

平成26年度 院内各種委員会一覧

*掲載内容は平成26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	鈴木 貴博	膠原病・リウマチ腫瘍センター所長	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	糖尿病内科部長	隔月
	食事療法の質の向上			
3	薬事委員会	三井 みゆき	薬剤部長	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	伊藤 大輔	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	伊藤 大輔	副院長	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	橋本 光正	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	伊藤 大輔	副院長	毎月
	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	呼吸器内科部長	毎月
	院内感染の予防策の作成、予防策の監視・指導等による感染防止			
12	放射線安全委員会	小野塚 聡	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	神山 隆	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	和田 みゆき	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	小澤 治子	麻酔科部長	随時
	医療ガス設備の安全管理			
16	機種選定委員会	伊藤 大輔	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	和田 みゆき	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	神山 隆	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			

	名 称	委員長	役職	実施時期
	目的や内容			
22	ホームページ委員会 病院ホームページの管理、調整	玉川 英史	消化器外科部長	随 時
23	医療安全管理委員会 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	橋本 光正	病院長	毎 月
24	医療安全部会 前月のインシデント件数、内容の報告及び共有情報の周知など	宮森 正	ケアセンター所長	毎 月
25	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	鈴木 貴博	膠原病・リウマチ膠原病センター所長	随 時
26	臨床検査管理委員会 臨床検査の適正化・効率化	加野 象次郎	臨床検査専任部長	随 時
27	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
28	救急医療検討委員会 救急医療の取り組みの充実、強化	鈴木 貴博	膠原病・リウマチ膠原病センター所長	随 時
29	保育室運営委員会 院内保育室の管理・運営	勝野 隆	庶務課長	随 時
30	診療監査委員会 (診療内容の院内監査機関)	橋本 光正	病院長	随 時
31	地域連携支援委員会 病院における病床の適正な管理・運営	千葉 喜美男	地域医療部長	毎 月
32	病床管理委員会 病床の適正な管理・運営	半田 みち子	糖尿病内科部長	毎 月
33	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となる水質管理実施や透析機器等の管理計画作成	小林 絵美	内科医長	随 時
34	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	小野塚 聡	副院長	随 時
35	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
36	診療録管理委員会 サマリの作成、推進、管理、カルテ、訪問録の質的向上の検討	麻薙 美香	教育指導部長	毎 月
37	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	外科担当部長	毎 月
38	個人情報保護委員会 個人情報保護の適正な推進	伊藤 大輔	副院長	随 時
39	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	玉川 英史	消化器外科部長	随 時
40	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	消化器外科医長	毎 月
41	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
42	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事	宮森 正	ケアセンター所長	随 時
43	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事	宮森 正	ケアセンター所長	毎 日

	名 称	委員長	役職	実施時期
	目的や内容			
44	病状評価・ケアプラン病床委員会	宮森 正	ケアセンター所長	随 時
	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			
45	病院機能評価準備委員会	伊藤 大輔	副院長	随 時
	病院機能評価受審にあたり、諸課題の検討・解決策の企画立案			
46	がんサポートチーム（緩和ケアチーム）運営委員会	西 智広	ケアセンター副医長	毎 月
	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。			
47	化学療法管理委員会	千葉 喜美男	泌尿器科部長	毎 月
	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			
48	寄贈品選定委員会	神山 隆	事務局長	随 時
	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			
49	D P C 委員会	鈴木 厚	内科担当部長	随 時
	D P C 制度に関する研修の実施			
50	診療材料等委員会	小野塚 聡	副院長	随 時
	診療材料に関する採否の検討			
51	外来診療委員会	千葉 喜美男	泌尿器科部長	随 時
	外来診療に関する諸問題の調整、検討			
52	検診等運営委員会	麻薙 美香	教育指導部長	毎 月
	各種検診についての検討（仮称）検診センターの運営についての検討			
53	医療機器管理委員会	小野塚 聡	副院長	随 時
	医療機器の管理・調整			

1 衛生委員会

〔構成〕

衛生委員会は、毎月第3木曜日に開催し、今年度は12回開催しました。

委員の構成は医師3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8名の計16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。

〔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。

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、麻疹、風疹、水痘及びムンプスのワクチン接種をしました。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。

表2にこれらの状況を示します。

〔公務災害等〕

2014年度の公務災害及び通勤災害の認定請求件数は15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1件、梅毒が1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 書記 [庶務課] 伊藤 猛)

表1 2014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	433	394	91.0%
電離放射線健康診断（前期）	64	48	75.0%
電離放射線健康診断（後期）	65	51	78.5%
有機溶剤等取扱者健康診断（前期）	5	4	80.0%
有機溶剤等取扱者健康診断（後期）	16	16	100.0%
特定職場検診	109	109	100.0%

表2 2014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	32
麻疹ワクチン	22
風疹ワクチン	14
水痘ワクチン	6
ムンプスワクチン	34
インフルエンザワクチン	583

表3 2014年度 公務災害請求状況

疾病名	職種	被災日	治療	種類
右2指 針による刺傷	看護師	2014/4/4	通院	公務災害
右小指基節骨骨折、右肩関節打撲傷ほか	看護助手	2014/6/30	通院	通勤災害
右1指 針による刺傷	看護師	2014/7/25	通院	公務災害
眉剪刀による右手擦過傷	看護師	2014/8/25	通院	公務災害
左2指 咬傷	看護師	2014/9/1	通院	公務災害
右眼球打撲	看護師	2014/9/3	通院	公務災害
頸椎捻挫、左前頭部打撲	看護師	2014/9/5	通院	公務災害
左第2、3指 打撲・挫傷	看護師	2014/9/30	通院	公務災害
左手掌 咬傷	看護師	2014/11/10	通院	労働災害
梅毒感染者血液の曝露による感染の疑い	看護師	2014/11/17	通院	公務災害
眼球粘膜障害	看護師	2014/11/21	通院	労働災害
C型肝炎感染血液による汚染の疑い	医師	2015/2/18	通院	公務災害
右前腕 咬傷	看護師	2015/2/24	通院	公務災害
左3指 翼状針による針刺し	看護師	2015/2/26	通院	公務災害
左1指 注射針による針刺し	医師	2015/3/12	通院	労働災害

2 給食委員会

給食委員会は隔月第3木曜日に開催し、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。

毎年、嗜好調査を実施し、食事の満足度、主食・おかずの質や温度など病院食に対する意見・要望等を検討し、献立作成に反映させ、よりよい食事を提供することで患者の満足度を向上させるよう努めました。

また、今年度は患者様の安全性を第一に考え、11月より全粥におけるパン提供を中止し、常食からのパン提供についても検討しました。

2014年度 実施内要

開催日	議題
5月15日(木)	(1) 平成26年度委員紹介 (2) 平成26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17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18日(木)	(1) 7～8月検食状況 (2) 食養科業務状況報告 (3) 嗜好調査結果報告
10月2日(木)	(1) 全粥食におけるパンの提供について検討
11月20日(木)	(1) 9～10月検食状況 (2) 食養科業務状況報告 (3) 脂質コントロール食の名称変更の検討
1月15日(木)	(1) 11月～12月及び正月献立の検食状況 (2) 食養科業務状況報告
3月19日(木)	(1) 1～2月検食状況 (2) 食養科業務状況報告 (3) 常食からのパン提供の中止について

(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、2014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名です。

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。

2014年度1年間に答申・承認された医薬品は、定期購入医薬品：43品目、院外処方医薬品：63品目、中止医薬品：30品目でした。

また、後発医薬品への切り替えを進めており、2014年度は新たに57品目の切り替えが決定しました。

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、薬剤部発行の「医薬品情報」誌に掲載しています。

(文責 委員長 [薬剤部長] 阿部 正視)

4 職員研修委員会

2014年度も例年同様に各委員会が中心となり、積極的に研修を実施しました。

主な職員研修は下表のとおりです。

(文責 書記 [庶務課] 伊藤 猛)

表 2014年度の主な職員研修

開催日	研修内容	講師
H26. 4. 8	初期研修医研修 * 「医療安全研修」	医療安全管理室
H26. 4. 15	新採用者看護師研修 * 「医療安全研修」	看護部 医療安全管理室
H26. 5. 20	N S T院内勉強会 * 「摂食嚥下：基礎編」	N S T委員会 谷内田言語聴覚士
H26. 6. 10	N S T院内勉強会 * 「摂食嚥下：実践編」	N S T委員会 谷内田言語聴覚士
H26. 6. 27	医療安全研修 * 「看護助手医療安全研修」	医療安全管理室
H26. 7. 8	N S T院内勉強会 * 「口腔ケア」	N S T委員会 遠藤歯科医師
H26. 7. 25	院内感染対策研修会 * 「夏季の腸管感染症について」	院内感染対策委員会 中島医師、小嶋臨床検査技師
H26. 7. 31	医療安全研修会	医療安全管理室 外科 中村先生
H26. 9. 1	医療安全研修 * 「医師事務職員医療安全研修」	医療安全管理室
H26. 9. 9	N S T院内勉強会 * 「疾患別の栄養管理を考える」	N S T委員会 村瀬医師
H26. 10. 3	院内感染対策研修会 * 「インフルエンザについて」	院内感染対策委員会 栗原医師、井原看護師、今野薬剤師
H26. 10. 14	N S T勉強会 * 「癌化学療法時の管理」	N S T委員会 荒井薬剤師、渡辺看護師

開催日	研修内容	講師
H26.10.15	医療安全研修 *「離床CATCH」	医療安全管理室
H26.11.7	医療安全研修 *「離床CATCH」	医療安全管理室
H26.11.11	NST勉強会 *「栄養管理で行う輸液療法」	NST委員会 小川薬剤師
H26.12.8	院内接遇研修 患者さんのご家族の心を癒し心が伝わる接遇を学ぼう	サービス向上委員会 コンシェルジュ
H26.12.9	NST勉強会 *「食事と栄養管理」	NST委員会 小野栄養士
H27.1.19	医療安全研修 *「腓骨神経麻痺について」	医療安全管理室 整形外科 内田先生
H27.2.2	研修会 *「医療制度改革の進捗状況とこれからの井田病院が進む方向性」	日本ヘルスケアプランニング(株) 八田 正人先生
H27.2.6	輸血療法研修会 *「血液製剤の取扱いと最新輸血情報」	神奈川県赤十字血液センター 学術課 竹内 祐貴先生
H27.3.16	医療安全研修 *「医療事故 患者・家族の立場から」	医療安全管理室 NPO法人 架け橋 川田 綾子先生
H27.3.30	医療安全研修 *「持参薬システム導入後の与薬管理について」	医療安全管理室 富士通

5 保険委員会

2014年度は、継続的かつ積極的な再審査請求の推進により、11月診療分では0.05%と良い成績を記録し、年間平均についても前年度を上回る良好な査定率(年間平均0.12%台)を達成しました。また、入院診療単価についても前年度を上回り、年間平均では44,000円を超える結果となるなど、DPC適用病院4年目として大きく前進した年となりました。

また、院内には包括医療の考え方が深く浸透しつつあり、在院日数と病床稼働率の収支関係など経営に関する情報を引き続き伝えることで着実に成果が上がり、毎年の収入の目標値の向上に繋がっております。

正確な保険診療を基盤とした改善は、安定した病院経営のために必要不可欠であるため、当委員会の役割は今後ますますその重要性を増していくと考えており、そのことを強く認識しながら活動に励んでいきたいと考えています。

(文責 委員長 [副院長] 伊藤 大輔)

6 図書委員会

2014年度は前年度同様予算をつけて頂き、年間7回の図書委員会内で各部署より挙げて頂いた購入希望図書・雑誌について協議をいたしました。その結果、新設した科の図書・雑誌も含めて、臨床研修指定病院にふさわしい教育的図書が各種取り揃えられたと思います。長年要望が高かった統計解析ソフトSPSSについても今年度導入することができました。

加えて2014年度は各科に別置してある図書についても委員の協力のもと、蔵書点検をいたしました。別置の図書であっても利用者から希望があればスムーズに閲覧・貸出ができるように今後もしていきたいと思っております。図書委員会は今後も皆様の教育・研究支援をしてまいります。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

2014年度は、8月13日(水)に委員会を開催しました。

昨年度(2013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。昨年度の感染性廃棄物はほぼ、例年通りでしたとの報告がありました。また、感染性廃棄物の処理費用削減の為、単価が安い80L段ボールを使用するように看護部で改善していると報告がありました。今後、排出量等どのような経過が見られるか注視していきます。

ペットボトルキャップの回収について、家庭ごみで分別収集が実施され各区役所でもペットボトルキャップ回収を終了していること、井田病院ホームページからも削除されていること。収集から洗浄、運搬までの作業等を含み、2014年9月をもってペットボトルキャップの回収を終了することを決定し、実施しました。

プラごみの仕分け等について議論した結果、プラごみは産業廃棄物となるため、一般ごみには混入しないよう分別することを再確認しました。

(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。

防災対策については救急医療検討委員会の部会として、災害医療部会を設置し、防災対策マニュアルの見直しや防災訓練の実施に向けた検討を行いました。

また、新棟での消防訓練を2回実施し、新棟における避難誘導體制の確認をしました。

(文責 書記 [庶務課] 宮下 拓)

9 治験審査委員会

治験審査委員会は、毎月第2水曜日に開催し、2014年度は8回開催しました。

治験については、前年度からの継続で第Ⅲ相試験が2件、製造販売後調査については、新規12件、前年度からの継続が28件となっています。

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 [薬剤部長] 阿部 正視)

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、2014年度は、次のとおり延18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	5月28日	(1)地域中核病院における非がん慢性疾患患者の望む生き方を支えるエンドオブライフケア実践におけるケア・コミュニケーションと促進・阻害要因	・承認しました。
		(2)宗教上等の理由で無輸血を希望される患者への院内・ホームページの掲示について	・継続審議としました。
		(3)皮膚科外来で使用する院内調剤製剤について	・承認しました。
第2回	8月14日	(1)非結核抗酸菌症の病勢を反映するバイオマーカーとしての末梢血 miRNA の有用性を検討するパイロット研究について	・承認しました。
		(2)進行肺がん患者及びその家族が抱える問題に関する調査について	・承認しました。
		(3)遺伝子関連検査の依頼方法と結果保存方法について	・承認しました。
		(4)保存期慢性腎臓病患者を対象とした臨床研究—ダルベポエチンアルファ製剤低反応に関する研究—	・承認しました。
		(前回委員会からの継続議題) (5)宗教上等の理由で無輸血を希望される患者への院内・ホームページの掲示について	・承認しました。
第3回	12月16日	(1)結核菌の薬剤耐性状況に関する研究	・承認しました。
		(2)緩和ケア領域における薬物・治療介入に関する多施設前向きレジストリ研究について	・承認しました。
		(3)非インスリン使用の2型糖尿病患者における血糖自己測定の効果	・承認しました。
		(4)咽喉頭表在癌に対する内視鏡的咽喉頭手術の安全性・有効性の検討	・継続審議としました。
第4回	1月14日	(1)オキシコドンの嘔気に対するプロクロルペラジンの予防効果のRCT	・承認しました。
		(2)井田病院製剤業務マニュアルの作成について	・承認しました。

	開催日	検討課題	審議の結果
第5回	3月11日	(1) 根治切除後膵癌・胆道癌症例に対するT S - 1の隔日投与法の有効性・安全性の検討	・承認しました。
		(2) エキセナチド1日2回製剤投与中の(日本人)2型糖尿病患者に対するエキセナチド週1回製剤への切り替えの有効性及び安全性についての検討	・承認しました。
		(3) 慢性疾患在宅療養者の主体的療養を支援するテレナーシング方法・看護プロトコルの開発と混合研究法による評価(T-CAD Study)	・継続審議としました。
		(4) 「輸血用血液製剤」及び「血漿分画製剤」の使用についての説明書及び同意書等の改訂	・承認しました。

(文責 委員長 [副院長] 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]

感染制御チーム(ICT)では、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。これは医療機関で行われる感染のリスクが高い処置となる器具関連感染の把握を目的としたものです。当院で検出されるMRSA感染症数は無症候性保菌者(キャリアー)がほとんどで、今年も感染患者は減少傾向にあります。これは標準予防策の徹底や確実なゾーニング、器具関連感染対策の徹底による効果が現れている結果です。院内感染対策委員会と感染制御チーム(ICT)の連携を密にし、今後も取り組みを強化して管理していきます。

[多剤耐性菌の管理]

当院で新規のMDRPが1件検出されましたが、キャリアであり感染対策の徹底によってアウトブレイクは発生していません。多剤耐性菌管理の徹底として医療機関及び施設からの入院患者様にスクリーニング検査を実施し、耐性菌の早期発見と対策の徹底を行っています。今後も検査の徹底を継続し、早期発見と対策の実施をしていきます。また多剤耐性菌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図り、今後も行っていきます。

[結核]

今年度は3例の結核発生がありました。この事例による他の入院患者様や医療従事者への感染は発生しておりません。同室者に対しては、保健福祉センターと協議してT-SPOT検査及び胸部レントゲンによる評価を実施しています。今後も結核の接触者健診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]

2014 年度は疥癬患者発生が 2 例ありました。いずれも皮膚科受診によって発見されました。早急に隔離を行えた事で他の患者へ感染する事はなく管理徹底が行えました。

[感染性腸炎（ノロウイルス）]

今年度も冬季の感染性胃腸炎（嘔吐・下痢症状）のある患者様は多く受診・入院されました。毎年流行している感染症であり、対策の周知・徹底でアウトブレイクは予防できました。

[インフルエンザ]

2014 年も例年実施しているマスク着用の徹底を実施しました。患者様と関わる医療従事者（委託業者含む）は全員マスク着用を義務付け対策を徹底しています。また患者様と関わる医療従事者にはインフルエンザワクチンの接種も実施しております。インフルエンザで入院する患者様も複数人おりましたが、マニュアルに沿った対応で他者への感染は発生しておりません。

[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対策室室長の西尾医師が主体となり、副室長の中島医師、感染対策室専従の感染管理認定看護師（ICN）井原が管理を行った。看護部では感染管理認定看護師（ICN）福島、臨床検査技師（細菌検査担当）は引き続き杉田となり、薬剤師は小林、今野が担当しました。ICN が 2 名体制となり、主体となって各種の感染対策業務にあたった。週一度のミーティングで感染状況の把握に努め、病棟ラウンドや医師への抗菌薬使用に関する助言を行っています。今後も組織横断的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。届け出率 80% の目標は達成できております。

[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。

（文責 書記 [感染対策室専従 ICN] 井原 正人）

12 放射線安全委員会

放射線安全委員会は、医療法及び関連する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委員会で、2014 年度は、2015 年 2 月 24 日に行われました。

委員会における報告概要

- ・放射線業務従事者の被ばく線量測定結果・健康診断結果

許容実効線量値〔50mSv/年・100mSv/5年・20mSv/年（1年管理）・5mSv/3ヶ月（女子）〕水晶体〔150mSv/年〕・皮膚〔500mSv/年〕を超えて被ばくした従事者はいませんでした。一時立ち入りの職員には、ポケット線量計の携帯をさせ退出時に線量の記録を指導し、記録結果でも許容線量を超えるものはいませんでした。

2014年従事者の健康診断結果では、異常所見はありませんでした。

・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予防規定第20条第1項、第2項、第3項の規定により2回実施し、異常なく、定期放射線施設自主点検報告書を提出しました。

・医用放射性廃棄物の廃棄状況について

R I 廃棄物 排気フィルタ 109 (0) 段ボール箱 3 梱包を日本アイソトープ協会に引き取りを依頼しました。

・放射線関連機器および放射線施設の管理状況について

放射線関連機器、ガンマカメラ 放射線治療装置は保守契約のもと正常に稼働をしました。

放射線施設の管理状況は、排気・排水設備の点検（2回/年）貯留層の清掃（1回/年）

作業環境測定（12回/年）モニタリングシステムの定期点検（1回/年）排気フィルター交換（1回/年）を実施しました。

放射線計測器の校正は、治療用線量計、電離箱式サーベイメータとシンチレーション式サーベイメータの3台の校正を行いました。

・医療監視について

平成26年12月19日に行われ、放射線関連事項については問題なく終了しました。

（文責 副委員長〔放射線診断科担当課長〕 村越 和仁）

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。

各科の活動、職員の研究・研修実績、各委員会活動等、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各委員が認識し、年報編集作業を進めていきます。

（文責 書記〔庶務課〕 田中 厚）

14 サービス向上委員会

2014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の活動を行いました。

委員会は、5月28日の第1回の開催から計9回開催しました。2014年度は「投書箱対応」、「院内環境改善」、「患者満足度調査分析・対策」、「接遇教育・広報担当」の4グループ体制で活動を行いました。

主な活動として、投書箱対応グループでは、161件の投書への対応を行い、患者さん・ご家族からのご意見・苦情をもとに改善に取り組みました。院内環境改善グループでは、院内での携帯電話使用（電

源・通話・メール・Web) の見直しを行い、エリアごとのルールを一覧表にまとめ院内に掲示しました。患者満足度調査分析・対策グループでは、「患者アンケート調査」の実施により現状の調査・検証に努めました。年1回定期的に行っているこの調査の満足度は、「第3次川崎市病院事業経営健全化計画」の経営指標の一つにもなっており、外来が94.1%、入院が94.6%となり、外来目標値「満足度90.0%」は上回りましたが、入院目標値「満足度95.0%」には届きませんでした。接遇教育・広報担当グループでは、全職員対象に「患者さんご家族の心を癒し、心が伝わる接遇を学ぼう」をテーマに接遇研修を行いました。3月には「サービス向上委員会だより」を発行し、委員会の活動内容の周知を図りました。また、委員会として、「外来（会計・診療）待ち時間調査」を2月に実施し、現状分析・検証・提案を行いました。

2015年度からは市民交流委員会と統合し、新たに「市民交流・サービス向上委員会」として活動することになります。当院職員とボランティアの方達との連携を強め、さらなる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] 和田 みゆき)

15 医療ガス安全管理委員会

2014年度は、11月13日(木)に委員会を開催しました。

2013年度の医療ガス設備保守点検は、3号棟ケアセンターは、6・9・12・3月に新棟は7月と1月にそれぞれ行なわれ「異常なし」との報告がありました。また、CE設備定期自主検査においても2013年4月、10月に行われそれぞれ「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も2013年度は何もありませんでしたとの報告がありました。

ケアセンターができてから約15年が経過しており、医療ガスアウトレットが経年劣化によるガス漏れ等の恐れがあるためアウトレットの交換を6月に行いました。その時に現状と同じシュレーダー方式か、新棟と同じピン方式に変更しました。

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

(文責 書記 [庶務課] 濱田 信弘)

16 機種選定委員会

2014年度は、6月2日、6月9日、6月23日、6月30日、7月7日、7月23日、8月4日、8月11日、8月25日、9月1日、10月27日、11月10日、12月1日に委員会を開催し、医療機器の仕様決定・機種選定の審議を行いました。

このうち一部の医療器械については、さらに川崎市立病院医療機器仕様決定・機種選定委員会で審議され、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、内視鏡画像情報管理システム、バイオハザード対応電動昇降解剖台、筋電図・誘発電位検査装置、電子内視鏡システム、平面検出装置、デジタルX線透視撮影装置、X線一般撮影装置、デジタルマンモ撮影装置、眼科ファイリングシステム、全身用X線コンピュータ断層撮影装置、超音波手術器、超音波診断装置、電動リモートコントロールベッド等です。

(文責 書記 [庶務課] 白井 一郎)

17 手術室・ICU・CCU運営委員会

手術室・ICU・CCU 運営委員会は年6回（偶数月）行っております。手術室及び集中治療室を円滑に運用していくため、関係各診療科、看護師の代表が委員となっております。

2014 年度は、滅菌処理回数を抑えるために、診療部とともに手術器械コンテナ内容の見直しを行い、不要な器械を減らしたり、使用頻度の高い手術器械をセット化するなどの変更をしました。また、手術器械にはリユース製品が多く存在するため、リユース製品の抽出を行い、原則単回使用とすることを決めました。

1. 麻酔科オンコール体制について、4月14日から川崎病院の協力を得てトータル9名体制で実施するとの報告がされました。
2. 手術枠について、乳腺外科、眼科、皮膚科の変更が検討されました。また、消毒薬 0.5%ヘキサックアルコールから 1%クロロヘキジンへ変更することを検討しました。
3. 現在 WHO が推奨する「手術安全チェックリスト」を基に、サインイン、タイムアウトを行っているが、タイムアウト時の確認事項について検討を行いました。
4. 日本手術学会や日本手術看護学会の「手術」マニュアルの項目を参考に、医療安全マニュアル「手術安全管理基準」の改訂を検討しました。
5. 災害アクションカードの改訂について検討を行いました。
6. 結核患者の対応方法と新イメージが次年度使用開始となるため、その準備作業を検討しました。

以上のようにいろいろな問題を議論し、今後もより良い手術室、ICU をつくっていきたいと考えております。

（文責 委員長 [麻酔科部長] 石川 明子）

18 輸血療法委員会

2014 年度の輸血療法委員会は、2 か月毎に 6 回開催されました。血液製剤の使用状況や院内輸血療法に関する問題点等を中心に、輸血療法の適正化に努めました。

1. 改善項目

- ①2 回目血液型運用の整備(2015 年 1 月より新運用開始)
- ②「輸血用血液製剤」及び「血漿分画製剤」の使用についての説明同意書改訂
- ③無輸血希望患者への対応マニュアル整備、説明同意書作成
- ④血液製剤照合方法の明確化

2. 輸血用製剤の使用状況

今年度より輸血管管理料Ⅱ適正使用加算(60 点)の算定が可能となりました。

血液製剤	単位数
輸血患者数(実人数)	591
赤血球製剤	2286
新鮮凍結血漿製剤	637
濃厚血小板製剤	2675
HLA 適合血小板製剤	0
自己血	294
合計	5892
FFP 使用比(0.27 以下)	0.18

アルブミン製剤	本数
高張アルブミン [12.5g/50mv/瓶]	334
等張アルブミン [11.0g/250mv/瓶]	33
アルブミン使用量(g)	4538.0
アルブミン使用比(2.0 以下)	0.6

3. 副作用報告

副作用発生は 22 名、35 症状でした。重篤な副作用事例は 1 例で、軽度の呼吸困難でしたが、短時間で症状改善となりました。

副作用報告内訳

投与製剤	赤血球製剤	新鮮凍結血漿製剤	血小板製剤	自己血	合計
報告数	19	2	11	3	35

4. 院内研修会

2015 年 2 月 6 日「最近の輸血トピックス、輸血後副作用・感染症について、輸血過誤と事故防止について」をテーマに、神奈川赤十字血液センター学術課竹内氏に講演して頂きました。看護師の参加が増え、前年を上回る 79 名の参加がありました。

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、患者様・ご家族に対し、より良い癒しの環境づくりを目指して発足してから 20 年目を迎えました。

次に掲げる各班がそれぞれの活動部署毎に随時連絡会、打合せ会等を開催し、改善策や提案を持ち寄り、各班が毎月 1 回一堂に会した委員会を開催するとともに、情報の共有、連携を図り、院内のボランティアが円滑に活動できるように努めました。

なお、市民交流委員会は、2014 年度に行われた院内委員会再編に伴い、2015 年度からサービス向上委員会と統合することにより、新たに「市民交流・サービス向上委員会」として活動することとなりました。

(1) 市民交流委員会(各担当班)とボランティアが行った具体的な活動

ア 院内コンサート担当班

新棟 1 階玄関ホールにおいて、2 か月に 1 回程度、ボランティア演者による院内コンサート等を行っています。内容としてはピアノ、ギター演奏、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等を楽しめるように、病室からの送迎や付き添いなどには職員と共に介護ボランティアがあたりました。

開催日	内容
7月4日(金)	リジョイスによる七夕コンサート
8月29日(金)	ゴスペルスクエアによるゴスペルコンサート
10月24日(金)	宮前ギターアンサンブルによるギターコンサート
11月7日(金)	鶴川グリーンエコーズによるコーラスコンサート
1月13日(火)	東京交響楽団アンサンブルによる東京交響楽団市内巡回公演
2月13日(金)	キムラタカノリ氏によるピアノコンサート

イ 展示担当班

緩和病棟や新棟1階外来の壁面でピクチャーレールを使用し、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、展示担当ボランティアから多数の希望があり、調整をしながら展示しています。共感を得たアートには感想文が多数寄せられ、アート・ボランティア間での深交が生まれています。

ウ 介護ボランティア担当班

患者様の話し相手、散歩、買物、手浴、足浴、入浴、洗髪、環境整備など多岐にわたり活躍しています。

また、活動されているボランティアの方々も、患者様・ご親族に喜ばれることでモチベーションが高く維持できています。

エ 案内ボランティア・イベント手伝いボランティア担当班

平成24年5月に新棟が一部開設されたことにより、旧棟から新棟への患者様・ご家族への誘導を主に行っています。

オ 園芸ボランティア担当班

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」に大きく貢献しています。

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) ぼたん園グループ

再編整備に伴い、プランター・花をぼたん園の下に移転させ四季折々の花が楽しめる環境をつくっています。

(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観葉植物とともに院内各所に飾られています。

(ウ) ハーブガーデニンググループ

1999年に緩和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、約100種類のハーブが植えられており、香りを楽しみながら散歩ができる空間作りをしました。

(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ご家族の安らぎを提供しました。

(オ) 玄関・外庭グループ

正面玄関横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。

カ 図書ボランティア・囲碁・将棋ボランティア担当班

図書ボランティアは外来、病棟ラウンジの患者様用の娯楽図書の整理と「ほっとサロンいだ」のサポートを行っています。

囲碁・将棋ボランティアは希望があった患者様の病室や病棟ラウンジに出向き、対局しています。

キ 緩和ケアボランティア担当班

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てています。

(2) 市民交流委員会が主催したボランティア活動を促進するために行った活動

ア ボランティア交流会

ボランティアさんからボランティア活動の活性化に向けた当院に対する要望を伺うとともに、ボランティアさん同士及び市民交流委員会委員との有意義な意見交換を行うためにボランティア交流会を開催しました。

開催日時：2015年3月18日（木） 14時～16時

開催場所：井田病院会議室

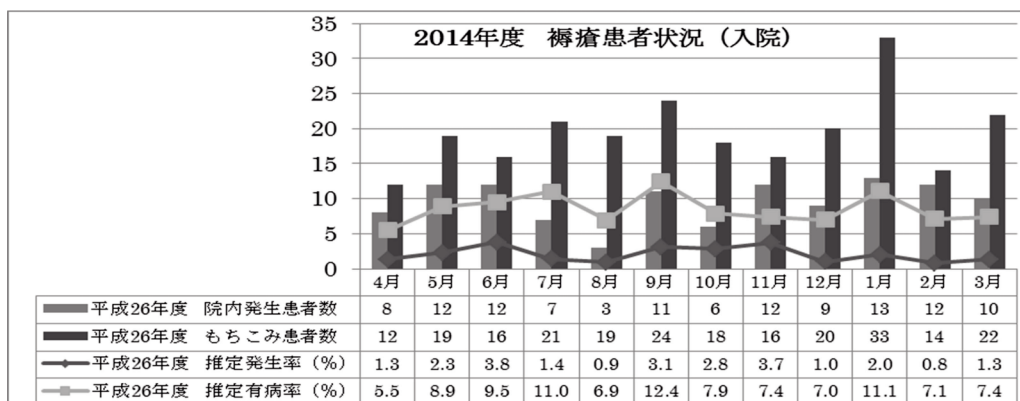
時 間	内 容
14:00～14:10	委員長挨拶
14:10～14:50	研修「やさしい身体の動かし方」
15:00～15:45	交流会
15:45～16:00	感謝状授与式

(文責 委員長 [副院長] 和田 みゆき)

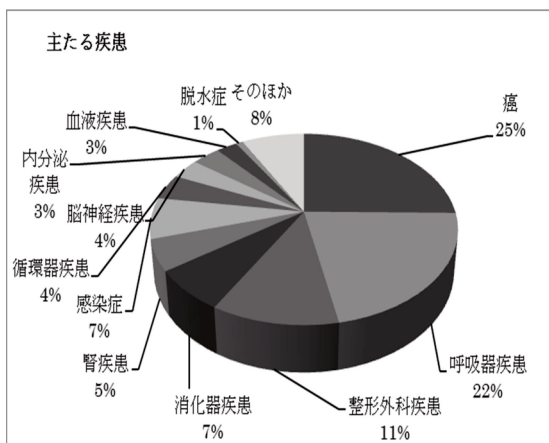
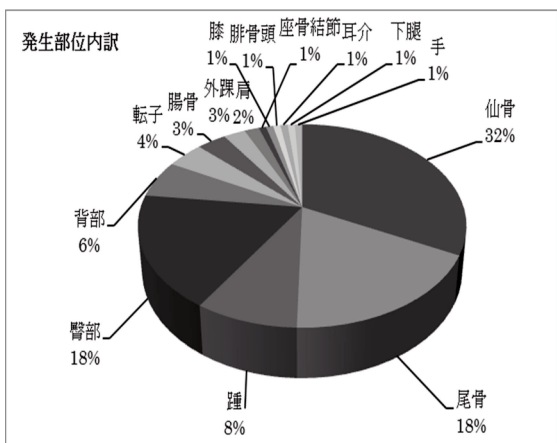
20 褥瘡対策委員会

本年度は、隔月に定例会議を開催し、褥瘡回診は毎週水曜午後実施しました。褥瘡推定発生率は2.0%（前年度減0.4%）、褥瘡推定有病率は8.5%（前年度増1.9%）、院内発生件数は115件、もちこみ件数は234件でした。

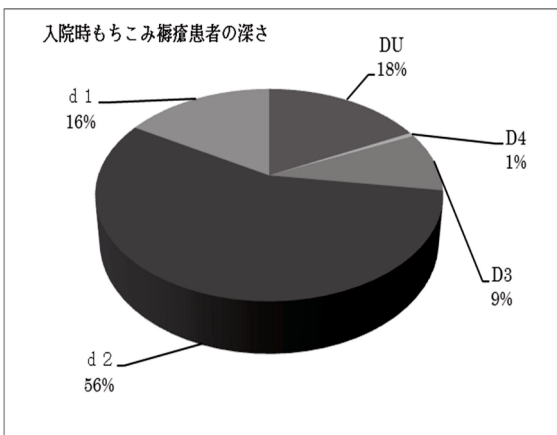
<褥瘡患者の状況>



<院内褥瘡発生患者の発生部位と主たる疾患>



<入院時持ち込み褥瘡の深さ>



(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、井田病院に関する情報を市民等に広く周知することを目的として設置しています。所掌事務は、院内報の発行に関する事及び井田病院に関する広報に関する事です。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。

2014年度は院内報「井田山」を3回発行しました。

号数	発行日時	ページ数	主な記事
第50号	4月1日	2	新任院長あいさつ、家族性腫瘍外来の紹介、認定看護師の紹介パート4
第51号	8月19日	4	川崎市病院事業管理者あいさつ、夏の食中毒に注意しましょう、元気に夏を乗り切りましょう、初期臨床研修医の紹介と教育の取り組み、認定看護師の紹介パート5、市民公開講座のお知らせ
第52号	12月16日	4	新任副院長あいさつ、冬季はウイルス性胃腸炎に注意、CT・MRIの違い、認定看護師の紹介パート6、認知症高齢者へのアプローチ方法、市民公開講座のお知らせ

(文責 書記 [庶務課] 山本 朋恵)

22 ホームページ委員会

ホームページ委員会は、井田病院に関する情報を市民等に広報することを目的として設置しています。所掌事務は、ホームページの管理・運営に関すること及びその他ホームページに関することです。市民や医療従事者等に向け、正確かつ分かりやすい情報提供を行えるよう、ホームページの情報更新を適時行っています。

2014年度は委員会を1回開催しました。病院の質の指標(クリニカルインディケーター)の項目の追加について議論し、ホームページに反映しました。また、一斉点検について話し合い、全体的な修正・更新を行いました。

(文責 書記 [庶務課] 山本 朋恵)

23 医療安全管理委員会

毎月第4木曜日を定例日として開催しました。医療安全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周知徹底と提案事項の検討及び承認、懸案事項についての検討を図りました。

(文責 委員 [医療安全管理担当課長] 澁谷 由紀子)

24 医療安全部会

毎月第3火曜日を定例日として、各部門の毎月のインシデント報告の集計や医療安全共有情報の共有を行ない、再発防止に向けての対策を検討及び周知を行いました。医療安全部会の委員は、院内の医療安全推進委員としてインシデント班、教育班、広報班に分かれ院内の医療の安全を確保するため、医療安全活動を実施しました。

院内の医療安全の質向上のため、医療安全研修会を3回開催しました。また、患者間違い防止の対策として、リストバンド装着の現状を把握し、装着率の向上とリストバンドでの患者認証を実施することを、ポスター等を用いて啓蒙活動を行いました。また、インシデント報告から、4回ポスターを作成し注意喚起しました。

説明と同意書では、輸血用血液製剤及び血漿分画製剤の使用について改訂、相対的無輸血について作成、核医学検査についての改訂、脳神経外科の手術についての作成があり承認されました。

(文責 副委員長 [医療安全管理担当課長] 澁谷 由紀子)

25 業務改善委員会

2014年度は開催しませんでした。

(文責 書記 [医事課] 鈴木 啓進)

26 臨床検査管理委員会

2014年度は加野臨床検査専任部長を委員長に、2回開催しました。

医師・看護師と検査科の前向きで活発な意見をもとに、業務改善に努めました。

主な検討内容

- ・ 検体検査文書連携について
蓄尿や O-GTT 予約説明書、HIV 説明同意書をオーダー時に自動的に発行させる。
- ・ GOT・GPT 名称変更について
AST・ALT への名称変更
- ・ プロカルシトニン院内検査開始について
敗血症の早期診断のために、イムノクロマト半定量検査の院内検査開始
- ・ 甲状腺検体検査オーダー画面について
同一内容の中で、もっとも診断価値の高い方法に統一する。
- ・ 外来化学療法患者の採血について
化学療法センター開設に伴い、他患者からの感染暴露の危険が多い採血室から、化学療法室での採血に運用変更する。
- ・ 検査基準値について
ビッグデータを用いた JCCLS 共用基準範囲の利用方法について
- ・ 高感度トロポニン I 検査開始について
より早期に心筋障害を検出できる方法への変更
- ・ 採血困難患者様の対応について
過度に困難な場合は、早めに医師に相談し、医師に採血してもらう

今後も本委員会を通じて、各診療科と看護部および検査科で、密接に意思疎通を図りながら、当院の診療体制をより充実したものにしていきたいと考えています。

(文責 委員 [検査科担当課長] 伊藤 万里子)

27 研修管理委員会

2014 年度の初期研修医は、2 年目は阿南隆介先生と曾根原弘樹先生、1 年目は熊谷迪亮先生、櫻井亮佑先生、二宮早帆子先生に加え、慶應義塾大学の地域・大学循環コースで 1 年間研修にいらした小林研太先生で計 4 名でした。

2015 年 4 月採用予定の初期臨床研修医の募集定員数については、過去 5 年間に於いて定員 3 名でフルマッチしており、病院もフルオープンすることから、1 名増員の 4 名を希望して神奈川県と調整を行った結果、希望どおり認められました。また、選考試験及びマッチングを経て今年度も 4 名でフルマッチし、当院基幹型プログラムにより全員採用しました。

2015 年 2 月には、2013 年度採用の阿南先生・曾根原先生の修了判定を行い、2 名とも基準に達していることを確認し、3 月に修了式を行いました。委員会の中で、2014 年度初期臨床研修医の履修計画等について報告しました。

さらに、所掌事務に「学生実習に関する検討」を新たに加え、医学教育において導入が進んでいる診療参加型臨床実習（クリニカル・クラークシップ）に対応できるよう整備を行いました。

(文責 委員長 [教育指導部長] 麻薙 美香)

28 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ました。2015年の新棟全面開院に伴い、救急部門が新たに整備されることから、救急隊OB4名を活用した救急業務嘱託員の配置に伴う救急医療体制の補強を引き続き行いました。また、BLS、ISLS研修会を開催することで職員の救急医療に関する技術の向上を図り、2014年度実績で年8回、前年度の77名を上回る約100名の職員が受講しました。

これらの救急医療体制の強化により2014年度の夜間・休日救急外来における患者受入不応需率(ウォークイン、救急車搬送)は前年度とほぼ変わらない25%となりました。2015年4月からの救急センター本格稼働に向けて、3月7日準夜帯より中央ケアルームから救急センターに診察エリアを移し救急医療を拡充させています。今後も救急科専門医の増員を含めた救急医療体制の見直しを行い、「断らない救急」の確立に向けて努めてまいります。

(文責 書記 [庶務課] 宮下 拓)

29 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。

2014年度は、2015年4月から川崎市の保育料が改定することに合わせて、院内保育室の運営基準・利用者に配布するしおりを改定しました。

また、2016年度完成予定の新しい院内保育室について、設計・設備・運営等について委員会内で検討しました。給食の運搬方法、病後児保育の導入等については2015年度も引き続き協議を行っています。

(文責 書記 [庶務課] 加藤 千明)

30 診療監査委員会

今年度「食道ESD後の食道穿孔、縦隔炎」の事案について1件開催されました。

(文責 書記 [医療安全管理室担当課長] 澁谷 由紀子)

31 地域連携委員会

地域連携委員会は、「地域の医療機関との連携、支援を推進し、地域医療支援病院の承認を図る。」ことを目的として、2014年度に新たな院内委員会として発足しました。

I 2014年度 地域連携委員会委員

役 職	氏 名	所 属
委員長	千葉 喜美男	地域医療部長
副委員長	宮森 正	ケアセンター所長
副委員長	岡部 和代	地域医療部担当課長
委員	伊藤 大輔	副院長
委員	和田 みゆき	副院長・看護部長
委員	神山 隆	事務局長
委員	鈴木 貴博	救急科部長
委員	岡本 朋江	副看護部長

委員	西村 友子	看護部・担当課長
委員	松田 尚子	看護部・看護師長
委員	守谷 朱美	看護部・担当係長
委員	勝野 隆	庶務課長
委員	長橋 隆	庶務課担当課長
委員	竹田 和也	医事課長
委員	村木 美結	医事課
委員	東 留利子	運営整備移転担当課長
委員	村越 和仁	放射線診断科担当課長
委員	森 充子	地域医療部課長補佐
委員	有野 かおる	地域医療部担当係長
委員	岩本 基実	地域医療部担当係長
オブザーバー	橋本 光正	病院長
院外オブザーバー	八田 正人	日本ヘルスケアプランニング(株)
院外オブザーバー	宇賀神 慶子	日本ヘルスケアプランニング(株)
事務局	大谷 伸明	地域医療部担当係長
事務局 ※11月から	石倉 紅瑠美	地域医療部
事務局 ※10月まで	岡本 笑美	地域医療部

II 2014年度の実績

1 委員会開催実績

2014年度は、委員会を9回開催しました。以下に委員会での主な議題を記載しましたが、紹介率・逆紹介率に関する議題が多く、偏っていた印象を受けます。

地域の医療機関との連携・支援を推進することの一つの到達点として、「地域医療支援病院の承認」があります。承認を受けるためには、地域の医療機関とより緊密な連携を推進することが必要であり、その指標が紹介率・逆紹介率ともいえます。そのため、紹介率・逆紹介率を上げることに議題が偏るのもやむを得ないものと思われます。

2014年度の実績・結果を踏まえ、2015年度には地域医療支援病院の承認に必要な実績をつくるべく、委員会の中で様々なアイデアを出し合い、実行に移してまいります。

2014年度 地域連携委員会の主な議題

日時	主な議題
5月23日 17:00～18:00	◎地域医療支援病院承認要件の変更について ◎承認要件変更に伴う紹介率・逆紹介率の計算式について ◎紹介率・逆紹介率以外で整備すべき要件について
6月27日 17:00～17:20	◎5月の紹介率・逆紹介率について ◎5月の診療情報提供料算定実績について ◎紹介状・検診結果を持参した患者の取り扱いについて ◎患者が持参した紹介状・検診結果の処理について
7月11日 17:00～17:40	◎初診チェック業務に関するタイムスケジュールについて ◎紹介状・検診結果等を持参した患者の取扱いについての確認 ◎逆紹介状・返書の作成について
8月8日 17:00～17:45	◎6月の紹介率・逆紹介率について ◎初診チェック業務の取組状況について ◎初診チェック業務の確認事項について ◎6月の診療情報提供料算定実績について ◎逆紹介状・返書の収入発生時期について ◎逆紹介のお手伝いについて

9月12日 17:00～17:45	◎7月の紹介率・逆紹介率について ◎初診チェック業務の取組状況について ◎7月の診療情報提供料算定実績について ◎紹介率・逆紹介率以外で整備すべき要件について
11月14日 17:00～17:55	◎9月の紹介率・逆紹介率について ◎9月の診療情報提供料算定実績について ◎救急及び内科午後外来の逆紹介について ◎地域医療支援病院の申請に向けてのタイムスケジュールについて ◎逆紹介の追跡調査の実施について
12月12日 17:00～17:35	◎10月の紹介率・逆紹介率について ◎10月の診療情報提供料算定実績について ◎クリニック等に対する当院医師の紹介について
1月23日 17:00～17:50	◎12月の紹介率・逆紹介率について ◎12月の診療情報提供料算定実績について ◎患者に対する紹介状持参の依頼について ◎救急科における医師事務補助の配置について ◎診療情報提供書の宛先の記載徹底について ◎地域医療部だよりについて
2月13日 17:00～17:40	◎1月の紹介率・逆紹介率について ◎初診チェック票にかからなかった紹介患者について ◎1月の診療情報提供料算定実績について ◎救急科における逆紹介状作成代行入力・補助について ◎紹介状をいただいて死亡退院されたケースについて ◎患者に対する紹介状持参の依頼について

2 取組内容

(1) 地域医療支援病院の承認に向けて

ア 承認要件変更に伴う紹介率・逆紹介率の計算式の構築

地域医療支援病院の承認要件変更があり、紹介率・逆紹介率の計算式が変わりました。委員会では新要件の紹介率・逆紹介率を算出するための検討を行いました。

イ 承認要件変更に伴う紹介率・逆紹介率の向上策

新要件での紹介率・逆紹介率が引き上げられたことに伴い、紹介率・逆紹介率を向上させるための方策を検討しました。

具体的には、紹介状や健診結果などを、紹介状受付にではなく直接外来へ持ち込む患者について、紹介患者か否かを選別する仕組みを開始しました。

また、新任の医師が患者を逆紹介したいが電子カルテの使用方法がわからないことについて、新任の医師一人ひとりに対し電子カルテを使用した逆紹介の方法を教えました。

さらに、逆紹介先を探すことが困難な医師に対する逆紹介お手伝いを開始するとともに、内科初診外来及び救急科に逆紹介状作成の補助を行う医師事務補助を配置しました。また、逆紹介先の検索にはインターネットの活用が有効であることから、インターネットをより機動的に使用することができるタブレットPCを購入し、救急科に配置しました。

ウ 紹介率・逆紹介率以外の承認要件クリアに向けての対策

地域医療支援病院の承認には、紹介率・逆紹介率以外にも要件があります。それ

らの要件について作業を進めるメンバーを決めるとともに承認に向けてのタイムスケジュールを作成しました。

(2) 地域の医療機関との緊密な連携に向けて

ア クリニック等に対する当院医師の紹介

地域医療支援病院の承認を目指すとはいっても、基本となるのは地域の医療機関との連携を強化することに尽きます。そこで、2014年度から当院の診療科医師を紹介する地域医療部だよりを発行し、医療機関へ送付しました。

イ 紹介状をいただいて死亡退院されたケースへの取組

紹介していただいた患者が当院でお亡くなりになった際、ご紹介をいただいた医療機関に対し報告もれがないよう、主治医への声掛けを行いました。

(3) 患者への周知

ア 紹介状を持参していただくための諸施策

「軽易な診療はクリニックで、入院が必要な検査や診療や手術は病院で」といった医療分業の政策に対応するため、院内に「紹介状をお持ちください」といった内容の掲示をしました。

III 来年度に向けて

地域医療支援病院の承認には、何よりも医療機関のとの連携強化が必要です。それを踏まえつつ紹介率・逆紹介率の要件をクリアすることがまず必要です。

2015年度に要件をクリアできるよう様々な方策を考え実行に移してまいります。

(文責 委員長 [地域医療部長] 千葉 喜美男)

32 病床管理委員会

2013年度に地域連携・病床管理委員会として組織されていた病床管理委員会は、2014年度より独立した委員会として活動を開始しました。

2014年度は毎月第一木曜日に委員会を開催しました。

はじめに、当委員会の運営方法を検討することから着手し、病床運用の効率化、病床稼働率の向上を目指し、2015年度からの施行に向けて、新棟全面オープンに適合した「病床移動のルール」などを盛り込んだ「病床管理マニュアル」の作成を進めました。

これにより適切な管理の方針を定め、今後における当委員会活動の基本方向性の確立を目指しました。

(文責 書記 [医事課] 箕田 玲)

33 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等、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 書記 [MEセンター] 大塚 祐希)

34 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。

2014年度は、医薬品安全性情報 22 例、医療機器安全情報 4 例、血液製剤 24 例の副作用報告がありました。そのうち医薬品安全性情報報告 7 例については厚生労働省へ報告を行いました。

副作用及び不具合報告の詳細については、薬剤部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 [薬剤部長] 阿部 正視)

35 診療情報等管理委員会

本年度は 2014 年 6 月 24 日、8 月 26 日、9 月 30 日、12 月 1 日、1 月 27 日、2 月 24 日に委員会を開催いたしました。

6 月はデジカメ画像管理システムの機能説明、導入に向けたワーキンググループについて承認を得ました。8 月はワーキンググループで作成したデジカメ画像管理システムの運用（案）について承認を得、また、富士通から導入予定の持参薬管理システムの機能説明がありました。9 月はデジカメ画像管理システムの利用方法について説明、年度末に実施予定のハード更新プロジェクトの概要を説明しました。12 月はハード更新に係る詳細説明、また、11 月に川崎病院で実施したハード更新に伴うシステム停止時の運用事例について説明しました。1 月は新棟移転に係るシステム関係の変更、修正等作業の説明、ハード更新に係る S E 作業の進捗について説明しました。2 月はハード更新に伴うシステム停止時のオーダー等の運用について説明しました。

(文責 書記 [医事課] 鈴木 啓進)

36 診療録管理委員会

2012 年度に診療情報管理委員会の部会として組織されていた診療録管理部会は、2013 年度より委員会に昇格して活動を開始しました。

2014 年度は 2013 年度より定めた「診療情報管理委員会運営要綱」に則って、原則第二火曜日に委員会を開催しました。

当委員会においては、電子カルテ内に新規登録や変更を提案された約 50 件の帳票の内容検討を行い、36 件の承認を行いました。

今年度は、電子カルテシステムに新たに導入される「デジタルカメラ画像管理システム」について玉川消化器外科部長をワーキンググループリーダーとして「ワーキンググループ」を立ち上げ、「管理規定」を定め、これに則り詳細な運用方法を検討し、9 月から実施稼働を開始しました。

また、2015 年 3 月からの新棟全面開業による旧棟解体に伴い、紙診療録やレントゲンフィルム等の診療情報の保管、廃棄の検討も行き「紙診療録等の外部保管」について、保管管理を検討、院内周知を行い、11 月から実施稼働を開始しました。

年度全体を通じて、診療記録の適切な記載が実施されるために、退院時要約の入力状況など、電子カルテ内の入力内容の管理を行い、診療情報管理室と連携し、院内啓発、周知を行いました。

(文責 委員長 [教育指導部長] 麻薙 美香)

37 NST 運営委員会

入院患者個々の症例・病態に応じて適切な栄養管理を実施することを目的とし、2005 年度 2 月より NST 運営委員会を立ち上げました。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。2014 年 4 月に新たに看護師 2 名が栄養サポートチームメンバーに加わり、薬剤師 1 名が退職したため、医師 3 名、看護師 6 名、薬剤師 1 名、管理栄養士 1 名がチームメンバーになりました。

現在、毎週火曜日、回診・カンファレンスを実施し、低栄養患者への介入だけでなく、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 7 回開催し述べ 260 名が参加しました。

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	103	69	90	126	95	74	89	99	86	71	90	119	1111
加算数	83	58	78	113	91	71	79	89	81	65	82	107	997

(文責 委員長 [内科医長] 栗原 夕子)

38 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、2014 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] 宮下 拓)

39 キャンサーボード委員会

平成 26 年度（2014 年）からキャンサーボード委員会は病院内にキャンサーボードを広げる活動を積極的に始めました。キャンサーボード（英名：Tumor Board）とは多職種のプロ達があつまり、患者さんの治療方針を多方面から考え決定する会議です。今までは年

に4-5回不定期で主診療科中心に判断の困る様な症例の都度集まる型をキャンサーボードとしていました。今年度からは普段診療科で行われている様な治療方針を決定する場においても、多くの職種を招いて、多方向から様々な視点で評価・決定する様に推奨して参りました。それに当たりキャンサーボードを以下の如く分類しました。

1. 病院全体キャンサーボード

説明：診療科をまたぐ病態（原発不明癌等）を必要の都度開催

2. 部門臓器別キャンサーボード

説明：それぞれのセンターあるいは診療科を中心に行うが、その他の診療科例えば放射線診断部や緩和ケア科をも巻き込み、さらには看護師・薬剤師・栄養師等の他職種も招き臓器別・治療法別の細かいオーダーメイド治療選択を定期的開催・検討する。

3. 1次治療後2次治療検討キャンサーボード

説明：大きな1次治療（主に手術）後にそれを評価し、続く2次治療の選択・必要性をも定期的に検討する。

4. 臨床病理キャンサーボード

説明：一次治療に手術を施行した症例のマクロやミクロ所見を、実際に顕微鏡を動かしながら供覧し、画像診断や内視鏡診断にフィードバック、今後の治療までも検討する。

それぞれの部門には以下のキャンサーボードがエントリーされました。

平成26年度の活動実績を示します。

1-1	キャンサーボード井田	1回
	主催：キャンサーボード委員会	
2-1	消化器キャンサーボード	39回
	主催：消化器センター	
2-2	乳腺キャンサーボード	39回
	主催：乳腺外科	
2-3	化学療法キャンサーボード	34回
	主催：化学療法委員会	
3-1	消化器外科術後キャンサーボード	38回
	主催：外科・消化器外科	
3-2	乳腺外科術後キャンサーボード	38回
	主催：乳腺外科	
4-1	消化器センター臨床病理キャンサーボード	9回
	主催：消化器センター	
4-2	乳腺臨床病理キャンサーボード	1回
	主催：乳腺外科	
合計		199回

今後もさらに参加人数・参加職種・種類を増やして行き、病院の治療の質向上・透明性のある治療・人々に信頼される治療を目指して行きたいと思っております。

(文責 委員長 [外科部長] 玉川 英史)

40 地域がん診療連携拠点病院推進委員会

地域がん診療連携拠点病院推進委員会は、「地域がん診療連携拠点病院として体制を整備し、推進する。」ことを目的として、2014年度に新たな院内委員会として発足しました。

I 2014年度 地域がん診療連携拠点病院推進委員会委員

役 職	氏 名	所 属
委員長	宮森 正	ケアセンター所長
副委員長	中村 威	消化器外科医長
副委員長	岡本 朋江	副看護部長
委員	塩見 哲也	呼吸器内科担当部長
委員	安彦 智博	呼吸器外科部長
委員	千葉 喜美男	泌尿器科部長
委員	中田 さくら	婦人科部長
委員	塚谷 泰司	放射線治療科部長
委員	村越 和仁	放射線診断科担当課長
委員	山本 桂一	放射線診断科担当係長
委員	品川 俊人	検査科部長
委員	鏑木 秀夫	検査科課長補佐
委員	荒井 園枝	薬剤部担当係長
委員	西村 友子	緩和ケア病棟師長
委員	武見 綾子	がん専門看護師
委員	三好 しのぶ	化学療法認定看護師
委員	勝野 隆	庶務課長
委員	植竹 勇	医事課課長補佐
委員	岡部 和代	地域医療部担当課長
委員	森 充子	ケアセンター課長補佐
委員	有野 かおる	ケアセンター担当係長
オブザーバー	神山 隆	事務局長
オブザーバー	がん登録担当者	ソラスト
書記	大谷 伸明	地域医療部担当係長
書記 ※11月から	石倉 紅瑠美	地域医療部
書記 ※9月まで	岡本 笑美	地域医療部
書記 ※6月まで	寶田 利奈	地域医療部

II 2014年度の実績

1 委員会開催実績

2014年度は、委員会を10回開催しました。以下に委員会での主な議題を記載します。

2014年度 地域がん診療連携拠点病院推進委員会の主な議題

日時	主な議題
6月3日 17:15～17:50	◎がん診療連携拠点病院の整備に関する指針について ◎地域がん診療連携拠点病院の指定要件（新指針）に規定される診療実績について ◎紹介率・逆紹介率以外で整備すべき要件について

7月1日 17:15～18:05	◎地域がん診療連携拠点病院の指定要件（新指針）に規定される診療実績について ◎がん診療連携拠点病院・県指定病院の指定要件について ◎がん登録について
8月5日 17:15～17:40	◎平成26年度現況報告について ◎地域がん診療連携拠点病院の指定要件（新指針）に規定される診療実績について ◎地域がん診療連携拠点病院の指定要件について ◎診療実績の集計について
9月9日 17:15～17:30	◎がん拠点病院に関する新聞記事について ◎がん診療連携拠点病院等の新規指定推薦及び指定更新推薦並びに現況報告について
9月26日 17:00～17:55	◎がん拠点病院の指定更新又は現況報告の手続について ◎指定更新関係書類作成に関する諸問題について
10月14日 17:15～17:35	◎がん診療連携拠点病院の指定更新に係る提出書類について ◎がん診療連携拠点病院の指定要件を満たしていない項目への対応について ◎がん教育について ◎がん拠点病院に関するデータの収集について
11月11日 17:15～17:35	◎地域がん診療連携拠点病院の指定更新の状況について ◎平成26年の診療実績について
1月13日 17:15～17:30	◎地域がん診療連携拠点病院の指定更新の状況について ◎指定更新にかかる指定要件の未充足状況について ◎平成26年の診療実績について ◎化学療法の内服について ◎平成27年の診療実績の目標について
2月10日 17:15～17:25	◎平成27年の診療実績について ◎がん拠点病院にかかる診療実績以外の指定要件について
3月10日 17:15～17:35	◎平成27年の診療実績について ◎がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会について ◎第14回神奈川県がん診療連携協議会の報告について ◎第10回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会への対応について

2 取組内容

(1) 地域がん診療連携拠点病院の指定更新

井田病院における地域がん診療連携拠点病院の指定更新申請は、本来であれば2013年度の予定であった。ところが、2014年1月10日に厚生労働省から「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」が示され、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関は、2015年3月末日までの間に限り、新指針で定めるがん診療連携拠点病院とみなされることとなった。そのため、2014年度が指定更新申請の年度となりました。

ア 地域がん診療連携拠点病院の主な新要件

2014年1月10日に厚生労働省から「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」が示された。この指針による地域がん診療連携拠点病院の主な新要件は次のとおりです。

(ア) 主な診療実績

- ◎院内がん登録数 500 件以上
- ◎悪性腫瘍の手術件数 400 件以上
- ◎がんに係る化学療法のべ患者数 1000 人以上
- ◎放射線治療のべ患者数 200 人以上

(イ) 主な診療従事者

- ◎常勤専従の放射線治療医師
- ◎常勤専任の放射線診断医師
- ◎常勤の病理診断医師
- ◎放射線治療室に専任の常勤看護師 1 名以上
- ◎化学療法室に原則として専従の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師
- ◎専任の細胞診断に係る業務を携わる者
- ◎「相談支援センター相談研修・基礎研修」(1)～(3)を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者
- ◎国立がん研究センターによる研修を受講した専従の院内がん登録を担う者 1 人以上

イ 当院における新要件の未充足状況

2015 年度からの指定更新の申請をする病院は、指定要件を満たしていなければなりません。

2014 年度に指定更新申請書を提出する当院における主な新要件の充足状況は、院内がん登録数と、がんに係る化学療法のべ患者数と、放射線治療のべ患者数と、放射線治療室に専任の常勤看護師 1 名以上を充たすことができませんでした。

表 新要件における診療実績

項目	2013 年	2014 年
院内がん登録数 ※年間 500 件以上	注 1)494	注 2)904
悪性腫瘍の手術件数 ※年間 400 件以上	412	489
がんに係る化学療法のべ患者数 ※年間 1000 人以上	540	596
放射線治療のべ患者数 年間 200 人以上	150	199

注 1) 2013 年の院内がん登録数は、2012 年の実績を 2013 年に国立がん研究センターへ報告したものである。

注 2) 2014 年の院内がん登録数は、2013 年の実績を 2014 年に国立がん研究センターへ報告したものである。

ウ 診療実績が未充足の理由及び当院の対応

神奈川県に対し、当院が指定要件について未充足のものがあるとの報告をするともに、当院が未充足の理由について数次にわたり神奈川県へ説明しました。

未充足の要件のうち、診療実績については、建物の老朽化に対応するための建て

替え工事の遅れが主な要因となっていることと、2015年4月に全面開院予定の病院は、がん、心疾患、納血管医療や糖尿病、腎疾患、呼吸器疾患等を中心とした成人疾患医療や二次救急医療の強化を重点に打ち出し、中でも「がん医療」については、地域がん診療連携拠点病院としての機能強化を図るため、高度専門医療を効率的・効果的に提供することを目的とした臓器別センター制の導入をはじめ、外来化学療法室の充実や高度医療器械の導入による放射線治療体制の整備・充実、手術室・内視鏡の拡充や医師の確保など、地域がん診療連携拠点病院としての機能強化を進めていることを説明しました。

また、2014年1月から12月までの診療実績（見込）が化学療法を除き要件をクリアできる見込みであることを説明しました。化学療法については、2014年の実績が要件をクリアできないが、2015年度の4月から全面開院する新棟では、化学療法室のベッド数が20床と倍増することから、2015年1月から12月までの診療実績が要件をクリアできる見込みであることを説明しました。

特に、11月26日に当院にて行われた神奈川県によるがん診療連携拠点病院の現地確認では、診療実績や診療実績見込の算出根拠についての確認や、現在建設中の新棟内で放射線治療室や化学療法室のベッド数の確認などの現地調査がありました。

エ 神奈川県の指定更新推薦と「第10回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」の表決

2014年11月に行われた神奈川県がん対策推進協議会による「平成26年度『がん診療連携拠点病院』の指定更新推薦」の委員による書面表決により、当院は神奈川県による指定更新推薦を受けることができました。

その後の2015年3月13日に開催された「第10回 がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」において、検討会の構成員から「現況を判断して、本来なら指定更新を認めないが、2015年4月に新棟が全面開院の予定であることから、現時点で指定を取り消すかどうかの判断はせず、1年猶予を与えたい。」との主旨により、2015年4月から2016年3月までの1年更新となりました。

III 来年度に向けて

2015年度はかろうじて1年の「地域がん診療連携拠点病院」の指定更新を受けることができましたが、2014年の化学療法の診療実績が要件をクリアできないことが確実となっております。そのため、全面開院後の2015年の実績をなんとしてもクリアしなければ、更なる指定更新はありません。

また、ただ指定要件を充たせばよいだけではなく、当院は『かわさき総合ケアセンター』があることから、検診から診療、在宅医療から終末期医療までを行うことができる「がん難民」をつくらない病院として更に力を発揮していかなければなりません。

来年度も委員の皆さんを中心として、病院が一丸となり、「地域がん診療連携拠点病院」を推進してまいります。

（文責 委員長 [担当理事] 宮森 正）

41 クリニカルパス委員会

2014年度も毎月1回開催をいたしました。さまざまな職種の職員が一丸となり、パスの適用率増に向け、問題点の解決策及びパス修正等の操作方法の周知等を都度検討してまいりました。

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。

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、診療の内容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。

当委員会の取り組みにより、パスの使用率は年々上がっており2014年度は、1,899件(適用終了日を基に計上。適用開始数は2,233件)でパス適用率は35.7%(適用終了日を基に計上。適用開始では38.1%)であり、結果についてはほぼ満足できるものでした。更に診療内容の確認及び既存パスの精査等を行うことで、より良く使いやすいパスの作成と適用率の向上に努めてまいります。

(文責 委員長 [外科] 中村 威)

42 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、栄養士、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

主な議事内容

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・実施となっています。今年度は、増床した病床の運用方法を決め、実施しました。

(文責 委員長[ケアセンター所長] 宮森 正)

43 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 平日毎日

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、毎日1-2件を医師、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。緊急の緩和ケア患者は、24時間対応で、ケアプラン病床の緊急緩和ケア病床にて、入院対応としています。

(文責 委員長[ケアセンター所長] 宮森 正)

44 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、市民にとって安心できる医療、在宅移行支援、非がん終末期ケア、ケアプラン病床のあり方、高齢者施設と対応の方法などの検討を行いました。特に今年度は、ケアプラン病床の実際の運用規定の見直しと、地域包括ケアとの連携方法を検討しました。4 東病棟をケアプラン病床として、非がん緩和ケア、緊急緩和ケア、地域連携、在宅支援機能として活用し、非がんの終末期への対応、在宅・外来・紹介の緩和ケア患者の緊急入院対応、在宅移行する患者の家族への教育指導などを行い、地域包括ケアを進めました。

(文責 委員長[ケアセンター所長] 宮森 正)

45 病院機能評価対策委員会

病院機能評価対策委員会は、2015 年病院機能評価受審にあたり諸課題の検討・解決策の企画立案をすることを目的に設置されました。

6 月に開催のあった受審説明会には様々な職種の職員が参加し、3 月に開催した委員会で多くの職員に各資料の項目内容や重要事項の確認、また受審当日の流れ等の説明を行ない、情報共有をいたしました。その結果、職員の意欲の向上ができ、2015 年の受審が適正かつ円滑に進むことを確信することができました。

(文責 委員長 [副院長]伊藤 大輔)

46 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、専従看護師が配置されました。地域がん診療連携拠点病院として、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。

2012 年 4 月から引き続き、専従として西智弘医師と武見綾子看護師、その他チームメンバーとして、精神科医師、薬剤師、栄養士等が所属し多職種が連携し活動しています。

がんサポートチームでは、一般病棟入院中で緩和ケアを必要とする患者の回診を毎日行っています。週 2 回、がんサポートチームでカンファレンスを行い、週 1 回全病棟を回診しています。国の方針である早期からの緩和ケアの推進を具体化させる手段として、昨年度 5 月から緩和ケアに関するスクリーニングを開始し、今年度も継続しました。昨年度はがんサポートチーム運営委員会メンバーとして、がん看護緩和ケアリンクナースを各病棟に配置しました。各リンクナースにも協力いただき、昨年度は 229 件のスクリーニングを実施しました。スクリーニング陽性であれば、サポートチーム医師、看護師が直接伺い同意があれば継続的にチームの介入をしています。

2014 年度のがんサポートチーム依頼件数は、新規依頼が 309 件、再開が 127 件で年間合わせて 436 件でした。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 408 名、がん治療中からの依頼が 28 名でした。

2012 年度に立ち上げ、活動を開始した非がんサポートチームへの依頼は 13 件でした。依頼内容は疼痛やその他の症状コントロール、精神的ケア、家族ケア、療養場所の調整等

多岐に渡っています。

(文責 がんサポートチーム担当係長 武見 綾子)

47 化学療法管理委員会

2014年度は月例として11回開催、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9件、変更4件(7種類)、の審査、承認を行いました。2015年3月末で、9診療科から196レジメンが登録されています。また、副作用対策のセット処方作成や、外来化学療法室ベッド予約の周知徹底により患者の待ち時間減少に貢献しました。

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画面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 荒井 園枝)

48 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。2014年度の委員会開催実績はありませんでした。

また、7階展望ラウンジに設置された「ほっとサロンいだ」の調度品は、すべて、患者さんをはじめ職員の寄贈によるものです。

(文責 書記 [庶務課] 伊藤 猛)

49 D P C委員会

2014年度はD P C適用病院4年目を迎え、職員に対する包括医療の制度の周知及び基礎知識習得の向上に努めました。具体的には、外部講師を招いた全職員を対象としたD P C制度勉強会を開催し、診療報酬への影響と対応等につき情報共有を図りました。

さらに、各診療科別の分析報告及び専門家によるコンサルティングを実施しました。医師だけでなく広い職種に対してのD P C及び保険上の制度周知に努めた結果、制度に係る理解が浸透しています。

また、D P Cコーディングについては、医事課から定期的に通知している「D P C通信」や「入院期間Ⅲに係るお知らせ」を配布することによりコーディングの精度が向上し、結果、入院診療単価アップに貢献できました。

(文責 委員長 [内科部長] 鈴木 厚)

50 診療材料等委員会

当委員会は、主に新規診療材料の導入や既存の診療材料の管理方法等の審議を行っております。

2014年度は、本委員会は開催されませんでした。

(文責 書記 [庶務課] 山本 達也)

51 外来診療委員会

当委員会は、外来運用の安定稼働や患者サービス等の外来診療環境の向上を図るための検討を行うことを目的に設置しています。

2014年度は、当委員会は開催されませんでした。

当委員会では、今後も外来診療に係る様々な改善に向けて検討してまいります。

(文責 書記 [医事課] 植竹 勇)

52 健診等運営委員会

(1) 各種健診等業務の変遷及び現状

井田病院は、内科・内視鏡センター・放射線科を中心に、健診／予防医学に取り組んできました。2011年度までは、井田病院医事課と医事業務受託業者が各種健診等の業務を運営してきました。

2012年度に地域医療部が新設されたことに伴い、各種健診等業務が健診等運営委員会及び同委員会の庶務である地域医療部に移管されました。

(2) 健診等運営委員会について

健診等運営委員会は、公的検診や人間ドックの精度管理を主たる目的として2012年度に新たに設置され、より多くの方に良質な健診を受けていただけるよう検討しています。

その所掌する業務は多岐にわたり、次のとおりとなっております。

- ア 公的検診（特定健診・がん検診等）の全体的な調整・管理
- イ 公的検診の精度評価
- ウ 2次検診の追跡
- エ 自費で行う検診の運用
- オ 特定保健指導の調整
- カ 健診関連のホームページの管理
- キ 人間ドックの全体的な調整
- ク 人間ドックの精度管理
- ケ 再編整備後の健康管理部門の運用計画

(3) 2014年度における健診等運営委員会の活動

2014年度は、日々の各種健診に取り組む過程で生じる新たな問題を、健診に携わる医師、看護師、コメディカル、医事業務受託業者の皆さんと委員会を通じて解決してまいりました。

また、当院では人間ドックのオプションとしてアミノインデックス検査を行っていますが、2014年度から川崎市役所の定期健康診断のオプションとしてアミノインデックス検査を受診した方のうち、がんのリスクが高いとの診断が出た方の二次精査を受け入れることとなりました。

さらに、2015年度から井田病院再編2期工事完成時に、新棟2階に受付及び一部の検査・診療ができる健診部門が設置される予定であり、この健診部門の名称を「健康管理室」といたしました。

(4) 来年度に向けて

来年度は、新たな検診メニューとして「がんドック」を開始いたします。「健康管理室」を活用し、正確で良質な健診を今後行うことにより、疾病の早期発見につなげ、健康な生活のサポートに寄与していきます。

(文責 教育指導部長 麻薙 美香)

53 医療機器管理委員会

本委員会では、院内に設置されている ME の管理していない医療機器の管理、調整等を行います。2014 年度は、諸般の事情により、委員会を開催していません。

(文責 書記 [庶務課] 白井 一郎)