

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25年5月18日(土), 19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5回目となりました。</p> <p>本年度は、研修生として医師11名、薬剤師2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・家族等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、「コミュニケーションの難しさを体験することができて大変良かった。」「ロールプレイは貴重な体験になりました。」等の感想を頂きました。</p> |

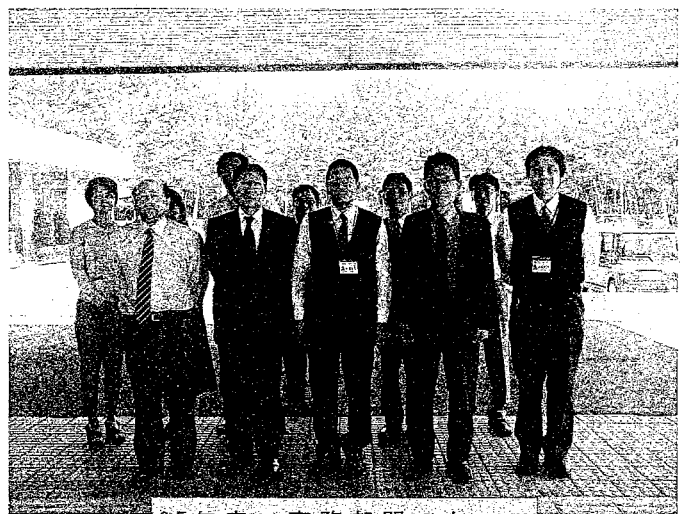
| | |
|------|---|
| 活動名 | ②市民講座「健康と福祉のつどいWith 県立薩南病院市民講座」 |
| 開催日 | 平成25年10月27日(日) |
| 開催場所 | 南さつま市総合保健福祉センター「ふれあいかせだ いにしへホール」 |
| 内容 | <p>南さつま市と共催で開催しました。</p> <p>午前中は、南さつま市民会館に設けた薩南病院ブースで「睡眠時無呼吸症候群検査の紹介やスモーカーライザーによる喫煙チェック」・「乳がんの自己検診コーナー」・「新しく設置したCTの紹介や食事に関するパネル展示」を行うとともに、「バルーンコーナー」を設けました。</p> <p>午後からは、多くの市民の方々に来場いただき、古川院長による「薩南病院と南薩地域の医療」と題した開会あいさつにはじまり、「消化器がんの診断と治療」のテーマのもと、岩屋消化器科部長が「診断と内視鏡的治療」、宮菌消化器外科部長が「手術と抗がん剤治療」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。</p> |

| | |
|------|---|
| 活動名 | ③県立病院群初期臨床研修医合同研修会 |
| 開催日 | 平成26年1月17日(金), 18日(土) |
| 開催場所 | 当院 大会議室 |
| 内容 | <p>今回の研修には, 1年次7名, 2年次3名の研修医が参加されました。</p> <p>研修の内容は, 「縫合・結紮の体験(豚バラ肉使用)」, 「CVカテ, エコー研修」, 「電気メスの仕組みについて」, 「自動吻合器・縫合器について(実習を含む)」, 「ヘルニアの解剖について」, 「腹腔鏡による鼠径ヘルニアシミュレーション」などの講義・実技の研修を行いました。</p> <p>各研修医とも, 熱心に講義を聴講するとともに, 一生懸命に実技に取り組んでおり, また, 実技の際は, 各研修医に対し, 当院の三枝副院長や大島病院の満副院長をはじめ, 指導医の方々から熱心な指導がなされました。</p> |

| | |
|------|--|
| 活動名 | ④大規模災害訓練 |
| 開催日 | 平成26年1月28日(火) |
| 開催場所 | 当院 各所 |
| 内容 | <p>今回で6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, 「加世田地域の集会施設の2階において燃焼機器の不 完全燃焼による一酸化炭素中毒事故が発生, また, 避難時に将棋倒し も起こった」という想定で, 南さつま消防署が現場トリアージ(負傷 程度等による治療の優先度の決定)訓練及び薩南病院への搬送訓練を, 薩南病院が患者受入訓練及び院内トリアージ訓練, 並びに患者の病棟 搬入に係るベッド状況の確認及びベッドの確保の訓練などを実施しま した。</p> <p>消防署員20名, 薩南病院職員80名が参加した当訓練では, 負傷者を 迅速かつ確実に治療するための手順や連携の再確認を各自が行いつつ, 全体の流れも滞らせない対応が求められるため, 参加者は皆真剣に一 生懸命取り組みました。</p> <p>今回の訓練を通して各職員は, 大規模災害が発生した場合の対応を より具体的に理解することができたとともに, 更に改善すべき点につ いても各自が気付いたと感じております。</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, 有事の際 においても安定した医療を提供するための訓練を今後も積み重ね, 地 域の皆様の「安心・安全」に貢献できるように努めてまいります。</p> |

| | |
|------|--|
| 活動名 | ⑤健康管理・指導等の放映テレビ, 地域情報コーナーの設置 |
| 設置日 | 平成26年1月21日 (火) |
| 設置場所 | 外来待合ロビー |
| 内容 | 外来でお待ちの患者さんやご家族の方々に, 医療関係情報 (健康診断, インフルエンザ対策, 栄養指導など) を放映するとともに, 近隣地域 (枕崎市, 南さつま市, 南九州市) の観光・イベント等のパンフレットの展示やポスターの掲示を行っています。 |

| | |
|------|--|
| 活動名 | ⑥救急医療を語る会 |
| 開催日 | 平成26年2月5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思の疎通を図り, 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14回目となります。</p> <p>枕崎市消防本部, 南さつま市消防本部, 指宿南九州消防組合消防本部, 南さつま警察署及び当院から総勢69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> |



25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医薬品適正使用管理の推進

2) 職 員：今奈良 明人，若松 良知，大久保 晃樹，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) |
|------|--------|------|---------------|-----------------|---------------|--------------|
| 23年度 | 1,023件 | 598件 | 548件 | 108件 | 130件 | 6,267,400円 |
| 24年度 | 824件 | 475件 | | 160件 | 88件 | 4,863,300円 |
| 25年度 | 991件 | 547件 | | 164件 | 138件 | 5,760,200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 |
| 23年度 | 476件 | 691件 | 774回 | 1,626回 |
| 24年度 | 357件 | 572件 | 583回 | 1,514回 |
| 25年度 | 503件 | 574件 | 775回 | 1,328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 |
| 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 |
| 25年度 | 4,861枚 | 8,340枚 | 15,127枚 | 33,569枚 |

④院外処方せん発行状況(小数第1位)

| | |
|------|-------|
| 23年度 | 83.0% |
| 24年度 | 81.1% |
| 25年度 | 80.9% |

⑤医薬品の購入額と棚卸額

| | 購 入 額 | 棚 卸 額 |
|------|--------------|------------|
| 23年度 | 368,134,701円 | 5,045,014円 |
| 24年度 | 315,496,113円 | 6,166,938円 |
| 25年度 | 365,454,814円 | 5,729,146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 | 合 計 |
|------|----------|----------|----------|
| 23年度 | 210,167円 | 490,580円 | 700,747円 |
| 24年度 | 113,876円 | 475,863円 | 589,739円 |
| 25年度 | 86,424円 | 466,237円 | 552,661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 |
|------|-------|---------|
| 23年度 | 939 | 162 |
| 24年度 | 941 | 177 |
| 25年度 | 935 | 189 |

⑧ヒヤリハット報告件数

| レベル | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 合計 |
|------|----|---|---|---|---|---|----|
| 23年度 | 2 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 24年度 | 10 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| 25年度 | 4 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 |

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 | 23年度 | 223 | 293 | 78 | 13 | 607 |
| | 24年度 | 189 | 422 | 137 | 11 | 759 |
| | 25年度 | 235 | 482 | 193 | 15 | 925 |
| 調剤変更 | 23年度 | 166 | 144 | 73 | 15 | 398 |
| | 24年度 | 261 | 142 | 133 | 16 | 552 |
| | 25年度 | 287 | 151 | 145 | 11 | 594 |

⑩調査研究等受入状況

| | |
|------|----|
| 23年度 | 3件 |
| 24年度 | 2件 |
| 25年度 | 0件 |

⑪薬学生実習受入状況

| | |
|------|----|
| 23年度 | 0名 |
| 24年度 | 2名 |
| 25年度 | 1名 |

⑫学会発表

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

25年度 ◎第49回鹿児島県立病院学会 〈ポスター発表〉

- ・橋口 幸代：DPC導入による持参薬について



25年度 薬局スタッフ

5 (3) 放射線部

1. 放射線部の概要

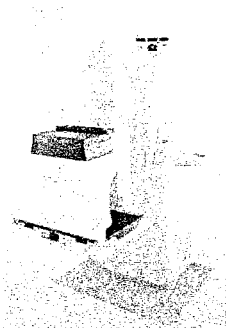
放射線技師 5 名で、乳房撮影を含む一般撮影、CT 検査、心・血管撮影検査（心カテ・アンギオ）、放射線治療（リニアック）、RI 検査（核医学検査）、X線TV透視検査等業務及び放射線を安全に運用するための放射線安全管理業務を行っています。

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

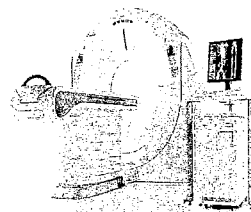
① 乳房撮影装置・一般撮影装置



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。

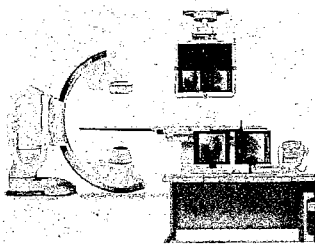
また、一般撮影装置 2 台を有し、日常の診療に寄与しています。

② CT 装置



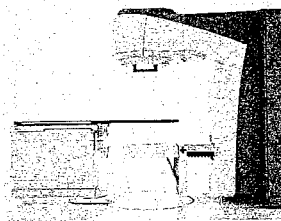
② 64 列のマルチスライス CT です。目的部位を短時間により細かく撮影でき、心臓（冠状動脈）の検査をはじめ大動脈、下肢動脈等広範囲の撮影も可能となりました。

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）



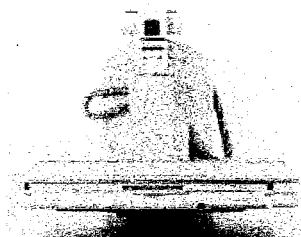
④ 地域がん診療連携拠点病院として、最新の放射線治療装置が更新され、悪性腫瘍等に対して、より精度の高い放射線治療が可能となり、地域医療への貢献が一層強化されました。

⑤ ガンマカメラ (R I 検査・核医学検査)



⑤微量のR I 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 T V 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 (25年3月～26年2月)

| 一般撮影 | 乳房撮影 | CT撮影 | 心・血管撮影 | 放射線治療 | R I | 透視 |
|--------|------|-------|--------|-------|-----|-----|
| 10,162 | 279 | 2,618 | 164 | 26 | 409 | 567 |

5. 学生実習受入状況

2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CT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, CTテクノロジーフォーラム



25年度 放射線部スタッフ

5 (4) 検査部

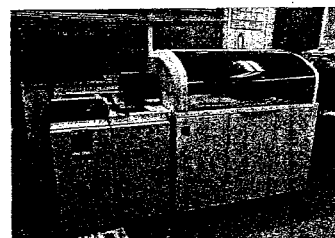
1) 特色

- 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。

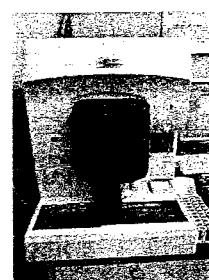
2) 業務概要

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します。
- 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

- ①職員 臨床検査技師 6名

②認定検査技師

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



25年度 検査部スタッフ

5) 各種会議研修会等の参加状況

| 年月日 | 名 称 | 開催地 | 出張人数 |
|--------------|---------------------|-----------|------|
| H25.5.31~6.2 | 第54回日本臨床細胞学会(春期大会) | 東京 | 1名 |
| H25.6.27~28 | 県立病院中堅職員研修 | 県庁 | 1名 |
| H25.7.5 | 平成25年度県職員臨床検査技師研修会 | 県環境保健センター | 2名 |
| H25.10.19~20 | 第49回鹿児島県立病院学会 | 奄美市 | 2名 |
| H25.11.6~7 | 感染管理 I I 相互評価 | 県立大島病院 | 1名 |
| H25.11.8 | 平成25年度県立病院臨床検査技師長会議 | 県庁 | 1名 |
| H26.2.4~6 | 日立自動分析装置研修会 | 東京 | 1名 |
| H26.3.6 | 平成25年度県立病院感染対策会議 | 県庁 | 1名 |
| H26.3.7~8 | 平成25年度日臨技精度管理報告会 | 東京 | 1名 |

6) 検査件数(単位:件)

| 年度別 | H24 | | H25 | |
|--------|---------|--------|---------|--------|
| | 院内 | 院外 | 院内 | 院外 |
| 生化学検査 | 275,343 | 1,786 | 293,184 | 2,349 |
| 内分泌検査 | 4,781 | 2,450 | 5,759 | 3,092 |
| 免疫血清検査 | 16,022 | 3,279 | 17,447 | 4,290 |
| 微生物検査 | 278 | 2,969 | 203 | 3,575 |
| 一般検査 | 8,006 | 15 | 8,643 | 15 |
| 穿刺液検査 | 30 | 0 | 20 | 0 |
| 血液一般検査 | 38,394 | 715 | 43,365 | 1,121 |
| 細胞診検査 | 304 | 2 | 370 | 0 |
| 病理組織検査 | 462 | 402 | 331 | 450 |
| 生理機能検査 | 6,572 | 0 | 7,004 | 0 |
| RI検査 | 0 | 898 | 0 | 987 |
| 血中薬物検査 | 0 | 134 | 0 | 166 |
| その他 | 690 | 163 | 656 | 119 |
| 合 計 | 350,882 | 12,813 | 376,982 | 16,164 |

7) 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, 手術室運営委員会

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）
 森蘭真吾（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



・今年度、リハビリテーション部は循環器系、がん疾患の患者さんのリハビリが主体となりました。患者さんのニーズ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次的な機能障害からの回復・改善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も行っています。

2. 診療実績

1) 平成25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 | 総合内科 | 外科 | 内科 | 循環器 | 消化器 | 放射線 | 合計 | 平均年齢 |
|--------|------|-----|----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 患者数(人) | 62 | 119 | 78 | 111 | 38 | 0 | 408 | 78.4歳 |

2) 平成25年度リハビリテーション実施件数（外来・入院）

| | | 単位数 | 件数 | 備考 |
|--|--------|-------|-------|------|
| リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 料 | 運動器疾患 | 617 | 420 | |
| | 脳血管疾患等 | 1,857 | 1,392 | 77点 |
| | 呼吸器疾患 | 1,292 | 925 | 175点 |
| | 心大血管疾患 | 2,366 | 1,396 | 205点 |
| | がん患者 | 2,615 | 1,771 | 205点 |
| | 小計 | 8,747 | 5,904 | |
| 消炎鎮痛処置 | | 0 | 718 | 35点 |
| 合計 | | 9,467 | 5,904 | |
| 早期リハビリテーション加算 | | 2,583 | 1,612 | 30点 |
| リハビリテーション総合計画評価料 | | 0 | 515 | |
| 退院時リハビリテーション指導料等 | | 0 | 197 | 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25年度における食事内容は、1日平均給食数が252食で、一般治療食47%、特別治療食53%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25年度の栄養食事指導件数は191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. 25年度の主な取り組み

平成25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、ICT認定看護師と連携しながら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

食事内容や提供方法について検討・改善を行い、患者さんに喜ばれる食事の提供に努めた。

- ・使用食材について見直しを行った。
(無洗米、骨なしの魚、冷凍パン等の導入)
- ・細かな個別対応を誤配膳することなく提供できるよう、電子カルテの食事オーダー内容について改善を行った。
- ・遅食に対応した適切な食事の提供方法について検討を行った。

3) 学会発表

- ・九州地区自治体病院栄養・調理部門研修会（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～

参考1 給食数の推移

(単位：食)

| | | 平成22年度 | 平成23年度 | 平成24年度 | 平成25年度 |
|-------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 延給食数 | 一般治療食 | 47,075 | 43,348 | 39,398 | 43,819 |
| | 特別治療食 | 51,067 | 55,603 | 45,436 | 48,448 |
| | 計 | 98,142 | 98,951 | 84,834 | 92,267 |
| 1日平均 給食数 | 一般治療食 | 128.97 | 118.44 | 107.94 | 120.05 |
| | 特別治療食 | 139.91 | 151.92 | 124.48 | 132.73 |
| | 計 | 268.88 | 270.36 | 232.42 | 252.78 |

参考2 栄養食事指導業務実績 < 25年3月 ~ 26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 | 13 | 13 | 13 | 13 | 9 | 17 | 6 | 20 | 11 | 12 | 7 | 9 | 143 |
| 外来 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 0 | 5 | 4 | 6 | 48 |
| 計 | 18 | 18 | 18 | 16 | 13 | 20 | 11 | 23 | 11 | 17 | 11 | 15 | 191 |



25年度 栄養管理室スタッフ

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 25 年度看護部の数値目標と達成状況

(1) 個々に応じた看護サービスを提供する。

記録検討委員会を中心に取り組み，以下の達成度であった。来年度も引き続き取り組んでいくとともにさらの質の向上を図っていきたい。

① 看護計画の評価 82.1%

② 看護サマリーの作成 92.6%

③ 患者参画型看護計画の実施 98.7%

(2) 事故防止に努める。

カンファレンスを実施し，特に背景要因にも着目し，分析結果を以降の取り組みに役立てるようにしている。

① 褥瘡の新規発生防止。 (33 件発生)

② 患者間違いをしない。 (7 件発生)

③ 内服エラーをしない。 (38 件発生)

④ 注射点滴エラーをしない。 (21 件発生)

⑤ 針刺し事故。 (3 件発生)

(3) 社会人としてのマナーを身に付ける。

平成 25 年度は，特に患者を尊重し，思いやりのある言葉使いや対応について考え，努力した。

① 接遇苦情を受けない。 6 件

(4) 積極的に経営参画する。

要因分析をし，以降に役立てるようにした。

① 医薬品を破損しない。 50 件

3. 平成 25 年度単年度：看護部目標

(1) 病院機能評価 機能種別一般病院 2

<3rd G: Ver. 1.0>の受審に向けて、一丸となって取り組み、合格することができた。
また、今後に繋げるようにしていく。

(2) 臨床倫理を学ぶ

①師長による全体研修会を実施した。4月(2回)、ラダー別 5月(2回)、6月(1回)、
7月(1回)、8月(1回)、11月(1回)、12月(2回)計10回

②小湊先生による研修会を開催した。7月、12月各1回計2回

③臨床倫理の事例検討を行い、記録する。

ア. 前半は各部署で少しずつ取り組んだ。

イ. 夕方各部署有志で集まり、事例を使って4分割方式で情報を整理し、倫理カンファ
レンスを行った。1月(1回)、2月(1回)、3月(1回)

(3) チーム医療による診療・ケアを実践し、記録する。

①機能評価への取り組みの中で院内全体でケアプロセスの事例に取り組んだ。

②看護記録検討委員による全体研修会を開き、実際事例を通して記録方法について学ん
だ。

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）

目標面接を年3回実施し、個人目標の設定・中間評価・成果と課題を明確にした。

(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。

7:1看護体制に、看護必要度や平均在院日数のデータを元に医師の協力も得ながらベ
ッドコントロールをすることにより維持できた。

(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看護必要度 評価者院内指導者 4名取得

②相談支援センター 相談員基礎研修(3) 1名取得

③認定看護管理者教育課程ファーストレベル 1名取得

④医療安全管理者取得 3名

⑤実習指導者講習会 1名

⑥認定看護師教育課程緩和ケア分野研修終了 1名

*研修

①感染管理ベストプラクティス 2名

②内視鏡検査及び内視鏡室に関する研修 4名

③中堅研修 2名

④認知症患者の理解 1名

⑤急性期医療における認知症を患う高齢者の看護 2名

⑥認知症対応力向上研修 1名

- ⑦新人看護職員卒後研修教育担当者研修 2名
- ⑧新人看護職員卒後研修実地指導者研修会 3名
- ⑨専門職としての第一歩～看護職としての自覚と責任ある行動について考える～ 7名
- ⑩新人看護職員研修南薩地区研修プログラム 7名
- ⑪看護補助者の活用と育成 5名
- ⑫ジェネラリストの看護実践研修感染管理研修会 1名
- ⑬がん相談員のスキルアップ研修～困難事例に対する対応～ 2名
- ⑭日機装人工腎臓装置保守管理研修 1名
- ⑮在宅医療・ターミナルケア人材育成事業 エンド・オブ・ライフ・ケア研修会 (ELNEC・コアカリキュラム看護職養成研修) 2名
- ⑯医療安全管理者フォローアップ研修 1名
- ⑰第2回九州・沖縄ブロック災害派遣医療チーム (DMAT)技能維持研修 3名

*講師

看護記録研修会 (講師) 2名

*学会

- ①第18回日本緩和医療学会学術集会参加 1名
- ②第52回全国自治体病院学会発表 2名
- ③固定チームナーシング研究会 第8回鹿児島地方会発表1題 16名
- ④第29回日本環境感染学会参加 3名
- ⑤第28回日本がん看護学会学術集会参加 2名

(5) 地域の診療拠点病院として充実する。

- ① 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。
- ② ふれあい看護：近隣の高校生16名が参加する。手浴等ケアを通して患者との会話がもたれ、看護師を目指す気持ちをさらに強くしたようだった。
- ③高校生ボランティアを3名受け入れた。案内の係をし、医療への理解に繋がった。
- ④認定看護師の地域活動：
 - ア. 看護の地区新人研修会に感染管理看護師が講義を行う。
 - イ. 他病院の研修の講師として以下のとおり実施する。
 - ・がん化学療法1回 ・皮膚排泄ケア1回
 - ・感染管理2回
 - ウ. 保健所地域連絡研修会
 - ・感染管理



25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、医師クラン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 24 年度 | 平成 25 年度 | 増減 |
| 放射線科 | CT | 2,461 | 2,618 | 157 |
| | 骨シンチ | 97 | 110 | 13 |
| 循環器科 | 心筋シンチ | 261 | 299 | 38 |
| | 心エコー | 2,265 | 2,262 | ▲3 |
| | 冠動脈 CT | | 10 | 10 |
| 内 科 | 気管支内視鏡 | 12 | 22 | 10 |
| | 化学療法（消化器内科も含む） | 109 | 196 | 87 |
| | マルク | 16 | 29 | 13 |
| 消化器内科 | 腹部エコー | 831 | 748 | ▲83 |
| | 胃カメラ（GIF） | 1,516 | 1,609 | 93 |
| | 大腸内視鏡（CF） | 654 | 755 | 101 |
| | ポリペクトミー（大腸・胃） | 141 | 126 | ▲15 |
| | 胃透視 | 24 | 33 | 9 |
| | 注腸検査 | 28 | 41 | 13 |
| | ERCP | 94 | 124 | 30 |
| | ENBD | 12 | 16 | 4 |
| | ステント術 | 66 | 72 | 6 |
| | 排石術 | 28 | 45 | 17 |
| | EUS | 46 | 233 | 187 |
| | ESD | 5 | 26 | 21 |
| | 胃止血術 | 47 | 34 | ▲13 |
| | カプセル内視鏡 | 2 | 4 | 2 |
| 外 科 | 化学療法 | 232 | 316 | 84 |
| | 乳がん検診 | 163 | 89 | ▲74 |
| | 乳房生検 | 62 | 68 | 6 |
| | PEG 交換 | 94 | 88 | ▲6 |
| | 外来手術 | 8 | 11 | 3 |
| 検 診 | 人間ドック | 313 | 301 | ▲12 |
| | 肺がん検診 | 34 | 16 | ▲18 |
| | 特定検診 | 65 | 80 | 15 |
| | 健康診断 | 194 | 135 | ▲59 |

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 | H24 | 40,174 人 | 13,439 人 | 6,561 人 | 11,172 人 | 6,310 人 | 2,692 人 |
| | H25 | 39,750 人 | 14,029 人 | 6,360 人 | 11,102 人 | 5,628 人 | 2,631 人 |
| | | ▲424 人 | 590 人 | ▲201 人 | ▲70 人 | ▲682 人 | ▲61 人 |
| 1日平均外来患者数 | H24 | 163.3 人 | 54.6 人 | 26.7 人 | 45.4 人 | 25.7 人 | 10.9 人 |
| | H25 | 162.9 人 | 57.5 人 | 26.1 人 | 45.5 人 | 23.1 人 | 10.8 人 |
| | | ▲0.4 人 | 2.9 人 | ▲0.6 人 | 0.1 人 | ▲2.6 人 | ▲0.1 人 |
| 紹介患者数 | H24 | 2,482 人 | 486 人 | 407 人 | 786 人 | 444 人 | 356 人 |
| | H25 | 2,607 人 | 582 人 | 394 人 | 846 人 | 454 人 | 331 人 |
| | | 125 人 | 96 人 | ▲13 人 | 60 人 | 10 人 | ▲25 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 |
|-----|--------|----------|---------|
| H24 | 745 人 | 238 人 | 201 人 |
| H25 | 766 人 | 240 人 | 193 人 |
| | 21 人 | 2 人 | ▲8 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
看護助手 1 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.外来患者さんに寄り添える看護が展開できる。 | 1)外来患者さんのカンファレンスが充実できるようになった。 2)認定看護師との連携が増え、個別的な看護の展開ができた。 |
| 2.5S活動を評価、推進する。 | 1)機能評価もあり、各部署で推進できた。 2)医療消耗品の定数化ができ、整理整頓された。 |

2) 固定チーム

| | Aチーム | Bチーム |
|------|---|---|
| リーダー | 坂下, 松山 (サブリーダー) | 上木原, 濱寄 (サブリーダー) |
| メンバー | 宇都, 蒲牟田, 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 | 達成状況 | |
|------------------|--|--|---------|
| | 糖 尿 病 患 者 の 自 己 注 射 が 確 実 に で き る。 | 活 動 内 容 | 達 成 状 況 |
| | 1) 血糖測定, インスリン自己注射が確実にできる。 ①インスリン施行患者を対象に質問紙調査 (聞き取り調査) を行い問題点の抽出をする。 | 1) 今回個別的に聞き取り調査を行ったことで, 自分流のやりやすい方法で行っていた問題意識のない患者の問題点にも気付くことが出来た。 | |
| | 2) 質問紙調査の結果を参考に, 個人指導を行う。 | 2) 視力や感覚の衰えもでてくるため, インスリンの手技が適切か確認でき, 適切な補助器具を紹介できた。 | |

| | | | |
|------------------|---------------------------------|--|--|
| | 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。 | |
| B チ ー ム | 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 |
|------|-------------------|---------------------|
| 5 月 | 膵・胆管系の解剖と ERCP 関連 | 解剖・疾患・治療・シミュレーション |
| | 注入コントローラーについて | 特徴・機能・注意事項 |
| 6 月 | PEG 増設・急性期管理 | 増設・種類・取扱い・トラブル対処法 |
| 8 月 | 採血・指示受け | 採血手技の再確認・口頭指示の方法 |
| | 無呼吸症候群検査 | 検査入院の流れと説明 |
| 10 月 | 冠動脈 CT 検査手順について | 検査の流れと患者説明 |
| 12 月 | インスリン注射について | 種類と薬効・自己注射管理の留意点・手技 |
| 1 月 | 倫理カンファレンス | 事例検討 |



25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，経皮的冠動脈形成術，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。
②血液疾患では，白血病，悪性リンパ腫，骨髄異型性症候群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，白血病等の治療を行っている。
③透析患者の寝たきりが多く，看護必要度が高い。
- 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，2チームと看護助手チームで活動している。小集団活動を8グループに分けて行った。

2. 平成25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 |
|---------|-------|-------|------|--------|-------|-----------|
| 13,681人 | 575人 | 535人 | 28人 | 24.7日 | 83.3% | 37.5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 |
| 30件 | 116件 | 27件 | 14件 | 84件 |
| IABP | 内シャント術 | 透析室搬入 | 化学療法 | 輸血 |
| 3件 | 10件 | 654件 | 60件 | 444件 |

3. 看護の状況

1) 病棟目標と達成状況

| 目 標 | 達 成 状 況 |
|--------------------------------|---|
| 1. 看護の専門性を活かした，信頼される看護を実践する。 | 小集団活動を通して，PCI受け入れ準備のマニュアルを作成しスタッフで情報を共有した。 |
| 2. 臨床看護倫理を学び，事例検討（カンファレンス）を行う。 | 研修等で学びを深める事ができ，スタッフの意識が高まった。4分割を用いて情報収集をし，事例検討ができた。 |
| 3. チーム医療による診療・ケアの実践を記録する。 | リハビリどカンファレンスや，退院カンファレンスなど記録に残し，患者サービスにつなげられた。 |
| 4. 丁寧な言葉使いを心がける。 | 毎月の標語や思いやりノートを作り，自己の行動の振り返りをし，接遇に心がけた。 |

2) 固定チームナーシング

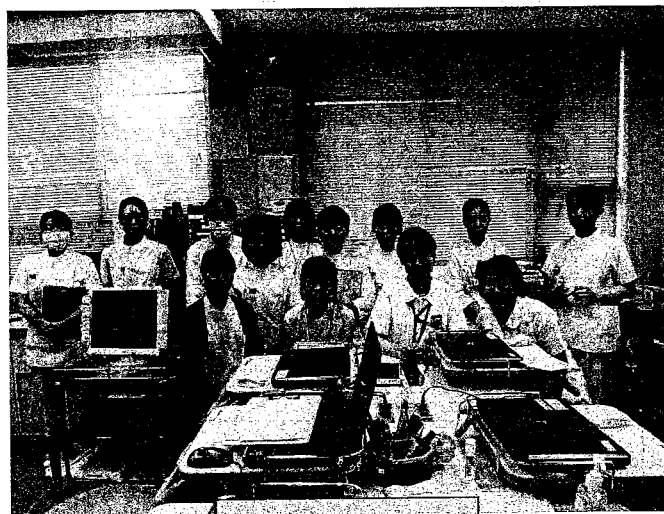
| | 目 標 | 達 成 状 況 |
|-------------------|---|---|
| A チ ーム | 1. 看護処置の請求に対する疑問・問題点を明らかにする事で看護師側の意識付けを行い処置箋を漏れなく記入する事ができる。 | スタッフに、処置箋記入に関してわからないこと、聞きたいことをアンケートで調査して、それらの項目をまとめ、勉強会を開催した。勉強会の内容を踏まえて、処置箋記入の見本を作成した。 |
| | 2. PCIの受け入れ準備を、全ての看護スタッフがマニュアルをみて行動でき、患者へ安心・安全な看護が提供できる。 | スタッフから、PCIに対して、器機操作の不慣れや経験不足から受け入れに対する不安の声が聞かれたため、マニュアルを作成した。全員が、受け入れ準備を実際経管する事が出来なかったが、ほとんどのスタッフがCCUの準備を理解できるようになった。 |
| | 3. フォーカスチャーティングを再認識し、看護記録に自信をつける。 | フォーカスチャーティングの基本を理解し、事例添削、スタッフに伝達を行う事で日々の看護記録に自信を付けられるように取り組んだ。事例を用いて2回の勉強会を開催し、院外研修の伝達を行った。 |
| | 4. 患者がスムーズに退院できるようにチーム内で情報を共有し支援していく。 | 入退院を繰り返す心不全患者を対象に、退院後の生活に合ったパンフレットを作成し早期から関わり支援していく活動を行った。 |
| B チ ーム | 1. 清潔ケアの現状を把握し患者家族の希望に添えるようにする。 | 現在提供している清潔ケアを、患者がどのように評価しているのかアンケート調査を行い、結果をスタッフに伝達した。ケアの回数に関してほとんどの患者が満足していた。 |
| | 2. 病棟全体・他職種で倫理的問題について検討し、話し合う場を設ける。 | 5月より、月2回、疑問に感じた事例などを拾い上げ話し合いの場を持った。倫理とはなにかのスタッフへの、意識付けになった。後半は、4分割にまとめた事例検討が行えた。 |
| | 3. 入院診療計画書予定をめぐり退院できるように支援していく。 | 入院時スクリーニングシートの記入を漏れなく記入できる方法を検討した。入院当初、聞き取りが困難な内容に関しては、見直しを1週間後に行う方法を取り入れた。 |
| 助 手 チ ーム | 1. 環境整備に努める。 | 患者用冷蔵庫の整理のために、個別のケースを利用し工夫した。計画的に清掃し、環境整備に努めた。 |

3) 病棟学習会

| 月 | 内 容 | 月 | 内 容 |
|----|---------------------------|-----|----------------|
| 4月 | IVAS学習会 | 10月 | CHDF学習会① |
| 4月 | 急変時の看護について (DC・EKG・救急カート) | 11月 | CHDF学習会② |
| 5月 | 看護必要度について | 11月 | 循環器薬の学習会 |
| 7月 | 心臓カテーテル看護・IABP | 12月 | クレーム初期対応 |
| 8月 | フォーカスチャーティング | 1月 | ASVについて |
| 9月 | 尿道留置カテーテルの感染管理 | 2月 | CVポート・PICCについて |
| 9月 | 化学療法の看護について | | |

4) 看護研究の取り組み

転室がおよぼす患者への影響



25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・消化器科を中心とした、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 25 年度病棟実績

1) 入院患者数など

| 延入院患者数 | 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 |
|----------|---------|------|--------|--------|-----------|--------|
| 13,566 人 | 1,093 人 | 49 人 | 11.4 日 | 82.69% | 37.2 人 | 403 件 |

2) 検査状況・治療

| ESD | ポート挿入 | ERCP | イレウスチューブ挿入 | PEG | 胃カメラ | CF | PTCD |
|-----|-------|------|------------|------|-------|------|------|
| 5 件 | 15 件 | 78 件 | 20 件 | 12 件 | 108 件 | 98 件 | 1 件 |

3. 看護の状況

1) 病棟目標と達成状況

25 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多くなってきた。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) インシデントレベル 3b 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インシデントレベル 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"> 術後せん妄を発症しやすい患者をアセスメントツールを作成し術後せん妄への共通理解を深め、予防策を図ることができる。 退院がスムーズに行えるように指導・支援する。 リハビリ担当をする上で、必要な知識をチーム内で勉強し業務内で勉強し業務に対する不安・抵抗感をなくす。 | ① 術後せん妄チーム | 因子リスト表・対応マニュアルは作成のみで実施に至らず病棟全体に周知できなかった。術後せん妄は16.0%発症。平均年齢81.5歳。因子リスト表だけでは認知との鑑別つかず、せん妄評価に一貫性が不足していた。 |
| | | ② 退院指導チーム | ストーマ造設患者への退院支援を行った。ストーマケア実施記録ではケア・患者指導の進行具合が把握しづらい事が表面化した。認定看護師による学習会は理論的な理解の裏付けができた。 |
| | | ③ リハビリ強化チーム | 新人教育を兼ねた周手術期の学習会として、深部静脈血栓症・3Mテープ使用について実施した。新人看護師が疑問点を抽出する事は困難で明確化まで至らなかった。 |
| B チ ー ム | <ul style="list-style-type: none"> 患者・家族の思い日々ケアを大切にし、安心・安全・安楽看護の提供 | ① 化学療法・緩和チーム | 事前アンケートよりマニュアルを再作成した。作成後のアンケート結果より、薬剤の専門的知識の向上と入門書による共通理解の効果があげられた。1年間チーム員全員が受け持ち患者・家族に寄り添い理解に努める事ができた。 |
| | | ② 褥瘡対策チーム | Bチーム患者の新規褥瘡発生は4件で内3件は終末期であった。不適切なマット選択による褥瘡発生は0件であった。週1回定期的にカンファレンスすることで褥瘡予防に対する意識付けと情報共有ができた。 |

3) 学習会

| 実施日 | 内 容 |
|--------------|-------------------|
| 平成 25 年 4 月 | フォーカス・チャータリングについて |
| 平成 25 年 5 月 | 急変時の対応 |
| 平成 25 年 6 月 | 救急甦生・SSI サーベランス |
| 平成 25 年 10 月 | 固定チーム中間発表 |
| 平成 26 年 1 月 | がん化学療法 |
| 平成 26 年 2 月 | 周手術期看護ドレナージ |
| 平成 26 年 3 月 | 固定チーム小集団活動発表 |

4) 看護研究

弾性ストッキング使用時の有用性



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。近年緩和ケア対象の新規入院患者も増えており様々な疾患を有しているため, 看護ケアも特殊処置への対応もある。
- 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: 22名, 看護助手: 4名で構成している。

2. 平成25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 |
|--------|-------|-------|------|-----------|-------|--------|
| 9,116人 | 391人 | 407人 | 63人 | 25.0人 | 83.3% | 21.8日 |

2) 亜急性期病床

| 延入院患者数 | 病床利用率 |
|--------|-------|
| 300人 | 9.1% |

3) 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 |
|--------|-------|-------|------|-----------|-------|--------|
| 625人 | 8人 | 10人 | 4人 | 1.7人 | 8.4% | 68.3日 |

4) 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 | 心肺停止 | 電話対応 |
|--------|--------|------|------|------|
| 970人 | 258人 | 295人 | 11人 | 470人 |

6) 主な検査

| アンギオ動注 | 8件 | 化学療法 | 53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。 | がんの患者を始めとして多くの不安や症状を抱えた患者と直接的な看護援助を通して患者と共に語り、多職種で共同して考える姿勢を持つことが出来た。 |
| (2) 安全管理の視点で患者の環境を整える。 | ①転倒転落 (38 件), 内服などの薬剤関連 (18 件), アクシデント (1 件) 発生。 ②転倒においては, センサーマットの使用や家での設置状況に合わせた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はレベルIが大半を占めていることで患者指導が重要と思われる。 |
| (3) 事例検討を行い倫理を理解する。 | 日常行われている多くのカンファレンスが臨床倫理を学ぶことで自分たちのジレンマに感じていることを表出するきっかけになった。 |

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) 昨年のインシデント, アクシデントを検証し, 与薬手順を整える。 (2) 内服準備の時間短縮を図り, 効率のよい準備方法を検討する。 | 現状分析とスタッフからのアンケート調査より内服準備方法の試験的手順変更を実施した。スタッフが安心して行えるよう説明を検討する必要があると分かった。 |
| | (1) 臨床倫理を学び事例検討ができる。 | 臨床倫理の学習会を行い, 事例を用いて検討を行った。全体研修会に事例を提出し指導を貰う事で倫理についての理解が深まった。その後の事例検討が行いやすくなった。 |
| | (1) スタッフのせん妄に対する知識, 認知症との特徴的違いを質問調査で明らかにする。 (2) 事例を通した学習会により, せん妄の行動や症状を理解出来る。 | 学習会を行ったことでせん妄について意識するようになった。2つの事例を通して「おかしい」と感じたときのカンファレンスで早期発見, 重症化予防につながると分かった。 |
| B チ ー ム | (1) 化学療法を受けた患者に対して, フットバスの必要性や効果をスタッフが理解し実施することで, 対象患者の症状緩和に繋げることが出来る。 | スタッフへの学習会の実施, 生活面の注意点や指導内容を確認後, 使用手順を作成した。今後も患者と話し合い, 症状緩和に向けて援助を継続して行き, 変化に対応していく。 |
| | (1) 嚥下評価の必要性を看護師が理解することが出来, 統一した手技で機能訓練および口腔ケアを実施出来る。 | スタッフに勉強会とアンケート調査を実施し, 入院3日目までにチーム員が介入し, 患者に合わせた物品の準備や手順を準備した。今後多職種で早い時期に評価, 検討していくことが望ましい。 |

| | | |
|-------|---|---|
| | (1) 救急外来で行われる救命処置について、シミュレーションを通して看護師個々のレベルアップをはかり、統一した看護の提供が出来る。 | 救急外来において多い処置と看護師の不安をアンケート調査し、5つの項目についてシミュレーションが実施出来た。今後同時に作成したDVDを用いてスキルアップをはかる。 |
| 助手チーム | (1) 患者の身の回りの整理整頓が出来る。 | 体位交換枕カバーや棚の整理を行うことでスタッフが使いやすく、患者の使用目的に合わせて選択しやすくなった。ポータブルトイレ分解掃除など普段見過ごしがちなところを検討できた。 |
| リーダー会 | (1) 小集団の活動内容の可視化を試みる。 | ガントチャートより詳しい一定の書式を作成し、チーム会1週間前までにチーム員に各小集団の活動状況を広報する。 |

3) 病棟学習会

| 実施日 | 内 容 |
|----------|-------------------------|
| 4月16日 | 在宅酸素取り扱い |
| 5月31日 | 倫理についての基礎的学習会 |
| 7月9日 | 感染対策（手指衛生について） |
| 7月29日 | 人工呼吸器の取り扱いについて |
| 7月30日 | 化学療法によるしびれ対策 |
| 9月7日・13日 | 看護必要度と看護記録方法 |
| 10月23日 | 救急看護（AMI・PCI） |
| 10月25日 | せん妄の看護 |
| 11月26日 | 救急看護（胸腔ドレーン・イレウスチューブ挿入） |
| 12月19日 | 救急看護（手術室搬入） |
| 1月29日 | 結核剤について |

5) 看護研究の取り組み

せん妄症状に関する看護師の認識と今後の課題



25年度 3病棟スタッフ

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名と隔日おき勤務の看護助手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・器具類のメンテナンスも実施しています。

<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。

定期手術における術前・術後訪問は定着し実施しています。また平成23年7月より術前訪問で承諾が得られた患者さんに対して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25年度実績（H25年3月～26年2月）

1) 平成25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 | 227件 | 2件 | 23件 | 252件 |
| 内科 | 0件 | 0件 | 16件 | 16件 |
| 合計 | 227件 | 2件 | 39件 | 268件 |

2) 平成24年度対平成25年度各科手術件数比較

| | H24年度 | H25年度 | 対前年度比 |
|----|-------|-------|-------|
| 外科 | 234件 | 252件 | 18件 |
| 内科 | 8件 | 16件 | 8件 |
| 合計 | 242件 | 268件 | 26件 |

3) 緊急手術件数

| | H24年度 | H25年度 | 対前年度比 |
|----|-------|-------|-------|
| 外科 | 46件 | 62件 | 16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 | 1) 周手術期における体温変化に影響する要因に対し、効果的な術中体温管理ができる。 | ①術中適正体温（36度～38度）での退室 ：194件（92.8%） ：シバリング発生 7件 ②術中体温管理基準の作成・周知 |
| | 2) 手術室記録物内容の充実を図る。（マニュアルの整備） | ①褥瘡や皮膚トラブル対策看護計画を追加した。 ②手術部位確認シール導入（手術部位誤認防止） ③弾性ストッキングの導入（肺塞栓予防） ④②・③についてマニュアル作成した。 ⑤手術室看護記録監実施（監査表作成・監査実施・報告） ⑥前日・当日入院患者への術前訪問用紙の検討 |
| | 3) 事例を通し、手術看護の倫理を学ぶ。 | ①ケースカンファレンス件数：50件 ②倫理・事例検討の学習会実施 |
| | 4) 安心・安全な周手術期看護を提供するため、知識の向上・復習可能な機会を企画・運営し、評価を行う。 | ①「ちょこっとカンファレンス」実施：76件 （業務改善や症例報告） ②周手術期看護についての学習会 （褥瘡対策・記録監査・手術室看護倫理SSI予防対策） |
| 看護記録・訪問チーム | 1. カート運用による診療材料の提供と有効期限を考えた在庫管理を行う。 1) 看護補助者として、主体的にカートを運用し、在庫管理の一部を担える。 2) 看護補助者との連携から不動態在庫の定数を見直し、在庫管理を行う。 | ①7月の機能評価に向けカート10台を修繕した。 ②昨年度のカート使用状況を集計し定数変更した。 ③中材管理の診療在庫について、期限の確認と、使用状況から、不動態在庫を抑止する働きかけを行った。 ④不動態在庫に対し、点在していた置き場を集約し、過剰在庫を抑止する働きかけを行った。 |
| | 2. 予備洗浄及び中材物品の管理について、継続した情報提供と直接指導を行う。 1) 中材物品を取り扱う中で、病棟看護補助者が困らないように支援できる。 2) 中材物品返却時の不備発生を減らす。 | ①病棟看護補助者の氏名を覚え、中材窓口での対応を大事にした。 ②中材の業務に関連する病棟看護補助者の声を集め、チームまたは中材として対応した。 |

2) 看護研究の取り組み

平成25年度固定チーム ナーシング（院内発表） 平成26年3月17日

3) 学習会

| 開催月 | 学習会 題名 | 内容 |
|-----|---------------------|--|
| 4月 | 褥瘡対策 | 皮膚・排泄ケア認定看護師による「手術時患者のポジショニングの意義と重要性」 |
| 5月 | 低圧持続吸引システムについて | サクシヨンレザーバーについて種類・特性・取扱い |
| 6月 | 中央材料室・器材の洗浄について | ・中央材料室の設備と役割 ・器材洗浄の目的と方法 |
| 9月 | 胸骨切開手術器械について | 縦隔腫瘍摘出術の胸骨切開時に使用する電動切開装置の取扱い方法 |
| 10月 | 喉頭ファイバー取扱いについて | ファイバースコープの取扱・洗浄方法 |
| 10月 | 手術室における緊急時の避難訓練について | 手術室看護基準に沿って災害発生時の避難訓練体制や行動手順の確認 |
| 10月 | 除細動器について | 臨床工学士による「除細動器の適応と使用方法」 |
| 12月 | 手術室における倫理について | 手術医療の実践ガイドラインを学び、1事例を通して「臨床倫理の4分割表」をまとめる |
| 1月 | 手術部位感染予防について | 手術部位感染防止対策 |
| 3月 | 5S活動について | 5Sの定義と期待される効果や方法 |



25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、1日5～6名のスタッフで15～20名の患者さんの透析治療を行っています。

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。

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ている。
- 2) 透析導入・シャント設置術を受ける患者を受け入れている。
- 3) 各種検査や外科的手術を受ける維持透析患者を受け入れている。
- 4) 結核を発症した透析患者を受け入れている。
- 5) 急性血液浄化療法（エンドトキシン吸着・CHDF）腹水濾過濃縮再注入術等の実施。
- 6) 帰省や旅行者の透析治療の受け入れを行う。

2. 平成25年度透析室実績（H24年3月～H25年2月）

1) 透析件数

| | |
|-------|-------|
| 総透析件数 | 4,780 |
| 外来透析 | 3,660 |
| 入院透析 | 1,120 |

2) 介助・処置

| | |
|--------|-------|
| 直接穿刺件数 | 1,238 |
| 移動介助件数 | 1,634 |

3) 特殊透析件数

| | |
|-------------|----|
| CHDF件数 | 17 |
| エンドトキシン吸着件数 | 3 |
| 腹水濾過濃縮件数 | 55 |
| LDL件数 | 7 |

3) 旅行透析件数 13名

平成25年度の透析総数は4,780件で前年度より175件（外来43名・入院132名）増加している。

特殊透析はCHDF：17件・エンドトキシン吸着：3件・腹水濾過濃縮術：55件・LDL：7件であり、外科・内科・循環器内科・消化器内科・放射線科からの治療依頼がみられる。

3. 看護の状況

(1) 目標と達成状況

1) 透析室・ME室目標

安全で安心できる質の高いゆとりある看護や安全で安心できる医療機器を提供する。

- ①患者・家族の価値観を尊重した QOL を理解し、ケアの提供ができる。
- ②責任をもち、行動化することで安全・安心できる療養環境を提供できるように医療安全に努める。
- ③報告・連絡・相談を徹底し、共通認識をもち、まとまりのある活動ができる。
- ④専門的スキルを発揮し、働きやすい環境づくりができる。

2) 固定チーム目標と実績

| 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"> ・皮膚乾燥状態を肌湿度計を用い実測し、季節変動とスキンケア実践の関連を調査した。また、パンフレットを用い効果的なスキンケア方法を実践した。 その結果、スキンケアの重要性を認識し、スキンケアを見直す患者が現れた。 ・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。シャント部のトラブルは発生していない。 |
| ほ た る | 1. 維持透析患者への体重管理指導を行う。 | <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用い体重管理指導を行った。 その結果、患者同士で食生活や水分・塩分制限への情報交換を行うなど行動変容がみられた。 |

(2) ME業務

- 1) 臨床工学技士免許を取得している 6 名が透析業務の他に院内の医療機器の保守点検業務を担っている。
- 2) 人工呼吸器 4 台・輸液ポンプ 70 台・シリンジポンプ 37 台・ネブライザー 19 台は中央管理している。
- 3) 人工呼吸器 4 台は各病棟に常備となっている。毎日病棟ラウンドを実施し、稼働状況の把握やトラブルが発生しないように保守点検を実施している。
- 4) 医療機器の安全使用の啓発のために学習会を実施した。

(3) 学習会

①ME 関連学習会

| 実施日 | 内 容 | 参加者 |
|--------|-----------------|-----|
| 4月15日 | 転入職員 医療機器取扱い | 12 |
| 4月18日 | 新入職員 医療機器取扱い・実際 | 10 |
| 7月12日 | IVUSの基本構造・基本操作 | 7 |
| 8月20日 | 新入職員 人工呼吸器の使い方 | 8 |
| 10月21日 | 心臓カテーテル基礎講座 | 6 |
| 10月21日 | 手術室 除細動器の使い方 | 5 |
| 10月31日 | 病棟学習会 CHDFについて | 10 |
| 11月5日 | 病棟学習会 CHDFについて | 12 |
| 11月20日 | 病棟学習会 人工呼吸器の使い方 | 13 |

②南薩地区透析病院勉強会

地域の透析病院において透析業務に携わっている透析スタッフの知識・技術の向上や連携を深めるために研修会を定期的に行い、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23日 | 透析患者の体重増加について | 38 (29) |
| 6月7日 | 透析患者の見逃されているカルニチン欠乏症 | 18 (5) |
| 7月16日 | 透析患者におけるレストレスレッグス症候群の診断と治療 | 26 (15) |
| 7月25日 | 重症下肢虚血 (PAD) の診断と治療 | 35 (6) |
| 10月20日 | 透析を受けて100歳まで健康生活 | 49 (8) |
| 11月28日 | 人工血管について | 33 (26) |
| 1月23日 | 透析施設の新型インフルエンザ対策 | 24 (18) |
| 2月25日 | 透析患者のADL改善をめざして | 22 (10) |
| 2月27日 | H24年度の反省会とH25年度の勉強会の検討 | 8 (6) |

③学習発表

H25年度 固定チームナーシング鹿児島地方会 (演題発表)

テーマ：維持透析患者への体重自己管理指導



25年度 透析・ME室スタッフ

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 |
|--------|-----------------|------------------------------------|
| H25年4月 | 新規採用者及び転入者職員 | 写真撮影・指紋登録及びネームプレート作製 |
| | 外 来 | 医 師 案 内 板 作 製 |
| | 各病棟及び各所職員 | 職 員 配 置 表 作 成 |
| | 受 付 | 外 来 カ ッ テ ィ ン グ シ ー ル 作 製 取 付 |
| | 厨 房 | シ ン グ ル レ バ ー 混 合 水 栓 取 替 2 箇 所 |
| | 洗 濯 室 | 蛍 光 灯 器 具 安 全 器 取 替 |
| | リネン消毒室 | ド ア ク ロ ー ザ ー 取 替 |
| 5月 | 2 病 棟 220 号 室 | ウ オ シ ュ レ ッ ト 取 替 |
| | 外 科 外 来 診 察 室 | 3 番 カ ー テ ン レ ー ル 取 付 |
| | 薬 局 調 剤 室 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 1 ・ 2 ・ 3 病 棟 | ゴ ミ 運 搬 台 車 目 隠 し 囲 い 作 製 (6 月 まで) |
| 6月 | 外 来 | 身 障 者 ト イ レ ウ オ シ ュ レ ッ ト 取 替 |
| | 院 長 室 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 中 材 | 職 員 控 室 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 売 店 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 心 電 図 室 | 中 廊 下 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| 7月 | 薬 局 | 入 り 口 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 南側ダムウェーター室 | 煙 感 知 器 取 替 立 ち 会 い |
| 8月 | リハビリ室 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 1 病 棟 女 子 ト イ レ | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | X 線 テレビ 操作 室 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| 9月 | 採 血 室 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 3 病 棟 | 非 常 口 灯 バ ッ テ リ ー 取 替 (F K -648) |
| | 1 病 棟 女 子 ト イ レ | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 1 ・ 2 病 棟 | ラ イ ト コ ー ト 防 鳥 デ ス ク 張 り 作 業 |
| 10月 | No. 2 エレベーター | エ レ ベ ー タ ー 内 案 内 板 作 製 |
| | 1 病 棟 女 子 ト イ レ | ト イ レ ウ オ シ ュ レ ッ ト 取 替 |
| | 3 病 棟 312 号 室 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 電 気 室 | 定 期 精 密 点 検 |
| | 医 局 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |
| | 院 長 室 | 蛍 光 灯 器 具 安 定 器 取 替 |

| 月 | セクション・場所・器具等 | 内 容 |
|--------|--------------|-------------------|
| 11月 | 3病棟ナース控室 | 蛍光灯器具安定器取替 |
| | 2病棟ナースステーション | 蛍光灯器具安定器取替 2箇所 |
| | 売店前 | 廊下蛍光灯器具安定器取替 |
| | 人工透析室職員控室 | 蛍光灯器具安定器取替 |
| | 薬局注射室 | 蛍光灯器具安定器取替 |
| | 栄養管理室 | 蛍光灯器具安定器取替 |
| | 総合受付 | 天井ダウンライト器具取替 |
| | 生化学検査室 | 蛍光灯器具安定器取替 |
| 12月 | 主機械室 | 蛍光灯器具安定器取替 |
| | 3病棟310号室 | 蛍光灯器具安定器取替 |
| | マニホールド室 | 蛍光灯器具安定器取替 |
| | 内科外来 | 倉庫蛍光灯器具安定器取替 |
| H26年1月 | 1病棟 | CCU監視室蛍光灯器具安定器取替 |
| | 総合受付 | 天井ダウンライト器具取替 |
| | 外来患者サロン | 蛍光灯器具安定器取替 |
| 2月 | OP室 | 廊下蛍光灯器具安定器取替(3箇所) |
| 3月 | 外来各所 | 掲示物カッティングシール作製 |



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」を平成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8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へ参加している。

〈退院調整者数（件）〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 合計 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 転院 | 7 | 15 | 9 | 13 | 12 | 10 | 15 | 12 | 8 | 12 | 14 | 16 | 143 |
| 施設 | 8 | 3 | 4 | 7 | 4 | 5 | 6 | 5 | 3 | 2 | 5 | 4 | 56 |
| 合計 | 15 | 18 | 13 | 20 | 16 | 15 | 21 | 17 | 11 | 14 | 19 | 20 | 199 |

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。

セカンドオピニオン件数：2件

1) 〈入院・外来月別がん相談件数（件）〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 合計 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-------|
| 入院 | 70 | 78 | 52 | 61 | 45 | 47 | 49 | 96 | 66 | 60 | 39 | 24 | 687 |
| 外来 | 78 | 66 | 102 | 76 | 70 | 74 | 104 | 80 | 73 | 57 | 51 | 65 | 896 |
| 合計 | 148 | 144 | 154 | 137 | 115 | 121 | 153 | 176 | 139 | 117 | 90 | 89 | 1,583 |

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。

1) 〈地域連携関係指導料等算定件数 (件)〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 合計 |
|--------------------------|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 介護支援連携指導料 (150点) | 11 | 21 | 11 | 12 | 5 | 10 | 14 | 7 | 5 | 10 | 14 | 10 | 130 |
| がん患者カウンセリング (300点) | 4 | 8 | 9 | 5 | 4 | 5 | 8 | 9 | 4 | 3 | 6 | 4 | 69 |
| 在宅患者訪問看護・指導料 (1,280点) | 1 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |

2) 〈紹介率・逆紹介率 (%)〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 計 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| 紹介率 | 61.4 | 56.5 | 59.5 | 58.1 | 53.2 | 61.0 | 53.3 | 48.8 | 53.4 | 45.5 | 52.6 | 61.9 | 55.4 |
| 逆紹介率 | 90.1 | 89.0 | 83.2 | 87.0 | 83.9 | 83.3 | 83.9 | 77.6 | 82.7 | 65.5 | 81.3 | 102.5 | 84.2 |

3) 〈項目別相談件数〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 計 |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-------|
| 福祉相談 | 55 | 63 | 50 | 54 | 50 | 38 | 44 | 36 | 29 | 53 | 45 | 36 | 553 |
| 一般相談 | 33 | 30 | 27 | 39 | 21 | 26 | 21 | 19 | 25 | 24 | 29 | 27 | 321 |
| がん相談 | 148 | 144 | 154 | 137 | 115 | 121 | 153 | 176 | 139 | 117 | 90 | 89 | 1,583 |
| 入院相談 | 3 | 1 | 6 | 9 | 7 | 8 | 11 | 5 | 10 | 18 | 6 | 21 | 105 |
| 退院相談 | 71 | 87 | 59 | 65 | 65 | 63 | 94 | 78 | 75 | 91 | 107 | 79 | 934 |
| 日程調整 | 16 | 18 | 13 | 22 | 14 | 16 | 20 | 18 | 12 | 15 | 19 | 20 | 203 |

4) 〈亜急性期病床利用率 (%)〉

| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 平均 |
|-----------|-----|----|-----|----|----|---|----|----|-----|-----|-----|-----|------|
| 在宅復帰率 | 100 | 50 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 54.2 |
| 三か月の在宅復帰率 | 100 | 80 | 75 | 40 | 33 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 100 | 61.0 |
| 病床利用率 | 10 | 10 | 18 | 8 | 0 | 0 | 5 | 11 | 5 | 9 | 19 | 1.4 | 8.0 |

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。
25年度は2件。

6. 地域医療連携パス運用

胃がん連携パス: 1件

7. 医療・福祉施設機関との交流会開催

平成25年度は11月に開催



25年度 地域医療連携室スタッフ