

病院年報

令和6年度

NATIONAL HOSPITAL ORGANIZATION MIYAZAKI HIGASHI HOSPITAL



独立行政法人
国立病院機構

宮崎東病院



H28.10.17 病院全景



National Hospital Organization
Miyazaki Higashi Hospital



H28.9.29 病院全景



基本理念

『主役は病める人』

をモットーとして、患者さんの人権を尊重し、
良質かつ高水準の医療を提供します。

運営方針

1. 呼吸器、神経・筋および小児心身疾患の専門医療施設として政策医療を遂行する。
2. 循環器病や生活習慣病など地域住民の健康管理に貢献する。
3. 教育研修施設として高い評価を得る。
4. 健全な経営と思いやりのある病院づくりを目指す。

巻 頭 言

令和6年度を振り返って

独立行政法人国立病院機構

宮崎東病院

院 長 伊 井 敏 彦

病院運営上の最重要事案として3階病棟を休棟、廃止としました。脳神経難病と筋ジストロフィー入院患者の長期減少傾向を踏まえて、3階病棟を令和6年12月に休棟、令和7年3月末に廃止としました。患者・家族のご理解と職員の協力のおかげで、円滑に病棟休止と一部患者の4階病棟等への移動が完了しました。今後は集約後の4階病棟の病床利用を100%とすべく、入院対象患者の掘り起こしをお願いします。障がい者診療に関連してNHO病院で患者への虐待事例が発生しました。院内アンケートでは深刻な事例は認めないものの、虐待がないと胸を張れる状況ではありませんでした。主役は病める人という病院理念に立ち返り、患者とその家族、病院職員がお互いを思いやり、人権を尊重し、楽しく安全に療養できる環境を守り育ててゆきます。

急性期病床である2階と5階については、年間の病床利用率が50%台に低迷し、在院日数の長期化が続きました。若手の呼吸器外科医獲得により呼吸器外科手術が大いに回復し、呼吸器内科も入院患者を増やしましたが、内科、腫瘍内科、整形外科などは未だ入院患者減少に歯止めのかからない状態です。1階病棟については、児童精神科の担当医が交替した影響もあり、入院患者数を伸ばせませんでした。外来についてはほぼすべての診療科で患者数の漸減が続きました。地域医療構想の中で、宮崎・東諸県医療圏は急性期の病床が過剰で回復期が不足していると分析されています。急性期病床の廃止や転用を図る市中病院も多く、現状のままでは当院の急性期病床も削減や転用を検討せざるをえなくなります。令和7年度には、急性期入院患者を確実に増やすために担当医師を始め職員全員の奮起を期待します。

明るい話題として、令和7年3月に呼吸器内科部長、松元医師を会長として第94回日本呼吸器学会・日本結核非結核性抗酸菌症学会の九州支部春期学術講演会を盛大に開催できました。呼吸器診療に宮崎東病院ありという存在感を示せたと思います。協力をいただいた当院と宮崎大学医学部呼吸器・感染症・膠原病内科のスタッフに深謝します。呼吸器内科、腫瘍内科、呼吸器外科と一体となって更なる呼吸器診療の充実、発展を図ります。

令和6年8月8日の日向灘地震（M7.1）では津波注意報が出され、院内の保育園

児や近隣住民が当院屋上に避難する事態となりました。大きな揺れによりエレベーターの長時間の停止や給水系の漏水が発生しました。8月28日の台風10号では、宮崎市の一部地域に竜巻の進路に沿った甚大な被害がありました。自然災害の脅威が身近に感じられるなか、非常用の酸素ボンベを追加配置しました。電源や医療ガス、水や食料備蓄などのBCP対策を間断なく進めてゆきます。

日本そしてこの宮崎ではいよいよ高齢化と少子化が進み、若年層の働き手が不足しています。医師の世界も例外ではなく、当院でも外科・呼吸器外科、脳神経内科、児童精神科等で医師の定年が続いています。シニア医師として活躍を続けていただきながら、徐々に若手世代に交代を進めてゆきます。医療の置かれた現状は厳しくなるばかりですが、当院は小児科と児童精神科の入院診療、筋ジス・脳神経難病医療、結核入院診療などさまざまな独自の役割を果たしてきました。患者中心の医療という原則を胸に刻んで、患者、家族に信頼され県民、市民の拠り所であり続けられるべく、職員の皆さんの一層の努力と成長をお願いします。

令和7年5月

目 次

基本理念

巻 頭 言

I. 病院概況

1) 所在地	1
2) 交通関係	1
3) 位置と環境	1
4) 沿 革	1
5) 規 模	1
6) 診療機能の特徴	2
7) 地域医療計画における当院の位置付け	4
8) 組織図	5
9) 職員数	6
10) 施設基準	7

II. 各診療科の活動・研究報告

1) 内 科	9
2) 児童精神科	10
3) 脳神経内科	13
4) 呼吸器内科	16
5) 腫瘍内科	18
6) 小児科	20
7) 整形外科	21
8) 放射線科、内視鏡・超音波室	23

III. 各部門の活動報告

1) 薬剤科	25
2) 診療放射線科	29
3) 研究検査科	34
4) 栄養管理室	40
5) リハビリテーション科	44
6) 看護部	47
1 階病棟（児童精神科）	51
2 階病棟（感染症病棟）	52
3 階病棟（神経筋難病病棟）	54
4 階病棟（脳神経内科）	55
5 階病棟（呼吸器外科、外科、内科、呼吸器内科、腫瘍内科、心療内科、小児科、整形外科）	57

外来・手術室・中材	58
教育研修室	59
認定・専従看護師	62
特定看護師	66
看護師長研究会	67
副看護師長研究会	69
看護教育委員会	71
キャリアラダー別教育	73
専門別研修	79
看護記録委員会	82
看護業務委員会	84
感染リンクナース委員会	86
退院支援委員会	88
療養介助職会議・研修	89
看護助手会議・研修	90
看護の質検討会	92
教育研修	93
7) 地域医療連携室	95
8) 医療安全管理室	97
9) 感染対策室	100
10) 診療情報管理室	103
11) 療育指導室	108
12) MEセンター	112
13) 事務部	116

IV. 各委員会の活動報告

1) 医療安全管理委員会	123
2) 院内感染対策委員会 (ICC)・感染対策チーム (ICT)	125
3) 栄養サポートチーム (NST)	126
4) 褥瘡対策委員会	129
5) クリティカルパス委員会	131
6) 薬事委員会	135
7) 経営改善懇談委員会 (業務改善部会)	136
8) 患者サービス向上委員会	137
9) 安全衛生委員会	139
10) News宮崎東編集委員会	140

V. 統計資料

1) 経営管理指標	141
2) 年度・月別患者数	142
3) 平均在院日数	144
4) 診療科別患者数	146

VI. 年間主要行事

年間行事	149
------------	-----

VII. 職員名簿

職員名簿	151
------------	-----

VIII. 業績集

1) 原著	155
2) 学会関係	155
3) 講演・研究会等	157

編集後記

I. 病院概況

- 1) 所在地
- 2) 交通関係
- 3) 位置と環境
- 4) 沿 革
- 5) 規 模
- 6) 診療機能の特徴
- 7) 地域医療計画における当院の位置付け
- 8) 組織図
- 9) 職員数
- 10) 施設基準



病 院 概 況

1) 所在地

〒880-0911

宮崎県宮崎市大字田吉4374番地 1

電 話 (宮崎) 0985-56-2311

F A X (宮崎) 0985-56-2257

ホームページ <https://miyazakihigashi.hosp.go.jp>

所管保健所名 宮崎市保健所

2) 交通関係

- (1) JR日豊本線「南宮崎駅」下車徒歩5分、宮交シティ（バスセンター）から、
宮崎交通バス「国立東病院行」にて終点下車
- (2) JR宮崎空港線「宮崎空港駅」下車徒歩10分
- (3) 宮崎自動車道 宮崎ICから車で10分

3) 位置と環境

当院は、宮崎市（人口約40万人）の中心街より東南約6kmの位置にあり、宮崎空港に隣接し、宮崎自動車道（高速道路）にも近く非常に交通の便は良い。また周囲は閑静な松林に囲まれ、赤江灘に近く、南には名所地青島（青島神社、祭神山幸彦）や風光明媚な国定公園日南海岸あがり、自然環境に恵まれ療養環境には最適な地である。病弱虚弱児を対象とする県立宮崎赤江まつばら支援学校が当院敷地に隣接しており、密接な連携をとりつつ療育医療の充実を図っている。

4) 沿 革

昭和25年11月	国立赤江療養所の新設が決定
昭和27年3月	国立赤江療養所として創設
昭和55年4月	国立療養所宮崎東病院に改称
平成14年7月	国立療養所日南病院と統合
平成16年4月	独立行政法人に移行し国立病院機構宮崎東病院となる
平成28年4月	精神病床30床承認
平成28年7月	病棟建替整備（地上5階（一部6階建））
平成29年4月	児童精神科病棟（1階病棟）稼働
令和2年6月	新型コロナウイルス感染症重点医療機関指定
令和2年9月	医療法324床を288床へ変更（一般病床36床（休棟病床）を取下げ）
令和3年5月	新型コロナウイルス感染症外来開設
令和4年10月	特定行為研修開講
令和6年4月	医療措置協定締結（新型インフルエンザ等感染症等）
令和6年12月	一般50床（神経筋）休棟

5) 規 模

(1) 敷地及び建物

敷地面積	95,566㎡
(内訳) 庁舎敷地	76,459㎡
宿舎敷地	19,107㎡

建物面積 建 10,933㎡
延 20,206㎡

(内訳) 庁舎 建 10,289㎡
延 19,341㎡

宿舎 建 442㎡
延 911㎡

(2) 標榜診療科 14科

内科、呼吸器内科、循環器内科、脳神経内科、腫瘍内科、心療内科、外科、呼吸器外科、
整形外科、児童精神科、小児科、リハビリテーション科、放射線科、歯科

(3) 病床規模及び構成

(令和7年3月)

医療法承認病床数						
総数	一般			結核	精神	感染
	筋ジス	神経筋	一般			
288床	50床	50床	104床	54床	30床	0床

※ 平成28年8月 結核病床ユニット化により60床→54床へ変更

【294床】 一般36床、結核38床休棟のため、運用病床は250床

平成29年4月 精神30床運用開始（児童精神科）【324床】

令和2年4月 新型コロナウイルス感染症病床10床確保（2階病棟）

令和2年6月 新型コロナウイルス感染症病床55床へ変更

令和2年9月 一般36床 廃止（休棟病床）【288床】

令和3年12月 新型コロナウイルス感染症病床27床へ変更

令和5年5月 新型コロナウイルス感染症病床16床へ変更

令和6年4月 医療措置協定30床確保（2階病棟）

令和6年12月 一般50床（神経筋）休棟のため、運営病床は200床

区分	病棟名	病床数	主な診療科	入院基本料
精神	1階病棟	30床	児童精神科	児童思春期精神科入院医療管理料
一般 結核（ユ）	2階病棟	44床 16床	呼吸器内科・内科 結核	急性期一般病棟入院基本料6 結核病棟入院基本料10：1
神経難病	3階病棟	50床	休棟	休棟
筋ジス	4階病棟	50床	神経内科 療養介護対象病棟	障害者施設等入院基本料7：1 療養介護サービス費
一般	5階病棟	60床	外科・内科・小児科・整形外科 腫瘍内科	急性期一般病棟入院基本料6

6) 診療機能の特徴

(1) 呼吸器センター（呼吸器内科・腫瘍内科、外科、呼吸器外科）

- 肺気腫、気管支喘息、慢性呼吸不全、気胸等に対する呼吸器全般にわたる内科的・外科的治療を行っている。

- 肺がんに対する外科的治療並びに抗がん剤による化学療法を実施している。
 - 宮崎県の結核治療の拠点病院
 - HOT（在宅酸素療法）外来
 - 日本呼吸器学会認定施設
 - 日本外科学会外科専門医制度関連施設
 - 日本感染症学会研修施設
- (2) 神経・難病センター（脳神経内科・リハビリテーション科）
- 筋ジストロフィー、ALS、パーキンソン病等の診断治療と人工呼吸器を要する重症例の管理および在宅支援を行っている。
 - 宮崎県重症難病患者入院施設
 - 日本神経学会教育認定施設
 - ロボットスーツHAL®（以下HAL）医療用下肢タイプによる歩行運動療法を行っている。
- (3) 生活習慣病センター（内科）
- 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドロームおよび慢性心不全、不整脈、脳卒中等の診断治療を行っている。
 - ドップラー頸動脈・心エコー、トレッドミル負荷心電図、心筋シンチグラム、Fat Scan等の主に循環器系の非侵襲的検査を行っている。
 - 脳卒中後遺症に対するリハビリテーション
 - 日本内科学会教育関連施設
- (4) 小児内分泌・代謝・アレルギーセンター（小児科）
- 小児の内分泌疾患、特に低身長、糖尿病、肥満、先天性代謝異常および気管支喘息、アレルギー疾患の専門的治療を行っている。
 - 小児の発達障害の専門的治療を行っている。
- (5) 子どもの心の診療センター（児童精神科）
- 不登校やうつ病、パニック等思春期前後の子どもの心の問題や発達障害の特性に伴う混乱などに対して、学校・保健・福祉と連携した体制のもと治療を行う
 - 県立赤江まつばら支援学校との連携
- (6) 救急医療センター（内科・外科・小児科）
- 宮崎市郡救急告示施設として、第2次救急医療受け入れ体制をとっている。
- (7) 画像診断センター（放射線科）
- マルチスライスCT、RI、MRI（1.5T）、PETを併せた大型医療機器による多角的な診断を行っている。
- (8) 運動器疾患治療センター（整形外科・リハビリテーション科）
- 変形性脊椎症、変形性関節症・骨粗鬆症など運動器疾患全般にわたる診断・治療を行っている。

(9) その他

- 宮崎大学医学部卒後臨床研修協力型病院として研修医を受け入れる。
- 宮崎大学医学部学生、看護学生、栄養科学生、理学療法士学生等の教育研修機能を果たしている。

7) 宮崎県医療計画における当院の位置付け

(1) 結核

- 宮崎県の結核の新規登録患者数については、年々減少傾向にあり、近年は横ばい状態で推移している。このような状況の中で、当院の位置付けとしては、広域的な観点も含めて感染性結核患者が適切な医療をうけられるようにすること。

(2) 神経難病

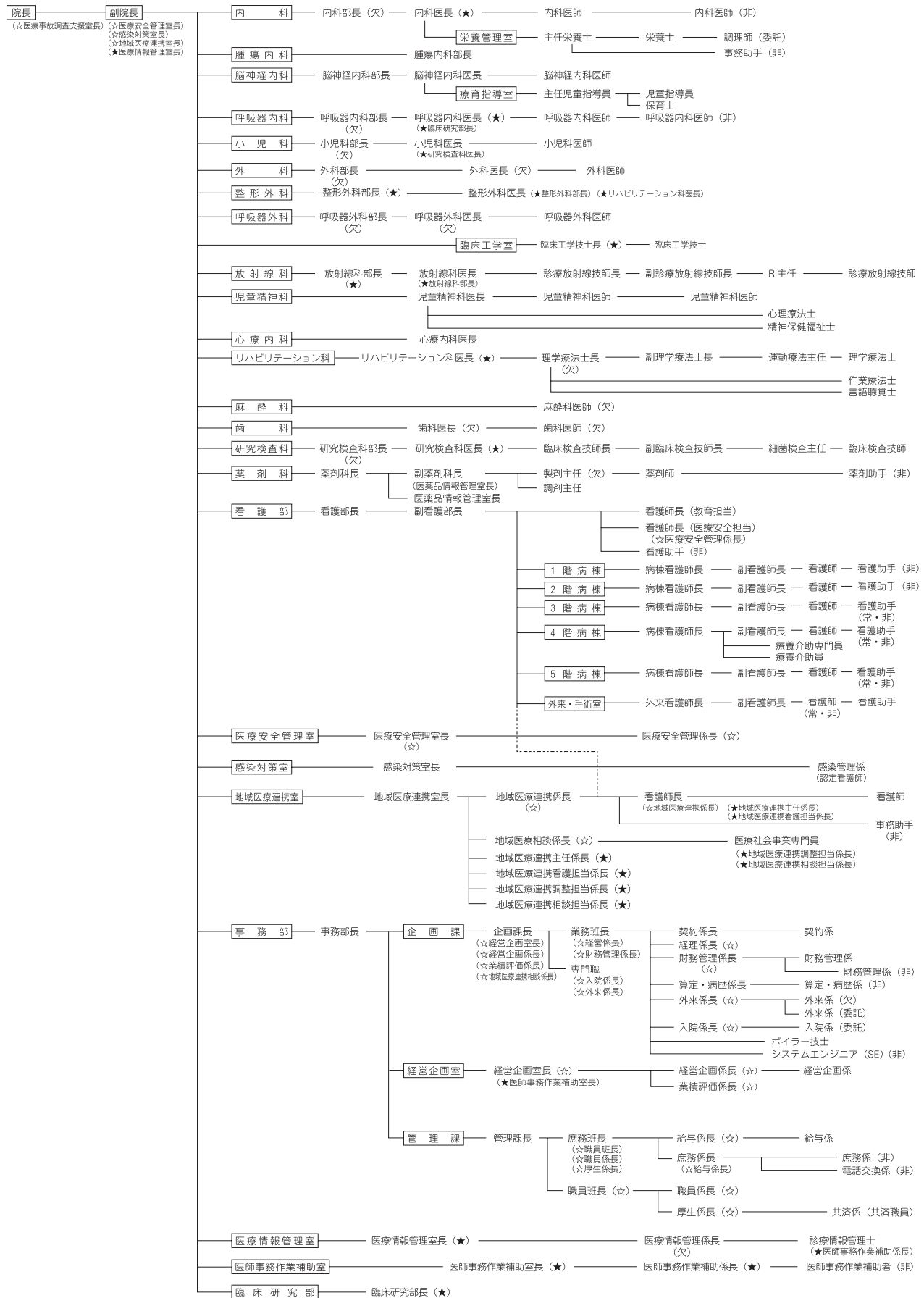
- 神経難病については、宮崎県重症難病患者入院施設確保事業の開始に伴い、当院が重症難病医療体制の神経・筋に対する分野別拠点病院と位置付けられ、基幹協力病院など地域の医療機関と連携した神経難病医療ネットワークづくりを進めている。

(3) 児童・思春期精神疾患

- 児童・思春期精神疾患については、児童精神科専門病棟を30床整備し、教育機関との連携や急性期から回復期までの専門的な治療環境の提供を図っている。

8) 国立病院機構宮崎東病院 組織図

(令和7年3月1日現在)



(注) ☆→本部・グループ発令
(注) ★→院内発令
また、() 内の職名は併任している職名

9) 職員数

(令和7年3月1日現在)

区 分		常 勤	期間職員	非常勤	計
医 療 職 (一)	医師	17	3	6	26
医 療 職 (二)	薬剤師	5	0	0	5
	診療放射線技師	4	0	0	4
	臨床検査技師	4	0	1	5
	栄養士	3	0	0	3
	理学療法士	5	1	0	6
	作業療法士	3	0	0	3
	言語聴覚士	1	0	0	1
	臨床工学技士	1	0	0	1
	心理療法士	2	0	0	2
医 療 職 (三)	看護師	154	0	3	157
事 務 職	事務	15	0	11 (SE含む)	26
診 療 情 報 管 理 職	診療情報管理士	1	0	0	1
技 能 職	電話交換手	0	0	0	0
	ボイラー技士	2	0	0	2
	自動車運転手	0	0	0	0
	調理師	2	0	0	2
	洗濯長等職員	0	0	0	0
	看護助手	1 (薬剤助手含む)	0	0	1
	検査助手	0	0	0	0
	業務技術員	0	0	9	9
福 祉 職	児童指導員	2	0	0	2
	保育士	1	0	0	1
	医療社会事業専門員	3	0	0	3
療 養 介 助 職	療養介助員	8	0	0	8
合 計		234	4	30	268

10) 施設基準

基本診療料

(令和7年3月31日現在)

項 目	算定開始年月日
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料4）	令和7年3月1日
結核病棟入院基本料10対1	28年8月1日
障害者施設等入院基本料7対1	令和6年12月1日
臨床研修病院入院診療加算	20年8月1日
救急医療管理加算	22年4月1日
診療録管理体制加算1	26年4月1日
急性期看護補助体制加算25対1	令和5年10月1日
特殊疾患入院施設管理加算	令和6年12月1日
療養環境加算	令和6年12月1日
重症者等療養環境特別加算	令和6年12月1日
摂食障害入院医療管理加算	29年6月1日
医療安全対策加算1	18年4月1日
（医療安全対策地域連携加算1）	30年4月1日
感染対策向上加算1	令和6年6月1日
（抗菌薬適正使用支援加算）	30年6月1日
患者サポート体制充実加算	24年4月1日
後発医薬品使用体制加算1	令和6年3月1日
病棟薬剤業務実施加算1	令和3年11月1日
データ提出加算2（200床以上）	令和6年6月1日
入退院支援加算1	令和7年2月1日
認知症ケア加算3	令和2年4月1日
小児入院医療管理料5	22年4月1日
児童・思春期精神科入院医療管理料	令和6年6月1日
医師事務作業補助体制加算2 （75対1補助体制加算）	令和6年12月1日
せん妄ハイリスク患者ケア加算	令和2年7月1日
栄養サポートチーム加算	令和5年12月1日

特掲診療料等

(令和7年3月31日現在)

項 目	算定開始年月日
がん性疼痛緩和指導管理料	22年4月1日
がん患者指導管理料イ	令和4年4月1日
がん患者指導管理料ロ	26年4月1日

開放型病院共同指導料	17年3月1日
がん治療連携指導料	23年10月1日
薬剤管理指導料	10年10月1日
地域連携診療計画加算	28年10月1日
医療機器安全管理料	20年4月1日
持続血糖測定器加算	26年11月1日
検体検査管理加算	20年4月1日
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	24年9月1日
皮下連続式グルコース測定（一連につき）	26年11月1日
神経学的検査	20年5月1日
画像診断管理加算2	14年4月1日
ポジトロン断層撮影	26年2月1日
CT撮影（64列以上）	令和3年4月1日
MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満）	24年4月1日
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	30年1月1日
外来化学療法加算1	21年8月1日
外来腫瘍化学療法診療料1	令和4年6月1日
無菌製剤処理料	20年4月1日
二次性骨折予防継続管理料3	令和5年10月1日
脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ	令和2年4月1日
運動器リハビリテーション料Ⅰ	25年5月1日
呼吸器リハビリテーション料Ⅰ	19年9月1日
障害児（者）リハビリテーション料Ⅰ	19年9月1日
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	30年7月1日
がんリハビリテーション料	令和元年8月1日
胃瘻造設術（要件を満たす）	26年4月1日
入院時食事療養費Ⅰ	16年10月1日
食堂加算	16年10月1日
医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6に掲げる手術	18年4月1日

Ⅱ. 各診療科の活動・研究報告

- 1) 内 科
- 2) 児童精神科
- 3) 脳神経内科
- 4) 呼吸器内科
- 5) 腫瘍内科
- 6) 小児科
- 7) 整形外科
- 8) 放射線科、内視鏡・超音波室



内 科

内科医長 上村 智彦

令和6年度の内科部門の診療体制は前年度と変化なく、内科外来は、比嘉名誉院長・石山医師・上村医師が主に担当しており、木曜日午前中の内科外来には宮崎大学から花田医師が、金曜日午前中は宮崎大学循環器内科から長友医師が派遣されている。通常の外来診療以外に、各種健診・特定保健指導も行っている。また、入院診療は石山医師・上村医師に谷岩医師を加えた3名体制である。毎週水曜日には宮崎大学循環器内科からの非常勤医師応援下に循環器疾患関連の検査を施行している。

外来患者数は令和2年度が延べ約520名/月、3年度は延べ約516名/月、令和4年度は延べ約488名/月とCOVID-19蔓延の影響が続いて減少していた。令和5年度の外来患者数は延べ約473名/月であり、COVID-19が落ち着いても増加はなく、令和6年度の外来患者数は435名/月とさらに減少していた。取り扱う疾患に関しては、高血圧や糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病、心不全や虚血性心臓病、不整脈等の循環器疾患が多い。循環器疾患関連検査の実施件数を表にして示すが、令和2年度は検査数が減少し、令和3年度はやや持ち直しているもののCOVID-19前と比較して少なかったが、令和4年度心臓超音波検査、Holter心電図検査、血圧脈波検査（ABI）はCOVID-19前を上回り、24時間自由行動下血圧測定も持ち直していた。しかし令和5年度は前年度と比較し軒並み検査数が減少していた。令和6年度は運動負荷心電図、心臓シンチ、眼底写真の件数は持ち直し、心臓超音波は前年度から年100件近く増加していた（COPDや間質性肺炎の増悪での臨時心機能評価増加などが影響したと考えられる）。その他、呼吸器疾患や内分泌疾患、脳血管障害、悪性疾患など担当し、地域住民への質の高い医療提供を目指している。

入院診療に関して、受け持ち患者数は令和2年度が延べ約20名/日、3年度は延べ約19名/日、4年度は延べ約18名/日と減少しており、これもCOVID-19が大きく影響したが、令和5年度は延べ約19名/日でありさらなる顕著な減少はなかった。令和6年度は延べ約18名/日であり横ばい状態であった。受け持ち患者の主病名を疾患分野別に分けると、以前と同様に呼吸器疾患が最も多く、以下、循環器疾患、消化器疾患と続く。呼吸器疾患では高齢者の誤嚥性肺炎が多く、COVID-19患者、インフルエンザ患者入院にも対応した。循環器疾患では慢性心不全の急性増悪、虚血性心臓病が多かった。糖尿病患者の血糖コントロール目的入院、脳卒中患者の保存的加療にも対応した。

循環器疾患関連検査件数

項 目	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
心臓超音波検査	396件	309件	406件	443件	418件	511件
Holter心電図検査	70件	41件	54件	77件	52件	50件
運動負荷心電図検査	35件	28件	27件	24件	17件	23件
24時間自由行動下血圧測定	22件	9件	9件	16件	6件	6件
血圧脈波検査（ABI）	128件	134件	160件	155件	152件	154件
心臓シンチグラフィー	37件	32件	28件	25件	18件	25件
眼底写真	119件	42件	34件	29件	28件	42件

児童精神科

児童精神科医長 橋口 浩志

1. 外来診療

児童精神科の診療体制は常勤の精神保健指定医1名と非指定医1名、毎週木曜日に宮崎大学精神科から非常勤の精神保健指定医1名、R4年9月より宮崎大学医学部小児科から非常勤医師1名（週4日勤務）の4名により外来診療を行っている。初診患者さんの待機状況にも変化なく初診までに3か月から半年となっている。令和6年度の初診は225名（前年度183名）と1日当たりの外来患者数は25.6名（同26.9名）であり初診の実人数は前年度より42名増加となった。

外来診療における診断や年齢などは下記の表1の通りであり、F8の診断が例年と大きな変化はなかった（表1及び表2の総数は20歳未満の総数で前記初診数と異なる）。外来心理療法に関してはR6年4月から常勤心理士1名の採用があり心理検査や心理カウンセリングやEMDRなどの心理療法の対応数も増加した。

表1. R6年度新規外来患者診断カテゴリー別統計

年齢区分 診断名		男							女							合 計	%	F 84 が併存するもの	F 90 が併存するもの	虐待を認めるもの （再掲）
		就 学 前	小 1 歳 小 3	小 4 歳 小 6	中 学 生	中 卒 18歳 未満	18歳 20歳 未満	計	就 学 前	小 1 歳 小 3	小 4 歳 小 6	中 学 生	中 卒 18歳 未満	18歳 20歳 未満	計					
F0 症状性を含む器質性精神障害								0							0	0	0.0			
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害								0							0	0	0.0			
F2 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害								0							0	0	0.0			
F3 気分（感情）障害				1				1			1	1			2	3	1.1	3		
F4神経症性障害	F40 恐怖症性不安障害							0					1		1	1	0.4	1		
	F41 他の不安障害							0							0	0	0.0			
	F42 強迫性障害							0							0	0	0.0			
	F43 重度ストレス反応			2	1			3		1	2	1			4	7	3.1	6	3	
	F44 解離性障害							0		1		1			2	2	0.9	2		
	F45 身体表現性障害							0							0	0	0.0			
	F48 その他							0							0	0	0.0			
F5生理的障害及び身体的要因に関連した症候群	F50 摂食障害		1					1				1			1	2	0.9	2		
	F50 以外							0							0	0	0.0			
F6成人の人格及び行動の障害								0							0	0	0.0			
F7精神遅滞				2	2			4		1	1	1			3	7	3.1	5	4	
F8心理的発達の障害	F84 広汎性発達障害	10	38	48	32	3		131	2	15	12	16	3		48	179	79.6		144	
	F84 以外							0	1						1	1	0.4			

F9行動及び情緒の障害	F90多動性障害	2	5	5	3			15		1	1			2	17	7.6	12			
	F91行為障害		1					1						0	1	0.4	1	1		
	F92混合性障害							0						0	0	0.0				
	F93情緒障害							0						0	0	0.0				
	F94社会的機能障害			1				1						0	1	0.4	1			
	F95チック障害				2			2						0	2	0.9	2			
	F98その他							0						0	0	0.0				
	F99特定不能							0						0	0	0.0				
G40 てんかん								0						0	0	0.0				
その他		1		1				2						0	2	0.9				
合 計		13	45	60	40	3	0	161	3	18	17	22	4	0	64	225	100.0	35	152	0

2. 入院診療

R4度の児童精神科病棟では入院実数は65名（昨年度71名）、稼働率は68.7%（同67.7%）であり、平均在院日数は111日（同109日）であった。入院形態別では任意入院42名、医療保護入院21名、緊急措置入院1名、措置入院1名であった。隔離を行った件数は25件で身体拘束は0件であった。入院統計の変化としてCOVID-19の流行以前に戻りつつあり、精神科入院患者の質的变化（暴言・暴力や反抗挑戦的言動の増加）や小児科の入院に影響されたと考えられた。面会に関しても病棟内の自室での面会や月2回、2泊3日の外泊をR6年度から再開し継続した。また退院前の長期の外泊を行い家庭や学校生活への退院前評価に関しても再開した。入院児童の性別、年齢、疾患に関しては下記の表2にまとめた。診断は主病名のみで分類しており、多動性障害、行為障害、反抗挑戦性障害などの併存症は除いた。入院患者では広汎性発達障害の診断が59%であり、多動性障害、重度ストレス反応や身体表現性障害が多かった。入院患者の68%に不登校があり、17%に虐待が認められた。学校ではタブレット配布、家庭生活ではスマホ使用の拡大によりゲームや動画などネット利用の問題や家庭内暴力の症例が増加した。小児科の肥満に関する治療も1階病棟で行っており夏休み中のダイエット入院も行っている。隣接する赤江まつばら支援学校地用状況に関しては前年度に比較して長期の不登校の入院が多く動揺性に経過し、短期入院者への教育支援は低下する傾向にあり制度運用に関して支援学校との協議が必要と考えられた。1階病棟2階のひむか教室の利用条件も変更する事が困難でその利用も少なかった。病棟行事は年々充実して昨年度のプログラムに加えて多彩な行事を行い、綾部動物病院による動物介在活動を行った。

表2. R6年度新規入院患者診断カテゴリー別統計

性別 年齢区分 診断名	男							女							合 計	%	F84が併存するもの	F90が併存するもの	虐待を認めるもの(再掲)
	就学前	小1 小3	小4 小6	中学生	中卒 18歳未満	18歳 20歳未満	計	就学前	小1 小3	小4 小6	中学生	中卒 18歳未満	18歳 20歳未満	計					
F0症状性を含む器質性精神障害					2		2							0	2	3.1	2	2	
F1精神作用物質による精神及び行動の障害							0							0	0	0.0			
F2精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害							0				3			3	3	4.6	1		
F3気分(感情)障害				1			1							0	1	1.5	1		

F 4神 経 症 性障害	F40恐怖症 性不安障害						0						0	0	0.0					
	F41他の不安障害						0						0	0	0.0					
	F42強迫性 障害						0						0	0	0.0					
	F43重度ス トレス反応			2	3		5		1	2	5		8	13	20.0	10	6	2		
	F44解離性 障害						0		1				1	1	1.5	1				
	F45身体表 現性障害						0						0	0	0.0					
	F48その他						0						0	0	0.0					
F 5生理的 障害及び身 体的要因に 関連した行 動症候群	F50摂食障 害						0						0	0	0.0					
	F50以外						0						0	0	0.0					
F 6成人の人格及び行動 の障害				1	1		2						0	2	3.1	2	1			
F 7精神遅滞					1		1						0	1	1.5	1				
F 8心 理 的 発達の障害	F84広汎性 発達障害		1	7	15		23		3	3	8	1	15	38	58.5	/	28	8		
	F84以外						0						0	0	0.0					
F 9行 動 及 び情緒の障 害	F90多動性 障害			1			1			1			1	2	3.1	1	/			
	F91行 為 障 害						0				1		1	1	1.5	1	1	1		
	F92混合性 障害						0						0	0	0.0					
	F93情緒障 害						0						0	0	0.0					
	F94社会的 機能障害						0				1		1	1	1.5	1	1	1		
	F95チック 障害						0						0	0	0.0					
	F98その他						0						0	0	0.0					
	F99特定不 能						0						0	0	0.0					
G 40てんかん							0						0	0	0.0					
その他							0						0	0	0.0					
合 計		0	1	11	21	2	0	35	0	5	6	18	1	0	30	65	100.0	21	39	12
上記のうち虐待を認める もの（再掲）				2	2		4		1	0	6		7	11	17	/	/			
上記のうち不登校を伴う もの（再掲）			1	6	16	2	25		1	3	15		19	44	68	/	/			

3. その他

精神保健指定医の業務として保健所からの依頼で措置入院の診察を令和6年度は3件の依頼があり1回対応した。また外来および入院患者のケースカンファの依頼もあり医師、看護師、心理師、精神保健福祉士が状況に応じて当院での開催や地域の関係機関（学校、役所、福祉事業所など）への訪問も行った。

脳神経内科

脳神経内科部長 齊田 和子 ■

当神経内科は平成8年4月に開設され、進行性筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症(ALS)をはじめとした重症神経難病患者の受け入れ施設としての県内での最後の砦的役割を担っている。呼吸筋筋力低下により呼吸が困難となった患者さんに対して人工呼吸管理を行っており、令和7年3月31日現在、32台の人工呼吸器が稼働し、24時間酸素飽和度モニターでの監視など安全対策全般に細心の注意を払っている。しかしながら年々人工呼吸器装着を希望する患者は減少してきている。加えてここ数年神経難病に特化した住宅型老人ホームも増加しており、療養の場所は自宅か病院かの2択ではなく、施設も選択肢に上がるようになってきた。このため、当院においては脳神経内科の長期入院患者数の減少を認め、令和6年11月30日、50床の脳神経内科病棟の休棟を余儀なくされた。令和6年12月1日以降、脳神経内科の患者の短期入院、検査、状態悪化時の対応などは、一般病棟でおこなっている。

患者内訳は別記のごとく入院・外来含め合計441名であり、そのうちパーキンソン病関連疾患が29.6%(パーキンソン病のみ24.7%)、脊髄小脳変性症2.5%、筋萎縮性側索硬化症9.3%、筋ジストロフィー14.2%、重症筋無力症2.3%、脳血管障害1.6%、てんかん2.7%であった。令和5年度と比べると、神経内科病棟の休棟の影響と思われるが40名の患者数の減少を認めた。令和7年度には、長年脳神経内科部長であった杉本精一郎医師が非常勤医師としての勤務となるため、人員的には減少となる。これ以上の患者数の減少をできるだけ食い止めることが、令和7年度に向けた課題である。

神経内科の特色

スタッフ	神経内科部長 1名 神経内科医長 1名 神経内科医師 1名
位置づけ	宮崎県難病対策協議会神経・筋医療部会担当病院 県進行性筋萎縮症者療養等給付事業担当施設
学会認定	日本神経学会教育関連施設
院内施設	4階病棟(旧筋ジス病棟)： 障害者病棟、療養介護病棟：50床 3階病棟(神経難病病棟)：障害者病棟：50床（令和6年11月30日で休棟）
研修体制	宮崎大学医学部附属病院後期研修制度協力型施設 宮崎大学クリニカルクラークシップ学生受入：2名
研究会主催	わかりやすい神経難病 ～神経難病研究会～
ネットワーク研究・班研究等	「スモンに関する調査研究班」
沿革	平成8年4月神経内科開設 平成15年12月より神経内科医3人体制 平成16年4月難病医療連絡協議会拠点病院 平成17年4月神経難病病棟50床全面オープン 平成17年10月筋ジス病棟40床改築しオープン 平成19年4月MRI稼働 平成21年4月神経内科部長、医長体制 平成26年2月PET/SPECT稼働

平成28年8月新病棟へ移転、療養介護病棟50床
平成31年4月神経内科から脳神経内科に名称変更

診療実績

入院診療実績

年間新入院患者数 72人
退院患者数 84人
在院患者数の延べ人数 19,371人
平均在院日数 249日

主要患者数	(入院、入院を除く外来)	
パーキンソン病	23名	86名
多系統萎縮症	3名	5名
進行性核上性麻痺	5名	9名
皮質基底核変性症	0名	0名
その他のパーキンソニズム	0名	4名
脊髄小脳変性症	0名	11名
ハンチントン病	1名	1名
アルツハイマー病	0名	5名
レビー小体型認知症	0名	2名
前頭側頭葉変性症	0名	0名
筋萎縮性側索硬化症	26名	15名
脊髄性筋萎縮症	1名	4名
球脊髄性筋萎縮症	1名	3名
家族性痙性対麻痺	0名	1名
Duchenne型筋ジストロフィー	4名	4名
筋強直性ジストロフィー	7名	18名
その他の筋ジストロフィー	11名	19名
多発筋炎・皮膚筋炎	0名	1名
ミトコンドリア病	2名	1名
重症筋無力症	1名	9名
多発性硬化症	0名	0名
慢性炎症性脱髄性ニューロパチー	0名	1名
ギラン・バレー症候群	1名	1名
その他の免疫性神経疾患	0名	0名
脳炎・髄膜炎・脊髄炎・HAM	1名	6名
脳血管障害	1名	6名
スモン	0名	3名
プリオン病	0名	0名
てんかん	1名	11名
脳性麻痺	2名	5名
未分類群・その他	9名	110名
合計	100名	341名

外来診療実績

外来患者数の延べ人数 2,151人

新患の人数 81人

救急（時間外）の人数 31人

救急搬送の人数 4人

学会発表

鈴木あい、杉本精一郎、斉田和子、塩屋敬一：

脳性まひと診断されていたRETT症候群の1例.

第345回日本内科学会九州地方会 2024. 5、宮崎.

呼吸器内科

呼吸器内科部長 松元 信弘

今年度は、令和7年3月8日に宮崎市民プラザにおいて当院呼吸器内科部長 松元信弘を会長として、第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会を開催し、無事終了することができました。九州各県から呼吸器専門医、専攻医、研修医など350名を超す参加者があり、大変盛会でした。学術講演会のプログラムとしては、会長招請講演として京都大学教授黒田知宏先生に「医療DXの現在と未来－UIとAI・UXとDX－」と題して、AIとDXによって医学・医療はどう変わっていくのか、ご講演いただきました。特別講演では長崎大学教授迎寛先生に「医師としての九州ぶらり旅－呼吸器内科医としての旅の軌跡－」と題して、特に若い先生方や医学生に自身のキャリア形成を考える上で示唆に富んだご講演をいただきました。また、シンポジウムでは「九州発の医療エビデンス」をテーマに九州から発信している優れた臨床研究について活発な討論となりました。学術講演会の運営に際しては、宮崎東病院からメディカルスタッフによるご支援をいただき、大変助かりました。ご配慮いただきました院長、看護部長、事務部長には厚くお礼申し上げます。

呼吸器内科は肺炎や肺結核をはじめとする感染症、気管支喘息や慢性閉塞性肺疾患などの気道疾患、肺癌、間質性肺疾患、環境暴露による肺疾患など非常に多岐にわたる病態を対象に、当院では日本呼吸器学会指導医3名、日本呼吸器学会専門医1名、内科専攻医1名、非常勤1名のスタッフで広く診療しています。

医学生の臨床教育ではクリニカルクラークシップとして宮崎大学医学部医学科から6年生を6件受け入れました。

今後とも呼吸器疾患全般の診療を中心に地域ニーズに合わせた診療体制を維持、強化してゆきます。

総説

1. 松元信弘：

[Postgraduate Education] 新たに改定された日本呼吸器学会による「成人肺炎診療ガイドライン2024」について。

宮崎県内科医会誌 100；28-34, 2024

学会発表

1. 松尾彩子、釘宮啓一、井手口優美、佐野ありさ、松元信弘、関屋亮、伊井敏彦。

レンパチニブによる慢性胆嚢炎を来したものの外科的切除により内服を継続できた胸腺癌の1例。

第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会, 2025年3月

2. 小田康晴、釘宮啓一、久富木庸子、松浦祐之介、木脇拓道、北村瑛子、住吉誠、坪内拡張、柳重久、宮崎泰可：

気管支限局ALアミロイドーシスの一例。

第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会, 2025年3月

3. 佐野ありさ、伊井敏彦、釘宮啓一、松尾彩子、井手口優美、松元信弘。

気管支鏡検査にて診断したNocardia asiatica の一例。

第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会, 2025年3月

4. 郡山晴喜、松元信弘、伊井敏彦、坂元昭裕：
訪問診療にて肺結核の治療を行った独居高齢者の1例。
第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会. 2025年3月
5. 釘宮啓一、松尾彩子、井手口優美、佐野ありさ、松元信弘、伊井敏彦：
抗結核薬内服中に新規病変の出現を繰り返した結核性リンパ節炎の1例。
第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会. 2025年3月
6. 釘宮啓一、松尾彩子、井手口優美、佐野ありさ、松元信弘、伊井敏彦：
血清と気管支肺胞洗浄液の両方でDLST陽性を示した防風通聖散による薬剤性肺障害の1例。
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会日本サルコイドーシス/肉下種性疾患学会九州支部秋季学術講演会. 2024年10月
7. 松尾彩子、釘宮啓一、井手口優美、佐野ありさ、松元信弘、伊井敏彦：
特徴的な画像所見を呈したアミオダロンによる薬剤性肺障害の1例。
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会日本サルコイドーシス/肉下種性疾患学会九州支部秋季学術講演会. 2024年10月
8. 栗原淳、山成康洋、釘宮啓一、北村彩、北村瑛子、住吉誠、小田康晴、坪内拡張、柳重久、宮崎泰可：
拭き掃除による抗原吸入が原因と考えられた過敏性肺炎の一例。
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会日本サルコイドーシス/肉下種性疾患学会九州支部秋季学術講演会. 2024年10月
9. 益山典子、北村彩、山本哲平、釘宮啓一、小田康晴、盛口清香、佐藤勇一郎、坪内拡張、柳重久、宮崎泰可：
胸部SMARCA4欠損未分化腫瘍に対し免疫チェックポイント阻害剤併用療法が著効した1例。
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会日本サルコイドーシス/肉下種性疾患学会九州支部秋季学術講演会. 2024年10月

腫瘍内科

腫瘍内科部長 森山 英士 ■

2024年度に担当した入院症例は、延べ 119例/48人で、47人が悪性疾患でした。47人中45人が原発性肺癌でした（詳細は別表参照）。

肺がんの薬物療法の進歩は目覚ましく、毎年新たな薬剤が使用可能となっています。2024年度には、乳癌等の領域で既に使用されていた薬剤とはなりますが、トラスツズマブデルクステカンという抗体薬物複合体ADC（Antibody-Drug Conjugate）製剤や二重特異性モノクローナル抗体であるアミバンタマブが、保険適応となってきました。今後、さらに新しい機序の薬剤の開発も進行中で、薬剤特有の有害事象もあり、薬剤の使用に習熟していく必要があります。各薬剤は、プレシジョン・メディシン（精密医療）の流れで、効果は良好ですが、遺伝子異常の有無など治療対象が限られており、しっかりとした診断が必要であることは変わりありません。

担当症例数は、2020年以降、減少の一途です。限られた対象となってしまいますが、患者さんお一人お一人に最良の肺癌診療をお届けすることが出来るようにスキルアップを継続していきたいと考えています。

腫瘍内科・年度別悪性疾患入院患者数

（年度毎に症例重複あり）

疾患名 \ 年度	2014 (H26)	2015 (H27)	2016 (H28)	2017 (H29)	2018 (H30)	2019 (H31/ R1)	2020 (R2)	2021 (R3)	2022 (R4)	2023 (R5)	2024 (R6)
原発性肺癌	69	72	75	65	73	85	79	75	56	48	45
腺癌	48	48	53	45	46	56	52	45	31	32	35
扁平上皮癌	8	12	10	10	7	13	11	20	13	10	4
腺扁平上皮癌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大細胞癌・ 大細胞神経内分泌癌	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
非小細胞肺癌・ 未分化癌	2	0	3	3	4	3	2	3	4	1	0
カルチノイド	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小細胞肺癌	10	11	9	7	16	13	13	7	8	5	5
悪性胸膜中皮腫	1	0	0	1	2	2	2	0	0	0	0
胸腺癌／胸腺腫	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2
胃癌	5	4	3	3	3	1	2	0	0	0	0
乳癌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
多発性骨髄腫	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
肺 低分化肉腫	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
悪性リンパ腫	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
卵巣腫瘍	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
食道癌	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
下咽頭癌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
原発不明癌	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
転移性肺腫瘍	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
膀胱癌				1	0	0	0	0	0	0	0
前立腺癌							1	0	0	0	0
直腸癌								1	0	0	0
計（入院延べ症例数）	78 (260)	79 (283)	80 (233)	71 (234)	78 (241)	88 (255)	85 (253)	76 (164)	57 (147)	49 (126)	47 (119)

学会・研究会発表

1. 森山英士、中西剛志：

当科の肺癌診療におけるG-CSF製剤の使用状況の検討.

第64回日本呼吸器学会学術講演会 2024/4/6 横浜市

2. 森山英士、中西剛志：

当科における骨修飾薬使用に伴う薬剤関連顎骨壊死の検討.

第65回日本肺癌学会学術講演会 2024/11/2 横浜市

3. 森山英士：

増悪後生存期間からみたドライバー遺伝子変異/転座陰性非小細胞肺癌に対する複数次抗がん薬治療の意義.

第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会・日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会
九州支部秋季学術講演会 2024/10/12 福岡市

4. 森山英士：

EGFR遺伝子変異陽性非小細胞肺癌から小細胞肺癌へ形質転換した3例の検討.

第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会 九州支部 春季学術講演会 2025/3/8
宮崎市

小児科

小児科医長 宇藤山 麻衣子 ■

1. 診療体制

当科では、平成20年4月から小児科医1名体制で診療を行っていたが、令和3年度より常勤医1名、非常勤医1名体制で外来・入院診療を行っている。

2. 外来診療

外来診療は、平日は午前・午後とも診療を行っている。小児一般診療と、小児内分泌専門外来、低身長、糖尿病、甲状腺疾患、肥満、やせ、思春期早発・遅発、夜尿症と、先天代謝異常症を専門とした診療を行っている。小児内分泌専門外来は主に予約制で、乳幼児健診、学校健診からの受診や、近隣の医療機関からの紹介や当院児童精神科からの紹介が中心である。小中学校健診での身長体重計測値から、成長曲線により精査対象者を判定するようになり、肥満や、思春期異常、やせ、低身長の受診が増加している。専門外来の他、感染症などの一般小児科診療、乳幼児健診、予防接種を行っている。予防接種は、定期接種ワクチンの種類が増えたため一人あたりの予防接種回数が増加し、当院での接種回数も増加している。予防接種数は、令和5年度は58、令和6年度は58であった。1日平均外来患者数は、令和4年度は8.3名、令和5年度は8.4名、令和6年度は8.6名であった。その他3－4か月に1回休日在宅医当番を継続している。令和4年度は1日平均68.7名、令和5年度は57名、令和6年度は66.4名であった。季節変動が大きく、市中感染症の動向に左右される。

3. 入院診療

入院は、児童精神科病棟、もしくは5階一般病棟の病床を利用している。隣接する赤江まつばら支援学校へ通学する、先天代謝異常などの慢性疾患の症例、肥満や糖尿病の症例が中心であり、1～6か月程度の比較的長期間の入院が多いが、夏休み等の長期休暇中には2－4週間程度の入院も増加する。今後は内分泌疾患精査のための数日程度の短期入院も検討している。1日平均入院患者数は、令和4年度は2.2名、令和5年度は2.6名、令和6年度は2.3名であった。

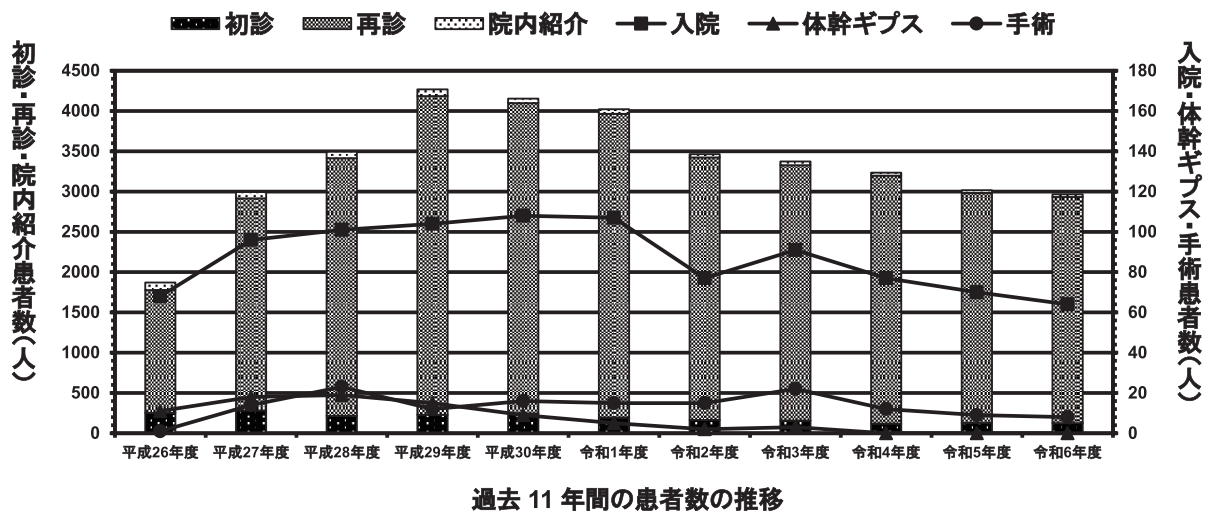
整形外科

整形外科部長 黒木 浩史

平成26年1月に整形外科が開設され11年余りを経過しました。令和5年5月8日に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の分類が2類相当から5類に変更され1年以上経過しましたが、診療実績が大きく回復するには至りませんでした。ポストコロナの時代に入ったとは言え、少子高齢化、人口減少などその他の問題はますます深刻化し、今後の医療情勢はさらに厳しさを増すことが予想されます。いまだ一人体制での診療を余儀なくされ、急患対応などへの制約がございますが、引き続き地域医療に貢献できるよう最大限努めて参ります。変わらずご指導ご鞭撻を賜りますよう今後とも何卒宜しくお願い申し上げます。

I. 診療実績

1. 患者数



2. 実施手術術式・件数

- 全身麻酔手術 7例
 - ・腰椎椎間板ヘルニア摘出術 3例
 - ・腰椎椎弓切除術 2例
 - ・頸椎椎弓形成術 2例
- 局所麻酔手術 1例
 - ・腱鞘切開術（ばね指） 1例

II. 業績

1. 学会発表

1) 黒木浩史：

わが国の側弯症学校検診の現状と未来展望。

第97回日本整形外科学会学術集会（シンポジウム：脊柱変形治療の現状と未来展望 一小児期から高齢者まで）。福岡市，2024/5/24。

2) 黒木浩史：

機器を用いた側弯症学校検診 ―全国展開に向けた日本側彎症学会の取り組み―.

第58回日本側彎症学会（シンポジウム：側弯症学校検診の未来展望）. 福岡市, 2024/11/1.

3) 永井琢哉、比嘉聖、帖佐悦男、黒木浩史：

宮崎県における側弯症学校検診の現状.

第58回日本側彎症学会. 福岡市, 2024/11/1.

4) 永井琢哉、濱中秀昭、黒木修司、比嘉聖、高橋巧、松本尊行、帖佐悦男、黒木浩史：

宮崎大学における側弯症診療状況（外来受診動機と治療状況）について.

第55回全国学校保健・学校医大会 in 宮崎. 宮崎市, 2024/11/9.

2. 講演

なし

3. 掲載論文

なし

4. 座長

- 1) 一般ポスター 4：特発性側弯症 P4-1 ～ P4-6. 第33回日本脊椎インストゥルメンテーション学会.
札幌市, 2024/9/20.

放射線科、内視鏡・超音波室

放射線科部長 松木 和彦 ■

<陣容・体制>

画像検査部門の体制は以下のとおりで、特に変更はありませんでした。

放射線科診療……………松木、谷岩

内視鏡検査

上部・下部消化管……………松木、谷岩

気管支鏡……………呼吸器内科・外科、腫瘍内科

超音波検査

腹部……………松木、谷岩

頸部・四肢……………松木

心臓……………循環器内科、和田（宮崎大学循環器内科、水曜午前）

乳腺……………呼吸器外科

<機器更新>

今年度はありませんでした。

<放射線科診療について>

CT、MRI、RI/PET検査（指示・造影剤注射・読影）、消化管造影検査（検診の上部消化管がほとんど）や嚥下造影検査をしています。その他に、透視下のCVライン挿入や経皮的内視鏡下胃瘻造設（外科の先生と施行）などを行っています。

呼吸器と神経難病が当院の主診療分野であることを反映して、以前はCT検査件数の8割を胸部、MRI検査件数の8割強を中枢神経で占めていました。令和6年度では、CT検査の9割弱が胸部、MRI検査は整形外科が新設されて以降脊椎・四肢の件数が増加し、中枢神経系が68%、脊椎・四肢が27%とこの2領域で大部分を占めています。RI検査は脳血流シンチ・DATスキャン・心臓交感神経シンチの神経疾患関連が64%を占めており、その他に骨やGaシンチ・心筋シンチなどが施行されています。PET検査はほとんどが肺癌の病期・転移診断に利用されています。

令和5年度と比べた各画像検査数は、CT・MRI・RI・PET検査いずれも大きな増減はありませんでした（各部門の活動報告：診療放射線科を参照）。

紹介検査数はCT・MRI・RI検査とも1～2割ほど減少しました。PET検査は年間を通じて1件の紹介がありました。CT・MRI検査については宮崎大学病院からの紹介が増加しており、4～5割を占めておりました。RI検査は他院からの認知症の評価目的の依頼が多いです。紹介率（年間検査数のうち紹介検査数の占める割合）は、CT検査が約3%、MRI検査で約1割、RI検査が約3割でした。

<内視鏡・超音波検査業務について（別表参照）>

令和5年度と比べ内視鏡検査は、上部消化管で約1割、下部消化管で約2割減少した一方、気管支鏡検査は6割ほど増加しました。気管支鏡検査は特に吸引などの処置・観察目的の携帯型スコープの使用が増えました。超音波検査は腹部・頸部・四肢では大きな増減はなかったものの、心臓は2割ほど増加しました。

消化管内視鏡治療として止血術・異物摘出術・胃瘻造設やポリープ切除・EMRなどを施行しています。

令和３年度末に機器全般を更新し、画質の向上とともに画像強調技術やAI（人工知能）ソフトの使用で、より詳細・正確な診療が期待できます。気管支鏡検査は、肺腫瘍から肺結核などの感染症、原因不明の肺病変まで幅広い呼吸器疾患の診断と病態検索に施行されています。こちら超音波内視鏡専用機が導入されて、リンパ節生検などに利用されて呼吸器診療の幅がさらに広がりました。

超音波検査は心臓・腹部・頸部を中心に施行されており、胸水穿刺やCVライン挿入、甲状腺針生検等にも利用されています。令和３年度初めに機器の更新があり、画質の向上に加えてelastographyなどの新しい機能も付与されました。

令和６年度 内視鏡・超音波検査報告書

<内視鏡検査>

上部消化管

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
経 鼻	9	11	7	12	8	13	16	16	12	6	8	4	122	10.2
経 口	10	7	8	11	13	12	10	14	11	15	10	6	127	10.6
合 計	17	18	15	23	21	25	26	30	23	21	18	10	247	20.6
(胃瘻造設)	2	0	0	1	0	0	2	1	1	0	1	0	8	0.7
ドック	7	7	9	11	10	13	18	12	4	9	5	4	109	9.1

下部消化管

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
合計	4	1	3	1	2	4	3	3	3	5	3	2	34	2.8
(EMR)	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	5	0.4

気管支鏡

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
電子スコープ	7	10	13	11	6	7	11	5	7	7	7	6	97	8.1
携帯型	0	11	8	3	3	0	3	2	5	5	1	2	43	3.6
合計	7	17	21	14	9	7	14	7	12	12	8	8	136	11.3

<超音波検査>

腹部

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
合計	19	23	19	13	15	12	24	9	12	15	14	9	184	15.3

頸部

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
合計	19	16	13	18	16	10	16	9	15	19	10	13	174	14.5

心臓

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
合計	30	43	44	47	41	48	47	33	34	51	50	43	511	42.6

四肢・乳腺・その他

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	月平均
合計	2	4	0	1	2	2	0	3	4	4	4	1	27	2.3

Ⅲ. 各部門の活動報告

- 1) 薬剤科
- 2) 診療放射線科
- 3) 研究検査科
- 4) 栄養管理室
- 5) リハビリテーション科
- 6) 看護部
- 7) 地域医療連携室
- 8) 医療安全管理室
- 9) 感染対策室
- 10) 診療情報管理室
- 11) 療育指導室
- 12) ME センター
- 13) 事務部



薬剤科

薬剤科長 川俣 洋生

薬剤科人員

薬剤師 6 名（育児休暇取得者 1 名含む）、薬剤助手（非常勤） 1 名

I 基本方針

病院の基本理念「主役は病める人」をモットーに安心と安全な医療の提供のため、薬剤管理業務の充実、調剤過誤の防止を基本として業務を遂行している。

【経営面】

1. 後発医薬品比率（数量割合）を90%以上とする
2. 薬剤管理指導件数を100件／月とする
3. 薬剤科と調剤薬局との連携を維持し一般名処方加算を1,200件/月とする

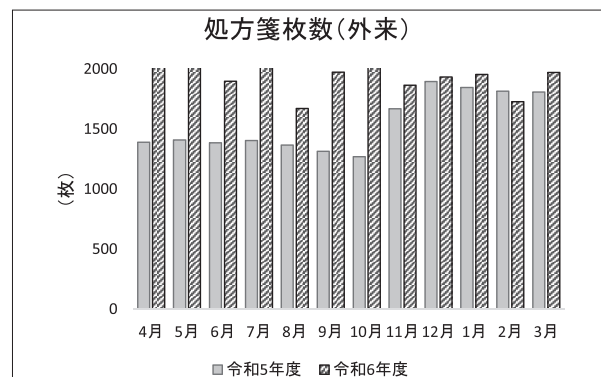
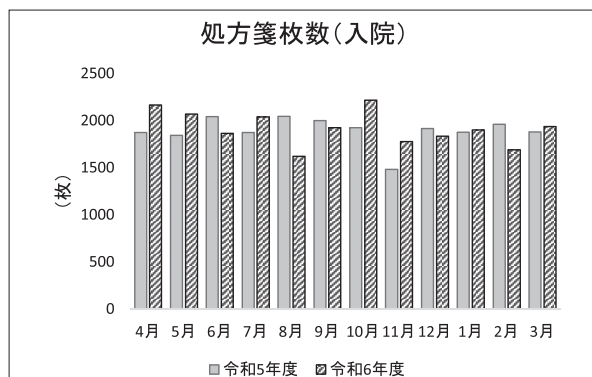
【医療面】

1. チーム医療に参画し有効で安全な治療に貢献する
2. 教育研修に係る業務に参画し医療安全、治療効果向上に貢献する
3. 保険薬局との連携による事前合意プロトコルに基づく疑義照会簡素化の運用を継続する

II 年間活動状況

【調剤業務】

1. 月別処方箋枚数（入院及び外来）



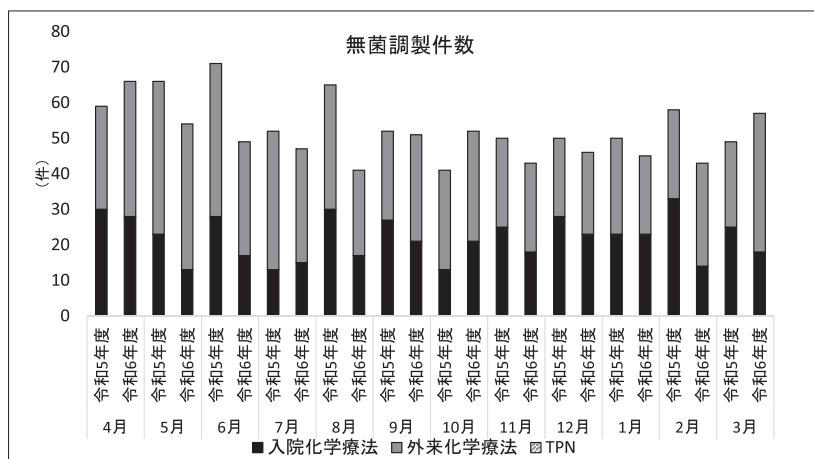
入院処方箋枚数は23,045枚（前年度比＋322枚）、外来処方箋枚数は23,703枚（前年度比＋5,122枚）であった。

2. 院外処方箋発行率

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
院外処方箋発行率	97.5%	98.4%	98.5%

院外処方箋発行率は98.5%であり、前年度と同様に高い発行率であった。

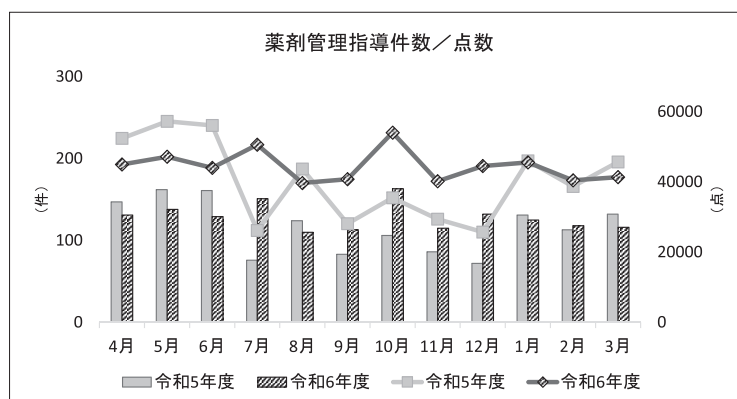
3. 無菌調製業務実績



無菌調製件数は入院抗癌剤228件（前年度比－70件）、外来抗癌剤366件（前年度比＋1件）、TPN 0件（前年度±0件）、合計594件（前年度比－69件）であった。
エンドキサン調製開始に伴い曝露防止対策として閉鎖式器具を導入した。

【薬剤管理指導業務】

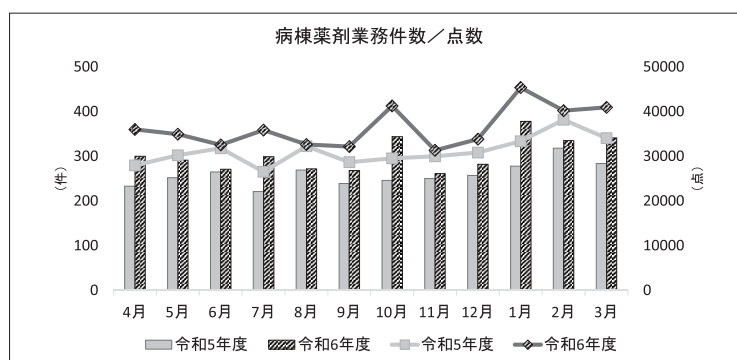
薬剤管理指導業務実績



年間を通して目標件数100件/月を上回ることができた。

【病棟薬剤業務】

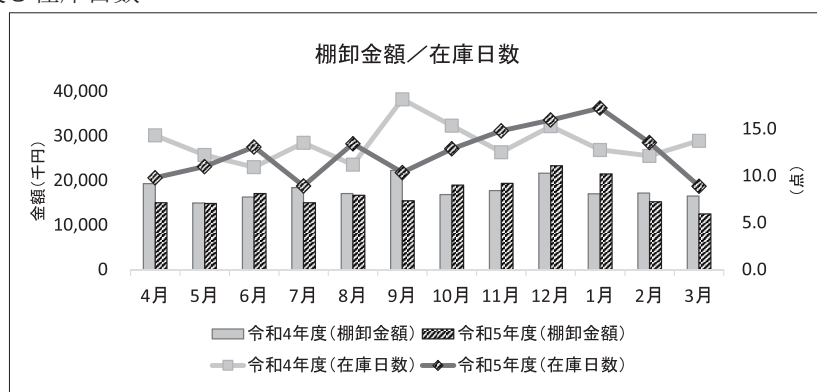
病棟薬剤業務実績



令和4年度以降は病棟薬剤業務実施加算の体制を維持できており、令和6年度下半期は上半期より1割の件数増加となった。

【医薬品管理業務】

1. 棚卸金額及び在庫日数



令和6年度は前年に引き続き多くの医薬品供給停止があり、在庫確保に伴う棚卸金額の増加が発生した。

2. 後発医薬品比率（数量割合）

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
内用	90.6%	90.8%	92.9%
外用	72.1%	67.9%	83.3%
注射	97.0%	96.6%	89.6%
合計	89.9%	88.9%	91.6%

令和6年度は多くの後発品供給不足があり採用品目変更を行ったが、後発医薬品比率（購入数量ベース）は91.6%であり後発医薬品使用体制加算1（最上位基準）を維持できた。

今後も医局、企画課契約係等各部署の協力のもと、後発医薬品への切り替えを継続する必要がある。

【治験・受託研究】

契約件数及び金額

金額：円

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
治験契約件数	0	0	0
治験契約症例数	0	0	0
治験金額	0	0	0
その他の受託研究件数	0	1	0
その他の受託研究症例数	1	1	1
その他の受託研究金額	188,760	66,000	10,000

【論文、学会発表等】

原著

- Fujimoto A, Koutake Y, Tsutsui Y, Nakahara M, Matsuo K, Yabuuchi Y, Kamimura G, Kawamata Y, Uehara T, Ikari A, Endo S, Oyamada J
Effect of antiemetic corticosteroids on the development of immune-related adverse events caused by chemoimmunotherapy: a multicenter retrospective study.
Supportive Care in Cancer. 2025, 33, 204.

学会発表

1. 森山英士、中西剛志
当科の肺癌診療におけるG-CSF製剤の使用状況の検討
第64回日本呼吸器学会. 2024年4月
2. 藪内由里香、上田和明、藤本愛理、高武嘉道、中原萌子、筒井祐紀、松尾圭祐、最勝寺雅広、上原智博、川俣洋生
化学療法誘発性嘔吐対策のステロイドが免疫関連有害事象に与える影響
第78回国立病院総合医学会. 2024年10月
3. 中西剛志、黒川綾子、中牟田翔吾、古川和弘、川俣洋生、末吉愛美、金内弘志、原田美羽、松尾彩子、佐野ありさ
抗菌薬適正使用体制加算をふまえた外来抗菌薬使用状況の現状把握
第78回国立病院総合医学会. 2024年10月
4. 藤本愛理、小山田純治、高武嘉道、中原萌子、筒井祐紀、松尾圭祐、藪内由里香、上村豪、上原智博、川俣洋生
化学療法誘発性嘔吐対策のステロイドが免疫関連有害事象に与える影響
第34回日本医療薬学会年会. 2024年11月
5. 中西剛志、黒川綾子、中牟田翔吾、古川和弘、川俣洋生
抗菌薬適正使用体制加算に向けた抗菌薬使用状況の現状把握
令和6年度 宮崎・鹿児島地区薬学研究会. 2024年10月

【出張講座】

1. 川俣洋生
おくすりのはなし
赤江老人福祉センター 2024/11/7

【その他の取り組み】

1. 調剤棚、注射棚へのハイリスク薬表示導入（ハイリスク薬の認識向上策として）
2. フォーマリナーの対象薬効群拡大（医薬品適正使用推進策として）
（NHOフォーマリナー8種→10種に拡大+院内フォーマリナー2種 合計12種）
3. 抗がん剤閉鎖式調製器具の導入（抗がん剤暴露対策として）
4. 電子処方箋導入に向けた薬品マスタ・用法マスタの整備

【研修等参加状況】

日付	研修名	主催	参加者
2024/4/18	令和6年度 新規採用者研修薬剤師分科会	国立病院機構九州グループ	川俣洋生 （講師）
2024/6/3	令和6年度 職場長管理研修	国立病院機構九州グループ	川俣洋生
2024/7/1,4,8,11	令和6年度 医療安全研修	宮崎東病院医療安全管理室	川俣洋生 （講師）
2024/9/9,12,17,26,30	令和6年度 感染対策研修	宮崎東病院感染管理室	中西剛志 （講師）
2024/9/10	令和6年度 副職場長管理研修	国立病院機構九州グループ	古川和弘
2024/10/4	令和6年度 がんチーム医療研修	国立病院機構九州グループ	黒川綾子
2024/11/21,22	令和6年度 院内感染対策研修会	国立病院機構九州グループ	中西剛志

【専門・認定薬剤師の取得状況】

日本医療薬学会指導薬剤師	1名
日本医療薬学会専門薬剤師	1名
日本薬剤師研修センター 認定実務実習指導薬剤師	3名
日本臨床栄養代謝学会 NST専門療法士	2名

診療放射線科

診療放射線技師長 阿南 恵吾 ■

【診療放射線科人員】

診療放射線技師 4名 受付（9：00～11：30）非常勤（栄養室、庶務課より派遣）

I 基本方針（運営）

令和6年度の運営目標（取組事項）

【経営面】

- 1 大型医療機器（CT・MRI・RI）の稼働率アップを図る
 - 1）予約外オーダーにも可能な限り対応する
 - 2）地域連携施設からの予約には柔軟に対応する
- 2 各大型装置の月間目標は、CT：290名、MRI：80名、RI：10名、PET：3名
- 3 適切な衛生対策を行うとともに、消耗品の適切な使用を心がける
- 4 使用しない装置や照明の電源を切るなど、部門内の節電に努める

【医療面】

- 1 病む人（患者・家族）の気持ちを考え、親切丁寧な対応を心がける
 - 1）患者、家族へ笑顔で挨拶
 - 2）丁寧な検査内容説明と同意の実施
- 2 医療放射線安全管理体制を徹底する
 - 1）医療放射線安全管理者と密接に連携し、放射線診療の正当化及び最適化に努める
 - 2）被ばく線量の管理、記録および過剰被曝の適切な対応に努める
- 3 医療安全への強い意識を持ち、患者入室から退室まで、患者本人確認、検査内容の確認管理を徹底する
- 4 手指消毒、必要に応じPPEの装着を行ない、感染防止に努める
- 5 検査室内の環境整備、衛生管理に努める
- 6 研修会・勉強会へ積極的に参加する

II 放射線科整備状況報告

令和6年度は特になし。

III 放射線検査業務報告

令和6年度	放射線科検査取扱い件数報告（令和5年度比較）	…別紙参照
令和6年度	放射線関連検査数と診療報酬金額の動向	…別紙参照
令和6年度	時間外検査数（令和5年度比較）	…別紙参照
令和6年度	放射線検査人数集計表	…別紙参照
令和6年度	診療科別放射線検査人数（令和5年度比較）	…別紙参照

IV 総 括

1. はじめに

令和6年度の検査件数は、前期は昨年度より減少していた月があったが、後期にかけては増加傾向にあった。特にポータブルを含む一般撮影やCT検査が増加傾向にあった。この要因として、呼吸器外科の手術に伴う術前及び術後検査が増加したことによるものと考えられる。一方、RI検査は昨年同等、MRI検査は昨年の件数を下回っていた。時間外検査件数に関しては、昨年度より増加していた。これも術後患者

の撮影が増加していたことが要因と考えられる。他院からの紹介検査に関しては、年々減少傾向にあるが、宮崎大学病院からの紹介は増加傾向であった。放射線機器装置に関しては、RI装置のリコールにより検査中止期間が生じたが、その他の機器に関しては大きなトラブルはなかった。放射線機器更新に関しても、今年度はなかった。

2. 業務実績報告

令和6年度

1) 一般撮影

一般撮影総人数は、9861人で前年度比8%（743人）の増加であった。ポータブル撮影の人数は、1212人で前年度比28%（270人）の増加であった。部位別件数では、胸部が8612件で前年度比12%（899件）の増加、腹部では194件で前年度比27%（41件）の増加、骨撮影人数は2796人で前年度比15%（502人）の減少であった。骨密度件数は373人で5%（21人）の減少となった。呼吸器外科の手術件数増加により、胸部における一般撮影やポータブル撮影が増加した。一方、骨撮影や骨密度検査は減少傾向であった。

2) 透視造影

透視造影総人数は、306人で前年度比5%（17人）の減少であった。手技内容別人数は、胃・腸造影が81人で前年度比21%（21人）減少した。気管支鏡は92人で前年度26%（24人）増加であった。その他の造影検査は137人で前年度比20.4%（28人）増加となった。胃・腸造影検査が減少しているが、気管支鏡などそれ以外の検査が増加したため、全体としては例年通りの件数となった。

3) CT検査

CT総人数は、3376人で前年度比3%（95人）の増加であった。頭部検査は178人で前年度比11%（22人）の減少、頭部検査以外は3198人で前年度比4%（117人）の増加であった。

造影件数は、179件で前年度比21%（31件）の増加、造影率は5.3%で前年度から増加した。

4) MRI検査

MRI総人数は、878人で前年度比3%（29人）の減少であった。頭部検査は591人で前年度比5%（29人）の減少、頭部検査以外は287人で前年度比0.3%（1人）で同等であった。

造影件数は、271件で前年度比7%（18件）の減少、造影率は31%で前年度と同等であった。

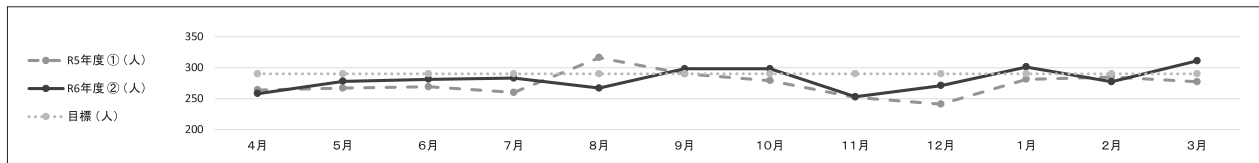
5) RI検査（PET含む）

RI総人数は158人で前年度比5%（8人）の増加であった。内容別人数は、心筋が25人で前年度比39%（7人）増加、脳血流が39人で前年度比28%（15人）減少、骨が25人で前年度比14%（3人）減少であった。その他の検査は69人で前年度比23%（13人）増加となった。PETは38人で前年度比12%（4人）増加した。

RI検査においては、12月17日に製造メーカーであるGEヘルスケア・ジャパン株式会社よりリコール通知を受けたため、翌年の1月14日までRI検査を中止した。他院紹介検査を含め、検査数の減少が危惧されたが、幸いにも年間を通しての件数には大きな影響はなかった。

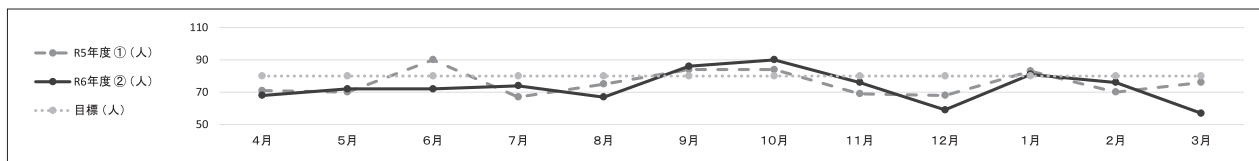
令和6年度 放射線科検査取扱い人数報告

【CT件数】【目標：290名／月】



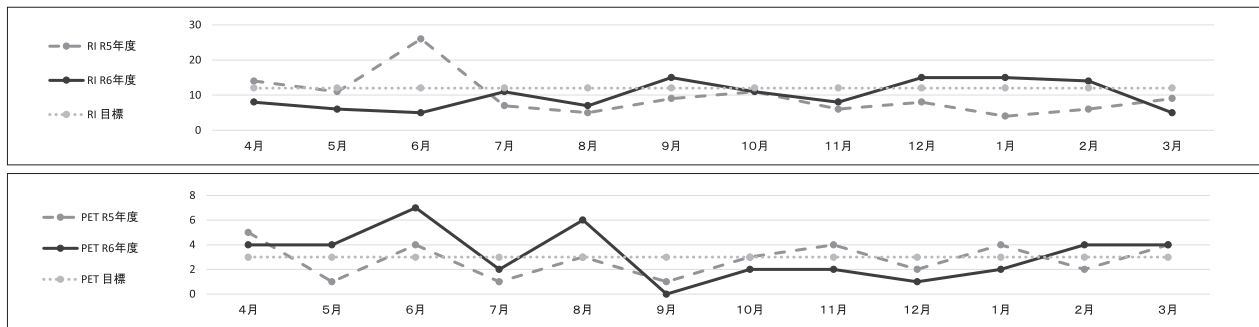
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
検査数	R5年度①	(人)	264	267	269	260	316	290	279	252	241	281	285	277	3,281
	R6年度②	(人)	258	278	281	283	267	298	298	253	271	301	277	311	3,376
	目標	(人)	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	290	3,480
増減	②-①		▲6	11	12	23	▲49	8	19	1	30	20	▲8	34	95
紹介	R5年度③	(人)	5	4	10	10	11	18	15	5	10	9	3	7	107
	R6年度④	(人)	6	2	9	5	10	7	10	9	9	4	7	7	85
増減	④-③		1	▲2	▲1	▲5	▲1	▲11	▲5	4	▲1	▲5	4	0	▲22

【MRI件数】【目標：80名／月】



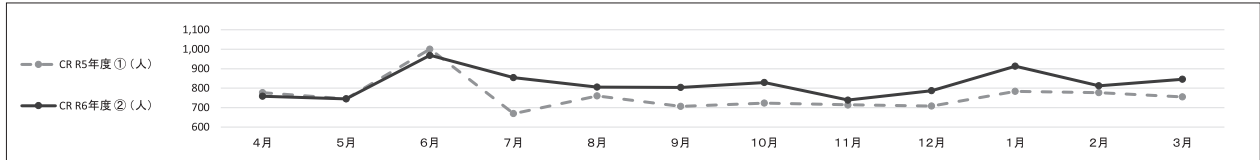
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
検査数	R5年度①	(人)	71	70	90	67	75	84	84	69	68	83	70	76	907
	R6年度②	(人)	68	72	72	74	67	86	90	76	59	81	76	57	878
	目標	(人)	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
増減	②-①		▲3	2	▲18	7	▲8	2	6	7	▲9	▲2	6	▲19	▲29
紹介	R5年度③	(人)	10	4	7	7	9	6	13	12	11	4	5	9	204
	R6年度④	(人)	4	3	8	9	6	12	12	8	9	13	7	4	95
増減	④-③		▲6	▲1	1	2	▲3	6	▲1	▲4	▲2	9	2	▲5	▲2

【RI+PET件数】【目標：RI 10名／月】 PET 3名／月



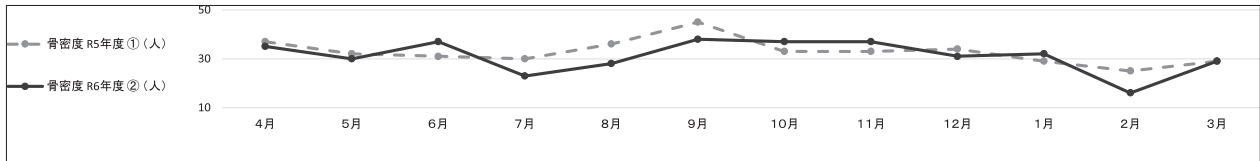
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
RI 検査数	R5年度①	(人)	14	11	26	7	5	9	11	6	8	4	6	9	116
	R6年度②	(人)	8	6	5	11	7	15	11	8	15	15	14	5	120
	目標	(人)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
増減	②-①		▲6	▲5	▲21	4	2	6	0	2	7	11	8	▲4	4
PET 検査数	R5年度③	(人)	5	1	4	1	3	1	3	4	2	4	2	4	34
	R6年度④	(人)	4	4	7	2	6	0	2	2	1	2	4	4	38
	目標	(人)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36
増減	③-④			3	3	1	3			▲2		▲2	2	0	4
紹介 検査数	R5年度⑤	RI	11	4	7	3	1	2	2	2	3	1	2	3	41
		PET	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	R6年度⑥	RI	2	3	0	2	1	3	2	1	10	3	0	0	27
		PET	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
増減	⑥-⑤	RI	▲9		▲7		0	1	0		7	2	▲2	▲3	▲14
		PET	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

【CR件数】（一般撮影＋ポータブル撮影）



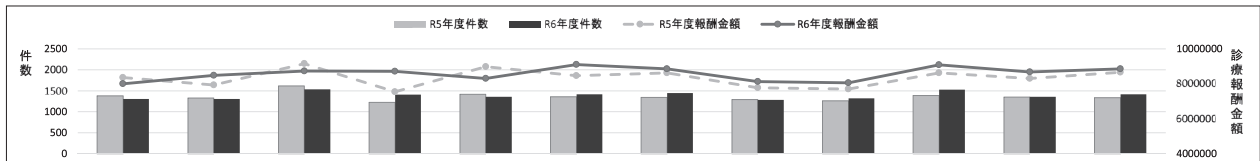
CR	R5年度①		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	R6年度②	(Δ)	775	745	1,001	669	760	706	723	714	708	783	777	755	9,118
増 減	②－①		▲18	0	▲32	185	45	97	106	25	79	130	35	91	743

【骨密度測定件数】



骨密度	R5年度①	(Δ)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
	R6年度②	(Δ)	37	32	31	30	36	45	33	33	34	29	25	29	394
増 減	②－①		▲2	▲2	6	▲7	▲8	▲7	4	4	▲3	3	▲9	0	▲21

令和6年度 放射線関連検査数と診療報酬金額の動向



検査種			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
件数 (人数)	CT	検査	258	278	281	283	267	298	298	253	271	301	277	311	3376
		(造影)	10	10	12	19	13	16	16	18	7	21	15	22	179
	MRI	検査	68	72	72	74	67	86	90	76	59	81	76	57	878
		(造影)	17	24	18	21	23	23	36	19	19	21	28	22	271
	核医学	RI	8	6	5	11	7	15	11	8	15	15	14	5	120
		PET	4	4	7	2	6	0	2	2	1	2	4	4	38
	CR		759	745	969	854	805	803	829	739	787	913	812	846	9861
	X線TV		22	23	33	28	23	26	28	24	23	28	23	25	306
	骨密度		35	30	37	23	28	38	37	37	31	32	16	29	373
	画像入出力		149	145	131	136	154	151	153	147	135	154	135	139	1729
診療報酬 金額 (円)	令和5年度総数①		1381	1331	1615	1228	1416	1357	1346	1291	1262	1391	1351	1337	16306
	令和6年度総数②		1303	1303	1535	1411	1357	1417	1448	1286	1322	1526	1357	1416	16681
	②－① 差数		▲78	▲28	▲80	183	▲59	60	102	▲5	60	135	6	79	375
	CT		4,323,794	4,750,906	4,749,418	4,682,028	4,445,341	5,001,294	5,033,635	4,332,198	4,440,072	4,984,464	4,554,600	5,163,415	56,461,165
	MRI		1,240,598	1,275,414	1,353,390	1,449,500	1,278,787	1,658,676	1,413,435	1,481,330	1,180,725	1,473,208	1,459,824	1,071,635	16,336,522
	核医学		462,100	418,200	541,400	400,250	579,800	373,400	304,600	338,650	374,300	369,400	622,550	394,800	5,179,450
	CR		1,627,219	1,687,454	1,709,596	1,853,128	1,768,435	1,744,340	1,768,490	1,607,093	1,698,840	1,885,541	1,799,272	1,887,764	21,037,172
	骨塩		149,900	130,500	159,300	99,500	82,600	156,300	158,000	155,800	136,800	135,000	57,600	125,100	1,546,400
	X線TV		33,720	40,420	52,300	15,930	21,980	36,670	31,800	32,650	26,200	22,180	23,140	30,600	367,590
	画像入出力		164,430	177,824	162,171	209,870	132,410	131,980	154,000	179,210	197,450	220,002	160,620	184,380	2,074,347
	令和5年度③		8,351,040	7,939,260	9,151,538	7,546,060	8,986,480	8,465,350	8,627,490	7,773,930	7,699,750	8,633,510	8,302,640	8,668,236	100,145,284
	令和6年度④		8,001,761	8,480,718	8,727,575	8,710,206	8,309,353	9,102,660	8,863,960	8,126,931	8,054,387	9,089,795	8,677,606	8,857,694	103,002,646
	④－③ 差額		▲349,279	541,458	▲423,963	1,164,146	▲677,127	637,310	236,470	353,001	354,637	456,285	374,966	189,458	2,857,362

令和6年度 時間外検査件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
令和5年度①	18	39	16	30	7	19	7	27	18	26	30	18	255
令和6年度②	25	16	21	30	26	44	15	25	59	45	18	45	369
②－① 差数	7	▲23	5	0	19	25	8	▲2	41	19	▲12	27	114

《令和6年度》放射線検査人数集計表

項 目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
①一般撮影	759	745	969	854	805	803	829	739	787	913	812	846	9,861
マンモ撮影 (再掲)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ポータブル (再掲)	71	116	99	116	138	101	117	90	70	90	92	112	1,212
パントモ・デンタル (再掲)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
①-2 一般撮影【件数】	899	885	1,122	1,016	936	942	960	877	933	1,064	968	1,000	11,602
胸部	664	652	876	738	704	716	725	636	672	797	707	725	8,612
腹部	10	25	9	13	29	8	17	23	4	5	37	14	194
骨	225	208	237	265	203	218	218	218	257	262	224	261	2,796
乳房	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
造影撮影	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
②透視撮影	22	23	33	28	23	26	28	24	23	28	23	25	306
消化管造影	9	3	11	9	5	7	8	9	4	10	4	2	81
その他造影	2	3	8	3	4	6	5	5	3	2	3	4	48
透視・撮影のみ	11	17	14	16	14	13	15	10	16	16	16	19	177
③C T	258	278	281	283	267	298	298	253	271	301	277	311	3,376
頭部	14	14	11	15	21	20	15	10	19	18	9	12	178
頭部以外	244	264	270	268	246	278	283	243	252	283	268	299	3,198
造影 (再掲)	10	10	12	19	13	16	16	18	7	21	15	22	179
3 D等画像処理 (再掲)	6	4	10	2	3	2	5	2	6	2	4	3	49
④M R	68	72	72	74	67	86	90	76	59	81	76	57	878
頭部	45	50	48	46	49	54	68	45	41	51	50	44	591
頭部以外	23	22	24	28	18	32	22	31	18	30	26	13	287
造影 (再掲)	17	24	18	21	23	23	36	19	19	21	28	22	271
3 D等画像処理 (再掲)	20	17	19	16	18	19	23	19	11	17	10	17	206
⑤R I	12	10	12	13	13	15	13	10	16	17	18	9	158
心筋	3	2	2	2	2	2	2	1	2	4	3	0	25
脳血流	4	4	0	2	3	4	2	4	6	5	2	3	39
骨	0	0	1	2	2	2	6	3	1	3	3	2	25
その他	5	4	9	7	6	7	3	2	7	5	10	4	69
非密封RI治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S P E C T (再掲)	8	6	4	9	5	10	5	5	13	12	8	3	88
P E T (再掲)	4	4	7	2	6	0	2	2	1	2	4	4	38
負荷シンチ (再掲)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
⑥骨密度	35	30	37	23	28	38	37	37	31	32	16	29	373
合計《件数を除く》	1,154	1,158	1,404	1,275	1,203	1,266	1,295	1,139	1,187	1,372	1,222	1,277	14,952

《令和6年度》診療科別放射線検査人数

診療科名	C T			M R I			R I			P E T		
	令和6年度	令和5年度	差異	令和6年度	令和5年度	差異	令和6年度	令和5年度	差異	令和6年度	令和5年度	差異
外科	161	174	▲13	10	11	▲1	0	0	0	2	0	2
呼吸器外科	200	85	115	23	8	15	3	0	3	4	1	3
呼吸器内科	1886	1705	181	180	175	5	31	22	9	31	28	3
腫瘍内科	193	231	▲38	138	186	▲48	3	4	▲1	0	2	▲2
小児科	4	5	▲1	77	62	15	0	0	0	0	0	0
脳神経内科	141	159	▲18	63	74	▲11	44	33	11	0	1	▲1
整形外科	22	28	▲6	120	109	11	0	1	▲1	0	0	0
内科	755	879	▲124	248	256	▲8	14	14	0	1	2	▲1
放射線科	10	10	0	3	1	2	25	41	▲16	0	0	0
児童精神科	4	5	▲1	16	25	▲9	0	1	▲1	0	0	0
合計	3376	3281	95	878	907	▲29	120	116	4	38	34	4

研究検査科

臨床検査技師長 金内 弘志 ■

I. 基本方針（運営）

【研究検査科人員】

臨床検査技師 5 名 （そのうち非常勤 1 名）

令和 6 年度の運用目標

【経営面】

- 1) 検体検査 300,000件/年
- 2) 生理検査 6,000件/年
- 3) 使用物品の見直しを行うとともに、試薬物品管理システムを活用し、適正在庫に努める。

【医療面】

- 1) 正確で迅速な結果報告を行う。
- 2) 検査科内においてフリーシフト体制で検査ができるよう、自己研鑽や人材育成に努める。
- 3) 生理検査においては患者さんへ解り易い検査説明を行う。
- 4) チーム医療へ積極的に参加する。
- 5) 感染管理を徹底し、院内感染拡大を防ぐ。
- 6) レベル 0 のインシデント報告を推奨し、安全意識の向上に努める。
- 7) 整理整頓を徹底し、清潔な環境を維持する。

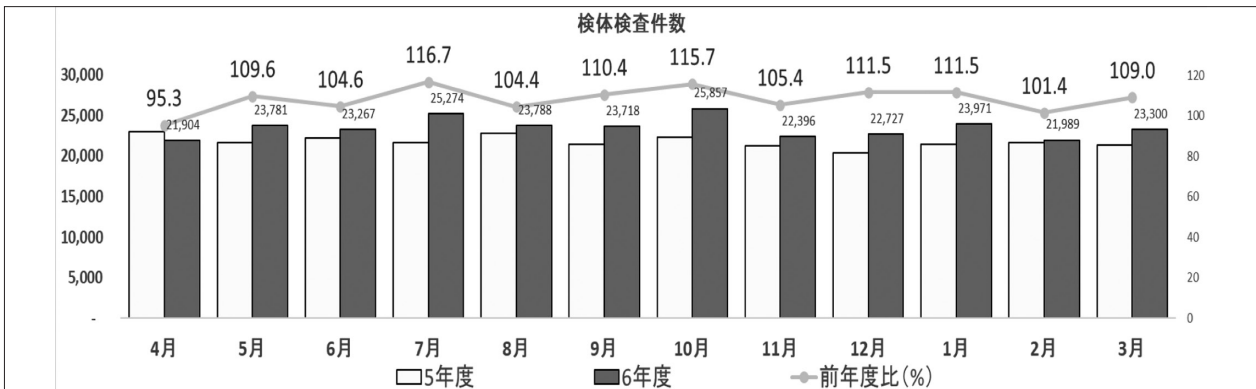
II. 概況

令和 6 年度の検体検査件数は、総件数281,972件で前年度比プラス7.8%、生理機能検査件数は総件数 5,510件で前年度比プラス22.4%であった。なかでも生理検査の項目別においては呼吸機能検査がプラス 55.0%と大きく増加した。また外注委託検査では、病院の収入を担っていた病理組織検査件数が前年度比プラス90.1%と大きく増加したのが目立った。検査差益については、53,602,259円で前年度比プラス 19.1%であり前年度と比べると8,600,549円の黒字となった。コロナ禍で定期的な検査の実施ができず、一定期間検査ができていない患者に対して検査を促進できたことが、昨年度より検査件数が大きく増加した原因ではないかと考えられた。

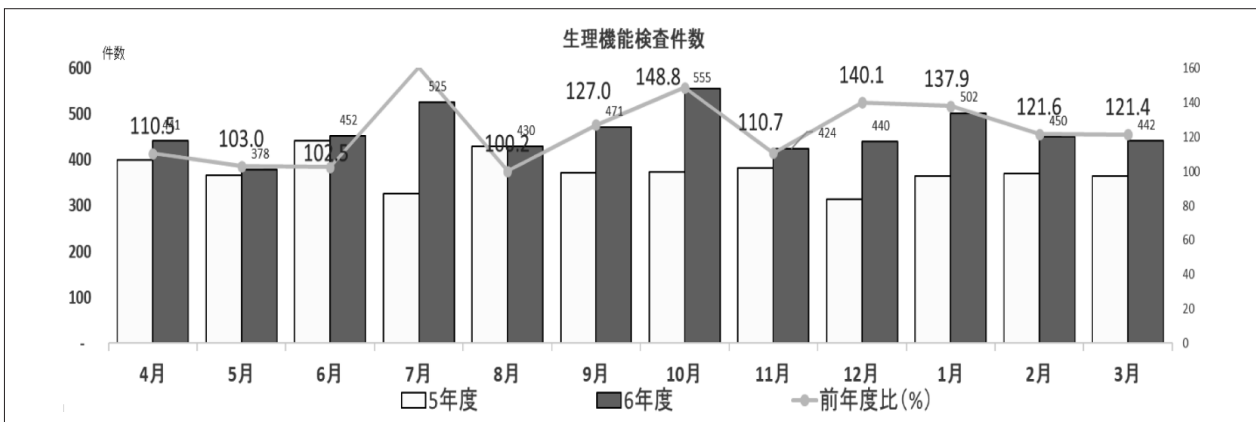
気になる点として設備関係費として減価償却費・修繕費が併せて令和 5 年度と比較して経費として 3,400,084円増加している。今年度は医療機器の老朽化も考慮し技師が行えるメンテナンスや保守点検の強化を図る予定である。

1) 月別検査件数推移 (令和5年度と6年度の比較)

【検体検査】



【生理検査】



月別推移 令和5年度(2023)と令和6年度(2024)の比較

検体検査件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
5年度	22,974	21,695	22,254	21,657	22,785	21,474	22,344	21,251	20,378	21,500	21,684	21,369	261,365
6年度	21,904	23,781	23,267	25,274	23,788	23,718	25,857	22,396	22,727	23,971	21,989	23,300	281,972
前年度比(%)	95.3	109.6	104.6	116.7	104.4	110.4	115.7	105.4	111.5	111.5	101.4	109.0	107.9
生理機能検査件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
5年度	399	367	441	327	429	371	373	383	314	364	370	364	4,502
6年度	441	378	452	525	430	471	555	424	440	502	442	442	5,510
前年度比(%)	110.5	103.0	102.5	160.8	100.2	127.0	148.8	110.7	140.1	137.9	121.6	121.4	122.4
検体検査実施料	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
5年度	4,507,892	4,390,240	4,725,720	4,175,670	4,492,390	4,253,450	4,529,073	4,381,210	3,971,783	4,286,087	4,336,660	4,070,082	52,120,057
6年度	4,689,772	4,821,621	4,741,898	5,107,480	4,695,460	5,046,243	5,349,170	4,497,120	4,577,180	5,098,464	4,823,218	4,684,156	58,131,782
前年度比(%)	104.0	109.8	100.3	122.3	104.5	118.6	118.1	102.6	115.2	119.0	111.2	115.1	111.5
生理機能検査実施料	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
5年度	3,016,045	3,121,960	3,347,845	2,718,587	3,329,635	2,871,405	2,498,344	2,792,310	2,482,130	2,901,435	2,798,764	2,999,760	34,878,220
6年度	3,014,730	3,311,935	3,426,818	3,344,060	3,412,045	3,203,065	3,539,970	2,784,705	2,903,655	3,541,192	3,038,867	2,960,317	38,481,359
前年度比(%)	100.0	106.1	102.4	123.0	102.5	111.6	141.7	99.7	117.0	122.0	108.6	98.7	110.3
臨床検査関係収入(円)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
5年度	11,814,819	11,536,135	12,250,444	11,151,937	12,285,475	11,161,855	10,894,634	11,462,840	10,277,903	11,135,830	11,206,164	10,886,076	136,064,112
6年度	11,876,710	12,325,986	12,057,204	12,658,830	12,026,225	12,470,040	13,210,400	11,165,765	12,581,445	12,918,675	11,684,399	11,795,108	146,770,787
前年度比(%)	100.5	106.8	98.4	113.5	97.9	111.7	121.3	97.4	122.4	116.0	104.3	108.4	107.9
研究検査料支出(円)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
5年度	6,447,622	7,261,601	10,386,029	7,369,537	7,197,351	6,843,704	7,091,856	6,567,812	10,470,179	7,362,277	6,441,738	7,162,705	90,602,411
6年度	6,275,064	6,318,195	10,618,752	7,585,070	7,802,417	7,885,173	6,759,821	6,813,777	9,622,574	7,501,191	7,712,349	7,879,226	92,773,609
前年度比(%)	97.3	87.0	102.2	102.9	108.4	115.2	95.3	103.7	91.9	101.9	119.7	110.0	102.4
臨床検査関連収支	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
5年度	5,367,197	4,274,534	1,864,415	3,782,400	5,088,124	4,318,151	3,802,778	4,895,028	-192,276	3,773,553	4,764,426	3,723,371	45,461,701
6年度	5,601,646	6,007,791	1,438,452	5,073,760	4,223,808	4,584,867	6,450,579	4,351,988	2,958,871	5,417,484	3,972,050	3,915,882	53,997,178
前年度差(%)	104.4	140.5	77.2	134.1	83.0	106.2	169.8	88.9	143.6	83.4	105.2	118.8	

宮崎県病院 2024年4月～2025年3月 アンチバイオグラム																																		
菌名	解析株数	ペニシリン					セフェム					カルバベナム		他βラクタム		アミノグリコシド		キノロン		抗MRSA		マクロライド		その他										
		PCG	APBC	ABPC/CSST	AMPC/GVA	PAPC	PPC/TAZ	CEZ	CCL	CTM	CTX	CAZ	CFPM	CNZ	IPM/CS	MEPM	AZT	MIP/C	GM	TOB	AMK	CPEX	LYFX	VCM	TEIC	LZD	EM	GAM	MINO	ST	CLDM	FOM	RFP	CL
Staphylococcus aureus (MSSA)	31	-	-	100	100	-	-	100	-	100	-	-	100	97	100	100	R	100	70	-	97	-	66	100	100	100	63	63	100	100	67	94	97	R
Staphylococcus aureus (MRSA)	56	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	0	71	-	78	-	5	100	100	100	2	2	79	98	3	74	95	R	
Enterococcus faecalis	16	100	100	-	-	-	-	-	R	R	R	R	R	100	63	R	R	R	R	-	-	-	100	100	100	-	-	31	R	R	R	90	R	
Enterococcus faecium	4	0	0	-	-	-	-	R	R	R	R	R	R	-	-	R	R	R	R	R	-	-	100	100	100	-	-	40	R	R	R	0	R	
Escherichia coli	25	-	62	65	-	-	93	74	-	-	88	92	89	100	-	100	92	-	80	-	96	-	48	R	R	R	R	R	92	81	R	85	R	99
Escherichia coli (ESBL)	30	-	0	18	-	-	68	0	-	-	3	16	3	100	-	100	3	-	55	-	88	-	14	R	R	R	R	R	77	46	R	70	R	92
Klebsiella pneumoniae	51	-	6	90	-	-	98	98	-	-	100	100	100	100	-	100	98	-	100	-	100	-	98	R	R	R	R	R	86	87	R	23	R	87
Klebsiella pneumoniae (ESBL)	17	-	0	6	-	-	94	6	-	-	0	22	0	94	-	100	11	-	81	-	94	-	42	R	R	R	R	R	89	53	R	14	R	88
Enterobacter cloacae	8	-	R	R	R	-	75	R	-	-	69	75	88	R	-	100	69	-	100	-	100	-	80	R	R	R	R	R	93	93	R	R	-	-
Proteus mirabilis	23	-	23	100	-	-	100	72	-	-	96	100	96	100	-	100	96	-	22	-	100	-	12	R	R	R	R	R	63	22	R	15	R	4
Pseudomonas aeruginosa	51	-	R	R	R	79	86	R	R	R	86	88	R	93	99	79	-	83	95	96	68	72	R	R	R	R	R	0	0	0	17	R	100	
Pseudomonas aeruginosa(カルバペナムR)	17	-	R	R	R	46	45	R	R	R	43	50	R	3	18	41	-	76	97	100	50	38	R	R	R	R	0	0	0	14	R	14	R	100
Acinetobacter baumannii	30	-	R	83	R	46	R	R	R	R	62	63	R	54	66	R	R	59	66	87	41	42	R	R	R	R	R	91	62	R	-	R	100	

感受性率(%)Sは、各患者につき初回検出株のみを用いて計算。

解析株数30株未満の菌種は参考値。

MRSA検出率：64%、E.coli ESBL産生率55%

表作成基準：アンチバイオグラム作成ガイドライン version 1、感受性判定基準：CLSI M100-30

～80%	80～89	90%～
	自然耐性	R
未検査あるいは臨床的に無効		-

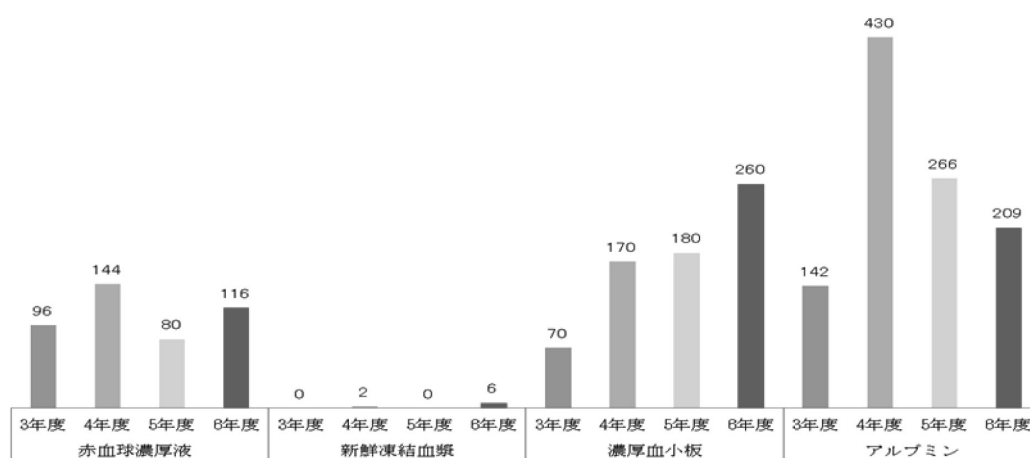
輸血用製剤			単位		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	小計	
赤血球濃厚液	Ir-RBC-LR-1	1	ﾊﾞｯｸ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			単位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Ir-RBC-LR-2	2	ﾊﾞｯｸ	3	10	4	5	11	5	1	7	3	3	4	3	59		
			単位	6	20	8	10	22	10	2	14	6	6	8	0	112		
	RBC計		ﾊﾞｯｸ	3	10	4	5	11	5	1	7	3	3	4	3	59		
			単位	6	20	8	10	22	10	2	14	6	6	8	0	112		
新鮮凍結血漿	FFP-LR120	120	ﾊﾞｯｸ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			単位相当	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FFP-LR240	240	ﾊﾞｯｸ	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
			単位相当	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
	FFP-LR480	480	ﾊﾞｯｸ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			単位相当	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FFP計		ﾊﾞｯｸ	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
			単位相当	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
	濃厚血小板	Ir-PC-LR-5	5	ﾊﾞｯｸ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				単位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ir-PC-LR-10		10	ﾊﾞｯｸ	6	4	0	2	0	1	1	4	2	2	4	0	26		
			単位	60	40	0	20	0	10	10	40	20	20	40	0	260		
Ir-PC-LR-20		20	ﾊﾞｯｸ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			単位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
PC計			ﾊﾞｯｸ	6	4	0	2	0	1	1	4	2	2	4	0	26		
			単位	60	40	0	20	0	10	10	40	20	20	40	0	260		
血漿分画製剤(瓶)					4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	累計	
アルブミン	献血アルブミン-w f 25% 50ml		本数	0	7	12	3	0	9	6	2	0	0	6	5	50		
			単位	0	29	50	13	0	38	25	8	0	0	25	21	208		
	献血アルブミネート 4.4% 250ml		本数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
			単位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	ｱﾙﾌﾞﾐﾝ合計		本数	0	7	12	3	0	9	6	2	0	0	6	5	50		
			単位	0	29	50	13	0	38	25	8	0	0	25	21	208		

【年度月別血液製剤・分画製剤使用推移】

(単位数)

	年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	累計単位	前年度増減率
赤血球濃厚液	3年度	2	4	8	10	8	8	10	20	8	6	0	12	96	
	4年度	8	14	2	20	14	8	12	10	26	14	16	0	144	
	5年度	0	16	2	8	6	6	24	2	2	4	6	4	80	
	6年度	6	20	8	10	20	10	2	14	6	6	8	6	116	145
新鮮凍結血漿	3年度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	4年度	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	
	5年度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	6年度	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
濃厚血小板	3年度	0	0	0	20	10	0	10	0	20	0	0	10	70	
	4年度	10	10	0	70	0	0	0	20	0	20	20	20	170	
	5年度	20	10	20	50	0	20	20	30	10	0	0	0	180	
	6年度	60	40	0	20	0	10	10	40	20	20	40	0	260	144
アルブミン	3年度	0	0	8	46	29	21	8	21	0	8	0	0	142	
	4年度	42	75	33	67	75	33	21	21	8	21	21	13	430	
	5年度	4	17	17	58	29	13	13	0	8	33	25	50	266	
	6年度	0	29	50	13	0	38	25	8	0	0	25	21	209	79

血液製剤・分画製剤使用単位 年度別比較



【年度別 検査件数比較（令和5年度と6年度の比較 入院および外来、外部委託）】

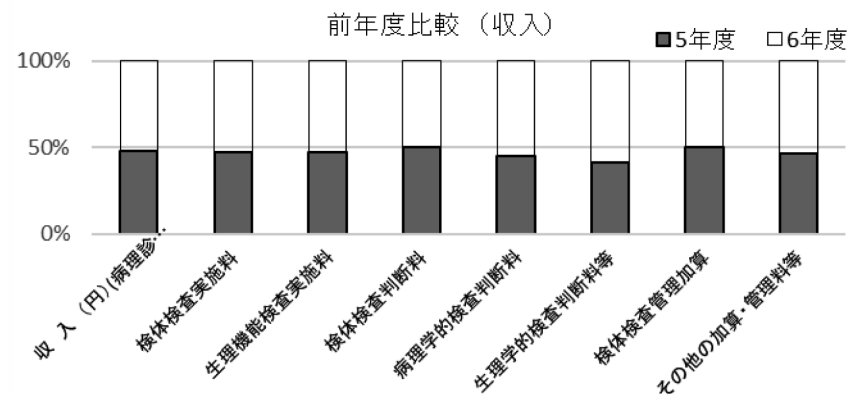
検体検査件数		入院			外来			外部委託(別掲)			合計		
		5年度	6年度	前年度比(%)	5年度	6年度	前年度比(%)	5年度	6年度	前年度比(%)	5年度	6年度	前年度比(%)
10	合 計	104,668	124,387	+ 18.8	144,438	145,324	+ 0.6	12,387	12,261	▲ 1.0	261,493	281,972	+ 7.8
	尿・便等検査	2,375	2,191	▲ 7.7	5,348	5,280	▲ 1.3	71	105	+ 47.9	7,794	7,576	▲ 2.8
	髄液・精液等	11	21	+ 90.9	0	3		0	0		11	24	+ 118.2
	血液学的検査	10,859	12,553	+ 15.6	14,749	14,563	▲ 1.3	16	10	▲ 37.5	25,624	27,126	+ 5.9
	生化学的検査	75,928	91,775	+ 20.9	104,318	104,364	+ 0.0	3,345	3,205	▲ 4.2	183,591	199,344	+ 8.6
	内分泌学的検査	1,446	1,502	+ 3.9	4,560	4,303	▲ 5.6	1,924	1,875	▲ 2.5	7,930	7,680	▲ 3.2
	免疫学的検査	7,017	7,827	+ 11.5	11,369	11,723	+ 3.1	6,319	6,480	+ 2.5	24,705	26,030	+ 5.4
	微生物学的検査	6,836	8,272	+ 21.0	3,980	4,962	+ 24.7	429	150	▲ 65.0	11,245	13,384	+ 19.0
	病理組織検査	0	0		0	0		151	287	+ 90.1	151	287	+ 90.1
	細胞診検査	196	246	+ 25.5	114	126	+ 10.5	0	1		310	373	+ 20.3
	機能検査	0	0		0	0		125	140	+ 12.0	125	140	+ 12.0
	染色体検査	0	0		0	0		1	1	+ 0.0	1	1	+ 0.0
	遺伝子検査	0	0		0	0		6	7	+ 16.7	6	7	+ 16.7

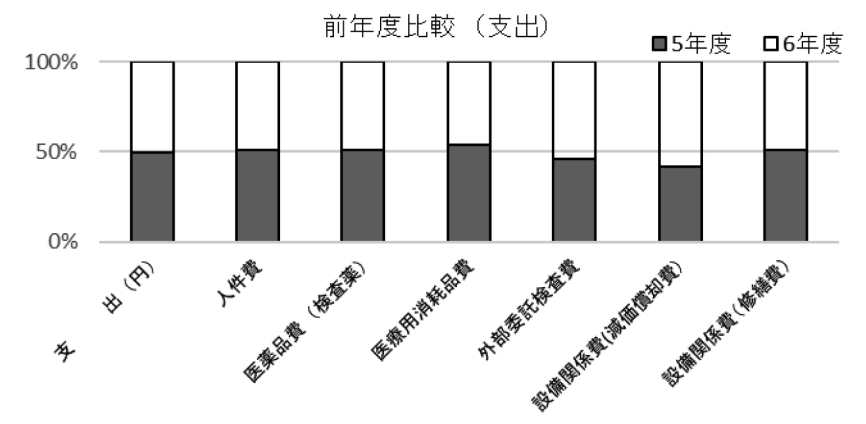
生理機能検査件数		入院			外来			検査科外検査			合計(検査科外除外)		
		5年度	6年度	前年度比(%)	5年度	6年度	前年度比(%)	5年度	6年度	前年度比(%)	5年度	6年度	前年度比(%)
9	合 計	845	1,061	+ 25.6	3,657	4,449	+ 21.7	39,393	41,598	+ 5.6	4,502	5,510	+ 22.4
	心電図検査等	589	758	+ 28.7	1,841	1,892	+ 2.8	133	167	+ 25.6	2,430	2,650	+ 9.1
	脳波検査等	37	32	▲ 13.5	160	180	+ 12.5	0	3		197	212	+ 7.6
	呼吸機能検査等	205	262	+ 27.8	1,233	1,967	+ 59.5	0	0		1,438	2,229	+ 55.0
	前庭・聴力機能検査等	2	2	+ 0.0	400	370	▲ 7.5	0	0		402	372	▲ 7.5
	眼科関連機能検査等	7	6	▲ 14.3	21	36	+ 71.4	30	53	+ 76.7	28	42	+ 50.0
	超音波検査等	0	0		0	0		782	854	+ 9.2	0	0	
	その他	5	2	▲ 60.0	2	4	+ 100.0	38,448	40,521	+ 5.4	7	6	▲ 14.3
	穿刺・採取料等	93	117	+ 25.8	26	56	+ 115.4	5,844	5,852	+ 0.1	119	173	+ 45.4

2) 収入と支出について（令和5年度と6年度の比較）

【検査科関連収支】

収支（研究検査科関連）		5年度	6年度	前年度比(%)
40	収 入（円）(病理診断料除)	136,064,112	146,770,787	+ 7.9
41	検体検査実施料	52,120,057	58,131,782	+ 11.5
42	生理機能検査実施料	34,878,220	38,481,359	+ 10.3
43	検体検査判断料	38,772,821	38,728,360	▲ 0.1
44	病理学的検査判断料	378,300	462,800	+ 22.3
46	生理学的検査判断料等	883,200	1,244,200	+ 40.9
47	検体検査管理加算	4,652,166	4,653,546	+ 0.0
48	その他の加算・管理料等	4,379,348	5,068,740	+ 15.7
50	支 出（円）	91,062,402	93,168,528	+ 2.3
51	人件費	27,781,604	26,415,492	▲ 4.9
52	医薬品費（検査薬）	42,252,702	40,354,790	▲ 4.5
53	医療用消耗品費	459,991	394,919	▲ 14.1
54	外部委託検査費	11,045,941	13,081,079	+ 18.4
56	設備関係費(減価償却費)	8,831,760	12,256,044	+ 38.8
57	設備関係費(修繕費)	690,404	666,204	▲ 3.5
90	収 支	5年度	6年度	前年度比(%)
61	検査差益(収入－費用)（円）	45,001,710	53,602,259	+ 19.1
62	人件費率(人件費÷収入)（%）	20.4	18.0	▲ 2.4
63	材料費率 (医薬品費+医療用消耗品費)÷収入(%)	31.1	27.5	▲ 3.6
64	臨床検査関連収支率(収入÷費用)（%）	149.4	158.2	+ 8.8





Ⅲ．総括

今後は患者の検査アクセスを増やして安定した検査収入を得ることと、人件費、設備費など固定費を抑えることが大切である。コロナ禍はまだ完全には終息しておらず、次の流行や今後新たに起こりえる緊急事態に備えながら、課題に向き合わなければならない。臨床検査部門として求められたことに対してしっかりと対応していく体制づくりが必要と考える。

栄養管理室

主任栄養士 祝迫 裕江

【栄養管理室人員及び給食業務委託会社】

主任栄養士 1 名、管理栄養士 2 名

給食業務委託会社（内容：食材調達業務・調理業務・盛付業務・配膳車運搬業務・食器洗浄業務）

令和 6 年度：富士産業（株）

I. 運営方針

【経営面】

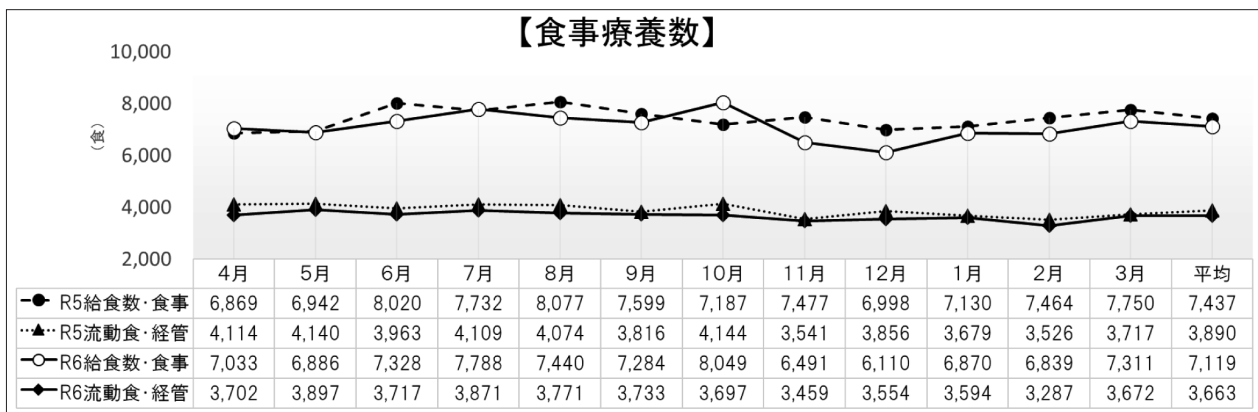
1. 栄養食事指導件数増加（外来20件/月 入院15件/月）
2. 設備・機器等の適切な管理を行うことで、安全な食事の提供に努める。

【医療面】

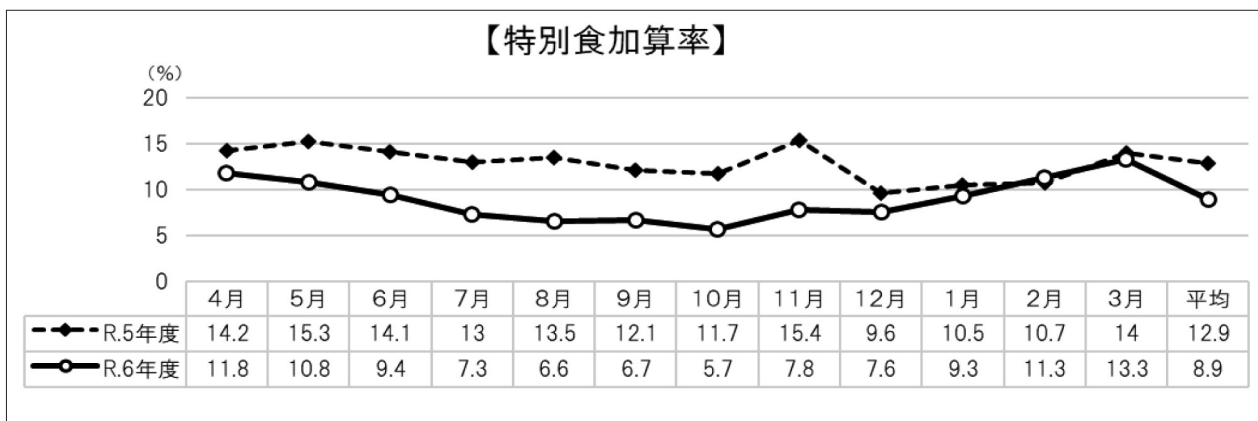
1. 精度管理された安心安全でおいしい食事の提供に努める。
2. 各診療科の特性や患者の状態に応じた適切な栄養管理に努める。
3. 各部門と積極的に連携を図り、チーム医療を充実させる。

II. 業務実績

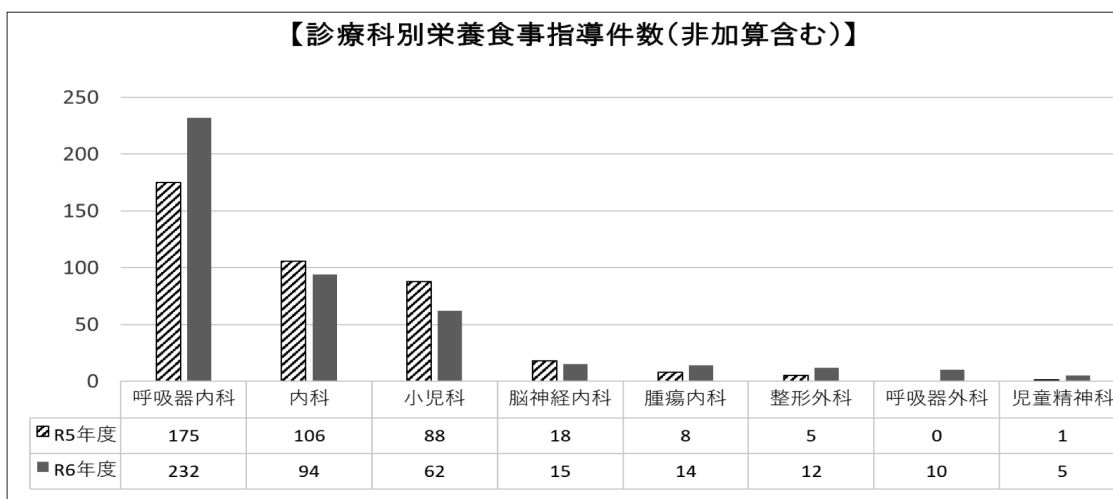
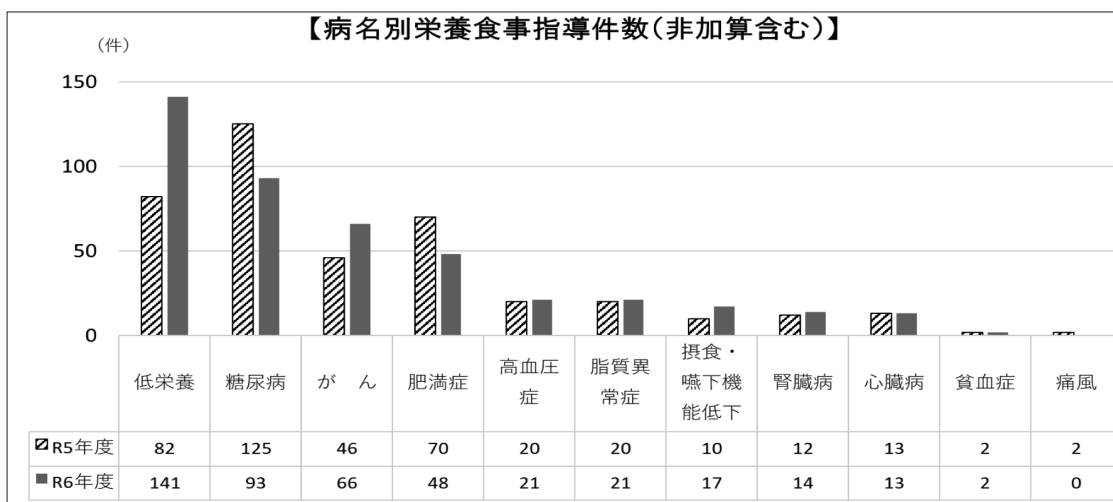
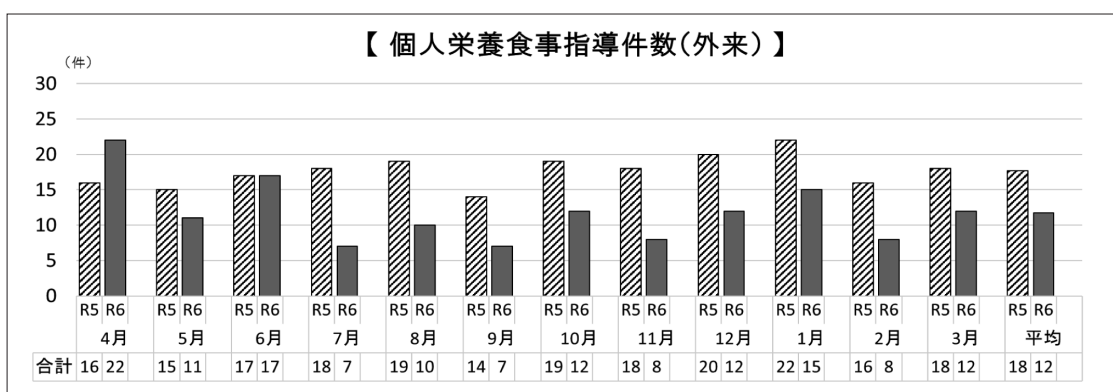
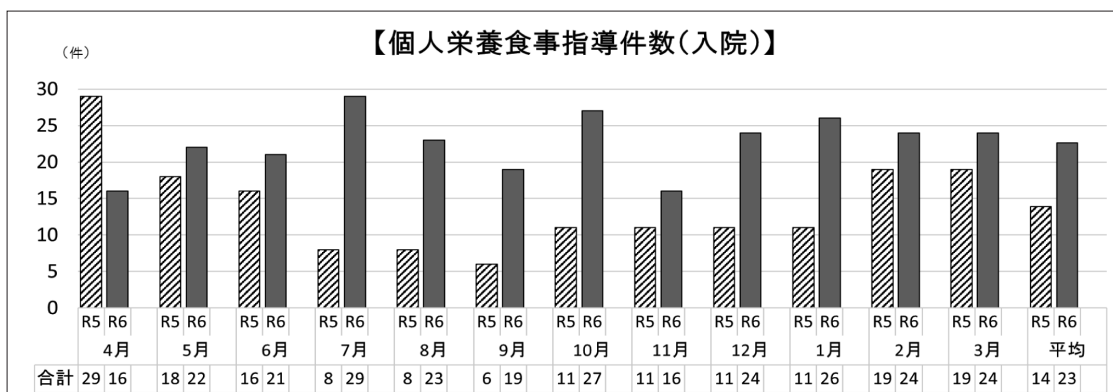
1. 食事療養数



2. 特別食加算率



3. 栄養食事指導件数



4. 栄養管理業務実績まとめ

【栄養管理室報告】

《診療報酬》

①入院時食事療養（Ⅰ）	670円×1食
②流動食（経管）のみ	605円×1食
③特別食加算	76円×1食
④食堂加算	50円×1日

《診療報酬》

栄養食事 指導料	・個人初回	260点×件	2,600円
	・個人2回目以降	200点×件	2,000円
	・集団指導	80点×件	800円

注）特別食；腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症、痛風食、心臓食、高度肥満症、先天性異常症食、等

1. 入院時食事療養費

（単位；食、千円）

令和5年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
給食総数	6,869	6,942	8,020	7,732	8,077	7,599	7,187	7,477	6,998	7,130	7,464	7,750	89,245
①食事療養費	4,396	4,443	5,133	4,948	5,169	4,863	4,600	4,785	4,479	4,563	4,777	4,960	57,117
給食総数（流動食・経管）	4,114	4,140	3,963	4,109	4,074	3,816	4,144	3,541	3,856	3,679	3,526	3,717	46,679
②食事療養費（流動食・経管）	2,366	2,381	2,279	2,363	2,343	2,194	2,383	2,036	2,217	2,115	2,027	2,137	26,840
合計（①＋②）	6,762	6,823	7,412	7,311	7,512	7,058	6,982	6,821	6,696	6,679	6,804	7,097	83,957
令和6年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
給食総数	7,033	6,886	7,328	7,788	7,440	7,284	8,049	6,491	6,110	6,870	6,839	7,311	85,429
①食事療養費	4,501	4,407	4,910	5,218	4,985	4,880	5,393	4,349	4,094	4,603	4,582	4,898	56,820
給食総数（流動食・経管）	3,702	3,897	3,717	3,871	3,771	3,733	3,697	3,459	3,554	3,594	3,287	3,672	43,954
②食事療養費（流動食・経管）	2,129	2,241	2,249	2,342	2,281	2,258	2,237	2,093	2,150	2,174	1,989	2,222	26,364
合計（①＋②）	6,630	6,648	7,159	7,560	7,266	7,139	7,630	6,442	6,244	6,777	6,571	7,120	83,184
差引増△減（対前年度）	▲132	▲175	▲253	249	▲246	81	647	▲380	▲452	99	▲234	23	▲773

2. 特別食加算

（単位；食、％）

令和5年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
給食総数	10,983	11,082	11,983	11,841	12,151	11,415	11,331	11,018	10,854	10,809	10,990	11,467	195,914	11,327
特別食加算総数	1,559	1,695	1,695	1,539	1,644	1,376	1,327	1,696	1,044	1,134	1,178	1,600	17,487	1,457
加算率（％）	14.2	15.3	14.1	13.0	13.5	12.1	11.7	15.4	9.6	10.5	10.7	14.0	8.9	12.9
令和6年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
給食総数	10,735	10,783	11,045	11,659	11,211	11,017	11,746	9,950	9,664	10,464	10,126	10,983	129,383	10,782
特別食加算総数	1,265	1,166	1,033	852	737	742	667	778	738	968	1,145	1,465	11,556	963
加算率（％）	11.8	10.8	9.4	7.3	6.6	6.7	5.7	7.8	7.6	9.3	11.3	13.3	8.9	8.9

（単位；千円）

③ 特別食加算	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
令和5年度	118	129	129	117	125	105	101	129	79	86	90	122	1,329
令和6年度	96	89	79	65	56	56	51	59	56	74	87	111	878
差引増△減（対前年度）	▲22	▲40	▲50	▲52	▲69	▲48	▲50	▲70	▲23	▲13	▲3	▲10	▲451

3. 食堂加算

（単位；件、千円）

④ 食堂加算	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
令和5年度（件数）	3,357	3,362	3,511	3,538	3,759	3,475	3,469	3,369	3,380	3,400	3,379	3,519	41,518
	168	168	176	177	188	174	173	168	169	170	169	176	2,076
令和6年度（件数）	3,345	3,265	3,278	3,493	3,344	3,248	3,457	2,983	2,870	3,205	3,033	3,302	38,823
	167	163	164	175	167	162	173	149	144	160	152	165	1,941
差引増△減（対前年度）	▲1	▲5	▲12	▲2	▲21	▲11	▲1	▲19	▲26	▲10	▲17	▲11	▲135

4. 栄養食事指導実施件数

(単位；件)

令和5年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
外来（個人）	16	15	17	18	19	14	19	18	20	22	16	18	212	17.7
初回	4	2	2	3	3	2	2	3	5	12	2	4	31	3.7
2回目以降	12	13	15	15	16	12	17	15	15	10	14	14	64	14.0
非加算	1	1	4	0	1	2	2	2	0	0	2	0	7	1.3
入院（個人）	29	18	16	8	8	6	11	11	11	10	19	19	163	13.8
初回	20	16	13	7	8	6	11	10	11	9	15	14	128	11.7
2回目以降	9	2	3	1	0	0	0	1	0	1	4	5	35	2.2
非加算	1	6	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	15	0.9
令和6年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
外来（個人）	22	11	17	7	10	7	12	8	12	15	8	12	141	11.8
初回	7	1	4	0	3	3	5	4	3	4	0	1	35	2.9
2回目以降	15	10	13	7	7	4	7	4	9	11	8	11	106	8.8
非加算	2	3	0	0	0	1	0	1	0	1	2	1	11	0.9
入院（個人）	16	22	21	29	23	19	27	16	24	26	24	24	271	22.6
初回	13	17	16	20	18	16	23	10	19	22	21	19	214	17.8
2回目以降	3	5	5	9	5	3	4	6	5	4	3	5	57	4.8
非加算	4	2	2	0	1	1	2	0	3	0	5	1	21	1.8

(単位；千円)

栄養食事指導料	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
令和5年度	104	77	75	58	61	45	68	66	72	77	80	85	866
令和6年度	88	77	88	84	79	63	95	56	85	98	77	84	973
差引増△減（対前年度）	▲16	0	13	26	18	19	27	▲9	14	21	▲4	▲1	107

Ⅲ. 学会発表

1. 岩本寿乃、祝迫裕江

栄養サポートチーム加算に向けての取り組み

第20回九州国立病院管理栄養士協議会栄養管理学会

Ⅳ. 実習生受け入れ

令和6年2月12日～2月26日

南九州大学3年生 4名受け入れ

事前課題10時間、実習10日8時間、合計90時間

Ⅴ. 総括

昨年度と比較し、食事総数、特別食加算、食堂加算は減少した。栄養食事指導については、入院患者へ積極的に2回指導を実施したことや、主治医からの指導依頼が増加したことにより、件数増加に繋がった。

今年度は、マンネリ化していた学童食おやつの見直しを行い、嗜好調査にて希望の多かったメニューを献立に入れるなど給食管理業務の充実を図った。環境整備として、食器洗浄室の熱中症予防対策のため大型冷風機を購入した。経年劣化していた温冷配膳車を2台更新し、調理室床の一部修繕工事を行った。

今後も他部門との連携を深め、効率的な業務運営と質の高い栄養管理業務、安全で患者満足度の高い食事提供に努めていきたい。

リハビリテーション科

副理学療法士長 吉永隆一郎

I. 令和6年度活動目標

【経営面】

1. PT・OT 1人当たり実施単位14単位/日、診療点数3,000点/日を目標とする。
ST 1人当たり実施単位14単位/日、診療点数2,500点/日を目標とする。
2. 光熱費等の使用量減や再生紙の利用、物品管理を行いコスト削減に取り組む。
3. 令和6年診療報酬改正に向けた取り組みを実施する。

【医療面】

1. 理学療法・作業療法・言語療法それぞれの専門性を更に生かしながら、質の高いリハビリを提供し、患者満足度の向上に努める。
2. 医療安全・感染管理との情報共有を図り、リスク管理に努める。
3. 感染防止対策を確実に実行しながらリハビリの提供を継続する。
4. 難病対策協議会（神経・筋分野）、呼吸器（感染分野）拠点病院として、地域への貢献や取り組みの検討を行う
5. 小児・児童精神科入院児の運動療法やレクリエーション活動について必要に応じて支援していく。
6. 診療報酬改定に伴う施設基準や算定項目に対応していく。
7. 医療の質向上を目的に関連学会の認定療法士等の資格取得を支援する。

【HAL】

1. 実施枠を最大限に確保し、他部門との連携により、円滑なHAL業務を実施する。
2. 下肢HAL対象患者拡大に伴う関連医療機関へ情報提供を行い患者数確保に努める。
3. 腰HAL導入に伴い安全・効率的な業務手順検討を行う。

II. 令和6年度運営報告

スタッフ構成：リハビリテーション科医長の黒木浩史医師、理学療法士6名、作業療法士3名、言語聴覚士1名、計10名。

令和6年4月より副理学療法士長 榎木大介 小倉医療センター理学療法士長昇任、後任として星塚敬愛園より副理学療法士長 吉永隆一郎着任した。

作業療法士 安納知久 国立精神神経医療研究センターへ異動、後任として都城医療センターより行時健太着任した。

理学療法士 津崎千佳 産休取得により（6月から7月末予定）代替え理学療法士 伊藤恵子（令和6年3月31日まで）勤務した。

リハビリテーション科業務としては、感染予防対策や医療安全に留意しながら、入院リハ、外来リハを実施した。リハ科内での感染症等の拡大や医療事故もなく業務が遂行できた。

HAL医療用下肢タイプ（Hybrid Assistive Limb：HAL、以下HAL）に関しては、令和6年度は延べ入院回数21件で108回実施した。

神経内科病棟の入院患者増加を目的にHAL腰タイプを導入、入院目的で延べ9件のHAL入院患者数でした。入院目的以外での実施件数は30件でした。

スタッフのスキルアップとして1回/月の担当制による黒木医師との勉強会、1回/週による呼吸器外科の臼間医師とのカンファレンス・勉強会を継続しました。疾患別リハの単位実績数はPT・OT実施単位13.0単位/日、ST実施単位14.4単位/日でした。

年間実施単位数・点数は

理学療法部門：17,290単位/4,092,624点

作業療法部門：実施単位10,177単位/2,313,705点

言語聴覚部門：3,195単位/764,999点

総計31,292単位/7,171,328点でした。

Ⅲ. 学会・研修会参加

第78回国立病院総合医学会「HAL治療の室の向上のために～つくばロボケアセンターの講習を経て」

第78回国立病院総合医学会「九州グループで繋がったHALに関する多機関共同研究への取り組み」

第5回九州HAL愛好会「Medical Care Pitを使用したHAL治療により歩容改善に繋がった顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー患者の一症例」

第13回日本脳神経HAL研究会「低周波治療器を使用したモーターポイントへのHAL医療用下肢タイプ電極貼付位置の決定と生体電位信号波形の変化について」

第12回日本呼吸器ケア・リハビリテーション学会「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）罹患後高齢者へのHybrid Assistive Limb腰タイプ自立支援用（HAL[®]腰タイプ）を利用した介入の試み」

リハビリテーション科 実績集計

令和6年度

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
理学療法	脳血管等(245点)	625	713	681	829	795	782	758	687	696	631	582	537	8316
	運動器(185点)	305	184	199	174	115	110	236	283	285	295	278	292	2756
	呼吸器(175点)	409	255	198	285	338	329	348	265	239	348	307	362	3683
	障害Ⅱ(195点)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	障害Ⅲ(155点)	107	98	107	109	112	90	100	94	101	83	92	87	1180
	廃用症候群(180点)	40	5	3	6	13	44	73	103	111	102	132	79	711
	がん患者(205点)	206	184	104	84	42	91	129	157	109	108	21	39	1274
	合計単位数	1692	1439	1292	1487	1415	1446	1644	1589	1541	1567	1412	1396	17920
	診療点数	372807	328335	291884	351787	327306	335248	382176	361070	351468	356308	320521	313714	4092624
	平均単位数	14.1	11.4	10.8	11.3	11.2	12.7	12.5	13.2	12.8	12.4	13.1	11.6	12.3
作業療法	脳血管等(245点)	514	485	450	513	489	459	389	430	430	388	370	446	5363
	運動器(185点)	140	220	246	120	157	135	214	181	218	260	218	134	2243
	呼吸器(175点)	77	100	128	205	135	145	161	144	46	95	67	98	1401
	障害Ⅱ(195点)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	障害Ⅲ(155点)	59	58	51	50	47	43	44	35	40	38	41	50	556
	廃用症候群(180点)	42	48	0	41	56	12	27	10	1	13	57	32	339
	がん患者(205点)	53	26	17	24	7	45	17	35	28	0	0	23	275
	合計単位数	885	937	892	953	891	839	852	835	763	794	753	783	10177
	診療点数	199670	210805	204896	223258	201521	187053	190093	189002	172425	183211	168946	182825	2313705
	平均単位数	14.8	14.9	14.9	14.4	14.1	14.7	12.9	13.9	12.7	12.6	13.9	13.1	13.9
言語療法	脳血管等(245点)	294	287	253	277	275	254	263	242	246	275	239	243	3148
	呼吸器(175点)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	障害Ⅱ(195点)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	障害Ⅲ(155点)	4	3	3	3	4	2	13	2	1	1	1	3	40
	廃用症候群(180点)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	がん患者(205点)	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	VF検査	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	3	2	9
	摂食機能	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計単位数	304	291	256	280	279	256	276	244	247	276	240	246	3195
	診療点数	72368	69113	60578	66698	66745	61174	66061	58933	59609	66618	58014	59088	764999
	平均単位数	15.2	13.9	12.8	12.7	13.3	13.5	12.5	12.2	12.4	13.1	13.3	12.3	13.1

	初期加算(45点)	232	139	180	198	223	104	246	178	235	229	187	195	2346
	早期加算(30点)	563	352	355	532	421	298	500	406	530	508	462	532	5459
	リハ計画書	23	30	36	33	19	28	36	28	24	34	21	35	347
	退院時指導	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	目標設定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	総合計単位数	2881	2667	2440	2720	2585	2541	2772	2668	2551	2637	2405	2425	31292
	総合計点数	644845	608253	557358	641743	595572	583475	638330	609005	583502	606137	547481	555627	7171328
	平均単位数	14.7	13.4	12.8	12.8	12.9	13.6	12.6	13.1	12.6	12.7	13.5	12.3	13.1

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
HAL	患者数	4	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	1	26
	延べ実施回数	29	15	3	18	9	12	14	13	4	14	13	9	153
	未算定分の単位	1	31	15	26.35	40.05	22.8	25	26.8	4.6	13.7	10.1	7.2	223.6
	脳血管リハI単位	146	79	44	101	45	66	86	66	24	43	65	47	812
	脳血管リハI点数	35770	19355	10780	24745	11025	16170	21070	16170	5880	10535	15925	11515	198940
	算定点数(4,000点)※	116000	60000	12000	72000	36000	48000	56000	52000	16000	56000	52000	36000	612000
	目標設定	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	リハ計画書	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	退院時指導	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計点数	151950	79482	22844	96892.35	47121.05	64272.8	77198	68277.8	21913.6	66607.7	68016.1	47579.2	812154.6

※ 初期導入加算（2,000）＋歩行運動処置（1100）＋難病加算（900）

注）脳血管リハの単位・点数は上記部門別データにも含まれています

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
リハビリテーション科総診療点数	796795	687735	580202	738635	642693	647748	715528	677283	605416	672745	615497	603206	7983483



看護部理念

常に病める人のかけがえのない命と人間性を尊重し温かい心で質の高い看護を提供します。

令和6年度 看護部目標

【経営面】

1. 職員一人ひとりが病院経営に積極的に参画し、経営目標達成に貢献する
 - 1) 組織の経営方針に基づいた病床運用への対応
 - 2) 計画的に病床管理のため医事課と連携し看護部病床管理ミーティング継続
 - 3) 意思と連携し効果的なベッドコントロールによる患者数アップ（退院決定は医師、退院日決定は看護師長）
 - 4) 看護部全体で互いを補完する体制の継続
 - 5) 重症度、医療・看護必要度評価の精度維持向上及び必要度Ⅱへの切り替え準備・実現
 - 6) 一人一人が経営意識を持ち、自身にできる経営貢献を行う
（感染対策、医療安全、褥瘡発生、各種加算取りもれゼロ、物品管理等）
2. 安全性・効率性を考慮しながら、抜本的な業務改善を推進する
 - 1) 令和5年度の業務量調査結果を活用した業務改善
 - 2) 業務量調査を継続し課題発見と改善につなげる
 - 3) 5S活動の推進
 - 4) 電子カルテ（R5.11更新済）の問題対応・機能改善
 - 5) 各部署の業務基準・内容を見直し、スリム化を図る（各業務の責任の所在を明らかにしながら、重複をなくす）
 - 6) 各種委員会のマニュアルの見直し・更新
 - 7) 看護体制の見直し、検討
3. 適正な労務管理及び働き方改革・タスクシフト・ワークライフバランスを考慮した職場環境改善を継続する
 - 1) 看護体制を活用した業務の効率化
 - 2) 医師・看護師・看護補助者と連携しタスクシフト検討・調整
 - 3) 計画的なりフレッシュ休暇を含む年次休暇の取得促進
 - 4) 勤務環境改善による時間外勤務時間の短縮
 - 5) 他者理解・ハラスメント防止を意識した職場環境作りに取り組む
 - 6) 部署の状況に柔軟に対応しながら、活動時間確保の調整を行う

【医療面】

1. 各部署の特殊性に応じて、安全で質の高い看護を提供する
 - 1) 医療安全マニュアルを遵守した看護実践遂行（6 R 遵守）
 - 2) 安全に関する部署内やチーム・ペア間の情報共有・相談・報告の徹底
 - 3) 自部署・自部門のインシデント発生の傾向を分析し改善につなげる
 - 4) 院内外インシデント事例を共有し類似事例発生防止（情報共有の徹底）
 - 5) 安全で看護の責任を果たせる勤務体制・看護体制・業務内容の見直し
2. 患者の人権及び意思決定を尊重し、高い倫理観に基づいた療養環境を提供する
 - 1) 安全、快適を考慮したベッドサイド環境整備の推進（各委員会の目的に沿ったもの）
 - 2) 患者の意思決定支援
 - 3) 現場の倫理的課題（神経難病患者ケア・せん妄ケア・認知症ケア・虐待疑い場面、身体拘束な

- ど) に対するカンファレンスの開催と定着・成長
 - 4) 専門職業人として高い倫理観に基づいた看護・介護ケアの実践
 - 5) 個人情報保護に係るルールの順守と接遇強化
 - 6) 退院時アンケートの実施率向上とご意見を基にした改善
 - 7) 看護・介護の質についての検討（看護倫理の定着から継続）
3. 多職種及び地域と連携しチーム医療を充実させ、継続した看護を推進する
- 1) 職種合同カンファレンスの開催と定着を図り、患者ニーズの把握・共有を充実させ、ケアに活かす
 - 2) 受持ち看護師がリーダーシップを発揮し、患者看護及び退院支援の充実
 - 3) 退院支援看護師と病棟の連携により退院調整システムの構築を継続し、地域医療機関との連携強化につなげる
 - 4) 病棟～外来～地域と連携し患者に必要な看護が継続される
 - 5) 外来改革の継続（検診センター稼働、院内連携強化、外来看護の質向上、検診部門活性化）
4. PPPSB体制の強化及びOJTの充実を継続し、多様化・複雑化する医療に対応でき自己研鑽できる人材を育成する。
- 全体
- 1) 看護職員能力開発プログラムVer. 2、専門コースに基づく院内教育プログラムに沿った教育、委員会や小集団活動を通して個々の成長を支援
 - 2) 職員がPPPSB体制における自己の役割を認識し、体制強化に参画
 - 3) 職員のキャリアプランに対する支援（院内外研修や学会等）
 - 4) コース別教育継続による看護師教育の充実（研修生の自部署における学びの発揮と研修修了者の役割発揮）
 - 5) OJT及びOFFJTで自己研鑽の必要性を伝える
- 新人～若い世代
- 1) 新人看護師をはじめとする若い世代のPPPSB体制による支援強化
 - 2) メンタルサポート
- ジェネラリスト・スペシャリスト
- 1) 育成と活用（認定看護師、特定行為研修修了者、IVナースなど）
 - 2) 育児休業からの復帰者、中途採用者の教育プログラムに沿った教育支援
- 看護補助者
- 1) 療養介助職の教育継続及び学習ニーズに応じた教育の実施
 - 2) 看護助手業務整理と教育継続（看護補助者マニュアルに沿った直接ケアへの積極的参入）
- 看護学生
- 1) 実習指導体制の充実（実習指導計画の作成・見直し）及び学校訪問
- 看護管理者等
- 1) CREATEの活用と看護管理者の管理能力向上のための学びの場作り
 - 2) 自己の看護管理観を明確化し、自部署職員へ伝える
 - 3) 部署内で1on1ミーティングを意識し日々の管理行動で実践する
（1on1ミーティング；人材育成を目的として上司と部下が行う面談・対話）
5. 看護を通して成長できる魅力ある職場作りをする
- 1) 各種カンファレンスにおいて意見が言い合える場作りと看護観の共有（アサーティブコミュニケーションを意識）
 - 2) 互いに日ごろのコミュニケーションを大切にし、相談しやすい関係づくり
 - 3) PPPSB体制が機能することにより互いに支え高め合う環境づくり

結 果

看護目標	実施評価
1. 職員一人ひとりが病院経営に積極的に参画し、経営目標達成に貢献する	- 令和6年6月より看護必要度評価をⅠからⅡへ移行し急性期一般入院基本料6から5へ更新した。更新後は、辛うじて基準内の維持ができています。しかし、以前としてコロナ禍前の患者数確保に届かず伸び悩んでいる。特に、神経難病については、患者の在宅化、療養施設の増加などの影響もあり今後も患者確保が難しい状況となることを踏まえ12月1日付で3階病棟を集約して病棟運営の効率化を図ることとなった。引き続き、組織全体で病床管理及び患者確保に対する対策を講じ、経営改善することが最重要課題である。 - 各部署における物品管理の徹底、処置箋のチェック体制対策を図り算定もれ防止を図った。
2. 安全性・効率性を考慮しながら、抜本的な業務改善を推進する	患者の安心・安全な医療ケアの提供及び職員の業務効率化を図ることを念頭に、チーム制の見直し、入退院に伴う文書など含めた記録内容の改善に取り組んでいる段階。改定したものを活用しながら評価を行い安全や効率の視点を踏まえ引き続き取り組んでいく。
3. 適正な労務管理及び働き方改革・タスクシフト・ワークライフバランスを考慮した職場環境改善を継続する	- 打刻システムが導入され、勤務時間管理のデータ取得に繋がっているが、打刻忘れなどみられ、管理者個々で個別確認を要するなど課題も散見している。正確なデータ取得となるよう再指導を行い業務の効率化や管理負担の軽減を図っていく。リフレッシュ休暇を含む年休取得は、年休5日/年以上、全員が取得でき取得率も前年度より上がった。 - 職員1人1月平均超過勤務時間数は、昨年度より減少することができた。各部署さらには、副看護師長研究会等で、担当チームの再編成の検討や電子カルテにおける看護記録の効率化を図ったことで超過勤務時間減少の結果に繋がった。看護記録の見直しについては、電子カルテの運用課題も残るため引き続き取り組んでいく。 - ハラスメントに関する重大事案は発生していない。
4. 各部署の特殊性に応じて、安全で質の高い看護を提供する	当院は、5個の病棟それぞれの特性から、重点的に改善したいインシデントが異なる状況にある。安全な看護実践を目指し、日々の看護部ミーティングにおいてインシデントに関する情報共有を速やかにおこない各部署に還元した。各部署においては、他部署のインシデント情報も含めて共有し、安全な実践につなげる努力を行ってきた。しかし、「確認不足」「思い込み」などのインシデントが続いている。また、生命に大きく影響する人工呼吸器に関連したインシデントやチューブトラブルが散発している。これからも情報共有したことも含め、安全で質の高い看護提供のため対策とその確認・評価を行い、改善に努める必要がある。
5. 患者の人権及び意思決定を尊重し、高い倫理観に基づいた療養環境を提供する	- 看護の質検討委員会が中心となり、「あらゆるカンファレンスに倫理的視点を取り入れる」という取り組みを行った。各部署努力して実施しているが、成果には至っていないため継続課題とする。 - 安全・快適に配慮したベッドサイド環境の整備に取り組んだが、まだまだ定着には至っていないため、引き続き取り組む。 - 意思決定支援では、昨年度に続き、病棟及び外来ともに“IC同席”ができるよう医師と連携しながら取り組んできた。また、ICに同席できなくても、その後に患者と関わる機会を意図的にもち、患者が安心して療養を送れるような支援につなげている。

看護目標	実施評価
6. 多職種と連携し患者のニーズを把握し、患者に寄り添った看護を提供する	・多職種合同カンファレンスの開催では、質の伴うカンファレンスとなることを目指して取り組み、各部署それぞれ努力している。カンファレンス開催目標件数に届かない部署はあるが、継続課題として取り組む。 ・受け持ち看護師の役割発揮では、業務委員会が中心となり、前年度取組んだ「役割チェック」評価で明らかになった課題をもとに取り組み、チェック表での評価は年1回実施した。取り組みの結果、前年度より評価結果が大きく低下することはなかったが、看護サマリー記載の不十分さなどの反省点がある。受け持ち看護師を中心にカンファレンスが実施できるような工夫を行う必要がある。
7. PPPSB体制の強化及びOJTの充実を継続し、多様化・複雑化する医療に対応できる人材を育成する	・今年度もサポートナースおよびバックアップナースが主体的にスタッフ育成に関わることができることを目指し、指導場面の振り返り及びPPPSB体制の役割チェック・支援を受ける側の評価など取り組みを行った。その結果、指導者としての役割意識への動機づけとなっており、経年的に主体的に役割発揮することにつながってきていると評価している。 ・特定行為研修修了者の活用では、気管カニューレの交換の実践ができており、医師とタスクシフトしながら、看護の専門性が発揮につながりつつある。
8. 看護を通して成長できる魅力ある職場作りをする	・看護部と看護師長間、看護師長とスタッフ間それぞれ、互いにコミュニケーションを意識しながら日々の実践に努めた。また、「看護を語る会」の場において、参加者同士で互いの考えを語り交流を図った。PPPSB体制も年々体制整備がすすんでいる。しかし、「互いの成長」という手ごたえに至っていない。これからも対話を大切にしながら、魅力ある職場作りにしたい。



1 階病棟（児童精神科）

看護師長 大塚 貴幸

I. 病棟の概要

児童精神科病棟では、小学生から中学生までの児童の心理社会的発達や認知・家庭環境・精神・身体疾患を含めアセスメントし、医師・看護師・臨床心理士・精神保健福祉士など、多職種チームで協働し日々支援を実施している。今年度は平均患者数21名を目標に計画的に病床管理を行った。昨年度比は保護室利用率（23.6%）、就学率（△4.2%）と患者層が変化した。療養環境をふまえつつ、医師と相談しながら入院患者数等のコントロールに努めた。

II. 病床運営状況

病床数（ 30 ）床

	入院患者数	1日平均患者数	入院/年 (転入)	退院/年 (転出)	死亡(再掲)	平均 在院日数	病床利用率
令和5年度	71	20.4	5.3 (0)	5.5 (0)	0 (0)	168.9	67.8
令和6年度	65	20.6	5.4 (0)	5.8 (0)	0 (0)	177.5	68.6

《主な疾患・治療・検査》

発達障害、自閉スペクトラム症、注意欠如多動症、気分障害、摂食障害、小児肥満症
内服療法、作業療法
採血、X-P、MRI、脳波、心電図など

III. 看護体制（※4月1日現在）

配置数					看護師 平均年齢	看護方式	夜勤体制
看護師			看護助手等				準：深
常勤	非常勤	新人 (再掲)	常勤	非常勤			
17	0	0	0	1	44.3	受持ち制	2：2

IV. 看護管理目標評価

1. 医療安全（インシデント）

	件数	第1	第2	第3
R 5 年度	73件／年	薬剤	療養上の世話	その他
R 6 年度	56件／年	薬剤	療養上の世話	その他

取り組みと評価

- ・薬剤は過少与薬が多い。情報共有から安全意識の向上に努めると共に6R確認を徹底した。
- ・療養上の世話では、自傷他害、離院、異物異食などがあり、患者自身の安全を優先に努めた。また、外泊・外出に伴う電子カルテでの食事に関する入力ミスが多く起きている

2. 業務に関すること

行動障害の患者対応によるホワイトコールの減少やスタッフが身体的外傷を受けることも減った。

3. 教育に関すること

毎月病棟勉強会、計42回/年実施

当院の児童精神コースに2名受講。全国児童青年精神科医療施設研修会（東京・武蔵野市）3名参加。



2 階病棟（感染症病棟）

看護師長 塩月 富美子

I. 病棟の概要

2 階病棟の病床は、一般44床、ユニット16床の60床である。H28年度の新病棟移転に伴い結核病棟は、一般病棟の中でユニット化されている。結核は宮崎県の結核治療の拠点病院であり、入院早期から退院へ向けたアセスメントを行い、地域連携室と共に退院支援に努めている。令和2年度より感染症病棟としてCOVID-19患者の軽症から中等症までの受け入れを行っていたが、R5年度5類への移行に伴い、一般・結核病棟に戻る。令和5年5月からは結核ユニット、10月からは一般病棟の運用を再開させた。一般病棟の3室は陰圧室であり（重症室2部屋）高濃度酸素投与治療や終末期患者の看取りだけでなく、結核疑いなどの感染管理が必要な患者にも利用している。

R7年4月現在一般病床内にCOVID-19受け入れに3床確保し継続して対応している。

年間（R7.2まで）平均患者数は27.3名、平均在院日数は18.4日であった。化学療法目的の短期入院・気管支内視鏡検査の入院を確保することにより、平均在院日数短縮につながった。また、多職種とのカンファレンスなど入院早期から退院支援を積極的に行うことで看護の質の向上に努め多職種と協働し取り組むことができた。しかし、退院支援の1つとして退院前訪問を計画したが実践に至っていない。

II. 病床運営状況

病床数（60）床

	入院患者数	1日平均患者数	入院/年 (転入)	退院/年 (転出)	死亡 (再掲)	平均 在院日数	病床利用率	看護 必要度
令和5年度	281	15.5	281 (6)	252 (8)	25	20.8	25.8	
令和6年度	496	27.3	496 (5)	481 (6)	36	18.4	45.5	15.3

《主な疾患・治療・検査》

間質性肺炎 結核 肺癌 気管支鏡検査 がん薬物療法

III. 看護体制（※4月1日現在）

配置数					看護師 平均年齢	看護方式	夜勤体制
看護師			看護助手等				準：深
常勤	非常勤	新人 (再掲)	常勤	非常勤			
30	0	3	0	2	38.2	プライマリー	3：3

IV. 看護管理目標評価

1. 医療安全（インシデント）

	件数	第1	第2	第3
R5年度	108 / 年	薬剤	療養上の世話	その他
R6年度	144 / 年	薬剤	その他	療養上の世話

取り組みと評価

薬剤に関するインシデントが最多であり、確認不足が要因の第1位となっている。全体のカンファレンスだけでなく、個別でも業務の流れの中でどの部分がインシデントへ繋がったのか一緒に振り返り同じ事例を起こさないよう取り組んだ。

薬剤管理を行う場所と電子カルテでの確認行動についても感染病棟であったことも影響しているのか病棟内での統一がなく業務環境の整備からスタートした。設計上空間の狭さもあり安全の確保に不安は残るが薬剤管理の場所と電子カルテでの確認は実施行動へ繋がっている。しかし、ダブルチェック機能が上手く働かず間違えて準備したら気付かないまま実施されてしまう事例報告もあり確認行動の課題は残る。

2. 業務に関すること

令和6年度スタート時点（4月1日付）での入院患者数は25名（TB含）、看護師数（師長除）28名11月末で3階病棟の閉鎖もあり看護師数は32名に増えている（R7.3.1付）。

日勤者数も増えているが同様に入退院者も多く超過勤務の減少には至っていない。

3. 教育に関すること

令和6年度研修参加者

ラダーⅠ	井上芽依 廣重花鈴 宇野椿
ラダーⅡ	兼松佑弥 内倉彩
ラダーⅢ	木下由梨奈
ラダーⅣ	藤田果子
ラダーⅤ	田野有祥 池田彩果 石山楓子
Ⅳ ⅢC	福島真子 田部将和
認知症ケア研修	藤田果子 松島実奈 木下由梨奈
特定行為（緩和ケア）研修	藤代奈美
がんチーム医療	藤田果子 川野亜夕美
保健師助産師看護師実習指導者講習会	福島真子



3 階病棟（神経筋難病病棟）

看護師長 峯元 寿子

I. 病棟の概要

病床数50床の療養介護病棟で、主に筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病・筋ジストロフィーなどの患者が入院している。宮崎県の神経難病拠点病院として平成17年4月に開棟し、宮崎県全域から患者を受け入れている。レスパイト入院にも力を入れ、家族と地域との連携を図り、在宅支援に努めている。R6年度は、腰HALによるリハビリ目的での入院を開始。R5年11月30日をもって休棟となる。

II. 病床運営状況

病床数（ 50 ）床

	入院患者数	1日平均患者数	入院/年 (転入)	退院/年 (転出)	死亡 (再掲)	平均 在院日数	病床利用率
令和5年度	99	34.5	8.3 (2.4)	10 (1.2)	24 (2.0)	119.9	68.9
令和6年度	33	25.9	4.1 (0.5)	5.6 (2.9)	6 (0.8)	150.4	51.9

《主な疾患・治療・検査》

筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病・筋ジストロフィー、一般での長期療養患者

検査・手術：CT（40）MRI（10）RI（4）胃瘻造設術（1）

人工呼吸器装着5.8名/月、経管栄養患者17.8名入院されており、各種入れ替えなどを実施した。

III. 看護体制（※4月1日現在）

配置数					看護師 平均年齢	看護方式	夜勤体制
看護師			看護助手等				準夜：深夜
常勤	非常勤	新人看護師 (再掲)	常勤	非常勤			
30	0	2	1	2	34.8	受け持ち制	3：3

IV. 看護管理目標評価

1. 医療安全（インシデント）

	件数	第1	第2	第3
R5年度	115 / 年	薬剤49件	ドレーン・チューブ29件	医療機器12件
R6年度	62 / 8ヶ月	薬剤30件	ドレーン・チューブ15件	医療機器3件

取り組みと評価

4月からの8ヶ月間で薬剤に関することが全体の48.4%であった。6Rの確認不足が要因の多くを占めており、確認行動を確実に行うことができれば防げるものであった。また、入浴介助時や体位変換時の気管カニューレの事故抜去が続き、特に病室外での緊急時の対応について見直した。呼吸器回路の組み間違いなども発生し、特定行為認定看護師の協力のもと勉強会を実施し教育を行っている。今後も正しく人工呼吸器を使用しているか確認を要する。

転倒・転落件数は、前年度の18件から2件と大幅に減少した。抑制解除に向けたカンファレンスを朝礼時にし、リーダーでの一覧表管理にしたことも効果があったと考える。

2. 業務に関すること

令和6年度春より、スタッフ層の変化と業務改善、患者サービスの観点から固定チームを廃止した。全員が全患者を看護するには、記録や看護計画の充実を図ることが重要だということの再認識につながった。休棟が決定し、療養介護への移行、一般病棟転出、転院、施設や自宅への退院を地域連携室、療育指導室と協力し調整することができた。16名が4階での療養へ移行した。

3. 教育に関すること

看護研究：神経難病患者の意思決定に関する調査～患者の治療決定における看護支援の振り返り尺度を使用して～発表予定 呼吸管理：気管切開患者の対応がわかりやすい表示の工夫



4 階病棟（脳神経内科）

看護師長 平野 舞子

I. 病棟の概要

入院患者数45名を目標に、医師・連携室・指導室・3階病棟と情報共有を行いながら患者確保に努めた12月に3階病棟が集約され、入院（転入）患者数は17名であった。一方、退院患者数は9名と前年度と同様であった。平均患者数は43名であり、前年度比+6名となった。患者・家族の満足度向上に対し、年間を通して感染評価を行いながら面会の枠を広げることができた。また、前年度から看護の質の維持・向上に務めるためPNS体制を導入しており、今年度は精度の向上を目指し、業務改善を行った。コアメンバーを中心に、病棟集約を視野に入れた業務改善を行い、スタッフの意見を取り入れた業務内容を検討することができた。次年度も引き続き順次見直しを行いながら、業務改善を継続していく。

インシデント事例では、0レベル報告は全体の27%であり目標は達成している。薬剤に関するインシデントは全体の42%、医療機器、ドレーン・チューブに関するインシデントが全体の34%となっている。

II. 病床運営状況

病床数（50）床

	入院患者数	1日平均患者数	入院/年 (転入)	退院/年 (転出)	死亡 (再掲)	病床利用率 (%)
令和5年度	0	37.1	5	9	9	74.2
令和6年度	0	39.5	15	9	9	79

《主な疾患・治療・検査》

主な疾患は、筋ジストロフィーや筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病であり、その他進行性核上性麻痺、ペリー症候群などの神経筋難病である。内服治療が中心であり肺炎など併発した疾患に対しては必要時抗菌薬を投与している。嚥下機能評価のためのVFや全身状態把握のためCTやX-Pは、患者家族了承のもと実施している。

III. 看護体制（※4月1日現在）

配置数					看護師 平均年齢	看護方式	夜勤体制		
看護師			看護助手等				準夜 ： 深夜	夜勤 人員	平均 夜勤 回数
常勤	非常勤	新人看護師 (再掲)	常勤	非常勤					
45	0	1	1	0	36.7	PNS+受持制	4：4	36	6.5

IV. 看護管理目標

1. 医療安全（インシデント）

	件数	第1	第2	第3
R5年度	125件/年	与薬（49件）	人工呼吸器関連（19件）	療養上の世話（18件）
R6年度	134件/年	与薬（58件）	人工呼吸器関連（22件）	療養上の世話（15件）

昨年度と比較するとインシデント報告件数は増加している。特に薬剤に関するインシデントが多く、確認行動が定着していないことが要因として挙げられる。また、人工呼吸器関連のインシデントは、気管カニューレ抜去や接続外れの項目が多かった。人工呼吸器を使用している患者が全体の80%を超えており、呼吸器関連のインシデントの発生防止とともに、発生後の迅速な対応が重要である。インシデントカンファレンスは開催できるようになったが、カンファレンスの内容として対策の検討がメインとなる傾向にあるため、次年度は発生要因の分析に力を入れていきたい。

2. 業務に関すること

12月の病棟集約に向けて、業務の見直し・改善をコアメンバーを中心に進めた。患者受け入れ

など含めて病棟集約はスムーズに行われ、12月以降はスタッフの増員と業務整理が出来たことで超過勤務の減少に繋がった。また、外出できるよう環境を整えたりペットセラピーを導入することによって、患者家族のニーズの充足に繋げることが出来た。

3. 教育に関する事

障害者虐待防止対策研修1名、QC手法研修1名、医療安全対策研修Ⅰ1名、看護補助者の更なる活用のための看護管理者研修2名、認知症ケア研修2名受講した。ラダー研修は全研修生が合格出来た。



5 階病棟（呼吸器外科、外科、内科、呼吸器内科、 腫瘍内科、心療内科、小児科、整形外科）

看護師長 定益 政子

I. 病棟の概要

病床数60床の一般急性期病棟で、診療科は呼吸器外科、呼吸器内科、内科、整形外科、腫瘍内科、小児科である。主な疾患は肺癌、COPD、喘息、心不全、大腿骨頸部骨折、パーキンソン病などの患者が入院している。手術は主に肺癌・気胸の外科的手術、整形外科は腰椎間板ヘルニアの手術を行っている。その他、化学療法を行う患者さんを受け入れており、治療による不安の軽減、副作用や合併症の早期発見に努めるように看護を行っている。小児成人病の慢性疾患を受け入れ、教育と成長発達を支援している。また一般病棟の役割として常に、急患を受け入れるように病床管理、看護体制を整えている。

II. 病床運営状況

病床数（ 60 ）床

	入院患者数	1日平均 患者数	入院/年 (転入)	退院/年 (転出)	死亡 (再掲)	平均 在院日数	病床利用率	看護 必要度
令和5年度	594	35.8	594	597	37	21.9	59.6	
令和6年度	522	30.9	522	519	40	21.4	51.6	15.9

《主な疾患・治療・検査》

呼吸器・消化器の悪性疾患 脊髄疾患 小児の心身症 外科的手術 化学療法 気管支鏡検査 心エコー

III. 看護体制（※4月1日現在）

配置数					看護師 平均年齢	看護方式	夜勤体制
看護師			看護助手等				準：深
常勤	非常勤	新人看護師 (再掲)	常勤	非常勤			
39	1	3	1	1	37.4	プライマリナーシング・ 受け持ち制	3：3

IV. 看護管理目標評価

1. 医療安全（インシデント）

	件数	第1	第2	第3
R5年度	165／年	薬剤（77件）	療養上の世話（49件）	ドレーン関係（22件）
R6年度	153／年	薬剤（79件）	療養上の世話（44件）	その他（30件）

取り組みと評価

薬剤に関しては与薬準備する際に他者評価するなど、日頃からの他者評価が必要であり、互いに注意する風土作りを行った。又、内服の自己管理者のインシデントも発生し、服用後に空シートの確認、入院1週間後のアセスメントの確認を徹底した。ドレーン・チューブは胸腔ドレーンの固定方法の統一、挿入部を含めた観察と管理の徹底、学習会を実施し対応を統一した。転倒転落は、転倒24時間以内の観察記録については、概ね記録が記載できている。しかし転倒転落後のアセスメント再評価や計画修正が実施できていない事例もあったため、患者のベッドサイドのカンファレンスを取り入れた。

2. 業務に関すること

呼吸器外科の手術件数も増え術前術後の看護の見直しを行い、学習会を含めた術前カンファレンスが定着した。脳神経内科の患者に関しては長期入院患者の入院から退院を見据えた関わりを行い、退院前訪問を実施し退院調整を行うことができた。QM活動では、日々の加算、処置漏れに着目し、処置コストの作成を行い、複数回学習会を実施し改善できた。

3. 教育に関すること

特定行為看護師研修修了1名、IVナース研修2名終了NST研修2名受講終了、重症度、医療、看護必要度研修2名受講した。後期は緩和ケア看護師研修1名、がん患者リハビリテーション研修終了1名、認知症ケア研修2名受講した。育児休業取得のスタッフ1名NST研修終了した。



I. 病棟の具体的な目標と評価

外来の1日平均外来患者数の目標135名に対し、実績は117.0名であり、達成率86.7%であった。経営参画については、積極的な手術実施に取り組み、呼吸器外科86件、整形外科8件、その他3件の計97件の手術を行い経営参画した。看護の質向上については、小集団活動の推進、各診療科別担当看護師を配置し、患者の情報共有や手術件数増加に伴う手術対応看護師の育成に努めた。感染面においては、発熱外来患者の電話対応でのトリアージ強化、スタッフの感染対策の徹底と、診察室の環境整備を行い、院内クラスター発生予防に努めた。患者サービスについては、丁寧な声かけ、検査説明の充足、電話交換と連携し共通した対応で患者の満足度を向上できるように努めた。外来化学療法では、R5年度は371件であり、R6年度は372件でR5年度とほぼ変わらない件数であった。年々全体的に患者数は減少し、化学療法対象患者も増加無く経過している。次年度は、新規患者を積極的に受け入れることができるよう医師と連携を図りながら患者数確保に努めていきたい。スタッフ育成に関しては、院内外研修参加を計画的に行うことができ、今後は、研修の学びをスタッフがリーダーシップを図りながら実践に活かす事が出来るよう支援していきたい。

1. 平均患者数及び救急車搬入数

	1日平均外来患者数 (初診患者数再掲)	1日平均時間外患者数	月平均紹介患者数	月平均救急車搬入数 (時間外再掲)
R5年度	121.5 (8.4)	1.1	109.1	12.4 (6.3)
R6年度	117.0 (10.5)	1.0	111.1	11.3 (4.3)

2. 手術件数

R6年度は呼吸器外科86件(R5年度13件)、整形外科は8件(R5年度9件)の手術を実施した。そのうち全身麻酔は92件、局所麻酔は5件であった。

3. 外来化学療法件数

R6年度は372件、月平均31.0件(R5年度は371件、月平均30.9件)と前年度と比較しほぼ変化はなかった。

4. 内視鏡等検査件数

内視鏡は上部消化管、下部消化管、気管支鏡、胃瘻造設を行っている。気管支鏡検査のみR5年度と比較し件数が増加した。超音波検査は頸部エコー、腹部エコー、心臓エコー検査が行われており、心臓エコー検査は、手術件数の増加に伴い増加した。

II. 看護体制 (※4月1日現在)

	配置数					看護師 平均年齢
	看護師			看護助手等		
	常勤	非常勤	新人看護師 (再掲)	常勤	非常勤	
R5 年度	11	2	0	1	0	
R6 年度	10	3	0	1	0	

III. 看護の質に関する事

1. インシデント

	年間総件数	1位	2位	3位
R5年度	33	検査	薬剤、養上の世話、情報・接遇	薬剤
R6年度	29	検査	治療・処置	薬剤・その他

R6年度インシデントは、患者の情報共有ができていないことが要因として挙げられる事例が多かった。インシデントについてはカンファレンスで対策を検討し、対策の継続を図ることで再発予防に努めた。

IV. 研修・研究等

自部署の取り組みとして、予防接種や造影検査後のアナフィラキシー対応ができるよう、アレルギー症状出現時の救急対応シミュレーションを実施した。



【活動内容】

1. 看護職員能力開発プログラムに基づき、系統的な教育の企画と運営を統括する
2. 看護部教育委員会担当として教育委員会活動の運営
3. 看護研究の推進
4. 副看護師長会議・研究会
5. 臨床実習指導体制の充実
6. 院内外の研修・学会への参加の推進・支援
7. 看護部企画院外向け研修企画
8. 人材確保プロジェクト会議
9. 全職員対象研修企画運営
10. 看護師の特定行為研修修了者へのサポート及び看護師の特定行為研修運営

【令和6年度の主な活動実績】

月	イベント	活動内容
4月	・新採用者OR ・各コース年間計画立案 ・病棟ラウンド ・Off-JT企画・運営 ①人材確保プロジェクト会議 ②看護師長会議 ③副看護師長会議・研究会 ④看護教育委員会 ⑤看護師長研究会 ⑥看護師の特定行為研修管理委員会・検討委員会	講義・演習担当 看護の質向上のための学習会（呼吸管理コース、 児童精神看護、がん薬物療法看護）企画立案 院内外講師へ講師依頼文書作成、配布 新人看護師OJT状況確認・指導者支援 看護師長会議以外については担当者支援 特定行為研修指定機関変更届作成・提出 年次報告書作成・提出
5月	・病棟ラウンド ・①～⑥定例会議 ・Off-JT企画・運営 ・全体研修：人工呼吸器管理（5/31）	新人看護師OJT状況確認・指導者支援 会議担当者支援 人材確保プロジェクト活動支援 研修企画・運営 各ラダー、専門コース研修の進捗状況確認 人工呼吸器管理研修企画内容調整 児童精神看護研修企画内容確認 第1回特定行為管理委員会開催（5/24） 2024年度特定行為研修受講者選考試験準備
6月	・病棟ラウンド ・①～⑥定例会議 ・ふれあい看護体験準備 ・2024年度 特定行為研修受講者選考会（6/19） ・Off-JT企画・運営	各ラダー・コース研修生OJT支援・指導者支援 会議担当者支援 人材確保プロジェクト活動支援 ふれあい看護体験受け入れ準備 研修企画・運営 各ラダー、専門コース研修の進捗状況確認 第2回 特定行為研修管理委員会開催（6/28） 第1回 看護師の特定行為に関する検討委員会開催
7月	・病棟ラウンド ・①～⑥定例会議 ・Off-JT企画・運営 ・特定行為研修準備	各ラダー・コース研修生OJT支援・指導者支援 会議担当者支援 人材確保プロジェクト活動支援 研修企画・運営 各ラダー、専門コース研修の進捗状況確認 新人看護師面談（3カ月）

月	イベント	活動内容
8月	・病棟ラウンド ・Off-JT企画 ・ふれあい看護体験（8/7開催） ・2024年度特定行為研修 入講式（8/19）	各ラダー・コースOJT支援・指導者支援 研修企画・運営 9月以降の研修企画状況把握 ふれあい看護体験後看護協会への報告
9月	・病棟ラウンド ・①～⑤定例会議 ・Off-JT企画・運営 ・特定行為研修運営・受講生支援 ・令和6年度看護師の特定行為研修制度研修会（9/25）	各ラダー・コースOJT支援・指導者支援 会議担当者支援 特定恋研修：演習・評価支援 研修企画・運営
10月	・病棟ラウンド ・①～⑤定例会議 ・個別面談 宮崎県看護の就職フェア（10/27） ・Off-JT企画・運営 ・特定行為研修運営・受講生支援	各ラダー・コースOJT支援・指導者支援 会議担当者支援 レベルⅠ～Ⅲ研修生への個別指導 研修企画・運営 特定行為研修支援：演習・評価 指導医調整
11月	・病棟ラウンド ・①～⑤定例会議 ・意見交換会（各病棟開催） ・Off-JT企画・運営 ・特定行為研修運営・受講生支援	各ラダー・コースOJT支援・指導者支援 会議担当者支援 人材確保プロジェクト活動支援 研修企画・運営 特定行為研修支援：演習・評価 指導医調整 第3回特定行為研修管理委員会開催（11/15） 第2回看護師の特定行為に関する検討委員会開催
12月	・病棟ラウンド ・①～⑤定例会議 ・特定行為研修管理委員会 ・就職説明会参加 宮崎県立看護大学（12/16） NHO都城医療センター附属看護学校（12/20） ・Off-JT企画・運営 ・特定行為研修運営・受講生支援	各ラダー・コース研修生OJT支援・指導者支援 会議担当者支援 就職説明会準備 研修企画・運営 特定行為研修支援：演習・評価 指導医調整
1月	・病棟ラウンド ・①～⑤定例会議 ・2025年度教育計画立案 ・Off-JT企画・運営 ・特定行為研修運営・受講生支援	各ラダー・コース研修生OJT支援・指導者支援 会議担当者支援 人材確保プロジェクト活動支援 2025年度教育計画案検討・修正 研修企画・運営 特定行為研修支援：OSCE調整・実習調整
2月	・病棟ラウンド ・①～⑤定例会議 ・就職説明会準備 ・Off-JT企画・運営（まとめ） ・次年度教育計画立案 ・認定審査会・レベル修了判定 ・特定行為研修運営・受講生支援	各ラダー・コース研修生OJT支援・指導者支援 会議担当者支援 人材確保プロジェクト活動支援 研修企画・運営 2024年度教育実績評価と2025年度教育計画立案 認定審査会開催・レベル修了判定 就職説明会参加 特定行為研修支援：病棟実習調整 第4回特定行為研修管理委員会開催（2/21） 第3回看護師の特定行為に関する検討委員会開催
3月	・病棟ラウンド ・①～⑤定例会議 ・就職説明会 NHO九州グループ開催（3/15福岡） ・Off-JT企画・運営（まとめ） ・認定審査会・レベル修了判定 ・2025年度教育計画立案 ・特定行為研修 修了式（3/7） ・2024年度特定行為研修修了者登録・報告	会議担当者支援 認定審査会開催・レベル修了判定 2025年度新採用者OR企画 研修企画・実施 2025年度教育計画冊子作成 新人看護師面談（12カ月） 特定行為研修指定機関変更届作成（様式2） 年次報告書作成準備（様式4） 特定行為研修修了者登録届出書（様式7）

【目標評価と課題】

教育担当者の目標は、以下の3点である。

1. 看護職員能力開発プログラムVer.2に基づいた、宮崎東病院の教育計画に則り、キャリアラダー別コースの教育実践および全体統括を行うこと
2. 新人看護師のサポート体制の確立
3. 看護師の特定行為研修修了者の支援及び、看護師の特定行為研修の運営

目標1については、Off-JTとOJTの連動を図るために、研修企画を教育委員会の場で、研修生自身の振り返りをディスカッションの中で、どう引き出していくかという視点を持って検討しながら、教育委員として研修生に対し「どこまでを押さえ、今後どうしてほしいか」というねらいを明確にするようにした。このことで、研修終了後も各部署で教育委員が中心となりサポートナース、バックアップナースが意図的に研修生へ関わるができるようになってきていると評価している。また、病棟での研修生の活動状況や、集合教育後の変化を教育委員同士で共有することで、教育委員の指導力の向上につながったと評価する。

目標2については、新人看護師のサポート体制として、「未来予想図」の書式を用いて、どのような看護師に育ってほしいかをプリセプターを中心としたコアチームで話し合いを行った。また、プリセプターが行っている指導場面の振り返りの支援にサポートナースとバックアップナースにも参加してもらった。プリセプターの関わりを身近な先輩から承認を得ることで、プリセプターの自信に繋がり、悩んだことや、困難と感じたことに対してはアドバイスをもらいながら後輩支援に主体的に取り組むことができていた。新人看護師の看護観の発表を病棟で行った際、スタッフからの承認の言葉かけや、一緒に学び成長していきましょうという声が多かった。PPPSB体制が目的としている「ともに学び、みんなで育てる」という言葉が、形になってきていると評価している。教育パスの活用を促しつつ、新人個々のレディネスに合わせた支援ができるように、運用していきたい。

目標3については、令和5年度特定行為研修修了者の院内トレーニング調整を行いながら、令和6年度特定行為研修の運営を行った。今年度は院内の受講者1名のみ受講となった。また、久留米大学認定看護師課程の協力施設として、院内の受講者1名の実習受け入れを行った。今年度の受講者を含め、特定看護師が7名在籍となる。修了者のフォローアップ研修も視野に入れ、互いに研鑽を重ねながら特定看護師が活躍できるように支援体制を整えていきたい。宮崎県の要請で、特定行為研修周知研修会において当院での研修体制作りや特定行為の実際について講演を行った。協力体制をとりながら、宮崎県の特定行為研修推進の一翼を担い、地域の医療の質向上に寄与できるよう、研修修了者と共に努めていく。



認定・専従看護師

■認定看護師状況：3分野7名

分野名	資格取得人数	職員名
感染管理認定看護師	4	濱地 浩子・大浦 恵・上野 亜光・ 末吉 愛美
がん化学療法看護/がん薬物療法看護	2	村上 純子・外村 紗穂
呼吸器疾患看護認定看護師	1	河野 裕行

■感染管理

濱地 浩子 大浦 恵 上野 亜光 末吉 愛美

【役割】

院内の感染のリスクを低減するために、医療関連感染の発生の監視、感染予防と対応、職業感染対策、職員への感染対策教育、ファシリティマネジメント等の感染管理システムの構築を行い実践する。患者や家族、医療従事者等、病院に関わるすべての人達に対し感染から守り、安全な環境を提供できるようマネジメントを行う。

【実践報告】

<実践>

1. 合同カンファレンスの開催

加算2取得の医療機関（1施設）と加算3取得の医療機関（2施設）、外来感染対策向上加算取得の医療機関（9施設）、保健所とともに院内感染対策に関する合同カンファレンスを計4回実施した。感染症発生状況や抗菌薬使用状況、日頃の感染対策について意見交換を行った。

2. 感染対策向上加算に基づく相互ラウンドの実施

加算1取得の南九州病院・宮崎県立日南病院と連携し、それぞれ評価と受審を行った。

3. 指導強化加算に基づく医療機関訪問

加算2取得の医療機関（1施設）、加算3取得の医療機関（2施設）、外来加算取得の医療機関（1施設）計4施設を訪問し、感染症対策についての意見交換や助言を行った。

4. マニュアルの作成・改訂

新規作成：疾患別等対策マニュアル「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）」

改訂：カテーテル関連血流感染予防と管理

感染リンクナース委員会規程

麻しん

麻疹が疑われる患者の対応フローチャート

就業禁止として取り扱う感染症

院内における医療廃棄物の分別一覧表（一般廃棄物を含む）

<指導>

年間総指導件数：244件

指導内容は、感染防止技術に関する指導が最も多く、主に新型コロナウイルス感染症や薬剤耐性菌などの感染症患者の感染対策について指導を行った。次いで、個人防護具の適正使用や着脱方法、感染症患者対応におけるゾーニング、手指衛生のタイミングについて指導を行った。

[院内研修]

- ・新採用者オリエンテーション「院内感染と標準予防策」、「血液汚染事故時の対応と針刺し事故防止対策」：令和6年4月3日、4日
- ・感染管理コース「ファースト・セカンド」：令和6年5月17日～令和7年2月21日
- ・感染対策研修「感染対策の基本 標準予防策について」：令和6年6月

[院外研修・講義]

- ・出張講座 まほろば福社会「感染症対策」：令和6年5月24日
- ・日南学園法人日南看護専門学校「感染状態にある患者の看護」：令和6年7月2日、18日
- ・独立行政法人国立病院機構都城医療センター付属看護学校「感染症・結核である成人の看護」：令和6年9月3日
- ・日南学園高等学校田野看護専攻科「感染症と看護」：令和6年9月27日、10月4日
- ・日向保健所「介護職員などに向けた結核対策研修会」：令和6年11月5日
- ・都城保健所「介護職員などに向けた結核対策研修会」：令和7年3月3日

<相談>

年間相談件数：296件

看護部・診療部・事務部・コメディカルなど、各部門より相談を受けている。相談として最も多かった内容は、感染防止技術や職員の感染症発生時および同居家族が感染症に罹患した際の対応についてであった。また、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症の流行により高齢者施設からの入院患者が増加した。それに伴い、薬剤耐性菌検出患者の感染対策についての相談も多くみられた。

院外からは、県内施設の感染管理担当者や県内外の機構病院の感染管理認定看護師から、感染管理について相談を受けている。

<学会>

特記事項なし

■がん薬物療法看護認定看護師

外村 紗穂 村上 純子

【役割】

がん薬物療法を受ける患者が、安全・確実・安楽に安心して治療を受けながら、QOLを維持するために個別的かつ包括的なアセスメントと専門性の高い看護を実践する。がん薬物療法看護の指導及び学習機会を設け、がん薬物療法看護の質向上に貢献できるよう活動する。院外についても県内のがん化学療法看護認定看護師会として地域の看護師向けへの研修及び情報提供を行う。

【実践報告】

<実践>

1. 2024年度 がん薬物療法実施件数560（外来：343件、入院：217件）
2. がん薬物療法 内服レジメンの登録検討
3. IC同席
4. がん患者指導管理に係る患者指導

<指導>

- ・レジメンの勉強会開催
- ・新規採用薬 病棟学習会（エンハーツ）

[院内研修]

- ・がん薬物療法看護育成コース：令和6年5月20日～令和7年3月19日（3名受講）

<相談>

がん薬物療法を受ける患者・家族から副作用についての相談及び、今後の治療方針の意思決定や療養先などについての相談を受け、他職種と連携して患者が安心して以後の治療を継続できるよう支援した。また、スタッフからの相談依頼については、スタッフ自身の問題解決能力を引き出す事ができるよう、コンサルティーへの介入を行った。患者から相談の多かった内容としては、脱毛・スキンケア等の外観の変化や、スタッフからの相談内容としては、曝露対策の方法・手技について新規採用薬剤に関する相談、投与管理方法の内容（機材選択、CVポート関連）、経口抗がん剤服用患者の退院指導などが多かった。

<学会発表>

- ・特記事項なし

■呼吸器疾患看護認定看護師

河野 裕行

【役割】

- 1) 呼吸障害を抱える患者やその家族へ、呼吸症状のモニタリングと評価、重症化予防を提案し、療養生活行動を支援する。
- 2) 呼吸障害を抱える患者のケアに関する最新の知識を持ち、看護職員等に対する教育、指導を行う。
- 3) 呼吸障害を抱える患者やその家族のケアに関して、看護職員等に対し相談対応及び症状緩和のマネジメント支援を行う。
- 4) 呼吸障害を抱える患者が安心して療養できる環境を、他職種と協働して整える。

【実践報告】

<実践>

1. 在宅療養に向けた患者指導
在宅酸素療法 7件、非侵襲的陽圧換気 1件
2. 人工呼吸器ラウンド
2階病棟、3階病棟、4階病棟、5階病棟：196件

<指導>

[院内研修]

- ・宮崎県看護協会 災害支援ナース登録者対象研修（感染症看護） 令和6年10月11日

[院内研修]

- ・レベルⅠコース研修 令和6年4月11日、4月25日
- ・専門コース 呼吸管理 令和6年5月15日、9月4日

[病棟勉強会]

- ・人工呼吸器を装着した患者の加温・加湿 令和6年9月30～10月31日（3階病棟）

- ・気管カニューレを挿入した患者の看護 令和6年11月28日（5階病棟）
- ・NPPVの取り扱い 令和7年1月30日（2階病棟）

<相談>

昨年と同様に看護師からは病棟で使用する酸素デバイスの取扱いに関するものが多く、酸素投与中の評価を一緒に行うなど実践に即した対応を行い支援した。患者・家族からは在宅療養に向けたセルフマネジメントの内容が多く、自宅等での生活状況を伺い患者の状況に合わせた提案を行った。

<学会>

特記事項なし



特定看護師

■特定看護師状況：5名

特定行為区分	人数	職員名	実践内容
在宅慢性期領域パッケージ - 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 - ろう孔管理関連：胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 - 創傷管理関連：褥（じょく）瘡（そう）又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 - 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連：脱水症状に対する輸液による補正 感染に係る薬剤投与関連 血糖に係る薬剤投与関連	1	村上 純子	院内の気管カニューレ交換、胃瘻チューブ交換の他、ASTカンファレンス参加、褥瘡マニュアル作成、慢性創傷患者の退院指導等を実施。 また、特定行為研修修了生の院内トレーニング及び、指定研修期間としての特定行為研修演習支援を実施。
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	3	外村 紗穂 岡田 郁恵 首藤 淳一郎	院内の気管カニューレ交換を主軸に活動。
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 - 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 - 脱水症に対する輸液による補正 呼吸器（人工呼吸器に係るもの）関連 - 侵襲的陽圧換気の設定の変更 - 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 - 人工呼吸器管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 - 人工呼吸器からの離脱 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	1	河野 裕行	院内の気管カニューレ交換、人工呼吸器ラウンドを主な活動とした。また、医師と共同し人工呼吸器からの離脱の評価を1件実施。 看護師特定行為研修指導者講習会を修了し、特定行為研修演習支援を8月～12月まで行った。

【実践報告】

1. 特定行為実施件数（R6.4.1～R7.3.14現在）

特定行為区分	村上	河野	外村	首藤	岡田	実習生	合計
気管カニューレの交換実施	68	23	4	35	53	6	188
胃瘻チューブ交換実施	132						132

2. 算定件数

- 終末呼気炭酸ガス濃度測定（1日1回：100点）：153件（15300点）



【目 的】 看護師長が看護業務や看護教育に対して研究し、質の高い看護が提供できる。

【目 標】 日々の業務での困難事例を通して、自身の具体的な態度や方法についてリフレクションし、看護管理者としてのマネジメント能力向上に繋げる。

月	内 容	月	内 容
4月	年間計画について説明する 現状把握GW	10月	事例のリフレクションGW
		11月	事例分析
5月	CREAT評価 結果の共有 事例のリフレクションGW	12月	CREATE評価（2回目の自己評価）実施 評価結果の分析活動内容 まとめ
6月	事例のリフレクションGW	1月	分析からどのような効果が見えたか考 察・まとめ
7月	事例のリフレクションGW	2月	今年度の評価
9月	中間評価	3月	次年度の課題

【評 価】

・今年度自分たちが日々の業務を行う中で、もやもやした事例を通して、自身の具体的な態度や方法についてリフレクションし、看護管理者として何が不足しているのかについて考えた。まずは、どのような場面でもやもやしたのか振り返る事で自分がどのような思いになっていたのか検討した結果、主に「自分の価値観（常識）で物事を判断し、こうあるべきという価値観で判断していた時」や相手の言動が「期待していた反応と違う時」等が挙げられた。また、相手の言動を「なんで?」「こんなことで?」と自分の考えにとらわれ、自分に余裕のない時にもやもやする傾向がある事も原因と考えられた。このもやもやした時に感じた思いを言語化し、整理していくと、117個のコードが抽出され、自分と他人の2グループに分けることができた。中カテゴリー・大カテゴリーに分類した結果、自分にむけたコードからは17個の中カテゴリーと6個の大カテゴリー、他人にむけたコードからは29個の中カテゴリーと16個の大カテゴリーに分類することができた。

また、この時の思いから自分たちに何が不足しているのかCREATEの項目に沿って振り返ると、該当する項目は【人材育成能力】と【自己開発能力】に多いことが分かった。

具体的行動や気持ちの変化としては「就業規則を改めて見返しコミュニケーションに努めた。相手の気持ちになって発言し一緒に頑張っていこうという気持ちで接した」「感情的にならないようにアンガーマネジメントを行った。」「人を変えることは難しいことも再認識し、まずは意識を自分に向ける、自分に何が足りなかったのかを振り返るという内省を繰り返すようにした」「まわりに振り回されないように、自分の軸をもつようになった。」「コミュニケーションをとるのが苦手だが、それを克服していかなければならないと考えるようになった」など、〔管理職としてのスタッフ指導の困難感〕を感じながらも、〔スタッフの個別性・特性などを理解した関わり方〕の必要性を感じ、〔管理職としてスタッフを育成するためのコミュニケーション能力〕を身につける努力をする姿勢が見受けられた。少しずつ行動変容してきてはいるが、実践に繋げるには、〔管理職としてのスタッフ指導の困難感〕や〔現状分析と問題解決能力が不足していることによる困難感〕を感じている。

今回、CREATEの評価表を用いて、5月に1回目、12月に2回目の自己評価を行った。数値だけで判断すると、1回目よりも2回目の評価が上昇したと評価する師長が多かったが、今回の取り組みでCREATE

の項目の解釈を行い、自分自身の解釈になっていたり、評価基準の甘さに気付いたり、単純に数値で能力向上できたかは判断できないのでは無いかと考察する。しかし、今回、自分のどこが不足していたのか内省を繰り返す中で、CREATEのどの項目を向上させる必要があるのか自身の強みや弱みを明確にすることに繋がった。今後の課題としては、〔管理職としてオープンマインドでスタッフと向き合う〕こと、〔スタッフの個別性・特性などを理解した関わり方〕〔管理者としてぶれない判断軸を持つことが必要〕であると考え。今年度の取り組みを通して、自分に何が不足しているのか漠然とした不安が、自身に矢印を向け内省を繰り返すことで、各自が具体的な課題を明確化できたことで、管理能力向上のための実践に繋げる糸口にはなったと評価する。



副看護師長研究会

【目 的】 1. 副看護師長としての管理能力を養い、円滑な病院運営に向けて看護師長を補佐することができる

2. 自部署の特徴や機能（診療/看護）を強化するための人材育成や業務改善を看護師長と共に行い、質の高い看護が提供できる

【目 標】 1. 管理的視点で自部署の課題に対して、看護師長と連携しながらスタッフの人材育成（OJT強化）や業務改善に取り組み、コッターの変革理論を用いて成果を発表できる

2. 1. を通して副看護師長としての役割を振り返り、看護管理者に求められる5つの能力を高め、自己の成長につなげることができる

【活動実績】

月	内 容	月	内 容
4 月	活動内容の検討	11月	取り組み内容と進捗状況の中間評価
5 月	各部署SWOT分析の進捗状況報告	12月	経験学習ガイドブックについてグループワーク
6 月	各部署SWOT分析結果を元に、計画発表	1 月	活動時間
7 月	講義「経験学習ガイドブック（著：倉岡有美子）」	2 月	各部署看護組織理論を用いて取り組み結果を発表
9 月	各部署取り組み内容と進捗状況の報告	3 月	令和6年度活動結果報告 令和7年度活動計画の検討
10月	取り組み内容と進捗状況の中間評価		

【最終評価】

【目標1：管理的視点で自部署の課題に対して、看護師長と連携しながらスタッフの人材育成（OJT強化）や業務改善に取り組み、コッターの変革理論を用いて成果を発表できる】

各部署の看護師長と共にSWOTの結果から各部署の問題点を共有し、取り組みを行った。9月のグループワークでは、看護師長の目指している病棟運営についてや、日頃の看護師長との情報共有のあり方のリフレクションを行い、年度後期に取り組んだ。

コッターの変革理論を用いて組織変革をする上で、影響力が強いスタッフに脅威や挫折を感じながらも、スタッフ個々の能力や、キーマンとなる促進力を持つスタッフを活用して行くことを学んだ。また、看護師長と共に戦略を立て、根回ししながら病棟全体を巻き込み、心理面を含めて「どうだったら実践できるか？」を計画の段階からスタッフと共に検討し、変革を推進していく必要があることを、ディスカッションを通して意見交換できた。

また、状況変化（3階病棟集約後の患者層の変化、急激な患者の増加、それに伴うスタッフの動揺など）に応じた柔軟な対応を図りながら、看護師長と共に先を見越し、俯瞰して全体を見て、スタッフとコミュニケーションを測る重要性を学んだ。

年間のまとめにおいては、コッターの変革理論を使って発表を行ったが、各部署、到達段階にバラツキが見られる結果となった。しかし、副看護師長としての気づきや学びでは、「準備性」や「看護師長とのすり合わせ」「促進力になるスタッフの巻き込み」「スタッフとの対話の必要性」「要因分析」などのキーワードが抽出され、各部署1年間を通して学んで来たことを言語化でき、発表の中に盛り込まれていたと

評価する。

次年度は、「人材育成と業務改善」という抽象度の高い取り組みから、全部署が一つの目標へ向かって取り組みができるよう、具体的な目標を掲げ、副看護師長研究会で取り組みをしていきたいと考える。

【目標2：1.を通して副看護師長としての役割を振り返り、看護管理者に求められる5つの能力を高め、自己の成長につなげることができる】

自部署の課題に対してコッターの変革理論を用いた取り組みを行い、年2回、各自が経験学習ガイドブックを用いて振り返り、12月の研究会においては、「影響力の強いスタッフへの関わり方」のテーマをもとに、グループディスカッションを行った。

スタッフの多様性を踏まえた上で自己のメンタルマネジメントもしながら、自己の役割発揮に努めることを学んだ。

看護管理者能力開発プログラムCREATEでは、前期・後期で自己評価を行うことで、自己の課題が明確になったと考える。今後も、病棟課題に取り組む事で、副看護師長としての役割を振り返り、看護管理者に求められる5つの能力を高め、自己の成長につなげていきたい。

【各部署の業務改善内容】

1 階病棟	患者を多角的にアセスメントし、児童精神科の専門性がもつ看護ができる人材を育成する
2 階病棟	プリセプターが看護の経験を意図的に指導に生かせるための体制整備を図る
3 階病棟	定期的なカンファレンスを実施し、看護ケアに活かすことができる（退院調整に向けた意思決定支援を行うことができる）
4 階病棟	カンファレンスで情報を共有し、個別ケアの充実を図り、看護・介護の質向上のための業務改善を行う
5 階病棟	コアメンバーを中心に電子カルテシステムを活用し、入院時間の減少、入院受け入れに対する負担感の軽減図り、経営意識を上げる



看護教育委員会

【目 的】 看護部の教育理念及び看護職員能力開発プログラムに基づき、効果的な教育計画を企画・実施・評価しながら、人材育成に努める

【目 標】 1. OJT支援を可視化し振り返り、指導場面の承認・共有をすることで、サポートナースバックアップナースの指導力向上を図る
2. PPPSB体制を担う各々が役割を意識して、部署全体で新人育成ができる
3. 各研修の学習者の進捗状況を把握し各看護単位で情報共有しながら、必要な指導を行う。
また、委員会で活動状況を報告し必要時検討できる

【委 員】 顧問：小林典子副看護部長

専従教育担当看護師長：今井寛子 教育委員長：原村潤子看護師長

副委員長：濱地浩子 中武遙

委員： 1 階病棟：岩田真理子 2 階病棟：福島真子 3 階病棟：高橋南吏

4 階病棟：松田沙織 5 階病棟：瀬戸口稀咲 外 来：平湯美佳

【活動実績】

月	活動内容	月	活動内容
4	令和6年度教育委員の紹介・年間活動計画の説明 令和6年度教育プログラムの提示・確認 3月実施研修の評価 4月・5月教育計画の企画検討 各コースの企画担当者の決定 教育委員会の運用について	10	9月実施研修の評価 10月・11月教育計画の企画検討 各病棟の学習者の状況及びOJT支援状況報告 企画担当者の中間評価をもとに課題共有 教育指導者育成コース②
5	4月実施研修の評価 5月・6月教育計画の企画検討 各部署における学習者の状況把握 PPPSB体制に関するスタッフの活動状況及び問題点の検討（目指す看護師像の話合い） 希望図書について 教育指導者育成コース①	11	10月実施研修の評価 11月・12月教育計画の企画検討 各病棟の学習者の状況及びOJT支援状況報告 新人教育年間計画（教育パス）活用状況報告
6	5月実施研修の評価 6月・7月教育計画の企画検討 各病棟の学習者の状況及びOJT支援状況報告 指導場面の振り返り	12	11月実施研修の評価 12月・1月教育計画の企画検討 各病棟の学習者の状況及びOJT支援状況報告 指導場面の振り返り
7	6月実施研修の評価 8月・9月教育計画の企画検討 各病棟の学習者の状況及びOJT支援状況報告 新人教育パスの活用状況	1	12月実施研修の評価 1月・2月教育計画の企画検討 各病棟の学習者の状況及びOJT支援状況報告 新人教育年間計画（教育パス）問題点の検討
8	【OJT】 教育研修の実施、評価 OJT支援計画の実施、評価	2	1月実施研修の評価 各病棟の学習者の状況及びOJT支援状況報告 2月・3月教育計画の企画検討 PPPSB役割チェック 令和6年度委員会活動評価・各研修最終評価
9	7月・8月実施研修の評価 9月・10月教育計画の企画検討 各病棟の学習者の状況及びOJT支援状況報告 指導場面の振り返り	3	2月実施研修の評価 PPPSB体制評価と課題 令和7年度ラダー別、専門コース別年間計画内容確認

1. 目標評価

目標1. OJT支援を可視化し振り返り、指導場面の承認・共有をすることで、サポートナースバックアップナースの指導力向上を図る

目標2. PPPSB体制を担う各々が役割を意識して、部署全体で新人育成ができる

レベルⅣ研修課題として、1事例/2ヶ月の指導場面の振り返りの提出を促した。指導場面の見える化により、意図的な指導や指導方法の評価につながった。指導場面に基に、教育委員会で意見交換することで、指導方法の振り返りができ、かつ、教育委員としてよりセプターナースの支援について検討する機会となった。指導場面の振り返りのコメント欄記載を部署内の共有フォルダを活用して記載する方法にしたことで、タイムリーに情報共有が行えた。また、プリセプターの指導内容が具体的に見え、指導に協力しているというモチベーションアップに繋がったと評価している。また、サポートナース、バックアップナース、教育委員、副看護師長、看護師長のコメント欄記載から承認の言葉や、指導の視点が共有できたことで、プリセプターの学びの視点が広がり、病棟全体で新人教育に取り組み、自部署の指導力の向上を実感できたのではないかと評価する。

PPPSB役割チェックを自己評価と教育委員による他者評価の視点もいれて実施した。「いつもできている」「できている」の割合が自己評価は低く、他者評価では高く結果に乖離が見られた。サポートナース・バックアップナースそれぞれが、役割意識をもって取り組んだこと結果、「もう少し何かできたのではないか」という思いからではないかと推測する。病棟間で結果に変化があった。新人教育に関する計画的・意図的な支援体制のあり方を、教育委員会の中で深めながら、指導者が充足感を持ってない状況を充足に転じられる様に、OJTで役割発揮ができるようにしていきたい。

目標3. 各研修の学習者の進捗状況を把握し各看護単位で情報共有しながら、必要な指導を行う。

また、委員会で活動状況を報告し必要時検討できる

毎月、委員会の中で各部署における学習者の状況把握・支援検討を行ったことで、各研修生の進捗状況や課題が見えたと考える。今年度は特に、各研修の企画検討を委員会の場で深掘りし、研修のねらいの考え方や、研修内のディスカッションの進め方等を委員間で語り合う時間を設けた。その結果、off-JT時の教育委員としての臨み方、準備性に関して学ぶ機会となり、OJT支援の大切さが理解できた行動に繋がったと評価している。教育委員や支援者が研修生にどのように関わり、研修生の学びの様子を確認する様子や、研修参加への動機づけができるようになっている。今後も、研修生の進捗状況の把握が教育委員と共有でき、病棟での支援者の要として共に活動できるように育成していきたい。

2. 各コースの評価

全コースのOff-JT各回での目標は達成できた。各研修の企画検討の中で、研修生のレディネスの把握や到達目標の内容を確認し、ねらいを明確にすることで、企画内容の変更や追加を行い、研修生の学びを深める研修運営ができるように努めた。研修生のレディネスから、研修のねらいを再検討し、レポートの中で表現させきれなかった内容に関しては、研修時に言語化できるように促す等の工夫を行った。OJTの支援体制は整ってきたと評価している。学習者としての学びに対する自主性、自身の役割を意識した行動ができるように、管理者間での情報共有を密にして人材育成に取り組んでいきたい。

3. 次年度へ向けた課題

- 1) OJT支援を可視化し振り返ることで、さらなる指導力の向上を図る
- 2) 全スタッフのPPPSBによる役割意識を強化し、効果的な指導ができる
- 3) 研修生の進捗状況の把握ができ、必要な支援方法について各部署で情報共有し、研修生に応じた支援ができることで、全ての研修生が研修目標に到達できる



キャリアラダー研修：レベルⅠ

看護実践に必要な基本的能力を習得する

【対 象】 おおむね卒後1年目の看護師：11名

【目 的】 専門職業人としてEBNに基づいた基礎的知識・技術を見つけ、看護実践に必要な基本的能力を習得する。

- 【目 標】
1. 専門職業人としての自覚を持ち、新しい職場環境に適応できる。
 2. 看護の基本的知識・技術・態度を修得し、指導のもと安全・確実な看護実践ができる。
 3. 看護チームの一員として自覚し、協調性を持った行動をとることができる。
 4. 看護実践者として、主体的に学習する必要性を理解できる。（姿勢を身につける）
 5. 一年を通して自己の看護観をまとめることができる。

【研修実績】

実施日	研修内容	実施日	研修内容
4月	・新採用者オリエンテーション ・基礎看護技術（排泄・食事援助、採血、与薬、酸素・循環を整える技術）	10月	多重課題
5月	「ストレスマネジメント」	11月	IVナース 知識・技術習得
6月	「夜勤の心構え」	1月	IVナース 技術試験、CVポート
9月	看護協会主催看護倫理	3月	1年の振り返りと今後の課題

【評 価】

目標1「専門職業人としての自覚を持ち、新しい職場環境に適応できる」

前半は慣れることに必死な状況であったが、現在は優先順位を考え業務を行う事ができている。夜勤開始後も体調を崩すことなく夜勤業務を行う事ができ、全員出勤できている。1年を通して徐々に、看護師としての自覚、責任を持つことが確立できている。

目標2「看護の基本的知識・技術・態度を修得し、指導のもと安全・確実な看護実践ができる」

新人看護師教育パスを使用し、技術の修得が計画的に行えた。業務になれてきた頃にはインシデントも発生したが、タイムリーに先輩看護師と振り返りを行うことができた。多重課題の優先順位のつけ方や安全性に配慮した業務遂行を意識することができていた。ivレベルⅡでは静脈ルート確保の知識、技術習得を行った。しかし、研修受講前に病棟で静脈ルート確保を実施している現状もあるため、技術習得と研修の時期について今後検討・評価していきたい。

目標3「看護チームの一員として自覚し、協調性を持った行動をとることができる」

報告・連絡・相談については、新人看護師から声をかけることができるようになった。今後はカンファレンス等での情報共有の場で情報発信を行っていけるよう支援が必要である。

目標4「看護実践者として、主体的に学習する必要性を理解できる。（姿勢を身につける）」

フィジカルアセスメントの課題は、1人の患者を深める方法とした。しかし、実践では日々の看護や記録に反映してできていないことがあったため、引き続きアセスメントや日々の学習、指導が必要である。技術や処置についてはマニュアルと先輩看護師に確認することができていた。

目標5「一年を通して自己の看護観をまとめることができる」

1年間の振り返りを各病棟で発表したことで、部署の先輩から助言を受けることができ、先輩看護師も看護を振り返る良い機会になった。

【次年度に向けての課題】

ivレベルⅡの技術定着と時期の検討、新人看護師教育パスの定着と周知、PPPSBの強化、フィジカルアセスメント課題の検討



キャリアラダー研修：レベルⅡ

【対 象】 レベルⅠ修了者、または自己申請後面談により決定した者 8名

【目 的】 1. 看護実践者としての基本的能力を基盤にして、対象の状況に応じた看護実践ができる能力を養う

2. 物品管理を行い、病棟の問題解決を図る

【目 標】 1. 看護過程の展開を学び、患者の全体像を把握する視点を身につける

2. 受け持ち患者のニーズについて考えることができる

3. 受け持ち患者のニーズに基づいたケアリングができる

4. 受け持ち患者の倫理上のジレンマについて考えることができる

5. 自分の行った看護を客観的に評価できる

6. 事例展開を行い発表することができる

7. 医療消耗品・医療機器の管理において自部署の問題にたいし解決策を見出すことができる

【研修実績】

実施日	研修内容
7月	13領域のアセスメントについて
10月	アサーティブコミュニケーションについて
2月	事例発表

【評 価】

目標1について

各研修生の受け持ち患者の13領域にそったアセスメントを振り返ることができていた。研修前は情報とアセスメントの混在や、検査データ等の客観的数値を元にしたアセスメントの不足や患者・家族の気持ちに対する情報の不足がみられたが、講義やグループワークを通して気付くことができた。

目標2・3について

意見交換をする中で、患者のニーズについて考え、必要なケアに気付くことができていた。また、病棟での患者カンファレンスの中で、他のスタッフや他職種からの助言をもらいながらケアについて検討し実践することができていた。

目標4について

アサーティブコミュニケーションの研修では、自分も相手も大切にしたい自己表現をすることで患者やスタッフとの関係性を円滑にし、より質の高い看護を提供できることの必要性を言語化することができた。講義を通して自己のコミュニケーション傾向や苦手とする部分を明確にすることができた。

目標5・6について

全員文献を用いて客観的な視点から論文作成を行い発表した。受け持ち患者への個別性を踏まえた看護介入や、他スタッフや他職種連携についての関わりが見えづらかったが、発表後の意見交換で、実際は他スタッフの協力を得ることもできていたことがわかった。その上で、患者を総合的に理解するための病態生理の理解、必要な検査データの確認、医師や認定看護師などの人的資源活用などについて触れ、受け持ち看護師としての役割について言語化することができた。

目標7について

物品管理については、年間計画をたて取り組み、問題の把握や解決策を見いだすことはできていた。目標に達しなかった研修生もいたため、もう少し短い間隔で進捗状況の把握を行う必要があった。

【次年度の課題】

研修生のレディネスに応じた課題、講義内容の検討、OJT支援の具体的な検討と各部署支援者との情報共有



キャリアラダー研修：レベルⅢ

【対 象】 レベルⅡ修了者、自己申請後面談により決定した者 4名

【目 的】 1. 個別性を重視した看護実践ができる能力を養う
2. 主体的な看護チームの一員としての役割遂行能力を養う

【目 標】 1. ケーススタディを行い、自己の抱える看護上の課題を明確にできる
2. 看護理論やエビデンスを元に自己の看護を客観的に振り返り、今後の看護の質向上に活用できる
3. プリプリナースとしての役割を理解し、後輩指導ができる
4. 自部署の係をとおして、リーダーの役割がイメージできる

【研修実績】

実施日	研修内容	実施日	研修内容
5月	講義：「メンバーシップ」、「ケーススタディの進め方」	9月	講義：「意思決定支援における看護師の役割」
7～8月	地域医療連携室研修への参加	1月	発表「ケーススタディ」受け持ち看護の振り返り

【評 価】

目標 1

研修生は、レベルⅡ研修の看護過程の展開で、情報とアセスメントが混在する傾向があり、他者（他職種・先輩）を巻き込むことがあまりできていなかったこと、早期から退院時のこと考えて看護を行えていなかったことが課題であった。そのため、レベルⅢ研修の取り組み開始後に意思決定支援にも携わり、患者の退院前の心の変化、家族の不安、患者の思い通りにいかない葛藤などに直面し、自分が受け持ち看護師として主体的に行動しなければならない意識が芽生えていた。最終レポートでは、自分が行ったはずの情報収集の内容、アセスメント、看護計画立案、実施・評価を十分に文章化できていなかったが、具体的に自分のなかで患者・家族をどう捉えていたかを質問すると自分の得た具体的な情報は答える事ができた。

目標 2

ケーススタディのまとめは、実践した看護を「看護理論やエビデンスを元に振り返る」ことに困難さを感じており、理論を入れ込むことばかりに意識がいき、事例に合わない理論を使っている研修生もあり、事例自体の振り返りがレポート上では表現できていなかった。しかし、上司や先輩からの助言や研修を受けて今後の看護の質向上に必要な自身が行うべき行動は発言として聞かれている。

目標 3

研修で、新人に対してプリプリナースとしてどう関わっていくかを考えさせ、その後の後輩支援の進捗状況を確認した。その中で、新人が未経験の処置を行うときには、自ら積極的に声かけを行うなどの配慮が見られていた。また、自信のないことは一緒に学ぶことで、自らの知識向上にもつながっていた。

目標 4

研修生は、リーダー業務を行いはじめたところである。OJTでメンバーシップを図りつつリーダー役割を修得できることをねらっていたが、ケーススタディから、人を巻き込むことや自分が主となって意見を述べメンバーを動かすことに困難感が強かった。

【今後の課題】

今回の研修では退院や外泊への支援を含めて地域連携室や他部門との連携の必要性、病棟スタッフを巻き込んだ看護の提供の実際を知ることができた。しかし、リアルタイムで行っている事が他看護師にうまく伝わらず、ぼんやりとした計画で具体化されていなかった。自分でもどうしたらよいか分からないといった状況が見られたため、受け持ち患者のできている点や困っている点などを自己で明確にさせると共に、看護計画やカンファレンス等で発信できるようOJTで積極的に関わり、看護の質の向上に繋げる必要がある。



キャリアラダー研修：レベルⅣ

【対 象】 レベルⅢ対象研修修了者、または自己申請後面談により決定した者 4名

【目 的】 プリセプターとしての必要な指導能力を養う

- 【目 標】
1. プリセプターの役割について理解できる
 2. 指導計画の立案方法が理解できる
 3. プリセプティの特性を理解し、指導計画を立案することができる
 4. 新人看護師教育に関する問題解決に向けた取り組みができる
 5. 問題解決における思考過程を学び、リーダーシップをとることができる
 6. 指導における自己の傾向を知り、評価することができる

【研修実績】

月	内容
3月	【講義】 ①指導計画基礎：構成要素と立案方法を理解する ②指導実践に必要なコーチング技法・リーダーシップについて理解する ③1、2年目看護師OJT支援について：プリセプティの個性に合わせた指導計画の立案方法を理解する 【グループワーク】 ①今の時点で思うプリセプターの役割とは何か共有 ②どんな看護師を育てたいのか ③スタッフへの働きかけ方
5月	【グループワーク】 ①指導場面の取り組み、成果、指導上の悩みや不安の共有 ②リーダーシップ発揮についての今後の関わり
9月	【講義】 PDCAサイクルにおける、現状把握・原因分析の必要性 リーダーシップについて 【グループワーク】 目標達成に向けリーダーシップをとる上での自身の課題
1月	【発表】 プリセプターとしてのリーダーシップ問題解決のための取り組み 【グループワーク】 自身の考えるリーダーシップについてと今後の課題

【評 価】

目標1～3：

3月から研修開始することで4月入職時よりプリセプティと関われる環境を作り、指導体制がスムーズに導入できた。立案した指導計画をもとにグループワークを通して、個性に応じた計画立案の必要性を理解することができた。また、プリセプティが夜勤業務に入ることに対し焦りや不安感もあり、この時期に「新人看護師教育年間計画」の到達目標を確認できたことで不安軽減に繋がった。研修時期が前年度より早かったため、計画書の追加・修正が早い段階でできた。

まとめではプリセプティのレディネスを理解した上で、個性に合わせた声掛けや関わりが実施できたと発表している。また、後期になるにつれ病棟の特性やプリセプティに合わせた指導計画が立案できた。

目標4～6：

Off-JTでは、自己の指導計画を振り返り、「PDCAサイクル」「プリセプターとしてのリーダーシップ」についておさえることで、自己の課題を明確にできた。また、PDCAサイクルを活用することで、問題解決のため、次は違う形でアプローチするなど実践の中での学びを共有することができた。さらにプリセプターの役割を通して自身の考えるリーダーシップについて言語化できており、研修生同士で共有し、認め合うことができた。研修内で指導場面の振り返ることで、自己評価を行うことができた。最終レポート内でも、プリセプターの役割を通して学んだことや、難しかったことなどを言語化できており、今後、自分たちの役割モデルとしての課題を見出すことができた。

【次年度の課題】

次年度はラダーコースより外し、プリセプター会として新人看護師教育に取り組む。

レベルⅣコースは、問題解決技法として、QM活動に取り組む。



キャリアラダー研修：レベルV前期

【対象】レベルIV前期・後期修了者、また自己申請後面談により決定した者 5名

【目的】専門性の発揮、管理・教育的役割モデルとなり、研究的に取り組む

- 【目標】
1. 自部署の危機管理・業務に関する問題について考え、改善に向けた実践に取り組むことができる
 2. 患者・家族のニーズを充足するために保健医療福祉サービスの継続性が保証できるよう調整できる
 3. 危機管理、業務改善において、多職種と協働・調整ができる
 4. 看護チームの役割モデルとして行動できる

【研修実績】

実施日	研修内容
5月	危機管理体制の根本分析（演習）
6月	PDCAサイクルを廻し取り組むには（講義・演習）
9月	危機管理・業務改善の取り組み現状や役割モデルを発揮していく中で上手くいっている点や困っている点、今後の改善点について（グループワーク）
2月	危機管理・業務改善の取り組み発表 グループワーク（役割モデルとしての取り組みを今後どう活かしていくか）

【目標毎の評価】

目標1、2

研修生に自部署のインシデントレポート1事例を持参してもらい、ImSEFERを用いた分析方法を用いて演習をおこなった。研修後はOJTでカンファレンスを重ねながら、自部署の問題点・改善点を抽出し取り組み内容を挙げることができた。問題解決に向けての業務改善において、目標立案の理由が具体的ではなかったため、インシデント内容や件数変化などデータから考察していく着眼点についても押さえることで、研修生自身が不足している点に気付く事ができた。さらに、今後、どのように役割モデルを発揮していくかの方向性を見いだすことができた。各部署でPDCAサイクルを廻しながら取り組んだこと、今後の課題の中では役割モデルとして継続した取り組みが必要となることについて言語化することができた。

今回、患者・家族のニーズを充足するために保健医療福祉サービスの継続性を保証するための調整には至らなかった。

目標3、4

研修生が立案してきた危機管理・業務改善の年間活動計画の検討で、行動計画内容において1人で取り組むのではなく、役割モデルの発揮や、誰を巻き込んでいく必要があるのかを踏まえて具体的に行動計画を立案する必要がある等意見交換を行うことができた。取り組み発表では多くの研修生が役割モデルとして他職種を含む他のスタッフを巻き込むこと、他のスタッフに共通の目的を持ってもらうような働きかけを行うことが今後の課題として挙げた。

研修生が「役割モデル」についてイメージできているか、看護師長シャドウイングの振り返りも絡めてイメージしてもらった。今まで培ってきた知識や技術を持って、目標達成に向けてどのようにリーダーシップを発揮すべきか。また、後輩育成や管理的な面で、多方面からの視点で自部署の問題点に取り組むことの必要性を言語化することができた。

【次年度に向けての課題】

- ・管理・教育的視点を持って、チームおよび病棟全体の問題抽出と活動計画立案、意図的にスタッフを巻き込んだ取り組みや、他職種と協働してチーム医療として問題解決に向けた実践ができるよう、各部署師長、副看護師長と連携し、助言・サポートを行っていく。



キャリアラダー研修：レベルV後期

【対 象】 レベルV前期修了者、自己申請後面談により決定した者 7名

【目 的】 専門性の発揮、管理・教育的役割モデルとなり、研究的に取り組む

- 【目 標】
1. 研究デザインや方法論、研究計画書の作成について理解する
 2. 分析方法などについてクリティークの方法を学び、先行研究の重要性を理解する
 3. 研究計画書に必要な項目を理解し、研究計画書の作成ができる
 4. 看護研究遂行上の倫理的配慮について理解できる
 5. 指導を受けながら主体的に研究に取り組む事ができる
 6. 研究成果を学会の形式に沿ってまとめることができる
 7. 院内発表を振り返り、院外研究発表に向け修正できる
 8. 看護の専門性、看護管理的な役割モデルとなり、実践することができる

【研修実績】

実施日	研修内容	実施日	研修内容
3月	講義：「看護研究の進め方～看護研究をはじめよう～」	7月	研究計画書個別指導、研究計画書の修正
		10月	研究論文、データ分析方法指導
5月	研究目的の明確化	11月	研究論文、データ分析方法指導
6月	研究計画書個別指導、研究計画書の修正	3月	研究発表
講師：宮崎県立看護大学 加藤沙弥佳先生			

【評 価】

研修生は主体的に研究に取り組む様子がみられ、事前に先行研究を調べ、講師から追加で先行研究の資料提供があり、様々な先行研究を読むことで、分析方法の重要性に気づくことができた。

個別指導では、病棟師長も同席し一緒に指導を受けたことで、修正ポイントや今後の方向性の見直しなど、共有を図ることができた。個別指導では、各研修生が質問事項や作成で悩んでいることなど、事前に聞き取り、指導日に確認することができた。

目標6.7について

研修生は全員論文と発表スライドを作成し院内で発表することができた。事前に看護研究評価基準の視点に沿って、他者評価を行っている。発表後は、講師により、一人ひとり助言を受けることができたため、それを踏まえ今後、院外発表をめざす。

看護研究取り組みの中で管理、教育的役割モデルとなり、OJTの中で実践している。看護研究を通しての学びを病棟内で共有し、継続した実践ができるよう、引き続き支援を行っていく。

研修生には活動時間が必要な場合は、自部署師長へ相談し、時間の確保をするよう周知していたが、時間外で論文修正を行っていた人もいたため、活動時間で何をどこまで終わらせるか計画的に進めるための準備性と、データ分析や考察などで行き詰まっている場合は、早めに相談するよう、周知していく必要がある。

【今後の課題】

看護研究が院外で発表することで、達成感につながるよう支援する。



専門別研修：呼吸管理

1. 研修のねらい

呼吸管理分野において、講義および臨床実践を通して、知識や熟練した技術を習得し、看護の質向上に寄与する。また、役割モデルとなる看護師を育成する。

1) 呼吸管理における看護実践能力を高める。

- ①専門的知識や技術を用いて、質の高い看護ケアを実践する。
- ②臨床の看護者、他職種や専門医療チームと協働しチーム医療を推進する。

2) 後輩看護師に対する指導的役割を果たすことのできる能力を養う。

- ①役割モデルとして実践とリーダーシップを発揮した呼吸管理看護の実践者となる。

【対象】 キャリアラダー別レベルを修了した看護師

【目的】 より専門性を深めた実践、経営参画、看護の質向上に貢献する

- 【目標】
1. 「呼吸管理」領域において根拠に基づいた実践ができる知識・技術を身につける
 2. 「呼吸管理」領域における自部署の課題を明確にすることができる
 3. 「呼吸管理」に問題のある患者、家族または自部署の課題に対し、改善に向けて必要な計画・実施・評価ができる
 4. 自部署の看護の質向上を目指し、自部署の中でリーダーシップを発揮できる

【研修実績】

月	研修内容	出席者	欠席者
5/15 (水)	1. フィジカルアセスメント 講義 2. 呼吸状態増悪予防の看護 講義 3. 呼吸障害のある患者の看護 講義	3名	0名
9/4 (水)	1. 呼吸リハビリテーション 1) スクイーピング 2. 誤嚥予防のためのポジショニング	3名	0名
12/12 (木)	呼吸管理 1. 研修生個々による取り組みの実践報告 2. 意見交換「看護の質向上のための後輩育成について」	3名	0名

【目標毎の評価】

目標1について

講義・演習を通して、根拠に基づいた実践ができる知識・技術を学ぶことができたと考える。研修生の経験年数も長いことから、ケアに関する興味関心も高く、研修に対する積極性も見られた。

目標2について

研修生個々での取り組みを行った。各自で自部署の問題を抽出することができ、取り組み実施評価を行えた。

目標3について

各自で取り組み計画を立案し、自部署で実践を行った。研修生がリーダーシップを発揮し、他スタッフと協働して患者ケアへの実践を行うことができた。研修生が、自部署の改善、看護の質向上に向けての取り組みを実践できていると考える。

目標4について

各自、経験や学習したことをもとに自部署でリーダーシップを発揮しながら実施することができている。また後輩育成のため、勉強会やOff-JTを通して学びを意図的に伝えていく姿勢も伺えた。実践報告後の自己の課題も明確になっており、今後、自部署でさらに改善を重ね、より良い看護の提供に繋げて頂きたいと考える。

【次年度への課題】

1. 研修生を中心に、自部署での呼吸管理領域、スキンケア領域におけるフィジカルアセスメント力の強化を図り、後輩育成・後輩指導へと結びつける。
2. 残された課題や継続した取り組みが実践されているか状況確認を行い、より良い看護の提供へと繋いでいく。



専門別研修：児童精神看護

【対 象】 児童精神看護に携わる看護師およびキャリアラダーを修了した看護師

【目 的】 児童精神看護に必要な知識・技術を習得し、計画的に看護を実践することができる。

- 【目 標】
1. 児童精神看護において、代表的な疾患とその治療について理解することができる。
 2. 必要な情報を患者とその家族への観察から得ることができ、患者の日常生活上の問題（看護介入を必要とする患者の課題）を理解することができる。
 3. 精神疾患の症状と対応についての基礎的な知識、身体ケア、コミュニケーション技術の基本を臨床現場での実践を通して理解する。
 4. 患者の日常生活上の問題（看護介入を必要とする患者の課題）に対して、目標を設定し、計画的な援助を行い実践報告することができる。
 5. 自己の傾向に気付き、患者の尊厳を大切に考えた上で、統一したケアが実践できるようリーダーシップを発揮する。

【研修実績】

実施日	研修内容	出席者	欠席者
5/19 (金)	1. PDD（広汎性発達障害） ・ASD（自閉症スペクトラム障害） ・アスペルガー症候群 2. AD/HD（注意欠陥/多動性障害） 3. 摂食障害、強迫性障害、愛着障害についての概論 （病気の成り立ち、主な治療）	3名	0名
6/30 (金)	1. 児と家族の日常生活上の問題へのアセスメント 2. 生活支援を通じた良好な援助関係の構築 3. 子と家族のもつ問題に対する援助（治療や看護に対する子どもの思い、家族の思い） 4. 協働 集団および個に対する関わり チーム間でのコミュニケーション	3名	0名
11/24 (金)	1. 受け持ち患者の治療・看護について意見交換 2. 講義：精神疾患の症状と対応、看護技術の基本	4名	1名
1/26 (金)	実践報告発表	5名	1名

【目標毎の評価】

目標1について

アンケート結果から、研修生全員が「大いに達成できた、達成できた」と回答しており、目標は達成できたと考える。講義内容として、現在1階病棟に入院している患者の疾患の中で一番多い発達障害を主に事例を用いて講義された。そのため、1階病棟の看護師は、疾患を抱える患者の治療や症状について、実際の患者と照らし合わせながら確認する事ができ理解しやすかったと考える。

目標2.3について

アンケート結果から、研修生のほとんどが「達成できた」又は「大いに達成できた」と答えており、目標は達成できたと考える。研修生の振り返り事例を通して介入方法や対応について、講師から具体的にアドバイスがあったことから、現在実践している看護や過去に行った看護の妥当性や課題などを見出すことができたと考える。また、自分たちの心の安寧も大切であると学ぶことができ、アンガーマネジメントの大切さも理解することができていた。プロセスレコードを用いて看護の振り返りを行うことで、自分達の関わりに自信が持てたのではないかと感じる。講師から、研修生の課題に応じた資料提供や講義あり、児童精神看護の理解が深まったと評価する。

目標4.5について

提出した症例や発表の内容から、患者の全体像を捉え、アセスメントし、個別性に合わせた目標や看護の実際を報告することができていた。患者との関わりの重要性や大切さを考える機会となり、患者の

尊厳を大切に考えることができたと推測する。また、スタッフと情報共有することで、統一したケアも実施することができており、目標は、達成できたと考える。1名の研修生が参加しなかった為、自部署での発表と、振り返りのレポート提出をもって補講修了とした。家族への情報提供、指導のタイミング、積極的な交流等、多くの学びが得られていた。

研修後に、個別的に講師に質問する姿も見られ、問題点の捉え方や考察等、より深める事ができたと考える。また、講評や総評を通して、看護実践や考察を承認してもらうことで、研修生の自己肯定感を高めることができたのではないかと考える。現在、研修生は、看護実践を行っている段階である。研修での学びを活かしスタッフを巻きこんでいって欲しい。

【企画・運営について】

3回目研修では、プロセスレコードを用いて場面を振り返ることで、具体的な関わり方がイメージでき、担当する児童への治療的関わりを考えることができた。看護実践の振り返りの中で悩みが多いと感じたので、次年度はロールプレイを取り入れる等、研修企画を講師と共に検討していきたい。

【次年度に向けての課題】

1. 今後も、受持ちとしての患者との関わりは継続される。自部署の看護実践において、今回の学びを活かし、後輩育成や自部署の看護の質向上にむけてリーダーシップが発揮できるように支援する
2. 患者の尊厳を守る関わりができるように、研修生自らスタッフ・家族指導ができるように働きかける



看護記録委員会

【目 的】 看護の質の向上を目指し看護記録に関する検討を行い体制整備の充実を図る

- 【目 標】 1. 看護記録の質向上を図ることができる
- 1) 患者の全体像を捉えるための看護記録が書ける
 - 2) 統合アセスメントから導いた標準看護計画の立案ができる
 - 3) 標準看護計画の定期評価、サマリー作成ができる
2. 重症度・医療・看護必要度の教育の継続
- 1) 新採用者や部署異動者が重症度・医療・看護必要度の入力ができる
3. 新電子カルテに即した看護記録マニュアル改訂
- 1) 看護記録記載におけるマニュアルの整備を行う
 - 2) 新電子カルテの看護記録に関する不具合の確認と整備を行う

【活動計画】

月	内容	月	内容
4 月	- 令和6年度看護記録委員紹介 - 看護記録委員会規程について - 委員会年間活動計画の説明 - 各ワーキンググループ活動計画立案	10月	- ワーキンググループ活動報告・活動 - 看護記録監査結果をもとに問題点に取り組む
		11月	- ワーキンググループ活動報告・活動 - 看護記録監査結果をもとに問題点に取り組む
5 月	- ワーキンググループ活動計画発表 - 患者の多角的情報から統合アセスメントする視点を話し合う	12月	- 看護記録監査の実施（2回目） - ワーキンググループ活動報告・活動
6 月	- ワーキンググループ活動報告・活動 - 統合アセスメントから個別性のある標準看護計画立案の視点を話し合う	1 月	- 看護記録監査結果・分析内容報告 - ワーキンググループ活動の年間評価
7 月	- 看護記録監査の実施（1回目） - ワーキンググループ活動報告・活動 - 標準看護計画にそった看護ケアの実践を看護記録に残す視点を話し合う	2 月	令和6年度年間活動計画最終評価
9 月	- 看護記録監査結果・分析内容報告 - ワーキンググループ活動計画中間評価	3 月	令和7年度年間活動計画立案

【評 価】

- 目標1. 看護記録の質向上を図ることができる
- 1) 患者の全体像を捉えるための看護記録が書ける
 - 2) 統合アセスメントから導いた標準看護計画の立案ができる
 - 3) 標準看護計画の定期評価、サマリー作成ができる

今年度、看護の質の向上として「看護記録を書く」ということを主軸に取り組んだ。電子カルテの更新に伴い、以前できていたことも、見え方やシステムの変更で看護記録が書けていない現状があった。そのため、前期では、患者の看護を行う上で、基本的な考え方である「情報収集」「アセスメント」「全体像」「看護計画の立案」「日々の看護記録」「評価」「サマリー」の流れをおさえられるように取り組みを行った。5月、6月、7月と患者を1名選出し、実際に記録を見ながらディスカッションを実施した。その後、病棟で同テーマの取り組みを実施した。

結果、当院の看護記録は、決められた看護記録を書くことができる、標準看護計画は立案できるとい

う段階であると評価する。一方、不十分さを感じる部分として、定期的な看護計画の評価やサマリーが挙がる。サマリーに関して、転院や施設への移動時に必要なサマリーの記載はできているが、それ以外は不十分である。

今後は、看護記録質的監査の前期と後期での結果から分かるように、基本的な考え方や流れは理解しているが、どうしたら領域別アセスメントや統合アセスメントが書けるのかなど、各病棟で問題・課題があるため、委員者と共に考え、どこに焦点をあて取り組むかを検討したい。

目標 2. 重症度・医療・看護必要度の教育の継続

1) 新採用者や部署異動者が重症度・医療・看護必要度の入力ができる

2 階、5 階病棟では、重症度・医療・看護必要度研修を合格したスタッフを中心に勉強会やテストの開催を実施した。他部署へもテスト資料を配付した。改正された項目に周知が必要な点が多く、テストではその項目を入れ込むなど工夫し解説時にスタッフへの周知を図った。必要度評価経験がない部署異動者や、間違った評価で習慣化されてしまっているスタッフが多く、状態変化時や初回入力間違いがあるとそのまま数日間違った評価になってしまうことが課題である。引き続き勉強会等を活用し、知識の習得に繋げる。

以上のことより、目標 2 は達成とする。

目標 3. 新電子カルテに即した看護記録マニュアル改訂

1) 看護記録記載におけるマニュアルの整備を行う

2) 新電子カルテの看護記録に関する不具合の確認と整備を行う

看護記録におけるマニュアルの内容を検討し、必要箇所の改訂を行った。看護情報提供書など、形式が変更になった文書に関しては別紙資料として資料を追加した。また看護協会で定められている看護記録の概念は最新のものに改訂し、看護記録の法的な位置づけに関しては、その根拠となる法律を追記した。

各部署の新電子カルテの看護記録に関する不具合の抽出と確認を行った。コアクリエイトより不具合への対応、ワークシートの設定や看護記録タイトルの追加など整備した。まだ、完全に不具合を解消できたわけではないが、委員を中心に看護記録ができるように整備していく。

以上のことより、看護記録マニュアルの見直しを行っている段階であり、一部達成とする。



看護業務委員会

【目 的】 看護の専門性をめざし、看護業務の分析及び検討を行い、業務の効率化を図るとともに質の高い看護サービスを提供する

- 【目 標】
1. 看護基準、看護手順・検査手順、認知症ケアマニュアルの改訂を行い、基準・手順を有効活用することができる
 2. 摂食機能療法・認知症ケアの看護ケアが、記録を含め実施することができる
 3. 多職種と連携したカンファレンスの充実を図り、受け持ち看護師としての役割を発揮することで、患者のニーズに応じた個別性のある看護を提供することができる
 4. 個人情報保護に関するルールを定着させ実践に繋げることができる

【活動実績】

月	内 容	月	内 容
4 月	・委員会の年間計画と委員の役割について ・各グループの年間計画 ・摂食嚥下訓練、認知症ケア加算について ・カンファレンスについて	11月	・各グループの中間評価および後期の計画発表 ・報告：各部署個人情報保護状況・摂食嚥下訓練、認知症ケア加算・カンファレンス実施状況 ・受持看護師役割各病棟でアンケート実施
6 月	・グループの年間計画発表 ・報告：各部署個人情報保護状況・摂食嚥下訓練、認知症ケア加算・カンファレンス実施状況 ・受持看護師役割実施状況確認 ・認知症学習会の実施	1 月	・報告：各部署個人情報保護状況・摂食嚥下訓練、認知症ケア加算・カンファレンス実施状況
9 月	・各グループの活動報告 ・報告：各部署個人情報保護状況・摂食嚥下訓練、認知症ケア加算・カンファレンス実施状況 ・受持看護師役割実施状況確認	3 月	・報告：各部署個人情報保護状況・摂食嚥下訓練、認知症ケア加算・カンファレンス実施状況 ・最終評価 次年度計画
5・7・10・12・2月【活動月】			

【評価】

目標 1：看護基準、看護手順・検査手順、認知症ケアマニュアルの改訂を行い、基準・手順を有効活用することができる

使用頻度の多いマニュアルから看護手順（各論）の内容を見直し、改訂を行った。各病棟に1ヶ月ほど意見を募り、集まった意見を元に各部署に修正を依頼した。その後、再度グループで内容のすり合わせをし、委員会で決定したものから看護師長会の承認を得て、マニュアルの差し替えを行った。

電子カルテMANGO内にすべての看護手順総論と疾患別看護基準が反映されていないため、電子カルテに反映させるという課題が残った。

【改訂】 輸血マニュアル、気管カニューレ交換マニュアル、経鼻経管栄養のマニュアル

目標 2：摂食機能療法・認知症ケアの看護ケアが、記録を含め実施することができる

委員会の活動を通してカンファレンス件数は各部署達成できた。カンファレンス内容についても委員会で報告を行っているが、カンファレンスを行った内容が見えてこないという課題が現状として見えてきた。

そのため、今後は内容充実化に向け標準看護計画とカンファレンスが連動できるような内容することと、カンファレンスについて各部署でのディスカッションができるような取り組みが必要と考える。

カンファレンスの内容が患者の看護にどう活かされているかを知ると共に他病棟の取り組みも知ること
とで、スタッフ個人のモチベーションアップにも繋がると考える。

目標 3：多職種と連携したカンファレンスの充実を図り、受け持ち看護師としての役割を発揮すること
で、患者のニーズに応じた個別性のある看護を提供することができる

受け持ち看護師役割チェック表については、受け持ち看護師役割発揮グループが期間を設けて集計を
実施した。

集計結果のフィードバックを行い、各部署反省点と課題から対策の検討を行った。提出期限に間に合
わない部署もあったため、集計に時間を要したが、結果は前年と大差は見られなかった。集計結果とし
ては良い評価が出ているが、実際に記録へ反映されているか実践の確認はできていないため、確認方法
については検討していく必要がある。また、記録委員会と重複している内容もある為、今後は内容を精
査・整理し、記録委員会と連携を強化し看護の質の充実化を図る事が今後の課題である。

目標 4：個人情報保護に関するルールを定着させ実践に繋げることができる

個人情報保護取り組みチェック表を用いて部署ごとに評価を行った。業務委員が中心となって声掛け
を行い、PCやワークシートの取り扱い、入浴順番表や食札の管理、入院時情報聴取場所等に配慮する
ことができるようになっている。引き続き声かけし個人情報保護を守った行動が定着できるよう努めて
いく。



感染リンクナース委員会

【目 的】院内感染に対する意識付けと知識の普及に努め、感染に関する問題を検討し、防止対策の統一を図り、感染症の発生を予防する。

【目 標】 1. 交差感染予防の強化を図る。

- 1) 手指衛生向上に向けた取り組みを継続的に行い、適切なタイミングでの手指消毒を実施することで、遵守率の向上、各部署で設定した手指消毒剤使用回数の目標値をクリアできる。
- 2) 適切な個人防護具の使用（着脱方法・タイミング、使用場面）について理解し、各部署において周知し、職員の意識向上を図る。
2. 感染管理の視点で病棟の環境について見直し、根拠に基づいた感染予防対策が実施できる。
- 1) 病棟の療養環境について、ICTラウンドでの評価をもとに、感染管理の視点で問題を分析し、改善を図る事ができる。
3. 感染管理のリーダーとしての役割を發揮することができる。
- 1) 自部署の問題を感染管理の視点で分析し、改善活動においてリーダーシップを図ることができる。

【計画案】

月	内容	月	内容
4 月	- 委員会規程確認 - 年間計画説明 - 活動内容の確認 - 自部署の現状把握について（他者評価） - 自部署の取り組み - ICTラウンドでの評価	10月	- 自部署で他者評価の実施・報告 - 取り組み活動の報告 - 病棟別新規耐性菌検出状況報告
		11月	- 自部署で他者評価の実施・報告 - 取り組み活動の報告 - 病棟別新規耐性菌検出状況報告
5 月	- 取り組み活動の報告 - 他者評価報告 - 病棟別新規耐性菌検出状況報告	12月	- 部署ラウンド・報告 - 取り組み活動の報告 - 病棟別新規耐性菌検出状況報告 - 相互ラウンド受審後の評価
6 月	- 自部署で他者評価の実施・報告 - 取り組み活動の報告 - 病棟別新規耐性菌検出状況報告 - 相互ラウンド受審前の自己評価実施について	1 月	- 部署ラウンド他者評価報告、自部署の傾向 - 取り組み活動の報告 活動のまとめ - 病棟別新規耐性菌検出状況報告
7 月	- 自部署で他者評価の実施・報告、自部署の傾向 - 取り組み活動の報告 - 病棟別新規耐性菌検出状況報告 - 相互ラウンド受審前の自己評価	2 月	- 部署ラウンド・他者評価報告 - 自部署の取り組み - 病棟別新規耐性菌検出状況報告
9 月	- 自部署で他者評価の実施・報告 - 中間評価 - 病棟別新規耐性菌検出状況報告 - 相互ラウンド受審後の評価	3 月	- 自部署の取り組み活動評価 - 今年度目標評価と次年度活動計画 - 病棟別新規耐性菌検出状況報告

【評 価】

目標 1. 交差感染予防の強化を図る。

- 1) 手指衛生向上に向けた取り組みを継続的に行い、適切なタイミングでの手指消毒を実施することで、遵守率の向上、各部署で設定した手指消毒剤使用回数の目標値をクリアできる。

手指衛生実施回数については、手指消毒剤の使用量を毎月集計し委員会で取り組み状況の確認を行った。2～5階病棟は1患者あたりの実施回数、1階病棟と外来についてはスタッフ1人あたりの実施回数で算出した。6月まで各部署の目標回数に対する達成率で評価したが、目標回数の基準が不明確なことから実際の手指消毒実施回数の経過を確認していくことに変更。実施回数の推移として、前期と比較し後期は約23%の増加に至った。また、遵守率はWHOの5つのタイミングで評価を行い、前期では患者に触れる前後での遵守率が他に比べ低い傾向であった。8月～9月にかけて、新型コロナウイルス感染症や薬剤耐性菌の院内感染事象が発生し、その要因の一つとしても医療者の手指を介した伝播の可能性が考えられた。蛍光塗料を用いた吸引時の手指衛生・个人防护具の評価と指導を実施した。また、12月には各部署で日常生活援助を要する患者数が増加したこと、薬剤耐性菌の検出件数が増加したこと、手指衛生、个人防护具の適正使用の強化月間として取り組みを行い、2階、4階、5階病棟においては、1月の手指消毒実施回数の増加につながった。遵守率も後期では患者に触れる前のタイミングの向上がみられた。手指消毒剤使用回数、遵守率の向上は図れたが、継続した取り組みが必要と考える。手指消毒剤の使用量や実施回数の増加を図るだけでなく、遵守率向上に至らない要因分析と要因に対する介入が今後の課題として挙げられる。

- 2) 適切な个人防护具の使用（着脱方法・タイミング、使用場面）について理解し、各部署において周知し、職員の意識向上を図る。

適切な个人防护具の使用について、毎月委員会の前に数名ずつ他者評価を行い理解についての確認、指導の時間として取り組んだ。遵守率の結果として、前期は「个人防护具を正しい順番で装着できる」、「汚染部に触れずに个人防护具と脱衣できる」が他の項目と比較し低値であった。手指衛生と合わせて取り組みを行い、後期では全ての項目において遵守率が向上し、90%以上の結果であった。職員の个人防护具の適切な使用についての意識向上が図れたと考えられる。しかし、部署ラウンド時に个人防护具を着用したまま別の作業に移る様子が見受けられるため、適切な使用方法の理解と実施状況に差異がある。今後の課題として他者評価の方法を検討し、継続的に評価・指導していくことで職員への意識向上を図るとともに適正使用の定着を図る必要があると考える。

目標2. 感染管理の視点で病棟の環境について見直し、根拠に基づいた感染予防対策が実施できる。

- 1) 病棟の療養環境について、ICTラウンドでの評価をもとに、感染管理の視点で問題を分析し、改善を図る事ができる。

病棟の環境については、各部署異なる課題に対し取り組む体制から、ラウンド結果を基に共通する課題を提示し、1ヶ月間を目安に取り組みを強化する体制に変更した。また、自部署だけでなく、他部署の取り組み状況やそれぞれの部署での課題、リンクナースの感染管理活動へ相談内容を実際の部署で確認するため、委員会の時間内のラウンドを取り入れた。委員会の時間を活用しリンクナースと一緒にラウンドをすることで改善活動に苦慮している内容の共有や、他部署からの提案や改善策を一緒に考えることにつながった。また、ラウンド後に全体で意見交換することで共通する課題の抽出や改善策の検討にも効果的であった。体制を変更し経過を確認している段階のため、次年度も活動内容を修正しながら継続して取り組みたいと考える。

目標3. 感染管理のリーダーとしての役割を発揮することができる

- 1) 自部署の問題を感染管理の視点で分析し、改善活動においてリーダーシップを図ることができる。

それぞれのリンクナース委員が、手指消毒実施回数の向上や个人防护具の適正使用、自部署の問題解決に向け取り組みを行った。自部署の課題に向けてコアメンバーと協力しながら改善活動が行われた。スタッフへの指導や情報共有・周知の点ではリーダーとして積極的な役割行動がとれた。部署毎でコアメンバーの配置等に違いがあることから、スタッフを巻き込んだ改善活動に苦慮する場合もあり、委員会の運営として取り組みの中で、改善活動に苦慮する場合やスタッフの反応が得られず改善に繋がらなかった場合に、アプローチの方法を変える、上司への相談や他スタッフの協力を得るなどさらなるリーダーシップが発揮されるための支援が必要であった。今後は、感染管理研修修了者の現場での実践活動やスタッフ指導への効果的な活用、リンクスタッフへの積極的な介入によりリンクスタッフがリーダーシップを発揮しやすいための環境づくりと支援が課題である。



退院支援委員会

【目 的】 患者サービスと経営的視点から、患者・家族が満足する退院支援を行うとともに、地域連携を強化する

【目 標】 1. 外来から病棟、病棟から外来への情報提供手段の確立を行い、院内看看連携を図る
2. 在宅生活を見据えた退院支援を行うことができる看護師育成を行い、退院支援の強化を図る

【活動実績】

月	内 容	月	内 容
4 月	- 退院支援看護師委員会規程について説明 - 令和6年度退院支援委員会活動計画確認 - 退院支援関係算定に関する報告	10月	- 中間評価 - 各部署から行われた事例報告をもとに、今後の退院前訪問導入準備を行う - 退院支援関係算定に関する報告
5 月	- 事例報告 意見交換（地域医療連携室、4階病棟） - 退院支援関係算定に関する報告 - 外来から病棟へ連携方法についての検討 - 診療報酬改定に関する説明	11月	- 退院前訪問のマニュアル周知のため、再度委員でマニュアルを確認する - 退院支援関係算定に関する報告
6 月	- 事例報告 意見交換（5階病棟、外来） - 退院支援関係算定に関する報告 - 外来から病棟へ連携方法について 作成された様式の使用状況の確認 - 病棟から外来へ連携方法について サマリーの使用状況の確認 - 診療報酬改定に伴う様式変更の検討	12月	- 各部署から行われた事例報告をもとに、退院後評価方法を決定し、マニュアル作成を行う - 退院支援関係算定に関する報告
7 月	- 事例報告、意見交換（3階病棟、1階病棟） - 退院支援関係算定に関する報告 - マニュアルの追加修正 - 診療報酬改定に伴う様式変更内容に相違のない修正	1 月	- 退院支援関係算定に関する報告 - 外来から病棟へ連携方法について作成された様式の使用状況の確認 - 病棟から外来へ連携方法についてサマリーの使用状況の確認
9 月	- 事例報告、意見交換（2階病棟、地域医療連携室） - 退院支援関係算定に関する報告 - 病棟から外来へ連携方法について サマリーの使用状況の確認 - 診療報酬改定に伴う様式変更内容の確認と当院サマリーとの比較検討	2 月	- 退院支援関係算定に関する報告 - 今年度の活動評価
		3 月	- 退院支援関係算定に関する報告 - 次年度の計画検討

【評 価】

目標1：外来から病棟、病棟から外来への情報提供手段の確立を行い、院内看看連携を図る

外来から病棟への情報提供手段として、様式を作成しているが、活用には至らなかった。

さらに、入院支援室の設立もあり、外来から病棟へ、また、外来時から在宅支援者とのつながりを確認できるようになり、情報提供手段の確立を図るための様式は必要でないとする。今後、外来時から入退院支援を意識して取り組めるように、病棟カンファレンスやがん薬物療法カンファレンスを活用し、外来看護師と病棟看護師の看看連携の強化を図っていく。

目標2：在宅生活を見据えた退院支援を行うことができる看護師育成を行い、退院支援の強化を図る

各部署から退院支援に関する事例発表を行い、事例検討を行った。事前に提出される事例を確認・方向性を検討したことにより、目的を持った事例検討となった。しかし、事例検討で検討した内容が日々の看護の中で活かされているかについての評価を行っていなかったため、退院支援カンファレンスや日々の看護記録の中で評価を行うなど、次年度の課題とする。

また、在宅状況を考慮した看護介入が行えることを目的に退院前訪問を開始した。実施は1件のみであったが、退院前訪問を計画する段階から、患者の療養環境に病棟看護師が興味・関心を持ち、患者・家族と関わることであった。今後件数を増やしていきたいと考える。



療養介助職会議・研修

【目 的】 安心・安全な介護ケアの提供を目指し、療養介助専門員・介助員として、療養介助職の専門性を高めることができる。

- 【目 標】
1. 建設的な意見交換を行い課題の解決に取り組むことができる。
 2. 療養介助専門員・介助員の教育体制を構築し、自発的に学習する機会を設けることでステップアップへとつなげることができる。
 3. 倫理面や患者の個別性に配慮した継続的な介護ケアを多職種と連携し提供できる。

【活動実績】

月	内 容	月	内 容
4 月	1. 検討事項の確認 2. 療養介助職マニュアル内の業務手順における内容の検討 3. 今年度の学習会について 4. 介護記録監査について 5. 事例検討について	10月	1. 検討事項の確認 2. 療養介助職マニュアル内の業務手順における内容の検討 3. 監査結果から見えてきた課題についてGW
6 月	1. 検討事項の確認 2. 療養介助職マニュアル内の業務手順における内容の検討 3. 立案している介護計画についての検討	12月	介護過程展開のまとめ・発表準備
7 月	実践活動 カンファレンスの実施 介護計画の追加・修正	2 月	1. 検討事項の確認 2. 取り組んだ介護ケアについての発表を行い、今後の介護実践に活かす 3. 患者対応に関しての自己の取り組み状況から次年度の課題を考える

【評 価】

目標 1：病棟集約に向けた業務改善では、看護業務の内容と照らし合わせながら見直しを行い、改訂した内容で実践できている。マニュアルの改訂は、前年度からの続きで完成することができた。意見交換の場においては、比較的全員が意見を出せてはいたが検討内容が逸脱することもあったため、今後は事前にリーダーだけでなく当日の司会・書記とも活動内容について打ち合わせを行い、時間を有効活用できるようにしていきたい。よって目標 1 に関しては概ね達成とする。

目標 2：記録監査をもって介護計画の評価や内容の検討をする機会としていたが、「時間がないため監査する暇がない」といった理由で監査しないスタッフがいた。活動時間については、申請に応じて業務調整しており、自発的に研鑽する姿勢は改善の余地がある。しかしながら、「療養介助専門員には制限が多い（体位交換・オムツ交換・栄養のチューブの接続、ルーメンの調節、マスクの調節等が行えない）」といった意見も聞かれ専門職業人としての知識や技術が活用できないジレンマを抱えていることも分かった。今後は、教育体制の再検討を視野に入れて、可能な業務の拡大を目指していきたい。よって、目標 2 に関しては、一部達成とする。

目標 3：介護計画の検討において、患者の余暇活動に関する意見交換を行った。テレビやラジオ、音楽など提案するが拒否される場合どのように関わればよいかとの議題で、拒否する理由を考えること、看護師を含めた多職種で関わりを検討すること、また介護計画に追加して周知することなどの意見が出た。患者の個別性に応じた対応も実践してはいるが、介護計画に反映されていないことが多いため、定期的に評価することの重要性についておさえている。よって、目標 3 に関しては、概ね達成とする。



看護助手会議・研修

【目 的】 看護助手の質の向上と業務の円滑化を図る

【目 標】 1. 看護助手業務基準に沿った業務が実践できる。

2. 看護補助者マニュアルの援助技術実施水準に沿った患者ケアの実施ができる。

3. 自分たちのケアが、接遇面、感染面、医療安全面、個人情報面につながることを理解し、実施できる。

【方 法】 1. 講義 2. 演習 3. 機会教育 4. 討議

【活動計画】

月	ねらい	内容	方法
5/22	- 令和6年度看護助手会議・研修の進め方について理解できる - 看護補助者マニュアルの活用方法について理解できる - 援助の技術力向上を図ることができる	○年間計画について説明 - 看護補助者マニュアルについて - 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 - 業務水準、看護補助者技術評価表の活用方法について - 医療制度、病院の役割、セーフティネット ○5S活動について説明 5S活動について 5Sについて自部署で気になっていることの意見交換を行い、取り組みについて各自検討する。 (前年度、実施している研修生は継続もしくは新たな視点での5S活動を計画してもらう) - 環境整備チェック表を配布し、次回の研修までにチェックを行う - 技術チェックリストの配布と実施依頼	講義 演習
7/24	5Sについて自部署での取り組みを発表し、他部署との意見交換を通し、自部署での取り組みへ役立てることができる。 - 援助の技術力向上を図ることができる	5Sの取り組みについて意見交換を行う (取り組み内容や7月までに実施した内容について口頭で発表する。) - ストレッチャー移乗とベッド移送(スライダー) - 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術と医療安全を含める - 援助時の声かけ(接遇面)	GW 演習
9/25	5Sについて自部署での取り組みを発表し、他部署との意見交換を通し、自部署での取り組みへ役立てることができる。 - 倫理的問題点のある出来事から理想的な行動を見出すことができる	5Sの取り組みについて意見交換を行う (取り組み内容や7月までに実施した内容について口頭で発表する。) - 倫理的視点について講義 - 主に接遇面の説明を行い、接遇面を強化する	講義 GW
11/27	- 環境整備方法を再確認できる - インフルエンザ - コロナウイルス - ノロウイルス対策 - 院内における医療廃棄方法の確認	- 環境整備方法を感染予防の視点から再度確認する - 感染対策マニュアルⅡ. 2. 1) - 医療廃棄物の処理方法と、個人情報を含んだ処理方法を確認する(感染防止、個人情報保護、守秘義務) - マニュアルⅡ. 4. 4) 5)	講義
1/22	5Sについて自部署での取り組みを発表し、他部署との意見交換を通し、内省することができる。 1年間のまとめ・評価	5Sで取り組んだ内容を、各自発表する - 今後の課題を見出す	GW

【最終評価】

目標１：看護助手業務基準に沿った業務が実践できる

目標２：看護補助者マニュアルの援助技術実施水準に沿った患者ケアの実施ができる

初回の研修で、・年間計画について、看護補助者マニュアルの説明と活用方法、医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解、医療制度、病院の役割、セーフティネットについての説明を行った。当院の看護助手の業務内容を確認し、看護師の指示のもと共同して業務を行う必要性を説明した。研修後のアンケートや研修の中で、看護補助者の技術演習を行い、各研修生の技術に対する進捗状況を確認することができた。よって目標達成とする。

目標３：自分たちのケアが、接遇面、感染面、医療安全面、個人情報面につながることを理解し、実施できる

今年度は、自部署での5S活動を主に実施した。第１回目研修において5Sについて講義を実施し、5S活動に関しての知識を深めた。活動を行っていく中で、看護補助者からの意見や疑問点に関しては、副看護部長や看護師長を通じて、指導を依頼した。第５回目研修での取り組み発表会の際には、「5S活動を通して、業務をスリム化することができ、他の業務にあてられるようになった」「定位置が決まり片付けやすくなった」とメリットのある取り組みとなっていた。さらに、看護師とのコミュニケーションが円滑に取れるようになり、協力を得やすくなったという意見もあった。年間の取り組みを通りして、5Sの大切さに気づいたと発言する研修生もあり、今後も看護助手の力で維持されるように、看護助手だけではなく、看護師とも情報共有を行い、協力して5Sに努め、仕事の効率化が図ることができればと考える。

接遇面に関しては、倫理的視点について講義を行い、接遇について医療的倫理に特化し強化した。普段より疑問に感じている事例や実際に問題となった倫理に関する事例を掲示しディスカッションを行うことで、「理解出来た」と回答を得られた。

感染面に関しては、標準予防策についての講義を行い、感染対策の視点を確認した。同時に、医療廃棄物の廃棄方法にも触れ、法律に基づき廃棄方法が決まっていることの説明をしたと同時に、誤った廃棄方法が個人情報漏洩のリスクにつながることにについても説明を行った。

標準予防策の講義の中で、手指消毒について、グリッターバッグを用いた実技を取り入れ、自身の手洗い状況の確認を行い、視覚的に説明を行ったことで意識に残るものとなったのではないかと考える。

以上により、目標３は目標達成とする。

【今後の課題】

看護補助マニュアル見直しの活動を行うことができなかった。最新の情報を確認しながら、次年度以降、マニュアル改定も行っていく必要がある。また、今度の研修内容の希望を募ったところ、医療廃棄物の廃棄方法をさらに詳しく知りたい、という意見や技術について演習を取り入れてほしいという意見があり、次年度の計画で検討していきたい。



看護の質検討会

【目 的】 倫理感受性を高めることで、患者の人権を考慮した看護ケアの提供ができる

- 【目 標】 1. 倫理カンファレンスを継続し、話し合った内容を看護計画に反映させることができる。
2. 意思決定支援について趣を置き、患者の思いや治療方針、退院支援の状況などを把握した上で、看護計画に反映し、提供できる。
3. 他部署へのラウンドを行い、客観的視点で自部署の傾向を確認することができる

【活動実践】

月	内 容	月	内 容
4 月	・看護の質検討会規程の説明 ・年間計画の説明 ・自部署での取り組み内容の説明 ・年間活動ディスカッション	10月	・倫理カンファレンス実施状況報告 担当（1 階病棟）（3 階病棟） ・自部署でのカンファレンスにおける倫理的視点での意見交換実施状況確認および問題点の検討 ・中間評価として病棟ラウンドを実施し、結果を報告
6 月	・倫理カンファレンス実施状況報告 担当（5 階病棟） ・自部署でのカンファレンスにおける倫理的視点での意見交換実施状況確認および問題点の検討	12月	・倫理カンファレンス実施状況報告 担当（2 階病棟）（4 階病棟） ・自部署でのカンファレンスにおける倫理的視点での意見交換実施状況確認および問題点の検討
9 月	・倫理カンファレンス実施状況報告 担当（外来） ・自部署でのカンファレンスにおける倫理的視点での意見交換実施状況確認および問題点の検討	2 月	・今年度の看護の質検討会運営に関する報告および活動評価 ・次年度年間計画（案）についての検討

【評 価】

目標 1. 倫理カンファレンスを継続し、話し合った内容を看護計画に反映させることができる。

倫理カンファレンスは各病棟実施できている。しかし 4 分割シートの活用が不十分であることがわかった。4 分割シートにより倫理として抑える視点を確認すること、そして医学的適応の項目については医療や看護の質をふまえた上で議論することを見直できた。4 分割シートだけでなく条文から看護ケアとして検討することなど、各病棟委員が倫理カンファレンスについて知ることに努めた。話し合った内容を看護計画に反映させることまで通用したとは評価できない。次年度は委員だけでなく看護師が 4 分割シートの使用方法から活用について周知、徹底できるよう全体講義を行うなど取り組みたいと考える。

目標 2. 意思決定支援について趣を置き、患者の思いや治療方針、退院支援の状況などを把握した上で、看護計画に反映し、提供できる。

倫理カンファレンスにおいては意思決定支援について趣を置き、その上で患者の思いや治療方針退院支援の状況などを把握した上で看護計画に活かせるようにしなければならない。看護を提供するまでの評価には繋がっていない。倫理について患者から集めている情報は全て状況アセスメントシートに当てはまる。患者カンファレンスの中でも振り返り、倫理について委員、各病棟看護師とくに受け持ち看護師が看護実践に繋げることができるようにしたい。

目標 3. 他部署へのラウンドを行い、客観的視点で自部署の傾向を確認することができる

ラウンドは10月に実施した。他部署へのラウンドを行い、客観的視点で自部署の傾向を確認することを行う。確認にあたってのポイントとして、面会者・家族の視点で確認した。2 人の委員で 2 病棟ずつ実施した。1 階病棟・外来、2・3 階病棟、4・5 階病棟で分けた。各部署で倫理的な問題は上がらなかったが、日頃より家族・面会者の視点に立つことを周知できた。

教 育 研 修 (I)

令和 6 年度 院外研修受講状況

研 修 名	期 間	主 催	受講者
令和 6 年度 認定看護師教育課程（緩和ケア）	R6.4 ～ R7.3	久留米大学認定看護師教育センター	看護師 藤代奈美
令和 6 年度 認定看護管理者教育課程ファーストレベル	R6.5.16 ～ R6.9.13	宮崎県看護協会	看護師長 峯元寿子
令和 6 年度 宮崎県保健師助産師看護師実習指導者講習会	R6.6.12 ～ 8.9	宮崎県看護協会	看護師 福島真子
NST専門療法士認定制度認定教育施設臨床実地研修	R6.6.3 ～ 6.7	JCHO宮崎江南病院	看護師 河野仁美
看護補助者の更なる活用のための看護管理者研修	R6.6.6 ～ 6.20	国立病院機構九州グループ	副看護師長 濱地浩子 副看護師長 中武 遥
令和 6 年度 医療安全対策研修Ⅱ	R6.7.29 ～ 7.30	国立病院機構九州グループ	看護師長 山口新子
令和 6 年度 第 1 回九州グループ内感染管理担当看護師連絡会	R6.6.13	国立病院機構九州グループ	看護師 末吉愛美
「重症度、医療・看護必要度」評価者及び院内指導者研修	R6.8.1 ～ 8.31	宮崎県看護協会	看護師長 定益政子 看護師長 峯元寿子 副看護師長 大浦 恵 看護師 酒井香奈子
令和 6 年度 障害者虐待防止対策研修	R6.9.5 ～ 9.6	国立病院機構九州グループ	看護師長 山口新子 看護師長 平野舞子
令和 6 年度 がんチーム医療研修	R6.10.4	国立病院機構九州グループ	看護師 藤田果子 看護師 川野亜夕実
令和 6 年度 実習指導者講習会	R6.9.24 ～ 11.28	国立病院機構九州グループ	副看護師長 黒木祐貴子
宮崎県 災害支援ナース養成研修	講義：R6.10.1 ～ 11.4 演習：R6.11.29 ～ 11.30	宮崎県看護協会	看護師 首藤淳一郎
令和 6 年度 入退院支援に関する実践力向上研修	R6.8.27 ～ 9.19	国立病院機構九州グループ	看護師 村上由佳
第 7 回 NST専門療法士認定研修	R6.9.30 ～ 10.4	国立病院機構都城医療センター栄養管理室	看護師 田中有里佳
令和 6 年度 緩和ケアエキスパートナース研修	R6.11.20 ～ 11.22	国立病院機構九州グループ	看護師 小倉摩耶 看護師 川野亜夕実
令和 6 年度 医療安全対策研修Ⅰ	R6.11.7 ～ 12.12 集合教育 R6.12.197	国立病院機構九州グループ	副看護師長 中武 遥
令和 6 年度 副看護部長研修	R6.10.29（午前）	国立病院機構九州グループ	副看護部長 小林典子
令和 6 年度 労務管理研修（副看護部長）	R6.10.29（午後）	国立病院機構九州グループ	副看護部長 小林典子
令和 6 年度メンタルヘルス・ハラスメント研修	R6.11.28	国立病院機構九州グループ	看護師長 西郷涼子 副看護師長 濱地浩子
令和 6 年度 第 2 回九州グループ内感染管理担当看護師連絡会	R6.12.12	国立病院機構九州グループ	看護師 末吉愛美
令和 6 年度 特定行為研修修了者のためのフォローアップ講習会	R7.1.26	国立病院機構本部	副看護師長 村上純子
令和6年度 QC手法研修	R7.1.17	国立病院機構本部	看護師長 平野舞子
国立病院機構 認知症ケア研修	R7.1.9 ～ 1.23 集合教育 R7.1.28	国立病院機構九州グループ	副看護師長 迫間珠美 看護師 山田侑季 看護師 丸中千穂 看護師 佐藤美登利 看護師 太田一徳 看護師 松島実菜 看護師 藤田果子 看護師 木下由梨奈 看護師 渡邊竜二 看護師 福岡崇宏
看護補助者の更なる活用のための看護管理者研修	R7.1.23 ～ 2.6 集合教育 R7.2.28	国立病院機構九州グループ	副看護師長 増田夏菜 副看護師長 迫間珠美
特定行為研修	R6.4.1 ～ R7.3.31	国立病院機構宮崎東病院	看護師 前川 昌英

教 育 研 修 (Ⅱ)

令和6年度 院内研修実施状況

	研修名	目 的	開催月日	参加人数 (延べ)
キャリアラダー別教育	レベルⅠコース研修	専門職業人としてEBNに基づいた基礎的知識・技術を身につけ、看護実践に必要な基本的能力を習得する	4月3日～4月25日 5月29日 6月24日 9月26日 10月24日 11月18日 1月20日 3月5日	90
	レベルⅡコース研修	1. 看護実践者としての基本的能力を基盤にして、対象の状況に応じた看護実践ができる能力を養う 2. 物品管理を行い、病棟の問題解決を図る	7月23日 10月28日 2月3日	20
	レベルⅢコース研修	1. 個別性を重視した看護実践ができる能力を養う 2. 主体的な看護チームの一員としての役割遂行能力を養う	5月2日 9月14日 1月29日 7～8月地域医療連携室	16
	レベルⅣコース研修	プリセプターとしての必要な指導能力を養う	3月18日 5月30日 9月12日 1月30日	15
	レベルⅤ前期研修	専門性の発揮、管理・教育的役割モデルとなり、研究的に取り組む	5月1日 6月5日 8月eラーニング 9月25日 2月26日	20
	レベルⅤ後期研修	専門性の発揮、管理・教育的役割モデルとなり、管理的に取り組む	3月28日 5月7日 6月13日 7月22日 10月10日 11月14日 3月10日	49
コース別教育	専門コース (呼吸管理)	より専門性を深めた実践、経営参画、看護の質向上に貢献する	5月15日 9月4日 12月12日	9
	専門コース (児童精神看護)	児童精神看護に必要な知識・技術を習得し、計画的に看護を実施することができる	5月31日 7月12日 11月24日 1月26日	8

地域医療連携室

地域医療連携室長 石山 雄一郎

地域医療連携室は地域医療連携室長（兼任）、地域医療連携室看護師長、医療社会事業専門員2名、入院支援看護師1名、退院支援看護師2名、事務職員2名（兼任1名、非常勤職員1名）で業務を行っている。令和6年度、入院に対する不安軽減と、外来受診時から在宅支援状況の確認を行い入院後早期に在宅の生活状況に則した看護介入及び退院支援を行うことを目的に、入院支援と退院前訪問指導を開始した。

I 地域医療、介護との連携状況

1. 初診紹介件数

初診紹介件数は1319件で昨年度より52件増加した。

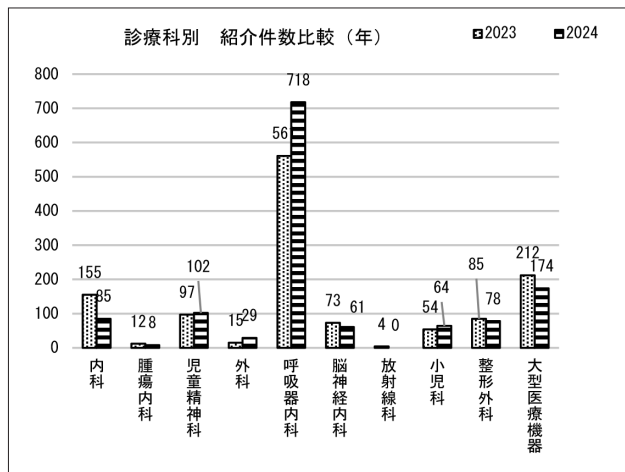
増加率を比較すると、外科は93%と最も多く、次いで呼吸器内科が27%、児童精神科が5%であった。

2. セカンドオピニオン実績

腫瘍内科1件、呼吸器内科2件であった。

3. 大型医療機器利用状況

大型医療機器利用件数は174件で昨年度と比較し、38件減少した。



4. 開放型病床

令和6年度に5院閉院されたため、98医療機関が登録されている。開放型病院共同指導の実績はなかった。開放型病院登録医運営協議会を7月に開催し、開放型登録医等20名、当院職員40名の参加があった。当院理学療法士と整形外科医師が2題のテーマを発表した。発表後には活発な意見交換を行うことができ、充実した運営協議会となった。

発表者	テーマ
理学療法士 蓬原 春樹	「サイバニクス治療：自立支援用 HAL 腰タイプの紹介～HAL 腰タイプを用いたリハビリテーションの効果～」
整形外科 部長 黒木 浩史	「骨粗鬆症診療の実際～骨折予防のための適切な治療薬の選択～」

5. 在宅サービスとの連携

当院に外来通院している患者の中で訪問看護利用者は令和7年3月時点で108名、訪問リハビリテーションの利用者は1名であった。50医療機関を含む173事業所の担当者と合計494回面会し、連携を図っている。感染予防を行いながら面会を行うことができ、面会数は、前年度よりも92件増加した。入退院支援加算1の施設基準である3回以上/年の面会は55事業所と行った。

6. 出張講座

令和6年度は2件の出張講座を行った。どちらの参加者からも、わかりやすかったとの意見があがり、今後も依頼時は出張講座を積極的に行っていく。

日時	場所	内容	実施者
R6.5.24	ほっとステーション翼	施設における感染対策について	感染管理認定看護師 末吉 愛美
R6.11.7	宮崎市赤江老人福祉センター	おくすりのはなし	薬剤科長 川俣 洋生

II 相談関係

1. 相談状況

相談は3,592件であった。相談は対面での面接・電話・FAXで対応を行っている。

2. 窓口相談

当院は患者サポート体制充実加算の施設基準を取得している。患者、家族からの窓口相談は38件であった。

3. 退院調整

入退院支援加算1の施設基準を取得しており、入院時に退院支援スクリーニングを病棟看護師が行い、1回/週カンファレンスを開催し、医師、病棟看護師、理学療法士等と情報交換を行い、退院に向けた支援を行っている。また、令和6年度より入院支援加算の算定を開始したことにより、外来受診時から入院に対する不安軽減と、退院先を見据えた退院支援介入につなげることができている。

入退院支援加算算定件数は昨年度と比較して16%の増加が見られ、退院支援看護師の介入率は37.4%であった。COVID-19が感染症5類に分類され、一般病棟へと変更したことに伴い、退院患者数の若干の増加が見られたためであると考ええる。

退院調整に関わる算定について、入退院支援加算は267件、介護支援連携指導料は41件、退院時共同指導料は17件、地域連携診療計画加算は3件であり、総数328件237,400点の算定を行うことができた。

算定項目	件数	点数
入退院支援加算	267	207,300
介護支援連携指導料	41	16,400
退院時共同指導料2	17	12,800
地域連携診療計画加算	3	900
合計	328	237,400

III その他医療連携・研修参加等

- ・宮崎市郡医師会病院の地域連携診療計画連絡会に参加（3回）
- ・難病対策実務者会Web議事例検討会参加（6回）
- ・赤江地区医療介護連携会議（2回）

医療安全管理室

医療安全管理室長 石山雄一郎
医療安全管理係長 山口 新子

I. 概 要

令和6年度は、医療安全推進担当者を4つのワーキンググループ（注射・内服確認行動G、虐待防止・身体拘束適正化G、転倒・転落防止G、医療機器管理G）に分けて活動を行った。

注射・内服確認行動Gは、ハイリスク薬に関する業務マニュアルの改訂や、内服確認行動の他者評価について、特に声出し・指差し確認ができていないかを確認し、その都度フィードバックを徹底した。6Rの確認不足は誤薬につながるため、引き続き評価を継続する。虐待防止・身体拘束適正化Gは、月1回の病棟ラウンドを定着することができた。同意書をもとに実施し一覧性台帳が整えられているなど、虐待防止に係る取り組みは確実に実施されているが、同意書に期間が記載されていないなどの不備もみられた。今後もラウンドを継続することで、虐待防止に資することや身体拘束は最小限で行うという意識の定着に取り組む。転倒・転落防止Gは毎月各部署をラウンドし患者に応じた転倒・転落防止対策が実施されているか確認・指導することができた。次年度は、転倒・転落予防計画の見直しがタイムリーに実施できているかなどの確認も実施していく。医療機器管理Gは、毎月ラウンドを実施して心電図モニター・SATモニターのテクニカルアラーム低減に向けて取り組んだが、送信機の「電池残量低下」や「電極外れ」等が発生している。監視不良によるバイタルアラームの見逃しでの異常発見遅延は重大事故につながるため、モニター不良の時間を最小限にとどめ急変に早期に対応できる体制を構築し、スタッフ教育を強化する。

II. 医療安全意識の向上と活動

- ・レベル0をグレード（0-1・0-2・0-3）に分類し、実施されず重篤な状況に至らなかった事例の報告を推奨し目標20%以上を達成した。0レベル報告も会議等でフィードバックした。
- ・警鐘事例、医療機器安全情報について院内LANと会議を活用し周知を行った。また、医療安全推進担当者は、他部署のインシデントレポートを共有できるようにした。（事例にはパスワード管理を実施）それにより、自部署で類似事例が発生しないために事前の対策を取ることができるようになった。
- ・各部署を訪問し、インシデント発生状況の事実確認や情報収集を行うとともに、カンファレンスに参加し問題点の把握・確認・指導等を行い、再発防止対策を立て実施した

III. 作成・見直しを行ったマニュアル・取り組み

（新規作成）宗教的理由による輸血拒否患者の医療に関するガイドライン

（見直し）ハイリスク薬に関する業務マニュアル

医療安全管理マニュアル

IV. 医療事故発生時の対応 4. インフォームドコンセントと診療録の記載

VII. 別添 4. 患者・家族による職員への暴力対応マニュアル、7. 転倒・転落事故防止マニュアル

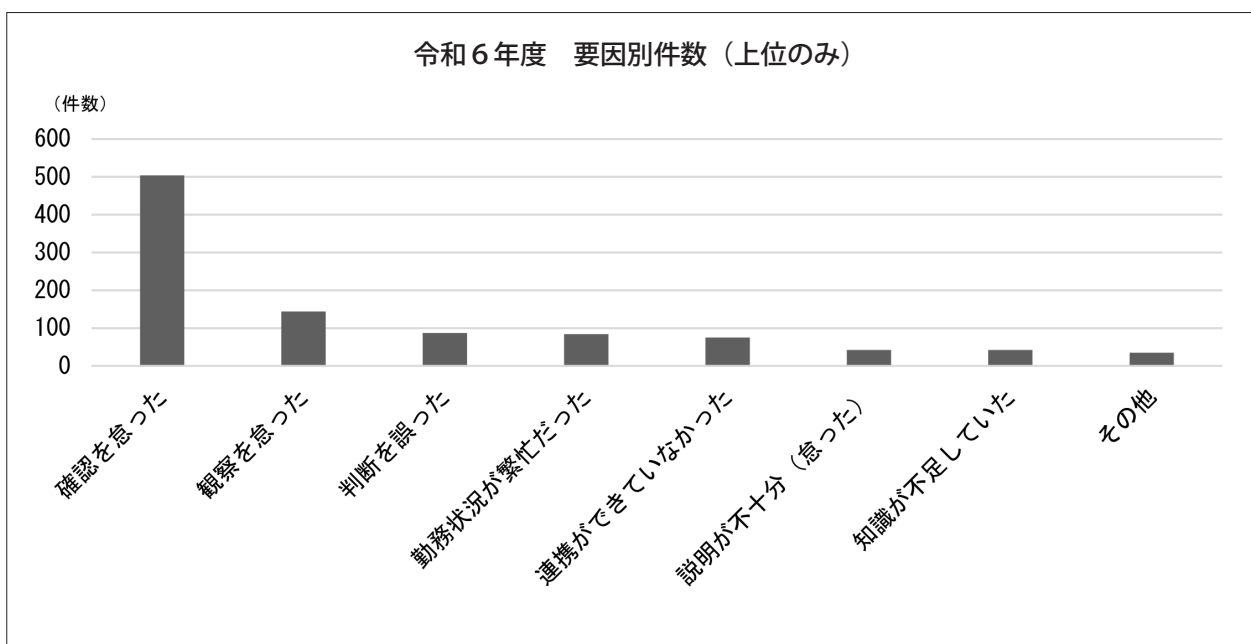
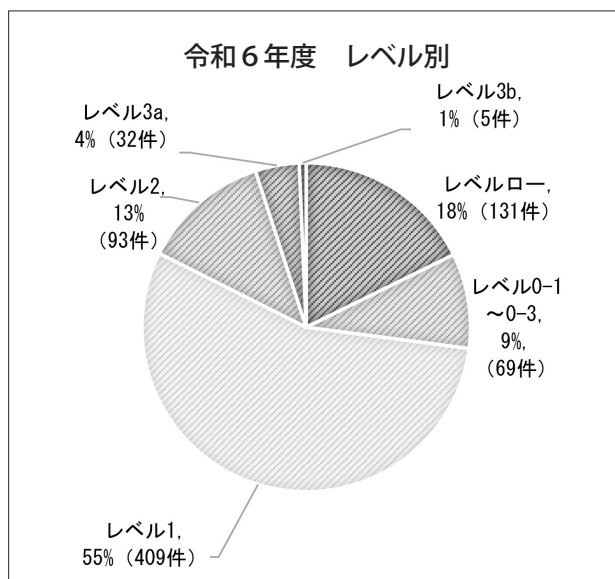
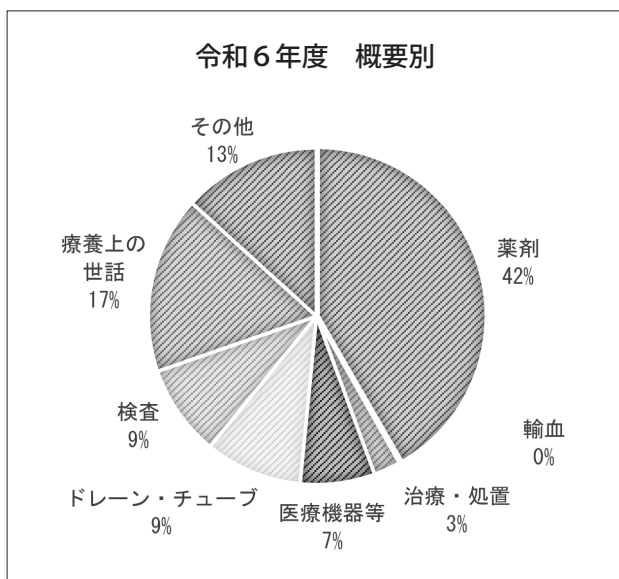
IV. 医療安全管理のための職員研修

全職員を対象にした医療安全管理研修を、第1回「ハイリスク薬・個人情報保護・患者誤認防止」第2回「放射線の人体への影響・MRI安全管理研修」とも同じ内容で3回ずつ開催した。また、障がい者虐待防止・身体拘束適正化委員会と「障がい者虐待防止研修」を実施し、参加率は回覧を含めて100%であった。

3・4階病棟では人工呼吸器関連のインシデントが多く発生したため、特定認定看護師とともに病棟看護師全員が参加できるよう学習会を実施した。

実施月	内 容
4 月	・医療安全管理について（新採用者） ・BLS研修（新採用者・転任者） ・スピーチカニューレの仕組み、取り扱いについて（4F） ・麻薬の取り扱いについて（5F）
5 月	・BLS研修（全職員） ・ユマニチュード、虐待防止について（5F）
6 月	・特殊ナースコールについて（4F：リハビリ科） ・BLS研修（全職員） ・行動制限、向精神薬の取り扱い、保護ベルトの使用方法（1F） ・輸液ポンプの取り扱いについて（3F、4F） ・胸腔ドレーンの管理について（5F）
7 月	・第1回医療安全管理研修「ハイリスク薬・麻薬、個人情報保護、患者誤認防止」 ・パーカッサーの取り扱いについて（4F）
8 月	・入浴時の安全対策について（3F） ・経腸ポンプ取り扱いについて（4F）
9 月	・人工呼吸器回路接続（加湿器・人工鼻の効果）について（3F） ・気管カニューレ抜去時の対応について（4F）
10月	・第2回医療安全管理研修「障がい者虐待防止・身体拘束適正化」 ・災害対応シミュレーション（2F） ・エフピー管理について（3F：薬剤科）
11月	・AED取扱い説明会（外来・看護師長他：講師ME） ・IVナース認定プログラム レベルⅡ「安全管理」 ・ビーフリードについての学習会（全病棟・外来）
12月	・患者暴力対応CVPPP（1F） ・ネーザルハイフローの取り扱いについて（2F） ・気管カニューレ抜去時の対応について（2F、4F）
1 月	・第3回医療安全管理研修「放射線の人体への影響・MRI安全管理研修」 ・障がい者虐待防止研修（管理者向け）
2 月	・離院時の対応（1F） ・抗癌剤の副作用について（2F）
3 月	・隔離室使用時の対応振り返り（1F） ・個人情報管理について（外来）

V. ヒヤリハット報告集計・統計



感染対策室

感染対策室長 石山雄一郎
感染管理専従看護師 末吉 愛美

I. 概要

令和6年度、感染対策室では「感染に関連する加算について円滑に運用できるシステムを維持する」「院内感染対策に基づいた安全な環境作りを目指す」に取り組んだ。

加算に関するシステム維持については、感染対策向上加算1の算定を継続しており、感染対策向上加算2を届出ている1施設と感染対策向上加算3を届出ている2施設、外来感染対策向上加算を届出している、近隣のクリニックや診療所等9施設と連携し、合同カンファレンスを年4回行った。これらの連携施設からは、随時、コンサルテーションも受けている。また、感染対策向上加算1の要件である相互ラウンドについては、連携する加算1の2施設とそれぞれ受審と評価を実施した。抗菌薬適正使用支援チームの活動として、週に1回指定抗菌薬使用患者を対象にカンファレンスを行い、感染症治療のモニタリングを行っている。今年度は全293症例を検討し、抗菌薬使用前の培養検査の実施や追加検査の依頼、薬剤の再考等について主治医へ提案し、院内の抗菌薬適正使用に努めた。また、今年度より指導強化加算の算定を開始し、連携している4施設へ赴き院内感染対策に関する助言を行った。

院内感染対策に基づいた安全な環境作りでは、流行性感染症や新興感染症に対して罹患率の低減を図り、アウトブレイクを防止することを目指に取り組んだ。感染症患者の受け入れについては、県との医療措置協定において平時からの医療提供体制の整備が求められており、新型コロナウイルス感染症患者の受け入れや新たな新興感染症の発生を見据え、個人防護具の備蓄・管理体制の整備を行っている。また、今年度は年末年始にかけてインフルエンザがコロナ禍以降最大の流行となり、在宅医当番日における感染症流行期の対応の見直しを行った。

II. 感染管理活動

【指導】総件数 244件

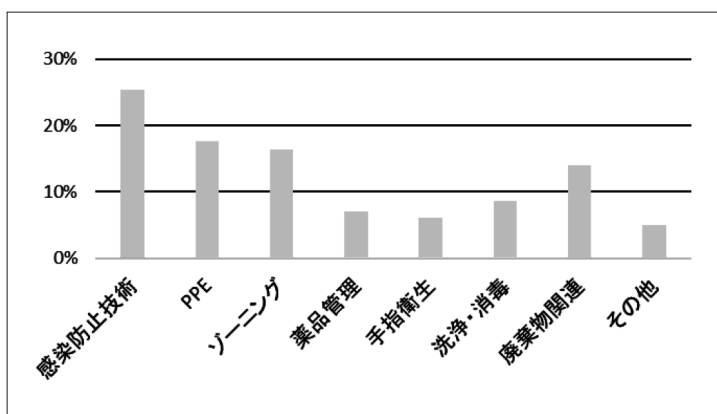


図1 指導内容

指導件数は、年間244件であった。今年度は、感染防止技術に関する指導件数が多かった。その中でも中心静脈カテーテルの挿入件数が昨年度より110%程増加する等、医療器具の取り扱いに関する指導を中心とした。

【相 談】総件数 296件

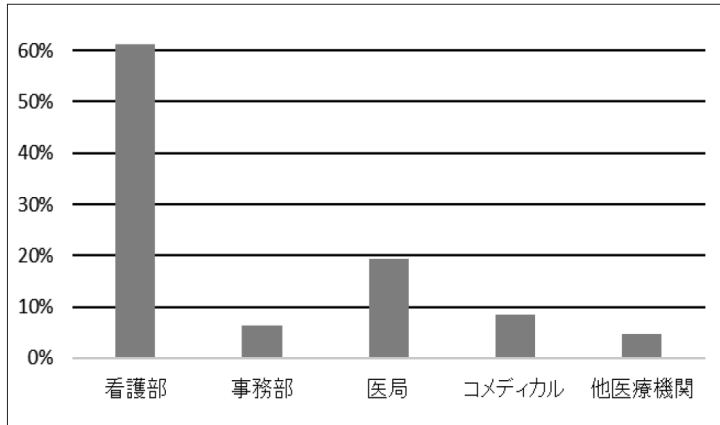


図2 相談部署

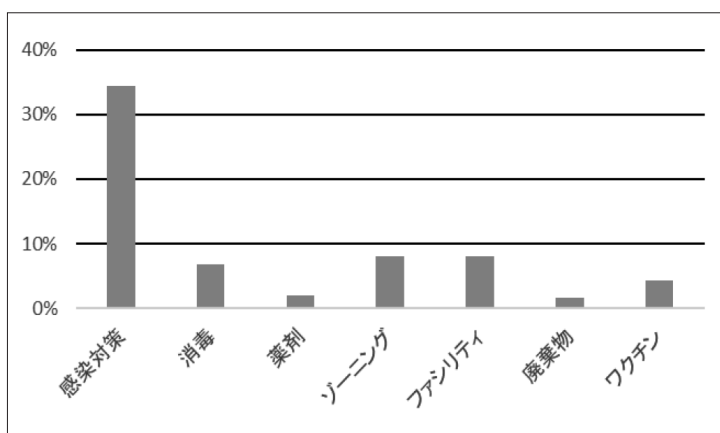


図3 相談内容

相談件数は296件であった。相談部署は看護部が最も多く、次いで医局からであった。その他に、コメディカル、事務部、他医療機関と各部門より相談を受けている。

他医療機関として、機構病院や県内施設の感染管理担当者からの相談があった。相談方法は、電話及びメールであった。感染対策向上加算に基づく連携施設からの相談も受けている。

相談内容としては感染対策に関する内容が多く、感染症患者の受け入れ時のゾーニングや个人防护具に関する事、職員の感染症罹患時の対応についての相談が多かった。

また、結核指定医療機関として他医療機関より入院患者から結核発生時の対応についての相談等を受けている。

【実 践】

1. 感染対策向上加算に係る相互ラウンド評価の受審

令和6年度は、以下の日程で加算1の2施設と相互ラウンド評価を実施した。

宮崎県立日南病院：9月18日（受審）、11月28日（評価）

NHO南九州病院：10月10日（評価）、12月5日（受審）

2施設より評価を受け、主に、電子カルテワゴンのゾーニングや紙製の保管容器、患者間での共有物品の管理について改善事項が挙げられた。ラウンド時に指導を行い、改善に向けて取り組んだ。

2. 手指衛生サーベイランスの実施

各部署、処置やケアの場面の回数から手指消毒回数の目標値を掲げ、感染リンクナース委員と共に手指衛生強化の取り組みを実践している。今年度の手指衛生実施回数は、病棟平均患者一人あたり16.3回／日であり昨年度からの増加には至らなかった。各種感染症や薬剤耐性菌の院内感染防止のためにも、今後も感染リンクナース委員と共に手指衛生遵守の向上へ向けた取り組みを継続していく。

3. マニュアル作成・改訂

作 成：新型コロナウイルス感染症(COVID-19)

改 訂：カテーテル関連血流感染予防と管理

感染リンクナース委員会規程

麻疹

麻疹が疑われる患者の対応フローチャート

就業禁止として取り扱う感染症

院内における医療廃棄物の分別一覧表（一般廃棄物を含む）

インフルエンザ

ノロウイルス

【感染対策知識・技術向上に関する教育・啓蒙活動】

1. 院内

令和6年度院内感染対策研修、抗菌薬研修を合わせて3回開催した。第1回目を6月に「感染対策の基本 標準予防策について」のテーマで、手指衛生の方法とタイミング、個人防護具の使用と着脱のタイミングについて行った。国内で麻疹が発生したことを受けトピックスとして麻疹の基礎知識についても研修に含めた。集合研修の参加数は109名（40%）であった。また、9月には第2回目「抗菌薬適正使用の取り組みールート感染についてのこまごましたことー」をテーマに、抗菌薬適正使用に向けた取り組みや適切な使用方法について実施した。その中に血流感染予防のための点滴ルート取り扱いに関する内容も含めた研修とした。集合研修の参加数は118名（44%）であった。第3回目を10月に「当院の抗菌薬適正使用の取り組み」について、AST医師による研修を開催した。いずれの研修も、参加できなかった職員は資料の回覧を行い、参加率100%となっている。

また、令和6年度感染管理コース（ファースト・セカンド）研修を開催した。受講生はファーストコース2名とセカンドコース3名であった。ファーストコースでは、当院の感染管理体制や感染防止技術、疾患別感染症の対応について講義や演習を実施した。セカンドコースでは、自部署の感染管理上の問題点に対しPDCAサイクルを回しながら改善取り組みを実施した。

2. 院外

令和6年7月2日・18日に日南看護専門学校、9月27日、10月4日に日南学園高等学校田野看護専攻科で、「感染症と看護」について講義を行った。その他、地域の障害者福祉施設への感染症対策についての出張講座や保健所への結核に関する研修も実施した。

診療情報管理室

診療情報管理士 興梠 伸也

診療情報管理室ではインフォームド・コンセントの理念に基づいて診療録等に必要な情報を適切に保管管理するとともに診療内容の説明または診療録等の開示の求めがあった場合、適切、迅速かつ正確な情報提供できるよう努めています。このことで診療に対して患者が積極的に参加できるようになり、また患者と医療従事者との一層強固な信頼関係の確保をはかることで、より良質な医療提供体制を構築することができると思っています。

業務内容：

- ①診療録等の管理に関すること。
- ②診療録等の疾病分類に関すること。
- ③診療情報の提供資料の作成に関すること。
- ④診療録等の開示に関すること。
- ⑤その他診療録について必要なこと。

がん登録：

- ①「全国がん登録」の登録、提出を行っている。

病歴統計：

- ①診療録・医師退院時要約をもとに疾病別（国際疾病分類ICD-10）・診療科別・年齢別・在院期間別などいろいろな視点から統計を作成することが可能。

DPCデータ：

- ①平成29年1月よりデータ提出加算にかかるデータ（様式1、様式3、様式4、EF統合ファイル、Hファイル）の集計、登録、提出を行っている。

診療情報管理連絡会議：

隔月に定例会を開催し、診療録等についての話し合いを行っている。

コーディング委員会：

年2回開催し、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディングについて話し合いを行っている。

疾病別・診療科別・患者数（大分類）

期間 2024/04/01 ～ 2025/03/31（退院日）

コード	国際疾病大分類	総数	内科	脳神 内科	呼吸器	小児科	放射線	外科	呼外	腫瘍内	整形外科	児童 精神科
総 数	計	884	125	81	304	18	8	6	104	117	62	59
	男	511	67	43	191	10	7	2	66	68	21	36
	女	373	58	38	113	8	1	4	38	49	41	23
Ⅰ 感染症及び寄生 虫症	計	59	2	-	55	-	-	-	2	-	-	-
	男	25	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-
	女	34	2	-	30	-	-	-	2	-	-	-
Ⅱ 新生物 （悪性新生物）	計	268	2	-	81	-	2	1	73	107	2	-
	男	168	-	-	59	-	1	1	43	62	2	-
	女	100	2	-	22	-	1	-	30	45	-	-
Ⅲ 血液及び造血器の 疾患並びに免疫機 構の障害	計	3	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	3	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Ⅳ 内分泌、栄養及び 代謝疾患	計	30	9	1	2	15	-	1	-	1	-	1
	男	18	6	1	2	7	-	-	-	1	-	1
	女	12	3	-	-	8	-	1	-	-	-	-
Ⅴ 精神及び行動の 障害	計	60	-	-	2	1	-	-	-	-	-	57
	男	38	-	-	2	1	-	-	-	-	-	35
	女	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
Ⅵ 神経系の疾患	計	73	1	68	3	-	-	-	-	1	-	-
	男	40	-	37	2	-	-	-	-	1	-	-
	女	33	1	31	1	-	-	-	-	-	-	-
Ⅷ 耳及び乳様突起の 疾患	計	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
	男	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ⅸ 循環器系の疾患	計	27	21	1	4	-	-	1	-	-	-	-
	男	13	10	1	2	-	-	-	-	-	-	-
	女	14	11	-	2	-	-	1	-	-	-	-
Ⅹ 呼吸器系の疾患	計	210	51	5	122	-	1	1	26	4	-	-
	男	141	29	2	81	-	1	1	23	4	-	-
	女	69	22	3	41	-	-	-	3	-	-	-
Ⅺ 消化器系の疾患	計	25	13	1	5	-	4	-	2	-	-	-
	男	13	8	1	-	-	4	-	-	-	-	-
	女	12	5	-	5	-	-	-	2	-	-	-
Ⅻ 皮膚及び皮下組織 の疾患	計	7	2	-	1	-	-	1	-	3	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	7	2	-	1	-	-	1	-	3	-	-
Ⅼ 筋骨格系及び結合 組織の疾患	計	25	-	2	2	-	-	-	-	1	20	-
	男	13	-	1	2	-	-	-	-	-	10	-
	女	12	-	1	-	-	-	-	-	1	10	-
Ⅽ 腎尿路生殖器系の 疾患	計	5	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-
	男	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
	女	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Ⅾ 症状、徴候及び異 常臨床所見・異常 検査所見で他に分 類されないもの	計	11	3	-	5	2	1	-	-	-	-	-
	男	8	3	-	2	2	1	-	-	-	-	-
	女	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Ⅿ 損傷、中毒及びそ の他の外因の影響	計	49	4	3	-	-	-	1	-	-	40	1
	男	11	2	-	-	-	-	-	-	-	9	-
	女	38	2	3	-	-	-	1	-	-	31	1
XXⅡ 特殊目的用コード	計	30	16	-	14	-	-	-	-	-	-	-
	男	18	9	-	9	-	-	-	-	-	-	-
	女	12	7	-	5	-	-	-	-	-	-	-

※退院時サマリ未提出を除く

疾病別・年齢階層別・患者数（大分類）

期間 2024/04/01 ～ 2025/03/31（退院日）

コード 国際疾病大分類		総数	5歳～ 9歳	10歳～ 14歳	15歳～ 19歳	20歳～ 29歳	30歳～ 39歳	40歳～ 49歳	50歳～ 59歳	60歳～ 64歳	65歳～ 69歳	70歳～ 74歳	75歳～ 79歳	80歳～ 84歳	85歳～ 89歳	90歳～	平均 年齢
総 数	計	884	4	64	19	21	20	24	63	56	100	134	127	110	73	69	65.9
	男	511	1	39	16	15	15	7	47	31	70	74	75	55	32	34	63.9
	女	373	3	25	3	6	5	17	16	25	30	60	52	55	41	35	68.7
Ⅰ 感染症及び寄生 虫症	計	59	-	-	-	9	1	2	3	3	8	15	5	3	5	5	65.1
	男	25	-	-	-	5	1	1	1	1	3	5	1	1	3	3	62.7
	女	34	-	-	-	4	-	1	2	2	5	10	4	2	2	2	66.9
Ⅱ 新生物 （悪性新生物）	計	268	-	-	-	-	4	6	33	21	42	66	55	40	1	-	69.9
	男	168	-	-	-	-	4	1	27	13	32	42	34	15	-	-	68.6
	女	100	-	-	-	-	-	5	6	8	10	24	21	25	1	-	72.1
Ⅲ 血液及び造血器の 疾患並びに免疫機 構の障害	計	3	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	61.7
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	3	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	61.7
Ⅳ 内分泌、栄養及び 代謝疾患	計	30	2	12	1	1	1	-	-	1	1	2	-	1	2	6	44.2
	男	18	1	5	1	1	1	-	-	1	1	2	-	1	2	2	48.2
	女	12	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	38.1
Ⅴ 精神及び行動の 障害	計	60	2	49	7	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	14.9
	男	38	-	32	4	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	16.2
	女	22	2	17	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.6
Ⅵ 神経系の疾患	計	73	-	-	-	2	6	7	6	7	13	10	6	12	4	-	64.6
	男	40	-	-	-	2	3	-	4	5	8	5	4	7	2	-	65.5
	女	33	-	-	-	-	3	7	2	2	5	5	2	5	2	-	63.6
Ⅷ 耳及び乳様突起の 疾患	計	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	69
	男	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	69
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ⅸ 循環器系の疾患	計	27	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2	4	10	8	85
	男	13	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	3	3	3	81.8
	女	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	7	5	87.9
Ⅹ 呼吸器系の疾患	計	210	-	1	10	7	6	2	14	16	20	23	25	29	27	30	70.7
	男	141	-	1	10	7	4	2	11	7	17	11	21	18	15	17	67.4
	女	69	-	-	-	-	2	-	3	9	3	12	4	11	12	13	77.4
Ⅺ 消化器系の疾患	計	25	-	-	-	2	-	1	-	-	2	2	4	6	5	3	74.6
	男	13	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	4	3	1	79.9
	女	12	-	-	-	2	-	1	-	-	1	-	2	2	2	2	68.9
Ⅻ 皮膚及び皮下組織 の疾患	計	7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3	1	80
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	7	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3	1	80
Ⅼ 筋骨格系及び結合 組織の疾患	計	25	-	-	-	-	2	2	2	1	-	3	10	4	1	-	68.3
	男	13	-	-	-	-	2	1	2	1	-	3	3	1	-	-	61.6
	女	12	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	7	3	1	-	75.6
Ⅽ 腎尿路生殖器系の 疾患	計	5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	1	-	74.2
	男	3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	70
	女	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	80.5
Ⅾ 症状、徴候及び異 常臨床所見・異常 検査所見で他に分 類されないもの	計	11	-	1	1	-	-	-	1	1	1	2	1	2	1	-	62.5
	男	8	-	1	1	-	-	-	-	1	1	1	-	2	1	-	60
	女	3	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	69.3
Ⅿ 損傷、中毒及びそ の他の外因の影響	計	49	-	1	-	-	-	3	1	4	2	5	11	5	8	9	76.7
	男	11	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-	2	-	-	4	73.6
	女	38	-	1	-	-	-	1	-	3	1	5	9	5	8	5	77.5
XXⅡ 特殊目的用コード	計	30	-	-	-	-	-	1	2	-	4	2	5	4	5	7	78.9
	男	18	-	-	-	-	-	-	1	-	3	1	3	3	3	4	79.6
	女	12	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	2	1	2	3	77.9

※退院時サマリ未提出を除く

疾病別・在院期間別・患者数（大分類）

期間 2024/04/01 ～ 2025/03/31（退院日）

コード 国際疾病大分類		総数	1～8日	9～15日	16～22日	23～31日	32～61日	62～91日	3～6月	6月～1年	1～2年	2年～	平均在院日数
総 数	計	884	256	186	136	88	111	42	35	16	7	7	54
	男	511	163	118	75	40	54	19	21	11	5	5	58.2
	女	373	93	68	61	48	57	23	14	5	2	2	48.2
Ⅰ 感染症及び寄生虫症	計	59	14	9	13	10	6	6	1	-	-	-	24.9
	男	25	5	3	4	5	4	3	1	-	-	-	30
	女	34	9	6	9	5	2	3	-	-	-	-	21.1
Ⅱ 新生物（悪性新生物）	計	268	111	62	54	20	17	2	2	-	-	-	14.3
	男	168	75	40	31	10	10	1	1	-	-	-	13.4
	女	100	36	22	23	10	7	1	1	-	-	-	15.9
Ⅲ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	計	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6.3
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6.3
Ⅳ 内分泌、栄養及び代謝疾患	計	30	6	3	7	3	5	2	3	-	-	1	179.1
	男	18	5	2	3	1	3	1	2	-	-	1	274.9
	女	12	1	1	4	2	2	1	1	-	-	-	35.3
Ⅴ 精神及び行動の障害	計	60	5	1	2	3	14	8	11	12	4	-	131.8
	男	38	4	1	2	2	5	5	8	9	2	-	137.5
	女	22	1	-	-	1	9	3	3	3	2	-	122
Ⅵ 神経系の疾患	計	73	10	6	11	15	5	6	7	4	3	6	273.3
	男	40	6	4	7	4	3	4	3	2	3	4	303.2
	女	33	4	2	4	11	2	2	4	2	-	2	237.2
Ⅷ 耳及び乳様突起の疾患	計	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	男	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ⅸ 循環器系の疾患	計	27	9	6	1	4	2	3	2	-	-	-	29.9
	男	13	7	4	-	1	1	-	-	-	-	-	10.5
	女	14	2	2	1	3	1	3	2	-	-	-	47.9
Ⅹ 呼吸器系の疾患	計	210	63	64	24	18	27	6	8	-	-	-	22
	男	141	41	46	17	10	19	2	6	-	-	-	21.1
	女	69	22	18	7	8	8	4	2	-	-	-	23.9
Ⅺ 消化器系の疾患	計	25	13	5	2	2	2	1	-	-	-	-	14.6
	男	13	6	2	1	1	2	1	-	-	-	-	18.9
	女	12	7	3	1	1	-	-	-	-	-	-	9.9
Ⅻ 皮膚及び皮下組織の疾患	計	7	-	-	3	2	2	-	-	-	-	-	27
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	7	-	-	3	2	2	-	-	-	-	-	27
Ⅼ 筋骨格系及び結合組織の疾患	計	25	4	6	6	2	7	-	-	-	-	-	21
	男	13	3	3	3	2	2	-	-	-	-	-	17.6
	女	12	1	3	3	-	5	-	-	-	-	-	24.8
Ⅽ 腎尿路生殖器官系の疾患	計	5	2	1	-	1	1	-	-	-	-	-	16.8
	男	3	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	22.3
	女	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	8.5
Ⅾ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	計	11	6	2	2	1	-	-	-	-	-	-	9.4
	男	8	4	1	2	1	-	-	-	-	-	-	10.3
	女	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Ⅿ 損傷、中毒及びその他の外因の影響	計	49	5	5	7	5	19	7	1	-	-	-	37.6
	男	11	2	3	3	1	1	1	-	-	-	-	23.7
	女	38	3	2	4	4	18	6	1	-	-	-	41.6
XXII 特殊目的用コード	計	30	5	14	4	2	4	1	-	-	-	-	20.6
	男	18	3	8	2	1	3	1	-	-	-	-	23.9
	女	12	2	6	2	1	1	-	-	-	-	-	15.6

※退院時サマリ未提出を除く

診療科別・ICD大分類別・死亡（剖検）患者数

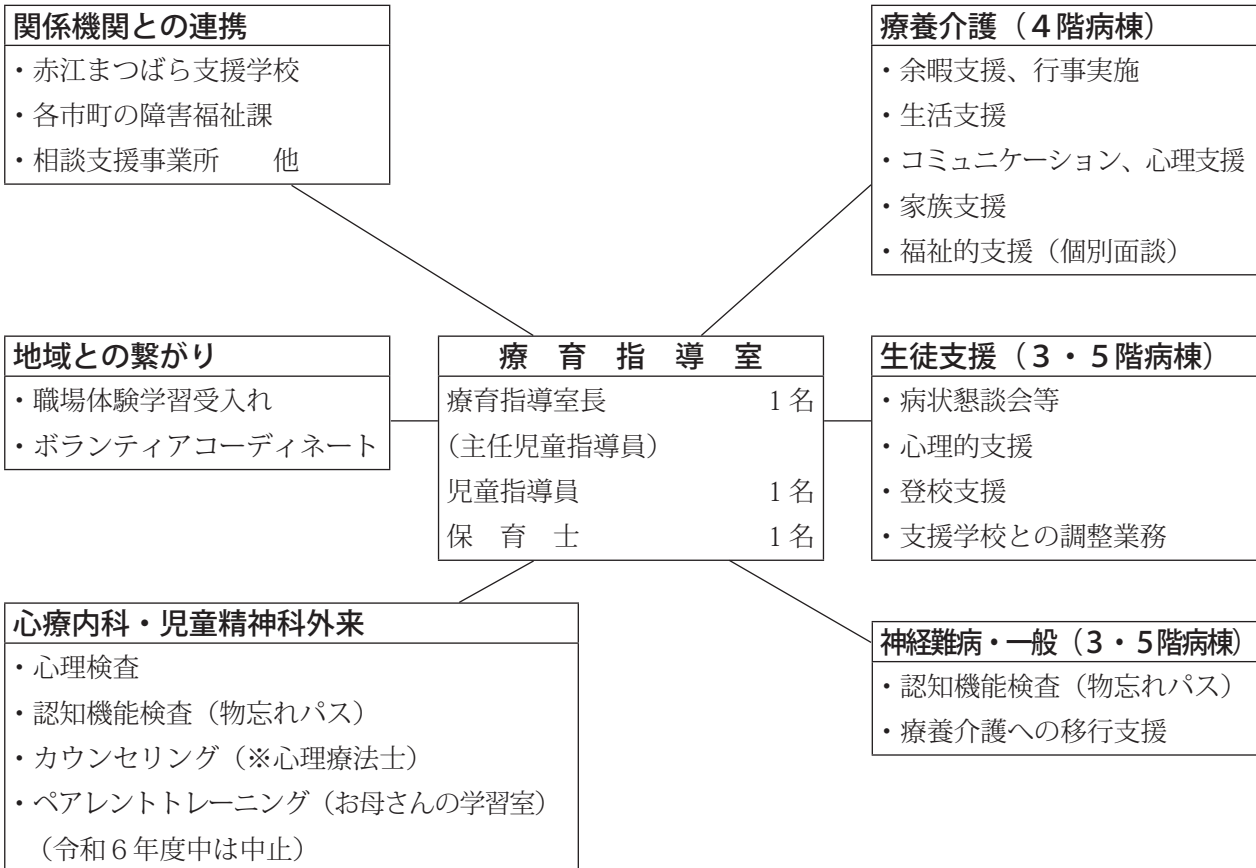
期間 2024/04/01 ～ 2025/03/31（退院日）

コード ICD大分類		総数	内科	脳神 内科	呼吸器	小児科	放射線	外科	呼外	腫瘍内	整形外科	児童 精神科
		死亡	死亡	死亡	死亡	死亡	死亡	死亡	死亡	死亡	死亡	死亡
総 数	計	79	20	12	24	-	-	1	1	21	-	-
	男	52	12	11	16	-	-	1	1	11	-	-
	女	27	8	1	8	-	-	-	-	10	-	-
I (A00-B99)感染症 および寄生虫症	計	9	1	-	8	-	-	-	-	-	-	-
	男	5	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-
	女	4	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-
II (C00-D48)新生物	計	29	1	-	6	-	-	1	-	21	-	-
	男	16	-	-	4	-	-	1	-	11	-	-
	女	13	1	-	2	-	-	-	-	10	-	-
IV (E00-E90)内分泌、 栄養および代謝疾 患	計	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
	男	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI (G00-G99)神経系 の疾患	計	11	1	10	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	9	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
IX (I00-I99)循環器 系の疾患	計	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X (J00-J99)呼吸器 系の疾患	計	21	12	-	8	-	-	-	1	-	-	-
	男	15	8	-	6	-	-	-	1	-	-	-
	女	6	4	-	2	-	-	-	-	-	-	-
XI (K00-K93)消化器 系の疾患	計	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	男	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
XXII (U04-U89)特殊目 的コード	計	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	男	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	女	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

※退院時サマリ未提出を除く

療育指導室

療育指導室 主任児童指導員 野間菜津美



I. 令和6年度 療育指導室 部門目標

【経営面】

- ・神経内科医師、3階・4階病棟、地域医療連携室、事務部と情報共有を図りながら、4階病棟の入院者数を40床に到達させることを第1段階の目標とし、これを維持する。また4階病棟への移行が見込まれる候補者を確保し、個別の事情に応じて介入時期を適切に判断し移行を調整する。（障害福祉サービス等報酬改定で見直しがあった対象要件の利用者を積極的に受入れる）
- ・神経内科医師、3階・4階病棟、地域医療連携室、事務部と協議しながら、地域に向けた療養介護サービスの広報、地域のニーズに応じたサービスの展開を検討する。
- ・療養介護サービス提供に関連する管理業務について、適正な請求根拠となるよう、関係法令に沿った対応を行う。

【医療面】

- ・患者が安心して療養できる環境作りに貢献するため、以下三項目に取り組む。
 - ①感染対策を行いながら、個別の意見交換等を通じて患者ニーズを把握し、関係職種と協議することにより、患者や家族の想いと提供可能なサービスの妥結点を探る。
 - ②障害者総合支援法や障害者虐待防止法に関する情報提供、および院内研修等での情報発信を行う。

③感染状況に留意して、季節の行事提供や日常の余暇支援、個別対応に取り組む。

- ・医師指示のもと、支援学校関係者と連携を図り、必要時に通学者への支援を実施する。
- ・院内関係部署と連携して、障害者虐待防止委員会及び身体拘束適正化委員会の取組を強化する。

Ⅱ．評価

経営面について、病棟再編成のため3階病棟を令和6年12月1日付で休棟（現在は廃止）するに伴い、3階病棟患者のうち市町村と共有して療養介護を利用できる患者の移行支援を行い、令和6年度は入院患者数36～43名を維持した。令和6年度の入院患者数は新規利用者を16名受け入れ、9名の死亡退院があり、令和7年3月末の時点で43名となっている。3階病棟を集約することで令和6年度の入院患者数や新規利用者の増に繋がった。今後は3階病棟が果たしていた役割を2階病棟、5階病棟を円滑に利用しながら担い、長期療養が見込まれる患者に対し療養介護が選択肢とされないか検討を重ねていく必要がある。昨今、待機患者数が増えない状況が継続しており、今後の利用者確保が重要となってくる。利用者の満足度向上のため、令和6年4月以降から面会頻度を増やし、感染状況等を考慮しながら徐々に制限を緩和していった。令和7年3月には外出支援することで利用者や家族からも喜びの声が聞かれ、家族との交流が保たれることで安心感を得やすくなった。療養介護への移行に際し、面会できない不安が移行を躊躇させる要因でもあったため、不安解消と円滑な利用に結びつけていることが今後の課題である。

また連携のため、毎月の療養介護サービス担当者会議で職種間での情報共有を行い、神経内科医師・4階病棟師長・地域医療連携室の協力を得ながら病床コントロールに繋がっている。加えて、令和6年度は障害福祉サービス等報酬改定で見直しがあり、相談支援事業所との連携や身体拘束の最小化等、法令遵守に即したよりよいサービス提供の環境調整も必要となった。その都度、事務部門との情報共有や関係部署と共有して体制の見直しを行った。

療養介護サービスの提供に関連する管理業務については、毎月のサービス提供実績記録票への利用者や家族からの署名・捺印を頂く作業を行っている。面会時や家族来院時または郵送等で依頼していくシステムを構築出来ている。適正な介護報酬請求の根拠書類の整備に繋がっていると考ええる。

心理検査件数は、(外来対応・月別件数グラフ参照)。児童精神科での心理知能検査WISC-IVの指示が最も多く、臨床心理士が中心となって行った。また、神経内科外来患者や内科入院患者のCDT、HDS-R、COGNISTAT等、認知機能評価の検査指示に対応した。令和6年6月より新たに1名心理療法士の採用があり、計2名体制で児童精神科病棟担当と外来担当とに分かれて対応し、検査数も回復した。

医療面について、本人や家族との面談を半年に1回実施している。令和4年度までは、コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、郵送対応としたが、令和5年度より対面での面談または希望者には郵送での対応とした。全利用者・家族に説明し、同意を得た上でサービスを提供できている。本人、家族が希望する生活等については郵送で要望等について聴取し、関係職種へ直接伝える等の情報共有を心掛けた。関係職種としては本人や家族などの想いを理解し、病棟での福祉サービス提供内容を振り返ってもらう機会となったように思われる。

余暇支援については、季節の行事やコンサート等を居室にて提供することのノウハウが当院では確立し、加えて、看護師や療養介助専門員が行事サポートスタッフとして専属で動ける体制も整ってきている。効率的な余暇支援に繋がってきたが、新型コロナウイルス感染症流行後、宮崎ジュニアオーケストラによるコンサートを再開することができた。宮崎ジュニアオーケストラ以外のボランティアの受け入れは行えていないが、令和6年度のコンサートでは4階病棟以外の病棟からも多くの患者がコンサートを体験することができた。今後の開催を継続していく。令和6年度も病棟内の各居室で年間の行事を実施した。行事毎に写真を撮影し、毎月写真を郵送するとことで様子を伝えることができ、家族から喜びの声が聞かれた。面会制限の緩和を受け、行事開催についても家族の面会日を考慮し、計画段階で家族が来られそう

な利用者に関しては家族と一緒に体験できるよう計画した。家族を巻き込んだ行事の提供でより利用者の楽しみや交流を今後も支持していく。

研修や情報発信について、例年通り院内医療安全管理研修の一環として「障がい者虐待防止研修」を実施した。令和6年度は宮崎市の出張講座を利用し、講義とロールプレイやグループワークを実施した。模擬事例を用いて少人数でのグループワークを行い、虐待に関する意見交換を行い、有意義な時間となったと考える。次年度以降も講義と合わせたグループワーク等の検討を行っていく。

隣接する赤江まつばら支援学校への登校支援については、3階病棟、5階病棟に入院する生徒を対象としているが、令和6年度は該当者がなく、登校支援は実施しなかった。しかし、赤江まつばら支援学校との連絡調整を継続し、連携を図っている。令和6年度は、登校支援以外の学校行事連絡や会議出席、評議員等の支援を行った。また、医教連携協議会、学病会ともに対面での開催で調整できた。学病会に関しては情報共有のみで良い場合は紙面開催と柔軟に対応できた。今後も赤江まつばら支援学校や1階病棟（児童精神科）と情報共有や連携を図りながら、支援を継続していきたいと考えている。

児童関係では小児科医師の要請にて5階病棟に短期間入院した児童の学習支援を行った。今後も必要に応じて介入していく。

Ⅲ. 令和6年度 4階病棟関連行事（病棟でのボランティア受け入れは実施せず）

端午の節句

日 程：令和6年5月9日（木）、5月13日（月）、5月20日（月）、5月22日（水）

※職員の新型コロナウイルス感染を受け、日程を変更して実施した。

場 所：病棟内各居室

内 容：端午の節句の由來說明、保育士制作のこいのぼり・兜などを使った写真撮影、歌唱

七夕

日 程：令和6年7月1日（月）、7月3日（水）、7月4日（木）

場 所：病棟内各居室

内 容：由來說明、職員の鉄琴・ハンドベル・トーンチャイムに合わせた歌唱、短冊・笹飾り作成、織姫と彦星に扮した職員との写真撮影、ご家族からのメッセージ（短冊）を伝達

秋を感じる会（装飾・映像体験）※病棟のカビ取り清掃実施

日 程：令和6年10月24日（木）～11月18日（月）

場 所：病棟プレイルーム

内 容：病棟プレイルームに設置した秋の装飾を鑑賞、その後プレイルームにてプロジェクターを使用した利用者のリクエスト曲を鑑賞、写真撮影

クリスマス

日 程：令和6年12月18日（水）、12月19日（木）、12月23日（月）

場 所：病棟内各居室

内 容：職員のハンドベル演奏、サンタやトナカイ等に扮した職員との写真撮影

新年の挨拶

日 程：令和7年1月6日（月）、1月8日（水）、1月9日（木）

場 所：病棟内各居室

内 容：干支の説明、季節ボード（巳）との写真撮影

節 分

日 程：令和7年1月27日（月）、1月29日（水）、1月30日（木）

場 所：病棟内各居室

内 容：節分由来説明、豆まき（プラスチックボールの豆）、鬼（着ぐるみ）との写真撮影

ひな祭り

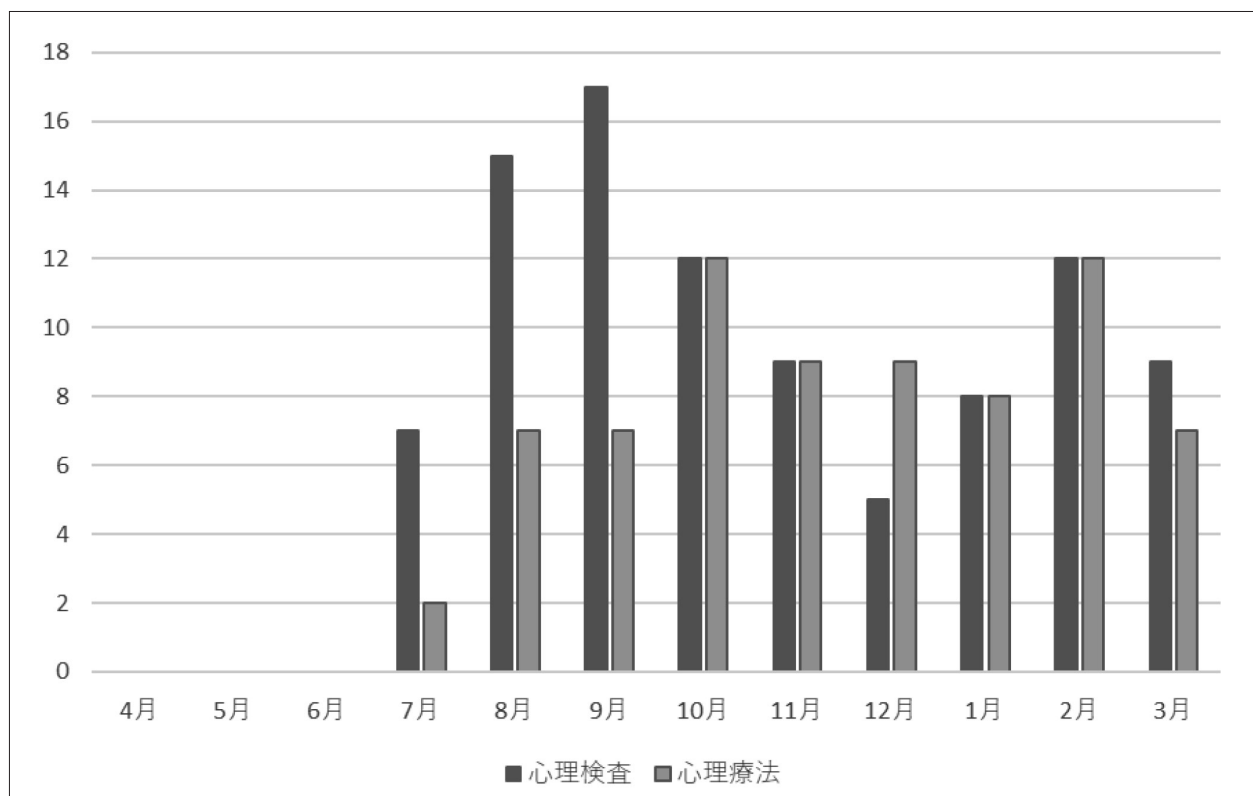
日 程：令和7年2月26日（水）、2月27日（木）、3月3日（月）

場 所：病棟内各居室

内 容：ひな祭り由来説明、雛人形鑑賞、歌唱、写真撮影

IV. 外来（児童精神科・脳神経内科 他）

令和6年度の外来対応・月別件数のグラフ



令和6年度総件数：心理・認知検査等：94件/心理療法：73件

MEセンター

臨床工学技士 長嶺 俊克

I. 基本方針

生命維持管理装置を中心に院内ME機器の操作や保守点検を行います。また患者様と医療機器、スタッフと医療機器の間に安心・安全な医療が提供できるよう患者様やご家族への機器取り扱いや注意点の説明、スタッフへの教育を行います。トラブル発生時には検査・治療の遅延を最小限に留めるよう対処し原因究明や情報収集を行い現場へのフィードバック、再発防止に繋がるよう取り組みます。

II. 目標

現在、MEセンターでは「人工呼吸器（TPPV器）」、「人工呼吸器（NPPV器）」、「輸液ポンプ」、「シリンジポンプ」、「低圧持続吸引器」、「ネーザル・ハイフロー（HFNC）」、「患者監視装置（2人用）」の中央管理を行っています。また各部署の管理となっている除細動器、患者監視装置をはじめ各種医療機器のトラブルにも対応し安全な医療の提供を目標としています。

III. 活動状況

・院内学習会開催状況

1. 令和6年度（2024年度）

月日	内容	対象	出席数	場所	時間(分)
4月6日	医療ガス設備と災害対策の現状	新採用者・転任者	26	大会議室	30
	人工呼吸器について	新採用者看護師他	18	研修棟 研修室	60
	人工呼吸器について	新採用者看護師他	18	研修棟 研修室	60
7月1日	経腸栄養ポンプ	4F 病棟スタッフ	8	4F 病棟ステーション	15
7月2日	テルモ輸液ポンプについて	3F 病棟スタッフ	7	3F 病棟ステーション	15
7月3日	テルモ輸液ポンプについて	3F 病棟スタッフ	5	3F 病棟ステーション	15
7月5日	テルモ輸液ポンプについて	3F 病棟スタッフ	2	3F 病棟ステーション	15
7月10日	排痰補助装置	4F 病棟スタッフ	12	4F 病棟ステーション	15
7月22日	排痰補助装置	4F 病棟スタッフ	3	4F 病棟ステーション	10
8月30日	AED 取り扱いについて	3F 病棟スタッフ	5	3F 病棟ステーション	10
9月2日	テルモ輸液ポンプについて	4F 病棟スタッフ	12	4F 病棟ステーション	15
9月4日	テルモ輸液ポンプについて	4F 病棟スタッフ	8	4F 病棟ステーション	15
9月6日	電動鋸(胸骨ドライバー)	医師	2	外来診察室	25
		看護師、臨床工学技士	4		
9月9日	テルモ輸液ポンプについて	4F 病棟スタッフ	5	4F 病棟ステーション	15
9月25日	テルモ輸液ポンプについて	4F 病棟スタッフ	2	4F 病棟ステーション	10
11月1日	経皮ガス測定装置	2F 病棟スタッフ	7	病室	15
11月11日	クリーンエアーストラル(NPPV仕様)	5F 病棟スタッフ	11	5F 病棟ステーション	25
11月19日	セントラルモニター	4F 病棟スタッフ	13	4F 病棟ステーション	10
1月27日	医療ガス事業継続研修資料作成、講義	全職員	30	大会議室	20
合計			195 名		395 分
(前年度比)			+37 名		-30 名

・中央管理機器の点検状況（レンタル器の使用前点検も含む）

	人工呼吸器 (TPPV)	人工呼吸器 (NPPV)	輸液ポンプ	シリンジポンプ	低圧持続吸引器 (サキューム)	高流量酸素治療器 (HFNC)
保有台数	3	1	40	15	10	3
月平均稼働 台数	32.5台 (前年度32.7台)	6.6台 (前年度10.5台)	—	—	—	—
点検回数	90台（他 回路交換後点検：371台） (前年128台 他 回路交換後点検：453台)		158台 (前年度203台)	51台 (前年度54台)	24台 (前年度33台)	58台 (レンタル台含む) (前年度65台)

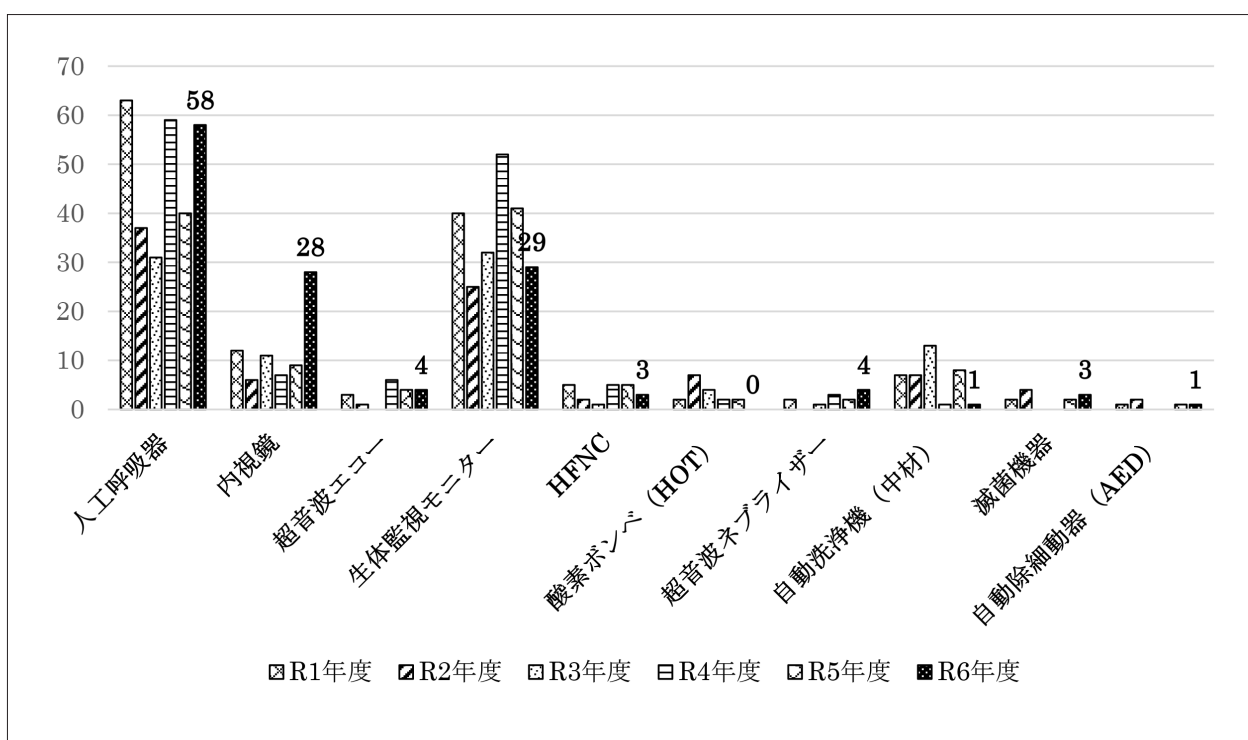
・その他の業務

	鏡視下手術におけ るスコープアシス タント業務	腹水・胸水濾過濃 縮再静注法（CART）	経皮ガス測定業務	ポリソムノグラ フィー検査 (PSG-Full)	CPAP (持続陽圧) 導入
実施件数	39（前年度13）	0（前年度0）	14（前年度14）	2（前年度1）	2（前年度2）

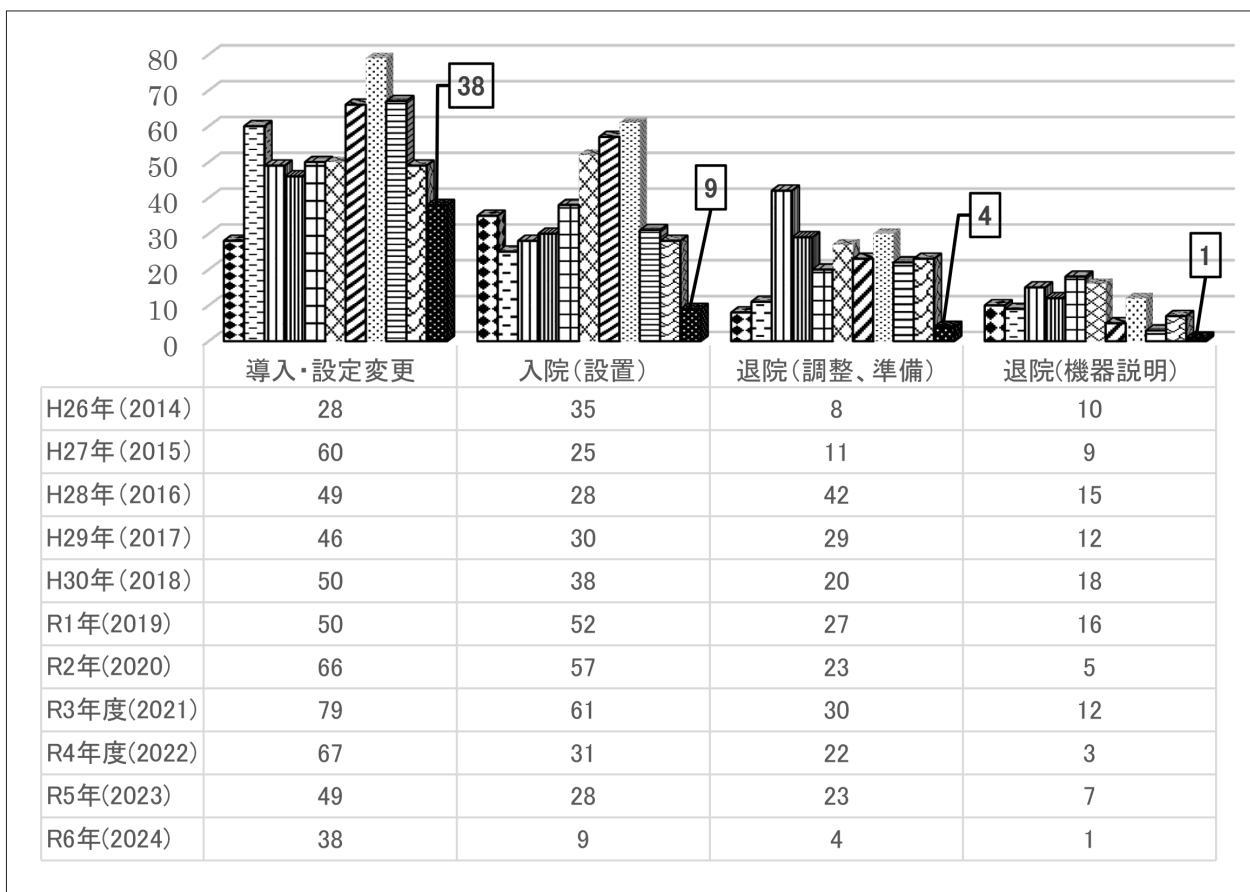
・中央材料室 滅菌 関連業務

	EOG滅菌作業	AC滅菌作業	過酸化水素プラズマ滅菌
実施件数	48（前年度52）	12（前年度5）	3（前年度3）

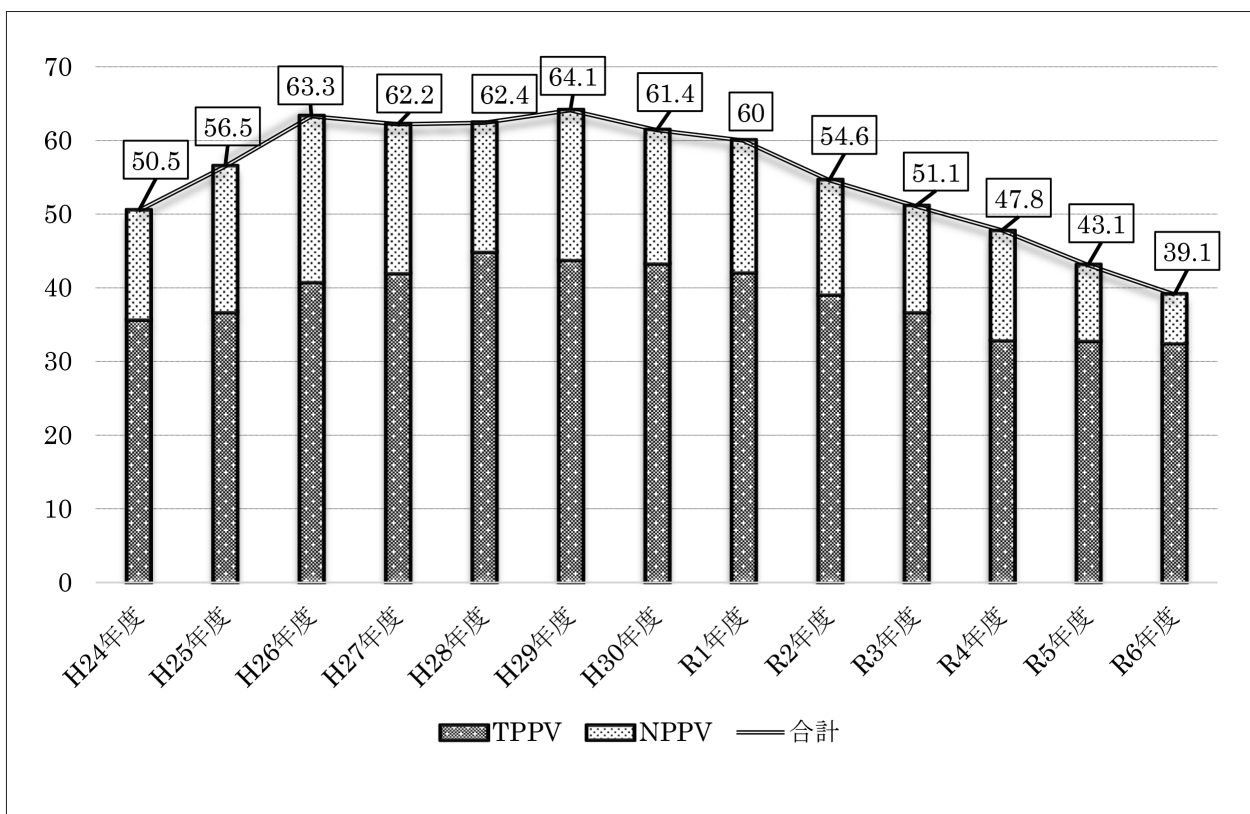
・機器別トラブル対応件数



・人工呼吸器関連業務



・人工呼吸器 1 日平均稼働と推移



・院内LANによる情報配信状況

R6年度

配信日	内 容	配信部署
4 / 19	3 F病棟AED故障について	全館
6 / 10	漏電等による医療機器からの出火について	全館
9 / 4	AED更新・設置について	全館
2 / 7	中心静脈に留置するカテーテル使用時の空気塞栓事例について	全館

IV. 今後の展望

医療安全に関しては引き続き医療安全管理室、医療安全推進担当者と協力してヒヤリハット事例の分析や学習会などを継続的に実施し、院内LANを活用しての安全情報の発信も行います。

そのほか各種医療機器マニュアルの電子化も進み、電子カルテを搭載した各端末からも参照ができるようITの環境整備を行いました。スタッフが認知度が低く活用できていない状況のため、学習会等を通して周知に努めていきます。

また災害対策に関しては医療ガス（酸素）の「緊急導入用器具」と「災害用酸素ガスボンベ」の整備・使用方法についての研修を行い、災害対策の強化も進めていく予定です。

■ 事務部

事務部長 黒瀬 隆 ■

令和6年度は、8月に発生した日向灘地震や台風など自然災害が多い年でした。しかし、停電など病院の運営に支障を来す程の大きな被害には至らなかったことは幸いであったと思います。

近年自然災害は増加しているように感じています。今後は被害を最小限に抑えるために、併せて被災時にも診療業務が継続可能になるようにライフラインのさらなる確保にも力を入れていきたいと考えています。

さて経営面においては、1日平均入院患者数は136.3名でした。コロナ収束後の患者の受療行動の変化もあって患者数は伸び悩みました。さらに資金繰りも厳しい状況が続いており、給与費や物件費の支払いには預託金を充当しながら運営せざるを得ない状況でした。

今後の資金運用については、本部からの短期借入金を活用しながらの病院運営になることが予想されます。このことから、資金運用を少しでも改善させるために、国や自治体の補助事業についての情報を遺漏なく収集するよう努めます。

また令和6年度は国立病院機構本部から、効率的な病院運営を求められたこともあって、12月に3階病棟の集約を実施しました。

この病棟集約については、入院患者の皆様やご家族の皆様をはじめ、診療部門や看護部門など全ての職員の皆様のご協力をいただき計画どおりに実行することができました。あらためて感謝を申し上げます。

なお、病棟集約後は数年後に過員が解消されて、一定程度の費用の減少が見込まれますが、集約による給与費の減少だけでは、収支相償とはならない見込みであることから、収益の根幹である患者数の確保は過員解消後も引き続き当院の経営改善の課題になると予想されます。

今後の病床利用率の改善に資するために、院内外への的確な情報の発信に努力しながら、地域との連携を深めることが重要であると認識しています。

管理課は、医師や看護師などすべてのスタッフが安心して働けるよう、より良い職場環境作りに取り組む部署です。職員の人事、給与、労働条件、福利厚生、情報セキュリティ、リスク管理、ハラスメント相談、労務管理、内部・外部通報、施設管理等を担当しており、課長、班長、係長及び給与係、庶務係、共済係、電話交換係で構成されています。管理課では、病院運営の適正化を図るため設置している幹部会議、管理・診療会議を主催し、院内ラウンドで職場運営状況を把握し、患者及び職員の環境維持に努めています。

令和6年度の主な行事

- 4月 新規採用者・転任者オリエンテーション
経営改善ヒアリング（機構本部・九州ヒアリング）
- 5月 機構本部監事視察
- 6月 令和6年度看護師採用試験 共済監査（九州財務局） 第5回「東風の会」
- 7月 開放型運営協議会
- 8月 ふれあい看護体験 特定行為研修開講式
- 9月 期中監査 ジュニアオーケストラ
- 10月 幹部看護師任用試験 第78回国立病院総合医学会（大阪）
- 11月 停電作業 宮崎病院周辺住民等津波避難訓練
- 12月 就職説明会（宮崎県立看護大学） 院内合同忘年会 3病棟閉棟
病院立入検査（医療監視）
- 1月 業績評価者制度被評価者研修
- 2月 日本医療マネジメント学会第17回宮崎支部学術集会（宮崎大学医学部附属病院）
特別健康診断 医師別ヒアリング（～3月）
- 3月 看護職員就職説明会（福岡） 特定行為研修終了式

令和6年度を振り返って

年度初めから、機構本部・九州グループによる経営改善ヒアリングが行われた。当院の今後の経営方針等について、意見が交わされ12月に病棟集約の方向性が決定された。

12月の閉棟に向けて、職員が安心して勤務できるよう検討が行われた。

また、5年ぶりに第5回「東風の会」を開催した。本会の目的である「会員相互の旧交をあたため、また、病院現職員との親睦をはかること」を受け親睦会には総勢60名の出席があり盛会裡に終えることができた。

【令和6年度の収支について】

- 令和6年度の経常収支は、経常収益2,808百万円、経常費用3,509百万円の収支差▲701百万円、経常収支率が80.0%となり、前年度に続き、マイナスとなった。

また、令和6年度の医業収支は、医業収益2,730百万円、診療業務費3,472百万円の収支差▲742百万円となり、平成30年度以降、マイナスが続いている。

新型コロナウイルス感染症については、令和5年5月8日に5類に移行し、令和6年4月1日より、確保病床を行わない形での通常の医療提供体制への完全移行が宮崎県より示された。これに伴い2階病棟はコロナ確保病床を有するが、感染対策を徹底し、一般病床として、5階病棟と診療科にとらわれない受入を行う運用とした。

当院は筋ジス、神経難病のセーフティー系の診療を3階と4階の2個病棟で行っていたが、昨今の対象患者の在宅療養の移行、気管切開下の長期呼吸管理を希望する患者の減少等により、令和6年12月に3階病棟一般（脳神経内科）50床の病棟集約を行った。

経営については、入院、外来患者数ともにコロナ禍前の人数には回復しておらず厳しい状況が続いている。また、費用については、経費節減を図っているが、病棟再編に伴う人件費の解消に時間を要すること、医薬品などの材料費の物価高騰による増大、人件費の上昇による委託費用の増大、設備の老朽化に伴う修繕費用の増加等がそれをしのぐダメージとなっている。

また、電子カルテを令和5年11月に更新したためこれに伴う減価償却費、保守費用も経営に大きな影響を与えている。

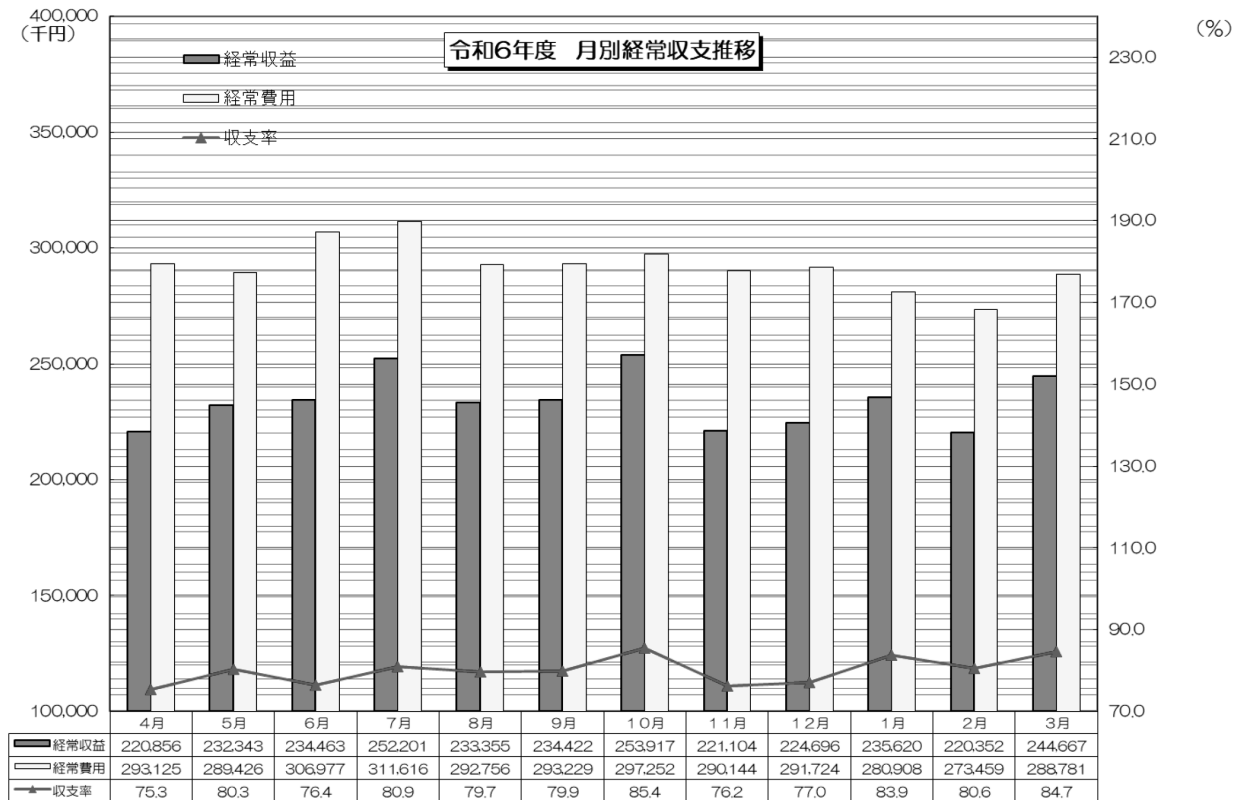
令和7年度については、医業収支の改善を図るべく、職員一丸となって患者数（目標入院150名、外来134名）の確保を努めたい。また、経費節減を図る必要があることから、物品については機能維持にかかる必要物品の更新、診療材料費の削減、各保守費用等の見直しを行い、費用縮減に努めたい。

①経営状況の推移

区分	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	
1日平均入院患者数	194.6	216.0	215.8	206.8	159.6	146.3	142.7	143.5	136.3	人
1日平均外来患者数	136.3	151.3	150.8	148.4	134.1	136.7	133.4	121.4	120.7	人
経常収支率	98.6	101.7	99.7	96.2	122.2	127.3	120.6	98.2	80.0	%
経常収益 (A)	3,242,537	3,548,905	3,685,680	3,679,891	4,615,049	4,601,300	4,399,496	3,378,412	2,807,996	千円
経常費用 (B)	3,289,333	3,488,349	3,697,635	3,823,934	3,776,053	3,615,735	3,649,387	3,440,763	3,509,397	千円
収支差 (A-B)	△46,796	60,556	△11,955	△144,043	838,996	985,565	750,109	△62,351	△701,401	千円

区分	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	
医業収支率	98.3	101.0	99.2	95.9	84.8	87.4	90.2	79.6	78.6	%
医業収益 (A)	3,189,874	3,465,699	3,588,788	3,608,331	3,159,280	3,117,526	3,243,103	2,706,347	2,729,534	千円
診療業務費 (B)	3,243,723	3,431,006	3,618,139	3,761,036	3,724,493	3,567,090	3,594,909	3,401,060	3,471,972	千円
収支差 (A-B)	△53,849	34,693	△29,351	△152,705	△565,213	△449,564	△351,806	△694,713	△742,438	千円

②令和6年度 経常収支



③病棟再編について

令和6年11月まで		令和6年12月から	
1 階病棟	精神（児童精神科） 30床	1 階病棟	精神（児童精神科） 30床
2 階病棟	一般（呼吸器内科・内科） 16床 一般（結核） 44床	2 階病棟	一般（呼吸器内科・内科） 16床 一般（結核） 44床
3 階病棟	一般（脳神経内科） 50床	3 階病棟	休棟
4 階病棟	一般（筋ジス） 50床	4 階病棟	一般（筋ジス） 50床
5 階病棟	一般（混合） 60床	5 階病棟	一般（混合） 60床
合 計	250床	合 計	200床

【令和6年度整備等について】

建物や附帯設備の整備は、新病棟（平成28年8月竣工）を除く建物の経年劣化が著しく進んでおり、天井・壁からの雨漏りの修繕等を頻繁に行っているが、現在の経営状況を考えると、建替等の整備は難しい状況である。令和6年度は1階病棟のナースコールの更新を行った。

令和6年度に宮崎県は震度6を超える地震が2回あった。特に大きな被害はなかったが、南海トラフ地震に備え、BCP対策の整備が急務である。令和7年度は非常用発電機の容量不足をまかなうため発電機用燃料保管庫設備整備を補助金により、施行する予定である。

また、保育所も築42年を経過し老朽化も激しいため、令和5年度より、改修整備を計画しているが、耐震等の問題もあり、時間を要している状況である。

また、医療機器については、下記の更新を行った。

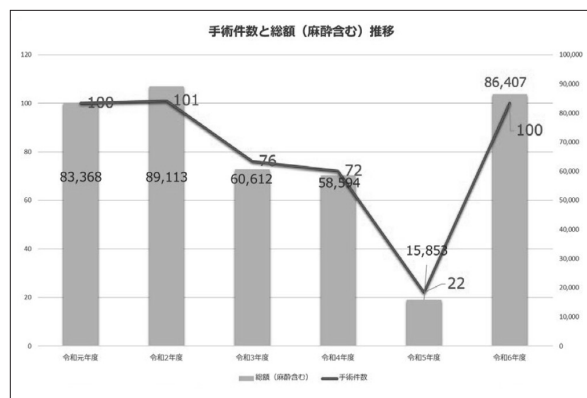
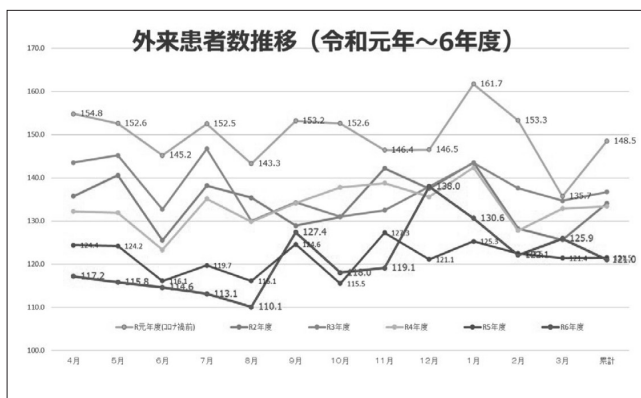
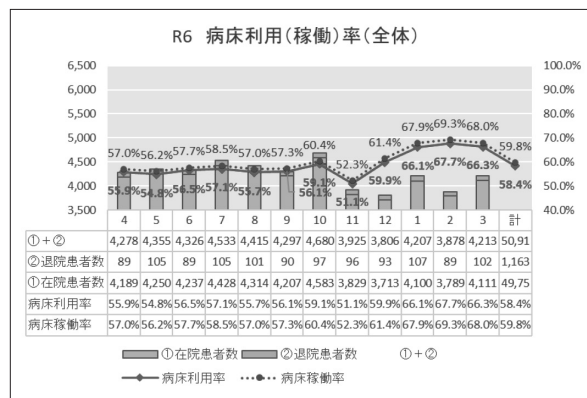
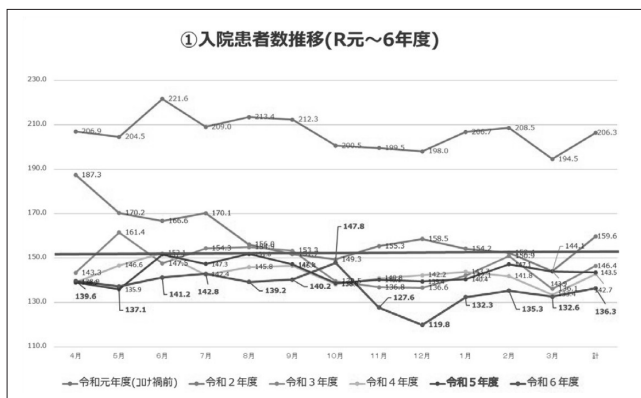
<令和6年度購入医療機器>

	品名	数量	区分
1	温冷配膳車（24膳）	1台	更新
2	テレコープ	1台	新規
3	タイプ外科手術用電動工具	1式	更新
4	ベッドパンウォッシャー	2式	更新

医事では、患者さん来院時から帰宅までの受付、診察、会計までの業務及び患者さんのご家族、お見舞いに来られる方など、病院を訪れる方の案内役を担っております。また、医師が診察、処方等をした際の診療報酬上の請求を国民健康保険等保険者に請求する業務を主にしています。事務分掌上の業務は次の通りです。

1. 患者等の受付及び案内に関すること。
2. 入退院の手続きに関すること。
3. 診療費その他の費用の調定、請求及び徴収に関すること。
4. 証明書に関すること。
5. 医事に関する診療契約に関すること。
6. 病床・診療点数等統計に関すること。
7. 病院事業の経理及び決算に関すること。
8. 診療費等の出納及び管理に関すること。
9. 施設基準・診療報酬に関すること。

経営企画室では、患者数・診療点数等統計に関する事項については、幹部会議、管理診療会議、月次決算評価委員会などで報告しています。また、収支改善に向けた、企画の立案、提案等も行っています。



<各種分析資料>

最後に、医事・経営企画室は、患者さんが最初に訪れる部署です。

当院の理念である「主役は病める人」を心掛けて、患者さんが安心していただけるよう、明るい笑顔で日々頑張っています。

IV. 各委員会の活動報告

- 1) 医療安全管理委員会
- 2) 院内感染対策委員会（ICC）・感染対策チーム（ICT）
- 3) 栄養サポートチーム（NST）
- 4) 褥瘡対策委員会
- 5) クリティカルパス委員会
- 6) 薬事委員会
- 7) 経営改善懇談委員会（業務改善部会）
- 8) 患者サービス向上委員会
- 9) 安全衛生委員会
- 10) News 宮崎東編集委員会



医療安全管理委員会

医療安全管理室長 石山雄一郎
医療安全管理係長 山口 新子

I. 概要

安全な医療の提供を行うため、医療安全管理規程に基づき医療安全管理委員会を設置している。メンバーは副院長（医療安全管理室長）を委員長とし、院長、看護部長、事務部長、医薬品安全管理責任者（薬剤科長）、医療放射線管理責任者（放射線科医）、医療安全管理係長、医療機器保守管理責任者（臨床工学技士）、専門職などで構成されており、毎月第4木曜日に開催している。ヒヤリハット報告・事故報告、医療安全に関する情報提供や検討を行い、重要事例については分析と今後の対策について検討している。また、重大な事例が発生した場合には、臨時に医療安全管理委員会を開催して、早急に対応できるようにしている。

II. 令和6年度の主な審議内容

開催月	医療安全情報・内容
4月	「2023年に提供した医療安全情報」 「中心静脈から投与すべき輸液の末梢静脈からの投与」 2023年度インシデント集計結果 BLS研修予定 インシデント・警鐘事例検討
5月	「加温加湿器との併用による人工鼻の閉塞」 医療安全推進担当者のワーキンググループ年間取り組み計画 インシデント・警鐘事例検討
6月	「小児の輸液の血管外漏出」「人工呼吸器の回路接続間違い」 「酸素残量の未確認」「MRI検査時の高周波電流のループによる熱傷」 虐待防止職員セルフチェックの結果について 輸液ポンプ（テルモ）統一化について インシデント・警鐘事例検討
7月	「体内に迷入した開放式ドレーンの発見の遅れ」 第1回医療安全管理研修 麻薬・ハイリスク薬の取り扱い、個人情報保護 自部署以外のインシデントレポート共有について インシデント・警鐘事例検討
8月	「シリンジポンプの注射器の交換間違い」 インシデント・警鐘事例検討
9月	「開放型の三方活栓を閉鎖式の三方活栓と同時に取り扱ったため、輸液ラインから出血や薬液漏れが発生した」 医療安全地域連携加算に係る医療安全管理に関する相互評価 9月19日（木）14：30～2階病棟、検査科、薬剤科、外来（中材・手術） （評価：宮崎江南病院・迫田病院） インシデント・警鐘事例検討
10月	「食事中止の患者に食事摂取時と同じ量のインスリンを投与し低血糖を呈した」 NHO病院間医療安全相互チェック セーフティネット分野 10月4日（月）14：00～17：00（ディスカッション、オンライン院内視察） 奈良医療センター・長良医療センター・宮崎東病院 第1回障がい者虐待防止研修 医療安全マニュアル改訂 IV. 4. インフォームドコンセントと診療録の記録 インシデント・警鐘事例検討
11月	「永久気管孔のある患者への無効な換気」 第2回医療安全管理研修「MRI安全管理、放射線の安全利用について」 インシデント・警鐘事例検討

12月	「金属針との併用によるガイドワイヤーの破損」 医療安全マニュアル改訂 ハイリスク薬に関する業務マニュアル 宗教的輸血拒否患者の医療に関するガイドライン作成 インシデント・警鐘事例検討
1月	「X線画像確認時の経鼻栄養チューブ誤挿入の見落とし」 虐待防止「職員セルフチェック」結果について インシデント・警鐘事例検討
2月	「セントラルモニタへの無線式送信機番号の登録忘れ」 虐待防止「職員セルフチェック」結果と再調査の結果について インシデント・警鐘事例検討
3月	「2024年に提供した医療安全情報」 インシデント・警鐘事例検討

Ⅲ. 臨時医療安全管理委員会

なし

院内感染対策委員会(ICC)・ 感染対策チーム(ICT)

ICT医師 佐野 ありさ

院内感染対策委員会(ICC)は、院内感染防止等の対策を推進し、必要な措置を図ることを目的として設置されている部門である。副院長を委員長とし、院長他各部門の責任者から構成され、毎月1回定期委員会を開催している。委員会において、院内感染対策についてのマニュアル、研修、物品購入などについて最終的に承認する。また、院内感染の可能性がある場合は適宜臨時の委員会を開き、対策、方針などについて協議する。

感染対策チーム(ICT)は、院内感染の予防と対策を実践することを目的とするICCの下部組織である。医師、感染管理認定看護師(ICN)、看護師長、医療安全管理、検査科、薬剤科、事務から構成されている。また各部署の感染対策リンクスタッフと連携し、現場に即した問題解決にあたっている。

ICTの主な定期活動内容としては毎週1回の院内ラウンド、月に1回の定期ミーティングである。また感染防止対策加算1の施設基準に即した活動として、感染対策向上加算・外来感染対策向上加算合同カンファレンスを12施設で行っている。特に最近は開業医との連携が増えてきている。また地域連携加算の基準に即した相互評価活動として、南九州病院、県立日南病院と連携している。定期以外の活動としては、臨時の感染対策委員会である。流行性の感染症が発生し、病院全体での対応が必要と思われる場合、委員長の指示のもと召集される。特に令和6年12月はインフルエンザが定点あたりの報告数が90.2と流行警報レベルの3倍の大流行があり、職員も多数罹患したが、幸い院内感染拡大はなく経過した。

<令和6年度の主な活動内容>

- 4月 カテーテル血流感染マニュアルの改訂、面会制限の見直し検討等
- 5月 麻疹対応マニュアルの改訂、末梢カテーテルドレッシング材の検討等
- 6月 第1回院内感染管理研修開催、スワブタイプ消毒薬製品変更の検討等
- 7月 COVID-19罹患職員の就業制限につき検討
- 8月 換気装置のHEPAフィルターについて、医療廃棄物について等検討
- 9月 薬剤耐性アシネトバクター検出について対策協議、N95マスクの扱いについて検討、相互ラウンド(県立日南病院より受領)
- 10月 第1回抗菌薬研修・第2回院内感染管理研修実施、相互ラウンド(南九州病院へ)
- 11月 次年度の感染対策向上加算にかかる訓練について検討、相互ラウンド(県立日南病院へ)
- 12月 職員のB型肝炎ワクチン接種後の抗体価検査について、相互ラウンド(南九州病院より受領)

令和7年

- 1月 感染対策懇話会で情報交換、相互ラウンドの結果検討
- 2月 内視鏡定期培養検査結果について検討
- 3月 栄養委託業者のノロウイルス定期検査結果について等

※感染対策向上加算・外来感染対策向上加算 合同カンファレンス

6月、10月、12月、2月(参加施設:宮崎市保健所、宮崎病院、南部病院、迫田病院、川名クリニック、井手医院、くわばら医院、ひろの内科クリニック、はるやま医院、山内ファミリークリニック、いまいクリニック、だんのクリニック、神宮医院)

栄養サポートチーム(NST)

内科医長 上村 智彦
主任栄養士 祝迫 裕江

【目的】

宮崎東病院栄養サポートチーム（NST：Nutrition Support Team）は、入院早期から患者の栄養状態を評価し、適切な栄養管理（栄養療法の検討・助言）を行うことで、合併症の予防、早期発見、早期治療に努めるとともに、患者の栄養状態の改善、早期回復を図ることを目的としている。NST介入による効果としては、平均在院日数の短縮、医療費の削減に結びつくことも期待されており、当院では平成18年度に設立された。

【活動目標】

1. 多職種による定期的なカンファレンス・ラウンドの実施
2. 全職員対象の勉強会等、NSTに関する周知啓発を図る
3. リンクナースと連携し、NST早期介入へ繋げる
4. NSTマニュアルを遵守するための周知及び見直しを行う

【結果（活動実績）】

※表とグラフ（別資料）

【委員会内勉強会】

開催時期	部署	テーマ
6月	看護部	口腔ケアの必要性について
7月	看護部	胃瘻トラブルについて
9月	臨床検査科	NSTと臨床検査
10月	栄養管理室	低栄養（COPDにフォーカス）の栄養管理
11月	薬剤科	末梢静脈栄養と中心静脈栄養について
12月	リハビリテーション科	筋肉の評価
1月	内科	腸を使うメリット
2月	栄養管理室	腸内環境～便秘対策～

【総括】

令和5年12月より栄養サポートチーム加算取得を開始した。毎週水曜日に医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・理学療法士によるカンファレンス・ラウンドを行い、患者の栄養状態の評価、適切な栄養管理の提案等行っている。主治医・病棟看護師からの依頼が増え、月の平均介入件数は令和5年度11.5件、令和6年度17.4件と増加傾向にある。

委員会では委員を対象とした勉強会を実施し、様々な視点からNSTについての知識を深めることができた。また診療報酬改定に伴い栄養管理計画書の様式変更を行い、委員会規程の一部改訂も行った。

次年度は、栄養サポートチーム活動をより活性化できるよう周知啓発を図り、リンクナースと連携し早期介入に繋げ、加算件数を増やし、質の高い医療提供を行えるよう努めていきたい。

令和6年度NST活動報告

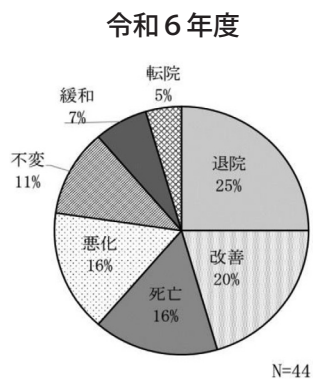
1. 月別介入状況

令和6年度		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
延べ介入件数		15	21	17	19	15	24	36	17	14	15	15	14	222
新規介入件数		5	3	4	6	2	4	4	3	5	5	6	6	53
病棟別	1階病棟	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2階病棟	1	1	1	3	1	1	2	0	3	4	4	2	23
	3階病棟	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
	4階病棟	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5階病棟	4	2	1	3	1	3	1	3	2	1	2	4	27
全体カンファレンス件数		4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	51
栄養サポートチーム 加算件数		11	21	14	17	15	24	33	17	14	15	15	13	209

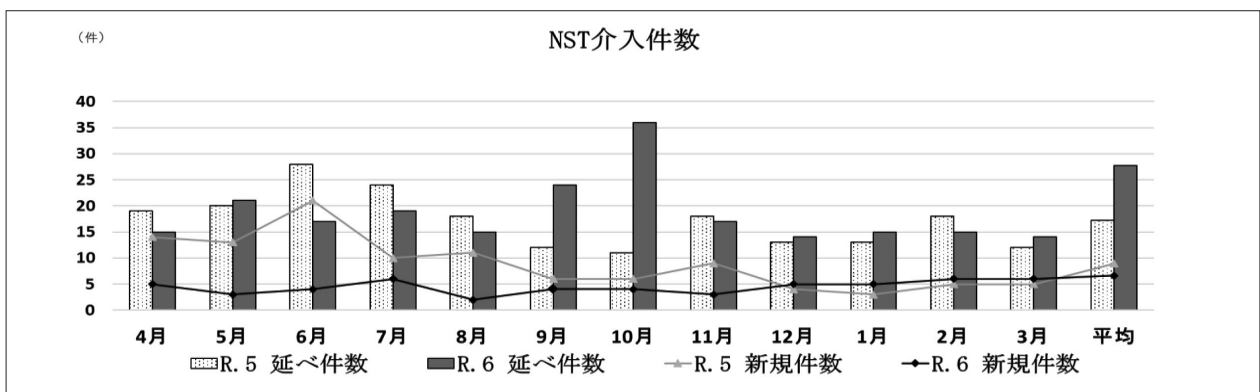
2. 介入終了判定基準別件数

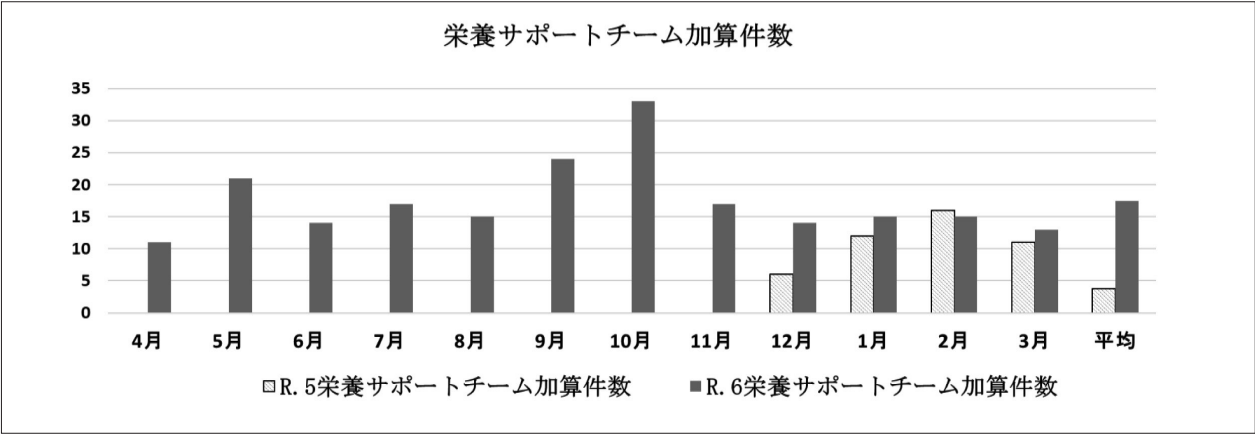
令和6年度		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
介入終了件数	退院	2	2	3	0	0	1	0	0	2	0	0	1	11
	転院	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
	死亡	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3	0	1	7
	改善	1	1	2	0	0	0	2	2	0	0	1	0	9
	緩和	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
	悪化	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	7
	不変	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	5
合計		3	4	8	3	0	1	3	5	4	3	5	5	44

3. 介入終了判定基準別割合



4. 件数比較





褥瘡対策委員会

委員長 黒木 浩史

令和6年度年報報告

前任の白間康博委員長からの引き継ぎで令和6年4月より褥瘡対策委員会委員長を拝命しました黒木浩史と申します。私は整形外科が専門で過去に褥瘡診療に携わった経験もありましたが、就任早々、本委員会の多職種で構成されたチームでの褥瘡診療の充実ぶりに大変驚かされました。以下、令和6年度の活動内容について報告致します。

本院の褥瘡対策委員会は、平成16年（2004年）4月より活動を開始し、医師、看護師長、副看護師長、各病棟褥瘡専任看護師、薬剤師、管理栄養士、医事専門職で構成されています。平成20年（2008年）7月には、褥瘡対策マニュアルが作成され、円滑な委員会運営に役立っています。

本委員会では、令和6年度、入院時から褥瘡発生要因をアセスメントし新規褥瘡発生を予防すること、発生早期から適切なケア・治療を行うことで褥瘡を悪化させず治癒させることを目的に、褥瘡マニュアルの見直し、専門性を発揮した褥瘡予防ケア・治療実施を活動目標に掲げました。

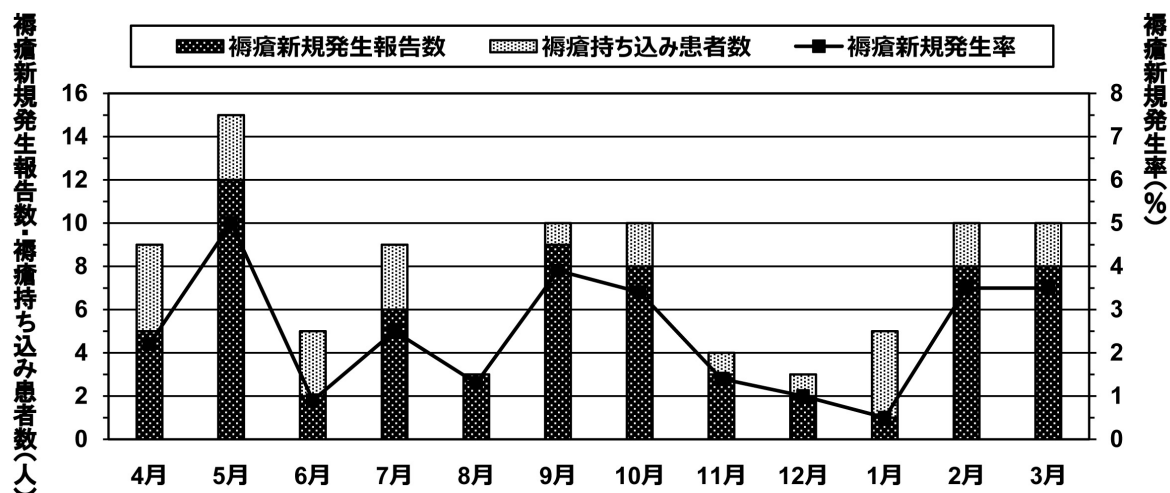
実際の活動では、月1回、委員会を開催し、院内の褥瘡発生状況を全員で共有した後、病棟回診を実施しました。また随時、担当委員のレクチャーによる勉強会も同時開催し、構成員の褥瘡への理解を深めました。さらに看護師長、副看護師長を中心に、およそ15年ぶりの褥瘡マニュアルの改訂作業を前年度に引き続き継続しました。一方、委員会活動とは別に、新規に褥瘡が発生した際は、直ちに委員長に報告され遅滞なく初期診療を開始します。並行して非常勤の皮膚科医師にも適宜、ご高診を仰ぎ、創処置を含め治療に関するご指導を頂いています。

令和6年度の褥瘡新規発生率は2.4%で前年度（1.4%）より高値ではありましたが、そのほとんどはNPUAP（National Pressure Ulcer Advisory Panel）分類でGrade 1～2相当でした。Grade 1～2の軽症褥瘡には、患部の除圧処置のほか、白色ワセリン、アズノール軟膏、アクトシン軟膏での皮膚管理を行い、Grade 3～4の重症褥瘡には、適宜、デブリードマンによる壊死組織、不良肉芽除去を実施し、浸出液、肉芽形成、上皮化などの状態に応じてイソジンシュガーパスタ、ゲーベンクリーム、プロスタンディン軟膏の塗布、フィブラストスプレー噴霧などでの処置を使い分け対応しました。

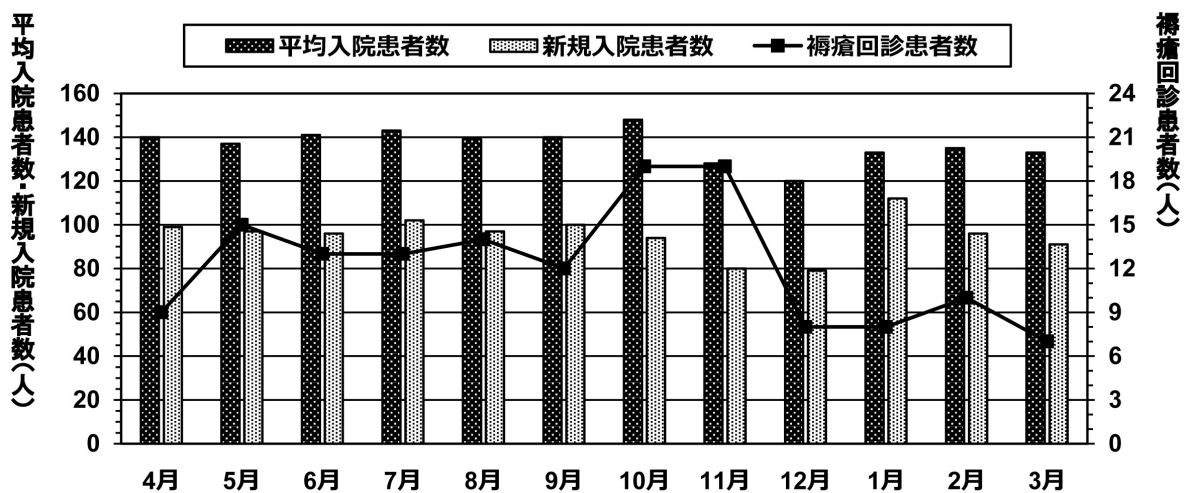
褥瘡が発生しますと、患者のQOLは著しく低下し感染の危険が増すのみならず看護業務など医療者側の負担も増加します。本委員会の活動では、予防から治療までがシステマティックに行われ、さらにさまざまなマットレスの利用、適切な治療薬の選択によって、褥瘡の発生予防、早期発見が達成でき重症褥瘡はかなり減少しています。今後とも院内の褥瘡の撲滅に向け努力して参ります。われわれの活動にご理解の上、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

<参考データ>

1. 褥瘡新規発生報告数・褥瘡持ち込み患者数・褥瘡新規発生率（令和6年度）



2. 平均入院患者数・新規入院患者数・褥瘡回診患者数（令和6年度）



クリティカルパス委員会

委員長 松木 和彦

＜陣容・委員会の内容＞

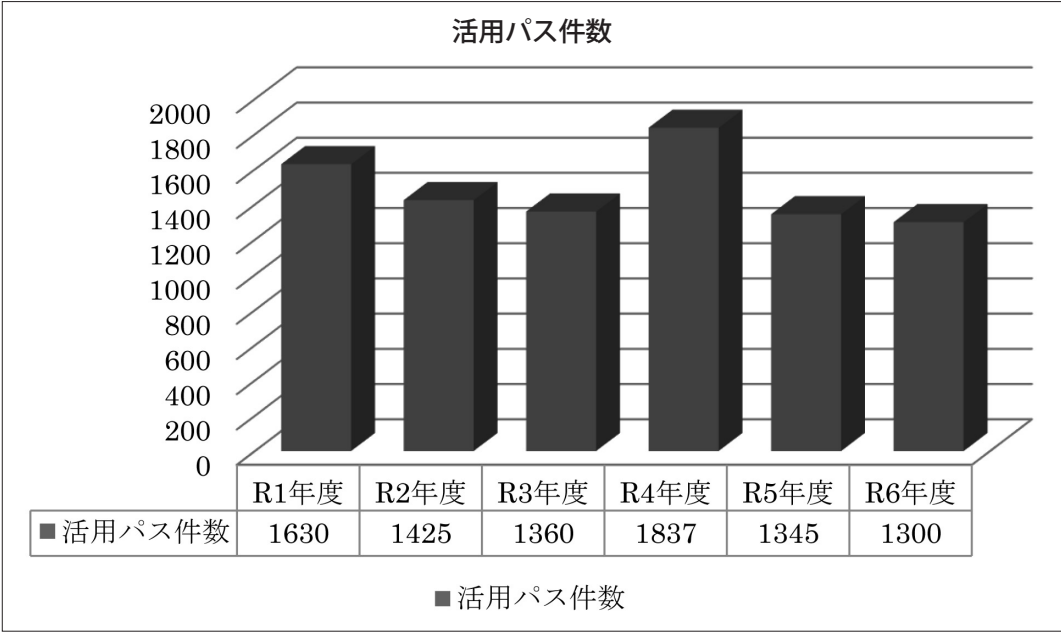
メンバーは医局・看護部（外来と各病棟）・薬局・理学療法士・事務職員、電子カルテへの搭載に協力してもらっている長峰臨床工学技士の総勢15人で構成されています。定期的に委員会を開催して当院でのパスの推進を図っています。具体的には新規パスの作成、既存パスの見直しに加えて、電子カルテ化の検討を行っています。今年度の活動も昨年度に引き続いて、電子カルテの更新に伴った新電子カルテへのパス移行作業と、システムの問題点の抽出・対策を継続している状況です。そのため時にはベンダーの出席もお願いしました。同時に従来使用されていないパスの見直し（継続や削除の評価）を行いました。

＜パスの種類と活用数の推移＞

新電子カルテに移行後、パス登録の操作法の問題点もありパス集計が不正確だったり、パスが十分に活用されていなかったりしております。35種類のパスが登録されており、実際にはその約半数の17種類が使用されています（別表参照）。抗菌薬副作用観察パスが最も多く、次いで上部消化管内視鏡検査や肺がん化学療法パスが利用されており、その他には手術や内視鏡関連のパスの利用が主体を占めています。

各部署毎の現況は、外来では麻酔や上部消化管内視鏡検査のパスに加えて下部消化管内視鏡検査のパスも新たに追加してこの数年利用数が急増しており、外来スタッフの意欲的な取り組みの成果と思われます。1病棟（児童精神科）は年間を通してパス利用はありませんでした。2病棟（結核患者を含めた呼吸器病棟）は電子カルテの更新や病棟稼働率の低迷によりパス利用数は伸び悩んでいます。3病棟（神経筋疾患患者主体）は2病棟がコロナ専用病棟であった間は呼吸器を含めた内科患者も受け入れておりパス利用数は増加しました。しかし2病棟の一般病棟変更に伴って従来の神経筋疾患主体に戻り、2病棟と同じ状況でパス利用は低迷しています。また2024年11月で病棟閉鎖となりました。4病棟（神経筋難病療養）でのパス利用数は例年と同程度であり多くはない現況です。患者の入退院が少なく、手術や観血的処置も少ないのが一因であると思われますが、週単位での定型的処置や看護が多いので、パスとして手順の統一化を図る余地があると考えます。5病棟（内科・外科混合）は検査・処置・手術を含め当院で最もパスが利用されている病棟で、昨年同様、内視鏡などの各種検査や手術関連パスとともに、病棟でのがん化学療法（レジメン毎）や抗生物質副作用観察パスの使用が主体を占めていました。

一般的にも言える事ですが、定型的処置（内視鏡検査や手術など）については作成・利用数とも多いのですが、内科的疾患のパスは作成しても利用が長続きしない状況です。



クリティカルパス活用件数調査表

令和6年度 病棟別件数

[illegible]

[illegible]

薬事委員会

薬剤科長 川俣 洋生 ■

目 的

当院における薬物療法の向上と医薬品の適正な管理、使用を図る。

構 成

副院長（委員長）、診療科部（医）長、薬剤科長（副委員長）、副薬剤科長、事務部長、看護部長、企画課長、専門職、業務班長、契約係長

審議事項

- 1) 新薬の効果検討と新規採用の決定に関する事項
- 2) 医薬品の適正な購入計画に関する事項
- 3) 在庫医薬品の合理的な使用と死蔵防止に関する事項
- 4) 病院医薬品集の作成及び協定処方に関する事項
- 5) 使用医薬品に関する事項
- 6) その他医薬品に関し、院長が諮問する事項
- 7) 医療用消耗品購入管理等の適正化に関する事項
- 8) 院外処方に関する事項

令和6年度は、5月22日、8月28日、11月27日、2月26日の計4回開催した。

先発後発を問わず医薬品の供給不足や販売中止があり、54品目の銘柄切り替えや緊急購入を行った。

【採用医薬品数及び後発医薬品比率】（令和7年3月31日現在）

採用医薬品数：967品目（前年度比－18品目）

内訳：内服513品目、外用133品目、注射321品目

後発医薬品比率（数量割合）：91.6%（昨年度比＋2.7%）

内訳：内服92.9%、外用83.3%、注射89.6%

経営改善懇談委員会（業務改善部会）

業務班長 佐伯 美佳

令和6年度院内QM活動発表会

1. 日 時 令和7年3月19日（水）
2. 場 所 大会議室
3. 参加者 院長、副院長、事務部長、看護部長、薬剤科長、企画課長、副看護部長、
業務改善部会メンバー、応援者、聴講者
4. QM発表 以下のとおり

発表順	職場名	活動テーマ	発表タイトル
1	栄養管理室	患者サービスの向上	患者様の声に応えよう
2	事務部（医事）	コスト漏れ削減	オーダー漏れ防止対策について
3	2階病棟	その他	安全第一 ～災害対策に関する看護研究チームとの連携～
4	5階病棟	コスト漏れ削減	コスト漏れみんなで一緒に無くし隊
5	薬剤科	その他	スタンプを活用して疼痛コントロールを充実させよう
6	外来・中材	患者サービスの向上	トリアージ オブ コール
7	放射線科	その他	Shall We Clean ? ～放射線科は永遠の輝き～
8	4階病棟	経費節減	目指そう！処置コスト漏れ削減
9	リハビリテーション科	新入院患者の確保	チーム 腰HAL
10	3階病棟	経費節減	なっ TENAIを変えて一な
11	検査科	その他	検査の不安解消します！！
12	1階病棟	その他	家族との情報交換を活発化し、児童の監護に繋げたい

業務改善部会は、経営改善懇談委員会（委員長：副院長）の作業部会として活動しており、例年、各部署にて設定したテーマをもってQCサークル活動を行っている。

平成24年度より、毎年12月に発表大会を開催し、同月の病院合同新年会において優秀チームを表彰していたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響のため、令和2年度以降は管理診療会議にて表彰を行っている。令和5年度は、電子カルテ更新作業と重なるため、2月に発表大会を開催し、3月の管理診療会議の場で優秀者の表彰を行った。令和6年度は、12月に病棟再編があったため、3月に発表大会を開催し、同月の管理診療会議の場で優秀者の表彰を行った。

平成29年度から、活動内容がより質の高いものとなるように、予め大きなテーマを与え、各部署で展開していく形としており、質の向上を目指す意味で、従来のQC活動からQM活動に改めている。

12の部署が、今まで以上に活動に取り組み、経営改善や患者サービスに大きく貢献した内容の成果を発表した。

日常業務における業務改善に取り組むテーマが多い傾向にあったが、令和5年度は収入・経費節減の取り組みが多く見られ、令和6年度においても同様の結果であった。

患者サービス向上委員会

財務管理係

令和6年度も下記のように3つのワーキンググループで活動を計画し実施した。

I：退院時アンケートグループ年間活動評価

テーマ：患者やその家族の目線にたち、退院時アンケートから得た意見をもとに快適な療養環境を提供し、患者満足度の向上に繋げる

目 標：退院時アンケートの実施率の向上とご意見を基にした改善を図る

退院時アンケート用紙の配布、回収方法の見直しを図り配布率、回収率の向上を目指す
入院案内内容の見直しを行い、内容、不具合の検討を行う

具体的取り組み計画

目標1. 退院時アンケートの実施率の向上とご意見を基にした改善を図る

- 1) 各病棟の退院時アンケートの配布方法、回収方法を把握する
- 2) 各病棟の退院時アンケート実施率から管理方法に関する問題点を抽出する
- 3) 退院時アンケートの集計を実施する（1回/月）
- 4) 退院時アンケート結果から得られた問題点を抽出する
- 5) 退院時アンケート結果から得られた問題点に対し、改善策を検討する
- 6) 退院時アンケート結果を自部署のスタッフにフィードバックする
- 7) 問題点に対する改善状況を患者、スタッフへ報告するシステムを構築する
- 8) 退院時アンケートの結果から、改善状況を評価する

目標2. 退院時アンケート用紙の配布、回収方法の見直しを図り配布率、回収率の向上を目指す

- 1) 退院時アンケート用紙の配布率、回収率の集計を実施する
- 2) 退院時アンケートの配布、回収方法に関する問題点を抽出し、検討する
- 3) 検討した退院時アンケートの配布、回収方法を評価し、必要に応じて変更する

目標3. 入院案内内容の見直しを行い、内容、不具合の検討を行う

- 1) 入院案内に関する内容について各部署の意見を集約する
- 2) 入院案内に関する内容についての各部署の意見を基に入院案内内容について見直しを行い追加、修正案を検討する
- 3) 入院案内に関する追加、修正案を各部署にフィードバックし再度追加、修正案を検討する
- 4) 検討した内容を基に必要なに応じて変更する

最終評価

目標1.2

各病棟に取り組み状況を会議の中で報告して頂き状況を把握した。退院時チェックリストの活用を行い、回収率が上がるよう取り組んだ。病棟の特徴が回収率に影響を与えていると考えられる。今後もスタッフの意識づけとともに、患者、患者家族への協力依頼の声掛けを行っていく。記載された患者からのご意見に対し真摯に受け止め、引き続きより良い療養環境を整えるとともに、患者満足度向上につなげていきたい。

目標3

入院案内の見直しに関しては各部署から意見を集約し訂正作業を行った。幹部の決裁を終え、新たな入院案内を発行することとなった。

Ⅱ：療養環境グループ年間活動評価

目的：患者様やそのご家族の目線にたち、快適な療養環境を提供し患者満足度向上に繋げる

目標：①整理整頓（5S活動推進）

②患者の視点に立ったわかりやすい案内表示や案内方法の検討を行う

③四季を通じて癒しの場を提供する

具体的取り組み計画

1. 環境ラウンド実施計画
2. 夏季の催しもの：外来受付掲示板への装飾実施（ひまわりの飾り付け）
3. 冬季の催しもの：クリスマスイルミネーションの計画・実施

最終評価

1. 外来・1階病棟～5階病棟、6階コインランドリーの環境ラウンドの実施を行った。結果として、清掃委託業者の範囲外の場所にほこりや汚れが目立つこと、掲示物に押印や掲載期間の書かれていないものが各部署に見受けられた。次年度については、年間を通して掲示物の整理を行い、押印や掲載期間を表示させることで、必要な掲示物が見やすくなるように整理を行っていく。
2. 去年に引き続き、外来に夏季の装飾を行った。6月中にヒマワリを製作し、7月に外来に飾り付けを行った。正面玄関すぐに掲示したことで良い印象をもってもらうことができた。
3. 入院されている方を対象としたサービスとして、今年度もクリスマスイルミネーションの実施を行った。1階病棟からも見えるよう場所の検討を行った。また南側の窓から見えるように一部イルミネーションを設置した。好評であったため、次年度も同様に計画実施したい。

Ⅲ：接遇グループ年間活動評価

目的：接遇に対しスタッフの意識向上を図り、接遇に対する患者サービスの充実を図る

目標：職員の接遇評価を定期的に行い、接遇の改善及び向上を図る

具体的取り組み計画

1. 自己チェックを行うことで接遇の啓発を行う
2. 標語作成を行い、接遇の改善及び向上を図る

最終評価

1. 集計の結果、実施率60%未満の項目があったため、改善及び向上に努めたい。
2. 院内に掲載する標語を各部署に募集を行った。

多くの標語が集まった中、各部署内で第1位～第3位までを選定し委員会で発表をした。また標語決定後、ともに掲載する「笑顔の写真」を募集し、ポスターの作成、発表、掲載を行った。

ポスターは令和8年度まで掲載予定である。今回の標語ポスター作成により、接遇に対しスタッフの意識向上に繋がったと考えられる。

安全衛生委員会

委員長 石山 雄一郎

安全衛生委員会は以下の職員を構成メンバーとして毎月第2水曜日に委員会活動を行っています。本委員会は法律で開催を義務づけられており、位置づけとしては非常に重要な委員会です。

当委員会活動の目的は、職員の職場環境向上確保にあり、その実現のために毎月1回、1職場ずつ職場巡視を実施し、問題点の検証とその解決のための検討を行っているところです。

また、産業医は全職場を毎月1回巡視しています。

○構成員（R6年度）

【総括安全衛生管理者】	副 院 長・石山 雄一郎
【産業医】	呼吸器内科医師・松尾 彩子
【衛生管理者】	内科医長・上村 智彦、臨床工学技士・長嶺 俊克
【安全に関する経験を有する者】	事務部長・黒瀬 隆
【衛生に関する経験を有する者】	看 護 師・山口 紋加、看 護 師・岡田 郁恵、 看 護 師・岡田 健太

○活動内容

月	巡視場所	検討事項	対応等
4	医事・地域連携室・宿直室	①管理当直室に椅子が高く積まれている。 置き場所を検討したほうがいい。	①高所に物を置かないようにした。
5	中止		
6	ボイラー室・更衣棟・ 栄養管理室	①外来診察室の棚の上に段ボールが置いてあり高所で危険。	①高所に物を置かないようにした。
7	放射線科・検査科・ 管理棟2階	①特になし	①特になし。
8	1階病棟	①棚の上に荷物が置いてあり危険である。 ②男子トイレに容易に開閉可能な扉があり、児童精神科病棟であるため危険。	①高所に物を置かないようにした。 ②容易に開閉できないよう対応済。
9	新病棟屋上周辺	①特になし。	①特になし。
10	5階病棟	①休憩室等で棚の固定がされておらず危険。	①突っ張り棒で固定した。
11	4階病棟	①休憩室等で棚の固定がされておらず危険。	①突っ張り棒で固定した。
12	3階病棟	①特になし。	①特になし。
1	2階病棟	①休憩室等でロッカーと食器棚の固定がされておらず危険。	①突っ張り棒で固定した。
2	医局・医師当直室 薬剤科・リハビリテーション科	①医局の棚の固定がされておらず危険。	①突っ張り棒で固定した。
3	駐車場・屋外	①特になし。	①特になし。

News宮崎東編集委員会

編集員 鈴木 あい ■

本年度より編集委員に任命されました。前任のベテラン編集委員が作成していた「News 宮崎東」を引き継ぎ、さらにパワーアップした内容をお届けできる様に他委員と共に邁進したいと考えております。現在、院内のみならず、連携医療機関、行政機関、地域の自治会などの院外へも発送されており、昨年度の発行部数は300部であり、4回に渡って送付させていただきました。院長の提言をはじめとして、院内、外の活動・近況報告を行っております。

令和6年度の発行内容を紹介いたします。

第147号 2024年6月発行

1. 巻頭言：社会におけるシフティングベースライン(移り変わる基準) 院長：伊井 敏彦
2. 新採用者・転入者紹介
個人情報の観点から名前は割愛させていただきます。

第148号 2024年9月発行

1. 巻頭言：コロナ禍の記憶 副院長：石山 雄一郎
2. BLS研修の参加ありがとうございました！ 医療安全管理室 山口 新子
3. 第5回東風の風について 東風の会 会長 比嘉 利信
4. 第18回開放型病院登録医運営協議会を開催しました 地域医療連携室室長 石山 雄一郎
5. 療養介護病棟での行事 ～活動風景・装飾など～

第149号 2024年12月発行

1. 巻頭言：結核の歴史から見る生き物としてのヒトと感染症 院長：伊井 敏彦
2. HALR腰タイプ自立支援用使用したリハビリテーションについて リハビリ科
3. 病棟にネコがきた！ 内科医師 谷岩 公博
4. 「津軽三味線演奏会」を開催して 5階病棟 小倉 摩耶
5. 初めてのサーカス観覧 1階病棟 太田 一徳

第150号 2025年3月発行

1. 巻頭言：戦後80年 副院長：石山 雄一郎
2. 3階病棟休棟について 院長：伊井 敏彦
3. 出張講座「おくすりのはなし」の活動報告 薬剤科長 川俣 洋生
4. 宮崎東病院 花巡り ～春編～
5. 希望のバナナ～子どもたちの成長を祈って～ 琉球病院 事務部長 池間 忍（元当院事務部長）

私は2020年に当院へ赴任し、5年間が過ぎました。この5年間で気がついた東病院の魅力をお伝えできたらと思っています。まだまだ私の知らない東病院がたくさんあると思いますので、様々なことを発掘してお届けしていけたらと考えています。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

V．統計資料

- 1) 経営管理指標
- 2) 年度・月別患者数
- 3) 平均在院日数
- 4) 診療科別患者数



1) 経営管理指標

区 分				令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
病 床 数	収容可能	一 般	人	104	104	104	104	104
		障 害	人	50	50	50	50	50
		筋ジス	人	50	50	50	50	50
		結 核	人	16	16	16	16	16
		精 神	人	30	30	30	30	30
		計	人	250	250	250	250	250
延 患 者 数	入 院	一 般	人	20,029	18,350	17,974	17,578	19,971
		障 害	人	13,794	13,035	13,246	12,617	6,333
		筋ジス	人	17,307	15,424	14,585	13,589	14,402
		結 核	人	500	378	474	1,284	1,534
		精 神	人	6,639	6,230	5,796	7,443	7,510
		計	人	58,269	53,417	52,075	52,511	49,750
	外 来	人	32,584	33,090	32,813	29,864	29,339	
平均患者数	入 院	一 般	人	54.9	50.3	49.2	48.2	54.7
		障 害	人	37.8	35.7	36.3	34.6	17.4
		筋ジス	人	47.4	42.3	40.0	37.2	39.5
		結 核	人	1.4	1.0	1.3	3.5	4.2
		精 神	人	18.2	17.1	15.9	20.4	20.6
		計	人	159.6	146.3	142.7	143.9	136.3
	外 来	人	134.1	136.7	135.6	123.4	121.2	
病床利用率	収容可能	一 般	%	52.8	48.3	47.3	46.3	52.6
		障 害	%	75.6	71.4	72.6	69.1	34.7
		筋ジス	%	94.8	84.5	79.9	74.5	78.9
		結 核	%	8.6	6.5	8.1	22.0	26.3
		精 神	%	60.6	56.9	52.9	68.0	68.6
		計	%	63.9	58.5	57.1	57.5	54.5
平均在院日数		一 般	日	17.9	16.3	18.3	19.3	25.2
患 者 1 人 1日当たり 診 療 点 数	入 院	一 般	点	4,496.5	4,845.8	6,456.8	4,054.0	4,347.3
		障 害	点	3,422.9	3,421.2	3,584.1	3,294.9	3,248.2
		筋ジス	点	4,585.2	4,676.2	5,140.5	4,736.1	4,744.1
		結 核	点	4,374.9	7,729.5	21,473.4	2,776.0	3,184.3
		精 神	点	3,112.6	3,304.8	3,560.7	2,931.3	3,094.9
		計	点	4,109.9	4,293.1	4,772.2	3,857.7	4,097.3
	外 来	点	2,358.5	2,495.0	2,359.7	2,286.3	2,347.6	
総 収 益		千円	4,615,049	4,601,300	4,399,496	3,378,412	2,805,933	
総 費 用		千円	3,775,547	3,615,735	3,649,387	3,440,763	3,510,433	
総 収 支 率		%	122.2	127.3	120.6	98.2	79.9	
経 常 収 益		千円	4,615,049	4,601,300	4,399,496	3,378,412	2,805,933	
経 常 費 用		千円	3,775,547	3,615,735	3,649,387	3,367,725	3,510,433	
経 常 収 支 率		%	122.2	127.2	120.6	98.2	79.9	
医 業 収 支 率		%	84.8	87.4	90.2	80.0	78.6	
人 件 費 率		%	65.7	63.0	61.4	69.1	69.1	
委 託 費 率		%	6.1	6.0	5.9	7.1	6.8	
材 料 費 率		%	27.3	26.0	24.7	28.5	25.1	
経 費 率		%	5.6	5.7	6.8	7.6	6.2	

2) 年度・月別患者数

入院患者数

(単位：人)

区分	5 階病棟			2 階病棟（一般）			3 階病棟		
	4 年度	5 年度	6 年度	4 年度	5 年度	6 年度	4 年度	5 年度	6 年度
4 月	48.8	47.4	29.9	0.0	0.0	24.2	36.2	36.9	30.9
5 月	45.3	43.3	29.2	8.1	0.0	20.3	40.1	35.6	28.5
6 月	50.9	46.3	29.2	2.6	2.4	21.1	40.3	36.0	28.7
7 月	44.5	33.4	26.3	6.4	8.5	20.6	33.8	39.6	29.4
8 月	47.0	43.9	24.1	11.7	5.2	20.9	32.7	40.4	28.9
9 月	46.9	39.9	30.7	5.9	7.5	19.6	37.6	36.4	27.6
10月	43.0	29.9	37.2	0.0	9.4	21.8	33.5	34.2	22.9
11月	42.9	25.1	23.0	0.0	17.3	22.3	35.3	35.0	10.4
12月	39.9	27.0	27.7	5.6	17.9	25.2	35.7	32.7	0.0
1 月	39.3	28.6	36.6	11.2	24.1	31.1	35.8	28.9	0.0
2 月	44.8	35.7	36.2	1.1	25.0	31.4	39.6	28.8	0.0
3 月	45.0	32.5	34.9	0.0	27.1	27.6	35.4	28.8	0.0
計	44.8	36.1	30.9	4.4	12.0	23.8	36.3	34.4	26.0

※ 3 階病棟（神経難病）は、令和 6 年 12 月より休棟

区分	4 階病棟			2 階病棟（結核）			1 階病棟		
	4 年度	5 年度	6 年度	4 年度	5 年度	6 年度	4 年度	5 年度	6 年度
4 月	38.9	37.3	35.6	4.4	0.0	2.4	10.6	17.2	16.6
5 月	38.3	37.0	36.3	0.6	1.2	2.6	14.4	18.9	20.2
6 月	41.5	37.8	36.0	0.8	3.8	4.2	16.1	25.1	22.1
7 月	41.5	38.8	36.8	1.6	6.6	7.4	14.6	20.4	22.2
8 月	42.0	38.7	37.6	0.0	4.6	6.5	12.4	19.1	21.1
9 月	42.0	38.7	37.3	0.4	4.6	2.9	13.5	20.1	22.0
10月	41.7	37.5	38.0	2.8	6.9	4.7	17.2	20.7	23.3
11月	40.0	36.0	42.2	2.6	5.8	3.8	20.0	21.0	19.7
12月	40.7	36.4	44.0	0.9	4.0	1.9	19.4	21.4	20.9
1 月	39.0	36.0	43.8	0.0	1.8	1.5	18.4	21.0	19.2
2 月	37.3	35.7	43.0	1.3	1.8	4.3	17.8	20.1	20.5
3 月	36.5	35.6	43.0	0.0	1.0	8.1	16.4	19.2	19.0
計	40.0	37.1	39.5	1.3	3.5	4.2	15.9	20.4	20.6

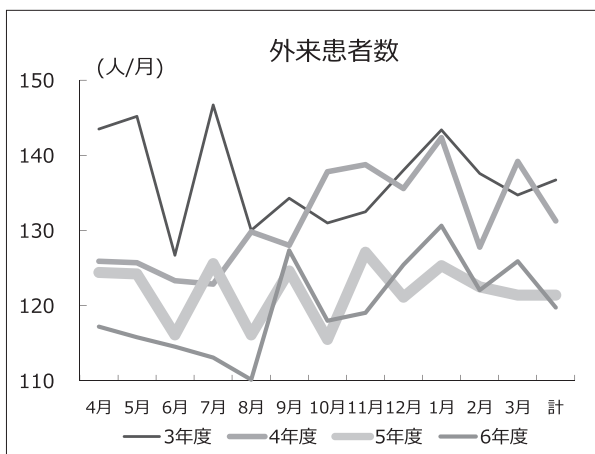
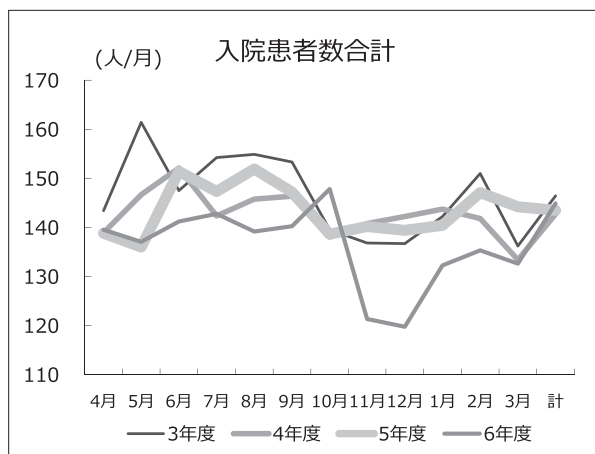
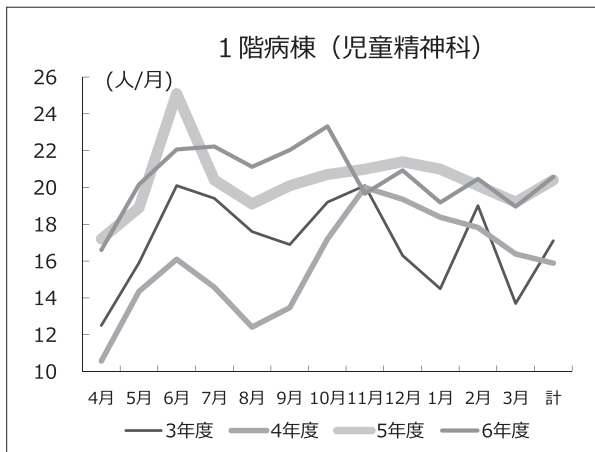
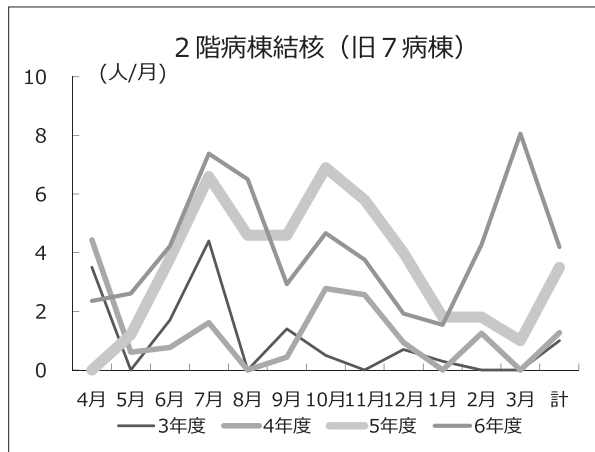
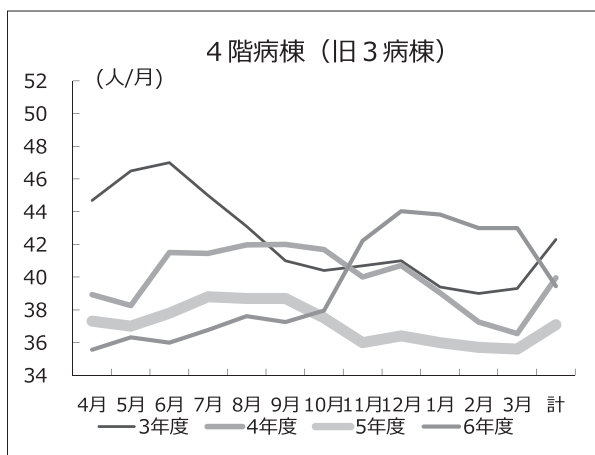
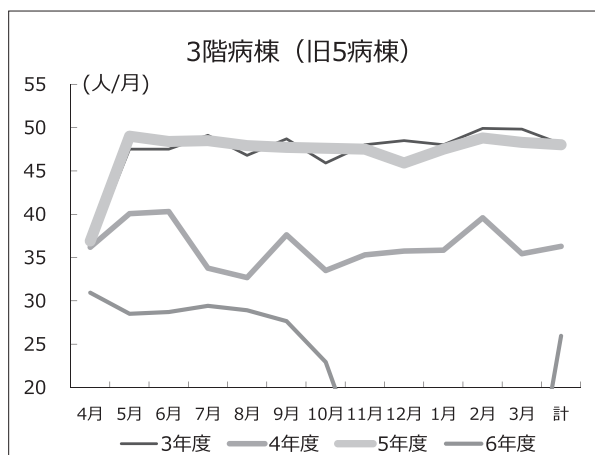
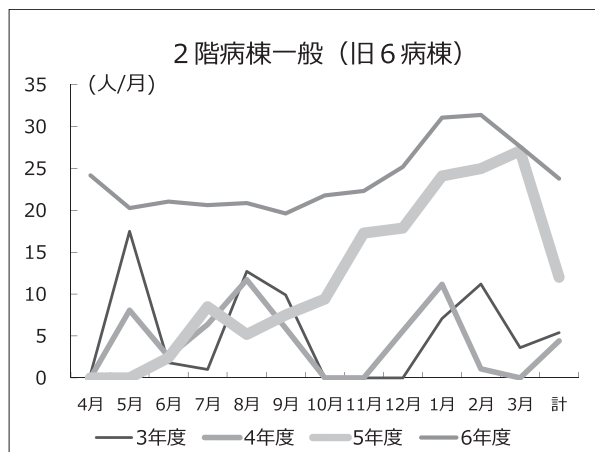
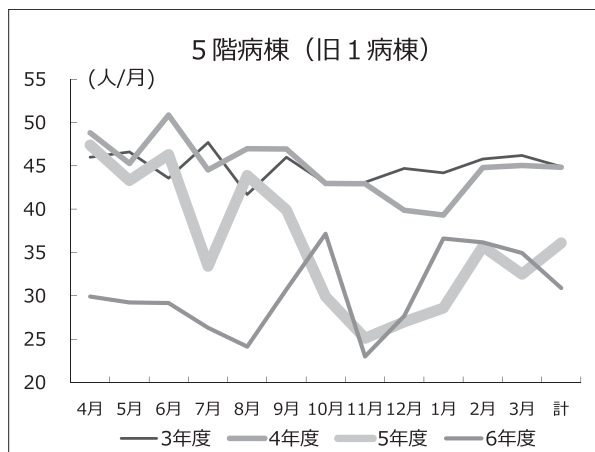
※ 1 階病棟（児童精神科）は、平成 29 年 4 月より開棟

区分	入院 計		
	4 年度	5 年度	6 年度
4 月	138.9	138.8	139.5
5 月	146.6	136.0	137.1
6 月	152.1	151.4	141.2
7 月	142.4	147.3	142.7
8 月	145.8	151.9	139.1
9 月	146.4	147.2	140.2
10月	138.1	138.6	147.8
11月	140.8	140.2	121.3
12月	142.2	139.4	119.8
1 月	143.7	140.4	132.2
2 月	141.8	147.1	135.3
3 月	133.4	144.2	132.6
計	142.7	143.5	144.9

外来患者数

(単位：人)

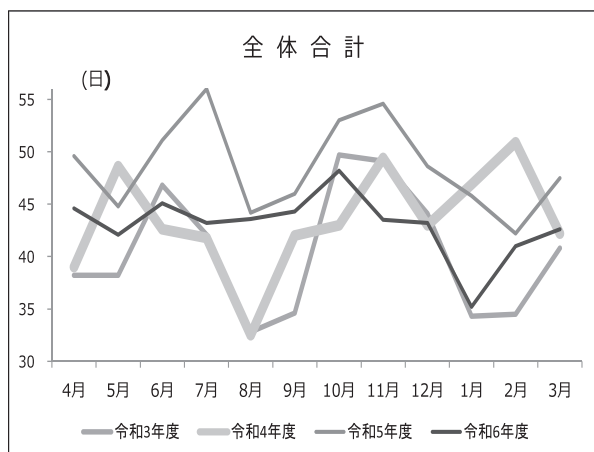
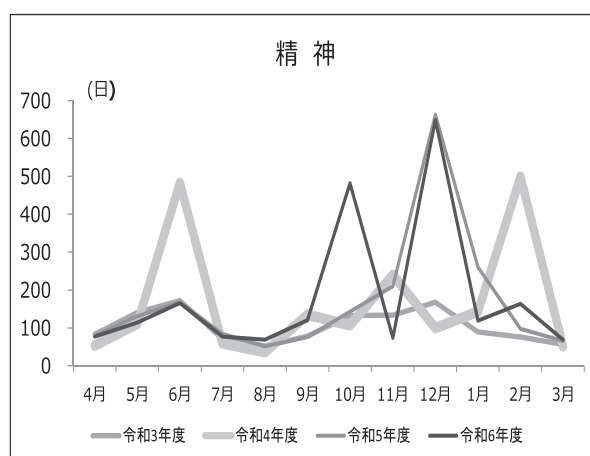
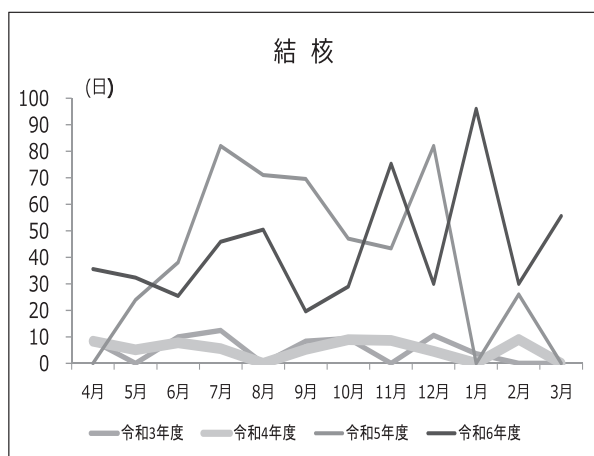
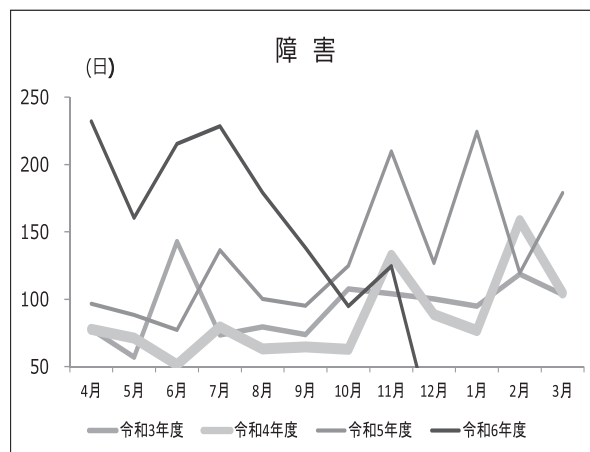
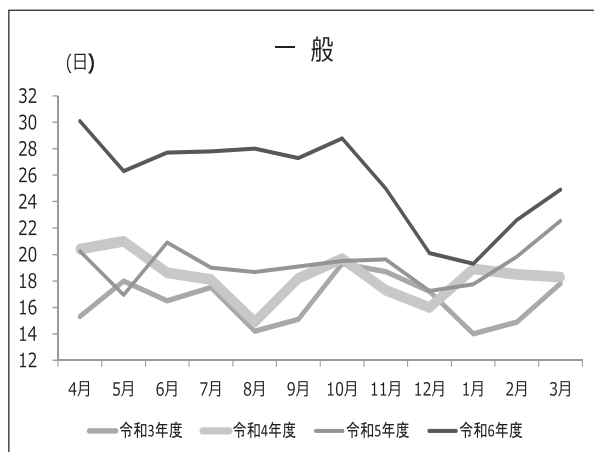
区分	4 年度	5 年度	6 年度
4 月	125.9	124.4	117.2
5 月	125.7	124.2	115.8
6 月	123.3	116.1	114.6
7 月	122.9	125.6	113.1
8 月	129.8	116.1	110.1
9 月	128.0	124.6	127.4
10月	137.8	115.5	118.0
11月	138.8	127.1	119.1
12月	135.6	121.1	125.5
1 月	142.4	125.3	130.6
2 月	127.8	122.5	122.1
3 月	139.2	121.4	125.9
計	131.3	121.4	119.8



3) 平均在院日数

(単位：日)

区 分			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
一 般	5 階病棟	令和4年度	20.4	24.0	19.3	21.5	19.0	19.5	19.7	17.3	17.4	19.8	19.5	18.3	19.5
		令和5年度	20.3	16.9	22.0	19.2	20.0	18.8	22.5	21.5	19.0	21.3	19.4	26.9	20.7
		令和6年度	22.5	19.5	20.6	19.2	18.2	22.0	28.4	22.5	22.6	17.9	21.8	22.3	21.5
	2 階病棟一般	令和4年度	0.0	12.5	11.0	9.0	8.1	11.9	0.0	0.0	10.5	16.3	6.0	0.0	11.2
		令和5年度	0.0	0.0	11.2	18.3	12.2	21.0	13.7	17.3	15.0	14.9	20.5	18.9	13.6
		令和6年度	17.7	15.5	16.4	15.2	16.6	16.1	16.9	18.6	17.6	17.2	22.8	24.5	17.9
	合 計	令和4年度	20.4	21.0	18.6	18.1	14.9	18.2	19.7	17.3	16.0	18.9	18.5	18.3	18.3
		令和5年度	20.3	16.9	20.9	19.0	18.7	19.1	19.5	19.6	17.2	17.8	19.8	22.6	19.3
		令和6年度	30.1	26.3	27.7	27.8	28.0	27.3	28.8	25.0	20.1	19.3	22.6	24.9	25.7
障 害	3 階病棟	令和4年度	77.5	71.0	51.4	79.3	63.2	64.5	62.9	132.4	88.6	76.6	158.3	104.6	65.0
		令和5年度	96.5	88.3	77.2	136.3	100.2	95.0	124.7	209.8	126.9	224.3	119.4	178.8	131.5
		令和6年度	232.0	160.5	215.3	228.5	179.2	138.2	94.8	124.4	-	-	-	-	145.5
筋 シ ス	4 階病棟	令和4年度													
		令和5年度													
		令和6年度													
結 核	2 階病棟結核	令和4年度	8.4	5.1	7.7	5.6	0.0	5.2	8.9	8.7	4.5	0.0	9.0	0.0	7.5
		令和5年度	0.0	24.0	38.0	82.0	71.0	69.5	47.1	43.3	82.0	0.0	26.0	0.0	40.2
		令和6年度	35.5	32.4	25.4	45.8	50.5	19.6	29.0	75.3	30.0	96.0	30.0	55.6	43.8
精 神	1 階病棟	令和4年度	52.8	111.3	483.0	59.3	36.0	134.7	106.6	240.0	100.0	142.5	499.0	50.8	95.9
		令和5年度	79.4	130.0	167.6	84.3	51.4	75.4	142.4	209.7	663.0	260.0	97.3	66.1	168.9
		令和6年度	76.9	113.6	165.5	76.6	68.9	120.2	482.0	73.8	649.0	119.0	163.7	69.2	181.5
総計		令和4年度	39.0	48.6	42.6	41.8	32.5	42.0	43.0	49.4	43.0	46.9	50.9	42.2	39.4
		令和5年度	49.6	44.8	51.1	56.0	44.2	46.0	53.0	54.6	48.6	45.8	42.2	47.5	48.6
		令和6年度	44.6	42.1	45.1	43.2	43.6	44.3	48.2	43.5	43.2	35.2	41.0	42.6	43.0



4) 診療科別患者数

入院患者数

(単位：人/日)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
診療実日数	30	31	30	31	31	30	31	30	31	31	28	31	365
内 科	5階(1)病棟	5.6	7.3	11.0	7.7	7.1	10.8	14.4	9.4	5.8	6.9	9.0	8.8
	2階(6)病棟	2.5	0.8	1.6	3.0	5.2	2.8	2.0	2.6	3.8	8.0	7.5	3.9
	3階(5)病棟	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	6.9	6.6	2.3				4.3
	4階(3)病棟								2.3	3.0	3.0	3.0	1.2
	2階(7)病棟												
	計	15.1	15.1	19.6	17.7	19.3	20.5	23.1	16.6	12.6	17.9	19.5	18.1
脳 神 経 科	5階(1)病棟		1.1	0.6	1.6	0.9	1.6	0.9	1.9	2.8	4.5	5.6	2.3
	2階(6)病棟	0.3	0.7	0.4	0.4			0.8	1.6	1.7	0.8	0.4	0.6
	3階(5)病棟	22.2	19.5	20.7	20.5	19.9	18.7	14.3	6.8				11.9
	4階(3)病棟	35.6	36.3	36.0	36.8	37.6	37.3	38.0	39.9	41.0	40.8	40.0	38.3
	2階(7)病棟												
	計	58.0	57.5	57.7	59.3	58.4	57.6	54.0	50.2	45.5	46.2	46.0	53.1
呼 吸 器 科	5階(1)病棟	8.0	6.2	3.0	3.6	5.2	5.5	5.7	4.4	3.9	8.8	8.3	5.7
	2階(6)病棟	21.0	18.8	18.9	15.8	14.4	16.5	17.8	18.1	19.7	22.2	23.5	18.9
	3階(5)病棟	1.0	1.0	1.0	2.0	2	2.0	2.0	1.2				1.0
	4階(3)病棟												
	2階(7)病棟	2.4	2.6	4.2	7.4	6.5	2.9	4.7	3.8	1.9	1.5	4.3	4.2
	計	32.3	28.6	27.2	28.8	28.1	26.9	30.2	27.5	25.5	32.5	36.1	29.8
小 児 科	5階(1)病棟	0.9	1.0	1.0	1.0			0.5				1.1	0.5
	2階(6)病棟												
	3階(5)病棟												
	4階(3)病棟												
	2階(7)病棟												
	計	1.4	1.2	1.8	1.7	4.6	1.0	1.0	1.0	2.0	0.9	1.7	1.8
外 科 ・ 呼 吸 器 科	5階(1)病棟	0.4	1.5	2.4	4.6	3.9	4.7	4.6	4.8	4.9	5.3	2.9	3.5
	2階(6)病棟	0.4				0.3							0.1
	3階(5)病棟												
	4階(3)病棟												
	2階(7)病棟												
	計	0.8	1.5	2.4	4.6	4.2	4.7	4.6	4.8	4.9	5.3	2.9	3.5
心 療 科 ・ 児 童 科	1 病棟		0.1	0.9	0.7								0.1
	6 病棟												
	5 病棟												
	3 病棟												
	2階(7)病棟												
	計	15.3	19.0	20.3	20.5	16.5	21.0	22.3	18.6	18.9	18.3	18.8	18.8
腫 瘍 科	5階(1)病棟	8.9	8.4	5.3	4.5	3.5	4.9	6.2	4.9	5.2	3.6	2.4	5.1
	2階(6)病棟			0.1	0.4		0.2	0.1					0.1
	3階(5)病棟	0.8	1.0										0.2
	4階(3)病棟												
	2階(7)病棟												
	計	9.7	9.4	5.5	4.9	3.5	5.1	6.3	4.9	5.2	3.6	2.4	5.3
整 形 科	5階(1)病棟	6.1	3.7	4.8	2.6	3.5	3.2	4.9	3.9	5.1	7.5	7.9	5.0
	2階(6)病棟				1.1	1.0	0.1	1.1					0.3
	3階(5)病棟												
	4階(3)病棟												
	2階(7)病棟												
	計	6.1	3.7	4.8	3.6	4.5	3.4	6.0	3.9	5.1	7.5	7.9	5.3
合 計	5階(1)病棟	29.9	29.2	29.2	26.3	24.1	30.7	37.2	29.3	27.7	36.6	36.2	30.9
	2階(6)病棟	24.2	20.3	21.1	20.6	20.9	19.6	21.8	22.3	25.2	31.1	31.4	23.8
	3階(5)病棟	30.9	28.5	28.7	29.5	28.9	27.6	22.9	10.4				17.4
	4階(3)病棟	35.6	36.3	36.0	36.8	37.6	37.3	38.0	42.2	44.0	43.8	43.0	39.5
	2階(7)病棟	2.4	2.6	4.2	7.4	6.5	2.9	4.7	3.8	1.9	1.5	4.3	4.2
	1 階病棟	16.7	20.2	22.1	22.2	21.1	22.0	23.3	19.7	20.9	19.2	20.5	20.6
計		139.6	137.1	141.2	142.8	139.2	140.2	147.8	127.6	119.8	132.3	135.3	136.3

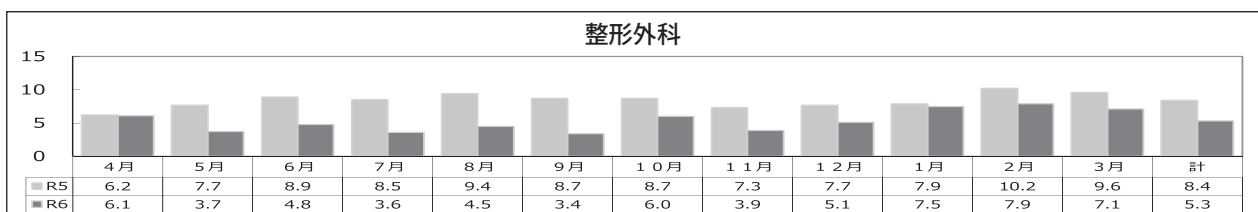
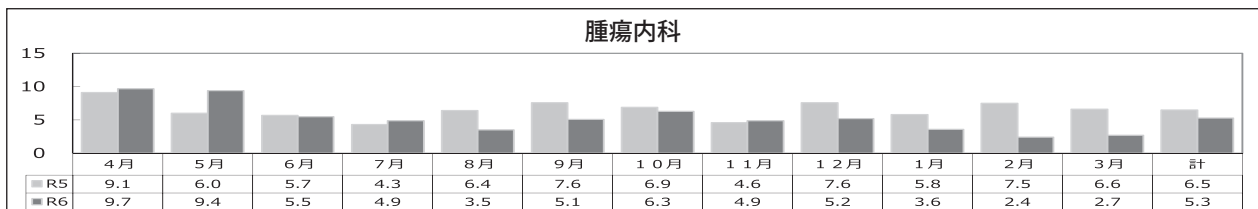
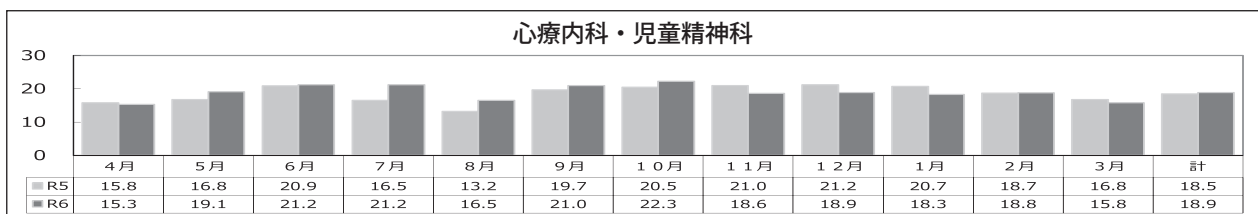
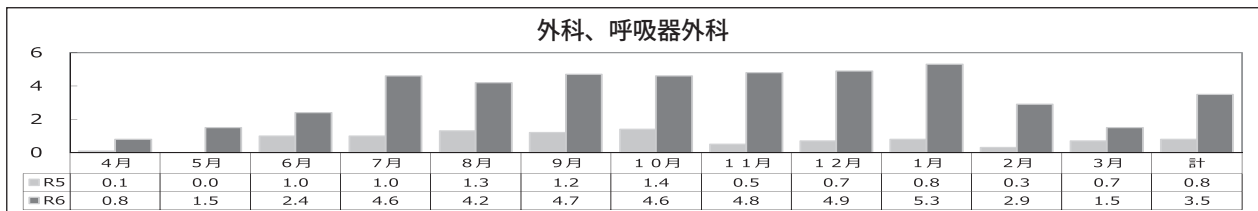
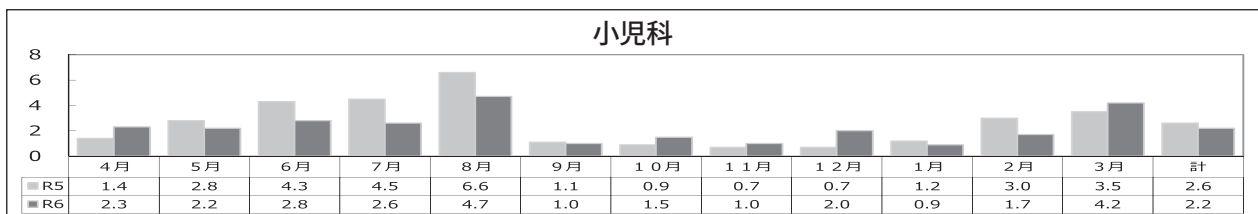
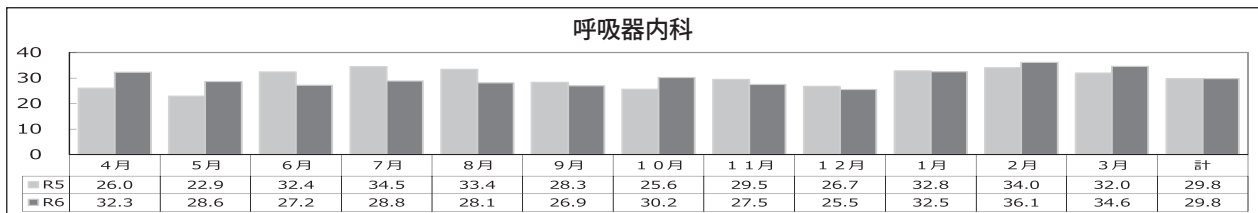
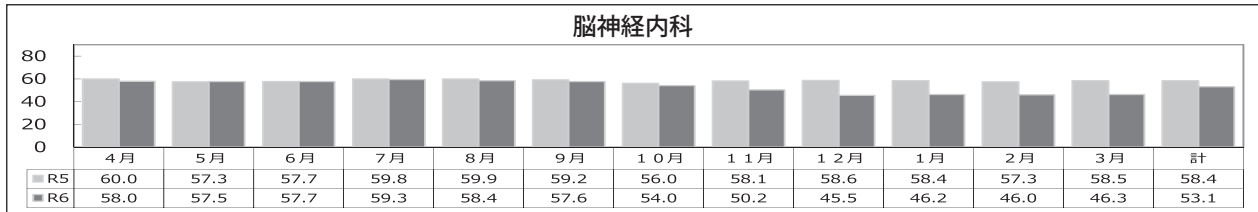
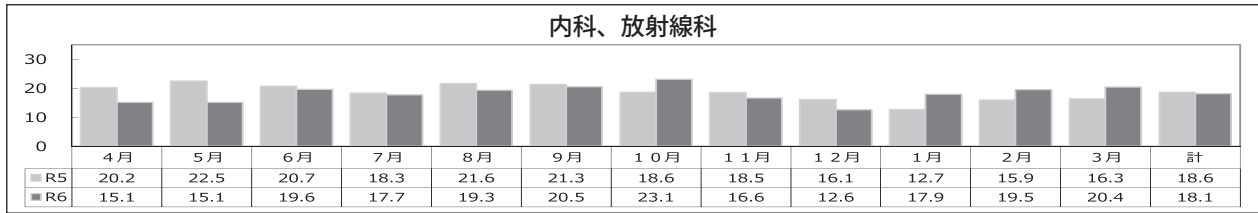
外来患者数

(単位：人/日)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
診療実日数	21	21	22	21	22	20	21	20	20	19	19	20	246
内科・放射線科	22.0	21.1	19.2	22.7	20.2	24.2	22.5	20.9	23.1	25.8	21.7	22.4	22.1
脳神経内科	8.7	9.2	8.9	9.0	8.4	8.8	9.4	8.0	8.7	8.5	8.6	8.8	8.7
呼吸器内科	31.3	31.5	29.2	33.5	29.9	33.4	35.9	35.6	41.3	37.8	33.3	35.6	33.9
小児科	9.6	6.9	5.8	6.7	7.0	7.6	7.4	7.8	18.0	8.2	7.2	9.1	8.4
外科・呼吸器外科	2.4	2.5	3.8	3.7	2.7	3.4	3.6	3.6	4.1	4.4	4.4	6.0	3.7
心療内科・児童精神科	24.7	26.2	22.2	26.2	23.5	26.6	27.1	25.1	25.9	28.3	24.2	26.4	25.5
腫瘍内科	5.7	5.6	3.5	3.9	3.0	4.6	4.0	3.9	3.9	4.2	3.5	3.0	4.1
整形外科	12.1	11.9	10.1	11.9	9.5	11.9	12.6	13.1	12.1	13.0	11.9	13.6	11.9
歯科	0.8	0.9	1.4	0.9	0.9	0.8	1.1	1.2	1.1	0.4	0.8	1.3	1.0
計	117.2	115.8	104.1	118.5	105.1	121.0	123.6	119.1	138.0	130.6	115.6	125.9	119.3

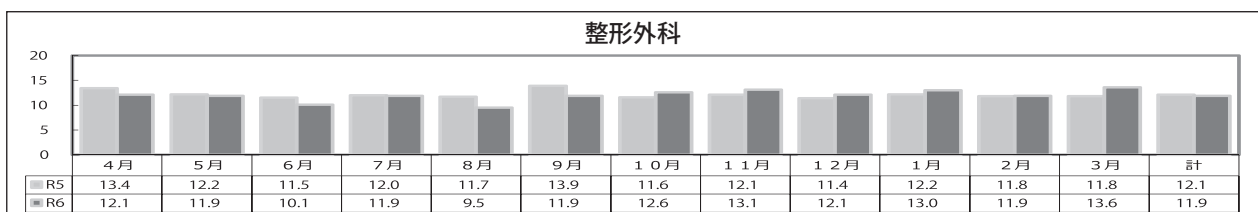
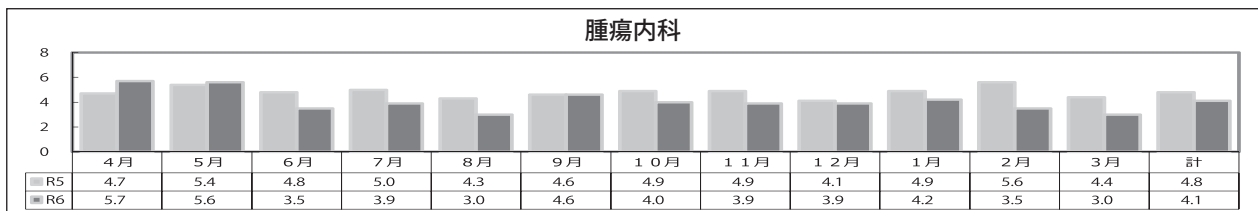
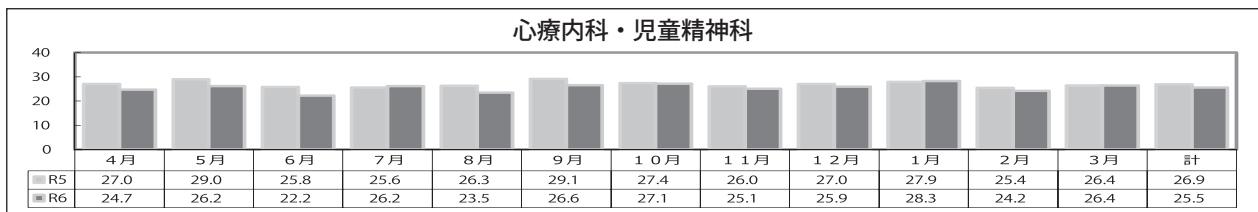
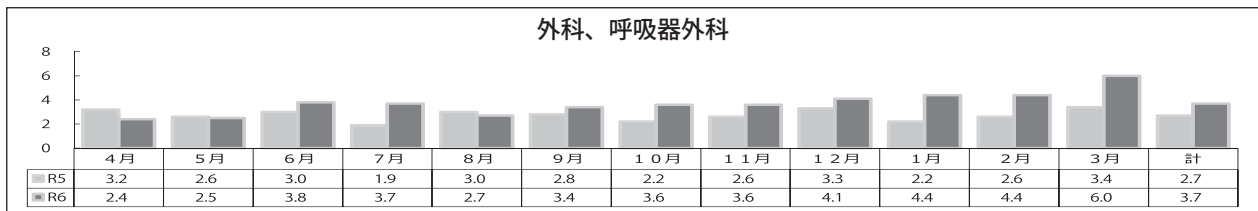
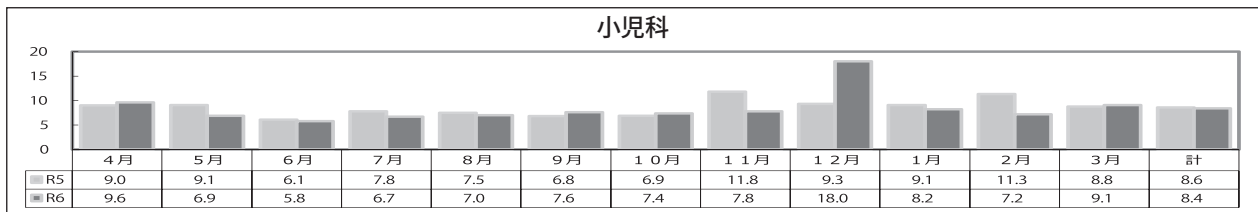
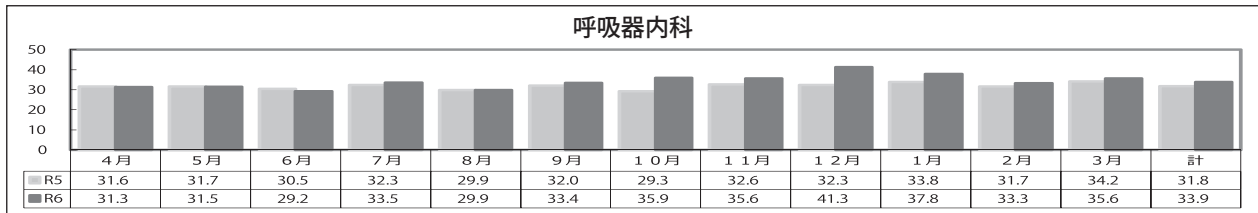
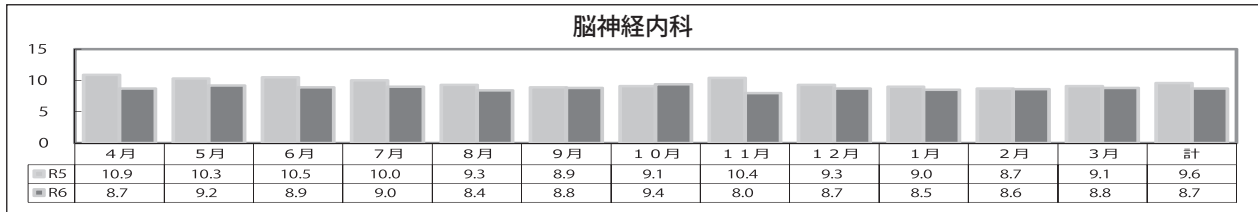
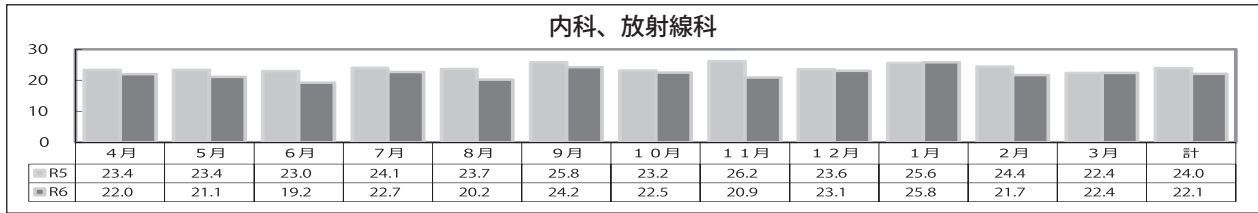
診療科別入院患者数

(1日平均患者数：人)



診療科別外来患者数

(1日平均患者数：人)



VI. 年間主要行事



令和6年度年間行事

月	病 院	担当者	病 棟 等	担当者
4月	・新採用者オリエンテーション ・経営改善ヒアリング（機構本部・九州グループ）	管 理 課・看 護 部 企 画 課		
5月	・機構本部監事視察	管 理 課		
6月	・職員の定期健康診断 ・共済監査（九州財務局） ・看護師採用試験 ・東風の会	管 理 課 管 理 課 管 理 課・看 護 部 管 理 課・看 護 部		
7月	・開放型病院登録医運営協議会	地 域 医 療 連 携 室		
8月			・ふれあい看護体験 ・特定行為研修開校式	看 護 部 看 護 部
9月	・障害者虐待防止研修「特別講演」 ・期中監査	管 理 課 看 護 部	・ジュニアオーケストラ	療 育 指 導 室
10月	・幹部看護師任用候補者研修 ・第78回国立病院総合医学会（大阪）	看 護 部 各 部 門		
11月	・宮崎東病院周辺住民等津波避難訓練	管 理 課 管 理 課	・電気法定点検 ・県内看護管理者研修	企 画 課 看 護 部
12月	・合同忘年会 ・病院立入検査（医療監視） 仕事納め式	管 理 課 管 理 課 管 理 課	・宮崎県立看護大学就職説明会 ・3病棟閉棟	看 護 部 看 護 部
1月	・仕事始め式 ・被評価者研修	管 理 課 管 理 課		
2月	・職員特別健康診断 ・消防訓練 ・日本医療マネジメント学会 第17回宮崎県支部学術集会（宮崎大学附属病院）	管 理 課 管 理 課 管 理 課	・QM活動発表会	業 務 改 善 部 会
3月		看 護 部	・看護職員就職説明会（福岡） ・特定行為研修閉校式	看 護 部 看 護 部

VIII. 業績集

- 1) 原著
- 2) 学会関係
- 3) 講演・研究会等



令和6年度国立病院機構宮崎東病院業績集

1. 原著

1. Fujimoto A, Koutake Y, Tsutsui Y, Nakahara M, Matsuo K, Yabuuchi Y, Kamimura G, Kawamata Y, Uehara T, Ikari A, Endo S, Oyamada J. :
Effect of antiemetic corticosteroids on the development of immune related adverse events caused by chemoimmunotherapy : a multicenter retrospective study.
Supportive Care in Cancer. 2025, 33, 204.
2. 松元信弘 :
[Postgraduate Education] 新たに改定された日本呼吸器学会による「成人肺炎診療ガイドライン 2024」について.
宮崎県内科医会誌 100 ; 28-34, 2024.

2. 学会関係

1. 松尾彩子、釘宮啓一、井手口優美、佐野ありさ、松元信弘、関屋亮、伊井敏彦 :
レンバチニブによる慢性胆嚢炎を来したものの外科的切除により内服を継続できた胸腺癌の1例.
第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会. 2025年3月.
2. 小田康晴、釘宮啓一、久富木庸子、松浦祐之介、木脇拓道、北村瑛子、住吉誠、坪内拡張、柳重久、宮崎泰可 :
気管気管支限局ALアミロイドーシスの一例.
第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会. 2025年3月.
3. 佐野ありさ、伊井敏彦、釘宮啓一、松尾彩子、井手口優美、松元信弘 :
気管支鏡検査にて診断したNocardia asiatica の一例.
第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会. 2025年3月.
4. 郡山晴喜、松元信弘、伊井敏彦、坂元昭裕 :
訪問診療にて肺結核の治療を行った独居高齢者の1例.
第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会. 2025年3月.
5. 釘宮啓一、松尾彩子、井手口優美、佐野ありさ、松元信弘、伊井敏彦 :
抗結核薬内服中に新規病変の出現を繰り返した結核性リンパ節炎の1例.
第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会. 2025年3月.
6. 釘宮啓一、松尾彩子、井手口優美、佐野ありさ、松元信弘、伊井敏彦 :
血清と気管支肺泡洗浄液の両者でDLST陽性を示した防風通聖散による薬剤性肺障害の1例.
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会日本サルコイドーシス/肉下種性疾患学会九州支部秋季学術講演会. 2024年10月.

7. 松尾彩子、釘宮啓一、井手口優美、佐野ありさ、松元信弘、伊井敏彦：
特徴的な画像所見を呈したアミオダロンによる薬剤性肺障害の1例。
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会日本サルコイドーシス/肉下種性疾患学会
九州支部秋季学術講演会. 2024年10月.
8. 栗原淳、山成康洋、釘宮啓一、北村彩、北村瑛子、住吉誠、小田康晴、坪内拡張、柳重久、宮崎泰可：
拭き掃除による抗原吸入が原因と考えられた過敏性肺炎の一例。
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会日本サルコイドーシス/肉下種性疾患学会
九州支部秋季学術講演会. 2024年10月.
9. 益山典子、北村彩、山本哲平、釘宮啓一、小田康晴、盛口清香、佐藤勇一郎、坪内拡張、柳重久、
宮崎泰可：
胸部SMARCA4欠損未分化腫瘍に対し免疫チェックポイント阻害剤併用療法が著効した1例。
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会日本サルコイドーシス/肉下種性疾患学会
九州支部秋季学術講演会. 2024年10月.
10. 森山英士、中西剛志：
当科の肺癌診療におけるG-CSF製剤の使用状況の検討。
第64回日本呼吸器学会学術講演会. 2024/4/6. 横浜市.
11. 森山英士、中西剛志：
当科における骨修飾薬使用に伴う薬剤関連顎骨壊死の検討。
第65回日本肺癌学会学術講演会. 2024/11/2. 横浜市.
12. 森山英士：
増悪後生存期間からみたドライバー遺伝子変異/転座陰性非小細胞肺癌に対する複数抗がん薬治療
の意義。
第93回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会・日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学
会. 九州支部秋季学術講演会. 2024/10/12. 福岡市.
13. 森山英士：
EGFR遺伝子変異陽性非小細胞肺癌から小細胞肺癌へ形質転換した3例の検討。
第94回日本呼吸器学会・日本結核 非結核性抗酸菌症学会. 九州支部. 春季学術講演会. 2025/3/8.
宮崎市.
14. 黒木浩史：
わが国の側弯症学校検診の現状と未来展望。
第97回日本整形外科学会学術集会（シンポジウム：脊柱変形治療の現状と未来展望－小児期から
高齢者まで－）. 2024/5/24. 福岡市.
15. 黒木浩史：
機器を用いた側弯症学校検診－全国展開に向けた日本側弯症学会の取り組み－.

第58回日本側彎症学会（シンポジウム：側弯症学校検診の未来展望）. 2024/11/1. 福岡市.

16. 永井琢哉、比嘉聖、帖佐悦男、黒木浩史：
宮崎県における側弯症学校検診の現状.
第58回日本側彎症学会. 2024/11/1. 福岡市.
17. 永井琢哉、濱中秀昭、黒木修司、比嘉聖、高橋巧、松本尊行、帖佐悦男、黒木浩史：
宮崎大学における側弯症診療状況（外来受診動機と治療状況）について.
第55回全国学校保健・学校医大会 in 宮崎. 2024/11/9. 宮崎市.
18. 藪内由里香、上田和明、藤本愛理、高武嘉道、中原萌子、筒井祐紀、松尾圭祐、最勝寺雅広、
上原智博、川俣洋生：
化学療法誘発性嘔吐対策のステロイドが免疫関連有害事象に与える影響.
第78回国立病院総合医学会. 2024年10月.
19. 中西剛志、黒川綾子、中牟田翔吾、古川和弘、川俣洋生、末吉愛美、金内弘志、原田美羽、
松尾彩子、佐野ありさ：
抗菌薬適正使用体制加算をふまえた外来抗菌薬使用状況の現状把握
第78回国立病院総合医学会. 2024年10月.
20. 藤本愛理、小山田純治、高武嘉道、中原萌子、筒井祐紀、松尾圭祐、藪内百里香、上村豪、
上原智博、川俣洋生：
化学療法誘発性嘔吐対策のステロイドが免疫関連有害事象に与える影響.
第34回日本医療薬学会年会. 2024年11月.
21. 中西剛志、黒川綾子、中牟田翔吾、古川和弘、川俣洋生：
抗菌薬適正使用体制加算に向けた抗菌薬使用状況の現状把握.
令和6年度 宮崎・鹿児島地区薬学研究会. 2024年10月.

3. 講演・研究会等

1. 一般ポスター 4：
特発性側弯症 P4-1 ～ P4-6.
第33回日本脊椎インストゥルメンテーション学会. 2024/9/20. 札幌市.

編集後記

本年報が上梓されるのは夏であろうが、この原稿は4月に書いている。今年の冬は寒い日が続き、お彼岸を過ぎても早朝は冷たさを感じるが多かった。逆に3月というのに日中の最高気温が30℃近くになることもあり、寒暖差にびっくりすることがある。私が幼少期を過ごした宮崎のその頃の気候とは違う感じがしている。

3月末から4月はじめの染井吉野の花模様は、今年は特にきれいであった。新聞によると、桜の開花時期が前倒しになっているそうである。これも地球温暖化の影響なのだろうか。

昨年度の編集後記では医療機関の財政問題のことについて触れた。あれから1年が経過するが、状況は厳しくなる一方である。医療を取り巻く環境は、冬の時代に突入している。

幸い、今春当院にも若い人材が入職した。新しい風を吹き込み、将来、病院を支える中心メンバーになってくれることを期待している。

副院長

石 山 雄一郎

病 院 年 報

(令和6年度)

発 行 日 令和7年8月

発 行

独立行政法人
国立病院機構

宮 崎 東 病 院

〒880-0911 宮崎県宮崎市大字田吉4374番1号

TEL 0985-56-2311 FAX 0985-56-2257

印 刷

株式会社 陽文社

<http://www.youbunsha.co.jp/>

