

看護局報告

看護局長：間庭 弘美

I 概要

令和5年度は新型コロナウイルス感染症が5月8日から5類相当となり感染症受入体制を変更した。軽症の受入専門病棟は6月末で休止し、以降は各一般病棟での受入体制とした。中等症、夜間の軽症者受入は救急・重症患者担当の部署に7病床を確保して9月末まで対応し、10月1日からは確保病床は持たず、感染症患者の入院に合わせた対応とした。令和5年度末時点でも新型コロナウイルス感染患者の複数名の入院が生じている。病床運営に関しては、7月から1病棟48床を病棟改修のために運用休止とし、7病棟、看護単位7単位292床で入院受入を実施した。看護職の業務負担軽減策の推進のため、IT・AI・機器の導入を積極的に行った。嚥下機能が低下した患者に対する、粘度の高い飲料提供の可能な「とろみサーバー」の導入、外来受診者に使用する「AI問診」の採用、入院患者の全身状態観察のための「バイタル自動取込み装置」の導入が実現した。

II 人員について () は前年度

看護職人員は令和5年4月1日現在で正職員看護師242名(249名)、会計年度任用職員看護師35名(34名)、看護局長付職員(産休育休職員)18名(13名)、看護補助者20名(26名)であった。令和5年度末までの正職員看護師退職者は12名(16名)、令和5年度採用看護師は新卒、既卒看護師共に退職者はなかった。正職員看護師の離職率は4.6%(6%)、新人看護師離職率は0%(15%)であった。令和5年度内の産休・育休取得者は3月末で20名(18名)であり過去5年間で最高人数であった。病院建設時に多数採用された看護職員が40歳代後半から50歳代になり、平均年齢は41.6歳(41.1歳)と年々上昇している。令和6年度から定年延長が実施され、ますます看護職員の高齢化が進むことが予測される。入院患者の高齢化に伴い、日常生活行動支援の必要性が高まっている。看護職員の増員が求められる状況であるが、新採用看護職員の獲得困難な状況が続いている。看護職員数の確保のため、高齢となっても長く働き続けることのできる安全・安心な職場環境を整える必要がある。

III 労務管理について () は前年度

時間外勤務に関しては、看護職員1人当たり年間の月平均時間外勤務は4.8時間(2.78時間)で2.02時間増加した。勤怠管理システムの導入による時間外勤務命令の確実実施により、時間外勤務時間が増加した。勤怠管理を電子化したことで勤務時間の把握が可能となり、今まで以上に働きやすい環境を管理できるようになった。令和4年度に続き業務改善活動の実施、フィールドイノベーション研修による業務工夫、看護記録の簡素化など看護師業務負担軽減活動を継続した。有給休暇取得日数に関しては、正職員の平均有給休暇取得日数は1人平均17.7日(14.09日：夏季休暇3日含む)であった。病気休暇取得者数は26名(36名)、介護休暇取得者は0名(4名)であった。産前産後休暇・育児休暇者は3月末で20名(18名)、男性看護師の育児休暇取得は1名(2名)、部分休業取得者は19名(21名)であった。

IV 経営について () は前年度

令和5年度述べ入院患者数は86,236人(85,406人)と830人増加した。1日の平均入院患者数は235.6人(234人)、平均在院日数は12.8日(12.9日)であった。病床稼働率は69.3%(68.8%)で0.5%増加した。7月からは1病棟休止したため休止病棟を除いた病床稼働率は80.87%(78.4%)であった。地域包括ケア病棟の利用率は81.4%(79.2%)であった。令和2年度から令和4年度は延べ入院患者の減少が続いたが、令和5年度は僅かではあるが増加した。診療報酬に関しては重症度・医療看護必要度の低下により10月より急性期一般入院料1を取り下げ、2の申請を行ったが、11月から1月に算定要件を満たし、再度1の届け出を行った。看護補助者加算25:1(50%未満)、地域包括ケア入院料2には算定基準を満たした。

V 看護局目標について

令和5年度看護局目標は、

- ①高度急性期・急性期・回復期・在宅療養それぞれの部署使命に沿った質の高い安全な医療・看護の提供を行う
- ②地域住民個々に合わせた生活の支援を行う
- ③働き方改革を推進し、やりがいのある、楽しい職場

つくりを行う

④看護職員の能力向上を図る

⑤経営改善活動を実践する
とした。

①に関しては、各部署は現状をSWOT分析し、BSCを用いて部署目標を設定した。毎月のチーム会による評価、軌道修正を繰り返し、半年・1年間の実践評価を行った。各部署が自部署特有のチーム目標を定めた。呼吸器装着患者の離脱管理、心不全患者における療養指導の部署連携、認知症状を有する患者への看護師の行動変容、「私の心つもり」を用いたACP支援、周手術期のせん妄予防を目標に掲げ、目標達成することができた。また、質の高い医療・看護の提供を実践するために、多職種で構成された専門チーム（認知症ケア、褥瘡ケア、臨床倫理、RRSなど）とのカンファレンスを実施し患者を多角的な視点で捉え、問題解決を行った。看護の質評価に関しては、看護局独自の質評価指標を用いて、データ集積を継続した。3か月ごとに看護師長会でデータを確認し、部署間の比較、部署毎の年度・月比較を行い、自部署の分析、人員の傾斜配置、リリーフ看護師の派遣に活用した。また、認知症に係る加算算定数、抑制率、カテーテル感染率、褥瘡発生率・改善率、内服事故事例数を把握し看護の質評価の指標とした。

②に関しては、入院前面談を行い入院前からの多職種介入を継続している。入院前面談件数は2,314件、その内、院内多職種と連携を図ったのが619件、院外多職種との連携件数は34件であった。入院前に把握した患者・家族の希望を入院病棟へ引継ぎ、入院中に支援が実施され、患者・家族の満足感を得られる医療・看護の提供を実施した。退院支援担当者は病棟看護師と協働し、退院支援を実施した。退院支援カンファレンスでは倫理的問題を含めた検討が実施され、多職種チームが連携、調整し在宅生活支援を行うことができた。また、倫理回診、倫理カンファレンスでは患者家族の意思決定、職員同士の意思疎通などをテーマとして多職種が集まって意見交換を行った。看護職が生活の視点をもって支援できることを目的とし、令和5年度も1日訪問看護実習を継続した。自宅での医療継続や患者の生活を実体験できる在宅生活の支援に繋がる知識が得られた。診療外来看護師は患者への生活支援を行うために、在宅チェックシートを用いて支援の必要な者をスクリーニングし、在

宅療養を継続する目的で、支援者との情報交換、連携、介入の強化を実施した。院内の多職種連携228件、入院病棟との連携125件、院外多職種との連携実績が73件であった。地域包括ケア病棟の運営は、看護管理者・退院支援担当者（MSW）を中心に、患者データ・DPCデータ、病棟稼働データを用いた48床のベッドコントロールを行った。退院前訪問が11件、退院後訪問を9件実施し、患者の生活に即した退院支援、生活支援に繋がった。

③に関しては、副看護師長会では、眼科の短期入院手術患者の看護記録に注目し、効率的な記録方法の改善を行った。また、経過表項目を修正し経過表を主に活用するカルテ使用方法を考案し、業務の効率化を実施した。フィールドイノベーション研修では各部署代表者が研修に参加し、11テーマの改善活動が報告された。ペアナースによる受持体制、夜間入院のオリエンテーション、記録時間の効率化などが実施され部署の業務の効率化に繋がった。

④に関しては継続教育研修を13研修企画し実施した。ラダー認定においてはラダーⅠが12名、Ⅱが5名、Ⅲが11名、Ⅳが6名、Ⅴが1名新規認定された。令和5年度末の各ラダー総認定者はラダーⅡが61名、ラダーⅢが129名、ラダーⅣが22名、ラダーⅤが2名となった。院外研修においては認定看護管理者教育課程ファーストレベルに2名、臨地実習指導者養成講習会に2名が参加した。地域の看護職育成における能力開発では、看護大学、看護専門学校、看護通信教育、准看護師養成学校6校、述べ334名の学生実習を受け入れ指導した。

⑤に関して管理職は診療報酬に関するe-ラーニング研修を受講し、知識取得を行った。

毎月、経営担当副院長による経営レクチャーにより病院の経営状況、経営目標値の確認を行い日々の計画的なベッドコントロールに繋がった。稼働する7病棟の内2病棟は85%以上、3病棟は80%以上の稼働率であった。1病棟に至っては感染症患者の受入のため意図的に稼働率を50%~60%に設定し運用した。日常使用する診療材料、物品の使用状況をデータ化し、適正材料の選択を行い処置シート、手袋、酒精綿など使用物品の変更に繋がった。看護に係る加算算定数、率をベンチマークし件数の増減状況を把握し改善行動の検討を行った。

VI 今後の課題

次年度の課題は、まず令和6年度は診療報酬、介護報酬の改定の年である。改定内容を把握し、算定要件を整え確実な算定を行い望ましい医療提供を実践する。2つ目は、新たに示された鳥取市立病院経営強化プランをもとに、経営参画する。3つ目は、入院患者の高齢化、多数を占める入院疾患の特徴からその方の人生を考えた治療選択、生活選択ができるようACPを含めた支援を強化する。4つ目は令和5年度導入したAI機器による業務負担軽減効果を検証する。5つ目は職員の定年延長に伴い、長く働き続けることが可能な安全・安心な職場環境作りを目指す。以上を今後の課題として明示する。

2 階 東 病 棟

看護師長：岸田 容子

Ⅰ 業務の概要 () 内は前年度の数値

1. 人と物に関すること

正職員看護師38名(39名)、そのうち部分休業看護師1名(3名)、看護補助者1名(2名)の39名(41名)でスタートした。病気休暇は2名(4名)、産前・産後休暇2名取得し介護休暇はなかった。年度途中の退職者は1名(2名)だった。準夜帯は看護師4名(4名)、深夜帯は看護師4名(4名)、輪番日のみ5名の勤務体制で行った。日勤帯は看護師13~18名、遅出1名、看護補助者2名、平日日勤は救急部へ3名(3名)、診療外来へ月曜日・火曜日・木曜日各1名(1名)の内科・整形外科外来の応援勤務を行った。救急外来では、救急車対応、内視鏡室を担当し、救急車受け入れ状況によって追加応援を行った。また、稼働率や重症度に応じて他病棟へのリリース体制を確立し応援を行った。時間外勤務は月平均1.16時間(0.47時間)、年次有給休暇平均取得日数は13.57日(14.7日)であった。物に関しては、バイタル自動取り込みの導入と生体モニター10台を更新した。生体モニターの更新に合わせ、重症病床側の電子カルテを看護師の視線に位置変更し、業務負担の軽減とベッドサイドでの記録の効率化を目指している。

2. 経営に関すること

入院延べ患者数5,845名(6,023名)、平均在院日数5.89日(5.95日)、病床利用率52.4%(55.04%)であった。診療科別患者数では内科・総合診療科2,383名(2,511名)、循環器内科891名(1,229名)、脳神経外科371名(476名)、外科589名(697名)、整形外科442名(195名)、救急科414名(205名)、小児科56名(43名)、泌尿器科250名(210名)、皮膚科2名(4名)、麻酔科32名(6名)だった。入院患者1,888名(1,933名)のうち緊急入院は92.8%(89.4%)だった。状態悪化、術後観察のための転入308名(345名)、該当病棟への転出は1,365名(1,334名)、死亡患者は85名(82名)であった。重症後医療看護必要度における看護職員の実際の人数配置は2.38名(2.37名)、必要度基準を満たす割合は、61.55%(54.16%)であった。

3. 看護の質に関すること

2階東病棟の使命は、急性期かつ重篤な患者、感染

症を有する重篤な患者に対して専門的な知識と技術をもって安全で質の高い医療と看護を提供する。速やかに重症患者・緊急入院・転棟患者を受け入れ、救命と生命の維持・回復を支援することである。この使命を果たすため病棟目標を以下のように立案し看護を実践した。

1) 病棟目標

(1)高度急性期患者・家族に安全で質の高い急性期医療と看護を提供し、早期回復を支援する。

- ①エビデンスに基づく安全で専門性の高いケア、入院患者の特性を踏まえた質の高い看護を実践する。
- ②多職種、専門チームと協働し、合併症予防と早期回復に向けた支援を実践する。
- ③固定チームナーシングを發揮し、個別性を考慮した看護実践を行なう。
- ④救急ラダー、ME機器ラダー、ICUラダーを活用し、経験年数に応じた看護実践能力の取得を目指す。
- ⑤6S活動を実施し、安全で安心できる療養生活の場を提供する。

(2)専門職として自己目標をもち看護実践能力を高める。

(3)看護職・学生の指導を通して教育体制に協力・参加し、能力の向上に努める。

(4)お互いが協力して楽しく気持ちよく働き続けられる職場環境をつくる。

2) 看護の結果

重症患者、全身麻酔術後患者、緊急患者の受け入れと並行して、COVID-19陽性(疑い含む)患者の受け入れも行った。新型コロナウイルス感染症が5類感染症へ変更後も中等症以上の病床を7床確保して対応を行った。結果は、軽症患者のみで夜間入院の受け入れが主であった。

3チームで固定チームナーシングを行った。1チームは、重点目標を「呼吸器装着患者へ個別性のある看護を提供する」として取り組んだ。結果は、呼吸器関連の勉強会参加率100%、目標ME機器ラダー取得率80%、呼吸器プロトコル活用率100%、看護計画達

成率100%であった。医師と毎日カンファレンスを行い目標設定や治療方針について協議した。RST、歯科など専門チームと情報共有シケアの方法について検討することで、呼吸状態のアセスメント方法、援助方法などを取り入れながら安全に目標達成できた。2チームは、重点目標を「心不全・AMI患者に早期から療養指導を行い、外来・6階西病棟と連携して退院後の生活に目を向けた支援を行う」として取り組んだ。独自の心不全セルフケアスコアを作成し、患者・家族のセルフケア能力を可視化し関わることができた。心不全手帳を用いて指導し、患者・家族の理解度に合わせて繰り返し看護師が指導を行った。半年の振り返りより、患者の理解度が深まることを目指して管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、薬剤師のそれぞれの専門職に指導依頼した。指導を分担したことで、より専門的で具体的な指導内容を行うことができた。難渋した事例は、心不全認定看護師に相談し、アプローチ方法など助言を受け指導に活かすことができた。行っている看護を関連病棟や外来と連携することができた。

ヒヤリハット年間報告は、98件（107件）で前年より減少した。その内訳は、薬剤に関することが28件（27件）、ドレーンチューブに関することが21件（32件）、転倒転落14件（18件）、療養上の世話が12件（16件）、検査に関すること8件（5件）、医療機器に関すること4件（1件）、その他6件（2件）であった。薬剤に関することは、確認不足から発生しているケースが多かった。ダブルチェックの復習も含め、安全管理マニュアルの内服事故防止マニュアルの読み合わせを行った。不穏やせん妄患者が多く、身体拘束患者138名、拘束延べ日数513日であった。この中には予防的処置として体幹安全帯を使用する場面も見られたが、日々のカンファレンスを行うことで環境調整や安全帯の解除に繋がった。

II 問題点と今後の課題への取り組み

1.人・物に関することについては、近年、病棟全体の重症度が低くなっていること、病床稼働率も低下していることより、看護師の経験値が低くなっていること、処理能力が低下していることが懸念される。看護実践能力の低下につながらないようにクリティカルケア認定看護師の活動とリンクさせ、病棟看護師の専門的知識の習得と実践能力の向上を目指す。

2.経営に関することについては、急性期病棟として、

緊急入院・夜間入院の受け入れを安全に行うため、適切なベッドコントロールを行う。救急外来との協力、医療看護必要度、重症度、DPCを考慮した入退室を行っていく。

3.看護に関することについては、救急・集中ケアにおいて急激な変化に対する患者・家族への全人的苦痛の緩和や、意思決定支援・悲嘆ケアを行うことが必要と考える。緊急ACPの学習と実践を行っていく。また、緊急入院患者に対して、転倒予防のための身体拘束を行う考えを改めて患者の目的行動を考え、アセスメントする能力を養うことが必要と考える。

3 階 東 病 棟

看護師長：松本 智子

Ⅰ 業務概要 () 内は前年度の数値

1. 人と物に関すること

令和5年4月1日現在で正職員30名（看護師18名、助産師7名）、会計年度任用職員看護師2名、看護補助者3名で開始した。6月までに正職員2名の退職があった。産科休止に伴い産婦人科外来との一元化は解消した。COVID-19患者の受け入れ開始とともに遅出を開始し8回/月の夜勤回数を超えない範疇で3人深夜勤務とした。日勤人員は確保されていたため、COVID-19患者受け入れがなくても遅出は継続とした。時間外勤務は月平均7.62時間(5.29時間)と大幅に増加した。有給休暇取得日数は平均15.48日(8.56日)であった。

2. 経営に関すること

急性期疾患女性担当病棟として入院実患者数は13,108名(10,363名)、平均在院日数は14.3日(13.3日)、病床稼働率は87.3%(80.5%)であった。科別入院患者割合は主に整形外科・脊椎脊髄センター59%(50%)、内科・消化器センター・総合診療科29%(35%)、婦人科3%(4%)、外科7%(7%)、眼科2%(2%)であった。整形外科の入院受け入れ制限解除に伴い整形外科入院数は増加した。また、産科休止中のため内科系疾患患者が増加したが、整形外科患者の増加に伴い、重症度医療看護必要度基準を満たす割合は月平均28.64%(24.26%)と増加した。看護に関する加算は、褥瘡ハイリスク患者ケア加算：8.83件/月(6.92件)、呼吸ケアチーム加算：0件(0件)、認知症ケア加算述べ件数385.17件/月(309.75件)、せん妄ハイリスク患者ケア加算：34.42件/月(39.67件)であった。退院支援に関する加算は、入退院支援加算Ⅰ：318件(260件)、入院時支援加算：35件(34件)、総合機能評価加算：216件(166件)、介護支援連携指導料：22件(24件)、地域連携診療計画加算(大腿骨)：118件(4階東病棟と併せて)であった。

3. 看護の質に関すること

病棟目標は、

- ①整形外科、眼科、産婦人科、外科、総合診療科等の急性期疾患患者に対して、質の高い安全な医療・看護を提供し早期回復を支援する。
- ②地域住民個々に合わせた生活支援を行う。

③ヘルシーワークプレイスの実現に向け、働き方改革を推進し、心理的安全性のある職場を作る。

④各自が自己目標を持ち、絶えず成長し自律した看護職を目指す。

⑤経営改善活動を実践する。

とし病棟運営を行なった。看護体制は2チーム体制で固定チームナーシングを実践した。入院患者の75歳以上の割合が58%、日常生活自立度ランクⅢ以上の該当患者は月平均7.25人(7.44人)と前年度と同様であった。認知症ケア加算延べ月件数は377.5件(260.7件)と大幅に増加した。入院、手術など環境変化や身体的侵襲は高齢者にとって負担が大きく、認知症症状の遷延やせん妄が発症するリスクが高まるため看護師の対応スキルが重要になる。そこで重点目標を「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の患者に対し、個別的ケアを実践しその人らしさを守る看護を提供する」とし取り組んだ。

(1) 看護実践の結果

認知症患者の対応に関する知識を得るため5つの学研ナーシングの視聴と認知症看護認定看護師との勉強会を2回開催した。ユマニチュードの実践については自己評価と他者評価を実施した。対象患者にテンプレートを使用してその人の大事にしていることなども含めて患者像を把握した。その情報を基に、身体的・精神的および社会的の3つの側面から評価し患者個々にあわせた余暇活動の提供や療養環境の調整など個別的な看護計画・患者目標の立案につながった。また、認知症の種類や中核症状についてもメンバー間でアセスメントし関わりかたや薬剤調整も計画に取り入れることができるようになった。認知症看護認定看護師をはじめ多職種との協働も積極的に行うようになった。忙しさの中でも患者の行動の意味・裏付けをアセスメントし必要なケアを見出すことに繋がった。ユマニチュードの実践自己評価・他者評価を行い、自らの行動を振り返る良い機会となった。身体拘束率の低下には至らなかったが、医療者は認知症の種類によって対応を変化させ、患者の行動の意味付けや背景を考えて行動できるスタッフが増加した。

産後ケア事業、ショートステイの受け入れは0件であった。当院で提供できる支援内容と利用者とのニーズが合っていないことが理由の一つと考える。しかし、育児不安を抱える親、養親のためにも、総合病院として関わることのできる支援体制の構築が必要である。

(2) 医療安全

ヒヤリハット報告は98件（82件）。内訳は転倒転落23件（22件）、薬剤事例28件（18件）、療養上の世話32件（22件）、検査8件（4件）、ドレーンチューブ1件（7件）、治療・処置0件（1件）、その他6件（3件）であった。レベル分類ではレベル0は9件（3件）、レベルⅠは16件（19件）、レベルⅡは49件（28件）、レベルⅢは24件（32件）であった。昨年減少した薬剤インシデントが増加した。特に過剰投与が増加した。スタッフ間のコミュニケーションや薬剤に関する知識の強化で防げる事例もあった。療養上の世話では、特にスキンテアの報告が増加した。スキンテア改善率50.0%であった。

(3) 看護実践応力向上

年間2~3回の個人面談を実施し、個人目標の確認、個々に合わせた院内外の研修参加を促しキャリアアップ支援を行なった。今年度の院内クリニカルラダー取得はラダーⅠ：2名、ラダーⅡ：2名、ラダーⅢ：2名がそれぞれ認定された。

II 今後の課題

1) 質の高い安全な医療看護提供体制の継続

高齢化とともに認知機能の低下した患者が増えてい中で、必要な疾患治療が安全に行える環境、そしてその人らしさを認め、個別性に合わせた対応能力が求められている。

2) 業務の見直し、効率化を図り、時間外勤務時間の削減を図る。

4 階 東 病 棟

看護師長：坂本 典子

Ⅰ 業務の概要 () 内は前年度データ

1. 人・物に関すること

看護職員は正職員看護師24名（うち部分休業勤務者2名、再任用1名）、会計年度任用職員3名、看護補助者3名で運営を開始した。5月に1名が産前休暇を取得し、10月および1月に正職員看護師（部分休業勤務者）1名ずつが育児休暇から復帰した。看護職員平均年齢は40.4歳（39.8歳）であった。3交代2人夜勤制、平日遅出勤務者1名を配置した。夜勤専従の実施はなかった。有給休暇取得日数は平均12.2日（11.8日）、時間外勤務は月平均7.80時間（5.14時間）だった。

2. 経営に関すること

担当科は整形外科、脊椎脊髄センター、脳神経外科、小児科、総合診療科で、入院延べ患者数14,824名（13,372名）、平均在院日数15.2日（15.4日）、病床稼働率84.4%（81.6%）であった。科別入院患者割合は、整形外科・脊椎脊髄センター68.2%（58.2%）、脳神経外科10.6%（10.0%）、小児科5.5%（6.7%）、内科11.9%となり整形外科患者が増加した。

手術件数は、整形外科352件（284件）、脊椎脊髄センター68件（74件）、脳神経外科12件（15件）であった。地域包括ケア病棟転棟患者は103名だった。退院支援に関する加算算定件数は、地域連携診療計画加算（大腿骨）：37件（23件）、地域連携診療計画加算（脳卒中）：10件（14件）であった。大腿骨パス対象者の平均在院日数は、29.3日（34.5日）となり、回復期病院転院までの期間が短縮された。入退院支援室と連携した手術当日の面談実施によるスムーズな転院調整の効果と考える。

3. 看護の質に関すること

(1) 病棟目標

- ①整形外科・脳神経外科・脊椎脊髄センター・総合診療科患者へ質の高い安全な医療・看護を提供する。小児科患者へ疾患・病態・成長発達に応じた安全で質の高い医療・看護を提供する。
- ②患者個々に合わせた生活支援を行う。
- ③タイムマネジメントと働き方改革を推進し、ヘルシーワークプレイスを実現し、やりがいのある楽しい職場づくりを行う。

④看護職員の能力向上を図る。個々のキャリアに応じた実践能力の獲得・向上のための機会を持ち、自律した看護職をめざす。

⑤経営改善活動を実践する。

(2) 固定チームナーシング（2チーム制）による看護の実践

病棟目標のもとA・Bチームともに「患者家族の意向に沿った個別性のある看護を提供する」を重点目標とし看護実践を行った。5日以上入院を要する70歳以上の整形外科入院患者を対象とした。過去2年間せん妄予防ケアに取り組み、せん妄予防と発症後の早期離脱へのケアが定着した。令和5年度はせん妄予防対策の実施と同時に、退院後の生活を見据え患者家族の意向を踏まえた個別的な支援に取り組んだ。治療方針と個々の背景や意向を踏まえ生活復帰に向けた看護目標を設定し、患者家族への説明と共有に力を入れた。これは受け持ち看護師としての役割意識向上の機会になった。「身体可動性障害」「セルフケア不足」「活動耐性低下」「家族介護者役割緊張」などの看護問題に対し計画を立案実践し、希望する退院先への生活復帰に繋げた。質監査を継続し、個別性のある看護計画の立案・実施に努めた。対象患者計153名に関わり、結果152名が目標達成した。

関わりの中なかで、急性期・周術期の治療において回復過程を辿れない高齢患者が増加し、日常のケアで対応し尽くせない困難さを経験した。既に意思表示が困難な患者も多く、倫理観に触れる場面も経験した。今後、多様で複雑な背景に加え様々なリスク要因を加味した臨床倫理の視点をもって対応する力を備えておく必要がある。どの患者においてもACPを意識した関わりが欠かせないものとなる。

(3) 医療安全対策

インシデント報告は計120件（74件）、薬剤事例36件（19件）、転倒転落42件（33件）、療養上の世話18件（7件）であった。有障害事例はなく、レベル0が10件（3件）、レベル1が27件（22件）、レベル2が67件（38件）、レベル3a・3bが16件（11件）となった。全体報告件数が増加したが、医療安全の意識向上に向け活動を強化した医療安全委員の活動成果である。薬剤

事例、特に内服関連が増加した。持参薬や後発薬の取り扱いが複雑化し、監査やインシデントの事例共有を行ったが減少しなかった。身体拘束率は10.98% (10.10%)と横ばいだったが、介護衣の使用が計17名、延べ使用日数147日に増加した。認知症高齢者の周辺症状へのケアに苦慮した。

(4) 看護師のキャリアアップ支援

年2回の個人面談で個人目標を確認共有し、個々に合わせた研修参加を促した。院内クリニカルラダー認定者はラダーⅠが2名、Ⅱが1名・部分認定2名に留まった。個々のキャリアプランやニーズに合わせた支援の強化が必要である。個々が目標に向かって取り組み達成感を得られ、モチベーションややりがいをもって働き続けられるよう支援に努める。

II 問題点と今後の課題

1. 看護に関すること

急増する高齢患者への関わりでは、急性期慢性期を問わず患者家族の多様な価値観が治療や看護の方針に大きく影響する場面が増加した。また多くの整形外科患者はフレイルの過程で転倒受傷し緊急手術に臨んでいる。認知症がせん妄を助長し、さらに侵襲により潜在的な身体症状が顕在化し急変や周術期の回復遅延をきたす状況を度々経験した。以上より、担当科別毎の看護提供という認識に留まらず、高齢者の安全と尊厳を守る医療・看護を再考し取り組むことが課題となる。多職種専門チーム（RRT・CST・NST・認知症ケア・せん妄ケアなど）と協働し、高齢周術期患者の全身管理、患者の変化に気づけるフィジカルアセスメント能力の強化、臨床実践能力の向上と定着を図る。またACPを取り入れ生活と人生の視点をもった意思決定支援に取り組む。高齢者ケアの一助としてパーソンセンタードケアを取り入れ、身体拘束(介護衣)最小化に取り組む。

2. 経営に関すること

診療報酬改定に伴う病院経営方針に沿い、引き続き目標病床稼働率の維持に

努める。円滑な地域包括ケア病棟への転棟困難が予測されるため、患者の病状や療養環境・生活背景を把握し、治療方針を踏まえDPCⅡ期を意識した病床運営を継続する。

3. 職員に対すること

部署の看護を担う職員一人ひとりが、安心安全に職務遂行できる改善活動を継続し、専門職として自

律成長し働き続けられる環境を整えることが課題である。フィールドイノベーション研修で成果を得たベアナースを継続しオンタイム記録を推進すること、バイタル測定自動取り込み機器を効果的に活用した看護記録による時間外勤務の削減も課題である。

4 階 西 病 棟

看護師長：横地 小百合

Ⅰ 業務の概要 () 内は前年度データ

1. 人・物に関すること

4階西病棟看護職員は、正職員看護師21名（うち部分休業者1名）、会計年度任用職員看護師2名（うち准看護師1名）、看護補助者5名の29名で運営開始した。7月に看護補助者が1名中途退職、11月より看護補助者1名配属、正職員看護師1名が12月より産休・育休取得、看護補助者1名が1月より病休となった。平均年齢45.4歳、病棟経験年数平均3.4年、年次有給休暇取得（夏季休暇含む）日数は平均15.35日（10.07日）、時間外勤務月平均6.09時間（2.48時間）であった。

2. 経営に関すること

入院延べ患者数は13,290人（12,984人）、入院患者数558人（465人）、詳細は自宅より529人（433人）94.8%、他院より22人（24人）3.9%、施設より7人（8人）1.3%であった。おしどりネットからの入院11人（19人）、レスパイト入院4人（11人）であった。

退院患者数は1,004人（884人）で、詳細は自宅等766人（680人）76.3%、老健93人（95人）9.3%、転院77人（64人）7.7%、死亡68人（45人）6.8%、転出患者数は0人（5人）であった。

転入患者数は445人（413人）で、詳細は2階東病棟より17人、3階東病棟より106人、4階東病棟より103人、5階東病棟より52人、6階東病棟より34人、6階西病棟より133人であった。

平均在院日数は17.1日（19.3日）、病床利用率は81.4%（79.2%）であった。

診療科別入院延べ患者数は、総合診療科6,294人（7,403人）47.4%、整形外科2,127人（1,862人）16.0%、循環器内科1,000人（753人）7.5%、外科665人（624人）5.0%、脳神経外科428人（634人）3.2%、眼科1,190人（860人）9.0%、泌尿器科307人（191人）2.3%、内科214人（195人）1.6%、脊椎脊髄センター69人（19人）0.5%、消化器センター131人（379人）1.0%、皮膚科209人（205人）1.6%であった。手術件数は437件（410件）で、白内障手術429件（354件）、ヘルニア手術8件（29件）であった。

重症度、医療・看護必要度は平均11.5%（10.1%）、在宅復帰率は平均74.45%であった。5月に重症度、医

療・看護必要度の基準を満たすことができなかったが、3か月平均では満たすことができていた。また2月に在宅復帰率が満たされなかったが6か月の平均値では基準は満たされていた。看護が関与できる地域包括ケア病棟入院料の施設基準は満たすことができ毎月算定することができた。

1年間で算定した退院支援に係る診療報酬は、退院前訪問指導料：9件（1件）、退院前在宅療養指導管理料：7件（0件）、退院時共同指導料2：0件（1件）、3者共同指導：0件（0件）、介護支援連携指導料Ⅰ：142件（148件）、介護支援連携指導料Ⅱ：28件、入退院支援加算1：312件（286件）、入院時支援加算1：112件（54件）、退院後訪問指導料：3件（0件）であった。

3. 看護に関すること

地域包括ケア病棟の方針に基づき病棟目標は、

- ①地域包括ケア病棟として、患者個々に合わせた退院支援・生活支援を行う。
- ②質の高い安全な看護を提供する。
- ③院内外の教育システムを活用し看護実践能力の向上を図る。
- ④WLBを推進し、楽しく働ける職場をつくる。
- ⑤看護学生・新人指導を通して知識・技術を再確認し看護職の育成に貢献する。

とし、病棟運営を行った。看護体制は2チーム制で固定チームナーシングを実践した。

（1）看護実践の結果

ABチームの重点目標を「退院後の生活を見据え、患者個々の思いに沿った在宅支援を行う」として活動を行い、BSC総合評価はA評価であった。「学習・成長の視点」では、年間スケジュールに沿って学習を行った。勉強後にはテストを行い、理解度を確認した。「業務の視点」では、その人らしさを大切に、本人・家族の意向を聴き取り、多職種で思いを共有した。そして本人や家族の思いは看護計画に反映させ看護介入した。退院前訪問、退院後訪問に力を入れ在宅療養に向けての支援を行った。介護指導に関しては、誤嚥性肺炎パンフレット・心不全パンフレット・リハビリパンフレットなどを活用しながらも個性のある指導を行った。また今年度はACPパンフレット「わた

しの心づもり」を15件使用した。「顧客の視点」では、患者・家族の意向に沿った看護介入を行い、看護計画達成率は99%であった。介入した事例については、毎月各チームで振り返りを行った。

小集団活動では、リハビリ係は理学療法士と共にデイルームで昼食前に10分程度の集団リハビリを実施した。今年度はクリスマスイブに上肢の運動や歌を一緒に歌うなどのイベントを行い好評であった。業務改善係は、看護補助者の人数減少に伴い業務の見直しをその都度行い、お互いが協働できる環境づくりに努めた。またノー残業デーを設けワークライフバランスにも取り組んだが、時間外削減には至らなかった。次年度の課題は、ACPパンフレット「私の心づもり」の活用方法を検討し、より本人や家族の思いや考えを反映させた退院支援に繋げることが課題である。

(2) 医療安全に関すること

インシデント報告(1/1~12/31)は126件(110件)で、その内訳は薬剤事例が21件(27件)、転倒・転落事例は47件(33件)であった。有障害事例はなかった。薬剤に関しては、在宅退院に向けて内服自己管理練習中に重複内服する事例があり、令和4年度より内服自己管理評価MAPを導入し定着したが、インシデントの減少には繋がらなかった。家族は高齢で認知症のある本人に内服管理を望まれ入院中に練習を行うが、内服自己管理に困難を来しインシデントに繋がってしまう。困難と判断し中止するまでの看護師の見極めが重要であり、内服の重要性や危険性を家族へ説明し、理解を求めるなどの関りが必要である。転倒に関しては、患者の年齢では80代以上が93件(73%)であった。時間帯では朝(4時~7時)が21%、昼(12時~15時)25%、夕(16時~19時)15%と食事前後の発生が多く、夜間(0時~4時)は8%と少なかった。今後もチーム間で患者の行動の傾向や目的を共有し、行動把握することで転倒予防に繋げていきたい。

院内褥瘡発生件数は16件(13件)、院内褥瘡発生率は9.48%、院内褥瘡改善率は38.89%、院内スキンテア発生件数19件(15件)、院内スキンテア改善率は63.88%であった。皮膚が脆弱している高齢者の皮膚保湿に努めたが柵にぶつける、体位のずれや摩擦から発症に至っていた。

II 今後の課題

1. 病棟運営に関すること

今年度は重症度、医療・看護必要度や在宅復帰率が満たすことができなかった月があったが、診療報酬算定に影響することはなく年間をとおして算定できた。令和6年度は診療報酬改定の年であり、緊急入院の受け入れ強化や短期滞在手術が対象外、院内転入患者受け入れ制限など施設基準が厳しくなってくる。病院全体で運用を検討し、適切なベッドコントロールを行い病棟運営していくことが必要である。また、地域に貢献できるようレスパイト入院、おしどりネットからの入院を積極的に受け入れや、絆ノートの取り組みなど継続していく。

2. 看護に関すること

高齢で認知症のある患者が増え家族形態の変化から、退院支援に困難をきたす事例が増えている。介護保険だけでなく、社会保障についても知識を増やし対応していくことが必要である。また患者の高齢化に伴い終末期看護を行う機会が増えた。看取りの場面だけでなく在宅療養する方も同様に人生の最終段階をどう過ごしたいか患者・家族の思いや考えを重視した支援が提供できるよう努めていきたい。そのためにも「わたしの心づもり」を活用した取り組みを行っていきたいと考える。

5 階 東 病 棟

看護師長：西尾 美紀

I 業務概要 () 内は前年度数値

1. 人・物に関すること

看護職員は正職員看護師24名（うち育児短時間勤務1名、再任用職員1名）、会計年度任用職員看護師2名、看護補助者3名の29名で運営を開始した。7月に1名が産前休暇を取得し11月に1名が育児休暇から復職した。年度末に看護師1名が退職となった。病棟経験平均年数3.37年（2.7年）、時間外勤務月平均9.9時間（5.3時間）、年次有給休暇取得日数平均15.65日（12.25日夏季休暇含む）であった。病棟薬剤師1名、退院支援看護師1名（他病棟と兼任）が継続した。

2. 経営に関すること

外科・泌尿器科・放射線科・消化器センターの急性期がん病棟として、周手術期患者の治療・看護を主に運営した。入院延べ患者数は13,992名（13,958名）、実入院患者数は1,995名（1,996名）、平均在院日数は11.15日（10.96日）、病床利用率は83.15%（83.21%）、回転率3.57%（3.62%）あった。科別入院患者割合は外科が5,802名（5,796名）で45%（46%）、泌尿器科が3,896名（3,462名）で30%（29%）だった。手術件数は718件（712件）うち外科268件（245件）、泌尿器科403件（347件）だった。地域包括ケア病棟への転棟は33名（31名）だった。重症度医療看護必要度を満たす割合は38.31%（37.42%）と上昇した。加算算定件数は人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算：15件（16件）、認知症ケア加算延べ件数181.08件（173.42件）、せん妄ハイリスク加算：55.25件（58.25件）だった。

3. 看護の質に関すること

(1) 病棟目標

- ①外科・泌尿器科・放射線科・消化器センターの急性期がん病棟として、安全で質の高い周手術期看護を提供する。
- ②患者家族への生活支援を充実させる。
- ③WLBを推進し、スタッフ個々のやりがい感と満足感をもって働ける職場を目指す。
- ④自己目標を持ち、看護実践能力を高める。
- ⑤教育を充実させ、看護職の育成に貢献する。
- ⑥コスト意識を持ち、病院経営改善に参画する。

以上6つの目標をあげ病棟運営を行った。

(2) 固定チームナーシング(2チーム制)による看護の実践

病棟目標のもと昨年度に引き続きA・Bチームとも「周手術期患者のせん妄を予防し個々に合わせた看護を提供する」を重点目標として1年間取り組んだ。対象者に看護問題「混乱リスク状態」または「混乱状態」を立案し介入した。DELTAプログラムアセスメントシートを使用することで、入院時や術後からせん妄発症を予測し環境因子に予防的に介入できた。また、患者の全身状態や検査データからアセスメントを行い、せん妄発症を予測した看護を行った。毎日チームメンバーでカンファレンスを繰り返し、専門チームと協働することで細やかな状況把握、より患者にあったケアに繋げることができた。認知症看護認定看護師との症例検討を年間2例実施しチームで実践した看護を振り返り、次の看護に繋げることができる内容となった。また、認知症についての学習を深め、患者個々に合わせた目標を立案した結果、対象者61名に対し57名が目標達成となった。

(3) 医療安全対策

インシデント年間報告数は87件（80件）で、その内訳は転倒転落30件（18件）、薬剤事例24件（23件）、療養上の世話11件（19件）、ドレーンチューブ類7件（15件）であった。レベル分類では、レベル0が10件（2件）、レベル1が23件（20件）、レベル2が45件（33件）、レベル3aが9件（25件）、レベル3bが0件（0件）だった。インシデント0レベルが増加し、ドレーンチューブ類の発生件数が低下、レベル3bの発症をおさえることができ、重点目標で学んだ知識がケアに繋がったと思われる。身体抑制率24.46%（29.43%）は低下した。皮膚障害では褥瘡発生11件（2件）、スキンケア発生7件（15件）だった。褥瘡発生が増加しており、高齢者の栄養面の関わり、皮膚の保湿、除圧ケアの徹底が課題である。医療関連感染はCVカテーテル感染が1件（0件）発生した。1患者1日当たりの手指消毒回数は4.8回（5.1回）と少ない現状にあり感染防止対策の遵守を強化する取り組みが課題である。

(4) 看護師のキャリアアップ支援

年間2～3回の個人面談を行い、個人目標を確認し個々に合わせた研修参加支援を行った。院内クリニカルラダー認定者はラダーⅠが2名、ラダーⅡが2名部分認定、1名が認定、ラダーⅢが1名、ラダーⅣが1名認定された。認定看護管理者教育課程ファーストレベルに1名、セカンドレベルに1名が参加した。ストーマリハビリテーション講習会に1名参加、固定チームナーシング中四国地方会で1名が発表者として参加した。

II. 今後の課題

1. 看護に関すること

高齢者・認知症のある患者がリスクの高い治療を受ける機会が増え、特に高齢者は複数の基礎疾患を抱え重症化や合併症発生のリスクは高まると考える。

引き続き多職種・専門チームと協働し合併症の予防・早期発見に努めていく。また、その人らしい人生が送れるようACPについても知識を深め実践に繋げていく必要がある。身体拘束に関しては、術後の安全を優先し身体抑制率が高い傾向にある。身体拘束に頼らない、身体拘束の三原則が遵守できる看護の実践に努めていく。

2. 経営に関すること

診療報酬、介護報酬改定の内容を理解した医療・看護を実践する。病棟稼働率を保ち急性期病棟として円滑なベットコントロールを行う。また薬剤や実施した処置のコスト、看護必要度の確実な入力を継続する。

3. ヘルシーワークプレイスに関すること

時間外勤務削減に向け効率的な業務改善を継続する。前年度以上の有給休暇を計画的に取得し、一人ひとりが健康で安全に働きながら自己実現できる職場を目指す。

6 階 東 病 棟

看護師長：竹本 好子

Ⅰ 業務の概要 () 内は前年度の数値

1. 人・物に関すること

看護職員は正職員看護師25名（うち部分休業勤務者2名、再任用職員1名）、会計年度任用職員看護師1名、看護補助者2名で運営を開始した。5月から看護補助者1名が配置となり、12月に1名産前休暇を取得、また1名が異動した。有給休暇取得日数は平均15.88日（9.88日）、時間外勤務は月平均4.15時間（4.93時間）だった。昨年に比して看護職員が増員したため2名だった深夜勤務者を3名とし、マンパワーの充実を図ることができた。

2. 経営に関すること

担当科は外科・内科・消化器内科・泌尿器科など全科にわたるがん患者および総合診療科で、入院述べ患者数は9,089名（9,453名）、平均在院日数12.5日（13.1日）、病棟稼働率は79.2%（76.2%）だった。科別入院患者割合は内科・総合診療科53.6%（53.4%）、外科30.3%（27.4%）、泌尿器科8.5%（8.7%）とほぼ昨年同様で、化学療法件数は334件（327件）だった。看護関連加算では、褥瘡ハイリスク加算：450件（300件）、認知症ケア加算延べ件数125件（157件）、せん妄ハイリスク加算：25.6件（28.6件）だった。

3. 看護の質に関すること

(1) 病棟目標

- ①急性期・慢性期・終末期・在宅療養を担当する病棟として、質の高い安全な医療看護の提供を行う。
- ②患者個々に合わせた生活の支援を行う。
- ③働き方改革を推進し、やりがいのある楽しい職場づくりを行う。
- ④看護局職員の能力向上を図る。
- ⑤経営改善活動を実践する。

以上5つの目標をあげ病棟運営を行った。

(2) 固定チームナーシング(2チーム体制)による看護の実践

主に化学療法・放射線療法などの治療やBSCに移行したがん患者を担当する病棟の特殊性をふまえ、「症状緩和で入院したがん患者・家族の意向を確認し希望に沿った看護を提供する」を2チーム共通の重点目標として1年間取り組んだ。「学習・成長の視点」で

は症状緩和に関する研修参加や病棟勉強会の開催、オンデマンド研修を活用して知識向上を図った。「業務プロセス」では病棟独自に作成している「痛みの評価シート」を使用して身体的症状だけでなく患者・家族の思いを確認し、チームメンバーおよび多職種で情報共有した。さらにそれらの情報をもとに看護計画を立案し、3日後にメンバーで査定を行うことで個別性のある目標と計画立案を進めた。カンファレンスの機会を意図的に作ることでメンバー間のコミュニケーションが進み、協力して目標達成に向かうチームづくりにも繋がった。取り組みの評価は看護計画の目標達成率と、毎月チーム会での事例の振り返りによって行った。また各チーム年間2例ずつ事例検討を行い、質的検討を深めた。目標達成率は98%で目標値80%をクリアし、事例検討によってよかったこと・できたことを再認識し、今後の課題として在宅療養に向けた退院支援実践力の強化と、患者・家族の思いを継続的に確認しながら看護計画に反映させ、質の高い看護につなげていくことがあげられた。

(3) 医療安全対策

令和5年年間ヒヤリハット報告件数144件のうち、内容別分類では薬剤事例が54件/37.5%、転倒転落39件/27%と2項目で全体の半数以上を占めた。薬剤事例の中でも内服に関する報告は35件/64.8%で無投薬事例が多く報告され、確実な内服方法の検討が必要と考える。また転倒転落は80歳以上の転倒が17件/43.5%とほぼ半数で、入院患者の高齢化により今後も増加が予測される。リハビリテーション部門と連携して患者に合わせた療養環境を整えること、また入院に伴う生活リズムの調整など認知症・せん妄への対応を強化することが必要である。皮膚障害は褥瘡発生19件、改善率は40.4%と低値となった。発生原因としてはがん終末期の全身状態の悪化、苦痛による体動困難や同一体位の保持が多く、今後介助グローブの有効活用による除圧や保湿を徹底し、早期発見・早期対応を推進することが必要と考える。また、昨年5月からコロナウイルス感染症が5類感染症となったが、引き続き発熱・呼吸器症状への迅速な対応による院内感染拡大の防止に努め、年度内にクラス

ター発生はなかった。

(4) 看護師のキャリアアップ支援

年間2回の目標面接で個人目標を確認・共有し、個々に合わせた研修参加を促した。院内クリニカルリーダーはレベルⅠ～Ⅳそれぞれ1名が認定となった。また鳥取県看護職員実習指導者養成講習会（6/14～7/24）に1名参加した。

II 問題点と今後の課題への取り組み

1. 看護の実践に関すること

長い経過で入退院を繰り返すがん患者とその家族の思いに寄り添った看護の質向上を目指す。さまざまな局面で、患者の価値観を基本としてこれからの生活や治療・ケアについて対話し、意思決定を繰り返すプロセス（ACP）を大切にしながら、継続的に支援できるよう実践力の向上とチームでの取り組みを進める。また薬剤に関するインシデント事例を分析し、レベル2以上の事例発生を減少するための取り組みが必要である。

2. 経営に関すること

新たな診療報酬に対応し、病棟稼働率を確保しながら急性期病棟として円滑な病床運営を行う。また看護の質を保ちながら効率的な業務改善に取り組み、働き続けられる職場を目指す。

6 階 西 病 棟

看護師長：白築 陽子

1. 業務概要 () 内は前年度データ

1. 人・物に関すること

看護職員は正職員看護師25名（うち部分休業勤務者2名）、会計年度任用職員看護師2名、看護補助者3名で運用を開始した。5月に2名が病気休暇に入り、6月に部分休業勤務者1名が配置となった。8月に正職員看護師1名が中途退職し、11月に1名産前休暇を取得した。勤務体制については、平日は遅出勤務者1名配置、準夜は2人体制、深夜は月・木のみ3人体制を毎日とした。有給休暇取得日数は平均14.56日（10.66日）、時間外勤務は月平均6.58時間（3.82時間）であった。

2. 経営に関すること

担当診療科は総合診療科、内科・消化器センター、循環器内科、皮膚科、眼科で、入院延べ患者数は15,245人（14,432人）、平均在院日数は14.6日（15.5日）、病床稼働率は86.8%（82.4%）であった。科別入院患者割合は、内科・総合診療科・消化器内科64.1%（66%）、循環器内科11.6%（13.4%）、眼科6.2%（6.5%）、皮膚科4.8%（4%）と86.7%が担当診療科の入院であった。地域包括ケア病棟への転棟患者数は133名（109名）であった。退院支援に関する加算算定件数は入退院支援加算：387件（215件）、介護支援連携指導料：34件（21件）、退院時共同指導料：5件（6件）であった。

3. 看護の質に関すること

(1) 病棟目標

- ①多職種と連携し、急性期病棟として安全で質の高い看護の提供を行う。
 - ②患者の地域への復帰を支え、退院後安心して療養できるための生活支援を行う。
 - ③働き方改革を推進し、自分らしい看護（やりがい、大事にしていること）が実践でき、ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）が実現できる。
 - ④看護師個人の看護実践能力向上を図る。
 - ⑤私たちのできる経営改善活動を考え実践する。
- の5つの目標を挙げ病棟運営を行った。

(2) 固定チームナーシング（2チーム制）による看護の実践

高齢化とともに増加しつつある心不全患者に対し、一昨年より心不全看護の充実を重点目標として取り組み一定の成果を上げてきた。前年度残された課題より、今年度は「多職種とカンファレンスし退院後の生活に沿ったセルフケア指導を行い外来と連携する」（A・Bチーム共通）を重点目標として取り組んだ。個々の病態や生活習慣などCSTカンファレンスを中心に多職種と共有しセルフケア指導の検討を行うことで、より患者の生活に沿った指導へ繋げることができた。CSTカンファレンス実施件数は49件（19件）であった。また、外来や訪問看護、地域関係者等と指導内容を共有し、退院後も継続して心不全管理が行えるように努めた。心不全増悪のリスクの高い患者に対しては心不全看護認定看護師による電話訪問も実施された。目標の評価は退院後3か月以内の再入院率の評価と毎月のチーム会での事例振り返りにより行った。結果、再入院率は12.1%（目標値20%以下）で目標達成した。心不全が増悪しないよう管理することも大切だが、予後が限られてきた場合に今後どのように過ごしたいかを考え関わることも同様に大切であり、ACPへの取り組みが課題として残った。

(3) 医療安全対策

インシデントの年間報告件数は154件（137件）と前年度より増加した。内容別分類では転倒転落43件（36件）、薬剤28件（20件）で、これら2項目で全体の半数を占めた。転倒転落においては、転倒翌日に転倒ラウンドチェックリストを用いてベットサイドの環境ラウンドを18件に行い環境整備に努めたが、転倒を未然に防ぐ取り組みが不足していた。高齢者・認知症患者が増加傾向にある中、身体拘束率は5.56%（9.83%）に抑えることができた。薬剤においては、薬剤師との自己管理方法の検討を徹底することで自己管理に関するインシデントは減らすことができた。しかし、配薬カートからの取り忘れや内服確認不足による無投与が増加したためこれらの防止策を徹底する必要がある。皮膚トラブルに関しては、褥瘡院内発生17件（6件）、院内スキンテア発生28件（16件）と

増加した。全身状態不良の看取りの患者に発生することが多く、リスクの高まりに応じた的確なマットの選択、皮膚の観察や保湿・除圧の徹底を図っていく必要がある。皮膚トラブル2事例に対し、皮膚排泄ケア認定看護師の助言を受け症例検討を行うことで以降の発生は抑えることができた。医療関連感染は、尿道留置カテーテル関連感染1件(0件)、CV血流関連感染1件(2件)であった。PICC・CVポート挿入部消毒の手技の確認・指導を全スタッフに行い感染防止に努めた。1患者1日当たりの手指消毒回数は7.8回(8.2回)と減少しており、感染流行の有無に関わらず感染防止対策の遵守を強化する必要がある。

(4) 看護師のキャリアアップ支援

年2~3回の個人面談を実施し、個人目標を確認・共有した上で個々に合わせた支援に努めた。院内クリニカルラダー認定者は、ラダーⅠが2名、ラダーⅡが1名、ラダーⅢが1名であった。

II. 今後の課題

1. 看護に関すること

心不全看護の取り組みを継続する。今後はACPにも積極的に介入し、患者の意思が反映された人生を送ることができるよう支援していく。また、多職種と協働する中、効率と質の両側面を考慮した連携方法を再検討していく。

2. 経営に関すること

2024年度は診療報酬のトリプル改定の年であり、最新の診療報酬の算定要件を理解し、算定要件を満たした良質な医療を提供していく。また、業務改善を推進し時間外勤務の短縮を図ることや、スタッフ個々の多様性を理解しお互いを尊重し助け合う風土を作ることで、働き続けられる労務環境を整えていく。

手術室

看護師長：有本 純子

I 業務の概要 () 内は前年度数値

1. 人と物に関すること

手術室看護師は20名で1名が部分休業取得者であった。看護師の平均年齢40.3歳(40.3歳)、手術室経験年数9.1年(8.15年)、資格取得は周術期管理チーム看護師1名、院内ラダーIV新規取得2名、院内ラダーIII取得7名、栄養指導療法士1名、第2種滅菌技士3名、臨床スキンケア看護師1名、呼吸療法認定士1名、ICLSインストラクター3名、ICLS-WSインストラクター1名、INARSインストラクター2名、MCLSインストラクター1名、ESTインストラクター1名、新災害支援ナース1名であった。

月平均時間外勤務の内訳は待機時間外勤務が178.2分(247.2分)で72%に減少、日勤での延長手術が253.8分(174分)で146%増加した。有給休暇取得日数は平均14.45日(14.85日)であった。手術支援ロボットダビンチXi導入後2年目で泌尿器科は前立腺悪性腫瘍手術33件、腎悪性手術7mm以下6件、腎悪性腫瘍手術その他6件、仙骨腔固定術22件、尿管悪性腫瘍手術1件で3月末までに合計68件実施した。外科結腸手術も他院見学から準備を進め、手術を開始し3月に1例S状結腸切除術を実施した。

生体情報モニターを全て入れ替え3月25日より稼働している。ストルツ3D4Kテレビシステムが3月に導入になった。

2. 経営に関すること

令和5年度の手術件数は3,555件(3,185件)昨年比112%、予定手術3,192件(3,033件)昨年比105%、臨時手術290件(289件)昨年比100%、時間外緊急手術は73件(93件)昨年比78%だった。手術件数が増加した科は整形外科739件(539件)昨年比146%、眼科1,668件(1,366件)昨年比122%、泌尿器科518件(510件)昨年比102%。減少した科は皮膚科23件(39件)昨年比59%、消化器センター18件(23件)昨年比78%、脳神経外科27件(31件)昨年比84%、産婦人科27件(28件)昨年比98%、脊椎脊髄センター134件(148件)昨年比90%であった。麻酔別にみると局所麻酔1,872件で52.7%、次いで全身麻酔1,309件で37%であった。1日の平均手術件数14.5件(13.7件)、手術室稼働率は

午前29.3%(29.7%)、午後38%(40.5%)であった。手術室の稼働率が高かった曜日は水曜日で、午前42.5%、午後48.9%、次いで月曜日、金曜日の順であった。

3. 看護の質に関すること

令和5年度の手術室方針として以下の4項目を挙げた。

- ① 安全で質の高い手術室看護を提供する。
- ② お互いが協力して働ける職場づくりを行う。
- ③ 教育の充実を図り、看護職員の能力向上を図り、自己目標を持ち、看護実践能力を高め看護師の育成に貢献する。
- ④ コスト意識を持ち病院経営に貢献する。

令和4年4月から令和5年1月の間、70歳以上で大腿骨骨折手術を83名が受けており、内47名で56%が術後せん妄を発症している。大腿骨頸部骨折/転子部診療ガイドライン2021のよると術後せん妄発症率は21~38%であり、当院の発症率が高いことがわかった。そこで、チームの重点目標は「70歳以上の大腿骨骨折予定手術を受ける患者が、せん妄予防ケアにより安全に退室することができるよう支援する」とした。麻酔科術前外来より患者・家族と面談し情報を収集し関わった。病棟と連携しプレウォーミング、術中加温に配慮し、せん妄の一因となる低体温予防に努めた。術後退室時の呼吸・循環・疼痛の評価を麻酔科医師と共に評価した。対象者79名中目標達成74名で、94%の方が退室時の苦痛表情なく、呼吸状態も安定し低体温にならず、危険行動もなく退室できた。

【リーダー会メンバー】

師長：有本 純子
副師長：佐藤 雅信・中瀬 善雄
主査：安藤 宏子・今井 直子
Aチームリーダー：池本 美幸
サブリーダー：伊井野 晶太
Bチームリーダー：伊田 一也
サブリーダー：荻原 知美

II 取り組みと今後の課題

1. 当院手術室ラダーに沿って個人目標にラダーを含め、明確な目標を持って業務にあたった。個人面

談年3回行い、さらにスキルアップを図るように関わった。次年度も個人個人が目標を持って業務するように働きかけていく。

2. 手術支援ロボットダヴィンチXiが導入されて令和4年2月より手術を開始し順調に実施できている。外科の結腸切除実施を準備し2月から開始した。横浜市立医療センター、鳥取県立中央病院、岡山済生会病院で院外研修を医師・臨床工学技士と共に実施し準備を行った。今後も外科ロボット手術ワーキンググループ（佐藤副師長・荻原主任・田邊主任・伊井野）が中心に安全な手術が行われるよう取り組んでいく。

3. 臨床工学技士との連携を強化し、安全な手術を行えるよう今後も継続で進めていく。

4. 委託業者ワタキュー及び小西医療器SPDとの連携を確認し、さらにスムーズな業務遂行に努める。

5. 記録の見直し(例えばテンプレート化等)による業務改善や、有給休暇年間14日取得継続を目指し、働きやすい職場風土への関りを意識し、ヘルシーワークプレイスの実現を今後も目指していきたい。

人工透析室

看護師長：岸田 容子

1. 業務概要 () カッコ内は前年度

1. 人・物に関すること

看護職員は看護師長を含めて計3名で、うち看護師1名は部分休業を取得し病気休暇を経て中途退職した。透析医師1名、透析担当臨床工学技士1名で対応した。透析稼働日(月・水・金)以外は4階西病棟・6階西病棟で勤務し、月2-3回の外来当直業務を行なった。平均部署経験年数1.75年(3.5年)、有給休暇所得平均日数23.5日(13.1日)であった。

透析機器管理は臨床工学技士が行ない、年間6回の定期点検と毎日コンソール洗浄を実施した。トラブルなく安全に透析を行うことができた。

2. 経営に関すること

受け入れ対象は他科の入院患者と透析導入患者で、透析導入患者は他施設への転院までの透析を実施した。年間透析患者数14名(15名)、延べ透析回数97回(158回)であった。そのうち9回は2階東病棟で行った。入院科別内訳は、内科、泌尿器科、整形外科、外科、総合診療科、循環器科、消化器センターであった。そのうち3名(7名)が透析導入となった。白血球除去療法2件(0件)、顆粒球吸着療法0件(0件)であった。

3. 看護の質に関すること

透析治療が必要な患者に対して安全で質の高い透析治療を提供することが透析室の使命である。受入れ対象は、他疾患治療目的で入院した維持透析患者が主であることより、複数の基礎疾患を抱えた患者が多く、リスクの高い透析が予測される。また、対象の高齢化や家族背景が複雑になってきている。これらをふまえ、令和5年度部署目標を以下の通り立案して活動した。

(1) 部署目標

- ①多職種と協働し、患者家族が納得した質の高い透析看護を提供する。
- ②他施設・他部署と連携し、患者の個別性に合わせたスムーズな入院・転院ができるように調整する。
- ③院内外の教育システムを活用して個人の実践能力向上を図る。

(2) 看護の結果

重点目標を「シャント造設時より個別性のある指

導を行い、維持透析に移行できる支援を行う」として取り組んだ。シャント血管の管理指導・透析導入期の能力が向上できるよう年間計画に沿って勉強会を実施した。安全な透析実施のため、早期から患者訪問を行ない、5名(9名)に対し、シャント血管の管理指導や導入期指導を行った。透析スタッフ間だけでなく、病棟看護師や外来看護師と適宜カンファレンスを実施し、患者の状態に応じた方法で透析実施できた。退院調整では、維持透析施設見学时と退院時に、透析看護連絡票を用いて情報提供を行い、スムーズに維持透析施設に移行することができた。他疾患の治療目的で入院した維持透析患者に対しては、前透析施設からの透析条件を確認し状態変化に対応し安全に透析を完遂した。前年度と比較し、稼働数が減少したことで透析の経験値が上がらないことが懸念された。そこで、透析が稼働しない週は、デモンストレーションによるトレーニングを行った。また、計画的な勉強会の実施をした。結果、安全に透析を遂行することに繋がった。

II 問題点と今後の課題

透析稼働が不定期なため、実践の中で経験値が上がらないことが課題。いつでも安全な透析看護を提供できるように、定期的な勉強会の実施と、稼働状況や看護師の経験値に合わせた定期的なトレーニングを継続する必要がある。また、複雑な家族背景や高齢化に伴い、意思決定支援を含めた個別的な関わりが必要と考える。

診 療 外 来

看護師長：福田 良子

I 業務の概要 () 内は前年度

1. 人・物に関すること

看護職員は正職員看護師16名(部分休業看護師1名を含む)、会計年度任用職員看護師11名を含む27名で4月スタートした。メディカルアシスタントは小児科、内科、眼科、産婦人科、整形外科の計5名配置。看護師は診察介助を中心に、メディカルアシスタントは看護師の補助業務が中心となるように業務内容を検討した。また2階東病棟より月・木曜日に整形外科へ1名、火曜日に内科へ1名応援があった。麻酔科外来は手術室看護師が担当した。感染管理認定看護師は24時間/週で活動した。有給休暇取得日数は平均16.41日(12.13日)であった。昨年度に引き続き新型コロナウイルス感染症と新型コロナウイルスワクチン接種については状況に応じて対応した。令和5年5月8日より新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行したことで、発熱・呼吸器症状を有する患者に対しては内科外来の陰圧室と救急外来陰圧室を使用し発熱外来として内科外来看護師を中心に対応した。

2. 経営に関すること

1) 外来の1日平均患者数は382名(410.1名)。発熱外来を受診した患者は338名(716名)だった。専門外来は、禁煙外来、漢方外来、糖尿病連携パス外来、女性泌尿器科外来、乳腺外来、胸部専門外来、胃瘻外来、内視鏡外来、脊椎脊髄センター、ACP外来、ペースメーカー外来が午後に診察を行った。

2) 外来診療延長の総時間は5,935分(8,358分)で、小児科が最も多く2,053分(3,660分)、次いで内科が1,105分(1,820分)、外科が995分(875分)だった。

3) 看護師によるフットケア外来は2回/月、4名の糖尿病療養指導士がローテーションで担当し2件(3件)実施した。リンパケア予防指導士によるリンパ浮腫外来では、18名に延べ67件のリンパケア、19名にリンパ浮腫予防指導を実施した。

3. 看護の質に関すること

令和5年度の診療外来の部署方針は以下の通りであった

①外来受診患者が安全かつ迅速に診療を受けることができる。

②関連部署と連携し、身体的・社会的・精神的背景から患者を把握し継続した看護を提供する。

③働き方改革を推進し楽しく働ける環境づくりを行う。

④院内外の教育システムを活用し各自が能力向上を図る。

⑤経営改善に向けて各自がコスト意識をもって行動する。

4. 看護の結果

①については、診療科ごとのトリアージの実例をブロックカンファレンスで共有。小集団活動として、安全、接遇・待ち時間、感染、勉強係に分かれて年間目標を立案し活動した。勉強係では、「徐脈」「アナフィラキシー」の2症例の振り返りと、看護局倫理委員会の2事例を各ブロックで共有した。また、医療安全に関しては、職域委員、安全係を中心に活動を行った。インシデント報告は43件(34件)だった。内訳としてその他28件(16件)が最も多く、次いで検査が9件(8件)だった。内容は前半が処方箋に関すること、後半は患者誤認に関するものだった。レベル分類ではレベル0が7件(7件)、レベル1が32件(22件)、レベル2が4件(3件)、レベル3が0件(2件)でレベル0と1が全体の91%(85%)を占めた。インシデント事例発生時は、当日夕のカンファレンス、翌朝のミーティングで事例共有と対策を検討し再発防止に努めた。接遇に関しては10月に待ち時間調査を実施し、予約患者の65%(60%)が予約時間30分以内に診察できていることがわかった。当日受付患者については予約患者の診察状況が影響するため、到着30分以内に診察できた患者は49%(43%)であった。待ち時間について、状況に応じて説明することで患者からの苦情はなかった。今年度導入されたコンサルジュの登録数は少なく、有効に活用されていたとはいえない結果となった。

②についてはチーム活動として「院内外の多職種と連携し、患者・家族の希望に沿った在宅療養が送れるよう支援する」を重点目標に1年間活動した。その結果、支援件数は院内256件(316件)、院外52件(73件)だった。院外はケアマネジャー、訪問看護師、調

剤薬局、地域包括支援センターと連携を行った。院内はMSW、訪問看護、心不全認定看護師、緩和ケア認定看護師、皮膚排泄ケア認定看護師、入院前支援看護師、病棟看護師と連携した。連携数は院内外とも前年度と比較して減少しているが、医師を含めて診療科内で話し合いながら在宅療養支援につなげる事例が多かったことも要因である。これは、これまでの学習や経験の積み重ねを活かした結果と言える。

③については、各自が担当診療科以外の業務を習得し、昼休憩時の交代や多忙時の応援、有給休暇取得時の代行など円滑に業務が遂行できる体制をとった。しかし余裕があるときは担当診療科だけではなく、ブロック内、チーム内など他の診療科の状況を確認しながら積極的に応援するスタッフは一部に限られていた。

④については、年2回の面接を実施。年度当初に自己目標を立案、目標面接で師長と具体策を確認し、年間の振り返りで師長と達成度を評価した。今年度の看護局ラダー認定は、レベルⅢを1名、レベルⅣを2名が取得した。

⑤については、病院の経営状況について随時スタッフへ伝達した。また、コスト削減に向けた採用物品（衛生材料等）の変更時はその経緯を説明し、適正使用を促した。

II 運営上の問題点と今後の課題

1. 外来運営について

外来患者数が前年度より減少している。患者に鳥取市立病院を選んでいただける対応を行う。また、診療体制に合わせた無駄のない看護師の配置、応援体制、空き時間の有効活用を検討する。コンシェルジュ・タブレット問診が有効に活用できていない状況があり、現状を把握し活用を促進していく。

2. 看護について

在宅療養支援については、生活、人生の視点で情報収集を行い必要な支援に繋げる。院内外の多職種との連携は継続し、退院後も安心して生活が遅れるよう病棟・院内の関連する部署との連携を強化し継続看護を行う。

ヒヤリハット事例では、同じ内容の事例を繰り返す傾向がある。事例を振り返り問題を明確にしたうえで対策を検討する。

救 急 外 来

看護師長：和田 真由美

Ⅰ 業務の概要 () 内は前年度数値

1. 人・物に関すること

外来救急部は、救急室、中央処置室、中央放射線部、内視鏡室、外来化学療法室の5部門を担当する部署となっている。4月の時点で看護師は18名で運用開始され、12月に1名配置となり19名となった。正職員看護師は12名、会計年度任用職員看護師が6名、再雇用1名、2階東病棟兼務看護師3名、6階東病棟兼務看護師1名で運営した。看護師平均年齢は50.2歳、看護師平均経験年数は26.1年、部署平均経験年数は7.4年であった。有給休暇取得日数は平均13.42日(12.27日)、時間外勤務は平均1.97時間/月(3.24時間/月)、オンコールは2.21時間/月(2.34時間/月)であった。

物に関することとしては、救急室にノートパソコン1台、MRI機器更新に伴い内視鏡室にストレッチャー1台と車椅子1台が設置された。

2. 経営に関すること

令和5年度の救急搬送件数は2,854件(2,421件)で433件増加し地域医療体制確保加算の要件である年間2,000件以上をクリアした(図1、図2)。院内トリアージ加算は1,409件(1,334件)、救急搬送看護体制加算1,249件(1,013件)、救急医療管理加算1は、5,579件(4,172件)、救急医療管理加算2は、2,713件(1,972件)と前年度を大きく上回った。また、大腿骨近位部骨折に対する緊急挿入、緊急整復固定加算の算定要件を満たすかどうかの情報を収集しやすいよう、院内トリアージテンプレートを修正し加算に繋げた。また、救急室に限りストレッチャーに使用しているロールシートを安価なメディシートへ変更しコスト軽減したこと、ロールシートはストレッチャーに合わせて裁断していたがメディシートはプレカットタイプの物にしたことで救急看護認定看護師の活動時間を確保する一助となった。

中央処置室での1日平均採血件数は105件(115件)、1日平均点滴・注射件数は20件(18件)程度であり、前年度とほぼ変わりなかった。外来化学療法件数は、1,841件(2,514件)、胃と婦人科疾患を除いてその他の疾患に対する治療件数が減少した。

内視鏡室関連検査では、上部内視鏡検査5,418件

(5,439件)、そのうち健診での受検者数は4,002件(4,068件)、外来患者数は1,095件(1,135件)、下部内視鏡については1,179件(1,249件)、そのうち外来患者数は960件(984件)といずれも減少した。下部EMRは509件(572件)、EUSは104件(154件)、ESDは57件(77件)、EMRは9件(6件)とEMRを除いていずれも件数は減少した。これは今年度より消化器医師1名減少したことが影響していると伺える。今年度より上部内視鏡検査前処置であるブスコパンの使用が一部を除いて中止となり、経鼻内視鏡の1日の件数制限をなくしたことで経鼻内視鏡件数は1,203件(869件)と大幅に増加した。

中央放射線部関連検査では、循環器内科関連の検査・治療件数は84件(109件)、放射線科血管治療・検査件数は155件(205件)、PICC挿入件数44件(64件)、ポート造設件数28件(35件)と減少した。

3. 看護に関すること

(1) 部署目標

- ①各部門と連携し質の高い安全な医療・看護を提供する。
- ②地域住民個々に合わせた生活支援を行う。
- ③働き方改革を推進し、やりがいのある楽しい職場環境づくりを行う。
- ④院内外の教育システムを活用し各自が能力向上を図る。
- ⑤検査環境の整備とともにコスト意識を高め、無駄を省き確実な処置入力を行う。

以上、5つの目標を挙げ取り組んだ。

(2) 看護の実践

外来救急部では内視鏡室と中央放射線部の検査部門が固定チームナーシングで看護を行い、重点目標を「鎮静剤を使用して内視鏡検査・処置を受けた患者が安全に在宅で過ごせるための帰宅支援を行う」として取り組んだ。学習と成長の視点では鎮静剤や検査中の偶発症状について再確認し、基礎的知識を身につけスタッフ間で知識の共有を図った。また、対象者は高齢者が多く要支援・要介護者もいることから介護認定の勉強会も行って対象の理解に繋げた。業務プロセスでは、記録用紙、鎮静フローシートを使用

して患者情報の共有、統一した症状の観察・アセスメントを行った。また、患者の個別性や要望に沿い、安心して検査が受けられるよう診療外来と連携を図った。結果、フローに沿って観察を行い213名の対象者全員が帰宅基準を満たし安全に帰宅することができ目標達成した。また、同意が得られた患者に対して後日電話訪問を行い、説明したことに留意しながら帰宅後も自宅で安全に過ごすことができていたことが確認できた。中には、電話訪問を心待ちにしておられ「心配してくれてありがとう」など感謝の言葉が聞かれ、独居者が一人で過ごすことに対する不安も垣間見えた。

その他は各部門で目標を挙げて以下のとおり取り組んだ。

救急室は「救急搬送された患者に対して職種間連携・多職種連携を行い、必要な支援に繋げる」を目標として取り組んだ。学習と成長の視点目標の「救急対応を行うスタッフに対して日々の振り返りや疑問点の解決、次回に向けての改善点を共に考える」では、救急搬送数の増加に伴い、時間が確保できずタイムリーな振り返りや解決、改善点到結につなげることができず、未達成となった。業務プロセス・顧客の視点目標では帰宅する7名の生活や介護困難患者に対して多職種と連携し地域へ繋ぎ支援することができ、達成できた。

中央処置室は「中央処置室で加療する患者に対して予測できるトラブルを回避できるように看護を提供する」を目標として取り組んだ。中央処置室でのインシデント報告件数は18件で、その内訳は転倒転落5件、検査4件、薬剤3件、ドレーンチューブ2件、治療・処置、医療機器、輸血、その他それぞれ1件ずつであった。レベル分類ではレベル0が4件、レベル1が8件、レベル2が4件、レベル3aが2件であった。レベル3aの2事例に関しては、廊下で転倒によるスキントアの発生と、HOT患者の点滴施行中の酸素未投与であった。中央処置室で治療中のインフュージョンリアクションの発生や二次感染を起こす事例はなく、目標値を上回ることはなかったため目標達成となったが、採血中の転倒や治療中の酸素未投与という事例が起こった。インシデント報告をタイムリーに行い、事例の共有や再発防止策を検討し徹底することで再発防止に繋げた。

化学療法室は「皮膚障害が起こりやすい薬剤を使

用する外来化学療法患者にセルフケア支援を行う」を目標とし主にスキンケアに対して重点的に取り組んだ。学習と成長の視点では年2回の勉強会を計画し計画どおり実施、予定外の勉強会も適宜開催して知識の向上に繋げた。結果、162名中156名に対して導入期から早めのスキンケアの重要性を説明し、習慣化できるよう関わり理解が得られた患者はスキンケア行動の継続に繋げることができ目標達成した。

(3) 医療安全対策

インシデント報告件数は54件（28件）で、その内訳は薬剤13件、検査12件、ドレーンチューブ類10件、転倒転落7件、医療機器等5件、治療・処置2件、輸血2件、療養上の世話1件、その他2件であった。レベル0は11件、レベル1は19件、レベル2は12件、レベル3aは11件、レベル3bは1件であった。前年度に比べ、レベル0・1事例が増加したがレベル3事例も増加した。レベル3aの報告内容は放射線部血管外漏出が5件、抗がん剤血管外漏出が2件、転倒転落によるスキントア、酸素未投与、薬剤投与、職員の針刺しそれぞれが1件であった。レベル3bはCF前処置中のトイレ歩行時の転倒による骨折事例であった。外来救急では、患者の身体条件も要因していると思われるが、検査・処置・治療による合併症がスタッフの手技・スキルも要因に直結するため、複数人で確認・看護していく必要がある。またレベル3bの骨折事例を踏まえ、早急な内視鏡準備室の環境改善・整備が急務である。今後もレベル0・1事例件数を増やしてスタッフ間で情報を共有して再発防止、レベル2以上の事例を減らすよう取り組んでいくことが必要である。

(4) 看護師のキャリアアップ支援

年1～2回の個人面接を行い、個人目標を確認・共有し計画的に研修参加を勧めた。院内クリニカルリーダー認定者はリーダーⅠが1名、リーダーⅢが1名認定された。また、3名が内視鏡技師の資格を取得した。院外発表では9月に中国地区内視鏡技師学会で1名が「腸管洗浄剤と消泡剤服用時間間隔の違いによる腸管内洗浄度の効果～在宅で大腸内視鏡前処置を行う患者の実態調査～」について発表した。

II 問題点と今後の課題

1. 看護に関すること

専門職として知識と技術の向上を図り、様々な社会情勢や環境にも目を向け、各部署、多職種と協働・連携して質の高い医療・看護を実践していくことが

必要である。看護の質を担保しながら、各部門間で連携して応援体制を構築し患者が安全・安楽、安心して医療・看護が受けられるよう協働する。また、社会福祉・介護に関することやACPに関する知識を持ち、がんや慢性疾患で通院治療する患者に対して生活背景・環境を把握し、患者が望む生活や医療・看護が提供できるよう、診療外来・病棟、多職種・地域と連携していくことも今後の課題である。

2. 経営に関すること

引き続き、地域医療体制確保加算の要件である年間2,000件以上の救急搬送患者を受け入れられるよう、各部門と協力しながら対応人員を確保し受け入

れを行う。診療報酬改定の内容を理解し、医療・看護の実践を行う。当院を希望する患者のニーズに対応し、満足して検査・処置・治療を受けられるよう接遇・対応の向上を図り、受診者数の増加・確保を目指す。

3. 職員に関すること

職員一人ひとりが専門職として自律し、目標とやりがい感を持って働きながら自己実現できる職場環境づくりと業務改善活動を行い、時間外を削減、計画的な有休休暇が取得でき、職員一人ひとりが健康で安心・安全、楽しく働き続けられる職場環境づくりの実践を目指す。

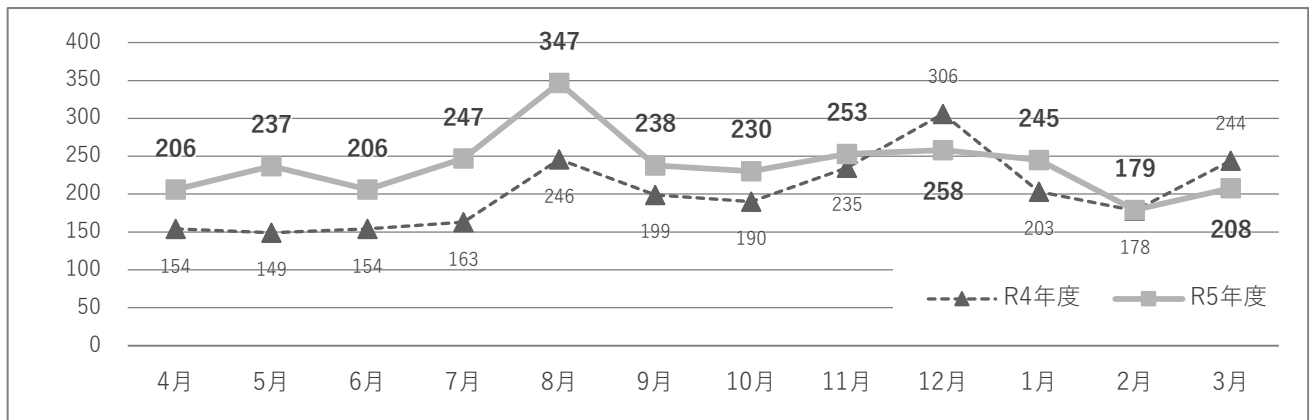


図1 救急車搬送台数

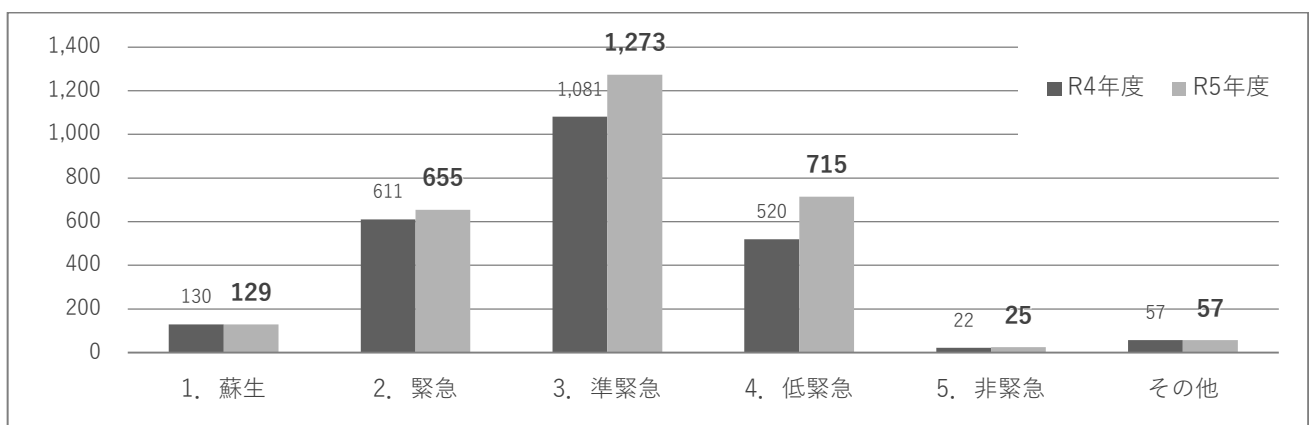


図2 救急搬送のトリアージ内訳

健 診 セ ン タ ー

看護師長：安治 ゆかり

I 業務の概要 () は前年度数値

1. 人・物に関すること

人に関しては、谷水医師がセンター長として診療医と兼任、清水医師が4月より常駐。午前は常勤医師4名（谷水医師、森谷医師、久代医師、庄司医師）、院外より医師1名、午後は常駐医師で対応した。医師の休暇取得時に、野崎医師、赤松医師が代診した。看護局は看護師長1名、正職員保健師2名、正職員看護師1名、会計年度任用職員看護師4名（2名半日勤務）であった。事務部は正職員2名、会計年度任用職員4名であった。臨床検査技師は正職員1名、会計年度任用職員技師1名（半日勤務）であった。2月より正職員1名配置、3月中旬より会計年度任用職員技師が産前休暇を取得した。物に関しては、眼底検査のプリンターの更新、婦人科内診台の老朽化により外来分との入れ替え、年度末に超音波機器の更新を行った。

2. 経営に関すること

(1) 収益、人数に関すること（図1、図2）

医療相談収益は計185,243,590円（179,458,815円）、受診者数は人間ドック4,017名（3,808名）、脳ドック518名（569名）、PET-CTがん検診9名（26名）であった。公衆衛生活動収益は計53,569,729円（53,474,912円）、受診者数は生活習慣病予防健診598名（707名）、事業所健診598名（451名）、基本・がん検診・その他5,449名（5,292名）であった。1月上旬から3月中旬にかけてMRI機器の更新のため、脳ドック、すい臓がん検診は一時中止した。

(2) がん検診に関すること（図3、図4）

がん検診受診者数は、胃がん検診4,299名（4,284名）、肺がん検診5,726名（5,631名）、大腸がん検診5,154名（5,056名）、乳がん検診2,128名（2,060名）、子宮がん検診1,366名（1,322名）。胃がん検診の内訳として、胃カメラ3,931名（4,054名）、胃透視235名（230名）であった。オプションの検査として、胃がんリスク検診178名（139名）、乳腺超音波検査208名（194名）、頸動脈超音波検査105名（192名）であった。すい臓がん検診は9名（22名）であった。

3. 看護業務・事務業務に関すること

令和5年度健診センター方針を以下の通り設定し

取り組んだ。

- ①質の高い安心安全な健診、サービスの提供を行う
- ②がん検診の二次健診受診勧奨、効率的な保健指導、特定保健指導の目標達成支援を行う
- ③事業継続の観点で、業務のスリム化、効率化を考えて業務改善する
- ④自他共に達成感を感じることができるよう、協調性、自主性、積極性を意識して行動する
- ⑤健診職員として、健診事業を実施する上での学び（時務学、人間学）を得て、実践能力の向上に努める

以上の方針に準じて、看護局は「大腸がん検診要精査者に対して当日受診勧奨を行い、二次健診受診に繋げるように支援する」、事務部は「健診の予約、登録、結果返却、請求、二次健診予約まで確実な事務作業を行う」、臨床検査部は「心電図、超音波検査などを安全に実施し、正確なレポートを報告する」を目標とした。

<業務の結果>

①では、新型コロナウイルス感染症が5類扱いとなり、ドック学会、日本消化器内視鏡学会、病院の方針を確認しながら大きな修正はなく対応を継続した。医師の常駐により連携がとり易くなったが、一方では、休暇取得時の代行医師の調整難渋、日替わりの健診担当医への指示確認時の指示の不統一、所見整理の確認の遅延による報告書返却の遅延に繋がり、受診者満足度の低下に至ったと考える。医師の包括指示の確認、所見整理の確認方法の検討を行い、当日の検査が滞りなく安全に満足度の高い健診が行えるよう対策の強化をする。満足度調査を10月に実施、総合得点は89.6点、待ち時間への不満について意見が聞かれた。特に、腹部超音波検査において待ち時間が発生しており、検討を継続する。インシデント事例は18件、前年度より増加、受診者誤認は減少したが、マニュアルに沿った手順の未実施、確認不足などシステムを整えても個人の意識、実践の不足が感じられた。経験年数が長い職員の増加により熟練した実践はできているが、一方では基本に忠実ではない面も見受けられ、今後の課題と考える。

②では、大腸がん検診要精査者に対して当日の受診勧奨を強化、二次健診受診に繋げた。大腸がん検診について疫学的に学習、二次健診での検査に関する情報提供など誰でも適応できるパンフレットを作成し、視覚的に勧奨を行った。短時間で個々の特性に合わせた保健指導、受診勧奨を行った結果、当日の受診勧奨100%（4～12月）、予約率33.7%（4～12月）、二次健診受診率71%（4～9月）であった。今回の取り組みを他の検査結果においても活用していく。

③では、職員の新型コロナウイルス感染による特別休暇取得者1名であり、業務への支障はほとんどなかった。多職種間でタスクシフト、タスクシェアを行い、業務調整を積極的に行った。夏季休暇取得は1名を除き3日、有給休暇取得日数の平均は正職員10日、会計年度任用職員9.4日であった。看護局の時間外勤務は前年度より増加がみられた。前述のとおり、当日の検査、所見整理において医師への確認に時間を要していることが最も影響していると考え、対策を強化する。

④では、各自、目標を掲げて実践し達成感を感じている面もあるが、自主性、積極性においての行動があまり見受けられなかった。特にリーダー・サブリー

ダー、各主任の役割意識、リーダーシップなどの強化が期待される。

⑤では、健診センター業務に係わる情報取得、知識、技術の向上に向けて、年間教育計画を予定し概ね実施できたが、自主性はほとんどみられなかった。ドック学会、厚生労働省など健診に関する情報、学会誌の抄読など専門的な最新の情報を得ること、スキルアップについては受け身であり、次年度の課題と考える。

II 問題点と今後の課題への取り組み

医師の不足により健診事業の縮小の見込みであり、収益への影響も大きい。受診者個々に対してより安心安全な対応を行い、個々が満足度の高い健診がうけることができるようにオプション検査の追加、二次健診受診勧奨を強化していく。事務職員の年度末の退職、看護職員の数ヶ月の病気休暇を予定している一方、臨床検査技師の正職員増員予定であり、今後、より職種を越えた業務調整を積極的に行い、効率的な業務、特に看護局の時間外業務の減少を目指す。また、経験年数の長い職員が増え、業務に対して慣れ合いにならないようにマニュアル遵守して、他職種他部門と連携し安全対策を実践していく。

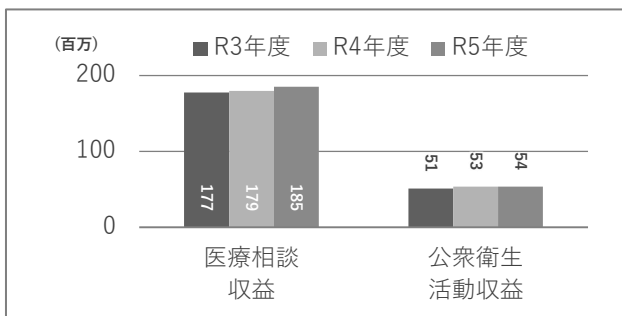


図1 健診種別収益年度比較

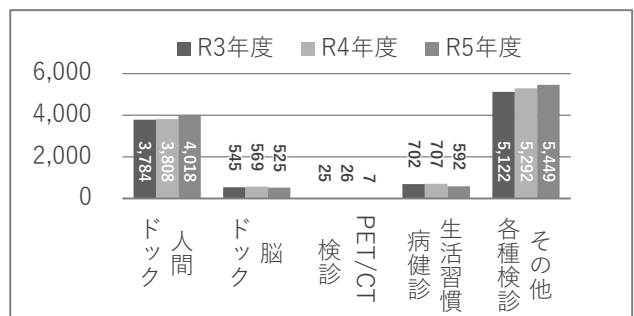


図2 健診種別受診者数年度比較

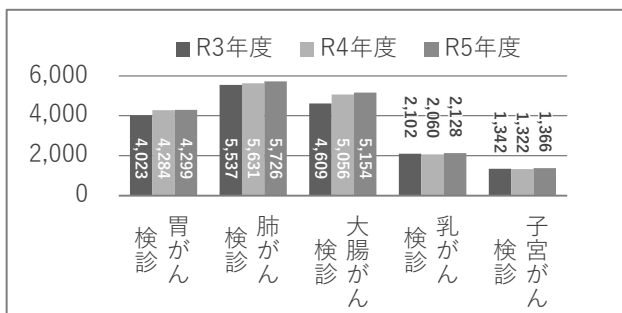


図3 がん検診種別受診患者数年度比較

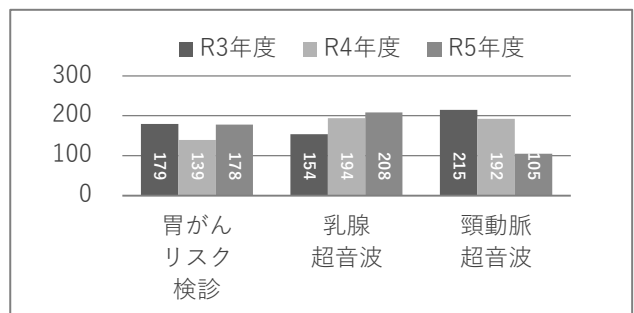


図4 オプション検診受診者数年度比較

