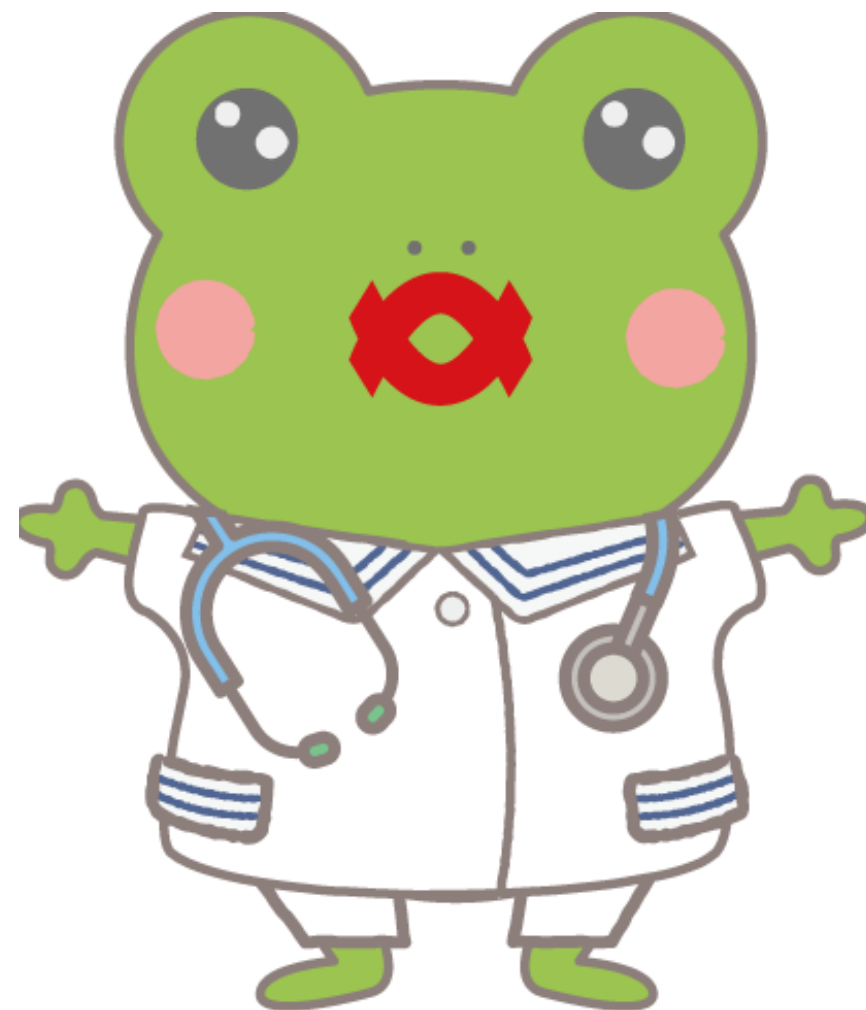
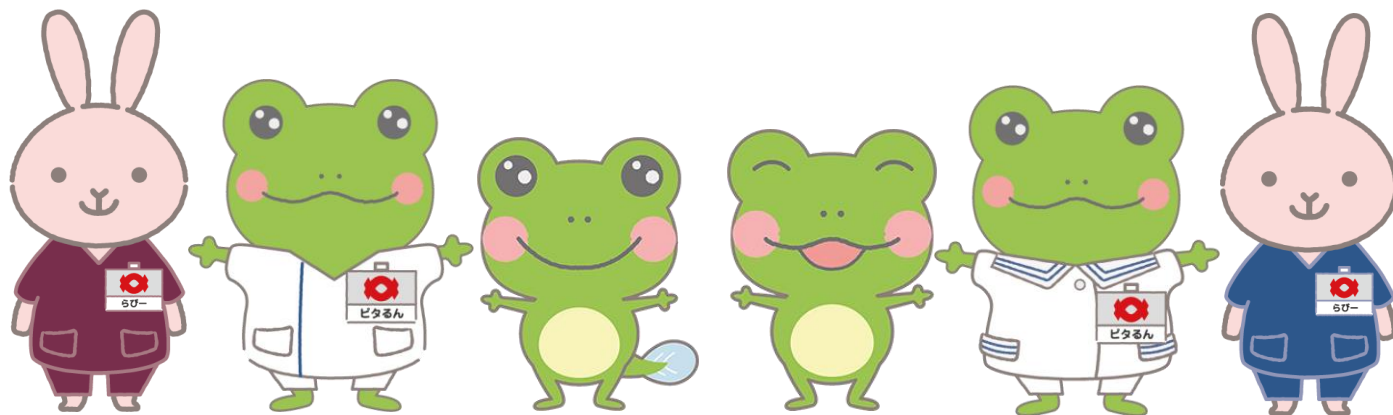
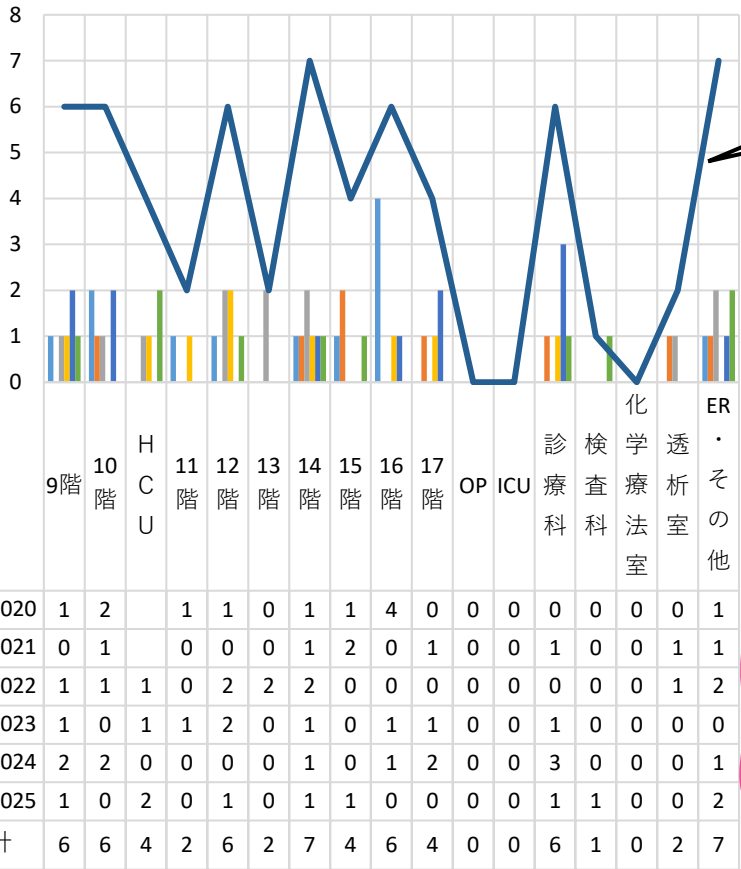

2025年度 看護支援室 領域別活動最終報告

2026年4月13日

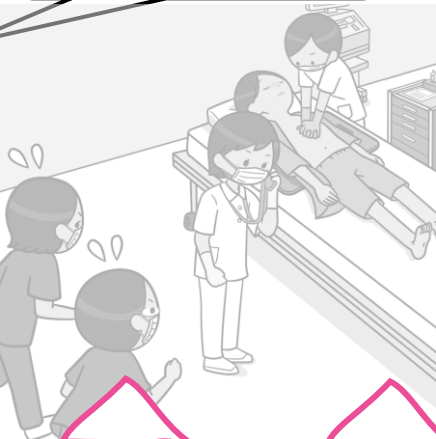


救急看護 2025年度最終評価

ハリーコール件数

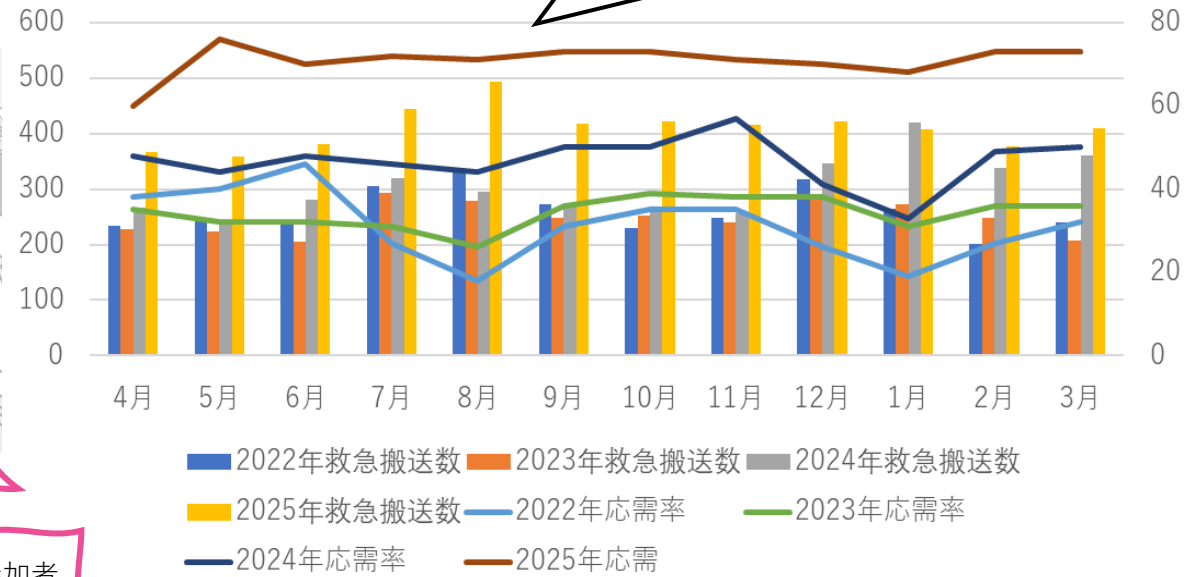


ROSC率 85.7%
過去最高！！

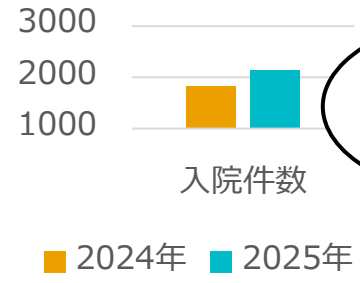


今年度 CPRナース指導者育成8名
BLSマンツリー参加者 看護師75名 コメディカル30名 事務40名

救急搬送数・応需率



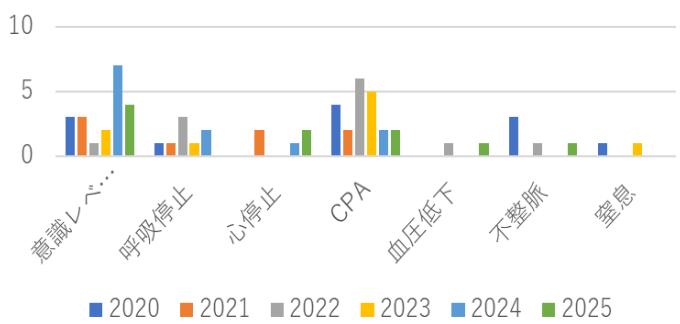
応需率66.30% (昨年度45%)
初診率60%
紹介患者数602件 (昨年度488件)



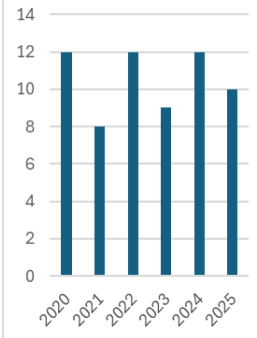
入院件数 329件UP

今後の課題
さらなる救急応需+
救急強化を！！

ハリーコール理由



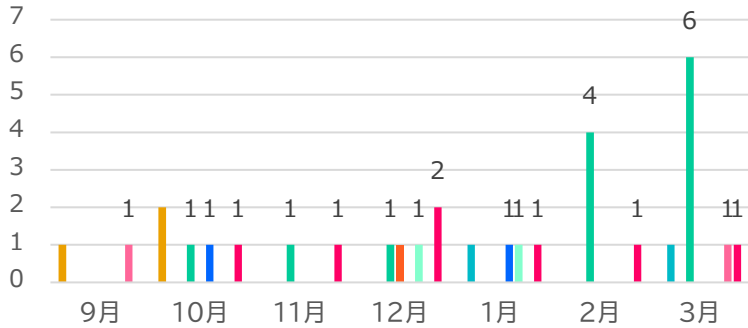
ハリーコール件数



①急変時対応
急性期ケア委員会の中で、NEWS監査を実施。症例検討を実施しリカノ知識向上ができた。外来では技術向上のための研修を進め、ERリガ-I習得47名全員合格、リガ-Iの采配力・調整力を発揮できるようリガ-I業務マニュアルの見直しを実施。CPR対応力向上のため動画作成を実施。自己評価では自身がなく評価が低いまま。
②救急搬送数増加に向けて
看護師のトライイン応需を継続し、断った症例の理由について振り返りを実施。開業医トライイン対応が開始となり、紹介患者・入院が増加した。

2025年度 看護支援室活動報告 最終評価 手術看護

入院時支援による術前介入



- アレルギー薬の変更依頼
- 意思決定
- 術中介入提案
- 他職種への情報提供
- 外来での術前訪問実施
- 手術体位
- 患者情報提供
- 麻酔関連
- 手術管理

当院の特徴

- 二次救急の急性期病院
- 手術患者の50%以上が高齢者



2025年度 手術実績



手術件数 **3964件** (前年度+283件)



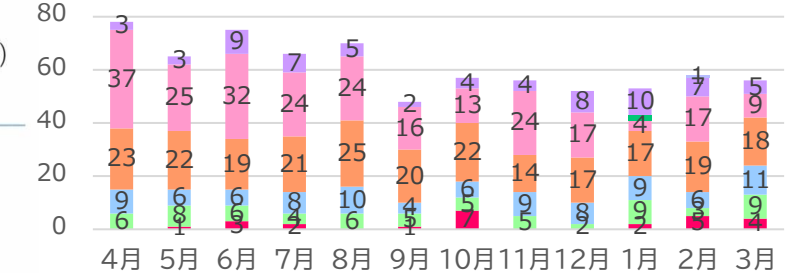
全身麻酔件数 **1864件** (前年度+150件)
約9%増



緊急手術件数 **416件** (前年度+105件)

術後疼痛管理チーム

術後疼痛管理チーム加算算定件数 病棟別



- ICU
- 9階
- 10階
- 11階
- 12階
- 13階
- 15階
- 16階

ロボット支援手術導入~3年間の実績・評価

RALPの実績と収益

手術件数の増加

- 2023年度 15件
- 2024年度 23件
- 2025年度 29件



体温管理の強化

- シバリング発生率 **13% → 6.8%**



2025年度のRALP実績29件

- 95280点 ロボット支援術
- 77430点 腹腔鏡術

95280点 × 29件 → 加算差額 **517650点**

増収 **517万6500円**

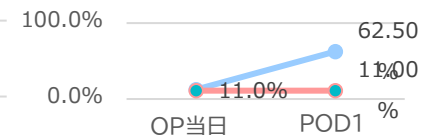
現場の課題

- 手順の形骸化
- 緊急・術式変更時未熟さ

チーム介入前後のNRS変化 (婦人科腹腔鏡子宮OP)



チーム介入前後のPONV変化 (婦人科腹腔鏡子宮OP)



術後疼痛管理チームの介入により、婦人科OPにおける疼痛軽減及びPONV予防効果が明確になった

今後の課題として

- OP当日~翌朝までの疼痛対策強化
- 高齢者の術後疼痛の特徴をふまえた介入方法の検討

手術件数・全身麻酔件数増加に耐える組織の基盤は、形成されつつある。

今後の課題は、「量への対応」から「質の向上(高齢者・合併症予防への対応)」へ移行するための、周術期管理の強化

慢性疾患看護専門看護師

【学会参加】

第67回日本老年医学・本老年看護学会合同学会参加

【院外向け研修】2件

第4回堂島PDカンファレンス 開催

京都八幡市役所“PDカンファレンス”開催



【研究・外部発表】

第12回JADEC年次学術集会：筆頭演者 “インスリン期限計算表作成の取り組み” 発表

学会発表1件

雑誌寄稿1件

その他2件

主研究テーマ2件

研究支援1件



ファシリテーター：スモールグループディスカッション“高齢者”治療

共同演者 フットケアセミナー開催報告～諸学者向け体験学習の試み～

“JADEC CDE Award 看護師部門” 受賞・雑誌『さかえ』寄稿

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

研究課題②：フットケアに関する看護師の心理的障壁

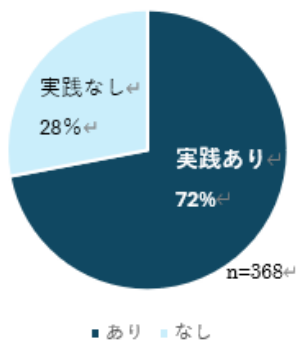
JADEC研究助成報告済

- 爪切りは71.8%が実施している
- 肥厚や変形の強い爪への対応が行える看護師は14.2%
- 困難症例への効果的なケア方法を知らないと答えた看護師は82.3%
- 爪切りを実施していない理由の半数以上が医療事故への不安

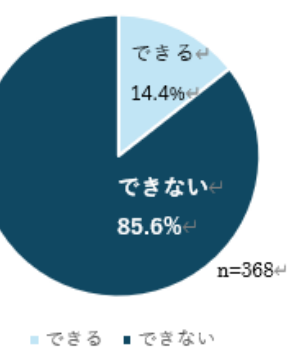
2026年度ケアツール開発
看護師教育の効果判定を研究

院内看護研究支援：腹膜炎患者のデータ分析について データ抽出支援

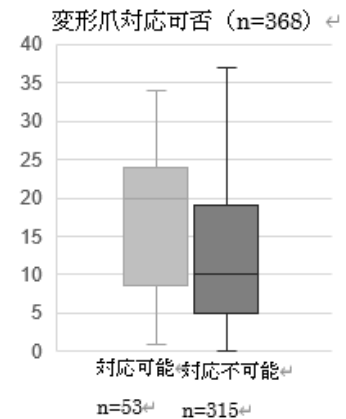
日常的な爪切りの実践



困難症例への対応

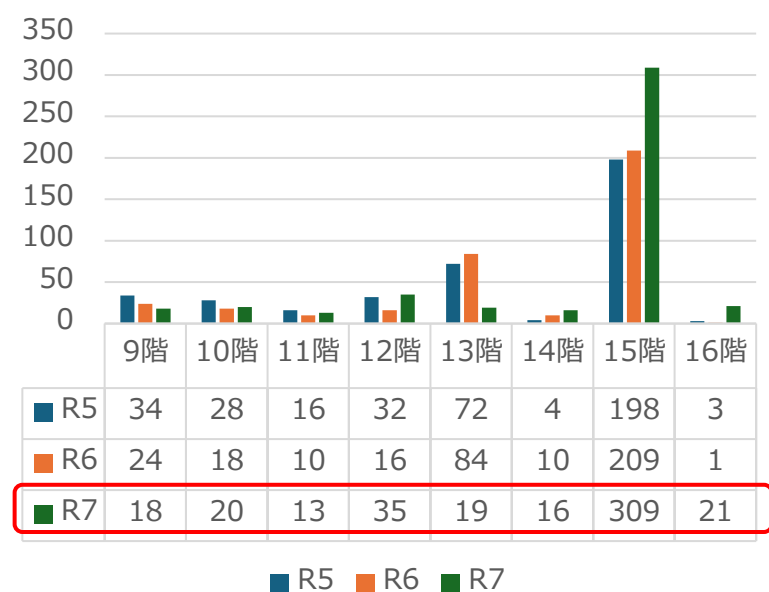


看護師経験年数と変形爪対応可否 (n=368)

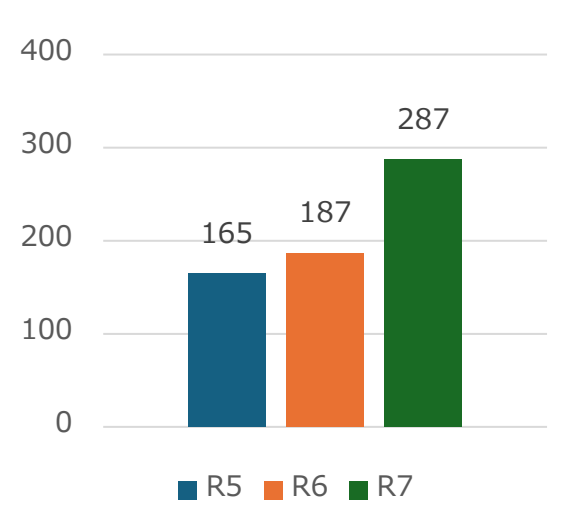


【財務】

在宅療養指導料(170点)



下肢末梢動脈疾患指導管理加算 (100点)



加算数1.5倍へUP!

【業務・システム構築】

院内クリニカルパス修正支援・承認:205件

クリニカルパス
委員・担当分野
適正評価

適応率 糖代謝：69.5%(前年66.9%)
腎内：66.9%(前年72.3%)
形成：68.6%(前年64.7%)

摂食・嚥下障害看護認定看護師

2025年度年度末評価

1. 現状・課題

誤嚥予防アセスメント能力は向上し誤嚥0インシデント増加、窒息対応能力には課題がある

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
- 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(聖隷式嚥下質問用紙)→入院時の情報収集や摂場面評価
 - 対象：65歳以上10階定期入院患者
 - ・嚥下障害疑い患者の介入
- ③看護部医療安全対策委員会
 - ・誤嚥チーム活動(入院時嚥下評価テンプレートの見直し、嚥下食摂取中のパンフレット作成)

3. 結果

①誤嚥性肺炎発症率

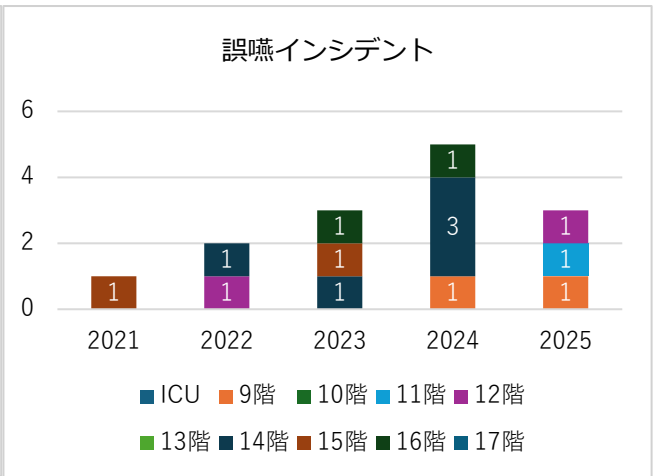
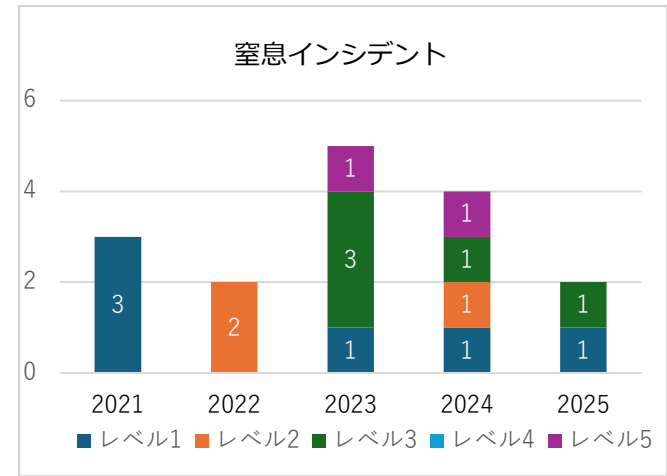
COVID-19

2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
1.57%	2.09%	2.57%	1.89%	1.87%	2.14%

患者の年齢
男女比、疾患
の変化はなし

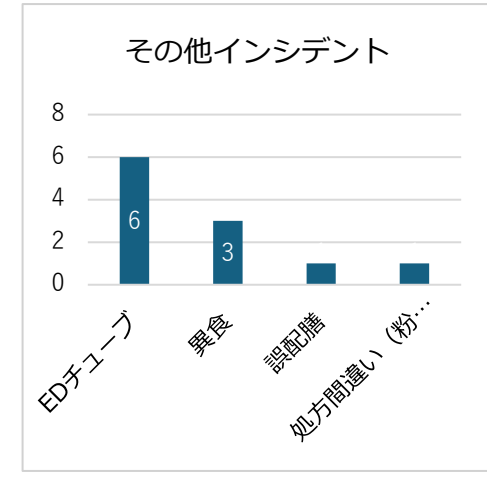
②インシデント

※前年度より低減、インシデントレベルも低下 誤嚥予防の0インシデント：16件↑



その他インシデント：11件

- <EDチューブ>
 - ・ミトンの装着手技や管理不足
 - ・チューブ管理
 - <異食> **75歳以上**の高齢者で発生
 - ・お茶への手指衛生アルコール混入
 - ・歯磨きシート、カテゼリーを食べた
- 窒息に繋がる



<課題>

- ・認知機能低下に伴うリスク管理(環境整備)

③入退院サポート連携

- ・介入件数10件
 - <内容>
 - ・嚥下評価、食形態調整
 - ・嚥下障害疑い事例の検出、入院時からの介入が可能に
- 窒息・誤嚥のインシデント低減へ

<気付き>

- ①多職種連携
 - ・訪問看護師やケアマネとの入院前からの関係性の構築が可能
 - ・支援室メンバーとの連携による看護の質向上
- ②システム
 - ・入院から退院までの食生活支援の体制不備

4. 次年度課題

- ・入退院サポートセンター介入患者の拡大とシステムの構築
- ・高齢者患者の食生活支援におけるリスク管理(慢性期領域との連携) 食事環境、抑制具の正しい手技確立など



今年度目標（昨年度より継続）
 ① 医療の安全保持と質向上のために医療関連感染の低減を目指す
 ② 標準予防策を徹底し感染対策を強化する
 ③ 専門活動における役割遂行とブラッシュアップ（感染管理研修の推進と支援）

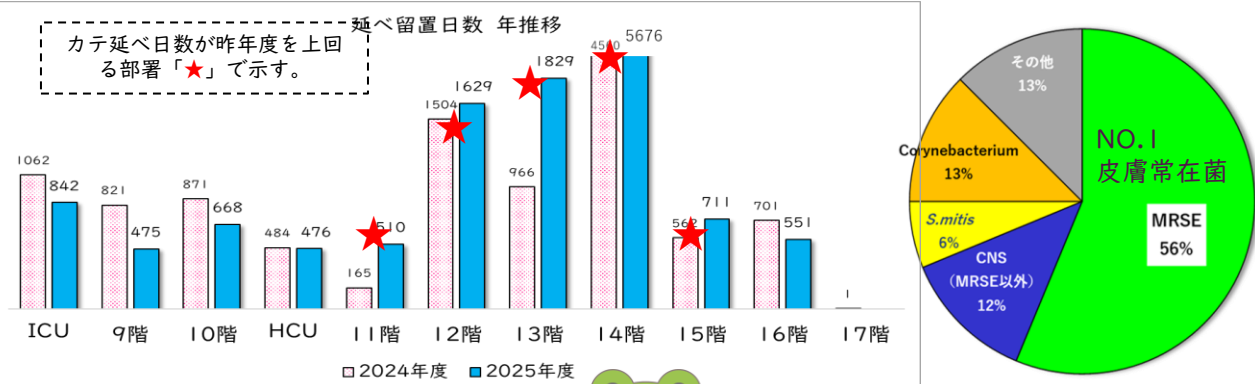
今年度課題
 ① デバイス関連感染の低減及び標準予防策に関連するデータフィードバックと改善策の実践
 ② リンクナース主体研修支援と役割レベルに応じた感染管理研修の遂行(学習と成長の視点)
 ③ 感染対策の視点での環境管理推進

各種 サーベイランス	デバイス（CLABSI/CAUTI/VAP）、手指衛生、耐性菌等 ナースカート廃棄物持ち込み評価	
環境ラウンド	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 含む	新人	標準予防策/経路別感染予防策 PPE着脱技術習得
	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 ◆年間計画に沿い実施済み ◆「もしも廃棄ボックスが手元になかったら」 について追加教育(サポートNs対象)
	3年目 サポートNs	症状別感染対
	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 血液汚染事象予防及び発生時の対応策の再確認
	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

【結果①】 CLABSI発生率：1.8 (昨年度1.54) ★必達：1.54/1000device day

	カテ延べ日数
2024年度	11697日
2025年度	13367日↑

- 昨年度と比較するとカテ延べ日数増。救急応需率アップの影響と患者層の高齢化に伴い、重症管理が必要となる事例が各部署で増えていることが要因と考える。適正管理アセスメント状況の確認が必要。
- 中間報告の時点よりも、昨年度のカテ延べ日数を上回る部署が増えている。診療科の特殊性にこだわることなく標準的にカテ管理ができるスタッフ育成が求められる。
- 起因菌は例年と同様に皮膚常在菌が多い。血液内科は内部環境に関連する腸内細菌によるBSIも確認された。
- 末梢カテ管理に関する管理手順を委員会で作成し使用を開始。導入評価に至らず。



【結果②】 E. faecium (VRE) によるアウトブレイク発生

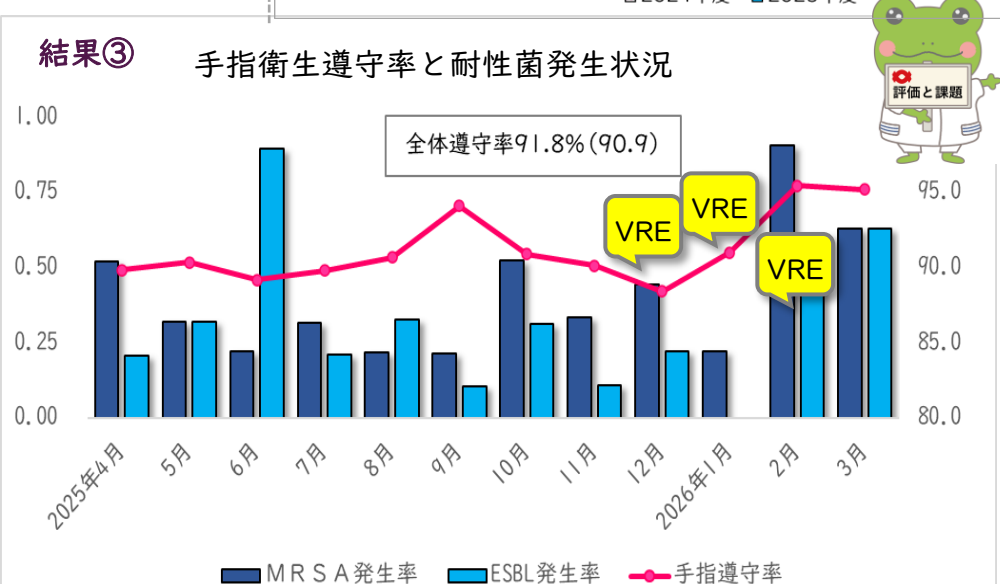
VRE発生件数と経過 (2025/12/1-2026/3/1)

初発事例として確認された事例から12月17日までにVREを確認した検体計6株を大阪健康安全基盤研究所に提出し、PFGE解析を依頼。6株においてE.faecium (VanB)であることが判明しており、類似度90%以上である点から遺伝的関連性が高いことを確認。

院内水平伝播による拡大を強く示唆
感染対策体制の再評価と強化

【対策】
 1. 監視・評価の質保証（サーベイランスの信頼性の向上を図る）
 2. 手順の標準化と“守れる仕組み”への変更
 3. 多職種・環境中の盲点となりやすい点の確認と改善

行政機関の訪問調査後コメント(3月17日)
 □ 標準予防策(手指衛生)の質向上
 □ 適正抗菌薬推進



【評価と課題】

- 年間計画に沿った研修開催は達成するが、実践レベルでの個々の認識のばらつきがある現状において、手指衛生手技をはじめとする技術修正までの、踏み込んだ教育システムが必要。引き続き、リンクナースと共に、感染管理教育の実践と感染管理に関連する知識技術の標準化を目指す具体的方策が必要。
- VREアウトブレイクの収束を目指し、引き続き感染対策の推進と組織全体での感染管理体制の維持強化のためのICT活動が必要。
- 手指衛生遵守率の明らかな低下はなし。看護師を除く職種への遵守啓発を強化する。

2025年度最終評価 糖尿病看護領域

2025年度重点課題と結果

- ・インスリン関連のインシデントレベル1以上24件→28件(3a:2件)
- ・インスリン関連の針刺し事故1件→インスリン針刺し事故0件

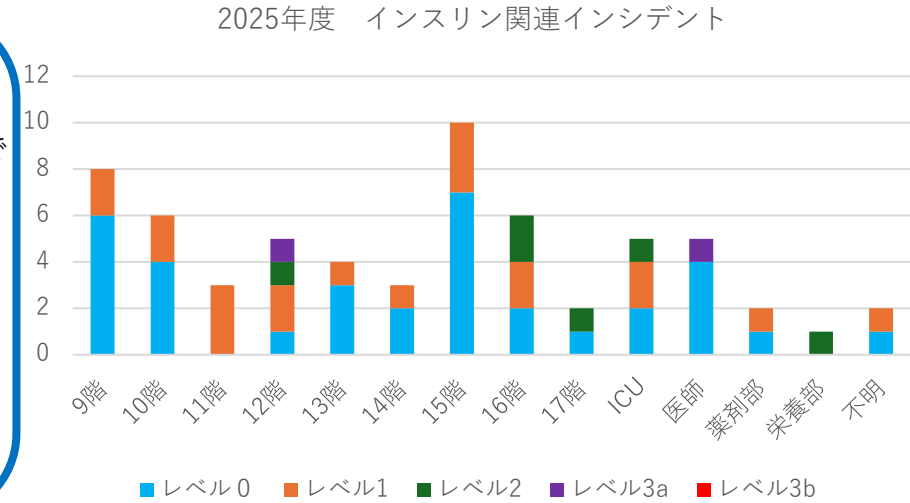
<学会> 第11回JADEC年次学術集会参加・第68回日本糖尿病学会年次学術集会参加・第6回日本フットケア・足病医学会年次学術集会参加

<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
10月16日看護部主体の教室開催・11月15日開催第11回関電ダイアベティスフェスタ開催
3月7日1型糖尿病患者会「第5回わかばの会」開催25名参加

レベル0	34件
医師の指示間違い・指示がない	12
ダブルチェックで気づく	5
患者からの間違い指摘	2
使用期限切れ・記入間違い	3
名前の貼り間違い	1
投与量記録間違い	1
バイアルを廃棄	2
患者が空き箱に針を廃棄	1
冷所保存されていなかった	1
薬剤師鑑別間違い	1
在宅療養指導料加算忘れ	1
ランタスとランタスXR 処方間違い	1
ヒューマログ注ミリオペンと ヒューマログ注ミリオペンHD処方間違い	1
車いすポケットに インスリン入れていた	1
TPNにインスリン混注後表示の メモを貼付したまま	1

・0報告34件で、未然にインシデント予防が図れるようになっているがインシデントは低減せず。昨年度までなかった3aレベルが発生している。インスリンの知識を深めることで防止できたと考えられるインシデントもある為、来年度は、基礎看護実践研修を動画にしているため、動画研修を通して学びを深め、インシデント予防につなげていく。

・昨年度、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、今年度針刺し事故・廃棄忘れは0件となったが、針がゴム栓に残る事象あり正しい使用方法が継続できるように指導が必要である。



レベル1	20件
SS関連	4
投与量間違い	4
投与忘れ	6
投与タイミング間違い	1
期限切れ投与	2
カーボカウント指示量間違い	1
食事2口摂取後投与	1
インスリン自己注射後の針が 付いたままであった	1

レベル2	6件
カーボカウント指示量間違い	1
経管栄養前にインスリン施行経管栄養チューブ閉塞による投与中止し低血糖	1
絶食時インスリン中止指示で経管栄養でOS-1投与のみでインスリン施行し低血糖	1
投与忘れ	2
インスリンシリンジポンクレンメ閉じたまま30分後気づき開放し急速投与	1
レベル3a	2件
TPNにインスリン混注を忘れて高血糖	1
TPNにインスリン混注の指示を出さずに施行し高血糖	1

2025年度 老年看護領域 最終評価

目標：高齢者の尊厳を守る看護実践を推進し、教育を通じて高齢者ケアの質向上を図る

	活動内容	評価
実践相談	<ul style="list-style-type: none">・自部署における高齢患者へのケア・DST介入患者へのせん妄予防およびせん妄離脱に向けた介入・院内ACPIに関する取り組み 「あなたの気持ちをお聞かせください」の改定 ACPIに関する院内周知用資料の作成・身体抑制最小化に向けた取り組み 「行動抑制に関するテンプレート」の作成 「せん妄スクリーニング (DST)」テンプレートの作成 身体拘束最小化に向けた院内研修資料の作成	高齢者ケアに関する実践及びDST介入患者を中心にせん妄ケアの充実を図った。また、機能評価に向けて院内の意思決定支援に関する体制の整備を他CNSとともにいった。身体拘束最小化に向けた取り組みとしてスタッフが同一の視点で評価が行えるような体制を整えた。慢性期委員を中心に働きかけを行ったが、部署毎にテンプレートの使用にムラがあるため、次年度は全部署で活用が日常的に行えるような働きかけを行っていく。
教育	<p><院内></p> <ul style="list-style-type: none">・新人研修「高齢者の尊厳」「コミュニケーション」「責任をもつということ」・レベルⅠ2年目研修「高齢者看護（安全を守る）」「身体抑制」・レベルⅠ3年目研修「マルチモビディティ」「意思決定支援」・レベルⅡ4年目プリセプター研修「高齢者の特徴」「倫理的ジレンマへの対処」・倫理ファシリテーター養成研修・基礎看護実践「転倒予防」「退院支援」「カンファレンスの進め方」「ケアに活かすカンファレンス」・応用実践研修「転倒予防」「退院支援」 <p><院外></p> <ul style="list-style-type: none">・2025年度大阪市介護予防教室「あいあい教室」認知症予防講座・令和7年度福島区ホームヘルパー連絡会「高齢者のパーキンソン病に関する基礎知識」	高齢者看護及び「看護倫理研修ハンドブック」に基づく倫理教育を行った。高齢者看護の研修内容と倫理研修が継続したものとなるよう工夫を行った。一方で、倫理ファシリテーター1期生への活動支援体制については課題が明確になったため、次年度は倫理ファシリテーター養成だけでなく修了生への働きかけも強化していく。院外研修では地域の高齢者や在宅支援者に対する講義を行った。今後も地域連携を深めるためにも積極的に院外への働きかけの機会を活用していく。
研究	<ul style="list-style-type: none">・学会発表 第13回大阪府看護学会「排泄ケア改善による夜間睡眠確保と離床促進への効果」・看護研究 「急性期病院における高齢入院患者に対する経鼻経管栄養の栄養改善効果と関連要因の検討」→分析中・科研申請 「高齢入院患者の”動きたい”に寄り添う病棟看護師のADL低下予防プログラム開発」→不採択・演題登録 第2回高度実践看護学会学術集会「CNS主導による『倫理で看護を語る看護師の育成』に向けた基盤作り」	研究活動に関して、学会発表は1件行った。また、現在分析中の研究に関して、エンドオブライフケア学会で分析結果を演題登録できるよう準備を進めていきたい。科研申請に関しては、不採択となっているため、次年度は内容をブラッシュアップしていき採択を目指していく。さらに看護だけでなく他職種との共同研究も検討していきたい。

2025年度 がん看護領域 最終評価

あるべき姿：安全かつ安心ながん治療環境とより良い選択にいたる意思決定支援体制を構築し、組織的なPDCAサイクルによってその質を継続的に担保する

専門/認定領域：がん看護専門看護師：3名、がん性疼痛看護・がん薬物療法看護認定看護師 計5名



各領域の主な活動

消化器外科・婦人科病棟所属 がん薬物療法看護CNの活動

- ・学研ナースにIVナースレベルIV資料及びがん治療の基礎知識資料を作成
- ・アドバンス看護師にフォローアップ研修開催（2回）
- ・抗がん薬投与手順を作成
- ・抗がん薬開始時のチェックリスト作成、運用開始

消化器外科・婦人科病棟所属 がん性疼痛看護CNの活動

- ・造影剤/麻薬/皮下注射（3回/年）CSCI管理とデモスト（47人参加）
- ・固形癌 基礎看護実践8人、応用編 紙面で症例提出3人
- ・新規内用療法治療（PSMA）開始に伴う準備
- ・退院前訪問（退院前訪問指導料算定）1件がん終末期患者の退院前自宅環境確認目的に訪問

血液内科病棟所属 がん看護CNSの活動

- ・発熱性好中球減少症(FN)重症化予防に向けたFN対応遅れ事象の早期対応と対策、知識向上に向けた教育
- ・リンパ浮腫ケア外来 実践および運営

核医学担当 がん看護CNSの活動報告

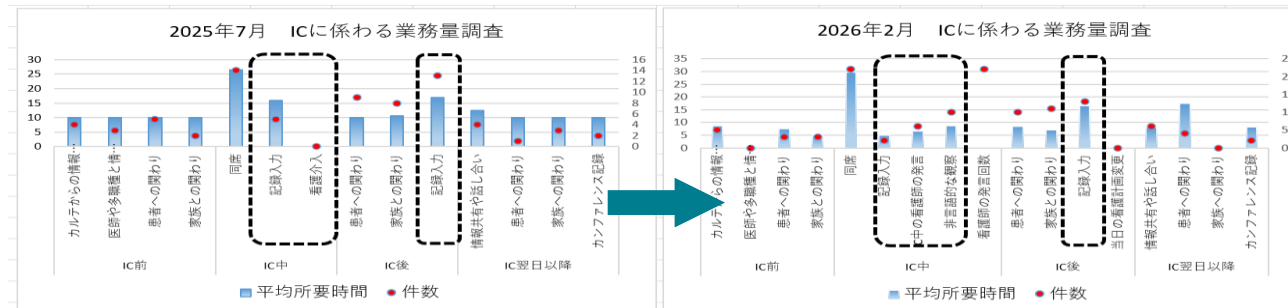
- ・2026年3月 PSMA新規治療導入に向けて多職種内において中心的な立場で運用マニュアル作成
- ・PRRTに対する継続した安全に実施できる看護師への教育、マニュアル改訂
- ・院外研究発表：1件、院外講師など：4件、科研費採択「PRRTの患者支援」

緩和ケア担当 がん看護CNSの活動報告

- ・ICに係る業務量調査の実施、IC中における看護師の役割の単純化、業務改善や看護師の役割発揮のためのICテンプレートの作成
- ・苦痛スクリーニングの各部署のデータ月単位抽出およびがん看護委員の活動のサポート
- ・臨床における倫理に関連する教育や倫理カンファレンスの継続的な実施、院外研究発表：1件

より良い選択にいたる意思決定支援の構築に対する活動

①ICに係る業務量調査



②調査結果に基づく活動

- 1 IC中の看護師の役割について具体的な看護介入の検討
- 2 看護記録の業務改善と教育目的でICテンプレートを作成
- 3 ICの再現性あるデータ管理の実現

- ・IC中の看護記録時間が16分⇒5分に大幅に減少し、IC中の看護師の関わりに集中できる環境となった
- ・IC後の看護記録時間：17時間と7月調査時と変化なかったが、新人や若手看護師の初回介入や経験不足のデータに引張られる結果となり、下位者へのIC介入前の支援が課題となった

患者と医療者にとって安全かつ安心ながん治療環境に向けた活動

■ レジメン関連

- 【事象】 抗がん薬そのものを飲み忘れるなど治療に関連するもの、レジメンオーダー忘れなどの治療そのものに関する報告が増加した。
- 【課題】 内服ケモに関して管理方法について明確な手順を作成するレジメンの見方についての周知とを引き続き行う

■ 血管外漏出

- 【事象】 壊死性1件、皮膚障害発生ないがサビーン(アントラサイクリン系抗がん薬に対する拮抗薬使用)
- 【課題】 血管外漏出への対応力強化

■ スピルキット

- 【事象】 これまでにはない、持続投与中のケモの中断やルート破損などの報告があった。全部署への設置を検討したが薬剤部との連携がうまく行かず設置出来なかった
- 【課題】 スピルキットが実践で正しく使えるように訓練を行う(研修企画)、全部署への設置

■ 医療用麻薬

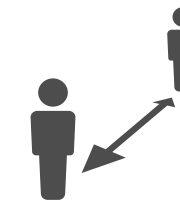
- 【事象】 レベル2：3件（前年度）⇒7件に増加し、特に輸液関連事象がレベル1も含め7件発生したことが今年度の特徴であった。
- 【課題】 投与経路の管理技術と併せた教育

■ 核医学

- 【事象】 予期せぬ尿汚染発生に対する運用変更、他職種の制限区域内入室
- 【課題】 異動や新入職者、担当部署編成時期に多職種を含めた共有事項の再確認

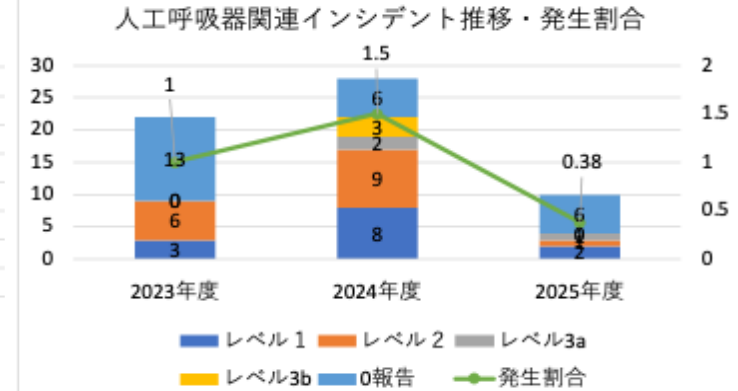
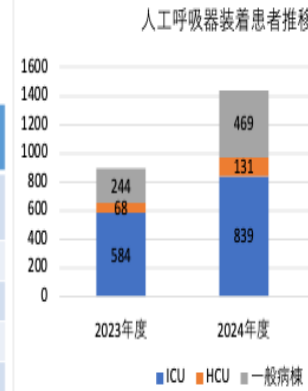
2026年度に向けた課題

- ① 活動方針に則った専従・兼任のPDCAを軸とした継続的な活動
- ② 新たな活動の場から自らの視野拡大
- ③ がん看護領域CNS/CNで担当領域の主担当者を定め活動を協働
- ④ 安全な核医学の提供の継続
- ⑤ WEB・対面研修に加えた日常の活動における人材育成とその評価
- ⑥ 専門外来（リンパ浮腫ケア外来）の人材育成と外来の患者満足度調査、がん看護外来の運営整備
- ⑦ 意志決定支援の仕組みづくりとがん患者指導管理料の診療報酬改定を機に収益増収



2025年度 活動最終報告：集中ケア認定看護師

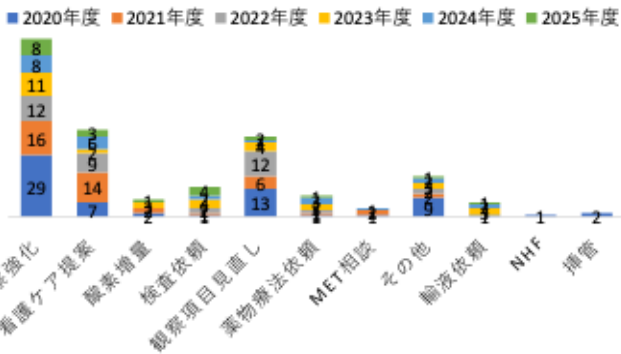
	RRT件数 コール/ラウンド	予定外ICU入室数	予期せぬ院内死亡	ハリーコール	ハリーコール振り返り カンファレンス
2019年度	11 (1月から開始)	70	26	14	不明
2020年度	68/20	61	12	12	1
2021年度	51/17	57	7	7	2
2022年度	39/8	71	6	12	8
2023年度	29/6	74	11	9	8
2024年度	14/11	58	1	12	10
2025年度	9/12	74	6	8	5



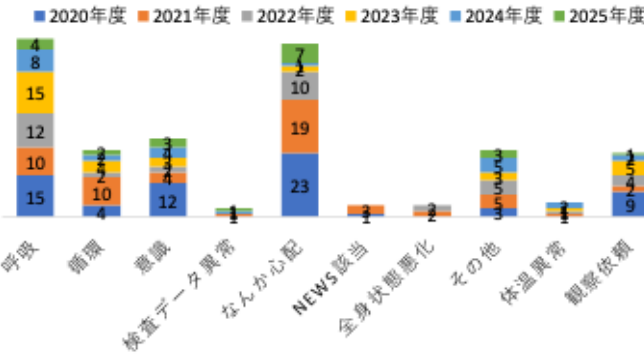
RST活動

人工呼吸器の稼働は2024年より減少した。今年度院内呼吸認定と急性期ケアリンクがRSTラウンドを活用し人工呼吸器の学習の場として整備した。結果稼働は減少したがインシデントの発生も減少し、安全に人工呼吸器管理が行えたと言える。院内認定や急性期リンクの活動を通して各部署の呼吸器管理について安全を意識して管理できた結果と言える。

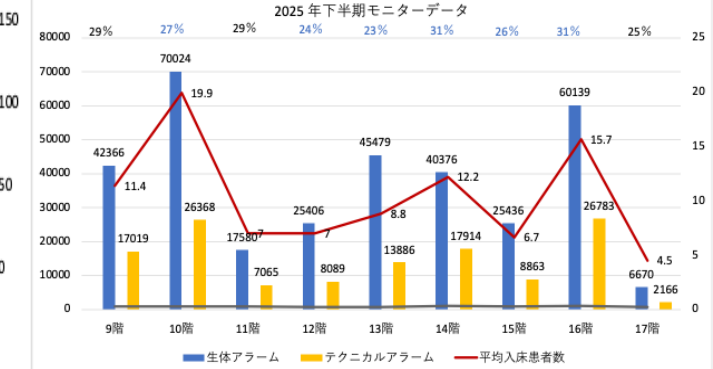
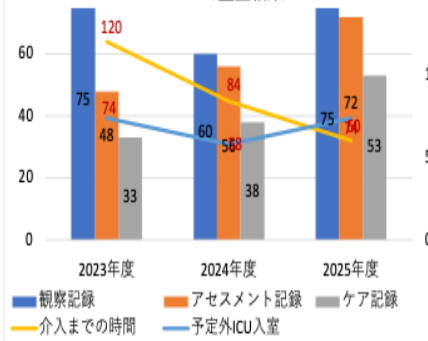
RRT対応内容



RRT起動内容



NEWS監査結果



急性期ケア委員会活動

院内重症者を対象としたNEWS監査では、アセスメントおよびケア不足が多く認められた。症例検討の部署展開を支援しているが、現時点で大きな成果には至っていない。一方、最終バイタルサイン測定時間については周知を継続することで、一定水準を維持できている。昨年度よりモニター管理不足に関する事象が発生し、部署監査を強化した結果、テクニカルアラームは今年度平均で31%→27%へ減少した。モニター管理に関しては、監査結果をもとにリンクナースが分析し、対応方法を理解できた場合、介入が早期に行われ、成果につながる事が明らかとなった。次年度も同水準の成果が維持できるよう、対応表を作成し引き継ぎを行えるように整備した。モニター意識の向上が得られた事で生体アラームの減少にもつながった。次年度は合わせて監査しつつモニター管理不足の事象を発生しないよう管理する。一方、NEWSアセスメントについては、判断根拠が分からないことが向上の妨げとなっている。今後は、監査の質や実施期間について再検討する必要がある。

RRT活動

RRT起動件数は、前年度と比較してさらに減少したがハリーコールの増加は認められなかった。しかし予定外ICU入室は増加した。予定外ICU入室症例の多くは、医学的に入室が必要と判断される症例であった。また、異常覚知から介入までの時間については、引き続き60分以内を維持している。一方で、対応が十分でなかった症例も認められた。これらの症例については、急性期委員会において症例検討を実施し、得られた学びを各部署へフィードバックすることで、対応能力の向上に努めた。その結果、ハリーコールの大幅な増加を防ぐことに寄与できたと考える。ICUで作成した予定外入室振り返り用紙を次年度から活用し状態変化時の対応について学びに変えていくシステムへ変更し、スタッフの能力向上に努める。また今年度ハリーコール内容で多かった意識障害の対応フローを委員会で作成し、スタッフへ配布予定とし、意識障害発見時の対応能力向上にも努める。RRT起動の背景としては、異常に気づいてはいるものの、対応方法が分からず、相談目的で起動されるケースも認められる。今後は、異常を察知した際に、「根拠づけ」や「原因特定」を意識し、必要な検査を考え、適切に依頼できる能力の向上が課題である。そのため、RRT起動時の対応やフィジカルアセスメント研修等を通じて、「何を疑い、そのためにどの検査を行うのか」といった臨床推論力の向上を図り、対応力強化に向けた取り組みを継続していく。



Wound

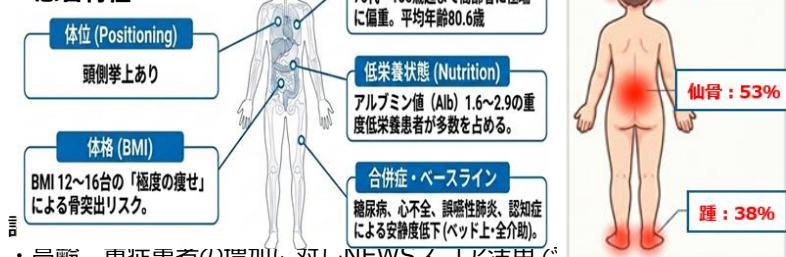
目標
皮膚障害発生要因の分析を多角的視点で行い、発生予防と安全文化の定着を図り、皮膚障害発生件数の低減

取り組み
・皮膚障害発生後のフィードバックカンファレンス（褥瘡発生時は必須）を実施し、リンクナースを教育し予防・増悪回避を周知した

結果
・2025年度の院内褥瘡発生は48件（うちⅡ度以上9件）で、不整形な褥瘡が23件あった
・カンファレンスの実施により、不足していたケアや改善策が検討できるようになり、対策実践が早期治癒や再発予防に繋がる成功体験を得ることができた



2025年度褥瘡発生患者特性



・高齢、重症患者の増加に対しNEWSスコア活用でできたが、スコア変動のない安定患者での発生が増加している。
・褥瘡の形状分析より、「大転子部の位置ズレ」や「頭側挙上時の滑り落ち（姿勢崩れ）」など、ポジショニングの継続性不足による『ずれ力』が踵部や仙骨部の重症化を招いている実態が明確になった

今後の課題と展開
・仙骨部・踵部の褥瘡予防のため、「大転子部合わせ」やベッド操作時の「背抜き・足抜き」のセット化による姿勢保持（ずれ予防）の徹底と継続を現場のルールとして定着させる。



Ostomy

目標
・病棟全体で、入院中～退院後の一貫したストーマケアの習得
・CTで正しく腹直筋を確認しマーキングが実践できる



取り組み
・12階病棟、外来対応を含む入院前～退院後の一貫したストーマケアの実践
・ストーマサイトマーキングやCT画像の見方に関する勉強会・OJTの実施

結果
・CTでの腹直筋の確認が問題なく定着し、緊急手術時も含めて管理困難な症例は発生しなかった
・ストーマ外来自立: 5名（外来対応開始 2名）
・重症化を防ぐことができ、ストーマ合併症加算（重症例）は0件であった
・大阪府看護協会主催【肛門・瘻孔ケア研修（人工肛門加算算定）】受講1名



評価
・装具選定や皮膚障害の要因（なぜ選ぶか・なぜ起きたか）を、スタッフがアセスメントして相談するプロセスが定着した（外来も同様）
・退院指導に不安が残る症例も、連絡方法の指導とストーマ外来（病棟看護師担当）での継続フォローにより重症化を回避。「一貫したストーマケア」が大きな成果を上げている。
・外来ケアで得た学びや深いアセスメントの知識が、ストーマチームのスタッフ「個々」に留まっており、部署内全体での共有や病棟全体の標準化には至っていない

今後の課題と展開
・個人のスキルに留まっている深いアセスメント知識を病棟全体へ浸透させるため、現場スタッフのみでの展開ではなく、WOCが中心となり現場と連携しながら直接的な指導を行う。
・マーキングや装具選定、外来での学び（皮膚障害発生後のケアなど）を共有するため、ストーマチームとWOCで月1回程度症例の振り返りを行い、部署内へ発信する仕組みを定着させる。
・定期的な勉強会の実施。
・外来自立看護師の最終チェックの仕組みなどを再度見直し、自立看護師の育成計画を立てる

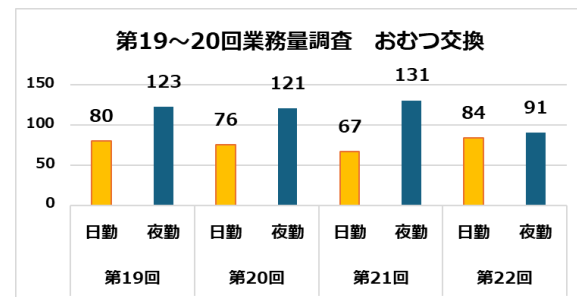
Continence

目標
正しい装着技術と患者に適したおむつ選定の技術維持・向上

取り組み
・おむつマスター研修(上下期各4回シリーズ)
・研修担当: 2024年度終了者とし、知識・技術のアップデートの場とした
・2025年度 20名修了



結果
・日中の交換は増加しており、「日中に適切にアセスメントして装着し、夜間は交換せず患者の睡眠を確保する」という本来の目的が達成されつつある
・患者個々の排尿量アセスメントが不十分であり、アウターサイズの選定を含めた「正しい装着」ができていない症例が依然として見受けられることが、夜間交換回数が減りきらない要因として明らかになった



		9階	10階	11階	12階	13階	14階	15階	16階	17階
第19回	日勤	3	11	4	7	13	2	14	23	3
	夜勤	10	29	10	5	18	10	35	3	3
第20回	日勤	5	8	8	3	8	5	3	20	16
	夜勤	26	13	7	3	4	11	11	31	15
第21回	日勤	2	2	11	4	17	3	7	17	4
	夜勤	2	1	13	14	26	7	6	45	17
第22回	日勤	3	8	8	9	20	5	5	22	4
	夜勤	7	3	13	14	15	7	4	21	7

今後の課題と展開
・夜間交換回数の推移を含めて「本当に正しい装着に繋がっているか」を継続評価するとともに、マスター修了生のフォローアップ研修を実施し技術レベルを維持する。
・VRE感染発生を受け作成した「手指衛生動画・チェックリスト」を活用し、**マスターを中心に「感染対策」を組み込んだOJT**を展開する

【今年度の課題】

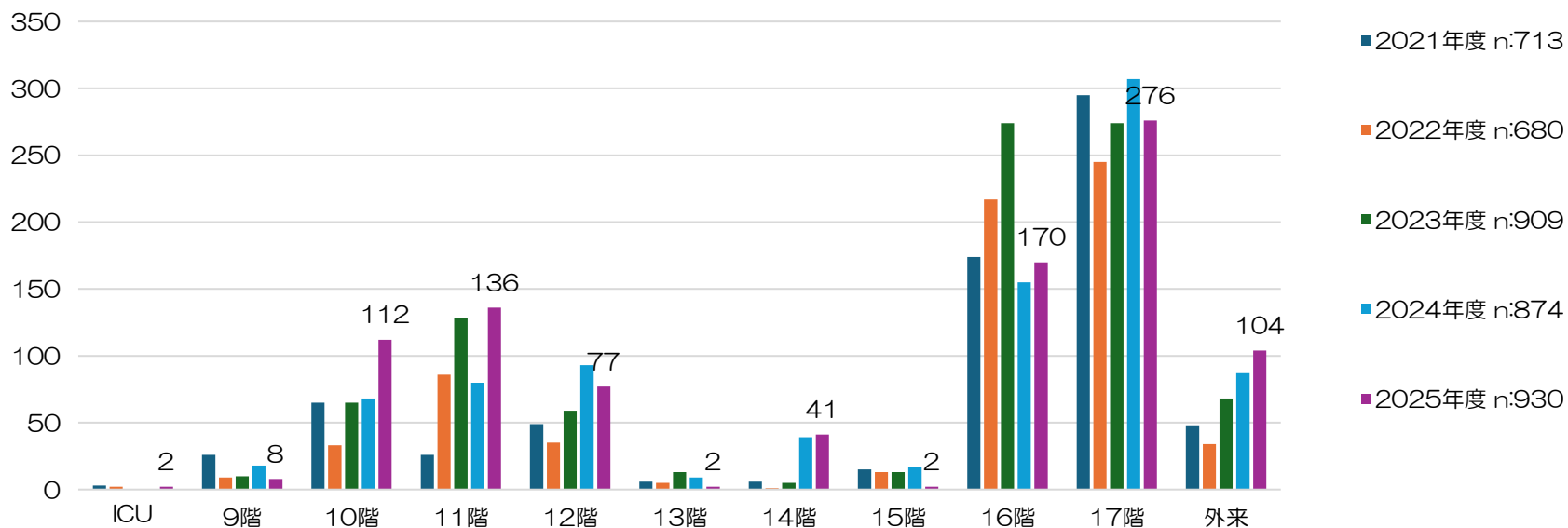
- ・ 排尿ケアチーム介入件数の維持・向上。介入診療科の拡大。
- ・ 排尿ケアマニュアル見直しと研修会開催



【取り組み結果】

- ・ 算定件数：930件。昨年度より56件増加。チーム活動開始から過去最高。
- ・ 病床稼働率の低下時は算定件数も比例して低下している。
- ・ 11階：排尿ケアチームへの依頼が遅延している様子あり。下期は対象者がいないかどうかを定期的に確認すると、介入遅延の低減と共に毎週一定件数の依頼あり、前年度より50件超。
- ・ 12階：排尿ケアチーム介入前に退院してしまい、算定できない事例あり。ただし、CP整備により一定数は算定できている。
- ・ 16階：上期に介入漏れあり、漏れないよう留置者ピックアップ。22件/年漏れあり、次年度は10件以下を目標に介入する。
- ・ 17階：入院患者の算定漏れについては不明瞭。次年度は介入漏れ含め評価を行う。
- ・ 依頼があった際に「包括的排尿自立指導計画書」の記載漏れが頻発していたが、徐々に低減。下期は5件（新規介入122件中）にとどまった。
- ・ 年度が替わると介入依頼が減少する傾向にあり、病床稼働とリンクしていない部署もあるため、スタッフの異動による可能性あり。特に4・5月は直接部署への確認を毎週行う必要あり。
- ・ 排尿ケアマニュアル修正、チーム規定作成。
- ・ 排尿ケアチーム研修Web開催（3月）

排尿自立支援加算部署別算定件数



【研修担当】

- ・ 新人看護師集合研修
「転倒転落予防の看護」
6月25日
- ・ 基礎看護実践研修
「脳神経：意識」
9月25日
- ・ 応用看護実践研修
「脳神経：意識」
11月27日

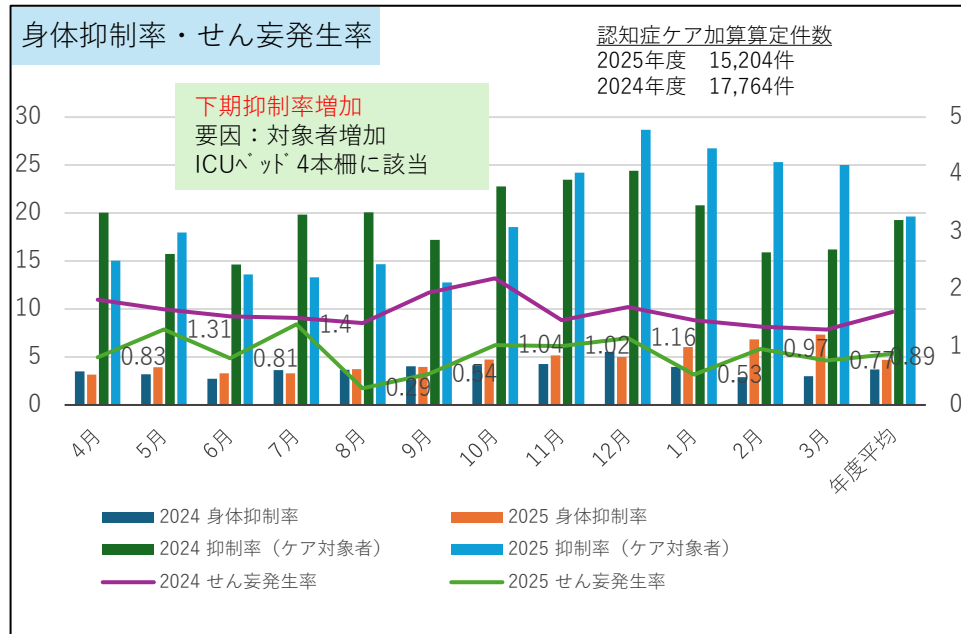
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師：2名へ増加

2025年度 【認知症看護】 活動最終報告

重点課題：①せん妄予防②リンクナース育成



活動内容	
実践	<ul style="list-style-type: none"> 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活用 せん妄ケアマニュアル改定
指導	<ul style="list-style-type: none"> 院外：大阪市介護予防教室「あいあい教室」4・6月 (対象 高齢者 計28名) 院内：12月基礎・1月応用・新人研修・3月DST研修 (Web) 部署内学習会：2回 (痙攣発作時の看護、睡眠薬の安全使用)
相談 DST	<ul style="list-style-type: none"> DST介入患者：約108名/月 (入院患者の約13.8%) 約40名/週 せん妄ハイリスク患者ケア加算：約384件/月 院内 52.6%
インシ デント	認知症ケア対象者 (DST介入中8件、発生後介入4件、終了後1件) 全件70歳以上 レベル3a：9件 (気管カニューレ抜去、イレウス管抜去、転倒頭部外傷等) レベル3b：3件 (転倒骨折) レベル4：1件 (転倒骨折)



身体抑制率
4.7% ↑
(前年3.71%)
参考値:9.7%
(2024 Q1データ)

ケア対象者
19.6% ↑
(前年19.5%)
参考値:大阪府26.3%
(2020 NBDデータ)

せん妄発生率
★0.89% ↓
(前年1.68%)

【評価】
せん妄予防、早期対応に関する介入の強化により、せん妄発生率が低減した。これは、スタッフの教育や環境調整等の取り組みの成果と考える。一方で、ケア対象者においてインシデントレベル3以上の事象が13件発生した。これらの中には、せん妄を起因とする事例も含まれていたため、インシデント低減に向けて取り組む必要がある。また、身体抑制のアセスメントや適切な実施を行い、チューブトラブルの低減と共に抑制の早期緩和、解除に取り組む必要がある。

【次年度への課題】

- せん妄の早期スクリーニングの精度向上 (せん妄スクリーニング ツールの活用)
- 多職種連携による情報共有の強化 (DST/身体拘束最小化チーム)
- 個別性に応じたケア介入の質向上を推進し、インシデント発生低減に繋げる。

慢性期ケア委員会：インシデント事例をもとにした課題の共有と振り返りを行い、せん妄発症リスクの高い特徴や見逃しやすい場面について共通認識を図る (委員会内で継続的にせん妄ケアの学習会実施を計画)。

