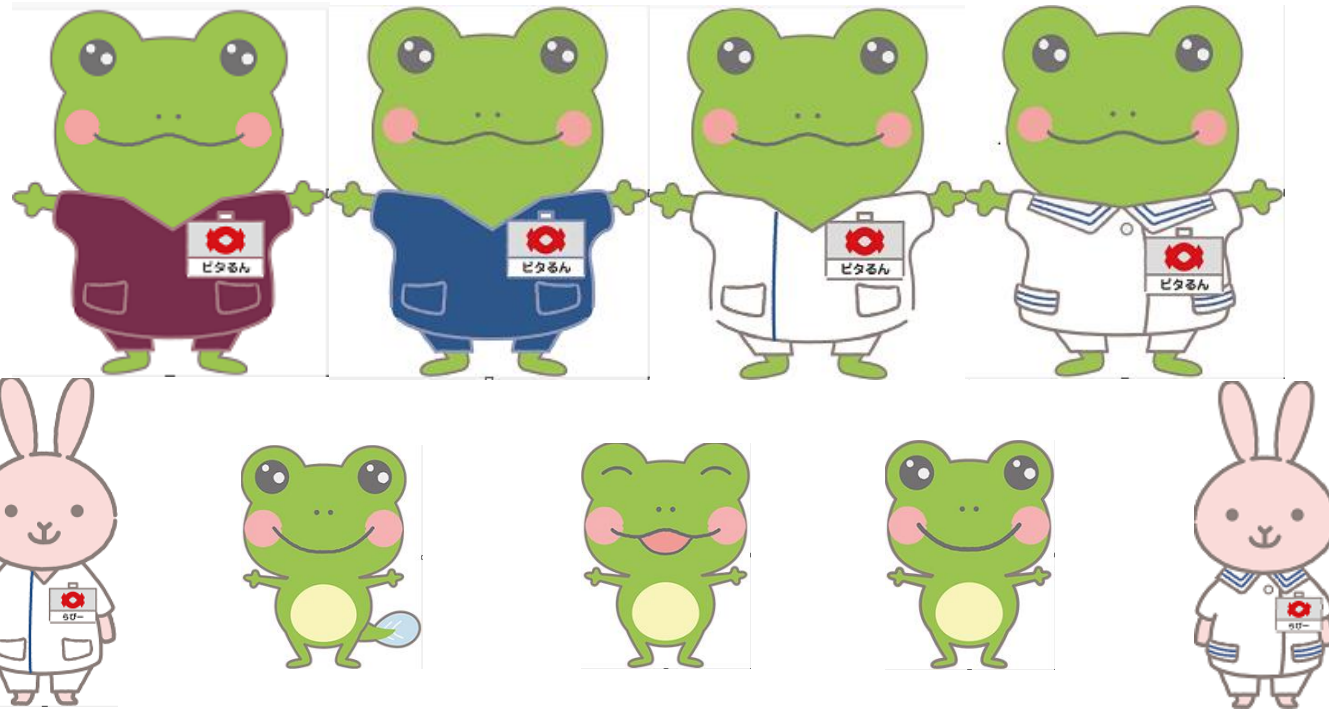

2024年度 看護支援室 領域別活動最終報告



Wound 目標：皮膚障害発生件数の低減、類似した要因での皮膚障害発生軽減

①NWESスコア重症移行時の褥瘡リスクアセスメント、看護計画の見直し強化

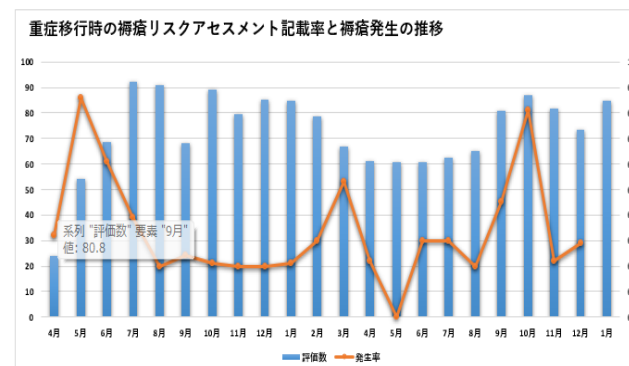
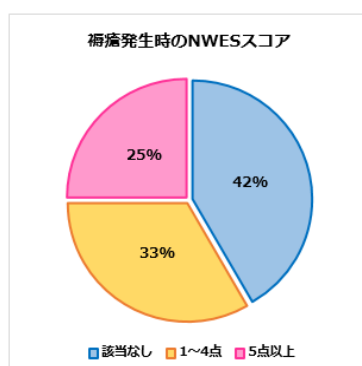
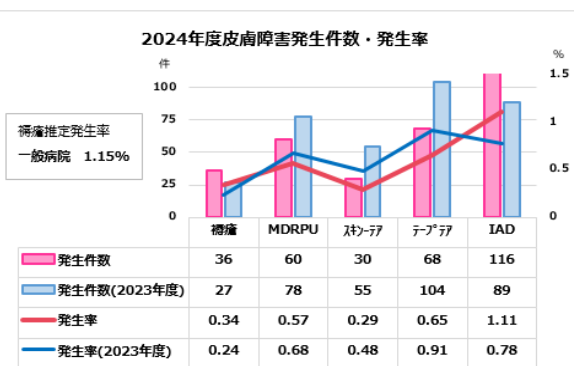
重症移行時の褥瘡リスクアセスメント記載率は、上昇しており定着しつつあるが繁忙度やNEWSスコア評価機会が少ない部署では記載記載率が低い。褥瘡発生患者のうちNWESスコア重症患者25%、要観患者33%、該当なし42%であった。褥瘡発生件数は増加しているが、重症・要観察患者での発生は低下しており、重症移行時に褥瘡リスクアセスメント、看護計画の見直しに繋げることができた。一方、状態変化かつスコア変動がない患者での発生が増加しており、除圧・観察不足、継続ケア、患者教育が不十分で発生している。

②皮膚障害発生後のフィードバック

不足していたケアを多角的視点で検討し次のケアに活かす、悪化予防や早期治癒、予防的ケアに繋げることができた。また、類似した要因での発生はあるが、前年度と比較し現象しているため、効果的であったと考える。しかし、定着しない部署もあるため改善が必要である。

③リンクナース育成

皮膚障害発生後のフィードバックを通して、自部署の強み・弱みを明確にでき部署内で活動に繋げることができた。



<課題>

- ・NWESスコアを活用し状態変化時の褥瘡リスクアセスメント、看護計画の見直しを継続し、状態変化かつスコア変動がない患者の予見的ケア介入強化を図る。
- ・フィードバック用紙、運用方法の見直しをおこないリンクナースやスタッフの予見的ケアや多角的視点の育成を図る
- ・皮膚障害や予防対策、事例検討を委員会内で開催し、リンクナースの知識向上を図る。また、部署での課題に対してのリンクナースと共に各部署で勉強会を実施し、院内全体での知識の向上と質維持に繋げる。

Ostomy

	人工肛門1個(70点)	人工肛門2個(100点)	ストーマ合併症加算(65点)
件数	179件(125,300円)	0件	0件

入院中の教育や外来での継続介入により、合併症算定の対象症例はなかった。病棟との連携を継続する

12階教育 目標：入院前～退院後の一貫したストーマケアができる

【勉強会】ストーマサイトマーキング・ABCDストーマ

【実践】ストーマサイトマーキング・装具選定・ストーマ外来

・緊急手術時も含めストーマサイトマーキングが実践でき、管理困難な症例はない

・漏れの原因が対策を部署内でカンファレンスし装具選定、評価がスタッフで可能となった

・1月～ストーマ外来を病棟看護師による運営開始し、8名の病棟看護師が外来で患者へケアできるようになった。外来でのケア内容を病棟内で共有し、ストーマ保有者の社会復帰のためのケアに活用している。

<課題>

・症例を通して、ストーマケアの知識・技術の向上 ・12階看護師によりストーマ外来運用



Continence

目標：排泄ケアの基盤となるおむつ装着技術の習得し、看護業務効率を目指す
おむつマイスター研修(通年6回シリーズ) 研修参加者 25名、修了者 24名(1名育休)

【実践・指導・教育】

・おむつの特性やパッドの吸収メカニズムを理解できたことで、漏れへの不安軽減となりパッドの複数枚使用がなくなり、かつ1日3回の交換が定着した

・成功失敗体験を繰り返しフィードバックすることで、正しい装着手技と患者に適した吸収量のパッドの選定が可能となった

【実践するための環境整備】

高吸収尿取りパッドの導入により尿漏れとそれに伴う寝具交換の件数やおむつ交換回数が低減した

<課題>

- ・正しいおむつ装着技術の定着と知識・技術の向上
- ・倫理的視点も備えた看護師の育成



2024年度 がん看護領域 最終評価①

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月閣議決定）重点課題 『がん予防』『がん医療』『がんとの共生』
がん患者の社会的な支援体制の見直し①がん相談支援、②アピアランスケア提供、④妊孕性温存の情報提供体制、
③がん患者会の運営（11月発足後 計3回開催）、④患者の価値観などが汲み取れる運用の検討など実施した
診断期 治療期 再発・進行期 人生の最終段階

活動

【病名告知時の支援】

診療部Nsと協働し、理解度・受け止め・がん相談窓口・がんサポートブックの配布の運用定着への働きかけ



【がん治療に伴うアピアランスケアの強化】

外見変化、特に脱毛が生じるがん治療開始時に看護介入を必須とする運用の周知
【AYA世代 妊孕性温存の取り組みの可視化】IC取得した医師が入力するテンプレート作成・周知

【患者の意向や大切にしていることの聴取】

急性期病院として、病状変化などに伴う意向や価値観の聴取を通して、地域の医療や福祉関係者に繋ぐ体制の検討を実施した。具体的には「あなたの気持ち用紙」改訂、看護情報提供書の改訂をした

結果

【病名告知時の支援】

がん相談利用率：平均16.2%
7番がん相談支援センター専門看護師対応件数：28件
【意思決定支援】
・がん患者指導管理料イ：183件（前年度：183件）
・がん患者指導管理料ロ：43件（前年度：25件）

【がん治療に伴うアピアランスケアの強化】

アピアランスケア件数：94件（前年度：115件）
「脱毛・外見ケアマニュアル」の説明・配布を実施
下半期、説明を受けずに脱毛を迎えた件数：0件
・妊孕性温存の情報提供テンプレート：5件

【患者の意向や大切にしていることの聴取】

現在、院内の共通した運用開始までに至っていないが、運用に向けて他施設の好事例の情報収集も含めて準備中である

評価

【病名告知時の支援】

7番がん相談支援センターの利用件数が少ない現状。インターネットが普及している状況下で、病院ホームページ上の情報提供のあり方を検討する必要がある
【AYA世代を中心に妊孕性温存】 乳腺・婦人科定着不足

【がん治療に伴うアピアランスケアの強化】

アピアランスのパンフレット配布は定着しているが、患者個々の価値観を基盤としたケアが提供には至っていない。外来化学療法室と協働し、ケアマニュアルを作成中である

【患者の意向や大切にしていることの聴取】

アドバンス・ケア・プランニングの概念に則って多職種介入には到達せず。まずは院内でACPの定義の共有や急性期病院に求められる役割を共通認識する必要がある

課題

- ①院内のがん患者の自殺対策、一次予防（自殺念慮を防ぐ・環境整備・ストレス対策）の体制整備
- ②看護師の入退職や委員メンバーの変更により、ケアの質が低下しないような運用の定着
- ③患者の価値観を聴取する体制づくり、その価値観を踏まえた治療方針について検討できる意思決定指針の見直し
- ④AYA世代（2023年度がん患者全体の3%）への支援体制の強化

2024年度 がん看護領域 最終評価② 教育

院内 看護師対象

【実践強化&ラダー別研修】 企画・運営6件

①がん看護の基礎知識

- 医師の診療記録が読み解けないことが判明
- がん看護委員の場を活用した教育を追加

②症状マネジメント

③がん患者と家族への関わり方④看取り時看護

⑤抗がん剤有害事象のマネジメント研修

⑥放射線治療を受ける患者の看護継続研修

【看護倫理関連 研修】 企画・運営

【発熱性好中球減少症（FN）対応 強化】

現状：FNの知識不足から生じる初期対応の遅れ

活動：主要病棟・外来化学療法室・ERに勉強会を開催。臨床上の困りごとを聴取&対策

成果：2025年1月以降対応の遅れ事象なし

【がん薬物療法看護】 ラダー以外

①12階病棟対象：被曝防止に関する研修 2回

②IVナースアドバンス研修担当 29名認定

院外 社会貢献

【大阪府緩和ケア人材養成事業】 2事業採択

①1/25開催 対象者：医療・福祉関係者全般
テーマ：在宅ケアの立場から急性期病院に期待する
アドバンス・ケア・プランニング

②3/1開催 対象者：主に訪問看護師
テーマ：明日から活かせる浮腫・リンパ浮腫ケア研修

【PRRTリアリティセミナー】 6/20・7/4・12/5
PRRT導入予定施設に多職種で各役割の講義と見学

【院外講師】

①5/25 核医学学会看護分科会講演

②9/29 医師対象「安心してできるルタテラ治療」

③10/18 看護師対象「PRRTにおける看護の力」

【看護研究】 5題

①第64回日本核医学学会「PRRT」②第29回日本緩和医療学会「臨床宗教師の活動支援」③第39回日本がん看護学会「PRRT」④第35回日本がんチーム医療研究会 2演題「PRRTチーム医療」⑤「リンパ浮腫ケア」

【学習・研究】

関西電力医学研究所から

研究課題①：3D立体モデルを用いた爪ケアツール開発と教育プログラムの作成（申請結果待ち）

関西電力医学研究所から科学研究費へ：申請結果待

研究課題②：フットケアに関する看護師の心理的障壁

JADECへ助成申し込み：採択済

【外部発表】 11件

学会発表4件

執筆・講演2件

院内研修4件

抄録投稿1件

【業務プロセス】

適応率

糖代謝：69.1%(前年14.3%)

腎内：70%(前年61.8%)

形成：64.1%

看護師によるCP適応終了開始しup

インスリンポンプインシデント：レベル2 1件

チューブプライミング忘れによる高血糖

→トラブルシューティング含む継続指示

および、交換手順の作成・ハンズオン学習会

→その後4件の新規導入含め関連インシデントなし

・雑誌執筆：糖尿病ケアプラス：「チーム医療について」

テルモPDセミナー：腎不全・PD患者への看護

・第67回日本糖尿病学会年次学術集会：口演発表

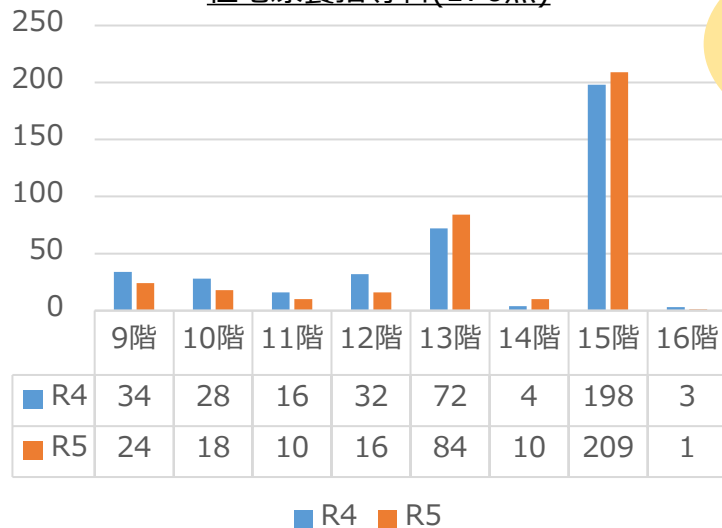
・第11回JADEC年次学術集会：シンポジスト・セミナー担当

抄録作成支援

・第12回JADEC年次学術集会：抄録投稿

【財務】

在宅療養指導料(170点)



加算可能な報酬の継続

CKD透析 予防指導

下肢末梢動脈疾患指導管理加算（100点）

2023年度165件→2024年度187件(2月末)

慢性腎臓病透析予防指導管理料（新規）145件

【院内研修】

4件



・新人研修：複数並存疾患を持つ高齢者への看護

・2年目研修：急性期の血糖マネジメント

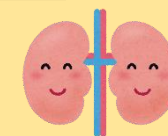
・実践強化研修：がん治療中の血糖マネジメント

・心不全カンファ：下肢虚血患者へのフットケア

移植後患者指導管理料（臓器移植）算定開始

CKD外来を活用し算定開始

2025年度より外来算定を開始



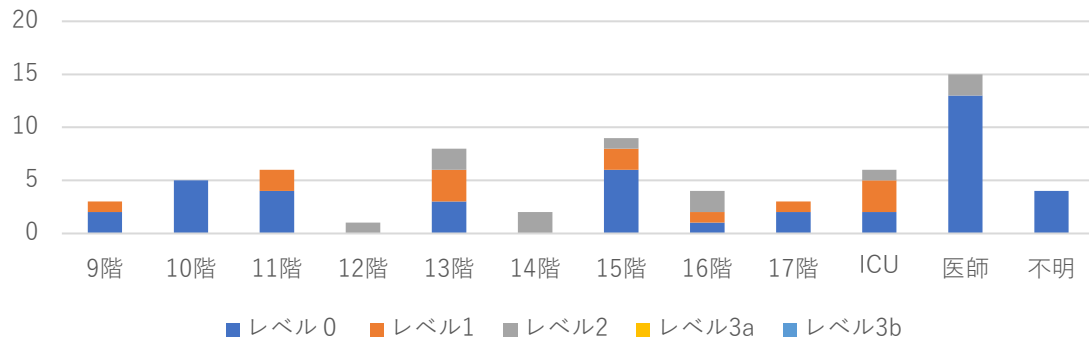
次年度の重点課題：【教育】フットケア研修（厚生局認可待ちから進まず。学会共催で再挑戦）
慢性疾患をもつ患者へのケアの充実：学研メディカル・院内研修の充実
【研究】フットケアに関する看護師の心理的障壁（JADEC助成分）

2024年度最終評価 糖尿病看護領域

2024年度の目標→結果

- ・インスリン関連のインシデント低減を図る
→レベル1以上16件→24件と増加し低減できず
 - ・インスリン関連針刺し事故0件
- 2023年度はインスリンの針刺し事故3件・針の廃棄忘れ6件
→持参インスリンに針が付いたままで針刺し事故1件

2024年度 インスリン関連インシデント



- ・0報告42件と増加、インスリンに関する知識が向上し医師の指示間違いに気づき、またダブルチェックにより未然にインシデント予防が図れるようになってきている。新規のインスリン製剤やGLP1受容体作動薬なども増えているため各病棟での情報提供も検討必要である。
- ・感染管理認定看護師と協働し、インスリン針刺し事故防止の為に検討を行い針刺し損傷防止機構付きインスリン針のオートシールドデュオを導入し、説明会実施し8月以降に全病棟で導入し、廃棄忘れは0件となったが持参インスリンによる針刺し事故が発生しているため、引き続き針刺し事故防止行動がとれるようなインスリンの管理が行えるように指導が必要である。

<学会> 第11回JADEC年次学術集会にて、体験プログラム「SMBG」のファシリテーター・スタートアップセミナー「フットケア」のファシリテーター

<患者会・外来糖尿病教室・フェスタ> 毎月の糖尿病教室運営会議で内容の検討・企画運営

10月17日看護部担当糖尿病教室「災害の備えについて」開催7名参加・2月8日1型糖尿病患者会「関電わかばの会」開催25名参加

11月9日第10回関電ダイアベティスフェスタ「サステイナブルな若さを追求しよう！～血管と筋肉を守る生活の工夫～」開催52名参加

レベル0	42件
医師の指示間違い	22
針廃棄忘れ	5
ダブルチェックで気づく	7
使用期限切れ	1
名前の貼り間違い	1
血糖測定ミス	1
普通シリンジ吸い上げ 準備時ダブルチェックで気づく	1
インスリン他フロアへの 払い出し	1
インスリン混注後に 日付間違いに気づく	1
退院処方渡し忘れ	1
投与忘れ患者から 指摘あり気づく	1

レベル1	13件
投与忘れ	4
速度変更間違い	2
投与タイミング間違い	1
オートシールドデュオ使用 間違いによる過少投与	1
CSII操作間違いによる過剰投与	1
退院時インスリン返却忘れ	2
医師が〇単位を〇mlvと指示	1
医師指示忘れ	1
レベル2	11件
SS関連	4
CSIIプライミング忘れによる 5時間投与されず高血糖	1
CSIIカーボカウント間違いによる インスリン過少投与	1
絶食時ゾルトファイ中止 指示無く投与	1
超速効型インスリン投与後 すぐに配膳せず低血糖起こす	1
NSが血糖・インスリンする 前にSTが食事評価開始した	1
投与タイミング間違い	1
投与忘れ	1

救急 2024年度 評価

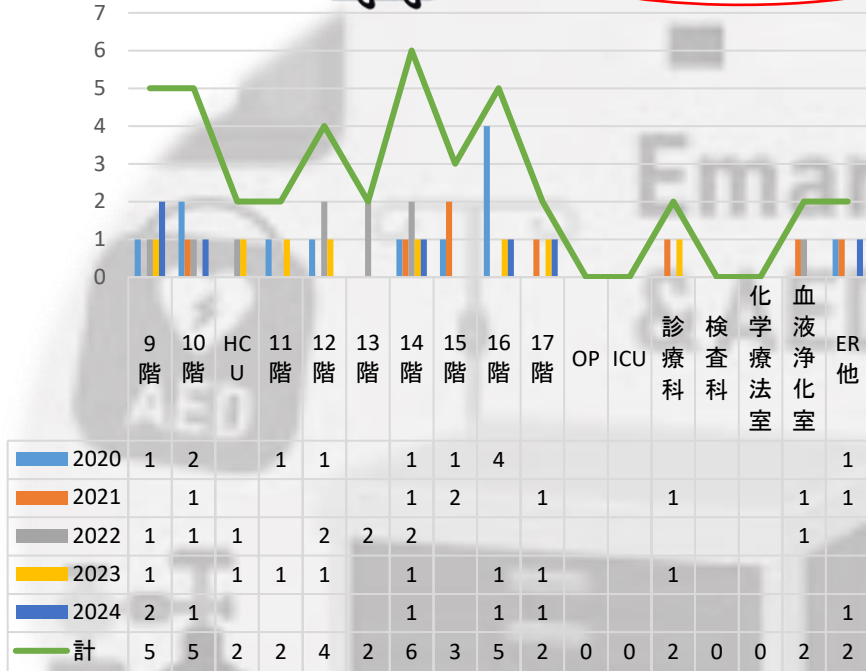
ハリーコール件数



ハリーコールは12件!

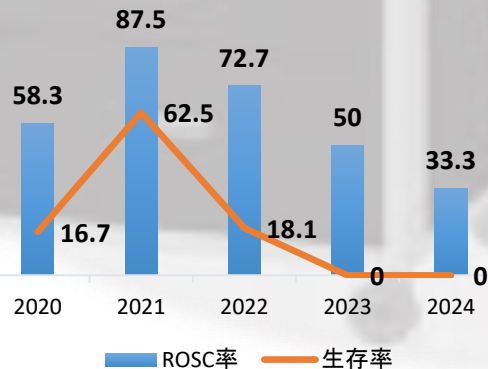
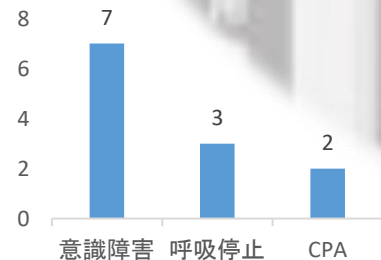


BVMなし イバノンなし
AED点検不備
不要な物品
清潔物品の管理など

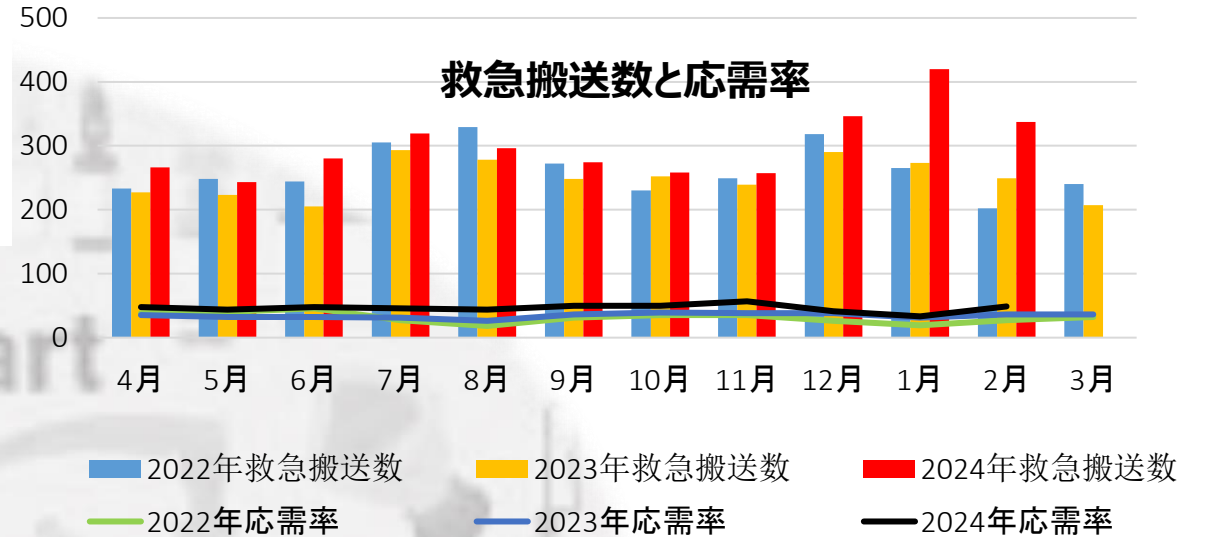


CPR後のROSC/生存率

コール理由



救急搬送数と応需率



①急変対応力の強化

院内認定看護師研修では呼吸ケア認定看護師6名を育成。昨年度と合わせると13名となった。また、ACLS指導者研修済みNs(44名)が1～3年目看護師へ救命技術指導。毎月のマンスリーBLS研修においても蘇生技術を習得し、実践力の維持に努めた。

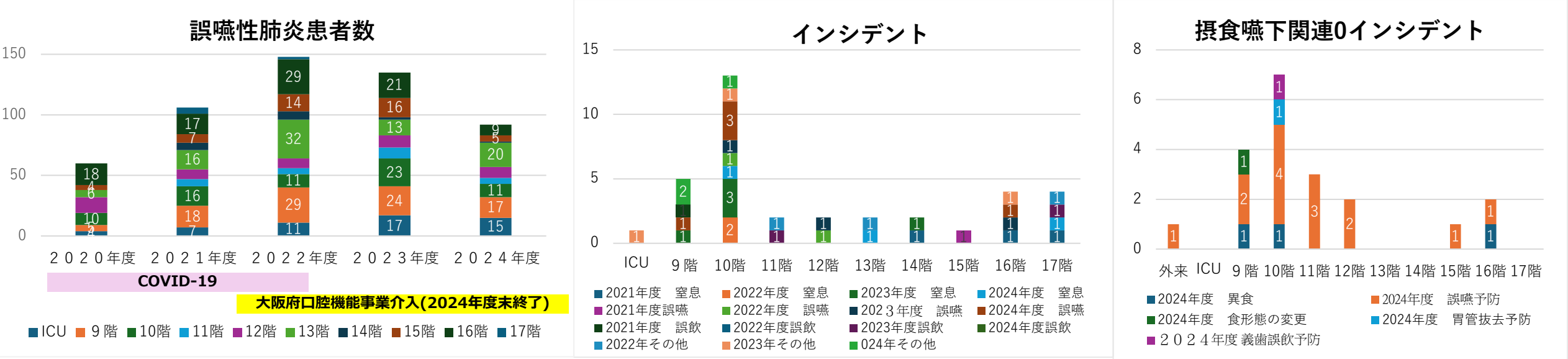
ハリーコールは12件で生存率は0%。何らかの変調が数時間前よりあり意識レベル低下、呼吸停止でのコールが多く、患者家族、看護助手、クークなど看護師以外の発見も多かった。あらゆる可能性を考え、急変リスクカンファレンスを積極的に行い、アセスメント対応力を強化する必要がある。救急カート内の物品点検の不備が多く、ラウンドを行った。DCの変更、アミオダロン追加などもあるため内容とともに取り扱いも周知していく。院内トリアージのアンダートリアージは3件発生ERから入院した症例で予定外ICU入室が昨年9件よりも増加し12件となっている。ERからICUへの入院の検討や急変予測した対応がとれるよう研修や症例の振り返りを実施するとともに、医師とも情報を共有し対応を検討していく。

②救急搬送応需率の増加

ホットライン電話対応研修は12名の看護師が終了。1月末から24時間対応の開始となった。1月は救急搬送数が過去最多の420件となっており、質の向上や業務改善をさらに実施し受け入れをスムーズにしてい。救急患者数は増加しているが、入院件数は昨年度と比較しても増加していない。入院に繋がる症例を受け入れられるよう、整備していく。

摂食・嚥下障害看護認定看護師 2024年度年度末評価

目標：スタッフが経口摂取開始基準の理解を深め、経口摂取可能か判断ができる



1. 現状・課題

- ・昨年度インシデントの要因：経口摂取開始基準の誤判断→正しい知識習得が必要！

2. 取り組み

- ①研修開催
 - ・2・3年目対象「高齢者の特徴」高齢者の嚥下機能について
 - ・呼吸器ケア認定看護師研修「呼吸と嚥下の関係」
 - ・実践看護強化研修「嚥下スクリーニング」、NST委員会での伝達
 - ・コンサルテーション依頼時、症例を通して上記研修内容の理解度を確認
- ②入退院サポートセンターとの連携
入院前の嚥下機能について情報収集→病棟へ引継ぎ→入院時の情報収集や摂場面評価
対象：75歳以上10階定期入院患者 2月～試験運用開始
- ③OHAT-J使用の定着
12月：大阪府口腔機能事業歯科医師による勉強会の実施(NST委員中心)
NST委員でOHAT-Jでの評価、次年度以降の評価対象の検討

3. 結果

誤嚥性肺炎発症率				
2020年	2021年	2022年	2023年	2024年
1.57%	2.09%	2.57%	1.89%	1.87%

- ・窒息インシデント昨年度5件→3件へ低減(各階での準備が整い初動対応は出来ている)
- ・誤嚥インシデント昨年度3件→5件へ増加(レベル1～2)
- ・各研修で教育により0インシデントの増加(2・3年目の記載が中心)
- ・誤嚥性肺炎発症率は横ばい(誤嚥性肺炎患者約7割が75歳以上)
- ・入退院サポートセンターとの連携：3件(2025年2月末時点)

4. 今後の課題

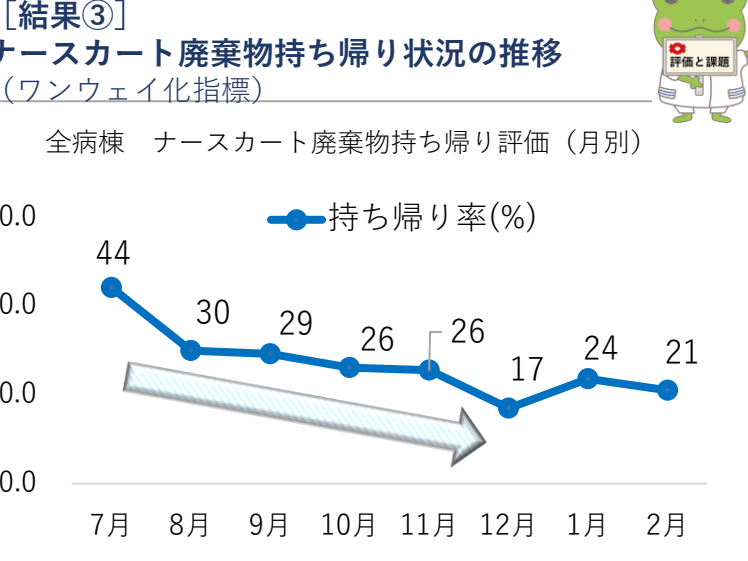
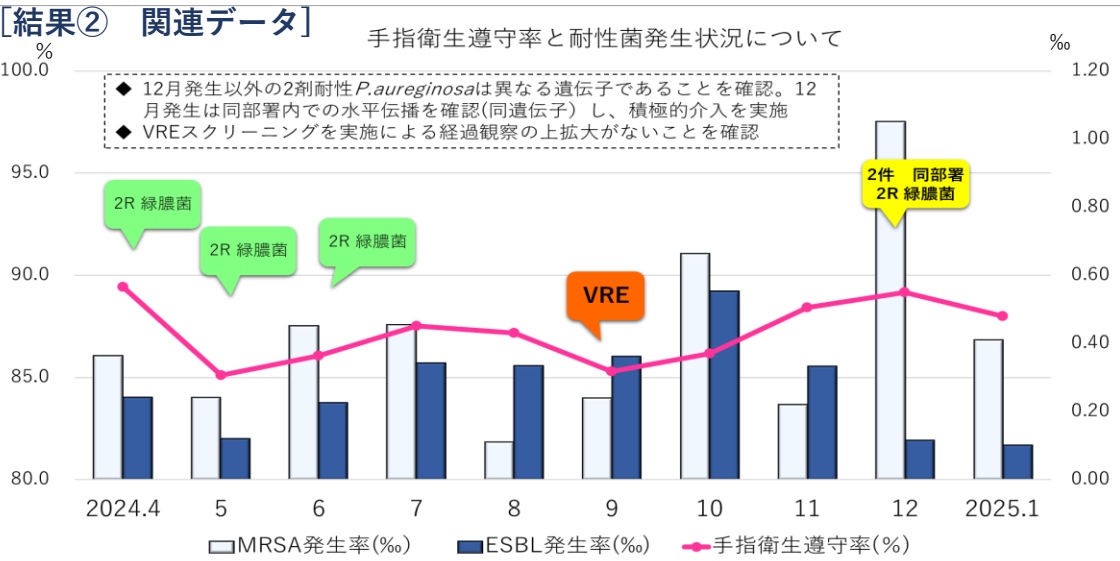
- ・嚥下スクリーニングが実践できるスタッフの育成
- ・入退院サポートセンターとの連携を継続し対象患者の拡大へ
- ・OHAT-J使用の定着



2024年度
感染管理
活動報告



サーベイランス	デバイス（CLABSI/CAUTI/VAP）,ナースカート廃棄物持ち込み状況	
	手指衛生（直接観察・アルコール使用量）	
環境ラウンド	耐性菌（MRSA・ESBL） VRE発生に伴いアウトブレイクとして介入	
	リンクナースとのラウンドとフィードバック ICTによる高侵襲部門ラウンド	
感染管理研修 リンクナース支援 ※各レベル研修 内に血管カテー テル管理を組込	新人	標準予防策/経路別感染予防策 症例による応用編
	ラダーⅠ	標準予防策(手指衛生のタイミング・ゾーニングとワンウェイ化 を考えるグループワーク)、症例による応用編
	3年目 サポートNs	事例を踏まえた感染対策検討 結核・CD・インフルエンザ・ESBL
	ラダーⅡ	医療器具関連感染対策、症例を基に適正管理を考える
	ラダーⅢ	手指衛生の質向上に向けた実践と報告会、意見交換
	ラダーⅣ	環境管理の質向上に向けた実践と報告会、意見交換



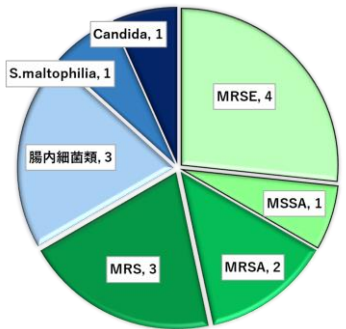
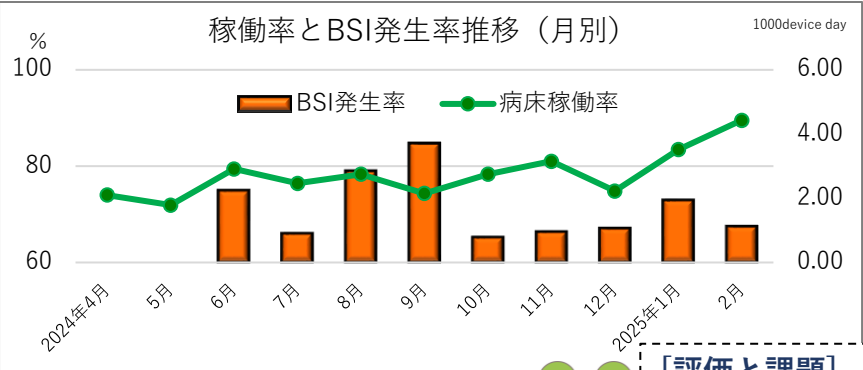
今年度課題

- ① デバイス関連感染の低減及び標準予防策に関連するデータフィードバックと改善策の実践（業務プロセスの視点）
- ② リンクナース主体研修支援と役割レベルに応じた感染管理研修の遂行(学習と成長の視点)
- ③ 感染対策の視点での環境管理推進

[結果①] CLABSI発生率：1.47 ↓ (昨年度2.03) ★必達：2.03/1000device day

	カテ延べ日数	感染件数
2023年度	9870日	20件
2024年度	10917日 ↓	16件 ↓

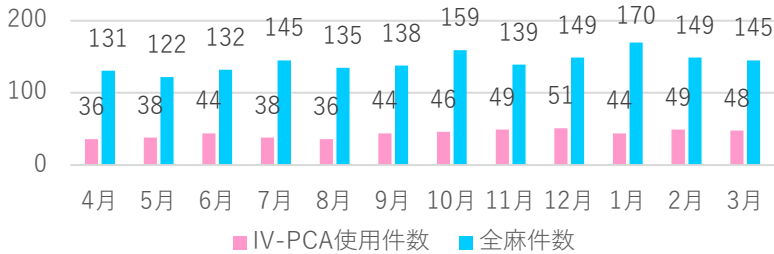
○ 延べ留置日数の延長(使用比↑) しているが感染件数低下。高齢者、重症管理増加、稼働率アップ等の環境下に関わらず、習得した適正管理技術が影響か。
○ 半数以上の病棟で留置日数↑
○ 起因菌は皮膚常在菌が多く、引き続きデバイスの管理状況を注視する必要あり
○ 末梢カテ管理の血培MRSE検出事例増加について注意喚起（課題）



- [評価と課題]**
- 全レベルを対象とした研修を継続し、知識の積み上げと実践力強化を図る。各種データ等から抽出される課題に基づく研修内容を検討し次年度に繋げる。
 - 手指衛生遵守率の推移とともに耐性菌発生状況を注視し、平時からの感染対策の啓発と有事の早期介入を図る。（遵守率が80%前半に低下傾向）
 - 環境管理基準を作成するが活用状況、実践具合の評価に至らず、次年度課題。
 - 看護業務効率化を視野に、ナースカートのカスタマイズ、廃棄物廃棄場所の増設等を引き続き推し進めるとともに、廃棄物持ち帰り無しの定着を図る。

2024.4～2025.3
手術件数：3681件（前年度：3630件）
全身麻酔件数：1714件（前年度：1702件）
緊急手術：313件（前年度：309件）

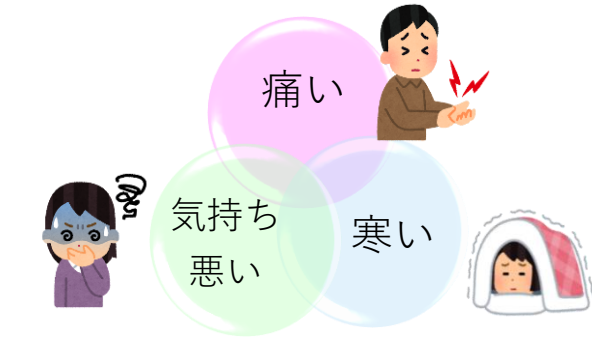
1. 術後疼痛管理



IV-PCAに関する整備	基準手順の改訂、クリニカスパス修正 プロトコル作成
術後疼痛に関する 患者説明	麻酔科術前診察 説明用紙の配布 術前訪問パンフレットの改訂
スタッフ教育	手術室Ns対象の勉強会 病棟と術後疼痛に関する情報交換 (10階、11階、12階、15階)
術後疼痛回診	火～土 麻酔科医・薬剤師・手術室Nsによる回診開始

当院の術後疼痛管理の基本は、多角的疼痛管理とIV-PCAによる鎮痛であり、それらに焦点をあて活動を実施。IV-PCAの流量変更に関する指示・観察項目をクリニカルパスへ反映させることで、個々に合わせた鎮痛薬の調整が可能になった。また、診療科・術式に応じたIV-PCAの組成を取り入れ、疼痛スコアの低減を目指すとともに、術後経過に沿ったIV-PCAの効果的な使用に繋がる対策であったと考える。

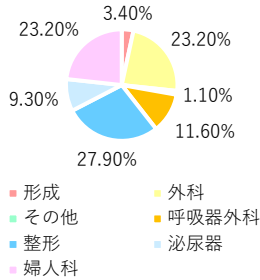
- チーム活動を推進し、個々の患者に合った疼痛管理を目指す
- アウトカム設定と評価（疼痛スコアの低減、患者の満足度、術後疼痛が要因となる合併症低減）



2. 術後悪心・嘔吐（PONV）

予防対策	診療科・術式に応じたIV-PCAの組成 クリニカスパス修正
患者説明	麻酔科術前診察 説明用紙の配布
スタッフ教育	手術室Ns対象の勉強会
術後疼痛回診	PONVの観察をチームで実施

【IV-PCA使用患者PONV発生診療科別】



PONVの4大危険因子の一つとして術後のオピオイド使用があり、術後疼痛管理と共に介入を実施。診療科では整形外科での発生が最も多いため、早期に介入し回復促進へ繋げる。



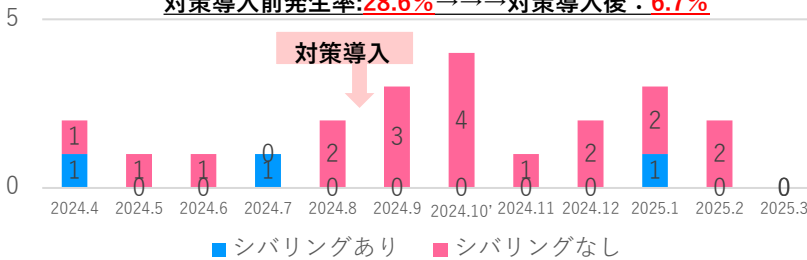
- ・ レベルⅠ 周術期看護 術前準備・麻酔・スキンケア
- ・ 実践看護強化研修 周術期のケア検討
- ・ 実践看護強化研修 高齢者ケア せん妄
- ・ 手術室見学研修、手術室新人ローテーション研修

3. 体温管理（シバリング予防）

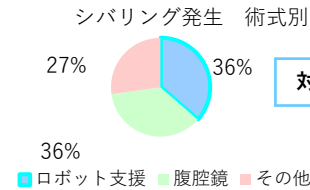
『ロボット支援手術での体温管理方法が確立し、シバリングが低減する』を目的に、手術時間が長く、今後手術件数増加が期待されるロボット支援前立腺全摘除術（RARP）で効率よく加温し、低体温によるシバリングを予防する取り組みを導入。

RARPシバリング件数

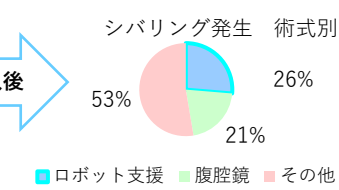
対策導入前発生率:28.6% → 対策導入後:6.7%



【対策導入前】



【対策導入後】



対策導入後に施設基準新規算定（手術点数95280点 腹腔鏡OPに比べ+17850点）を受け、手術件数は増加したが、シバリング件数は1件のみで、発生率は低下。対策をRARPだけでなく他のロボット支援手術や腹腔鏡手術で活用するスタッフも増え、シバリング発生に占めるロボット支援手術・腹腔鏡手術の割合は低減に繋がった。今後も、合併症や麻酔管理を含めた低侵襲手術に向け、取り組む。

2023.3月より開始したロボット支援手術件数は2025.2月に100件を越え、現在3診療科・7術式を実施。次年度も新しい術式拡大に向け、現在準備中



2024年度 老年看護領域 最終評価

目標: 高齢者の尊厳を守るための看護実践の推進と継続的な教育研修を通じて高齢者ケアの質向上を目指す

	活動内容	評価
実践	- 自部署における高齢患者のケア - DST介入患者に対するケア	自部署中心で高齢者看護のロールモデルとして対応困難患者等に対する実践を行った。次年度は活動時間を活用し他部署においても実践ができるよう調整をしていく。
相談	- 対応困難患者の対応 ✓ せん妄遷延により幻覚と暴力がある対応困難患者の関わり方 ✓ ケアの拒否が強く大声が出る患者への対応 ✓ 術後経過不良患者に対するケア ✓ 認知機能低下している糖尿病患者の在宅での血糖コントロール ✓ 暴力行為により強制退院となった患者の関わり方 ✓ がんの治療方針に関する意思決定支援 - ポスター作成 ✓ 高齢認知症患者によるセクハラ対応	10月よりDSTラウンド方法を変更し、病棟看護師と対象患者のケアに関してカンファレンスを通してケアの改善を働きかけた。また、DST介入患者だけでなく対応に苦慮する患者やケアの方向性が不明瞭な患者の関わり方について相談を受ける機会が増えてきた。現状ではカルテからの情報をもとにケア方法を提案するにとどまっているため、次年度は直接患者に実践を提供することも含めて、コンサルへの対応方法について検討していく。また、所属部署以外からのコンサルを受けるために気軽に相談できることを周知していく。
教育	- 院内研修 ✓ 倫理ファシリテーター養成研修 ✓ 新人看護師研修「高齢者の尊厳」・「コミュニケーション」・「責任を持つということ」 ✓ 2年目対象研修「高齢者の特徴 ー安全に過ごすー」・「倫理研修 ー身体抑制ー」 ✓ 3年目対象研修「高齢者の特徴 ー安楽に過ごすー」・「倫理研修 ー意思決定支援ー」 ✓ レベルⅡ対象研修「倫理研修 ー倫理的ジレンマへの対処ー」 ✓ 看護実践強化コース 高齢者看護「安全に過ごす」・「意思決定支援」・「せん妄ケア」・「マルチモビディティ」 - 慢性期ケア委員へのミニレクチャー ✓ サルコペニアの影響 - 院外研修 ✓ 大阪府看護協会 2024年度研修No.24「自分らしく看護師として働き続けるためのエッセンス」 ✓ 2024年度大阪市介護予防教室 あいあい教室「認知症予防講座ー元気に生き生きと生活するためにー」	今年度、院内研修を通じて高齢者ケアの質向上に必要な倫理的感受性を高めるための働きかけを行った。レベル別研修について、研修後の評価コメントを踏まえて研修目的はおおむね達成できたと考える。看護実践強化研修について、参加者のレベルが幅広くばらつきがあったが、研修後のリフレクションシートでは各レベルにあった実践に取り組んでいたため、研修目的はおおむね達成できたと考える。また、院外研修として看護職に対してだけでなく地域高齢者に対する講習を行う等、幅広く教育活動を行うことができた。次年度に向けてCNS中心に行っている倫理研修の体系化を進めていき、より効果的に教育活動が提供できるようシステムを整備していく。そして、新たな知見について情報提供できるよう学会への参加等を積極的に行っていきたい。
研究	- 学会発表 ✓ 第55回日本看護学会学術集会 口演発表「排泄ケア業務の改善による看護師の意識変化」 - 科研申請(共同研究者)→採択 ✓ 3D立体モデルを用いた爪ケアツール開発と教育プログラムの作成 - 院内看護研究発表 ✓ 病棟のおむつ交換における業務負担軽減への取り組みと課題	今年度は、自部署における看護研究に参加していたが、主体となって研究活動をおこなうことがなかった。他CNSと協働で申請していた科研について採択されたため、次年度は主体となり研究活動を行うことができるよう活動していきたい。また、部署異動となったため、新たな部署での課題を踏まえて現場に還元できる研究活動を行っていく。

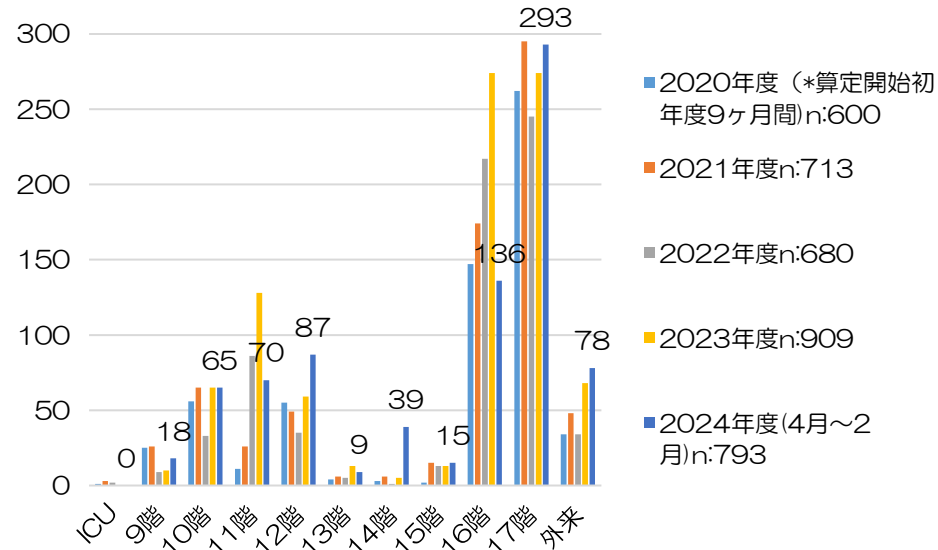
脳卒中リハビリテーション看護 2024年度活動報告

【今年度の課題】

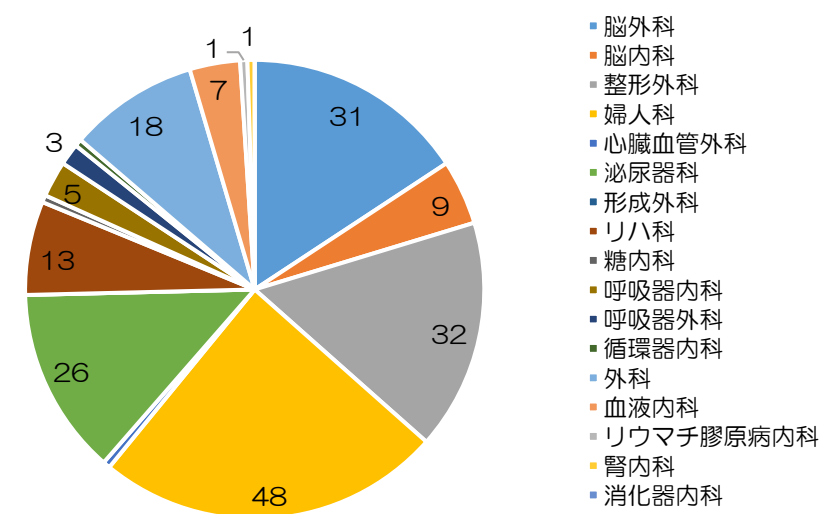
・排尿ケアチーム介入件数の維持・向上。介入診療科の拡大。

・ICU退室後の脳神経疾患患者の状態観察と16階病棟との注意点などの共有。特に注意が必要な場合は早期に情報共有し事前に環境調整などを行う。

排尿自立支援加算部署別算定件数



2024年 診療科別新規介入患者



【取り組み結果】

- ・算定件数：前年度比－5%
- ・外科・婦人科はCPが整備され、抜去後初回評価を算定できる機会が増加し、前年度比130%の算定件数となっている。
- ・リハビリテーション科は転院患者の新規介入症例が増加してきている。
- ・16階病棟の算定件数が減少している。入院患者で尿道留置カテーテルの挿入件数自体が少ない傾向にあった。しかし、前年度と比較し約半数になっており、確認していくとチームへのTODO忘れが複数件みられた。ケア自体はマニュアルに則り実施されている。ラウンドでピックアップした症例もあったため、毎週ラウンドへ行けなかった点も要因と考えられる。
- ・16階病棟師長とは事前情報の共有を行い連携できた。ICU退室後で環境調整が必要な症例があったため、スタッフとともにレイアウトを調整。アプローチ方法について指導。注意が必要であると判断した患者に発生したインシデントなどは把握できていない。

【次年度の課題】

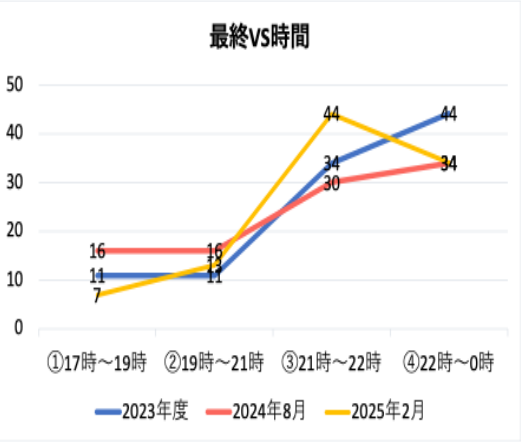
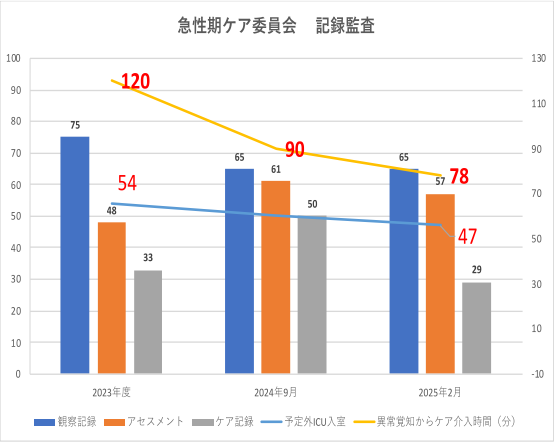
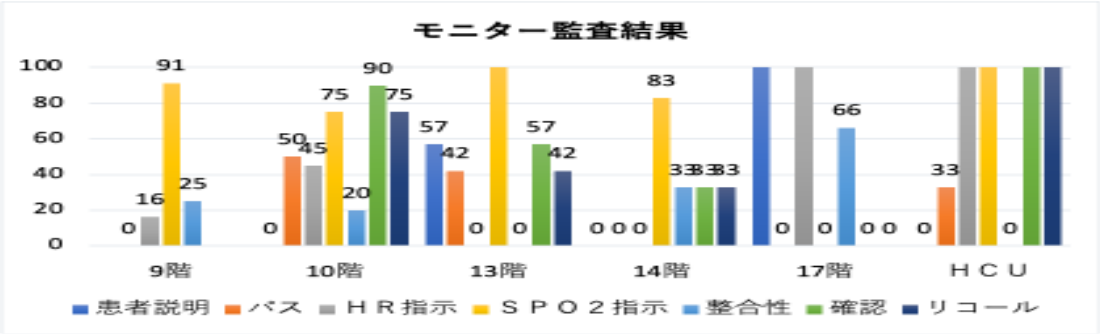
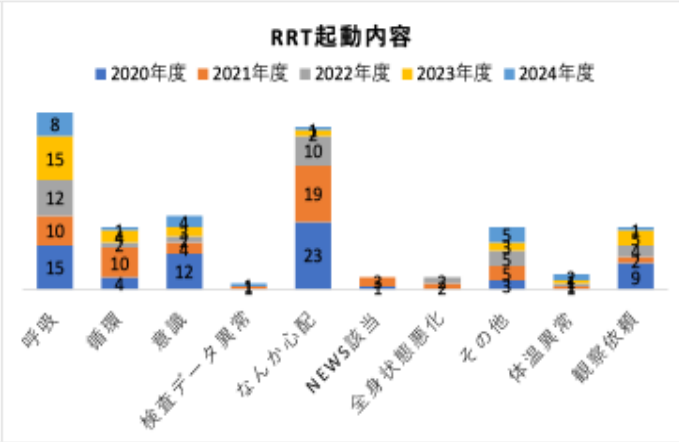
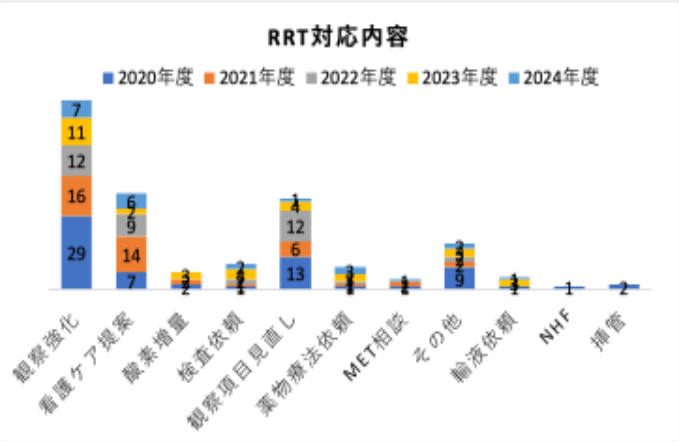
- ・排尿ケアチーム介入件数の維持・向上。
- ・脳神経病棟での脳卒中患者のインシデント把握、原因検索、低減。

【研修担当】

- 4回
- ・高齢者の特徴 (2・3年目対象)
- ・嚥下スクリーニング
- ・姿勢調整

2024年度 活動報告：集中ケア認定看護師

	RRT件数 コール/ラウンド	予定外ICU入室数	予期せぬ院内死亡	ハリーコール	ハリーコール振り返りカンファレンス
2019年度	11 (1月から開始)	70	26	14	不明
2020年度	68/20	61	12	12	1
2021年度	51/17	57	7	7	2
2022年度	39/8	71	6	12	8
2023年度	29/6	74	11	9	8
2024年度	12/11	55	1	12	10



RRT活動
昨年度より要請基準を見直し、起動件数は大幅に減少したが、ICU予定外入室の増加や予定外死亡数は低下。起動内容から何か心配や観察項目依頼は明らかに減少。看護ケアや薬剤調整が必要な要請へ移行しており、狙い通りの推移となった。
急性期委員会との連動にて部署でVSの変化に気づき、部屋移動や観察強化・対応までできていることが多くなった事が影響している。

RRTの活動は平日であるが、土曜日の相談件数也未だ多い。医師が不在となる土曜日の午後からはニーズがあると言える。1ヶ月のみRRT専従者が日勤日にラウンドを行うと、1ラウンド1介入程度の相談あり。現在はメンバー人数の関係もあり、毎日のラウンドや週末・夜間対応につながらない現状がある。またハリーコールは12件と増加傾向。今までの傾向でも夜間のハリーコールはほぼ全例転機は死亡しているため、急変予防が重要であり重症者の寝前VSによる状態把握、適切な対応が求められる。モニター管理不足によるハリーコールは0件であるが、心停止発見は1件(死亡)あり、モニター指示のあり方を現在検討中である。

4月より救急から病棟へ即入となった患者が状態変化でICUに入室する事象が12件あり。救急で状態を観察し、適切な場所へ入院できるような采配も必要であり、連携をとりながら安全に治療できる環境整備を次年度の課題としている。

急性期ケア委員会活動
・重症患者記録のアセスメントに関して上期に症例検討を実施し改善しているが、下期症例検討をやめるとケア記録が昨年度と同様まで低下している。しかし、異常発知からケア介入時間は短縮されてつづあり、予定外入室数減少に寄与できている。リンクナースの臨床推論の理解が進み実践で活用する事で部署でのアセスメント向上につながると考えられるため定期的な介入が必要。次年度は院内研修で各領域による症例検討がなされる予定であり、変化をモニタリングしていく。

・例年心停止患者の発見が遅れる事象があり、今年度モニター見落としによる状態変化予防に取り組んだ。

1.モニター装着時にアラーム指示通りに合わせて装着。2.患者にモニター装着の必要性、注意点を伝達。3.初期波形の確認4.朝と昼のカンファレンスの後にリコール確認の4点の徹底に取り組んだ。取り組みの中で、モニター装着指示のみで医師のアラーム指示がないことが発覚し、現在医療安全へモニター指示のあり方を提案中。モニター監査結果でも、まだばらつきがあり次年度も継続して介入し確実なモニター管理を実施し、患者の安全担保を行う。

2024年度 活動報告 【認知症看護】 重点課題：①せん妄予防 ②身体抑制最小化

	活動内容
実践	・自部署での認知症ケアの実践 ・せん妄予防、BPSD緩和、転倒予防・チューブトラブル予防 ・身体抑制緩和、解除に向けた取り組み ・コミュニケーションボードの作成、活用
指導	・慢性期ケア委員会 症例検討 ・小学習会 「パーソン・センタード・ケア」「アルコール離脱せん妄」 ・院内：看護実践強化コース 高齢者看護「せん妄ケア」 ・新人看護師研修「認知症看護 認知症対応力向上研修」 ・院外：大阪市介護予防教室「あいあい教室」対象 高齢者12名
相談 DST	・DST介入患者：100～120名/月（入院患者の約17%）約40～45名/週 ・せん妄ハイリスク患者ケア加算：約 360件/月（入院患者の約53%） ・診療報酬改定に伴うマニュアルの見直し
インシ デント	認知症ケア対象者 3aレベル：6件（Aライン抜去、尿道カテーテル抜去、意識消失・窒息、転倒） 3bレベル：2件（転倒による骨折）

【評価】

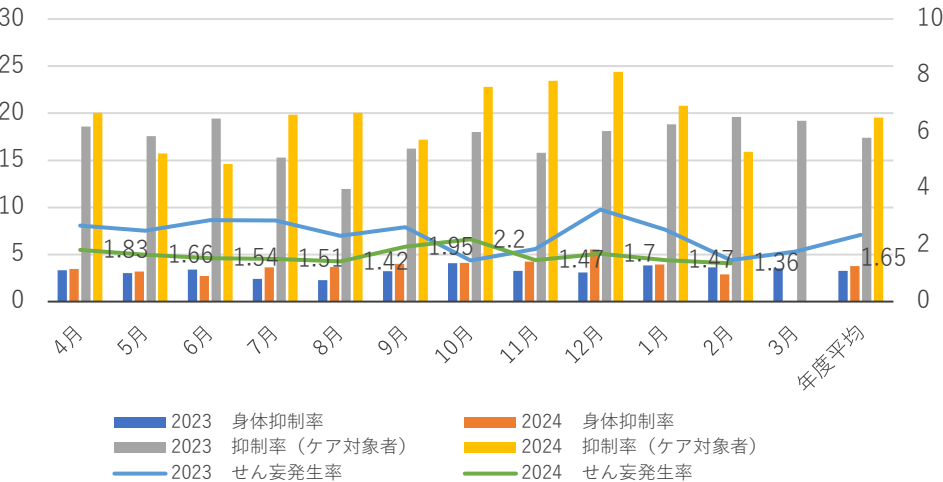
①せん妄：発生率は低減しているが、せん妄によるチューブトラブルや医療者への暴力、治療継続が困難で退院となった症例もあった。患者状態のアセスメント、せん妄発生時の対応が不足していることもあり、DSTラウンド時に、せん妄の要因や具体的介入についてカンファレンスを行い、看護計画に反映し実践していく必要がある。

②身体抑制：必要性の評価や早期緩和に向けて取り組んでいるが抑制率は増加。チューブ抜去や転倒が発生すると、抑制解除が困難な現状がある。ハイリスクハイ以外の抑制解除、4本柵以外の転倒予防策、経腸栄養患者の早期経口摂取への移行など代替案を検討していく。また、委員会で看護基準「安全確保の手引き」を見直したため、各部署で実践し低減に繋げる。

【次年度への課題】

- ・リンクナースの育成（せん妄予防ケア、せん妄発生時の対応ができる）
- ・身体抑制の早期緩和・解除
- ・機能評価に向けてマニュアルの整備

身体抑制率・せん妄発生率



身体抑制率

3.78% ↑

（前年+0.51%）

参考値:11.8%

（2023 QIデータ）

ケア対象者

19.5% ↑

（前年+2.0%）

参考値:大阪府26.3%

（2020 NBDデータ）

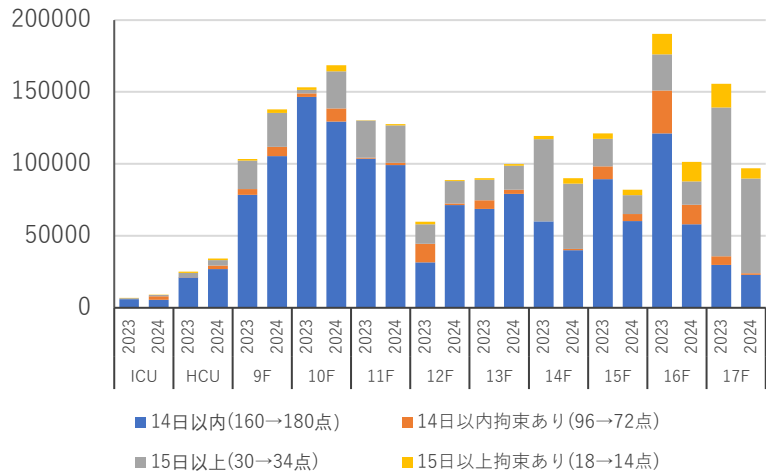
せん妄発生率

★1.68% ↓

（前年2.38%）

部署別 認知症ケア加算1算定

6月より診療報酬改定
2023年度算定件数 19,852件
2024年度算定件数 16,260件（2月）



せん妄発生患者 診療科別

