

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

ICUではデイリーカンファレンスの他、患者の状態変化・治療方針変更時に行ったカンファレンス内容を記録に残し情報共有に取り組んだ。CCUでは入室10日以上患者に拡大カンファレンスを検討し28件全症例に実施できた。PCCUではデスクカンファレンスを1件実施し、患者・家族との関わりを振り返った。DPCⅡ期間を超える患者もおり、今後はDPCⅡ期間を意識した早期の方針確認等のカンファレンス実施が課題である。感染対策では、COVID-19に関連し、PCR結果待ちの疑似症患者の緊急心臓カテーテル検査について、ICTと共に対策を考え、フローを作成することで対応の周知ができ、医師と協力して適切に対応できた。

2) 病院経営に参画する

病床利用率は年間平均でICU:71.5%(前年度72.8%)、CCU:77.5%(前年度78%)、PCCU:72.7%(前年度75.3%)であり、いずれも利用率は低下していた。しかし、PCCUでは、夜間緊急入院用に6床確保する必要があり、病床管理師長や後方支援病棟とも協力し、5~6床確保を維持でき、夜間の救急受け入れに取り組むことができた。病床利用率低下には、COVID-19の影響もあると考えられるが、引き続き病床利用率の目標値を意識し利用率の維持・向上に取り組んでいく。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

インシデント発生時、ICU・CCU・PCCU各々で院内手順を合わせて振り返りを行い、また要因分析や対策を考えた。類似したインシデント防止の為に、病棟全体でも共有していくことが課題である。

4) 専門職としての能力開発に努める

職場教育の充実では、部署ごとに特殊性や新人・転入者・若手看護師の教育目標を踏まえて、勉強会を計画に沿って進めることができた。新人の育成・支援では、3部署全体での教育チーム会で各部署の新人の状況を情報共有することで、夜勤導入のタイミングや遅出勤務の調整を話し合い例年よりも早く夜勤導入することができた。学会発表や認定看護師の講師派遣、他施設からの研修生受け入れも積極的に行った。

5) 看護の先輩として学生指導に携わる

統合実習のみの受け入れだったが、学生からの「実習指導者から適切な指導を受けることができた」の評価が5.0と平均より高評価であった。一貫した指導ができるように学生指導用の連絡ノートを活用し、情報共有することで継続した指導ができたためと考える。

2. 病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

看護単位	収容可能病床数 (床)	月平均		平均在院患者数 (人)	平均在院日数 (日)	病床利用率 (%)	病床稼働率 (%)	重症加算病床		集中治療室		死亡者数 (人)
		新入院患者数 (人)	退院患者数 (人)					病床数 (床)	稼働率 (%)	病床数 (床)	稼働率 (%)	
PCCU	20	80.2	34.4	14.5	7.7	72.7	78.4	12	71.0			10
ICU	6	7.5	1.7	4.3	28.5	71.5	72.4			6	72.5	19
CCU	4	13.2	1.6	3.1	12.8	77.5	78.8			4	78.9	7

3. 看護体制

表 2 令和 2 年度 看護体制

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)	夜勤体制(準:深)	夜勤体制(準:深)
73	固定チームナーシング	ICU 3:3	CCU 2:2	PCCU 3:3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 2 年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度 II (PCCU)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
基準を満たす患者の割合(%)	49.9	54.9	48.7	47.3	51.6	47.5	55.0	53.0	58.8	58.7	57.0	60.2	53.6

表 4 令和 2 年度 特定集中治療室 重症度、医療・看護必要度 (ICU・CCU)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
ICUの基準を満たす患者の割合(%)	95.5	95.8	96.8	95.9	94.0	96.0	94.5	94.7	92.2	85.0	92.5	89.0	93.5
CCUの基準を満たす患者の割合(%)	94.7	97.9	85.4	83.0	89.6	75.8	95.7	77.6	90.6	90.2	91.4	84.0	88.0

2) 部署データ

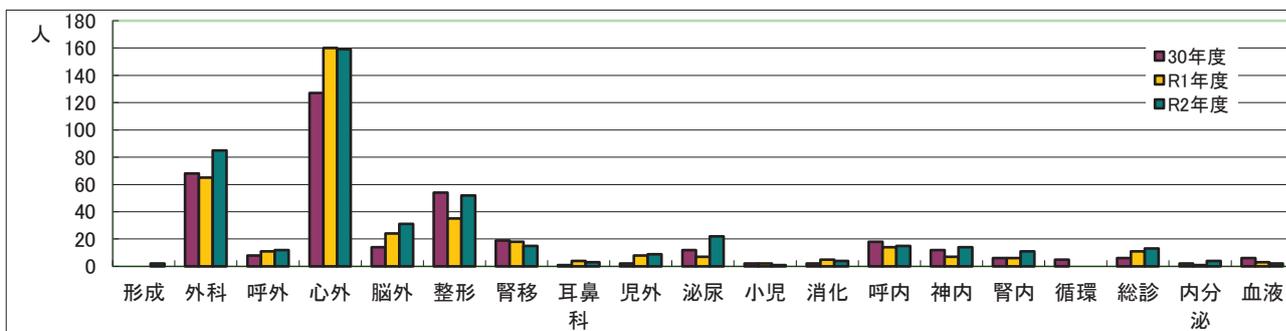


図1 ICU 診療科別入室患者数

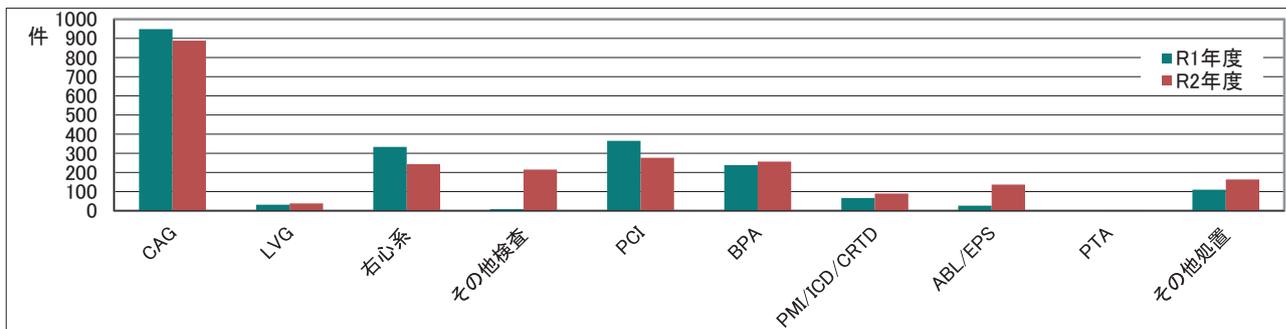


図 2 5 階カテーテル検査室 心臓カテーテル件数(検査及び治療・処置)

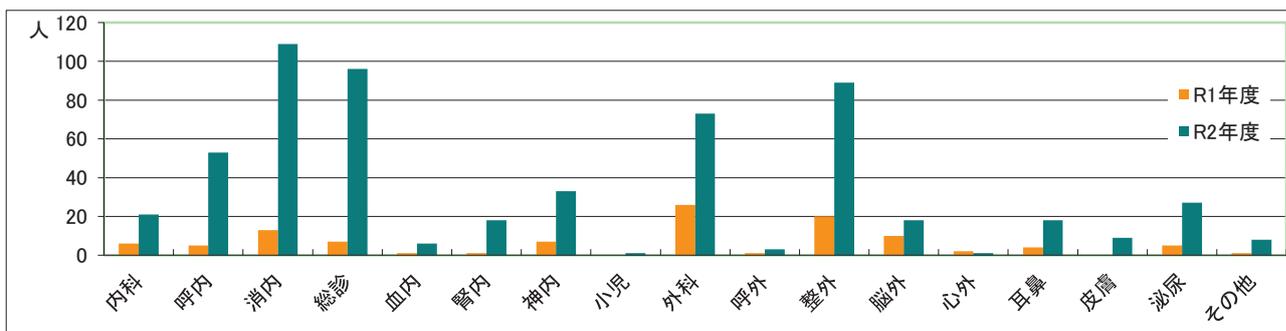


図 3 PCCU 夜間 他科救急患者診療科別入院患者数

5. 研究実績

1) 看護研究発表・研究会発表

- A) バルーン肺動脈形成術後の身体的活動と QOL の変化
谷川 侑加
日本循環器学会 2020 年 7 月 15 日
- B) ヒックマンカテーテルトラブルから見た効果的安患者指導
沖 陽花
第 5 回 日本肺高血圧・肺循環学会 学術集会 2020 年 9 月 26 日
- C) ICU日記がICU入室中の患者の記憶と精神状態に与える影響
佐々木 由衣
第 48 回日本集中治療医学会学術集会 2021 年 2 月 14 日
- D) ヒックマンカテーテルを長期留置できた患者背景から考える効果的な患者指導
村上 明華
第 85 回日本循環器学会学術集会 2021 年 3 月 7 日

1. 病棟の具体的な目標と評価

1)安全で質の高い看護を提供する

医療的ケア児の退院前後に 6B 病棟と共に患児宅を訪問し、医療機器の作動状況の確認、家の環境、リスクの有無等家族と共に考え、安全に在宅へ移行できるように支援をすることができた。看護記録の監査結果は後期、質的 93 点 量的 95 点で前期の質的 91 点 量的 95 点より上昇し、年間を通して 90 点以上を維持することはできたが、減点箇所があるため、見直し改善が必要である。

2)病院経営に参画する

NICU の稼働率は、月平均が 94.0%であり、目標は達成している。医療的ケア児が NICU から GCU へ転棟する時は、事前に受け持ち看護師を決め、カンファレンスにて情報共有し移動することができたため、継続看護に繋がり、又、家族の不安の軽減も図れたと評価する。鋼製小物の紛失は 0 件であったが、SPD シールの紛失率は、昨年の 2.4%を上回る 4.9%であった。外装を捨てる際、シールを剥したかのダブルチェックを行ったが改善していないため、紛失防止策を見直す必要がある。ママサポート回診では、回診の手順を見直し、ワークシートやメッセージを日々の受け持ち看護師が記入することでスタッフにママサポート回診の内容や意義が浸透した。メッセージカードを喜ぶ家族や搾乳量が維持、増加している母親もあり、効果は出ていると評価する。また、両親が撮影できるのは静止画像の写真のみであったが、祖父母、きょうだいの入室面会ができなくなったため、児の動きもみられる動画撮影の導入を開始した。トラブルもなく、家族の反応も良いため継続していく。

3)患者の視点に立った医療安全を推進する

今年度は、3b 以上のインシデントが 3 件発生した。SHELL 分析で振り返りを行い、病棟の手順を改訂した。又、発生が多いインシデントは調乳 44 件・薬剤 26 件・チューブ関連 37 件であり、確認不足によるものは全体の 88%であった。このことより、指差呼称の徹底ができていないと評価し、次年度の課題とする。今年度、感染予防、業務短縮のため、輸液ルートを 1 本化へ変更した。導入時には三方活栓の使用法等、業者による勉強会を開催し、使用方法を写真に撮りわかりやすく掲示した。今後もルートの選択や使用方法を統一していく必要がある。又、院内発症の MRSA が 9 件、ESBL が 4 件であった。手指消毒の使用量が減少したことなど感染対策に課題が残った。災害対策については、KYT を行い物品の場所を統一するなど対策を立てることができた。しかし、災害のシミュレーションを実施していないため次年度の課題とする。

4)専門職としての能力開発に努める

技術チェックリスト内の 1 年目で習得する必要な項目は NICU はほぼ達成できたが、GCU は経験の少ない項目があった。未経験の内容を全スタッフが把握できるように可視化し達成できるようにしていく。認定看護師 3 名で役割分担を行い、勉強会を開催した。又、院内の研修会の開催、インターンシップの内容検討、ザ・ジャーナルの原稿作成、リソースナースの活動内容・活動日の紹介など新たな取り組みを行い活動の充実を図ることができた。又、退院支援加算は 100%算定できており入院スクリーニングも手順を活用していくことで前期より不備内容が減少した。

5)看護の先輩として学生の指導に携わる

実習の目的の達成のため指導者を決め、対応する事が出来た。今年度は、見学実習のため児に触れることはできなかったが、NICU・GCU の看護師、臨床心理士や退院支援看護師からの説明により、新生児看護が学べたのではないかと考える。

6)活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

今年度は患者数の増加に伴い、ケアや記録にかかる時間が増えたため、超過勤務が月平均 1 名当たり、NICU 10.6 時間 GCU 9.2 時間と、昨年の NICU 3.1 時間、GCU 2 時間と比べ大幅に増加し

た。今後、勤務形態の変更や業務の見直しが必要であり次年度の課題である。

2. 病床運営状況

表 1 令和 2 年度 病床運営状況

看護単位	収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)	死亡者数 (人)
			新入院患者数(人)	退院患者数(人)					
NICU	18	新生児科 小児外科	16.7	0.9	16.9	58.5	94.0	94.1	2
GCU	32		0.3	3.5	8.8	140.0	27.6	27.9	0

3. 看護体制

表 2 令和 2 年度 看護体制(令和 2 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
62	PNS [®]	NICU 6:6 GCU 2:2

4. 看護統計

1) 部署データ

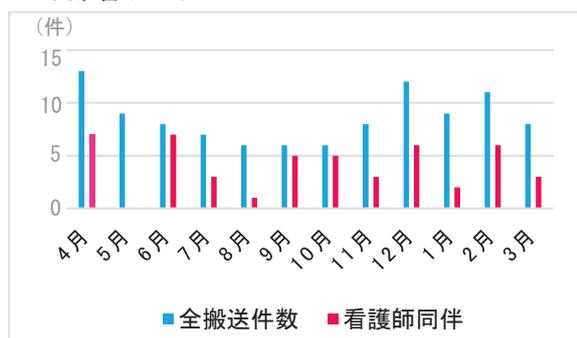


図 1 令和 2 年度新生児搬送件数

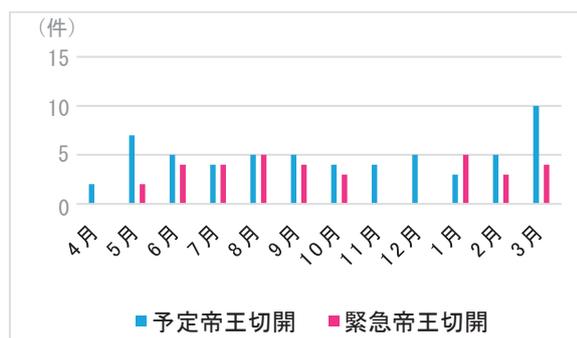


図 2 令和 2 年度帝王切開立ち合い件数

表 3 令和 2 年度 在胎週数別入院患児数

在胎 22~23 週(人)	在胎 24~27 週(人)	在胎 28~31 週(人)	在胎 32~35 週(人)
3	19	30	70

表 4 令和 2 年度 出生体重別患者数

超低出生体重児		極低出生体重児	低出生体重児	2500g 以上(人)
500g未満(人)	1000g 未満(人)	1000g~1499g(人)	1500g~2499g(人)	
1	26	27	101	84

6A 病棟

看護師長 常久 幸恵

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 総合周産期母子医療センターとして、安全で質の高い看護を提供する

今年度も病棟内で緊急時シミュレーション(大量出血、輸血、BLS)、NCPR の勉強会を実施し、産科緊急時の対応を実施できており、今後も継続する。

2) BFH 認定施設として、母乳育児 10 か条を遵守し母子にやさしい看護を提供する

今年度は新型コロナウイルス感染症のため、集団指導、育児サークルができず、外来の協力のもと個別指導に切り替えた。母親学級代替の DVD 作成に取り掛かったが、年度内の完成、運用に至らなかった。両親学級代替のパパへのテキストは完成し、外来で配布を開始した。次年度は DVD の完成、運用開始を計画し、評価を行う。さらに集団指導をWeb開催できるように働きかける。このような状況があり、またハイリスク妊産婦の増加がある中でも、今年度の母乳率は、正常新生児においては横ばいとなっており、質の高いケアを実践できていると評価する。令和3年度はBFHの認定継続のための評価申請があり、準備中である。

3) 健全な経営基盤の確立に参画する

他科診療科の受け入れを年間 327 件行ったが、目標の病床数、稼働率に達していない。今後は産後ケア入院などの取り組みを行い、有効な病床の活用を考える。

4) 患者の視点に立った医療安全を推進する

感染予防対策については新型コロナウイルス感染症の周産期マニュアルを作成し、物品の購入や設備の整備をした。また7月から疑似症患者、陽性患者の MFICU での受け入れ、陽性(疑似症含む)妊婦の帝王切開、時間外の外来対応などのシミュレーションを、自主的に毎月 1~2 回実施し、その都度、手順の作成・改定を行っている。またいつでも COVID-19 専用病棟に助産師を派遣できるように勤務表の調整を行い、体制を整えている。

2. 病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

看護単位	収容可能 病床数 (床)	診療科名	月平均		平均在院患者数 (人)
			新入院患者数 (人)	退院患者数 (人)	
6A	46	産婦人科・乳腺甲状腺外科	74.2	104.1	31.0
MFICU	6	産科	8.7	0.3	3.8

看護単位	平均在院 日数(日)	病床利用率 (%)	病床稼働率 (%)	重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人)
				病床数 (床)	稼働率 (%)	病床数 (床)	稼働率 (%)	
6A	10.6	67.3	74.8	2	58.9	4	93.2	3
MFICU	25.6	62.6	62.8					

3. 看護体制

表2 令和2年度 看護体制（令和2年4月1日現在）

看護単位	配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
6A	38	PNS [®]	3:3
MFICU	16		2:2

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表3 令和2年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
基準を満たす患者の割合(%)	28.9	29.2	38.3	38.3	26.7	21.9	33.3	41.7	37.6	36.4	30.8	36.5	33.3

2) 部署データ

表4 分娩・帝王切開・母体搬送件数の推移

	令和元年度	令和2年度
分娩件数	492件	440件
帝王切開件数(再掲)	172件	176件
緊急帝王切開件数(再掲)	102件	99件
母体搬送件数	112件	94件

表5 令和2年度家族指導等

(新型コロナウイルス感染防止のため開催は7~10月のみ)

	参加人数(実施回数)
母親学級	109人(14回/年)
両親学級	21組(7回/年)
わいわいサークル	0人(0回/年)

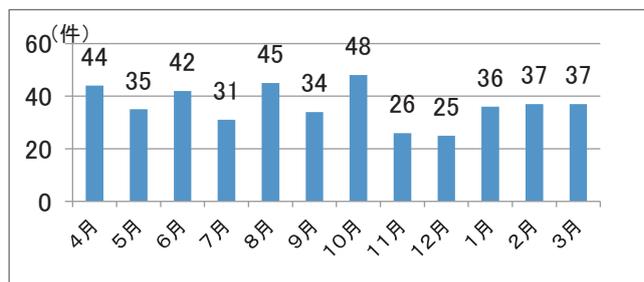


図1 令和2年度月別分娩数

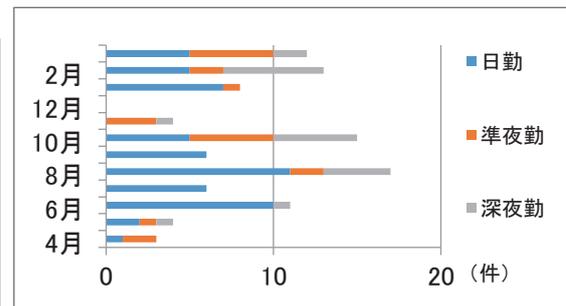


図2 令和2年度勤務帯別緊急帝王切開件数

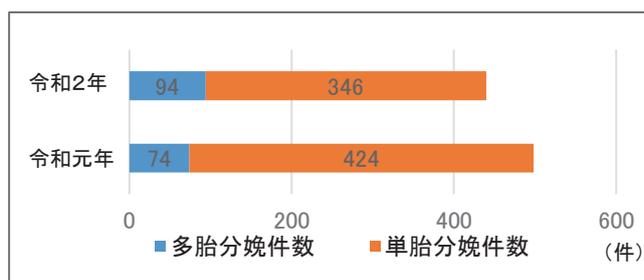


図3 多胎分娩・単胎分娩の件数

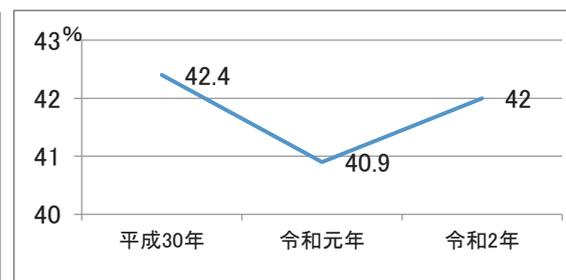


図4 高年齢出産率

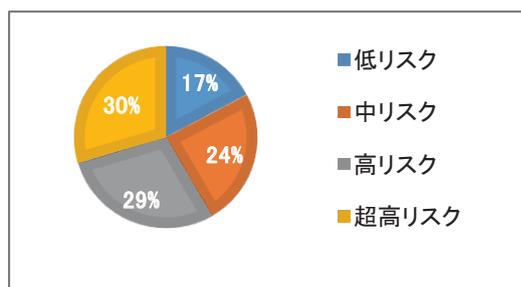


図5 令和2年度妊娠リスクスコア

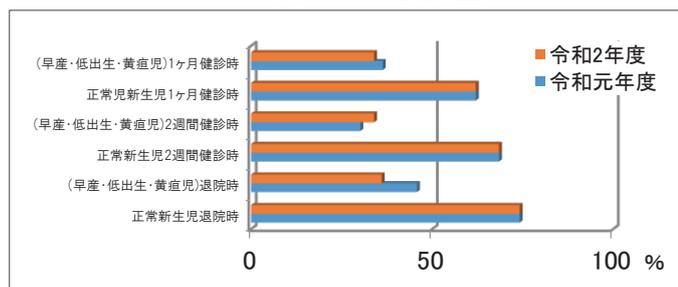


図6 正常新生児、早産児・低出生・黄疸時の母乳率

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

毎週、手順を読み合わせ看護技術の再確認を行った。また基準・手順委員会を中心に小児看護基準を2件作成した。昨年度の課題で、デスカンファレンスの開催ができていないことが挙げられた。そこで今年度は、がん専門看護師を招きデスカンファレンスを2件行い、グリーンケアを行った。デスカンファレンスに医師も参加し、治療方針の確認や医師の説明を家族が理解できているか確認することが必要であるなどの振り返りができた。そしてカンファレンスを通して、終末期患者の看護におけるエンゼルケアの理解を深めていくという課題を抽出することができた。5Bから6Bへの転棟前カンファレンスには10回参加し、ケアの継続を図ることができた。退院前訪問2件、退院後訪問2件実施し、それぞれ病棟看護師が1~2名参加した。退院前訪問では、家屋や自宅環境の確認ができ、指導につなげた。また退院後訪問では訪問看護師と同行し、加算取得を行うと共に、在宅への継続看護につなげた。来年度も退院前後訪問の症例があれば積極的に実施し、医療ケア児の看護の質向上に努めていく。

2) 病院経営に参画する

新型コロナウイルス感染症の影響もあり、1日平均患者数は27.0名(昨年度36.0名)、病床利用率は54.0%(昨年度72.1%)、病床稼働率は64.5%(昨年度86.5%)であった。そこで、効果的な人員配置の観点での支援は勿論、これをスタッフの成長につなげる経験の機会と考え支援計画を立てた。救急外来、処置センターの他、一般病棟への支援はスタッフにとって小児科以外の看護実践を行うことの自信につながったと考える。部署外に視野を広げることで他部署との連携の重要性に対する認識も高まったため、病棟看護師42名中39名が応援を実施した。来年度は外来や救急外来と連携を強化し、緊急入院の対応を速やかに行い、患者・家族の安心につながる体制を強化していきたい。

SPDラベルの紛失については、委員会を中心にどのような運用になっているのか見直し、9月以降、紛失は0となったが、物品が5つ紛失した。医師が棚から持っていくこともあるため医師への注意喚起を行う必要がある。来年度はラベルのみならず物品の管理を徹底していく。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

呼吸器関連のインシデントが5件あったため、チェック表などの作成を行った。チェック表を活用することで呼吸器関連のインシデントは発生しなかった。転倒転落は14件発生し、家族への指導を見直すことが課題として挙げられた。そこでパンフレットについて指導時期の見直しを行い、緊急入院2日目にも再度説明を行うことを追加し、パンフレットの内容も修正した。転倒転落の発生は10件(昨年度14件)と減少したが、今後もバンボやチャイルドチェアーの積極的な使用を促すことや家族の柵の上げ忘れを防げるような指導方法を見直していく。感染対策については、手洗い、手指衛生の徹底を図り、アウトブレイクは0であった。6S活動では、病棟内の機材庫・処置室の整理整頓を行い、環境整備を図った。

4) 専門職業人としての能力開発に努める

昨年度の課題で、専門的能力の育成のためには、1~2年目看護師を対象とした勉強会以外の対策も必要であることが挙げられた。そこで勉強会だけでなく、退院後の医療的ケア児のカンファレンス

を 11 件行い、地域連携室との強化やスタッフ間での情報共有を図り退院へつなげた。そうすることで実践の中で知識を深めると共に、チームの連携を促進することができた。来年度は医師やリハビリなどの他職種を交えたカンファレンスを行っていく。

5) 看護の先輩として学生の指導に携わる

学生指導の専任化を継続し、実習生の受け入れを行った。実習評価アンケートでも 4.2～4.8 点と高評価であった。しかし病棟の指導体制についての他者評価は導入しておらず、来年度は実習受入体制のアンケート調査を実習生に行い、指導体制の見直しを図っていく。また新たな学生指導者の育成を図っていくことが必要である。

6) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推奨する

時間外勤務時間は、事前命令・事後確認の徹底を行うことで年間 693 時間減少した。また副看護師長やベテラン看護師が率先して帰宅することで、業務が終了しているスタッフが帰宅しやすい雰囲気作りにもつながった。今年度より PNS を導入したがパートナーシップマインドの定着は図れておらず、改善が必要である。またリシャッフルも効果的に行えていないため、リシャッフルの時間、方法の改善を図る必要がある。

2. 病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数 (人)	退院患者数 (人)				
50	小児科・ 小児外科	154.7	159.3	27.0	5.2	54.0	64.5

重症加算病床		有料個室		死亡者数(人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
				3

3. 看護体制

表2 令和2年度 看護体制（令和2年4月1日現在）

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
48	PNS [®]	6:6

4. 看護統計

1) 部署データ

令和2年度診療点数 11,766.6 点(令和元年度 10,061.0 点)

令和2年度小児救急車ストップ時間:月平均 0.5 日

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

4 つの診療科別グループに分かれ、診療科毎の勉強会の企画やカンファレンスを行い、計画的に学べる機会を作った。新たに発足した脆弱性骨折チームでは、栄養状態や嚥下状態など話し合い、入院時から外来へ向けた継続的な治療を行えるように、医師、看護師、栄養士、作業療法士、理学療法士、薬剤師など多職種による合同カンファレンスを行っている。今後はチームメンバー以外の看護師もカンファレンスに参加し、更なる看護の質の向上に努めていきたい。

2) 病院経営に参画する

病床稼働率 97.5%(前年度 99.8%)、病床利用率 90.4%(前年度 93.4%)、平均在院日数 13.5 日(前年度 15 日)、特別室稼働率 101.2(前年度 98.2%)、重症者室稼働率 95.1%(前年度 96.0%)であり、大きな変化はなかった。重症度、医療・看護必要度は 37.3%と目標を達成した。SPD ラベルの紛失は 64 枚あり、紛失率の高いものは定数の見直しと箱単位での請求に変更し、開封済の物品管理場所を固定化した。また、看護用品や医療機器の定数を見直し、物品数だけでなく適切に物品が使用できるか確認できるようなチェックリストを作成したため、今後活用していく。

3) 患者の視点に立った医療安全・感染対策を推進する

インシデント総数は 291 件(前年度 334 件)で前年度より減少した。毎月テーマを決め ImSAFER を用いてインシデントカンファレンスを行った。また、せん妄患者や認知症患者に対して、毎日日勤帯で転倒転落カンファレンスを行い、抑制や離床センサーの必要性を話し合い、リスク感性の向上に努めた。療養上の世話では表皮剥離や水疱破綻によるものが 49 件と多く、発赤部やリスクの高い部位には貼付材や保湿剤を使用し予防に努めている。褥瘡予防に対しては体位変換枕を多種類購入し、部位別に使い分けを行っている。今後は MDRPU のリスクアセスメントも強化し、予防策を実施できるように取り組む。毎週日曜日に患者周囲の環境チェックを行っているが、術後不要な物品が残っていることが多く、安全・感染予防の観点から患者の療養環境調整を意識して行えるよう今後も取り組んでいく。

4) 専門職としての能力開発に努める

病棟勉強会を 20 回実施した。看護研究は 1 件継続中であり、次年度の発表予定である。院外研究発表はコロナ禍の影響で学会が中止となったため次年度発表予定となった。新人看護師の育成に関しては、実地指導者を中心に技術の伝達講習を行い、新人看護師主催で実地指導者と病態の勉強会を開催した。日々の実践の中ではグループ毎に指導し、新人指導に取り組んだ。学生指導に関しては、実習毎にファイルを作成し、実習目標の周知や学生に関する申し送りが円滑にできるように環境を整え、今後も継続し評価していく。

5) 活気のある職場、やる気の出る職場づくりを推進する

今年度より PNS[®]の残務補完体制を導入し、残務量を各勤務リーダーで共有し、次勤務者へ依頼するように取り組んだ。残務補完体制についてのアンケートを実施し、時間をかけずに残務内容が明確にできるように、残務表を修正した。しかし、超過勤務は 369.07 時間/月(前年度 290 時間/月)であり、超過勤務の削減には至っておらず、今後は業務内容自体の見直しを行い、超過勤務の削減に取り組む。夜勤帯に関しては、11 月より週末の夜勤から PNS[®]を導入し、2 月からは 4 人夜勤は PNS[®]で行っている。今後 3 人夜勤にも PNS が導入できるように取り組んでいく。

2. 病床運営状況

表 1 令和 2 年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数(人)	退院患者数(人)				
48	腎臓内科・腎移植外科 ・泌尿器科・整形外科	88.7	102.8	43.6	13.9	90.9	97.9

重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
4	94.7	6	101.6	15

看護体制

表 2 令和 2 年度 看護体制

配置人数(人)	看護方式	夜間体制(準:深夜)
37	PNS [®]	4:3

3. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 2 年度 一般病棟 重症度、医療看護必要度 II

基準を満たす患者の 割合(%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
		35.8	42.0	41.4	41.2	40.6	35.6	40.3	41.1	36.2	40.9	35.3	39.4

2) 部署データ

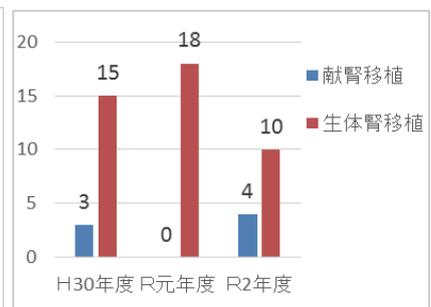
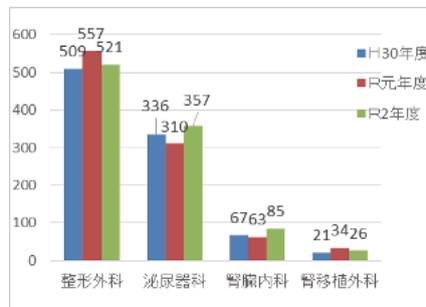
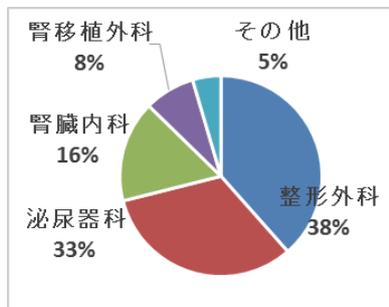


図 1. 診療科別入院患者比較

図 2. 診療科別手術件数

図 3. 腎臓移植手術件数

表 4 令和 2 年度 透析導入件数

透析導入件数(件)	血液透析	腹膜透析
	35	10

表 5 令和 2 年度 パス使用件数

パス使用件数(件)	泌尿器科	整形外科	腎臓内科	腎移植外科	その他	合計
	377	238	22	64	56	643

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

褥瘡発生は3件(全てd2)であり昨年度の27件を大幅に減少した。褥瘡予防ケアを実践できていたが、経験による個人差が課題である。

ストーマ患者は23名でOPから退院までの日数は平均すると33.86日であった。創感染、ADL低下、せん妄・認知症、術後イレウスによって長期化する傾向にあり、入院時のスクリーニング強化と早期の退院に対する取り組みが課題である。

2) 患者の視点に立った医療安全を推進する

DMAT担当看護師を中心に防災マニュアルを作成し、院内防災トレーニング後に病棟内でも防災トレーニング(机上)を開催できた。

インシデント報告では、転倒は21件(昨年度17件)で3b以上は発生しなかった。多くがせん妄患者の行動予測や対策の不備による転倒であった。インシデント件数上位である、薬剤に関すること:76件(昨年度40件)、ドレーン・チューブ類に関すること:38件(昨年度18件)とそれぞれ大幅に増加した。当事者経験年数で見ると1~2年目の看護師が圧倒的に多かったため、要因分析のうえ教育が必要である。

薬剤に関するインシデント76件のうち確認不足が67件であった。基本的な患者確認行為が定着できていない看護師への個人的指導が課題である。

3) 専門職としての能力開発に努める

院内クリニカルラダーに合わせた病棟教育プログラムを作成したので、使用しながら修正を行う。

1~5年目看護師を対象に、急変時の対応のシミュレーション勉強会を4回/年実施した。今後、急変対応に自信をつけるためにも、土日祝の救急外来当番(病棟担当)になれる看護師を増やしていく。

タイムリーな記録についての勉強会を行ったうえで、業務と同時に記録を行う。または、業務時間内で合間をみつけてこまめに記録するよう促した。アンケートでは、タイムリーに記録ができていると答えたのは29名中3人のみだが、パートナー同士の会話では、「先に記録を済ませよう」という声が業務中に聞かれ、記録を後に残さないという意識は高まってきていると考える。

4) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

PNS®に対する満足度が平均61.8点からリシャッフル導入後では平均68.2%まで上昇した。また、他チームと協力し補完できていると8割以上のスタッフが感じており、満足度上昇に繋がった。補完体制を推進するとともにパートナーシップマインドの育成が必要である。

超過勤務は昨年度と比較し約20%縮減できた。リシャッフル導入の成果もあるが、毎月スタッフから医師に協力してほしいことを募り、2か月に1回医長と話し合いをもって、協力が得られたことも影響している。

5) 病院運営・経営に参画する

SPDのラベル紛失は42件(昨年度40件)で、件数減少に至らなかった。SPDの仕組みや運用について新人への指導が不十分であったと考える。

重症度、医療・看護必要度においては、各月31%以上を余裕をもってキープできた。

2. 病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院 患者数(人)	退院 患者数(人)				
48	消化器内科 消化器外科	88.5	106.2	42.4	13.3	88.4	95.7

重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
3	92.9	7	99.3	29

3. 看護体制

表 2 令和 2 年度 看護体制(令和 2 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
35	PNS [®]	4:3

4. 看護統計

1)重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 2 年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

基準を満たす患者 の割合(%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
		39.8	43.8	37.5	37.7	41.3	40.6	40.7	39.2	46.5	40.3	43.6	40.7

2) 部署データ

- (1) 抗がん剤治療患者数 : 301(件/年)
- (2) パスの使用件数 : 600(件/年)
- (3) 褥瘡件数 : 持ち込み 11(件/年)
院内発生 24(件/年)

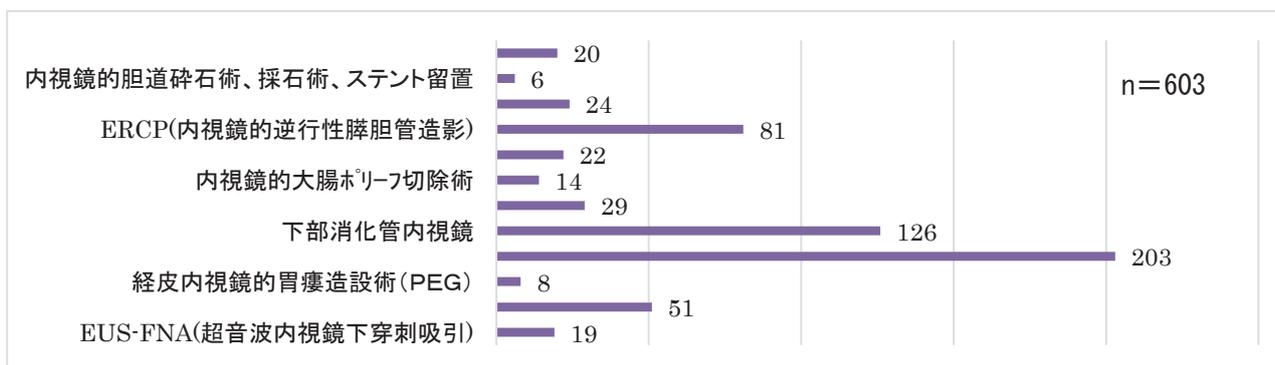


図1 令和 2 年度 年間内視鏡件数

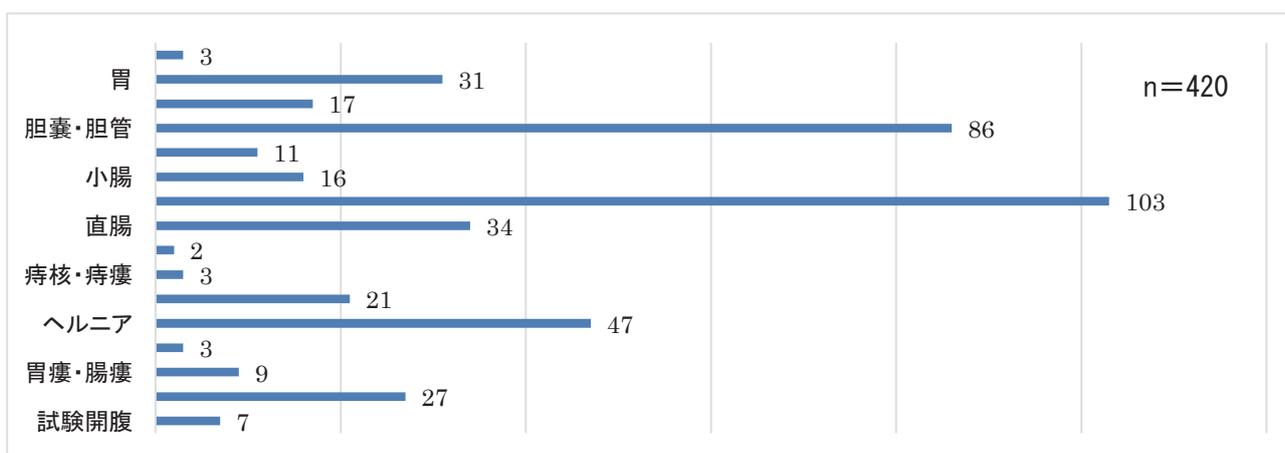


図 2 令和 2 年度 年間手術鏡件数

5. 研究実績

1) 看護研究発表・研究会発表

A) 術後患者における身体抑制適応の判断に影響する看護師の意識

高橋 彩菜

第 74 回 国立病院総合医学会

2020 年 10 月 17 日

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

前年度、人工呼吸器装着中の患者で MDRPU 発生があり、その事例検討から上がった改善策の定着に向けて実践に取り組んだ。改善策として、看護計画のタイムリーな修正や経過表の観察項目の修正、RST・WOCN などリソースナースの活用と情報共有を対策として挙げ、MDRPU 発生 0 を目指して日々看護に取り組んだ。人工呼吸器 (BIPAP・NHF) 装着患者は年間 (2020.4~2021.1) で 13 名、総計 64 日間の装着期間の看護を実践した。人工呼吸器装着に関連した MDRPU 発生はなく経過し、患者にとって安全・安心・安楽な看護の実践を病棟内で共有し提供することができた。

2) 病院経営に参画する

前期の集計・分析の結果から、薬剤廃棄の原因として、当日投与する薬剤のミキシング後の指示変更や中止によるものが最も多かった。そのため業務改善の視点からも指示受けからその処理までの業務の見直しを行った。改善前は、指示変更を確認した看護師が変更内容をプリントアウトし指定されている場所へ保管し、夜勤帯の看護師が返納処理を行っていた。変更指示の発生から、返納処理を行うまでに時間を要する状況であり、その間に返納する薬剤を誤って調剤したり、看護師が入れ替わり指示・薬剤処理が適切に行えていないために発生していると分析した。指示受けをしてすぐに対応できない場合や、薬剤を受領していない状況で返納処理ができていない場合は次勤務者に紙媒体を手渡し、指示変更と返納処理を依頼する取り決めを実施した。その改善策にて薬剤廃棄数は前年度の 2/3 に減少した。薬剤廃棄のしにくい業務への改善と、廃棄件数の減少に繋げることができた。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

前期の手指衛生が必要なタイミングについての監査から、実施が不十分なタイミングについて、ポスターの掲示と全体への周知を行い、手指擦過消毒剤の使用量は 1.5 回増加し、6.34 回となった。適切なタイミングでの手指衛生の実践となった。

4) 専門職として能力開発に努める

「新人看護師が直面する困難感と PNS における先輩看護師の支援方法」について、看護研究を行った。看護研究から得た結果を病棟内で発表し、研究結果の共有を行った。今後、研究成果を用いて病棟内でどのような調整をするか具体化し、PNS マインドの醸成や新人看護師の教育体制の整備に向けて取り組んでいく。

5) 活気ある職場、元気のある職場づくりを推進する

今年度、PNS マインドの醸成や補完業務の充実のため、業務分担の計画段階で「補完者」という役割を 1 名決め、取り組んだ。結果として合計 51 回の「補完者」を決め、補完業務の調整が行えたことで、補完者の役割をスタッフに理解してもらいきっかけとなった。PNS マインドの醸成やより質の高い PNS の実施に向けて、今後も取り組んでいく。

2. 病床運営状況

表 1 令和 2 年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数(人)	退院患者数(人)				
48	耳鼻科・眼科・ 総合診療 内科等混合	109.4	132.5	39.7	10.0	82.7	91.8

重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
3	99.1	5	101.0	30

3. 看護体制

表 2 令和 2 年度 看護体制 (令和 2 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
34	PNS [®]	4:3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 2 年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度 II

基準を満たす患者の 割合(%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
		31.4	31.3	25.5	33.1	31.7	32.9	35.3	33.5	35.4	40.4	30.6	33.8

2) 部署データ

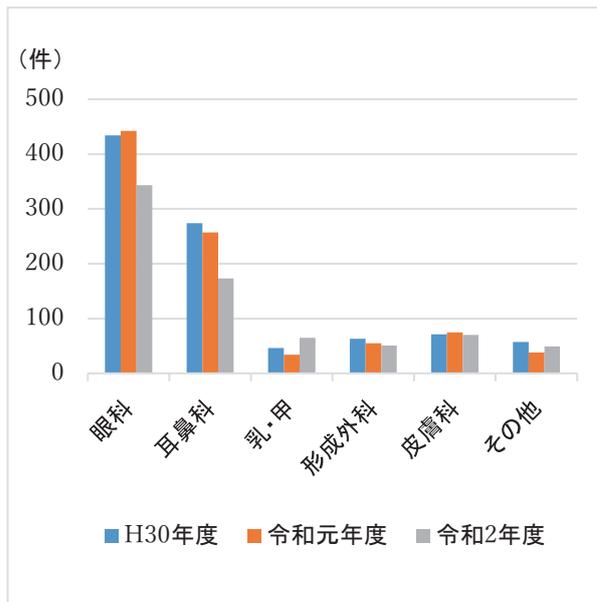


図 1 令和 2 年度 科別手術件数

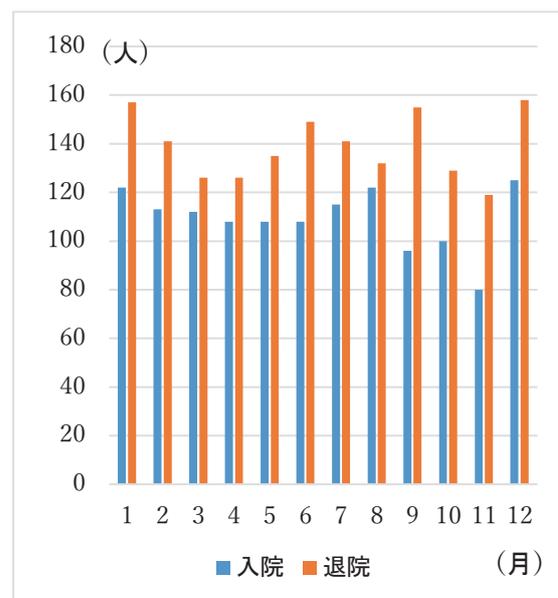


図 2 令和 2 年度 月別入退院数

5. 看護研究発表・研究会発表

- 1) 確実で再現性のある治療環境を整えるためのアセスメントシートの改定—アセスメントに有用な情報の精選—

坂本 彩

日本放射線看護学会第9回学術集会

2020年9月27日

- 2) 確実で再現性のある治療環境を整えるためのアセスメントシートの改定—効果的活用方法について—

坂本 彩

日本放射線看護学会第9回学術集会

2020年9月27日

1. 具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

令和2年度化学療法は4,162件、骨髄移植は8件、輸血療法は1,533件であった。レジメンごとの投与方法や注意点を資料にまとめ、活用することでインフュージョンリアクションに早急に対応することができた。骨髄移植は医師との移植前カンファレンスにて情報を共有し、統一した関わりをすることで、安全安心な移植看護が提供につながることができた。輸血療法は看護手順に沿った実施、観察を行い、副作用に対する早期対処ができ安全に実施することができた。

2) 病院運営・経営に参画する

病床運営状況は表1に示す通り、おおむね目標達成できた。また、クリーンエリア、無菌室には加算対象疾患の患者が優先的に入院できるよう病床調整し、加算取得を行うことで病院経営に参画することができた。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

当病棟において発生した主なインシデントは薬剤に関するものが65件(52%)、転倒・転落が26件(20%)であった。薬剤に関しては看護手順を遵守しなかったことによる配薬間違いが多発した。カンファレンスを行い、配薬準備環境の整備を行い、内服前後の確認、指差呼称しながらの準備等、看護手順に沿った内服管理、配薬準備をすることを徹底し、インシデントは前期より2%減少した。転倒・転落については、入院による筋力低下を想定してリハビリカンファレンスを行い、リハビリ介入を行ったが、転倒・転落件数は減少しなかった。血球減少期における対策だけでなく、病気からくる貧血状態、化学療法に随伴する食欲不振・倦怠感からくる筋力低下等を理解した転倒・転落予防に努めていくことが継続課題である。

4) 専門職としての能力開発に努める

骨髄移植についての能力向上のため、日本骨髄移植学会のクリニカルラダーを参考にチェックリストを作成した。医師、造血細胞移植学会研修修了者による講義を実施し、骨髄移植時に見学、見守りの下で実施と段階を踏んで経験することで、専門職としての能力開発につながっている。

5) 看護の先輩として学生の指導に携わる

CEを中心に血液内科特有の処置の見学、グリーフケアの臨床講義を実施した。CEだけでなく、日々の担当看護師が学生の実習計画や報告を受けて指導をし、患者ケアを学生と実施することで、病棟看護師全体で後輩育成を意識した関わりができた。

6) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

6月に「看護を語ろう月間」を実施し、看護のやりがいを感じられるようになったと前向きな発言が聞かれた。受け持ち患者を中心に担当することで、患者も受け持ち看護師を認識し、コミュニケーションの時間が増えたと感じている。また、PNS委員を中心にPNSマインドを身につけるため、勉強会を実施した。ペアでのコミュニケーションが増え、お互いを認め合うことで経験の浅い看護師たちにとっては自信につながっていると考える。また、デスクカンファレンスを実施し、スタッフ同士で思いを語りあうことで、看護のやりがいを感じるスタッフが増えた。

2. 病棟運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床利用率 (%)	病床稼働率 (%)
		新入院患者数(人)	退院患者数(人)				
48	血液内科 皮膚科 アレルギー科	65.3	62.5	43.6	20.8	90.8	95.1

重症加算病床		有料個室		無菌室		死亡者数 (人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
1	95.6	2	99.5	23	91.9	30

3. 看護体制

表2 令和2年度 看護体制 (令和2年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制:二交代制
33	PNS®	3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表3 令和2年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度 II

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
基準を満たす 患者の割合(%)	21.6	25.1	23.9	19.5	18.7	21.7	18.4	24.5	21.6	24.4	22.1	21.4	21.9

2) 部署データ

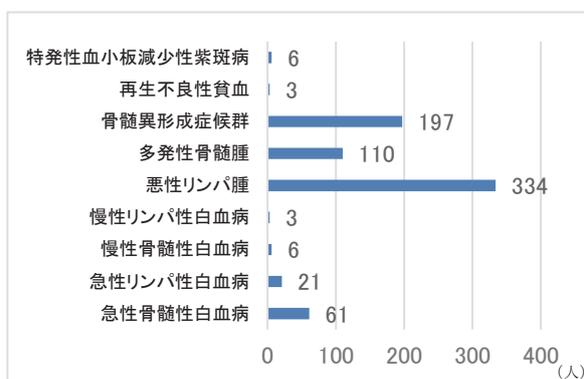


図1 令和2年度 主要疾患患者数

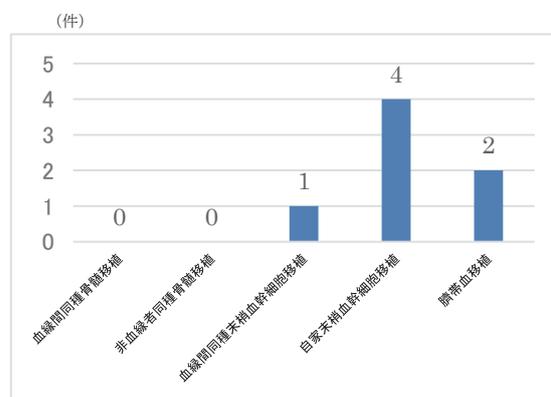


図2 令和2年度 移植種類と件数

表4 令和2年度 化学療法件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
化学療法件数 (件)	342	373	374	391	361	377	337	292	300	316	369	330	4,162

表5 令和2年度 輸血件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
輸血件数(件)	145	173	162	125	134	113	87	94	100	121	109	170	1,533

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を実践する

脳神経内科、脳神経外科グループを中心に毎月勉強会を開催した。脳卒中だけでなく、神経疾患と治療に関しても計画し、専門的知識・技術の習得が行え、症状の観察やアセスメント、術後のドレーンなどの管理に活かすことに繋がった。

2) 病院経営に参画する

病床利用率は 75.2% (前年度 81.6%)、平均在院日数 10.8 日 (前年度 11.6 日) であった。特別室稼働率は 88.8% (前年度 86.7%)、重症者室稼働率は 98.36% (前年度 93.2%) であった。前年度の病床利用率と診療科別の患者数などを分析した結果、整形外科と消化器系(消化器内科・外科)に対する取り組みを行うグループを立ち上げた。そのグループを中心に勉強会を開催し、スタッフの手術や検査の看護に対する不安を軽減することに取り組んだ。結果、他診療科の手術・検査入院を受け入れることで、患者数が減少している中でも、効果的に病床利用を行えた。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

(1) 4 月に転倒によるレベル 3b 事例が 2 件発生したが、その後はタイムリーかつ予防的にベッドサイドカンファレンスを活用し、複数人で患者の個別性に合わせた転倒予防策を検討しベッド周囲の環境調整を行ったことで、転倒によるレベル 3b 以上の発生を防止することができた。

(2) 確認不足によるインシデントは前年度インシデント総件数 187 件のうち 134 件で 71.6% であった。それを受け今年度は確認方法についての勉強会や、指差呼称の行動チェック、内服薬のチェック方法(準備時ダブルチェックと与薬時シングルチェック→シングルチェックを 2 回)を変更した。結果、インシデント総件数 176 件のうち確認不足によるものは 61.9% へ減少した。

(3) 褥瘡ハイリスク患者のスクリーニングとマットレスの選択、全身の皮膚の観察、体位変換を行っていたが、新規褥瘡 6 件、スキンテア 3 件、MDRPU は 1 件発生した。

4) 専門職としての能力開発に努める

実地指導者とプリセプターを中心に、部署内の年間教育計画に沿って新人看護師教育を行うことができた。看護技術と業務手順の習得状況はほぼ計画通りに実施でき、新人看護師の育成に繋がった。また、新人看護師の日々の言動をプリセプター、実地指導者、副看護師長、看護師長とで共有し、意図的に声をかける、話を聞く場を設けることなどでメンタルヘルスに取り組み、休職や離職防止が行えた。

5) 看護の先輩として学生指導に携わる

実習担当看護師が事前に教員と情報共有し、学生のレディネスを考慮した患者選定を継続した。それにより指導内容や方法を一緒に検討できており、学生のレディネスに合わせた指導に繋がっている。

6) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

計画的にリフレッシュ休暇を取得することができた。それ以外にも計画的に年休取得を行い、リフレッシュ休暇以外の年休取得は看護師で平均 7.71 日、看護補助者で平均 9.25 日であった。

2.病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数 (人)	退院患者数 (人)				
49	脳神経外科 脳神経内科	90.7	116.8	36.9	10.8	75.2	83.1
重症加算病床		有料個室		死亡者数(人)			
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)				
2	98.4	7	88.8	15			

3.看護体制

表2 令和2年度 看護体制(令和2年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
35	PNS [®]	4:3

4.看護統計

1)重症度、医療・看護必要度

表3 令和2年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

基準を満たす 患者の割合 (%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
		24.9	26.1	35.2	28.1	24.1	25.1	26.6	30.6	28.4	33.1	26.4	26.4

2)部署データ

表4 令和2年度 SCU 病床運営状況とt-PA 治療件数

SCU 入室患者数(人)	184
SCU 平均在室日数(日)	5.1
t-PA 投与総患者(件)	12

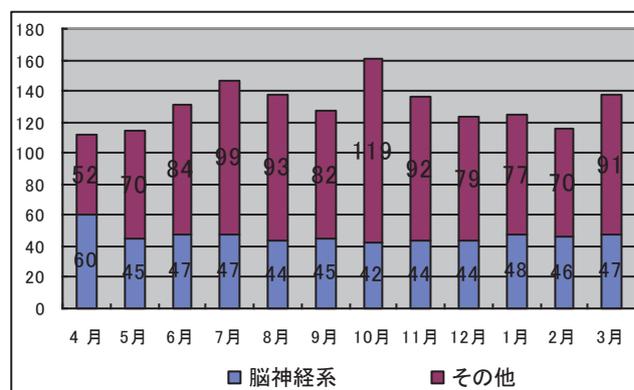


図1 令和2年度診療科別入院取扱件数

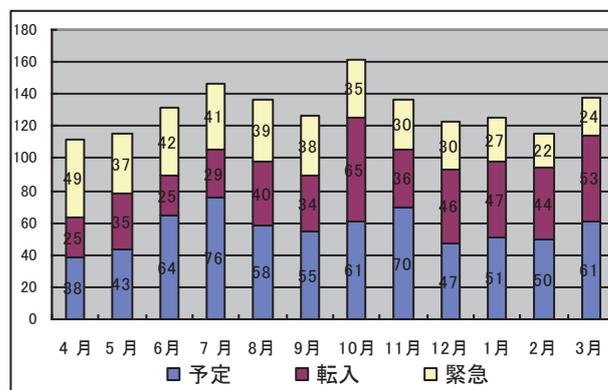


図2 令和2年度入院取扱件数

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

- (1) 指導パンフレットを個々の患者に合わせられるよう改訂した。今後は、使用回数を増やしていく。
- (2) デスカンファレンスをがん性疼痛認定看護師の参加で実施した。倫理的視点で多角的な振り返りとなり患者・家族の希望に沿う看護を考えられた。終末期看護に活かせるよう、デスカンファレンスを継続する。

2) 病院経営に参画する

- (1) 重症度、医療・看護必要度の監査結果をフィードバックすることで入力漏れが減少した。算定率は、ほぼ 30%以上で維持できており今後も定期的に監査を行い、評価の算定漏れをなくしていく。
- (2) 平均在院患者数は 0.2 人の増加、病床利用率は 0.4% 増加と微増であった。今後は医師の協力も得ながら、DPC II 期以内での退院調整を行いながら病床利用率の増加も目指す。
- (3) コスト漏れリストを作成し、ティスポリン、被覆材の漏れが減少した。今後は、死蔵品の正確な洗い出しを行い、減少させることが課題である。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

- (1) インシデント総件数は 178 件であり、昨年度と比較し 10 件増加していきたい。インシデント発生要因として、確認不足が 8% 増加していた。特に業務の煩雑さを理由とする不確実な確認行動が多かった。看護業務の見直しを行い、確実な確認行動がとれるよう環境を整えていくことが課題である。
- (2) 新規感染症の発生はなかった。針刺し事例は、前期に 1 件、後期に 2 件あった。下膳した盆にインスリン注射の針が置かれており、対応看護師が刺傷していた事例が 2 件あった。インスリン自己注射時の注意点に関し患者指導の徹底を図り、事故防止に務める。

4) 専門職として能力開発に努める

- (1) 新人看護師教育は、病棟のプログラムに沿い、ベトナムで技術や知識を伝達した。成長に合わせ受け持ち患者数を調整するなど個別性のある育成に努め、新人の離職はなかった。個々に合わせた教育で能力開発に務める。
- (2) 経験年数 6 年目以上のスタッフに対しラダー上位申請の支援ができず、申請が進まなかった。各スタッフが主体的に研修に参加できるよう支援し、上位ラダーを目指せるようにする。
- (3) 新型コロナウイルス感染症の影響で研修への参加が減少した。オンライン等での参加の促進が必要と考える。心不全療養指導士の資格が 1 名取得できた。

5) 看護の先輩として学生指導に携わる

- (1) 看護師の態度が影響し、学生評価が低下していた。結果を元に実習環境の改善に努める。

6) 活気ある職場、元気の出る職場作りを推進する

- (1) 残務を依頼する役割を作り、リジャッパル用紙の見直し、情報収集の方法の変更を行ったが超過勤務の削減に至らなかった。今後は看護記録の見直しも行き、超過勤務の削減に繋げていく。
- (2) リフレッシュ休暇は計画通りに取得できた。年休取得は一人平均 5.5 日であった。年間計画を立て患者数の推移を確認し、取得推進に努める。
- (3) 超過勤務は、後期がひと月に 2.3 時間増加した。勤務形態の見直しを視野に入れ、状況改善に務める。

2. 病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数(人)	退院患者数(人)				
48	循環器内科 心臓血管外科 内分泌代謝内科	104.7	130.0	37.1	9.6	77.4	86.3

重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
3	72.3	7	83.1	7

3. 看護体制

表2 令和2年度 看護体制(令和2年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準・深)
38	PNS [®]	4:3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表3 令和2年年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

基準を満たす 患者の割合(%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
		29.9	35.6	36.0	33.0	38.1	42.8	40.8	33.2	38.2	38.6	33.4	36.3

2) 部署データ

表4 心臓カテーテル検査・治療実施状況

	CAG・LVG	PCI・EVT	SG・PAG	BPA
実施件数(件)	522	215	447	165
対前年度 比較	47%減	52%減	25%減	33%減

表5 心臓血管外科手術実施状況

	開心術	大血管系手術	その他手術
実施件数(件)	110	39	111
対前年度 比較	8.9%増	27.8%減	13.2%増

表6 個人・集団指導実施状況

フットケア実施件数		糖尿病教室参加者数	心臓リハビリ実施件数
入院患者実施者数	外来患者実施者数		
0人	26人	19人	5,877件/年 (新規患者 1,319人)

* 糖尿病教室は新型コロナウイルス感染症の影響により4月20日以降中止

表7 講演会・講義・研修会等

エキスパートナースコース(糖尿病看護)研修会実施	令和2年2月～7月
実地指導者研修会講義 :インスリンについて	令和2年5月22日
看護学校講義 基礎看護Ⅰ「内分泌・代謝疾患看護」	令和3年1月28日、2月18日、25日

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

年間 1,000 件以上の手術があるため、医師による勉強会も含め病棟勉強会を 18 回開催した。整形外科疾患、手術の知識を深め看護に繋げるように努めた。年間計画以外でも入院患者の状況にあった勉強会を開催することで、牽引など初めて担当する看護師でも統一した看護が行うことができた。ナーシングスキルの視聴を促し、知識、技術の向上に努め、看護の質を維持し、安全な看護を提供した。

2) 病院の運営・経営に参画する

平均患者数 45.6 人、病床利用率 95.0%、病床稼働率 100.2%となっている。病床稼働率は 100%を超えており、有効な病床運営をすることができた。

SPD カードの紛失やコスト漏れは、ポスター掲示や相談会で注意喚起を行った。その結果、前期に比べ後期には SPD カードの紛失やコスト漏れが減少した。重症度、医療・看護必要度の評価基準該当患者割合は 50%以上となっている。入力漏れの確認を行い日々の評価は入力されている。排尿自立支援加算、認知症ケア加算、退院支援加算は、担当者が指導し、算定漏れ防止に努めた。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

インシデントカンファレンスで事例分析を行い、再発予防の対策を立てている。しかし、対策の徹底ができていないこともあるため、安全な看護が提供できるよう努めている。PPE 着脱確認を全スタッフに実施した。正しくできていない場合には、指導を行い、全員が正しく着脱できるようになった。今後も正しく PPE 着脱ができていないか確認し、標準予防策の徹底、感染防止に努めていく。

4) 専門職としての能力開発に努める

フレッシュパートナー会を開催し、パートナー、看護師長、副看護師長で新人看護師の成長を確認・共有した。看護研究を 2 題取り組み、1 題は院内発表、1 題は日本股関節学会に Web 発表を行うことができた。今回の研究で自己リハビリの有効性が確認できたため、今後患者指導に活用する。

5) 看護の先輩として学生指導に携わる

学生ノートを作成し、指導した内容が継続できるように努めた。CE が不在となる日は、学生についての情報を看護師に伝えることで指導が統一できた。

6) 活気ある職場、元気の出る職場作りを推進する

超過勤務時間は前年度に比べ月平均 8 時間増加している。ペアの再編成を開始し、ペア間でコミュニケーションをとり業務調整を行っている。再編成開始後の評価を行い、超過勤務の削減にもつなげていきたい。

2. 病床運営状況

表 1 令和 2 年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数(人)	退院患者数(人)				
48	整形外科	82.1	80.9	45.6	17.0	95.1	100.6

重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
3	97.0	7	103.7	4

3. 看護体制

表 2 令和 2 年度 看護体制(令和 2 年 4 月 1 日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
32	PNS [®]	3:3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表 3 令和 2 年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

基準を満たす患者 の割合(%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
		57.9	57.7	59.2	59.7	59.7	58.5	65.0	68.3	63.8	51.5	60.1	62.7

2) 部署データ

(1) 令和 2 年度 クリニカルパス使用件数 1,117 件

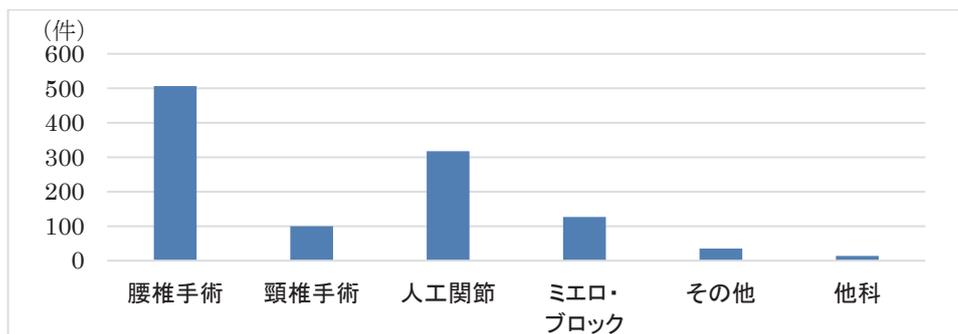


図 1 令和 2 年度 クリニカルパス使用件数

(2) 令和 2 年度 手術件数 1,063 件

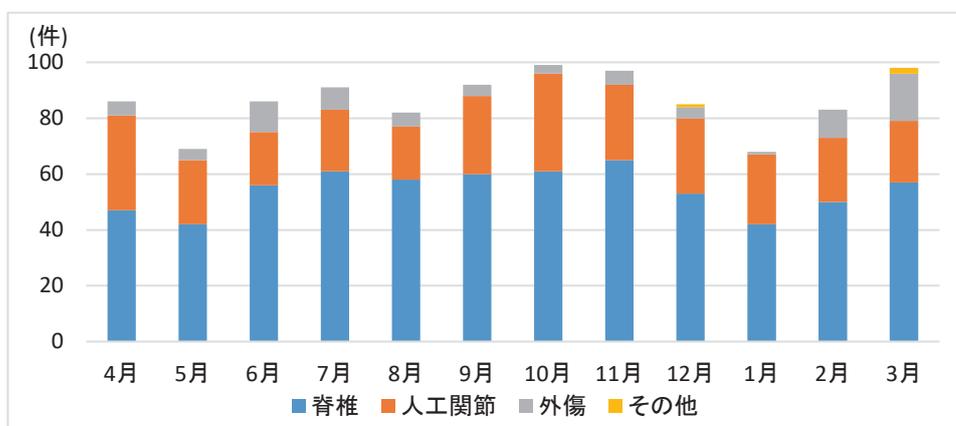


図 2 令和 2 年度 月別手術件数

5. 研究実績

- 1) THA術後患者におけるベッドから降りる向きについて

小林 珠生

第 47 回日本股関節学会学術集会

2020 年 10 月 24 日

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

初回化学療法のICはがん性疼痛緩和ケア認定看護師の同席を依頼し、必要としている支援や介入と一緒に考え、カンファレンス記録に残して共有している。患者、家族の支援の必要性を意識し質の高い看護の提供に努めている。看護計画に関しては、個別性のある内容に改善された。今後は2回目以降の看護計画の評価をタイムリーに実施し援助の実践に繋がるようにスタッフ個々の意識改革に努め取り組んでいる。

2) 病院運営・経営に参画する

平均在院患者数 42.7 人(前年度 47.2 人)、病床稼働率 95.1%(前年度 98.4%)と減少したが、退院促進に向けて医師と連携を図ることで、平均在院日数 14.6 日(前年度 15.6 日)と前年度より短縮できた。特別室稼働率は、有効なベッドコントロールを行うことで 100.4%(前年度 99.3%)に上昇した。SPD シールについては、SPD 係を中心に毎月紛失物品の値段の報告を行うなどコスト意識を高める働きかけを強化することで、SPD シール紛失は 33 枚、金額は 9,424 円(前年度 40 枚、60,154 円)と減少した。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

薬剤によるインシデントが全体の 5 割を占めており、昨年度は 141 件と増加していた。主な原因は確認不足であり、6R のタイミング・指差呼称の定着に取り組んだ。結果インシデント減少にはつなげていないが、集中した環境で作業が行えるように内服薬準備場所の整備を行い、場所を固定することで作業の中断はなくなった。

物品管理は昨年度紛失物が 2 つあったが、倉庫の整理整頓と定数見直し、管理表の整理と所在の確認を徹底することで、物品の破損や紛失はなくなり物を大切にする意識が高まった。

4) 専門職としての能力開発に努める

毎月、プリセプター会やプリセプティ会を実施し、病棟全体で情報共有しながら新人育成を行うことができた。またリーダー会や病棟会を時間管理を意識した運営方法に変更し、時間の有効活用ができています。病棟勉強会や院外研修参加者からの伝達講習を行い、知識や技術の向上に繋がっている。現在、病棟スタッフに呼吸療法認定士の資格取得者がいないため、取得に向け研修参加中である。

5) 看護の先輩として学生指導に携わる

実習指導者担当者が不在日は、学生が相談しやすいように学生窓口看護師名を明示した。学生の関りは指導者任せにせずスタッフ全員で取り組み学生評価は、受け入れ環境の項目では 4.9 点、実習指導者からの指導に関しては 4.8 点と評価されている。

6) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

年休取得は、一人平均 6.6 日。目標値には達していないが、リフレッシュ休暇やワークライフバランス活用は計画的に取得できている。PNS マインドについて病棟内で講義を実施した。具体的な場面を通して自己を振り返り、マインド形成について考える時間が持てた。年間パートナーとペアでの日勤は各自 10 回以上組むことができ、役割を請け負うという姿勢が持てるようになっている。

2. 病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数(人)	退院患者数(人)				
48	呼吸器内科 呼吸器外科 アレルギー科	85.9	91.3	42.7	14.6	88.9	95.1

重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
3	87.8	7	100.4	39

3. 看護体制

表2 令和2年度 看護体制 (令和2年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
32	PNS [®]	4:3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表3 令和2年度 一般病棟 重症度、医療看護必要度Ⅱ

基準を満たす患者の 割合(%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
		25.8	26.1	27.8	28.3	30.5	29.7	31.7	28.6	30.2	37.3	32.3	28.3

2) 部署データ

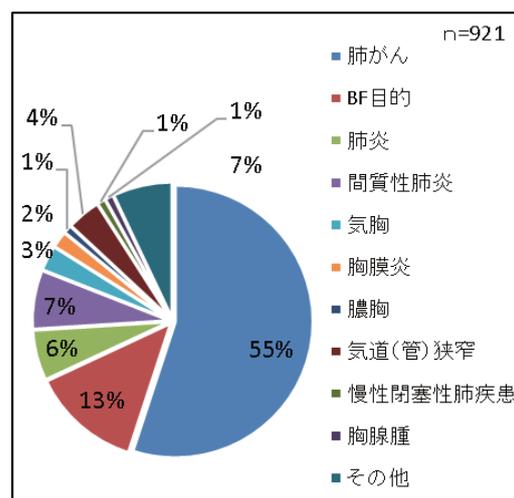
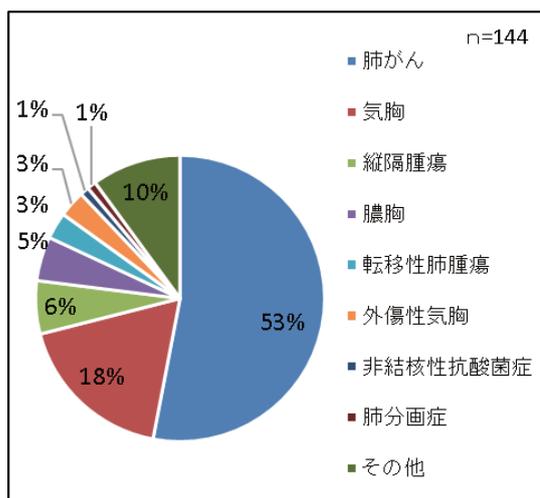


図1 呼吸器外科疾患別割合

図2 呼吸器内科疾患別割合

- (1) 抗がん剤治療件数 788 件/年 (呼吸器科・血液内科・消化器内科など)
- (2) 手術件数 176 件/年 (呼吸器外科・外科など)
- (3) 気管支鏡検査件数 263 件/年
- (4) パス使用件数 747 件/年
- (5) 人工呼吸器管理(延べ日数) 人工呼吸器 51 日 NIPPV141 日 ネーザルハイフロー146 日

5. 研究実績

1) 看護研究発表会・研究会発表

A) A病棟におけるデスクカンファレンスシートの記載例を用いた有用性

辻村 英香

第74回 国立病院総合医学会

2020年11月11日

1. 手術室の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い手術看護を提供する

周術期看護向上への取り組みとして、術前訪問を行い、100%の実施率となった。アセスメント能力の向上を目指し、術前訪問がどのように術中看護に活かされたか事例検討を重ねた。さらに考える力を養えるよう手術看護認定看護師を中心に日々の OJT で教育したことにより、カンファレンスも定着し術前訪問の意義を共有することができた。また術後訪問では、術後訪問マニュアルを作成し、副看護師長とペアで術後訪問を開始した。実施率は 18%だったが、訪問内容が術中看護の評価材料となり、病棟と連携できたことでスタッフのやる気につながった。

術中合併症では、皮膚表皮剥離件数 6 件(前年度 15 件)、神経障害 4 件(前年度 3 件)、発赤 3 件(前年度 7 件)の発生であり、重大合併症はなかった。ソフトナースと貼付剤(アレビンライフ)の使用基準を作成し他職種で共有した。術中の除圧はほとんど行っていなかったため、院外研修で習得した技術を基に除圧方法を体位固定マニュアルに追記し、医師に術中除圧することのコンセンサスを取得し実施のタイミングを取り決めた。結果、下半期で体位固定による発赤・表皮剥離はゼロであった。看護記録の質的監査では、実施率の低かった項目に対し OJT を強化した。結果「根拠を基に実践したことが記録に示されている」62%→80%、「実施した看護に対する患者の反応が明記されている」34%→57%と上昇し、記録の質の向上に繋がった。今後看護記録の基準を作成し、看護が見える記録になるよう取り組んでいく。手術室での倫理的感性を高めるために、スタッフから提案された事例を元に、ジレンマを抱いたことや望ましい対応について小グループで話し合い意見交換を行った。その結果、倫理的対応が可能となり、行動変容につながっている。

2) 病院経営に参画する

SPD と連携して死蔵品とにならないよう定数管理をした。新型コロナウイルス感染症の影響で供給が不安定な材料を早期に把握し医師と連携・調整し、手術に支障のないよう管理した。また、手術キット衛生材料を見直し年間 3,357,220 円経費削減できた。しかし、物品の紛失は 1 件あった。取り決めが順守できていなかったことが要因だったため、物品の定数を表記し担当者を置いた。その後の紛失はない。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

看護師による 3b 以上のインシデントは発生していない。医療安全キャンペーンで「指差呼称」を強化したところ、指差呼称実施率 25%→100%で、確認不足によるインシデントが 22 件→14 件に減少した。針刺し事故は、前年度と比べ 40%減となり 3 件であった。すべての要因分析を行い再教育したことにより、個人の意識は高まった。感染防止対策として、カネパス使用料は手術室全体で前年度より 6%増加し、クリーンホール入り口では入室制限をしたため、13%減少した。PPE の定着率は 100%、器械展開時の 2 重手袋実施率は 100%であり、手術室全体で取り組んでいる。

4) 専門職としての能力開発に努める

新人看護師には通年で教育パスに沿って教育し、全員遅出業務に就くことができた。2 年目看護師へは個人が不安を感じている技術に焦点を当てて強化し、全員拘束見習い業務に就くことができた。4 年目看護師の教育では主体性を育てるため、全員小集団活動のリーダーとした。目標達成に向け周囲と協調性を保ちながらリーダーシップを発揮できた。器械だし技術の向上のため他

施設の見学に1名参加した。スタッフに還元することで個人のキャリアアップと手術室全体の看護の質の向上に繋げた。

5) 活気ある職場作りの推進

出勤時更衣室では明るく挨拶ができていますが、退勤時の挨拶ができていないことが課題であった。輪番制で挨拶バッジをつけ積極的に挨拶を行ったことで、個人の意識も高まり定着してきている。引き続き挨拶からコミュニケーションに繋がるよう取り組んでいく。

2. 看護体制

表1 令和2年度 看護体制（令和2年4月1日現在）

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(人)
32	固定チームナーシング	拘束勤務者:3 遅出勤務者:2 ※時間外手術は拘束者と遅出勤務者で対応する

3. 手術統計

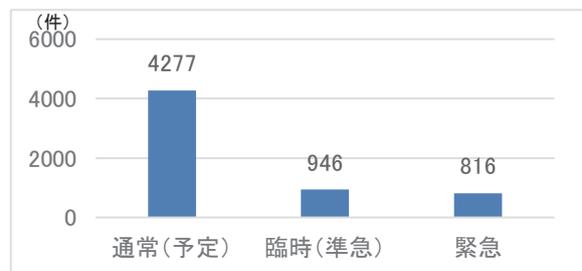
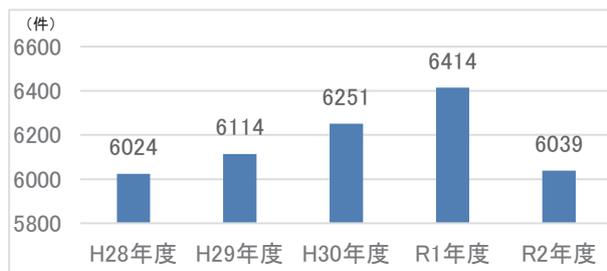


図1 手術件数の推移

図2 令和2年度 申し込み区別手術件数

手術件数(件)	外科	心外	呼外	児外	整形	脳外	産婦	泌尿	眼科	耳鼻	皮膚	形成	麻酔	他
H30年度	827	268	138	598	1894	55	220	467	821	372	234	324	6	27
R1年度	823	324	164	530	1851	82	244	465	881	394	277	345	14	20
R2年度	866	367	167	569	1866	85	204	518	668	237	209	264	3	16

図3 令和2年度 診療科別手術件数

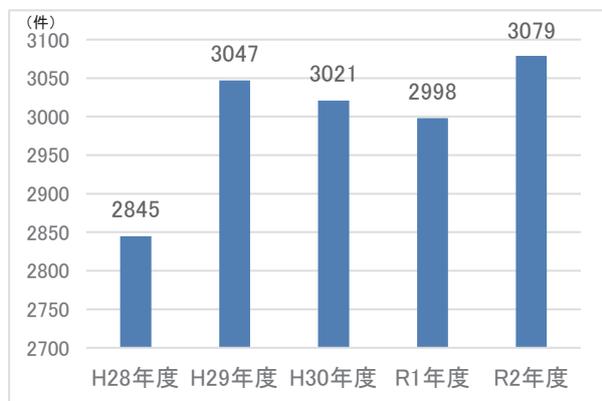


図4 麻酔科管理手術件数

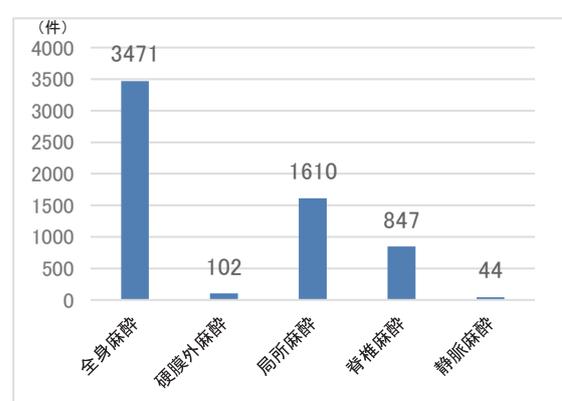


図5 令和2年度 麻酔別手術件数

4. 研究実績

- 1) 器械展開時における手術手袋ピンホール発生状況の実態調査

小林 鉄平

日本手術医学会

2020年12月4日

1. 病棟の具体的な目標と評価

【診療科ブース】

1)安全で質の高い看護を提供する

PNSを導入し、どこに配置された看護師でも各診療科の検査や処置の介助ができるように、外来看護手順を見直した。わかりやすいように写真や図、手順に沿っての根拠も追加し専門性を深めた。

2)病院経営に参画する

本年度の診療報酬改定において、排尿自立指導料が外来でも加算できるようになった。5月から開始し、3月までに237件(算定金額:474,000円)算定できた。

3)患者の視点に立った医療安全を推進する

転倒のインシデントが前期で11件発生した。検査等への移動中の転倒や杖使用の患者などの傾向がみられ、体調不良やふらつきのある患者に対して、車椅子移動やエレベーターを勧めるなど対策を講じて、後期は1件のみと減少した。

4)専門職としての能力開発に努める

リーダー研修に計画的に参加し、個々のスキルアップと共に実践において人材育成や業務改善などでリーダーシップを発揮できるようになった。院内看護研究発表会で1題発表できた。

5)看護の先輩として学生指導に携わる

感染状況に応じて、教員とコミュニケーションを取りながら実習環境を整えた。

6)活気のある職場、元気の出る職場づくりを推進する

働き方改革として、更衣時間を含めた始業・終業時間を徹底できるよう、外来クラークの勤務時間の組み合わせなど変更しながら調整した。PNS導入では、スタッフのほとんどがPNSに関する知識がない状態であったが、PNS委員を中心に研修受講・伝達講習を開催しPNSのマインドを伝え、リシャッフルや補完方法も具体的に考え導入することができた。各ブースでの検査や処置などの一覧表を作成し、業務を明確にした。PNS研究会で、外来におけるPNS導入の取り組みについて活動報告した。

【処置センター・化学療法センター・内視鏡センター】

1)継続看護を推進し、患者が安心して外来受診できる

化学療法センター便りを毎月発行して、ベッド利用状況、外来への移行に関する情報提供を行っている。新規患者に対するオリエンテーション実施率は4月から12月で96.6%であった。採血室の待ち時間対策として、繁忙な曜日や時間帯に合わせた傾斜配置で業務を補完し待ち時間が減少した。

2)多職種と連携し病院経営に参画できる

化学療法センターで、連携充実加算を薬剤師と協働し取得した。からだところの問診票を使用し多職種で介入できている。

3)感覚・知覚・運動機能の変調を想定し、医療安全行動が行える

4月から1月までのインシデントが51件発生した。個別の振り返りを毎回行い、リーダー会等を通じて、事例を共有できた。

4)各センターの特性を理解し、専門職的知識を習得できる

夜間や休日に内視鏡検査の介助をする看護師に向けて勉強会を5回開催し、正しい知識を持って安全に検査介助ができるよう指導した。日本癌治療学会で1題発表できた。

表 1 外来患者数

	延べ患者数(人)	1日平均患者数(人)	1日平均点数	初診率(%)
平成30年度	186,510	764.4	2910.6	12.5
令和元年度	184,140	754.7	3202.0	12.7
令和2年度	168,279	692.5	3635.3	11.0

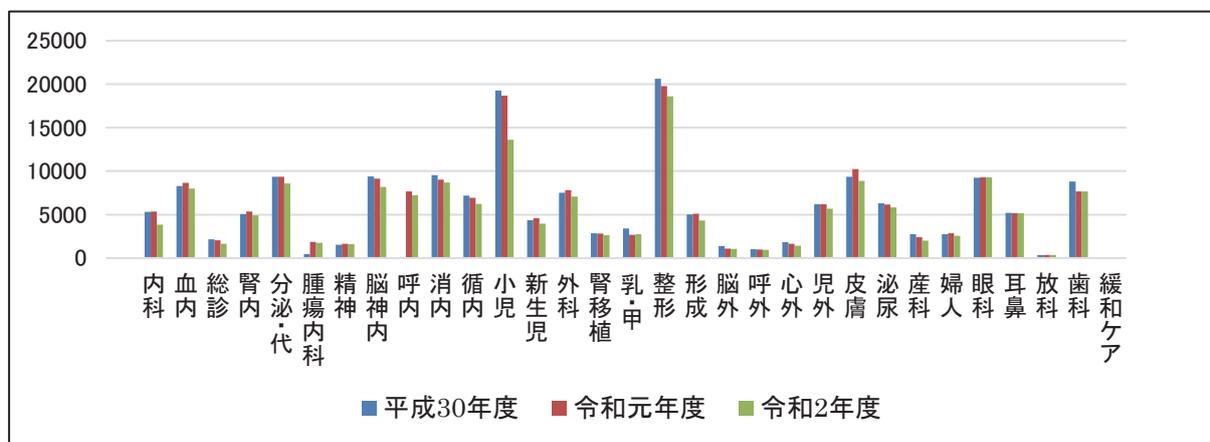


図 1. 診療科別受診件数

2. 看護統計

表 2 内視鏡件数等

	上部内視鏡	下部内視鏡	気管支鏡	ERCP	EIS	カプセル内視鏡	ダブルバルーン
平成30年度	2,813	1,372	362	251	2	33	16
令和元年度	2,755	1,453	354	226	1	30	12
令和2年度	2,615	1,358	376	255	4	35	17

表 3 外来手術件数

整形外科	形成外科	眼科	外科 血管外科	泌尿器科	皮膚科	耳鼻科	小児外科
95	100	134	66	2	73	1	1

表 4 診療科別外来化学療法件数

	血内	呼内	消内	乳・甲	泌尿	腫瘍内科	耳鼻	婦人	消外科	腎内科	整形	皮膚	脳外科	小児科	脳神経内科	循環器
平成30年度	2,053	526	781	126	179	43	97	3	2	0	0	15	0	2	2	0
令和元年度	1,907	749	627	197	182	182	39	14	0	1	1	5	8	1	2	1
令和2年度	2,019	719	842	253	85	116	36	7	0	0	0	0	22	2	7	0

表 5 新型コロナウイルス感染症関連

		11月	12月	1月	2月	3月
入院時スクリーニング件数	12/14 開始		110	238	253	331
発熱テント外来来院患者数	12/22 開始～3/8 終了		24	93	65	9
外来緊急PCR・LAMP数		3	52	9	2	7

3. 研究業績

- 1) 初回外来化学療法へ移行する患者の家族の思いを明らかにする

東 仁美

第 58 回日本癌治療学会学術集会

2020 年 10 月 22 日

- 2) 外来におけるPNS導入の取り組み

岡本 三重子

第 8 回PNS研究会

2021 年 3 月 18 日

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

COVID-19 患者の専用病棟となり、令和 2 年 12 月 22 日からは主に重症患者の受け入れを開始し、令和 2 年度は 88 例の患者を受け入れた。COVID-19 関連業務に対してチーム編成したことで、チーム間の情報共有が充実し、マニュアルの追加修正や動線に応じた物品の配置ができ安全な看護に繋がった。知識・技術向上のため当病棟の処置や治療を取り上げてナーシングスキルを活用し 80%の視聴ができた。また急変時のシミュレーションは 6 回／年開催でき、これまでに全 4 例の COVID-19 挿管患者の看護を安全に行うことができた。入院診療計画書と看護計画は具体的記載例を唱和と掲示で周知した。それにより監査で記入できている割合が前期 66%から後期 88%へ増加し、個人の意識と行動レベルでの変容に繋がった。「看護を語る」は病棟内で 5 名が発表した。意見交換と発表原稿をファイルにし看護観を共有したことで、スタッフ皆が患者にとっての最善を考えるきっかけとなった。

2) 病院運営・経営に参画できる

重症度、医療・看護必要度は、A 項目に関連するコストの一覧表を作成し周知した。またチェック体制も整え、月平均 48.73%で推移した。救急外来では感染対策強化と院内 PCR 検査の増加に伴い、新規物品購入や SPD 物品を定数変更した。そのため物品棚の整理日を設け 1 回／週点検を行い、SPD シールの紛失は前期 22 件から後期 8 件に減少した。また鋼製小物は点検表を改訂し、昨年度紛失 2 件から今年度は 0 件となった。救急外来でのコスト漏れに関しては前期に導尿や酸素のコスト漏れがあったため、コストの取り方を看護部全体へ周知し、日々リーダーにてコスト入力のチェックを行った。しかし前期と変わらず、特に酸素は全体の 25%のコスト漏れがあり、減少には至らなかった。

3) 患者の視点にたった医療安全を推進する

インシデントの総数は 24 件発生し、1 週間のインシデント共有率は 94.6%でタイムリーに情報共有ができた。インシデントの分析は ImSAFER を活用し、インシデントカンファレンスを行った。1つひとつから問題点に関する背後要因を考えられたことで、インシデントに関して実現可能な改善策なのかを振り返ることができた。今後アセスメントが深まるよう ImSAFER を定着させていく。手指衛生と PPE は重点的に取り組んだ。手指衛生では 5 つのタイミングについてアンケート調査を行い、グリッターパグを使用し視覚的に観察したことで感染に関する個人の意識も高まり、手指衛生回数は前年度 16.9 回/人であったが今年度は 83.4 回/人に増加した。患者数の増加に伴い PPE 着脱回数も増加したが、院内感染は発生しておらず、適切なタイミングで手指衛生が行えたと考える。

4) 専門職としての能力開発に努める

院内教育プログラムへの参加、病棟勉強会の実施など、看護師個々のレディネスを把握し計画的に取り組んだ。病棟勉強会への平均参加率は 6.4 回／人であり、院外 Web 研修へも積極的に参加した。ラダー I 認定者は 2 名、ラダー IV 申請者は 2 名だった。看護研究は今年度取り組むことができなかったが、看護研究に関する院外研修(Web)に 7 名が参加した。参加した 7 名を中心に看護研究に取り組めるよう次年度計画する。

5) 活気ある職場、元気の出る職場づくりを推進する

希望に沿ったリフレッシュ休暇を全員取得し、年次休暇取得率は一人平均 9.8 日／年であった。職場環境に対しては、感染防止対策がコミュニケーションを低下させる要因になるため、デイリーミーティングの実施とスタッフ面談を 4 回／年行い、思いを表出できる環境を調整した。接遇の強化として情報漏洩、言葉遣い、

携帯電話の使用方法などのポスターを2か月おきに掲示し、意識改善につなげた。PNSでは感染対策を意識して各ペアで目標を立案した。後期はフィッシュ哲学を取り入れ、笑顔の導入とスタッフ間で「ありがとう」をメッセージカードに記入し掲示し、9割がペア目標を達成できた。

2. 病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

収容可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床 利用率(%)	病床 稼働率(%)
		新入院患者数(人)	退院患者数(人)				
12	救急科	14.1	5.5	2.2	6.9	18.6	20.1

重症加算病床		有料個室		死亡者数 (人)
病床数(床)	稼働率(%)	病床数(床)	稼働率(%)	
				1

3. 看護体制

表2 令和2年度 看護体制(令和2年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
29	PNS [®]	3:3

4. 看護統計

1)重症度、医療・看護必要度

表3 令和2年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

基準を満たす 患者の割合(%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
		80.0	0.0	35.9	50.0	38.2	55.6	22.7	62.6	42.9	87.0	44.6	68.5

2)部署データ

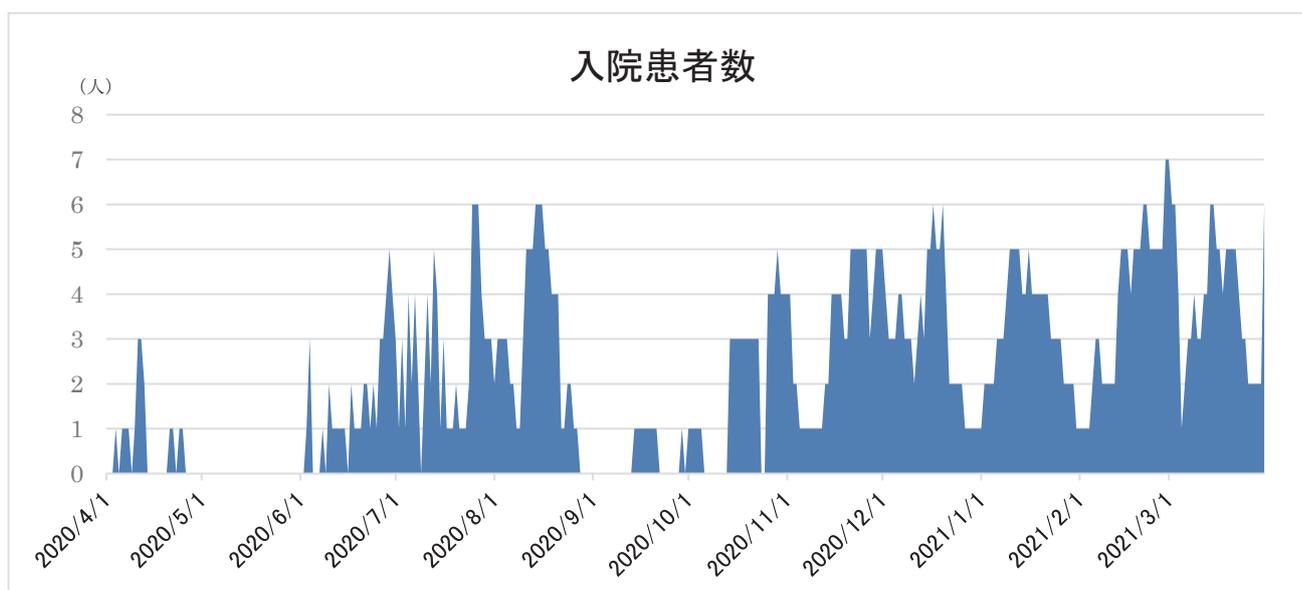


図1 令和2年度 入院患者数推移

1. 病棟の具体的な目標と評価

1) 安全で質の高い看護を提供する

COVID-19 感染症について、感染症内科医長による「新型コロナウイルスの概要と治療方針」、感染管理認定看護師による「COVID-19 感染対策について」の勉強会を実施し、知識を得て看護実践に活かすことができた。COVID-19 患者の急変時のシミュレーションは「岡山医療センター新型コロナウイルス感染症マニュアル Ver.4-3(p95)を参考にシナリオを作成し実践した。始めに医師やシミュレーション担当看護師がデモスト行い、次にスタッフが実践したが、次回への課題が多く残ったため 1 回のシミュレーション毎に振り返りを行い、次にその反省を踏まえてシミュレーションと振り返りを繰り返し実践することで、リーダーの統制や個人の動きはまとまってきた。スタッフ全員が自然にできるようになるまで今後も計画的に実施していく予定である。

2) 病院経営に参画する

4 月 30 日より COVID-19 疑似症受け入れを開始した。前期は一般病棟を 24 床運用していたため看取り期の患者と化学療法を受ける患者を積極的に受け入れ看護実践できたため、前期の病床利用率は 70.0%であった。後期は 12 月 21 日から COVID-19 陽性患者の受け入れが開始となり COVID-19 陽性 15 床・疑似症 8 床で運用した。病床が空いている時は疑似症側スタッフを他病棟へ、陽性側スタッフは救急外来で疑似症対応などを実施し、部署間支援体制をとった。排尿自立指導料については前期・後期とも排尿ケア対象者は 100%の介入ができており加算の算定漏れもなかった。入退院支援加算は前後の達成率は 62%であったが監査のフィードバックを行い、後期は 85%となり目標達成できた。

3) 患者の視点に立った医療安全を推進する

年間インシデントは 92 件であった。薬剤関連のインシデントは前期 45 件であったため、後期は指差呼称の定着への取り組みを強化し、医療安全活動日などに委員が中心となり、薬剤投与時に指差呼称が実践されているか確認し、できていない場合はその都度指導した。その結果、後期の薬剤関連の確認不足によるインシデントは 13 件に減少した。転倒転落は前期 4 件であった。定期的に転倒転落カンファレンスを行い、患者の行動パターンについて考え、行動を予測することで安全に行動できる方法を考えることができるようになり、後期は 2 件に減少した。感染対策については陽性患者の受け入れが開始となってからは、タイムリーに勉強会やシミュレーションを実践した。その結果、感染に対する知識が深まり、適切な対応ができるようになった。

4) 専門職として能力開発に努める

新人の育成に関しては受け持ちをつけ、初歩的なプライマリナースとしての役割ができるようになり看護計画の評価や追加修正については指導を受けながら実施できるようになった。看護添書作成や個別性を捉えた看護計画立案・修正・追加までは達成できていないため、今後も継続して指導を行っていく。また、COVID-19 陽性患者を受け入れるにあたり、新人の精神面に対し、フレッシュパートナーや病棟スタッフの密なコミュニケーションで新人の変化にいち早く対応し、精神的な落ち込みがなく勤務できた。COVID-19 対応については慣れで接することがないように定期的に PPE の着脱確認を行い、また COVID-19 の病態を理解し、アセスメントして看護実践できているかの確認を今後も継続していきたい。COVID-19 患者の急変時のシミュレーションを 1~3 年目の看護師対象に計 2 回実施した。

「新人は状況のイメージができていないため報告もISBARできていない。」「指示を復唱していない。」
 などと課題が残ったため今後も実施し、実践に活かしたい。

5) 看護の先輩として学生実習に携わる

COVID-19 疑似症を受け入れる関係で前期実習が成人Ⅲ4クール目にて中止となった。

6) 活気のある職場・元気の出る職場づくりを推進する

COVID-19 陽性患者の受け入れ時の準備もスタッフ一人ひとりが自分の役割を果たすことができた。

また、スタッフ同士のコミュニケーションも良好で長期休暇も夏と冬に順番に取得することができた。

2. 病床運営状況

表1 令和2年度 病床運営状況

収用可能 病床数(床)	診療科名	月平均		平均在院 患者数(人)	平均在院 日数(日)	病床利用率 (%)	病床稼働率 (%)
		新入院患者数 (人)	退院患者数 (人)				
30	内科系混合	90.8	44.7	14.1	6.3	47.1	52.0
有料個室		死亡者数(人)					
病床数(床)	稼働率(%)						
30	66.1	23					

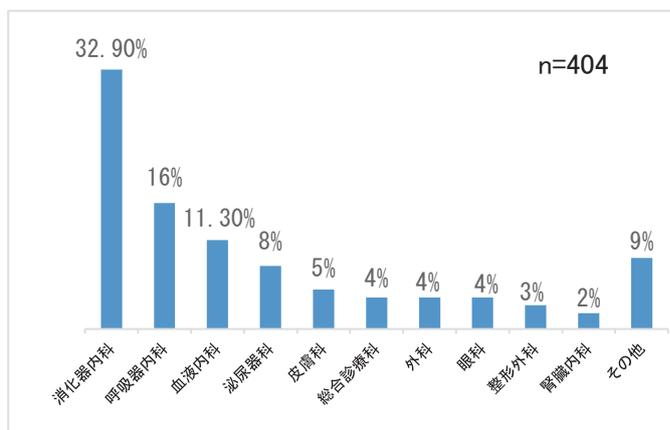


図1 令和2年度 受け入れ診療科内訳(4/1~12/20)

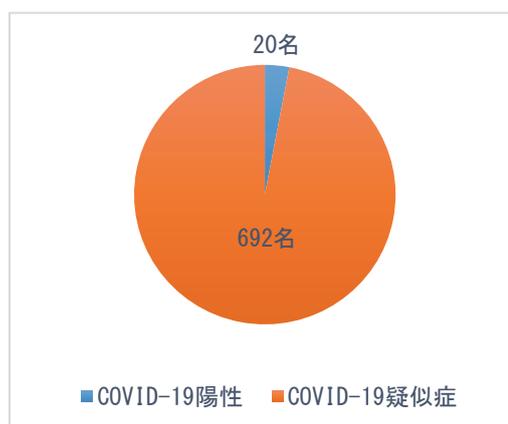


図2 令和2年度 COVID-19 陽性・疑似症内訳

3. 看護体制

表2 令和2年度 看護体制 (令和2年4月1日現在)

配置人数(人)	看護方式	夜勤体制(準:深)
28	PNS [®]	3:3

4. 看護統計

1) 重症度、医療・看護必要度

表3 令和2年度 一般病棟 重症度、医療・看護必要度Ⅱ

基準を満たす 患者の割合(%)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
	20.8	22.4	22.2	21.5	22.5	27.9	28.7	22.4	34.4	50.4	24.2	0.0	24.8