

診療報酬改定年である2018年は、入退院支援のため外来病棟間の連携強化と継続ケア推進を図った。ケア及び情報のつながりを大切に組み組んだ。

1. 顧客満足の視点

入・退院支援の充実

2018年の診療報酬改定では、入院前（外来）からの退院支援の取り組みが加算対象となった。そのため、外来部門、連携室と病棟間での連携強化を図り、退院支援ワーキンググループのスタッフを中心に入院時計画立案を含め、退院支援に必要な情報共有方法の工夫を行った。加算対象となる定期入院の症例数は月数件ではあるが、対象外の定期入院患者・家族へも外来で入院に伴う説明を行うことで、入院後病棟における情報共有や説明強化に繋がっている。更に、退院後の外来での継続ケアが必要なケースの場合、外来看護師が退院カンファレンスに参加することで、早めの情報伝達が可能となり、外来一病棟間の連携が強化されてきている。

2. 業務プロセス

セーフティマネージメントの充実として、医療安全防止委員の継続的な活動及び、感染対策委員の感染ラウンドによる環境対策などを実践した。2018年度は特に医療安全面から、全病棟薬剤カート導入により、薬剤管理の業務プロセスを見直し、業務改善に努めた。薬剤投与によるリスク発生件数は例年と同様な状況であった。しかし、定期処方薬の管理業務（薬配布）はカート導入により、長時間の時間外業務が減少し、前年の3分の2程度の薬剤管理業務量へ減少させることができた。

3. 学習と成長の視点

(1) 認定看護師活動推進

認定看護師による領域ごとの学習会を開催した。脳卒中、緩和ケア、皮膚排泄ケアの各領域の認定看護師がテーマを設定し、それぞれ2～3回実施した。院外にも開催案内を行い、訪問看護ステーションや施設から参加があった。緩和ケア認定看護師は、院内リソースナースの育成としてシリーズ化した研修を実施した。感染管理認定看護師は、宇城圏域における感染ラウンド研修及び、施設における感染管理講師を行うなど、院外活動の幅が広がってきた。更に、2018年は、認知症ケアの養成課程に1名受講終了した。

(2) 研修会、学会発表への取り組み

2018年は、済生会学会1題のほか、脳卒中研究会、リハビリテーション研究会、済生会リハビリテーション研究会、宇城支部看護研究会へ各1題の合計5題発表

できた。宇城圏域における在宅フォーラムには、事例発表1題も行い、当院における看護に関連する取り組みの紹介を行うことができた。年々、院外発表数が増えており、日頃からの業務改善や、各部署における研究への取り組みが実を結ぶ結果のひとつといえる。

(3) 実習受け入れ（看護学生、認定看護師、認定看護管理者実習）について

九州看護福祉大学基礎看護Ⅰ及びⅡ、上天草看護専門学校基礎実習Ⅱの受け入れが定着した。学生実習期間は、基礎看護の内容を看護師が確認する機会も多く、指導する中で看護の原点を考える良い機会となっている。指導体制の強化及び指導者育成による教育体制の質向上が課題である。

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師養成課程の実習施設として、今回2名の受講者が2週間の回復期リハビリテーション病棟での実習を行った。担当病棟においては、認定看護師としての活動を支援する良い機会となった。

又、認定看護管理者（サードレベル）受講者の実習対応など、看護の様々な領域においての研修提供ができた。

4. 財務の視点

(1) 加算算定への取り組み

①入退院支援加算取得

診療報酬改定により、退院支援加算から、入退院支援加算となったため、入院時のプロセスを見直し、外来、連携室、他職種（薬剤師、栄養士など）との調整を行った結果、定期入院患者の早期情報把握が可能になった。退院支援加算の算定は昨年同様平均70%であった。

②地域包括ケア入院医療管理料1取得

地域包括ケア病床の管理料1取得のために、訪問診療支援により対象者への説明、システムの検討を関連部門と行った。施設基準データ管理を継続した結果、9月より算定可能な実績となった。今後は、在宅ケア関連への取り組みを検討し安定した実績が維持出来るように病床稼働などのデータ管理を行う必要がある。

③病床の有効活用として、適正な病床管理への取り組み

昨年同様、回復期、地域包括ケアへの直接入棟症例数の選定を行いながら、病床の有効利用を行った。年間平均115.4床であった。一番多かったのが8月で123.2床であり、125～6床で経過したため、重症・救急ストップ時間数が増加した。例年冬場の救急ストップ時間が多くなる傾向であるが、早期よりインフルエンザ対策実施により、病棟閉鎖時間が減少し、救急ストップ時間は昨年より減少した。しかし年間を通じ、重症、救急ストップ時間の増加となった。

2018年度は病棟スローガンを「チームワークでつなぐ看護」とし、多職種による退院支援の継続、外来継続看護の充実に向けた取り組みを行った。

1. 顧客満足・財務の視点

退院支援が困難となるケースは年々増加している。前年度から多職種による退院支援の充実に継続して取り組み、集団リハビリの導入と外来継続看護で成果があった。集団リハビリでは、4/12～12/29の平日、いきいき百歳体操を実施した。患者からは、入院生活リズム確立の一助になったという良い反応があった。一方で、廃用症候群の予防や退院後のADL維持・向上を示すデータは得られなかった。外来継続看護では、継続看護の周知を行ったことでプライマリー看護師の意識が向上し、外来との継続看護の情報共有ケースは前年の16件から23件へと増加した。しかし、継続看護が必要なかった症例もあり、患者選定は検討が必要である。更に、地域包括ケア病床入院医療管理料1算定のため直接入院（緊急入院・重症）のための病床管理会議での調整や医事課との連携により、基準をクリアできた。一方で、地域包括ケア病床の期限超え総日数は前年度延べ204日から321日と増加した。要因は慢性疾患増悪、看取り、療養先の調整等であり、地域包括ケア病床入棟時期と患者・家族の意向を踏まえた退院調整は課題と言える。

2. 業務プロセスの視点

リスク管理では、インシデント104件、アクシデント件数3件であり、その内訳で上位は転倒・転落49件、内服19件、点滴10件等であった。件数は減少したが確認不足によるアクシデント事例があった。担当委員より定期的な事例報告を行い、3月にはヘパリン投与と化学療法に関する事例のRCA分析し、対策を検討した。感染管理では、擦式サニサーラ使用量の目標を6,000ml/月以上とした。4～11月は平均5,531ml/月、12～3月（インフルエンザ流行期）は7,552ml/月であった。環境ラウンドでは、リキャップ針・経管栄養物品等の浸漬不足・洗面台の水滴汚染の指摘が多い。

3. 学習と成長の視点

中堅看護師の育成を課題とし、病棟内での疾患学習会の計画を行った。8名が医療倫理、BLS、CPA対応、摂食機能療法、口腔ケア、地域包括ケア病床、キャリア開発、骨粗鬆症と薬について勉強会を開催した。キャリア開発ラダーの申請は0件であった。

救急外来・一般外来・他院からの入院患者をスムーズに受け入れるため、入院期間の短縮を目指し、一般病床40床の有効利用に努めた。前年度に引き続き、認知症ケア、退院支援の充実を目標に掲げ、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床への早期転棟の体制づくりに努めた。

1. 顧客満足の視点

入退院支援の取り組みとして、全患者に対し、入院時に退院支援計画書を作成した。快適な入院生活となるように、他職種による情報の共有、カンファレンスを実施し、看護計画評価、修正し、急性期から慢性期患者の症状にあわせた看護ケアの提供ができるよう取り組んだ。

接遇の向上、看護ケアの充実を目標に掲げたが、接遇面に対して3件のご意見があった。今後、患者・家族の意向に沿う看護ケアの提供が課題として残った。

2. 業務プロセスの視点

インシデント報告は、転倒・内服に関するものが多かった。また、アクシデントは前年度と同様に2件あり、いずれも転倒による骨折事例であった。アクシデント事例に関しては、事例検討・要因分析し再発防止に取り組んだ。

認知症ケアカンファレンスは、週1回計52回実施し、患者個々にあわせた看護計画を立案した。うち11例は翌週にカンファレンスを実施し、看護ケア・看護計画について評価し認知症ケアの充実を目指した。

3. 学習と成長の視点

「自分のやりたいこと、やるべきこと、やれることを看護に」をスローガンとして掲げテクニカルスキル（業務遂行能力）・ヒューマンスキル（対人関係能力）・コンセプチュアルスキル（概念化能力）の獲得と向上を目標に掲げ、病棟で発生した接遇事例など、問題点を共有し、計画、実践、評価した。

退院支援に関する事例「終末期患者の在宅支援～多職種アプローチ～」を院外発表した。病棟研究は「当病棟における認知症高齢者自立度判定Ⅲa以上を有する患者の退院先～退院先が変更になった背景～」に取り組み、退院先が変更になった背景や退院支援が困難な状況などの実態が把握できた。今後は、入院時より情報を整理し、患者・家族がどこで、どのように暮らしていきたいかという意思決定支援ができるような退院支援に取り組む。

4. 財務の視点

患者満足度向上と病院経営への反映を目標に、入退院支援加算1の取得が継続できるよう退院支援の充実を目指し、退院支援看護師による退院前後訪問11件、外来継続看護～8名つなげることができた。また、ケアの実践により、摂食機能療法5名の算定へつなげることができた。

4病棟では、多職種協働による質の高いリハビリの提供と患者のQOL向上、患者や家族のニーズに応じた満足度の高い退院支援を重点項目として取り組んできた。

1. 財務の視点

年間対象入棟者数：237名、対象退院者数：223名であった。

入棟患者を疾患別にみると、脳疾患41.8%、整形疾患57.4%、廃用疾患0.8%であり、病床利用率は年間平均92.4%（前年度：94.1%）で、前年度より若干低下した。

回復期リハビリテーション入院料1の算定要件である、日常生活機能評価における重症者：99名（41.8%）（図1）在宅復帰率年間平均83.3%（前年度85.7%）、日常生活機能評価4点改善率年間平均71.4%（前年度62.5%）（図2）であった。今年度より、リハビリ実績指数も算定要件に加えられ、結果45.2（目標37以上）（図3）であり、回復期リハビリテーション病棟入院料Iを維持できた。

2. 顧客満足の視点

入棟対象者の高齢化が進み認知症患者が増加している。そのため、リハビリテーションや在宅復帰支援を実施する上で問題となる項目を整理し、計画的な退院支援が出来るよう、退院支援を可視化していった。また、担当看護師やセラピストなど、多職種間で軒下カンファレンスを行うようにしたが、実施率年間平均48%であった。

QOL維持・向上のために、昨年に引き続き排泄ケアや摂食栄養管理のプロジェクトチームとして活動を継続した。そして、2018年度は管理栄養士も多職種カンファレンスに参加し、栄養面からもサポートしていった。

1) 排泄プロジェクト

排泄管理に関するアセスメント・問題の抽出と対策の検討を行い、排泄行動の自立に向けた取組を行った。入院後、オムツ装着となった患者の約2割の患者が、退院時にはオムツをはずす事ができた。

2) 摂食栄養管理プロジェクト

摂食嚥下機能障害患者に対し、合計7名摂食機能療法を行った。経腸栄養から経口摂取への移行が出来た患者は、介入5人中4名であった。

3) 転倒転落・認知機能改善プロジェクト

週1回の定期的な認知症カンファレンスをセラピストや薬剤師も参加し多職種で行った。転倒転落の殆どが認知症やせん妄に伴うものであった。前年度より転倒件数は若干増加したが、転倒した患者が2回以上転倒する件数は減少した。転倒した患者は、FIM：70.2（昨年度71.6）、MMSE：19.4（昨年度：19.9）であり、共に昨年度より低い患者であった。

3. 業務プロセス

委員会やプロジェクト業務は業務時間内に行うように時間の確保を行った。9割以上業務時間内に確保出来た。

看護補助者との業務調整、見直しを行い、日勤業務を一部移

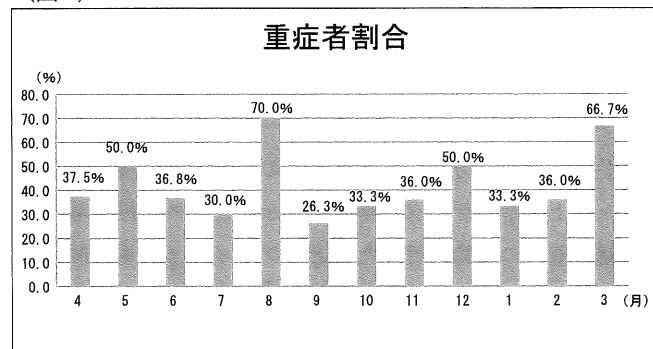
議することで、カンファレンスの時間の確保が出来た。

4. 学習と成長の視点

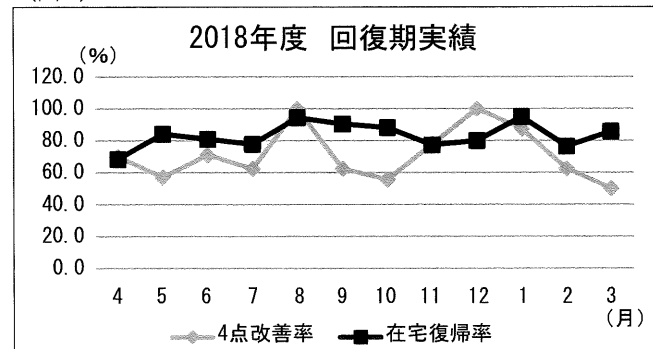
脳卒中看護セミナー（脳卒中右脳半球障害 運動性失語の患者の生活再構築を目的とした看護介入）、回復期リハビリテーション研究会（医療行為に不安がある家族へのアプローチ）のテーマで、事例発表を1題ずつ発表を行った。

看護師のキャリア開発ラダーでは、ラダーIIに申請者2名あり、認定につながった。

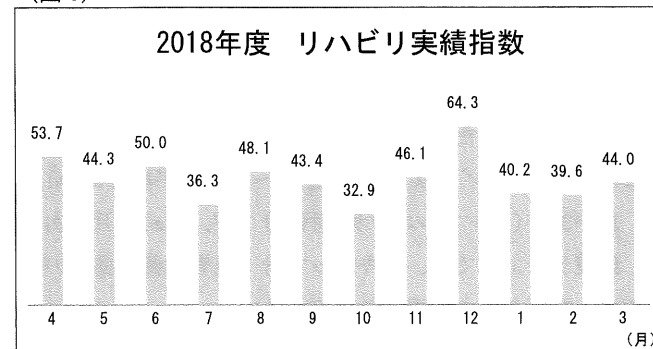
（図1）



（図2）



（図3）



2018年度は、地域包括ケアシステムが進む中で、独居、老老介護、認知症高齢者の激増、慢性疾患の患者に対応し、治し支える生活支援医療をめざした。外来、病棟、在宅が連携した継続看護の充実を目標に取り組んだ。当部署に訪問診療同行の機能が加わり、一般外来、救急外来、内視鏡室、健診センター、手術室の各セクションとの連携と協力をより強化し応援体制の整備を進めた。(2018年度一日平均外来患者数160.7人、救急車搬送数782人、外来化学療法件数107件、入院時支援加算62件、訪問診療件数141件)

1. 外来における入退院支援・継続看護の取り組みと訪問診療同行の実践

診療報酬改定に伴い入院早期から退院直後までの切れ目のない支援、入退院支援の取り組みを構築し実践した。外来で入院中の治療検査の説明、入院生活説明、持参薬確認、褥瘡・栄養スクリーニングなどの実施。外来サマリーの運用を開始し、看護記録による情報共有をおこない入院早期からのケアに繋いだ。同時に継続看護件数は前年度と比べ37例と3倍増、カンファレンスは21件と増えた。さらに、かかりつけ医の機能として訪問診療に同行し患者ケアを実践、外来に通院できなくなった患者を在宅に導き最期を支えた。

2. 内視鏡における患者安全への取り組み

看護師2名、看護補助者1名体制。2018年度は上部内視鏡1636件、下部内視鏡615件であった。上部・下部内視鏡件数、健診部門もすべて増加傾向である。治療内視鏡件数は前年度と比べ横ばいとなっている。誤認防止に向けた取り組みとして、医師と看護師のタイムアウトを導入した。導入後のアクシデントはゼロであった。またピロリ菌患者のパンフレットを用いた生活指導を開始し除菌率80%以上である。医師、薬剤師と協働しアドヒアランス向上への取り組みを行った。

3. 手術室における看護・業務改善の実施

看護師2.5名体制。2018年度手術件数は215件、前年より8件増。術前訪問実施率は71.5%、術後訪問実施率は57.4%と外来兼務の中で目標値を達成した。今後もより一層患者安全、患者満足、外来から継続したケアをめざす。短期ローテーションを行い看護師育成に努めた。マンツーマンでの集中した教育、新たなチェックリストによる支援を行い、個人の成長とチームの活性化に向け取り組んだ。

4. 健診者数増による更なる健診センターの充実

看護師2.5名体制。胃がんリスク検診を開始。システム設定やマニュアルを作成した。健診者数増に向け、出前・健康講座での紹介やマニュアルの見直し、業務整理など事務員やコメディカルと協力した。受診勧奨の時期を変更して精査受診者数の増加をめざした。また内視鏡検査後の説明用紙の改善など受診者の安全を考え内視鏡室と協力して取り組んだ。セクションからの応援が可能となるよう業務チェックリストを作成し活用している。