

看護部活動年次報告

2022 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観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。

<看護部ビジョン>

1. やりがいを持って働き続けられる組織
2. 一人ひとりの成長とキャリア開発による質の高い看護の提供
3. 現場の声がへだてなく届き改善につながる組織

<看護部目標>

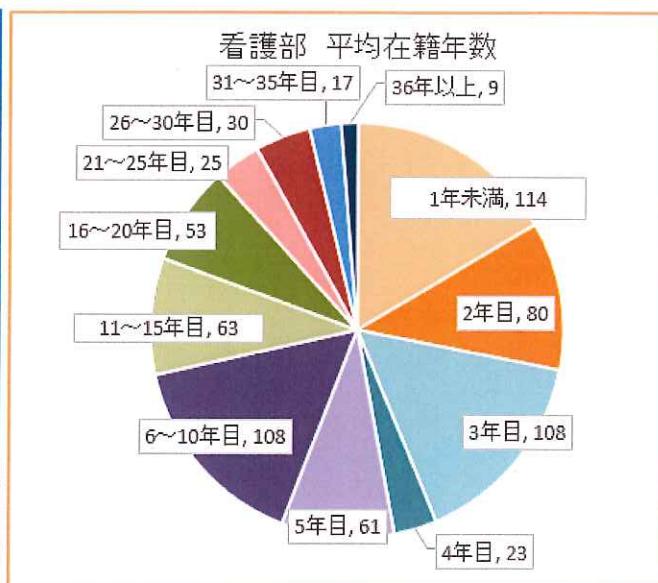
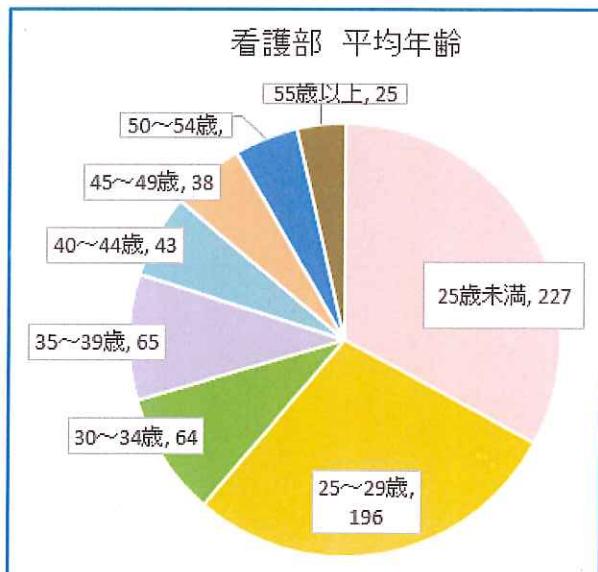
1. 一人ひとりの看護職員がやりがいを感じつつ働き続けられる環境づくりを推進する
2. 北野キャリア開発ラダーを活用して看護専門職としてのキャリア開発を推進し、成長する
3. 病院の変化に対応するとともに改善活動を推進し、安全で質の高い看護を提供する

<看護部各部署目標>

看護部目標達成のために、各部署において看護部目標すべてを各部署目標として設定する。各部署の分析に基づく課題を明らかにし、目標達成に向けて取り組む。

II. 在籍者構成（2022年4月1日現在）

- 平均年齢： 31.2 歳
- 平均在職年数： 8.4 年



部署別活動報告 2022 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：62.5%、逆紹介率：127.1%、紹介患者数：14,944 件
在宅復帰率：98.4% 他施設への転院率：2.9%
 2. 入退院支援加算 1：5853 件 退院支援加算割合：36.2%
 3. 介護支援連携指導料：260 件
 4. 退院時共同指導料 2：202 件
 5. 保険医共同指導加算：10 件
 6. 保険医等 3 者共同指導加算：33 件
 7. 地域連携診療計画加算：245 件 (パス使用件数：乳がん 57 胃がん 19 大腸癌 62 胃 ESD0)
 8. 相談支援件数：2446 件 (入院 2097 外来 349) 整形入院前面談 29 件/年 転院患者数：847 件
 9. 入退院サポートステーション：入院時支援加算：2139 件 39.2%
- CP 活動：院内医療者パス 34 件(合計 672 件) 医療者パスに準じた患者用パス 34 件作成(合計 390 件)
多職種連携数：医療相談室 56 件 WOC 22 件 認知症ケア看護師 121 件 緩和ケアチーム 146 件
病棟訪問 51 件 入院病棟 124 件 ケアマネジャー 699 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：3 件(診療科：脳神経内科 3 件)
入院前術前検査：婦人科 334 件 呼吸器内科 16 件 小児外科 32 件
周術期スクリーニング歯科口腔外科：整形 22 件、脳外科 13 件

III. 部署目標

1. 地域医療室
 - 訪問活動の運用確立と広報戦略における新規患者の獲得
2. 医療相談室
 - 退院支援における質の向上・他部門他施設との連携体制の充実をはかる
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質向上と診療科拡大

IV. 達成状況と成果

1. コロナ渦における患者受入規制等あったが前年に比べ紹介患者数は 10% 増加した。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。今後も院外関係者との地域連携において WEB 講演会や訪問活動を中心になど、地域連携強化に向けた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、今年度目標支援数 260 件。WEB カンファレンス導入することにより面会制限の時期の影響を最小限にすることができた。また、WEB により多職種の参加が可能となることで多機関共同指導加算も算定件数が 2 倍以上に増加した。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虐待対応に対する周知活動も実施できた。
3. 入退院サポートステーション診療科拡大は、面談担当者人数に応じて拡大した運用が出来ている。また、検査説明コーナーの担当導入も順調に実施でき外来との連携が可能となっている。地域連携パスのがんパスも面談トラブル無く順調に患者数増加に繋がっている。多職種連携に関しては、積極的に入院前からの介入依頼数が増加し、ケアマネジャーへの連絡は約 700 件となり、患者に応じた早期連携を図ることに繋げることができている。

部署別活動報告 2022 年度

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 産婦人科（主に産科）

II. 実績

1. 平均在院患者数：19.5 名
2. 平均在院日数：6.3 日
3. 病床利用率：68.2%
4. 分娩件数 741 件/年度
経産分娩 515 件 帝王切開 226 件 (30.4%)
OGCS 搬送 54 件/年

III. 部署目標

1. やりがいを持って働き続けられる環境作りができる
2. 北野キャリアラダー・助産師ラダーを活用して人材を育成できる
3. 周産期看護の質の向上を目指し安全と安心を提供する

IV. 達成状況と成果

1. 2022 年度はラダー取得時のレポート作成や評価会、学年毎の振り返り会、分娩検討会などで自己の助産観・看護観を考えることができたこと、GoodJob カードの活用などでよりやりがいを感じる機会を作ることができたと考える。来年度はさらに、北野病院産科病棟のオリジナリティを追求し、患者満足度の向上やスタッフのやりがいに繋げていくようにする。
2. 昨年度より北野キャリア開発ラダーの運用が始まり、新入職員以外 23 名全員がラダーを取得することができた。（レベルV1 名、レベルIV3 名、レベルIII4 名、レベルII13 名、レベルI2 名）また、当部署は、助産師がほとんどであるため、北野ラダーと日本看護協会の助産師ラダー CLoCMip の対比表を作成した。これを活用して来年度は、教育計画を作成し、目標管理を行い、人材育成を行う準備を整えた。
3. コロナ感染患者の分娩対応は、コロナ病棟と協力しながら行うことができた。（コロナ陽性妊婦 6 名）分娩ケアに関しては、医師と共に出血対応シミュレーションや分娩検討会を実施するなどして、各自の疑問の解消や知識や経験の共有を行うことができた。外来では、コロナで実施できていなかつた教室を一部再開できた。また、患者満足度向上・リアルタイムの情報発信のために Instagram 開設の準備を進めている。6 月より周産期カルテシステムを導入し、問題なく使用できている。ヒヤリハット報告件数は年 128 件（レベル0：7 件 5.5%、レベル1：71 件 61.7%、レベル2：38 件 29.7%、レベル3：4 件 3.1%）であった。レベル4 はなかったが、レベル0 の報告件数が少ないため、今後も啓蒙していく。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 8 西 管理者氏名 江口 美華

II. 実績

1. 平均在院患者数:35.7 人
2. 平均在院日数:5.2 日
3. 新入院患者数:2058 人 (緊急入院1535人)
4. 手術件数:予定手術 235 件 緊急手術 36 件 計 271 件
5. 一般病床稼働率:75% HCU 稼働率:47.2%

III. 部署目標

1. チーム活動を活性化させ、お互いが承認し合える体制を構築する。
2. 各種業務内容の見直しや業務移行(タスクシフト)を推進し、時間外労働時間数の削減や計画的な年休取得に努める。
3. 各スタッフが自身の課題を見出し、課題達成に向けて取り組めるよう、スタッフの教育計画を立案し、教育の支援体制を整える。
4. 北野キャリア開発ラダーを活用し、看護専門職としてのキャリア開発を推進し、成長する。
5. 安全で質の高い小児看護の提供の為に、改善活動を推進し、活動内容を発表する
6. 小児看護の専門職として知識と技術の向上を図り、小児看護の質の向上を目指す。

IV. 達成状況と成果

1. 勤務調整し、毎月チーム会を開催。COVID感染対策により、看護師・患児・家族に様々な制限があったが、制限下でもできる事を常に模索し、チーム活動(入院ラリー、入院ダイアリー、マスクスタンプ、5S活動)を実践。チーム活動は成果発表会で発表。Good Job Card の受け渡しにより、承認し合える体制を構築。card の年間発行枚数は年間693枚。月平均約58枚であった。
2. 緊急入院がCOVID抗原検査結果の確認後の為、夕方に集中し、日勤者総出による対応により、日勤者全員に超過勤務が発生してしまっていた。夕方の緊急入院対応者として、日勤に居残り者を1名つけた結果、役割が明確となり、日勤者の超過勤務削減が図れた。看護補助者、事務員、ナイトさんの業務内容を見直し、タスクシフトさせ、看護師の直接患者対応時間の増加を図った。計画的に年次休暇取得は計画的に行い、平均 8.2 日取得。
3. 経年別教育・異動者教育スケジュールを作成、各スタッフの役割や看護技術の習得一覧表を作り、各スタッフの習得スケジュールを作成。各スケジュールに沿って教育、支援を実施。毎月、担当者会で、進捗状況を確認し、スケジュールの評価・修正を行い、概ねスケジュール通りに実践できた。
4. ラダー I :2 名、ラダー II :7 名、ラダー III:12 名、ラダー IV:3 名、ラダー V:1 名取得。取得後より、次年度のレベルアップに向けて動機づけを行い、取得に必要な研修の受講を支援。
5. 年間インシデント総数は 135 件。ダブルチェック機構が十分働いておらず、6R確認不足が多かったが、チェック用紙を活用して、ダブルチェックを行った結果、6R確認不足は大幅な減少が図れた。医師との連携により、内服カート導入も図れ、家族管理への移行も可能となった。活動は QC 活動として院内で発表。
6. ペアナース体制をとり、OJT での教育を導入。日々、受け持ち患者のカンファレンスを開催し、看護の質の向上を図った。小児看護に関連する研修をアナウンスし、参加を促し、年 1 回以上の院外研修の参加者 18 名／29 名中となり、参加率は約 62% であった。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 NICU/GCU

管理者氏名 石橋 明日香

病床数 (2022 年 1 月～NICU12 床→9 床、2022 年 4 月～GCU12 床)

II. 実績

1. 平均在院患者数 : NICU6.8 人、GCU5.7 人
2. 平均在院日数 : NICU22 日、GCU16.7 日
3. 病床利用率 : NICU77.8%、GCU51.5%
4. その他 : 超低出生体重児 3 例/年、極低出生体重児 6 例/年、外科疾患 6 例/年
新生児搬送受け入れ 119 例/年

III. 部署目標

1. NICU/GCU 看護にやりがいを感じ、働きやすい環境作りを行う (部署定着を目指した取り組み)
2. 北野キャリア開発ラダーの取得 (ラダー I, II を 6 月までに、ラダー III 以上を 9 月までに)
3. NICU/GCU ともに連携をとり安全で質の高い看護を考え提供する。

IV. 達成状況と成果

1. 部署定着に対して : 今年度も部署での満足度調査を実施し、現場の問題点や業務改善したいことについての意見をもとに取り組んだ。昨年度から課題であった中心静脈栄養 24 時間分作成について病棟薬剤師、院内医療安全、感染管理認定看護師と協同し手順書の作成を行った。次年度は運用出来るよう引き続き取り組み、看護ケアの充実に繋げていく。今年度は満足度調査の結果をグラフ化し提示した結果、「前残業削減」について取り組みたいという意見がありプロジェクトを作り活動を始めている。満足度調査は現場の率直な意見を知ることもでき、またスタッフ自ら活動したということにも繋がっているため効果はあると考えている。今年度の離職率は 10.8% で昨年度と横ばいであったが、新入職者の退職者ゼロ、3 年目以上の退職者 2 名と年々退職者は減り定着してきている。
2. ラダー取得に対して : 目標通り対象者は全員取得することができた。ラダー I, II 以外の研修にも参加できている。次年度は院内だけでなく院外研修への参加ができるよう支援していく。また、部署のラダーを完成させ教育プログラムに使用出来るよう取り組んでいく事を課題とする。

3. 安全で質の高い看護の提供に対して

教育 : 新人教育、既卒教育とともに部署年間計画をもとに教育担当者が中心となって進めることができ、リーダー導入も予定通り開始することができた。新卒者も NHF の独り立ちができ、担当者と面談を重ね目標を達成できている。新入職者、異動者に対して毎年実施している NCPR も全員取得。

感染 : 新型コロナ感染症の軽症例～重症例まで経験することができた。NICU 内にある陰圧室で、作成したコロナ対応マニュアルをもとに医師と共に患者ケアを協力しあうことで、オープンフロアである NICU 内で感染拡大をおこさなかつたことは評価できる。

外来訪問 : コロナ禍で見合わせていたが、感染対策を徹底したうえで再開することができた。家族支援が退院後も必要な事が多いため、外来、地域と連携し次年度も取り組んでいく。

医療安全 : 栄養関連と胃管カテーテル関連のヒヤリハットが年間を通して多い状況が続いている。次年度は、手順の見直し含め、原因分析を行い件数の減少を目指したい。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 9 東/HCU 管理者氏名 横山 美穂子

II. 実績

1. 平均在院患者数: 9 東 33.1 人 / HCU 3.1 人
2. 平均在院日数: 9 東 12.6 日 / HCU 7.4 日
3. 病床利用率: 9 東 89.4% / HCU 68.6%
4. その他:

年間心臓カテーテル治療実績

CAG 280 件、PCI 278 件(うち緊急 71 件)、EVT 81 件、アブレーション 141 件、ペースメーカー等デバイス埋め込み 48 件(うち電池交換 29 件)
PCI を含む緊急カテーテル検査・治療 133 件

年間心臓外科手術件数 100 件(うち開心術 38 件)

III. 部署目標

1. スタッフが役割意識を持ち、組織運営に参画できる
 - 健全な労働環境の調整
 - チーム活動の推進
 - 看護を語る場を確保し看護観の形成を促す
2. 北野キャリア開発ラダーを活用して、看護専門職、心臓センター看護師として成長を促進する
 - 北野キャリア看護ラダーの取得
 - 循環器看護、重症患者管理、急変時対応等の勉強会の実施
3. 改善活動を行い、安全で質の高い看護の提供を行う
 - COVID-19 を含む院内感染を発生させないための感染対策の実施
 - 医療安全リンクナースとともに、インシデント報告の傾向をつかみ改善計画の実施
 - エビデンスにもとづいた褥瘡予防の実施
 - 心リハカンファレンス、退院支援カンファレンスにおける看護師発信強化
 - 患者がみえる記録の推進

IV. 達成状況と成果

1. チーム編成を細分化し活動を促進させた。院内の QC 活動へも参加し、業務改善の意欲を持ちチーム活動に取り組むことができた。新人もチームの一員として所属し活動を行うことで自己の役割や責任感が得られたとの意見も聞かれ、新人の離職は 0% となっている。
昨年度、実施できなかつたかえるナースの取得も、業務改善を行うことで約 80% 取得できた。
2. 教育チームを中心に ACLS の勉強会を実施し、急変時対応の実践力向上に繋がったが、定期的に開催することが質の担保につながるため次年度も継続する。HCU 導入者は、導入計画に沿って 7 名実施。計画書を共有することで、導入者だけでなく指導者の負担軽減となった。
3. 手指消毒遵守が低下すると新規感染発生がみられることがあったため、引き続き啓蒙をおこなっていく。
転倒転落の予防のため、センサー使用患者を可視化することで、下期にかけ転棟転落件数の減少が見られた。褥瘡チームを中心に予防ケアの勉強会やハイリスク患者のケアの統一を図ったが、発生件数の減少には至らなかった。ハイリスク患者が多いため、引き続き観察の強化やポジショニングの実践を行い予防に努めていくことが課題である。
患者の ADL 状況がわかるように記録内容を統一したことで、患者の状態把握が円滑になった。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 9 西病棟 管理者氏名 橋本 葉子

II. 実績

1. 平均在院患者数：35.7 人/日
2. 平均在院日数：8.0 日
3. 病床利用率：74.4%
4. その他
 - 手術件数：1227 件 眼科=779 件 呼吸器外科=133 件 泌尿器科=315 件
 - 看護必要度：平均 33.7%

※データは 2022 年 4 月～2022 年 2 月まで

III. 部署目標

1. 一人ひとりの看護職員がやりがいを感じつつ働き続けられる環境づくりを推進する
2. 北野キャリア開発ラダーを活用して、看護専門職としてのキャリア開発を推進し、成長する
3. 病院の変化に対応するとともに改善活動を推進し、安全で質の高い看護を提供する

IV. 達成状況と成果

1. 教育体制の変更により、チーム内で育成・指導の浸透させることで、一人への教育負担を軽減し各チームでの、育成・指導が実施できた。コロナによる病棟編成はあったが、1年目からも教育に対して有効との評価をもらう。時間外でのチーム活動や勉強会は、時間内にできるように計画的に実施できた。また看護師だけでなく、補助者に対しても補助者会を 2～3 月/1 回と終礼を適宜行なうことで、話し合う機会が持て、助手のマニュアル変更や共通認識を持てるようになれた。
2. スタッフ全員がラダーの目的、運用を理解し、個々にあったラダー取得ができた。コロナ化でもあったため、集合研修ができない分、ナーシングスキルを活用し新しい知識の習得に努めた。
3. チーム目標や病棟委員会の目標シートの改定を行なう事で、毎月ごとの件数入力や実施した内容が、他のチームからでも活動内容がわかりやすく共有できるようになった。コロナ病棟編成の時には、コロナ病棟新規業務マニュアル作成や一般病棟に戻れば、一般病棟の業務マニュアルの更新が行えた。クリニカルパスの追加、修正ができた。チーム活動が滞ることもあるが修正しながら実施できた。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署（10 階東病棟） 管理者氏名：加藤 千春（担当副看護部長）

定床数（36 床） 診療科名（呼吸器内科、リウマチ膠原病内科）

II. 実績（2022 年 4 月～2023 年 3 月）

1. 平均在院患者数：29.2 人
2. 平均在院日数：15.6 日
3. 病床利用率：83.4%
4. 重症度、医療看護必要度 II：18.3%
5. 年間緊急入院数：112 人（9.3 人/月）

III. 部署目標

1. 互いに働きやすい職場環境を構築し、働く人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。
2. 北野キャリア開発ラダーを理解し、取り組み、取得することで、自身の看護実践力を含めた能力の再評価と客観視を行う。それにより自己のさらなる啓発とモチベーション向上につなげる。
3. 多様性や変化する現状を理解し、安全・安心で質の高い看護を提供するために、改善活動に貢献する。

IV. 達成状況と成果

1. コロナ禍の病床編成により 7 月中旬に一旦病棟は閉鎖され、8 月～9 月中旬まで発熱外来として運営した。スタッフもコロナ病棟や発熱外来と分かれての勤務となつたが、9 月後半に病棟再開となつた。スタッフ全員が病床閉鎖を経験し、環境変化や異動を経験した。病棟再開後、それぞれの部署で経験したこと、感じたことを意見交換会という場を設定することで、言語化し、振り返る場を設け、教育強化に注力し、専門性のボトムアップを目指した。また、そこから抽出された内容をもとに、改善活動に取り組むプロジェクトチームを編成し、組織化を実施したが、COVID-19 第 8 波を受けて、再度の異動や病欠者の発生により、改善活動への着手は遅延したため、次年度の継続課題とする。
2. 北野キャリア開発ラダー I・II・III・IV すべてのラダーにおいて、対象者全員が取得できた。師長もラダー V を取得しているため、今年度の入職者以外はすべてラダーの取得ができた。今年度入職の既卒者 1 名は、次年度のラダー取得を予定している。
3. 病棟閉鎖までの 3 ヶ月間でヒヤリハットは 36 件であり、そのうちレベル 3 以上は 6 件のみ、いずれも転倒・転落事例であった。病棟の傾向から、定められたことを守り継続することはできており、インシデント分析からも繰り返しの発生事案は少ない傾向にある。コロナ禍で、病棟閉鎖を経験し、一部署しか知らないなかで多くのスタッフが異動を経験することができたことで、自部署を見つめ直す場の設定や業務の見直しを行つた。意見交換会を開催し、そこから抽出されたテーマをもとにプロジェクトチームを結成し、取り組むこととした。次年度はこのチームを基盤にチーム編成を行い、新人教育を組織する集団としての役割機能と、プロジェクトチームを推進する集団としての機能を兼務し、チームでの取り組みを活性化することを狙いとして編成を強化している。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 10 階西病棟 管理者氏名 澤田真里子

II. 実績

1. 平均在院患者数:35 人／日
2. 平均在院日数:17.5 日
3. 病床利用率:75.5%
4. 重症度、医療・看護必要度:28.1%
5. 造血幹細胞移植件数(自家:9 件、同種:9 件)

III. 部署目標

1. 労働環境を見直し、職員の満足度向上に向けて取り組む
2. 北野キャリア開発ラダーを活用して看護専門職としてキャリア開発を推進する
3. 病院の変化を理解しながら、業務改善や質の向上を目指して取り組み、安全な看護が実践できる

IV. 達成状況と成果

1. LTFU 外来環境の調整を行い、外来運営をスムーズに行うことに繋がった。また定例会を設けることで、各自が取り組んでいる役割について共有する場を提供することで、それぞれが考え役割に取り組める状況となった。QC 活動としてアームパスを用いた活動を行うことで、時間管理の意識付けに繋がった。日々の看護場面において、お互い感謝の気持ちを伝えるものとして God Job カードを用いることで、互いにモチベーション向上に繋がり、活性化がはかれた。
2. 診療科ラダー(血液内科・腎臓内科)に関しては定期的にラダー進捗確認を行うことで取得困難なケアや処置に関して達成できるよう取り組むことができた。北野キャリア開発ラダーは病棟内スタッフ全員がラダー取得した。チームで勉強会を企画し 1 年目対象に実施。コロナ禍で集合研修が少ない中、個別で Zoom 研修など参加し自己研鑽に努めている。診療科特有の LTFU 外来や HCTC の役割も継続的に実践できている。
3. コロナ対応病床編成に合せて 2 名の人事異動もあったが、受入体制を整えた結果継続することができた。各委員や係から業務改善への働きかけを計画的に実施、各自が継続できるよう意識的に関わり合っている。ISO 審査も受審し基準手順の見直し、周知徹底を行った。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 11 東病棟（診療科：呼吸器内科） 管理者氏名 米村 江美

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：COVID-19 受け入れ患者数（軽症～中等症Ⅱ）：3427 名
定数：8～28 床：フェーズ毎で変動あり

III. 部署目標

1. 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。
2. 看護職ラダーに応じた COVID-19 病棟における役割遂行ができるように整える。
3. 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。

IV. 達成状況と成果

1. フェーズ毎に病床数や病棟の受け入れ患者の病状や重症度（陽性、疑似症も含め）は異なっていたが、その都度、受け入れに支障なく対応した。また、COVID-19 の院内発生も含め、基本的に全て専用病棟にて応需初期治療を開始できた。患者間で水平感染を疑う症例もなかった。新規褥瘡の発生予防や患者カンファレンスの充実を図り、患者それぞれにあった看護を提供していくように努めた。
2. 看護師ラダーに関して、取得予定であったスタッフ一同の取得は実施出来た。年間を通して、COVID-19 病棟における業務に関するチェックリストは、作成・修正済を行い、異動者への教育体制を整えた。
3. 年間を通して情報共有や観察不足によるインシデントの増加があり、カンファレンスの見直しを行い上期と比較し下期はそれらに伴うインシデント発生件数の減少に繋がった。
高齢者の入院増加により持込褥瘡の増加が認められたが、療養期間中に悪化なく経過することができた。酸素投与が必要な患者も多く、MDRPU の発生リスクも高かったが、昨年度と比較すると減少傾向であった。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 11 西病棟

管理者氏名 北出 順子

病床数：48 床

診療科：消化器外科、内科

II. 実績

1. 平均在院患者数:42.2 人
2. 平均在院日数 :7.9 日
3. 平均新規入院患者数:157 人/月
4. 病床利用率 :87.9%
5. 手術件数 消化器外科:全体 718 件(予定手術:555 件 緊急手術:163 件)
全身麻酔手術:618 件 その他:100 件

III. 部署目標

1. 院内基準を遵守した安全で質の高い看護を提供する
2. 各チーム・個人が目標を持って協力協働し合いやりがいを感じられる環境作り
3. 看護専門職として北野キャリア開発ラダーを活用しキャリアの構築とラダー取得ができる

IV. 達成状況と成果

1. 今年度はコロナ蔓延に伴い 3 ヶ月毎に病棟編成、スタッフ異動を余儀なくされた。しかし、各委員会メンバーと主任看護師が中心となり、看護手順の遵守、経験のない診療科のケアなどの知識・技術に対応できるよう細やかに準備できること、スタッフ達が柔軟に対応できたことが、大きなインシデントを起こすことなく看護実践に繋がったと思う。
2. 3 ヶ月毎の病棟編成とスタッフ異動のためチーム活動はほぼ活動できていない状況であった。しかし、病棟異動により他部署を経験することで、自部署では経験できない看護技術を経験することができ、看護知識・技術を深めることができた。また、異動先の部署で行っていた多職種カンファレンスを自部署でも取り入れたいとスタッフより提案があり、医師、コメディカルを巻き込み業務改善に繋げることができた。
3. 看護専門職として、経験年数とこれまでの役割・実績をもとにラダー設定をし、必要な研修および課題を網羅しスタッフ全員ラダー取得することができた。また、ラダー評価会では、看護の振り返りや評価者とのディスカッションを通して、看護観を深めあらたな課題を見いだすことができた。

部署別活動報告

I. 部署 12階東病棟

定床数 48床

管理者氏名 橋本 久美子

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：36.1人
2. 平均在院日数：8.8日
3. 病床利用率：71.3%
4. 手術件数：821件
5. 緊急入院数：900件/年 予定入院：465件

III. 部署目標

1. サポート体制を整え、働きやすい環境で病床管理・後輩育成が行える
2. キャリアラダー取得ができ専門職としてのキャリア開発ができる
3. 自部署の患者に対し、安全な看護提供ができる

IV. 達成状況と成果

1. サポート体制を整え、働きやすい環境で病床管理・後輩育成が行える
 - ① 病床管理
コロナの感染増加に伴う病床数の抑制（36床）やBCPレベル2発動による入院・手術の一部制限があるなかで、年間の手術件数は前年度比（+63件）を達成。
12月から2月までコロナ病棟・発熱外来への異動を含めた4部署へ異動。
当院が地域医療で求められる役割において協力体制をとることができた。
 - ② スタッフ教育：メンタルサポート・学習サポート
先輩看護師の指導方法を見直し後輩指導における負担の軽減をはかることができた。新入職スタッフに対しては、学習計画を1年目担当と本人で調整しながら進め適宜面談を実施。メンタルサポートにも努め離職者なく経過できた。
2. キャリアラダー取得ができ専門職としてのキャリア開発ができる
コロナ窓で外部研修への参加は少なくなったが、一部学会参加も行え自己研鑽に努められた。院内研修受講を主に知識の獲得を進め、北野開発キャリアラダーの申請を全スタッフが行い、全員が各ラダー取得。今後は、さらに次のラダー取得を目指し能力の開発に取り組む。
3. 自部署の患者に対し、安全な看護提供ができる
長期にわたるコロナ感染症への対策をはじめ、院内感染を防止するため感染リンクナース・管理者を中心に感染防止対策の実施を徹底し水平感染なく経過。
高齢者の入院患者が増加傾向にあり、オレンジナースと協働し高齢者患者へのケアの見直しを検討。入院環境の調整をはかり転棟転落防止に努めた。
さらに、2022年度はQCサークル活動を4チームに分けて取り組み、部署での問題点の改善に繋げることができた。

部署別活動報告

I. 部署 12階西病棟

管理者氏名 豊田久理子

定床数 48床

診療科：整形外科 糖尿病内分泌内科 小児外科

II. 実績（昨年度）

1. 平均在院患者数：42人（42.8人）
2. 平均在院日数：16.0日（14.8日）
3. 病床利用率：87.5%（88%）
4. 手術件数：630件（616件）

III. 部署目標

1. 一人ひとりの看護職員がやりがいを感じ働き続けられる環境づくりを推進する
2. 北野キャリア開発ラダーを活用して看護専門職としてのキャリア開発を推進し、成長する。
3. 病院の変化に対応するとともに改善活動を推進し、安全で質の高い看護を提供する

IV. 達成状況と成果

1. やりがいを感じ働き続けられる環境作り

新人会・2年目会は予定通り開催することができた。看護師主催の勉強会も予定取り開催することができ、なつかつコロナの中でZOOMをとりいれたことで、昨年度より開催数、参加人数もふやすことができた。

結果的に新人離職率0%であった。全体離職率10%であった。

2. 北野キャリア開発ラダーの活用、キャリア開発

師長・主任を始め、全スタッフが申請行うことができた。

チームリーダーを初めておこなうスタッフばかりであり、研修参加への支援、管理者の支援を行った。チーム会開催、新人看護師の支援など、チームリーダーとして役割を担うことができていた。各チーム別のテーマにそった活動（感染、医療安全など）さらに充実ができ、やりがいを感じる支援行っていく。

2.3年目にはそれぞれ、病棟係、リーダーサブリーダーなど全員に与えた役割によって意欲的な活動につながっていた。3年目は業務リーダー日勤導入できた。

4／5年目と看護部委員会参加できているが、病棟への還元がまだまだであるためさらに支援していく。

3. 改善活動推進、安全で質の高い看護

急変時対応勉強会は、11月から毎月開催し、5回開催することができた。またRRSチームの支援、重症集中CNにも支援受け、実際の急変場面で役立てることができた。看取り研修などはできなかったが、実際の看取り患者を通じて緩和CNの支援をうけ、デスカンフェレンスをおこなうなど終末期看護の学びを深めることができた。

12西の整形外科・糖尿病内科・小児外科に関して、専門性の高い患者は全て当部署で受け入れることができた。稼働率も維持できた。

認知症看護認定看護師でもある管理者の指導で、身体行動制限の大幅な低減につながった

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 13 東 管理者氏名 川合 紘美

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. 積働率：92.3%
4. その他；脳深部刺激療法（DBS）12 件/年、DBS 埋め込み後の電池交換は、12 件/年、2022 年 1 月には、L ドパ持続経腸療法も開始し、2022 年度 5 件の実績がある。収束超音波治療（FUS）は、2021 年 3 月から開始し、52 件/年、合計 119 件の実績がある。

III. 部署目標

1. 北野病院・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
2. 患者（とくに神經難病）と家族の立場にたち、院内外の連携を密に行い、退院支援を行うだけでなく、COVID-19 の感染状況に合わせた変化に対応する。
3. 神經内科・皮膚科患者のラダーだけでなく、他科の疾患理解や看護・退院支援についても視野に入れ、自己のキャリアを意識してラダーを取得する。

IV. 達成状況と成果

1. 昨年度新人の退職が多かったため、新人スタッフの定着を重点課題とし、主任と実施指導者と共に教育を進めた。またメンタル面のサポートをチーム活動や面談を通して行い、新人 6 名が退職なく、目標を達成できた。しかし、コロナ渦の新人であったため、教育スピードが遅くなつたため、2 年目の教育計画を考えていく必要がある。また、産休による欠員不足はあったが、退職は 1 名であった。スタッフの経験値の向上の急変時対応などの勉強会はできた。コロナ渦ではあったが、連続休暇消化 100% と年休消化数平均 6.4 回（1 年目は平均 9 回）Good Job カードの活用を行い、新人だけでなく、リーダークラスなど同士でも渡し合い、モチベーションを保つことが出来た。
2. 神經内科の患者の在宅支援に繋がるよう週末リハビリや認知症ケアラウンド、退院調整カンファレンスを継続し、退院支援を進めることができた。多職種に任せるだけではなく、病棟スタッフでもオンライン面会や退院前カンファレンス、退院前のオンラインでの他職種への指導などを進めることができたため、今後も継続していく。コロナの状況により、診療科の変更があったが、消化器や眼科の受入れも積極的にベッドコントロールを行うことができた。
3. ラダーの初年度であり、コロナの影響で予定通りは進めることができなかつたが、年度内にラダーの取得予定者すべて取得が出来た。レベル V 1 名、レベル II 2 名、レベル III 7 名、レベル II 0 名、レベル I 3 名が取得出来た。また、神經内科看護のキャリアを向上させるために、パークソン病療養指導士の取得を目指していたが、コロナの影響もあり、研修への参加が来なかつたため、来年度に取得を目指す。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 13 階西病棟 管理者氏名 椎橋 美月 (担当副看護部長)

定床数：41 床（一般病床 32 床・SCU9 床）

診療科：脳神経外科

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:13 西 26.2 人 SCU 8.4 人
2. 平均在院日数:13 西 15.1 日 SCU 19 日
3. 病床利用率:13 西 87.8% SCU 94.6%
4. 手術件数:362 件

III. 部署目標

1. 固定チームナーシングを有効に活用してアサーティブコミュニケーションを促進することで、提供する看護の質が向上する
2. 北野キャリア開発ラダーを活用し、成人学習者および専門職教育の視点から能力開発に努めることができる
3. 変革する組織の中で柔軟に対応し、診療報酬改定による加算算定や QC 活動を積極的に推進できる

IV. 達成状況と成果

1. 院内感染対策の緩和状況に合わせてチーム会を開催。各チームの課題達成状況の確認と情報共有を実施することで、トピックス患者の看護展開やメンバー間での教育の機会となった。また、看護補助者リーダーと業務担当主任によるタスクシフト検討会を毎月 1 回継続的に開催し、早出担当者の洗面介助業務やナイトアシスタントによる入院書類セット組をタスクシフトし、円滑に進めることができた。
2. ラダー教育初年度であり、認定に伴う必須研修の受講に際し、申請漏れや承認漏れなどの問題が生じることもあったが、年間を通じて、ラダー I・ラダー II 申請者は 100% 認定、ラダー III 申請者は 92% 認定、ラダー IV・ラダー V 申請者は 100% 認定となった。
3. SCU 入院患者の支援に係わる取り組みとして、急性期ユニットにおける算定可能な加算のピックアップを実施。本年度新規に算定開始となった「重症患者初期支援充実加算」は該当患者が少なく実績は低迷したが、「早期栄養介入管理加算」は、栄養科担当者と協力しながら電子カルテのテンプレート記録の調整等を行い、加算算定を円滑に進めることができた。
また、「入院時重症患者対応メディエーター加算」の算定に向けた体制作りとフローを作成。関連部門のミーティングに参加し運用を開始できた。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 14 東病棟 管理者氏名 古谷 久美

II. 実績

1. 平均在院患者数：13.1 人
2. 平均在院日数：10.3（前年度より 1.2% 増）
3. 病床利用率：52.0%

III. 部署目標

1. 看護職員がやりがいを感じ、働き続けられる環境作りを推進する。
 - ① 特別病棟でのやりがいについて話すことが出来る
 - ② 業務改善による効果的、効率化をはかり、時間内業務の推進
 - ③ 業務のタスクシフトをおこない病院の健全経営に参画する。
 - ④ 個々の経験、レベルに合わせた導入と指導の実施
2. キャリアラダーを理解、活用し看護専門職としてのキャリア開発を推進し、成長する。
 - ① 各自のラダー取得
 - ② レベルにあつた計画を立て実施
3. 改善活動を推進することで、特別病棟の機能、サービスの質の向上を図り、安全な看護を提供する。

IV. 達成状況と成果

1. やりがいについては、毎週実施する患者の退院カンファレンスを活用して、受け持ち患者のあるべき姿を分析した発言が出来るようカンファレンスを実施した。その中で、自分の看護感も交えながら意見交換することが出来た。Good Job カードは、記入が 33 件、受け取りが 61 件。意識的取り組み姿勢が少しずつ出来ている。今後受け取りを上回るよう継続して取り組んでいく。物品管理の請求を、看護補助者にシフトする事と、物品カードをファイリングすることで、カードの紛失の軽減につとめた。また、看護補助者の点検が入ることで、物品が管理され急な請求がほとんど無くなった。毎月リーダー会、チーム会実施する事で、計画的に指導や評価をおこない、部署での OJT に取り組むことが出来た。
2. ラダー取得 75% 達成できた。制限の中、研修参加があまり出来ていない現状があるが、ラダー取得する目標があり、意欲的に研修に参加することに繋がった。
3. 環境整備に焦点を当て実施した。曜日後との重点的な清掃箇所を毎日朝礼にて声掛けする事で、スタッフの意識も高まり確実に実施できるようになった。ISO 審査では、ほとんど改善点なく評価された。一方所改善点については、マニュアルの見直しを指摘されたが、申請する準備を整えることが出来た。インシデント報告数は 78 件。レベル2以上が 42.3% 上半期より削減して取り組むことが出来た。クレーム等は 8% にとどめることができた。成果発表に 1 題発表し、アンケート集計からは印象に残った症例に選出され実績に繋げることができた。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 健診センター

管理者氏名 古谷 久美

II. 実績

1. 日帰りドック数 : 3034 名 (前年より 10% 増)
2. 一泊ドック数 : 754 名 (前年より 6% 増)
3. 脳ドック数 : 656 名
4. 心臓ドック : 13 名
5. 企業健診 : 398 名
6. 職員健診 : 2505 名

III. 部署目標

1. 健康管理センタースタッフのやりがいを感じ、定着化を図り、健診利用者の満足に繋げられるような看護の提供を促進する。
2. キャリアラダーを理解し、各自がラダーレベルを明確化し取得、認定していく。
3. 改善活動を推進することにより、健康管理センターの機能・サービスの質の向上を図り、利用者の満足に繋げる。

IV. 達成状況と成果

1. 部署会、健診部全体カンファレンスは対面式にて実施され、情報の共有、検討事項など行なった。Good Job カード受け取り34件、お渡し19件であった。14 東病棟へのサポートは出来たが、件数は3件に止まった。また他病棟へのサポートは1件だけだった。年休取得は計画的に実施できている。残務時間月平均2時間以内にとどめることができた。
2. ラダー取得 57%。産休や復職スタッフがいてあまり取得率が伸びなかつた。働き方に制限あるスタッフが多く、決められた研修には参加出来ているが、自己啓発の参加は出来ていなかつたが、ナーススケジューラー活用しての参加は自発的になっていた。
3. 今年度は、役割を明確にしたチーム編成を取り、各役割に沿った活動が出来ていた。健診運営委員会では、診療サービスと共に、受診者の満足度アンケートの実施が出来た。マニュアル、テンプレートの追加修正を行なうことが出来た。今後も見直し継続していく。インシデント発生はレベル 0～1 が 64%、レベル3以上が2%、クレーム、環境等が 27%と3割が利用者の満足度に繋げることが出来た。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 (ICU 病棟) 管理者氏名 (大西 泉)

II. 実績

1. 年間入室患者数 : 671 名
2. 緊急入院患者数 : 113 名
3. 病床利用率 : 53.4% (COVID 重症確保病症含む)
4. 重症 COVID 入室患者数 : 12 名

III. 部署目標

1. 安心し、働き続けることができる、職場環境を整える
2. 看護ラダーの取得を行い、自己のキャリア開発を推進する
3. やりがいを感じながら、改善活動を推進し、重症ケアの看護の質の向上をはかる

IV. 達成状況と成果

1. 安心し、働き続けることができる、職場環境を整える。

COVID 重症患者の受け入れや、病棟移転といった大きなイベントがあった。

COVID 患者の受け入れに関して、大きな問題も無く、感染対策は徹底して行われ、安全な患者管理ができていた。また、看護師の協力のもと、移転もスムーズに行われ患者の治療に影響を及ぼすことはなかった。病床数の増加に伴い、煩雑になることも予測されたが、年休の取得は 1 人あたり 15 日以上と休暇を取ることができた。今までと違った環境の変化 (OPEN フロアから完全個室へ) もあり、体力的・精神的に負担が大きいかと思われたが、その理由で退職した者はいなかった。

2. 看護ラダーの取得を行い、自己のキャリア開発を推進する。

ラダー IV 3 名。ラダー III 7 名と経験年数が低いスタッフが多い中、希望通りの取得ができた。今後は、次のステップへ進んでいくよう各研修の参加等、調整する。また、個人個人のスタッフのいいところを伸ばし、キャリア開発の動機づけを行っていく。

3. やりがいを感じながら、改善活動を推進し、重症ケアの看護の質の向上をはかる。

毎日のカンファレンスの開催、成果発表、QC サーカル活動への参加ができた。重症ケアの看護のしつの向上のため、スタッフ全員で話し合うことができている。経験年数の低いスタッフは院内サポートで看護ケアの技術ができた。重症ケアの質の向上につながっている。

部署別活動報告 2022 年度

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 DSU：ルーム 2 診療科：15 科

II. 手術実績

今年度の手術総数は、7191 件であり前年度比は+0.5%ではあったが、7 月の COVID-19 の感染拡大による BCP 発令の影響にて、明らかな件数増加には至らなかった。

2023 年 1 月より、3 階フロアに DSU (デイサージャリーセンター) を開設。対象科は、眼科と火・木曜日に手術が可能な局所麻酔の手術である。眼科の術式も見直しを行い、80-100 件/月の硝子体注射を眼科外来に移行、治験対象は手術室で継続対応として振り分けた。

III. 部署目標

1. 新設手術室開催の準備と時間管理

2023 年 1 月に向けた、手術内容の見直し（硝子体注射の外来移行）と
眼科手術業務調整（看護補助者へのタスクシフト、清潔看護師の配置）ができる。

2. 麻酔科診察・術前外来の効率化

看護の質の向上を図り、患者満足を促進することができる。

IV. 達成状況と成果

1. 現行まで眼科の手術準備は夜勤看護師、早出看護師で行っていたが、フロア変更もあり薬剤を除く準備を、看護補助者へタスクシフトした。清潔における教育プログラム・手順書を作成し計画的に実践、時間管理は、実践前後の調査からも大きな差はなく問題なしと評価。清潔看護師の配置に向けたトレーニングも終了し、1 月 11 件・2 月 19 件・3 月 21 件（合計 51 件）であり、次年度も徐々に拡大を目指す。

2. 麻酔科術全外来問診票が完成し、外来部門の協力を得て 4 月より開始。効率については、時間平均は約 20 分と問診票の有無には関与が無かった。患者支援効果について担当した看護師へのアンケート結果から「要望欄に直接聞きにくいことの記載」「患者本人が記入している内容を中心に話が出来る」「口頭で質問を聞いても“ない”と返答があるが問診票には不安の記載がある」等問診票が患者の要望把握やとの会話のきっかけや、手術や麻酔に対する理解度を把握するツールとなっているため、看護に必要な情報として活用できると評価した。

術前外来から情報整理を活用し看護計画立案数は、平均 12 前後、術後訪問実践率も約 78% 継続された。次年度は患者のアウトカム評価と対策検討を実施する。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 救急部 管理者氏名 篠原和子

II. 実績

2022 年度救急外来実績

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総計
救急患者総数	2254	2364	2167	2623	1980	1916	2026	2112	2592	2521	1855	2054	26464
時間内 患者数	836	767	811	1235	1265	814	712	718	894	862	611	730	10255
時間外 患者数	1418	1597	1356	1388	715	1102	1314	1394	1698	1659	1244	1324	16209
救急車数	754	793	847	550	316	634	780	883	1034	916	825	956	9288
小児総数	540	631	628	718	343	486	566	585	650	777	623	581	7128
小児救急車	107	136	172	130	42	115	159	219	211	262	210	226	1989
不応需(合計)	159	147	96	173	220	167	137	129	199	101	59	48	1635
発熱外来	356	296	237	769	812	386	209	260	373	416	161	153	4428
救急患者(発熱外来抜き)	1898	2068	1930	1854	1168	1530	1817	1852	2219	2105	1694	1901	22036

III. 部署目標

- やりがいを持って働く職場となるよう業務改善、労働環境の整備に取り組むことができる。
- 全員が北野キャリア開発ラダーを申請し、各自の目標を明確にしてキャリアアップにつなげることができる
- 救急体制の整備を図り、救急看護師として必要な知識・技術を習得し、安全安心で質の高い看護を提供する

IV. 達成状況と成果

- 業務改善と労働環境整備として、①マニュアル改訂、②RRS チームの活動推進、Dr.コール対応の充実、③物品管理の効率化、④業務分担調整、⑤離職防止について取り組んだ。
業務マニュアルを中心に改訂を行い、今年度発足した RRS チームの活動を推進し活動後の振り返りのフレーを作成・運用した。物品管理にはチーム活動して取り組み、不要物品の撤去や SPD の効率化を行い、QC 活動として院内発表を行った。COVID-19 に伴う度重なる業務変更にも柔軟に対応した。
またチームでスタッフ教育と離職防止に取り組み、年度末の離職者は 3 名 (/28 名中) であった。
- 新人看護師を除く全員が申請を行い、認定を受けることができた。また災害支援ナース 2 名登録、JMAT 研修 3 名、他大阪府看護協会の研修等に計画的に参加することができ、今後の救急看護の充実につなげたい。また次年度に向けて部署教育計画(救急看護技術の OJT の充実や中堅看護師教育等)を修正した。
- コロナ重症対応を中心に医師・コメディカルと協働し、体制を整備し順応できた。救急部としての体制強化は医師の協力を得てスタッフ教育を中心に進めることができた。施設の改装も含めて次年度も引き続き取り組んでいく。
質の高い看護の提供に向けて、新人看護師の BLS 取得と中堅看護師の災害支援ナース登録、JMAT 受講等を進めることができた。また虐待チームは小児虐待チェックシートを院内記録として登録し、地域や外来との継続看護の充実に寄与することができた。身だしなみチェックを定期的に行い、スタッフの意識の向上と接遇面での充実を図り、患者からのクレームは 1 件のみであった。次年度も継続して取り組んでいく。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 低侵襲治療センター

管理者氏名 井下春美

本館：内視鏡検査室 5 室 回復室 8 床 放射線検査 TV 室 3 室 アンギオ・カテーテル検査室 3 室

MRI 検査室 CT 検査室

新館：放射線治療室（リニアック） 放射線診察室 PETCT 室 SPECT 室 集束超音波治療室

II. 実績 （2022 年度検査実績）

上部内視鏡 4837 件(前年比 118 件増) 下部内視鏡 3141 件(前年比 165 件増) ESD193 件(前年比 25 件増)
ERCP 531 件(前年比 51 件減) カテーテルアンギオ検査・治療件数 1121 件(前年比 88 件減)

集束超音波治療 FUS 42 件(前年比 5 件増) 放射線治療数 6788 件(治療患者数 402 人) 小線源治療数 46 件
(治療患者数 14 人) * 放射線治療は 2022 年 4 月より再稼働開始

III. 部署目標

1. 低侵襲治療センターでの安全な治療・検査の遂行
2. 北野キャリア開発ラダーによるキャリア開発をすすめ、看護の質向上をめざす
3. スタッフにとって安心して働き続けられる職場環境が作れる

IV. 達成状況と成果

1. 教育マトリックスは検査に応じて各段階別を詳細にし、スタッフ全員に意見をもらいながら作成ができた。次年度以降は作成した資料を活用しながらさらに教育を進めていく。他職種とのカンファレンスも定期的に実施でき、手順の見直しや業務改善にもつなげることが出来た。麻酔科による全身麻酔での血管内治療も大きなトラブルはなく実施できた。次年度に向けて鎮静下での内視鏡検査数増加に向けて、医師と話し合いを進めている。インシデント件数は前期 17 件、後期は 10 件にとどまった。例年多い検体によるインシデントではなく、与薬に関するインシデントが 27 件中 8 件と 29% を占めた。また 27 件中 13 件が 2 年目以下のスタッフのため再度基本的な確認行動をとれるように指導していく必要がある。

2. スタッフのラダー取得は全員が 3 月末までに取得できた。院内認定は 2 年目看護師で輸血やバルーン留置、造影剤など全員取得できた。学会発表は認定看護師が 1 名参加出来たが、FUS での発表は準備段階で年度末を迎えたため、発表できる学会を検索し、次年度中には発表まで取り組みたい。部署での勉強会は院内規制が緩和されたため 3 月で 3 回実施。次年度は病棟と連携をとれるように、病棟での勉強会の実施を目指す。

3. カテーテル検査など全ての検査・治療介助の知識・技術を経験した 2 年目が 3 名、1 年目は 2 名夜勤導入できた。これにより夜勤従事者が増え、一人あたりの夜勤負担も減少した。年休消化は全員が 5 日以上取得、消化状況や日々の労働時間調整について提示し公平性をとれるようにした。検査延長による残務については前期平均 3 時間程度だったが、後期は 2 時間半と短縮されたが、土曜が休診になることでの検査時間の延長に伴う人員配置や働き方についても次年度に向け調整が必要。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 血液浄化センター 管理者氏名 清水 里香

定床数：20 床

診療科：腎臓内科（全診療科を主科として依頼もあり）・血液浄化センター

II. 実績

1. 年間透析件数:4151 件（年間外来透析件数:1832 件、年間入院透析件数:2343 件）
2. 腹膜透析件数:169 件
3. 腎臓病指導外来:318 件
4. 透析予防外来:56 件
5. 導入期指導:14 件
6. 腹膜透析患者病棟ラウンド:129 件
7. PET 外来介入:13 件
8. 透析前後訪問・出張透析患者訪問:38 件(2023 年 2 月より本格始動)

III. 部署目標

1. 現場に即した労働環境を修正し、各自が健康にかつ、活き活きした日々を送れる看護師としてのやりがいを感じ事ができる職場を目指す～看護師としてのやりがいを感じられる環境つくり～
2. 透析患者に対応する看護専門的知識・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ケア実践および教育環境整備）～看護ラダー教育の導入～
3. 病院の方針を理解しその時々の変化に柔軟な対応と共に特殊部門としての役割を担う。
～関連部署および職種との連携を強化し様々な環境調整を行うことで患者に安全・安心できる治療・看護を提供することができる（医療安全管理体制の強化含む）～

IV. 達成状況と成果

1. 朝礼・終礼の有効活用ができリアルタイムでの情報を計画に活かす事ができた。コロナ感染の影響によりチーム内での課題取り組みは困難な状況ではあったが各 PJ 活動はすべて達成できた。
そして出勤時間を日勤重視することで日勤帯の人員不足は改善でき、透析時間時間だけでなくその時間以外に時間を有効活用しさまざまな訪問活動を重視し実践することができた。
各自が時間をプライベートで院外研修や講演会などに積極的に参加し、腹膜透析学会には発表者として参加することができた。学会参加では他施設からの評価も高く、スタッフのモチベーション向上にもつながる結果となった。
2. 各 PJ 活動により、それぞれがチーム活動を重視し、それぞれの役割を果たす事ができたことは日々の業務に十分活用されている。特に QC 活動についてはスタッフから患者のための環境調整をテーマとして最終的にはそれが業務改善へつながるなど、透析看護の根本となるところを全員で見直し、取り組む事ができたことが成果となつた。
3. 前年度までに医療安全対策などの取り組みについて改善計画などの振り返りが不十分だったところを重点的に何かあれば全員でふりかえり、その対策を計画し、すぐに実践する行動が継続的にできたことは、今年度の評価となる。またその事象を元に、医師、臨床工学技士と共にインシデントシミュレーションをおこなえたことも、多職種連携強化につながったと評価する。

COVID-19 感染対策への取り組みを、他の患者への影響や感染拡大を想定したマニュアル作成から実践までができたことはスタッフ全員が感染に対する意識と業務改善を患者中心に検討を重ね、つねに患者にとってという観点から行動が出来た事が活性した要因と評価する

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署 化学療法センター 管理者氏名 清水 里香

定床数：34 床

診療科：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: 7476 件(前年度より 822 件増)
2. がん患者指導管理料3実施件数: 42 件
3. 化学療法オリエンテーション実施件数(化学療法センター看護師実施): 345 件

III. 部署目標

1. 病院の方針を理解しその時々の変化に柔軟な対応と共に特殊部門としての役割を担う。
～関連部署および職種との連携を強化し様々な環境調整を行うことで患者に安全・安心できる治療・看護を提供することができる（医療安全管理体制の強化含む）～
2. 化学療法患者に対応する看護専門的知識・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ケア実践および教育環境整備）～看護ラダー教育の導入～
3. 現場に即した労働環境を修正し、各自が健康にかつ活き活きした日々を送れる看護師としてのやりがいを感じる事ができる職場を目指す。～看護師としてのやりがいを感じられる環境つくり～

IV. 達成状況と成果

1. COVID-19 患者受け入れ体制により以前は入院加療で導入されていた化学療法を外来患者として受け入れることが検討・実践され大幅に件数増加の実績となった。受け入れ患者に対して 1 日平均 30~35 人の受け入れ予約枠を可能にする設定とした。日々の受け入れ件数調整した結果、化学療法件数増加に大きな成果をあげることができた。また煩雑ではあったものの、患者の待ち時間については 3 分~10 分以内の案内が可能となり治療開始時間についても入室から 30 分以内で可能となり患者より待ち時間に対するクレームにはならず、スムーズなベッド稼動にて運営できたと評価できる。
インシデント件数については患者への影響レベル3a がなく未然に防止対策が実施できたといえる。
2. 看護ラダー教育の導入により全員が各自の経年別の教育指標による達成度だけでなく、看護ラダーでの到達度をもつことで個人の看護に対するレベルが、他の水準まで平均した看護展開ができた事は十分に評価ができた。また化学療法患者に対しての知識・技術についてはがん薬物療法看護認定看護師を中心とした自部署内の教育を充実させた結果、各月別勉強会が開催されスタッフ教育に成果があった。その教育の実践については日々の対応で十分に活かすことができた。また、院内成果発表ではその取り組みを他部署にアピールする目的で認定看護師が率先して発表し、今後の課題にもつながる取り組みとなつた。
3. 前年度までの勤務体制ではなく勤務時間(遅出業務導入)調整を行うことで、準夜帯まで延長する化学療法患者対応に超過勤務となる事無く時間管理が可能になり、担当者の時間制限についても最小限でとめることができた。(各自の業務以外のプライベートの時間に主体的に院外研修や講演会参加などに活かすことができた)

改裝され新規移転した環境下で行われた化学療法に対して、患者からは以前よりも明るくきれいな場所で治療をうけることができ、担当する看護師達も患者の声を傾聴し、治療だけで無く患者の気持ちも支えることができて いる事が患者からの声で聞けた事はとても評価できる年度となつた。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署：外来 A ブロック

管理者氏名：北村 昭子

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 24,949 名（初診患者数 2,227 名）、呼吸器外科 4,144 名（初診患者数 291 名）、腎臓内科 13,616 名（初診患者数 817 名）、血液内科 9,868 名（初診患者数 579 名）、循環器内科 21,598 名（初診患者数 2,412 名）、心臓血管外科 1,186 名（初診患者数 114 名）、糖尿病内科 18,070 名（初診患者数 1,453 名）、消化器内科 37,336 名（初診患者数 3,990 名）、消化器外科 10,995 名（初診患者数 757 名）
2. 看護外来
糖尿病看護外来：外来受診件数 1,427 件/年（延べ） 収益 1,978,250 円
禁煙外来：外来受診件数 70 件/年（延べ） 収益 136,140 円
ストマ外来：外来受診件数 440 件/年（延べ） 収益 944,300 円

III. 部署目標

1. やりがいを感じつつ働き続けられる環境づくりの推進
2. 北野キャリア開発ラダーの活用。看護専門職としてのキャリア開発の推進と成長
3. 病院の変化に対応し、改善活動を推進する。安全で質の高い看護の提供

IV. 達成状況と成果

1. 新型コロナの影響が続く中、感染レベルに応じた感染予防対策を徹底し、環境整備を行う事で外来での感染拡大はなかった。スタッフや家族の体調による突発休に対応できるようブロック間のサポート体制を計画した。導入を進め、処置など必要に応じて調整できた。有休休暇、連続休暇は年間計画で希望を募り、休みが重ならないようにシフトを組み、全員が必要日数取得した。
2. ラダー取得においては、10 月中に全員が評価会を行い申請し、全員がラダー取得できた。医療安全・感染などの必須研修は全員が参加できるように一覧表を掲示しチェックした。参加率は 100% を達成。リソース研修を含めた看護部研修の参加も個人差はあるが受講した。新型コロナ禍の中でも自己研鑽に努め、院外研修は WEB などで参加した。
3. 医療安全：事務員との協働、情報共有を目標に、インシデント報告についての意識調査や報告の必要性を伝える機会を作り意識改革を行った。結果、報告件数の増加や再発防止に繋げることができた。
レベル 0 : (9 件) 1 : (17 件) 2 : (10 件) 3a : (5 件) その他 : (3 件) 計 : 44 件
検査説明コーナー対応件数 : 5568 件。中止薬発見件数 : 54 件（平均 : 5 件/月）

部署別活動報告

I. 部署（外来Bブロック） 管理者氏名（藤井 明美）

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

1. 年間外来患者数 90,442 名	平均 7,537 名/月	
乳腺外科：13,932 名	小児科：28,426 名	小児外科：2,790 名
泌尿器科：14,700 名	耳鼻咽喉科：18,144 名	神経精神科：12,450 名
2. 初診患者数 12,179 名	平均 1,015 名/月	
乳腺外科：1,021 名	小児科：4,977 名	小児外科：565 名
泌尿器科：1,610 名	耳鼻咽喉科：2,802 名	神経精神科：1,204 名

III. 部署目標

1. 看護職員がやりがいを感じ、働き続けられる環境づくりの推進を行う
2. 北野キャリア開発ラダーを活用して看護専門職としてのキャリア開発を推進し、成長する
3. 自部署の特性や変化に応じて改善活動を推進し、安全で質の高い看護の提供を行う

IV. 達成状況と成果

1. 外来の残務状況に応じた時差出勤を調整し、残務時間によるスタッフの負担の軽減を図ったが、コロナ禍による業務の負荷により残務時間は1.5時間の延長となった。希望年休取得は100%、平均年休所得は13日/年であった。看護補助者のローテーションを実施し、看護師と看護補助者の業務の協働体制を構築中であり継続して取り組んでいく。看護師の新規診療科導入を計画的に実施し、14名中7名の導入が行えた。また、次年度の小児外科の土曜日診療の体制について、多職種合同で準備し整えることが出来た。
2. 14名中13名のラダー取得が終了。
外来では勤務形態が様々であり、各スタッフの状況に応じて院内研修、院外研修の参加を促している。学会での発表が1名、看護研究も1名取り組んでおりQC活動や成果発表への協力体制もとることが出来た。自己のキャリアアップ向上に取り組めるような体制づくりを今後も進めていく。
3. リーダー、サブリーダー、診療科リーダーと協力し診療科ごとの改善活動に積極的に取り組みそれぞれ成果を得ることが出来た。
外来での委員会活動も、各委員が役割を發揮し、外来での医療安全対策、感染予防、検査説明コーナー、ワクチン外来、システム障害シミュレーション、災害ウォーキングを運営することが出来た。

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

- 年間外来患者数：眼科 19,916 名（初診患者数 2,591 名）
産婦人科 25,762 名（初診患者数 2,380 名）

III. 部署目標

- 看護職員がやりがいを感じ、働き続けられる環境づくりの推進を行う
- 北野キャリア開発ラダーを活用して看護専門職としてのキャリア開発を推進し、成長する
- 自部署の特性や変化に応じて改善活動を推進し、安全で質の高い看護の提供を行う

IV. 達成状況と成果

- 診療科の医師と連携し、外来の時間内に診療が終われるよう協力体制を取り、時差出勤も行い、月平均約 3 時間の残務で前年度と同じくらいの残務であった。曜日ごとの診療科稼働状況に応じて他ブロックとの協力体制を取り、外来全体の診療に貢献できた。スタッフのライフワークに応じた年休希望や年休消化も、協力体制のもと調整できている。
- コロナの影響でラダー評価会が一時的に中止となつたが、3月末までに全員が目標のラダーを取得することが出来た。看護部主催の研修やリソース研修に参加できない場合は、e-ラーニング研修で課題を達成できている。院外研修や学会への参加は機会が少なく、キャリア開発に向けて積極的な参加を促すなど課題である。
- 眼科、産婦人科共に異動者への指導は、自立に向けて計画的に関わることが出来た。外来の各委員会活動は、医療安全では 2 人型ダブルチェック法確立に向け取り組むことが出来た。インシデント報告では、婦人科のエコーのインシデントの改善計画書を作成し対策を取り、その後のインシデント発生を予防できている。システム障害シミュレーション、災害ウォークラリーへの参加を通じて、災害対策への継続した取り組みも実施できた。感染対策では、外来感染ラウンドを実施し 5 S 活動を推進できた。
記録委員会では、外来記録の監査を通じて、全員が監査を担当しフィードバックすることで、看護記録の充実化や法的証拠となり得る記録についての意識を高めることができた。検査説明コーナーでは、場所の移転と共に患者サービスの向上のため設備の改善や説明方法の検討を行い改善に繋がっている。

部署別活動報告 2022 年度

I. 部署：外来 D ブロック

管理者氏名：北村 昭子

診療科：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

II. 実績

1. 年間外来患者数：脳神経内科 13,769 名（初診患者数 2,402 名）脳神経外科 11,205 名（初診患者数 1,425 名） 皮膚科 14,846 名（初診患者数 2,582 名）整形外科 13,147 名（初診患者数 2,314 名） 形成外科 6,160 名（初診患者数 1,492 名） リウマチ膠原病内科 15,350 名（初診患者数 967 名） 歯科口腔外科 6,947 名（初診患者数 1,234 名）
2. 看護外来
リンパ浮腫外来：外来受診件数 84 名/年（延べ） 収益 434,800 円
フットケア外来：外来受診件数 119 名/年（延べ） 収益 624,800 円

III. 部署目標

1. やりがいを感じつつ働き続けられる環境づくりの推進
2. 北野キャリア開発ラダーの活用。看護専門職としてのキャリア開発の推進と成長
3. 病院の変化に対応し、改善活動を推進する。安全で質の高い看護の提供

IV. 達成状況と成果

1. 新型コロナの影響が続く中、感染レベルに応じた感染予防対策を徹底し、環境整備を行う事で外来での感染拡大はなかった。スタッフや家族の体調による突発休に対応できるようブロック間のサポート体制を計画した。導入を進め、処置など必要に応じて調整できた。有休休暇、連続休暇は年間計画で希望を募り、休みが重ならないようにシフトを組み、全員が必要日数取得した。
ブロック間のサポートメンバーは 2 名とも応援体制を取ることが出来た。関連部署のみでなく、欠員状況に応じて他ブロックへの応援も行った。超過勤務の削減においては、遅出の曜日を追加し調整する事で、前年度の平均時間を下回った。
看護補助者のローテーションを導入し、外来全体でのサポート体制が取れるように年間を通してスケジュールを組み、進めている。
2. 医療安全・感染などの必須研修は全員が参加するように一覧表を掲示しチェック。
参加率 100%を達成した。ラダー取得は 10 月中に全員が評価会を行い申請。全員がラダーⅢを取得できた。部署内での勉強会開催資料配布も含め 6 回実施済み。
3. 医療安全：インシデント報告は、朝礼で情報共有を行い再発防止に努めた。
レベル 0 : (3 件) 1 : (21 件) 2 : (14 件) 3a : (1 件) 3b : (0 件) その他 : (8 件) 計 : 47 件
QC 活動：「松葉杖の管理方法」 成果発表：「PD 患者との関り」をテーマにそれぞれ院内発表に繋げることができた。

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 ブ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
がん患者サロンほっこり会 Web開催 2回／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】

2022.6 「当院乳がん患者における妊娠性温存への関わり」@扇町 breast conference

2022.12 日本乳癌学会近畿地方会 看護セミナー「妊娠性温存」座長

2023.1 がん教育講義 講師

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：乳がん治療と看護 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、遺伝や妊娠性について、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 亀澤恵 ）

II. 実践（実績含む）

ICT 活動として、ICT メンバーと協働し院内ラウンドを実施した。

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などを行った。

院内において、新たに COVID-19 （疑似症を含む）を受け入れる部署に対して介入を行い、安全に対応できるように当該部署のスタッフだけでなく多職種の指導も含め対応を行った。

COVID-19 流行状況に応じて感染対策リンクナース委員会を開催し、院内で必要となる感染対策の周知を行った。また、感染対策リンクナース委員会による院内ラウンドを実施し各委員が院内における現状把握を行い自部署における感染対策に活かせるように支援を行った。また、ラウンド結果などは、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った上で、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（大阪市保健所、大阪府看護協会など）

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、200 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 9 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（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、褥瘡予防対策に関する情報提供や病棟ラウンドを行った。褥瘡発生率は 0.56%、MDRPU（医療関連機器圧迫創傷）発生率は 0.40%と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 1513 件/年であり、それぞれに患者介入を行った。重症症例の褥瘡に関しては、他職種を含むチームメンバーで速やかに介入を行い、定期的な評価を行った。褥瘡以外の創傷に対して予防的・治療的ケアを実践した。ストーマケアでは術前から介入し、退院後も継続してケアを実践した。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介入を行った。特定行為研修修了者による、特定行為実施件数は 210 件/年であった。

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やポジショニングが実施できることを目標に研修を企画、OJT で継続的に支援を行った。中堅層の看護師対象では、院内の褥瘡発生の傾向をふまえて治療ケアや褥瘡以外の皮膚障害の予防・治療ケアについて研修を実施した。褥瘡対策委員会では、各職種より専門的な視点で褥瘡対策に関する研修を企画し、4 回/年実施した。また、看護職を対象に褥瘡ケア研修を 3 回/年、ストーマケア研修を 2 回/年、ニーズに応じて追加で 1 回実施した。

IV. 相談

院内外の医師、看護師からの相談件数は、588 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（高木 優子・祖開 智史）

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タラクター実施。

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 松本愛）

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、新規介入件数は 221 件（がん 202 件、非がん 19 件）であり、症状緩和や意思決定支援、地域連携などを中心に継続的に介入を行った。また、在宅移行後も介入が必要な患者に対しては、緩和ケア外来や、がん相談支援センターで継続介入を行った。
- ・緩和ケア外来の受診患者は延べ 41 名。必要時緩和ケア外来に同席し、緩和ケアチーム活動に準じた患者支援を実施した。
- ・がん相談支援センターにおいて、479 件のがん相談のうち 407 件に対応した。
- ・入院・外来問わず、意思決定支援や心理・社会面の支援などを要する患者に対し、病状説明の場に同席し、その後の意思決定支援につなげた。
(内、がん患者指導管理料イを 46 件、がん患者指導管理料ロを 179 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 名の患者と面談を実施。必要に応じ、緩和ケアチームや他部門と調整し多職種での支援につなげた。
- ・緩和ケアチームで協働し、緩和ケアマニュアルを改訂し、新たにオピオイド持続皮下投与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。
- ・がん関連の CN と協働し、がん看護研修（全 5 回）を企画・実施した。
- ・看護部成果発表会での発表、および、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後、マニュアルに即したスタッフ指導を実施した。
- ・病棟所属の CN は、所属部署で緩和ケアを要する患者カンファレンスの定期開催の定着を目的に、スタッフ指導を実施した（1 回/週）。
- ・医師はじめ多職種を対象とした緩和ケア研修会を開催した。

IV. 相談

- ・症状緩和における薬剤選択や症状緩和の方法に関する相談に対応。
- ・療養環境の調整（特に緩和ケア病棟への転院や、EOL 期の在宅移行への調整など）についての相談に対応。
- ・アピアランスケア、リンパ浮腫ケアや弾性着衣の選択、妊娠性温存に関する相談に対応。
- ・がん患者やその家族のがん相談に対応。

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. 慢性心不全で入院となった患者に対し、退院後早期に再入院・重症化することへの予防に向けた、生活指導・家族支援を実践
心不全入院患者：281名（2022年度）を対象に退院調整を実施した
2. 受け持ち看護師が行う患者支援を確認し支援の方向性の確認や支援方法についてのサポートを行った
3. 2023年度の退院後看護師外来支援に向けた方法を他部署と調整し、退院後の初回受診時の支援ができる準備を行った
4. 心不全患者への新たなサポート方法の獲得にむけ、積極的に学会や研修に参加し、当院での教育に取り入れた教育を実施した
また、スタッフが積極的に情報収集できる場として学会・研修会の情報を提示した

III. 指導

1. 院内全体の看護師指導：フィジカルアセスメント研修
：呼吸ケア研修
2. 病棟看護師への指導：ケーススタディーによる療養支援の振り返り指導
3. 院外活動
【講演】
高知県：「心不全患者への支援」

IV. 相談

1. コメディカル・他病棟での入院になった患者への生活指導・退院調整の相談を受け支援を行った
2. 当院の心不全教育方法や地域との連携について他施設・他の都道府県からの相談を受け講演を行った

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、糖尿病とともに生きる患者が、より自分らしく、糖尿病とうまく付き合いながら生活できるよう支援を行った。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、持続血糖モニタリング中の患者等で、介入件数は201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、患者の血糖管理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、ポスター掲示やアニメーション動画の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、糖尿病のある人への支援のポイントを理解できることを目的とした全2回の研修を実施した。第1回目：糖尿病の病態と治療について、第2回目：支援のポイントの構成を行い、参加者は延べ34名であった。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38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（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）

認知症ケアチームとして、週に2日チームメンバーと協働し、カンファレンス、病棟ラウンドを中心に活動を行った。チームでの介入延べ人数 1168 名。月平均人数 97 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や早期抜去への支援、身体行動制限の緩和、解除への取り組み支援（全部署の離床センター設置率は前年度に比べ低減したが、4種設置率は低減せず横ばいで推移している）抗認知症薬、向精神薬、睡眠導入剤等の適正な使用や、減量、中止（非薬物療法の支援）本人の意思決定支援や ACP、人工的水分・栄養補給法の導入の検討、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を行い直接因子、誘発因子の除去・軽減に努め、予防につなげるケアの提供。コロナ禍であり面会禁止のため、オンライン面会の支援。（2022年4月～2023年3月延べ270件介入）

III. 指導

介入した患者の実践内容を記録し、実践とともにを行うことを通して主に指導を行った。たとえば、話しかけ方や環境調整などの直接支援については、ベッドサイドでケアと一緒にを行い、実際をみてももらうようにした。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えられないことや伝わらない事で、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ため、入院前の生活状況や、状態を捉えることを重点的に指導した。安全対策では、本人の苦痛や不安に視点を置くことを伝え、見守りケア等で身体行動制限の緩和、解除に繋がることを指導した。意思決定支援や人工的水分・栄養補給法の導入について倫理的カンファレンスを病棟で主催した。リソース研修では認知症看護や高齢者看護について全看護職員対象研修に比べ、より深く学びが得られるように指導を行った。

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、入退院サポートステーションで面談を行った、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、セラピスト、地域医療室担当者から療養環境や薬剤調整等について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）
- ・放射線治療のパンフレットの作成、改訂に関する指導
- ・がん看護研修：全5回（がん関連専門・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・がん薬物療法看護）認定看護師

氏名（松永優子・牧瀬亜里）

II. 実践（実績含む）

- ・化学療法センターでは、抗がん薬の投与管理や患者・家族に対して、治療に伴う有害事象へのセルフケア支援、新たに外来通院で治療を開始する患者へのオリエンテーション、CVポートの管理指導を行った。
- ・化学療法センターに通院している患者に対して適宜面談を実施。必要時、緩和ケア認定看護師やがん看護専門看護師、薬剤師、地域医療サービスセンター、栄養士との連携を行った。
- ・主に腫瘍内科の病状説明の場に同席し、意思決定支援や心理・社会面での支援を実施し、がん患者指導管理料イを7件、がん患者指導管理料ロを36件算定した。
- ・腫瘍内科医、薬剤師と協働し40件の新たなレジメンの監査を実施した。
- ・薬剤師と協働し、閉鎖式薬物移送システム（CSTD）の導入に取り組み化学療法センターでの運用を開始した。

III. 指導

- ・日々の看護実践を共に行うことを通して指導した。
- ・各種マニュアル作成、改訂に関する指導を実施した。
- ・部署スタッフが、がん薬物療法に関連した勉強会を開催できるように指導を実施した。
- ・ラダー研修（レベルI）「抗がん剤投与時における看護」の講義を担当した。
- ・リソース研修として、がん看護研修（全4回）をがん関連認定・専門看護師と協働で企画・開催し、「第2回 がん薬物療法を受ける患者の看護」の講義を担当した。
- ・看護部成果発表での発表、発表するスタッフへの指導を実施した。

IV. 相談

- ・看護師、多職種からの相談
抗がん薬の投与管理や、抗がん薬投与時の血管の選択、レジメンの見方、有害事象への対策やセルフケア支援、抗がん剤の血管外漏出時の対応、抗がん薬の曝露対策、CVポートの管理について 等
- ・患者からの相談
抗がん剤投与中の日常生活の過ごし方について、有害事象の対処方法について 等

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・川上喜美江 ）

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、患者・家族の心理的サポートや治療方針に関する意思決定支援、症状マネジメント等の実践を行っている。今後の病状を予測し治療期から継続的に面談を行うことで、積極的治療終了後の療養の場の決定と移行を支援している。病棟では疼痛コントロールが必要な患者を受け持ち、スタッフが行う疼痛評価の状況を確認し、病棟全体で適切な疼痛評価ができるよう努めた。また、様々な苦痛を抱いている患者に対し、その苦痛の表出を促し、苦痛緩和に向けてスタッフと情報共有や意見交換を行い、看護ケアの統一を図った。なお、年間を通して、がん患者指導管理料は27件、口は70件の算定であった。

III. 相談

疼痛管理を行う上で鎮痛薬の選択方法についてスタッフから相談を受けた。相談者の疼痛評価に対する認識を確認した上で、使用的鎮痛薬やその使用のタイミングについて相談者が主体的に考え、必要なケアが提供出来るよう支援した。その他にも、サポートが少ない患者への支援、厳しい現状を受け入れることが難しい患者への支援、高齢患者の治療選択に関する意思決定支援、死が迫っている患者の家族への支援、幼い子どもがいる若年患者への支援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

治療方針に疑問や不満を抱いている患者・家族が納得して治療を受けられるよう、外来や病棟看護師と連携して調整を行った。また、療養の場の移行がスムーズに進むよう、医師や地域医療部門の看護師・医療ソーシャルワーカーとの間で、患者・家族の意向、予後を含む病状や方針等について情報共有を行い、それぞれの力が発揮しやすいように調整を図った。

V. 倫理調整

治療方針や療養の場の決定において患者と家族の意向が異なった際に、お互いの価値のすり合わせを行ながら、可能な限り患者の意思が尊重されるよう調整を図った。

VI. 教育

院内研修においては、看護倫理Ⅰ～Ⅳの研修を担当し、ラダーに応じて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。リソース研修では、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5回）を開催した。

VII. 研究

看護管理者からの依頼があり、スタッフに対し研究サポートを行った。また、看護部倫理審査委員会における倫理審査を通して研究支援につなげている。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（手術看護） 認定看護師 氏名（森 彩世子）

II. 実践（実績含む）

1. 手術看護実践について

手術を受ける患者の看護に関する最新の知識と技術を持ち、手術患者の身全体像を総合的に判断し、外回り看護師・器械出し看護師として個別的なケアの実践と円滑な手術進行に貢献できることを目指して手術看護実践を行った。

2. 他職種連携について

① 術後疼痛管理チーム

今年度診療報酬改定により5月から術後疼痛管理チーム加算の算定が可能となった。麻酔科医・薬剤師とチームを立ち上げ、6月から具体的に活動を開始した。術後疼痛管理チーム看護師としての介入件数は2022年6月～3月末で2100件である。iv-PCAの使用方法に関する麻酔科医と病棟看護師に説明会を実施。また、術後疼痛管理チームの活動を周知するため院内でも広報活動を行った。

② 術前外来の運用に関して

麻酔科外来との患者情報整理を行った。また麻酔科・SMC・外来看護師と協働し、問診票の導入を行った。

III. 指導

・手術看護実践を通して役割モデルを示し、根拠を示しながら適切な実践指導を行うことを目標に行った。指導の際は学会等で得た最新かつ的確な情報を手術チームに提供し、体温管理や手術体位の考案をはじめとする術中の安全管理における調整的な役割を担うことで他の看護者を支援・育成を行った。また、完全管理・業務調整の面では、看護職だけではなく、手術チームである外科医・麻酔科医との話し合いの中でも調整役を担うことが来た。

・研修については以下。

部署内研修：「術後疼痛管理チームについて」手術室全スタッフ対象に実施。

院内リソース研修：「周術期看護」ラダーⅡ以上の看護職希望者に対し実施。

IV. 相談

・手術室看護師からの相談が殆どであり、内容としては体温管理、手術体位、褥瘡・皮膚ケア、看護記録、医療安全、キャリアについての相談があり適宜介入した。

・外来看護師より手術記録の統一について相談があった。手術室看護師の意見集約を行い、外来看護師と意見交換を行った。

・術後疼痛管理チームに関する内容として、病棟看護師より術後鎮痛薬の使用に関して相談があった。術後疼痛管理チーム内でカンファレンス実施。麻酔科医と協働し、介入を行った。