

■看護部

○平成20年度 看護部年報

平成20年度は、診療報酬改定に伴い7月から5階病棟の7：1看護の申請に向けて、看護師数の確保及び看護必要度のスタッフ教育からスタートしました。

6月からは外来完全予約制の導入や、5月から5階病棟での病棟透析の開始と、9階病棟の札幌南三条病院から術後検査入院の受け入れの為の調整など、部門を超えて取り組むことが必至の1年でした。

以上のように病院の事業計画にそって、看護部の目標は委員会・各部署がそれぞれの役割を担い実施されました。

平成20年度 札幌南一条病院 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

I 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。
 - 1) 機能評価で求められる、看護ケアの説明と同意が患者・家族から得られる。
倫理的検討事項の集積・検討を行い患者満足の向上が出来る
2. 機能評価を目指し記録の整備を行う
 - 1) 患者・家族にとってわかりやすい説明・ケアの提示を行う
 - 2) パス委員会と連携し記録・パスの見直しを行い記録の標準化・効率化を図る
3. 他部門との連携強化を図り患者・家族のニーズに沿った関わりができる
 - 1) 関係部署との話し合いを行い患者情報が共有でき情報に合ったケアに繋げる事が出来る
4. 離職防止のため職場環境を整える
 - 1) 業務の効率化・業務整理

II 教育の充実

1. 腎臓病、慢性呼吸器疾患、透析の基本的な看護が行える看護師の育成を行う
 - 1) 適切なケア提供のためスキルアップを行う
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。(中長期教育計画の見直し)
 - 1) 教育委員が主体的に企画、運営が行えるようになる
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。
 - 1) クリニカルラダーの構築
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。
(看護職員のキャリアアップ)
 - 1) 教育委員会のアンケート結果を元にニーズに沿った研修会を行う
5. 科長・主任に必要なスキルの習得
 - 1) 看護管理・リーダー研修の開催により知識を深めることができる
6. 看護過程展開能力と研究的視点を強化する。
 - 1) 看護過程・看護研究から自己の看護観を深めることができる

III 事故防止と安全な療養環境の提供

1. 患者安全管理体制の整備により医療事故防止・院内感染防止に取り組む。(患者安全体制の強化)
 - 1) スクマネージメントマニュアルの見直し
看護部セイフティマネージメント委員会

- 2) パトロール実施の及び評価
看護部セイフティマネージメント委員会……
- 3) 瘡・創傷ケアの研修会の実施
 - ① 褥瘡委員（看護部）での事例検討を1回／月実施
（竹内主任・高橋主任）中心 褥瘡委員会・各部署
 - ② KYTトレーニングを行いセイフティマネージメント委員会のスキルアップを図る。
看護部セイフティマネージメント委員会……外部講師
 - ③ リンクナース業務を明確化にし感染防止の推進活動を行う
リンクナース・全部署

IV 人事および労務

V 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。
看護部5・7・8・9病棟 1年
 - ①看護必要度の理解 一般病棟全部署 上半期 WG
2. 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衛生材料の削減)中央材料室・各部署 1年
3. コスト意識の向上によ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 全部署 2回／年（上半期・下半期）
講師：高橋課長・角野課長
4. 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。
 - ①平均在院日数の短縮 5・7・8・9階病棟 17日
 - ②亜急性期の患者の病床管理 9階病棟中心

【看護の質向上】

患者にとってわかりやすいケアの提供が何らかの形で患者・家族に提示にできるよう、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・各部署報告参照）
外来待ち時間調査は不満の件数が5%改善しました。（部署報告参照）

【医療安全】

昨年（19年度）行った意識調査については北海道病院学会で居上副部長が発表し、6階病棟での「安全への取り組み」多田科長が発表した。
看護部セイフティマネージメント委員会は、KYTの雑誌の著者でもある北光記念病院の坂口信子先生を講師に3回にわたり委員の指導をして頂きました。気づきの多いとても効果的な研修でした。次年度はこの研修を活かしKYT活動が定着出来るような取り組みをしていきたい。（詳細は委員会報告参照）

文責 白川 弘子

▶ 看護部教育委員会

教育委員長の滝本科長をはじめに、各部署の教育委員、主任会が中心となりスタッフ教育については企画どおり順調に今年度も研修は終了した。(教育委員会報告参照)

教育プログラムの枠組みとして昨年度から検討していたクリニカルラダーが出来ました。平成21年度は評価基準の具体的な内容の承認がされていないため、仮運用から開始します。

今年度は研修参加者の「看護職研修のポイント制度」を導入しました。

- 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。

以上を目的に開始し、最低獲得ポイントを30ポイントと設定しました。各個人が必要な研修を選択して参加できること、どんな研修に参加したか個人の履歴がポイントカードに残るようになっていたため、1年間の個人の成果をみることができ目標が可視化できることは評価として有効だったと考えます。しかし夜勤者と常日勤者での参加できる環境の差の課題はあるが、看護部科長会で検討しポイント数の見直しを行い次年度も継続することとなった。

今後、年度始めの目標面接時に研修受講履歴を活用したいと思います。

今年度の最高ポイント獲得数は205ポイントでした。(ポイント結果は別紙参照)

平成20年度4月より、新たに5階病棟が一般病棟7：1看護に変更にするための申請にむけて看護師数の確保については、働ける看護師の曜日・時間に合わせた短時間パート者を採用したことで、欠員分の補充と月単位の休職者分の人員確保ができ在職スタッフ協力のもと今年度も7：1が維持できました。

一般病棟では看護必要度の開始と共に、入院患者全員に毎日必要度のチェックを行わなければならないため、それに伴い平成19年度から患者数人に開始していた看護必要度のチェックの仕方を看護職全員がマスターしなければならず、スタッフ教育が必須で研修については、7階病棟 滝本科長・柳屋主任、8階病棟 佐藤科長・後藤主任が中心になり看護部全体で研修を実施することができました。

研修者全員が必要合格点数に達することができ終了証を発行しています。

看護必要度は一般病棟で毎日スタッフがチェックし、PCの必要度の表に入力し更に科長がチェックしている。今年度は平均約18%を維持できました。

5階病棟は当初の一般病棟7：1から施設基準の申請が一般障がい者病棟に変更になり、超重症透析患者の受け入れと病棟透析が開始になりました。5階病棟スタッフの透析に対する教育の開始と透析室のスタッフとの業務調整が行われ、改装工事終了とともに8床が稼働、さらに1月には8床の改装工事が行われ16床が今年度、病棟透析として稼働しました。(詳細は部署報告参照)

外来の完全予約制が6月から開始になり、同時にクラーク業務が派遣請負業務になり、倉主任が中心になり業務調整等行いその後順調に経過し、待ち時間調査の結果は不満を感じている割合5%減った、改善があり予約制の効果と考えます。また看護部だけにとどまらず関係部署すべての協力の結果と言えらると思います。平成21年2月からは患者サービスとして予約フリーダイヤルにしました、変更後の患者アンケートは次年度実施したい。

外来クラークの請負業務については新年度から当院準職員としてチームに加わることにになり更に外来業務の効率化を図りたい。

次年度は内視鏡を外来部門に変更し検査が効率良く安心して受けられるよう、人員の配置及び業務調査を行い結果で業務調整を行う予定である。

まとめ

看護職倫理綱領第8条の「看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発につとめる」とあるように院外研究発表や院外・院内研修、OJTも含めて積極的に参加できた。

別紙の年間研修参加実績表に示したように、多くのスタッフ研修に参加できました。個人の責任で自らが自己研鑽できていると高く評価するとともに、病院が看護部の教育に日頃ご理解と承認をいただいていることに感謝したい。

平成21年度は感染管理認定看護師コースに入学するスタッフがあり、看護部としても患者または病院へ大きく貢献できる1歩を踏み出したと感じております。

次年度は機能評価へむけて、これまで積み上げ継続してきたこと整理し受審にむけて準備を行っていきます。

「継続は力なり」というように医療情勢の変化をしっかりとみすえて、看護師が看護師としての責任のもとにしっかり仕事する事、患者さんがいて私たちの「看護ケア」が提供できることを忘れてはならない、私たちの看護が継続していけるよう努力する。

そして、患者さんのために安全を第一に根拠に基づいた判断・ケアができるよう、自己研鑽し心のこもった看護を提供していきたい。

文責 白川 弘子

20年度看護部取得ポイント結果

主任の部

1位	竹内主任	205ポイント
2位	倉見主任	140ポイント
3位	倉主任	115ポイント

スタッフの部

1位	5 F	板井さん	175ポイント	(教育委員)
2位	6 F	緒方さん	125ポイント	(教育委員)
3位	7 F	工藤さん	120ポイント	(常日勤)
3位	9 F	中根さん	120ポイント	
3位	外来	小川さん	120ポイント	(常日勤)

ポイントのみによる分析結果

主任は研修担当などがあるため、殆どの主任が高得点を取得している。(平均値120点)

スタッフでは教育委員が上位であり、次に常日勤または夜勤回数の少ないスタッフが3位から7位までを占めている。夜勤をしているスタッフはポイントにばらつきがあるため、ポイント取得に夜勤が影響しているとは考えにくい。最低ポイントについては、スタッフの入職時期や状況が不明なため詳細は不明であるが、10ポイント1名20ポイント1名となっている。(ポイント報告のなかったスタッフは、除外している。)

文責 佐藤裕美子

▶ 看護部記録委員会

本委員会は看護記録の質の向上を図り、看護ケアへ反映させることを目的に運営され、看護記録や看護計画等の監査、記録類の検討を行い看護記録類の整備、作成等を行っている。平成20年度は、わかりやすい看護ケアの提示を目標に、参加型看護計画の提示方法などについてのマニュアルと、参画型看護計画の対象患者選択方法などのフローを作成した。また昨年同様、記録監査方法や看護記録内容の統一をしていくため、症状記載基準・略語集の見直しその他、記録と退院時サマリーの監査基準を作成した。

平成20年度目標・評価

1. 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 全病棟が入院患者全員に看護計画の一部提示を実施する。
- ② 参加型看護計画の参画を全病棟で3事例以上実施する。
- ③ 看護計画の一部提示方法・参画について検討し、統一する。

【評価】

① 7～9階は実施できており、6階も4月より少しずつ実施し始めており、毎月数名の一部提示ができている。②各病棟目標に沿って、7階51名8階12名の参画ができた。参画は対象患者が限定されるため、数多くの参画にはならなかったが、今後も病棟の特殊性を考慮しながら、検討・評価していく。③5月に看護計画の提示方法について聞き取り調査をし、マニュアルを作成した。また8階で独自に作成した参画についてのマニュアルを参考にし、参画方法の対象患者選択等、参画方法についてのフローを作成した。

2. 機能評価に向けての記録の整備・標準化を行う。

- ① 主任会と連携し、看護必要度に関連した記録類の整備を行う。
- ② 温度板・ケアシート・症状記載基準の評価・見直しを行う。
- ③ 記録監査の継続・検討。
- ④ 外来記録の整備。

【評価】

①看護必要度に関連した記録について関わることはなかったが、今後必要時は連携をとっていく。②症状記載基準は適宜見直しされており、今後も継続して行っていく。③4回委員会の休会があったが、各病棟で記録監査は継続して行われていた。長期入院患者用の監査用紙については、現在の監査用紙でも対応できるため作成はしなかった。しかし、記録の監査基準と退院時サマリー監査基準を作成した。監査基準は、新年度から活用し評価していく。④HOT記録は退院時サマリーを活用することで、看護部の承認を得て廃止した。退院時サマリーの返信記録については着手できず、来年度の課題とする。

研修参加

「今問われる看護記録」 北海道看護協会主催 6階 高橋 8・9階 佐藤

今後の展望

継続して病院機能評価Ver.6に対応する看護記録の整備をしていく予定である。また、参画型看護計画は対象患者が限定されるため、病棟の特殊性を考慮した上で浸透できるようなシステムの構築をしていきたい。

文責 佐藤裕美子

▶ 看護部セイフティマネジメント委員会

活動報告

看護部セイフティ委員会は、年間事業計画を基に、インシデント分析（ゼロ報告も含む）、安全対策の検討、安全に関する職員教育、安全の重点キャンペーン、安全パトロール、看護業務安全自己点検を中心に活動した。看護部の年間インシデント報告件数は390件、ゼロ報告233件だった。職員教育としては、安全に関する意識向上を目的に、5月に全看護職員を対象に「安全に関する意識調査」を行い、6月に開催した「安全に関する取り組み発表会」にて調査結果を発表した。また、発表会では、各部署の重点キャンペーンの取り組みとSHELL分析事例について発表した。本年度は、KYT（危険予知トレーニング）に注目し、北光記念病院のゼネラルリスクマネージャーの坂口信子先生に講師を依頼し、3回に渡って講義、演習を行った。この研修には札幌南三条病院の看護師も参加した。

重点キャンペーンは、各部署が3ヶ月～4ヶ月ごとに、実際に発生しているインシデントやヒヤリ・ハットをもとにキャンペーンテーマを決定し、目標、評価基準を立案、実施、評価を行い一定の成果を得た。

安全パトロールについては、輸血、点滴・注射、内服、療養環境、転倒・転落、身体拘束についてそれぞれ調査票を作成し、年間スケジュールをたて実施し安全対策に役立てた。

このほかに、セイフティマネジメントマニュアルの見直し、業務フローの作成を行った。

【4月検討】

- ① 平成20年度 セイフティ年間活動案の作成
- ② セイフティマネジメントマニュアル、看護手順で使用される製品、表現の統一フォーマットの検討
- ③ 安全に関する取り組み発表会の打ち合わせ
- ④ 分析ツールをSHELLから背景要因分析へ変更

【5月検討】

- ① 口頭指示受けメモの運用変更について
- ② AEDの使用方法について
- ③ KYT研修の企画
- ④ ディプリパンのシリンジタイプがシリンジポンプで使用できない件、エボジンを静脈注射する際にとクレーブコネクターと合わない件については安全管理委員会にて製品変更することを決定したことを報告する。

【6月検討】

- ① KYT研修に向け講師の坂口信子先生の著書「医療安全テキスト」を各部署分購入
- ② 口頭指示受けメモの運用を一部変更
→ 口頭指示で受けた注射・点滴、内服の処方書は看護師がボールペンで記載し、事後に医師が内容を確認しサイン
- ③ ランセットの取扱いについて
→ デバイスを交差感染予防のため患者1名毎に専用にすることを徹底するよう再度スタッフ全員に周知・徹底
- ④ 真空採血管を使用して採血する際の駆血帯を外すタイミングについても再度確認
- ⑤ うーご君（センサーマット）5個、車椅子用安心ベルト、シートベルトを各3個購入
- ⑥ 安全に関する取り組み発表会（6月24日）役割分担

【7月検討】

- ① 7月11日 「KYT研修1－KYTとメディカルセイフティ分析について基調講義」
講師：北光記念病院 坂口 信子 先生（札幌南三条から4名参加）
- ② 7月15日 「背景要因分析について」講師 野澤副院長
- ③ 今後の背景要因分析のすすめ方について
- ④ 倍量処方について安全推進委員会に検討依頼

【8月検討】

- ① ベッド柵が古く、ガタガタしているため、修理・購入が必要
→ 現在メーカー廃業により同メーカーの製品は手に入らないため、他メーカーで合うものを探す。
- ② 検査手順の内容をファイルメーカーをフォーマットにして見直す件について途中経過報告

【9月検討】

- ① 9月12日 「KYT研修2－北光記念病院で行っている研修内容を演習」
講師：北光記念病院 坂口 信子 先生（札幌南三条から4名参加）
- ③ 挿管チューブの固定について
→ 途中までチューブが自己（あるいは事故）抜去された場合の対応について医局へ確認
※当直医をよび医師が確認することを決定
- ④ アンビューバックを使用する際に不具合があった件について
→ メンテナンス方法に問題があり、中材で一元管理し、使用毎に洗浄、滅菌し点検済みのものを各部署に配置する。
- ⑤ 看護手順・検査手順について科長会での決定事項を通達頻度の高い業務についてはフローチャート化する。
- ⑥ 倉見主任より伝達講習「医療安全管理者養成研修」

【10月検討】

- ① セイフティ委員会上半期中間評価
- ② 高橋主任より伝達講習「機能するリスクマネジメント」
- ③ 採血ホルダーのディスポ化→製品が納品され次第切り替え予定
- ④ カフ圧計 1台購入し院内に2台あり（1台37000円）

【11月検討】

- ① 11月14日 「KYT研修3－実際に当院でKYTを企画・実施・評価する」
講師：北光記念病院 坂口 信子 先生（札幌南三条から4名参加）
- ② 今後のKYT研修の取り組みについて
- ③ 他院で発生した入浴時の熱傷による事故について紹介し、当院でも安全について検討するよう通知（50℃のお湯に2分間入浴させショック死させた事故）

【12月検討】

- ① 安全パトロールの結果から、輸血発注などのフローの設置場所、方法を統一した方がよいのではという提案あり
- ② 特殊スピッツを使用する採血の検体準備のエラーがつづいているため、特殊スピッツ一覧を作成したい
→ 苫小牧臨床に作成依頼

【1月検討】

- ① 業務フローのフォーマット決定
- ② 転院・他院受診マニュアルの作成
- ③ 金品および患者の私物管理について ※5階病棟で盗難事故あり
- ④ ペン型インスリンのリムーバーを使用した針刺し事故あり、使用方法、運用について再度スタッフに周知するよう通達
- ⑤ 製品変更時のインフォメーションにあり方について ※周知されていないことが多い
- ⑥ 新しいガス分キットの使用方法について ※シリンジの外し方がわからない
- ⑦ 特浴の温度設定に関するヒヤリ・ハットについて
※ 原因不明だが機械浴の浴槽の温度が高すぎたためセイフティロックが働いた事例があった。
メーカーに点検してもらい、温度が43℃以上にあがらないよう設定を変更し、メンテナンスについて検討した。

【2月検討】

- ① セイフティワーキンググループの編成と活動目的、活動内容について
- ② 医療安全全国共同行動への参加について
- ③ 指示受けフロー、内服フロー、点滴フロー、採血フロー、抗凝固剤使用フロー、CAPDフローについて検討
- ④ 分析ツールの変更→背景要因分析からRCA分析へ変更予定
- ⑤ 5階病棟でソーメンによる窒息事故があったため、異物除去の方法について各部署で確認するよう通達
※ハイムリッヒ法、SC、BFによる異物除去について

【3月検討】

- ① 平成20年度セイフティ活動計画の年間評価の実施
- ② 看護部セイフティ通信について
- ③ 設置要綱の変更
→ 任期を平成21年度より2年に延期し、定例会を第3月曜に移動
- ④ 温罨法による低温やけどについて
※温罨法時の注意点について再確認し、スタッフに周知するよう通達

【安全に関する意識調査の結果】

平成20年5月に全看護職員を対象に実施した。回答数は104件であり、調査項目は「安全に対する意識の高さ」「看護職賠償責任保険への加入」「安全自己チェック表の活用」「リスクマネジメントマニュアルの活用」「看護手順・検査手順の活用」「重点キャンペーンの活用」「作業中断カードの活用」「安全情報の入手方法」「安全に関する研修希望」であった。安全に関する意識の高さについては、どの部署も意識は高いと回答されていたが、看護職賠償責任保険に実際に加入している職員は54%だった。

安全に関する自己チェックについては、「役立つこともある」と7割以上が回答しているが、リスクマネジメントマニュアル、業務手順の活用度は低く、部署により差があるが、重点キャンペーンの活用、作業中断カードについても知らない職員もいた。

【まとめ】

平成20年度も大きな事故がなく経過した。セイフティ委員会の地道な活動も定着し、確実に効果を挙げている。しかし、せっかくの検討内容や安全情報の周知、安全活動の遵守が不十分な状況があるため、次年度はそこに注目し活動したい。また、KYTについても、セイフティメンバー以外の職員に対しても研修を実施し、業務に定着できるよう働きかけていく予定である。

文責 居上 優香

▶ 看護部主任会議

【活動報告】

看護部主任会議（管理）は月1回第2月曜日に開催している。構成メンバーは看護部の主任全員（ケアワーカー主任を除く）で、居上がオブザーバーとして参加している。活動内容としては、看護部の年間事業計画を受け、特に看護管理に関する業務内容について検討をした。また、各主任が輪番でお互いに管理が難しかった事例についてディスカッションした。平成20年度の検討内容は以下の通りである。

1. 看護必要度導入に伴う準備・運用に関する検討

平成20年度7月より開始された看護必要度の導入に関して入力フォームの作成（File Maker）、研修会への参加（看護協会主催）、研修会用ビデオの作成、認定テスト用問題の作成を行い、病棟看護師および希望者に対して2回の研修会を実施した。その後の中途採用者に対しては、各部署がOJTで実施している。

2. 新人看護師用チェックリストの作成

厚生労働省による「新人看護職員研修指導指針」に基づき、①看護職員として必要な基本姿勢と態度、②看護技術（環境調整、食事、排泄、活動・休息、清潔、衣生活、呼吸・循環の調整、創傷管理、救命救急処置、症状・生体機能維持管理、苦痛の緩和・安楽の確保、感染防止、安全確保）③看護実践における管理的側面の各項目を網羅する形で当院にあった内容で作成した。

3. 看護助手業務の手順作成

各部署毎に作成されていた看護助手業務について、主任が看護助手より聞き取り調査を行い、現状を把握した。その内容を収集し、平成21年度に部署ごとの違いを検討し、標準化して業務手順を作成する予定。また、H21年度には、出来上がった看護助手手順を基に「看護助手研修」を年に2回づつ計4回開催する予定である。

4. 離職防止プログラムの検討

科長会での検討内容をもとに離職防止プログラムについて検討する。新採用者と現職の職員についてそれぞれ当院で実施可能なスタイルを検討し、H21年度に明文化する予定。

5. 中間管理職としてのスキルアップ

管理事例の検討（月1回、輪番性）

労務管理に関する研修の参加 講師 高橋副部長 3月19日

6. クリニカルラダーに関する検討

看護部における能力開発、目標管理の基準としてクリニカルラダーの作成・検討を行った。H21年度に仮運用を行い、3年計画で完成させる予定。

以 上

文責 居上 優香

	新採用者	I	II		III	IV
			II a	II b		
定義	入職してから1ヶ月以内の職員。新卒・既卒を問わない。	新卒者。基本的看護技術を助言・支援を受けながら行っている段階。	通常のルーチン業務ができ、夜勤業務ができる段階。	業務リーダーができる段階。	チームリーダーもしくはそれに準ずる業務ができる段階。	主任もしくはそれに準ずる業務ができる段階。
職能	看護師・准看護師	看護師・准看護師	看護師・准看護師	看護師・准看護師	看護師	看護師
到達目標	当院の組織、役割、建物の構造、設備がわかる。看護部の方針、目標を理解できる。 ※受持ち患者は持たない。 ※ただし、経験者の場合は状況により、部屋もちをする。	①支援を受けながら基本的な看護技術、看護に必要な知識を習得できる。社会人として必要な態度・マナーを身につけることができる。 ②1日の業務の流れを理解しオリエンテーション夜勤に入ることができる。 ③メンバーシップを理解できる。 ※支援を受けながら、先輩ナースと一緒に受持ち患者の看護過程を展開できる。	①部署における基本的な看護技術および看護に必要な知識を習得している。 ②夜勤を含めた通常ルーチン業務を自立して行える。 ③メンバーシップを理解し発揮できる。 ※特別な場合を除いて、一人で受け持てる。 ※基本的な看護技術を後輩に支援できる。 ※自己の看護感を持つことができる。	①業務リーダーの役割が理解できる。 ②特別な場合を除き、所属部署における業務リーダーができる。 ③リーダーシップを理解できる。	①チームリーダーもしくはそれに準じた役割を理解し、実践できる。 ②リーダーシップを理解し、通常業務の中で発揮できる。 ③役割モデルとして看護を実践でき、基本的な看護技術を後輩に支援できる。 ※受持ちナースとして自立できる。 ※特別な場合を除き、看護過程の支援ができる。	①主任もしくはそれに準じた役割を理解し、実践できる。 ②プリセプター、各委員の支援ができる。 ※主任の場合は「科長・主任の役割」を参照し、委任の範囲を決定し、決定された範囲で責任をもって実践できる。 ※受持ちナースの支援ができる。
評価	入職1ヶ月後に評価。 ラダーの段階は新卒・既卒、経験により異なる。	入職後1年目定期面接にて評価。もしくは夜勤業務に入る前に評価。	定期面接にて1年に1回もしくは科長の判断により評価。	定期面接にて1年に1回もしくは科長の判断により評価。	定期面接にて1年に1回もしくは科長の判断により評価。	定期面接にて1年に1回もしくは科長の判断により評価。
役割	なし	部署内の係り活動への参加ができる。	部署内および看護部内での委員会への参加ができる。 ※第1プリセプター	部署内および看護部内での委員会への参加。 ※ただし科長の判断により院内の委員会へ参加は可能。 ※第2プリセプター	看護部、院内の会議への参加部署内係り活動への支援ができる。 ※臨床実習における学生支援ができる。	各委員会、部署内活動への支援ができる。 ※学生指導者への支援ができる。
倫理説明	看護実践に必要な関係法規が理解できる。 基本的な倫理に関する知識がある。	先輩・上司の支援を受けながら患者・家族に通常看護の範囲内に関して説明できる。	患者・家族に対して通常看護の範囲内のことに関して説明ができる。 ※診療に関して説明の必要性が生じた場合は医師に調整できる。 倫理事例の検討を通して、具体的な看護における倫理的配慮理解できる。	通常看護業務の範囲内での患者・家族への説明に対して、後輩に支援できる。 ※診療に関することについては、医師に調整し、医師の指示の範囲内で説明することができる。	看護実践に必要な関係法規を理解し、スタッフに支援できる。 倫理的な問題に対して検討の必要性が生じた場合は提案できる。	
看護ケア実践能力	看護過程展開	①当院で実施している看護方式・看護過程について理解できる。 ②記録様式がわかる。	①特別な場合を除き、一人で看護過程を展開でき、実践した看護の評価ができる。 患者の希望・個性を配慮した計画を立案できる。 ②看護サマリーおよび看護情報提供書を記載することができる。 ③看護方針の決定に参加できる。 ④カンファレンスで積極的に発言できる。	①特別な場合を除き、看護過程の助言ができる。 ②チームで実践されている看護看護過程の評価ができる。 ③看護方針を決定できる。	①特別な場合における看護過程の助言ができる。 ②サマリー等の評価ができる。 ③看護方針の評価ができる。 ※標準看護計画の再検討や専門領域の看護計画の作成に参加できる。	
	実践	①当院の基準・手順書に従った看護実践内容が理解できる。	①支援を受けながら、安全・安楽に配慮した基本的な看護ケアを提供できる。 ②一般状態の観察、身体計測、バイタルサインを正しく測定し、報告できる。	①基本的な看護ケアを一人で提供できる。 ②患者さんの希望・個性を配慮したケアが提供できる。 ③全身管理が必要な患者を受け持てる。 ④患者の個性に合わせた患者教育支援ができる。 ⑤緊急時の対応ができる。	①特別な治療下あるいは専門的な看護を必要とする患者を受け持てる。 ②個性を重視したケアの実践ができ、後輩に支援できる。 ③緊急時のメンバーに指示できる。	①専門的な看護を実践できるとともに、支援できる。 ②救急時の対応を支援できる。 ③提供された看護実践の質を科長とともに評価できる。
	調整	不明な点があれば質問・あるいは調べるができる。	自分が行った行為や疑問に思うことを報告、連絡、相談できる。	メンバー間の調整ができる。	通常業務の中で、医師を含めた他部門(状況により他院)との連絡ができる。	業務改善、連携強化を意識した他部門との調整ができる。

	新採用者	I	II		III	IV	
			II a	II b			
ケアマネージメント	安全・管理・委任	①部署内安全活動を理解し協力できる。	①積極的にヒヤリ・ハット、インシデントレポートの報告ができる。 ②指示のもとに危険回避行動をとることができる。	①危険を予測し、自ら危険回避行動がとれる。 ②通常業務の中で安全や患者満足につながる意見を言える。	①インシデント分析に参加できる。 ②セイフティ委員やリンクナースの活動内容を理解し協力できる。 ③安全活動を後輩に助言でき、回避の支援ができる。	①科長・主任不在時に委任された代行業務を行うことができる。 ②安全な療養環境の確保に積極的に参加し、提案できる。 ③事故分析に参加でき、必要な対応策を提案できる。	①特別な場合を除き科長不在時の代行業務ができる。 ②安全な環境の確保・システムが構築されているか、科長とに評価し、必要な提言ができる。
専門能力の開発	専門性強化・質向上	所属部署の主な疾患、治療が何かわかる。	①所属部署の主な疾患、治療、看護に関して、支援を受けながら調べ習得できる。 ②必要な院内の研修会等に参加できる。 ③文献検索ができる。 ④支援を受け看護必要度を評価できる。	①自己の看護感を実践と結びつけることができる。 ②看護研究のメンバーとして参加できる。 ③院外の研究発表・学会に積極的に参加できる。 ④一人で看護必要度を評価できる。	①実践や事例の検討を通して自己の看護感を確立できる。 ②助言を受け専門分野での院外の研修にも参加できる。 ③TQM活動に参加できる。	①研究的な視点を養うため、積極的に院内外の学会に参加できる。 ②自己の研究テーマを持つことができる。 ③後輩に対して教育的関わりがもてる。 ④より専門性の高い看護を提供できるよう自己研鑽できる。 ⑤看護必要度評価の支援ができる。	①自己の看護能力を向上させるためのキャリア開発ができる。 ②後輩の指導を通して教育的スキルを高めることができる。 ③看護研究の支援ができる。 ④看護必要度の看護部全体の教育支援ができる。 ⑤TQM活動の支援ができる。 ⑥科長とともに所属部署における看護の質を評価し、向上のための対策に参加できる。

▶ 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。前年度まで呼吸器の医師2名の予約制で有ったが、今年度6月より全科（呼吸器科・循環器科・消化器科）の医師が予約制を導入した。導入後1～2ヶ月は予約制が浸透するまで、患者からのクレームもあった。予約枠は医師により違いはあるが、医師別の予約枠を作成し、30分毎に数人の予約を取り、予約患者の診察を優先して行っている。予約外、新患の場合は、待つ事を説明し患者の状態に配慮しながら関わっている。その都度、現状確認や不足部分の改善、検討をした。予約30分枠3名（Drにより4名又は5名まで可）・予約券の文字が小さいと云う意見から予約票に変更した。予約受付カウンターにメデカルクラークが配置された。又、電話予約も多く、予約時間を説明しているが、日によっては朝の診療開始と同時に電話があり、電話の対応に追われる事が多々あった。平成21年2月から電話予約をフリーダイヤルとした。予約導入により、前日にカルテが準備されるため、当日の受診予定が把握でき、業務分担や検査確認が前持ってわかることで、診察前の検査が速やかにでき、待ち時間の短縮に繋げることが出来た。

昨年から引き続き、日帰りドック・血管ドックは地域連携室と連携を図りながら対応し、受診者も175名ありました。禁煙外来は昨年より多く15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。

外来患者は、季節や週により変動がみられる、今年度はインフルエンザ・感染性胃腸炎の患者が例年より少なかった。

又、病状が安定している患者には、医師から60日～90日、薬が処方されるため、高齢患者は厳冬の受診をしなくて良いので、「有り難い」と云う声が多く聞かれ、これも患者の安心・満足に繋がっていると思う。

【今後の展望】

外来看護の専門性が求められる時代となった今、私たちに出来ることは何かと考え行動していきたい。次年度、秋に予定されている病院機能評価にむけ、外来の体制を見直し、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。

〈平成20年度 外来目標と評価〉

1. サービス向上のため、完全予約制の導入に向けた体制づくりをする。

- ① 外来診察待ち時間の調査を実施しデーターをもとに検討、改善する。

《評 価》

6月より全Drの完全予約制を導入、軌道にのるまで患者からのクレームも視野に入れ開始し、10月に診察待ち時間調査を1週間実施した。待ち時間は、全Dr平均で予約時間から診察まで16分であった。予約なしで来院された患者では、平均41分となり、昨年の調査で患者待ち時間の許容範囲が45分であることから、予約により患者が分散されたため、待ち時間も短縮したと推察される。しかし、受付から会計終了までは、昨年の調査と大きな変化はなかった。要因は診察後の次回予約をとるため、待つことで時間短縮に繋がっていない。対応策は今年2月より予約専用フリーダイヤル、予約受付時間の設定、受け付けカウンター2名体制とした。

- ② 外来患者満足度調査の「看護師の気配りと説明、看護師の対応」の項目（5段階の2）を0にする。

《評 価》

接遇の満足度調査を11月に1ヶ月間実施した。看護師の対応の項目では、0にすることはできなかったが、スタッフそれぞれが、接遇に留意し患者に関わっている。患者満足度においては、待ち時間も予約制になり不満に感じている割合が22%から15%に低下していた。

- ③ 接遇研修に参加

《評 価》

院内の接遇研修5/8に5名参加した。

- ④ 地域連携室と協力し、健診部門、他病院、診療所などの連携を促進する。

《評 価》

健診、ドック、他院からの紹介患者または当院から依頼する場合、連携をはかり、患者の安全、サービスを心がけ対応した。今後も継続していく。

2. 外来看護記録の継続・充実を図る。

- ① 記録委員会に参加、外来記録（HOT、退院サマリー）の記載方法の検討、見直し
- ② 外来業務マニュアルの見直し

《評価》

毎月の記録委員会に参加し、内容をステーション会議で伝達した。HOTサマリーは導入した患者様のみ病棟から降りて来るが、以前からの患者様は退院サマリーとなった。来院したHOT患者様の記録、退院サマリートの返事も記録していくことができた。クラーク業務、外来業務の見直しも適宜行い、改訂し使用している。

12月「外来患者の看護記録について」の院外研修に2名参加予定であったが、参加者が少なく直前に研修が中止となった。次年度に研修があれば、参加していきたい。

3. 研修、勉強会への参加

- ① 教育委員と勉強会担当者が中心となり、部署での勉強会を実施する
- ② 院内、外研修の参加

《評価》

勉強会係が中心となり上半期6/10製薬会社・薬局長に依頼し「吸入薬、指導方法について」学び、外来患者の指導に役立てる様にした。下半期12/15「睡眠時無呼吸症候群（SAS）について」フジレスピロニクス社の主査を講師に頼み、SAS患者の外来での留意点などを聞いた。またCPAPの使用方法、マスクの種類、選択について教えて貰うことができた。

今年度、看護部から研修参加した場合、ポイント制になり、個々が受講したい研修に参加する事になったが、積極的な参加がなく、教育委員からも声かけを行い参加を促した。

院外研修は3名参加：内視鏡の研修、災害看護I（基礎編）

4. 医療安全を意識し、医療事故（インシデント）の減少・院内感染防止に努める

- ① セーフティマネージメント委員会・リンクナース委員会・褥創委員会に参加
- ② 誤認防止（同姓同名の患者は生年月日で確認、氏名を名のって頂く）
- ③ 点滴、注射、採血などのダブルチェックの徹底

《評価》

各委員会に委員が参加し、会議の内容を伝達、出来ていないスタッフには個人指導、又は全員で取り組む様にした。誤認防止については、顔と名前が一致しない患者や同姓同名患者には名前を名のって貰うようになっているが、声かけだけになってしまう事があった。ダブルチェックについては、徹底していく様にしたが、採血時、検査伝票の項目の見落とし、確認不足によるインシデントが7件発生した。又、エスカレータでの転倒が1件あった。高齢の方には、エレベータの使用を奨めているが、なかなか浸透しない。今後も事故防止に努め、対応策の検討が必要とおもわれる。

感染については、スタンダードプリコーションを理解し、日々の業務の中で、感染防止に心がけた。今後も、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。

5. 診療材料費を節約し、コストを削減する

- ① コストの勉強会に参加する
- ② コスト漏れがないように、使用した材料をカルテに記載する

《評価》

医事課主催の勉強会に5名参加し、コストについての知識を得ることができた。

処置時に使用した材料、薬品は、介助に付いた看護師が漏れのない様にカルテに記載することを徹底した。

文責 倉 ヒナ子

▶ 透析室

平成20年度透析室目標

1. 看護の質向上

1. 安全・安心の透析医療の提供に努力する。

1-1) 情報提供の充実を図るため、提供する情報の整理を行い患者が理解し易い情報提供を行う

1-2) 患者向け情報誌（透析新聞Hemhem）の増刊、増量を行う。

1-3) 看護カンファレンスの定例化（毎週金曜日開催）を定着させる。

1-4) N s および C E は受け持ち患者への情報提供（検査結果、CTR、薬剤変更、透析効率評価等）を個別に且つ迅速に行う

2. 教育の充実

2-1) 看護部が定めた研修ポイント20Pをスタッフ全員がクリアする。

2-2) 透析室内勉強会の充実（司会進行、評価者を事前に決定し、メリハリのある勉強会を開催する。）

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

【評 価】

1-1) ◆20年度はマンパワーが慢性的に不足した中で、新たに5階病棟透析装置の増設を行い、透析療法の充実を図ったが、満足いく結果は得られなかった。スタッフの情報収集はある程度できるもの情報の整理および患者への情報提供が満足できる結果は得られなかった。次年度へ向け、継続課題とする。

1-2) ◆透析新聞は年3回発行に向け、順調に推移してきた。目標は達成とする。

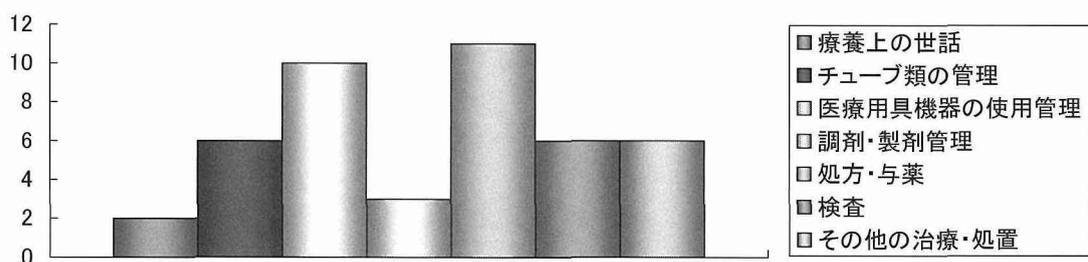
1-3) 1-4)

◆慢性的なマンパワー不足により全く行えなかった。継続目標とする。

2-1) ◆研修ポイントの20Pのクリアはほぼ全員に近いメンバーがクリアしている。取得ポイントは最高150P最低15Pであった。勉強会については詰所内勉強会が遅れてしまい、予定されていた勉強会はすべて行えなかった。次年度へ向け継続とする。

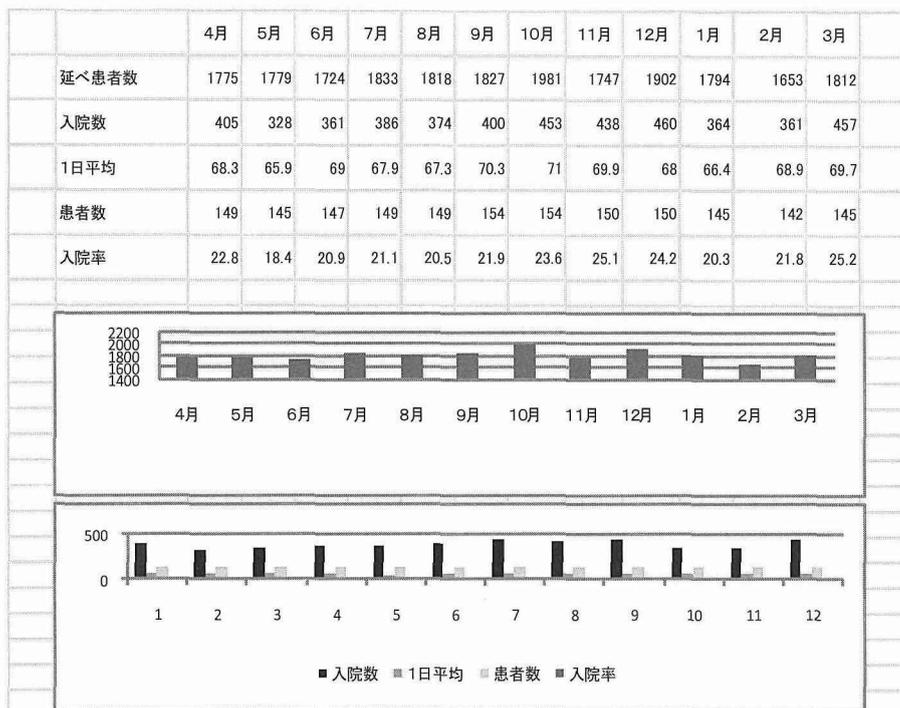
3 ◆対患者の重大な事故、インシデントは起きていないが、針刺し事故（2件）、血液汚染事故（1件）とは減らない。次年度へ向け、自己防御を含め、リンクN s と協力して徹底していく。継続目標とする。

平成20年度インシデント



今年度から新設した5階病棟の透析装置4台の稼働および、7階病棟での病棟透析の継続、入院患者の増加、スタッフの補充の遅れなどで透析室の多忙さ、煩雑さは近年にみない状況であった。また、法改正によるスタッフに勤務時間の短縮許可など現在の透析室運営には不利な状況が続いた。また、下半期には退職者の予定もあり、スタッフの補充は年が明けてから徐々に増加傾向であったが、目標をクリアするには至らなかった。

患者動向



事業報告

日付	学会研修会名	日付	学会研修会名
4/10	実践報告会	4/17	札幌CAPD臨床研究会
4/18	看護必要度	5/8	接遇研修
5/12	看護必要度	5/18	北海道透析療法学会
5/20	診療報酬研修	5/24	感染管理セミナー
5/25	透析談話会	5/29	レグパラについて
6/10	接遇研修	6/11	OJT 心電図
6/12	AED講習会	6/17	感染予防と手洗い
6/18	AED講習会	6/16~6/20	医療安全管理者養成研修
6/24	安全に関する取組	6/26	OJT 栄養管理NST
6/27	看護過程	7/5	創傷ケア
7/11	KYT P-1	7/15	背景要因分析
7/17	透析患者のメンタルケア	7/22	認知症患者の看護
7/31	急変時の対応について	8/5	災害看護I
9/9	血液透析について	9/12	KYT P-II
9/13~9/14	日本腹膜透析研究会	9/16	感染管理集中講座
9/25	OJT ダイアライザーについて	10/2	クリニカルパスとは
9/30~10/3	施設内における接続プログラム開発	10/4	看護連盟 ブロックゼミ
10/21	感染管理集中講座	10/21	看護過程
11/2	北海道CAPD看護研修会	11/6	札幌CAPD臨床研究会
11/8	北海道感染対策セミナー	11/14	KYT P-III
11/15	札幌看護研修会	11/16	透析談話会
11/20	院内感染対策研修会	11/26	接遇講演会
11/27	感染管理集中講座	12/1	TQM報告会
12/4	災害研修II	12/10	輸血
12/10	リーダーシップ	1/17	救急看護
1/22	看護観研修	2/7	札幌市病院学会
2/19	看護観報告会	2/27	OJT感染対策・KYT
3/11	実践報告会	3/19	労働基準法の実務
3/24	プリセプター研修	3/26	OJTレミッチ説明会・KYT

文責 中野渡 悟

▶ 5 階病棟

平成20年度の病棟の活動内容を振り返ると、透析に始まり、透析に終わったという感がある。病棟透析の病床を16床に増やし、それまで透析室で行っていた指示受けを病棟に変更したことにより様々な混乱が生じ、知識不足、理解不足に起因するミスも実際多かった。しかし、一時期だけを見るのではなく、1年間全体を包括してみると、随分とスタッフの力がついたと思う。

病棟開設当時は脳血管障害後遺症による寝たきりの患者さんが入院患者のほとんどを占めていたが、現在は22名～23名が透析患者となっている。病棟透析16名の他に6名から8名の透析患者が常に入院されている。ほぼ全員が糖尿病性腎症による透析のため、合併症を多く抱えている患者が多く、介護だけでなく、以前と比べると治療・処置もかなり多くなっている。そんな中でベッド稼働率も90%以上を維持し、大きな事故もなく病棟運営ができたことは全てスタッフの努力の賜物である。

昨年、6月から8月まで5階病棟も7：1の加算をとっていたが、看護必要度の該当患者が38%以上おり、介護度だけでなく、医療度も高いことが証明された。9月からは障がい病棟となっているが、入院患者のほぼ全員が、重症加算の対象であり5割が超重症加算をとっている。

病棟透析患者の増加により、当然医療度も増大し、観察不足や、理解不足による問題が生じたため、10月から、月に1回医師と透析カンファレンスを開始した。また、平成21年度4月からは、青山医師の協力により、月に1回透析のミニ勉強会を継続していく予定である。

開設以来なかなかスタッフが定着しなかったため、課題であった看護師、介護士、看護助手の役割、責任の明確化ができずに居たが、昨年12月に看護助手が派遣から職員に移行し、今年2月からは介護士が5階病棟に固定となったため、漸く着手できる状態となった。平成20年度までは、病棟の土台作りに費やし、システム作りに終わっていたが、次年度からは、いよいよ質の向上に取り組みたいと考えている。

1. 医療安全について（安全、褥創、感染）

安全チームが中心となって以下の重点目標をあげ、活動をした。

- ① 「注射・点滴のインシデントをなくす」（7月～9月）
- ② 「内服だし間違いゼロ」（10月～12月）
- ③ 「与薬・注射・栄養を行う時にフルネームで呼称確認を行う」（1月～3月）

実際に起きたインシデントやゼロ報告をもとに、予防策を立てて重点キャンペーンを行っている。

平成20年度の5階病棟のインシデント報告数は、インシデント118件、ゼロ報告104件の計222件である。他の部署より報告数が多い理由（特にゼロ報告）は、安全チームが中心となり、システム改善のため積極的に報告したためである。インシデントの内容としては、経管栄養の患者が平均20名～24名おり、それに起因した栄養の準備、チューブ管理、内服薬の準備間違い、与薬忘れなどが多く、インシュリンの投与忘れも7件あった。また、栄養状態が不良で皮膚が脆弱となっている患者も多いため、トランス時などの外力やズレによる皮膚損傷が11件あり、褥創の発生も12件（10名）あった。数だけを見ると一見多いようには見えるが、患者の病態や、実施した処置や投薬の総数から見ると決して多くはない。しかし、次年度は更にケアの内容や業務の手順を見直し、半数以下にするよう目標を修正する。感染に関しては、今年度はノロウイルスによる胃腸炎の発生、インフルエンザなどもなく落ち着いた1年だったが、耐性の強い表皮ブドウ球菌の検出が数名あり、スタンダードプリコーションの徹底を行った。

2. 業務改善について

- ① 緊急時のBFの準備についてシュミレーションの研修を行い、マニュアル整備
- ② DXチェック、インシュリンの施行方法のマニュアル（写真つき）の作成
- ③ リーダーマニュアルの追加・修正（改正版の作成はできず）
→ 次年度完成
- ④ 転棟時のチェックリストの作成については業務係に依頼したが作成されず。
→ 新人看護師にも転棟時の申し送りができるようにするため次年度作成予定
- ⑤ リーダー業務チェックリストの作成
→ 暫定版作成済み。今後試用して再検討。
- ⑥ 注射・点滴の投与方法マニュアルの改正
→ フローを作成してスタッフの目につくところにおく

- ⑦ 病棟透析に移行したことに関連して業務内容の整備・カードックスの作成
- ⑧ ケアワーカーとの業務調整について検討し、業務分担表を作成

3. 教育に関して

【OJT】

- ① 心電図勉強会（フクダ電子に協力依頼） 5/12 6/11 9/29
- ② 12誘導心電計のとり方（生理検査に協力依頼） 10月～11月
※ 手技に自信がない看護師、未経験者を対象にして、実際に心電図をとってみる。
- ③ レスピレーター勉強会（東機質に協力依頼） 6/13
E360を用いて実施
- ④ 普通救命講習（竹内主任講師） 6/10
- ⑤ インシデントの背景要因分析 6/10
- ⑥ 急変時の対応について（少人数でシュミレーション） 7月～8月に計6回 講師竹内主任
- ⑦ 薬の勉強会（講師 滝ヶ平薬剤師）糖尿病薬 8/22 透析に関連した薬剤 9/24
- ⑧ オムツの勉強会 2/24
- ⑨ 看護必要度の研修 新人看護師対象に個人指導
- ⑩ レスピレーターについて（講師 居上）希望者に個人指導 2月～3月
- ⑪ レスピレーターの基礎（東機質に協力依頼） 3/24

上記以外に、野澤副院長のランチ勉強会「糖尿病ガイドライン」「高血圧ガイドライン」に各7割程度のスタッフが参加。院外メーカー主催の勉強会にも4回参加している。

【学会参加】

「安全に関する意識調査」	北海道病院学会	居上	優香
「できるADLの情報を共有しよう！ー移動動作評価表を通して」	札幌看護研究学会	竹内	順子
TQMの全国大会で発表	（昨年度の最優秀賞）	竹内	順子

【院外研修】

「感染管理セミナー-遵守効率向上のために必要な感染管理プログラムの実際」	松岡
「看護研究-調査研究」	板井
「北海道看護協会 継続教育プログラムの開発研修」	居上
「創傷ケア研修会」	長野
「感染管理セミナー」（4回）	松岡、竹内舞
「新人のためのフィジカルアセスメント」	阿部
「都道府県看護協会における継続教育プログラム」	居上
「第4回看護部門長研修会」（2回）	居上
「エビデンスに基づく感染管理」	松岡

※ 看護部研修ポイントでは、竹内主任が205点で一位、教育委員の板井が175点で2位となった。看護過程研修には有田、長野、按田の3名が参加し、看護観研修に、阿部、中野の2名が参加した。

4. おわりに

平成20年度の活動を踏まえ、次年度は「安全・業務」「教育・記録」「透析」の3つのチームによる小集団活動を行う予定である。スタッフ一人一人が何らかの役割につき、病棟の質の向上に向け責任を持って活動できるような体制を整えて行きたい。

文責 居上 優香

▶ 6 階病棟

開設5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4割、経管栄養の患者が8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9割以上が担送、氏名の確認が不可能な患者が8割である。病床稼働率は95%。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。今年度はナース2名の夜勤体制を整備した。

病棟目標の実施状況：

- 1-1) 患者家族が安心して医療を受けられる療養環境を整備する。
 - ① 患者家族の意見・要望について、ナース・ワーカーで連携し、調整・対応する。
 - カンファレンスで問題となる事例を検討。ケアに関しては、看護計画を患者家族と共有した。
 - A氏：脳梗塞後の患者。喘鳴の頻度増え急変の可能性あり、遠方の家族と調整、連絡体制確認。
 - B氏：肺気腫の患者。おやつを大量に食べることで、体調不良繰り返す。家族と調整し改善。
 - C氏：間質性肺炎の患者。徐々に衰弱見られ、家族と好きな音楽を聞き安らかな最期を過ごした。
 - D氏：慢性呼吸不全・腹部大動脈瘤・肺癌の進行にて病状悪化。家族が受け止められるよう支援。
 - E氏：アルツハイマー・透析患者。家族と和解でき、病状悪化を徐々に家族へ伝えた。永眠。
- 1-2)
 1. 患者・家族にとってわかりやすい説明・ケアの提示を行う。
 - ① プランを表示する用紙を作成して、個々の患者・家族へ提示する。
 - 受け持ち患者に対して、本人・家族と目標を共有した。用紙を用いたのは8件、他は口頭で説明し了承を得た。家族に会う機会が作りにくい場合の対応は、今後の課題。
 - ② 参加型看護計画への参画事例の実施。
 - 座位で家族と一緒に過ごすことを共有、車椅子に乗車する要望を共有、排痰後の清潔保持を共有、拘縮の進行を防ぎたい要望を共有など。カンファレンスで検討、記録委員が指導して参画事例を増やした。
 2. 記録委員会と連動し、記録の標準化・効率化を図る。
 - ① 看護記録・サマリー記載について指導体制を取り、監査を行う。院内の取り決めを普及させる。
 - スタッフ同士による記録の監査は、予定を組んで実行できた。転棟時や退院時サマリーは指導を受けて記載、サマリートの監査は実施できた。院内の取り決めは適宜普及図れた。受け持ちナースが変わる場合には、中間サマリーを作成した。(6件作成)
- 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。
 - 毎日MSWの病棟訪問があり。協力して対応調整した事例…上半期2件、下半期3件。
- 1-4) 業務の効率化・業務整理を行う。
 - ① 病棟で行う業務について、院内の取り決めに沿ったマニュアルを整備・普及させる。
 - 主任が中心となり、院内の看護手順や取り決めを指導。感染予防対策はリンクナースが担当。
 - ② ナース2名・ワーカー1名の夜勤が安全で効率的に機能する体制を作る。
 - H19年12月より月に12回程ナース2名の夜勤を試行、ナース増員に伴い2月は27日間、3月は28日間実施。ナースとワーカーの業務内容の検討を続け、2月完成。
 - ③ 病棟全体で支援体制を作り、業務の効率化につながるQC活動を行う。
 - 昨年度に引き続き、患者個々に合わせたポジショニングについて検討した。QC活動3年目で支援体制は取れたが、積極的な取り組みに至らず。次年度も継続、報告予定。
- 2-1) 院内・院外研修に参加、部署学習会を行い、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。ナースは看護部ポイント制を導入、ワーカーの出席状況には個人差が見られた。
 - ② 各病棟のOJT。

→ 毎月の病棟会議時、教育委員が学習会を実施。「腓骨神経麻痺」「褥瘡を予防する体位交換」「Mチューブ・尿カテの固定」「風邪の予防と健康管理」「腰痛の予防」「認知症の看護」「アロマセラピー」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、自己目標に関連する院外研修に参加した。院外研修は病棟で伝達報告した。

7 / 4	新人研修（看護連盟）……………	太田（い）、沼田
7 / 5	病院学会……………	多田（発表）、高橋、緒方
7 / 9	診療報酬（看護協会支部）……………	多田、峯谷、高橋（支部教育委員）
8 / 26	8 / 27 機能するリスクマネジメント（看護協会）…	高橋
9 / 4	ターミナルケア（看護協会支部）……………	高橋（支部教育委員）
9 / 9	9 / 10 臨床から在宅への継続看護（看護協会）……	峯谷
10 / 4	連盟学習会（看護連盟支部）……………	多田、高橋、緒方
10 / 16	10 / 17 コーチング（看護協会支部）……………	糸瀬、高橋（支部教育委員）
11 / 26	11 / 27 認知症患者の看護（看護協会）……………	緒方
2 / 7	札幌市病院学会……………	畑（発表）、高橋、沼田、多田

2 - 2) 看護過程受講者のプラン実施に、他のスタッフが協力する。→ 緒方が10月21日報告会で発表した。

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 セーフティ係りが中心となり、予防策・対応策を検討し、実施・評価する。

→ 毎月のインシデントについて、要因・対応策を検討し、スタッフに普及、看護部内で報告。

インシデントは総数51件（前年度総数47件）、転倒・転落・傷害27%、チューブ・ルート23%、食事・経管栄養20%、与薬14%。レベル1は75%、レベル2は25%、レベル3なし。

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。

→ 点眼、経管栄養、吸入ネブライザー各1件、内服2件、計5件誤認あり。（前年度2件）

③ 褥瘡・創傷への予防・対応策（体位交換・保清・皮膚のケア・栄養など）を、個々の患者に実施。

→ 毎週のカンファレンスを評価の場とした。年間の褥瘡発生者は3名（2名は死亡）。

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。早期に異常を発見し改善できた。

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。

→ ナースとワーカー各1名がリンクナースとして活動、院内の取り決めを普及させた。

患者の手洗いを励行し、インフルエンザ・ノロウイルス感染はなかった。

4 - 1) 医療材料、病棟物品の節約を行う。

① 物品の定数請求を定着させ、必要数の見直しをする。→ 定数請求で問題なし。

4 - 2) 病棟に関連する項目について、ナース・ワーカーにコスト意識を普及させ請求漏れを削減する。

→ 処置伝票はスタッフ複数でチェック、医事担当者と連携。酸素流量票の使用など工夫した。

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体制を取る。

→ 満床の必要性を理解し、院内の移動（治療目的）以外は満床にて経過、稼働率95%。

以上、ナース2名で全日夜勤体制が取れるよう、業務を見直した。派遣スタッフが職員に移行し、チームワークの向上につながった。ボランティアの病棟活動は2年経過、定着した。7月と2月の病院学会で「安全への取り組み」「患者個々に合ったポジショニング」を発表した。患者の安全保持、患者家族の満足、スタッフのやりがいや目標管理が今後の課題である。

文責 多田 悦子

▶ 7 階病棟

I 今年度の傾向と今後

看護においては昨年に引き続き「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。

全患者さまに看護計画の提示を100%実施。計画の立案に参画してもらう事例も昨年8例から34例と増やすことが出来た。今後も患者さん、御家族の要望を取り入れた看護の実践を行っていききたい。

また、今年度は看護倫理の検討に初めて取り組んだ。初年度ということもあり、「倫理とは何か」ということについて考える機会を持つことを目的に話し合いを行った。今後も感受性の向上と倫理的行動が取れるよう取り組んでいきたい。

スタッフは、退職者が数名おり、多忙であったが下半期にパート勤務の看護師を2名迎え主に入浴介助や清潔保持の援助を行ってもらうことでケアの質を確保し、これまで同様のケア提供できたと考える。また、メンバーが替わる事なく一年の業務をおこなうことで検査の介助やCAPD患者さんへのケアを繰り返し経験することができ、知識の習得・技術の熟練に繋がったと考える。今後も継続していききたい。

II 平成20年7階病棟年間目標と評価

1. 患者・家族が安心・満足して医療を受けられる療養環境を整備する。

- ① 入院患者定期満足度調査において前年度調査結果より向上
→ 全ての項目において5段階評価の3以上であった。
- ② 入院患者定期満足度調査項目
- ③ 意見要望を配慮し看護にあたっているか（評価3から4を目指す）27.5%→20%未満を目指す
→ 意見要望は、上半期においては長期の患者さんの場合に見直せていない事があった。しかし下半期カンファレンスの確認項目を追加して今後実施を徹底していったこと、長期入院の患者さんは、3ヶ月・6ヶ月毎に見直し、御家族への確認をおこなうことで要望をとりいれた看護援助ができてきている。満足度調査では、（評価3）が30%と前年度と殆ど変わっていないが、参加型看護計画が34事例と増加していることを考えると意見要望を取り入れるという考えが定着しつつあると考える。
- ④ 倫理検討委員を設け、病棟内で話合う機会を持つ。
→ ステーション会議にて倫理的問題と思われる事案について話し合う機会が持っている。（実際には、5・8・11・3月）雑誌から抜粋した事例の検討を2回実施。次の2回は、日常業務の中で倫理的問題と思われる事柄をテーマに話し合った。今後も、話し合いを続ける事でチーム内での統一した対応や倫理的配慮について意識化していききたい。

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 一つの目標の提示を患者全員に行う。
→患者さんまたは、ご家族に対し100%で来ている。
- ② 参加型看護計画への参画事例 N s一人が患者1名に対し実施
→ 総数34事例と目標を上回ることができた。（1人1事例から多いスタッフでは4事例に実施）次年度も継続し、今後は内容の評価に力を入れていきたい。
- 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）
4月からチェック表を活用
→ 上半期は50%程度の活用であったが、下半期はカンファレンスの項目に追加し週に1回実施ができた。今後定着させていきたい。

3. 心臓病・腎疾患の基本的な看護が行なえる看護師をめざす。

- ① CAPD、APDの原理・手技を全員がマスターする。
・病棟内勉強会の実施、院外研修参加 チェックリストの活用
→ CAPDは院外研修に昨年入職した4名参加。APDは10/27には病棟内勉強会実施。チームが違う患者さんの見学や実施させてもらうことで学習する機会を多くした。ビデオなどで学習も出来ているが、患者さんが入院されていない期間もあるため今後も自己学習を続けていきたい。
- ② CAG、PTCA、PMI、PTAの介助が出来るようになる。

病棟内勉強会の実施、チェックリストの活用

- 9 / 7 勉強会を実施。経験が浅いNsは参加できている。全員が検査の介助に入れるようになっている。
- ③ 糖尿病、ASO患者へのフットケア・指導の徹底。
 - ・パンフレットの見直しと指導の徹底
 - 1月に出来上がったため今後活用していく予定。
- ④ 透析患者の体重コントロールの指導の徹底。
 - ・標準看護計画の活用と評価・修正
 - 数名に使用。使用回数を増やし評価・修正していきたい。
- ⑤ 全員研修参加20ポイント以上の獲得。
 - 全スタッフが目標をクリア。40~90ポイント獲得。最高120ポイント、平均63ポイント獲得できていた。

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
 - 2名参加、10月発表終了。
- ② 院外学会への発表
 - 11月に看護協会札幌第一支部で発表、テーマ「患者のプライバシーについて～看護師の意識調査から」
- ③ 次年度院外発表に向けて研究の実施
 - 1件 → 現在計画を立案し面接調査を開始。
- ④ 研究研修に参加
 - 看護協会の研修に1名参加している。

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・ルール違反したことによる事故を減らす。一人3件以内
 - 上半期では、3件以内におさまっていたが、下半期に増加し総数79件中57件確認不足。スタッフ9名 / 16名が3件以上となっている。昨年より減少しているが、さらなる確認の徹底に努めたい。
- ② 業務終了後の、確認作業を徹底することでミス防止する→確認するが見落としもあり、今後も継続。
- ③ 同一患者での同一ミスを起こさない。
 - チーム間・ステーション内での情報の共有
 - 情報の共有が不十分で1人の患者さんで自己抜去が2回起きてしまった。正確かつ誰が見ても分かる記録をする・チームの連絡ノートを十分に活用することで同じミスを繰り返さないようにしたい。
- ④ 薬剤師と定期的なカンファレンスを持つ事で、ルールの確認・徹底をはかる。
 - リーダー会議に2度参加してもらいルール確認、情報交換をおこなっている。
- ⑤ インシデントレポートの検討の実施
 - 月1回、実施出来ており、対応策についても共通認識が持てるようになってきている。
- ⑥ 針刺し事故をゼロにする。
 - ・廃棄用BOX使用の徹底
 - 針刺し事故が2件発生しているが、1件は本人の注意不足よりは患者さんが突然暴れ出したことによる事故であった。もう1件は、ペン型インシュリンの針を外す器具に針が残っており穿してしまう。針刺し防止に使用をはじめた器具であったが、後始末と使用前の確認がされていなかった。確認の徹底を図りたい。
 - 廃棄BOXに使用は早朝の採血では使用しているがターゲットなど1回の採血ではまだ使用していないことが多い。ターゲット時は、シリンジでの採血はスピッツへ針を刺す時に、事故が起きる可能性があるため真空管での採血に統一して防止に努めた。今後も、習慣化されるよう継続していく必要がある。
- ⑦ ゴミの分別の徹底
 - ・ゴミ点検の継続
 - 点検実施中。分別できていないものは減っているが引き続き注意が必要。

6. 業務のムダを改善し業務の効率化を推進する。

① Q C活動の実施

1件 → ガーグルベイスンと陰部洗浄ボトルは使用后洗浄もしくは消毒のいずれが適切であるのか、消毒から酵素洗剤での洗浄に変更し調査。検査によって病原菌の発生はみられなかった。

結果：薬剤の使用金額は共に変わらず。消毒容器の見直しができた。看護師の意識が変わり確実な一次洗浄が行われるようになった。

7. 看護必要度の確実な評価ができる。

① 全スタッフが、正しく評価ができているか、適宜評価。

・病棟内の係りを設置

→ 評価に迷うときは、他のスタッフに確認したり1回/週のカンファレンス時にも評価に迷う内容などがなければ話合われ疑問解決されている。

評価は誤りもあるが、係りや主任のチェックにより修正されている。

8. MSWと連携し適切なサービスの提供と退院調整を行なう。

① 依頼書による正確な情報提供を行なう。

② 依頼した内容の結果を確実に把握。(返事を依頼した日には、結果を忘れずに確認する。)

→ 情報提供書を活用してチームで患者情報を共有されるようになった。連絡ノートを使い依頼した内容の確認も取れるようになっている。下半期は、MSWが週に数回病棟を訪問してくれるため、より速やかに情報提供ができている。今後も連携強化に努めたい。

文責 滝本 早苗

▶ 8・9階病棟

8階病棟はCOPDや肺炎の後期高齢者が殆どであり、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。9階病棟は4月より11床を亜急性期病床として展開しており、また11月より札幌南三条病院とのコラボレーション入院の受け入れ等、一般病棟として機能している。高齢で介助を要する患者が増加しており、転倒・転落の防止など安全な療養環境の確保が重要である。しかし、病室内の段差などハード面での問題がありADL自立度によっては、患者を制限せざるを得ない現状にあった。20年度は看護必要度への取り組みの他、昨年同様、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なか、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20年度 8階・9階病棟目標評価

1. 倫理問題についてスタッフ全員が理解を深めることが出来、共通した認識を持つ。

- ① 倫理についての研修会の参加。
- ② 定期的な事例の抄読会を行い、倫理問題について考える機会を持つ。(①終了後)
- ③ 苦情や要望についてカンファレンスを行い、検討する。
- ④ スタッフの対応、言葉使いについて検討し活動する。

【評価】

①②倫理についての研修会の実施がなかったため、来年度へ移行とする。③クレーム等が発生した時点で早急に対応しているが、クレーム内容を専用紙に書き込みチームリーダー会で検討後、詰所会議で情報共有・対応策の検討を行っている。④その都度スタッフ個人に伝え、また連絡ノートを活用し伝達・共有できている。

2. 患者・家族にとってわかりやすい説明・ケアの提示を行う。

記録委員やパス委員会と連携し、記録・クリニカルパスを見直し標準化を図る。

- ① 参加型看護計画の参画の実施。
- ② 参加型看護計画の参画の対象者を明確にする。
- ③ 参加型看護計画の提示を全患者に行う。
- ④ 看護記録・看護サマリーの監査・集計をスタッフが実施し、看護過程の展開のレベルアップと記録方法の統一化を図る。
- ⑤ 委員・係が中心となってHOTや肺炎、PSGやCFのクリニカルパスの検討を行う。

【評価】

①対象者が限定される為、8階のみ12事例しか実施できなかった。②チームリーダーが参画や参加型看護計画についての進め方を明文化し、それがベースとなって記録委員会でのフローに活用された。③④継続して実施できている。⑤HOT、PSG、CFパスを作成し、活用している段階であり、今後評価をしながら再検討していく。

3. チーム内で受け持ち看護師を支援し、生活指導・家族への支援、退院に向けた調整を行う。

- ① MSWと連絡や面談後の情報交換を徹底する。
- ② 転棟をスムーズに行えるようシステム化する。

【評価】

①MSWが2人となり、ほぼ毎日病棟訪問をしてくれており、詳細な情報交換や打ち合わせが継続してできるようになった。②札幌南三条病院とのコラボレーション入院が実施され、早急にシステムを構築した。そのため転棟には着手できず。

4. 適切な看護ケアの提供のためのスキルアップを図り、看護の質の向上を目指す。

- ① 学習会の必要性を理解し、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 各委員・係が活動を主体的に行い、患者ケアの見直しや業務改善を行う。
- ④ 看護研究の実施、院外への発表。

⑤ 院内看護過程研修への参加。2名

【評 価】

①研修ポイント制は今年初めての試みだったため、予測が難しく設定したポイントを取得できなかったスタッフが3名いたが、殆どのスタッフは目標ポイントを取得できた。研修については、人員の関係で参加できない研修があったが、予定していた研修の他にニューポート人工呼吸セミナー2名、人工呼吸セミナー1名が参加した。②年間3回の勉強会を実施できた。しかし9階については、勉強会の実施ができなかった。③各委員会で作成した年間スケジュール通りに活動・運営できていた。④⑤11/8に札幌第一支部研究発表会に発表し、看護過程研修はスタッフ2名が参加した。

5. 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。

- ① 1人3事例以上のインシデントは出さない。
- ② スタッフのインシデントの傾向を分析し、スタッフ個人へ還元する。
- ③ 個人のインシデントを自己分析し、インシデントの傾向を把握する。
- ④ 担当薬剤師と月1回以上話し合いの場を持つ。薬剤師とのルールの徹底。

【評 価】

注射・内服に関するインシデントは36件（8階33件9階3件）であった。①スタッフの半数以上がインシデント3事例以上であったが、内容分析では注射・内服に関するインシデントに限らず、また思い込みや確認不足によるインシデントとは限らなかった。②③インシデントの傾向はスタッフへ還元し、スタッフの自己分析や個人の傾向について、各自が把握していることを個人面談時に確認できている。④定期的な話し合いの場はなかったが、適宜話し合いながらルールを確認していった。

6. スタッフ全員が看護必要度を理解し、実施・評価ができる。

- ① 看護必要度の学習会の参加
- ② 看護必要度（改訂版）の実施・評価
- ③ 中途採用者への看護必要度の教育・支援

【評 価】

①②③全スタッフが学習会に参加した上で、看護必要度の入力・評価を行っている。しかしコンピューター入力ミスなどもあるため、スタッフへの意識付けと確認を行っていく必要がある。

7. 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 医療廃棄物のゴミの削減に努める。
- ② コスト漏れ削減を継続して行う。
- ③ 病棟内の整理整頓に努め、事務用品の定数管理を維持する。
- ④ コストの勉強会への参加。

【評 価】

①②毎月係が中心となり、継続できていた。③詰所や物品庫の整理整頓はできているが、多忙になると事務用品についてのコスト意識が希薄になっている傾向にあった。スタッフ個人の意識付けが重要となってくるが、来年度の係活動の中に組み込み、スタッフ個人の意識改革を行っていく。

学会発表・主催の勉強会

- ・ 11/8 北海道看護協会札幌第一支部 看護研究発表会にて発表
「内服管理方法の判断基準の統一～内服管理判断フローチャートを使用して～」
- ・ 7月気胸の病態、看護について・10月IP、COPの疾患、看護について・8月口腔ケアについて

今後の展望

21年度よりDPC病院との病病連携も検討されているため、今後の亜急性期病床としての役割を含めた9階病棟のシステムの改善・構築をしていく必要がある。また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ため、MSWとの連携をさらに強化しながら退院支援を行い、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

平成20年度 看護部 院外研修・懇談会参加、外部講師研修会一覧

研修会名	参加者	開催日	期間	会場	主催
平成20年度北海道看護協会看護師職能集会	白川 弘子 居上 優香	2008.04.25	1	かでの2・7	北海道看護協会
平成20年度北海道看護協会看護師職能集会	白川 弘子 居上 優香	2008.04.25	1	かでの2・7	北海道看護協会
口腔ケア研修 ※外部講師	当院看護職	2008.05.16	1	当院	当院教育委員会
日本看護協会通常総会	倉 ヒナ子 植木 有紀	2008.05.20	3	埼玉スーパーアリーナ	日本看護協会
日本看護協会通常総会	倉 ヒナ子 植木 有紀	2008.05.20	3	埼玉スーパーアリーナ	日本看護協会
看護研究の基礎研究	板井 沙織 植木絵里香 三浦絵里奈	2008.05.20	3	北海道看護協会	北海道看護協会
口腔ケア研修会 ※外部講師	当院看護職	2008.05.23		当院	当院教育委員会
感染管理セミナー 遵守効率向上のために必要な感染管理プログラムの実際	松岡 優子	2008.05.24	1	北海道自治労会館	ヘルスケアリソース研究所
北海道看護協会 継続教育プログラムの開発研修	居上 優香	2008.06.05	1	北海道看護協会	北海道看護協会
看護研究－質的研究・事例研究	三浦絵里奈	2008.06.11	3	北海道看護協会	北海道看護協会
医療安全管理者養成研修	倉見寿美代	2008.06.16	5	北海道看護協会	北海道看護協会
KYT研修(計3回) ※外部講師	当院看護師	2008.07.11	3	当院	看護部セイフティ
看護にいかす呼吸の基礎知識(入門編・応用編)	丸谷 妙子	2008.06.21	2	北海道看護協会	北海道看護協会
今、もとめられている新人教育	後藤 淳子	2008.06.24	3	北海道看護協会	北海道看護協会
看護過程研修(院内研修)集合研修1回、個別4回 発表1回 ※外部講師	当院看護師	2008.06.27	6	当院	当院教育委員会
看護師2年過程通信制への進学支援 {小論文の書き方講座}	植木 有紀	2008.06.28	1	北海道看護協会	北海道看護協会
看護研究－調査研究－	板井 沙織 佐竹 真帆	2008.07.01	3	北海道看護協会	北海道看護協会
創傷ケア研修会	樋山 智恵 長野加奈江 國枝 真衣 齊藤久美子	2008.07.05	1	北海道看護協会	北海道看護協会
看護管理Ⅰ研修	倉 ヒナ子	2008.07.15	4	北海道看護協会	北海道看護協会
看護過程研修(教育委員担当)	居上 優香	2008.07.22	5	北海道看護協会	北海道看護協会
認知症患者の看護 ※外部講師	当院看護師	2008.07.22	1	当院	当院教育委員会
新人の為のフィジカルアセスメント	阿部 真子	2008.07.28	2	北海道看護協会	北海道看護協会
都道府県看護協会における継続教育プログラム	居上 優香	2008.07.29	1	日本看護協会 JNNホール	日本看護協会
災害看護Ⅰ	澤田 幸子 小林としえ 越前屋明子	2008.08.05	2	北海道看護協会	北海道看護協会
看護管理Ⅱ研修会	柳屋 瑞穂 後藤 淳子	2008.08.19	3	北海道看護協会	北海道看護協会
感染管理セミナー(集中講座)	松岡 優子	2008.08.26	4	北海道自治労会館	NPO日本感染管理支援協会
機能するリスクマネジメント	高橋 由香 梶野麻衣子	2008.08.26	2	北海道看護協会	北海道看護協会
平成20年度看護管理者懇談会	佐藤裕美子 倉 ヒナ子	2008.09.06	1	ホテルオークラ	北海道看護協会札幌第一支部
平成20年度看護管理者懇談会	高橋 由香 倉見寿美代 福井 弘美	2008.09.06	1	ホテルオークラ	北海道看護協会

研修会名	参加者	開催日	期間	会場	主催
臨床から在宅への継続看護	田畑多味子 峯谷由美子	2008.09.09	2	北海道看護協会	北海道看護協会
平成20年度准看護師代表者会議	植木 有紀	2008.09.12	1	日本看護協会ビル JNAホール	日本看護協会
日本腹膜透析研究会	滝本 早苗 植木 有紀	2008.09.13	2	札幌コンベンション センター	腹膜透析研究会
高齢者の看護研修－転倒予防 防と家族アセスメント	金崎 静香	2008.09.17	2	北海道看護協会	北海道看護協会
施設における継続教育プログラ ムの開発	福井 弘美	2008.09.30	4	北海道看護協会	北海道看護協会
今問われる看護記録	佐藤裕美子 高橋 由香	2008.10.15	1	北海道看護協会	北海道看護協会
職場で活かすコーチングスキル	糸瀬多恵子 高橋 由香 (支部教育委員)	2008.10.16	2	ムトウ 6階会議室	北海道看護協会札幌 第一支部
禁煙対策講習会	佐藤裕美子	2008.10.17	1	札幌国際ビル8階	北海道看護協会
北海道看護協会 会員懇談会	植木 有紀	2008.10.18	1	室蘭新日鐵室蘭病院	北海道看護協会
慢性疾患患者のセルフケアマネ ジメント	奈良亜希子 早川さゆり	2008.10.21	1	北海道看護協会	北海道看護協会
栄養サポートチーム (NST) の導入と活動研修会	竹内 順子 福岡 久穂	2008.10.24	2	北海道看護協会	北海道看護協会
第4回看護部門長研修コース	居上 優香	2008.10.25	3	チサンホテル浜松町	全日本病院協会
組織で行う感染管理	柳屋 瑞穂 上野 絵里	2008.10.28	3	北海道看護協会	北海道看護協会
看護必要度評価者研修	柳屋 瑞穂 田畑多味子 後藤 淳子 越前屋明子	2008.11.03	1	北海道看護協会	S-QUE研究会 臨床看護マネジメント 学会
准看護師懇談会	白川 弘子 井上 典子 二本柳和子	2008.11.07	1	札幌国際ビル	北海道看護協会
北海道看護協会第一支部 看護 研究発表会	高橋 由香	2008.11.08	1	札幌厚生病院	北海道看護協会札幌 第一支部
エビデンスに基づく感染看護	松岡 優子 安達 智美	2008.11.11	2	北海道看護協会	北海道看護協会
「平成20年度フォローアップ研 修」全日病学会東京大会	白川 弘子	2008.11.21	3	練馬総合病院	全日本病院協会
全日本病院学会	白川 弘子	2008.11.22	2	都市センターホテル	全日本病院協会
認知症高齢者のケア	緒方 早苗	2008.11.26	2	北海道看護協会	北海道看護協会
災害看護Ⅱ	越前屋明子 小林としえ	2008.12.04	2	北海道看護協会	北海道看護協会
看護管理Ⅰ	福井 弘美	2008.12.08	4	北海道看護協会	北海道看護協会
外来看護記録の書き方とパスの 活用	倉 ヒナ子 小林としえ	2008.12.14	1	道特会館	日総研
糖尿病フットケア 研修会	滝本 早苗	2009.01.09	3	北海道看護協会	北海道看護協会
平成20年度高齢者ケア施設で働 く看護職の交流会	植木 有紀	2009.01.24	1	北海道看護協会	北海道看護協会
第20回 人工呼吸セミナー	高橋由美子 越前屋明子	2009.02.14	2	札幌医科大学講堂	北海道呼吸管理研究会
北海道看護協会 理事会及び支 部長会議	植木 有紀	2009.03.13	1	北海道看護協会	北海道看護協会
「看護倫理」の効果的な教育と 事例検討の進め方	滝本 早苗	2009.03.28	1	道特会館	日総研