
院内委員会活動



間近でH3 ロケットの打ち上げを見ることができるのも種子島ならではの楽しみ。
写真提供：研修医

緩和ケアチーム

緩和ケア認定看護師 丸野 嘉行

【構成メンバー】（令和8年3月31日付）

チーム代表者：緩和ケア認定看護師／丸野嘉行
 医師／松下格司、松下大輔、福迫哲史
 看護師／田中加奈、坂下紀子、松本一美、西川秋代、林 美智代
 作業療法士／西 愛美、市來政樹
 薬剤師／濱口 匠 社会福祉士／加世田和博
 診療情報管理士／加藤初美

【令和7年度 行動目標】

緩和ケアを必要とする患者様とその家族、ケアを提供するスタッフの抱える問題に対して、専門職が協働し緩和ケアチームとして介入し、患者様により質の高い緩和ケアを提供する。

【活動内容】

1. 緩和ケアカンファレンス、院内ラウンド

活動としては、2回／月（第1.第3水曜）に多職種メンバーによる患者カンファレンスを実施している。がん治療時に生じる精神的苦痛、身体的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛に対して、苦痛の緩和を図るため、現状治療の評価や対応の検討が行われている。

チームでの介入事例で多く問題となるのが痛みのコントロールや吐き気、呼吸困難などの身体症状である。外科系・内科系の医師が参加しての症状の原因となる病態の検討、薬剤師による薬剤の検討と見直し、看護師による非薬物療法による苦痛緩和の対応や痛みを助長する精神的不安の軽減について話し合い、病棟スタッフや主治医へのフィードバックを行っている。本年度より緩和ケアの医師がチームに加わり、より専門的な緩和ケアの検討が可能になった。

2. 病棟緩和ケアの実践

緩和ケアの対象となる患者様は、一般病棟や地域包括ケア病棟に入院されていることが多い。病棟リンクナースが介入を必要とする患者様の抽出や、「生活のしやすさに関する質問表」を用いて、苦痛の評価を行い、チームでの介入に繋げている。

また定期的に病室を訪れ、患者様とのコミュニケーションを通して信頼関係の構築を目指し、不安の表出や意思決定支援を行っている。病棟スタッフに対しては、対応困難事例への協力や鎮静を必要とする際のカンファレンスへの参加など協働を心がけている。

3. 院外での活動

医師・看護師により患者会主催のピュアサポート養成講座での講演、市民公開講座でのがんに対する知識の普及活動に参加した。NPOがんサポートかごしま主催の「繋がる想い」へのボランティア参加や募金活動は、離島から移動し鹿児島市内で治療を受ける患者様の交通費の助成や医療用ウィッグ購入費用の補助に役立てられている。

また、市民健康フェスタでの展示ブース設置、患者相談を実施した。院内では患者サロンを開催し、患者様同士の情報交換、自助・共助の場の提供に努めている。12月に計画しているクリスマスコンサートには入院患者様、患者家族様にも参加していただき、入院生活の中で癒しの時間を提供できた。

しかしながらサロンの認知度が低いいため、広報活動に力を入れ、今後もっと多くの方に参加してもらうことが今後の課題でもある。

多くの患者様に緩和ケアについて正しく理解していただき、痛みを始めとする体のつらさや不安、心配事などの精神的なつらさ、仕事や生活のことなどの社会的なつらさに対して、早期に介入し苦痛が和らげられるようにお手伝いさせていただきます。

また最期まで自分らしく生き切ることができるよう、もしものときについての人生会議や、意思決定支援についても患者様、ご家族様と共に取り組んでいきたいと思ひます。

看護部教育委員会

看護部 副看護部長 診療看護師 竹之内 卓

【構成メンバー】(令和8年3月31日付)

委員長:竹之内 卓

委員:下江理沙、荒木敦、赤木秀晃、坂下紀子、羽生秀之、平山靖子、鮫島昇樹、瀬古まゆみ、迫田かおり、西川友美子、福山光知子、小川智浩、江口貴子、石上香寿子

【令和7年度 行動目標】

「『共育』ともに考え、ともに問題を乗り越えるための学びを得よう」

【活動内容の報告と振り返り】

<集合研修係>

- 目標「『ケアできる人を育てる』ための、看護部全体で関わる生涯学習の礎となる3年目までの集合研修の充実と継続」

① 新人看護職員研修

令和7年度は2名の新卒看護師を迎え、リソースナースや師長・副師長の多大なる協力を得て、15回の新人研修を実施することができた。中でも昨年から実施している「看護を語る会」では、印象に残っている症例を振り返り、具体的な症例から段階を踏んで理論や概念に当てはめ、自身が看護師としてどのようなことを考えているのかを一般化して知ることができる良い研修になったのではないかと考える。

反省点は2名の新卒新人看護師を指導するチューターフォローができていなかった点である。次年度は定期的に積極的にチューターとコミュニケーションを取りに行き、多くのスタッフで新人看護師を育成していくという風潮を育てていきたい。

② 2年目研修

2年目研修は1年目で身に付けた業務や技術に対し、知識や理論を身に付ける教育として、educareとeducere(ラテン語で「養い育てる」と「引き出す」)をテーマに研修内容を昨年度より再構築してきた。①循環器と脳神経のフィジカルアセスメント、②看護過程、③二次救命処置、④看護倫理をテーマに全4回の研修を計画したが、③二次救命処置に関しては今年度より新たに日本救急医学会ICLSインストラクター資格を持つ看護師が入職し、指導体制を充実させることができた。④看護倫理では、「倫理的感受性を高めるために」というテーマで、鹿児島大学医学部保健学科の八代利香教授にリモートではあったもののご講義いただいた。これから新人教育を担い、リーダーや委員会の委員を経験していくこととなる看護師3年目を迎える前にもう一度倫理・道徳について考える良い研

修となった。

③ 3年目以上リーダー研修

令和6年度は新たに認定看護管理者である平山靖子看護師長、西川友美子看護師長の2名を加え6名で全3回の研修を行った。①「リーダーシップとは」瀬古まゆみ看護師長、②「問題解決志向型システム」竹之内卓副看護部長、③「目標管理とキャリアアンカー」田中加奈副看護師長、④「リーダーシップのPM理論」鮫島昇樹副看護師長、⑤「労務管理とハラスメントについて」西川友美子看護師長、⑥「アングーマネジメント」平山靖子看護師長といった充実した内容で、昨年より更にパワーアップした内容で認定看護管理者やリーダーシップを学んできたスタッフの声をリアルにお伝えすることができた。

<院内勉強会係>

- 目標「『学べば看護が楽しくなる』&『ケアできる人を育てる』看護が見える研修会の開催」

令和7年度は休日数増加やチームコンパス導入のため、12カ月中7回の看護部勉強会を開催するにとどまった。しかし内容は充実したものとなった。救急科・野田医師のアナフィラキシー対応や、近年特に必要とされている身体的拘束最小化の働きかけ、認知症、ACPに関するものなど、受講したスタッフにもう一度考えさせるような内容が多かったと考える。次年度は、現場が忙しい中でも学ぶコンテンツを提供し続けられるよう、イーラーニングの活用を積極的に取り入れる。より専門性を高められるような学ぶ機会の提供を継続していく。

<看護研究係>

- 目標「看護研究の完成」

看護師減のあおりを受け、令和7年度も看護計画を完成させた部署はなかった。看護の質改善のため、来年度は研究テーマをいくつか提案し一緒に研究を進めていくなど、新たな働きかけが必要だと考える。

【全体を通して】

教育は多くのスタッフの協力を得なければ成り立たないものであり、令和7年度も例に漏れず、多くのスタッフが通常業務と並行し、教育にご尽力くださった。この結果が数年後でも必ず良い結果に繋がり適切な倫理観を持ち、専門性が高く、質の高い看護を提供できることに繋がることを切に願う。次年度以降も学びを得やすい環境の醸成に努める。

リスクマネジメント委員会

3階西病棟 看護副師長 鮫島 昇樹

【構成メンバー】（令和8年3月31日付）

委員長：病院長／高尾尊身

委員：藺田剛嗣、白尾隆幸、園田満治、戸川英子、竹之内 卓、下江理沙、田中加奈、福山龍巳、上妻友紀、酒井宣政、濱田純一、江口貴子、坂下紀子、羽嶋民子、迫田かおり、小川智浩、松本一美、細山田重樹、加藤友加里、藤田ひなの、山口純平、谷 純一、進藤日向子、上浦大生、吉内 剛、鮫島昇樹

【令和7年度 行動目標】

医療安全システムの定着と実践

1. RCA分析、指差し呼称、KY活動の推進
2. 個々の医療安全能力向上
3. インシデントレポート提出の推進

【活動内容】

1. 定期会議、インシデント・アクシデント情報共有

毎月1回（第3週）に定期会議を実施。会議内でインシデント・アクシデントレビュー、リスク対策の検討、情報共有、マニュアルの作成や改定、研修の企画・実施を行っている。

2. RCA（根本原因）分析・対策実施・評価

提出されたインシデントレポートの中から頻度もしくは重要度の高い事例に対し、RCA分析を実施し、対策を立て、実施、評価を行っている。RCA分析は多職種で行い、インシデント再発防止、事故レベル軽減に努めている。

3. レベルゼロ報告推進

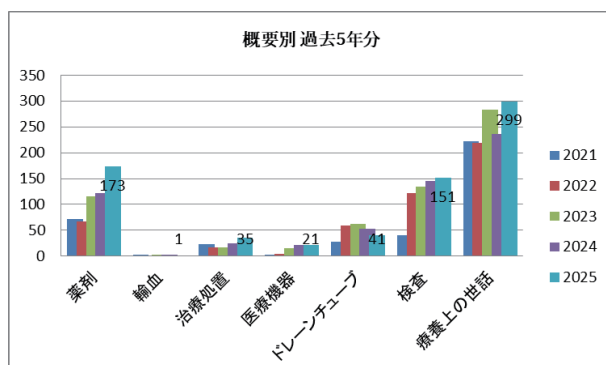
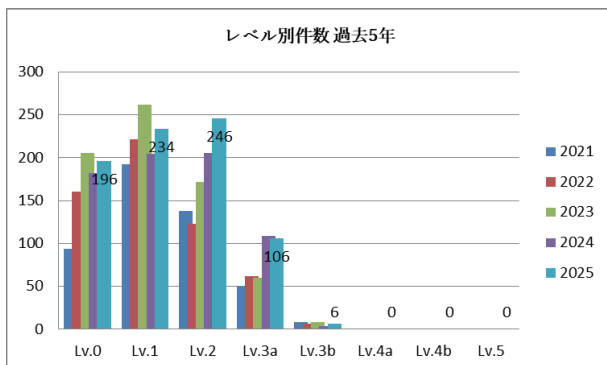
各部署のリスクマネージャーが自部署に働きかけ、レベルゼロ報告（ヒヤリハット）の提出増加を目指す活動を行っている。レベルゼロ報告を積極的に行っていくことで重大事故へ繋がる可能性を軽微な状態から対策を講じられるようにしている。

4. KY活動の推進

KYT（危険予知トレーニング）を主に活動している。委員会内で不定期に疑似症例をもとにKYTを実施し、医療安全への意識づけ、危険予知能力の向上を目指している。全員参加型を目指し、日々KY活動への取り組みを検討している。

【振り返り】

今年度は、RCA分析が主な取り組みとなり、アクシデント症例に対し再発防止への対応ができ、医療安全への意識付け、能力向上へ繋げることができました。KY活動や指差し呼称などの医療安全システムを当たり前に、確実に実施できるよう今後も進めていきたいと思っております。データ上、まだ改善の余地はあり、委員会活動の継続と活動内容のさらなる発展が必要と思われます。今後とも患者さん、医療スタッフ、誰にとっても安全で安心できる環境、システムづくりに努めて参りますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。



化学療法委員会

がん化学療法看護認定看護師 山之内 信

【構成メンバー】（令和8年3月31日付）

代表／がん化学療法看護認定看護師 山之内 信
医師／松下大輔、福迫哲史
薬剤師／谷 純一
看護師／松本一美、西田多美子、坂下紀子、平原景子、吉永美由紀、竹之内卓
リハビリテーション室／古田菜々子、江口香鈴
管理栄養士／渡邊里美 南 美空
社会福祉士／岩澤あかり
診療情報管理士／福山龍巳

【令和7年度 行動目標】

1. より安全で質の高い化学療法の提供を行う。
2. 当院の化学療法マニュアル、手順書の作成と見直しを行い、安全確保を目指す。

【活動内容】

化学療法委員会は、化学療法を受ける患者様に対して安全で質の高い治療と看護を提供することを目的とし活動を行っている。

1. 有害事象の早期発見と重症化予防の体制の強化

外来・入院部門を横断し、有害事象の観察ポイントおよび報告基準の共有を行った。特に使用頻度が増加している免疫チェックポイント阻害薬に関連する有害事象については、初期症状の段階で介入できるよう情報共有を徹底した。

2. 多職種カンファレンスによる質保証

化学療法導入前および入院中カンファレンスにおいて、医師・薬剤師・看護師・MSW等が治療方針や生活背景を共有し、包括的な支援体制を構築した。治療継続困難となる要因（副作用、社会的問題、家族支援力不足等）を早期に抽出し、各専門職が役割を明確にしながら対応することで、治療継続支援及び安全性向上につながった。

3. 安全管理と教育体制の充実

抗がん剤関連インシデントについては、外来・入院双方の事例を委員会で共有し、プロセス分析を実施した。投与確認手順の再徹底、レジメン理解の強化、記録の標準化を図り、再発防止策を講じた。また、新規レジメン導入時には全職種へ情報提供を行い、部署間での知識の差が生じないよう教育体制を整備した。

4. 離島医療における課題共有と体制整備

離島特有の課題として、急変時対応、マンパワー不足、家族支援体制の脆弱さなどが挙げられる。委員会ではこれらを継続的に議題とし、院内で完結できる支援体制の強化を検討した。外来から入院、在宅支援まで切れ目のない連携を目指し、情報共有体制の改善を図った。

- ・化学療法委員会会議
（毎月第4水曜日）
- ・化学療法ミーティング
（毎週水曜日9:10~9:30）

【振り返り】

今年度は、専門性を活かした実践と多職種連携の強化により、外来・入院を通じたがん医療の安全性向上に一定の成果がみられた。一方で、治療の高度化・複雑化に伴い、さらなる教育体制の充実と業務標準化が今後の課題である。

来年度も、離島においても質の高いがん医療を提供できる体制の確立を目指し、委員会活動を継続していく。

認知症ケアワーキンググループ

【構成メンバー】(令和8年3月31日付)

病院長/高尾尊身 看護部長室/園田満治
外来/西田多美子、永田理恵 2階病棟/矢野順子、
能野明美 3階西病棟/平山靖子(委員長)、田中加
奈、安本 響 3階東病棟/迫田かおり、鷺尾志保
4階病棟/石井智子、中山君代、吉山文子
医事課/中村真帆 リハビリテーション室/門脇
淳一、原崎響輝

【令和7年度 行動目標】

2F病棟:病院経営意識をもち、加算漏れがないように努める。勉強会の実施。

3F西病棟:せん妄や認知症の加算漏れがないようスタッフへ教育する。

3F東病棟:不必要な行動制限を削減する。行動制限に対する意識改革を行う。認知症ケア加算の見直しをする。

4F病棟:認知症評価の転入後の再評価入力をする。認知症やせん妄の理解を深めるために勉強会を行う。

【活動内容】

高齢化の進行に伴い、入院患者における認知症や認知機能の低下を有する方は増加しており、入院という環境変化によって混乱やせん妄、それによる転倒のリスクなどへの対応が重要となってきました。認知症のケアにおいては特定の職種に限らず多職種が連携して支援体制を構築していくことが求められます。認知症ケアワーキンググループ(以下認知症ケアWG)では患者様が安心して治療を受けられる環境作りとケアの質の向上を目的に活動を行っています。

具体的には、月に1度第3金曜日の15時より定例会を実施。各病棟や院内での課題について検討を行うとともに2か月に1度は各病棟で対応に難渋した事例の症例検討を実施し認知症の患者様にみられる行動や心理症状への対応やかかわり方の工夫、せん妄や転倒リスクへの対策について多職種で議論し、フィードバックを行うことで実践的なケアの向上につなげています。さらに年に1度、全職員を対象とした認知症ケアに対する勉強会を開催し、基礎知識や対応方法の向上を図ることで院内全体の認知症ケアに対する理解と対応力の向上を目指しています。

リハビリテーション室 理学療法士 門脇 淳一

【振り返り】

本年度は月に一度の委員会開催と2か月に1度の症例検討会を継続して実施し、病棟や院内での認知症患者様への対応に対する課題の共有と多職種による検討を継続してきました。実際に現場であった具体的な事例をもとに検討行うことで認知症の症状への対応や環境調整など実践的な知識の共有が進み各部署の対応力の向上につながったと考えます。また年1回の全職員向けの研修会を通して認知症ケアに対する理解の底上げができたと思います。

昨年度より認知症ケアWGは転倒転落防止委員会とも連携しながら活動を行うことで患者様の安全確保と尊厳の保持の両立に向けてより包括的な認知症ケアの提供を心がけることができていると考えます。

その一方で認知症の患者様への対応は依然として個々の経験や判断に依存する場面も多く、対応のばらつきや負担感の偏りが依然として見受けられます。今後も症例検討や研修会を継続していきながら認知症ケアの標準化や院内での連携を、さらに強化するとともに院内での連携強化を図ることのできる部署においても一定水準の認知症ケアが提供できるように目指していければと思います。

入院した患者様一人ひとりに寄り添って安全・安心な入院生活が行えるように努めていきます。病院内で認知症の対応に困っている方やご家族でも認知症・せん妄などの症状で困っている方がいらっしゃれば是非病棟の認知症ケアWGメンバーに声をかけてください。

NST(栄養サポートチーム)委員会

栄養管理室室長 渡邊 里美

【構成メンバー】(令和8年3月31日付)

医師/田上寛容、中目康彦
看護師/能野明美、西川友美子、長瀬まゆみ、中山君代、下江理沙 薬剤師/桃野彰子 臨床検査技師/宮里浩一 理学療法士/大坪正拓 医事課/中村真帆 管理栄養士/渡邊里美

【令和7年度 行動目標】

他委員会との合同実施に伴い委員会の参加率とNST加算アップを目指す。

【活動内容】

- ・2024年5月から月1回の感染リンク会と合同委員会を継続中。
- ・GLIM診断[中等度低栄養]の抽出とKTチャートによる評価の実施と情報共有。
- ・経管栄養剤の一部変更。

【振り返り】

- ・2024年5月から感染リンク会との合同委員会を継続しており、委員会の参加率は改善傾向である。
- ・栄養サポートチーム加算に係る施設基準の要件を満たさなくなったため加算はできないが、次年度は再度施設基準の要件を満たせるよう取り組んでいきたい。

輸血療法委員会

臨床検査室室長 遠藤 禎幸

【構成メンバー】(令和8年3月31日付)

輸血療法委員長:医師/高山千史
委員:病院長/高尾尊身 看護部長/園田満治
2F看護師/矢野順子 3F東看護師/平園和美
3F西看護師/平山靖子 4F看護師/西川友美子 外来看護師/荒木 敦 医事課/中村真帆
薬剤室/谷 純一 臨床検査室/遠藤禎幸

【令和7年度 行動目標と振り返り】

1. 輸血血液製剤の廃棄率(5%以下)の減少

2025年の血液製剤の使用単位数は918単位。廃棄数は18単位。廃棄率は2.0%目標の5%以下を維持できた。今後も廃棄率の低下に努めていく。

【令和8年度 年間目標】

1. 輸血血液製剤の廃棄率(5%以下)減少継続。
2. 輸血適正使用への取り組み。

【活動内容】

- ・輸血に伴うリスクの確認。
- ・安全・適正使用の指導・周知。
- ・輸血療法に伴う事故や副作用・合併症の確認。

転倒転落防止委員会

3階西病棟師長 平山 靖子

【構成メンバー】（令和8年3月31日付）

委員長：病院長／高尾尊身

委員：竹之内 卓、平山靖子、内甕愛海、矢野順子、能野明美、平原景子、藏元陽子、鷺尾志保、福山光知子、岸美記子、中山君代、石井智子、中野美千代、川脇靖迪、江口貴子、長野香奈、原崎響輝、門脇淳一、濱口 匠

【令和7年度 行動目標】

転倒転落発生率 3%以下（前年度平均3.00%）

【活動内容】

院内ラウンド、転倒転落データーの把握、職員に対する防止策の指導、啓発運動、当院の転倒転落事案の分析・対策の検討、患者家族への指導。

<取り組み>

離床センサーカード・ベッド位置確認ラウンド、インシデント入力の声掛け、転倒転落危険度の意識付け、転倒転落率・転倒転落損傷率の算出、転倒転落データー、3b以上のアクシデントの症例検討など。

※転倒転落発生率とは、期間中の入院患者の延べ人数に対する期間中に発生した転倒転落件数の割合。

【振り返り】

～患者さんとそのご家族へ～

ご家庭で転倒されたことのある患者さんは、病院内でも転倒される可能性が高くなります。また、転倒歴がない場合でも、環境の変化や病状の影響により、入院中は転倒のリスクが高まります。私たちはそのことを常に意識しながら看護ケアを行っていますが、さまざまな対策を講じて、すべての転倒を防ぐことは難しいのが現状です。

そのため、入院の際は必ず履き慣れた靴をご持参くださいますようお願いいたします。また、必要に応じてご家族に付き添いをお願いする場合もございます。患者さんの安全を守るため、皆様のご理解とご協力をよろしくお願いいたします。