

科 名：看護部



看護部長
森田 文

国立病院機構の理念に沿った病院の使命を認識し、機構の看護職員として以下の役割を果たす。

1. 機構及び病院の理念を踏まえた良質の看護サービスの提供に努める。
2. 看護の質の向上を目指し、臨床看護の研究、業務の改善を行う。
3. 良質な看護を提供するために、看護職員をはじめ看護に関係する職員の教育研修を行う。
4. 看護の提供と経営効率の調和を図り、病院経営に参画する。
5. チーム医療推進のための調整を図る。
6. 地域住民への健康教育活動に参画する。

□看護部の理念

私たちは、常に患者さんと共に歩み、
安心して納得のいく医療を受けていただくために、
わかりやすく丁寧な看護を提供いたします。

□看護部の運営計画

【B S C】

別紙1：B S C戦略

【平成23年度 看護部目標】

スローガン 「受け身からの脱却 “自立” と “自律”」

1. 根拠に基づいてチームで活動できる看護師の育成
 - 1) アセスメント能力の向上
 - 2) 実習指導者専任化体制の構築
2. 職場環境の充実による患者満足度の向上
 - 1) 看護実践モデルの育成
 - 2) 職場環境の整備
3. 安定した黒字経営
 - 1) 効率的な病床管理
 - 2) 目標患者数の確保

□看護部の体制

＊別紙２：看護部組織図

＊別紙３：看護部会議・委員会組織図（機能図）

I．会議

1．看護師長会議

看護師長会ワーキング

- 1) 医療安全
- 2) 実習指導専任化
- 3) 管理師長二交替制勤務
- 4) ジェネラリスト育成

2．副看護師長会議

3．専門看護師・認定看護師・CRC 連絡会議

II．委員会

- 1) 継続教育
- 2) 看護の質改善
- 3) 看護記録

III．プロジェクト

- 1) N S T・褥瘡チーム
- 2) がん・緩和ケアチーム
- 3) 内分泌・代謝ケアチーム
- 4) 感染チーム
- 5) 地域看護支援チーム
- 6) 呼吸ケアチーム

IV．時期限定プロジェクト

平成23年度看護部運営計画

病院目標

”前進” ～次の夢に向かって～

看護部 スローガン

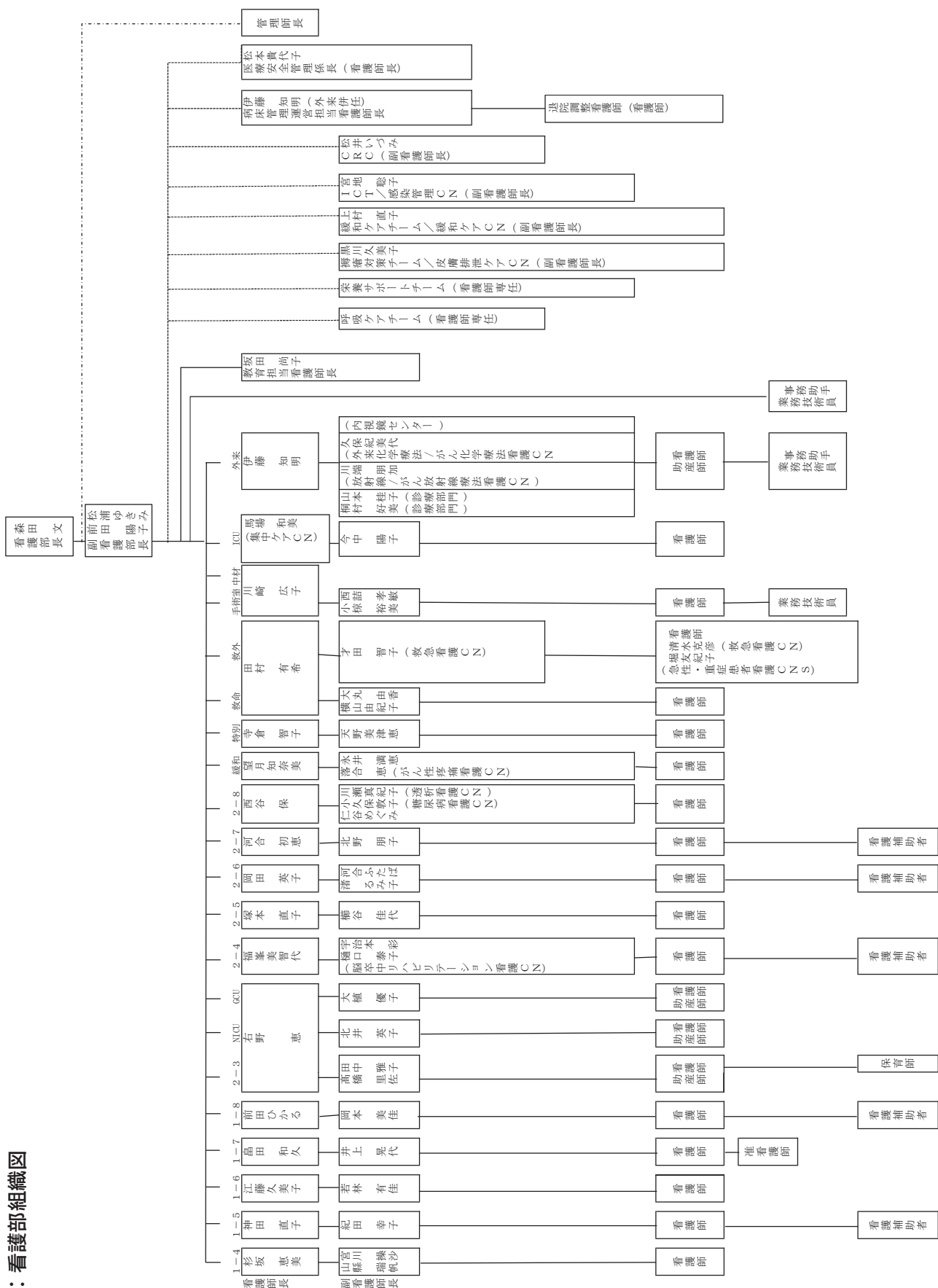
「受け身」からの脱却 ”自立” と ”自律”

看護部目標

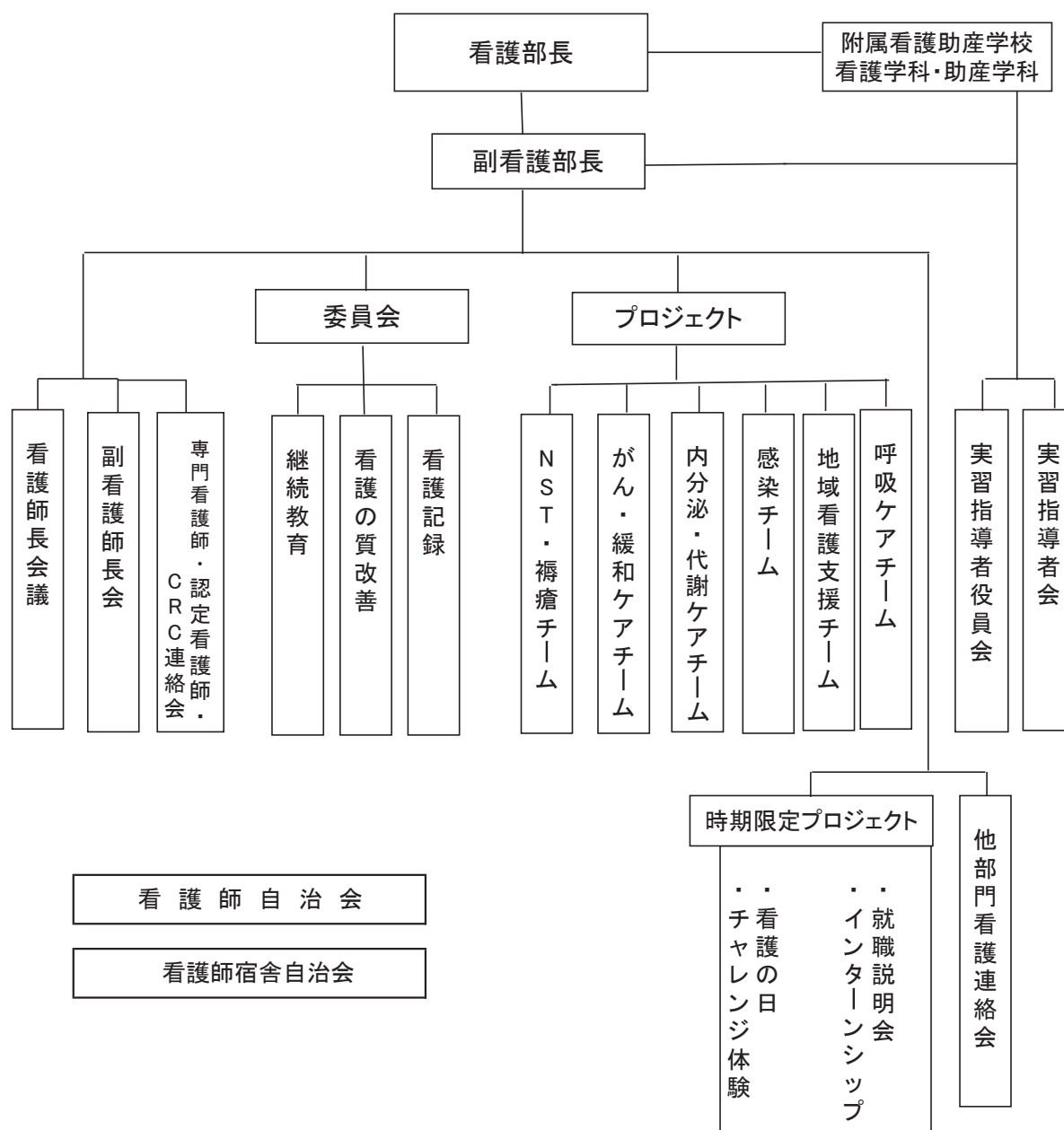
1. 根拠に基づいてチームで活動できる看護師の育成
2. 職場環境の充実による患者満足の上昇
3. 安定した黒字経営

区分	戦略目標		重要成功要因
財務の視点	○効率的な病床管理 ○目標患者数確保 ○安定した黒字経営	<pre> graph BT A[効率的な病床管理] --> D[安定した黒字経営] B[目標患者数確保] --> D </pre>	・医業収益の増加 ・患者数確保 ・病床利用率の高率維持
顧客の視点	○患者満足の上昇	<pre> graph BT A[効率的な病床管理] --> C([患者満足の上昇]) B[目標患者数確保] --> C </pre>	・患者のニーズに応じた療養環境の提供 ・安心できる看護サービスの提供
内部プロセスの視点	○看護実践モデルの育成 ○職場環境の整備 ○チーム医療の推進	<pre> graph BT A([看護実践モデルの育成]) --> C([患者満足の上昇]) B([チーム医療の推進]) --> C D([職場環境の整備]) --> C </pre>	・リソースナースの活用と支援 ・働きやすい職場環境
成長と学習	○根拠に基づいてチームで活動できる看護師の育成 ○基礎教育との連携強化	<pre> graph BT A([看護実践モデルの育成]) --> C([患者満足の上昇]) B([チーム医療の推進]) --> C D([職場環境の整備]) --> C </pre>	・中堅看護師の育成 ・教育システムの構築 ・実習指導者の専任化に向けての体制づくり

別紙2：看護部組織図



看護部会議・委員会組織図（機能図）



看護部が関わる主な病院諸会議

- | | |
|----------------|--------------------|
| ○管理診療会議 | ○栄養管理委員会（NSTワーキング） |
| ○薬剤委員会 | ○院内感染対策委員会 |
| ○行政サービス向上推進委員会 | ○輸血療法委員会 |
| ○医療情報委員会 | ○人工透析委員会 |
| ○病床管理委員会 | ○外来管理委員会 |
| ○地域医療連携室委員会 | ○救命救急センター運営会議 |
| ○集中治療室運営会議 | ○褥瘡対策委員会 |
| ○災害対策委員会 | ○手術室運営会議 |
| ○医療安全管理委員会 | ○医療安全管理推進委員会 |
| ○医療事故対策委員会 | ○過半数代表者会議・選出選挙委員会 |
| | ○職員研修企画 |
| | ○新病棟ワーキング |

□会議・委員会活動

I. 会議

1. 看護師長会議

看護師長会ワーキング

1) 医療安全

看護師長会ワーキング【医療安全】活動評価

ワーキングメンバー：畠田師長、右野師長、西谷師長、松本医療安全管理係長、前田副看護部長

(1) 平成 23 年度の看護部目標

看護部の目標 BSC シート

転倒率：前年度以下 目標値 0.3 50 件 / 月

転倒事故レベル 3a、3b：前年度以下 3a 12 件、3b 5 件

誤薬件数：前年度以下 目標値（レベル 1 以上）1010 件 80 件 / 月

インスリンインシデント：前年度以下 目標値 63 件 5 年 / 月

(2) 目標達成度

看護部の目標達成度 目標は達成できていない

転倒率：0.33、54.5 件 / 月

転倒事故レベル 3a 7 件、3b 8 件

誤薬件数：934 件 93.4 件 / 月

インスリンインシデント：53 件 5.3 年 / 月

(3) 活動計画及び実施内容

	問題	原因	対策	方法	実施内容
転倒	看護師が介助している状況での転倒が発生している	介助の具体的な方法を知らない。 看護計画に立案している、「見守り」がどうということか知らないままに行っている。	患者の状況を判断し正しい知識、技術を習得させる	患者の移動の介助の技術演習（大会） リハビリ科に協力依頼し、評価・講習を行う	・ベッドから車いすへの移乗介助の技術研修を実施（7月29日参加者112名） ・大会開催（9月29日参加者94名）
	転倒事故が発生した状況の分析が不十分	分析能力が不十分。 分析できる十分な時間の確保が困難。	①転倒事例のラウンドをおこない、問題を明確にし、看護計画を病棟看護師と立案する ②病棟毎に転倒防止活動を行う	①看護師長医療安全ワーキングメンバーによりラウンドを施行する。ラウンド時病棟看護師と共に行う ②病棟の取り組みについて発表会開催	ラウンドは実施しなかった。
誤薬	誤薬の誘因が、持参薬に関連している事例がある	医師が電子カルテに入力しない。または入力の際に誤りがある。 持参薬の処方に看護師、薬剤師の時間がとられている。 持参薬から当院処方へ切り替わるときに混乱し、過量与薬が発生している。 麻薬など書類処理が煩雑になる。	持参薬の使用を中止する	看護師長会議で検討し、医療安全推進部会に提案し、各部署と合議の上決定する。（運用を決定）	持参薬について、病棟に現状調査を行い、問題点の明確化し、対策を立案（別紙参照）。 薬剤科と協力し、持参薬の取扱いのルールを明確にした。12月から試行し、1月全面実施をおこなった。

	自己管理をしている患者の誤薬が多い	自己管理とする判断が十分でない。自己管理させる基準がない	自己管理基準の作成	自己管理基準をワーキングで作成後、看護師長会議で検討し実施させる	自己管理基準は作成。薬剤科にて検討中。持参薬の歴入力軌道に乗った時点で検討。
	誤薬の要因に確認不足がある	ダブルチェックを行っているが、正しく行えていない 施行直前に電子カルテの確認が行えていない 看護師の実施者責任の意識が薄い。または他人に依存する	点滴施行時の6R、3回確認、呼称確認の実施	看護師長医療安全ワーキングメンバーによりラウンドを施行する。次回さらに具体的な方法を検討	ダブルチェックの廃止と指差呼称の導入 2月試行 3月全面实施
インスリン	①インスリンの与薬時間、量、見落としが多い ②異常時または絶食時の対象方法が確立されていないことで、看護師が速やかな対応がとれない	①対症指示がわかりにくい ②インスリンの種類が多い ③知識不足	①糖尿病ワーキングにて対症指示の統一（テンプレート） ②異常時（高血糖、低血糖）、絶食時の対応方法の標準化（プロトコール）。 ③学習会の開催	ワーキングメンバーにより、病棟師長へテンプレート、プロトコールを伝達し、病棟のリンクナースと共に実施できる様に係わる	手順の作成中。医師とテンプレートの検討中

*インスリンに関しては糖尿病ワーキング、内分泌・代謝ケアチームと協力し検討。

(4). 評価

1) 転倒について

大会を開催する事を事前に案内する事で、研修会に参加をした看護師が、病棟の看護師に伝達しなければならないため、技術を習得する機会となった。また大会に代表で参加する看護師は、練習を行う事で、より技術の習得につながった。看護師の技術の向上のためには有効であった。

また、リハビリ科に講師を依頼したことで、病棟でのリハビリ科とのコミュニケーションの土壌となり、病棟の患者個々の看護計画立案時のカンファレンスでコメントを求めやすくなった。看護の質の向上につながると考えられる。

2) 誤薬について

(1) 持参薬については中止には至らなかったが、取扱いが明確になり、医師、薬剤師、事務職員で共有できたことは評価できる。

(2) 自己管理基準は作成ができた。使用をするにあたっては、平成24年度の診療報酬改定にて、薬剤師の病棟常駐化が実施されるため、来年度薬剤師との検討が必要である。

(3) ダブルチェックが正しく行えていない現状があり、ラウンドを行い問題を明確にし、具体案を提示する計画であった。ラウンドは行えなかったが、現状の方法では誤薬は減少しない。看護師は責任が分散されているように認識しており、自己の安心にしかならず防止にはならない状態であった。今回、看護師長会・副看護師長会でダブルチェックを廃止し指差呼称へ移行する事を提案した。検討した結果、2月試行。3月全面实施をする事になった。今年度は実施後の誤薬の状況は評価できないため、有効であったかどうかは、平成24年度のインシデントの状況で判断する。

3) インスリンについて

(1) インスリンの看護手順の見直しを行った。まだ実施には至っていない。今年度には看護師長会に提案し、承認の予定。

(2) 対症指示のテンプレートは作成途中。医師が行う部分であることから、すすまなかった。

(3) 1月2月の超速効型のインスリンに関するインシデントが複数有り。この手順の修正に関しては急務である。今年度中に作成する。

2) 実習指導専任化

平成 23 年度より、実習指導者の専任化に向け取り組みを開始した。実習指導者及び副看護師長が一週間以上継続して実習指導を行う体制を定着することを目標に取り組んだ。各病棟の実習指導の現状を調査した結果、日々の実習指導者の役割に格差があった。実習指導者専任化の提議・実習指導者の役割を見直し、学校との連携が強化できるように話し合い、実習指導者会でも検討を重ねた。結果、勤務表作成では、各看護師長が工夫し、専任化体制で指導に臨むことができるようになった。実習指導者も専任化のメリットを理解し指導できるようになった。学校側との連携については、看護師長が調整役を担う必要性が明らかになり、取り組んでいるところである。更に今後の課題としては、実習指導者が、学生の行動計画を聴いて指導する、学生の受け持ち患者のケアを学生とともに実施し指導することについて、病棟看護師の協力を得て、病棟の看護チーム全体で学生が育成できるように実習指導体制を構築していくことである。

3) 管理師長二交替制勤務

目的：夜間の継続した患者及びスタッフの管理、看護師長の生活の質の向上

方法：二交替制勤務の導入（14 時間 45 分）

導入：平成 23 年 10 月より

取り組み：二交替制勤務のメリット・デメリットの検討

勤務時間・勤務線表の検討

業務内容の見直し（特に日勤からの申し受け内容や方法）

導入後のアンケート実施

結果：目的に関しては、継続して患者把握やスタッフへの指導が出来るとの意見が多い。トラブルやインシデント発生時もその後の対応などを確認フォローしやすくなった。看護師長の生活サイクルについて、三交替からの不規則な勤務からの疲労感は改善された。

課題：勤務時間が長時間であることから来る疲労感や、新任看護師長のフォローインシデントや患者対応時の休憩の確保が困難な場合への対応

4) ジェネラリスト育成

問題解決能力を身につけ、チームを活性化できる中堅看護師を育てることが必要であると考え、看護師長として戦略的に関わることを目的とした。6 年目以上の看護師 43 名を対象に、問題解決技法の研修を行なった。研修生は病棟の課題に取り組み、看護師長は研修生の課題達成を支援し、やりがいを感じられるように関わった。将来、副看護師長になることを期待している。

2. 副看護師長会議

看護部の目標達成に向け、副看護師長の役割を果たすことを目的に活動を行った。

目標 1. 根拠に基づいて活動できる（自立・自律した）看護師を育成する

2. 中堅看護師の育成に向けた取り組みができる

3. 集合教育と O J T の連携が円滑に行えるように支援できる

4. 基礎教育と臨床との連携強化により、看護の質の維持・向上をめざす

5. 看護師長補佐・代行としての役割と業務を理解する

活動内容

1. 看護管理

・医療事故事例から考える副師長としての看護管理（事例検討）

・看護師長代行時の副看護師長としての看護管理（事例検討）

・クリティカル 5 S から考える看護管理（討議）

・働きがいのある職場環境（チームインベントリーの結果から討議）

2. 教育

・2 年目～5 年目までの年間課題の達成に向けての支援（討議）

・基礎教育と臨床との連携（実習指導者専任化に伴う実習指導者への関わりについて討議）

3. 副看護師長としての看護実践の役割モデルとしての関わり（事例検討）

3. 専門看護師・認定看護師・CRC連絡会議

専門看護師・認定看護師・CRCが各分野において専門的知識・技術をもとに高度な看護実践を行うこと、そして各分野の専門看護師・認定看護師・CRCが協力し合い、看護師への教育・指導に携わり看護の質の向上を図ることを目的としている。

平成23年度は、地域に向けて第3回専門・認定看護師セミナーの企画・運営を行い、院内・院外合わせて109名の参加があった。院内では、看護倫理研修の企画・運営を含む各分野での研修会を行った。

II. 委員会

1. 継続教育

副看護師長全員が委員会に所属し、NHO看護職員能力開発プログラム（Acty）の目標と、看護部研修計画にそって企画運営し、集合教育と機会教育の連携につとめた。新採用者研修ではオリジナルのDVDを作成し、医療安全の強化を図った。キャリア支援研修では、医師の指導のもと、4年目以上のスタッフに「急変前気づき研修」をおこない、アセスメント能力の向上を図り、チーム医療の強化につなげている。

「看護と経営」の研修では、経営の現状や診療報酬制度について理解を深めた。

2. 看護の質改善

＊別紙4

3. 看護記録

看護記録委員会は、「看護記録の充実」と「標準看護計画の完成」の2つの目標をあげ活動を行った。看護記録監査は、2回／年（結果を数値化）実施し、数値の低い項目に対し検討を行い、各病棟に情報提供した。2回目の監査では全体として80.8%から82.5%に監査結果が改善された。症例検討は、3部署の看護記録を用いて、それぞれに検討事項を決めて行った。看護計画・看護診断・成果指標は適切か、評価は適切な時期に行われているか、転倒転落アセスメントが適時記載できているか、計画に基づいて実践した内容とその反応が記載できているかなどを検討することで、各病棟の記録の現状や問題点が明らかになった。それらを改善させながら、症例検討を継続し、看護実践のみえる記録を目指していきたいと考える。標準看護計画は、平成21年度に作成したものをベースに、不足分の項目を追加し257項目を完成した。今後、作成した標準看護計画を使用し、評価していく必要がある。

III. プロジェクト

1. NST・褥瘡チーム

院内褥瘡発生率を低下させること、嚥下障害のある患者の嚥下評価・摂食機能訓練・食事介助方法を理解し、実践できることを目標に取り組んだ。

- 1) 褥瘡カンファレンス用紙を作成し、リンクナースが中心となり、各病棟で検討した。褥瘡発生患者のアセスメントや予防計画の振り返り、褥瘡発生原因を明確にすることで、スタッフの褥瘡に対する意識・知識の向上を図ることができてきた。
- 2) 嚥下機能評価・摂食機能訓練・食事介助時のポジショニングについて講義・演習を行い、リンクナースの知識・技術の向上を図った。しかし、実践までは至っておらず、嚥下評価、援助に対して積極的に関わる必要がある。
- 3) ポジショニングラウンドを年4回行った。チェックリストを使用し、全病棟をリンクナースが確認、病棟スタッフに指導を行い、リンクナースの知識・技術の向上に繋がっている。
- 4) 褥瘡発生率は、1.60%であり、前年度から0.04%低下した。

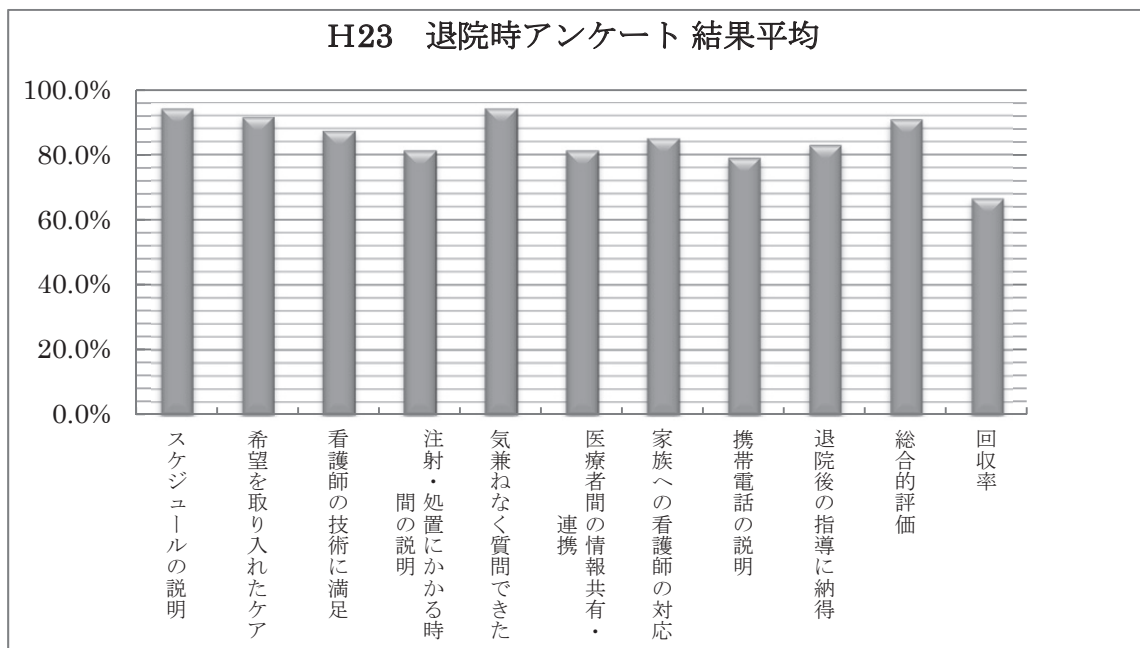
別紙 4

平成 23 年度 看護の質改善委員会

看護部の理念に基づき、看護の資質の向上・発展をはかるため、看護過程の監査及び記録のシステムの改善を図ることを目的としている。

活動目標は、看護活動の質評価を行い、結果分析を更なる質改善につなげる。看護基準・手順の周知・徹底ができることをあげ活動した。

退院時アンケートの結果を基に、改善策をあげて看護部全体で取り組むテーマを決めて取り組んだ。改善が必要な患者意見については掲示板に掲示し返事をした。



身だしなみの監査では、当院の看護師としてふさわしい身だしなみを整えるために、毎月、自己他者評価で身だしなみチェックを実施した。名札の着用方法の見本を作成や髪型の見本を作成し取り組んだ。

看護基準・手順の監査では、副看護師長会で作成した監査表をもとに、18 項目の監査を実施した。手順通りに実施できていない項目は病棟に伝えて周知徹底した。次年度も看護の質の向上のため継続活動する。

2. がん・緩和ケアチーム

- 1) エンゼルメイクの手順を見直した。遺体の冷却方法と目的、詰め物の考え方、合掌バンド・顎バンドの使用は避けるように変更、看護師にレクチャーを行い教育した。また、エンゼルケアセットを見直し、平成 24 年度より変更予定である。
- 2) 化学療法の症状評価を CTCAE v 4.0 を用いて行えるようにテンプレートとグレーディング一覧表を作成、看護師にレクチャーを行い教育した。
- 3) 疼痛アセスメントについて、看護師にレクチャーを行い教育した。実際に医療用麻薬使用時の効果・副作用の観察ができていないか毎月調査したこと、医療用麻薬の使用に関する問題点を抽出し各病棟で事例検討を実施することで、基礎知識の向上に努めた。
- 4) 10 月 5 日に「ホスピス緩和ケア週間」の催しを行った。「アロマコーナー」「ウィッグコーナー」「緩和ケアの普及に向けてポスター展示」「ホスピタルクラウンによるパフォーマンス」「コンサート」を行い、200 名以上の参加が得られ盛況であった。12 月 21 日には、各病棟や外来を訪問しクリスマスコンサートを開催した。各病棟のディルムで行い、1 会場 20 名以上の患者の参加が得られ、季節感を味わってもらえた。

3. 内分泌・代謝ケアチーム

- ①インスリン関連インシデントの減少を図る
- ②糖尿病の基礎知識を習得し病棟で啓発をはかる
- ③看護職員の糖尿病教育の充実を図る目標として取組んだ。

インスリン関連インシデントの減少の取組みとして、インシデントの振り返り 11 回 / 年、インスリンの学習会 3 回 / 年、症例検討 1 回 / 年実施した。しかし、インシデントの件数は年間 62 件（昨年度比 103%）と増加した。引き続き、インスリンの学習会、インシデント分析、インスリンの指示テンプレート作成（医師と調整）を実施していきたい。また、DM 京都・メタボ会・高血圧セミナーと市民講座の企画・運営にも積極的に参加し実施した。院内では糖尿病ステップアップ研修Ⅰを開催し、20 名が修了した。引き続き基礎教育を充実させたいと考えている。

4. 感染チーム

平成 23 年度は、「アウトブレイクをおこさないための感染予防策の実施」を目標に、標準予防策の強化、根拠に基づいた感染予防策の実施・啓発活動に取り組んだ。

標準予防策の強化では、8 月と 12 月に各 5 日間、ゴージョ使用量調査と分析を行い、ポスター掲示を行うことで手指衛生遵守につなげた。また、ノロウイルスによる感染性胃腸炎・インフルエンザに着目し、講義資料を作成してリンクナースが現場のスタッフに講義を行い、知識の向上と感染対策の定着に努めた。汚物処理セットを病棟に設置し、スタッフが安全に汚物処理ができる環境を整えた。また、病棟ラウンドを行い、感染予防上の問題がないかを確認した。

5. 地域看護支援チーム

地域看護支援チームでは、病棟と地域医療連携室との連携を強化できる。患者が安心して退院・転院が出来るよう支援が出来ることを目標に活動した。

具体的には、退院支援の充実のために

- 1) 退院支援スクリーニングの問題点を明確にして改善できるように、アンケート調査を実施し月々の活動報告を行った。
- 2) 計画的な退院支援として事例検討を行い退院支援の介入時期や方法などを検討した。

また、退院支援の看護計画立案数を調査し計画的な支援が出来ているか評価した。

地域との連携強化の一環として訪問看護研修の実施や交流会を行った。交流会では、在宅看護研修での体験を踏まえ積極的な意見交換や顔の見える関係作りができた。

訪問看護ステーションの活動内容を理解し連携強化できた。

6. 呼吸ケアチーム

当センターにおける人工呼吸器装着患者の合併症を予防し早期離脱を図るため、人工呼吸管理および呼吸ケアの質の向上を目的とし活動を行った。

- 1) 院内呼吸ケアチーム（RST）で検討した新しい気道管理物品や人工呼吸器関連物品について、情報を共有し、知識の向上を図った。
- 2) 安全に人工呼吸器管理ができるよう、人工呼吸管理に関するインシデント事例をもとに対策を検討し、知識の共有を図った。各病棟では、リンクナースが中心となり、カンファレンスを行い予防対策の検討や知識の共有を図った。
- 3) 閉鎖式吸引カテーテルの使用法、気管挿管チューブ固定方法、口腔ケア（気管挿管・気管切開）に関するマニュアルを作成し、院内でケアの統一を図った。また、作成した呼吸ケアマニュアルの勉強会を開催し、根拠に基づいた知識および技術を伝達した。
- 4) RST 主催の人工呼吸管理に関する研修（初級編・中級編）、歯科口腔外科医師による人工気道患者の口腔ケア研修、理学療法士による呼吸リハビリテーション研修に参加することで、根拠に基づいた知識および技術の向上を図った。

IV. 時期限定プロジェクト

次年度の看護師採用に繋がるよう、看護学生に対し就職説明会や施設見学等で、当院の機能や設備・看護の魅力をアピールする活動を行った。また健康に関する支援と、当院のPR活動を地域住民に対し行った。

平成 23 年 6 月 18 日（土）合同就職説明会：63 名参加

平成 23 年 7 月 2 日（土）一日まちの保健室：73 名参加

平成 23 年 7 月 22 日（金）ふれあい看護体験：4 名参加

平成 23 年 7 月 26 日（火）～7 月 29 日（金）インターンシップ：9 名参加

平成 24 年 2 月 看護師募集 DVD 作成

平成 24 年 3 月 近畿ブロック附属看護学校 5 校訪問

□看護部の運営実績

別紙 5

□研究業績

1. 投稿

年度	分類	著者（全員）	タイトル	著書・雑誌名	vol.	No	page	編集者等	出版社	発行年月
23	A-6	右野 恵 高橋 里佐	産後 2 週間健診による赤ちゃんの観察	妊産婦と赤ちゃんケア	3	4	58-62		日総研	2011 年 7 月
23	A-6	久保 紀美代	私の認定看護師としての原点と活動の軌跡	がん患者ケア	5	2	49-53	岸田 良平	日総研	2011 年 11 月
23	A-6	晝間 梓 川崎広子	小児手術における理解と説明・サポートの行ない方「子供の理解とプレパレーション」	実践手術看護	5	6	75-84		日総研	2012 年 3・4 月号

2. 院外発表表

年度	分類	演者（全員）	タイトル	学会名	開催地	会期 (年月日)	会期終了
23	B-4	山本 千景・小谷 真弓 香川 亜里紗・浦川 綾加 田中 雅子・望月 知奈美	ターミナル期患者・家族の 持つ精神的苦痛の緩和を 目指して ～ STAS－J を用いて～	日本緩和医 療学会	札幌	7/29	7/30
23	B-4	渚 るみ子	婦人科疾患で開腹手術を受 けた患者の退院後の日常生 活の実態とジェンダー意識 の影響	看護協会成 人看護学会	大阪	9/19	9/19
23	B-4	山本 千景・小谷 真弓 香川 亜里紗・浦川 綾加 田中 雅子・望月 知奈美	ターミナル期患者・家族の 不安が増強した場面の分析 ～「STAS－J」を用いて～	国立病院総 合医学会	岡山	10/7	10/8
23	B-4	山本 沙耶・北村 美津江 宮城 智恵美・望月 知奈 美	病的骨折を繰り返す患者へ の援助で生じたジレンマの 検討	国立病院総 合医学会	岡山	10/7	10/8
23	B-4	平田 和幸・濱名 有紀 川崎 広子	脊椎手術時の4点ホールフ レームにおける褥瘡予防 ～ズレ力に対するの軟膏の 有効性～	国立病院総 合医学会	岡山	10/7	10/8
23	B-4	荒木 由香里・岡田 英子	乳がん患者に対する継続看 護 ～ STAS－J を用いた乳が ん看護カンファレンス 第 1 報～	日本乳がん 看護研究会	大宮	10/16	10/16
23	B-4	奥田 良美・望月 知奈美	最期の希望を叶えるケアを 提供するための取り組み ～家族ストレス理論を用い て考える～	近畿看護学 会	大阪	10/22	10/22
23	B-4	永井 満恵・落合 恵 望月 知奈美	緩和ケア病棟における質の 高いケアを目指して	近畿看護学 会	大阪	10/22	10/22
23	B-4	堀 友紀子	蘇生チームにおける活動報 告	日本救急看 護学会	神戸	10/29	10/29
23	B-6	寺嶋 幸子	前熟考期である喫煙者に禁 煙相談を行う意義について の検討	日本禁煙学 会 ナース 分科会	沖縄	11/25	11/25
23	B-4	松井 いづみ	救急治験における迅速な被 験者エントリーの取り組み について	日本臨床薬 理学会	浜松	12/1	12/3
23	B-4	寺嶋 幸子	禁煙の啓発及び普及のため の禁煙相談について	日本循環器 学会	福岡	2012/3/17	2012/3/18
23	B-4	寺嶋 幸子	禁煙治療開始後精神科緊急 入院となった事例	日本循環器 学会	福岡	2012/3/17	2012/3/18

3. 院内発表

No.	テーマ	タイトル	部署	発表者または代表者	発表形式
1	医療の質Ⅰ	皮膚筋炎により筋力低下がある患者への退院指導	2 病棟 4 階	今井 賀奈子	口述
2		1 型糖尿病患者におけるインスリン注射手技と保管状況に関する調査	2 病棟 8 階	森継 ゆか	口述
3		電話トリアージの現状と能力向上への取り組み	救急外来	清水 克彦	口述
4		平成 23 年度救命センターにおける感染防止対策についての報告	救命救急センター	田村 有希	口述
5	医療の質Ⅱ	患者や家族が望む快適な時間づくり ～抑制解除にむけた看護の取り組み～	2 病棟 4 階	布施 克美	口述
6		術後患者のせん妄予防のための温罨法の効果～術後せん妄ハイリスク患者の睡眠障害の改善を目指して～	2 病棟 6 階	三好 梨恵	口述
7		術後せん妄アセスメントスケールを用いた術後せん妄発症予測の効果	2 病棟 6 階	中野 達也	口述
8		集中治療室でせん妄をきたした患者の実態調査	集中治療室	三宅 望美	口述
9	がん・緩和医療	乳がん患者へのチームアプローチ ～若くして Stage IV 乳がん罹患した患者の 1 事例～	2 病棟 6 階	荒木 由香里	口述
10		終末期患者を支える家族が求めるケア ～緩和ケア病棟開設後、半年間の評価を振り返って～	緩和ケア	寺戸 沙耶花	口述
11		がん性疼痛アセスメントと医療用麻薬に関する学習効果	がん・緩和ケアチーム	落合 恵	口述
12	活動報告	禁煙啓蒙活動の活性化に向けて ～禁煙支援の紹介をとおして～	外来	寺嶋 幸子	口述
13		第 3 回専門・認定看護師セミナー開催の報告と今後の課題	専門看護師・認定看護師・CRC 連絡会	川瀬 真紀子	口述
14		救急治験における迅速な被験者エントリーへの取り組み	治験管理室	松井 いづみ	口述
15	医療の質	外来から関わり入退院 ～退院支援スクリーニング票を外来から使用して～	外来	楠部 比佐子	ポスター
16		白内障患者の点眼指導 ～外来から点眼指導を導入して～	1 病棟 5 階	山本 詩子	ポスター
17		当病棟における HIV 陽性患者の生活・退院指導の実態調査～弱点克服！怖がらずに指導をしよう～	1 病棟 8 階	不二門 祐哉	ポスター
18		退院後を見据えた心不全患者への内服自己管理介入	2 病棟 7 階	西岡 唯	ポスター
19		術後、喀痰量が多い患者へのリカバリー室での援助～個別性の考察と病棟との継続看護の必要性～	手術室	井上 永子	ポスター
20	看護の質	咽頭喉頭食道全摘出術・遊離空腸再建術を受けた患者に対する嚥下訓練計画表を用いた嚥下訓練について	1 病棟 4 階	松枝 綾子	ポスター
21		アロマテラピーを用いた足浴 ～心理状態の変化と疼痛緩和への有効性（中間報告）～	1 病棟 6 階	神田 絵里	ポスター
22		若年 AVM 出血患者のリハビリテーション看護 ～かっこ悪くならない歩行獲得を目指して～	2 病棟 4 階	樋口 泰子	ポスター
23		脳血管障害による意識障害のある患者に有効と言われている腹臥位療法の効果の検討	2 病棟 4 階	安井 優美	ポスター
24		整形外科病棟で術後せん妄になった患者の特徴・行動傾向・背景に関する分析	2 病棟 5 階	松本 早紀英	ポスター
25		統一したストーマセルフケアの指導 ～看護師用チェックシートを活用して～	2 病棟 6 階	上垣 絵理	ポスター
26	医療安全・環境	終末期患者に対する環境調整がもたらす効果 ～ KOMI 理論を用いて～	1 病棟 6 階	柏原 彩子	ポスター
27		患者にとって快適な環境を考える	2 病棟 4 階	福重 江梨	ポスター
28		特別室個室病棟としての療養環境を考える	特別室個室	荒牧 万寿美	ポスター
29		手術室における危険予知能力の向上 ～KYT を実施して～	手術室	加柴 結可	ポスター
30		ICU 入室患者への DVT 予防策導入方法についての検討	救命救急センター	植木 昌一	ポスター

31	チーム医療・教育	地域がん拠点病院における緩和ケア病棟の役割 ～一般病棟から転入してきた患者の現状からの課題～	緩和ケア	落合 恵	ポスター
32		緩和ケアチームの活動報告と今後の課題 ～平成 22 年度の活動と比較して～	がん・緩和ケア チーム	上村 直子	ポスター
33		ホスピス緩和ケア週間 2011 のイベントの評価	がん・緩和ケア チーム	上村 直子	ポスター
34		平成 23 年度 感染チーム会 活動報告	看護部 感染チー ム会	島田 利枝	ポスター
35		実習指導専任化体制での統合実習の取り組み	2 病棟 4 階	鈴木 里香	ポスター
36	がん・ 緩和医療	終末期における家族看護～事例を振り返って～	1 病棟 6 階	徳丸 千恵	ポスター
37		緩和ケア病棟における質の高いケアを目指して	緩和ケア	永井 満恵	ポスター
38		エンゼルメイクにおける手順の見直し	がん・緩和ケア チーム	永井 満恵	ポスター
39		化学療法・放射線療法における症状評価基準統一に向 けた取り組み～ CTCAE v 4.0 を用いて～	がん・緩和ケア チーム	香川 亜里沙	ポスター
40		病的骨折を繰り返す患者への援助で生じたジレンマの 検討	緩和ケア	山本 沙耶	ポスター
41		ネクサバール薬を内服中断に至った患者の生活行動に おける要因に関する研究	1 病棟 7 階	小西 香里	ポスター

平成23年度看護部運営実績

病院目標

看護部スローガン

看護部目標

“前進” ～次の夢に向かって～

「受け身」からの脱却 “自立” と “自律”

- 1. 根拠に基づいてチームで活動できる看護師の育成
- 2. 職場環境の充実による患者満足の向上
- 3. 安定した黒字経営

区分	戦略目標	戦略シナリオ	重要成功要因	目標値	実績	最終評価と今後の課題	
財務の視点	○効率的な病床管理 ○目標患者数確保 ○安定した黒字経営	安定した黒字経営 効率的な病床管理 目標患者数確保 患者満足の向上	・医療収益の増加 ・患者数確保 ・病床利用率の高率維持	経常収支率: 103.0%以上	100.9%	ユニット個室はリピーターが多い。外来でユニット、有料個室を含み第3希望まで確認し、有料病床利用向上に取り組んでいる。 各診療科のスペシャルメルケルワークの患者への説明、病棟案内が始まっている。医師によるロータリークラブへの講演活動を実施している。	
				平均1日入院患者数: 552人	540.8人		
				病床利用率: 92%以上維持	90.1%		
				ユニット個室利用率: 97%	89.6%		
患者の視点	○患者満足の向上	患者満足の向上 効率的な病床管理 目標患者数確保 安定した黒字経営	・患者のニーズに応じた療養環境の提供 ・安心できる看護サービスの提供	特別室個室病床利用率: 70%以上	56.2%	看護の質改善委員会と連携し取り組みキャンペーンを実施。携帯電話の使用エリア表示、接遇、身だしなみチェックなど結果を顧客の視点に返す取り組みは現場に生かされている。	
				平均在院日数: 14.9日	15日		
				退院時アンケート結果: 総合評価: 94%以上	91.0%		
				技術力: 88.6%以上	87.4%		
				環境(携帯電話の使用): 80.9%以上	79.1%		
				医療チームの連携: 83.6%以上	81.4%		
				転倒率: 0.31%以下	0.33%		
				レベル3a: 平均月1件以下	0.9件/月		患者の特性把握とアセスメント能力の向上、患者に合った転倒件数の減少に繋がる現状の分析と方策を立てる。
				レベル3b: 年5件以下	0.7件/月		
				膵臓件数: 前年度以下	93.3件/月		
内服薬に関するインシデント	50.3件/月						
				注射薬に関するインシデント	28.9件/月		

内部プロセスの視点	看護実践モデルの育成 ○職場環境の整備 ○チーム医療の推進	看護実践モデルの育成	チーム医療の推進	職場環境の整備	・リソースナースの活用と支援 ・働きやすい職場環境	5分野以外のONS・ONIに於いても新たな研修の企画・実施ができた。	褥瘡予防に関する勉強会(ボジョニング等)15回実施。リンクナースと共に体圧分散装置の選定を行い4月に更新予定。	感染アウトブレイク:0件	リンパドレナージ外来:5件/週1回	インスリンインサント:月52件以下	褥瘡発生率:1.63%以下	経験年数、診療科の枠をこえ、看護部全体で倫理の検討ができ、倫理的問題への認識が高まった。病棟での倫理啓蒙に取り組む。	病棟が増加した。スタッフの健康管理と年休の計画的取得に努める。	長日勤務業務内容の見直し、手術室2交替制導入、夜間緊急検査の介助業務の協力体制構築により、7.9時間/月と減少した。	管理師長2交替制勤務ワーキンググループを中心に、2交替制勤務を検討。10/6から導入した。	ジェネラリストワーキンググループを立ち上げ、育成に取り組んだ。問題解決技法を学び、各自課題に取り組み、2月までに取り組みの成果をまとめた。	ステップⅠはがん看護の基礎知識を持つことを目的に実施、ケーススタディで学びをまとめた。	ステップⅡではがん看護の専門性を深めることを目的に実施、ケーススタディでは理論を用いてまとめ、発表を行った。	チーム医療推進 看護師の専門性を発揮することを目的に取り組み開始。平成21年度受講者を含め病棟での技術チェックを2月より開始。	ステップⅠは看護師のDMIに対する基礎知識の底上げを目的に実施し、ケーススタディで学びをまとめた。	コミュニケーションスキル研修 31名。 急変アセスメント研修 20名。 経営と看護研修 57名	ジェネラリスト研修、OJTCで動機づけを行った。合格者の傾向を分析し合格者増の取り組みを行う。	実習指導専任化体制ワーキンググループ立ち上げた。概ね専任化体制が構築でききた。今後、病棟と教員の協力の在り方を検討していく。	看護教員インタナージップに3名が参加した。	手術室5名、外来2名がローテーション研修を実施。3カ月までに到達する経験項目が増加した。手術室看護の質向上を目的に経験5年目以上で病棟経験のない看護師の研修を実施した。	53回近畿看護学会4題、緩和医療学会1題、成人看護学会1題、総合医学学会3題、看護学会2題、乳がん看護研究会1題、救急看護学会1題、禁煙科学会1題、薬理学会1題、糖尿病学会2題	53回近畿看護学会4題、緩和医療学会1題、成人看護学会1題、総合医学学会3題、看護学会2題、乳がん看護研究会1題、救急看護学会1題、禁煙科学会1題、薬理学会1題、糖尿病学会2題	成果発表会では、病院全体で口述21題(看護14)、ポスターセッション37題(看護25)がエントリーした。
成果と学習	○根拠に基づいてチームで活動できる看護師の育成 ○基礎教育との連携強化	看護実践モデルの育成	チーム医療の推進	職場環境の整備	・中堅看護師の育成 ・教育システムの構築 ・実習指導者の専任化に向けての体制づくり	がんステップⅠ研修 がんステップⅡ研修 抗がん剤リポート更新のための研修 DMステップⅠ 看護部キャリア支援研修 幹部看護師任用候補者登載者:10名以上 実習指導者講習会受講:6〜7名 実習指導者専任化体制の構築、実習指導者会の活性化 手術室、外来1年目看護師2週間病棟研修 専門学会研究発表:前年度より増 成果発表会	42名 16名修了 19名修了 190名 19名修了 のべ108名 22名受検 6名登載 ブロック6名 看護協会1名	6.9日/人/年 8.0時間/人/月	のべ161名	経験年数、診療科の枠をこえ、看護部全体で倫理の検討ができ、倫理的問題への認識が高まった。病棟での倫理啓蒙に取り組む。	病棟が増加した。スタッフの健康管理と年休の計画的取得に努める。	長日勤務業務内容の見直し、手術室2交替制導入、夜間緊急検査の介助業務の協力体制構築により、7.9時間/月と減少した。	管理師長2交替制勤務ワーキンググループを中心に、2交替制勤務を検討。10/6から導入した。	ジェネラリストワーキンググループを立ち上げ、育成に取り組んだ。問題解決技法を学び、各自課題に取り組み、2月までに取り組みの成果をまとめた。	ステップⅠはがん看護の基礎知識を持つことを目的に実施、ケーススタディで学びをまとめた。	ステップⅡではがん看護の専門性を深めることを目的に実施、ケーススタディでは理論を用いてまとめ、発表を行った。	チーム医療推進 看護師の専門性を発揮することを目的に取り組み開始。平成21年度受講者を含め病棟での技術チェックを2月より開始。	ステップⅠは看護師のDMIに対する基礎知識の底上げを目的に実施し、ケーススタディで学びをまとめた。	コミュニケーションスキル研修 31名。 急変アセスメント研修 20名。 経営と看護研修 57名	ジェネラリスト研修、OJTCで動機づけを行った。合格者の傾向を分析し合格者増の取り組みを行う。	実習指導専任化体制ワーキンググループ立ち上げた。概ね専任化体制が構築でききた。今後、病棟と教員の協力の在り方を検討していく。	看護教員インタナージップに3名が参加した。	手術室5名、外来2名がローテーション研修を実施。3カ月までに到達する経験項目が増加した。手術室看護の質向上を目的に経験5年目以上で病棟経験のない看護師の研修を実施した。	53回近畿看護学会4題、緩和医療学会1題、成人看護学会1題、総合医学学会3題、看護学会2題、乳がん看護研究会1題、救急看護学会1題、禁煙科学会1題、薬理学会1題、糖尿病学会2題	53回近畿看護学会4題、緩和医療学会1題、成人看護学会1題、総合医学学会3題、看護学会2題、乳がん看護研究会1題、救急看護学会1題、禁煙科学会1題、薬理学会1題、糖尿病学会2題	成果発表会では、病院全体で口述21題(看護14)、ポスターセッション37題(看護25)がエントリーした。		