

看護部活動年次報告

2021 年度

I. 看護部運営方針

＜北野病院看護部方針＞

1. 看護専門職として、一人ひとりが高い倫理間に基づいた自律的な看護実践を行う
2. 科学的根拠に基づいた安全で質の高い看護を提供する
3. チーム医療メンバーとして多職種と協働し患者中心の看護を提供する
4. 病院職員として病院の健全経営に参画する。
5. 看護専門職として実践・教育・研究の能力を継続的に開発し、組織の発展に努める

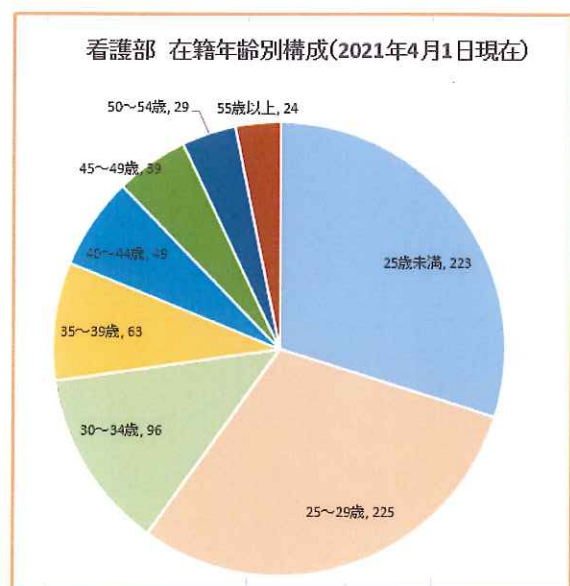
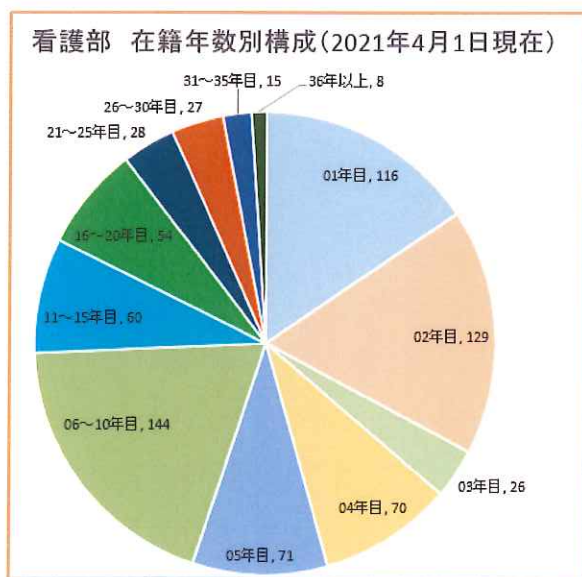
＜看護部目標＞

1. 急性期病院としての機能を果たすために、当院を利用する患者に安全、安心な質の高い看護を提供する。
2. 地域における急性期病院としての機能を果たすために院内外が多職種と連携を強化する
3. 業務改善・労働環境の整備によって、効果的・効率的な看護を提供し、病院の健全経営に参画する
4. 患者の尊厳を護り、患者中心の看護を提供できる自律した看護専門職として成長する

II. 在籍者構成（2021 年 4 月 1 日現在）

○ 平均年齢： 30.9 歳

○ 平均在職年数： 7.1 年



部署別活動報告 2021 年度

I. 部署 地域医療サービスセンター 管理者氏名 亀山 花子

II. 実績

1. 紹介率：68.2%、逆紹介率：146.5%、紹介患者数：13,630 件
在宅復帰率：97.9% 他施設への転院率：5.5%
2. 入退院支援加算 1：6267 件 退院支援加算割合：32.3%
3. 介護支援連携指導料：225 件
4. 退院時共同指導料 2：164 件
5. 保険医共同指導加算：7 件
6. 保険医等 3 者共同指導加算：15 件
7. 地域連携診療計画加算：137 件（パス使用件数：乳がん 60 胃がん 30 大腸癌 46 胃 ESD 1）
8. 相談支援件数：2659 件（入院 2306 退院 353）整形入院前面談 80 件/年 転院患者数：812 件
9. 入退院サポートステーション：入院時支援加算：2156 件 34.4%
CP 活動：院内医療者パス 32 件作成（合計 638 件）医療者パスに準じた患者用パス 13 件作成（合計 356 件）
多職種連携数：医療相談室 75 件 WOC 19 件 認知症ケア看護師 92 件 緩和ケアチーム 75 件
病棟訪問 1130 件
入院前面談を実施した患者を退院まで受け持ち退院支援の介入：5 件
（診療科：脳神経内科 3 件、循環器内科 1 件、泌尿器科 1 件）

III. 部署目標

1. 地域医療室
 - 新規患者の獲得に向けた営業活動への参画
 - 顧客ロイヤリティの向上に向けた業務改善と接遇強化
2. 医療相談室
 - 退院支援の質の向上
 - 連携施設の確保
3. 入退院サポートステーション
 - PFM における外来・病棟間の連携強化による支援内容の充実と診療科拡大

IV. 達成状況と成果

1. コロナ渦における紹介数の低下などは感染状況拡大に伴い影響があった。開業医訪問に関しては、事前に感染状況拡大も予測し、計画的に進めることで新規の登録医数も増加している。今後も市民講座や WEB 講演会など、地域連携強化に向けた後方活動を積極的に進めていく。
2. 退院支援等に関わる数値は、年度末に受け入れ制限の影響もあり支援件数が低下したが、病棟ごとに目標値を設定し、達成に向けた部署との連携が行えていた。看護部入退院支援推進支援委員会とも連携をしながら相談支援に関する教育やアンケートを元に対策を講じることができた。また、整形外科の入院前面談など、入院前からの相談支援介入による在院日数短縮へも貢献できている。
3. 入院前からの受け持ち担当制については、まだ支援数が少ないが介入できてきている。クリニカルパスの修正や新規作成は継続して実施できている。入退院サポートステーション受入れの診療科拡大については、面談担当者人数に応じて拡大している。また、検査説明コーナーの担当者数の拡大も順調に実施でき外来との連携が可能となっている。地域連携がんパスも面談トラブル無く順調に患者数増加となった。他職種連携に関しては、積極的に入院前からの介入依頼を行い、患者に応じた早期連携を図ることができた。

部署別活動報告

I. 部署（ 7階東病棟 ） 管理者氏名（ 橋本 久美子 ）

定床数 （ 38 床） 診療科 （ 産婦人科・乳腺外科・小児科・消化器内科 ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：33.3 人
2. 平均在院日数：7 日
3. 病床利用率：81.8%
4. その他；入院数：1591 件／年（予定入院：901 人、緊急入院：690 人）
手術件数：512 件／年（産婦人科：349 件、乳腺外科：163 件）
化学療法：279 件／年（婦人科：190 件、乳腺外科：80 件）

III. 部署目標

1. 連携をとりながらサポート体制を整え後輩育成を行う
2. レディース病棟として求められる看護の提供が安全に行えるよう改善活動推進を行う
3. 安全な医療の提供が行えるよう、部署で薬剤に関するインシデントの改善をはかる
4. 看護職ラダーの運用開始に向け部署での周知をはかる

IV. 達成状況と成果

1. 7 東病棟では、4 科（産婦人科・乳腺外科・小児科・消化器内科）について主に入院患者の受入れを行っており、それぞれの科の疾患の特徴や治療内容を理解し日々の看護の提供が必要である。そこで、チームで科の担当を決め勉強会の開催や、新たな治療の導入に医師・他部門との情報共有をはかることができた。
知識の獲得や後輩への指導等において小チーム制で取り組みを行ったことで、進捗状況の把握や困ったこと等の相談にも細やかに対応することができた。
2. 業務内容について問題点の抽出をし課題を見直すなかで、看護師・看護補助者・ナイトアシスタントとタスクシフト可能な内容を検討し改善することができた。
また、7 東病棟では産婦人科・乳腺外科で例年約 600 件（50～60 件/月）の手術目的のご入院を受け入れているが、手術に対する不安を少しでも軽減しさらに安心して自宅での療養に移って頂けるよう「手術オリエンテーション DVD」を作成することができた。今後は、DVD も活用しながらさらに個々の患者様への不安の軽減に努めていく。
3. 7 東病棟では「内服薬」についてのインシデント報告書を見直すことで、安全に内服を服用していただいだけ、さらに退院後も内服管理を患者様ご自身で行えるように取り組みを行った。入院後の服用状況の確認方法の統一をはかり、退院後に向けた管理方法の確認を入院早期から行うことで服用間違いが減少した。
4. 看護職ラダー導入に向けた研修参加し準備を行うことができた。

部署別活動報告

I. 部署（ 7階西病棟 ）管理者氏名（ 岩谷 歩美 ）

定床数 （ 28床） 診療科 センター名（ 産婦人科 ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：21.6 名
2. 平均在院日数：5.4 日
3. 病床利用率：85.9%
4. その他；特徴的な指標実績値（手術や検査件数 月平均もしくは年間総数など）
分娩件数 706 件/年
経陰分娩 594 件 帝王切開 190 件
OGCS 搬送 80 件/年

III. 部署目標

1. 産科病棟における COVID-19 の感染対策を講じ、母子の安全を守る
2. 周産期看護の質の向上を目指し安全と安心を提供する
3. 周産期医療の中核施設としての役割を果たす為に院内外の多職種との連携を強化する

IV. 達成状況と成果

1. コロナ陽性妊婦 3 名、疑似症妊婦 1 名・ベビー1 名の入院対応を行った。その都度、マニュアルの改訂を行い、関係者で検討を重ね対応した。電話訪問など退院後のフォローも行い、母子共に身体面、育児状況なども問題なく経過出来た。部署では患者・スタッフ共にクラスターを起こさず経過できた。コロナ対応に伴う病棟編成で、7 階東西合併があったが、業務調整を行い協力しながら、事故なく患者ケアを行うことができた。
2. 分娩ケアは、医師と共に勉強会や振り返りを強化し、吸引分娩関連の裂傷、Ⅲ度裂傷（2.4→0.8%）が減少した。多くなっている遷延分娩に対し、骨盤ケアの強化を行ったが変化がなかった。（11.4%）分娩時の緊急対応、災害時の対応に関してはマニュアルや必要な物品の整備を行い、定期的に勉強会を開催し備えることができた。母乳ケアに関しては勉強会を通して母乳に関する意識が高まり、安易なミルク補足をしない、カップの使用率が増えた。MM カンファの開催のタイミングも見直した。母乳率は 30～40% と維持できた。外来指導は、動画の見直し・作成し直しや教室再開の準備は出来た。
3. OGCS 搬送を病棟理由で断ることはなかった。特定妊婦のピックアップや MSW・外来との連携はできている。産後うつなどの軽減のための取り組みで妊婦のスクリーニングシートを作成・活用をし始めた。誰もが同じ視点をもってスクリーニングができるようになり、見落とし減少や外来・地域との連携が行いやすくなるなどの効果があった。

部署別活動報告

I. 部署（ 8階西病棟 ）管理者氏名（ 福坂 知美 ）

定床数 （ 45 床） 診療科 センター名（ 小児病棟 ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：37.5
2. 平均在院日数：5.6 日
3. 病床稼働率：82.0%

III. 部署目標

1. 小児の複雑化している疾病構造や多様化している小児をとりまく環境を理解し質の高い小児看護を提供する。
2. 医療的ケアを必要とする子供や、支援の必要な子供と家族を地域につなぐために院内の多職種との連携を強化する。
3. 業務改善に取り組むことでヘルシーワークプレイスを実現する
4. 子どもと家族が置かれている状況と最善の利益を守るかかわりができる小児看護の専門職として成長する。

IV. 達成状況と成果

1. 小児の成長発達や、小児特有の疾患に関する勉強会を医師の協力を得ながら実施したり、院内全体の勉強会へも積極的に参加することで虐待に関する学習も深め、小児を取り巻く環境の理解と疾患に関連した看護力の底上げを行った。経験年数の若い看護師も多いが、ペアナースを活用することで安全安楽なケアの実施と互いの成長の機会にすることができた。
2. 医療的ケアを必要としたまま在宅退院される患者様も年々増加傾向にあり、地域連携室のスタッフと協力しながら、他院前訪問も計画していたがコロナ禍の影響で病棟スタッフが訪問することはできなかった。しかし、退院前カンファレンスはWEBカンファレンスなどを活用し、積極的に行うことができ、8西病棟では初めての症例もスムーズに在宅ケアに移行することができた。
3. 業務改善の一環の5S活動では、各グループごとに工夫をして取り組んだ。NO 残業デイトレはとれなかった時は別日に取得するようにして、全員で協力しながら実施できた。タイムリーな記録入力意識して取り組んだが、今後の課題として残された。
4. コロナ禍となり、患者同士の接触が制限される中で保育士を中心に子ども達やご家族のひとときの癒やしや、治療への励みになるように季節に応じたレクリエーションの提供をすることができ、良いフィードバックを頂くことができた。

部署別活動報告

I. 部署（ NICU/GCU ）管理者氏名（ 石橋 明日香 ）

定床数（NICU12床 GCU6床） 診療科 センター名（ 新生児集中治療室 ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：12.2人
2. 平均在院日数：13.7日
3. 病床利用率：73.3%
4. その他：超低出生体重児4例/年、極低出生体重児6例/年、外科疾患7例/年
新生児搬送受け入れ126例/年

III. 部署目標

1. 部署定着を目指した取り組み。
2. 医療安全、地域連携活動に対して問題点を分析し改善活動を考え実践出来る。
3. COVID-19に対応できる部署作り。
4. 拡大工事にむけて適正な人員配置を整え、入院制限をかけることなく安全に稼動開始が出来る。

IV. 達成状況と成果

1. 部署定着に対して：現状把握のため「満足度調査」を行った。「業務量の見直し」の意見が多数あるなかでも記録が超過勤務の理由として多いためテンプレートを作成した結果、記録にかかる時間が減少した。他にも看護ケアに専念できるよう業務整理を行い、看護補助者業務の拡大、薬剤師による点滴作成など次年度にむけて取り組んでいる。

2. 改善活動の実施：医療安全、地域連携ともに問題分析と改善に向けて活動した。医療安全については、ローカルルールから発生する事故を医師とも検討し対象指示の見直しをすることができた。地域連携についてはコロナ禍で面会制限の影響もあり指導が遅れることや指導内容の把握がしづらい現状にあったがパスを作成し運用開始することで必要なタイミングで指導ができるようになってきている。

3. COVID-19 に対する対応：マニュアルをもとにシミュレーションや疑似症対応の経験が出来たため次年度も継続して訓練を行っていく。

4. 拡大工事にむけての取り組み：2022年度の完成にむけて「一瞬一瞬におめでとう」をコンセプトにホスピタルアートの導入を行った。また、NICU/GCU が別の環境となることから人員や機器類の調整、移転のシミュレーションを何度も行うことで、無事入院制限をかけずに稼動することができた。今までとは違う環境のため課題が多々あるなか安全に看護ケアができるよう日々取り組んでいる。

部署別活動報告

I. 部署（ 9 東/HCU ）管理者氏名（ 横山 美穂子 ）

定床数 （9 東 39 床 /HCU 6 床） 診療科 センター名（ 心臓センター ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：33.7 人
2. 平均在院日数：12.0 日
3. 病床利用率：86.4%
4. その他；特徴的な指標実績値（手術や検査件数 月平均もしくは年間総数など）
年間心臓カテーテル治療実績
CAG 370 件、PCI 252 件（うち緊急 61 件）、EVT 105 件
アブレーション 127 件、ペースメーカー等デバイス埋め込み 95 件
（うち電池交換 33 件）
PCI を含む緊急カテーテル検査・治療 134 件
年間心臓外科手術件数：171 件（うち開心術 63 件）

III. 部署目標

1. 業務改善を行い、循環器患者に対し、質の高い看護を提供する
2. 多職種と連携を図り、チーム医療の推進、病床管理を行う
3. 循環器に関する教育の充実、労務環境を整えることで循環器看護師としての成長を支援し定着を図る
4. 看護職ラダーを活用し、看護倫理を意識した患者中心の看護を実践できる看護師の育成

IV. 達成状況と成果

1. 各委員会を中心としたチーム活動を実施した。感染では、ESBL、COVID-19 感染拡大防止にむけ、標準予防策の徹底や患者指導に努めた。また、手指消毒実施状況について、グラフを用いて可視化することでスタッフの意識向上につなげることができた。医療安全については、改善策の浸透と適切な評価を行うことを目標に改善計画書の浸透にむけ取り組んだ。循環器は、高齢患者様が多く入院される病棟であり、患者様に応じた適切な看護ケアを実践するために、患者がみえる記録を目指し記録内容の充実に取り組んだ。情報の整理はできるようになっているが、個別性がわかる記録内容については次年度への課題とする。
 2. 医師、看護師、コメディカルが参加するカンファレンスを定期的実施し情報の共有や意見交換を行うことで共通認識をもちケアに役立てることができている。
 3. カンファレンスの見直し、リーダー業務の見直し等を行い、昨年度より平均超過勤務時間を短縮させることができた。次年度は、かえるナースの定着に向けた取り組みを行うことが課題である。
- COVID-19 感染状況により、開催ができない時期もあったが、定期的に医師や看護師による勉強会や急変場面を想定した ACLS の実技演習を実施することで知識・技術の向上につなげることができた。循環器病棟は急変リスクの高い患者様が多く入院しているが、ACLS の浸透により速やかな対応が実施できている。
4. 北野看護ラダーの申請を実施し、各々の看護実践の振り返りに役立てている。

部署別活動報告

I. 部署（ 9 西病棟 ）管理者氏名（ 北出 順子 ）

定床数 （45 床） 診療科 センター名（ 呼吸器外科・泌尿器科・眼科 ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：37.8 人/日
2. 平均在院日数：8.8 日
3. 病床利用率：37.8%
4. その他 ●手術件数：1018 件 眼科＝617 件 呼吸器外科＝111 件 泌尿器科＝290 件
●看護必要度：平均 37.3%
●インシデント件数：143 件（レベル 3b：0 件）

※データは 2021 年 4 月～2022 年 1 月まで

III. 部署目標

1. 知識・技術を身につけ安全な看護の提供と患者管理ができる
2. 超過勤務の短縮と No 残業 DAY を計画的に取り入れる
3. 看護職ラダー運用開始にともない全スタッフがラダー取得の準備ができる
4. 各委員会メンバーと部署役割担当者が中心となって手順見直しと遵守の取り組み

IV. 達成状況と成果

1. 計画していた勉強会、新人会、チーム会、リーダー会はほぼ実施できた。ただ、コロナによる病棟編成などにより変更点は多かったが、その都度、看護主任、チームリーダーが中心となって医師との調整、日程、内容変更などの調整を図ってくれた。特に、初めて経験する症例や術後の勉強会や日々の業務のサポート体制など医師の協力もあり順調に準備、看護実践に繋がられた。
2. 業務改善チームが中心となって、日々の業務調整、No 残業 Day の取得方法を調整し、超過勤務は平均 9.5 時間から 9.1 時間/月へ削減、No 残業 Day 取得率は約 50%から約 80%まで取得できるようになった。
3. スタッフ全員がラダーの目的、運用を理解し準備を進めることができた。年度末までに全員が各々のラダー申請が済んだ。
4. 各委員会が中心となり各々が関連する手順の見直しと日々の評価を繰り返しインシデント件数は昨年と大きな変化は見られなかったがレベル 3b は 0 件であった。また、コロナによる病棟編成にともない経験したことながい症例、手術に関してパスの作成、術後管理のポイント、患者教育パンフレットなどを各役割担当者が中心となって医師と協力し短期間で作成し安全に看護実践に繋げることができた。

部署別活動報告

I. 部署（ 10 階東病棟 ）管理者氏名（ 澤田真里子 ）

定床数 （48 床） 診療科 センター名（ 呼吸器内科・リウマチ膠原病内科 ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：39 人／日
2. 平均在院日数：14.1 日
3. 病床利用率：86.5%
4. 年間緊急入院患者数：491 人（41 人／月）

III. 部署目標

1. 新型コロナウイルス感染症対策推進と 11 東専門病棟ローテーションへの参画
2. 多職種連携を強化し、部署間の継続看護および連携を図る
3. 定着率の向上、新採用者の離職率の低下
4. 北野病院の看護職ラダー作成・運用開始

IV. 達成状況と成果

1. 昨年度に引き続き 4 月以降疑似症受入を実施。院内の受入体勢の変化に伴い疑似症対応も 10 月で終了となった。今年度対応患者数は 222 名、クラスター発生することなく安全に対応することができた。また院内でコロナ対応病床が開設する際には、2 名時期をずらしてローテーションをしてもらい、呼吸器内科での看護ケアを実践してもらい質の向上、体勢強化に参画できた。
2. 多職種カンファレンスはコロナ禍で開催ができず、必要時メールや個別相談で実施し記録に残し継続できるよう努めた。また面会ができない中で退院調整を行うことが難しく、早めに家族へ連絡を入れ自宅調整の介入をするように心がけた。しかし呼吸器においては家族指導など今までのように頻回に行えない分、在院期間が延びる結果となった。今後も入院時より早期介入を速やかに行いスムーズな退院調整ができるよう継続とする。
3. 新採用者に関しては 6 名中 3 名が個人的な理由（職業選択を誤った等）で引き留める事が難しい状態であった。3 名は定期的な新人会やサポートリーダー等コミュニケーションをとりながら継続している状況で 2 年目を迎えることができた。指導環境が原因の理由での退職者がいなかったため今後も指導環境の調整を行う。
4. 院内のラダー説明会は全体開催ができなかったため、関連資料の提示を行い、部署でファシリテートして確認できるよう準備を行った。今後も申請するためのサポートを継続する。

部署別活動報告

I. 部署（ 10西 ） 管理者氏名（ 橋本 葉子 ）

定床数 （ 46床 ） 診療科 センター名（ 血液内科・腎臓内科 ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：37.2 人
2. 平均在院日数 ：16.7 日
3. 病床利用率 ：85.6%
4. 同種造血幹細胞移植：12 件 化学療法：998 件 輸血：1338 件

III. 部署目標

1. 業務・教育において改善・質の向上に向けて取り組むなかで、成果発表や改善につなげる。
2. 他職種の業務を理解し外来→病棟→外来・地域への早期連携を継続して行える。
3. 労働環境への取り組みを行い、病棟定着を継続する。
4. 腎内・血内クリニカルラダーの運用、看護実践能力を高め看護提供を行う。

IV. 達成状況と成果

1. ヒヤリハット 86 件/年、全体への浸透不足もあるため、ヒヤリハット用紙の確認方法の工夫やタイムリーにカンファレンスや患者ラウンドを実施することで、日々のカンファレンスが継続出来るようにできた。教育について、スノーマンセル導入へ変更しチーム全体で育成・指導を行う事で、スタッフ全員が指導に加わり、新人の進捗状況の確認ができ、日々の指導や調整の統一がスムーズに行えたこと、多角的に新人を評価することができ、より個別性のある指導ができた。また、日勤での相棒を行うことでの、先輩との OJT が実施できより育成にも繋がった。
2. 院内感染ステージに合わせ、他職種カンファレンスを実施し看護の視点や他職種との意見交換が出来、継続看護を図る機会となった。また退院後の生活を見据えた介入が出来るように、医師との協力体制の強化や外来血液浄化センター看護師との連携を図り、透析導入の患者等の情報共有の場となり、患者様の目標や問題点について検討できるようにリーダーシップをとれる場となった。
L T F U 外来 90 件/年実施でき、退院後の Q O L 向上を積極的に支援できた。
3. 業務調整を改善することで、終了時間が平均的に全員終了でき、大幅な超過勤務とならなかった。補助者会を実施することで、看護師との共有事項ができチームとして一緒に動ける機会となった。
4. 各診療科グループにより勉強会開催や患者パンフレットの充実を図る事で患者還元や他職種からのアドバイスを受け、患者指導に充実に繋がった。

部署別活動報告

I. 部署（ 11階西病棟 ） 管理者氏名（ 井下春美 ）

定床数 （ 54 床） 診療科 センター名（ 消化器センター ）

II. 実績（病棟編成後の実績除く）

1. 平均在院患者数：1465 人/月
2. 平均在院日数：8.8 日
3. 病床利用率：88.8%
4. 手術件数：39 件/月（389 件/年）

III. 部署目標

1. 安心安全で質の高い看護の提供（重大事故につながるインシデントを早期に対応）
2. 基本的な日常生活援助をきちんと行い、病床環境の改善を図る
3. ヘルシーワークプレイスを整え、離職防止につなげる（業務改善・チーム活動）
4. 看護職ラダーを活用した看護師の育成（消化器病棟としての看護の質の維持）

IV. 達成状況と成果

1. 年間のインシデント報告は 94 件であったが、前期 71 件が後期は 23 件と件数は減少した。与薬に関するインシデントは新人看護師を多く抱えた 4 月は、稼働率が 92% を超え大変多忙であったことも影響して増加したが、8 月以降激減した。新人が与薬行為を行うことも増え、先輩看護師の確認や監視が強化されたことが原因かと考えられる。また毎週のラウンドカンファレンスや、日々の患者の環境調整の成果も出たのか、転倒転落とデバイス類の自己抜去が格段に減少した。前期に行ったロンドンプロトコールは改善計画書を作成、後期に取り組みも行い、同じような事故は防止できた。感染対策は前期に MRSA の新規発生が同月で 2 件あり、手指衛生の直接観察を行った。遵守率は 82.5% だったため、後期はドレン廃液処理手順について手順チェックを行った。正しい手順での感染防止対策が行えるように定期的な手順確認を今度も継続していく。
2. 環境整備や病室の整理整頓を中心に患者にとって快適で安全な療養環境の提供を目指し、啓蒙ポスターやラウンドチェックなどを実施した。スタッフからは「意識が高まった」などの意見もあったが課題は残った。しかし後期の転倒転落が前期 24 件から後期 6 件と減少がみられた。これは週間業務としておこなったラウンドカンファレンスや、日々の環境調整の成果が出たと考えられる。
3. 年間の年休取得日数は病棟編成までに 5 日以上/年は 100% 取得でき、最終的に 10 日以上取得できたスタッフは 86% いた。グループ活動は感染・医療安全・退院支援・記録・褥瘡対策の取り組みを輪番で行い、他のグループとも協力して目標達成は出来た。2020 年度の離職率は 6.2%（2 名）であったが 2021 年度は 2.8%（1 人）であった。
4. 病棟の経年別人材育成計画書に沿って 4 年目の日勤リーダー夜勤リーダーの独り立ち、2 年目の個室、重症個室の術後患者の受け持ち、1 年目の日勤大部屋 2 部屋、夜勤大部屋 4 部屋の受け持ちまで計画通り実施できた。勉強会は前期予定していた 4 項目に褥瘡、S1 薬剤の管理、退院共同支援・介護支援カンファレンスなどについても勉強会を実施した。上半期院外研修には 1 名参加、Web 研修などはストマケアなどには 10 名程度参加した。スタッフが 1 名、ストマサイトマーキングの資格取得に研修に参加し、修了資格を取得できた。

部署別活動報告

I. 部署（ 11 東病棟 ） 管理者氏名（ 米村 江美 ）

定床数 （ 8～28 床：フェーズ毎で変動あり ） 診療科 センター名（呼吸器内科）

II. 実績

1. 平均在院患者数：15 人
2. 平均在院日数：9.5 日
3. 病床利用率：57%
4. その他；看護必要度Ⅱ87.8%

III. 部署目標

1. フェーズに応じた病床数を確保し、患者に安全、安心な看護を提供できるよう療養環境を整備する。
2. 多職種連携の強化、患者が安心して入院生活ができるよう支援する。
3. 業務の見直し、改善により効果的・効率的な看護を提供できる環境を整える。
4. 患者中心の看護を提供できる自律した看護専門職者として成長するための研鑽を行う。

IV. 達成状況と成果

1. フェーズに応じた病床数を確保し、スタッフの異動もあったが、業務に支障をきたすことなく入院調整が行えた。新たに院内で発症者が発生した場合も病棟内の調整を行い、速やかに専門病棟での治療を開始できるように調整を行った。
11 東病棟における COVID-19 に関するマニュアルは、適宜、修正を加え、他部署でコロナ対応が必要となった際に院内基準とできるように整備が行えた。
2. 病棟カンファレンスを 1 回/週実施し、適切な治療の提供が行えるように調整を行った。
高齢者の入院増加に伴い、ADL 低下が顕著となっており、リハビリの直接介入が開始出来るように調整し、実施できた。転院調整が必要なケースも増えており、今後、早期の介入が実施出来るように入院時からの調整強化が必要である。
3. 申し送り方法の見直しを行い、申し送り時間の半減ができ、カンファレンスの時間など患者ケアへの時間確保に繋がった。
病棟の稼働状況に応じて適宜、他部署へのサポートを積極的に実施するようにスタッフへの支援を行った。
4. 今年度より重症患者受け入れにあたり、COVID 病棟におけるドクターコール手順の作成や腹臥位療法を導入するにあたりアセスメント能力向上に向けた勉強会を計画し、計画的に実施することが出来た。
医療上問題となる患者や家族からのクレームはなかったが、隔離空間に伴う精神的ストレスを訴える患者もいるため、今後、支援方法の検討を行っていく。

部署別活動報告

I. 部署 12階東病棟

管理者氏名 北村 昭子

定床数 48 床

診療科： 耳鼻咽喉科 形成外科 歯科口腔外科

II. 実績

1. 平均在院患者数：39.0 人
2. 平均在院日数：8.6 日
3. 病床利用率：84.0%
4. 手術件数：681 件

III. 部署目標

1. 病院の方針に対応した病床管理・調整の推進
2. 離職率の改善・職員定着率向上への取り組み、推進
3. 働き方改革の推進
4. 看護職ラダーの運用開始

IV. 達成状況と成果

1. 病院の方針に対応した病床管理・調整の推進
 - ①病床稼働（84.0 %）平均在院日数（8.6 日）

コロナ関連で 2 月後半から院内の病床編成が行われた。スタッフの病棟異動も急遽の対応となったが、全員がその必要性を理解し、協力体制を整えることが出来た。
 - ②緊急入院お断り 0 件

複数科で構成されており、短期入院の患者様も多い。入退院調整のタイミングで、他科の緊急入院も積極的に受け入れることが出来た。
患者様の安全の担保のために、他科の疾患や看護について勉強会を開催し理解を深め、病棟間の連携にも力を入れた。
2. 離職率の改善・職員定着率向上への取り組み、推進

3 月末の退職者は 2 名。コロナ禍の厳しい勤務の中でも継続して働き続けられるように適宜スタッフ面談を行った。スタッフ同士のコミュニケーションも取れており、お互いの状況を把握しサポートし合える環境であった。
3. 働き方改革の推進
 - ①超過勤務時間（5.3 時間/平均→前年度より改善）
 - ②年休消化：全員が 5 日以上取得。連続休暇も全取得できるよう勤務調整し、スタッフのモチベーション維持に繋げることができた。
 - ③12 階東西病棟で開始した、ナイトアシスタントの「外来待合室の清掃」を他病棟へも依頼し業務拡大することが出来た。
4. 看護職ラダーの運用開始

コロナ禍でラダー説明会に参加出来たのは一部のスタッフに留まったが、資料配布と視聴に変更、次年度の実戦に繋がられた。

部署別活動報告

I. 部署 12階西病棟

定床数 48 床

管理者氏名 北村 昭子

診療科：整形外科 糖尿病内分泌内科 小児外科

II. 実績

1. 平均在院患者数：42.8 人
2. 平均在院日数：14.8 日
3. 病床利用率：88%
4. 手術件数：613 件

III. 部署目標

1. 病院の方針に対応した病床管理・調整の推進
2. 離職率の改善・職員定着率向上への取り組み、推進
3. 働き方改革の推進
4. 看護職ラダーの運用開始

IV. 達成状況と成果

1. 病院の方針に対応した病床管理・調整の推進
 - ①病床稼働率（88%）平均在院日（14.8 日）

コロナ禍において、患者様の転院先の病床制限で受け入れ不可となる施設が多発したが、患者様の安全を優先し日程調整できた。
 - ②緊急入院お断り 0 件

年間を通して、他科の患者も積極的に受け入れた。整形外科の患者様の入院は手術の関係で当病棟を優先。糖尿病内分泌内科の患者様は、12 階東病棟でフローの協力体制を取り、受け入れを調整した。
2. 離職率の改善・職員定着率向上への取り組み、推進

コロナ禍の厳しい勤務の中でも継続して働き続けられるように適宜スタッフ面談を行った。結果的に 3 月末の退職者は 4 名。自身のキャリアアップを目指した退職などであった。
3. 働き方改革の推進
 - ①超過勤務時間（14.3 時間/月平均⇒前年度より改善）

夜勤者から日勤者への申し送り開始時間を調整し 15 分遅らせた。その時間を情報収集に当て、始業前残業を短縮した。申し送り事項をトピックスや全体の情報共有のみとし、無駄を省いた結果、申し送り時間の短縮に繋がった。
 - ②年休消化：全員が 5 日以上取得。連続休暇も全取得。スタッフのモチベーション維持に繋げることができた。
 - ③12 階東西病棟で開始した、ナイトアシスタントの「外来待合室の清掃」を他病棟へも依頼し業務拡大することが出来た。
4. 看護職ラダーの運用開始

コロナ禍でラダー説明会に参加出来たのは一部のスタッフに留まったが、資料配布と視聴に変更、次年度の実戦に繋がられた。

部署別活動報告

I. 部署（ 13 東 ）管理者氏名（ 川合 紘美 ）

定床数（48床） 診療科 センター名（ 脳神経内科・脳外科（神経センター）皮膚科 ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：42.4 人
2. 平均在院日数：14.3 人
3. 病床利用率：88.3%
4. その他；脳深部刺激療法（DBS）10 件/年、収束超音波治療（FUS）は、2021 年 3 月から開始し、62 件/年、DBS 埋め込み後の電池交換は、18 件/年、2022 年 1 月には、L ドパ持続経腸療法も開始した。

III. 部署目標

1. 神経内科・皮膚科患者だけでなく、他科の患者の受け入れの調整を行い、受け入れるからには疾患・処置の理解を深める。
2. （神経難病）患者と家族の立場にたち、院内外の連携を密に行い、退院支援を行う。
3. 13 東病棟で働きたいと思える環境づくりとスタッフの定着
4. 北野キャリア開発ラダーの理解と取得の準備が出来る

IV. 達成状況と成果

1. 今年度は本態性振戦とパーキンソン病の新たな治療として、収束超音波治療（FUS）と L ドパ持続経腸療法（LCIG）が開始された。初めて行う為の準備と治療の理解などに取組み、退院支援を実施した。また、2021 年度はコロナ禍ということもあり、神経内科の患者だけでなく、他科の患者の受入も積極的に受入を行い、術後管理や化学療法なども行えるようになった。タ神経内科だけでなく幅広く、多岐にわたる疾患を経験することができ、個々の自信にもつながった。
2. コロナ禍で入院してくる神経内科の患者は、在宅での生活が困難になった場合などが多く、またコロナ禍で面会が出来ないことで、患者の状態把握がつかめず退院調整に時間を要することもあったが、オンラインでの退院前カンファレンスなどを活用し、退院支援につなげることが出来た。また、意思決定支援についても、患者や家族、多職種とも連携をとり、支援につなげることが出来た。
3. 病欠 3 名・異動者 6 名・新人 9 人含む 31 名の看護師の配置（1～3 年目が 52%）で開始した。経験値が浅く、不慣れな処置や検査が多く、また介助量の多い入院患者いたため、超過勤務が平均残業時間 9 時間 35 分となり、前年度と比較し約 2 時間 47 分増加する結果となった。スタッフの定着という観点で、先輩看護師のモチベーションを維持するために、Good Job カードの活用し、スタッフの出来たことを褒めたことで、やる気につながった結果、2 年目以上の退職を 2 名に留めることが出来た。しかしその反面、新人の離職が 66%と高くなった。面談を計画的に行い、コミュニケーションを取っていたが、新人の描く理想が高く、現実との溝を埋めることが出来ないケースが多かったため、新人教育に関しては次年度の課題である。
4. 北野キャリア開発ラダーの理解をまず管理者が行うこと、そしてスタッフにわかりやすくかみ砕いて説明し、自分がどのラダーを取得するのか、個々のレベルを知り、理解を促すことを実施した。2022 年度上期で、各自のラダーの取得を目指す。

部署別活動報告

I. 部署（ 13 西 ） 管理者氏名（ 元田 直輝 ）

定床数 : 41 床（一般病床 32 床・SCU9 床）

診療科：脳神経外科・脳神経内科

センター名（脳神経センター・脳卒中センター）

II. 実績

1. 平均在院患者数：13W 26.8 人 SCU 8.8 人
2. 平均在院日数：13W 16.4 日 SCU 19.1 日
3. 病床利用率：13W 89.2% SCU 98.5%
4. 手術件数：339 件/年（全身麻酔 265 件）

III. 部署目標

1. 安全・安心で質の高い看護の提供のために、改善活動に貢献する。
2. 質の高い医療・看護の提供とスムーズな退院支援のために多職種との連携を強化する。
3. 働きやすい職場環境をつくり、スタッフのモチベーションを向上し、提供する看護の効果・効率を高める。
4. 倫理的配慮をもって対応し、患者中心の看護を提供できる看護専門職として成長する。

IV. 達成状況と成果

1. 退院時の忘れ物や転室時の荷物の混同などの事例が複数発生し、私物管理や病床環境整備に課題が見られたため、改善活動として、退院時チェックリストの改訂や、複数の目による病床環境ラウンドの実施を行い、改善に努めた。
2. 多職種と連携し、曜日ごとのカンファレンスが定着。（水曜：退院支援カンファレンス、木曜：NST カンファレンス、金曜：リハビリカンファレンス）コロナ禍でも参加する人員を人選し、可能な限り、開催に努めて、情報共有や多職種での検討を継続した。
3. 働くスタッフ全員にアンケートを実施し、申し送り時間の短縮や、医師との連携業務の効率化を図り、改善することで、スタッフのモチベーション向上に努めた。
4. 週 1 回の身体行動制限カンファレンスを年間を通じて、継続した。また、症例検討会を開催し、事例を複数振り返り、倫理的に振り返る機会を作ること、日々の行動や態度を客観的に振り返って、意識向上に努めた。

部署別活動報告

I. 部署（ 14 東病棟 ） 管理者氏名（ 古谷 久美 ）

定床数 （ 26 床 人間ドック 4 床含む ） 診療科 センター名（ ）

II. 実績

1. 平均在院患者数：15.4 人
2. 平均在院日数：8.4
3. 病床利用率：59.2%
4. 1 日平均患者数：13.9 人

III. 部署目標

1. 特別病棟としての機能を果たすために、改善活動を積極的に推進し、安全・安心で質の高い看護を実践する
2. 業務改善により効果的・効率的な看護を提供し、病院の健全経営に参画する。
3. 【地域包括ケアシステムにおける機能推進】 多職種連携を強化し、患者を中心としたチーム医療の充実を図る。
4. 看護職ラダーの作成と運用を開始することで、患者中心の看護を提供できる自律した看護専門職者として成長していく。また教育体制を整え、スタッフが健全に職務につけ、部署への定着化に繋げる。

IV. 達成状況と成果

1. 特別病棟としての意識を高めるため、業務の振り返りを役割別に実施し、改善活動を実施することができた。患者様の希望に添えるよう情報の共有に努めることができた。感染対策も、手指消毒、遵守率 62.5%と上昇し、委員会中心に感染対策に取り組むことが出来た。また、当部署では全ての科が入院対象となるため、計画的に勉強会を開催し、知識を深め、安全で安心した、質の高い看護提供に繋げる事が出来たと考える。外部に向けては、積極的に研究活動も行い、院内研究にて発表する事が出来た。
2. 5S 活動の取り組みに力を入れ、診療サービスのコンシェルジュさんと協働し、接遇の勉強会等実施し、スタッフの接遇に対する意識付けに繋げることが出来た。
3. 退院カンファレンス定期的に実施され、新人から全ての看護師が積極的に参加し、継続看護に繋げる事が出来た。退院カンファレンスの実施が、退院調整の取り組みに繋げ患者様やご家族が希望される、移住環境の調整にも繋がったと考える。
4. ラダーの導入取り組みとして、取り組み方法についての研修に参加し、集合研修に参加出来なかったスタッフには、動画、伝達講習にて教育を実施する事が出来た。ラダー I、II のスタッフから、申請に向けての資料作成に個々に取り組むことが出来た。

部署別活動報告

I. 部署（健康管理センター）管理者氏名（ 古谷 久美 ）

定床数 （ 床） 診療科 センター名（健康管理センター）

II. 実績

1. 日帰りドック数：3002名（前年より18%増）
2. 一泊ドック数：750名（前年より3%増）
3. 脳ドック数：696名（前年より15%増）
4. 心臓ドック：10名（前年より400%増）
5. 企業健診：456名（前年より9%増）
6. 職員健診：2470名

III. 部署目標

1. 改善活動を推進する事により、健康管理センターの機能・サービスの質の向上を図り、利用者満足度が上がる
2. 院内外が多職種と連携・協働し、利用者中心のサービスを提供できる。
3. 業務の見直し、業務改善を行い、効果的・効率的な看護を提供できる。またスタッフの定着化を図り、利用者の満足に繋げる。
4. 自律した看護専門職者として成長する看護ラダーの作成と運用

IV. 達成状況と成果

1. 健診センターでは、病気の早期発見と、予防医学の提供を行っている。利用者が安心して健診に来られ、また継続的に利用して頂けるよう対応していく必要がある。スタッフの対応、検査の内容等も大きく関わる事になる。お客様満足度調査を実施し、改善出来る事に対しては検討し改善することができた。インシデント報告からは、クレーム8件であり、待ち時間、スタッフの対応等の指摘があり、案内の改善、スタッフ教育のための接遇研修への参加を実施した。また、コンサルジュ業務を開始し、問題点について、検討し改善できる点は早急に対応し、他職種にて情報を共有する事ができた。
2. 異動者が定着するよう、教育計画に沿った導入を行い、部署理由での退職者は0に抑えることが出来た。
3. 既存のマニュアル見直しを実施し、業務の見直しを行い、業務の効率化を図ることができた。禁煙外来のスタッフ育成を行い、新たに2名のスタッフが、関わっていくことができるようになった。
4. 時間制限あるスタッフが多く、研修参加が出来ない現状があった。しかし、動画での研修もあり、視聴にて参加することができた。

部署別活動報告

I. 部署（ICU 病棟）管理者氏名（大西 泉）

定床数 （8床） 診療科 センター名（集中治療部）

II. 実績

1. 年間入室患者数：642 名
2. 平均在院日数：2.27
3. 緊急入院患者数：138 名
4. 病床利用率：63.4%
4. 重症 COVID 入室患者数：22 名（8 月～3 月）

III. 部署目標

1. 改善活動の推進（褥瘡発生やインシデント発生を減少させる活動と院内サポート）
2. 病院の方針に対応した病床管理と調整（救急部や手術部との協働とスムーズな受入）
3. 離職率の改善と職員の定着率向上（中途退職者を出さない取り組み）
4. 新型コロナウイルス感染症対策の推進（COVID 担当病棟との協働）

IV. 達成状況と成果

1. 褥瘡発生 1 件・MDRPU 発生 1 件と前年度と比較して大きく減少した。インシデント件数の合計は減少している。内容によっては、重篤なアクシデントになる可能性があるため、日々のカンファレンスで振り返り、全体で共有することを行った。院内サポートを積極的に行い、そこで 1, 2 年目などは看護ケアの習得の機会となった。合計 714 件のサポートを行った。

2. 8 月から、重症 COVID 受け入れを開始するために、準備、病院の方針の理解など、全員で話し合いを繰り返しながら、トレーニングを行い、完全な感染対策をできるように計画した。緊急入院数は 40 件。ICU 一般病床の稼働率は 90%を超える月もある。全体 COVID 病床も含めた稼働率は約 60%であった。

3. 各チームで活動を行い、目標は達成できている。教育方針も計画されており、院内認定制度の項目の取得や、事例検討の発表会など看護ケアを振り返る機会を設けている。成果発表や QC 活動など、活発に参加している。中途退職者は 2 名であった。年度末の退職者はなし。

4. 前期は、COVID の学習のために、COVID 受入病棟へ出向していたが、8 月から ICU での重症受け入れが開始され、病院の方針に従い、立ち上げから実際受け入れるまで環境、教育、スタッフ調整などを行った。2 年目看護師の教育を開始している最中であり、全員で COVID 重症患者のケアができるよう調整している。

部署別活動報告

I. 部署：中央手術室 管理者：島本真弓

定床数：ルーム 11 ベッド 12 診療科：15 科

II. 手術実績

今年度の手術総数は 7152 件であった。

内訳は、眼科手術と眼科以外の総数は表の通りであり、前年比と比較すると、3-7%減少した。

全身麻酔下の手術件数は年間 2980 件であり、

目標である月平均 300 件に対して、平均 248 件/月と目標到達はできなかった。

それらの要因は、COVID-19 の感染拡大により 1 月に BCP が発令されたことが影響と推測する。

	総数	前年度比
眼科	2787 件	-7%
眼科以外	4553 件	-3%

III. 部署目標

1. 術中看護の質の向上を図る

褥瘡発生の症例のリフレクションを行い、適切な観察と看護の提供ができる。

2. 術前後訪問の見直しを行い、患者満足を促進する

術前外来の環境整備と mirrel(手術室電子カルテ)情報記録の整備を行い、カンファレンスを充実させることができる。

IV. 達成状況と成果

1. 褥瘡発生は 25 件、前年度は 53 件であり前年度比較約 62%減少であった。褥瘡発生の多かったパークベンチ位の症例件数が減少したことも関与したと考えられるが、勉強会の実施や報告手順の見直し、具体的な除圧法の周知などスタッフ全体の知識・意識の向上が図かれ行動変容に繋がったと評価する。

2. 術前外来のブースを変更したが、患者が麻酔科と看護師外来を受診するタイミングについても、SMC と意見交換を行いその都度改善が行えた。小児に関しては、緊張緩和を目的に、術前ブース内の飾り付けや、手術の流れがわかる動画を作成し視聴するなど待機環境の整備を行った。

mirrel の術前訪問記録内容について検討しリプレイスの完了と術式の看護パスの追加修正を実施した。環境整備を得て、下期からは、看護計画を立案した患者を対象に術後訪問を行い、終礼で実施した看護の評価を全体に共有を行うことができる。来年度は、患者個人にあった看護の実施と記録・術後のアウトカム達成の評価を行い、術中看護の評価を全症例で実施できるよう取り組んでいく。

部署別活動報告 2021 年度

I. 部署 救急部 管理者氏名 (亀山 花子)

フロアー：処置室 2 室 (陰圧室・一般)・初療室 2 床・リカバリーフロアー 10 床 診察室 3 室

職員数：看護師 29 名 看護師長 1 名、看護主任 2 名、看護師 27 名、看護補助者 2 名

II. 実績

1. 部署運営状況：救急部 (発熱外来含む)

2021 年 度		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	平均
来院	成人	1331	1332	1188	1287	1297	1209	1067	979	1118	1879	1605	1290	1299
入院		514	529	505	495	507	445	427	438	411	387	304	335	441
(%)		38.6	39.7	42.5	38.5	39.1	36.8	40.0	44.7	36.8	20.6	18.9	26.0	34.0
救急搬送		694	690	700	767	805	666	754	712	780	729	502	553	696
入院		264	258	248	260	256	224	227	243	214	212	169	185	230
(%)		38.0	37.4	35.4	33.9	31.8	33.6	30.1	34.1	27.4	29.1	33.7	33.5	33.0
来院	小児	524	564	518	438	407	328	358	350	409	424	246	345	4911
救急搬送		175	161	171	124	114	84	124	111	122	123	61	99	1469
入院		176	173	181	146	124	101	100	116	121	100	44	70	1452
CPA		11	5	4	5	9	10	5	2	16	9	15	12	103
不応番		218	180	96	122	138	130	83	91	98	183	400	220	163

III. 部署目標

1. コロナ渦でも救急部看護師として必要な知識・技術の向上を図り、安全・安心で質の高い看護を提供する
2. 救急受入体制の再整備による新規入院患者数の増加
【目標】・救急車搬入台数 700/月、救急入院率 35%以上 ・救急部の役割を理解し、他部署・多職種との連携を強化する
・救急隊へのヒアリングに基づく救急搬入自体の増加策の検討 電話対応の徹底接遇強化
3. 倫理的視点を養い、患者中心の看護を提供できる自律した看護専門職として成長する
4. 働き方改革における労働環境の整備を行う (働きやすい職場への業務改善とタイムマネジメント)
5. COVID 疑い患者に対して、適切に対応することができ、クラスターを起こさない。

IV. 達成状況と成果

1. スタッフ全員の BLS・ACLS 取得。勉強会に関しても毎月開催 (YouTube 配信を活用)。虐待報告件数は昨年より増加し、チーム活動での成果が見られている。
2. 救急車台数は、取り組みとして救急隊へのアンケートを行い、搬送件数が目標数値を上回る結果を継続して出すことができた。また、救急隊からのクレームも減り関係性の構築やスタッフのモチベーション向上にも繋がった。
3. 倫理チームを中心にカンファレンスの開催定着や、患者対応や職員や救急隊への接遇も改善が見られ感謝の言葉を頂いた。IC はできる限り重症軽症を問わず入る仕組みも構築し定着してきている。
4. 感染に関するマニュアルに関しては、常に ICT と相談しながら変更を重ねることで、変化に応じた対応策がとれていた。離職に関しては 10%以下。超過勤務に関しても目標達成。年休取得に関しても計画的に取得出来ている。
5. 十分な感染対策のもと本年度も 1 人も感染者なく対応でき、一人一人の意識と対応策の結果であると考えている。徐々に感染の増減に関わらず社会情勢の変化にスタッフ自身が対応でき、患者対応でも救急部としての役割が果たせていたと考える。

部署別活動報告

I. 部署（放射線科・内視鏡）管理者氏名（ 清水 里香 ）

診療科 センター名（低侵襲治療センター）

内視鏡検査室：5室【2022年3月より1室増床】リカバリー：8床【2022年1月より増床】
テレビ室：3室/カテ室：3室 放射線科全般（撮影室）CT室（2022年2月より本館地
下一階に増設）MRI室/新館 2021年4月より本格的OPEN（2021年4月より運営開始）

II. 実績

【2021年度 低侵襲治療センター実績】						
本館治療・検査 内視鏡 分野	2022 年度 総数	前年度 比較			2022年度 総数	
	上部	8186 ▲126	血管内 治療分野	循内	971	PCI：342
	下部	4408 ▲1128		脳外科	157	血管内手術：70
	胆膵分野	1509 ▲104		放射線・腎内	199	
	呼内分野	323 ▲12		消内		* ▲減少
新館治療・検査 2022.04.01から 開始		新規 照射 患者 数	照射件 数	RALS新規 患者数	小線源 治療	初診 診察
	放射線 治療分野	5088	10	36	381	3136 6869
	FUS	62	2021、4月～			
	PET	845	2021、4月～			

後期はCOVID-19の影響下もありやや減少傾向にもあるが外科的治療前の縮小手術症例や局麻下内視鏡下手術として確立し症例数増加に繋がっている。また小児分野での内視鏡治療が全麻下で実施導入済み。

III. 部署目標

1. 低侵襲治療を安全・安心できる環境調整を行ない患者に提供することができる(医療安全管理体制の強化含む)
2. 新館運用・本館改修への対応：運用開始となった新館・放射線部の円滑な運用のために、安全・円滑な移転と運用開始に向けて関連部署・職種と協働取り組み
3. 新型コロナウイルス感染症対策推進
4. 看護職ラダーの運用開始：低侵襲治療の理解し、各分野での看護専門的知識・技術の習得ができる専門分野の看護師として自律することができる（原理原則に基づいた看護実践および教育環境整備）

IV. 達成状況と成果

1. 前年度よりさらに低侵襲治療センターとして各科の医師やコメディカルと様々な調整がスムーズに出来た為、医療安全管理体制としての強化ができ、レベル3a以上事象は発生なく達成
2. ほぼ予定通りの期間内での改修から協働できるまででき達成
3. クラスタ発生を起こすことなくスムーズな受け入れができている
4. 教育計画に基づき、各部門担当者を配置しており、係の担当者を中心にマニュアル改訂を行い、日々の看護や治療の介助などはスムーズに行えている。新人や中途異動者にも統一して教育環境が提供することができた

部署別活動報告

I. 部署（ 血液浄化センター ）管理者氏名（ 江口 美華 ）

定床数（31床：2022年1/31より20床）

診療科 センター名（腎臓内科・血液浄化センター）

II. 実績

1. 年間透析件数：6403件（年間外来透析件数：3136件、年間入院透析件数 3267件）
2. 腹膜透析件数：173件
3. 腎臓病指導外来：392件
4. 透析予防外来：45件
5. 導入期指導：17件
6. 腹膜透析患者病棟ラウンド：107件

III. 部署目標

1. 改善活動を積極的に推進し、安全・安心で質の高い看護を提供する。
2. 労働環境を見直し、ヘルシーワークプレイス（健康で安全な環境）を整え、やりがいのある働きやすい職場を目指す。
3. 自律した看護専門職として、高い倫理観に基づいた看護を実践する。
4. 関連部署・職種との連携を強化し、円滑な移転と運用を開始する。

IV. 達成状況と成果

1. 透析前後の体重測定インシデントが発生する根本原因を分析し、CEと連携を強化、体重測定のルールを決め、ルールの定着を図り、適切な体重測定が実施できるようになった。活動内容はQC活動を通して院内スタッフへ発信。新規患者のカンファレンス開催や透析初回記録の充実を図り、病棟への継続看護に繋げる事が出来るようになった。また、病棟と連携し、導入期指導の充実を図り、患者が不安なく透析にのぞめるように支援した。
2. 外来患者の入室時間を早め、退室時間に沿って遅出コードを変更、勤務終了時間の前倒しを図り、翌日勤務までの休憩時間延長に繋げた。また、日勤コードのスリム化を図り、透析開始時に勤務者数を多く配置し、超過勤務時間の短縮が図れるようになった。計画的にリーダー看護師や看護師外来指導者の育成を実施。
3. 患者カンファレンスやワンフロアにおける患者への倫理的配慮についてカンファレンスを開催し、各自の看護観や倫理観を見つめ直す機会となった。主体的に院外研修に参加し、知り得た知識の還元に努め、部署全体の知識の向上が図れた。
4. 移転により31床→20床へと減少となる為、医師・看護師・地域連携と調整を図り、外来患者17名の転院調整を実施。フロア面積も狭くなる為、ベッド配置やスタッフ・患者の動線を想定しながら、人員や物品配置を検討し、1/31安全に移転する事ができた。移転後、運用しながら業務内容の見直し、各種マニュアルの修正を実施。

部署別活動報告

I. 部署（ 化学療法センター ） 管理者氏名（ 江口 美華 ）

定床数（26床：2022年1/15より34床）

診療科 センター名（全診療科対応・化学療法センター）

II. 実績

1. 外来がん化学療法年間実施件数：6654件
2. がん患者指導管理料3実施件数：52件

III. 部署目標

1. 改善活動を積極的に推進し、安全・安心で質の高い看護を提供する。
2. 労働環境を見直し、ヘルシーワークプレイス（健康で安全な環境）を整え、やりがいのある働きやすい職場を目指す。
3. 自律した看護専門職として、高い倫理観に基づいた看護を実践する。
4. 関連部署・職種との連携を強化し、円滑な移転と運用を開始する。

IV. 達成状況と成果

1. がん患者指導管理加算を取得できるように環境や体制を整備し、加算取得件数の増加を図る事ができた。各種パンフレットを修正・あるいは新たに作成し、患者指導時に活用。薬剤部・医療機器メーカーと連携し、インフューザーポンプの小型化を実現させ、患者のADL拡大や満足度の向上を図る事ができた。また、薬剤を限定し、閉鎖式ルートを導入。導入後のトラブルも見られず。今後、対象の薬剤を増やしていく予定。
2. 各スタッフのWLBや患者数の時間帯の推移に沿って勤務体制を整備し、患者の待ち時間短縮や超過勤務時間の短縮が図れた。固定チームナーシングを継続。専任看護師・認定看護師と連携し、定期的に患者カンファレンスを開催し、内容を看護記録に残し、外来や病棟への継続看護に繋げていった。
3. ワンフロアーにおける患者へのプライバシー配慮について定期的に倫理カンファレンスを実施し、患者に対する倫理的配慮への意識を高める事ができた。毎月、勉強会を実施。勉強会内容は看護実践で活かし、患者に還元する事が出来ている。関連ある研修はメールにて案内。スタッフ全員が主体性を持って、院外研修に参加し、知識を深める事が出来た。
4. 移転により26床→34床へと増床され、フロアー面積も広くなる為、ベッド配置やスタッフ・患者の動線を想定しながら、人員や物品配置を検討し、1/15安全に移転する事ができた。移転後、運用しながら業務内容の見直しを実施。

部署別活動報告

I. 部署（ 外来 A ブロック ） 管理者氏名（藤井 明美）

診療科：呼吸器センター（呼吸器内科、呼吸器外科）、腎臓内科、血液内科
心臓センター（循環器内科、心臓血管外科）、糖尿病内分泌内科センター
消化器センター（消化器内科、消化器外科）、感染症科

II. 実績

1. 年間外来患者数：呼吸器内科 24,459 名（初診患者数 2,359 名）、呼吸器外科 4,133 名（初診患者数 330 名）、腎臓内科 15,691 名（初診患者数 860 名）、血液内科 9,368 名（初診患者数 517 名）、循環器内科 21,501 名（初診患者数 2,455 名）、心臓血管外科 1,413 名（初診患者数 139 名）、糖尿病内科 18,522 名（初診患者数 1,386 名）、消化器内科 35,970 名（初診患者数 3,953 名）、消化器外科 11,534 名（初診患者数 735 名）
2. 看護外来
糖尿病看護外来：外来受診件数 1,791 件/年（延べ） 収益 2,848,700 円
禁煙外来：外来受診件数 150 件/年（延べ） 収益 280,140 円
ストマ外来：外来受診件数 493 件/年（延べ） 収益 1,156,200 円

III. 部署目標

1. 改善活動の推進
2. 離職率の改善、職員定着率向上への取組み推進
3. 看護ラダーの運用開始
4. 地域包括ケアシステムにおける機能推進

IV. 達成状況と成果

1. 新型コロナ禍において、各スタッフが感染予防対策を徹底し、環境整備・5S 活動の推進により外来での感染拡大はなかった。血液内科の移転に伴い、多職種と運営について調整を行い、安全に移転することが出来た。年間のインシデント報告は、レベル 3 b 以上は 0 件/年、患者誤認 0 件/年であった。
2. 年休・夏季休は、各スタッフが年間を通して重ならないよう希望を出し、配置調整やサポート体制で目標の年間取得率は達成できた。新規配属者への支援体制を計画的に行い中途での退職者はいなかった。外来 AC ブロックの連携は、計画的に配置し連携は出来たが、新たな連携スタッフの育成には至らなかった。
3. 北野キャリア開発ラダーは、全員が説明会やナーシングスキルでの視聴を終え、ラダー取得の運用について理解した。現在、各自が申請の準備段階にある。
4. 外来看護師の役割として、IC に同席し、必要に応じてリソースナースの介入を依頼し、連携を取りながら継続的に介入を行った。入院時は病棟へ情報提供し、退院時は病棟 C F への参加や情報提供を受け、外来での継続看護へつなげることが出来た。また入退院 S S、地域医療と連携を行い外来診療、入院がスムーズに行えるよう協力体制がとれている。

部署別活動報告

I. 部署（外来 B ブロック） 管理者氏名（ 篠原 和子 ）

診療科：乳腺外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、小児科、小児外科、精神神経科
ワクチン外来

II. 実績

- 年間外来患者数 88,336 名 平均 7,361 名/月
乳腺外科：14,251 名 小児科：29,402 名 小児外科：2,937 名
泌尿器科：14,710 名 耳鼻科：18,887 名 精神科：8,149 名
- 初診患者数 12,590 名 平均 1,049 名/月
乳腺外科：1,084 名 小児科：5,229 名 小児外科：1,534 名
泌尿器科：1,632 名 耳鼻科：2,718 名 精神科：393 名
- 緊急入院患者数 1,932 名 月平均 161 名
乳腺外科：45 名 小児科：1598 名 小児外科：74 名
泌尿器科：86 名 耳鼻科：129 名 精神科：0 名
- ワクチン外来 接種延べ人数：2,132 名 収益：36,102,890 円

III. 部署目標

- 病院と看護部の方針に応じた改善活動の実施とその成果を評価し成果発表で報告・共有できる
- 離職率の改善・職員定着率向上への取り組み推進
- 看護職ラダーに基づき各自の目標を明確にしキャリアアップにつなげることができる
- 地域保活ケアシステムにおける機能推進と地域、他部署との連携強化

IV. 達成状況と成果

- COVID-19 感染対策を念頭に診療科毎に年間目標を設定し、業務改善や手順書の追加修正を行いながら、安全な外来診療・看護が行うよう取り組んだ。QC サークル活動として「電話取り次ぎ時間短縮に向けての改善」に多職種で協働して取り組み、一定の効果をあげ活動報告を提出した。
- 離職理由のひとつに超過勤務による負担があると考え、超過勤務の削減に取り組んだ。主に小児科スタッフの超過勤務に偏りがあったため、時差出勤の導入とサブメンバーの育成による応援体制を強化した結果、超過勤務の短縮につながり（昨年度 6.3 時間/年→6.0 時間/年）、年度末の退職者はゼロであった。また異動希望もなく、定着率の向上につながった。
- 北野キャリア開発ラダーのパイロット病棟として年度内に 4 名のラダー認定と 6 名の申請を終えることが出来た（77%）。各自の年間目標に沿った研修（主にオンライン）を受講できた。
- 入院・退院後を見据えた看護介入に向けて入退院サポートステーションとの連携を調整した。病棟との連携件数は平均 39 件/月であり、昨年度（12.7 件/月）より増加した。業務改善により外来看護業務に関わる時間が増加したことは考えられる。

部署別活動報告

I. 部署（ 外来Cブロック ） 管理者氏名（ 藤井 明美 ）

診療科 ：眼科 産婦人科

II. 実績

1. 年間外来患者数：眼科 18,765 名（初診患者数 2,380 名）
産婦人科 27,369 名（初診患者数 2,818 名）
2. 骨盤ケア外来：17 件/年

III. 部署目標

1. 改善活動の推進
2. 離職率の改善、職員定着率向上への取組み推進
3. 看護ラダーの運用開始
4. 本館リノベーション計画に基づき、安全・円滑な移転と運用開始に向けて関連部署・職種との協働

IV. 達成状況と成果

1. 眼科では、電子カルテの眼科システムに関連したインシデントを防ぐため、運用の見直しを他職種も含め検討し改善することが出来た。また眼底造影剤検査の安全な実施のため、アレルギーリスクのチェックの徹底、医師と情報を共有することで、インシデント発生はなく、救急外来へ搬送件数も 0 件であった。また、3 月のアイセンター移転のため、多職種と連携し準備を行い、無事アイセンターがオープンできた。
産婦人科は、周産期システム運用に関して協議を重ね、4 月に導入予定。
2. 安心して働ける職場づくりとして、休みを計画的に平等にとれるよう、1 年分の休み希望をオープンにし、調整した。突発休暇やコロナによる隔離のための出勤停止などあったが、外来ブロック全体でサポートし合い、外来診療に影響はなかった。年休平均取得は 12.6 日/年（昨年度 13.8 日/年）であった。超過勤務は、外来診療の終了時間によって影響があるが、昨年度に比べ残務時間が延長していたため、12 月より遅出スタッフのスライド勤務を実施し平均残務時間 5.8 時間/月→3.8 時間/月に短縮できた。ACブロックの連携は、計画的配置を行ったが、連携スタッフの新規育成には至らなかった。
3. 北野キャリア開発ラダーは、全員が説明会やナーシングスキルでの視聴を終え、ラダー取得の運用について理解した。現在、各自が申請の準備段階にある。
4. 眼科のアイセンターへの移転に向けて、事務部門、ITシステム部門、物品管理課、医師、視能訓練士、看護師との定例会を実施してきた。3 月に無事アイセンターがオープンできた。今後は運営しながら不具合発生に対して対応していく。

部署別活動報告

I. 部署（ 外来 D ブロック ） 管理者氏名（ 篠原和子 ）

診療科 神経センター（脳神経内科、脳神経外科）皮膚科 整形外科 形成外科
リウマチ膠原病内科 歯科口腔外科 看護外来（リンパ浮腫外来、フットケア外来）

II. 実績

1. 年間外来患者数 81,787 名 平均 6,815 名/月
脳神経内科 13,510 名 脳神経外科 11,132 名 皮膚科 15,299 名 整形外科 14,678 名
形成外科 6,415 名 リウマチ膠原病内科 14,870 名 歯科口腔外科 5,883 名
2. 初診患者数 12,894 名 平均 1,074 名/月
脳神経内科 2,524 名 脳神経外科 1,498 名 皮膚科 2,678 名 整形外科 2,533 名
形成外科 1,534 名 リウマチ膠原病内科 974 名 歯科口腔外科 1,153 名
3. 緊急入院患者数： 907 名 平均 75 名/月
脳神経内科 293 名 脳神経外科 275 名 皮膚科 67 名 整形外科 110 名
形成外科 32 名 リウマチ膠原病内科 130 名 歯科口腔外科 0 名
4. その他；看護外来
リンパ浮腫外来：外来受診件数 188 名/年（のべ） 収益 1,096,260 円
フットケア外来：外来受診件数 144 名/年（のべ） 収益 740,100 円

III. 部署目標

1. 病院と看護部の方針に応じた改善活動の実践とその成果を評価し、成果発表等で報告、共有ができる。
2. 労働環境を整備し、離職を防止する。
3. 運用開始となる北野キャリア開発ラダーに基づき、各自の目標を明確にしキャリアアップにつなげることができる
4. 新館運用開始、本館改修に際し他部署と協働し、安全・円滑に移転、運用できる。

IV. 達成状況と成果

1. COVID-19 の感染状況に対する院内規程に基づいた外来運営と診療科毎の目標に対して計画的に業務改善を行った。リウマチ膠原病内科の移転受入れに際しての取り組みを QC 活動として報告することができた。
2. 労働環境整備として超過勤務や年休消化の均等化や勤務負担の軽減を挙げ、計画的な年休消化と業務改善による各スタッフの担当診療科の拡大に取り組んだ。担当の診療科と外来患者数増加により超過勤務は微増（平均+0.5 時間/月）したが、スタッフ間のばらつきは改善傾向が認められた。
3. パイロット病棟として 2 名認定、4 名が申請を終了した（50%）。各自の目標管理にキャリア開発を挙げ、必須のオンライン院内研修受講率 100%、院外研修・学会もオンライン参加を中心に半数が参加することができた。
4. 昨年度末移転した歯科口腔外科の本格稼働、6 月のリウマチ膠原病内科の移転に伴う外来診療業務の変化に柔軟に対応できるよう多職種で連携した。リウマチ膠原病内科の移転は大きな問題なく終了し、リウマチ膠原病内科患者 12538 名（6 月～2022 年 3 月）と歯科口腔外科患者昨年比+1035 名、計 13573 名の担当外来患者が増加したが、外来診療・看護を滞りなく継続できた。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（乳がん看護） 認定看護師 氏名（ 田中 敦子 ）

II. 実践（実績含む）

【主な看護実践】

- ・乳腺看護相談外来（2日／週） 相談件数：302件／年
- ・乳腺外科回診 プレストカンファレンス参加（1回／週）
- ・がん相談支援センター 面談件数：20件／年
- ・初期治療から終末期まで、治療や社会生活等も含めた意思決定支援
- ・診断告知や再発告知時に同席し、継続したフォローや連携
- ・治療や有害事象に関する情報提供（標準的乳がん治療、補整下着、Wig等）やセルフケア指導（化学療法、自壊創処置等）

【外部講演、発表等】

- 2021.10 「ページニオの適正使用と看護について」座長 @近畿BCNネットワーク会
2021.11 「看護論文の解説」 @日本がん看護学会（乳がん看護分野勉強会）

III. 指導

- ・看護実践モデル：日々の看護実践を通し、患者への説明や指導をスタッフと共に実践
- ・指導パンフレット等の改訂に関する指導
- ・がん看護研修（がん関連専門/認定看護師と協働開催）2回／年
- ・看護研究のサポート

等

IV. 相談

- ・看護師からの相談
困難事例等に対する介入方法やキャリアアップに関する相談 等
- ・他職種からの相談
リンパ浮腫、補整下着の選択、脱毛時のケア、遺伝や妊孕性について、自壊創セルフケア指導や意思決定支援、療養環境の調整等

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（ 感染管理 ） 認定看護師 氏名（ 米村 江美 ）

II. 実践（実績含む）

COVID 病棟における COVID-19 対応に関して、全般的に対応を行った。エビデンスに基づいたマニュアルの整備や遵守状況の確認、フェーズ毎に変動する病床数に応じたゾーニングの変更を行い、ローテーションをしてきたスタッフへの教育体制の整備を行った。

院内において、新たに COVID-19 を受け入れる部署に対しても介入を行い、安全に対応できるようにスタッフの指導も含め対応を行った。

コロナ渦のため、これまでと同様の感染対策リンクナース委員会を開催することが困難であったが、必要な感染対策を考慮し院内ラウンド実施に向けた環境調整を行い、実施時の支援を行った。各部署へ半期毎に遵守率のフィードバックを行い、病院全体の遵守率の可視化を行い、改善案の検討を依頼し、改善状況の確認および改善に向けた介入を行った。

III. 指導

- ① COVID 対応におけるスタッフにむけた研修（講義および実技含む）
- ② 委託業者に対する研修を開催
- ③ 各部署の感染リンクナースが立案した目標に対して支援
- ④ 院外研修

IV. 相談

医師・看護師・コメディカルからの感染管理に関する相談を受け、対応を行った。必要時、各部門間の調整を行い、院内感染防止対策が円滑に実施出来る環境と整えた。

コンサルテーションは、80 件程度／月であった。内訳として、主に COVID に関する感染対策に関することや感染症（疾患）、職業感染に関することが全体の 8 割程度であった。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（皮膚排泄ケア） 認定看護師 氏名（佐藤恵美子、釘宮真紀、松本忍）

II. 実践（実績含む）

褥瘡対策委員会、褥瘡対策チーム、リンクナースのスタッフと協働し、褥瘡予防対策に関わる情報提供や病棟ラウンドを行った。感染対策のため最小限の人数でのラウンド、メールでの共有を行った。褥瘡発生率は 0.64%、MDRPU（医療関連機器圧迫創傷）発生率は 0.68% となり昨年度より低下した。褥瘡ハイリスク患者ケア加算算定件数は 1381 件/年であり、それぞれに患者介入を行った。持込み褥瘡では深い褥瘡が多く、入院後速やかに治療を開始し、定期的な褥瘡の評価を行い多職種での介入を行った。褥瘡にかかわらず院内の創傷ケアに対し予防的・治療的ケアを実施した。ストーマケアでは術前から退院後も継続してケア介入を実践した。排尿ケアでは、排泄物による皮膚障害や自己導尿指導、導尿のタイミング設定など実施した。特定行為研修修了者による、特定行為実施件数は 203 件/年あった。

III. 指導

新人対象の研修では、入院患者に対する褥瘡危険因子の評価、褥瘡予防のための体位変換とポジショニングが実施できることを目標に部署単位での研修を企画、OJT での支援を行った。中堅層の看護師対象では、院内の褥瘡発生傾向をふまえ局所ケアや褥瘡以外の皮膚障害についての研修を実施した。褥瘡対策委員会では、これまでの褥瘡ケア研修に追加して、経腸栄養による下痢対策についての研修を企画した。各職種が担当し短時間で講義を行い 3 回/年実施した。さらに学びたい看護職を対象に褥瘡ケア研修を 2 回/年実施した。

IV. 相談

院内外の医師、看護師からの相談件数は、381 件であった。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（ 集中ケア ） 認定看護師 氏名（ 祖開 智史・
高木 優子 ）

II. 実践（実績含む）

生命の危機的状況にある患者のケアを行う上で、できる限り侵襲を少なくし早期回復できるようにアセスメントを行い、看護ケアを行った。また、PICS - F の概念が昨今言われる中、患者だけでなく家族も患者と同等の精神的苦痛を受ける事を考え、家族へのモバイル面会の推進や関りに重点を置いたケアを行った。呼吸ケアチームや RRT としても、横断的な活動を行った。

III. 指導

1, 病棟スタッフ指導

集中ケアが必要な患者のケア方法の共有とアセスメント能力向上のための教育。
実践の中で行ったケアを振り返り、経験値の構築と指導できるスタッフの育成。
スタッフが部署勉強会を開催できるように支援を行った。

2, 院内看護師指導

フィジカルアセスメント研修、BLS 研修、急変時対応研修、呼吸ケア研修など開催。

3, 外部指導

フィジカルアセスメント、急変時対応研修インストラクター実施。

IV. 相談

自部署の看護師からの相談が多く、集中ケアの必要な患者のケアについての相談が多かった。また、カンファレンスを行い意見交換など行った。

他部署から、人工呼吸器装着中の患者のケア、急変時対応（BLS、ACLS シミュレーション）、ドクターコール後の振り返り、集中ケアが必要な患者のケア、COVID-19 重症患者管理などの相談があった。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（緩和ケア） 認定看護師 氏名（長谷川美里 楠本雅美）

II. 実践（実績含む）

- ・緩和ケアチーム活動として、チームメンバーと協働し定期的にラウンドを実施した。
緩和ケアチームの介入件数は 357 件、新規介入患者は 215 名であり、症状緩和や地域連携・意思決定支援など継続的に介入を行った。
- ・緩和ケア外来は医師と協働し患者支援を実施。受診患者は延べ 38 名であり、必要時緩和ケアチーム介入やがん相談での継続支援につなげた。
- ・がん相談支援センターでの患者面談の実施。541 件のがん相談に対応し、必要時多部門との連携を行った。
- ・意思決定支援を要する患者に対し、適宜病状説明の場に同席。その後カウンセリングを実施し、心理・社会面での患者支援を実施した。そのうち、がん患者指導管理料イを 39 件、がん患者指導管理料ロを 165 件算定した。
- ・化学療法センター、放射線治療センター、入退院サポートステーションで緩和ケアスクリーニングを実施。1846 名の患者に対しスクリーニングを実施し、内 112 名の患者と面談実施。適宜継続介入を要する患者に対しては、緩和ケアチームや他部門との連携を実施。多職種での支援につなげた。
- ・緩和ケアチームの医師と協働し終末期鎮静マニュアルを作成した。

III. 指導

- ・日々の看護実践の中で、適宜カンファレンスを実施し、スタッフ指導を実施した。
- ・リソース研修として、がん看護研修（全 2 回）を企画し、内 1 回の講義を担当した。
- ・看護部成果発表会での発表、及び、発表のためのスタッフ指導を実施した。
- ・各種マニュアル作成において、スタッフ指導を実施した。

IV. 相談

- ・医師・看護師・薬剤師などからの症状コントロールにおける薬剤選択や症状緩和の方法に関する相談に適宜対応した。
- ・療養環境の調整（特に緩和ケア病棟への転院や在宅移行への調整など）についての相談に、地域医療 SC と連携しながら対応した。
- ・外来での意思決定支援やアピランスケアの相談などへ適宜対応した。
- ・リンパ浮腫ケアに関する相談に対し、ケアの方法や弾性着衣の選択など、適宜対応した。
- ・がん相談支援センターでの患者からのがん相談に対し、適宜対応した。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 慢性心不全看護認定看護師

金川 久美子

II. 実践（実績含む）

- 1・入院中の慢性心不全患者の重症化・再入院予防に向けた患者指導の実践
 - ① 心不全入院患者：259名（2021年度）を対象にラウンドを行い、在宅を見据えたセルフモニタリング方法の検討、継続した管理にむけた支援を行った
 - ② 受け持ち看護師が行う患者支援に対し、方向性や支援内容についてのサポートを行った
- 2・退院後の慢性心不全患者の重症化・再入院予防に向けた実践
再入院の危険性が高いもしくは、初回入院患者の場合に限り退院後2週間以内に電話でセルフモニタリングの内容確認と療養行動の修正指導を行った
- 3・新たな心不全患者のサポート方法獲得に向けて、積極的な学会参加や、他病院の心不全教育方法を学ぶための見学会を参加出来るように調整した
- 4・COVID19感染拡大中での心不全患者に向けた、新たな教育支援の検討と実践
集団での心不全教育が出来ないことに対し、心不全管理に必要な情報提供にむけた教材としてビデオを作成し、個別のテレビ視聴での教育が可能となった

III. 指導

- 1・院内全体の看護師指導
全職員：呼吸ケア研修
（その他の院内研修は、COVID19感染拡大により実施できず）
- 2・病棟看護師への指導
受け持ち患者にむけた教育や調整に向けたカンファレンスや勉強会
心不全教育：患者指導のツール変更に伴い、集団教育からビデオ視聴による患者教育にむえた指導
- 3・院外活動
【講演】
京都府：「看護師の役割を考える」
佐賀県：「第回心臓リハビリテーションフォーラム」
阿蘇地区：「阿蘇医療園における他職種連携について」
【インタビュー】
情報雑誌：「みるみる（診る×看る）」

IV. 相談

- 1・コメディカルスタッフからのセルフモニタリング・退院調整について相談を受け、療養行動支援を行った
- 2・心不全連携パス・ハートノート・心不全自己管理用紙の普及活動にむけ多施設や都道府県より指導依頼に対し教育・講演を行った

認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（慢性呼吸器疾患看護） 認定看護師 氏名（松崎美稀）

II. 実践（実績含む）

安全な呼吸ケア・患者・家族の希望を尊重した在宅支援を目標に、呼吸ケアを実践した。また、スタッフに対して呼吸の解剖生理やフィジカルアセスメントを理解し呼吸ケア実践が行えるよう OJT を行った。

呼吸不全患者の教育入院患者に対して酸素の必要性の理解、呼吸のセルフケアを行えることで増悪予防につなげることができるよう教育介入を行った。

人生の最終段階にある慢性呼吸器疾患患者・家族に対して、QOL を維持して過ごすことができるよう苦痛を軽減できるよう看護介入を行った。

III. 指導

院内呼吸ケア研修・スタッフ指導・安全な呼吸ケアを目標とし、看護スタッフへの指導を行った。基本的な呼吸生理や解剖から理解を深めることで、安全で安楽な呼吸ケア実践ができる事を目標とし、勉強会を行った。また、スタッフが学んだ知識を病棟に広めることで知識の共有や自ら学ぶ意欲につなげることができるよう、研修に参加したスタッフが勉強会を開催できるよう支援を行った。

IV. 相談

スタッフより酸素療法のデバイスの選択や、NPPV 使用時の注意点、呼吸器疾患患者の病態・ケアについてなど実践を通しての具体的な相談が多かった。また、RCT 活動を通して他部署から、NPPV・ハイフローセラピーについての使用・管理についてや、人工呼吸器装着患者のケアなどの相談があった。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（糖尿病看護） 認定看護師 氏名（竹内麻衣）

II. 実践（実績含む）

看護外来において、糖尿病療養支援を実施した。外来の主な対象は、1 型糖尿病でインスリン頻回注射が必要な患者、CSII（インスリンポンプ）治療中の患者、妊娠期糖尿病、治療効果が得られない患者等で、介入件数は 238 件/年であった。また、糖尿病サポートチームの活動として、糖尿病以外の疾患の治療目的で入院した患者が、早期から適切な糖尿病診療・ケアを受けられること、どの病棟に入院しても同水準の糖尿病診療・ケアを受けられることを目的に院内ラウンドを実施した。ベッドサイドで診療・ケアを行い、患者の血糖コントロールを多職種でサポートできるよう活動した。また、糖尿病教室を開催できない状況が続く中、世界糖尿病デーには、ポスター掲示や動画配信等で糖尿病についての啓発活動を行った。

III. 指導

糖尿病看護研修の計画・実施・評価を行った。参加者が、糖尿病看護に関する基本的な知識・技術を習得し、個別性を踏まえた糖尿病療養支援を実践できることを目的とした全 2 回の研修を計画した。第 1 回目：糖尿病の病態と治療について、第 2 回目：糖尿病療養支援のポイントを計画していたが、感染状況により第 1 回目のみの開催となった。第 1 回目の参加人数は 21 名であり、研修終了時テストの結果からも目的を達成できたと評価する。また、院内ラウンドを通じて看護職員への継続的な指導を行った。

IV. 相談

看護職員からの相談件数は年間で 42 件であった。相談内容としては、治療の受け入れが困難な例、インスリン自己注射・血糖自己測定の手技習得が困難な例、インスリン指示に疑問を感じた例、原因不明の高血糖・低血糖を頻発する例、妊娠期の血糖管理に難渋する例、血糖測定器等の機器管理に関する相談などであった。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野 精神科認定看護師 氏名 長崎 奈里

II. 実践

①精神科看護

入院・外来患者を問わず精神科看護についての看護相談に応じ、適宜、精神科認定看護師として直接的看護介入を行った。

III. 指導

①看護師指導

カンファレンスや看護場面を通し精神科看護として「その人らしく生活する」ことを支援し、患者の望まないケアはケアにならないことを知識として伝えた。清潔ケアなど患者の健康維持増進に必要なケアをどのようなタイミングでどのように提供できるか看護モデルとなるよう、スタッフと共に「考える看護」を実践した。

感情労働については「相手の感情は相手のものであること」「精神症状のアセスメント」「看護として出来ることと出来ないことの枠組みを明確にする」等、相手の感情に巻き込まれずにケアできるよう指導を行った。

院内リソースナース研修会を行い、精神科看護についての関心と知識・技術の向上を促した。また、他施設研修会のファシリテーターとして精神科看護指導を行った。

②患者指導

認知行動療法の技法、体操や呼吸法などのリラクゼーション方法等、日常生活での工夫について指導を行った。

IV. 相談

①精神科看護に関連した相談についてメールや電話など含め、適宜応じた。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（認知症看護） 認定看護師 氏名（豊田久理子谷口幸江）

II. 実践（実績含む）

認知症ケアチーム活動として、週に2日の認知症ケアチームラウンドを中心にチームメンバーと協働して活動を行った。チームでの介入人数は1138名。月平均人数は94名であった。

主な実践内容は、身体疾患、症状からフィジカルアセスメント、中核症状や行動心理症状の増悪予防のケア、見当識障害や記憶障害への支援としてリアリティオリエンテーションの実施、デバイス類の管理方法、早期抜去への支援、身体行動制限の緩和、解除への取り組みの支援、抗精神病薬、抗認知症薬等の適正な使用や、減量、中止（非薬物療法の支援）本人の意思決定支援、経口摂取への取り組みとして、嚥下訓練や摂食環境の調整、早期退院支援として、地域連携など在宅復帰支援、再入院予防。せん妄予防として準備因子、直接因子、誘発因子のアセスメント、予防につなげるケアの提供。コロナ禍であり面会禁止であるため、オンライン面会の支援。（2021年6月～2022年3月98件介入）

III. 指導

介入した患者の実践内容を記録し、実践をともに行うことを通して主に指導を行った。たとえば、話しかけ方などの直接支援については、一緒に行い、実際にみてもらうようにした。そして患者の全体像の捕らえ方については、生活歴や性格などのその人らしさを知ることの必要性について指導を行った。特に認知症者は訴えがうまく伝わらないことで、ニーズや残存機能が放置され、廃用を進行させる危険性が高い。入院前の生活、状態を捉えることを重点的に指導した。また安全対策だけでなく、本人の苦痛や不安に視点を置くことを伝え、身体行動制限の緩和、解除のために、見守りケアを実践し、倫理的カンファレンスを病棟で主催した。

IV. 相談

基本的には、各病棟から「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の判定シート」を回収したものから介入を行った。それ以外では、入退院サポートセンターから面談を行った、認知機能の低下や認知症と診断されている患者の情報提供から介入を行った。また、医師や病棟看護師からメールや電話での相談があった。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（がん放射線療法看護） 認定看護師 氏名（平田夕美子）

II. 実践（実績含む）

- ・放射線治療の対象となった患者の診察に同席。患者家族も含めた意思決定支援、治療中のフォローや他職種・他部署間との連携
- ・放射線治療に関する情報提供（治療方法や治療に伴う有害事象の対処方法・セルフケア指導等）
- ・放射線治療を受ける際の再現性の向上と治療完遂のための個別的支援の実施

III. 指導

- ・日々の看護実践のなかで、患者への説明や指導をスタッフと共に実践（看護実践モデル）
- ・放射線治療のパフレットの作成、改訂に関する指導
- ・がん看護研修：全2回（がん関連認定看護師と協働開催、放射線治療を受ける患者の看護を担当）

IV. 相談

- ・看護師、他職種からの相談
放射線療法看護について（有害事象の対処方法、患者へのセルフケア指導等）、その他困難事例等介入方法の相談
- ・患者からの相談
放射線治療開始後～治療後の日常生活について 有害事象の対処法等について入院・外来の患者・家族へ対応

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（がん化学療法看護）認定看護師 氏名（松永 優子）

II. 実践（実績含む）

- ・主な看護実践

初期治療から終末期まで、治療や社会生活等も含めた意思決定支援

化学療法副作用に関するセルフケア支援

化学療法に対する精神的不安に対する支援

在宅におけるポート管理指導

治療に関する不安の継続フォローや他部署間の連携

新たな治療方法、新薬に対しての情報提供

- ・緩和ケアチーム介入（適宜）

- ・講演、発表等

乳癌診療連携ウェブセミナー講師

III. 指導

- ・日々の看護実践のなかで、患者への説明や指導をスタッフと共に実践（看護実践モデル）

- ・患者指導用のパンフレットやクリニカルパス改訂に関する指導

- ・各部署における職業性曝露に対する指導

- ・部署勉強会を通しての指導

肺がんの化学療法(CBDCA+PEM+Pembro)について

IV. 相談

- ・看護師からの相談

- ・看護実践場面での対応の相談（化学療法の経験の少ない部署での治療の実施、新しいレジメンに対する副作用の対応）

- ・投与管理方法に関しての相談

- ・有害事象発生時の対応

- ・排泄物などの処理方法などの曝露予防の相談など

- ・キャリアアップに関する相談

- ・他職種からの相談

化学療法における倦怠感軽減に関するリハビリテーション

化学療法の副作用における食欲不振に対して、栄養状態改善への取り組み

味覚の変化に対する食事メニューの相談

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（がん看護）専門看護師 氏名（ 城山 敏江 ）

II. 実践（実績含む）

外来では主に病状説明時の同席や面談を通して、バッドニュースを聞いて衝撃を受けている患者・家族の心理的サポートや治療に関する意思決定支援等の実践を行っている。特に消化器内科のがん患者を中心に治療中から継続的に介入を行うことで、外来通院中に積極的治療終了後の療養に関する決定と移行を進めることにつながっている。また、入院患者に対しても、緩和ケアチームのメンバーとして身体症状や心理的苦痛緩和のための実践を行った。なお、年間の介入数は636件であった。

III. 相談

スタッフから、症状マネジメント、不安や気持ちの落ち込みがある患者へのサポート、高齢がん患者の治療継続に関する意思決定支援、がん患者の子どもへの病気の伝え方等について相談があった。相談に対し、スタッフが自信を持って自らケアを提供できるようにサポートを行った。

IV. 調整

主治医の方針に対し、疑問や不満を抱えている患者・家族が納得して治療を受けられるよう、外来看護師と連携し、患者・家族と主治医との調整を行うなどした。

V. 倫理調整

治療方針や今後の療養の場に関して、患者と家族の意向が異なった際に、患者と家族の価値のすり合わせを行いながら、できる限り患者の意思が尊重されるよう調整を図るなどした。

VI. 教育

院内研修においては、新人看護師、2年目看護師に対する『看護倫理』研修の講師を担当し、看護師が倫理的な視点を持って日々の看護ケアを提供できるよう教育を行った。リソース研修は、がん看護領域の認定看護師と協働し、がん看護研修ベーシックコース（全2回）を開催した。

VII. 研究

看護部倫理審査委員会の活動を通して、研究サポートを行った。