

看護部



看護部長
荒木 輝美

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。

□ 看護部の目標

【平成28年度 看護部目標】

スローガン 「看護力と組織力の強靱化」

1. 急性期医療を担う看護力の向上
2. 積極的な地域との連携と、安定した経営
3. 専門職業人としてのプライドの醸成と倫理的観点にぶれない看護サービス

□ 看護部の組織

I. 看護部組織図

(別紙1：看護部組織図)

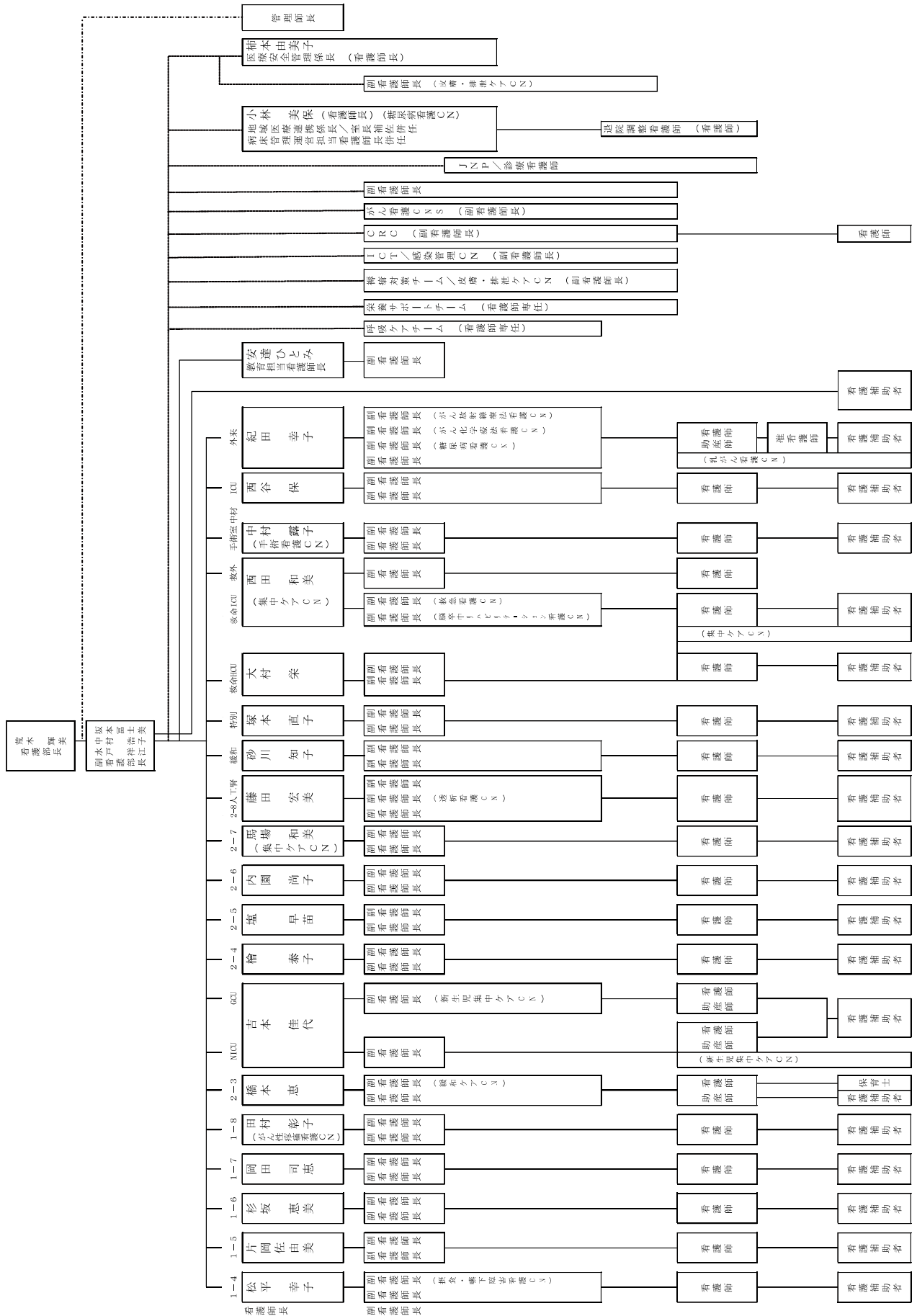
II. 看護部会議・委員会

(別紙2：看護部会議・委員会機能図)

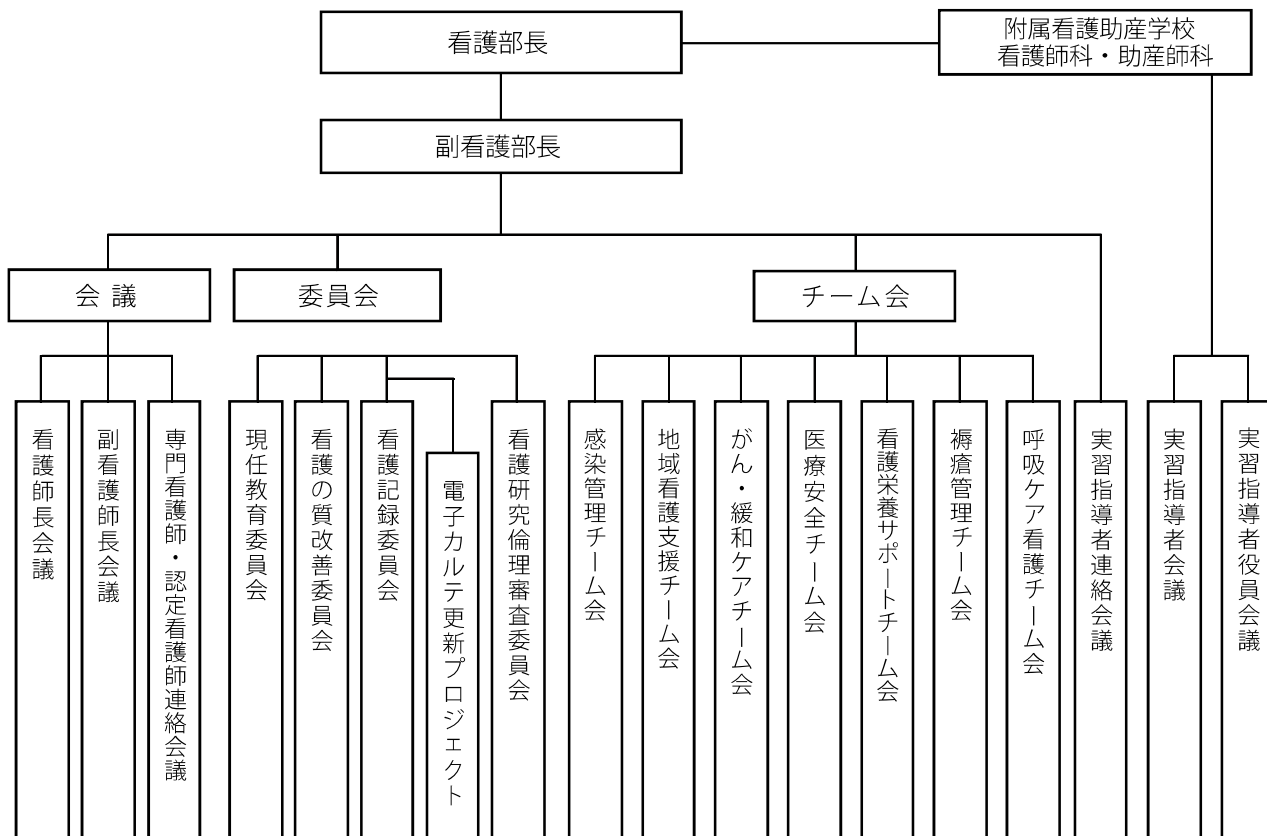
□ 看護部の活動

(別紙3：看護部の活動)

別紙1：看護部組織図



別紙 2 : 看護部会議・委員会機能図



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・小委員会
- 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
- 臨床検査委員会
- 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

別紙3：看護部の活動

平成28年度病院目標：地域医療構想などへの対応に向けて、今後の需要と供給バランスなどを踏まえた将来への展望を開く医療基盤の充実と発展

平成28年度 看護部目標 大目標 「看護力と組織力の強靱化」

| 目標 | 課題 | 内容(ポイント) | 担当(委員会・チーム会等) |
|-----------------------------------|--|--|---|
| 急性期医療を担う看護力の向上 | <ul style="list-style-type: none"> 質の高い急性期看護に向けた教育システムの構築 ラダーの実践・評価 急性期の患者への <ul style="list-style-type: none"> アセスメント能力の向上 看護計画の充実 看護実践能力の強化 電子カルテの更新において、看護記録を効率的に構築 リスクアセスメント能力の向上 専門性の向上 | <ul style="list-style-type: none"> 急性期病院で勤務する看護師に求められる能力強化 急性期看護に求められるアセスメント能力(呼吸・循環・代謝機能等)強化 急性期看護に求められる看護技術能力の強化 増えつつある対象群：高齢者・認知症看護能力の強化 医療安全、リスクアセスメント能力の向上(分析方法を理解したインシデントの予防) 標準看護計画の充実と、看護計画立案能力の向上 記録の記載基準の作成 看護記録についての教育システムの構築 | 専門看護師・認定看護師連絡会議 呼吸ケア看護チーム会 褥瘡管理チーム会 栄養サポート看護チーム会 認知症・せん妄ケア検討ワーキング 医療安全チーム会 感染管理チーム会 看護の質改善委員会 看護記録委員会 |
| | | | 各病棟 地域看護支援チーム会 各病棟 がん緩和ケアチーム会 経営・病院機能充実ワーキング 各病棟 |
| 積極的な地域との連携と、安定した経営 | <ul style="list-style-type: none"> 積極的な退院調整のシステム作り 各看護単位の専門性の向上と、どの看護単位でも安定した重症患者が看られる体制づくり 患者数確保と在院日数の短縮 京都府南部の基幹病院として、前方連携・後方連携の強化 7:1入院基本料の維持 特定集中管理加算等の維持 | <ul style="list-style-type: none"> 患者数の確保 目標患者数530名/日 平均在院日数の短縮 目標平均在院日数12.0日台(13.0日未満) 病床管理・病床調整の充実(専門性を強化しつつ空床ベッドの有効利用・効率的入院処理の業務調整) 長期入院患者の減少(症例に合わせた早期の退院調整・どこに入院しても退院を見据えた調整) 病床調整・退院調整にかかるICの充実 各病棟が看護必要度25%以上が維持できる病床管理(重症患者を見れる実践力の強化) 前方連携の強化(顔の見える関係・地域のニーズへの対応) 後方連携の強化(顔の見える関係・正確な情報の提供と継続看護の充実) 救急医療の充実と推進 地域がん診療拠点病院の推進 京都府災害拠点病院の機能整備 診療報酬算定状況を評価し、改善 管理加算など確実な算定への実践の強化 機能に応じたベンチマークを行い評価(国立病院機構評価指標) (・入院支援センター設立に向けての準備状態を継続) | 電子カルテプロジェクト 看護管理実践強化ワーキング 各病棟 現任教育委員会人材確保育成を含む 各病棟 |
| | | | 看護の質の向上、選ばれる病院につながる他職種カンファレンスの運営・調整 行動制限、看護計画の開示等で同意を得ることの徹底 職業倫理の醸成 看護実践を通じての倫理観の育成 看護研究倫理審査委員会を開催し、看護研究の推進 看護研究の指導者の招聘と育成 患者・職員間の接遇と、承認し合える関係づくり(挨拶・身だしなみ・言葉使い等) |
| 専門職業人としてのプライドの醸成と倫理的観点にぶれない看護サービス | <ul style="list-style-type: none"> さらなるチーム医療の推進 他職種カンファレンスの推進 倫理的判断ができる組織への発展 看護研究倫理審査の導入 倫理的評価を基盤に看護研究の推進と発展 | 看護の質の向上、選ばれる病院につながる他職種カンファレンスの運営・調整 行動制限、看護計画の開示等で同意を得ることの徹底 職業倫理の醸成 看護実践を通じての倫理観の育成 看護研究倫理審査委員会を開催し、看護研究の推進 看護研究の指導者の招聘と育成 患者・職員間の接遇と、承認し合える関係づくり(挨拶・身だしなみ・言葉使い等) | 経営・病院機能充実ワーキング 各病棟 看護研究倫理審査委員会 |

□ 会議・委員会活動

I. 会議・委員会

1. 副看護師長会議

| | |
|-------|--|
| 目的 | 看護部の目標達成に向け、副看護師長の役割果たす |
| 目標 | 1) 看護師の看護実践基準の活用の促進、副看護師長会での遅延のない看護手順の作成ができる 2) 看護師の倫理観を育成し、倫理的視点をもった看護実践のための支援ができる 3) 患者参加型の看護の提供とその記録の実践モデルを示し看護実践を支援できる 4) リンクナースの役割を担う看護師の実践遂行を支援できる（リンクナース支援） |
| 活動内容 | 1) 看護師の看護実践基準の活用の促進 ①看護実践基準の活用状況についてアンケート調査を実施。活用場面の具体例を作成し各部署に周知 ②看護手順の作成と改訂 2) 倫理的視点をもった看護実践の支援 ①退院支援カンファレンスが倫理的視点で実施できるよう事例を用いて「倫理カンファレンスのすすめ」を作成し活用を推進 ②JONSENの4分割法倫理カンファレンス用紙の作成とカンファレンスの実施、監査による評価 3) 患者参加型の看護の提供と記録の推進 ①診療マニュアルの「行動制限」の改訂と周知、行動制限の記録についてテンプレートを作成し、記録内容について1 day調査を実施 ②看護計画開示基準を作成し、計画開示の同意手順・モデルカルテの作成。看護記録の監査を2回実施 4) リンクナースの支援について調査用紙を作成し、自己評価・他者評価を2回実施。1回目のアンケート調査後、委員会・チーム会ごとに支援してほしい内容を作成し情報共有 |
| 成果と課題 | 1) 看護実践基準の活用率は7月55%、12月60%と微増した。看護手順は29項目作成、11項目改訂を行った。作成・改訂した看護手順の内容と活用について周知徹底を図る必要がある 2) 13病棟が患者事例、6病棟が模擬患者事例で倫理カンファレンスを実施。JONSENの4分割法の活用とOJTで「これは倫理的な問題」と指摘し、倫理的な視点が育成できる場を作ることが課題である 3) 行動制限のマニュアルを改訂しテンプレートを作成し、記録の監査を実施した結果、アセスメント、計画立案、カンファレンスの実施、行動制限解除時のアセスメント全ての項目に於いて2回目の方が改善。毎日カンファレンスを実施すること、患者参加型の看護実践の強化を図る必要がある 4) 看護記録開示のモデルカルテを作成した結果、情報収集やアセスメントへのつなげ方のイメージ化が図れ、2回目の監査で改善した項目が多かった。看護記録基準の周知、モデルカルテの作成、記録委員会との連動が課題である |

2. 専門・認定看護師連絡会議

| | |
|------|---|
| 目的 | 看護部の理念に基づき、専門看護師・認定看護師の活動を円滑に行うことにより看護の質向上に寄与する |
| 目標 | 1) 看護実践や集合教育を通して、当院の看護の質が向上する 2) 組織横断的な活動を拡充し、介入件数を増やすことができる 3) 院内外に向けた広報活動ができる |
| 活動内容 | 1) 専門・認定看護師セミナー、院内研修・学習会の企画・運営・評価 2) 院内の情報や、病棟のニーズを把握して、OJTの活動を増やす 3) 院内ポスター、看護部ホームページの更新及び、連絡会が企画する学習会の広報を行う |

| | |
|-------|---|
| 成果と課題 | <p>1) 専門・認定看護師セミナーの参加者は、院内：15名、院外：65名の80名 今年度は関連分野とのコラボレーションや演習を取り入れたので、参加人数は妥当であった。前年度と開催時期も変更したがその他のアンケートについても良好な回答であった。現任教育委員会と連携を図り、時間内外合わせて23項目の研修を実施。テーマにより出席者が10人以下と少ないため、開催時間・方法の見当が必要である</p> <p>2) 6月から毎月ラウンドを実施。相談件数は6月16件、7月15件、9月14件、10月1件、11月13件、12月11件、1月7件と昨年度と同様の件数であった 1月にアンケート調査でラウンドの評価を実施した結果、概ね良いという意見であったが、ラウンドの時間や方法については検討が必要である</p> <p>3) 院内ポスター・一覧表は知っているが60%以上であるが、活用は50%以下であった。12月から専門・認定看護師への院内研修を取り入れ、2名の希望者があった。参加者から好評であったが、取り組み期間が短い ため継続して評価を行う</p> |
|-------|---|

3. 現任教育委員会

| 目的 | 当院の使命を自覚し、科学的根拠に基づいた質の高い看護実践能力、専門的知識・技術・態度に優れた看護師を育成する | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-------|-------|-----|-----|-------|
| 目標 | <p>1) 経年別研修計画の企画運営ができ、研修生が到達目標を達成することができるよう支援する</p> <p>2) 集合教育と機会教育の連携を強化し、教育体制を充実させる</p> <p>3) 新採用の確保と離職防止につながる支援を行い、人材確保に努める</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動内容 | <p>1) 看護職員能力開発プログラム到達目標に沿った集合研修の企画・運営・評価 専門・認定看護師と連携したキャリア支援研修の企画・運営・評価</p> <p>2) 研修前の動機づけ、研修後の報告や伝達講習等を各部署で行い継続教育を推進できるよう支援。「現任だより」の発刊とe-ラーニング活用の促進</p> <p>3) インターンシップ、病院見学者の対応、就職説明会用資料作成、看護部のパンフレットの改訂、ホームページの更新等によるPR活動 働きやすい職場環境、承認行動をとること、個人の成長に合わせて教育計画や方法を検討するよう各部署に発信</p> <p>4) ACTy Ver.2導入に向けて教育プログラムの内容の理解、次年度の教育計画の策定</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 成果と課題 | <p>1) 2) シミュレーションや小グループの参加型研修や、年度末の取り組みの発表方法の工夫などを通して研修目標は概ね80%達成できた。動機付けについては、100%は未達成。研修効果を上げるためにも研修前の動機付けが徹底できるような関わりが課題である</p> <p>①研修目標達成度とやる気度の平均値（研修アンケート結果より）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1年目</th> <th>2年目</th> <th>3年目</th> <th>4年目</th> <th>5年目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標達成度</td> <td>88%</td> <td>82%</td> <td>82%</td> <td>93%</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>研修前動機付あり</td> <td>94.9%</td> <td>94.1%</td> <td>89%</td> <td>93%</td> <td>84.5%</td> </tr> </tbody> </table> <p>②キャリア支援研修参加人数は123名（うち3名は自己研鑽）で、アンケート結果も「実践につながられる内容である」という評価であるが、看護の質向上につながったのか評価が課題である</p> <p>③「教育だより」は毎月発刊できたが、e-ラーニングについては、研修前課題を提示した項目以外の視聴が低い。次年度異なるe-ラーニングを導入予定であり活用の促進と評価を行う必要がある</p> <p>3) 必要時期までに必要な資料の準備が完了。新人看護師の退職は3名（内1名は中途退職）で離職率3.5%と前年度より上昇（平成27年度1.3%）した</p> <p>4) 委員会、看護師長会、副看護師長会で学習会を開催し、ACTy Ver.2の内容が理解できるように関わった。ラダー別研修参加者名簿作成、研修計画を作成。次年度は活用しながら評価を行う</p> | | 1年目 | 2年目 | 3年目 | 4年目 | 5年目 | 目標達成度 | 88% | 82% | 82% | 93% | 78% | 研修前動機付あり | 94.9% | 94.1% | 89% | 93% | 84.5% |
| | 1年目 | 2年目 | 3年目 | 4年目 | 5年目 | | | | | | | | | | | | | | |
| 目標達成度 | 88% | 82% | 82% | 93% | 78% | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修前動機付あり | 94.9% | 94.1% | 89% | 93% | 84.5% | | | | | | | | | | | | | | |

4. 看護の質改善委員会

| | |
|-------|--|
| 目的 | 1) 看護基準・手順の見直しと周知 2) 看護提供プロセスの検討と改善 |
| 目標 | 1) 看護手順の周知、監査を実施し、看護実践の質の向上ができる 2) 退院時アンケートを実施し、評価した結果を看護の質改善に活用できる 3) 身だしなみ調査を実施し、当院の身だしなみ基準に基づいて改善する |
| 活動内容 | 1) 看護手順の活用状況調査と活用方法について周知 2) 看護手順の改訂と看護手順の記載方法の改訂 3) 退院時アンケートを2回実施し結果をフィードバック 4) 身だしなみ調査2回実施し結果をフィードバック |
| 成果と課題 | 1) 看護手順 ①看護手順の活用回数は1回、活用のタイミングは初めての技術、活用項目は採血・CVポート・血液培養等が多かった。久しぶりに実施する看護技術、インシデントカンファレンス等での活用が課題である ②看護手順は副看護師長会、医療安全管理室からの意見を反映し、25項目の看護手順の改訂を行った。改訂した内容の周知と活用を徹底できるような関わりが課題である 2) 退院時アンケート5月・11月の2回実施 アンケートの回収率は昨年より向上し、今年度前期より後期が7%増加。総合評価満足度は80%以上であったが、「忙しそうで頼みにくい」「ナースコール対応」「同じことを何度も聞かれる」「注射や点滴のやりなおし」については、昨年と同様で改善しなかった。患者の意見をリアルタイムに共有し改善できるように取り組む必要がある 3) 身だしなみ調査を6月・9～10月の2回実施 1回目のアンケートの結果、「派手な髪色」「愛称で呼び合う」「男性看護師のひげ」「ナースシューズの汚れ」等が低い結果となったため、各部署で個別指導を行い、全ての項目で2回目改善が見られたが継続していくことが課題である |

5. 看護記録委員会

| | |
|-------|--|
| 目的 | 看護部の理念に基づき、看護職員の資質の向上・発展を図るため、看護過程の監査及び記録システムの改善を図る |
| 目標 | 1) 看護記録記載要領の活用により質の向上をはかる 2) 電子カルテ更新（看護記録）に向けての準備を進め、スムーズに移行できるようにする |
| 活動内容 | 1) 看護記録記載要領の改訂 看護記録監査の実施 2) 電子カルテ移行に伴う問題点の抽出 3) 看護部テンプレートの整理と統一 |
| 成果と課題 | 1) 看護記録記載基準と記載要領の改訂、新採用者が電子カルテに沿った見てわかりやすく活用できるモデルカルテを作成。8月に「急変・事故発生時」「IC時」の記録監査用紙を作成し監査を実施。50%以下の項目があり、今後看護記載要領、モデルカルテの活用、記録監査を継続し、記録の質改善を図ることが課題である 2) 旧電子カルテで同じようなテンプレートが多数あり、テンプレートの抽出と統合を行った。新カルテ移行後も新旧のテンプレートを混在して使用、テンプレートと経過記録の重複、テンプレート未使用による記録時間の延長や不統一な記録の改善が課題である |

6. 電子カルテ更新プロジェクト

| | |
|------|---|
| 目標 | 1) 電子カルテ更新に向けての準備を進めることができる 2) 電子カルテ更新後の問題を解決することができる |
| 活動内容 | 1) 電子カルテ更新準備 実装されている機能と仕様書との相違の有無について点検、IBMカルテとの相違点の抽出、各機能（看護診断・看護記録・看護実践・看護管理）についての意見を集約し電子カルテ更新の準備を実施 2) 電子カルテ導入後は不具合や活用方法の疑問等に対応 |

| | |
|-------|---|
| 成果と課題 | 1) 事前準備期間が短く、看護部全体からの意見を聴取し反映することができなかったが、予定通り10月に電子カルテ移行ができた。始動後不具合や不明点等について電子カルテプロジェクトで検討し、医療情報小委員会に改修の要望を提出し改善に取り組んだ。標準看護計画の追加・修正、処置入力、看護必要度等の不具合についての改善が必要である |
|-------|---|

7. 看護研究倫理審査委員会

| | |
|-------|---|
| 目 標 | 1) 倫理的視点で看護研究を審査する 2) 「看護研究倫理審査委員会規定」を作成し、看護研究倫理審査システムを整備する |
| 活動内容 | 1) 看護研究倫理委員会の開催と申請された看護研究の審議 2) 「看護研究倫理審査委員会規定」の作成と周知 |
| 成果と課題 | 1) 委員会開催は8回で審議課題数15題、うち承認は8題であった。継続審議が3回以上となる研究課題もあるため、計画段階での支援が課題である 2) 「看護研究倫理審査委員会規定」は作成したが、規定に沿った申請方法が徹底できていない。現行の「看護研究に関する資料」ファイルの見直し、活用ができるよう周知徹底する必要がある |

II. チーム会

1. 感染管理チーム会

| | |
|-------|--|
| 目 的 | 感染予防対策の充実に向けた活動をする |
| 目 標 | 1) スタッフ全員が正しい知識を持った標準予防策ができる 2) 経路別予防策に関する感染防止マニュアルの整備ができる 3) 感染防止の視点で環境改善・整備ができる |
| 活動内容 | 1) 月別ゴージョ使用調査と改善策の実施、情報共有。ゴージョ使用状況(5つのタイミング) 1 day 調査 2) 感染防止マニュアル活用に伴う問題点の抽出と改善に向けた取り組みの実施。マニュアル周知状況についてアンケート調査を実施 3) 病棟環境ラウンドの実施と改善に向けた取り組みの実施 |
| 成果と課題 | 1) 情報共有を通してゴージョ使用が少ない病棟は具体的な取り組みを実践し改善した。ゴージョ使用回数調査で目標達成したのは全病棟で30%、特殊病棟は60%であった。必要なタイミングでゴージョが使用できているか調査を実施した結果、「患者周辺の物品に触れた後」が50%実施できていなかったため改善に向けた取り組みが必要である 2) マニュアル活用について取り組んだ結果、インフルエンザ・感染性胃腸炎等の対応時に活用できるようになった。マニュアル周知状況の調査の結果、半数以上の病棟で「マニュアルを使用したことがある」と回答したスタッフの割合が増加した 3) 病棟環境ラウンドを行い会議で情報共有し改善に向けて取り組んだ結果、吐物処理セット、点滴処置台整理整頓が90%実施できた。病棟環境ラウンドを継続し、改善した項目を含め、環境整備が継続できることが課題 |

2. 地域看護支援チーム会

| | |
|------|---|
| 目 標 | 1) 退院支援の質を向上し、退院支援加算1が確実に算定できる 2) 医療的処理や物品が理解でき、確実な退院支援ができる手順が確立できる 3) 後方支援を強化する |
| 活動内容 | 1) 確実な退院支援加算1の算定 ① 電子カルテに「退院支援計画書」を電子化し整備。電子カルテ移行後は算定要件と運用について手順を作成し周知 ② 退院支援計画書・看護計画の記載状況について実態調査。退院支援事例で退院支援の実際と方法、算定条件の可否について事例検討 2) 退院支援ツール5項目の作成 3) 訪問看護師交流会前に4事例を用いて事例検討。11月の訪問看護師交流会では4事例のパネルディスカッション、参加者とのグループ討議を実施 |

| | |
|-------|--|
| 成果と課題 | <p>1) 確実な退院支援加算1の算定</p> <p>①退院支援スクリーニング、退院支援計画書等必要書類の電子化と記載要項の活用について周知を図った結果、退院支援加算1（1165件/9月）、介護支援連携指導料211件/9月（H27年度134件）の算定につながった。退院支援加算・介護連携指導料・退院時共同指導料など必要な患者に必要な支援ができていないかモニタリングとリンクナースによる病棟スタッフへの働きかけが課題である</p> <p>②退院支援計画書・看護計画の記録の監査を実施した結果、約30%が記録不備、算定できる内容か否かに悩んでいることがわかった。退院支援部門と事例を検証しながら、全ての病棟が同じ視点で支援を行い算定できることが課題である</p> <p>2) 退院支援ツール5項目（「在宅中心静脈栄養指導管理」「経管栄養指導管理」「在宅自己注射指導管理」「在宅自己導尿指導管理」「在宅自己腹膜灌流指導管理」「人工肛門・人工膀胱」）を作成。今後作成したツールの活用と評価、追加の退院支援ツール作成を検討する</p> <p>3) 退院前カンファレンス事例を各病棟から持ち寄り4事例を選択して事例検討を実施し、ケアマネージャー・訪問看護師との連携、退院前カンファレンスの設定方法と内容・参加者の選定、自己管理指導のタイミングについて学習。学習したことを各病棟にフィードバックし退院前カンファレンスの充実に取り組んだ</p> <p>11月の訪問看護師交流会に訪問看護師25名（新規訪問看護ステーション6事業所）、院内看護師46名、MSW4名の75名が参加。交流会を通して退院後の患者の状況や家族の反応が把握でき学びにつながった反面、入院早期からのケアマネージャーとの連携、退院支援・退院前カンファレンス充実の必要性が明確になった。訪問看護師交流会の継続、より実践につながりやすくなるよう参加者を選定する必要がある</p> |
|-------|--|

3. がん・緩和ケアチーム会

| | |
|-------|--|
| 目的 | がん看護・緩和ケアの実践力を高め、看護の質の向上をめざす |
| 目標 | 1) 「生活のしやすさ」の質問票を用いて必要な援助ができる |
| 活動内容 | 1) 「生活のしやすさ」質問票の使用手順の作成。質問票を対象患者に配布、介入が必要な患者へのカンファレンス実施状況、コンサルテーション実施状況について毎月調査。質問票を活用したカンファレンス、コンサルテーション事例の共有 |
| 成果と課題 | 1) 質問票使用手順を作成し会議で周知。質問票回収率は85%、1病棟が100%であるが、手術療法を受ける患者を受け入れる病棟は配布数が多いが回収率が低い。短期の化学療法・対象患者が少ない病棟は配布数・回収率共に低い。入院を繰り返す患者から記載拒否の発言があった。質問票の配布時期・対象患者についての検討が課題。質問票で症状があるとチェックがついたのは48%、そのうちカンファレンスを実施したのは45%未満であった。カンファレンスができなかった事例を検証し、各病棟での工夫点など取り入れて改善を図る |

4. 医療安全チーム会

| | |
|------|--|
| 目標 | <p>1) 転倒・転落に関するアセスメント能力が向上し、転倒・転落件数が5%減少できる</p> <p>2) インシデント・アクシデント事例・対策を共有することで、現場での問題点を早期に把握・解決し、類似したインシデントを起こさない</p> |
| 活動内容 | <p>1) 転倒・転落件数の低減について</p> <p>①転倒・転落アセスメントスコアシートの入力漏れ、評価のタイミング、評価しづらい部分の調査を行い、アセスメントスコアシートの改訂(案)、評価、修正</p> <p>②7月・1月に3名1組で転倒・転落ラウンドを実施し、アセスメントスコアシートの評価、看護計画への反映、病床環境について監査を実施</p> <p>③センサーマット類の保有台数と使用状況一覧表を作成し、物品の有効利用に活用</p> <p>④電子カルテ移行に伴い転倒時のテンプレート、標準看護計画を改訂</p> <p>2) 看護部で起こったインシデント事例について情報共有し、病棟での取り組みに活用</p> |

| | |
|-------|--|
| 成果と課題 | <p>1) 活動を通して転倒・転落件数は平成 27 年度比 5%減少の目標は達成できたが、看護単単位別では 5 割の部署が目標未達成。全部署で目標達成できるよう取り組みを継続</p> <p>転倒・転落アセスメントスコアシートの作成し、デモを行い改訂中</p> <p>センサーマット類の保有台数一覧用を作成したことで、物品の有効利用につながった。転倒時のテンプレートの見直し、具体的な看護計画が立案できるように標準看護計画を改訂し、医療情報小委員会で審議予定</p> <p>2) ステプティの剥がし忘れ、患者誤認、肺塞栓予防、チューブ・ドレーン管理、インスリン保管についての事例を共有することでスタッフへの周知につながった。しかし、患者誤認は 71 件/9 ヶ月と削減は未達成。インシデント事例から看護手順の改訂の必要性について検討し、改訂後の評価が課題</p> |
|-------|--|

5. 栄養サポート看護チーム会

| | |
|-------|---|
| 目的 | 入院患者の栄養不良、あるいはその危険が高い患者に対して栄養改善をはかり、栄養不良による合併症を予防し、QOL を改善する |
| 目標 | <p>1) 病棟での嚥下評価の実践が定着する</p> <p>2) 患者の状態に合った安全な経口摂取への援助ができる</p> <p>3) SGA 評価が適切に実施でき、必要な患者を NST へ依頼することができる</p> |
| 活動内容 | <p>1) 嚥下評価方法、食事開始までの手順、入院時・食事開始後の観察項目について学習会を開催。嚥下評価の実施状況について 1 day 調査を実施し、結果の分析と評価表改訂について検討。嚥下障害のある患者の標準看護計画作成</p> <p>2) 食事介助場面を写真撮影し、食事介助方法の問題点を抽出。抽出した問題点を分析し、「安全な食事姿勢について」実技演習を実施。リンクナーが各病棟で伝達講習を実施。その後食事介助方法についてスキルチェックシートを用いて評価。評価結果の分析と課題の抽出</p> <p>3) 毎月 SGA 評価の 1 day 調査を実施し、評価ができていない理由について情報共有。電子カルテ更新後の SGA 評価実施方法の周知と評価漏れ防止策の検討</p> |
| 成果と課題 | <p>1) チーム会で学習した内容の伝達講習の実施状況は、①嚥下評価方法は 95%、②食事開始後の観察項目は 96%、③食事開始までの手順は 96.3%。入院時の嚥下評価使用率は 84%と意識の向上は図れた。しかし、使用方法や言葉の解釈等にずれがあるため、評価表の改訂が必要。「誤嚥リスクあり」と判定された患者の看護計画立案率は 73%であるが、嚥下テストの方法の習熟度については、調査が未実施であり今後の課題である</p> <p>2) 安全な食事姿勢についての伝達講習の実施状況は 70.4%と他の学習会に比べ低い。スキルチェックシートを用いた食事介助方法を評価した結果、ポジショニングや圧抜き、体位保持、頸部前屈位が課題で、実践力の定着に向けてより焦点化した学習会等の企画を検討する必要がある。また、個別性をふまえた食事援助ができるようなツール等の検討が未実施のため実施に向けて取り組む</p> <p>3) SGA 評価の平均実施率は 88%で、実施率 85%以上の目標は達成。12 月以降看護師による評価に変更後、実施率 91%に上昇したが、看護師の入力漏れもあり改善策を検討して取り組む</p> |

6. 褥瘡管理チーム会

| | |
|------|--|
| 目的 | 褥瘡を発生させないように対策を行う |
| 目標 | <p>1) スタッフが正しくポジショニングを身につけ実践できる</p> <p>2) 皮膚損傷や褥瘡発生リスク患者の評価ができ、看護計画に反映できる</p> <p>3) 医原性皮膚損傷やスキンケアについての知識を習得し、スキンケア技術を向上できる</p> |
| 活動内容 | <p>1) ポジショニングについて講義・演習・テストを実施し、合格者には院内認定シールを付与。ポジショニングマニュアルを作成し、マニュアルを基にペア病棟でポジショニング学習会を 2 回実施。実施後にアンケート調査を実施</p> |

| | |
|-------|---|
| | <p>2) 褥瘡診療計画書と看護計画立案状況について実態調査を実施し、結果を基に対策を検討。電子カルテ更新後に 2 回実態調査を実施。褥瘡発生後のカンファレンス開催と毎月の褥瘡発生率の調査を継続し、発生率低減に向けた取り組みを検討し実施</p> <p>3) 医原性圧迫損傷、失禁関連皮膚炎、スキンテア等褥瘡以外の皮膚トラブルの実態と介入方法に苦慮していることについてアンケート調査を実施。文献を参考にしながら画像を取り入れた医療関連機器圧迫損傷予防マニュアルを作成</p> |
| 成果と課題 | <p>1) 前期で学習会、後期でテストを行い、それを基に各病棟のスタッフに伝達講習を実施した結果、リンクナースの知識・技術の向上につながり、全員がポジショニングテストに合格。院内認定シールを作成したことで、リンクナースの自覚とモチベーション向上につながった。ポジショニングマニュアルは作成したが周知と活用が課題である</p> <p>2) 電子カルテ更新に伴う書式変更の周知が不十分で入力漏れが増加したが、褥瘡に関する書類記載方法を作成し周知したことで入力漏れは減少。入院時の危険因子評価表の漏れは0.3%、状態変化時の評価・褥瘡対策計画書の入力漏れや不備は約20%と高値のため適切な評価と看護計画立案が課題。また、褥瘡発生要因もリスク評価不足、観察・介入不足、技術不足の看護師要因が多い。適切に患者の状態のリスク評価を行い、看護計画に反映し、実践していくことが課題。褥瘡発生率は1.67%と昨年の1.31%より増加しており看護師要因による褥瘡発生率の減少が課題。電子カルテ更新に伴い、ハイリスク加算の対象となる患者の入力が可能となり昨年より8%増加した</p> <p>3) アンケート調査を実施することで、褥瘡以外の皮膚トラブルの実態と介入方法の課題が明確になり、医療関連機器圧迫損傷予防マニュアル作成の参考になった。今後は作成したマニュアルの周知と活用が課題。また、12月の医療関連機器圧迫損傷は10件で一部の病棟で発生。医療関連機器圧迫損傷による褥瘡発生報告の必要性を周知し、低減に向けて取り組む必要がある</p> |

7. 呼吸ケア看護チーム会

| | |
|-------|---|
| 目的 | 呼吸ケア実践能力の向上を図る |
| 目標 | <p>1) フィジカルアセスメント能力が向上する</p> <p>2) 看護師が呼吸ケア実践ができる</p> <p>3) 看護師が呼吸に関する必要な記録ができる</p> |
| 活動内容 | <p>1) 呼吸ケアに関するDVDを基に認定看護師が知識確認のテストを作成し、全病棟で実施。NIPPV、RST主催の学習会への参加促進、チーム会で事例検討や酸素療法について学習会を実施。呼吸器ケアのDVDを作成し全病棟に配布</p> <p>2) NIPPVのマニュアル作成、呼吸ケアマニュアルの活用状況調査。チーム会で「気管切開中の患者の看護」について学習会を実施</p> <p>3) 既存の呼吸監査表についてアンケートを実施し監査表の改訂、口腔内観察のテンプレート作成。改訂後監査を1回実施し、監査方法を修正</p> |
| 成果と課題 | <p>1) DVD 視聴前のテストは全病棟で実施し、回収率 75%であったが正答率の評価は未実施。DVD 作成に時間を要し、年度末に配布したので視聴後の評価は未実施。NIPPVの学習会には 28 名が参加し、実技や体験もありわかりやすかったという評価であったが、RST 主催の学習会への参加は少数であり、リンクナース会として RST 主催の学習会を支援することが課題。チーム会で実施した学習会は好評であったため、前期に実施しても良かった。次年度はチーム会がないので、DVD の活用、RST 主催の学習会やラウンドに参加し知識と技術の向上を図っていく必要がある</p> <p>2) NIPPVのマニュアルを作成し、呼吸ケアマニュアルに追加できた。呼吸ケアマニュアルの活用状況の調査を実施した結果、呼吸マニュアルを活用の有無では「ある」の回答は 42%で 4%増加、「ない」は 58%で 4%減少、実際に使用した場面の上位は①呼吸ケア実践 49%、②人工呼吸器看護 36%、③後輩指導 32%であった。使用できない原因は「時間がない」83%であった。活用を普及するために現任教育委員会や RST との連携を行う必要があった。今後、マニュアルの活用を促進し評価、改訂を行う</p> <p>3) 既存の呼吸監査表についてアンケートを実施し、口腔内のチェックリストのテンプレート作成、電子カルテ更新後の呼吸に関する入力項目の設定に反映。呼吸に関する記録の監査は1回実施したが、「NA」をどう評価するか監査方法を検討する必要がある。また、定期的な監査の実施、監査結果を学習会やマニュアルに活用することと記録の質改善が課題である</p> |

Ⅲ.ワーキング

1. 経営・病院機能充実ワーキング

| | |
|-------|---|
| 目 標 | 1) 平成 28 年度診療報酬改定に伴う変更点を理解し、重症度・医療・看護必要度評価が 25%維持できる 2) 看護の質の視点からデータを活用し、看護管理に活かすことができる |
| 活動内容 | 1) ①重症度・医療・看護必要度の勉強会を実施 ②重症度・医療・看護必要度 25%維持できる方策の検討と実施 ・入力漏れのチェックと必要度入力監査 2 回 ・評価項目記載方法の作成、「免疫抑制剤の管理」標準看護計画の作成 2) 平成 27 年度 DiNQL データ（レーダーチャート）から「転倒・転落」について自病棟の傾向を把握 |
| 成果と課題 | 1) 評価者研修の伝達講習は全看護職員に実施できた。監査結果や日々の記載漏れ確認で記載漏れがある、心電図モニター使用時の医師の指示がない、免疫抑制剤使用患者の看護計画がない、観察項目がないなどの問題があるので正しく記録できるように指導していく必要がある 2) DiNCL データの活用を検討する中で「転倒・転落」を抽出したが、各病棟での課題発見や課題整理、改善策の検討には至らなかった |

2. 看護管理実践力強化ワーキング

| | |
|-------|---|
| 目 標 | 1) 看護管理基準の改訂ができる 2) 労務管理についての実践能力の強化ができる |
| 活動内容 | 1) 看護管理基準の見直し項目を検討し担当を決めて改訂し看護師長会で検討ポケットマニュアル、看護管理師長用マニュアル内の資料、看護管理関連資料ファイルの見直し 2) 労務管理に関する問題、意見についてアンケート調査を実施し、対策の検討と実施 |
| 成果と課題 | 1) 看護管理基準の見直し項目を検討し、改訂時は書式の右欄に関連資料を記載するよう変更した。改訂した基準は看護師長会で承認を得て差し替えを実施。ポケットマニュアルは廃止としたが、看護管理基準内に含まれる内容も含まれているので、看護管理基準の整理と看護管理業務基準の作成の必要性が出てきた。看護管理基準関連の資料を含め看護管理業務基準の作成が課題である 2) 労務管理に関する問題・意見についてアンケート調査を実施し、労務災害に関するフローチャートを改訂。年次休暇取得に関する事例検討の準備を行ったが日程調整ができず未実施。勤務時間管理については看護師長会で検討を重ね看護師長業務としての体制を整備した |

3. 認知症・せん妄ケア等ワーキング

| | |
|------|--|
| 目 標 | 1) 認知症ケアに必要なマニュアルの整備・学習会等ができる 2) 認知症ケア実践のコンサルテーション・指導を行うことができる 3) 認知症ケア実践力を向上するための人材育成ができる 4) せん妄ケアに必要なマニュアルの整備・学習会等を行う 5) せん妄等ケア実践のコンサルテーション・指導を行う 6) せん妄等ケア実践を向上するための人材を育成する |
| 活動内容 | 1) 認知症患者への看護で困っていることやどのように対応しているか等学習ニーズを把握するためにアンケート調査を実施。アンケート調査の結果を分析し、学習会を 2 回開催。e-ラーニングでの学習を推進。他施設のマニュアルを参考にして認知症ケアマニュアルを作成 2) アンケート結果を反映して学習会で事例の対応を説明 3) 認知症ケア加算対象の研修に各病棟から 2 名以上参加し、各部署で伝達講習を実施 4) せん妄患者に看護に必要な資料を検索し各部署へ配布。e-ラーニング「せん妄ケア」の視聴を促進。学習会を 2 回開催。せん妄アセスメントシート・標準看護計画作成、せん妄患者ケアマニュアル・患者家族への説明資料を各部署に配布し情報提供を実施 5) せん妄患者の情報提供を受け、専門看護師・認定看護師がコンサルテーションを通じて実践支援 |

| | |
|-------|--|
| 成果と課題 | <p>1) アンケート結果から①認知症看護学習会を開催し 33 名参加、②診断と治療に関する学習会を開催し 38 名参加。e-ラーニングの活用は勧めたが視聴実績の評価は未実施。ケアマニュアルは資料を参考に作成したが、診断・治療の項目は医師に依頼中で未完成。標準看護計画は看護師長会で検討中でありマニュアル・標準看護計画の完成、認知症ケア加算算定方法の周知が課題である</p> <p>2) 学習会で事例をもとに対策について助言したが、日々の看護実践の中でコンサルテーションを受けるまでには至っていないので、システムの構築と運用が課題である</p> <p>3) 学習会の内容を伝達できたが各部署活用には至っていないので、次年度チーム会を立ち上げ認知症ケア実践能力の向上を図る</p> <p>4) 学習会は①せん妄の定義・診断方法・治療・ケアに 28 名参加、②せん妄患者の事例から考える看護に 34 名参加。研修後アンケート結果は 97% が現場で活かせるという回答であったが、e-ラーニングについては活用は勧めたが視聴実績の評価は未実施。せん妄アセスメントシートのテンプレート化、標準看護計画の電子カルテでの運用が課題である</p> <p>5) 専門看護師・認定看護師によるコンサルテーション件数は 8 件で、せん妄診断方法、暴言や行動への対応、薬剤調整などであった。コンサルテーション方法・実践支援方法の検討、システムの構築が課題である</p> |
|-------|--|

□ 地域医療連携・広報活動

1. がん看護研修ステップ

- ・ステップⅠ：10月22日、11月26日 計10時間 修了者：院内31名、院外32名
- ・ステップⅡ：7月2日、7月30日、12月5日 計11時間 修了者：院内5名

2. 専門・認定看護師セミナー

11月19日開催、 テーマ：～私たちの力をあなたの力に～で講義・演習を実施
参加者：80名(院内：15名、院外：65名)

3. ふれあい看護体験

7月27日：参加者：高校生4名参加

4. 訪問看護師・病院看護師交流会

11月16日開催 事例討議 参加者：訪問看護師23名 看護師31名

5. 生き方探究・チャレンジ体験

11月1日～ 4日(3日間) 中学生4名
11月7日～10日(4日間) 中学生2名
11月8日～10日(3日間) 中学生2名

□ 看護部の活動

1. 投稿・執筆 (別紙4)
2. 院外発表 (別紙5)
3. 院内発表 (別紙6)

別紙4:投稿・執筆

1. 平成28年度 雑誌投稿・執筆

| 出版社 | 雑誌名 | テーマ | 部署 | 著者名 |
|-------|--|---|-----|-------|
| 日総研出版 | 手術看護エキスパート 2017年 3.4月号 vol.10 no.6 | インシデントで学ぶ手術室の医療安全・ナラティブ事例集 ～手術体位が原因と考えられる合併症を経験して導かれた 医療安全対策と看護師の役割・姿勢～ | 手術室 | 中村 露子 |

別紙5：院外発表

2. 平成28年度 院外研究発表

| | テーマ | 学会名 | 開催日 | 部署 | 発表者名 |
|----|---|----------------------|------------|-----------|--------|
| 1 | タブレット端末を用いた内視鏡処置関連情報の管理と看護への活用 | 第76回日本消化器内視鏡学会 | 5月14日 | 外来 | 坂井 洋子 |
| 2 | めざせ！皮膚に優しいうつむき安静 | 眼科連携FSM2016 | 6月4日 | 1病棟5階 | 豊山 美由紀 |
| 3 | PCU希望者がより多く入棟できるための取り組み | 第21回日本緩和医療学会 | 6月17日・18日 | 緩和ケアチーム | 櫻井 真知子 |
| 4 | 患者模擬体験前後でのイメージの変化からみた外来化学療法センターでの実習における看護学生の学び（第3報） | 第47回日本看護学会—看護教育—学術集会 | 8月4日 | 外来 | 田中 雅子 |
| 5 | うつ病の家族に終末期（看取りの時期）であることを告知できた一事例—他施設の精神科医とPCTとの協働 | 第29回日本サイコソコロジー学会総会 | 9月23日・24日 | 看護部長室 | 櫻井 真知子 |
| 6 | 院内BAD治療マニュアル導入の取り組み | 第43回脳神経看護研究学会 | 9月30日 | 救命センターICU | 樋口 泰子 |
| 7 | 心不全再入院患者の増悪要因の状況と心不全チームの今後の課題 | 第20回日本心不全学会学術集会 | 10月8日 | 2病棟7階 | 貞方 良太 |
| 8 | 硝子体手術後患者の腹臥位安静における皮膚損傷の要因分析と看護介入 | 第58回看護学会 | 10月15日 | 1病棟5階 | 豊山 美由紀 |
| 9 | ICU患者に対する趣味を取り入れたせん妄予防への取り組み | 第58回看護学会 | 10月15日 | 救命センターICU | 吉田 咲子 |
| 10 | 長期呼吸器装着患者のリハビリテーションにおける看護師の役割 | 第58回看護学会 | 10月15日 | 救命センターICU | 松下 紀子 |
| 11 | 救急外来における看護師教育ラダー活用評価 | 第18回日本救急看護学会 | 10月29日 | 救急外来 | 中島 梢恵 |
| 12 | 大腸内視鏡検査における不適切な前処置による予測因子の検討 | 第77回日本消化器内視鏡技師学会 | 11月5日 | 外来 | 北野 由美 |
| 13 | がん患者のせん妄ケアについて、私たち看護師ができること～がん看護研修の学びから～ | 第70回国立病院総合医学会 | 11月11日・12日 | 1病棟8階 | 布施 克美 |
| 14 | 婦人科癌術後のリンパ浮腫予防指導後のアンケート調査 ～知識の理解と対処方法の実態～ | 第70回国立病院総合医学会 | 11月11日・12日 | 2病棟3階 | 上村 直子 |
| 15 | 抗精神薬服用妊婦における周産期管理の現状と課題 | 第70回国立病院総合医学会 | 11月11日・12日 | NICU | 岡庭 暁子 |
| 16 | 救命救急センターICU看護師のマネジメント力強化に向けた教育計画の立案 | 第70回国立病院総合医学会 | 11月11日・12日 | 救命センターICU | 尾崎 聡美 |
| 17 | 急性期病院看護師の職務満足度調査における満足要因の実態 | 第70回国立病院総合医学会 | 11月11日・12日 | 救命センターICU | 西田 和美 |
| 18 | 新採用者の支援を通して、教育担当副看護師長の役割を考える | 第70回国立病院総合医学会 | 11月11日・12日 | 看護部長室 | 藤野 典子 |
| 19 | 入院患者におけるCRE（カルベパネム耐性腸内細菌科細菌）検出状況と実践した対策の検証 | 第14回国立病院看護研究会学術集会 | 12月17日 | 看護部長室 | 森 誠司 |
| 20 | 当院における母乳育児推進の現状と課題 | 第8回近畿母乳育児フォーラム | 2月12日 | 2病棟3階 | 大谷内 志浦 |
| 21 | ほぼ意識清明下の気管挿管患者におけるせん妄スクリーニングツールの使用と身体拘束の関連 | 第44回集中治療医学会学術集会 | 3月9日 | 救命センターICU | 森口 真吾 |

別紙6:院内発表

3. 平成28年度 院内研究発表

| | テーマ | 部署 | 発表者 |
|----------------------------|--|-------------|--------|
| 口 述 発 表 | 1 救命救急センターICUにおけるエンドオブライフケア実践報告 ～口渇に対する症状マネジメント～ | 救命救急センターICU | 篠原 麻里 |
| | 2 周産期領域に関する地域との連携について | 地域医療連携室 | 松尾 さやか |
| | 3 リンクナースを支援のための計画立案に向けて取り組み | 副看護師長会A | 林 朋子 |
| | 4 ギア・チェンジの時期を迎えた患者への看護介入 ～アギュレラの危機問題解決モデルを用いて～ | 1病棟7階 | 坂田 伊央莉 |
| ポ ス タ ー 発 表 | 5 外来がん化学療法を受ける40代女性患者の心の軌跡 ～心理的支援を振り返って～ | 外来 | 田中 雅子 |
| | 6 緩和ケア病棟における遺族の満足度調査 ～アンケートを実施して～ | 緩和ケア病棟 | 林 麻美 |
| | 7 手術看護の充実を目指した新手術部門システム作成への取り組み | 手術室 | 田中 めぐみ |
| | 8 患者が求める術前オリエンテーションについての調査 | 1病棟4階 | 大江 智子 |
| | 9 行動制限に関する規定の改訂に向けての取り組みと行動制限の現状 | 副看護師長会B | 豊山 美由紀 |
| | 10 いのちの授業～中学生への性教育～ | 2病棟3階 | 石上 朋子 |
| | 11 治療を開始した患者への意思決定支援 ～アギュレラの危機問題解決モデルを用いて～ | 1病棟6階 | 余頃 楓 |
| | 12 AYA世代（子育て世代）の子供に対する看護介入についての実態調査 ～緩和ケア病棟看護師へのインタビュー分析～ | 緩和ケア病棟 | 平田 淳朗 |
| | 13 術後訪問から見てきたこと | 手術室 | 手良村 康代 |
| | 14 助産師外来の現状と今後の課題 | 2病棟3階 | 田仲 有季子 |
| | 15 5S活動～療養生活の安全・安楽を確保するためには～ | 2病棟7階 | 増田 友香 |
| | 16 PDCAサイクルを活用した病棟業務改善への取り組み | 2病棟8階 | 柴田 美歩 |
| | 17 大腸内視鏡検査における不適切な前処置になる予測因子の検討 | 外来 | 北野 由美 |
| | 18 硝子体手術後のうつむき安静による苦痛緩和への取り組み | 1病棟5階 | 原田 健太 |
| | 19 呼吸不全患者の退院までの長い道のりとその後 ～訪問看護師交流会を通して～ | 1病棟8階 | 布施 克実 |
| | 20 呼吸器外科患者の手術後1日目の離床評価 ～安全な早期離床をめざして～ | 集中治療室 | 柴田 浩司 |
| | 21 安全な経口摂取の援助の実践力の向上と定着に向けての取り組み | 救命救急センターICU | 吉田 咲子 |
| | 22 急性期病棟における保育士の活動 | 2病棟3階 | 江戸川 志帆 |
| | 23 スポーツリハビリカンファレンスを開始して | 2病棟5階 | 木田 美帆 |
| | 24 当病棟におけるカンファレンスの傾向と実態 | 特別室個室 | 森 未帆 |
| | 25 当院の認知症ケア実践力向上への取り組み | 救命救急センターICU | 樋口 泰子 |
| | 26 せん妄ケア検討WG活動報告 | 救命救急センターICU | 西田 和美 |
| | 27 救命救急センターICU看護師のマネジメント強化への取り組み | 救命救急センターICU | 尾崎 美聡 |
| | 28 新人教育担当としての取り組み ～Let's enjoy education!!～ | 1病棟6階 | 徳丸 千恵 |
| | 29 新人教育 | 1病棟6階 | 古川 淳貴 |
| | 30 側臥位手術における褥瘡軽減への取り組み | 手術室 | 西村 清美 |
| | 31 アンギオ介助可能な看護師育成のための教育 | 救急外来 | 清水 克彦 |
| | 32 看護師と看護補助者間の連携 ～看護業務を円滑にすすめる～ | 2病棟4階 | 森 香代 |
| | 33 救命救急センターICUにおける胃管チューブ予定外抜去予防の取り組み報告 | 救命救急センターICU | 児玉 恵理 |
| | 34 急変時看護の実践能力を向上させる取り組み | 2病棟7階 | 有村 美穂 |
| | 35 カンガルーケアによる母児関係への効果 | N I C U | 中村 由梨 |
| | 36 救命救急センターICUの新採用におけるシミュレーション教育の効果 | 救命救急センターICU | 伊藤 明信 |
| | 37 糖尿病透析予防外来を受診した患者のセルフケア行動の変化 | 外来 | 小久保 敦子 |
| | 38 ロボット支援下腎部分切除導入までの取り組み | 手術室 | 中谷 夏実 |