

管理部門活動実績

DPC 管理室

代表者/副代表者

立花 栄三 副院長/藤城 譲 医療情報課主査

設置目的

診療情報管理士を配置し正確なコーディングと臨床情報の入力を行い、これらDPCデータをもとに病院経営の指標となるデータの解析

活動目標

- ・ DPC入院期間の短縮
- ・ 特定病院群の要件基準値の達成

活動実績

2ヵ月に1回程度で会議を開催し、救急医療入院の件数、入院期間率の推移、病名コーディングの適正化の件数の報告をし、ウィークポイントについて、ピンポイントでアプローチできるよう、診療科のカンファレンスへ出席し、DPCの説明を行なった。

結果（成果）

救急医療入院件数は約7.3%の改善が出来た。入院期間率の改善は図れなかった。コーディング適正化は240件19,176,720円の改善ができた。

今後の展望

昨年度に引き続きDPC入院期間の短縮と、特定病院群の要件基準値の達成を目指すべく、DPCデータの分析結果を院内で共有できるようにしていく。

診療データ管理室

代表者/副代表者

坂田 一美 検査科診療局長/海野 英之 医療情報課主任

設置目的

診療録に基づく入院患者情報（DPC対象外症例も含めた診療データ）作成及びNCD登録にかかる業務の実施。

活動目標

各種データベースへの適切な入力

活動実績

- 1 入院患者情報登録（正常新生児を除く全退院患者が対象／診療録管理体制加算の算定要件）
- 2 院内がん登録+全国がん登録（地域がん診療連携拠点病院指定要件）
- 3 NCD登録作業：10診療科対象

結果（成果）

- 1 入院患者情報登録：12,777件（正常新生児を除く全退院患者が対象／診療録管理体制加算の算定要件）
- 2 院内がん登録+全国がん登録：1,382件（地域がん診療連携拠点病院指定要件）
- 3 NCD登録作業：2,397件
上位3科内訳：消化器外科347、形成外科631、泌尿器科420 ほか

今後の展望

業務改善へつなげることのできるデータ作成が実施できるような仕組みづくり。

病棟運営ユニット会議

代表者/副代表者

立花 栄三 副院長/中林 幸夫 消化器外科診療局長、芦田 敬 産婦人科部長

設置目的

病棟運営全体に関する諸問題を討議して解決する。さらに業務の改善・標準化・効率化を図る。

活動目標

- ・病棟の稼動状態
(各病棟利用率)
- ・平均在院数チェック

活動実績

隔月第3月曜日

結果(成果)

- ・個室の適正利用と改善案
- ・近隣他院への転院調整の協力
- ・満床時の他病棟への受入体制

今後の展望

- ・DPCのⅢ及びⅢ超えの患者に対する転院調整を速やかに行っていく
- ・繁忙期におけるベッド満床を減らす事で緊急患者の受入をスムーズにする
- ・クリニカルパスの活用
- ・病床の有効活用

外来業務改善ユニット会議

代表者/副代表者

峯川 宏一 副院長/芦田 敬 産婦人科部長、新沼 利江 看護師長

設置目的

外来運営上の諸問題を討議して、解決する。さらに業務の改善・標準化・効率化を図る。

活動目標

外来業務における諸問題を集約し、解決を図る。

活動実績

毎月第2木曜日に招集し、30分という短い時間の中で解決策を模索した。

結果(成果)

様々な職種が集まる中で、問題点の洗い出しや共有に成功した。

今後の展望

平成30年度に洗い出した様々な問題を解決に向けて始動する。

地域連携推進ユニット会議

代表者/副代表者

荒木 俊彦 神経内科診療局長/西内 俊朗 総合相談室長

設置目的

当院と他病院・診療所との円滑な連携を構築していくために、院内・院外体制の課題等を踏まえて、調整検討を行うとともに、院内外の連携システムの改善を行う。

活動目標

- 1 前方連携の充実（適正な紹介患者予約の運用）
- 2 後方連携の推進（迅速な転院・在宅調整等の運用）
- 3 地域連携業務の充実（救急紹介ホットライン・登録医拡大・連携懇話会開催等）

活動実績

年6回開催（4月・5月・6月・10月・11月・2月）

結果（成果）

- ・地域医療支援病院として救急紹介ホットラインを新規開設
- ・第15回及び第16回地域連携推進懇話会の開催

今後の展望

- ・地域の診療所及び病院のニーズを踏まえた救急紹介ホットラインの充実
- ・地域医療支援病院としての紹介及び逆紹介のさらなる推進

手術室運営ユニット会議

代表者/副代表者

堺 勝弘 麻酔科部長/古市 眞 脳神経外科部長、古賀 守 呼吸器外科部長

設置目的

手術室の運営上生じた諸問題を解決する。稼働率向上や安全性確保等業務改善や環境改善を行う。

活動目標

DPC特定機能病院を目指すため、円滑かつ安全に手術件数を増やす体制を作る。

活動実績

毎月第2月曜日開催

- ・運営上の諸問題を議題にし、医師・看護師・コメディカル・事務にて協議し、解決を目指す

結果(成果)

- ・昨年度対比174件の手術件数増加
- ・昨年度対比約2.7億円の手術請求額増加

今後の展望

今後も、円滑かつ安全に手術件数を増やし、DPC特定機能病院を目指す。

救急運営ユニット会議

代表者/副代表者

立花 栄三 副院長/直江 康孝 救命救急センター診療局長、中林 幸夫 消化器外科診療局長

設置目的

一次～三次の救急体制の運用上生じた諸問題を解決する。病院方針にのっとり、救急患者の円滑な受入を図る。

活動目標

- ・救急車の応需率を75%以上にする

活動実績

隔月開催

- ・長期連休時における診療体制の検討
- ・救急紹介ホットライン体制、ER体制の検討

結果（成果）

- ・救急車の応需率75%以上達成

今後の展望

- ・救急患者の円滑な受入

有事本部

- ・アウトブレイク対策本部
- ・災害対策本部
- ・医療事故対策会議（本部）

有事の際に組織される本部体制であるが、平成30年度においては設置されていない。

医療の質・安全管理センター

代表者

坂田 一美 検査科診療局長

設置目的

医療の質・安全に関係する現場での活動を推進する。

活動目標

- 1 部門横断的活動の推進のために、院内業務文書の充実と標準業務推進、評価のための内部監査実施（機能評価指摘事項の改善チェック）（PFC文書チーム主導）
- 2 PDCAサイクルを回すことが定着するように、第1段階として適切な改善を行うための現状把握ができるようにする（医療安全チーム、改善活動推進チーム）
- 3 日常業務が適切に管理できるように、日常業務の状態を監視するための指標測定の定着
- 4 質・安全教育を充実させるために、教育研修全般の見直し、とくに管理職研修内容の見直し（不足教育内容の追加）

活動実績／成果

- 1 PFC文書チームの成果参照
- 2 医療安全チーム、改善活動推進チーム成果参照
- 3 管理職研修受講者15名を中心に、各部署で実施した。しかし、改善目的のものが約半数であった。今後、改善活動への参加を促す必要があると考える。
- 4 質・安全層別研修の内容を見直し、一般後期で実施していた内容の一部を一般前期に移行した。管理職研修については次年度に向けて内容の検討にとどまった。

医療安全チーム

代表者/副代表者

佐藤 千明 医療安全管理者/尾形 悦 副看護部長

目的

安全確保に関する諸問題の解決を図る。現場の状況を把握・分析して改善策を策定し指導を行う。

活動目標

- 1 事例分析力の向上を測ることで、現場での医療安全活動への意識と責任を醸成する。そのためにチームメンバー所属の10部署で一事例ずつ現状把握を行うこととした。
- 2 安全確保を目的として、血管撮影検査でのタイムアウトを導入する。
- 3 その他：安全ラウンドの継続；病床環境の整備、患者間違い防止（名前確認）

活動実績

- 1 チームメンバー所属4部署、看護部4病棟の合計8部署にて事故事例（現状把握まで）の分析を実施した。方法としては、開始前、開始後の2回（6月19日と10月19日）外部講師を招き、勉強会を開催し、その後、面談を実施して教育した。
- 2 血管撮影検査時タイムアウトを実施した。
- 3 監査実施
 - （1）転倒転落防止のための環境ラウンド
2回／年
 - （2）外来患者名前確認
2回／年

〈活動頻度〉

2回／月
1～2時間／回

結果（成果）

- 1 現状把握を行った8部署はすべて分析を実施することができ、要因特定に至った。また看護部の3病棟では対策立案にも到達した。
- 2 血管撮影検査のうち、脳神経外科領域で実施されるもののほぼ全例でタイムアウトを実施し、事故報告はない。
- 3
 - （1）転倒転落防止のための環境ラウンドで、転倒件数は275件/年となった。前年度の301件/年より減少している。
 - （2）年2回の監査と通して名前を伝えているのは全体の7割であった。外来診察室等に掲示している名前確認のポスターを追加掲示した。

今後の展望

全職員が安全の視点を持ち、日々の業務を実施できる状態。

- 1 日常業務において医療安全視点での運用・教育を現場が実施できるようにする。
→事例分析は現場の業務の振り返りになり、業務を見直すきっかけの一つである。さらに内容により他部署と協働する必要もあり、コミュニケーション力も求められる。
不具合不都合に限らず問題や課題を適切に分析でき、日常業務管理の視点がみえるようになる。
管理職の職員が分析の着眼点を理解しそれを日常業務管理に活かすことがゴールである。
- 2 血管撮影時の全症例におけるタイムアウトを実施:循環器領域への拡大、タイムアウト内容の見直し(業務状況に応じたタイムアウトの実施)
- 3 (1) 外来部門での環境ラウンドを実施するため、現状把握を行いチェックリストを作成していく。外来部門であらゆる監査機構にも対応でき、日常業務を安全な観点で遂行できることを目標とする。
(2) 名前確認のポスターの改訂及び貼付場所の変更を検討する。医療者側の名前確認の監査も検討していく。

標準化推進チーム(PFC文書管理)

代表者/副代表者

坂田 一美 検査科診療局長/星 直子 看護主任

目的

院内業務標準化推進を目的とし、文書管理の浸透、内部監査の定着

活動目標

- 1 内部監査の実施：
作成されたPFCに沿って実際の業務が実施されていることの確認を目的として実施する。
- 2 手順書及び業務文書の登録

活動実績

- 1 内部監査
 - (1) 4部署(画像センター:夜間休日MRI PFC、臨床工学科:輸液ポンプ・シリンジポンプ使用手順PFC、総合相談室:調整PFC、総合健診センター2回:総合健診センターPFC作成)計5回の内部監査を実施した。
実施前にPFCをもとに監査内容を検討し、問題箇所を指摘し、是正勧告を行った。
 - (2) 各部署の文書の提出を促し、概要をチェックした上で、画像センターは文書管理支援システムへ登録した。また総合相談室は是正までであり今後文書登録予定である。
 - (3) 内部監査の視点の統一を図るため、チェックリストを作成し、1回のプレ実施ができた。
- 2 提出された文書内容を確認し、順次登録を行った。
〈活動頻度〉2回/月、1~2時間/回

結果(成果)

- 1 内部監査
 - (1) PFC未作成業務において監査に基づき、PFCを作成できた。
 - (2) 4部署の監査で2部署の文書作成・登録にいたった。
- 2 文書管理:登録文書数が994件から2,024件へと増えた。

今後の展望

- 1 内部監査:
業務標準の可視化を推奨するとともに、PDCAサイクルが確実に回るように、是正結果の監査も行っていく。
- 2 文書管理:
 - (1) 文書化できていない業務の文書化のサポートと部門によってバラツキのある認識を統一させる。
 - (2) 規定で定められている文書フォーマットに順次揃えていく。
 - (3) システム上での院内承認を得ていくようにする。(教育)

CS チーム

代表者/副代表者

黒澤 恵子 看護師長/

目的

当院における患者及び職員の良いコミュニケーションをすすめ、各々の満足を高め、医療環境の改善に努める。

活動目標

- 1 患者、職員満足度の実施
- 2 患者、職員同士がより良い人間関係を築くため接客スキルの習得に向けた活動をする

活動実績

- 1 患者満足度調査の実施
- 2 接客研修の実施（ワールドカフェ）
- 3 メッセージの確認・回答とりまとめ

結果（成果）

- 1 外来患者618サンプル、入院患者335サンプルの回収ができた。
満足度が低かった項目は「受付から診療までの待ち時間」であった。
- 2 ワールドカフェは6回/年 開催した（総出席者数86名）。
- 3 年間に受け取ったメッセージ数：172件
内訳：苦情 71件、要望 54件、感謝 50件、その他 21件

今後の展望

- 1 待ち時間短縮に向け改善策を検討する
- 2 継続して職員研修をすすめる

感染対策チーム

代表者/副代表者

小川 太志 救命救急センター部長/佐藤 千晶 感染管理認定看護師 (主任)

目的

院内感染対策の実践チームとして感染管理 (院内の感染症動向に対応して日常的に防御・予防的活動) を行う。

活動目標

院内感染を防止する

活動実績

- 1 ICTラウンド (1回/週)
- 2 各種サーベイランス (細菌検出、抗菌薬使用、デバイス、BSI, SSI、健康報告等)

結果 (成果)

- 1 ICTラウンドは、ラウンドチェック表を用い数値化したものと、随時テーマを設けてのラウンドを行った。また、CNICがラウンドを行うなどの、3パターンのラウンド活動を実践した。ラウンド時の問題点と是正要請のレポートを作成しフィードバックした件数26件。
- 2 MRSAサーベイランス
NICUでは、ピーク時の9月を前年と比較すると、MRSA陽性率24.10 (前年比+18.41)、新規MRSA陽性率6.02 (前年比+0.33) と明らかに高い結果であった。
 - ・SSIサーベイランス、COLO感染率6.8 (前年比-7.1)、REC感染率11.4 (前年比-1.9)
 - ・アルコール性手指消毒剤払い出し量からの1患者手洗い回数6.194。直接観察法でWHOが推奨する手洗いの5つのタイミング実施率、前期25.2%、後期46.2%。
- 3 講演会、第1回545名参加、第2回499名参加。
- 4 AST立ち上げに向けての準備として方針や指針の作成。

今後の展望

- 1、2については、管理指標データとして継続的に評価していく

褥瘡対策チーム

代表者/副代表者

高橋 昌五 皮膚科医長/大和 義幸 形成外科部長

目的

院内での褥瘡発生予防対策と早期発見し対応する。病棟リンクナースへのスーパーバイザー的役割を担う。

活動目標

患者にあった褥瘡予防ケアを行う

活動実績

- ・各職場の勉強会 (OJT) 1回/年以上
- ・講演会 12月
- ・リンクNS回診2ヶ月に1回
- ・電子カルテ運用の見直し
- ・マットレス使用に関する情報のiPad入力状況を調査年2回 (前期・後期)

結果 (成果)

- ・褥瘡発生率
平成29年度0.5%～1.7%
平成30年度0.2%～1.2%
- ・褥瘡転帰 (治癒率)
平成29年度60%
平成30年度72%
- ・マットレス使用に関する情報のiPad入力状況: 前期66.6% 後期75%

今後の展望

- ・職場での勉強会を計画し実施する
- ・褥瘡予防ケアの継続ができるよう計画を立案し評価する
- ・マットレスが変更となるためマットレス選択基準表を作成する
- ・マットレス使用の適正調査を行う
- ・講演会を開催する

栄養管理チーム

代表者/副代表者

北原 辰哉 歯科口腔外科副部長/高塚 知子 看護師長・前田 知恵子 臨床栄養科主任

目的

入院患者に対しての栄養管理サポート（入院患者に生じた栄養問題の解決）を目的とする。

活動目標

- ・週1回の体重測定継続と経過変化の確認を行う
- ・NSTにて評価したその後の栄養補給量、体重変化、栄養状態の経過を追う

活動実績

- ・不定期の回診と毎週金曜日のカンファレンス実施（128件、延べ338回）
- ・体重測定の習慣化

結果（成果）

- ・低栄養患者の体重測定率の上昇（前年度78%→82%）
- ・介入患者の33%が栄養改善により介入終了

今後の展望

- ・低栄養患者を減少させ、栄養状態を改善させることで、入院日数の短期化や薬剤使用量の減量に寄与し入院患者のコスト削減につなげていく

臨床指標管理チーム

代表者/副代表者

坂田 一美 検査科診療局長/尾形 悦 副看護部長

目的

DPC制度の病院機能係数関連データなど診療指標データを総括管理する

活動目標

継続的に臨床指標を策定し、提出していく。あわせて退院患者データベース作成により、入院患者動向を抽出できるようにする。

活動実績

- ・年4回、全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業へのデータ作成と提出を継続
- ・患者死亡統計、退院サマリー作成率などの情報提供

結果(成果)

- ・全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業：37指標についてデータ提出し、結果を分析した。その結果、クリニカルパスの適用率や使用日数が多施設と比べて低い事が確認できた。
- ・患者死亡統計は、剖検輯報に情報提供し掲載されている。
- ・退院サマリー2週間以内の作成率：80%未満で推移している。医師への注意喚起を行うと一時的に上昇。

今後の展望

病院全体としてより目的を明確化したデータの収集を行い、業務改善や体制の改善につなげることが最終目的である。データの信頼性を含め、見直しをかけていきたい。

改善活動推進チーム

代表者/副代表者

坂田 一美 検査課診療局長/須崎 徹也 リハビリ科技師長

目的

現場レベルの改善活動(ボトムアップの改善)をサポートする。

方略:QC技法・考え方を病院内浸透させ、レベルの高い医療の質・安全の維持活動の継続を図る。

活動目標

全職員が問題解決・業務改善能力を獲得し、質の高い医療サービスを安全かつ効率的に提供することができる

活動実績

- 1 改善活動ーQCストーリー基本講義(外部講師)
- 2 参加16チーム(コメディカル、看護部、事務)の業務改善活動をレビューを通じて年7回サポートし、改善活動の実行まで見届けた
- 3 3月に代表5チームによる発表大会を開催した

結果(成果)

- ・本年において目的を達成できた件数は12/16件であった。
- ・過去10年間の活動結果とその定着状況を調査したところ、目標を達成したものは85.7%、達成したケースの73.3%で各職場に定着していた。

今後の展望

全職員が業務改善能力(PDCAを回すための方法)を身につけることで、日常的に改善が進んでいく。毎年、改善能力養成講座を開催し、1年間サポートする。同時に活動した職員のなかから活動推進担当者(チームメンバー)を選出し、裾野を広げていく。

緩和ケアチーム

代表者/副代表者

大塚 正彦 病院事業管理者/佐藤 恵美子 看護師長 (菅野 のぞみ 看護師長)

目的

当院及び地域の緩和ケアを充実させる

活動目標

緩和ケアチームの質の向上させるために、外部研修の参加やケースカンファレンスを行う

活動実績

- ・生活のしやすさに関する質問票に基づくカンファレンスの実施
- ・チームメンバーの年1回外部研修への参加と情報の共有

結果(成果)

- ・月1～2回のチーム会議時に、カンファレンスを実施。症例数：48件/年
- ・外部研修として医師向け緩和ケア講習会のVコメディカル参加やがん看護・がんリハビリに関する研修に約6割の参加

今後の展望

外部研修に参加し緩和ケアの質の向上につなげる

認知症ケアチーム

代表者/副代表者

荒木 俊彦 神経内科診療局長/長沼 朋佳 神経内科副部長 (大友 晋 看護師)

目的

院内の認知症ケアの質の向上 (身体疾患のために入院した認知症高齢者への対応力とケアの質の向上を図る)

活動目標

認知症ケアの質の向上

①身体拘束の減少

→身体拘束の要因分析

②在院日数の短縮

→入退院の要因分析

活動実績

毎週: 認知症ケア加算の活動対象患者のデータ蓄積・分析

毎月: チーム会議

結果 (成果)

当院の身体拘束の実態及び在院日数が短い例、長い例が、ある程度明確になった

今後の展望

加算を取得できるよう活動を続ける

- ・身体拘束を減らす方針
- ・早期に退院できるよう支援する方針

糖尿病教育チーム

代表者/副代表者

赤沼 浩明 薬剤長/柳 友美子 検査科副技師長

目的

- 1 糖尿病患者が健康人と変わらない質の高い生活を送れるよう療養支援を行う。
- 2 糖尿病の発症予防の観点から、糖尿病に関する正しい知識の普及と啓蒙を行う。

活動目標

- 1 外来患者の糖尿病講座を年3回実施すること。
- 2 市民公開講座の開催と参加人数を増やす。
- 3 血糖自己測定器の変更
新機種への移行をスムーズに行うこと。

活動実績

- 1 歯周病 (6月) 食事療法 (9月) 糖尿病腎症 (2月) をテーマとし、3回実施した。
- 2 12月1日「大災害はいつかくる」というテーマで、クイズを取り入れ災害への備えをテーマに開催した。
- 3 5月から使用患者の少ない機種から交換を開始。
ほぼ終了後、11月より使用患者の多い機種の交換は年齢別で分け、若年層から開始した。
- 4 スライディングスケールおよび低血糖指示の見直しを行い、改訂した。

結果 (成果)

- 1 参加者が前年度より増え、リピーターの方も見られるようになった。それぞれの出席者数は6月は24名、2月は34名であった。
- 2 同上、参加者数は42名
- 3 血糖測定器の変更は大きなトラブルなく移行できている。
使用患者の多い機種の高齢者層の交換を残すのみまで移行できた。
- 4 平成31年4月より使用開始予定。

今後の展望

- ①多くの方が興味を持てる企画を立てる。
- ②同上
- ③高齢者層へは特に説明と手技確認に重点を置き指導する。
ゴールは新機種への完全移行と定着とする。

腎臓病教育チーム

代表者/副代表者

伊藤 秀之 腎臓内科副部長/山本 文子 看護師長

目的

腎臓病患者が日常生活を送るに必要な知識を身につけるために、透析患者に対し在宅での治療や感染防止、食事等について教育・指導を行う。

活動目標

腎不全患者に対し、「じんぞう病教室」を年2回実施する

活動実績

今年度は「じんぞう病教室」は開催できなかった

結果（成果）

腎不全患者に対しての腎代替療法の説明は継続的に実施できた

今後の展望

今後も「じんぞう病教室」を定期的に行い、腎不全患者の教育・指導を行っていく。

蘇生教育チーム

代表者/副代表者

小川 太志 救命救急センター部長/金澤 恵 看護師長

目的

二次救命処置チームが到着するまでの心肺蘇生法を習得できる

活動目標

二次救命処置チームが到着するまでの心肺蘇生法を習得できる

活動実績

- 1 蘇生講習開催
 - (1) 本コース (180分) 5回開催
 - (2) スキルアップコース (120分) 7回開催
 - (3) 研修医BLS (180分) 1回開催
 - (4) 看護部新入職者BLS (180分) 4回開催
 - (5) 新入職コ・メディカルBLS (180分) 1回開催
 - (6) 看護補助者BLS研修 (120分) 1回開催
- 2 委員会メンバーの勉強会 6回実施
- 3 急変事例 (コードブルー) への対応と報告

結果 (成果)

- 1 蘇生講習開催
 - (1) 本コース (180分) 21名受講
 - (2) スキルアップコース (120分) 19名受講
 - (3) 研修医BLS (180分) 11名受講
 - (4) 看護部新入職者BLS (180分) 46名受講
 - (5) 新入職コ・メディカルBLS (180分) 6名受講
 - (6) 看護補助者BLS研修 (120分) 11名受講
- 2 委員会メンバーの勉強会
 - (1) AED (2) BVM (3) 人工換気 (4) 胸骨圧迫 (5) ACLS
- 3 急変事例 (コードブルー) の報告
21件の事例報告 当該部署での振り返り・勉強会のサポート

今後の展望

コ・メディカル、事務職を含め全職員へ心肺蘇生スキルを普及させる

新生児小児蘇生教育チーム

代表者/副代表者

箕面崎 至宏 新生児集中治療科部長/西岡 正人 小児科部長、金澤 恵 看護師長

目的

職員が新生児や小児を対象とした心肺蘇生法を習得する

活動目標

- 1 小児蘇生講習
質の高い胸骨圧迫や人工呼吸法を習得できる
- 2 新生児蘇生講習
分娩・新生児医療の担当者が新生児蘇生法を習得できる

活動実績

- 1 蘇生講習開催
 - (1) 小児BLSプロバイダーコース 3回開催
 - (2) 小児BLSアドバンスコース 2回開催
 - (3) NCPR Aコース 3回開催
- 2 委員会メンバーの勉強会
1回実施

結果(成果)

- 1 蘇生講習開催
 - (1) 小児BLSプロバイダーコース 23名受講
(コ・メディカルを含む)
 - (2) 小児BLSアドバンスコース 6名受講
 - (3) NCPR
Aコース 28名受講
看護師・助産師 13名 研修医 5名
川口・蕨の救急隊員 6名 他院の助産師 4名
- 2 委員会メンバーの勉強会
 - (1) PEARSについて

今後の展望

- 1 画像診断センター・検査科などの小児に関わるコ・メディカルが心肺蘇生スキルを身につけることができる
- 2 産科病棟に勤務する助産師全員のNCPR認定取得
- 3 地域を含め新生児の出産に新生児蘇生法を習得した立ち会うことができる体制の構築

