

看護部活動年次報告

2023 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 目指す状態＞

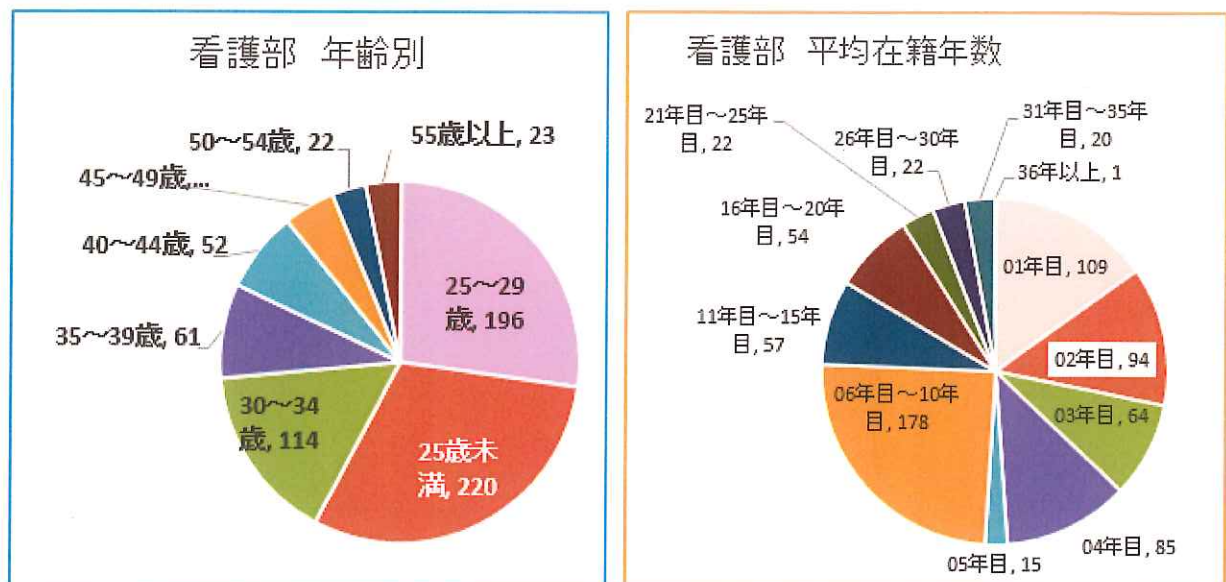
1. 一人ひとりの看護職員がやりがいを感じて働いている状態
2. 看護職員が働き続けられる環境が整っている状態
3. 看護専門職として能力開発、成長するために北野キャリア開発ラダーを活用している状態
4. 病院の変化に対応し、安全で質の高い看護を提供するために改善活動を推進している状態
5. 全病床（10 東・11 東）が稼働するとともに、各病棟が稼働率向上に貢献している状態

＜看護部各部署目標＞

看護部目標達成のために、目標 1 から 4 の全てを全部署において各部署目標として設定し、目標 5 については全病棟において各部署目標として設定する。各目標について、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（2023 年 4 月 1 日現在）

- 平均年齢： 30.9 歳
- 平均在籍年数： 7.0 年



部署別活動報告 2023 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

副看護部長兼看護師長 1 名 看護主任 2 名 看護スタッフ 15 名

MSW：係長 2 名主任 1 名スタッフ 7 名 事務係長 1 名、主任 3 名、スタッフ 12 名

看護ラダー取得状況 ラダーⅢ11 名 ラダーⅣ2 名 未取得 3 名（育休明け）

II. 実績

1. 紹介率：65.7%、逆紹介率：122.5%、紹介患者数：15,808 件 在宅復帰率：98.2% 他施設への転院率：5.1%

2. 入退院支援加算 1：6173 件 退院支援加算割合：34.1%

3. 介護支援連携指導料：363 件 4. 退院時共同指導料 2：295 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：50 件

7. 地域連携診療計画加算：140 件（パス使用件数：乳がん 43 胃がん 20 大腸癌 77 胃 ESD0）

8. 相談支援件数：3288 件（+842）〔入院 2097 件（+581）外来 610 件（+261）〕

整形入院前面談 70 件（+41）/年 転院患者数：974 件（+127）（前年度比）

9. 入退院サポートステーション：入院時支援加算：2220 件 38.7%

院内医療者パス活動：外科系 437 内科 208

多職種連携数：医療相談室 89 件 WOC 19 件 認知症ケア看護師 121 件 緩和ケアチーム 171 件

病棟訪問 258 件 入院病棟 144 件 ケアマネジャー 593 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）

III. 部署目標

1. 地域医療室：営業活動を強化し新規患者数獲得に繋げる

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 における看護の質向上で患者還元に繋げる。

外来・病棟間の連携強化による外来看護支援の質向上を図る

4. 働き方改革における労働環境を整備し、働きやすく個々のキャリアに向けた職場づくりを目指す

IV. 達成状況と成果

1. 紹介率 65.7%・逆紹介率 122.5%で地域医療支援病院要件（紹介 50%以上逆紹介 70%以上）をクリアできた。新規登録医の開拓 53 件。開業医登録医数は 1050 となった。年間訪問数 312 件。（うち医師同行訪問 40%）医療機関からの緊急受診依頼に関する不応需は昨年の 18%から 5.8%まで減少。

⑥返書管理は 99%。きたのパートナーズクラブは開業医 81 名の参加があり、次年度も新しい形での地域連携の強化に向けた会を企画開催していく。

2. 介護支援等連携指導料 30.3 件/月・退院時共同指導加算 24 件で目標値（23 件/月・16 件/月）退院支援課算数に関しては、算定件数（前年+300 件）で前年度より 5%上昇。算定率は 34.4%。多施設訪問は年間 40 件。今年度は他職種共同した QC 活動を発表することができた。

3. 年間面談 6775 件 月平均 564/件（2023.04-2024.03 前年度比+20）実施。検査説明コーナーに関しては外来と連携し人員に応じた配置を行うことができています⑤連携実績：WOC6 件 認知症 55 件 緩和ケア 102 件 ケアマネ 164 件⑥胃癌 20 件（+1）、大腸癌 77 件（+15）、乳癌 43 件（-14）、心不全 18 件（+10）パス NS を 2 名増員することができた。（前年度比）

4. 超過勤務に関しては、部署平均 10 時間以内。成果発表と QC 各 1 題ずつ表彰を受けた。GOODJOB カードは 2 枚/月の目標を上げ継続して取り組むことができています。ラダー研修に関しては特にマネジメント研修のサポートに多くの支援を要したがこれまでと違った視野で取り組む姿勢がみられキャリア支援に繋がっている。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署：7 階東病棟 管理者：福坂知美

II. 実績

1. 平均在院患者数：39.1 人
2. 平均在院日数：7.9 日
3. 病床稼働率：平均 90.2%
4. 緊急入院割合：40%

III. 部署目標

1. 看護師一人一人が看護のやりがいを感じながら、働き続けられる環境が整っている状態。
2. 各看護師が看護専門職として能力を開花し、成長するために計画的に研修を受講し、キャリアラダー認定を取得している状態。
3. 病床満床の状態でも安全で質の高い看護が提供できるための改善活動が行われている状態。

IV. 達成状況と成果

1. サークル活動はそれぞれにやりたい看護の実践に取り組むことが出来、取り組みの熱量に差はあるものの、達成することが出来た。病棟全体としては、アピアランスサークルの取り組みを乳癌地方学会で発表した他、昨年の取り組み以降の活動を成果発表会で発表できた。病棟としては各チームの取り組みと個人の取り組みを含めて 5 つの演題を QC サークル活動で報告できた。取り組みのチームの構成員は 1 チーム 6～7 名であり、各チーム毎に全員で協力して活動から発表のまとめまで取り組めたため、経験年数にかかわらず全員が QC 活動に関わることが出来た。

新人会、2 年目会は計画通りに行えた。1 年目看護師も 2 年目看護師も年度の終わりに看護の振り返りを行うことが出来、次年度の個々の課題についても共有することが出来た。

固定チーム継続受け持ち制はチーム別に部屋固定する事で受け持ち意識がこれまで以上に高まり、漸局的に取り組めていた。また、チームで支える形をとっている事により、経験年数の浅い看護師も経験のある看護師のサポートを受けながら、責任を持って受け持ちをすることが出来、双方の成長にもつながった。今後はより個別性に特化した看護計画の展開が細やかにできることが課題である。

2. 2 年目看護師は全員ラダー I を取得できた。そのほかのラダーについては研修受講を進めつつある状態。年度末の目標面接では、ラダーチャレンジの状況についても共有することが出来、スタッフの研修受講への意欲も高まってきた。また、次のラダーに向けた個人の課題についても具体的にイメージして共有することが出来た。

3. チーム別の取り組みとして、全チーム QC サークル活動で報告できるレベルの活動が出来た。入院オリエンテーションの USB 化の取り組みでは看護師の業務だけでなく、これまで看護補助者が行っていた病棟内案内も盛り込むことで看護補助者の業務時間短縮や、人が変わっても同じ水準のオリエンテーションが出来ることになった。これは、病棟の多忙さや担当者の経験値の違いによる変化のない安定したオリエンテーションが提供できる結果になった。入退院支援連携強化では、入退院支援委員会 3G の作成したフローのモデル病棟となり取り組んだ結果、退院前の他職種カンファレンスの必要な患者のカンファレンス件数の増加につながった。これは退院後切れ目のない援助につながり、退院しても安心して療養生活して頂ける環境調整につながった。今後も、看護師・医師・MSW と密な連携をとりながら安心できる退院調整を進めていきたい。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署 7 階西病棟 管理者氏名 岩谷歩美

II. 実績

1. 平均在院患者数：20.3 名
2. 平均在院日数：7.0 日
3. 病床利用率：84.4%
4. 分娩件数 707 件/年度
 経産分娩 493 件 帝王切開 214 件（30.2%）
 OGCS 搬送 71 件/年

III. 部署目標

1. 周産期看護の質の向上を目指し安全と安心を提供する
2. 選ばれる産科病棟づくりができる
3. やりがいを持って働き続けられる環境作りができる

IV. 達成状況と成果

1. 2023 年度より無痛分娩を導入した。関係部署と WG を行い、ハード面、ソフト面の準備を行った。必要な研修受講、勉強会の実施、他施設への研修実施、マニュアルの作成など準備をした。経産婦に対して計画無痛分娩から初めており、2 月に 2 例を実施することができた。今後、実施件数を増やしていく予定となる。周産期看護ケアの向上に関しては、周産期カンファレンスの充実、母乳ケアの充実、コロナ 5 類対応のマニュアル整備などを行うことができた。
2. 分娩件数は 738→709 件へ減少した。しかし、少しでも分娩件数を増加できるよう、無痛分娩導入が実現できた。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 も開設できた。コロナ禍で制限していた外来での沐浴教室の再開準備を行い、2024 年度開始予定となる。今後、妊娠期の体づくりの教室なども再開や病棟のリニューアルも検討中である。
3. 新人や異動者が多い年であり、教育体制の強化を図る。基本は皆で育てる体制ではあるが、新人に対し、指導者とメンタルフォロー者をつけて、複数名で担当とした。できるだけチームを中心にフォローし、皆で育てる環境を作って、意識を高めることができた。今年度、年休は目標通り、10 日以上消化することができた。GOODJOB カードは定期的に呼びかけや配布を行うなどして、月に十数件程度提出されるようになった。業務開始前の勤務時間短縮の為の業務調整を行うことができ 30 分以上前に出勤している人はほぼいなくなった。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署：8 階西病棟

管理者：江口 美華 （記載：松田 美和子）

II. 実績

病床稼働率：95.3% 新入院患者数：2642 件/年 緊急入院数：1966 件/年（一日平均 5.4 件）

平均在院日数：4.8 日 一日平均患者数：35.0 名

成果発表：3 題（うち 2 題は優秀賞受賞） QC 発表：2 題（1 題は医師と共同発表）

病棟内イベント：七夕、夏祭り、ハロウィン、クリスマス、節分

患者サービス：入院スタンプラリー、一人泊まり用入院ダイアリー

インシデント 158 件 レベルⅢ以上のインシデント発生無し

III. 部署目標

1. スタッフ一人ひとりが、小児看護のやりがいを見出し、働く事ができる。
2. 働き続けたい部署作りを推進し、スタッフの定着を目指す。
3. 部署ラダーレベル別チャレンジ計画や部署の教育プログラムに沿って、看護専門職としてのキャリア開発を推進し、成長する事ができる。
4. 改善活動を推進し、安全で質の高い小児看護の提供を目指す。
5. スタッフの倫理的感受性を高め、倫理的行動力へと繋げ、より質の高い看護を提供し、患児・家族の満足度向上を目指す。

IV. 達成状況と成果

目標 1、2 に対して

・各看護チームで、入院オリエンテーション冊子の作成、プレパレーション作成、学習内容の共用スライド作成や、係活動でのレクリエーション、スタンプラリー、入院ダイアリーなど看護の質向上を目指す取り組みを実施、患者・家族からの喜びの反応を通して達成感ややりがい感を感じることが出来ている。

・good job card の受け渡しは病棟独自に作成した good job rainbow へのシール貼付で活性化され、些細な事でも感謝を伝え他者への承認行動に繋がっている。年間のカードの受け渡し数は院内随一の多さとなった。

目標 3 に対して

・ラダー別担当者に加え異動者に対しては異動者教育担当者を配置し、それぞれの教育担当者会を定例会議として設けた。共有必要な事項はそれぞれ関連のあるスタッフへ周知し、統一した支援を行う事が出来ている。また個人では、次のラダー取得に向けた研修への参加や、最新の小児看護を学ぶための外部研修にも参加し学びを深める事ができている。

目標 4 に対して

・QC 活動 2 例を実施し発表、成果発表は 3 題ポスター発表を行うことが出来た。

・小児患者は特有の感染性の呼吸器疾患や胃腸炎による入院が圧倒的多数を占め、入院時の付きそい者からの申告漏れや対策を行っていても抑制の効かない小児や付きそい者により容易に感染伝播を起こしてしまう傾向にあり、今年度はノロウイルスのアウトブレイクを経験したため、ICT に協力を得ながら、予測性を持って感染対策を実行している。

目標 5 に対して

・テーマを設けた自発的な倫理カンファレンスは行えなかったが、研修参加者を中心にグループワークを行うことが出来ている。研修に参加したことで、他職種を交えたカンファレンスには至らないが、倫理的視点を含めた考えを延べるスタッフも増えてきており、小児患者への倫理的配慮の意識付けは出来て来ている。継続的に意見交換しながら行動を起こすことが今後の課題となる。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署 NICUG/GCU

管理者氏名 石橋 明日香

病床数：NICU（新生児特定集中治療管理料 1）9 床 GCU（小児入院管理料 1）12 床

II. 実績

1. 平均病床稼働率：NICU86.0%、GCU62.9%
 2. 平均在院日数：NICU24.8 日、GCU11.2 日
 3. 平均在院患者数：7.7 人、GCU6.7 人
- その他：超低出生体重児 5 例/年、極低出生体重児 4 例/年、新生児搬送受け入れ 114 件

III. 部署目標

1. NICU/GCU 看護にやりがいを感じ、働けるよう支援する。
2. 労働環境を見直し働きやすい環境作りを推進する
3. 北野キャリア開発ラダーを活用し個々の目指すべきところが明確になるよう成長を促進する。
4. NICU/GCU ともに連携をとり、安全で質の高い看護を提供する。
5. NICU/GCU ともに稼働率向上のために、受け入れ体制を整える。

IV. 達成状況と成果

1. 「看護をかたる」の方法として、ラダーⅢ取得者のナラティブレポートを発表することにした結果、先輩看護師の看護や葛藤などを知る機会となり、看護の視野が広がったという意見があった。次年度も特殊部署でのやりがいや、やってみたいことについて話あう機会を作れるよう体制を整える。
※2024 年度は新生児搬送の看護師同乗を実施予定※NICU/GCU が固定配置となり、患者把握がしやすくなったという意見が多い一方で経験内容の偏りが生じてきている。技術・知識共に力量が偏らないよう、また新たな経験をすることでやりがいへと繋がるよう定期的な配置換えを検討していく。
2. 計画的年休を取得出来るよう勤務調整を行ったことでスタッフの満足にも繋がっている。前残業削減については、ワークライフバランスの視点からも良い意見が多数聞かれ、QC 活動の発表も行うことができた。
3. ラダー未取得者が現段階で 10 名のため、研修受講と受講済みのスタッフについてはラダー取得をめざす。NICU/GCU ラダーについては、新人には上手く活用できているが、今年度より固定配置となったため経験項目の差や取得時期がラダーとは逸脱した状況となった。
4. MRSA、ESBL の持込が多かったが水平感染を起こさなかったことは評価できる。また、コロナ関連の入院も対応する機会があったが感染が拡大することなく安全な対応ができた。ヒヤリ・ハットに関しては、今年度はロンドンプロトコルや RCA 分析を用いて振り返りを行うことで改善しているケースが多いが、NICU/GCU それぞれの特徴もみえてきたため、次年度も改善活動に繋げていく。
5. 今年度の新生児搬送は 114 件と多い件数を維持出来ている。また、GCU が小児入院管理料 1 へ変更となり GCU の新規入院数が 126 件（昨年度 7 件）と増加している。NICU も新規入院数、稼働率ともに昨年度より上昇している。これは医師、スタッフともに常に受け入れるという姿勢と重症対応が出来るスタッフが増えたこと（NICU/GCU、小児科経験の既卒者の増加）が要因となっており、入院数、稼働率の上昇は病院経営に貢献できている。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署 9 東病棟/HCU

管理者氏名 横山 美穂子

II. 実績

1. 平均在院患者数: 9 東 33.3 人 / HCU 4.75 人
2. 平均在院日数: 9 東 12.9 日 / HCU 9.0 日
3. 病床利用率: 9 東 86.5% / HCU 73.5%
4. その他:年間心臓カテーテル治療実績
CAG 241 件、PCI 322 件(うち緊急 72 件)、EVT 79 件、アブレーション 183 件、
ペースメーカー等デバイス埋め込み 67 件(うち電池交換 34 件)
PCI を含む緊急カテーテル検査・治療 140 件
年間心臓外科手術件数 81 件(うち開心術 52 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
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
3. チーム活動を推進し、安全で質の高い看護の提供を行う
4. 多職種と連携し HCU の適正稼働が安定的に行える

IV. 達成状況と成果

1. リーダー会でチーム活動の共有、検討を行い随時進捗の確認や支援をしたことですべてのチームで活動が滞ることなく進行した。平均超過勤務時間は、約 10 時間/月と前年度と変化なし。カエルナースの取得も 70%取得できている。
2. ラダー取得は、評価会の開催が難しく申請につなげることができなかった事例があるため、計画的に実施することが課題である。病棟内の勉強会は、医師参加の ACLS 3 回実施。前半に BLS を行ったことで、基礎知識をもとに実践できている。また、循環器疾患、医療機器に関する勉強会は、毎月テーマを決め、中堅層が講師となり実施した。受講者からは、知識の習得に繋がったとの発言が聞かれているが、実践に繋げるため OJT による支援を強化していきたい。
3. 個人持ちアルコール消毒薬の目安値を設け、個人の消費量を可視化したことで使用量は増加した。また、感染チームを中心にモニタリングとタイムリーな指導の実施、点滴作成時の手順書を浸透させる活動を行うことで、手指消毒のタイミング全ての項目で遵守率が上昇し、特に体液暴露後の遵守率は 100%となった。褥瘡件数は前年度と比較し変化は見られなかったため、観察強化、基本的な看護ケアの徹底に向けた活動が必要である。看護必要度の適正入力、周知・改善活動を行うことで上昇がみられている。5S 活動を徹底し、物品の配置や管理方法を検討した結果、紛失は発生していない。
また、各チーム活動を QC サークルへ参加し発表することで他者からの評価を受け、次年度への課題を見いだすことができた。
4. 集中治療委員会とも連携を図り、HCU 入室対象を周知することで、循環器以外の入室依頼が増加し HCU 稼働率も 73%と上昇した。入室診療科の拡大に伴い、スタッフの混乱が懸念されたが、メンバー構成や応援体制を工夫することで、一般病床との連携が図れている。また、他科疾患については、呼吸器内科医師や救急認定看護師を講師に迎えた勉強会を実施することで知識の向上にも繋がっている。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署： 9 階西病棟 管理者：橋本 葉子

II. 実績

1. 平均在院患者数：39.4 人/日
2. 平均在院日数：9.5 日
3. 病床利用率：92%
4. 手術件数：1508 件 眼科＝998 件（内 緊急 75 件） 泌尿器科＝338 件（内 緊急 21 件）
呼吸器外科＝172 件（内 緊急 13 件）

5. 看護必要度：平均 31.3%

*データは、2023 年 4 月～2023 年 3 月まで

III. 部署目標

1. 日々の教育において、ひとりひとりの看護師としてのやりがい見だし患者と共に取り組み、看護実践・看護ケアを提供する。
2. 職員が、互いに尊重しつつ、業務改善や雰囲気の良い場所を全員で作作り、働きやすい職場を提供する。
3. ラダーを活用して、各自のキャリア開発につなげ、看護レベル向上に推進する。
4. 自部署の疾患に特に力を入れ、記録・観察・情報共有・アセスメント力は細かにでき、質の高い看護提供ができる。
5. 予約入院・緊急・退院の BC を行い、空床をできるだけ少なくし、他病棟と連絡をとり転入・転室を速やかに実施できる。

IV. 達成状況と成果

1. スノーマンセルを継続し 1 年目、2 年目、既卒へ先輩担当者もうけることで細かいところまで関わることができた。また、チームでの活動を通して、リーダーやサブが中心となりチーム全体で育成することができた。
PNS を実践し先輩と後輩を付けることで、OJT にもつながり、慣れない部分もあるが継続して実践できた。
成果発表 1 件、QC 活動 3 件と発表実施できた。活動をすることで、コスト漏れの減少や整理整頓につながった。
病棟内の勉強会では、25 件/年実施でき、その中には、医師による勉強会や他病棟を交えた勉強会の開催が実施できた。
Good job カードについては、145 件/年で今後も継続していく。
2. 申し送りや業務改善を適宜見直し、業務時間内に終了できるように努力している。補助者会 2～3 ヶ月 1 回開催し補助者とナイトアシスタントの業務のタスクシフト等を検討し実施できた。
3. 個々がラダー修得しており、今後も各自に合わせ更新をしていく。
4. 院内研修に対しては、参加や視聴し全員参加できた。ヒヤリ・ハットや見直しの中で、クリニカルパスの更新を適宜行ない、患者によりよい資料提供しケアにつなげるように行えた。
5. クリニカルパス入院の患者が多く、パスを見すえて入退院のコントロールが行えている。また退院をみすえた患者、家族への指導を実施し、患者カンファレンスを行なうことで、地域連携がとれるようになり、退院後の対応がとれるようになった。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署 10 階東病棟

管理者氏名 宮森 理英子

診療科：呼吸器内科

病床数：48 床

II. 実績

1. 平均在院患者数 : 36.1 人／日
2. 平均在院日数 : 19.9 日
3. 病床稼働率 : 91%
4. 病床回転率 : 16.68 回／年間
5. 重症度、医療看護必要度Ⅱ : 21.1%
6. 平均新入院患者数 : 55.3 人／月（うち、緊急入院患者数 22 人／月）

III. 部署目標

1. 一人ひとりがやりがいを感じることができるための目標設定と目標管理の実施
2. 一人ひとりが労務管理における知識をもち、働きやすい労働環境を維持・推進する
3. 北野キャリア開発ラダーを用いて自身のキャリアデザインについて考え、看護専門職として必要な課題を明らかにし、課題達成に向けて自己啓発行動がとれる
4. 看護業務の整理および標準化を目指し、効果効率的で安全な改善活動に取り組む

IV. 達成状況と成果

1. 2022 年度 Covid-19 による病棟編成があり、個人目標の実践が困難な状況であった。本年度より呼吸器内科病棟として再スタートし、新人教育の体制、経年別の役割の実践、チーム活動（褥瘡、感染、医療安全、記録、実習指導など）が継続実践可能となり、やりがいに繋がっている。
新人 5 名+中途採用者 5 名の定着+院内留学サポートにより Covid 期の病床縮小から定数床 48 床まで拡大を遂げることができた。院内留学サポート（ICU からの期間限定応援体制）では、病棟看護師は ICU 看護師より急性期ケアのコツや根拠など学習意欲の刺激を受け、ICU 看護師は、病棟看護（入院から退院支援までの継続介入）を学習する機会となり、win-win の関係で看護能力の向上に繋がった。
院内の看護成果発表では「誰でもできる在宅酸素」をテーマに、患者指導手順のブラッシュアップ、関連部署との連携強化を実施。次年度は、在宅訪問を開始し、退院後の継続指導および評価を予定している。
2. 労務に関する基礎知識では、2 交代勤務における労働時間の考え方、また、労働時間管理と安全な看護力のバランスの上に勤務希望規定があること、超過勤務の取得に関する規定など、組織所属の看護職員に必要な知識をレクチャー。各職員が、規定や安全性を理解し、全体最適を視野にしつつ、プライベートの時間を確保（リフレッシュ）できる勤務調整を意識できるようになった。
実績：連続休暇6日、平均年休取得日数 10 日。
3. 本年度、新にラダーⅡ 2 名取得。現在のラダー取得数は、ラダーなし 12 名、Ⅱ 4 名、Ⅲ 7 名、Ⅳ 1 名、Ⅴ 1 名である。ラダーなしの内訳は、既卒入職者、中途採用者、育休明けスタッフであり、次年度以降のラダー取得を目標に研鑽中。新人は 2024 年 4 月 5 名全員がラダーⅠ取得予定である。
4. 業務改善では、環境整備の運用方法の検討、業務時間内での情報収集の確立と申し送り方法の改善、看護記録の効率化などを実施。効果・効率性を目標に業務改善に取り組み、超過勤務は削減された。
実績：平均超過勤務時間 約11時間／月
今後の課題としては、本年度部署の褥瘡発生件数 2.7 件／月と高く、患者のリスク評価と予防介入の見直しを実施予定。

部署別活動報告 2023 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: 37 人／日
2. 平均在院日数: 17.6 日
3. 病床利用率: 85.1 %
4. 重症度、医療・看護必要度: 29.4 %
5. 同種造血幹細胞移植: 12 件、同種移植後外来件数: 71 件
6. HCTC 業務①患者件数: 180 件、②ドナー件数: 125 件
7. 腎臓病教育入院件数: 16 件、シャント造設術: 30 件、シャント PTA: 25 件

III. 部署目標

1. 看護職員ひとりひとりが取り組むべき課題が明確となり、目標をもって看護実践ができる
2. 労働環境を見直し、職員の満足度向上に向けて取り組む
3. 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
4. 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む
5. 全病床稼働に向けて、自部署の稼働率向上・DPC を意識した取り組みができる。

IV. 達成状況と成果

1. 各自の役割を明確にすることで年間通して委員会や GW 活動が活発に行えるようになった。また QC サークル活動として5つのサークル活動を全員で実施。業務改善に取り組むことで主体的に課題に対して検討し改善することができた。下半期はカンファレンスの体制を変更しスリーマンセル内で行えるよう実施。上半期と比べると意見交換などできるようになったとの評価あり継続。Good Job カードは下半期では記載する件数は増加しなかったが直接の声掛けなどが多く見受けられた。今後もカードの活用を目指す。
2. LTFU 外来に関しては患者の増加に伴い年始に 4 枠→6 枠へ拡大し、看護師外来の環境整備を行った。新人教育としてスリーマンセル内でサポート体制がとられており細やかなかわりを行ってくれている結果退職者は見受けられなかった。有給は計画的に取得でき全員の希望通りの調整ができた。
3. 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。チームで勉強会を企画し 1 年目対象に実施。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。
4. 病院内での伝達事項や対策など提示があれば病棟内で周知するよう伝達を行い、各自が理解し行動ができるよう調整をした。
5. クリーンルーム個室や総室の空床を改善するため、医師と適宜相談し適正な入床ができるようベッドコントロールを意識的に図った。結果稼働率の急激な変動は見受けられず調整することができている。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署 11 東病棟

管理者氏名 川合 紘美

II. 実績

11 東病棟は、COVID-19 病棟であったが、2023 年 5 月 8 日に新型コロナウイルス感染症が 2 類相当から 5 類感染症になったことで、COVID-19 病床 16 床と消化器内科 16 床 計 32 床の混合病棟となった。10 月には、COVID-19 病棟を終了し、36 床となった。また、段階的に病床の拡大を進め 2、2024 年 4 月から 48 床の稼働へ拡大することが出来た。

2023 年度 COVID-19 新規入院件数 205 件、COVID-19 延べ患者数 1339 人（2023 年 4 月カラ 10 月 15 日まで）、内視鏡検査 861 件（消化器病棟へ移行後）、消化器外科手術件数 34 件（うち ICU 転棟件数は、3 件）、他科手術件数 31 件 合計 65 件稼働率

一般病棟後（2023 年 10 月以降）は、87.5%、緊急入院 月平均 40 件

III. 部署目標

- 1.新型コロナウイルスの5類への移行と一般病棟稼働に向けての病棟再編
- 2.病棟再編によりやりがいを感じ 11 東で働きたいと思える環境とくりとスタッフの定着
- 3.11 東の病棟再編に伴い、業務改善や労務管理
- 4.5類への移行とフェーズに合わせた臨機応変な対応と安心と安全な看護の提供が出来る。
- 5.自身のキャリアについて考え研修参加することができる

IV. 達成状況と成果

- 1.2023 年 5 月 8 日に新型コロナウイルス感染症の位置づけが変更となり、一般病棟で COVID-19 患者の受入れが出来るよう ICT と連携しながら、移行出来た。また、消化器病棟としての稼働が開始され、一般的な消化器内科の検査入院だけでなく、化学療法の看護、軽症の外科疾患の受入れも行った。
- 2.2023 年度 11 名の看護師で開始したが、元の部署に戻る異動者 5 名いたため、11 東に来てくれる異動者 9 名、中途採用 6 名、派遣 3 名が新たに加わった。新たなスタッフへの教育を行うことで、3 月末の退職者は 1 名にとどまった。
- 3.一般病床の増床に伴い、超過勤務が増加した。PNS を活用し、終礼時に残務の割り振りをし、調整をしたが、次年度への課題である。年休を 9 日、また連続休暇も消化できた。3 連休を計画的に入れた勤務の作成を行った。
- 4.コロナ病棟閉鎖に向けて、監視カメラに頼らない看護の実施を行い、中止することが出来た。ヒヤリハット 108 件、転倒 15 件、転落 3 件。最も多いのは与薬関連で 35%を占める。1 月から 3 月にかけて注射点滴に関するヒヤリハットの増加がみられ、確認不足による件数が増えたため次年度の課題とした。新規褥瘡 7 件、MDRPU2 件 重症度が高くなり新規発生が増えた。
- 5.COVID-19 の移行・増床に伴い、煩雑であったため、病棟内勉強会は出来なかった。中途採用者が多く、ラダーの取得はなかったが、中途採用者の 3A・3B の輸血・ケモ・バルンほぼ合格できた。中途採用者や異動者に対しても、計画的に面談して、力量を把握しながら、教育を進めることが出来た。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署：11 階西病棟 管理者：松本 忍

病床数：48 床

診療科：消化器外科、消化器内科

II. 実績

1. 平均在院患者数：40.1 人
2. 平均残院日数：11 日
3. 平均新規入院患者数：168 人/月
4. 平均病床稼働率：91.5%
5. 手術件数 消化器外科：全体 799 件（予定手術：634 件、緊急手術：141 件）
全身麻酔手術：659 件、その他：140 件

III. 部署目標

1. 安全な病棟運営を行い質の高い看護を提供する
2. 看護職員がやりがいを感じつつ働き続けられる環境を再構築する
3. キャリアラダーを活用し成長することができる

IV. 達成状況と成果

1. 今年度はあらたに病棟運営会（5 月、9 月、2 月）を開催した。各委員会、チーム会からの活動や取り組み内容、成果報告を共有する場となった。各メンバーがどのような活動を行い、部署の問題が何で、何を取り組むべきか明確になった。この活動を通じて、アルコール使用率の増加、離床センサー設置率の低下がみられ良い結果とつながった。新人の教育支援では、スタッフの全員が新人を理解し支援する関わりを行った。新人から先輩への逆ラブレターカードでの感謝が伝えられスタッフのモチベーションアップとなった。
2. 前年度はコロナ過の影響で病棟編成を繰り返しており教育活動ができなかった。今年は看護の質向上、スキルアップのため教育チームが年間の勉強会の計画を行った。外科系勉強会 8 回、内科系勉強会 3 回、急変時勉強会を 2 回実施できた。関連部署へも案内し参加しやすいように短時間で実施した。人材育成では、看護学生の臨地実習の受入、異動者や中途採用者への個別支援を行った。看護部成果発表では、中途採用者への支援と臨地実習指導者としての実際と課題について発表することができた。成果発表での学び部署内でも共有することができた。
3. ラダー取得のため、各自がケースレポートの作成や部署内活動を積極的に行った。各委員は部署の代表として院内基準を遵守する活動を行った。ラダー評価会では、看護の振り返りを共有し、各自の取り組みを報告、あらたな課題などを共有できた。改めて各スタッフの看護観にふれることができ課題を明確にすることができた。ラダーⅠ：2 名、ラダーⅡ：3 名、ラダーⅢ：1 名、ラダーⅤ：1 名、計 6 名が取得することができた。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署： 12 階東病棟

管理者：橋本 久美子

定床数 48 床

診療科：耳鼻咽喉科 形成外科 歯科口腔外科 呼吸器内科 小児科

II. 実績

1. 平均在院患者数：39.2 人
2. 平均在院日数：8.6 日
3. 病床利用率：90.6%
4. 手術件数：898 件／年
5. 緊急入院数：734 件／年 予定入院：1018 件／年（1752 人／年）

III. 部署目標

1. キャリアラダー取得ができ、院外の学習の機会も活用し専門職としてのキャリア開発ができる
2. 改善活動を継続して取り組み安全な看護提供ができる
3. ベッドコントロールを適切に行い稼働率向上に貢献できる
4. 部署での役割や良い看護ケアの提供を通し診療科看護師としてのやりがいに繋げる
5. サポート体制を整え、働きやすい環境を整える

IV. 達成状況と成果

1. 今年度はラダー I を 4 名が取得でき、次のラダー取得に向けた研修参加を計画的に実施できた。
学会参加では耳鼻咽喉科頭頸部外科学会へ 3 名、歯科口腔外科学会へ 3 名が参加。部署での看護や QC 活動に活かすことができた。
2. 3 チームで主科である（耳鼻咽喉科、形成外科、歯科口腔外科）についての課題を挙げ QC 活動の取り組みを纏め発表を実施できた。次年度に継続する課題もあり、今後も継続的に取り組みを行っていく。
3. 今年度は前年度に比較して手術件数が増加、年間の予定入院患者数も増加したが、パスの使用率も高くベッド利用率は高値で推移できた。空床には緊急入院の受け入れを積極的に行い病床利用率 90.6%と良好な稼働状況ではあったが、主科以外の入院期間の長期化があり、次年度はさらに退院調整を看護師から医師や MSW に働きかけ、退院連携の強化を目指す。
4. 3 チームに分かれ 1 年間取り組み、QC 活動は 3 題発表、成果発表は 1 題発表が実施できた。
また、耳鼻咽喉科頭頸部外科学会・歯科口腔外科学会への参加や手術見学〔2 件〕を行い、治療から看護への流れの学びを深めることができ、勉強会の開催から知識の強化に取り組めた。次年度も学会への参加をすすめていく。
各看護部委員会・役割について計画的に実践できた。とくに高齢患者の増加に伴い、オレンジナースを中心に高齢者への看護について看護師・看護補助者・ナイトアシスタントで、入院生活への配慮や見守り等を連携して行うことが出来た。
5. 看護師・看護補助者・ナイトアシスタント間で業務改善を行いタスクシフトを行った。
後輩育成は個人の進捗状況や課題に合わせ指導方法も変更。同じ指導が継続出来るよう情報共有できた。毎月ノー残業デーをつけながら協力体制をとり業務にあたることができた。

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 人）
2. 平均在院日数：16.0 日（14.8 日）
3. 病床稼働率：92.4%（87.5%）
4. 手術件数：608 件（630 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. やりがいを感じ働き続けられる環境作り
新入会・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、なおかつコロナかの中で 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 14%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
北野キャリア開発ラダーを申請できていない、2 年目 8 名が全員申請できたことで全員ラダー取得に至っている。しかし当部署は経験年数が 4 年目以下のスタッフが 6 割を占めておりレベルⅢは 0 人で申請もできない状態である。レベルⅢ申請に向けて昨年度から 4 名のスタッフがⅢ取得にむけた研修受講を行っており、来年度はⅢ取得を目指す。チームリーダーとして 2 年目のスタッフが、役割を担うことが昨年度より充実し、新人の進捗への具体的な支援が行えた。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。昨年に引き続き、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、4 年名の夜勤リーダー導入もできた。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、昨年度に引き続き、10 月以降毎月行うことができ、2 月の成果発表でもその取り組みと成果を報告することができた。終末期の患者は年に数人だが、転棟後の患者のお見送りなども積極的に経験できた。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。稼働率向上できた。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 2023 年度

I. 部署 13 東病棟 管理者氏名 篠原和子

II. 実績

1. 担当診療科：脳神経内科、リウマチ膠原病内科、皮膚科 48 床
2. 新入院 976 名 緊急入院 43 名 平均在院患者数：42.4 名 平均在院日数：14.3 日
病床稼働率：92.3%
3. その他；脳深部刺激療法（DBS）13 件/年、DBS 埋め込み後の電池交換 13 件/年、2021 年 3 月より開始した収束超音波治療（FUS）は 43 件/年の実績がある。

III. 部署目標

1. スタッフ各自が目標をもって看護に取り組み、成長とやりがいを感じられる環境を整える
2. 勤務前後の超過勤務を削減し、連続休暇と年休を計画的に取得できる環境を整備する
3. 北野キャリア開発ラダーレベルに沿った脳神経内科を中心とした看護実践能力の向上を図る
4. 13 東病棟の入院患者に合わせた安全な環境を整備し、質の高い看護を提供するための業務改善を行う
5. 緊急入院対応を迅速に行い、病棟の稼働率が向上し、かつ安全安心な看護が提供できる

IV. 達成状況と成果

1. 成長とやりがいを感じられる環境整備として、①ペアナースの導入②good job カード利用による承認する風土の定着③目標管理の有効活用④スタッフの意見を吸い上げる仕組み作り、を目標に取り組んだ。
1～2 年目看護師を対象にペアナースを導入することで不安の解消とスキルアップを図ることができた。
good job カード実績は他部署からの応援が看護師を中心に活用することができたが、自部署内での承認の定着には至らず、来年度への課題である。上半期の目標面談で、きたのキャリア開発ラダー評価表を利用し、下半期にラダー別研修や役割を意識した行動が取れているスタッフがみられた。また師長・主任による定期的な面談を行い、意見の吸い上げを行った。
2. 超過勤務は前年より短縮（平均 16 時間 42 分→13 時間 54 分）、年休 5 日取得は全員達成し、平均 8.5 日/人取得できた。連続休暇も計画的に全員が取得できた。
3. 目標面談の際にきたのキャリア開発ラダー評価表を利用することで、各自が次のラダー取得に向けての課題を意識して研修参加等を計画することができた。また脳神経内科医師にも協力してもらい、疾患別勉強会を 2 回/年開催した。
4. 高齢患者や神経内科患者が中心で転倒転落リスクの高い患者が多いため、QC 活動で転倒転落リスク評価と対策に取り組み、転倒 35 件/年（2022 年度 47 件）、転落 9 件/年（2022 年度 10 件）と昨年度より減少した。しかし誤薬件数は 43 件（2022 年度 28 件）と増加しており、次年度への課題となった。
遅出勤務の配置や時間変更、看護補助者やナイトアシスタントとの業務調整により、安全な病棟管理ができる改善を行った。
5. 専門分野の看護力向上にむけて、日本認知症学会への参加やパーキンソン療養士取得（1 名）、認知症認定看護師とのカンファレンス、新薬の導入や DBS、FUS 等低侵襲センター看護師や PT と連携して看護の展開を行った。担当診療科以外の入院にも対応し、病床を 92.3%で稼働することができた。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署 13 西病棟 管理者氏名 北出 順子

病床数：一般病床 32 床 / SCU 9 床

診療科：脳神経外科・脳卒中センター

II. 実績

【一般病床】

1. 新規入院患者数:402 名
2. 平均在院患者数:27.4 人
3. 平均在院日数 :18.4 日
4. 病床利用率 :86%
5. 手術件数:264 件(血管内手術:27 件含む)

【SCU】

1. 新規患者数:267 名
2. 平均患者数:8.6 名
3. 病床利用率:96%

III. 部署目標

1. 看護実践を通して看護観を養い各々の理想に近づくための取り組みができる
2. スタッフが安心して働き続けられる環境と勤務体制の構築
3. 安全で安心な看護が提供できるための改善活動の取り組み
4. SCU が健全に稼働できるよう 13 東西病棟が協力しベッドコントロールができる。また、SCU 対象の重症集中に関する介入を充実させる

IV. 達成状況と成果

1. 毎月、チーム会、リーダー会を実施し、部署の問題共有および目標確認を細やかに行い自分たちが目標とする看護について検討することができた。今年度はチーム会において、倫理に関するテーマで各々の看護に対する考えや思いを話し合い、お互いの看護観を共有することで自身の看護観を養う場ともなった。
2. 病棟内の新人教育及びラダー別教育については教育担当主任が中心となり、実地指導者のサポート及び新人の知識・技術・メンタルのサポートに力を入れ、新人離職率 0%、部署全体の離職率は 7%であった。日々の看護業務においては、ペアナースの導入と、日々の業務内容に応じて早出、遅出勤務を臨機応変に対応し安全に看護実践が行えるよう業務担当主任が中心となって計画的に勤務調整ができた。
3. 今年度は、モニター管理について昨年より引き続き取り組み、安全なモニター装着中の患者確認から記録の徹底までを取り組んだ。定点チェックを入れながらモニター管理への意識は高くなってきている。また、SCU を中心とした災害の初期対応について医師およびコメディカルも一緒に取り組んだ。病棟内の設備から初期対応について知識およびペーパーシミュレーションを実施し、来年度は実際の災害訓練を目標にしている。
4. SCU ベッドコントロールは 13 東西病棟が協力し合い、緊急入院は全て受け入れることができた。脳卒中看護においては、マネジメント研修に参加しているスタッフが中心となり、医師、コメディカルと一緒に脳卒中パンフレットの見直し、統一した患者指導及び看護師のレベルアップに取り組んでいる最中である。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署：14 東病棟 管理者：古谷 久美

II. 実績

1. 平均在院日数：12.0 日
2. 病床利用率：59.2%
3. 1 日平均患者数：12.0 人

III. 部署目標

1. 一人ひとりの看護職員がやりがいを感じて働いている情態
①特別病棟でのやりがいについて、部署会、カンファレンスを通じて話したり感じる事が出来る。②個人目標に向けての取り組み、達成する事が出来る③Good job カードの推進
2. 看護職員が働き続けられる環境が整っている状態
①業務改善による効果的、効率化を図り、時間内業務の推進と年休所得。
②個々の経験、レベルに合わせた導入と指導を実施し職員の定着を図る。
③業務移行の推進を図り、病院の健全経営に参画する。
3. 看護専門職としての能力を開発し北野キャリアラダー開発ラダーを活用している情態
①各自にあったラダー取得②キャリア開発ラダーに対応した研修参加
4. 病院の変化に対応し、安全で質の高い看護を提供するために改善活動を推進している状態
①改善活動を推進し、特別病棟の機能、サービス、質の向上を図り安全な看護提供
5. 稼働率向上に貢献している状態

IV. 達成状況と成果

1. 毎月の部署会開催は予定通り実施することが出来た。また、各委員会、師長会、主任会内容も共有する事は継続された。good job カード受け取り件数トータル 110 件 渡す件数 11 件と渡す件数が思うように伸びなかったのが今後も継続して実施していく必要あり。
2. 看護師の働き方の環境調整として、情報収集時間の変更をする事で、朝の勤務時間前業務が削減してきている。また、今回の取り組みにて残業時間は削減する事が出来た。連続休暇は年度初めにスタッフ全員に計画してもらう事で計画的に取得し 100%の取得する事が出来た。年休は 1 人平均 9.9 日取得することが出来た。職員の定着については、ラダー別教育計画に沿って、指導の実施や、評価を行う事で、レベルにあわせた指導介入が出来た。助手が 3 名、ナイトさん 1 名の増員に伴い、業務移行を行い各役割に沿った業務分担する事が出来た。
3. ラダー別研修には、年間を通して計画的に参加し、3 年目看護師によるラダーⅡの取得が 4 名出来た。
4. インシデント件数 38 件、レベル 3 のインシデント 2 件。レベル 3 以上は評価シート利用して振り返りを実施し、スタッフ間ではカンファレンスを通した共有を実施し看護の質の向上に努める事が出来た。改善活動の取り組みとして、今年度は、病棟での災害についての取り組みについて焦点を当て訓練の様子、スタッフ間での災害に対する認識の向上に向けた取り組みと成果を、成果発表にてまとめ、優秀賞の評価受け取る事ができた。その他の取り組みとして、5S 活動、知識技術の向上として、感染委員会を中心に取り組み、コロナ感染等発生する事無く経過することが出来た。
5. 稼働率こうこうじょうに向けて、適切なベットコントロールと空き部屋に対し、積極的な受け入れを行う事で、平均稼働率 57.7%昨年度同様に維持することが出来た。

部署別活動報告 2023 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 : 933 名
2. 緊急入院患者数 : 133 名
3. 病床利用率 : 64.8%

III. 部署目標

1. やりがいを持ち、安心して働き続けることができる職場環境を整える
2. 看護専門職として成長するために、北野キャリア開発ラダーを活用する
3. 重症ケアの看護の質の向上のために改善活動を推進する

IV. 達成状況と成果

1. やりがいを持ち、安心して働き続けることができる職場環境を整える
スタッフ教育も充実し、経験年数の浅い看護師の成長も見られた。1 年目の中途退職もなく安定している。年休消化も 60% 以上となり向上した。次世代を担うための学生指導にも力を注ぎ、活動が活発になっている。
2. 看護専門職として成長するために、北野キャリア開発ラダーを活用する
院内研修への参加も活発で、院内表彰者は 80% 以上である。ラダーⅢ以上取得看護師は 30% 以上を占めており、その看護師が中心となり教育を推進している。FCCS・ACLS の取得など専門的知識を学習する機会を自ら得て、病棟へ還元している。それが全体の意識向上につながっている。
3. 重症ケアの看護の質の向上のために改善活動を推進する
年度末の成果発表 6 件、QC 活動報告 3 件を達成することができた。院内サポートへ貢献していたが、「院内留学」制度も新たに構築し、(2 人/月) 送り出し、看護部の目標に貢献できた。患者の退院を見据えた看護について学ぶ事ができ、自己のキャリア開発にも大きく影響を与えている。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署：中央手術室 管理者：島本真弓

定床数：ルーム 12 ベッド 13 DSU：ルーム 2 ハイブリッド 1 室 診療科：16 科

II. 手術実績

今年度の手術総数は、6549 件であった。前年度まで硝子体注射件数のカウントを含めており、同条件での比較は、前年度 6363 件と大きな変動はなかった。2023 年の 1 月からの DSU の運営においては、耳鼻科の鼓膜再生術の枠拡大のため、入院案内および入院決定を外来・病棟と調整を行い、平均 24 件/月を維持することができた。

III. 部署目標

1. 手術前の器械準備を外部委託業者へタスクシフト
人員不足際し、看護業務の流れを見直し（手術前器械展開、手術直後の器械回収）について外部委託業者への移行を目指し、材料の見直し教育体制の整備、運営後の調整を行った。
2. 看護職員が働き続けられる環境の整備
各チームにおける「働きがい」「どんな職場で働きたいか、どんな職場にしたいか」というテーマでチームディスカッションを行い、承認システムとして活用している Good Job カードを評価指標とした目標に応じた行動と承認することを活動の趣旨とした。

IV. 達成状況と成果

1. 手術前に勤務前超勤が発生しており、新人看護師の時給に換算相当での外部委託業者と契約を行った。他院と比較すると当院はキット化されたものが著しく乏しい。その理由として、キットを置くスペースがないことから、外部業者が細かなピッキングを行い、看護師もひとつずつ清潔操作で、ディスポ製品を開き準備する作業が多かった。以上のことから材料の見直し、中材滅菌の削減、ゴミの削減等にて¥14,474,993 の削減となった。また手順書の作成およびトレーニングを計画し、ダヴィンチ手術、拡大手術を除外しているが、次年度は徐々に展開する方向である。
2. 働き続けられる環境整備は、2019 年度より労務管理について改革した。変形労働時間にすることで、終日数の増加、年休取得の増加、土日祝の休日数の増加。また子育て中の WLB を使用するスタッフ、健康状態に応じての勤務体制を調整している。超過勤務の約 45%低減、始業前超勤においてもタスクシフトを導入し、約 80%低減したと考えている。
Good Job カードの枚数は 580 枚と前年比から約 39%増加した。評価指標として、カードの数と内容を調査、取り組みに関するアンケートを前後で比較したところ、「看護に影響のあった取り組み」は 80%が 1 分間ブリーフィングと回答しており、結果で述べた「看護を語る」割合が増えていることから、取り組みにより働きがいを言語化する一定の効果が得られたと考える。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署： 救急部 管理者：藤原 由子

スタッフ構成 師長 1 名 主任 2 名 看護師 27 名（うちクリティカルケア認定看護師 1 名）
看護助手 1 名

ラダー取得率 67% 内訳（ラダーⅣ 3 名・ラダーⅢ 11 名・ラダーⅡ 4 名・ラダーⅠ 4 名）

II. 実績 年間救急受診患者数

2023 年度

令和 5 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	総計
救急患者総	2135	2260	2319	2631	2539	2336	2254	2096	2375	2376	2147	2295	27763
時間内 患	630	606	737	764	755	665	559	483	540	491	484	543	7257
時間内救急	219	246	302	287	296	265	220	229	242	236	226	248	3016
時間内 入	134	136	158	146	160	151	127	136	154	144	144	160	1750
時間外 患	1505	1654	1582	1867	1784	1671	1695	1613	1835	1885	1663	1752	20506
時間外救急	697	739	774	885	892	788	766	733	828	874	752	815	9543
時間外 入	274	308	279	335	302	315	338	278	316	384	292	323	3744
1次	1727	1816	1882	2150	2077	1870	1789	1682	1905	1848	1711	1812	22269
入院総数	408	444	437	481	462	466	465	414	470	528	436	483	5494
救急車数	916	985	1076	1172	1188	1053	986	962	1070	1110	978	1063	12559
救急車入院	232	243	242	290	295	281	273	263	288	332	274	293	3306
紹介患者数	210	237	236	239	211	223	210	193	208	194	176	236	2573
小児総数	533	898	903	971	861	751	780	756	836	802	806	858	9755
小児外来	397	731	758	797	733	633	638	643	707	642	687	722	8088
小児救急車	173	304	371	377	365	268	240	255	272	289	270	281	3465
小児の入院	136	167	145	174	128	118	142	113	129	160	119	136	1667
小児紹介患	58	95	77	95	56	53	62	40	58	54	48	77	773
CPA	7	3	7	8	4	8	12	7	10	14	8	8	96
不応需（時	17	5	5	7	35	60	35	39	42	72	48	55	420
不応需（時	55	30	29	28	102	287	202	191	308	555	444	421	2652
不応需（合	72	35	34	35	137	347	237	230	350	627	492	476	3072

III. 部署目標

1. 個々の看護師が救急看護実践能力を高められる場所であると実感することができる
2. 働き続けたいと感じる職場作り
3. 北野キャリアラダーを活用し各々がラダーレベルに応じた学習を行い成長する
4. 安全・感染防止対策が適切にとれる救急外来環境の構築

IV. 達成状況と成果

緊急度トリアージの質向上を図るため、新人看護師の症例学習や症状別で学習会を実施した。さらに待ち時間の間の再トリアージの実践と継続したトリアージ記録が課題である。

今年度は救急の改装工事に伴って、診療環境の改善を図り物品管理が適切に行えるよう初療室の整理整頓や、備品配置の改善ができた。現在も救急患者の受入から、患者の状態に合わせた安全な救急診療ができるように、試行錯誤しながら改善にむけて検討を続けているところである。患者の私物管理も確実にできるよう、ベッドサイドの環境にも配慮するなど、今後も看護師の動線を考え、より業務の効率化に繋げてスムーズな救急診療が提供できるよう、患者や家族が安心できる診療環境を整備していく。

多職種との連携では、救急から直通で CT 撮影が可能になったため放射線科と調整を行い安全なレントゲン撮影や CT 移動の実践のための協働につなげることができた。

救急外来での安全対策として患者誤認のリスクが高いことを踏まえ、救急受診患者のネームバンドの導入に向けて調整を開始した。次年度運用開始にむけて事務職と協働しながら進めている。コロナ患者対応では、発熱外来での対応から初期診療科外来での対応に至るまで、当院の医療体制に応じて臨機応変に対応してきたが、今後も感染対策を緩めず継続していく。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署：低侵襲治療センター 管理者：井下春美

II. 実績

上部内視鏡 4888 件 下部内視鏡 3122 件 同日上下部 287 件 ESD 193 件 ERCP 531 件
血管内カテーテルアンギオ検査・治療件数 1366 件 (心臓カテーテル 972 件 脳血管カテーテル 347 件)
集束超音波治療 FUS 46 件 放射線治療数 6845 件 小線源治療数 78 件
遠隔操作密封小線源治療 RALS 18 件 PETCT 1288 件

III. 部署目標

1. 低侵襲治療センターで安全な検査・治療の看護が実施できる
2. 低侵襲治療センターでの専門性の高い看護師が育成できる
3. やりがいを持っ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. 各診療科とのカンファレンスは消化器内科、脳外科とは毎月実施出来た。検査の安全性を高め、時間短縮や改善にともなう話し合いが出来たが、医師の協力が必要な業務上の問題も多く、カンファレンスではなかなか問題解決出来ず、緊急の検査枠、検査時間の延長については課題が残った。また安全に鎮静検査を施行するため、高齢者への鎮静使用を踏まえて、新たに使用時のチャートなどを作成、適宜改訂も行っている。今年度発表に出せなかった改善活動で、検査室の物品の多くの定数見直しや、配置、整理整頓を1年かけて行うことが出来た。必要なものを必要な場所に配置したことで不良在庫が減り、スペースにも空きが出た。検査枠は、現状で増やせる上限までは調整できたが、検査の際の患者の入れ替えに要する時間、検査実施医師を探す時間など無駄もあり、改善課題とする。インシデント件数は前期は復職者のインシデントが目立ったが、後期は件数も半数に減少し、気づきの 発見報告などもあった。レベル 3bに関しては、部署で RCA 分析、改善計画書の作成、評価を行った。また PICC 関連の報告をあげたことがきっかけで NP の介入による PICC 挿入が導入され、患者へ安全に手技が行えるようになり、材料も無駄にならなくなった。
2. 産休明けの復職者は子どもの病気等で休みが続いたが、1 名は年度末にカテ室導入を開始し、内視鏡検査全般は安全に検査介助に付けるようになった。病棟との連携は消化器内科の勉強会を 11 階フロアと合同で実施。3 年目 1 名だけであったが、病棟体験へ出すことが出来た。後期は学会発表は出来なかったが、学会への参加、成果発表、OC 活動を通して、成果を分析したり、まとめを行い、看護を振り返る機会を得た。育児休暇から復職したスタッフのラダー取得については、時間外研修に参加しにくい現状があり、今後本人たちとも相談していく。
3. グループでの活動は 6 つのテーマで行い、QC発表会に 3 例、成果発表に 1 例を出すことができた。グループ毎にテーマ活動が出来き、次年度も引き続き継続した看護活動についてまとめていく予定。超過勤務については今年度は 17 時半までの居残り勤務を活用して、昨年度平均3時間だった超過勤務時間が、平均1時間程度にとどめることができた。年休消化は、全員が 10 日前後の消化が出来たが、平日日勤しか働かないスタッフと夜勤も休日も働くスタッフでは消化率が変わってしまいスタッフの不公平感も聞かれたため、消化率のバランスが取れるように、日勤しか働かないスタッフの検査介助導入を進め、休日の勤務につけるよう検討も必要となった。今年度の復職者の全員が乳幼児を 2 名抱えての復職であり、子どもの病気や自身の体調不良などで勤務を休みがちになったが、北野病院で働き続けたいという気持ちを途絶えさせないよう、部署全員でサポートする体制は取れている。Goodjob カードは担当制にしたことで「良いところ探し」をして書いてくれるようになった。前年度よりやや記入が増えたのは、個人宛のポスターなどで担当月であることを提示したことや、書くことに慣れたことで感謝を相手に伝えやすくなったことが要因と考える。

部署別活動報告 2023 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:4635 件（年間外来透析件数:2111 件、年間入院透析件数:2546 件）
2. 腹膜透析件数:242 件
3. 腎臓病指導外来:319 件
4. 透析予防外来:33 件
5. 導入期指導:21 件
6. 腹膜透析患者病棟ラウンド:152 件
7. PET 外来介入:31 件
8. 出張透析患者:179 件（そのうち、透析受け入れ前・後の病棟訪問は 1 ヶ月 1～3 件は実施できた）

III. 部署目標

1. 病院の変化に対応し、安全で質の高い看護を提供するために改善活動を推進している状態
病院の方針を理解しその時々の変化に柔軟な対応とともに特殊部門としての役割を担う
～地域連携を見据えた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. 一人ひとりの看護職員がやりがいを感じて働けており看護職員が働き続けられる環境が整っている状態
現場に即した労働環境を修正し、各自が健康に活つ、活き活き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
3. 看護専門職として能力を開発し、成長するために北野キャリア開発ラダーを活用している状態
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)

IV. 達成状況と成果

1. 入院患者 10 人／日をベースに外来患者と共に 15 人～17 人ベースでの受け入れを実践。医療安全対策についてはヒヤリハット振り返りを医師と CE 共にチーム会で検討し課題を明確にしたため常に共有できていた。ヒヤリハット事例は薬剤関連が多く 4 件、病棟連携にて事象発見が多く 3 件【特にバスキャス接続については再度師長会で伝達し、取り扱いについては注意喚起実施・・・以降問題なし次年度の IV 認定研修に取り入れて見直し管理修正予定となる。病棟への送迎を通してカンファレンスの積極的参加を実践（当該部署である 10 西病棟は積極的にカンファレンス参加を行い必ずその報告はリアルタイムでの実施をおこなった。センター会・各チーム会の目標達成に協力体制が構築できた。COVID-19 感染対策への取り組みについては他部署との連携強化により部内でのアウトブレイクは未然に防止できたことは評価できる。
2. 朝礼・終礼での情報共有を強化し、透析前訪問を強化した結果情報が得られた事が共有出来た。後期の各チーム間の協力体制が確立できた結果として勉強会の企画を教育チームだけで実践するだけでなく認定看護師の介入も含めて実施できた【特に急変時対応勉強会・災害時勉強会などはステップアップ計画となる勉強会となった】働きやすい環境については可能な限り年休取得(1 回／月)は全員取得できた。good job カードの活用前年度より年間数は増加したものの後期は減少した
3. 日々の業務担当采配には問題が無かったが定期カンファレンス実施が実現しなかった(外来担当者 1 名、入院患者担当者 3～4 名、看護師外来 1 名とリーダーフリーと日々の業務量による調整がフレキシブルにできた)多職種連携についてはキドニーデー実現出来た事は評価できる【参加者:50 人来場】

部署別活動報告 2023 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:7339 件(前年度より 137 件減)
2. がん患者指導管理料実施件数:104 件(前年度より 62 件増)
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):375 件(前年度より 30 件増)

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. 現場に即した労働環境を修正し、各自が健康に活つ、生き活き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 *心身共に健康であり生き活きた笑顔で働ける環境作り
3. 看護専門職として能力を開発し、成長するために北野キャリア開発ラダーを活用している状態
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)

IV. 達成状況と成果

1. 年間を通して平均 30 件/日ペースで調整、緊急対応可能、病棟対応困難症例受け入れ可能として対応できた。ヒヤリハットからのマニュアル改定実施(9 件のヒヤリハット:点滴速度間違い、管理ミス、血管外漏出)テンプレート作成(1 例) ジーラスタブディポット症例導入出来た事はそれぞれの取り組みに対して評価できる。感染対策対応(環境ラウンドを実施して手指衛生タイミングや針箱の取り扱いなど基本的操作を徹底する啓蒙活動実施できた。アレルギー症状発症時に急変リスク回避による RRS 適応症例:前期改善出来たため 1 件スムーズな対応ができた事は評価できる。
2. 朝礼ミーティング後の情報共有によりそれぞれの患者担当者が介入できた(各自 1 事例は受け持ち実施)リーダー会・チーム会によりそれぞれの活動が実践できた(異動者の進捗状況などの共有から指導内容の確認まで指導者側の情報共有がスムーズに出来た事は評価できる。リーダーの采配や実践対応の能力強化は実践できた(異動者 1 名にリーダー導入ができ業務拡大できたことは評価)突発休みによる取得含めて年間(合計各自 7 回は取得)good job カードの活用:前年度より倍発行可【前期よりは減少したものの年間では増加】:スタッフ間のプラスフィードバックができて良かった
3. 朝のプチ勉強会実施(月 1 例)年間計画していた企画分は全て実施でき、ブレストチーム主催の勉強会参加スタッフが部内へレクチャー実施できたことは自主性を持った勉強会開催ができた。各ラダー取得に向けて研修参加を実践している(レベルⅢであっても自己課題として取り組みを行えている)次年度への研修参加・ラダー更新に向けて課題を各自到達できている【マネジメント研修への参加など】

コロナ禍、開院日数が少ない中で前年度より受け入れ件数が減少しているのはコロナ禍で病院の方針にて可能限り外来化学療法での治療を実施したため。その後、5 類に変更になり入院加療となる症例が増加したことで外来件数が減少。ただし長時間レジメンが増えていること、アレルギー出現等で長時間の観察必要となるなど化学療法室での滞在時間が長い為にスタッフの超過勤務時間が前年度より増加していることは否めない。ただし入室してから治療開始までの時間が極端に短縮できているのは日々のベッドコントロールを確実にリーダーが采配できての結果である。OR 件数増加と共に指導料の算定が増加したことは認定看護師が自主的に動き医師との連携強化ができた成果といえる

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署 外来 A ブロック 管理者 藤井 明美

診療科 呼吸器内科・外科、 消化器内科・外科、 循環器内科、 心臓血管外科
腎臓内科、糖尿病内分泌内科、血液内科、感染症科、緩和ケア科

II. 実績

年間外来患者数：145,282 名（初診：13,706 名）

呼吸器内科：26,314 名（初診：2,583 名） 呼吸器外科：4,220 名（初診：303 名）
消化器内科：36,704 名（初診：4,242 名） 消化器外科：11,151 名（初診：881 名）
循環器内科：21,419 名（初診：2,520 名） 心臓血管外科：1,555 名（初診：159 名）
腎臓内科：14,115 名（初診：862 名） 糖尿病内分泌内科：18,266 名（初診：1,467 名）
血液内科：11,053 名（初診：621 名） 感染症科：485 名（初診：60 名）
緩和ケア科：25 名（初診：8 名）

III. 部署目標

1. 各職員がやりがいを持って働けるよう、お互いを認め合う風土を作る
2. 看護職員が働き続けられるよう、職場環境を整える
3. 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
4. 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. 看護部が推奨している Good job Card を活用し、良い部分をフィードバックしコミュニケーションを図り、お互い認め合う風土作りを行った。やりがいについてチーム会で語り合うことで、他者の価値観やこれまでの看護観を含め共有することができた。
他部署への定期的なサポート外来全体で取り組むことができた。
2. 子育てや介護などのスタッフの背景を考慮し勤務配置を考え、突発休の場合は外来ブロック全体でサポートし外来診療に影響が出ないよう調整できた。様々な事情はあるが、必要時は年休取得し働き続けられる職場環境作りを継続していく。
3. 各個人がラダーのレベルに応じて計画的に研修に参加できた。感染や医療安全等の必須研修では、研修に参加できないスタッフは動画視聴し参加率は 100%達成できた。
成果発表や QC 発表サークルの発表は、それぞれ担当者が役割を発揮し成果として発表できた。
4. 院内の感染レベルに応じた感染対策を実施し、部署やスタッフ間でのクラスター発生は無し。院内感染ラウンドでも遵守率はほぼ 100%で経過している。
アクシデントは、レベル 3a 以上が 1 件で、外来フロア内の転倒であった。外来医療安全チームで転倒事故防止の対策を取っており、引き続き転倒事故防止に取り組んでいく。
インシデントは書類の渡し間違いが一番多く、QC 活動でクラークと協働し書類の渡し間違いを 69%減少でき、成果を得た。物品管理では、無駄を省き在庫管理に取り組みコスト意識を高めることに繋がった。
検査説明コーナー担当は、患者が安全に検査を受けられるようマニュアルの見直しと整備を行い、担当者が統一して説明が実施できるよう取り組んだ。

部署別活動報告

I. 部署（外来 B ブロック）

管理者氏名（ 北村 昭子 ）

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

II. 実績

1. 年間外来患者数：乳腺外科 12,763 名（初診患者数 976 名）小児科 34,525 名
（初診患者数 8,033 名）小児外科 2,815 名（初診患者数 531 名）
泌尿器科 12,732 名（初診患者数 1,653 名）耳鼻科 18,631 名（初診患者数 2,974 名）
精神科 8,551 名（初診患者数 501 名）
2. ワクチン外来 接種延べ人数：1,399 名 収益：35,891,920 円

III. 部署目標

1. 看護職員がやりがいを感じて働くことができる
2. 看護職員が働き続けられる環境を整える
3. 看護専門職として能力を開発し、成長するために北野キャリア開発ラダーを活用できる
4. 病院の変化に対応し、安全で質の高い看護を提供するために改善活動を推進する

IV. 達成状況と成果

1. 週休 2 日制が導入されたが、奇数週の土曜日は小児外科と漏斗胸外来を行うことになった。小児外科診療に携わる B ブロック看護師 5 名、他ブロックに配属されている小児科経験のある 4 名の看護師の協力を依頼し、勤務を調整した。状況が許す限り小児科病棟や救急部など他部署へもサポートに行き小児科連携が強化できた。職員間のリスペクトを伝え合う「Good job Card」を活用することでモチベーションアップに繋がった。
2. 土曜日休診に伴い、看護師の勤務時間も変更になった。平日の勤務時間は延長したが、時間内での業務終了に向けて取り組む機会となり、超過勤務時間が短縮した（1 人平均 4.8 時間/月 昨年度：6.9 時間/月）年次有給休暇は全員が 5 日以上を取得でき、連続休暇は全員が付与分を消化した。看護補助者間での連携強化に向けて、業務の見直しとローテーションを計画、実施したことで対応可能な業務範囲が拡大した。引き続き協力体制を整えていく。
3. 当部署は 14 人中 12 人がラダーを取得している。各自が自身のラダーレベルに添った研修を自主的に受講し、課題に取り組んだ。学んだ知識や技術を日々の外来看護に役立てている。
4. 複数科で構成されている部署のため、特に人材育成においては年間計画の中で細かく軌道修正を行い、新規スタッフの診療科導入も進めることが出来た。ブロック間でのサポート体制も継続し安全な業務が遂行できた。成果発表 2 題、QC 活動報告 1 題、改善活動報告書 6 題を提出した。小児科外来看護の取り組みについて、院外での学会発表及び、研究所セミナーで院内発表を行った。

部署別活動報告

I. 部署（ 外来Cブロック ） 管理者氏名（ 北村 昭子 ）

診療科 ：眼科 産婦人科

II. 実績

年間外来患者数：眼科 18,346 名（初診患者数 2,920 名）
産婦人科 25,802 名（初診患者数 2,536 名）

III. 部署目標

1. 看護職員がやりがいを感じて働くことができる
2. 看護職員が働き続けられる環境を整える
3. 看護専門職として能力を開発し、成長するために北野キャリア開発ラダーを活用できる
4. 病院の変化に対応し、安全で質の高い看護を提供するために改善活動を推進する

IV. 達成状況と成果

1. 異動者、既卒入職スタッフの診療科導入は眼科、産婦人科と順次スライドし自立に向けて指導できた。他ブロック間の連携では毎月勤務調整を行い、小児科へのサポート要員は2名に増員できた。外来全般の担当役割の指導は、年間計画表をもとに、達成状況に応じて、計画修正しながら実施した。職員間のリスペクトを伝え合う「Good job Card」を活用することでモチベーションアップに繋がった。
2. 土曜日休診に伴い、看護師の勤務時間も変更になった。平日の勤務時間は延長したが、時間内での業務終了に向けて取り組む機会となり、超過勤務時間が短縮した（1人平均1.7時間/月 昨年度：2.5時間/月） 年次有給休暇は全員が5日以上を取得でき、連続休暇は全員が付与分を消化した。看護補助者間での連携強化に向けて、業務の見直しとローテーションを計画、実施したことで対応可能な業務範囲が拡大した。引き続き協力体制を整えていく。
3. 当部署は12人中11人がラダーを取得している。各自が自身のラダーレベルに添った研修を自主的に受講し、課題に取り組んだ。学んだ知識や技術を日々の外来看護に役立てている。
4. 眼科では、12月に急変時対応シミュレーションを実施。看護師・ORT・事務と各々の役割と連携を確認した。眼科後送マニュアルの改訂を行い、救急部との連携に役立てた。硝子体注射の待ち時間短縮について検討し、改善活動報告書にまとめて提出した。医師による緑内障、白内障の勉強会が開催され、スタッフも積極的に参加できた。産婦人科は、周産期システムの安全な運営の継続と病棟と協働して無痛分娩対応を開始した。

部署別活動報告 2023 年度

I. 部署 外来 D ブロック 管理者 藤井 明美

診療科 脳神経内科・外科、整形外科、皮膚科、形成外科、リウマチ膠原病内科、歯科口腔外科

II. 実績

年間外来患者数：84,072 名（初診：12,820 名）

脳神経内科：14,981 名（初診：2,548 名） 脳神経外科：10,839 名（初診：1,355 名）

整形外科：12,905 名（初診：2,336 名） 皮膚科：15,200 名（初診：2,701 名）

形成外科：5,705 名（初診：1,384 名） リウマチ膠原病内科：15,685 名（初診：1,013 名）

歯科口腔外科：8,757 名（初診：1,483 名）

III. 部署目標

1. 各職員がやりがいを持って働けるよう、お互いを認め合う風土を作る
2. 看護職員が働き続けられるよう、職場環境を整える
3. 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
4. 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. 看護部が推奨している Good job Card を活用し、良い部分をフィードバックしコミュニケーションを図り、お互い認め合う風土作りを行った。やりがいについてチーム会で語り合うことで、他者の価値観やこれまでの看護観を含め共有することができた。
他部署への定期的なサポート外来全体で取り組むことができた。
2. 子育てや介護などのスタッフの背景を考慮し勤務配置を考え、突発休の場合は外来ブロック全体でサポートし外来診療に影響が出ないよう調整できた。様々な事情はあるが、必要時は年休取得し働き続けられる職場環境作りを継続していく。
看護補助者のローテーションに取り組んでいるが、業務内容の検討、欠員の問題があり停滞している。今後も検討しながら進めていく。
3. 各個人がラダーのレベルに応じて計画的に研修に参加できた。感染や医療安全等の必須研修では、研修に参加できないスタッフは動画視聴し参加率は 100% 達成できた。
成果発表や QC 発表サークルの発表は、それぞれ担当者が役割を発揮し成果として発表できた。
学会・院外研修の参加は限られた人数であるが参加している。
4. 院内の感染レベルに応じた感染対策を実施し、部署やスタッフ間でのクラスター発生は無し。院内感染ラウンドでも遵守率はほぼ 100% で経過している。
アクシデントは、レベル 3a 以上が 1 件で、外来フロア内の転倒であった。外来医療安全チームで転倒事故防止の対策を取っており、引き続き転倒事故防止に取り組んでいく。
検査説明コーナー担当は、患者が安全に検査を受けられるようマニュアルの見直しと整備を行い、担当者が統一して説明が実施できるよう取り組んだ。
看護介入件数は、自己注射や新たな治療の拡大などで増加している。治療に伴う知識や技術を習得するため、勉強会の開催や研修の参加を促し自己研鑽を高めていく。

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：193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）
 - ・有害事象等に対するセルフケア指導（化学療法、自壊創処置等）
- ・乳腺外科回診、ブレストカンファレンス 参加 （1回／週）
- ・ブレストケアカンファレンス 開催 1回／月
- ・がん相談支援センター
面談件数：65件／年
がん患者サロンほっこり会開催 1回／月
- ・チーム活動：緩和ケアチーム、遺伝疾患サポートチーム

【外部講演、発表等】

- 2023.6 日本乳癌学会学術総会 ポスター発表
- 2023.9 日本薬剤師学会 パネリスト
- 2024.1 がん教育講義 講師

III. 指導

- ・がん看護研修：乳がんの診断と治療（1回）
- ・部署内勉強会 4回
- ・看護研究のサポート 3件

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

専門看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（感染症看護） 専門看護師 氏名（ 濱 ひろみ ）

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。

感染対策リンクナース委員会に参加し、各委員による環境ラウンド・手指衛生直接観察ラウンドの結果を把握し、手指消毒剤使用量やカテーテル関連血流感染の件数などとともに、師長会へもフィードバックを行った。

ノロウイルス胃腸炎等の感染症患者の感染対策および院内伝播防止の為の対応について、病棟等関連部署に指導を行った。

院内感染対策委員会において、結核など院内対応が必要となった事象や針刺し事故の状況とその後の対応など報告、感染対策マニュアルの改訂を行った。

III. 相談

医師・看護師・コメディカルや関連施設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できる環境を整えた。内容は COVID-19 に関する質問が多く、5 類移行後に変更された内容についての問い合わせや市中感染の増加とともに職員や家族が罹患した際の相談が増加した。

IV. 調整

空気清浄機など、感染対策として設置した機器について、トラブル発生時にも設置部署の支障が最小限となるよう関連部署と対応を行った。

V. 倫理調整

COVID-19 の入院患者など、感染症により個室収容などの対策を実施している患者への面会について、基本ルールは対策が解除されるまで面会等で医療職者以外が接触することを禁止しているが、患者様の予後や家族の考え方などを考慮して、柔軟に対応するよう病棟に説明していった。

VI. 教育

3 月：新入職の研修医に対する研修

VII. 研究

当院在職中の学会発表はなし

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 ）

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。病棟入院中患者における重症患者の看護ケアにおいて、呼吸・循環管理、人工呼吸器管理中の合併症予防・早期抜管を目指したケア実践を行った。また呼吸ケアチームや RRT として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、周術期看護研修などを開催。

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

重症管理に不慣れな病棟看護師への集中ケアに必要な患者のケアについての相談
また、統一・標準化されたケアが行えるよう、人工呼吸器マニュアル作成を行った。

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

- ・2023 年度新規介入件数：264 件（がん 238 件、非がん 26 件）
- ・主な介入目的：疼痛コントロール・療養環境の調整・意思決定支援など
- ・外来移行後は、必要時緩和ケア外来（年間延べ 28 件）やがん相談支援センターで継続支援を実施した

がん相談

- ・2023 年度：394 件 必要時多部門と連携し調整を行った

緩和ケアスクリーニング

- ・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実施した
- ・1290 件実施し、136 件のスクリーニング陽性者に対し面談を実施した。内 5 件は入院後緩和ケアチームで継続介入を行った

その他

- ・意思決定支援が必要な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
その中で、がん患者指導管理料イ：28 件、がん患者指導管理料ロ：93 件算定した
- ・オピオイド持続皮下投与マニュアル・持続皮下注射の看護手順を改訂した
- ・レディス病棟とがん相談支援センターのアピアランスケアコーナーを整備した

III. 指導

院内研修

- ・がん看護研修：3 回/年
- ・がん看護トピックス研修：2 回/年
- ・院内外の医療従事者を対象としてアピアランスセミナーの開催 など

実践モデル

- ・日々の看護実践の中で、意思決定支援や患者対応についてスタッフ指導
- ・適宜患者カンファレンスへの参加

マニュアル作成・修正時のスタッフ指導

IV. 相談

看護師からの相談

- ・アピアランスケア、リンパ浮腫ケア、症状緩和の方法に関する相談など

多職種からの相談

- ・症状緩和における薬剤選択、症状緩和の方法、療養環境の調整に関する相談など

患者・家族からの相談

- ・上記がん相談に準ずる

認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（慢性心不全看護認定看護師） 氏名（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、再入院・重症化への予防に向けた、生活指導、または家族支援を実践
*9 東病棟の心不全入院患者：241 名（2023 年度）を対象に退院調整を実施した
*他病棟入院患者の訪問：36 名を対象に退院調整を実施した
2. 病棟スタッフが行う患者支援を確認し、支援の方向性の調整や支援内容・方法についてサポートを行った
3. 心不全看護外来の開催に向けた規約の作成、マニュアル・手順書などを整備した
4. 心不全患者治療・教育に関わる最新情報の獲得、また知識の共有にむけて積極的に学会や研修に参加した
また、スタッフが自ら循環器領域に関する情報を収集できるように学会・研修会の参加にむけた情報の提示や、参加出来るように調整した

III. 指導

1. 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
2. 院外活動
【講演】
関東甲信越地区：「How to セミナー～心不全包括管理の基本のキ～」
【講義】
大阪府看護協会：「高齢の心不全患者の在宅療養支援～地域連携の現状・市北ブロックからの発信～」

IV. 相談

1. 多職種の関わりの中で生活調整が必要と判断された際の相談
2. 他病棟に入院になった患者の生活指導・退院調整の相談を受け支援を行った
3. 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

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、糖尿病をもつ患者が、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198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、糖尿病教室や糖尿病啓発のための医療セミナーを開催し、糖尿病をもつ患者や家族への知識の普及とスティグマの解消を目指した活動を行った。

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、糖尿病をもつ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で行い、参加者は延べ37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、血糖測定器や持続血糖モニタリング等の機器管理に関する相談などであった。

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）

- ・認知症ケアチームで週に2日チームメンバーと協働し、カンファレンス、病棟ラウンドを行った。介入実人数 823 名 延べ人数 1319 名
- ・中核症状や行動・心理症状の増悪予防のケア、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
- ・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、予防的ケアの提供。せん妄発症時は早期収束に向けたケアの提供
- ・抗認知症薬、向精神薬、睡眠導入剤等の適正使用や、漸減中止、変更の提案、非薬物療法の支援
- ・意思決定支援や ACP の推進。認知症の進行度に応じ、家族への推定意思の確認
- ・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
- ・早期退院、再入院予防支援として、地域連携や在宅復帰支援

III. 指導

- ・中核症状、行動・心理症状に応じたコミュニケーションの取り方や環境調整など、ベッドサイドケアを一緒に行うことを通して指導を行った
- ・認知症者の全体像の捉え方として、訴えがうまく伝えられない、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、生活歴や性格などその人らしさを知ることの重要性について指導を行った。
- ・安全対策として、本人の苦痛や不安に焦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・栄養補給法の導入等について倫理カンファレンスの開催
- ・研修の運営、開催（ラダー別研修、全職員対象、リソース研修として希望者に認知症看護や高齢者看護について行った）

IV. 相談

- ・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
- ・入退院サポートステーションで面談を行い、情報提供があった患者の介入を行った
- ・医師や看護師、セラピスト、地域医療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

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）

- 主に放射線治療の対象となった患者の診察に同席。患者・家族の意思決定支援、心理的サポートを行った。腫瘍放射線科医と共同し、がん患者指導管理料イを 83 件算定。また治療中のフォローや治療が安全・安楽にできるよう、薬剤の調製や治療時の移送手段についてなど他職種・他部署間との連携を行った。
- 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）
- 放射線治療のマニュアル・パンフレットの作成、改訂に関する指導
- がん看護ベーシックコース研修（がん関連専門・認定看護師と協働して開催、全 3 回のうち「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 等
- 患者からの相談
放射線治療開始後～治療後の日常生活の過ごし方について 有害事象の対処法等について 等

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）

- ・所属部署や病棟ラウンドを実施し、抗がん薬の投与管理、CV ポートの管理指導を行った。また、患者・家族と適宜面談を実施し、がん薬物療法に伴う副作用へのセルフケア支援、がん薬物療法に対する精神的不安に対する支援を実施。必要時、がん関連の CN、CNS、薬剤師、地域医療サービスセンターなど他部門との連携を図り支援につなげた。
- ・医師からの病状説明の場に同席し、初期治療から終末期まで、治療や社会生活なども含めた意思決定支援や、がん薬物療法に対する精神的不安に対する支援を実施し、がん患者指導管理料イを 6 件、ロは 132 件算定した。
- ・腫瘍内科医、薬剤師と協働し 22 件の新たなレジメンの監査を実施した。

III. 指導

- ・所属部署、病棟ラウンドを通して、日々の看護実践の中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）することでスタッフ指導を実施した。
- ・病棟所属の CN は部署勉強会を通して、新人看護師を対象にした、肺がんの治療、部署所属看護師を対象にした、肺がん CCRT の治療に対する看護をがん放射線療法看護認定看護師と協働し実施した。
- ・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。
- ・静脈注射レベル 3A「中心静脈カテーテル・PICC カテーテル・CV ポート管理に必要な基礎知識」、「抗がん薬投与時における看護」、静脈注射レベル 3B「がん薬物療法看護」の講義を担当した。
- ・リソース研修として、がん看護ベーシック研修（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。

IV. 相談

- ・看護師からの相談
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、排泄物の処理方法、CV ポートの管理について 等
- ・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）

患者が急激な転帰を辿ることが予想される病状にあることや、厳しい現状を受け止めることが難しいケースにおいて、主治医からの介入依頼が多くみられた。そのような状況にある小児から高齢者の幅広い年代のがん患者と家族に、病状説明時の同席や面談を通して、心理的サポートや治療方針に関する意思決定支援、痛みをはじめとする苦痛症状のマネジメントを行った。その他にも、緩和ケアチームの一員としての活動や、がん相談や緩和ケアスクリーニングにおける面談を行った。

なお、年間を通して、がん患者指導管理料イは 20 件、がん患者指導管理料ロは 41 件の算定であった。

III. 相談

看護師や多職種から、不安や落ち込みのある患者への対応、死が迫っている患者の子どもに対するケア、身寄りがなくサポートが不足している患者への支援、等について相談があった。

IV. 調整

積極的治療から緩和中心の医療へ移行していく段階にある患者の在宅調整において、院内外の多職種と情報共有を行い、それぞれの力が発揮しやすいように調整を図るなどした。

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いながら、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。また、看護研究委員会における活動において院内研修において看護研究の講義を担当した。

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を開催した。

VII. 研究

看護部倫理審査委員会における倫理審査を行い、必要時にはその後も継続的に研究サポートを行った。また、看護研究委員会の活動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標に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

2022 年度診療報酬改定により術後疼痛管理チーム加算の算定が可能となった。2023 年度は 2509 件（3 月末時点）である。今年度は術後疼痛管理チームメンバーである麻酔科医・薬剤師・手術看護認定看護師でメールカンファレンスの機会を設け、介入が必要な症例に介して検討し、外科医に働きかけを行うことが出来た。

② iv-PCA の使用頻度調査と新規導入

術後疼痛管理チーム加算の開始を受けて、iv-PCA が不足していることが明らかになった。臨床工学技士と協働し、不足件数の洗い出しを行った。不足分を補うため、別メーカーの iv-PCA の導入を麻酔科医師と病棟と実施した。

③ フットポンプ導入

下肢タイプを導入するに当たり、VTE のリスクアセスメントに関する勉強会を設定、臨床工学技士と連携し、スムーズな導入を行った。

④ プレストケアカンファレンスの参加

これまでメールのやり取りのみであったが、乳腺外科医師、外来、病棟、化学療法室が参加するプレストケアカンファレンスへの参加し、手術患者の情報連携を密に行った。

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出来た。

・研修については以下。

院外研修講師 2 件：手術看護認定看護師大阪奈良和歌山ブロックセミナー研修講師

① 「疼痛管理について」（2023 年 5 月）

② 「教育について」（2024 年 2 月）

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。

・がん専門看護師より、術前絶飲食指示に伴う麻薬の継続可否に関する相談があり、麻酔科医と連携をとり、安全に麻酔導入を行うことが出来た。

認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（救急看護） 認定看護師 氏名（ 藤原 由子 ）

II. 実践（実績含む）

2023年3月より当院に就職し、救急部看護師長として勤務しています。今年度は当院での組織横断的活動にむけての準備期間として、情報収集を行いました。RRTのコールの際にはチームメンバーとともに現場活動を行いました。またCPRコールのワーキングメンバーの役割も加わり急変時対応の現状把握に努めています。

自部署では主に管理を通して、緊急度トリアージの精度をあげるために、現場の問題点を洗い出し対策実施にむけて取り組んでいます。

またこれまでの経験を活かし、大規模災害訓練を計画し実施することができました。

III. 指導

各部署のリーダーレベルの看護師を対象に、災害発生時の初動に関する机上訓練を行いました。今後もより多く経験できるよう看護部での災害委員会を立ち上げて、継続した指導を実施していく予定です

IV. 相談

今年度はまだ開拓中でしたが、今後は各部署での急変対応に関することや救急患者や家族の意思決定支援に関する相談が増えるよう活動していく予定です