

■看護部

○平成18年看護部年報

平成18年度4月の診療報酬改定は医療の崩壊の危機、地域医療の危機と言われるといわれるほど厳しいものであり、7対1入院基本料に看護師数が大きく影響する中、医師・看護師不足が大きな社会問題となりました。今日、当院においても7対1入院基本料の診療報酬改定で看護職員の確保に翻弄された1年でしたが、平成18年度4月採用者については1名の退職者もなく大きな力となってくれました。入院基本料7：1看護加算の申請を6月から行い、7：1看護加算について各科長を始めとし、透析室のスタッフも含めすべての看護職の全面的な協力のもと継続できたと痛感しております。このような協力体制がとれることは看護部の大きな力と考えます。

次年度も人員の確保と入院基本料7対1の必須事項である看護必要度の確立と、本来の目的である看護必要度に合わせた傾斜配置を検討していくことが課題と考えます。

一般病棟の看護の質向上・維持については厳しいスタッフ構成の中で治療を要する療養病棟・一般障害病棟の患者の転入・転出が昨年に比べ多く介護度が高くなっていますが、これまで取り組んでいることについては継続され（各病棟の評価参照）、また天使大学成人臨床実習生4名（9月25日～10月13日）天使大学基礎臨床実習生4名（10月31日～11月1日、11月6日～11月7日）の受け入れをすることができました。

また当院で大きく変更いたしました、療養病棟30床が一般障害病棟に変更になり新人を多く含む看護職スタッフ構成で5階病棟が4月からスタートし、十分な準備期間もなく、一般病棟としての体制作りと業務マニュアル整備から始まりその中で札幌医科大学保健衛生学部（老年）の実習生も引き受けることができたのも科長兼務の居上副部長・竹内主任をはじめとするスタッフの力と言えらると思えます、またOJTを通しスタッフのレベルアップを図りつつ2年目を迎えることができました。

また、外来に於いては禁煙外来、血管ドック、検診ドックが新たに開始になり地域連携室と連携及び業務調整が行われ順調に稼働しており、次年度は新たに予約制の導入が予定されていて、患者さまに御迷惑をかける事がないよう、万全をつくしたいと考えております。

以上に上げた様に大きな変革の中取り組んだ1年間の看護部目標評価を以下に述べる。

平成18年度 札幌南一条病院 看護部目標評価

（顧客の視点）

1. 参加型看護計画の推進および患者の納得・満足の上昇。

- ① 患者・家族参加型看護計画に取り組む
- ② 患者用クリニカルパス、パンフレット、同意書等を活用
- ③ 患者満足度調査・定期接遇調査の定量的な改善

《評価》

- ① 記録委員会で検討した転倒・転落防止プランで8・9階3名、7階では積極的に下半期ほぼ全員の患者さまに書面で提示することができていてこの取り組みについては看護部としても高く評価したい。また療養病棟においてはケアワーカーと協力し意思疎通の難しい患者のプランにも家族の要望を取り入れた展開が出来た。その結果患者へ提示用の目標の表現等についてより具体的な取り決め事項が必要と思われる、次年度記録委員会で検討する。

※外来、透析部門の患者参加型看護計画については次年度検討とする。

- ② クリニカルパスについては対象の患者さんに活用さ本院にあるパスは100%活用されており目標は達成とする。見直しについてはバリエーションを出せるほどの事例がなく検討には至らなかった。今後は院内で活用できるパスへの変更が課題と考える次年度はDPC委員会の活動とリンクして考えていく。
- ③ 院内での改善事項については総務課から各部に文書で知らせることになった。また下半期については外来の電光掲示板の設置と診察の順番がわかるよう番号のカードを患者に渡し待ち人数が掲示板でわかるよう改善したが、待ち時間の長いことの改善には繋がっておらず次年度は2名の医師以外予約制を取る予定で、今後の待ち時間の改善に期待したい。次年度も患者満足度アップに継続して取り組むこととする。

(顧客の視点)

2. 安全な療養環境の提供

- ① 事例とリスクマネジメントマニュアルのリンク
- ② リンクナースの設置
- ③ 内部監査によるリスク環境の改善

《評価》

- ① ③リスクマネジメントマニュアルは看護部安全推進委員会が中心になり改定されているため目標達成とする。下半期に内部監査の看護部安全推進委員会で安全パトロールが実施され次年度外来・透析部門も含め、監査内容の検討を行う。車椅子のトランス研修は車椅子の機能についての研修に変更し、他部門からの出席もあり改めて車椅子の機能を学ぶ良い機会になった。この研修を期に現在の車椅子を更に安全に使用するために改善が必要と思われる。分析は6階の事例を下半期にシェル分析し2回にわたり委員会で検討した。次年度も患者の安全に努めトランスや車椅子の操作等、新入職者対象の研修や機材の改善等、リスクマネジメント委員会が中心に行う。
- ② リンクナースの役割が各部署とも委員会を通して院内での活動の成果があり今後も継続する。

(業務プロセスの視点)

3. 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・助言内容を再確認し、改善事項の抽出・改善計画の立案
- ② コーチングスキルの習得
- ③ 地域連携室・MSWとの連携の強化
- ④ 目標面接の定着化
- ⑤ 機能評価項目を意識した記録類の整備を継続する。
- ⑥ 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。
- ⑦ QC活動への参加

《評価》

- ①～⑤ 機能評価の指摘事項の記録については各部署統一したフォーマットで取り組むことができた。指示受けマニュアルは活用されているが医師の指示だしマニュアルを医局で作成していただき一連した指示受けの統一が出来た。
- ② 今年度研修としては講師料の問題等で実施できなかったが、次年度コミュニケーション技術の向上を目的としてファシリテーターに関する取り組みについても研修企画・実施をおこなう。
- ①③ 週1回の療養判定会議・各病棟との調整によりMSWの連携はスムーズに行なわれている、地域連携室との連携については実施されているが形として残しておくよう検討が必要。
- ④ 目標の面接は各部署実施されていて達成とする。地域連携室、医療相談室との連携強化が課題だが下半期は連携機能の明確化・明文化ができていないため、次年度はDPCに向け退院調整のシステムの構築も含め定期的にカンファレンスの場を設け明文化していく。保助看法の一部改正により4月より看護記録が診療録に含まれるため、看護部は記録委員会を中心に院内の診療情報委員会と連携し開示に耐えうる看護記録の取り扱いについて記録監査内容の見直し等、検討・実施する。
- ⑥ 固定チーム制は各病棟取り組んでいて達成とする。
- ⑦ QC活動に関しては今年度ほぼ達成できた、機能評価V e 5では必須になる為次年度は部署を越えたチーム活動で100%参加する。

4. 看護の質向上を目的に教育・研修体制の整備。

- ① 看護過程研修および監査の実施
- ② 自己目標と教育的課題のリンク
- ③ 日常の看護実践に対する問題意識を向上
- ④ 院外発表を視野においた、研究支援チームの育成を図る。

《評価》

- ① ③看護過程研修は各自事例を掘り下げて取り組むことが出来10月26日発表会を行うことが出来た。結果は非常に良い学びの機会となり高く評価する、今後はさらに各部署で展開された事例が共有され看護の質向上に繋がることに期待する。教育・研修体制の整備として、新年度からの看護部方針、教育方針の変更

について看護部全体に示すことができた。

- ② 各部署での色々な役割をスタッフに、になってもらいその中から自己の課題等が設定でき課題達成のために必要な院外・院内研修に参加できている。
- ④ 研究の企画書・研究するに当たっての勉強会・助言は副部長が主に行っていて現在進行中であり次年度院外に発表できるよう更に努力していただきたい。

(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》

診療材料費の節約についてはサクシオンチューブのディスボ化が節約につながられるか感染・交換の人件費と比べてみた結果ディスボ化を実施しICT委員会で評価することになる。消耗品の定数化は各部署でそれぞれおこなわれコストダウンに対する意識としては高めることができたと考える、しかし数字で評価できないため何がどれくらいコストダウンになったか具体的に示すことが出来ない結果だった。次年度は中央材料室が中心に各部署の定数化をすすめ、更に5S活動については看護部の目標とし次年度取り組む。7:1の体制は看護師不足が続く中、看護職の全面的な協力のもと今年度は維持する事ができた。しかし、看護必要度の早急な実施が必要なため次年度記録委員会・科長・主任が中心に記録の記載基準の検討、実施をおこなう。

業務量調査の結果を元に次年度も適正な人員配置の適正化をおこなう。(業務量調査別紙参照)

平成19年度から

理念・方針を一新いたしました、コンセプトは私たちの目指す看護を率直に表現できる内容であること、今後新たに取り組む「地域と連携」の追加、そして何よりも重要だと感じている「職員間のコミュニケーションの大切さ」を取り上げました。

☆看護部理念

「あかるい笑顔と信頼される看護」をモットーに、専門職としての知識・技術の向上につとめ、常に愛情と誠意をもって看護します。

☆看護部方針

1. 心臓病・腎臓病・慢性呼吸器疾患の専門的な治療と予防に関するスペシャリストの育成を目指します。
2. 職員間のコミュニケーションを大切に、チーム医療に取り組みます。
3. 患者さんの持てる力を最大限に活かし、健康の維持・増進・回復・苦痛の緩和に努め最後までその人らしく過ごすことができるよう支援します。
4. 地域・介護・福祉との連携に努め、安心と満足の行く看護を提供します。

*看護師が生き生きと働き続けられる環境づくり、医療の安全と看護職の労働条件改善が行える職場作りに努力したいと思います。

平成18年度院外研究発表演題

北海道病院学会 7階病棟 「認知症患者へのCAPDを導入通しての学び」
～再アセスメントの重要性～
・梶野麻衣子・柳屋瑞穂・松田香織

第13回さっぽろCAPD臨床研究会

7階病棟 「認知症患者への指導からの学び」
～再アセスメントの重要性～
・梶野麻衣子・柳屋瑞穂・松田香織

北海道看護研究学会 8階病棟 「呼吸器内科病棟におけるせん妄の発生率とせん妄スケールの変動からみた

一考察」

- 札幌市病院学会 透析室 「腹膜透析治療におけるスタッフへの意識調査とその向上に向けた取り組み」
- ・後藤淳子・丸谷妙子・坂田育子
 - ・田所公恵・大西香織・中野渡悟

院内研修

- 患者参加型看護計画導入について 講師：山崎由紀子（2/14）
看護過程研修 講師：矢野里香先生（6月～10月 計6回）
新人看護師対象に救急看護の基本を学ぶ 講師：中山禎人（7/22）
摂食・嚥下障害アセスメントと機能アップにむけた関わり 講師：金浜悦子先生（7/27）
摂食・嚥下機能評価・訓練研修会（3回） 講師：小橋透先生（10/27～計3回）
高齢者の看護研修会 講師：依本正恵先生（11/21）

院外研修助言者・及び講師

- | | | | |
|-----------|---------|-------|-----------------------------|
| コーチング研修会 | （助言） | 多田 悦子 | 10/19・20 |
| 高齢者の看護 | （助言） | 多田 悦子 | 12/22 |
| 看護管理者研修会 | （助言） | 白川 弘子 | 9/7・8 |
| 准看護師の看護過程 | （講師・助言） | 居上 優香 | 7/18・20 |
| 看護過程実践コース | （助言） | 居上 優香 | 6/7～6/9 |
| 施設内現任教育 | （助言） | 居上 優香 | 12/13～15 |
| ターミナルケア | （助言） | 多田 悦子 | 9/7・8 |
| 看護過程実践コース | （助言） | 佐藤裕美子 | 11/15～11/17 |
| 在宅人口呼吸器療法 | （講師） | 佐藤裕美子 | 11/25呼吸不全研究会 |
| 家族への看護研究会 | （助言） | 滝本 早苗 | 8/24・8/25 |
| 看護研究 | （講師） | 居上 優香 | 2/16・12/7（SSJ）、7/21（新札幌恵愛会） |

* 院外研修参加者は別紙参照

文責 白川 弘子

2006年度 看護部院外研修参加一覧

	研 修 会 名	受 講 者 名	開 催 日	期 間	開 催 地 (主 催)
1	医療安全推進者養成講座(3回目/3回シリーズ)	白川 弘子、居上 優香	06.2.18	1	東京
2	これでカンペキ!「できる」後輩・新人指導法	滝本 早苗	08.3.4	1	東京
3	「新人看護師の効果的な指導技術の習得と実践」	後藤 淳子、柳屋 瑞穂	06.3.18	1	札幌
4	「21世紀における医療事故防止とリスクマネジメント」	白川 弘子、居上 優香	06.3.25	1	ちえりあ
5	平成18年度 社会保険診療報酬・介護報酬改訂説明会	白川 弘子、居上 優香	06.3.24	1	看護協会
6	「アウトカム設定とバリエーション収集・分析の徹底理解」	佐藤裕美子	06.4.15	1	日総研
7	日本医師会 安全推進者養成講座受講	滝本 早苗、佐藤裕美子			ネット学習
8	感染管理セミナー参加(自費)	中野渡 悟、澤田 幸子	06.5.27	1	札幌
9	CAPDナースカレッジ基礎コース参加(自費)	岩澤 千緩、川嶋恵立子	06.6.3	1	札幌
10	褥瘡ケア研修会	神馬いずみ	06.6.19	1	看護協会
11	臨地実習研修会	田之岡早苗、田畑多味子 竹内 順子	06.6.20	2	看護協会
12	認知症高齢者ケア	梶野麻衣子、笠原 督代 菅原 智子、三浦亜紀子	06.6.26	2	北海道看護協会
13	看護職のストレスマネジメント研修会	田中 久穂、福田 靖子	06.6.29	1	看護協会
14	看護管理補佐	後藤 淳子、柳屋 瑞穂	06.7.3	5	看護協会
15	研修北海道看護協会教育担当者研修会(無料)	居上 優香	06.6.22	1	看護協会
16	北海道病院学会	居上 優香、佐藤裕美子 後藤 淳子、小畑 朋子 神馬いずみ、浅野目幸子 白川 弘子	06.7.14	1	
17	「リスクマネージャー研修	中野渡 悟	06.7.24	5.5	看護協会
18	「リハビリテーション看護研修会」	竹内 順子	06.7.13	2	看護協会
19	「臨床における看護研究の取り組み	小畑 朋子	06.7.24	3	看護協会
20	「CAPD基礎講座」自費	樋山 智恵、大西 昌子	06.7.22	1	テルモ株式会社
21	准看護師の看護過程ー基礎ー	田頭 胤美	06.7.18	2	看護協会
22	臨床における看護研究の基礎	植木 有紀、國枝 真衣	06.8.9	2	北海道看護協会
23	新人看護師の育成に向けて	高橋 由香	06.8.11	1	北海道看護協会
24	日本病院学会主催 看護部門長研修コース	白川 弘子	06.10.13	6	東京
25	家族への看護	坂田 育子	06.8.21	5	北海道看護協会
26	「在宅に向けた慢性呼吸不全患者と看護」	小林としえ、美馬 典子	06.8.28	3	北海道看護協会
27	看護管理者研修会	佐藤裕美子	06.9.4	5	北海道看護協会
28	「女性のライフステージを支える看護研修会」	福井 弘美	06.8.31	1	北海道看護協会
29	「臨床における看護研究の取り組みフォロー研修」	小畑 朋子	06.9.23	1	北海道看護協会
30	「感染管理研修会」	中野渡 悟、前重 朗子 櫻田 和子	06.9.11	3	北海道看護協会
31	境界性パーソナリティ障害の看護研修会」	藤原 紀子	06.9.1	1	北海道看護協会
32	機能するリスクマネジメント研修会	倉見寿美代	06.9.25	2	北海道看護協会
33	「応急手当普及員」	竹内 順子	06.10.23	3	札幌市防災センター
34	医療安全管理者研修	柳屋 瑞穂、後藤 淳子	06.12.11	5	北海道看護協会
35	「ACLS研修会 観楓コース」	竹内 順子、高橋由美子	06.11.18	1	札幌ACLS研究会
36	准看護師の看護過程フォローアップ研修	田頭 胤美	06.11.1	2	北海道看護協会
37	「看護過程実践コース」	竹内 順子、今村 優子	06.11.13	5	北海道看護協会
38	「病院経営と看護管理」(看護師雇用管理研修助成金対象研修)	滝本 早苗	06.11.20	3	北海道看護協会
39	「看護管理者補佐	倉見寿美代	06.12.4	5	北海道看護協会
40	新人看護師看護職員教育責任者講習会(無料)	居上 優香	06.11.14	1	厚生労働省
41	「施設内教育委員の為の現任教育	倉 ヒナ子	06.12.11	5	北海道看護協会
42	「インシデントレポートの活用のスキル基礎編」	松岡 優子、田畑多美子	06.12.8	1	看護業務改善研究会
43	「高齢者の看護」	松岡 優子	06.12.18	5	北海道看護協会
44	リーダーナースの役割	滝本 早苗	07.1.20	1	東京
45	改正医療法への対策ー医療施設における院内感染防止	中野渡 悟	07.3.10	1	北海道看護協会

▶ 外 来

H18年度より、通常の外来業務に禁煙外来・血管ドック・日帰りドックが新たに開始となり、当初の混乱も年度末には落ち着き順調に稼動しています。禁煙外来は2/M第2・第4（火）AM2名まで予約制になっています。

血管ドックは月に平均7～8名の予約があり、日帰りドックも9月から始まり地域連携室と連携を図りながら対応しています。外来患者も季節により変動がみられ、11月頃からインフルエンザ予防接種や風邪などで受診する患者が多くなります。

2月には、派遣会社の依頼で院外において血液さらさら健診の機会があり25名程実施しました。この機会を得てPRになったかと思えます。

接遇に於いては、毎年実施しているアンケート結果から診察の順番待ちを知りたいと云う意見が多くあり、待ち人数を30分毎に紙での掲示から、H19年1月から電光掲示板への掲示に変更となり、患者には番号札を渡し対応しています。患者からは「自分の順番がわかる様になり良かった」と云う意見と高齢の患者からは「掲示板の文字が見えない」「番号札は不要」といった意見もあり、掲示板が見えない・番号札の不要の方には渡さず何番号かを口頭で説明し対応しています。又待ち時間を快適に過ごして貰う様に待合室に音楽を流し工夫しています。

【今後の展望】

今後は、待ち時間の短縮に向けて、現在1部呼吸器科のDrだけの予約制ですが、Dr. 工藤、Dr. 田垣以外のDrが予約制を導入するため、患者に迷惑がかからない様に対応して行きたいと思えます。又、H19年度は記録の充実を図っていきたいと思っています。外来では患者と関わる時間が限られているため、記録用紙の書式を検討する必要があり、看護師全員が統一した看護介入、記録が出来る様に定期的に話し合いを持ち患者とその内容を共有していきたいと思えます。

平成18年度 外来目標と評価

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) 外来患者へ配慮出来る様、待ち時間調査やクレーム対応について、改善策を明確にしていく。
 - 2) 業務改善を実施し、業務の効率化を図る。
 - 3) 患者が自立して病気を管理できる様に、指導パンフレットを作成し、パンフレットを活用し指導していく。

《評 価》

- 1) スタッフそれぞれが、患者一人一人に声かけをし、診察待ちの状況を踏まえて、体調の悪い患者はBedで休んで貰い、検査結果待ちの患者には結果が出るまでの時間を説明し対応している。毎年実施している接遇調査で待ち時間が長いと云う意見があり、待合室には診察の待ち人数を掲示していたが、今年1月～電光掲示板で診察の順番待ちを掲示し、患者には番号札を渡し説明している。又、待ち時間を快適に過ごして貰う様、待合室に音楽を流している。
- 2) 4月～血管ドック・9月～日帰りドック健診が始まり、地域連携室で予約を取り血管ドックは月、平均7人、3月まで104人実施しました。又、日帰りドック（1泊2日含）は22人実施しています。業務が円滑に進む様に他部門（地域連携室、放射線科、生理検査）と当日の外来の状況により検査の回る順番を決め協力して行なっている。外来は血管ドック健診の場合、当日担当看護師を決め対応しており、クレームなどはなかった。今後も健診が多くなって来ると思うので、クレームのない様に業務の効率化に向けて取り組んでいきたい。

他に予約検査や採血のある患者は事前にカルテを上げて貰い、カルテに検査項目を記載し必要な準備（ガス分析、造影剤、前投、採血スピッツ等）をする事で、業務がスムーズに行なうことが出来た。

- 3) DMの自己管理が出来る様な指導パンフレット（外来で出来る指導内容）をスタッフで検討した結果、病棟での指導内容がどの位、理解しているのか、忘れていないか自己管理計画用紙・インスリン自己管理表を作成しました。1人に実施しましたが、途中で拒否され中止しました。今後は作成した用紙を使用し、自己管理が出来る様に関わって行きたいと思えます。

2. 患者にとって安全で安心出来る環境を提供する。
 - 1) 診察、検査、処置などの実施時、患者のプライバシーや個人情報に配慮した環境の整備を行なう。
 - 2) インシデント発生時は、速やかに報告し、事故の原因と改善策について話し合い、改善策を実施し再発

防止に努める。

- 3) マニュアルに添った感染予防の徹底を行い院内感染の防止に努める。

《評 価》

- 1) 患者のプライバシーに関しては、待合室で情報収集などをしても良いか確認し、必要時は場所をかえて関わっている。診察時も中ギリギリに呼ぶように配慮しているが診察室などは安心出来る環境整備（ハード面の改善）の確立が必要である。
- 2) インシデント発生4件の内、1件は確認不足によるDr指示の採血の見落としがあった。指示が出た場合はカルテ内容と伝票を必ず確認する事を徹底する様にした。
2件はエスカレーターによる転倒であり予測不可能であった。2件共に高齢者であり、なるべくエレベーターを使用して貰う様にした。エスカレーターで転倒時、エスカレーター中止釦の場所の確認、対応についてスタッフ全員に伝えた。
1件はストレッチャー転落については、当日、新患でありADL、理解力に問題ないと思込みもあり、固定板を使用していなかった。今後は短時間でも患者の了解を得て必ず固定板を使用する様に徹底し、気をつけて対応していく様にした。
今後も事故防止に努め、発生時は速やかに報告が出来、対応策を共有していきたい。
- 3) マニュアルに添って、処置前後の手洗いを徹底・必要時マスク、エプロン着用し感染防止に心がけた。今後、リンクナース委員が中心となり院内感染の予防を徹底していく。

3. 看護の質の向上をはかる。

- 1) 統一した看護ケアがおこなわれる様に、外来看護に必要な勉強会を実施、全ての看護師の意思統一をしていく。
- 2) 退院サマリーを活用した継続看護の提供を目指し、病棟との連携を密にする。
- 3) 自主的な勉強会、研修への参加をし、専門知識の習得をする。
- 4) 自己目標を定期的に確認した目標管理の実施。

《評 価》

- 1) 勉強会係が主体となりHOT患者の栄養状態を維持もしくは改善されるための勉強会をDr大久保に依頼し、勉強した内容をふまえ、HOT記録の見直しを行い在宅患者の食事（栄養面、摂取量など）について把握し関わる事で、看護師も栄養面に対する意識が高まってきた。今後も自宅での生活をサポート出来る様に関わって行きたい。
血管ドックでの検査（骨・血管年齢）の勉強会を生理検査室に依頼し、一連の検査の流れがわかり時間配分や説明に役立つ事が出来た。今後も継続して行きたい。
- 2) 煩雑な業務と短い時間で患者と関わっていく中で病棟からの看護サマリー、連絡表には目を通し、返事要については記入し、病棟へFAXしている。今後は循環器外来も予約制になる予定なので、同じ時間帯に集中する事が無くなると思うので患者と関わる時間を多くしていきたい。
- 3) 4) 院内研修については声かけをし、参加を促した。院外研修は全員ではないが、個々の希望した研修に参加し新しい知識を習得する事が出来た。個人目標管理に於いては自己到達目標、各委員会の目標を個々で設定し実施したが、看護研究は出来なかった。QC活動を中心に進め12月の発表に漕ぎ着けたが、研究についてはテーマが絞れなく、健診の文献検索のみでそれ以降進んでいない。H19年度は方向性を決め進めていきたい。

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を明確にし、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》

- 1) 2) 個々で出来る節約に心がけた。コピー用紙も患者へ渡すもの以外は不要な用紙の裏を使用しメモ用紙として活用している。翼状針、ゴム手袋については用途により使い分けが出来ている。コスト削減の意識づけが出来たと考える。今後も継続して行きたい。

H18年度 院外研修参加

倉……………	H18/7/22(土)	CAPD基礎講座 テルモ
	H18/8/5(土)	専門職としての看護のこれから…北海道看護協会 札幌第一支部
	H18/10/21(土)	外来における看護過程・看護記録の実際と業務整理…日総研
	H18/12/11(月)	～12/15(金) 施設内教育委員のための現任教育…看護協会
小林……………	H18/6/18(日)	心電図研修 (モニターの波形がわかる。)
	H18/7/22(土)	CAPD基礎講座
	H18/8/28(月)	～8/30(水) 在宅に向けた慢性呼吸不全患者の呼吸管理と看護…看護協会
武田……………	H18/7/22(土)	CAPD基礎講座
千葉……………	H18/8/5(土)	宮村もと子支援セミナー「少子、高齢社会の中で」
	H18/10/21(土)	職場のメンタルヘルス―「うつ」と「不安」の最新治療―

文責 倉 ヒナ子

▶ 5 階病棟

平成18年4月1日、療養病棟から「障がい病棟」にとなり5階病棟は新たにスタートしました。「障がい病棟」は入院患者の70%以上が何らかの障害（外部障害、内部障害）を抱えた患者で構成される病棟です。オープン当初は療養病棟からの再編成ということもあり、脳血管障害後遺症の患者が主でしたが、この一年間で入院患者の3分の1以上が透析患者となりました。

オープン時には看護職員も療養時代からの勤務者は2～3割しかおらず、他部門からの応援（ローテーション）と、あとは新採用者が5割という状況であり、準備期間が全くない上に満床状態の中、新採用者オリエンテーションをしながらのオープンという驚異的なスタートでした。ローテーション組の看護師ともオープン当日顔合わせという状況の中、大きな事故もなくこの一年を過ごすことができたのは、主任をはじめ、職員一人一人の協力があったからこそと感謝しています。

また5階病棟はCWとの二人三脚で業務を行なっていますが、CWの協力なしには今回の変更は成し得なかったと考えています。

4月に入職した看護職員も、日々「入浴介助」、「オムツ交換」、「体位交換」、「食事介助」の繰り返して数ヶ月が過ぎ、新人看護師として経験すべきことを経験させられない状況に焦る気持ちで一杯でしたが、こうして振り返ってみると、いつの間にかそれぞれが一人前の看護師として成長していたことに驚かされます。他部署からローテーション組の看護師も、当初は慢性期の看護に戸惑いや混乱を感じてはいたようですが、ずいぶんと病棟運営や新人教育に力を貸してくれ、そのことによって彼らもまた大きく成長したと思います。職員だけでなく「病棟そのもの」が、生まれたての赤ちゃんから、ハイハイ、つかまり立ち、ひとり立ち程度まではなんとか成長してきたようです。

どのように業務を組み立てていけば現状の中で安全なケアが提供できるのか試行錯誤の中、業務マニュアルも第5版、第6版と版を重ねました。「人が変わるたび」「状況が変わるたび」に話し合い、マニュアル変更の繰り返しで、主任は他の誰よりも業務調整、マニュアル作成のプロとなりました。

また、そんな状況の中でも音楽療法やミニコンサートも実施でき、2つのQC活動を行い、準優勝をいただくこともできました。平成18年度は、職員にとっても、病棟にとっても非常に充実した一年であったと思います。

平成18年度 5階病棟の課題

新規に編成された病棟であり、8割以上が他の部署からのローテーション、または新規採用者によりメンバー構成されているため、病棟の基本的な土台作り重点を置く。平成18年度上半期の目標は、①チームの構築、②業務基準（フロー）の作成、③安全確保のためのシステムづくりの3点を最優先する。また、看護方式については、他の病棟と同様に固定チーム制を導入予定だが、当面は暫定的に機能別チームナーシング（一部受け持ち制）の形をとる。

現時点での課題として以下のことがあげられる。

- ① 8割が他の部署もしくは新採用の職員から構成されているため、患者の背景・治療内容・業務内容が不明

なだけでなく、各職員がどの程度の知識・技術・経験を有しているかわからない状況であり。チームをゼロから構築していく必要がある。

- ② 療養病棟から一般病棟（障害）に変更したが、実際の患者層はかわらないため、食事介助、特浴、体位変換、排泄介助などのケアを必要としている患者が多く、業務内容が確立していない。
- ③ 療養病棟でもなく、一般病棟急性期の状況でないため、新たな業務基準が必要である。
- ④ 看護職、ケアワーカー、看護助手それぞれの役割の内容、責任の範囲を決める必要がある。
特に、ケアワーカーに依存していた業務に関しては早急に検討を要する。
- ⑤ 一般病棟としての機能を果たすためには、職員のスキルアップが重要な鍵となる。特に今後増加することが予測される透析患者の管理についての職員教育を早急に行なう必要がある。
- ⑥ 現在行っている看護処置の根拠を明確にする。（業務手順に記載されていない部分に関して、部署ごと、実施者によって違いがあるため）

平成18年度 5階病棟の目標評価

1. 患者・家族が安心して医療・ケアを受けられる療養環境の構築。

- ① 患者・家族の意向をケア内容に取り入れ、患者・家族の満足度を向上する。
具体的な方法については、下半期の課題とする。上半期は、患者・家族のニーズを尊重してケアを行なった事例を集積する。
- ② 患者・家族の要望や苦情については、すぐに検討し可能なかぎり対応する。
上半期は要望や苦情に関する報告体制をつくり、具体的な事例の内容と対応策を収集する。
下半期には対応のシステム化を図り、スタッフが対応できる内容に関しては、スタッフの段階でもスムーズに対応できる体制をつくる。
また、接遇委員の活動と連携し、職員の対応に関する苦情事例検討を月1回でも行い、スタッフ間で問題点を共有する。

【上半期】

→患者・家族からの要望や苦情に関しては、その都度カンファレンスを中心に検討し、可能なかぎり対応した。また、必要な統一事項を文章化し情報を共有化できるようにした。
課題としては、土日・祝祭日の対応の遅れによって家族からのクレームがあった例もあり科長・主任不在時、代行者の役割を明確化しスムーズに対応できるシステムの構築が必要である。下半期にむけて検討。

【下半期】

→課題としてあがっている科長・主任不在時の対応に関しては、現在見直し中のリーダーマニュアルに追加し不在時も適切に対応できるよう見直しを行なった。
スタッフの接遇に関しては、患者からの苦情や要望が継続している。特に透析患者の増加により、スタッフの言動、説明内容、対応が統一されていないなどの苦情が増えている。
それらの苦情は、職員のクレーム対応やマナーに関連したスキル不足とマンパワー不足により患者の希望に対してタイムリーに対応できないという2つの問題に起因している。
マンパワーの確保とともに、対応についてチームリーダー会議、病棟会議、カンファレンス等を通して具体的な事例検討を新年度へ継続していく。

- ③ 誤認事故をゼロにする。

患者に対して何らかのアクションを起こす際は、正しい内容（指示）が、正しい人（患者）に、正しい時間、正しい内容、正しい方法で行なわれているか、指示の再確認、リストバンドの確認モノ（薬剤等）の確認を習慣付ける。（指差し確認、声だし確認の推進）

【上半期】

→誤認事故に関しては、数回の事故が発生している。幸にして患者さんへの影響はなかったが、大事故につながる可能性もあるため下半期は「ゼロ」となるよう取り組む。
※呼称確認（リストバンド、ベッドネーム等）を行なわず誤認事故を起こしているため基本どおり呼称確認、声だし確認を徹底する。

【下半期】

上半期に多発していた誤認によるミスは下半期には発生していたないが、今後新採用者が増加する危険性があるため、予防対策の徹底を継続する。目標はほぼ達成。

④ ケア中の転倒・転落、傷害をゼロにする。

トランス、入浴、食事介助などケア中の転倒・転落だけでなく、打撲や擦過傷等のケガも起こさないようにする。

【上半期】

→大きな事故としては車椅子の転倒事故が1件あった。車椅子等への安全なトランスができるようトランス技術・知識の習得をするとともに車椅子の基本的な構造、使用方法、日常点検についても検討する。

トランス時の打撲や擦過傷についても数例発生しているため、下半期は半減できるよう注意する。(靴下を履く、介助者のポケットに物を入れない、正しい手順でトランスするなど)

【下半期】

車椅子に関する事故の発生はゼロとなり、危険な車椅子には転倒防止バーを装着した。

トランスに伴う擦過傷については数件発生しており、靴下を履かせるだけではなく、フットレストを改良するなどハード面も改善しなければゼロにすることは困難と思われる。また、移乗時の下肢の擦過傷だけでなく上肢の皮膚剥離も2件あった。(皮膚が脆弱なため、本来であれば怪我をしないような衝撃でも真皮まで剥離したと思われる)

下半期では、体位交換もしくは車椅子への移乗により発生したと思われる麻痺側の肩関節脱臼骨折が発生した。上半期にも上腕の骨折が1件発生している。その事例でも重度の骨粗鬆症がみられ容易に骨折する状態にあったが、骨の脆弱性を踏まえた上でのケアが必要な患者層のため、患者ごとの障害の内容、程度に合わせた介助方法をスタッフが統一して実施できるようリハビリとも検討する。目標は未達成。新年度も継続。

2. 看護の質向上のための取り組みと職員教育

① 基本的な看護過程の展開能力の底上げを優先とする。患者参加型看護計画に関しては、基礎力がつき、定着した段階で再検討する。

② 看護基準、標準看護計画の整備を通年で行なう。

上半期は、口腔ケア、PEG、オムツによる皮膚トラブル、加齢に伴う掻痒などの皮膚トラブル等の日常的な看護処置に関する基準を作成する。

下半期は上半期の進行をみて検討。

→看護計画に関しては、長期に入院している全患者の中間サマリーを9月～10月に実施し一度計画を整理した。情報収集・アセスメント、評価について5階病棟としての基準を下半期にむけて検討する。

ケア基準については未着手であり次年度への課題とした。

③ 高齢者のケアに関する学習会を開催し、加齢に伴う変化・特性に関する理解を深める。

高齢者のケアに関する研修会を年1回以上行なう。

→上半期には老年看護に関する病棟としての学習会は開催されなかったが、集合学習として研修会を実施しているため、それをもとに病棟内でも理解を深めていきたい。

※老年看護に関する図書を整備した。

④ 今後増加が予測される透析に関する学習会を開催し、透析看護の理解を深める。

全スタッフが年1回以上受講する。

→透析の入院患者が5名となり、今後の増加していく予定である。透析看護に関しては医師に依頼し2回行なったが、下半期は透析看護について継続的に学習会を行なう。

⑤ 体位変換、トランスを安全・安楽に行なうための学習会を開催する。

全スタッフが年1回以上受講する。

→安全推進委員会の主催により実施し、約6割のスタッフが受講した。

⑥ チーム内のコミュニケーションを良好に保ち、問題提起や意見を言える風土をつくる。

特に、新人が日常業務や人間関係(同僚や患者・家族)などの職場環境に慣れ、学びの機会を得られるような働きかけを行ない働きやすい職場をつくる。

リタイアする職員を出さない。

→下半期も継続する。

【下半期】

透析患者が10名以上に増加した。治療のイメージがつき難いため、透析室の協力を得て実際に透析室の見学を行ない、学習係が透析に関する質問・疑問を調査し、Q&A方式による講義を透析室科長に依頼し実施した。また生理検査室の協力により、3回にわたり十二誘導心電図の取り方に関する学習会を実施し、メー

カーによる心電図の読み方に関する学習会を3回実施、今後もシリーズで継続予定である。入院患者の疾病構造の変化により、様々な病態に遭遇する機会が増え、フィジカルアセスメント、医師への報告など、看護師の「判断」の部分での力不足が課題となっている。

継続課題として高齢者のケアの基準・手順等の整備ができていないためこちらも新年度へ継続とする。

3. 業務プロセスの効率化とコスト管理

- ① 業務プロセスの見直しを行い、重複している、慣習で行なっている、理由がわからなく行なっている業務を整理する。
- ② 現状では日常業務として、オムツ交換、体位交換、サクション、食事介助、PEGなど栄養管理等に費やす時間が多いが、それらの業務フローの見直しを行い、可能なものは廃止、効率化する。上半期は、現状調査や試行期間とし、下半期までに日常業務、リーダー業務、看護助手業務、ケアワーカーとの連携業務等の業務フローを完成する。
- ③ リンクナースと連携し、医療廃棄物のごみ量を削減する。
- ④ 科長、主任、チームリーダーが中心となり、レセプトの請求漏れが無いよう、処置伝票の記載内容の点検、医事課、MSWとの連携強化を図る。医事課・MSWとの話し合いを定期的にもつ。
- ⑤ QC活動の実施により、患者サービスの向上、コスト削減に関する意識付けを行なう。
1チーム以上がQC活動に取り組む。

【上半期】

→上半期は、看護師、看護助手の業務整理と標準化、ケアワーカーとの連携を中心に業務内容を検討してきた。①～④については、一部達成している。下半期も継続して実施する。

施設への移動だけでなく、障害を抱えながら自宅に退院する患者も増加しているので、MSWとの連携を強化し、退院後の生活調整ができるための取り組みを行なう。

⑤のQCに関しては、サクションに関する内容、5S活動に関する2題について取り組んだ。5Sに関しては下半期も継続して実施していく。

【下半期】

看護業務内容については多少の見直しが必要であるが整備されつつある。しかし、ケアワーカーとの業務範囲・責任の明確化に関しては不明確な部分も多く、今後派遣職員の増加にともない、ワーカー業務の基準・手順の整備を至急行なう必要がある。

コスト意識や整理整頓に関しては、5S活動の成果もあり少しずつだが向上している。

コスト漏れに関しても上半期よりも改善してきているが、あくまでも感覚としての評価であり数値的な評価はできない。

退院調整に関しては、新年度にMSWと連携を強化しシステム化していく予定である。

文責 居上 優香

▶ 6階病棟

H18年4月より療養病棟は6階30床に縮小、医療区分3を中心とした患者層に再構成された。ワーカーは6階に所属するが、5階業務も行うため、ワーカー主任・5階・6階のリーダーを中心に、業務の時間や内容について検討し調整を進めた。5階と話し合い、数ヶ月固定メンバーが5階を担当して、効率的なケアができる体制を試行した。4月以降ワーカー・メッセンジャーは派遣スタッフの補充となったため、業務の調整も大きな課題となった。6階病棟は医療区分3の患者が9割であり、経管栄養の患者が6割、痰の吸引を要する患者が4割である。全員担送・護送の救護区分で、生命の安全確保が優先される。病棟再編成に伴った業務調整を主とした病棟目標を実践、看護師・ワーカーがリーダーや係り活動を行った。患者数は28、29名で経過した。3月末現在、看護師は9名、ワーカー17名、メッセンジャー1名、入浴介助者1名、内派遣職員は8名。

病棟目標の実施状況：

1. 患者家族と目標の共有ができ、患者の持てる力を活用することで、満足できる看護ケアが提供できる。

(看護部目標1)

1) 受け持ち看護師が中心に患者家族と関わることで、患者家族と目標の共有ができる。(患者参加型看護計画を前提とする。)

→受け持ち看護師の体制は普及しプランの実施、評価に責任を持つようになった。意思の疎通可能な患者、家族の面会多い患者については、一部目標の共有を行った。「自分の力で食べられるようにしたい」「発語を促したい」「嚥下の練習をしたい」など、患者家族の意見を取り入れたプランを進めた。面会が少なく意思疎通不可能な患者は、看護師・ワーカーが相談し患者主体の目標を実施した。

2) カンファランスを活用し、患者家族の要望、持てる力「強み」を生かした看護ケアを実践できる。

→カンファランスは定着し、受け持ち看護師がプランを紹介しアドバイスを受け、評価の場とした。患者家族の要望、患者の「強み」について話し合うことができた。

3) 看護師とワーカーがチーム体制をとり、看護計画とケアプランを連動させ、患者個別の日常生活援助ができる。(ワーカーの受け持ち体制を導入する。)

→ワーカーの受け持ちを導入し、ケアプランを作成、2ヶ月に1回評価体制とした。受け持ち看護師と相談し、カンファランスや学習会、個別指導を行った。

2. 安全な看護、日常生活援助が提供できる。(看護部目標2)

1) 転倒転落スコアシートを活用し、転倒転落の予防策を実施する。

→転倒転落スコアシートは院内共通のものを用い、受け持ち患者分を評価した。

危険が予測される場合は情報交換し、予防策を講じた。ベッド柵について、センサーマットの使用、車椅子移動時の介助法、移動時見守りなど周知を図り転倒転落の件数は上半期4件下半期3件であった。

2) 病棟の安全推進係が中心となり、予防策を講じる。インシデント発生時原因について話し合い、対応策を検討し実施、評価する。

→予測されるインシデント・事故の防止については、予防策を講じた。発生時は原因と対応策を話し合い、予防策を普及させた。月末の病棟会議で注意喚起を行った。ワーカーの入れ替わりに伴い患者の情報伝達がスムーズにできず、介助時のインシデントや事故につながった。患者移動介助時の皮膚剥離などは、上半期4件下半期6件。ワーカーが5階6階の患者を介助するので、安全対策は大きな課題である。

3) ダブルチェックによる確認体制を徹底させ、ケアに関する誤認防止を図る。

→患者の誤認とケアの間違いを防ぐためダブルチェックを行った。上半期患者間違えて与薬が2件あり、ダブルチェックを怠った1件、ワーカー2名で不十分な確認が1件あった。与薬時は看護師と2名でダブルチェックを徹底し、下半期の誤認はなかった。臨時薬の与薬間違えは、上半期3件、日勤リーダーと夜勤者がダブルチェックすることを防止策とし、下半期は1件。

4) リンクナースが中心になり感染対策を院内マニュアルに沿って実施し、看護師とワーカーに徹底させる。

→感染自己チェックの実施と個別指導を行い、サクション時の防御について普及図り、スタンダードプリコーションが理解できるよう指導を行った。消毒や滅菌・感染解除についてなど日常の疑問点を確認するため、リンクナースの活動は有効であった。12月より職員及び患者に石鹸の手洗いを励行し、インフルエンザとノロウイルス感染は予防できた。

* インシデントの傾向と対策

<上半期>

4月～9月のインシデント件数は18件であり、内容は転倒・転落・傷害に関するもの6件、与薬に関するもの8件、食事(経管栄養)に関するもの2件、チューブ・ルートの閉塞や自己抜去2件であった。レベル1は14件、レベル2は3件、レベル3は1件。事故届け提出は3件。高齢者の特徴と個別の状況を踏まえ、患者が安心できるよう関わるスタッフの育成が課題である。全介助の患者移動は、スタッフ2名で介助するよう徹底した。また、車椅子移動時の安全な技術習得のため、学習会に参加した。

<下半期>

10月～3月のインシデント件数は17件であり、内容は転倒・転落・傷害に関するもの8件、与薬に関するもの2件、チューブ・ルートの閉塞や自己抜去に関するもの3件、指示の見落とし(注射内服以外)1件、その他医療機器や治療行為に関するもの3件であった。レベル1は11件、レベル2は4件、レベル3は2件。事故届出が2件。誤薬や誤認はなかった。患者は移動時などバランスを崩しやすく、皮膚も脆弱なため、対応策が必要。脳疾患の後遺症にて経過が長くなり、麻痺や拘縮が進行している患者が複数である。手浴を毎日行い保清と除圧に気を付けたが、積極的な拘縮予防の対策が課題である。

3. 看護業務の見直しと改善を図る。(看護部目標3)

- 1) ケースカンファランスを定着させ、看護計画、ケアプランに沿った実践記録を書くことができる。(病棟の記録係が中心となる。)
→ケースカンファランスは予定を組んで実施、フォーカスの記録内容については学習会と個別指導を行った。プランと記録の連動については、スタッフ間で指導が必要である。プランの評価が遅れがちになっており、カレンダーに評価日を入れて期日を守るよう促した。
- 2) 記録委員が中心となり、看護記録の監査体制を充実させ、看護サマリーの監査体制を作る。
→看護記録の監査を継続(月6件)、個人が修正できるよう指導した。看護サマリーは転棟や転院時に指導を受けて書ける状況。サマリーの監査は月2~3件行ったが、監査体制は作れなかった。
- 3) 病床の有効活用ができるよう、看護師とワーカーのリーダーが中心になり、業務内容を見直し、効率的な時間配分や方法について検討する。
→5階業務をワーカーが行うこと、入浴に関する業務の比重が大きいこと、派遣職員が採用されたことに伴い、6階業務内容の見直しや時間配分について検討、試行を繰り返した。今後もワーカー主任・リーダーと協力して、安全と効率を考えた業務の組み立てを検討する。
- 4) 病棟QC活動係が中心となり、QC活動を実践する。
→QCチームが積極的に「効果的なオムツ使用」に取り組み、患者個別にとっての効果的な使用方法を実践した。個々の患者に統一したオムツの使用をすることは、皮膚状態と排泄状況を踏まえ、患者の不快な臭いと汚染を予防できた。オムツコスト面で節約でき、オムツ定数表を作ったことで業務の効率化が図れ、ワーカーと看護師の相談体制ができた。QC審査員奨励賞をいただいた。

4. 看護の質の向上を目ざす。(看護部目標4)

- 1) 自己の目標に沿って、日常業務及び係活動において役割意識を持った取り組みができる。
→目標管理の自己目標をリーダーの役割や係り活動の内容とすることで、具体的な行動につながるようにした。看護師・ワーカー個人差があるが、目標管理を通し全員が役割を果たすことが次年度の課題。
- 2) 院内院外研修に自発的に参加し、部署で伝達できる。
→院内研修は事前に紹介して、看護師・ワーカー共に日勤メンバーと可能なスタッフが受講した。
院外研修受講後は、部署で伝達報告を行った。他部署から案内されるPEG管理(2回)、透析の基礎、人工呼吸器管理など参加した。
院外研修：5/20 遊びリレーション 太田・中河内 6/26・27 認知症高齢者ケア 笠原
5/27 感染管理セミナー 浅野目 7/8 北海道病院学会 多田
7/22 褥瘡研修会 多田 11/11 看護協会支部研究発表会 多田
2/17・3/3 看護必要度について 多田 浅野目
院内研修：5/10 職員の接遇研修 5/13 口腔ケア研修 5/16 安全管理報告会
6/1 看護研究計画書 6/8 感染学習会 6/23 看護過程研修
6~10月 看護過程 峯谷 7/28 摂食・嚥下障害患者のケア
10/3 研究プレゼンテーションの仕方 10/12・11/2・12/14 摂食・嚥下研修会
10/26 看護過程報告会 11/21 高齢者の看護 11/9 感染研修
11/17 接遇研修 金崎 柳谷 11/17 褥瘡研修 12/1 QC活動発表会
1/30 輸血研修 2/8 実践報告会 2/19 チームリーダー研修 峯谷
2/21 車椅子研修 3/7 接遇実践報告会 3/12 心電図の基礎
3/22 透析の基礎
- 3) 病棟の学習係が中心となり必要な学習会を行い、知識の習得と技術向上を図る。
→学習係、QC係が学習会を企画した。下半期は拘縮が強い患者の良肢位保持のため、リハスタッフの協力を得て学習会を実施。サクション、口腔ケアを行う患者に安全でなケアを行うよう学習会を実施。
実施した学習会：8~9月 救急時の基礎(3回)、6・7月 効果的なオムツの使用(2回)
9月 透析患者看護の基礎、10月 ケアプランについて
3月 患者個別の良肢位について サクションと口腔ケア
- 4) 病棟の接遇係が中心となり、部署の接遇活動を進める。部署の改善点、患者家族対応の問題点については、早期に解決策を講じる。
→院内キャンペーンなど接遇委員会活動と連動させ病棟接遇目標を立てたが、スタッフへの普及は不十分で

あった。患者家族からオムツ交換や体交について意見があったことは、その都度スタッフ間で検討し早期に問題解決した。スタッフ間で気付いた対応の不備は、朝のミーティングや臨時の集会、病棟会議にて早期に注意を促した。

*業務マニュアルの整備を行い、知識技術の向上を図ることが、次年度の課題。

5. 看護業務の効率化とコスト削減を図る。(看護部目標5)

1) 業務調査を実施し分析結果を基に、業務の改善について検討する。

→業務調査は12月実施し実態を把握したが、データを業務改善につなげることができなかった。

2) 備品の請求は必要な数とし、医療材料や病棟の物品の節約を行う。

→備品の請求は複数のスタッフで確認しながら行うことで、必要な品を必要な数だけ請求し節約を図った。12月必要な品・数について検討し、定数を決めた。1月から請求をメッセージ業務としたが効率的に行えている。今後、定期的に定数の変更を行う。

以上、H18年度は、6階一病棟が療養病棟として再編成され、ナースワーカーがチームワークを取り業務を遂行した。患者の安全安楽を促す技術の向上、業務マニュアルの整備など次年度の課題である。

文章記載：多田 悦子

▶ 7 階病棟

I 今年度の傾向と今後

昨年から引き続き、長期透析患者さまが1～2割程度入院されていた。また、後期高齢者でケア度の高い患者さまの入院が多かったのも変わらない状況であった。転倒、転落予防対策など安全な療養環境を確保が求められた。

今年度下半期には、心臓カテーテル検査の結果を受けて続けてPCIを実施する方向となり、それに備えてのスタッフの学習会を行い対応出来るよう備えることができた。

看護においては、参加型の看護計画を目指し、計画の立案に参画してもらう事例を2例経験した。また、看護目標やケア内容の提示と共有を一患者、一回を目標に行いほぼ全ての入院患者さまに行うことができた。次年度は、更に参画・共有を浸透させるように努力したいと考える。

II H18年度 7階病棟目標 年間評価

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 参加型看護計画に取り組む。

最低一患者は、目標・具体策を紙面に記入し渡す。

プラン用紙の後ろに患者に提示した目標と具体策を印刷し、カンファレンスで表現や内容が適切であるか話し合う。

紙面での共有を行なっているか、共有可能な患者かカンファレンスで検討する。

下半期で、チーム1～2事例、参加型看護計画の実施を行なう。

評価：一患者一問題の提示は、上半期は、一週間程度の短期間入院の患者さまで間に合わなかったことがあったが、下半期はほぼ全員に書面での提示ができていた。上半期は、内容・表現が適切であったかの評価ができていなかったが、下半期は、カンファレンスでチェックを行なっていく予定であったが、できていないこともあった。今後は、カンファレンス用紙に話し合う項目として明記し意識付けをはかりたい。患者提示用のプランでは、患者目標になる表現に変更することが難しかった。今後の課題と考える。

参加型看護計画は、Bチームは上半期にCAPDの導入患者を対象に、Aチームは下半期に肺炎患者を対象に各1事例実施してみた。CAPDの導入患者はいつまでにどんな手技を獲得したら良いかが明確となり意欲も高まり早い退院に繋がったと考える。肺炎患者は評価の際に看護師への要望を聴くこともできた。ともに理解力の問題もなく主旨を理解し協力していただきスムーズに進行した。次年度は更に対象者を増やしていきたい。

② クリティカルパス、パンフレットの活用。

昨年度作成したパスを上半期に使用し、下半期修正を行なう。

患者さん用標準看護計画の作成。

退院時、日常生活指導が必要な患者に、100%パンフレット（指導用紙）を渡す。

患者に渡す前にカンファレンスで話し合い内容が適切であるか検討する。

評価：新たに、AVF造設・CAPD導入のパスを作成した。下半期で1事例使用してみて、評価・修正し完成したが、その後まだ使用できていない。今後も使用してみて、修正を考える。

患者さん用標準看護計画は、DMとセルフケア不足、透析導入期を作成したが、しかし、個人で作成してしまい、使用されることは少なかったため、評価できなかった。次年度は、表現の参考に使用していきたい。

退院時、日常生活指導用パンフレットを渡すことにしたが、上半期は受け持ちNSの経験が浅いスタッフが準備が遅くわたすことが出来なかった事例があり、下半期、個別指導を行いチームでのカンファレンスでも必要性の有無とその内容をチェックし渡し忘れは防止できた。内容の点検については、退院前に出来なかった場合は、退院後にチェックし今後に活かしたいと考える。

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 一度転倒した患者は、転倒スコアシートの再評価をし、対策を取ることで、一患者の複数回の転倒防止に努める。

評価：複数回転倒した患者は二名で一名は、理解力があるかたで一度の転倒で対策がとることが遠慮してしまい、もう一名は、体動センサーやマットを外したり飛び越えるなど対応がこれ以上考えられず転倒している。しかし、7月に2回転倒後、9月退院までは転倒せずに経過することができている。この二名は、困難な事例でありその他認知症の患者には対策が取れており転倒はしていない。

下半期も二名が複数回転倒。1月の一名はセンサーマットに躓き一度転倒。その後からは、マット使用時は、端をテープで固定することにした。

2月の一名はこれまでに複数回転倒していた患者で対策を取っていたが、状態変化に伴い、対策を解除した後に転倒。その後対策を再開していたが本人の協力を得られず転倒になった事例であった。2月の転倒の際すぐに対策は取られていたが、転倒スコアシートの再評価ができていなかった。今後は転倒当日に再評価することにした。

② 約束事項を守らない、確認を怠ったための事故は起こさないよう努める。（一人年間3件まで）

評価：上半期33件（うち転倒6件）下半期48件（転倒10件）の殆どが確認不足であった。転倒した患者は、ケア中の事故はなかった。誤認事故が一件あった。一人3件の目標を超えたスタッフが4名いた。約束事項を守らず発生したミスについては、今後の課題と考える。薬剤に関連したミスが多く、今後もダブルチェックを習慣化しよう努力したい。また、安全推進委員（主任）による個別の傾向を分析した資料を元に個別指導や個人の目標に反映させ、対応させていきたい。

③ インシデントレポートの分析をステーション会議で行い、参加できない人には事前に分析内容を提出することで、一人一人が原因分析や防止策を考える力をつける。（1～15日分の半月の事例）

評価：個人が用紙に書いて提出する形をとりその原因分析や対応策については、不適切と思われる事はなかった。このことから、考える機会となり個人の力をつける良い方法と考える。

④ 知識不足よって発生したインシデント内容をステーションに貼り出すことで周知し、同様のインシデントを防ぐ。

評価：上半期では、ポリソム指示受けもれ、点滴ポンプの輸液セット間違い。クレーブコネクターでのインスリンIVなどがあったが、下半期は対象となる事例がなかったが、今後も継続とする。

⑤ 感染リンクナースと連携し、スタンダードプリコーション・感染経路別の対策を浸透、徹底させる。

評価：リンクナースが、チェック表の結果をステーション会議で報告し、守られていない項目については、個人指導を行っている。下半期では、「点滴準備時手袋装着する」については、準備台にグローブを設置することで、守られていない数が1月15名→2月3名と減っていた。今後も個別に対応していく必要がある。

3. 看護の質の向上をめざす。（看護部目標3、4）

① 面接を行なう事で、半年毎に課題を明確にし自己目標の振り返り、目標の達成をめざす。

評価：上半期の評価面接は終了。下半期は3～4月に年間の評価面接を実施予定。面接や目標を振り返る事で、自己目標が更に明確化された。

② 看護研究の継続。

評価：来年度発表に向けて現在進行中。10月5日に札幌腹膜透析研究会にて事例報告。

③ 院内外の研修に積極的に参加し、病棟勉強会の継続し、専門知識の習得をする。(最低一人1回は参加する。)

評価：病棟勉強会は、上半期は、看護部の研修予定が混んでいるため下半期に企画。

心エコーの見方、ペースメーカー心電図(11月)を実施、透析の体重管理(3月)について予定。CAPDについては、入院患者があった時など随時実施している。

創傷別のドレッシング剤の選び方を病棟の褥瘡委員が講師で一回実施。

院内外研修も年間を通して、一つ以上は参加できていた。

4. 医療財源の節約に心がける。(看護部目標5)

① 上半期に昨年度の業務調査結果を分析し、改善後下半期に業務調査の実施する。

評価：看護部で実施予定なので病棟独自には実施しないこととした。

② 備品の駄使いをしない。

評価：処置時自宅から不要な買い物袋を持ち寄り活用。消耗品の定数を守り、多く在庫しないように心掛けている。滅菌物が必要かどうか判断して使用するものを選ぶよう心掛けていた。(例えば滅菌ガーゼ→便利ガーゼにするなど)

③ ゴミの分別表を蓋に表示し分別を確実にこなす。

ゴミ点検係を設け、月一回点検し、結果はステーション会議で報告し共有する。(5月より開始)紙ゴミ・点滴セットの袋は感染ゴミBOXに入れないことを徹底する。

評価：上半期は、点滴のソフトバックやバイアルや滅菌物の袋などが、感染ゴミに混入していることが多くみられていた。下半期での全体のゴミ量は減り点滴のソフトバックはかなり減った。ゴミの量で分別の徹底がされているかは評価することは月によって処置量が違うため困難であるが、ゴミ箱の数は月平均7.6→4.3個に減少した。点検時に分別し直すなども減量できた要因とも言えるが、点検係を設けたことで更に個人に意図づけられてきた。今後も、点検係による啓蒙を継続する。

Ⅲ 病棟内学習会と院外発表

学習会

11月 ペースメーカーの心電図・心エコーの見方

2月 PTCA

3月 CAPD (海外旅行のサポート)

院外発表

7月 病院学会 (認知症患者へのCAPD指導)

10月 札幌CAPD研究会

文責 滝本 早苗

▶ 8・9階病棟

8階病棟は慢性呼吸器疾患患者の肺炎併発、在宅酸素療法の導入及び評価と機種変更、喘息治療や器質化肺炎の治療の高齢者が多く、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。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階病棟は看護ケア度の低い患者中心に一般病棟として機能しているが、高齢者が多く介助を要する患者が増えている現状にある。その他にPSGやCFなどの検査入院患者が多くを占める。従来の特別室としての利用は減少しており、3月より病床数を15床と変更した。

18年度は、技術面の向上と1看護単位である8・9階間の連携強化を目的に9階看護師の8階病棟勤務を実施した。8階病棟では2月に当直者2名深夜勤務1名でのミックス2交代をデモで実施した。スタッフは幅広い看

看護ケアを求められる中、患者・家族が安全で安心できる看護ケアの提供を目指し日々努力している。

平成18年度 8階・9階病棟目標評価

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) 患者・家族参加型看護計画を実践の中へ導入していき、上半期は対象患者を選択し、下半期は全患者対象に実施していく。
- 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。
- 3) 患者・家族と看護目標を共有した記録の仕方を工夫するとともに、クルニカルパスやパンフレットを活用し、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。
- 4) 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、またチームリーダーを中心とした記録検討委員が監査集計・指導を行っていくことで、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）の実践力レベルアップを図る。

〈評価〉

- 1) 記録委員会の活動に準じて12月から転倒・転落プランを3名（8階1名、9階2名）の患者に実施した。また8階独自に喘息プランを作成し、1名の患者に実施した。全患者対象に患者・家族参加型看護計画を実施していく事は困難であり、今後も対象の選択など検討しながら実施していく必要がある。
- 2) 今年度入職のスタッフも受け持ち患者を持つようになり、強みを意識した看護過程を受け持ち看護師が中心となって展開できるよう、プラン評価時には強みの見直しすることを徹底した。強みに関する記録監査結果では、上半期は毎月1～2例C評価がみられたが、下半期のC評価は11月以降みられていない。記録監査や記録委員の働きかけによって、スタッフの受け持ち看護師としての意識づけになっている。
- 3) クルニカルパスやパンフレットを活用したHOT導入指導を実施しており、HOTパスの改訂を行ったが、対象患者が少なく活用には至らなかった。また、8月より個別のケアシートを作成した事により、ケア内容や実施者が明確となり、プランと連動した統一したケア展開ができた。
- 4) 今年度入職したスタッフ以外が記録監査の集計を実施し、チームリーダーが監査指導を行った。ステーション会議で看護記録や看護展開について検討し、翌月検討内容の評価を繰り返し行っていた。記録監査結果としては、全体的にC評価が減少しA評価が増加傾向になったが、多忙な状況になるとB・C評価が増加する傾向があるため、今後の課題である。しかし日々の監査の中で、スタッフ自身が自分の記録の傾向に気づく事ができたと考える。

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、病棟に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。
- 4) リンクナースが中心となって、感染防止についての意識づけと適切なケアをスタッフ全員に浸透させていく。

〈評価〉

18年度のインシデント発生件数は68件（8階57件9階11件）であり、レベル1が55件（8階47件9階8件）、レベル2が12件（8階10件9階2件）、レベル3が1件（9階）だった。そのうち転倒・転落が24件（8階18件9階6件）、ルート類の自己抜去15件（8階15件）内服・注射に関するエラー20件（8階16件9階4件）、検査に関するエラーが5件（8階4件9階1件）となっている。昨年度のインシデント発生件数と比較すると、発生件数は9件減少しており、転倒・転落5件減、内服・注射3件減、ルート類自己抜去1件増となっている。

- 1) 2) 発生したインシデントは、ステーション会議で発生要因・防止策の検討され、適応事例には予防策の実施が行われている。そして決定された予防策が、厳守されているかを翌月のステーション会議で再評価を行い決定事項の共有と確認を行っている。しかし、決定事項が明文化されていなかったため、中途採用者がルールなどを知らずに予防策が行なわれていなかったことがあった。早急に明文化し、決定事項の共有をし

ていく。また、他部署で発生したインシデント内容はスタッフ全員に情報提供し、安全な看護の提供への意識付けは継続して出来ている。

- 3) 薬剤師との連携に関連する内服のインシデントは3件(8階2件9階1件)あった。看護師・薬剤師間でルールを作成し、改善策を実施している。以後、内服に関するエラーは発生していない。
- 4) 手洗いやラビネット使用量チェックなど、スタッフにとってもより身近な基本的な内容からの活動が始まり、リンクナースが中心となって感染防止についての意識づけとなっている。

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見直し・改善することで、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) 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。
- 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) 看護に関する記録全般(看護記録・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。
- 5) 現在使用しているHOTクリティカルパスを患者ケアに活用しながら、他病棟でも活用できるよう検討し改善を図る。また、機種変更による入院にも活用できるHOTクリティカルパスを作成する。
- 6) 褥瘡委員会・接遇委員会などの各委員会や係りの活動内容を明確にし、病棟会議で毎月の各委員会報告を行う。また、病棟内で普及できるよう他のスタッフに伝達指導を行う。
- 7) 委員が中心となってせん妄スコアシートを基準とした標準看護計画を作成し、せん妄に対する予防策を講じて安全保持に努める。
- 8) 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。
- 9) 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。
- 10) QC活動への積極的な参加を促す。

〈評価〉

- 1) 上半期は看護部各委員会主催の勉強会が多かったため、病棟の学習会としての活動は、下半期に2回行われ3月にも1回予定されている。来年度は勉強会の時期を検討し、定期的な勉強会を行い知識を深めていきたい。
- 2) 3) チームリーダーの役割について明文化し、毎月のチームリーダー会議の中で、チームリーダーの役割や業務について検討している。チームリーダーは、主にメンバー間の調整や新入職のスタッフ指導、プリセプターのフォローを行っている。直接的な受持ち看護師への助言・指導は、カンファレンスを通して両チーム合同で行なわれている。チーム全体で受け持ち看護師をフォローしており、今後も継続看護ケアの展開が行われるよう継続していきたい。
- 4) ADL評価表や退院時サマリーなどが看護部として統一され、記録委員会を通して改善・改訂された。今後も記録委員会と連動しながら検討していく。
- 5) HOTクリティカルパスは活用しているが、対象患者が少なく、その中でも新規導入患者よりも比較的HOT再評価や機種変更の患者が多かった。そのため機種変更、液体酸素用HOTクリティカルパスを作成した。またPTの協力を得てHOTクリティカルパスのリハビリ内容も追加・変更した。しかし作成後や改訂後に対象患者がいなかったため活用できていない。
- 6) 毎月のステーション会議での活動内容報告が徹底され、決定事項の伝達など実施できていた。
- 7) せん妄スコアシートを基準とした標準看護計画は作成した。またせん妄に対する予防策も実施されているが、ルートの自己抜去などせん妄に関連するインシデントは12件発生している。今後も検討していき安全保持に努めていく。
- 8) 変更事項がある都度、PSG・CPAPのクリティカルパスを検討し改訂した。また看護手順委員会でも、看護部で統一した内容に改訂していく予定である。一般病棟を含めた勉強会は実施できなかったが、来年度は合同の勉強会も検討し、PSG関連の知識と看護ケアの向上を図っていきたい。
- 9) 業務委員会とQCメンバーで、9階当直の業務内容の検討・改善が行われた。
- 10) 8・9階とも12月に発表を終えたが、発表した業務改善は現在も継続して行われている。

4. 学会や研修に参加できる体制を整え、看護師としての知識・技術の向上を目指す。

- 1) スタッフ全体の知識の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。
- 2) 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。
- 3) 院外発表に向けた看護研究に取り組むため、18年度19年度でスタッフ全員が院内外の研修に参加し看護研究の知識を深めた上で看護研究に取り組んでいく。

〈評 価〉

- 1) 院外研修の参加は7名（8階6名9階1名）であり、自主的に個人で院外研修に参加したスタッフも数名いた。
- 2) 目標立案時と評価時に面接を行った結果、病棟目標達成のための自己の役割を認識できていた。しかし客観的自己評価に個人差が見られるため、来年度は評価も含め評価しやすい目標管理ができるよう目標立案していきたい。
- 3) 院内外の看護研究の研修には、院外研修1名（2回）院内研修はスタッフの半数が参加した。今後も看護研究の知識を深めた上で、看護研究に取り組めるよう継続していく。

5. 業務改善および経営的視点を育てる。

- 1) 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の診療材料を節約し、診療材料の定数管理実施・節約に協力できる。
- 2) タイムスタディを実施・分析を行い、業務改善を行う。

〈評 価〉

- 1) 上半期から継続して、自宅にあるビニール袋を持参・活用、絆創膏の選択、文房具の整理などを実施した。主任が薬品の定数管理を徹底し、身近な消耗品からコスト削減を実施したことで、具体的データはでないが意識づけができ節約に協力する体制ができた。しかし、消しゴムや色鉛筆などの事務用品に対するコスト意識が低いため、今後も継続して医療関連用品だけでなく、院内施設・設備・材料の節約の理解と協力を働きかけていく必要がある。
- 2) 10月にタイムスタディのデモを実施し、12月に1週間のタイムスタディを実施した。それらの結果をもとに業務改善を実施していく予定である。また2月に当直者2名深夜勤務1名でのミックス2交代をデモで実施した。そのためデモ用対応ではあるが、夜勤業務の見直しが行われ夜勤業務の改善が行われた。スタッフへの2交代実施後の聞き取り調査の結果、看護師3人での深夜勤は、ナースコールに対応できない時間が少ない上、業務が円滑に行うことができる、身体的にも精神的にも安心して働く事ができる、という意見が多数聞かれた。その反面、準夜しかできない看護師の夜勤手当や体力的問題もあり、今後も慎重に2交代導入について検討していく必要がある。

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構築に着手したばかりである。8・9階スタッフの相互学習も含めた1日も早いシステムの完成を目指し、安全な看護ケアの提供を充実させていきたい。

文責 佐藤裕美子

▶ 平成18年度 看護部業務量調査実施結果

看護部では、業務量調査を平成18年12月4日～10日の1週間にわたり、5階～9階病棟の各部署において看護師・准看護師、介護職員、看護助手（夜勤専従者、パート職員、一部管理者を除く）の全職員を対象に全勤務帯に対して実施した。調査項目は以下の通りである。

調査項目は日本看護協会の業務量調査を参考として作成した。

- 大項目：① 療養上の世話（食事、排泄、清潔、安全、安楽、移送、環境、自立の援助、調整、終末期）
② 診療上の介助（観察・報告、記録、与薬、検査・処置）
③ 管理・その他

※職員の食事・休憩・仮眠を含め 全114項目にかかる時間を15分を1単位として調査した。

- 調査対象の分類；① 看護師・准看護師（日勤リーダー業務、日勤メンバー業務、日勤フリー業務、準夜業務、深夜業務）
② 介護職（日勤業務、夜勤業務）
③ 看護補助者

【結果】 回答数 446件

5・6階病棟と7～9階病棟には、診療科、入院患者の特性、職員数や職員の構成の違いにより、業務内容、各項目に占める業務量の割合に大きな差があった。業務量調査は本年度が初回のため例年と比較ができず、他の施設とも比較できないため、本年度の業務量調査は現状の把握を目的として行なった。

7階～9階病棟は、入院基本料7：1の看護配置となっており、昨年までと比べて日勤帯の看護師数は多いが、夜勤帯は増員がないためマンパワー不足の状態に変化はなかった。休憩時間を例にあげると、日勤帯では、全業務時間の6～8%、平均42.9分（最少30分最大60分）の休憩が取れているが、夜勤帯での休憩時間は準夜で全業務時間の1%、時間として平均15分、深夜で2%、時間として平均26.7分と十分な休憩が取れていない状態であった。2交代勤務を行なっている5階・6階病棟の場合は、16時間勤務のため、7～8階病棟と比較はできないが、準夜勤務帯での休憩が取れていない現状に大差はなかった。

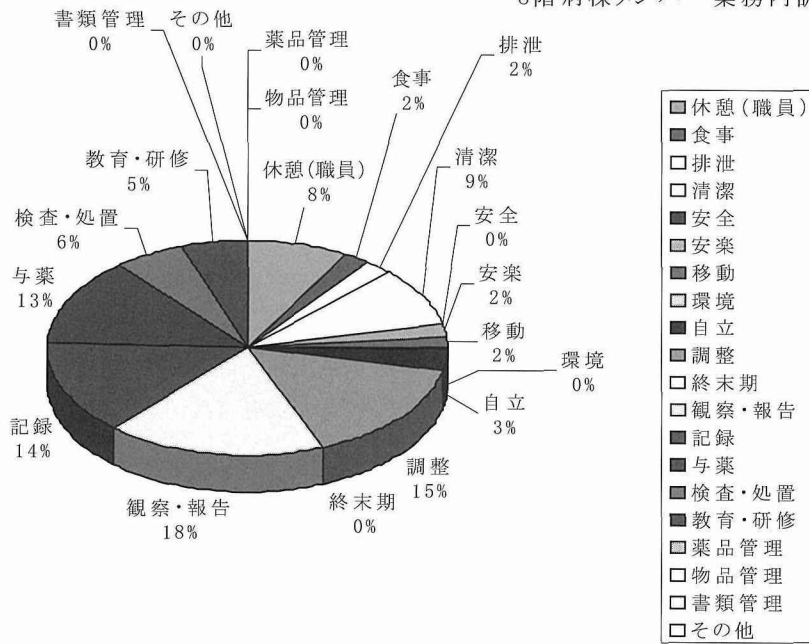
業務量調査の結果について看護部としての詳細な検討を行っていないため、後日検討後、課題や改善策について報告することとし、今回は患者さんへの直接的な看護ケアを反映する日勤メンバー業務（部屋持ち）について、6階病棟と8階病棟を例にあげ報告する。

《日勤メンバー業務での比較》 6階病棟と8階病棟で比較

6階病棟では慢性的な経過をたどり身体援助を必要とする患者がほとんどを占めるため、療養の世話、特に食事、清潔、排泄に関する項目が占める割合が30%と多かった。8階病棟では、3項目で13%であった。ナースコールへの対応が主な業務となる「調整」に関しては大差はなかった。反対に差が大きかった内容としては、入院患者の疾病、治療内容の違いにより「観察・報告」「記録」「与薬」の項目であった。8階病棟が45%に対して、6階病棟では21%であった。これらの結果をもとに各部署にて日勤、夜勤帯の業務内容の見直しを行い、直接的なケア（ベッドサイドケア）を量・質ともに向上できるよう改善していきたい。

文責 居上 優香

8階病棟メンバー業務内訳



6階 看護師メンバー

