

福島県ふたば医療センター附属病院

病院年報

2025 年度



福島県

目次

	挨拶	P1
	病院理念と基本方針	P2
I	病院の現況	
	1 病院概要	P4
	2 施設基準	P6
	3 沿革	P8
	4 病院組織図・配置図	P9
II	診療実績（2025 年度年間統計）	P11
III	活動実績	
	1 医療安全管理	P15
	2 院内感染対策	P17
	3 地域連携	P19
	4 医療機器安全管理	P21
	5 部門報告	P22
	6 委員会活動	P35
	7 地域貢献	P52
	8 教育・学術研究	P55
	9 主な行事・視察・来訪	P57
	10 医療安全管理活動報告	P64
	11 感染対策活動報告	P67
	12 看護師消防業務研修実施報告	P89
IV	今後の目標と展望	P96

挨 拶

近年、身代金（ランサム）要求型の不正プログラム「ランサムウェア」による病院へのサイバー攻撃が急増しています。医療機関の情報システムは様々な形で外部のサイバー空間に繋がっています。当然ながら外部からは標的にされやすく、セキュリティが甘いとハッカーの餌食となってしまいます。不正プログラムにより電子カルテが暗号化され閲覧が不可能になる、病歴や決済情報などの個人情報が流出しダークウェブ（一般的な Web ブラウザではアクセスできない匿名性の高い Web サイト）に暴露されるなどの深刻な被害が発生します。2021 年 10 月、徳島県のつるぎ町立半田病院では不正アクセスにより電子カルテが暗号化され、使用不可能となりました。その後、約 2 ヶ月間、紙カルテでの診療を余儀なくされ、多大な影響を受けました。また、2022 年 10 月には大阪急性期・総合医療センターが委託している給食事業者システムがサイバー攻撃を受け、同医療センターシステムの全面復旧に 2 ヶ月以上を要しました。日本医科大学武蔵小杉病院でも 2026 年 2 月にサイバー攻撃を受け、約 13 万人分の個人情報が流出し約 150 億円もの莫大なランサムを要求されました。

当院でも 2025 年 7 月にリハビリテーションシステムを提供している業者システムが不正アクセスを受けました。このため、当院では二日間をかけて電子システムのフルスキャンを行いました。幸いにも当院情報システムに不正ファイルは認められませんでした。ただし、システムチェックの間は電子カルテが使用できず、救急診療に影響を与えました（調査では業者の複数のサーバに暗号化された不正ファイルが確認されたが漏洩など被害は認めなかったとのこと）。メディアで紹介されているような大きな被害を受けた病院は氷山の一角であり、遥かに多くの医療機関がサイバー攻撃を受けているものと推測されます。

厚生労働省は患者のプライバシー保護とサイバー攻撃や災害からの情報システム保護のため、医療情報を取り扱う際のガイドラインを公表し、医療機関へ遵守するよう指導しています。一方で、政府は医療サービスの効率化や質の向上、さらには国民の健康寿命の延伸を目的として、保健・医療・介護情報データを一元化・標準化するというデジタルトランスフォーメーション、いわゆる医療 DX を推進しています。

医療情報システムは、医療の質の向上、スタッフの業務負担の軽減と効率化、省スペース化など数多くの恩恵を与えてくれました。最近ではマイナンバーカードの診療情報が医療の現場で活用できるようになりとても助かっています。一方で情報の漏洩やサイバー攻撃など深刻なリスクも伴います。今後も医療分野の情報システム化は一層推進されるでしょう。医療情報システムのリスクを最小限に抑え、かつその効果を最大限活用できるよう私たち医療従事者にも細心の注意が求められています。

福島県ふたば医療センター附属病院
院長 谷川攻一

【病院理念】

当院は地域住民や復興事業従事者の安心を医療の面から支え、双葉地域の復興に貢献します。住民等の健康を守る医療・信頼される医療をめざし、地域住民とともに歩みます。

当院はこの理念のもとに、以下を目標とします。

※ 双葉地域における当院の目標

- 二次救急医療をはじめとする双葉地域に必要な医療を確保し、次の「3つの安心」を医療の面から支える。
 - ① 住民が安心して帰還し生活できる。
 - ② 復興事業従事者が安心して働ける。
 - ③ 企業等が安心して進出できる。
- 双葉地域で二次救急を担う医療提供体制を整備することにより、近隣地域の二次・三次救急医療機関の負担軽減を図る。

この目的を達成するため、以下の方針で臨みます。

【基本方針】

1. 高い倫理観のもと、命と人権とプライバシーを尊び、患者さん中心の医療を提供します。
2. 近隣の医療機関との連携のもと、双葉地域の救急医療を担い、良質で安全な医療を提供します。
3. 地域住民や復興事業従事者が地域や在宅での療養を安心して継続でき、より健康に生活できるように支援します。
4. 医療機関や介護施設・事業者、町村と協働し、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を医療面から支えます。
5. 職員一人ひとりが専門職としての誇りを持ち、医療の成果を県内、全国に発信します。

以下、具体的な活動内容です。

- 診療科（救急科・内科）による救急医療の提供（24 時間 365 日対応）
 - ・ 一次救急、高度医療や専門医療を必要としない二次救急
 - ・ 休日夜間など地域の医療機関が開院していない時の急病
 - ・ かかりつけ医からの紹介
- 在宅・訪問医療
 - ・ 急性期治療終了後、在宅復帰に不安のある患者に対する支援
 - ・ 地域の医療機関からの依頼による訪問診療及び訪問看護
- 多目的医療用ヘリコプターの運用
 - ・ 患者・家族の搬送に加えて、医師・専門スタッフや医薬品・医療資機材などの航空機搬送により双葉郡等の地理的不利を解消する。
- 地域包括ケア推進の支援
 - ・ 町村や医療機関、介護福祉施設等と連携し地域包括ケア推進を医療の面から支える。
- 健康増進支援
 - ・ 健康教室や出前講座等を通じて、地域住民等の疾病予防や健康増進を支援する。
- 交流・研修事業
 - ・ 町村の医療保健担当や地域の医療スタッフ等との情報交換や事例検討会を通じて、地域のネットワークを強化する。

I 病院の現況

1. 病院概要

2025 年度 病院概要（2025 年 4 月 1 日現在）

（１） ふたば医療センター

センター長	谷川攻一
副センター長	村上雄美
運営支援監（業務）	重富秀一（非常勤）

（２） ふたば医療センター附属病院

病院長（兼務）	谷川攻一
副院長	木下弘壽
診療部長	新納教男

医師の勤務体制

日中 常勤医 3 名

3～7 名、夜間 2 名（外科・内科非常勤医師）

非常勤医師支援

┌	福島県立医科大学
	同大学医学部講座
	附属病院ふたば救急総合医療支援センター
	広島大学
	JA 福島厚生連
└	その他の県内外の医療機関

看護師	38 名
薬剤師	3 名
臨床検査技師	3 名
診療放射線技師	5 名
管理栄養士	2 名
理学療法士	1 名
作業療法士	1 名
社会福祉士	1 名

① 診療科 救急科、内科

② 診療時間 救急医療 24 時間 365 日対応

窓口受付 9:00～16:00

- ③ 所在地 双葉郡富岡町大字本岡字王塚817-1
電話（代表）0240-23-5090
ファックス 0240-23-5091
- ④ 施設概要 構造・床面積：重量鉄骨造 2階建て 3,860㎡
諸室：病室30床（全個室、陰圧室9床）、外来診察室
3室、感染患者待合室（陰圧室）、救急初療室、
高度処置室、除染室、調剤室、リハビリテーション室、検査室、CT室、X線室、MRI室、厨房等
付帯施設：ヘリコプター離着陸施設

（3） 多目的医療用ヘリコプターの運用

- ① 委託業者：中日本航空株式会社
- ② 受託機関：福島県立医科大学
- ③ 基地病院：ふたば医療センター附属病院
- ④ フライトスタッフ：
- ・ フライトドクター：常勤医および福島県立医科大学附属病院
ふたば救急総合医療支援センター教員
 - ・ フライトナース：当院看護師
- ⑤ 運行形態：
- ・ 日中待機地：当院ヘリポート
 - ・ 夜間駐機地：平日は当院
土日は福島県立医科大学附属病院（格納庫整備）
- ⑥ 役割：
- ・ 双葉地域で発生した救急患者への対応
ドクターヘリの対象とならない比較的軽症の患者搬送
 - ・ 高度専門的な治療が行える医療機関へ（から）の患者および家族
の搬送
 - ・ 専門の医師、医療スタッフや医薬品、医療資機材の緊急搬送

2. 施設基準

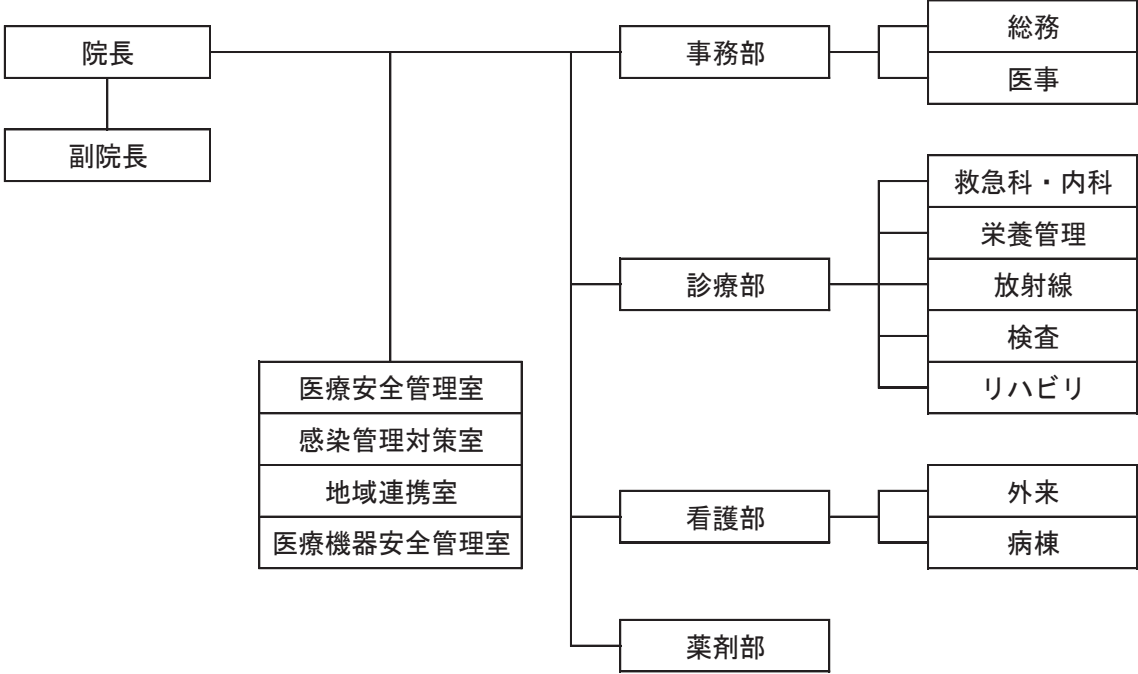
No.	点検を行った項目名 算定点数	算定開始年月日
1	急性期一般入院料 5 算定点数：1,451 点	令和 7 年 9 月 1 日
2	診療録管理体制加算 3 算定点数：30 点	平成 30 年 12 月 1 日
3	療養環境加算 算定点数 25 点	平成 30 年 4 月 1 日
4	後発医薬品使用体制加算 1 算定点数：87 点	令和 4 年 6 月 1 日
5	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 算定点数：100 点	令和 8 年 4 月 1 日
6	運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 算定点数：85 点	令和 8 年 4 月 1 日
7	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) 算定点数：85 点	令和 8 年 4 月 1 日
8	入院時食事療法(Ⅰ)・入院時生活療養(Ⅰ) 算定点数：690 円/830 円	平成 30 年 7 月 1 日
9	遠隔画像診断 算定点数：180 点	平成 30 年 4 月 1 日
10	C T 撮影及びMR I 撮影 算定点数：900 点、1,330 点	令和 5 年 2 月 1 日
11	救急医療管理加算 算定点数：加算 1)1,050 点/加算 2)420 点	令和 4 年 2 月 1 日
12	感染対策向上加算 2 算定点数：175 点	令和 7 年 4 月 1 日
13	認知症ケア加算 3 算定点数：44 点/10 点	令和 4 年 6 月 1 日
14	データ提出加算 1 算定点数：215 点	令和 4 年 6 月 1 日
15	連携強化加算 算定点数：3 点	令和 4 年 11 月 1 日
16	サーベイランス強化加算 算定点数：1 点	令和 4 年 11 月 1 日

No.	点検を行った項目名 算定点数	算定開始年月日
17	せん妄ハイリスク患者ケア加算 算定点数：100 点	令和 4 年 12 月 1 日
18	看護職員処遇改善評価料 151 算定点数：200 点	令和 8 年 1 月 1 日
19	医療機器安全管理料 1 算定点数：100 点	令和 5 年 7 月 1 日
20	医療安全対策加算 2 算定点数：30 点	令和 5 年 8 月 1 日
21	外来・在来ベースアップ評価料(I)	令和 7 年 1 月 1 日
22	入院ベースアップ評価料 165 算定点数：165 点	令和 8 年 1 月 1 日
23	入退院支援加算 2 算定点数：190 点	令和 8 年 3 月 1 日

3. 沿革

2015 年 7 月	『福島 12 市町村の将来像に関する有識者検討会』から提言 「二次救急医療等を担う医療機関の確保を進められるよう、国の参画のもと、広域的視点で福島県が地元市町村、関係機関と連携して協議の場を設け、各市町村における医療提供体制の整備方針を早急に議論し、具体化していく」
9 月	『双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会』の設置
2016 年 2 月	『双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会（第 3 回）』 「二次救急医療機関の先行整備」が急務であり早急な計画の立案、具体化が必要」と提言。
6 月	『双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会（第 4 回）』 双葉郡に先行整備すべき二次救急医療機関の機能の大枠を提示。
7 月	『双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会（第 5 回）』 県が整備主体となることを示す。
2017 年 6 月	「ふたば医療センター附属病院」安全祈願祭・起工式
2018 年 4 月	「ふたば医療センター附属病院」開院式（4 月 1 日） 「ふたば医療センター附属病院」診療開始（4 月 23 日）
2018 年 7 月	訪問看護開始
2018 年 9 月	多目的医療用ヘリコプター開始式（9 月 21 日）
2018 年 10 月	「多目的医療用ヘリ」運行開始（10 月 29 日）
2019 年 4 月	原子力災害医療協力機関登録（4 月 1 日）
2019 年 5 月	出前講座開始
2020 年 4 月	訪問リハビリテーション開始
2023 年 2 月	MRI 稼働開始（2 月 1 日）
2023 年 4 月	地域災害拠点病院指定（4 月 1 日）
2024 年 9 月	感染症法に基づく第一種協定指定医療機関指定（9 月 30 日） 感染症法に基づく第二種協定指定医療機関指定（9 月 30 日）

4. 病院組織図・配置図

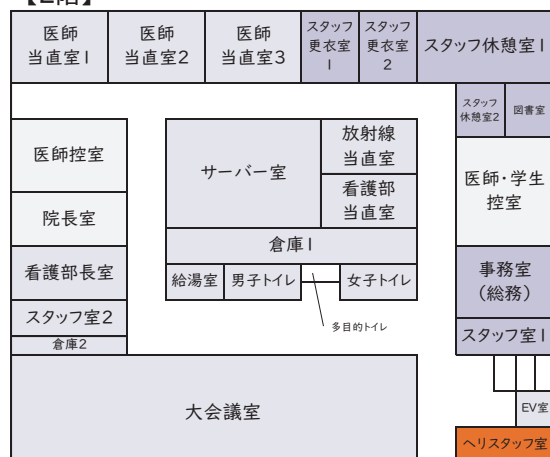


病院配置図

【1階】



【2階】

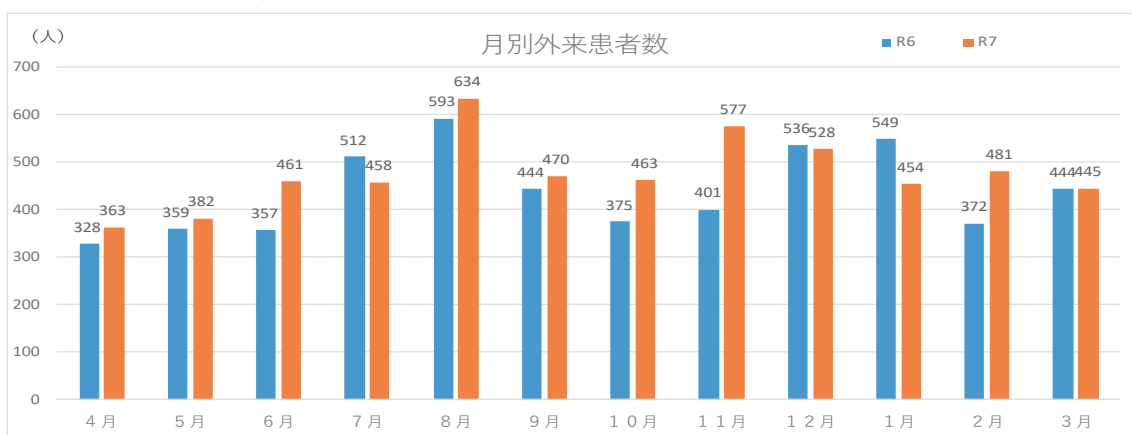


II 診療実績（2025 年度年間統計）

(1) 入退院及び外来患者の推移

区分 年度	入院									外来					
	病床数	入 院 患者数		退 院 患者数	延入院 患者数	一日平均 入院患者	平均在 院日数	病 床 利用率	新 患 患者数	延外来患者数			一日平均 外来患者	平均通 院日数	
令和7年度	30	456	男	女								男	女		
			223	233	454	4,134	11.3	8.1	37.8%	3,901	5,716	3,643	2,073	15.7	1.5

＊入院、外来とも患者数は増加傾向にあり、開院した平成 30 年度と比べると、7 年間で入院は約 3 倍、外来は約 2 倍に増加した。外来の月別では 6、10、11、2 月が前年同月を大きく上回った。傷病別では、6、10 月は骨折等の外因性疾患が目立っており、11、2 月はインフルエンザが多かった。

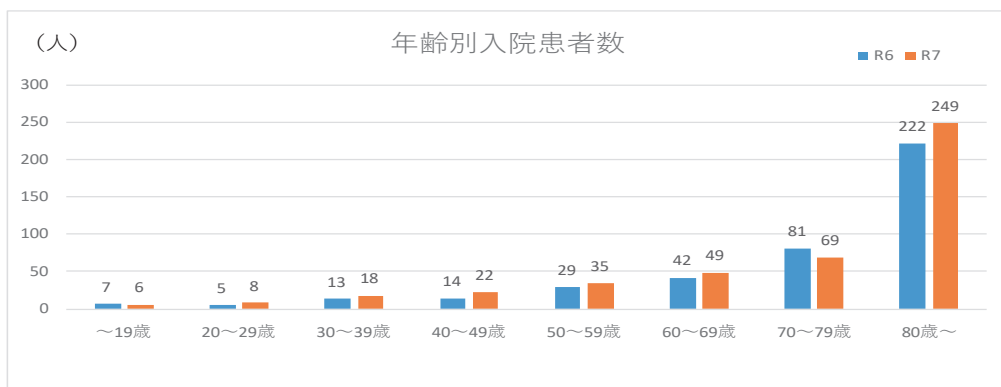


(2) 年齢別性別入院患者

単位：人

年 度	区 分	～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳～	合計
令和7年度	男	3	4	10	12	23	36	39	97	224
	女	3	4	8	10	12	13	30	152	232
	計	6	8	18	22	35	49	69	249	456
	%	1.3%	1.8%	3.9%	4.8%	7.7%	10.7%	15.1%	54.6%	100.0%

＊区分割合(%)でみると、60 歳未満が全体の 2 割に満たないのに対し、70 歳以上は 7 割を占めており、近年この傾向が続いている。



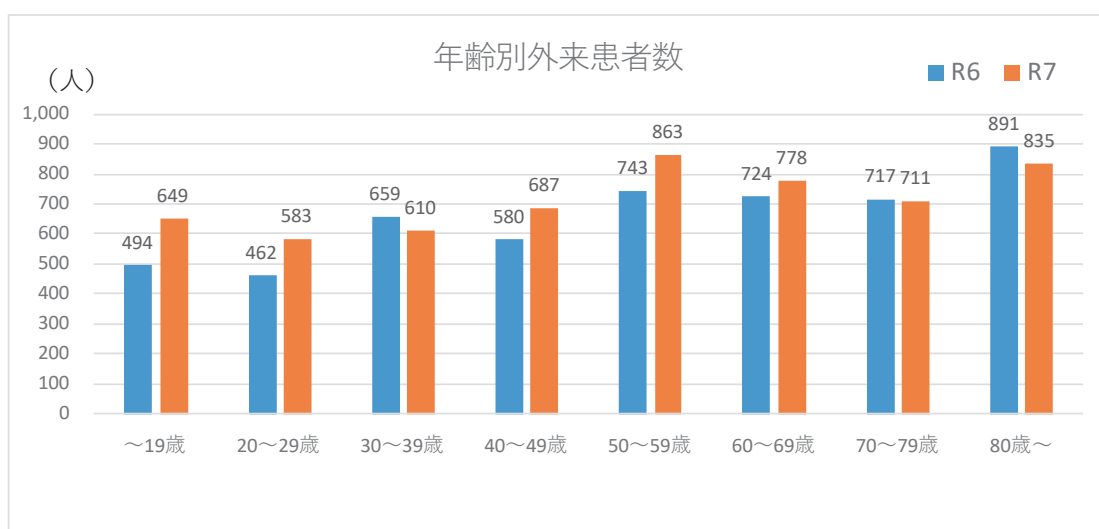
(3) 外来患者の状況

① 年齢別性別外来患者数

単位：人

区 分		～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳～	合計
令和7年度	男	391	383	420	479	660	552	434	433	3,752
	女	258	200	190	208	203	226	277	402	1,964
	計	649	583	610	687	863	778	711	835	5,716
	%	11.4%	10.2%	10.7%	12.0%	15.1%	13.6%	12.4%	14.6%	100.0%

* 令和2年度以降「80歳以上ピーク」の傾向が続いていたが、令和7年度は50歳代が平成31年度以来のピークになった。また性別では、令和6年度は80歳以上を除いて男性が女性を上回っていたのに対し、令和7年度はすべての年齢区分で男性が女性を上回った。



② 外来患者の主な症状

単位：人

症状	令和6年度		令和7年度	
骨折、打撲、腰痛、外傷等	1,743	31.5%	1,978	34.9%
肺炎、インフルエンザ、発熱等の呼吸器系	1,001	18.1%	1,236	21.8%
胸痛等の循環器系	311	5.6%	356	6.3%
腹痛等の消化器系	277	5.0%	359	6.3%
感染症及び寄生虫症	254	4.6%	191	3.4%

* COVID-19 の収束により、感染症等は患者数、割合ともに昨年度より減少した。それ以外はすべて前年度を上回った。

(4) 在宅診療

単位：回

令和7年度	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
訪問診療・看護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
訪問リハビリ	3	2	2	2	2	3	8	6	4	4	4	4	44
合計	3	2	2	2	2	3	8	6	4	4	4	4	44

* 令和5年度に富岡町に訪問介護施設が開設され、当院受診者を紹介している。このため、訪問看護実績は0となっている。

(5) 地域医療連携の実施状況

① 他の医療機関等との相談、紹介、連絡、調整等

単位：件

項目	令和6年度	令和7年度
紹介患者	202	213
逆紹介患者	599	540

単位：件

令和7年度他院からの紹介患者内訳	
病院からの紹介患者数	22
診療所からの紹介患者数	191
計	213

単位：件

令和7年度他院への紹介患者内訳	
いわき市医療センター	115
南相馬市立総合病院	50
JFAメディカルセンター	48
福島労災病院	41
馬場医院	15
ふたば復興診療所	11
その他総合病院	86
上記以外(診療所等)	174
計	540

② 多目的医療用ヘリコプター

単位：件

多目的医療用 ヘリコプター 利用実績		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
	令和7年度	4	1	5	6	9	5	8	5	1	2	5	3	54
	令和6年度	7	1	2	5	5	6	3	5	6	4	4	2	50

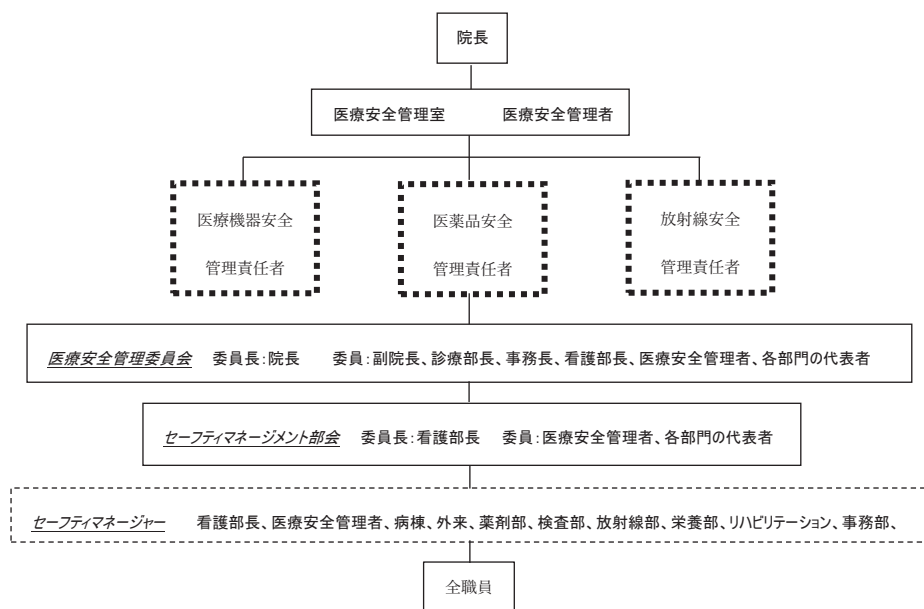
③ 双葉地域の救急の状況

	救急搬送 人数(人)	管内搬送 人数(人)	管内 搬送率	当院への救急 搬送件数(件)	当院への 救急搬送率	病院着まで60 分以上の件数 (件)	当院の救急 不応需件数 (件)	当院の救急 不応需率	備考
2017年	711	199	28.0%	-	-	456	-	-	1～12月
2018年	905	503	55.6%	444	88.3%	452	24	5.1%	〃
2019年	907	558	61.5%	512	91.8%	399	24	4.5%	〃
2020年	1,011	608	60.1%	557	91.6%	464	33	5.6%	〃
2021年	977	586	60.0%	536	91.5%	442	11	2.0%	〃
2022年	1,132	714	63.1%	677	94.8%	522	17	2.4%	〃
2023年	1,259	803	63.8%	758	94.4%	532	20	2.6%	〃
2024年	1,281	855	66.7%	820	95.9%	453	15	1.8%	〃
2025年	1,308	834	63.8%	803	96.3%	480	18	2.2%	〃

Ⅲ 活動実績

1. 医療安全管理 専門看護技師 面川 里枝

(1) 管理体制



(2) 業務内容

1) 医療安全管理委員会

- ①医療安全管理委員会 会議（月1回）
- ②セーフティマネジメント部会で検討した事項についての検討、決議
- ③インシデントに関する周知、再発防止の推進

2) セーフティマネジメント部会

- ①セーフティマネジメント部会 会議（月1回）
- ②インシデント対策カンファ（月1回）
- ③KYT ラウンド（月1回）
- ④医療安全ラウンド（週1回）
- ⑤是正管理ラウンド（適宜）・管理計画書活用の推進
- ⑥職員研修（年2回は必須）

3) 医療安全管理室

- ①カンファレンス（週1回） インシデントの共有・対策の評価

(3) 2025 年度研修内容

研 修 内 容	実施月
医療安全を学ぼう！（実践編）ダブルチェックを再考する	6 月
高度救命処置講習（ICLS）	6,8 月
初期救命処置講習（BLS）	7 月
当院救急車ストレッチャーの取り扱い	7,8 月
AED の取り扱い	8 月
車椅子からの安全な移乗	9 月
輸液ポンプ・シリンジの取り扱い	9 月,1,2,3 月
診療用放射線の安全利用のための研修	1 月
安全な病院を目指して①インシデントの重要性	10,11 月
安全な病院を目指して②ハラスメント・KYT	2,3 月
医療ガス管理	3 月
医薬品安全使用のための研修	3 月

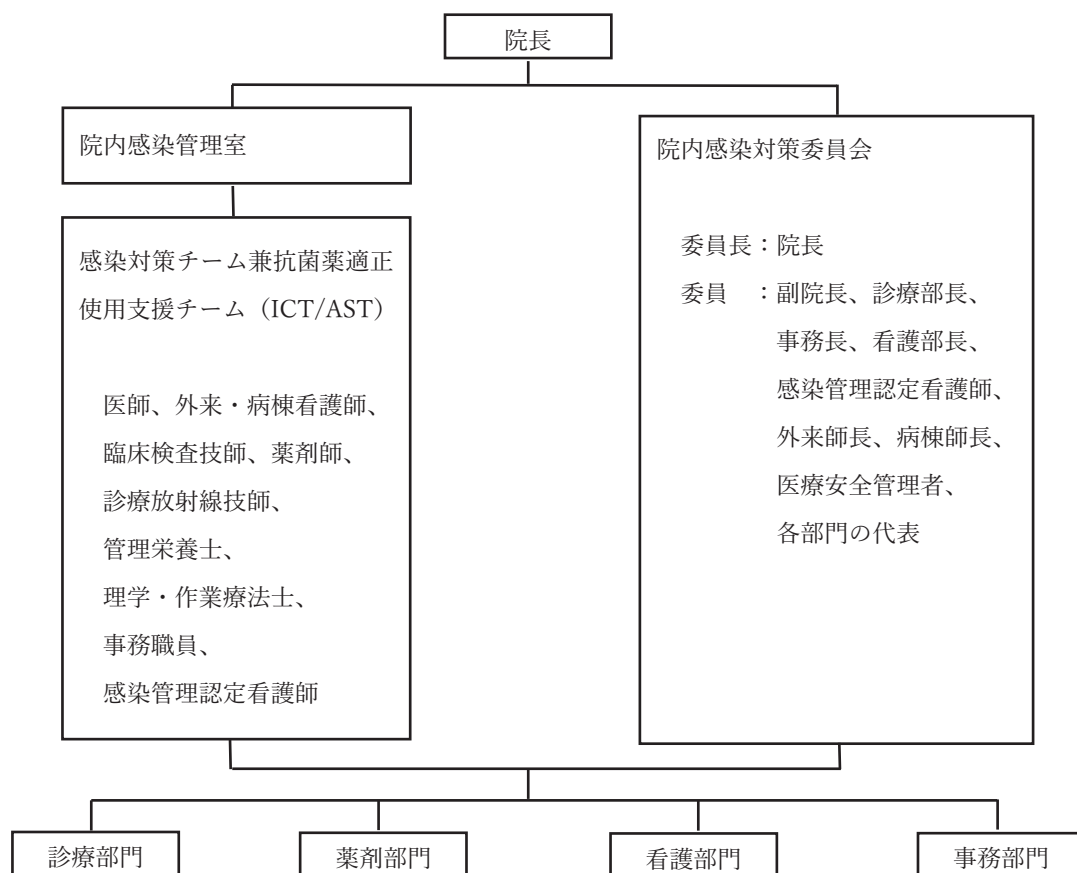
(4) 2025 年度その他の活動・検討

- 1) 医療安全管理室カンファレンス実施
- 2) 各部署への安全活動の促進
- 3) 気づき報告の促進
- 4) 病院内でのスマートフォン取り扱いについてのポスター作成・掲示
- 5) 医療安全標語の募集・表彰
- 6) 福島県立病院医療安全担当者院内ラウンド
- 7) 医療安全報告レポート作成、周知
- 8) 是正管理の実施

※ 詳細は「Ⅲ-10 医療安全管理活動報告（P64）」参照

2. 院内感染対策 主任看護技師 五十嵐 明子

(1) 体制



(2) 業務内容

1) 院内感染対策委員会

- ①院内感染対策委員会会議（月 1 回）
- ②感染対策チーム（ICT）で協議された事項についての検討、決議

2) 感染管理室

- ①感染管理室会議（月 1 回）
- ②院内感染対策チーム/抗菌薬適正使用支援チーム（ICT/AST）活動の支援
- ③医療関連感染対策に関するデータの収集・分析、改善策の提案と評価
- ④院内感染の早期発見と対応
- ⑤アウトブレイク発生時の対応と調整
- ⑥保健所や他施設、医師会との協力関係の構築・連携

3) ICT

- ①ICT 会議（月 1 回）

- ②院内感染対策マニュアルの作成・見直し
- ③院内感染ラウンド（週１回）
- ④職員研修
- ⑤異常な感染症が発生した場合の原因究明、改善案立案、職員への周知
- ⑥地域の医療機関との日常的な相互協力関係の構築

（３）2025 年度研修内容

- 1) サーベイランスの実施
- 2) 院内ラウンド
- 3) 教育・研修
 - ①標準予防策・手指衛生（５月）
 - ②PPE（６月、７月）
 - ③ノロウイルス（１１月、１２月、１月）
 - ④結核（３月）
 - ⑤抗菌薬スペクトル・使用方法（１０月）
 - ⑥廃棄物の分別（６月）
 - ⑦ハンドケア（２～３月 計４回）

※ 詳細は「Ⅲ-11 感染対策活動報告（P67）」参照

（４）2025 年度その他の活動

- 1) いわき地区院内感染対策カンファレンスへの参加（計４回）

3. 地域連携 副主査（社会福祉士） 秋元 美奈

（１）体制

看護師 1 名・社会福祉士 1 名

（２）基本方針

1) 地域医療連携業務

- ①地域の保健・医療・福祉資源との連携・調整を行う。
- ②患者の紹介・逆紹介をはじめとして、地域医療機関との連携の強化を図る。

2) 医療福祉相談業務

- ①医療相談等様々な相談に対応できる体制を整え、患者への医療サービスの充実を図る。

3) 在宅療養支援業務

- ①社会資源を活用し、退院調整・外来患者への在宅支援を行う。
- ②外来・入院・外来という患者の一連の治療環境をマネジメントする。
- ③その人によってよりよいケアを切れ目なく提供できるように、地域担当者との連携を図る。

（３）業務内容

1) 地域連携

- ①他医療機関からの紹介受付
- ②紹介元医療機関への返事・連絡
- ③他医療機関への紹介に係る手続き

2) 医療相談

- ①外来患者・家族の相談
- ②入院患者・家族の相談

3) 患者支援

- ①退院・転院調整
- ②関係機関との連携

（４）相談実績 ※R7 年 10 月から R8 年 3 月までの MSW 対応分

①相談件数（相談対応人数の総計）

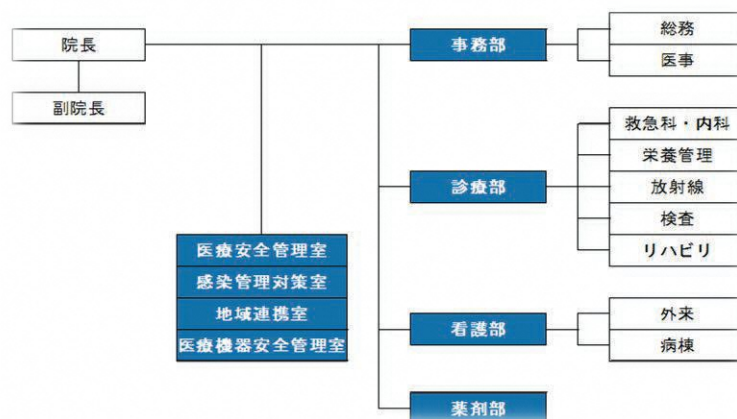
R7.10	R7.11	R7.12	R8.1	R8.2	R8.3	計
70	102	108	110	117	111	618

②相談内容別件数

	R7.10	R7.11	R7.12	R8.1	R8.2	R8.3	計
医療費	1	2	2	3	0	3	11
生活費	0	0	1	1	0	0	2
受診	11	20	31	33	22	21	138
制度利用	10	32	9	8	10	16	85
入退院支援	15	26	23	22	25	23	134
情報提供	52	52	70	71	68	74	387
転院支援	4	10	8	9	13	4	48
その他	1	0	0	1	0	0	2

4. 医療機器安全管理 主任看護技師 木村 哲也

(1) 管理体制



(2) 業務内容

1) 委員会への参加

- ①医療安全管理委員会 会議（月1回）
- ②感染対策委員会 会議（月1回）
- ③医療ガス安全管理委員会 会議（年1回）
- ④器械備品整備計画調整会議 会議（年1回、随時）
- ⑤診療材料選定委員会 会議（随時）

2) 医療機器管理

①2024年度の機器点検数

輸液ポンプ 147 件

シリンジポンプ 82 件

人工呼吸器 32 件 他

②年間定期点検数 10 件

（内訳：麻酔器、人工呼吸器、内視鏡システム、除細動器、A E D、電気メス、高圧蒸気滅菌装置 他）

③医療機器院内修理件数 19 件

④医療機器院外修理件数 3 件

3) 職員研修

- ・ AED の取り扱い（全職員対象、2025,10）
- ・ 輸液ポンプシリンジポンプの安全使用（看護職対象、2025,12）
- ・ 人工呼吸器の基本（看護職対象、2025,9）

4) その他

- ・ 第 100 回日本医療機器学会大会参加（2025,6）

5. 部門報告

【外来】 専門看護技師兼外来師長 西尾 照美

①2025 年度の目標

- 1) 5S 活動を推進し、患者に安全な環境を提供する。
 - ・動線を考え、処置室・初療室のレイアウトの変更を行う。
 - ・診療材料の定数を決め、過不足なく管理できる。
- 2) 外来の現状分析を行い、業務改善を促進する。
 - ・ヘリとウォークインチームに分け、活動を促進する。
 - ・スタッフから出た意見をもとに、業務改善を行っていく。
- 3) スタッフ一人一人が自己のビジョンを明らかにし、自己研鑽に励む。
 - ・クリニカルラダー部署カンファレンスを行う。
 - ・必須の研修以外の院内外の研修に、積極的に参加する。

②実績

- 1) 5S 活動を推進し、患者に安全な環境を提供する。
 - 1-1 福島医大救急研修修了者と協同し、処置室・初療室のレイアウトの変更を実施。年度末にレイアウト後の使用感についてアンケート調査を行った。調査の結果「使いやすい」という回答が多くあった。しかし、処置室にしかない物品もあるなどの意見もあったため、次年度も動線や管理の視点から業務を行い改善が必要な点に関しては修正していく。
 - 1-2 業務委員と協同し、配置されている診療材料の定数の再検討を行った。定数に基づいて始業前チェックを行い、不足なく運用できた。在庫物品においても在庫切れなく運用することができた。
- 2) 外来の現状分析を行い、業務改善を促進する。
 - 2-1 ウォークインチームは定期通院患者の担当看護師を決め、看護計画を立案し、患者との関りやチームカンファレンスを通して追加・修正できていた。ヘリチームにおいては搬送事例を通して振り返りを実施、およびマニュアルの見直しを行い、カンファレンスを通してスタッフ間で共有することができた。
 - 2-2 インシデントをふまえ、外来スタッフの意見を取り入れながら 2 件の業務改善を行い、運用を定着することができた。
- 3) スタッフ一人一人が自己のビジョンを明らかにし、自己研鑽に励む。
 - 3-1 前期、後期においてクリニカルラダー実践報告書を、外来、病棟ともに全員提出することができた。部署発表会においては外来、病棟ともに全員が発表することができ、垣根を越えて互いの部署の発表を聞くことで患者との関わりの重要性を共有

することができた。

3-2 院内研修においては必須研修を含め業務調整し、全員が2回以上参加することができた。積極的に院外研修にも参加し、プロバイダーの取得や、各研修のインストラクターを目指すスタッフも増えてきている。

③ 1年間の経過と今後の目標

1) 1年間の経過について

救急車の管内搬送は97%以上とほぼ受け入れることができおり、外来受診患者も前年度と比較すると増加傾向にある。他院からの受診相談においても、昨年と比較すると相談件数も増加しており、医療施設だけでなく介護施設からの受診相談も増えていることから、当院の基本理念の1つである「地域住民の安心を医療の面から支える病院」に近づきつつあると感じている。今後は、安全な看護を提供していくために自己研鑽に努め、チームカンファレンスを通しながら情報共有を行い、患者様が安心して受診できるよう、質の高い看護サービスを提供していきたい。

2) 今後の目標

- 1 患者やその家族に対する質の高いサービスを提供する。
- 2 安心して安全な医療・看護を推進するために、スタッフの安全への意識の向上に努める。
- 3 スタッフ自らが進んで院内外の研修に参加し、能力の維持・向上に努める。人材の育成に取り組む。

【病棟】 専門看護技師兼病棟師長 岩倉 千英子

① 2025 年度の病棟目標

- 1) 患者さんの思いに添った看護をチームで支援します。
- 2) 5S を実施し安全な環境を整えます。
- 3) 事例をもとに勉強会を行い、知識向上に努めます。

② 実績

- 1) 患者さんの思いに添った看護をチームで支援します。
看護計画と看護方針のカンファレンスをチーム毎に実施し、チーム内で患者さんの情報を共有し看護方針の話し合いをすることはできた。看護方針の掲示板記載もできているが、看護計画の内容検討定着には至っていない。
- 2) 5S を実施し安全な環境を整えます。
II-1 業務が煩雑になると物品の整理整頓が十分でないこともあるが、洗面台周囲の清潔は改善傾向にある。病棟会でできている部分とできていない部分の写真を提示し注意喚起しているため、今後も意識づけしていきたい。
II-2 ステーション内棚の物品の定位置と定数を表示し、チェックリストをもとに毎週物品管理を行うことができた。業務が煩雑になると、定位置が守れないことがあるため、今後も習慣化していきたい。
- 3) 事例をもとに勉強会を行い、知識向上に努めます。
III-1 事例発生の勉強会は、年間目標は達成されている。循環器では異常波形をもとに資料作成しているが、まだ勉強会でできていない事例があるため引き続き機会を作り実施予定である。
III-2 院外研修はスタッフ全員がほぼ受講できている。伝達研修できたものについては、スタッフと知識や情報を共有することができた。

③ 1 年間の経過と今後の目標

- 1) 1 年間の経過
開院 8 年目となり、入院患者数は年々増加傾向にある。少子高齢化を反映しているように、入院患者の平均年齢は 82 歳となっている。退院支援に力を入れてはいるが、思うように進まず在院日数が延長している。病棟スタッフ全員が意欲的に退院支援に取り組んでいけるよう勉強会を開催していく。
- 2) 今後の目標
 - (1) 安全・感染・教育を中心とした組織運営の継続。
 - (2) チーム内でのカンファレンスの充実を図り、受け持ち看護師を中心とした退院支援を積極的に介入する。
 - (3) スタッフの強みを生かし勉強会を行い知識向上に努める。

【薬剤部門】 副主任薬剤技師 三瓶 栄紀

① スタッフ

薬剤師 3 名
事務補助員 1 名

② 業務内容

1) 調剤業務

外来処方、原則院内処方であり外来患者への服薬指導および薬渡しは、薬局窓口で行っている。また、安全性および効率化を目的としてオーダーリングシステム情報を利用した薬剤部門システムを導入し入院処方および外来処方の調剤業務を行った。さらに、今年度より薬剤師が3名に増員となったことから、年末より土日祝日の日勤を開始している。

2) 病棟業務

入院患者への適正な医薬品の供給を基本に、持参薬の鑑別、服薬説明、医師や看護師等への医薬品情報提供、チーム医療への参画など医薬品に関わる業務を推進した。

3) 医薬品情報管理業務

隔月開催の薬事委員会事務局としての業務を行っており、院内採用医薬品の適正化に向けての資料の作成や院内調整を行った。あわせて月1回の薬剤部刊行紙「薬剤部からのお知らせ」・「DI ニュース」を発行した。

4) 医薬品管理業務

先発医薬品から後発医薬品への切り替えを順次行い、院内での医薬品の供給に滞りが出ないように管理を行っている。

③ 薬剤部統計

(ア)採用医薬品数 (2026 年 3 月現在)

(単位：薬品数)

区 分	先発品	後発品		後発率 (%)	総 数
内用薬	97	176		62.1	283
外用薬	55	50		47.6	105
注射薬	91	111		54.9	202
保存血	20	0		0.0	20
その他	9	0		0.0	9
合 計	283	337		54.3	620

(イ) 後発医薬品の割合 (2026 年 3 月現在 2026 年 1～3 月の集計)

	1月	2月	3月	直近3ヶ月 間の合計
全医薬品の規格単位数量 (①)	18,147	17,307	17,476	52,930
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の 規格単位数量 (②)	10,039	9,459	9,230	28,728
後発医薬品の規格単位数量 (③)	9,736	9,198	8,475	27,409
カットオフ値の割合 (④) (②/①) (%)	55.3	54.7	52.8	54.3
後発医薬品の割合 (⑤) (③/②) (%)	97.0	97.2	91.8	95.3

(ウ) 外来院内処方せん枚数

(単位：枚数)

	2025 年									2026 年			総計
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	
救急科	210	198	227	242	356	272	259	391	318	268	310	236	3,287
内科	22	14	14	14	15	15	14	10	13	16	13	18	178
合計	232	212	241	256	371	287	273	401	331	284	323	254	3,465

(エ) 入院処方せん枚数

(単位：枚数)

	2025 年									2026 年			総計
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	
定期処方	5	10	8	4	3	1	12	6	3	6	25	16	93
臨時処方	122	136	152	167	142	75	122	147	116	162	214	150	1,705
退院処方	12	12	28	26	20	12	12	27	10	10	17	21	207
合計	139	158	188	197	165	88	146	180	129	178	256	187	2,005

(オ) 外来注射件数

(単位：枚数)

	2025 年									2026 年			総計
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	
当日注射	117	105	201	180	176	175	159	148	135	125	172	140	1,632
実施済み	5	0	2	31	1	6	1	4	1	5	5	4	65
予約注射	0	0	2	1	10	3	1	1	1	1	1	5	26
合計	122	105	205	212	187	184	161	153	137	131	178	149	1,723

(カ)入院注射件数

(単位：枚数)

	2025 年									2026 年			総計
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	
一般注射	83	132	217	194	124	77	87	100	119	129	157	141	1,560
臨時注射	81	124	252	266	151	88	114	154	154	141	143	152	1,820
実施済み	6	7	18	12	14	8	14	16	13	12	6	15	141
合計	232	205	230	336	378	314	283	297	198	347	337	245	3,521

【放射線部】 主任放射線技師 大竹 健司

(1) 体制

2025 年度は常勤放射線技師 5 名と、夜間応援職員 1 名の構成で 24 時間 365 日撮影できるように対応している。

(2) 業務内容

①撮影業務

一般撮影装置、ポータブル撮影装置、FPD システム、X 線 TV 装置、外科用イメージ、80 列 CT 装置、MRI 装置を備え、救急外来および入院患者の撮影、さらに他院からの委託検査に対応している。

②画像管理業務

医療用画像管理システム(PACS)を有し、放射線画像の他、超音波画像、内視鏡画像の保管・閲覧を可能としている。さらに医療画像情報ディスク自動発行システムを有し、CD/DVD 画像出力に加え、他院からの紹介受診時の画像取り込みも実施している。また、遠隔読影依頼が可能となっており、それに応じた画像転送業務も行っている。

③線量管理業務

職員の被ばく線量管理：ガラスバッジおよびポケット線量計により管理している。
患者の医療被ばく線量管理：撮影条件やプロトコルを適正に設定し、撮影を実施している。また、放射線による表面汚染(疑いも含む)患者に対するサーベイを実施している。

④装置管理業務

日常点検・定期点検を実施し、故障やその前兆の発見、画質担保と被ばく線量低減に努めている。

(3) 放射線業務統計(2025 年度)

		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
一般撮影		138	111	200	249	231	180	235	224	213	202	203	200	2386
ポータブル撮影		13	21	26	46	22	15	37	25	36	38	59	50	388
X線	単純	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	6
TV	造影	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
CT	単純	149	190	249	240	276	210	240	263	194	200	186	210	2607
	造影	22	34	43	15	49	20	47	24	39	47	30	50	420
MRI	単純	12	15	14	16	16	14	14	8	13	21	10	14	167
外科用イメージ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CD-R作成		56	57	67	93	70	62	65	64	63	61	57	55	770

【検査部】 専門医療技師 結城 智子

① 体制

臨床検査技師 3名 365日対応

② 業務内容

- ・検体検査（病理検査、細菌検査、一部の検体検査については外注）
- ・生理検査
- ・感染情報レポート（週報・月報）の発行

③ 2025年度検査実施件数

	2025年										2026年			合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
院内検査														
一般検査	73	119	155	104	114	101	106	111	101	92	160	99	1335	
生化学検査	1779	2210	3243	3432	2754	2014	2432	2864	2361	2642	2831	2796	31358	
免疫検査	202	249	372	376	316	241	262	349	282	280	446	324	3699	
血液検査	247	309	243	535	496	333	397	423	397	422	527	429	4758	
凝固検査	104	123	178	256	214	140	182	187	148	195	164	180	2071	
血液ガス検査	45	54	86	125	123	81	80	84	85	70	54	68	955	
生理検査(糖尿病関連)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
輸血関連検査	1	2	4	0	0	5	3	5	0	3	9	8	40	
感染症等その他	157	141	162	187	316	168	185	466	321	261	364	212	2940	
時間外生化学検査	31	29	35	34	59	27	31	23	32	28	20	24	373	
外部委託検査														
生化学検査等	21	47	62	91	57	20	57	79	22	53	46	48	603	
細菌検査	110	100	258	291	241	220	141	273	183	177	173	175	2342	
病理・細胞診検査	0	1	0	1	0	1	2	2	1	0	0	0	8	

上記 感染症等その他 のうち新型コロナウイルスに関する検査

	2025年										2026年			合計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
PCR検査	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	
抗原検査	60	51	53	62	123	67	65	175	124	105	153	80	1118	

【リハビリテーション部門】 主任医療技師：松下祐二・山越拓郎

スタッフ

- ・理学療法士：1名
- ・作業療法士：1名

業務内容・実績

●外来／病棟リハビリ

- ・施設基準：脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ）
廃用症候群リハビリテーション（Ⅲ）
運動器リハビリテーション（Ⅲ）
呼吸器リハビリテーション（Ⅱ）

・実績：

実人数では、運動器リハが47%と約半数を占めていた。

廃用症候群リハが24%、呼吸器リハが25%と同程度だった。

脳血管疾患等リハは4%と少なかった。

延べ件数では、運動器リハが56%と半数以上だった。

外来／入院では、入院リハビリが多く、算定実人数：90%・延べ件数：94%を占めた。

12月はリハ室改修工事に伴い疾患別リハが算定できなかったため、消炎鎮痛で算定している。そのため、表①へは含まず。表②は各リハ計のみ記載し、総延べ件数に対する割合へは含まず。（以下、表①・②参照）

表①：2025年度 各疾患別リハビリ 算定 実人数

			計
脳血管疾患等	外来	3	7
	入院	4	
廃用症候群	外来	2	44
	入院	42	
運動器	外来	11	87
	入院	76	
呼吸器	外来	3	46
	入院	43	
計	外来	19	184
	入院	165	

総実人数(184人)に対する割合

脳血管疾患等：	4%
廃用症候群：	24%
運動器：	47%
呼吸器：	25%
外来：	10%
入院：	90%

表②：２０２５年度 各疾患別リハビリ 算定 延べ件数

		４月	５月	６月	７月	８月	９月	１０月	１１月	１２月	１月	２月	３月	計
脳血管	外来	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
	入院	0	1	0	0	0	4	14	0	0	0	4	0	23
	各月計	1	1	0	0	2	4	14	0	0	0	4	0	26
廃用	外来	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	入院	44	41	54	55	14	29	27	48	0	0	0	0	312
	各月計	44	41	54	56	14	29	28	48	0	0	0	0	314
運動器	外来	12	10	0	4	0	0	0	1	0	8	7	8	50
	入院	46	80	49	49	81	4	104	77	0	153	142	143	928
	各月計	58	90	49	53	81	4	104	78	0	161	149	151	978
呼吸	外来	4	4	5	7	6	4	3	2	0	3	3	5	46
	入院	43	62	54	48	41	16	9	0	0	19	56	42	390
	各月計	47	66	59	55	47	20	12	2	0	22	59	47	436
各リハ計	外来 計	17	14	5	12	8	4	4	3	9	11	10	13	110
	入院 計	133	184	157	152	136	53	154	125	93	172	202	185	1,746
	各月計	150	198	162	164	144	57	158	128	102	183	212	198	総計 1,856

総延べ件数(1,754 件)に対しての割合

脳血管疾患等：	1%
廃用症候群：	18%
運動器：	56%
呼吸器：	25%
外来：	6%
入院：	94%

●訪問リハビリ [介護保険・医療保険]

・実績：実人数 2 名・延べ件数 4 4 件 [対象者は介護保険のみ]

(以下、表③・④参照)

表③：2025年度 訪問リハビリ 実人数

介護保険	2
医療保険	0
計	2

表④：2025年度 訪問リハビリ 延べ件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
介護保険	3	2	2	2	2	3	8	6	4	4	4	4	44
医療保険	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
各月 計	3	2	2	2	2	3	8	6	4	4	4	4	44

●出前講座

・テーマは「筋活でロコモ予防」・「腰痛について」・「生活の困りごとを道具で工夫」にて実施。

・富岡町にて2回・檜葉町にて6回・広野町にて3回・大熊町にて1回、計12回実施した。

・上記テーマとは別に、富岡町社会福祉協議会にて2回実施。

笑顔ちゃんちゃん教室「転倒予防対策」

介護する家族の集い「転んだ時の対応・床で行うリラックストレッチ」

【栄養管理室】 栄養技師 佐藤 花音

① スタッフ

管理栄養士	1 名
事務補助員	1 名
調理業務（外部委託）	5 名

管理栄養士	1 名
調理師	2 名
調理員	2 名

令和 8 年 3 月時点

② 基本方針

- ・安全でおいしい食事の提供
- ・患者の病状に応じた栄養管理
- ・適切な栄養情報の提供

③ 業務内容

- 1) 給食管理業務
- 2) 栄養管理業務（病棟業務）
- 3) 栄養指導（外来/入院）

④ 提供食事数

(食)

		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
患者食	一般食	198	303	507	585	334	157	379	361	355	785	439	496	4899
	特別食(加算)	180	580	380	392	298	177	154	206	194	99	739	453	3852
	特別食(非加算)	177	3	135	102	123	60	65	51	21	8	8	12	765
	経管栄養	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6	25	0	34
	計	555	886	1022	1079	755	394	598	618	573	898	1211	961	9550
検食		302	309	302	313	312	302	310	300	308	312	281	310	3661
予備食		177	178	168	176	182	175	177	170	184	183	159	181	2110
合計		1034	1373	1492	1568	1249	871	1085	1088	1065	1393	1651	1452	24871

* 特別食：減塩食・糖尿病食・潰瘍食など

⑤ 栄養指導件数

(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	初回	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	再来	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	非加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
入院	初回	0	3	1	0	1	1	1	2	0	0	2	6	17
	再来	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	非加算	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
合計		1	5	1	0	1	1	1	2	0	0	2	7	21

* 合計のうち非加算 1 件

6. 委員会活動

(1) 法令等によるもの

ア 病院運営会議（毎月第4水曜日）

1 活動目的	病院業務全般の円滑な推進を図る
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、院内感染管理者、看護部（外来、病棟）、事務部（総務、医事）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	本会議は、院長からの議題提示および各部門からの報告を基に、病院全体の現状と課題を共有し、運営に関する意思決定を行う場として機能している。 令和7年度は、業務効率化や労働衛生管理の強化、組織体制の見直しが進められた。具体的には、医事会計の応援体制構築による適正な請求業務の遂行、勤怠管理システムによる労働衛生管理の適正化を図ったほか、委員会の要綱の更新、再編や名称変更、担当者の見直しにより組織運営の効率化を推進した。 さらに、COVID 後の発熱外来の運用変更や苦情対応体制の整理、専門外来の整備など、患者対応の改善にも取り組んだ。 加えて、防災関連委員会の統合や訓練実施と災害マニュアルや BCP の更新など災害対策の充実も図った。これらの取り組みを通じ、医療の質向上と安全で効率的な病院運営の実現を目指した。

イ 医療安全管理委員会（毎月第3水曜日）

1 活動目的	医療事故を防止し、安全かつ質の高い医療の提供体制を確立する
2 構成員	院長、副院長、診療部長、放射線技師、検査技師、理学、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、看護部長、各師長医療安全管理者(医療安全対策に係る研修を受けた者)、感染管理担当者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、放射線安全管理者、事務長
3 活動内容	本委員会は、病院全体で安全な医療の提供を推進する組織であり、病院機能の根幹となる委員会である。 ヒューマンエラーが起こりうることを前提として、エラーを誘発しない環境や起こったエラーが事故に発展しないシステム整備、職員の自主的な業務改善・能力向上活動の強化、継続的な医療の質向上を図る活動に、組織全体で取り組み毎月定期的に委員会を開催し、以下の協議・情報共有を行い、患者と医療職員との対等な関係を基盤とする「患者中心の医療」「患者の安全を最優先に考える医療」の実現を図った。

	・医療安全管理対策に関する基準の見直し ・医療訴訟に関すること ・医療事故、インシデント等に関する収集と職員への周知 ・職員研修の企画・実施 、医療安全確保に関すること。 ・医療事故発生時の対応管理及び再発防止対策の立案・推進 等。
--	---

ウ 感染対策委員会（毎月第3水曜日）

1 活動目的	適切な感染対策を推進し安全な医療を提供する
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、院内感染管理者、看護部（外来師長、病棟師長）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	本委員会は医療関連感染を予防し、安全な医療を維持するために病院全体で感染対策を推進する組織であり、病院機能の根幹となる委員会である。毎月定期的に委員会を開催し、以下についての協議・情報共有を行うとともに、院内の安全な医療提供を図った。 ・院内感染発生状況 ・耐性菌検出状況 ・季節性感染症の動向 ・アウトブレイク対応 ・手指衛生状況 ・医療機器関連感染サーベイランス ・感染対策マニュアルの改訂 ・抗菌薬適正使用 ・地域感染情報 ・新規衛生材料等の導入など

エ 薬事委員会（奇数月第2水曜日）

1 活動目的	医薬品の適正かつ効率的な管理・使用を協議・決定する
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、看護部（外来、病棟）、薬剤部

3 活動内容	本委員会では、年間を通じて以下の内容について承認・決定・議論を行った。 ・新規採用医薬品について ・削除医薬品（期限切れ切迫医薬品の継続可否）について ・後発医薬品使用割合について ・その他医薬品について 令和7年度は28品目の医薬品が新たに採用となった。また、後発医薬品の使用率も90%を下回ることなく推移した。 その他医薬品に関する情報としては、近年の供給不足に対する対応・対策などを協議・周知した。
--------	--

オ 褥瘡対策委員会（毎月第2火曜日）

1 活動目的	院内褥瘡対策について討議・検討し効率的な推進を図る
2 構成員	診療部長、看護部（外来、病棟）、薬剤部、栄養部、リハビリテーション部
3 活動内容	本委員会は、褥瘡対策に関する法令を基に毎月決められた日に褥瘡有病率及び褥瘡推定発生率を算出し報告を行っている。 令和7年度は、褥瘡対策カンファレンスに基づく治療方針の決定と病棟における患者毎の褥瘡対策に関する診療計画の作成を推進した。具体的には毎週火曜日に褥瘡ラウンド（院内巡回及び院内巡視）、褥瘡システム入力手順を全スタッフへ伝え（計画内容確認）記録の充実化を図った。 さらに、栄養・薬剤・リハビリと協働で褥瘡勉強会を開催し、感染またはアレルギーのある患者の区別をするため配色トレイの色を変更、体圧分散マットの勉強会、褥瘡に使用する薬剤軟膏等の勉強会を全職員向けに実施した。 今後も他職種と協働し、院内褥瘡対策に努めていく。

カ 輸血療法委員会（年2回）

1 活動目的	輸血及び血液製剤管理運営の推進を図る
2 構成員	副院長、看護部長、医療安全管理者及び院内感染管理者並びに看護部（外来担当、病棟担当）、薬剤部、臨床検査部門、事務部の代表者

3 活動内容	本会議は、輸血及び血液製剤管理運営の推進を図る場として機能している。 令和7年度前期は、日本赤十字社より細菌スクリーニング検査導入に伴う血小板製剤の名称及び有効期限の変更が通知され、7月30日から供給されるために、院内のマニュアルについても委員会の承諾を得て改訂し、新しいものを配布した。また、電子カルテ及び輸血検査システムのアップデートも供給日に間に合うように行った。 さらに、令和7年度中の血液製剤の使用実績、購入総額及び廃棄数、廃棄率の報告、厚労省の指針に基づき、アルブミン製剤が適性に使用されているのかについても検討、報告を行った。 これらの取り組みを通じ、輸血及び血液製剤管理運営が安全でかつ円滑に実施されることを目指した。
--------	---

キ 医療ガス安全管理委員会（年1回開催）

1 活動目的	医療ガスの安全な使用・管理の推進を図る
2 構成員	診療部長・事務次長・医療安全管理者・医療機器安全管理者・病棟看護師・薬剤部
3 活動内容	本委員会は、医療機関内で使用される酸素をはじめとする医療ガス設備に起因する事故を防ぎ、患者と職員の安全を確保することを目的としている。 委員会では、年4回の保守点検報告と日常点検報告を行った。 どちらも大きな問題は無く、引き続き継続的な点検を行う事とした。 また、勉強会の報告を行い、医療ガスの安全な使用推進のための教育・周知を行っていることを確認した。

ク 栄養管理委員会（年2回）

1 活動目的	食事の質の向上及び患者サービスの向上を図る
2 構成員	診療部長、看護部長、看護部（外来、病棟）、事務部（医事）、栄養部門（栄養士、調理従事者）

3 活動内容	本委員会は、患者に提供される食事や栄養管理体制及び給食業務の改善等、食事提供に係る必要な事項について協議することを目的とする。 前期では、令和6年4月から令和7年3月までの食数と栄養相談件数の報告、令和7年4月から8月までの食数と栄養指導実施件数の報告を行った。入院患者数の増加に伴い食数も右肩上がりとなっている。栄養相談件数は同程度となっている。 後期では、令和7年4月から令和8年1月までの食数と栄養相談件数の報告、栄養管理手順書および約束食事箋の改訂を行った。前年度の同時期と比較すると、食数は同程度だが、栄養指導件数は減少した。 その他、食事の誤配膳防止のために関係部署と協議を重ね新たなルールを設け、安全でおいしい食事の提供に努めた。
--------	--

ケ 防火・防災対策委員会（年2回）

1 活動目的	防火・防災管理の徹底と災害発生による被害を最小限に防止する
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長及び事務長並びに看護部（外来担当、病棟担当）、事務部（総務）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	本委員会は、次に掲げる事項を協議し、協議結果を運営会議に報告するとともに病院内に周知する。 令和7年度は1回（6月）開催し、次の議題等について協議を行った。 ・消防計画について 消防法により消防計画策定が求められている。開院時の平成30年4月に策定され、防火管理者（事務長）が変わるたびに計画を変更。災害対策マニュアルの火災対応フローと齟齬がないか確認し必要な修正を行う。なお、災害対策マニュアルの見直しを行った。 ・防火避難訓練について 7月29日に実施。これまでの訓練ではシナリオを読み上げるようになっていたが、半ブラインドでより実効性の高い訓練にすべきとの意見があり。マニュアルに基づき動くようにシナリオを再検討する。 ・令和8年4月1日に災害対策委員会と統合予定。

コ 衛生委員会（毎月1回）

1 活動目的	労働安全衛生法及び福島県病院局職員安全衛生管理規程に基づき、当院職員の健康障害の防止と健康の保持増進及び快適な職場環境の形成促進を図る
--------	---

2 構成員	統括管理するもの、衛生管理者、産業医、衛生に関し経験を有するもの、労働組合または労働者の過半を代表する者の推薦するものの中から指名
3 活動内容	本委員会は、職員の健康障害の防止対策、職員の健康管理、職員の健康保持増進対策、公務災害の原因及び再発防止対策で衛生に係るもの及びその他、衛生管理について調査、審議する。 令和7年度の主な議題として、①超過勤務の状況（病院全体及び部門ごとの超過勤務時間状況）、②勤怠管理システムの集計結果（勤怠管理システムにより在院時間が所定勤務時間からはみ出ている時間を集計）、③年次有給休暇等取得状況（開催前月までの取得状況）、④事務所作業環境測定（執務室の温度、湿度等が基準を下回っている。⑤令和8年度三六協定（2月の本委員会で承認された内容で3月25日に労働基準監督署に届出し受理される）、⑥令和7年度健康診断受診状況（一般健康診断及び人間ドックの受診率は100%。63名中26名が要精検、途中退職1名を除き全員二次検査受診済） なお、四半期に1回集合開催（6月、10月、12月、2月）、その他の月は書面で開催した。

サ 倫理・個人情報保護委員会（年1回随時）

1 活動目的	患者に係る倫理上の事項と個人情報保護に関し審議する
2 構成員	院長、副院長、看護部長、事務長、ふたば医療センター附属病院に所属しない者2名（委員は男女両性を含む）
3 活動内容	本委員会の構成員のうち、当院に所属しない者2名として、福島県厚生農業協同組合連合会と富岡町の職員から各1名を選任。また、女性委員として看護部長を選任した。 令和7年度、患者に係る倫理上の事項と個人情報保護に関し次の3件の審議を行い、すべて承認された。 ・ふたば復興診療所のうつ病患者Aの認知行動療法実践経過の検討 ・COVID19 無症状～軽症患者のための補中益気湯・葛根湯併用による悪化予防効果の検討 探索的オープンラベルランダム化比較試験 ・治療拒否を示した（うつ血性心不全）患者への意思決定支援における看護師－患者間の相互作用 ートラベルビーの人間対人間の関係モデルを用いた分析ー

(2) 当院独自に設置しているもの

ア 患者の人権を守る委員会（毎月第4水曜日）

1 活動目的	当院における診療において、患者の権利が守られているのか、監視を行い、改善を図る
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、院内感染管理者、看護部（外来、病棟）、事務部（総務、医事）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	本委員会は、当院の運営基本方針の重要な骨格であることから、同日開催している病院運営会議に先立って開催している。 令和7年度は、麻薬中毒患者届出の義務・違法薬物使用者の通報、ハンセン病問題の正しい理解、患者からのクレーム対応、面会者名簿、身寄りのない患者の情報収集、セルフネグレクトの患者、つなぎ服等について、協議または情報共有した。その他の取り組みは以下のとおり。 ・身体抑制の必要事項をカルテ記載するため、チェックボックス式のテンプレート作成、身体抑制フローチャートを見やすく修正。 ・サービス向上の一環として通話録音機能を導入。 ・他県の個人情報漏洩を踏まえ、配慮が必要な患者は掲示板を活用。職員が変わっても申し送りができるよう業務マニュアルを整備。 ・院内患者虐待対応として、臨床倫理の基本方針を改訂。相談窓口（事務長）設置。夜間休日問わず報告。緊急時は病院局や関係機関に通告通報。速やかに虐待防止委員会招集し、関係機関に通告等を行う。

イ 質の向上委員会（毎月第4水曜日）

1 活動目的	医療の質と安全性の確保、チーム医療の推進及び診療プロセスの効率化に係る必要な事項を検討する
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、院内感染管理者、看護部（外来、病棟）、事務部（総務、医事）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者

3 活動内容	本委員会は、医療の質の向上活動の周知と教育、安全性の確保と医療安全指標の評価等、医療の質全体の向上に関して情報共有と、方針や施策を決定する場である。 令和7年度も全入院患者に退院時アンケートを行い、テレビ・冷蔵庫の無料化や特殊呼出スイッチを購入。内服薬に対し個別に相談対応などを実施。接遇は、倫理的配慮により誤解のない対応の実施・共有等、いただいた意見へ真摯に向き合い質の向上に向けた対策に取り組んだ。 また、病院機能評価自己点検に対して、入院後急変時対応の基準値検討や電子カルテのマスタ整理・登録を実施。また、個人情報保護に関する意識の向上に向け、研修会を実施、個人情報の保護について全職員に周知。医療の質・医療安全指標の評価は、医療の質指標基本ガイドや全国自治体病院協議会で示す評価ツールについて調査・検討し、この結果を基に、当院独自に作成した評価ツールで次年度より評価を開始する。
--------	--

ウ セーフティーマネジメント委員会（毎月第1水曜日）

1 活動目的	医療事故防止対策を実効あるものにするため、委員会にセーフティーマネジメント部会を設置し、事故の原因分析や事故防止の具体策等について調査、検討する
2 構成員	看護部長、医療安全管理者、各師長、薬剤部、診療部検査、診療部放射線、診療部リハビリテーション、診療部栄養、事務部のセーフティマネージャー
3 活動内容	本委員会は、各部門の医療安全管理の推進に資するため置かれたセーフティマネージャーで構成される組織である。毎月定期的に事故原因分析や事故防止の具体策等について調査・検討するとともに、医療安全管理室の指示により以下の業務を行い医療安全管理の推進を図っている。 ・各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言 ・各職場における医療安全管理に関する意識の向上 (各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等) ・「インシデント事例報告」の内容の分析及び必要事項の記入 ・委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡調整 ・職員に対する「インシデント事例報告」の積極的な提出の励行 ・医療安全・KYT・是正管理・5S ラウンド

エ 感染対策チーム/抗菌薬適正使用チーム会（毎月第2水曜日）

1 活動目的	院内感染の予防および発生時の迅速な対応を図る
2 構成員	副院長、院内感染管理者、看護部（外来、病棟）、事務部、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、リハビリテーション
3 活動内容	令和7年度は、ICT ラウンド、医療機器関連感染サーベイランス、手指衛生サーベイランス、ノロウイルスや手指衛生の研修会など職員教育を中心に継続的な感染対策活動を実施した。活動内容は以下の通り。 【主な活動内容】 ・週1回 ICT ラウンド、手指衛生の実施状況、医療廃棄物の管理 ・手指衛生実施率向上への継続介入、末梢静脈関連感染サーベイランス ・膀胱留置カテーテル関連感染サーベイランス ・抗菌薬適正使用状況確認、発熱患者動向確認、耐性菌検出状況確認 ・標準予防策の研修、手指衛生の研修、ノロウイルス対応研修 ・マニュアルの整備 今後も、感染対策標準化と質向上を図り安全な医療環境維持に努める。

オ 診療録管理委員会（毎月第4水曜日）

1 活動目的	診療録(患者のカルテ)の適切な管理と診療情報の有効活用を図るとともに、診療情報開示に対応を図る
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部（外来、病棟）、事務部（総務、医事）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	医事部門で事前に作成した量的監査チェックシート(退院時要約、手術記録及び同意書などの重要な書類に記載漏れ等がないかを確認するためのシート:形式監査)と質的監査チェックシート(記録と内容との整合性・適正性を点検するためのシート:内容監査)の2つのシートを用いた内部監査を毎月実施した。 また、レセプト(診療報酬明細書)等の質向上及び医師と医事会計間の情報共有等を目的とする、適切なコーディング(レセプトや統計のために、カルテに記載された病名や治療内容を世界共通のコードへ変換すること)をテーマとする会議を年2回行っている。

カ 医療情報システム管理委員会（随時）

1 活動目的	電子カルテや院内ネットワークなどの医療情報システムを安全、適切、及び効率的に運用し、質の高い医療の提供と病院運営の円滑化を支える
--------	--

2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、事務長、事務次長、医療安全管理者、院内感染管理者、看護部（外来、病棟）、医事部門、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	医療情報システムのセキュリティー、個人情報保護及び事故等への対応並びに医療情報システムにおける重要事項の協議・院内周知。 情報セキュリティー体制の構築（見直し含む）、職員に向けた情報セキュリティー研修及び紙カルテ訓練の実施。 患者さんの利便性向上及び職員の業務改善に向けた医療DXの推進。 その他紙カルテ様式の見直し等個別事案に係る課題対応チームの立ち上げ及び運営。 以上の内容について、令和7年度は全13回（課題対応チーム含む）の会合等を開催し、当院の安定的なシステム運営を支えた。

キ 診療材料選定委員会（随時）

1 活動目的	診療材料の適正な選定と運用を図る
2 構成員	院長・看護部長・事務長・医事・医療機器担当・外来師長・病棟師長・診療部各部代表
3 活動内容	昨年度の診療材料選定委員会では、新規診療材料である「クイックトラック」の採用について協議を行った。従来使用していた「ミニトラックⅡ」が販売中止となったことに伴い、代替材料の検討が必要となったためである。クイックトラックについては、使用目的や性能、既存材料との互換性、安全性、供給体制、費用面などを総合的に確認し、臨床現場での継続的な使用に支障がないかを検討した。その結果、診療上必要な材料であると判断し、採用を承認した。

ク 器械備品整備計画調整会議（年1回、随時）

1 活動目的	病院事業の用に供する器械備品の整備に関し、適正を図る
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、看護部（外来、病棟）、事務部（総務）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者

3 活動内容	本会議は、病院事業で必要となる機械備品の整備計画や実施計画等に関する事項について協議している。 令和7年度は、第1回会議において令和8年度から令和10年度までの3年間の機械備品整備に関する優先順位について協議を行い、各部門の意見を取りまとめた器械備品整備計画調査表・資産購入計画書を作成した。 また、第2回会議において令和9年度及び令和10年度の整備計画について再度確認を行い、機械備品整備計画調査表・資産購入計画書を一部変更した。
--------	---

ケ 災害対策委員会（隔月第3金曜日）

1 活動目的	災害発生時における病院の診療機能維持または迅速に回復させるために必要な事項を協議し、体制の強化・充実を図る
2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、看護部（外来、病棟）、事務部（総務、医事）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	本委員会は、災害に強い病院作りを目指し、訓練や研修会の企画/運営、災害対策マニュアル・事業継続計画（BCP）の改訂、備蓄等の管理を行っている。 令和7年度はまずBCP強化の一環として、病院に勤務する全ての部門（委託業者も含む）の、災害急性期における具体的な行動計画を策定した。また災害用備蓄の何が・どこに・どれだけあって、いつまで使えるのか管理できる写真付きのリストを作成するとともに、非常用トイレの整備も行った。 研修会は全3回実施し、職員の関心と知識の向上を図った。 院内災害対応訓練はグループディスカッションを中心とした机上訓練の形で行ったため、参加者それぞれが自分事として設問に向き合い、意見を出し合うことができ、より理解が深まったと考える。当院における災害時の特徴と課題も明確にすることができた。 また、約2年半ぶりとなる災害対策マニュアルの改訂を実施した。

コ 臨床教育管理委員会（随時）

1 活動目的	職員の知識及び技能の習得・維持、及び当院で実習、研修を行う学生や医療従事者の教育に係る諸問題について協議を行い、関係各機関・部門の連携を図る
--------	--

2 構成員	院長、副院長、診療部長、看護部長、事務長、看護部（外来、病棟）、事務部（総務、医事）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	本委員会は、職員の知識及び技能の習得・維持等について、協議を行う。 令和7年度は、2回（5月と3月）開催し、教育・図書・研修部会からの報告等について協議を行った。 ・褥瘡、身体拘束最小化に関する院内研修は、内容によって全員受講した方がよい研修もあるため、研修計画に入れることとした。運営は、部会担当者が責任をもって実施する。研修に参加できなかった職員に対して、重要なものは資料等を配布してミニテストを実施する。 ・出前講座については、年間計画に沿って実施する。なお、町村に日程決定の通知をするときに、事前に要望があるか確認する。 ・令和8年度の研修年間計画、出前講座、新採用者・転入者オリエンテーションについて、全体的な進行等を調整した。

サ 教育・研修・図書部会（年2回）

1 活動目的	公的医療機関で勤務する職員に求められる知識及び技能の習得並びに各専門職域における業務遂行能力の開発を目指し、病院内外での教育及び研修の場を計画的かつ公平公正に提供する
2 構成員	診療部長、看護部長、事務長、医療安全管理者、院内感染管理者、看護部（外来、病棟）、事務部（総務、医事）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者
3 活動内容	本部会は、年間計画に基づく院内研修の調整や院外研修に参加する際の調整に関すること、図書購入・管理等の他教育及び研修のために必要な事項に関することを協議し、協議結果を臨床教育管理委員会に報告するとともに病院内に周知する場として機能している。 令和7年度は年間計画になかった褥瘡や身体拘束最小化各研修についても担当者を決め実施するなど、研修内容の充実を図った。また、研修当日の欠席者に対する参加方法を検討し参加率の拡大に取り組んだ。さらに、院内蔵書の適切な管理のため、当番表を作成し各部署1ヶ月交代で図書室内の蔵書整備を行った。 出前講座を年間計画に沿って実施し、年間計画以外に随時申し込みがあればテーマによって講師に声かけし対応した。その結果、1年間に29件実施することができ、計328名の方に参加いただき、地域住民の健康リテラシーの向上のための情報発信ができた。

シ 看護部看護管理者会（月2回第2、4火曜日）

1 活動目的	質の高い看護サービスの提供と安全管理、円滑な組織運営を図る
2 構成員	看護部長・病棟師長・外来師長
3 活動内容	本会は、病院や看護部全体の方針を伝達し、組織の方向性を統一している。病棟・外来・安全管理部門の状況を共有し、チーム医療や病院運営が円滑に進むよう調整をしている。さらに、各部署から上がった課題や業務改善案について審議し、看護部のルールや方針を決定している。 令和7年度は夜間リーダー育成の強化を目指し、業務マニュアルの改定やチェックリストを用いたリーダー実施者への評価を実施し、それぞれの課題に対する指導助言を検討・実施した。リーダーを複数育成することで、実施可能な業務が拡大し、子育て休暇取得や長期研修参加のための勤務の調整、ゴールデンウィーク・年末年始における人員体制の検討・強化、病棟・外来間での連携の強化が可能となった。また、安全に関しては、特にリスクの高いインシデント報告事例に関して審議し、安全対策の提案を行った。さらに、地域貢献として、大学・大学院・高校・看護協会等からの実習・研修・見学希望を受け入れ、この地域の看護の現状や思いについて、看護を目指す方々と共有した。

ス 看護部教育委員会（毎月第4月曜日）

1 活動目的	質の高い看護を提供するため、看護職者の教育に努める
2 構成員	看護部（外来看護師長、外来看護師2名、病棟看護師2名）
3 活動内容	本委員会は、病院の理念に沿った人材育成、患者への安全な看護の提供、専門職として生涯学習し続けることへの支援のため、構成員と協同し教育を行う場として機能している。 令和7年度は担当制（現任教育、看護研究、新人教育）とし、看護教育を行った。現任教育においては特定看護師と協同し、全看護職員へ講義、テストを実施しフィジカルアセスメントの教育に努めた。看護研究においては外部講師に依頼し、看護研究に関する指導を受け（計4回）課題を提出しながら3組の看護研究者たちが学会発表に向けて推進している。今年度は新人看護師の入職はなかったが、既卒者チェックリストの見直しを行い、教育体制の充実を図った。 クリニカルラダーについては、部署発表会を実施し、互いの発表を聞くことで多くの学びや気づきを感じることができた。 これらの取り組みを通じ、質の高い看護を提供するため、看護職員に対する教育に努めた。

セ 看護部記録委員会（毎月第3火曜日）

1 活動目的	看護記録記載基準の統一や継続的に安全な医療・看護を提供するために看護記録の質の向上を図る
2 構成員	看護部（外来2名、病棟3名）
3 活動内容	本委員会は、看護記録監査を定期的実施している。また、部署毎の課題に取り組み看護記録の充実を図った。 令和7年度は、記録監査の対象を看護技師とし、主任を中心とした小グループでの監査を各部署で実施した。また、委員による監査を偶数月に実施。スタッフ全員のSOAP記録監査も実施しフィードバック行った。病棟では看護プロファイルの記載方法検討に取り組み、外来では定期通院患者（循環器、整形）の看護計画立案やSOAP記録が記載できるよう取り組み、記録能力の向上に努めた。

ソ 看護部業務委員会（毎月第2木曜日）

1 活動目的	看護業務の改善を行い、安全で質の高い看護提供を目指す
2 構成員	看護部（外来、病棟）
3 活動内容	看護業務全体の見直しを行い、安全かつ効率的な医療提供につながる業務改善に取り組んだ。 ① 看護業務の見直し及び改善活動 ② 業務の標準化とマニュアル整備 ③ 医療安全を考慮した業務改善の検討 ④ 業務効率化及び時間外勤務削減への取り組み ⑤ 委員会で検討した内容のスタッフへの周知

タ 特定行為看護師委員会（毎月第2火曜日）

1 活動目的	院内や地域に特定行為について普及活動を行う
2 構成員	院長、看護部長、医療安全管理者、看護部（外来、病棟）

3 活動内容	毎月委員会内で、院内での活動を報告し、情報の共有を行った。マニュアルの見直しや、手順書の見直しを行い、実践に即した内容を目指している。地域の出前講座の講師も務め、研修で学んだ知識を生かし実践した。講座終了時には、特定行為についての説明も併せて行い、地域の住民の方々への理解が深まるよう努めた。 院内でのフィジカルアセスメントの分野ごとの講師を務めるなど意欲的に活動を行うことができた。 今後も引き続き、院内での特定行為について浸透をはかり様々な分野で活動の場を広げられるよう邁進していく。
--------	---

チ 褥瘡対策チーム（毎月第2火曜日）

1 活動目的	当院における褥瘡発生の予防と発生時の早期改善と重症化予防
2 構成員	専任医師：診療部長 専従看護師：外来、病棟
3 活動内容	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員にて、令和7年度の活動としては ① 褥瘡ラウンド（院内巡回及び巡視：毎週火曜日） ② 院内スタッフからの褥瘡対策に関する相談の対応 ③ 院内スタッフへの褥瘡対策に関する知識の指導 ④ 褥瘡の状態を褥瘡栄養管理システムにて（計画・薬剤・栄養）記録内容を確認 ⑤ 院内の褥瘡マニュアルの見直し改訂 ⑥ 高齢の入院患者増加に伴い褥瘡発生予防のため、体位交換枕の使用状況を確認、劣化した枕に関しては破棄し新しい枕を購入。 引き続き上記活動を継続し、褥瘡発生予防に努めていく。

ツ 身体拘束最小化チーム（毎月第1火曜日）

1 活動目的	身体拘束の最小化を推進し、患者の尊厳と安全を両立した医療・看護の提供を図る
2 構成員	診療部長、看護部長、看護部（病棟）、薬剤部、臨床検査部門、リハビリテーションの代表者

3 活動内容	本チームでは、毎月の会議において病棟の抑制患者数を確認し、身体拘束の実施状況や記録内容について検討を行った。 令和7年度は、抑制患者がいない月が多く、看護師の付き添い、観察強化、病室配置の工夫、点滴中の見守りなどにより、身体拘束を行わずに対応できた事例を共有した。一方で、身体拘束を実施した事例では、医師指示や経過表、カンファレンス記録の不備が課題として挙がり、必要な記録の確認体制について見直しを行った。 また、身体拘束フローチャートの修正や、電子カルテ内の記録テンプレート整備を進め、開始・継続・解除時の判断を三原則に沿って記録できるよう検討した。 さらに、記録例の配布、模擬事例を用いた記載練習、院内研修を実施し、職員の身体拘束最小化に関する理解と実践力の向上に取り組んだ
--------	---

テ ハラスメント対策委員会（随時）

1 活動目的	ハラスメントに関する苦情又は相談に対し、適切かつ効果的に対処する
2 構成員	副院長、看護部長、事務長及び委員長より推薦された職員
3 活動内容	本委員会は、ハラスメントに関する苦情又は相談に対し、適切かつ効果的に対処している。 職員の利益の保護、職務能率の向上及び快適な職場の形成を図ることを目的として、ハラスメントの防止及びハラスメントに起因する問題が生じた場合の対応等に関し協議する。 令和7年度の苦情又は相談はなし（0件）。 コンプライアンス研修の開催状況 ※（ ）内は対象者 ・飲酒運転防止（全職員）：5月19日、20日、23日 ・ハラスメント（全職員）：6月20日、7月1日 ・パワーハラスメント（主任主査以上）：2月24日

ト 広報委員会（随時）

1 活動目的	病院における広報活動を推進する
2 構成員	事務次長、看護部長、看護部（外来、病棟）、事務部（総務）、薬剤部、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門の代表者

3 活動内容	本委員会は、病院祭など各種イベントに関する企画・立案から実行までを行うとともに、病院の広報全般について協議・検討している。 令和7年度は、病院祭の出展内容、運営体制、会場レイアウト、ノベルティ配布、職員配置、会場設営などについて議論し、院内説明会実施などの準備を進め、11月8日(土)に開催した。来場者は300名、アンケート結果による満足度は93%であった。 また、ふたばワールド2025の出展に向けた議論も行い、10月11日(土)に看護相談やリハビリ体験などを実施し、当院の周知を図るとともに地域住民の健康増進について支援した。 さらに、参加者や職員の満足度向上に向けた具体的な調整と改善策について議論し、次年度に向けた準備と反省を行った。
--------	---

7. 地域貢献

① 在宅復帰支援

急性期治療終了後、在宅復帰に不安のある患者に対して、医師、看護師、社会福祉士、リハビリスタッフ等が協力し、在宅復帰を支援する。

② 在宅診療

地域の医療機関（かかりつけ医）や訪問看護事業者と連携して、患者の在宅療養を支えている。当院スタッフによる、訪問診療・往診、訪問看護及び訪問リハビリを実施している。

訪問リハビリ実績

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
人数	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
件数	3	2	2	2	2	3	8	6	4	4	4	4

③ 地域包括ケアの推進支援

地域行政、地域包括支援センター、医療機関、介護福祉施設と連携し、地域包括ケアの一環として未治療者・重症化予防対策や認知症への対応を支援する。

認知症初期集中支援チーム員会議出席

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
件数	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1

双葉郡及び町村会議等出席

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
件数	3	3	5	6	4	4	6	5	3	5	4	3

※ 双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会、自立支援型ケア会議、多職種連携会議、地域共生ケア会議、福祉定例会、双葉郡障害者虐待対応・防止ネットワーク会議 等

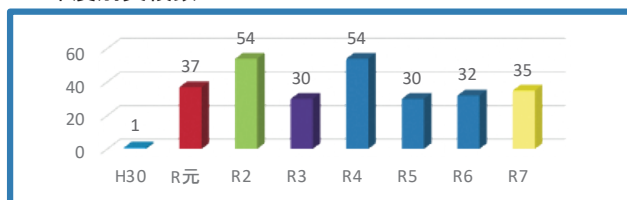
④ 健康増進

出前講座などの開催により、地域住民の方々の疾病予防や健康増進を支援する。

令和7年度 出前講座実績

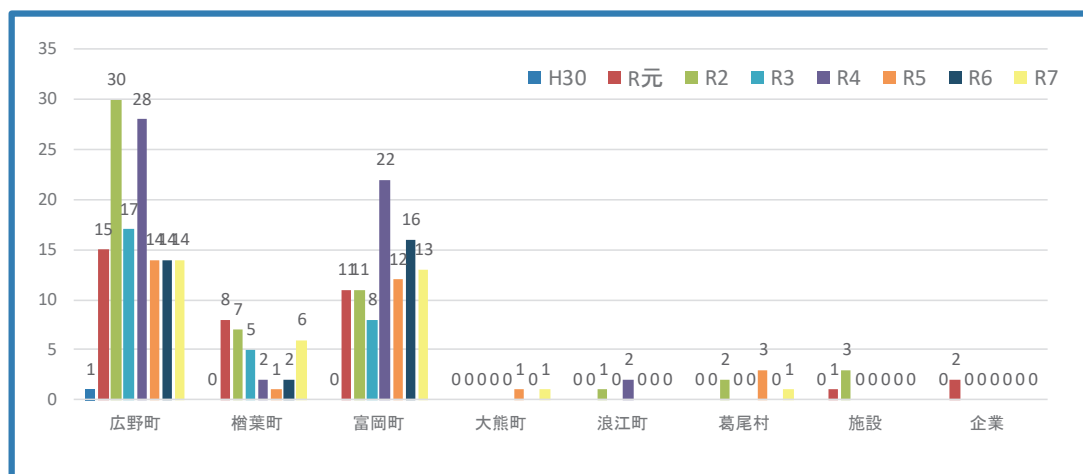
【実績関係】

1 年度別実績数



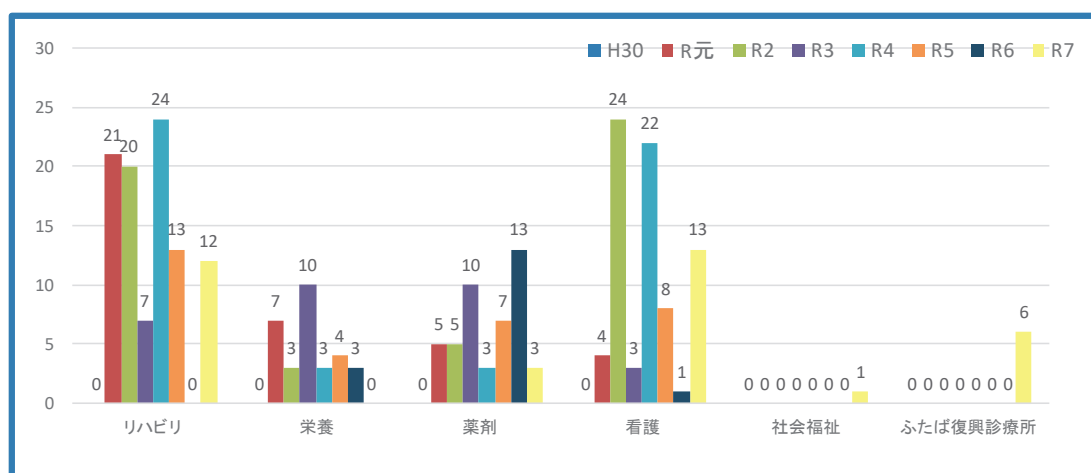
○令和7年度は、前年度から3件増加の35件の実績であった。

2 団体別実績内訳



○令和7年度は、広野町が14件（40.0%）、富岡町が13件（37.1%）と、この2町での実績が多かった。その他は、檜葉町が6件（17.1%）、大熊町と葛尾村が各1件（2.9%）であった。

3 テーマ別実績内訳

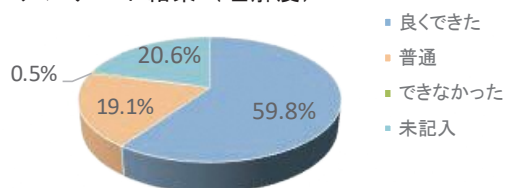


○令和7年度は、看護が13件（37.1%）で最も多く、次いでリハビリが12件（34.3%）、ふたば復興診療所が6件（17.1%）、薬剤が3件（8.6%）、社会福祉1件（2.9%）の実施であった。

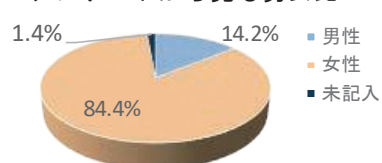
【アンケート集計】

■ 令和7年度アンケート回収総数423件

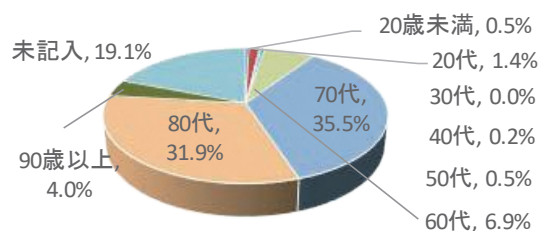
1 アンケート結果（理解度）



2 アンケートから見る男女比



3 アンケートから見る年齢構成



○出前講座に対する理解度は、「良くできた」が59.8%と、多くの方にご理解いただいた。

○男女比は、受講者の8割以上を女性が占めている。

○年齢構成は、70代（35.5%）、80代（31.9%）、が大多数を占めており、90歳以上の参加も4.0%あった。

⑤ その他の活動 「クリーンマNDER」

病院及び周辺の美化活動として、毎月第一月曜、ゴミ拾い・草刈りやイルミネーション飾り等を実施。



8. 教育・学術研究

① 教育実績

令和7年度ふたば医療センター附属病院全職員対象年間実績

教育・研修・図書部会

3月24日

研修分類	研修名	開催日	開催時間	開催場所	講師	参加率	参加人数	参加者の内 看護師の参 加人数	対象者	欠席者向け 対応
倫理とコンプライアンス	個人情報保護	2月13日 2月17日	15:00～16:00	会議室西	村上事務長	60%	37名	18名	全職員	資料配付 課題提出
	医療倫理	7月15日	15:00～16:00	会議室西	谷川院長	45%	24名	14名	医療職	資料配付 課題提出
	情報セキュリティ	8～10月	e-ラーニング研修	各自	デジタル変革課研修	100%	61名	37名	全職員	
	コンプライアンス (飲酒運転防止)	5月19、20、23日	15:00～16:00	会議室西	村上事務長	81%	50名	30名	全職員	資料配付 課題提出
	コンプライアンス (ハラスメント)	6月20日 7月1日	15:00～16:00	会議室西	村上事務長	63%	20名	13名	全職員	資料配付 課題提出
	コンプライアンス (パワーハラスメント)	2月24日	15:00～16:00	会議室西	(株)インソース 伊東聖	100%	13名	6名	管理職員等	
感染	標準予防策・手指衛生	6～9月頃に8回	15:00～16:00	会議室西	感染管理認定看護師 五十嵐明子	100%	68名	37名		
	PPE	6月4、25日 7月2、30日	15:00～16:00	会議室西	感染管理認定看護師 五十嵐明子	100%	66名	37名		
	抗菌薬スペクトル・使用方法	10月7日	15:00～16:00	スタッフホール	薬剤師 三瓶 栄紀	30%		10名	対象 看護部	
	廃棄物の分別	6月11日	15:00～16:00	会議室西	感染管理認定看護師 五十嵐明子	100%		32名	対象 看護部	
	ノロウイルス	11月頃	15:00～16:00	会議室西	感染管理認定看護師 五十嵐明子	100%	69名	35名		
医療安全	診療用放射線の安全利用の ための研修	1月20日 1月23日	15:00～15:30	会議室西	放射線技師	58%	26名	18名	医師 放射線 看護師	資料配付 ミニテスト提出
	医療ガス管理	3月17日	15:00～16:00	会議室西	薬剤師 三瓶 栄紀	26%	15名	7名		
	医薬品安全使用の ための研修	3月13日	15:00～16:00	会議室西	薬剤師 三瓶 栄紀	21%	11名	6名		
	輸液ポンプ・シリンジの取り扱い	2025/9/17、2026/1/19 ・1/26、1/27、1/28、1/3 0、2/13、3/2、3/16	15:00～16:00	スタッフホール	医療機器安全管理担当 木村哲也	97%	32名	32名	看護職 (対象:33名)	
	車椅子からの安全な移乗	9月29日 9月30日	14:00～15:00	会議室西 会議室東	作業療法士 松下 理学療法士 山越	43%	19名	9名	医療職 (一部除く)	
	安全な病院を目指して① インシデントの重要性	10月23日・11 月13日・12月 25日	15:00～16:00	会議室西	医療安全管理者	76%	50名	24名	委託職員除く 全職員	資料配付 課題提出
	安全な病院を目指して② ハラスメント・KYT	2月19日・2月27 日・3月17日・3月 19日	15:00～15:30	会議室西	医療安全管理者	76%	92名	25名	全職員	資料配付 課題提出
	AEDの取り扱い	8月28日	15:00～16:00	会議室西	医療機器安全管理担当 木村哲也	33%	21名	11名		
	高度救命処置講習 (ICLS)	6月 8月	2日間コース	会議室西	谷川院長	100%		5名	看護部新 採用者他	看護部
	初期救命処置講習 (BLS)	7月3・7日	7/3 14時 7/7 15時	大会議室	谷川院長	89%	8名		新規入職者	※1名体調不良 にて欠席
	当院救急車ストレッチャーの 取り扱い	7/14・8/4	15:00～16:00	ER入口	双葉地方広域消防本部 救急救命士	42%	25名	9名	医療職・ 運転手	
災害	当院の災害対策	8月28日	14:00～14:30	会議室西	災害対策委員会 伊賀	33%	23名	11名		
	除染の実際	9～10月頃	15:00～16:00	除染室	災害対策委員会 谷川院長	44%	28名	28名		
	災害時の記録 (クロノロ・情報整理など)	2月16日	15:00～16:00	会議室西	災害対策委員会 阿部	42%	26名	10名		
その他	接遇研修	11月11日 11月18日	15:00～15:30	会議室西	作業療法士 松下祐二 主任看護技師 渡邊朋美	50%	37名	14名	医師・事務 診療部 看護部	資料配付 課題提出
	介護保険と双葉地域の社会資源	6月17日	15:00～15:30	会議室西	社会福祉士 秋元美奈	32%	18名	11名	医師・事務 診療部 看護部	
	褥瘡対策 超高齢者の褥瘡治癒の過程	6月20日	14:00～14:30	会議室西	副主任看護技師 関 和樹	25%	13名	12名	医師 診療部 看護部	後日看護師に は全員講義
	褥瘡治療薬について	3月9日	15:00～15:30	会議室西	薬剤師 鈴木 陽	33%	18名	11名		
	認知症ケア	10月28日 12月2日	15:00～15:30	スタッフホール	副主任看護技師 橋本美穂	57%		21名	看護部	
	身体拘束最小化	1月、 2月3日	15:00～16:00	会議室西	副主任看護技師 油座 隆之	47%	26名	23名	医師 診療部 看護部	
	令和7年度新採用者・転入者 オリエンテーション			大会議室			看護師のべ参加人数	556名		

② 受賞

令和7年度に以下のジャーナルより高被引用論文賞を受賞した

学会名： THE JAPANESE RADIATION RESEARCH SOCIETY	アワード： Highly Cited Review Article Award (2021-2025)	受賞者： Koichi Tanigawa 谷川攻一	受賞論文： Case review of severe acute radiation syndrome from whole body exposure: concepts of radiation-induced multi-organ dysfunction and failure. Journal of Radiation Research, Volume 62, Issue Supplement_1, April 2021, Pages i15– i20, https://doi.org/10.1093/jrr/rraa121	受賞日： 2025/10/24
--	---	---------------------------------	--	--------------------

③ 発表・講演

No.	発表者	タイトル	学会名	開催地	開催日
1	谷川攻一	福島第一原子力発電所事故避難指示解除地域の医療の現状と課題、そしてこれから	第31回日本災害医学会総会	新潟市	2026年3月19日
2	Koichi Tanigawa	Medical System Development in the affected area 13 years after the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident	Invited lecture: International Advanced Training Course on Stakeholder Engagement for Recovery After Nuclear Disasters	Okuma, Futaba-gun	2025/10/29

④ 著書

No.	著者	タイトル	掲載誌	出版年	ページ
1	谷川攻一	放射線被曝	オールラウンド外来診療ガイドブック、 中山書店	2025	p42-43

【看護部】

双葉郡における高齢の糖尿病患者の課題について

～その人らしい暮らしを最後まで支えるために必要なことを事例を通して考える～

発表者 主任看護技師 五十嵐 明子

双葉郡は震災後の帰還に伴い高齢化が急速に進行しており、高齢化率は平均 37%と全国平均を大きく上回っている。医療・福祉資源が限られる地域特性の中で、高齢糖尿病患者への継続的支援は重要な課題となっている。特に軽度認知機能障害（MCI）や認知症を有する高齢糖尿病患者では、セルフケア能力低下により治療継続困難や救急搬送につながる可能性がある。そこで、永渕ら（2019）が抽出した「軽度認知機能障害とともに生活を送る高齢者等糖尿病患者への看護介入」および「軽度認知機能障害とともに生活を送る高齢者糖尿病患者をサポートする人々の調整」に関するカテゴリー・サブカテゴリーを参考に、双葉郡における高齢糖尿病患者支援の現状と課題を整理した結果、独居または高齢夫婦世帯が多く、服薬・食事管理の困難さや医療・福祉資源の不足が明らかになった一方で、家族や地域住民による見守り、多職種連携による支援調整の重要性が示された。今後は認知機能に配慮した個別的支援と地域包括的な支援体制の強化が必要であると考えられた。

この報告は、2025 年 5 月「いわき糖尿病療養指導・看護を考える会」にて発表した。

9. 主な行事・視察・来訪

2025 年

4 月 14 日(月) 復興副大臣視察



興水復興副大臣が当院を視察。院長から地域医療の提供体制や復興に向けた取組について説明を行う。

6 月 26 日(木)～27(金) ICLS



看護師、消防職員などが参加し、心停止に対する初期対応とチーム蘇生の実践的な訓練を実施。

7 月 29 日(火) 防火避難訓練



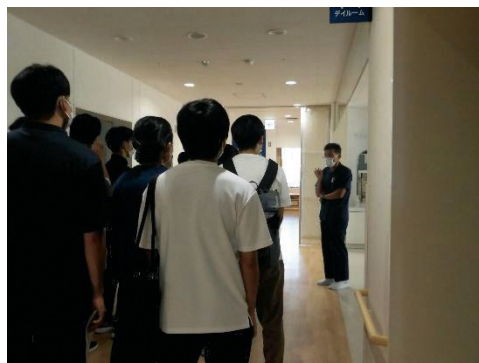
火災発生を想定した通報・初期消火・避難誘導訓練を実施。

7月30日(水) 相双保健福祉事務所主催地域医療体験研修



福島県立医科大学医学部3年生に対して地域医療の現状や当院の役割について紹介。

9月3日(水) 東北大学医学部1年生被災地体験実習



東北大学医学部生1年生の学生が来院し、院長による講義と院内見学を行う。

10月4日(土) 県立病院対抗ソフトボール大会



職員の親睦を深めるとともに、県立病院間の交流を図る。

10月5日(日) とみおか復興ロードレース



医師・看護師が救護班及び救護ランナーとして参加。

10月11日(土) ふたばワールド出展



川内村で開催されたふたばワールドに参加し、地域住民との交流を図る。

ふたばワールド2025アンケート結果

○年齢

10代以下	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	無回答	計
0	9	3	8	20	19	39	1	99

○住所（市町村別）

富岡町	新地町	相馬市	南相馬市	浪江町	双葉町	大熊町	葛尾村	川内村	楢葉町	広野町	双葉郡 未記載	
3	0	0	5	0	0	0	0	1	0	3	11	
福島市	二本松市	本宮市	郡山市	小野町	須賀川市	田村市	矢吹町	猪苗代町	いわき市	県外	無回答	計
3	1	2	10	1	3	12	1	1	33	4	5	99

○住所（地域別）

県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	県外	無回答	計
6	26	1	1	0	23	33	4	5	99

○満足度

	大変満足	満足	ふつう	不満	かなり不満	計
血圧測定・パルスオキシメーター測定	35	26	13	0	1	75
体力チェック	47	33	11	1	0	92
リハビリ相談	5	5	4	0	0	14
看護相談	7	7	2	0	0	16
薬剤相談	4	5	3	0	0	12

※ 握力測定者141名

10月18日(土) 福島県防災訓練 (DMAT)



DMAT 隊員が白河市で実施された防災訓練に参加。

11月8日(土) 病院祭



晴天に恵まれ、300 名以上が来場。普段見ることのできない院内見学の機会を通じて、幅広い世代の方々に当院への理解を深めていただく機会となる。

12月16日(月) オンラインクリスマスコンサート



オンライン開催。ピアノ、バイオリン、チェロの演奏で、院内がクリスマスの雰囲気包まれる。

12月19日(金) 防火避難訓練



消防の指導の下、夜間を想定した防火避難訓練を実施し、火災発生時の初動対応および避難誘導手順の確認を行う。

2026 年

3月3日(火) 院内災害対策訓練



災害を想定したシナリオに基づき、座学で事業継続計画やマニュアルに沿った対応を議論。

3月11日(水) 福島医大共同研究機関視察



福島県立医科大学と放射線被ばく治療薬の共同研究を行う台湾の LIVO PHARMA CORP 御一行、山下俊一副学長、国際交流センター嶋本雅子国際調査官が来院。

【2025 年度視察等対応】

	国	県	他自治体	医大	町村等	消防	施設等	企業・団体	大学等	計
4 月	1	1				1			1	4
5 月				1			1			2
6 月						1				1
7 月		1						2		3
8 月		1							1	2
9 月	1								2	3
10 月		3			1		1			5
11 月									1	1
12 月		1					1		1	3
1 月		2				1			2	5
2 月					1			1	1	3
3 月				1						1
計	2	9	0	2	2	3	3	3	9	33

【2025 年度研修・実習受入（医師関係）】

No	日 時	内 容	受講対象	人数
1	4月15日～4月16日	高次臨床修練	東北大学医学生	1
2	6月11日～6月12日	クリニカル・クラークシップⅡ実習	宮崎大学医学生	1
3	7月14日～8月10日	臨床研修医派遣受入	福島県立医科大学研修医	1
4	7月30日	地域医療体験研修	福島県立医科大学医学生	15
5	8月28日～8月29日	クリニカル・クラークシップⅡ実習	宮崎大学医学生	1
6	9月3日	令和7年度被災地体験実習	東北大学医学生	42
7	9月10日	令和7年度被災地体験実習	東北大学医学生	43
8	9月10日～9月11日	高次臨床修練	東北大学医学生	1
9	1月28日～1月29日	クリニカル・クラークシップⅡ実習	宮崎大学医学生	1
10	2月10日～2月11日	クリニカル・クラークシップⅡ実習	宮崎大学医学生	1

合計 107

【2025 年度研修・実習受入（看護師、救急救命士関係）】

No.	実習期間	実習参加人数	実習時間	研修・実習内容	所 属
1	4月1日～5月14日	3 名	5 日間	救急救命士就業前病院実習	双葉消防本部
2	5月1日～2月28日	38 名	4 日間	救急救命士等就業後病院実習	双葉消防本部
3	6月26日～6月27日	2 名	2 日間	ICLS研修	福島県立南会津病院 福島県立宮下病院
4	7月2日	4 名	0.5 日間	在宅看護学実習	医療創生大学 看護学部
5	7月22日	1 名	0.5 日間	高校生の一日看護体験	福島県看護協会
6	8月7日～8月8日	4 名	2 日間	ICLS研修	福島県立南会津病院 公立相馬総合病院
7	9月30日	2 名	0.5 日間	災害看護学実習（放射線看護学）	福井大学大学院生 弘前大学大学院生
8	10月6日	1 名	1 日間	認定看護管理者教育課程セカンドレベル	福島県看護協会
9	10月21日～10月23日	2 名	3 日間	インターンシップ実習	福島県立ふたば未来学園高等学校
研修・実習等 参加者合計				190	名

10. 医療安全管理活動報告

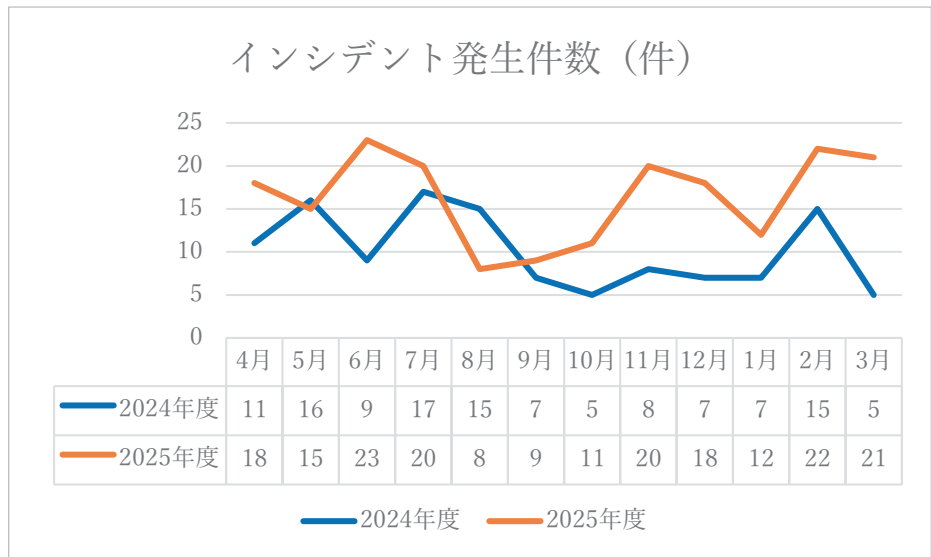
令和 7 年度 医療安全管理活動報告

1. 2025 年度 活動と結果

(1) 医療安全管理室カンファレンス実施

毎週水曜日に前週のインシデントレポートの周知と対策の評価、また院内でのリスクを議題とし多職種で組織横断的に解決案を検討し提示した。

スタッフから何がインシデントに該当するか分からないという意見があったことを受け、インシデントの書き方の学習会を開いたことで、気付き報告も含めたたくさんのレポートの提出が見られた。



(2) 各部署への安全活動の促進

- ・医療安全管理マニュアルの周知徹底のため、ラウンド用紙を部署の独自性を加味し修正。各部署の回答率を算出し、理解度を把握に努めた。また結果は委員会でフィードバックした。その後、ポスター等作成しさらなる周知に努めた部署もあった。
- ・各部署での「タッチ & コール」を推進し、毎朝勤務前に注意点を声に出すことでインシデント防止に努めた。

(3) 気づき報告の促進

インシデントになる前の気づきレポートの重要性を研修で取り上げたことで、2025 年は気づきレポートの提出が 36 件あり、その中から素晴らしい気づきと思われる 4 点を、医療安全管理室メンバーで選出し表彰した。

優秀賞

◎翌日の朝食時の配薬ケースにエリスロシンが倍量入っていることに気づいた

◎ベッド柵に手を挟みそうになっていたところを発見した

◎翌日の朝食時の配薬ケースにオロパタジンが倍量入っていることに気づいた

病棟スタッフ Yさん

◎救急カートの薬剤を確認した際、ドブタミンの使用期限が先月までのものに

なっていたことに気づいた

病棟スタッフ Hさん



気づき報告のおかげで、インシデントが防げました。

皆さんの気づきで大変助けられた一年でした。
引き続きご協力お願いいたします。

2026.3.18 医療安全管理室

(4) 病院内でのスマートフォン取り扱いについてのポスター作成・掲示

(5) 医療安全標語の募集・表彰

各部署から標語を募集し、院長を始めとする管理者で優秀作品を選出し、院内優秀作品を表彰。その中の1点が福島県病院局管理者賞を受賞。

慣れた作業 見直す心 事故防ぐ

(6) 福島県立病院医療安全担当者院内ラウンド

各県立病院医療安全管理者と病院局安全管理担当者が2025年10月24日当院を訪問し、当院の医療安全活動の報告を行った。当院のセーフティ委員が実施している医療安全ラウンドの回数や正解率の提示やインシデントカンファの実施状況を説明すると、他院と比較し充実した活動であるとの評価であった。

(7) 医療安全報告レポートを作成し、周知。「麻薬投与時の注意」「食事介助の注意」

医療安全報告 No.1

福島県ふたば医療センター附属病院

他院で朝食を介助中、患者の呼吸状態が悪化。窒息が疑われる症状を呈し、その後処置を施すも死亡に至った事例が発生しました。

食事介助が必要な患者様のベッドサイドには、吸引器や酸素流量計の設置がされておらず、状態悪化後にそれらの物品を準備・設置したということでした。

高齢者の食事介助は特に注意しましょう。食事摂取でも死亡することがあります。患者の覚醒状態や嚥下状態には常に注意を払い、何かあった際すぐに対応できるように準備をすることが重要です。

嚥下機能が低下しているとアセスメントした患者には、酸素投与や吸引がすぐ施行できるように準備をするという意識と習慣を心掛けましょう

いつ何時にも備えは必要

医療安全報告 No.2

福島県ふたば医療センター附属病院

他院において麻薬製剤を持続注入中、指示を誤って解釈し過量に投与した事例が発生しました。

医師指示を看護師2名で電子カルテの画面を見ながらダブルチェックしたそうです。疑問はあったが、自分たちで解釈した指示内容を実施してしまったとのことでした。

シリンジポンプの使用は特に注意しましょう。

薬剤の種類によってはリカバリーがもたないことがあります。

微量投与が必要だからこそこのシリンジポンプです。薬剤の薬効や使用方法は、事前に理解しておきたいものですね。

《周知事項》

①医師指示が不明瞭であれば、主治医に確認する。

②シリンジポンプでフラッシュを行う際は、1時間量の記載ではなく、
固定量とする。 ☒ △ml/h ☐ 1回量△ml

何かおかしいと感じたら、まず確認を。

(8) 是正管理の実施

・改善計画書実施状況

2025 年 評価日超過						
	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
件数	3 件	5 件	12 件	13 件	5 件	8 件
完了	3 件(3 月)	5 件(3 月)	12 件(3 月)	13 件(3 月)	4 件(3 月)	7 件(3 月)
達成率	100%	100%	100%	100%	80%	88%
	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
件数	7 件	6 件	4 件	3 件	3 件	4 件
完了	6 件(3 月)	5 件(3 月)	2 件(3 月)	1 件(3 月)	0 件(3 月)	0 件(3 月)
達成率	86%	83%	50%	33%	0%	0%

2. 今後の課題

- ・2025 年上半期は是正管理対象数が多すぎて、効率的に進めることができなかった。後半は是正管理の対象の選定を変更したが、未完了も多く残った。そのため効率的な進め方の検討が必要。
- ・各部署でのさらなる安全活動の促進（KYT の実施など）。
- ・業務が一部の委員に偏り過ぎているため、委員の役割り見直しの検討。

11. 感染対策活動報告

令和7年度感染対策チーム（ICT）活動報告書

1. はじめに

感染対策は医療の質と安全を確保するうえで重要な取り組みであり、ICTは院内における感染予防および感染管理の推進を目的として活動している。令和7年度は末梢静脈カテーテルサーベイランスに初めて取り組んだ。また、手指衛生サーベイランスの強化、資材管理や感染対策の資材の導入、研修会の充実等実施したためその結果について報告する。

2. 活動内容

1) サーベイランスの実施

・末梢静脈カテーテル関連感染および静脈炎サーベイランス

末梢静脈カテーテルによる感染は見られなかった。

静脈炎については別紙1を参照。

・膀胱留置カテーテル関連感染サーベイランス

膀胱留置カテーテルによる感染の発生はなかった。

当院の膀胱留置カテーテル使用比の中央値は0.11であり、全国（当院と同じ規模施設）の25パーセンタイル値 0.12未満に位置し、比較的低値で推移していた。よって、膀胱留置カテーテルは適正に管理されていると考えられる。

・手指衛生遵守状況の把握

外来のアルコール使用量については目標を達成することが難しい状況にあった。設置型の手指消毒剤を増やしてみたものの使用量は伸びなかったため、来年度は手指消毒の使用タイミングや量について指導していく。

外来の業務内容から目標値について再評価したところ、診察介助の前後、バイタル測定の前後で関わるが多いため令和8年度から目標値を6回から4回に変更とした。

病棟はおおむね目標を達成していたが、個人使用量にばらつきがみられたため、指導継続していく。

診療部は目標達成していた。

・感染症発症状況のモニタリング

抗菌薬の使用によるクロストリデオイデス・ディフィシルの発生が時々見られたものの、対策を講じたため感染拡大はなく終息した。

緑膿菌や MRSA についてはほとんどが持ち込みであり、院内伝播と思われるものは 1 件程度であった。COVID-19 や季節性インフルエンザのクラスター発生もなく感染対策が適切に行われていた。

2) 院内ラウンド

- ・定期ラウンドの実施（週 1 回水曜日）

開催は 100% でありラウンド結果については部署ごとにまとめた。

（別紙 2）

3) 教育・研修

教育内容については以下を実施した ①～④に関しては全職員対象

- ① 標準予防策・手指衛生（講師：五十嵐）

実施日：5/8,14,22,28,29,30 参加率：100%

- ② PPE（講師：五十嵐）

実施日：6/4,25 7/2,30 参加率：100%

- ③ ノロウイルス（講師：五十嵐・油座・酒井・結城）

実施日：11/5,6,25,27 12/22,24,26,27 1/6,14,23 参加率：100

- ④ 結核について（講師：阿部）

実施日：3/25 参加率：26%

- ⑤ 抗菌薬スペクトル・使用方法 対象：看護部

実施日：10/7 参加率：30%

- ⑥ 廃棄物の分別（講師：五十嵐・油座・酒井） 対象：看護部

実施日：6/11 他 参加率：100%

①～③に関しては短時間・少人数制の実践型研修を実施した。特に感染対策の基礎および実践技術の向上を目的としたため実践を重視とした。

アンケート結果については別紙 3 参照。

4) ATP 測定

【目的】

環境表面の清掃状況は目視では評価が困難であるため、ATP 測定器を用いて数値化し環境清掃の実施状況および清掃の質を客観的に評価することを目的とした。また、測定結果を現場へフィードバックすることで清掃に対する意識向上および感染対策の実践強化を図ることを目的とした。

【結果】

別紙 4 参照。

【評価】

ATP 測定により、環境表面の汚染度を数値として可視化することができた。

清掃前後の比較では ATP 値の低下が認められ、清掃による汚染除去効果を客観的に確認することができた。また、測定結果をフィードバックすることで、清掃手技および環境管理に対する意識向上が認められた。

5) 資材の導入と変更および追加

① 手袋の変更（モレーンコーポレーションのグレイシアゼロに変更）

目的：コンパクト化と手袋の自然落下による廃棄を押さえるため

評価：自然落下による手袋廃棄量が減った

② アルコールディスペンサー追加

目的：ディスペンサーを設置することで手指消毒が容易に行えるようにするため

評価：ディスペンサーを設置したが、使用量増加には至らず

③ 石鹸の変更とディスペンサーの設置

目的：手荒れの軽減ならびに水回りの環境を整えるため

評価：ディスペンサー設置により水回りの水撥ねや湿潤環境の改善につながった

④ ペーパータオルの変更

目的：コスト削減と摩擦による手荒れ軽減

評価：使用感が良いとのこと、手荒れの訴えも軽減している

⑤ お針箱の変更

目的：取手のついたお針箱を採用することで持ち歩きの習慣をつけるため

評価：持ち歩くことが増えた。使い勝手がよくなったとの声あり

⑥ 手指消毒剤の変更

目的：ヴィルキルからサニサーラに変更することで使用感が良くなること、コスト削減につながる

評価：乾燥が早くベトベトしないということから使用量アップを期待する

3. 全体評価

令和 7 年度の取り組みにより

- ・全職員が参加可能な教育体制を構築できた
- ・実践型研修と継続指導により感染対策の現場定着が促進された
- ・ATP 測定導入により環境管理の客観的評価が可能となった
- ・膀胱留置カテーテルサーベイランスは全国水準と比較し良好な結果であった

以上より、感染対策の実践レベルは向上したと評価する。

4. 課題と令和 8 年度の方針

1) ATP 測定の判定基準の見直し（500 以下基準の再検討）

2) 個人差のある手指衛生のさらなる平準化

3) サーベイランスの継続と精度向上

4) 感染管理マニュアルの改訂

5) ラウンドチェックシートの見直し

今後も、教育・環境・サーベイランスを一体的に運用し感染対策のさらなる質向上をめざす。

5. 総括

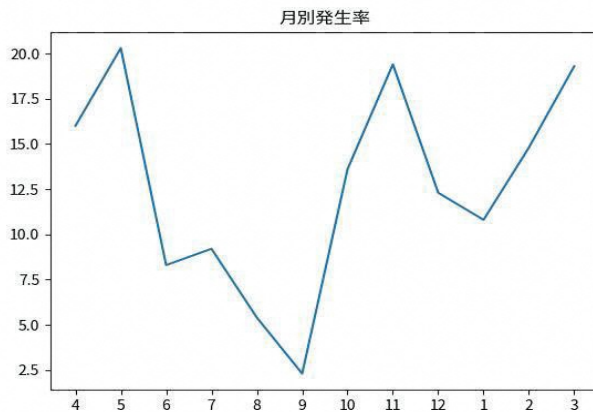
実践重視型研修と継続的な現場指導により、職員の理解と行動変容が促進され、手指衛生および環境管理の質の向上が若干ではあるが認められた。

サーベイランスにおいても全国水準と比較し良好な結果を維持しており、当院の感染対策は一定の成果を示した。

2026.4.9 ICT 感染管理特定認定看護師 五十嵐 明子

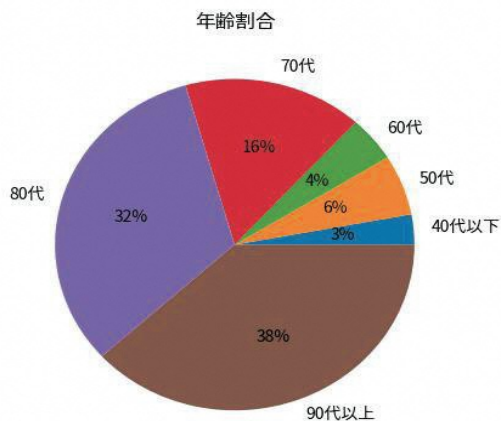
末梢静脈カテーテル関連静脈炎 年間報告(令和 7 年度) 別紙 1

【概要】静脈炎発生は使用比と相関せず、高齢・薬剤・初期管理・再発が主因。



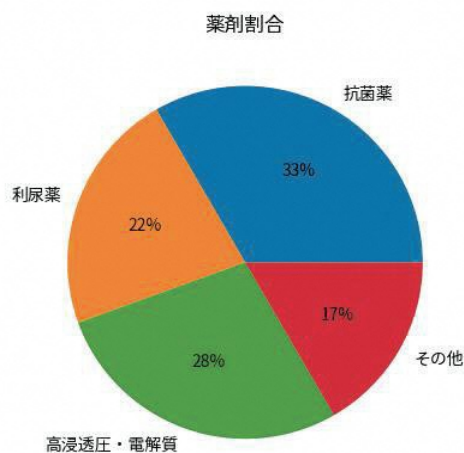
【月別発生率】

当院における令和 7 年度の末梢静脈カテーテル関連静脈炎発生率は、2.3～20.3%で推移し、4～5 月および 10 月以降に高値、6～9 月に低下する傾向を認めた。使用比は 0.30～0.51 の範囲で大きな変動はなく、静脈炎発生率と明確な相関は認めなかった。



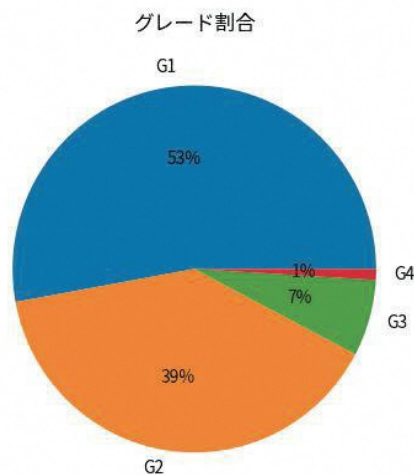
【年齢割合】

年齢については、静脈炎発生者の 70%は 80 歳以上であるが、入院患者に占める年齢とほぼ同率であると推測される。



【薬剤割合】

抗菌薬、利尿薬(ラシックス)、高浸透圧輸液、KCL 含有輸液など刺激性の高い薬剤使用患者で発生が多い傾向を認めた



【グレード割合】

G1:55 件 G2:41 件 G3:7 件 G4:1 件(計 104 件)

静脈炎のグレードは 1,2 が大半であり、重症例(グレード 3,4)は散発的であった。

発生時期は挿入後 1～3 日目に集中していた。

【まとめ】

当院における末梢静脈カテーテル関連静脈炎は年間を通じて発生にばらつきを認めたが、使用比との明確な関連は認めなかった。発生の多くは 80 歳以上の高齢患者に集中しており、血管脆弱性などの患者要因が大きく影響していると考えられた。

また、静脈炎は挿入後 1～3 日目に集中して発生しており、留置期間よりも刺入時および初期管理の影響が大きい可能性が示唆された。さらに、複数の月で特定患者における反復発生が認められ、全体の発生率上昇に影響していた。

薬剤に関しては、抗菌薬、利尿薬、高浸透圧輸液など刺激性の高い薬剤使用患者において発生が多くみられた。

以上より、静脈炎発生は使用量ではなく、高齢患者・薬剤特性・初期管理・反復発生の影響を強く受けていると考えられた。

今後は、ハイリスク患者の抽出と共有、刺激性薬剤投与時の対応統一、挿入後早期の観察強化、フラッシュ・ロック方法の統一、アクセスポート・接続操作の再教育が必要である。

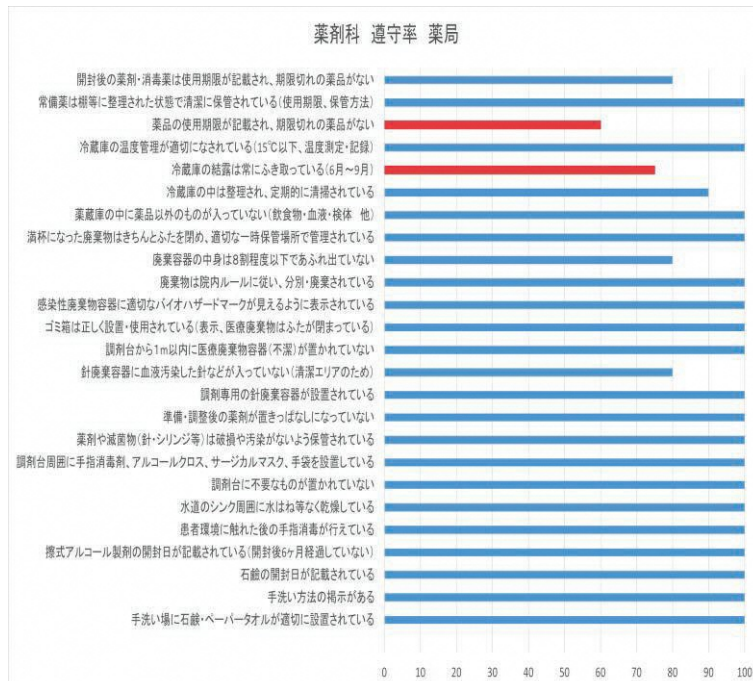
次年度は令和 7 年度のデータを基準とし発生率が低減するよう活動していく。

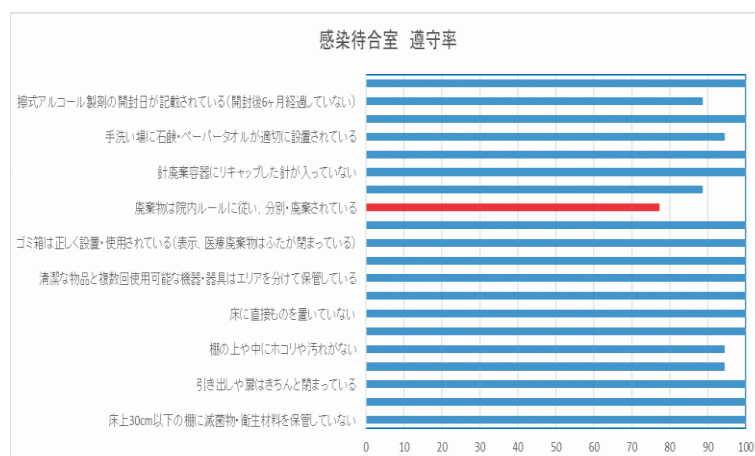
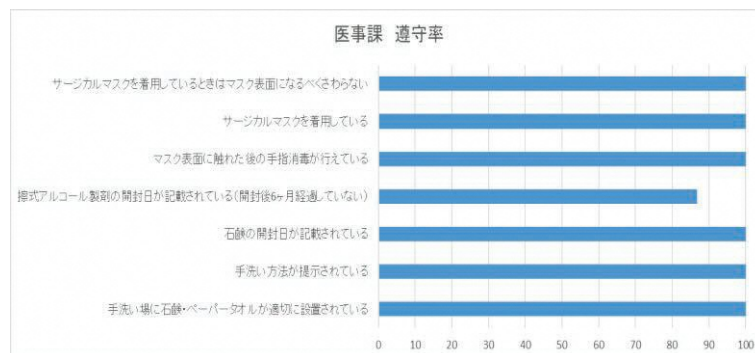
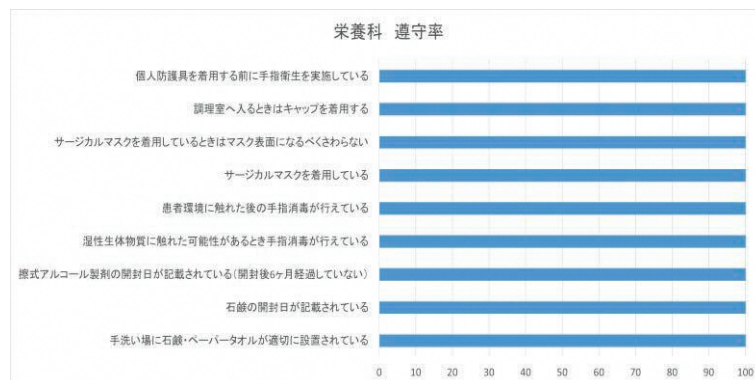
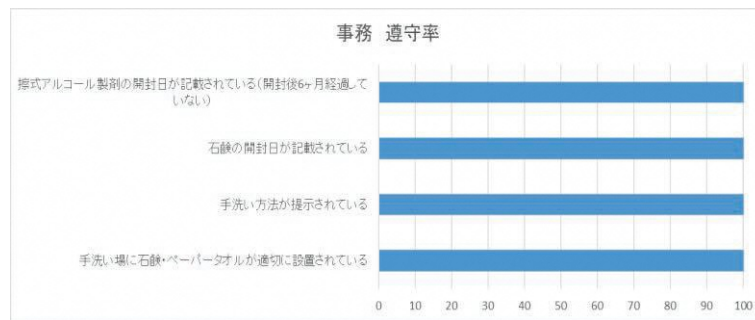
R8.4.6 ICT 感染管理特定認定看護師

五十嵐 明子

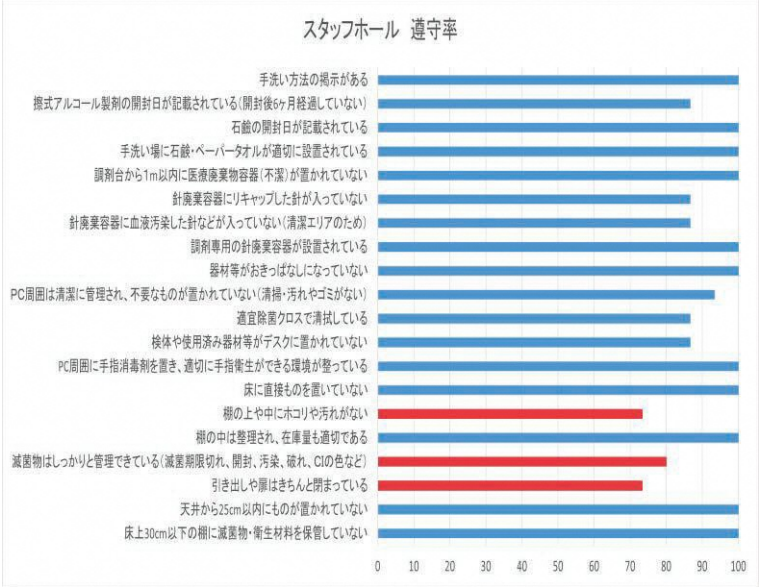
令和 7 年度 院内環境ラウンド結果まとめ 別紙2

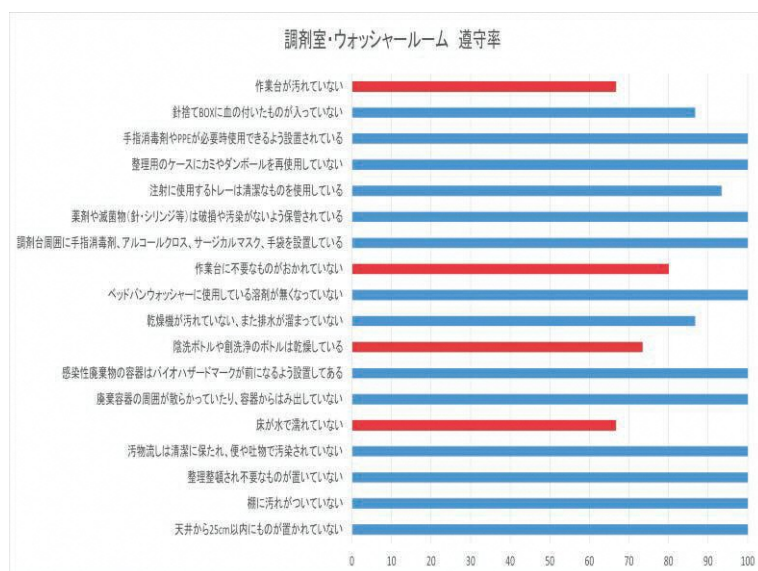
※遵守率 80%未満の項目は赤色となっている

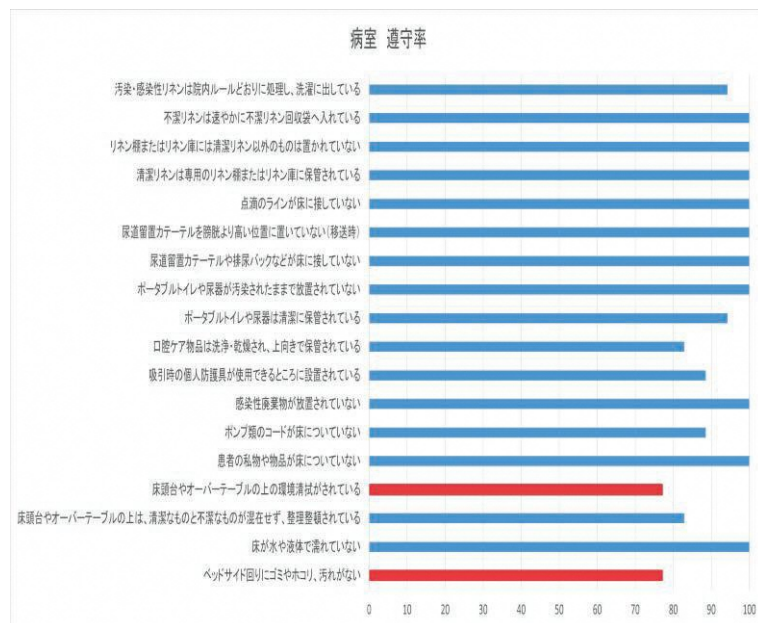
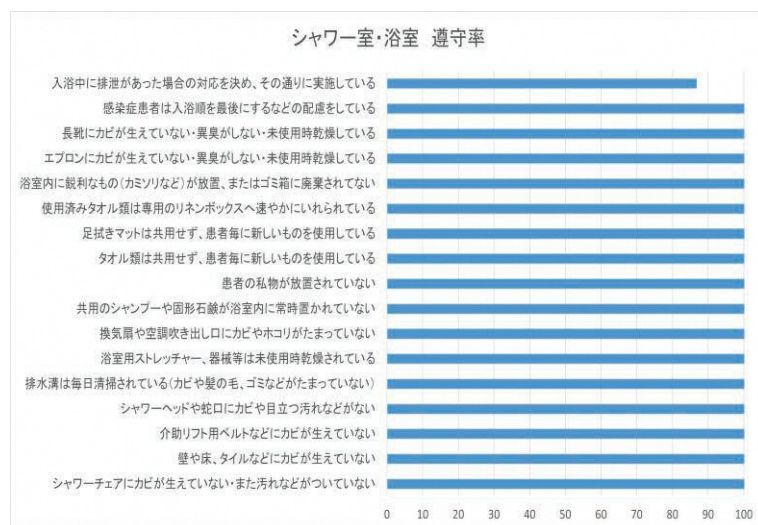
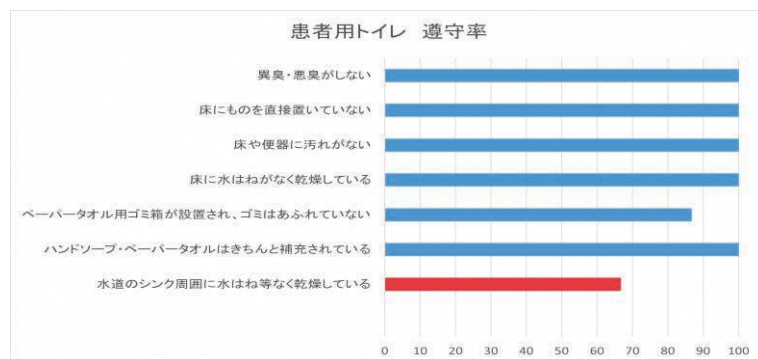


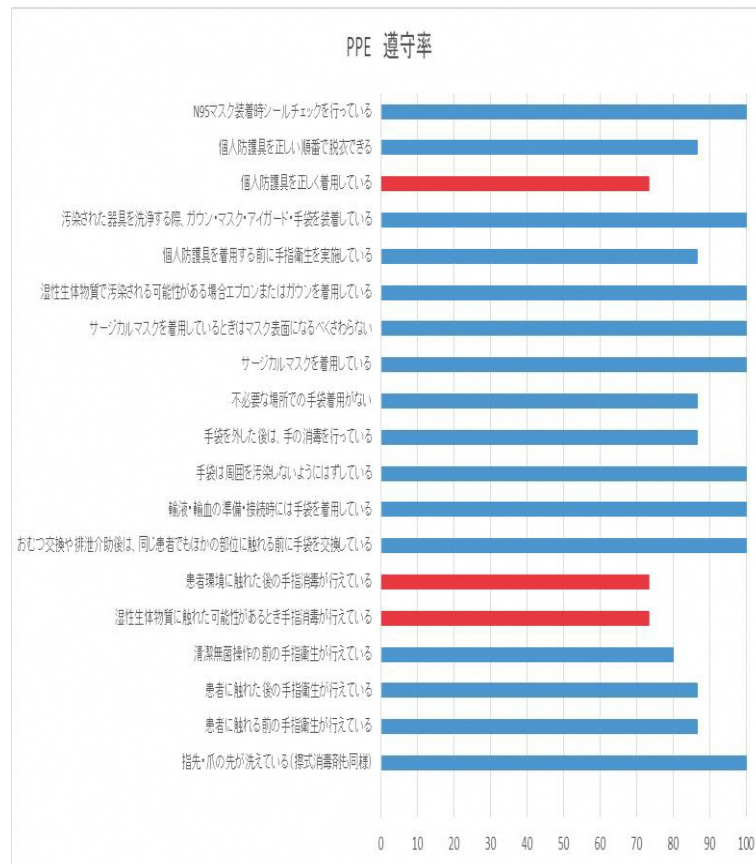












I. 概要

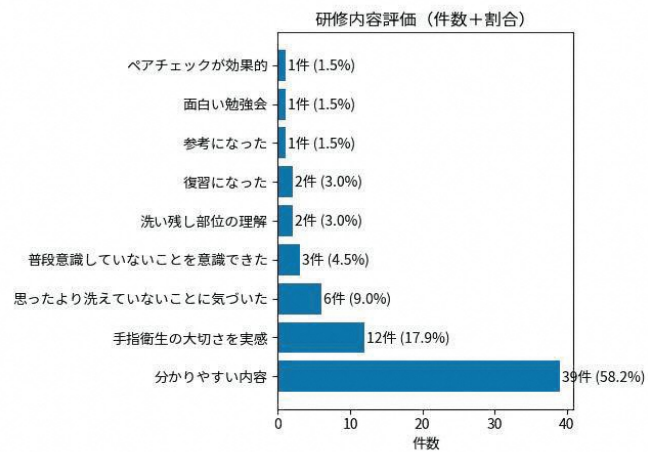
対象:標準予防策・手指衛生研修

回答数:69 名

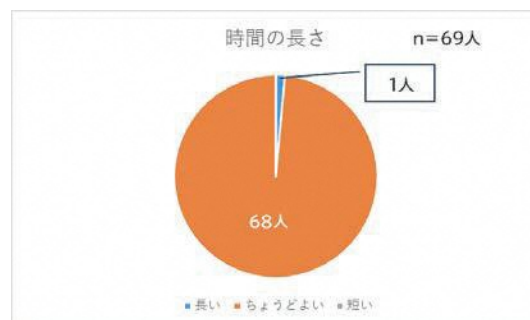
アンケート回収率:100%

II. 結果

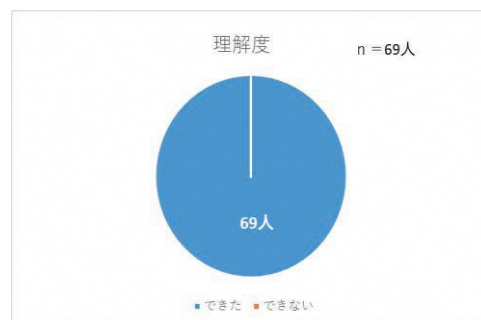
1. 研修内容評価



2. 時間評価



3. 理解度評価



Ⅲ. 評価

理解度は 100%であり、研修内容の分かりやすさおよび実践的演習の有効性が確認された。
特に手洗い残しチェックにより、手指衛生への意識向上と行動変容が認められた。

Ⅳ. 今後の課題

- ・継続的な演習による定着確認
- ・環境整備および PPE 教育との連携強化
- ・職種別課題の抽出と対応

2026.4.9

感染管理特定認定看護師 五十嵐 明子

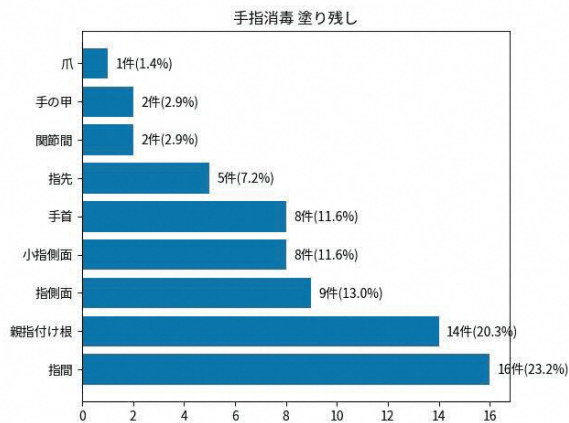
手指衛生評価(塗り残し・洗い残し分析)

開催日:2025.5/8,14,22,28,29,30

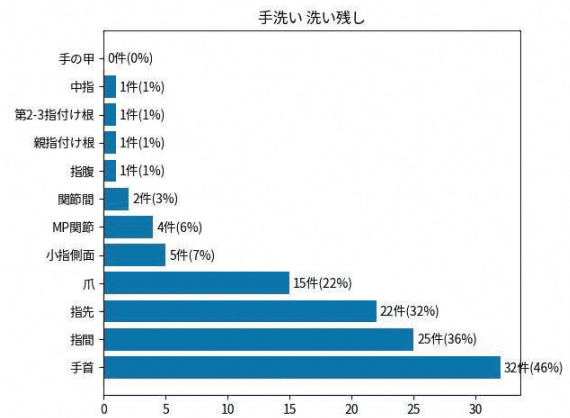
講師:五十嵐

対象:69 名 参加率:100%

I. 手指消毒 塗り残し



II. 手洗い 洗い残し



III. 評価

塗り残し・洗い残しともに『指間』『手首』『親指付け根』に集中しており、手技上の弱点が明確となった。特に手洗いでは手首(46%)、指間(36%)、指先(32%)と高率であり、重点指導が必要である。

IV. 今後の対策

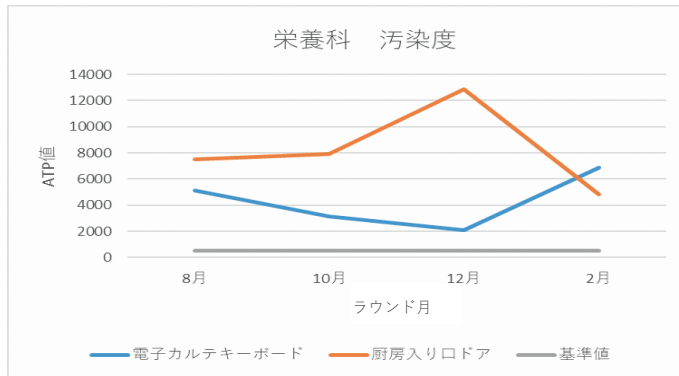
- ・指間、手首、親指周囲の重点指導
- ・実技演習の継続
- ・定期的な可視化評価(蛍光法・ATP)

2026.4.9

ICT 感染管理特定認定看護師 五十嵐 明子

令和 7 年度 環境汚染度測定結果まとめ 別紙 4

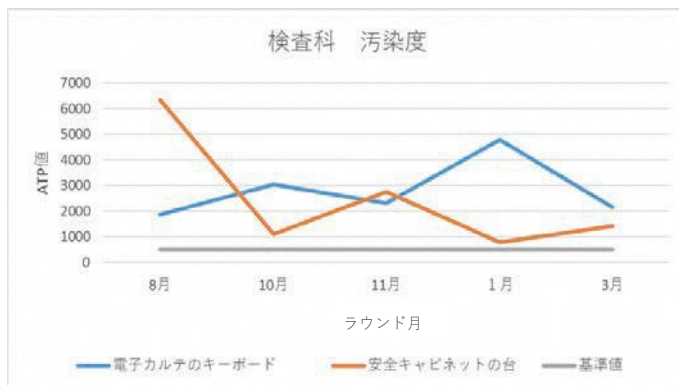
令和 7 年度 9 月より ATP を測定し汚染度の可視化を実施してきた。その結果を報告する。
基準値は 500 以下



栄養科	8月	10月	12月	2月
電子カルテキーボード	5146	3147	2073	6857
厨房入り口ドア	7480	7895	12870	4845

【評価】

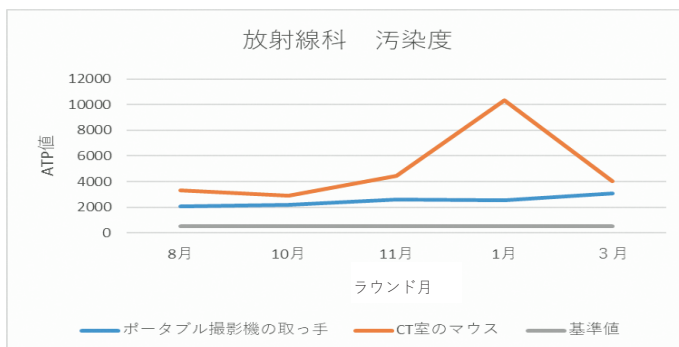
手指接触頻度の高いキーボードの管理が不十分であるが、厨房動線の清掃は効果がみられています。



検査科	8月	10月	11月	1月	3月
電子カルテのキーボード	1873	3044	2294	4786	2145
安全キャビネットの台	6340	1102	2750	778	1414

【評価】

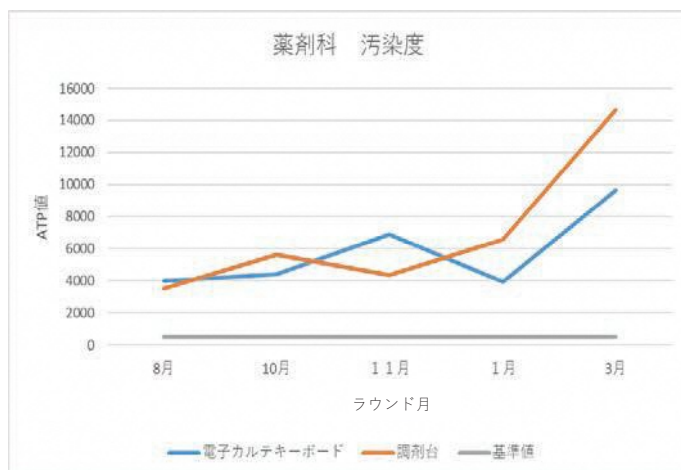
環境管理(清掃・消毒)は改善傾向にあります。



放射線科	8月	10月	11月	1月	3月
ポータブル撮影機の取手	2076	2182	2613	2533	3095
CT室のマウス	3323	2875	4438	10328	4032

【評価】

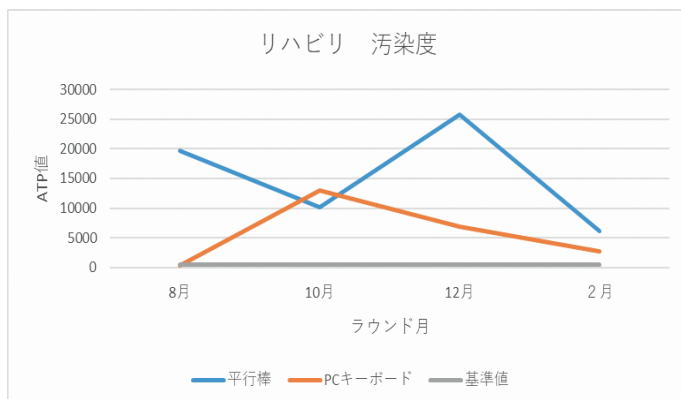
一時的な清掃不足または行亮増加による汚染増大が疑われるが、その後、改善しており使用後の清掃が習慣化してきています。



薬剤部	8月	10月	11月	1月	3月
電子カルテキーボード	3967	4414	6911	3945	9657
調剤台	3513	5609	4355	6597	14642

【評価】

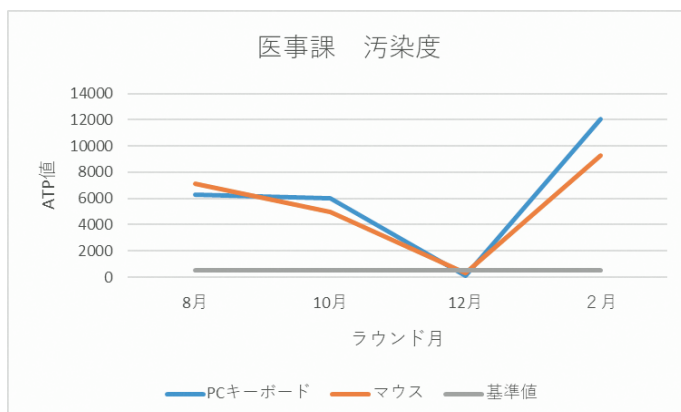
業務量増大によるものと推測されるが、清潔操作が求められる環境のため調剤前後での清掃を実施してください。



リハビリ	8月	10月	12月	2月
平行棒	19631	10134	25815	6094
PCキーボード	343	13031	6851	2689

【評価】

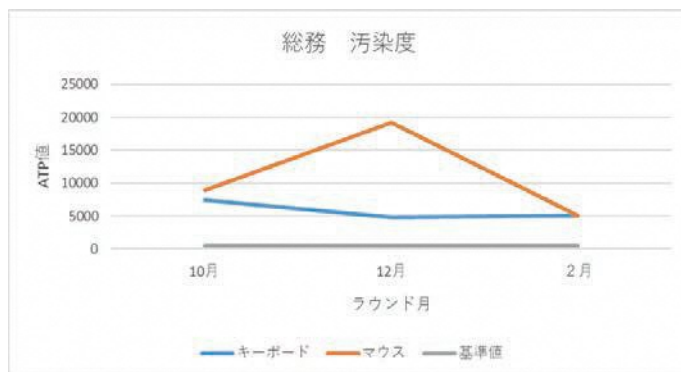
患者接触頻度の高さに比例した高汚染がみられる。環境特性上やむを得ない部分があるが、患者使用後は清拭を実施してください。



医事	8月	10月	12月	2月
PCキーボード	6307	6041	109	12075
マウス	7123	4964	282	9249

【評価】

一時的に改善が見られたものの、再上昇していることから清掃の継続ができていないため、使用後は清掃するよう習慣化してください。

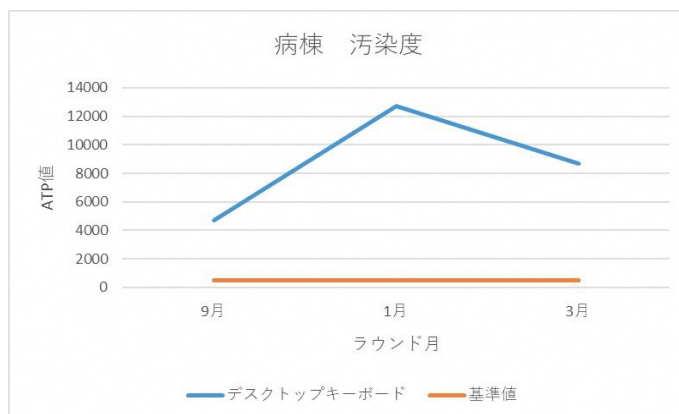


事務	10月	12月	2月
キーボード	7364	4791	5076
マウス	8961	19196	5108

【評価】

使用後は清掃するようにしてください。

病棟



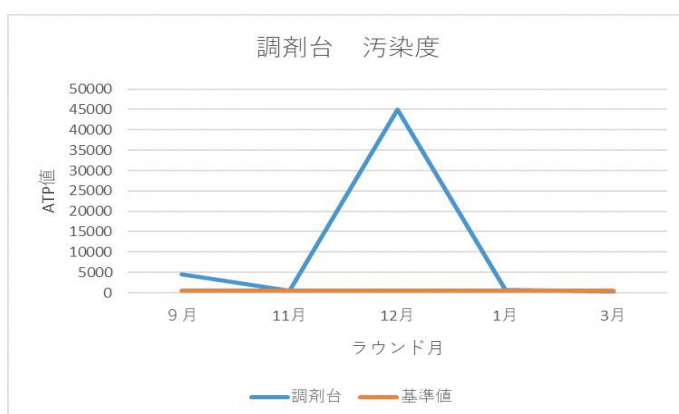
病棟	9月	1月	3月
デスクトップキーボード	4727	12713	8660

【評価】

全期間を通して基準値を大きく超えており、慢性的な汚染状態です。

病棟のキーボードはケアの前後、手袋着脱前後、看護記録入力時、複数の職種の共用といった要素が重なりやすく、汚染されやすい部位です。

終業後等、清掃する習慣化を身につけて下さい。

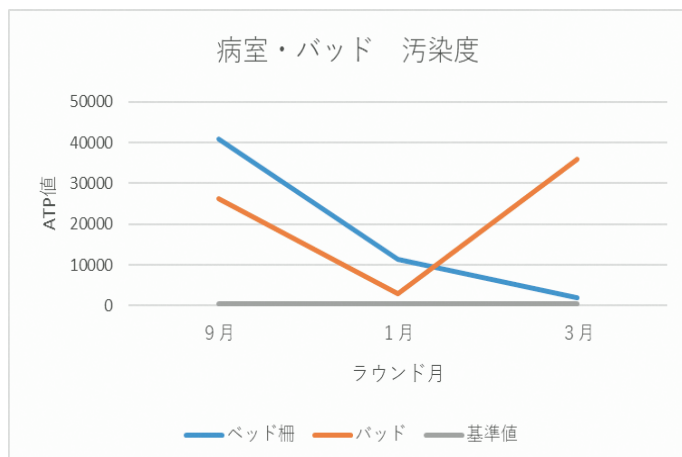


	9月	11月	12月	1月	3月
調剤台	4493	506	45076	788	388
基準値	500	500	500	500	500

【評価】

11月は基準値に近づき、1.3月は基準値以下から基準値近くまで改善しています。

12月の異常高値は清掃の未実施や清拭タイミングの逸脱などが強く疑われますが改善されていますので引き続き清掃をお願いします。



	9月	1月	3月
ベッド柵	40916	11364	1979
バッド	26229	2860	36068

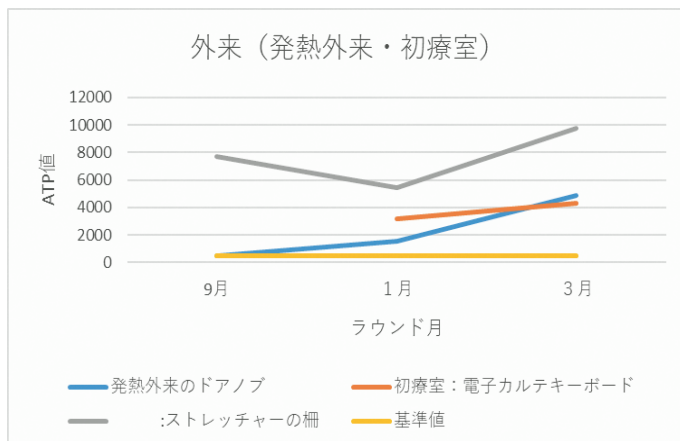
【評価】

ベッド柵は改善傾向にあるが、バッドの汚染は強くなっています。

バッドは点滴の持ち運びに使用するため患者への感染リスクが高くなります。

使用前後清掃するよう徹底してください。

外来



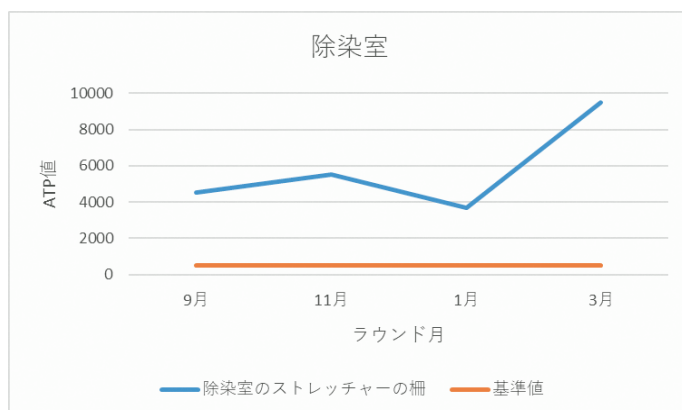
外来	9月	1月	3月
発熱外来のドアノブ	479	1535	4870
初療室：電子カルテキーボード		3193	4276
：ストレッチャーの柵	7732	5406	9754

【評価】

ドアノブ、ストレッチャーの柵などは患者やその家族、スタッフが繰り返し触れる高頻度接触面です。

発熱患者や救急搬送患者はどのような感染症を持っているかわからないことや外傷患者も多いことから環境汚染リスクが高い場所であり、ATP の値から清掃頻度が追いついていない可能性があります。清掃方法や頻度の見直しをお願いします。

カルテに関しては環境整備が後回しになる傾向が反映されている可能性があります。

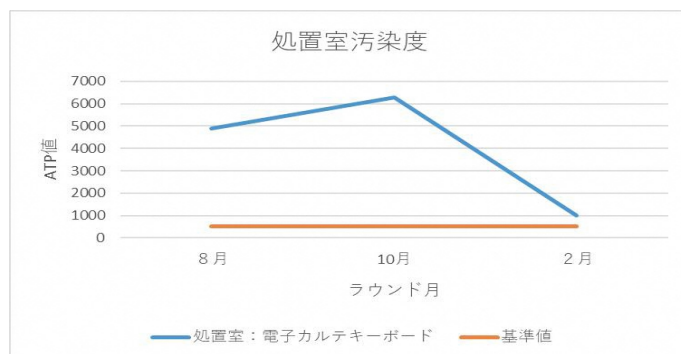


	9月	11月	1月	3月
除染室のストレッチャーの柵	4552	5533	3698	9513

【評価】

ストレッチャーの柵は患者接触が直接反映されやすく、使用後ごとの清拭清掃が不十分か、清拭清掃が徹底されていないか、方法が適切でないかが問われる部分です。

そのため、始業前の清掃、使用後毎の清掃の標準化をお願いします。

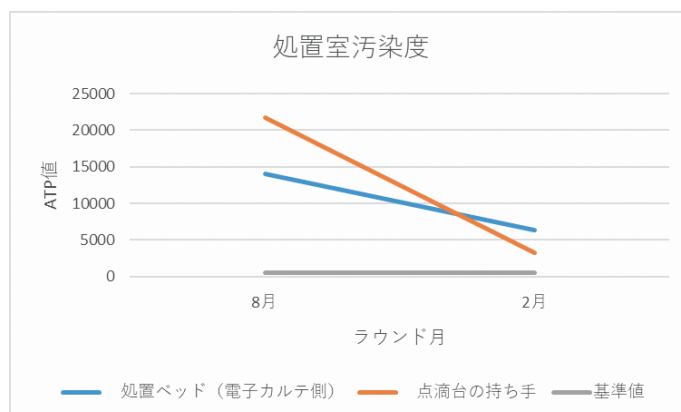


	8月	10月	2月
処置室：電子カルテキーボード	4881	6281	1017

【評価】

高値で推移していましたが、2月に改善しています。

これは清掃の意識づけが進んだ可能性があり、継続をお願いします。



	8月	2月
処置ベッド（電子カルテ側）	14015	6357
点滴台の持ち手	21682	3257

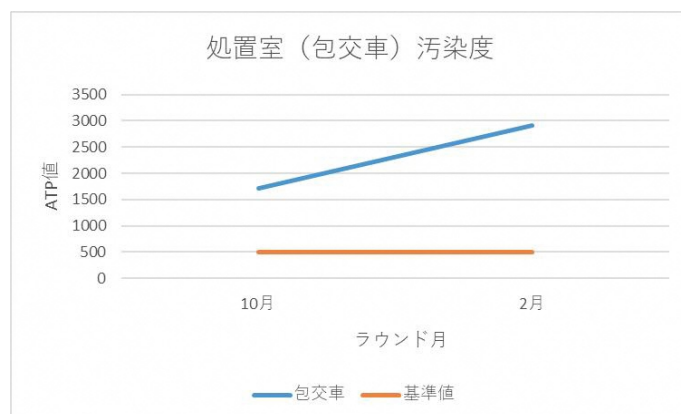
【評価】

大幅に改善がみられています。

始業前の清掃や使用後の清掃が習慣化した結果だと考えます。

基準値よりは高値のため、清掃方法の見直しをお願いします。

クリネルで清拭してからアルコールクロスで清拭しているか確認をお願いします。

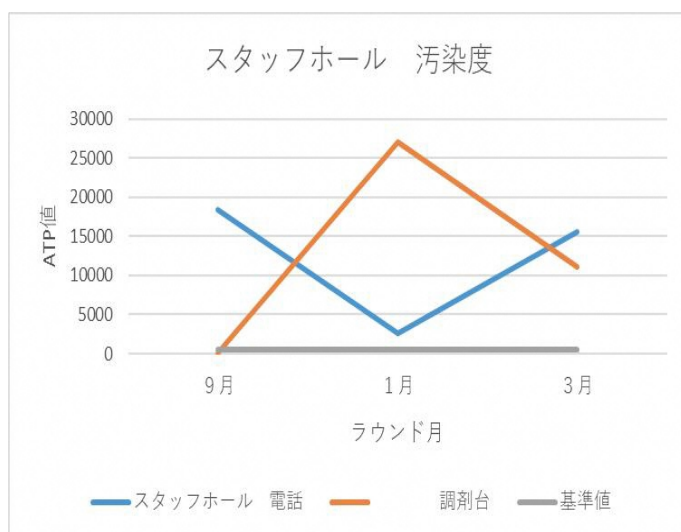


	10月	2月
包交車	1719	2911

【評価】

包交車は処置物品を扱うため、本来より清潔管理が求められます。そのため、使用前後での清掃の徹底をお願いします。

また、清潔区域・不潔区域の徹底をお願いします。



【評価】

固定電話の清掃が行き届いていない可能性があります。

調剤台に関しては、使用前後での清拭清掃がなされていない可能性が高いですので清掃方法の統一をお願いします。

【総合評価】

ATP 測定の結果、全体的に基準値の 500 以下を上回る高値で推移しており、特にキーボード、ベッド周囲、ストレッチャー、電話など高頻度接触面において顕著な汚染が認められた。一方で、調剤台や処置室環境など一部においては、清掃介入後に改善が認められ、適切な介入により環境汚染は低減可能であることが示唆された。しかし、多くの項目で再上昇がみられ、清掃の継続性および標準化に課題があると考えられる。

以上より、現行の基準値 500 以下は理想値として意義はあるものの、現場の実態との乖離が大きく、評価指標としては達成困難であることが明らかになった。今後は、段階的評価基準を導入し、現実的な目標設定と継続的改善の可視化を図る必要がある。

【令和 8 年度の方針】

ATP 測定による環境管理は継続しつつ、評価基準を段階的指標へ変更する。特に高頻度接触部位を重点対象とし、清掃の標準化および実施の継続性を強化することで、環境汚染の低減を図る。

2026.4.9 ICT 感染管理特定認定看護師

五十嵐 明子

12. 看護師消防業務研修実施報告

看護師消防業務研修実施報告

看護部長 梅宮照子

1. 概要

福島県ふたば医療センター附属病院（以下、当院）は、救急告示病院ならびに二次救急医療機関として地域における救急医療の確保、維持に努めている。開院後8年が経過し救急医療を取り巻く環境は多様化・高度化しており、救急搬送患者への迅速かつ適切な対応を行うためには、医療機関と消防機関・救急隊との密接な連携が不可欠である。

このような背景のもと、救急現場の実際を理解し、救急看護実践に活かすこと、また救急隊や消防署職員の業務への理解を深めることを目的として令和7年度に双葉消防本部の協力を得て、当院救急外来に勤務する看護師を対象とした消防業務研修を実施した。

研修では、救急車同乗実習をはじめ、通信指令室の見学を通して、119番通報受信から現場活動、医療機関搬送に至るまでの一連の流れを学び、地域救急医療を支える体制について理解を深める機会となった。

2. 研修期間

令和7年6月1日～令和7年10月31日

＊上記期間の平日で1名あたり3日間の研修

3. 目的

- （1）救急の現場を知り、救急看護の実践に活かす。
- （2）救急隊や消防署に勤務する方々の業務を理解する。
- （3）救急隊との連携を深め、救命の連鎖および地域の救急医療の向上を目指す。

4. 研修参加者

当院の救急外来に勤務する看護師10名

5. 研修場所

双葉消防本部および楡葉分署

6. 研修内容

- ・消防組織および救急体制の概要
- ・救急車同乗実習
- ・通信指令室業務見学
- ・消防予防業務見学、実習
- ・救急活動に関する説明、意見交換 等

7. 研修成果

救急車同乗実習では、救急要請から現場活動、医療機関搬送までの流れを実際に体験した。研修が平日の3日間であったため、救急車同乗体験ができなかった看護師もいたが、救急車に車載されている様々な資機材の説明と取り扱い訓練を実施し、現場での12誘導心電図伝送と画像伝送のシミュレーションを行うなど限られた時間の中で迅速かつ的確な判断を行う救急隊の活動を学ぶことができた。また、通信指令室見学を通して、119番通報受信から出動指令までの過程や、地域救急医療を支える体制への理解を深めることができた。さらに、双葉管内での震災急性期の消防活動から現在までの経過、管内の復興と消防の関わりについて理解を深めることができ、災害時の役割認識が向上し、今後の救急看護実践につながる有意義な研修となった。

8. 研修実施後のアンケート結果

(1) アンケート実施期間

令和7年10月14日～令和7年10月27日

(2) 回答数

研修生10/10名（回答率100%）

(3) 質問項目

① 研修に参加して

ア. よかった。（8名） イ. まあよかった。（2名）

【主な理由】

- ・救命士の資格を持っていたとしても救急だけでなく、火災の対応や通信指令などに配属になることもあり、様々な業務をこなさなくてはならないことが理解できた。
- ・救急業務以外にも災害や火災に対して命がけで職務を全うするために日々の訓練を怠らない姿勢に頭が下がる思いであった。
- ・救急の出動現場は2つとして同じ状況ではなく、にもかかわらず迅速に対処している姿がみられた。相互理解ができた部分もあり今後のコミュニケーションに活かそう。
- ・病院前救護の実際を間近で見られたことはとても勉強になった。また、現場を通して改めて初期評価の大切さを実感した。
- ・症例の振り返りでは三次救急案件の事例も知ることができ、勉強になった。
- ・消防といえば、消火活動・災害現場の救助活動・救急搬送は想像できるが、火災を未然に防ぐために地域住民に防火・火災意識啓発・学校等に出向き広報活動を行い、立ち入り検査や違反処理等、人命救助の最前線にいることを改めて知ることができた。
- ・3日間のプログラムを組んでいただき、出動がない時間でも放水訓練や救急訓練、予防教育など救急以外の業務に従事していることが理解できた。
- ・現場での観察や処置、病院選定など迅速な対応、判断力の必要性を知ることができた。

② 研修で一番印象に残っていること（自由記載）

- ・本部見学で、高速道路上での交通事故による救急要請があり、電話上で状況把握を行っていた。
- ・CPA 患者の現場出動に同乗させていただいた。隊長が指示し隊員がそれぞれの役割を担っている場面に直面し、患者・家族の対応を即判断し、同時進行で行っていく難しさを実感した。予め情報は入手していても、実際到着してみると緊迫した中で、いかに迅速に的確に救助するかチームワークの素晴らしさを実感した。
- ・救命士と看護師の立場で互いに求めることなど情報交換ができたこと
- ・消防業務に同行させてもらい、地域の道路や建物、住民の情報を熟知し業務に活かされていた。
- ・シミュレーションでのアドレナリン投与や車内収容までの時間計測だけでなく ROSC の要因や安全管理の観点まで振り返り、隊員同士が積極的にコミュニケーションを取りながら実施している様子が印象的だった。
- ・自分たちの自己研鑽に怠らず、シミュレーションを行い、フィードバックし、業務に反映している。資機材について使用方法を各自理解し、点検を確実に実施していた。
- ・要請があった時だけの活動でなく、発生を予防する活動も行っていること。

③ 研修後に活かしていること（自由記載）

- ・救急要請の入電があった際には、過酷な現場で活動していることを考えながら対応している。
- ・早く病院搬送できるよう必要な情報を短時間で聞き取るようにしている。
- ・良好なコミュニケーションにより、ホットラインの対応が円滑になった。
- ・転院搬送時の際、バイタル等の情報の伝え方
- ・日々業務の安全確認
- ・始業時の点検確実に
- ・物品の整理整頓、使用後の清掃や物品補充が徹底されていたため、当院でも見習っている。
- ・消火器が20メートル以内に1本あることなど、院内の消防用設備を確認した。

④ 研修後活かしていきたいこと（自由記載）

- ・救急隊からの情報を100%信頼するのではなく、切迫した状態で得た情報であることを念頭におき情報収集する。
- ・シミュレーションの時間や CPR の評価を行う。
- ・機材の取り扱いをしっかりと確認、理解しておく。
- ・救急隊の無駄のない動きとチームワークを見習い、チームで行動できるよう日頃から訓練する。
- ・救急だけでなく、防災意識を高め、当院の消防設備の確認。

- ・当院でも出前講座などを行っており、地域住民の方々へ病気の予防、緊急時の対応など継続的に行っていきたい。
- ・消防士の方々や地元地域のために消防団に入団し、また消防設備士の資格取得に向け勉強する。

⑤ 次年度も継続し、他の職員も参加した方がよいか

- ① 思う。(6名) ② まあ思う。(4名)

【理由】

- ・(外部からの)受け入れの対応について考える機会になる。
- ・本年参加した職員でも救急出動がなかった職員は、トリアージや病院選定など学ぶため、来年も参加した方がよい。
- ・日々変化する地域であり、その状況を見ることができる。救急出動の場面は様々であり、勉強になる。
- ・プレホスピタルでの看護師の役割について学べる。
- ・消防職員の仕事や地域での役割を全員が理解することは必要だと思う。また、救急隊員との顔に見える関係となり、コミュニケーションをとることで、互いの職種を理解し、意見交換をスムーズに行える環境になってほしい。
- ・救命士とのコミュニケーションが円滑になることで、ホットライン患者の受け入れや病院到着後の治療・検査においてチームとして動くことができるため。
- ・互いの業務を知るため。

⑥ 研修日数(3日間の)適切性について

- ① 3日間(7名) ② 3日～4日間(1名) ③ 4日～5日(1名)
④ 5日間(1名)

【理由】

<3日間>

- ・長くても疲れてしまうし、短いと経験できないことが多くあるため研修の意味がなくなる。
- ・3日間で充実したスケジュールだった。

<4日以上>

- ・救急現場出動を経験できなかった職員もいたため。
- ・その消防署にしかない救急車両があると聞いたので、他の消防署も見学したい。
- ・出動件数が極端に少ない期間もあったが、とても充実した研修であったため。

⑦ その他の意見(自由記載)

- ・色んなカリキュラムを(消防で)考え、経験させていただきありがとうございました。
- ・このような機会を頂き大変勉強になった。3日間の中で予防係の方の「予防教養」の講義がわかりやすい講だった。当院でもお願いしてみてもどうか。

- ・当院の消火設備や火災発生時の対応について、もしもの時に迅速に対応できるよう職員向けに講義していただいていたどうか。
- ・救急隊の業務が理解でき、交流を深めることができ、よい研修だった。
- ・消防士、救急救命士の業務を知っているようで知らないことが多いと感じた。今までは事故や災害などに出動している現場をテレビで見て「大変だなあ」程度だったが、実際には昼夜を問わず命がけで消火に当たっていることが理解できた。先日も大阪で消防士2名が消火活動中に命を落とされたニュースがあったが、そのような方々に少しでも力になりたいと強く思った3日間でした。また、業務においてもいかに短時間で出動できるか考えられており、動線や物品の収納や管理などは病院業務においても参考にできる。病院と救命士と役割は異なるが同じ患者に関わるならば互いのコミュニケーションが良好であるのは言うまでもないため情報交換の場などには積極的に（他の看護職員も）参加してほしい。

9. アンケート結果からみえた今後の取り組み

- ・救急隊からの情報は切迫した状態で得た情報であることを念頭におき情報収集する。
- ・救急隊の無駄のない動きとチームワークを見習い、チームで行動できるよう日頃から訓練する。
- ・定期的なシミュレーションの確保や CPR の評価を行う。
- ・機材の取り扱いを理解し確認を動線や物品の収納、管理などを見直す。
- ・当院の消火設備や火災発生時の対応について、有事の際に迅速に対応できるよう職員向けに消防署職員へ講義していただく。
- ・救急だけでなく、防災意識を高め、当院の消防設備の確認。

10. 今後の課題

- ・継続的な研修会の確保
- ・院内教育への還元方法の検討
- ・救急隊との合同シミュレーション導入
- ・災害対応訓練との連動強化

11. まとめ

本研修は、看護師がプレホスピタル領域への理解を深め、救急・災害対応能力を向上させる有意義な機会となった。また、消防機関との相互理解と連携強化にもつながり、地域救急医療体制の充実に寄与する取り組みとなった。今後も継続的な研修を通じ、質の高い救急看護の実践につなげていきたい。

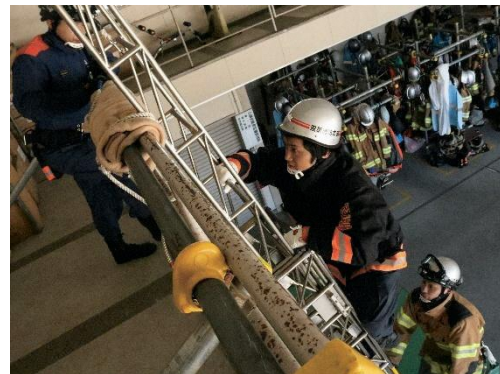
最後に、本研修の実施にあたり多大なるご協力をいただいた双葉消防本部ならびに関係者各位に深く感謝申し上げる。

看護師消防業務研修を通して

専門看護技師兼外来看護師長 西尾 照美

【活動内容】

令和7年6月1日から10月31日にわたり、看護師消防業務研修として外来勤務看護師合計10名が双葉消防本部檜葉分署にて3日間の研修を行った。研修内容は、東日本大震災後の双葉郡内での双葉消防の活動や現状の講義また、指令室にて119番通報を受けてから救急出動までの業務の見学、指令に基づき救急隊と共に救急車へ同乗し、現場での救急隊の対応の見学・実践の他に、内因性・外因性のシミュレーションや救助活動訓練の見学、救急・消防車両の見学、警防訓練（消防車による放水訓練や、山火事時に使用する資機材の使用用途、使用風景等の見学）、消防署外での活動（避難訓練や警戒広報活動、BLS施設指導等）、予防教養（火災の予防や検証、消防設備等）など多岐にわたった。



【研修を通しての感想】

119番通報から救急車へ同乗し、救急隊の活動を一緒に体験することで、当院へ患者が搬送されるまでどのような過程を経ているのか理解できた。救急要請から現場到着までの短時間でチームミーティングを実施し、あらゆる状況を想定しながら情報共有を行い患者へ接触する、日ごろからのチームワークの良さがうかがえた。私たちの業務の中でも

チームワークは重要であり、患者へ迅速で安全な医療を提供していくためには必要不可欠な技術である。役割を明確にし、コミュニケーションを通して患者と関わるチーム医療は、私たちと通ずるものがあると感じた。

病院へ勤務している中で、消防職員とは主に「救急救命士」との関りが多い。今回の研修を通して消防本部として多岐にわたり活動しているということを改めて感じた。当院でも火災訓練は実施しているが、自施設にどのような火災予防設備があるか把握できていない部分もあった。自施設の火災予防設備を理解しておくことは実際に火災が発生した際に対応するための糧となる。私自身だけでなく当院職員へ周知し、火災時の対応強化へ努めていきたいと感じた。



【自施設の業務に活かせる点】

今回の研修を通し、チームワークとコミュニケーションの重要性や、救急だけでなく防災意識を高め、自施設の火災対応能力の強化していくことの必要性などを学ぶことができた。「現場出動」というプレホスピタルな場面を経験することで、救急現場や救急救命士の対応を理解することに繋がったのではないかと感じる。医療を提供する場所は違うが、患者のために最善を尽くすという役割は同じであると考える。今回学んだことを生かし、当院を受診される方々に最善な医療を提供できるよう精進していきたい。

IV 今後の目標と展望

東日本大震災、福島第一原子力発電所事故発生から 15 年が過ぎました。当院が開設されたのが 2018 年。当時の双葉郡の居住人口は約 11,000 でした。現在はおよそ 18,000 名が双葉郡に居住しています。携帯電話の GPS データを用いた調査では平日の日中は約 35,000 人が双葉郡に滞在しているようです。人口増に伴い当院を受診する患者数は開設当初の約 2 倍に増えました。増加した医療ニーズに応えるため当院では特定認定看護師が活躍しています。特定認定看護師とは専門性の高い看護ケアに加え、指定された医療処置（特定行為）を手順書に基づいて実施する看護師です。床ずれなど創傷の管理、動脈採血、栄養水分管理などを担当しており、医師の負担軽減に貢献しています。医師不足が叫ばれて久しくなりますが、住民の皆さんのお役に立てるよう、引き続き特定認定看護師を育成して行く予定です。

福島県ふたば医療センター附属病院
院長 谷川攻一

福島県ふたば医療センター附属病院

〒979-1151 福島県双葉郡富岡町大字本岡字王塚 817-1

電話 (0240) 23-5090

FAX (0240) 23-5091

ホームページ <https://www.pref.fukushima.lg.jp/site/futaba/>

* 報告書のデータ、記載内容の使用については当院事務へ問い合わせてください。