

5 各部門の活動状況

(1) 事務部門

| | |
|------|---|
| 活動名 | ①がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 |
| 開催日 | 平成24年5月19日（土）、20日（日） |
| 開催場所 | 当院 大会議室 |
| 内容 | <p>この研修は、当院が「地域がん診療連携拠点病院」として開催するもので、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、適切な緩和ケアが提供できることを目的として開催するもので、今回で4回目となりました。</p> <p>本年度は、研修生として医師12名、薬剤師1名、看護師4名の方が参加されました。がんの痛みや呼吸困難等様々な身体症状の改善、患者・家族とのコミュニケーション、地域連携による適切な治療・療養の場の提供などについて、小グループに分かれての事例検討、3人1組で交互に医師役・患者役・観察者役を体験するロールプレイなど熱心に取り組んでいただきました。</p> <p>2日間13時間という長時間の研修でしたが、「分かりやすい実践的な研修でした。」「充実した研修であった。」「とても勉強になりました。」等の感想を頂きました。</p> |

| | |
|------|--|
| 活動名 | ②第48回県立病院学会及び創立60周年式典 |
| 開催日 | 平成24年10月27日（土） |
| 開催場所 | 「南さつま市民会館」「ふれあいかせだ」 |
| 内容 | <p>地域の皆様とともに歩んできた県立薩南病院は、今年創立60周年を迎えました。</p> <p>これを記念して、当院が幹事を務め“地域とともに新たな未来へ”をテーマに、県立病院職員が日頃の研究成果を発表する「第48回県立病院学会」と併せて「県立薩南病院創立60周年記念式典」を開催しました。</p> <p>記念式典は、約350人の方に御参加いただき、鹿児島大学地域医療支援センター長の高松英夫氏による特別講演「地域医療支援センターの役割と地域医療」や、「県立病院と地域医療」をテーマにした、高松センター長と県立5病院長が参加するパネルディスカッションを行いました。</p> <p>また、式典終了後は、「南さつま市民会館」において約150人の方に御出席いただき記念祝賀会を開催しました。</p> <p>会では、福元俊孝県立病院事業管理者が「薩南病院がこれまで以上に地域住民が期待する役割を果たせるよう、県立病院局としても全力で取り組みます。」と挨拶されました。また、本坊輝雄南さつま市長からは「地域住民が安心して暮らせる盤石な病院事業が進められることを期待します。」との御祝辞をいただきました。</p> |

| | |
|------|--|
| 活動名 | ③市民講座「健康と福祉のつどいWith 県立薩南病院市民講座」 |
| 開催日 | 平成24年11月11日（日） |
| 開催場所 | 南さつま市総合保健福祉センター「ふれあいかせだ いにしへホール」 |
| 内 容 | <p>南さつま市と共催で開催しました。</p> <p>午前中は、健康相談コーナーに設けた薩南病院ブースで「がん緩和ケアの相談コーナー」・「がん治療の相談コーナー」において、様々な悩みや相談、日常生活の過ごし方についてアドバイスを行い「乳がんの自己検診コーナー」では、マンモグラフィーなどのパネル展示や乳がんの自己検診体験をしていただきました。</p> <p>また「足指のお手入れについての相談コーナー」では、足浴の体験、血行をよくする足の手入れを実演するとともに、がん患者と家族の会「松実会」のボランティアの方々のご協力をいただきながらタオル帽子の作り方の紹介や足のリンパマッサージなどを行い多くの来場者に喜んでいただきました。</p> <p>午後からは、190名を超える市民の方々に来場いただき、田中総合診療科部長が「がん緩和ケアに関するお話」について、河野循環器科部長が「狭心症と心筋梗塞」について、古川院長が「南薩地域の医療と薩南病院」と題してそれぞれ講演を行いました。</p> <p>今後も、南さつま市と緊密な連携を図りながら、健康増進や安心安全な医療の提供に努めてまいりますので、ご支援のほどよろしくお願いいたします。</p> |

| | |
|------|--|
| 活動名 | ④大規模災害訓練 |
| 開催日 | 平成25年1月28日（月） |
| 開催場所 | 当院 各所 |
| 内 容 | <p>今回で5回目となる大規模災害訓練を実施しました。</p> <p>今回の訓練は、震度5の直下型地震が発生し、商業施設が崩壊したとの想定で被災状況確認、災害対策本部設置、エリア設置、南さつま消防署による建物倒壊現場救出活動、南さつま消防署との傷病者搬入時対応訓練、病棟のベッド状況把握・ベッドの確保、患者病棟搬入訓練等多くの訓練を実施しました。訓練には、消防署員23名、車両6台、薩南病院職員69名（医師・看護師・パラメディカル・事務・委託職員）と寒い中、多くの職員が参加しました。</p> <p>訓練は消防署との患者搬送の連携は、スムーズに連携が出来ましたが、トリアージの記載方法、エリアでの処置、患者情報の本部への連絡等戸惑うこともあったようです。</p> <p>これからも薩南病院は、南薩地域の災害拠点病院として如何なる災害にも対応出来るように今後も訓練を積み重ね更なる向上を目指します。</p> |

| | |
|------|--|
| 活動名 | ⑤救急医療を語る会 |
| 開催日 | 平成25年2月7日(木) |
| 開催場所 | 当院 大会議室 |
| 内容 | <p>この会議は、救急医療従事者相互の意志の疎通を図り、地域住民に信頼される救急医療の円滑な推進を目的に実施されるもので、今回で13回目となります。</p> <p>南薩地区消防組合、南さつま警察署及び当院から総勢66名が出席し、救急患者の受入状況、救急医療業務の実施状況及び検視取扱状況等について熱心な討議がなされ、南薩地域の救急医療の一層の充実に向けた有意義なものとなりました。</p> |



24年度 事務部門スタッフ

5 (2) 薬 局

1. 概要と目標…次のような目標を立て、薬物治療への貢献を目指している。

- 1) 薬局の目標：①医療安全への貢献
 ②服薬指導（チーム医療）の推進
 ③医薬品の適正使用（管理）の推進

2) 職 員：渋谷 渉，若松 知良，原 康人，神野 真幸，橋口 幸代

3) 臨時職員：小園 和美，大野 瑞代

2. 実績等

①薬剤管理指導業務実績

| | 380点 | 325点 | 情報管理 (50点) | 退院情報 管理(90点) | 麻薬加算 (50点) | 保険請求 (金額) |
|------|--------|------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| 22年度 | 903件 | 818件 | 405件 | 146件 | 208件 | 6,527,800円 |
| 23年度 | 1,023件 | 598件 | 548件 | 108件 | 130件 | 6,267,100円 |
| 24年度 | 824件 | 475件 | | 160件 | 88件 | 4,863,000円 |

②抗がん剤ミキシング実施状況

| | 処方せん件数(※) | | 取扱回数 | |
|------|-----------|------|------|--------|
| | 外来 | 入院 | 外来 | 入院 |
| 22年度 | 471件 | 756件 | 675回 | 1,768回 |
| 23年度 | 476件 | 691件 | 774回 | 1,626回 |
| 24年度 | 357件 | 572件 | 583回 | 1,514回 |

※無菌製剤処理料として、揮発性の高い薬剤に対し閉鎖式接続器具を使用した場合は150点、それ以外の場合50点を算定

③処方せん枚数

| | 外 来 | | 入 院 | |
|------|--------|--------|---------|---------|
| | 処方せん枚数 | 注射せん枚数 | 処方せん枚数 | 注射せん枚数 |
| 22年度 | 4,684枚 | 8,652枚 | 11,477枚 | 30,790枚 |
| 23年度 | 5,007枚 | 8,762枚 | 13,766枚 | 31,867枚 |
| 24年度 | 5,056枚 | 7,814枚 | 13,235枚 | 28,055枚 |

④院外処方せん発行状況(小数第1位)

| | |
|------|-------|
| 22年度 | 84.9% |
| 23年度 | 83.0% |
| 24年度 | 81.1% |

⑤医薬品の購入額と棚卸額

| | 購入額 | 棚卸額 |
|------|--------------|------------|
| 22年度 | 337,098,426円 | 6,193,773円 |
| 23年度 | 368,134,701円 | 5,045,014円 |
| 24年度 | 320,541,127円 | 6,166,938円 |

⑥医薬品・血液製剤等の破損・期限切れ状況

| | 破 損 | 期限切れ | 血 液 | 合 計 |
|------|----------|----------|----------|----------|
| 22年度 | 167,041円 | 465,048円 | 86,710円 | 718,799円 |
| 23年度 | 210,167円 | 490,580円 | 103,764円 | 804,511円 |
| 24年度 | 113,876円 | 475,863円 | 34,468円 | 624,207円 |

⑦採用医薬品数と後発医薬品の採用状況

| | 採用品目数 | 後発医薬品目数 | 採用比率 |
|------|-------|---------|-------|
| 22年度 | 939 | 98 | 10.4% |
| 23年度 | 939 | 162 | 17.3% |
| 24年度 | 941 | 177 | 18.8% |

⑧ヒヤリハット報告件数

| レベル | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 合計 |
|------|----|----|---|---|---|---|----|
| 22年度 | 10 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 |
| 23年度 | 2 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 24年度 | 10 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 16 |

⑨持参薬調査及び調剤変更依頼件数

| | | 1病棟 | 2病棟 | 3病棟 | 外来 | 合計 |
|-------|------|-----|-----|-----|----|-----|
| 持参薬調査 | 22年度 | 231 | 197 | 89 | 14 | 531 |
| | 23年度 | 223 | 293 | 78 | 13 | 607 |
| | 24年度 | 189 | 422 | 137 | 11 | 759 |
| 調剤変更 | 22年度 | 132 | 46 | 50 | 1 | 229 |
| | 23年度 | 166 | 144 | 73 | 15 | 398 |
| | 24年度 | 261 | 142 | 133 | 16 | 552 |

⑩調査研究等受入状況

| | |
|------|----|
| 22年度 | 6件 |
| 23年度 | 3件 |
| 24年度 | 2件 |

⑪薬学生実習受入状況

| | |
|------|----|
| 22年度 | 0名 |
| 23年度 | 0名 |
| 24年度 | 2名 |

⑫学会発表

23年度 ◎第47回鹿児島県立病院学会 〈ポスター発表〉
 ・宮川 俊介：当院における調剤変更の状況

24年度 ◎第48回鹿児島県立病院学会 〈ポスター発表〉
 ・原 康人：認定実務実習指導薬剤師の活動及び今後の課題について
 ・神野 正幸：薩南病院における薬剤師の「病棟薬剤業務」の試験的取組



24年度 薬局スタッフ

5 (3) 放射線部

1. 放射線部の概要

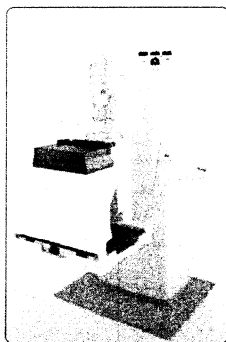
放射線技師5名で、乳房撮影を含む一般撮影、CT検査、心・血管撮影検査（心カテ・アンギオ）、放射線治療（リニアック）、RI検査（核医学検査）、X線TV透視検査等業務及び放射線を安全に運用するための放射線安全管理業務を行っています。

2. 放射線部の目標

- 1) 被ばく線量の低減に努めます。
- 2) 医療事故防止の徹底に努めます。
- 3) 機器の管理に努め、診断価値の高い情報を提供します。
- 4) インフォームド・コンセントを尊重し実践します。
- 5) 患者様の人権を尊重しチーム医療に貢献します。

3. 主な装置

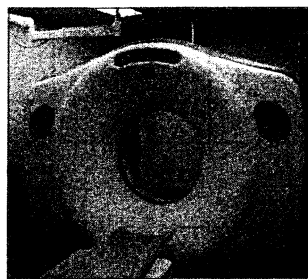
① 乳房撮影装置・一般撮影装置



①早期に乳がんのサインである細胞の微細な石灰化を描出することが可能で、乳がんを早期に発見するために有効な検査装置です。

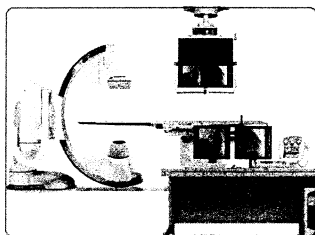
また、一般撮影装置2台を有し、日常の診療に寄与しています。

② CT装置



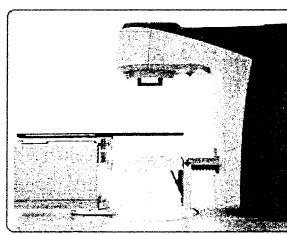
②16列のCT撮影装置です。画像は高精細で、従来のシングルCTより1回の撮影範囲が広く、撮影時間も短く、患者さんへの負担が少ない装置です。

③ 心・血撮影装置（アンギオ）



③心臓や脳血管を含め、全身血管を多目的に撮影することができ、安定した高画質が常に得られることで、より精度の高い計測や診断が可能となりました。

④ 放射線治療装置（リニアック）



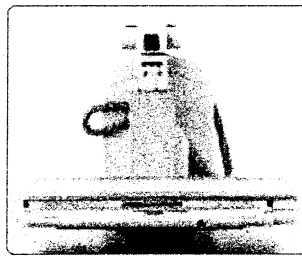
④地域がん診療連携拠点病院として、最新の放射線治療装置が更新され、悪性腫瘍等に対して、より精度の高い放射線治療が可能となり、地域医療への貢献が一層強化されました。

⑤ ガンマカメラ（RI検査・核医学検査）



⑤微量のRI薬品を体内に投与し、臓器の形態や機能を検査します。全身腫瘍の検索、全身骨検査、心虚血の程度判定などに寄与しています。

⑥ X線TV装置（透視検査）



⑥消化器系・外科系検査・呼吸器内科系検査等全診療科で幅広く活用されています。

また、大視野のFPDを有し、被ばく線量も少なく、解像度が高く微細病変も描出可能です。

4. 放射線検査実績 (24年3月～25年2月)

| 一般撮影 | 乳房撮影 | C T撮影 | 心・血管撮影 | 放射線治療 | R I | 透視 |
|--------|------|-------|--------|-------|-----|-----|
| 10,703 | 277 | 2,416 | 88 | 28 | 370 | 639 |

5. 学生実習受入状況

1名 (鹿児島医療技術専門学校, 診療放射線技術学科)

6. 認定技師の取得状況

マンモグラフィー撮影認定技師 2名

X線C T認定技師2名

7. 研修会等参加状況

放射線治療研究会, 乳がん・肺がん均てん化研修会,
核医学検討会, 教育訓練講習会, C Tテクノロジーフォーラム



24年度 放射線部スタッフ

5 (4) 検査部

1) 特色

- ① 早出勤務により、入院患者の検査結果は午前8時30分までに報告しています。
- ② 24時間365日(時間外はオンコールによる緊急検査態勢)、検査を行っています。

2) 業務概要

臨床検査技師6名で次の業務を行っています。

- ① 一般検査：検尿(潜血・蛋白・糖等)、尿沈渣、他
- ② 血液一般検査：白血球数、赤血球数、凝固検査、血液型検査、他
- ③ 生化学検査：肝機能(GOT・GPT・ γ GTP等)、腎機能(クレアチニン等)、他
- ④ 免疫血清検査：腫瘍マーカー、甲状腺機能、肝炎ウイルス検査、他
- ⑤ 輸血検査：交差適合試験、不規則抗体スクリーニング
- ⑥ 細胞診検査：喀痰・胸水・腹水・乳腺・甲状腺等の癌細胞の有無を検査
- ⑦ 微生物検査：抗酸菌の至急塗抹検査
- ⑧ 生理検査：心電図、肺機能、睡眠時無呼吸症候群検査、心カテ、他



【生化学自動分析装置】



【末梢血自動計数装置】

3) 検査部の目標

- ① 正確性・精密性・迅速性を常に考え、医療事故防止に努めます。
- ② 専門職としてのプロ意識を持ち続け、より付加価値を有した検査技師への発展に寄与する。
- ③ 貴重な検体を大切に扱います。
- ④ 経済的な効率性を考えた検査を提供します。
- ⑤ 生理機能検査においては、誠意と笑顔を持ち、かつ慎重に対応し、インフォームド・コンセントを心がけます。

4) スタッフ

| | 平成23年度 | | | | 平成24年度 | |
|----------|---------------|----------|----------|---------------|----------|--|
| 臨床検査技師長 | 坂田 幹雄 | 一般, 輸血 | 臨床検査技師長 | 坂田 幹雄 | 一般, 輸血 | |
| 副臨床検査技師長 | 上野 伸広 | 生化学 | 副臨床検査技師長 | 中野 秀人 | 生化学 | |
| 技術主査 | 金森 浩三 | 免疫血清・微生物 | 技術主査 | 狩元 伸一 | 細胞診, 他 | |
| 技術主査 | 山口 幹夫 | 細胞診, 他 | 臨床検査技師 | 山口 えり | 生理 | |
| 臨床検査技師 | 山口 えり | 生理 | 技術主査 | 藏元 強 (再任用) | 血液 | |
| 技術主査 | 藏元 強 (再任用) | 血液 | 臨床検査技師 | 猜都 純子 | 免疫血清・微生物 | |

5) 認定検査技師の取得状況

| | |
|-----------------|----|
| 細胞検査士 | 1名 |
| 超音波検査士（循環器 消化器） | 1名 |
| 認定心電検査技師 | 1名 |

6) 各種会議研修会等の参加状況

| 年月日 | 名 称 | 開催地 | 出張者 |
|-------------|---------------------|---------------|------------|
| H24.5.28～29 | 平成24年度新任課長補佐級研修 | 自治研修センター | 中野秀人 |
| H24.6.21 | 平成24年度県職員臨床検査技師研修会 | 県環境保健センター | 山口えり |
| H24.7.13 | 平成24年度臨床検査技師研修会 | 県環境保健センター | 坂田幹雄, 中野秀人 |
| H24.10.5 | 平成24年度県立病院臨床検査技師長会議 | 県庁 | 坂田幹雄 |
| H24.11.9～11 | 第51回日本臨床細胞学会秋期大会 | 新潟コンベンションセンター | 狩元伸一 |
| H24.11.27 | 第1回検査材料等部会 | 県庁 | 坂田幹雄 |
| H25.1.10 | 第2回検査材料等部会事前打ち合わせ | 県庁 | 坂田幹雄 |
| H25.1.29 | 第2回検査材料等部会 | 県庁 | 坂田幹雄 |
| H25.2.1 | 平成24年度県立病院医療安全対策協議会 | 県庁 | 中野秀人 |
| H25.2.24 | JSS九州第16回地方研修会 | 鳥栖市民文化会館 | 山口えり |
| H25.3.2 | 平成24年度日臨技精度管理報告会 | 東京読売会館よみうりホール | 坂田幹雄 |

7) 検査件数(単位:件)

① 一般検査部門

| 項目 | H23年度 | H24年度 | 増減(%) | 項目 | H23年度 | H24年度 | 増減(%) | | |
|--------|----------|-------|---------|--------|-------|--------|-------|----------|----------|
| 尿 | 色調 | 6,063 | 6,021 | -0.7 ▲ | 一日血糖 | 朝食前 | 27 | 36 | 33.3 ▲ |
| | 混濁 | 6,063 | 6,021 | -0.7 ▲ | | 朝食後 | 12 | 28 | 133.3 ▲ |
| | 乳び | 6,063 | 6,021 | -0.7 ▲ | | 昼食前 | 21 | 35 | 66.7 ▲ |
| | 比重 | 6,064 | 6,021 | -0.7 ▲ | | 昼食後 | 12 | 28 | 133.3 ▲ |
| | PH | 6,064 | 6,021 | -0.7 ▲ | | 夕食前 | 20 | 37 | 85.0 ▲ |
| | 潜血 | 6,064 | 6,021 | -0.7 ▲ | | 夕食後 | 12 | 28 | 133.3 ▲ |
| | 蛋白定性 | 6,064 | 6,021 | -0.7 ▲ | | 夜① | 11 | 29 | 163.6 ▲ |
| | 糖定性 | 6,064 | 6,021 | -0.7 ▲ | | 糖負荷試験 | 前 | 15 | 18 |
| | ウロビリノーゲン | 6,064 | 6,021 | -0.7 ▲ | 30 | | 14 | 17 | 21.4 ▲ |
| | ビリルビン | 6,064 | 6,021 | -0.7 ▲ | 60 | | 15 | 17 | 13.3 ▲ |
| | ケトン体 | 6,064 | 6,021 | -0.7 ▲ | 90 | | 1 | 1 | - - |
| | 沈渣 | 1,041 | 1,176 | 13.0 ○ | 120 | | 15 | 17 | 13.3 ▲ |
| | 蓄尿蛋白定量 | 36 | 49 | 36.1 ○ | 180 | | 0 | 0 | - ○ |
| | 随時尿蛋白定量 | 679 | 640 | -5.7 ○ | 糞便 | 性状 | 4 | 0 | -100.0 ▲ |
| 尿CRE | 600 | 558 | -7.0 ○ | 潜血O法 | | 0 | 0 | 0.0 ▲ | |
| 蓄尿糖定量 | 5 | 3 | -40.0 ○ | 潜血G法 | | 0 | 0 | 0.0 ▲ | |
| 随時尿糖定量 | 1 | 0 | - ○ | 潜血免疫1日 | | 482 | 419 | -13.1 ○ | |
| 尿・糖負荷 | 糖 前 | 13 | 16 | 23.1 ▲ | | 潜血免疫2日 | 395 | 378 | -4.3 ○ |
| | 糖 30分 | 2 | 3 | - ▲ | | 寄生虫卵 | 3 | 0 | - ▲ |
| | 糖 60分 | 13 | 16 | 23.1 ▲ | 妊娠反応 | 22 | 18 | -18.2 ○ | |
| | 糖 90分 | 1 | 0 | - - | 出血時間 | 18 | 10 | -44.4 ▲ | |
| | 糖 120分 | 12 | 16 | 33.3 ▲ | 輸血検査 | 998 | | -100.0 ▲ | |
| | 糖 180分 | 0 | 0 | - ○ | | | | | |

② 生化学部門

| 項目 | H23年度 | H24年度 | 増減(%) | 項目 | H23年度 | H24年度 | 増減(%) | |
|-------|--------|--------|----------|-------|-------|-------|----------|---------|
| T-Bil | 8,990 | 8,840 | -1.67 ▲ | CCR | 23 | 0 | -100.0 ▲ | |
| D-Bil | 1283 | 2146 | 67.26 ▲ | アルブミン | 4,360 | 5,225 | 19.8 ○ | |
| TTT | 205 | 161 | -21.46 ▲ | CRP | 7,514 | 8,085 | 7.6 ▲ | |
| ZTT | 454 | 416 | -8.37 ▲ | 蛋白分画 | 0 | 0 | - ▲ | |
| AST | 16,958 | 17,410 | 2.67 ▲ | LDL-C | 4244 | 4886 | 15.1 ○ | |
| ALT | 16,944 | 17,413 | 2.77 ▲ | U-Amy | 19 | 2 | -89.5 ○ | |
| LDH | 14,236 | 15,328 | 7.67 ▲ | U-CRE | 22 | 0 | -100.0 ▲ | |
| ALP | 9,881 | 10,261 | 3.85 ○ | 随時尿 | UA | 3 | 1 | - ○ |
| γ-GTP | 11,897 | 12,892 | 8.36 ▲ | | BUN | 1 | 0 | - ○ |
| ChE | 953 | 1,472 | 54.46 ▲ | | CRE | 1 | 0 | - ○ |
| TP | 14,383 | 14,635 | 1.75 ▲ | | Na | 1 | 2 | 100.0 - |
| TC | 12,045 | 12,509 | 3.85 ▲ | | K | 2 | 1 | -50.0 - |
| TG | 8,039 | 8,780 | 9.22 ○ | | CL | 1 | 1 | - ○ |
| HDL-C | 4,263 | 4,904 | 15.04 ○ | | Ca | 3 | 1 | - ○ |
| S-Amy | 6,591 | 6,203 | -5.89 ▲ | | P | 2 | 4 | - - |
| UA | 10,252 | 10,915 | 6.47 ○ | | Mg | 1 | 0 | - - |
| BUN | 18,536 | 18,905 | 1.99 ○ | | 蓄尿 | UA | 13 | 21 |
| CRE | 18,804 | 19,172 | 1.96 ○ | BUN | | 13 | 27 | 107.7 ○ |
| Na | 16,161 | 17,668 | 9.32 ○ | CRE | | 14 | 29 | 107.1 ○ |
| K | 15,975 | 17,402 | 8.93 ○ | Na | | 15 | 27 | 80.0 ○ |
| Cl | 15,043 | 16,961 | 12.75 ○ | K | | 14 | 25 | 78.6 ○ |
| Ca | 4,253 | 4,480 | 5.34 ○ | CL | | 13 | 24 | 84.6 ○ |
| P | 2,355 | 2,340 | -0.64 ▲ | Ca | | 5 | 10 | 100.0 ▲ |
| Mg | 2,500 | 2,505 | 0.20 ▲ | P | | 3 | 7 | 133.3 ▲ |
| Fe | 1,370 | 1,595 | 16.42 ○ | Mg | 0 | 0 | - - | |
| CPK | 4,074 | 5,039 | 23.69 ○ | 血液ガス | 581 | 1,415 | 143.5 ○ | |
| NH3 | 125 | 88 | -29.60 ○ | | | | | |

③ 血液部門

| 項目 | H23年度 | H24年度 | 増減(%) |
|----------|--------|--------|---------|
| 白血球 | 19,729 | 19,637 | -0.5 ▲ |
| 赤血球 | 19,729 | 19,637 | -0.5 ▲ |
| 血色素 | 19,728 | 19,637 | -0.5 ▲ |
| Ht | 19,728 | 19,637 | -0.5 ▲ |
| 血小板 | 19,728 | 19,637 | -0.5 ▲ |
| 血算+像 | 7,414 | 7,574 | 2.2 ▲ |
| 像(目視法) | 2,392 | 2,046 | -14.5 ▲ |
| 網状赤血球 | 403 | 365 | -9.4 ▲ |
| 血液型(ABO) | 365 | 318 | -12.9 ▲ |
| 血液型(Rh) | 364 | 318 | -12.6 ▲ |
| PT(秒) | 3,981 | 5,110 | 28.4 ○ |
| APTT | 1,004 | 1,271 | 26.6 ▲ |
| Fib | 1,158 | 1,708 | 47.5 ○ |
| FDP | 976 | 1,361 | 39.4 ○ |
| FMテスト | 11 | 7 | -36.4 ○ |

④ 免疫・血清部門

| 項目 | H23年度 | H24年度 | 増減(%) |
|--------|-------|-------|----------|
| HBs抗原 | 771 | 789 | 2.3 ▲ |
| HCV抗体 | 746 | 761 | 2.0 ▲ |
| TPHA定性 | 301 | 280 | -7.0 ▲ |
| RPRテスト | 9 | 107 | 1088.9 - |
| ASLO | 0 | 0 | - - |
| RAテスト | 0 | 0 | - ▲ |
| 直接ケームス | 28 | 28 | 0.0 ○ |
| 間接ケームス | 30 | 28 | -6.7 ○ |
| AFP | 594 | 654 | 10.1 ○ |
| CEA | 2,892 | 2,569 | -11.2 ▲ |
| CA19-9 | 604 | 1141 | 88.9 ○ |
| FT3 | 1,695 | 1,614 | -4.8 ▲ |
| FT4 | 1,696 | 1,613 | -4.9 ▲ |
| TSH | 1,692 | 1,611 | -4.8 ▲ |
| 血糖 | 5,865 | 7,823 | 33.4 ▲ |
| HBA1c | 5,422 | 6,097 | 12.4 ○ |

⑤ 生理部門

| 項目 | H23年度 | H24年度 | 増減(%) |
|-----------|-------|-------|---------|
| 心電図(安静) | 3,735 | 4,089 | 9.5 ▲ |
| 心電図(負荷) | 417 | 427 | 2.4 ○ |
| ホルター心電図 | 237 | 244 | 3.0 ▲ |
| トレッドミル | 0 | 0 | — ▲ |
| 心臓カテーテル | 58 | 94 | 62.1 ▲ |
| 肺機能(通常) | 1,074 | 1,077 | 0.3 ▲ |
| 脳波 | 0 | 0 | — — |
| ABI | 132 | 142 | 7.6 ▲ |
| 眼底 | 224 | 150 | -33.0 ▲ |
| 心音図 | 0 | 0 | — ▲ |
| 心機図 | 0 | 0 | — ▲ |
| 聴力 | 435 | 441 | 1.4 ▲ |
| 終夜睡眠ホリグラフ | 0 | 4 | — ○ |
| 肺機能(精密) | 0 | 1 | — ○ |
| 計 | 6,312 | 6,669 | 53.1 |

⑥ 院内検査と院外検査の比較

| | | 生化学 | 内分泌 | 免疫血清 | 微生物 | 一般 | 穿刺液 | 血液 | 生理 | 細胞診 | 病理 | R I | 血中薬物 | その他 | 合計 |
|----|------|---------|-------|--------|-------|-------|-----|--------|-------|-----|-----|-----|------|-----|---------|
| 院内 | 23年度 | 260,818 | 5,151 | 15,727 | 507 | 9,101 | 156 | 37,685 | 6,283 | 326 | 753 | 0 | 0 | 980 | 337,487 |
| | 24年度 | 277,617 | 4,856 | 16,080 | 271 | 8,045 | 26 | 38,853 | 6,672 | 296 | 465 | 0 | 0 | 682 | 353,863 |
| 院外 | 23年度 | 1,965 | 1,667 | 2,894 | 2,908 | 22 | 0 | 601 | 0 | 0 | 453 | 815 | 160 | 250 | 11,735 |
| | 24年度 | 1,844 | 2,551 | 3,414 | 2,963 | 15 | 0 | 778 | 0 | 0 | 391 | 861 | 144 | 156 | 13,117 |

8) 各種委員会

- ① 事務局 輸血療法委員会, 臨床検査の適正化に関する委員会
- ② 参加委員会 運営協議会, リスクマネジメント部会, ICT(感染症管理チーム), クリニカルパス, NST(栄養サポートチーム), DPC 委員会, 業務改善委員会, 物流委員会, 衛生委員会, 防火管理委員会, 大規模災害訓練実行委員会, 図書委員会



24年度 検査部スタッフ

5 (5) リハビリテーション部

1. 概要

- 1) 職員：渡辺由美（技術主査）
 森菌真吾（理学療法技師）
 高倉ふみよ（助手）
- 2) 施設基準：①運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
 ②脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）
 ③呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）
 ④心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）
 ⑤がん患者リハビリテーション料



24年度 リハビリテーション部スタッフ

・リハビリテーション部は23年4月より心大血管リハビリ、12月よりがん患者リハビリの施設基準を取得しました。疾患によりリハビリの内容はさまざまですが、基本的には入院前の生活をもとに、個々人のリハビリ目標を明確に掲げ、早期からのリハビリ介入を行うとともに、2次的な機能障害予防にも取り組んでいます。また他部門と連携し、患者さんがその人らしい生活を送れるようにチームでの対応を行っています。

2. 診療実績

- 1) 平成24年度診療科別リハビリテーション依頼件数（入院のみ）

| 診療科 | 外科 | 内科 | 循環器 | 消化器 | 放射線 | 合計 | 平均年齢 |
|--------|----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 患者数(人) | 81 | 124 | 114 | 33 | 4 | 356 | 79歳 |

- 2) 平成24年度リハビリテーション実施件数（外来・入院）

| | | 件数 | 単位数 | 備考 |
|--|--------|-------|-------|------|
| リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 料 | 運動器疾患 | 285 | 440 | |
| | 脳血管疾患等 | 2,867 | 4,544 | 100点 |
| | 呼吸器疾患 | 586 | 991 | 170点 |
| | 心大血管疾患 | 236 | 413 | 200点 |
| | がん患者 | 1,396 | 2,152 | 200点 |
| | 小計 | 5,370 | 8,540 | |
| 消炎鎮痛処置 | | 566 | 0 | 35点 |
| 合計 | | 5,936 | 8,540 | |
| 早期リハビリテーション加算 | | 3,895 | | 30点 |
| リハビリテーション総合計画評価料 | | 276 | | 300点 |
| 退院時リハビリテーション指導料等 | | 173 | | 300点 |

5 (6) 栄養管理室

1. 概要

栄養管理室は、管理栄養士2名、調理員8名、事務員1名の計11名で構成されており、年28回の行事食の実施など患者さんに喜んでいただける食事づくりを心がけている。

栄養管理は、院内栄養食事基準に基づいて実施しており、一般治療食と特別治療食に大別される。一般治療食には、常食と軟菜を主とした全粥食、五分食、流動食等があり、特別治療食には、蛋白コントロール食やエネルギーコントロール食、低残渣食、消化器術後食、経管栄養食等がある。

一般治療食は、患者さんが体力を回復し、間接的に治療効果を高めるために提供され、また、特別治療食は、栄養素配分を考慮して疾患の治療効果を高めることを目的に提供される食事となっている。

平成24年度における食事内容は、1日平均給食数が232食で、一般治療食46%、特別治療食54%の割合であった。

栄養食事指導については、原則として火曜日、木曜日に実施しているが、時間に空きがある場合は、他の曜日にも実施している。指導内容は、胃腸疾患、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、腎疾患等に関するものとなっている。平成24年度の栄養食事指導件数は202件であった。

また、入院患者ごとの栄養管理計画に基づき、他部署と連携して栄養評価を行い、栄養不良リスクの高い患者さんには病棟訪問を実施するなど栄養管理の充実を図った。

2. 24年度の主な取り組み

平成24年度における主な取り組みについては、次のとおりである。

1) 衛生管理の徹底

ノロウイルス対策について、感染管理認定看護師と連携を図りながら調理業務従事職員を対象に勉強会を開催するとともに厨房内の細かな対応を検討し、衛生管理の徹底を図った。

2) 食事提供の改善

食事内容や調理・配膳方法等について検討・改善を図った。

- ・朝食のサイクルメニューや特別食の献立見直しによる食事内容の充実
- ・個別対応食に細やかに対応するための食事オーダー内容の改善
- ・誤配膳を防止するための厨房内指示書等の様式の改善
- ・食器の大きさや素材の再検討による食べやすい食器の導入
- ・とろみ、きざみ食の均一化と適切な食事形態の検討

3) 学会発表

- ・第48回鹿児島県立病院学会（口頭発表）

辻 瑞樹：患者の病状と意向に沿った食事の提供を目指して
～個別対応の一例～

・第48回鹿児島県立病院学会（ポスター発表）

白澤和美：患者の食事状況と病院給食に対する職員を対象とした意識調査について

参考1 給食数の推移

（単位：食）

| | | 平成21年度 | 平成22年度 | 平成23年度 | 平成24年度 |
|---------|-------|---------|--------|--------|--------|
| 延給食数 | 一般治療食 | 52,639 | 47,075 | 43,348 | 39,398 |
| | 特別治療食 | 65,005 | 51,067 | 55,603 | 45,436 |
| | 計 | 117,644 | 98,142 | 98,951 | 84,834 |
| 1日平均給食数 | 一般治療食 | 144.22 | 128.97 | 118.44 | 107.94 |
| | 特別治療食 | 178.10 | 139.91 | 151.92 | 124.48 |
| | 計 | 322.32 | 268.88 | 270.36 | 232.42 |

参考2 栄養食事指導業務実績 < 24年3月 ~ 25年2月 > （単位：件）

| | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 計 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|-----|
| 入院 | 9 | 8 | 8 | 6 | 9 | 21 | 20 | 19 | 16 | 17 | 13 | 13 | 159 |
| 外来 | 6 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 2 | 3 | 8 | 1 | 1 | 2 | 43 |
| 計 | 15 | 11 | 12 | 11 | 14 | 24 | 22 | 22 | 24 | 18 | 14 | 15 | 202 |



5 (7) 看護部

1. 看護部の目的・目標

(1) 看護部理念：誠実・安心 誠実，安心の意味するもの：薩南病院の「SA」

・誠実（S）：真心のこもった真摯な態度で看護をする。

患者さんを尊重し責任ある行動を取る。

・安心（A）：患者さん・ご家族が安心できる看護をする。

安全に配慮した看護をする。

専門的な技術・知識を持って看護をする。

心のこもった笑顔で看護をする。

(2) 看護部目標

1) 個々に応じた看護サービスを提供する。

2) 事故防止に努める。

3) 社会人としてのマナーを身に付ける。

4) 積極的に経営参画する。

2. 平成24年度看護部の数値目標と達成状況

(1) 個々に適した看護サービスを提供し，看護に責任を持つ。

1) 看護計画の修正評価・サマリーができる。：

看護記録委員を中心に定期的に評価し81.4%達成した。

2) 看護サマリーの作成：94.7%達成した。

3) 患者参画型看護計画の実施：97.2%実施した。

(2) 事故防止に努める。

1) 褥創の新規発生防止（各病棟月1件以内とする）：発生予防に努めた。（26件発生）

2) 針刺し事故をしない。（6件発生）

3) 患者間違いをしない。（9件発生）

4) 内服エラーをしない。（44件発生）

5) 注射・点滴エラーをしない。（37件発生）

(3) 社会人としてのマナーを身に付ける。

1) 接遇の苦情を受けない。（3件の苦情を受けた。）

(4) 積極的に経営参画する。

1) 医薬品の破損をしない。（43件発生）

3. 平成24年度単年度目標

(1) 日本医療評価機能 Ver7.0 の受審に向けて取り組む。

1) 臨床倫理検討を行う為の基準手順を作成し，事例検討を行う。

- ①倫理の研修の受講と看護師長の小集団活動によるスタッフへの研修を行った。
 - ②事例検討に使用する臨床倫理シートの決定と試行を行う。
 - ③職員倫理指針の改定と事例検討のフローを改定した。
- 2) 担当するマニュアルや基準・手順を Ver7.0 で改訂する。
 - ①3月までの担当する基準やマニュアルの改定をした。それを電子カルテにも導入した。
 - 3) DPCを理解し経営に参画する。
 - ①院内の研修会や部署別学習会を行う。

4. 看護部の取り組み

- (1) 目標管理の実施・定着（やりがい感と自己実現）：
 - 1) 目標面接を年3回実施しキャリアアップと自己実現が出来るように努めた。
- (2) 「固定チームナーシングのラダー」の定着を図り、ラダー別の研修に取り組んだ。
- (3) 7対1看護体制の維持を図る。
 - 1) 電子カルテの記録も含め、看護必要度の集合学習会を行い、看護必要度の評価の定着を図った。それと共に急性期看護補助者の導入・教育を行い、看護助手の早出・遅出を組み入れた。
- (4) 個々人が専門とする分野を深めることが出来た。
 - ・資格取得
 - 1) 感染管理認定看護師1名 資格試験に合格する。
 - 2) がん性疼痛認定看護師の養成校を2名と、感染管理認定看護師の養成校を1名卒業し、25年5月認定看護師の資格試験を受ける予定である。
 - 3) 医療メディエーターBを1名取得する。
 - 4) DMA T1 チームの養成：看護師3名取得する。
 - 5) J P T E C 7名プロバイダー7名取得する。
 - 6) 認定看護管理ファーストレベル研修を1名受講する。
 - 7) 医療安全管理者を2名取得した。
 - 8) 看護必要度評価者 院内指導者を5名取得した。
 - 9) 呼吸療法認定士を1名取得した。
 - 10) 鹿児島県肝炎コーディネーターを2名取得した。
 - 11) がん相談員基礎研修（1）を1名取得した。
 - 12) がん相談員基礎研修（2）を1名取得した。
 - 13) がん相談員基礎研修（3）を1名取得した。
 - 14) フォーカスチャータニングの認定指導士の養成コースを2名修了した。

15) 人工腎臓装置保守管理研修を1名終了した。

・入学資格

1) 緩和ケア認定看護師教育課程に25年6月から入校予定。

2) がん専門看護師教育課程に25年4月から入学予定。

・研修

1) 倫理の研修「倫理的な職場風土の醸成」に13名参加した。

2) フォーカスチャータリングの看護記録の研修に10名参加した。

3) 日本環境感染学会に3名参加した。

4) 日本がん看護学会に1名参加した。

5) 日本肺癌学会に1名参加した。

6) 日本経腸栄養学会に3名参加した。

7) 第46回鹿児島県保健看護研究学会に2名参加し1題発表する。

8) 日本医療マネジメント学会第3回鹿児島支部学術集会に4名参加し1題発表する。

9) 日本褥瘡学会九州地方会学術集会に4名参加する。

10) 日本緩和医療学会に1名参加する。

11) 日本手術看護学会九州地区大会に2名参加する。鹿児島がん看護研究会ELNEC-Jコアカリキュラム看護師育成プログラムに2名参加した。

(5) 地域の診療拠点病院として充実する。

1) 災害拠点病院の機能を深める。:DMATの研修後、院内で行ったトリアージ訓練のリーダーを務めた。

2) がん診療連携拠点病院として当院の「がん医療に携わる医師の研修」:ファシリテーターを行う。

3) ふれあい看護:近隣の高校生13名が参加する。シート交換や車椅子での散歩等を体験した。

4) 南さつま市立坊津病院の看護職員へ委員会活動の支援を行う。:褥瘡委員会・リスクマネジメント部会・感染防止対策委員会など

5) 山口県宇部共立病院看護師2名の、電子カルテの看護業務運用現場見学を受け入れた。

6) 徳久整形外科看護師3名の、看護記録の研修を受け入れた。

7) 認定看護師の地域への派遣:

①始良病院のがん緩和ケアの事例検討にスーパーバイザーで参加する。

②看護の地区研修会に緩和ケア・がん疼痛認定・感染管理看護師が講義を行う。

③近隣の医療機関で感染管理・皮膚排泄ケア等の講義を行う。

④「地域がん医療研修会」を発足した。6回行う。

(6) 固定チームナーシングの定着を図る。

1) 今年のテーマは「データ分析を小集団活動に活かす」とした。

①4月のデータ分析の研修をリーダー及びサブリーダーが受講した。

- ②9月に中間発表を行った。
- ③翌年3月にまとめの発表を行った。講師に西元先生を招いての評価と基調講演を行った。近隣の病院から6名の看護スタッフの参加がある。
- ④9月の全国大会には透析室と手術室から取り組みの発表を行った。
- ⑤12月の鹿児島地方会には透析室と外来より取り組みの発表をした。また、各部署から出席し示唆を得た。
- (7) 看護ケアの質を評価し改善するために昨年度に続き患者満足度調査を行った。
- ・結果と今後の課題
- 満足度調査の結果は、引き続き、良い値の結果を得た。
- 今後も7対1看護体制による看護サービスの提供量と共に、看護の質を高めることで、より一層の患者満足度の充足を図りたい。
- また安心して医療処置・看護ケアが受けられるように、看護師としての「配慮や、判断し行動していける事柄」を、その都度説明して、納得と同意の上で、ケアが受けられるように引き続き努力して行きたい。



24年度 看護部スタッフ

5 (7)-1 外 来

1. 外来の特徴

- ①内科（透析を含む）・循環器科・消化器科・外科・放射線科の5診療科を有している。
- ②内科は糖尿病（第2・3の金曜日）、肝臓病（第1・3の金曜日）の特殊外来がある。
- ③外来化学療法室は8床ある。（H24年9月から増床）
- ④全診療科・検査は、予約制をとっている。
- ⑤他施設からの放射線科へのCT、骨シンチ、循環器科への心エコー、心筋シンチ、心臓カテーテル検査、外科へのFNAC、PEG造設や交換の依頼が多い。
- ⑥心肺停止状態の高度救急患者の搬送も多い。
- ⑦毎週水曜日の午後から緩和ケア外来を予約制で行っている。
- ⑧外来診療では、医師クラークが医師の補助業務に当たっている。

2. 外来各科の実績

| 診 療 科 | 手術, 検査, 処置等項目 | 件 数 (件) | | |
|-------|----------------|----------|----------|------|
| | | 平成 23 年度 | 平成 24 年度 | 増減 |
| 放射線科 | CT | 2,695 | 2,461 | ▲234 |
| | 骨シンチ | 90 | 97 | 7 |
| 循環器科 | 心筋シンチ | 208 | 261 | 53 |
| | 心エコー | 2,270 | 2,265 | ▲5 |
| 内 科 | 気管支内視鏡 | 9 | 12 | 3 |
| | 化学療法（消化器内科も含む） | 90 | 109 | 19 |
| | マルク | 27 | 16 | ▲11 |
| 消化器内科 | 腹部エコー | 669 | 831 | 162 |
| | 胃カメラ（GIF） | 1,468 | 1,516 | 48 |
| | 大腸内視鏡（CF） | 697 | 654 | ▲43 |
| | ポリペクトミー（大腸・胃） | 174 | 141 | ▲33 |
| | 胃透視 | 25 | 24 | ▲1 |
| | 注腸検査 | 32 | 28 | ▲4 |
| | ERCP | 80 | 94 | 4 |
| | ENBD | 17 | 12 | ▲5 |
| | ステント術 | 54 | 66 | 12 |
| | 排石術 | 21 | 28 | 7 |
| | EUS | 33 | 46 | 13 |
| | ESD | 11 | 5 | ▲6 |
| | 胃止血術 | 17 | 47 | 30 |
| | カプセル内視鏡 | 11 | 2 | ▲9 |
| 外 科 | 化学療法 | 384 | 232 | ▲152 |
| | 乳がん検診 | 90 | 163 | 73 |
| | 乳房生検 | 77 | 62 | ▲15 |
| | PEG 交換 | 98 | 94 | ▲4 |
| | 外来手術 | 7 | 8 | 1 |
| 検 診 | 人間ドック | 309 | 313 | 4 |
| | 肺がん検診 | 25 | 34 | 9 |
| | 特定検診 | 29 | 65 | 36 |
| | 健康診断 | 176 | 194 | 18 |

3. 外来患者の状況

| | 全 体 | 診 療 科 内 訳 | | | | |
|-----------|----------|-----------|---------|----------|---------|---------|
| | | 内 科 | 消化器科 | 循環器科 | 外 科 | 放射線科 |
| 延べ外来患者数 | 40,174 人 | 13,439 人 | 6,561 人 | 11,172 人 | 6,310 人 | 2,692 人 |
| 1日平均外来患者数 | 163.3 人 | 54.6 人 | 26.7 人 | 45.4 人 | 25.7 人 | 10.9 人 |
| 紹介患者数 | 2,479 人 | 486 人 | 407 人 | 786 人 | 444 人 | 356 人 |

時間内救急患者の状況（救急車搬入患者）

| 時間内患者数 | 救急車来院患者数 | うち入院患者数 |
|--------|----------|---------|
| 745 人 | 238 人 | 201 人 |

4. 職員

医師

内科 4 人 循環器科 3 人（院長含む） 消化器内科 2 名
外科 4 人（副院長含む） 放射線科 1 人

看護師

看護師長 1 名 副看護師長 1 名
看護師 8 名 職員 5 名 臨的 3 名 臨時 3 名
認定看護師 2 名 がん化学療法認定看護師 皮膚創傷ケア認定看護師
（がん性疼痛看護認定看護師）
医師クラーク 8 人

5. 看護の状況

（1）目標と達成状況

1) 外来目標

| 目 標 | 達成状況 |
|---|---|
| 1. <u>外来における基準・手順を新しい機能評価に変更する。</u> | 1) 外来看護基準は H25 年 3 月 4 日に全ての見直しをおこなった。 2) 一部改定・策定をおこない完成した。 3) 現実に即した看護基準が出来上がった。 |
| 2. <u>臨床倫理について学習会に参加する。</u> ・事例を 1 例あげる。 | 1) 定期的学習会を行った。しかし、倫理について十分理解し、活用出来るまでにいたらなかった。 2) 1 事例をあげて検討したが倫理シートを上手く活用できなかった。 |

2) 固定チーム

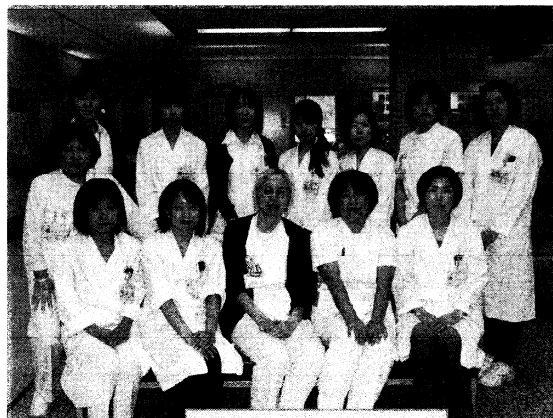
| | A チーム | B チーム |
|------|---|---|
| リーダー | 松山, 南 (サブリーダー) (10月退職) | 上木原, 濱寄 (サブリーダー) |
| メンバー | 宇都, 蒲牟田 (11月~), 坂下玉利(副看護師長) | 坂口, 中村, 松崎, 当房 |
| 特徴 | ①内科・消化器科・循環器科の疾患を持つ患者 ②感染症 (結核・インフルエンザ・ノロウイルスなど) ③化学療法検査 ④人間ドックを含む各種検診 | ①外科・放射線科の疾患を持つ患者 ②検診 (肺がん・乳房) を受ける患者 ③胃ろう造設を持っている患者 ④外科的外来手術を行う患者 ⑤化学療法患者 |
| 特殊検査 | 内視鏡検査, 治療の必要な患者, 心筋シンチ, 心エコー検査, マルクなど | 甲状腺, 乳房, 腹部エコー, FNAC を行う患者 |

3) 各チーム目標と活動内容と達成状況

| | | | |
|------------------|---------------------------------|---|---|
| A チ ー ム | 目 標 | 内視鏡・心筋シンチ・内科外来・採血の基準・手順を改定する。 大腸内視鏡検査の前処置が確実に出来る。パンフレットの検討。 | |
| | | 活 動 内 容 | 達 成 状 況 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> 自宅での経口腸管洗浄剤 (ムーベン) を飲む患者さんへのアンケートを実施した。 検査説明用のパンフレットの内容を検討した。 修正後の患者さんの検査前処置が確実にできたか評価した。 | <ol style="list-style-type: none"> 1) 大腸内視鏡検査に対する患者さんの意見を聞く事ができた。 2) 検査説明のパンフレットの見直しができ検査前処置を, 患者さんがスムーズに行えるようになった。 |
| B チ ー ム | 目 標 | 外来がん患者の苦痛を4つの側面 (身体的社会的・精神的・スピリチュアル) を入力し, 外来カンファレンスを行う。 | |
| | ケ イ ン ク チ ー ム | 活 動 内 容 | 達 成 結 果 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> 受け持ち患者を決めた。 外来がん患者の苦痛の4つの側面を用いてカンファレンスをおこなった。 | <ol style="list-style-type: none"> 1) チーム内で情報の共有が出来た。 2) 受け持ち患者のカンファレンスが充実できた。 |

(2) 学習会

| 開催月 | 学習会名 | 学習内容 |
|-----|----------------|-----------------------|
| 4月 | 内視鏡吸引器デモ器説明 | 吸引器取り扱い。感染防止の凝固剤取り扱い。 |
| | インシデント入力について | 入力方法・インシデントレベル・事例報告 |
| | 事例から学ぶ患者への対応 | 事例から DPC 対応を学ぶ |
| 5月 | 心カテ勉強会 | 心臓カテーテル検査について |
| | 外来化学療法について | 認定看護師から学ぶ手技や留意点 |
| | 看護師の倫理要綱 | 看護師の倫理要綱について学ぶ(資料) |
| 6月 | インスリン導入時の指導・説明 | 手順・説明について。パンフレットの活用 |
| 7月 | 医療安全研修会 | KYT(危険予知トレーニング) |
| 8月 | 留置針固定方法について | いろいろな固定方法と指導された固定方法 |
| 9月 | 看護倫理要綱 | 倫理とは、漫画で見る看護師の倫理要綱 |
| 10月 | 看護と倫理 | 看護師としての倫理の考え方 |
| 12月 | 看護倫理要綱 | 倫理原則、看護師の役割、臨床倫理問題 |



24年度 外来スタッフ

文責：外来師長 池野 正子

5 (7) - 2 1 病棟

1. 病棟の特殊性

- 1) 循環器科，内科，消化器科の混合病棟で，運用病床数は45床である。
- 2) ①循環器科は，心筋梗塞や心不全，不整脈などの患者が多く，心臓カテーテル検査やペースメーカー植え込み，ジェネレーター交換などを行っている。今年度7月から，冠動脈形成術を開始した。
②血液疾患では，悪性リンパ腫の患者が多く化学療法を行っている。平成19年3月に無菌治療室を整備し，白血病等の高度医療を行っている。
③呼吸器科では，呼吸管理を必要とする重症肺炎や肺癌の化学療法を受ける患者が多い。
④透析患者の寝たきりが多く，看護必要度が高い。消化器科では，ERCPや減黄処置，ポリープ切除，潰瘍などの治療を行っている。
- 3) 看護体制：3交代制（7：1看護）
固定チームナーシングを取り入れ，3チームで活動している。小集団活動を6グループに分けて行った。看護必要度を取り入れ集計している。

2. 平成24年度 病棟実績

1) 入院患者数など

| 延入院患者数 | 入院患者数 | 退院患者数 | 死亡退院 | 平均在院日数 | 病床利用率 | 1日平均入院患者数 |
|---------|-------|-------|------|--------|-------|-----------|
| 12,903人 | 540人 | 529人 | 39人 | 21.8日 | 78.6% | 35.3人 |

2) 検査・治療・処置状況

| | | | | |
|--------|---------|-------------|-----------|-------|
| 冠動脈形成術 | 心臓カテーテル | ペースメーカー植え込み | ジェネレーター交換 | 心筋シンチ |
| 10件 | 82件 | 23件 | 15件 | 46件 |
| IABP | 内シャント術 | 透析室搬入 | 化学療法 | 輸血 |
| 4件 | 11件 | 582件 | 62件 | 456件 |

3. 看護の状況

1) 病棟目標と達成状況

| 目 標 | 達 成 状 況 |
|---|--|
| 1. 医療機能評価 Ver.7.0 受審に向けて取り組む。 1) 臨床倫理のカンファレンスを他部門と実施する（1回/週） 2) Ver.7.0の項目に沿った病棟改善に取り組む。 ①マニュアルの見直し ②環境整備 | 1. 倫理問題については日々のカンファレンスは行ったが，他部門とのカンファレンスは定着できなかった。 2. 病棟業手順，病棟管理基準の見直しを行った。 |
| 2. アクシデントをおこさない。 | 2. 転倒による骨折が1件あった。 |
| 3. DPCを理解し診療報酬漏れを防ぐ。 | 3. DPCについての学習会を行い理解を深める努力をした。 |

2) 固定チームナーシング

| 目 標 | | 達 成 状 況 |
|-----------------------|---|---|
| A チ ー ム | 1. インシデントを 20 件以内にし、患者へ確実な与薬ができる。 | 内服に関するインシデント 17 件 内服管理基準を見直し、新たに内服管理選択MAPを作成した。これらの使用を定着していきたい。 |
| | 2. 患者・家族へのサービスの充実を図るため、共同作業・応援業務のマニュアルを見直す。 | 共同作業・応援業務について、既存のマニュアルを見直し、スタッフの意識調査を行った。スタッフの意識の向上につながったが、マニュアルの活用に関してはまだ不十分であった。 |
| | 3. よりよい睡眠を目指して、夜間巡視に対する患者と看護師の意識調査を行う。 | 看護師は夜間巡視の際、患者の睡眠を妨げないように配慮は行っているがそれでも夜間巡視の際の光や音などで目が覚める患者は多かった。音や光に対するさらなる配慮が必要である。 |
| B チ ー ム | 1. 患者の早期回復や円滑な退院のためにリハビリ室とのカンファレンスを定着させる。 | リハビリカンファレンスは積極的参加が得られ、定着しつつある。カンファレンスと家族へのかかわりが患者の意欲を高め、自宅退院できた事例があった。 |
| | 2. 透析患者・家族と看護師が問題を共有し、安心して退院が出来る。 | 今回は退院支援マップ作成までとなったが、他部署との連携や研修等を通して、退院支援は入院時から始まっていることを認識した。 |
| 助 手 チ ー ム | 1. 環境整備に努める。 1) 助手マニュアルの見直し 2) 病棟内の環境整備に努める | 浴室のですりの位置をかえたり、てすりを新たに付ける提案ができた。シャワー室の滑り止め付きマット使用を提案し、危険防止にも繋がられた。 |

3) 病棟学習会

| 月 | 内 容 | 月 | 内 容 |
|-----|----------------------------------|------|---------------------|
| 4 月 | 観血式血圧測定システム, 血圧トランスデューサのセットアップ手順 | 11 月 | ペースメーカー・一時ペーシングについて |
| 5 月 | 心臓カテーテル基礎講座－CAG 概論－ | 11 月 | 退院支援について |
| 5 月 | 処置箋・DPC | 11 月 | 病院機能評価について |
| 5 月 | フォーカスチャーティング | 1 月 | 多剤耐性緑膿菌について |
| 9 月 | がん化学療法の看護について | 1 月 | 抗不整脈剤について |

4) 看護研究の取り組み

夜間巡視に対する患者と看護師の意識調査
～よりよい睡眠提供を目指して～

5) 県立病院学会発表

心不全患者の退院指導に対する現状と改善策
～看護師のアンケート調査結果から～



24年度 1病棟スタッフ

5 (7) - 3 2 病棟

1. 病棟の特殊性

1) 外科・消化器を中心とした，定床 45 床。

①消化器（食道・胃・大腸・肝・胆膵），呼吸器（気管・肺），内分泌（乳房・甲状腺・副腎）等の良悪性疾患に幅広く対応。

②悪性腫瘍に対してはがん診療連携拠点病院として他科とも協力し，手術・化学療法・放射線治療を組み合わせた集学的治療と看護を提供する。

③早期回復を目指し，患者家族に対する援助や緩和ケアに対する援助を行う。

④急性期からターミナル期と幅広い看護が求められる。

2) 基本方針として

①患者さんご家族の意向を尊重し，常に患者さんの立場に立ち安心安全なサービスを提供。

②緩和チームと協力し，がん治療と平行して緩和ケアを提供。

③地域医療連携室と協力し入院から退院まで。

看護方式は，3交代制固定チームナーシングを取り入れ2チームで活動している。

職員数：看護師 25 名（看護師長 1 名・副看護師長 2 名・日々雇用 3 名含む）

看護助手：5 名（15 日雇用）医師：外科医師 4 名（副院長兼務 1 名）

2. 平成 24 年度病棟実績

1) 入院患者数など

| 延入院患者数 | 入院患者数 | 退院患者数 | 死亡退院 | 平均在院日数 | 病床利用率 | 1日平均入院患者数 | 化学療法件数 |
|----------|---------|---------|------|--------|-------|-----------|--------|
| 12,302 人 | 1,056 人 | 1,050 人 | 58 人 | 10.7 日 | 74.9% | 33.7 人 | 456 件 |

2) 検査状況・治療

| IVH 挿入 | ポート挿入 | ERCP | イレウスチューブ挿入 | 胸腔ドレーン挿入 | PEG | 胃カメラ | CF | PTCD |
|--------|-------|------|------------|----------|-----|-------|-------|------|
| 9 件 | 17 件 | 81 件 | 18 件 | 34 件 | 8 件 | 128 件 | 122 件 | 10 件 |

3. 看護の状況

1) 病棟目標と達成状況

24 年度病棟目標：患者のニーズにあった医療サービスを提供する。

| 病棟看護目標 | 目標達成状況 |
|---|---|
| (1)受け持ち看護師の自覚・責任を持ち患者に関わる。 1) 多職種と協働して退院に向けて援助する。 2) 患者参画型看護計画の立案・看護計画の修正評価を行う。 | ①師長と共に受け持ち患者の情報をとり本人ご家族の希望を確認し関わる事が少しずつ出来てきている。 ②他職種とのカンファレンスが少なかった。受け持ちが中心になり家族・本人とのカンファレンスを行うことが，重要となる。達成度の数値は，上昇してきている。 ③患者参画型看護計画の立案は，100%・看護計画の修正評価が 74%でした。 |
| (2)医療安全に務める。 1) ドレーン抜去 16 件以下にする 2) ヒアリハットレベル 3b を 10 件以下にする | ①ドレーン・チューブ抜去 12 件であった。治療上最小限の抑制は必要です。抑制時の観察，確認を徹底しました。 ②ヒアリハットレベル 3b は，1 件であった。2 名確認を徹底しました。 |

2) 固定チームナーシングの実績

| | 目 標 | 各 チ ーム | 達 成 状 況 |
|--------------|---|------------|---|
| A チ ーム | <ul style="list-style-type: none"> ・手術前日入院患者の術前指導パンフレットを作成する。 ・患者がスムーズに退院できるようにパンフレットを作成する。 ・メンバーで症例・疾患の勉強会を月/1回開催する | ①術前指導チーム | 術前チェックリストの改訂、手術前日入院患者の術前指導パンフレット・手術必要物品の見直しを行い2011年に見られたヒアリハットがなかった。 |
| | | ②退院指導チーム | パンフレットの見直し後、「患者からパンフレットが見やすい」との意見が聞かれ患者の理解度を考慮した内容になった。 |
| | | ③リカバリ強化チーム | 疑問を感じたところから学習するスタイルは、関心が高く日々の看護に即応すると考えられる。 |
| B チ ーム | <ul style="list-style-type: none"> ・化学療法・ターミナル期の患者ケアの理解を深める。 ・電子カルテの操作法を習得し、効果的な情報収集が実践できる。 | ①化学療法チーム | 目標の全員が評価アップできるまでには、達成できなかった。 化学療法の知識は増え、今まで以上に慎重に実施していく必要性を感じ、化学療法実施時は看護師2名によるダブルチェックを行うように定着した。 |
| | | ②褥瘡対策チーム | スキンウォーキングカンファを行うことで、チーム全体で検討する機会が増えた。 取組の結果新規褥瘡発生は目標8件以下の4件でした。 |

3) 学習会

| 実施日 | 内 容 |
|--------------|------------------------|
| 平成 24 年 4 月 | フォーカスチャーティングの基本原則について |
| 平成 24 年 5 月 | 人工呼吸器・バイパップの使用について |
| 平成 24 年 6 月 | ESD について（検査と治療） |
| 平成 24 年 7 月 | ドレーン管理について |
| 平成 24 年 9 月 | ゼロックス療法 |
| 平成 24 年 10 月 | 呼吸リハ |
| 平成 24 年 12 月 | 感染管理について |
| 平成 25 年 2 月 | 看護研究発表予演会 |
| 平成 25 年 3 月 | 褥瘡評価・看護計画について |
| 平成 25 年 3 月 | 固定チームナーシング小集団活動報告発表予演会 |

4) 看護研究

看護スタッフにおける白衣の
汚染度調査。
(白衣の清潔度は保たれていますか)



5 (7) - 4 3 病棟

1. 病棟の特殊性

- 1) 3病棟のベッド数は55床、一般病床26床、結核病床20床、亜急性期病床9床を有する。
- 2) 診療科は内科・放射線科である。亜急性期は全科対象である。
 - ①内科では、呼吸器疾患、腎疾患、内分泌疾患、消化器疾患、血液疾患などの急性期から慢性期までの多岐に渡る患者を対象としている。
 - ②放射線科ではがんに対する治療としてアンギオ動注や放射線療法が中心である。
 - ③看護の特徴として肺がんの治療から看取りまでと、がん患者の治療から症状緩和や精神的援助、QOLを重視した関わりを行っている。肺炎などの患者は短期療養から長期までと多岐に渡りそれぞれに適した退院支援を行っている。
- 3) 看護体制

固定チームナーシングを取り入れ、2チームで活動している。

夜勤帯（準夜、深夜）休日は救急外来も担当する。

看護師：23名、看護助手：4名で構成している。

2. 平成24年度病棟実績

1) 入退院患者数など（一般病棟）

| 延入院患者数 | 入院患者数 | 退院患者数 | 死亡退院 | 1日平均入院患者数 | 病床利用率 | 平均在院日数 |
|--------|-------|-------|------|-----------|-------|--------|
| 8,881人 | 371人 | 380人 | 61人 | 24.3人 | 81.1% | 22.6日 |

2) 入院延べ患者数

| 内科 | 消化器科 | 循環器科 | 外科 | 放射線科 | 結核（内科のうち） | 合計 |
|--------|------|------|------|------|-----------|--------|
| 7,017人 | 369人 | 329人 | 272人 | 894人 | 443人 | 9,324人 |

3) 亜急性期病床

| 延入院患者数 | 病床利用率 |
|--------|-------|
| 776人 | 23.6% |

4) 結核病棟

| 延入院患者数 | 入院患者数 | 退院患者数 | 死亡退院 | 1日平均入院患者数 | 病床利用率 | 平均在院日数 |
|--------|-------|-------|------|-----------|-------|--------|
| 443人 | 6人 | 9人 | 3人 | 1.2人 | 6.1% | 57.9日 |

5) 時間外救急外来患者内訳

| 延受診患者数 | 救急車来院数 | 入院数 | 紹介数 | 心肺停止 | 電話対応 |
|--------|--------|------|-----|------|------|
| 1,014人 | 270人 | 272人 | 65人 | 32人 | 571人 |

6) 主な検査

| アンギオ動注 | 13件 | 化学療法 | 71件 |
|--------|-----|------|-----|
| | | | |

3. 看護状況

1) 病棟目標と達成状況

| 病棟看護目標 | 目標達成状況 |
|------------------------|--|
| (1) 患者個々にあった看護の提供に努める。 | ①毎日のチームごとのカンファレンスや小集団活動を通して患者個々に合わせた食事の提供や休日のリハビリ援助などができた。 ②週1回の多職種カンファレンスを通して、患者のQOLを重視し、チーム全体で個々にあった関わりを持てた。 |
| (2) 安全管理の視点で患者の環境を整える。 | ①転倒転落(18件)、内服などの薬剤関連(20件)、アクシデント(1件)発生。 ②転倒においては、L字柵の導入やポータブルトイレの固定など患者の行動を予測した早めの対応を行った。 ③内服のインシデントが続いたことは、自分たちの行っていることが「見える化」することで発生の減少につながると思われる。 |
| (3) DPCを理解し退院支援に努める。 | ①患者の病態が落ち着いた時点で受け持ち看護師を中心に患者への声かけを行い、スムーズに退院にいたる事例が多かった。 |

2) 固定チームナーシング目標と達成状況

| | 目標 | 達成状況 |
|----------|--|--|
| A チーム | (1) 栄養に関するカンファレンスの定例化と患者、看護師側の評価。 | ①必要時カンファレンスができるようになった。 ②低栄養患者に対し食に関する意識を高めることができた事例があった。 |
| | (2) 1) 入院時スクリーニングシートが80%以上できる。 2) 退院に関する多職種カンファレンスが月1回以上できる。 | ①入院時スクリーニングシートを活用したことで支援の必要な患者に早期から関わられた。 ②月1回以上の退院カンファレンスができる。 |
| | (3) ターミナル期患者の食への嗜好調査。 | ①患者の嗜好の傾向がわかり、今後に活かせる結果が得られた。 |
| B チーム | (1) 患者個々にあった口腔ケアの指導と提供ができる。 | ①チェックシート・手順シートの見直しにより個別性のあるケアに近づけた。 ②今後定期的なカンファレンスを検討し、ケア内容の改善・評価が必要。 |
| | (2) 退院支援用紙を作成し、退院後必要となる支援や環境整備を地域連携室につなぐ。 | ①退院支援用紙を作成し、自宅へ退院する準備をスムーズに進めることができた。 ②地域連携室との情報共有ができた。 |
| | (3) 救急において自己の弱点を分析し、課題につなげる救急場面のシミュレーションを通し、知識・技術の統一化を図り、自分の役割を理解し実施できる。 | ①困った場面のシミュレーションにより苦手を克服でき、次の行動を予測して動けるようになった。 |

| | | |
|-------|--------------------|---|
| 助手チーム | (1) 快適な病棟食堂での食事提供。 | ①ランチョンマットの利用や、季節の行事に合わせた飾り付けを行い、退院に対する患者の心構えの手助けとなった。 |
| リーダー会 | (1) 日々リーダーの育成 | ①昨年のチェックシートの改良と日々リーダー業務内容の見直しを行った。(朝の業務分担とカンファレンス時間の活用など) |

3) 病棟学習会

| 実施日 | 内 容 |
|--------|------------------|
| 5月25日 | パソコン・ウイルスセキュリティー |
| 7月2日 | 退院支援の流れ |
| 10月26日 | 麻薬の扱いと使用について |
| 10月26日 | 褥瘡マットの選び方 |
| 11月26日 | 救急看護：シミュレーション学習 |
| 1月25日 | 口腔ケア |
| 2月12日 | NST：腸内環境の重要性 |

4) 県立病院学会発表

活動制限のある患者への手洗い現状

～手指清潔ケアの定着にむけて～

5) 看護研究の取り組み

終末期がん患者における食事の後ろ向き嗜好調査



5 (7)－5 中央滅菌材料室・中央手術室

1. 中材・手術室の特殊性

安心・安全な医療の提供を基本方針のもと、看護の提供に努めています。

中央材料室と中央手術室の2つの機能を持つ部署を看護師長1名、副看護師長1名、看護師3名の5名と隔日勤務の看護補助者2名で構成されています。

<中央滅菌材料室>

業務内容は中央洗浄化を実施し、院内の診療材料、器材・器具類の不潔物品の回収を行い、エビデンスに基づき洗浄・消毒・滅菌・保管の一連の作業を行っています。

そのため洗浄・滅菌工程の評価を化学的・生物学的インジケータを使用し、滅菌保障のされた器材・器具の供給を行っています。またその器材・器具類の計画的なメンテナンスを実施しています。

<中央手術室>

手術室は3室あり、月曜から金曜日の午後からを予定手術日として（毎水曜日は外科のみ午前中から手術日）外科・内科（内シヤント設置術）2科の手術を行っています。

定期手術は術前・術後訪問を実施し、患者さんの声を聴き術前・術中・術後の看護に活かせるよう努めています。また平成23年7月より手術室看護師が病室へ行き、患者さんと家族とともに手術室へ向かい患者さんと入室する「お迎え入室」を実施しています。

2. 平成24年度実績（H24年3月～25年2月）

1) 平成24年度各科別・麻酔別手術件数（3月～2月）

| | 全身麻酔 | 脊髄くも膜下麻酔 | 局所麻酔 | 合計 |
|----|------|----------|------|------|
| 外科 | 212件 | 2件 | 20件 | 234件 |
| 内科 | 0件 | 0件 | 8件 | 8件 |
| 合計 | 212件 | 2件 | 28件 | 242件 |

2) 平成23年度対平成24年度各科手術件数比較

| | H23年度 | H24年度 | 対前年度比 |
|----|-------|-------|-------|
| 外科 | 242件 | 234件 | -8件 |
| 内科 | 26件 | 8件 | -18件 |
| 合計 | 268件 | 242件 | -26件 |

3) 緊急手術件数

| | H23年度 | H24年度 | 対前年度比 |
|----|-------|-------|-------|
| 外科 | 64件 | 46件 | -18件 |

3. 看護の状況

1) 目標と達成状況 中材・手術室の固定チーム目標

| 目 標 | | 達 成 状 況 |
|------------|--|---|
| 物品管理チーム | <p>洗浄に対する認識の統一を図りながら、各セクションへの継続した情報提供と直接指導を行う。</p> <p>①中材返却時不備数を30件以下にする。</p> | <ul style="list-style-type: none"> 予備洗浄の不備総件数：67件 中材返却不備発生時の直接指導方法として院内メール、院内掲示板の活用を実施した。院内メール23件実施し、既読率平均87%。 院内メール、院内掲示板の開始後より、中材返却不備件数は減少傾向にある。 |
| | <p>適正な物品提供を目指し、効果的なカート運用とコスト意識の強化に努める。</p> <p>①カート材料物品の臨時請求を少なくする。</p> | <ul style="list-style-type: none"> カート診療材料使用状況と臨時請求状況の現状把握を行った。 カート診療材料の使用頻度と臨時請求が多い材料について定数の見直しを行い、変更した。 |
| 看護記録・訪問チーム | <p>手術前（病棟）からの術中体温管理に努め、全身麻酔終了時の低体温での退室を減少させる。</p> <p>①碎石位手術症例で、低体温での退室を50%（7件）以下にする。</p> | <ul style="list-style-type: none"> 体温36.0℃以下で退室した症例：9例 体温36.0℃以下で退室した症例の9例中、碎石位での低体温は4例であった。 体温集計表を紙面から電子カルテ内術中記録へ移行し、管理・集計することができた。 麻酔中の体温の変化に応じた早めの加温ができるようになってきた。 低体温での退出および38℃以上での入室、退室した症例の状況確認・原因分析を行い報告できた。 手術前（病棟）での保温への協力への協力のお願いの文書配布することで協力がえられた。 緊急手術で高体温や循環不全のある患者への体温管理についての振り返りのための学習会を実施できた。 |

2) 看護研究の取り組み

平成24年度固定チーム ナーシング全国研究集会（発表） 平成24年9月30日
 平成24年度県立病院学会（発表） 平成24年10月27日
 平成24年度第46回鹿児島県保健看護研究学会（発表） 平成25年1月25日

3) 学習会

| 実施日 | 内 容 |
|--------|--|
| 4月16日 | 「手術室の環境について」手術室環境に関するマニュアルの見直し |
| 5月14日 | 「ME機器の取り扱い～ハーモニック スカルペルⅡ」 |
| 5月21日 | 「エンドG I Aの取り扱いについて」 |
| 6月 1日 | 「1. S S Iサーベイランスワークシートの記録について」 「2. 人工呼吸器について」 |
| 10月25日 | 「中央材料室の役割～洗浄・滅菌・リコールについて」 |
| 11月27日 | 「事例を通して振り返る～緊急手術の一事例」 |
| 12月11日 | 「アルチバとは・・・」 |
| 1月30日 | 「麻酔器（エスパイア 7900Pro）の取り扱いについて」 |
| 3月17日 | 「固定チーム ナーシング小集団活動報告」 |



24年度 中材・手術室スタッフ

5 (7)－6 透析室・ME室

1. 透析室の特殊性

透析室は15床のベッドと16台の透析装置をフル稼働しながら、毎日5～6名のスタッフで1日15～20名の患者さんの透析治療を行っています。

当院の透析室は以下のような特徴を持っています。

- 1) 南薩地区の中核病院として紹介患者、緊急を要する患者を受け入れる。
- 2) 透析導入・シャント造設を行う。
- 3) 他疾患で入院の維持透析患者の受け入れを行う。
- 4) 急性血液浄化（エンドトキシン吸着・CHDF）腹水濾過濃縮再注入術等を行う。
- 5) 合併症を有する患者・特殊透析の必要な維持透析患者の透析治療を行う。
- 6) 透析アミロイドーシスの予防・治療にHDFを行う。
- 7) 酢酸不耐症を考慮した、無酢酸透析液を採用し透析治療を行う。
- 8) 帰省・旅行者の臨時透析の受け入れを行う。

当院は、透析導入・合併症のある外来患者さん入院患者さんの透析を主に行い、症状が安定した維持透析患者さんは地域の医療機関へ転院していただいております。また、地域の医療機関との連携を深めるために毎月透析学習会を計画し、意見交換を行っております。

2. 平成24年度透析室実績

1) 透析件数

| | |
|-------|-------|
| 総透析件数 | 4,605 |
| 外来透析 | 3,617 |
| 入院透析 | 988 |

2) 介助・処置

| | |
|--------|-------|
| 直接穿刺件数 | 1,165 |
| 移動介助件数 | 1,519 |

3) 特殊透析件数

| | |
|-------------|----|
| 腹水濾過濃縮件数 | 62 |
| エンドトキシン吸着件数 | 3 |
| CHDF件数 | 10 |

平成24年度の透析総数は4,605件で前年度より265件ほど減少、要注意患者は146件と観察の必要性がわかる。

特殊透析はCHDF：10件・エンドトキシン吸着：3件・腹水濾過濃縮術は62件と前年より52件の増加であり、透析科以外の診療科からの治療依頼がみられた。

3. 看護の状況

(1) 目標と達成状況

1) 透析室目標

- ・地域の病院との連携をとり、中核病院としての役割が果たせるよう透析看護の質の向上に努める。
- ・透析看護の知識・技術の研鑽に努め、質の高い看護を提供する。
- ・医療事故防止に努め、安全な透析環境を提供する。
- ・透析の研修会を通して地域との連携を深める。
- ・機能評価受審に向けて、透析室の基準、手順の見直しに努める。

2) 固定チーム目標と実績

固定チームを2チームに分け、チーム名を「ほたるチーム」と「めだかチーム」とした。

| | 目 標 | 達 成 状 況 |
|-------------|--|---|
| め だ か | 1. 皮膚掻痒症の軽減に努め、シャント部の皮膚トラブルを防ぐ。 | <ul style="list-style-type: none"> ・患者からはおおむね「昨年より痒みが少ない」又は「痒みがない」との声がきかれた。 ・患者がシャント部の皮膚トラブルに注意関心を持つようになった。 ・ステロイド外用薬等を処方するようなシャントかぶれ患者が発生していない。 |
| ほ た る | 1. 維持透析患者への教育プログラムを作成し指導を行う。 2. 透析導入プログラムを使用し継続して指導を行う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・維持透析患者へアンケート実態調査を実施、それをもとにパンフレットを作成し、体重管理指導を行った。その結果、データが好転した。 ・透析導入患者4名に導入プログラムで指導を行った。 |

(2) ME業務

- ・透析室業務がほとんどであるが院内の医療機器の保守点検業務も担っている。
- ・そのほか看護用具の修理依頼にも可能な限り対応している。
- ・輸液ポンプ65台・シリンジポンプ32台・ネブライザー19台は中央管理している。
- ・人工呼吸器8台は病棟管理となっているが専任の臨床工学技士が回路の組み立てや使用前使用中、使用後のチェックなどトラブルが発生しないように保守点検を実施している。
- ・医療機器の安全使用の啓発のために学習会の開催を年3回実施した。

(3) 学習会

地域医療機関との連携を深めるために研修会を定期的を開催し、また患者さん及びご家族を含めた学習会も実施した。

《 学習会の開催状況 》

*患者さん対象

| 実施日 | 内 容 | 参加者 (院外) |
|--------|-----------------------|----------|
| 5月24日 | シャント管理について | 32 (24) |
| 7月19日 | 東日本大震災に遭遇した透析医療 | 36 (27) |
| 10月7日 | 透析の原理と現状を知り楽しい透析生活を送る | 59 (48) |
| 11月15日 | ※下肢慢性創傷の予防と除圧手技を学ぶ | 31 (24) |
| 1月24日 | 各種ダイアライザーの性能について | 23 (17) |
| 2月28日 | 透析液清浄化について | 19 (11) |
| 3月14日 | H24年度の反省会と25年度の勉強会の検討 | 8 (6) |



5 (8) 中央監視室

1. 自主修繕, 改修工事の概要

| 月 | セクション・場所・器具等 | 内 容 |
|--------|--------------|----------------------|
| H24年4月 | 新規採用者及び転入者職員 | 指紋登録及びネームプレート作製 |
| | 院内職員用 | 各セクション通勤車調査登録 |
| | 院内職員用 | 各セクション職員名簿プレート作製 |
| | 中材未消毒室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 院長室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | M E 室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| 5月 | 各病棟 | ペーパーホルダー取付 |
| | 薬局 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| 6月 | 1病棟 Nr.S | ロールスクリーン取付 |
| | 院内 | 各箇所蛍光管取り外し(節電対策) |
| 7月 | 電気マンホール | 水抜き作業 |
| | 外来 | 足元誘導灯バッテリー取り替え(2箇所) |
| | 地域医療連携室 | 室名札及びプレート作製 |
| | 洗濯室 | 排水詰まり修理立ち会い |
| 8月 | 1病棟 101号室 | カーテンレール外れ修理 |
| | 地域医療連携室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| 9月 | 中央監視室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 電気室 | スコットトランス取り替え |
| | がん化学療法室 | 工事(設備)立ち会い |
| | 総合受付 | ダウンライト器具取り替え |
| 10月 | 1病棟洗面室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 地域医療連携室 | 足元誘導灯器具取替え立ち会い |
| | 中材前廊下 | 足元誘導灯器具取替え立ち会い |
| | B機械室 | 洗濯プレス用コンプレッサー取替え立ち会い |
| 11月 | 生化学検査室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 2病棟 207号室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 薬局調剤室 | 蛍光灯器具安定器取替え |

| 月 | セクション・場所・器具等 | 内 容 |
|--------|--------------|---------------------|
| 12月 | 2病棟ナースステーション | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 1病棟110号室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 3病棟305号室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 総師長室前廊下 | 足元誘導灯器具取替え立ち会い |
| | 薬局注射室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 給食調理場 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 厨房食器洗浄室 | スプリンクラーヘッド集熱板交換立ち会い |
| H25年1月 | 電 気 室 | 鉛蓄電池取替え(54セル)立ち会い |
| | 電 気 室 No. 1 | トランス焼損の為仮設工事(1月24日) |
| 2月 | 2階清掃控室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 外科外来受付前 | 足元通路誘導灯バッテリー取替え |
| | 外来採血予備室 | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 外来女子トイレ | 蛍光灯器具安定器取替え |
| | 外科外来受付前 | 足元誘導灯バッテリー取替え |
| | 中材入口 | 誘導灯バッテリー取替え |
| 3月 | 電 気 室 No. 1 | トランス焼損の為取替え立ち会い |
| | R I 室 | 誘導灯バッテリー取替え(2箇所) |
| | リニアック入口 | 誘導灯バッテリー取替え |



平成24年度 中央監視スタッフ

5 (9) 地域医療連携室

地域医療機関との連携強化，一般相談，がん相談，入退院調整などの院内連絡調整を一元化するため「地域医療連携室」を22年4月1日に新設し，専属スタッフ4名の他，兼務者を含め7名で運営している。

1. 地域医療連携室の役割

- 1) 地域の医療機関との連絡調整
- 2) 退院調整
- 3) 院内外紹介患者の連絡調整
- 4) 一般・医療福祉相談・がん支援相談センターにおける相談業務
- 5) がん地域連携パスの運用調整

2. 退院調整

入院早期から退院調整に病棟と連携して介入できるように，スクリーニングシートの活用や回診参加，病棟カンファレンス参加している。

〈退院調整者数〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 合計 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|-----|
| 在宅 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 転院 | 13 | 11 | 10 | 7 | 13 | 11 | 12 | 11 | 13 | 5 | 14 | 17 | 136 |
| 施設 | 7 | 3 | 6 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 | 4 | 5 | 44 |
| 合計 | 23 | 15 | 16 | 11 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 7 | 18 | 22 | 184 |

3. がん相談

がん患者やその家族の相談に対してがん相談支援センターが窓口となり，相談内容によっては各専門の担当へ繋いでいる。

1) 〈入院・外来月別がん相談件数〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 合計 |
|----|----|-----|----|----|----|----|----|-----|-----|----|-----|-----|-------|
| 入院 | 16 | 72 | 61 | 62 | 21 | 30 | 23 | 45 | 61 | 55 | 66 | 48 | 560 |
| 外来 | 13 | 42 | 38 | 17 | 44 | 59 | 35 | 55 | 51 | 41 | 52 | 58 | 505 |
| 合計 | 29 | 114 | 99 | 79 | 65 | 89 | 58 | 100 | 112 | 96 | 118 | 106 | 1,065 |

2) 〈外来 相談者別相談件数〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 合計 |
|-----|---|---|----|---|---|---|----|----|----|---|---|---|----|
| 本人 | 0 | 4 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| 家族 | 5 | 1 | 5 | 1 | 0 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 19 |
| その他 | 0 | 1 | 10 | 4 | 3 | 2 | 10 | 4 | 4 | 7 | 7 | 8 | 60 |
| 合計 | 5 | 6 | 16 | 7 | 4 | 4 | 14 | 7 | 5 | 8 | 8 | 8 | 92 |

3) 〈入院 相談者別件数〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 合計 |
|-----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 本人 | 2 | 5 | 4 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 4 | 4 | 3 | 29 |
| 家族 | 16 | 16 | 8 | 11 | 21 | 16 | 16 | 9 | 12 | 18 | 47 | 30 | 220 |
| その他 | 37 | 59 | 53 | 58 | 80 | 54 | 44 | 19 | 44 | 62 | 43 | 46 | 599 |
| 合計 | 55 | 80 | 65 | 71 | 102 | 70 | 63 | 28 | 57 | 84 | 94 | 79 | 848 |

4. データ管理

相談記録記入，入院患者の退院支援計画書・介護支援連携書などのデータ管理，業務日誌をファイルメーカーで行っている。

5. 共同診療

紹介入院の患者を紹介元（かかりつけ医）と当院主治医が共同し，診療を行っている。

24年度は2件。

1) 〈紹介率・逆照会率（％）〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 計 |
|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 紹介率 | 55.8 | 65.5 | 64.8 | 46.5 | 45.7 | 56.3 | 53.2 | 48.4 | 48.1 | 50.8 | 51.9 | 56.5 | 53.3 |
| 逆紹介率 | 81.3 | 94.5 | 103.9 | 73.5 | 75.2 | 81.0 | 83.1 | 82.2 | 82.7 | 71.5 | 82.9 | 90.7 | 83.1 |

2) 〈項目別相談件数〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 計 |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 福祉相談 | 4 | 13 | 17 | 6 | 16 | 8 | 10 | 10 | 9 | 31 | 38 | 32 | 194 |
| 一般相談 | 7 | 15 | 5 | 14 | 7 | 5 | 10 | 7 | 4 | 7 | 10 | 17 | 108 |
| がん相談 | 66 | 114 | 99 | 79 | 65 | 89 | 58 | 100 | 112 | 96 | 118 | 106 | 1,102 |
| 入院相談 | 1 | 3 | 4 | 4 | 8 | 6 | 3 | 3 | 2 | 6 | 4 | 6 | 50 |
| 退院相談 | 67 | 61 | 66 | 72 | 101 | 57 | 69 | 47 | 63 | 54 | 62 | 44 | 763 |
| 日程調整 | 23 | 15 | 17 | 12 | 18 | 21 | 16 | 17 | 15 | 8 | 18 | 25 | 205 |
| 合計 | 168 | 221 | 208 | 187 | 215 | 186 | 166 | 184 | 205 | 202 | 250 | 230 | 2,422 |

3) 〈地域連携関係指導料等算定件数〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 合計 |
|--------------|---|---|---|----|----|---|----|----|----|----|----|----|-----|
| 介護支援連携指導料 | 3 | 9 | 8 | 15 | 22 | 7 | 6 | 4 | 13 | 12 | 18 | 11 | 128 |
| がん患者カウンセリング | 3 | 1 | 5 | 7 | 6 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 5 | 11 | 53 |
| 在宅患者訪問看護・指導料 | 0 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 | 15 |



24年度 地域医療連携室スタッフ