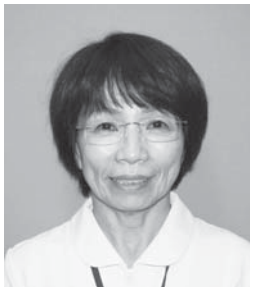
看護部



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

【ＢＳＣ】
別紙１：ＢＳＣ戦略

【平成２４年度　看護部目標】
スローガン　「語り合い、学び合い、成長する私たち」

１．根拠・看護倫理に基づいた看護ができる人材の育成
・継続教育プログラムの強化・充実
・語り合い、学び合う職場環境の構築

２．指差呼称による安全な看護の提供

３．経営への積極的な参画
・診療報酬改定への迅速な対応
・コスト意識の向上
・効率的な病床運営
・地域医療連携強化

□ 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活動＞

1）医療安全

2）看護管理

3）看護倫理

4）認知症患者看護

2. 副看護師長会議

3. 専門看護師・認定看護師連絡会議

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. ＮＳＴ・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

別紙１：ＢＳＣ戦略

平成２４年度看護部運営方針

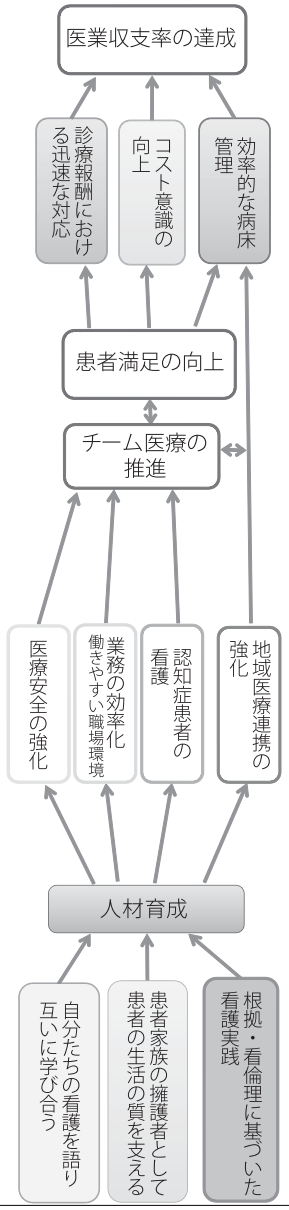
病院目標　「地域への安全で高度先進的な医療の提供」

看護部スローガン　「語り合い、学び合い、成長する私たち」

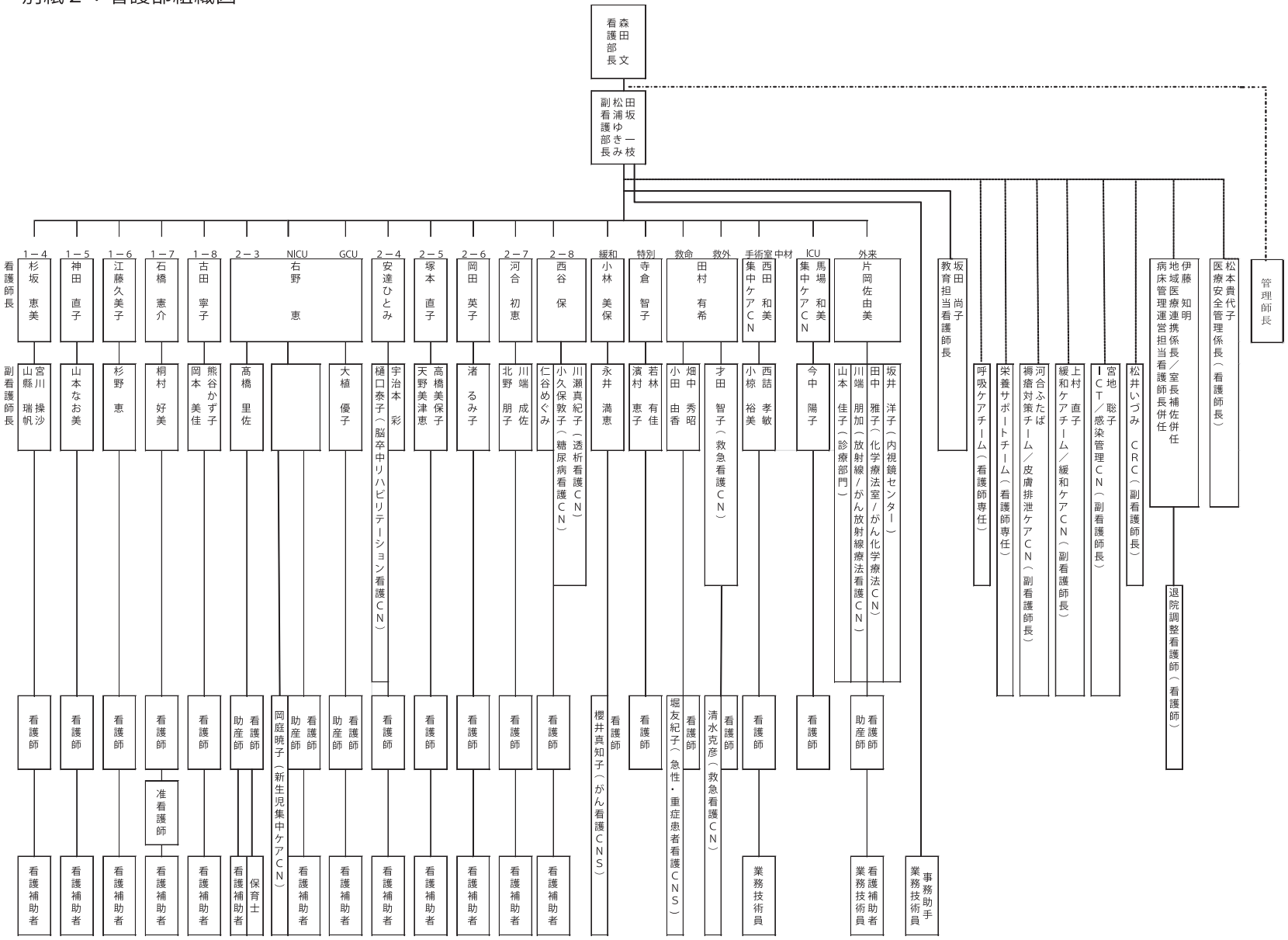
看護部目標

1. 根拠・看護倫理に基づいた看護ができる人材の育成
   - ・継続教育プログラムの強化・充実
   - ・語り合い、学び合う職場環境の構築
2. 指差呼称による安全な看護の提供
3. 経営への積極的な参画
   - ・診療報酬改定への迅速な対応
   - ・コスト意識の向上
   - ・効率的な病床運営
   - ・地域医療連携強化

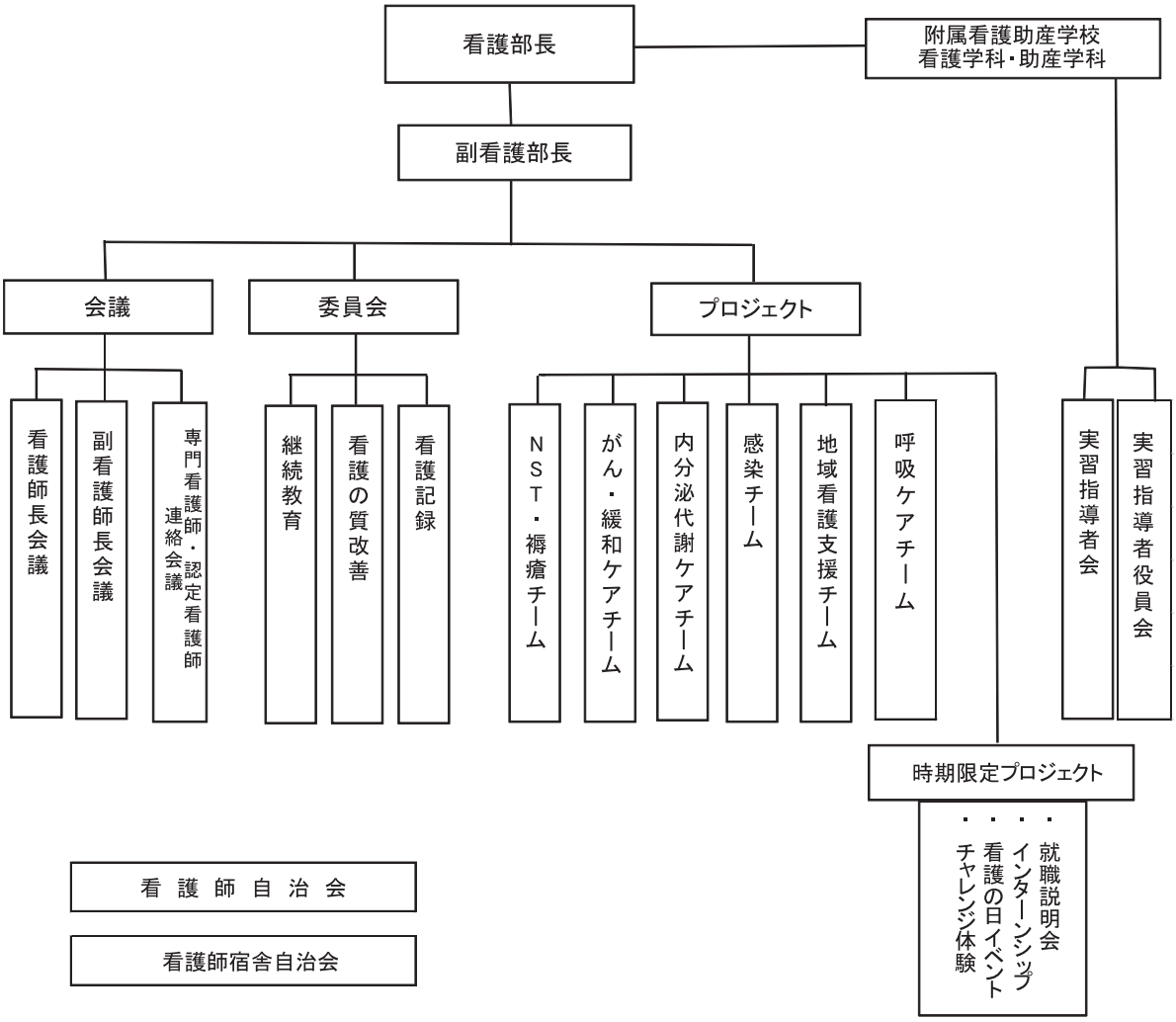
区分	戦略目標	戦略シナリオ	重要成功要因
財務の視点	○医業収支率の達成 ○診療報酬改定における迅速な対応 ○コスト意識の向上 ○効率的な病床管理		・医業収支の増加 ・患者数確保 ・特別個室の利用率の向上 ・診療報酬改定への対応 ・病診連携の強化 ・断らない医療 ・チーム医療の推進 ・薬、医療機器の破損の減少 ・医療用消耗品の使用量の推移
顧客の視点	○患者満足の向上		・退院時アンケート 療養環境、安全への項目を追加 ・看護の質の向上 ・療養環境の整備 ・専門性の発揮 ・リソースナースの活動と支援 感染アウトブレイク減少 褥瘡発生率低下
内部プロセスの視点	○地域医療連携の強化 ○認知症患者の看護 ○業務の効率化、働きやすい職場環境 ○医療安全の強化		・医療安全 ・認知症看護の強化 ・地域医療連携の強化 ・クリティカルパスの見直し推進（継続） ・退院支援スクリーニングの活用 ・長期入院患者数減少 ・働きやすい職場環境 ・業務改善 看護業務の整理 看護補助者の活用
成長と学習	○根拠・看護倫理に基づいた看護実践 ○患者家族の擁護者として患者の生活の質を支える ○自分たちの看護を語り互いに学び合う		・人材育成 社会性 倫理 新人教育



別紙２：看護部組織図


看護部長 森田 文
副看護部長 松浦 田坂 ゆき 一枝
看護師長
副看護師長
1－4 杉坂 恵美 宮川 操沙 山縣 瑞帆
1－5 神田 直子 山本 なお美
1－6 江藤 久美子 杉野 恵
1－7 石橋 憲介 桐村 好美
1－8 古田 寧子 熊谷 かず子 岡本 美佳
2－3 NICU GCU 右野 恵 髙橋 里佐 大植 優子
2－4 安達 ひとみ 宇治本 彩 樋口 泰子（脳卒中リハビリテーション看護ＣＮ）
2－5 塚本 直子 高橋 美保子 天野 美津恵
2－6 岡田 英子 渚 るみ子
2－7 河合 初恵 川端 成佐 北野 朋子
2－8 西谷 保 川瀬 真紀子（透析看護ＣＮ） 小久保 敦子（糖尿病看護ＣＮ） 仁谷 めぐみ
緩和 小林 美保 永井 満恵
特別 寺倉 智子 若林 有佳 濱村 恵子
救命 救外 田村 有希 畑中 秀昭 小田 由香 才田 智子（救急看護ＣＮ）
手術室 西田 和美 中村 集中ケアＣＮ 西詰 孝敏 小椋 裕美
ICU 馬場 和美 集中ケアＣＮ 今中 陽子
外来 片岡 佐由美 坂井 洋子（内視鏡センター） 田中 雅子（化学療法室／がん化学療法ＣＮ） 川端 朋加（放射線／がん放射線療法看護ＣＮ） 山本 佳子（診療部門）
看護師 看護補助者 准看護師 助産師 保育士 岡庭 暁子（新生児集中ケアＣＮ） 櫻井 真知子（がん看護ＣＮＳ） 堀友 紀子（急性・重症患者看護ＣＮＳ） 清水 克彦（救急看護ＣＮ） 業務技術員 事務助手
坂田 尚子 教育担当看護師長
呼吸ケアチーム（看護師専任）
栄養サポートチーム（看護師専任）
褥瘡対策チーム／皮膚排泄ケアＣＮ（副看護師長） 河合 ふたば
緩和ケアチーム／緩和ケアＣＮ（副看護師長） 上村 直子
ＩＣＴ／感染管理ＣＮ（副看護師長） 宮地 聡子
松井 いづみ ＣＲＣ（副看護師長）
伊藤 知明 地域医療連携係長／室長補佐併任 病床管理運営担当看護師長併任
退院調整看護師（看護師）
松本 貴代子 医療安全管理係長（看護師長）
管理師長

別紙３：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
- ○経営企画・業績評価委員会
- ○サービス向上委員会
- ○薬事委員会
- ○診療報酬管理委員会
- ○病床管理委員会
- ○外来管理委員会
- ○手術室運営委員会
- ○集中治療室運営委員会
- ○救命救急委員会
- ○緩和ケア運営委員会
- ○地域医療連携委員会
- ○褥瘡対策委員会
- ○栄養管理委員会・NST委員会
- ○透析委員会・小委員会
- ○輸血療法委員会・小委員会
- ○化学療法委員会
- ○医療安全管理委員会
- ○医療事故対策委員会
- ○リスクマネージャー会
- ○院内感染対策委員会
- ○災害対策委員会
- ○医療機器安全管理委員会
- ○医療情報委員会・小委員会
- ○クリティカルパス委員会
- ○広報委員会
- ○安全衛生委員会
- ○過半数代表者会議・選出選挙委員会

□ 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活動

1）医療安全

インシデントを減少せせることにより安全な看護を提供するために以下の３点に取り組んだ

目標

（1）病棟毎に転棟防止活動を行い、転倒転落防止を図ると共に看護師要因を減少させる。

（2）インスリン関連インシデントの減少を図る

（3）指差呼称の徹底により与薬インシデントを減少させる

実施内容

目標（1）

＜取り組み内容＞

各病棟で前年度の転倒転落の原因等をアセスメントし問題点と課題を明らかにし計画立案、転倒転落の防止に取り組んだ。

＜結果＞

①看護師要因の転倒転落防止の中で、看護師の技術不足、離床センサーのスイッチの入れ忘れの減少

②明らかに転倒が減少した病棟は３個病棟

・毎日のカンファレンスの場で予防策の検討が行われ、病棟全体で共有している。

・転棟転落のハイリスク患者（認知症・せん妄・発熱・化学療法等）の転倒転落リスクをつかみ事前の対応策の計画立案実施評価ができている。

③転倒転落の多い病棟

・同一患者の複数回の転倒の患者が多い。

・患者の療養環境の現状の把握・評価・計画立案・実施の不十分である。

・転倒転落ハイリスク患者のスタッフ間の情報共有が不十分である。

＜次年度への課題と取り組み事項＞

①患者指導

・履物の選択・オーバーテーブルの危険性の対応

・筋力低下患者への指導内容の工夫

・家族・患者ともに考える離床センサー等の適切使用

②効果のあった取り組みの継続

・転倒転落のアセスメントシートの活用の徹底

・転倒転落看護計画の立案と定期的な評価

・患者の療養環境の現状把握・評価・計画立案・実施

・転倒転落ハイリスク患者のスタッフ間の情報共有

③転倒転落の看護のイノベーション

・患者指導のあり方の再構築

・病棟の療養環境の再構築

目標（2）

＜取り組み内容＞

①新採用者研修で、指差呼称について説明

②5年目研修で各病棟単位での「指差呼称」を取り組む

③「声だし指だし確認」バッジを作成し、全看護職員装着

④指差呼称のできない・できていない理由をカテゴリー分類

⑤指差呼称で防げるインシデントの評価

＜結果＞
3.8%のインシデントが減少している。
＜次年度への課題と取り組み事項＞
①指差呼称の形骸化の防止
②継続的な指差呼称の取り組み
③OJTの徹底
目標（３）
＜取り組み内容＞
内分泌代謝チーム会で、インスリン関連インシデントを統計的に提示する共に内容を振り返った。
①インスリン保管状況の確認・呼びかけ
②インスリンに関連する知識の向上
③病棟リンクナースが年間取り組み・病棟で勉強会などの取り組みを実施
④インスリン指示に関してテンプレートの作成の協議
＜結果＞
インスリン関連したインシデントが増加傾向にある。前年度比40件の増加50%以上の増加となった。
＜次年度への課題と取り組み事項＞
①指差呼称の徹底を呼びかける
②継続的なインスリン関連学習会の実施
③超速効型インスリン使用に関してガイドライン・看護手順の促進
④インスリン指示に関してのテンプレートの評価

２）看護管理塾
目標
（１）看護管理者として看護管理観を語り合う
（２）年３回の看護管理塾を開催する
実施内容
（１）ディスカッション
第１回　ＤＰＣの仕組みと基礎知識
第２回　入所したての既卒新採用者の離職について
第３回　「看護師の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」をもとに勤務体制を考える
第４回　副看護師長と連携した病棟運営について
第５回　看護補助者の戦略化とマネジメント
経営、人材育成、労務管理について意見交換を行い、他の看護師長の管理観や管理の実際について語り合うことができた。
（２）看護師長・副看護師長合同看護塾
「パートナーシップナーシングシステム（ＰＮＳ）導入の検討」
ＰＮＳについてのプレゼンテーションの後、導入の意義についてディスカッションし、その後、業務内容に沿ってどのように動くか等についてペーパーシュミレーションを行った。
各病棟の特徴に合わせ、可能な病棟から導入を検討する。

３）看護倫理
目的
（１）院内看護師の倫理観の育成
（２）各病棟で起こっている倫理的な問題を提案し、話し合いの持てるリンクナースの育成

目標
（1）倫理塾を年3回開催できる
（2）リンクナースが各病棟で倫理事例検討会を2～3回開催でき、事例の中でのジレンマを明らかにできる
（3）各病棟での取り組み結果と今後の課題を明らかにする
＜活動の実際＞
（1）事例検討　３回　　対象者は4年目以上の看護師（参加者29名）
１回目：7/3：下肢に深部静脈血栓を生じた患者にマッサージを行うことについてのジレンマ
２回目：11/20：悪性疾患で症状増悪の中、急変しCPRが施行された症例
３回目：2/5：意識障害のある高齢者に対する医療のあり方について
研修参加者の意見
・日々ジレンマを感じることは多々あるが立ち止まって振り返る機会がなかなかとれなかった。倫理原則に基づいて考えることで患者家族の気持ちに近づけるし、どうすれば良かったのか導きだし今後に繋げる事ができる。
・参加者それぞれの看護観について知ることができた。意見交換の中で視野を広く持つことができるように思った。
・病棟に事例を持ち帰り何度か話し合いをする中で「これって倫理的にどうなんだろう」と言った声が聞かれるようになった。
・倫理原則を理解するのが難しかった。苦手な分野だが、人に伝達する機会を経験し自分自身成長できた気がする。
（2）成果発表会での検討事例の報告
＜今後の課題＞
倫理的視点で事例を検討することで改めて、日頃の看護について見直す機会を参加者が持てた。
しかし、参加者が各病棟の課題を明らかにするまでは到達できなかった。今後、看護倫理について学ぶ機会を継続することと、各病棟での倫理的な視点での患者カンファレンスを重ねていく事が課題である。

4）認知症患者看護
目的
（1）認知症患者を理解し、認知症患者が安心して尊厳ある入院生活が送れるようにする
（2）質の高い認知症ケアを提供できる看護師を育成する
＜実施内容＞　参加者延１８９名
（1）講演会　２回
講師：神戸海星病院の老人専門看護師の西山みどり先生
１回目：認知症の疾患・治療について
２回目：認知症患者の看護について
（2）事例検討会　１回
認知症患者への対応に実際についてのグループ討議
認知症看護研修会に参加することで、知識・観察力・対応能力の向上に繋がった。
（3）看護研究「京都医療センターにおける認知症患者看護の実態調査（平成24年度）」
研修内容にとりあげる項目として「周辺症状の悪化予防」「安全対策」「倫理的配慮」「望ましい対応」に関することが課題であることが明らかとなった。

2．副看護師長会議
目的　　看護部の目標達成に向け、副看護師長の役割を果たす

目標
１）根拠に基づいて活動できる看護師を育成する
２）セルフマネージングに基づいたチーム活動ができる
３）集合教育とOJTの連携が円滑に行えるように支援できる
４）看護師長補佐、代行としての役割と業務ができる
＜活動内容＞
第１回副看護師長会（平成24年4月13日）
・平成24年度看護部運営計画について
・平成24年度副師長会活動計画について
第１回副看護師長学習会（平成24年4月13日）
・年間の活動目標・内容について

第２回副看護師長会、第２回副看護師長学習会（平成24年5月11日）
・経年別教育担当者への関わりについて
集合教育とＯＪＴの連携が円滑に行えるようにするためには、副看護師長としてどのよに関わっていく必要があるか、どのような役割を果たさなければならないか、グループで検討

第３回副看護師長会（平成24年6月8日）
・看護師長代行業務について業務内容の共通理解
・看護師長代行業務について項目ごと内容を具体的に話し合う
第３回副看護師長学習会
・中間管理者としての役割・行動を理解し、副看護師長としての看護管理観を高める

第４回副看護師長会（平成24年7月13日）
・フィジカルアセスメント能力向上への関わり方について
～フィジカルアセスメントの指導方法について事例を通して考える～
第４回副看護師長学習会
・SBARについての理解を深め、スタッフ教育に必要な知識を身につける

第５回副看護師長会（平成24年9月14日）
・フィジカルアセスメント能力向上への関わり方について
～フィジカルアセスメントの視点を持たせるために副看護師長として関わった実際の事例を通して～
第５回副看護師長学習会
・魅力的な副看護師長像を見つける
・自分の良い面を知り自己のリーダー像が分かり、役割モデルに活かす

第６回副看護師長会（平成24年10月12日）
・チームインベントリーについて理解を深める～共通理解～
第６回副看護師長学習会
・チームインベントリーを理解し、チームインベントリーの結果が分析できる
・副看護師長としてチーム力を高めるための働きかけを見出す

第７回副看護師長会（平成24年11月9日）
・中堅看護師との日々の関わりでのジレンマや課題を共有し、ジレンマや課題を解決するための自己の課題を導き出す

・中堅看護師との関わりの中での管理者としてのジレンマや課題を共通認識する
・中堅看護師との関わりの中でのジレンマや課題を解決するための方向性を見出す

第７回副看護師長学習会
・円滑なチーム活動運営、意図的な中堅看護師への働きかけのために、副看護師長のコミュニケーションスキルアップを図る
・事例検討を通して当院の中堅看護師が抱える悩みに対して、副看護師長としてどのように関わるべきかを導き出す
・円滑なチーム運営のためのコミュニケーション技法について理解できる

第８回副看護師長会、第８回副看護師長学習会（平成24年12月14日）
・集合教育とＯＪＴの連携が円滑に行えたか振り返る
・経年別担当者への効果的な関わりについて検討する

第９回副看護師長会（平成25年1月11日）
・フィジカルアセスメント能力向上に向けて副看護師長として関わった結果を評価し、課題を導き出す

第９回副看護師長学習会
・フィジカルアセスメント能力向上のため、リーダーへの指導方法について学び、スタッフ指導に活かすことができる
～ 事例を通し副師長としてリーダーへの具体的な関わり方を見出す～

第１０回副看護師長会（平成24年2月8日）
・働きがいのある職場環境～チームインベントリーについて～

第１０回副看護師長学習会
・学習会の今年度の評価を行ない次年度の課題を見出す

第１１回副看護師長会（平成25年3月8日）
・年間目標の評価
・次年度に向けての課題を見出す

第１１回副看護師長学習会
・次年度の看護部目標設定を踏まえて副看護師長会としてどう取り組むかを考える

３．専門看護師・認定看護師連絡会議

目的

専門看護師・認定看護師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・認定看護師が協力し合い、看護師への教育・指導に携わり京都医療センターの看護の質向上を図る

活動内容

１）第4回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116名の参加があった。
２）コンサルテーション体制の確立を目指し、コンサルテーション用紙の作成からコンサルテーションについての院内スタッフ対象の学習会を開催、コンサルテーション用紙の運用ができた。
３）認定看護師間での情報や知識の共有を目指し、各分野のトピックス内容の発表や、一人の患者に複数の専門・認定看護師が協同して介入した事例検討を行った。

Ⅱ. 委員会

1. 継続教育

活動目標

1）経年別研修計画の企画運営ができ、到達目標に導くことができる

2）集合教育と機会教育の連携を図る

3）職場の活性化を図り離職防止に繋げる

実施内容

1）新採用者研修　10テーマ16回と4月の看護技術演習

2）実務Ⅰ前期（2年目）3テーマ6回、実務Ⅰ後期（3年目）3テーマ6回

3）実務Ⅱ（4年目）3テーマ3回、実務Ⅱ（5年目）3テーマ3回

4）実地指導者研修2テーマ2回

5）急変アセスメント研修2回

経年別到達目標をほぼ達成することができた。事前課題、事後課題を通して所属部署内で研修テーマについて伝達講習やカンファレンスを行ない、OJTとの連携を図った。

新卒新採用者82名のうち中途退職は4名、24年度新採用者の離職率は8.5％であった。

2. 看護の質改善

目標

看護職員の資質の向上・発展を図るために、看護の質評価を行い、分析結果より看護ケアの質改善の推進する

実施内容

1）退院時アンケート調査

携帯電話使用に関する患者、家族への対応が多くあがったため、院内の携帯電話使用区域表示や入院時の説明内容、パンフレットの再検討を行った。その結果をもとに次年度はサービス向上委員会と協力して対策を行うことになった。

また、患者からの意見に対しては各病棟でのカンファレンスを経て対応策を病棟内に掲示した。

2）身だしなみチェック

毎月の強化内容を決め、判定に写真、色見本を用いることで可否の範囲を明確にした結果、合格者が増加した。今後も身だしなみの重要性を理解し自己管理ができるような取り組みを継続する予定である。

3）看護基準・手順の監査は監査表を使用し１２項目の監査を実施した。次年度は監査表を使用せず実際の手順、根拠などを基準に監査を早期に実施する予定である。

3. 看護記録

目標

1）看護記録内容の質を向上させる

2）標準看護計画作成後の評価ができる

実施内容

1）看護記録監査

監査表の判断基準の明確化と監査方法の見直しを行い、各病棟で4例／月ずつ実施した。

全体の集計を2回／年実施し、問題点について検討し取り組みを行った。

2）看護記録の症例検討

3事例について検討し、看護過程の思考段階をしっかり行うことの重要性について再確認した。また、急変時の看護記録を振り返ることで、経過が明確にわかる時系列記録について検討ができた。

3）標準看護計画、略語周見直し昨年作成した標準看護計画は、ほとんど活用されていない現状がわかり、存在をアナウンスし周知した。

略語集は、10年ぶりの改訂ができた。次年度も、看護実践の見える質の高い記録を目指し取り組みを継続していく必要がある。

Ⅲ. プロジェクト

1．ＮＳＴ・褥瘡チーム

目標

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。

実施内容

1）ポジショニングラウンド

年４回行った。チェックリストを作成し全病棟をリンクナースが確認し病棟看護師へ指導を行い、リンクナース知識・技術の向上に繋がっている。

褥瘡発生率は1.16％であり、前年度から0.44％低下した。

2）嚥下機能評価、摂食機能訓練

講義・演習を実施した。リンクナースが勉強会を実施することを支援し知識の向上に繋がった。しかし実践までは至っておらず今後も継続して関わる必要がある。

3）勉強会

毎月リンクナース対象に褥瘡予防、摂食嚥下に関する勉強会を実施し知識の向上に繋がった。

2．がん・緩和ケアチーム

目標

1）患者の気持に寄り添ったエンゼルメイクができる

2）化学療法・放射線療法時にグレードによる評価ができる

3）疼痛アセスメントの強化を図る

4）患者・職員への緩和ケアの普及ができる

5）がん看護について語り合うことができる

実施内容

1）エンゼルケアの手順を見直し、勉強会を実施した。エンゼルケアセットが変更となったが、アンケートを調査の結果、使用していない物品（アームクリップ、ファンデーション、リップ）もあった。エンゼルケアの基本を新採用者や経験が少ないスタッフへレクチャーを継続する。

2）化学療法のCTCAE　v4.0評価のワンウィーク調査を行った。評価が定着しつつある。

3）第4回ホスピス緩和ケア週間の10月5日に催しを行った。「アロマオイルマッサージ」「ウィッグの相談」「パネル展示」「看護学生によるコンサート」「落語会」を実施し約130名が参加。落語会は初めての企画であったが、次回も開催してほしいという意見が患者から多かった。

4）「倫理事例の検討」7・11月の2回開催した。11月は、がん以外の高齢者の終末期ケアについて倫理原則を用いて検討し、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を知る良い機会となった。今後も事例検討を継続していきたい。

3．内分泌代謝ケアチーム

目標

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図る

3）患者の視点に立った看護実践ができる

実施内容

インスリンインシデント減少の取り組みとして、インシデントの振り返り11回／年、インスリンの学習会、指差呼称の実践についての検討を実施した。リンクナースが各病棟で勉強会やアンケート調査を実施した。しかし、インシデントの件数は年間99件と増加した。

チームとして、ＤＭ京都・糖尿病週間行事の企画や運営にも積極的に参加した。

引き続き指差呼称の徹底、学習会の実施、インスリン関連インシデントの分析、インスリンの院内統一テンプレートの運用（医師と調整）を実施していきたい。

糖尿病看護教育セミナーを開催し10名が修了した。今後も糖尿病の基礎教育を充実させ糖尿病看護の質の向上を図っていきたいと考える。

4．感染チーム

目標

アウトブレイクをおこさないための感染対策が実施できる

1）ゴージョー使用量増加とMRSA新規発生の減少

2）根拠に基づいた感染対策の実施・啓発活動に取り組む

実施内容

1）ゴージョー使用量調査用紙を作成し、調査方法を検討した。6/15から毎週木曜に全病棟と一部の外来で使用量の調査を開始した。調査結果から手指衛生の遵守状況がわかるようになり、各部署でリンクナースが中心になって手指衛生の啓発活動を行った。

調査開始時から比べると、ゴージョー使用量は増加したが、目標量が達成できた部署は少なく取り組みの継続が必要である。しかし、MRSA新規検出は減少傾向が見られた。

2）ノロウイルスによる感染性胃腸炎対策・インフルエンザ対策について、リンクナースが各部署で講義を行い、感染対策の定着を図った。また、会議で事例検討を行うことで、感染対策の理解と認識を深めることができた。院内ラウンドを２回行い、環境の確認を行った。

１つの病棟でインフルエンザの複数発生が見られたが、大きなアウトブレイクにつながることはなく、ICTと連携しながら封じ込めることができた。

5．地域看護支援チーム

目標

1）患者が安心して退院・転院を迎えることができるよう支援ができる

2）退院システムの定着ができる

実施内容

1）退院支援スクリーニング表の見直しを行い、退院支援スクリーニングと退院支援計画書を同一用紙で運用できるようにした。

退院調整については、病棟と地域医療連携室担当者とが定期的に在宅カンファレンスと事例検討を実施することで、地域医療連携室への在宅相談件数の増加に繋がった。

2）看護情報提供書内容の見直しと電子カルテ内への取り込みを行うことで記載漏れが減少した。

3）訪問看護ステーションとの連携強化として、訪問看護研修と交流会を実施した。交流会では８０名の参加があり、訪問看護研修での体験を踏まえ活発な意見交換や顔の見える関係作りができた。

6．呼吸ケアチーム

目的　人工呼吸管理および呼吸ケアの質の向上

目標　呼吸ケアに関する知識・技術の向上

1）RST（院内呼吸ケアチーム）活動とリンクし、呼吸ケアの質の向上を図る

2）呼吸に関するフィジカルアセスメント能力の向上

3）人工呼吸器関連肺炎（VAP：Ventilator-Associated-Pneumonia）に関する知識の向上

4）呼吸ケアマニュアル（吸引・気管挿管チューブの固定・口腔ケア）が正しく活用できる

実施内容

呼吸ケアの知識技術の向上のために、呼吸ケアマニュアル（解剖生理・生体に及ぼす影響・フィジカルアセスメント・モニタリング・血液ガス分析・VAP・人工呼吸器関連肺障害）を作成し、RST（院内呼吸ケアチーム）主催の研修（人工呼吸管理初級編・中級編）・歯科口腔外科医による研修（口腔ケア）・理学療法士による研修（呼吸リハビリテーション）への参加を各病棟に勧めた。また、リンクナースが全病棟を対象に各病棟で「排痰のための体位変換」の伝達講習を行った。

呼吸ケアに関連するインシデント事例をリンクナースが各病棟で検討し、プロジェクトの中での検討内容

を病棟にフィードバックし事故防止に努めた。
呼吸ケアマニュアルの浸透具合と技術確認のため、閉鎖式吸引・気管挿管チューブの固定・口腔ケア（挿管・気切）についてリンクナースの病棟を中心にラウンドを行った。

Ⅳ. 時期限定プロジェクト

院外の広報活動の一環として、地域住民に向けた「一日まちの保健室」を開催し、健康に関する支援を行った。また、看護師確保に向けた活動として、看護学生に対し就職説明会や施設見学で当院の機能や設備・看護の実際・教育体制についての説明を行った。看護の魅力をアピールし看護師になる人を増やす活動として、ふれあい看護体験・インターシップ・中学生チャレンジ体験を行った。

実施内容

平成２４年５月　　合同就職説明会
平成２４年７月７日　　一日まちの保健室
平成２４年７月２３日　　ふれあい看護体験
平成２４年７月２４日～２７日　　インターンシップ
平成２４年１１月６日～８日　　中学生チャレンジ体験（藤森中学生）
平成２４年１１月１３日～１５日　中学生チャレンジ体験（深草中学生）
平成２５年３月２１日～２７日　　インターンシップ

□ 看護部の運営実績

別紙４

□ 研究業績

１. 投稿
　＊別紙５
２. 院外発表
　＊別紙６
３. 院内発表
　＊別紙７

別紙４

平成２４年度看護部運営実績

病院目標　　**「地域への安全で高度先進的な医療の提供」**

看護部スローガン　　**「語り合い、学び合い、成長する私たち」**

看護部目標

1．根拠・看護倫理に基づいた看護ができる人材の育成
- ・継続教育プログラムの強化・充実
- ・語り合い、学び合う職場環境の構築

2．指差呼称による安全な看護の提供

3．経営への積極的な参画
- ・診療報酬改定への迅速な対応
- ・コスト意識の向上
- ・効率的な病床運営
- ・地域医療連携強化

看護部目標　モニタリングシート

区分	戦略目標	重要成功要因	平成２４年度目標値		実績	平成２４年度評価
財務の視点	●医業収支率の達成 ●診療報酬改定における迅速な対応 ●コスト意識の向上 ●効率的な病床管理	○医業収支の増加 ○患者数確保 ○特別室個室の利用率の向上 ○診療報酬改定への対応 ○病診連携の強化 ○断らない医療 ○チーム医療の推進 ○薬、医療機器の破損の減少 ○医療用消耗品の使用量の推移	経常収支率	103.1%	104.57	一人１日当たりの診療点数が増加した。手術件数の増加、在院日数の短縮が増加の要因である。病床管理を病院全体で行ったことにより患者数が増加した。また、救命センターから１４日以内で転棟できている。診療報酬の改定に対して算定要件を満たすための人員配置・人材育成、システムの構築など迅速に対応できた。
			医業収支率	101.3%	104.9	
			平均患者数	544.9人	544.9	病床利用率平均９１％。年末年始の患者数が確保できた。待機患者の状況を見ながら入院調整や、空き日数制限のあるベッドも活用できるようになった。また、午後退院を減少させ、午前退院・午後入院ができるようになった。スタッフにも方針が浸透し、転棟・入院受け入れもスムーズになり、土日でも患者数の減少が少なかった。
			病床利用率	90.8%	91	
			平均在院日数	14.9日	14.5	地域医療連携室の後方支援強化により長期患者が減少した。　引き続き医師へのアプローチを行う。
			特別室個室病棟利用率	67%（20人以上）	61.8	特別室個室病棟に入院を経験した患者の中からリピーターとなる患者が増加。しかし、病院全体の入院患者数に影響されることが多く、特別室個室病棟を初めから希望する患者を増加させるために対外的ＰＲ強化が必要である。
			救命センタークローズ時間	19日／年	0.1	緊急入院受け入れ体制や救命センターと病棟のベッド調整がスムーズになり救急端末クローズがなくなった。さらに救急入院を確保するためには在院日数の短縮が必要。また、母体搬送も全例受け入れている。
			救急車不応受率	10%以下	8.1	

			入院診療計画書作成	入院基本料施設基準維持	96.4	病棟クラークの活用と連携により作成率が上がっている。医師との協力や工夫が必要。あと３．６％をどう改善するか、数字に出してスタッフに周知したり、係りに取り組ませるなど工夫する。
			救命センター看護師配置4:1		2月から実施	９月２交替制勤務の導入。夜勤専従導入について１１月から準備し１月から開始した。１月５人、２月６人、３月９人が夜勤専従を行った。ＩＣＵ４名、ＨＣＵ６名の夜勤者を確保し施設基準取得ができた。
			薬破損金額	10万円以下／月	135,890	目標の１０万円以下を達成できなかった。医師の指示変更による破棄も多く、医師との連携が必要である。
			医療機器破損件数	破損前年度以下		
			SPO２プローブ		8	
			ベッド		82	８２件（ベッド本体、リモコン含む）　古いベッドが多いため計画的な更新ができるよう企画課と交渉する。
			ナースコール		6	本体の故障が２回あり。コンピュータ基盤の故障であり部品の調達も困難。平成２５年度更新予定。
			バーコードリーダー		1	
			医療用消耗品3回／年デッドストック調査各部署		手術室2回	ＯＰ室：年２回　ＳＰＣに協力依頼し棚卸を行った。デッドストックを抽出した。使用量と請求、在庫の単位（本・箱）の不一致を洗い出せた。
						平成２５年度より、３ヶ月毎に各病棟の利用率のデータをＳＰＣから提出してもらい、利用率の低い物品は定数を見直すことにする。
顧客の視点	●患者満足の向上	○退院時アンケート ・療養環境、安全への項目を追加 ○看護の質の向上 ○療養環境の整備 ○専門性の発揮 ○ﾘｿｰｽﾅｰｽの活動と支援 ・感染アウトブレイク減少 ・褥瘡発生率低下	総合評価	総合評価：92%以上	91.3	総合評価９２％以上を達成できなかったが、自由筆記のコメントについては悪い評価は減少したと感じる。
			・技術力	・看護師の技術力：90%以上	86.2	説明力の未熟さが技術力評価に関連していると思われる。看護師の個人差が大きいとの意見があるため、個々の技量に合わせた指導が必要である。
			・環境（携帯電話）	・環境：90%以上（携帯電話）	57.0	携帯電話についてはサービス向上委員会のＷＧで検討し使用可能エリアを決定し、表示・入院案内も変更する。
			・連携	・医師看護師間の連携：90%以上	83.0	看護師、医師ともにコミニュケーションが未熟である。医師ー看護師、看護師間の連携は改善が必要である。
				・夜の静かな環境	88.8	
				・身だしなみ	96.7	身だしなみ徹底の方法は検討する。委員の働きかけだけではルールの理解、行動変容に結びついていない。日々の継続した指導が必要である。
				・名前の確認	94.3	
				・安心した入院生活	94.3	総合評価として大きな改善はみられないが、対応策は具体的に考えることができた。
			褥瘡発生率	1以下	1.169	褥瘡発生率は１以下にはならなかったが、前年度より改善した。１１月は患者数多く、緩和ケアの重症者が増えたことも原因である。また、ＯＰ室からの褥瘡発生申告が徹底した。体圧分散マットレスの変更と枚数を増やしたことは効果的であった。　課題：車いす乗車中の発生をなくすこと。

			ｽﾄｰﾏﾏｰｷﾝｸﾞ件数	前年度以上	23.0	マーキングの実施件数はあるが、9月より算定要件を満たす看護師がいなかったため算定できなかった。２５年４月から２人が算定要件をクリアできる。継続して算定ができるように人材育成が必要。
			便ﾄﾞﾚﾅｰｼﾞ件数	前年度以上	0.0	該当者なし
			感染ｱｳﾄﾌﾞﾚｰｸ	0	1	ゴージョー使用増加を目指し使用量の調査を開始。結果をリスクマネージャー会等で報告し看護部以外の使用についても働きかけた。しかし一般病棟での目標達成は１病棟のみであった。使用量を増やすための具体的な方法を各病棟で考え取り組む必要がある。職員の健康管理については体調不良時は勤務せず受診するなど、感染予防対策に対する意識は高くなった。感染症アウトブレイク予防対策は流行期以前から実施できた。しかし、２／１５からインフルエンザアウトブレイクが１病棟あった。病院を上げての早期の対応で拡大することなく終息できた。
			ﾘﾝﾊﾟ浮腫外来	前年度以上	124	担当者が１名となり隔週で実施している。対象者には算定要件に合わないケースもある。資格取得者が２名となり、１名は病棟の患者を対象に実施している。今後、次年度のリンパ浮腫外来に体制を考えること、実施しても算定要件以外の患者については自費診療にするなど、実施したことが反映される方法を検討する。
			ﾘﾝﾊﾟ浮腫指導管理料	前年度以上	45	
			糖尿病合併症指導管理料	前年度以上	14	フットケアの資格がある看護師を外来に配置しているが算定できていない。対象患者の有無やどのような活動を行っているのかなどの分析・検討が必要である。
				糖尿病透析予防指導料	35	１０月から糖尿病透析予防外来を開始した。現在の人員では月・火・木で３人／週まで可能。１０人/月目標としたい。対象患者をステージ２期をターゲットにし透析予防を強化する。
			がんｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞ件数	前年度以上	1	コンサルテーションを行うための方法を検討し次年度の件数増加を図る。
内部プロセスの視点	●地域医療連携の強化 ●認知症患者の看護 ●業務の効率化、働きやすい職場環境 ●医療安全の強化	○医療安全 ○認知症看護の強化 ○地域医療連携の強化 ○クリティカルパスの見直し推進（継続） ○退院支援スクリーニングの活用 ○長期入院患者数減少 ○働きやすい職場環境 ○業務改善 ・看護業務の整理 ・看護補助者の活用	転倒率	0.33以下	0.36	各病棟での転倒転落防止の取り組みを行ったが、転倒率前年度以下は達成できなかった。転倒転落件数は病棟間で差があった。同一患者の転倒件数も多い。ベッド周囲の環境が整っていないことが要因の転倒があった。今後は看護師要因の転倒を減少させるための具体的な取り組みが必要である。
			誤薬件数	90／月以下	101.4	指差呼称を取り入れた成果として12月から減少傾向にあったが３月には１００件を超えた。この取り組みの効果について、指差呼称で防ぐことができたインシデントについて、平成２４年４月と今現在とで評価する。指差呼称のＤＶＤを作成したので全員が視聴したか確認する。4月のオリエンテーションに指差呼称の監査表とe-ランニング（ＤＶＤ）を連動させて活用する。
			ｲﾝｽﾘﾝｲﾝｼﾃﾞﾝﾄ	5／月以下	8.3	インスリン関係インシデントは減少しておらず前年度の１．５倍となった。インスリンの指示については、医師に働きかけ、テンプレートを作成し統一することを目標としたが、作成できていない。医療安全管理室も介入して医師働きかけている。。共通したテンプレートができれば、インシデントが半分に減ると考えている。次年度も継続して取り組む。
			認知症患者看護講義、事例検討実施		3回	３回開催できた。認知症看護は、継続しての受講生を育てることができなかった。認知症看護は今後も続く課題である。
			パス見直し件数		0.0	１年間電子カルテの準備のため保留としていた。病院のクリティカルパスワーキングメンバーに看護師長会からの担当を決定した。
			・脳卒中連携ﾊﾟｽ	75件／年	53.0	昨年度は50件であった。今年は５３件。10月よりＰＣからの入力がどの病棟からでもできるようシステムを導入した。患者の状況によりパス適応にならないケースがある。５３件はパスに適応し転院した件数である。今後は使用件数とパスを完遂し転院した件数をモニタリングする。使用件数は適用基準に合った患者で同意を得た患者する。

			・頸部骨折連携ﾊﾟｽ	２5件／年	27.0	大腿骨頸部骨折は、産婦人科病棟以外ほとんどの病棟で入院をしている。連携パスの導入は救命科ではほとんどしていない。整形外科医師が連携パスにのせている。適応した患者の内、連携病院に転院できた件数が２７件であった。
			在宅支援件数	前年度以上　ＮＳ	77.0	緩和ケア病棟ができたこともあり、在宅支援に関する地域医療連携室の介入件数は減少している。転院件数は100件程増加している。11月から退院支援の強化により病棟での在宅支援件数が増えている。
				ＭＳＷ	50.0	
			退院調整加算件数	前年度１．５倍	141.8	11月から退院支援の取り組みを行ったため、算定件数は増加した。来年度は在宅支援内容の充実に取り組む。
			長期入院患者率（30日以上）	前年度以下	127.0	長期入院患者は昨年度より減少した。転院調整については、依頼から転院までの期間が１～2か月要している。来年度は、当院の急性期の機能を果たすために、医師と連携をはかり在院日数の短縮を図る。
					0.2	
			チームインベントリ	2回／年	2.0	病棟での活用については、チームの評価として取り組み、チームがまとまってきている。インベントリーを上手に活用する。ＰＮＳ導入したとしてもチームの評価（成長の変化）に活用できると考え次年度も使用する。
			年休取得日数	前年度以上	Ｈ24年:8.55	平成24年で平均8.55あり、昨年度より延びている。病棟クラークの導入により、業務の分担ができ、看護師の年休取得がしやすくなったと考える。
				常勤	Ｈ24年:8.34	
			超過勤務時間	前年度以下	7:23	今年度は月平均8.02と昨年度同じ程度である。２－８は、日勤でペアによるケアを導入し、１・２年目の超過勤務が減少した。ペアで動くことは仕事の段取りを覚えることができるのでよい。救命は、二交替勤務導入で超過勤務が減少した。救命センターの夜勤専従者は、体調に問題なく継続できている。今年度は、救命が二交替勤務導入、特別室個室病棟は、二交替と三交替勤務をいれた。制度を上手く活用する。今後、一般病棟で夜勤専従を取り入れていくか検討する。
				常勤	8:06	
			ローテーション研修	ローテーション研修件数	9	集中治療室は、1年目2名・2年目1名の3名が研修をした。集中治療室の2対１看護から７対１看護の課題を気付くことができた。手術室から１名、循環器病研究センターで研修を受けた。次年度は、必要な研修があれば院外研修を企画する。
成長と学習	●根拠・看護倫理に基づいた看護実践 ●患者家族の擁護者として患者の生活の質を支える ●自分たちの看護を語り互いに学び合う	○人材育成 ・社会性 ・倫理 ・新人教育	経年別研修の実施			経年別研修は計画通り実施できた。本年度は、１年目フジカルアセスメント、２年目ケーススタディ、３年目認知症看護・看護倫理、実地指導者研修（２回）を時間内に追加し強化した。ケーススタディについては、指導看護師のフォローもありよくまとめられていた。
			各部署の教育体制の運用の確認、評価			チューターが必要な時期は３か月から半年程度である。社会人に対しては、必ずしも２年目がチューターでなくても良い。次年度もチューター制は取り入れる。教育は、継続教育委員、実施指導が中心となり各病棟工夫して取り組むことができた。教育体制については屋根瓦方式を継続させる。
			・急変前ｱｾｽﾒﾝﾄ研修	4年目以上 2回／年	2	計画通りに開催できた。次年度は、専門看護師・認定看護師が企画運営し定期的に開催できるようにする。
				副看護師長 2回／年	2	
			・倫理研修	看護倫理塾（師長会ＷＧ）3回／年	3	計画通り３回実施できた。急性期・慢性期の看護倫理の考え方が理解できた。
			看護管理塾（師長会ＷＧ） 3回／年		6	６回開催し、看護師長間で勉強会や意見交換を行うことで看護管理を考えることができた。来年度も看護師長ワーキングで継続して行う。

別紙５

平成24年度　雑誌投稿・執筆依頼

発行者	雑誌名	テーマ	病棟	発表者
日総研	実践安全　手術看護 3月・４月号	手術を受ける子どもの親へのサポート	手術室	晝間　梓
メディカ出版	エマージェンシーケア　10月号	ＥＲ　Ｆｉｌｅ	救命・救外	田村有希･清水克彦 村上涼子･分銅朋子
メディカ出版	透析ケア　11月号	透析患者のフットケア	２－８	川瀬真紀子 小久保敦子
(株)技術情報協会	月刊PHARMSTAGE　8月号	救急患者を対象とした治験における迅速な被験者エントリーへの取り組み	外来	松井いずみ
(株)エードライブコミュニケーション	中外製薬(株)医療従事者向けサイト「腎ナビ」医療連携コンテンツ	「CKD病診連携に関する取り組み」	２－８	川瀬真紀子
(株)メディカル教育研究社	チームで取り組む乳癌放射線療法	放射線皮膚炎のケア	外来	川端　朋香

別紙６

No.	月日	学会名	テーマ	病棟	発表者	種別	開催場所
1	6月22・23日	緩和医療学会	地域がん拠点病院における緩和ケア病棟の役割 ～院内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	神戸
2	〃	〃	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～	〃	寺戸　沙耶花	ポスター	〃
3	〃	〃	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	〃	宮城　智恵美	ポスター	〃
4	6月2日	第54回関西ストーマ研究会	統一したケアを継続させるためのスタッフ指導	２－６	河合　ふたば	口述	芦屋
5	7月14・15日	心臓リハビリテーション学会	効果的な患者教育を目指して一疾患別退院指導パンフレットの作成一	２－７	炬口　友希	ポスター	大宮
6	9月29・30日	第17回日本糖尿病教育看護学会学術集会	1型糖尿病患者のインスリン注射手技と保管状況についての実態調査	２－８	森継ゆか	口述	京都
7	10月14日	第54回看護学会	1型糖尿病患者のインスリン手技についての実態調査	２－８	森継ゆか	口述	大阪
8	〃	〃	多発奇形を有した低出生体重児の退院支援～家族と共に歩む在宅支援～	２－３	森　小百合	ポスター	〃
9	10月19日	日本脳神経看護研究学会	若年AVM出血患者のリハビリテーション看護～カッコ悪くない歩行獲得を目指して～	２－４	樋口　泰子	ポスター	大阪
10	11月3・4日	第36回日本死の臨床研究会年次大会	一般病棟での音楽療法の一症例～病院でこんな日々を送れるなんて思わなかった～	看護部長室	上村　直子	ポスター	京都
11	11月16・17日	第66回国立病院総合医学会	下肢にに深部静脈血栓を生じた患者にマッサージを行うことの是非についてのジレンマの検討	緩和	西村成美	ポスター	神戸
12	〃	〃	がん性疼痛アセスメントと医療用麻薬に関する看護師の学習効果	緩和	内村未央	ポスター	〃
13	〃	〃	白内障患者の点眼指導一外来から点眼指導を導入して一	１－５	山本詩子	ポスター	〃
14	〃	〃	咽頭喉頭食道全摘術・遊離空腸再建術を受けた患者に対する嚥下訓練計画表の有効性	１－４	石浦麻貴	ポスター	〃
15	〃	〃	実習指導者専任化体制での病棟スタッフの教育体制統一への取り組み	２－４	鈴木里香	ポスター	〃
16	〃	〃	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、在院日数の短縮を図る～	２－６	上垣絵理	ポスター	〃
17	〃	〃	頭頸部外科領域における術後創傷治癒促進を目的としたアバンド使用症例	１－４	山縣瑞帆	ポスター	〃
18	〃	〃	KYTによる手術室看護師の行動の変化とKYTの効果	手術室	加柴結可	ポスター	〃
19	〃	〃	第1回緩和ケア病棟遺族会を開催して【今年度の遺族会に向けて課題の検討】	緩和	北村美津惠	ポスター	〃
20	〃	〃	根拠に基づいたエンゼルメイクの実施を目指した取り組み	緩和	永井満恵	ポスター	〃
21	〃	〃	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 一転倒・ルート類の自己抜去減少を目指して一	２－６	中野達也	ポスター	〃
22	〃	〃	全室個室病棟を開設後の報告 ～特別室個室病棟と一般病棟の患者満足度の比較～	特個	岡田優美	ポスター	〃
23	〃	〃	手術環境の整備を行うと・・・ ～手術看護の専門性アップと効率的な手術ができる～	看護 部長室	田坂一枝	ランチョンセミナー	〃
24	11月29日～ 12月1日	日本臨床薬理学会学術総会	医師指導治験における電子カルテ・テンプレートの活用	治験	松井いづみ	ポスター	沖縄
25	2月16日	日本医療マネジメント学会第10回京滋支部学術集会	頭頸部外科領域における術後創傷治癒促進を目的としたアバンド使用症例	１－４	山縣瑞帆	口述	滋賀
26	〃	〃	根拠に基づいたエンゼルメイクの実施を目指した取り組み	緩和	永井満恵	口述	〃
27	〃	〃	KYTによる手術室看護師の行動の変化とその効果	手術室	加柴結可	口述	〃
28	〃	〃	医療安全は自分自身の問題～安全意識を高めるための情報共有の工夫～	看護 部長室	松本貴代子	口述	〃
29	2月17日	がん看護学会	外来で抗がん剤治療を受けているがん患者の体験	緩和ケア	櫻井　真知子	口述	金沢

別紙７

No.	テーマ	タイトル	部署	発表者	発表形式
1	看護の質Ⅰ	救命救急センター看護師が行う早期離床に関する実態についての研究	救命救急センター	平田　典子	口述
2		手術室における安全管理対策の推進活動報告	手術室	西田　和美	口述
3		集中治療室で看護計画開示を受ける患者家族の意識調査―患者家族の思いに添う開示を目指して―	集中治療室	石井　宏美	口述
4		頭頚部外科領域における術後せん妄を起こした患者の実態と要因の分析	1病棟4階	綿谷　美紀	口述
5		2-6版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ー有用なアセスメントスケールの確立ー	2病棟6階	中野　達也	口述
6		胃チューブの計画外抜去を防ぐ為の固定方法について	NICU	西野　梨未子	口述
7		統一したトリアージ実践への取り組み	救急外来	深川　哲嗣	口述
8		終末期がん患者の在宅療養への支援	1病棟6階	藤井　裕子	口述
9	活動報告	第4回認定看護師セミナー開催報告と今後の課題	専門・認定看護師連絡会	清水　克彦	口述
10		CRCによるNHO主導臨床研究支援への取組み～MARK研究の円滑な実施に向けて～	治験管理室	味山　陽子	口述
11		京都府南部豪雨における当院DMATの活動報告	救命救急センター	清水　克彦	口述
12	医療安全Ⅰ	安全なCT・MR検査に向けての活動	外来	神尾　かおり	ポスター
13		内視鏡室の感染対策	外来	松岡　律子	ポスター
14		平成24年度感染チーム会活動報告	看護部感染チーム会	山本　詩子	ポスター
15		感染拡大予防の取り組みについて～ゴージョ使用量目標達成に向けて～	2病棟6階	田村　祥子	ポスター
16	看護の質Ⅰ	肝性脳症における排便コントロールの有効性	1病棟7階	西原　絵美	ポスター
17		脳血管障害による意識障害のある患者に対する腹臥位療法の効果の検討～1事例を通して～	2病棟4階	安井　優美	ポスター
18		術前リハビリの標準化に向けて～開胸術を受けた患者の離床経過～	2病棟7階	櫻井　大樹	ポスター
19		救命救急センターにおける口腔ケア・呼吸リハビリプロジェクトチームの活動報告	救命救急センター	森　香代	ポスター
20		医療リンパドレナージセラピストの婦人科病棟におけるリンパ浮腫患者への取り組みの実際と課題	2病棟3階	小谷　真弓	ポスター
21		リンパ浮腫外来の現状と今後の課題	緩和ケア病棟	永井　満恵	ポスター
22	看護の質Ⅱ	新生児観察表の導入～新生児看護の向上を目指して～	2病棟3階	毛利　洋子	ポスター
23		GCUでの退院支援の取り組み	GCU	西田　有希子	ポスター
24		パークベンチポジションにおける褥瘡予防	手術室	本間　美紗都	ポスター
25		褥瘡発生数が減少しない原因検索	救命救急センター	上村　綾	ポスター
26		疼痛アセスメントの強化に向けての取り組み	がん・緩和ケアチーム会	小谷　真弓	ポスター
27		腰椎術後に残存する下肢痺れに対する足浴効果の有用性	2病棟5階	佐々木　円	ポスター
28	医療安全Ⅱ	手術室における間接看護業務減少への取り組み～手術室支援システムを導入して～	手術室	鎌田　令子	ポスター
29		特別室個室病棟入院患者へのよりよい接遇のあり方を考える	特別室個室病棟	西谷　由香	ポスター
30		集中治療室における音環境の実態調査～患者が不快と感じる音の調査～	集中治療室	桐間　美夏	ポスター
31		インスリン関連インシデント減少に向けた取り組み～リンクナースの活動を通して～	2病棟8階	小久保　敦子	ポスター
32		指差呼称への取り組み	看護師長会医療安全ワーキング	片岡　佐由美	ポスター
33		転倒転落に関するインシデントの分析	1病棟5階	中尾　佳永	ポスター
34		脳疾患の患者における胃管チューブの自己抜去によるインシデントの傾向と対策	2病棟4階	安井　優美	ポスター
35		ラテックスアレルギーのある患者への対応マニュアルについて	手術室	涌嶋　奈津子	ポスター
36	教育・認知症看護	ようこそ看護学校へ～看護学校インターンシップを実施して～	看護助産学校	松元　由美	ポスター
37		統合力を考える授業の実践	看護助産学校	神木　京子	ポスター
38		実践能力を育成するための看護技術教育についての一考察	看護助産学校	本田　直子	ポスター
39		当院における認知症看護の実態調査	看護師長会認知症看護ワーキング	神田　直子	ポスター
40		認知症のある患者との関わりを振り返ってーフライの倫理原則に基づいてー	1病棟4階	荒木　鈴子	ポスター
41		高齢者看護～場所を認識できたことで患者のせん妄が改善した1症例～	1病棟5階	榊原　奈々	ポスター
42		自宅退院を目指す認知症患者とその家族への関わり	2病棟4階	十河　謙一	ポスター
43	がん・緩和ケア・グリーフケア	エンゼルケアセットの導入と手順の周知徹底を目指した取り組み	がん・緩和ケアチーム会	南　真由美	ポスター
44		1ー8病棟緩和ケアチームのエンゼルケアに関する成果～エンゼルメイクへの意識の変化～	1病棟8階	佐藤　麻奈美	ポスター
45		エンゲルケアにミスト浴を取り入れたグリーフケア	緩和ケア病棟	宮城　智恵美	ポスター
46		化学療法における症状評価基準使用の定着に向けた取り組み～CTCAE　v. 4. 0を用いて～	がん・緩和ケアチーム会	辻本　円香	ポスター
47		緩和ケアチーム基礎研修修了後のチームの課題	緩和ケアチーム	上村　直子	ポスター
48		第１回緩和ケア病棟遺族会を開催して～今年度の遺族会に向けて課題の検討～	緩和ケア病棟	北村　美津江	ポスター
49		外来化学療法センターでのホルモン療法～看護師の役割～	外来	岩松　美穂	ポスター
50	倫理	倫理カンファレンスー悪性疾患で症状増悪の中、急変しCPRが施行された症例の検討ー	集中治療室	田中　沙紀	ポスター
51		がん・緩和ケアチーム会で倫理問題を語る～被殻出血患者の意思決定の検討～	がん・緩和ケアチーム会	原口　裕美子	ポスター
52		下肢に深部静脈血栓を生じた患者にマッサージを行うことの是非についてのジレンマの検討	緩和ケア病棟	西村　成美	ポスター
53		「終末期患者の自己決定を支える看護」～療養の場を選択する上でのチーム医療～	2病棟3階	茨木　薫	ポスター
54		身体抑制をしている患者に対する看護師の葛藤	2病棟4階	三野　恵子	ポスター