

■看護部

平成16年度下半期報告

I. 看護部上半期の概要

平成16年度下半期の大きな課題は機能評価をクリアし認定を受けることであるが、それについては、目標評価で述べる。

上半期から継続した大きな課題は、療養病棟60床を満床状況にし、安全・安楽を確保しつつ、円滑に運営すること、下半期の最大の課題は、透析室の透析センターとしての拡充であった。

17年になり療養病棟が満床になり、入院患者の約80%が認知障害を伴うケア度の高い患者で占められるようになった。それに伴いインシデント事例中の転棟・転落の比率が上半期の25%から下半期27%と増加傾向である。1月からケアワーカーを増員し、夜勤加算をクリアできるようにした。また9月以降も引き続き看護副部長が療養病棟を管理し、個々の職員の意見を集約しながら業務改善を継続した。入院時必ず一般病棟を経由して療養病棟に転棟することに決めた頃から、一般病棟と療養病棟の連携が図れる状況になり、情報交換もスムーズになった。

透析室は下半期他院との業務提携により、患者数が大幅に増えることになり、下半期後半は体制作りに追われた。透析室・中材・内視鏡室を一看護単位として管理運営にあたることにし準備を進め、年度末には体制整備がほぼ完了した。

12月1日機能評価の病棟訪問時、各病棟が看護の質という観点から現状に対する多くの助言を受けた。特に療養病棟においては、観察力、アセスメント能力、ケア技術の向上を図る工夫が必要である。来年度、療養病棟は看護師も大幅に入れ替わり、科長も交代し新体制となる。効率化の工夫をしながら質向上に向けて取り組みたい。

II. 平成16年看護部目標評価

□ 看護部方針

患者が持てる力を最大限発揮し、納得・満足、安心を得られる看護を、チームが一体となって提供する。

(評価)

機能評価受診の際、理念と方針が紛らわしい、という指摘を受けたため、人間観、健康観、看護観を別にし、方針を理念として整理することにした。納得、満足、安心というキーワードを強調できるシンプルな理念にしたい。また、病院の事業計画に対応する様表現したい。特に、(顧客の視点)(業務プロセスの視点)(学習成長の視点)に加え、(財務の視点)についても来年度の目標に視点として加えたい。

□ 平成16年度 看護部目標

1. 医療・看護への患者の主体的な参加を促し、患者の納得・満足を図る。

- 1) 患者用クリニカルパス、パンフレット等を活用しインフォームドコンセントを図り、患者が納得、満足して療養生活を送ることができる様取り組む。
- 2) 患者の「強み」を見出し、患者が持てる力を最大限発揮できる様に患者教育を工夫する。
- 3) 医療・看護への患者・家族の参加を促し、患者と目標を共有できる様な看護に取り組む。
- 4) 患者満足度調査結果や定期接遇調査および待ち時間調査結果、投書内容等を検討し、必要に応じてスピーディに患者サービスを改善し患者の納得・満足を図る。

(評価)

- 1) 患者に対するインフォームドコンセントを目的にパスを推進し、機能評価受診を契機に整理し、使用状況を確認した。バリエーションを含めたパスの評価はほとんどされていない。これは、バリエーション自体がほとんどないためと考えられる。HOT導入のパスや慢性呼吸不全のパス、パンフレット等の修正を含め各部署で地道に取り組んできた。その結果を踏まえ、来年度は更にパスの数を増やしたい。また、療養病棟に関しては、パス導入により記録の省力化にも繋がると考えられるので、来年度推進したい。

機能評価との関連で同意書について医局で検討され、使用基準もできた。患者の納得、満足の推進のために、来年度も継続して推進できるよう取り組みたい。

- 2) 3) 看護過程研修を例年同様企画し、講義および演習により、目標達成に向けてスタッフ育成を図った。

記録監査を主任に委譲し、下半期より事例分析も定例化した。来年度は今年度迄の取り組みを発展させ、患者参画型計画・記録について検討したい、特に、療養病棟においては患者・家族と目標共有を行い、帰宅可能性を拡大できるよう取り組みたい。

- 4) 接遇委員会が中心になって取り組んだ。待ち時間については、予約制の導入により時間短縮を図っている。成果について3月調査で確認したい。患者満足度調査表に院長からの提言により修正を加えた。「受診を他者に勧めるか」という項目は満足度の指標として重要である。結果を見守り、看護の質のアウトカム評価内容を必要に応じ追加したい。

定期接遇調査結果を各部門に掲示し、機能評価時も確認を受けた。再度、検討事項を整理して来年度も接遇委員会と連携して取り組みたい。

2. 看護部全体で安全文化を醸成し、患者にとって安心できる、安全な環境の整備に努める。

- 1) 看護部安全推進委員は、リスクマネジメントマニュアルの参考資料にできるようにインシデント事例分析結果の活用に取り組み、安全対策の明確化と浸透に努める。
- 2) 主任が中心となり、予防対策をリスクマネジメントマニュアルとして整備するとともに、日常点検表の個別評価を促し、安全文化を醸成する。
- 3) 主任は接遇委員と協力し、日常場面からクレーム事例を掘り起こし管理的視点で検討することにより、クレーム処理技術の向上を図る。

(評価)

- 1) 特に、インシデントの上半期・下半期の比較では、上半期121件、下半期143件で増加傾向である。17年に入り減少傾向ではあるが、与薬が下半期7%増加しているため、与薬（内服6%、注射1%）、特に内服薬に関するインシデントの減少に向け集中的に取り組む必要がある。また、チューブ・ドレーン4%増、転倒・転落2%増であることから、これらの防止対策も17年度の課題となる。看護部安全推進委員が分析視点を明確にしてシステム改善に向けた提言ができるようになってきてはいるが、来年度は、新委員に安全文化が浸透するよう働きかけるとともに、タイムリーにキャンペーン期間を設け効果的に改善を図りたい。また、療養病棟の安全体制の確立に向けた取り組みを来年度も強化したい。
- 2) 下半期、リスクマネジメントマニュアルに身体拘束についてのマニュアルを加えた。看護部安全推進委員会の報告やインシデントレポートを見る限りでは、安全文化の醸成は進んでいる。しかし、身体拘束の検討・同意状況をみると、機能評価受診後の実行状況があいまいになり、再検討し、看護部は「看護記録」に同意の状況を記載することにした。日常点検表を教育に生かすことが、下半期の課題として浮かびあがった。来年度は教育の強化に活用したい。また、安全文化を醸成するため、安全（予防）対策を再検討し、明確に打ち出したい。来年度は看護補助者のチェックリスト・手順の整備も含め、安全確実な技術を提供できるよう、教育体制を整えたい。
- 3) クレーム事例の管理的視点での検討については、看護部としての取り組みが不足であった。しかし、接遇委員会が積極的に検討しクレーム処理技術の向上を図ることができたと評価する。来年度も主任会の議題に取り入れ、積極的に取り組みたい。

3. 病院機能評価の再審査に備え、更に看護の質を向上できる様に評価システムを確立する。

- 1) 人事考課への取り組み、特に科長・主任のコーチング能力向上を図り、目標管理を定着させる。
- 2) MSWと協力して、退院患者に対する評価面接や訪問看護を推進し、患者参加による評価を定着させる。
- 3) 科長・主任が記録委員会の主力メンバーになり、機能評価項目を意識した記録類の整備を行い、患者家族との目標の共有を図る記録を目指す。

(評価)

- 1) 病院としての人事考課への取り組みが、来年度推進されると考えられるので、この目標については来年度を中心課題とする。科長・主任のコーチング能力向上のための研修についても、昨年の研修を踏まえ、新年度の企画として取り組み、目標管理能力向上を図りたい。
- 2) 昨年度はMSWが療養病棟開設に向けた入院相談に追われたため、訪問部門は地域連携室が担当することになった。しかし、効果的な実行には至っていない。来年度はこの目標への取り組みを看護部としての体制作りも含めて検討したい。
- 3) 昨年度は記録監査の中心を科長から主任に移行すると伴に、基準や記録類の整備を行った。また、患者家族との目標の共有についても監査を通して推進してきた。来年度目標1の小目標として患者参画型看護計

画・記録に取り組むと共に、リーダー育成と固定チームナーシングの導入に向け、本格的に取り組みたい。

4. 研究活動への教育的関わりを通して、スタッフが主体的に自己研鑽を行う専門職としての姿勢を育む。
- 1) チームナーシングと個別受け持ち制を融合できる様、看護過程研修や監査を強化し、主任・チームリーダーが中心になって看護の質向上を図る。
 - 2) 科長・主任が中心になり、個々の看護師の研究課題を明らかにし、現状の看護実践に対する問題意識を磨き、研究的態度を育成する。
 - 3) 科長・主任は院外発表を視野においた、研究への取り組みを支援できる、研究支援チームの育成を図る。

(評価)

- 1) 一般病棟は個別受け持ち制が定着したが、療養病棟の体制整備やローテーション計画を考慮すると、固定チーム制の検討を来年度は掲げて取り組みたいと考えている。そこで、目標3の小項目としたい。
- 2) 下半期、科長中心に実施した個別面接により、スタッフ個々の課題が確認できた。個々の看護師の研究課題については、目標達成度確認の面接においてニーズを確認してほしい。来年度もこの目標については、目標管理方式の推進と連動しながら推進したい。むしろ、自己効力観を実感できる教育・研修体制の整備という観点で来年度目標の整理を行いたい。
- 3) 院外発表等は下半期予定通り実施し、一般病棟においては継続的に取り組むことで充分と考えられる。療養病棟においては研究支援体制整備も含めた、本格的な取り組みが求められる。看護師とケアワーカーの役割分担を明確にしつつ、チームリーダーに働きかけたい。

平成16年北海道看護協会主催研修参加者		
研 修 名	開催期間	参 加 者
機能するリスクマネジメント	10/2～10/29	7 F 柳屋瑞穂
慢性呼吸不全患者の呼吸管理と実際	10/1～10/14	8 F 小畑朋子
看護実践と倫理	10/23	看護部白川弘子・7 F 滝本早苗
北海道看護協会 I L O 学習会	11/13	7 F 檜村和美
変革を求められている看護管理	11/2～11/26	8 F 多田悦子
看護補助者研修	11/29～12/3	8 F 佐藤一枝
高齢者の看護	12/6～12/10	看護部白川弘子(助言者)
ファーストレベル	1/17～2/18	7 F 滝本早苗
学会・研究会参加者		
学会・研究会名	開催期間	参 加 者 名
看護協会第一支部看護研究発表会	11/8	8 F 前重朗子・田之岡早苗・安藤優子
北海道透析療法学会(ペインレスニードルの使用経験)	10/24	高野博友樹・伊藤久美子・大西香織
札幌CAPD臨床研究会	2/3	中野渡悟
札幌市病院学会(ペインレスニードルの有用性)	2/5	高野博友樹・伊藤久美子・大西香織
その他の研修参加者		
研 修 名	開催期間	参 加 者 名
変革期のリーダーシップ	10/2	看護部山本良子・白川弘子・7 F 滝本早苗
病棟・外来連携の具体策	10/2	9 F 佐藤裕美子

Ⅲ. 平成17年度の課題と取り組み

看護部目標として病院方針に添って以下の目標を掲げる。安全推進は継続的、効果的に取り組む必要がある。また、17年度は情報開示・個人情報保護の動向を考慮し、今年度は患者参加型看護計画・記録に取り組む。厳しい医療情勢を踏まえ、人員配置、応援体制等を含めた、収支バランス改善に向けた取り組みも必須事項と考える。

(顧客の視点)

1. 医療・看護への患者・家族の主体的な参加を促し、患者の納得・満足を図る。
2. リスクマネージャーが中心となり、看護部全体で安全文化を醸成し、患者にとって安心できる、安全な環境整備に努める。

(業務プロセスの視点)

3. 科長・主任が中心になり、病院機能評価の審査に備え、看護全般の見直しと改善に取り組む。

(学習成長の視点)

4. 科長・主任・チームリーダーが中心になって、日常の看護実践に対する問題意識を磨き、自己効力感を実感できる教育・研修体制を整備する。

(財務の視点)

5. 科長・主任が中心になり、医業収支バランスの改善に寄与する。

▶ 外 来

下半期の1日外来患者数は平均131名であり、上半期同様、昨年同月比較にて初診、再診、病院初来全てに外来患者数の減少が認められた。しかし上半期との比較では外来患者数は増加傾向にある。これはインフルエンザや肺炎などで外来受診する患者が多く、冬期間の季節的なことが要因の一つであると考えられる。11月に実施した待ち時間調査での待ち時間は38分であった。(平成16年8月調査結果は30.5分)、待ち時間調査の分析結果として、上半期同様CTや血液検査等の検査結果を含んだ待ち時間の長さが指摘されたが、待ち時間のお知らせをしても、了承したうえで待つ患者が増える傾向が見られた。しかし待ち時間の対応は看護師が十分配慮し、患者一人一人に声がけをして待ち時間のお知らせを行っている。また待ち時間の改善策として、1. 12月から呼吸器内科の一部予約制の導入、2. 3月から30分～1時間以上の待ち時間が予測される場合の、外来日以外の医師による外来診察応援システムの確立、以上2点を導入・実施し、医師と連携を図りながら待ち時間の解消の努力をしている。

現在、外来は看護師6名、12月よりクラーク2名が再導入となり、外来業務を行っている現状にある。看護師の業務内容の見直し、クラーク業務の確立を行いながら、患者の満足・納得を図り、安心できる環境を整備するため、看護師一同他部門との連携を図りながら、より良い看護ケアサービスの提供を努力している。

外来患者動向 昨年同月比

年 度	初 診		再 診		病院初来	
	16年	15年	16年	15年	16年	15年
10月	362	508	2717	4927	204	259
11月	364	431	2736	4388	228	299
12月	309	595	2810	4987	173	286
1月	418	534	2618	4453	241	350
2月	419	493	2607	4357	244	297
3月	455	421	2995	4388	267	249

平成16年度外来目標下半期評価

1. 医療、看護への主体的な参加を促し、患者の納得・満足を図る。

- ・患者の外来待ち時間に良い環境が提供できるようにする。
- ・外来患者への配慮ができる。

【評 価】

待ち時間について患者への情報提供は、上半期同様スタッフそれぞれが十分配慮し、患者一人一人に声がけ、待ち時間のお知らせを行っている。12月から試験的に原田医師、大久保医師の外来で予約制を導入し、また30分以上待ち時間が生じる場合は、外来以外の医師が3診察室で対応するよう医局会議での承諾を得られ、3月より実施している。しかし、予約制でも待ち時間が長いとのクレームがあるのも事実であり、来年度は予約制の評価も含めて、クレーム0を目標に患者の納得・満足度の向上を目指していきたい。

2. 患者にとって安心できる環境整備を行う。

インシデント分析を会議で話し合い、改善策を検討する。

- ・上記改善策実施を定期的に強化する。
- ・インシデント発生時はカンファレンスで話し合い、対応策を実施し再発予防を迅速に行う。
- ・診察、処置、検査などの実施時、患者のプライバシーに配慮した環境を整える。

【評 価】

下半期で発生したインシデントは5件であり、4件が12月以降に発生しており、検査の見落とし・取り忘れであった。12月に看護師の退職、クラークの再導入によって再編成された外来チームであることが要因の1つであると考えられる。上半期同様、インシデントが発生した場合は、迅速な再発予防や改善策の検討をスタッフ全員で行ってきた。遅れがちであったレポート提出も早期提出が徹底され、スタッフ一人一人の安全に対する認識が高まったものと思われる。処置、検査時のインフォームドコンセントは実施できており、処置・検査手順や確認

方法の見直しも終了した。また検査説明時は、必ず患者の隣に行って必要最低限の声で説明するなど、患者のプライバシーに関しては出来る範囲での努力はしていた。来年度は個人情報保護法に基づきながら、外来での安心できる環境整備を確立していく必要がある。

3. 看護の質の向上

- 統一した看護ケアが行われるように勉強会を定期的を実施し、知識を深める。
- 研修会の参加
- 勉強会の実施（他部門、業者への依頼をする。）

【評価】

勉強会の実施はできず、研修会への積極的な参加もみられなかった。しかし始業時就業時のミーティングにて、今日の待ち時間についてなど具体的な内容で問題提起し、スタッフ一人一人が看護サービスについて考える時間を持つようにした。来年度も看護の質向上を目指し、スタッフ一人一人が「外来看護のあり方」を考えられるような環境作りを検討していきたい。

今後の展望

呼吸器内科一部予約制の導入などの改善策を実施してから、待ち時間調査を行っていないため、早急に外来待ち時間調査を行い分析・評価し、更なる改善をしていきたい。また事務やレントゲン、生理検査室などの他部門との連携を図りながら、クレームゼロを目指していきたい。

クラークの再導入により、外来業務や看護体制にも変化が生じた。看護師やクラークとしてのレベルアップができるようスタッフ教育も充実させながら、現体制の評価を踏まえ、適切な看護体制についても検討したい。そして、外来の限られた時間の中で、患者の満足・納得を図り、安心できる環境整備ができるような看護ケアサービスの提供を目指したい。

文責 佐藤裕美子

▶ 療養病棟

医療保険型長期入院患者病棟として、5月1日、6階病棟開設後5月10日の入院患者1名からスタートし下半期は5階入院患者21名6階23名で始まり12月10日5階30床12月17日6階30床と満床となりフル稼働となりました。5階の夜勤体制も看護師1名ケアワーカー1名から2名の3人体制に変更し、また院内勤務経験者が少ないスタッフ構成を考慮し一般病棟から看護職員の移動を行い看護・ケアに取り組んできました。

下半期の患者の動向としては一般病棟からの転入は32名（53%）で療養病棟から一般病棟への治療が必要で転出した患者は15名（25%）でした。退院患者数は24名（40%）で内死亡退院は4名（16%）を占めています。

院内勤務経験者が少ないスタッフ構成での開設に伴い、一般病棟への転棟時の約束事項・緊急時の医師への連絡方法等が不十分でありましたが、転棟時のサマリーの作成約束事項の確認・指導、連絡方法のマニュアルの作成を行い病棟での統一を図りました。他部門との調整、インシデント発生時の検討・対策、システムの改善等に力を入れ取り組んできました。

16年度の病棟目標にも挙げております「安全なケアの提供」につきましては、内服薬に関するインシデント発生件数は44%を占め次に転倒・転落のインシデント発生件数が29%でした。レベル別では3以上のインシデントの発生のほとんどは療養病棟で発生しており緊急のステーション会議等を行ない改善策を検討するケースもありました。上半期で報告いたしましたケア中の転倒・転落について下半期は10月に1件発生しておりますがその後は発生しておりません。ステーション会議等で「ケア中の転倒・転落ゼロ」を強化するよう周知し取り組み、日常生活援助の場面で各個人がそれぞれに注意を払い日々ケアに取り組んでいて事故防止の意識付けになったと思われまます。内服薬の管理については定期薬・持参薬の整理に看護師がかなりの時間を要していましたが薬剤師の協力を得て定期薬の管理を依頼し病棟業務の時間の短縮が図れました。持参薬についても看護師が分包していた為この業務についても分包を薬剤師に依頼した事で分包のミスがなくなりました。さらに配薬のカート、トレイの使い方の統一などに取り組み内服薬に関するインシデントが10月の6件・11月の5件の数から12月0件、1月1件、2月2件、3月3件で発生件数の著名な増加はなく経過しておりシステムの改善・統一の結果と言えると思えます。

1月よりケアワーカー3名が増員になり入浴介助・日常生活援助が円滑に行われるようになりレクリエーションの実施もケアワーカーが中心になり取り組んでおります。また下半期検討していたワークシート・ケア記録も3月より試用開始して今後更に検討しつつ有効的に活用できるよう取り組んでいきたいと思えます。

1月から3月までに5名の看護職員の退職に伴い新入職の看護師を迎え日々の業務に追われる毎日でしたが、新年度、新たなメンバーが加わり、開設より約1年を迎えますが患者・家族の意見要望を聞き、患者様に安心・安全なケアが提供できるようにシステムの改善・マニュアルの整備・固定チームの導入などさらに円滑に看護業務が行えるよう取り組む予定です。

〈療養病棟看護目標・評価〉

I-1 ケア計画作成時、患者家族と話し合い目標の共有化を図る。

患者本人より情報聴取できる方は、希望を伺い計画に盛り込む事は出来たが、8～9割の方が家族より聴取のため、家族との共有が多く患者との共有はすくなく、しかし、目標が達成出来るように患者と関わったケースもあった。下半期は目標の評価・修正が不十分で次年度も継続して取り組んで生きたい。

2 ケア時は患者の持てる力を活用し、日常生活レベルの維持・向上を図る。

患者からの拒否行動がない限り、洗面・排泄・食事・リハビリテーション等日常生活支援の機会を捕らえ、レベルの維持向上を働きかけ実施できるよう取り組んできたが、患者個々の日常生活レベルの評価が記録上で把握しにくく、下半期は5・6階1事例からケアワーカーがケア記録に取り組み始めている17年度は看護師とカンファレンスを持ち日常生活援助についてはケアワーカーを中心にケア記録が継続できるように取り組んで生きたい。

3 患者家族等より提起された意見・問題等は、チームで取組み対応策を開示する。

ご意見箱に入れて頂いたのは上半期は1例のみであったが下半期は病院のご意見箱へのクレームと病棟の意見箱へのクレームがあり、接遇面での言葉遣いなどのクレームもあったためステーション会議・個人面接を通し指導を行っている。他は個別に意見を頂戴しているため、個々人に対応策を返事させて頂いた。17年度は患者を尊重した対応が出来、今年度と同じクレームを頂かないよう更に力をいれ取り組んでいきたい。

II-1 インシデントレポートは、速やかに記載報告ができる。

開設当初はレポート記入に時間を要し、コンピューター入力をするにも時間を要していたが、レポート記入は当日に出来るようになった。またコンピューター入力・印字も一部のスタッフを除いて速やかに行なえるようになった。

2 安全推進委員（主任）を中心に、インシデントレポートの分析・対応策を考え実施・予防策とすることができる。

病棟の開設、看護介護体制の変更（毎月）、業務内容・分担の変更等々システム作りに時間がかかり、レポートの分析・対応策までは考え実施していたが、予防策の提案実施には時間がかかり、関連施設の担当者に救命救急時の対応研修の応援を頂き対応した、下半期は緊急時の連絡方法・報告の仕方を明文化し速やかに対応できるようにし連絡方法については完全ではないが対応できるようになったと思われる、しかし、医師への報告については不十分なところがあり事前に医師に確認をしていなければならないことが確認されていなかったり、看護職間の患者情報の共有が不十分なこともあり緊急のステーション会議を行なう事例がありインシデント・アクシデント防止の重要性を事例を通して取り組んできた、また、ケア中の転倒が療養病棟でしか発生していなかったことを踏まえ下半期は「ケア中の転倒・転落ゼロ」を重点目標としたことから1事例の発生はあったがその後ケア中の転倒・転落は発生していない、その他のインシデントについても事例ごとに予防策が検討されシステムの改善も行なわれるようになってきているが十分システムが確立されているとはいえず17年度も患者の安全を第一に継続して取り組んでいくことが重要と考えます。

3 接遇委員（主任）を中心に、日常対応場面の問題点を見出し、チームで改善をすることができる。

上半期は接遇研修を、採用時・開設時・開設後2回と3～4回受けたことにより、チームとして意識付けがされており、相互に改善を心掛けていたが下半期は慣れもありスタッフ間・患者への言葉遣いなどの乱れが目立った、また、家族からクレームを頂くような事例もあり日常対応場面で個々がそれぞれに意識した対応に取り組んでいる。17年度はこのようなクレームを頂かないよう継続して取り組んで生きたい。

4 感染予防のためマニュアルに添った手洗いの励行ができる。

感染症に対する意識は、毎月の調査資料からも出来ており、ゴム手袋の着用・手洗いは実施している。しかし、院内のスタンダードプリコーションの理解が特にケアワーカーが不十分だったため面接時に指導を行なったが浸透は不十分だったと思われる具体的な指導が必要と思われるため17年度も継続とする。

III-1 個々人が年間目標の設定・評価ができる。

看護介護体制の変更（毎月）、業務内容・分担の変更徹底等に時間を要し、課題・問題出現時に個人面談は行なったが、目標設定に関するかかわりは出来ていず下半期に目標の設定までは出来たがほとんどのスタッフが目標達成に至らず終わってしまい目標についての具体策などに関わりが少なかつたためと反省する。17年度はスタッフそれぞれが目標にむかって具体的な行動に移せるように十分かかわっていく必要がある。

2 メディカルソーシャルワーカーとの連携が図れ、患者家族の参加した目標計画評価の場を作ることが出来る。

上半期はメディカルソーシャルワーカーとは書類・電話を通して連携を図っていたが、場を設定しての話合いは1度のみで終わった。下半期は月1回の医師とのカンファレンスに参加していただくようにしたこととそれぞれの立場で患者の情報交換ができ連携も設立時より図れるようになった。しかし、家族の参加した目標計画評価の場面は出来なかった為17年度も継続とする。

3 科長・主任が中心となり、ケア計画に沿った実践記録を書くことができる。

ケア計画の評価・修正が不十分で記録から患者の状態が把握しにくく入院生活が長期患者が増えるにつれ記録内容が希薄になっている傾向にある。記録内容の検討や長期入院患者のケア評価の方法の検討が今後必要と考える。

IV-1 資料を持ち寄り、学習会を開くことができる。

6月に「救急蘇生学習会」を開催したのみに終り、計画をしていた定例化には至らなかったため担当者が中心になり17年度は学習する機会を確実にこなうことが出来るよう取り組んで行きたい。

- 2 院内外の研修に、自発的に参加することができる。

案内のあった院内研修には勧めに従い参加するが、自主的に参加を希望した院外研修に1名参加することができた。17年度はケアワーカーも参加できるように内容の検討を行なっていきたい。

- 3 毎月1回、各階ごと時間外に、会議・ケースカンファレンスの時間を持つことができる。

上半期は毎月第4木曜日に5・6階合同で、定期的に会議を開催できている。内容としては体制変更や業務内容に関するものが多く、ケースカンファレンスに関しては1回のみ開催となった。下半期は必要時カンファレンスを行なえていて業務内容の調整など行なうことが出来たがケースカンファレンスは実施できなかった。17年度はケースカンファレンスの定着を目指して行きたい。

文責 白川 弘子

▶ 7 階病棟

I 下半期の傾向

- 上半期同様、高齢者・ケア度の高い患者が多いという状態は変わりはないが、下半期は、血液透析患者の入院の増加がみられた。入院患者に占める割合が上半期までは、30%程度であったが1月からは50%程度までになっている。その内の半数が、日常生活援助が必要であり透析室への移動の介助を要する患者である。また、療養病棟からの治療目的の転棟が7名、7階病棟から療養病棟への転棟は10名で上半期とほぼ変わらない人数が多かったが、開放病床の利用は減少している。死亡退院者1月4名、3月5名。多忙な状況に変化はないが、インシデント発生数は減少、レベルⅢ（輸血・誤認）の発生はなかった。上半期の結果をうけて、確認・ダブルチェックの徹底、転倒リスクが高い患者への早期の対応が効果的であったと考える。（転倒17件→7件、内服に関するエラー17件→6件）
今後も、患者の安全な療養環境を確保しつつ、患者・家族が満足する看護を目指していきたい。

II 研究発表および院外研修

○看護研究

上半期、全日病学会で発表した転倒・転落アセスメントシートの活用について検討した結果を、平成17年4月の北海道看護協会主催の看護研究学会での発表に向け準備中である。
タイトル・・・自己認知に視点を置いた「転倒・転落スコアシート」の有効活用の検討

○院外研修

1月 北海道看護協会 認定看護管理者研修ファーストレベル 科長

III 年間目標 下半期評価

1. 患者・家族が満足する看護を実践する。（看護部目標1）

- ① 患者教育において、「強み」を見出しプランに活用する。受け持ちNSを中心に個別的な指導計画、退院時指導を推進する。
- ② 個別的な指導ができるようスタッフ個人が作成したパンフレットをPCに残し共有して活用していく。
- ③ 患者・家族の参加を促し、目標の共有に取り組む。また、共有過程を記録に残す。
- ④ 目標共有過程は、一緒に立案した場合は情報シートのアセスメント欄に、あとから提示した場合はその日付をプラン用紙に記載し共有化を意識づける。
 - ①②強みを活用可能な患者さんに対しては、ほぼプランに活用できていた。カンファレンスで、指導内容を確認し、看護師による差が出ないように意識し声を掛け合う事で個別的な指導ができてきている。指導用パンフレットは、既存のものをアレンジまたは個別に作成。PCが苦手なスタッフは手書きで対応できている。
 - ③④目標の共有は、「NSが立案したものを患者・家族と話し合い修正し決定すること」を共有とした場合は殆どできているが、患者が意思表示できない時に家族との共有が出来ていないことが多い。ケア内容を病室に貼るなどすることで看護師の関わり方を知ってもらう工夫はしている。共有過程は、書かれていないことの方が多く意識づけがされていなかった。今後の課題とする。

2. 看護の質の向上をめざす。（看護部目標4）

- ① チームカンファレンスを充実させ、プラン・退院時サマリーの監査結果をフィードバックする。
- ② 他職種とのカンファレンスを実施し、患者にとって望ましいケアの検討をする。
- ③ 病棟勉強会の継続し、専門知識の習得をする。
- ④ 看護過程研修の成果を共有する。
- ⑤ 自己到達目標を活用し、評価・修正・実施することで目標管理について理解を深める。
 - ①チームのカンファレンスで監査することで、注意すべきことや表現方法の学習になり以降の記載に活かされるようになってきている。
 - ②医師とのカンファレンスを1回/1～2週のペースで開始。病状の理解が深まり、看護計画立案にも役立っている。ケアや処置内容について医師と相談できたのは2例。
 - ③勉強会は8月PMI 11月ダイアニールNについて 12月不整脈・褥瘡について 2月栄養指導の実際と予定通りに実施。④結果は病棟でも報告。⑤上半期評価と下半期目標の面接が行なえなかった

が、下半期評価面接時にスタッフと目標管理の必要性について話し合うことができた。

3. 患者が安心して療養できる環境をつくる。(看護部目標2)

- ① 内服薬の準備、与薬時は患者氏名・内服時間を確認し、患者さんに渡す時は声をだして確認。外泊時の持参薬はダブルチェックし忘れずにもたせる。
- ② 自己点検表を活用し、事故防止の意識を高める。
- ③ チーム会によるインシデント分析を継続し、事故が起きやすい状況、防止策についての学習を継続する。
 - ①外泊の持たせ忘れはダブルチェックを徹底したことでなかった。しかし、与薬忘れや与薬時の間違いがあり、原因は確認が徹底していないことにある。日時の記入などの工夫をしたが再度発生しており、今後は薬局も含め安全な内服管理について対応を検討したい。
 - ②③自己点検表を毎月記入することやチーム会でのインシデント分析は行なっているが、意識づけられて事故の減少などという結果には表れていない。

文責 滝本 早苗

▶ 8 階病棟

呼吸器科病棟は平成16年3月28日5階より8階に移動し、慢性呼吸器疾患の患者を中心とした患者構成の新体制となった。呼吸器科の医師は、病棟医である田垣副院長、原田医師、大久保医師の3名が担当。病棟看護師は19名（11月から18名）、看護補助者3名（11月から4名）にて、2チームで患者個別受け持ち制をとり3交代2名夜勤を実施。36床の患者構成は、慢性呼吸不全患者が肺炎を併発したもの、在宅酸素療法の導入及び評価目的、喘息患者の発作治療が多い。間質性肺炎や肺アスペルギルス症、肺結核後遺症、他複数の疾患がある患者への治療と看護を展開した。胸水や気胸の患者に対しては、保存的治療を行った。また、旧5階病棟から継続する、肺癌で化学療法を繰り返す患者に対応した。患者の年齢層は20歳代から80歳代と幅広い年齢層であり、60歳以上が9割を占めさらに70歳代後半以上の高齢患者が5割である。看護スタッフは、短期に退院する患者から、肺癌や間質性肺炎でターミナル期を過ごす患者への関わりまで、呼吸器疾患全般への幅広い看護ケアが求められた。医療従事者間の連携を保ち日々学びながら、患者中心の看護ケア実践を目指した。

7月以降は、重症患者が重なり毎月数名死亡患者もあり、人工呼吸器装着患者に個室対応が難しくなった。呼吸器科医師、看護部長と相談の上、12月6日から805号室6床を4床の人工呼吸器装着患者に対応する病室とした。12月16日には、4個室と811号（2人床）、805号室に医療用電源取り付け工事施行終了。また、17年1月20日から、男性患者入院に対応するため、801号室を4床男性病床として使用した。

〈病床状況〉

院内統計の数字は8・9階51床（8階36床・9階15床）で計算されている。

月	入院数	退院数	在院数	平均在院日数	呼吸器使用数	死亡数	看護必要度
4月	69	71	1043	14.08	2	4	
5月	66	64	1094	15.40	2	0	
6月	58	64	1058	16.46	2	3	
7月	51	51	850	16.97	3	1	
8月	47	51	695	16.17	3	10	
9月	44	47	795	16.09	3	1	
10月	58	55	910	15.90	3	4	10 / 1 2.32
11月	57	56	995	17.15	3	5	11 / 1 2.52
12月	39	54	865	17.48	5	5	12 / 1 2.73
1月	64	53	940	17.45	5	4	1 / 1 3.27
2月	58	48	1003	17.78	3	4	2 / 1 2.78
3月	60	70	1188	17.79	3	4	3 / 1 2.77

平成16年8階病棟目標評価

平成17年3月31日

1. 看護業務の改善と効率化を図る。

- 1) 夜勤時間変更に伴い、現行の業務内容と実施時間帯を検討し、試行の上で改善を図る。
- 2) 日勤・遅出・夜勤に行う引継ぎの方法と時間帯や時間配分について検討し、試行の上で改善を図る。
- 3) 日勤・遅出・夜勤に行う記録方法について、取り決めして効率化を図る。

〈評価〉

- 1) ・勤務時間の変更（2交代制、遅出導入）については、シュミレーション勤務表を作成し病棟内で検討したが、日勤者がリーダーと新人スタッフに偏り、午前中の業務を行う人員確保ができなく、導入が難いため保留となった。その後は、現行の業務を見直し時間帯の検討や効率化を図る工夫するよう、毎月のリーダー会議及び病棟会議で検討した。
- ・7月半ばには患者の重症化および介助を必要とする患者が増え、担送護送患者が病床の半数をしめた。当番病棟時の準夜帯ナースコール対応のため、日勤スタッフから1名「残り番」を付け、病棟患者が落ち着く消灯時位まで勤務、看護部の許可を得残業で処理した。（7/16から8/3実施）。しかし、残り番をする日勤者が記録を終れない状況があり、その後は実施せず。
- ・805号室の病床変更については、スタッフの意見を基に患者担当のチーム構成を考え、呼吸器科医師と

相談、看護部長に申し出た。8月末現在も続行、人工呼吸器装着患者に対応中。

- ・看護業務の時間帯や内容を大きく変更するには至らなかった。
 - ・助手が可能な患者介助や書類・物品の準備と整備は依頼した。早出・中番・遅出の業務内容を見直しまとめたもの、業務チェックリストを作成（見直して、1月最新版とした）。
 - ・助手4名体制で看護業務の補助を効率的に行うために、土・日・祝日の助手勤務を、早出と遅出2名体制（日祝日1名勤務・土曜のみ2名体制から変更）を2月から実施した。
- 2) 現行の引継ぎは効率的に実施、所定の時間で終了できている。引継ぎ内容、時間配分については、スタッフとリーダー間、夜勤者の引継ぎで、問題点がある場合はその都度検討し改善策の普及を図った。日勤帯で重症患者、介助量多い患者の受け持ちの時、リーダーへの報告が16:15までに行えない場合がある。リーダーから声を掛け、他のスタッフが代わって処置に入るなど実施。
- 3) 現行の記録方法と内容の見直し、効率化を検討している。フォーカスでの記録記載内容、看護計画の記載内容、フローチャートの活用、夜勤時の記録について、日勤でのカンファレンス・記録の監査・病棟会議にて検討しスタッフ間で指導体制をとった。

2. 患者、家族と看護目標を共有し「強み」を活用した看護展開を行う。

- 1) 患者の情報と「強み」をプランに連動できるよう、メンバー間のカンファレンスと計画の補足を実施し、受け持ち看護師を支援する。
- 2) 患者、家族と看護目標を共有し、実施した内容を記録に残す。プランと記録の連動を図る。
- 3) 受け持ち看護師が中心となり、チームで支援することで、生活指導、家族への支援、退院に向けた調整など継続する看護ケアを行なう。

〈評価〉

- 1) チーム内の支援で実施中。業務リーダーや先輩看護師からの情報提供と、チーム内及び日勤者全員でのカンファレンスを通し助言、指導体制をとった。
情報と「強み」の記載、プランの記載方法についても、チーム内で検討しアドバイスした。
- 2) 目標共有の記載は、記録監査時チェックし、共有していることの記載ないものは指導。複数の目標のうちには共有できない場合もあり、患者の認識力が十分でなかったり、家族と話す場の設定が難しい場合もあった。どのように患者、家族へ関わっていくかが今後の課題である。
- 3) 受け持ち看護師が中心となり、個々の患者に必要な指導を行っている。チーム内の支援体制は良好である。高齢患者のHOT導入など家族の協力を必要とする場合も多く、家族と連携を取り指導を行った。ケースワーカー小林さんの介入で、社会資源の活用（在宅酸素に関するもの、障害の受給に関するもの、介護保険の認定に関するもの、訪問看護との連携、身寄りのない独居者への対応など）について、退院後に継続できるよう支援を行った。慢性呼吸不全・癌のターミナル期・高齢で麻痺などあり訪問看護ステーション利用患者に対して、継続看護はスタッフにとって日々の取組みとなった。看護添書の記載や院外施設と連絡など、適宜実施できた。
3名の呼吸器科医師と調整を図り、担当薬剤師の連携・協力は良好であった。

3. 事故防止に努め、安全な看護を提供する。

- 1) インシデント分析を病棟会議で話し合い、改善策を実施する。（主任が中心となる）
- 2) 上記改善策実施状況を定期的に評価する。
- 3) インシデント発生時に、チーム内及び病棟内で、カンファレンスを行ない、対応策を実施し再発予防を行なう。

〈評価〉

- 1) 1ヶ月間に発生したインシデントについて、要因・改善策・対応について話し合い再発防止に努めインシデントを個人と他のスタッフで共有することで病棟全体の振りかえりの場とした。
月平均4.5件インシデント報告あり。
- 2) 改善策については、1月後の病棟会議時実施状況を話し合い、評価した。
- 3) インシデントの内容から、急な注意喚起及び対応策実施を要する場合は、臨時カンファレンスを開き再発予防を行った。
4月以降事故報告書提出はないが、「注射準備施行時のダブルチェック体制」、「高カロリー輸液の滴下速度管理」「麻薬の投与量間違い」「指示薬液薬剤の間違い」などについては、臨時に話し合い予防策を実

施した。事故防止のため、朝夕の管理事項伝達時間を活用し注意事項を伝え、申し送りノートにて夜勤者へ伝達した。

4. 病院機能評価審査に備え、ケアの質向上を図る。

- 1) 病棟で対応する、疾患と看護、検査や薬剤についての学習会を学習委員が中心となって定期的に行ない、知識を深める。
- 2) 院内、院外研修受講後は、伝達講習を行なって、他のスタッフに還元する。
- 3) 接遇委員会の「スタッフの状況のチェック」や、「接遇推進活動」に参加することで、病棟全体のサービス向上を図る。
- 4) 病棟業務マニュアル、委員会での取り決めを担当者（院内病棟内の委員・係）が更進整備し、他のスタッフが実施できるよう伝達指導する。

〈評価〉

- 1) 学習係り中心に病棟内学習会を実施している。日勤者と参加可能なスタッフが対象。
 - ・ 6/16 トロッカー（アスピレーションキット） 学習会
 - ・ 7/23 在宅酸素 学習会 ・ 7/29 慢性呼吸不全学習会
 - ・ 11/26・12/27 呼吸介助について（演習含む）学習会
 - ・ 2/18 気管カニューレについて 学習会
 - ・ 8/27 9/29 その後月1回実施…フォーカスの記録 学習会
 - ・ 人工呼吸器、NPPVについては、来年度に実施
- 2) 院内研修会への参加。院内研修会は日勤スタッフが参加。
 - ・ 6/2 看護過程講義 ・ 9/15 PEG 管理について院外研修会は、係りとなったスタッフが受講し係り活動の中で活用している。
 - ・ 5月看護協会 褥瘡研修…褥瘡委員1名参加、病棟内で予防策普及。
 - ・ 7月看護協会看護研究…看護研究班から2名参加、研究を進める上で活用。
 - ・ 10月看護協会慢性呼吸不全研修…HOTクリティカルパス係り1名参加 伝達講習実施。
- 3) 接遇委員会活動の「部署の接遇チェック」を4月～8月、2月実施、委員会へ報告した。
 - 7～9月「接遇事例検討」に参加、8階病棟の事例を検討。
 - 11～1月「接遇事例検討」に参加、7階病棟の事例を検討。
 - 9月「患者接遇アンケート」病棟入院患者に実施28枚配布23枚回収（回収率75%）、集計しアンケート結果は〈患者の意見に対するコメント〉を入れ病棟に掲示した。ナースキャップ助手キャップ廃止後であったが、病棟内スタッフの接遇状況は問題なく経過した。
- 4) 業務マニュアルについては、主任が中心となり、整備を進め11月に完成。
院内委員活動としては、褥瘡委員2名が「院内マニュアル」の普及を行い、スタッフの相談を受け指導に当たった。教育委員1名は、院内研修会時活動した。
病棟内の係り活動も目標と進行スケジュールを立て活動した。
 - ・ 標準看護計画の見直しと新規作成…9月に完成し、活用している。即入患者に使用し、記録時間の短縮につながっている。患者個々に合わせ追加・修正ができていたが、今後見直しを行う。
 - ・ 慢性呼吸不全のパスの見直し…医師・リハビリ・薬剤師・MSWの協力を得て作成。17年2月からの始動となる。家族との調整も重要なことから、今後内容の修正を行う。
 - 16年度試用のパス実施患者は10件。
 - ・ 慢性呼吸不全の指導マニュアル見直し…パスの見直しと合わせて、パンフレット内容や指導スケジュール、チェックリストの再検討を行い活用した。
 - ・ 看護研究については、11月6日看護協会札幌第一支部研究発表会にて15年度研究班が「入院経験があることによる看護に対する患者評価の違い～当院の患者満足度調査結果より～」を発表。16年度研究班は「せん妄標準ケアプラン作成の有効性を考える」をテーマに研究を進めている。

〈まとめ〉

以上、病棟目標については全ての項目を1年間継続して実施した。

4月以降、8階病棟では慢性呼吸不全患者が多く、在宅酸素療法の指導など整備が必要となった。一方、癌の化学療法を受ける患者も繰り返し入院する状況であった。特に7月8月以降は、癌患者と間質性肺炎増悪患者な

ど重症患者への対応が続いた。

11月は、病院機能評価で病棟の現状を報告、その後係り活動を継続実践、安全委員会活動や記録監査など院内で決められた活動も実施した。

16年度は、年度の始め院内病棟編成の再構築があり、11月には病院機能評価審査をいう大きな節目を経験した。病院機能評価時は病棟訪問を受け質問に答えたが、年度始めから準備を進めマニュアルなどが整備されたこと、また、当日に向けて全スタッフが病棟の環境整備に参加、協力体制がとれた。

病棟スタッフ相互の協力、支援体制を強化することで、16年度取り組んだ事柄を継続し17年度更なる向上を図りたい。

▶ 9 階病棟

下半期より入院稼働率上昇が病院方針として打ち出され、9階病棟では看護ケア度の低い患者の入院や、一般病棟からの転棟患者が増加した。また、12月より1看護単位である8階病棟で稼働できなかったベッド2床分を移動し、ベッド数15床から17床に増床となった。そのため、従来の特別室として機能すると同時に一般病棟の役割も一部担う現状となった。患者構成は呼吸器疾患では肺炎や喘息、循環器疾患では糖尿病や慢性腎不全の患者が多くを占め、その他にCFやPSGなどの検査入院患者となっている。スタッフは看護師5名、夜勤アルバイト3名、看護助手2.5名で、短期入院や退院間近の患者の精神的ケアを中心とした幅広い看護ケアと、特別室としての看護サービスが求められる。医師を初め医療従事者間の連携をとりながら、質の高い看護ケアと看護サービスの提供を目指している。また看護部の協力を得ながら看護助手の増員と、日勤帯の看護師2名体制を確立し、患者の安全性を考慮した環境作りも実施している。

平成16年度 9階病棟目標と下半期評価

1. 看護業務の改善と効率化を図る。

- ・少人数による日勤帯の看護業務を見直し業務の効率化を図り、患者カンファレンス以外にも看護ケアの質向上や患者サービスについて日々検討できる時間を作る。
- ・夜勤帯の業務内容を検討し、統一された手順での効率化を図る。

【評価】

下半期は9階入院体制の変化に伴い、入退院患者や転棟患者の増加によって日常業務量も増えた。しかし1、上半期に業務の見直しやマニュアルが整備されていた事、2、同疾患の入院患者が多いこと、3、室料を頂いている患者と優待患者が混在すること、以上の3点から、複雑な中であってもスタッフ一人一人が個別の看護ケアや、看護サービスについて考えることが出来たと思われる。しかし上半期同様、夜勤業務についての見直しには着手することが出来なかった。来年度は夜勤業務を改善し、現体制での更なる看護業務の改善と効率化を図っていききたい。

2. 患者・家族と看護目標を共有し、「強み」を活用した看護展開を行う。

- ・患者の情報と「強み」をプランに連動できるように、カンファレンスを定例化し強化する。
- ・プランと記録の連動を図る。

【評価】

下半期は上半期の課題である情報の文章化を習慣づけられるよう、プランと記録の連動をメインに実施してきた。記録監査が充実されたことによって、患者・家族の要望や、強みを生かした看護展開など、具体的に弱い部分が明確となった。もう一步踏み込んだ患者との関係を確立していくためには受持ち看護師の必要性を実感し、3月からではあるが受持ち制を導入した。受持ち制導入の評価も含めて来年度も目標を継続していききたい。

3. 事故防止に努め、安全な看護を提供する。

- ・インシデント分析を病棟会議で話し合い、改善策を検討する。
- ・上記改善策実施を定期的に強化する。
- ・インシデント発生時はカンファレンスで話し合い、対応策を実施し再発予防を迅速に行う。

【評価】

下半期のインシデントの発生は6件であった。インシデントの傾向は、内服や処置に関連する指示受けや見落としが3件であり、入退院患者や転棟患者の増加に伴うスタッフの不慣れや、複雑さがインシデント発生要因の1つであったと考える。しかしインシデント発生時には迅速な再発予防、改善策の検討を行ってきており、同様のインシデント発生はない。来年度も安全な看護を提供するため目標は継続していききたい。また9階入院体制の変化によって、インシデントが増加する傾向がみられた場合は、早急にシステムの改善に努めたい。

4. 病院機能評価に備え、ケアの質向上を図る。

- ・統一した看護ケアが行われるように、入院頻度の高い疾患の勉強会を定期的に実施し、知識を深める。
- ・主任が伝達講習を行い、看護サービスについての知識を深め、スタッフ全員が統一された見識を持つ。

【評 価】

下半期も定期的な勉強会は実施されなかったが、カンファレンスを通して看護の方向性は統一されていた。しかし、退院間近の転棟患者などケア度の低い患者に対して、十分なカンファレンスは行われなかった。9階の特性である状態の安定した患者について、「看護ケア」「看護サービス」についてスタッフ一人一人が考える時間やカンファレンスを充実させ、看護ケアの質向上を継続検討していきたい。

今後の展望

9階病棟の入院体制の変化に伴い、1看護単位である8階病棟との連携と協働が重要となっている。8階病棟との協働システムを構築し、安全な看護ケアの提供を充実させていきたい。また特別室として機能すると同時に一般病棟の役割も一部担う病棟の特性を踏まえた上で、より良い看護サービスの提供と看護ケアの質向上を目指していきたい。

文責 佐藤裕美子