

看護局報告

看護局長：間庭 弘美

I 概要

2024年度は診療報酬改定の年であり、報酬改定による新たな取り組みが必要となった。身体的拘束の最小化における組織化、マニュアルの作成、3要件の確認、拘束に関する記録、解除に向けたカンファレンスの充実を実施した。また、2024年度は人事評価における能力評価を院内共通内容に整え評価実施した（元来、看護局は独自の能力評価を実施していた）。定年延長に伴う、長く働き続けるための意識調査を実施し、職場環境や働き方を工夫する必要性の示唆が得られた。

II 人員について () は前年度

看護職人員は2024年度4月1日現在で正職員看護職250名（242名）再任用職員8名（7名）会計年度任用看護職38名（35名）看護局長付看護職員（産休育休職員）10名（18名）看護補助者19名（20名）であった。2024年度末までの正職員看護職の退職者は18名（12名）、2024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。正職員の離職率は6.8%（4.6%）新人看護師離職率は0%（0%）であった。2024年度内の産休・育休取得者は3月末で18名（20名）であった。病院建設時に多数採用された看護職が40歳代後半から50歳代になり、平均年齢は41.9歳（41.6歳）と年々上昇している。2024年度から定年延長が実施され、長く働き続けられる職場環境作りが求められる状況となった。

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1人当たり年間の月平均時間外勤務は3.75時間（4.8時間）で1.05時間減少した。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、時間外勤務時間が明確化した。また、勤怠管理を電子化した事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。2022年度から実施されている業務改善活動は副看護師長会活動や各部署チーム会目標に反映し継続実施され成果を示した。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15.84日（17.7日：夏休3日含）であった。病気休暇取得者数は26名（26名）、長期介護休暇取得

者は1名（0名）であった。産前産後休暇・育児休暇者は3月末で18名（20名）、男性看護師の育児休暇取得は2名（1名）、3月末の部分休業取得者は17名（19名）であった。2024年度の深夜勤務制限申請者は23名、その内、育児のための部分休業者が15名、病気による者が8名であった。3月末現在の深夜勤務制限申請者は部分休業者が5名、病気による者が6名であった。

IV 経営について () は前年度

2024年度述べ入院患者は85,400人（86,236人）と836人減少した。1日の平均入院患者は234.1人（235.6人）、平均在院日数は12.1日（12.8日）であった。病床稼働率は68.8%（69.3%）0.5%減少した。（休止病棟を除いた病床稼働率80.9%（80.87%））地域包括ケア病棟の利用率は73.8%（81.4%）で7.4%減少した。地域包括ケア病棟の診療報酬要件変更に伴いベッドコントロールの検討が重ねられた。経営改革室、医事課、MSW、地域包括ケア病棟管理者が1回/週受け入れ患者を選択、病棟稼働状況、診療報酬要件データ確認を行った。2024年当初50%から60%台に低下していた病棟稼働率は2025年1月から上昇し1月は74.9%、2月81.25%、3月82.7%となり稼働率が回復した。年間を通じて急性期一般入院料1、看護補助者加算25：1（50%未満）、地域包括ケア入院料2は算定基準を満たした。

V 看護局目標について

2024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
 - ②働きやすい職場環境作り
 - ③経営改善活動の実践
- とした。

①に関して、学習と成長の視点では生活・人生の視点で支援ができる能力を養う、身体拘束をしない看護提供のための知識習得を目標に掲げ、ACP研修会、身体的拘束を考える研修会、認知症ケアの研修会が実施され各研修会200名以上の参加が得られた。業務プロセスの視点では各部署が現状を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。生活・人生の視点を持った看護の提供では「わたしの心づもり」を使用した看護実践が報告された。また、院内外が多職種との連携では退院前・退院後訪問、他職種カンファレンスの件数の増加が報告された。身体拘束をしない尊厳と安全を守る看護の提供では身体的拘束の最小化チームが結成し、マニュアルの作成、マニュアルに沿った看護実践、実践の監査が開始された。専門チームと共同し質の高い安全な看護の提供では、RRTラウンドの相談件数、認知症ケアカンファレンス数がともに上昇した。専門チームの介入により、褥瘡・スキンテア・医療機器関係圧迫創傷改善率が向上し専門チームとの協働による成果が可視化された。

②に関して、学習の視点では働き続けるための知識取得を目標に掲げe-ラーニング教材を用いた労務管理、人材育成を管理職の92%が受講した。業務プロセスの視点では心理的安全性のある職場作りを目指し共通話題の提供の工夫として「美味しいランチタイム」を過ごした。退職延長に伴う意識調査では、回答数250件中、定年延長後の働き方でフルタイム勤務を希望する者が29%短時間勤務を希望する者が55%であった。短時間勤務希望の原因は体力不足が多数を占めた。働き続けるための配慮の希望として、夜間勤務・業務内容・勤務時間の配慮が上がった。業務負担軽減の取り組みではペアナースの導入、申し送り時間短縮、使用機器・材料の変更（とろみサーバー、陰部清拭シート、飲茶セット）、DX・AI活用（AI問診、バイタル自動取り込み、記録のテンプレート化）を進め、時間管理を意識した業務改善を実施した。超過勤務時間は3.75時間/月（4.8時間）に減少、有給休暇取得は15.84日（17.7日）であった。

③に関して学習の視点では経営担当副院長の講師による経営レクチャーを看護師長会で毎月実施し、各看護師長から副看護師長、主査へ伝達講習した。診療報酬改定関連の研修はe-ラーニングを用いた研修を看護師長81.25%が受講した。業務プロセスの視点では各部署の目標に経営データを用いた目標値設定を行った。有効なベッドコントロールを行うため1回/2週に看護師長会でベッドコントロール状況、地域包括ケア病棟運用状況、重症度・医療看護必要度の報告、意見交換を行った。また、1回/3か月に各部署の病床稼働率、回転率、平均在院日数、看護師配置比率をデータ化し、情報共有した。診療材料の適正使用に

よる経費削減では、業務管理室と連携し、使用材料のコスト把握、年間使用数を把握した。診療材料検討を行い処置用シート、テープ類を安価で看護提供の質が低下しない物品に変更した。また、各部署の診療材料の在庫確認を看護局経営BSCグループで行い、不要在庫、期限切れ材料の確認を実施し、定数配置品の見直し、配置数の見直しに繋がった。処置実施、コスト入力に関しては各部署管理職が定期的に入力確認を行いフィードバックすることで、入力漏れ防止、確実な実施入力に繋がった。看護局関係の加算算定結果をベンチマーク化し、認知症ケア加算、せん妄ハイリスクケア加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、トリアージ加算、救急搬送看護体制加算の状況を把握した。

目標①②③に関して顧客の視点では入院患者満足度調査、外来患者満足度調査共に前年度値よりも満足度が上昇した。職員ストレス調査結果では各部署間の差は有るが看護局の平均値は仕事の負担量、仕事のコントロール量に関わる健康リスクが99.6%（全国平均100%）、上司の支援、同僚の支援に関わる健康リスクが98.84%（全国平均100%）と全国平均のストレス値を下まわった。仕事の負担量、コントロール量におけるストレス値は高いが、上司、同僚による支援によってストレス値が平均値より低値を示している効果的な支援行動の実施を示すデータが確認できた。

VI 今後の課題

次年度の課題は、2024年度診療報酬改定により身体的拘束の最小化が求められ、組織化、マニュアル整備、記録のテンプレート化などシステムが整えられた。次年度はマニュアルに沿った身体的拘束の最小化に積極的に取り組み実践し、成果を生み出す事が課題である。二つ目は、将来的な看護職員人員確保困難を見据え、心理的安全性を含む永く働き続けられる職場環境作りの継続と共に、能力評価、業績評価による人事評価により職員への承認行動をとり、職員がやりがい感を抱ける職場作りを実践する事である。三つ目は、看護管理者が診療報酬内容を熟知し、自部署で実施できる収益につながる算定行動を推進すること、また病院の経営指標を把握し、自部署に課せられた病床稼働率を達成すべく有効なベッドコントロールを行う事を課題とする。

2 階 東 病 棟

看護師長：坂本 典子

Ⅰ 業務の概要 () 内は前年度の数値

1. 人と物に関すること

看護職員は正職員看護師36名(36名)、そのうち部分休業勤務者1名(1名)、看護補助者2名(2名)の38名で運営を開始した。5月に1名産前・産後休暇を取得、7月に育児休暇より復帰した部分休業勤務者1名配置、8月末に看護補助者1名退職、10月に看護補助者1名配置、3月に産前休暇1名取得となった。3月末で正職員看護師1名が退職した。病気休暇取得は2名となった。3交代4人夜勤体制、遅出勤務者1名、輪番日5人夜勤体制で運用した。夜勤専従実施はなかった。平日日勤帯は救急外来へ3名、毎週火曜日の午前は整形外来へ1名、応援勤務を実施した。救急外来では救急車受け入れ、内視鏡検査の前処置を主として実施した。病棟稼働率に応じて病棟へのリリーフ勤務、救急外来への追加応援を実施した。有給休暇取得日数は平均14.58日(13.57日)、時間外勤務は月平均3.37時間(1.67時間)となった。

2. 経営に関すること

1) 病棟目標

- (1) 高度急性期・救急・集中ケアを担う病棟として、患者に安全で質の高い医療と看護を提供し早期回復を支援する
 - ①高度急性期患者・術後患者・緊急入院患者に根拠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提供する
 - ②新興感染症が発生した場合に柔軟に対応できる体制を整える
 - ③多職種チーム・専門チーム・スペシャリストと協働して合併症を予防し早期回復に向けた支援を行う
 - ④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緩和、意思決定支援、悲嘆ケアを迅速に行う(緊急ACPの実践)
- (2) 入院時から生活者としての視点でも関わり、倫理的配慮をもって患者・家族に接する
- (3) 看護職として自己目標をもち看護実践能力を高める
- (4) 看護職・学生の指導を通して、自己の能力の向上

に努める

- (5) お互いが協力して楽しく安心して働き続ける職場環境を整える
- (6) 病院形成に貢献する

2) 固定チームナーシングによる看護実践

2チーム・小集団活動により看護実践に取り組んだ。

Aチームは「重症病床入室中、せん妄の予防ケアを行い発症を予防する」を主目標に取り組んだ。前年度重症病床に入室した患者のうち、せん妄リスク因子を1つ以上有する患者が87%であったこと、またせん妄発症に睡眠との関連性が高いことに着目し、睡眠への影響要因を理解し睡眠援助と環境調整の充実を図ることでせん妄予防に努めた。対象者に看護計画「混乱リスク状態」を立案し介入、ICDSCスコアを用いてせん妄状況を客観的に評価した。患者へ影響を及ぼす環境要因への配慮、薬剤師による睡眠薬使用に関する勉強会の開催とケアの実践、毎月事例を振り返り看護ケアを評価した。結果、対象患者73名に対し介入し、せん妄予防できた患者は62名で85%であった。死亡退院4名を除く69名中7名がせん妄を発症、せん妄発症率は10%、前年度の24.7%から低下した。令和5年度より病棟研究として「ICU環境下におけるISES導入による看護師の睡眠ケアへの意識と行動」をテーマに取り組み、せん妄予防ケアのなかでも特に患者の睡眠援助に関して看護師の意識の高まりをもたらした。

Bチームは「心不全患者に外来看護師と連携し、退院後の生活を見据えた看護を提供する」を主目標に取り組んだ。急増する心不全患者に対し、令和5年度よりセルフケアスコアチェックシートを用いて指導を開始した。独居・高齢患者、多様な患者背景により指導に難渋するケースが増加していることから、より個別性のある指導の展開が必要と考え、セルフケア能力に合わせ、看護計画で「非効果的自己健康管理」を立案し介入した。CST、心不全認定看護師、多職種と連携し、急性心筋梗塞治療後患者、そのほか急性心不全・慢性心不全加療中の患者に対し、心不全手帳を用いてスケジュールに沿って生活指導を進めた。退院後評価は認定看護師の電話訪問情報を共有し、関

わった事例をチーム会で振り返った。対象患者28名に患者個々に合わせた目標を立案し関わる事ができた。そのうち退院後に当院訪問看護を利用する患者1名に病棟看護師が同行する機会を得た。実生活において、特に指導と異なる食環境や制限されていた農作業を行う姿を目の当たりにした。入院生活と退院後の生活の乖離から指導の困難さを痛感した。同行体験は患者・家族が何に価値を置き生活しているのかを把握し、意向を踏まえ折り合いをつけながら指導を進めることの大切さに気づく貴重な機会となった。次年度は心不全患者のACPに取り組み、生活や人生を見据えて目標設定し支援を進める。

その他、循環器係・呼吸器係・透析係・フィジカルアセスメント係・ACP係で小集団活動計画を立案し実践した。

3) 医療安全対策

インシデント報告は計112件（98件）、薬剤事例32件（28件）、転倒転落20件（14件）、療養上の世話20件（12件）であった。レベル0が11件（13件）、レベル1が28件（23件）、レベル2が48件（45件）、レベル3a・3bが25件（17件）となった。今年度は特に身体的拘束最小化への取り組みが強化され、医療安全職域委員とリンクナースを中心に病棟一丸となり取り組んだ。その結果拘束率は、前年度の18.68%から16.93%に減少した。ライン・ドレーン類に関するインシデントは26件、そのうち自己抜去は20件となった。重症病床側で16件発生しており、手術直後の不穏やせん妄に起因するものであった。ベッドサイド観察下でも自己抜去を防ぎえない状況もあり、鎮痛鎮静薬の適切な使用と不要なライン類の早期抜去によりインシデント防止を図る必要がある。今年度は身体的拘束最小化と安全確保の狭間で拘束を躊躇いインシデントに繋がる状況を経験した。今後は身体的拘束適正化、三要件を踏まえた適切な実施と解除に向けたスタッフの意識変容に取り組む。

今年度は予期せぬ急変事例を5例経験した。チーム全体で医療安全に取り組み、誰もが安心して看護できる体制や環境の整備が必要である。

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1名、Ⅱが3名・部分認定1名、Ⅳが2名・部分認定1名であった。個々のキャリアプラ

ンやニーズに合わせた支援を継続する。

II 問題点と今後の課題への取り組み

1. 看護に関すること

全科患者を対象としており幅広い医療や看護の知識を求められることに加え、併存疾患を有する高齢患者の増加に伴いより一層フィジカルアセスメント能力の向上が求められる。入室患者の重症度は年々低下し高度医療機器の稼働件数が低下しているが、ICU機能を有することからME機器の稼働は不可欠であり、いつでも対応できるよう実践能力の維持が求められる。認知症患者が増加する中、周辺症状への対応と同時に急性期看護を実施することへの困難さが増しており、安全で安心な医療看護の提供に向け、安心して業務に従事できるよう環境を整え続ける必要がある。また、患者家族の価値観の多様性から、個々の意思が治療方針に大きく影響する場面が増加していることから、緊急ACP、心不全患者へのACPを取り入れ、患者家族の意向を尊重した看護実践に取り組む必要がある。

2. 経営に関すること

引き続き対象患者を速やかに受け入れ、目標病床稼働率の維持に努める。救急外来との連携を維持し、スムーズな救急車受け入れに協力する。また、治療方針・病状や療養環境・生活背景を把握し、対象病棟への円滑な転棟調整を継続する。

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。

3 階 東 病 棟

看護師長：横地 小百合

Ⅰ 業務概要 () 内は前年度の数値

1. 人と物に関すること

2024年4月1日現在で看護職員は、正職員看護師19名、正職員助産師6名、会計年度任用看護師2名、看護補助者3名で開始した。5月に正職員看護師1名と9月に1名退職、12月より正職看護師1名が産休となり、1名が介護休暇を取得した。看護補助者に関しては、9月より1名が配置、2名が病気休暇を取得した。夜勤に関しては、夜勤回数の規定を超えない範囲で3人深夜、遅出を配置した。体調不良者を補佐する目的で6月～9月に夜勤専従を行い、一部準夜を3名で行った。3名の看護師が1か月間夜勤専従を行い、体調変化は見られなかった。体調不良者退職に伴い夜勤専従は終了とした。時間外勤務は月平均3.7時間(7.62時間)、有給休暇取得日数は16.31日(15.48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は106.00名(107.92名)、平均在院日数は15.06日(14.83日)、病床利用率は88.54%(87.33%)であった。科別入院患者割合は整形外科52%(49%)、総合診療科24%(26%)、外科10%(5%)、脊椎外科6%(5%)、婦人科3%(3%)であった。重症度医療看護必要度基準を満たす割合は①が20.56%、②が28.74%であった。看護に関する加算では、褥瘡ハイリスク患者ケア加算は月平均8.67件(8.83件)、呼吸ケアチーム加算0件(0件)、認知症ケア加算のべ件数397.50件(385.17件)、せん妄ハイリスク加算23.92件(34.42件)であった。退院支援に関する加算は入退院支援加算件301件(273件)、入院時支援加算件32件(33件)、総合機能評価加算件211件(216件)、介護支援連携指導料件41件(22件)、地域連携診療計画加算(大腿骨・4階東病棟と併せて)86件(118件)であった。入院患者の75歳以上の割合が58.7%(58%)、日常生活自立度ランクⅢ以上の該当患者は月平均5.33名(7名)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意思決定支援とその人らしい人生・生活支援を行う
③働き続けることができる職場をめざし、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

として病棟運営を行った。看護体制は2チーム体制で固定チームナースングを実践した。

チーム活動では、目標①大腿骨骨折術後患者に対し、個別性に合わせた口腔ケアを実施し、口腔内環境を良好に保つ、目標②患者の個別性に合わせた安全で安楽なポジショニングを実践し、腓骨神経麻痺や脱臼を予防する、目標③記録のあり方を見直し、看護記録に要する時間削減に取り組むことができる、目標④「わたしの心づもり」のステップ1を活用して知識を深め、ACPのプロセスから患者が何を大切にしているか思いを知り生活支援を行う、目標⑤介護衣に対する意識が変化し、個別性を踏まえた適切な介護衣の運用を行う、として取り組んだ。

1) 看護実践の結果

目標①では、75歳以上の大腿骨骨折術後の患者21名に口腔ケアを実施し、アセスメントシートで評価した。難渋事例に関しては歯科衛生士と情報共有しケアを実施した。後半は嚥下訓練やNST介入を積極的にを行い、結果術後誤嚥性肺炎炎症事例(昨年度3件)はなかった。目標②では、大腿骨骨折で入院した患者35名に担当理学療法士と相談したポジショニング方法を実施した。個別性のある事例や対応に苦慮した事例はチーム会で共有し振り返りをした。結果腓骨神経麻痺や脱臼を発症した事例(昨年度1件)はなかった。目標③では、記録委員と協働して経過表の活用を啓発した。毎月記録の形式監査を行いチーム会で共有し自他の記録の傾向を知ることが出来た。患者一人当たりの平均記録時間は、5月は24.15分で9月は13.4分と軽減した。目標④では、研修参加などで知識を深め、患者が大切にしていることなど思いを知り6件実施した。目標⑤では、メンバーへのアンケート結果より介護衣に関する意識が変化し、身体的拘束記録テンプレートをを用いて適切に運用することが

できた。

2) 医療安全

インシデント報告件数は85件(98件)、内訳は転倒転落31件(23件)、薬剤事例26件(28件)、療養上の世話20件(32件)、検査4件(8件)、ドレーンチューブ類1件(1件)、治療処置0件(0件)、その他3件(6件)であった。レベル分類ではレベル0が4件(9件)、レベル1が17件(16件)、レベル2が54件(49件)、レベル3aが9件(件)、レベル3bが1件であった。褥瘡発生件数は月平均0.75件(0.92件)で改善率は月平均54.17%(80.96%)であった。院内スキントア発症件数は月平均0.83件(0.83件)で改善率は月平均29.17%(75%)であった。

3) 看護実践応力向上

年間3回個人面談を行い、キャリアアップ支援を行った。今年度の院内クリニカルラダー取得はラダーⅠが1名、ラダーⅡ部分認定が2名、ラダーⅢが2名、ラダーⅣ部分認定3名であった。

II 今後の課題

1. 病棟運営に関すること

病棟稼働率の目標値が達成できるよう計画的にベッドコントロールを行っていく。適正にコスト算定を行うなど経費節減を意識した行動を行う。スタッフの健康が保てるよう配慮を行う。

2. 看護に関すること

高齢化とともに認知機能低下した患者が増えているので、必要な疾患治療が安全に行えるよう知識を深め、環境を整える必要がある。そしてその人らしさを認め、個別性に合わせた対応を行い、質の高い安全な医療看護提供体制の継続を行う。常に業務を見直し、効率化を図る。また看護補助者へのタスクシェア・タスクシフトを目指す。

4 階 東 病 棟

看護師長：谷岡 智子

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25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。4月、9月、2月に1名ずつ産前休暇を取得し、6月と11月に正職看護師が（部分休業勤務者）1名ずつ育児休暇から復帰した。4月と5月に再任用と正職看護師が1名ずつ病気休暇を取得した。3月に1名復帰し（再任用）、9月に1名異動復帰した。11月に育児休暇後に復帰した正職看護師（部分休業看護）が退職した。看護補助者に関しては1名が2月より病気休暇を取得した。

看護職員平均年齢は37.4歳（40.4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11.8日（12.2日）、時間外勤務は月平均時間7.66（7.80時間）となった。

2. 経営に関すること

担当科は整形外科、脊椎外科、脳神経外科、小児科、総合診療科で、入院実患者数130.8名（130.5名）、平均在院日数14.8日（15.2日）、病床稼働率84.4%（84.4%）であった。科別入院患者割合は、整形外科・脊椎外科65.5（68.2）、脳神経外科7.4%（10.6%）、小児科3.2%（5.5%）、内科13.4%（11.9%）であった。重症度医療看護必要度基準を満たす割合は①19.03%②26.48%であった。看護に関する加算では、認知症ケア加算の延べ日数227.25（292.58）、せん妄ハイリスク加算24.58件（31.67件）であった。

手術件数は、整形外科431件（352件）、脊椎外科54件（68件）、脳神経外科25件（12件）となった。地域包括ケア病棟転棟患者は65名（103名）となった。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）86件（119件）、地域連携診療計画加算（脳卒中）16件（41件）であった。大腿骨パス対象者の平均在院日数は、31.3日（29.3日）であった。

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・脊椎外科・総合診療科患者を担当する急性期病棟として、患者の安全と尊

厳を守る質の高い医療・看護を提供する

①小児科患者の疾患・病態・成長発達に応じ、安全と尊厳を守る質の高い医療・看護を提供する

②高齢者に対するケアの視点を学び、急性期・周術期・回復期・各疾患の病期に応じた安全な看護を提供する

③生活・人生の視点を持ち、患者・家族の尊厳を守る意思決定支援と生活支援を行う

④身体拘束に頼らない看護を実践する

⑤看護記録の質を改善する

2. 働き続けられる職場環境作りを行う

3. 経営改善活動を実践する

以上の目標をあげ病棟運営を行った。

2) 固定チームナース（2チーム制）による看護の実践

病棟目標のもとA・Bチームで4つの小グループを構成し小集団活動を行った。

Aチーム目標①「わたしの心づもりを活用したACP支援を行う」については、緊急入院した75歳以上のSPICITに該当した患者を対象とし48名に私の心づもりのSTEP1の聞き取りを行い目標達成した。入院中がんの罹患がわかり、治療方針を決定する際に家族とACPを共有した事例、他病棟に再入院した患者にACP情報が活用され、ACP支援・治療方法の選択について継続看護につながった事例もあった。また聞き取りしたACPを看護につなげるため看護計画を立案し看護実践を行うことができた。これまでACP支援は終末期や病状悪化による代理意思決定支援に関わる際に実践してきたが、今回の取り組みで患者・家族が緊急入院をきっかけにACPについて考える機会として急性期病棟でのACP支援に取り組めた。目標②小児科看護1「小児疾患・ケアを学習し統一した看護を行う」については異動や小児科入院の減少により小児看護技術の停滞が危惧されている。担当者が研修参加し小児BLSの伝達講習を行うなど、取り組みにより小児科患者の疾患・病態・成長発達に応じ、安全と尊厳を守る質の高い医療・看護を提供することができた。継続看護が必要な患児へ外来サマリを提供し、看護計画の継続・評価につなげ、目標達成し

た。

Bチーム目標①「PCCを使用したアセスメントを活用して介護衣着用による身体拘束に頼らない看護を実践する」について取り組んだ。対象者を大腿骨骨折で入院した70歳以上の認知症または認知機能低下がみられる患者、介護衣を着用した患者とした。パーソン・センタードケア (PCC) を活用し聞き取り内容から看護計画を立案し、看護介入した。患者にとって「快な状態」に療養環境を整え、高齢者の苦痛の要因につながる身体的問題と看護介入についてはRRTに相談し実践した。その結果、身体拘束衣を着用数4名延べ23日 (17名、延べ147日) と最小化に取り組み目標達成した。目標②「業務改善に取り組み、時間外減少を図る」については申し送り時間調査を2回/年実施、ベアナースの実施、重複記録をなくすことで時間外勤務の減少に取り組んだ。調査期間中の申し送り時間は15分以内に終了しなかった。時間外平均は月平均時間7.66 (前年度7.80) で前年度よりわずかに減少したが、院内では一番多い結果になった。記録の簡素化チェック表を用いて経過表を活用した重複記録の減少がはかれた。時間外発生要因のアンケート結果より16時以降の入院、手術迎え、食事介助や申し送り順番を決める、タイマーを使用の定着が乏しいことが要因にあげられた。課題はあるが目標の一部達成はできた。

3) 医療安全対策

インシデント報告は計69件 (120件)、薬剤事例48件 (36件)、転倒転落19件 (42件)、療養上の世話は10件 (18件)、ドレーン・チューブ類4件 (6件)、検査4件 (3件)、その他8件 (12件) であった。レベル0が19件 (10件)、レベル1が23件 (27件)、レベル2が47件 (67件)、レベル3a・3bが8件 (16件)、有障害事例1件 (0件) となった。褥瘡発生件数は月平均1.00件 (1.25件) で改善率は47.22% (43.75%) であった。身体拘束率は8.44% (6.03%) であった。全体報告件数は減少し、0レベルのインシデント報告が増加しており、医療安全の意識向上に向け活動による医療安全委員の活動成果である。診療報酬の改定による身体拘束の適正化・最小化への取り組みを実施しているが、転倒・転落件数は減少しており、PCCでの取り組み・認知症ケアラウンドによる他職種連携の成果である。

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。

4) 看護師のキャリアアップ支援

年3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、ラダーⅢが1名、部分認定1名であった。臨地実習指導者講習会を1名受講した。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

地域患者の高齢化が進み、予期せぬ疾患による高齢者看護に携わっている。高齢者の多くは加齢や生活習慣病による多疾病併存の状況にあり、新たな疾患に罹患することが起因となり多数疾病の症状が出現する。また認知症を有し、意思や症状を他者に伝えるににくいことから症状変化への気づきや対応が遅れやすく、回復遅延や合併症を容易に引き起こす。不慣れた入院環境では、さらなる認知機能低下やフレイルにより経口摂取の困難さ、転倒転落リスクが増大する。そのため、急性期病棟における質の高い安全な医療・看護を提供するために、担当科別毎の看護を提供し、高齢者の安全と尊厳を守る医療・看護の実践が必要である。そのために多職種専門チーム (RRT・CST・NST・認知症ケア・せん妄ケアなど) と協働し、多疾病併存患者・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強化、臨床実践能力の向上と定着が課題である。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と、高齢者ケアにPCCを活用し身体拘束の最小化・適正化に継続して取り組む。

2. 経営に関すること

経営改善では、2025年3月より人工膝関節置換術、人工股関節置換術のロボット支援手術が実施されており、今後患者数の増加が期待される。計画的なベッドコントロールにより、病床稼働率・平均在院日数・回転率の調整に努める。また診療報酬の算定要件を満たす医療・看護提供し、確実なコスト算定で看護必要度維持に努める。

3. 職員に対すること

個々がキャリアビジョンを持ち、専門職としての

自律と成長に向け学びけられるようキャリア支援を行い、やりたい看護を实践でき、仕事と生活を両立できる職場環境を整えることが課題である。タイムマネジメント、小集団活動で業務改善に取り組み、安心・安全に職務遂行できる環境改善、時間外勤務の削減も課題である。また、多様性を認め心理的安全性を担保し、働き続けられる環境を目指す。

4 階 西 病 棟

看護師長：前田 美和

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22名（うち部分休業者3名）、会計年度任用職員看護師3名（うち准看護師1名）、看護補助者2名の27名で運営開始した。看護補助者が12月までに3名増員となった。平均年齢41.8歳（45.4歳）、病棟経験平均年数2.8年（3.4年）、年次有給休暇取得（夏季休暇含む）日数は平均14.5日（15.35日）、時間外勤務月平均3.28時間（6.09時間）であった。

2. 経営に関すること

入院延べ患者数は12,027人（13,290人）、入院患者数638人（558人）であった今年度6月より診療報酬改定となり短期入院患者が自宅入院の対象外となり直接入院とESD患者に受け入れを行い算定要件である、在宅復帰率82.15%・転棟割合60.3%・自宅等からの直接入院割合35.8%で平均では満たすことができたが4月と5月は転棟割合・直接入院割合を満たすことができなかった。11月に運営の見直しを行い20時までの入院受け入れ態勢へ変更し直接入院患者146人、おしどりネットからの入院15人（11人）、レスパイト入院20人（4人）と大幅に増加した。

退院患者数は909人（1,004人）で、詳細は自宅等731人（680人）80.4%、老健106人（93人）11.7%、転院38人（77人）4.2%、死亡37人（68人）3.7%、転出患者数は13人（0人）であった。

転入患者数は297人（445人）で、詳細は2階東病棟より29人（17人）、3階東病棟より56人（106人）、4階東病棟より96人（103人）、5階東病棟より50人（52人）、6階東病棟より23人（34人）、6階西病棟より63人（133人）であった。

平均在院日数は15.6日（17.1日）であるが眼科を除外すると33.2日、病床利用率は73.8%（81.4%）であった。

診療科別入院延べ患者数は、総合診療科5,717人（6,294人）47.6%、整形外科2,764人（2,127人）23%、眼科1,152人（1,190人）9.6%、外科627人（665人）5.2%、救急科535人（614人）4.5%、循環器内科505人（1,000人）4.2%、消化器センター247人（131人）2.1%、泌尿器科239人（307人）2.0%、脳神経外科89

人（428人）0.7%、内科80人（214人）0.7%、脊椎外科44人（69人）0.5%、皮膚科16人（209人）0.1%、であった。手術件数は白内障手術437件（429件）であった。

重症度、医療・看護必要度は平均13.2%（11.5%）で全ての月で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。

退院支援に係る診療報酬は、退院前訪問指導料8件（9件）退院後訪問8件（3件）算定できた。

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質の高い安全な医療・看護を提供する
- ③働きやすい職場環境づくりに努める
- ④経営改善活動を実践する

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スングを実践した。

1) 看護実践の結果

Aチーム目標を①「患者に適した療養生活の環境を作りベットの転倒を減らす」活動を行い『転倒転落を防ぐための質問票』を使用し患者自身の意識づけにつなぐことが出来た。チームでカンファレンスを行い、リハビリと情報を共有し環境調整を行うことでベットの転倒を5件に減らすことが出来た。②「リハビリ担当者と患者のリハビリゴールを共有しADLの維持や機能回復を支援する」活動ではリハビリパンフレットを活用、病棟リクリエーションを開催し病棟内のリハビリを勧めFIMで転入時と退院時の評価を行い平均18点増加しADL維持向上ができた。

Bチーム目標を①「受け持ち看護師は同意を得た患者に対し『わたしの心づもり』ステップ1について話し合い意思を確認する」活動を行い49名の患者に使用し本人の意向を確認することができた。②「受け持ち看護師は『わたしの心づもり』で確認した意思意向を地域へ繋げる退院支援を行う」活動を行い34名に退院前カンファレンス・看護情報提供書、15名に家

族へ共有を行い地域へ繋げることができた。介入した事例については、両チームとも毎月各チームで振り返りを行った。

共通目標として業務改善に取り組み、時短業務看護師の体制を見直しペアナースを定着し業務の引継ぎをスムーズにすることができた。看護補助者の人数増加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。

2) 医療安全に関すること

インシデント報告(1/1～12/31)は114件(126件)で、その内訳は薬剤事例が29件(21件)、転倒・転落事例は40件(47件)であった。薬剤では患者の自己管理での事例と看護師の確認不足で起こった事例が主であり内服管理が多い病棟であるためマニュアルに沿った行動を遵守する必要がある。転倒転落件数は減少して対策の効果がみられている。また身体拘束最小化に向けた取り組みを継続していく。

II 今後の課題

1. 病棟運営に関すること

今年度は4月と5月に地域包括ケア病棟算定要件である転棟割合と直接入院割合を満たすことが出来なかったが、診療報酬算定に影響することはなく年間を通して算定できた。2024年6月診療報酬改定で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、病棟運営を行うことができたので今後も病院全体で運用し算定要件を満たせるように、退院調整の必要な患者を早期に受け入れ病床稼働率80%を目指していく。また、地域に貢献できるようレスパイト入院やおしどりネットからの入院を積極的に受け入れる。

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必要がある。直接入院患者が増加したこと、基礎疾患を多く抱えた患者が多く急変や症状変化に対し早期発見していく必要があるので高齢患者のフィジカルアセスメント能力を高めていく。在宅療養する患者・家族の思いや考えを尊重した支援を継続し、さらに再入院する患者に対し「わたしの心づもり」を活用することで気持ちの変化を確認して、さらに地域に繋が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

看護職員は看護師26名（うち部分休業勤務者3名、再任用職員1名）、会計年度任用職員看護師3名、看護補助者3名で運営を開始した。年度末に看護師2名が退職となった。病棟経験平均年数3.2年（3.4年）、時間外勤務月平均3.7時間（9.9時間）、年次有給休暇取得17.15日（15.65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・総合診療科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12,880名（13,992名）、実入院患者数は1,072名（1,995名）、平均在院日数は11.10日（11.15日）、病床利用率は84.30%（83.15%）、回転率3.58%（3.57%）あった。科別入院患者割合は外科が5,627名（5,802名）で44%（45%）、泌尿器科が4,401名（3,896名）で34%（30%）だった。手術件数は781件（718件）うち外科298件（268件）、泌尿器科483件（403件）だった。地域包括ケア病棟への転棟は24名（33名）だった。加算算定件数は人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算17件（15件）、認知症ケア加算延べ件数163.83件（181.08件）、せん妄ハイリスク加算52.83件（55.25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・消化器内科・放射線科・総合診療科の急性期病棟として、質の高い安全な医療と看護を提供する
- (2) 業務改善を行い、働きやすい5階東病棟の職場環境をつくる
- (3) 経営改善活動に参画する

以上3つの目標を掲げ病棟運営を行った。

2) 固定チームナースング（2チーム制）による看護の実践

病棟目標のもと、A・Bの2チームそれぞれがチーム目標を掲げ、業務改善と勉強2つの小集団も目標を掲げ取り組んだ。

Aチームは「消化管ストーマ造設術後DPCⅡ期の間に装具交換指導が終了し、退院または地域包括ケア病棟に転棟する」を目標に取り組んだ。看護師バスを作成し経験の浅い看護師でもストーマリハビリテーションの進め方や指導ができ、在院日数が短縮しても、住み慣れた地域へ不安なく退院することができた。また、ストーマ情報収集シートを活用しACPの視点で価値観や大切にしていることを引き出し、より生活に基づいた支援に繋げることができた。装具交換記録のテンプレートを作成し、画像の取り込みができたことで経過が分かりやすくなり、多職種との情報共有に繋がった。同時に看護記録に要する時間削減に繋がった。

Bチームは、「周手術期患者の身体拘束を最小限とした患者の尊厳と安全を守る看護を提供する」を目標に取り組んだ。まず身体拘束の3要件についてと外科・泌尿器科の術後看護について勉強会で知識を深めた。対象患者には毎日カンファレンスを行い、医師と情報を共有した。本人の生活スタイルを取り入れた関わりや環境調整、昼夜の生活リズムを整えベッドサイドで見守る看護を実践し、身体拘束に頼らず危険を回避できた。結果として身体抑制率は低下した。

業務改善小集団では、「看護業務の効率化を促進するため、業務改善に取り組む」を目標に活動した。申し送り時間15分以内となるよう実態調査やタイマーの活用を試みたが15分以内の達成率は低い状況だった。今後の課題である。

勉強小集団では、「チーム目標の学習の補足として知識を深め、専門職としての知識向上に務め実践に繋げる」を目標に取り組んだ。ほぼ計画通りに実施でき、勉強会終了後のアンケートでは8割以上の理解を得ることができた。

3) 医療安全対策

インシデント年間報告数は100件（73件）で、その内訳は転倒転落30件（20件）、薬剤事例27件（23件）、療養上の世話12件（18件）、ドレーン・チューブ類18件（9件）であった。レベル分類では、レベル0が9件（6件）、レベル1が19件（26件）、レベル2が53件（37件）、レベル3aが12件（9件）、レベル3bが2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増加した。身体抑制率は13.87% (24.46%) に低下した。皮膚障害では褥瘡発生9件 (11件)、スキンテア発生13件 (7件) だった。スキンテア発生が増加しており、高齢者の皮膚の保湿・ケア、栄養面の関わりが課題である。医療関連感染はCVカテーテル感染が0件 (1件) と発生を抑えることができた。1患者1日当たりの手指消毒回数は8.1回 (4.8回) と増加した。目標とする10回を目指し、感染リンクスタッフの働きかけを継続し、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。2024年度から病棟での新たな取り組みとしてストーマケアラダーを開始した。ラダーⅠ：6名、ラダーⅡ：6名、ラダーⅢ：7名、ラダーⅣ：2名の取得ができた。今後はラダーⅢ・Ⅳの取得者を増やしストーマケアの向上と個々の自信に繋げていきたい。

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3名・部分認定1名、ラダーⅢが2名認定された。臨地実習指導者講習会に1名が参加した。中国・四国ストーマリハビリテーション研究会に1名が発表者として参加した。

II. 今後の課題

1) 看護に関しては、高齢化が進み認知症のある患者がリスクの高い治療を受ける機会は増え、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。また、がんと診断された患者や家族の気持ちを汲み取り、思いや生き方を尊重し、ACPの視点を持った支援が一層必要である。退院後も継続した支援となるよう多職種に繋げる看護実践を行っていく。また、身体拘束最小化に向けた取り組みを継続し、患者の安全と尊厳を守る看護を実践する。

2) 働きやすい職場環境に関しては、共に働く仲間の多様な価値観を認め、お互いを尊重しあえる関係性の構築を継続していく。建設的な意見が言い合える職場となるようチーム会で取り組んでいく。更なる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。

3) 経営に関しては、診療報酬の算定要件を満たした医療・看護を実践する。病棟稼働率86%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。

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27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2名で運営を開始した。9月に看護補助者1名が採用となり3名となった。有給休暇取得日数は平均14.85日（13.87日）、平均時間外勤務は3.05時間（4.17時間）だった。また薬剤師1名が継続して病棟担当業務にあたった。

2. 経営に関すること

入院患者は内科・外科・泌尿器科など全科にわたるがん患者を中心に、総合診療科、眼科、循環器内科など複数科にわたり、入院実患者数は月平均93.9人（98.5人）、平均在院日数は12.9日（12.6日）、病床利用率は79.2%（79.25%）だった。科別入院患者割合は内科・総合診療科56.4%（53.6%）、外科27.9%（30.3%）、泌尿器科8.4%（8.5%）と前年度とほぼ同様の数値となった。昨年に比して化学療法目的の入院患者が延べ208名と増加した。看護関連加算では、褥瘡ハイリスク患者ケア加算250件（450件）、認知症ケア加算147.3件（125.2件）、せん妄ハイリスク加算25.2件（25.5件）だった。

3. 看護の質に関すること

1) 病棟目標

- ①がん患者の治療期から終末期を支え、安全で質の高い看護を提供する
- ②業務・環境改善を行い、安心して働きやすい職場づくりを行う
- ③私たちのできる経営改善活動を考え、実践する

2) 固定チームナースング（2チーム体制）による看護の実践

A・Bの2チームによる固定チームナースングで、それぞれがひとつのチーム独自の目標と、3つの共通目標を掲げて取り組んだ。Aチームは「痛みの評価シートを活用し、薬剤の特徴を理解したうえでがん患者の痛みをアセスメントし適切な薬剤選択と疼痛コントロールを行う」、Bチームは「がん患者の価値観（本人の希望・大切にしていること、欠かせない能力、支えになるもの）に沿った、看護を提供する」をそれぞ

れの目標として掲げた。また共通目標は「化学療法のレジメンを理解し、患者に個別性のあるセルフケア指導を行う」「適切な記録を行い、記録の時間を短縮する」「院内基準に沿ってカンファレンスを行い、体幹抑制帯・介護服の使用日数を減らすことができる」の3つとした。

（1）Aチーム目標と実践

「痛みの評価シートを活用し、薬剤の特徴を理解したうえでがん患者の痛みをアセスメントし適切な薬剤選択と疼痛コントロールを行う」の目標に対して、痛みの評価シートに沿った情報収集を行い、患者本人の希望を取り入れた目標と具体策を立案した。またメンバー複数によるカンファレンスを行うことでチームとして取り組む意識を高め、薬剤師や緩和ケアチームなど他職種との連携も進めた。痛みの評価シートを活用することによってチーム内で共通の情報収集ができ、計画に反映できた。今後は痛みに限らず嘔気・倦怠感などの身体的苦痛に対する取り組みが課題である。

（2）Bチーム目標と実践

「がん患者の価値観（本人の希望・大切にしていること、欠かせない能力、支えになるもの）に沿った、看護を提供する」の目標に対して、価値観の聞き取りを行った後、カンファレンスで看護計画を立案した。前半は聞き取った価値観を計画に反映させることが難しいケースもあったが、後半はメンバー間で意見交換しながら立案・修正を行うことができた。また毎月のチーム会で患者振り返りにSTAS-Jを用いることでさまざまな視点から振り返ることができた。今後も継続して患者の価値観を反映した目標と計画を立案し、ケアに活かしていくことが課題である。

（3）共通目標と実践

①「化学療法のレジメンを理解し、患者に個別性のあるセルフケア指導を行う」の目標では、オキサリプラチンに焦点を当てて知識の獲得と、個別性のある看護計画の立案、実施に取り組んだ。メンバーへの具体策の周知不足だったこともあり、退院後に外来との連携が不十分だったことは今後の課題として残った。

②「適切な記録を行い、記録の時間を短縮する」の目標に対しては、記録の形式監査の実施とフィードバック、経過表の活用による経時記録の削減に取り組んだ。また重複記録については、麻薬の記載に焦点をあててチェックとフィードバックを行うことで重複記録を減少することができ、メンバーの記録削減に対する意識づけにもつながった。今後は経過表の有効活用をすすめることが課題である。

③「院内基準に沿ってカンファレンスを行い、体幹抑制帯・介護服の使用日数を減らすことができる」の目標では体幹安全帯と介護服に焦点を絞り、1患者当たりの使用日数を減らすための取り組みを行った。患者に合わせた環境調整で拘束を使用せずに危険を回避すること、そして使用開始後も解除の基準や取り組みを明確化したことでメンバーの意識が高まり、使用患者数及び総使用日数を減らすことができた。今後もこの取り組みを継続し、さらに患者の排泄パターンに合わせた排泄誘導や生活リズムを整える取り組みが課題である。

3) 医療安全対策

年間ヒヤリハット報告件数148件のうち内容別分類では、薬剤事例が55件/37.1%、転倒転落49件/33.1%と2項目で全体の約3分の2を占めた。薬剤事例の中でも内服に関する報告は36件/65.4%で、特に無投薬事例が多く報告された。看護師対象に行われた内服管理に関する監査結果からみると、知識としてマニュアルの理解はできているが実践できていない実状が推測され、今後の課題である。転倒転落は排泄行動に伴うケースの増加が認められた。がん疾患を担当する病棟の特殊性として最期までトイレに行きたい患者の希望と、病状の進行につれ低下するADLの相反関係が背景にあると考えられる。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よう適切な補助具の設置やベッド配置に配慮することが必要である。また入院患者の88%が65歳以上という高齢化の現状から、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11件(19件)、改善率47.2%(43.7%)だった。変化するADLに応じた体圧分散寝具の選択や介助グローブの使用など早期発見・早期対応の意識が高まったことで、全身状態の悪化するがん末期患者の褥瘡発生の減少や、浅い段階での褥瘡発見につなげることができ、今後も継続

していきたい。

4) 看護師のキャリアアップ支援

年間2回の目標面接を行い、ラダーⅠ:3名、ラダーⅡ:2名、ラダーⅢ:1名、ラダーⅣ:1名が認定となった。

II 今後の課題

1) 看護の実践に関しては、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を行う。身体的苦痛を緩和しながら、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て意思決定を繰り返すプロセス(ACP)を大切にし、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。また身体拘束最小化に向けた取り組みを継続し、患者の安全と尊厳を守る看護を実践していく。

2) 経営に関しては診療報酬に対応し、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の環境づくりを行う。

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26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名で運営を開始した。看護師に関しては、10月に正職員1名が結婚により中途退職、10・11月に正職員1名が育児休暇を取得した。また、部分休業勤務者2名が1月と2月に相次いでに産前休暇を取得した。看護補助者に関しては、4月末に1名中途退職し、7月に1名補充されたものの9月末に中途退職、その後10月・12月に1名ずつ配置され4名となった。その他、コロナ感染による休暇取得が年間で13名あった。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3人体制とした。有給休暇取得日数は平均15.31日（14.56日）、時間外勤務は月平均7.04時間（6.58時間）であった。

2. 経営に関すること

担当科は総合診療科、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15,017人（15,245人）、平均在院日数は13.21日（14.71日）、病床利用率は85.68%（86.84%）であった。看護関連加算は、褥瘡ハイリスク患者ケア加算延べ件数35件（56件）、認知症ケア加算延べ件数5,071件（5,910件）、せん妄ハイリスク加算延べ件数390件（481件）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392件（393件）、入院時支援加算81件（46件）、総合機能評価加算217件（238件）、退院時共同指導料6件（5件）、介護支援連携指導料35件（34件）であった。

3. 看護の質に関すること

1) 病棟目標

- ①内科系混合病棟として、患者・家族に安全で質の高い医療・看護を提供する
 - ②業務の効率化・環境改善に取り組み、やりがいのある働きやすい職場環境を整える
 - ③経営改善活動を実践する
- の3つの目標を掲げ病棟運営を行った。

2) 固定チームナースング（2チーム制）による看護の実践

<Aチーム>

心不全患者の思いや価値観を尊重した個別性のある支援を行うことを目標に、「わたしの心づもり」を使用しACP介入を行った。聞き取った内容はCSTカンファレンスなどを通し多職種と情報共有し、患者の意思が反映された生活を送ることができるよう支援した。外来看護師や院外の関係者とも情報共有し地域に繋がった。

患者の尊厳と安全を守る看護を提供することを目標に、離床センサー選択基準フローシートを活用し安全保護物品の適応についてカンファレンスを行った。客観的判断のもと安全対策を実施し、身体拘束の最小化を図った。身体拘束実施人数は37名、身体拘束平均使用日数は3日であった。

<Bチーム>

心不全患者に多職種と連携した質の高い看護を提供することを目標とした。今年度は昨年度の課題より、リハビリ部門との連携に焦点を当てた。リハビリ担当者とカンファレンスし指導計画を共有することで、退院後の生活に合わせた具体的な活動量の指導を共通認識のもと実施することができた。家族指導が必要な対象者に対しては、家族のリハビリ見学を実施し理解を深めた。

療養環境を整え転倒転落による有害事象を予防することを目標に、安全保護物品使用患者に対し、入院・転入時3日間連続で転倒ラウンドシートに基づいてベットサイドでカンファレンスを行った。また、リハビリ担当者とも連携し療養環境の整備を行った。しかし、レベル3bが2事例発生し、日々変化する患者の細やかな観察と、タイムリーな対策の検討が課題として残った。

<A・Bチーム共通>

フィジカルアセスメント能力の向上を目標とし、循環器・消化器疾患、呼吸のフィジカルアセスメント、急変時の対応、災害時の対応について勉強会を実施した。救急看護認定看護師、クリティカルケア認定看護師の助言を受け2事例に対し症例検討を行った。

業務の効率化の推進を目標に、スケジュール通りに申し送り・環境ラウンドが終えるよう、タイマー・アラームを使用した時間管理を行った。結果、その後

の巡視開始時間が早まった。ピクトグラムの設置や排泄チェック表のラミネート化で設置の手間を省いた。定期的に記録を監査しフィードバックすることで重複記録の削減に繋がった。

3) 医療安全対策

転倒転落発生件数は56件(40件)、レベル3a以上は8件(10件)、薬剤関連発生件数は55件(37件)、レベル3a以上は0件(0件)であった。院内褥瘡発生件数は21件(16件)、院内スキンケア発生件数22件(18件)であった。インシデント報告の習慣は根付いており、職域委員会を中心に全事例振り返りを行っているが、さらに再発防止策を浸透させ安全な医療環境を整備していく必要がある。

4) 看護師のキャリアアップ支援

年3回の個人面談を実施し、個人目標を確認・共有し、個々に合わせた支援に努めた。新たな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名であった。資格取得は、循環器専門ナース1名、心臓リハビリテーション指導士1名、医療安全管理者1名あり、臨床スキンケア看護師1名は受講済みで結果待ちである。

II. 今後の課題

当病棟は、高齢で認知症を有する患者の割合が高く、転倒転落や褥瘡・スキンケア発生率も高い。認知症の進行やせん妄発生を予防すること、転倒転落による有害事象や褥瘡・スキンケアの発生を予防することは重要な課題となる。また、2024年度診療報酬の改定では身体的拘束の最小化が入院料の要件に加わった。引き続き身体的拘束の最小化も強化していく。さらに、今年度は増員のあった看護補助者へのタスクシフトも進め業務軽減も図っていく。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、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名のうち1名が部分休業取得者であった。看護師の平均年齢42.8歳（40.3歳）、平均経験年数8.2年（9.1年）、資格取得は院内ラダーⅣ取得者4名、院内ラダーⅢ取得7名、第2種滅菌技士2名、臨床スキンケア看護師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189分（178.2分）106%だった。日勤での延長手術で375分（253.8分）147%だった。有給休暇取得日数は平均15.57日（14.45日）であった。医療機器の新規購入では眼科手術増加に伴い、小器械台5台、中器械台3台、白内障手術器械セット3個増となった。内視鏡手術器械ストルツ・オリンパス購入、整形外科ロボット支援手術器械ストライカー及びジンマー購入された。

2. 経営に関すること

令和6年度の手術件数4,002件（3,555件）昨年比113%、予定手術3,648件（3,192件）、臨時手術277件（290件）、時間外緊急手術76件（76件）であった。手術件数が増加した診療科は、眼科1,892件（1,668件）1.13倍、整形外科808件（738件）1.09倍、泌尿器科624件（518件）1.2倍、外科462件（389件）1.1倍。手術件数が減少した診療科は脊椎外科111件（135件）であった。1日の平均手術件数16.3件（14.5件）112%、手術室稼働率は午前30.8%（29.2%）、午後41.6%（42.5%）、日勤延長手術稼働率2.3%（1.8%）であり手術件数増加に合わせて稼働率と評価すると時間外延長なく手術入室が図れていた。

3. 看護の質に関すること

令和6年度の手術室方針として以下の4項目を掲げた。

- 1) 安全で質の高い看護を提供する
- 2) お互いが協力して楽しく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職の育成に貢献する
- 4) コスト意識を持ち 病院経営に貢献する

チーム目標は、Aチーム「手術室クリニカルラダーⅡ取得を目指すスタッフへ視覚的教材を活用した器

械出し前看護師の心理的負担の軽減と実践力を向上させる」とし、視覚的教材動画をYouTubeに限定公開でアップして病院ホームページの手術室職員専用ページで閲覧できるようにした。視覚的教材活用後は心理的負担が軽減された。Bチーム「手術体位によるコンパートメント症候群の予防について理解を深め安全な看護を提供する」とし碎石位・コンパートメント症候群の予防について勉強会を実施、チェックリストの作成し用いることで、400件以上の碎石位手術でコンパートメント発生はなかった。共通目標「緊急手術を含めた高齢者大腿骨骨折患者にせん妄予防ケアを実施する」とし145件のうち143件せん妄予防計画を立案した。せん妄発症率は11件で9.1%であり目標達成した。

【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：今井 直子・荻原 知美

Aチームリーダー：伊井野 晶太

サブリーダー：田邊 由美

Bチームリーダー：伊田 一也

サブリーダー：荻原 知美

II 問題点と今後の課題

1. 手術件数が一昨年より徐々に増加し、手術調整が難しい状況が続いている。麻酔医は麻酔科外来や午前は救急外来担当もあり、入室コントロールへの配慮が難しい。整形外科の臨時手術が整形外科手術のうちおおよそ2割を占めていることも各科へ影響を及ぼしている。今後診療科毎のルーム配分も検討が早急に必要である。

2. 昨年度に引き続き外部委託業者（ワタキュー）との連携を円滑に行う。中央材料室及び手術室内の準備から清掃までを分業しているが、手術室経験年数の低下に伴う知識不足やマンパワーの減少への対応が求められている。機器の洗浄滅菌への対処は緊急手術時時間外部分もあるため滅菌までの過程を滅菌技師資格取得スタッフによる教育と、業者に研修協力を依頼し、知識及び技術の獲得を次年度は計画的に行っていく。

3. 手術支援ロボットダビンチXiが導入されて2年以上経過し、泌尿器科前立腺手術38件・腎悪性腫瘍手術7センチ以下6件・腎悪性手術2件・仙骨恥骨固定術19件・尿管悪性腫瘍手術5件合計70件、外科結腸悪性腫瘍手術14件行われた。

4. 整形外科手術支援ロボット人工膝関節用ROSA(ジンマー)・及び人工股関節用MAKO(ストライカー)計2台が新規に導入され、3月より手術が開始された。導入前イベントで保健所や医療機関職員への対応も協力実施した。今後更なるスタッフ教育も必要と思われる。

人 工 透 析 室

看護師長：坂本 典子

Ⅰ. 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む正職員看護師3名(3名)、うち1名は4月に育児休暇から復帰した部分休業勤務者(1名)、透析担当医師1名、臨床工学技士1名でスタートした。透析稼働日(月・水・金)以外は、4階西病棟・6階西病棟で勤務した。1名は月3回の外来日当直業務を行った。1名は月1回の日直業務を実施した。体調不良により日直業務の継続が困難となり、産前夜勤免除に至った。有給休暇取得日数は平均26.88日(13.57日)、時間外勤務は月平均0.11時間(1.67時間)となった。

透析機器管理は臨床工学技士が行い、年間6回の定期点検と毎日コンソール洗浄を実施し、機器に関連するトラブルはなかった。

2. 経営に関すること

受け入れ対象は維持透析中の他科入院患者と透析導入患者で、導入患者は他施設への転院までの間、透析を実施した。他科維持透析患者4名(10名)、導入患者4名(3名)、透析実施患者は計8名(14名)、延べ透析実施回数32回(88回)となった。患者の平均年齢は65.1歳(72.5歳)、入院科別内訳は、内科、外科、消化器内科、泌尿器科、循環器内科だった。

3. 看護の質に関すること

安全で質の高い透析治療を提供することを使命とし、活動した。当院人工透析室の対象患者は、透析導入患者、他疾患治療目的で入院する維持透析患者である。すでに基礎疾患を有することから、ハイリスクな透析となることが予測される。また高齢患者や複雑な背景を有する患者の増加から、以下の通り部署目標を立案した。

1) 部署目標

- ①多職種と協働し、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の向上を図る

2) 看護の結果

「シャント増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よう支援を行う」を目標に取り組んだ。シャント血管の管理指導・透析導入期の指導能力の向上を図るため、年間計画に沿って取り組んだ。シャント増設患者の外来受診予定を把握し外来訪問を行い、シャント血管管理指導や導入期指導を行った。安全な透析実施に繋げるため、必要時は透析スタッフのみでなく、外来看護師・病棟看護師と情報を共有した。退院調整では、退院時に維持透析施設への情報提供を行い、スムーズに維持透析施設へ移行することができた。

透析稼働時はMEと連携し、機器の立ち上げからブラッシングや透析開始前の準備、透析中の管理、透析終了まで一連の過程において協働し安全に透析を実施できた。インシデント報告はなかった。

Ⅱ 問題点と今後の課題

1. 透析看護に関すること

透析導入患者および維持透析患者のいずれにおいても良好なシャント血管の形成・維持困難な患者が増加し、穿刺に難渋するケースが増えている。安全な確実な穿刺のため、近年エコー下穿刺が推奨されている。透析医の意向でもあるシャント穿刺について学習を進め、MEと協働しエコー下穿刺の手技を習得する必要がある。また実稼働が減少していることより、スキル維持のため月2回のトレーニングを継続する。

2. 経営に関すること

年々導入患者は減少しているが、慢性腎不全のため外来通院している患者、他科で当院治療中の患者がある状況にあり、体制維持が求められている。要請時には速やかに対応できるよう体制を整えておく。

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。

診 療 外 来

看護師長：岸田 容子

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18名（部分休業看護師1名を含む16名）、会計年度任用職員11名を含む29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を中心に行った。また、2階東病棟より火曜日に整形外科へ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、心不全看護認定看護師は8時間/週活動した。有給休暇取得日数は平均14.75日（16.41日）であった。発熱外来は閉鎖し、発熱・呼吸器症状を有する患者に対しては、内科外来の通常業務の一部として外来個室・陰圧室を使用し、感染対策を行いながら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386.7名（382名）。専門外来は、禁煙外来、漢方外来、糖尿病地域連携パス外来、乳腺外来、胸部専門外来、胃瘻外来、内視鏡外来、脊椎外科、ACP外来、ペースメーカー外来、女性泌尿器科外来を午後に診察を行った。女性泌尿器科外来は第2・4水曜日2診体制で行った。

2) 外来診療延長の総時間は5,249分（5,935分）で、小児科が最も多く1,589分（2,053分）、次いで整形外科1,015分（490分）、泌尿器科1,005分（670分）、内科が640分（1,105分）、外科が185分（995分）だった。

3) リンパ浮腫外来では、外科7名、婦人科2名、泌尿器科1名の計10名に延べ51件（18名に延べ67件）のリンパケアを行い、29件（19件）のリンパ浮腫予防指導を実施した。

4) 令和6年度よりベッドコントロールを一元化したことにより、同一病棟への入院集中の回避や地域包括ケア病棟への直接入院率を考慮した采配ができた。

3. 看護の質に関すること

令和6年度の診療外来の部署方針は以下の通りであった。

①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

②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

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「患者が治療を継続し、安心して在宅療養が送れるよう支援する」を全科共通の重点目標に掲げ、各科の特徴にあわせて具体策を立案して1年間活動した。その結果、支援件数は院内456件（256件）、院外87件（52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増加した。チーム活動の中で、症例勉強会の開催や全科共通の在宅療養支援チェックシートを活用した成果と考える。

②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。「アレルギーとショック」「診療外来・救急外来での役に立つ心不全の豆知識」について、認定看護師に講義を依頼し勉強会を開催した。根拠に基づいた対応に繋がり効果的だったと振り返った。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36件（43件）だった。内容は書類に関することが8件、処方箋に関すること2件、患者誤認に関すること2件、その他が24件だった。レベル分類ではレベル0が17件（7件）、レベル1が14件（32件）、レベル2が3件（4件）、レベル3が2件（0件）でレベル0と1が全体の約89%（91%）を占めた。インシデント事例発生時は、当日夕方のカンファレンス、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1月～2月に待ち時間調査を実施し、予約患者の67.5%（65%）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、到着30分以内に診察できた患者は49.9%（49%）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。

③については、タブレット問診担当看護師が各科の問題点を抽出し普及に努めた。結果、皮膚科、泌尿器科など一部ではあるがタブレット問診が有効的に使用できている。業務改善係が実施した応援可能な科の自己評価結果を参考に応援科を設定した。各自が担当診療科以外の業務を習得することを目指した。応援依頼がスムーズにできるよう各科が業務手順の見直しを行った。昼休憩時の交代や多忙時の応援は、タブレット問診担当看護師にも協力を依頼した。

④については、年3回の面接を実施。年度当初に自己目標を立案し、目標面接で師長と具体策を確認し、中間・年間の振り返りで師長と達成度を評価した。

⑤については、病院の経営状況について師長・副師長・主査へ伝達し各科でできることを検討した。また、診察室の動線による看護師の配置人数の確認、不要な衛生材料等の確認を行った。

II 運営上の問題点と今後の課題

1. 外来運営について

外来患者数は減少傾向にあるが、眼科の硝子体内注射の外来実施や午前中の対外衝撃波結石破碎術など診療体制が変化している。限られた人数の中で、安全かつ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。既成概念にとらわれない多職種での協力体制を構築していく。タブレット問診の活用が一部の科に限定されているため、定期的に評価しながら活用の定着を目指す。

2. 看護について

在宅療養支援については、生活・人生の視点も含めた情報収集を行い必要な支援に繋げる。一つの側面にとらわれ過ぎないように多面的に捉える。また、院内外の多職種、病棟・訪問看護師との連携を強化し継続看護を行う。患者のセルフケア能力の維持・向上と重症化予防を図り、地域でその人らしく暮らし続けることを支える。その一環でもある心不全看護外来の充実を目指す。

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19名で運用開始され、9月に1名配置となり20名となった。常勤看護師は13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。7月中旬から3月の年度末までがん化学療法認定看護師養成カリキュラム受講のため、看護師1名が不在となり19名での運用となった。看護師平均年齢は50.2歳、看護師平均経験年数は27.8年、部署平均経験年数は7.75年であった。有給休暇取得日数は平均14.03日(13.42日)、平均時間外勤務時間は1.61時間/月(2.13時間/月)、オンコールは1.33時間/月(2.06時間/月)であった。

物に関することとしては、救急室に血液ガス分析機器1台と問診用タブレット2台を新規に設置、内視鏡室が1室増設されて4室となった。

2. 経営に関すること

2024年度の救急搬送件数は2,772件(2,854件)で82件減少したが、地域医療体制確保加算の要件である年間2,000件以上はクリアした(図1、図2)。院内トリアージ加算は1,137件(1,409件)、救急搬送看護体制加算は1,145件(1,249件)、救急医療管理加算1は3,881件(5,579件)で前年度を下回ったが、救急医療管理加算2は4,871件(2,713件)と前年度を大きく上回った。中央処置室での1日平均採血件数は102件(105件)、1日平均点滴・注射件数は19件(20件)程度であり、前年度とほぼ変わらなかった。外来化学療法件数は1,700件(1,841件)、外科(肺、食道、膵・胆・肝)、泌尿器科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5,669件(5,418件)、そのうち健診での受検者数は4,154件(4,002件)、外来患者数は1,156件(1,095件)、下部内視鏡については1,125件(1,179件)、そのうち外来患者数は990件(960件)と上部内視鏡は増加したが、下部内視鏡検査においては減少した。下部EMR 514

件(509件)、EUS 128件(104件)、ESD 57件(57件)、EMR 35件(9件)とESDの同数を除いていずれも件数は増加した。また、経鼻内視鏡件数は1,580件(1,473件)で増加したが、やさしい内視鏡外来受診件数は19件(20件)は昨年度とほぼ変わらなかった。

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110件(84件)、心臓カテーテル検査、ペースメーカー植え込みで件数の増加が見られた。放射線科血管治療・検査件数は95件(155件)、PICC挿入件数27件(44件)、ポート造設件数24件(28件)といずれも減少した。

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。

①各部門において検査・治療を受ける対象の状態、生活環境・生活背景を把握し、必要時、多職種と連携して対象がその人らしく地域で安心・安全・安楽に過ごせるよう支援する。

②多職種による専門チーム、専門家と協働し、質の高い医療・看護実践を行う。

③専門職として知識の向上に努め、実践に繋げる(フィジカルアセスメント能力、認知症対応能力、生活支援能力、ACPを含む意思決定支援能力)。

④倫理観を有し、人間力を身に着ける(相手を知ろうとする、相手の思いに添う、相手に心をつくす)。

(2) 働きやすい職場環境づくりを行う。

①業務・環境改善に取り組む。

②タスクシェア・タスクシフトを行い、質を保証した、効率の良い働き方を実践する。

③お互いが声を掛けあい、思いやりをもって働く。

(3) 経営改善活動を実践する。

①診療報酬の算定要件を満たす良質な医療・看護提供を行う。

②診療外来と連携し計画的なベッドコントロールを行い、入院する病棟との調整を図る。

以上、3つの目標、それぞれに対する具体策を挙げ取り組んだ。

2) 看護の実践

外来救急部では各部門それぞれの目標と1つの業務改善に対する共通目標を挙げて取り組んだ。救急室と中央処置室は職員人数と構成の観点から共同して取り組んだ。検査部門では、内視鏡チームは「CFを安全に実施し新規腸管洗浄剤(サルプレップ)の円滑な導入を目指す」、放射線チームは「ERCP検査による合併症(皮膚・口腔トラブル、体位による疼痛発生)を起こさないように支援する」、救急室と中央処置室は「救急搬送され帰宅する患者に対し、必要な支援が受けられるよう多職種と連携し、患者が安心して帰宅できるよう支援する」、外来化学療法室は「皮膚症状が起こりやすい薬剤(ベクティビックス、ゼローダ)を使用している外来化学療法患者にセルフケア支援を行う」をそれぞれの目標として掲げた。また、共通目標は「働きやすい職場環境づくりを行う」という業務改善に関する目標を掲げて職員全員で取り組んだ。

(1) 検査部門：内視鏡チームと放射線チームの目標と実践

内視鏡チームは「CFを安全に実施し新規腸管洗浄剤(サルプレップ)の円滑な導入を目指す」の目標に対して、新規腸管洗浄剤(以下、サルプレップとする)についての勉強会を行って知識の獲得と情報の共有を図った。また、患者へ統一した説明が行えるようサルプレップ飲用パンフレットを作成した。消化器医師と相談してCF検査を受ける外来患者23名に対してサルプレップを用いて腸管洗浄を行い、安全にCF検査が行えるよう支援するとともに腸管洗浄効果を従来使用している腸管洗浄剤(以下、モビプレップとする)と比較評価した。結果は、サルプレップ試験導入中も安全にCF検査を実施することができた。しかし、モビプレップに比べて消泡効果は優位であったが洗腸効果は低かった。そこでモビプレップに消泡剤のジメチコンを混和して使用することでサルプレップの消泡効果を上回り、こちらを腸管洗浄剤として使用することとなりサルプレップの導入には至らなかった。サルプレップの新規導入を視野に入れ安全にCF検査が実施できるよう取り組んだ目標であったが、結果として従来の方法よりより洗浄効果と消泡効果を高める方法が見出すことができ、評価しやすい検査環境を作る一助に繋がった。

放射線チームは「ERCP検査による合併症(皮膚・

口腔トラブル、体位による疼痛発生)を起こさないように支援する」の目標に対して、術前の評価をしやすいするため検査前訪問用紙を修正した。また、鎮静下で腹臥位の体位を取り1時間程度要する検査のため、検査後病棟へ帰室または翌日に身体の疼痛を訴える患者がいる場合もあることから、患者が安楽に良肢位を保ちながら腹臥位が取れる方法を勉強会で理学療法士からレクチャーを受け知識を獲得し実践に繋がった。ERCPの全件数は111件で、予定のERCP58件だった。予定ERCPの患者に対して検査前訪問を行い、そのうちの腹臥位練習が必要と思われる19名に対して練習を行った。結果は、皮膚・口腔トラブル発生0件、体位による疼痛1件で検査翌日に頸部痛を訴えたが持続はなくその日のうちに改善した。この患者は複数回ERCPを受けており検査前訪問時には「できるから。」と腹臥位練習を行わなかった。検査による合併症の発生が頸部痛の1件見られたが、今後も検査前訪問で検査内容と起こり得る合併症を患者へわかりやすく説明し、より安全・安楽に検査が受けられるよう引き続き支援していくことが課題である。

(2) 救急室+中央処置室の目標と実践

救急室+中央処置室は「救急搬送され帰宅する患者に対し、必要な支援が受けられるよう多職種と連携し、患者が安心して帰宅できるよう支援する」の目標に対して、まずフローチャートを作成し共通して対象患者が選定できるよう認識の統一を図った。また、地域包括支援センターの住所と電話番号と社会福祉サービスや相談窓口を案内したパンフレットも作成した。実際には帰宅支援が必要な対象患者はあったが、入院となった患者がほとんどであったため活用には至らなかった。1名対象となる患者があったが、フローチャートを使用するまでもなく支援が必要と容易に判断できる状況の患者であったため、後でフローチャートを使用して介入が必要であることをメンバー間で確認した。また、この患者に関しては既に当院のMSWや地域包括支援センターへ情報提供され介入を検討されている事例であったため介入の確認にとどまった。地域での生活困難な救急搬送患者はあるため、今後もフローチャートを活用しながら支援必要患者に対して帰宅後も地域で安心して生活できるよう引き続き支援していく必要がある。

(3) 外来化学療法室の目標と実践

外来化学療法室は「皮膚症状が起こりやすい薬剤

(ベクティビックス、ゼローダ)を使用している外来化学療法患者にセルフケア支援を行う」の目標を掲げ、17名の対象患者に対して年間を通してセルフケア支援に取り組んだ。対象患者に副作用チェックシートを毎回記入してもらい、自宅でセルフケアが実践できているか確認した。理解不良や自己ケア難渋対象者はなかった。長期の化学療法による皮膚症状の発生・持続は見られたが、丁寧にセルフケアが行っている対象患者に対して努力を評価し労をねぎらい、傾聴や励まししながらセルフケア支援が行えた。

(4) 共通目標と実践

各部門の共通目標として「働きやすい職場環境づくりを行う」という目標を掲げた。具体策として①応援フローを作成しフローに沿って応援業務を行い部門間の連携を図る②各種会議、会議録入力 の時間管理を行う(60分以内)③年間有給休暇平均取得日数15日、リフレッシュ休暇を取得する④マイワーク時間を確保するとして取り組んだ。①に対して6月に応援フローを作成し部門間の連携と応援態勢を強化した。応援時間の結果は月平均760分、外来化学療法室の人員不足により他部門からの応援の必要な日が多かった。

応援体制の充実により時間外業務の減少に繋がった。②については、各種会議において必ずタイマーを使用することを徹底したため、目標の60分以内で終了することができた。

参加メンバー、司会において時間管理を意識して会議に臨むことが習慣化された。また、会議録はメンバー各自で事前入力されていたため、書記の会議録入力時間は平均23分と短時間でできた。この取り組みによりスタッフ個々の時間管理が意識化され、効率化に繋がった。③については、年間有給休暇取得平均日数は、正職員看護師17.4日、会計年度任用職員15.98日と目標を達成した。リフレッシュ休暇においてはアンケートを行った結果、個々で取得休暇日数の差は見られたものの、全ての職員において希望に沿った休暇が取れた、という回答が得られた。④については、各自がマイワーク時間を事前に申請し取得時間を記入した。結果、月平均451分のマイワーク時間を確保することができた。

勤務中の隙間時間を見つけ、時間を有効活用することでマイワーク時間の確保に繋がり、時間管理を意識することに繋がった。

3) 医療安全対策

インシデント報告件数は40件(54件)で、その内訳は薬剤11件(13件)、検査13件(12件)、ドレーン・チューブ類5件(10件)、転倒転落4件(7件)、医療機器等1件(5件)、治療・処置1件(2件)、輸血1件(2件)、療養上の世話1件(1件)、その他3件(2件)であった。レベル0は7件(11件)、レベル1は17件(19件)、レベル2は11件(12件)、レベル3aは5件(11件)、レベル3bは0件(1件)であった。前年度に比べ、件数の減少と共に全てのレベルにおいて事例も減少した。レベル3aの報告内容は検体未提出1件、駆血帯によるスキントア1件、輸液または造影剤の血管外漏出が3件であった。件数の減少は見られたが、レベル3aでは血管外漏出事例が多い。検査・処置・治療における合併症はスタッフの手技・スキルの未熟さが人的要因に直結することもあるため、患者の身体条件を考慮しつつスタッフ個々の知識とスキルの向上を図りながら複数人で確認・看護していく必要がある。内視鏡準備室の環境改善・整備により、昨年度見られた内視鏡準備室での転倒による骨折事例はなかった。今年度はインシデント報告件数、レベル事例共に減少したが、今後も医療安全に対するアンテナを張り、インシデントに繋がる事項・事例に対してスタッフ全体で情報を共有して事故防止に繋げるよう話しやすい雰囲気づくりを行い、レベル0・1事例件数が増え医療事故防止に努めて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。院内クリニカルラダー認定者はラダーⅡに対して1名が部分認定された。1名が内視鏡技師の資格を取得した。また、がん化学療法認定看護師養成試験に1名が合格し約9か月間の養成カリキュラムの受講を修了、来年度認定試験の合格、資格取得を目指す。

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。各部門間で連携して患者が安全・安楽、安心して医療・看護が受けられるよう協働する。外来救急職員としての自覚を持ち、欠員または応援事象が発生した際には誰でも業務が担えるよう、看護の質を担保しながら個々で自覚を持って成長し更なる

応援体制を強化する。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、受検者数の増加・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。

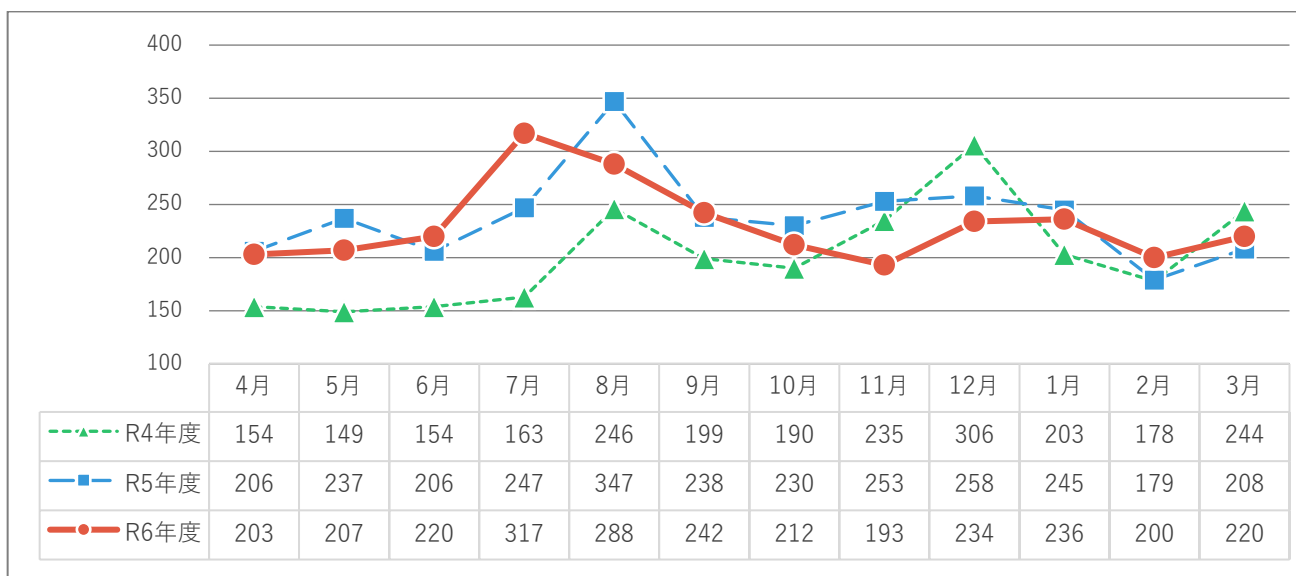


図1 救急車搬送台数

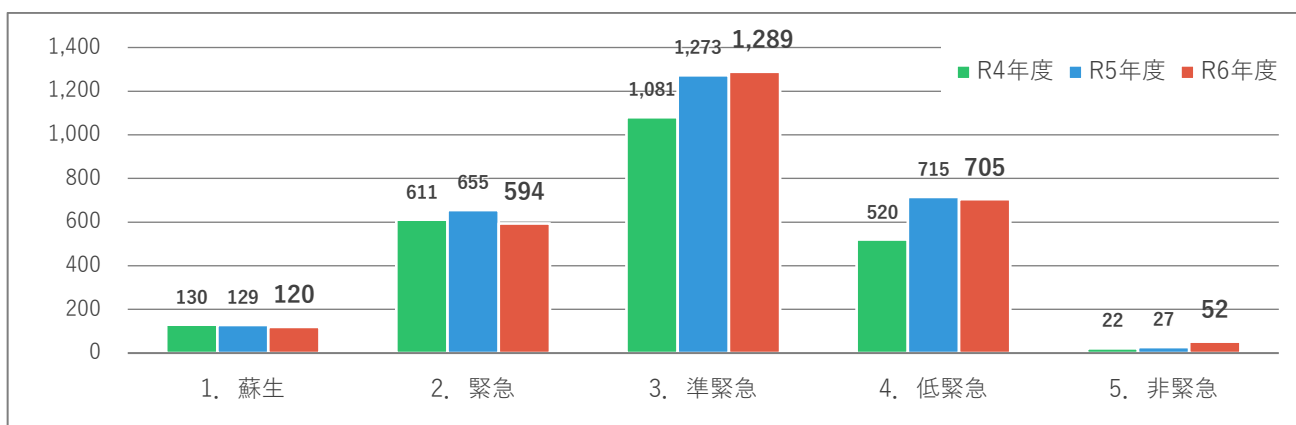


図2 救急搬送のトリアージ内訳

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、清水医師が常駐。午前は正職員医師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、午後は常駐医で対応した。医師の休暇取得時に、野崎医師、赤松医師、山根医師が代診した。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4月開始した。正職員看護師の90日病気休暇が6月末まで、復帰後半日勤務で1ヶ月経過、7月から会計年度任用職員1名、半日勤務者が採用となった。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3名、会計年度任用職員1名(育児休暇取得中)であった。物に関しては、自動血圧測定器の更新を行った。

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181,160,305円(185,243,590円)、受診者数は人間ドック3,731名(4,017名)、脳ドック438名(518名)、PET-CTがん検診23名(9名)であった。公衆衛生活動収益は51,380,775円(53,569,729円)、受診者数は生活習慣病予防健診511名(598名)、事業所健診550名(598名)、基本・がん検診・その他5,279名(5,449名)であった。今年度は健診医師のバックアップを鑑み1日の受診者数を減、脳ドックは医師の減に伴い予約枠を減、これらにより収益、受診者数の低下がみられた。

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3,884名(4,299名)、肺がん検診4,393名(5,726名)、大腸がん検診4,373名(5,154名)、乳がん検診2,083名(2,128名)、子宮がん検診1,590名(1,366名)。胃がん検診の内訳として、胃カメラ3,681名(3,931名)、胃透視189名(235名)であった。オプションの検査として、胃がんリスク検診118名(178名)乳腺超音波検査208名(208名)、頸動脈超音波検査144名(105名)であった。すい臓がん検診11名(9名)であった。

3. 看護業務・事務業務に関すること

令和6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経営的視点を持ちながら、健診事業を継続する
- ③業務のスリム化、効率化を考えて業務改善を行い、働き易い職場環境を継続する

以上の方針に準じて、看護局は「胃カメラ検査について知識を深め、医師、内視鏡室と連携しスムーズに検査へ案内するように案内できるようにする」「所見整理の時間を確保、効率化し時間外業務を減らす」、事務部は「健診の予約、登録、結果返却、請求、二次健診予約まで受診者誤認防止、個人情報保護を厳守し、精度の高い事務作業を行う」、臨床検査部は「検査技術や知識の向上に努め、質の高い検査を実施するとともに、他職種と協力し、健診センターの様々な業務に携わる」を目標とした

<業務の結果>

①では、前年度の課題であった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、所見整理の確認の遅延に対して健診運営委員会で協議及び承認を得て、受診者数の減を行い質の保証を最優先とした。看護局と検査技師の人員増により、安全に満足度の高い検査、サービスを提供、報告書返却の契約期限を守ることができた。看護局では、胃カメラ検査において医師の包括指示の確認、マニュアル化、活用ができた。所見整理において所見コメントを医師と整理、時間確保を意識して行動することにより時間外業務を削減できた。満足度調査を9月に実施、総合得点は91.6点、氏名での呼び出しに関して不満があり、全て番号呼称とした。インシデント事例は34件、事務部20件、看護局10件、臨床検査部2件と前年度21件より増加しており、不注意、慣れによる確認不足、マニュアルに沿った手順の未実施などシステムを整えても個人の意識、実践が不足していた。経験年数の長い職員が多く、メンバー構成の変化が少ない状況での安全確保を強化する必要がある。臨床検査部では、3名での協力体制を構築し、安全に満足度の高い実践及び教育スケジュールに従いキャリアアップに努めながら、他の業務のタスクシフト

も充実して実践できた。一方、看護局、事務部では業務優先となり、キャリアアップ、自己研鑽がほとんどできていない。次年度、強化が必要と考える。

②では、受診者数減により収益の減少はみられたが、当日のオプション検査の勧奨や常駐医の協力を得ながら二次健診の受診勧奨に努めた。紙ごみの減量化、こまめな節電、時間外業務の削減などできる事に努めた。

③では、多職種間でタスクシフト、タスクシェアを行い、業務調整を継続的に行った。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15.3日、会計年度任用職員10.5日であった。時間外勤務は前年度より減少がみられた。前年度は当日の検査、所見整理において医師への確認に時間を要していたが包括指示とする事、マニュアルの活用により対策を強化できた。

II 問題点と今後の課題への取り組み

常駐医増に伴い、健診事業の拡大による今年度の減収分の補填及び医師へのタスクシフトを行う。しかしながら、受診者個々の安心安全が最優先であり、事業、業務優先にならないように個々が意識して行動し、適宜部署内、他部門と連携、協議をしながら事業を展開する。職員は、事務職正職の減員、看護職正職の減員、会計年度任用職員の業務時間変更、臨床検査技師の正職減員、4月末に会計年度任用職員育児休暇復帰予定であり、職種内及び職種を越えた業務調整を行いながら効率的な業務を行う。また、経験年数の長い職員が増え、慣れや不注意が散見されており、個々のマニュアル遵守は当然ながら、各職種での役割、リーダー、サブリーダーが率先して行動を示し、フィードバックをしていく。

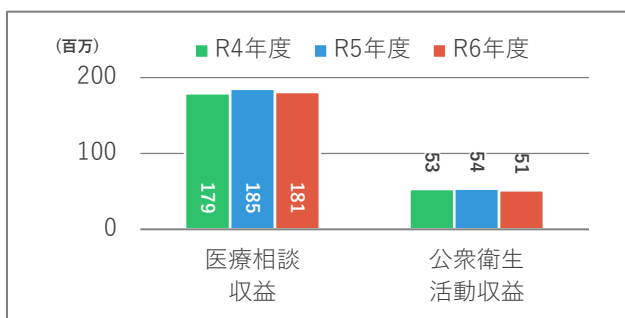


図1 健診種別収益年度比較

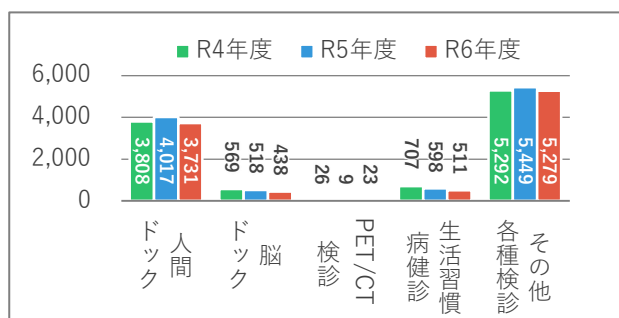


図2 健診種別受診者数年度比較

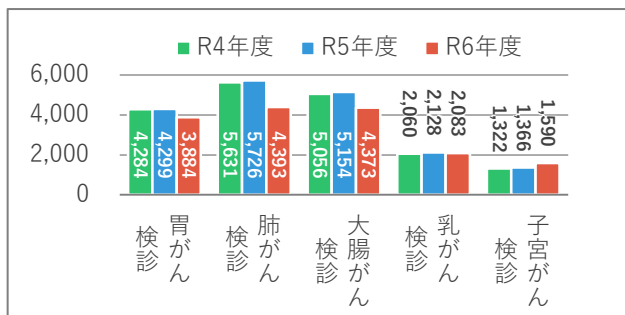


図3 がん検診種別受診患者数年度比較

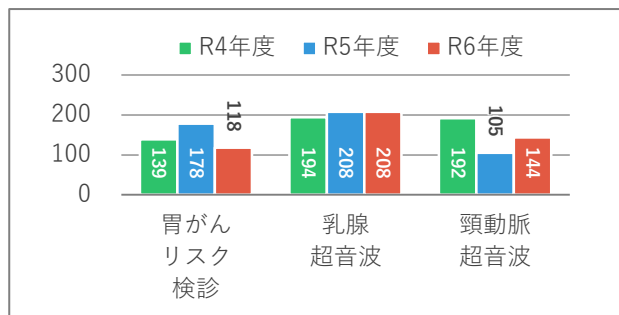


図4 オプション検診受診者数年度比較