

委員会報告

医療安全管理室

感染予防対策委員会

褥瘡対策委員会

研修管理委員会

栄養サポートチーム

医療安全管理室

ジェネラルリスクマネージャー：副院長 田中江里 専従医療安全管理者：宮坂善之 東山久美 医療安全管理室：山梨貴子

1. 展望

医療安全管理室では、全職員から報告されるインシデント事例の収集・分析とその根本原因究明を行い、再発防止策の立案と確実な実行を支援している。また、スタッフの医療安全に関する主体的参加の促進、日本医療機能評価機構医療事故収集事業や医療の質安全学会の医療安全全国共同行動への参加など、広く医療の質と安全の向上に努めている。

2012年は、JCI (Joint Commission International) 認証を取得するという病院目標に向け、医療安全管理体制をより強化し、インシデントレポートの収集・集計・分析・改善に力を注いだ。

2012年のインシデントレポート件数は4,476件であった。事故レベル別発生件数は、ニアミス(レベル0～1)が2,629件(58.7%)、有害事象(レベル2～4a)は1,822件(40.7%)、警鐘事象(レベル4b～5)が24件(0.6%)となった。

事故の概要別でみると、療養上の世話と薬剤に関する事例が多く、療養上の世話の事例の中では転倒転落件数が6割以上を占める。急性期病院における転倒転落の要因は、排泄に関連するベッドサイドでの事故が多い特徴があり、当院でも同様の傾向がみられることから、看護部を中心とし、患者アセスメントの強化と防止対策の検討を行っている。

報告者職種別でみると、看護師(准看護師・保健師・助産師を含む)が最も多い一方、医師の報告数は5～10件(月)と少ない。医師が報告する事例には有害事象の割合が多い傾向があることから、医療安全管理室が有害事象を早期に把握・介入し、組織的な改善に結び付けられるよう、医師の報告数増加に向け、ジェネラルリスクマネージャーが中心となり診療部長会、医局会での事例共有と報告推進を行っている。

医療安全は、医療従事者と患者(市民)による共同行動であると言われている。患者が安全に安心して医

療を受けられるために、医療安全管理室が当院の安全文化構築に向けたリーダーシップを発揮できるよう、日々努力していきたい。

2. 事故防止活動

2012年の主な活動は、JCI認証のための患者安全マニュアルの作成・整備と改善活動であった。

JCIでは、国際患者安全目標として、患者の正しい確認、効果的なコミュニケーションの促進(口頭指示の適切な運用)、ハイリスク薬の正しい管理と使用、侵襲的処置・手術時のマーキングとタイムアウトの手順、院内感染の防止、転倒による損傷の防止、の6項目が定められており、それぞれの手順順守率のモニタリングと結果の共有、改善に向けた活動を本格的に開始している。

改善活動の一環として、副院長である田中江里医師のジェネラルリスクマネージャーの就任、医療安全管理者の増員を行い、医療安全管理室の体制を強化した。また、当院は急性期でハイリスクな治療・処置が行われているという背景から、院内で発生したインシデント事例の中でも特に有害・警鐘事象について、月1回のMRM委員会のみならず、診療部長会・医局会でも事例を共有し、特に医師の医療安全活動への意識向上を図っている。

今後も、全職員が患者安全に対する意識を高め、有害・警鐘事象の発生を減らすことができるよう、安全管理活動を推進していく。

2.1 国際患者安全目標に基づく手順の順守状況チェック

国際患者安全目標で定められた6項目について、順守状況の量的調査(アンケートなど)を行い、改善委員会(月1回)で発表し、順守状況の共有を図った。

2.2 院内ラウンド

国際患者安全目標の6項目の順守状況を確認するた

め、多職種による院内ラウンド(月1回 17時30分～18時)を行い、順守状況の目視チェックと指導を行った。

3. 医療事故発生時の対応

当院では、インシデントレベル4b以上の事例(永久的な機能の喪失、予期せぬ死亡)、もしくは手術部位・手順・患者の取り違い、乳幼児の誘拐または取り違いを警鐘事象と定義する。2012年の警鐘事象は24例であった。

警鐘事象発生時時は、事例発生後14日以内に根本原因分析を行うこと、さらにその14日後に改善計画を立案することを院内規定で定めており、医療安全管理室は事例発生時の根本原因分析を各部署が自主的に実行できるよう支援を進めている。今後も、根本原因分析と改善策の立案・実行を各部署で主体的に実行できるよう、継続し支援をおこなう。

4. 学術業績

なし

5. 医療安全に関する職員教育

2012年の医療安全研修は計6回であり、そのうち、主に新入職者を対象とした研修が5回、全職員対象のテーマは1回(末梢神経損傷の防止策)となり、職員の研修参加率は全体で64%となった。

2013年に向けて、伝達講習の導入や医局会などでの資料配布、特に医師を対象とした研修会の企画などを、ジェネラルリスクマネージャーの支援のもと、計画的に実施し、参加率の向上につなげたい。

感染予防対策委員会

委員長 大澤 栄子 / 副委員長 北川 泉



1. 感染予防委員会等の運営

感染予防委員会は月1回、年12回開催し活動報告を行った。実働部隊である感染対策チーム(以下ICT)は、定例では、週1回2時間活動し、主に環境のモニタリングや感染対策が正しく実施できているかなどのモニタリングを専用のチェックリストを用い実施した。

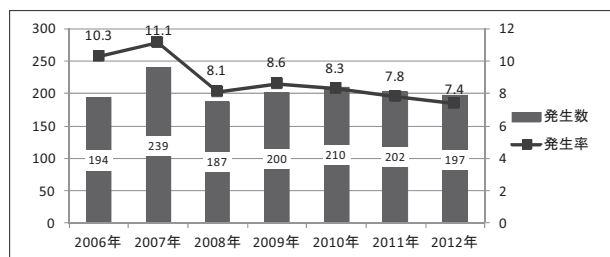
また、ICTは、感染対策を共有する為に看護部感染リンクナース会議へ参加し、アドバイザー的な役割も果たした。さらに、JCI取得に向け、PCIチームが組織編成され活動した。それぞれの感染管理組織が連携を取りながら活動を推進できた。

2. サーベイランスの実施

1) 薬剤耐性菌サーベイランス

主にMRSA培養陽性者について監視細菌検査データを収集し、ICTでラウンドを行った後、病院管理者に週1回報告書を提出。

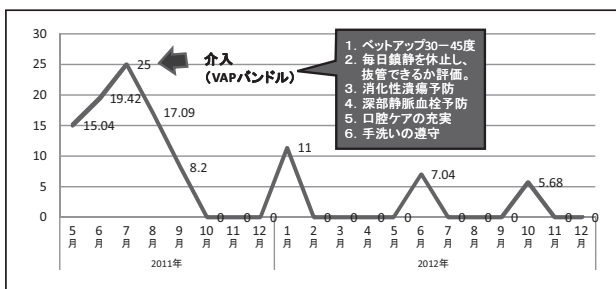
MRSA発生数と発生率の推移



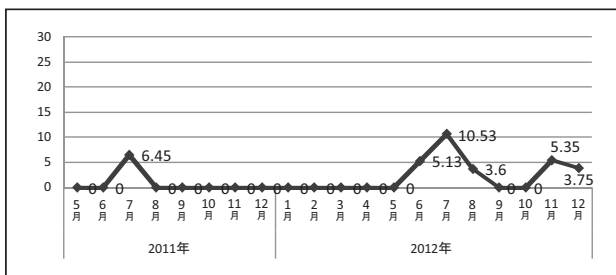
2) ICUにおける医療器具関連感染サーベイランス

ICUにおいて人工呼吸器関連肺炎、中心静脈カテーテル関連菌血症、膀胱留置カテーテル関連尿路感染症のサーベイランスを実施。ICUには、そのデータを提示し、共有した。

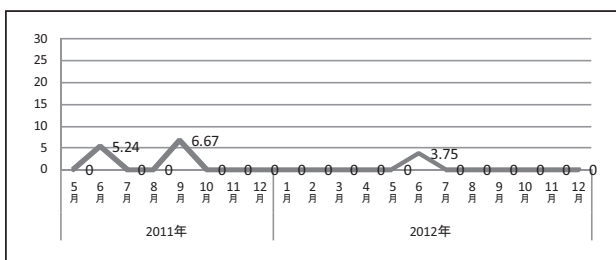
VAP感染率 (感染率=VAP発生数÷人工呼吸器装着日数×1000)



CLABSI感染率



CAUTI感染率 (感染率=UTI発生数÷中心静脈挿入日数×1000)



3) 手術創感染サーベイランス

当院手術室で行われた手術の創感染サーベイランスを継続して実施。JCI取得時に情報を職員と共有した。

4) インフルエンザ、ノロウイルス、クロストジウム・ディフィシル等の発生状況サーベイランス

インフルエンザ、ノロウイルス共に、アウトブレイクはなかった。クロストジウム・ディフィシルが、8月より8F病棟とICUを発端に全病棟へ拡大し、陽性患者53名でアウトブレイクとなり、ICTによる速やかな介入、手洗い等の対策と全職員へ教育を実施した。10月16名発生、通常の発生状況となり11月9日終息宣言を行った。

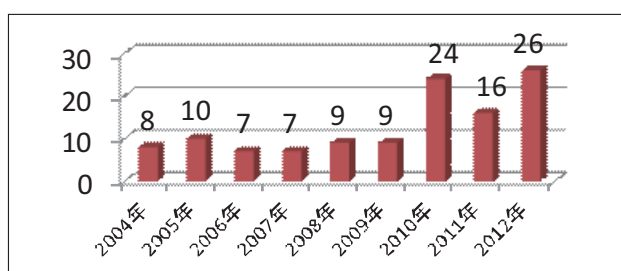
3. 感染防止の指針／マニュアルの作成

感染防止マニュアルは年1回改訂を義務付けている。JCI取得に向けて、平成24年4月までに全てのマニュアルを見直し改訂を行った。感染管理プログラムを作成し、新たに、建築増築時の感染リスクアセスメントの方針手順、パンデミック時の方針手順、アウトブレイク時の対応マニュアルを追加した。また、各部門における感染予防マニュアルを作成し充実を図った。

4. 結核などへの対応

2010年2月PCRを導入、2010年11月より70歳以上スクリーニングを内科・ERを中心に実施した。2012年には、全科の患者に適用し、結核確定患者の増加傾向となった。それに伴い結核暴露者も増加した。

結核確定者の推移

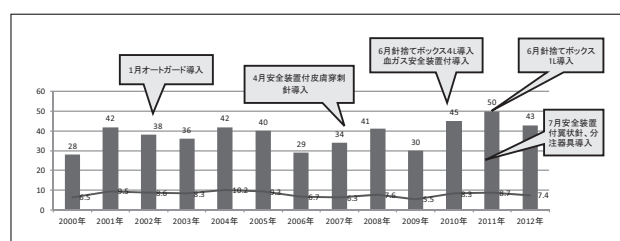


5. 職業感染防止

1) 針刺し事故

平成24年度の針刺し事故報告数は43件と前年より7件減少した。感染管理ではエピネット日本版針刺し事故サーベイランスソフトを用いて事故原因の解析を行った。その結果、①事故の分析実施と効果的な対策の立案、②対策の実施状況モニタリング評価、③新人における事故が多い為、新人教育の強化、④委託業者への教育強化、⑤事故後のフォロー徹底が課題となった。

針刺し事故推移



2) 結核感染防止

新規入職職員と結核に対する免疫の無い職員にツベルクリン反応検査対象者は294名で、275名が実施し93.5%の実施率であった。内8.4%が陰性者で、5.4%が強陽性者であった。ベースラインデータは感染対策室ICNが記録し管理した。

3) HBワクチン

平成24年度は、B型肝炎に感受性のある新入職員(医師、研修医、看護職員、救命救急士、薬剤師、薬剤師補助者、検査技師、レントゲン技師、臨床工学士、リハビリを限定)を対象にHBワクチンの実施を計画した。対象者159名HBワクチンの接種率100%であった。その他の職員は、毎年実施される健康診断にてHBS抗体を測定し、抗体価の16未満の職員を対象にワクチンを接種した。

4) インフルエンザワクチン

インフルエンザワクチンは病院内の全職員を対象に

実施し、病院全体の97%の職員が接種した。

特に患者さんと身近に接する職員の実施率が良く、感染防御の意識の高さを知る事が出来た。

6. 教育

新入職員への入職時の手洗い教育から、リンクナースや病院全体対象の教育まで、顧問波多江新平先生の講演を含めて企画／運営した。平成23年度より参加の義務化を図り、診療部門のみならず清掃業者などからも積極的な参加があった。

7. コンサルテーション

各部署からの連絡・相談は専任ICNからICTへ伝達され、迅速な対応を行う事が出来た。

また施設外において愛心会グループ病院への教育講演や感染症対応への介入なども実施し、施設間の連携の機会にも参加できるようになった。

なかよし保育園の園児や保母を対象に手洗い教育を実施し、流行性疾患のアウトブレイクを防止できた。

8. 感染防止に関わる物品の選定

現在使用物品の効果判定を継続して実施した。

平成24年度は、次亜パック(次亜塩素酸Na)、携帯用ヒビスコール、生食ロックプレフィルドシリンジ、Sクリーン 80、キシロカインスプレー単回使用ノズルの導入を行い、感染予防に努めた。

9. 研究活動

第28回環境感染学会にてICTメンバーによる5つ演題を発表した。

- 1) 結核確定診断症例における保健所への届出の迅速性についての検討
- 2) 当院における手指衛生の取り組み
- 3) クロストリジウム・ディフィシル感染患者に成分

栄養剤を使用した一例

- 4) 湘南鎌倉総合病院で検出されたMRSAのVCM低感受性に対する抗菌薬適正使用の評価
- 5) リンクナース育成の評価 リンクナース主体の部署ラウンドと成果発表を試みて

10. 管理活動

感染管理の立場から職員に対し啓発活動を行うとともに、病院管理者との相談・報告を行う事により感染防止活動を円滑に進める事が出来た。

褥瘡対策委員会

委員長 入交 純也 / 副委員長 田村 律子

1. 展望

当院の褥瘡対策委員会は、2002年に新設された施設基準である褥瘡対策未実施減算に対応すべく同年4月1日に編成され、今年で10年を迎えた。

委員会目標は ①褥瘡発生率の低減 ②チーム連携 ③体圧分散寝具の整備を三本柱としつつ、2012年は特に診療報酬の改訂、及びJCI (Joint Commission International) スタンドアードへの準拠を重点的に取り組んだ。総合的な褥瘡対策を講じるためのチーム作りとして、医師・看護師・栄養士・薬剤師・理学療法士・医事課(入院係・情報システム管理室)・資材課を構成委員とし、各職種が連携し活動を行っている。また、看護部褥瘡対策リンクナース委員会も編成しており、臨床最前線における褥瘡予防のケアを徹底し、褥瘡発生率の低減および治癒率の向上に大きく貢献している。

当院の褥瘡発生率は0.17%と全国平均と比較し非常に低値であり、安全な療養環境の提供に寄与している。今後も「褥瘡を発生させない病院、褥瘡が治る病院」として地域から信頼される医療サービスを提供したい。

次年は体圧分散寝具の整備(経年劣化の評価および適正配置)、人材育成が課題としてあげられるため、計画的に取り組む方針である。

2. 実績

- 1) 褥瘡発生率：0.17%
- 2) 褥瘡有病患者介入数(名)
 - (1) 総 数：266名
 - (2) 院内発生：42名
 - (3) 院外持込：224名
- 3) 褥瘡有病患者の転帰(率)
 - (1) 治癒：40%
 - (2) 軽快：37%

- (3) 不変：2%
- (4) 悪化：0%
- (5) 死亡：21%

3. 学術業績

なし

研修管理委員会

研修管理委員長 渡部 和巨

湘南鎌倉総合病院臨床研修の理念

I. 理念

徳洲会の理念に基づき、地域社会に根付いた救急医療の要望に応える医療人、高度先進医療に対応できる医療人、世界で活躍できる医療人、安心して最善の医療を提供できる医療人、医師である前に人であることを理解できる医療人を組織的に育成する。

II. 基本指針

湘南鎌倉総合病院の研修の目標は、自分自身が良い臨床医になることだけでなく将来若い人達を育てられる良い指導医になることである。

良い臨床医とは、患者様に対してempathy(共感)を持ち、全人的に診断ができ、的確な診断治療を行える医師のことである。この目標が達成できるように研修体制には以下のような工夫がなされている。

1. 医療に集中できる
2. チーム医療の研修ができる
3. Primary care、Emergency careの研修、各専門診療の研修が充実している
4. 必須に加え、選択ローテーションができる
5. 離島僻地医療を体験することができる
6. 研修修了後に指導医として活躍できる
7. 学会活動ができる

研修管理委員会規程

(趣 旨)

第 1 条 この規程は、医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院卒後臨床研修管理委員会(以下「委員会」という)の組織及び運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

(目 的)

第 2 条 委員会は、病院における卒後臨床研修の実施計画、研修医の採用と修了認定、指導医の評価など、卒後臨床研修を円滑に実施で

きることを目的とする。

2. 委員会は、湘南鎌倉総合病院初期臨床研修システムの円滑な運営を図ることを目的とする。
3. 病院において研修が適正かつ円滑に行われるよう、重要事項を審議し、関係各機関・部門の連携を図ることを目的とする。

(業 務)

第 3 条 委員会は、前条の目的を達成するため、次の業務を行う。

- (1) 卒後臨床研修の実施計画に関すること
- (2) 研修医の修了認定および指導医の評価に係る業務に関すること
- (3) 研修医の中断・休止・継続に関する可否に関すること
- (4) 研修医の募集(公募)およびマッチングシステム登録に関すること
- (5) 臨床研修プログラムの管理、見直しなどに関すること
- (6) 研修医に係る重要事項連絡などの対応に関すること
- (7) 湘南鎌倉総合病院初期臨床研修システム内(連携施設)の連絡調整・相互調整に関すること
- (8) その他卒後臨床に係る必要事項に関すること
- (9) 理念・基本方針を年度末の委員会にて見直し検討を図る

(組 織)

第 4 条 委員会に次の職員を置く。

- (1) 委員長(医師)
- (2) 副委員長(医師)
- (3) 委員(医師、看護師、コメディカル、事務)

(4) 研修実施責任者

(5) 外部有識者

特例) 前項職員のほか、必要に応じその他の職員を置くことができる

(委員長・委員)

第 5 条 委員長は病院長又はそれに準ずる者とする。

2. 委員長は、委員会の所掌業務を掌理し、所属職員を指揮監督するとともに、関連する他の部署などとの連絡調整を行う。

(副委員長)

第 6 条 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を行う。

(委 員)

第 7 条 委員は、委員長の命を受け、委員会の業務を処理する。

2. 委員は、原則として必須ローテーションの診療科部長から委員長が指名した者、事務局長、看護部長、副診療部責任者、研修協力病院及び施設のプログラム責任者、外部有識者、ならびに研修委員会事務局担当者があたる。

(委員の責務)

第 8 条 委員は、病院の診療、教育機関としての使命ならびに医師養成の重要性を自覚し、委員長の命の下に業務を遂行しなければならない。

(会 議)

第 9 条 委員会は少なくとも年3回、毎年5月に研修医の研修実施状況の確認、報告、10月に研修医採用試験報告、3月に各年度の研修医の修了認定と次年度以降のプログラム作成に間に合うように開催される。他に委員長が必要と認めた場合にも臨時開催することができる。

(細 則)

第10条 必要に応じて、委員長はこの規程についての細則を定めることができる。

第11条 病院内で行われる臨床研修の諸問題に対応するため、研修委員会を設け、必要に応じて審議するが、その経過は研修管理委員会で報告する。

(研修委員会)

第12条 研修管理委員会の円滑な運営を図るため研修委員会を設置。研修委員会に関しては必要な事項を別に定め論議実施するものとする。

(決 議)

第13条 委員会は、2分の1以上(委任状を含む)の委員の出席をもって成立し、議決は全会一致を旨とする。但し、やむを得ない場合は、過半数をもって議決する。

(その他)

第14条 臨床研修医は、委員会にオブザーバーとして参加することが出来る。

第一章 企 画

(運営の見直し)

第 1 条 委員会は年度末に必ず当該年度の運営及び方針の見直しを行う。

2. 前項に定めた期間以外においても、問題提起があった際は、委員会にて議題として取り入れ、これを改定することができる。

3. 改変内容については適宜ホームページなどを通じて内外に周知を行う。

(プログラムの見直し)

第 2 条 研修管理委員長は10月度の委員会会議においてプログラムの見直しを委員会構成員に依頼する。変更箇所がある場合、各構成

員は3月度の委員会までに変更内容を会議にて討議にかけなければならない。委員会は3月度の委員会会議にて見直し後のプログラムに対し承認を行う。プログラムの見直しについては、厚生労働省の指針・徳洲会グループ研修委員会の指導などを踏まえ、医療情勢や研修環境の現状に即した内容となるように考慮する。

2. 前項に定めた期間以外においても、問題提起があった際は、委員会にて議題として取り入れ、これを改定することができる。
3. プログラム変更が厚生労働省の定める報告事項に及ぶ場合、事務担当者は所定の期間内に厚生労働省に報告を行う。
4. 改変内容についてはホームページなどを通じて内外に周知を行う。

(勉強会・補助教材の企画)

- 第3条 委員会は毎年度、研修開始前に当該年度に導入したいシステム、教材、招聘したい講師などについて提案を受け付け、年間計画を作成する。担当者は計画に従い、購入、スケジュール調整などの諸手続きを行う。
2. 企画内容については委員会委員のみでなく、研修医・教育関係者などからも広く情報収集を行い、年次の初めだけでなく随時、年間計画に追加することができる。
 3. 勉強会・講演会などについては可能な限り、グループ病院、一般学生などに門戸を開き、受入れを行うこととする。
 4. 他施設主催の勉強会については速やかに関係者に周知し、参加しやすい環境を整える。

第二章 募 集

(募集内容の決定)

- 第4条 委員会は毎年度、研修開始前に、前年度実績及び指導体制を考慮した上で募集人数を決定する。

(募集活動の見直し・企画)

- 第5条 委員会は毎年度、研修開始前に、前年度に行った説明会・その他募集活動を見直し1年間の方針及び計画を決定し、関係者に周知しなければならない。
2. 委員会は計画内容を実行するに当たり、委員以外の医師に対し、積極的な参加・協力を要請することができる。

(募集活動の実施)

- 第6条 委員会は募集・採用に関わる関係者がマッチング規約を遵守するよう指導を行うと同時に、実習・面接に関わる全ての学生のプライバシーの保護に細心の注意を払う。

第三章 採 用

(採用者選定)

- 第7条 研修医採用試験については、院内実習及び小論文・面接・英文・学科試験とする。選定の検討については、面接者以外の関係者の印象・意見なども考慮し多角的に判断するものとする。
2. 採用者の指名についてはマッチング協議会の指示に従い、規定期間内に所定の方法にて登録を行う。
 3. 委員会は、採用状況などについてみだりに情報を漏洩することのないように関係者に指導しなければならない。
 4. 採用が決定した学生に対しては、速やかに連絡を取り、入職に伴う案内・説明を行う。

医師国家試験合格後、入職手続き及び本部報告を行い、徳洲会グループ新入職者として必要なオリエンテーションなどに参加するようにスケジュール調整を行う。

第四章 研 修

(研修期間)

第 8 条 臨床研修医の臨床研修の単位期間は 1ヶ月とし、期間を2年間以上とする。

2. 休職等により臨床研修を中断した場合は、臨床研修期間を延長することができるものとする。しかし、次年度研修医数により、定員数を超える場合は延長することは出来ない。その際は、当院が他の臨床研修病院を紹介するなど、臨床研修再開の支援を行う。
3. 1年次はオリエンテーションで希望を聞き、2年次選択科目については、1年次の10月に研修管理委員会を開催し決定する。

(研修の評価)

第 9 条 研修医は、予め配布された研修医手帳に随時、修得した臨床研修の内容を記録し、自己評価を行う。

2. 指導医は、自己評価結果を随時点検し、研修医の到達目標達成を援助する。各科の修了後、指導医を含む研修科の医師は所定の書式に従って評価表をプログラム責任者に提出する。プログラム責任者は自己評価結果および評価表を確認し、必要に応じて適宜、助言およびカリキュラムの調整を行う。
3. 研修委員会は各科の修了時に、研修医により提出された指導医評価表を検討し、指導状況・研修医評価基準などが適切か検討し、必要に応じて指導医の面談を行う。

(修了認定)

第10条 研修医が所定の臨床研修プログラムを修了する時、研修医の自己評価および担当医師による評価表を研修委員会にて検討し総合評価を行う。プログラム責任者は研修管理委員会の総合評価と修了認定を病院長に報告する。病院長は、研修管理委員会で臨床研修の修了を認定された研修医に対して臨床研修修了証を交付する。

2. 修了認定の基準は以下の通りとする。
 - (1) 定められた研修期間を修了している
 - (2) 定められた規定をクリアしている
 - (3) 研修態度・内容に著しい問題が認められない
 - (4) 研修中の評価で著しい問題が認められない
 - (5) 上記を踏まえた上で委員会において2分の1以上の了解を得た時

(許可の取消)

第11条 臨床研修医が次の各号の1に該当する場合は、委員会の議に基づき、病院長は臨床研修の許可を取り消すことができる。

- (1) 臨床研修医辞退手続きを完了したとき
- (2) 死亡したとき
- (3) 医師免許の取消し若しくは停止、又は医業の停止の処分を受けたとき
- (4) 法令、条例及び規程に違反したとき
- (5) 臨床研修医研修要綱に基づいて臨床研修を行わなかったとき
- (6) 湘南鎌倉総合病院臨床研修医に関する内規の第8条に違反したとき

(研修の休止、中断または未修了)

第12条 臨床研修医が、複数の施設においても研修の理念に著しく違反し反省の意思が認めら

れない場合、又は将来医師として社会的機能を分担し得ないと認められる場合は、研修委員会の審議を経て研修管理委員会の承認を得た上で、臨床研修中断を勧告し、予め定められた臨床研修プログラムの到達目標、基本科目および必須科目の履修期間、予め定められた休日を除いた休止期間が90日を超える場合、研修未修了と判断し、その後の研修復帰は段階において研修医のサポートを行うものとする。また、中断後の復帰については、未履修もしくは目標の未達等を考慮し研修期間の延長を定める。

- ・ 休止、再開の場合は、研修管理委員長に報告、その後、委員会協議の結果、研修スケジュールを決定していく。
- ・ 中断の場合、当該研修医に対して臨床研修中断書を交付する。また、地方厚生局に報告する。

当該研修医に対しても、研修再開のための支援を行うこととする。

臨床研修再開時は、中断書を添え臨床研修の再開を申し込む。申し込みを受けた管理型病院は、研修の修了基準を満たすための研修スケジュール等を地方厚生局に提出する。

- ・ 未修了の場合、当該研修医は原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとなるが、その場合、研修プログラムの定員を超えてしまうこともある。その時は、研修管理委員会で協議し、地方厚生局とも協議する。当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための研修スケジュールを地方厚生局に提出する必要がある。

(臨床研修修了証の交付)

第13条 研修管理委員長は、研修委員会の評価及び研修管理委員会の臨床研修修了判定に基づき、臨床研修修了証を交付するものとする。

附 則 平成21年3月1日改定
平成21年4月1日施行

栄養サポートチーム

委員長 大竹 剛靖



1. 展望

NST (Nutrition Support Team : 栄養サポートチーム) は、医師、看護師、薬剤師、栄養士、臨床検査技師、言語聴覚

士、事務でメンバー構成され、各職種の専門性を活かして栄養治療を支援するチームです。

2010年4月より、診療報酬改定にて『栄養サポートチーム加算』が新設され、今までより幅広い栄養介入を行うようになりました。当院は職員の入替わりが多くあり、栄養管理を定着させることが難しいと感じていますが、多くの症例を通じて、経腸栄養管理・静脈栄養管理・創傷治癒促進のための栄養管理等、広めていきたいと思っています。そして、早期退院を目指します。

回診では、経腸栄養時の体位、食事時の姿勢、口腔ケア、静脈栄養のライン管理等を確認しています。栄養投与を行うために、様々な環境要因も整える必要があることを今後も啓蒙していくことが役割だと感じています。

2. 実績

【栄養サポートチーム加算算定】

1月：111件

2月：101件

3月：125件

4月：118件

5月：120件

6月：120件

7月：124件

8月：152件

9月：120件

10月：110件

11月：150件

12月：120件

3. 学会発表

1. 高橋聖子, 若林奈々, 高井宏幸, 軽野知子, 塩野恵美子, 西井美樹子, 三宅哲, 望月弘彦, 日高寿美, 大竹剛靖, 小林修三：経管栄養時の下痢に対して成分栄養剤に変更して有用であった症例の血液・生化学的分析, 日本病態栄養学会, 京都, 2012年1月
2. 高橋聖子, 若林奈々, 高井宏幸, 軽野知子, 塩野恵美子, 西井美樹子, 三宅哲, 望月弘彦, 日高寿美, 大竹剛靖, 小林修三：長期透析患者の難治性下痢に対するL-グルタミンとN-アセチルグルコサミンの使用経験, 日本病態栄養学会, 京都, 2012年1月
3. 高橋聖子, 若林奈々, 高井宏幸, 三宅哲, 望月弘彦, 大竹剛靖, 小林修三：創傷を有する患者へのアルギニン投与の効果, 日本静脈経腸栄養学会, 神戸, 2012年2月
4. 高橋聖子, 若林奈々, 高井宏幸, 三宅哲, 望月弘彦, 大竹剛靖, 小林修三：心臓血管外科手術後栄養管理プロトコル導入のアウトカム, 日本静脈経腸栄養学会, 神戸, 2012年2月
5. 若林奈々, 高橋聖子, 高井宏幸, 三宅哲, 望月弘彦

彦，日高寿美，大竹剛靖，小林修三：胃切除術後の摂取栄養量および栄養状態の推移，日本静脈経腸栄養学会，神戸，2012年2月

5. 施設認定

2005年10月1日：日本病態栄養学会

2007年9月1日：日本栄養療法推進協議会

2010年：日本静脈経腸栄養学会