
巻頭言

盛岡友愛病院年報発刊にあたり

病院長 佐々木 達哉

医療法人友愛会盛岡友愛病院の年報発刊にあたり、ご挨拶申し上げます。

当院は1984年の開設以来、「地域に密着した、親切で、思いやりのある病院」を理念に歩んでまいりました。当初は一般病棟125床で始まり、現在は一般、回復期リハビリテーション、地域包括ケア、緩和ケア、障害者の全8病棟386床となり、急性期から、回復期、慢性期までをカバーできる体制になっております。この間にリハビリテーション技術部の拡張、透析センター、健診センターの充実も図ってきました。

これまでも活動記録は部署単位で行っていましたが、今年からは関係機関への現況報告と職員間の業績共有を目的に病院全体の年報を毎年発刊する運びとさせていただきました。

改めて令和2年度の業績を振り返りますと、新型コロナウイルス感染症拡大の厳しい状況下にあっても入院患者数は増加傾向で推移し、いかに紹介元の医療機関、退院後の治療やケアをお願いする地域の医療機関・介護福祉関係の方々、何よりも受診される患者さんとそのご家族の支えがあって当院は成り立っているのがよく分かりました。また、満足度調査では一定の評価をいただき、相互連携が薄くなりがちな情勢の中でも尽力した全職員に感謝致します。

令和3年度は病院機能評価の更新年でもあり、各病棟の機能を明確化し、さらに安定的な経営基盤を築くとともに、活気溢れる働きがいのある職場の構築を目指します。今後も関連施設との良好な連携を図って参りますので、皆様のご指導・ご協力をお願い申し上げます。

病院の理念

「地域に密着した、親切で、思いやりのある病院」

基本方針

盛岡友愛病院は、

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

患者さんの権利

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

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

医療法人友愛会沿革

1984年（昭和59年）

1月：医療法人友愛病院として開設（内科125床）

1985年（昭和60年）

6月：224床に増床

1986年（昭和61年）

9月：西病棟増築、386床に増床

1995年（平成7年）

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25：1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（Ver.4.0）

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：D P C 導入
12月：M R I 更新

2012年（平成24年）

3月：病院機能評価認定更新（Ver.6.0）
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：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

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

2016年（平成28年）

3月：透析センター拡張（計30床）
6月：地域包括ケア病棟開設
12月：病院機能評価認定更新（3rdG：Ver.1.1）

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）
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

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
病院概要	
病 院 概 要	11
指定医療機関	12
学会等の指定医療機関	12
盛岡友愛病院組織図	13
職 員 数	14
施 設 基 準	15
施設基準算定実績	18
入院患者数	20
外来患者数	21
紹介率・逆紹介率	21
緊急入院患者数	21
盛岡友愛病院 配置図	22
部門別活動状況	
I. 診 療 部	23
内科・呼吸器内科・アレルギー内科	25
循環器内科	26
消化器内科	27
脳神経内科	28
心療内科	29
肝臓内科	30
外科・消化器外科	31
外科・心臓血管外科	32
外科・乳腺外科	33
外科・肛門外科	34
外科・緩和ケア外科	35
形成外科	36
整形外科・リウマチ科	37
脊椎・末梢神経外科	38
泌尿器科	39
婦人科	40
麻酔科	41
小児科	42
皮膚科	43
耳鼻咽喉科	44
眼 科	45
歯 科	46

健診センター	47
II. 看護部	49
看護部	51
東4階	54
南3階	55
南4階	56
南6階	57
南7階	58
西3階	59
西4階	60
西5階	61
外来	62
透析	63
手術室	64
中央材料室	65
看護部目標の評価	66
総合評価及び課題	67
III. 診療技術部	69
薬剤科	71
放射線科	72
臨床検査科	73
臨床工学科	75
食養課	76
IV. リハビリテーション技術部	79
リハビリテーション技術部	81
V. 業務部・事務部	83
医事課	85
総合企画室	86
経営企画室	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
機能評価準備室	94
診療情報管理室	95
VI. 地域医療センター	97
地域医療センター	99
患者サポートチーム	100
地域医療連携室	101
入退院管理室	102
医療相談室	103
VII. 感染制御部	105

感染制御部	107
VIII. 医療安全管理部	109
医療安全管理部	111
委員会活動状況	
運営委員会	115
院内感染対策委員会	116
医療安全管理委員会	117
透析機器安全管理委員会	118
医療ガス安全管理委員会	119
褥瘡対策委員会	120
輸血療法委員会	121
治験審査委員会	122
薬事審議委員会	123
化学療法委員会	124
栄養管理委員会	125
NST委員会	126
緩和ケア委員会	127
安全衛生委員会	129
診療情報管理委員会	130
広報編集委員会	131
DPC・コーディング委員会	132
SPD委員会	133
業務改善検討委員会	134
クリニカルパス委員会	135
倫理委員会	136
看護部教育委員会	137
【資料】院内集合研修実績	138
【資料】看護研究発表会プログラム案内	142
看護部業務委員会	143
看護部記録検討委員会	144
看護部臨地指導者委員会	145
看護部事故防止委員会	146
看護部クリニカルラダー委員会	147
手術室運営委員会	148
入退院支援委員会	149
ハラスメント防止委員会	150
回復期リハビリテーション委員会	151
地域包括ケア委員会	152
VTE予防対策委員会	153
チーム活動状況	
外来化学療法チーム	157
緩和ケアチーム	158
褥瘡対策チーム	159
排尿ケアチーム	160

栄養サポートチーム（NST）	161
業 績	
論文	165
学会等発表一覧	170
統計調査	
外来満足度調査結果（外来）	173
患者満足度調査結果（病棟全体）	176
巻末資料	
リハビリテーション室 設備紹介	181
行事食	183
地域医療連携室だより	185

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
T E L	019-638-2222（代表）
F A X	019-637-3790
U R L	https://www.yu-ai-hp.net
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・呼吸器内科・アレルギー科・循環器内科・消化器内科・脳神経内科・心療内科・肝臓内科・外科・消化器外科・呼吸器外科・心臓血管外科・乳腺外科・肛門科・緩和ケア外科・形成外科・整形外科・リウマチ科・放射線科・リハビリテーション科・泌尿器科・婦人科・麻酔科・小児科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科・歯科・小児歯科・矯正歯科
許 可 病 床 数	386床
職 員 数	609人（令和 3 年 3 月31日現在）

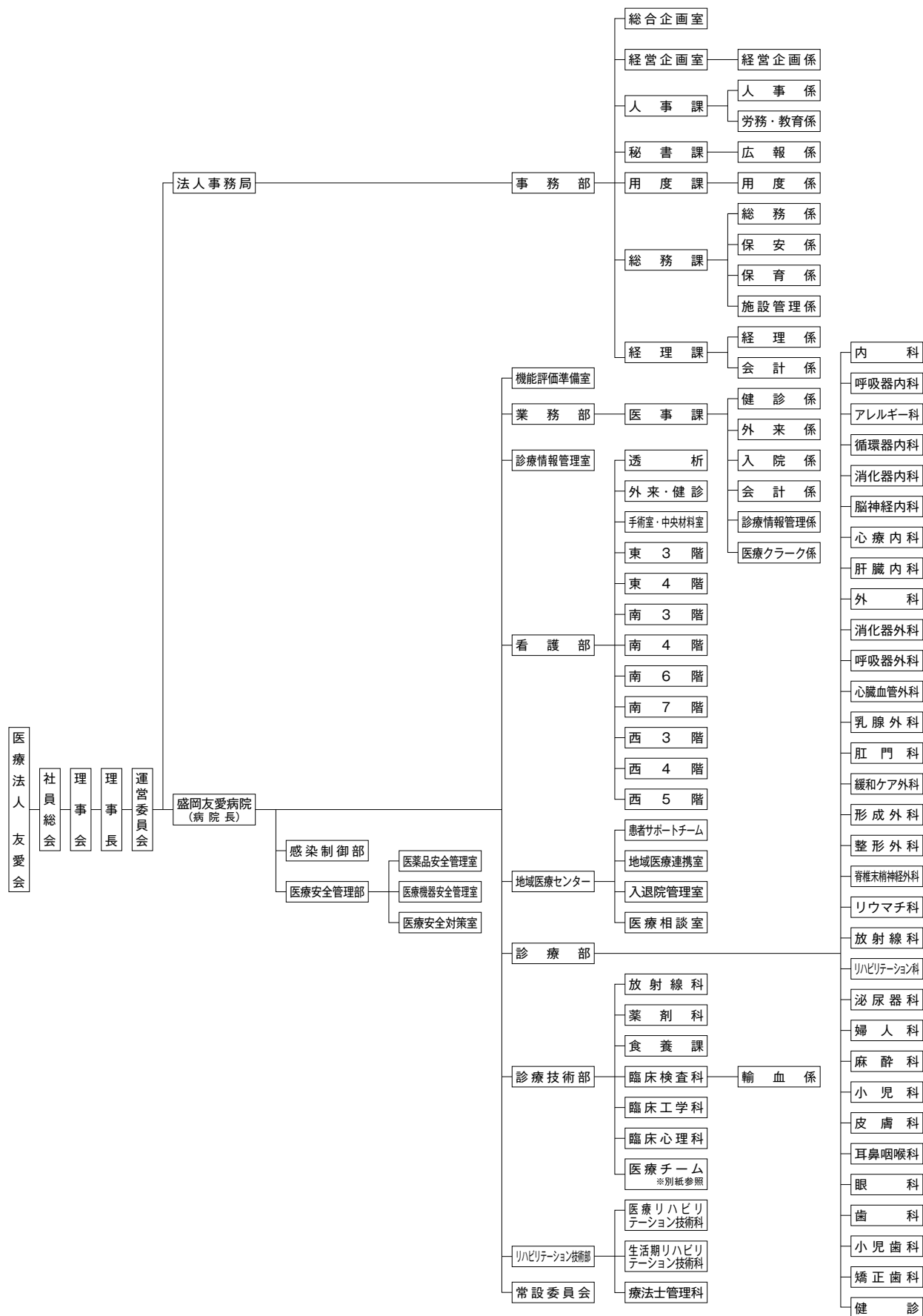
指定医療機関

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
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



職 員 数

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
医 師・ 歯 科 医 師	22	0	0	2	0	24
看 護 師	213	0	9	7	4	233
准 看 護 師	19	0	2	5	0	26
介 護 福 祉 士	28	0	0	0	1	29
看 護 補 助	33	1	2	1	1	38
薬 剤 師	4	0	0	0	0	4
薬 剤 助 手	0	1	0	1	0	2
診 療 放 射 線 技 師	5	0	0	1	0	6
臨 床 検 査 技 師	7	0	0	0	0	7
臨 床 検 査 助 手	0	0	1	0	0	1
理 学 療 法 士	57	0	0	0	0	57
作 業 療 法 士	28	0	0	0	0	28
言 語 聴 覚 士	7	0	0	0	0	7
臨 床 工 学 技 士	4	0	0	1	0	5
歯 科 衛 生 士	3	0	0	0	0	3
視 能 訓 練 士	2	0	0	0	0	2
社 会 福 祉 士	10	0	0	0	0	10
公 認 心 理 師	1	0	0	0	0	1
管 理 栄 養 士	9	0	0	0	0	9
栄 養 士	1	0	0	0	0	1
調 理 師	15	2	0	0	0	17
食 器 洗 浄	0	0	4	0	0	4
調 理 補 助	0	0	0	0	3	3
法 人 事 務 職 員	22	1	1	1	0	25
事 務 職 員	36	4	9	1	0	50
保 育 士	4	0	0	1	0	5
保 安 管 理 員	6	1	0	0	0	7
施 設 管 理 員	3	1	0	1	0	5
合 計	535	14	27	23	10	609

施設基準

I 入院基本料に関する事項

◎南3階、西4階病棟

- (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

◎南6階

- (1) 平均して入院患者15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) 急性期一般病棟入院料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) 回復期リハビリテーション病棟入院料3 ※休日リハ提供体制強化加算
- (4) 地域包括ケア病棟入院料2
- (5) 障害者施設等入院基本料 ※10対1入院基本料
- (6) 緩和ケア病棟入院料2
- (7) 重症者等療養環境特別加算
- (8) 診療録管理体制加算1
- (9) 医師事務作業補助体制加算2 ※100対1補助体制加算
- (10) 特殊疾患入院施設管理加算
- (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1 ※地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算
- (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) 入院支援加算 1 ※地域連携診療計画加算
 - (22) 入院時食事療養 (I)
 - (23) 糖尿病合併症管理料
 - (24) 薬剤管理指導料
 - (25) 医療機器安全管理料 I
 - (26) 在宅患者訪問看護指導料及び同一建物住居者訪問指導料
 - (27) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
 - (28) 検体検査管理加算 (I)
 - (29) 検体検査管理加算 (II)
 - (30) 輸血管理料 (II)
 - (31) 神経学的検査
 - (32) CT撮影及びMRI撮影
 - (33) 外来化学療法加算 I
 - (34) 小児科外来診療料
 - (35) 無菌製剤処理料
 - (36) がん治療連携指導料
 - (37) がん性疼痛緩和指導管理料
 - (38) がん患者指導管理料 (イ)
 - (40) がん患者指導管理料 (ロ)
 - (41) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算
 - (42) 排尿自立支援加算
 - (43) 心大血管疾患リハビリテーション料 (I)
 - (44) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)
 - (45) 運動器リハビリテーション料 (I)
 - (46) 呼吸器リハビリテーション料 (I)
 - (47) がん患者リハビリテーション料
 - (48) 人工腎臓
 - (49) 下肢末梢動脈疾患指導料加算
 - (50) 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
 - (51) 導入期加算 1
 - (52) ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術
 - (53) 椎間板内酵素注入療法
 - (54) 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
 - (55) 胃瘻造設術
 - (56) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算
 - (57) 組織拡張器による再建手術 (乳房 (再建手術) の場合に限る。)
-

-
- (58) 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
 - (59) 麻酔管理料（Ⅰ）
 - (60) コンタクトレンズ検査料 1
 - (61) 酸素の購入単価
 - (62) HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
 - (63) 婦人科特定疾患治療管理料
 - (64) 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
 - (65) 外来緩和ケア管理料
 - (66) 緩和ケア診療加算
 - (67) 初診料（歯科）
 - (68) 歯科治療総合医療管理料
 - (69) クラウン・ブリッジ維持管理料
 - (70) 在宅患者歯科治療総合医療管理料
 - (71) 歯科口腔リハビリテーション料 2
 - (72) 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	103	537	0	0
診療録管理体制加算 1		30	1,555	1,555	0	0
特殊疾患入院施設管理加算		350	703	20,650	0	0
療養環境加算		25	2,350	23,081	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	2,144	2,144	0	0
感染防止対策加算 1 ※地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算		390	2,144	2,144	0	0
入退院支援加算 1 ※地域連携診療計画加算	一般	600	916	918		
	療養	1,200	4	4		
データ提出加算 2	イ	180	2,146	2,146		
糖尿病合併症管理料		170			13	13
救急医療管理加算	1	900	212	1,032		
	2	300	226	1,170		
薬剤管理指導料	1	380	105	118		
	2	325	416	443		
医療機器安全管理料Ⅰ		100	102	102		
検体検査管理加算(Ⅰ)		40			15,731	15,731
検体検査管理加算(Ⅱ)		100	1,906	1,906		
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	処方料	70			2	2
	処方箋料	70			450	
外来迅速検体検査加算	1項目	10				1,640
	2項目	20				4,009
	3項目	30				981
	4項目	40				163
	5項目以上	50				2,219
外来化学療法加算Ⅰ		600			109	
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)		205		4,120		64
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)		245		171,528		506
廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)		180		60,365		8
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)		185		96,704		3,372
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)		175		5,654		192
がん患者リハビリテーション料		205		4,770		0
初期加算		45		21,836		105
早期加算		30		61,717		365
消炎鎮痛等手技		35	0	0	7	7
退院時リハビリテーション指導料		300	1,643	1,644		
退院前訪問指導料		580	4	4		
リハビリテーション総合計画評価料	1	300	2,083	2,083		
	2	240	875	875		
リハビリテーション計画提供料	1	275	67	67		
	2	100	1	1	0	0
目標設定等支援管理料	初回	250	387	387	3	3
	2回目以降	100	83	83	4	4
摂食機能療法		185	48	386	1	1
		9,520	2	2		
		4,000	4	4		
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算		450	1	1		
麻酔管理料(Ⅰ)	脊椎麻酔	250	0	0		
	マスク	1,050	483	485		
	硬膜外麻酔	250			0	0

項 目			入 院		外 来	
加算名称	サブ項目	点数	人数	回数	人数	回数
胃瘻造設術		6,070	45	45		
胃瘻造設時嚥下機能評価加算		2,500	2	2		
血管内視鏡検査		2,040	0	0		
コンタクトレンズ検査料 1		200			44	44
無菌製剤処理料	1	180	2	2	0	0
	1その他	45	43	77	13	14
下肢末梢動脈疾患指導管理加算		100	262	262	675	675
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			25	25
		2,000	0	0	6	6
総合評価加算		100	0	0		
後発医薬品使用体制加算 1		45	1,555	1,555		
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	35	36		
人工腎臓		1,980	361	1,401	1,287	4,685
		1,580	67	168		
		2,140	315	1,324	989	3,027
		2,275	62	124	358	812
導入期加算 1		300	21	69		
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算		10	805	3,018	2,653	8,574
		50	58	253	548	1,911
介護支援等連携指導料		400	16	16		
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	209	414		
患者サポート体制充実加算		70	2,144	2,144		
胃・十二指腸ファイバースコピー		1,140	88	88	403	403
大腸内視鏡検査(ファイバースコピーによるもの) (上行結腸及び盲腸)		1,550	38	38	216	216
入院栄養食事指導料	初回	260	422	422		
	2回目	200	114	114		
入院栄養食事指導料 2	初回	250	0	0		
	2回目	190	0	0		
急性期患者支援病床初期加算		150	213	1,989		
在宅患者支援病床初期		300	221	1,839		
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			47	47
	月の2回目	400			13	13
退院時薬剤情報管理指導料		90	90	91		
がん性疼痛緩和管理料		200	15	15	27	27
がん患者指導管理料	イ	500	3	3	0	0
	ロ	200	0	0	3	3
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	19	19	0	0
運動量増加機器加算		150	57	57	0	0
婦人科特定疾患治療管理料		250			3	3
静脈圧処置(慢性静脈不全に対するもの)		200	1	1	9	9
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	27	27		

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)	2,170	1,774	1,973	2,372	2,039	1,888	2,146	2,182	2,112	2,135	2,180	2,512	25,483	2,123.6
	1日平均患者数(人)	72.3	57.2	65.8	76.5	65.8	62.9	69.2	72.7	68.1	68.9	77.9	81.0		69.8
	稼 働 率	68.9%	54.5%	62.6%	72.9%	62.6%	59.9%	65.9%	69.3%	64.9%	65.6%	74.1%	77.2%		66.5%
	平均在院日数(日)	16.4	15.4	14.2	17.1	15.4	13.4	14.2	16	14.6	17	16.6	16.8		15.6
	新 入 患 者 数(人)	133	114	152	140	131	136	157	134	133	146	142	157	1675	139.6
	退 院 数(人)	103	82	91	114	106	103	120	88	112	84	99	104	1206	100.5
	(内 死 亡 退 院)	4	9	4	7	9	4	6	9	4	9	7	5	77	6.4
障害者病棟 (60床)	延 患 者 数(人)	1,560	1,665	1,629	1,757	1,806	1,708	1,766	1,756	1,811	1,818	1,588	1,771	20,635	1,719.6
	1日平均患者数(人)	52.0	53.7	54.3	56.7	58.3	56.9	57.0	58.5	58.4	58.6	56.7	57.1		56.5
	稼 働 率	86.7%	89.5%	90.5%	94.5%	97.1%	94.9%	94.9%	97.6%	97.4%	97.7%	94.5%	95.2%		94.2%
	平均在院日数(日)	780.0	1110.0	3258.0	878.5	1806.0	854.0	3532.0	3512.0	1811.0	3636.0	1588.0	3542.0		2,192.3
	新 入 患 者 数(人)	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0.4
	退 院 数(人)	3	2	0	0	2	2	1	1	2	0	2	0	15	1.3
	(内 死 亡 退 院)	2	0	0	0	1	1	0	1	2	0	2	0	9	0.8
回復期リハ病棟 (135床)	延 患 者 数(人)	3,511	3,746	3,723	3,812	3,660	3,639	3,780	3,618	3,630	3,810	3,585	4,034	44,548	3,712.3
	1日平均患者数(人)	117.0	120.8	124.1	123.0	118.1	121.3	121.9	120.6	117.1	122.9	128.0	130.1		122.0
	稼 働 率	86.7%	89.5%	91.9%	91.1%	87.5%	89.9%	90.3%	89.3%	86.7%	91.0%	94.8%	96.4%		90.4%
	平均在院日数(日)	60	73.4	67.6	58.1	67.7	69.3	64.6	67.6	60.5	80.2	69.6	66.6		67.1
	新 入 患 者 数(人)	30	17	16	31	24	18	24	26	34	14	19	22	275	22.9
	退 院 数(人)	47	40	43	53	49	42	49	45	54	43	39	52	556	46.3
	(内 死 亡 退 院)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0.2
地域包括ケア 病棟 (45床)	延 患 者 数(人)	832	746	705	998	799	829	1,029	1,049	1,010	1,081	980	1,181	11,239	936.6
	1日平均患者数(人)	27.7	24.1	23.5	32.2	25.8	27.6	33.2	35.0	32.6	34.9	35.0	38.1		30.8
	稼 働 率	61.6%	53.5%	52.2%	71.5%	57.3%	61.4%	73.8%	77.7%	72.4%	77.5%	77.8%	84.7%		68.4%
	平均在院日数(日)	31.1	28.5	28.5	29.4	31.9	36.0	29.5	31.1	31.2	33.0	30.5	33.4	33.0%	31.2
	新 入 患 者 数(人)	20	22	27	27	21	28	22	21	25	27	27	23	290	24.2
	退 院 数(人)	30	32	23	40	27	24	31	33	37	36	32	34	379	31.6
	(内 死 亡 退 院)	1	1	0	0	1	1	2	0	0	1	1	0	8	0.7
緩和ケア病棟 (18床)	延 患 者 数(人)	348	362	353	376	416	431	388	396	409	420	351	473	4,723	393.6
	1日平均患者数(人)	11.6	11.7	11.8	12.1	13.4	14.4	12.5	13.2	13.2	13.5	12.5	15.3		12.9
	稼 働 率	64.4%	64.9%	65.4%	67.4%	74.6%	79.8%	69.5%	73.3%	73.3%	75.3%	69.6%	84.8%		71.9%
	平均在院日数(日)	31.6	28.9	20.7	47.0	37.8	45.3	25.0	46.5	37.1	46.6	30.5	78.8		39.7
	新 入 患 者 数(人)	7	5	12	6	7	5	11	5	4	9	3	3	77	6.4
	退 院 数(人)	10	14	17	7	10	11	14	8	12	8	12	4	127	10.6
	(内 死 亡 退 院)	7	12	10	6	9	9	10	8	10	6	12	4	103	8.6
合 計 (稼働病床数 363床)	延 患 者 数(人)	8,421	8,293	8,383	9,315	8,720	8,495	9,109	9,001	8,972	9,264	8,684	9,971	106,628	8,885.7
	1日平均患者数(人)	280.7	267.5	279.4	300.5	281.3	283.2	293.8	300.0	289.4	298.8	310.1	321.6		292.1
	稼 働 率	77.3%	73.7%	77.0%	82.8%	77.5%	78.0%	80.9%	82.7%	79.7%	82.3%	85.4%	88.6%		80.5%
	新 入 患 者 数(人)	190	159	208	206	183	187	214	186	196	196	191	206	2,322	193.5
	退 院 数(人)	193	170	174	214	194	182	215	175	217	171	184	194	2,283	190.3
	(内 死 亡 退 院)	14	22	14	13	20	15	18	19	17	16	22	9	199	16.6

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	471	397	403	453	422	369	349	379	319	269	261	324	4,416	368.0
消化器内科	952	1,122	1,236	1,282	1,106	1,035	1,184	1,259	1,125	1,247	1,144	1,372	14,064	1,172.0
循環器内科	662	514	620	655	580	559	632	626	654	719	522	739	7,482	623.5
脳神経内科	1,946	1,917	1,830	1,914	1,706	1,724	1,800	1,609	1,665	1,865	1,735	1,954	21,665	1,805.4
心療内科	278	321	358	315	287	325	303	321	355	380	321	331	3,895	324.6
整形外科	1,861	1,771	1,558	1,994	1,911	1,664	2,015	2,126	2,256	2,158	2,205	2,401	23,920	1,993.3
脊椎・抹消神経外科	218	147	197	273	162	226	206	147	189	124	152	153	2,194	182.8
外科	1,581	1,673	1,743	1,985	2,035	1,982	2,034	1,926	1,945	2,015	1,840	2,023	22,782	1,898.5
泌尿器科	447	425	426	438	508	606	586	602	456	483	503	672	6,152	512.7
眼科	5	6	7	6	3	5	0	1	8	4	1	2	48	4.0
婦人科	0	0	5	0	0	0	0	5	0	0	0	0	10	0.8
合 計	8,421	8,293	8,383	9,315	8,720	8,495	9,109	9,001	8,972	9,264	8,684	9,971	106,628	8,885.7

※消化器内科には、肝臓内科を含む

外来患者数

外来診療

【医科】

(単位：人)

科 名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
内科・呼吸器内科	518	443	443	448	418	399	492	420	409	325	368	416	5,099	425
消化器内科	503	402	487	547	443	487	552	432	499	426	431	519	5,728	477
循環器内科	607	449	560	569	539	536	611	541	644	486	524	624	6,690	558
脳神経内科	331	272	337	328	311	303	359	279	331	259	256	305	3,671	306
心療内科	723	591	698	741	699	657	811	695	710	630	616	724	8,295	691
皮膚科	68	63	85	84	84	64	69	73	80	57	60	102	889	74
外科	482	410	487	528	547	571	598	515	491	393	419	588	6,029	502
整形外科	834	744	928	884	773	877	889	784	796	735	828	1,101	10,173	848
小児科	109	110	104	108	92	89	168	125	102	80	110	136	1,333	111
泌尿器科	1,147	1,136	1,253	1,323	1,236	1,298	1,297	1,219	1,351	1,217	1,122	1,381	14,980	1,248
耳鼻咽喉科	189	137	143	157	130	137	140	115	136	109	102	166	1,661	138
眼科	377	315	376	395	356	370	374	291	379	316	249	357	4,155	346
婦人科	122	94	127	152	98	134	156	118	136	93	100	115	1,445	120
脊椎・末梢神経外科・シビレ外来	179	127	241	195	158	175	240	173	157	142	143	166	2,096	175
形成外科	101	84	113	134	133	115	125	123	93	31	33	49	1,134	95
合 計	6,290	5,377	6,382	6,593	6,017	6,212	6,881	5,903	6,314	5,299	5,361	6,749	73,378	6,115

※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	308	259	369	351	313	351	397	329	341	279	301	377	3,975	331.3

【紹介率・逆紹介率】

(単位：人)

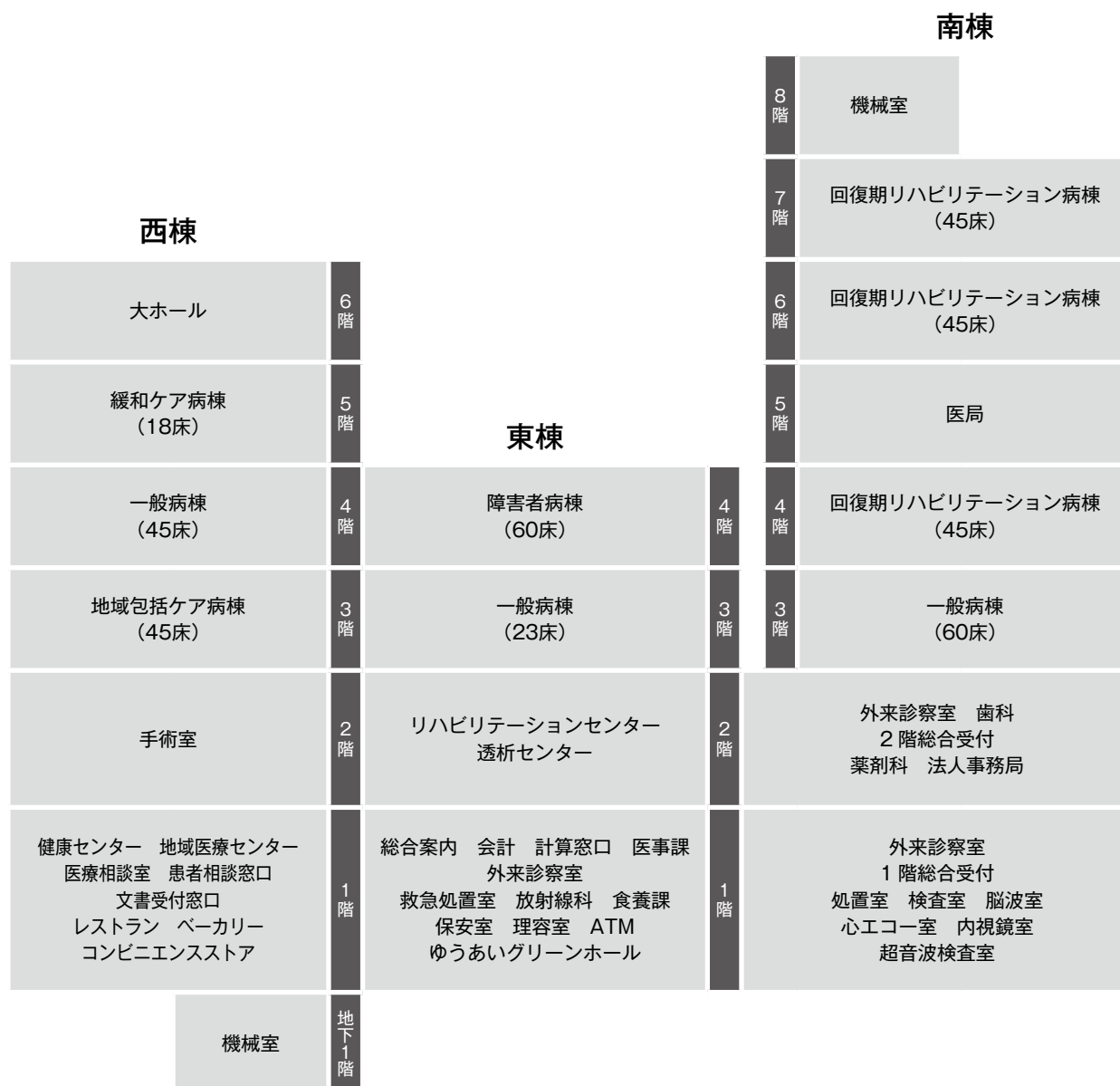
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
初 診	527	556	694	612	614	626	777	575	546	474	545	674	7,220	601.7
救 急 車	28	20	25	21	22	20	26	26	30	35	27	21	301	25.1
急 患 数	57	67	49	43	57	58	48	53	42	58	49	43	624	52.0
紹 介 数	232	214	281	283	267	314	345	282	284	223	218	271	3,214	267.8
紹 介 率	52.5%	45.6%	45.3%	51.6%	49.9%	57.3%	49.1%	56.9%	59.9%	58.5%	46.5%	44.4%	51.1%	51.1%
逆 紹 介 数	190	155	182	221	178	181	224	188	202	170	172	214	2,277	189.8
逆 紹 介 率	43.0%	33.0%	29.4%	40.3%	33.3%	33.0%	31.9%	37.9%	42.6%	44.6%	36.7%	35.1%	36.2%	36.2%

【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	27	19	20	19	20	15	25	24	28	31	26	19	273	22.8
うち救急搬送入院	10	8	10	12	7	5	13	12	19	17	12	7	132	11.0

盛岡友愛病院 配置図



部門別活動状況

I. 診療部

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

内科・呼吸器内科・アレルギー内科

1. 診療の概要

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

○気管支喘息

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

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

○慢性閉塞性肺疾患（COPD）

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

○その他の慢性肺疾患

特発性間質性肺炎には抗線維化薬を中心とした治療を行っています。

○肺腫瘍性病変

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

○睡眠時無呼吸症候群（SAS）

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

○花粉症

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

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

スギ花粉症には、減感作療法を予定しております。

○ハチ毒アレルギー

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

2. 診療医師

内科部長	北澤 俊一
呼吸器内科部長	大坊 中（令和2年12～非常勤医師）
非常勤医師	1名／月

3. 診療実績

外来延患者数：5,099人（新患：456人）

入院延患者数：4,416人（新入院患者数：28人、退院患者数：34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：6,690人（新患：218人）

入院延患者数：7,482人（新入院患者数：138人、退院患者数：134人）

4. 手術・検査件数

○手術件数 ————— 6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 ————— 4件

○主な検査件数

●心エコー検査 ————— 818件

●ホルター心電図 ————— 147件

●心電図 ————— 1,109件

●トレッドミルによる負荷心肺機能検査 ————— 8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：5,728人（新患：675人）

入院延患者数：14,064人（新入院患者数：330人、退院患者数：309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）—— 115件
- 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm以上）—— 11件
- 内視鏡的消化管止血術 ————— 13件
- 内視鏡的乳頭切開術 ————— 12件
- 内視鏡的膵管・胆道ステント留置術 ————— 8件
- 内視鏡的胆道結石除去術 ————— 3件
- 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 ————— 5件
- 胃瘻造設 ————— 32件

○主な検査件数

- 腹部エコー ————— 237件
- 胃カメラ ————— 444件
- 大腸カメラ ————— 256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。当院は急性期疾患を扱う一般病棟のほか、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、特殊疾患（障害者）病棟等を有しており、当科で扱う疾患も急性期から慢性期まで幅広く広がっています。ただし、血管内治療には対応しておらず、脳神経外科がないため脳腫瘍が疑われるケースなどは近隣の基幹病院にお願いしているのが現状です。

本年度は新型コロナウイルス感染の流行に伴い、当科でも外来の発熱患者や面会禁止による患者家族への対応等に苦慮しました。受診控えや通院間隔の延長による病状悪化に留意しながら診療にあたっております。

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：3,671人（新患：186人）

入院延患者数：21,665人（新入院患者数：186人、退院患者数：187人）

4. 主な検査件数

- 脳波 ————— 33件
- 神経伝導検査 ——— 41件
- 筋電図 ————— 1件
- MRI ————— 298件（外来188件、入院110件）
- CT ————— 428件（外来257件、入院171件）

心療内科

1. 診療の概要

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

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

2. 診療医師

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

3. 診療実績

外来延患者数：8,295人（新患：175人）

入院延患者数：3,895人（新入院患者数：35人、退院患者数：32人）

4. カウンセリング実施実績

公認心理師：西國 千春

延回数——326回

●総数 43人（女性：41人、男性：2人）

前年度からの継続 —— 11人

新規 —— 22人

再開 —— 10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22年間に特に多くの肝炎ウイルスキャリア（B,C型）の方が受診されました。C型肝炎は当初はインターフェロン療法で、近年は経口薬（DAA）療法でほとんどの方が治癒されました。またB型肝炎も近年は核酸アナログ薬（NA）の経口投与で、ウイルスの活動を抑え病態の進行を抑えることが可能になりました。また、脂肪肝や非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）に対しては、生活指導を含めた治療を行っています。併せて、不必要なサプリメントの摂取は控えるように指導しています。

2. 診療医師

肝臓内科部長 石川 和克

3. 診療実績

外来延患者数： 204人

入院延患者数：2,635人（新入院患者数：30人、退院患者数：22人）

4. 肝臓内科外来の現況

(1) C型肝炎

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

(2) B型肝炎

B型肝炎ウイルス（HBV）DNA量が多く、HBVコア関連抗原陽性あるいはHBs抗原量が多い場合は、病態の進展抑制のために、適宜核酸アナログ（NA）製剤（ベムリディー）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) 非アルコール性脂肪性肝疾患

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

(4) 特殊な原因による肝障害として留意すべき例

A) EBウイルス感染による肝障害。

B) 高脂血症を伴う肝障害に、原発性胆汁性胆管炎（PBC）、甲状腺機能低下症が存在する場合がある。

外科・消化器外科

1. 診療の概要

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

2. 診療医師

消化器外科部長 松谷 英樹

3. 診療実績

外来延患者数：2,228人

入院延患者数：3,798人（新規入院患者数：171人、退院患者数：170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 65件

（内訳）

●腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術・修復術	36件
●鼠径ヘルニア手術	12件
●腹腔鏡下胆嚢摘出術	4件
●腹膜灌流用カテーテル留置術	4件
●抗悪性腫瘍剤動脈静脈内持続注入植込型カテーテル設置術・除去術	4件
●回腸横行結腸バイパス術	1件
●大腿内側粉瘤腫摘出術	1件
●虫垂切除術	1件
●結腸切除術	1件
●双孔式人工肛門造設術	1件

○主な検査件数

●超音波	132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。

○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（AGP）、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160～250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（医局長） 佐藤 央

3. 診療実績

外来延患者数：2,760人

入院延患者数：11,846人（新入院患者数：301人、退院患者数：287人）

4. 手術件数

○手術件数 ————— 240件（外科：202件、泌尿器科：38件）

（内訳）

- 静脈瘤手術 レーザー焼灼術 ————— 154件（右54件、左53件、両47件）
- 静脈瘤手術 硬化療法 ————— 12件
- 四肢の血管拡張術・血栓除去術 ————— 10件
- 四肢切断術（上腕、前腕、手、大腿、下腿、足）——— 9件
- 血管移植術、バイパス移植術（その他の動脈）——— 7件
- シャント設置術、血栓除去術等 ————— 38件（泌尿器科）
- 他 ————— 10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 松谷 英樹

3. 診療実績

外来延患者数：2,228人

入院延患者数：3,798人（新入院患者数：171人、退院患者数：170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 22件

（内訳）

- 甲状腺悪性腫瘍手術 6件
- 甲状腺部分切除術 4件
- 乳腺腫瘍切除術・摘出術 3件
- 乳房部分切除術 3件
- バセドウ甲状腺全摘出術 3件
- 腋窩腫瘍切除術 1件
- 前胸部皮膚腫瘍切除 1件
- 手関節異物除去術 1件

○主な検査件数

- マンモグラフィ（乳房撮影） 531件
- 超音波検査 乳腺 357件
- 超音波検査 甲状腺 97件
- 針生検 CNB 15件
- 細胞診－乳腺 17件
- 吸引式乳房組織生検（マンモトーム検査） 12件
- 細胞診－甲状腺 4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 松谷 英樹

3. 診療実績

外来延患者数：2,228人

入院延患者数：3,798人（新入院患者数：171人、退院患者数：170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 ————— 27件

（内訳）

- 痔核根治術 ————— 15件
- 内痔核四段階による硬化療法 ——— 6件
- 出血性内痔核 ————— 2件
- 肛門ポリープ切除術 ————— 1件
- 肛門周囲膿瘍切開排膿術 ————— 1件
- 痔瘻根治手術 ————— 1件
- 毛巣洞根治術 ————— 1件

○主な検査件数

- 肛門鏡検査 ————— 243件

外科・緩和ケア外科

1. 診療の概要

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

2. 診療医師

呼吸器外科部長 兼 緩和ケア外科部長 藤井 祐次
非常勤医師 1名／月

3. 診療実績

外来延患者数：1,547人

入院延患者数：7,807人（新入院患者数：203人、退院患者数：205人）

4. 手術・紹介受付・訪問診療件数

○手術件数 ————— 3件

（内訳）

●気管切開術 ————— 2件

●他 ————— 1件

○緩和ケア紹介受付件数 ————— 59件

（内訳）

●岩手県立中央病院 ————— 36件

●岩手医科大学附属病院 ————— 19件

●他 ————— 4件

○訪問診療 ————— 3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形、色の変化、すなわち醜状を対象とし、これを外科手技（手術）により形態を正常（美形）にする外科の一分野で、主に体表面の形態の異常を対象にし、機能と整容の両側面を考慮、診療しております。形成外科一般、特に顔面外傷の再建と修復、皮膚腫瘍・軟部の切除再建、先天治療、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、顎顔面外科では顔面外傷（傷、傷跡、骨折）、顔面腫瘍（できもの、ほくろ、皮膚の癌）、先天異常（唇裂・口蓋裂、耳・鼻・眼瞼の形態異常）、美容外科（隆鼻・重瞼術、眼瞼の除皺・眼瞼下垂症等）、手足では手足の外傷（皮膚欠損、瘢痕の外科治療）や陥入爪・巻爪の根治手術、先天異常（多指・合指・巨指症）、四肢や体幹の軟部腫瘍、皮膚腫瘍、下腿皮膚潰瘍等、他にも熱傷（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 1名／月

3. 診療実績

外来延患者数：1,134人（新患：110人）

4. 手術件数

○手術件数	87件
（内訳）	
●陥入爪手術	22件
●皮膚切開術（直径10cm未満）	28件
●皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）	17件
●皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）	13件
●皮膚悪性腫瘍切除術	3件
●他	4件

整形外科・リウマチ科

1. 診療の概要

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

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

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

2. 診療医師

理事・名誉院長	遠藤 重厚
第一整形外科部長	星 光彦
第二整形外科部長	加藤 幸三
非常勤医師	5名／月

3. 診療実績

外来延患者数：10,173人（新患：1,683人）

入院延患者数：23,920人（新入院患者数：469人、退院患者数：472人）

4. 手術件数

○手術件数	255件
（内訳）	
●人工膝関節置換術（再置換術含む）	71件
●人工股関節置換術（再置換術含む）	11件
●上腕骨、前腕骨観血的手術	13件
●大腿骨、下腿骨観血的手術	15件
●人工骨頭挿入術（肩、股）	9件
●腰椎後方固定、除圧固定、椎体間固定術	21件
●頸椎前方固定、除圧固定術	14件
●頸椎、腰椎椎弓形成術	14件
●腰椎椎間板ヘルニア摘出術	8件
●腱鞘切開術	31件
●手根管開放術	7件
●外反母趾手術	5件
●他	36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、頸椎症性脊髄症、頸部神経根症などの頸椎疾患、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頸椎疾患等）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）、頸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 2名／月

3. 診療実績

外来延患者数：2,096人（新患：440人）

入院延患者数：2,194人（新入院患者数：167人、退院患者数：170人）

4. 手術件数

○手術件数 ————— 193件

（内訳）

- 椎弓形成術、椎弓切除術 ————— 80件
- 椎間板摘出術（後方摘出術） ————— 58件
- 黄色靱帯骨化症手術 ————— 5件
- 手根管開放術 ————— 26件
- 神経剥離術（その他のもの） ————— 2件
- 腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む） ————— 14件
- 骨部分切除（鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足））その他 — 2件
- 他 ————— 6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 3名／月

3. 診療実績

外来延患者数：14,980人（新患：688人）

入院延患者数： 6,152人（新入院患者数：213人、退院患者数：208人）

4. 手術・透析件数

○手術件数 ————— 60件

（内訳）

●内シャント設置術 ————— 21件

●膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術） ————— 13件

●グラフト血栓除去術 ————— 7件

●グラフト留置術 ————— 6件

●連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術 ————— 4件

●他 ————— 9件

○透析件数 ————— 11,602件

（内訳）

●外来 ————— 8,582件

●入院 ————— 3,020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、ゆったりス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。不妊症の検査、治療。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、流産手術や子宮筋腫、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。
- 不妊症の検査、治療。
- 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。
- 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、流産手術や子宮筋腫、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：1,445人（新患：310人）

入院延患者数： 10人（新入院患者数：2人、退院患者数：2人）

4. 手術・検査件数

- 子宮頸部（膣部）切除術 ————— 2件
- 子宮頸管ポリープ切除術 ————— 6件
- 子宮頸がん検診（内診・細胞診） ——— 326件
- コルポスコピー検査 ————— 24件
- 他医療機関からのCT検査依頼 ————— 13件
- 他医療機関からのMRI検査依頼 ————— 50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

第一麻酔科部長	柴田 繁啓
第二麻酔科部長	工藤 敦子（～令和2年9月）
非常勤医師	5名／月

3. 麻酔実績

○麻酔件数	882件
●全身麻酔	514件
●脊椎麻酔	21件
●伝導麻酔	1件
●局所麻酔	300件
●局麻（テノン嚢下・球後）	46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こっていることが多く、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：1,333人（新患：633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、皮膚がんについてのご相談は承っております。検査・入院が必要な患者さんは岩手医科大学附属病院皮膚科にご紹介し連携して治療にあたります。（現在、再診のみの診察となります。）

○対象疾患・症状

- 湿疹、蕁麻疹、かぶれ、アトピー性皮膚炎、手あれ、痒疹、中毒疹（薬疹など）
- 乾癬、掌せき膿疱症
- 虫刺され全般、疥癬
- 老人性疣贅、日光角化症
- 円形脱毛症（軽症）
- 熱傷（軽症）
- 皮膚潰瘍、褥そう
- 紫斑病
- 肝斑（しみ）、炎症後の色素沈着
- にきびや毛のう炎、とびひなどの細菌感染症
- うおのめ、たこ
- 足・爪水虫
- 帯状疱疹、口唇ヘルペス、尋常性疣贅、水いぼなどのウィルス感染症
- 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：889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出来ます。

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（様々な難聴～小児難聴、遺伝性難聴など含む）、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出来ます。

- 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）。また頭頸部外科専門診療医師の一般診療は金曜日担当です。

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。

- 難聴では、きこえ、ことばに関し小児難聴の専門医がご相談に対し、随時必要に応じ岩手医科大学附属病院や岩手県立療育センターと連携して診療を行います。また小学生以降の聴覚障がい者（児）のフォローアップ外来として、学校や職場などとの連携をはかりながら聴力のフォローアップを行います。補聴器業者との連携も可能です。木曜日に診察を行っております。

- 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、嚥下内視鏡検査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（柔らかいファイバースコープ）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 4名／月

3. 診療実績

外来延患者数：1,661人（新患：283人）

※うち、頭頸部外科外来 外来延患者数 490人（新患：12人）

4. 主な手術件数

- 難聴検査数 ————— 217件
- 嚥下内視鏡検査数 ————— 3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、加齢黄斑変性、網膜静脈閉塞症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、あるいは糖尿病や全身疾患をお持ちの方は眼科の診察を定期的に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：4,155人（新患：171）

入院延患者数： 48人（新入院患者数：48人、退院患者数：48人）

4. 手術件数

○手術件数 ————— 137件

（内訳）

- 水晶体再建術＋眼内レンズ挿入術 ——— 48件
- 後発白内障手術 ————— 61件
- 網膜光凝固術 ————— 24件
- 霰粒腫摘出術 ————— 2件
- 眼瞼腫瘍切除術 ————— 1件
- 麦粒腫切開術 ————— 1件

歯 科

1. 診療の概要

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

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

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

2. 診療医師

歯科部長 塩山 司
非常勤医師 3名／月

3. 診療実績

外来延患者数 3,975人

【疾患内訳】

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

【診療内容】

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

健診センター

1. 診療の概要

当センターは、院内で比較的新しい施設です。健診センターとしては少々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。

年に1度の検査が、自分自身の健康づくりに最大限活用していただけるよう、お一人お一人にあった健康づくりの手助けになれるよう、丁寧な診察・検査はもとより、スタッフ全員が分かり易くきめ細かな対応に努めております。

2. スタッフ

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

3. 診療実績

●健康診断	2,394件
●日帰り人間ドック	30件
●脳ドック	17件
●国保特定健診	317件
●後期高齢特定健診	137件
●盛岡市成人検診	
健康診査	13件
肝炎ウイルス検診	41件
肺がん検診	447件
子宮がん検診	262件
女性健康診査	13件
前立腺がん検診	41件
乳がん検診	231件
もの忘れ検診	30件

※胃がんと大腸がん検診は、コロナウイルス感染拡大防止のため実施しておりません。

部門別活動状況

Ⅱ．看護部

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

看護部

看護部長：外館 和佳子

1. 看護部概要

(1) 看護部理念

すべての人々に信頼され安全な看護を提供します

(2) 看護部基本方針

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

2. 看護部目標と評価

(1) 安全・安心な看護の提供

①リスク（事故・褥瘡・感染）の予防と実践

- ゴール指標： a 解決策を立案し2件以上解決する。
b 算定要件実績に伴う課題を多職種で見出し解決する。
c 課長会議にて困難事案を解決する。

評価：後期は、各部門の会議で各加算要件の実績確認や状況確認をする事が出来た。

課長会議については、後期から副看護部長のみの参加となったため情報共有が出来よう促すことが出来た。

(2) 看護の質の向上

①教育システムの構築

②患者満足度の向上

- ゴール指標： a 医療安全体制見直しを具体化し明文化する
b 実習受け入れの課題を見出す
c 研修参加1名以上
d 入院時支援の加算算定が出来る

評価：来期から加算取得予定の認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、入院時支援加算などメンバー選出や算定要件を満たすことが出来るよう支援することが出来た。特定行為研修者実習受け入れについて障害者病棟や医師の協力を得ることで実践させることが出来た。

研修についてはコロナ禍という事もありeラーニングを導入することが出来た。

(3) 働きやすい職場環境づくり

①人材確保と定着

②看護職員・看護補助者の業務負担軽減

- ゴール指標： a 定着率90%以上
b 入院セット・一時消毒の委託化
c 県外説明会参加者（1説明会10人以上）の獲得
d 看護師離職率10%以下

評価：看護師業務負担軽減のため看護補助の準夜勤務の導入をすることが出来た。入院セット導入に向け、セット内容の検討を行い令和3年度6月からの運用となった。また、リネン管理についても入院セットと同様に6月から委託業者が常駐する予定。オンラインにて青森県立保健大学の就職説明会に参加することが出来た。今年度の看護師離職率は7.1%だった。

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

準夜勤 16:30～1:00（夜勤専従者 16:00～1:00）

深夜勤 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

準夜勤 16:30～1:00

(2) 看護方式

固定チームナーシング

(3) 認定看護師、資格等

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

(4) 看護研究院内発表

- ①緩和ケア病棟スタッフのグリーフケア～デスカンファレンスのあり方を見直す～
- ②せん妄患者に対する適切な看護を目指して
- ③FIM評価に対する看護師の意識調査と認識向上を目指した取り組み
- ④行動制限が及ぼす影響～行動制限に関する意識調査～
- ⑤急性期病棟における退院支援～入院1週間カンファレンスの継続を通してみえた課題～
- ⑥当病棟における転倒転落事例の分析
- ⑦術前患者の口腔内環境調査～口腔トリアージ方式を用いて～
- ⑧当院における地域包括ケア病棟の現状
- ⑨回復期リハビリテーション病棟でのリモート面談実施による評価と今後への運用課題
- ⑩外来MR I 検査～体内磁性体の確認を行う外来看護師の教育ニーズ～

(5) 看護研究院外発表

岩手県看護研究学会

- ①退院支援に向けたカンファレンスの活用
- ②グリーフワークにつなげるエンゼルケア

(6) 実習受入実績

学校名	学生数
岩手女子高等学校看護科	121 名
岩手女子高等学校看護科専攻科課程	41 名
岩手医科大学看護学部	12 名
岩手保健医療大学	3 名
岩手県立大学看護学部	2 名
岩手看護専門学校(別科)	1 名
岩手看護専門学校(本科)	3 名
合 計	183 名

(7) 職場体験等実績

【インターンシップ】

学校名	人数
岩手保健医療大学	5 名
岩手県立宮古高等看護学院	2 名
合 計	7 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	9 名

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

4. 人材育成

(1) 新人看護職員教育

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

(2) クリニカルラダー

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

東 4 階

看護師長：千葉 るり子

1. 病棟名称・紹介

障害者病棟

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

2. 病床数

60床（15室、内個室2室）

3. 勤務体制

看護師・准看護師：日勤、準夜勤、深夜勤

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

看護師27名（内夜勤専従1名）、准看護師4名（内夜勤専従2名）、介護福祉士3名、看護補助 5名

6. 病棟目標と評価

(1) 情報を共有し事故防止に努める

(2) スタンダードプリコーションを徹底し、安全安心な看護を実践する

ゴール指標：①レベル3 a 以上の事故件数を0件にする。

②手指消毒剤の使用量を令和元度より増加する。

評価：①レベル3 b 以上の事故発生はなかった。

②感染対策を徹底し、手指消毒剤の使用量の増加に繋げることができた。

(3) 知識向上に努め、看護実践に活かす

(4) 看護ケアの充実を図る

ゴール指標：病棟勉強会が年10回開催できる。

評価：病棟勉強会は毎月開催することができた。eラーニングが開始されたため、次年度は活用を検討する。

(5) 意見交換し業務の効率化を図る

ゴール指標：業務改善事項が、3項目以上実施できる。

評価：ケースカンファレンスの定着化までには至らなかった。

申し送り短縮はスタッフ全員への徹底ができなかったが、業務改善は計画通りできた。

7. 1年間の総括

東4階では、意見交換し業務改善を図り時間内での業務終了を目標に取り組んできた。申し送り短縮について個人差はあるが、30分以内での終了を目標に申し送りの内容検討を各チームで話し合った。知識向上に向けては、毎月の病棟勉強会だけではなく、新人へ向けての勉強会をすべてのスタッフが実施できるよう取り組んだ。また、介護福祉士、看護補助者に対しては、師長、係長、主任が、毎月ミーティング開催時に勉強会を開催していたが、コロナ禍の影響で令和2年度は不定期の開催となってしまったため、令和3年度の課題とした。

南 3 階

看護師長：田口 真奈美

1. 病棟名称・紹介

外科急性期病棟

(外科、整形外科、脊椎・末梢神経外科、泌尿器科、形成外科)

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、準夜勤、深夜勤

介護福祉士、看護補助：早番、遅番

4. 施設基準

急性期一般入院料 2 (看護職員配置10: 1、看護補助者配置25: 1)

急性期看護補助体制加算 (25対 1 看護補助者 5 割以上)

夜間100対 1 急性期看護補助体制加算

5. 看護職員

看護師 27名 (内派遣職員 1 名)、准看護師 1 名、介護福祉士 4 名、看護補助 3 名

6. 病棟目標と評価

(1) 情報共有し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。

②事故アクシデントレベル 3 a が前年度より減少する。

評価：①必要度、ICT共に指摘事項が変わらない状況の為今後も継続が必要となる。

②前年度より事故件数は減少している。

レベル 3 a以上の事故は 8 件から 7 件と 1 件少なくなっている。

(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：令和 3 年度への課題を出し、研修報告、病棟勉強会を12回できる。

評価：病棟全体での勉強会は18回、開催出来ている。

院外研修に参加の機会が少なく研修報告会はあまり開催できていない。

次年度は伝達講習が出来るように計画を立てる。

補助研修の実施が出来ていないため年に 5 回実施できるように計画をする。

(3) チーム力を強化し、適切な看護を提供する

ゴール指標：①業務効率に向けた改善策を 8 件取り組む。

②残業時間が前年度より減少する。

評価：①業務改善は前期 4 件、後期 5 件提案され行う事が出来ている。

②前年度より年間1,300時間以上、残業時間の削減が出来ている。

しかし休憩が出来なかった人数が多くみられたため、今後も業務改善を行い休憩時間が確保できる環境の整備が必要だと思われる。

7. 1 年間の総括

南 3 階病棟は、整形外科、脊椎・末梢神経外科、外科、泌尿器科の混合病棟。令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響があり 4 月の手術件数が前年に比べ少なかったが、月平均54件の全身麻酔、局所麻酔下手術患者の看護を行った。手術前の不安を抱える患者さんに対して説明を十分に行い安心して手術を迎えられるように努めた。術後のせん妄に着目し入院時にリスク評価を行い、せん妄患者に対しての関りを検討し実施した結果を院内研究で発表した。閉塞性動脈硬化症疾患の慢性創傷に高度管理医療機器 (抗菌性創傷被覆・保護剤) を用いて改善に至った 3 症例についてWOCを中心に活動し日本褥瘡管理学会にて発表した。

医師や看護師、入院時支援看護師、退院支援看護師、退院支援社会福祉士、リハビリテーションスタッフ、病棟担当薬剤師、栄養士など多職種間で情報の共有を行い今後も不安なく手術が受けられるように関わって行きたいと思う。

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、準夜勤、深夜勤

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

看護師16名（内夜勤専従2名）、准看護師4名、介護福祉士5名（内派遣職員1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な療養環境を整える

ゴール指標：①レベル3bの事故0件（令和元年度2件）

②手指衛生使用量を令和元年度より増やす。

評価：①令和元年度より事故件数は減少したが、リスクの高い事故もあったため、次年度も1件1件事故の分析を行い対策をたてていく。

②手指衛生使用量は、令和元年度を上回った。

（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、回復期の勉強会に全員参加。

評価：回復期3病棟にて、共通した勉強会を実施できた。看護研究においても、全体の質向上につながった。継続していく事が今後の課題。

（3）多職種との連携を図り、業務改善する

ゴール指標：オリエンテーションの見直し、業務改善5個以上実施

評価：多職種での病棟ミーティングを始め、意見交換がスムーズとなった。委員会を通して多職種での連携強化につながっている。倫理カンファレンスは、開催出来ている。

7. 1年間の総括

部署目標に沿って、各具体策を決め取り組んだ。

各委員会、係と連携をとりミーティングやカンファレンスを実施しながら、知識・技術向上に努め、回復期3病棟が連携を取り活動できた。

医療事故防止、感染予防策に継続的に取り組んだが、まだまだ一人ひとりの意識向上は十分とは言えなかった。今後も継続して取り組んでいく必要がある。

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、準夜勤、深夜勤

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3（看護職員配置基準15：1、看護補助者配置基準30：1）

5. 看護職員

看護師 17名、准看護師 2名（内夜勤専従 2名）、看護補助 8名

6. 病棟目標と評価

(1) 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：事故レベル3b以上0件

評価：目標達成。今後の課題とし事故対策を多職種と検討する。

事故防止ミーティングの開催につなげる。

(2) 多職種の専門性を理解し、スムーズな病棟運営を構築する

ゴール指標：業務改善事項3項目以上

評価：目標達成。今後の課題とし申し送りの短縮、必要な情報の伝達構築。

質の向上に向けた取り組み。

(3) 回復期リハビリテーション病棟の運営に必要な知識を習得する

ゴール指標：部署勉強会を目標回数の70%以上実施

評価：80%達成。今後の課題とし多職種との積極的な勉強会開催と個々の知識習得向上。

7. 1年間の総括

令和元年9月より南6階、回復期リハビリテーション病棟45床として病棟開設、実務経験が2年目から6年目の職員が7割を占める中、令和2年度は入院料3の実績をとりながら入院料1の施設基準を見据えた病棟運営をした。1年間の実績平均は、稼働率（88.4%）、重症入院割合（39.0%）、在宅復帰率（86.8%）、実績指数（47.2%）。回復期リハビリテーション病棟の役割、チーム医療としての患者支援をスタッフ一丸となり構築することができた。

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、準夜勤、深夜勤

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

看護師15名（内夜勤専従1名）、准看護師4名（内夜勤専従1名）、介護福祉士5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転倒転落の事故は令和元年度より3件多かった。同一患者の転倒、ADL自立患者の転倒が多かった。

②手指消毒量は個人別にみると増加しているスタッフもいるが、平均すると「1桁」であり、次年度の課題である。

(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8回以上する

評価：コロナ禍で院外研修に参加する機会が少なかったが、参加者から伝達講習を受け、学びを共有できた。病棟内勉強会は5回開催できた。

(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：回復期病棟3部署で、多職種との連携を図ることが出来た。

7. 1年間の総括

部署目標に沿って、医療事故防止、感染予防策を継続的に取り組んだ。

急性期病院から、リハビリテーション目的にて転院してくる患者を直接入院に対応した患者が年間延べ126名、院内の急性期病棟から転入してくる患者が年間延べ85名であった。

回復期3病棟の中で直入院の患者数が一番多かった。在宅復帰率は平均89.3%であった。

9月より、社会福祉士が常駐することで情報の共有ができた。また、専従のリハビリスタッフとも様々な改善に向けて情報共有できた。

回復期3病棟の連携もできており、改善に向けた取り組みは、共同で検討・実施する事ができた。

西 3 階

看護師長：白藤 悦子

1. 病棟名称・紹介

地域包括ケア病棟

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

2. 病床数

45床（15室、内個室5室）

3. 勤務体制

看護師・准看護師：日勤、準夜勤、深夜勤

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基本料2（看護職員配置13：1、看護補助者配置25：1）

5. 看護職員

看護師 15名、准看護師 2名（内夜勤専従 2名）、介護福祉士 4名、看護補助 5名

6. 病棟目標と評価

(1) 医療事故防止・感染防止対策を実施し、安全な療養環境を提供する

ゴール指標：①レベル3b以上の事故0件を目指す。

②ICT・ICM指摘事項を前期・後期それぞれ2個以上改善できる。

評価：①4月にレベル3bの事故発生が1件、以降はレベル2a～2bの事故が数件あり。
委員が中心となり共有し再発防止に努めた。

②ICT、ICM巡回の指摘事項を共有し、各自環境整備やPPEの意識向上が図られた。

(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1回／月実施できる。

②プリセプティがラダーレベルIクリアできる。

評価：①後期は院内院外研修に対象年数の職員が参加できた。2月からはeラーニング活用で必須研修にも参加することができた。

②2人の新人がラダーレベルIをクリア出来る様、個性に考慮しながら指導を行ったが、積極性の相違があり苦慮した。

(3) 多職種と連携を図り退院調整に努める

(4) 働きやすい環境をつくる

ゴール指標：①在宅復帰率70%以上を維持できる。

②各係活動で業務改善の問題点を抽出し改善に繋げることができる。

評価：①在宅復帰率が年間平均としては80%台を達成できた。福祉施設への退院が増えてきている為、来年度の課題。

②毎月の病棟ミーティングで各係から積極的な課題の提示とスタッフからの意見、改善策案を得ることができた。

7. 1年間の総括

地域包括ケア病棟として、多職種と連携を図り円滑な退院調整を進めることを目標に活動を行ってきた。入院稼働率を安定させるため、地域医療連携室と連携し、1日の入院・転入・退院患者の人数を調整した。また、サブアキュートの受け入れ増加により50%台の稼働率が80%近くまでアップした。在宅復帰率は平均85%であった。

病棟スタッフ・リハビリスタッフ・社会福祉士と情報共有し退院調整を行うことができた。

西 4 階

看護師長：佐藤 千晴

1. 病棟名称・紹介

内科急性期病棟

（呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、脳神経内科、心療内科）

2. 病床数

45床（15室、内個室5室）

3. 勤務体制

看護師・准看護師：日勤、準夜勤、深夜勤

介護福祉士、看護補助：早番、遅番

4. 施設基準

急性期一般入院料2（看護職員配置10：1、看護補助者配置25：1）

急性期看護補助体制加算（25対1看護補助者5割以上）

夜間100対1急性期看護補助体制加算

5. 看護職員

看護師 23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新規褥瘡発生がない。

評価：①事故件数が前年度より増加しているが、早期にミーティング開催し対策の共有をした。

②新規褥瘡発生は病状の急激な悪化により数名あったが、早期回復の対策を徹底することが出来た。

(2) 患者満足度を向上させるため、自己研鑽し実践に活かすことができる

ゴール指標：①入院時患者オリエンテーションパンフレットの見直しの完成。

②患者満足度が前年度より上がる。

評価：①オリエンテーションパンフレットの見直しは出来た。

②患者満足度は前年度より低下したため、指摘のあった項目の対応を検討していく。

(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：①病棟マニュアルの見直しの完成。

②残業しない日が月5回以上ある。

評価：①病棟マニュアルは後期見直しをしており全部署とのすり合わせをしている。

②ノー残業日は前期3割、後期2割のみでゴール指標には至らなかったが、今後も取り組んでいく。

7. 1年間の総括

入院時オリエンテーションのパンフレット、看護補助マニュアルを改訂した。業務改善として申し送りの短縮や超過勤務の軽減に向けた対策を検討・実施した。

入院患者は地域連携パスの脳卒中パスでの転院が増えた。急性肺炎パスの受け入れもあった。緩和ケア希望の患者も多く、緩和ケアチーム新設にて介入依頼することや、デスカンファレンスも実施した。

西 5 階

看護師長：上山 志鈴江

1. 病棟名称・紹介

緩和ケア病棟

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

2. 病床数

18床 (12室、内個室10室)

3. 勤務体制

看護師：日勤、準夜勤、深夜勤

介護福祉士、看護補助：早番、遅番

4. 施設基準

緩和ケア病棟入院料2 (看護師配置7:1)

5. 看護職員

看護師 17名 (内夜勤専従 2名)、介護福祉士 2名、看護補助 3名 (内派遣職員 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：カンファレンス・ミーティングを目標回数の85%以上実施する。

評価：65%実施。デスカンファレンスは担当を決め日程調整し開催できるよう調整した。遺族ケアとしてのお悔やみの手紙を送り支援ができた。カンファレンスも入院時・転入時に早急に開催しケアにいかすことができた。

(2) 知識・技術の向上、看護の質の向上に努める

ゴール指標：伝達講習を目標回数の85%以上実施する。改善事項5個以上。

評価：ELNEC-J研修会の参加ができなかったが、その他Web研修への参加や勉強会の開催で知識・技術の向上に努めることができた。病棟マニュアルも随時見直しできた。

(3) 院内外の他部門との連携を密にし、地域連携・チーム医療を推進させる

ゴール指標：訪問看護への同行を30%以上実施する。

評価：訪問看護の同行はできなかったが多職種での情報共有を行い、チーム医療として患者に関わることができた。

7. 1年間の総括

年間入院患者数131名、退院患者数125名 (死亡退院101名) 病床稼働率平均71.9%。病棟目標に沿ってカンファレンスを行った。遺族ケアとしてのお悔やみの手紙を送り、支援ができた。病棟内での勉強会、Webでの研修参加などで知識・技術の向上に努めることができた。コロナ禍で面会制限があり、自宅退院も19件で多職種と情報共有を行い在宅療養に向けて支援ができた。病棟でのイベントはラウンジに集まってできなかったが各部屋を回るなど工夫し、計画的に実施できた。

4月	お花見会	参加者27名	10月	ハッピーハロウィン	参加者20名
5月	端午の節句(菖蒲湯)	参加者13名	11月	クリスマス準備会	参加者27名
6月	手作りうちわ配り	参加者14名	12月	クリスマス会	参加者26名
7月	七夕の会	参加者20名	2月	バレンタイン	参加者23名
8月	夏祭り	参加者29名	3月	ひな祭り	参加者26名
9月	十五夜お月見団子作り	参加者24名			

外 来

看護師長：横欠 久子

1. 概要

(1) 診療科目

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

(2) スタッフ数

看護師 36名（内派遣職員 2名）、准看護師 6名、介護福祉士 2名、視能訓練士 2名

2. 目標と評価

(1) 外来環境の整備と安全な医療と看護の提供

ゴール指標：レベル0ハイリスクの報告を年間10件以上にする。

評価：レベル0ハイリスクの報告は6件で、目標まで達成できなかった。

来年度もレベル0報告を共有し、事故を未然に防ぐ必要がある。

(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：部署の勉強会の参加率を80%以上にする。

評価：研修会参加の他に、研修に参加できなかった人も会議録や資料を確認し、80%以上達成できた。

(3) 部署内及び他部署と連携強化し働きやすい環境を作る

ゴール指標：業務改善を年間3件以上行う。

評価：業務改善を年間4件できた。他にも問題点を抽出し、業務改善につなげることができた。

3. 1年間の総括

外来では、1年間を通し環境の整備と医療安全、スタッフ個々の自己研鑽、働きやすい環境と他部署との連携強化を目標に取り組んできた。医療安全については、患者誤認防止の取り組みの継続をしてきた。研修会の参加率は80%以上となっている。毎月部署ミーティングを開催し、働きやすいよう業務改善を進めてきた。新型コロナウイルスのPCR検査が11月から開始となり、チームで取り組んできた。

透 析

看護師長：工藤 美由紀

1. 概要

(1) ベッド数

30床（個室2室、内1室 感染症対応個室）

(2) スタッフ数

看護師 16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	655	667	708	783	738	714	750	691	775	731	633	737	8,582
入 院	260	279	243	235	207	222	244	263	228	271	274	294	3,020
計	915	946	951	1,018	945	936	994	954	1,003	1,002	907	1,031	11,602

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：①3 b以上の事故0にする

②災害時の対応について周知する

評価：①マニュアルを活用し事故・部署ミーティングで情報共有し事故、感染防止策の実施ができた。

透析時行動制限同意書の活用がスムーズにできるようになった。

②災害時の対応は、実施に至らなかった。

(2) 看護の質の向上

ゴール指標：①部署内での勉強会年5回開催。

②患者指導マニュアルの見直しをする。

評価：①部署での勉強会は5回以上開催できた。

②患者指導マニュアルは見直しが不十分なため、継続していく。

(3) 働きやすい職場環境づくり

ゴール指標：①毎月ミーティング実施、問題点を明確化し対策を検討する。

②透析センターマニュアルの見直しと周知をする。

評価：①毎月ミーティングを開催でき、問題点を明確化し対策を検討し解決に向かうことができた。

②透析センターマニュアルに従い実施できた。

勤務体制については、業務負担軽減について話し合い負担軽減が少しずつ進んでいる。

4. 1年間の総括

リハビリテーション目的の入院患者数が増加し、その中で透析を必要とする患者さんも併せて増加した。外来維持透析の依頼も多く、可能な限り受けた結果透析件数の増加へ繋がった。患者本人や家族からの透析希望が多く、速やかに対応していけるよう取り組んだ。

手術室

看護師長：藤原 裕子

1. 概要

(1) 手術室 6 室

(2) スタッフ数

看護師 11名、介護福祉士 1名、看護補助 1名

2. 手術件数

(単位：件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
全麻	53	35	54	49	39	40	48	40	45	44	30	37	514
脊椎	0	1	0	0	0	2	2	6	0	2	4	4	21
局麻	27	23	34	34	29	30	35	27	27	27	18	36	347
件数	80	59	88	83	68	72	85	73	72	73	52	77	882

3. 目標と評価

(1) 医療事故・感染防止を予測して行動できる

ゴール指標：インシデントレポートを20件報告し、インシデントに対する対策を5件実施する。

評価：インシデントレポートを年間計45件報告し、それに対する対策を13件実施できた。

事故防止委員会と情報共有することができた。

手指衛生消毒のタイミングを確認することで、個々の意識を高めることができた。

(2) 個々が知識技術を高め、部署全体の看護の質の向上に活かす行動がとれる

ゴール指標：①手術看護手順見直しの完成

②各スタッフが手術看護手順を見直し担当分野の勉強会ができる。

評価：①令和3年3月に看護手順の見直し完成。一部項目を追加予定の為、追加項目に関しては令和3年4月中に完成させていく。

②看護手順の勉強会を全スタッフが言い、知識・技術を高めることができた。

(3) スタッフ・他職種間の連携を図り、業務負担を軽減し、意欲的に働くことができる

ゴール指標：①業務負担軽減に対する対策を15項目以上実施

②看護の質に関する業務改善を5項目以上実施

評価：①年間で、業務負担軽減に対する対策を10項目できた。

②看護の質に関する業務改善を7項目実施できた。また、他部署との意見交換により3項目、その他5項目の改善ができた。スタッフからの意見ノートをもとにミーティングを実施でき、業務改善に努めて意欲的に働くことができた。

4. 1年間の総括

医療事故・感染防止それぞれに関して、共有と振り返りを繰り返すことで個々の意識付けを高めることができた。看護の質に関して、勉強会を定期的に行い知識と技術を高めることができた。部署内だけでなくとどまらず、他部署との情報共有を行い、連携することができた。

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

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、安全な作業を行い、安全な衛生材料を提供する

ゴール指標：事故・感染が無い。

評価：指差し呼称を徹底し事故はなかった。

スタンダードプリコーションの徹底ができ感染はなかった。

(2) 専門職としての、知識の習得と技術の向上を図る

ゴール指標：院内外研修に1人6回以上参加する。

評価：院外研修は延期になったものもあるが、オンデマンドでの参加ができた。院内研修は参加できるものは参加できた。1人6回以上の目標は達成できなかった。

(3) 情報交換を行い、業務の中央化を図る

ゴール指標：1つ以上の中央化が出来る。

評価：毎月ミーティングは開催でき、1つ以上の中央化ができた。

3. 1年間の総括

安全に作業を行い各部署への衛生材料の提供ができた。また、Webでのセミナーに参加することにより、知識や技術の向上に努めることができた。院内における中央化について、他部署と連携をはかり進めることができた。

看護部目標の評価

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

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

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

評価基準

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

総合評価及び課題

1. 安全・安心な看護を提供……達成度：評価5（47.8%）・評価4（39.1%）・評価3（8.6%）

(1) リスク（事故・感染・褥瘡）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～3 a）の報告件数が388件（前期比+8件）、アクシデントレポート（レベル3 b～5）の報告件数4件（前期比+4件）、その他16件、合計408件（前期比+13件）であった。報告件数で多かったのは、「転倒」126件、「与薬（内服）」59件、「転落」55件であった。要因は、「観察管理不足」240件、「確認不足」183件、「誤った思い込み」77件の順であった。前期に引き続き中堅層の事故が増加しているため管理者のフォローが必要。KYTを用いた巡回活動を行い、評価、報告を実施した。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情報の共有が出来ている。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分析は実施することが出来ている。来期も行う予定。全体研修会については、新型コロナウイルスの影響があったが後期2回動画視聴による研修会を開催することが出来た。来期は研修会の予定を計画的に行うことが出来るようにしたい。
- ② 感染に関しては、ICTのラウンドや相互ラウンドの報告内容を共有し改善に努めた。前期に続き標準予防策、感染経路別予防策について概ね新入職員が答えることが出来ている。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1年間の使用達成率は平均59.3%と上がってきている。部署毎でみると38.2%～90.8%とばらつきがみられたが、コロナ禍の中昨年度と比較し意識づけが出来てきている。各チームにおいて、集計報告や部署内での勉強会の把握、マニュアルの見直し、カンファレンスの報告を定期的に行うことが出来ている。また、全体研修会について前期は新型コロナウイルスの影響で開催することが出来なかった。後期は2回動画視聴での研修会を開催することが出来、100%の受講となった。
- ③ 褥瘡に関しては、月平均有病率1.63%（前期比+0.03%）、院内発生率0.17%（前期比+0.01%）、治癒率7%（前期比-3.69%）、院外発生率0.46%（前期比+0.28%）であった。入院患者が増加しているため、来期に向けてマットレスの使用状況や状態確認をし、新規購入予定など、計画的に管理するようにする。また、今後も他部署との情報共有をしながら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。

2. 看護の質の向上……達成度：評価5（52.1%）・評価4（34.7%）・評価3（13%）

(1) 教育システムの構築

- ① 新規採用者（今年度24名内新卒16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個々の経験値や病棟の機能に合わせた研修を行う事ができている。次年度は新規採用者への教育を充実させるためにも管理者研修の充実を図る。師長による中間管理職へのプレゼンなどを企画していく。
- ② マネジメントラダーを実施する上で評価基準等を見直しすることが出来た。評価上、課題となることが多く、来期は再度評価基準の見直しを行うことが必要である。また、eラーニングの活用として教育委員を中心に新人教育で計画実施していく予定。実施結果、課題を明確にし、eラーニング活用の充実を図っていく。

(2) 患者満足度の向上

- ① 後期の患者満足度調査は、新型コロナウイルスの影響で開始時期が遅れてしまったが、外来患者と例年通り入院患者を対象に行った。その結果、総合的な評価では、知人等に当院を紹介や推薦したいと「思う」74%（前年度比+3%）、「どちらとも言えない」13%、「思わない」1%（前年度比±0%）、であった。病院の職員に対する満足度は身だしなみ、挨拶 言葉遣い、プライバシーの配慮についての項目が50%未満であったため、今後も接遇研修等を継続していく必要がある。

昨年度と比較し全体的に満足度が増加しているが、不満と回答された項目を重視し引き続き質向上に向けた改善策を立案し実践していく必要がある。

- ② 院内全体研修は新型コロナウイルス感染対策としてDVD視聴を行ったため100%受講することが出来た。

3. 働きやすい職場環境づくり……達成度：評価5（50%）・評価4（50%）・評価3（0%）

(1) 人員確保と定着

離職率が減少していることにより各部署への負担も徐々に軽減出来ているが、産育休者が増えているため今後も夜勤従事者確保に向けて活動していく。外来についても今年度は新型コロナウイルス感染症の影響で正面出入り口での検温や症状確認等の業務も増えた他、新型コロナウイルスワクチン接種が開始となる。人員確保とともに他部署との連携を引き続き強化していく。

また、透析センターについても稼働率が増加しているため職員の教育や業務改善に努めていく必要がある。

(2) 看護職員・看護補助者の業務負担軽減

看護職員・看護補助者の負担軽減の取り組みとして、看護補助者の準夜勤勤務を取り入れた。来年度は、新型コロナウイルス感染症の影響で延期となった入院セットを導入する予定。リネン管理についても外部業者の常駐が可能となり、入院セットと併せて行う予定。

部門別活動状況

Ⅲ．診療技術部

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

薬剤科

科長：阿部 慎太郎

1. 概要

(1) 業務内容

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

(2) スタッフ数

薬剤師5名、薬剤助手2名

【認定・資格】

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

(3) 保有機器

自動錠剤分包機	1台	血中濃度測定システム	1台
散薬分包機	1台	クリーンベンチ	1台
散薬鑑査システム	1台	安全キャビネット(クラスⅡ)	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	56,245枚	薬剤管理指導料1(380点)	118件
	外来処方箋枚数	342枚	薬剤管理指導料2(325点)	443件
	入院処方箋枚数	29,492枚	麻薬加算(50点)	3件
	注射処方箋枚数	25,676枚	退院時薬剤情報管理指導料(50点)	112件
	再調剤件数	323件	退院時薬剤情報連携加算(60点)	1件
薬品管理	医薬品購入金額	267,932,989円	薬剤総合評価調整加算(100点)	0件
	後発医薬品使用割合	93%	薬剤調整加算(150点)	0件
注射薬無菌調製	TPN調製件数	691件	入院時持参薬鑑別件数	2,353件
	抗がん剤調製件数(整形バイオ含む)	198件	血中濃度測定件数	80件
	無菌製剤処理科1-イ(180点)	2件	薬剤師による処方修正件数	495件
	無菌製剤処理科1-ロ(45点)	102件		
	無菌製剤処理科2(40点)	691件		

3. 1年間の総括

病院薬剤師の業務は、病院組織全体の薬事全般について実施されるものであり、近年はより複雑で高度なものが求められている。当院薬剤科も、調剤や薬品管理に代表されるようないわゆる中央業務だけでなく、病棟業務などのより現場に近く直接的な業務に積極的に取り組んでいる。また、各種チーム活動にも積極的に参画しており、各分野で薬物療法の専門家として力を発揮できるように、日々研鑽を積んでいる。現在の薬剤科人員は上記の通りで、限られた人数で多くの業務を行い、病院運営に貢献している。令和2年度は人員の減少もあり、さらなる業務展開は難しい状況だったが、最低限の業務体制は維持できたと考える。今後は薬剤師の増員と、各病棟への病棟薬剤師配置を目標に、院内の薬剤を使用するどんな場面でも薬剤師が関わることを整えていきたい。

放射線科

科長：中里 修

1. 概要

(1) 業務内容

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

(2) スタッフ数

診療放射線技師 6 名

【認定・資格】

マンモグラフィ技術認定資格 1 名

(3) 保有機器

- 放射線科内
一般撮影装置 3 台、X線透視装置 2 台、CT装置（16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

一般撮影 ——12,790件

CT ——3,267件

MRI ——2,073件

乳房撮影 ——273件

透視検査 ——280件

骨密度測定 ——326件

健診センター業務（各種健診・人間ドック）

胸部撮影 ——1,852件

胃透視撮影 ——428件

乳房撮影 ——267件

3. 1年間の総括

- 令和2年度は、コロナ禍のため盛岡市がん検診の胃透視検査が中止になった。そのため件数は減少したが、その他の検査件数は概ね増加傾向にある。
- 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。
- 保守契約満了や修理対応期限が迫っている撮影装置が多いため、計画的な更新が必要である。

臨床検査科

主任：芳賀 希子

1. 概要

(1) 業務内容

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

細菌検査と特殊検査等は外部委託している。

(2) スタッフ数

臨床検査技師 7 名、検査助手 1 名

【認定・資格】

超音波検査士 循環器領域 2 名、血管診療技師 2 名

(3) 保有機器

超音波診断装置	アプノモニター
超音波診断装置	脳波計
心電計（3 台）	オージオメーター
ホルター心電計（4 台）	インピーダンスオージオメーター
血圧脈波検査装置	筋電計
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
エアープレチスモグラフ	血液凝固自動分析装置
皮膚灌流圧測定装置	全自動尿分析装置
	血液ガス分析装置

2. 実績

別表

3. 1 年間の総括

令和元年10月よりFMSを導入し、検体検査システムの運用を始めた。院内の検査項目が増えた為、当日中にWebで結果を確認できる体制を整えた。外来迅速検体検査加算の件数も増加した。電子カルテが未だ導入されていないため、手入力が多く煩雑ではあるが軌道に乗ってきている。

健診センターでは平成31年から臨床検査技師が1名業務にあたっている。令和3年度からは健診の腹部エコーを行う予定で、3名がトレーニング中である。また、VTE予防対策委員会の声掛けで弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターの資格を、令和3年度取得を目指して2名が勉強中である。

検査別表

生理検査

令和 2年度	心電図	ホルター	トレッドミル	心エコー	心機能	肺機能	呼気NO	APG	SPP	下肢 エコー	アブノ	CPAP管 理	脳波	聴力検査
4月	375	12	1	81	45	59	15	33	2	80	2	97	3	44
5月	386	13	0	68	52	75	21	31	4	60	5	95	4	36
6月	477	21	0	94	49	70	13	30	1	78	3	96	4	29
7月	475	11	4	73	55	68	24	47	5	79	1	95	2	41
8月	409	16	1	69	50	57	16	31	4	92	2	94	3	35
9月	434	10	0	75	74	48	9	39	7	73	3	95	2	28
10月	483	16	0	88	75	61	12	35	4	64	2	95	4	38
11月	436	18	2	74	45	59	13	28	6	79	1	93	2	38
12月	379	13	0	69	47	63	13	17	5	69	0	93	5	36
1月	275	18	0	61	52	53	5	20	3	43	5	93	2	34
2月	287	10	0	46	35	34	0	14	2	40	0	93	1	12
3月	455	13	1	94	45	47	3	22	1	63	1	96	2	35
計	4,871	171	9	892	624	694	144	347	44	820	25	1,135	34	406

検体検査

令和 2年度	生化学	血液	一般	PT	APTT	Dダイマー	HbA1c	BNP	トロポニンT	H-FABP	HBs抗原 (定性)	HCV (定性)	TPHA (定性)	アンモニア	輸血検査
4月	1075	1117	1200	185	75	43	672	64	7	3	46	46	42	8	19
5月	956	1104	949	187	80	47	456	52	5	2	52	54	48	4	17
6月	1122	1109	1144	204	110	51	550	84	8	1	58	58	56	6	13
7月	1180	1270	1292	208	101	62	676	105	13	1	52	54	49	6	28
8月	1016	1065	1084	186	95	66	550	80	8	4	48	49	48	5	12
9月	1005	1102	1329	186	96	58	596	62	3	2	55	56	54	3	18
10月	1122	1311	1410	206	102	46	710	99	10	4	69	70	66	4	20
11月	982	1094	1084	183	96	43	457	77	9	0	46	46	46	3	39
12月	1040	1199	1093	190	87	56	442	68	14	2	34	36	33	2	25
1月	961	942	965	176	83	67	392	72	7	3	61	61	63	3	22
2月	953	1004	1009	161	76	51	414	77	6	2	67	66	66	3	18
3月	1107	1190	1251	176	97	60	430	90	6	4	58	57	54	5	18
計	12,519	13,507	13,810	2,248	1,098	650	6,345	930	96	28	646	653	625	52	249

臨床工学科

主任：小川 浩幸

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

(2) スタッフ数

臨床工学技士 5 名

(3) 保有機器

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

2. 実績

(1) 血液浄化関連業務

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

外来透析	8,582件
入院透析	3,020件
CART	2件
合計	11,604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	131件
呼気カセット交換	11件
呼吸器本体交換	14件

(3) 医療機器中央管理業務

- 院内で使用される輸液ポンプ・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の稼働状況を一元管理し、点検を実施している。
- 手術室内で麻酔器の始業前点検を実施している。

輸液ポンプ日常点検	119件
シリンジポンプ日常点検	158件
除細動器動作点検	81件

3. 1年間の総括

令和3年3月より、人員が1名追加され5名体制で業務を行ってきた。

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も、5名体制となったことで、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。

また、本年度は新型コロナウイルスへの対策として、リモートや少人数開催の勉強会といった様々な制限下での業務支援となった。

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立て栄養状態を維持、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

管理栄養士 8 名（NST 専任 1 名、回復期専任 3 名、病棟担当制での栄養管理実施）、栄養士 1 名、調理師 16 名、食器洗浄パート 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

2. 実績

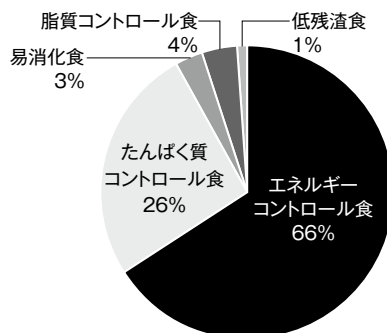
(1) 給食数

（単位：食）

常食	軟流動食	特別食(非加算)	特別食(加算)	計
125,088	84,107	12,397	83,752	305,344

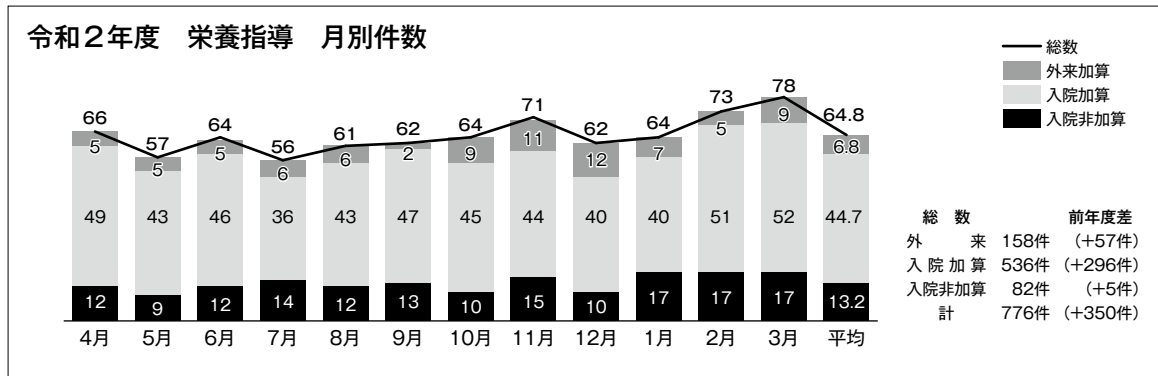
特別食加算率 27.4%

特別食（加算）内訳



(2) 栄養管理状況

令和2年度 栄養指導 月別件数



栄養情報提供加算：18件

個別栄養食事管理加算：9件

(3) 課内研修

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

4. 1年間の総括

令和2年度は新型コロナウイルスによる食事提供、栄養指導に関わるマニュアル作成を行った。また、回復期リハビリテーション病棟での栄養指導件数が算定可能となったこと、栄養指導マニュアルの改訂により、必要性のある患者への積極的な栄養指導の実施のフローも作成したことから前年度より実施件数増加へとつながった。栄養情報提供加算、個別栄養食事管理加算が算定開始となり栄養管理実績が増加となった。課内研修を行うことで病院食の質の向上、個々のスキルアップを行うことができた。

部門別活動状況

IV. リハビリテーション技術部

リハビリテーション技術部……………	81
-------------------	----

リハビリテーション技術部

部長 小川 大輔

1. 概要

(1) 業務内容

【対象患者】

①脳血管リハビリテーション

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

②運動器リハビリテーション

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

③呼吸器リハビリテーション

肺炎、慢性閉塞性肺疾患、他

④心大血管リハビリテーション

心不全、心筋梗塞、動脈硬化症、他

【施設基準】

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

【特色】

①強化リハビリテーション（患者の身体機能の強化を図り、ADL及びQOLを改善）

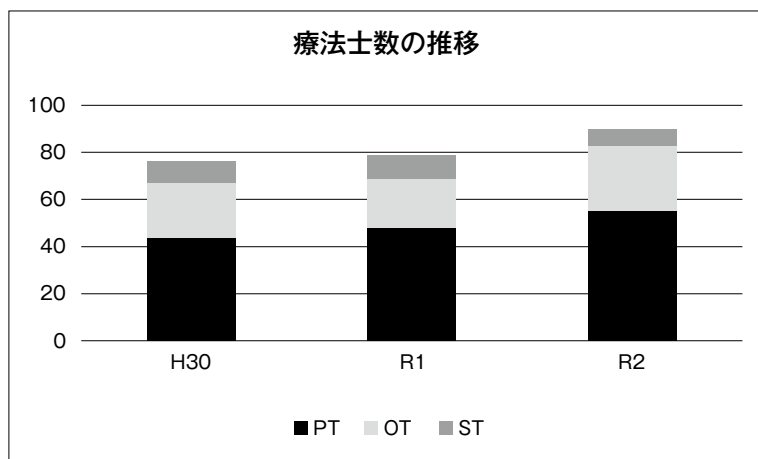
②設備の充実（有酸素マシンや筋力トレーニングマシン）

【診療体制】

365日体制（但し、日曜日は回復期リハビリテーション病棟入院患者のみ対応）

(2) スタッフ数

非常勤医師 1 名、理学療法士 57 名、作業療法士 28 名、言語聴覚士 7 名



【組織】

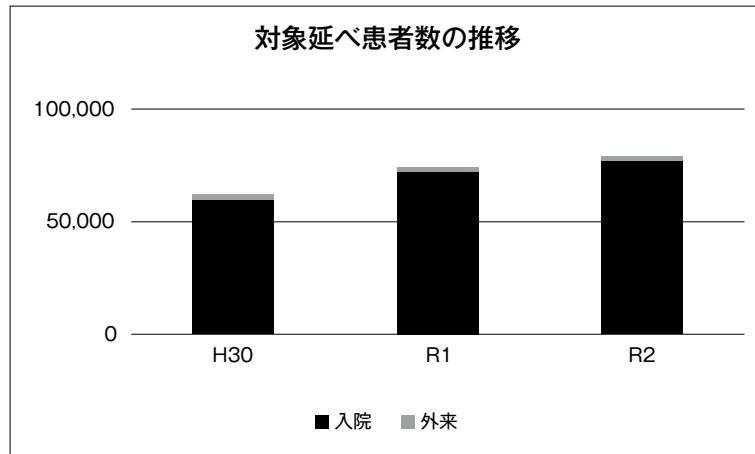
脳血管疾患チーム、運動器疾患チーム、内部障害チーム、言語・摂食療法チーム

【スタッフ構成】

①全体の 4 割が県外出身者、平均年齢 28 歳

②男女比率 1 : 1

2. 実績



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

3. 人材育成

【能力開発】

- (1) 「職能評価制度」を導入、高技術者及び管理者の養成
- (2) 資格取得支援制度の活用（心臓リハビリテーション指導士、回復期リハビリテーション病棟協会認定セラピストマネジャー、3学会認定呼吸療法士、大学院進学など）
- (3) 新卒入社5年間の「卒後教育プログラム」を実施
- (4) 学術活動の推進（令和2年度は、コロナウィルス感染拡大のため、学会発表が少ない）
- (5) 臨床実習生の受け入れを推進（年間40名）

4. 総括・展望

【診療実績】

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

【展望】

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

部門別活動状況

V. 業務部・事務部

医事課.....	85
総合企画室.....	86
経営企画室.....	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
機能評価準備室.....	94
診療情報管理室.....	95

医事課

課長：佐々木 里美

1. 概要

(1) 業務内容

外 来 業 務：総合案内・各診療科等受付・会計計算窓口・健診センター

入 院 業 務：入院医事部門・病棟クレーク

その他の業務：診療情報管理室、医療クレーク・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

48名

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

2. 実績

- 令和2年診療報酬改定に伴うWeb研修会等に参加。改定の準備対応を行う。
- 届出を行う為の実績調査と関係部署との調整。
- 未収金に対する業務フローの見直しと、その実施。
- 新型コロナウイルス・PCR検査に関する業務。

【感染拡大防止に関わる外来電話診療の対応】

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	26	107	92	80	91	88	102	138	260	209	209	173	1,575

【PCR検査に関わる業務】

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数	-	-	-	-	-	-	-	2	17	18	12	9	58

- 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	1.27	1.27	1.32	1.33	1.17	1.58	1.44	1.52	1.59	1.26	1.38	1.16	1.36
査定	0.23	0.26	0.19	0.28	0.29	0.16	0.17	0.37	0.62	0.17	0.23	0.25	0.27

3. 1年間の総括

令和2年医事課部署目標は、1) 診療報酬の内容を確認し、適切に対応する。2) 診療報酬を適切に行い、査定返戻率の減少に努める。3) 研修などに積極的に参加し、個人のスキルアップに努める。として取り組んできた。

診療報酬請求には正しい理解と専門的な知識が必要とされる。その為に多くの医事課職員がWeb配信等での研修会に参加し、新たな算定や届出に結び付け、成果を上げる事が出来た。今後も更なる知識の向上に努めながら請求漏れ等が無いよう業務を行う。

また、研修等の受講により査定、減点、返戻にも意識が向けられるようになった。

未収金に関して、今後は高額になる前にアプローチを行い、未然に発生を防ぐ対応に努めたい。

令和2年度はコロナ禍により、外来電話診療の対応やPCR検査等、今までに無い業務が追加になった。課内業務の調整を行いつつ、他部署との連携も継続したい。

1. 概要

(1) 業務内容

- ①財務会計に関する業務
- ②経営改善計画に関する業務
- ③計画外事項に関する業務
- ④定期報告書等の作成に関する業務
- ⑤実績及びシミュレーション資料の統括に関する業務

(2) スタッフ数

室長1名

2. 実績

本年度は、R2年度予算作成から予実管理まで、財務会計・対計画管理の基盤を強化する為、他部署と連携して管理上必要な情報共有と統一的な基礎資料作成方法の指導に重点を置いた。結果、以前よりも緻密な管理ができる人材が増えた。

計画外事項に関する業務として、新型コロナウイルス対応支援資金の調達をした。

3. 1年間の総括

経営改善計画に基づいて、目標達成に向け予実管理を徹底することに労力を費やした一年となった。新型コロナウイルス感染症の影響による財務状況の悪化を最小限に防ぐと共に、外来患者減少の状況下でも当初計画を達成する必要がある為、設備投資計画の見直しや調整をおこないながら何度も検討した結果、概ね数値目標を達成することができた。また、新型コロナウイルスの流行収束までは患者動向の管理や収入予測・設備投資のタイミング等、今後も運営状況に応じた計画の再検討は必要になる。

来年度以降は、電子カルテの導入について検討する時期になると思う。

電子カルテにおける最大のメリットは、情報のデジタル化による管理・活用の即時性。データの閲覧や検索などが迅速かつ簡単にできる事や医療情報の共有が瞬時にできる事などは、紙カルテに比べ圧倒的な優位性を持っている。これ以外にもメリットやデメリットもあるが、今後の当院での医療情報システムの方向性を考えていく必要がある。

経営企画室

室長代理：阿部 靖

1. 概要

(1) 業務内容

病院の運営方針・経営戦略などの検討や運営全体を戦略的に推進するための牽引役を担う。

病院の経営判断や意思決定のもととなる資料の作成や企画立案を行うため、経営に関するあらゆるデータの調査、企画、実施、検証を行う。

病院全体の状況を勘案し、より良い経営・運営に貢献することを目的とする。

(2) スタッフ数

1名

2. 実績

- 経営に関わるデータ収集と分析、情報発信
- 年、月の収入の予測と対策の提案
- 診療報酬改定に伴う分析と、計画的な加算取得
- 求人の企画
- ホームページの管理作成と広報企画
- リハビリテーション技術部のSNSの企画対応
- 院内の業務問題点に関わる整備と改善 など

3. 1年間の総括

上半期は、ホームページがリニューアルされたこともあり、ホームページを有効活用する為の企画が中心となった。

新型コロナウイルス感染症が蔓延してきたため、ホームページからの各連携機関への情報発信や、求人活動をより効果的、効率的に展開する活用を行った。

また下半期は、入院患者数が多くなってきたこともあり、各部署との連携を密にし、病棟稼働の安定化を図るための対策を協議した。

次年度は、病棟稼働をより高く安定水準で維持するための対策や、取得中の加算の効果と検証を行うとともに、各部署の環境整備改善等に協力をしていきたい。

総務課

係長：樋ノ口 佑紀

1. 概要

(1) 業務内容

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

(2) スタッフ数

8名

2. 実績

(1) 採用実績

- 令和2年4月には看護師、准看護師18名、看護補助7名、リハビリスタッフ11名、その他コメディカルスタッフ7名を含む多くの人材を採用することができた。
- 次年度に向けた採用活動に関しては、新型コロナウイルスの影響で例年開催していた病院見学会などが開催できない状況が続いたが、Webでの採用試験や就職説明会への参加、ホームページを活用した病院紹介など、新たな採用活動を実施し人材の確保にあたることができた。
- 説明会参加実績件数：9件（看護師、リハビリスタッフ、薬剤師）
- 施設見学受け入れ件数：39件（看護師、リハビリスタッフ等）

(2) 医療情報系システムの更新

- 将来的な電子カルテ化を見据え、老朽化したプラットホーム、ネットワークインフラ、各種業務系システムを更新した。

(3) 各種業務のシステム化

- 年末調整や超過勤務時間の申請、計算業務をシステム化したことにより、職員の申請、計算処理の効率化を図ることができた。

3. 1年間の総括

(1) 適正人員の確保と配置

必要となる職種の採用は、ハローワークの求人やホームページの活用で適宜実施し、新型コロナウイルス感染拡大の中ではあったが退職者や休職者の補充についても迅速に対応できた。時間外労働のさまざまな状況を考慮し、適正配置を行い職員の負担軽減にも取り組んでいく必要があると考えている。

(2) 業務効率化

総務課の業務の中で時間を要する年末調整や超過勤務集計の業務をシステムに移行した。移行初年度ということもあり、改善の余地があると感じた。

なお、今後の展望として職員の勤怠管理や院内申請書類の電子化を検討している。

(3) 法改正への対応

時間外労働規制に対応するため、各部署へ時間外労働削減の働きかけや超過勤務時間をリアルタイムに把握できる枠組みを推進した。また、「医師の働き方改革」への具体的な対応については今後も議論を重ねる必要がある。

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

経理課

課長：角掛 薫

1. 概要

(1) 業務内容

① 日時業務・月次業務：

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

② 予算編成及び事業計画の作成

③ 決算作成および関連資料の作成

(2) スタッフ数

4名

2. 実績

新型コロナウイルスの影響により収入は計画値より減収。支出は医療原価の単価高騰などもあったが、一般管理費をおさえて全体的に削減が出来た。結果としてキャッシュフローは計画値より若干上回ることが出来た。

3. 1年間の総括

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

用度課

課長：齊藤 学

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

3名

2. 実績

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、SPD業者と連携することによって世界的な感染防護具不足の中、ニトリルグローブ等の欠品が生じることなく、供給の安定化と過不足の無い在庫管理を行うことができた。

また、商品構成の見直しと価格交渉を積極的に行った結果、透析関連製品等を中心に年間約300万円のコストが削減できた。

3. 1年間の総括

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、ニトリルグローブやマスク等の感染防護具に関する価格高騰・品不足が当法人でも顕著となった。そのような中でも補助金活用に積極的に取り組み、取引先との情報交換を密にすることで、医療情勢に沿った対応ができた。次年度は高騰していたニトリルグローブやマスクの価格も値下がり傾向にあるため、更なるコストの削減につなげていきたい。また患者さんの利便性やスタッフの負担軽減、病院収入増が見込まれる入院セットが令和3年度から導入となるが、引き続き関係各部署との協力体制のもと、創意工夫をもって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

5名

資格：ボイラー技士、危険物取扱者、電気工事士、消防設備士、消防設備点検資格者、高圧ガス製造保安監督者3種冷凍機械、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、エネルギー管理講習修了者、認定ホスピタルエンジニア

2. 実績

【保守業務】

- 電気設備の保守業務 → 令和3年度電気設備年次点検実施
- 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 → 正面出入口自動ドア2枚更新
- 冷温水発生機、手術室空調保守業務
- エレベーター保守業務
- 医療ガス設備の保守業務

【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） → 病院照明LED化実施
- 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。なかでも病院照明LED化は経済効果が顕著にあらわれた。令和3年5月には電気設備の年次点検、施設設備投資計画では令和4年に東棟電気設備改修（トランス入替え）に伴う全館停電作業、南棟エレベーター（5号機・6号機）のリニューアルを予定しており、これらの事案に向けて円滑な遂行を目指す。

保安係

主任：高橋 聡

1. 概要

(1) 業務内容

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

(2) スタッフ数

7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 56回、一般車両出動回数 319回、除雪作業14回（12月～3月）
- 院外環境美化作業15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

院内における保安体制の構築のため、従来の業務と平行しコロナ禍以降は更にセキュリティ強化に努め患者と職員の安全面に配慮した。

また、年間業務計画や都度加えられる点検計画表等を把握共有し、業務効率向上に向けた取り組みを実施。さらに、業務の円滑化のため日常的かつ積極的に各部署とコミュニケーションをとりながら効率的な業務遂行を目指した。

保育係

主任：森田 直子

1. 概要

(1) 業務内容

- 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
- 0歳8ヶ月～3歳までが対象

(2) スタッフ数

保育士5名

2. 実績

●月別在籍園児人数

(単位：人)

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

●月別開園日数

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

●行事

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 4月——お花見 | 10月——ミニうどん会・ハロウィンパレード |
| 5月——子どもの日・母の日製作 | 11月——いもほり大会 |
| 6月——父の日製作 | 12月——クリスマス会 |
| 7月——七夕まつり | 1月——おすもう大会 |
| 8月——スイカわり大会・防火避難訓練 | 2月——豆まき会 |
| 9月——ピクニック | 3月——ひなまつり会 |

(毎月)

- お誕生会
- 避難訓練
- 身体測定

3. 1年間の総括

子ども一人ひとりを大切に、健やかな成長を保障して、保護者からも信頼される保育園を目指して保育しています。子ども達にはたくさんの経験をさせることによって自信をもたせ、自分の思いや要求を表現できるように援助してきました。

今後も子ども達が友達や保育士と安心しながら、楽しくすごせる場所、子育て中の職員が安心して働くことができる環境づくりを目指していききたいと思います。

機能評価準備室

室長：菅原 規行

1. 概要

(1) 業務内容

令和3年11月病院機能評価受審に向けての準備

(2) スタッフ数

室長1名

2. 実績

- ①受審種別の決定
- ②各領域の担当責任者の決定
- ③根拠書類準備・収集
- ④自己評価の収集
- ⑤領域別改善活動
- ⑥受審相談会への参加やセミナーのWEB配信
- ⑦ヒアリング

3. 1年間の総括

令和3年11月の受審に向け、自己評価と改善推進が主な活動となる一年だった。

現在の病院機能評価の評価基準は機能種別3rdG：Ver.2.0となり、①病院の特性に応じた評価②評価内容の重点化③プロセス重視の評価④継続的な質改善の支援の4項目が重視され、さらにVer.1.0から2.0になった事で、①一般病院3の新設②評価項目の見直し③定常状態を評価④認定取得後の関与を強化が追加・見直しされている。傾向として、患者視点で診療を進めている姿勢や継続的かつ持続的な取り組みを重点的に評価している。

今後も、認定更新に向け自己評価と改善の繰り返しになるが、今回から職員による内部監査を実施し、多角的視点から自己評価の適当性を判断して継続的な質改善活動に努めて行きたいと思う。

診療情報管理室

課長：佐々木 里美

1. 概要

(1) 業務内容

厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関わるガイドライン」及び当院「診療録管理規程」に則り、入院診療録の点検、入力、編綴、貸出業務を行っている。

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、カルテ開示支援。

(2) スタッフ数

4 名

【認定・資格】

診療情報管理士 3 名

2. 実績

- R 2 年度退院患者 —— 2,283件
- 貸出件数 —— 5,657件
- 再入院 —— 358件
- 書類作成 —— 378件
- 閲覧・研究 —— 496件
- 問い合わせ —— 36件
- サマリー入力依頼 —— 1,783件
- 外来診療 —— 685件
- 医事処理依頼 —— 1,921件

●診療情報管理委員会

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

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

●DPCコーディング委員会

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

3. 1年間の総括

令和2年6月に診療情報管理システムの更新を行った。従来の手書き記載のサマリー作成から、医師が直接システムにサマリー入力する手順へ変更された。

医師をはじめ各部署の協力もあり、退院14日以内のサマリー記載率は平均96%となっている。今後は、「電子カルテ導入にむけた問題点の把握」と「紙カルテの保管場所の確保と管理」を並行して行っていくことになる。

令和3年度には病院機能評価受審を控えている。「患者中心の医療の推進」「良質な医療の実践」等の評価項目でも、適切な診療情報管理が求められており、診療情報管理室の果たす役割は、ますます重要になっている。

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.....	99
患者サポートチーム.....	100
地域医療連携室.....	101
入退院管理室.....	102
医療相談室.....	103

地域医療センター

センター長 中島 隆之（副院長）

1. 概要

平成28年に地域医療センターが設立され、入退院管理室・医療相談室・地域医療連携室・患者サポートチームの4部門の構成で成り立っている。地域の方々の外来から入退院までを各部門で総合的に支援している。

2. 実績

各部門（患者サポートチーム、地域医療連携室、入退院管理室、医療相談室）参照

3. 1年間の総括

連携に係る病診・病病連携会議や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・入院判定会議に介入し、情報の一元管理から院内外連携・ベッドコントロールに注力。病院の中核機能を担う部署として、多職種で構成・連携構築している。また、顔の見える連携を構築するべく地域連携交流会を企画・開催し、地域の医療機関を招いて、連携強化を図っている。

患者サポートチーム

事務長 山内 裕之

1. 概要

(1) 業務内容

医療従事者と患者との対話を促進するため、患者・家族等に対する支援体制構築のために平成31年3月から相談支援窓口を設置した。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ついて対応し、患者支援体制を都度検証・整備して対応している。

(2) スタッフ数

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

2. 実績

令和2年度相談延べ件数：1,583件

（診療や看護項目／731件、社会福祉制度等／513件、医療費等／121件、その他／218件）

相談延べ人数：847名

3. 1年間の総括

患者サポートチームを看護師、社会福祉士、医療安全管理者、事務職（医療対話推進者）で編成し週1回のカンファレンスを開催。入退院支援委員会と医療安全管理委員会での月次報告を行い、相談内容の共有・協議するという一連の体制が整った。同時に患者及び院内にも相談窓口浸透の年度になった。

苦情対応の中では診療や看護に関する相談、社会福祉制度に関する相談が多い。

また地域包括ケアの一端として、当院の特性上患者の在宅支援を担う外部機関からの相談もあり、生活者を共に支える機関として、意見や判断を求められるなどの場面も増加している。

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・地域連携に係る対応と実績管理

(2) スタッフ数

事務職員 4 名

2. 実績

- 令和 2 年度紹介件数3,214件（内訳：外来1,936件／入院1,278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198件（内訳：脳卒中111件、大腿骨84件、肺炎 3 件）
- 連携医療機関への挨拶訪問対応
- 広報誌「地域医療連携室だより」の企画・発行

3. 1 年間の総括

上記実績における窓口業務や実績管理に対応し、地域連携における事務的な「繋ぐこと」に注力。日常的な業務としては患者紹介に伴う案内・返書管理・データ管理であり、地域連携に必要な情報収集・病院情報の公開、定期的な広報誌の発行を担当。「多職種連携」が求められる昨今に順応すべく、他部署との関わり・院内連携を重視し、スムーズな連携を目指している。地域連携パスに参画し、盛岡医療圏だけでなく沿岸地域や県南地域など医療圏を跨いだ連携構築を開拓・維持している。地域連携している医療機関に出向き挨拶訪問も実施。連携機能強化を目指し、地域のニーズや他医療機関の機能把握にも注力している。

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】

入院前から退院後の生活を見据えた支援や住み慣れた地域で継続的に医療や介護が受けられるよう、入退院支援に関する業務の情報共有、管理を行っている。

(2) スタッフ数

【入院管理】

専任看護師 2 名、事務職員 1 名（地域医療連携室兼務）

【入退院支援】

専従看護師 1 名、専任看護師 1 名、専任社会福祉士 2 名

2. 実績

- 年間新規入院患者数：2,322名、月平均新規入院患者数：193.5名
- 外来、病診連携、救急搬送での入院：1605名／年
- ポストアキュート入院：618名／年
- サブアキュート・レスパイト入院：99名／年
- 入退院支援加算 1：933件／年
- 地域連携診療計画加算：141件／年

3. 1 年間の総括

【入院管理】

前年度までは、看護師 2 名のうち 1 名は外来・透析室兼務であったが、令和 2 年度は専任看護師 2 名を配置、また地域医療連携室と兼務で事務職員を配置し、地域医療連携の強化、業務の効率化、入院・転院の速やかな受け入れに取り組んだ。

【入退院支援】

平成31年 3 月から専従看護師 1 名、専任社会福祉士 2 名を配置し、入退院支援加算 1 の算定を開始。令和 2 年度は、専任看護師 1 名を増員し、入退院支援の充実、外部機関との連携強化に努めた。入退院支援委員会を月 1 回開催し、多職種で情報共有するとともに、入院時支援加算の算定開始に向けて取り組みを行った。

医療相談室

係長 菅原 智子

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。

(2) スタッフ数

社会福祉士10名

2. 実績

入退院支援加算 1 ————— 922件

患者相談窓口対応 ————— 1,380件

地域連携診療計画加算 ————— 141件

入退院支援カンファレンス — 1,352件

3. 1年間の総括

回復期リハビリテーション病棟担当者3名病棟配置、病棟配置転換等目まぐるしく様々なことがあったが、それぞれが自分たちの業務に真摯に取り組み、実績を残すことができた。

外来は、当事者の他、在宅生活を支える外部事業所からの相談も多く、院内スタッフとの連携の下、受診援助や福祉制度利用支援等、時間をかけて介入する必要のあるケースも多かった。

入院では、患者数の増加に伴い、病棟退院支援担当の介入ケースも増加。患者ごとの状況に応じて各種社会福祉制度の利用支援やそのための関係機関との連絡調整を行ったが、コロナ禍により、家族や関係機関の来院や面会に制限が出たことで、より細やかに密に連絡を取っていくこととなった。社会的背景に困難を抱える患者が増加してきている状況も見受けられ、地域の関係機関とのやり取りに比重をかけるケースが増えている。また、医師や訪問看護に同行し自宅での相談支援、患者・家族の手続きや関係機関との相談への同行支援等院外での活動も増加した。

医療と地域福祉の相互連携が強く求められており、地域包括ケアという視点での関わりが重要となってきたこと、その中で医療と地域福祉の連携を担う必要性をより感じた1年であった。

部門別活動状況

VII. 感染制御部

感染制御部.....	107
------------	-----

感染制御部

感染制御部長：鈴木 明

1. 構成員

感染制御部長：鈴木 明

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

感染制御チーム（ICT）：医師 2 名、感染管理認定看護師 1 名、感染制御認定薬剤師 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、感染管理認定看護師 1 名、感染制御認定薬剤師 1 名、臨床検査技師 1 名、事務 1 名

2. 活動内容

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

3. 実 績

【ICT会議】

開催回数：年12回

【ICTラウンド】

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

【院内感染対策マニュアル】

作成・改訂日：令和2年10月1日（作成：1項目、改訂：12項目）

【抗菌薬適正使用支援】

ASTラウンド：年間ラウンド件数 149件

カルバペネム及び抗MRSA薬投与前培養提出率（年間平均）：88%

血液培養2セット採取率：92.5%

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2年度	84%	93%	31

【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2年4月1日～令和3年3月31日	11,848	605	0.05	4.96%

【CAUTI】

期 間	延べ入院患者数	延べ使用日数	使用比	感染率
令和2年4月1日～令和3年3月31日	20,692	4,911	0.24	0.1%

【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
平成31年4月1日～令和3年3月31日	73	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2年4月1日～令和3年3月31日	11	0

【手指衛生】

期 間	使用量目標値	使用量実績値
令和2年4月1日～令和3年3月31日	15ml/patient days	11.1ml/patient days

【教育】

全体研修会（年2回開催）：第1回参加率99.8%、第2回参加率99.8%

新入職員研修（全職種対象）、中途採用者研修（全職種対象）、委託業者研修、
介護福祉士・看護補助者研修、ICM対象研修等実施

【職業感染対策】

新入職員のQFT検査、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎抗体検査、HBs抗体検査
新入職員の麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎ワクチン接種、B型肝炎ワクチン接種
インフルエンザワクチン接種：令和2年度接種率97.5%

【感染症レポート（週報）】

毎週金曜日発行：令和2年度実績 第351号～第401号発行

【感染防止対策地域連携加算】

感染防止対策地域連携加算に係る連絡会議：開催日令和2年7月2日（Web会議）
感染防止対策地域連携加算に係る相互評価：開催日令和3年3月2日（Web開催）

【感染防止対策加算】

施設基準の「感染防止対策加算」に係る合同カンファレンス：年4回開催（令和2年7月22日当
院で 開催、令和2年9月24日連携病院で開催、令和3年2月18日Web会議、令和3年3月23日
Web会議）

4. 1年間の総括

新型コロナウイルス感染症の新しい知見や研究結果などをもとに院内の感染対策を検討し、運用手順を作成、教育を行い、そして関連部署との調整を行うなど、体制づくりに奮闘した1年だった。基本的な感染対策である標準予防策と感染経路別予防策が主な対策になるため、職員の平時からの知識と技術の習得が大切であり、また、有事に迅速に対応ができる組織体制を平時から確立していくことが重要である。今後も職員一人一人が基本的な感染対策を主体的に実践できるように感染制御部として活動を継続していく。

部門別活動状況

VIII. 医療安全管理部

医療安全管理部.....	111
--------------	-----

医療安全管理部

医療安全管理部長 千葉 太郎

1. 構成員

医療安全管理部長 千葉 太郎
医療安全管理者 1名
専任看護師 2名
専任薬剤師 1名
専任臨床工学技士 1名
専任事務員 1名

2. 活動内容

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

3. 実績

(1) 医療安全カンファレンス

開催回数：36回

(2) 医療安全院内巡回

開催回数：1回

巡回項目：離席時に患者情報が表示されたパソコン画面が開かれたままではないか

(3) 転倒・転落予防標語コンクール

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

4. 1年間の総括

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

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

今後もこうした活動を通じて、院内の医療安全文化の醸成に寄与して参ります。

委員会活動状況

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

運営委員会

1. 構成員

理事長・病院長	：1名	ゆうあいの街施設長	：1名
理事・名誉院長	：1名	副看護部長	：3名
常務理事	：1名	総合企画室長	：1名
理事・副院長	：1名	医事課課長	：1名
副院長	：1名	経理課課長	：1名
医局長	：1名	用度課課長	：1名
事務長	：1名	総務課係長	：1名
看護部長	：1名		
リハビリテーション技術部長	：1名		

2. 開催日時

毎月最終週のいずれかの平日で16：30～

3. 審議事項

- (1) 盛岡友愛病院の前月の収支・診療実績の報告
- (2) ゆうあいの里の収支・稼働実績の報告
- (3) ゆうあいの街の収支・稼働実績の報告
- (4) 翌月の行事予定の確認
- (5) 審議事項
 - 令和2年7月：法人組織図の変更について
(感染制御部、医療安全管理部、リハビリテーション技術部、事務部)
 - 令和2年8月：昇進人事について（看護部）
 - 令和2年9月：法人組織図の変更について（事務部）
 - 令和2年12月：昇進人事について（事務部）
 - 令和3年2月：法人組織図の変更について（ゆうあいの街）
昇進人事について（薬剤科、リハビリテーション技術部、ゆうあいの街）
 - 令和3年3月：令和3年度収支予算案について
病院の理念、基本方針、患者さんの権利について
令和3年度行事予定について

4. 1年間の総括

年度末に翌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い、前年度よりも改善された収支・診療実績を残すことができた。

その他、法人組織図の改定や昇進人事について審議を行い承認した。

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 理事長・病院長：1名

理 事・副 院 長：1名

医 師：1名

歯 科 医 師：1名

事 務 長：1名

看 護 部 長：1名

副 看 護 部 長：3名

看 護 師：13名

薬 剤 師：2名

臨 床 検 査 技 師：1名

管 理 栄 養 士：1名

理 学 療 法 士：1名

診療放射線技師：1名

医 事 課：1名

地域医療連携室：1名

総 務 課：1名

2. 開催日時

毎月第2火曜日 13:00～

3. 活動内容・実績

開催回数：年12回

(1) 月間 分離菌集計報告

(2) 月間 小児の感染症報告

(3) 感染制御チーム（ICT）会議報告

①JANIS還元情報月報（検査部門）報告

②カルバペネム及び抗MRSA薬の培養提出率報告

③抗菌薬適正使用支援チーム（AST）のラウンド実施報告

④抗MRSA薬TDM実施報告

⑤ICTラウンド報告

⑥感染対策マネジャー（ICM）会議報告（活動報告、SSIサーベイランス等報告）

⑦中心ライン関連血流感染（CLABSI）サーベイランス報告

⑧カテーテル関連尿路感染（CAUTI）サーベイランス報告

⑨針刺し・切創事故、皮膚・粘膜曝露報告

⑩感染症報告（インフルエンザ届出報告など）

⑪施設基準の「感染防止対策加算」に係るカンファレンス報告（開催4回）

⑫感染防止対策地域連携加算に係る連絡会、相互評価ラウンド報告

⑬院内感染対策全体研修会企画、結果報告

⑭職員の抗体検査、ワクチン接種について

(4) 主な審議事項

●インフルエンザワクチン接種

●新型コロナウイルス感染症対策等について

4. 1年間の総括

毎月の定期報告を通し、情報を発信することで感染予防策の周知へとつなげることができた。また、多剤耐性菌や流行性疾患によるアウトブレイクの発生もみられなかった。今年度は年度初めから新型コロナウイルス感染症対策について臨時の会議を開催するなど、院内の対策を検討してきた。外来のゾーニングや来院者のスクリーニング、外来患者のトリアージ、発熱者・疑い患者への診療体制やPCR検査体制の整備、面会制限など入院患者への感染対策、職員の職業感染対策など流行状況の変化に合わせて対策を修正しながら対応することができた。今後も標準予防策、感染経路別予防策の徹底を行い、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）

委 員 理事長・病院長：1名

医 局 長：1名

事 務 長：1名

看 護 部 長：1名

副 看 護 部 長：3名

医療安全管理者：1名

理 学 療 法 士：1名

診療放射線技師：1名

薬 剤 師：1名

社 会 福 祉 士：1名

管 理 栄 養 士：1名

臨床検査技師：1名

臨床工学技士：1名

施 設 管 理 係：1名

医 事 課：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

医療安全委員会の所掌事項は、以下の通りです。

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

4. 1年間の総括

令和2年度は、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。初めての試みだったが、計2回の研修はともに高い受講率だった。

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いく。

透析機器安全管理委員会

1. 構成員

委員長 小川 浩幸（臨床工学科 主任、透析液安全管理者）

委 員 医 師：1名

臨床工学技士：3名

看護 師：3名

2. 開催日時

年2回（4月・10月）

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

1年を通して厳しい水質基準を満たすことができた。また、機器を構成する各部品の稼働時間を把握し交換することでトラブルに発展せず、透析治療に影響がなかった。

医療ガス安全管理委員会

1. 構成員

委員長	佐々木 達哉（理事長・病院長）			
監督責任者	事 務 長	： 1 名		
委 員	理 事・副 院 長	： 1 名	臨 床 工 学 技 士	： 1 名
	医 師	： 1 名	保 安 係	： 1 名
	看 護 部 長	： 1 名	施 設 管 理 係	： 2 名
	副 看 護 部 長	： 3 名	総 務 課	： 1 名
	看 護 師	： 13 名	法 人 事 務 局	： 1 名
	診療放射線技師	： 1 名	医 事 課	： 1 名
	理 学 療 法 士	： 1 名	総 務 課	： 1 名
	薬 剤 師	： 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2年8月8日

西棟圧縮空気供給装置エアラインスター（No.1、No.2）の部品交換（フィルターエレメント、吸着剤等）のほか、同供給装置、非治療用空気減圧装置部品（圧力ゲージ）交換実施。

●令和2年10月27日

6ヶ月点検を実施し、東棟笑気ガス供給装置右バンク高圧調整器の動作が安定しない為、令和3年3月13日に右バンク高圧調整器一式交換を実施。

6ヶ月点検にて西棟吸引装置No.2ラインの吸引フィルターエレメントの交換時期が過ぎていた為、令和3年3月13日にフィルターエレメント交換を実施。

●令和2年12月12日

西棟圧縮空気供給装置スクロールコンプレッサー本体の中間整備（分解装置）を実施。

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、点検結果の所見について改善が速やかに行われている。今後も故障、修理が発生した場合適切に対応して行く。また、医療ガス全体研修を行い事故防止に努めていく。

褥瘡対策委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）

委 員 事 務 長：1名

専 任 看 護 師：3名

看 護 部 長：1名

副 看 護 部 長：1名

看 護 師：17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

総 務 課：1名

2. 開催日時

毎月第4水曜日 17：00～

3. 活動内容・実績

- (1) 褥瘡回診結果を画像で供覧
- (2) 褥瘡発生率、有病率、治癒率の報告
- (3) 各病棟および褥瘡対策チームから現状や取り組みを報告し、情報を共有
- (4) 委員会内での勉強会開催（不定期）
- (5) 年2回の院内全体研修会の企画
- (6) 令和2年度の実績
 - 有病率：1.64%
 - 治癒率：8.84%
 - 院内発生率：0.3%
 - 院外発生率：0.6%

4. 1年間の総括

褥瘡発生率が院内・院外とも前年度より減少した。コロナ禍であったが、例年の2回から1回に回数を減らしながらも全体研修会を開催できた。

輸血療法委員会

1. 構成員

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

2. 開催日時

奇数月第2火曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- 血漿分画製剤の使用状況の報告・確認
- 請求状況から見た輸血適正使用の報告・確認
- 輸血後感染症の検査報告・確認
- 輸血療法マニュアルの見直し
- 輸血療法マニュアルの周知
- 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

輸血療法委員会では今年度の活動は、主に輸血療法マニュアルの見直しを行った。医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師と協力し委員会開催時にマニュアルの見直しの検討を行った。また、血漿分画製剤の使用状況の確認や血液製剤の使用状況・適正使用の確認を行った。

新人看護師への輸血に関する研修では、岩手県赤十字血液センターと協力し血液製剤の取り扱いについて研修を実施。当院の看護師からは輸血の実施手順や副作用について研修を行った。

次年度も血漿分画製剤の使用状況の確認や血液製剤の適正使用状況の確認を継続的に行いたい。また、岩手県赤十字血液センターに依頼し輸血療法委員会内で研修会を開催する事とした。

治験審査委員会

1. 構成員

委員長 向井田 昌之（循環器内科部長）

委 員 医 師：不特定

薬 剤 師：1名

薬 剤 助 手：1名

看 護 師：1名

総 合 企 画 室：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～（薬事審議会前）

3. 活動内容・実績

●活動内容

医薬品に関する市販後調査等の審議・決定

●実績

使用成績調査終了 ————— 1件

調査対象者変更依頼 ————— 1件

副作用・感染症等調査依頼 —— 1件

4. 1年間の総括

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

令和2年度は、エフピーOD錠2.5mgの使用成績調査について3錠又は4錠服用症例での調査だったが、65歳以上の高齢者使用症例に対象変更し、調査期間を延長して実施。ロピオン静注50mgは血管外漏出があった為、細胞障害等の前例があるか製薬会社に確認し、副作用・感染症等調査を行い経過観察の報告をしている。

【調査中の医薬品】

●バリシチニブ錠2mg、4mg

●オルケディア錠

●エフピーOD錠2.5mg

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

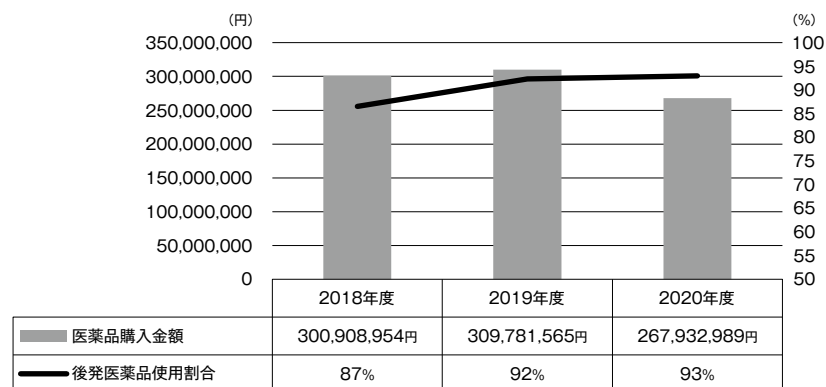
(1) 活動内容

- 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：54薬剤
- 後発医薬品切替品目数：30品目

後発医薬品使用割合と医薬品購入額



4. 1年間の総括

薬事審議委員会は、病院内の薬事全般に関する事項を調査・審議し決定する委員会である。近年、開発される医薬品は高い有効性の反面、治療に関連した副作用なども多く、治療に関係するスタッフの情報共有が重要である。薬事審議委員会は、医薬品を新規に採用した場合、情報を院内に発信し共有する役割も果たしている。後発医薬品の使用促進は、医療費の削減などの面から、強力に推し進められている。当院でも後発医薬品への切り替えは、積極的に行われており、当委員会は切り替えにあたっての審議の場ともなる。切り替えにあたっては、薬品の価格だけではなく、品質や流通の安定性、医療安全の観点から他剤との認識性などを評価している。令和2年度は30品目の薬剤について後発医薬品への切り替えを行った。後発医薬品の使用割合増加とともに、医薬品の購入額も減少してきており、病院運営に対して経済的にも貢献している。

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：3名

薬剤師：1名

看護師：2名

医事課：1名

総務課：1名

2. 開催日時

年1回（3月）

3. 活動内容・実績

(1) 活動内容

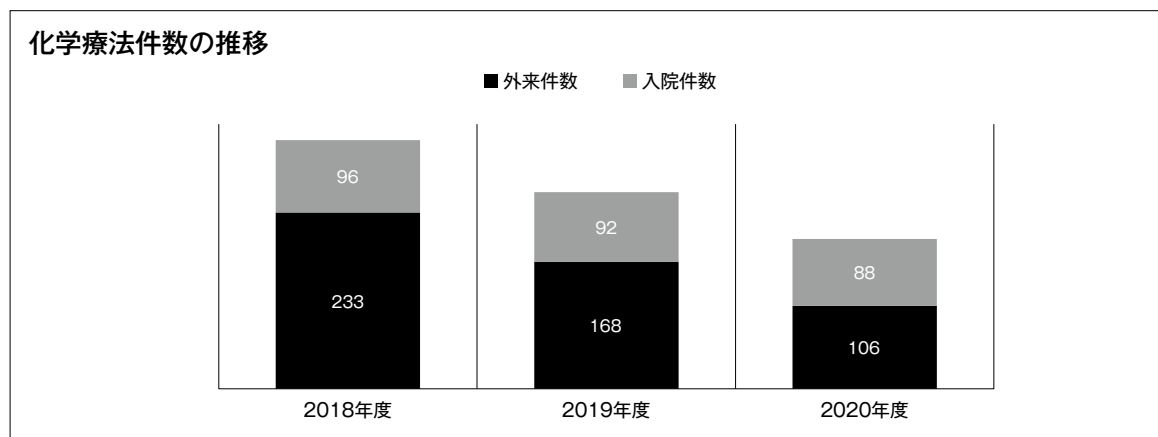
がん化学療法などに関する業務の適正な管理および効率的な運用、レジメンの審査などについて審議する

(2) 実績

登録レジメン数：124件

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

令和2年度新規登録レジメン数：0



4. 1年間の総括

がん化学療法は次々に新規の薬剤が登場し、治療成績が向上し続けている。

現在の化学療法は、単剤で行われることが少なく、様々な薬剤の組み合わせで行われている。

治療成績の向上は、正しい薬剤を正しく使用することによって得られるものである。

がん化学療法を正しく施行するためには、レジメンに基づいた治療が大前提となる。

当委員会は、レジメンの審査を行うとともに、がん化学療法が安全で効率よく行われるよう努めている。病院機能の変化などに伴い、化学療法の件数は減少しているが、スタッフがいつでも安全に治療を提供できるよう、継続して活動していく。

栄養管理委員会

1. 構成員

委員長 松谷 英樹（消化器外科部長）

委 員 理事長・病院長：1名

常 務 理 事：1名

副 院 長：1名

医 師：2名

事 務 長：1名

看 護 部 長：1名

看 護 師：2名

管 理 栄 養 士：2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・実績

【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2年度は新型コロナウイルスの感染対策における給食管理について緊急時の食事提供方法、臨床栄養管理については栄養指導方法など新たなマニュアル作成の審議が中心に行われた。令和3年度は作成したマニュアルの見直しを行い、安心安全な食事提供と栄養管理実績の更なる向上を目指し検討を行う。

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
看護師：10名
薬剤師：1名
管理栄養士：2名
臨床検査技師：1名
理学療法士：1名

作業療法士：1名
言語聴覚士：1名
歯科衛生士：1名
社会福祉士：1名
診療放射線技師：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・実績

- 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

NST勉強会実施内容

日程	内 容	講師
6月24日	NSTの役割と看護師の活動	外来看護師
7月22日	疾患別リハビリテーションについて	理学療法士
8月26日	VE、VFについて 症例報告	言語聴覚士
9月23日	口腔ケアについて	歯科衛生士
10月28日	急性期におけるリハビリテーション栄養	外部講師
11月25日	経管栄養トラブル	外部講師
12月23日	栄養状態に影響を及ぼす薬剤について	薬剤師
1月27日	栄養状態に関わる臨床検査データについて	臨床検査技師
2月24日	NST対象患者症例報告	管理栄養士
3月24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。

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。

栄養補助食品一覧、経管栄養について等院内で共通認識で活用すべき栄養に関するマニュアルをNSTで作成、改訂を随時行っている。

今後もNST活動の質的向上、職員全体へのNST活動の浸透を目指していく。

緩和ケア委員会

1. 構成員

委員長 藤井 祐次（呼吸器外科部長 兼 緩和ケア外科部長）
委 員 理事・副院長：1名
医 師：2名
看護 師：11名（がん看護専門看護師：1名、緩和ケア認定看護師：1名を含む）
公認心理師：1名
薬剤 師：1名
理学療法士：1名
作業療法士：1名
社会福祉士：1名
管理栄養士：2名
医 事 課：1名
訪問看護看護師：1名（ゆうあいの街）

2. 開催日時

毎月第2水曜日 16:00～

3. 活動内容・実績

	議 事 内 容
令和2年4月	・ 3月事例検討の振り返り（東4階、薬剤科） ・ 院内ラウンド報告 ・ 緩和ケア委員会目標プランシート作成 ・ 緩和ケア研修会、委員会内勉強会、事例検討について
令和2年5月～6月	会議なし
令和2年7月	・ 院内ラウンド報告 ・ 目標プランシート評価 ・ 緩和ケア委員会内勉強会「臨床フレームワーク」 ・ 新たな緩和ケアチーム結成について
令和2年8月	・ 院内ラウンド報告 ・ 目標プランシート評価 ・ 緩和ケア委員会内勉強会「オンライン面会の紹介」
令和2年9月	・ 院内ラウンド報告 ・ 目標プランシート評価 ・ 緩和ケア委員会内勉強会「エンゼルケア」 ・ 緩和ケアチームの活動について ・ 緩和ケアマニュアル改訂「緩和ケアの基本的な考え方」「患者の痛み、患者の悩み」 「緩和ケア方式の変化」
令和2年10月	・ 院内ラウンド報告 ・ 目標プランシート評価 ・ 緩和ケア委員会内勉強会「事例検討」 ・ 9月研修会報告

	議 事 内 容
令和2年11月	・院内ラウンド報告 ・目標プランシート評価 ・緩和ケア委員会内勉強会「事例検討」 ・緩和ケア委員会内勉強会「ステロイドについて」
令和2年12月	・院内ラウンド報告 ・目標プランシート評価 ・緩和ケア委員会内勉強会「鎮静について」 ・緩和ケアマニュアル改訂「リハビリ」「看取りの看護」
令和3年1月	・院内ラウンド報告 ・目標プランシート評価 ・緩和ケア委員会内勉強会「緩和・終末期の栄養管理について」
令和3年2月	・緩和ケアマニュアル改訂「スピリチュアルケア」「疼痛マネジメント」 ・院内ラウンド報告 ・目標プランシート評価 ・緩和ケア委員会内勉強会「事例検討」 ・緩和ケアマニュアル改訂「疼痛以外のマネジメント」「不眠」「倦怠感」「緩和ケア委員会運用方法」「緩和ケア研修会運用方法」
令和3年3月	・院内ラウンド報告 ・緩和ケアマニュアル改訂「痛みの種類」「疼痛マネジメント」

4. 1年間の総括

緩和ケア委員会目標の1. 緩和ケア委員会の運営を定着させる、2. 緩和ケア委員の知識の向上、3. 緩和ケア研修会の定着を達成させるため緩和ケアマニュアルの見直しを行った。緩和ケア認定看護師の院内ラウンド報告では各病棟での関わりを伝え、緩和ケアの関わりを共有できた。委員会内での勉強会を企画し、テーマを決め計画的にメンバーの知識向上に努めることができた。緩和ケア研修会は例年の地域のクリニックへの参加呼びかけはできなかったが、院内で4回開催することができた。緩和ケアチームが発足し、病院としての身体的・精神的・社会的・スピリチュアルの苦痛のある患者及び家族に全人的苦痛緩和が出来、可能な限り人間らしく、快適な生活を送れるようにカンファレンスを行い支援を充実させる活動ができた。次年度は活動内容にリンクナースの活動を追加し、各部署で緩和ケアを提供できるよう支援して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2年9月24日	委員長・医師 藤井祐次	緩和ケアについて	52名
令和3年1月28日	緩和ケア認定看護師 千葉真理子	事例検討	26名
令和3年2月25日	がん看護専門看護師 白澤美代子	意思決定を支えるケア	33名
令和3年3月25日	緩和ケア認定看護師 千葉真理子 社会福祉士 吉田郁実 管理栄養士 村上沙紀 作業療法士 後藤祐実 理学療法士 鈴木麻美	緩和ケアにおける多職種の取り組みについて	26名

安全衛生委員会

1. 構成員

委員長 齊藤 学（用度課課長）
委 員 理事長・病院長：1名
産 業 医：1名
事 務 長：1名
看 護 部 長：1名
看 護 師：1名
労働組合代表者：1名
診療放射線技師：1名

理 学 療 法 士：1名
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
医 事 課：2名（衛生管理者：1名含む）
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時間超えの職員の報告
- 労働災害、通勤災害の報告
- 院内巡回による職場環境の報告
- 勤務環境改善計画の作成と評価
- 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

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

また、今年度は各部署に設置している温湿度計が劣化していたため、物品の交換を実施正確に計測できるよう環境整備を行った。職員や職場環境の改善について協議し、職員の健康づくり、職場の環境衛生改善を推進していきたい。

診療情報管理委員会

1. 構成員

委員長 佐々木 達哉（理事長・病院長）

委員 事務 長：1名

医 師：1名

管理栄養士：1名

看護 師：2名

薬剤 師：1名

社会福祉士：1名

診療放射線技師：1名

理学療法士：1名

医 事 課：5名

2. 開催日時

毎月第3火曜日 16：00～

3. 活動内容

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

4. 1年間の総括

- リハビリテーション実施計画書の変更
- がん患者指導管理料算定のための管理シート、カンファレンス用紙の作成
- 行動制限に関わる同意書、チェック表の変更
- 褥瘡管理のシステム変更に伴う様式の変更
- 肺動脈血栓塞栓症リスク評価表の項目の見直しと追加
- 新型コロナウイルス感染症に関わる書類整備 など

5. 1年間の総括

令和3年度の病院機能評価に向けて

- 診療情報管理に関する院内規程の更新
- 診療報酬改定に伴う帳票、記載基準の変更
- サマリー記載率の報告

などを中心に他の職種と連携をとりながら、院内周知を図っている。

広報編集委員会

1. 構成員

事務長：1名
経営企画室：1名
地域医療連携室：1名
総務課：3名

2. 開催日時

毎月第3金曜日 16:00～

3. 活動内容・実績

- 院内外へ向けて、広報誌の記事内容、発行に関しての検討と調整
- 法人ホームページの掲載内容に関しての検討と調整
- その他各種媒体における病院広報に関する検討

4. 1年間の総括

病院の今を広く伝えられるよう、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」の記事内容の確認、調整を実施し、双方とも原則隔月発行を行いました。

ホームページについては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。

これまで広報の主流であった紙媒体や公式ホームページにとどまらず、公式SNSの開設といった新たな取り組みも行われていることから、今後も情報の共有、活発な議論を通して各種内容の充実に努めます。

D P C ・ コーディング委員会

1. 構成員

委員長 佐々木 達哉（理事長・病院長）

委 員 医 師：2名

診療放射線技師：1名

事 務 長：1名

薬 剤 師：1名

看 護 部 長：1名

臨床検査技師：1名

副 看 護 部 長：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
- 点数改正によるDPC算定の変化の周知

4. 1年間の総括

DPC委員会の活動と、その活動を報告・共有することで病院として他部門への意識・行動変革を行うことができた。今後は減収症例の減少やミスコーディングの減少へと繋げていきたい。

SPD委員会

1. 構成員

委員長 齊籐 学（用度課課長）
委 員 事 務 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
管 理 栄 養 士：1名
用 度 課：1名

2. 開催日時

毎月第4木曜日 16：00～

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——— 20品目
- ・提案年間経済効果——— 1,048,011円
- ・採用品目数——— 15品目
- ・採用品年間経済効果——— 664,672円

●NHA採用率（令和3年3月末現在）

分 野	令和元年度	令和2年度
汎用医療材料	62.20%	70.37%
M E、透 析	42.86%	50.00%
手 術 室 関 連	33.33%	52.38%

4. 1年間の総括

SPD委員会では、主にNHA共同購入品の採用活動に注力した。関係各部署の協力により、上記実績の通り採用活動が順調に進んでいる。令和3年度の活動については、NHA共同購入品の採用率の増加を目指し、昨年から加盟した手術室関連分野とME・透析分野を中心とした活動を推進する。

業務改善検討委員会

1. 構成員

委員長	齊藤 学（用度課課長）
委員	薬剤師：1名
	看護師：1名
	臨床検査技師：1名
	理学療法士：1名
	地域医療連携室：1名
	経理課：1名
	総務課：1名

2. 開催日時

偶数月第3木曜日 16：00～

3. 活動内容・実績

●事務当直の廃止

平日17：00から20：00に男性事務職員が対応していた当直業務について、残業時間及び業務負担の軽減を図るため、廃止とした。

●日直業務の体制見直し

女性事務職員が対応していた土、日、祝日8：30から17：00の日直業務に男性事務職員も含めた事務職員全体で対応することにより、一人あたりの年間日直回数の軽減と振替休日の取得推進に切り替え、職員の負担軽減を図った。

●定期購読紙の中止

新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、外来に設置していた定期購読紙を中止することとした。大きなクレームもなく、コスト削減にもつながった。

4. 1年間の総括

令和2年度は院内暴力・事故防止の観点から監視カメラの増設と設置個所の再検討を予定している。また電子カルテ導入に向けて、診療部門以外で関わる項目の情報を収集し、更なる効率化に貢献できるよう尽力する。

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ヶ月毎 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（26件）
- 地域連携パスの集計
- クリニカルパスの作成（2件）

入院患者全体に対するクリニカルパスの適用率は月平均30～40%で、その内完遂率は50%～70%であった。

4. 1年間の総括

毎月のパスの使用状況、バリエーション集計を把握し、多職種でパスの見直しを行った。また、地域連携パスの使用状況等も把握した。令和元年度と使用状況の大きな変化はなく、使用率の高いパスにおいては1回だけではなく見直しをして、使用しやすいよう検討した。また、病棟からのパスとなっていたものは、外来での検査や説明等を追加し、外来と病棟との連携がスムーズになるよう変更をした。

倫理委員会

1. 構成員

委員長 千葉 太郎（理事・副院長）

委 員 理事長・病院長：1名

常 務 理 事：1名

副 院 長：2名

事 務 長：1名

看 護 部 長：1名

リハビリテーション技術部長：1名

副 看 護 部 長：3名

薬 剤 師：1名

総 合 企 画 室：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2年度中に審査した案件：21件

- 臨床倫理全体研修会：令和3年2月15日～令和3年3月5日の期間にeラーニングで開催

4. 1年間の総括

今年度は臨床研究の倫理審査に加え、国立国際医療研究センターで行われる新型コロナウイルスに関するレジストリ研究・観察研究への参加について倫理審査を実施し、承認した。また、医師の倫理審査申請や研究・症例報告の説明文書、同意書等の内容精査を行った。

臨床倫理の全体研修会に関しては、新型コロナウイルス感染拡大防止の為、初めてeラーニングを使用して全職員を対象に開催することができた。

次年度以降も研修会の開催や継続的にマニュアルや指針の見直しを行いたい。

看護部教育委員会

1. 構成員

委員長 佐藤 千晴（西4階病棟師長）、上山 志鈴江（西5階病棟師長）

委員 看護師：20名

2. 開催日時

毎月第1月曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- 5月以外は毎月委員会を開催し、研修・効果測定の結果報告、各月の研修日程・担当者の確認、新人看護師技術チェック評価について、新人看護師の他部署での研修について、eラーニング運用方法について、院内看護研究発表会について、次年度ローテーション研修についての討議と、目標プランシート評価を行った。今年度は新人看護師基礎知識・技術評価基準の見直しも行った。（資料別紙あり）
- 院内集合研修：実施した研修は、看護師61件（前年度より－14件）、看護補助16件（前年度より－7件）、参加人数はレベルⅠ385人（前年度より－90人）、レベルⅡ～Ⅴ508人（前年度より－368人）、看護補助496人（前年度より＋71人）であった。
- 部署別研修：新人看護師部署研修は216件（前年度より＋56件）、参加人数は272人（前年度より＋63人）、看護師部署研修は189件（前年度より＋71件）、参加人数は1,117人（前年度より＋239人）、看護補助部署研修（日常生活の援助）は30件（前年度より－7件）参加人数は186人（前年度より－50人）であった。

4. 1年間の総括

- 新人看護師教育について：コロナ禍の影響により研修日程が延期・変更になることがあったが、前年度同様、集合研修・部署研修に取り組み、実施できた。部署により経験に差の出る項目（気管内挿管、経管栄養、人工呼吸器、麻薬の取り扱い）に関しては、他部署で演習出来るよう取り組み、評価が上がった項目もある。
- クリニカルラダーレベルⅡ対象者研修：ローテーション研修はコロナ禍にて安全に配慮し全て中止とした。事例検討会は係長会主体で開催し、1つの事例を掘り下げて意見交換することが出来た。
- 看護補助研修について：院内集合研修を開催し、必須研修は全員参加できた。部署別研修は、前年度に比べ看護補助者が減少し入院患者が増加し多忙になったため、研修件数・参加人数とも減少している。
- 院内集合研修：実施した研修は、コロナ禍においてローテーション研修や院外講師の研修が中止になったことにより、研修が減少した。
- 院外研修：参加人数は155人で前年度より－249人であった。コロナ禍にて院外研修開催自体減少し、リモート研修への参加は消極的であった。
- 院内看護研究発表会：令和2年12月11日（金）17時30分～19時15分、演題10題、西6階大ホールにて開催した。感染対策のため人数制限し、グリーンホールでの視聴も準備し、参加人数は77人であった。

【資料】院内集合研修実績

(対象別一覧表) 令和2年4月 看護部教育委員会

	研修名	月 日	講師	目 標	参加人数
レ ベ ル I	看護倫理	4月1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	15人
	医療安全	4月1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	17人
	日常生活の援助	4月2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	16人
	経管栄養	4月2日	事故防止委員会 中済係長	援助方法について学び業務に活かすことができる	16人
	褥瘡予防について	4月2日	皮膚排泄ケア認定 看護師 北田主任	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	17人
	与薬方法について	4月2日	事故防止委員会 畠山係長	薬剤の一般的知識を習得し、安全に与薬ができる	15人
	看護記録・情報管理	4月3日	記録検討委員会 加藤主任 玉山	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	16人
	コミュニケーションスキル メンタルヘルス	4月3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	15人
	感染防止	4月3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	17人
	災害看護	4月7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	17人
	フィジカルアセスメント ①呼吸・吸引について	4月7日	呼吸療法認定士 横手係長	正しい吸引方法を学び、安全に実施するための知識・技術を習得する	17人
	静脈注射・点滴管理	4月8日	佐藤師長 教育委員会	安全に実施するための知識・技術を習得する	14人
	ME 機器の取り扱い ①心電図・血ガス	4月9日	検査科	心電図・血ガスの取扱いについて理解し安全に操作できる	17人
	看護必要度について	4月10日	看護必要度評価委員 加藤主任	看護必要度を理解し実践できる	17人
	リハビリテーション医療	4月10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	15人
	トランスファー	4月10日	リハビリテーション 技術部 PT 高山 中田	患者の安全を考慮した移動方法を習得する	15人
	ME 機器の取り扱い ②モニター、輸液ポンプ	4月24日	臨床工学科	ME 機器の使用目的を理解し、安全に操作できる	14人
	プリセプティー会①	5月予定	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、解決策を見い出す	開催なし

	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②	7月10日	教育委員	業務に携わって各々が抱えている問題を共有し、解決策を見出す	11人
	心肺蘇生	7月15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
	ME 機器の取り扱い ③人工呼吸器	9月2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	12人
	輸血	9月16日	田口師長 血液センター中村	科学的根拠に基づいた技術と知識を学び実践できる	16人
	緩和ケア	10月30日	緩和ケア認定看護師 千葉主任 藤井医師	緩和医療の現状を学び、看護の役割を理解し実践できる	11人
	エンゼルケア	10月30日	緩和ケア認定看護師 千葉主任	エンゼルケアを学び、看護の役割を理解し実践できる	12人
	接遇	11月27日	佐藤師長	基本的なマナーを習得し、患者及び家族対応を見直すことができる	13人
	プリセプティー会③	12月14日	教育委員	業務に携わって各々が抱えている問題を共有し、解決策を見出す	11人
レベルⅡ	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。	開催なし
	リーダーシップについて	9月30日	白藤係長	看護におけるリーダーシップを理解し、自己の果たす役割を考える	13人
	事例検討会	2月19日	係長会 東野係長	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)	8人
レベルⅢ	カンファレンスについて	8月7日	東野係長	カンファレンスの目的を理解しより良い支援体制を構築できる	12人
	退院調整	11月20日	高江柄師長 橋場社会福祉士	入院患者の退院サポートを理解する	9人
全段階	救急・急変時の看護 ACLS 研修 (卒 2 年目必須)	9月18日	ACLS プロバイダー 佐藤 藤澤	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	12人
	ナラティブ	10月9日	高橋副看護部長	自己の看護観を深めることができる	15人

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

	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12日	打越主任	新人看護師が深刻なリアリティーショックを体験することなく、職場の雰囲気に馴染んで日常業務ができるよう援助する	18人
	院内教育体制 新人看護師研修制度について		佐藤師長	院内、院外の新人看護職研修を知り、日々の指導に活用する。	
	教え方のスキル	7月17日	東野係長	新人看護師指導におけるコミュニケーションスキルを学ぶ	13人
	技術評価について	5月	佐藤師長	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	開催なし
	看護倫理	10月16日	中島主任	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	12人
	プリセプター会①	5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、解決策を見い出す	開催なし
	プリセプター会②	7月17日			11人
	プリセプター会③	12月18日			8人
	逆シャドー研修	6月	教育委員	新任看護師の習得状況を確認し、不足部分を指導する	11人
	逆シャドー研修	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	8人
管 理	メンタルヘルス	8月	院外講師	活力ある職場づくりを目指し、役割に応じて必要なメンタルヘルスケアに関する知識や対処方法を学ぶ	開催なし
	看護管理（人材育成）	8月28日	外館看護部長	人材を育てる看護マネジメントを学ぶ	14人
	主任研修会	会議時	主任会	研修の報告または勉強会	延93人
	係長研修会	会議時	係長会	研修の報告または勉強会	延31人
	師長研修会	会議時	師長会	研修の報告または勉強会	延82人
そ の 他	看護必要度	11月18日	オンデマンド配信	看護必要度を理解し実践できる	25人
	看護部研究発表会	12月11日	教育委員会	各部署で看護研究に取り組み発表する	77人

	研修名	月 日	講師	目 標	参加人数
介護福祉士・看護補助	看護倫理	4月1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	10人
	災害看護	3月11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	29人
	医療安全	4月1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	10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3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
	日常生活の援助	4月2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	10人
	経管栄養	4月2日	事故防止委員会 中済係長	援助方法について学び業務に活かすことができる	10人
	感染防止(新人対象)	4月3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	9人
	接遇	4月9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	45人
	トランスファー	4月10日	リハビリテーション 技術部 PT 高山 中田	患者の安全を考慮した移動方法を習得する	10人
	褥瘡予防について	4月2日	皮膚排泄ケア認定 看護師 北田主任	褥瘡防止についての知識を深め、実践に活かすことができる	11人
	医療制度の概要及び病院の機能と組織について	6月11日	工藤師長	医療チーム及び看護チームの一員として理解を深める	68人
	看護補助業務について			看護補助業務を理解し看護に活かすことができる	
	倫理、個人情報保護について	8月21日	畠山師長	個人情報の必要性を知り実践できる	70人
	感染防止	10月21日	赤松副看護部長	感染防止について理解を深め、患者の安全を守り自らが感染源とならない知識を習得する	67人
	医療安全	12月10日	横欠師長	不足な看護補助知識・技術を習得する	65人

盛岡友愛病院

第21回 院内看護研究発表会のご案内

日時：令和2年12月11日（金）

時間：17時30分～19時00分

場所：西6階大ホール（発表会場）
グリーンホール（視聴のみ）

第1群 【座長】西3階係長 大石 春美

1. 「緩和ケア病棟スタッフのグリーフケア」
～デスカンファレンスのあり方を見直す～
西5階 ○亀井 和奈、山口 彩子、柴田 郁美
2. 「せん妄患者に対する適切な看護を目指して」
南3階 ○横田 由紀、出川 咲季、森田 実咲
3. 「FIM評価に対する看護師の意識調査と認識向上を目指した取り組み」
南4階 ○荒澤 香里、関 ひなこ、松山 雄次郎、須崎 果那美
4. 「行動制限が及ぼす影響」
～行動制限に関する意識調査～
東4階 ○多田 知華、岡本 美紀、谷藤 美智子、小澤 未奈美

第2群 【座長】東4階係長 北田 淳子

5. 「急性期病棟における退院支援」
～入院1週間カンファレンスの継続を通してみえた課題～
西4階 ○元村 唯、刈屋 芽生
6. 「当病棟における転倒転落事例の分析」
南7階 ○八角 柚衣、佐藤 由依、勝山 恵莉、澤村 愛実
7. 「術前患者の口腔内環境調査」
～口腔トリアージ方式を用いて～
手術室 ○石郷 佳大、小畑 清香

第3群 【座長】入退院管理室係長 田村 奈穂

8. 「当院における地域包括ケア病棟の現状」
西3階 ○中村 理紗、坂本 佳代子、白藤 悦子
9. 「回復期リハビリテーション病棟でのリモート面談実施による評価と今後への運用課題」
南6階 ○後藤 緩波、山内 玲子、佐々木 知加
10. 「外来MRI検査」
～体内磁性体の確認を行う外来看護師の教育ニーズ～
外 来 ○小林 彩花、中居 由美、舘川 由佳

看護部業務委員会

1. 構成員

委員長 佐々木 麗子（南7階病棟師長）

委員 看護師：11名

2. 開催日時

毎月第3月曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- 目標プランシート評価
- 看護基準疾患別看護の見直し実施
- 看護手順「検査」の見直し実施
- 看護補助業務手順の見直し実施
- 研修参加者からの伝達講習を3回実施
- 看護必要度評価者による必要度記録の監査を該当部署で各5冊実施
- 業務委員会規程改訂

4. 1年間の総括

令和2年度は、「疾患別看護基準」を中心に昨年に引き続きマニュアルの変更を行い見直しが完成した。「疾患別看護基準」の範囲が広く、見直しに2年を要した。前データの存在確認や資料の選択に時間がかかり、期間を要してしまった。疾患別看護基準と同時進行で看護手順「検査」を見直し完了する。また後期、看護補助業務手順の見直しを行った。

看護必要度については、診療報酬の改定、新型コロナウイルスの流行に伴い、研修が延期された。その後WEB研修を行い、看護必要度評価者ミーティングは年4回開催することができた。監査については、冊数を3冊から5冊に変えて1回のみ実施した。根拠となる記録が不要となったが、監査をする上で記録が必要であり、B項目チェック表を4月より記録することになった。令和3年度は、年4回4病棟を監査する方針である。

eラーニング導入に伴い、看護基準・手順を紙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る。仕分け、管理は次年度の活動となる。

看護部記録検討委員会

1. 構成員

委員長 田口 真奈美（南3階病棟師長）

委員 看護師：9名

2. 開催日時・場所

毎月第2木曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- 4月に新人に向けて看護記録研修を担当
- 看護記録記載基準・手順の見直し
- 記録委員を中心に各病棟毎に毎月5冊の形式的記録監査・監査結果報告・集計
- 記録委員による質的記録監査を7月と1月に各病棟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回／年）

4. 1年間の総括

記録検討委員会では今年度、看護支援システム更新に伴う看護記録マニュアルの見直しを中心に活動した。マニュアルの見直しと並行し看護記録に関する問題点を検討し、看護記録の統一を図ることを目標に取り組んだ。形式的看護記録監査結果から、各病棟で実施率が低い項目に取り組むようにした。研修係を中心に新人研修や委員会内での研修を企画し行う事が出来た。

次年度も記録監査を形式的・質的監査を行い実施率が低い項目に対して各病棟で対策を立て取り組んでいく必要がある。また、改善策について委員会で共有する事とした。記録の充実に向けて看護計画の見直しを行う事とした。

看護部臨地指導者委員会

1. 構成員

委員長 中 済 マキ子（南4階病棟看護係長）

委 員 副 看護部長：1名

看護 師：23名

2. 開催日時

毎月第1金曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

定例会議を毎月開催し（5月はコロナ禍により開催なし）、臨地指導者委員会目標プランシート評価、各校・各学年の実習反省を報告し検討を行った。また臨地指導者マニュアルの見直し、実習受け入れ前には各学校との連絡会議を開催、意見交換し、学生が安全で効果的な実習ができるように受け入れ体制を整えた。企画としては、学生の実習での学びを各病棟スタッフに閲覧してもらい、看護学生に対しての病棟スタッフの意識を把握するため、アンケート調査を行い今後の実習指導、スタッフとの関わり方について検討した。

4. 1年間の総括

今年度の臨地実習は、新たに岩手女子高等学校専攻科5年生が追加となった、岩手女子高等学校・岩手医科大学看護学部・岩手県立大学・岩手保健医療大学・岩手看護専門学校の5校の12グループの学生の臨地実習が行なわれた。

当委員会では1. 安全に実習ができる体制を整える 2. 効果的な実習ができるよう受入れ体制を整える 3. 実習しやすい環境を整えるを目標に掲げ、各校の実習要綱に基づき指導を行った。また、臨地指導者マニュアルの20項目のうち6項目見直しすることができ、アンケート調査結果では各病棟、中堅層に学生指導に対し興味を持ち関わってもらうにはどうしたらよいのかという意見が多くあったため、次年度目標プランシートではさらに具体化したものを上げ取り組んでいくこととした。新型コロナウイルスにより7月の岩手県立大学4年生、岩手女子高等学校専攻科4年生、9月の岩手女子高等学校看護科3年生、11月からの臨地実習を全て行うことができなかった。臨地実習指導者講習会も参加予定だったが中止となった。コロナ禍の実習ではあったが感染発症なく行うことができた。次年度も、感染予防を行い、各学校と連絡会議で話し合い、安全で効果的な実習、実習しやすい環境を整えることを目指し活動していく。

看護部事故防止委員会

1. 構成員

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

2. 開催日時

毎月第3火曜日 15：00～

3. 活動内容・実績

- KYTを取り入れた巡回の実施（1回／3ヶ月）
- 巡回後の報告、結果を各部署にフィードバックする
- フィードバックした結果を委員会内で共有し、評価する
- 研修の伝達講習会の開催、委員会内でのKYTの勉強会、KYTの実施
- 報告書入力システム導入に伴い、スタッフのサポート
- RCA分析についての学習会開催と実施
- 各部署における事故内容の共有と臨時事故情報の発行（適時）

【報告総件数】

728件（前期354件、後期374件）

前期レベル0・ハイリスク27件、レベル3 b 以上3件

後期レベル0・ハイリスク22件、レベル3 b 以上4件

4. 1年間の総括

令和2年度の報告総件数は、前年度と比較し、88件の減少であった。レベル0・ハイリスク入力件数が前年度より9件増加している。

レベル0・ハイリスクの報告件数を増やすため、各部署において事故を未然に防ぐための報告書であることを周知させることができた。

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：12名

2. 開催日時

毎月第3火曜日 13：30～

3. 活動内容・実績

- 委員会の目標設定
- クリニカルラダーの浸透
- 課題等に関する報告、提案、討議
- 教育委員会との連携
- マニュアルの改訂

4. 1年間の総括

今年度はマネジメントラダーを導入しマニュアルや評価ポイントを活用し、基準に沿って評価することで具体的な課題が見えた。認定看護師の中でもクリニカルラダーレベルⅤを認定されていない者についてはレベルⅤを達成してからマネジメントラダーへ移行することとした。

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教育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137名で、その内認定された人数は51名（前年度比-22名）、認定されなかった人数は86名（前年度比+27名）でした。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15名（前年度比+3名）でした。

レベルアップしたスタッフの割合は34%（前年度比-17%）であった。

臨床実践能力別にみるとレベルⅠ未満12名（前年度比+2名）、レベルⅠ29名（前年度比+11名）、レベルⅡ37名（前年度比-4名）、レベルⅢ36名（前年度比-6名）、レベルⅣ34名（前年度比-7名）、レベルⅤ36名（前年度比-14名）であった。

レベルⅢ以上は合わせて106名（前年度比-27名）で、57.6%（前年度比-8.2%）であった。

昨年度とは異なり、レベルⅢ以上は差がなかった。マネジメントラダーの導入や昨年同様に離職率も低下し中堅層が定着している影響がある。また病棟機能別でのキャリア志向が高くなっている傾向にある。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 医師：10名

事務 長：1名

総合企画室：1名

用度 課：1名

総務 課：1名

2. 開催日時

6回開催（4月、9月、10月、1月、2月、3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、委員を招集し検討事項に対する現状の報告を行い委員会の承認をもって決定とする。

【検討事項】

- 手術室物品の現状と今後の入荷予定について
- 手術麻酔の患者リスクと、手術患者の歯科受診について
- 手術室環境整備について
- 各診療科の手術枠の見直しについて

4. 1年間の総括

新型コロナウイルスによるマスク・ガウン不足に対し、対応を検討し手術調整を行った。麻酔科の体制変更により手術枠の検討と調整をした。夏の湿度管理で、空調設備についての現状把握と今後の対応を検討し、令和3年度へ向け情報を共有した。

入退院支援委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）

委員 看護師：17名

薬剤師：1名

管理栄養士：1名

作業療法士：1名

社会福祉士：2名

地域医療センター：1名

2. 開催日時

毎月第4木曜日 15：30～

3. 活動内容・実績

入退院支援実績

		令和2年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和3年 1月	2月	3月	計
入 院 患 者 数		190	159	208	206	183	187	214	186	196	196	191	206	2,322
地域連携バスの入院患者数		16	8	11	15	12	10	8	14	18	13	17	13	155
退 院 患 者 数		193	170	174	214	194	182	215	175	217	171	184	194	2,283
入退院支援加算1 算定件数		85	66	63	85	65	68	82	75	86	76	80	102	933
地域連携診療計画加算 算定件数		15	6	15	11	10	9	12	16	14	10	11	12	141
入退院支援加算1 算定割合		44.0%	38.8%	36.2%	39.7%	33.5%	37.4%	38.1%	42.9%	39.6%	44.4%	43.5%	52.6%	40.9%
入退院支援カンファレンス件数		127	96	110	107	92	93	119	103	122	116	137	130	1,352
退 院 支 援 計 画 書 作 成 数		99	76	89	87	75	78	104	87	97	91	122	115	1,120
介護支援等連携指導説明書 作成数		15	13	17	12	11	12	12	6	3	5	6	10	122
退院時共同療養計画書 作成数		1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
入院患者数中	カンファレンス件数	66.8%	60.4%	52.9%	51.9%	50.3%	49.7%	55.6%	55.4%	62.2%	59.2%	71.7%	63.1%	58.3%
	計画書作成数	52.1%	47.8%	42.8%	42.2%	41.0%	41.7%	48.6%	46.8%	49.5%	46.4%	63.9%	55.8%	48.2%
カンファレンス件数中	計画書作成数	78.0%	79.2%	80.9%	81.3%	81.5%	83.9%	87.4%	84.5%	79.5%	78.4%	89.1%	88.5%	82.7%

令和2年度は、入退院支援加算1の算定件数月70件、算定割合35%以上を目標としていたが、実績としては算定件数月平均が77.7件、算定割合が40.9%で、目標を達成することができた。

4. 1年間の総括

委員会活動を通し院内システムが定着されてきた。入退院支援のフローチャートに沿い、入院早期から院内多職種による支援が開始できている。また、介護サービス事業所など250以上の外部機関と連携を行っており、継続した診療・在宅サービスに繋ぐことが出来ている。

ハラスメント防止委員会

1. 構成員

委員長 中島 隆之（副院長 兼 第一血管外科部長）

委員 事務長：1名

看護部長：1名

総務課：1名

2. 開催日時

不定期（ハラスメントの相談があった都度開催）

3. 活動内容・実績

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

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

●令和2年度 相談件数：4件

- (1) 患者家族から職員に対するパワハラ
- (2) 患者から職員に対するセクハラ
- (3) 職員から職員に対するパワハラ
- (4) 患者から職員に対するパワハラ

4. 1年間の総括

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

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

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 看護部長：1名

リハビリテーション技術部長：1名

副看護部長：1名

看護師：7名

介護福祉士：2名

看護補助：1名

理学療法士：4名

作業療法士：3名

言語聴覚士：2名

管理栄養士：3名

社会福祉士：4名

地域医療センター：1名

医事課：2名

2. 委員会日時

毎月第4木曜日 16：00～

3. 活動内容・実績

- 定例会及び連絡会議の開催
- 小委員会活動（研修会の企画及び運営・症例検討会・学術活動など）
- 回復期リハビリテーション病棟の実績調査
- 摂食機能療法の定着に向けた活動

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

回復期リハビリテーション医療に携わるチーム医療のため、人材育成に向け委員会発にてスタッフに対しての勉強会実施。

4. 1年間の総括

この委員会は令和1年10月から始動。回復期リハビリテーション病棟の適正な運営の確保を目的とした。多職種で協働した運営とするため進捗状況、実績を共有し検討することができた。

今年度は摂食機能療法に向けた取り組みができなかったので課題とし次年度取り組む。

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：1名
事	務 長：1名	管 理 栄 養 士：2名
看 護 部	長：1名	総 合 企 画 室：1名
リハビリテーション技術部長	：1名	経 営 企 画 室：1名
副 看 護 部	長：1名	地 域 医 療 連 携 室：1名
看 護	師：6名	医 事 課：1名
理 学 療 法	士：1名	ゆ う あ い の 街：1名
作 業 療 法	士：1名	

2. 開催日時

毎月第1木曜日 14：30～

3. 活動内容・実績

(1) 当委員会の中で、更に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

4. 1年間の総括

令和2年5月より地域包括ケア病棟の運営方針の検討と安定稼働（数的目標）に向けた課題や実績の検証を目的として発足した。小委員会に分かれ、実績や課題を検討し多職種で協働し情報共有している。

稼働アップにむけサブアキュートの強化、病棟機能の見直しを図り病床稼働率が前年度から30%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

4回開催（9月、11月、1月、3月）

3. 活動内容・実績

- 入院患者対象者の肺動脈血栓塞栓症リスク評価確認と集計
- リスク評価表の集計と傾向
- マニュアルの見直し

4. 1年間の総括

評価表に関する見直しを行い、記載後の確認をわかりやすくした。
年間の静脈血栓予防実施状況をまとめ共有することができた。

チーム活動状況

外来化学療法チーム……………	157
緩和ケアチーム……………	158
褥瘡対策チーム……………	159
排尿ケアチーム……………	160
栄養サポートチーム（NST）……	161

外来化学療法チーム

1. 構成員

外来看護師：3名

2. 活動日時

外来化学療法実施日時に合わせて、各診療科と連携して実施。

3. 活動内容・実績

外来での抗がん剤、生物学的製剤を外来化学療法室にて実施。

【実績】

- 実施人数は1ヶ月7名～10名、1週間に1名～2名実施。
- 生物学的製剤96件
- 抗がん剤12件

生物学的製剤は整形外科、抗がん剤は泌尿器科の患者に実施。

4. 1年間の総括

1日当たりの患者数は2名までで、看護師1名で対応し、化学療法実施中の経過観察を行った。特に実施中の容態悪化などはなく、開始前と終了後には各診療科と連携を図りながら実施することができた。

緩和ケアチーム

1. 構成員

医 師：3名
がん専門看護師：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2年10月～緩和コンサルテーション依頼状況
依頼件数：9件（男性5名、女性4名）
診 療 科：緩和ケア外科6名、消化器内科3名
依頼時期：診断からがん治療前1名、がん治療中1名、がん治療終了後7名
介入依頼時のPS（performance status）：PS 2・2名、PS 3・4名、PS 4・3名
- (2) 依頼内容（重複症例あり）
疼痛1件、疼痛以外の身体的症状5件、精神的サポート4件、家族ケア6件、その他2件
- (3) 転帰
緩和ケア病棟へ転棟6名、死亡退院1名、転院2名

4. 1年間の総括

緩和ケア病棟を有する当院で、適切な緩和ケアがすみやかに実施できるように病院全体で取り組むことを目的として、令和2年10月に「緩和ケアチーム」を新たに発足した。今年度は、「緩和ケアチーム」の立ち上げから運用、活動に取り組んだ。立ち上げから6ヶ月での依頼件数は9件であったが、緩和ケアチームの多職種が関わることで、緩和ケア病棟への療養移行や連携をスムーズに行うことができた。また、緩和ケアチームカンファレンスには、依頼部署の所属長やスタッフが同席したことで、検討内容の情報を共有することができた。緩和ケアチームの活動対象は、がん疾患だけではなく、病院内の緩和ケアを必要とする全ての患者・家族であることから、各科や病棟スタッフが緩和ケアチームに依頼しやすい状況となるように、緩和ケア委員会と協働していく必要がある。今後は、①緩和ケアチームの活動を軌道に乗せること、②外来通院患者への介入の仕組みづくり、の課題に取り組んでいきたいと考えている。

褥瘡対策チーム

1. 構成員

専任医師：1名
専任看護師：3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

2. 活動日時

毎月第2・4火曜日 9：30～

3. 活動内容・実績

- 院内褥瘡保有患者のラウンド（褥瘡回診）
- 褥瘡保有患者についてカンファレンス開催

4. 1年間の総括

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

排尿ケアチーム

1. 構成員

専任医師：2名

専任看護師：2名

理学療法士：1名

2. 回診日時

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

（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
0	1	3	2	2	4	7	6	2	3	1	5	36

4. 1年間の総括

排尿自立支援に関する計画書をもとに、カンファレンスで患者の情報共有を図ることができた。
また、カンファレンスの実施によって、個別性のあるケアを提供することができた。

栄養サポートチーム（NST）

1. 構成員

専任医師：1名
専任看護師：1名
専任薬剤師：1名
専任管理栄養士：1名

看護師長：1名
管理栄養士：1名
理学療法士：1名
作業療法士：1名

言語聴覚士：1名
社会福祉士：1名

2. 回診日時

毎週水曜日 16:00～

3. 活動内容・実績

●主な介入事例

食欲不振患者さんへの食事内容の調整、栄養ルート検討

嚥下障害がみられる患者さんに対する食形態の見直し、薬剤内服方法の変更

経腸栄養を行っている患者さんが嘔吐、下痢などが見られた場合の経腸栄養内容、投与速度の検討

リハビリ開始を目的とした患者さんに対する低栄養改善を目的とした栄養管理

●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

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

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

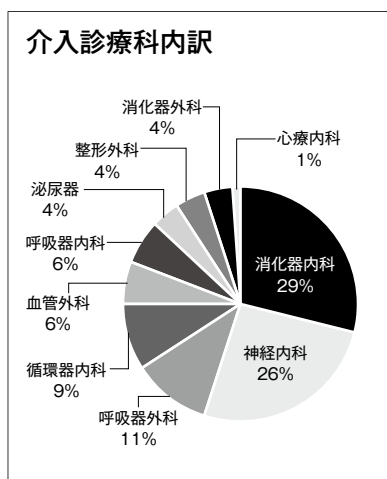
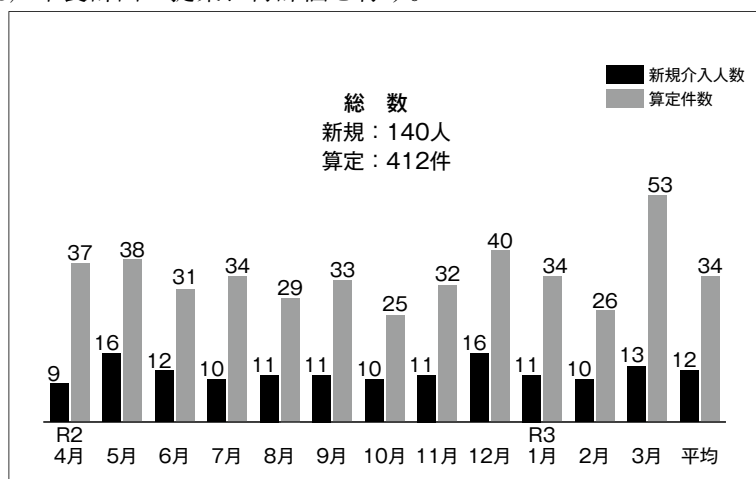
社会福祉士 ———— 退院後の生活状況の確認

●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

疾病、侵襲、活動量などを多職種で評価し、早期から栄養介入を行っている。

リハビリを目的とした介入も増加している為、急性期から回復期へのシームレスな栄養管理ができるよう、患者の病態を理解し、各職種の専門性を活かしたより良い栄養管理が実施できるよう努めていく。

業績

(論文)

○千葉太郎

臨床の基本として必要とされる“治療的自己”をあらためて考える
日本心療内科学会誌 24(3):26-31, 2020

○志賀光二郎, 藤井祐次, 中島隆之, 遠藤重厚

頸胸部外傷の術式となり得る項目の検討 (自験 517 例の頸胸部手術から)
八戸日赤紀要 17:59-63;2020

○鈴木 泰, 高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 横藤 壽,
下山 賢, 森野豪太, 寺山茉莉, 児玉善之, 佐藤正幸, 星川浩一, 高橋智弘,
照井克俊, 井上義博, 遠藤重厚

グラム陽性菌による敗血症性ショック症例に対して長時間 polymyxin
B-immobilized fiber column direct hemoperfusion が奏功した 1 例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:216-221;2020

○高橋 学, 小鹿雅博, 佐藤寿穂, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 児玉善之,
佐藤正幸, 星川浩一, 鈴木 泰, 佐藤信博, 八重樫泰法, 井上義博, 葛西 健,
遠藤重厚

Polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion を初めて施
行した敗血症性ショックの 1 例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:222-228;2020

○菅 重典, 高橋 学, 秋丸理世, 野々口マリア, 寺山茉莉, 児玉善之,
鈴木利央登, 丹田 実, 佐藤寿穂, 石田 馨, 小鹿雅博, 高橋智弘, 照井克俊,
鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚

発症早期から継続して tumor necrosis factor- α と interleukin8 を測定した
敗血症性ショックに acute respiratory distress syndrome を併発した 1 例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:229-234;2020

○児玉善之, 高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 寺山茉莉, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 棚橋洋太, 石田 馨, 佐藤寿穂, 小鹿雅博, 丹保亜希仁, 星川浩一, 鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
ショックを伴わない敗血症に合併した acute respiratory distress syndrome に対して polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion が奏功した1例

エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:235-240;2020

○野々口マリア, 高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 寺山茉莉, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 児玉善之, 佐藤正幸, 丹保亜希仁, 星川浩一, 佐藤寿穂, 小鹿雅博, 鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
胃粘膜 pHi と皮下血流量を同時に測定して polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion の有用性を実感した敗血症性ショックの1例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:241-246;2020

○下山 賢, 高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 寺山茉莉, 横藤 壽, 森野豪太, 児玉善之, 佐藤正幸, 佐藤寿穂, 石田 馨, 小鹿雅博, 丹保亜希仁, 星川浩一, 鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
Polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion を通して実感した敗血症性 acute respiratory distress syndrome における II 型 phospholipase A2 の意義
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:247-252;2020

○寺山茉莉, 高橋 学, 小鹿雅博, 佐藤寿穂, 石田 馨, 棚橋洋太, 秋丸理世, 野々口マリア, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 児玉善之, 佐藤正幸, 菅 重典, 星川浩一, 高橋智弘, 照井克俊, 鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
敗血症性ショックにおける nitric oxide (No) の役割を polymyxin B-immobilized fiber column direct perfusion を通して実感した1例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:253-258;2020

○横藤 壽, 高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 下山 賢, 森野豪太, 寺山茉莉, 児玉善之, 佐藤正幸, 丹保亜希仁, 鈴木利央登, 丹田 実, 高橋智弘, 星川浩一, 鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
敗血症性 acute respiratory distress syndrome に対する polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion 施行時に matrix metalloproteinase-1 を継続して検討した1例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:259-265;2020

○森野豪太, 高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 下山 賢, 横藤 壽, 寺山茉莉, 児玉善之, 佐藤正幸, 丹保亜希仁, 鈴木利央登, 丹田 実, 高橋智弘, 星川浩一, 鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
High mobility group box 1 を継続して検討した敗血症性 acute respiratory distress syndrome の1例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:266-271;2020

○星川浩一, 高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 寺山茉莉, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 児玉善之, 佐藤正幸, 松本尚也, 佐藤寿穂, 小鹿雅博, 鈴木 泰, 佐藤信博, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
Polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion 施行時に肺血管外水分係数を検討した敗血症性 acute respiratory distress syndrome の1例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:272-278;2020

○佐藤寿穂, 小鹿雅博, 石田 馨, 棚橋洋太, 高橋 学, 鈴木 泰, 八重樫泰法, 佐藤信博, 三浦政直, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
敗血症性ショックから心停止を来した大腸穿孔症例に対する polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion 施行時に継続して炎症性サイトカインを検討した1例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:279-285;2020

○高橋 学, 鈴木 泰, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 寺山茉莉, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 児玉善之, 佐藤正幸, 佐藤寿穂, 星川浩一, 小鹿雅博, 照井克俊, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
長時間の polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion が奏功した尿路感染症に併発した敗血症性ショックの1例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:286-293;2020

○佐藤正幸, 高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 寺山茉莉, 児玉善之, 丹保亜希仁, 星川浩一, 佐藤寿穂, 小鹿雅博, 照井克俊, 鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
敗血症性ショックに対する polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion 施行時の炎症性サイトカインと抗炎症性サイトカインの経時的推移の検討
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:294-302;2020

○高橋 学, 菅 重典, 秋丸理世, 野々口マリア, 寺山茉莉, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 児玉善之, 佐藤正幸, 星川浩一, 小野寺 誠, 藤野靖久, 鈴木 泰, 井上義博, 遠藤重厚
Polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion 施行が奏功したと思われる頸部壊死性筋膜炎から多臓器不全症を来した2症例
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:74-82;2020

○鈴木 泰, 小鹿雅博, 佐藤寿穂, 石田 馨, 棚橋啓太, 菊地 調, 秋丸理世, 菅 重典, 高橋 学, 遠藤重厚
敗血症性ショックに対する PMX-HP 施行タイミングと施行時間について
エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:18-23;2020

○秋丸理世, 高橋 学, 菅 重典, 野々口マリア, 横藤 壽, 下山 賢, 森野豪太, 寺山茉莉, 児玉善之, 佐藤正幸, 丹保亜希仁, 松本尚也, 星川浩一, 佐藤寿穂, 小鹿雅博, 高橋智弘, 照井克俊, 柴田繁啓, 鈴木 泰, 井上義博, 葛西 健, 遠藤重厚
Acute respiratory distress syndrome を併発した敗血症性ショック症例に対

する polymyxin B-immobilized fiber column direct hemoperfusion 施行時の interleukin18 の経時的推移

エンドトキシン血症救命治療研究会誌 24:123-129;2020

○鈴木 泰, 高橋 学, 遠藤重厚

敗血症と多臓器不全

医学と薬学 78:237-241;2021

○Takahashi G, Yokifuji H, Terayama M, Yoshinao D, Fujino Y, Inoue Y, Endo S

Course of matrix metalloproteinase-1 and pulmonary oxygenation in acute respiratory distress syndrome caused by oral ingestion of large doses of oxadiazon/butachlor emulsion:a case report

Acute Medicine&Surgery 7 2020

学会等発表一覧

●学会発表 〈医師〉

演 者	演 題	学会名	開催地	月
佐 藤 央	下肢静脈瘤血管内焼灼術後に静脈血栓塞栓症を発症した症例の検討	第40回日本静脈学会総会	Web開催	9月
佐 藤 央	当院における下肢静脈瘤血管内レーザー焼灼術後のEHIT classⅡ以上の症例検討	第5回東北静脈フォーラム学術集会	Web開催	10月

〈看護部〉

演者／共同演者	演 題	学会名	開催地	月
○菊地 美里 ・工藤 愛理 ・小野寺未早	退院支援に向けたカンファレンスの活用	令和2年度岩手県看護研究学会	盛岡	10月
○八重樫由美 ・濱田喜久子 ・大道 歩美	グリーフワークにつながるエンゼルケア	令和2年度岩手県看護研究学会	盛岡	10月

※○の人が発表者、その他は共同演者。

〈リハビリテーション技術部〉

演 者	演 題	学会名	開催地	月
小笠原 祐 未	橋出血後の尖足拘縮に対してウォークエイド併用した立位訓練が身体機能の改善に繋がった一症例	第57回日本リハビリテーション医学会学術集会	Web開催	8月

●座長

座 長	セッション	学会名	開催地	月
中 島 隆 之	透析用バスキュラーアクセス	第40回日本静脈学会総会	Web開催	9月
佐 藤 央	バスキュラーアクセス管理	第40回日本静脈学会総会	Web開催	9月
佐々木 達 哉	下肢静脈疾患—最新の血管内治療と見逃せない表在静脈血栓症—	第5回東北静脈フォーラム学術集会	Web開催	10月
中 島 隆 之	Radial Slim 2ring Fiberを操る	第5回東北静脈フォーラム学術集会	Web開催	10月
中 島 隆 之	末梢血管疾患 上肢血管	第48回日本血管外科学会総会	Web開催	11月

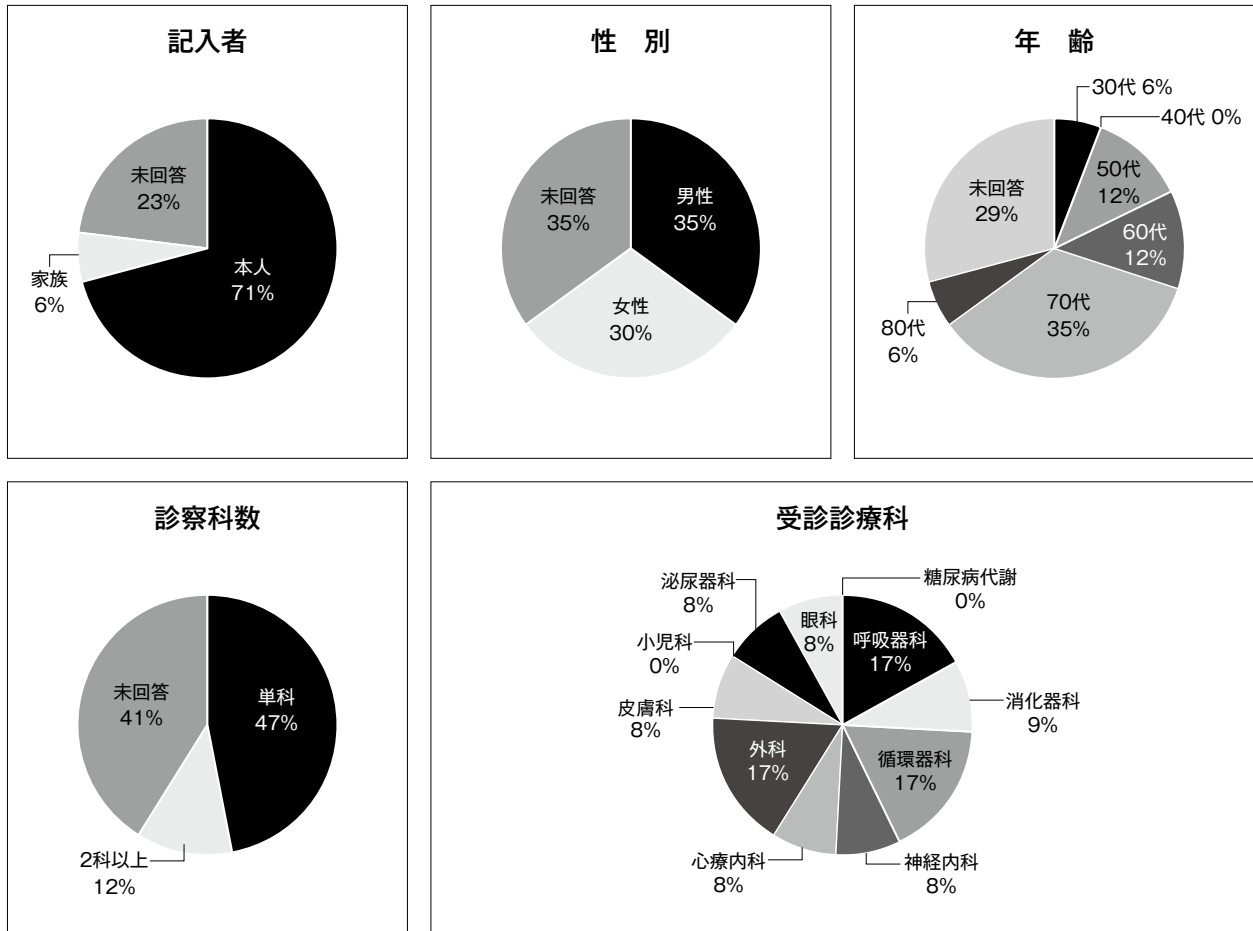
●外部講師

演者氏名	演 題	学会名	開催地	月
刈 屋 芽 生	看護職について	岩手県看護協会 看護の出前出張 (盛岡誠桜高等学校)	盛岡	9月
横 欠 久 子	医療の安全を守る	令和2年度岩手県委託事業 岩手県 新人看護職員研修	盛岡	11月

統計調査

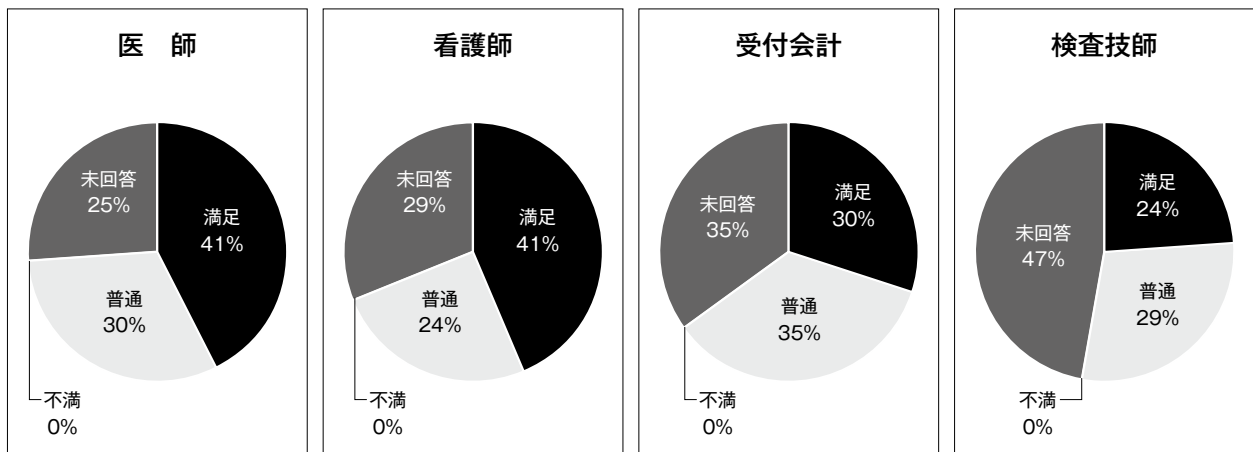
外来満足度調査結果（外来）

アンケートにご協力頂いた方の情報（17名）

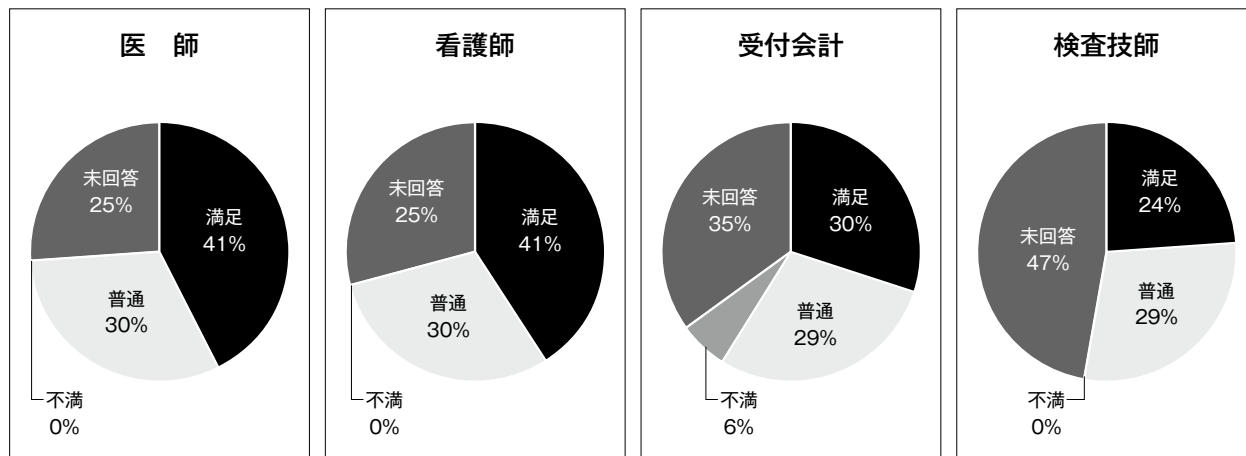


1. 職員の身だしなみについて

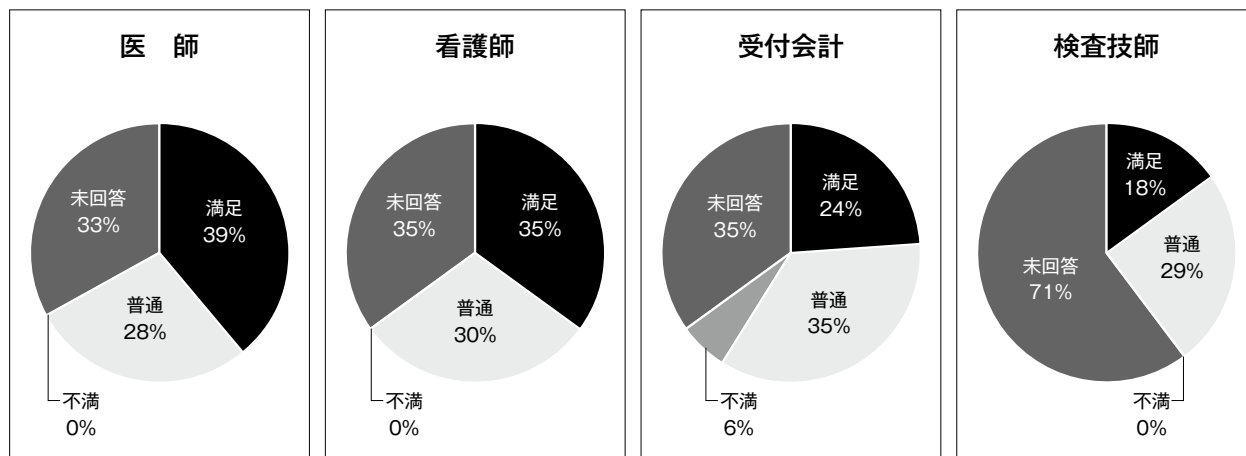
①身だしなみについて好感が持てましたか



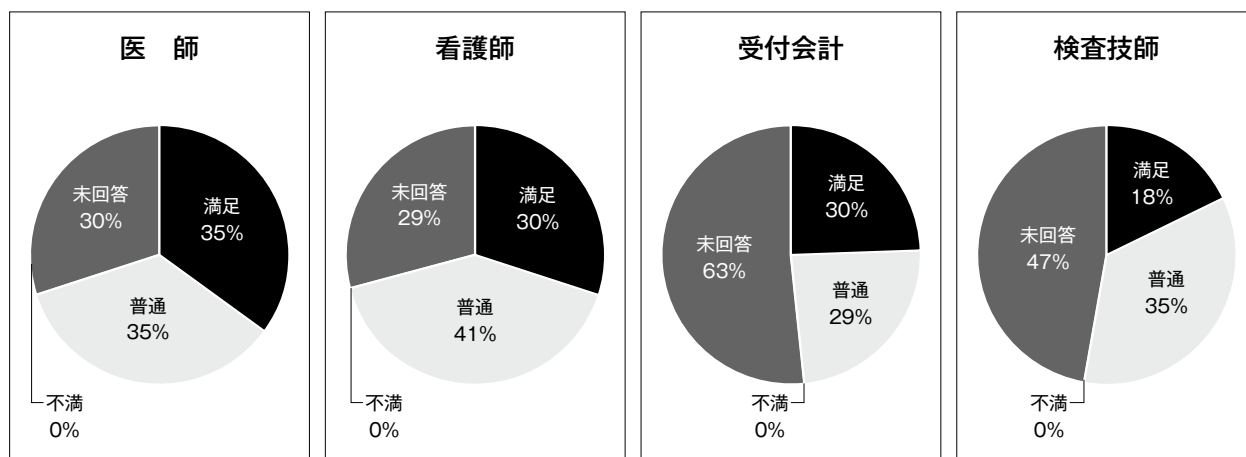
②挨拶、言葉遣いは丁寧でしたか



③説明はわかりやすかったですか

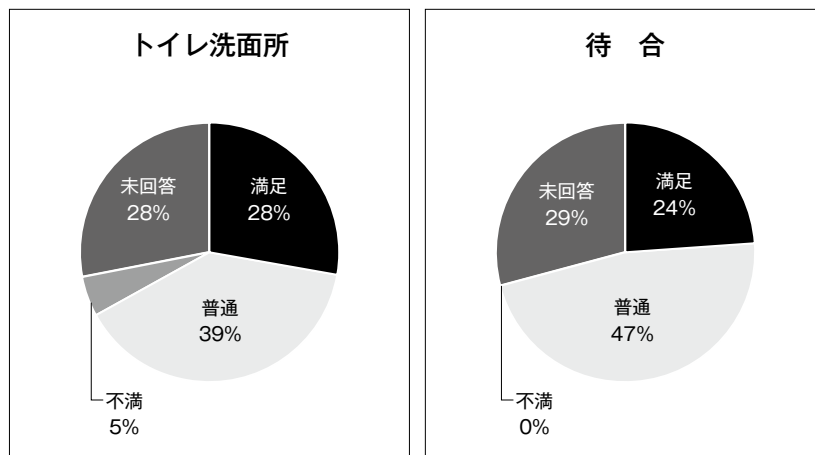


④プライバシーの配慮は十分でしたか

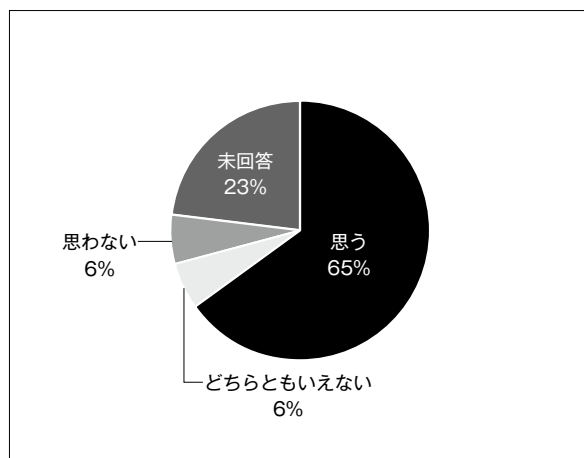


2. 環境について

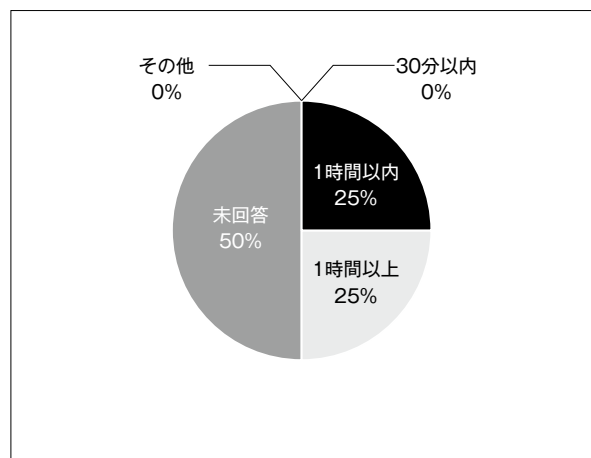
①外来の環境はいかがでしたか



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修了まで）



全体評価

今回の調査期間内は外来患者の減少もあり、アンケートにご協力いただいた方が17名となった。

アンケートで指摘のあった部署には注意喚起を行い、改善へつなげることができた。

アンケートの中で、外来看護師の患者に対する声掛けについて一言二言が励みになったとお言葉を頂いたので、外来全体で共有し今後進めていきたい。

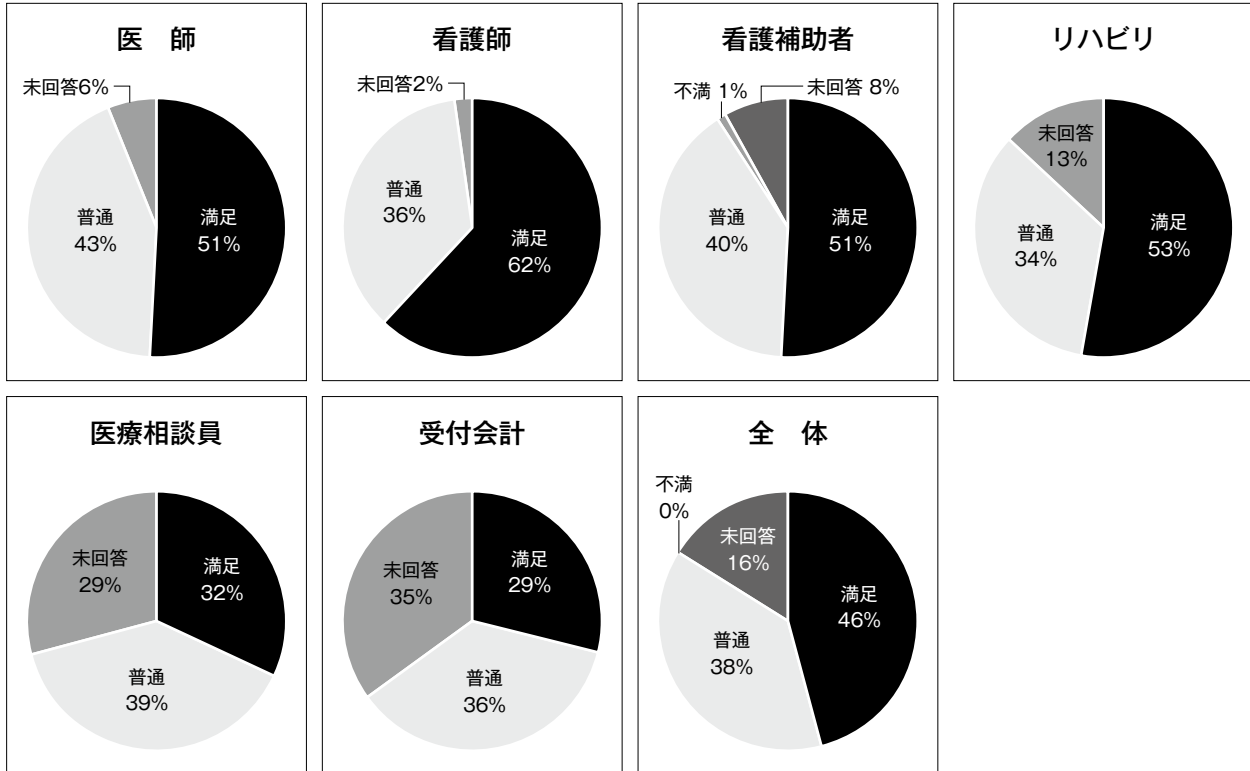
外来師長 横欠久子

患者満足度調査結果（病棟全体）

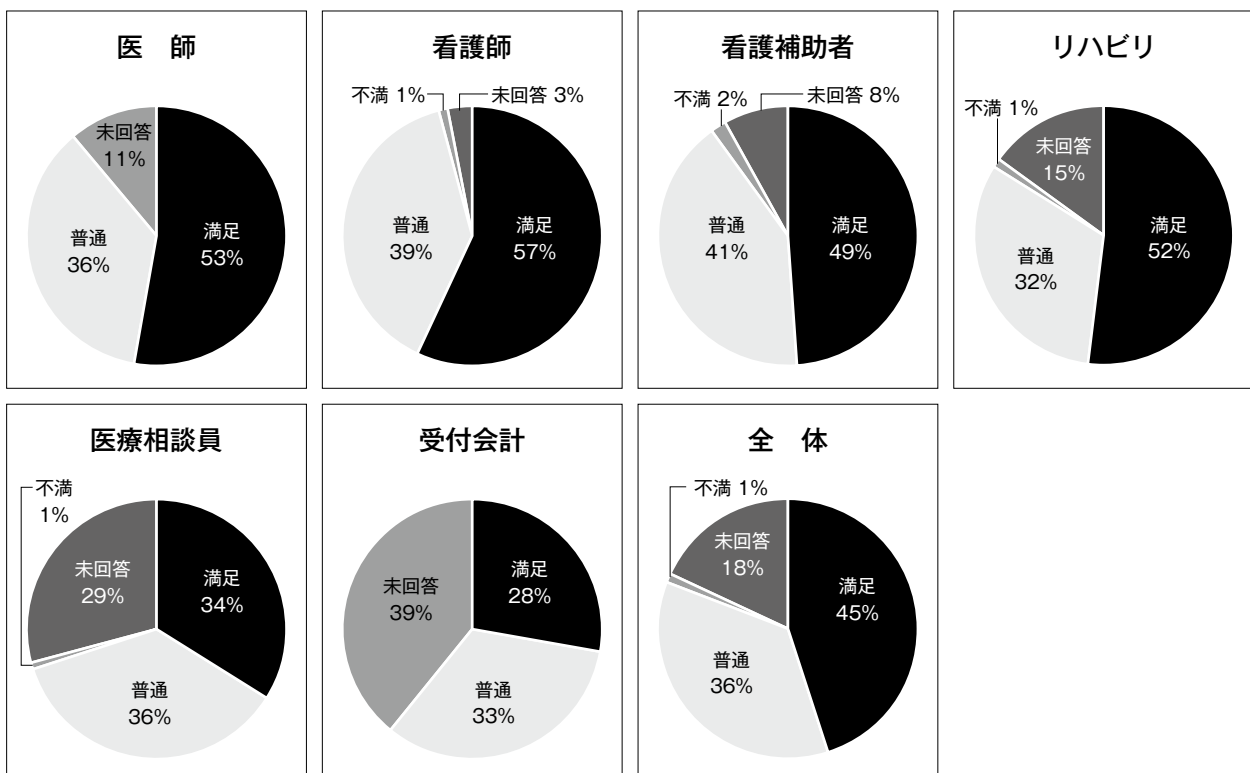
【対象者】 119名 【記入者】 本人：71名、家族：44名、未回答：4名 【性別】 男性：36名、女性：66名、未回答：17名

1. 職員について

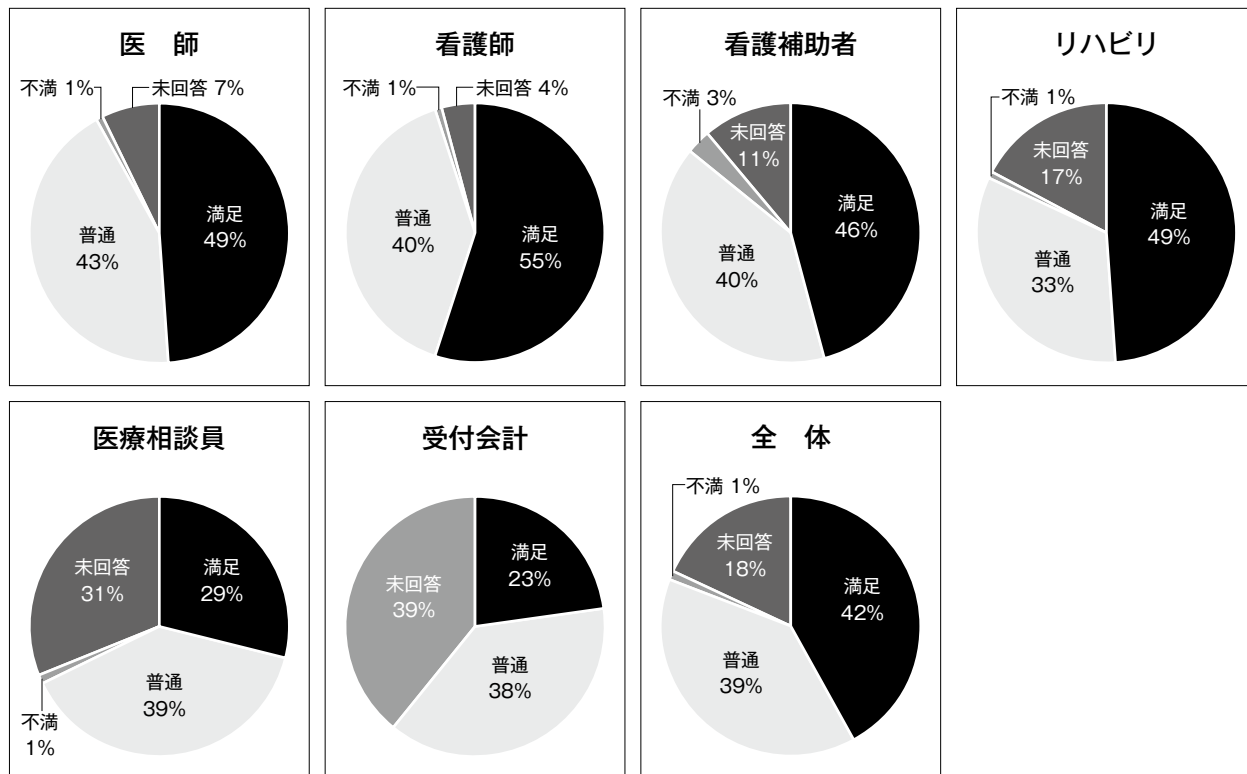
①身だしなみは好感が持てましたか？



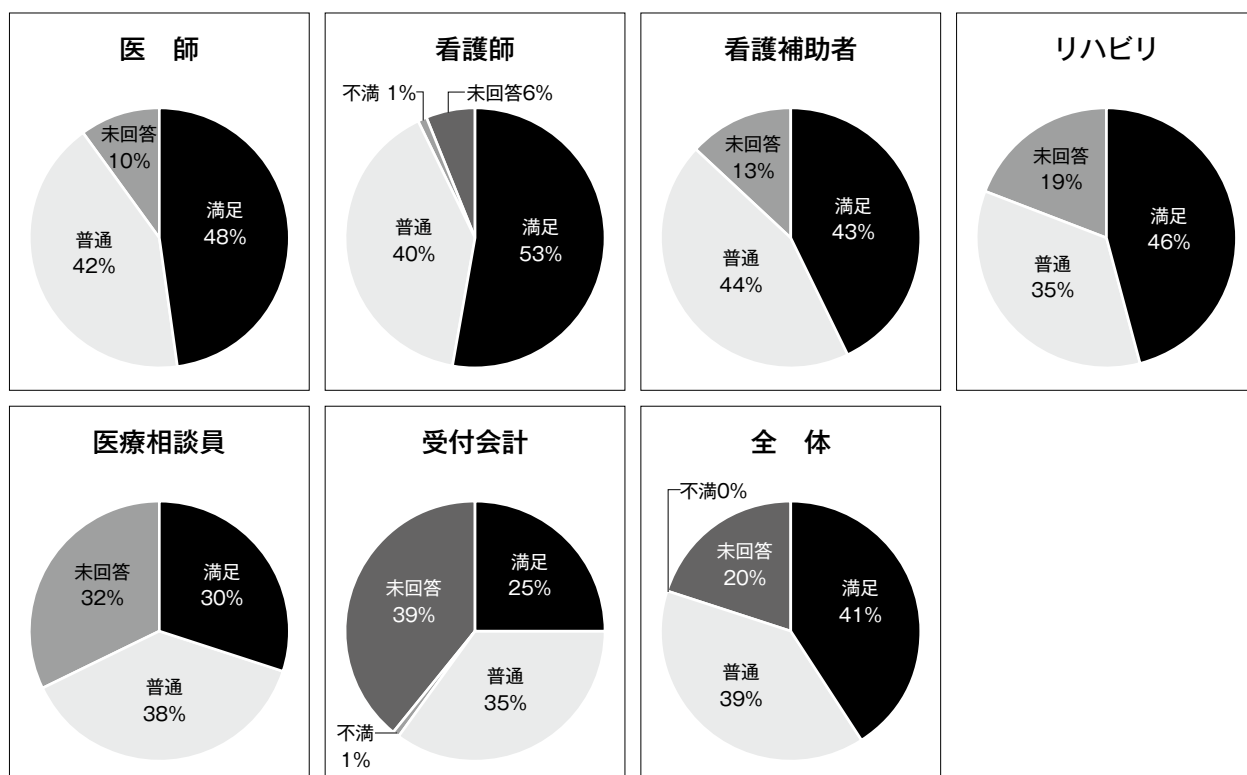
②挨拶、言葉遣いは丁寧でしたか



③説明はわかりやすかったですか

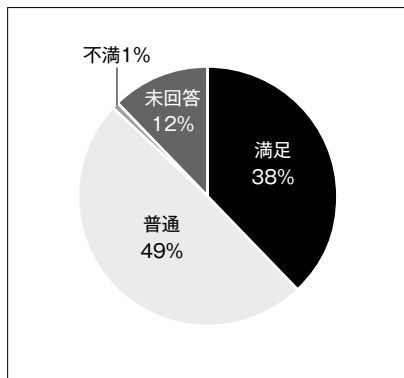


④プライバシーの配慮は十分でしたか

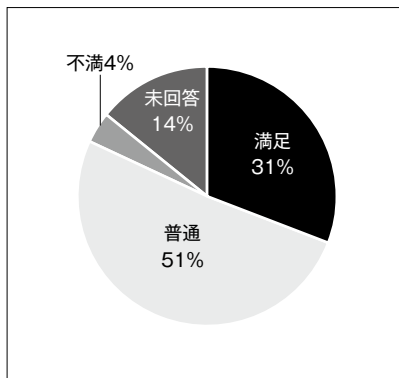


2. 環境や食事について

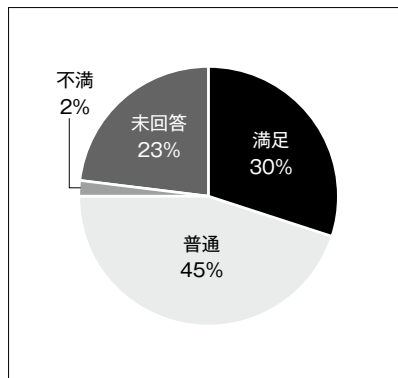
①病室の環境は いかがでしたか？



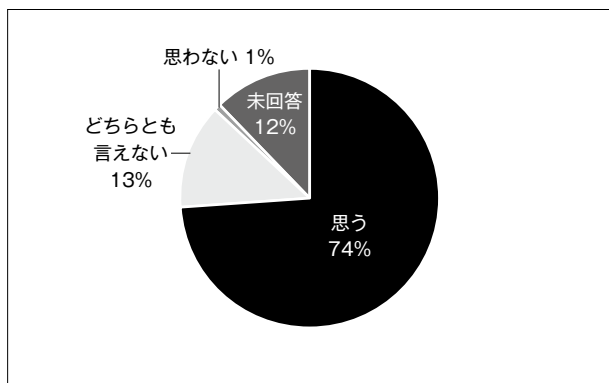
②トイレ、洗面所、浴室の 環境はいかがでしたか？



③当院の食事は いかがでしたか？



3. 知人等に当院を紹介や推薦したいですか？



全体評価

今回のアンケート調査において、令和元年度より全体的に満足度が低下していることがわかった。接遇や環境的要因など、病院全体で質向上を目指し、患者の不満と回答された意見を分析、評価をした結果を基に今後も改善に向けた取り組みを実施していきたい。

看護部長 外館 和佳子

卷末資料

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）



行事食



4/16 お花見御膳



5/5 子どもの日



5/23 創立記念日



5/10 母の日



6/21 父の日



6/26 あじさい御膳



7/7 セタ



7/21 土用の丑の日



7/23 海の日



8/10 山の日



8/13 お盆



9/24 敬老御膳



10/1 十五夜



12/21 冬至



12/24 クリスマス



12/31 大晦日



1/1 元旦 (朝)



1/1 元旦 (昼)



1/1 元旦 (夕)



1/7 七草粥



1/13 成人の日



2/3 節分



2/14 バレンタインデー



3/3 ひなまつり



3/14 ホワイトデー



常食

MORIOKA YUAI HOSPITAL

地域医療連携室だより

Vol.0

2020

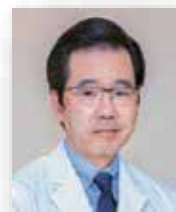
創刊号

発行責任者
地域医療センター長
副院長 中島 隆之



私は三陸の大槌町生まれで、今年62歳の生粋の岩手県人です。昭和58年に岩手医科大学を卒業後、心臓血管外科・呼吸器外科・小児外科を学び、2年ほど米国立留学の機会を得て大学病院で約15年、県立釜石病院に約10年勤務しました。その後郷里で父親の診療所を承継しましたが、東日本大震災で全壊したため盛岡に避難し、盛岡友愛病院とご縁があり現在に至ります。

この度盛岡友愛病院の地域医療連携室だよりの創刊にあたり、自己紹介を兼ねてご挨拶申し上げます。



理事長挨拶

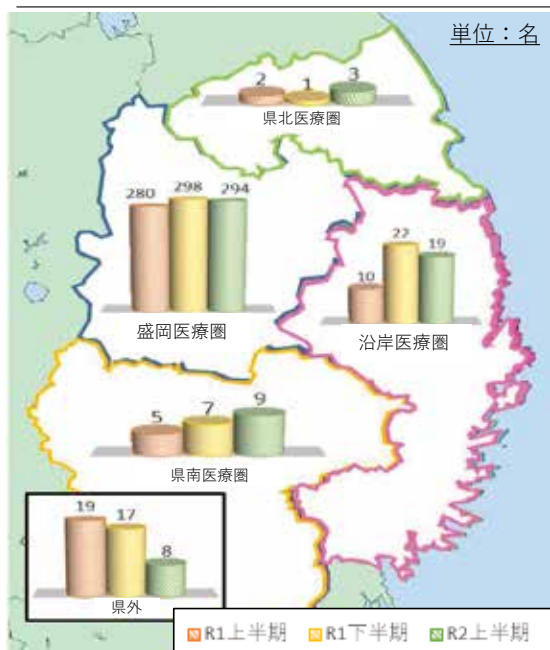
理事長 佐々木 達哉
病院長

当院では循環器内科を担当しておりますが、自分の中では内科・外科や臓器別の垣根を越えるだけ無く、総合的な診療を心がけており、この10年で患者さんから多くのことを学びました。特に回復期リハビリテーションに関わることで、今後の高齢者医療の基礎を学ぶことができました。

昔から音楽の演奏と聴くことが趣味で、学生時代には管弦楽団の指揮をしていたので、今も知り合いのバイオリン教室で弦楽合奏の指揮をしています。また3年前から大人の音楽教室でエレクトリックベースを弾き始め、新しい挑戦をしています。新型コロナウイルスの影響と仕事量が増えたため発表の機会が少なくなり残念です。

昨年7月に病院長となりましたが、今後も皆様と共に地域に根差し親切で思いやりのある病院を実現すべく努力いたします。





病床数

- 急性期一般入院料 (105床)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 (135床)
- 地域包括ケア病棟入院料 (45床)
- 緩和ケア病棟入院料 (18床)
- 障害者施設等入院基本料 (60床)

透析センター
透析ベッド (30床)

リハビリテーションセンター

※今後の広報誌にて詳しく掲載いたします。

実績報告

当院へ入院の紹介をして頂いた直近の各医療圏別の件数となります。盛岡医療圏のみでなく、地域連携にも注力し、引き続きニーズに迅速に 대응できるよう努めます。

編集後記

地域医療連携室

より一言

友愛病院地域医療連携室です。日頃より関係医療機関の皆様には多大なるご支援賜り、誠に有難うございます。地域医療センターが設立され、5年が経とうとしております。患者様へ切れ目のない医療を提供できるよう、連携室には現在事務員4名の配置で、同センター内の入院管理室の看護師、医療相談室のケースワーカーと連携し、地域連携において試行錯誤し日々奮闘中であります。スムーズなご案内ができるよう医療連携の橋渡し役として努めてまいります。

さて、この度連携室の広報誌をお届けする運びとなり、これから当院の情報定期的に発信していきます。皆様の日々の診療業務にお役立ていただければ幸いです。今後とも何卒宜しくお願い申し上げます。

医療法人友愛会

盛岡友愛病院

若手館通町12-10
TEL 019-638-2022 FAX 019-637-3790

診療科目：診療科ごとに曜日・時間がありますので、各電話・病院ホームページでご確認ください。

休診日：日曜日、祝日、年末年始
創立記念日 (5月29日午後)
土曜日午後 (第1・第4曜日)

URL: <http://www.yuaikai.net/>

交通のご案内

- バス 両毛交通 東インター線14分乗換「盛岡友愛病院」下車
- 電車 東北本線 若手館駅より徒歩20分 盛岡駅インターより2分 盛岡駅より15分
- 駐車場 700台程度 (無料)

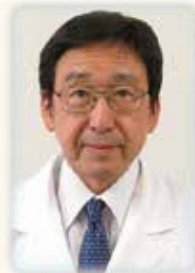




2021

発行責任者
地域医療センター長
副院長 中島 隆之

地域医療センター長 挨拶



センター長兼副院長
中島 隆之

地域医療連携室だより「ゆあい」は盛岡友愛病院の地域医療に対する取り組みだけでなく、当院のスタッフを広く地域の医療関係者の皆様に知っていただくために創刊しました。今回は私の自己紹介をいたします。

私は岩手医科大学を昭和61年に卒業し、新津教授主宰の第3外科に入局しました。ここでは心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科を学びました。その後、心臓血管外科に進み、川副教授、岡林教授と3代の教授のもとで研鑽し多くの手術を経験することが出来ました。

当院には平成21年10月に赴任しました。専門としては血管外科領域を担当し、後輩の佐藤央先生と共に下肢閉塞性動脈硬化症に対するバイパス手術や血管内血管形成術（カテーテル治療）、下肢静脈瘤手術などを施行しています。

静脈瘤手術は年180〜200例前後おこなっています。また、回復期治療にも興味を持ち、心臓リハビリ指導士の資格を取りリハビリ治療にも携わっています。今後も急性期医療と回復期医療をミックスした形で地域医療に従事していきますのでよろしくお願いいたします。



岩手山八合目 臨時診療所にて
令和2年8月10日(山の日)

私の趣味は主に登山です。学生時代には山岳部に属し、医師になってからは趣味が高じて日本登山医学会認定の国際山岳医課程を修了しました。また、岩手県山岳スポーツクライミング協会の理事をしている関係で岩手山8合目避難小屋で臨時診療所を開設しました。山開き、山の日、9月連休の年3回のタイミングで友愛病院のスタッフや山岳協会有志と共に傷病者の応急処置をしています。写真のような格好で働いていますので岩手山に登った際に見かけたなら声を掛けてください。

部門紹介 リハビリテーション技術部



Instagram

ID:yuaireha

毎週金曜日更新

リハビリテーション技術部の紹介

リハビリテーション技術部の方針は、“リハビリテーションを治療として認識し、医学的根拠を持って診療すること”としております。平成25年から、療法士を本格的に増員し、現在は院内に93名の療法士が在籍しております。回復期リハビリテーションの診療を中心に、4つの専門チームを編成しております。

当部署の業務は、とても忙しいです。年間600名以上の患者が急性期病院から転院してきますし、当院の一般病棟からも急性期の患者が処方されますので、毎日が新患ラッシュです。それでも、スタッフの志しは高く、みんなで協力しながら診療にあたり、診療成果もどんどん高まってきております。

次年度も10名以上の新入職員が入る予定です。より高い診療成果を目指して努力していきたいと思っております。今後ともよろしくお願いいたします。



施設基準 脳血管・運動器・心大血管・呼吸器・がん患者の各リハビリテーション料（Ⅰ）算定

各疾患チームの紹介

Team 1 内部障害

内部障害チームでは主に①肺炎や慢性閉塞性肺疾患などの呼吸器疾患②心筋梗塞、心不全、腹部大動脈瘤、下肢閉塞性動脈硬化症などの循環器疾患③骨転移がん、脳転移がん、緩和ケアなどの悪性腫瘍④外科術後廃用症候群、肺炎後廃用症候群などの廃用症候群⑤糖尿病や下肢閉塞性動脈硬化症などによる下肢切断者に対する義足訓練⑥慢性腎不全などの腎疾患の方を対象としてリハビリを提供しております。

内部障害チームの対象者の方には高齢であったり、複数の基礎疾患を持っていたり、術後の安静による著明な廃用状態で車椅子に移る動作も2人介助を要すといった方もおります。また緩和ケアの様に限られた時間の中で本人や家族が望む事に繋がれるようなリハビリをしております。そのような患者さんに対してチーム内で情報を共有し、早期に離床し、早期に運動を行う事で病態の改善や再発の予防、生命予後の改善を目指して日々、リハビリ治療を行っています。最後に内部障害チーム内には、心臓リハビリテーション指導士や呼吸療法認定士などの内部障害系の専門資格を有する療法士が在籍しており、専門的なリハビリテーションを実施しております。



Team 2 整形外科



当院では主に、骨折の手術後の患者さんや変形性関節症に対する人工関節の手術後の患者さん、脊髄疾患と呼ばれる背骨の手術後の患者さんのリハビリテーション治療を、整形外科チームのスタッフが専門的に行っています。整形外科チームでは、怪我や手術により一時的に低下してしまう体の機能を取り戻すことは、勿論のこと、怪我や手術をする前の状態よりも一回り全身を強くした状態で退院して頂くことを目標としています。このため、身体を鍛えるための、専門的なトレーニング機器を用いながら、より効果的なリハビリテーションを提供できるよう日々の診療に取り組んでおります。患者さん一人一人の今後の人生を自分らしく送って頂けるための身体づくりを、スタッフ一同全力でサポートさせていただきます！



Team 3 脳卒中

当院の脳卒中チームは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、パーキンソン病など疾患を対象に積極的な運動療法を行っています。リハビリテーション治療内容は、運動療法の他に、装具療法、電気刺激療法、ボトックスを併用し最速、最短での機能回復、日常生活復帰を図っています。リハビリテーション治療は1日最大3時間、装具療法での歩行は1回1時間の治療の中で1km以上歩くこともあります。



脳卒中の多彩な症状にはオーダーメイドの治療が必要となります。運動療法の軸は最大筋力と最大酸素摂取量の向上、関節可動域の拡大となります。脳卒中では脳血管内の血流分布の狭小化や血流量の低下がみられます。積極的な運動療法は脳血管内の血流を促進し、各脳組織の働きを改善する効果が期待できます。これらを応用し、高次脳機能障害のある患者に対しては運動療法と並行して認知課題をおこない、注意能力などの改善を図ります。

当院では復職支援、運転再開も積極的に行っています。農業や事務作業などの労働内容に応じ、身体機能、認知面を考慮できるよう各評価を用いています。復職、運転再開が安心・安全にできるよう、常日頃から多職種で情報共有を行っています。

わたしたち脳卒中チームは、培われた知識や技術で患者様の機能回復を最大限援助し、可能な限り質の高い生活を目指します。

Team4 言語療法



言語聴覚療法では、言葉によるコミュニケーションや飲み込み（摂食・嚥下）、また高次脳機能（注意や記憶など）の能力の回復を専門的に支援しています。言語の障害や摂食・嚥下障害は、脳血管疾患以外にも呼吸器疾患や循環器疾患、廃用症候群などでも引き起こされるため、対応している疾患は多岐に渡っています。

当院では、言語評価に加え、嚥下造影検査（VF）等の嚥下機能評価を行い、患者様の症状に応じた訓練指導・助言を行っています。また、ご家族、他職種スタッフへ、コミュニケーションや飲み込みの状況を伝え、適切な介入方法について提案・指導を行っています。



ベーカリーゆうあい



営業時間 10:00～15:30（土日祝日は、定休日）
 ご好評いただいております当院のパン屋さん
 焼きたてのパンをぜひお召し上がりください

レストランゆうあい



営業時間 10:30～15:30（土日祝日は、定休日）
 定番メニューから550円の日替わりメニューまで
 シェフの一品をぜひお召し上がりください

編集後記
 設備紹介

医療法人友愛会

盛岡友愛病院

〒020-0834

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
 ご確認下さい。

休診日／日曜日、祝日、年末年始

新立記念日（5月23日午後）

土曜日午後（第2・第4終日）

URL <http://www.yu-ai.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 岩手駅南口より徒歩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）