

看護部活動年次報告

2024 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. 災害発生時に看護職員が行う事項を理解して災害に備えている状態(2024 年度追加目標)

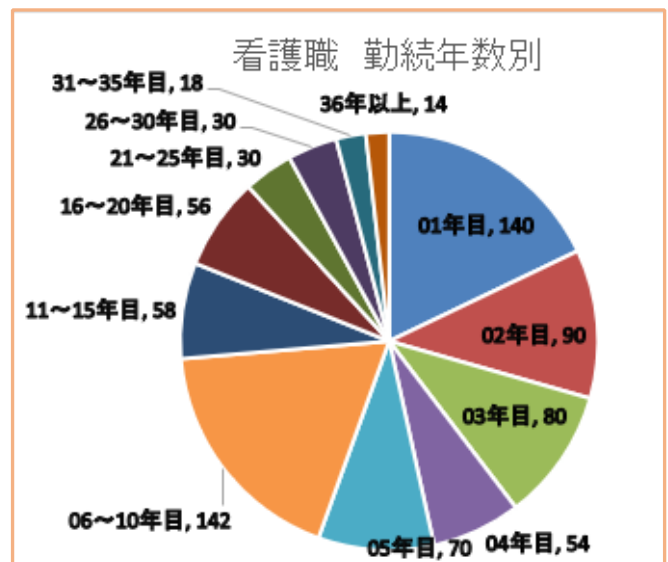
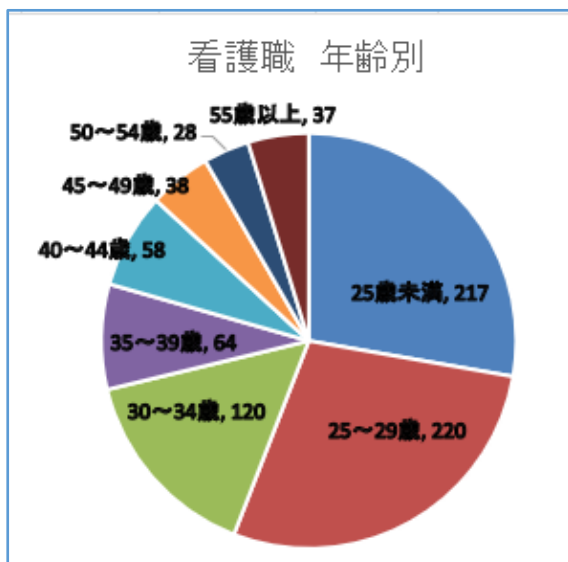
＜看護部各部署目標＞

看護部目標達成のために、目標 1 から 5 の全てを全部署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
目標に関連する委員会も、委員会の目標として設定し、取り組む

II. 在籍者構成（2024 年 4 月 1 日現在）※看護職

○ 平均年齢： 32.2 歳

○ 平均在職年数： 7.5 年



部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 地域医療サービスセンター

管理者氏名 杉内 陽子

副看護部長 1 名、看護師長 1 名、看護主任 2 名、看護スタッフ 15 名

MSW：係長 1 名、主任 1 名、スタッフ 6 名、事務：課長 1 名、係長 1 名、主任 2 名、スタッフ 10 名

看護ラダー取得状況：ラダーⅢ15 名、ラダーⅣ2 名、未取得者 1 名（育休明け、新着任者）

II. 実績

- 紹介率:68.5%、逆紹介率:122.7%、紹介患者数:15881 件(+79)
- 入退院支援加算1:6137 件 退院支援加算割合:32.0%
- 介護支援等連携指導料:329 件 4.退院時共同指導料:302 件
- 保険医共同指導加算:6 件 6.多機関共同指導加算:81 件
- 地域医連携診療計画加算:76 件
- がん地域連携パス 新規導入(乳がん:42 件、胃がん:30 件、大腸がん:65 件、胃 ESD:0 件)
- 救急患者連携搬送料:24 件
- 相談支援件数:3045 件(+69) [入院:2612 件(+55) 外来 433 件(+14)]
- 入退院サポートステーション:入院前支援加算:2335 件 入院前支援加算割合:38.0%
院内医療者パス活動:新規作成 外科系 44 件/ 内科系 7 件、修正 360 件
多職種連携数:医療相談室 93 件、WOC 19 件、認知症ケア看護師 101 件、緩和ケア看護師 80 件、
病棟訪問 377 件、病棟連携 92 件、ケアマネジャー 624 件

III. 部署目標

- 地域医療室:患者獲得に向けた連携強化と戦略活動の実施
- 医療相談室:院内外の連携強化と支援の質向上
働き続けたい職場を目指した環境改善
- 入退院サポートステーション:PFM による外来看護支援の質向上とチーム医療の強化
- やりがいのある職場環境を目指し、業務改善活動と適正な労働管理を行う

IV. 達成状況と成果

- 紹介率 68.5%・逆紹介率 122.7%であり、地域医療支援病院要件(紹介 50%以上・逆紹介率 70%以上)をクリアすることができた。年間訪問件数は 592 件と昨年を大きく上回り、そのうち医師の同行訪問も 40%から 43%へ増加。医療機関からの緊急受診依頼に対する不応需は、昨年の 5.8%から 3.8%へ減少。きたのパートナーズクラブは 85 名の参加があり。開業医との研修会(K-2Net)は 4 回/年開催。継続して地域連携に向けた会を企画開催していく。
- 介護支援等連携指導料は減少したが、多機関共同指導加算が昨年より 31 件増加しており、対面だけではなく、Web 利用によるカンファレンスの開催方法を整備したことでより多職種が参加できるようになった。QC サークル活動にて係内での事例検討会の定期開催に向けて活動を行い、相談員の知識共有や相談しやすい職場環境の改善につなげることができた。6 月から新規導入した救急患者連携搬送料は 6 カ所の連携医療機関と提携し、24 件搬送実施した。
- 年間面談件数は当日対応の不応受件数減少に向けた QC サークル活動にて、7151 件と昨年より 308 件の増加となった。入院前カンファレンスとして入院前から院内スタッフで情報共有を実施しており、今年度は外来 NS の参加も呼びかけ、32 件開催できた。
- 超過勤務の削減、NO 残業デイ取得への意識は向上しており、目標に向けて継続して取り組んでいく。good-job カードは送る対象を多職種へ広げたことで活用枚数が昨年より 45 枚増加しており、職場環境の改善に役立っている。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 7 東病棟 管理者氏名 福坂 知美

II. 実績

1. 平均在院患者数：37.5 人
2. 平均在院日数 ：7.0 日
3. 病床稼働率 ：平均 90.1%
4. 緊急入院割合 ：41%

III. 部署目標

1. 看護師一人一人が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。
4. 災害発生時に看護職員が行う事項を理解して災害に備えている状態。

IV. 達成状況と成果

1. 看護師一人一人が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

成果発表は3演題、QC サークル活動へは4演題参加報告した。看護サークル活動は6サークルあり、それぞれが協力して年間を通してケアの充実に向けた取り組みを行った。実際には、乳腺サークルは毎月院内のブレストカンファレンスへの参加を行い、新しく導入された治療法の患者の入院中の管理方法やケアについての取り組みの発表を行い、実際には見ることに出来ない部門の看護師とも共有する事が出来た婦人科サークルは退院オリエンテーション用紙の見直しを行い、ポケットマニュアルの年度末見直しも行っている。オレンジナースサークルも昨年に続き、認知症患者に提供できる塗り絵やカレンダーなどの整備だけでなく、せん妄の勉強会を行った。アピアランスケアサークルは積極的に関連学会への参加も行い、新しい情報がアピアランスコーナーに掲示できるように環境調整をしながらも、YouTube を作成し個人のペースで進められる学習ツールの作成を行った。排尿ケアチームはチーム内の4人が第 16 回下部尿路症状の排尿ケア講習会を終了し、院内の排尿ケアチームとしての活動も行った。

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ている状態。

ラダーチャレンジ計画は各々のライフステージに合わせて取得を進めてきた。院外研修には排尿ケアチームから4名が受講を終了し、院内の排尿ケアチームとしての役割を担っている。学会についても、癌や緩和系の学会や研究会への参加し、延べ9人が参加した。次年度も目的を持って院外の学会活動に参加出来るようにする。1年目看護師は計画通りにラダーIを年度末に申請した。

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。

手指消毒は感染委員会を中心に声かけに取り組んでおり、引き続き重点課題として取り組んで行く予定である。レベル0のインシデント報告は昨年度に比べ増加しているが、次年度も重点課題として取り組みたい。ウォーキングカンファレンスは定着してきたため、ラウンド対象者を拡大していけるように次年度も取り組んでいく。日勤看護師がペアで動くことで学びを深めながらも患者へ安全で充実したケアを届けるように計画している。次年度も引き続きペアを組めるようにしながらベテラン看護師の視点や看護の技の継承を進める。

4. 災害発生時に看護職員が行う事項を理解して災害に備えている状態。

防災委員会を中心にアクションカードを作成し部署内の防災訓練を行った。少人数制で、全員があたるように計画して実践したことで、これまで災害訓練に参加したことのないスタッフも災害時の行動が理解できた。次年度も実施予定である。

部署別活動報告 2024 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：21 名
2. 平均在院日数：7.1 日
3. 病床利用率：84.4%
4. 分娩件数 706 件/年度
 経膈分娩 440 件 帝王切開 266 件 (37.6%)
 OGCS 搬送 81 件/年

III. 部署目標

1. 選ばれる産科病棟づくりができる
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. 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. 少子化により当院の分娩件数も減少傾向となっている。この大阪で分娩施設として維持していくために、選ばれる産科病棟として様々なクオリティ向上のため WG で活動を行った。現在、産後のおやつの開始、高機能ドライヤーや高級アメニティの使用開始、ベビー服や産褥着レンタルに向けての検討、お祝い膳の変更、朝食のメニュー変更などの検討を行った。2025 年度 6 月頃より本格的に開始するため準備している。少しでも妊産婦さんに喜んでもらえ、スムーズな育児へのスタートにつながるようにし、また、当院で出産していただくことに繋げたいと考える。
2. 2024 年よりニーズが高くなっている無痛分娩（計画無痛・経産婦対象）を導入した。月 2 例からスタートし、26 件、安全に実施ができている。2025 年度は対応数を週 2 例程度に増やす予定である。また初産婦に対して和痛分娩も開始予定である。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、コロナ禍で縮小していた教室（前期・後期マザークラス、沐浴教室、ヨガ教室、おっぱいクラス）を全て再開できた。
3. 選ばれる産科病棟作りや性教育の出前授業、北区の BP プログラムの参加など、主体的に自分たちが妊産婦に何ができるのか、助産師としてどう成長できるかなど考え、追求できる環境があることが、今年度のやりがい度上昇（3.92→4.12）につながったと考える。年次有給休暇は 12 日以上消化する事ができ、超過勤務時間は平均 9 時間で目標を達成できた。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署：8 階西病棟

管理者氏名：古谷 久美

病床数：45 床

診療科：小児患者を対象等する全ての診療科

II. 実績

1. 平均在院患者数:36.4 名
2. 平均在院日数:4.3 日
3. 病床稼働率:101.6%
4. 新入院患者数:2864 人/年
5. 緊急入院患者数:2158 人/年(1 日平均 5.9 人)

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感じ働くことが出来る。
2. スタッフが働き続けられる部署作りを推進し、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推進し成長する事が出来る。
4. 病院の変化に対応し、安全で質の高い小児看護の提供をするために改善活動を推進する。
5. 災害発生時に看護職員が行う事項を理解して災害に備えることができる。

IV. 達成状況と成果

1. スタッフの定着を目標に、スタッフひとりひとりのやりがいを重視して取り組んだ。チーム会、新人会を中心にスタッフのコミュニケーションの場を多く持ち、やりがいについて語る場面をもうけ、日々の看護で嬉しかったこと、こうしたら良かったこと等を言語化しスタッフ間で共有をする事ができ、これらのチーム活動が、やりがいに繋げる事が出来た。Good job カードの推進も図り、先輩看護師から後輩看護師への承認も目的として行い、自発的に記入する事が出来ている。
2. 新人 5 名、既卒者、中途採用者 4 名の教育体制を整え、それぞれにサポートをつけ、各自の進捗状況が視覚的に分かるようにして教育をみんなで行える環境を整え実施することができた。緊急入院が多い中、超勤の削減にも取り組み、2022 年度より削減する事が出来た。年休取得、連続休暇も希望に添い、年休取得も前年度より上昇することができ、プライベート時間も確保することが、スタッフ定着に貢献出来ている。
3. 各自が、ラダー研修には計画的に参加することができた。新人 5 名はラダーⅠの取得準備ができ、ラダーⅡは 2 名が取得できた。引き続きラダーⅢ以上の取得への支援を継続していく。
4. 医療安全、感染とも委員、係が中心となり日々取り組むことが出来た。医療安全ではレベルⅢ以上の報告は無く経過する事が出来た。感染患者の多い病棟であるが、アウトブレイク起こすこと無く、日々部屋の調整、受け持ちの調整など感染対策を意識した取り組みができた。研究活動では、成果発表に 2 題報告することができ看護の振りかえり、今後の課題を見つけ出す機会を得ることができた。
5. 災害係を中心とした、小児科に特化したマニュアルの作成を行う事が出来た。その成果は、成果発表でも伝えることができた。部署内での災害訓練も定期的に行い周知したが、時間が経過すると対応に不安を感じる事も多くある事から、今後も継続した取り組みが必要である。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 NICU/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：NICU83.9%、GCU55.0%
 2. 緊急入院数：NICU240 人 GCU103 人
 3. 1 日平均患者数：7.6 人、GCU6.2 人
- その他：超低出生体重児 4 例/年、極低出生体重児 12 例/年、新生児搬送受け入れ 117 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. 災害時にそなえ、訓練・準備ができるよう支援する。

IV. 達成状況と成果

1. 2024 年度は新生児搬送（お迎え）の同乗を新たな取り組みとして開始。同乗したスタッフからは、ポジティブな意見が多く搬送を通して新たにやってみたい事の意見もあがった。搬送は比較的軽症が多いため次年度は 1.2 年目の同乗も目指す。FCC にも力を入れ、挿管管理中のカンガルーケアも実施しご家族やスタッフの満足にも繋がった。NICU/GCU が固定配置となったため、力量評価を定期的実施することで、技術獲得に大きな差もなく独り立ち項目も増えたため、定期的な配置換えは引き続き実施していく。
2. 計画的年休を入れるように勤務作成を意識して行った結果、昨年度より年休取得率は UP した。既卒者が多いという強みを活かし今後もリーダー導入をすすめ公平な年休取得を目指す。
3. 北野キャリア開発ラダー未取得者が 15 名（うち新人が 4 名）となった。ラダー取得に向けて研修受講は進んでいるため引き続き支援していく。院外研修
4. MRSA/ESBL の持ち込み、新規発生は MRSA2 件あったが水平感染を起こさなかったのは評価出来るが、血液汚染事故が 2 件起きたため再発防止に努めていく。ヒヤリハットに関しては、長年減少しなかった栄養関連のヒヤリハットが手順の変更や新たな対策を実施したことから減少した。書類関連のヒヤリハットも、スタッフの提案で引き継ぎ表を作成し導入することで減少したため効果があり、QC 活動として発表も出来たため評価できる。FCC やカンガルーが進む一方で発生しているヒヤリハットも認めているため KYT の視点を強化できるよう取り組んでいく。
5. 災害については、委員と係を中心に災害訓練を 2 回実施した。昨年度までとは違い具体的な動きや第一報の書き方、報告の訓練まで実施することができ効果的な訓練となった。また、常に災害について意識できるよう毎月 5 の付く日に災害の日を設け、避難経路や物品の配置等の確認をしたことで意識向上につながった。次年度はシステム障害に対応できるよう訓練を実施していく予定。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 9 東病棟/HCU

管理者氏名 清水 里香

II. 実績

1. 平均在院患者数: 9 東 31.7 人 / HCU 4.99 人
2. 平均在院日数: 9 東 12.3 日 / HCU 15.3 日
3. 病床利用率: 9 東 81.2% / HCU 83%
4. その他

年間心臓カテーテル治療実績 TAVI 8 件、

CAG 132 件、PCI 418 件(うち緊急 48 件)、PCI を含む緊急カテーテル検査・治療 45 件 EVT 99 件、アブレーション 162 件、ペースメーカー等デバイス埋め込み 60 件(うち電池交換 28 件)経皮的リード抜去 3 件

年間心臓外科手術件数 96 件

(うち TEVAR11 件、EVAR10 件、内シャント設置術 6 件、AAA14 件、開心術 54 件 MICS1 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て働いている状態でありかつ看護職員が働き続けられる環境が整っている状態～スタッフ一人ひとりが役割意識を持ち言われて動く組織ではなく自分たち主導で患者を支える看護実践ができるメンバーとなる～
2. 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～自己の能力開発に務め、前年度より前進する自分を目指す～
3. 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～看護の質改善につながる現場から学び常に患者還元できる環境調整ができる～
4. 病院経営の方針を理解し健全な病棟運営ができる (HCU 稼働状況および病棟入退室含むベッドコントロールの調整の充実)
5. 災害発生時に看護職員が行う事項を理解し災害に備えている状態～有害時に誰でも対応できる環境作り

IV. 達成状況と成果

1. 日々のカンファレンスの充実から患者への還元を目標として日々のケアに取り組んだ。患者情報の共有については、情報を集約して情報の一元化をホワイトボードでの患者管理を行った(ベッドマップをホワイトボードに作成し感染・デバイス管理等の患者情報から担当看護師記載やセンサーなどの管理など)活用することで各勤務開始時・終了時等にカンファレンスを実施することができた。またラウンドカンファを行うことでリアルタイムでの患者状態をケア改善へのつなげる事ができた。Good job カード発行枚数の増加によりプラスフィードバックによるスタッフの役割意識などに良い影響が与えることができた
2. 心不全療養指導士資格を 2 名新規誕生でき、専門領域での能力開発へつなげることができた院内ラダー申請については 3 名の申請し認定が得られた(ラダーⅡ2 名、ラダーⅢ1 名の誕生)HCU 導入については計画的に実施できており 3 年目スタッフは自立まですすめられた。
3. 感染については後半に向けてアウトブレイクすることは無く、手指衛生についてはある程度の意識は持てたがタイミングでの遵守率が前年度より低迷しているため今後とも課題となる。インシデント発生についてはレベル3a までの発生はなく、I でのラウンドカンファ実践に伴い質の変化と共に、改善計画もスムーズに実践に活かす事ができた成果となった
4. HCU 担当医師の協力の下、前年度より HCU 利用率 10%増加できたことは稼働率向上の成果となった【的確なベッドコントロールが実践できた結果によるもの】:重症度の高い患者入室も受け入れできたアブレーションパスの変更によりベッド稼働への還元も可能となり件数を増やすことで増収にもつながった
5. 発災時のアクションカード作成はできたものの最終部署内訓練が出来なかった事が今後の課題となる

部署別活動報告 2024 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：36.3 人/日
2. 平均在院日数：7.1 日
3. 病床稼働率：88.9%
4. 看護必要度：平均 38.0%
5. 手術件数：2375 件/年
眼科=1879 件（内 緊急 129 件） 泌尿器科=282 件（内 緊急 20 件）
呼吸器外科=214 件（内 緊急 30 件）
6. 化学療法：141 件/年（呼吸器外科・泌尿器）
*データは、2024 年 4 月～2025 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りと、働きやすい職場を提供する。また専門性を活かした取り組みが出来る。
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. 個別性のある看護記録・看護計画が立案出来、患者の言葉に耳を傾け、患者が安全に生活出来るよう援助する。また看護師の身なりを整え、患者に不快感を与えないようにする。
5. 病棟内での災害への対応の理解し行動できる。

IV. 達成状況と成果

1. リーダー会で、各年代の状況把握を行ない、スノーマンセルを継続しているため、1 年目以上の看護師に対しても情報共有し個々の育成に組みが行えている。そのため 1 年目からは、「相談しやすいや言いやすかった」と評価をもらう。また、呼吸器外科の手術見学や ICU 見学を実施することで患者ケアや指導に活かしている。
2. 長期休暇全員取得し年休取得平均 17 回/年取得できた。超過勤務も 9～10 時間/年と CF や終礼時間に互いの残務を確認し合い調整出来ている。Good job カードも毎月各自が記載できるようになっており、直接言い合える事が多くなっている。
病棟より QC 活動 3 題、外来と病棟が連携しての 1 題を活動報告し、継続して病棟の問題を考えていくことで改善につながっている。病棟補助者会は、2～3 ヶ月 1 回開催や終礼実施することで、補助者と業務見直しや思いを言える場として活用できた。
3. 呼吸器外科、泌尿器科、眼科医師による勉強会を開催し他病棟看護師も参加し患者ケアに役立てることができた。またキャリアアップに向けて個々でのラダー取得を実施できた。成果発表では 2 題出題しそのうち 1 題は、優秀賞をいただいた。院内研修に対しては、参加や視聴し全員参加できている。
4. ほとんどの入院患者がクリニカルパスであり適宜見直しを行ない、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。
5. 災害研修者を中心に病棟内でのウォークラリーを実施し災害設備への関心と位置の把握を実施することができた。

部署別活動報告 2024 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 : 40.2 人／日
2. 平均在院日数 : 13.1 日
3. 病床稼働率 : 90.5%
4. 病床回転率 : 25.21 回／年間
5. 重症度、医療看護必要度Ⅱ : A3 点以上 or C1 点以上 13.5%、A2 点以上 or C1 点以上 22.9%
6. 平均新入院患者数 : 89.75 人／月（うち、緊急入院患者数 37.8 人／月）

III. 部署目標

1. 看護専門職として看護の質向上に関連した目標設定と目標管理を行う
 - 1) 在宅訪問の運用規定の作成および、訪問体験による急性期看護の質向上
 - 2) 生涯学習について理解し、北野キャリア開発ラダーや S-QUE クリニカルラダー別研修、外部研修等を活用した能力開発行動の実践
 - 3) 最新の医療および看護の動向に目を向け、安全と看護の質向上に貢献する積極的業務改善活動
2. 安全な労働環境に関する基本的知識を有し、看護単位（チーム）について考えながら勤務を調整できる
3. 北野相棒制度の確立・定着
4. 災害発生時の初期対応および、院内手順について理解し行動できる

IV. 達成状況と成果

1. 呼吸器内科病棟としての各年代に応じた目標管理を実施。役割課題としては、5 年目、7 年目のチームリーダー導入、4 年目の看護部委員会参加と部署課題抽出と改善活動、中途入職者の業務リーダー導入、2 年目のプライマリー看護の強化、重症患者の受け持ちを開始した。部署の組織化された教育支援体制（グループ支援、組織支援）の活用により、役割目標は達成された。

また、2024 年度より在宅訪問を開始。対象や運用について整備し、在宅酸素が導入された患者 9 例、看護師 13 名（約半数）の経験実績を積むことができた。訪問体験により、患者の療養環境の情報収集の重要性や退院を見据えた看護介入についての気づきや学びを得ることができた。

北野キャリア開発ラダーでは、現在の部署ラダーレベルは、Ⅰ 10 名、Ⅱ 3 名、Ⅲ 7 名、Ⅳ 2 名、Ⅴ 1 名、ラダーなし 6 名。そのうち、本年度新たに取得したのは、1 年目 5 名（全員ラダーⅠ）であった。次ラダーに向けた受講状況では、ラダーⅡ 5 名、Ⅲ 4 名、Ⅳ 1 名、Ⅴ 2 名が受講中である。

積極的業務改善活動としては、「病棟看護師による在宅訪問」「タイムアウト 100%を目指して」の 2 題を看護の成果発表で報告、QC 活動としては「もう痛くない！酸素チューブ（酸素チューブによる MDRPU の予防）」「防災アカデミア（災害に対するスタッフの意識改善）」として 2 題、取り組み報告を行った。
2. 労働時間の考え方や勤務の構成について管理者のレクチャーを受けながら、スタッフ間で勤務希望を調整することができるようになった。結果、安全な勤務体制を維持し、平等な休暇取得に繋がった。

実績：連続休暇 6 日、平均年休取得 14.6 日、超過勤務月平均 11.3 時間、定時かえるナース 2 回／月／人
3. 昨年からの取り組みにより相棒制度が定着。平日 4～5 組、休日も 2～3 組の相棒で互いに学び会える環境を維持している。
4. 防災委員・防災チームが主体となり、災害のアクションカードの作成、机上シミュレーション訓練を実施。災害時の初期対応、アクションカードの使い方、避難経路、酸素を使っている患者の対応などについてブレインストーミングを行うことができた。次年度は他職種と協働して実地訓練を予定している。

部署別活動報告 2024 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: 35.5 人／日
2. 平均在院日数: 17.5 日
3. 病床稼働率: 81.8 %
4. 重症度、医療・看護必要度: A3点以上 or C1 点以上 38.4 % A2 点以上 or C1 点以上 47.1 %
5. 造血幹細胞移植: 19 件 (自家: 11 件、同種: 8 件) 同種移植後外来件数: 79 件
6. 腎臓病教育入院件数: 21 件、シャント造設術: 12 件、シャント PTA: 10 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. 日々の労働環境において、改善活動を行い、勤務継続意欲の向上にむけて取り組む
3. 北野キャリア開発ラダーの活用・推進と S-QUE クリニカルラダー導入にあたり研修の実施受講ができる。
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. 災害発生時、看護職員が部署にて行うべき具体的な対応策が検討できる

IV. 達成状況と成果

1. 各自の役割が明確になり、具体的な目標設定のもと実践できている。またリーダー・メンバーシップもはかれた行動がとれるようになっていく。やりがい度調査の回答率が84%と前年度より増加。防災に関しては 3 月にシミュレーション開催し体験。
2. 有給取得は希望通り取得済。HCTC 業務調整を行い、PD 教育についても関連部門と調整し業務整理ができ QC サークルで発表できた。成果発表も 2 題発表。物品管理は不足があるため継続して管理が必要。ノー残業デーも 2 回／月で実施可能。
3. 既卒者の研修受講は順次進んでいるため来年度申請予定。継続教育として OJT は 1 年目に限らず場面ごとに設定し実施中。2 月末血液学会があり 11 名参加。今後も自主的な学びができるようサポートする。診療科特有の LTFU 外来や HCTC 役割も継続的に実践できている。
4. スタッフも意識的に情報収集ができている。リーダー会は毎月の新人の計画を年間計画に基づいて検討し展開している。
5. 初期対応に関しては師長会作成分を周知。また院外研修参加者を中心に 3 月に机上のシミュレーションを開催。災害訓練に 1 名、他病棟での災害訓練の見学にも参加した。今後は病棟の特殊な部分についても検討できるよう計画的に検討する

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 11 東 管理者氏名 川合 紘美

II. 実績

2023 年度 10 月までは、COVID-19 病棟と消化器内科病棟の混合病棟ではあったが、消化器内科・外科病棟へ以降し、2024 年 4 月から病床が 48 床稼働となった。

1. 平均在院患者数:1127人/月
2. 平均在院日数:7.4 件/月
3. 平均新規入院患者数:155 件/月、緊急入院 60 件/月
4. 平均稼働率:87.7%
5. 2024 年度 内視鏡件数 1323 件、消化器外科手術件数:76 件、他科の手術件数:98 件

III. 部署目標

1. 勤続経験 2 年以内のスタッフが北野病院の環境の変化に適応出来る環境が整っている状態
2. 消化器センターとしての 48 床稼働の役割を発揮し、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
3. 患者・家族を取り巻く環境を理解し、患者にどうなってほしい・こんな看護がしたいなどと語り会える状態
4. 色々な病棟・病院での経験をもとに、自身のキャリアについて考え、計画し行動している状態
5. それぞれの経験を活かし、災害発生時に北野病院のシステムを理解して災害に備えている状態

IV. 達成状況と成果

1. 11 東病棟は、既卒入職・中途採用の看護師が多いのが特徴で、北野病院の環境に慣れ、働き続けやすいよう、チームでサポートすることやペナナースを行うことで業務や検査などの経験を積むことが出来た。また、3連休や年休を活用出来るように労務管理し、年休消化は平均 15 日以上確保することが出来た。2024 年度新人・既卒入職者の退職はなかった。
2. 2024年度4月から 48 床と増床となり、内視鏡検査だけでなく、消化器外科の腹腔鏡下手術の受入れも開始した。また術後管理だけでなく、疼痛管理なども積極的に行えるようになった。内視鏡件数は 1300 件を超える件となり、病棟スタッフが自信を持って検査の観察や看護ができるようになった。次年度は、さらに外科手術の拡大を目指す。
3. 退院支援だけでなく、身寄りのない認知症患者の意思決定をどのようにしていくかの倫理カンファレンスを多職種と共同して実施することが出来たことで、ケアカンファレンス件数が増加してきている。次年度も継続を行い、看護を語りやりがいにつなげて行けるようにする。
4. 中途採用者や既卒採用の多く、まず北野病院の環境になれることを優先となったため、研修への参加は少なかったが、自身のキャリアを考えて、必要な研修への参加の呼びかけなどを行い、参加出来た。次年度は、自身から学びを得る行動が出来るよう働きかけ、ラダー取得を目指せるようサポートする。
5. 防災グッズなどの点検を定期的出来るようになり、アクションカードの作成を行った。災害の訓練については、下期に2回実施することができたが、通年出来るよう計画をすることが今年が出来なかった。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 11 西 管理者氏名 貞由 綾子

II. 実績

1. 平均在院患者日数:39.4/日
2. 平均在院日数:10.7 日
3. 病床稼働率:90%
4. 平均新規入院患者数:112 件/月
5. 消化器外科手術件数:875 件/年

III. 部署目標

1. カンファレンスの充実を図り、個々がやりがいをもって安全で質の高い看護を提供する
2. 病棟内教育・業務チームが中心となり教育体制の強化
3. スタッフ一人ひとりが自己のキャリアアップに繋がる目標設定・目標管理
4. 医療安全リンクナースが中心となりマニュアル遵守に取り組み薬剤に関するインシデントの防止
5. 災害支援ナースが中心となり、病棟内災害支援マニュアルを作成し災害時の初動が理解できる

IV. 達成状況と成果

1. カンファレンスの曜日を固定することで、多職種カンファレンスについては 1～2 件/月は実施でき、早期退院に繋がった。病床稼働率としては 23 年度平均 91.5%、24 年度の平均 90%であり、23 年度平均在院日数 10.4 日 24 年度平均在院日数 10.8 日である。昨年度と比較すると大幅な変化はなく推移できている。
2. 新人教育に関してラダー別チャレンジシートを元に病棟独自で作成し使用しているが、大幅に遅れる事無く、計画通りに実施できている。急変時の勉強会については、4 回/年実施できている。業務改善チームにより超過勤務の原因となっている業務の見直しを行った。その結果、昨年度に比べ超過勤務時間も大幅に低減できた。
3. 今年度は新たに 6 名のスタッフがレベルⅢ取得を目指し、研修参加できている。2024 年度はラダーレベルⅡを新たに 3 名が取得できた。
4. 23 年度薬剤に関するインシデント件数 60 件であったことから、6R 不足、マニュアル不遵守によるインシデントの削減を目指し、医療安全リンクナースとともに6R の実施について啓蒙活動をおこなった。その結果、24 年度薬剤に関するインシデント件数 26 件のうち 6R 不足は 3 件と大幅に減少することができた。
5. 災害支援ナースが中心となりアクションカードの作成を実施し、保管場所も全スタッフが周知している。10 月、11 月にはアクションカードを用いて実際に夜間に地震が発生した場合を想定して病棟内でシミュレーションを実施した。また、2 月には 11 東西の合同でエアストレッチャーの使用方法について勉強会も実施した。

部署別活動報告 2024 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：38.5 人
2. 平均在院日数：8.3 日
3. 病床利用率：90.0%
4. 手術件数：944 件／年 化学療法件数：410 件（うち耳鼻科：134 件）
5. 緊急入院数：798 件／年 予定入院：1022 件／年（新入院患者総数 1820 人／年）

III. 部署目標

1. スタッフのコミュニケーションを高め役割やより良い看護ケアの提供を通し看護師としてのやりがいに繋げる
2. 後輩育成のサポート体制を見直し細やかな指導体制がとれ、休暇の計画取得から心身リフレッシュができる
3. キャリアラダーの取得に向け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
4. ベッドコントロールを適切に行い稼働率向上に貢献する
5. 災害訓練のシュミレーションを通し災害時の役割や行動が理解出来る

IV. 達成状況と成果

1. 3 チームで〔耳鼻咽喉科、形成外科、歯科口腔外科〕について取り組み、看護・改善活動を実施。ICU 見学・外来見学、勉強会開催、業務改善など成果発表や外来連携に繋げることができた。12 名が 5 つの学会参加を行い、知見を深めることができた。
2. 3 チーム・スリーマンセル方式で新人職員を育成。時期や個人の状況に応じて教育計画を見直し、進捗状況をスタッフで共有しながら 1 年間の学習課題や実技習得のサポートを行い 1 年間の目標が達成できた。
タスクシフトを行い、看護師・看護補助者・ナイトアシスタントで看護業務の改善を実施。超過勤務の大幅な増加もなく、年休は計画的に取得しリフレッシュに繋げることができた。
3. 年間計画をたて院内研修を受講し新たに 5 名がラダーⅡを取得。さらに次年度に向けたラダー取得のための研修受講をすすめていく。
4. 平均在院日数がさらに短縮され新入院患者数が増加。〔耳鼻咽喉科、形成外科、歯科口腔外科〕の年間手術件数は 944 件と前年度比 46 件増加。さらに、化学療法件数は年間 410 件と、急性期から回復期、慢性期の治療に対応、さらに終末期と幅広いステージにある患者の入院・治療・看護に貢献。安全な入院生活のためオレンジナースと高齢者への看護について計画的に取り組み、転倒数も減少できた。
5. 災害訓練を通し、部署でも初期対応について実践。さらに、災害場面を想定した患者搬送訓練を職員同士で行い実践での行動に繋がれるようにできた。

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：41.5 人（42 人）
2. 平均在院日数：18.1 日（16.0 日）
3. 病床稼働率：92.1%（92.4%）
4. 手術件数：610 件（608 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。結果的に離職率は新人も合わせて全体で 0%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 3 年目と産後休暇後の 10 年目スタッフが II を申請していたが、申請基準の変動で申請要件を満たさない結果となった。しかし申請に当たるレポートへの取り組みや共有で看護を振り返り自己の課題をあきらかにする良い機会となった。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

急変時対応勉強会の 12 西独自での開催が 3 年目となり定着できるようになっている。実際の急変場面でも若年性であっても初動行動が身につけられており、速やかな対応ができるようになった。またあらたに災害時のシュミレーション訓練も病棟として開始し、毎月開催できた、

部署別活動報告 2024 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 940 名うち緊急入院 434 名/年 平均在院患者数：40 名/日 平均在院日数：15 日/月
病床稼働率：89.2%
3. その他；脳深部刺激療法（DBS）新規 11 件/年、DBS 埋め込み後の電池交換 5 件/年、2021 年 3 月より開始した収束超音波治療（FUS）は 45 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実践能力の強化とラダー取得を計画的に進めることができる
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. スタッフ各々が災害看護についての基礎知識を持ち、有事の際に自身の取るべき行動を理解できる

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 カード活用による承認する風土の定着③看護カンファレンスの定着④専門看護チーム活動の推進によるレベルアップ⑤定期的なスタッフ面談の実施、を目標に取り組んだ。
昨年度に引き続きペアナースを導入、定着を図ることで効率的かつ安全な看護の提供とスキルアップを図ることができた。good job カード実績は年間約 400 枚と自部署内での活用と承認する風土が定着しつつある。専門看護チーム（認知症、パーキンソン病）の勉強会を開催、院内認知症研修にほぼ全員が参加し、レベルアップを図ることができた。師長、主任による定期的な面談により、スタッフの現状を管理者が共有し病棟運営に取り組むことができた。
2. 超過勤務は下半期の欠員により前年よりやや増加（平均 13 時間 54 分→14 時間 27 分）したが、今年度定時退勤を計画、実行することができた。年休取得平均 9.5 日/人取得、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し、ラダーⅡ5 名の評価会を行った。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 3 回/年開催した。
4. 介護度が高く転倒転落リスクの高い患者が多い特徴より転倒転落リスク評価と対策に取り組み、転倒 35 件/年(2023 年度 35 件)、転落 0 件/年(2023 年 9 件)と昨年度より減少した。また上半期に誤薬件数が増加したため誤薬防止に取り組み、成果発表にて発表した。モニター CF やチェックリストの活用によりモニター装着不備による事項防止に努めた。
5. 有事の際に速やかに対応できるよう災害対応マニュアルを整備、周知を行った。また病棟のアクションカードが完成したため、防災災害委員会を中心に周知、13 西病棟とともにエアストレッチャー等災害訓練を行った。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 13 階西病棟・SCU

管理者氏名 井下春美

II. 実績

1. 平均在院患者数：1050 人/月
2. 平均在院日数：病棟 17.7 日 SCU 18.8 日
3. 病床利用率：病棟 81.5% SCU 94.4%
4. 平均 SCU 入室数：22.8 件/月

III. 部署目標

1. スタッフ 1 人ひとりが看護にやりがいを持ち、自身の成長を感じられる状態
2. スタッフが働き続けられる職場環境が整っている状態
3. 各スタッフが北野ラダーに沿った課題、目標にむけて、取り組むことが出来る状態
4. 患者が安全で安心して手術・治療を受けるための看護を実施できる状態
5. 災害発生時に看護職員が行う事項を理解して災害に備えている状態

IV. 達成状況と成果

1. 今年度は脳腫瘍や予後不良の患者など継続受け持ちの役割が大きくなり、チームや他職種での症例検討カンファレンスを実施することが出来、担当したスタッフからは患者さんにとっての最善のケアについて他職種で考えることができる良い機会であったとフィードバックももらえた。後期は 6 月より開始したミトンの緩和時間の取り組みを継続して実施、スタッフの行動変容が見られ、積極的に緩和時間をタイムスケジュールに取り入れることが出来るようになった。この成果については年度末に成果発表会で発表できた。 Goodjob カードは年間を通してポスターなど啓蒙活動で書くことにも慣れ、結果昨年度より 30 倍のやりとりが行われた。

2. 超過勤務時間は前期の平均が 12 時間半、後期は平均 13 時間半と増加しており、今年度で 1 番低かった月の倍以上となった。10 月は病棟稼働は 90%を超えており、スタッフが 1 名異動、1 名産休に入ったことも要因になっていたと考える。年休取得は 21 名が 10 日以上取得、残りのスタッフも 5 日以上は取得出来た。

3. ラダー取得に向け 7～9 年目の中途採用スタッフがラダーⅢ研修を積極的に参加できた。2 年目のラダーⅡは 6 名がレベル 3B の試験に合格できればラダーⅡの取得を 2025 年度予定している。

4. インシデント件数は前期 91 件、後期 86 件、年間 177 件。内訳を見ると内服、スキントラブルの増加が目立ち、転倒転落は昨年度より減少している。内服のインシデントの発生が SCU に多いため、SCU スタッフでの内服管理・投与の手順を見直し薬剤カートを導入した。スキントラブルは今年度スキンテア予防のため毎日の保湿や、ポスター掲示などに取り組んでいたが、ホルター心電図による MDRPU が 5 件続き、WOC にコンサルトして検査部と話し合い予防ケアを始めた為、引き続き経過を見ていく。転倒転落が減った要因には、ミトン緩和時間確保のためベッドサイドに滞在する時間が増えたことも関係していると考えられる。

5. 前期には院内火災・災害訓練を病棟で実際に行った事に加え、シナリオを作成しペーパーシュミレーションを実施した。後期は前期に改訂したアクションカードを使用して卓上シュミレーションを実施した。アクションカードの活用方法がわかること、第一報の報告ができ、避難方法と救護区分、避難経路の確認ができることを目標に実施した。また防災備品の周知のため質問表を作成し、定期的に確認を行った。エアストレッチャーは使用方法を委員がレクチャーし、全員がエアストレッチャーを実際に使用体験できた。卓上であっても避難経路確認や実際の患者搬送の優先順位など、具体的な内容のペーパーシュミレーションは定期的に行っていく必要がある。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署：14 階東病棟 管理者：松田美和子

II. 実績

1. 平均在院日数：8.3 日（前年度 12.0 日）
2. 病床稼働率：66.8%（前年度 66.4%）
3. 1 日平均患者数：14.7 人（前年度 14.6 人）
4. 成果発表演題 「KYT 方式を用いた後輩指導」～信頼される看護師になるために～：優秀賞受賞

III. 部署目標

1. 1 人 1 人の看護職員がやりがいを感じている状態
・お互いの看護を承認しながら意見交換でき、看護の達成感を得ることが出来る
2. 看護職員が働き続けられる環境が整っている状態
・風通しの良い職場環境、ワークライフバランスが整っている状態
3. 看護専門職として能力を開発し、成長するために北野開発ラダーを活用している状態
・自己のキャリア開発に向けて自発的に取り組む事が出来る
4. 病院の変化に対応し、安全で質の高い看護を提供する為に改善活動を推進している状態
5. 災害発生時に看護職員が行う事項を理解して災害に備えている状態

IV. 達成状況と成果

1. 看護体制の見直しを実施、日々の看護体制を基本相棒制とし導入前に学習会を実施した。導入後相棒制の意識付けをする為に 1 ヶ月に渡りチェックリストで個人の行動を振り返った。導入前までは先輩から後輩への指示的關係性で、後輩がケアに回っている間に先輩が記録をするといった分担業務だったが、相棒制を導入した事で双方向の対話が可能となった。また、2 人でベッドサイドケアが行えるようになったため、お互いの気づきや学びとなっている。次に、受け持ち制については、経験値の差によって生じる看護提供の質を改善するために、プライマリー体制を 2 人体制に変更した。4 年目以下の看護師とベテラン看護師との組み合わせによる 2 人プライマリーを導入することで、お互いの気づきが得られより的確な看護計画に結びつきつつある。
承認文化の醸成の為に、good job card 受け渡し推進を行った結果、部署内での受け渡し 219 件/年（2023 年度 108 件/年）と前年度より 111 件の増加が見られた。
2. 看護師の経験値が 10 年目以上と以下に大別され、年度始めの聞き取り調査で世代間での意見交換がしにくいという意見を聞いた。上記 1 での取り組みや、部署内勉強会を通じて意識的に意見を出し合う機会を設けたことや、感染対策緩和が拡大された事で休憩中の会話が出来るようになった事なども影響し、経験値の差によらずカンファレンスでは意見が出せる風土が構築出来ている。また、ワークライフバランスが整うように希望休の取得は 100%確保し、年休取得は全スタッフが 10 日以上を取得が出来た。
3. 今年度新規ラダー取得者はラダー1 のみだったが、ラダー2 取得者以上は自身のキャリア維持の為に研修やキャリアアップの為に研修受講を継続した。
4. 特別病棟としての看護の質向上を目標に、看護体制の変更や 10 年目以上スタッフから 5 年目以下を対象とした患者環境や危険予知の勉強会、2～3 年目から 1 年目に対する受け入れ頻度の高い疾患や症状別看護の勉強会を 2～3 ヶ月毎に輪番制で実施した。また、重大インシデント防止の為に、レベル 0～1 の報告推進を行い 88 件/年（前年 57 件/年）と報告件数を増加させることが出来た。
5. 部署の災害マニュアルの見直しと部署アクションカードの作成を行い、シミュレーション訓練を数回に分けて全員に実施した。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 ICU 管理者氏名 大西 泉

II. 実績

1. 年間入室患者数:977 名
2. 緊急入院患者数:235 名
3. 病床稼働率:68.7%

III. 部署目標

1. やりがいを持ち、それぞれの役割を発揮する事ができる
2. 看護師・補助者・事務員全員が安全に働き続けられる環境を作る
3. 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
4. 重症ケア看護の質の向上のために、改善活動を推進する
5. 災害発生自に行動ができるよう、マニュアル・書類・物品の準備ができる

IV. 達成状況と成果

1. 9 月より、認定看護師が実践の中にいることにより、上級の看護師も安心・安定して、後輩育成にあたり、それぞれの役割はほぼ発揮できているといえる。学生指導に関してスタッフが学び、その学びを共有し、学生に還元する PDCA サイクルが回っている。未来の ICU 看護師が育つよう今後も継続していく。goodjob カードの部署内での活用がまだ浸透できておらず、お互いを承認できる環境を構築する。
2. 年休の消化は平均 13 日/人。ほぼ平等に取得する事ができている。
連続休暇の計画的な取得は例年通り。それぞれ健康に留意しながら、勤務する事ができた。中途退職者は 2 名。突然の退職であった。今年度は補助者の入れ替わりが激しかったため、タスクシフトは叶わず。次年度、力を注ぎたい。
3. ラダーの新しい取得はなし(ラダー I 以外)。次年度調整し、新規取得に関するサポートを強化する。
4. 年間稼働率が 70%以上の月が 6 ヶ月あり、今年度もさらにアップする事ができた。その反面、ICU 医師を含めてのカンファレンスの強化ができていないこと、ヒヤリ・ハット報告の件数が上がっていること等を踏まえ、各委員と問題点の共有等の意識を深めることが必要。管理者だけではなく、ICU 看護師全体で風土を変えていくことを強化する。
一方、研修参加、自己研鑽など、各自で学習する機会を多く持つことができている。QC サークル活動には、全員で取り組む事ができた。(4 件提出)高木認定看護師の RRS 活動においては、スタッフの興味や認識の向上がみられ、今後の ICU スタッフの RRS 活動に関する、さらなる貢献も期待できる。
5. 3 月に ICU での机上訓練を行い終了する事ができた。今後も継続し、医師を交えたICU独自の実際のシミュレーションを行う予定。防災に関する意識向上は認められた。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署：中央手術室

管理者氏名：尾形めぐみ

ルーム数：12 床 ハイブリッド室：1 床 DSU：2 床 計：15 床 診療科：17 科

II. 実績

今年度の手術件数は 7126 件であった。前年度は 6549 件であり、2024 年 9 月に TAVR の実施施設の承認を受けたことで、ハイブリッド室使用件数が他科も含めて増加したこと、眼科手術が 259 件で、15%の増加、緊急手術は 325 件であり、手術の受入が出来たことが手術件数増加となった。

III. 部署目標

1. 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事を活動の趣旨とした。
2. 災害教育の拡大
発災初動について手術部運営に関するスタッフに啓蒙する。
全診療科のうち 2 科の災害訓練実施を行う。

IV. 達成状況と成果

1. 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事で。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。
Good Job カードの枚数は 406 枚と前年比の 25%増加した。患者対応、患者満足向上につながる行為、看護の視点で記載されている内容が多く抽出しており、承認のキーワードが多く「看護を語る」割合が増えていることから取り組みによる働きがいを言語化する一定の効果が得られたと考える。
2. 防災メンバーを中心に看護スタッフ全員に災害訓練の実施が出来た。また産婦人科、呼吸器外科医師と合同で災害訓練も行った。合同訓練後にはマニュアルの基準、手順の見直しも行い共通認識がはかれた。次年度も拡大していく方向である。

部署別活動報告 2024 年度

I． 部署 救急部 管理者氏名 藤原 由子

スタッフ構成 師長 1 名 主任 1 名 看護師 34 名 看護助手 1 名

II． 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	2106	2293	2077	2445	2325	2074	2086	2027	2746	2469	2004	2256	26908
時間内 患者数	492	504	470	592	595	463	516	507	556	464	484	489	6132
時間内救急車数	213	237	215	293	277	223	215	219	266	266	228	237	2889
時間内 入院数	137	154	140	174	160	148	137	128	149	161	149	131	1768
時間外 患者数	1614	1789	1607	1853	1730	1611	1570	1520	2190	2005	1520	1767	20776
時間外救急車数	692	687	659	833	713	640	640	610	963	865	687	742	8731
時間外 入院数	302	307	315	342	337	298	330	349	416	385	302	353	4036
1次	1667	1832	1622	1929	1828	1628	1619	1550	2181	1923	1553	1772	21104
入院総数	439	461	455	516	497	446	467	477	565	546	451	484	5804
救急車数	905	924	874	1126	990	863	855	829	1229	1131	915	979	11620
救急車入院	242	248	252	305	287	238	258	263	347	342	247	270	3299
紹介患者数	244	199	222	305	246	243	246	255	277	237	234	254	2962
小児総数	900	991	802	921	810	724	742	716	1162	869	670	842	10149
小児外来	727	817	559	753	645	572	566	545	938	706	503	667	6987
小児救急車	267	281	243	300	247	188	224	202	456	268	225	261	3162
小児の入院	173	174	166	168	165	152	176	171	224	163	167	175	2074
小児紹介患者数	102	76	74	98	78	78	90	92	106	66	78	81	1019
CPA	7	3	3	5	5	7	7	10	11	14	9	7	88
不応需（時間内）	22	25	26	47	33	22	17	14	27	53	26	21	333
不応需（時間外）	275	252	243	323	256	161	148	121	302	500	253	255	3089
不応需（合計）	297	277	269	370	289	183	165	135	329	553	279	276	3422

III． 部署目標

1. 救急部でチーム医療を担う一員としての自覚と、自分自身の役割意識をもち、チームメンバーが互いに協力しあうことで患者にとって最善の看護が提供できていると実感できる
2. 心身ともに健康な状態で勤務することができること、また不調が生じた場合でも周囲に安心して相談ができ、解決することができる
3. 自分自身の興味関心のある分野の専門性を高めて救急看護の質の向上に貢献できると実感できる
4. 看護師の倫理綱領に基づき各々が救急看護を実践しその評価から課題を見いだすことができる。また、その課題の対策を全員で実行することができる。
5. いつどのような災害が発生しても救急部の役割を理解し平穏時から各種災害に備えることができる

IV． 達成状況と成果

救急患者数は昨年度より約 800 人減少したものの依然 26,000 人を超えており、特に来院患者数が増加する休日・夜間の体制整備や業務改善は大きな課題として捉えている。2024 年度上半期には 4 名の看護師増員により、土日祝の勤務者の確保ができた。それに伴いチームナーシングに切り替え、チームで救急患者を対応することでより医療安全対策を推進し実施することができた。その1つとして全救急受診患者へのネームバンド着用の導入ができたことである。これにより患者誤認につながるインシデントは 15 件から 2 件に減少することができ、下半期は発生ゼロと成果に繋がった。

2024 年度は救急看護の専門知識を高めるため、循環器・脳卒中・小児・外傷・腹部・クリティカルの6分野に分かれて医師の協力を得て学習会の開催を行った。各自主体的に活動しており次年度も継続する予定である。救急での倫理的課題では、高齢者救急症例に焦点をあて、行動制限ゼロ検討委員とオレンジナースが連携し行動抑制についての勉強会を全員に実施し、高齢者への倫理的配慮を強化にむけて取り組みはじめた。災害時対応では特に 2025 年の関西万博を視野にいれ、多数傷病者受入の机上訓練を行い、発生時に必要な知識を身につけることができたため今後は発生時を想定した部分訓練を積み重ねていく予定である

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 低侵襲治療センター

管理者氏名 樋口 久子

II. 実績

上部内視鏡 4829 件 下部内視鏡 3535 件 同日上部下部 328 件 ESD190 件 ERCP 597 件
超音波内視鏡検査 680 件 エコー下 RFA 29 件 エコー下肝生検 31 件 気管支鏡 407 件
血管内カテーテル検査治療件数 1322 件(心臓血管カテーテル 948 件 脳血管カテーテル 374 件)
集束超音波治療 51 件 放射線治療数 4921 件 小線源治療件数 110 件 PET-CT検査 1345 件

III. 部署目標

1. 低侵襲治療センターで安全な検査・治療の看護が提供できる
2. やりがいを持って働き続けられる職場環境が作れる
3. 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

IV. 達成状況と成果

1. 消化器内科、脳神経外科とのカンファレンス開催は毎月実施。今年度、部門のシステム変更では、医師、システム課、医事課、ME と連携をとりシステムの導入を行った。看護記録の電子化や医事伝票電子化は、3 月下旬より開始して問題点に関しては今後も修正していく。その他の科に関しては、1～2 回/年カンファレンスを開催し情報共有しながらデバイス、物品管理を調整し安全な検査治療が実施できた。部署での全身麻酔管理件数は増加しており必要物品等の整理を行い配置することができた。ヒヤリ・ハット報告では、上半期レベル 3 が 1 件ありサインイン、タイムアウトの強化を実施し下半期 0 件にできた。
2. チーム別で活動し成果発表 2 事例 QC 活動 2 事例 改善事例報告 2 事例 を発表する事ができた。未就学児がいる WLB 勤務者は、全体の 24%を占めており平日しか勤務しないスタッフと夜勤をするスタッフが混在していることから休暇取得に差がでないように血管治療の検査導入も行い長期連休には出勤できる体制とした。部署全体で取り組み、平等になるよう勤務調整を行った。年休消化は、平均 15 日/年取得できた。
3. 勉強会を計画的に企画し毎月実施することができた。放射線治療では、小線源治療数が 44%増加しており放射線治療従事者スタッフを増やし導入することで円滑に治療が行えた。新人看護師 2 名に対しては夜勤導入時期を早期に決め新人指導者と密に情報を共有することで夜勤導入を 12 月に終えることができ夜勤導入期間の短縮が図れた。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 血液浄化センター 管理者氏名 牧瀬亜里

病床数：20 床

II. 実績

1. 血液透析実施件数：4974 件（外来：2005 件、入院：2969 件）
2. 腹膜透析外来実施件数：242 件
3. 病床利用率：83%
4. 腎臓病指導外来：262 件
5. 慢性腎臓病透析予防指導管理料：40 件
6. 糖尿病透析予防指導管理料：25 件
7. 糖尿病合併症管理加算：78 件

III. 部署目標

1. 一人一人のスタッフがやりがいを実感できるようなチーム目標を立案し、取り組むことができる
2. 働き続けることができる職場環境を整備することができる
3. 北野キャリアラダーの取得・レベルアップに向けた支援ができる
4. 安全で質の高い腎不全看護を提供する
5. 災害発生時の整備ができる

IV. 達成状況と成果

1. 一人一人のスタッフが目標を設定し、1 年間を通して委員会プロジェクト活動を活発に取り組むことができた。Good Job カードは年間 41 枚の記載があったものの、日々の業務や指導を受けたことに感謝する内容が多く、具体的な看護ケアに対する記載は少なかった。日々の看護実践の中、専門性の高い看護を提供できている部署であり、それらに、気づき伝え合える環境にしていくことが課題。
2. 一時的に病床利用率が 60% 台に低下したが 9 月以降は上昇。病床利用率の上昇に伴い、時間外労働時間も一時的増加したが、1 人当たり、月 5 時間以上の時間外労働はなく、有給は計画的に取得することができ、働き続ける職場環境の整備が進み、今年度の退職者はなかった。
3. 今年度ラダー取得予定者はいなかったが、各自スタッフがラダー研修に取り組んだ。半数のスタッフが、腎不全看護に関連した院外研修・学会に参加し知識を深めることができた。
4. 多職種と協働し、腎臓病教室を年 4 回開催。3 月には、きたのキドニーデーを開催し 2023 年度の開催を上回る 53 名の参加があった。次年度以降も継続して開催予定。QC サークル活動では、フットケアについて取り組み発表できた。
5. 災害時の 2 次的被害を予防するため、災害発生時の部署マニュアルを作成。9 月には、施設課、病棟看護師、臨床工学技士、腎臓内科医、血液浄化センター看護師の多職種で災害訓練を実施。次年度以降も災害訓練は繰り返し実施し災害に備えていく。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 化学療法センター

管理者氏名 牧瀬亜里

病床数：34 床

II. 実績

1. 外来がん化学療法年間実施件数：7621 件
2. がん患者指導管理料Ⅰ：1 件
3. がん患者指導管理料Ⅱ：31 件
4. 化学療法オリエンテーション実施件数：399 件

III. 部署目標

1. 一人一人のスタッフがやりがいを実感できるようなチーム目標を立案し、取り組むことができる
2. 働き続けることができる職場環境を整備することができる
3. 北野キャリアラダーの取得・レベルアップに向けた支援ができる
4. 安全で質の高いがん薬物療法看護を提供する
5. 災害発生時の整備ができる

IV. 達成状況と成果

1. 一人一人のスタッフが目標を設定し、1 年間を通して委員会やチーム活動を活発に取り組むことができた。Good Job カードは年間 189 枚の記載があったものの、日々の業務や指導を受けたことに感謝する内容が多く、具体的な看護ケアに対する記載は少なかった。日々の看護実践の中、専門性の高い看護を提供できている部署であり、それらに、気づき伝え合える環境にしていくことが課題。
2. 月によって化学療法実施件数にバラツキがあるものの、1 日平均実施件数は約 30 件。1 月以降は、化学療法実施件数が増加し、1 日平均 32.6～35.5 件と増加しているが、時間外労働の増加はなかった。有給は計画的に取得することができ、働き続ける職場環境の整備が進み、今年度の退職者はなかった。
3. 今年度ラダー取得予定者はいなかったが、各自スタッフがラダー研修に取り組んだ。半数のスタッフが、がん薬物療法に関連した院外研修・学会に参加し知識を深めることができた。
4. がん薬物療法に関連した症状マネジメントスキル向上に向けて、7 月がん薬物療法に伴う嘔気・嘔吐、9 月がん薬物療法に伴う末梢神経障害、11 月便秘・下痢、1 月味覚障害・口内炎の勉強会を開催。QC サークル活動では「CV ポートの自己抜針動画」の作成に広報課と取り組み、当院の YouTube へ up することができた。
5. 災害時の 2 次的被害（がん治療に伴う曝露や血管外漏出）を予防するため、災害発生時の部署マニュアルを作成。12 月には、医師、看護師、薬剤師、事務・SMC の多職種で災害訓練を実施。次年度以降も災害訓練は繰り返し実施し災害に備えていく。

部署別活動報告 2024 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：146,406 名（初診：13,967 名）

呼吸器内科：26,770 名（初診：2,902 名） 呼吸器外科：4,846 名（初診：343 名）

消化器内科：36,447 名（初診：4,285 名） 消化器外科：11,557 名（初診：879 名）

循環器内科：21,367 名（初診：2,447 名） 心臓血管外科：1,744 名（初診：156 名）

腎臓内科：13,908 名（初診：807 名） 糖尿病内分泌内科：17,931 名（初診：1,478 名）

血液内科：11,523 名（初診：615 名） 感染症科：285 名（初診：49 名）

緩和ケア科：28 名（初診：6 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
5. 災害発生に備えて、部署のマニュアルを整備し、各自が役割を理解できる

IV. 達成状況と成果

1. Good job Card を活用し、プラスのフィードバックによるコミュニケーションを図り、お互い認め合う風土につながっている。
2. 各スタッフの職場や家庭での役割を配慮した勤務配置を考え、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した。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、マネジメント研修の発表は、それぞれ担当者が役割を発揮し成果として発表できた。学会等の院外研修の参加者が少ないため、課題とする。
4. 院内での感染予防対策を遵守し、外来診療での感染予防に対する環境調整を行った。
アクシデントは、レベル 3a 以上が 1 件で、エスカレーターでの転倒であった。外来医療安全チームで転倒事故防止の対策に取り組んでいる。
患者誤認予防のため「2 つの識別子での確認」の強化週間を実施し、医療クラークと浸透させるため取り組み浸透しつつある。
外来の看護記録に対して、記録の定期監査を実施し記録の質の向上に努めている。
看護外来、検査説明コーナー、ワクチン外来など各自が役割意識をもって運営に取り組むことができた。
5. 災害発生時のアクションカードを作成し、チーム内で医療クラークを含めた災害発生訓練を実施した。災害設備を学ぶウォークラリー、システム障害時のシミュレーションを実施した。

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

- 年間外来患者数：乳腺外科 13,030 名（初診患者数 1,004 名）小児科 34,983 名
（初診患者数 8,627 名）小児外科 2,834 名（初診患者数 639 名）
泌尿器科 13,856 名（初診患者数 1,617 名）耳鼻科 18,401 名（初診患者数 3,042 名）
精神科 8,402 名（初診患者数 426 名）
- ワクチン外来 接種延べ人数：1,283 名 収益：36,809,950 円

III. 部署目標

- 看護職員がやりがいを感じて働くことができる
- 看護職員が働き続けられる環境を整える
- 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
- 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
- 災害発生時に看護職員が行う事項を理解して災害に備える

IV. 達成状況と成果

- 4 月から異動・育児休暇明けのスタッフを含めた人材育成について、計画的に診療科配置を行い、教育的スケジュールを考えた。前期 4 名、後期 4 名のスタッフの新規診療科導入を実施できた。病棟・手術室・虐待チームとの連携を継続（88 件/年）、各診療科で行うカンファレンスは、定期的に開催し、患者への看護ケアの向上や連携の意識を高めることができた。手術室との連携は、小児外科手術前からの介入を行うことで、気になる子供やその保護者への関わりを早期から行うことができた。
- 今年度も時差出勤を継続。残務は大幅な増加なく経過できた。
超過勤務時間は「平均 5.6 時間」（前年度：6.95 時間）で、子育てスタッフの突発休などにもスタッフ全員で協力体制を取ることができた。年休・連続休暇もスタッフ全員が消化できた。
- 当部署は 15 人中 12 人ラダーを取得。各スタッフが自己の取得すべきラダーに向けて必要な研修を自主的に受講できるよう調整した。
- チーム会、診療科リーダー会を開催し、スタッフ同士が話し合う機会を設けた。
成果発表 2 題、QC 活動報告 4 題、改善活動報告書 8 題が報告できた。
- 外来防災・災害委員会では、外来部門に特化した手順の作成、活動に取り組んだ。
アクションカードを作成しシミュレーションを 9 月に実施。他職種と共に院内ウォークラリーも行い、外来エリアの設備について周知した。毎年訓練を実施し、防災に対する意識を高め、すみやかに行動できる体制を構築していく。

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 : アイセンター 産婦人科

II. 実績

年間外来患者数 : アイセンター20,300 名 (初診患者数 2,913 名)
産婦人科 27,375 名 (初診患者数 2,613 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
5. 災害発生時に看護職員が行う事項を理解して災害に備える

IV. 達成状況と成果

1. 突発的なスタッフの休みを含め、安全な業務が遂行できるように、ブロック内・外来全体で連携しサポートし合えた。煩雑な診療科へのサポートも事前に調整を行った。異動スタッフの教育は、個別に進捗状況を確認しながら計画修正し、実施した。
2. 超過勤務時間月平均 4.54 時間。(前年度 : 4.8 時間) 時差出勤は実施することなく、超過時間は減少した。年休・連続休暇もスタッフ全員が消化できた。
看護補助者は外来全体で 2 名の増員となった。業務改善や協力体制について定期的に見直しを行いながら、業務が遂行出来るようになった。
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。ブラッシュアップ研修においても各自が予定通り受講し合格した。
4. 患者への安全・安心の提供を目標に、QC 活動を実施し院内で発表した。産婦人科は環境整備として、内診室の手すりやワゴンの設置を行い、転倒防止に繋げた。アイセンターは、白内障手術患者を中心に、わかりやすいパンフレット内容への見直しや負担を少なくするための受診や手術のスケジュール改訂に取り組んだ。
5. 自部署に応じたアクションカードや避難経路を分かりやすく表示した図面を作成した。災害 BOX に必要物品を収納。他職種と共に院内災害設備のウォークラリーを実施し、発災時に使用する設備の名称や用途への理解を深めた。毎年訓練を実施し、防災に対する意識を高め、すみやかに行動できる体制を構築していく。

部署別活動報告 2024 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：86,591 名（初診：12,979 名）

脳神経内科：16,841 名（初診：2,534 名） 脳神経外科：11,230 名（初診：1,411 名）

整形外科：12,629 名（初診：2,330 名） 皮膚科：15,946 名（初診：2,851 名）

形成外科：5,444 名（初診：1,354 名） リウマチ膠原病内科：15,554 名（初診：958 名）

歯科口腔外科：8,947 名（初診：1,541 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
5. 災害発生に備えて、部署のマニュアルを整備し、各自が役割を理解できる

IV. 達成状況と成果

1. 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。活用件数が少ないため、推奨していく。
2. 各スタッフの職場や家庭での役割を配慮した勤務配置を考え、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した。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は、他職種との業務調整を行い来年度へ持ち越し。
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。
QC 活動を医療クラークとともに行い、形成外科の物品管理について成果につながり、院内発表で受賞した。
学会や院外研修の参加者が少ないため、今後の課題とする。
4. 院内での感染予防対策を遵守し、外来診療での感染予防に対する環境調整を行った。
アクシデントは、レベル 3b が 2 件あり、外来処置時のタイムアウトの見直しを行った。
患者誤認予防のため「2 つの識別子での確認」の強化週間を実施し、医療クラークと浸透させるため取り組み浸透しつつある。
外来の看護記録に対して、記録の定期監査を実施し記録の質の向上に努めている。
看護外来、検査説明コーナー、ワクチン外来など各自が役割意識をもって運営に取り組むことができた。
5. 災害発生時のアクションカードを作成し、チーム内で医療クラークを含めた災害発生訓練を実施した。災害設備を学ぶウォークラリー、システム障害時のシミュレーションを実施した。

部署別活動報告 2024 年度

I. 部署 健康管理センター

管理者氏名 松田 美和子

II. 実績

【健診種別受入数】

1 泊ドック 760 名
日帰りドック 2937 名
企業健診 298 名
個人健診 34 名
職員健診 2745 名

【学会・研修会】

人間ドック学会参加

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状態
→各自が健康管理センターで働く事の意義を見いだせる
2. 看護職員が働き続けられる環境が整っている状態
→各自がワークライフバランスを保ちながら看護師としてのキャリア維持が出来る
3. 看護専門職としての能力を開発し、成長するために北野開発ラダー活用している状態
→将来のキャリア UP に向けて自身の能力を維持、向上する為の取り組みが出来る
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している状態
→将来の健康管理センター拡大に向けて業務のスリム化、ホスピタリティの維持・向上が出来る
5. 災害発生時に看護職員が行うべき事項を理解して災害に備えている状態
→災害発生時に看護職員として行動するための準備ができる

IV. 達成状況と成果

1. 育休明け3名のスタッフが新規配属された。病棟や外来業務のように対象が患者ではないため、業務内容が異なる事に対しては、マンツーマン体制でフォローを行い業務環境への適応、業務の自立ができた。また、9月に開催された人間ドック学会に参加した事で今後の活動意欲につながった。
2. 残業発生は月平均1〜2時間／人と少ない部署ではあるが、育児中のスタッフが大半を占めるため、急な残業発生による残業者の偏りや家庭への影響を最小にするため、残業者を当番制にして対応した。
3. 院内研修や推奨される学習は e-learning を活用し、最新の情報を得ることができた。
他部署へのサポートを通じ患者への日常生活援助技術の維持や心理的援助技術の維持に努めている
4. 医師の交代、増員に伴い看護業務手順の見直しを行った。ローカルルールによるマニュアルを院内に準じたマニュアルに改定し他部門や受診者へのスムーズな対応ができている。また、毎週看護師・事務・コンシェルジュによる多職種カンファレンスを設け、受診者対応を振り返ることで品質維持に努めており、2024 年度お客様調査では、305 名中 304 名が看護師の対応に関して満足していると回答が得られた。
5. 健康管理センターには災害発生時のマニュアルが無かった為、2024 年度は火災・地震発生時を想定したマニュアルとアクションカードを作成し、センター内で勤務する多職種へも周知した。12 月には地震発生を想定した多職種訓練を行い、非常口や避難経路を実際に確認、共通理解の場を設けることができた。

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）

- 救急診療環境の整備として物品配置、人員配置を中心とした管理
年間院内トリアージ実施料 5613
救急搬送看護体制加算 6124
- 救急救命士との協働にむけて 救急救命士の業務実践クリニカルラダーの作成
- 大規模災害訓練計画一実施 2024 年 10 月 6 日

III. 指導

- 防災・災害看護委員会内で委員 30 名に対して「災害時医療体制」「アクションカードについて」「災害時の情報伝達」「病院避難について」「トリアージについて」の指導
- 外来一般看護師に 41 名対して「患者の緊急時に役立つ基本初期対応」指導
- 救急部看護スタッフ 30 名に対して「救急患者の家族に対する危機介入」
- ラダーⅢ 災害研修の講師
- 全職員対象 BLS インストラクター

IV. 相談

- 各部署災害訓練の実施について
- 認定看護師の活動について 集中ケア認定看護師、手術室看護認定看護師の活動に関する相談

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 ）

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うえで、臨床推論を踏まえた観察と、可能な限り侵襲を少なく早期回復できるようなケアの選択を行った。ICU 入室中の重症患者の看護ケアにおいて、呼吸・循環の管理、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、一般病棟での人工呼吸器装着中患者に対して、呼吸管理や気道管理を行いリハビリセラピストと協働し、早期リハビリ介入も行った。RRT として、要請件数の増加がないなか、NEWS の導入を行い、急変リスクの高い患者をスクリーニングして特定し、早期に介入することで急変予防の対応を行った。

III. 指導

1, ICU スタッフ指導

集中ケアの必要な患者の観察・臨床推論、ケア方法の共有とアセスメント能力の向上に向けた教育を行った。人工呼吸器装着中の患者看護についても、早期抜管を目指したケアの指導介入を行った。

2, 病棟スタッフ指導

病棟に入院となった重症患者のアセスメントや急変予防に向けた NEWS の活用方法の指導を行った。

3, 院内看護師指導

フィジカルアセスメント研修、急変時対応研修の実施

IV. 相談

病棟での人工呼吸器管理での気道管理についての相談があり、共にケアの実施を行った。人工呼吸器離脱に向けてのプロトコルの相談

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

- ・新規介入件数：257 件（がん 231 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 29 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

- ・471 件 必要時他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
- ・1123 件実施し、83 件のスクリーニング陽性者に対し面談を実施した。内 3 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：46 件、がん患者指導管理料ロ：78 件算定した
- ・オピオイド持続皮下投与によるタイトレーションマニュアル、緩和ケアチーム運用マニュアルを改訂し ISO 登録を行った。

III. 指導

院内研修

- ・【多職種対象研修】緩和ケア研修会：1 回/年、医療者のための ACP 研修：1 回/年
- ・【がん看護研修】ベーシックコース：2 回/年、ペインコントロール：2 回/年
- ・【がん患者向け研修】アピアランスセミナー：1 回/年

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、意思決定支援に関する相談など

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（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 25 件、ロは 105 件算定した。
- ・腫瘍内科医、薬剤師と協働し 37 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。
- ・院内研修
 - 静脈注射レベル 3A「中心静脈カテーテル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」
 - がん薬物療法看護（全 2 回）

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
- ・他職種からの相談
 - 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（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：313 名（2024 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：28 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についてサポートを行った
3. 心不全看護外来を 6 月から開催し合計 36 人の専門的な外来支援を行った
また、外来看護師が実施するガイリアに対しカンファレンスや支援指導えお行い 156 名の退院後の外来支援のサポートを実施した
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積極的に学会や研修に参加した
スタッフ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】
患者会（北心会）
「心不全看護外来での支援について」
【講義】
・中央区居宅介護支援事業所連絡会
「心不全患者のケアプランに活かすための管理に必要なことは」
・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～」
3. 心不全療養指導士取得に向けたスタッフへの指導（2 名取得）

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

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（松本忍、釘宮真紀、わく田亜恭）

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。リンクナース会では、外力低減の為のスモールチェンジ法の啓発、褥瘡発生時の初期対応の提案、看護記録の簡略化を行った。重症の褥瘡に関しては、他職種を含むチームメンバーで速やかに介入を行った。褥瘡対策チームでの回診を1回/週で行い定期的に評価し治療計画の修正を行った。褥瘡発生率は0.68%まで低減、MDRPU（医療関連機器褥瘡）発生率は0.51%と増加した。次年度は、MDRPU予防への取り組みを行う。褥瘡ハイリスク加算件数は、1854件/年であった。それぞれに患者介入を行った。病棟ラウンドでは標準マットレスの経年劣化がありウレタンマットの選定や購入についての調整している。褥瘡以外の創傷に対して予防的・治療的スキンケアを実践した。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221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。症例を提示して個別的な看護計画を立案する演習を行った。褥瘡対策委員会主催の研修では、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、4回/年実施した。また排尿ケアチームでの研修を1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、648件であった。

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 メンバーと協働して院内ラウンドを実施し、感染対策の遵守状況を確認・指導した。
感染対策リンクナース委員会では、リンクナースに環境ラウンド・手指衛生直接観察ラウンドを通じて自部署の現状把握と改善に取り組んでもらうと共に、手指消毒剤使用量や耐性菌の検出状況等を師長会へもフィードバックした。

院内感染対策委員会等において、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定を行った。

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 の入院に関連した質問や胃腸炎等の市中感染の流行時には職員や家族が罹患した際の対応についての相談が多かった。

IV．調整

手指消毒剤や個人防護具などの診療材料の変更などに際し、性能の確認や関連部署との調整を行った。

V．倫理調整

COVID-19 など感染症により空気感染対策のため個室収容となった患者については原則面会禁止となっているが、予後や家族の価値観などに配慮し、面会者にリスクを説明した上で面会の意志を確認、必要な感染対策を指導した上で、柔軟な対応も可能であることを病棟に説明していった。

VI．教育

担当部署・委員会と協力し、新入職者研修（研修医・看護職）、ラダー別研修の感染管理Ⅲ、看護補助者研修の講師・演習指導を実施した。また、第Ⅰ回感染対策研修会の講師を担当した。

VII．研究

看護部倫理審査委員会における倫理審査を行い、必要時にサポートを行った。

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 204 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、糖尿病教室や世界糖尿病デーイベントを開催し、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、糖尿病患者に対し安全で質の高い看護を実践できることを目的とした全 3 回の研修を実施した。第 1 回目：糖尿病の基本的病態生理、第 2 回目：糖尿病の回復過程、第 3 回目：個別の状況に応じた判断と看護実践を行い、参加者は延べ 26 名であった。研修終了時のアンケート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。

専門・認定看護師の活動報告（院内活動）

I. 分野（新生児集中ケア） 認定看護師 氏名（岡庭 暁子）

II. 実践（実績含む）

早産や低出生体重児をはじめ、さまざまな理由で入院を余儀なくされたハイリスク新生児とそのご家族のケアを実施している。新生児は急激な変化を遂げることが多いため、予測したケアが求められる。重篤化を予防するとともに生理学的な安定を促すことを目的として、ディベロップメンタルケアを実践し、健やかに成長していくことができるようチームでケアを行っている。また、予期せぬ出産となり、不安を抱いているご家族に対して我が子との関係を築けるよう支援している。

III. 指導

周産期、新生児看護について系統立てて教育計画を立案し、学習会を開催する。OJT としてはベッドサイドティーチングを実施し、より実践的な知識や技術を伝える。

IV. 相談

NICU・GCU スタッフと共にケアの実践や看護計画、アセスメントなどについて検討する。そのほか産科や手術室と連携し、出生時のケアや環境調整について相談を受ける。

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 板井 千香 西本 愛）

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

- ・術後疼痛管理チーム加算 2,602 件/年
- ・術後疼痛管理チームカンファレンス、回診（1 回/週）
- ・職種共通の術後疼痛記録テンプレートの作成
- ・iv-PCA の使用方法に関するパンフレット作成、術前外来での患者指導に活用
- ・日本手術看護学会年次大会で当院の術後疼痛管理チーム活動報告
- ・麻薬供給不安定による薬剤変更に伴い病棟への周知

② ブレストケアカンファレンス参加

③ 医療安全タイムアウト動画作成

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。

院内研修

- ・周術期の疼痛管理（全2回）
- ・手術室OJTの企画
- ・縫合糸勉強会
- ・手術看護認定看護師教育課程臨地実習受け入れ（1 月 7 日～1 月 31 日）

部署内研修

- ・スキンケア勉強会
- ・急変時シミュレーション

IV. 相談

看護師からの相談

- ・体温管理、手術体位、褥瘡・皮膚ケア、医療安全、キャリアについて

他職種からの相談

- ・患者誤認予防の医療安全対策に関して
- ・術前中止薬について
- ・手術室外での外科的処置に関する ME 機器、材料に関して

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（3日／週） 相談件数：242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）
 - ・ 遺伝、妊孕性温存、就労に関する相談
- ・ 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：66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 がん教育 講師 大阪市内中学校
2024.7 日本乳癌学会学術総会 ポスター発表
2023.9 がん教育 講師 大阪市内中学校
2024.11 最新の乳がん治療と看護／キャリアについて考える 講師 南河内管理者会

III. 指導

- ・ がん看護研修：乳がんの診断と治療（1回）
がん看護基礎（2回）
- ・ 部署内勉強会 2回
- ・ 看護研究のサポート 2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

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 900 名 延べ人数 1365 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、退院前カンファレンス参加
- ・重度認知症の人の意思決定支援について倫理コンサルテーションチームと協働

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 24 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
- がん看護研修：がん放射線療法看護（全 2 回）
- 部署内勉強会：放射線防護

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

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）

緩和ケアチームのメンバーとして多職種と連携し、痛みをはじめとする様々な苦痛症状の緩和、心理的サポート、治療等に関する意思決定支援等を行った。年間を通して、緩和ケアチームでは 161 件の介入を行った。さらに、がん相談では 37 件、緩和ケアスクリーニングでは 27 件、患者・家族との面談を行った。

III. 相談

終末期がん患者の苦痛緩和のための鎮静や、不安や落ち込みのある患者へのケア等について看護師から相談がありサポートを行った。

IV. 調整

精神的な問題を抱える患者が入院し手術が必要となった際に、多職種で連携して安全に医療が受けられるよう調整を行った。また、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高齢・独居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

治療を拒否している患者の治療方針について医療者間で意見の相違がみられた事例において倫理カンファレンスに参加し、患者の意思決定能力の状況や患者にとってのQOLの視点を医療者間で共有した上で今後の方針を検討できるよう調整を図った。

VI. 教育

大阪市の中학생に対するがん教育において授業を行った。また、大阪市がん診療ネットワーク協議会がん看護部会により開催された「ELNEC-J コアカリキュラム 2024 看護師教育プログラムにおいて、「エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的問題」の講師を担当した。

VII. 研究

主任看護師より看護研究の進め方について相談がありサポートを行った。

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（ 梅地加奈子 ）

II．実践（実績含む）

ICT（Infection Control Team）メンバーと協働し、週1回の院内 ICT ラウンドを継続的に実施した。ラウンドでは各部署における感染対策の実施状況を確認し、現場での改善点をフィードバックするとともに、必要に応じた支援を行った。

また、感染対策リンクナース会では、中心静脈カテーテル関連血流感染症（CRBSI）をテーマに勉強会を企画・開催し、予防対策の啓発と標準化を図った。併せて、CRBSI に関するデータ入力方法の指導も行い、リンクナースが正確に情報を記録・活用できる体制づくりを支援した。

III．指導

看護部の中途採用者に対し、感染分野のオリエンテーションを実施し、院内での基本的な感染対策や標準予防策の重要性について指導した。

さらに、看護部主催の感染対策研修にも関わり、講義内容の企画や当日の運営補助を通じて、看護師全体の感染管理に対する知識向上に貢献した。

IV．相談

院内スタッフからの感染に関する問い合わせに対し、随時対応した。主な相談内容は COVID-19、インフルエンザ、感染性腸炎などに関するもので、患者だけでなく、職員やご家族が罹患した場合の対応確認が中心であった。

それぞれの状況に応じた対応フローの説明や隔離の要否、復帰基準の案内など、現場の判断を支える具体的な助言を行い、安心・安全なケア提供につなげるよう努めた。

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（ 亀澤恵 ）

II．実践（実績含む）

2024 年 8 月までは、感染制御対策室に在籍し、院内における感染症発生時に患者やその家族、職員に対して感染対策を講じ指導や教育を行った。また、COVID-19 などの感染対策マニュアルの変更を行った。毎月、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、感染リンクナース委員会による院内ラウンド（環境ラウンド・手指衛生直接観察ラウンド）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行かせるように支援を行った。9 月以降は、血液浄化センターへ移動となり、感染制御チームと連携し、血液浄化センターにおける感染対策マニュアルの見直し、環境調整、勉強会の実施などの感染活動を行った。

III．指導

- ① 院内研修：研修医、看護部新人研修
- ② 各部署の感染リンクナース／グループが立案した目標・活動計画に対しての支援
- ③ 血液浄化センター内スタッフ（医師・臨床工学技師、看護師）への勉強会の実施

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できる環境を整えた。

血液浄化センターの医師、スタッフの感染管理に関する相談を受け対応を行った。適宜、感染制御チームや専従看護師と連携を図り血液浄化センターにおける感染管理が円滑に実施できるよう対応を行った。内容としては、感染症検出患者や COVID-19 患者、耐性菌検出患者のベッド配置や看護ケアに関することなどであった。