2022年度
看護支援室領域別活動最終報告

関西電力病院

元気になってかえるお手伝い

2023年3月13日

2022年度皮膚・排泄ケア領域活動最終報告

【業務プロセスの視点】

皮膚障害発生件数の低減
①ケア不足による褥瘡、ＭＤＲＰＵ低減
②リンクナース育成

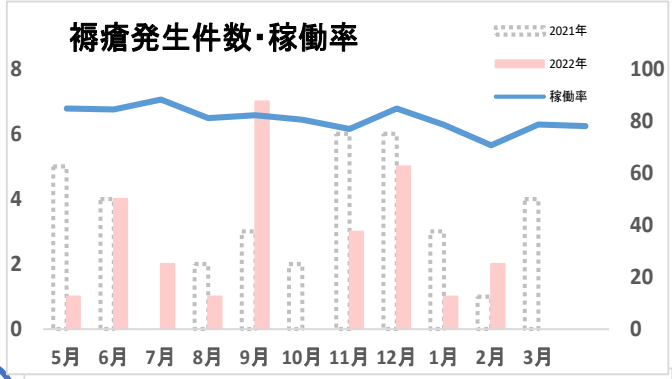
【発生件数】

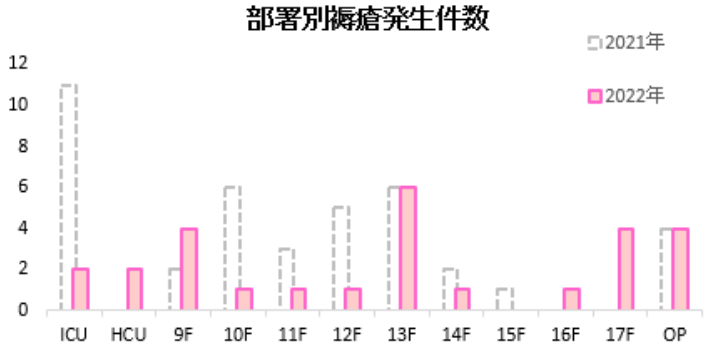
・褥瘡　27件　0.24%（前年度0.34%）
→状態変化時アセスメント・観察ケア不足
・MDRPU　59件　0.54%（前年度0.43%）
→なし40％(上期65％)

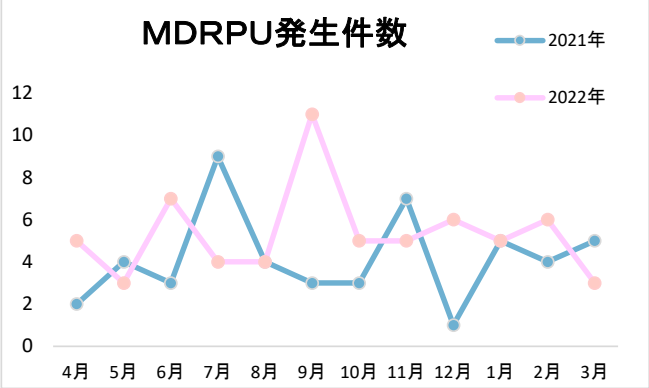
【結果】

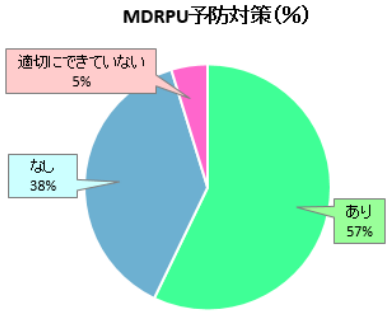
①【褥瘡】
IADリスクアセスメントシート活用定着で、IAD発生時発赤で発見できておりIADを機序とした褥瘡発生0件。同部署での踵部発生多発あり、発生部署のラウンド強化した以後褥瘡発生0件。その他の部署は皮膚観察ができており反応性充血で発見し対策を検討でき発生率低減に繋がった。
【MDRPU】
要観察・重症患者の増加に伴い医療関連機器使用の増加あり報告件数は増加しているが、皮膚観察できておりd1で発見できている。予防対策は前年度より実施できているが、実施なしや適切にできておらず発生に至っている。今後起こりうることを予測しケアに繋げられるようは介入を継続する必要がある。
下期弾性ストッキングで腓腹部の発生増加。着脱方法手技統一。
【NEWSスコア上昇時の看護計画の見直し徹底】
タイムリーに実施できていない部署が大半。
NEWSにリンクした計画変更案を提示するなどの対策が必要。
【ハイリスク患者を各部署で抽出しリストアップ
　各部署内や他職種、ＷＯＣで情報共有し介入】
各部署からの情報提供件数増加あり、リンクナース中心にスタッフへの注意喚起やケア方法の検討を実施できている。
【褥瘡予防マニュアルと看護手順の見直し】
マニュアルは見直し途中、手順は見直し済み

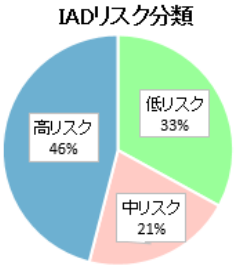
②【リンクナースの育成】
・リスク患者のプレゼンテーションを回診時に行うことで、観察や対策実施の視点、リンクナースとして部署活動方法を検討する機会をつくった。また、多職種連携の重要性を説明し共に
・各部署1・2年目のMDRPU予防教育に関しては、OJTで教育を実施した。しかし、予防対策を実施しているが適切に行えておらず発生に至っている（例：ずれている、剥がれている）ため、適切な方法が実施できるよう、同時に適切に保護できてるのかを確認できるようは視点の育成が必要。

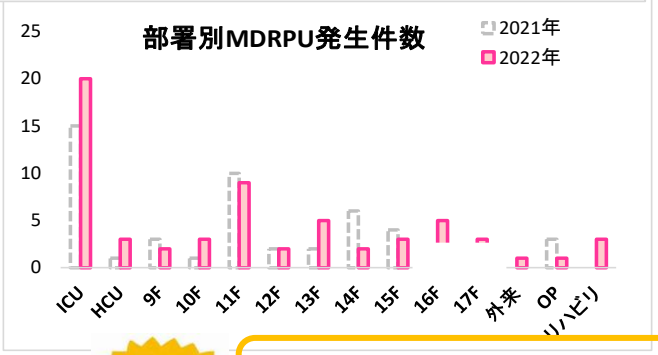


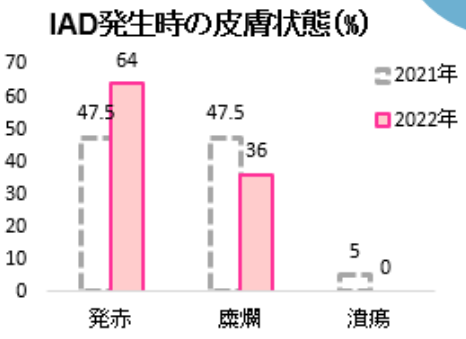












課題　**皮膚障害発生　予見的能力の育成継続**

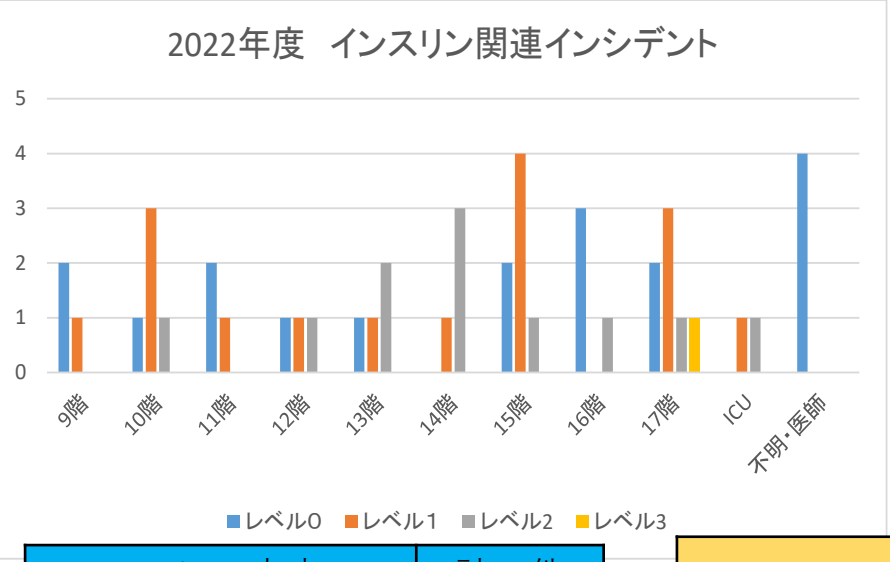
【学会・院内発表】
2022年度　第31回日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術集会　口演(Web)1題
　　院内発表　ポスター1題
2023年度　第32回日本創傷・オストミー・失禁管理学会学術集会　口演2題、ポスター1題発表予定

2022年度最終評価・糖尿病看護領域：インスリン関連のインシデントデータ

目標：院内のインスリン関連のインシデントの低減を図る

インスリン関連インシデントの分析を行い、領域別研修の内容に反映させる。各部署のインシデントの特性を分析し各部署にあったアプローチを行う。

2021年度インシデント件数45件（内ﾚﾍﾞﾙ0：15件）→2022年度インシデント件数48件（内ﾚﾍﾞﾙ0：18件）



・全体のインシデントの件数は46件と昨年度より1件増加したがゼロインシデントが18件と昨年度より増えており未然に防げたインシデントが増えたと考えられる。本年度の領域別研修では、インシデントを防止出来るよう昨年度改定した医療安全マニュアルの活用した指示の確認方法とスライディングスケールに関するインシデントの防止の為スライディングスケールに関する内容を行った結果下期のスライディングスケール関連のインシデントは上期6件から下期に2件に減少した。参加者による伝達などが活用出来たのではないかと考える。

・３aのインシデントが１件発生医師の指示が医療安全マニュアルに沿った正しい指示でなかった為、発生したことも考えられるため医師へのアプローチも必要である。また各部署の特徴をとらえたアプローチまでには至らなかった。来年度の課題である。

・インスリン期限計算表の活用を下期に再周知し、期限切れのインスリン投与のインシデントは防ぐことができたのではないかと考える。

レベル0内容	計18件
針の廃棄忘れ	5
医師の指示間違い	6
点滴内混注忘れ	2
ダブルチェック忘れ	1
実施入力間違い	1
輸液ポンプ使用せず	1
期限切れ・保管常温	2

レベル３a内容	計1件
食事量によって調整のインスリン過剰投与による低血糖	1

レベル1内容	計16件
スライディングスケール関連	4
投与タイミング間違い	3
インスリン投与忘れ	6
針の廃棄忘れ	1
インスリンの投与量間違い	2

レベル2内容	計13件
スライディングスケール関連	4
投与量の間違い	5
インスリン施行忘れ	2
絶食時不要インスリン施行	1
インスリン針刺し事故	1

慢性疾患領域　最終評価

慢性領域トピック：**災害対策**

達成！　就労支援：フロー作成済（継続）

学習と成長

DM看護ラダー作成支援：文献検索、作成後の考察

⇒2023年度　自己/他者評価者の乖離の修正と評価指針の作成（継続）

研究発表支援

院外1件　『日本糖尿病協会年次学術集会　チーム演題』

院内1件　『腹膜透析患者の退院後の生活と気づきについて』

顧客満足

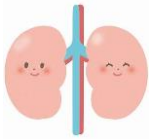
腎移植

クリティカルパス運用

腎移植12例達成：現状では移植腎全生着している

【課題】移植腎保護のための移植後ケア充実

生体腎移植ドナー看護基準の検討



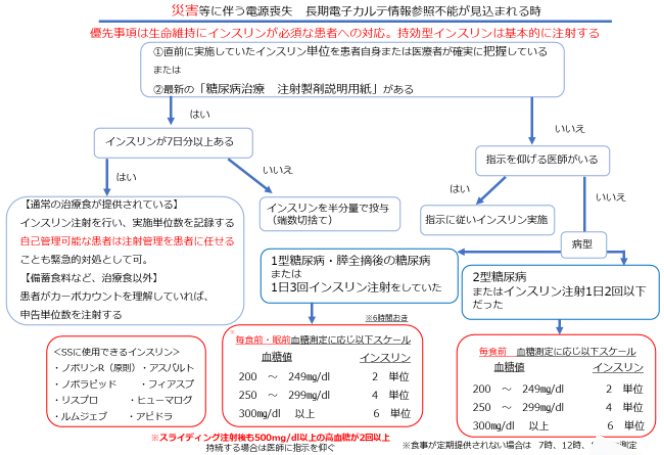
領域別研修：ACPコラボ　糖尿病関連のべ78名　透析室勉強会：3回

業務

インスリン期限　自動計算表(2021年度末)　作成適宜、新規薬追加・編集

➡ 注射製剤の期限確認が正確かつ簡易に。特に15階病棟での期限管理ミスゼロ

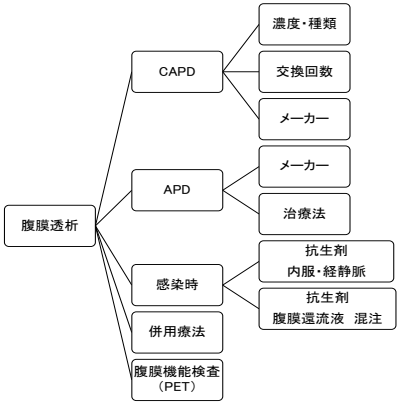
災害フローチャート完成



➡ カルテ参照不能、大規模災害時に

インスリン依存状態患者の投与根拠となる

腹膜透析　業務範囲階層化



➡ PD,APD,併用療法など

多様な治療方法へ

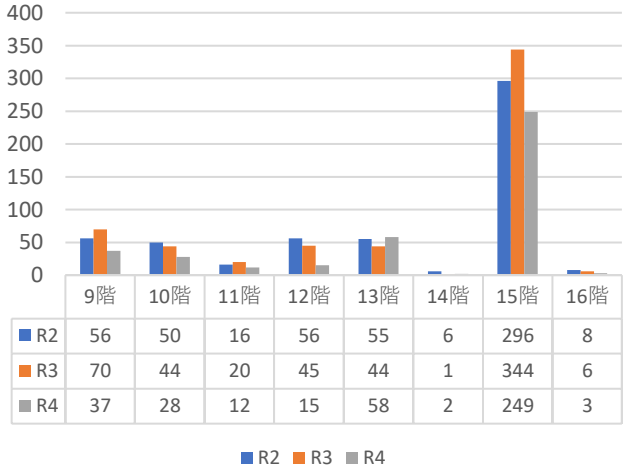
対応力の可視化

財務

下肢末梢動脈疾患指導管理料(100点)　算定開始

2021年度0件　→　2022年度30件

在宅療養指導料（170点）年次推移



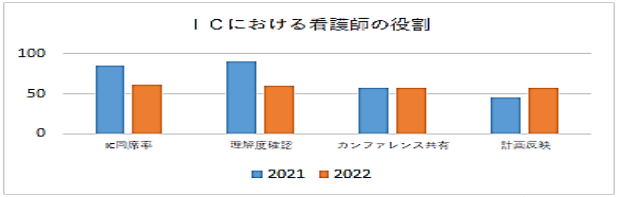
	9階	10階	11階	12階	13階	14階	15階	16階
R2	56	50	16	56	55	6	296	8
R3	70	44	20	45	44	1	344	6
R4	37	28	12	15	58	2	249	3

算定要件周知(2020)以降、算定数増加し、covid-19による患者減も算定維持していたが、本年、算定減少。

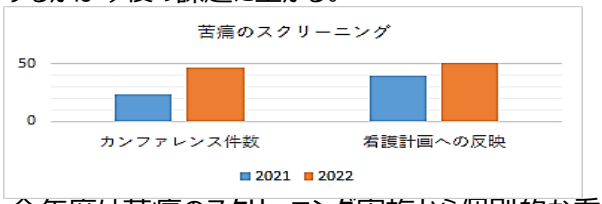
算定漏れ対策は継続が必要

2022年度　がん看護領域　年度末活動報告
重点課題　①リンクナース育成　②ACP定着に向けた取り組み　③早期からの緩和ケア

①リンクナース育成



ICにおける看護師の関わりは全体的に数値が低下した。要因として委員の入れ替わりにより年度初めに同席率などが低下したこと、部署により達成度が月ごとでかなりの変動があったことがあげられる。月ごとの変動をどうカバーするかは今後の課題に上がる。



今年度は苦痛のスクリーニング実施から個別的な看護の展開を大きな目標に掲げており、昨年度よりもカンファレンス実施件数、看護計画の反映ともに増加を認めた。

②ACP定着に向けた取り組み

【教育】

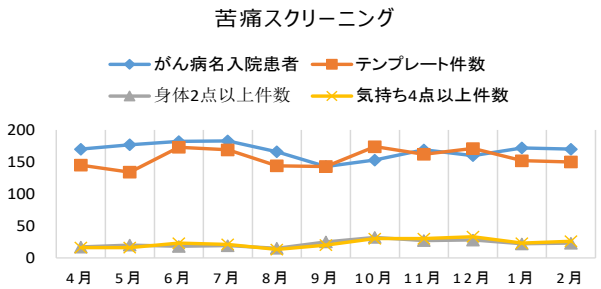
- 緩和ケアチーム主催ACP研修
  後日、関電ライブラリーで配信
- ➢ アンケート結果
  44名参加（訪問看護師など）
  32名よりアンケート回収
  今後も参加したい：100%
  実践に活かせるか：96%
- 領域別コラボ研修
  研修名：事例を通したACP
  実践に向けた研修
- ➢ 事例を通した活発な意見交換の機会となった

領域別ACP研修の結果【Max4点】

課題：次年度ラダーに組み込むことを提案

③早期からの緩和ケア

苦痛スクリーニング患者のハイスコア患者の把握を情報システムを活用し、数日以内に行い、各病棟がん看護委員会に情報提供した。下記の図は、病棟のスクリーニング件数とハイスコア件数を示している。スクリーニングの運用が定着したと言える。今後は、外来患者のスクリーニングを行い、苦痛緩和に向けた介入を行うのが課題である。



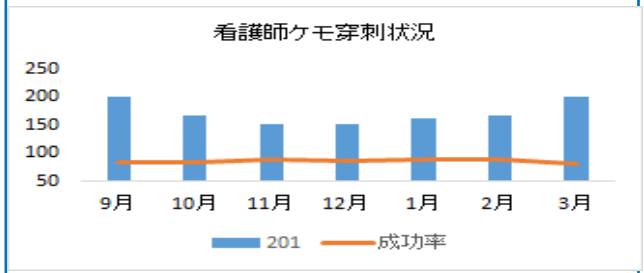
【看護基準手順の変更】

ガイドライン改訂やインシデント発生要因に応じた看護手順の変更

- COVID-19患者お逝去時　改訂
- 医療用麻薬関連　手順改訂　3件

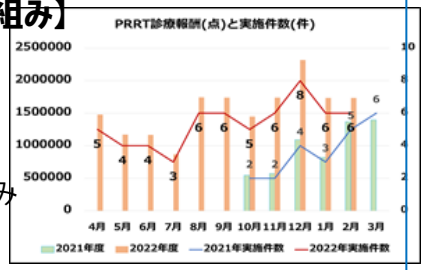
【看護師による抗がん薬投与時穿刺】

血管外漏出件数は減少傾向。看護師による穿刺機会を増やし安全な投与管理に繋げていく。



【新規治療への取り組み】

PRRTは、29名89回実施し診療報酬も増収
有害事象や患者の思いを調査し看護を検討。
看護確立に向けて取組み



【学会発表業績】

5演題発表　口演：3題、示説2題　日本CNS学会（PRRT）日本癌治療学会（PRRT）日本がん看護学会（意思決定支援　3題）、院内発表　筆頭3題
学会発表の経験のある看護支援室メンバーが院内スタッフに向けモデルケースとして発表する意義があると考え、積極的に継続する

【次年度の看護研究予定】

★次年度に向けた看護研究への取り組み★
日本緩和医療学会　2題予定（演題登録済）in神戸
日本看護協会学会　1題予定　in大阪
日本がん看護学会　2題予定　in神戸
日本癌治療学会１題　in横浜
（看護師による血管穿刺のシステム構築）
（心不全における緩和ケア）（救急看護CNとPRRT急変時対応）など

【第4期がん対策基本法を見据えた患者支援】

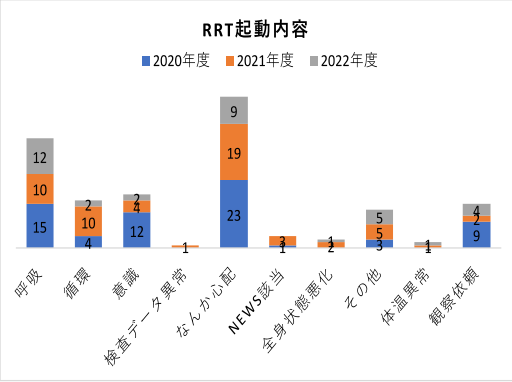
1. 希少がん患者への支援
   ⇒PRRTの患者支援の確立
2. AYA世代のがん患者支援
   ⇒妊孕性温存や就労支援など
3. 高齢がん患者・障害をもつがん患者支援
4. がん患者の社会的問題
   ⇒がん告知後の自殺対策の院内整備

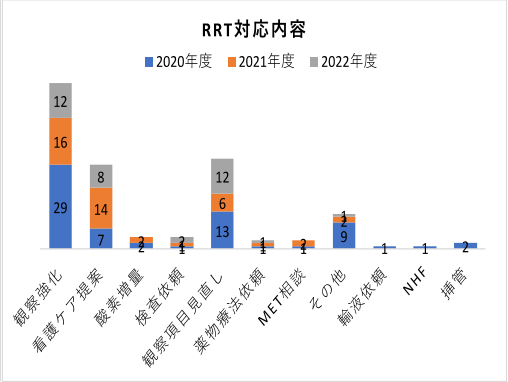
★上記の患者支援件数など支援内容が可視化できるよう以下の項目を検討中

- ・アピアランス件数
- ・訪問看護師との連携数・その内容
- ・妊孕性温存の意思決定件数
  （温存希望しなかった件数も把握）
- ・高齢がん患者の支援件数
- ・障害をもつがん患者への支援件数　など

2022年度　活動報告：集中ケア認定看護師

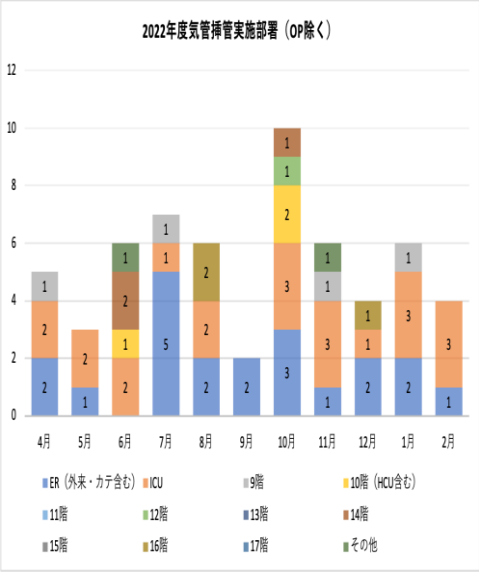
	RRT件数 コール/ラウンド	予定外ICU入室数	予期せぬ院内死亡	ハリーコール	ハリーコール振り返りカンファレンス
2019年度	１１ (1月から開始)	７０	２６	１４	不明
2020年度	６８/２０	６１	１２	１２	1
2021年度	５１/１７	５７	7	7	2
2022年度	**31/8**	**81**	**7**	**12**	**10**

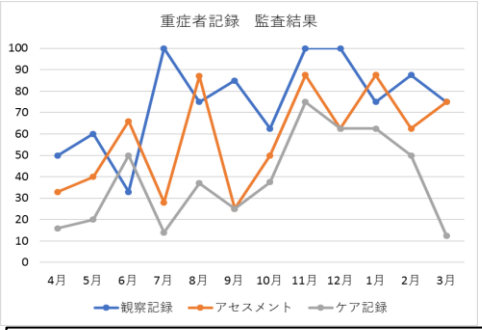


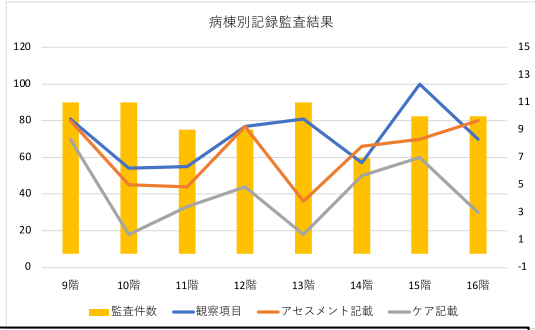


RRT活動
今年度の結果をグラフに示す。RRT件数は減少し、ハリーコールが増加した。予定外ICU入室数は増加したが、入院患者の増加もあり、月平均では大きく変化なし。予期せぬ死亡も減少した。ハリーコールは、CPA5件（昨年度2件）と多い。またハリーコール時間帯は、深夜70％・日勤30％（昨年度深夜・38％・日勤62％）であった。発見が多くなることでCPAとなり、ROSC率が低下した可能性がある。
RRTは、コール件数は大幅に減少している。未だ「観察項目の見直し」が多い部分はあるが、異常の察知では、「なんか変」から「呼吸」などの身体症状の変化を察知できている。これまでのRST活動等により、呼吸の変化やケアに関しては、病棟スタッフの能力が向上していると考える。一方で循環イベントにはとても弱く、アセスメントやケアに関しても適切に対応できない場合がある。異変察知した場合には必ずバイタルサイン測定を実施し、血圧低下時の安静が看護ケアであることをハリーコール振り返りカンファレンス等でフィードバックしているが、まだ危険と感じることが少なくない。次年度は、循環に関する対応能力の向上ができるように支援していく。予定外入室では、夏は敗血症症例が多くた、対応の改善が必要な場合があったが、後半は異変の察知と状態把握し観察まで記録に残すことが出来ていた。今年度はRRT起動後にICUに入室した件数が2件（昨年度５件）であった。より早く安全に移動し、適切な治療が受けられるように、RRT起動後のICU移動件数も増やせるように観察していく。
今年度も看護師以外からのRRT起動があり、看護師以外の視点であることを共通認識し、円滑に対応できるように引き続き整備していく。

RST活動
人工呼吸器チェクリストに沿った動画をキャンディーリンクへアップした。次年度各部署や委員会活動で活用し安全に人工呼吸器の取り扱いが実施できるように支援していく。
今年度、気管挿管実施部署をグラフに示す。（ICU入室した方のみ）ICU・外来に次いで9・10・16階の順で挿管回数が多い。病棟では、多くても2～3ヶ月に1回程度の実施である。また、ICUからの応援に行った回数はICU医師のみで５件、ICU医師/看護師で4件であった。（ハリーコール応援除く）今後はCOVID-19感染症も5類へ変わっていく事で、ICUからの応援体制がなくなる可能性がある。病棟で技術を維持するため、また非常時に備え定期的な手技の確認が必要である。現在挿管介助の直接介助者の視点で救急看護認定看護師と共同し動画を作成中。今後動画を配信できるように整備していく。







急性期看護ケア委員会支援活動
委員会でNEWS記録の監査や整備を実施した。重症患者の観察・アセスメント・ケアの監査結果をグラフに示す。後半にかけて活動の成果があり記録を書く姿勢が見られた。とても状態を捉えて記載できている良い記録も増えた。ただ、アセスメント内容が間違っていたり、ケア記載が少ない現状がある。また、観察項目も一定数必要な項目が抜けることがある。月一回の監査であったため、データとしても精度が低い。そのため今後は監査シートを見直し、部署内でリンクが定期的に監査できるように整備する。そして段階を経てタイムリーにスタッフへフィードバックする事で一歩ずつ状態変化を察知し対応できる能力をつけることができるように支援する。

新人ローテーション研修：Aライン動画作成後、2日間でAライン技術チェック100％達成

2022年度感染管理領域活動報告

【今年度目標：業務プロセスの視点】

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

昨年度、尿道留置カテーテル関連尿路感染（CA-UTI)発生率が過去3年で最も高い結果となった。
看護基準に基づいた管理実践を推進しCA-UTI発生率低減を目指す

☆必達：CA-UTI発生率　0.77/1000device day 以下

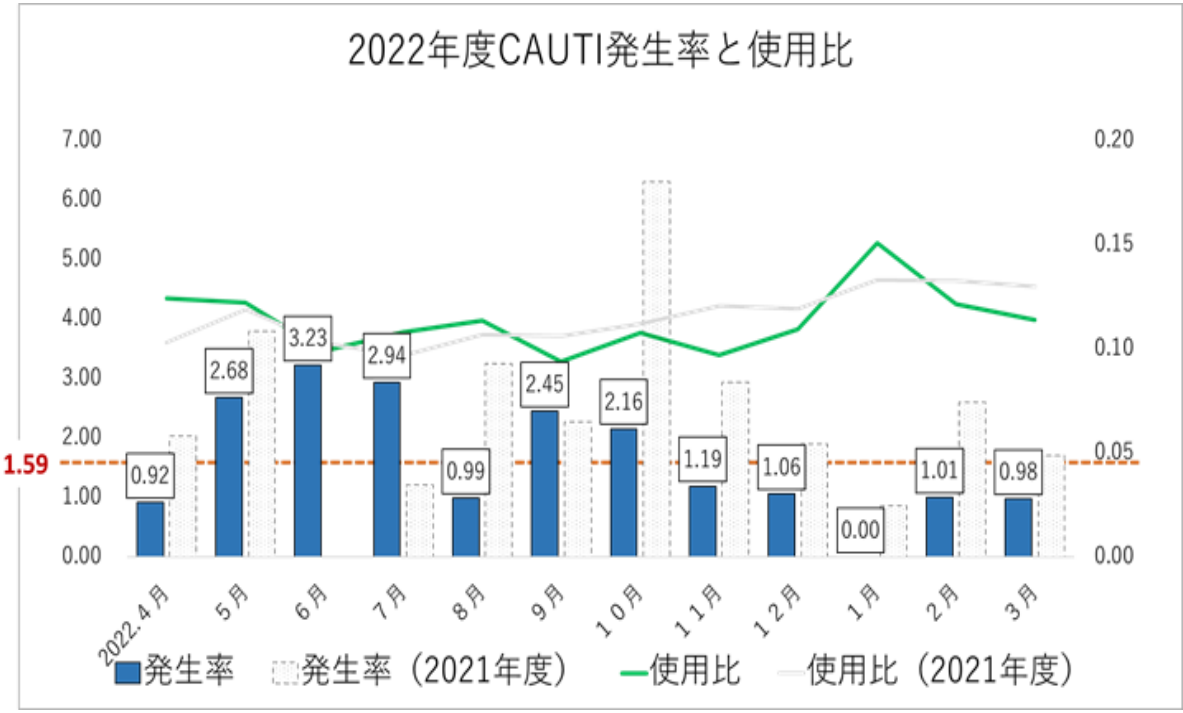
上半期発生率：**2.17**（昨年度2.46）➡ 2022年度発生率：**1.59**⇩

全国との比較では中間レベル

【活動】

以下項目を各部署と共に取り組み
バルーン管理の適正化を推進

- 尿道留置カテーテル看護基準に基づいた適正管理の周知と徹底、ラダーⅠ対象にデバイス管理研修の開催
- 抜去アセスメントの実施状況を確認（ICTラウンド用紙の改訂）
- 標準予防策に基づいた統一した廃棄および日常管理手技について委員会活動として実施動画撮影
- CA-UTIサーベイランスの継続とフィードバック

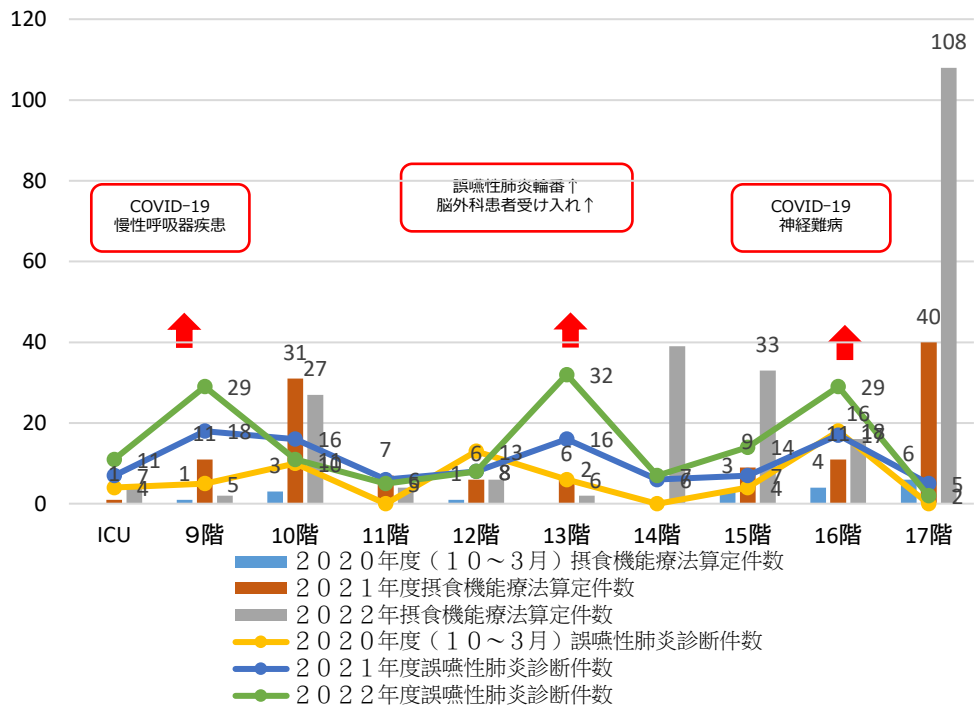


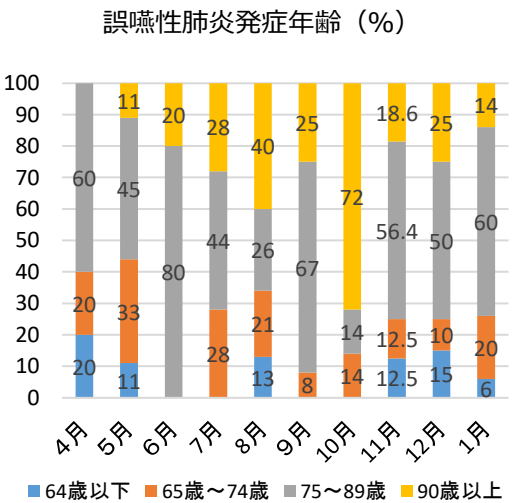
【課題】

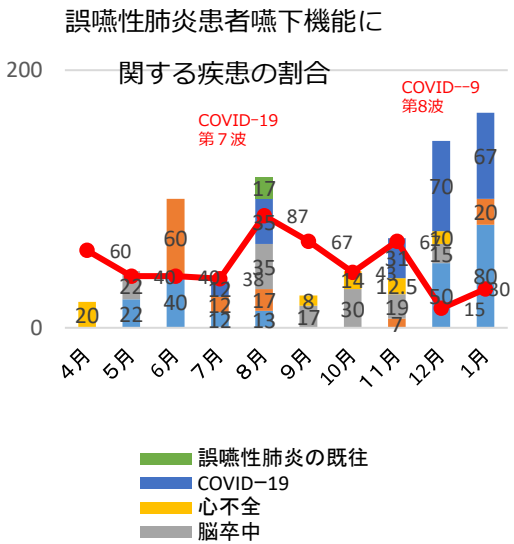
- デバイス管理に限定した直接観察評価
- 尿道留置カテーテル管理研修の継続
- CA-UTIサーベイランスの継続

その他　感染対策委員会を中心にUTI低減策をはじめ、**デバイス関連感染防止策**の強化が必要

★摂食・嚥下障害看護　2022年度：年度末評価







インシデント：窒息２件・誤嚥２件・義歯誤飲：１件

・発生病棟の振り返りカンファレンスに参加
→嚥下評価テンプレート変更→安全対策委員会へ提出中
・義歯誤飲→義歯の管理について基準手順改訂
・窒息時の対応について：安全対策委員会と基準作成中

誤嚥性肺炎発生の推移と分析

９·13·16階で患者数が増加した。COVID-19患者の高齢化により誤嚥性肺炎を併発している患者が殆どであり、９・16階の増加要因となった。相談依頼も50%がCOVID-19の嚥下評価であった。また、誤嚥性肺炎発症患者のうち、７5%が75歳以上で発生していること、認知症サポートチーム介入患者が60%以上を占めることから、引き続き高齢者への介入は必要である。嚥下機能に関連する疾患別では、慢性呼吸器疾患、COVID-19、脳卒中の順で多かった。

算定について

・摂食機能療法：179件×180点＝32220点
・摂食嚥下機能回復体制加算2　10件×190点＝1900点
看護師で「摂食機能療法」を算定できるよう現状把握中

誤嚥性肺炎ワーキング

・窒息·誤嚥インシデントが発生した10階病棟からラウンド予定
・誤嚥性肺炎患者へのポジショニングを皮膚・排泄ケア認定看護師と協同

課題

・安全な食事援助が提供できる基準の整備
・加算算定の仕組み作り

２０２２年度　看護支援室活動報告　最終評価
手術看護：術後合併症（シバリング、術後せん妄、術後ＤＶＴ発生率）

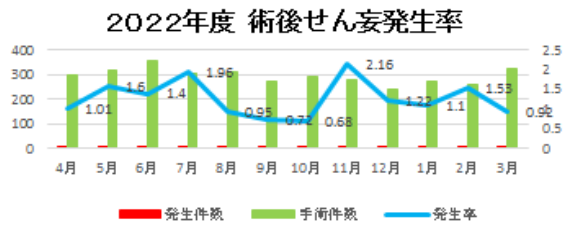
2022.4～2023.3
手術件数：3534件　（前年度：3680件）
緊急手術：348 件　（前年度：341件）
全身麻酔件数：1746件　（前年度：1692件）

テーマ選定理由：手術侵襲・加齢による生体反応を踏まえた術後合併症予防の強化　（戦略マップ　業務プロセスの視点）

シバリング発生26件/全身麻酔1746件(1.47%)
低体温による麻酔覚醒遅延1件

シバリング発生要因に関しては、複数の要因が散見され、発生件数の25％で予定出血量以上の出血が関連していた。
中間評価の課題であった温風加温器の適正使用に関して確認したところ、長時間開腹手術・麻酔科医の指示を使用基準として使用している現状がある。患者の低体温のリスクと合併症を評価した体温管理計画が必要である。
また、シバリングは術後合併症を引き起こすだけでなく、患者の不快感や満足度の低下にも繋がる。術前訪問で保温・加温の必要性を指導し、患者参加型の予防方法を検討していく。

・術式・患者要因による低体温のリスクアセスメント
・術前介入による体温管理方法の検討



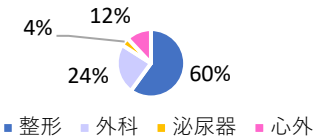
術後せん妄　診療科別発生割合

心外　整形　外科　泌尿器

上期では、せん妄ハイリスク患者の術前カンファレンスの充実を目標に関わり、下期はその内容を術中記録や病棟記録へ反映することを中心に介入。現在認知症ケアＣＮよりハイリスク患者の情報提供があるため、次年度はチームへのフィードバックを行い、周術期を通したケアが継続できる方法を構築する必要がある。
診療科別では、術後せん妄患者の帰室階で2部署が大半を占めており、患者の特徴や手術侵襲を踏まえたケアを病棟と連携し、検討していく。

・他部署・DSTチームとの連携強化

診療科別術後ＤＶＴ発生



術後ＤＶＴ発生の割合は、高リスクに該当する術式が多い整形外科が60％であった。部署内では術中や術後訪問における観察ポイントを発信。また、領域別研修の内容に、整形外科の症例検討を組み込み、リスクと必要なケアについて学習機会を作ることで、実践に繋げる介入を実施。
また、当院の肺血栓塞栓症管理加算件数(4～12月：1225件)、全身麻酔件数(4～12月：1309件)であり、周術期患者の加算が大半を占めていると考えられる。周術期として適切な予防管理が実施されているか、確認が必要。
下期の院内ＤＶＴ検出の内25～30％は術前スクリーニングによるものであり、ＤＶＴを有する患者の周術期ケアの強化に努める。

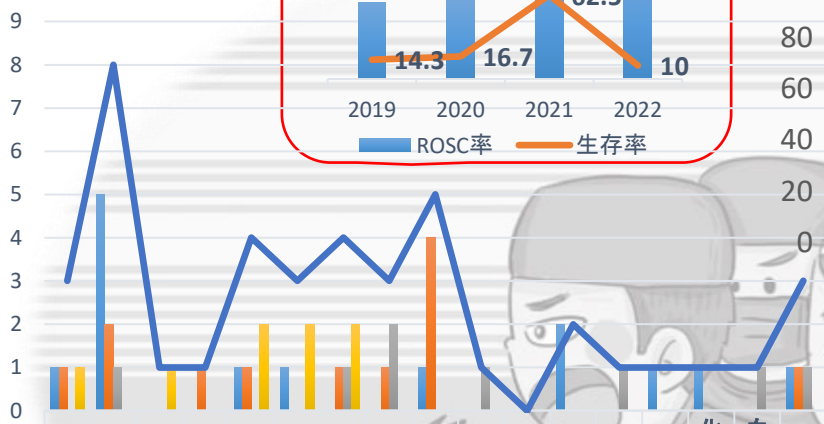
・ＤＶＴを有する患者の周術期ケアの強化

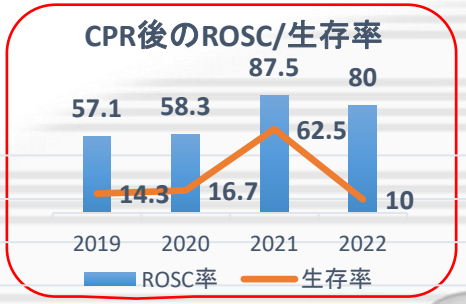
＊　将来的に術後疼痛管理チーム活動のアウトカムとして、適切な疼痛管理による術後合併症低減を目指す
そのために、術後合併症のデータ収集と分析を継続し、質の向上を目指す
＊　ロボット支援手術における術後合併症予防対策方法を確立し、術式の拡大に向け取り組む

救急：①急変時対応の強化　②救急搬送応需率の増加　～2022年度評価～

伊志嶺
大田

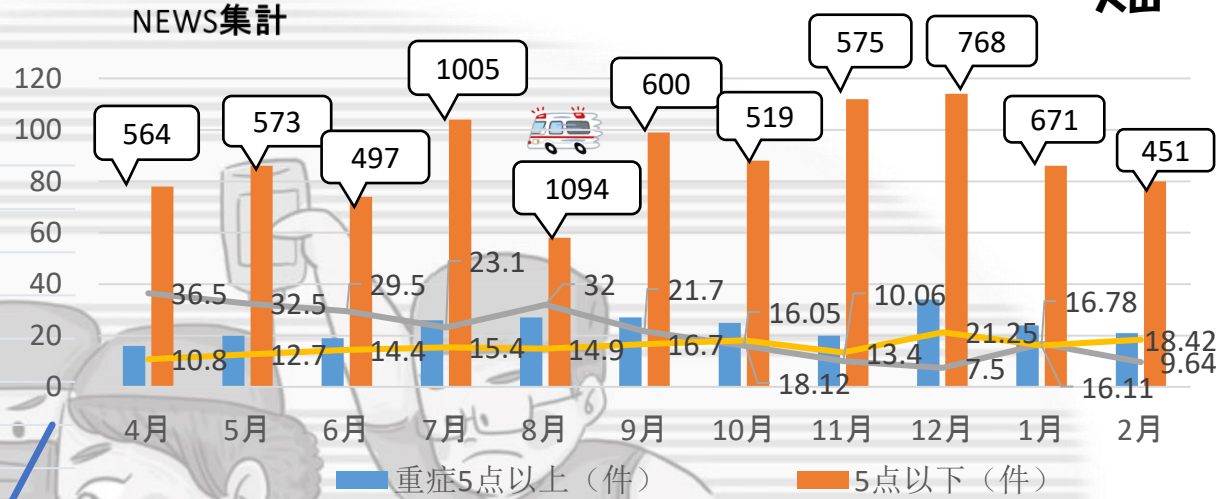
ハリーコール件数





	9階	10階	HCU	11階	12階	13階	14階	15階	16階	17階	OP	ICU	診療科	検査科	化学療法室	血液浄化室	ER他
2019	1	5			1	1			1			2		1	1		1
2020	1	2		1	1		1	1	4								1
2021		1					1	2		1			1			1	1
2022	1		1		2	2	2										
計	3	8	1	1	4	3	4	3	5	1	0	2	1	1	1	1	3
CPRナース	4	4	0	2	3	5	4	5	0	3	4	3	5	10	1	3	11

NEWS集計



評価サマリー

①急変時対応の強化

COVID-19対応を含めたﾏﾝｽﾘｰBLS、ACLS指導者研修、CPRﾅｰｽ育成を実施。RRT活動の中でﾊﾘｰｺｰﾙ及び急変事例後の振り返りｶﾝﾌｧﾚﾝｽに参加した。2022年度のﾊﾘｰｺｰﾙは10件でROSC率、生存率共に低下している。生存率は過去最低となり、CPRの質や急変予測が向上できるよう、振り返りｶﾝﾌｧﾚﾝｽの実施を継続し、ｱｾｽﾒﾝﾄ力向上と実技訓練の強化を検討する。また、NEWS未記入の減少ができ、入院時の記録は実施できるようになっているが、ｱｾｽﾒﾝﾄ記載がないこともある。ﾊﾘｰｺｰﾙの増加もあり、救急から急変予測した関わりが行える様にし、病棟へ継続看護できるよう関わる。

②救急搬送応需率の増加（応需率平均　2021年度：37%　→　2022年度：30%）

外来全体で救急体制強化に努め、救急搬送件数は300台を越える月もあった。救急搬送の増加に伴い、10月～夜勤体制の変更とCPA対応を含む緊急処置対応強化として実践能力向上に努め、技術ﾁｪｯｸは一人で実施できる項目が56%→73%まで到達した。

2022年度　看護支援室活動報告
【　脳卒中リハビリーション看護　】　遠山・森田

【排尿ケアチーム活動の特徴・課題】

・依頼がある部署・診療科に偏りがある。

・16階病棟　脳外科・脳内科からの依頼が多い。

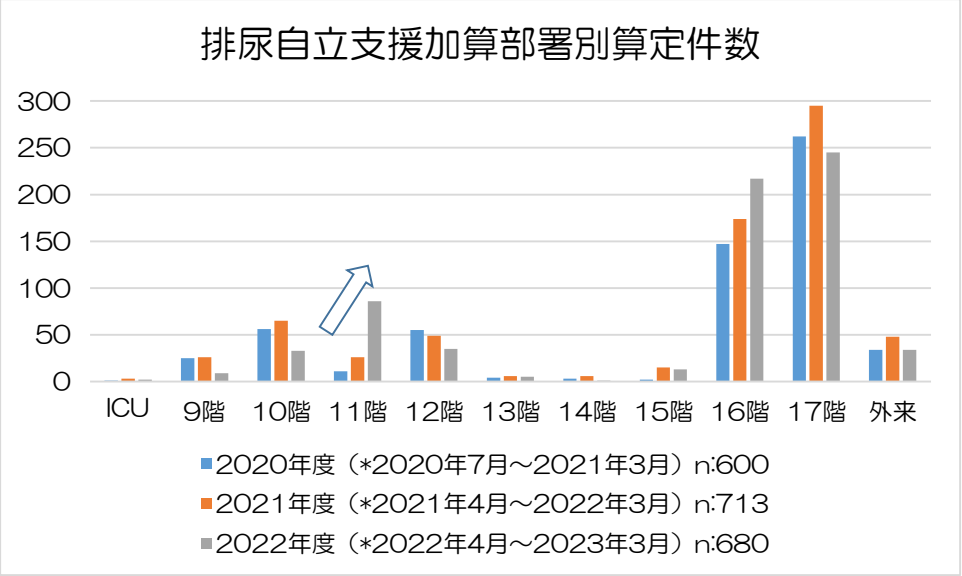
・泌尿器科からは専任医師である泌尿器科医が患者をピックアップしている。

・急性期病棟から回復期リハビリテーション病棟へ転科する患者が尿道留置カテーテルを留置したまま転棟となることがある。

【取り組み】

・ICU退室者の経過を追い、尿道留置カテーテル抜去に対するケア介入ができているか確認。要件を満たしている患者へチーム介入し算定。

・疾患、術後合併症として排尿障害をきたしやすい整形外科をピックアップし、術後の排尿ケアを確認。要件を満たしている患者へチーム介入し算定。



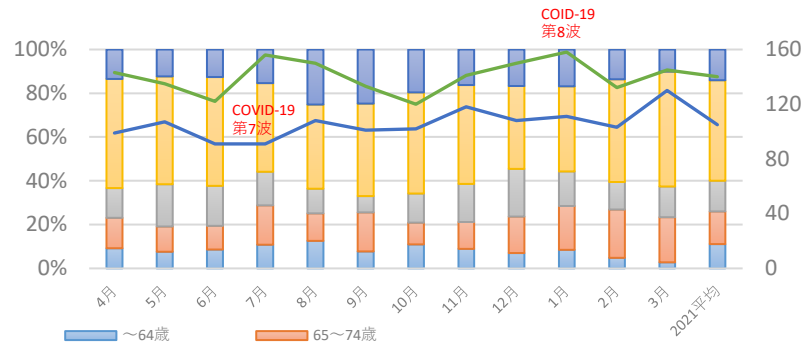
【結果】
・整形外科の算定患者は前年度の3倍へ増加。
・尿道留置カテーテル留置歴のない患者でも排尿ケアで困った際にチームへ依頼が来るようになった。
・排尿ケアチーム介入歴がある患者が緊急入院になった際にチームへ連絡が来た。
・16階病棟は排尿ケアマニュアルに則った介入を看護研究で実施しバルン早期抜去に取り組まれ評価が徹底されている。

【次年度の課題】
・他診療科・部署へのアプローチを行う。

2022年度　看護支援室活動報告【認知症看護】

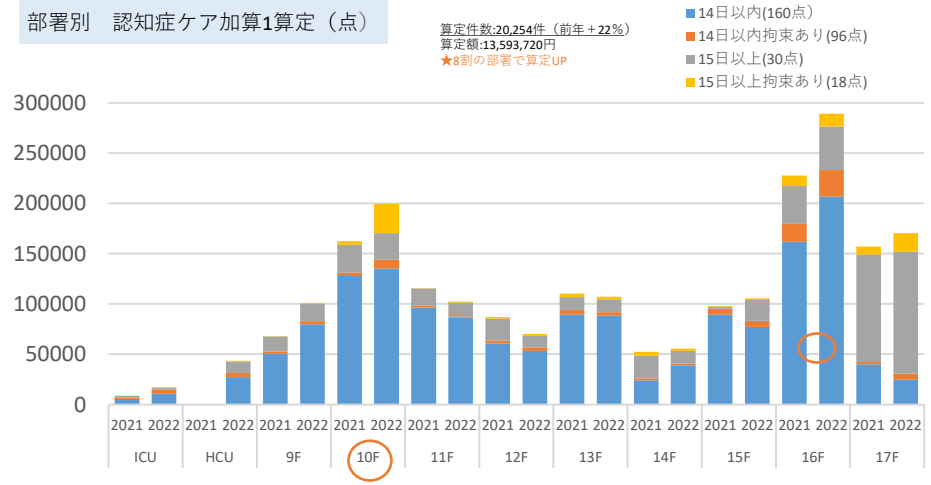
	活動内容
実践	・自部署での認知症ケアの実践 ・せん妄予防、BPSD緩和、転倒予防・チューブトラブル予防 ・身体抑制緩和、解除に向けた取り組み ・認知症ケア対象者への倫理的配慮、意思決定支援　等
指導	・DST委員会リンクナースへ症例検討の指導 ・院内研修：認知症対応力向上研修・DST研修会（転倒予防・睡眠関連） コラボ（せん妄・ACP） キャンディリンク・Web研修を活用→受講率UP＋研修運用の時間短縮 ・院外講師：大阪市介護予防教室（福島区社会福祉協議会）11･1･2月
相談 DST	・DST介入患者：120～150名/月　・ラウンド　約50名/週程度 ・せん妄ハイリスク患者ケア加算：約400件/月　院内59.3％ せん妄予防ケア（OP、他領域CNと連携） ・COVID-19患者のせん妄対策における薬物療法の提言

認知症ケア対象者　対象者数・年齢

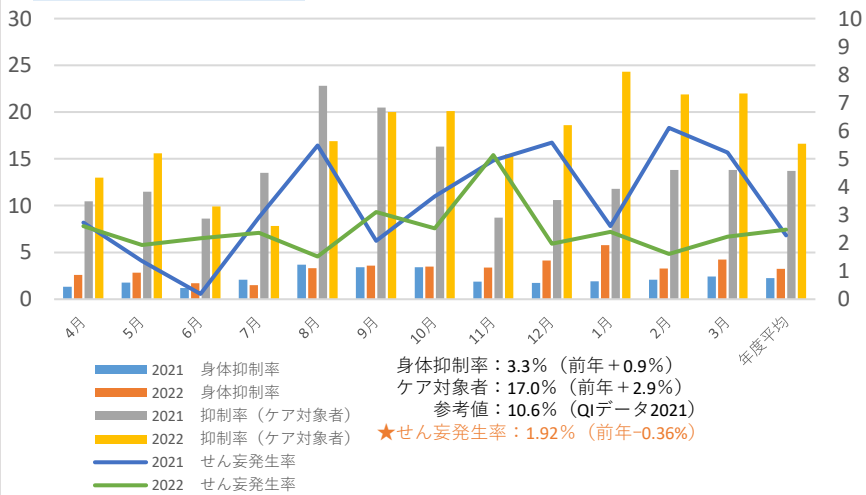


入院患者のうち約19.2％（前年＋3.9％）
75歳以上（後期高齢者）約80％を占める
→せん妄予防ケア、高齢者看護がさらに必要

部署別　認知症ケア加算1算定（点）



身体抑制率・せん妄発生率



身体抑制率：3.3％（前年＋0.9％）
ケア対象者：17.0％（前年＋2.9％）
参考値：10.6％（QIデータ2021）
★せん妄発生率：1.92％（前年-0.36％）

インシデント

3a	転倒（2）ﾃﾝﾎﾞﾘｰ自己抜去（1） CV抜去（1）挿管チューブ自己抜去（1）	5
3b	義歯誤飲（1）転倒骨折（2） ﾃﾝﾎﾞﾘｰ自己抜去（1）	4

【評価】
対象者数の増加に伴い、対応に苦慮する症例もあったが他職種と連携しながら認知症ケアを実践した。せん妄発生率は減少し、DSTリンクナースによる「せん妄患者の要因分析」や研修によって知識が向上し予防ケアができた結果と考える。昨年に続きハイリスクチューブの自己抜去、転倒骨折などが発生した。DSTとして何が不足していたか分析し、安全対策委員とも連携しインシデントの低減に繋げたい。また、算定額は増加したものの、抑制率が増加、15日以上の算定が多いため減算となっている。各部署の傾向を踏まえて入院早期から介入し、安全な治療が受けられる療養環境が提供できるようにしていく。
【課題】・DSTラウンド方法の検討　・リンクナースの育成　・データの分析（研究に繋げる）