	81
針刺し・切創・皮膚粘膜曝露													16
<b>計</b>	<b>117</b>	<b>113</b>	<b>91</b>	<b>98</b>	<b>88</b>	<b>82</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>83</b>	<b>64</b>	<b>74</b>	<b>97</b>	<b>1,075</b>

令和4年度 レベル別インシデント報告件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
レベルハイリスク	13	11	11	10	6	13	11	10	7	7	11	10	120
レベル1	68	62	57	65	62	48	51	50	45	33	45	51	637
レベル2	8	11	5	11	7	7	7	12	13	13	11	18	123
レベル3a	20	17	12	9	7	13	12	11	16	7	3	7	134
レベル3b	1	1	1	1	0	0	1	0	0	2	2	1	10
レベル4a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
レベル4b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
レベル5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	7	11	5	2	6	1	2	1	2	2	0	10	49
未入力	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
計	117	113	91	98	88	82	84	84	83	64	74	97	1,075

令和4年度 分類・レベル別インシデント報告件数

	レベル ハリスク	レベル 1	レベル 2	レベル 3a	レベル 3b	レベル 4a	レベル 4b	レベル 5	その他	未入力	計
処方	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	6
与薬(内服・外用)	18	128	7	1	0	0	0	0	3	0	157
与薬(注射・点滴)	18	48	18	2	0	0	0	0	0	0	86
調剤	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8
輸血	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
手術	9	11	0	0	0	0	0	0	0	0	20
麻酔	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
リハビリテーション	5	10	7	49	0	0	0	0	0	0	71
処置	1	11	0	1	0	0	0	0	0	0	13
医療用具(機器)の使用・ 管理	7	22	6	2	0	0	0	0	4	0	41
検査	18	32	0	1	0	0	0	0	1	1	53
ドレーン・チューブ類 の使用・管理	1	30	10	14	0	0	0	0	0	0	55
観察	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
食事と栄養	17	50	3	0	0	0	0	0	1	0	71
排泄の介助	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
清拭・入浴介助等	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3
移送	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
転倒	0	185	51	38	8	0	0	0	0	0	282
転落	0	68	18	8	0	0	0	0	0	0	94
環境整備	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
情報・記録	3	3	0	0	0	0	0	0	8	0	14
説明	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
事務	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
その他	14	25	3	11	2	1	0	0	25	0	81
未入力	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	6
<b>計</b>	<b>120</b>	<b>637</b>	<b>123</b>	<b>134</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>1</b>	<b>1,075</b>

---

# 透析機器安全管理委員会

---

## 1. 構成員

委員長 小笠原 悠記（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（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

今年度より委員、担当者を変更し委員会を構成した。また昨年度より、新しい透析監視装置を導入している。1年を通して水質基準を満たすことができた。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	事務部長：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4年4月14日～15日

医療ガス設備保守点検実施 (6ヶ月点検)

圧縮空気供給装置供給停止時に備え予備空気供給装置の設置

レシーバータンク電子トラップの交換

### ●令和4年10月18日～21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を実施した。

## 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を速やかに行った。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、職員の意識向上を図る。

---

# 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 事務部長：1名

皮膚・排泄ケア認定看護師：3名

看護部長：1名

副看護部長：1名

専任看護師：18名

薬剤師：1名

作業療法士：1名

理学療法士：1名

管理栄養士：1名

総務課：1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4年度）】

- 褥瘡回診患者延べ人数 —— 124名
- 褥瘡回診延べ件数 —— 153件
- 有病率 —— 1.9%
- 治癒率 —— 13.1%
- 院内発生率 —— 0.4%
- 院外発生率 —— 0.6%

## 4. 1年間の総括

コロナ禍の中、褥瘡回診や褥瘡対策委員会が開催できなかったこともあったが、院内LANの活用などで情報交換を行ったり、WOCNがケアや治療に関して電話で対応するなど連携が取れていた。ADLが低下している患者や重症度の高い患者の入院増加に伴い、体圧分散マットレスとエアマットの整備が必要となり、来年度から購入のほかにレンタルを取り入れて運用する予定である。また、年度末にIADと褥瘡について全体研修会を実施することができた。マニュアルについては「褥瘡予防・管理ガイドライン（第5版）」に基づいた内容にするため、さらなる見直しを行っていく。

---

# 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 : 12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  
輸血説明書・同意書の見直しについて (救済制度の追加)  
輸血後の副作用連絡表の活用について  
電子カルテ導入に伴うマニュアルの見直しについて
- 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) を133名、自己血輸血を37名、同種血輸血と自己血輸血の併用が6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90本、免疫グロブリン製剤47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はコロナ禍であったが、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を開催した。

2月より電子カルテシステム導入となった。電子カルテシステムに沿ったマニュアルの見直しを行っている。

---

# 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
事務部長	：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

なし

## 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。

### 【調査中の医薬品】

- バリシチニブ錠 2 m g、4 m g
- オルケディア錠
- エフピー OD錠 2.5 mg
- 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

薬剤助手：1名

看護師：1名

医事課：1名

用度課：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～

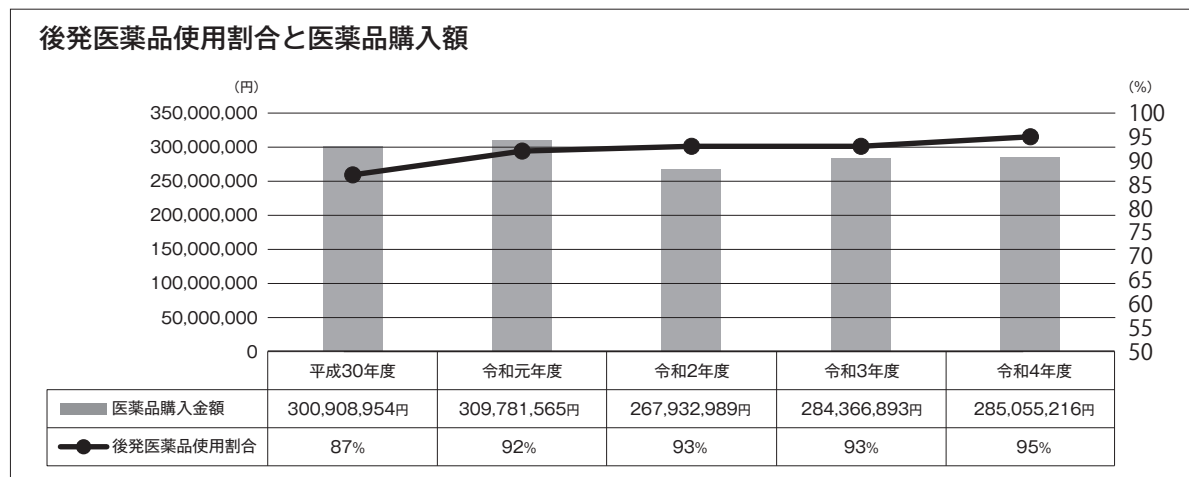
## 3. 活動内容・実績

### (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4年度は新たに49薬剤を新規採用薬として登録した。また、28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。本年度は昨年度と同程度の医薬品の購入額であった。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。医薬品の安定供給が難しい状況が続く中、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	師：1名
	看	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

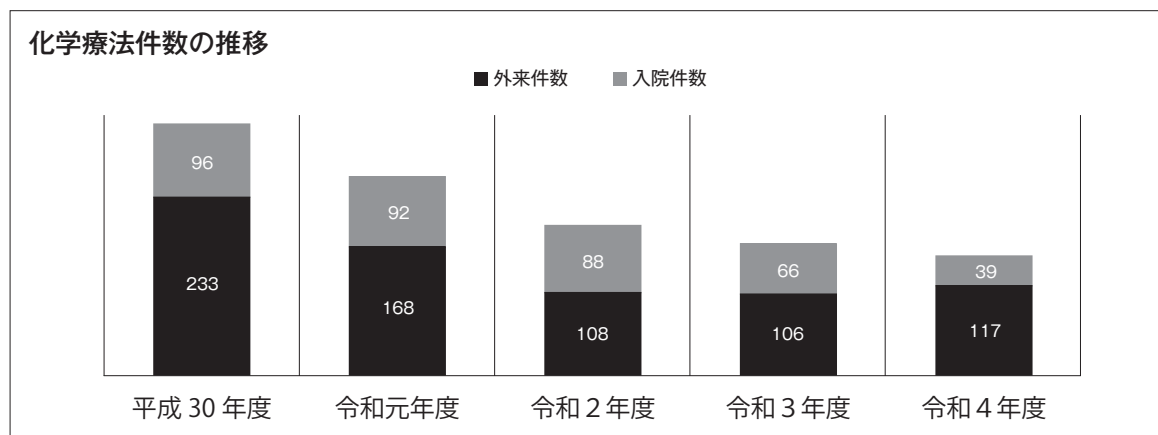
がん化学療法などに関する業務の適正な管理および効率的な運用、レジメンの審査などについて審議する

### (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
31	34	13	5	32	4	3	1	4

令和4年度新規登録レジメン数：0



## 4. 1年間の総括

令和4年度は新たに1つのレジメンを新規登録した。HER 2陽性乳がんに対する術後補助化学療法として、トラスツズマブ（ハーセプチン）に加えてペルツズマブ（パージェタ）を上乗せしたHP療法である。

電子カルテ導入に伴い、化学療法のレジメンも電子カルテ内のシステムで運用する予定である。運用開始時期は令和5年4月施行分の化学療法からを予定しており、現在手順などを確認中である。病院の医療体制により、化学療法件数は減少傾向であるが、新しい知見やシステムを取り入れつつ、安全な化学療法が実施されるよう努めていく。

---

# 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

事務部長：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4年度診療報酬改定に伴う栄養管理体制の見直し、主にタスクシェア、タスクシフト多職種連携の強化を目指し、管理栄養士回復期病棟常駐、入院時支援への介入について検討、又電子カルテ導入に伴う食事オーダー等の変更についても確認審議を行った。来年度は栄養管理体制についてのフィードバックを行い、体制強化について検討していく。

# NST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

NST委員会：毎月第4水曜日 13：00～

NST勉強会：毎月NST委員会内

## 3. 活動内容

- NST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
- NSTマニュアル作成、改訂
- NST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4年度NST勉強会実施内容

日程	内容	講師
6月22日	NSTの役割と看護師の活動	外来看護師
7月27日	経腸栄養ポンプについて	外部講師
8月24日	排便コントロールについて	外部講師
9月28日	摂食嚥下訓練について、症例報告	言語聴覚士
10月26日	補助食品の特徴と試食	外部講師
11月16日	口腔ケアについて	歯科衛生士
12月28日	栄養状態に基づいたリハビリテーションについて	理学療法士
1月25日	栄養状態に影響を及ぼす薬剤について	薬剤師
2月22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22日	前年度、今年度NST加算点数報告	医事課

## 4. 1年間の総括

NST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。

NST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NST回診の実施の検討を行っている。

令和4年度は経腸栄養使用時におけるトラブル下痢、嘔吐対策の一環として経腸栄養ポンプの導入、運用について、電子カルテ導入に伴う栄養治療実施計画書兼報告書、カンファレンス記録について検討を行った。

今後は経腸栄養ポンプを使用することでの消化器症状の改善や症例報告や、低栄養改善患者への介入方法のフィードバックを行いNST活動の向上に努める。



# 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：2名を含む)  
公認心理師：1名  
薬剤師：1名  
理学療法士：1名  
社会福祉士：1名  
管理栄養士：2名  
医事課：1名  
訪問看護師：1名

## 2. 開催日時

毎月第2水曜日 16:00~17:00

## 3. 活動内容・実績

	議事内容
令和4年4月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告
5月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 事例検討「南3階」 緩和ケアマニュアル改定「緩和ケアリンクナースの役割」
6月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 勉強会「非がん疾患の緩和ケア」
7月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 事例検討「東4階」
8月	コロナウイルス感染拡大のため委員会開催できず
9月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 勉強会「がん疼痛マネジメントの基本原則」 緩和ケアマニュアル改定「緩和ケア研修会運用方法」
10月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 事例検討「南6階」
11月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 勉強会「全人的苦痛と緩和ケア」 緩和ケアマニュアル作成「皮下輸液法」
12月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 事例検討「南7階」

	議 事 内 容
令和5年1月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 勉強会「終末期せん妄にみられる幻覚について考える」
2月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 事例検討会「西4階」
3月	緩和ケアリンクナース活動報告・緩和ケアチーム活動報告 勉強会「岩手県がん診療連携協議会について ～がん療養サポートブック・ホームページ活用に向けて～」

#### 4. 1年間の総括

前年度の課題であった「非がん患者の緩和ケア」や「コロナウイルス流行時の倫理的課題」について、勉強会や事例検討を通しリンクナースの育成に取り組むことができた。今後も委員会活動を通しリンクナースの育成に努めていくとともに、緩和ケア認定看護師の活動の場を広げていくために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4年11月24日	委員長・医師 藤井 祐次	最近の患者さんから学んだ とりとめのない話を30分～価値と尊厳～	25名
令和4年12月22日	がん看護専門看護師 白澤 美代子	意思決定を支援する ACP(アドバンス・ケア・プランニング)	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

## 4. 1年間の総括

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、各部署、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、今年度は電子カルテの導入があり、軌道に乗るまで時間外労働が増える可能性があるため、職員へのフォローを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 事務部長：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

- 新型コロナ投薬同意書の使用手順の確認
- 褥瘡対策に関する診療計画書の使用手順の確認と整備
- 電子カルテ導入に伴う同意書・説明書の整備
- 電子カルテ導入に伴う指導料・管理料の要点の記載の確認
- スキャンオーダーの整備
- カルテのコピー・持ち出し等禁止事項の注意喚起

## 5. 令和5年度の計画

- 診療情報管理に関する院内規定の更新
- 電子カルテ導入に伴う診療録のマニュアル作成
- サマリー記載率の報告
- 統計報告・各部署への配布

---

# 広報編集委員会

---

## 1. 構成員

病 院 長：1名  
事 務 部 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
- 年報誌の発行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。

---

# DPC・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
- ICD-10病名の確認
- 症例を用いたコーディングの確認

## 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。

詳細不明コードの病名・フリー入力等を減少させたい。

---

# S P D 委員会

---

## 1. 構成員

委員長 澤瀬 秋宝（総務課用度係）

委員 事務部長：1名

看護部長：1名

副看護部長：3名

看護師長：11名

薬剤師：1名

臨床検査技師：1名

理学療法士：1名

管理栄養士：1名

臨床工学技士：1名

放射線技師：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
- ・不動在庫報告
- ・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————— 35品目
- ・提案年間経済効果————— 1,859,023円
- ・採用品目数————— 23品目
- ・採用品年間経済効果————— 512,446円

### ●NHA採用率（令和5年3月31日現在）

分野	令和3年度	令和4年度
汎用医療材料	69.88%	69.14%
ME / 透析	60.00%	61.54%
手術室	55.56%	66.67%

## 4. 1年間の総括

S P D 委員会では、前年度に引き続きN H A 共同購入品の採用活動を注力し、手術室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。

---

# 地域医療連携委員会

---

## 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 6名  
：法人事務局 1名  
：看護部 2名  
：地域医療センター 7名  
：医事課 2名  
：ゆうあいの街 1名

## 2. 開催日時

奇数月第2火曜日 16：00～

## 3. 活動内容・実績

- (1) 定例会及び連絡会議の開催
- (2) 病病・病診連携活動報告
- (3) 地域連携の実績調査
- (4) 地域連携に係る診療報酬の運用確認

## 4. 1年間の総括

本委員会は、地域医療センター業務の円滑な運営をするため、医師を含め多職種からなる構成員の下、地域連携強化に向けた情報の共有、新規取組みについて協議した。「顔の見える地域連携」を目的とし、近隣医療機関の医師や職員を招待し開催する「地域連携交流会」の検討をしていたが、新興感染症の影響により開催に至ることが出来なかったため、次年度開催に向け準備を進める。年度末には電子カルテが導入され、情報共有が格段に向上した。また、電子カルテに紐付く地域連携システムも導入され、患者紹介業務の効率化が図られた。今後は標準化を推進し、院内連携も強化しながら、地域の医療機関との連携を更に深め地域医療に貢献していくための委員会としていきたい。



---

# 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 経理課課長）

委員 事務部長：1名

看護師：1名

薬剤師：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

医事課：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たが、運用方法・設置個所等内容精査に時間を要したため、令和5年度内の導入を目指す。

### ●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。令和5年1月から監視カメラ29台を増設し、計59台の稼働状況について保安室で集中管理できる体制を整えた。

## 4. 1年間の総括

今まで委員会開催は隔月開催であったが、働き方改革に関わるタスクシフト／シェアを推進する委員会として令和5年3月から毎月開催に変更し、専門職が専門性を活かした業務に携わることができる環境の構築と情報共有・改善協議する場を増やすとともに、緊急性を要する案件に関しては臨時会議を開くこととした。

令和4年度末には今抱えている問題点を共有するため、各委員に対策内容・改善案・実施時期・改善効果を検討するシートを配布した。令和5年度からはその議題に沿った検討事項を取り上げ、各科からの意見及び病院全体の問題点に着手できるよう活動の場を広げる。

---

# 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（35件）
- 地域連携パス集計

年間入院及び外来患者に対するクリニカルパスの使用率は平均33%であり、そのうち完遂率は67%であった。前年度比較し今年度は27パス35件のパス承認となった。

## 4. 1年間の総括

今年度は、外来患者透析時運動療法が開始となり、運用に向けパスを作成した。

昨年度より入院のパスは外来からスタートしているが、他部署との連携をとりながらスムーズなパス運用が出来たと考える。また、電子カルテ導入となったが、現在はまだ従来通りの運用となっている。次年度は電子カルテへの移行準備を進めていきたいと考えている。

---

# 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4年度中に審査した案件：14件

## 4. 1年間の総括

今年度は臨床研究の倫理審査に加え、COVID-19の治療薬の使用に伴い同意書を患者から得る必要があるため同意書の内容確認や、薬剤の適用外使用の調査を行った。また、介護施設等から退院患者の状態を動画で確認したいとの声を受け、マニュアルの整備、個人情報へ取り扱いには十分に留意して実施した。

臨床倫理の全体研修会については、次年度より、研究責任者が説明をする形で進めていく。

---

# 看護部教育委員会

---

## 1. 構成員

委員長 上山 志鈴江（西5階病棟師長）、東野 史恵（西4階病棟師長）  
委員 看護師：21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：  
新しい研修2テーマ取り入れ実施した。実施した集合研修は60件（前年比－4件）、看護補助16件（前年比±0）。参加人数はレベルⅠが581人（前年比＋5人）レベルⅡ～Ⅴ499人（前年比＋96人）であった。積極的に参加することが出来ていたが、業務の調整がとれず参加できない部署もあった。対象者の検討や次年度の教育計画について課題を検討し次年度の計画につなげることが出来た。
- 部署別研修：  
看護師部署別研修件数は126件（前年比－1件）で、人数では1,304人（前年比－72人）となった。新人看護師部署別研修数は175件（前年比＋10件）で参加人数は235人（前年比－60人）、看護補助部署別研修（日常生活の援助）の件数は10件（前年比－11件）で参加人数は42人（前年比－65人）であった。参加人数が減少した原因としては、看護補助者の退職により業務が多忙となったためと考えられる。また多職種参加の研修数は32件（前年比－5件）で、参加人数は190人（前年比＋99人）であった。今後も工夫しながら、計画的かつ委員同士協力しながら実施していく必要がある。

## 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。前年度より新人看護師の入職の人数が多かったため研修時間を考慮し実施した。新人看護技術習得率（AB評価）は72%であり、前年度より9%減少していた。部署によっては看護技術実践の機会が少なく、新型コロナウイルス感染症のクラスター発生などでさらに減少したと考えられる。一方で新人看護師部署別研修の件数は10件増加し、部署内での育成に務めることが出来た。集合研修内でe-ラーニングを活用し、さらに月別に視聴するテーマを決め、教育委員からの働きかけを行った。プリセプティ会は7月開催が中止となったが、12月には自身の成長をグループワークで積極的に伝えることが出来、自身の課題を見いだすことが出来た。
- クリニカルラダーレベルⅡ対象者研修：  
コロナ禍でローテーション研修が外来、透析センターのみ実施となった。事例検討会は係長会主体で、助言や他部署のスタッフからの意見交換で多角的な視点、アセスメント方法を学ぶことが出来た。
- 看護補助研修について：  
前年度同様実施することが出来た。必須研修については時期を変更、または動画視聴とし、参加することが出来た。部署別研修では部署内での開催に偏りがあったものの、日常生活の援助を含め各部署の特徴を捉えた研修に参加し、知識・技術の習得につなげることが出来た。
- 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4年12月9日（金）17時30分～19時、「第23回 院内看護研究発表会」を開催し、参加人数は81名であった。



盛岡友愛病院

## 第23回 院内看護研究発表会のご案内

日時：令和4年12月9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】小田島係長

1. 「行動制限をしている患者の多職種カンファレンスにおける患者状況アセスメントの有効性について」  
南6階 ○大宮 楓音、横手 美希、清野 茂紀
2. 「緩和ケア病棟に入院する患者の家族が療養生活において大切にしたいこと」  
西5階 ○畑中 彩乃、上野 結、小林 史奈
3. 「満足度調査からみえる手術看護の課題」  
手術室 ○加藤 佳那、田村紗綾香
4. 「検査・処置院内マニュアルの活用状況の実態調査」  
南3階 ○植村 美咲、山本 詠美、駒込 明日香、工藤 美幸

### 第2群 【座長】森係長

5. 「多職種カンファレンスの継続と行動制限解除との関連性」  
西4階 ○小軽米 萌音、菊池 瑞穂、藤澤 美奈
6. 「嚥下スクリーニングにおける看護師の意識調査」  
南4階 ○松山 雄次郎、荒澤 香里
7. 「透析センターにおける地震発生時の対応への取り組み」  
～今後起こりうる地震について～  
キーワード：災害対策  
透析センター ○石崎 香奈子、高橋 成美、與羽 綾子、小林 彩花、室岡 美沙子
8. 「ピクトグラムを用いたADLの情報共有」  
～業務改善に向けた取り組み～  
南7階 ○藤村 理子、勝山 恵莉、矢羽々 菜摘

### 第3群 【座長】野崎係長

9. 「外来処置室における患者情報共有の方法について」  
～ホワイトボードを利用して～  
外来 ○早坂 志穂、山口 弘美、鎌田 美緒
10. 「多職種カンファレンスの統一化を図るために」  
～情報共有シート前後のアンケート調査から見えた課題～  
西3階 ○小川 知里、浜川 辰徳、小山 明日香
11. 「個々の問題に合わせた排泄ケアの検討」  
～漏れにくいオムツの当て方への取り組み～  
東4階 ○廣瀬 華奈、坂牛 知美、芋田 裕美子、船木 洋佑、角野 真由美

【資料】 令和4年度 院内集合研修実績

(対象別一覧表) 2022年4月 教育委員会

研修名	月日	講師	目標	参加人数
看護倫理	4月4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
コミュニケーションスキル メンタルヘルス	4月4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	25人
感染防止	4月5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
医療安全	4月5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	24人
日常生活の援助	4月6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	23人
経管栄養	4月6日	事故防止委員会	援助方法について学び業務に活かすことができる	23人
看護記録・情報管理	4月7日	記録検討委員会	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
静脈注射・点滴管理	4月8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	24人
褥瘡予防について	4月11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	25人
薬剤の管理	4月13日	薬剤科	薬剤の種類・用法・管理についての知識を習得する	24人
フィジカルアセスメント 呼吸・吸引について	4月13日	呼吸療法認定士 横手師長	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	25人
与薬方法について	4月15日	事故防止委員会	薬剤の一般的知識を習得し、安全に与薬ができる	25人
リハビリテーション 医療	4月15日	小川部長	リハビリテーションの必要性を理解する	23人
トランスファー	4月15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15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	26人
心電図モニター・輸液 ポンプ・シリンジポンプ の管理	4月22日	臨床工学科	心電図モニター・輸液ポンプ・シリンジポンプの使用目的を理解し、安全に操作できる	25人
災害看護	4月27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
12誘導心電図の装着・ 検体の取り扱いについて	4月21日 4月28日	検査科	12誘導心電図の装着・検体の取り扱いについて理解し安全に実施できる	25人

研修名	月 日	講 師	目 標	参加人数	
レベルⅠ	プリセプティー会	5/20 7月なし 12/20	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	5月：24人 7月：なし 12月：14人
	輸 血	5月11日	輸血療法委員会	科学的根拠に基づいた技術と知識を学び実践できる	26人
	人工呼吸器の管理	6月17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	24人
	接遇	11月25日	上山師長	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	12人
	心肺蘇生法	12月23日	BLSプロバイダー 佐藤、藤澤	救急時の病態変化を理解し、処置及び看護ができる	14人
	緩和ケア	12月20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	15人
エンゼルケア	12月20日	緩和ケア認定看護師 佐藤主任	エンゼルケアを学び、看護の役割を理解し実践できる	15人	
レベルⅡ	リーダーシップについて	6月30日	係長会	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	16人
	ローテーション研修	7～12月	教育委員	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。	透析室：14人 外来：18人
	嚥下・摂食について	12月16日	嚥下・摂食委員会	嚥下・摂食について知識を深め、実践に活かすことが出来る	8人
	事例検討会	2月17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)	12人
レベルⅢ	入退院調整	11月16日	入退院管理室	入院患者の退院サポートを理解する	11人
	カンファレンスについて	中止	係長会	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	なし
全段階	救急・急変時の看護 ACLS研修 (卒2年目必須)	11月18日	ACLSプロバイダー 寺長根師長 藤澤主任	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	15人
	意思決定支援	11月29日	がん専門認定看護師 白澤師長	意思決定支援における看護師の役割を理解することができる	8人
	ナラティブ	11月30日	高橋副看護部長	自己の看護観を深めることができる	8人
	認知症患者の対応	中止	田口師長	認知症高齢者の看護実践に必要な知識を習得する	なし

研修名	月日	講師	目標	参加人数	
実地指導者	プリセプターとは	2月24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、職場の雰囲気になじんで日常業務ができるよう援助する	10人
	院内教育体制 新人看護師研修制度について	2月24日	上山師長	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。	10人
	教え方のスキル	5月27日	東野師長	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	14人
	技術評価について	5月27日	東野師長	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	14人
	看護倫理	11月9日	小山主任	職場における倫理的問題を共有し、その対処方能力を養う	7人
	プリセプター会	5月、7月、 12月	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、解決策を見出す	5月14人 12月分 3月に 各部署
	逆シャドー研修	6・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	12人
管理	看護管理	8月	外館看護部長	人材を育てる看護マネジメントを学ぶ	中止
	主任研修会	会議日	主任会	看護管理に必要な知識を学ぶ	のべ 121人
	係長研修会	会議日	係長会	看護管理に必要な知識を学ぶ	のべ 16人
	師長研修会	会議日	師長会	看護管理に必要な知識を学ぶ	のべ 30人
	看護必要度	7月	看護必要度評価委員	看護必要度を理解し実践できる	127人
	看護部研究発表会	12月9日	教育委員会	各部署で看護研究に取り組み発表する	81人
介護福祉士・看護補助	看護倫理	4月4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	6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4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	7人
	医療安全	4月5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	8人
	感染防止(新人対象)	4月5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	8人
	日常生活の援助	4月6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	8人



研修名	月日	講師	目標	参加人数
経管栄養	4月6日	事故防止委員会	援助方法について学び業務に活かすことができる	8人
褥瘡予防について	4月11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	8人
接遇	4月14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
リハビリテーション医療	4月15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	7人
トランスファー	4月15日	リハビリテーション技術部 中田係長	患者の安全を考慮した移動方法を習得する	7人
医療制度の概要及び病院の機能と組織について	5月13日	高江柄師長	医療チーム及び看護チームの一員として理解を深める	60人
看護補助業務について	5月13日	高江柄師長	看護補助業務を理解し看護に活かすことができる	60人
倫理、個人情報保護について	6月9日	高橋副看護部長	個人情報の必要性を知り実践できる	61人
感染防止	9月	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	54人
医療安全	12月8日	曲木副看護部長	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	49人
認知症患者の対応	3月	e-ラーニング	認知症患者の対応についての知識を習得する	43人
災害看護	中止	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

---

# 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：10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「症状別看護」見直し実施
- (3) 看護手順「検査」見直し実施
- (4) 看護補助業務手順の見直し実施
- (5) 院外研修参加者からの伝達講習3回開催
- (6) 看護必要度全体研修
- (7) 看護必要度評価者による必要度の記録監査（年3回実施）

## 4. 1年間の総括

令和4年度は、看護基準「症状別看護」の見直しを行い完了した。

コロナ禍が続き、委員会は3回の休止を余儀なくされた。業務に関する院外研修に参加する機会が少なかったが、委員会内で伝達講習を3回開催することができた。

看護必要度については、昨年同様に看護必要度全体研修をe-ラーニングを活用し、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3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。

2月からの電子カルテ導入に伴い、必要度に関する記録方法や監査方法について話し合う予定であったが、ミーティングが開催できず、次年度の課題となった。また、電子カルテ導入に伴う看護業務基準・看護業務手順の見直しも次年度の課題となった。

ナーシングメソッド導入についても、看護基準・手順をベースとして運用するものと、パソコン内手順書として管理するものを仕分け、管理していく必要があったが、整理に時間を要するため、引き続き運用整理していく予定である。

---

# 看護部記録検討委員会

---

## 1. 構成員

委員長 寺長根 千晴（東4階病棟師長）

委員 看護師：11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
- 記録委員会を中心に各病棟5冊の形式的記録監査・監査結果報告・集計
- 記録委員会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

電子カルテ導入によりマニュアルの見直しを担当者を決めて実施した。また看護記録の質の向上を図るため、委員会内での勉強会の開催や記録監査を計画的に実施した。更に各部署での看護記録に関する問題点を抽出し検討した。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。記録監査実施結果をもとに、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。また電子カルテ導入に伴うマニュアル見直しを電子カルテ委員会や診療情報管理委員会と協働し、取り組んでいくこととする。

---

# 看護部臨地指導者委員会

---

## 1. 構成員

委員長 藤原 歩（南7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
- 電子カルテ導入に伴い、学生の情報収集方法について検討をした
- 各学校との連絡会議を開催、意見交換をした
- 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・岩手保健医療大学の4校の学生の臨地実習を行った。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。臨地指導者マニュアルの20項目のうち6項目見直しを行い、指導の統一を図った。また、電子カルテ導入に伴い、実習中の学生の情報収集方法について検討した。新型コロナウイルス感染防止のため、今年度の臨地実習指導者研修報告会は臨地指導者委員を対象に開催し、動画視聴形式で看護師・准看護師全員を対象に実施した。コロナ禍による学生への影響、実習指導の基本や実習指導者のあり方を再認識し、今後の実習指導に役立てる内容であり、知識を深めることができた。院内での感染拡大により予定されていた実習を中止または延期することもあったが、実習期間中は感染者が発生することなく実施ができた。次年度も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 白藤 悦子（西3階病棟師長）  
マネジメント部会長 曲木 順子（副看護部長）  
委員 看護師：20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（年3回）
- 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
- フィードバックした結果を委員会内で共有し、評価する
- 巡回チェック項目の適宜見直し
- 各部署でのe-ラーニング視聴の実施（年3回）
- 報告書入力時、スタッフのサポート
- RCA分析の学習会開催、RCA分析の実施
- 臨時事故情報の発行（適時）

### 【報告総件数】

868件（前期476件、後期392件）

前期 レベル0・ハイリスク：51件、レベル3b以上：4件

後期 レベル0・ハイリスク：44件、レベル3b以上：6件

## 4. 1年間の総括

令和4年度の報告総件数は、前年度と比較し132件の増加であった。事故件数は前年度より増加したが、レベル0・ハイリスク報告件数が増えており、各部署の委員の働きかけやサポートにより未然に防ぐことができた報告が増えている。

臨時事故情報の発行は、当該部署において現状把握、分析・評価し委員会内においても検討した結果を部署に持ち帰り対策実施につなげ再発防止に努めた。

今年度は電子カルテ導入に伴い、事故防止マニュアルや巡回マニュアルの見直しが必要となる次年度の課題としていく。

# 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～

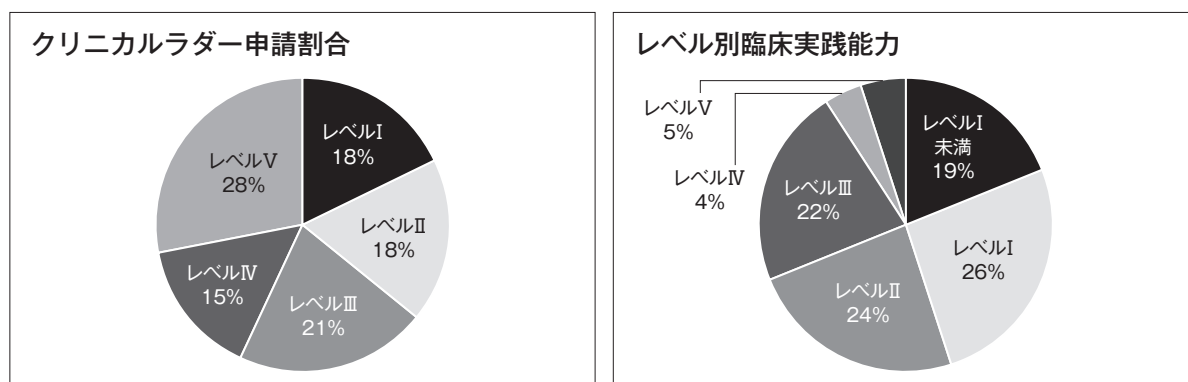
## 3. 活動内容・実績

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

## 4. 1年間の総括

今年度は、一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昨年度同様に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格人事等を考慮し、総合評価はせずに項目毎の評価とした。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152名、その内、認定された人数は49名（前年度比－17名）、認定されなかった人数は73名（前年度比＋6名）、産休・育休中、中途退職等で合否判定ができなかった人数は30名（前年度比＋8名）であった。レベルアップしたスタッフの割合は32%（前年度比－10%）であった。臨床実践能力別にみると、レベルI未満 6名（前年度比－15名）、レベルI 24名（前年度比±0名）、レベルII 32名（前年度比＋2名）、レベルIII 29名（前年度比±0名）、レベルIV 27名（前年度比＋3名）、レベルV 5名（前年度比－10名）であった。レベルIII以上は、合わせて61名（前年度比－7名）50%（前年度比＋6.2%）であった。昨年度とは異なり、レベルIII以上は増加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。様々な資格取得のため、長期研修への希望等は年度毎に増えている。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きたい。



---

# 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
	事務部長	：1名	総務課	：1名
	看護部長	：1名		

## 2. 開催日時

1回開催（12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
- 各科からの現状について
- 電子カルテ導入後の業務体制について

## 4. 1年間の総括

麻酔科の体制が軌道に乗り、各科からの現状や意向を受け今後の運営について検討を行なった。次年度手術件数の増加に向けて体制整備を行った。

また、電子カルテ導入後の看護師の業務体制について検討を行い、外来との連携体制に取り組んでいる。

# 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：19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：2名  
医事課：2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4年度入退院支援実績

	令和4年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和5年 1月	2月	3月	計
入院患者数	204	182	212	188	92	220	179	210	211	175	171	203	2,247
退院患者数	204	170	222	192	158	187	179	174	232	157	175	207	2,257
入退院支援加算1 算定件数	140	105	150	122	101	117	113	101	142	91	110	112	1,404
入院時支援加算1 算定件数							3	21	38	22	20	8	112
入院時支援加算2 算定件数	37	32	45	45	30	39	36	8	13	11	16	26	338
地域連携診療計画加算	13	7	13	13	11	11	11	15	13	7	10	12	136
入退院支援加算1 算定割合	68.6%	61.8%	67.6%	63.5%	63.9%	62.6%	63.1%	58.0%	61.2%	58.0%	62.9%	54.1%	62.1%
カンファレンス件数	157	130	150	143	62	157	122	156	163	113	131	140	1,624
退院支援計画書作成数	151	128	146	138	53	154	120	150	160	106	127	130	1,563

## 4. 1年間の総括

切れ目のない支援が出来るよう入院時支援との連携や、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。コロナ禍ではあったが、約200箇所の関係機関と連携させて頂き、医療・介護・福祉サービス等に繋いでいる。

電子カルテ導入に伴う手順の見直しを随時行っている。



# 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

事務部長：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
- 新規加算（腎臓リハビリテーション）についての報告

## 4. 1年間の総括

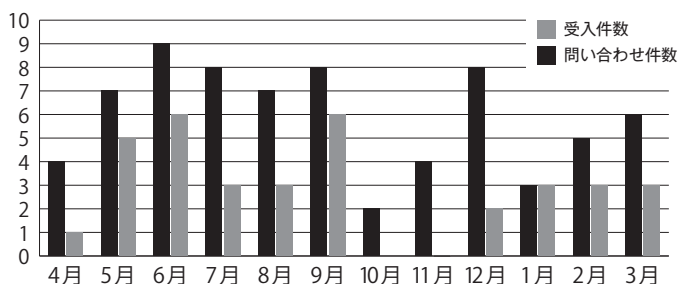
委員会を奇数月の開催において、受け入れ状況、透析件数を共有するとともに、受け入れ後の問題点（患者の状態、シャントの状態）、退院調整に関する問題点など、多職種で情報共有を行い、解決に向けて検討を行った。

この一年間においては、長期カテーテル挿入での透析治療を受ける患者が増加し、退院調整困難な事例も続いた。また、栄養管理の重要性も増し、更に他職種との連携を図り、委員会を通して多くの問題点を共有することが出来た。

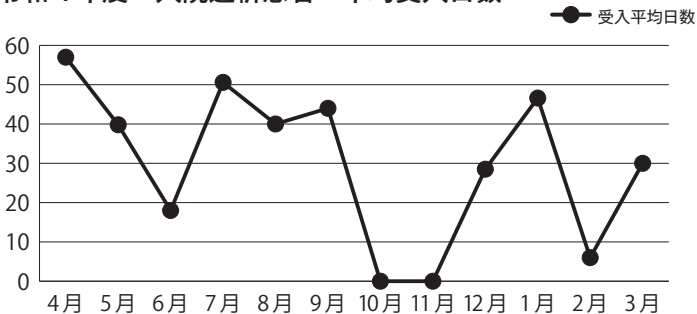
令和4年度 透析患者 受入実績

	問い合わせ件数	受入件数	受入平均日数
4月	4	1	57
5月	7	5	39.8
6月	9	6	18
7月	8	3	50.6
8月	7	3	40
9月	8	6	44
10月	2	0	0
11月	4	0	0
12月	8	2	28.5
1月	3	3	46.6
2月	5	3	6
3月	6	3	30
合計	71	35	30.0

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4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	：3名	医事課	：3名
言語聴覚士	：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

- （1）定例会及び連絡会議の開催
- （2）小委員会活動（研修会の企画及び運営など）
- （3）回復期リハビリテーション病棟の実績調査
- （4）回りハ摂食嚥下小委員会活動の支援

3部署実績：新規入棟患者数：594名（前年比－6） 重症入院患者数：280名（前年比－8）

重症入院割合：47.1%（前年比＋3.1） 在宅復帰率：84.1%（前年比－2.4）

実績指数：47.2%（前年比－0.54）

回復期栄養評価における定期血液検査実施。

## 4. 1年間の総括

前年度、回りハ委員会主導にて嚥下・摂食小委員会が始動し、今年度は院内の摂食・嚥下委員会立ち上がり病院としての活動につながった。回りハ3部署から1名ずつ回りハ認定看護師の研修参加。次年度よりの活動に委員会として支援していく。

---

# 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 部 長	：1名	管 理 栄 養 士：2名
看 護 部 長	：1名	地 域 連 携 室：2名
リハビリテーション技術部長	：1名	医 事 課：1名
副 看 護 部 長	：1名	ゆ う あ い の 街：1名
看 護 師	：6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

### 【活動内容】

(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

### 【実績】

年間入院患者数：403名 年間退院患者数：346名 病床稼働率平均：79.8%

在宅復帰率平均：80.7% サブアキュート率平均：47.5%

## 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情報共有を行った。

稼働アップに向けた取り組みを行いながら、サブアキュート件数が増えるよう多職種で協働し前年度より約10%アップすることができた。

---

# 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

2回開催（6月、10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1回開催した。

# 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4年度実績】

- 抗がん剤 ————— 46件（泌尿器、外科）
- 生物学的製剤 ————— 102件（整形外科、膠原病内科、消化器内科）
  - 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2～3名までとし、看護師1～2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。コロナ禍であったため、感染予防には十分配慮し実施することが出来た。

---

# 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4年4月～令和5年3月 緩和コンサルテーション依頼状況  
依頼件数：22件（うち緩和ケア診療加算対象7件）（男性14名、女性8名）  
診 療 科：緩和ケア外科14名、消化器内科5名、呼吸器内科1名、外科2名  
依頼時期：がん治療終了後22名  
介入依頼時のPS（performance status）：PS 3…17名、PS 4…5名
- (2) 依頼内容（重複症例あり）  
疼痛11件、疼痛以外の身体的症状17件、心理的支援12件、家族ケア9件  
在宅・転院支援2件、医療社会的問題の相談1件、その他6件
- (3) 転帰  
緩和ケア病棟へ転棟17名、死亡退院5名

## 4. 1年間の総括

緩和ケアチームと緩和ケアリンクナースの連携体制を構築したことにより、早期に適切な情報共有ができた。緩和ケアチームカンファレンスには、主治医、病棟スタッフ、緩和ケア病棟看護師長が同席したことで、適切な時期に緩和ケア病棟への転棟を調整することができた。毎月の緩和ケア委員会で、緩和ケアチームの活動報告を行ったことで、院内全体に緩和ケアチームの実践内容を発信することができた。外来においても、緩和ケアチームの支援体制を構築することができた。



---

# 褥瘡対策チーム

---

## 1. 構成員

専任医師：1名  
皮膚・排泄ケア特定認定看護師：3名  
薬剤師：1名  
管理栄養士：2名  
理学療法士：1名  
作業療法士：1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：124名
- 回診患者延べ件数：153件
- 褥瘡新規発生率：院内発生0.4%、院外発生0.6%

### (2) 褥瘡保有患者についてカンファレンス開催

- 患者の食事摂取状況、使用薬剤状況、リハビリの進捗状況、創部の状態、検査データなどを報告・共有し、褥瘡の治療方針やケアについて検討している

### (3) 院内全体研修会の企画・開催

## 4. 1年間の総括

コロナ禍の影響で回診や委員会の開催ができない月もあったが、院内LANの活用により患者の情報交換をすることができた。また、管理栄養士と薬剤師を通してNSTとも連携が取れていた。昨今は回復期リハビリ病棟でもADLの低下や、疾患の重症度が高い患者も増加しているため、体圧分散マットレスやエアマットレスの使用状況を見直していくこと、褥瘡を保有したまま退院した患者に対してチームで在宅訪問を行うなど活動の幅を広げていくことが課題である。

---

# 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
3	4	6	4	1	4	1	7	3	3	1	6	43

## 4. 1年間の総括

新型コロナウイルス感染症にて当該病棟での活動が滞ってしまう時期もあったが、排尿に関する相談を随時受け付け、泌尿器科医とともに相談し活動することが出来た。脊椎疾患で、もともと膀胱直腸障害を患っている患者さんに対して計画書が術後からの介入となってしまうため早期に介入出来ない事例もあり、外来との共同を図っていくことが今後の課題である。

# 栄養サポートチーム (NST)

## 1. 構成員

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

病態、栄養状態に沿った輸液、薬剤内服方法の提案

経腸栄養を行っている患者の嘔吐、下痢症状がある場合の経腸栄養内容、投与速度、経腸栄養ポンプの使用

絶食から経腸栄養開始のプランニング

### (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－リハ実施状況の確認と書面の作成

作業療法士－リハ実施状況の確認と書面の作成

言語聴覚士－リハ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

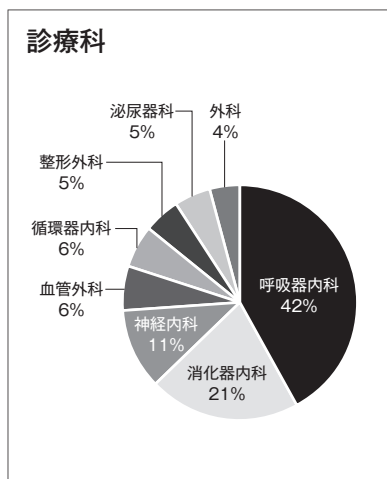
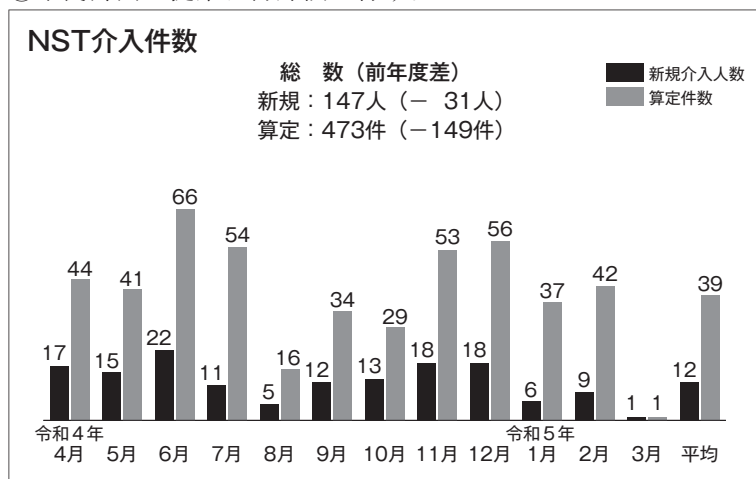
社会福祉士－退院後の生活状況の確認

### (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

院内での新型コロナウイルスによる介入、回診件数の減少で昨年度よりNST算定件数が減少となった。電子カルテ導入に伴い、栄養治療実施計画書兼報告書及びカンファレンス入力についてより多職種連携が円滑に行えるような方法に変更を行った。来年度は経腸栄養患者における経腸栄養ポンプや下痢に対するアプローチを行ったことでの改善及び実績報告を行っていく。



# 業 績



〈医局／学会発表〉

演者氏名	演題名	学会名	開催地	月
中 島 隆 之	特定行為研修終了者が働く中規模ケアミックス型病院における課題～指導医の立場から～	第47回日本外科学系連合学会学術集会	盛岡市	6月
加藤明子、 千葉太郎、星野健、 西國千春	労災認定後に社会復帰が遅れている症例	第95回日本心身医学東北地方会	天童市	10月
千 葉 太 郎	災害支援企画 「陸前高田への心療内科学会の医療支援」	第26回日本心療内科学会総会学術大会	福岡市	11月
千 葉 太 郎	パネルディスカッション 「全人的医療の核としての心療内科で協働・活躍できる公認心理師」－医師からみて、公認心理ができる業務はどのように変わったか？	第26回日本心療内科学会総会学術大会	福岡市	11月
千 葉 太 郎	シンポジウム「呼吸器心身医学の温故知新」 我が国の呼吸器心身医学の流れ－呼吸器心身症研究会を振り返って	第26回日本心療内科学会総会学術大会	福岡市	11月

〈医局／座長〉

座長	セッション	学会名	開催地	月
中 島 隆 之	一般講演16 末梢静脈4	第50回日本血管外科学会	北九州	5月
中 島 隆 之	シンポジウム	第21回内視鏡下静脈瘤疾患治療研究会	東京	7月
中 島 隆 之	「下肢静脈瘤に対するペナシール血管閉塞術」 ライブデモ	第7回東北静脈フォーラム学術集会	福島	9月

〈医局／論文〉

著者	タイトル	雑誌名	巻号・頁・年月
千 葉 太 郎	病院での心療内科	日本心療内科学会編：心療内科学－診断から治療まで－朝倉書店	P422-425、2022年7月

〈看護部／学会発表〉

演者氏名	演題名	学会名	開催地	月
千 葉 遙	新型コロナウイルス感染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	令和4年度岩手県看護研究学会	盛岡市	10月
石 崎 香奈子	透析業務におけるシャントマップ作成の試みについて	令和4年度岩手県看護研究学会	盛岡市	10月

〈看護部／外部講師〉

演者氏名	演題名	学会名	開催地	月
赤 松 陽 子	新型コロナウイルス感染拡大時に応援派遣にあたる看護職員のための研修	岩手県看護協会新型コロナウイルス感染症拡大時に応援派遣にあたる看護職員のための看護研修会	岩手県看護協会	8月
野 崎 愛 子	災害看護研修助言講師	岩手県看護協会災害看護研修会	岩手県看護協会	9月・11月
赤 松 陽 子	PPEの着脱・口腔内吸引	岩手県看護協会潜在看護職研修会	岩手県看護協会	9月
横 欠 久 子	患者安全と医療安全	岩手県新人看護職員研修	岩手県立大学	9月
野 崎 愛 子	地域に密着した病院で活躍する看護師の実践について	岩手医科大学看護学部職種別講演会	岩手医科大学	9月
野 崎 愛 子	特定行為研修者によるタスクシフト・タスクシェアの実際	岩手県看護協会役員・委員・会員セミナー	岩手県看護協会	11月
白 澤 美代子	岩手県ACPサポーター養成研修会	岩手県ACPサポーター養成研修会	岩手県医師会	2月





# 統計調査

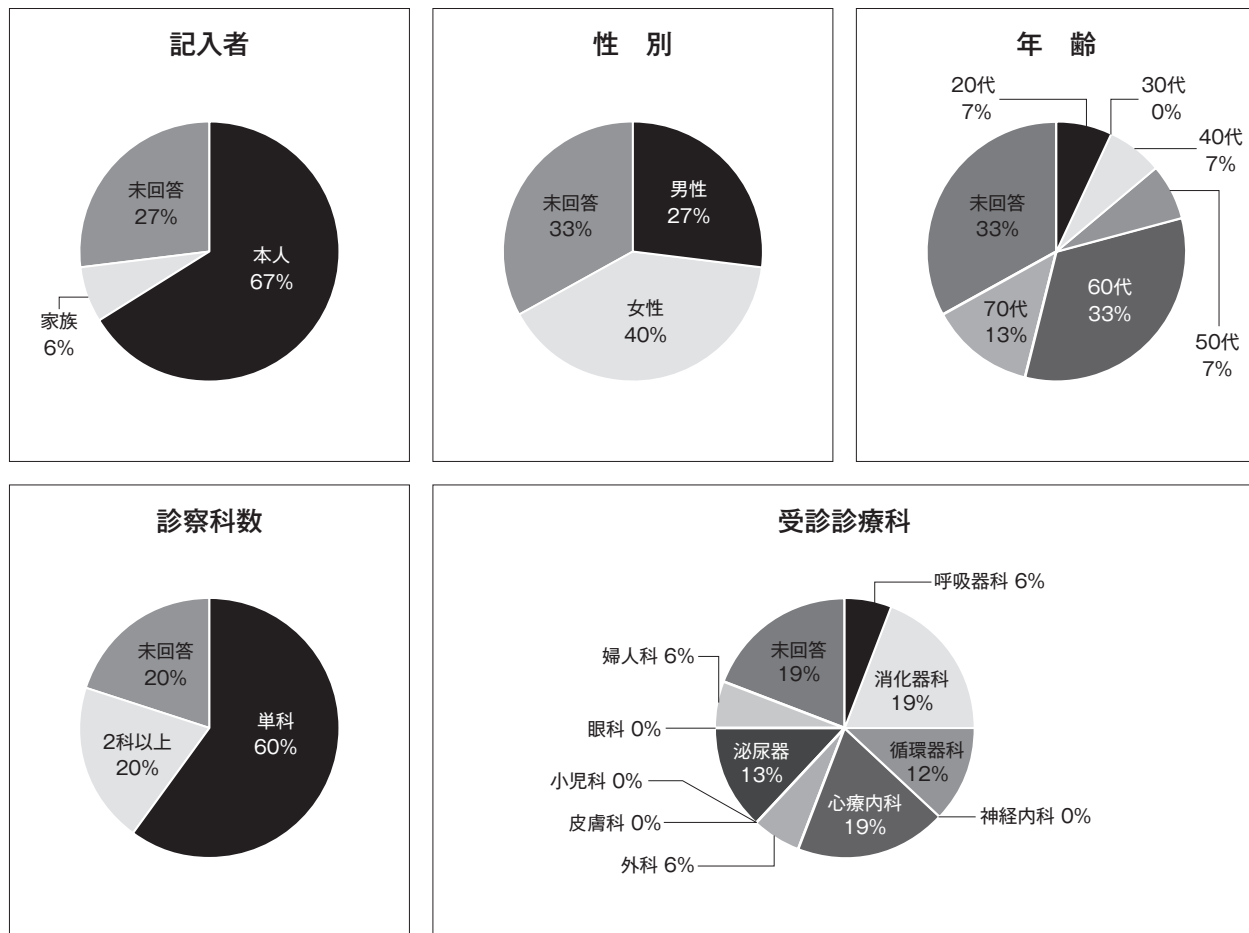


## 外来満足度調査結果（外来）

### 外来満足度調査ご協力ありがとうございました

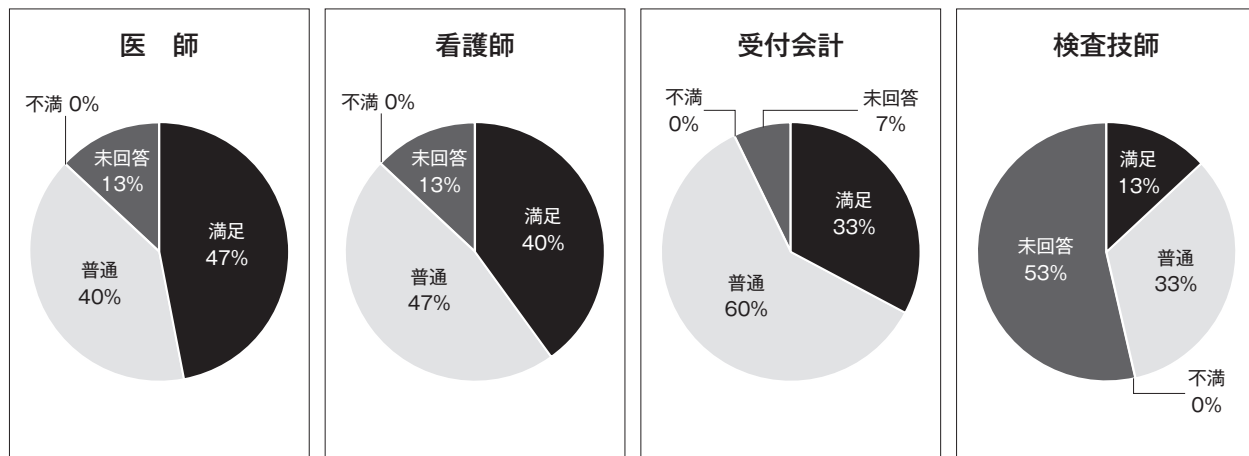
6月から9月まで当院を利用された患者さん15名の方に外来満足度調査のご協力を頂きました。  
お忙しい中ご協力いただきありがとうございました。

#### アンケートにご協力頂いた方の情報（15名）

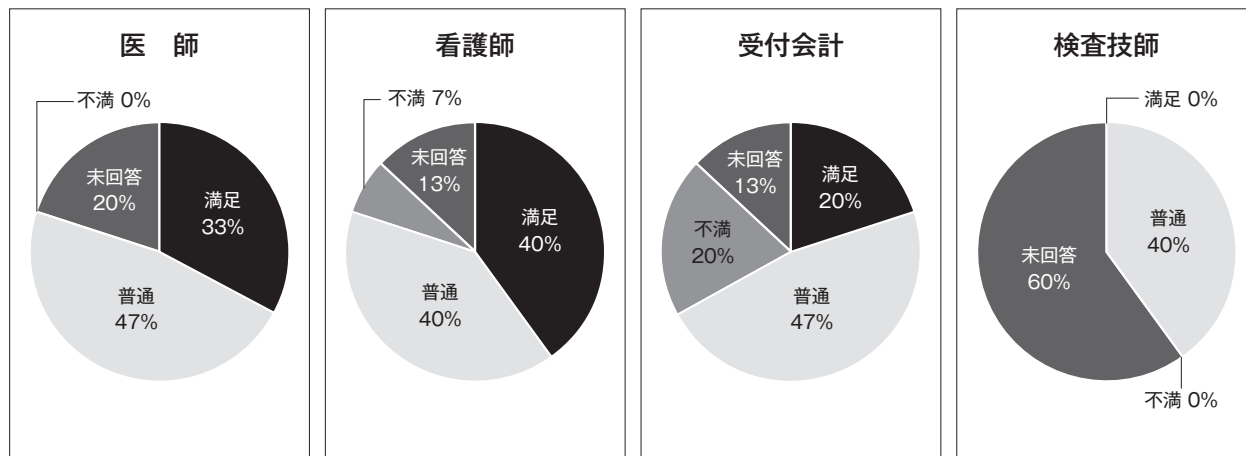


### 1. 職員の身だしなみについて

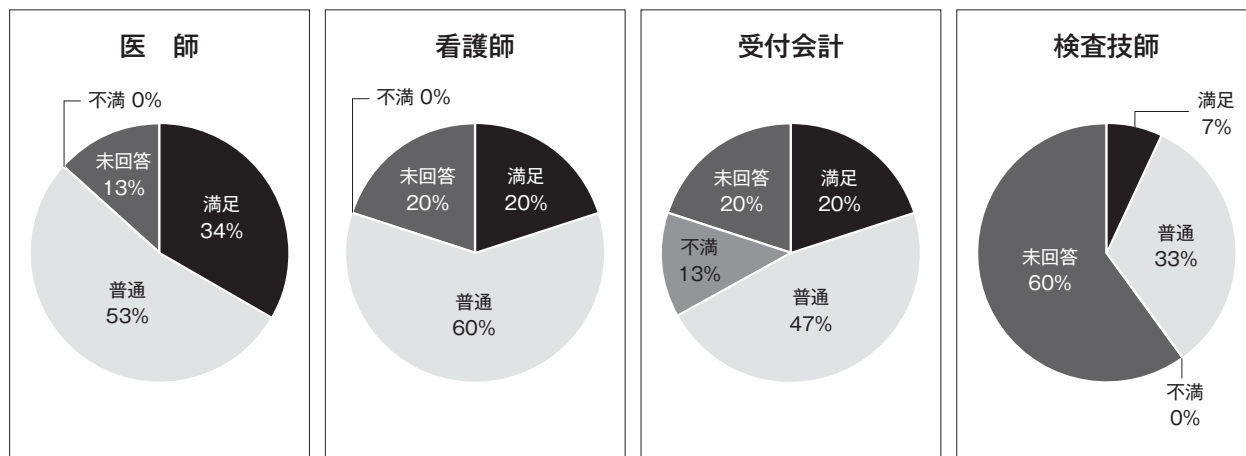
#### ①身だしなみについて好感が持てましたか



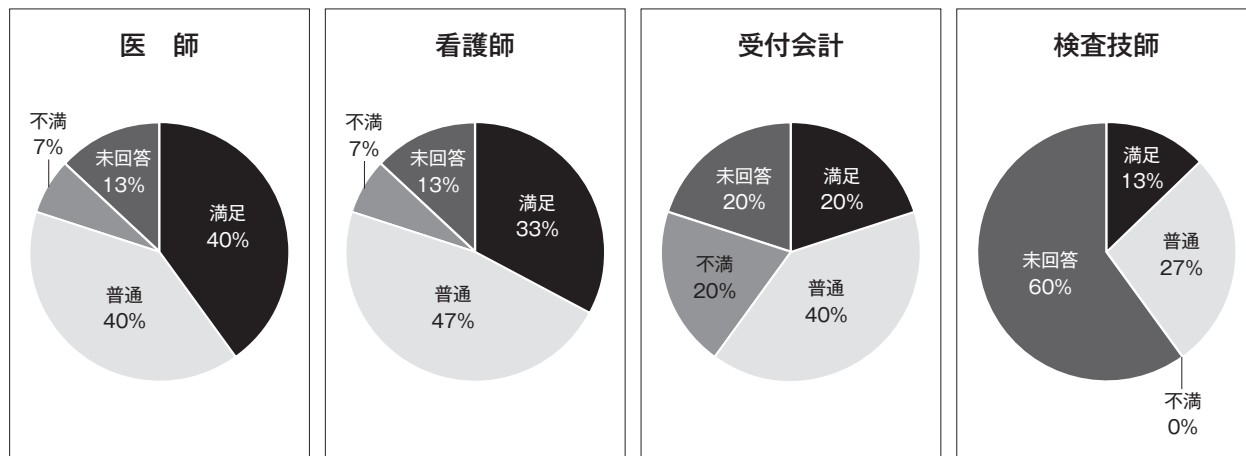
②挨拶、言葉遣いは丁寧でしたか



③説明はわかりやすかったですか

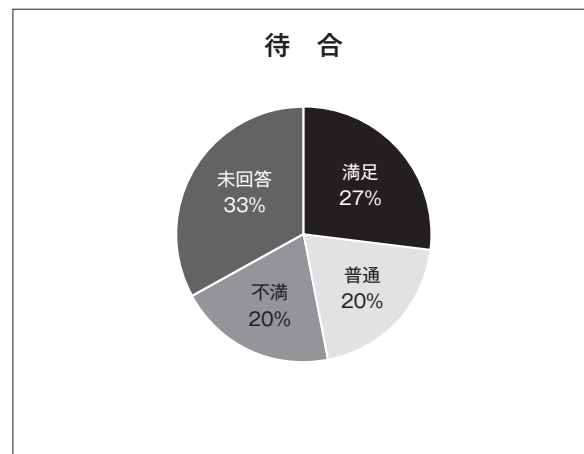
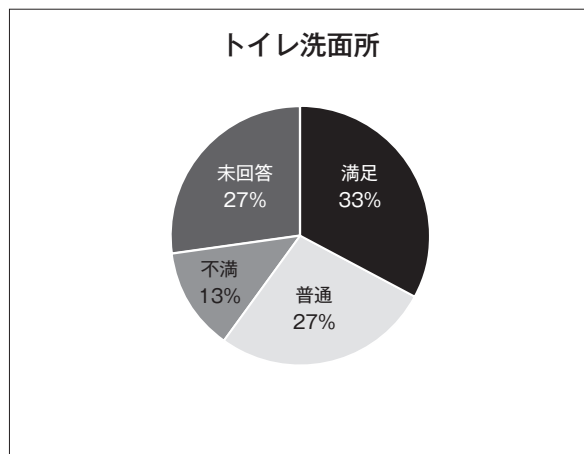


④プライバシーの配慮は十分でしたか

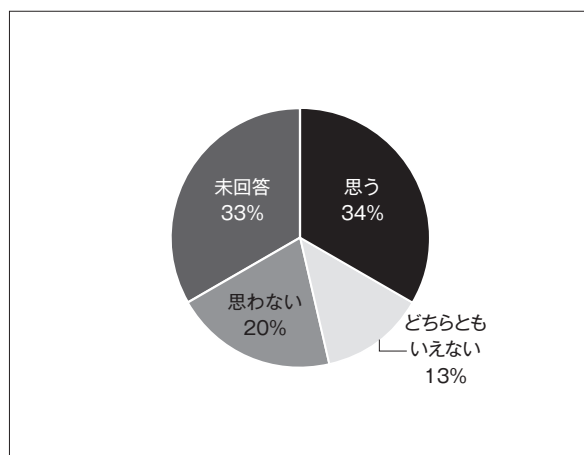


## 2. 環境について

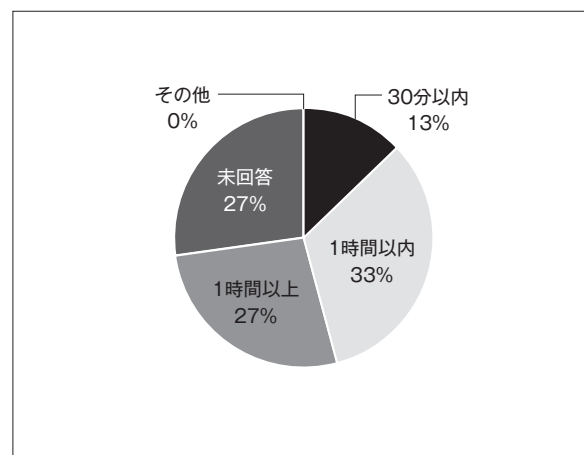
外来の環境はいかがでしたか



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)

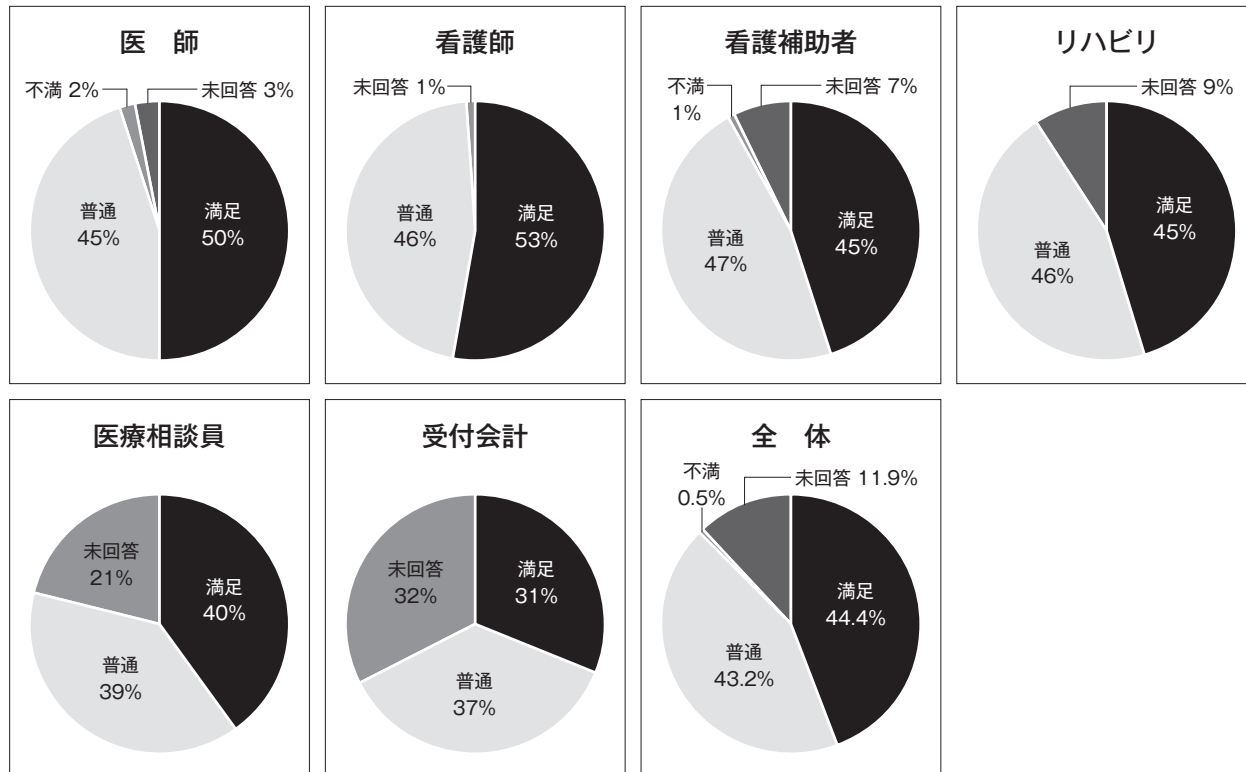


## 患者満足度調査結果（病棟全体）

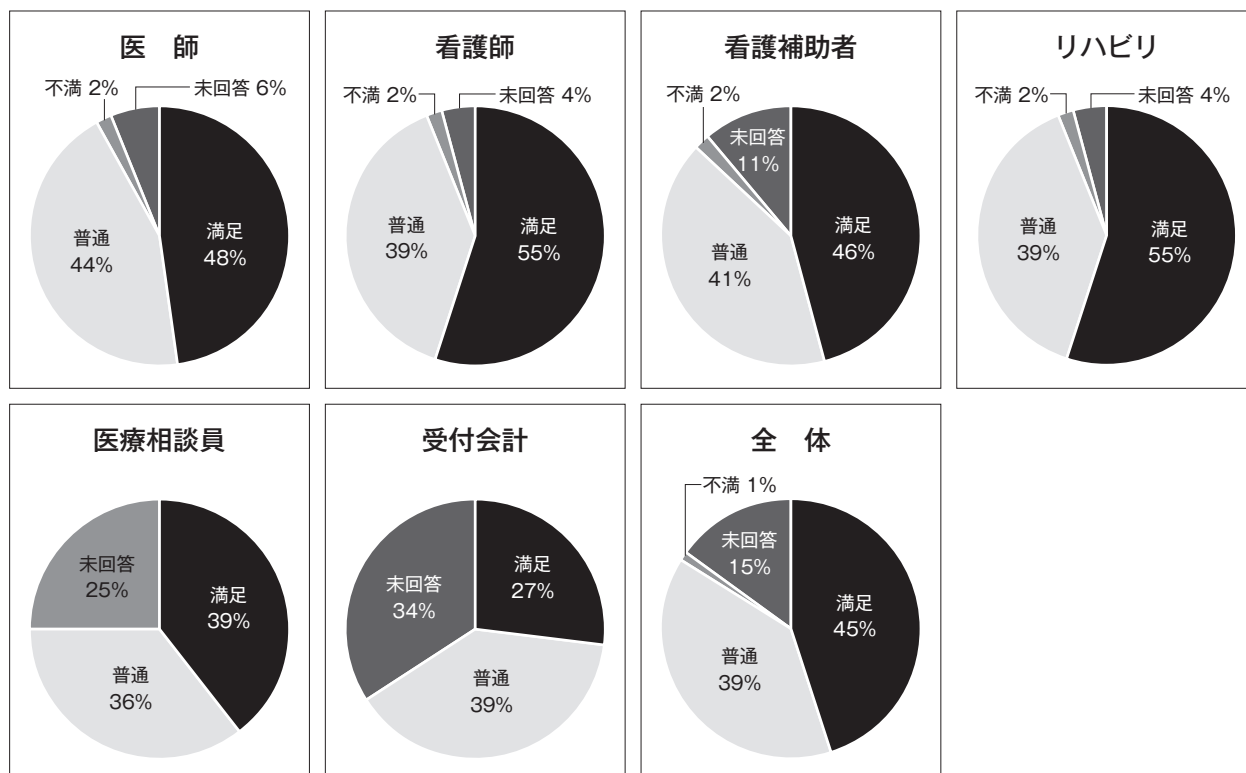
【対象者】102名 【記入者】本人：89名、家族：7名、未回答：6名 【性別】男性：31名、女性：51名、未回答：20名

### 1. 職員について

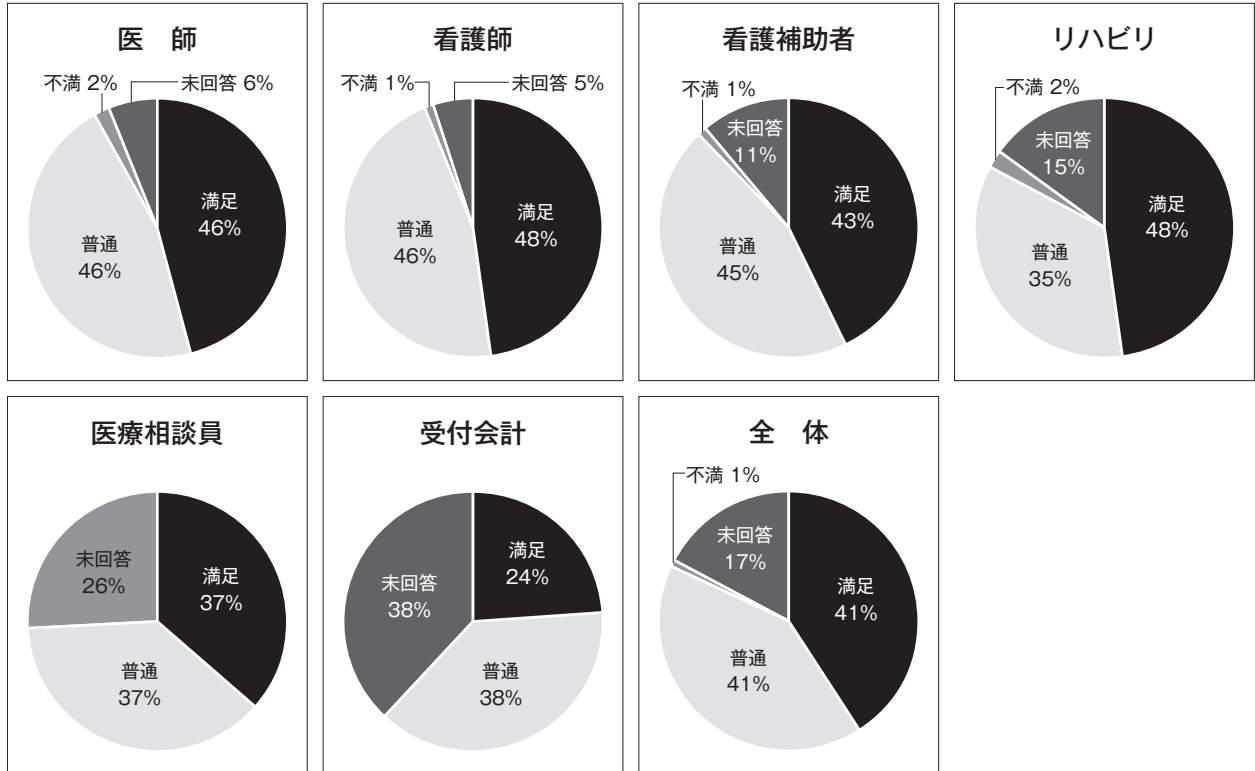
#### ①身だしなみは好感が持てましたか



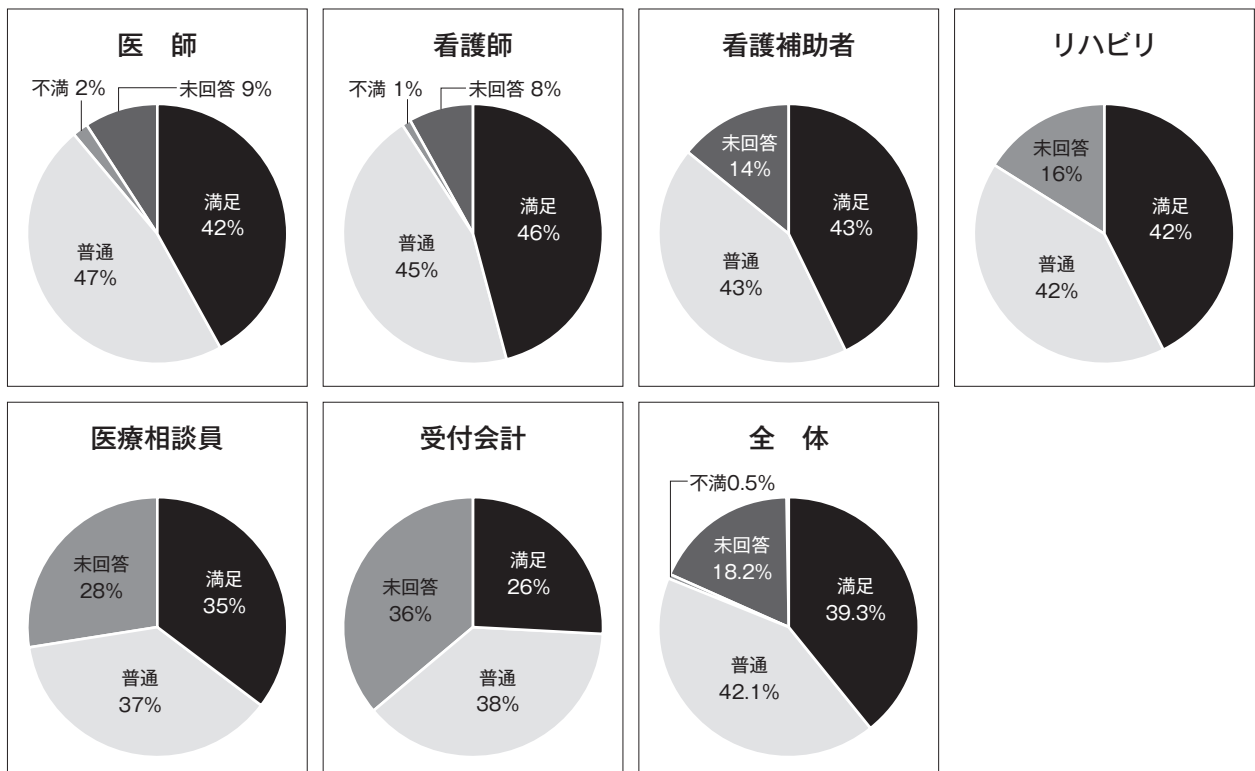
#### ②挨拶、言葉遣いは丁寧でしたか



③説明はわかりやすかったですか

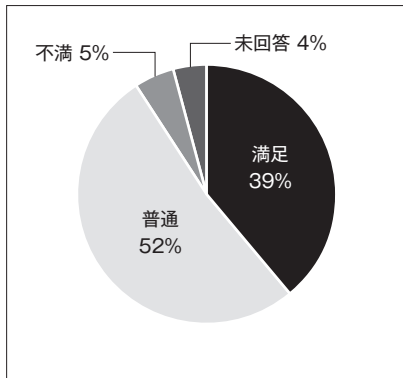


④プライバシーの配慮は十分でしたか

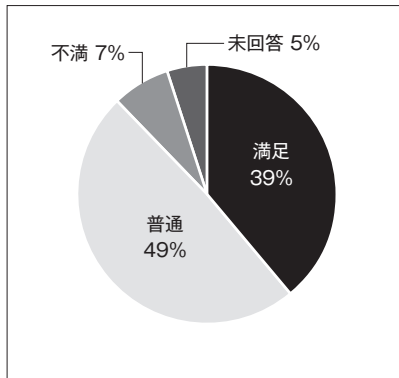


## 2. 環境や食事について

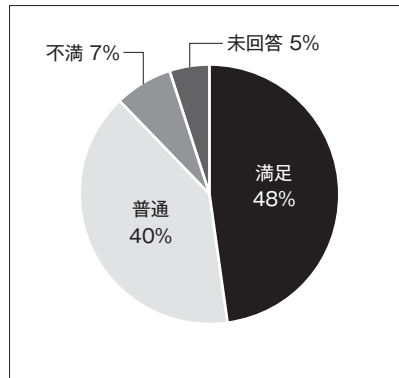
①病室の環境は  
いかがでしたか



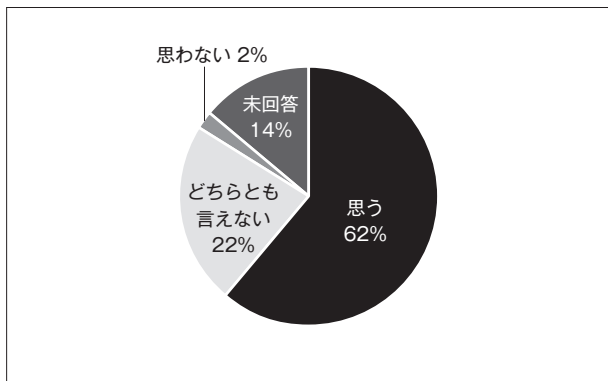
②トイレ、洗面所、浴室の  
環境はいかがでしたか



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





# 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



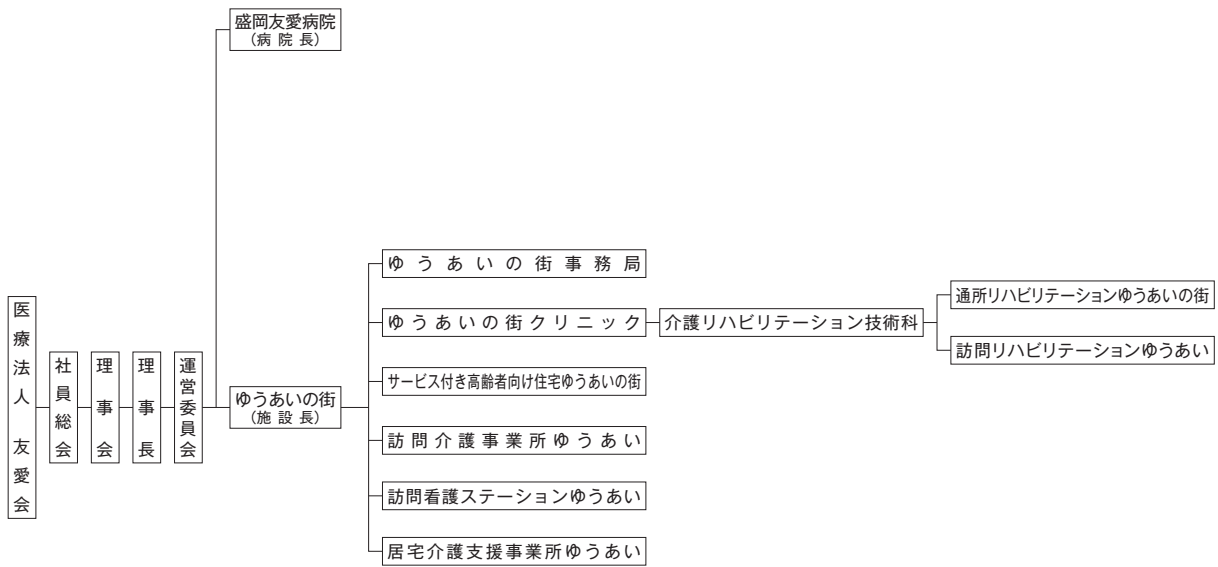
---

## 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	<a href="http://www.yu-ai.net/mati_hp/mati.html">http://www.yu-ai.net/mati_hp/mati.html</a>
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	88人（令和5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5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	0					0
	生活相談員	1					1
	介護福祉士	2					2
	介護支援専門員	2					2
事務局	事務	4		0	1		5
	管理栄養士	1					1
	調理師	4			0		4
	調理補助	1		1		1	3
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
	事務	2					2
訪問介護事業所	介護福祉士	15					15
	介護職員	1					1
訪問リハビリテーション	理学療法士	9					9
	作業療法士	1					1
通所リハビリテーション	理学療法士	3					3
	作業療法士	4		0			4
	看護師	2			1		3
	准看護師	1			0		1
	生活相談員	1					1
	介護福祉士	13		1			14
	介護職員	0		0			0
訪問看護ステーション	看護師	6			0		6
居宅介護支援事業所	介護支援専門員	5					5
合計		82		2	3	1	88

## 事業所別利用者数

		令和4年										令和5年			合計	月平均
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
サービス付き 高齢者向け住宅	入居者数	1,936	1,975	1,940	2,015	2,015	1,927	2,020	1,980	2,002	1,984	1,826	2,064	23,684	1,974	
	うち特定施設入居延数	309	352	415	434	432	420	405	379	400	439	401	443	4,829	402	
	世帯数(60戸)	59.5	59.0	59.8	60.0	60.0	59.2	59.5	59.3	57.6	57.0	58.2	59.6		59.1	
	住居稼働率	99%	98%	100%	100%	100%	99%	99%	99%	96%	95%	97%	99%		98%	
ゆうあいの街クリニック	延患者数	294	276	282	293	318	295	280	364	481	284	254	300	3,721	310	
	新患	2	5	4	4	9	1	2	2	11	3	3	8	54	4.5	
訪問介護事業所	訪問延件数	1,635	1,454	1,317	1,485	1,583	1,363	1,314	1,435	1,300	1,486	1,473	1,741	17,586	1,466	
	新規開始数	1	1	0	0	2	4	3	3	2	1	1	1	19	1.6	
訪問リハビリテーション	訪問延件数	699	642	746	647	721	739	691	671	666	644	634	740	8,240	687	
	新規開始数	5	6	3	4	2	4	2	3	3	5	4	7	48	4.0	
通所リハビリテーション	延利用者数	1,474	1,461	1,453	1,198	967	1,387	1,392	1,372	1,232	1,195	1,215	1,331	15,677	1,306	
	新規開始数	2	3	2	2	3	3	12	3	2	8	1	1	42	3.5	
訪問看護ステーション	訪問延件数	383	384	411	444	425	390	385	419	419	392	364	357	4,773	398	
	新規開始数	3	2	5	4	1	6	6	3	4	1	2	1	38	3.2	
居宅介護支援事業所	利用者数	173	173	168	169	169	169	170	169	179	181	184	184	2,088	174	
	新規開始数	5	5	2	4	9	8	7	5	11	5	5	7	73	6.1	

---

## 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	6月・12月 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5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：2名、  
生活相談員：1名、専従介護福祉士：2名、介護福祉士：11名、介護職員：1名、  
管理栄養士：1名、調理師：4名、調理補助他：3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100%）であった。入居者は一日の最多で67人、延べ利用者数は年間で23,684人（稼働率98%）であった。新規の入居者数は15人。退居者は12人であった。うち施設内の看取り支援を3名行った。
- 特定施設入居者生活介護の利用者延べ数は4,829人（全入居20%）であった。
- 季節行事は縮小して開催し、敬老会、クリスマス会、ゆうあい喫茶、映画会などを開催した。
- 提供総食数（入居＋通所＋検食）は、78,427食／年であった。1日平均では朝食を62食、昼食を87食、夕食を66食提供した。利用者の嗜好、疾病、摂食・嚥下機能への個別対応を行った。行事食は、誕生食、ゆうあい喫茶、敬老会、元旦等で37回実施した。
- 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11回開催し、集合とオンラインで全職員が受講した。又、各種外部研修はWEBを中心に参加した。

## 3. 1年間の総括

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。感染者は7月に入居者2名、職員の感染も散発したが、拡大することなく収束することができた。施設内行事は縮小しつつも、徐々にコロナ禍以前の企画を再開した。特定施設入居者生活介護サービスの特性を地域に広報し、利用者の拡大を図った。施設での看取り支援を希望される方が増えており、ACPの実践に努めた。

---

# 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。通院の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。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回の友愛病院消化器内科の診療応援も行っている。

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5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 ————— 3,127人
- リハビリ関連診察患者数 ————— 541人（うち往診延べ患者数235人）
- マッサージ関連延患者数 ————— 1,448人
- 予防接種：肺炎球菌ワクチン、新型コロナワクチン、インフルエンザワクチン  
総患者数 ————— 3,721人

## 3. 1年間の総括

外来患者数は令和3年度に比較し若干増加傾向だった。要因として、入居者の状態不良者が増加したためと考えられた。リハビリ関連診療者数も若干増加傾向にあり、外来受診する患者数は増加していない。マッサージ関連患者数は順調に経過、受診者数の大きな柱となっている。最近では友愛病院循環器内科を中心として、安定している患者の紹介が少しずつ増加している。



---

# 通所リハビリテーションゆうあいの街

---

所長：山岸 輝樹（副施設長）

## 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5年3月末現在）

医師：1名、理学療法士：3名、作業療法士：4名、看護師：3名、准看護師：1名、  
介護福祉士：14名、社会福祉士：1名

## 2. 実績

- 年間総利用者数 ————— 15,677人（月平均1,306人）
- 1日平均利用者 ————— 50.8人
- 年間新規契約利用者数 ————— 45名（月平均3.75名）
- 短期集中個別リハビリテーション加算算定件数 — 83件
- 科学的介護推進加算、口腔栄養スクリーニング加算算定

## 3. 1年間の総括

昨年度に引き続き新型コロナウイルス感染症の影響から、利用を制限される方が多く、特に外部施設ではリスク回避の為に長期間の利用制限が見られていた。さらに8月中旬、職員及び利用者から7名感染報告があり、4日間の事業休止を余儀なくされたが、その後は感染拡大することなく事業を再開することが出来た。再開後はより徹底した感染対策を行い、感染報告があっても全て単発で収束できていた。このほか職員の退職に伴う人員減少もあり慢性的な人員不足もあったが、業務内容を見直すことで事業を継続できた。次年度は自立・自律を目標とした通所リハビリテーションの理念に基づいた質の高いサービスを提供するとともに、友愛病院退院後の利用者を積極的に受け入れ、病院から在宅への一貫したリハサービス提供の流れを作っていく。

---

# 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5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 —— 17,586件（介護保険16,142件、障害福祉1,444件）
- 年間延べ利用者数 —— 561人（介護保険529人、障害福祉32人）

## 3. 1年間の総括

新型コロナウイルスの影響もあり、一般在宅の新規利用者獲得が予想以上に苦慮した一年であった。また利用者、職員共に感染者の発生に伴いサービスの一部自粛などもあり、訪問件数を伸ばすことが出来なかったものの、感染対策などを講じて対応することでクラスターの発生などには至らなかったことが幸いだった。新型コロナウイルスが5類に変更になるが、利用者は高齢者が主であり感染した際には重篤になるリスクもあることから、今後も感染対策を実施し安定したサービス提供を心掛ける。また医療的ケア研修への参加、資格取得者も増えてきており、重度の利用者の対応ができる体制も徐々に整えられてきている。個々のスキルアップと事業所全体のサービスの質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5年3月末現在）

看護師：常勤6名  
※医療保険利用者のみ理学療法士・作業療法士による訪問リハビリ対応  
（訪問リハビリテーションゆうあいスタッフによる兼務）

## 2. 実績

- 年間訪問件数：4,773件（介護保険：2,769件・医療保険：2,004件）（月平均398件）
- 介護保険：要支援1…4人、要支援2…5人、要介護1…10人、要介護2…14人、  
要介護3…20人、要介護4…20人、要介護5…14人
- 医療保険：36人
- 在宅での看取り：17件

## 3. 1年間の総括

前年度に引き続き、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。  
利用者やその家族にもコロナ陽性者が発生し、陽性者や濃厚接触者への対応が増えた。  
主治医の指示で訪問時、抗原抗体検査の対応をする機会が増えた。  
友愛病院緩和ケア病棟入院患者の外泊中の訪問看護の相談があり、一泊二日の外泊中の訪問対応をした。  
スタッフの人員数の減少により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控えるといった調整を行いながら業務を行った。

---

# 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5年3月末現在）

主任介護支援専門員：6名

## 2. 実績

- 年間総利用者数 ————— 2,088人（月平均174人）
- 中重度者率（要介護3～5）—— 47.2%
- 退院調整回数 ————— 118回  
入院調整回数 ————— 73回
- ターミナルケア加算算定件数 —— 3件
- 認定調査件数 ————— 76件

## 3. 1年間の総括

ケアマネジャー常勤5名、施設兼務1名の計6人体制で業務を行った。全員が主任ケアマネジャーを取得しており、地域包括支援センターとの連携をとり研修会の企画等の業務も遂行した。利用者の総件数は前年と比べ若干減少したが、重度率が平均47%と高めで維持し収益増に繋がった。入退院の連携も前年よりも多く密に行うことができた。癌末期の支援であるターミナルマネジメントも積極的な受け入れ体制をとり、医療機関へ事業所の特性を説明し利用者の紹介を頂いた。コロナ禍では、感染対策を徹底し職員の感染はなかった。利用者、家族にも注意を促し、罹患時にはサービスの調整を行い適切な対応ができた。

来年度も特定事業所加算Ⅰの要件である重度率を保つこと、医療連携とターミナルの支援に努める事を目標とし、マネジメント力の向上を目指し研修や事例検討会の参加も積極的に行っていきたい。また、主任ケアマネジャーとして今後も地域包括支援センターと連携を取り、地域ケア会議への参加や事例提供等を行いたい。

---

# 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を実施している。

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5年3月末現在）

医師：1名、理学療法士：9名、作業療法士：1名、事務員：1名

## 2. 実績

- 年間訪問件数 ————— 8,240件  
(月平均691件、月平均利用者数138名)
- 年間新規契約利用者数 ————— 48名 (月平均4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 — 366件 (月平均30件)
- 短期集中リハ加算算定件数 ————— 19件 (279回)

## 3. 1年間の総括

令和3年度に引き続きコロナ感染症の影響で利用休止となる方も多く見られたが、感染対策を継続することでクラスターには発展せず、事業を継続することが出来た。また、昨年から取得し始めていたリハビリテーションマネジメント加算を本年度はより積極的に取ることで、リハビリの方向性や内容、注意点などを利用者・介護支援専門員、ご家族と詳細に共有することが出来た。友愛病院から退院される方の受け入れは若干増えているが、より拡充し病院から在宅への一貫したサービス提供の流れを作っていく。



# 卷末資料





盛岡友愛病院行事食



4/21 お花見御膳



5/5 こどもの日



5/23 創立記念日



6/24 おじさい御膳



7/7 セタ



7/22 土用の丑の日



9/16 敬老・十五夜



10/28 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

医療法人友愛会 盛岡友愛病院

地域医療連携室だより

Vol.6

ゆーあい

2022

発行責任者  
地域医療センター長  
副院長 中島 隆之



## 新入職員入社

新年度迎え、当院では新たに看護部34名、リハビリ11名、臨床工学技士1名、薬剤師1名、食養課5名、事務3名、の計55名の新入職員が仲間に加わりました。現在も研修を重ね、着実に、前向きに成長しております。

## 病院機能評価 受審終えて

日本医療機能評価機構認定の機能評価、5年に一度の更新が昨年末にあり、無事今回も認定基準を満たすことが出来ましたことご報告いたします。また、これまで主たる機能は【一般病院】として認定を受けておりましたが、今回より主が【リハビリテーション病院】となり、副機能が一般病院となりました。これからの地域に密着した、親切で、思いやりのある病院づくりを目指してまいります。



認定証にある【☆】はこれまでの認定回数  
を示しております。



お問い合わせ先  
☆センター直通☆

TEL : 019-907-1509  
FAX : 019-637-2111  
E-mail : renkei@yu-ai.net



## 部門紹介 地域医療センター

### センターの構成

#### ○入院管理室

看護師と事務員を配置し、各病棟の入院病床を一括管理し、外来からの予約入院、緊急入院、急性期病院やクリニックからの紹介入院等の入院調整やベッド調整を担当しております。また、入院中の患者の状態に合わせ、各種病棟の転棟調整も行っております。

#### ○地域医療連携室

事務員を配置し、主に前方連携の患者紹介に係る窓口業務、広報活動に係る対応、地域連携に係る対応と連携実績の管理を担当しております。

#### ○医療相談室

社会福祉士を配置し、通院や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っております。

#### ○患者サポートチーム

医療従事者と患者との対話を促進する為、患者、家族等に対する支援体制構築における相談窓口の対応しております。



\* 医療相談に関する問い合わせ  
医療相談室 まで



\* 外来に関する問い合わせ  
地域医療連携室 まで



\* 入院に関する問い合わせ  
入院管理 まで

## 盛岡友愛病院

TEL 019-636-2200 FAX 019-637-2790

診療科目 診療科の中心科目：内科、外科、小児科、産科、皮膚科、泌尿科、眼科、耳鼻科、歯科、放射線科、検査科、リハビリテーション科、看護科、薬剤科、理学療法科、作業療法科、言語聴覚科、臨床工学技士科、臨床検査科、臨床栄養科、臨床工学技士科、臨床検査科、臨床栄養科

URL <https://www.yu-ai-hp.net>

交通のご案内

- バス 盛岡駅西口 徒歩10分
- バス 盛岡駅西口 徒歩10分
- バス 盛岡駅西口 徒歩10分
- バス 盛岡駅西口 徒歩10分



令和5年2月の稼働を目標に、電子カルテ導入に向けての取り組みを行っています。導入により、院内各職種、部門間での情報共有のスピードアップ、精度向上を図り、これまで以上に充実した患者サービス向上を目指します。また、連携先医療機関の皆様へこれまで以上のレスポンスで対応できるよう、システム稼働に合わせて業務フローの見直しも実施致します。

## 電子カルテ導入決定



医療法人友愛会 盛岡友愛病院

地域医療連携室 だより

Vol.7

# ゆめあい

2022

発行責任者  
地域医療センター長  
副院長 中島 隆之



令和4年度 ふれあい看護体験



With コロナ  
イベント紹介  
「ふれあい看護体験」

日本看護協会が制定している「看護の日」。施設見学や簡単な看護体験を通して「看護の仕事」を知ってもらおうイベントの1つが「ふれあい看護体験」であります。当院でも毎年開催され、今年は岩手県内の高校10校から計33名が参加してくださいました。数名ずつ病棟にわかれ、看護師の指示のもと足浴や配膳を行いました。初めは緊張した様子でしたが、患者さんと接する際は笑顔も見られ、和やかな雰囲気を取り組んでいました。普段知る機会のない看護の仕事について、さまざまな体験を通して理解を深めていた様子でした。

新型コロナウイルス感染症の検査には核酸検出検査と抗原検査があり、最も信頼性が高い検査として知られているのが核酸検出検査のリアルタイムPCRと呼ばれるものです。当院では核酸検出法の「iCycler」であるNEAR法を用いた機器 (IDNOW) を2台用意しております。この方法の診断精度はPCR法に比べて、陽性一致率、陰性一致率ともに94〜98%という性能が示されており、短時間(最大13分)で結果が判定可能で、操作法も簡便であるため、当院における新型コロナウイルス感染症の診断に活用されています。



設備紹介  
COVID-19検査ブース



医療法人友愛会 盛岡友愛病院

地域医療連携室だより

Vol.8

ゆーあい

2023

発行責任者  
地域医療センター長  
中島 隆之



## 理事長 年頭挨拶



理事長  
病院長  
佐々木 達哉

令和5年の年頭にあたりご挨拶申し上げます。

昨年、新型コロナウイルス感染症のため入院の停止・制限を頻繁に余儀なくされ、地域医療連携に関わる皆様にはご迷惑をお掛けしたことをお詫び申し上げます。

さて、今年のかねてより計画しておりました電子カルテを導入いたします。これにより患者さんの情報が一元化され、皆様との連携がより迅速になるものと期待されます。当方も早く電子カルテという手段に慣れて、遅滞のない医療連携を実現したいと思っております。

今年、新型コロナウイルス感染症に対する社会的な対応は転換していくものと思われ、病気自体は変わるわけではありませぬので、皆様が健康な一年を過ごされることを願って新年の挨拶といたします。

令和五年

## 活動報告

# 摂食嚥下委員会

令和4年5月に「摂食・嚥下委員会」を発足しました。この委員会は、【多職種で連携し、摂食機能療法の必要性を普及し、成果向上を図る】【入院患者における誤嚥性肺炎予防の推進】【嚥下障害に携わる専門性の高い人材を育成】以上を目的とし、活動しております。また、X線嚥下造影検査(VF)や嚥下内視鏡検査(VFE)がスムーズに行えるよう、検査の手順・基準の見直しをするとともに、入院時より飲み込みについてのアセスメントを強化し、言語聴覚士だけではなく看護師も、患者さんの嚥下スクリーニングが適切に実施出来るよう取り組んでいきます。今年度スタートしたばかりの委員会ですが、今後の課題も多いです。が、医師、看護師、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、管理栄養士など、多職種スタッフが協力して、質の向上に取り組んでいきたいと考えています。

## 検査風景



X線嚥下造影検査 (VF)

歯科医師、言語聴覚士を講師に、口腔の機能や口腔ケア、嚥下スクリーニングについて等、動画による研修会を6回実施しました。



## 今日の名言・格言

### 「犠牲なき献身こそ真の奉仕です」

フローレンス・ナイチンゲール (Florence Nightingale) の書き残した「看護覚え書」より

看護や奉仕を行うには、自分の時間や身体を犠牲にするのではなく、自分が満たされていることが大切であり、自分が満たされているからこそ、ヒトに尽くすことができます。忙しい日々・現場の中で、どのような観察や行動が重要なのでしょうか。

このコーナーは不定期に掲載いたします  
先人・偉人から学ぶ

岩手県盛岡市永井12-10  
TEL 019-638-2222 FAX 019-637-3790

診療日時/診療科ごとに曜日・時間が異なりますので、お電話・病院ホームページ等でご確認ください。

休診日/日曜日、祝日、年末年始  
創立記念日(5月23日午後)  
土曜日午後(第2・第4曜日)

URL <https://www.yu-ai-hp.net>

### 交通のご案内

- バス 岩手県交通 南インター経由川久保線「盛岡友愛病院」下車
- 電車 東北本線 岩手盛岡駅より徒歩20分
- 車 盛岡南インターより2分  
盛岡駅より15分
- 駐車場 700台収容(無料)

# 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

