

## ■看護部

### ○平成19年看護部年報

今年度は、看護部の理念を一新し「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・技術の向上に努め、常に愛情と誠意をもって看護します。を掲げ、新入職者・看護師6名、准看護師4名、看護補助者3名を迎えスタートいたしました。

以下に看護部の目標と19年度の活動内容を報告致します。

#### 看護部目標

- 1 看護の質向上
- 2 教育の充実
- 3 事故防止と安全な療養環境の提供
- 4 人事および労務
- 5 病院経営に参画

#### 顧客の視点《看護の質向上》

1. 患者・家族が安心・満足して医療を受けられる療養環境を整備する。
2. 患者・家族にとってわかりやすい説明・ケアの提示を行なえるよう参加型看護計画に取りくむ。(参加型看護計画の推進) ※全部署 記録委員会
3. 地域連携室、医療相談室との連携を強化し、患者・家族のニーズに沿った退院・転院調整を行う

#### 内部プロセスの視点

1. 他部門間の連携を強化するために、活発な意見交換や交流を行なう。  
※全部署、科長会、主任会
2. 患者安全管理体制の整備と5S活動の推進により医療事故防止・院内感染防止に取り組む。  
※全部署、リンクナース、看護部セイフティマネージメント委員会、褥瘡委員会
3. 業務のムリ・ムダ・ムラを改善し業務の効率化と業務の標準化を推進する。(業務の効率化・標準化)  
※全部署、記録委員会、DPC・パス委員会
4. 看護記録の診療録化、DPC導入に向けて、診療情報委員会、DPC・パス委員会と連携し、記録・パスの作成・見直しを行う。  
※記録委員会、DPCパス委員会

#### 学習と成長の視点《教育の充実》

1. 心臓病・腎臓病、慢性呼吸器疾患における専門性の高い看護師の育成を行なう。  
(専門分野における看護師の育成)  
※認定看護師など各専門分野での専門的研修の受講、資格修得のサポート
2. 教育の充実を図るため、中長期教育計画の見直しと教育担当者の育成を行なう。
3. 目標管理が適切に行なえるようクリニカルラダーの構築を行う。
4. 職員のニーズに沿った研修の実施により看護職員のキャリアアップを図る。
5. 科長・主任に必要なスキルの習得
6. 看護過程展開能力と研究的視点を強化する。

#### 財務の視点《人事および労務》《病院経営に参画》

1. 適切な人員確保を行ない、入院基本料7:1を維持する。
2. 5S活動や衛生材料の選択方法、使用方法の見直しや材料、薬品の適正管理により経費の削減を図る。
3. コスト意識の向上によりコスト漏れを削減する。  
適切な病床管理により病床利用率のアップと平均在院日数の短縮を行う。

看護部にとって常に人員確保は永遠の課題であり、昨年に引き続き7：1の看護要員数を維持することが必須で、平成20年度から予測されていた一般病棟での看護必要度の実施について準備を4月から開始した。

看護必要度については、一般病棟、7階、8・9階の科長、主任を中心に院外研修への参加また稼働に向けてデータベースを居上副部長が作成し、10月からの稼働を目標に一般病棟スタッフへの看護必要度の院内研修を企画・実施し予定通り稼働することができた。日々の業務の中で看護必要度の実施にいたっては作業量が増えその中でスタッフの協力に感謝したい。

しかし診療報酬の改訂の流れを踏まえて、内容の変更が予測された為全ケースから患者数を減らし継続実施した。

一般障害病棟は、4床の増床と、医療度アップに伴いOJTでの職員教育が必須の状況の中、介護度の高い5階・6階病棟の業務はケアワーカーも積極的に参加し調整が行われた。

6階病棟で4ヶ月不在だった主任を7月に配置し夜勤看護師2名体制の人員の調整等に伴う業務調整の定期的なカンファレンスが両病棟で行われ科長・主任（看護師・ケアワーカー）を中心に業務調整ができ、患者への適切なケアが提供できたと考える。

### 【院内教育】

・主任会で新人オリエンテーションから、新人教育をメインに活動し新人研修の企画等の活動をメインに行った、初年度については問題なく進めることができた。

院外研修・学会等への参加及び発表は例年通り行われスタッフのスキルアップが図れた。（看護部院外研修参加一覧参照）

その他、院内教育委員会活動報告参照 各部署OJT参照

### 【看護の質向上】

患者にとってわかりやすいケアの提供が患者提示にできるよう、記録委員会が中心になり各病棟それぞれに患者の特性に合わせて実施できた。（記録委員会報告参照）

満足度調査及び外来待ち時間調査（接遇委員会報告参照）

### 【医療安全安全】

安心できる看護ケアとして一番重要となるリスクマネジメント、感染防止については、看護部リスクマネジメント委員会とリンクナースが中心となり活動を行った。（リスクマネジメント委員会・リンクナース委員会報告参照）リスクマネジメント委員会では安全確保のための備品の購入、意識調査を行った。結果は1年間の取り組みとして6月24日看護部全体で院内発表を行う。

また、意識調査については委員長の居上副部長がH20年度北海道病院学会で発表予定

### 【QC活動】

今年度は看護部の目標にいれ、全部署取り組み部門を越えて行うこともでき内容も多様で5階病棟とリハビリ部門での「乗動作の評価」が最優秀賞、6階病棟の「患者個々への安楽な体位」はケアワーカーの日々の介護力をデータとして示すことができ、結果として優秀賞を受賞することができたことは高く評価したい。

以上に示したように診療報酬の改訂、病院の経営方針等に参加しつつ日々の看護、介護に取り組んだ年であった。

### 【次年度の課題】

平成20年4月の診療報酬改定により病院の経営方針である5階病棟の一般病床の転換により当院の147床の内117床が7月から一般病棟になり

これに伴い、7：1維持のために人員の確保が最優先されるが、5階病棟を含めた一般病棟間での協力体制と看護必要度の勉強会を再度実施した。常にベット稼働率98%以上の5階病棟で、4ベットの透析を稼働する状況から

課題としては、

1. 看護必要度の理解・実施
2. 看護必要度のデータ分析
3. 分析結果から適正な人員配置の策を講じること
4. 一般病棟内での業務調整を行い、フロアーを超えた応援体制が取れる

以上のことが、本来の7：1の姿であると考え。しかし、これは人員が確保でき始めて（人が辞めていかない入退職のバランス）実現できることで看護職のワークライフバランスを考慮し慎重に進めていく必要がある。

そして、平成21年度の機能評価を視野にいれ平成20年度から準備を進めていくことを踏まえて平成20年度看護部目標のポイントを以下に示す。

1. 7：1維持のために人員の確保と離職防止
2. 日々の看護ケアでの倫理的な問題に着目し事例の検討する
3. 機能評価に向けマニュアルの整備（H20年度内～H21年6月までに完成）
4. 業務の効率化（職員満足度調査から）

文責 白川 弘子

## ▶ 外 来

外来においては、安全で安心できる医療を提供するため、個々の患者を尊重し接遇に配慮して日々の業務を行っています。今年度は外来待合室に電子掲示板で美術鑑賞・中待合室から診察室の通路を確保するなどハード面の改善が行なわれました。

昨年から引き続き、日帰りドック（1泊含む）・血管ドック（さらさら健診も含む）は地域連携室と連携を図りながら対応し、受診者も240名ありました。禁煙外来は昨年より多く14名あり、診察時は看護師（専任）も一緒に関わり、Drと情報を共有していく事が出来た。又、禁煙治療シンポジウムの講演会に参加する事が出来た。

外来患者は、季節や週により変動がみられ、今年度の傾向はインフルエンザの流行時期が10月末からと早く、その後11月～3月までで、昨年度は罹患数94名であったが今年度は57名と罹患数は少なかった。12月～2月は感染性胃腸炎の患者が多かったが、対応時には感染マニュアルの手順に添って行い、外来スタッフの罹患はなかった。

病状が安定している患者へは60日～90日処方が可能になっているため、冬の期間は高齢患者から助かるとの声も聞かれました。

### 【今後の展望】

度重なる医療制度改革で、外来看護も大きく変化している。病院機能評価にむけ6月から完全予約制を取り入れ、待ち時間の短縮に心がける事と外来業務を見直し、他部門と関係する場面では、お互いの業務を理解し、どこまで協力できるかを話し合っ、常に患者中心の外来を目指して行きたい。又、記録（HOT・退院サマリーの返事）の充実を図って行きたい。

### 〈H19年度外来目標と評価〉

1. 患者・家族が安心・満足して医療を受けられる。（サービス向上のため待ち時間短縮・接遇を徹底する）

待ち時間調査は、10/1～10/15の2週間で実施した。今年度は診察待ち時間、会計待ち時間と待ち時間が長かったかどうかのアンケートも一緒に行なった。アンケート結果から待ち時間が長かった主な理由は、同じ時間帯に患者が集中したり、新患（紹介も含む）の場合は飛び入りの検査が入る事が多いため、その旨患者に待ち時間と検査にかかる時間を説明している。予約制を取っているDrの場合、予約患者が優先であるが、新患や予約以外で受診した患者があり、予約時間が過ぎる事もあり、予約患者には時間通り進んでいない事を説明し理解して貰った。診察待ちが30分以上になる場合は体調や時間は大丈夫か訊き対応している。接遇については、接遇研修に2/3以上参加、接遇委員から委員会での検討事例を報告して貰いスタッフと共有した。今後、時間短縮、接遇改善を行い患者の満足度を上げて行きたい。

## 2. 外来業務の改善・効率化を図る。

業務委員が中心となり、現在使用中の業務マニュアルを見直し、適宜改訂した。

透析患者の外来受診（定期、臨時）のマニュアル・輸血チェックリスト・救急時看護記録用紙を作成し使用している。HOT記録については、効率的に記録が出来る様に昨年作成したのを見直し、継続し使用している。

健診・日帰りドックの受診者は、地域連携室と協力し事前確認、準備を行なう事で、受け入れがスムーズに行く事が出来た。

## 3. 研修・勉強会に積極的に参加する。

院内研修に於いては教育委員が参加を促し2/3の参加できたが、時間帯の関係で欠席や途中退去をする事もあった。又、勉強会担当者が中心となり在宅酸素療法の勉強会を業者さんに依頼、自宅での酸素の扱い方を知る事が出来た。治験について（BAY-7939）は、現在7名の治験患者の参加基準、治験の流れ、検査、保険外併用療養費について学んだ事で外来受診時の対応がスムーズに出来ている。検査については、検査科に依頼し日頃、外来で行っている検査で知りたい事や検体の必要量などを聞き、業務に生かす事が出来た。院外研修には2名参加、外来看護記録と業務改善の視点と具体的方法・感染、医療事故防止セミナー・臨床における看護研究の基礎・禁煙治療シンポジウムを受講した。

QC活動については今年度、放射線科と共同で実施、昨年に引き続き、サーキュレータ設置後の1・2階の温度、湿度を計り、外来待ち時間を快適に過ごしてもらう様に取り組み12月に発表する事が出来た。

## 4. 患者にとって安全で安心できる環境を提供する。（医療事故防止・院内感染防止に努める）

安全対策の重点目標に点滴、注射内容、採血の伝票、スピッツのダブルチェック・検査予約のPC入力時ダブルチェックの徹底を掲げ取り組んでいるが、採血項目の見落とし、検査、注射予定表の確認不足、思い込みで因るインシデントが10件発生した。又、エスカレーターでの転倒が1件あり、高齢の患者の場合は出来るだけエレベータを使用する様に声かけを行った。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。

感染については、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。リンクナース委員が中心となり感染予防を徹底して行きたい。

## 5. 医療収支について理解を深める。（診療材料費を節約しコスト削減する）

使用した材料・薬品はカルテに漏れがない様記入する事を徹底した。10月の看護部主催の勉強会（診療報酬請求について）に全員出席する事が出来、コストについての知識を得る事が出来た。

文責 倉 ヒナ子

## ▶ 透析室・中材手術室

### 平成19年度目標

#### ■参加型看護計画への取り組み

- 1) 情報提供の充実、均一化をはかり、患者自らが目標を見出せるよう援助する。
- 2) 患者教育の体制を整える
- 3) 看護カンファレンスを利用しCEとの情報交換の熟成を目指す。

#### ◆評価

透析新聞は順調に発刊され、少しずつではあるが、患者への認知度は高まってきているが、情報提供紙としての役割となると今の時点では評価しきれない。今後に期待したい。看護計画は少しずつ動いてはいるが、記録委員会での要求と透析室内での計画に対する考えに若干ずれがあるため、スタッフにとまどいが見られる。記録委員会との調整も視野に入れ、今後の課題とする。看護カンファレンスはマンパワー不足で休止中、今後期待。

## ■連携強化

- 1) 地域連携室・相談室との交流を深め、情報交換の場を広げる

### ◆評 価

地域連携室の認知度、浸透はできたが、あまり活用されておらず、今後に期待する。

病棟との連携では申し送りの簡素化や患者送迎などの標準化が進み、体制は整ってきている。今後は情報の共有をいかに迅速、正確に行うかを模索検討が必要と思われる。

## ■療養環境の整備

- 1) 記録委員が中心となり、標準看護計画の作成、熟成を目指す
- 2) 栄養係が中心となり、患者個々の栄養を監査し、QOLの向上、安定を目指す
- 3) CE部門主体のデータベース作成（STEP・フューチャーネット）

### ◆評 価

透析用標準看護計画は一部完成しているが、満足の行くものではない。今後はスタッフに浸透をはかり、熟成させる。

栄養評価によって受け持ち（チーム）への喚起は行えるようになってきている。しかし情報提供のみでその後フォローや評価がまだである。次年度へ持ち越し継続とする。

データの一括管理はできていない状況は続いている。今後も継続目標としたい。

## ■専門分野におけるスタッフ育成

- 1) 教育委員、勉強会係が中心となり、学習課題を提供し、担当グループがプレゼンテーションを行う。
- 2) CE、Ns部門が協力し、お互いの知識を駆使した学習会を効率よく展開する。
- 3) 日常業務に則した学習、勉強会を行う。
- 4) 研修会参加率50%を目指す。
- 5) 教育委員、研究係が中心となり、院外発表への積極的参加を目指す。

### ◆評 価

今年度計画分はすべて出来上がっているが、途中で臨時の勉強会を行うなどで詰所内勉強会は遅れ、次年度に持ち越し分もあり、再編をおこなった。スタッフの参加意識がまだ高いとは思えない。来年度も継続とする。

学会は、透析療法学会、札幌看護研究会、札幌CAPD研究会の演題参加は終了。秋の透析療法学会エントリー、2月の病院学会（2演題）の参加は終了。目標達成とする。

## ■安全管理

- 1) 主任、セーフティマネージャー、環境保全係が中心となり、病棟内の危険因子のチェック、排除を行う。
- 2) インシデント検討委員が中心となり、担当部署のインシデントの集計、分析を通して事故因子を排除する。

### ◆評 価

インシデントの撲滅のため、さまざまな方法を試みているが、上半期においてはその割に結果が現れなかった。下半期には形態を変更し、減少を図ったが目に見える現象はなかったが、レベル3のインシデントは殆どでなくなった。スタッフ全員の意識向上、分析の効果がでていられる。ただ危険予知に関しては行っていないため、継続目標としたい。

詰所内サーベイはリンクナース事業に任せている。結果を詰所会議等で報告し、浸透を図っている。今後も継続。

パスに関しては進行なし。今後も継続。

## ■感染管理

- 1) リンクナースが中心となり、感染対策の充実、浸透を図る。また、定期的サーベランスの結果をそれぞれのチームに報告する。

### ◆評 価

リンクナース業務としてはアルコール製剤の使用浸透や期限の遵守等は着実に行われている。目標は達成とする。

## ■業務の効率化・標準化

- 1) 業務委員、記録委員が中心となり、透析室業務用パスの作成を試みる。
- 2) H P 更新係が中心となり、院外に向けた情報発信の充実を図る。
- 3) Q C 活動への積極的参加。
- 4) 各職種の業務内容を見直し、効率よく業務が遂行できるようプログラムを考案する。

### ◆評 価

ホームページについては手付かずである。下半期に継続。

Q C 活動は透析室内で 3 G あり活動をい終了した。目標達成とする。

業務見直しは業務改善係が中心となり、今年度の事業計画は出来上がっているが、成果はまだみられていない。継続とする。

中材における消耗品コストの低減、不良在庫の低減はチェックは終了している。今後は S P D 仕様も視野に入れ不良在庫の低減、消耗品請求の効率化を考える。継続とする。

ホームページ更新は行われていない。継続目標とする。

## ■中材・手術室

- 1) 他部門と協力、協議し診療材料の定数化を進め、省力化を目指す。
- 2) 中材においては、払い出しの一元化を目指し、月次更新を各部署単位で行い集計し、節約効果を体感する。

### ◆評 価

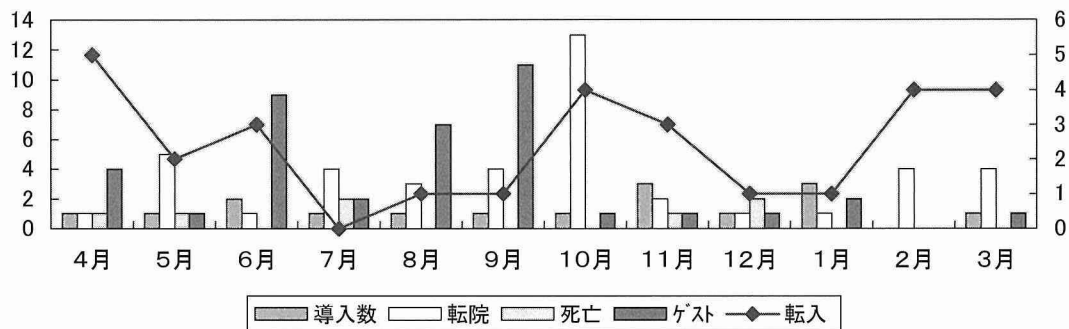
中材における消耗品コストの低減、不良在庫の低減のためのチェックは終了している。今後は S P D 仕様も視野に入れ不良在庫の低減、消耗品請求の効率化を考える。継続とする。

## ■次年度への展望

診療報酬の引き締めに伴い、ムダのない業務遂行が問われる、またマンパワー不足を乗り切るためには業務の整理、簡素化を目指す必要があるが、近年の医療事情や流れを無視はできない。

参加型看護計画への取り組みには、患者教育、情報の提供等、最新の透析治療の情報提供が必要不可欠である。当透析室においては透析新聞（へムへム）にて情報提供を促してはいるものの患者個々の治療への関心は今一步と思われる。これにはやはり情報を提供する側の問題も大きいと思われる。次年度に向けては職員の教育にも力を注ぎ、職員個々の意識向上を目指して行きたい。また、患者個々の安全および良い医療の提供にも、よりいっそうの努力をして行く。感染管理にはリンクナース、感染対策委員会とのタイアップ、情報交換を密に行い、感染対策の充実を目指す。中材においてはムリ、ムダを省いた在庫管理を進め、不良在庫の低減に努力したい。

## ■患者動向





## ■事業計画

平成19年 4月	—
5月	—
6月	ロングアクティブ型エポ製剤について 透析療法学会参加【ダイアライザーの性能評価】
7月	IV型ダイアライザー“BG”について 最新透析液の話題
8月	安全な透析を行う為の工夫 肝臓疾患の病態整理（機能から疾患まで） うつ病について PES-SαとAPE-Eの比較検討報告
9月	—
10月	補体の活性化 アナフィラキシー APTT ATⅢ 凝固材の種類と特性
11月	アルミニウム中毒 透析アミロイド症 手根管症候群 長期透析患者における代表的合併症と治療法・予防法① 透析療法学会参加【ダイアライザーの性能評価】
12月	透析機の効率について 透析の除水について（透析装置含む） 透析患者の味覚異常
平成20年 1月	メタボリックシンドローム ダイアライザーの種類と性能 清潔不潔 感染 消毒
2月	ANP BNP DWの設定方法 CTRの測定 救急心肺蘇生方法 札幌市病院学会参加【透析用留置針の性能評価】
3月	災害対策 静脈圧 透析液圧 脂質代謝異常 水処理について～最近の動向を踏まえて～

文責 中野渡 悟

## ▶ 5 階病棟

病棟開設から丸2年が経過し、入院患者層も大きく変化して入院患者の約半数近くが透析患者となった。また、H19年3月には4床増床し34床となり、一年を通してほぼ満床に近い状況で経過した。医療依存度の高い患者が増え、検査・治療が増加したが、全介助あるいは一部介助の患者が9割以上いる状態は変わらないため、医療と介護の仕事のバランス調整が大きな課題となった。前年度に引き続き5階・6階病棟間での業務の標準化をはじめ、介護職員との業務調整、看護助手増員による業務内容の見直しを行った。また、H20年度4月からの病棟透析の開始に向けての準備など新規の取り組みもあり、慌しく経過した感が強い一年であった。

### 病棟目標

- ① 患者・家族が安心・満足できる療養環境の整備
- ② 患者・家族にとってわかりやすい説明・ケアの提示
- ③ MSWをはじめ他部門の連携強化
- ④ 医療事故の防止、感染対策の徹底
- ⑤ QC活動の推進

開設当初は、スタッフの約半数近くが未経験者であり、経験があるスタッフも病棟経験がほぼないという状態でのスタートであったが、この一年で経験を積みさらに力がついたようだ。「患者・家族が安心・満足できる療

養環境の整備」という点では、もちろんまだまだ目標には到達していないが、スタッフ一人一人が役割を果たして、課題に取り組むことができたと考えている。

### 【QC活動】

QC活動でも、リハビリと共同して行った「移乗動作の評価」に関する検討が最優秀賞をとることができた。このQC活動では、単に移乗動作の評価表を作成したという成果だけでなく、患者さんの移乗動作を看護師・理学療法士がそれぞれの立場・視点から検討することにより、患者さんのADL評価に関する“ずれ”を再認識することができた。業務改善までには至っていないが、QC活動を通して、QCメンバーだけでなく全スタッフが移乗動作の評価を行い、リハビリスタッフとカンファレンスを行うことによって患者のADL、リハビリの目標に目を向けることができたという二次的な効果もあった。また、MSWとのカンファレンスも継続して行い他部門との連携強化については目標を達成できた。

### 【医療安全】

医療事故防止については病棟内の安全チームが中心となり、インシデントゼロの検討・重点キャンペーンの立案・実施・評価を行った。重点目標として「朝いちバイタル・朝いち報告」「酸素関連のインシデントゼロ」「注射・点滴関連のインシデントゼロ」についてキャンペーンを行った結果、「朝いちバイタル・朝いち報告」「酸素関連のインシデントゼロ」については、業務が明確化したことにより一定の成果がみられた。「注射・点滴関連のインシデントゼロ」に関しては、注射・点滴が5階病棟でのハイリスク業務であるため、ダブルチェックの方法や点滴・注射の取り扱いの明確化をすすめている。医療行為が増加や重症患者の増加に関連して一時的にインシデント増加があったが、幸いにして大きな事故はなく経過した。また、感染対策に関しても、リンクナースが中心となり、スタンダードプリコーションの徹底、医療廃棄物の分別に取り組んだ。急性胃腸炎のブレイクはあったが、日常業務を見直すよい機会にもなった。

### 【業務改善】

業務改善については、入院時のチェックリスト作成、転棟時のチェックリスト作成をはじめ、フリー業務の業務内容、昼休憩時間における事故防止のための引継ぎ方法、カンファレンスの運用等について検討を行い明文化した。

### 【職員教育】

職員教育については、学習委員、看護部内の教育委員が中心となりOJTを行った。上半期は、内シャント作成困難事例3名に対してテシオカテーテルを挿入したため、テシオカテーテルの管理に関する研修を実施した。また、スタッフの学習ニーズ把握のため意識調査を行い、アンケート結果をもとに心電図の見方、とり方、BF・挿管時の介助などその時々で必要な医療処置等の研修会を追加しながら14回の研修会を企画・実施することができた。当病棟は急変時の対応に関する経験が少ない職員が多いこともあり、竹内主任が中心となって、BLS研修を行い、5階・6階病棟の看護職員、介護職員のほぼ全員が研修に参加し、普通救命講習受講の資格をとることができた。



OJTの内容は表を参照

開催月	研修内容	開催理由
4月	テシオカテーテル研修(4/6) 12誘導心電図研修 (4/11 4/17 4/24)	テシオカテーテル患者への対応 12誘導心電図をとれないスタッフ、または 自信がないスタッフを対象に生理検査に協 力を依頼し実施。
5月	心電図の見方Ⅲ(5/8)	講師はフクダ電子の協力を得て実施。 (計3回実施)
6月	PEG勉強会	PEG患者が病棟の半数近くおり、埋没症 候群の患者もいたため実施。講師はプレゼ ニウス・カビに依頼。
8月	血液培養の手技(8/28) ※2回実施	発熱者が多く、血液培養をとる機会が増え たが、コンタミを疑わせる事例もあったた め、再確認の意味でDVD学習を行う。
9月	BF・挿管時の手技と介助 ※2回実施	急変時の対応や挿管介助時に「動けなかつ た」「自信がない」「以前に開催したがもう 一度受けたい」などの希望が多く開催。演 習・DVD学習。
10月	看護職の法的責任と看護職員賠償責任保険 ※2回実施	看護職員に求められる法的責任の再確認の ため
12～2月	創傷管理 (12/11)(1/11)(2/13)	スミス&ネフューに講師を依頼し、3回シ リーズで実施。透析患者の創傷管理が増加 したため。
1～3月	普通救命講習 (1/18)(2/6)(3/13)	急変時の対応を習得するため。竹内主任が 講師となり実施。
2～3月	薬局・中材ツアー (1回5名前後で複数回実施)	重症患者の増加にともない、時間外に薬剤 や機材を取りに行く機会が増えたため。

【院外研修】

看護部院外研修参加一覧を参照

基本的には、医療安全・感染防止・創傷管理など、何らかの役割をもった職員や、看護過程研修参加者、研究メンバーを中心に院外研修を受講してもらった。

【まとめ】

療養病棟から障がい病棟へ移行し2年が経過したが、4床増床・病棟透析の開始・一般急性期病棟への転換準備など、変化が多い年が続いている。H19年度までは、業務のシステムづくりや見直しを中心に病棟運営を行ってきたが、次年度からは質の向上に目を向けて検討していきたい。

文責 居上 優香

## ▶ 6 階病棟

開設4年目の6階療養病棟は、医療区分3の患者が9割を占め、気管切開患者が3割、経管栄養の患者が6割と看護処置、ケアの頻度が高い患者層である。救護区分は担送7割・護送3割、氏名確認が不可能な患者が8割である。病床稼働率は96%。患者が安全な日常生活を送ることを目標にナース・ワーカーが協力体制を取り、安全の確保と業務改善に取り組んだ。

### 病棟目標の実施状況：

1-1) 接遇状況の改善を行い、患者家族が安心できる環境を作る。

- ① 接遇係りが中心となり、あいさつを徹底させる。  
→ あいさつアンケート(10/29 15枚回収)では、できている7割、できていないが3割。  
接遇委員会の「あいさつキャンペーン」で院内優秀賞を森友が受賞。
- ② 入院患者定期満足度調査 前年度調査結果より向上  
→ 10月実施の「患者満足度調査」にて、看護スタッフに関する14項目を比較。  
前年度(12枚)評価3以下33%、今年度(16枚)評価3以下30%。

1-2) 受け持ちナースが中心に関わり、患者家族と目標を共有する。

- ① プランの一部提示を何らかの形で全員に示す。→ 患者家族に必要時説明し共有した。
- ② 参加型看護計画への参画事例→ 会話が可能で意思の疎通が図れる患者に対して実施。  
A氏…肺気腫の患者。右大腿骨人工骨頭置換術後、ADL拡大と良肢位保持について。  
B氏…慢性気管支炎で酸素使用中の患者、自力で痰を喀出でき安楽な呼吸ができる内容。  
C氏…脳梗塞後遺症の患者。PEGによる皮膚トラブルの軽減を図る内容。  
D氏…肺気腫の患者。食事量減少による栄養低下あり、褥瘡予防について。
- ③ ワーカーがケアプランを立案し評価まで行う。→ 評価はできたが、システムは作れなかった。

1-3) MSWと患者家族の情報を共有しニーズに対応する。

- ① 病棟カンファレンス他情報交換を行い、患者状態変化、患者状況の変化に対応・調整。  
→ MSWと協力して対応調整した事例…上半期7件、内下半期継続3件。下半期新規1件。

2-1) 内外研修に参加し知識技術の向上を図る。

- ① 院内研修を受講し基礎知識を学ぶ。→ 院内学習会は教育委員が紹介、日勤者他参加した。
- ② 各病棟のOJT → 9月「認知症についての学習会」を実施。
- ③ 自己目標にリンクした院内・院外研修を受講し、学習を進める。  
→ 基礎の部分を中心にした院内研修、委員会活動に関する院外研修に参加した。  
5/28 褥瘡研修(看護協会)…森友 7/10 看護記録(フォーカス研究会)…高橋主任  
12/3~12/7 師長補佐研修(看護協会)…高橋主任  
1/17 褥瘡研修(株:ジェルテック)・3/28~3/29 褥瘡フォロー研修…高橋主任

2-2) 看護過程受講スタッフへの支援体制を取る。

- ① 看護過程研修の受講、他スタッフがプラン実施に協力する。→ 対象者なく受講せず。
- ② 看護過程事例を院外発表。  
→ H19年11月10日看護協会札幌第一支部看護研究発表会で、峯谷が前年度の事例を発表した。

3-1) 医療事故防止、褥瘡予防対策の普及、院内感染防止対策の普及を行う。

- ① 安全推進係りが中心となり、予防策・対応策を検討し、実施・評価する。  
→ 毎週のカンファレンス時及び病棟会議で、インシデントを取り上げ注意喚起した。  
インシデントは総数47件、転棟・転落・傷害40%、チューブ・ルート23%、与薬19%、経管栄養11%。4月から、ワーカー主任がセーフティ委員として安全対策普及を行った。
- ② ダブルチェックによる確認対策を徹底させ、ケアに関する誤認防止を図る。  
→ 内服・経管栄養について上半期それぞれ1件誤認あり、確認を徹底させ下半期は誤認なし。

- ③ 褥瘡評価のデザインを普及させ、患者個々への予防策（体位交換・保清・皮膚のケア・栄養など）を実施評価。→ 毎週のカンファレンスを評価の場とした。褥瘡発生者無し。
- ④ 身体拘縮の強い患者に対して、体位交換・除圧法など個々の患者へ対応策を行う。  
→ ナース・ワーカーで個々への対応策を実践。病棟のQC活動で取り組んだ。
- ⑤ リンクナースが院内マニュアルに沿った感染予防策を普及させる。  
→ スタンダードプリコーションを普及させ、ワーカー主任がリンクナースとして活動した。  
患者の手洗いを励行し、患者・職員のインフルエンザ・ノロウイルス感染はなかった。

### 3-2) 業務の見直しを行い効率化と改善を図る。

- ① 病棟で行う業務についてマニュアルを整備する。  
→ ナース・ワーカーの主任が中心となりマニュアルを整備。院内の看護手順や取り決めに沿って業務ができるよう指導を行った。病棟内の安全で清潔な環境整備を進めた。  
ナース2名の夜勤体制を試行、ナース・ワーカーの業務見直しを行った。
- ② QC活動を実施する。病棟全体で支援体制を取り、他部署と連携調整する。  
→ 「患者個々への安楽な体位」をリハスタッフの協力を得、患者家族の同意を得て実施。QCチームを中心に、全スタッフが日々の実践に協力した。12/7院内発表、優秀賞受賞。

### 3-3) 看護記録の監査体制を定着させ、サマリー監査を行う。

- ① 病棟看護記録の記載内容について指導体制を取り、監査を行う。  
→ 記録委員と主任で指導を行った。日々の記載内容の指導、記録監査日を決め監査実施。
- ② サマリー記載の指導体制を取り、監査を行う。  
→ 転棟や退院時のサマリー・HOTサマリーを指導のもとに作成。下半期は月に数件サマリー監査を実施。受け持ち患者変更にあたり、中間サマリー作成を試みた。

### 4-1) 医療材料病棟の物品の節約を行う。

- ① 物品の定数請求を定着させ、必要数の見直しをする。  
→ 定数請求は定着したが、在庫備品を見て請求数をチェックする必要あり。
- ② 処置保清の衛生材料・物品の適正使用について検討する。  
→ 処置時の材料や物品については、スタッフ間で検討し相談体制が取れた。

### 4-2) コスト意識の向上を図りコスト漏れを削減する。

- ① コストについての勉強会を行う。関連する項目についてコスト意識を普及させる。  
→ 10/18コストの学習会に参加した。日々疑問点は医事課担当者と確認、相談した。

### 4-3) 病床の有効活用ができるよう、ナース・ワーカーが協力体制を取る。

- ① ベッド稼働率UPの必要性を理解し協力する。前年度94.7%より稼働率UP。  
→ スタッフの理解を得、院内の移動（治療目的）以外は満床にて経過、稼働率96%。

以上、ナース2名で夜勤体制を取るための、業務の見直しと調整が大きな課題であった。ナース・ワーカーの主任を中心に協力体制を取り試行、ケアの質を改善するよう取り組んだ。ボランティアさんの病棟訪問は新しい風を与えた。派遣スタッフも含め、ナース・ワーカーで連携を取り、患者が安心して日常生活を送ることができるよう、安全で安楽な療養環境を作りたい。

文責 多田 悦子

## ▶ 7 階病棟

### I 今年度の傾向と今後

昨年同様、長期透析患者さま、後期高齢者でケア度の高い患者さまの入院が多い一年であった。

看護においては「患者・家族が安心・満足して医療を受けられる療養環境の整備」を重点に活動した。

看護計画の提示を全患者さまに実施。計画の立案に参画してもらう事例も 8 例と昨年 2 例から増やすことが出来た。次年度は、各看護師が、一患者さまとの参画計画の立案を実施予定。さらに、評価を患者さまと行うなどケアや指導の I C を進めていきたい。

スタッフは、下半期に途中入職・ローテーションで新しいメンバーを 5 名を迎え、病棟内での O J T に重点をおいた。血管造影や腎生検など検査介助や C A P D・A P D の手技獲得のためのミニ学習会を開催した。次年度は、さらに専門的知識・技術習得を目指して研修等企画していきたい。

また、病棟としては 19 年度初めて Q C 活動に参加。スタッフ全員の協力を得て、一定の成果が得られたと考える。(下記参照) 次年度以降も継続していきたいと考える。

### II Q C 活動報告

テーマ：清拭タオルを適切な枚数を使用しよう。!

事前アンケートの結果、平均的な枚数上半身用を 3 枚・下半身用を 1 枚とし 6 ヶ月に渡り使用枚数を調査。(必要時増すことも可)

結果：5月 -27% 6月 -25% 7月 -27% 8月 32% 9月 -29%  
10月 -32% (スタッフが以前使用していた枚数で行ったと仮定した枚数との比較)  
(事後のアンケートから)

1. タオルに対するコスト意識が変わった (1 本リース代 9 円)
2. 活動終了後も基本的には 3 枚・1 枚にするようになった
3. 平均約 30% のコスト削減となった

### III 平成 19 年 7 階病棟年間目標年度末評価

1. 患者・家族が安心・満足して医療を受けられる療養環境を整備する。

① 検査説明を忘れずに行う

係りが説明シートを作成し、検査説明のし忘れはなく、患者さんからの指摘もなくなっている。

② 入院患者定期満足度調査 前年度調査結果より向上 評価 3 以下 1 割減

5 項目のうち態度、言葉づかいは「普通」の評価 3 が 12% と変わらなかったがその他 4 項目は 20% 代が 10% 代に減少し「満足」の評価 4 が増加していた。(検査・治療の説明、意見・希望を配慮しているか、依頼したことは行っているか、話し掛けやすい雰囲気)

H18 年は、「少し不満」が話し掛けやすい雰囲気の項目で 1 件あったが今年度は 0 であった。

③ 接遇研修への参加 (実施月に 5 名参加する)

7 月の研修には勤務調整がつかず不参加であったが、11 月は 7 名が参加し接遇の重要性を再認識する機会を得た。

2. 患者・家族にとってわかりやすい説明・ケアの提示を行えるよう参加型看護計画に取り組む。

① プランの一部提示をなんらかの形で全員に示す。(100%)

全員に実施出来ており、定着したと考える。

② 参加型看護計画への参画事例 4 事例 (10%) 各チーム 2 事例 (上・下半期 1 事例づつ)

スタッフの積極的な関わりにより、上半期ですでに各チーム 2 事例実施できており、下半期さらにチームで 1~2 事例実施を目標に上方修正した。結果として年間 8 事例という年度当初の目標の倍の事例を経験することになり、その殆どは、療養生活上の指導を要する患者さまであった。

③ 提示した目標や具体策が適切であるか、カンファレンスを実施 (1 回/W)

参加型看護計画のチェック表を作成し、下半期使用開始予定であったが徹底されておらず次年度も継続し評価していきたい。

④ 1 事例のみ、修正プランの提示をする

プランの一部を修正するよりも、新たなプラン、目標として提示している現状であった。よって、達成

できたと評価する。

3. 職員のニーズに沿った研修の実施により看護職員の知識の向上を図る。

- ① 病棟勉強会・研修の実施 年3回  
7月 不整脈パート1（緊急対応を要する不整脈）  
10月 PMについて  
3月不整脈パート2（ブロック）  
今年度は、勉強会のメンバーが講師となり不整脈の研修会を開催した。このことは、講師をしたスタッフ個人の学びは勿論、他のスタッフへの良い刺激になったと考える。
- ② 院内研修への参加 一人5回  
平均的には、4回程度の研修参加数となった。
- ③ 新人教育 プリセプター会議の実施 年3回 4・7・11月  
4月、7月の2回実施。以降対象者なく実施せず。

4. 看護過程展開能力と研究的視点を強化する。

- ① 看護過程研修への参加  
1名が参加し、10月に院内で発表。情動の変化が大きく、治療や処置に協力が得ることが困難な事例に対する関わりについて振り返る機会となった。
- ② 院外学会への発表  
7月に北海道病院学会にて発表。タイトル「消灯時間の延長の検討～患者の満足度と看護師のゆとり調査」
- ③ 次年度院外発表に向けて研究の実施 1件  
現在来年の札幌第一支部の研究発表会向け取り組んでいる。

5. 患者安全管理体制の整備と確認の徹底により医療事故防止・院内感染防止に取り組む。

- ① 約束事項を守らない・確認を怠ったことによる事故を減らす  
個人が前年比30%減の数値目標を設定し、それを守る  
個人目標に目標数を入れて取り組んだ。前年度5件以上のインシデント発生者は30%減を達成できているが新入職のスタッフのインシデントもあり総数としては前年とほぼ変わらなかった。(H18年79件、H19年83件)  
原因は、確認不足や約束事項の不徹底が主であった。レベルⅢも2件あり今後もゼロを目指し努力したい。
  - ② 転倒事故があった場合は、当日に再評価をし必要時対応策をとる。(夜間の場合は、翌日)  
ほぼ再評価は出来ているが、状態が変化していたり、患者さまの協力が得られないなどの理由で対応が遅れたことで同一患者さまでの転倒が2名あった。また、レベルⅢ(骨折)の事故が発生しており今後も転倒防止対策を強化していきたい。
  - ③ インシデントレポートの検討の実施(対応策を個人で検討月一回)  
インシデントの原因や対応策を考える機会となっているため、今後も継続する。
  - ④ 採血・注射後にリキャップをおこなわない。  
廃棄用BOXの使用はまだ徹底されていない。早朝の採血時に使用する事から始め定着を目指したい。
6. 業務のムダを改善し業務の効率化を推進する。
- ① QC活動の実施  
結果については、Ⅱを参照

7. 衛生材料の選択方法、使用方法の見直しや材料、薬品の適正管理により経費の削減を図る。

- ① 清拭タオルの10%削減(150万/年)
  - ① QC活動として実施 結果については、Ⅱを参照
  - ② ゴミの適性な廃棄  
感染性廃棄物用ボックス月平均6個とする(前年度)

## 結 果

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2個	2個	3個	3個	2個	1個	4個	2個	7個	2個	4個	2個

前年平均5.9個の使用数が、2.9個と半減できコスト削減にもつながった。その要因として考えられるのが、週一回スタッフが輪番で行ったゴミ点検が大きく影響したとおもわれる。処置量が比較できないためはっきりとは言えないが、ゴミ点検を行う事で、分別する物品の理解ができ感染性廃棄物の減少に繋がったと考える。今後も継続していきたい。

文責 滝本 早苗



## ▶ 8・9階病棟

8階病棟では昨年と比較すると、COPDや肺結核後遺症の後期高齢者が増加しており、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。また、札幌南三条病院と連携し相互に継続した治療と看護ケアを行っている。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。しかし数年前より高齢者が多く介助を要する患者が増加傾向にあり、転倒・転落など安全な療養環境の確保が求められている。19年度は、内服に関するインシデント削減と、MSWとの情報交換の徹底、患者・家族が参加・参画しての看護計画への取り組み等を中心に活動した。スタッフは幅広い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19年度 8階（9階）病棟目標評価

1. 患者・家族が安心・満足して医療を受けられる療養環境を整備する。
  - ① インシデント発生件数減少を目指す。
  - ② 薬剤師と連携する注射・内服に関するインシデントゼロを目指す。（8階）
  - ③ 発生した苦情や要望について、スタッフ全員で問題点を共有する。
  - ④ リンクナースと安全委員が中心となって、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る。
  - ⑤ 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を行う。
  - ⑥ 8・9階の連携を強化し、統一した看護ケアを提供する。

#### 【評価】

インシデント発生件数は、103件（8階94件・9階9件）であった。個別のインシデント傾向を分析し、スタッフに還元しているほか、スタッフの自己分析によるインシデント傾向の分析も実施した。②担当薬剤師の変更により、薬剤師との話し合いの継続が困難な状況にあったが、適宜話し合いを行い薬剤師との連携不足によるインシデントの減少を図った。薬剤師との連携不足によるインシデントは少なかったが、内服に関するインシデントが増加傾向にあったため、内服薬の残量確認などのシステム変更をした。③苦情や要望についての専用紙を作成したが、活用されなかった。しかし、苦情などが発生した時点で早急にカンファレンスを行い、問題点や対応策を検討され、その内容を情報用紙に記載され共有することができていた。④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出来ている。⑤MSWとの患者情報提供用紙を作成したことにより、MSWと面談後の情報交換を徹底することができた。また8階の患者情報提供用紙がきっかけとなり、全病棟の運用に変更となった。しかし、MSWからの情報が病棟に伝わらないことがあり、来年度は改善していく必要がある。⑥9階スタッフ全員の8階勤務、8・9階合同の詰所会議の開催はできていた。主任が中心となって8階9階のルールの統一化を図るため、統一したマニュアルを作成した。

2. 患者・家族が看護に主体的に参加できるような看護ケアを提供する。
  - ① 参加型看護計画に取り組む。
  - ② 看護記録、看護サマリーの監査・集計をスタッフが実施し、看護過程展開（情報収集・プラン立案・プラン修正・評価）レベルアップと記録方法の統一化を図る。

#### 【評価】

①スタッフ全員に参加型看護計画が浸透され、看護計画の一部提示は入院患者全員に実施し、参画はチームリーダー全員が行い5事例であった。定期的な参加型看護計画の対象患者の検討は行われなかったが、カンファレンス時などに検討が行われた。②新入職以外のスタッフ全員が記録監査・集計を行うことで、記録方法の統一を図ることができた。

3. 看護師としてのキャリアアップを図り、看護の質の向上を目指す。
  - ① 学習の必要性を理解し、院内外研修の自主的な参加を促す。
  - ② 病棟で対応する疾患と看護、検査や薬剤についての知識を深める。
  - ③ 病棟内の各委員・係が活動を主体的に行い、患者ケア内容の見直しや業務改善を行う。
  - ④ 院内の各委員会と連携し、記録・クリニカルパスを見直し標準化を図る。
  - ⑤ 自己目標を振り返り目標達成を目指す。

## 【評 価】

①スタッフの3分の2以上の17名のスタッフが院外研修に参加した。しかし伝達講習が徹底できなかった。また研究に関する研修は、1名が看護協会主催の研修に参加したのみである。研究メンバーが看護研究の知識を深めた上で看護研究に取り組んでいけるよう、研修に参加できる体制を整備していく。②学習係が中心となって、9回の勉強会（下記参照）が実施されたほか、他病棟主催の勉強会への参加も多く見られた。③④院内全体や看護部の各委員と連携を取りながら、年間スケジュールに沿って活動し目標達成している。⑤面接は2回行われ、5月に立案した年間目標・中間評価に沿って、スタッフそれぞれが目標達成している。

## 4. 医療財源の節約を心がけ、経費削減・コスト意識の向上を図る。

- ① コスト漏れを削減する。
- ② 病棟内の整理整頓に努め、事務用品の定数管理を実施する。
- ③ 医療廃棄物のゴミ削減に努める。
- ④ Q C活動に取り組む。

## 【評 価】

①②④8・9階ともにQ C委員が中心となって、コスト削減と事務用品の定数管理を実施しており、12月の発表終了後も継続して行われている。③安全委員が中心となって実施されている。

## 学会発表・主催の勉強会

- ・11/10 北海道看護協会第一支部 看護研究発表会  
看護師がクーリングについて考えていること～当院で行った意識調査の結果から～
- ・5月 BGA、ナルコーススの看護
- ・6月 COPDについて（Dr.田垣）
- ・7月 IP、慢性気管支炎、肺気腫の看護
- ・8月 スクイーミング（千葉PT）
- ・9月 SAS（Dr.大久保）
- ・10月 栄養について（Dr.原田）、救急ビデオ学習
- ・11月 人工呼吸器のチェックポイント

## 今後の展望

20年度より9階病棟が亜急性期病床として展開しており、8・9階共に後期高齢患者が殆どを占めている現状にある。そのためMSWとの連携を強化しながら退院支援を行っていきたい。また、参加・参画型看護計画を浸透させ、患者・家族が看護に主体的に参加でき、安全で安心できる看護ケアの提供を充実させていきたい。

文責 佐藤裕美子

## ▶ 研修ポイント制度について

H20年度より看護部研修ポイント制度を開始する。

### 1. 研修ポイント制度の目的：

- ① 研修ポイント制度の導入により学習をするうえでの目標が点数として具体的に可視化することができ、目標を立てやすくなる。
- ② 自分の研修受講履歴が残る。

### 2. ポイントの種類：

ポイントには、学会発表、院内外での講師などを行った際に発生するスペシャルポイントと、院内・院外の研修を受講した場合に発生する通常ポイントの2種類があります。

### ☆スペシャルポイント

- ① 学会に参加（院内・院外） 発表者：20P 共同研究者：10P  
※研究者以外の学会参加は通常ポイントです。
- ② 雑誌投稿 20P
- ③ テーマ研修を受ける  
※看護過程研修 20P  
※看護観研修 10P
- ③ 講師をする  
※院内講師 10P  
※院外講師 20P
- ④ Q C 活動に参加 発表者：20P メンバー：10P

### ☆通常ポイント

- ① 集合研修 5P
- ② O J T 5P
- ③ 学会参加 5P
- ④ 院外研修 5P

### 【注意点】

- 1. 看護職員は最低年間30ポイント以上の研修または学会に参加する。
- 2. 参加を希望する研修は、個人目標の行動計画として出す。
- 3. 研修ポイントシートへのスタンプの捺印は、O J T、院外研修、学会発表の場合は所属長が行い、院内集合研修の場合は、教育委員が行う。
- 4. ポイントは研修終了後につける。
- 5. 途中参加の場合、5割出席以上でポイントとしてみとめる。O J Tの場合は所属長の判断により決定する。

### ☆ポイント獲得上位者5人を表彰し、副賞として図書券を贈呈する

（予算5万円相当） ※ただし50P以上 科長以上の役職者は副賞の対象から外す。

※運用にかかる費用は看護部会費をあてる。

※カードを紛失した場合は、再発行を認めるがポイントは失効とする。

☆ポイント対象期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までの1年間とし、ポイントの繰越は行わない。

平成19年度 看護部 院外研修参加実績

	研修会名	氏名	開催日	開催地
1	看護必要度の考え方と評価方法	7 F 滝本 早苗	2007.04.14	北海道看護協会
2	看護必要度の考え方と評価方法	8 F 佐藤裕美子	2007.04.15	北海道看護協会
3	外来看護記録と業務改善の視点と具体的方法	外来 倉 ヒナ子	2007.06.16	道特会館
4	褥瘡ケア研修会	8 F 丸谷 妙子 7 F 樋山 智恵 6 F 森友 音江	2007.05.28	札幌コンベンションセンター
5	臨床における看護研究の基礎	7 F 鶴丸由美恵 8 F 高田恵梨香	2007.05.23	北海道看護協会
6	看護必要度の考え方と評価方法研修会	8 F 後藤 淳子	2007.05.26	北海道看護協会
7	看護必要度の考え方と評価方法研修会	7 F 柳屋 瑞穂	2007.05.27	北海道看護協会
8	医療安全管理者養成研修会	5 F 竹内 順子	2007.06.11	北海道看護協会
9	臨地実習指導研修会	8 F 越前屋明子 7 F 梶野麻衣子	2007.06.18	北海道看護協会
10	緊急時におけるアセスメントと看護	5 F 彦坂 恵里	2007.07.13	北海道看護協会
11	家族への看護	5 F 板井 沙織	2007.07.02	北海道看護協会
12	フォーカスチャータニング、基本から応用記述実践トレーニング	7 F 滝本 早苗 8 F 佐藤裕美子	2007.07.15	北海道教育会館
13	クリニカルラダーによる人材育成の仕組みづくり	白川 弘子 6 F 多田 悦子	2007.08.05	チサンホテル札幌
14	感染・医療事故防止セミナー2007 in北海道	外来 倉 ヒナ子 5 F 松岡 優子 8 F 越前屋明子 HD 澤田 幸子	2007.07.07	北翔大学
15	災害看護 I	HD 中村 夏子	2007.07.17	北海道看護協会
16	感染と看護 研修	HD 大西 香織 8 F 美馬 典子	2007.07.30	北海道看護協会
17	機能するリスクマネジメント研修会	7 F 田畑多味子 8 F 前重 朗子	2007.08.01	北海道看護協会
18	フォーカスチャータニング、基本から応用記述実践トレーニング	6 F 高橋 由香	2007.07.15	北海道教育会館
19	臨床における看護研究の基礎	外来 小林としえ	2007.08.08	北海道看護協会
20	臨床における看護研究の取り組み II	5 F 彦坂 恵里	2007.08.20	北海道看護協会
21	主体的学習能力の育成	7 F 滝本 早苗	2007.08.17	北海道看護協会
22	慢性呼吸不全患者の呼吸管理と看護	8 F 三浦絵里奈	2007.08.27	北海道看護協会
23	慢性呼吸不全患者の呼吸管理と看護	8 F 三浦 香織	2007.08.27	北海道看護協会
24	病院事務長・看護部長合同研修会	白川 弘子	2007.09.21	秋田ビューホテル(秋田)
25	今問われる看護記録研修会	7 F 大西 昌子 8 F 田之岡早苗	2007.11.08	北海道看護協会
26	第38回日本看護学会ー成人看護 Iー	白川 弘子、居上 優香、滝本 早苗 佐藤裕美子、多田 悦子	2007.10.04	札幌コンベンションセンター
27	専門看護師・認定看護師への道と役割研修会	HD 上野 絵里	2007.09.27	北海道看護協会
28	施設における継続教育プログラムの開発	7 F 滝本 早苗	2007.11.12	看護教育研修センター(東京)
29	北海道呼吸リハビリテーション講習会	8 F 尾崎 美春	2007.10.14	KKR札幌
30	准看護師の看護過程ー基礎ー	9 F 中江 朝子 5 F 井上 典子	2007.10.29	北海道看護協会
31	感染管理	7 F 滝本 早苗 5 F 松岡 優子 HD 上野 絵里	2007.10.24	北海道看護協会
32	新人看護師指導者ープリセプターへの支援ー	7 F 柳谷 瑞穂	2007.10.22	北海道看護協会
33	病院経営と看護管理	白川 弘子	2007.11.15	北海道看護協会
34	札幌看護研究会	佐藤裕美子、田之岡早苗、藤原 紀子 白川 弘子、居上 優香、竹内 順子	2007.10.27	札幌コンベンションセンター
35	師長補佐に求められる看護管理研修会	5 F 竹内 順子 6 F 高橋 由香	2007.12.03	北海道看護協会
36	施設内教育委員のための現任教育	8 F 後藤 淳子	2007.12.10	北海道看護協会
37	准看護師の看護過程ーフォローアップ研修	5 F 井上 典子 9 F 中江 朝子	2008.01.14	北海道看護協会
38	時代を見据えた看護管理者の役割	5 F 中野渡 悟	2008.02.14	グランドホテルニュー王子(苫小牧)
39	第70回 BLSコース	5 F 竹内 順子	2008.02.09	札幌医科大学
40	札幌市病院学会	HD 福島 亮	2008.02.02	札幌医師会館
41	治療環境における感染管理の問題点	5 F 松岡 優子 HD 中野渡 悟 HD 上野 絵里	2008.03.20	北海道自治労会館