

## ■看護部

### ○平成17年度看護部年報

平成17年度は昨年オープンした療養病棟が開設から2年目に入り看護師の大幅な入れ替わりと、新科長体制でスタートし、ベット稼働は5月に禎心会ラパースのオープンに伴い患者の転院があり一時的に10床ほど空床の時期はあったが、それ以降は60床ほぼ満床を維持することが出来た。看護師・ケアワーカーともに人員は充足され新たなチーム作りの年であったと言える。その中で看護必要度の高い患者をケアしつつ看護部目標にも挙げている固定チーム制の導入ができ不十分ではあるが看護の質向上につながったといえる。

一般病棟の人員においては、4月入職者の3ヶ月以内の退職が9名中3名という厳しい状況で始まった年でした。マンパワーの不足が続きさらに例年になく出産休暇・育児休暇のスタッフが続きこれについては、ローテーションと9階病棟への夜勤専従者の採用で対応できた。看護補助者についても短期間での退職に伴い早急に人員の補充が必要な時期もあり人材派遣センターの人材の採用により現在一般病棟での看護補助者の14名中5名を派遣の職員で補充することができた。

QC活動が開始され看護部からは透析室で取り組んだ「感染対策の浸透をめざして一手袋使用の適正化を図ろう」が今年度最優秀賞に選ばれたことは高く評価できる。しかし看護部からは1部署だけになってしまい平成18年度は看護部各部署から院内で発表できるよう積極的に取り組んでいきたい。

看護師の補充が不十分な中、機能評価再審査の訪問審査を7月に受け認定証の発行を受ける事が出来た。

また、札幌市医師会の看護学生の実習と札幌医科大学保健医療学部看護学科の学生実習においては各病棟とも熱心に学生指導にスタッフが対応できたことについては高く評価できる。平成18年度も天使大学・札幌医科大学保健医療学部看護学科の学生実習が予定されており学生指導を通じ自己研鑽のよい機会としたい。

来年度は診療報酬の改定に伴い療養病棟の削減と障害者一般病棟の開設が行われケアワーカーの人員の削減と新病棟のチーム編成がされ1月から札幌南3条病院より居上副部長を迎えることができ、平成18年度より新5階病棟の科長兼務としてシステムの統一とマニュアルの整備・看護の質向上を踏まえたチームの新体制となる。

平成18年度は厳しい診療報酬改定に伴い看護職の人員の確保と質向上が更に課題となる。

### ○看護部理念

患者・家族が直面する危機を乗り越え、納得・満足、安心を得られる看護を提供する。

### 平成17年度看護部目標評価

#### 〈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。
  - 1) 患者用クリニカルパス、パンフレット、同意書等を活用しインフォームドコンセントを図る。
  - 2) 患者・家族の「強み」を見出し、持てる力を最大限発揮できる関わりを工夫する。
  - 3) 患者・家族参加型看護計画に取り組む。
  - 4) 患者・家族との目標の共有を図る記録を整備する。
  - 5) 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、改善結果を実感できるフィードバックの工夫を行う。

#### 〈評価〉

- 1) 患者用クリニカルパスはPTCA・HOT・PSG等は活用されているが、腎生検・CAPD導入 AVF OPなど新規に作成された物もあり対象の患者がいなかったため使用はできなかったが次年度に活用することとする。平成18年1月よりDPC委員会が院内で発足しパス推奨がさらに求められる今後も活用できるよう取組んでいきたい。

パンフレットについては各階で見直しがされインフォームドコンセントの為には活用されていたと評価する。
- 2) 患者の「強み」については毎月、記録検討委員会の中で記録監査が行われ事例検討の中から強みを見出し患者の持てる力を発揮するために検討され療養病棟においてもカンファレンスが行われ積極的に取り組まれたことは評価できる。
- 3) 4) 患者・家族参加型看護計画については6月10日に札幌南三条病院で行われた「今、なぜ診療情報開示看

「看護計画なのか」講師・北海道大学病院・副看護部長・川畑いずみ氏の研修に科長・主任・チームリーダーが参加することができ、その後、記録委員会で導入に向けて検討されたが2月14日に下半期から導入を始めた札幌南三条病院の山崎科長を講師に招き参加型看護計画の実際について研修を行い当院での導入にあたり具体的な示唆が得られた。

目標の共有は計画の変更時にも患者と共有されるよう、看護計画用紙・情報用紙が院内統一され共有欄が設けられたことで紙面上誰が見てもわかるようになった。次年度は参加型看護計画導入に当たり書式・院内統一の参加型用紙等具体的に導入に向け取り組んでいきたい。

- 5) 接遇委員会が中心になり外来待ち時間調査・病棟の患者満足度調査がおこなわれ、結果については各階で改善策が検討されその改善策が患者にわかるように各階の掲示板等に掲示することにした。また外来においては待ち時間を紙に書き表示するようにした。

投書箱のクレーム事例についてはそのつど患者家族と面接を行い対処したことでクレーム事例は下半期には数件で収めることができた。今年度初めて接遇委員の報告会を全職員対象に行い参加者も日々の委員会の活動を共有することができた。

#### 〈顧客の視点〉

2. 看護部・安全推進委員（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。
  - 1) インシデント事例分析結果がリスクマネジメントマニュアルに反映される様システム整備と浸透に努める。
  - 2) 安全対策の実行状況を監査する
  - 3) 日常点検表の個別評価を効果的な時期に企画し、安全習慣の定着を図る。
  - 4) 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) インシデント事例の分析結果を元にリスクマネジメントマニュアルの見直しが行なわれた。各階でそれぞれのインシデントの検討が行なわれた結果が委員会の中で報告され、事例の多い転倒・転落、誤認は各階ともにシステムとして浸透できていると評価するが、インシデント報告の中で最も多く発生しているのが転倒・転落（約3割）でありシステムの再確認等引き続き安全の確保に取り組んでいきたい。
- 2) 3) 各階で重点目標を設け取り組むことが出来、実行状況の監査は委員会でも報告されたが監査表などを使った評価が出来なかったため、安全推進委員を中心にリンクナースの設置も含め継続して次年度に取り組むたい。
- 3) 日常場面でのクレーム事例については接遇委員会が中心となり委員会の中で検討し各階の事例と改善策の共有がされクレーム処理技術の向上に取り組むことが出来た。

また委員会以外での事例については各階で検討・改善策が取られタイムリーに対処できたと評価する。しかし、一部ではあるが基本的な接遇面での指摘もあり検討が重要であると考え次年度継続して取り組んでいきたい。

#### 〈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を踏まえた看護全般の見直しと改善に取り組む。
  - 1) 病院機能評価の指摘・助言内容を細目にわたって再確認し、今後改善を要する事項を洗い出し、効率的・計画的に改善に取り組む。
  - 2) コーチング能力向上を図り、目標面接を定着させる。
  - 3) 地域連携室・MSWと協力して、患者・家族の評価を受けつつ、患者に必要な療養の継続性を保証する。
  - 4) 機能評価項目を意識した記録類の整備を継続する。
  - 5) チームナーシングと個別受け持ち制を融合できる様、固定チーム制導入に取り組む。

#### 〈評価〉

- 1) 4) 機能評価の指摘事項の指示受けについての改善はマニュアルを見直し、要望事項の「看護目標の変更後の共有」について患者と目標変更後の共有の日付けを記載するよう記録の記載基準に追加、改善し記録委員会の記録監査で実施評価を行なった。実施評価については次年度も監査を継続する。
- 2) コーチング能力については科長・主任対象の研修を行なったが1回の研修になり継続した研修の企画がより

能力の向上としては良かったと評価するが、次年度に再度研修の企画を検討したい。スタッフとの目標面接は各階で実施され定着できた。

- 3) MSW・地域連携室と連携し患者に必要な療養の継続は提供できた。特にMSWへの依頼のニーズは高く社会資源を活用した療養の継続の保障につなげることができた。次年度は連携のシステマ的な取り組みも視野にいれ継続する
- 5) 固定チーム制は各階で導入が出来た。固定チーム制は今後も継続する。

#### 〈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。
  - 1) 看護過程研修や監査を強化し、看護の質向上を図る。
  - 2) 個々の看護師の年間目標と課題を明らかにし、取り組み状況を定期的に評価し、教育的に関わる。
  - 3) 日常の看護実践に対する問題意識を定期的に確認し、自己効力感に結びつく関わりを工夫する。
  - 4) 院外発表を視野においた研究を定着させ、研究支援チームの育成を図る。

#### 〈評価〉

- 1) 2) 看護過程研修は6月に集合研修を行いその後個別に各階から参加し10月にまとめの発表会の実施ができ研修参加者以外のスタッフも共有することができた。記録監査については各階の記録委員(主任)を中心に行なわれ委員会の中で看護実践の問題点の検討が行なわれた。各階ともに今年度はマンパワーの不足から日常業務に追われることが多い中、日々の看護計画・サマリーなど看護の質の向上面では十分取り組んでいたことを高く評価する。
- 3) 科長が個々の看護師と面接を行い教育的に関わっていた。次年度も継続する。
- 4) 看護研究は療養病棟を除いては例年通り行なわれた。

4月の北海道看護協会の看護研究学会で7階病棟が発表、11月の北海道看護協会第一支部・看護研究発表会に透析室で発表、2月に行なわれた札幌市病院学会に透析室で発表することが出来た。また18年4月に北海道看護協会の看護研究学会に8階病棟の研究が採択され発表予定である。研修について下半期はOJTが中心となったが、各階で自由参加でき個々のレベルアップに繋がった。次年度はOJTの研修も一覧でわかるように工夫しそれぞれの研修に多くのスタッフが参加できるようにする。

#### 〈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。
  - 1) 診療材料費の節約に努め、現状把握と改善を担当科長が中心になって行う。
  - 2) 効率的な人材の配置と、協力体制の確立を行う。
  - 3) 業務調査(タイムスタディ等)による、業務分析と改善を行う。

#### 〈評価〉

- 1) 診療材料委員会を通して消耗品の価格の検討が積極的に行なわれ必要に応じて商品の検討が行なわれている。各フロアで不良在庫になっている気管切開チューブを中央管理し在庫の削減に取り組むなど日々努力している。また、毎月各部署の消耗品使用状況の単価をいれて提示することで消耗品の使用状況等が把握できるようになった。今後も定数化を目指し取り組んでいきたい。
- 2) 4月入職者の退職以後、新採用が進まない状況の中ローテーション、透析室の看護師をCAGなど検査の応援要員として対応している、8階へは9階から応援要因の移動を行い対応した。
- 3) 7階科長が下半期に取り組み、次年度は各階で実施し業務分析と改善につなげたい。

以上の評価から患者の安全を確保しつつ看護の力を最大限に発揮できるよう平成18年の目標を掲げ更に努力していきたい。

### 平成18年度看護部目標

#### 〈顧客の視点〉

1. 参加型看護計画の推進および患者の納得・満足の向上

#### 〈顧客の視点〉

2. 安全な療養環境の提供

〈業務プロセスの視点〉

3. 病院機能評価の審査を踏まえた看護全般の見直しと改善に取り組む
4. 看護の質向上を目的に教育・研修体制の整備

〈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

2006. 3. 14

平成17年度看護部院外研修・学会参加者

学会参加者

4月23日	北海道看護研究学会	7階	滝本 早苗・田畑多美子・中南 亜子
		8階	堂閑美智子・後藤 淳子・丸谷 妙子
		看護部	白川 弘子
7月9日	北海道病院学会	7階	滝本 早苗
		看護部	白川 弘子
10月15日	看護研究発表会（札幌第一支部）	外来	倉 ヒナ子・武田 珠美
		7階	高野博友樹
		療養	多田 悦子

平成18年

2月4日	札幌市病院学会	透析	中野渡 悟・千葉 由喜
------	---------	----	-------------

院外研修参加者

4月23日	個人情報に基づいた記録の実際・活用の実際		
5月22日	遊びリレーション		吉田 有希・畑 秀幸
5月15日	CAPDトレーナーコース	7階	渡辺 真弓
6月5日	初心者のための心電図	外来	倉 ヒナ子・武田 珠美・小林としえ
			千葉のり子
		8階	丸谷 妙子
6月6日～7日	臨地実習指導研修	7階	高橋 由香・前重 朗子
6月10日	個人情報保護法と看護記録	7階	柳屋 瑞穂
6月13日～15日	看護研修の基礎	外来	武田 珠美
6月25日	固定ナーシングの基本理念と運営のポイント	療養	多田 悦子
7月9日	病院における看護に必要な個人情報の知識	8階	田之岡早苗
		7階	大澤由純子・安達 智美
7月11日～15日	看護過程実践コース	9階	高橋由美子
7月16日	CAPD基礎コース	7階	大澤由純子・安藤 麗香・前田 純子
7月19日	褥瘡ケア	7階	梶野麻衣子
		8階	城畑 幸子
		療養	笠原 督代
7月24日～26日	人工呼吸器管理	8階	小畑 朋子・田之岡早苗
6月27日～7月1日	看護管理者補佐研修	療養	浅野目幸子
8月2日～8月5日	准看護師看護過程の基礎	8階	佐藤裕美子（助言者）
8月27日	会員懇談会（看護協会第一支部）	療養	木村 真澄



外 来 千葉のり子

9月12日～13日

認知症高齢者ケア……………7 階 植木 有紀

9月25日 情報開示を視野に取り組む看護記録オーデット…療 養 多田 悦子

10月8日 認知症講演会（市民講座）……………療 養 多田 悦子

11月16日～11月18日

変革を求められる看護管理……………7 階 柳屋 瑞穂

8 階 後藤 淳子

平成18年1月21日

外来看護業務と外来看護記録……………外 来 倉 ヒナ子

平成18年3月3日

できる後輩・新人指導……………7 階 滝本 早苗

平成18年3月18日

新人看護師の効果的な指導技術……………7 階 柳屋 瑞穂

8 階 後藤 淳子

文責 白川 弘子

### 《院内・院外研修、病棟学習会》療養 17年度

#### ・院内研修

5/11 職員の接遇研修

5/19 摂食嚥下障害アセスメント

6/29 呼吸リハビリテーション

6/23 感染講演会

6/24 看護過程講義

7/7 嚥下講習会

9/8 医療機関の個人情報保護法対応 実践編

9/13 第1回ボランティア勉強会

9/24 心電図研修会

10/24 労働衛生について

1/25 第2回ボランティア勉強会

2/14 患者参加型看護計画への取り組み

3/8 接遇報告会

5/27 新人職員接遇研修（4名）

7/22 中堅職員接遇研修（5名）

11/25 接遇研修（5名）

#### ・病棟内勉強会

7/8 フォーカスの記録学習会 7/25・8/8 リハビリスタッフの指導による体交・トランス勉強会

1/25 PEGについての学習会 3月 認知症について学習会準備

#### ・院外研修会

6/27～7/1 看護管理者補佐（看護協会）浅野目

7/19 褥瘡研究（看護協会）笠原

8/27 会員懇談会（看護協会第一支部）木村

9/3 救急看護（南三条病院）越前屋

4/24 フォーカスチャーティング（日総研）多田

6/25 固定チームナーシング（日総研）多田

5/8 遊びリテーション 吉田、畑

6/10 患者参画型看護計画（南三条病院）多田

10/8 認知症講演会（市民講座）多田

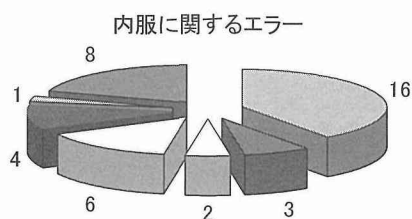
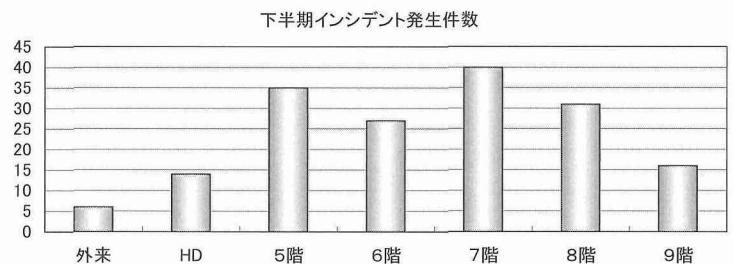
1/13 2006年医療制度改革のゆくえ（法人本部）浅野目、多田

2/2 リスクマネジメントのありかた（南三条病院）多田

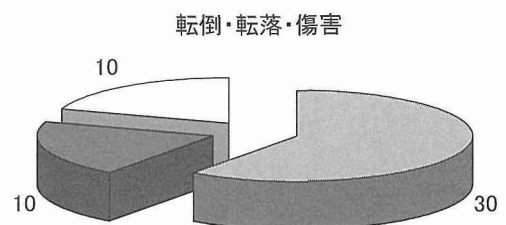
大項目	件数	(%)	小項目	件数	(%)
内服に関するエラー	40/168	24	与薬のし忘れ	16	40
			対象者の間違い	3	7.5
			退院時の薬の持たせ忘れ	2	5
			与薬量の間違い	6	15
			与薬日の間違い	4	10
			与薬方法の間違い	1	2.5
			内服その他	8	20
転倒・転落・傷害	50/168	30	転倒	30	60
			ベッド・車椅子からの転落	10	20
			その他	10	20
チューブ・ドレーンに関するエラー	20/168	12	静脈留置針の自己抜去・事故抜去・閉塞	6	30
			その他チューブの自己抜去・事故抜去・閉塞	7	35
			Maチューブの事故抜去	4	20
			Maチューブの自己抜去	1	5
			その他		10
注射に関するその他のエラー	8/168	5	注射のし忘れ	4	50
			薬剤の紛失・破棄	1	12.5
			その他	3	37.5

下期インシデントは発生件数

HD	14
5階	35
6階	27
7階	40
8階	31
9階	16

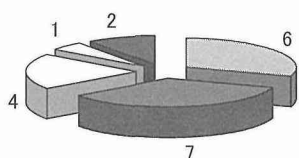


- 与薬のし忘れ
- 対象者の間違い
- 退院時の薬の持たせ忘れ
- 与薬量の間違い
- 与薬日の間違い
- 与薬方法の間違い
- 内服その他



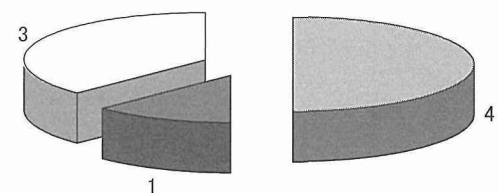
- 転倒
- ベッド・車椅子からの転落
- その他

チューブ・ドレーンに関するエラー



- 静脈留置針の自己抜去・事故抜去・閉塞
- その他チューブの自己抜去・事故抜去・閉塞
- Maチューブの事故抜去
- Maチューブの自己抜去
- その他

注射に関するその他のエラー



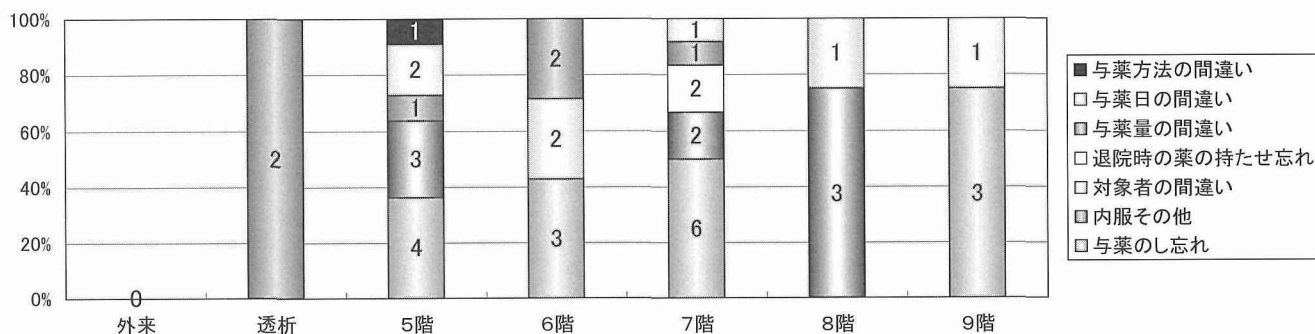
- 注射のし忘れ
- 薬剤の紛失・破棄
- その他

	外来	透析	5階	6階	7階	8階	9階	(%)
与薬のし忘れ	0		4	3	6		3	40
内服その他	0		3		2	3		7.5
対象者の間違い	0			2		1		5
退院時の薬の持たせ忘れ	0				2			15
与薬量の間違い	0	2	1	2	1			10
与薬日の間違い	0		2		1		1	2.5
与薬方法の間違い	0		1					20

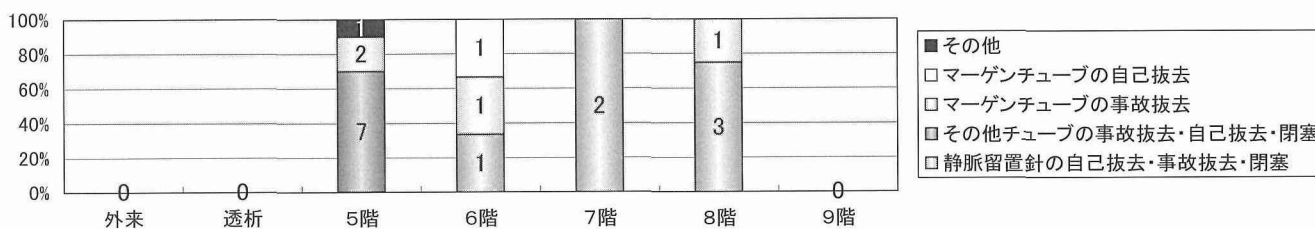
	外来	透析	5階	6階	7階	8階	9階	(%)
静脈留置針の自己抜去・事故抜去・閉塞	0	0		1	2	3	0	20
その他チューブの事故抜去・自己抜去・閉塞	0	0	7				0	20
マーゲントューブの事故抜去	0	0	2	1		1	0	
マーゲントューブの自己抜去	0	0		1			0	30
その他	0	0	1				0	35

	外来	透析	5階	6階	7階	8階	9階	(%)
注射のし忘れ	0	1	1	1		1	0	10
薬剤の紛失・破棄	0					1		
その他	0	1	1		1		0	50

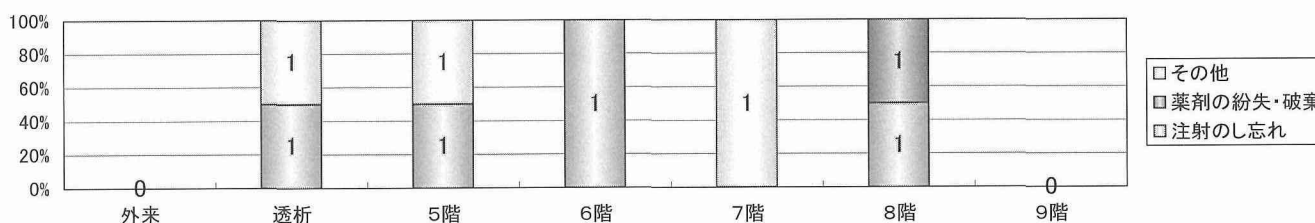
部署別内服に関するエラー



部署別チューブ・ドレーンに関するエラー



部署別注射その他に関するエラー



## ▶ 外 来

外来患者数は1日の平均(86)名であり、昨年同様、月比較でも初診、再診全てに於いて外来患者数の減少が認められた。これには、慢性疾患で症状が安定している患者に内服薬が60~90日分、処方が可能になった事も要因の一つと考えられる。又、今年度はTV・新聞などで早い時期にインフルエンザ流行の年と言われ、11月~12月にかけてインフルエンザ予防接種を受ける患者が多く、流行時期に於いても外来患者は昨年より少なかった。

接遇に於いては、毎年9月実施しているアンケート結果から、待ち時間を①受付をしてから診察までと②検査結果が出てから診察までの2通りの待ち時間を調査し、①平均(35.5分)②平均(23.7分)であった。事前に患者へは検査結果の待ち時間をお知らせして了承して頂いている。昨年12月~待合室に待ち人数の掲示を行なった。患者から「賛成」の意見と待ち人数はわかるが自分は何番目か知りたいと云う意見も出ている。これらから、待ち人数を患者1人1人に声かけをし、順番待ちのお知らせを行なっている。又、1時間以上待ち時間が予測される場合は、当日外来担当Drに診察の応援依頼を確認し対応、待ち時間の短縮を心がけている。その結果、新患、固定医のない患者の待ち時間の短縮は図られた。

昨年4月~個人情報保護法に基づきプライバシーに配慮し、名前と呼ばれたくない方は申し出て貰い、情報収集も場所を移して行なっている。

現在、外来看護師5名・クラーク3名で協力しながら外来業務を行なっている。今後も連携を図りながら、より良い看護を目指していきたい。

### ○今後の展望

本年度(H18年)4月より医療改定に伴い外来での患者のかかわりが、ますます多く求められ、外来機能も変化して来ている。

外来では4月~血液さらさら健診・禁煙外来の業務も増えてくるが、他部門(医事、放射線科、生理検査室)と連携を図りながら、外来の限られた時間の中で患者の満足、納得を図り、患者にとって安心出来る環境整備を行い、看護サービスの提供を目指していきたい。

### 平成17年度外来目標下半期評価

1. 医療、看護への患者・家族への主体的な参加を促し、患者の納得・満足を図る。

1) 外来待ち時間に患者にとって良い環境が提供出来るようにする。

① 外来患者への配慮ができる。

② 外来待ち時間調査結果やクレーム対応について、改善策を明確にしていく。

③ 業務改善を実施し、業務の効率化を図る。

〈評 価〉

待ち時間についてはスタッフそれぞれが、充分配慮し患者1人1人に声かけし待ち人数をお知らせしている。又、体調の悪い患者へはBedで休んで貰い、検査結果待ちの患者には食事や外出していい事を伝え対応していった。しかし、診察で結果説明や紹介先への手紙などあった場合、待ち時間が長いとクレームがあるのも事実であり30分以上待つ様な場合は1人1人に説明を行なった。今後も待ち時間を快適に過ごして貰える様に、声かけを多くし患者の納得、満足の向上を目指していきたい。

2. 患者にとって安心出来る環境整備を行なう。

1) インシデント分析を会議で話し合い、改善策を検討し共有する。

2) インシデント発生時はカンファレンスで話し合い、対応策を検討し再発予防を迅速に行なう。

3) 診察、検査、処置などの実施時、患者の個人情報やプライバシーに配慮した環境に調整する。

4) クレーム対応技術の向上をはかる。

〈評 価〉

下半期のインシデントは(6)件あり、殆どが確認不足、思い込みで発生している。

ルール違反、したつもり、見たつもりが要因としてある。又、看護師も勤務年数が1年以内と忙しい中での、業務の不慣れもあり、基本事項(ダブルチェック・マニュアルを見ての確認)が徹底されていなかった。

インシデント発生時は速やかに報告が出来、スタッフと対応策を考え共有し、事故防止に努めていきたい。

患者の個人情報やプライバシーについては、名前と呼ばれたくない患者には申し出て貰い、番号札を手渡し番号で呼び出し、情報収集も場所を移し対応している。

クルーム対応については、接遇委員が中心となりクルーム事例をスタッフ全員で検討した内容を委員会へ持っていき、学んだ対応技術の伝達を詰会で行なっている。

### 3. 看護の質の向上をはかる。

- 1) 統一した看護ケアが行なわれる様に、入院頻度の高い疾患の勉強会をし、知識をふかめる。
- 2) 看護サービスについての知識深め、スタッフ全員が統一した見識をもつ。
- 3) 自主的な勉強会、研修への参加。
- 4) 自己目標を定期的に確認した目標管理の実施。

〈評価〉

- ・勉強会係が主体となり、CAPD・SASは9階と共同でポリソム、CPAPのパスの見直しを行なうことが出来た。今後も継続して知識を深めて行きたい。
- ・院内研修には声かけをし、参加を促した。
- ・院外研修に於いては「札幌南三条病院」での①ACLSって何?②患者参加型看護計画、ケアについて。③輸血に関する学習会に参加した。

#### その他の研修

- 倉……………05/06/05(土) 心電図研修(どんだんハートモニターの心電図波形がわかる。)  
05/10/15(土) 看護研究発表会…第一支部主催市立札幌病院にて。  
06/01/21(土) 外来看護業務と外来看護記録…日総研セミナー
- 武田……………05/06/05(土) 心電図研修  
05/06/13~15迄 看護研究研修…看護協会にて  
05/10/15(土) 看護研究発表会
- 小林……………05/06/05(土) 心電図研修  
05/10/21(土) B型肝炎、C型肝炎の治療について…市の主催
- 千葉……………05/06/05(土) 心電図研修  
05/10/20(金) 准看護師懇談会…看護協会にて
- 加藤……………参加なし

今後も院内・外の研修に参加し、新しい知識を習得していきたい。

- ・自己到達目標を個々に設定して貰い、達成のための取り組みの評価をした。目標を立てる事により目標達成のための具体策が明らかになり、努力や成果が見られた。面接ではスタッフ1人1人と各委員会の目標管理の必要性を話し合った。来期も継続し更なる看護の質の向上を図って行きたい。

### 4. 医療収支について理解を深める。

- 1) 組織人としての看護師に求められるものについて明確にし、スタッフ全員が統一した見解を持つ。
- 2) 診療材料費の節約の理解と実施

〈評価〉

上半期より継続し、個々で出来る節約(印刷物用紙の選択、翼状針、手袋などは用途により使い分ける)を心がけ実施してきた。今後も継続しスタッフ全員が統一した見解を持てる様、意識を高めて行きたい。



## ▶ 療養病棟

平成17年度療養病棟年度末報告

3月31日

### ○病棟の状況

療養病棟は、開設2年目にて、5階6階60床ほぼ満床で稼働した。(3月10日まで満床、その後退院あり)

5月に植心会老人保健施設ラパース開設に伴い、待機患者転院にて空床が出たが、院内院外の予約者でベッドを埋めた。週1回の療養病棟入院判定会議で情報交換を行い、病床の効率的な活用を図った。ラパースへは独歩・介助量の少ない患者が移動したため、以後は重介助患者の割合が増え、看護処置・介護ケアの必要度も高まった。脳疾患後遺症で気管切開をしている患者・痰の吸引を必要とする患者が各病棟の3割、経管栄養を行なう患者が各病棟半数以上を占めた。肺炎など病状悪化し治療のため、一般病棟へ移動する患者が月に1～3件の状況である。終末期にて死亡された患者さんは年間15名。

在宅へ、また他施設への移動については、MSWと連携し患者・家族と調整して看護が継続できるよう対応した。職員は、看護師・准看護師15名、ケアワーカー24名の勤務体制(3月看護師・准看護16名…1名病欠、ワーカー23名…1名産休)。

月	階	入院数	退院数	在院数	平均在院日数	一般から	一般へ	看護必要度
4月	5階	0	4	725	560.75	2	1	3.33
	6階	0	0	840	1223.50	0	0	3.67
5月	5階	3	3	685	368.84	1	0	3.50
	6階	0	4	798	1002.00	2	1	3.81
6月	5階	3	3	746	269.50	3	0	4.34
	6階	2	2	748	596.50	2	1	4.07
7月	5階	0	1	731	332.62	3	2	4.24
	6階	1	3	785	388.50	1	0	4.00
8月	5階	4	2	707	336.00	0	2	4.33
	6階	2	2	761	382.34	3	1	4.19
9月	5階	0	1	750	547.00	5	1	4.37
	6階	2	4	735	325.86	3	3	4.37
10月	5階	2	4	792	346.00	2	2	4.31
	6階	1	3	728	317.72	3	0	4.39
11月	5階	5	4	737	284.88	0	0	4.32
	6階	2	0	692	359.17	3	3	4.36
12月	5階	1	2	779	256.45	4	1	4.21
	6階	3	3	778	366.34	1	3	4.13
1月	5階	0	0	827	292.88	2	1	4.14
	6階	2	3	790	347.70	2	1	4.25
2月	5階	1	0	745	587.75	3	2	3.96
	6階	1	0	738	384.34	1	0	4.36
3月	5階	2	7	767	335.29	5	4	4.10
	6階	0	2	821	587.25	1	3	4.33

在院日数は同一病名で入院の場合、関連病院からの転院では前病院の日数に追加となる。

## ○看護方針

患者家族の理解を得て、患者の持てる力を活用した安全なケアを提供する。

## ○看護目標

1. 患者家族と目標の共有ができ、納得・満足のできる看護ケアの提供ができる。

- 1) 受持ち看護師を中心に患者家族と関わることで、ケア計画作成・修正時、患者家族と話し合い目標の共有ができる。
- 2) ケア時は患者の持てる力「強み」を見出し、個人に合わせた日常生活援助ができる。
- 3) 患者家族等より提起された意見・問題等は、チームで取り組み対応策が実施できる。

〈年度末評価〉

1) ～ 3)

・ナース・ワーカーの小グループを作り、看護計画を立案し評価日を決め、プランを見直しする体制を作った。患者全員に受持ち看護師を決め、日々のケアの遂行と見直し、家族への支援、退院や転院に向けた調整をした。チーム内で支援体制を取り、計画立案・評価・サマリー作成を指導した。看護計画の中にワーカーのケアプランを盛り込むことで、看護と介護の目標を同じ視点とし、ケアの上でも効果を得た。リハビリスタッフからプランへの助言・協力体制が得られ、情報を共有し支援体制が取れた。

チーム中の支援体制を続け、受け持ちナース中心に退院の準備を進め、転棟、転院、訪問看護へ向けてサマリー・看護添書を作成できるようになった。ケアプランは次年度の課題とする。

・5月から日々のカンファランスを開始した。ナース・ワーカーのケースカンファランスでは、転倒・転落・危険防止、移乗介助の方法、食事内容や介助方法、チューブ自己抜去防止など、具体的な対策を話し合った。患者のできる部分「持てる力…強み」について、カンファランス時に確認し、個別的な対応をプランに盛り込もうと実施した。ナース・ワーカー間で情報と意見の交換ができ、プランの評価や患者家族の考え、望んでいることがカンファランスで話されるようになったのは、今年度の成果と思う。

・患者家族から提起された意見・問題などは、その都度すぐに取り上げ、チームで対応策を取った。患者ケアの上では、実践可能な内容にして取り入れた。食事の形態、おやつについて、口腔ケア、オムツの当て方、体位変換、音楽を聞かせるなど。

患者・家族からのご意見については、リーダー、主任、科長への報告相談が迅速にでき、早期に対応した。スタッフ個人へのご注意には該当スタッフへ指導、病棟全員に注意喚起した。家族の考えを聞き、希望される場合は一緒にケアを行った。患者へのお見舞いを通して家族同士の交流ができ、気持ちの支えになると複数の家族から伺っている。

・目標の共有については、一部の患者・家族について実施した。嚥下訓練し在宅を望む患者とプランの共有、車椅子乗車し座位で過ごす時間を増やしたい家族と目標共有、経管栄養患者に（嚥下機能上可能な）食事おやつの摂取を進めるプランの共有など。本人が意思表示できる患者、面会が頻繁で家族と話し合える患者について、目標を共有した。次年度は患者参加看護計画を前提に、目標の共有を普及したい。

2. 安全な看護・日常生活援助の提供のための取り組みができる。

- 1) 転倒・転落スコアシートを活用した援助が実施できる。
- 2) 安全推進委員会（主任）を中心に、インシデントレポートの分析・対応策を検討し実施できる。
- 3) 接遇委員を中心に、日常対応場面の問題点を見出し、チームで改善できる。
- 4) 感染予防のためのマニュアルに沿った手洗いを励行できる。

〈年度末期評価〉

1) 患者層は、65歳以上の高齢者で全員がハイリスクであることから、転倒・転落スコアシートは使わなかった。入院時の情報と患者ADL状況及び認知症の程度をアセスメントし、安全対策（ベッド柵やセンサー導入、監視や抑制の必要性を考慮）を取った。麻痺患者など障害ある患者、80歳以上で身体保持機能の低下あり、全患者に安全対策の実施が必須であった。転倒・転落は5階14件（レベル1…9件・レベル2…5件、ケア中は1件）、6階23件（レベル1…17件・レベル2…4件・レベル3…2件、ケア中は1件）と多発した。発熱や病状悪化のため、身体保持ができなくなり転倒する、また認知症の進行により徘徊し転倒する実態が見られた。6階の件数が多いのは、5階に比べ歩行自立している患者が少ない（年間通し独歩患者1～2名で経過）ことも理由の一つと思われる。5階6階日々のカンファランスを活用し、予防策を実施、評価して対策を考えた。主治医に報告、相談し、家族への説明や連絡体制は良好に取れた。レベル3は2件、いずれ

も6階で起きた。日々の患者の病状変化を見ながらアセスメントし、転倒・転落を防ぐことが重要である。次年度はスコアシートを活用して予防策を講じたい。転倒以外の傷害は5階6件6階2件発生、8件中7件は車椅子とベッド間の移動介助時に起きた。

- 2) インシデント発生時の報告、対応については速やかにできた。インシデント発生直後は、2病棟で注意を喚起し、対応策についても勤務者で考え、スタッフ間の共有を図った。月末の病棟会議では、ひと月に自部署で起きたインシデントの報告と注意喚起、他部署で起きたインシデントについても注意が必要な事例は紹介してスタッフに働きかけた。安全推進委員がインシデントレポートの記載内容、対応策を考え実施できるよう指導した。1月以降は、インシデント発生時勤務者でカンファレンスを行い対応策を考えた。

インシデント件数は、2病棟で139件（5階76件・6階63件）と多い現状である。2病棟の傾向に若干違いが見られた。

\* 5階\*

「転倒・転落・傷害」「与薬」「経管栄養」がそれぞれ3割。レベル2と3が8割以上を占めるのは、与薬に関するもの、移動介助時外傷につながった事例が多発したためである。業務の見直しと確認体制を強化し、手技指導が課題である。患者間違えはなかったが与薬に関するインシデントが続発した。ケア中の発生10件については速やかな対応ができたものの、重く受け止め予防策を講じる必要がある。栄養・与薬については、ナース小人数の日勤・1人夜勤体制の中で、確認システムを作ることが課題である。

\* 6階\*

「転倒・転落・傷害」4割「与薬」2割5分「経管栄養」に関して2割となり、5階と違ったインシデントの割合となった。レベル2と3が5割弱である。5階同様与薬に関するもの、転倒して外傷となった事例も複数である。確認体制強化と転倒が予測される患者への予防策が課題である。患者間違え7件、ケア中の発生3件についても、大きな事故につながる危険性があり、今後は発生しないよう予防策を講じる必要がある。6階ではインシデント件数は5階より13件少なかったが、危険度の高い事例が複数発生した。

次年度は件数減及患者間違えや危険度の高いインシデントを無くしたい。

- 3) 接遇委員は各病棟、ワーカー1名が担当し、毎月の委員会に出席、委員会活動を病棟に普及させている。5月にスタッフ全員の接遇状況を用紙記載にてチェック、個々に意識付けをした。

接遇委員会が企画する、院内研修には、数名ずつナース・ワーカーが参加し接遇学習の機会とした。接遇委員を対象とした、7～9月事例検討には、委員が参加した。9月に病棟患者アンケートを実施、5階10件6階12件回収、患者・家族からの回答と意見をスタッフに伝え改善策を考えた。アンケート結果にコメントを入れて病棟に貼り出した。日常対応場面の問題点については、リーダーナース、主任、科長が中心となり、早期に改善対応策を普及させた。3月の接遇報告階では、委員が年間の接遇活動と部署の接遇状況を報告した。病棟での接遇活動を活性化することが次年度の課題である。

- 4) マニュアルに沿った手洗いの励行は、ナース・ワーカー共に実施した。

3. 病院機能評価の指摘事項を踏まえ、看護業務の見直しと改善を図る。

- 1) 水分管理・摂食状況等のマニュアルの検討・見直しに取り組む。
- 2) MSW・PTとの連携を図り、患者家族が参加した目標計画評価の場を作ることができる。
- 3) ケースカンファレンスの時間を設け、ケア計画に沿った実践記録を書く事ができる。
- 4) 固定チームナーシングの導入ができ、受持ち制をとることができる。

〈年度末評価〉

- 1) 水分管理・摂食状況などのマニュアルについては、積極的な取り組みはできていない。次年度の課題として進めたい。
- 2) MSW・PTスタッフとは、日々情報交換や相談ができ連携は良好である。少数の患者・家族と目標や計画について話し合うことを始めた。一部の患者に目標やプランの共有ができたが、普及することは次年度の課題である。患者の病状や生活上の方向性を話し合う場として、月1回の医師が入るカンファレンスを活用した。スタッフが対応に困っていることについても、医師・リハスタッフ・MSWとナース・ワーカーのチームとして相談できた。
- 3) 目標1の評価参照、カンファレンスは定着してきた。看護計画は、ファイルにまとめ、毎日のケアに活かし評価、修正することを始めた。プランの内容もカンファレンスで話し合い、受持ち看護師への支援体制をとった。記録については、フォーカスの勉強会や個人指導を続け、9月からは看護問題の#項目を、看護記録のフォーカス項目に#であげ、計画と記録の連動を図るようにした。1月からは記録委員が中心となり、監査

を行い意見交換や指導を続けている。

- 4) 5階6階各チームと考え、チームリーダーと日々の業務リーダーの役割、受持ち看護師の役割についてチーム運営を続けた。チームの目標は病棟目標とした。チーム間（病棟間）の協力体制については、業務の検討や協力して学習会を行うことから始めた。11月以降はナース・ワーカーの助勤を行った。2月3月にはナース・ワーカーの移動と助勤体制をとり病棟間で協力した。

4. 学習係を中心に、学習会を行なうことで、看護ケア及び日常生活援助の向上を図る。

日常業務の中で、コスト削減に協力できる。

- 1) 個々の目標と課題を明らかにすることで、日常業務及び係活動において役割意識をもった取り組みができる。
- 2) 院内外の研修に自発的に参加することができる。
- 3) 体位交換・褥瘡の正しい知識を再確認し、褥瘡予防及び早期に発見し対応策がとれる。
- 4) コスト意識を持って看護ケア・日常生活援助を行なうことで、診療材料費の削減に協力できる。

〈年度末評価〉

- 1) 個々のスタッフは、チームリーダーや業務リーダーの役割遂行、係り活動を個人の目標として、日常業務と係活動で役割を実践した。しかし係活動に消極的であったり、輪番の月毎リーダーの役割も果たせない場合もあったので、個人指導も含めて次年度の課題としたい。
- 2) 院内の研修は紹介し、夜勤者以外の参加を勧めた。勤務以外の可能なスタッフが参加することができるようになった。院外研修は科長・主任・リーダーナース、また係り活動に役立つ研修へ参加した。研修後は病棟会議で報告した。
- 3) 褥瘡委員が中心となり、入院時のアセスメントから病状変化に合わせてチーム内で相談体制が取れた。体位交換の時間や方法について、エアマット・クリーンマットの使用、ドレッシングの使用など検討し、早期に対応策をとった。年間通して5階6階の褥瘡発生患者は2～3名ずつであった。
- 4) 4月から院内材料の管理について、病棟在庫を減らす取り組みが始まり、ワーカーがナースに相談しながら請求することで、スタッフの医療材料についてのコスト意識は徐々に向上見られた。

コスト削減できたのは、5月から、口腔内サクシオンには水道水を使用し、容器も洗浄して使った。業務の効率では、サクシオン瓶の洗浄方法を統一し、サクシオンチューブ用タッパーは一次洗浄から中材へ依頼した。

夜勤時間看護加算遵守のため、夜勤をワーカー4名から3名体制にする件では、7月に試行後11月は少ない回数導入した。スタッフが夜勤加算の概要がわかり、業務内容や時間の工夫をして対応した。

3月の勤務は全日ワーカー3名体制とし、夜勤加算クリアと人件費の面でコスト削減に協力した。

#### 《院内・院外研修、病棟学習会》

##### ・院内研修

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 5/11 職員の接遇研修           | 5/19 摂食嚥下障害アセスメント    |
| 6/29 呼吸リハビリテーション       | 6/23 感染講演会           |
| 6/24看護過程講義             | 7/7 嚥下講習会            |
| 9/8 医療機関の個人情報保護法対応 実践編 | 9/13 第1回ボランティア勉強会    |
| 9/24 心電図研修会            | 10/24 労働衛生について       |
| 1/25 第2回ボランティア勉強会      | 2/14 患者参加型看護計画への取り組み |
| 3/8 接遇報告会              | 5/27 新人職員接遇研修(4名)    |
| 7/22 中堅職員接遇研修(5名)      | 11/25 接遇研修(5名)       |

##### ・病棟内勉強会

- 7月8月 フォーカスの記録学習会  
7/25 8/8 リハビリスタッフの指導による体交・トランス勉強会  
1/25 PEGについての学習会 3月 認知症について学習会準備

##### ・院外研修会

- |                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| 6/27～7/1 看護管理者補佐(看護協会)浅野目 | 7/19 褥瘡研修(看護協会)笠原      |
| 8/27 会員懇談会(看護協会第一支部)木村    | 9/3 救急看護(南三条病院)越前屋     |
| 4/24 フォーカスチャータリング(日総研)多田  | 6/25 固定チームナーシング(日総研)多田 |

- 5 / 8 遊びリレーション 吉田 畑  
10 / 8 認知症講演会（市民講座）多田  
1 / 13 2006年医療制度改革のゆくえ（法人本部）浅野目 多田  
2 / 2 リスクマネジメントのありかた（南三条病院）多田

以上、17年度病棟目標については手がけることができなかった項目もある。しかし、受け持ち看護師を決めプランの評価、修正を行ったこと、カンファレンスや記録監査ができたことは、改善に向かっていると思う。インシデントは件数が多く内容も重大な事例が多い。誤認、誤薬を含め件数を減らすことは課題である。発生時の対応及び報告体制は改善が見られた。病棟会議、院内学習会に参加するという、基本的な事も、改善が見られ積極的な参加ができるようになった。マナーの面で指摘を受けた点については、職場全体の接遇向上が課題と思う。病棟間の協力では、助勤した看護師が先駆となり応援体制が取れるようになった。次年度は、効率的で丁寧なケアができるよう、業務の見直しと、ケア技術向上、接遇面の向上を目指したい。

文責 多田 悦子



## ▶ 7 階病棟

### ○今年度の傾向と今後

昨年同様後期高齢者、ケア度の高い患者さんの入院が多かった。また、血液透析の患者さんは、3～4割を占め通院困難による長期入院の患者さんが5～6名入院されていた。

今年度は新規にCAPDを導入した患者さんが6名で、例年の1～2名/年に比し増加している。他院に転院した1名を除く全員に、退院後7～10日以内の訪問看護を実施。在宅治療の不安の軽減、療養環境の確認と生活指導を目的に行った。腎不全患者の残腎機能保持を目的に高齢者のCAPD導入が推奨されている現況を考えると、当院でも日常生活援助やCAPDのバック交換の介助が必要な患者さまへの導入も予測され今後地域との連携が重要といえる。しかし、札幌市内では、まだ訪問看護ステーションによるケアが殆どされていない状況である。当院での導入の過程やCAPDについて理解を深めてもらうために訪問NS対象に勉強会を当院にて(12/20)開催。今後も地域との連携をスムーズにとるために勉強会を企画したいと考える。

下半期には、呼吸不全やSASの他心不全によるHOT導入患者も増加し、新たな患者教育への対応が求められた。

今後も新たな治療、検査への対応ができるよう研鑽していきたい。

### H17年度病棟目標と評価

#### 1. 看護への患者・家族の主体的な参加を促し満足を図る。(看護部目標1)

- ①クリティカルパスの見直しと作成。
- ②生活指導以外疾患・治療方法のプランやリハビリを行う患者さんのプランも「強み」を活用する。
- ③「看護目標の共有」の増加を目指し共有過程を記録に残す。
  - ・看護計画用紙の情報欄は共有過程欄に変更。  
(情報は情報用紙に、共有過程はプラン用紙にのみ記載する)
  - ・入院時の初期計画の時に確実に記入し入院翌日の朝、カンファレンスで確認する。
  - ・受け持ち担当の挨拶の時、共有の有無をチェックし、共有過程を記録に残す。

#### 〈評価〉

- ①腎生検、CAPD導入、AVFOP、PTCAを新たに作成。PTCAは活用し更に修正し使っているが、他のパスは該当者がなく、来年度使用し見直しも行ないたい。看護師は記録時間の節約になり患者さんには検査治療の流れがわかりやすくなり目的を達成した。
- ②生活指導・リハビリに対するプランには活用できていたが、下半期は疾患や治療の学習をする患者さんのプランにも活用していくこととした。家族の協力や健康に対する関心の強さやといった強みを徐々に活かしていくようになってきているが全員にはできていない。しかし、活用しようというようにスタッフの意識は変わってきている。
- ③共有については、記載の有無をカンファレンスでチェックしている。退院サマリーからの2ヶ月間の調査では、9割共有できている。ただ、一患者の全ての目標を共有できてはいない。  
また、共有過程は、新しい看護計画用紙に記入欄が出来てからは、忘れず記入できていたが、評価・修正をしたときの共有やその過程を書き忘れることがあった。今後もカンファレンスでチェックしていった。

#### 2. 患者が安全に療養できる環境の整備に努める。(看護部目標2)

- ①転倒・転落スコアの再評価を、カンファレンスで行い(複数のNSで)転倒防止に努める。
- ②約束事項を守らずに発生するインシデントはゼロを目指す。
- ③インシデントレポートの分析をチーム会で行う事で、一人一人が原因分析や防止策を考える力をつけ同様の事故の再発をめざす。

#### 〈評価〉

転倒・転落スコアの再評価は、複数で行なう事はできているが直接的な防止につながったとおもわれる事例はなかった。スコアをつけることで早期予防策の必要性が意識化していると思われる。

転倒は、一年で16件で上半期に9件、下半期は7件発生している。上半期は、安全対策に理解を示さず協力していただけない患者さんが複数回転倒したり、多忙であったこと、また下半期の2件は日常生活で全く問題ない患者が含まれていた。しかし、下半期に一度目の転倒時に対策をとらずに2回転倒してしまう事故の発生があり、今後対策を取らずに複数回転倒という事故は、発生させないように徹底していきたい。

その他のインシデントでは、約束事項を守らず発生したミスはなくすることはできなかった。多忙などで、薬剤とカードックスの照合をしなかった、見ていたが確認不足によるなどミスがあった。

チームによるインシデント分析は、自分以外の人が起こしたミスであっても防止策を考えるきっかけになった。転倒・転落件数は昨年より減少、誤認事故の発生はなかったが、今後も強化し安全な療養環境を作っていきたいと考える。

### 3. 看護の質の向上をめざす。(看護部目標3、4)

①チームカンファレンスで、看護目標が患者・家族のニーズに沿っているかを検討し記録に残す。

予定のカンファレンスを確実に開催する為、朝の申し送りの短縮に努め、業務リーダーは皆に声掛けをし、昼のカンファレンスの時間を作る。

②必要時他職種と連携し看護ケアに活かす。

理学療法士と、リハビリの進行状況を確認し病棟のリハビリプランに活用する。

MSWと、在宅に向けた生活環境整備のために情報を交換し活用する。

③病棟勉強会の継続し、専門知識の習得をする。

〈評価〉

①チームカンファレンスで目標とニーズがあっているか検討ができるようになってきている。

上半期は多忙でカンファレンスができないことが多かったため、下半期は2月から、カンファレンスの回数を増やすためにチームでの記録の監査を1/wから1/月に減らし個人が監査した記録を記録委員がチェックする体制とした。個人の監査能力には差が見られるため主任看護師や記録委員の指導が必要であり今後の課題と考える。

②PtやMSWとは、必要時情報交換をすることができ病棟リハビリや退院に向けての準備がスムーズに行なえている。NSからの依頼はあるが、他職種が知っている情報はなかなか病棟に伝わらないことがあり今後の課題と考える。

③上半期は、看護部の企画した研修が多かったため下半期から病棟のスケジュールをたて実施した。

10/4 CAPDトラブルシューティング

12/19 腎疾患患者が受けられる福祉サービス

3/13 ベッドサイドでNSができるRH

他CAPDの新しいメーカーを使用するにあたって手技習得とAPD機械の取り扱いなど3回勉強会を実施

### 4. 医療財源の節約に心がける。(看護部目標5)

①業務調査を実施し分析結果をもとに改善を行う。

②備品の無駄使いをしない。

〈評価〉

①2月に1週間実施、結果をもとに来年度の業務改善につなげたい。

次年度も業務量調査を実施、比較検討する予定。

②適切な材料の選択(テープ、点滴セット・Xテンション)

コピー用紙は、無駄に使わず両面印刷など工夫する。ビニール袋は、清拭・処置等の使用には最小限とする。オムツを捨てる時は、リサイクル袋を使用する。ゴミの分別を正確に行なう。

材料は、間違いや失敗で複数個使用することがあるが適切に選択できている。

病棟内で検討などに使用するとき、不要な紙の裏にコピーすることを徹底。

検査報告書もメモとして再利用している。汚物の修理には、買い物用のビニール袋を持ちより使用。請求数は減少している。

ゴミの分別は、徹底されていず、処置に使用したものをまとめて捨ててしまうことが多い。

今後重点的に行なっていきたい。

## 追記

### 標準看護計画の整備

目標にあげていなかったが、患者参加型看護計画の導入準備や記録時間の短縮を目的に、現在使用している標準看護計画の見直しと、新たに計画を作成し活用している。【腎不全保存期、透析導入期、糖尿病(知識不足・食事療法・服薬管理)、セルフケア不足、肺炎】

## 研究発表

○平成17年4月北海道看護協会看護研究学会にて発表

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

現在平成18年7月北海道病院学会に認知症患者へのCAPD導入事例を発表予定で準備中である。

文責 滝本 早苗

## ▶ 8・9階病棟

8階病棟は慢性呼吸不全患者の肺炎併発、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く、ADL自立度が低く看護ケア度の高い患者が多くを占めている。肺癌の化学療法も継続して行われており、気胸や内科的確定診断の困難な患者に対しては、札幌南三条病院と連携を取りながら転院し、継続した治療と看護ケアを行っている。また9階病棟は従来の特別室としての利用は減少傾向にあり、看護ケア度の低い患者の入院とPSG・CPAPなどの検査入院患者が多くを占めている。その他にベッド調整のため一般病棟からの転棟患者が多い。18年4月には病床数を増床し、一般病棟の一部として機能している現状にある。

17年度は出産休暇・育児休暇などによるスタッフの変動が多く、8・9階間で4人のローテーションを実施し、1看護単位である8・9階間で協力体制をとりスタッフ不足に対応していった。スタッフは幅広い看護ケアを求められる中、医療従事者間との連携を保ち日々学びながら、患者中心の看護ケア実践と患者の安全性を考慮した看護サービスの提供を目指している。

### 平成17年度病棟目標評価

1. 患者・家族が医療・看護に主体的に参加できるよう促すとともに、患者・家族が安心できる看護ケアを提供する。

- 1) 上半期は患者・家族参加型看護計画の学習を深め、下半期に実践の中へ導入する。
- 2) 患者・家族の「強み」を見出し持てる力を発揮できるよう、受持ち看護師が中心となり看護過程を展開する。また1ヶ月以上の入院患者の強みは、受持ち看護師が再評価する。
- 3) チーム内で受持ち看護師を支援し、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。
- 4) チームリーダーが中心となって、メンバー間の調整、受持ち看護師への助言・指導を行ない、固定チームナーシングを効果的に運営し、質のよいケアを提供する。
- 5) 患者・家族と看護目標を共有し、目標の共有を図れるような記録の仕方を工夫するとともに、看護計画とケア実践内容が連動するよう記録の改善方法の検討を実施する。
- 6) 看護記録、看護サマリーの監査をスタッフが主体となり実践することで、スタッフ個々の傾向と改善点を見出し、看護過程展開（情報収集・プラン立案・プラン修正・評価）の実践力向上を図る。

#### 〈評価〉

- 1) 目標の共有がされ記録にも明記されるようになり、また学習会も行われチームとしてもスタッフ個人も患者・家族参加型看護計画の理解を深めることができた。来年度は看護部の方針に沿って、患者・家族参加型看護計画の導入を行っていききたい。
- 2) 強みを意識した計画になっており、入院期間1ヶ月以上で見直しがされるようになった。受持ち看護師が中心に看護過程は展開されており、不在時などチーム内で生活指導や家族への支援等は実施している。
- 3) 4) 固定チームナーシングは定着し、チームとしての情報の共有、統一された看護ケアの提供が行われている。また生活指導・家族への支援・退院に向けた調整なども行われているが、チームリーダーの育成を十分に行うことが出来ず、チーム内で受持ち看護師を支援するまでには至っていない。来年度はチームリーダーの育成に力を入れ、メンバー間の調整、受持ち看護師への助言・指導を行ってほしい。
- 5) 看護計画用紙・情報用紙が統一され共有欄も設けられたことで、患者・家族との目標共有が紙面上にも明らかになった。また目標の表現方法が具体的な表現に改善されてきた。今後も継続し、スタッフの個人差を改善しチームや病棟全体としてレベルアップしていききたい。
- 6) 記録監査をスタッフが主体となり実践している。記録監査結果からもC項目は減少してきており、今後も継続して行っていききたい。また、記録監査結果B項目やアセスメントを中心に改善していききたい。

2. 事故防止に努め、安全な看護を提供する。

- 1) 発生したインシデントについて、スタッフが主体的に事故防止策が立てられるようカンファレンスで検討する。インシデント発生後早期に予防策を普及し、カンファレンスや病棟会議などで定期的に評価する。
- 2) 安全推進委員会の検討内容、他部署で発生したインシデント内容から、病棟で関連あるものを選択し、スタッフに伝達して注意を促し、「安全な看護の提供」を意識づけしていく。
- 3) 与薬・注射に関するインシデントを防ぐため、スタッフ間のダブルチェック体制や薬剤師との連携をカンファレンスや病棟会議などで定期的に評価し、改善策を実施する。

#### 〈評価〉

17年度のインシデント発生件数は77件（8階54件9階23件）であり、そのうち転倒・転落が29件（8階20件9階9件）と半数を占め、以下内服・注射に関するエラー23件（8階17件9階6件）ルート類の自己抜去（8階14件）となっている。1）発生したインシデントについては、ステーション会議で発生要因・防止策の検討が行なわれ情報の共有がされ、また他部署で発生したインシデント内容で関連のあるインシデントは主任から情報提供され、安全な看護の提供への意識付けは継続して出来ている。しかし、3）の与薬・注射に関するインシデント23件中、誤薬・誤認が6件あった。今後も検討した防止策が実施されているか評価しつつ、看護師間のみならず、看護師・薬剤師間のダブルチェックの徹底など、基本事項の重要性を再認識しつつ安全の確保に努めたい。

3. 委員会・係活動を主体的に行ない、病棟内の患者ケア内容を検討することで、ケアの質を向上させる。

- 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係りが中心となって定期的に行ない、知識を深める。
- 2) スタッフ全体の知識を向上と自己研鑽の必要性の理解を深め、院内研修・院外研修に自主的な参加を促す。
- 3) 16年度作成した標準看護計画を検討し、修正を行なう。新たな標準看護計画を作成し、試用する。
- 4) 16年度作成し試行したHOTクリティカルパスを、患者ケアに活用しながら改善を図る。
- 5) 看護研究班の研究テーマ「せん妄標準ケアプラン作成の有効性を考える」を進めるにあたり、スタッフ全体の協力体制を作り、せん妄に対する予防策を講じて患者の安全保持につなげる。
- 6) 褥瘡委員会・接遇委員会などの活動内容を病棟内にて普及できるように、他のスタッフに伝達指導と毎月の各委員会報告を行なう。
- 7) PSG、CPAPのクリティカルパスの検討と改善を行い、PSG関連の看護ケアの向上を図る。
- 8) 9階当直の業務内容を検討し、統一された手順での看護業務の効率化を図る。

#### 〈評価〉

- 1) 年間を通しスタッフの欠員があり、委員会・係活動は全体的に遅れ気味となっていた。学習係は、関係部署にも参加を促し定期的な勉強会を開催し、スタッフ各自が知識を深めることができたと考えられる。しかし、講師を依頼しての疾患等の勉強会が多く、看護についての勉強会は行われなかった。今後はスタッフ自身が講師となって、看護についての学習会を中心に検討していきたい。
- 2) 院外研修への参加は8名であり、院内研修の参加は日勤者以外でも自主的な参加が見られた。来年度もスタッフ全員が院外研修に参加できるよう継続していきたい。
- 3) 看護計画用紙が院内統一となり、すでに作成していた標準看護計画の様式変更を行いながら、肺炎、喘息、ステロイド性糖尿病、二酸化炭素増加の4種類が承認され活用されている。患者参加型看護計画の導入にむけて、様々な標準看護計画は必要であり来年度も継続し増やしていきたい。
- 4) 当病棟で17年度の新規HOT導入患者は25名であり、平成16年に作成したHOTクリティカルパスは活用して指導が行われていた。NSTに関連した栄養面での指導内容を追加したが、HOTクリティカルパスの評価・検討・改訂が行われていない。心不全患者もHOT適応となり、今後は他病棟でも活用できるよう改訂していきたい。
- 5) 看護研究は、北海道看護協会に採択され平成18年4月に発表予定である。しかし研究調査期間終了後から、せん妄スケールの評価が停滞気味となっている為、今後は研究結果を生かしてせん妄スケールの評価を定着させ、せん妄に対する予防策を講じて患者の安全保持につなげていきたい。
- 6) アンケート調査などスタッフへの協力依頼やその結果報告などはあったが、褥瘡委員会・接遇委員会ともに月1度の委員会報告は行われていず、活動内容が病棟内に伝達されていない現状であった。年度は月1度の委員会報告を定着させ、褥瘡委員会・接遇委員会などの活動内容を病棟内にて普及していきたい。
- 7) PSG、CPAPのクリティカルパスが検討され改訂版を作成した。また外来との合同勉強会を2回実施し、外来・入院の相互の不明点や疑問点を解決することができ、PSGに関する知識と理解が深められたと考える。今後は、外来との継続的な勉強会の他にも、一般病棟との勉強会も検討しPSG関連の看護ケアの向上を図っていきたい。
- 8) 9階当直の業務内容の検討には、着手することが出来なかった。スタッフの他にも夜勤アルバイトもいるため、来年度は早急に業務内容の検討を行い統一された手順での看護業務の効率化を図っていきたい。



#### 4. 業務改善および経営的視点を育てる。

- 1) 目標管理を行なうことによって、個人が主体的に年間目標を設定し、病棟目標達成のための自己の役割を認識でき、効果的な時間の活用や客観的自己評価能力を身につけることができる。
- 2) 看護に関する記録全般（看護記録・看護計画および情報用紙・看護サマリー・フローシート）の記載内容について検討し、簡略化できる部分を見直し、記録にかかる時間の短縮をはかる。
- 3) 院内施設・設備・材料の経済性を理解し、スタッフ全員が統一した意識を持って病棟内在庫を減らし診療材料の定数管理実施に協力できる。

#### 〈評 価〉

- 1) 個人目標については、各自意識してとりくんでいると評価しているスタッフがほとんどであり、目標達成にむけて努力していると考え。
- 2) 上半期同様、記録内容の検討は行われていない。今後は、患者参加型看護計画の導入を視野に入れながら検討していきたい。
- 3) スタッフに行ったアンケート結果をもとに診療材料のコストを明確にし、いつでも確認できるようファイルにしたことでコスト削減の意識づけができたと考え。また書類以外の印刷は両面を使用することが徹底され、その姿勢からも院内施設・設備・材料の経済性の理解が浸透されつつある。今後も継続していきたい。

#### 今後の展望

1 看護単位である8・9階病棟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。またそれぞれの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