

看護局報告

看護局長：津村 朱美

I 概要

昨年度の診療報酬改訂により体制整備された身体的拘束最小化の取り組みを今年度は実践した。身体的拘束最小化チームと協働し、マニュアルに沿った開始基準3要件の判断評価、解除に向けたカンファレンス、実践記録などを確認し結果をフィードバックしたことで、身体的拘束最小化に対する職員の意識が高まり身体的拘束率は減少した。また、適切な意思決定支援に関する院内指針の策定に伴い、患者の意思決定プロセスの重要性を再認識し、各部署が自部署の特性を活かしながらACPへの取り組みを実践した。

次年度院内事業である西病棟改修工事に伴い、12月1日に6階西病棟が休床中の5階西病棟へ移転した。当該病棟スタッフを中心に、業務管理室等他部門の協力を得て計画的に準備を進め、患者の安全を優先しながら病棟移転を完遂できた。

人事評価においては、昨年度開始した院内共通能力評価に加え、今年度は業績評価も実施した。

II 人員について () は前年度

看護職人員は2025年度4月1日現在で正職員看護職244名(250名)、再任用職員10名(8名)、会計年度任用職員看護職37名(38名)、看護局長付看護職員(産体育休職員)15名(10名)、看護補助者26名(19名)であった。2025年度末までの正職員看護職の退職者は19名(18名)、2025年度採用看護師の退職者は3名(0名)であった。正職員の離職率は7.1%(6.8%)、新人看護師離職率は18.8%(0%)であった。平均年齢は41.4歳(41.9歳)と大きな変化はなかった。

資格取得に関して、認定看護師育成では、「感染管理」「皮膚排泄ケア」分野の教育課程研修をそれぞれ1名ずつ修了し、「がん薬物療法」分野で認定試験に1名合格した。2026年3月末で認定看護師10名、特定行為研修修了者7名となった。認定看護管理者育成では、ファーストレベル2名、セカンドレベル2名、サードレベル1名が受講した。

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3.81時間(3.75時間)であった。副

看護師長会活動や各部署チーム会目標に挙げた業務改善活動は継続実施し、部署によっては改善がみられたが全体では明らかな時間削減には至らなかった。休暇取得日数に関しては、正職員一人当たりの平均有休休暇取得日数は14.98日(15.8日:夏休3日含)であった。病気休暇取得は38名(26名)であった。産前産後休暇・育児休暇は3月末で21名(18名)、男性看護師の育児休暇取得は1名(2名)、3月末部分休業取得は21名(17名)であった。2025年度の深夜勤務制限申請は16名(23名)、その内、育児のための部分休業が9名、病気によるものが7名であった。

IV 経営について () は前年度

2025年度述べ入院患者は85,577人(85,440人)と137人増加した。1日の平均入院患者は234.5人(234.1人)、平均在院日数は13.6日(12.1日)であった。病床稼働率は69%(68.8%)0.2%増加した。(休止病棟を除いた病床稼働率79.7%(80.9%))地域包括ケア病棟の稼働率は74.0%(73.8%)であった。地域包括ケア病棟適正運用のため、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・検討を行い、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の算定基準を満たした。

V 看護局目標について

看護局ではSWOT分析/クロスSWOT分析で現状分析を行い、BSCを用いて目標を設定し取り組んだ。2025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意思決定支援能力、生活支援能力、フィジカルアセスメント能力を養う、身体的拘束をしない看護を実践するための知識習得を目標に上げ、ACP研修会、認定看護師による認知症ケア研修会、特定行為研修修了看護師によるフィジカルアセスメント研修会、身体的拘束最小化に関する研修会を開催した。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。専門チームと協働し患者の安全と尊厳を守る看護を提供するため、身体的拘束最小化対策、身体的拘束の適正化、転倒転落防止対策の強化、患者の異常早期発見と対応強化、患者の心地よい環境を整えることを成功要因として挙げ活動した。身体的拘束最小化対策では身体的拘束最小化チームによるラウンドを実施し、改訂したマニュアルの周知、3要件該当の有無、解除に向けた代替案の実施、カンファレンス状況などを確認、客観的なアセスメントを共有したことで、スタッフの意識改革に繋がった。転倒転落防止対策強化では、入院前情報からベッドサイド環境整備に繋げ、リハビリ部門と協働したベッドサイド環境ラウンドを実施した部署においては、有障害事象件数が減少した。取り組みを全部署へ拡大し身体損傷リスク低減に繋げることが課題である。患者の異常の早期発見と対応強化では、RRTラウンドによる相談、アドバイスに加え、NEWS2スコア活用の定着を図ることを目標に挙げ、一部署限定的ではあるが活用したことで客観的指標で医師へ報告でき、急変を未然に防ぎ早期回復に繋げた事例報告があった。また、コードブルー事例検証も6例実施し共有できた。引き続き、救急蘇生チームと連携しNEWS2スコア活用推進と定着を目指す。生活・人生を踏まえた個別性のある看護提供では、「私の心つもり」等を積極的に活用した看護実践が多数報告された。ACPの取り組みが全部署に拡大し患者の尊厳を守る看護に必要な意思決定支援の重要性が認識された。また、退院前・退院後訪問、他職種カンファレンスの件数が増加し、院内外多職種との連携が強化された。一方で、患者家族によっては負担感や不安に繋がるケースもあったことから、患者家族の準備状態に合わせた支援方法で進めていくことが課題として残った。顧客の視点では、患者が安全安心な療養生活を送ることができた成果として入院患者満足度アンケート結果を指標とし、項目「看護師の言葉使いや態度」「看護師の説明のわかりやすさ」「看護師の採血や介助の手際の良さ」「知人等に当院を紹介したい」のすべての項目において昨年度より上回る結果が得られ満足度が上昇した。その他、身体的拘束最小化では、「拘束実施した患者割合」3.04%、「認知症患者身体拘束率」9.5%と昨年度より減少した。しかし、「患者一人あた

りの拘束平均実施日数」は5.66日と0.58日増加した結果となった。

②に関しては、働きやすい職場環境の実現に向け働き方改革を推進するため、お互いに声を掛け合い助け合う心理的安全性のある職場づくり、業務負担軽減を図ることを目標に活動した。学習の視点では働き続けるための知識取得を目標に上げe-ラーニング教材を用いた労務管理、人材育成を管理職が受講した。業務プロセスの視点では、安心して発言できる場の提供としてチーム会で全員が発言することを目標にリーダー・サブリーダーが司会者となりファシリテーター役を担った。その結果、ほぼ全員が発言でき、相手を尊重した意見交換が出来たとする5段階評価では4.4であった。また、自施設に興味を持つことを目的にクイズ大会を実施したが、参加目標80%以上に対して48.4%と低い結果であった。その要因として繁忙期の12月開催であったことが考えられた。業務負担軽減対策では、会議・申し送り時間厳守2部署、ペアナース実施6部署、看護補助者との協働3部署、看護記録短縮2部署など各部署がチーム活動に取り組み、時間管理を意識した業務改善を実施した。顧客の視点では、職業性ストレス簡易調査結果は上司からの支援3.7、同僚からの支援3.0と僅かだが増加した。その他、働きがい3.2、仕事生活の満足度3.2と変化はなかった。超過勤務時間は3.5時間/月(3.76時間)、0.26%減少した。

③に関しては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、経営に関することなど意見交換を行った。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、SPDと連携し、使用材料のコスト、定数配置など把握、年間使用数を把握し、診療材料品・定数配置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げた。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。その結果、財務の視点であげた入院収益、外来収益、加算算定数が上昇した。

VI 今後の課題

2026年度は診療報酬改定の年でもあり、改訂内容や自施設が地域医療構想の中でどの役割を担うのかに注視しながら、質の高い看護提供体制を整えていく必要がある。

安全で質の高い医療・看護の提供では、対象となる高齢患者の身体症状の異常の早期発見と重症化予防、院内外他職種と連携した入退院支援、患者個々の背景に合わせた適切な意思決定支援体制の充実、身体的拘束最小化対策の確実な実践と記録が課題となる。そして、看護の質を高めながら、持続可能な医療提供体制を支え病院経営に貢献できる看護組織を目指す。診療報酬・制度を熟知し、看護の価値を収益に結びつける視点の醸成、成果の可視化、現在算定している加算の維持と新たに取得可能な加算要件の検討、算定条件に必要な人材確保と体制整備、また、有効なベッドコントロールを行う事を課題とする。

これらの課題を達成するためには、人材育成が重要であり、人事評価制度を活用し一人ひとりが組織の一員として職務遂行能力を十分に発揮できるよう支援体制を構築する必要がある。今いる看護職員を大切し、多様な価値観や働き方をお互いに認め合う職場風土の醸成、チームで支え合う関係性の構築、コミュニケーションの活性化に取り組み、生き生きと働き続けられる職場環境を目指す。

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39名(36名)、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。6月・11月に1名ずつ産前・産後休暇を取得、11月に正職員看護師1名退職、3月に正職員看護師2名が退職した。病期休暇取得は3名であった。3交代4人夜勤体制、輪番日のみ5人夜勤体制、遅出勤者1名を配置した。夜勤専従の実施はなかった。平日日勤帯は救急外来へ3名、内科外来へ週4日(月・火・木・金の午前)1名ずつ、応援勤務を実施した。病棟稼働率に応じてリリーフ勤務、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13.99日(14.58日)、時間外勤務は月平均4.69時間(3.37時間)となった。

2. 経営に関すること

全診療科、担当医により当該病棟入院を指示された患者・集中治療を要する患者・重症患者・全身麻酔術後患者・17時以降の緊急入院患者を担当し、入院延べ患者数は6,619名(6,478名)、平均在院日6.6日(5.2日)、病床稼働率72.5%(71.0%)であった。科別入院患者割合は、内科・総合診療科2,823名(2,647名)、循環器内科1,289名(1,033名)、脳神経外科225名(253名)、外科597名(712名)、整形外科570名(371名)、救急科212名(382名)、小児科35名(41名)、泌尿器科388名(364名)、麻酔科12名(5名)、眼科42名(41名)、皮膚科19名、放射線科4名となった。入院患者1,475名(1,688名)のうち緊急入院患者は88.0%(82,16%)、当該病棟への転出1,421名(1,410名)、死亡患者63名(55名)となった。深夜帯入院・転入は計143名(226名)、準夜帯入院・転入は計807名(858名)であった。手術後患者受け入れは計483名(652名)、内訳は外科168名(231名)、泌尿器科129名(126名)、整形外科107名(61名)、脳神経外科14名(11名)、脊椎外科19名、眼科42名(204名)となった。地域包括ケア病棟への転棟患者は24名(26名)であった。

3. 看護の質に関すること

(1) 部署目標

1) 高度急性期患者・術後患者・緊急入院患者・救急

患者に専門性の高いケア、患者の特性を踏まえた質の高い看護を提供する。

- ①他職種専門チーム・スペシャリストと協働し、合併症を予防し早期回復に向けた支援を行う。
 - ②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。
 - ③救急・集中ケア領域において、急激に変化する患者・家族へ全人的苦痛の緩和、意思決定支援、予期悲嘆へのケアを迅速に行う。
 - ④専門チームと協働し、療養環境を整え安全な医療を提供する。
- 2) 専門職として自己目標を持ち、看護実践能力を高める。
 - 3) 看護職・学生の指導を通して、自己の能力の向上に努める。
 - 4) お互いが協力し合い安心して働き続けられる心理的安全性のある職場づくりを行う。
 - 5) 病院経営に貢献する。

(2) 固定チームナーシングによる看護実践

2チーム・小集団で看護実践に取り組んだ。Aチームは「せん妄の予防的ケアと早期離脱に向けた援助を行う」に重点的に取り組んだ。前年度より重症病棟に入室する患者のせん妄予防ケアに努め、ICDSCスコアを用いたせん妄の客観的評価、患者へ影響を及ぼす環境要因への配慮、睡眠環境調整、内服薬調整など積極的に取り組んできた。入室患者の多くはせん妄発症のハイリスク状態にあり、重症疾患の影響で長引くせん妄や現状認識の困難さは患者の苦痛を助長していた。このため、クリティカルケア領域でのせん妄ケアにおけるユマニチュードの効果に着目し、ユマニチュードに視点を置いたケアに注力した。患者個々に合わせた声掛けや説明を行い、行動を抑制・禁止するような声掛けを避け、治療に協力を得られるよう関わった。当初は関わりの効果を実感できずケアの手法を見出すまでに時間を要したが、毎月事例を振り返り実際のケアを評価した。対象者100名のうちせん妄予防できた患者は85名、せん妄発症率は15%であった。昨年度のせん妄発症率10%からは増加したが、個々のコミュニケーション技術を振り返

る機会となり、患者に伝える言葉選びや声掛けへの意識が高まった。

Bチームは、「心不全指導にACPを取り入れ、個々の望む人生や生活を尊重した看護を提供する」に重点的に取り組んだ。多様な背景を持つ患者の心不全指導に難渋する事例を多々経験し、より個別性のある指導の必要性を実感していたことから、心不全ステージB・C患者に対し、「私の心づもりノート」を用い患者の価値観を尊重した心不全指導に取り組んだ。看護計画で「意思決定葛藤」を立案し、治療予定や患者の状態に合わせノートを用いて心不全指導を行った。指導開始のタイミングで心づもりノートを患者と共有することは、患者自身が自分の今後を考えるきっかけ作りとなった。患者の人生観や価値観に触れることとなり、一人ひとりが大切にしていることを指導や退院後の生活の目標につなぐ意識が高まった。意思決定は繊細な部分であり、患者の思いを引き出すスキルの獲得に時間を要したが、毎月事例を振り返り、「私の心づもりノート」を活用した関わりが定着した。対象患者72名中44名が目標達成できた。

その他、緊急ACP・ME機器学習・フィジカルアセスメント・医療安全・業務改善・褥瘡の各小集団の計画を立案し活動した。

ME機器稼働実績は、呼吸器25名延べ使用96日、NPPV12名延べ使用24日、HFNC42名延べ使用233日、IABP14名延べ使用55日、ECMO1名延べ使用4日、HD3名延べ使用11日、CHDF6名延べ使用20日となった。

(3) 医療安全対策

インシデント報告は計122件(112件)、薬剤事例38件(32件)、転倒転落21件(20件)、療養上の世話21件(20件)であった。レベル0が10件(12件)、レベル1が30件(28件)、レベル2が57件(48件)、レベル3a・3bが25件(25件)となった。今年度の身体拘束率は16.93%、ライン・ドレーン類に関するインシデントは18件(26件)、そのうち自己抜去は8件(20件)となった。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につながったと推察する。薬剤に関するインシデント報告は増加、マニュアル手順を遵守していなかったこと、用法の知識不足によるインシデントが発生し情報共有した。今年度コードブルー、予期せぬ急変事例に対し適切に行動でき、事故報告はなかった。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整備を継続する。

(4) 看護師のキャリアアップ支援

スタッフ個々のキャリアニーズやプランに合わせた目標設定と年間活動を実践できるよう、業績目標管理に基づく期首・中間・期末面談、随時個人面談を行った。個々の意向を把握し、資格取得や研修参加を促した。院内クリニカルラダー新規認定者はラダーⅠが1名、Ⅱが2名・Ⅱ部分認定1名であった。個々の意向に沿った支援や個々の成長のための支援を継続する。

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

全科の患者を受け入れており、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は増加の一途にありフィジカルアセスメント能力の向上が求められる。次年度はnewsスコアを活用し、客観的指標に基づく評価の定着を図りたい。また多様な価値観や背景を有する患者家族が増加し、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。特に認知症患者においては、意思を表出できないまま代理意思決定により治療選択がなされる場面に遭遇する。引き続きACP・意思決定支援に取り組み、個々の意向を尊重した看護実践を大切にしていきたい。入室患者の重症度は年々低下しているが、ICU機能を有することからME機器の稼働は不可欠であり、常に対応できるよう実践能力の維持を図ることを継続する。

2. 経営に関すること

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。救急外来との連携により、スムーズな救急車受け入れに協力する。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、安心して職務を遂行でき、さらに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を継続する。慣習にとらわれず改善活動に取り組み、働き続けられる職場づくりに努める。

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

2025年4月1日現在で看護職員は、正職員看護師18名、正職員助産師6名、会計年度任用職員看護師2名、看護補助者4名で開始した。6月に正職員看護師1名と12月に1名が産休、正職員看護師が1名認定看護師養成研修に参加した。会計年度任用職員看護師1名が1月中旬より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。時間外勤務は月平均時間1.05時間（3.7時間）、有給休暇取得日数は14.68日（16.31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月平均は101.83名（106.00名）、在院患者のべ数月平均は1011.50名（1022.75名）、平均在院日数月平均は16.28日（15.06日）、病床利用率月平均は87.62%（88.54%）、病床回転率月平均は2.68%（2.79%）であった。緊急入院の割合月平均は、40.83%（38.95%）であった。入院患者の65歳以上75歳未満の患者数月平均は18.5名（20.5名）、75歳以上80歳未満の患者数月平均は13.85名（10.83名）、80歳以上90歳未満の患者数月平均は29.33名（29.42名）、90歳以上の患者数月平均は20.83名（22.00名）であった。重症度医療看護必要度では、必要度基準を満たす割合は①が26.9（20.5）、②が30.53（28.74）であった。A得点平均値は0.45（0.44）、B得点平均値は4.90（4.87）、C得点平均値は0.37（0.34）、診療上の指示が通じるは0.22（0.27）、危険行動は0.24（0.18）、日常生活自立度ランクⅢ以上の患者数は5.33名（5.33名）であった。科別入院患者割合は整形外科50%（52%）、総合診療科16%（24%）、外科12%（10%）、脊椎・脊髄センター1%（6%）、産婦人科3%（3%）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5.76件（8.67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336.25件（397.50件）、せん妄ハイリスク加算29.17件（23.92件）、身体拘束率は4.24%（11.50%）であった。退院支援に関する加算は入退院支援加算327件（301件）、入院時支援加算35件（32件）、総合機能評価加算242件（211件）、介護

支援連携指導料51件（41件）であった。

3. 看護の質に関すること

病棟目標を①整形外科、外科（特に乳腺患者）、総合診療科、産婦人科等の急性期病棟として、質の高い安全な医療・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経営改善活動に参画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。

1) 看護実践の結果

Aチームの小集団活動は、フィジカル、褥瘡、転倒転落グループとして活動した。フィジカルグループでは、目標を大腿骨骨折術後患者の術後合併症の徴候に早期に気付けるような視点で観察し、予期せぬ急変・死亡事例が起こらないとした。術後患者にNEWS 2 スコアを活用し状態観察を行い、中リスク以上で医師に報告し対応した。NEWS 2 スコアを活用することで、経験年数を問わず同じ視点で観察を行い、客観的データから異常の発見・早期対応に繋げることができ、予期せぬ急変や死亡事例は0件で目標達成した。褥瘡グループでは、目標を大腿骨骨折患者の褥瘡発生を予防とするとした。術後1日目には端坐位以上の離床を図る、1日2回以上の皮膚保湿を図る、弾性ストッキングの装着患者の皮膚観察の強化を行った。発赤発生時には早期に対応し、褥瘡発生はなく目標達成した。転倒転落グループでは、目標を大腿骨術後患者で認知症高齢患者の日常生活自立度Ⅲ以上の患者を対象にリハビリと連携し、転倒転落防止のためにベッドサイド環境を整え、レベル3b以上の有障害事象を起こさないとした。術後1日目にリハビリ担当者と共にベッドサイドの環境を整え、個々の状態に合わせてポータブルトイレの位置などを検討し環境調整を行った結果、対象者の転倒件数は0件であり目標達成した。

Bチームの小集団活動は、患者指導、パス、化学療法グループとして活動した。患者指導グループでは、目標を乳がん術後患者に対し、個別性のある退院指導をするとした。リンパ浮腫ケア看護師の退職に伴い、病棟看護師でリンパ浮腫ケアについて知識を深め、パンフレットの見直しを行った。そして、患者と

のコミュニケーションを通し、退院後の生活に応じた個別的な退院指導を行った。パスグループでは、目標をパスの活用を継続し適切な看護を提供するとした。18件パスを活用し、乳房切除に関してのボディイメージの変調に関しての思いを傾聴し、個別指導に繋げることが出来た。化学療法グループでは、目標を安全に化学療法実施することができるとした。血管外漏洩0件、皮膚症状1件と呼吸器症状1件見られたが、早期に対応でき安全に化学療法を行うことが出来た。レジメンに応じて安全に化学療法を行うことができ、目標は達成した。

共通目標の小集団活動は、ACPと業務改善グループとして活動した。ACPグループでは、「私の心づもり」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とした。ACPを導入することで、対象者とその家族が今後どう考えているのか思いを聴く良い機会となった。業務改善グループでは、看護師と看護補助者の連携を図り、業務を円滑に遂行するとした。前半は担当看護師と看護補助者で毎月話し合いを行った。話し合いの中で、看護補助者の意見であったフリーシートの見直しやミスト浴の時間調整、ケアシートや配茶患者のコップの取り扱いなどを修正した。担当を認識するために、朝の朝礼時に看護補助者の業務を発表した。毎月一緒に業務を見直し修正することで業務の効率化に繋がった。取り組みに関しては12月に鳥取県看護協会で発表を行った。

2) 医療安全

インシデント報告件数は113件（85件）、内訳は転倒転落31件（45件）、薬剤事例27件（25件）、療養上の世話25件（20件）、検査3件（4件）、その他4件（3件）であった。レベル分類ではレベル0が2件（4件）、レベル1が27件（17件）、レベル2が70件（54件）、レベル3aが13件（9件）、レベル3bが1件（1件）であった。褥瘡発生件数は月平均0.5件（0.75件）で改善率は月平均83.33%（92.86%）であった。院内スクンテア発症件数は月平均0.75件（0.83件）で改善率は月平均92.86%（87.5%）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2名、ラダーⅡが2名、ラダーⅢが2名、ラダーⅣ部分1名であった。

II 今後の課題

1. 病棟運営に関すること

病棟稼働率や在院日数など、病院より示される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。そのためにも、地域包括ケア病棟の活用や早期より退院支援を行っていく。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。病棟を支えているスタッフ全員が、心身とも健康が保てるよう業務改善を積極的に行う。

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加している。現疾患だけでなく抱えている疾患や生活背景を捉え、その人らしいその人に応じた看護の提供を行う。スタッフは必要な疾患治療について知識を深め、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。今後も常に業務を見直し、効率化を図り、看護補助者とのタスクシェア・タスクシフトによる協働を目指していく。

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22名(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4名で運営を開始した。看護補助者が11月に1名産前休暇を取得した。また看護補助者1名が10月に病気休暇を取得し12月に復帰したが治療に伴う動作制限のため変則勤務(12/17～1/17週4時間、1/18～週2回3時間、3/18～週1回3時間勤務)を取得した。夜勤に関しては夜勤回数規定を超えない範囲内で祝休日3人深夜、遅出勤務を1名配置した。夜勤専従の実施はなかった。有給休暇取得日数は平均14.6日(11.8日)、時間外勤務は月平均時間5.30(6.20時間)であった。

2. 経営に関すること

担当科は整形外科、脊椎外科、脳外科、小児科、総合診療科で、入院実患者数121.3名(130.8名)、平均在院日数16.5日(14.8日)、病床稼働率80.71%(84.4%)であった。科別入院患者割合は、整形外科・脊椎外科51.8%(65.5%)、脳神経外科5.4%(7.4%)、小児科13.6%(3.2%)、総合診療科11.6%(13.4%)であった。重症度医療看護必要度基準を満たす割合は①24.05%②26.91%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8.56件(10.25件)認知症ケア加算の延べ日数269.4件(227.2件)、せん妄ハイリスク加算19.22件(24.25件)であった。

手術件数は、整形外科466件・その内ロボット支援手術17件(431件)、脊椎外科12件(54件)、脳神経外科25件(25件)であった。地域包括ケア病棟転棟患者は71名(65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)185件(119件)、地域連携診療計画加算(脳卒中)22件(16件)であった。大腿骨パス対象者の平均在院日数は、29.8日(31.3日)であった。またロボット支援手術後、回復期リハビリテーション転院希望者6名の平均在院日数は11～14日であり、治療計画どおりに転院した。

3. 看護の質に関すること

1) 病棟目標

(1)整形外科・脳外科・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多職種専門チームと協働し、高齢者の急性期・手術期・回復期・各疾患の病期に応じた安全な医療・看護を提供する

②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

③身体拘束の最小化看護を実践し、三要件(切迫性・非代替性・一時性)に該当しない身体拘束を行わない

④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

⑤看護記録の質を改善する

⑥医療安全マニュアル・感染管理マニュアル・褥瘡管理マニュアルに沿って対応する

(2)働き続けられる職場づくり

(3)経営改善活動に参加する

以上の目標をあげ病棟運営を行った。

2) 固定チームナースング(2チーム制)による看護実践

病棟目標のもとA・Bチームで6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「整形外科マニュアル、TKA・THAパスの見直しを行い術後合併症や回復遅延・重症化することなく退院・転院できる」を重点に取り組んだ。今年度導入となったロボット支援手術について3名が手術見学を実施、チームで学びを共有・勉強会を実施した。中間振り返りから術後1週間はNEWS2スコアにより客観的な急変リスクの早期予測・発見に活用した。NEWS2スコアの悪化事例はなかったが、TKA・THA術後の回復期リハビリテーション転院希望者の6名が術後合併症なく経過し、術後11～14日で転院した。目標②「ACPを聴取し、今後の成果生活を考える機会をつくり、他部門と情報共有し継続的に患者にあった生活支援・退院支援を行う」についてはSPICTに該当した対象者に38名にACPを聴取し、看護計画を立案・患者と目標設定し取り組んだ。その中で身寄りがない認知症の高齢患者の意思決定支援に

ついて、代理意思決定者が不在なため院内の規定に沿って多職種連携し関わった。今後も認知機能の低下が予測され、ACPを含め施設へ情報提供を行った。独居・身寄りのない認知症の高齢患者が増加しており、事例を今後も看護実践に活用する。

Bチームは「記録にかかる時間を減らし時間外発生が6.2時間／月以下となる」を重点に取り組んだ。昨年度の時間外発生要因の一つである看護記録について、(1) 退院支援の記録・カンファレンス時間の短縮、(2) 緊急入院のカルテ入力、(3) 重複記録について取り組んだ。(1) については退院支援に必要な項目のひな形を作成・掲示板へ入力・情報を随時追加・退院支援カンファレンス記録へ貼り付けることで退院支援に関する記録時間の短縮を図った。記録時間調査は未実施だが、アンケートでは「短縮された」が100%であった。(2) については緊急入院当日のカルテ入力項目を設定し、翌日残った必須項目を入力するようにした。また15時以降の入院受けが可能なスタッフを自己申告で決定し、事前に受け持ち人数を調整し、緊急入院受けの体制作りを行った。緊急入院受けはスムーズにできたが、カルテ入力についての周知やスタッフの意識改革までには及ばず4名の実施に留まった。(3) 記録監査・フィードバックにより経過表の活用の意識付けを図った。以上3つの取り組みによりそれぞれ目標は一部達成だったが、時間外は5.30／月と減少につながり成果を得た。

その他「内服セット・与薬準備のインシデント発生の減少」、「高齢者のフィジカルアセスアセスメントを理解し、せん妄リスク要因の回避・軽減を図ることによって身体拘束の最小化・最適化を目指す」、「RSウイルス感染・川崎病の看護マニュアル、手のケアチェックリストを作成し、スタッフが統一した手技・手順で看護実践することができる」について取り組み、それぞれが目標一部達成した。

3) 医療安全対策

インシデント報告は計114件(98件)、その内薬剤事例31件(48件)、転倒転落48件(23件)療養上の世話は16件(10件)、ドレーン・チューブ類2件(4件)、検査11件(4件)、その他6件(8件)であった。レベル0が3件(19件)レベル1が26件(23件)、レベル2が70件(47件)、レベル3a・3bが16件(8件)、レベル5が1件(1件)となった。褥瘡発生件数は月平均1.58件(1.00件)で改善率は77.8%(86.6%)であった。身

体拘束率は8.49%(8.44%)であった。全体の報告件数は増加し、転倒転落が最も増加しているが、身体拘束率は変わらず、身体拘束の最小化・適正化への取り組みの意識づけにつながっていると考える。しかしレベル2.3事例が増加しているため、カンファレンスや事例振りにより転倒しても外傷のない環境づくりの検討が必要である。薬剤について小集団活動で定期的内服セット時の作業環境・持参薬一包化の取り組みにより減少した。しかし発生要因が処方箋の確認不足・指示の確認・把握不足が増加し、新たな課題となった。

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名認定・2名が部分認定、ラダーⅢが1名、ラダーⅣは持ち越しとなった。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が必要である。個々が目標に向かって取り組み達成感が得られ、モチベーションと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

地域の高齢化が進み認知機能が低下している高齢者患者が増加している。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し、手術待機・回復遅延・合併症を起こしやすい。また身体的苦痛や環境の変化、せん妄リスク要因により認知機能の低下、せん妄や混乱を呈し転倒・転落リスクが増大する。そのために多職種専門チームと協働、NEWS2スコアを活用し、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。また生活と人生の視点をもった意思決定支援と、認知症・せん妄ケアにより身体拘束の最小化・適正化に継続して取り組む。

2. 経営に関すること

ロボット支援手術を導入し術後合併症なく予定どおりに転院できている。しかし当院リハビリ希望患者の包括ケア病棟転棟のタイミングの見極めが不足し、転棟時期を逃す事例が複数あった。病院の示す自部署のベッドコントロールを計画的に行い、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、やりたい看護を実践でき、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。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。会計年度任用職員・看護補助者もチームの一員とし協働・タスクシフト・タスクシェアを図り業務改善につなげる。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21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5名の29名で運営開始した。正職看護師1名10月に異動し増員となった。平均年齢43.7歳（41.8歳）、病棟経験平均年数3.0年（2.8年）、年次有給休暇取得（夏季休暇含む）日数は平均16.49日（14.5日）増加し時間外勤務月平均2.91時間（3.28時間）と減少した。

2. 経営に関すること

入院延べ患者数は12,944人（12,027人）、入院患者数1,311人（1,300人）と昨年と変化みられなかった。昨年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予定外の直接入院件受け入れを行い算定要件である、在宅復帰率84.8%（82.15%）・転院割合54.1%（58.3%）・自宅等からの直接入院割合41.9%（35.8%）で満たすことができた。20時までの入院受け入れ態勢は昨年に引き続き継続し直接入院が215人（146人）と増加している。おしどりネットからの入院12人（15人）、レスパイト入院22人（17人）と昨年とほぼ同様の人数で推移した。

退院患者数は946人（946人）で、詳細は自宅等797人（731人）84.2%、老健57人（106人）6.0%、転院48人（38人）5.1%、死亡44人（37人）4.7%、転出患者数は12人（13人）であった。

転入患者数は284人（297人）で、詳細は2階東病棟より36人（29人）12%、3階東病棟より51人（56人）17%、4階東病棟より100人（96人）35%、5階東病棟より30人（30人）10%、6階東病棟より27人（23人）9%、5階西病棟より40人（63人）14%と構成比に変化はみられなかった。

平均在院日数は15.17日（15.6日）であるが眼科を除外すると21.9日（33.2日）、病床利用率は73.9%（73.8%）であった。

診療科別入院延べ患者数は、総合診療科6,204人（5,717人）51.7%（47.6%）、整形外科2,105人（2,764人）17.5%（23%）、眼科1,173人（1,152人）9.8%（9.6%）、外科797（627人）6.6%（5.2%）、救急科296

人（535人）2.5%（4.5%）、循環器内科615人（505人）5.1%（4.2%）、消化器センター281人（247人）2.3%（2.1%）、泌尿器科146人（239人）1.2%（2.0%）、脳神経外科255人（89人）2.1%（0.7%）であった。手術件数は白内障手術487件（437件）であった。

重症度、医療・看護必要度は8%以上基準に対し月平均10%（13.2%）で、2月と3月が基準を満たさなかった。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5件（8件）退院後訪問1件（8件）で退院時共同指導料Ⅱは14件を算定できた。

3. 看護に関すること

地域包括ケア病棟の方針に基づき以下のとおり病棟目標を設定し、病棟運営を行った。

- 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

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

Aチーム目標を①「転倒転落リスクのある患者の特性を理解し専門チーム（リハビリ・認知症ケア回診）と協働して身体拘束に頼らない適切なケアを実践する」活動を行い身体拘束率1.98%まで減少が出来た。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サイドの転倒を4件に減らすことが出来た。②「認知症ケア・高齢者のフィジカルアセスメントについて知識やアセスメント能力を高め、適切な療養環境を提供する」活動では認知症勉強会を行い5件の症例検討ができた。

Bチーム目標を①「同意を得た自宅退院を希望している患者に『わたしの心づもり』を用いて意思の確認を行いチーム内で共有し地域へつなげる」活動を行いわたしの心づもりは25件の使用であった。患者の意思を家族と情報共有29件、地域へ情報提供21件と

退院先の地域へ繋げた。②「ACP・退院支援・認知症ケア・終末期ケアについて病棟スタッフが共通認識できる勉強会を行いスタッフの知識の向上を図り患者の意思決定支援を行う」活動を行いACP事例集から毎月1事例意見交換ができた。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「看護業務効率化を図ることで個々の働き方に応じた業務内容や体制を見直し協力して働き、時間外勤務の削減を行う」業務改善に取り組み、マイワークの導入、会計年度任用職員と看護補助者の業務内容の見直しを行い、お互いが協働できる環境づくりに努めた。その結果時間外勤務時間の短縮となった。

2) 医療安全に関すること

インシデント報告(1/1～12/31)は106件(114件)で、その内訳は薬剤事例が49件(29件)、転倒・転落事例は18件(40件)であった。薬剤では内服に関するインシデントが多く特に持参薬管理・処方に関する内容が増加している。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。療養環境を整える取り組みで転倒転落件数は減少している。

II 今後の課題

1. 病棟運営に関すること

今年度は診療報酬改定の年であり、地域包括ケア病棟算定要件である在宅復帰率・転棟割合と直接入院割合・重症度医療看護必要度を年間を通して算定できるよう外来と一般病棟・医事課と連携し適切なベットコントロールを行っていく。また新しく加算のとれる身体拘束最小化推進体制加算・包括期充実体制加算・地域包括ケア病棟入院料を算定できるよう準備する。病床稼働率80%を目指していたが73.7%にとどまり一般病棟と退院調整の必要な患者を早期に受け入れできるよう情報共有をすすめていく。また、地域に貢献できるようレスパイト入院や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、社会的背景の複雑化から、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。そして他職種・チーム連携を通して個人に合わせた

退院支援を行う。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いので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対応できる体制を整える。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、地域に繋げていきたいと考える。

5 階 東 病 棟

看護師長：和田 真由美

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名でそのうち育児短時間勤務2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4名の33名で運営を開始した。看護師経験平均年数は16.4年、病棟経験平均年数は3.0年(3.2年)、時間外勤務月平均3.84時間(4.57時間)、職員1人あたりの年次有給休暇取得日数14.79日(14.78日)であった。認定看護師教育課程(皮膚・排泄分野)・特定行為研修受講のため6月～3月まで1名出張、6・7月に臨地実習指導者講習会に1名出張、10月に1名と年度末に5名退職、10月～3月と10月～1月、1・2月に1名ずつ合計3名の病休休暇者があり、最大で6人減員の中、勤務者確保に難渋しながら運営した一年であった。

2. 経営に関すること

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、周術期患者の治療・看護を主に担当し運営した。入院延べ患者数は12,460人(12,880人)、実入院患者数は1,803人(1,976人)、平均在院日数は12.06日(11.10日)、病床利用率は81.01%(84.30%)、回転率3.27%(3.58%)であった。科別入院患者割合は外科5,699人(5,627人)で46%(44%)、泌尿器科4,449人(4,401人)で36%(34%)であった。看護関連加算では、人工肛門・人工膀胱造設前処置加算24件(17件)、認知症ケア加算延べ件数2,467件(1,966件)、せん妄ハイリスク加算553件(634件)、褥瘡ハイリスク患者ケア加算28件(18件)、入院退院支援加算211件(231件)、入院時支援加算59件(72件)、総合機能評価加算117件(116件)、退院時共同指導料2は10件(4件)、介護支援連携指導料27件(31件)だった。また、12月にCOVID-19感染症のアウトブレイク(1日あたり最大で19名)があり、入退室制限と入院期間の延長となった。

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)働きやすい5東病棟の環境を作る

(3)経営改善活動に参画する

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) 固定チームナーシング(2チーム制)による看護の実践

病棟目標の下、A・Bチームそれぞれが疾患看護に関する目標を、またその他に療養環境改善、業務改善、意思決定支援、MDRPUに関する目標を挙げ小集団で具体策を立案して取り組んだ。

Aチームは、「前立腺手術を受けた患者が術後の尿失禁時の対応が自立でき、退院後も元々の生活の質を維持できるように支援する」を重点に取り組んだ。まず、メンバーの尿失禁看護に対する認識の意識調査を行い、泌尿器科医師による勉強会を開催、排尿日誌の修正、尿失禁看護基準を作成し、メンバー間で知識の習得と看護の統一化を図った。対象者をRARP、RALP、HoLEPの術後患者で著しい認知機能の低下がない患者に対して介入し尿失禁看護の充実を図った。これにより、患者個々のライフスタイルや生活背景を考慮したケアの実践が行えた。また、泌尿器科担当病棟として尿失禁看護に対するスタッフの関心も高まり、今後長期安静による廃用の進行から排尿障害を来した患者に対する排尿自立支援を目指した看護の展開を目指す。

Bチームは、ストーマ造設患者に対して「入院早期から退院後の生活を見据えて指導を行い、患者家族が具体的な生活をイメージできるよう支援する」を重点に取り組んだ。勉強会を年6回計画し開催、メンバーの知識の習得とスキルの向上を図った。対象者12名に対して介入を行った。ストーマ患者スケジュールを運用することで経験の浅いメンバーのストーマ管理と患者・家族指導への意識づけ、患者・家族の退院後の生活の心構えやストーマ管理の意欲向上に役立てることができた。今年度は緊急でストーマを造設患者が多かったため、スケジュール通りに運用できなかったり指導開始の時期の見極めが難しく、3週間でのスケジュール内で指導を終えることができない症例があった。また、試験外出泊は12例中5例と少なく、退院後の生活を見据えたケアに繋げる

ことが難しかったが、対象者全てに対して退院後の生活で困ることがないよう、外来連携を図ることができた。

その他では、MDRPU発生を防止するためにドレーン・チューブ類が挿入された患者に対して統一したケアが提供できるよう取り組み、メンバーのスキンケアに対する意識とケアの向上と発生件数を減少させることに貢献できた。

意思決定支援向上としてACPに関する知識の習得とケアの充実を図るために、緩和ケア認定看護師による勉強会の開催や事例の振り返りを行い、患者・家族の思いや価値観を尊重した関わりを共有し看護実践に繋げることができた。

療養環境に関する取り組みでは、転倒転落を起こさない、または転倒転落しても身体損傷を起こさないよう患者が安全に過ごせるために、メンバーや主治医、リハビリ担当者とカンファレンスを行って情報を共有、療養環境を検討し整えることに努めた。

業務改善では、職員全員でそれぞれの業務を明確にし業務内容や体制の見直し、協力して働くことで時間外勤務時間の削減に努め、最大6名の職員減少時期もあった中、前年度より時間外の削減に繋げることができた。

3) 医療安全対策

インシデント年間報告件数は、107件(100件)で、その内訳は転倒転落31件(30件)、薬剤事例42件(27件)、療養上の世話15件(12件)、ドレーン・チューブ類9件(18件)であった。レベル分類では、レベル0:4件(9件)、レベル1:25件(26件)、レベル2:62件(53件)、レベル3a:15件(12件)、レベル3b:1件(0件)であった。インシデント報告件数は7件増加したが、レベル0は5件減少、レベル2が9件、レベル3a:3件、レベル3b:1件増加し、有障害事例へ派生しないためにも未然に防げるようレベル0の報告件数を増やす取り組みが必要である。また、昨年度増加したドレーン・チューブ類事例は半減したが、薬剤事例が15件と大幅に増加した。5R、6Rの徹底や病棟薬剤師との連携を密に取ることで防止対策の強化を図ることが必要と考える。

身体抑制率は12.98%(12.43%)と微増し、診療報酬改定に伴い、今後は身体拘束最小化・適正化に向けて引き続き取り組んでいく必要がある。皮膚障害では、褥瘡発生14件(13件)、褥瘡改善率は71.43%(83.34%)、

スキンテア発生件数16件(14件)、スキンテア改善率は95.24%(86.12%)で褥瘡発生件数は横ばいだが改善率は低下しており、皮膚の観察と除圧に取り組む必要がある。またスキンテア発生件数はほぼ変わらないが改善率は向上、特に冬場の皮膚が乾燥し発生しやすい時期の12月～3月の発生件数が0件と皮膚の保湿に努め予防できたことが視えた。

医療関連感染ではCVカテーテル感染が1件(0件)発生した。また、12月に最大19人のCOVID-19患者が発生し感染拡大があったが、職員の感染者は4名にとどまった。1患者1日当たりの手指消毒回数は9.9回(8.1回)と増加し、職員の意識の向上と感染防止対策の遵守を強化する取り組みが実践できた。

今年度はコードブルー件数が5件と前年度0件に対して増加し、全症例に対して振り返りを行い、同じ事例に対して速やかでスムーズに対応できるようスタッフ間で情報を共有した。

4) 看護師のキャリアアップ支援

年3回の個人面接を行い、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:2名、ラダーⅡ部分認定2名、ラダーⅢ:1名が認定された。その他、皮膚・排泄ケア認定看護養成研修に1名、臨地実習指導者講習会に1名、中国ストーマリハビリテーション講習会に1名受講した。また、院外発表として日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術集会へ1名、日本看護技術学会学術集会へ1名、鳥取県看護協会看護研究発表会へ1名それぞれが参加し発表した。

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

外科・泌尿器科・放射線科を担当する病棟として疾患・治療の学習と技術の研鑽を行い、看護実践・患者ケアの充実を図る。急性期・周術期患者の病態を把握し、急変をいち早く察知するためにもフィジカルアセスメント能力の向上とNEWS2スコアを活用し、急変を回避、または急変時速やかに対応できるよう日頃からBLSやICLS等、救急トレーニングができるよう環境を整える。

患者の生活背景やライフスタイル、性格を把握し、術後せん妄患者に対してカンファレンスを行いながら療養環境を整え、身体拘束最小化に努める。

担癌患者に対して、やむなく外科的手術が困難で根治が臨めない患者に対して、患者・家族の思いを汲

み取り尊重しながら、ACP・患者家族の意思決定支援に引き続き取り組んでいく。

患者が安心して退院し、元の生活が送れるよう、診療外来や訪問看護や地域包括等、多職種との連携を強化する。

2. 経営に関すること

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。DPCを意識し主治医へ治療方針を確認し地域包括ケア病棟を活用し、効率的なベッドコントロールを行う。

看護・患者ケアの充実を図りながら排尿自立支援、人工肛門・人工膀胱造設前処置加算が算定できるために必要な研修への参加を促す。

3. 職員に関すること

職員一人一人が部署の使命・役割を理解し、専門職人として自己研鑽を行い、やりがいや達成感を感じ成長・自律できるようキャリア支援を行う。互いを理解し認め合い、声を掛け合って協力し、健康で安心して楽しく働き続けられる場環境づくりに努める。

5 階 西 病 棟

看護師長：岸本 さとみ

Ⅰ 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1名、再任用看護師1名）、会計年度任用職員看護師2名、看護補助者4名で運営を開始した。看護師に関しては、9月より正職員1名病休そのまま1月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名配置し日勤者の時間外対応や準夜のサポートを行った。準夜は2名体制、深夜は安全面を考慮し3名体制とした。有給休暇取得日数は平均12.8日（15.31日）、時間外勤務は月平均8.54時間（7.04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15,067人（15,017人）、平均在院日数は14.0日（13.21日）、病床利用率は86.9%（85.68%）であった。科別入院患者割合は総合診療科42.0%（50.1%）、循環器内科16.1%（12.8%）、消化器センター14.5%（9.3%）、眼科11.1%（11.2%）、皮膚科9.9%（8.9%）、内科4.1%（2.3%）であった。看護に関連する加算は、褥瘡ハイリスク患者ケア加算延べ件数31件（35件）、認知症ケア加算延べ件数4,935件（5,071件）、せん妄ハイリスク加算延べ件数364件（390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369件（394件）、入院時支援加算83件（82件）、総合機能評価加算213件（217件）、退院時共同指導料1件（3件）、介護支援連携指導料42件（35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
- 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チームで8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「心不全患者に入院中から退院後の生活を見据えた指導を行い退院後に外来連携がはかれるような支援を行う」ことをチームの重点目標に掲げ、対象者を心不全と診断された循環器内科患者とし介入を開始した。病棟全体の知識が向上することを目的に、循環器内科医師・心不全看護認定看護師による勉強会を開催した。対象者に対し、セルフケア能力に合わせた看護計画を立案し、心不全手帳を用いた生活指導を中心に看護実践を行った。CST（心臓病サポートチーム）も関わり毎週月曜日チームが対象を選定した上で、多職種でカンファレンスを実施した。対象者は31名、CSTカンファレンスでの介入は24名であった。そのうちの20名は心不全情報共有シートを用いて退院後の関係先へ情報提供を行った。心不全看護認定看護師へ入院後早期の段階で情報を提供し、退院後2名心不全看護外来、24名電話訪問へつなげることができた。また退院後継続看護が必要な患者は、循環器内科外来看護師へ看護計画を継続でき目標は達成とした。

目標②「スキントア発生機序を理解し発生予防できる」ではスキントアの発生を年間20件以下とすることを目標に、対象者を75歳以上の入院時自立度B・Cランク患者とし活動を開始した。スキントアの発生を予防するため、保湿剤の塗布の徹底や皮膚脆弱患者に対し、皮膚保護を目的に四肢ヘストッキネットを装着すること、ベッド柵カバーの設置を実践した。スキントアの発生は10名であり目標は達成とした。スキントア発生者の9割は全身浮腫が強い患者で、外力がかかりスキントアが発生する事案が多くみられた。

目標③「勤務時間内に記録の記入ができる」では午前中に経過表を記入することを目標に、PDAを活用した活動を開始した。PDAの経過表記録は8割で習慣化できたが、PDAの使用のみでは退院支援等の記録ができず、6割の看護師は状況が変わらないと評価した。目標は未達成とし改善策の検討は次年度も必要である。

Bチーム目標①「誤嚥性肺炎パンフレットを活用し、

質の高い看護を提供する」ことをチームの重点目標に掲げ、対象者を誤嚥性肺炎と診断された患者・家族・退院先の施設職員とし介入を開始した。対象者24名に対し個々に合わせた看護計画を立案し看護実践を行った。院内既存の誤嚥性肺炎パンフレットを、対象者24名中20名に使用し、退院時患者・家族・施設職員へ11名（自宅退院5名・施設退院6名）直接指導し、9名は看護情報提供書と共にパンフレットを同封した。4名は死亡され使用しなかった。ACP対象となった患者4名へ「わたしの心づもり」を配布し看護介入を行った。勉強会では言語聴覚士による食事介助とポジショニング、歯科衛生士による口腔ケア手技を計画実施し、病棟全体の知識や技術の向上に努めた。

目標②「有効なポジショニングや除圧を行い、早期から対応することで褥瘡の重症化を防ぐ」を目標に活動を開始した。理学療法士と耐圧調整時の適切なクッションの選択や摩擦を防ぐポジショニングを検討し、患者のベッドサイドに文章や写真を配置することで、メンバー間で体勢を共有した。また理学療法士によるポジショニングや除圧グローブを使用した体位調整の勉強会を開催し知識や技術の向上に努めた。褥瘡発生件数は年12件あったが、今年度は昨年度発生件数19件以下の発生を目標としたため目標達成とした。褥瘡やスキンテア発生は保湿不足や脆弱部分の皮膚保護が不十分なことが要因であった。保湿ケアや皮膚保護が継続できるような意識づけの強化が今後も必要である。

目標③「経過表の観察項目の修正・監査を行い記録の簡素化を図る」では、看護記録形式監査表を使用し、記録を簡素化することを目的に、経過表の観察項目の確認・修正と、経過記録に重複記録をなくすよう取り組んだ。監査の結果、重複記録は見られなかったが、経過表観察項目の確認・修正は45%の看護師が習慣化できていないことが分かり目標を未達成とした。

A・Bチーム共通項目①「身体拘束を最小限にし、適切な療養環境を整える事で転倒転落による有障害事象レベル3a以上を年間2件起こさない」を目標に対象者を入院・転入時、安全保護物品を設置した患者とし活動を開始した。既存の転倒転落ラウンドシートを活用し、対象者に入院または転入後3日間、ベッドサイドでのラウンドを行った。また転倒発生後リハビリ担当者とカンファレンスを行い、環境調整に努

めた。身体拘束については対象者の傍で見守りを実施し、拘束解除時間を設けるなどの試みを行った。しかしレベル3b事例が2件発生し目標は未達成となった。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。

共通項目②「フィジカルアセスメント能力の向上に努める」を目標に毎月会を開催した。循環器・眼科疾患・認知症・消化器に関する勉強会を開催し知識の向上に努めた。急変時の対応について救急看護認定看護師の助言を受け2事例症例検討を行った。昨年週1回の救急カートチェックの抜けが多く、今年度は当番を決め休憩室へ貼り出しチェックの漏れは減少した。

3) 医療安全対策

インシデント年間報告数145件（179件）で、その内訳は転倒転落52件（47件）、療養上の世話36件（40件）、薬剤関連は28件（55件）、ドレーン・チューブ類7件（2件）であった。レベル分類では、レベル0が1件（10件）、レベル1が23件（40件）、レベル2が88件（82件）、レベル3aが31件（38件）、レベル3bが2件（2件）であった。院内褥瘡発生件数は12件（12件）、院内スキンテア発生件数19件（26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。また今年度院内で身体拘束最小化に向けたチーム活動が開始された。身体拘束の評価のテンプレート記入が定着し、職域委員と記録委員を中心に拘束者に対する記録内容の確認とメンバーへのフィードバックを毎日行った。患者の尊厳を守ること、安全と質を担保しながら身体拘束最小化を目指す。

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。院内クリニカルラダー認定者は、ラダーⅠが3名、ラダーⅡが3名であった。資格取得は、認定看護管理者ファーストレベル修了者1名、看護補助者活用推進に関する研修受講者1名、認知症対応能力向上研修修了者2名、臨床スキンテア看護師認定者1名であった。

II 今後の課題

1. 看護に関すること

当病棟は認知症ケア加算延べ件数が403.50件（全

病棟平均261.16件)と院内で一番高い件数を占め、それに伴うように転倒転落や皮膚トラブルが多数発生している。2026年度看護局にコンフォートケア委員会が発足した。病棟で選出された委員を中心に患者にとって心地よい環境づくりをメンバー全員で行うことが目標である。また転倒転落を未然に防ぐ一助として、リハビリ担当者など多職種を交えベッドサイドでの環境調整を行うための体制作りを行うこと、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ことが必要である。患者の意思が反映された生活が送れるよう支援したい。安心して入院し必要な治療が受けられる環境の提供、患者を中心とした退院支援を行うため、専門チーム・外来部門・地域との連携強化が重要となる。

2. 働きやすい職場環境に関すること

共に働く職員を大切にし、共に働く仲間の価値観を認め、多様で柔軟な働き方への転換が必要である。看護補助者との協働の促進と体制整備、看護師の業務改善を推進し、働きやすい職場環境の中、よりよい看護に向けて皆で取り組むことが重要となる。大切なことは人材を人財に育成する力、皆の力を最大限発揮できるような取り組みを考える。

3. 経営に関すること

自部署で実施できる収益に繋がる算定行動を実践する。病棟稼働率85%を保ち、内科系混合病棟として円滑なベッドコントロールを行う。また患者・家族に安全で質の高い看護を提供するため、様々な職種と連携したチーム介入も実施する。次年度は誤嚥性肺炎患者へパンフレットを指導することで取得できる加算の算定を目標に、言語聴覚士との指導体制の検討と実施を行う。

6 階 東 病 棟

看護師長：白築 陽子

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24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3名で運用を開始し、5月に会計年度任用職員看護師1名の増員があった。9月に正職員看護師2名が退職し、部分休業勤務者1名が産休を取得した。10月に正職員看護師1名が他部署へ異動となり、会計年度任用職員1名が配置された。看護職員の実際の人員配置は6.13：1（5.13：1）であった。時間外勤務は月平均5.47時間（3.05時間）、有給休暇取得日数は13.67日（14.85日）であった。

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担癌患者を中心に、総合診療科・眼科など複数科にわたる。在院患者延べ数は10,668人（9,818人）、平均在院日数は17.87日（12.93日）、病床利用率は86.03%（79.20%）、緊急入院の割合は47.44%（33.51%）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が45人（30人）、認知症ケア加算延べ件数が1,903人（1,768人）、せん妄ハイリスク加算延べ件数が260人（303人）であった。退院支援に関する加算算定件数は、入退院支援加算が164件（168件）、入院時支援加算が33件（22件）、総合機能評価加算が84件（77件）退院時共同指導料が3件（3件）、介護支援連携指導料が13件（18件）であった。

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環境づくりを行う
 - (3) 私たちのできる経営改善活動を考え、実践する
- 以上3つの目標をあげ、病棟運営を行った

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

(1) Aチーム目標と実践

入院早期から円滑な退院調整を進め、患者・家族の希望する療養先へ退院できることを目標とし、退院

支援の充実を図った。入退院支援システムフローチャートに沿って退院調整の進行状況を確認し、早期に問題点の抽出を行った。さらに、患者・家族の意向を確認・共有し看護計画へ反映することで、患者・家族の希望に沿った退院支援を実践した。

また、不穏・せん妄症状が出現した患者に対し、生活・排泄リズムを整えることで身体抑制の使用を減らすことを目標とした。チーム内にとどまらず、多職種を交えたカンファレンスを積極的に実施し、個々に合わせた療養環境の調整や排泄支援、入院前の過ごし方を取り入れた生活支援を中心に行った。その結果、認知症患者の身体抑制率は前年度12.93%に対し4.76%へ減少した。患者全体の身体拘束率は2.04%であった。

(2) Bチーム目標と実践

がん患者の価値観（本人の希望、大切にしたいこと、欠かせない能力、支えになるもの、代理意思決定者）に添った看護ケアを提供することを目標とした。意思決定支援ツールを用いて聞き取った価値観を大切にし、残された時間をその人らしく過ごせるよう、カンファレンスで話し合いを行い看護ケアへ繋げた。一方で、価値観を聞き取るスキルには個人差がみられ、メンバー全体のレベルアップが課題として挙げられた。毎月の振り返りでは、STAS-Jによる評価も取り入れ、緩和ケアの質を包括的に振り返った。

また、がん患者が安全な療養生活を送ることができるよう環境調整を行い、希望に沿った行動がとれることを目標とした。病状の進行に伴いADLが低下する中、ベッドサイドミーティングで日々環境調整や安全対策について検討を重ね、危険の回避に努めた。その結果、行動制限を行うことなく、可能な限り患者の望む生活行動を維持することに繋がった。

(3) 共通目標と実践

ケア計画・経過表を見直すことで適切なケアを提供すること、また申し送り時間を厳守することでベッドサイドでの時間を確保することを目標とした。ケア計画の見直しについては、個々の意識が高まり、カンファレンスで確認しなくても修正できるようになった。経過表の見直しについては、チーム会で事例

を提示し振り返ることで改善に繋がった。申し送り時間については、病棟独自の手順の見直しと共有、タイムマーの使用、申し送り順を決めることなどにより短縮を図った。申し送り15分以内の遵守率は前半60%だったが、後半は86.25%に改善した。

また、6東特有の疾患・症状に関する知識・技術を学習し、知識を深め実践に繋げることを目標とし、年間7項目を計画的に学習した。

3) 医療安全対策

年間インシデント報告は154件(148件)、うちレベル3b以上は1件(2件)であった。内容別分類では薬剤事例が60件(55件)、転倒転落が52件(44件)と2項目で全体の約3分の2を占めた。薬剤事例では、内服に関するものが37件と61.6%を占めた。持参薬処方に関する事例も多く、職域委員を中心に持参薬の取り扱いについて周知していく必要がある。また、転倒転落においては、排泄に関するものが23件と44.2%を占めた。がん患者のADL低下に伴うもの以外に、認知症患者の転倒事例が多く、認知症患者への対応能力の向上が課題として挙げた。

皮膚トラブルについては、院内褥瘡発生件数は20件(11件)、改善率42%(50%)であった。原因として安楽体位(頭部挙上>仰臥位)や全身状態不良(浮腫・るい瘦・低栄養)によるものが多く、約半数は永眠数日前の発生だった。患者の状態変化に合わせたタイムリーな体圧分散マットレスの選択、除圧ケア、皮膚観察と保湿の徹底を強化していく必要がある。また、苦痛緩和を促進し長時間の同一体位を回避するよう努める。

4) 看護師のキャリアアップ支援

年3回個人面談を実施し、個々に合わせたキャリアアップ支援に努めた。今年度の院内クリニカルラダー取得者は、ラダーⅡが2名、ラダーⅣが1名であった。また、糖尿病療養指導士資格取得者が1名、認定看護管理者教育課程ファーストレベル修了者が1名、セカンドレベル修了者が1名、ELNEC-J受講修了者が4名、PEACE受講修了者が1名、認知症対応力向上研修受講修了者が2名であった。

II 今後の課題

1. 看護に関して

がん患者の治療期から終末期までを支える病棟として、安全な化学療法、緩和ケア、ACPを含めた意思決定支援の質の向上を継続する。認定看護師や多職

種と連携しながらこれらの看護実践を強化していく。また、認知症患者の増加に伴い、認知症対応能力の向上を図る。さらに、身体拘束最小化、転倒転落防止、終末期の褥瘡予防を強化し、患者の尊厳と安全を守るケアを推進していく。

2. 働きやすい職場環境に関して

質の高い看護を継続するためには、心理的安全性の高い職場づくりが重要である。互いを認め合い、安心して意見交換や相談ができる組織風土の醸成を推進していく。また、看護業務の見直しや看護補助者をチームの一員として協働を進め、業務の効率化と時間外勤務削減を図り、働き続けられる職場環境整備に取り組む。

3. 経営に関して

診療報酬改定内容を理解し、身体拘束最小化や意思決定支援など算定要件を満たす看護実践を継続する。また、治療方針や病状、入院期間を把握し、病棟稼働率を意識した計画的なベットコントロールを行い、円滑な入退院支援に繋げる。

手術室

看護師長：佐藤 雅信

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21名のうち1名が部分休業取得者、9月より出産に伴う休暇のため欠員1名、1月より退職に伴う欠員1名であった。看護師の平均年齢43.9歳(42.8歳)、平均経験年数9年(8.2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145分(189分)77%だった。日勤での延長手術で244分(375分)65%だった。有給休暇取得日数は平均17.03日(15.57日)であった。医療機器の新規購入では外視鏡オーブアイ購入された。

2. 経営に関すること

令和7年度の手術件数3,468件(4,002件)昨年比87%、予定手術3,100件(3,648件)、臨時手術312件(277件)、時間外緊急手術56件(76件)であった。手術件数が増加した診療科は、整形外科1,019件(808件)1.26倍。手術件数が減少した診療科は眼科1,338件(1,892件)、泌尿器科590件(624件)、外科399件(462件)、脊椎外科35件(111件)であった。1日の平均手術件数14.2件(16.3件)、手術室稼働率は午前32.9%(30.8%)、午後42.9%(41.6%)であった。総手術件数から眼科手術件数を差し引いた件数は前年度とほぼ変化なく、今年度の手術件数減少は硝子体注射の実施を外来に移行したことが要因だと考えられる。

3. 看護の質に関すること

令和7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「手術器械の洗浄、滅菌について統一した正しい知識を習得し実践する。ワタキューと洗浄・滅菌業務をタスクシェアする。」とし、内部の洗浄不良を起こしやすい中空機械の洗浄方法

の統一化やオートクレーブの操作手順の指導、BIテスト方法の指導など、ワタキューがしていることを自分たちもできるようにした。また新たに22組のコンテナ組みをワタキューに依頼した。Bチーム「局所麻酔下で眼科手術を受ける患者の術前訪問の効率化を図る」とし、術前オリエンテーションファイルを元に眼科医師にも確認し、見開き1ページの術前オリエンテーションパンフレットを作成。入退院支援室の協力を得て、眼科手術を受ける患者へ面談時にパンフレットを配布。術前訪問時、パンフレット配布患者に対し不十分であった内容や患者の意見、追加で説明が必要だった内容をチーム会で報告した。視力低下や、高齢者も多くすべての症例で有用だったとは言えないが、スタッフの全員が時間の短縮や、説明の効率化を体感することができていた。

【リーダー会メンバー】

師長：佐藤雅信

副師長：中瀬善雄・今井直子

主査：荻原知美・池本美幸

Aチームリーダー：伊井野晶太

サブリーダー：窪田恵

Bチームリーダー：小林圭美

サブリーダー：小泓容子

II 問題点と今後の課題

1. 麻酔科1名減員に伴い、麻酔科外来の運用方法の変更や午前の救急外来担当の変更で対応をしているが、手術調整が難しい状況が続いている。さらに令和8年10月からは、耳鼻科の再開が予定されているが、手術枠の調整を含めた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も引き続き計画的に行っていく。

3. 耳鼻科診療の再開に伴い、耳鼻科手術機械、診療材料、手術手順の整備が必要であるが、現在の手術スタッフで耳鼻科手術の経験者は3名しかいなく、どうやって学習していくか検討が必要である。

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6月に育児休暇から復帰した部分休業勤務者、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階東病棟・6階西病棟(12月以降は5階西病棟)で勤務した。月3回の外来日当直業務を行い、育児休暇復帰後看護師も日直業務を月1回から開始し、月3回の日当直業務に移行した。有給休暇取得日数は平均18.69日(26.88日)、時間外勤務は月平均0.17時間(0.11時間)となった。

透析機器管理は臨床工学技士が行い、年6回の定期点検とコンソール洗浄を毎日実施し、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および透析導入患者で、導入患者は他施設への転院までの間、透析を実施した。導入患者4名(4名)、他疾患治療目的で入院する維持透析患者3名(4名)であった。延べ透析回数54回(32回)、そのうち5回は2東病棟で透析室スタッフが担当し実施した。患者の平均年齢は75.3歳(65.1歳)、入院科別内訳は、内科、泌尿器科、循環器内科、皮膚科、消化器センターとなった。

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人工透析室の使命である。当院人工透析室の対象患者は、導入目的患者、他疾患治療目的で入院する維持透析患者であり、すでに基礎疾患を有しハイリスク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

「シャント造設時より個別性のある指導を行い、透

析が必要な患者へ安全な透析が実施できる」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。シャント増設患者に外来訪問を実施し、シャント血管管理指導や導入期指導を行い、必要時は外来看護師・病棟看護師と情報を共有した。退院調整では、維持透析施設へ情報提供しスムーズに移行できた。また今年度は、予定手術後に透析導入を余儀なくされた患者への関わりを経験し、受容への支援や身体的・精神的苦痛の緩和ケアに携わることができた。さらに、維持透析中患者のCOVID-19罹患を経験し、透析中の症状変化を細やかに観察し、急変を予測しながら安全に治療を遂行する重要性を再確認できた。

透析稼働時は機器の立ち上げからプライミ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MEと協働し、安全に実施できた。インシデント報告は1件で、外来受診時の採血に関連するものであった。

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加している。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習得に努める。稼働減少に伴い、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

導入患者は減少しているが、慢性腎不全のため外来通院継続中の患者、他科治療中の維持透析患者があり、人工透析室の体制維持が求められている。要請時に速やかに対応できるようスキル維持に努める。

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。

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16名(部分休業看護師1名を含む18名)、会計年度任用職員11名を含む27名(29名)で4月スタートした。年度途中、退職者1名と産休1名の計2名の入れ替えがあった。メディカルアシスタントは小児科、内科、眼科、産婦人科、外科、泌尿器科の計6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・木・金曜日に内科へ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。心不全認定看護師は8時間/週活動した。有給休暇取得日数は平均13.46日(14.75日)であった。前年度までの手術室で施行していた眼科硝子体内注射を外来処置室へ変更し、7~10件/日実施した。ESWL装置の更新に関連して午前中のESWL枠が増設された。

2. 経営に関すること

1)外来の1日平均患者数は393.1名(386.7名)で、午前には一般外来、午後には専門外来として、禁煙外来、漢方外来、乳腺外来、胃瘻外来、内視鏡外来、脊椎外科、ACP外来、糖尿病地域連携バス外来、骨粗鬆症外来、ペースメーカー外来、女性泌尿器科外来の診察を行った。女性泌尿器科外来は10月より毎週2診体制で行った。

2)外来診療延長の総時間は7,015分(5,249分)と増加した。その内訳は、泌尿器科2,886分(1,005分)が最も多く、次いで内科1,299分(640分)小児科960分(1,589分)、整形外科735分(1,015分)、外科が435分(185分)と変化した。泌尿器に関しては16時頃の紹介患者が増加したこと、内科に関しては患者数の増加はみられないが前年度まで救急外来に任せていた患者を自科で対応したことが考えられる。

3)看護外来については、リンパ浮腫外来はリンパケア予防指導士の退職に伴い中止となった。新たに心不全看護外来を開設し、4件実施した。そのうち3件は再入院予防につながった。

4)硝子体内注射を入院対応から外来対応へ移行したことにより、外来患者数が増加した。

3. 看護の質に関すること

令和7年度の診療外来の部署方針は以下のとおりであった。

- 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あげ、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679件(456件)、院外65件(87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。チーム活動の中で、意志決定支援係、在宅療養支援係を設け、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した。勉強係を中心に「大動脈解離」「外来での急変対応」について勉強会を開催した。机上での勉強会では理解できていたが、実践が困難な場面がみられており、対策の必要性を感じる。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55件(36件)だった。内容は書類に関することが14件(8件)、処方箋に関すること10件(2件)、患者誤認に関すること9件(2件)、その他が22件(24件)だった。レベル分類ではレベル0が6件(17件)、レベル1が39件(14件)、レベル2が7件(3件)、レベル3が2件(2件)、レベル4が1件だった。レベル4に関しては診察終了後の

廊下での転倒に関連したものだった。レベル0と1が占める割合は、約81.8% (89%)と前年度より低下した。インシデント事例発生時は、当日夕方のカンファレンスと翌朝のミーティングで事例を共有し、対策を検討する事で再発防止に努めた。

接遇に関しては、接遇係を中心に、接遇・待ち時間マニュアルの読み合わせや認知症患者への対応としてユマニチュード勉強会を実施した。待ち時間については、全体患者数が少ないことから予約患者からの苦情は聞かれなかったが、当日受診患者や紹介受診患者に対しては、担当する医師や看護師により長時間の待ち時間が発生していた。

3) については、流動的に応援できる体制を作ることと偏りのない有休取得を目指した。業務整理係を中心に、他科への応援がより円滑に行えるよう、書類の取り扱い方法を全科で統一した。また、応援体制係を中心に、硝子体内注射の外回り介助、ESWL介助、婦人科診察介助、皮膚科処置介助、小児点滴固定に関する勉強会を実施し、硝子体内注射外回り介助に関しては68%、ESWLに関しては52%の看護師が応援実施可能となった。応援依頼が円滑に行えるよう、各科において業務手順の見直しを行った。

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。その結果、診察室の動線による看護師の配置人数やメディカルアシスタントとの協働方法の見直しを行った。また、不要な衛生材料や持ち出し物品の確認を行った結果、持ち出し材料の削減に繋がった。

II 運営上の問題点と今後の課題

1. 外来運営について

1) 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ESWLなど診療体制が変化しており、変化に応じた対応能力が必要。

2) フィジカルアセスメント能力を養い、危険予測を行いながら迅速に対応を行うことで安全な医療・看護の提供に繋げる事が必要。

3) 医師・看護師の外来業務内容と時間を可視化し、効率的で効果的な診療体制の見直しが必要。

4) 医療DXの導入や看護補助者との協働を行うことで、医療専門職が専門性を発揮し、直接ケアや指導

内容の充実を目指す。

2. 看護について

1) 在宅療養支援については、引き続き生活・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。

2) 院内外の多職種、病棟・訪問看護師、入退院支援係との連携を強化し、シームレスな関わりを行う。

3) 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ができるよう看護師個々がスキルアップを目指す。

4) 心不全看護外来の拡充とフットケア外来やリンパ浮腫予防外来の再開を目指す。

救 急 外 来

看護師長：田中 千恵

I 業務の概要 () 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14名（うち再任用職員1名）、会計年度任用職員看護師6名計20名で運用を開始した。11月に1名産前休暇を取得した。また2階東病棟兼務看護師3名、6階東病棟兼務看護師1名応援勤務があった。看護師平均年齢は53.2歳、看護師経験平均年数は27.8年、部署経験平均年数は7.75年であった。救急認定看護師1名（12月再取得）、がん化学療法認定看護師1名（12月取得）、インターベンションエキスパートナース1名、内視鏡技師4名、NST1名資格取得者あり。外来化学療法室薬剤師1名、ニチイ1名（8:30～12:00）が継続運用された。

年時給休暇平均取得日数14.78日（14.08日）であった。平均時間外勤務時間は時間2.44時間/月（1.61時間/月）、オンコールは時間1.60時間/月（1.33時間/月）でいずれも増加した。医療機器の新規購入として内視鏡室が4室に造設に伴い内視鏡機器1台、経鼻内視鏡スコープ2本、直視内視鏡スコープ1本、側視内視鏡スコープ2本購入された。これまで心臓カテーテル検査行う血液ガスは検査室に委託していたが、血液ガス機器の撤退により、救急室のi-STAT（血液ガス機器）を血管室での検査に流用することとなった。

2. 経営に関すること

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部門で運営した。

2025年度の救急搬送件数は2,600件（2,772件）で172件減少した。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。院内トリアージ実施料は969件（1,137件）、救急搬送看護体制加算は1,152件（1,145件）、救急医療管理加算1は3,846件（3,881件）と減少、救急医療管理加算2は4,875件（4,871件）で前年度とほぼ差異はなかった。中央処置室での1日平均採血件数は102件（102件）、1日平均点滴・注射件数は19件（20件）程度であり、前年度とほぼ変わりなかった。外来化学療法件数は、1,927件（1,841件）、肺と外科（食道、膵・胆・肝）、泌尿器科、婦人科を除いてその他の疾患に対する治療件数は増加した。

外来化学療法診療料1,886件だった。

内視鏡室関連検査では、上部内視鏡検査5,707件（5,669件）、そのうち健診での受検者数は4,252件（4,154件）、外来患者数は1,455件（1,095件）、下部内視鏡については1,275件（1,125件）、そのうち外来患者数は990件（960件）と上下部ともに内視鏡検査は増加した。治療ないし治療にまつわる検査においては上下部EMR 555件（549件）、EUS 130件（128件）、ESD 76件（68件）、ERCP 202件（205件）で前年度より増加した。また、経鼻内視鏡件数は1,763件（1,580件）、検診患者への経鼻内視鏡枠を増加したことで患者数増加に繋がった。鎮静カメラ外来患者445件、入院患者98件で上下部ともに鎮静薬を使用しカメラを受ける患者は増加した。

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167件（112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79件（112件）で前年度より減少、PICC挿入件数は33件（29件）、ポート造設件数は30件（25件）で前年度より微増した。

3. 看護の質に関すること

1) 部署目標

(1) 各部門において対象となる患者に対して、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、人間力を身に付け、患者の尊厳と安全を守る看護を提供する（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何でも言い合える、心理的安全性の高い職場づくりをする。

- ②業務・環境改善を行い業務負担軽減に努める。
- ③タスクシェア・タスクシフトを行い、質を保証した、効率のよい働き方を実践する。

(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診療外来と連携し速やかなベッドコントロールを行う。
- ③経費削減を意識し、行動する

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

救部署目標に基づき救急室、外来化学療法室、検査部門でそれぞれ目標立案した検査部門内で小集団グループで各目標を掲げ取り組んだ。

(1) 検査部門：内視鏡チームと放射線チームの目標と実践

【内視鏡治療・ERCP検査において患者が安心・安全・安楽に検査が受けられるために術前術後訪問を行いニーズを把握し得た情報を看護に活かす】の目標に対しスタッフが同じ視点で訪問が行えるよう訪問パンフレットの整備を行った。訪問に行った際にはパンフレットを用い検査・治療の流れ、検査体位等の説明、実際に腹臥位の練習など行った。訪問で得た情報は病棟看護師と共有し連携を図った。

小集団活動では【内視鏡検査で癌と診断された患者、または疑いのある患者に対し多職種と連携し支援をする】を目標に年間計画を掲げ取り組んだ。私のこころづもりノートの読み合わせを行い緩和認定看護師による勉強会で個々の知識を深めた。結果、医師からの病状説明時に患者の様子や思いを記録に残すことができるようになり、各外来や入院病棟への情報提供に繋がっていきえるようになった。

(2) 救急室の目標と実践

【救急搬送患者に対し、安全で安楽な医療・看護を提供する】を目標に取り組んだ。救急搬送患者数2,000件／年以上を維持できるよう看護師と患者の動きを把握すること、救急系の知識向上を図るため4年目未満、ラダー申請者を対象としラダー取得に向けて取り組んだ。救急搬送患者数は目標値を維持できた。救急ラダーに関しては救急係は日替わりのスタッフで運用しており申請者が常時救急受け入れを行えず、時間調整困難のため目標未達成となった。

次年度は年間計画に沿って行動し救急看護の底上げに取り組んでいく。

(3) 外来化学療法室の目標と実践

【外来化学療法を行う患者に対し、安全で質の高い医療・看護を提供する。また、十分に情報収集し、必要に応じて指導を行い、治療継続できるよう支援する】を目標に掲げ取り組んだ。独居や高齢者世帯患者を対象にセルフケア指導を行った。各外来と情報共有を行いながらセルフケア支援を実施した。また、多施設の訪問看護にも協力を得ながらインヒューザー抜針の指導も実施できた。今年度よりACP、意思決定支援に着手し私の心づもりノートを使用し、一緒に話し合いの場を設けた。5人の患者に実施し外来と連携した。

(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」という目標を掲げ業務改善に取り組んだ。中央処置室は効率的な作業動線を考慮したレイアウトへ変更した。整形外科の骨粗鬆薬の種類4、5種類あるなかでイベニティー（1月／月）が一番多く使用されている。イベニティーは冷所から室温に戻すため30分の待ち時間を要する。施行患者の増加に伴い、薬剤部と協議し当日予定分の本数に関しては当日朝薬局より一括受け取り可能とし、早めに室温に戻すことで患者の待ち時間の減少に繋がった。今年度は他部署との連携を強化する目的で診療外来、2階東病棟、6階東病棟とカンファレンスを開催し、その都度意見交換を行いお互いが働きやすい環境が作れるよう取り組んだ。

3) 医療安全対策

インシデント報告件数は46件（40件）で、その内訳は薬剤19件(11件)、検査19件(13件)、ドレーン・チューブ類8件(5件)だった。レベル0は5件(7件)、レベル1は22件(17件)、レベル2は10件(11件)、レベル3abは9件(5件)、であった。前年度に比べ件数の増加と共にレベル1以上の事例が増加した。レベル3abの報告内容はスキントア1件、輸液または造影剤の血管外漏出が8件であった。レベル3aでは血管外漏出事例が多かった。患者の身体条件、血管の発育度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。医療安全に対するアンテナを高く持ち、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、

レベル0事例報告を増やし医療事故防止に努めていく必要がある。

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・看護を実践することが必要である。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次年度もカンファレンスの機会を設け協働していく。外来救急職員としての自覚を持ち、誰でも応援業務が担えるよう、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、意思決定支援に携われるよう、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。外来化学療法患者の増加に合わせ診療料を確実に算定する、診療報酬改定の内容を理解し、医療・看護の実践を行う。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・対応の向上を図り選ばれる病院を目指す。

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を目指す。

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、岩本医師が常駐。午前週1回は院外医師1名、午後は常駐医で対応した。医師の休暇取得時に、谷水医師、久代医師、森谷医師、赤松医師が代診した。婦人科医は4月から週4回院外医師1名、清水医師が5月退職となった。看護局は看護師長1名、正職保健師2名、会計年度任用職員看護師5名（週30時間勤務2名、35時間勤務2名、フルタイム1名）で4月開始した。事務部は正職員1名、会計年度任用職員5名（週31時間勤務1名）であった。臨床検査技師は正職2名、会計年度任用職員1名が5月より育休復帰した。物に関しては、腹部超音波検査機器を1台追加設置した。

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186,104,150円（181,160,305円）、受診者数は人間ドック3,995名（3,731名）、脳ドック586名（438名）、PET-CTがん検診7名（23名）であった。公衆衛生活動収益は49,892,360円（51,380,775円）、受診者数は生活習慣病予防健診592名（511名）、事業所健診539名（550名）、基本・がん検診・その他5,156名（5,279名）であった。今年度は常駐医2名となり1日の受診者数を増、脳ドック増により収益、受診者数が増加した。

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3,947名（3,884名）、肺がん検診4,450名（4,393名）、大腸がん検診4,439名（4,373名）、乳がん検診1,517名（2,083名）、子宮がん検診1,140名（1,590名）。胃がん検診の内訳として、胃カメラ3,769名（3,681名）、胃透視159名（189名）であった。オプションの検査として、胃がんリスク検診75名（118名）、乳腺超音波検査241名（208名）、頸動脈超音波検査196名（144名）であった。すい臓がん検診9名（11名）であった。

3. 看護業務・事務業務に関すること

令和7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経営的視点をもちながら健診事業を拡大し、収益増に貢献する

③業務のスリム化、効率化、タスクシフト、シェアによる業務改善を行いながら、事業拡大における達成感を感じる組織作りをする

以上の方針に準じて、看護局は「肝機能異常の受診者に対して、健診当日に二次健診受診勧奨及び生活習慣改善の指導を行い、行動変容に繋げる」「所見整理の時間を確保、所見整理を効率化し、時間外勤務時間が前半と後半で比較し後半で増加しない」、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「受診者の安全に配慮し、満足していただけるよう専門的知識や検査技術を学習習得し、検査の質を高め、他職種とも協力しながら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、受診者満足度において待ち時間延長に対する意見が多く、総合評価においては90点を下回る結果であった。受診者増による影響と考え、次年度は満足度向上に向けた取り組みが重要と考える。インシデント報告は年間27件、前年度とほぼ同じであった。対策を検討し徹底することで上半期に比べ下半期は減少したが、新規の取り組みでの経験不足、慣れによる思い込みなど要因は様々であった。個々の判断、口頭で他者との確認ではなく、マニュアル、ガイドラインなど統一、根拠のあるものを確認しながら、落ち着いて行動することが次年度の課題と考える。看護局は、肝機能異常に対してツールを使用した保健指導、二次健診受診勧奨は定着した。事務部は、国保、個人ドックの申込みにおいてWeb予約導入が好評であった。検査部は、超音波検査機器追加、育休復帰により業務の質、量の維持ができた。

②では、常駐医2名となり予約枠数を1日30名と設定して収益の増加を目標としていたが、ドックの予約は伸び悩み、がん検診で予約枠を埋めたが600万収益増程度であった。

③では、常駐医も含め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。看護局は、所見整理において業務整理、量的評価により時間短縮に繋がった。事務部はWeb予約を導入、事業拡大に繋がった。検査部は5月から育休復帰により3名体制となり業務の効率化、タスクシフト、タスクシェアができた。夏季休暇取得は全員3日、有給休暇取得日数は最小9日、最大17日、結婚休暇5日であった。時間外勤務は前年度より減少がみられた。

II 問題点と今後の課題への取り組み

①では、次年度は骨粗しょう症検診ほか新事業の取り組みを控えており、健診職員として新事業を理解、運用の構築を担当者を中心に皆で関わり、PDCAサイクルを回す。質の維持向上のために、最新の情報について自己研鑽、センター内で共有しながら個々、組織全体が実践能力を向上し、病院への貢献を目指す。看護局は、所見整理における質の評価が今後の課題。国が取り組みの強化を推奨している生活習慣病、禁煙指導において再度着目し、特定健康診査、特定保健指導とは何か原点に戻り保健指導・二次健診受診勧奨を行う。1名退職のため、異動者の教育体制を構築する。事務部は、Web予約においてコース、オプションの拡大を行う。受診者に応じた対応ができるように工夫し、断らずに予約を調整していく。検査部は、1名退職のため他部署とさらに連携強化し、定期的な話し合いを行う。実践能力の向上及びマニュアル整備を行い、他部署と統一した認識の元で実践、評価を行う。検査待ちなど時間短縮に向けた取り組みを看護局と連携して行う。

②では、次年度は料金を増額しており、ドック控えも懸念される中、後期高齢者健診の復活、婦人科女医が2名となり子宮がん検診予約枠数の増に伴い、予約を断らない方針で収益増、二次健診受診増を目指す。事務部は、4月から予約枠を余すことなく埋めるように予約調整を行う。事務的处理ではなく受診者満足度の向上及び収益増に向けた取り組みを行う。看護局は、当院での二次健診勧奨、当日、新規オプション検査勧奨を行う。午後からの子宮がん検診の体制作りを医師と連携して行い円滑に事業継続する。検査部は、業務調整をしながら中央検査部と業務の兼務を遂行する。個々が経営的視点を持ちながら時間管理を行い、個人、組織で取り組む事は何かを考えて、日々のカンファレンス、会議などで誰もが積極的自

主的に提案、検討、実践、評価を行っていく。

③では、院内でデジタル推進が強化されていく中で、デジタル推進リーダーを中心に業務のスリム化、効率化について誰もが意識して対応できるように能力を養うことが今後の課題。新事業、受診者の増、子宮がん検診の運用変更、人事異動により更なる時間管理が求められる。最小限の業務を抽出し、時にはスリム化して業務調整をしていく。看護局では、常に緊急度、重要度など優先順位を考え、個人ではなく組織の一員として日々、週間、月間のスケジュールを意識して他者に開示しながら行動する。事務部は、事務分掌表に準じて各業務の主査、副査を中心に役割遂行し、マニュアル整理及び活用しながら役割分担、業務を遂行する。検査部では、腹部超音波検査において他部門との連携をより密に行い、質を維持しながら効率よく実践する。引き続き、お互いを励まし合い建設的な思考で意見交換を行いながら実践、振り返りを行う。健診センター職員として個人及び組織の成長を喜び、受診者の満足度向上、健診事業における達成感を感じることが出来る組織を目指す。

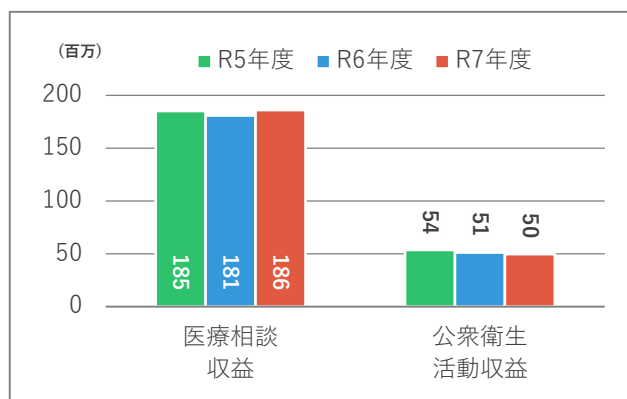


図1 健診種別収益年度比較

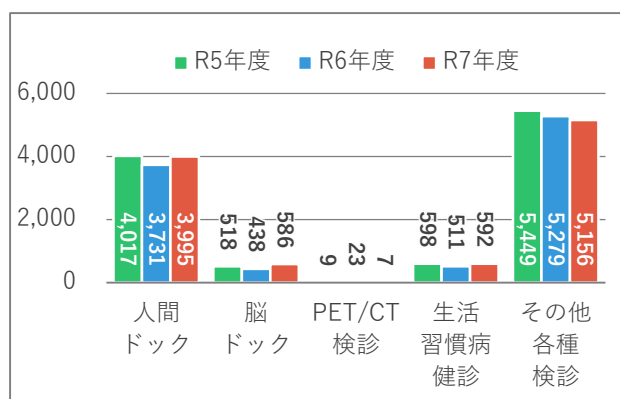


図2 健診種別受診者数年度比較

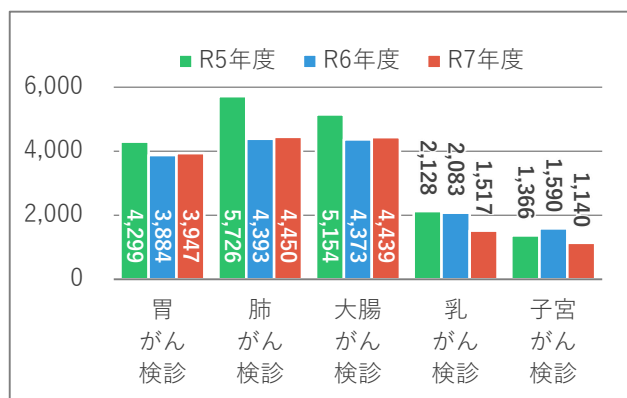


図3 がん検診種別受診患者数年度比較

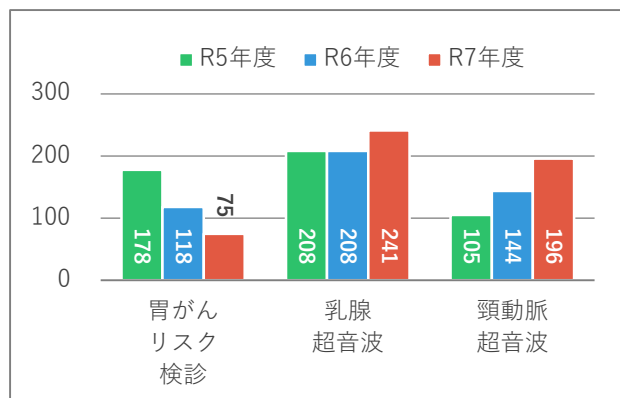


図4 オプション検診受診者数年度比較