

看護部活動実績

看護部

看護師 516名

再任用看護師 10名

非常勤看護師 33名

補助者 11名

年間目標

- 1 職員の定着確保を推進し、7対1看護体制の維持、看護の質の向上を図る
- 2 病院経営方針に基づき、業務の効率化を図る
- 3 働きやすい職場づくりをする

看護部目標

- 1 2019年度のBSC導入に向け準備します
- 2 指示確認を徹底し、薬物の投与ミスを防ぎます
- 3 退院時チェックリストを活用して、退院処方への渡し忘れをなくします
- 4 早期から退院支援を行い、依頼件数・介入件数を増やし、依頼までの日数を減らします
- 5 接遇教育を行い、ご意見箱のクレームをなくします
- 6 効率的な部署間連携を行い、公平な業務環境を目指します
- 7 クリニカルパスを推進し、ケアの標準・効率化・質管理を行います

結果（成果）

- 1 (1) 日本BSC協会会長が講師の研修会とグループワークを実施し、49名の師長・副師長が参加した
(2) 2017年度の標準データから職場分析を実施し、計画立案・実施・評価を各部署で行った
(3) 標準データベースと運用手順を作成した
- 2 (1) 委員会によるインスリン実施の基準の整備や6Rの監査を実施した
(2) 記録以外の患者間違いは、前年度33件、今年度31件と変化はなかった
- 3 退院時チェックリストの活用を徹底し、前年度49件から25件に減少した
- 4 (1) 退院支援委員会と患者支援センターが連携し、入院時から早期に関わる仕組みづくりを行った
(2) 介入件数は1,296件から2,357件に増加した
退院支援介入までの日数は13.1日から10.3日に減少した。平均在院日数は0.79日短縮した
また、入退院支援加算取得数は対前年比1,707件増加した
- 5 外部講師による接遇研修を3回実施した。延べ304名が出席し、出席率は60.4%であった
ご意見箱の苦情は13件で、前年度比3件増加した
- 6 従来の部署間連携に加え、3B・産婦人科外来、3A・NICU・小児科外来、手術室・救急外来間の連携を開始した
- 7 クリニカルパス委員会と各部署で30件のパスの作成・見直しを行った。パス適応率は35.3%で前年度比3.7%増加した

総括

2018年度は、全部署で退院支援を強化した。患者支援センターが開設したこともあり、モデルとなる外科系病棟から始まり、他病棟へも波及していった。また、退院時チェックリストを活用することで退院時処方の渡し忘れは半数となった。しかし、患者間違いは減少しないため、来年度も強化していく。また、各部署間連携を強化したことで、入院前・退院後の看護連携も少しずつではあるが、変化してきている。また、職員満足度調査では、部署の格差が減少した。退職率の全体は7.4%と例年と変化はなかったが、新人は2.2%と過去最小となった。しかし、次年度以降は産休・育休者が増えるため、7対1の維持と業務整理が課題である。

地域活動

- ・地域健康相談1回
- ・地域催事の救護活動
(川口マラソン・たたら祭り)
- ・看護師派遣(認定看護師による地域医療機関・施設での教育、高校生への職業選択の説明会参加)など

患者支援センター

看護師 8名

特性

患者支援センター

- 1 地域連携（前方連携、後方連携、連携全般）
 - 2 医療福祉相談（転院・在宅調整、医療福祉制度などの相談、精神保健相談、心理相談、相談業務統計）
 - 3 がん相談支援センター（がん心理相談、セカンドオピニオン、がんに関する医療福祉制度の相談、がん診療の最新情報）
 - 4 入退院センター（持参薬確認、検査オーダー、バイタルサイン測定、患者情報の取得、アセスメント、麻酔科へのデーター診察など周手術期の患者の入院までのコーディネート）
- 4部門で構成されている。

目標

- 1 患者が予定どおり入院することができる
- 2 新規診療科の開始及び多職種との連携ができる

活動実績

- 1 （1）前年度3月にできたマニュアルの遵守
（2）新しい異動スタッフへの教育
（3）マニュアルの見直し、アンケートによる行動の振り返り
（4）勉強会
- 2 （1）5月から消化器外科準備（医師、外来、病棟スタッフとの勉強会、病棟へ見学）
（2）9月から整形外科準備

結果（成果）

- 1 患者が中止薬を服用したことによる、入院中止は0件であった。しかし、入院日に禁食であった患者が食事を食べてきてしまったことでの入院中止は1件であった。そのことから中止薬だけではなく、食事中止を含めて電話連絡を行うようにマニュアルを変更した。今後も継続していくために、手順書だけではなく、わかりやすくマニュアルを理解できるように動画の作成を行っていく。
- 2 対応診療科については、開設時は泌尿器科から始めたが、7月に消化器外科（腹腔鏡多能摘出術、鼠経ヘルニア）、12月には整形外科（人工股関節置換術、人工膝関節置換術）が増大した。現在20種類のクリニカルパスの患者に対応している。入院前からの多職種連携については、MSWや臨床心理士、リハビリテーション科とも連携を行うようになっている。今後は診療科の増大に努め、また、早期に患者のアセスメントを継続して行っていく。

外来

看護師 50名

再任用 9名

非常勤看護師 17名

補助者 1名

特性

診療科29科・画像診断センター・総合健診センターで構成されている。平日は各科での通常診療、夜間・休日は救急外来での診療が行われ、救急車受け入れ・電話による受診相談にも対応しながら診療にあたっている。その中で看護師は患者対応のほか、診療を円滑に行う為に医師をはじめ各部門との連絡・調整役も担っている。

画像診断センターでは内視鏡検査・心臓カテーテル検査・造影検査など重要な検査が多く行われ、総合健診センターでは疾病の早期発見・治療に向けて各種健康診断が行われる。現在は外来化学療法を受ける患者も増加しており、外来看護師の役割は多岐にわたり専門性が求められている。そのため、より質の高い外来看護の提供を目指して業務整理や看護師教育を行うとともに、安全に配慮した勤務体制づくりを継続して行っている。

目標

- 1 患者誤認に関連したインシデントレポート報告件数が昨年より減少する
- 2 継続看護が必要な患者への介入を強化する
- 3 積極的な病棟連携を行い、連携業務を拡大する

活動実績

- 1 (1) 外来看護師への患者誤認防止行動の意識調査の実施
(2) 患者誤認に関する勉強会の実施
(3) 電子カルテのTO-DO機能を活用し、患者誤認に関連したヒヤリハット事例を配信
(4) レベル2以上の事例に対して各科でカンファレンスを行い、その後メンバーが伝達事項を院内メールで配信し情報を共有する
- 2 (1) 泌尿器科と整形外科に拡大し実施(昨年度は外科・外来化学療法室・小児科を対象に実施)
(2) 昨年作成した外来退院支援フローチャートの見直し
(3) 外来退院支援アセスメントシートの作成
- 3 (1) 毎日夕方の外来の調整会議にて、翌日の朝、連携に行ける部署を決定
(2) 3B・6B・7B病棟への朝30分の病棟連携の実施

結果（成果）

- 1
 - （1）患者誤認防止行動の意識調査の結果では、86.4%の看護師が処置や検査などの実施前に患者にフルネームを名乗ってもらっていると回答していた。
 - （2）To-Do機能での情報共有に関しては、レベル0～1の事例の情報は96%の看護師が参考になると回答しており、78%の看護師が事例を読むことで行動に変化があったと回答していた。
 - （3）患者誤認に関連した事例は10件（7月から1月）であり、減少にはつながらなかった（昨年度10件）
 - （4）1月の6Rチェックの結果、自己評価97%・他者評価99%であった
- 2
 - （1）泌尿器科・整形外科外来においては、8症例の患者に対し、カンファレンスを行い、病棟訪問や外来化学療法室との連携ができた。
 - （2）外来退院支援アセスメントシートを作成し外科外来にて4症例に活用
 - （3）外来退院支援アセスメントシートの活用により、対象者を選定しやすくなった。
 - （4）多職種カンファレンスに参加し、病棟と外来間の情報共有や、退院後外来化学療法導入となる患者への病棟訪問を行うことができた。
- 3
 - （1）朝の連携の実施率90%と目標を達成
 - （2）朝の連携以外にも病棟での多職種カンファレンスへの参加や緊急入院の搬送、病棟での処置や認定看護師の病棟訪問など連携業務が拡大した。

救命救急センター

看護師 35名

非常勤看護師 0名

補助者 1名

病床数 8床

特性

救命救急センターは、初療室2部屋、集中治療室8床で構成されている。埼玉県県南部医療圏の三次救急を担っており、意識障害、脳血管疾患、ショック状態、高エネルギー外傷、薬物中毒など様々な症例が救急車搬送される。初療室にて救命処置、緊急検査・処置を施し、集中治療室に入院後集中治療、経過観察後に後方病棟へと転棟となる。

安全で質の高い看護を目指し、救急時迅速に対応できるようスタッフの自己啓発はもちろん、人材育成や業務改善に取り組んでいる。院内発生のコッドブルー対応を担い、災害拠点病院に指定されているため、DMAT隊に所属しているスタッフもいて、災害が起きたときには県の指示のもと、被災地へと向かい活動している。また、JICAに所属しているスタッフもあり、海外での災害時に、要請を受けた場合は、被災地に向かい活動をしている。

目標

- 1 退院支援依頼までの日数を昨年度より短縮する
目標値:13.4日→7日以下
- 2 急性薬物中毒のクリニカルパスを作る
目標値:薬物中毒のクリニカルパスを作成し、運用できる(平成30年～31年)
- 3 入院患者全員にネームバンドを装着できる
目標値:100%

活動実績

- 1 (1) 入院時退院支援計画書の入力の実施を指導する
(2) 勤務リーダーは入院時、介入の必要がある患者情報の収集(後遺症が予測される患者等)を実施し、患者支援センターへつなぐ。
(3) 担当スタッフが退院計画書の記入方法を指導する
- 2 (1) 過去の急性中毒患者の投薬、同意書類などの指示一式のデータ収集とデータ(薬剤、同意書類、安静度、他科依頼)分析
(2) データをもとに、クリニカルパスを作成する
(3) 作成したパスを試行する
- 3 (1) ネームバンド装着意義と安全確認について説明
(2) 装置着場所を決定(①右上肢②左上肢③右足首④左足首)
(3) 装着部模型を作成しスタッフ周知し、ネームバンドが装着していることを毎日確認
(4) ネームバンドが患者に合わなくなった時や、装置部変更時はネームバンドを交換する
(5) 問題があるときには、安全対策委員と相談する

結果（成果）

- 1 退院支援計画書の入力は入院時に100%できている。また、経済面の支援や、薬物中毒患者等で、救命センター退院後支援等の依頼件数は増えている。今後転院方向となる等の情報を少しでも早く依頼し提供をすることが大切である。現在までの依頼日数は平均10.1日であり、目標の7日以下には到達しなかったが、昨年度よりは短縮している。入退院支援加算8件、介入件数：26件である。今後の課題として、主任スタッフが退院支援に関われるようマニュアルを作成し、4 A病棟との連携を行っていく。
- 2 現在医師と作成中である。今後、ACSYSの記録でパスを作成し運用していく予定。
- 3 入院患者毎に、1ヶ月使用できるチェック表を作成したことで、ネームバンド装着後は98%であった。患者間違い事例は0件であった。

手術室

看護師 32名

非常勤看護師 2名

補助者 0名

病床数(手術室数)9室

特性

当センターはDPC特定病院群を目指すため、平成28年9月の眼科専用手術室の増設に始まり、平成29年4月には心臓外科が開設された。そのため当手術室では、スタッフの外部研修や、手術室内の工事や医療機器の購入・マニュアル作成・手術室内の運用など、準備を進めてきた。さらに、心臓外科開設に合わせて手術室専属の臨床工学技士が2名配属された。そのため医療機器のトラブル対応が速やかになり、安全な手術を実践するために看護師と協働し業務を行っている。

看護業務では、術前・術後看護の振り返り、看護の質向上に繋げるため、術後訪問の定着を図っている。

また、手術室では、看護師本来の業務に専念できるように、管理課と協力し、看護師の物品管理業務の軽減に取り組んでいるが、医療・手術の進歩により、常に流動的であるため、看護師の物品管理業務は続いている。今後も管理課と協力しながら効率的な物品管理に努めたい。

目標

- 1 心臓外科プロジェクトチームメンバーの拡大及び教育計画の確立

活動実績

- 1 心臓外科プロジェクトチームメンバーで心臓外科手術件数担当者表を作成し、チーム内でカンファレンスを行い、手術担当者を決定する
- 2 DVDを活用し、手術のシミュレーションを行う
- 3 現行のマニュアルに追記や変更がある場合は改訂していく
- 4 心臓外科手術教育プログラムの作成
- 5 心臓外科手術自立基準を作成
- 6 新メンバーへ適宜必要な指導・教育を行う
- 7 心臓外科手術の部屋準備や緊急心臓外科手術準備のマニュアルを理解し、実践する
- 8 心臓外科手術に関する知識の習得に関する勉強会を開催する
- 9 心臓外科プロジェクトチームメンバーの手術担当者と待機者を配慮した勤務調整を行い負担軽減に務める

結果（成果）

平成30年度心臓外科手術開心術の実績は、CABGが9件、弁置換手術4件、複合手術1件、大血管手術1件であった。手術の振り返りやカンファレンスを行い、マニュアルの作成・改訂を適宜行った。心臓外科準緊急手術受け入れに備え、机上シミュレーションを行った。未経験の大血管手術時には、関連部門と合同カンファレンス・勉強会を行い、無事に手術介助が行うことができた。

また、心臓外科手術に関する勉強会を4回開催し、スタッフ全員の心臓外科手術に対する知識習得のサポートを行った。新メンバー教育に関しては、教育プログラム・自立基準を作成し、それを基に計画的に指導・教育を行い、教育の標準化が図れた。現在新メンバー2名は見学から補佐業務を経て外回り業務を主体的に1回行うことができた。プロジェクトメンバー5名全員が弁置換術での器械出し・外回り業務は自立できた。CABGの器械出し業務は3人目が自立できた。しかし、手術件数が年間15件と少ないため、他施設への手術見学等を考慮した教育計画が必要である。

透析室

看護師 5名

非常勤看護師 0名

補助者 0名

透析ベッド数 11床

特性

透析室は外来棟2階東側に位置し、透析ベッド数は11床（個室1床含む）である。血液透析・腹膜透析の導入期の患者を中心に、安全に安心した透析治療が受けられるように、精神的な看護を重視しながら看護を提供している。急性腎障害や、糸球体腎炎、ネフローゼ症候群に対しては、腎生検などの検査も透析室で行い、保存期腎不全の患者・家族に対しては「じんぞう病教室」を開催し、患者・家族への指導教育にも積極的に取り組んでいる。さらに、透析治療が必要となる患者に対して、腎不全治療選択の説明を行い、患者自身で適切な治療選択ができるように支援している。

目標

- 1 血液透析導入患者への患者指導について、7B病棟と連携し、統一された看護を提供する

活動実績

- 1 前期
 - (1) 7B病棟腎臓内科チームとの会議を月1回実施。
 - (2) パンフレットの活用計画、チェックリストの作成・見直しの実施
- 2 後期
 - (1) パンフレットを使用した指導の実施
 - (2) チェックリストの使用
 - (3) パンフレットの見直し、修正したものを使用した指導の実施。

結果（成果）

- 1 前期は7B病棟との腎臓内科チームと会議を毎月1回開催し、パンフレットについての活用計画や、チェックリストを見直し作成できた。
- 2 後期は導入患者に指導を実施した。

導入患者70名のうち、70%（49名）が、70歳以上と高齢者であった。パンフレットを使用し、指導可能な患者は、そのうち60%（29名）であった。しかし、29名のうち、8割の23名は、認知機能の問題などで、実施することはできなかった。

パンフレットは高齢者にも見やすく、1ページ1項目として、文字や絵も大きくして作成し直したため、指導できた患者からは好評であった。7B病棟と連携し、継続して使用、統一された看護を提供することができた。

ICU/CCU

看護師 26名

補助者 1名

病床数 8床

特性

ICU/CCU病棟は、クリティカルケアユニットとして、循環器科・心臓外科・脳神経外科・呼吸器外科・消化器外科等で全身管理が必要な患者管理が行える環境及び人材を配置している。

ICU/CCUスタッフは、安全で質の高い看護を目指し、専門的知識と技術の提供、緊急・急変時に迅速に対応できるよう各々が自己啓発や、人材育成、業務改善を心がけている。

ICU/CCUに入院する患者・家族は、突然の入院や状態急変を経験するため、心理的ケアの提供や倫理的配慮が必要となる。迅速な情報共有、ケアの統一が患者・家族への安心につながるため、多職種カンファレンスを積極的に行っている。

病棟目標

- 1 クリティカルケア領域に強い看護師の育成を図る
- 2 緊急・急変に強い病棟作りを図る
- 3 検査・薬剤の患者間違いを防止する
- 4 入院72時間以内に退院支援依頼の必要性を評価する

活動実績

- 1 5つの基準書（ICU/CCU業務独り立ち、CAGデビュー、CAG独り立ち、リーダーデビュー、コミュニケーション）を作成。対象者に対し、基準書を用いた自己・他者評価を実施。
- 2 （1）勉強会に関するアンケートの実施、医師、ME、PTと協力し勉強会を実施。
（2）他病棟に取りに行く物品を調査。結果をもとに定数の見直しや倉庫内物品の整理整頓の実施。病棟会議でSPD管理、手順について説明会を実施。

結果（成果）

- 1 それぞれの基準書を使用し、ICU/CCU業務独り立ち3名、CAGデビュー4名、CAG独り立ち3名、リーダーデビュー2名の役割拡大を図ることができた。コミュニケーション基準は、次年度ICU全スタッフに実施し、コミュニケーションスキル向上を図る指標として活用する
- 2 （1）座学/演習3回（急変対応・災害対応・心臓外科看護）シミュレーション3回（循環器緊急入院対応・緊急CAG対応・急変対応）実施できた。シミュレーション教育はICU業務役割拡大を図る際の評価指標として有用な方法であった。
（2）他病棟に不足物品を取りに行く頻度は減少した。
- 3 指示書持参率は昨年68%→88.9%に上昇した。患者間違いは昨年4件→5件（内訳：注射2、検査2、内服1）であり増加した。
- 4 ICUからの退院支援計画書提出率は昨年34.3%→72.4%へ上昇した。また転棟後のICU経由患者の提出率は昨年60.4%→23%へ減少した。ICU入室から提出までの平均日数は昨年5.7日→1.3日まで短縮した。循環器科、脳神経外科はMSWを含めた多職種カンファレンスを1回/週行えるようになった。

NICU GCU

看護師 38名

非常勤看護師 1名

補助者 1名

病床数 NICU 9床

GCU 21床

特性

NICUに入院する新生児の8割は低出生体重児である。出生体重に関わらず外科的疾患、先天性疾患、呼吸障害、重症仮死などの新生児が入院している。出生後、循環動態が安定していない急性期はNICUで集中管理をし、急性期を脱した児はGCUで退院に向けて呼吸や哺乳状況、体重の増加などの経過観察や家族の育児練習を行っている。

新生児医療では、家族も子どものケアに関わるチームの一員であり、子どものケア、治療・ケア方針の意思決定に参加することが重要視されており、早期からのタッチングやカンガルーケア、育児参加などファミリーセンタードケアに取り組んでいる。

また、消化吸収・免疫・感染防御・成長発達などの点から母乳栄養を推進しており、助産師や看護師が搾乳についての説明や授乳指導を行いながら母親の精神的援助も行っている。

病棟目標

- 1 内服投与時の確認作業が標準どおりに行える
- 2 早産児が修正週数に適したポジショニングをとることができる

活動実績

- 1 (1)昨年度の事例の詳細分析と内服忘れに対する改善策の評価
(2)毎月の事例件数の報告
(3)PORM分析結果の報告
(4)内服投与の手順を標準化する
(5)内服投与時にワークシート確認の現状調査
(6)内服準備～投与後の確認までの作業手順の啓蒙活動
(7)ワークシートの使用方法について監査実施(1回目、2回目)
(8)事例件数の集計
- 2 (1)現在行っているポジショニングの改善点などを理学療法士にアドバイスを受ける
(2)ポジショニングチェックリスト作成
(3)勉強会の開催 ポジショニング物品、使用方法の説明・提示
(4)ポジショニングチェックの実施結果を本人へフィードバック
(5)ポジショニングチェック結果集計の提示
(6)ポジショニング実践のラウンド評価を行う
(7)ラウンド評価をスタッフへ周知

結果（成果）

- 1 (1)昨年度は、内服薬のダブルチェック後の確認不足による投与忘れの事例が多かったため、院内標準に則った確認ができるよう活動を行った。前期の監査結果を踏まえ、内服確認用のワゴン台数を増やし、正しい確認方法の模範となる動画撮影を行い、10月に再度全スタッフへ勉強会を行った。再度行った後期の監査では、76%のスタッフが内服投与時にワークシートを用いて確認しており、前期48%から大幅な上昇となった。
(2)ワークシートの捺印率調査では、確認者2名と実施者1名の3つの印が漏れなく捺印できていたのは、前期92%、後期89%と若干の低下があったが、投与後の実施印の捺印率に関しては、前期・後期ともに94%であり、数か月が経過したが差がなく定着しているといえる。
(3)2度の勉強会実施により、内服投与時の確認作業に関する意識が高まり、院内標準に則った確認作業を行うスタッフが増えた。
- 2 (1)ポジショニングの個別勉強会受講率と動画視聴率が100%達成できた。
(2)個別の勉強会の内容を元にポジショニングチェックポイントを5項目に設定し、ポジショニングチェックを開始した。1回目に全項目正しくできたスタッフは58.1%であった。
(3)5項目のうち1項目でも行えていなかったスタッフへ個別に助言、指導を行い、12月から再度チェックを行った結果、92.3%のスタッフが正しいポジショニングを行うことができた。

3A

看護師 24名

非常勤看護師 1名

補助者 2名

病床数 28床

特性

3A病棟は、基本的に0歳～15歳までの小児科・小児外科をはじめとする全科を対象とした小児病棟である。主な小児科疾患としては、急性感染症や気管支喘息、川崎病やけいれん重積、てんかんなどの神経疾患・発達障害が多く、小児外科は急性虫垂炎、鼠径ヘルニア、肥厚性幽門狭窄、先天性腸疾患、重度身体障害児の気管切開や胃ろう造設術などの手術が行われている。

また、NICUからの後方病棟としての役割があり、新生児から学童期・思春期と年齢幅の広い子供たちが安心して入院生活が送れるようにそれぞれの成長発達に応じた看護を提供している。

病棟目標

- 1 与薬事例件数を前年度より、50%減少させる
- 2 危険予知の意識を上げ転倒・転落事例を前年度より30%減少させる

活動実績

- 1 与薬事例について
 - (1) 昨年度の事例の分析と6R調査
 - (2) 6Rの読み上げと指さし声だしの啓蒙
 - (3) 注射時のチェック方法の変更
 - (4) 薬剤師の介入調整を行い母管理の内服薬や吸入薬の指導、薬品補充などの介入
- 2 危険予知の意識の向上による転倒・転落件数の減少
 - (1) 1回／月のKYT実施
 - (2) 入院2日目以降 危険がある場面は記録する
 - (3) 転倒・転落事例の分析
 - (4) KYTの評価と継続事例と事例件数の評価

結果(成果)

- 1 与薬事例について
点滴に関する事例については、前年度比較では増加傾向となったが、院内6Rチェックの最終評価は全項目98%であった。また、1時間ごとの点滴チェック及びダブルチェック方法に関し、手順を変更したことでワークシートをベッドサイドに持参しチェックする習慣づけができた。
平成30年度より、病棟薬剤師介入が開始となり服薬指導・薬品管理に関し連携が可能となった。
- 2 転倒・転落事例について
KYTを行うことで危険予知に対しての意見が徐々に増え意識向上につながり、前年度より事例が減少し、目標達成につながった。

3B

助産師 25名
非常勤助産師 1名
看護師 1名
補助者 1名
病床数 30床

特性

当病棟は地域周産期母子医療センターとして、母体搬送やハイリスク妊娠等を24時間体制で受け入れている。そのためNICUをはじめ、救急救命やICU・CCU、5B病棟との連携も欠かせない。2018年（平成30年）は分娩件数604件であった。分娩件数は減少傾向にあるが、反面、救急搬送104件と増加傾向にあり、母体搬送99件産褥搬送15件であった。そのうち19件が搬送当日に帝王切開に至っている。

糖尿病や高血圧等の内科疾患を合併した妊娠も多く、ハイリスク妊娠・分娩も多い。

分娩件数減少に伴い、空床の有効活用となり、婦人科をはじめ、他科入院も増加し眼科（白内障手術）や高齢者の整形外科を受け入れ混合病棟傾向になりつつある。それに並行し業務も煩雑化してきている。

病棟目標

- 1 社会的ハイリスク妊婦の地域連携の方法を構築する。
- 2 産前・産後の指導を見直し患者のニーズに合わせた指導を行う。
- 3 新生児室の統一したセキュリティー管理ができる。

活動実績

- 1 （1）マニュアルを作成する。
（2）事例カンファレンスを行い情報の共有を図る。
（3）保健センター開催の症例カンファレンスに参加する。
（4）薬剤師の介入調整を行い母管理の内服薬や吸入薬の指導、薬品補充などの介入
- 2 （1）母親用教育テキストの内容の見直しをする。
（2）母親学級・両親学級の修正、見直しをする。
- 3 （1）他施設のリサーチ、スタッフの意識調査を行う。
（2）新生児室の管理のマニュアルを作成する。

結果（成果）

- 1 (1)「埼玉県妊娠期からの虐待予防強化事業の手引き」に基づき、当院運用マニュアルを作成し皆で共有した。
(2) NICU医師・産科医師・NICUスタッフ・心理士と情報を共有するカンファレンスを毎週火曜日に定例化できた。
(3) 保健センター開催の症例カンファレンスに輪番制で参加できた。
- 2 (1) テキストの見直しが終了し個々で修正し、使用予定である。
(2) 母親学級を講義型から参加型の形式に変え運営している。両親学級も沐浴等を入れる計画がある。
- 3 (1) 他施設はナースセンター付近にあり常時職員がいられる状況であった。
(2) 入りを施錠するため新生児室管理マニュアルを作成したが、実際は5名のみの実施であり、常時在席することは困難な状況であった。産科病棟の入り口が自動ドアになりセキュリティ対策が必要となっている。

4A

看護師 33名

非常勤看護師 2名

補助者 6名

病床数 54床

特性

4A病棟は、救命救急科36床、整形外科10床、歯科口腔外科2床、フリー6床の54床を有している。特に、救命救急センターは8床と限られているため、救命救急センターの後方病棟としてスムーズに患者が受け入れできるよう、ベッドコントロールを行っている。入院患者の多くは、外傷、脳血管疾患などである。そのため緊急入院、重症者、手術患者、危機的状況の患者が多く、急性期からリハビリ期まで幅広い看護が必要である。

また、疾患の特性から予後に障害が残る場合が多く、退院患者の多くは回復期リハビリ病院や療養型の病院への転院である。そのため、総合相談室と早期から連携を取り、患者に合わせた退院支援を行っている。

病棟目標

退院支援依頼票の提出までの日数を短縮する。(21日以下)

活動実績

- 1 週1回のチームカンファレンスを徹底する。
- 2 退院支援に関する知識確認テストを行う。
- 3 退院支援に関する手順書を作成する。

結果(成果)

- 1 チームカンファレンスを徹底することにより退院支援に関する意識が高まり、退院支援依頼票提出までの日数は20日に短縮した。
- 2 知識確認テストの1回目の結果は66.6%の正答率であったが、再テストで100%となった。
- 3 名刺サイズの入退院ハンドブックを作成し、部署全員に配布することができた。今後は患者・家族が安心して退院(転院)できるよう、退院支援依頼票の提出までの日数の更なる短縮を目指したい。

4B

看護師 30名

非常勤看護師 0名

補助者 5名

病床数 56床

特性

4B病棟は、消化器外科・消化器内科・乳腺外科・耳鼻咽喉科・放射線科の外科系混合病棟であり、急性期・回復期・ターミナル期の様々な病態の患者が入院している。手術目的で入院される患者が多く、1日2件～5件の手術があり、術前・術後管理、退院指導までサポートしている。また、疾患からくる疼痛に関しては、緩和ケアチームと連携し、疼痛コントロールを行い、患者・家族の個々の状態・訴え・精神面を重視した看護ができるよう日々心がけている。

さらに、人工肛門造設や乳房切除など手術によるボディイメージの変化に不安を抱いている患者など、退院に向けての指導の他に精神的なサポートも必要である。入院患者にはがん患者、再入院を繰り返す患者や高齢者が多い。そのため、患者支援センターと連携し、週1回医師、総合相談室看護師、チームリーダー、病棟師長によるカンファレンスを実施し、退院支援に向けての情報共有や方向性、進捗状況の確認を行い、早期退院に向けて取り組んでいる。

病棟目標

- 1 患者間違いの防止のため、ネームバンドの装着率を100%にする。
- 2 新たなクリニカルパスを4件以上作成登録し、退院指導を追加したことで確実に退院指導が行える。

活動実績

- 1 (1) 週に1回曜日を決めて係がネームバンドの装着率をチェックする。
(2) 毎月集計結果を紙面でスタッフに伝達、7月からの取り組み方法を説明する。
(3) 日勤で朝のラウンド時にネームバンドの装着状況をパートナーで確認し、チェック表に記入する。
(4) チェックした装着率を集計する。
- 2 (1) 新たなクリニカルパスの作成
 - ① 中心静脈ポート造設
 - ② 化学療法(ポート針抜針あり)
 - ③ 外科専用大腸ポリペクトミー
 - ④ EST・ERBD・TAE
- (2) 既存のパスの見直し

結果（成果）

- 1 (1) 年間の患者間違いは0件であった。毎週日曜日に入院患者全員のネームバンドが装着されているかを確認した。装着率は、前期平均79%から85.6%と上昇した。
- (2) 毎週のチェックも係のみの取り組みとなっており、スタッフへの伝達はできておらず、チェック方法を含め今後検討予定。

今後の課題として、ネームバンドの装着率は、つけられていなかった状況の傾向・原因を確認し、チェック方法を統一していく必要がある。バンド装着に対するスタッフ個々の意識を高めていけるような取り組みが必要がある。
- 2 (1) ①、②、③のクリニカルパスについては作成し医師にチェックを依頼中である。医師のチェックと承認後、使用予定である。
- (2) ヘルニア修復術のパスの見直しを施行した。乳がん手術のパスは見直し、修正中である。パスへも退院指導を追加したが、退院支援計画書を入院時に作成するようになったことで、退院指導も確実に行えるようになった。今後の課題は、クリニカルパスは看護の入力は修正しているが、医師と共同し再度修正を行っていく必要がある。患者支援センターの介入もあり、今後必要に応じて医師と協力し修正を行っていく必要がある。

5A

看護師 29名

非常勤看護師 1名

補助者 4名

病床数 54床

特性

5A病棟は、整形外科、形成外科、皮膚科の54床で運営している。整形外科は人工関節置換術、脊椎固定術や手の外科術等の手術患者が多い。手術件数は毎年増加し、平成30年度は1,255件（手術室）+490件（外来）であった。形成外科では眼瞼下垂や下顎骨折等、形成外科外来と連携し手術を実施している。

5A病棟の病床利用率は常に高く、病床利用率は94.92%であった。入院患者の9割は整形外科患者で、予定入院以外に緊急入院患者は1日平均2～4名おり、その多くは75才以上の高齢者のため認知症や慢性疾患を持っている患者である。

病棟目標

- 1 入退院支援加算Iと入院時支援加算の算定ができる。
- 2 クリニカルパスを推進し、ケアの標準化・効率化・質の管理を行う。
- 3 転倒・転落の事例を昨年度より減少させる。

活動実績

- 1 入退院支援加算Iの算定資料を作成しスタッフ全員で学習した。資料は3回改定し、入院時支援加算も算定できるようになった。
- 2 医師と共同し医療者用クリニカルパスの見直しと適用率アップができるよう医師に協力依頼をした。理学療法士を交え、日常生活動作に関するパンフレットを作成した。
- 3 転倒・転落予防のためのベット周囲の環境整備と実態調査を行い、危険度Ⅱ以上の患者の状態変化時のアセスメント評価を実施した。

結果（成果）

- 1 入退院支援加算Iの算定は今までMSWが転院調整時のみに算定していたが、資料を作成し学習会を行った結果、12月～2月までで159件の加算を取ることができた。
- 2 日常生活動作に係る退院指導パンフレットを作成し、文字の多い旧患者紙パスからグラフィカルな新患者パスへ変更した。1月よりTHA・TKAの患者は、患者支援センターが介入し入院するようになった。クリニカルパスの適用率は昨年度の14.2%→17.2%へアップした。
- 3 転倒転落事例の予防のため、ベッドの高さ・ナースコールの位置・離床センサー使用状況と送信機のスイッチを毎日確認した。患者には、スリッパでなく滑りにくい靴にするなど履物についての指導をし、転倒予防を注意喚起した。その結果、転倒事例は昨年度の33件→18件に減少した。

5B

看護師 30名

非常勤看護師 2名

補助者 6名

病床数 56床

特性

5B病棟は、泌尿器科、産婦人科、呼吸器外科が主の混合病棟である。手術を受ける患者、化学療法を受ける患者が多く、急性期、回復期から終末期まで多岐にわたる患者をケアしている。手術患者にはクリニカルパスを適用し、患者支援センターと密に連携をとり、看護ケアの標準化、効率化を図っている。化学療法の患者には、多様な症状に対して薬剤師、栄養士、リハビリテーション科などの多職種と連携を図り、症状の緩和に努めている。退院支援も積極的に行っており、入院時より患者支援センターと連携して、患者や家族の意向を尊重した退院調整を行っている。退院支援に関する多職種のカンファレンスを行い、安心して地域へ戻れるように退院指導の充実を図っている。月平均140～160人の入院があり、平均在院日数も11日でベッド回転率が高い。さらに、他科の入院患者も多く、手術や化学療法以外の知識や技術も求められる病棟である。

病棟目標

- 1 カンファレンスの充実を図り、退院支援依頼までの日数を10日以内に短縮して、早期退院を目指す

活動実績

- 1 泌尿器科医師と退院カンファレンスを兼ね、週1回月曜の夕方回診に参加する（参加者：医師全員・病棟師長・MSW・退院支援担当看護師・薬剤師）
- 2 退院支援専任看護師として担当看護師を決め、退院支援を強化（活動日は週2回 月・水）
- 3 在宅支援・地域連携・退院支援の学習会の実施と参加
- 4 退院支援が必要な患者のスクリーニングシートの作成と活用
- 5 病棟スタッフによる退院支援計画書の作成と指導
 - （1）退院支援計画書の作成、配布方法を指導する
 - （2）スタッフが容易に把握できるように計画書の案を作成する
 - （3）退院支援計画書の同意の記録と退院支援内容の記録を指導する
 - （4）カンファレンス記録や同意の記録に対して電子カルテのセット化を行う
- 6 病棟スタッフとMSWによる退院支援の情報交換と支援内容の修正を行う（週1回以上）

結果（成果）

多職種を含むカンファレンスを週1回開催している（開催率100%）。退院支援専任看護師の役割を担う看護師や主任看護師、退院支援委員会の看護師が中心となり、病棟スタッフに退院支援の必要性を周知し活動を実施することができた。退院支援計画書の作成と配布においては、副師長や主任看護師の協力によりスタッフ全員が実施できている。日頃から実施している退院支援の内容を計画書や記録に残すことで、スタッフの退院支援への意識を向上させることができた。

また、カンファレンスを充実させたことで、支援内容を修正し早期から退院支援の介入に繋げることができた。患者支援センターへの退院支援依頼日数が9日にまで短縮し、退院支援の実施と計画書の作成、配布により退院支援加算へとつなげることができた。

6A

看護師 33名

非常勤看護師 0名

補助者 3名

病床数 54床

特性

血液内科、呼吸器内科、眼科、乳腺外科の患者が入院している。血液内科では主に、白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫などの血液疾患の化学療法目的の患者が多く、呼吸器内科では、肺がんの化学療法・放射線療法、慢性呼吸器疾患の患者が多い。化学療法を安心・安全に行えるように抗がん剤の取扱や患者指導を、がん化学療法認定看護師とともに病棟薬剤師と連携し治療を行っている。

また、乳腺外科の乳がん患者は、退院後に外来化学療法を行うため、外来化学療法担当看護師による患者訪問を依頼し、継続した看護が行えるよう取り組んでいる。

病棟目標

- 1 褥瘡発生件数が前年度の70%減（9件／年以内）とする
- 2 退院支援を充実させるため、80%の患者に対し、入院7日以内に退院支援計画書を提出できる

活動実績

- 1（1）皮膚排泄ケア認定看護師との勉強会1回、看護補助者とのミニカンファレンスを3回実施
（2）日常生活自立度BCランク以外の患者に定期的な清潔ケア介入ができるように清潔ケアチェック表を改善
（3）褥瘡発生防止策の取り組み内容の周知
- 2（1）勉強会の実施
（2）ADL・IADLチェックシートの作成とスタッフへの周知
（3）ADL・IADLを反映させた退院支援カンファレンス用テンプレートの作成
（4）多職種合同カンファレンス運営

結果（成果）

- 1 活動を行ったことにより、入院時の持ち込み褥瘡の見落としは0件であった。また、褥瘡発生は前期5件・後期4件の計9件で、前年度の70%減少の目標を達成した。
- 2 MSWによる勉強会の開催や、ADL・IADLチェックシートの導入と退院支援計画書の提出基準を明確にしたことで、入院7日以内の退院支援計画書の提出率は前期72.1%、後期83.3%で目標を達成した。

6B

看護師 33名

非常勤看護師 3名

補助者 5名

病床数 56床

特性

6B病棟は、脳神経外科と内科（消化器内科・神経内科・呼吸器内科）の混合病棟である。脳梗塞や脳出血などの脳血管障害で、急性期治療を必要とする重症患者や日常生活援助を必要とする患者が多く入院している。

また、手術を含めた急性期から、回復期に移行する患者の場合、理学療法・作業療法・言語療法を含めリハビリが重要であり、療法士と連携をとりながら個々の患者に応じたりハビリを継続している。

リハビリの継続や療養が必要な患者、または高齢者・一人暮らしなどの生活支援の必要な患者が増加しているため、入院時より患者支援センターと連携を取りながら、退院に向けてのよりよい支援が実践できるようカンファレンスを行い患者・家族の意向を把握するよう心がけている。患者の重症度や看護度が高いため、患者が安全に過ごせるように配慮している。

病棟目標

- 1 退院支援に関するフォロー体制を構築する。
- 2 ラウンド申し送りを定着させる。

活動実績

- 1 介護保険について社会福祉士からの講義を依頼し実施した。講義内容をiPadに収録し参加できなかったスタッフに動画視聴による自己学習を促した。
- 2 退院支援について勉強会を企画、実施し理解度テストで知識を確認する。
- 3 退院支援カンファレンスの記入用紙を見直し有効活用する。
- 4 介護保険の申請が必要な患者に対して説明し入退院支援加算1を算定する。
- 5 現在の申し送りの現状と問題点を把握する。
- 6 朝の申し送りにラウンド申し送りを導入する。
- 7 情報伝達用紙の内容とラウンド申し送り内容の統一を図る。

結果（成果）

退院支援計画書の提出までの日数は7.1日に短縮した。

介護保険について病棟担当社会福祉士を講師に2回勉強会を行った。勉強会参加率は65.4%であった。また病棟スタッフ企画による退院支援に関する勉強会を実施した。参加できなかったスタッフへ資料の配布とiPadによる動画視聴によって全病棟スタッフが学ぶことができた。

入退院支援加算1の算定については、介護保険の申請が必要となる患者から開始した。介護保険について、申請方法について説明し加算算定に至ったものは各月3～6件であった。

申し送り内容を統一し方法について周知した。申し送り方法をラウンド申し送りに変更した。ラウンド申し送りの導入により、申し送り時間が短縮、ベットサイドでのケアや担当挨拶も並行して実践した。申し送り時間帯のナースコール数は1ヶ月50～100回減少した。

朝のラウンド申し送りが定着したことで、夕方の夜勤者への申し送りにもラウンド申し送りを導入し実践継続中である。

7A

看護師 22名

非常勤看護師 0名

補助者 2名

病床数 37床

特性

7A病棟は主に糖尿病の教育目的の患者、眼科の手術患者、整形外科のリハビリ期患者の看護を提供している。

糖尿病患者に関しては、医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・検査技師・理学療法士で構成された糖尿病チームが治療・療養指導を実施し、糖尿病患者の会の協賛も行っている。眼科に関しては、白内障、緑内障、網膜剥離などの手術前後の看護を提供し、術後のQOLの向上を目指し安全に治療が行われるように援助している。

また、整形外科のリハビリ期や総合診療科など様々な科の患者を受け入れ、多職種とも連携し円滑な治療・看護を提供している。

病棟目標

- 1 退院支援の早期介入を図り、依頼までの日数を7日以内にする。
- 2 退院時薬の渡し忘れを3件以内にする。

活動実績

- 1 (1) 退院支援の流れについて理解度アンケートの実施
(2) 退院支援の依頼までの日数の調査
(3) チームメンバーにより退院支援計画書未提出者に個別指導
(4) 介護保険、退院支援についてMSWによる勉強会の開催 (11月、12月)
- 2 (1) 渡し忘れの状況の内容分析
(2) 現状調査
(3) 改善策の検討
(4) スタッフへの周知徹底

結果(成果)

- 1・介護保険と退院支援について勉強会を実施し出席は52%だったが、欠席者には紙面で伝達し100%のスタッフに周知した。また、チームメンバーにより退院支援計画書未提出者へ個別指導を行い、退院支援依頼までの日数は7A病棟に直接入院4.86日、転棟してきた患者を含め全体では10日となった。目標は達成できなかったが、日数を短くすることはできた。今後は、転棟患者に対する介入の有無の確認方法や診療科ごとの介入状況などを検討する。
・12月よりMSWとのカンファレンスが定着し、入退院支援加算(眼科)が12月は18件、2月は17件算定できている。
- 2・退院時マニュアルを作成し、スタッフに周知した。また、退院ボックスに前もって保管しておけない薬のカードを作成し、インスリンの渡し忘れは0件、インスリン以外の薬渡し忘れは4件となった。いずれも確認不足と薬剤師との連携不足によるものだったため、退院ボックスの中を最後に確認し退院の最終確認とすることをマニュアルに追加した。また、退院件数が多い日もあるため、退院ボックスの設置場所を新たに作成した。退院ボックス作成後は退院時インスリン及び薬の渡し忘れは発生していない。今後もマニュアルを周知徹底し、病棟薬剤師と連携する。

7B

看護師 33名

非常勤看護師 3名

補助者 5名

病床数 58床

特性

循環器科・心臓外科・内科（腎疾患・糖尿病）の病棟であり、ICU/CCU病棟や透析室と連携を図っている。循環器科の主な疾患は、心筋梗塞・狭心症・心不全・不整脈といった虚血性心疾患である。心臓疾患患者は、リハビリテーションを行うとともに、パンフレットを使用した退院指導を行っている。

心臓外科では、冠動脈バイパス術や弁膜症手術の術前術後の看護介入を行っている。腎臓内科は慢性腎臓病で腹膜透析・血液透析の導入時の看護や、腎生検患者が多い。糖尿病内科ではインスリンの導入、合併症の検査、糖尿病に関する教育指導を2週間のプログラムで作成し、医師・看護師・薬剤師・栄養士・検査技師・理学療法士などの多職種連携で学習会を行っている。

病棟目標

- 1 循環器科の退院支援を強化する
- 2 ベッド周囲の環境整備を行い、安全・安楽な療養環境を提供する

活動実績

- 1 (1) 退院支援カンファレンスの手順の見直し
(2) 退院支援自己評価表の実施
(3) 退院支援介入患者のデータ収集・分析
(4) ICU/CCUとの連携
- 2 (1) ベッド周囲の環境整備チェック
(2) 前年度のベッド周囲における転倒・転落事故の分析
(3) MRSAの発生状況・交差感染の有無を集計
(4) 環境チェックや転倒転落事故分析結果の部署内報告

結果（成果）

- 1 カンファレンス実施の曜日や手順を見直すことで、入院1週間以内の患者を抽出しやすくなり、1週間以内の介入率が7.3%上昇した。また、スタッフに対して実施した退院支援自己評価の結果は0.1ポイントの上昇であった。ICU/CCUの看護師がリハビリカンファレンスに参加したことも早期介入に繋がり、4月から12月の循環器科の平均在院日数は13.60日から11.88日と1.72日の短縮となった。
- 2 毎月1回の環境チェックを継続し、自部署で結果報告を繰り返したことで、ベッドサイドの環境は80%～90%以上整理整頓されていた。また、ベッドサイドでの転倒転落事例では、5月にナースコールが手元にないことで2件の転倒転落事例が発生したが、6月以降は同様の事例発生はなかった。昨年度と比較した件数は17件から16件と1件の減少となった。MRSA発生件数は4月～12月で8件、交差感染を疑う事例は0件であった。

事務部門活動実績

庶務課

庶務係、経理係、契約係の3係19名（事務局長含む）の職員で構成されている。

- ・平成30年度の経営収支は、前年度と比較し、収入、支出ともに増加し、最終損益は約8億4千万円の損失となった（病院事業総収入17,557,856,166円で、前年度と比較して415,761,415円の収入増、また、総費用は18,395,910,581円で670,763,845円の支出増となり、結果838,054,415円の損失）。
- ・職員採用については、必要な人材を確保するよう努力しており、前年度比9名の増員となっている。年度末で医療センター医師108名、看護職員516名、技師143名、事務50名、現業11名、計828名、本町診療所は、医師1名、看護師3名、技師1名、事務1名、計5名、安行診療所は看護師2名で合計836人となった。
- ・医療器械備品等購入実績は、診断用血管撮影装置、電話交換機、手術用顕微鏡など106件、約4.9億円となった。

困りごと相談室

市民が医療機関を、信頼かつ安心して受診できるよう、院内（周辺を含む）の巡回や保安活動を行っている。また、職員等からのさまざまな困り事相談にも当たっている。相談件数はこの3年ほど横ばいであるが、100件前後の相談が寄せられている。暴力や暴言など危険が予測される場合には、求めに応じてその場に立ち会っている。

相談件数

（単位：件）

相談等対象者	平成28年度	平成29年度	平成30年度
入院・外来患者	43	37	65
患者関係者	11	32	19
医療センター職員	30	12	5
その他	25	9	9
計	109	90	98

病院ボランティア活動

- ・院内エントランス・病棟における患者の付き添い案内等
- ・七夕コンサート、クリスマスコンサート、ロビーコンサートでの合唱、ピアノ演奏等

ミニギャラリー

1階採血室横通路及び地下1階総合健診センター前通路における絵画・写真等の展示

病院ボランティア（H31 年 3 月 31 日現在）

新規登録者数（人）	1
登録者数（人）	35

延べ活動時間（時間）	2,930
延べ活動人数（人）	98

500時間表彰（人）	4
1000時間表彰（人）	0
1500時間表彰（人）	2

ミニギャラリー

作品名	時期	代表者名・個人名
浜田澄子展	平成30年 4月	浜田 澄子
鹿島寛展	平成30年 5月	鹿島 寛
最後の楽園ジープ島 写真展	平成30年 6月	宮地 岩根
世界遺産写真展 Part 7	平成30年 7月	齊藤 元男
脳いきいき 臨床美術 作品展	平成30年 8月	島根 千尋
亀井政子と仲間達展	平成30年 9月	亀井 政子
和田奈緒美展	平成30年10月	和田 奈緒美
akane個展 Ne-zooと秋散歩	平成30年11月	青田 佳苗
第1回 憩いの広場 写真展	平成30年12月	深井 勝己
中川るな作品展	平成31年 1月	中川 るな
大寫幹展	平成31年 2月	大寫 幹
徳宵雪と仲間たち展	平成31年 3月	徳 典子

医事課

医事課は、医事課長含む3係15名で構成されており、患者の受付及び案内に関する業務、診療報酬に関する業務、各種証明に関する業務、診療契約に関する業務等を担当している。

医事係は、収益調定作成業務、各種請求業務、患者数・診療行為別収益・紹介率等の統計作成業務、公共機関・弁護士等への文書照会業務等を行っている。

入退院係は、救命救急センターの現況調査や診療費の相談、診療報酬請求にかかる点検及び集計、返戻・査定に対する調査、労災関係の調査及び請求、未収管理に関する業務、入院患者の苦情対応等を行っている。

外来係は、患者の受付及び案内、診療費の計算と精算、外来レセプトの点検、保険委員会の開催、診断書等の各種証明書の申請受付、外来患者の苦情対応等を行っている。

各種統計

	平成30年度	平成29年度	前年度対比
外来患者数	279,837人	293,915人	-14,078人
一日外来患者数	1,040.3人	1,084.6人	-44.3人
外来年間収益	4,179,383,358円	4,241,634,283円	-62,250,925円
外来一人あたり単価	14,935円	14,431円	504円
入院患者数（延べ）	167,139人	172,493人	-5,354人
入院患者数（実数）	12,535人	12,233人	302人
入院年間収益	10,618,164,953円	10,180,787,227円	437,377,726円
入院一人あたり単価	63,529円	59,021円	4,508円
病床利用率	84.96%	87.68%	-2.72%
平均在院日数	12.33日	13.12日	-0.79日
紹介患者数	14,103人	12,876人	1,227人
紹介率	75.74%	70.05%	5.69%
逆紹介率	62.58%	61.33%	1.25%
手術件数	5,182件	5,008件	174件
出産件数	625件	514件	111件
人工透析件数	3,086件	3,029件	57件
救急車受入数	6,511件	6,348件	163件

管理課

管理課は、管理課長を含む2係10名で構成されており、1. 物品の購入計画及び修繕に関すること。2. 業務委託契約に関すること。3. 医療センター施設及び附属施設の維持管理に関すること。4. 車両の管理に関することの業務を行っている。

管理系の業務は、物品及び印刷物の保管、供給、搬送等、医療センターで使用する物品の管理が主たるものである。

各部署からの物品請求をもとに、庶務課契約係に発注依頼を行い、受注者から納品されたものを検品のうえ、請求部署へ搬送している。また常時使用する診療材料については、管理全般についてSPD（院内物流管理システム）を導入しており、外部倉庫型物流管理により、定期補充されている。なお、診療材料の購入価格抑制のため、医療職、SPDと連携し、納入業者への価格交渉、使用物品の切替を行い、平成30年度については約2,800万円の削減に努めた。

器械器具の修理に関する業務は、X線装置等の医療機器を始め、ロッカー等の一般器具まで各種備品の修理・発注・検収を行っている。また、医療機器の保守点検の業務委託契約を締結して医療機器の性能を維持し、安全性を確保することに努めている。被服貸与に関する業務は、職員被服等貸与規則に基づき庶務課と調整して年1回医師・看護師・医療技師等に対して貸与し、清潔でフレッシュなイメージづくりに寄与することで、患者に親しまれるよう努めている。

施設係については、医療センターだけでなく、立体駐車場、看護師住宅等の病院と付帯する建物・設備における総合的な維持管理を行い、患者が安心して治療に専念できるよう、快適な環境づくりに努めている。さらに、安行診療所の設備の維持管理も実施しており、地域医療に貢献するべく努めている。平成30年度は小児病棟等自動扉設置工事等を実施し、利用者の利便性向上に努めた。一方、医療センター内の清掃や安全性の確保のため、清掃業務・警備保安業務・施設設備等保守管理業務等の業務委託契約を締結し、管理・監督している。

また、患者サービスの面では、NICU等の特殊な病棟を設置していることから、医師の要請を受けて患者搬送車両による患者の病院間搬送のため、県内・県外・市内に出動し、生命の確保に携わっている。過去3年間の実績は、平成28年度44件、平成29年度41件、平成30年度43件となっている。

医療機器の購入実績

設置場所	物件名	メーカー	数量	購入日
第1血管撮影室	診断用血管撮影装置	フィリップス	1	H30. 3.22
電話交換室	電話交換機	NEC	1	H30. 7.19
手術室	手術用顕微鏡	カールツァイス	1	H30. 9. 5
第2血管撮影室	心臓カテーテル用検査装置	ジョンソンエンドジョンソン	1	H30. 3.28
臨床栄養科	デリカート温冷配膳車	パナソニック・ヘルスケア	4	H30.11.30
第3血管撮影室	床走行式一般撮影装置	島津メディカル	1	H30. 5.10
手術室	PED手術手技器械一式	カールストルツ	1	H30. 5.28
内視鏡センター	電子内視鏡ビデオシステム	オリンパス	1	H30.10.17

工事实績

竣工年月日	工事名称	改修内容
平成30年10月22日	小児病棟等自動扉設置工事	地下1階、3階小児病棟、産科病棟出入口の鋼製建具改修
平成30年10月30日	8号エレベーター改修工事	油圧式からマシンレスロープ式への改修等
平成30年12月 3日	非常用自家発電設備操作盤内改修工事	ガスタービン発電設備の改修等
平成31年 2月 8日	第1電気室改修工事	第1電気室の高圧機器類更新工事
平成31年 3月25日	防災センター・検査科空調機設置工事	空調機(室外機2台、室内機5台)の新設工事
平成31年 3月25日	受水槽等改修工事	受水槽の更新工事
平成31年 3月26日	ファンコイル改修工事	ファンコイル(計10台)の更新工事
平成31年 3月28日	駐車場発券機・精算機等改修工事	立体駐車場発券機・精算機の更新工事

設備・施設

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
電気使用量	793,368	801,150	837,456	919,512	954,120	876,408	806,082	789,816
上水道使用量	18,935		19,379		24,468		23,547	
井戸使用量	2,895		2,995		2,971		3,001	
ガス使用量	63,899	83,723	87,050	179,458	182,871	111,375	80,242	70,760

	12月	1月	2月	3月	30年度	28年度	29年度
電気使用量	745,962	779,958	802,662	724,530	9,831,024	9,752,400	9,828,912
上水道使用量	18,628		17,713		122,670	118,497	123,134
井戸使用量	2,989		3,038		17,889	17,943	17,862
ガス使用量	91,215	132,680	109,528	84,837	1,277,638	1,319,426	1,248,057

作業件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	30年度	28年度	29年度
電気機械	1	9	8	8	1	11	2	3	1	3	5	17	69	75	57
衛生設備	0	3	3	4	3	7	0	5	7	9	3	8	52	82	52
空調設備	0	1	5	5	6	3	1	0	0	2	8	13	44	43	35
建築物	7	13	17	19	9	8	12	4	2	3	2	15	111	52	95
その他	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4	14

総合相談室

1 業務内容

平成30年4月から地域医療支援病院への移行に伴い、患者サービス向上の一環として、患者の相談支援に係る業務（医療福祉相談、がん相談、地域連携、入退院受付等）の窓口をワンストップ化するために患者支援センターを開設。

そのため、今まで総合相談室・がん相談支援センターで行っていた業務と新たに開始した予定入院患者への受付・相談支援業務を患者支援センターにて多職種協働で実施。

【医療福祉相談部門】

a. 医療福祉相談業務

平成30年度は相談窓口がワンストップ化したことにより、多職種連携に基づく相談支援を積極的に推進することとなり、前年度よりも入院・外来ともに全体の相談件数が増大。相談内容としては療養（治療）や看護・介護に関する相談が多く、具体的な支援内容としては、他の関係諸機関との連絡調整が増大していた。

b. がん相談

平成30年度の相談件数の総数は、前年よりも約66件減少して合計1,435件であった。件数が減少した主な理由として、「医療者とのコミュニケーション」の項目が約80件減っていることが挙げられる。これはがん告知に伴う医師の病状説明内容に関する再確認や今後の療養全般等への不安を主訴にした相談件数が減少した結果である。

c. 周産期からの虐待予防強化事業

埼玉県が主管する事業。県内の周産期母子医療センター機能を有する医療機関に義務付けられた業務であり、看護部と共に積極的に参画している。

d. 個人情報保護に関する相談

当センターが管理する患者の個人情報の収集・利用・提供及び開示・訂正について、患者や家族からの相談に応じる。なお、取り扱いにあたっては川口市個人情報保護条例に従う。

【地域連携部門】

地域医療支援病院として、一次救急医療を担うかかりつけ医から積極的に重症・重篤患者を受け入れ、円滑な医療連携による地域医療の安定化を促進していくことを目的として、救急紹介ホットラインを新設し、一次医療機関等からの緊急紹介のための専用回線を開設。平成30年度の依頼件数は最高で月に91件。受諾率は92%、入院率は61%であった。なお、1月にベット満床による断りが14件にも増大してしまったため、今後は後方連携やベットコントロールの強化等で改善に努める必要がある。

また、平成30年7月から診療所の診療時間に合わせて、病診予約の受付時間を17時から19時まで延長した。

地域医療支援病院としての役割を踏まえて、かかりつけ医および地域の医療機関との緊密な連携を図り、返書管理や積極的な逆紹介業務等を行う。

【入退院センター部門】

平成30年4月から泌尿器科と消化器外科において、治療や検査内容についての標準的なスケジュールがまとめられた入院計画書（クリニカルパス）を用いて入院予定の患者・家族に相談支援を新規で開始した。下半期から整形外科を追加し、入退院支援に努めた。

救急紹介ホットライン

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	30年度
依頼件数(件)	45	65	68	85	74	69	86	77	63	81	81	91	885
受入(件)	35	61	64	79	68	60	83	72	61	65	76	87	811
断り(件)	10	4	4	6	6	9	3	5	2	16	5	4	74
受諾率(%)	78	94	94	93	92	87	97	94	97	80	94	96	92
入院率(%)	60	48	50	57	60	65	67	68	61	58	63	64	61

〈相談業務〉

相談件数

(単位：件)

区分	平成28年度	平成29年度	平成30年度
外来患者	2,853	3,257	4,370
入院患者	2,639	3,295	3,432
その他（当院以外など）	391	244	338
計	5,883	6,796	8,140

※件数は実数

退院調整支援件数

(単位：件)

内容	平成28年度	平成29年度	平成30年度
在宅調整	470	558	444
転院調整	1,109	1,270	1,480
計	1,579	1,828	1,924

※件数は実数

診療報酬算定件数

(単位：件)

内容	平成28年度	平成29年度	平成30年度
退院調整加算	937	1,302	1,415
地域連携計画加算	107	81	124
介護支援連携指導料	55	72	78
退院時共同指導料	65	98	88
訪問看護師	56	67	55
医師×医師	0	5	4
医師×在宅3者	9	26	29
計	1,164	1,553	1,705

〈地域連携業務〉

紹介件数

(単位：件)

地域	平成28年度	平成29年度	平成30年度
川口市	13,948	14,461	16,097
中央地区	1,571	1,668	1,825
横曽根地区	930	955	1,069
青木地区	2,145	2,228	2,519
南平地区	745	846	893
新郷地区	980	1,097	1,306
神根地区	1,172	1,177	1,383
芝地区	1,813	1,787	1,998
安行地区	410	421	506
戸塚地区	1,583	1,611	1,655
鳩ヶ谷地区	2,599	2,671	2,943
戸田市	358	425	482
蕨市	433	438	487
さいたま市	1,150	1,316	1,494
その他県内	748	876	933
県外・その他	2,066	2,168	2,224
計	18,703	19,684	21,717

逆紹介件数

(単位：件)

地域	平成28年度	平成29年度	平成30年度
川口市	7,552	9,036	10,260
中央地区	659	636	824
横曽根地区	649	769	788
青木地区	1,041	1,224	1,491
南平地区	363	418	652
新郷地区	562	680	810
神根地区	880	1,034	1,075
芝地区	1,030	1,113	1,284
安行地区	237	243	281
戸塚地区	647	784	838
鳩ヶ谷地区	1,484	2,135	2,217
戸田市	203	268	312
蕨市	105	245	228
さいたま市	835	1,108	1,141
その他県内	728	882	1,025
県外・その他	4,028	4,093	4,517
計	13,451	15,632	17,483

セカンドオピニオン紹介件数（診療情報提供書Ⅱ500点）

（単位：件）

診療科	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内科	1	1	1
消化器内科	7	7	6
血液内科	3	6	3
神経内科	2	2	5
呼吸器内科	12	9	7
腎臓内科	0	1	1
糖尿病内分泌内科	0	0	1
循環器科	1	1	0
小児科	0	0	1
精神科	0	0	0
外科	3	0	1
消化器外科	12	17	16
乳腺外科	10	8	7
呼吸器外科	3	2	5
小児外科	1	0	0
脳神経外科	4	5	2
整形外科	3	6	6
形成外科	0	2	2
心臓外科	—	0	1
産婦人科	12	8	3
眼科	1	3	0
耳鼻咽喉科	0	0	0
皮膚科	1	0	0
泌尿器科	5	4	0
放射線科	0	1	0
麻酔科	1	0	0
歯科口腔外科	0	0	0
ECCM	1	0	2
NICU	0	2	0
計	83	85	70

外来受診予約状況

(単位：件)

内容	平成28年度	平成29年度	平成30年度
事前予約あり	6,878	7,393	7,939
医療機関からの予約	1,229	1,065	1,146
患者個人からの予約	5,649	6,328	6,793
予約なし受診(紹介状あり)	6,032	4,691	9,902
計	12,910	12,084	17,841
前年度比	-960	-826	5,757
事前予約比率	53.3%	61.0%	44.5%

地域への訪問件数

(単位：件)

訪問先	平成28年度	平成29年度	平成30年度
病 院	43	34	12
医 院	30	20	256
歯 科	9	1	6
その他	9	14	2
計	91	69	276

診療科別相談件数（外来・入院含む）

（単位：件）

診療科	平成28年度	平成29年度	平成30年度
内科	151	216	220
総合診療科	207	277	341
消化器内科	383	458	593
血液内科	253	229	249
神経内科	383	438	419
呼吸器内科	551	653	673
腎臓内科	141	139	152
糖尿病内分泌内科	112	164	157
循環器科	320	335	409
小児科	126	120	256
精神科	38	33	35
外科	16	31	26
消化器外科	553	607	732
乳腺外科	91	111	118
呼吸器外科	59	81	81
小児外科	9	15	20
脳神経外科	311	372	546
整形外科	816	980	1,122
形成外科	26	52	76
心臓外科	—	9	12
産婦人科	160	200	234
眼科	27	51	100
耳鼻咽喉科	27	37	82
皮膚科	32	71	98
泌尿器科	245	347	444
放射線科	12	13	27
麻酔科	3	2	1
歯科口腔外科	23	24	85
リハビリテーション科	6	7	9
E C C M	325	418	484
N I C U	76	96	107
その他	401	210	232
計	5,883	6,796	8,140

※件数は実数

I 相談項目

(単位：件)

項目	平成28年度	平成29年度	平成30年度
療養（治療等）	3,911	4,818	5,898
症状・副作用・後遺症	175	127	287
健康・検診	27	27	26
看護・介護	608	816	979
障害	96	83	71
精神・心理	18	20	23
児童	4	10	14
出産・流産	26	49	27
子育て	62	42	53
虐待	19	9	10
日常生活	100	77	110
家族関係・人間関係	28	36	43
社会参加・余暇活動	3	5	2
就労・就学	17	7	4
家計・経済・医療費	419	418	323
その他	370	252	270
計	5,883	6,796	8,140

※件数は実数

II 相談支援内容

(単位：件)

内容	平成28年度	平成29年度	平成30年度
前方	680	897	1,958
入院・転院調整	1,109	1,270	1,480
入院・在宅調整	470	558	444
外来・他院への調整	249	278	292
外来・在宅医療調整	171	216	172
外来・在宅福祉サービス	36	39	45
関係機関との連絡調整	1,286	1,750	1,799
当院の機能説明等	128	221	143
医療機関等情報提供	366	297	561
身元確認・生活保護通報	34	46	23
各種申請手続き	654	584	519
セカンドオピニオン	29	32	26
権利擁護	2	2	2
苦情対応	19	25	18
傾聴・助言	254	248	360
心理相談	9	13	4
その他	387	320	294
計	5,883	6,796	8,140

※件数は実数

がん相談件数

(単位:件)

方法	平成28年度	平成29年度	平成30年度
対面相談	876	916	798
電話相談	482	573	632
F A X	0	5	4
その他	4	7	1
計	1,362	1,501	1,435

がん相談内容件数（重複あり）

(単位:件)

内容	平成29年度	平成30年度
がん検診	2	0
がんの検査	53	61
がんの治療	278	433
症状・副作用・後遺症	131	226
緩和ケア	354	343
臨床試験・先進医療	2	2
セカンドオピニオン	33	42
がんの治療実績	0	1
受診方法・入院	92	95
転院・医療機関の紹介	168	198
在宅医療	313	290
日常生活	233	161
介護・看護・養育	329	329
社会生活（就労・学業）	8	8
医療費・制度について	130	104
補完代替療法	1	0
不安・精神的苦痛	67	63
告知	3	1
医療者とのコミュニケーション	280	202
患者・家族間コミュニケーション	30	14
友人・知人等コミュニケーション	0	1
患者会・家族会	5	1
がん予防	1	0
がん遺伝	0	0
その他	104	69
計	2,617	2,644

医療情報課

医療情報課は、医療情報係と病歴係からなっている。

医療情報係

医師の診察記録をはじめ、薬剤、臨床検査、放射線、救命救急、給食、看護、会計等各部門の情報をコンピュータで総合管理・共有する電子カルテシステムを導入。過去の診療録や検査結果、処方等の迅速な把握ができ、また、受診や会計までの患者待ち時間の短縮等に効果を発揮した。

平成30年度は、NICU部門へ重症・急性期部門患者情報管理システムを導入し、医療機器との連携による記録性の向上、電子カルテシステムとの連携による操作性の向上、ペーパーレス化等を実現した。

○電子カルテシステム稼働時間 24時間365日

病歴係

1 診療記録等管理業務

スキャナ項目と院内でのスキャナ文書の取り扱いを見直すことにより、紙の保管を減らせるように努めた。また、未作成退院サマリーについては、診療録管理委員会を通じ記載してもらえるよう通知することで減らすことができた。併せて退院サマリートの二週間作成率も上昇した。

2 診療情報提供業務

多様化する診療情報提供依頼に対しては、受付方法を再確認することにより、迅速かつ正確に対応することができるようになった。

平成30年度 カルテ開示・・・48件

警察・裁判所等情報提供・・・57件

