

平成23年度 院内各種委員会一覧

*掲載内容は平成23年度のもの

No.	名 称	委員長	役職	実施時期
	目的や内容			
1	衛生委員会	大曾根 康夫	副院長	毎 月
	職員の健康障害の防止と健康の保持増進及び職場環境の改善			
2	給食委員会	半田 みち子	総合医療部長	隔 月
	食事療法の質の向上			
3	薬事委員会	西尾 和三	呼吸器科部長	毎 月
	医薬品の適正管理・効率的な運用の審議・薬物療法の向上			
4	職員研修委員会	宮本 尚彦	副院長	随 時
	教育研修に関する企画・実行・評価による職員の資質の向上			
5	保険委員会	竜崎 崇和	内科部長	毎 月
	保険診療及び保険請求の適正化			
6	図書委員会	麻薙 美香	教育指導部長	毎 月
	図書室の適正な運用と医療情報の収集・提供による職員の業務資質の向上			
7	廃棄物処理対策委員会	品川 俊人	検査科部長	随 時
	感染性廃棄物の適正な管理及び処理方法の遵守と環境汚染の未然防止			
8	防火管理委員会	長 秀男	病院長	随 時
	火災・災害の予防、人命の安全確保のための防火防災管理の強化推進			
9	治験審査委員会	大曾根 康夫	副院長	第2水曜日
	倫理的、科学的及び医学的妥当性の観点から治験の実施及び継続の審議			
10	倫理委員会	宮森 正	ケアセンター所長	随 時
	医療行為及び医学の研究に関する、倫理的・社会的観点からの審査			
11	院内感染対策委員会	西尾 和三	呼吸器科部長	毎 月
	院内感染の予防策の作成、予防対策の監視・指導等による感染防止			
12	放射線安全委員会	大曾根 康夫	副院長	随 時
	放射線障害の防止・安全確保及び放射線発生装置の安全管理の徹底			
13	年報編集委員会	中川原 勉	事務局長	随 時
	病院年報の企画・編集・発行			
14	サービス向上委員会	松本 浩子	副院長	随 時
	患者サービスの向上及び職場環境の向上			
15	医療ガス安全管理委員会	西尾 和三	呼吸器科部長	年1回及び随時
	医療ガス設備の安全管理			
16	機種選定委員会	橋本 光正	副院長	随 時
	導入する機器の仕様決定、公平かつ適正な機種確保及び医療機器の仕様の検討と効率的な物品調達			
17	手術室・ICU・CCU運営委員会	小澤 治子	麻酔科部長	随 時
	手術室・ICU・CCUの有効な運営管理の検討			
18	輸血療法委員会	千葉 喜美男	泌尿器科部長	隔 月
	輸血の安全確保、事故防止、輸血業務の適正・円滑な処理、血液製剤の有効利用			
19	市民交流委員会	松本 浩子	副院長	毎 月
	院内のボランティア活動の企画・運営管理、研修教育活動の確保			
20	褥瘡対策委員会	内田 尚哉	整形外科部長	毎 月
	褥瘡対策の企画立案及び対策の推進管理			
21	広報委員会	中川原 勉	事務局長	随 時
	広報「井田山」の編集企画、発行管理、ホームページの管理			
22	医療安全管理委員会	長 秀男	病院長	毎 月
	医療事故の防止策の企画・立案、患者の安全確保、適切な医療の提供体制の確立、安全に係る委員会の統括			

No.	名 称	委員長	役職	実施時期
	目的や内容			
23	業務改善委員会 業務改善、運用基準の制定、解析結果の検討	中村 威	消化器科医長	随 時
24	臨床検査管理委員会 臨床検査の適正化・効率化	鈴木 厚	内科担当部長	随 時
25	研修管理委員会 初期臨床研修の企画立案及び運用管理	麻薙 美香	教育指導部長	毎 月
26	救急医療検討委員会 救急医療の取り組みの充実、強化	好本 達司	循環器科部長（救急科部長）	随 時
27	保育室運営委員会 院内保育室の管理・運営	齋藤 昭之	庶務課長	随 時
28	診療監査委員会 (診療内容の院内監査機関)	長 秀男	病院長	随 時
29	地域連携・病床管理委員会 病院における病床の適正な管理・運営	大曾根 康夫	副院長	第3金曜日
30	透析機器安全管理委員会 透析液水質確保加算の施設基準届出に必要な水質管理実施や透析機器等の管理計画作成	竜崎 崇和	内科部長	随 時
31	医薬品・医療機器等安全情報委員会 院内で発生した医薬品・医療用具等に係る副作用・不具合等の関係機関及び院内への報告	橋本 光正	副院長	年1回及び随時
32	診療情報管理委員会 入院外来等診療情報の管理・運用、帳票管理事務の質の向上、システムの検討	宮森 正	ケアセンター所長	毎 月
33	N S T 運営委員会 栄養管理を通じた、安全で効率的な医療サービスへの寄与	石川 修司	外科医長	毎 月
34	個人情報保護委員会 個人情報保護の適正な推進	宮本 尚彦	副院長	随 時
35	がんサポートボード 地域がん診療連携拠点病院としての体制を整備し、がん診療機能の強化を図る	橋本 光正	副院長	随 時
36	クリニカルパス委員会 クリニカルパスの作成・運用	中村 威	消化器科医長	毎 月
37	医療安全部会 インシデントレポート・事故報告書の事例分析、安全対策の実施	宮森 正	ケアセンター所長	毎 月
38	緩和ケア病棟運営委員会 緩和ケア病棟における治療方法、治療環境、他部門との調整、その他運営に関すること	宮森 正	ケアセンター所長	随 時
39	緩和ケア病棟入院判定委員会 緩和ケア病棟への入院の可否の判定、入院順位の決定、その他入院に関すること	宮森 正	ケアセンター所長	毎 日
40	病状評価・ケアプラン病床委員会 病状評価・ケアプラン病床への入院、病床・介護力等の評価、ケアプランの作成、その他運営に関すること	宮森 正	ケアセンター所長	随 時
41	がんサポートチーム（緩和ケアチーム）運営委員会 井田病院及び地域のがん患者とその家族に対し、質の高い緩和ケアを提供し、QOLの向上を目指すことにより、がんのあらゆる時期において身体的、精神的、社会的苦痛を緩和するための診療・看護・相談・マネジメント活動を行う。	狩野 真由美	ケアセンター副医長	毎 月
42	化学療法管理委員会 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価・承認	橋本 光正	副院長	毎 月
43	寄贈品選定委員会 一般市民等から本院に寄贈品の選定を委ねられた場合の、公正かつ適正な選定	中川原 勉	事務局長	随 時
44	D P C 委員会	宮本 尚彦	副院長	随 時

1 衛生委員会

〔構成〕

衛生委員会は、毎月第3水曜日に開催し、今年度は12回開催しました。

委員の構成は医師2名、衛生管理者1名、看護師2名、診療放射線技師1名、庶務課事務職1名、労働組合員6名の計13名となっています。

労働安全衛生法第18条に基づき、職員の健康障害の防止と健康の保持増進および快適な職場環境の形成促進を目的としており、公務災害の原因および再発防止対策で衛生に係わるもの、その他衛生管理に関する事項について調査・審議しました。

また、岡林呼吸器科医長が産業医に就任し、4年目となっています。

〔定期健康診断等〕

例年のとおり、定期健康診断（雇入れ時健診・人間ドック含む）、深夜業務従事者健康診断、電離放射線業務者健康診断などの健診、HBVおよびHCV検査、結核予防目的の特定職場検診（年2回の胸部エックス線撮影）、結核の接触者検診（QFT〔クオンティフェロン検査〕を含む）を行いました。また、新たに今年度から風疹・水痘・ムンプスの抗体価検査を実施しました。

表1にこれらの状況を示します。

〔各種ワクチン接種〕

抗体価の著しく低い職員に対し、B型肝炎及び麻疹ワクチンを接種しました。また、秋には原則的に全職員に対し、インフルエンザワクチンの接種を行いました。また、新たに今年度から抗体価の著しく低い職員に対し風疹・水痘・ムンプスのワクチン接種を実施しました。

表2にこれらの状況を示します。

〔公務災害等〕

2011年度の公務災害および通勤災害の認定請求件数は35件でした。その内訳を表3に示します。針刺し事故が特に多いので、再度注意喚起をしました。

血液媒介型感染のリスクのあるものはC型肝炎6件、梅毒が2件ありました。

また、再発防止に向けた取組みを行いました。

表3にこれらの状況を示します。

〔職場巡視〕

産業医・衛生管理者の視点から、安全衛生についての目的を定めて巡視を行い、各職場へのフィードバックに努めました。

（文責 委員長〔総合診療科部長〕 鈴木貴博）

表1 2011年度 定期健康診断等受診状況

健康診断（検診）の内容	対象者数（人）	受診者数（人）	受診率（％）
定期健康診断	399	380	95.2
電離放射線健康診断（前期）	65	62	95.4
電離放射線健康診断（後期）	66	38	57.6
有機溶剤等取扱者健康診断（キシレン、前期）	3	3	100.0
有機溶剤等取扱者健康診断（キシレン、後期）	3	1	33.3
特定職場検診（前期）	23	23	100.0
特定職場検診（後期）	123	118	95.9

表2 2011年度 ワクチン 接種状況

ワクチンの種類	接種者数（人）
HBワクチン	77
麻疹ワクチン	5
風疹ワクチン	6
水痘ワクチン	5
ムンプスワクチン	51
インフルエンザワクチン	460

表3 2011年度 公務災害請求状況

疾病名	職種	性別	被災日	治療	種類
左手第2指刺傷	看護師	女	2009/6/27	通院	公務災害
左手第5指刺傷	医師	男	2010/1/11	通院	公務災害
右足捻挫	医師	男	2010/5/10	通院	通勤災害
潜在性結核感染	看護師	女	2010/11/4	通院	公務災害
右手挫傷	看護師	女	2011/3/17	通院	公務災害
左手掌刺傷	看護師	女	2011/4/14	通院	公務災害
左手第1指刺傷	看護師	女	2011/4/15	通院	公務災害
左手第2指刺傷	看護師	女	2011/4/26	通院	公務災害
C型肝炎感染血液による汚染の疑い	看護師	女	2011/4/30	通院	公務災害
腕のしびれ	保育士	女	2011/5/19	通院	労務災害
左手第3指刺傷	看護師	女	2011/5/23	通院	公務災害
左手第1指刺傷	看護師	女	2011/5/23	通院	公務災害
C型肝炎感染血液による汚染の疑い	臨床検査技師	女	2011/5/27	通院	公務災害
右眼の粘膜汚染	看護師	女	2011/5/28	通院	公務災害
C型肝炎感染血液による汚染の疑い	医師	男	2011/6/8	通院	公務災害
針による刺傷	医師	女	2011/6/15	通院	労務災害
C型肝炎感染血液による汚染の疑い	看護師	女	2011/6/29	通院	公務災害
左手第1指刺傷	医師	男	2011/7/14	通院	公務災害
血性吐物による左眼結膜の障害	医師	男	2011/8/6	通院	労務災害
針による刺傷	医師	女	2011/8/9	通院	労務災害
左橈骨尺骨遠位部骨折	看護師	女	2011/8/23	通院	通勤災害
C型肝炎感染血液による汚染の疑い	看護師	女	2011/10/2	通院	公務災害
梅毒感染血液による汚染の疑い	看護師	女	2011/10/8	通院	公務災害
血液ガスの針による針刺	医師	女	2011/10/13	通院	労務災害
左手第2指刺傷	看護師	女	2011/11/30	通院	公務災害
右手第2指咬傷	看護師	女	2011/11/30	通院	公務災害
注射器の針による針刺	医師	男	2011/12/1	通院	労務災害
右手第3指刺傷	看護師	女	2011/12/7	通院	公務災害
C型肝炎感染血液による汚染の疑い	医師	女	2012/1/17	通院	公務災害
右手第2指刺傷	看護師	女	2012/2/7	通院	公務災害
前額部擦過創	看護師	女	2012/2/7	通院	公務災害
血液ガスの針による針刺	医師	男	2012/2/14	通院	労務災害
インスリンの針による針刺	看護助手	女	2012/2/15	通院	労務災害
梅毒感染血液による汚染の疑い	看護師	女	2012/2/23	通院	公務災害
注射針による針刺	医師	男	2012/2/24	通院	労務災害

2 給食委員会

給食委員会は隔月第3木曜日に開催され、患者の栄養管理の向上と充実、適正な病院食運営を図る目的で協議しました。

例年2回（8月と2月）実施していましたが、新棟への引越しが平成24年4月に延期されたため、2月に予定していた嗜好調査は取り止めとなり、8月のみの1回となりました。8月実施の嗜好調査から、食事の満足度、主食・おかずの質や温度などについて病院食に対する意見・要望等を検討し、新規献立を作成するなど患者の満足度の向上に努めました。

今年度は配膳板の新規作成、配茶ポットの廃止など、新棟移転後の給食業務について見直しを行いました。

2011年度 実施内要

開催日	議題
5月19日（木）	(1) 平成23年度委員紹介 (2) 平成23年度年間計画検討 (3) 3～4月検食状況 (4) 食養科業務状況報告
7月21日（木）	(1) 5～6月検食状況 (2) 食養科業務状況報告 (3) 嗜好調査実施案検討
9月15日（木）	(1) 7～8月検食状況 (2) 食養科業務状況報告 (3) 約束食事箋の検討
11月17日（木）	(1) 9～10月検食状況 (2) 食養科業務状況報告 (3) 嗜好調査結果報告、嗜好調査結果への対応について
1月19日（木）	(1) 11月～12月検食状況 (2) 食養科業務状況報告 (3) 正月献立実施状況について
3月15日（木）	(1) 1～2月検食状況 (2) 食養科業務状況報告 (3) 平成24年度食糧構成検討 (4) 配膳板の新規作成について (5) 新棟移転後の給食業務について

（文責 副委員長[食養科長] 矢田部 恵子）

3 薬事委員会

薬事委員会は、毎月第4月曜日に開催し、今年度は10回開催しました。

委員の構成は、医師8名、看護師1名、検査技師1名、医事課事務職1名、薬剤師2名の計13名で、新規購入の定期、臨時、院外処方及び中止医薬品、検査試薬の新規購入・中止について審議し、また、医薬品に関する様々な情報を報告し、問題点を検討しています。

1. 新規購入の定期、臨時、院外処方及び中止医薬品、検査試薬の審議について

新規購入の申請医薬品は「薬事委員会要綱」に基づいて審議し、その結果を院長等に答申し、承認を得て使用可能となります。

2011年度1年間に答申・承認された医薬品は、定期購入医薬品：92品目、院外処方医薬品：38品目、中止医薬品：98品目、検査試薬：17品目でした。

また、今年度よりDPC対象病院となったことから後発医薬品への切り替えを進め、後発医薬品の品目数を65品目から119品目へ、率にして5.6%から10.3%へ増加しました。

2. 薬事委員会の議事録要旨

薬事委員会の議事録要旨は、その都度、薬剤科発行の「医薬品情報」誌に掲載しています。

(文責 委員長[呼吸器科部長] 西尾 和三)

4 職員研修委員会

2011年度は、例年同様に各委員会が積極的に研修を実施したほか、症例検討会をはじめ、チーム医療をテーマとした勉強会を初めて開催するなど、職員の資質向上を図ることができました。

主な職員研修は次表のとおりです。

(文責 書記[庶務課] 岩間 勇人)

表 2011年度の主な職員研修

開催日	研修内容	講師
11月17日	ACLS講習会	※救急医療検討委員会
11月10日	BLS講習会	※救急医療検討委員会
8月2日	NST運営委員会研修 知らなきゃ損?こうして乗り切る暑い夏!! ～輸液管理・経口補水療法について～	株式会社大塚製薬工場
8月1日	医療安全研修会(第1回) ①注射実施時のレ点チェックに対する意識調査 ②フレアボイド報告について ③平成22年度インシデントレポート集計報告	看護部 平良 香里 薬剤科 濱島 薫子 医療安全管理担当課長 小石川 智恵
11月30日	医療安全研修会(第2回) 「今改めて考える医療安全」 ～事例から学ぶリスクマネジメント～	
6月28日	院内感染対策研修 血液培養のベストプラクティス ～CLSI 血液培養検査ガイドラインから～	日本ベクトン・ディッキンソン 株式会社

8月22日	市民公開講座（第1回） 「子宮がんのお話」 検診とワクチンの正しい理解のために	婦人科部長 中田 さくら
2月23日	市民公開講座（第2回） 「肺がんの診断と治療」	呼吸器外科医長 安彦智博
3月20日	市民公開講座（第3回） ①家で看取るということ ②食道がんのお話	ケアセンター所長 宮森 正 消化器科医長 中村 威
8月30日	副作用対応を含めた放射線療法・化学療法の 推進に関する講演会 ①がん化学療法の効果と副作用について －肺癌を例に－ ②外来化学療法室での看護師の取り組み ③がん化学療法での注意点について ④放射線治療の効果と副作用について ⑤放射線治療での注意点について	①呼吸器外科医長 安彦 智博 ②看護部 三好 しのぶ (がん化学療法認定看護師) ③薬剤科 荒井 園枝 (がん薬物療法認定薬剤師) ④放射線科部長 塚谷 泰司 ⑤放射線科 山本 桂一 (放射線治療専門技師)
7月28日	第75回井田病院症例検討会 ①乳癌の胃転移について ②慢性腎臓病（CKD）地域連携パスについて ③変形性膝関節症について	①検査科部長 品川 俊人 外科 島田 理子 ②内科部長 竜崎 崇和 ③整形外科部長 内田 尚哉
12月8日	第76回井田病院症例検討会 ①「子宮がんのお話」 検診とワクチンの正しい理解のために ②「持続する耳鳴り、充血！実は脳神経外科 疾患だった」 ③「2型糖尿病の新しい治療について」	①婦人科部長 中田 さくら ②脳神経外科部長 小野塚 聡 ③総合医療部長 半田 みち子
9月1日	褥瘡対策研修 褥瘡の評価方法（DESIGN-Rについて）	内科医長 奥 佳代 看護部 佐藤 江利子 (皮膚・排泄ケア認定看護師)
4月13日	DPC勉強会 DPCの行方と急性期病院の将来を予測する ～病院が生き残るためには～	株式会社 グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン
2月1日	チーム医療勉強会	株式会社ジェイ・エム・エス
10月25日	平成24年度診療報酬改訂の動向	※医事課
12月2日	輸血療法研修会 血液製剤の取り扱い&最新トピック	県赤十字血液センター

5 保険委員会

積極的に再審査請求をかけることで意識が統一され、請求業務自体が前向きになり査定率の低下（0.3%台）につながりました。返戻保留残についても年度末までに 700 万円台とし、入院診療単価に至っては目標額を上回り 36,000 円を超える結果となるなど、DPC 導入をきっかけに大きく前進した年となりました。

また、包括医療の考え方が理解され、在院日数と病床稼働率の収支関係や入院と外来の診療報酬の違いなど情報を伝えることで、経営に対する認識も深まりつつあります。まだまだ改善の余地はありますが、少しずつ成果が上がってきており、毎年の収入の目標値を上げることができています。

（文責 委員長[内科部長] 竜崎 崇和）

6 図書委員会

2011 年度図書室は前年度から引き続き、旧厚生棟 1 階での仮設図書室での業務となりました。2012 年 4 月の新棟への移転へ向けて、再編整備担当と打ち合わせを重ねた結果、新図書室は面積が今までの述べの面積と比べて狭くなることなどから、電動可動式書架を導入していただくことが決定いたしました。ひとえに日頃図書室運営にご理解くださる各方面の方々のご尽力の賜物と感謝申し上げます。

また、製本雑誌の保存年限もスペースの関係から今までの 20 年から 10 年までに縮小とし、廃棄作業も併せて行いました。

図書予算につきましても、前年度とほぼ同額の予算をつけていただきまして、2011 年度も各部署に数回希望図書アンケートを実施いたしました。電子媒体につきましても、今年度からエルゼビアの MDConsult と Springer Link Hospital Edition を導入し、より診療・研究に良質の情報が生かされるようになりました。

図書委員会は皆様の教育・研究活動を支援してまいります。今後ともどうぞご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

（文責 委員長[教育指導部長] 麻薙 美香）

7 廃棄物処理対策委員会

2011 年度は、6 月 28 日（火）に委員会を開催しました。

昨年度（2010 年度）の各種廃棄物の発生量及び、過去 5 年間の感染性廃棄物の発生量が報告されました。感染性廃棄物は、各病棟で梱包することになったことと、新たに 20 リットル容器が追加されたことにより増加しました。が、その他の廃棄物は昨年度より減少しました。感染性廃棄物容器用のホルダーの必要数を各関係部署にとりましたが、新病院の開院にあわせて再度調査を行うことを確認しました。

リサイクルの一環として残菜を豚の餌としての売却、および段ボール、新聞等の「紙ごみ」を「紙資源」としての売却行っております。しかしながら、「紙資源」として回収できる紙を部署等によっては分別回収が行われていないことがあるので、新たに通知を行い、院内全体に周知することを確認しました。

引き続きペットボトルキャップの回収、NPO 法人への搬送を行っており、それを元に世界の恵まれない子供たちのワクチン接種に役立てています。5 年前より行っておりますが、2011 年 3 月に 100 万個を突破し、2011 年 6 月現在（2670 人分）のワクチンを寄付したことを報告致しました。

（文責 副委員長[庶務課] 濱田 信弘）

8 防火管理委員会

防火管理委員会では、病院における防火・防災業務の適正運営を図ることを目的に、消防計画の策定、訓練の計画・実施、病院内消防施設の自主点検等を行っています。

2011年度は、病棟を対象とした、大地震発生時における患者安全確保、被害状況確認などの初期対応訓練をはじめ、初期消火訓練を行ったほか、患者及び来院者の避難誘導訓練を実施しました。

避難誘導訓練では、井田病院共同防火管理協議事項に基づいた応援要請も行い、各事業者が連携した避難誘導體制を確認することができました。

(文責 委員[庶務課] 岩間 勇人)

9 治験審査委員会

治験審査委員会は、毎月第2月曜日に開催し、今年度は7回開催しました。

今年度の新規臨床試験件数は9件、継続分も含めた臨床試験の総件数は、45件となっています。

新規申請臨床試験のうち第Ⅲ相試験1件、製造販売後臨床試験が6件、安全性確認調査が2件でした。また、実施期間や分担医師の変更等の申請は16件でした。

本委員会の手順書、委員名簿及び議事録は、井田病院のホームページに掲載しています。

(文責 委員会事務局[薬剤長] 飯島 尚志)

10 倫理委員会

当委員会は、院内で行われる医療行為及び医学の研究について、倫理的、科学的及び社会的観点から審査を行うことを目的としており、2011年度は、次のとおり延21件について審査を行いました。

	開催日	検討課題	審議の結果
第1回	6月10日	(1)積極的治療の是非について	・当該患者の意思確認に努めることを条件として承認しました。
第2回	8月18日	(1)日本人の慢性閉塞性肺疾患とその依存症に関する調査研究	・承認しました。
		(2)当院維持透析患者での血中ビタミンB1値測定について	・患者に調査結果を説明する旨を「説明・同意文書」に加えることを条件として承認しました。
		(3)NHCAPにおけるPK/PDに沿った抗菌薬投与の有効性の研究	・調査の実施手順・流れ等を整理した実施計画書がないため不承認としました。
		(4)2型糖尿病患者の糖尿病管理の自己効力を支える要件	・対象者を恣意的に判断していないことが対外的に説明できること、及び「研究同意書」、「研究参加の取り消し申し出書」の宛名に「井田病院院長」を併記することを条件として承認しました。
		(5)がん化学療法を受ける患者のセルフケア支援	・同意書の宛名を「井田病院院長」とすることを条件として承認しました。
		(6)がん患者を抱えるご家族の苦悩を知り、その苦悩に対しての看護師の役割を考える	・実施計画書等の見直しが必要であり不承認としました。

		(7)子どもを持ち入退院を繰り返すがん患者と家族ケアの研究	・院内に協力者を設置するとともに、大学と井田病院間での協定策定や、同意書書式の見直しを行うことが必要であり不承認としました。
		(8)医療安全管理マニュアルの一部変更について	・承認しました。
第3回	9月14日	(1)がん患者を抱えるご家族の苦悩を知り、その苦悩に対しての看護師の役割を考える	・承認しました。
		(2)子どもを持ち入退院を繰り返すがん患者と家族ケアの研究	・承認しました。
		(3) NHCAP における PK/PD に沿った抗菌薬投与の有効性の研究	・承認しました。
第4回	10月14日	(1)在宅患者に対する予防接種の安全性と患者の予防接種に対する意識調査	・アンケート項目をわかりやすい表現にすること。また、アンケート用紙裏面に、連絡先として部署や担当者の氏名、電話番号等を加えることを条件として承認しました。
		(2)超免疫不全 NOG マウスを用いたヒト臨床がん材料の invivo 新規評価系の開発と研究への利用	・承認しました。
		(3)適応外使用の申請/膀胱癌患者への SOX 療法による加療について	・継続審議としました。
第5回	11月8日	(1)透析療法における血中毒素物質と造血能、サイトカイン活性に関する臨床研究	・承認しました。
		(2)病理病期Ⅱ－ⅢA期非小細胞肺癌完全切除例に対してカルボプラチン/T S－1の維持療法を行う術後補助化学療法の feasibility study	・承認しました。
第6回	12月1日	(1)家族機能と在宅看取りとの関連に関する研究	・承認しました。
		(2)医療安全管理マニュアル「第9節 身体抑制」の一部改正	・承認しました。ただし、様式中の文言については意見を踏まえて修正してください。
		(3)治療の必要性についての説明書	・承認しました。ただし、様式中の文言については意見を踏まえて修正してください。
第7回	2月20日	(1)生物学的製剤による間接リウマチの逐次的寛解維持療法の検討	・「患者説明書」が他大学で使用している内容となっているため、当院で使用できるよう医師氏名等の修正や、不適当な本文の表現を修正する条件で承認しました。

(文責 委員長[ケアセンター長] 宮森 正)

11 院内感染対策委員会

【各種のキャリアーなどの動向調査】

感染対策チーム(ICT)で今年度も、MRSA・MDRP・VRE・VRSA・EsBL・PRSPを対象とした耐性菌サーベイランスを実施。また中心静脈カテーテル留置患者数、バスキャス留置患者数のサーベイランスも行っています。これは器具関連感染の感染率把握を目的としたものです。当院で検出されるMRSA感染症数は減少傾向にあり、確実なゾーニングや器具関連感染対策による効果が少しずつ現れている結果となりました。次年度も引き続き取り組みを強化して管理していきます。

【MDRP（多剤耐性緑膿菌）】

今年度、当院で新規のMDRPの患者発生はありませんでした。今後も他の医療機関や施設からの入院例はスクリーニング検査の徹底を継続し早期検出・確認を実施していきます。またMDRP患者が発生した場合はマニュアルに添った対策の徹底を行っていきます。

【結核】

今年度は4例の結核発生がありました。他の入院患者様に対する感染は発生しておりません。接触した頻度の高い職員に対してクオオントィフェロン検査を実施。3名の陽性者がおりましたが結核発症例はなく、2年間の追跡調査対象として経過観察を行っています。

結核の接触者対象の検討や議論については中原保健福祉センターと連携を強化しております。

【疥癬】

2011年度は疥癬患者発生が2例ありました。いずれも入院中に診断されましたが早急に隔離を行い適切な治療と管理を開始、その後の院内での発生は認められませんでした。

【感染性腸炎（ノロウイルス）】

今年度は2012年2月に職員1名と入院患者5名に嘔吐・下痢症状があり、ノロウイルス迅速検査を実施、陽性となった。院内感染を疑い、患者隔離を早急に行い接触感染対策や空気感染対策も実施した。その他の患者15名も検査を実施しましたが陰性でした。その後、新規検出患者の発生はなく短期間で終息をさせる事ができました。

【インフルエンザ】

2012年1月に入ってから流行となったがインフルエンザによる院内感染は発生していない。12月より患者様と関わる医療従事者（委託業者含む）にはマスク着用を義務付けている事から他の職員や患者様に感染拡大するケースは発生していません。

【感染対策チーム（ICT）】

感染対策チーム（ICT）のメンバーでは感染管理の西尾医師、栗原医師が担当、感染対策室専従では感染管理認定看護師（ICN）の井原が管理を行った。看護部からは主任福島。臨床検査技師（細菌検査担当）は引き続き宮下となり、薬剤師は小林、兼重の2名が担当しました。

昨年度同様ICN井原が主体となって各種の感染対策業務にあたった。週一度ミーティングを行いMRSAとMDRPを中心に感染状況の把握に努め、回診して病棟スタッフや医師に助言を行っています。また今年度、新たに看護部の福島が感染管理認定看護師資格を取得。今後井原と共に感染対策の徹底に勤めていきます。

【抗菌薬の使用のコントロール】

2009年12月より、抗MRSA薬、カルバペネム、ハベカシン、ニューキノロンの薬剤に対し届出制を導入しました。届出状況は毎週行われるICT会議で報告され、長期使用に関してはICDによる介入・指導を行っています。

【感染性血液等による曝露事故】

2011年度に当委員会へ届出のあった、患者血液等による職員の曝露事故は、34件であり昨年度より7件増加しました。詳細として針刺し事故26件（+2件）、目などの粘膜曝露が3件（+5件）

でした。前年度より増加となったが、患者様に使用する前の針や器材で発生しているケースが7件あり、届け出の徹底がなされた結果と考えます。感染が疑われるケースについては全て公務災害認定の申請・受理されています。

なお現在までに、曝露者から肝炎等の発症は認めていません。今後も ICN らによる啓蒙活動により血液暴露が減少していけるよう介入を行っていきます。針刺し等の血液曝露事故を減らすべく新人研修などで注意を喚起しています。

[感染対策マニュアル]

感染制御チームや看護部感染対策委員会などの協力を得て、適宜マニュアルの修正・改訂を行いました。

[Comedical 職員の協力]

ICT を中心として、看護部の感染対策委員会や検査室、薬剤科、放射線科のメンバーが全面的に協力してくれました。これら全職員の熱心な活動なくして院内感染予防は不可能です。

(文責 書記[感染対策担当] 井原 正人)

12 放射線安全委員会

医療施設で利用されている放射線については、放射線診療業務に従事する者や患者様の被ばく防止と放射線施設の安全管理について複数の法律で規定されています。(医療法・電離則は厚生労働省、放射線同位元素による障害防止に関する法律は、文部科学省、その他人事院規則等の法令及び通知)

放射線安全委員会は、これらの法に基づき定められた井田病院放射線障害予防規程にそって、放射線施設及び、放射線発生装置等が安全に管理運用されるよう必要な事項について調査・審議を行い、医療従事者や患者様の安全を確保するよう努めています。

2011 年度の委員会は、2012 年 3 月 15 日に行われました。

委員会における報告及び審議内容の概要

①被曝線量測定結果について (2011 年 4 月～2012 年 1 月までの測定結果)

放射線診療従事者延べ 66 名のガラスバッチによるモニター線量は、許容実効線量値〔50mSv/年・100mSv/5 年・20mSv/年 (1 年管理)・5mSv/3 ヶ月 (女子)] を超えて被曝した放射線診療 (および業務) 従事者はいませんでした。

水晶体〔150mSv/年〕・皮膚〔500mSv/年〕についても許容線量を超えた被曝は無く法を遵守した業務が行われました。

②放射線診療 (業務) 従事者の健康診断結果について

放射線診療 (業務) 従事者の健康診断は前期 2011 年 10 月 31 日と後期 2012 年 2 月 16 日に行われ、それぞれ 62/65 名、38/66 名の受診者でした。(健康診断受診者/放射線診療従事者数) 未受信者については、一般健康診断結果から産業医が判定し、いずれも放射線の影響による異常所見は無しと判定されました。

③放射線施設自主点検結果について

川崎市立井田病院放射線障害防止予防規定第 20 条第 1 項、第 2 項、第 3 項の規定により 2011 年 9 月 15 日定期放射線施設自主点検を実施し、異常箇所は見当たらず定期放射線施設自主点検報告書を提出、報告され了承されました。

④医用放射性廃棄物の廃棄状況

1) RI 集荷廃棄物

2012 年 2 月 23 日に日本アイソトープ協会への RI 集荷廃棄物の廃棄が報告され了承され

ました。

(RI 集荷廃棄物内訳)

可燃物 50 リットル 1 缶 難燃物 50 リットル 1 缶
不燃物 50 リットル 1 缶

2) 医療廃棄物処理 (R I 検査患者様のオムツ等の放射性汚染廃棄物管理)

2011 年 4 月 04 日から 2012 年 2 月 14 日までの期間に核医学検査を行った患者様のうち対照患者様 18 名から 131 袋の放射性廃棄物を回収保管し、自然放射線レベル (BG) 以下に低減した 131 袋を 2012 年 3 月 01 日に医療廃棄物として処理を行いました。

⑤放射線関連機器および放射線施設の管理状況

1) 放射線治療室

装置の故障は 14 回と多発し、その内訳は治療患者に影響を及ぼした重故障 3 回 (21%)、治療患者へ影響しない軽故障 11 回 (79%) であった。また、新病院移行に伴い 2012 年 1 月 21 日、旧棟から新棟へのリニアック装置の移設作業を行い、通常約 6 ヶ月を要する装置の立ち上げ期間を 4 ヶ月に短縮し、新病院開設に併せてビームデータ測定による稼動準備を行った。

2) 核医学検査室 (RI)

【放射線施設管理の管理状況】

- ・排気・排水設備の点検 (1 回/年)
2011 年 8 月 22 日 実施
- ・貯留層の清掃 (1 回/年)
2011 年 12 月 08 日 実施
- ・モニタリングシステムの定期点検 (1 回/年)
2011 年 8 月 16 日～17 日 実施
- ・作業環境測定 (12 回/年) 実施
結果：特に問題なし。

【装置管理状況】

ガンマカメラ CGA-7200A/DI

- ・2010 年 9 月 30 日で保守終了 (メーカー側からの保守打ち切り)
スポット点検を 2011 年 10 月 21 日～22 日に実施。
- ・2011 年 7 月 22 日 対向動ブレーキリレー不良、交換。
- ・2012 年 01 月 30 日 CPU 故障、貸出機を取り付け修理。

⑥2011 年度放射線関連機器の届出状況

移転に伴い、次年度にまとめて報告させていただきます。

⑦2011 年度 放射線計測器の標準校正

1) 治療用線量計の校正

2011 年 12 月 15 日に医用原子力技術研究振興財団において校正を行いました。

2) サーベーターの校正 (電離箱 1 台、シンチレーション 1 台)

2011 年 12 月 20 日に千代田テクノルにおいて、校正を行いました。

⑧その他

井田病院敷地内サーベいの結果、特に問題となる箇所はありませんでした。

(文責 副委員長[放射線科担当課長] 川野 保夫)

13 年報編集委員会

病院年報は、前年度の病院活動実績を可能な限り仔細に編纂する必要があるため、各職種・各科から選出された職員をもって、委員会を構成しています。

1年間の病院の足跡が様々な形でデータとなって表される年報は、職員が業務を遂行する上での資となるものであり、また励みとなるものと考えております。

今後についても、年報は病院の歴史を残す重要な資料であることを念頭に、年報編集作業を進めていきます。

(文責 書記[庶務課] 岩間 勇人)

14 サービス向上委員会

2011年度は、従来同様、患者サービスの向上・療養環境の向上を図るための検討を行う等、積極的に活動しました。

委員会は、6月15日の第1回の開催から計9回開催しました。2011年度の活動方法として、「投書箱対応」、「環境整備」、「待ち時間調査」及び「患者満足度」の各グループを設けて活動を行いました。

主な活動として、投書箱対応グループでは、投書箱の対応の流れを整理し、107件の投書の対応を行い、投書箱も「メッセージボックス」に名称変更しました。環境整備グループでは、院内巡視を定期的に行い、院内イベント等開催のフローの作成や、院内チラシの修正等を行いました。待ち時間調査グループでは、「外来待ち時間調査」を2回実施し、現状分析・検証を行い「サービス向上委員会だより」で結果の周知を図りました。患者満足度グループでは、「患者アンケート調査の実施」により現状の調査・検証に努め、結果を「井田山」へ掲載しました。

患者アンケート調査は、外来患者に関しては8月11日及び12日に、入院患者は8月11日から17日にかけて実施しました。

同調査は、年1回定期的に行っているもので、その結果は「第3次川崎市病院事業経営健全化計画」の指標にもなる予定です。今回の調査結果における患者の満足度は、外来が90.1%、入院が96.1%となり、「第2次川崎市病院事業経営健全化計画」における経営指標の一つとして掲げた外来目標値「満足度85%」・入院目標値「満足度85%」をともに上回りました。

当委員会では、2012年度においても、患者様のニーズを把握し、2014年の新病院全面開院へ向けて、患者サービスの向上に努めていきたいと考えております。

(文責 委員長[副院長] 松本 浩子)

15 医療ガス安全管理委員会

2011年度は、9月27日(火)に委員会を開催しました。

2010年度の医療ガス設備保守点検は、6・9・12・3月に行なわれ「異常なし」との報告がありました。CE設備定期自主検査においても2010年10月に行われ「異常なし」の報告がありました。

医療ガス設備の故障については、2010年7月に3号棟地下1階No1吸引ポンプの整備、2010年8月に3号棟地下1階No2吸引ポンプ逆止弁の交換をしたとの報告がありました。

医療ガス安全点検に係る業務の監督責任者に西尾委員長、実施責任者に長橋副委員長が任命されました。

また、新病院の医療ガスアウトレットの方式が現在使用中のシュレーダー方式からピン方式に変わることの報告がありました。

また、3月の震災時の影響はあったのかと質問がありましたが、3月の点検は震災後に行っており各病棟特に2号棟東病棟を重点に点検を行い異常のないことを確認したと報告がありました。

今後も、保守点検を入念に行い故障の早期発見に努め、故障時には支障のないように十分な事前の打合せを行っていきます。

(文責 書記[庶務課] 濱田 信弘)

16 機種選定・診療材料委員会

2011年度は、7月4日、9月7日、10月14日、10月31日、11月7日、11月14日、12月20日に委員会を開催し、医療機器の仕様決定・機種選定及び診療材料の審議を行い、競争入札を経て業者が決定されました。

審議を経て購入した医療器械は、耳鼻咽喉内視鏡、上部消化管汎用ビデオスコープ、大腸ビデオスコープ、拡大コントローラー、内視鏡洗浄消毒装置、高周波手術装置、血液培養自動分析装置、落射蛍光顕微鏡、調剤支援システム、細菌検査用顕微鏡、重心動揺計、脳内血腫内視鏡下吸引セット、脳外科用ハイスピードドリル、気管支ビデオスコープ、密閉式自動固定包埋装置です。

また、2012年度へ向け再編関係医療器械購入に関し、上記開催も含め、延べ30回の委員会を開催しました。

(文責 書記[庶務課] 池川 智朗)

17 手術室・ICU・CCU 運営委員会

2011年度は委員会を年6回開催しました。中央部門としての手術室及び集中治療室の効率的運用のため、各診療科の代表が委員となっております。

1. 新病院に向けて

2012年5月には新病院が開院し、新手術室が稼動するため、必要な機器、物品の選択、申請を行っていく。そのため既存の機器の確認、各科の希望機器、物品について検討を行った。

2. 手術室での抗生剤投与について

感染予防の点から、長時間手術については、3時間毎の抗生剤投与が望ましいため、手術室での投与を行うことを提案し、指示法、実施法などについて検討を行った。

(医事課より、3回目からは算定外、2回目も主治医の詳記必要ということが判明)

3. 手術時の「タイムアウト」について

「患者の安全への取り組み」としての麻酔導入前の「サインイン」、「皮切前のタイムアウト」を試行の後、本格導入を行った。

4. ICU委員会としての独立委員会が必要ではないか

ICU入室患者の把握法やICU退室の決定法がはっきりしていないため、ICUの運営を考える必要がある。この委員会のメンバーに内科系医師は1人であるが、ICU入室患者の多くを内科系患者が占めるため、メンバーの再構成、独立した委員会が必要ではないかと提案した。

5. 川崎病院との兼務医師の手術に関して

術前術後管理をどのように行っていく予定であるか、確認した。

その他、5月の新棟移転時の手術室運営や手術枠等検討を行った。

(文責 委員長[麻酔科部長] 小澤 治子)

18 輸血療法委員会

2011年度の輸血療法委員会は、6回開催されました。

[血液製剤の使用状況]

血液製剤の使用状況については、[各科の歩み・検査科]を参照してください。

本年度の赤血球製剤及び血漿製剤の使用量は前年より増加しました。赤血球製剤は15%、血漿製剤については、血漿交換件数が昨年より少なかったことからFFP-LR-Ap製剤使用量は昨年の20%減となりました。血小板製剤も、前年度より25%減少しました。自己血の使用量は昨年同等の使用量でした。

また、輸血管理料Ⅱに必要なFFP使用比（FFP／赤血球LR＋自己血）は0.31でした。申請基準の0.25以下に届かなかったため次年度の取得申請はできませんでした。

[血液製剤の廃棄状況]

赤血球製剤18単位、FFP製剤3単位、血小板製剤20単位の廃棄があり、病院の買い取り額は、740,562円でした。前年度に比べて増加し、廃棄率は1.7%でした。

廃棄理由としては、手術用に用意した製剤の未使用が最も多く、備蓄分が使用されずに期限切れになった、払い出し後に患者様の容態が急変して使用出来なかった、などがありました。

自己血の廃棄率は6.5%で、前年の約半分に減少しています。

[副作用報告]

本年度の副作用発生は、赤血球製剤2例、FFP製剤8例、血小板製剤3例でした。副作用の内容は発疹・発熱・かゆみが多く、軽度の呼吸困難が1例ありました。

[アルブミン製剤の使用状況]

本年度のアルブミン製剤使用量は9543.5gで、前年度より約5%減少しました。診療科別で統計しますと、内科での使用が半分を占めています。

アルブミン使用比（アルブミン／赤血球+自己血）は1.2で、輸血管理料Ⅱの基準値2.0以下を満たしています。

[院内研修会]

2011年12月2日に「安全な輸血を行うために/血液製剤の取り扱い&最新トピック」というテーマで、神奈川赤十字血液センター学術課竹内さんの講演会を開催しました。

輸血の最新情報に加え、血液製剤取扱い方法、輸血副作用・感染症、輸血事故事例と過誤防止を中心にわかりやすく解説してもらいました。

参加者26名と参加人数が少なかったものの、内容については非常にわかりやすく参加者には好評でした。

本年度も無事故であったことを感謝します。

(文責 委員長[泌尿器科部長] 千葉 喜美男)

19 市民交流委員会

当委員会は、川崎市立井田病院におけるボランティア活動を支援し、よりよい癒しの環境づくりを目指して発足し、17年目を迎えました。

毎月1回全体会議の委員会を開催するとともに、それぞれの活動場所毎に随時連絡会、打合せ会等を開催し、院内のボランティアが円滑に活動できるように情報の共有化を図っています。

市民交流委員会とボランティアが行った主な活動は次のとおりです。

(1) 院内コンサート

3号棟1階玄関ホールにおいて、月1回程度、ボランティアによる院内コンサート演劇を行っています。内容としてはピアノ、マリンバ・管楽器演奏、コーラス等多岐にわたっています。車椅子などの患者様もコンサートを楽しめるように、病室からの送迎や付き添いなどには職員と共にボランティアがあたっています。

井田病院院内コンサートは、平成17年度途中から「音楽のまち・かわさき推進協議会」の後援を得てコンサート予定が、協議会の機関紙やホームページなどで広報されるようになりました。

開催日	内容
平成23年9月30日(金)	鶴川グリーンエコーズ
平成23年12月2日(金)	西原のぞみピアノコンサート

(2) アート・ボランティア

薬局前ホール壁面を利用し、絵画、写真、書道、イラスト画などの展示会を行いました。

展示期間は約1か月としていますが、アート・ボランティアは、多数の方の希望があり、展示順を待っていただくほどです。感動したアートには感想文が多数寄せられ、アート・ボランティアとの輪が生まれているようです。

(3) ボランティア交流会

院内でのボランティア活動の向上と、ボランティア同士及び職員との交流を深め、院内活動をしていく上での病院に対する要望や意見を交換していくことを目的に実施しています。

開催日時:平成23年11月24日(木) 14時30分～15時30分

各ボランティアグループ活動の紹介と意見

介護	患者様との話し相手、食事の配膳、車椅子介助、洗髪、シーツ交換、室内清掃、散歩などの活動内容の支援 髭剃り、爪切りなどの身体面でのケアとリハビリへの送迎 床頭台を掃除して回るボランティアもいます。
案内	外来受付、検査、1階フロアなどの案内、相談、患者さんの話し相手、車椅子介助などの活動内容の支援
園芸	①3-2中庭・西庭グループ ②セントポーリアグループ ③ハーブガーデニンググループ ④PCUグループ ⑤玄関グループ *各グループで話し合い植え替えの計画をたててもらい実施

	<p>*3-2中庭・西庭：土の耕し・植え替えを四季で計画し常に花が耐えない環境を維持していく</p> <p>*セントポーリア：旧厚生棟3Fで苗を育て火・金に院内を回りセントポーリアや観葉植物の水遣りメンテナンスを実施する。</p> <p>*ハーブガーデン：四季折々のハーブを維持し散歩も楽しめる環境をつくる</p> <p>*PCU：癒しの環境づくりに努め各病室からみえるプランターには常に花が絶えないようにする。</p> <p>*玄関：再編整備で規模は縮小しているが、入り口のプランター・正面玄関前の花・植木の管理を行う</p> <p>*年2回(春・秋)PCU園芸療法材料費を予算執行し、必要な物品・土・肥料等を購入する。</p>
外来	<p>院内の売店の表示を分かりやすくして欲しいです。</p> <p>病院関係の図書は好調です。他の病院では椅子がおいてあるので、当院でもそのような設置はどうかと提案します。</p> <p>病棟内の掃除が綿ぼこりがあるので、行き渡っていないように見えます。</p>
緩和ケア	<p>①介護ボランティア、②園芸ボランティア、③図書室ボランティア、④アロマボランティア、⑤温灸ボランティア、⑥絵手紙ボランティア、⑦折り紙ボランティア、⑧音楽ボランティア、⑨ティーサービスボランティア</p>
イベント手伝い	<p>イベント企画班の年間スケジュールに沿ってお手伝いの役割担当など具体的に計画する。</p>

(4)園芸

園芸ボランティアの活動は、大きく5グループの分かれて活発な活動を行っており、当院の「癒しの環境づくり」に大きく貢献し、患者様からも大変喜ばれています。

また、今年度は有志によりボタン園の移転も行われました。

園芸ボランティアは、各グループがそれぞれの目標をもって計画を立て活動しています。

ア 3-2中庭・西庭グループ

中庭花壇には、四季折々の花が咲き、患者・家族の憩いの場所になっています。

車椅子で散策できるように配慮してありますので、家族と散歩したり、リハビリ訓練の患者様が立ち寄って、手入れをしているボランティアと植物の話をしていく姿が見られたりします。

西庭は、散策をするには発しいですが、病棟の窓から見る四季の花は入院中の患者様の安らぎになっています。

イ セントポーリアグループ

横浜国大から寄贈されたセントポーリアは、専用の部屋で湿度、光の管理のもと、栽培が続けられ、種類も株数も増えています。

育てられたセントポーリアは一緒に育成している蘭や観葉植物とともに院内各所に飾られています。定期的な水遣りなど行き届いた手入れを続けているボランティアに声を掛けている患者様の姿もよく見かけられます。

ウ ハーブガーデングループ

平成11年にケアセンターの隣の小高い外庭に造園されたハーブ園には、パーゴラ、めだか池を配置し、約100種類のハーブが植えられており、患者様や家族が散歩を楽しんだりしています。

このハーブは、ティーサービスに使ったり、エレベーター内に飾るハーブリースに使用したり

もしています。

エ 緩和ケアグループ

緩和ケア病棟の性格上、医療や看護のみではできない人生の喜びや安らぎを提供できるよう「癒しの環境づくり」に努めています。

中庭と呼ばれるサンテラスのミニガーデンやすべての病室から見える大型のプランターに美しく咲く季節の花々が終末期の患者様と御家族の安らぎに役立っています。

オ 玄関・外庭グループ

正面玄関前の櫓の周り、正面入口に絶えず花が植えられ、病院の玄関を華やかに飾っており患者様の気持ちを和らげる環境をつくっています。

(5)案内・図書ボランティア

ボランティア内容としては、正面玄関前で、受付のサポート、外来患者様の案内、図書の整理、車椅子の整理、車椅子の空気入れ、外来での検査搬送、雨の日のビニール傘渡し等の活動をしています。病棟ボランティアと1か月に1回ミーティングを行っています。

(6)病棟ボランティア

ボランティア内容としては、患者様の話し相手、散歩、買物、手浴、足浴、入浴、洗髪、環境整備、配茶など多岐にわたり活躍しています。

また、活動されている方々も、人に喜ばれる事でモチベーションが高く維持できています。

(7)アロマセラピーボランティア

毎月第4木曜日に、専門知識と実技を学び、トレーニングを積んだボランティアが、緩和ケア病棟で消炎・鎮痛作用のあるラベンダーオイルや気持ちを明るくしてくれるオレンジオイルなど、患者様の症状や希望に添ったオイルを使用してアロママッサージ、芳香療法を行い、心身のリラックス効果や体の機能アップに役立っています。

(文責 委員長[副院長] 松本 浩子)

20 褥瘡対策委員会

褥瘡対策委員会では、褥瘡回診を、毎週木曜日午後に行なっています。

今年度の褥瘡対策チームへの介入依頼は、72件でした。

褥瘡患者報告は220件で、そのうち院内発生は、91件（前年度増26件）でした。

褥瘡推定発生率は2.0%（前年度増0.2%）となっています。

院内研修は2011年9月1日「DESIGN-Rによる褥瘡の評価」

11月10日「薬剤・ドレッシング材の選択」

12月1日「スキンケア」

3月8日に「事例検討」の4回実施しました。

(文責 副委員長[看護師長] 大溝 茂実)

21 広報委員会

広報委員会は、2008年4月1日に、井田病院に関する情報を市民等利用者に広く周知することを目的として、発足しました。

所掌事務は、①院内報の発行に関する事、②井田病院ホームページの管理・運営に関する事、③院内報・ホームページのほか井田病院に関する情報の広報に関する事です。

職員向け広報紙だった院内報「井田山」が、患者さんや近隣住民まで範囲を広げた広報紙として発刊されるようになって10年目を迎えました。2011年度は3回発行し、記事として井田病院改築工事の進捗状況、患者満足度調査の結果報告、「知って得するコーナー」、最新治療の紹介、市民公開講座や症例検討会等の院内行事予定などを掲載しました。

井田病院の情報をタイムリーに提供するため、委員で活発な情報収集と検討を行い、情報の発信を適時行っています。

(文責 書記[庶務課] 佐々木 沙絵子)

22 医療安全管理委員会

毎月第4木曜日を定例日として委員会を開催しました。

委員会は、医療安全管理部会を下部組織に持ち、院内感染対策委員会、輸血療法委員会、防火管理委員会、廃棄物処理委員会、放射線安全委員会、医療ガス安全管理委員会、衛生委員会を統括しており、各委員会での決定事項の徹底と提案事項の検討・承認、懸案事項の検討を図りました。

相談コーナー運営手順、アドボカシー対応マニュアル、身体抑制に関するマニュアルを委員会で承認した。

(文責 委員[医療安全管理担当課長] 西川雪子)

23 業務改善委員会

本年度は開催されませんでした。

24 臨床検査管理委員会

2011年度は管理委員会を1回、実務者部会を4回開催しました。

実務者部会では、診療科(内科、外科)と看護部から要望事項を出してもらい、検査科の各部門の代表者との話し合いを行っています。検査科各部門からもお知らせやお願いを出しています。今年度は医師の出席が少なく、診療科からの要望が検査科に届きませんでした。今後は、医師が参加しやすい時間帯や、日程にすることも考えていきたいと思えます。看護部からは検査結果が遅れるときの検査科対応、パニック値が出た時の対応、血液型・不規則抗体検査至急の対応、術前心電図の結果報告方法、ICUの血液ガス分析装置の修理対応などについての要望が出されました。検査科からは、時間外緊急時の検査オーダーや、損益を出している検査の見直し、保険請求で査定される項目の見直し、会計漏れへの対応などをお願いをしました。

また、新病院開院に向けて、システムや運用が変更されるため、分野ごとに分けて変更点等を説明しました。

議題として取り上げられたことは検査科内で良く議論し、対応策・改善策を考え、実践できることは実践し、次の実務者部会で結果を報告し、管理委員会にて最終報告をしています。

今後も本委員会を通じて、診療科と看護部及び検査科間で、意思の疎通を図りながら、当院の診療体制を支えて行きたいと考えています。

(文責 委員[検査科担当課長] 神保万里子)

25 研修管理委員会

2011年度の研修管理委員会では、2012年度初期臨床研修医選考試験を8月8日(第1回)、10月5日(第2回)に実施し、マッチングシステムに参加した結果、3人のマッチ者を確保し、当院基幹型プログラムにて採用することとしました。

なお、慶應義塾大学病院初期臨床研修たすきがけBプログラムによる採用はありませんでした。

また、2010年度初期臨床研修医のプログラム修了判定会議の結果、並びに2011年度初期臨床研修医の履修実績及び今後の履修計画等について報告しました。

なお、2011年11月25日に、NPO法人卒後臨床研修評価機構による臨床研修評価を受審しました。その結果、2012年1月1日から2013年12月31日までの2か年間の認定を受けました。

(文責 委員長[教育指導部長] 麻薙 美香)

26 救急医療検討委員会

当委員会は、救急医療に関する事項、救急医療に関する研修会の企画、実施その他必要な事項を協議、検討するために設置されており、2011年度は5回開催しました。

6月には、脳神経外科、整形外科の平日・日中の救急隊からの連絡について検討し、①日中の救急受入は、内科医師が初期対応を行うこととし、院内への周知を図ること。②空床の情報については、救急担当医師が事前に情報を収集し、その情報を元に救急患者を受け入れること。③救急受入体制は新棟移転まで現状のままとすることなどを決定しました。

9月には、①CPA患者が搬送された場合の対応マニュアルを整備(見直し)する。②BLS手順書をマニュアルに掲載することなどを決定しました。

11月には、平日・日勤帯におけるホットラインの取扱いの見直しなどを決定しました。

12月には、コールワン発生時の対応などを決定しました。

3月には、新病院移転時・新病院救急室開始後の救急体制について検討し、工事期間中、救急患者は中央ケアルームを利用して診療をすることから、①新棟における救急患者搬送経路、②CPA患者搬送方法についての検討。③整形外科系救急患者の受入れに関するプロトコルの承認。④ACLSアルゴリズムの修正などを決定しまし

た。

2011年度の救急車による搬送件数は、3,092件と前年度の2,318件に比べ、33.4%の増加が見られたが、非応需件数も増加しており、今後、新棟での運用方法を含め、救急医療体制の整備が必要と考えられます。

また、11月10日、11月17日の両日、BLS・ACLS講習会を開催し、医師6名、看護師6名、計12名が受講しました。2月5日にはBLS講習会を2回開催し、看護師20名、臨床検査技師4名、計24名が受講しました。

その他、消防局と共催で、11月30日、救急症例検討会を開催し、病院職員22名、消防局職員31名、計53名が参加し、救急隊との連携の促進を図りました。

(文責 書記〔庶務課〕 鈴木 康之)

27 保育室運営委員会

当委員会では、医師や看護師が安心して働けるよう院内保育室の運営・管理について、協議を行っています。

2011年度は、防災性マットへの変更、家具等の角へのクッションの取付け、棚のおもちゃ箱の固定（飛び出し防止）などの対処を行いました。

また、東日本大震災に伴う福島第一原子力発電所の事故による放射線物質の環境への影響に対し、院内園児の安全対策として本市安全対策指針に基づいた情報の収集等を実施しました。

(文責 書記〔庶務課〕 佐々木 沙絵子)

28 診療監査委員会

診療監査委員会は、診療を適正に遂行するため診療内容の監査機関として要綱が定められています。

2011年度は、診療監査委員会は開催されませんでした。

(文責 書記〔医療安全管理担当課長〕 西川雪子)

29 地域連携・病床管理委員会

2011年度は、病床管理委員会は、月1回開催しました。

委員会の設置目的である病床の効率的運用については、「第2次川崎市病院事業経営健全化計画」においても、収益確保策の一つとして掲げられ、目標数値として平均在院日数を17日としているところであり、委員会では平均在院日数の短縮や病床利用率の向上のための方策や諸問題の検討を行いました。

具体的には、委員会において、前方・後方支援班、退院調整班、地域医療支援病院班、病床運用班の4つの班に区分して、病棟別利用状況や長期入院患者の状況を報告し、状況の把握に努めました。

前方・後方支援班では、紹介率・逆紹介率の向上を、退院調整班は、退院調整スクリーニングシートを活用した長期入院患者等の退院件数の増加を、地域医療支援病院班は当院が地域医療支援病院の承認を目指すための調査等を、病床運用班は、病床稼

動統計を行いました。

今後も、限られた医療資源を有効に活用し、より質の高い医療を公平・公平に市民に提供することを主たる目標とした取組みを実施し、病床のさらなる効率的運用に努めるとともに、地域医療支援病院の施設基準獲得を目指していきたいと考えております。

(文責 委員長[副院長] 大曾根 康夫)

30 透析機器安全管理委員会

当委員会は、透析療法を安全に実施していくために、血液を浄化する際に必要とする透析機器及び透析液、更に、その基となる水質管理を行うものです。

それぞれの安全基準を設け、毎月のデータを報告し、安全基準が守られているか、点検や準備の手順に問題がないかなど検討していく場として重要な委員会となっています。

(文責 事務局[MEセンター] 大塚 祐希)

31 診療情報等管理委員会

本年度は2011年4月14日、12月6日と2012年2月2日に委員会を開催いたしました。

4月の委員会は拡大版として全職員を対象に電子カルテ導入に向けてのキックオフミーティングを、12月にも同様に開発に携わった各ワーキンググループからの運用フローのプレゼンテーションと全体確認を行いました。

また、2月には退院時要約とDPCの問題等を協議しました。

(文責 書記[医事課] 神林 伸雄)

32 医薬品・医療機器等安全性情報委員会

当委員会は、薬事委員会（医薬品）、輸血療法委員会（輸血用血液）、機種選定・診療材料委員会（診療材料・医療機器）、治験審査委員会・倫理委員会（治験薬）の各委員会で報告された医薬品・医療機器等に係る重篤な副作用および不具合の情報を収集し、院内に周知すると共に、患者への安全対策を図ることを目的としています。また、「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」に基づき厚生労働省に報告しています。

今年度は、医薬品について2例、血液製剤4例の副作用報告がありました。厚生労働省へ報告を行うような重篤例はありませんでした。

副作用及び不具合報告の詳細については、薬剤科より発行している医薬品情報誌に載せ各職員に周知しています。

(文責 副委員長[薬剤長] 飯島 尚志)

33 NST運営委員会

2005年度2月よりNST運営委員会を立ち上げ、2011年2月に栄養サポートチーム加算の施設基準を届出て、2011年3月から加算を開始しました。

現在、毎週火曜日、回診・カンファレンスを実施し、従来のアルブミン低値の患者だけでなく、手術予定患者、抗がん剤治療予定患者の栄養状態低下の予防のための介入も行っています。

委員会委員の知識の向上を図るため、院内勉強会を開催しました。また、介入内容を分析し、自治体病院学会、神奈川県NSTフォーラムにおいて発表しました。

回診患者数（延べ人数）

	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
介入数	49	42	61	83	60	61	63	86	57	58	71	70	761
加算数	28	29	51	75	59	56	55	71	54	56	66	37	637

（文責 委員長[外科担当部長] 石川 修司）

34 個人情報保護委員会

当院における個人情報保護方針に則って業務を行っており、2011年度においても、委員会で審議すべき案件はありませんでした。

（文責 書記[庶務課] 佐々木 沙絵子）

35 キャンサーボード

目的は、各診療科及びコ・メディカルが集まり、診療上において判断が困難な症例について、科及び職種を超えて意見を交え、対象となる患者の最善の医療を求める場として、キャンサーボードを実施しています。

平成23年度の実績は、外科症例4件、泌尿器科症例1件、婦人科症例1件、合計すると6件の症例を実施しました。

（文責 委員長[副院長] 橋本 光正）

36 クリニカルパス委員会

DPC導入に伴い、効果的で効率の良い医療が求められるようになり、クリニカルパスの重要性が高まっています。実際、パスの適用数が病院経営を左右すると言っても過言ではなく、病院として取り組むべき課題の一つです。

2011年度は、電子カルテの導入もあり、電子クリニカルパスの作成という大きな課題に取り組みました。そもそもパスの目的とはなにか、それはパスを作る過程で、診療の内要を見直し医療の標準化を図るものです。そこには病院の治療に対する姿勢が反映し、適正度が評価されることとなります。

システムの開発を進めながらも、パスの使用率は前年を上回り1264件で、5%ではありますが伸びています。紙パスから電子パスへの転換期であることも含め、結果についてはほぼ満足できるものでした。

WGについては、電子パスの作成率を50%として作業を進めましたが、開発段階で

目標の 36 件を上回り、41 件のパスを作成して電子カルテ導入を迎えることができました。

(文責 委員長[外科] 中村 威)

37 医療安全部会

毎月第 3 火曜日を定例会として、各部門のインシデント報告と医療安全対策の検討、周知、医療安全活動を実施しました。

医療安全部会として取組んだインシデント対策は、バーコード入りリストバンドの着用の検討、ドレーンチューブ接続はずれ対策の検討、採血時の神経損傷リスク回避対策研修会開催、輸血間違い防止のための確認の徹底、窓からの転落事故防止対策としての全窓ロック、気管チューブのカフもれ対策、薬剤師による入院時持参薬の管理開始、外来患者の患者間違い防止、単身者の説明と同意の対応のマニュアル作成、電メスによる術者の火傷防止、グリセリン浣腸実施手順の徹底、夜間の採血患者間違い防止、夜間緊急時招集マニュアルの改定を取り組みをしました。

医療安全活動としては、全職員を対象に「注射」「輸血」「患者誤認」による医療事故防止のための確認行動の徹底を図るために標語募集を行った。応募総数 74 首が寄せられ、全職員による投票で「確認一瞬、ミス一生」「確認は、手をかけ、目をかけ、心かけ」「指さして、確認しよう 5 項目(患者名 部屋番号 薬品名 量 実施時間)」「声を出し 血型確認 指差呼称」「お名前を 聞いて確認 見て確認」の 5 首が院長賞を受賞した。引き続きポスター募集を行い、薬剤科、Ⅲ 2 病棟、Ⅲ 3 病棟、内視鏡センター、検査科が院長賞を選出し、ポスターは全部署で掲示するなど、継続した院内全体での取組みを通じてより身近に医療安全に対する意識の高揚を図った。

職員への医療安全教育活動としては、全職員への医療安全ポケットブックの配布の継続、医療安全研修会開催は 9 回実施しました。

(文責 副委員長[医療安全管理担当課長] 西川雪子)

平成 23 年度 インシデントレポート件数

	22 年度	23 年度	増減	22 年度 構成比
合 計	1,389	1,248	▲141	100.0%
薬剤	430	457	27	36.6%
輸血	6	14	8	1.1%
治療・処置	69	53	▲16	4.3%
医療機器等の使用・管理	54	41	▲13	3.3%
ドレーン・チューブ類等の使用・管理	214	200	▲14	16.0%
検査	275	168	▲107	13.5%
療養上の場面	285	263	▲22	21.1%
その他	56	52	▲4	4.2%

38 緩和ケア病棟運営委員会

委員 医師、看護師、在宅部門看護師、コーディネーター、薬剤師、栄養師、臨床心理士、理学療法士、ケースワーカー

開催日 第3水曜日 13時から14時

緩和ケア病棟の運営に関わる問題、イベントの企画運営、アロマセラピー、温灸療法、園芸療法、ボランティアとの協力、一般病棟、在宅部門との情報共有。癌拠点病院としての緩和ケア、在宅緩和ケアの推進、緩和ケア研修会の企画と実施をおこないました。

(文責 委員長[ケアセンター所長] 宮森 正)

39 緩和ケア病棟入院判定委員会

委員 医師、看護師長、主任看護師、コーディネーター

開催日 緩和ケア外来初診日

内容 緩和ケア病棟入院希望の患者・家族の初診は、1件1時間の枠をとり、医師、看護師、コーディネーターの3者で行い、病状や患者家族の苦痛を理解し、最も望ましいケアの場の選択が可能となるように対応しています。

(文責 委員長[ケアセンター所長] 宮森 正)

40 病状評価・ケアプラン病床委員会

超高齢化や多死の時代を迎えるにあたり、市民にとって希望する、安心できる医療、看取りとは何かを社会的背景とあわせてケアプラン病床のあり方として検討しました。

ケアプラン病床は非がんの緩和ケア、在宅支援の強化を目的として、亜急性期病床と急性期病床での運用を目指しています。また、地域連携を強化する場でもあり、医療依存度の高い方を在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションと連携し、地域へのスムーズな移行や地域に戻られてからのバックアップ体制についての支援、地域施設への移行支援についても検討しています。

今後は新病棟でのケアプラン病床への設置に向けて具体的な体制、方法を明らかにし、試行について取りまとめていくことが課題としてあげられます。

(文責 委員長[ケアセンター所長] 宮森 正)

41 がんサポートチーム運営委員会

2003年より活動を始めた緩和ケアチームは、2009年6月から専従医師、看護師が配置された。地域がん診療拠点病院として、院内および地域のがん患者とその家族に対し、質の高い緩和ケアの提供を目指し「がんサポートチーム」という名称で活動しています。

今年度は専従の狩野真由美医師が7月に退職され、中野泰医師が専任となりました。中野泰医師は12月で退職されました。1月から3月まで石黒浩史医師が専任となり活動しました。またチーム立ち上げから関わり、チーム専従看護師として活動していた目時陽子看護師が人事異動のため3月31日でチームを離れました。

医師が専任となったため 8 月から 3 月までは緩和ケアチーム診療加算は算定していません。

その他、がんサポートチーム運営委員会メンバー15 名が協力員として活動しています。

一般病棟入院中で緩和ケアが必要であり、主治医から依頼のあった患者の回診を毎日行い、水曜日にがんサポートチーム全員でカンファレンスを行い、全病棟を回診しています。

2011 年度のがんサポートチーム依頼件数は、新規依頼が 146 件、再開が 49 件で年間合わせて 195 件の依頼がありました。依頼時の診療状況は治療を行っていない段階での依頼が 178 名、がん化学療法中からの依頼が 14 名でした。また、2010 年 4 月から開始されたがん患者カウンセリングについては、今年度も患者家族への告知や病状説明への同席等 6 件あり、がん告知の段階や治療に関する意思決定等に関わりました。

表 1 がんサポートチーム年間依頼件数（2011 年度）

	新規	再開	継続	加算	依頼内容					診療日数	診療期間
					疼痛	疼痛 以外	精神的 ケア	家族 ケア	療養 場所		
4 月	23	6	8	35	15	14	16	10	8	307	390
5 月	18	4	17	38	14	7	13	5	5	308	378
6 月	15	3	9	26	13	5	8	8	17	272	272
7 月	15	7	7	27	15	8	12	1	8	336	341
8 月	14	2	11	0	7	9	10	3	3	387	399
9 月	12	5	8	0	8	9	8	2	8	215	220
10 月	7	7	5	0	8	10	9	5	7	161	186
11 月	9	1	11	0	6	9	7	7	10	258	293
12 月	13	1	7	0	8	6	11	4	5	257	223
1 月	10	5	7	0	8	6	6	5	5	293	263
2 月	4	4	6	0	4	2	2	3	3	88	75
3 月	6	4	3	0	5	7	3	2	4	57	117

表 2 依頼時の治療状況（2011 年度）

治療段階	人数
A: がん化学療法中、及び根治的放射線療法中（骨転移対象は除く）	1
B: がん化学療法中	13
C: 根治的放射線療法中（骨転移対象は除く）	3
D: 化学療法、放射線治療のいずれも行っていない	178

表3 介入後の経過・転帰（2011年度）

転帰	退院	転院	在宅	PCU	死亡	終了	次年度継続
件数	66	9	21	66	39	2	13

表4 がん患者カウンセリング（2011年度）

月	4月	5月	6月	7月
件数	2件	2件	1件	1件

（文責 副委員長[緩和ケアチーム] 武見 綾子）

42 化学療法管理委員会

2011年度は月例として9回開催し、レジメンの承認等について必要に応じて回議にて決裁を採り、1年間で新規8、変更3、患者限定1の審査、承認を行いました。2011年3月末で、9診療科から117レジメンが登録されています。また、Ⅱ期工事期間中の外来化学療法室の運用や、電子カルテ導入に伴う運用の見直し、がん化学療法に関する新規発売医薬品購入の検討等を行いました。

委員会で承認されたレジメンは電子カルテシステムの初期掲示板に掲載しているため、どの職種でも閲覧可能です。

（文責 書記[薬剤科] 荒井 園枝）

43 寄贈品選定委員会

寄贈品選定委員会は、当院に対して一般市民から寄附の申出があり、当院に寄贈品の選定が委ねられた場合に、公正かつ適正に寄贈品を選定することを目的として、2009年4月に設置されました。

2011年度は該当がないため、委員会は開催されなかったが、次の物品の寄贈を受けました。

また、寄贈品の中で図書が多いため、患者図書資料取扱基準（案）を作成し、今後は取扱い基準に基づき、円滑な図書の管理に向けて検討を進めています。

2011年度寄贈物品一覧

1	絵画等	15点
2	図書	215点
3	電気製品等	9点
4	パルスオキシメータ他	5点
5	介護用品等	20点
	合計	264点

（文責 書記[庶務課] 鈴木 康之）

44 DPC 委員会

2011 年度は DPC の課題について 2 カ月毎に医事課から「DPC 通信」を発行し、職員へ周知を行った。

特に問題となったのは「当院入院中の患者が他院へ受診した場合について」であり、包括医療では、いままでの常識を覆すことばかり発生し医師からは「何故できない、できるようにしてほしい」との要望が多数上がった。しかし、保険上のルールであるため仕方ないことを理解してもらえるように努めた結果、医師や看護師が患者や家族へ制度を説明するようになり、少しずつ課題は解決されるようになってきている。

また、DPC のコーディングについては、病名の整理が重要であることを理解されるようになり、問い合わせも減少してきた。コーディングの内容についても精度が上がってきており、それが診療報酬額にも反映されている。

(文責 委員長 [副院長] 宮本 尚彦)