

〈看護部門〉

- ・ 看護部
- ・ 外来
- ・ 地域医療支援センター
- ・ 血液浄化センター
- ・ 手術室
- ・ 中央滅菌室
- ・ I C U
- ・ 医療安全管理室
- ・ 感染管理
- ・ 病床管理
- ・ 3 階東病棟
- ・ 3 階西病棟
- ・ 4 階東病棟
- ・ 4 階西病棟
- ・ 5 階東病棟
- ・ 5 階西病棟

看護部

1 部長紹介

看護部長 小田 静

2 部署別職員数

看護部	3
外来	40
地域支援センター	10
血液浄化センター	8
手術室	17
中央滅菌室	6
I C U	15
医療安全	1
感染管理	1
病床管理	1
3階西病棟	16
3階東病棟	29
4階西病棟	28
4階東病棟	29
5階西病棟	24
5階東病棟	28

3 令和5年度総括

(1) 看護の質改善活動を推進する

ア 看護業務の整理, 改善に取り組む

(各部署) (業務改善委員会)

成果指標 業務量調査・各勤務帯の業務の見直し・業務改善 看護記録時間調査

看護部においては、看護業務の効率化と看護の質の向上のための基礎資料を得ること・データの蓄積を目的に毎年看護業務量調査を実施している。2023年度においても看護業務量調査を計画し実施できた。

業務量調査の結果では、病棟部門の直接業務、間接業務の割合は大きな変化はなかったが、業務時間としては全体的に減少していた。直接業務の時間は全体の 58.9%であり、昨年度の 58.4%と比べ増加していた。これは、2022年度の業務量調査の結果から各部署で課題を抽出し取り組んだことにより、患者に直接関わる時間が増加したのではないかと考える。患者のベッドサイドに行く時間、直接業務の割合が増えたから良い看護が提供できているとは一概には言えない状況にあるが、看護の質を落とさずに看護を実践し、引き続き業務改善に取り組むことが重要である。

病棟部門における看護記録の時間については、2022年度スタッフ1人当たりの記録時間が110分であったことに対し、2023年度は90分へ減少しているという結果であった。特に入院時の記録や経時記録の時間が減少しており、時間外の記録も2022年度の総時間よりも200分減少していた。入院時の記録時間の減少については、入院支援からの情報提供やデータベースの入力により入院時記録時間の減少に繋がっているのではないかと考えられる。また、タイムリーな記録ができるように業務内容の見直しや改善策を行う事で、時間外の記録が減少していると思われ、今後も時間内に記録ができるように各部署で取り組んでいく必要がある。また、外来部門においては、診療の合間を見ながらカンファレンスを開催し記録を行っている。外来部門の記録時間は昨年比で増加していることから、意識付けられてきており、今後も継続できるようにしていく。

業務量調査の結果分析を行う中で、外来部門において病棟と同一では分析できない項目があり、部署にあった調査項目を考えていく必要がある。2024年度は外来部門における調査項目・内容等の見直しを実施していく。

また、手順書・基準書に関しては、12項目の一般看護手順書の見直し・修正を行いPDF化した。2024年度には病院機能評価受審予定である。手順書・基準書、看護業務マニュアル等の整備についても引き続き推進していく。

イ 看護の質改善活動を推進する

(各部署) (記録検討委員会)

成果指標 部署記録監査結果(機械的監査・質的監査) 介入による成果報告(取り組み報告)

日本看護協会の「看護記録に関する指針(H30.5月)」では、『看護記録の目的として、「看護実践を証明する」「看護実践の継続性と一貫性を担保する」「看護実践の評価及び質の向上を図る」こと』とあり、また、看護記録記載の基本として、『1)看護実践の一連の過程を記録する 2)適時に記録する 3)サービス提供専門職や看護を必要とする人と内容を共有できるよう記録する』とある。

2023年度の業務量調査からは看護診断評価・計画追加修正の時間は増えている結果から、必要な記録は残せており、看護記録

の時間短縮への意識は高まった印象にある。

記録監査では、自部署監査については目標数の97%実施でき、他部署監査では、「看護実践が見える」「患者が見える」看護記録とは何かについて再考することができた。しかし毎月の監査については同じ項目ができていない傾向は変わらないため、課題に引き続き取り組んでいく。記録の監査については、他部署監査を継続し、さらに監査のフィードバックを部署で検討し看護診断や看護目標の妥当性をカンファレンスに繋げていくことが必要である。また退院支援状況の可視化等、看護の継続性・一貫性の担保という点においてはまだ課題もあり、看護の継続性に繋がるような記録が残せるよう取り組みを継続していく。2024年度は看護記録に関する部署活動を推進し、看護記録から「患者が見える看護記録」「看護実践が見える記録」＝看護記録の「質」の向上に向けた取り組みを継続していく。

ウ チーム活動の推進

(各部署) (副師長会) (固定チームナースング委員会)

成果指標 固定チームナースングの理念・定義・目的の理解度 役割と業務のチェックリスト結果

当院看護部の看護方式は、固定チームナースング(継続受け持ちを含む)である。

ここ数年、固定チームが機能していないということが課題となっていた。機能しにくい背景として、リリーフ体制の運用・リリーフスタッフの活用が明確になっていない事が要因の一つであると考えられた。そこで、2023年度固定チームナースング委員会では、スタッフへのアンケートを実施し、リリーフスタッフが固定チームのメンバーとして、安全に、また協力的に業務が遂行できるよう「固定チームナースングにおける部署間でのリリーフ体制に関する基準」を作成した。今後も各部署統一した基準のもと業務が遂行できるよう、スタッフへの周知を継続していく。

固定チームの役割と業務のチェックリストについては、他者評価から面接を実施することができた。評価結果は例年と大きな変化はなかったが、面接を実施したことにより、個々の役割意識の向上がみられた。また、固定チームリーダーの役割として、PDPフレームを活用して自部署の問題を委員会で共有し、課題解決に取り組んだ結果、チームメンバーが小集団活動を理解し、協力して取り組める結果に繋がった。しかし部署の問題解決に取り組むだけでは、固定チームとしての機能の維持に限界があるのではないかという意見もある。スタッフでは、各役割の向上して欲しい項目について目標としていた自己評価点4.0点を達成できなかったが、1回目と比較して2回目の自己評価・他者評価点が上昇していたことから、受け持ち患者に責任を持つという意識は高く持っている。しかしカンファレンスに関する項目の評価が低かったことなどを考えると、チームとしての情報共有や継続が希薄となっていることが伺える。その一因として、リリーフや時短勤務者が増えていることが考えられるが、ここ数年課題となっているチーム内のコミュニケーションや情報共有・看護の継続について、チーム力を強化できるよう現状に合った看護体制・看護方式の見直し・検討が必要である。

(2) 地域包括ケアシステムの視点に立った看護を提供する

ア 院内看看連携の充実と在宅療養支援の推進

(地域医療支援センター) (継続看護委員会)

成果指標 退院前カンファレンス数(他職種参加) 退院前・時・後家庭訪問数 入退院支援加算実績

地域包括ケアシステムにおける急性期病院としての役割を果たす上で、地域や施設との連携が重要である。またその連携を円滑に図っていくために院内において、急性期から回復期の病棟間で相互の連携をより密に図っていくことも重要となる。2023年度は、退院カンファレンスや介護調査・インテーク時等、コロナ禍においても状況によってはICTを効果的に活用して院外多職種との情報を共有しタイムリーな連携に努めることができた。今後もICTを効果的に活用し地域や施設との連携に努めていく。

また疾患を抱えながら在宅療養を続けるためには、外来看護師の果たす役割は大きく、入退院を繰り返す患者等については、外来と病棟・相談部門と連携しながら早期退院・在宅療養が継続できるよう支援することが求められる。看護要約や継続看護連絡表による情報共有の件数や退院前カンファレンスへの外来看護師の参加率も年々上がってきており、以前と比較して連携が図れるようになってきている。2024年度も看護要約や継続看護連絡表を活用し、院内の看看連携や他病院や施設、在宅との連携を図り、在宅療養支援の推進に努めていく。

入院支援については、予約入院患者のオリエンテーションや書類確認、入院を前にした患者の疑問や不安への対応、入院に際してのスクリーニングやリスクアセスメントを事前に行い、退院困難な要因のある患者については、入院前から外来・病棟・退院支援担当者間で情報の共有・連携が図られてきている。退院支援については、2022年度より期日内支援の徹底のため、退院支援状況が可視化できるシステムの活用が開始となり確認を実施してきた。しかし、期日内の支援の実施、退院支援計画書のスキャン提出等の課題に対し、スタッフへの啓発活動と共に退院支援チェックリスト改定・活用後の評価を行い、入退院支援加算の算定につながるよう引き続き取り組んでいく。

2024年度は診療報酬の改定に伴い加算体制や対象入院患者の概要などの変化に、病棟ー地域医療支援センター間で連携を図りながら円滑に対応していけるよう活動していく。

(3) 安心・安全な看護を提供する

ア チームで医療安全活動に取り組む

(看護部安全対策委員会)

成果指標 誤薬発生率 転倒転落発生率 ドレーン関連インシデント件数・事象レベル 0レベル報告数

与薬は日々繰り返される業務であり、多重業務の中で行なっている。2023年度、薬剤・輸血に関するインシデント件数(456件)はインシデント全体の33.5%を占め、例年同様インシデント報告の第1位にある。誤薬発生率についても2.23%であり、前年度2.4%と比較すると、課題である指差し呼称の強化に取り組んだことで減少した。また、与薬の監査を他者評価から自己評価に変更し、7月、10月、1月の3回実施した。監査の結果では7月～10月は項目により実施率50～70%が目立ったが、10月～1月は実施率の80%未満は減少した。どの部署も自己評価は良くなってきている。各部署の意見でも自分自身の与薬の方法を振り返る

ことができる、意識して実施するようになった、目視のみであったのが声を出すようになったなど、実施割合変化と合わせ意識づけにもなったと考える。指さし呼称をなぜ実施しなければいけないかを再周知し、どの部署でも指さし呼称による確認が当たり前となるよう継続して取り組んでいく。

2023 年度の転倒転落発生率は、転倒転落報告件数は 211 件であり昨年度に比べ 50 件の増加であり、事象レベル 0.1 は減少し、事象レベル 2 以上が増加している。転倒による 3 b 事例も 3 件発生している。転倒転落発生率は 3.06%であった。離床センサーを使用している患者のセンサーの不適切な使用（電源が入っていない、装着忘れなど）によるものも複数あった。新採用者のみでなく、スタッフ全体に離床センサーの取り扱い、使用方法などを再確認していく必要がある。センサーを付けたからと安心するのではなく、入院患者の高齢化により転倒リスクの高い患者も増えているため転倒転落アセスメントを確実に実施し、対策とその評価をチームで実施し安全な入院環境を整える必要がある。転倒転落予防部会との連携を密にし、転倒転落の予防に努めていく。2023 年度は外来患者の転倒報告が増加していたため、外来患者への対策についても検討を継続していく。

医療機器・ドレーン・チューブ関連のインシデントは 304 件、全体の 22.4%であった。そのうち自己抜去が 154 件であり、医療機器・ドレーン・チューブ関連項目の 50.7%を占めている。3 b 事例の発生はなく、3a 事例の割合も 3%と減少していた。しかし末梢点滴、胃管の自己抜去は日々繰り返されている。患者年齢、認知機能、入院環境など、患者を取り巻く要因を含め危険を予知し、予防対策を講じることができるよう検討していく。

インシデント報告強化部署を設け、インシデント報告の定着を目指した。インシデント報告件数は増加しているが、0 事例報告の割合は昨年度に比べ減少している（10.2%）。インシデントの芽を摘み取るといった 0 事例報告の意味を啓もうし続け、重大インシデントを防いでいく。

看護師の役割は何か、多忙中에서도何を優先していかなくてはいけないのか、今一度安全な医療・看護について各自が考えていかななくてはならない状況である。「やるべきことを実施する」このことについておろそかにするとインシデントは発生する。手順書に沿って実施できないのは手順書の不備か、別の問題があるのか、まずは「やるべきことを実施する」ことが重要である。看護は患者の最も近くにいて患者の安全を守れる存在であることを各自が認識し、安全文化が醸成される風土づくりに取り組む必要がある。

イ 対象に合わせた感染防止対策を実践し適切な看護を提供する

（感染対策推進部会）

成果指標 介入による成果報告（取り組み報告、感染経路別予防策チェック表完成・運用、手指衛生実施率）

(ア) 自部署の活動成果（課題・環境整備改善への取り組み）

(イ) 感染経路別予防策チェック表完成・運用

(ロ) 手指消毒剤の使用量の変化

リンクスタッフは、毎年自部署の課題改善に取り組み成果を挙げている。さらに課題達成に向けて取り組むことで、現場の感染対策が効率的に向上する。今年度も引き続き課題を見つけ、改善に向け取り組むことで感染対策が強化させ、院内感染の低減を目指す。部署の課題に対し取り組み、成果を挙げる。

2023 年度は感染経路別予防策チェックリストを完成し実際の現場で活用した。今後はチェックリスト使用習慣を定着させ、適切な感染対策環境が整えられるよう取り組む。

手指衛生は感染の基本である。2023 年度手指消毒剤の使用量は 1 患者 1 日当たりの平均手指消毒回数が低下し、評価部署の約半数以上が使用量が低下した。手指衛生は感染対策上重要であり、感染対策の評価指標となっている。2024 年度は昨年度以上の手指消毒剤使用量増加を目指し、手指消毒剤使用量調査結果を毎月可視化することで、手指消毒剤使用量増加に取り組む。

(4) 安心・安全な看護を提供する

ア 働き方改革への取り組み

（各部署）（看護管理者会議）

成果指標 離職率 超過勤務時間 年休取得数 応援機能実績 他職種への業務移譲

“働き続けられる職場”を可能とするためには、勤務の負担や残業を減らし、休暇等の連続取得を促すことで慢性的な疲労の蓄積を回避し、優秀な人材の育成・定着を促し、職員ひとり一人が健康で専門職として誇りをもって生き活きと働くことが必要である。部分休制度（育児短時間勤務）を導入し数年経過しているが、育児短時間勤務者退勤後の他日勤者の業務負担が増加し、日勤終了時間が延長している現状もある。それぞれの部署の業務状況により応援体制を計画・実施しているが、今後は、部署において育児短時間勤務者退勤後の業務内容を把握（業務量調査）し、各勤務帯の業務内容の見直し（業務改善）等により日勤者への負担の軽減を図る。

超過勤務については、個々の職員が出来るだけ残業とならないような業務の工夫や、チーム内での支援、お互い様精神で業務の引継ぎが出来るような職場風土を推進して行くことが重要である。個人の力量に任せるだけでなく、部署の看護師長、固定チームリーダーの協力を得ながら実施に繋げていく。

年次休暇取得については、職員全員が 5 日以上の有給休暇が取得でき、法令上の休暇取得（半日以上以上の休暇を 5 日以上）を達成できるよう努力していく。

また、労働時間管理の原則は、業務量に応じて場所・時間帯ごとに適切な人員を配置することであり、看護部では部署間の応援体制（リリーフ）の取り組みを続けている。2023 年度の他部署への応援は 2,585 回、日数にすると 2,324 日であった。計画的な応援体制により、年休取得が推進され法令上の休暇取得（半日以上以上の休暇を 5 日以上）のクリアに繋がっていたとも考えられるため、今後も病棟の業務の状況に応じて部署間の応援機能を推進していく。

イ 自己のキャリア開発に取り組む

(各部署) (教育委員会) (ラダー認定委員会) (看護管理者会議)

成果指標 研修実施状況 研修受講履歴・目標管理シート・面接 マネジメントラダー評価状況

看護者の倫理綱領条文第8に「看護者は常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める」と記されている。看護職は専門職として、看護職自らの責任と責務により専門的能力の開発・維持・向上に努めることが必要である。それぞれの職員が自ら学ぶ姿勢を持ち、各自が自己の組織における役割や研修を通してキャリア開発し、施設においては、面接等の支援を受けながら自己の成長が出来るよう支援していくことが求められている。これらのことを具現化出来るよう、2024年度についても組織としてクリニカルラダーに合わせた教育体制を整え実施する。

2023年度はクリニカルラダーの継続教育体制を改訂し、リーダー役割を学び実践する機会を強化した。またクリニカルラダーの実施マニュアル・ラダー認定・更新申請手続きの追加修正をし、加えてラダー取得と看護部研修受講歴を作成・活用を開始した。今後も個々のスタッフが自身のキャリア開発計画を立案し、自己のキャリア開発に活かせるよう推進していく。加えてクリニカルラダーは組織として段階的に看護師の質を評価し、個々の能力の向上への動機づけと教育的サポートの基準とし人材育成に活用しているため、人材・社会背景を踏まえラダー評価の内容の見直しを検討していく。

eラーニングについては、キャリア開発ラダーの評価指標にもあわせ、研修や部署の勉強会での活用だけでなく、スタッフ個々が視聴する等活用できている。今後も活用推進に努めていく。

マネジメントラダーについては、看護管理者それぞれのマネジメントラダーの到達目標に応じた看護管理の実践に向けて、今後活用し、能力の向上を目指していく。

外 来

1 部署目標①

看護の質改善活動を推進する。

1 行動計画

1-1) 看護業務の整理・改善に取り組む

①各科看護手順の見直しを60%以上実施する

②8月までに内視鏡センター稼働に向け手順書を作成、稼働後実践していく

1-2)

1、患者の情報共有・統一した看護を提供する。

1) ちょっと来てカンファレンスを定着し記録に残すことが出来る。

2) カンファレンス後看護診断の立案を行うことが出来る。(年120件)

3) 看護診断の立案数を調査していく。

2、外来独自の監査表の作成を行い、月に1回監査できるようにしていく。

1) 監査表の作成(7月までに作成)

2) 作成後1回/月 各ブロックごとに監査する。(1事例ずつ)

1-3)

A チーム

1-1)

①看護手順書の見直し・修正を行う。

②内視鏡センターの運用を理解し、協力体制が図れるようシミュレーションを行う。

1-2)

①ちょっとしたカンファレンスを実施し、カンファレンス内容を記録に残す。(月10件以上)

②ちょっとしたカンファレンス、看護計画の内容について共有・検討することで、記録についての問題点や課題を明確にし、実践が見える記録が行えるようにする。(月1回チーム会で検討)。

1-3)

①各科を経験することで業務を理解し、リリーフ体制を強化する。

②チーム会で各科の状況を報告し、情報共有を行う。

③必要な処置・検査についての勉強会を行う。

B チーム

1-1)

①安心・安全な看護や診療(検査・処置・治療)のため、手順書を適宜追記・修正ができ、活用することができる。

②内視鏡センター稼働に伴い、泌尿器科・耳鼻科外来にスコープ洗浄機を導入するため、手順書を作成し、勉強会を通してBチームメンバーで洗浄機使用を含めた内視鏡の管理と、運用の方法を周知できる。

1-2)

①ケースカンファレンス(ちょっとしたカンファレンス)を積極的に実施し、患者の情報共有をし、患者個々に一貫性のある質の高い看護が提供できる。(各診療科月1件以上、合計10件/月以上)

②ケースカンファレンスにて実施した看護や、看護診断・評価について、検討することで、看護実践を評価することができる。

1-3)

①業務報告や勉強会にて知識の共有を図るために、チームカンファレンスを実施していくことができる。

②各診療科への業務の実施や、マニュアル化された検査・処置へ入れるよう計画的に行い、リリース体制を強化することができる。

1 評価・実績

栄養管理科の業務は主に①入院患者の栄養管理に関すること②入院患者の給食管理に関すること③入院・外来患者への栄養指導・相談④NST 活動等のチーム医療の参加し治療に貢献していくことである。

入院患者の栄養管理業務は、2022 年 4 月から診療報酬改定により褥瘡対策に関する診療計画書作成患者にも栄養管理計画書の作成が必要となり、他職種と連携し栄養スクリーニング・アセスメント・栄養管理計画書を作成している。

栄養指導は、2020 年度より新型コロナウイルス感染症対策が必要となったが、指導件数を減らすことなく実施に取り組んでいる。

チーム医療は、毎週月曜日緩和ケア回診、毎週火曜日 NST 回診、毎週木曜日褥瘡回診に参加している。

2 部署目標②

地域包括ケアシステムの視点に立った看護が提供できる

2 行動計画

1) 院内看看連携を充実させ情報を共有することで継続した看護が提供できる

①継続看護連絡表や退院前カンファレンス参加等で連携を図り継続した看護を行う

- ・継続看護連絡表が外来へ届いたらブロック間で情報の共有を行い外来受診時には情報をもとに在宅での様子を確認し記録に残す。また必要に応じ看護診断を立案し介入していく（目標：120 件（昨年 110 件））

- ・外来で支援している患者が入院する時や、事前に情報提供が必要な患者の場合は外来から継続看護連絡表または申し送りへの記載し病棟との情報共有を行う（目標：5 件以上（昨年 4 件））病棟で活用できたかの確認も行う

②退院前カンファレンスや退院前病棟訪問に参加する

- ・参加したら内容は記録に残しブロック間で共有する（目標：25 件（昨年 22 件））

- ・事前にカンファレンス開催の情報が受けられるよう委員会などで啓発する

- ・参加できるよう業務調整を適宜行う

- ・退院前カンファレンスへ参加できなかった場合は入院中に訪問を行う様にカンファレンス、勉強会メールで啓発を行う

2) 地域との連携を図り外来から在宅療養支援に繋げることができる

①地域（訪問看護師、ケアマネジャー、施設等）や相談室等からの情報提供時は内容の記載する

- ・ブロック間での共有を行い受診時に対応する事で在宅療養が行えるよう支援する

- ・他部署（病棟以外）や地域との連携があればフォルダーへ記載しカンファレンス等で共有

- ・看看連携を図り継続した看護の提供ができた事例を勉強会で共有する（1 事例/年 1 回）または継続看護に関する勉強会の開催を行う。

上記行動計画はカンファレンス、勉強会、メール等で啓発を行い適宜フィードバックをする

2 評価・実績

1)

①病棟からの継続看護連絡表は 155 件あり（4～1 月）目標としては達成した。今年度は外来に届いたらブロック間で共有し「継続して欲しい看護」の情報をもとに来院時に対応して記録に残すことで院内看看連携を図った。（全体で 89%が連携していた）

中間評価時の時点で記録に残せたのは 81%であったが、最終評価時は 97%が対応できていた。受診時に関わらず記録へ残せなかったブロックにはリーダーを通し対応するよう伝え、またカンファレンス・勉強会での啓発を行った結果と思われる

外来から継続看護連絡表または申し送りへの記載し病棟との情報共有の実施は 4 件（4～1 月）で目標達成できなかった。継続看護連絡表での情報提供は少なく申し送りへの記載と電話連絡での情報提供になっていた事も要因。次年度は記録での連携の強化や外来からも情報提供を発信する取り組みを考えたい

②退院前カンファレンスへの参加は 31 件（4～1 月まで）目標達成、記録に残し受診日に対応できていたのは 27 件であった。中間評価時 76% 最終評価時は 100%の対応が出来ていた

病棟からの情報で受診日に対応し記録に残したことは継続した看護への提供に繋がれたと考える。今後も継続していけるよう啓発していく。

2)

①市町村や相談室 訪問看護への情報提供は 64 件あり提供された情報は記録に残し上記同様に受診時に対応している。小児科、産婦人科では地域との連携は書面での連携も図れ、ブロックでの終末期の患者さんの外来診察時は相談室とも連携し診察時間関わっている。勉強会（事例報告）に対しては実践できなかったが今後も症例報告ができる事例があれば共有し勉強会に繋げたい

3 部署目標②

チームで医療安全活動に取り組み、安心・安全な看護を提供する。

3 行動計画

3-1-1) 薬剤関連のインシデントが年間 10 件以下になる（昨年は 15 件）。インシデント発生時は、チームカンファレンスを実施し、原因の分析・対策の検討を行い再発予防に努めることができる。

①薬剤関連インシデント発生時は、インシデントが発生した部署で分析を行い、その後チームで分析・検討。その結果を外来カンファレンスで報告し情報共有を行う。

②与薬チェックリスト・6R 実施チェック・内服ダブルチェック確認評価を行う。（年 3 回）

③点滴・注射実施 3 点チェックを確実に実施できるよう手順を再度確認し、実施忘れを 0 件とする。

3-1-②) -②転倒転落

・転倒転落発生時は、「チームカンファレンス実施」「看護診断立案」を実施して要因と予防策をメンバーで共有する。（RCA 分析年間 1 件は実施）

・転倒転落予防ラウンドへ依頼を行い、適切な安全予防対策を実践する。

・患者・家族に転倒予防について掲示物で指導する。

3-2

1)

①各ブロックの清掃（SPD ラック・流し）を継続して行う。

②棚や在庫物品の定数を整理し、清掃しやすい環境を作る。

2)

①新型コロナウイルスが 5 類に移行するにあたり、対応策を遵守し院内感染を起こさない。

②5 つのタイミングに合わせ、手指衛生・手袋交換する。

③ガウンとゴーグル装着について、どのような場面での装着が必要か検討し、周知徹底する。

3)

①手指衛生剤の携帯率をあげる（昨年比）。手指衛生剤の使用量が増量する。使用量が少ないスタッフは使用状況を確認し、フィードバックする。

3 評価・実績

3-1) 薬剤関連のインシデントについて

①4 月から 1 月までの薬剤関連インシデントは 17 件であった。抗がん剤の速度間違い、内服処方箋渡し忘れ、抗生剤初回チェック未確認、救急隊から預かった内服の返却忘れなど多岐に渡る。インシデント内容が共有できていないため、どうすれば共有できるのかを検討し、部署の問題として考えていく必要がある。来年度の課題とする。

②与薬チェックリスト・6R 実施チェック・内服ダブルチェック確認評価については予定通り実施できた。自己の行動を振り返ることで、「なぞって・声に出す」は定着してきている。良い効果が得られているため、続けていけるよう今後もチェックを行っていく。

③点滴・注射実施 3 点チェック忘れについては、4 月から 1 月までで 12 件あった。前半 5 件であったが、対策を考えた後半の方が件数が増えている。現在のやり方では確実ではないため、しっかりと原因を分析し対策を考えていく必要がある。

3-2) 転倒転落発生件数が 10 件以下となる

4～1 月までの転倒・転落件数は 18 件あった。付き添いがいないときや椅子に座り損ねたなど看護師が見ていないところでの転倒が多く報告されている。勉強会で「PDP」を使用した困りごと分析をグループワークした内容を部会で発表した。2 月の医療安全研修会では、集計結果や勉強会内容、ポスター掲示や院内放送などについて行う予定である。来年度も啓発活動を継続していく。

3-3)

1) 各ブロックにチェック表を配り、清掃の意識付けを継続して行うことができた。棚の在庫物品の整理や清掃は行うことができなかった。

2) 外来スタッフで家族間での感染の報告はあったが、職場内での感染は無かった。マスクをしっかりとしていたが、ゴーグルをしていなかったり、頭の上にかけている人がいた。装着を促したが、マスクのようにしっかりと装着できていない。今後、対策を検討し装着をしっかりと行ってもらえるようにしていく。

3) 手指衛生剤の使用状況は、徐々に使用量が減少していきおり、4 月には全体で 11040ml だったが、1 月には 8785ml と、個人の使用量の平均も 191ml から 162ml と減少している。月一回の報告、表の掲示や声掛けだけでは使用量増やすのは難しい。対策を検討し、手指消毒剤チェックと啓発活動を継続していく。

4 令和 5 年度総括

各チームともにそれぞれ目標を達成するために活動できた。カンファレンスについて数値目標は達成出来なかったものの、継続して実践し、徐々に件数を増やしていくこともできた。また、院内看看連携においても、継続看護連絡票をもとに「継続してほしい看護」を実践していくことができ、在宅点滴を実施するための手順がわかりやすいようフローチャートを作成することが出来た。これらの点から看護の質向上・地域包括ケアシステムの視点にたった看護の継続ができたと言える。安心安全な看護を提供するという点でも数値目標は達成できなかった。しかし、インシデント発生時対応策をスタッフで共有できたこと、転倒転落に関する PDP 分析から改善策の

取り組みが実施できたことで意識の向上は出来たと考える。感染対策についても対策を継続することが出来た。しかし、ゴーグルの装着率や手指衛生材の使用は不十分である。

働き方改革として、様々な勤務形態のスタッフがいますが、協力し合い業務を実施できている。各種研修会や学会が再開されていく中、個々のキャリア開発に向けさらに支援をしていく必要がある。また、外来として看護研究が実施できるよう協力し取り組んでいきたい。

5 令和6年度課題

外来における看護記録の充実・患者が見える看護記録のため、ケースカンファレンスの実施・看護診断の評価・修正、外来記録監査を継続して実施していきたい。また、院内看看連携において、外来から発信できる内容を検討し、実践していきたい。具体的には看護問診票の修正を考案中。

インシデント発生時、外来全体で共有し、安全な看護を提供する。

内視鏡センターだけでなく、外来にある12のブロック全てにおいて流動的なリリーフ体制がとれるよう、計画的にオリエンテーションを実施する。また、7日/1人を目標とし、年休取得ができるよう計画的に取り組む。

看護研究をまとめ、院内発表する。

地域医療支援センター

1 部署目標①

院内看看連携の充実と在宅療養支援の推進。

1. 退院支援における患者情報共有に向けて院内外が多職種とのカンファレンスや継続看護連絡表を活用しタイムリーな連携ができる。
2. 患者の円滑な退院や患者家族が安心して退院できるよう、また院内看護師の継続看護意識を高めるため、院内外のコロナ感染対策を徹底して退院時家庭訪問や退院後家庭訪問が実施できる。

1 行動計画

1-1) 病棟主体で退院支援カンファレンスが実施できるよう各部署担当の相談員や継続看護委員会の委員と部署とで役割や業務を確認する。

1-2) 退院支援に向けた院内外で患者情報の把握や共通認識として病棟看護師が作成した改訂版退院支援アセスメント用紙の情報を確認して外来・外部多職種へ情報提供し、退院支援のためのツールとして活用する。

1-3) 院外多職種との連携に医療と介護の入退院連携ルールや退院支援マネジメントガイドラインを活用する。

1-4) 感染対策のもと対面や ICT を効果的に活用し地域や施設と退院調整に必要な情報提供やカンファレンス等、院外が多職種と患者情報を共有する。

2-1) 家庭訪問に関する基準、院内外の感染対策を遵守し家庭訪問を実施する（5件目標）

2-2) 実施した家庭訪問のケースを院内外多職種へ報告できる機会を設ける。（2回目標）

1 評価・実績

1-1) 病棟スタッフが退院支援カンファレンスに参加できるよう病棟の状況を確認しながら時間帯を調整したり、退院支援担当者もカンファレンスの場の準備やスタッフの招集、カンファレンス前に受け持ち看護師に情報収集してから師長とのカンファレンスに臨むなどの工夫をした。退院支援カンファレンスの実施状況を各病棟の相談員に聞き取りを実施した結果、以前よりはリーダー看護師や受け持ち看護師が参加することが増えているが、参加状況には病棟の多忙さや病棟によって差があった。退院支援カンファレンスで病棟と患者の情報を共有し退院支援計画書の作成や見直し、退院支援の統一した認識をもって進められるよう継続看護委員会や病棟を巻き込みながら今後も取り組みを継続していく。

1-2) ケアマネからの連携シートやサマリー、カルテからの情報収集などで代用できていたため、改訂された退院支援アセスメント用紙は退院支援にあたっては、あまり活用していなかった。

1-3) 入退院連携ルール・退院支援マネジメントガイドを基準にして退院調整をしている。

1-4) 院内感染対策を遵守した上で対面での退院前カンファレンスを実施できる機会が増えた。結果、今年度は ICT を活用した退院前カンファレンスは1件のみであったが、状況に応じて今後も ICT を活用して多職種連携や情報発信・共有を行っていく。

2-1・2) COVID-19やインフルエンザの感染状況としては減少していないため、退院時・後訪問はできていない。そのため報告会もできていない。次年度は訪問を行う緊急性や優先度、感染状況を考慮して実施や方法を検討していく。

2 部署目標②

病棟・外来と連携し患者・家族が安心・納得できる入退院支援ができる。

1. 患者・家族が安心・納得できる入退院支援および、入院時支援加算1、入退院支援加算1の確実な加算算定のために必要な業務の精度をあげるための業務内容の見直しと実践ができる。

2 行動計画

- 1) 確実な入退院支援ができるよう現在の問題点を抽出する。
- 2) 入院支援および退院支援の現状を適宜、把握・共有し、現状や課題はその都度、関係部署へ情報提供し、確実な実施を促す。
- 3) 院内で退院支援における認識や業務の統一を図るため入院病棟や看護部の継続看護委員会、医事課職員へ、退院支援に関する業務（スクリーニング・退院支援計画書・カンファレンス等）、院内の現状や退院支援加算の要件、加算算定の流れ等を説明する機会（継続看護委員会開催時や部署の勉強会等）を設ける。
- 4) 入退院支援加算算定の要件の実施状況の確認、各部署から提出された退院支援計画書を確認して不足・不備は相談員および病棟へ情報提供する。医事課へ退院支援計画書が提出されているか確認する。
- 5) 確実に入院支援ができるよう外来や病棟と連携し現在の業務内容の見直し、最新情報を提供・共有する。
- 6) 地域医療支援センター内で入院支援と退院支援が関係した事例報告・検討会を最低2例実施する。

2 評価・実績

1・2・3・4)

前年度の実績や部署のスタッフからの聞き取りから入院支援および退院支援の現状と問題は抽出し、部内で共有できた。日々の業務の中で感じる小さな問題や課題に対して部署内でミーティングやカンファレンスでタイムリーに共有し、効率的・効果的に業務を行うために、病棟や継続看護委員会、看護管理者会議や医事課の会議で入退院の実績や現状・課題・自部署の取り組みを伝える機会を作り、理解と協力を得てSWOT分析、PDCAサイクルで問題解決に向けて取り組むことができた。

昨年度の実績から課題としていたことは入退院支援加算が確実に算定できない現状があることであった。4/1～1/31入院時加算算定230点の算定不可は25件【昨年33件】、入退院支援加算700点の加算不可285件【昨年237件】であった。基準通りに対応できなかったことで算定漏れは続いている。次年度、今年度の実績を報告し関係部署が問題意識をもって改革できるように経営的視点をもって人的・物的・情報資源等を評価、整備し算定できるための精度を上げていく取り組みを行っていく。

また今年度浮き彫りになった問題としては退院支援計画書の精度の問題である。作成する段階でスタッフが十分理解できていないことから患者の状態に適していない、内容の整合性がない、訂正が多いなどである。退院支援計画書が患者に適したものとなるよう退院支援担当が得た情報と病棟が収集した情報を統合して退院支援カンファレンスの機会を有効活用して作成や見直しができるようにしていく。

さらに、退院調整困難な患者に対して患者・家族や自治体、関係機関とスムーズに調整ができなかったケースもあり家族背景や経済面、在院日数等を部署で退院調整困難患者を定期的に共有するカンファレンス等を設け円滑かつ確実な退院調整を行っていく。

- 5) 入退院支援に関するマニュアルを見直し、関係部署に情報提供と共有することができた。
- 6) 部署内で2例実施でき、相互の学びの共有と今後の課題を検討できた。同じ部署に入院支援と退院支援、また地域包括スタッフがいることで行政ともタイムリーに情報共有できることは当院の強みであるため、この強みや機会を生かして院内外の連携を強化していきたい。

3 部署目標②

地域との連携についての体制を整備し基準化できる。

1. 院外多職種との顔の見える関係作りができる。
2. 連携窓口や外来患者対応マニュアルやフローを完成させ、活用できる。

3 行動計画

- 1-1) 院外多職種との顔の見える関係作りとして適宜、事例検討会や勉強会の企画・開催。
- 1-2) 退院支援加算の条件である連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録する。
- 2-1) 昨年度外来看護師や訪問看護ステーションを対象に実施した連携についての調査をもとに連携窓口や外来患者への対応マニュアルやフローを外来や継続看護委員会と連携して11月まで作成し12月に関係者へ運用について説明する。（12月の退院時・後訪問の患者報告会の際に実施予定）
- 2-1) で作成したマニュアルやフローを2023年12月より活用し2024年2月関係者へ使用感や課題等の意見収集を紙面で実施し年度末最終評価する。

3 評価・実績

- 1-1) 感染状況も鑑みて、現状ではできていないが、富士東部地域の医療や看護の質の向上のために、地域の基幹病院として、地域や学校などに向けた勉強会もICTを活用しながら企画していく。
- 1-2) 予定通り実施することができた。顔がみえる関係を築くことで、連携がしやすくなった。加算の算定と連携の来年度も継続していく。
- 2-1・2) 外来スタッフと自部署で外来対応フローは作成できているが、フローをマニュアル化するまでは至っていないため、外来と連携して3月までに作成と運用と評価・修正をしていく。

4 令和5年度総括

昨年度の実績から入退院支援加算の確実な算定と院内外の連携強化を目標に取り組みを実施し、関係部署と情報共有や相談し確実な加算算定の仕組みの構築に取り組んだ。加算算定不備は相変わらず多く、記録忘れや計画書の提出忘れ、スクリーニング期限超過などスタッフの理解と行動で改善できることは多いと感じた。自部署だけでなく看護部の理解や後押し、継続看護委員会や医事課、各病棟など連携する部署の協力なしにはできない事であり、必要な根拠を客観的に示しながら、他部署・他部門と調整や交渉できるようにしていくことが重要であると感じた。今年度は厚生局の適時調査もあり、自部署体制の見直しや再認識する良い機会となり、また入院支援と退院支援、地域包括スタッフが在籍する自部署の連携の強みを生かした患者支援ができたと考える。次年度は加算の確実な算定と入退院支援の質の向上に力を入れ、病棟のカンファレンスへの参加や入院説明の在り方などに取り組みたいと考える。

5 令和6年度課題

令和6年度の診療報酬改定に対して部署が関係する項目を確認し要件に適した見直し・院内周知を4-5月で行い、6月には見直しした体制で運用を開始する。

入退院支援における関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、退院支援の質の向上、個別性のある退院支援として、病棟のケースカンファレンスに参加できるような体制づくりを病棟と検討、退院支援のカンファレンス・面談、その記録の充実としてテンプレートの見直しと記録する内容の統一を周知、退院診療計画書の内容の精度を上げるためシステムの見直しや見本の作成を継続看護委員会と協働する。自部署内での退院調整困難患者の定期的な共有の場として定例カンファレンスを行う。

入院説明では、患者や家族の意見や要望を積極的に収集して、退院支援や病棟やOP室 外来 医師等へ情報提供し医療サービスの質の向上につなげていく。

国や県で謳われている第4期がん対策推進基本計画の計画的推進に向けて、当院でのがん相談のあり方の検討し、体制を整備する。

地域の基幹病院として、院外の医療福祉関係者や地域や学校などに向けた勉強会を企画していき、富士東部地域の住民がその人らしく過ごすことができることを目指していく。

血液浄化センター

1 部署目標①

透析看護知識・技術の向上を目指す

- ①透析困難症について知識を深め、今後の透析生活における問題を看看連携を強化しながら共有し、予防・対処することができる
- ②穿刺技術向上、穿刺時の清潔操作の徹底、効率化を図る

1 行動計画

- ①透析困難症について知識を深め、予防・対処を行い安定した透析を提供できる
 - ・高齢透析患者についてフレイルの予防、介入を強化することができる
 - ・透析困難症例スクリーニングの指標を作成し、活用することができる
 - ・透析患者の転倒転落予防につながる指導ができる
- ②穿刺技術向上・安全かつ効率化を図ることができる
 - ・エコー下穿刺・エコー所見の学習会の開催（8月）
 - ・スタッフ全員がエコーステップアップ評価表の目標達成ができる（12月）
 - ・エコー下穿刺マニュアルの追加・修正ができる（2月）

1 評価・実績

- ① 透析困難症例に対するテーマで看護研究・発表することができた。具体的には、外来透析患者に対し、①透析困難症の予測には透析困難症リスクスケールを使用し、②ADL評価は基本動作指標（BMS）を使用し、評価点40点以下を通院方法の変更検討の対象患者とした。また③転倒転落スコアシート評価は年齢65歳以上に限定せず、転倒歴がある患者は全対象とした。今後は透析室への通院が困難と予測される指標において、①～③の指標を用いて複合的に評価し、統一して介入していく。
- ② 9月29日にエコー下穿刺・エコー所見の学習会を開催した。模型を準備・使用してエコー下穿刺の学習を深めることができた。またエコーステップアップ評価表を活用し、個々の達成度を確認することができたため、個人の課題も明確となった。ただ現時点ではエコーの基本操作の段階となっているため、より穿刺技術の向上につなげた学習会を個人レベルではなく、スタッフ全体が底上げできるように教育を計画していく。今年度になり、新たなエコーが納入され、エコー下穿刺マニュアルの見直しは行った。

2 部署目標②

感染対策を継続し、安全な透析環境を提供する

2 行動計画

- ①患者・家族へ感染防止対策の理解と行動を取ることにつながる活動ができる
- ②COVID-19患者外来透析受け入れマニュアルの検討、修正し安全な透析治療が実施できる

- ③インシデントを共有し、再発を予防できる
年間（R5.5-以降）転倒転落発生件数ゼロを目指す
RCA分析を2事例/年できる

2 評価・実績

- ① 5/8 新型コロナウイルス感染症が2→5類へ移行した時期に外来全患者を対象（家族含む）に来院時の注意事項について紙面を用いて指導し、感染予防に努めた。6月中旬、来院前の連絡の要否について外来患者を全対象に再度指導した。令和5年4月から令和6年1月22日までの感染対策を必要とした外来透析患者は新型コロナ陽性7名、濃厚接触者5名、インフルエンザ3名となっている。有症状がある場合、来院前に連絡するように指導しているが、このうち全体の約3割が来院後に症状があると訴えている。なかには透析中に新型コロナウイルス感染症やインフルエンザが陽性と発覚する事例も数例あったが他患者への影響が出なかった。透析中のマスク着用は必須であることは徹底できており、感染者数が増加傾向にある時点で、都度独自のパンフレットを用いて外来透析患者全員に指導してきたことで施設内での感染拡大は発生していない。スタッフの感染予防に対する意識の高さが実を結んだ結果だと思われる。入室後にシャント部の手洗いを行っている患者が複数いる。以前より入室時の『混雑の緩和』、『穿刺までの時間短縮』のため、グループでの時差入室を実践していたが、この度、入室前手洗いの遵守についても個別患者指導を行い、現在は「0」とは至らないが、入室後の手洗いしている患者は減少している。入室時の混雑緩和、感染予防のためにも、今後も繰り返し指導していく必要あり。
- ② 感染管理と連携しながら随時マニュアルは更新している。Dr・CE・感染管理担当と臨時WGを不定期で開催し、「感染症が疑わしい場合の対応について」の指標を作成し、血液浄化センター運用基準「感染対策」の項目に追加し、COVID-19に限らず感染症が疑わしい場合の統一した対応を整備することができた。次年度は血液浄化センターの拡張工事を予定しており、個室造設を計画している。現在、火木土午後クールを感染症患者の対応としているが、今後は運用変更となるため計画的に準備を進めていく。
- ③ インシデントの発生件数は合計36件、そのうち転倒転落は3件発生しており（うち1件はリリース先でのインシデント報告）、通院中に2件の転倒転落事例が発生している。ハイリスク患者に対しては家族の送迎もしくは送迎付きクリニックの検討を依頼している。年間通じて、来院方法・スケジュール（自分で来院→家族送迎、中間→AMクール）へ変更した外来透析患者の全体の1割となっている。今後は転倒転落させないための対策が重要となるため、リスク評価し、早期介入に努めていく。インシデント分類は、今年度3a事例は2件発生している。（3a1件あるがリリース先）発生1週間以内に、各事例・その対策を共有している。

分類選択（発生場面）	件数	事象レベル	件数
その他の場面に関する項目	3	0.01	3
医療用具（機器）、ドレーン・チューブ類の使用・管理に関する項目	5	0.02	2
検査に関する項目	4	0.03	1
指示・伝達に関する項目	4	1	21
治療・処置に関する項目	11	2	7
薬剤・輸血に関する項目	7	3a	2
転倒転落	2		

10/5（木）自部書内でコードブルー対応の事例が発生した。『透析開始時の心肺停止、メシル酸ナファモスタットによるアナフィラキシーショックの疑い』による急変があり、コードブルーを発令する場面があった。その場面を振り返り、急変時専用の機器・診療材料を一式にまとめ、迅速に対応できる体制を整備した。RCA分析は11月に1事例を実施している。「透析中約3時間半血圧測定されていなかった」事例で、ルーティン業務の確認不足が根本原因であり、部署全体の課題として問題が明らかとなった。2事例目は現在RCA分析中。薬剤用保冷庫の管理・確認不足に関する事例。即時対応を講じているが、定数薬品、運用等を含めて丁寧に振り返り、再発防止していく。

3 部署目標③

多職種と連携し、患者参加型の災害訓練が行える

3 行動計画

- ①スタッフの災害に対する意識が低下しないように、3ヶ月毎に職員対象の災害研修をDMAT委員が中心となり企画し実施する。
②避難訓練の実施 多職種と連携し、患者参加型の災害訓練が実施できる。（6～7月）
③訓練を振り返り、部署の災害マニュアル・アクションカードの追加修正ができる（8月）

3 評価・実績

部署内での災害訓練はH30年までは3年間継続して行っていたが、コロナ禍でそれ以降は開催できていなかった。今年度6月に患者参加型の避難訓練をCEと共同開催し、過去の開催日はほぼ同時期に計画し実践することができた。外来透析全患者を対象に実施した、参加率は約70%。夜間透析クール患者は仕事の都合もあって参加者が少なく、また入院透析患者は対象外としたため、次年度は不参加者への介入も検討していく。7月多職種合同の勉強会で避難訓練を振り返り、自部署の災害対策の課題について共有することができた。またアクションカードも見直し、血液浄化センターの災害発生時の初動動作の動画も作成できた。新入・中途スタッフへの教材になるため、今後は活用していく。

2/5（月）に大雪警報となり、その際に悪天候が予想された時点での患者へ円滑に対応できたことを受け、「悪天候の場合の透析患者対応フローチャート」を作成した。また悪天候が予想された時点で患者・家族へ指導すべき防災に関する要点をまとめたパンフレット

を作成することができた。

4 部署目標④

透析看護記録の充実に取り組む

4 行動計画

- ①多職種参加でのケースカンファレンスが定着できる（1事例/月）
- ②日々のちょっとしたきてカンファレンスの看護記録を残すことができる。＞透析看護記録の監査マニュアルの作成・実施

4 評価・実績

5月時点で最新のNANDA看護診断ラベルが更新されていない現状があったため、外来透析患者全対象にプライマリー看護師が更新作業を行った。（7月完了）

外来透析患者は多くは長期通院中のため、この度、看護DBの更新作業を11月期限で外来透析患者全65名を対象に行っている。7月末日時点では全体の4割ほどまで達成できている。

多職種ケースカンファレンスを5月から実施し、毎月開催でき定着できている。入院透析患者を中心に話し合った内容を記録し、看看連携にもつながっていると考ええる。

今年度より当部署でも病棟記録監査を担い、1事例/月の他部署監査を交代制で行った。日頃から電子カルテからの情報収集を行っているが、患者の全体像が記録で表現されているか監査する機会はスタッフの記録の在り方にも良い影響があったと考える。継続していきたい。

5 令和5年度総括

現状、外来透析患者66名中のうち高齢者（65歳以上）が69%を占めている。平均年齢68.9歳と全国透析患者平均年齢71.09歳（2021年統計）をやや下回っているが、高齢化は否めない。そのうち、送迎付き患者は12名、全体の約2割を占めており、今後も健康障害のみではなく、社会的、心理的問題など患者を全人的にアセスメントし捉えていくことが求められる。治療実績は透析部門システム（futureNET）変更後のため、右記表の結果のみでの比較となるが、外来透析患者は新規受入を制限していることから、やや合計の治療実績回数は減少傾向にある。今年度は新たに吸着式潰瘍治療薬（レオカーナ）も導入され、患者への治療効果も得られている。新型コロナウイルス感染症が5類へ移行したこともあって、これまで制限していた多職種カンファレンスや避難訓練が実践でき、本来あるべき医療提供に戻りつつある。次年度は血液浄化センターの拡張工事も予定されているなかで、透析看護の質のさらなる向上を目標に取り組んでいきたい。

また易感染にある透析患者に対しては引き続き多職種と連携し感染対策を強化しながら、安心安全な透析治療を提供していきたい

6 令和6年度課題

- ・外来透析患者は感染が疑わしい場合には適切な行動を取ることできる（年間）＞発熱・有症状がある場合は事前に連絡できる、受診行動を取ることができる
- ・災害を想定した避難訓練ができる（－6月まで）＞県内・富士東部地域内の山梨透析医療と連携し、病院避難時の具体的な運用を確立できる。（受入先の事前調整、透析患者への緊急連絡方法など）
- ・外来透析全患者に対して透析困難と予測される指標を実践できる（－8月まで）
- ・血液浄化センター拡張工事に向けた準備を整えることができる。（－3月まで）＞環境整備方法（シーツ交換の廃止）個室管理方法など

手術室

1 部署目標①

- 1. 手術室看護師としての役割を明文化し、目的を持ったチームとしての看護実践に繋げることができる。

1 行動計画

1）前年度に引き続き各役割の基準書の修正を行い、手術室看護師として同じ目的を持ったチームとして一人ひとりに看護の提供を行う。

①外回り（責任番）看護師・器械出し看護師の役割手順書を修正する。

②各診療科手術における手順書・マニュアルの整備（誰が見ても分かるもの）、業務だけではなく根拠を踏まえた看護であることを前提とする。

③体位固定マニュアルの改訂および作成

④褥瘡予防、皮膚損傷について再度勉強会を実施し、対策を検討する。

2）周手術期における手術室の役割を踏まえ、術前・術後訪問のあり方を再検討する。

①ケースカンファレンスを実施し、個別性のある看護について話し合う

②術前訪問について、看護の記録のあり方から方法を検討する

3) 主治医、麻酔科医、看護師、コメディカルと連携を図り患者にとって最善な治療・看護が受けられるよう調整ができる。

①器械出し・外回り看護師の役割として、いつどのように調整が必要なのか明文化することで、経験やラダーに関係なく誰でも同じように調整できるようにする。

②患者の最善について術前カンファレンスを活用し、チーム考える風土の醸成

1 評価・実績

1) 手術室看護師としての役割について前年度より見直し修正を繰り返している。勉強会やインシデントを踏まえ「手術室看護師としてのあり方」について明文化するよう取り組んでいるが完成まで至っていない。チーム活動にて目標に向けて実践してもらったが、PDCA サイクルとして計画的に進まなかった。リーダーへのアプローチやチーム会の活用を計画的に実践・評価できるように取り組む必要がある。

2) ケースカンファレンスについて勉強会等で組み込まれたときにしか取り組んでいない。スタッフから提案されるよう日々のカンファレンスでのディスカッションを意図的に考えられるよう教育していく指導が必要。そのためにも病棟全体のアセスメント力を高める作用が必要である。またそれに伴い看護記録についても質的監査を実践し検討していくことが望ましい。

3) 最善な治療・看護に向けて、手術室看護師としての役割・アセスメント力を個々に強化していき、チームとしての看護についても何度も学習してきたため、担当者全員で看護が考えられるよう日々カンファレンスを活発にしていくことが重要となる。それにはディスカッションできるアセスメント力が弱い、看護計画が個性でないことが大きな要因であると考え。チームカンファレンスのあり方を検討する必要がある。

2 部署目標②

2. 周手術期における看護が継続できるよう手術室における看護記録を再構築し、「看護実践が見える」個性のある看護に繋げることができる。

2 行動計画

1) 昨年度より取り組んでいる手術室における看護記録の記載基準を作成し、基準に準じた記録を残すことができる。

①手術室における看護記録の基準作成

②自部署の看護記録の監査、監査基準の作成

器械的：入室時確認・タイムアウト・サインイン、看護計画の立案・評価の有無

コスト（加算も含む）・安全確認シート

質的：実践した看護を記録に残しているか、個性のある看護記録であるか

2) 重複記録を回避し、記録に要する時間の短縮に繋げることができる。

①何が重複しているのか、記載すべき項目の洗い出し

②手術システム ORCHID 項目内容の見直し・修正

③記載すべき内容の周知・徹底、勉強会

2 評価・実績

1) 基準書の作成・監査について重複記録や手術システムの見直し・修正は作成しているが完成に至っていない。また記録監査の基準は作成したが、実施できていないため、まず実践して問題点に取り組む必要がある。そのため完成していない記録の基準を早急に完成させ、次年度には記録の量的・質的監査ができるようにする必要がある。

②業務量調査から記録時間は多くない。個性をふまえた必要な内容が記載されているのか、手術室記録の質的監査や実態調査を実施し、記録に関して具体的な問題の抽出を行い取り組むことが必要である。

2) 重複記録に関して各診療科に調査し求められる記録に関して把握できた。また麻酔記録システム導入により、記録の重複も避けることが出来るようになった。そのため、看護としての記録に重点をおいて取り組める体制が整った。次年度はさらに記録に関して具体的に取り組んでいく。

3 部署目標③

3. 安全な手術室を目指し、昨年度抽出した課題に引き続き取り組み、タイムリーに対策を講じ安全性の向上に繋げることができる。

課題：検体取り扱いマニュアル・インプラント取り扱いマニュアル・皮膚損傷ハイリスク群への対応マニュアル・口頭指示受け手順・SSI 予防策・システムエラー時の入室マニュアル・始業前点検・業務終了時のチェック徹底等の基準書・手順書の作成および修正

3 行動計画

1) 課題に取り組み、根拠を踏まえた看護実践に繋げることができる。

①上記課題について優先順位をつけて早急に取り組む

（検体取り扱い・インプラント取り扱い・口頭指示受け・皮膚損傷についてはインシデントが生じており早急な対応策を周知徹底する必要がある）

②いつ、誰が、何を目的にどのように行うのかを基準・手順書に必ず明確に記載する

③作成したマニュアルを使用し、随時修正する

2) 各診療科手術における手順書（器械出し・外回り看護師）の再検討・修正を行い、手術準備が誰でも同じように実践でき、手術を

安全に時間短縮につなげることができる。

①セロケース（器械出し）ファイルの見直し・改訂および順次作成する。

②外回り（部屋の準備・必要物品・手術手順）ファイルを新たに作成し、誰が見ても手術の準備できるもの、参考資料を含めて作成する

③ ①②のファイルを基にし、更に関連することを予測できるアセスメント能力の向上を目指し、自ら学習を深める手がかりとする。

（手術に何が必要なのか、なぜそれを使用するのか、他に予測して準備するものは患者にどのようなことが行われ、どのような影響があるのか、侵襲を最小限にするには）

3 評価・実績

- 1) チーム活動としてアニュアルの再編に取り組み、いくつか完成している。「検体の取り扱い」は完成し手順を見ながら実践して修正の有無を確認しているが、活発な意見交換はないためシミュレーションを通して確実な実施を徹底していく。「インプラントの取り扱い」は医療安全の発表でも行ったが、視覚効果だけでなくマニュアルを完成させ、不慣れなスタッフも実践できる方法を確認する必要がある。徐々に基準・マニュアル修正まで至っていることは評価できる。今後も引き続き実践しながら確立していく。
- 2) 各診療科のマニュアル・セロケース作成は各係を中心に外回りのファイルも作成し順次追加している。手術の流れが分かる手順書を作成することにより新人看護師や新配属者にも学習する手掛かりとして構築していく必要があるが、ほぼ作成されていない。緊急性のある手術の手順はあるため、新配属者の器械出しを指導する機会も多くなっているため、手順の見直し修正を全員で協力して勉強資料として有効活用できると良い。取り組みが係り任せのため方法について具体的に検討する。

4 部署目標④

4. 手術室における安全意識を高め、患者の安全性を第一に考え一歩立ち止まって「安全確認」することができる

4 行動計画

- 1) タイムアウトを行う目的を再度認識し、予定と異なる場合やおかしいと誰かが思った時に立ち止まって安全確認が行えるチームの醸成を目指し、チーム全体で安全対策に取り組む。
 - ①タイムアウトについて勉強会を実施し、全員で安全確認について共通認識を持つ
 - ②チームの育成を目指しリーダーが中心となって医師やコメディカルとの調整役を果たす。
 - ③0レベルインシデント報告についても共有し、危険予知能力を身に付ける
- 2) インシデント発生時には、速やかに内容を分析し、対応策を考えチームで共通認識できるよう周知徹底を図る。
 - ①インシデント発生時には速やかにインシデント報告を入力し、要因と対策を分析する。
 - ②3a以上のインシデントについてはRCA分析を実施し、確実に再発予防につなげる。
 - ③インシデントファイルを活用し、全員に確認サインとコメント記入してもらうことで周知徹底を確実に行う。
 - ④タイムリーに情報と対応策の共有が必要な場合は、ショートカンファレンスを実施し全員にメール配信する。
 - ⑤対応策をすぐに明文化し、基準手順書に追記する。
- 3) インシデント0レベル報告数が昨年22件より増え、カンファレンスで共有することで危機管理意識を高める。
 - ①なぜ0レベルで気づけたのかを明確にし、カンファレンスや勉強会で共有する
 - ②インシデントに関連する基準書や手順書を洗い出し、提示する。

4 評価・実績

- 1)
 - ①タイムアウトの入力手順については以前勉強会を実施し基準の修正をチーム活動で行い、全体へ伝達周知した。しかしまだタイムアウトの課題は残り、各科にあったタイムアウトのタイミングで全員が同じようにできるようにしていく必要がある。そのためにも、今後も変更があった時などにはその都度周知していく。
 - ②新人・異動者も、手術の時間調整や、医師・コメディカルとのやりとりをタイミングをみて行えるようになってきている。まだオペ出し準備の連絡や次の手術時間調節など後回しになってしまうこともあるため、気づいた時にはその都度指導し、スムーズに手術が進行するようにしていく。
 - ③インシデントファイルを未だあまり見ていないスタッフもあり、全てのインシデントをなかなか共有できない。カンファレンスの際などに共有するとともに、適宜朝のカンファレンスなどでもファイルの閲覧を促していく。
- 2)
 - ①インシデント発生時の報告は行っており、インシデントファイル、カンファレンス等で全体への周知を行っているが、0レベルの報告はあまり報告されていない。今後も啓蒙活動を行っていき、お互いに指摘し合えるようにしていきたい。
 - ②現在までに2症例RCA分析を実施。2月にもう1例RCA分析を行う予定。分析から導き出された対策をセロケースや手順書に反映させていけている。今後もインシデント発生時には対策の検討を行っていくとともに、すぐに見てわかるように表示していく。

5 部署目標⑤

5. チームにおける役割を理解し実践していく中でリーダーシップ・メンバーシップを発揮することができる。

5 行動計画

1) 手術室における固定チームの中での役割を共通概念とし、日々の看護実践につなげる。(部屋リーダー・受け持ち看護師・オペ当番リーダー・固定チームリーダー)

①「役割と業務のチェックリスト」および手術室看護師の役割基準を活用し、チームにおける自己の役割を明確にして日々の看護実践、また年間を通して活動実践する。

②日々担当する患者に対して部屋のメンバー間で術前カンファレンスを活用し、リーダー中心に情報共有を充実させ、安全な看護を提供するために必要な情報と役割を口述して明確にした上で実践する。

③術後ちょっと来てカンファレンスを実施し、その日に実践した看護をメンバー間でフィードバックし次の看護実践につなげる

2) 日々の看護実践を通してリーダーシップ、メンバーシップを認識し発揮することができる。

①日々行った看護について自己で振り返り、より良くするために何が必要なのかを行動計画として修正・実践することができる。決してやりっぱなしにはしない。

②チーム活動を通して1) ③他者からフィードバックを得ることで自己の役割を客観的に評価する。

③毎月チーム会を実施しチーム活動について振り返り、役割について評価することで人材育成に繋げる。カンファレンス後チーム会／勉強会後に活動報告

5 評価・実績

1) 年間の小集団活動に関して、チーム活動として計画的に進められていない現状がある。毎月の報告も実施したことのみであり、計画の修正の発表までには至っていない事が要因と考える。計画に沿ってPDCAサイクルを活発にしていけることをチームリーダーに指導している。

2) 日々の役割において、リーダーを新たにはじめている3人がおり、リーダーが指導している。その中で全体から捉えられるよう指導していくことで、部屋単位だけでなく全体から人員配置や役割の調整を積極的に行えるようになってきている。役割の自覚から後輩指導まで繋げていけるようさらに指導していく。

②③日々のチーム活動に関しては、術前情報からカンファレンスしていてもインシデントが生じてしまうことや実際の行動が伴っていないことから、メンバー間のコミュニケーション・各役割の口述をリーダーが中心となってメンバー間で深めるとさらに良くなる。日々必ずメンバー間で振り返りを行い、術後カンファレンスにてフィードバックを行い、リーダーが見本となって看護活動を活性化できるよう勉強会等を通して役割概念を維持向上していく。

6 部署目標⑥

6. 部署の課題改善に向けての小集団活動に取り組み、目標達成に向けてPDCAサイクルを回し「看護の質の向上」「看護のやりがい」につなげられる。

6 行動計画

1) 小集団に分かれて業務の課題に取り組み、PDCAサイクルにて改善に繋げることで目標達成を目指す。

①はじめに年間目標と計画を立案し、毎月評価・修正を実施する。(PDCA)

②月1回の進捗状況を発表する中で他チームからも意見交換を行い、チームだけでなく病棟全体で取り組む体制とする。(勉強会後に活動報告)

<小集団とチーム分け>

A チーム：①看護記録 ②マニュアル作成

B チーム：③看護研究 ④5S活動(滅菌物管理含む)

A チーム目標(成果目標)

1) 看護記録基準・手順を作成することで、統一した記録入力を行うことができる

2) 各役割の基準を見直し・修正することで、統一した看護実践につなげることができる

A チーム行動計画

1) 実施入力・タイムアウト・看護記録・術前訪問の入力手順作成を担当で作成後、小集団チームで検討し、7月末までに全体に案を提出する。同時進行で既存の基準見直しを行っていく。

2) 手順の案が作成され、全体に周知したら事例検討と全体の記録内容向上を図る目的で勉強会を実施する。

3) 記録監査については、基準書が完成し監査基準作成まで行えたら実施していく。

4) 各役割手順書を5月・6月に小集団チーム内で見直し、全体に提出する。小集団チーム内で役割分担して取り組む。

5) 各診療科手術の手順書作成では各科の外回りを中心に各科で作成を進めてもらう。外回り用の雛形を5月中旬に作成する。

6) 体位固定マニュアル全体を上半期中に見直し、下半期に改訂と作成を行っていく。

7) 褥瘡予防の取り組みは褥瘡委員会を中心にWOCにも相談しながら取り組む。

8) 検体取り扱いマニュアルは作成したものを再度見直し、5月の勉強会で提出し6月から実践できるようにする。

9) インプラント取り扱いについては、インプラントを取り扱う整形外科係・脳外科係を中心に一つずつ表記していく。

B チーム目標（成果目標）

- 1) 感染や動線を踏まえて整理・整頓することで、安全かつスムーズに看護を提供することができる。
- 2) 看護研究を通して、新人・異動者の教育プログラムの構築に繋げることができる。

6 評価・実績

A チーム

1) ～3) 入力手順作成は取り組んでいるが、計画通りに行えず完成していない。記録監査においては既存の監査基準を用いて監査を実施してみたが、12月に1症例行えたのみである。監査後の修正について ORCHID システムに方法を確認し決めていく必要がある。各術式の必須入力項目のまとめと周知から取り組むことは出来た。作成途中の手順・基準については来年度も継続して取り組み、麻酔システム導入に伴い追加になった記録に関する業務について運用基準も作成していく必要がある。

4) 各役割については全体で確認してもらい、修正版を作成し周知することが出来た。日々の業務の中で見直し・修正が必要となる為、定期的な見直しは必要と考える。

5) 各科セロケースは整理が進んだが、内容の修正は充分に行えていない。各係の取り組みに任せている助教ではあるが啓蒙活動は必要。

6) 9) については取り組みなかった。

7) 皮膚トラブルのインシデント発生が多く、その都度事例の振り返りと対策の検討を行ってきた。取り組みについて褥瘡委員長で発表した。6) の体位固定マニュアルと合わせて体位に合わせた褥瘡予防マニュアル作成をしていきたい。

8) 特殊な術式に応じた専用用紙を作成して導入している。肺手術で検体取り扱いインシデントが発生してしまったため、肺手術の基準書作成を行った。各部屋に検体取り扱いマニュアルと用紙をファイリングした為、検体を取り扱う症例では使用している。検体取り扱い用紙のスキャン依頼について再度確認し、手術室の記録として電子カルテに残せる取り組みを行っていききたい。

B チーム

1) は予定していた7月までには見直すことができなかったが、その後無駄なスペースをなくし、シリンジなど一度に置く量を少なくすることで感染を考慮した配置変更を行えた。メインで使用している部分の整理は出来たが、まだ変更の余地あり今後更にわかりやすく、使用しやすい配置をスタッフ全員で考えられるよう提案していきたい。③の配置図に関しては、作成はしたが掲示するまでには至っていない。ラック毎の簡易的な表示は行ったが、配置図の表示と合わせて今後変えていく。また、物品の一覧表も作成途中であり、早急に仕上げていく。

2) ～4) は診療材料の整理は進めていけたが、表示やカードの変更はあまり進んでいない。滅菌物の整理（配置変更含む）も行ったが、基本器械がメインであった。滅菌庫の単包パックまではほとんどできておらず、今後は滅菌庫の整理に焦点を当てて実施していきたい。

5) の研究に関しては、予定が大幅にずれ込み、対象全員が実際に器械出しを行ってのインタビューとはいかなかった。しかし、その中でもそれぞれが感じた思いなどをまとめ、結論を導き出すことができ、発表まで至れた。

7 部署目標②

7. 手術室として確実な清潔操作の実践・滅菌状態の判断を行い、感染防止対策が実行できる。

7 行動計画

- 1) 洗浄・滅菌について再学習し、全員が確実な滅菌物の取り扱いができる

①各診療科で機器取り扱いについて、洗浄滅菌について勉強会等を通して明確にし、回収廊下に誰でも見られる洗浄・滅菌ファイルを作成させる。

②洗浄・滅菌の基準書を「医療現場における滅菌保障のガイドライン 2021」を基に作成する

③SSI 予防への取り組みを継続して実践レベルに落とし込む

- 2) 経路別感染対策を理解し実践できる。（防護具の着用、手指消毒剤携帯率）

① 手指消毒の5つのタイミングの遵守状況

②ME 機器・看護物品の取り扱い、清掃方法について問題点を抽出し明確にする。

③感染症の取り扱いについて変動する中、院内の基準に準じてタイムリー対応し方法を明確に提示する。

7 評価・実績

1) ①②、2) ①②に関しては新たに異動してきた看護師、新人看護師もいたため、勉強会を開催した。手洗い5つのタイミング、基本的な洗浄、滅菌方法等について行ったが、実践では手洗い器械を洗浄機にかけてしまう等のインシデントもあり、周知徹底には至っていない。現在各係にて、器械の洗浄方法一覧を作成中ではあるが、洗浄・滅菌ファイルの作成や基準書の作成にまでは至っていないため、引き続き作成していき、実践出来るようにしていく。

1) ③について、SSI 予防の取り組みとしては外科医と相談しながら基準書の作成を行うことが出来た。今後は基準書通りに実践できるよう周知徹底行っていく。

2) ①については手指消毒の携帯状況と合わせて使用状況を把握し、手指消毒の5つのタイミングが遵守されているか確認して行く。

2) ③については、COVID が第5類となり、院内での基準も変更となっている。手術室でもアクションカードを使用し、対応していたが、院内の基準の変更に伴い、修正する必要がある。今後見直しを行い、現状に合った対応としていく。

8 令和5年度総括

手術室看護について勉強会等を通して考えてはきたが、マニュアル・手順書の中に根拠として追加修正まで至らない。また看護記録に関しても麻酔システムの導入や監査基準の作成から、看護に重点を置いて実践する準備は整いつつあるが記録記載基準が完成していない等あと一步のところまでできている。看護実践と看護記録について記録の監査から評価することで、今後の看護の個性をふまえた取り組みについて問題を抽出できると考える。そのために各診療科の手術手順書やマニュアルを学習材料として使用できるよう整備し、個々のアセスメント力を高め、お互いにカンファレンスを通して個別性や問題についてディスカッションできる風土を醸成し、安全な手術室看護を目指し細やかに指導できる教育体制を確立することが必要である。

マニュアルや手順書・基準書をひとつずつ明文化していくことをスタッフ全員で取り組みPDCAサイクルを活性化すること、アプローチ方法等をリーダーで話し合うリーダー会の充実などチーム活動について特に課題が残る。

9 令和6年度課題

- ・自部署における記録の監査を行い、看護実践において部署全体のアセスメント力の強化を図り、日々のカンファレンスやチームカンファレンスを活用し安全な手術室看護の質を高める
- ・そのためにチーム活動におけるリーダー役割・メンバーシップを強化するための働きかけを年間通して計画・評価・実践していくシステムを構築する。
- ・これまで取り組んでいる手術室における看護の役割、記録記載基準書・手順書を実践に沿って根拠を文明化し完成させる。
- ・マニュアルや基準書を基に学習材料として活用できるよう整備する。

中央滅菌室

1 部署目標①

1. 業務の見直しを行い、基準書・手順書を作成・修正することで統一した業務が実施できる。

1 行動計画

- 1) 現在の業務の問題点を明確化、抽出を行う。
 - 2) 実施している業務と基準書・手順書を見直し、修正・作成を実施する。
 - ①実際に行っている事と、基準手順が合っていないことでオリジナル業務となってしまう
 - ②目的を明文化することで役割を明確にし、やりがいに繋がる。
 - 3) 業務が同じようにできることで、協力体制が取れ時間短縮に繋げることができる
- ①業務を統一した手順で実践し、誰でも同じように実践することで協力体制がとれる。

1 評価・実績

- 1) 2) 長年にわたり基準書・手順書の明文化がなされておらず、今年度着手し始めたが完成に至らず見直し修正を継続し、現状に沿ったものを後継者に引き継げるようにする。
- 3) 手術室への補助者の協力体制は確立されているが、看護師が中央滅菌室への応援体制がとれるよう整備し引き続き新配属者を含めたリリーフを実施していく。

2 部署目標②

2. 医療器具類の滅菌・保管・管理を確実にし、医療現場に滅菌の質を保証した器材を提供する

2 行動計画

- 1) 回収→洗浄→組み立て→包装→滅菌→供給→搬送→保管の適切な工程、一連のサイクルを徹底する
- 2) 滅菌器（AC, EOG, ステラッド）の管理についてガイドラインに沿って見直す
 - ①生物学的インジケーターでの滅菌の確認
 - ②ボーディックテストの実施
- 3) 確実な洗浄の実施
 - ①手術器械の洗浄方法の明文化、手順書の作成
 - ②目視による確認、直接判定法（色素染色法）アミドブラック 10Bを使用した汚れの残渣部分の確認を行い(1～2回/年)洗い残しを無くす
- 4) 各部署の滅菌期限切れチェックを行い、定数を検討する
- 5) 既滅菌室の在庫確認、期限切れチェックを行い、定数を検討する

2 評価・実績

- 1) 2) 滅菌工程に関して徹底することができている。9月にR0水が使用できなくなったが、即時対応することで院内の滅菌に支障なく実施できた。各滅菌行程や確認方法をガイドラインに沿った方法であるか再度確認し更新する。
- 3) ①洗浄方法について診療科ごとに見直しを行っているが明文化まで至っていない。②アミドブラックによる評価は出来ていない。

4) 5) 日々各部署の期限切れを行い、定数の検討を行う事できている。これまでSPDに変更を依頼していたが、中央滅菌室での定数変更が可能となるようシステムに依頼し管理できるようにしている。

3. 感染防止対策を確実に実践し、感染対策の質を向上させる

3 部署目標③

3. 感染防止対策を確実に実践し、感染対策の質を向上させる

3 行動計画

- 1) 器材洗浄時、器材回収時手袋・エプロン・ゴーグル・マスクの装着を徹底する
- 2) ゴーグル着用を義務づけお互いが着用を促せるようにする
- 3) 医療関連感染対策のための手指衛生の徹底を図る

3 評価・実績

感染防止について今後感染症のスクリーニングが無くなることを踏まえ指導し、スタンダードプリコーションの徹底を確実に行う必要がある。出来ていない場合はその都度個人的に指導し、長年の慣習からの脱却を感染委員とともに取り組む必要がある。

4 部署目標④

4. 働き続けられる職場作りの推進 部署内・部署間での応援機能の推進

4 行動計画

- 1) 中央滅菌室及び手術室の業務の連携を図り、ローテーションで業務代行ができる
- 2) 全てのスタッフとより良い人間関係を築き、お互い協力し合う
- 3) お互いの意見を尊重し、業務改善を積極的に行う。
- 4) 公平に有給休暇が取れるように配慮する

4 評価・実績

手術室へのローテーションは情報共有を密に取り確立している。また中央滅菌室での人員不足時には手術室へのリリーフをせず手術室スタッフが回収廊下担当の業務を行い、人員を確保することで希望の日程で有休を取得できるようにしている。今後もお互いに働きやすい環境を整える。

5 令和5年度総括

管理として中央滅菌室の滅菌機器の老朽化も踏まえ、稼働状況および耐用年数の把握が必要であった。今年度、滅菌の中核機関であるRO水生成が故障し、洗浄・滅菌が停止状態となる危機に直面したが、各施設担当および職員の協力により手術および滅菌物の供給に支障なく対応することが出来た。

滅菌物の供給が困難となる状況について日頃より想定して対応策を検討していく必要がある。またスタッフに関しても長年勤務されている方々に支えられているが、今後の人材育成を見据えて、手術室スタッフも業務を覚えて同じように出来るよう基準書・手順書の整備と教育体制の確立・実践していかなければならない。

6 令和6年度課題

- ①基準書・手順書の見直し修正の継続 ②人材育成に向けた教育体制の整備 ③有事に対応できる滅菌供給

ICU

スローガン：「目の前の患者に向き合い、患者・家族にとっての最良は何か、看護で何ができるのか、課題の本質を見抜きいかに克服していくかを考え行動する。」

- ①患者の心に寄り添い、回復力を引きだし高める最善なチームケアを提供する。
- ②集中ケア提供に必要な知識・技術の向上に努め、一人ひとりが病棟課題・自己課題をメンバーと協働し取り組み達成する。

【病棟課題】

1. 新人看護師の学習支援：「チーム全員で、新人看護職員の自己成長を支え育てること」を基本とする。
2. 倫理的なチーム医療の推進：「倫理的視点での患者・家族の意思決定、最善なケア」を多職種で実践する。
3. 集中ケア提供に必要な知識・技術を学習し深め、看護実践で活かす。

1 部署目標①

I 看護の質改善活動を推進する。

1. 毎日の全てのカンファレンスが患者のケア方法の見直しとなり、患者の目標達成につなげられる。
2. 入院時より退院後の生活を見通し、退院支援計画書作成と支援計画に着手でき、転棟時に計画に基づき申し送りができる。

- ①命を救う術がチームでできる。
 - ・急変時対応の訓練、災害時シミュレーションが1回/年できる
- ②予定入室（外科系周術期患者）のICU入室に関する不安が緩和できる（ICU入室前訪問での情報収集と事前説明）
- ③回復を促進できる。
 - ・人工呼吸器離脱（SAT/SBT）プロトコルを多職種と共有・理解し、多職種と協働し離脱に向けた医療ケアが実践できる。
 - ・他部署への継続看護についてミニカンファレンスを実践できる。
 - ・家族の意思決定支援をチームで取り組むことができ、その評価をカンファレンスで実施した件数が3件以上できる。

1 行動計画

1. 1)朝のショートカンファレンス開催は、リーダー担当看護師が進行する。その場で問題や検討が必要な患者においては、その場で方向性をカンファレンスとして検討する。
- 2) 1)で更に検討を要する場合は、多職種にも声掛けを行う等、午後の面会時間後にリーダー看護師が収集をかけ、1-2回/週は15分程度の検討を企画し行う。
- 3) 1) 2)での内容は看護記録に残し、多職種が患者の情報を共有できるようにする。
- 4)カンファレンスに関する評価は、看護師長がメンバー個々に感想や効果聞き取り中間評価、最終評価とする。可能であれば、カンファレンスによる効果や質の向上につながった事例を病棟カンファレンスで取り上げ共有していく。
2. 1)入院患者の退院支援スクリーニングを行い、介入依頼が要の場合は、退院支援計画書、退院支援アセスメントシートを入力し、チェックリスト共に退院支援の冊子にはさむ。
 - 2)退院支援アセスメント用紙の入院前の状態について情報収集し、記載できる。
 - 3)退室時退院支援計画書・退院支援アセスメント用紙に基づいた経過について申し送りが実施できる
- 3.看護必要度の入力内容を管理者が確認を行う。患者の状態・介入項目の内容・必要度記録が一致するよう精度を高め、個々の傾向を知り、スタッフにフィードバックする。
4.
 - ①について
 - ・急変時対応マニュアルに基づきシミュレーションを1回/年実施し、再評価する。
 - ②について
 - ・術前ICU入室オリエンテーションが、手術を受ける患者の意思決定を支援し、不安の対処能力を高め、術後の苦痛緩和や安寧に常がるものになるよう作成し、標準化する。それに基づきオリエンテーションが実施できる。
 - ③について
 - ・日々のカンファレンスにおいて、エビデンスに基づく看護をチームで検討し、適時・適切・円滑・協働して提供する。
 - ・アウトカムを明確にして取り組み、評価する。
 - ・全体統計は看護師長がリーダー看護師及び医師、受持ち看護師から情報収集し把握する。
 - ・スタッフ個々の強み（気づき力）を発揮でき、医師・看護師・多職種など異なる考えの中で最善の方法をチームで選択でき、実践する。
 - ・ケアの継続性の必要性を自律して判断でき、積極的連携と情報提供の必要性を提案できるようになる。（退院支援計画書の記入、退室前カンファレンス）
 - ④について
 - ・倫理研修受講者を中心に倫理カンファレンスを企画し、実施し自己の看護、価値観を共有し方向性を見出す。
 - ・カンファレンスでケアの継続性を重視し、チームで継続した看護を提供する為の工夫を実践する。

1 評価・実績

- 行動計画はすべて、予定通り実施できた。得に2)については、新人看護師や異動者にとっての新しい考え方や振り返りの場となり、その実践委活かされるものであったと評価した。
- 2)については、患者の退院を見据えたケアの検討に繋がり、ICU退室時には、かなり方向性が定まった状態で低湿で来ていた。
- 3)について、その評価制度を高めていくための指導を必要度委員と進め、また病床管理師長と共に検討していく中で、R5年度においては必要度80%以上をクリアできた。
- 4)について、すべて予定通りにおおよそ実施できた。
- ICIでは、倫理カンファレンスという形を取らないが、日々の事例ごとのカンファレンスでジョンセンの4分割表を用いて考え、方向性を見出し、実践していた。家族の代理意思決定支援や高齢患者の意思決定支援は、患者の自己決定の権利を擁護し実践できたと評価した。

2 部署目標②

- II 安心・安全な看護を提供する。 感染・安全・災害対策
1. 尿路感染症に対する予防・管理が徹底でき、保菌者を除き新規感染患者0となる。
 - 1)あらゆる接触感染症について感染経路、感染媒体・感染予防・感染防止に関する知識を深め実行できる。
 - 2)手指消毒の5つのタイミングを個別に調査して個人の実施状況を把握する。
 - 3)手指消毒剤の個人の平均使用量が430ml/月以上を維持できる（昨年度平均

454ml)

2. 医療安全・事故防止

- 1) 点滴の薬剤投与や、内服薬セットおよび投与時は、指差し確認を適切に実施できる。
 - 2) NPPV 等により医療機器関連皮膚圧迫創や、点滴静脈ルートの薬液漏洩による皮膚障害に対し、予防策の学習を深め、予防策を講じると共に早期ができ、対処でき改善が図れる(悪化させない)。
 - 3) チューブ・ドレーン管理として事故除去・自己除去を予防・回避するための知識を深め、その策をあらかじめ講じることができる。
 - 4) セン妄に対するリスク評価を継続していくことで予防対策が実践できる。
- *せん妄対策マネジメントプロトコルを活用した対応策が看護計画に反映し、実施できる。

2 行動計画

1. 感染対策について
 - 1) 主治医と相談し、入院時にバルンカテーテル挿入者の尿培養を依頼し、入院時からスクリーニングを行う。
 - 2) 入院時感染陽性であった場合は、ICT 関東看護師と、病棟感染担当を中心に基本的な手洗い、バルンカテーテルの取り扱い、廃棄時の尿の取り扱いに留意し、(最終に扱う、排液口をアルコールで清拭するなど) 他の患者への2次感染を予防する。
 - 3) 面会についての感染対応

基本、面会はリモートとするが、①家族の意思決定を支援する際の情報提供としての直接面会、②状態悪化時とその経過の認知を促す際、③看取り ④術直後患者とし、個室での対応を考慮する。個室以外で行う場合は、すべてのカーテンをしめて感染予防環境を整える。

 - ・家族には検温や健康チェック、感染濃厚の可能性の有無を確認し、一つでも感染リスクがある場合はリモートに切り替える。
 - ・5分程度であれば、フェイスシールド、マスクの実施手指消毒後、患者に欲説触れないことを条件に面会を行う。もしも触れるのであれば、手を握るとし、終了後患者の手指消毒を行う。
 - ・基本付き添いを要する場合は、一般病棟への転棟も考慮する。困難な状況であれば、個室への移動を検討する。
 - 4) 患者の感染症毎の予防対策(特に多い接触感染)について、その感染経路に関する知識を深め、予防策ポスターの掲示、必要物品の準備、正しいPPEの装着、患者のベッド配置などの環境整備)をその日の担当者が実施する。
 - ①該当患者の申し送りに感染症や対策を入力する。
 - ②ICU ナースステーションの患者掲示板に感染症を明記する。
 - ③患者の感染症に応じての予防対策として、接触予防策ポスターの掲示、必要物品の準備、正しいPPEの装着、患者のベッド配置などの環境整備を呼びかけ、実施できるが確認する。④対応に困った時などは感染管理に相談する。
 - ・5つの手指消毒のタイミングの実施状況を定期的(月 月)に監査する。

監査した結果を個人にフィードバックする。年間を通して5つの手指消毒のタイミングの実施状況を分析する(出来ている項目、出来ていない項目、月を追っての変化など)分析結果を部署に周知する。個々の手指消毒剤使用量を調査する。使用量が少ないスタッフに対し少ない原因を分析してもらう。
2. 1) 院内マニュアルに沿った方法で、点滴合わせと投与、内服セットと投与、において、PC画面を指でなぞる、処方箋の文字を指でなぞる、時間をずらしたダブルチェックなど行い「見間違い」「思い込み」「認識不足」を避ける。
- 2) インシデントが発生した場合は、その場やその日のうちにメンバーと対策を話し合い、インシデント報告者がメンバーへメールで発信し、同様のインシデントが生じることのないように啓蒙を行う。インシデントが発生しない。もし発生した場合はRCA分析を実施して必要に応じて手順書を見直す。
3. チューブ・ドレーンの目的、管理方法・工夫すべき固定方法についての学習を深め、常に抜けたり、ゆるんだりするものとの認識の中で挿入時、留置時より対策をチームで検討し開始し、評価しさらい工夫を行う。

2 評価・実績

入院時の一律の尿培養検査は現実しなかったが、膀胱留置カテーテル挿入患者の尿路感染発症を予防するための視点で膀胱留置カテーテル管理についての勉強会を行い、半年後に行動変化についてアンケートを行った。以前より比較的に脳外科の女性患者で発症件数が多い傾向にあり、勉強会実施前後での喧騒の増減に明らかな変化は見られなかった。(解剖学的、疾患の管理内容的にも長期留置となってしまう。)しかし早期の盤踞の検討や発熱などの症状がみられた際の尿検査の依頼は意識的に行えたという結果があった。しかしその一方で緊急・多忙処置時にPPEを怠ってしまう・医師へPPEの依頼が出来なかった・移乗時に膀胱留置カテーテルルートをクリックしていないことが見受けられる現状もあり、今後の課題として意識づけ、徹底が必要である。

面会については例外のケースにおいて、完全に面会者の体調確認、人数・時間の調整等行い、院内発生を起こすことなく面会時間の確保・患者家族のつながりを守ることができた。今後も感染症の流行状況に応じて患者の安全を確保しながら面会調整を行う。

感染委員より新たに感染経路別のマニュアルの提示の指示があり、経路別対策を行う事で、患者間の感染を起こすことなく管理を行う事が出来た。培養検査を行った際には申し送りへの記載がなされ、看護師間で共有、リハビリ担当者への周知も行いう事が出来ていた。引き続き日々の担当看護師が責任をもって検査結果の確認や、患者に関わるリハビリスタッフ・医師などに正しいPPEを行ってもら

よう意識づけるよう周知する。

手指消毒についてはほとんどの職員が目標使用量を達成し、達成していない職員も目標量に近づいている。達成しない職員については意識づけの強化と指導、手指消毒タイミングの再確認を行い、意識づけに繋げていく。

点滴による静脈炎お件数は90件のうち31件と34%を占めたが目標どおり3a以下で留めることができた。医師に依頼しCV等への依頼も患者の状態を考慮しつつ依頼でいた。急変を予見しチームで共有していったことでの異常の発見不足などの対応の遅れなどのインシデントはなかった。今後も次年度へ課題として継続していく。指差し呼称は常に90%以上実施しているが、一方でその不足や集中した対処ができていなかったことで、ラベルの貼り間違いが生じた。病棟でRCA分析を行い、ラベルの交換手順や、他剤によるシリンジポンプによる投与時の留意点について、対策を立て周知した。その後も同様の事象は生じていない。

6Rに関しては、患者の重症度もありその治療の方向性が不明なまま投薬はできないため、チームで薬剤効果を評価していく関係からその目的の共有は問題なく行えていたと考える。しかし、経験の浅いスタッフでは、その知識が十分とは言えない中で常に調べる風土の醸成を今後も継続し啓蒙していく。

自己抜去関連は、13件で全体の14%を占めた。末梢ライン7件胃管3件、Aラインの緩み2件、腹腔度ドレーン1件であり、回復への影響はなかったが、固定方法や樽に具合、抑制方法の曖昧さが関連し防ぎえるものであった。その場で再検討し取り入れた。特にAラインの自己抜去はなかったため、今後も固定方法を確認し合い修正するなどしながら徹底していくICDSCの評価に関しても、フォローアップ研修等を計画し制度を維持し、ケアに活かせるようにしていく。

3 部署目標③

固定チームナーシングの推進

チーム目標（成果目標）：Aチーム

1. 心電図・不整脈についての勉強会を開催し、知識を深め学習を整理し看護ケアに生かすことができる。
2. 心電図波形の変化をスタッフ全員が意識して観察し、侵襲下にある患者への異常の早期発見、対応へと繋げることができる。

チーム目標（成果目標）：Bチーム

1. 尿路感染に対する年間のICUでの発生件数を調べる
2. 尿路感染予防、陰洗方法の勉強会を行い、周知・啓蒙を行う
3. 手指衛生消毒剤の個人の平均使用量が430ml/月以上維持できる
4. 職員間のCOVID感染の予防を継続する

チーム目標（成果目標）：Cチーム

勉強会を通しNHISSについて間違えやすいポイント・不安なポイントを見出し、共有することで評価の精度をあげ自信を持つことができスキルアップにつなげることができる。

3 行動計画

①5月～6月

- ・心電図、不整脈について勉強会実施内容について具体的に決めていく。
- ・勉強会までに学研ナーシングの視聴・テストの実施について周知する。

②6月～7月

- ・勉強会の資料作成。（内容：学研ナーシングの振り返り、心電図クイズの実施）
- ・勉強会実施後開催前に資料とともにアンケートの作成も行っていく。

③勉強会の実施後

指定した学研ナーシングの視聴状況・テスト問題の点数で知識の確認。また、勉強会についてのアンケートをもとに中間評価とし、知識の定着について確認。

不足していることに関しては再度勉強会を開催するか、資料提供するかなど検討していく

④12月～1月

④の実施後に再度アンケートを実施し学習内容が日々の業務に活かしているか、リコールを確認する習慣がついているか評価する。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

1.

- 1) 発熱があり、尿混濁や浮遊物の増加（膀胱留置カテーテル挿入時）した場合は尿培養検査をDrに依頼：1月まで
- 2) 尿路感染発生の集計を取り、男女比を確認（1月末）

2.

1) 膀胱留置カテーテルの取り扱い、廃棄方法、陰部洗浄、管理を含めた感染の予防と伝播についての勉強会を行い、周知・啓蒙を行う

2) 年末にアンケート調査を実施し、勉強会の前後での感染予防の視点での膀胱留置カテーテルの管理全般・PPEの必要性についての意識の変化を確認し課題を明確にする。

3.

1) 前期・後期で個人の使用量を調査し、少ない人には伝達し、後期は使用量が増えるようにまたは平均して430ml/月以上になるように啓蒙していく（一年）

2) すぐ使用できるように携帯してない人を見かけたらお互い声掛けを行っていく

4.

1) 黙食の継続

2) ゴーグル、マスク装着の啓蒙（カンファレンスや勤務中声掛け）

.....

1) チームメンバーで NIHS について自己学習し、各自の知識、理解を深めメンバーで内容を共有する。（NIHS とはなにか、どのタイミングで実施するのか、どのように評価するのか、看護への活かし方など（4月～5月上旬）

2) 学習した内容で分かりにくい点、間違いやすい点、学習を深めたい内容などを洗い出し、勉強会で重点的に取り上げる内容について明確化する。その際、チームメンバーのみでなく ICU スタッフにも意見を確認し取り入れられるようにする。（5月）

3) 2) の内容が、なるべく取り入れられるように勉強会の資料作成を行う。適切な資料や参考動画の選出、またはシミュレーション内容の検討・立案。対象患者は実際に入院していた患者のケースをモデルにする。プレチェックを行い効果的な学習会となるよう繰り返しチェックする。（6月）同時に3)の内容をもとに勉強会后、今回の目標が達成できたか客観的に評価するためのアンケート作成を行う。（6月）

4) 3) の内容について勉強会を実践する。アンケートの集計、考察を行いスタッフへの結果をフィードバックする。必要に応じて追加での勉強会実施の検討を行い知識技術向上のための情報共有などを検討する。

5) 4) の実施後、時間経過での知識・技術の定着度の確認として、12月～1月に

再度アンケートを実施し集計と考察を行いスタッフへのフィードバックを行う。

3 評価・実績

1) チームメンバーがそれぞれ自己学習に励んだ。学習の資料はそれぞれ異なっていたため各自学習した資料を提案し共有。チームメンバーで共有しやすい材料・資料を検討することができた。経験年数の浅いスタッフはNIHSというものが初めてであったため資料での学習というよりは、勉強して自分が分からなかった部分を提案できるよう指示内容を修正しておくべきだった。

2) ICU スタッフには、異動後・入職2年目以内のスタッフを中心に聞き取り調査を行った。経験年数15年目以上のスタッフにも声をかけ評価に悩む症例について意見を伺うことができた。NIHS 評価に伴う疑問点や深めたい内容についてはメンバーが集まることができず院内メールでやりとりを行ったが、返信がないスタッフもいた。同じ勤務のときに声をかければよかったが、忘れてしまうこともありうまく連携をとることができなかった。

3) リーダー・メンバー間での連絡がおろそかになり、資料作成の進捗がスケジュール通り実施できなかった。アドバイザーで泰子師長より意見も頂き脳外科医との評価基準・重要視するポイントについて確認することができた。

4) アンケートは資料・プレチェックが出来次第作成する方針へ変更となった。予定通り資料が作成できていればアンケート内容についても話し合いができていたため連携できていなかった。7月中旬に資料作成・プレチェックをメンバーそろって実施。アドバイザーを交えて1つの評価ごと立ち止まり・意見を出し合いながら、評価方法の共有・認識を統一することができた。勉強会でいう症例数も変更し時間内で終わるよう時間調整・役割分担も行うことができた。

5) 知識の定着・現場での効果についてアンケートを行う予定だったが対象患者がおらず評価できないと判断し、アンケートは実施しなかった。しかし知識の定着に焦点を当てるのではなく、脳出血後の患者など今回学んだ内容がアセスメントを行うのに1つの判断材料になったのではないと思う場面もあったため、NIHS 評価に限定するのではなく、脳血管疾患患者へのアセスメントの一部として使用したか評価してみてもよかったかもしれない。またチームリーダーより毎月の進捗状況を報告する形となっていたが、報告についてはリーダーに任せており、自ら動くことができなかった。チームでの活動であるためスタッフ側からも「どのような意見があった」のか発信・意見すべきであった。様々な視点から意見をもらうことで、より精度の上げ自身を持って勉強会が開催できた可能性もあるため、今後の課題としていく。

4 令和5年度総括

本年度は、「患者さんの言葉にできない思いをくみ取り、生活に目を向けたケアを実践する」「そのためには学習する、なんでも言い合えるチームになる」をスローガンに、①シミュレーションや動画を活用した実践的な研修を導入し、自立し勉強家を企画開催評価できた。また②個々の意見や考えを否定せずによく聞くこと、時に意見がぶつかったとしても、相手をまずは受け入れ、皆が納得できるまで意見を出し合い、チームとして方向性を統一し決定し行くことを大事にすることもできた。ただ新人看護師育成については、新人看護師の考え方と現スタッフ間での乖離は否めず、計画通りに進めることができず、それらをリフレクションした上で期間延長と、方法を大きく計画修正し、より全体を見て捉え気づける支援内容へと、当事者にも理由を伝え納得してもらい切り替える予定となった。全員が「講義」→「資料を読む」「視聴覚」「デモンストレーション」「グループ討論」「体験」でき、「教える」まで経験することができた。

本年度1名の新人看護師の教育方法や進め方においては、「一人の患者を受け持ち、看護過程を経験してもらい、評価、省察を行う」中で看護展開を繰り返しながら、異常の早期発見、疼痛管理、早期リハビリなどのケアの成長を支援してきた。しかし、そのステップを踏む以前に、周囲スタッフとの関係性の形成や円滑な双方によるコミュニケーションという点においては、心理的安全性の担保、自立支援に向けた環境の調整、個人的課題などが重なり、その指導・教育は困難を感じた。今後は、社会人教育の観点から、看護展開の前に自ら周囲に発信できる仕組みや、その意欲を高めるための指導方法を検討し、その習得を行いながら、更にその対象に準じたケア習得に向けた教育方法の変更が必要と考える。次年度は、まずは自己特性や自己の希望やニーズに視点を置き、それを伸ばすような方法で取り掛かり、その上で、専門知識やスキルアップを図る。

今後もICUの看護師には、最先端の医療を提供できる知識と技術に加えて、向上心や探究心など自ら学ぶ姿勢が大事になるため、次年度も本方法を継続したい。そして、患者さんの言葉にできない思いをくみ取り、退院後の生活に見据えたケアを実践していくことを

課題とした。

5 令和6年度課題

＊ケアの質向上

- ・ショートカンファレンスやちょっとしたカンファレンスを記録に残す事の常態化
- ・記録の記入漏れに対する確認作業の習慣化。
- ・介入の修正のタイミングの適正化に向けての、学習・教育・訓練の継続。

＊安全への責任感や、学習する風土の醸成に向けた継続的な取り組み

- ・インシデントの共有
- ・手指衛生のタイミングの習慣化

＊働きやすい職場環境の醸成

- ・働き続けられる職場環境に向け、更なる業務改善の実施
- ・時間外勤務の短縮化

医療安全管理室

1 部署目標①

薬剤に関するインシデント減少へ取り組む

1. 与薬確認 6 R の徹底と指さし呼称を強化し薬剤関連のインシデントが昨年度 35.6% を下回る
2. 2022 年度の誤薬発生率 2.4% を下回る
3. 3 点確認の未実施が減少する（昨年度の 80 件を下回る）

1 行動計画

●薬剤に関するインシデント減少に向けて

- 1) 薬剤に関するインシデントの分析
- 2) 各部署の薬剤に関するインシデントの傾向を報告し部署内での対策強化を行う
- 3) 6 R の監査実施、「指でなぞって最後まで声に出して読む」を定着するため、安全対策委員会メンバーと協力し取り組む。
 - ・与薬実施状況監査の検討、監査の実施、評価
(薬剤インシデントの内容として無投薬、過少投与、過剰投与、与薬時間・日付間違いが多い)
 - ・薬剤関連インシデントレポートを記載する際に、6R、指さし呼称を実施したか否かの記載をしてもらい、なぜできなかったのか、どうすれば実施できるのか、再発防止対策を各自で考え記載してもらう
- 4) 薬剤関連インシデントレポートから 6 R 実施、指さし呼称の実施状況を確認、周知する
- 5) 注射 3 点確認の確実な実施に向けて、3 点確認未実施の件数を毎月各部署に報告する
 - ・3 点認証の実施タイミングを再周知する

1 評価・実績

針刺しを除く 4 月から 1 月のインシデント件数は 1360 件（前年 1280 件）。薬剤関連インシデントは 456 件で全体の 33.5% を占めている。割合としては昨年の 35.6% からやや減少したが、薬剤関連のインシデントは常に一番多く報告されている。誤薬発生率は 2.23% であった。昨年度からの課題である指さし呼称を強化しインシデントの減少に向け取り組んだ。今年度は与薬の監査を他者評価から自己評価に変更し、7 月 10 月・1 月の 3 回実施した。監査の結果では 7 月～10 月は項目により実施率 50～70% が目立ったが、10 月～1 月は実施率の 80% 未満は減少した。どの部署も自己評価は良くなってきている。各部署の意見でも自分自身の与薬の方法を振り返ることができる、意識して実施するようになった、目視のみであったのが声を出すようになったなど、実施割合変化と合わせ意識づけにもなったと考える。指さし呼称をなぜ実施しなければいけないかを再周知し、どの部署でも指さし呼称による確認が当たり前となるよう継続して取り組んでいく。

注射の 3 点認証忘れは 62 件であり昨年度より減少した。0 にできるインシデントであるため継続して啓もうしていく。

2 部署目標②

成果目標：転倒・転落予防への取り組み（転倒転落予防部会と協力）

1. 転倒・転落による重大事象（事象レベル 3 b 以上）が発生しない（2022 年度 1 件発生）
- 転倒転落発生率 2.5% 以下を目指す

2 行動計画

●転倒転落予防への取り組み

- 1) 転倒転落予防ラウンド実施件数を増やすための取り組み
 - ・予防ラウンド依頼方法の再検討 タイムリーな実施
- 2) ラウンド実施後のフィードバックを行い、その後の対策実践状況を確認
- 3) 転倒転落発生後のカンファレンス、計画修正の実施の有無、修正内容の確認
(転倒転落発生後の必須対応項目の確認)
- 4) 離床センサー使用方法の教育、使用状況の確認

(離床センサーの電源を切らない、作動確認の徹底)

5) 事例分析、事例の共有

2 評価・実績

4月～1月、転倒転落報告件数は211件であり昨年度に比べ50件の増加であり、事象レベル0、1は減少し、事象レベル2以上が増加している。転倒による3b事例も3件発生している。転倒転落発生率は3.06%であった。離床センサーを使用している患者のセンサーの不適切な使用(電源が入っていない、装着忘れなど)によるものも複数あった。新採用者のみでなく、スタッフ全体に離床センサーの取り扱い、使用方法などを再確認していく必要がある。センサーを付けたからと安心するのではなく、入院患者の高齢化により転倒リスクの高い患者も増えているため転倒転落アセスメントを確実に実施し、対策とその評価をチームで実施し安全な入院環境を整える必要がある。転倒転落予防部会との連携を密にし、転倒転落の予防に努めていく。今年度は外来患者の転倒報告が増加していた。外来患者への対策についても検討を始めているため、次年度も継続していく。

3 部署目標③

部署目標(成果目標):

ドレーン・チューブ類の管理が適切に行われ、3a、3b事例の割合が減少する。(R4年度 3a 31.1%、3b 0.58%)

3 行動計画

- 1) ドレーン・チューブ類の管理について実際の状況を確認(看護部安全対策委員の協力を得る)
- 2) ドレーン・チューブ関連インシデントの件数、内容確認
- 3) 経過一覧で観察内容が統一して実施されているか確認する

3 評価・実績

医療機器・ドレーン・チューブ関連のインシデントは304件、全体の22.4%であった。そのうち自己抜去が154件であり、医療機器・ドレーン・チューブ関連項目の50.7%を占めている。自己抜去として末梢点滴81件、胃管54件、膀胱留置カテーテル12件の順であった。3b事例の発生はなく、3a事例の割合も3%と減少していた。しかし末梢点滴、胃管の自己抜去は日々繰り返されている。患者年齢、認知機能、入院環境など、患者を取り巻く要因を含め危険を予知し、予防対策を講じることができるよう検討していく。

4 部署目標④

医療安全活動の啓発

1. 看護部以外の部署からのインシデント報告件数が昨年度より増加する
(2022年度看護以外のインシデント報告割合全体の13%以上)
2. 0事例報告件数が前年度(167件)より増加する

4 行動計画

医療安全活動の啓発

1. 看護部以外の部署からのインシデント報告件数が昨年度より増加する
(2022年度看護以外のインシデント報告割合全体の13%以上)
2. 0事例報告件数が前年度(167件)より増加する
- 1) インシデント報告強化部署を設け、0事例報告を推奨する
(事故防止対策部会メンバーを中心にインシデント報告を促す)
- 2) 医師が関係しているインシデントには医師のインシデント報告を依頼していく
- 3) 安全情報の配布
- 4) 速報リスクマネジメント会議配布(毎月)
- 5) チームでの医療安全への取り組み
 - ・院内医療安全研修会
 - ・医療安全取り組み報告会
 - ・医療事故防止対策部会・看護部安全対策委員会でのインシデント事例検討、分析、共有
- 6) 医療安全に関する基準、マニュアルの作成・見直し
- 7) 相互ラウンドの実施

《表1》職種別インシデント報告割合年度比較(4月～翌年1月)

	医師	看護	その他の部署
R3(報告数1411)	2.7%(38件)	87.0%(1228件)	10.2%(145件)
R4(報告数1442)	2.3%(33件)	86.1%(1242件)	11.6%(167件)
R5(報告数1522)	2.0%(30件)	87.0%(1324件)	11.0%(168件)

4 評価・実績

- ・インシデント報告強化部署を設け、インシデント報告の定着を目指した。インシデント報告件数は増加しているが、0事例報告の件数139件で昨年度に比べ減少している。インシデントの芽を摘み取るといった0事例報告の意味を啓もうし続け、重大インシデントを防いでいく。
- ・医師の関連インシデントについては医師に直接依頼し記載いただいた。報告件数は減少しているが、医師自ら入力いただける事例もあり、医師の協力依頼を継続して行う。その他の部門からの報告は横ばいである。
- ・3) 4) 5) 7) については行動計画通りに実践することができた。
- ・医療安全に関する基準、マニュアルの作成・見直しについては、インシデントの発生に伴い見直し・修正、改訂年度が古い物の見直しを行った。医療事故防止ガイドラインは各部署の協力を得て改訂することができた。

5 令和5年度総括

看護師の役割は何か、多忙な中でも何を優先していかなくてはいけないのか、今一度安全な医療・看護について各自が考えていかななくてはならない状況である。「やるべきことを実施する」このことについておろそかにするとインシデントは発生する。手順書に沿って実施できないのは手順書の不備か、別の問題があるのか。まずは「やるべきことを実施する」ことが重要である。看護は患者の最も近くにいて患者の安全を守る存在であることを各自が認識し、安全文化が醸成される風土づくりに取り組む必要がある。

6 令和6年度課題

- ・すべての確認時に指差し呼称の実施を定着させるための取り組み（自己評価表の見直し、なぜ指差し呼称を行うのかを考え指差し呼称の効果について周知）
- ・離床センサーが正しく適切に使用できるように継続学習
- ・患者の状況から危険を予知した対策が講じることができるような教育の構築
- ・患者の安全を守るために看護師が行うべきこと、看護師の役割について考える（各部署での勉強会検討）
- ・医療安全に対する職員一人一人の意識向上に向けた取り組み

感染管理

1 部署目標①

新型コロナウイルス感染症に対する院内・他施設の対策の推進に貢献し、感染拡大防止することができる

1 行動計画

- 1) 5類以降に伴い動向を積極的に情報収集し、検討すべき内容を明確にし、院内の対応について検討しやすいように整える
- 2) 決定事項を舅し、適宜マニュアルを追加・変更する
- 3) 院内外の連携機関との連絡・調整を円滑に行う
- 4) YCAT 活動に協力し、地域の感染対策の向上と自己研鑽に努める

1 評価・実績

1・2) コロナ患者を院内全部署で対応するために教育を行った。委託業者に対しても同様に感染対策について説明し不安軽減に努め対応できるよう調整した。院内でコロナ陽性者がした場合にも適切に対応し、蔓延せずに対応できた。コロナ対応における決定事項は随時マニュアルに反映させ改訂し共有できるようにした。協定締結に伴い BCP 策定し、次なる新興感染症対策に備えた。

3・4) 連携機関との窓口となり円滑に連絡・調整できた。院外からの勉強会依頼や研修会の実施、クラスター支援など院外活動も積極的に貢献した。

2 部署目標②

院内感染対策防止対策推進に向け、院内感染対策委員会や ICT 活動、院内感染対策推進部会の活動を推進し、アウトブレイクを起こさない

2 行動計画

- 1) ICT として感染症例や菌検出症例に対する感染対策をタイムリーに確認し、適切な感染対策がとれるようにする
- 2) 院内感染対策推進部会を通してリンクスタッフが役割を発揮できるように支援すると共に手指消毒剤使用量を増加させる(昨年度 11.0 回/患者/日)。
- 3) ICU サーベイランスを継続し、UTI 発生の原因を模索し対策を講じ昨年度より UTI 件数を減らす
- 4) 職業感染報告書から具体的課題を導き丁寧に対応することで発生件数を減らす 職業感染予防のためのワクチン接種を勧める

2 評価・実績

1・2) 委員会および ICT 活動を実践し 1 年間通してアウトブレイクなく経過した。またリンクスタッフへのレクチャーや相談対応したことで「役割が発揮できた」と答えたリンクスタッフが多く、役割遂行を支援することができた。手指消毒剤使用量は 10.3 回/患者

/日と昨年度より低下した。コロナ患者受け入れにより使用量が増えているため、使用意識を向上させることで使用量増加が見込める。次年度の課題とする。

3)ICU サーベイランスでは、リンクスタッフおよび CNS・CN と協働し、今年度 UTI2 件の発生にとどまり昨年度より感染件数が減少した。次年度も感染ゼロを目指す。

4)職業感染報告数は 16 件であった。中でもインスリン関連と採血分注時の針刺しが多かったため即時追加教育を行った。これによりその後報告なく経過しており成果があったと考える。また、職業感染予防のためのワクチン接種管理について組織プログラムの課題が明確になったため次年度に取り組む。

3 部署目標③

内視鏡洗浄・管理を中央化するための運用システム構築に関与し支援することができる

3 行動計画

- 1)内視鏡洗浄の中央化に向け、内視鏡センター開設までに洗浄・消毒・管理方法について担当者と共有し、運用システムを構築する
- 2)耳鼻科・泌尿器科ブロックの洗浄機導入に合わせた洗浄・消毒・管理方法について支援し、洗浄テストで問題がないようにする

3 評価・実績

- 1)内視鏡洗浄の手順書を担当者と見直し、運用を実践確認した。
- 2)耳鼻科・泌尿器科の洗浄機導入と共に洗浄・消毒・管理方法を見直し、洗浄テストをクリアし、データ管理まで出来た。

4 令和5年度総括

COVID-19 が5 類に移行され、今までの「通常」を見直す時期に来ている。病院が WITH コロナとどのように共生していくかまだまだ手探りであるため最善の決定ができるように支援していく。またコロナを経て改めて院内の感染対策の基礎を見直し基盤を固めていく必要がある。次年度病院機能評価もあるため、マニュアルを整え、教育をさらに充実させ、感染対策の実践力を高めていく。

5 令和6年度課題

- ・面会緩和等制限緩和の目安について基準を検討する
- ・感染についての教育に力を入れ、院内全体の知識の構築と実践力の向上を目指す
- ・病院機能評価に向けたマニュアル改訂や病院ラウンドの強化

病床管理

1 部署目標①

一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟の病床を適切に運営し一般病棟利用率 80%を目指す
一般病棟 7:1 地域包括ケア病棟 10:1 の看護体制を維持出来る (2022 年度の実働病床利用率を下回らない)

1 行動計画

1. 病床利用の協力体制を維持し、必要なベッドを提供できる。
 - 1) 毎朝空床状況を外来・病棟・関係部署に配布し空床状況、入院予約状況などの周知を行う。
 - 2) 午後に空床状況、入院予約状況を再確認し、スムーズな入院が出来るように準備する。
 - 3) 入院患者の状態を確認し、医師と相談したうえで適切な病棟への入院を提案する。
 - 4) 病床利用率の著しい上昇、下降がある場合には医師に情報提供を行い入退院の調整の協力を得る。
 - 5) コロナ感染症対策の変更に応じた病床の確保を行い、利用可能な病床状況の情報提供、感染対策を考慮しながら病床調整につなげることができる。
 - 6) 看護部、医事課と連携をとり、報告を行い早い時点での対策につなげることができる。
 - 7) 病床管理に関して検討が必要な時は病床検討委員会の開催を依頼する。
2. 利用率・在院日数・回転率の平均化を目指し、有効な空床利用が出来る。
 - 1) 各病棟の師長と連携を密にし、患者情報の共有を行う。
 - 2) 入院早期から退院支援に取り組み、地域包括ケア病棟の利用が増加するよう病棟師長に働きかけを行う。
 - 3) ベッドコントロール会議の実施。
(地域包括ケア病棟の空床状況によっては、診療報酬 2 5 5 0 点以上である場合でも退院が決定している患者を、医師、医事課と相談の上転棟の対象としていく)
 - 4) 長期入院となっている患者に対し、医師、病棟師長とともに情報を共有し今後の対応を検討する。
 - 5) 一般病棟の病床の空床状況により、短期入院、検査入院の患者を地域包括ケア病棟に依頼していく。

1 評価・実績

評価の根拠（実践結果やデータを含む）

1. 朝の空床状況、入院予定を把握し適宜調整を図り、必要な病床の提供はできた。医師と治療方針を共有した上での病棟選択を実施し状態変化に伴う処置や検査が必要な際には部署師長と相談し適切な部署への調整が行えた。COVID 感染症対策により流動的な状況であったが、5 類感染症移行に伴い各部署での感染症対応に変更になり、全部署で対応することができた。長い期間の感染対策のため再度「病床利用マニュアル」を見直し、現在実施している内容へと修正し、看護師長には周知することができた。戸惑う状況もあるが適宜口述し周知に繋げている。

病床検討委員会については 3 月に開催し「病床利用マニュアル」の検討を行い、再度周知を行う。

2. 入院予約は把握し予測するが、部署の主体性を引き出すように部署からの依頼の上での調整の実施としている。しかし、ベッドコントロール会議の前には地域包括病棟師長と次週の短期入院依頼予測を共有し、転棟病床確保数の明確化を図り、一般病床確保につなげることができた。病床逼迫時の転棟追加の場合も適宜相談し調整できた。4 階西病棟は水曜日から病床が逼迫する傾向があるため、泌尿器科手術患者を 4 階東病棟、女性の場合は 3 階東病棟への依頼を適宜実践している。ベッドコントロール会議は参加し、病床の傾向の報告、日々の協力への感謝を述べる機会とし活用している。回復期リハビリテーション病棟の会議に関しては、転棟の日程調整の際に、看護必要度取得状況を報告した。患者状況を把握し重症度取得可能患者の情報提供を行うと共に、必要時主治医への依頼を行い脳外科の患者 2 名の転棟調整を行う事ができた。

2 部署目標②

一般病棟 7:1 地域包括ケア病棟 10:1 の看護体制を維持するために、適切に看護必要度の取得ができる
(一般病棟 28%以上 地域包括ケア病棟 8% ハイケアユニット 80%)

2 行動計画

1) 適切な看護必要度取得に向けて、現在の問題点の抽出を行う。

- ① スタッフが入力する際の不明点を明確にする。
- ② 部署師長が確認困難な理由を明らかにする。
- ③ 問題点を抽出し、改善に向けての対策を検討することができる。

2) 看護必要度入力基準書の修正を行い、統一した方法の実践につなげる。

- ① 入力方法
- ② スタッフ間での確認方法
- ③ 各師長の確認方法

3) 看護必要度を理解したうえでの入力実践に向けて、学習会の内容を見直す。

診療報酬改定に伴う重症度、医療・看護必要度の内容変更の周知を行う

4) 看護必要度Ⅰでの入力を継続し、看護必要度Ⅱでの取得状況の指標とする。

5) 看護必要度委員会、記録検討委員会と協力し、看護必要度についての入力が確実に落ちなく実施できるよう検討する。

6) 看護必要度の入力の確認、問題があれば各病棟や委員会にフィードバックしていく。

2 評価・実績

「重症度、医療・看護必要度」評価・入力の問題点として「手順書」が 2016 年以降改訂されず、周知されてないために、スタッフ、部署師長共に確実な入力、確認作業が行われていないことが推測された。

入力手順の＜病棟看護師長＞から取り組み＜病床管理師長＞を修正し、師長会で提案し再度修正、夜勤担当者の確認作業を追加し周知を行った。＜スタッフ＞についても修正し今年度の完成、実施を目指している。また同時に「看護必要度入力手順」の推奨方法を画像で示した資料を作成中である。病棟看護師長の手順書作成後は、未入力・未確認が減少している。

必要度評価項目の介入欄の記載方法を、患者状況・介助実施状況を選択して介入項目を再入力せず患者状況が分かるよう変更し他者が評価内容を確認できるよう変更し確実な評価に繋がれた。また学習の機会として学研メディカルサポートの受講での自己学習後の院内テストを実施したが得点率が低く残念な結果であった。院内テストだけでは学習の機会としては足りず、「必要度監査」を行うことで、「監査する人」「監査される人」両者の学習の機会となると考え「監査の友」の改訂を行い、現在実施している。看護体制維持のための必要度取得はできたが、修正が必須な状況が続いている。必要度委員が中心となり各部署の取り組みが実践され夜勤帯での確認、修正を実践している部署もあり今後も継続し部署全体での取り組みを習慣化し精度の向上に繋げていきたい。必要度の取得については、一般病棟 28%以上 地域包括ケア病棟 8% ハイケアユニット 80%の目標を達成できた。

4 令和 5 年度総括

総括：COVID 感染症対策の変更に伴っての対応の変化があったが、各部署での感染対策も定着し即時の対応が実践されクラスターの発生など病床確保困難な事象の発生がなく関係各部署の協力が得られ病床管理を行うことができた。COVID 感染症 5 類移行後の対応について、病床管理を感染対策前に戻すために再度「病床利用マニュアル」の修正を行うことができた。また必要度に関しても問題点の把握から「手順書」「監査の友」を改訂という具体的な対策を実践することができたが、それぞれ時間を要し、再修整には至っていない。実践者が活用できるものになるよう、今後の修正が重要であると考え

5 令和6年度課題

1. 病床利用マニュアルに準じ、経営的な視点を含めた部署内の病床管理ができるよう支援を行い、部署看護師長の育成に繋げながら、病床の適切な運営を目指す。
2. 必要度監査の実施による学習の推進…監査後のフィードバック方法について具体的に検討し実践する
3. 監査表の修正
4. 今年度改訂した「手順書」の見直し、手順に沿った実践の推進

3 階東病棟

1 部署目標①

○看護の質改善活動を推進する

- 1) 3 東の看護業務量調査結果・分析により抽出された課題に取り組み、評価できる。また、共同業務の見直しを行い、業務改善することで時間外削減につなげる
- 2) 固定チームナーシングを推進する中で、個々がリーダーシップ・メンバーシップを発揮することでチームを強固にし、かつ、相互に協働する事で全体のスキルアップを図る
- 3) 前年度からの 3 東の課題である「患者の見える記録・必要な記録を残す」「心理社会面の問題の検討・計画立案に繋げる」を 2 大目標とし、日々の看護実践が見える記録を残す

1 行動計画

1)

- ・3 東特有の手順書、基準書の見直しと必要な修正を行う
- ・10 月に今年度の看護業務量調査の実施
- ・11 月データ収集と分析（昨年度との比較）
- ・12 月評価
- ・タイムリーに看護記録ができ、時間外短縮に努める
- ・各チーム学習会の企画・運営を促す

A チーム：他科入院予約患者を受け持つ事ができる

体位交換オムツ交換等の協働業務も積極的に行う

B チーム：新生児室・分娩入院・分娩外回りができる

N C P R 2 回/年への参加、新人・異動看護師は B コース

取得を目標

2)

・時短・任用・リリーフ体制の現状をふまえ、相互のチーム間の正規職員の協働について考え、看護体制を見直す

・チームごとに設定した目標について毎月進捗状況の確認を行い、評価・修正しながら達成できるよう取り組む

・小チーム活動を活発に行い、専門性をふまえ計画的に実践する

・個人目標を自身のラダーや前年度の課題に合わせて達成できる目標を設定し、実践・評価しながら行動する

・リーダー会は月 1 回勉強会後の実施を継続

（リーダーへも数ヶ月に 1 度、伝達できるような機会を設ける）

・時短・任用・リリーフ職員を巻き込み、それぞれの役割について理解して頂く

・カンファレンス、勉強会に不参加だったスタッフは自主的に議事録を読み、周知事項や検討事項等の決定内容を自ら責任を持って確認しチームの一員としての自覚を持って行動する

3)

・患者の個性に沿った計画立案に努め、委員を中心に定期的な記録内容の確認を行う

・「※」で同様の記録が連日あった場合、計画立案を行い、SOAP 展開を行う事を徹底する

・事例カンファレンス等で「患者が見える記録」か否か評価・共有し、記録内容の質向上につなげる

1 評価・実績

1)

A チーム：

・日勤・夜勤ともに他科を受け持つことが多く、即入対応もできるようになってきている。幅広い疾患の患者がいるため、今後も知識・技術の向上に努める。共同業務に関しては、中間評価時に比べ、相互に積極的に参加できている。今後は共同業務の内容を見直すと共に、チームで受け持つ診療科の検討も必要である。また、新人・異動看護師が業務にスムーズに入れるためのスケジュールの作成も必要である。

・産婦人科の手順書・基準書は全ての内容の見直しを行い、追加・修正を行った。新生児の手順書・基準書は次年度に実施する。また、産婦人科における全てのクリニカルパスの修正・追加、新規クリニカルパスの作成を行うことができた。

・日勤帯では、年間を通して、下記件数の外来患者の対応を行った。

フォロー健診 30分×57件、2週間健診 60分×17件、助産師外来 60分×52件

病棟業務を行いながらの対応となるため、業務調整を図り、チームメンバーの協力を得ながら、対応を行った。また、必要に応じ、産科医師や小児科との連携を行うことができた。

・全分娩において、担当助産師が1人15～20分のバースレビューを行うこともできている。

Bチーム：

各チーム合同で予約入院疾患（耳鼻科・外科・他科に関する疾患・看護・入院の流れについて）レクチャーを行った。コロナが5類に変更となり予約入院患者の減少に伴い短期入院患者が増し、その空床を埋めるため即入患者を多く受け入れているが（図1・図2参照）、チームで協力をし流動体勢が取れるように業務改善を行ってきた。引き続き協働業務を行っていく

業務量調査結果：

目標に対策を取り入れ、勉強会を開催した。COVID-19の5類移行後、病床運用の変更により外科系患者の入院数が減ったが、昨年に比べ職員自身の病欠、濃厚接触者扱いでの欠勤が長らく続いた。7月以降から徐々に退職、産休、病欠による欠員が増え、マンパワー不足は否めない。その状況においても時間外勤務は昨年度より減少しており、両チームでの協働による業務負担の軽減は出来ていた事が好転した結果だと考えられる。次年度も新人や異動者への学習会の開催、OJTの積極的な推進により知識・技術の向上を行い、両チームの業務が実践できるスタッフ育成を行い、流動的な勤務配置のできる病棟を目指す。

2)

・年間を通し、毎月のチーム会・リーダー会を通して、各チームやメンバーの進捗状況をタイムリーに把握し、改善点や新たな対策を考えることができた。しかし、日々のリーダーでの各チームの情報共有が不足していたため、午前・午後での報告・連絡・相談を徹底していく。

・時短・任用職員（25%）が多く、時短退勤後の正規職員の負担は変わらない。Aチームにおいては、時短・任用職員の分娩介助時間を15時、ベビーキャッチを16時と取り決め移譲するよう取り決めた。少しずつ浸透してきているが、業務上困難な場合もあるため、夜勤者へも協力を依頼していく必要がある。今後も引き続き全職員が時間で退勤するという意識をさらに持ち、共働していく必要があるといえる。Bチームにおいては、時短勤務者へ入予を依頼する、即入の順番を早くするなど工夫はできている。勤務時間内で終わるようリーダーは情報を共有し、必要があれば夜勤リーダーにも相談・依頼し調整する。

・Bチームリーダーの受け持ちは、制限することはほぼ不可能な現状であるため、通常通りに受け持ちを行っている。

＜小チーム活動＞

妊婦・分娩チーム：MCの開催目途が経っていないが、少人数での開催に向け、基盤づくりを行うことができた。開催に向け、内容の充実が図れるようにしていく。入院患者においては、個別MCの実施ができている。後半は広報の期日を守ることができた。

褥婦・他科チーム：褥婦の指導類の見直しを行うことができた。婦人科患者における退院支援の見極め、必要に応じた退院支援計画書の作成もできた。今後も退院支援が必要な患者においては、積極的に取り組んでいきたい。

新生児チーム：NCPRは予定通り、勉強会・コースの開催ができた。NCPRコース取得状況は、今年度中に新人までコースの取得が見込める現状であり、2023年12月末の段階で25名中21名（84%）がABJいずれかのコース取得ができている。Jのインストラクターが6名（29%）Aコース5名（24%）Bコース10名（47%）である。年間分娩数の1割が呼吸補助の必要な状況にあるというデータがあり、かつ、自然分娩は夜間が7割と多く、全員が新生児蘇生に当たる機会があるといえる。勉強会の開催頻度・内容の見直しを行い、更なる知識・技術のスキルアップを行っていく。

3)

・看護診断の立案：小児の目標に「介護者役割緊張リスク状態」を立案するように啓蒙活動し、立案して家族への介入を行い、記録が残せるようになった。

・ケースカンファレンスを確実に実施するために計画評価日を看護計画評価一覧より確認し、計画評価日にカンファレンスを行った。評価日に行う事でケースカンファレンスを行う事が出来たが、計画評価が中心となり、新しい診断の立案や全体像の把握が薄いこともあったため、今後はケースカンファレンスの充実に取り組んでいきたい。

・看護診断の目標に小目標を追加して目標を具体的にすることで診断の介入内容や評価が具体的になった。多部署監査の結果でも「目標が分かりやすい」という評価も得られているため、今後も継続し、個性のある看護診断に繋げたい。

・記録漏れが多いため、本年は各チームでメンバーに記録漏れをチェックしてもらう事で記録漏れを減らし、意識付けできるようにしたが、多忙時には記録漏れが多い項目も見られた。今後も記録漏れの対策が継続的に必要。

・記録から患者の状態が把握しにくい事や、実施した記録が残されていない事で、行った看護が確認できない事例があった。「患者の見える記録」とは言い難く、記録の質向上のため次年度も継続して取り組まなければならない。

2 部署目標②

○地域包括ケアシステムの視点に立った看護を提供する

1）面会制限が継続される中で、患者家族との連絡を密にし、入院早期から退院に向けた支援を検討し早期退院に繋げる

2）退院アセスメントスコアシートを有効に活用するためにも不備のないよう記載し、必要な退院支援計画書やサマリーを作成し、看看連携を充実させる（前年度 全152事例のサマリーを作成）

3）すべてのライフサイクルの女性に応じた看護の提供に努め、小児の発達・年齢に適した看護ケアを実践する

4）終末期患者の本人・家族の「最期」の過ごし方に寄り添い、必要な支援を他部署と共有しながら実践し、希望に沿った看取りの支援を行う

2 行動計画

行動計画

Aチーム：妊婦・褥婦

・適切な養育支援のためのアセスメントシート3点以上、またはそれ以下でもサポートが必要であると判断した妊婦においては、早期に病棟プライマリーを決定し、外来と連携しながら、妊娠期から関わりを開始する

- ・看護の方向性を統一するために、ケースカンファレンスの充実を図る
- ・退院後も継続的に支援が必要な患者に対しては、外来や地域へのサマリーを作成する

また、CPTに報告が必要な場合にも、早期にCPTコアメンバーと連携していく

・面会制限を強いられている環境もあるため、必要時にはエジンバラ問診票にて評価し、9点以上は精神科受診につなげられるよう、サマリーシートの作成を行う

：婦人科・他科

- ・対象となる婦人科患者に対しては、早期に病棟プライマリーを決定する
- ・外来通院時の情報収集をプライマリーが中心となって行うことで、外来と継続した看護となれるように努める
- ・緩和ケアチーム、NSTチーム、地域支援室、外来など多職種との連携を行う
- ・患者にとって最善のケアを提供できるよう、多職種フローの作成を行う（可視化）
- ・患者が望む生活（予後）ができるよう、患者と家族を含めた情報共有を行いながら支援していく
- ・退院支援アセスメント用紙を活用し、早期退院に向けて、退院支援が円滑に行えるようにする
- ・デスカンファレンスを行うことで、患者へのケアを振り返ることができる。

Bチーム：

- ・退院支援の勉強会を行う
- ・カンファレンス内容の見直し
- ・退院支援がスムーズにいくよう、方向性確認のため入院一週間以内に家族へ連絡をとる
- ・多職種カンファレンスの活用
- ・デスカンファレンスの開催（1例以上/年）

2 評価・実績

Aチーム：

・外来からの継続した受け持ち患者やCPT対象患者において、早期からの受け持ち看護師を決め、介入している。外来助産師から支援を要する妊婦であると情報があった場合には業務調整を行い、面談を行った。情報収集を行うや追加での保健指導を実施するなど、外来助産師と病棟助産師が連携し、それぞれの役割を果たせた。中間評価時同様、週1回の産婦人科外来合同カンファレンスや週1回の病棟助産師による助産師外来も活用できた。各自がプライマリー意識を持ち、カルテ上からも情報収集を行い、担当した助産師から患者の情報共有できていた。

・地域との連携においても、社会福祉士が市との介入を行い、社会福祉士と密に連携をとるなど、他職種との連携がとれている。必要に応じ、退院前カンファレンスも実施することができた。今後も退院支援・継続看護ができるようにしていく。

・ケースカンファレンスにおいては、年間を通して、妊婦・新生児は週1回の看護診断評価時に行い、褥婦は産後4日目のCPTチェックリスト評価時に実施することができており、必要な支援を考え、適切な地域連携や外来への情報提供ができている。今後も継続していく。

- ・日勤・夜勤ともに他科の患者を受け持つ機会が多くあり、それぞれが知識・技術の習得に励んでいる。
- ・婦人科では腹腔鏡下での手術も増え、知識・技術を学ぶ必要がある。

<来年度へ向けての課題>

- ・支援が必要な妊婦への外来での面談、保健指導の実施。

→各個人が勤務状況を把握し、外来対応できるよう業務調整を行う。困難な場合には、外来助産師へ依頼する。

- ・退院支援に関して院内フローの確認、必要に応じて、退院支援計画書の作成ができる。

→婦人科・他科患者の受け持ち時には、基準通りに入力ができるようにする。

Bチーム：

退院支援アセスメントシート・退院支援計画書の作成を行っているがショートカンファレンスの時間をずらしたことで円滑なカンファレンスの開催ができず前半で3件退院計画者のサイン漏れがあった。7月よりカンファレンスの時間を確保し、意識的に朝のショートカンファレンスで計画者の漏れがないようにチェックを行うよう対策を講じた。10月には退院支援の勉強会を再度開催し、退院支援の計画書の見本を基に未記入の減少や内容の精度を高められるよう周知していった。

デスカンファレンスは、3事例/年実施した。緩和ケアCN・訪問看護NSにも参加して頂きチーム看護の振り返りを行っている。今後も継続し看護の振り返りを行っていく。後半はデスカンファレンスの開催を行えていない。死亡事例は2件あったが、1事例は、入院してすぐに亡くなった症例であり、深く関わりを持てなかったため評価に至らなかった。今後もう1事例は年度内に開催予定。1事例ごとに振り返った内容を共有し、今後の実践に活かせるよう次年度も継続して取り組んでいく。

3 部署目標③

○安心・安全な看護を提供する

- (1) チームで医療安全活動に取り組む

- 1) 与薬の6R推進活動、指差し呼称を強化し、薬剤に関するインシデントを減少させる
- 2) 安全な療養環境を整え、転倒転落3b事例が発生しない
- 3) インシデント事例分析を行い、再発防止につなげる

(2) 対象に合わせた感染防止対策を実践し適切な看護を提供し、感染拡大を防止する

1) COVID陽性患者の自部署対応における、5類移行後の対応策について検討し、陽性者の対応が必要となった場合にスムーズに実務できるよう情報共有し、全スタッフが適切なPPE脱着と感染対策が行える

2) COVID陽性妊婦の分娩の際には、院内感染対策に基づいた対応を周知した上で、母子分離を最小限にした介入を行い、退院後の育児不安を軽減できるよう努める

3 行動計画

行動計画(1)

- 1) 6Rチェックリストに沿って、与薬と点滴確認方法の定期的監査を委員中心に行う
(委員会で設定された監査月以外にも、病棟で実施月を設定し監査) ①内服・点滴のダブルチェック②新採用者のチェック
- 2) 転倒転落アセスメントスコア再評価の監査を1回/月行う。
・離床センサー使用者の看護計画立案・再評価が、看護計画の介入ケアに反映されているか2回/月で監査を行う
・転倒転落ラウンド依頼を活用できる体制を作る
- 3) インシデントは部署で共有し、RCA分析を各チーム1件/年以上実施

行動計画(2)

- ・5月8日の5類移行の産科対応策を明確にし、全スタッフで共有しながら感染対策を徹底し実践する
- ・産科、小児科医師とのカンファレンスを有効に活用し、個別に沿った介入計画を立案し、看護を提供する
- ・各スタッフが個々にスタンダードプリコーションを徹底し、感染対策に努める
- ・家庭からの感染持ち込みがないよう、引き続き体調管理や必要に応じた感染対策を講じる

3 評価・実績

(1)

1) 1.①12月に内服・点滴のダブルチェック監査を実施したが、チェック項目の6割において、50%以下を示すという悪い結果となった。5-12月インシデント報告数131件のうち、薬剤関連は65件(49.6%)と約半数を占める割合であることから、監査において出来ていなかった主な項目である「指差し呼称での確認不足」が一因であったと推測される。次年度は、内服・点滴のダブルチェック監査を全スタッフに行えるような改善策を計画し、実施率向上を目指したい。

与薬6R自己チェックは、全て項目において7・10月と比較して、1月は改善することができた。スタッフ全体で正確な方法で与薬が行えるように、カンファレンス等で与薬6R自己チェック表を参考にしながらデモンストレーションを実施する取り組みを9月から開始している成果と考える。しかし、インシデント結果を考えると、次年度も継続して取り組む必要がある。

②新採用者に対しての内服見分け方テストは、正答率が6月78%であったに対し、12月の再テストでは100%に上昇することができ、知識習得につながったと考える。

2) 2.①②5-12月の転倒転落に関する看護計画立案は73.8%、経過一覧での介入表示は59.2%、入院1週間後の転倒転落アセスメントスコアの再評価は70.1%であった。結果はカンファレンス等を通してスタッフに報告しているが、いずれも低い割合である。習慣化するための対策を考え、次年度の課題としたい。

③転倒転落ラウンド後の介入監査は1週間以内に行い、毎月100%の評価が出来ている。

④てんとう虫の使用方法について、転倒予防指導士より講義を頂いた。スタッフ全員に対して使用方法のチェックを実施し、8月は70.8%であったのに対し、12月は92.7%に上昇することができた。離床センサーベッドの使用状況チェックは12月に実施し、87.2%であった。次年度も定期的なチェックを行い、患者の安全な環境を守ることができる意識と技術を高めたい。

5-12月転倒転落インシデント報告数は19件(レベル2 18件、レベル3a 1件)であった。そのうち、排泄行動に関連したインシデントは9件(47.3%)であった。当病棟の転倒転落は、排泄に関連したことが7割を占めていることが中間評価にて明らかになったことから、10月より、転倒転落のリスク状態をスタッフ全体でタイムリーにアセスメントしながら情報共有し、適切な対応策を講じるために、毎週1回(木曜日)、ADL表とトイレの付き添い札が患者の状態に合っているのか確認し、必要時はミニカンファレンスにて介入計画追加を検討するように取り決めた。しかし、5-8月の8件から、9-12月は11件に増加する結果となってしまった。タイムリーな安全予防策についての啓蒙活動を継続しながら、スタッフ全体で取り組める環境を目指し、次年度の課題としたい。

3) 3.ENBD事故抜去に関するRCA分析、排泄に関連した転倒転落のRCA分析を実施し、今後の対策についてスタッフで共有した。この事例における安全に関連した勉強会は、身体抑制帯の正しい使用方法と観察点、転倒転落予防策、チューブ・ライン事故抜去予防、せん妄について、せん妄評価スケールICDSCについて開催することができた。次年度は1年かけて学習を深めた結果を活かして、自部署におけるENBD挿入患者の受け入れが出来るよう継続的に勉強会を設け、実践する。

(2)

・COVID-19が5類移行となり変更を複数回行ったが、その都度基準書を追加・修正し、各職員が感染対策を徹底する中で、病棟内における大きなクラスターは発生なく対応できた。各症例での反省点をいかし、今後も安全な感染対策を継続できるようにしていく。

・スタンダードプリコーションの徹底という点においては、クラスター発生には至らなかったものの、手指消毒量の使用量は目標に到達しなかった。11月に実施した手指消毒携帯率も50%と低かったため、今後も課題である。

・職員の感染者は複数人いたが、家族・本人の不調や変化に早急に対応できたため、家庭内からの感染持ち込みなく済んでいる。今

後も、院内で伝播させることの無いよう感染対策を講じていく。

4 部署目標④

- 働き続けられる職場作りの推進
- 1) 働き方改革をふまえた取り組み
- 2) 自己のキャリア開発に取り組む

4 行動計画

- 1)
 - ・年休5日以上/年（体調不良は除外）を全スタッフが取得でき、かつ、公平性が保てるよう各自が意識して取得する
 - ・言いやすい風土づくりを推進し、それぞれが思いやりを忘れず相互に尊重した言動を心がける
 - 2)
 - ・新人看護師が働き続けやすい職場作りに配慮する
- ①カンファレンスで進捗状況を報告し、みんなで支えられるよう支援する
- ②進捗状況を共有する事で適切な配置を行い、必要な知識・技術の習得を目指す
- ・学研サポートナーシングを有効に活用し、自己に必要な学習を積み重ねることができる
 - ・各係の目標に沿って、それぞれが自主的に行動し、全員で働きやすい環境作りに参画する
 - ・NCPR勉強会、研修会への積極的な参加と協力

4 評価・実績

1) スタッフ全員が年休5日/年以上取得出来た。7月以降のマnpワ-不足対策として、夜勤配置変更・流動的人事配置を行いながら安全に留意した実践に務める事を優先的に考えた。そのため、代休含む勤務変更を余儀なくされた事は否めない状況であった。病棟の状況をカンファレンスや勉強会で周知出来るよう説明し、理解を得つつ勤務体制を調整した。部分休取得者にも夜勤や休日出勤への協力を得られるよう依頼し、同じ正規職員としての自覚と役割遂行を促せるよう介入した。今後も働き方改革による多様な働き方は増加すると考えられるが、離職することなく働き続けられる職場環境を整備する事がさらなる課題として残っている。

2) ①②・1名退職となった事は残念であるが、3名は欠勤することなく継続して勤務できており、実践による知識・技術の向上に努めている。今後もラダーや個人の進捗状況に応じた支援を検討し、支援していく。

・Aチームは、チーム内での情報共有が不足し新人の進捗状況を把握できず、指導に迷う部分が多くあった。Bチームとの差もあるため、新人の成長に応じた必要な支援をプリセプターだけに委譲せず、チームで具体的に考えていく必要がある。

③

・自部署内全体における聴講は前期145回、後期98回で後半げんしょうはあったものの、おススメ内容は視聴できていた。今後も各個人による能力の開発・維持・向上に向けた取り組みを継続できるよう、教育委員中心に取り組んでいく。プリセプター制度を取り入れているが、やはりプリセプターに責任が向きがちであり、チーム及び全体で支援する体制の構築が必要であり、次年度に向けた早急な検討を行う。

・各係が目標に沿って活動した。活動レベルには差があり、リーダーシップ・役割遂行面においての助言が必要な場面もあった。各係で次年度の課題・改善点を引き継ぎ、より積極的な活動を自主的に目指すことが必要となる。

5 令和5年度総括

全体的に6割以上の目標達成率ではあったが、それぞれ今年度の実績と課題を明確にすることができた。COVID-19の5類移行に伴う病床運用の変更や院内感染対策の変更にも、難渋はしたが手順基準をタイムリーに変更でき対応した。自部署で大きなクラスターを発生させることなく経過できたのは職員一人ひとりの意識あってこそ成しえた事であり、4年間対応した実践や知識が活かされたといえる。働き方改革による部分休取得者の増加や個人のキャリア開発による離職、病欠・産休による欠員によって、夜勤体制や勤務配置変更が急務となり、10月以降から徐々に変革し年度末現在に至る。自部署における院内経営への貢献として、今後も少子高齢化が加速する事を踏まえ、多岐に渡る診療科対応にスムーズに実践できる体制づくりを維持・向上していく事は必須であり、要検討事項でもある。産科小児科の対象者が減少しているとはいえ、更なる質向上は最優先課題として各チームで実践できるよう取り組みたいと考えている。それぞれが意識して個人のスキルアップを図り、部署全体の質改善・向上に努めることで、自信に繋げモチベーションを上げられる職場づくりを目指したい。そして、次年度も協働しながら、自分優先・自己中心的な捉え方をせず、互いを思いあえる風土づくりを行いたい。

6 令和6年度課題

- ・多岐に渡る診療科対応への個々のスキルアップに向けたOJTの実践
- ・産科小児科の質向上に向けたさらなる取り組み
- ・自部署内での安全文化の醸成（報告・正義・柔軟・学習）を目指し、患者の安全を守る取り組みを強化
- ・世間の感染状況に応じた感染対応と院内クラスター対策
- ・次世代育成に向けた自部署における教育支援の検討

- ・災害対策における自部署の取り組み（産科小児科特有な方策の検討と動画作成含む）
- ・自己の果たすべき役割を個々が意識し、他者を尊重・理解できる職場風土づくり

3階西病棟

1 部署目標①

1. 固定チームの再編に組み業務の効率化を図る
個々が役割を自覚しチームに協力することで看護力を向上させる

1 行動計画

- 1) チーム編成について検討する
- 2) 動線を考慮した部屋毎の受け持ちを検討する
- 3) 共同業務の内容について検討する
- 4) ワークシート、業務調整カンファレンスを活用し情報共有できる
- 5) 各勤務の業務基準を見直し業務内容を明確にする
- 6) 役割と業務のチェックリストを活用し個々の自己評価が向上する
- 7) 学研ナースングサポート「チームで多重課題に立ち向かえ」を視聴し役立てる

1 評価・実績

5月よりチームを再編成した。動線を考慮した振り分けについて工夫できた。
清潔ケア、体位変換、配膳など協力しておこなえるようになった。
食事前の車椅子誘導やトイレ誘導など定着しナースコールの減少に取り組めた
業務基準について見直し修正出来た。
チーム活動を強化したことでスタッフの意識が変わり情報共有やお互い協力する姿勢が強くなった。

2 部署目標②

2. リハビリテーションで獲得した「出来る能力」を日常生活に取り入れ「している能力」となるよう援助する

2 行動計画

- 1) 現状のADLを把握しゴール目標を達成するための援助を考える
- 2) 安静度によりトイレ誘導、食事、洗面などADLを向上させる援助を患者と共に考える
- 3) リハビリカンファレンスでの情報を活かし病棟での援助を変更する
- 4) 自宅での生活を患者と共に考えADLに沿った退院支援をおこなう

2 評価・実績

患者、家族のゴール目標を確認しリハビリスタッフと目標達成が可能であるか評価できるようになった。リハビリ見学を計画し家族と共有できるようになった。

退院を視野に入れ日常生活動作を観察し援助の工夫など考えるようになった。

自宅での生活について情報収集し、手すりの設置などの環境整備や介護用具の準備など支援に繋げている。平均在院数 36.96 日 在宅復帰率 93%

3 部署目標③

- インシデント・アクシデントが減少する
1. 転倒転落のインシデント・アクシデント 16 件から 8 件へ減少する
 2. 薬剤関連のインシデント・アクシデントが 36 件から 15 件となる

3 行動計画

1. について
 - 1) SIDE 評価 転倒転落スコアの情報共有し危険認知する
 - 2) トイレ付きそい札を活用する
 - 3) ナースコールに迅速に対応できるよう業務を工夫する
 - 4) 転倒の原因について患者と話し合い予防策について考える
 - 5) 離床センサーベッド てんとう虫 コールマットなど患者の状況に応じて選択し正しく使用できる
- 2 について
 - 1) 与薬 6R を徹底する
 - 2) ダブルチェックの際には処方箋を指でなぞり声をだして確認ことを徹底する

- 3) 退院後の内服管理をどうするか患者と共に考え自己管理、家族管理など指導する
- 4) 自己管理可能と判断する評価基準やフローを作成しスタッフ間で統一した指導が出来る。

3 評価・実績

1 について

転倒転落インシデント 13 件で昨年より減少したが目標達成できなかった。認知症患者や介護度の高い患者増えたことが原因と考えられる。3B 事象の発生は予防出来た。

2 について

薬剤関連インシデントは 19 件であり昨年度より増加し目標達成出来なかった。下々原因としては自己管理に関するインシデントが増えたこと、定期処方の確認や投薬の際に 0 レベルでの発見が増えたことがあげられる。6R が習慣化されてきていると評価した。自己管理については患者が自己管理できるとする評価の基準を明確にし確認方法を統一する必要があるので次年度の取り組みとする

4 令和 5 年度総括

スタッフ数の少ない中で業務を工夫し協力する体制が出来た。回復期リハビリテーション病棟の看護につて各自が考え退院に向けて ADL 拡大や内服薬の自己管理、家族への支援に取り組むことが出来た。

5 令和 6 年度課題

看護師個々の技術の向上

退院後の生活を視野においた生活の再構築を支援する

インシデント減少に取り組む

4 階東病棟

1 部署目標①

業務委員会

- ・看護業務の整理、改善に取り組む
- ・業務が安全かつ円滑に遂行でき、業務時間内に終了できる。

1 行動計画

- 1) EMR・EMR(午前/午後)のクリニカルパスの作成、外科疾患のクリニカルパスの見直し
- 2) 病棟の業務手順書の見直し、修正
- 3) 看護診断入力ダイナミックテンプレート作成
- 4) 外科病棟独自の観察項目のセットを作成

1 評価・実績

評価 3

- 1) クリニカルパス・指導書を作成し、運用開始している。
運用後の評価は実施していず、今後意見あれば見直しも検討していく。
- 2) 前期業務基準書の見直し・修正実施。後期時間外業務削減目的もあり一部業務基準を変更し対応。現行の業務内容について評価し、問題なければ再度修正する。
- 3) ダイナミックテンプレートの作成に至らず、年度内に作成、運用していく。
- 4) 外科病棟に特化した観察項目のセット展開に関しては、患者状態が多岐に渡るため現状のセットを土台に状態に応じた追加での対応とした。次年度の課題として、介入入力を簡略化できるよう介入項目の見直しを行っていく。

2 部署目標②

記録検討委員会

- ・看護記録の充実に取り組む
- ・看護計画の内容に沿い、患者が見える記録が記載できる
- ・実施された看護の内容が確実に記録に残せる

指標：カンファレンス内容の記載増加

「いつ、誰が、どう判断し、何を実施した結果どうだったのか」の正確性と妥当性、正誤性

ベッドサイドでの記録記載の推奨、反応、成果

記録監査における抜け・評価低下の減少

2 行動計画

- 1) 看護計画・看護介入・看護診断・目標の追加修正を受け持ち看護師が責任を持ち適宜追加修正するが、変更や追加修正を要した時点でその日の担当者が変更・修正を行うとする
- 2) 患者状況についてアセスメントを行い、目標設定・計画・実施・評価の過程を速やかに記録するため日々リーダーを中心にカンファレンスでの検討事項を「記録したか」などの声掛けを行うことや「いま記録しよう」と促し時間確保することで記録に残す支援を行う
- 3) 記録監査の内容を情報共有し参考にできる計画や記録の提示、工夫すべき内容や実践について病棟カンファレンスなどで共有・実践に向けていく
- 4) 記録における「抜け」がないようにスタッフ全員で声を掛け合い「記載なし」を減らしていく

2 評価・実績

評価：3

- 1) 中間評価以降、帳票出力忘れや期評価限切れに対する意識低迷あり日々の受け持ちもカンファレンス実施内容を記録に残せない場面があった。カンファレンス開催が記録に反映できるようタイムリーに記録できる時間を工夫する必要性あり。
- 2) スタッフ減少に伴いリーダーシップだけでは時間を確保することが出来ていないが定期カンファレンス日以外にも声をかけて受け持ち看護師が追加修正しているようになった。
- 3) 理想的な記録についての情報共有は実施できていないが記録監査でのフィードバック率は上昇しており個別性も前期に比べて行えてきている
- 4) 「抜け」に関しては最低限各勤務終了時に確認するよう表示、声掛けを実施しているがゼロになっていない。必要度などはお互いにフォローして入力出来ているため今後も効果的な方法を模索し課題としていく

3 部署目標③

固定チームナーシング委員会

- ・各々がチームで看護提供しやすいよう、固定チームナーシングが確立できる。
- 1) 固定チームを理解し、チーム間で統一した看護提供ができたと言えらる。
 - 2) リーダーを中心にチームカンファレンスが開催でき、診断へ反映できる。
 - 3) チームスタッフ各々が常に意見を出し合い、チーム間で働きやすいよう業務調整できる。

3 行動計画

- 1) 固定チームナーシングにおいての勉強会を開催し、理解を深める。
アンケートを作成し、開始前現状の理解度、連携状況を把握する。
半年後、1年後に同様のアンケートをとり、最終評価を行う。
- 2) リーダー教育をしながら固定チームナーシングを進め、カンファレンスを深めて統一した看護提供を実施していく。カンファレンス記録の統計をだし、評価する。
- 3) 固定チームリーダーを中心に意見交換しやすい環境を作る且つ話しやすいよう、個々に意見を聞き、チームスタッフ全員で働きやすい環境を作る。まずは実践し、都度修正をしながら進める。修正した部分においては、すぐにスタッフ間で統一できるよう、連絡をかかさず行う。最終アンケートにて、意見交換できたかを集計する。

3 評価・実績

評価：4

- 1) 看護師の勤務人数により、固定チームとしての活動が出来ない時もあったが、チーム内でのまとまりはできた。
開始時と年度末での「理解できている」人は33%、「だいたいできている」67%と同じ結果ではあったが、勉強会を通して理解できたというコメントもあり、勉強会での情報共有は年度開始時に振り返りもかねて行うのもよい。
「チーム看護できている」という実感は17→43%へ上昇しており、「チーム活動できている」においても、21→39%へ上昇している。
チーム別でみると、Aチームは「チーム看護できている」「チーム活動できている」が共に上昇しており、看護においては、0%だったものが、58%まで上昇している。
結果、固定チームとして動けていることが評価できている。
- 2) リーダーが中心となりカンファレンスを実施しており、リーダー看護師の指導によって、各々が意識して実施できていた。資料1をみると、病床利用率に対し、カンファレンス件数は減少することなく維持または増加しており、スタッフ教育ができ、リーダーが中心となって実施できていると評価する。
カンファレンスの必要性においても、全てのスタッフが「必要性である」と理解しており、積極的に開催できた。
- 3) 面接を利用し、スタッフが困っていること、言えないスタッフの意見も聞くことができた。その後声をよくかけることで、スタッフが意見を出してくれるようになった。
命令や提案だけでなく、スタッフがもつ疑問・不満に対し、改善策をスタッフへなげかけることで、各自がやってみよう精神で改善策を提案してくれていた。アンケートからも、意見交換できないと思っているスタッフは0%といわず、意見交換できていると思っているスタッフは96%となっている。今後も変わらずスタッフ全員で対策を考え実践していきたい。

4 部署目標④

継続看護委員会

- ・退院支援アセスメント用紙・退院支援計画書を活用し、円滑に退院支援が進められる。

4 行動計画

- 1) 退院支援アセスメント用紙と退院支援計画書の基準を周知する。
 - ・運用方法について提示、カンファレンスなど通して活用方法を周知していく。
- 2) 朝のカンファレンス時の際に、退院支援が必要な患者に計画書が作成されているかリーダーを中心に確認ができる。作成されていない場合は当日のうちに担当看護師に必要な情報を収集してもらい計画書を作成し、退院支援が必要な場合は地域連携室担当者へ連絡し情報提供をする。
- 3) 朝のカンファレンス実施時に患者の状態をみながら退院先について（患者・家族の意向を踏まえ）検討を意識して行ってもらえるようリーダーを中心に啓発していく。
- 4) 退院支援カンファレンスを実施した記録を残す事ができる。

<退院支援カンファレンス>の題名で看護記録をしてもらい、週 2 回<退院支援カンファレンス>が開催されているか毎月集計する。
- 5) 改訂版退院支援アセスメント用紙を使用して活用状況を把握し必要時修正をしていく。

4 評価・実績

評価：3

3 日以内のスクリーニングの実施や退院計画書の修正も退院支援カンファレンスの際に見直す事で修正ができています。しかし、整合性がとれていない部分もあり、最終的修正が戻ってくることも多いため、来年度は修正が少なくなるよう、自部署で作成した記載例などをより活用しながら作成してもらうようにしていく。退院支援計画書のサインに関しては面会制限もあり先に貰うこともあるが、カンファレンス後に作成・修正したものにサインをもらうように変更を実施している。今後の事、家族への意向など記録に記載してもらい、退院調整を円滑に行っているが<今後について>などの記載がなく、記録を探さなければならず、調整がどこまで進んでいるのかわかりづらい事がある。申し送りに、今後、家族の事について〇月〇日の記録参考と活用している事もあるため、来年度は方法について検討していく（継続委員の退院用紙の活用と合わせて）チェックリストを使用しているが、カンファレンス記録漏れや退院先の記録不足もあるため、退院時にチェックしてもらうよう周知中。チェックリストの効果的な使用についても課題が残る。チェックリストや計画書など活用して、早期の退院や介入ができるよう今後も実施していく。

5 部署目標⑤

安全対策委員会

- ・6Rと指差し呼称の監査したときの実施率が90%以上となる
- ・病棟内のインシデントに関するRCA分析を2例実施し、情報共有や対策を講じることができる
- ・せん妄など危険を予測し3b事例を起こさず安全に看護が実践できる。

5 行動計画

- 1) 6Rのテストや抜き打ちチェックの実施、指差し呼称への知識獲得と啓蒙の実施
- 2) アクシデントにつながるリスクがあったことや病棟内で多く発生しているインシデントのRCA分析を行う。
- 3) ICDSCの活用を継続的にを行い、せん妄リスク、危険度を予測でき、対策を講じられるよう実践する。

5 評価・実績

評価：3

6Rのテストは90%以上の合格率であり、スタッフに確認しても答えられており、6Rについての知識は普及しているといえる。指差し呼称に関するチェックでは%が低い現状がある。まだまだ指差ししていない状況はみられるが改善傾向にあるため勉強会も実施し、意識付けし、全員が普段から実施できるよう今後も継続的に啓蒙し、来年度のチェック時にはできている人が増えるようにする。

インシデントに関しては2件のRCAを実施した。3b事例もあり、しっかりと振り返りを行い、問題点や課題を明確にして対策を取り、今後も安全に留意した対応が実践的に行えるよう呼びかけるとともに指導していく。

せん妄リスクに関しての活動がなかなかできていなかったが何件かはせん妄対として数日間のICDSCの活用やリスクアセスメントを実践できていることもあった。患者が増え、危険行動に対する介入も増えてくることが考えられるため、転倒や転落だけではなく、3b事例につながるような早期に行動ができるようにしていく。

6 部署目標⑥

感染対策部会

- ・対象に合わせた感染防止策を実施し適切な看護を提供する
- ・前年度より手指消毒量が増加する
- ・病棟スタッフが感染経路別の対策を理解でき実践できる

6 行動計画

- 1) 感染源に対する予防策を理解できるよう前半、後半でテストを実施する
- 2) 手指消毒使用量を個々に入力してもらい毎月の使用量をグラフ化し意識してもらう
- 3) 休憩室での感染対策が行える

6 評価・実績

評価：4

- 1) ・7月・11月に病棟スタッフ全員に5つのタイミングのテストを実施することができた。
手指消毒の5つのタイミングが正答できたスタッフは比較的手指消毒を多く使用している傾向が見られた。
- 2) ・毎月の個人手指消毒使用量の入力を継続して行うことができた。
・年間の使用量は2月までのものとなっているが、総量は前年度よりは増量した(91550ml→118948ml)。
感染病床から一般病棟運用となり、患者数が増加したことで増量したと考えられる。
- 3) ・机のレイアウトの変更ができた。
・毎食前後に自分の使用する机の上はショードックでの清拭が継続できている。

7 部署目標⑦

教育委員会

- ・新人看護師を主な対象として、急変時の対応、循環器疾患の知識の獲得と向上、転倒転落予防のための医療機器の知識を獲得できる。
- ・一般病棟の本格的な再開に伴い、全年代の看護師がすぐに活用できる知識と技術が獲得できる。
- ・eラーニングを有効に活用できる。

7 行動計画

- 1) 5月～7月の早い段階で不整脈、急変時、転倒転落予防の勉強会を開催していく。
- 2) 若いスタッフへ勉強会の主催を依頼し、知識獲得・経験を得ることで自立したスタッフになれるように働きかける。
- 3) 勉強会開催前に該当する内容のeラーニングの聴講を実施していく。開催1ヶ月前に告知していく。

7 評価・実績

評価：3

- 1) 年度初めに行動計画通りの勉強会を実施することができたため、新人看護師を対象として、早急に獲得して欲しい知識を学ぶことができた。講師の予定にもよるが、疾患に関する勉強会は年度はじめよりある程度経過してから開催した方が知識を得られやすいため、次年度は日程調整を検討していく必要がある。
- 2) 若年スタッフ主体で勉強会を開催することで学習機会が得られたが、開催前の先輩看護師の助言が不十分な面もあり、不足している内容もあった。次年度は若年スタッフに任せきりにせず、開催前のチェックを徹底できるように対策していく。
- 3) eラーニングの聴講に関しては各々で視聴数に差が生じてしまい、有効に活用できていないスタッフが見受けられた。視聴数が多いスタッフは新人を除けば、最大で16動画を視聴しているスタッフもいるが、大半のスタッフが5動画前後のため、視聴数が増えるように啓蒙活動だけでなく、病棟の問題点を挙げ、チーム内で視聴を促す環境を作っていく。また年度の前半は視聴数が多かったが後半からほとんど視聴されないスタッフが多く、研修に参加しているため視聴数が増加しているスタッフがほとんどであった。年度の後半に啓蒙活動を強めていくなど工夫が必要と考える。

8 部署目標⑧

看護必要度委員会

- ・重症度、医療・看護必要度を正しく理解し、整合性のある入力年間通して実施できる

8 行動計画

- 1) 委員会で取り決めた回数でテストを実施し結果分析し、正答率の低い部分を個人的にフィードバックしていく。
 - 2) 新人教育後、実践を通じて理解を深めていく。月単位で評価し理解が困難な項目などをピックアップし適宜新人向けのテストなどを実施していく。
 - 3) 看護必要度記録監査を実施、評価結果を対象者にフィードバックしていく。
- ※上記行動計画以外においては、委員会メンバーと協働しながら基準・手順書の改訂を行った。改訂を行う前にスタッフに聞き取りながら基準・手順を作成したが、入力方法が数種類あり、スタッフそれぞれの入力に違いがあることが明らかとなった。次年度は基準・手順書が統一されることで、スタッフ個々での入力のばらつきをなくし、介入入力と必要度評価の整合性をしっかりとっていかねばならないことや夜勤帯においては確実に見直しをしていく習慣に繋がられるよう現教育を引き続き実践していく。

8 評価・実績

評価：4

1) 看護必要度委員会で決められた1回のテストを実施した。平均81点で合格者19/27名、合格率70%であった。全体で特に正答率の低かった問題についてはテスト後に全員にフィードバックを行った。その成果もあってか再試では全員の合格に繋げることができた。当該部署の傾向は、不合格者のうち4名は新人であり、最低得点60点も2名が新人であった。必要度自体に慣れていないことも影響していると考え、一番は知識の不足であるため、今後も学習の促しをし、知識獲得に向けていく必要がある。特にB項目においては実際の看護実践の場で、各項目を考えながら看護ケアができるよう継続した現場教育を実践していく。

2) 新人に対しては適宜現場教育を実践した。新人向けのテスト開催は実施できなかったが、日々の必要度評価において、誤って評価している項目などは説明を加えながらフィードバックし精度の向上に努めた。

3) 今年度は委員会の方針で監査実践前に精度の向上を目指した。委員会で挙がった落ちやすい部分などをカンファレンスやメールにて配信し精度の向上に努めた。監査については手順書を改訂し、3月の委員会までに必要度監査を実施していく方向で取り組み中。まだ部署として弱い部分もあるため、個々へのフィードバックや病棟全体では監査の視点で必要度入力ができるよう教育を継続していく。また日々の実践において誤った評価してしまっている項目などもまだある為、夜勤帯での見直し強化を図り、引き続き対象者にフィードバックし精度の向上に努めていく必要がある。

9 部署目標⑨

働きやすい職場環境づくりの推進

9 行動計画

- 1) 日々の多忙な業務の中でも、自分の時間を大切に過ごすことでリフレッシュしながら働き続けることができる
- 2) スタッフ同士がお互いを思いやり、認められることで仕事へのやりがいを見出すことができる
- 3) 全てスタッフが年休5日/年以上取得することができる

9 評価・実績

評価：3

流動的な感染状況による入院対象患者の変化や、多科が混在することによる業務の多忙さから、個々が仕事へのやりがいをもって働けるよう調整するところまでは至っていない。しかし、スタッフ間でリーダー看護師を中心に、自身が取り組みたい看護については固定チームの小グループ活動として具体的に目標設定し取り組み結果をだすことができた。これらがスタッフのやりがいにつながるよう、今後も継続していく。

勤務管理においては、代休消化を補償し、勤務体制を調整しワークライフバランスを意識した働き方に取り組んでいる。目標とした5日/年以上の取得は達成できた。

10 令和5年度総括

今年度は、コロナ感染患者の受け入れから一般患者の入院を受け入れに移行し、対象患者の変化に伴う様々な業務の変化があり、それに伴う業務内容の見直しが必要となった。適宜各目標に沿って取り組みは行えたが、医療安全に関しては、3b事例のインシデントの発生があり、改めて部署内での医療安全に意識の統一が必要であることが課題となった。固定チームの運用も含め、現状の職員で部署の状況にどのように対応していくか、スタッフ全員で対策を考え実践していきたい。

11 令和6年度課題

- ・固定チームナーシングの体制の見直し。
- ・医療安全に関する意識を高く持ち、危険を予測し3b事例を起こさず安全に看護が実践できる。
- ・スタッフそれぞれが看護観を明確に持ち業務に取り組める。

4階西病棟

1 部署目標①

部署目標（成果目標）：

1. 看護の質改善活動を推進する。

- 1) 看護業務の整理、再編に取り組む

固定チーム委員と協力し、業務の改善に取り組む。日勤業務について見直しをしていく。業務内容からの改善点を見出し、業務基準の修正を行う。

- 2) 固定チームナーシングの推進

- 4 西病棟の現状にあった固定チームナーシングが実践できる。

A チーム

- 1) 大切な人を安心して任せられる

- ①脳外科疾患の学習を行い、異常の早期発見のための観察ができる。

②病棟スタッフが正常・異常を理解し、早期に報告・連絡・相談ができる。

2) 患者の最善について考え行動できる

①ケースカンファレンスを通し日々の看護を振り返る中で、良い点と改善点を明確にできる

②患者の状態に合わせ、タイムリーに必要な看護を検討し実施できる

3) 安心安全な看護を提供する

①安全安楽な環境を整え、適切な看護を提供する

②患者周囲の環境を整えることで感染管理ができる

B チーム

4 階西病棟としての専門性のある知識をもち、安心・安全な看護を提供し、看護のやりがいを見出すことができる

1. 整形外科の専門性を踏まえた学習を通じて看護を深めていくことができる

2. 周術期における看護として、他部署と連携のとれた看護が提供できる

3) 看護実践が見える看護記録

1) 患者が見える看護記録を目指して、SOAP 記録の充実化を図ることができる。

看護記録の漏れが最小限となり、不要な記録は削除することで見やすい看護記録を目指すことができる。

1 行動計画

1-1)

6 月ごろまでに日勤業務の問題点について考える。

7~8 月ごろに問題に対し修正を行い、9 月ごろに評価をしていく。

中間評価後に修正が必要な業務については最終評価までに評価を行う。

1-2)

1) ①日々のリーダー役割が実践できる

時短勤務者、整形回診などあるため、朝のショートカンファレンスの時間調整を行う

リーダーへの業務分配の仕方についてリーダー会にて検討

② スタッフがやりがいをもって看護を行える

年に二回の面接を経て、メンバーの年間目標をチームリーダーが把握し、日々の看護に反映する

③ 小集団活動の推進

毎月のリーダー会にてお互いのチームの進捗を共有していく

A チーム

1) ・1~3 年目の看護師に脳血管疾患の基礎に関する勉強会を実施してもらう

・脳外 Dr に4 階西病棟に求める看護師としての役割を確認し、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師に勉強会を依頼し、病棟での看護師の役割について学ぶ。

・リハビリテーション科に何をしているか確認、看護師にしてほしいことなどを確認。

2) ・毎月のチーム会で1 名の患者を選定し、看護計画の内容を元に看護が効果的であったか（患者家族の反応、ADL の変化、覚醒状況の変化など）振り返る。

・カンファレンス当番の看護師が受け持っている患者についてケースカンファレンスをする

・リーダーがカンファレンス対象患者を選定して受け持ち患者を割り当てる。それぞれの看護師が目標を達成できるように教育的視点から患者を割り当てる。

3) ・5S 活動を実施

① ベッドサイドの整理整頓：物品を置く場所を決める、ショードックで清拭

② 持参薬・頓用薬・時間指定薬置き場を整理整頓

③ 必要な物品と不要な物品を仕分け整理する

④ ナースステーション内の環境整備：書類や札の整理（わかりやすいように）

⑤ チーム会で5S 活動効果（良い点と改善点）について意見を出し合う

B チーム

1. ①直達牽引について2 年目看護師が中心となり資料作成、勉強会をする。

②整形外科の疾患・治療・看護について勉強会を実施する。

2. ①5 月デスクカンファレンスを行い、振り返りの中で看護について考える。

②外来看護師と連携をとり、RARP 患者の術後尿漏れの対策について検討

し、パンフレットを作成し活用する。また、その評価をしていく。

1-3)

1) ①患者が見える看護記録を目指すため、患者のS データ情報の充実化を図るように、病棟スタッフへ周知する。（5 月）

②患者のS データ（主訴）から必要な看護を導き出し、個別性を踏まえた看護目標の立案や追加・修正が行えているか、また目標が達成されるアセスメント内容となっているかを定期的に確認する。（偶数月に監査者へSOAP 記録から患者が見える看護記録となっているかを確認する）

2) ①記録の漏れがないか毎月確認をして、漏れの記録に対して個々に啓蒙していく。

②不要な介入項目に関しては、受け持ち看護師が責任を持って削除していくように啓蒙を行う。

1 評価・実績

1-1)

日勤業務の見直しは、リーダーシップ実践研修受講者と協力し、介入を試みた。9月に開始し、意見を聞きながら評価し修正をおこない、現在午後の日勤業務を14時→13時30分・16時30分→16時からに変更を継続している。介入をしたことで、16時からの委員会参加者、時短勤務者の業務終了で人員が減少してからの日勤業務が、人員を確保しながら実施できるようになり、残されたスタッフの負担が軽減できた。

業務量調査を11/13-19に実施し、分析を行った結果チーム間での差が多くあることが明らかになった。このことを次年度更に分析につなげ、チーム間での協力と、スタッフへの負担が均一化もしくは、業務が調整できる環境を整える必要がある。

1) 固定チームについて実践が困難を極めることを感じており、リーダー看護師もメンバーと同様に受け持ち患者を持つての実践となっていた。何が問題なのかをPDPフレームを用いて分析、その結果、スタッフ全体が固定チームナーシングにおける理解ができていないため、理解の促進が必要であると判断した。その結果、12月に固定チームナーシングの勉強会を実施。また、その上でリーダーが受け持ちを持たずにリーダー業務ができるよう試みたが、リーダークラスの急な退職、休職があり、実践には至らなかった。新たな試みにて今後は日勤帯でも部屋持ちを実施することで、部屋に看護師がいる時間を長くして余計なナースコールの作動を防ぎつつ、看護に費やす時間の確保ができるような試みを導入していく。

A チーム

1) 脳梗塞患者の看護について担当チームを中心に実施した。新人看護師含め、日常業務の中で異常の早期発見に繋がることもあり知識の習得に貢献できたと考える。

2) 計画的にケースカンファレンスを開催することで統一した考えの中で診断評価や計画修正を行ってきた。現在は経験年数関係なく診断評価や計画修正を意識的にこなうことが出来てきているが、助言が必要なスタッフがいるためお互いに日々の受け持ち患者に対する問題意識を持ち情報共有していく必要がある。

3) 10月より環境チェックを実施。夜勤帯でのチェックであり、業務状況により実施出来ない日もあったが、環境整備が出来ていないスタッフへ返していくことで、深夜帯でのガーグルベイスンの片付けや日勤帯での荷物整理など減少傾向となった印象である。特にAチーム内での環境整備は比較的できていると評価でき、環境整備に対するスタッフ意識が高くなっていると言える。環境チェックは確実に実施できていないことから中止としたが、業務の中で病棟全体で意識的に環境整備が行えるよう継続していく必要がある。

B チーム

1. 年間通して整形外科の勉強会を実施できた。医師に依頼した部分もあるが、メンバーが自ら実施した勉強会もあり、専門職として身につけるべき知識の拡充に繋がったと思われる。

12月には近藤医師に整形外科患者を見る時のアセスメントの視点についての勉強会も実施してもらい、何を観察すべきなのか、病棟スタッフの理解がふかまったものとする。

2. ①5月12月にデスクカンファレンスを実施でき、終末期である患者さんとの関わりや実践した看護の振り返りを実施することができた。急性期病棟として、常に多忙を極める状況の中、実践した看護の振り返りができたのは、各自のやりがいや看護の見直しにつながったのではないかと考える。

②RARP患者の術後尿漏れの対策に関する取り組みとして、骨盤底筋体操の指導を外来から指導をしてもらい、入院患者もその体操の取り組みを知っていることで、よりスムーズな導入に繋げることができた。今後も取り組みを続けてもらうことで、外来看護師とも連携して指導をし、活動することで患者のケアに繋がっていきやすいように関わっていきたいと考える。

2 部署目標②

2. 地域包括ケアシステムの視点に立った看護を提供する

1) 院内看看連携の充実と在宅療養支援の推進

①退院支援計画書の運用を基準通りに行うと共に、順調な退院支援が進められるよう看護師・他職種間での情報共有の充実を図ることができる

②入院アセスメントシート運用開始し、より効果的に活用できるようスタッフの意見を聞き有効活用につなげられる

2 行動計画

①

1) 退院支援計画書の基準について、病棟カンファレンス内で基準の再確認を行う

2) 日々のカンファレンス内で退院支援計画書作成の有無と各患者の今後の方向性について話題に出す。計画書が必要な患者がいた場合、当日の受け持ち看護師が計画書を作成する

3) 家族来棟時、現在の患者の様子以外に必要なとされそうな支援についても情報提供する

4) で家族に伝えた内容と家族の反応について経過記録へ＜家族対応＞の題名で記録に残していく

5) 今後の予定や方向性について、誰がみても把握できるよう「申し送り」に記載する（入院時にその日の受け持ち看護師が入力しておく。随時追加・変更も行う）

②について

1) 入院アセスメントシートの基準の読み合わせを行う

2) 運用開始1か月後に運用についての意見を出してもらう

3) 2) で出された意見について委員会内で検討する

4) 委員会で検討・決定事項をカンファレンス等で周知しスムーズな運用としていく

2 評価・実績

退院支援計画書の運用について、運用方法の確認について再確認を行ったが、内容の整合性に不備があり訂正数の減少には至らなかった。来年度に向けて、退院支援計画書の具体的な内容の見本を提示しスタッフへの周知をはかることで、基準通りの運用に繋がるよう計画していこうと思う。

10月以降、スキャン依頼の未提出は0件との報告を受け、書類の提出先の周知は図れていると言える。しかし、内容に不備があるということは、退院支援に視点を向けた看護に繋がっていないことであるとも言え、再度患者の状態と家族状況を踏まえた上での計画書作成をしていく必要があると考える。また、家族対応を行っている場面は見受けられるが、家族の反応を看護記録に残されていることが殆どみられない。家族背景や受け入れ状況等の情報も早期退院支援には欠かせないため、家族とのやり取りについても今後の課題となる。

委員会の中で、修正後の入院アセスメントシートの活用を開始したが、実際右半分はあまり活用していないことでスタッフからの意見は特になく状況。病棟間の転棟において、入院アセスメントシートの効果的な運用方法についての意見を来年度確認していき、運用について委員会内で再検討出来たらよいと思う。

3 部署目標③

3. 安心安全な看護を提供する

1) 医療安全についての取り組みを強化する。

① 薬剤関連のインシデントが前年度46件であったため、30件以下とする。

② 転倒転落インシデントが前年度42件であったため、30件以下とし、3B事例を発生させない。

2) 感染防止対策を実践し適切な看護を提供する

① 患者のベッド周囲の環境を整え、同時に維持・管理を行う。

② スタンダードプリコーションを定着させ、患者とスタッフ双方における感染の危険を減少させる。

3 行動計画

1)

① ・6Rが確実にに行えているか年2回監査を実施する。(7月・10月・1月)

・投薬箱での配薬に落ちがなく、最終確認が100%行えるように指導をしていく。

・時間指定薬がある患者に看護介入が入っているか、月1回の監査を行い(15日前後)、介入が入っていない場合、その日の受け持ちに伝え介入を入れる。また、監査状況を病棟の勉強会で周知する。

・各チーム、インシデント0事例がでるよう、強化月間に合わせ指導をしていく。(7月・12月)

② ・転倒転落インシデント発生事案に対しRCA分析を行うことで、原因を明確にし、同様の事例に対し、適切な対応策をとる事ができる。

・昨年度もおこなった離床センサーの使用監査を全スタッフに実施し、正しい使用方法で装着できる。

2)

① ・手術翌日の不要な酸素流量計や吸引セットをしっかりと片付けていく。

・勤務終了時、患者に挨拶に行った際ベッド周囲を確認する習慣を、協力委員やプリセプターに直接伝え、啓蒙活動を強化していく。

・寝たきりの患者の体勢をしっかりと整えリネン類や体交枕なども整えていき次の勤務者がスムーズに業務に入れるよう配慮していく。

・尿取りパッドやオムツをラックや棚に収納しベッドサイドに置いたままにならないよう行動していく。

2)

② ・口腔ケアグッズをケース管理し口腔ケア後の歯ブラシやスポンジスワブの取り扱いに注意していく。

・一処置一手洗い、アイガード、マスク、ガウン着用を確実に実施していく。

・汚物処理室にポスターを掲示しスタッフ間で意識が定着出来るようにする。

・カンファレンスで根気よく啓蒙し続けていく。

①②共通

・5月中に実際のベッド周囲を写真に撮り6月のカンファレンスや勉強会でスタッフに伝えていく。

・eラーニングを聴講し再認識の強化に努める。8月中に聴講の状況を確認し、必要に応じて個々に指導していく。

・11月～12月に前期の取り組みが継続出来ているか評価していく。

・手指衛生について使用量が増加するよう、日々の業務の中でスタッフ間で共有し実施していく。

3 評価・実績

1)

① ・6Rの自己チェックでは、今回初めて自己チェックとなり自分自身を振り返るきっかけになったという意見が多く聞かれた。6Rチェックも監査の時だけでなく継続し日々実施できるように、今後も指導をしていく。

・投薬箱のチェックについては、最終確認はできているが、日勤の麻薬金庫のチェック漏れが多い傾向にある。手術が多く麻薬の取り扱いが多い当病棟の為、チェックをするリーダー看護師が時間に追われて確認作業ができなくならないようにスタッフ間の声かけをしっかりと行い、確認作業ができるようにしていく。

② ・転倒転落インシデントは4月から1月まで20件であった。目標の30件以下となり数値的な目標は達成できたと評価する。事象

レベルについては3b事例の発生はなかった。内訳としてレベル2が18件であり、転倒したが重傷に至らず経過できた。これは、患者の状態に合わせてリアルタイムに対策を変化させ転倒予防対策患者に合わせてられていると考え、急性期である当病棟では今後も継続させていく。

・転倒転落のRCAを実施した。患者の要因もあるが、看護師ができる対策もまだまだ多くあり、患者に安全な環境を提供するために、日々ミニカンファレンスなどを実施し、より患者に合わせた予防策を講じていきたい。

今年度重大インシデントが発生した。インシデントを通し病棟での振り返りの中で、患者と関わる全ての行為に責任があることの再確認をした。安全な療養環境を提供し、患者が安心して医療を受けられるためには、私達が1つ1つの看護ケアや業務をしっかりと確認し、異常を見逃さず関わるのが重要となることを深く学んだ。来年度、重大インシデントを起こさないために安全対策を徹底し取り組んでいく。

2)

①手術後の不要な物品の片付けは習慣化され定着できてきている。業務の最後に患者のベッドに行き挨拶と同時に不要な体交枕や不要なタオルなどは片付けられているが、リネンが整っていないことが多い。患者の荷物が多く収納出来ていないこともあるため、引き続き啓発が必要。取り組みの前半と比較すると意識は定着してきている。

②・歯ブラシやスポンジスワブの先端は清潔に管理できている。保管場所は床頭台やオーバーテーブル等、統一出来ていないこともあるが勤務の最期に最終チェックもする習慣を定着していきたい。

ポスターの作成は出来なかった。

・手指衛生については使用量のベスト3の名前と使用量を可視化し意識できるよう取り組んだ。引き続き、可視化で手指衛生をスタッフを意識し継続できるよう啓発していく。

4 部署目標④

4. 働き続けられる職場作りの推進

1) 働き改革への取り組み

・日々の多忙な業務中でも、自分の時間を大切に過ごすことでリフレッシュしながら働き続けることができる
・スタッフ同士がお互いを思いやり、認められることで仕事へのやりがいを見出すことができる
・時短看護師が時間で就業できるように配慮するとともに、病棟の状況より残務の依頼調整を行い、他日勤看護師への負担が最小限となる

2) 自己のキャリア開発に取り組む

・自身のキャリアについて考え、自己学習や研修に取り組むことができる
・e-ラーニングを活用し、自発的に学習を深められる

4 行動計画

4-1)

・勤務希望を毎月15日までに記載してもらい、希望を優先とした勤務表を作成する。
・毎月連休を1回以上とれるよう勤務表作成をする。
・多忙な中で、スタッフ同士が声をかけあい協力しあえるように、業務委員・固定チームナースング委員と協働し、メンバーシップ・リーダーシップがとれる病棟環境を整える。
・スタッフの頑張りに労いの言葉をかけること、また、負担なことなどへの解決に導けるように定期的に面接をおこなう
・時短看護師が時間で帰るように、業務分担の配慮を行うと共に、多忙な日には時短看護師にも協力を得て、お互いに業務を分担することで負担を最小限としていく。

4-2)

・ラダー表を活用し、自己の役割を踏まえた上で課題を明確化し、年間の行動計画を立て実践できるよう支援する
・e-ラーニングで受講できる項目の一覧を提示し、自己学習を進めるきっかけをつくる
・7月、10月、2月 e-ラーニングの視聴状況を確認し、カンファレンスや勉強会でスタッフに伝達する
・病棟内で課題となっている点についてアンケートをとり、多職種の協力も得ながら勉強会を計画し実施する

4 評価・実績

4-1)

・働き続けられる職場作りの推定として、自分の時間を大切に過ごせるように希望を優先的に勤務に組み込むことができた。
・勤務調整が必要な場面においては、協力を得ることもでき、それぞれスタッフがお互いに思いやりを持ち仕事を行っていた。メンバーシップ・リーダーシップをとり、お互いに協力し合う姿勢を、固定チームナースングで発揮できるように委員と協働を心がけたが、十分な時間がとることができなかった。スタッフが減る中、働き改革を推進するうえで、看護方式の検討は次年度の課題である。
・できたことへの承認をすることで、笑顔をみせることがあり、個々がやりがいや達成感をえられるように関わった。それでも退職するスタッフもいたが、それぞれの働きかたを支援しながら、働きつづけられる環境を整えていく必要がある。
・時短看護師が数名配置される中で、お互いに声を掛け合い、時間の調整を行い、多忙な業務の中では、時間外での業務に協力を得ることができた。

4-2)

・年度初めから、ラダー表を活用し年間計画を立案するよう啓蒙したことで、自己の役割を認識し、年間計画を立案することができ

た。

- ・e-ラーニングの受講に関しては、一覧を提示すること、視聴状況を自ら確認することで、活用状況がわかり、年間計画にe-ラーニングの視聴を挙げるスタッフもあり、前年度よりも視聴状況は若干あがった
- ・令和5年度 病棟勉強会計画のため、病棟における課題のアンケートを取った。また、師長・教育担当と随時話、必要に応じた勉強会を開催できた。

5 令和5年度総括

看護の質改善のため、看護業務の整理・再編、また、各チーム活動をおこなってきた。時短看護師・委員会活動などでタフスタッフが減る中で、共同業務の変更ができた。業務基準の変更に至らなかったことは次年度の課題である。固定チームナーシングの中で、各チームが問題に目を向け活動できた。各行動計画を修正しながら意識の変化にも繋がった。多忙な中で、患者の安全が最優先となるよう、意識改革と行動変容が必要である。

6 令和6年度課題

- ・重大な事案が生じたことに対し、個々が日々の看護・業務を振り返り、安全な看護が提供できるよう意識改革・業務改善を行う
- ・業務基準の見直し・作成
- ・個々がリーダーシップ・メンバーシップをとり、チームでフォローしながら看護実践ができるよう、業務改善をおこなう

5階東病棟

1 部署目標①

看護の質改善活動を推進する

1. 看護業務の整理・改善に取り組む
 - 1) 業務量調査の分析から抽出された課題に取り組み、評価できる
2. 看護記録の充実に取り組む
 - 1) 実践した看護を記録に残し、看護実践が見える看護記録ができる
3. 固定チームナーシングの推進
 - 1) ケースカンファレンスを開催し、個別性に合った看護目標・計画が行える
 - 2) ショートカンファレンス、ちょっとしたカンファレンスの充実を行い、記録に残すことができる

1 行動計画

- 1-1) ①昨年度末より開始している改善実施について1～2か月ごろに評価し、改善を行い改善につなげていく（PDCA サイクル）
- ②勉強会、カンファレンスを活用し、病棟全体で評価、修正を考えていく。
- ③改善実施していき、今年度の業務量調査と比較し評価していく
- 2-1) ①記録検討委員会、記録リーダー研修参加者と協力し、看護目標が個別性を持ち達成できるものとなっているか定期的に確認を行う。
 - ②SOAP 記録のアセスメントが目標達成に対するアセスメントとなっているか定期的に確認を行う。
 - ③記録検討委員や記録リーダー参加者だけでなく、日々の記録を見ていく中で記録や、目標の不足があった場合指摘できるような環境を作っていく
 - ④「サイン」「介入項目」の漏れがないように業務終了時に確認を行う習慣がつくように啓蒙を行って行く。師長が定期的に確認し、伝えていく
 - ⑤状態変化時や生活援助変化時に記録に残し、介入内容の変更が行えているか確認し、スタッフがお互いに声かけできる雰囲気を作っていく
- 3-1) ①固定チーム推進委員が中心となり、現在の固定チームのあり方について確認を行い、固定チームナーシングが機能していない部分を明確にし、固定チームナーシングが機能出来るように改善していく
- 3-2) ①チームカンファレンス、ケースカンファレンスがきちんと行えるような環境を作るため、時間、曜日などを検討し、内容が充実出来るように現状把握を行い、問題点を抽出し改善していく
- ②ケースカンファレンス開催数を確認し評価していく

1 評価・実績

看護の質改善のための業務改善については、昨年度2月より朝の業務とりかかりまで時間がかかってしまっているために、その後の業務が遅れてしまうという所に焦点をあて朝のカンファレンスを同時間に行い、採血や点滴合わせを手分けして実施することで、9:30にはラウンドに回れるようになり業務がスムーズに行えるようになっている。また、リーダーシップ実践の取り組みでケアの見直しでシャワーや介護浴などを積極的に取り入れたことでケアが分散し、共同業務が円滑に行えるようになった。改善が定着し午前中の検温やケアが円滑に行えるようになり、

業務がスムーズに行えるため、時間内に記録ができるようになり、業務量調査でも時間外の記録が減少している。今年度の業務量調査の結果も踏まえてより良い業務環境を整えるために次年度も取り組んでいく。

記録に関しては、内容に不備があった場合はその都度声掛けを行う事ができている。サインや介入もれに関しては、記録検討委員や看護必要度委員会の取り組みで日勤のリーダーだけでなく、夜勤の看護師が確認していくことを進め、サイン漏れや介入項目のもれはだいぶ減少している。リーダーや夜勤だけでなく、各自が確認をするという習慣もついてきているため、継続して行っていきたい。

固定チームナーシングについては、ケースカンファレンスは朝のカンファレンス時にカーデックスとカルテを開き、気になった患者について介入や計画をその場で確認している。記録に残せていない場合もあるが、時間を決めて行う事がなかなかできない中で、朝のカンファレンスで行う事で計画の修正や介入の追加などが行えている。今後も継続し、記録に残せるようにしていく。

部分休取得のために夕方帰宅した後の業務について、リーダーに負担がかかっている傾向がある。16 時以降の業務について検討が必要であるため、早急に検討行っていく。

2 部署目標②

地域包括ケアシステムの視点に立った看護を提供する

1. 院内看看連携の充実と在宅療養支援の推進

- 1) 面会制限が続くなかで、患者・家族の情報を共有でき、スムーズに退院支援が出来る
- 2) 早期より退院を視野に入れた行動ができ、他職種と共に退院調整ができる
- 3) 入退院を繰り返す疾患の患者の外来との連携が行えるように、継続看護連絡表の提出件数が増加する。(昨年 20 件)
- 4) 退院支援計画書の作成をきちんと行い退院支援加算に繋げられる

2 行動計画

1-1) ①患者の状況を家族の荷物受け渡し時を活用し定期的に伝えられる。1 週間来院がない場合は連絡を入れる。医師が連絡をしている場合も、家族に内容確認と共に、患者の状況が伝えられるように連絡を入れていく。

②看護師間で情報共有が出来るように家族に情報提供した内容や反応を記録に残す

1-2) ①患者のゴール、方向性が共有できるようにカンファレンスの充実を図る

②医師とのカンファレンスが定期的に行えるように、曜日・時間調整を行う

1-3) ①受け持ち患者の外来通院時外来看護師との共有が必要であると考えられるよう、カンファレンス時などに継続看護連絡表の必要性についても検討する

②入退院を繰り返す疾患の患者の外来との連携を行うために外来とのケースカンファレンスが行えるように調整する

1-4) ①退院支援計画書を入院 3 日以内に作成するように働きかけ、継続看護委員会と協力して未記入がないように確認していく

②退院支援計画書の記載もれがなく、患者の個性のある内容であるか確認していく

2 評価・実績

家族の荷物受け渡し時に患者の状況を伝えるようにしているが、業務が重なり対応が出来ない事があり、家族から状況がわからないと言われることがあった。出来ているときは記録にも残せていることもあるため、再度啓蒙を行い情報共有できるようにしていく。

朝のカンファレンス時にカーデックスを開き、今後の方向性や退院支援の進み具合などを共有する習慣がついてきている。医師とのカンファレンスは行っていないが、朝のカンファレンスであがったものに関して医師に確認したりしている。現状ではカンファレンスを行うにも医師が多く、定期的な開催は困難な状況である。できるだけ医師とのカンファレンスが行えるように方法、時間などを検討していく必要がある。

外来との共有のために外来に向けた継続看護連絡表は昨年度に比べ記載できている。これは、心不全指導後の評価を行うため記載し情報共有をしている。外来看護師も再診時に記録に残していただけているが、病棟看護師が再診時に記録の確認までは出来ていないスタッフもいるため、確認していく習慣ができるように声掛けやカレンダーの活用を行い、記録の確認を行っていければと思う。

3 部署目標③

安心安全な看護を提供する

1. チームで医療安全活動に取り組む

- 1) 内服インシデントが 70 件以下になる (昨年 84 件)
- 2) 転倒・転落インシデントが 30 件以下になる (昨年 43 件)
2. 対象に合わせた感染防止対策を実践し適切な看護を提供する
- 1) 手指衛生のタイミングがきちんと行える
- 2) 感染症に合わせた感染予防策がきちんと行え患者間の感染拡大を発生させない

3 行動計画

1-1) ①薬剤インシデントの多い臨時薬のセット時のインシデントが発生しないように 6R の徹底を行う

②病棟薬剤師との連携を密にし、薬剤師に確認、相談し専門的知識を得ることでインシデントを予防する

③インシデントの共有を行い、予防策に対して病棟全体で考えて行動していく

④ダブルチェックが基準通りに行えずにインシデントとなっているためダブルチェックがきちんと行えるように勉強会、テストを安全委員会と共に定期的に行う

⑤頻発している内容について RCA 分析を行い、原因を明確にして再発防止を行って行く

- 1-2) ①転倒・転落のアセスメントがきちんと行えるようにアセスメントの方法の勉強会を行う
- ②離床センサーの使用判断についてきちんとアセスメントできていないため勉強会開催
- ③離床センサーの正しい使用方法の習得
- ④安全用具が正しく使用されているか各勤務で確認する
- ⑤身体抑制カンファレンスが週1回必ず開催する
- 2-1) ①手指衛生のタイミングがきちんと行えるように啓蒙活動を行う。
- 2-2) ①患者接触前、物品接触後の手指衛生率が低いいため、勉強会で実際の場面を想定し確認していく
- ②手指衛生の実施タイミングを観察し、実施率を見ていく

3 評価・実績

薬剤のインシデントは2月までで81件と昨年度と同様に多かった。その中で指示の不履行や自己管理薬の過剰内服や開始日違いなどが多かった。内服自己管理の方法が理解できていないスタッフもいたため再度周知を行う。また、内服の自己管理チャートが作成してあったが、あることを知らないスタッフもいた。現在チャートの見直しを行っており、まだ使用までは至っていないため、次年度は使用・評価していく。

病棟のインシデントの原因は多岐にわたっているが、やはり6Rが出来ていないことが多い。原因を見ても指でなぞることをしていないことが多く、医療安全委員会のダブルチェック実施確認の結果を見ても指でなぞるや、声に出すが半分しかできていなかった。6Rの徹底ができるように声掛けや啓蒙活動が続けていく。

感染防止策は入院患者のインフルエンザ感染があったが、クラスターまでは発展しなかった。手指衛生のタイミングはやはり患者接触前、物品接触後が低かった。手指衛生のタイミングについては実践型の勉強会を行っていかれると思う。

転倒転落については2月までで44件であり、昨年度より多くなってしまった。レベルも3b事例が1件発生してしまい、3a事例が6件、2が37件であった。離床センサーの使用判断については勉強会やカンファレンスを行い以前よりアセスメント出来ている。しかし、離床センサーの電源入れ忘れや装着確認が出来ていなかったためにインシデント発生してしまっている。勉強会も1年に1回は行っているが、定期的に行い周知や技術習得していく必要がある。

多忙となると安全に対する配慮が低下してしまう傾向にあるが、多忙な時ほど安全に対するアンテナを張っていく必要があるため声掛けを行うとともに、安全文化を醸成していく必要がある。

4 部署目標④

働き続けられる職場作りの推進

- 1. 働き方改革への取り組み
 - 1) 有給休暇の取得日数が増加する
 - 2) 超過勤務が減少する
 - 3) お互いが思いやりできる職場作り
- 2. 自己のキャリア開発に取り組む

4 行動計画

- 1-1) ①有給休暇が計画的に取れるように協力しあえる環境作り
- 1-2) ①各スタッフのWLBが尊重出来るように超過勤務が減少できるように業務調整を行う
- 1-3) ①職場全体で助け合える環境ができるように、お互いに思いやれる心を持つ
- ②個人面接を行い、職場環境の悩みなどの改善を行う
- ③仕事に対する楽しさが感じられる事が何かは個人差があるため個々の能力に合った業務内容を考慮していく
- 2-①フォローアップ研修参加者には研修目的に沿って参加出来るようにフォローしていく
- ②個々の興味のある分野はなにか面接などを通して確認し、院内外の研修参加が出来るようにアドバイス、研修参加への協力を行う

4 評価・実績

有給休暇は全員5日以上取得できたが、計画的に有給を取得できたかといえば出来ていない。次年度は計画的に取得できるように業務の調整や勤務人数について関与していく必要がある。

超過勤務に関しては、正確な超過勤務の届が出来ていないと感じる。自己申請であるが、あまり申請に来ないが声をかけると申請してくることがあるため、超過勤務の申請について再度周知していく。昨年度よりは減少しているように感じる。

病棟スタッフはお互いが回りに気をかけ、思いやりのある職場になっていると思われる。人間関係も大きな問題なく職場環境としては

現状は良いと感じる。職場環境を良くして働きやすい職場を目指していく。

今年度は2月、3月に研修参加しているスタッフから研修で学んだこと、これからの課題などを発表してもらい、病棟でどんな研修を受けて課題は何かを共有することが出来た。次年度も継続していく。

個人面接はなかなかできずに終わってしまい、個人とゆっくり話をすることが出来ないスタッフもいた。年度末までにあまり自己主張してこないスタッフと話しをしていき、問題確認していけるようにする。

5 令和5年度総括

病棟目標に関して、業務改善は業務量調査の結果から抽出された問題に取り組み、午前中の業務がスムーズに行えるようになった。その分記録が出来ており、時間内の記録時間が2022年は3020分 2023年は4570分 時間外の記録時間が2022年は4110分であったが2023年は1400時間であった。調査時の病棟内の重症度や緊急入院などにより明確な時間ではないが、減少している。改善は定着しているため、今後も継続していく。今年度の業務量調査で、部分休取得のスタッフが帰った後の業務がリーダー任せになっている部分が大きいため、どのようにしていくのが課題となっている。

各チームの小集団活動についても記録については経過一覧の記載漏れは減少してきている。記録内容に関しては不十分な部分もあり、医師に急変時の記録での不備の指摘もあったため、記録内容や記載方法について学習し、看護が見える記録にしていきたい。朝のカンファレンス時にカードックスとカルテを開き、今後についてや、進捗状況などの確認をすることで早期から着手出来ている。継続看護についても、心不全指導を計画的に行い、外来受診時に退院後の様子を確認している。そのために外来への連絡表は昨年よりも増加している。今後も情報共有できるように意識して記載していく。

インシデントは減少せずに昨年度と同様に多く3b事例もあった。インシデント減少に向け対策を行っているが、啓蒙が不十分とも考えられるため、安全文化が醸成できるように考えていく。

病棟での若手育成のため、病棟でプリセプターにも目標、行動計画、振り返りを記載してもらうように途中からであるが行っている。プリセプターからもどう動けばよいのか確認できるため良かったという意見もあり、継続していきたい。

6 令和6年度課題

- ・業務改善の中で、夕方の業務について検討し、スムーズに業務が行えるようにしていく。
- ・記録内容を監査し、記録から看護が見えるようにしていく。
- ・薬剤のインシデントが減少するように対策を考え、対策がきちんとできるようにしていく

5階西病棟

1 部署目標①

看護の質改善活動を推進する

1. 看護業務の整理、再編に取り組む

- 1) 効果的かつ効率的に看護が提供できるよう業務実施体制の整備や定期的な見直しを行うことができる。
- 2) カンファレンスの開催方法の見直しを行い、効率的に実施でき内容の充実が図れる。
2. 「看護実践が見える」=看護記録の「質」向上が図れるよう、看護記録の充実を図り、継続した（退院支援）看護ができる。
3. 固定チームナースの推進

部署での課題に各チームで取り組むことが出来、固定チームナースの機能が果たされ質の高い看護の提供につなげられる。

1 行動計画

1. 看護業務の整理、再編に取り組む

- 1) -① 5月中に昨年度の業務に対するアンケートを参考に現状の把握をしていく。
- 1) -② 業務委員メンバーが中心となり、現在の業務内容を見直し、修正、実践していく。
- 2) -① 関係委員会などを中心に現在開催している週間のカンファレンスの開催日や開催方法などの見直しを行う。
- 2) -②週間予定表のカンファレンスの見直しをしていく。（カンファレンス開催日など）
- 2) -③ 看護の質の向上につながるよう、チーム会を活用しディスカッションや倫理カンファレンスを啓発していく。
- 2) -④有意義なカンファレンスができるよう、リーダーを中心に対象者の情報収集をカンファレンス前までに把握し、メンバーの情報不足を補いながら多職種と意見交換ができるよう調整していく。

2. 「看護実践が見える」=看護記録の「質」向上が図れるよう、看護記録の充実を図り、継続した（退院支援）看護ができる。

- 1) 記録検討委員中心に看護記録監査が実施できる。
 - ・ チーム内からチーム別で監査を行う
 - ・ 部署間記録監査を毎月行う。機械的監査は受け持ち看護師、質的監査は他部署間で行い、監査基準の見直しを行う。
 - ・ 改訂された看護記録監査基準及び記録監査表を全体に周知し、運用ができる。
 - ・ 監査基準に沿った記録監査を毎月行い、適切な看護記録を評価し、日々の看護実践における課題を振り返ることができる。
- 2) -①「看護実践が見える」看護記録の充実を図る
 - ・ 記録リーダー育成研修と連携し、部署単位での看護記録の学習会の企画・開催
 - ・ 早期に看護計画（個別性）を立案し記録内容の修正や追加を行い、看護実践が見える（退院支援）継続した看護ができるための記録に取り組む。
 - ・ 退院支援の進捗や看護実践が見える記録に取り組む。
 - ・ ケースカンファレンスを活用して個別性ある看護目標・計画・実践・評価をする。ショートカンファレンスや退院支援カードックス記録。
- 2) -②タイムリーに介入入力や看護記録を行う時間の調整を行う。

- ・ 業務時間の見直しを行い、業務内でタイムリーに看護記録が行える時間を持てる業務改善を実施する。
- 3)「サイン」「介入チェック」「看護必要度」の漏れがないように、次勤務帯担当スタッフや病棟師長が確認し伝達し意識を高めている。

3. 固定チームナーシングの推進

部署での課題に各チームで取り組むことが出来、固定チームナーシングの機能が果たされ質の高い看護の提供につながられる。

- ・ 固定チーム委員、各チームリーダー中心に固定チームナーシングの機能についてスタッフ全体で再認識し、役割意識を高めチーム活動を行う。

「A チーム」「B チーム」のチーム目標、年間計画をチームリーダー中心に実践し成果目標の達成を目指す。

1 評価・実績

1. 前年度のスタッフアンケートの意見を業務改善などには反映した。地域包括ケア病棟の役割に沿って患者受け入れや業務遂行が行われるよう適宜業務改善を行った。退職者など欠員による配置変更があったが、業務内容や配置状況の見直しを行い対応できた。

リーダーシップ実践研修担当者や記録リーダー育成研修者を中心にカンファレンスの開催日程や内容の検討変更、記録内容の変更などを行って時間短縮などに取り組み成果があった。

2. 記録検討委員中心に毎月の記録監査結果や日々経過一覧表の入力漏れ・必要度入力漏れなどに対して日勤リーダーが時間を決めて声掛け確認をすることや夜勤者が必要度確認などを行う、活動の啓発を行うことで記録漏れなどは減少している。内容に関しては毎週ケースカンファレンスを継続実施し内容も個性のあるものに変化している。心理社会的な記録が少ない事が課題である。

3. 各チーム年間計画に添って実践する事ができた。

【 A チーム 】

退院支援アセスメントシートの活用では転入後 1～2 週間で家族や患者から情報収集は個人差がありアセスメントシートへの情報が追加されていないことが多く、活用されていない状況であった。退院支援に必要な情報のため、それぞれ受け持ち看護師が意識して情報収集を行うように再度周知していく必要がある。連日アセスメントシートを開くため情報を追加するように受け持ち看護師に声かけをして意識してもらうように働きかけを追加し行っている。

連日ミニカンファレンスは実施し退院に向けての支援状況について話し合いはできていた。退院支援が遅延している患者の検討を年間 29 名行い、記録に残し支援することができた。チームの中で意識して行えるようになってきているため継続していく。看護診断の評価一覧表を使用し退院に向けて必要な看護診断の立案ができている確認・内容の精査はできていないことも多かった。チームで意識して今後は行っていくようにしていく。退院に必要な看護診断立案も日曜日に見直しを行うようにしている

5S 活動は月 1 回の環境チェック、カンファレンスとメール配信での啓蒙活動を毎月欠かさず実施する事ができた。毎月チェックを実施し呼びかけをしていくことで、徐々にオムツの補充不足などの整備不足は減少している。しかし、すべての項目が 0 となることはまだないため、継続した取り組みが必要と考える。

【 B チーム 】

フリーシートの使用方法の検討は、申し送りがスムーズになったり、日勤でイベントなどの情報共有がしやすくなった。転入・カンファレンス記録の簡素化は、記録時間の短縮につながった。せん妄・認知症看護についての勉強会・事例検討は、実施することが出来たが、ケースカンファレンスとして、次年度は、件数を増やすことで、看護の質の向上が出来るようにしていきたい。環境整備に関しては、A チーム、感染委員と協力して活動することができた。コロコロ・拭き掃除は、多忙になると出来ないときもあるため、次年度は出来る方法を検討していく。

2 部署目標②

地域包括ケアシステムの視点に立った看護を提供する

1. 院内看看連携の充実と在宅療養支援の推進

1) 円滑な退院支援に繋げられるように地域包括ケア病棟としての役割を遂行することができる。かつ、新型コロナウイルス感染症の新体制に応じた入院・転入調整に対応する。

2) 委員会の活動が病棟内で推進でき、退院支援の充実が図れる

3) 看護要約、退院支援カンファレンスの充実、退院前・退院後訪問の実施を行い、質の高い退院支援が提供できる

2 行動計画

1) -① 病床利用率平均 80%、②在宅復帰率 70%以上（眼科を除く）、③看護必要度 15%以上を目標に病床管理・地域連携といった他部署・他部門と連携しながら、早期退院支援を行うことができる。

1) -② 新型コロナウイルス感染症への院内の対応に応じ、病院機能が維持するための病床調整に病棟間で相互に連携協力することができる

2) -① 改訂版退院支援アセスメント用紙の運用状況・活用状況を把握し情報追加がない場合などは個人的に啓発する

2) -② 日々カードデックスを用いて退院支援カンファレンス（ちょっときてカンファレンス形式）を実施する

2) -③ 委員会の活動をスタッフに情報共有し統一した退院支援を行う

3) -① 退院後外来通院する患者さんの看護要約は全員作成し、記入内容も必要なものが記載できるように啓発していく

3) -② 必要時には退院前カンファレンスへの外来看護師の参加を検討し依頼していけるよう啓発する

-③ 退院前・退院後訪問を 1 事例以上実施できる

2 評価・実績

院内の病床利用状況などを鑑みて、また眼科入院予約の病床確保などの影響から病床利用率は60-80%越えと幅があり。平均病床利用率は70.8%であった。在宅復帰率は眼科入院や短期検査入院などを加えて目標値達成はできている状況。

院内の病床状況に合わせて短期入院や転入の調整は円滑に行う事ができた。

次年度は診療報酬改定によって大幅に要件の見直しが必要となるため対応できるようにしていきたい。

退院支援では退院支援アセスメント用紙のカンファレンス内容や今後の方針については情報追加できているが、身体機能、ADL 状況は情報追加ができていない。新しい退院支援アセスメント用紙に変更となっているが情報追加できていないため今後も個人的に啓発していく必要がある。

8:30-9:00 台の業務が多忙（透析への搬送や退院対応など）やスタッフ構成により9:00 までチームメンバー1 人といった日もあり毎朝カードックスを用いてのカンファレンスが難しい状況もあったが。時間設定を見直すなどして開催できるように工夫した。

退院支援一覧表の見直しや修正は行え退院支援一覧表を用い週2 回退院支援カンファレンスを行い、他職種と連携しながら退院支援を行うことができた。

退院前カンファレンス実施は16 名/年（外来看護師参加7 名）地域連携しながら情報共有し退院支援を行うことができた。

3 部署目標③

安心安全な看護を提供する

1. 安全な入院生活が送れる。

① 前年度の各個人の薬剤関連のインシデントレポートを振り返り、対策検討し与薬6R の遵守を行い薬剤関連のインシデントレポートの提出件数が個人で1 件以上/年減少できる

2. 勉強会の実施によりスタッフの専門的知識の習得・スキルの向上を図り、看護実践に活かすことが出来る。

3. 対象に合わせた感染防止対策を実践し適切な看護を提供する

1) 手指衛生が正しいタイミング・方法（特に3 つのタイミング強化：患者に触れる前・触れた後・物品に触れた後）で全員実践できる

2) 患者のベッド周辺、ナースステーションの環境整備を意識して実施できる

3 行動計画

1. 安全な入院生活が送れる。

① -1) せん妄評価ができ記録に残せる。DST 評価を実施アセスメントする

① -2) 離床センサー（転倒虫 センサーマット）の正しい使い方を理解する

① -3) 前年度の薬剤関連のインシデントレポートを各自振り返り対策検討し対策を実施する

① -4) 安全対策委員の決定事項に従う

2. スタッフの専門的知識の習得・スキルの向上を図り、看護実践に活かすことが出来る。

① 年間教育計画にフィジカルアセスメントの強化を図るための実践内容が立案できる。

② 学研ナーシングの視聴をスタッフに提示していく。

③ 随時課題を明確にし、急務を要する場合は勉強会内容の変更や時期の調整を行う。

④ スタッフの要望に合った勉強会内容を随時調整していく。（各委員会主催の勉強会など）

3. 対象に合わせた感染防止対策を実践し適切な看護を提供する

1) -1 手指消毒が3 つのタイミングで実施できているか、6 月、9 月、12 月に感染委員で全員確認する。

1) -2 5 つのタイミングを口頭にて5 月、11 月の2 回調査し、手指消毒のタイミングを意識してもらう。

2) -1 日々のリーダーが始業時、終業時にナースステーションの環境整備（中央のテーブル、処置台など）をするように声かけをしてもらう。

2) -2 患者のベッドの周辺の掃除（コロコロ、ベッド周辺の拭き）は感染委員でも周知していくが、日々のリーダーやフリーなどが声かけをしながら病床マップに掃除が終わった所がわかるように記載し、確実に行われていることを確認する。

2) -3 清潔/不潔な物品が同じ場所に置かれていないか週1 回確認する。（感染委員）口腔ケアのスポンジや歯ブラシが上向きに置かれているか、吸引のコップが置いたままになっていないか週1 回確認し、できていなければ個別指導していく。

2) -4 患者のベッド周囲の荷物を引き出しや棚にしまい、窓の所や床に物を置かないように感染委員で周知し、週1 回できているか確認する。

3 評価・実績

1.2. 9 月—2 月までに転倒予防ラウンドを4 人の患者に対し実施した。9 月1 日～2 月28 日までに転倒転落件数は15 件であった。前半では3b 事例が一件あった後半では0 件となっており重症に至ることはなかったが年間件数は31 件と目標件数（20 件）より増えており目標達成に至らなかった。

せん妄に対するスケール測定やケアの勉強会を行い知識を高めた。その後せん妄スケールも使用し判別・対策実施につなげている。認知症やせん妄患者が多い病棟の中でせん妄評価や対策の効果などアセスメントを継続していくとともに看護師一人一人の意識の向上と維持が今後の課題である。

薬剤関連のインシデントレポートは年間を通すと60 件と目標数値を下回った。指差しや指なぞりの実施出来ていない事が要因となっている報告がありまだ習慣になっていない事が課題である。

3. 手指消毒 5 つのタイミングの口頭調査は 7 月、11 月に実施し 90%以上正答できている。3 つのタイミングで実施できているか確認すると患者に触れる前と物品に触れた後で実施できていない人が多い傾向があった。病棟スタッフにも協力してもらったことで、それぞれ意識して行い、以前よりは 3 つのタイミングで手指消毒できるようになってきている。

患者のベッド周囲の कोरोロや拭き掃除は曜日ごとに分けて行い、毎朝申し送りの後にイの番に声かけを実施してもらっていることのできる日とできない日があるが以前よりは少しずつ意識して実施できるようにはなっている。現状他の業務に追われて環境整備が行えていない日が多いため意識して環境整備できるように日々啓発していく。

4 部署目標④

働き続けられる職場づくりの推進

1. 働き方改革への取り組み

- 1) 有給休暇の取得日数が増加する
- 2) 超過勤務時間の削減に努める（毎月の超過勤務時間状況を確認）
- 3) 患者、スタッフ、関わるすべての人に思いやりを持って接することができる

2. 自己のキャリア開発に取り組む

4 行動計画

1. 働き方改革への取り組み

- 1) -1 計画的に有給休暇を取得する体制への工夫
- 1) -2 お互い様の職場風土の醸成
- 2) -1 各自時間管理を意識できるような毎日の声掛け、啓蒙活動
- 2) -2 毎月の超過勤務時間状況を確認し、個人ではなくチームとして支援体制を強化し、時間外削減を目指す。
- 3) 常に相手を思いやり、相手の立場になって発言、行動できるよう全員で取り組む

2. 自己のキャリア開発に取り組む

- ・キャリア開発のための研修などに参加しやすいよう勤務の調整をする
- ・自己研鑽のため院内・外の研修に積極的に参加する
- ・学研 e ラーニングを活用する

4 評価・実績

1. コロナ感染症による特別休暇や退職者年休、5 月の連休や夏季休暇などもあり計画的に年休を取得する事はできなかった。しかし 1 年目の看護師が自立し始めた 9 月以降で夏休み期間が終えた後は計画的に 5 日/年以上の取得ができるよう調整を行え目標は達成できた。コロナ感染症の休暇などは今後もあり得るため、出来る限り月ごとの代休と夏季休暇などを取りつつも、年休を平均して取得できるよう勤務調整していきたい。日々の多忙な業務の中で休みはしっかり確保し身体的にも精神的にも働きやすい職場作りに努めていきたい。子供や自身の病気時などは勤務調整しながらお互い様風土があり協力しあって従事できていた。今後も不公平感や不満による風土が乱れないように風土作りには留意していきたい。リーダー実践研修担当者中心に記録やカンファレンスなどの開催方法の変更などに取り組みスタッフの意識の改革と超過勤務時間の削減に取り組み成果を出すことにつながった。

2. 教育委員会の啓発や勉強会での事前学習課題に取り入れる等により学研 e ラーニングは活用されていた。個々により活用状況が異なるため今後も啓発活動は継続し、知識技術の向上を図っていく。

4 令和 5 年度総括

固定チームでは退職者などによる配置変更に伴い、メンバー構成などの修正を行いながら、各チーム年間活動を進める事ができた。安全対策や感染予防は各委員を中心に取り組み目標達成できている。コロナ感染症による特別休暇や夏季休暇などにより年休取得が年間 5 日以上/人は達成できているものの十分に取得を進める事はできなかった。働き続けられる環境作りのためにも引き続き意識して調整していきたい。

5 令和 6 年度課題

安全対策感染対策は委員を中心に課題を引き継ぎ、実践継続していく

次年度 4 月診療報酬の改定に伴う業務内容の見直し、修正、改訂を行う

病院機能評価審査に向けてマニュアル見直しや整備を計画的に行う

年休を各自最低義務日数以上に取得できるよう毎月の中で調整していく（働き続けたい職場作りを目指す）