

## 看護部



看護部長  
荒木 輝美

平成30年3月31日まで



看護部長  
西本 京子

平成30年4月1日現在

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29年度 看護部目標】

スローガン 「笑顔とコミュニケーションと実践」

1. 急性期医療を担う看護力の向上
2. 地域のニーズに応える看護連携の強化
3. 病院経営への積極的な参画
4. 倫理的観点にぶれない看護サービス

### □ 看護部の組織

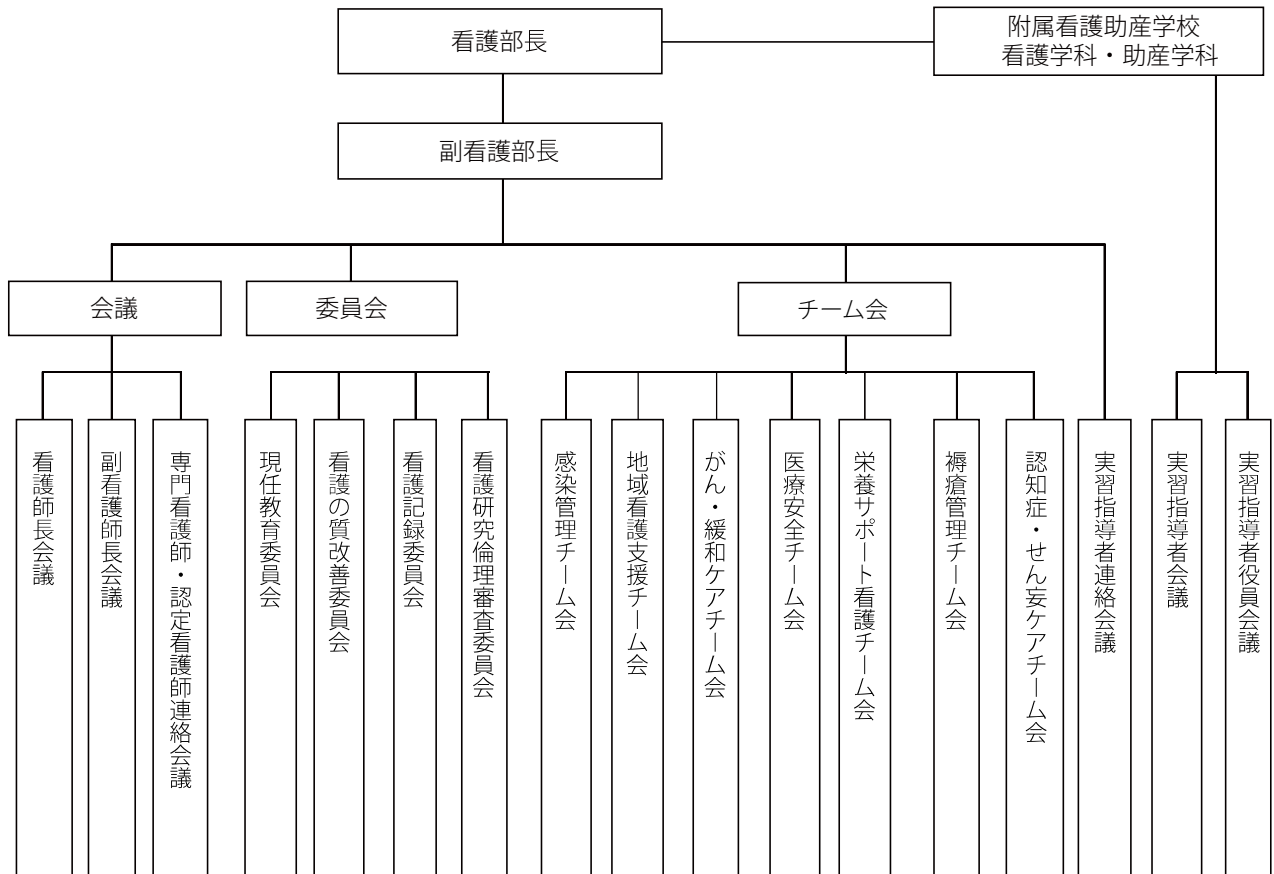
- I. 看護部組織図  
(別紙1：看護部組織図)
- II. 看護部会議・委員会  
(別紙2：看護部会議・委員会機能図)

### □ 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



□ 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) 固定チームナーシングが効果的に実践される 2) 院内の看護業務の標準化ができる
活動内容	1) 固定チームナーシングの効果的な実践 固定チームナーシングの定義・リーダー、メンバーの役割の明文化、スタッフへの説明資料の作成と実施 各部署における固定チームナーシングの「強み」「弱み」について検討 文献の固定チームナーシングチェックリストを用いて各部署の固定チームナーシングの評価と課題の明確化。課題のうち「日々のリーダーシップ不足」については「リーダーマネジメントチェックリスト」を作成し活用。 「受け持ち看護師の意識不足」についてはRCA分析を用いて根本要因分析を実施 2) 院内の看護業務の標準化 全病棟の「入院時退院準備チェックリスト」を収集し、意見交換を行い、「入院時退院準備チェックリスト」を改訂。11月から運用を開始 頓用薬品の電子カルテ記載方法についてアンケートによる現状を把握し、記録委員会の副看護師長を中心に「頓用薬の実施入力方法」記載要領を作成。各病棟の副看護師長がスタッフに周知を行い、1月から運用開始
成果と課題	1) 固定チームナーシングにおける課題である「日々のリーダーシップ不足」については、リーダーを担う機会の多い対象者に「リーダーマネジメントチェックリスト」を活用することで、日々のリーダーシップへの意識付けに繋がった。今後は各部署でリーダーの役割を担う看護師を育成することが課題である。「受け持ち看護師の意識不足」については、RCA分析で要因分析を実施した結果、「急性期病院の為平均在院日数が短いことで受け持ち患者と関わる機会が少ない」「受け持ち看護師の役割についての教育の場がない」などシステムや教育に問題があることが分かった。今後は課題に対しての具体的な取り組みを検討して実施することが課題である 2) 新人看護師の入院・退院受入れ開始前に「入院時退院準備時のチェックリスト」を改訂することでムズに活用できた。入院時退院時準備未実施の引き継ぎや活用・評価・修正が課題である。屯用薬の記載は「経過表の記事」を使用している部署は80%、「処方カレンダー」を使用している部署は40%以下であった。医療安全管理室・看護記録委員会と連携を図り「記事」に記載することに統一。その後「頓用薬の実施入力方法」の記載要領を作成することで頓用薬記載方法の統一につながった

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) 組織横断的な活動を行い、実践や集合教育を通して当院の看護実践力を強化する 2) 院内外に向けた広報活動ができる
活動内容	1) 病棟へのラウンド4回/年、専門・認定看護師による学習会を3回/年実施 2) 11月25日に専門・認定看護師主催のセミナーを開催、ホームページの更新、6月19日に新人看護師対象専門・認定看護師の活動紹介、院内留学の企画・運営

成果と課題	<p>1) 病棟ラウンド4回でコンサルテーション26件であり前年度より増加しなかった。スタッフからはラウンドの時ではなく必要時にコンサルテーションできているとの意見から、次年度病棟へのラウンドを継続するか検討が必要。学習会の参加者は、救急看護23名、がん看護1名、緩和ケア13名であった。広報不足や委員会・チーム会などの学習会も多数あることが参加人数の減少と考える。委員会・チーム会への参入など学習会の開催方法を検討する必要がある</p> <p>2) 専門・認定看護師主催のセミナーは39名の参加（院外27名、院内12名）と前年度比40%未満であったが、アンケート結果は好評価であった。近隣の病院でも同じ取り組みをしていること、数日前の地域連携主催の研修会を開催したこと、翌日災害訓練があったこと等の理由で院内外の参加者が減少したと考える。看護部の年間教育計画への参入や時間外の学習会を院外に発信するなどの対策を検討する必要がある。院内留学は平成28年度2名、平成29年度治験管理室に1名と需要が少ないので継続するか検討する</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) ラダー別研修計画の企画・運営ができ、研修生が到達目標を達成することができる</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) キャリアアップと離職防止に繋がる支援を行う</p>
活動内容	<p>1) 集合研修の評価の共有</p> <p>2) 機会教育での課題の共有</p> <p>3) 各担当グループにて次の研修計画の検討</p>
成果と課題	<p>1) ラダー別の研修目的・目標は概ね8割の達成度であった。現場で活用できるような参加型、シミュレーション研修を多く取り入れる工夫を継続する。また医師や専門・認定看護師の協力を得ながら、更に充実した研修を企画する。ファシリテーターとしてのスキルアップを目指した学習会を実施していく。ナースングスキル視聴の推奨を動機づけ時に100%行なう</p> <p>2) 動機づけは昨年度93%から今年度98%になった。各病棟の能力開発プログラムファイルに研修別レジюме・アンケート結果を挟み、ラダー別の研修内容や結果の情報共有がしやすくなったため、OJTに繋げる内容がわかりやすくなった。研修内容やフォローのメールの配信、OJTで押さえてほしい内容や提出期限を記載した一覧表を配布したことで内容の周知や関わりへの意識は上がった。全部署の新採用者への教育計画を統一し、集合研修と連動するよう計画する。新採用者以外に対しても教育担当者の関わりを充実させる</p> <p>3) 自己の年間教育計画書は看護師長と情報共有できていない部署が多く、活用方法の把握・統一ができていなかったこともあり、スタッフ全員の離職防止や人材育成に対する関わりが薄かった。病棟全体で、人材を育成していく職場の風土作り、働きやすい職場環境を確立する。自己の年間教育計画書の記載・活用方法を明確にし、看護師長と情報共有し支援する</p>

### 4. 看護の質改善委員会

目的	<p>1) 看護基準・手順の見直しと周知</p> <p>2) 看護提供プロセスの検討と改善</p>
----	---

目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 看護実践基準の見直しを行い、看護実践の統一を図る</li> <li>2) 倫理的視点を持って、患者・職員間の接遇（態度（言動）、コミュニケーション（職員間での情報共有））を強化し、看護職員としての質の向上を図る</li> </ul>
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 平成28年度のインシデント・アクシデントの要因で上位10項目について、看護実践基準の改訂。改訂した2項目「コミュニケーション」「インフォームドコンセント」について各部署で周知</li> <li>2) 5月15日～6月4日で退院時アンケート実施。アンケート結果から各部署の問題点の抽出と改善策の実施 全国における「平成29年度満足度調査」の結果改善に向けて回収率増加、挨拶強化を目的に全部署で朝の始業時に共通の言葉で唱和を実施 京都医療センター看護部「身だしなみ、マナー・接遇基準」について、接遇の5項目改訂。6月・11月に「身だしなみ、接遇・マナー」についてチェックリストを用いて自己及び他者評価を実施</li> </ul>
成果と課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 看護実践基準10項目改訂。改訂した項目は「インフォームドコンセント」「患者の意思決定支援」「カンファレンス」「患者相談・指導」「薬物療法（服薬・外用・坐薬）」「薬物療法（注射）」「医療用麻薬・向精神薬の取り扱い」「ドレナージ」。「コミュニケーション」「インフォームドコンセント」の2項目を各委員がスタッフに周知し達成率100%であった</li> <li>2) 退院時アンケートの回収率は70%で、全体の満足度は「大変満足」63%、「やや満足」23.8%。項目では選択食・トイレ浴室などの環境が満足度40%以下、看護師の態度・言葉遣いのうち「頼みにくかった」が50%程度の満足であったので看護師の態度・言葉遣いの強化が課題である 「平成29年度患者満足度調査の回収率改善に取り組んだ結果、回収率は82.2%で前年度69.1%から13.1%増加。調査結果が出た後、取組みの評価を実施すると共にソフト面の低い項目について改善に取り組むことが課題である</li> </ul>

#### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 看護記録記載基準・要領の活用により質の向上を図る</li> <li>2) 標準看護計画を充実する</li> </ul>
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 看護記録記載要領の改訂・活用</li> <li>2) 看護記録監査の実施</li> <li>3) 標準看護計画の追加・修正</li> </ul>
成果と課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 看護記録記載要領の改訂を行い、転倒事例をもとに一連の看護過程がわかるモデルカルテを作成した。また観察項目にスケール表など追加し、評価の標準化をはかるとともに、データベースを統一し患者情報の漏れをなくした。今後は、さらに看護記録記載要領を看護実践場面で活用し、記録の質改善を図ることが課題である</li> <li>2) 9月・12月に「急変・事故発生時」「IC時」の看護記録監査を行った。監査結果は昨年度より改善を認めているが60%台の項目があり、今後も定期的な監査の実施と分析・評価を行う</li> <li>3) 標準看護計画を見直し、20項目追加11項目使用中止とした。標準看護計画およびテンプレート申請方法のシステムを構築した。今後も定期的な見直しを行い、看護の質を担保する必要がある</li> </ul>

## 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) 感染症のアウトブレイクを防止するために、院内感染対策マニュアルを遵守できる 2) 感染防止の視点で環境整備ができる 3) ICTの活動について理解できる
活動内容	1) 手指衛生の実態調査を7月に実施し、自部署の課題解決に向けて取り組み、11月に再度実態調査を実施。ゴージョ使用回数の調査結果のフィードバックと改善した部署の取り組みについて情報共有 2) リンクナース2名とICNが病棟ラウンドを行い、「院内ラウンドチェックシート」を用いて環境を評価。評価結果から自病棟の課題を抽出し、改善策の立案と実施 3) ICNと院内環境ラウンドの実施、流行期に備えて「インフルエンザ」「ノロウイルス」について自病棟で勉強会を開催しスタッフに周知
成果と課題	1) 手指衛生の実態調査の後、自部署の課題解決に向けて取り組んだ。その結果、「患者ゾーンに入る時」は500場面中7月211場面、11月257場面、20部署中12部署で実施回数が増加。「患者ゾーンから出る時」は500場面中7月220場面、11月274場面、20部署中15部署で実施回数が増加 2) 6月と12月にリンクナース2名とICNが病棟ラウンドを行い、「院内ラウンドチェックシート」を用いて環境チェックを実施した。その結果、12月は6月に比し19項目中14項目で改善、達成率は6月86%、12月94%と増加。ICNとのラウンドを通してリンクナースの感染防止対策の視点が拡大につながった 3) ICNとの院内ラウンドの実施や流行期に備えて2項目についてスタッフへの教育を実施したことでICTの活動が理解でき、アウトブレイク防止効果があった

### 2. 地域看護連携チーム会

目標	1) 地域連携の推進を図る 2) リンクナースのスキルアップを図れる
活動内容	1) チーム会で「在宅支援関連の算定」についての学習会、算定状況の報告、退院支援ツールの周知と活用状況についての情報共有、外来と病棟の連携についての検討、看護情報提供書(2)の検討と改訂、京都南部地域連携交流会での意見交換を実施 2) 5月に退院支援看護師による「退院支援」についての学習会、6月に看護情報提供紙を用いて事例検討、地域医療連携室への院内留学システムの構築と実施、退院前・後訪問システムの周知と訪問後の報告による情報共有
成果と課題	1) 退院支援加算1は月ごとに件数が増加。退院支援ツールは「経腸栄養」「自己導尿」「インスリンの自己注射」「人工肛門」が6個病棟で延べ12件活用し、使用した場面は算定漏れの確認、専門病棟外に入院している患者の指導であった。「在宅酸素」など新たな項目について作成を検討する 外来と病棟の連携については、退院前カンファレンス7件、退院支援カンファレンス11件実施できたが診療科の拡大や継続が課題である 院内外から看護情報提供書についての意見を集約し、改訂をしたことで「分かりやすくなった」という意見があった。活用して評価を行い必要があれば改訂する 京都南部地域連携交流会参加者は、院外77名、院内47名で職種は医師、理学療法士、看護師、MSW等であった。院内参加者の88%が「多職種」と交流できた、病棟での退院支援・看護に活かせる学びがあったと回答。地域連携機関と意見交換を行い連携強化を図る 2) 学習会後のアンケートの結果、病棟看護師の役割について5段階中3以上「理解できた」と94%が回答。ナーシングスキルの「病院で行う退院支援・退院調整」視聴を促し視聴率88%。地域医療連携室への院内留学はリンクナース全員が実施でき、退院前・後訪問は5件であった。退院前・後訪問の拡大と情報共有、退院前・後訪問記録用紙の活用と評価が課題である



### 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」の質問用紙を用いて必要な援助ができる 2) 専門チームや多職種への橋渡しができ、チーム医療の推進を進めることができる
活動内容	1) 「生活のしやすさの質問票」を対象者に配布し、質問票にチェックがある場合はカンファレンスの開催や看護計画を修正。月別使用状況をデータ化し周知2～3グループに分かれて事例検討。外来化学療法センターでも「生活のしやすさ質問票」を一部修正し活用 2) がん専門看護師による4側面からの介入事例について講義
成果と課題	1) 「生活のしやすさの質問票」配布数は月平均151.5名で回収は129.3名と前年に比し倍増。質問票にチェックがある患者516名中カンファレンスの開催が出来たのは188名、看護計画修正は248名。介入できていない理由は短期間の入院患者、カンファレンスを開催すべきかの判断に個人差があること、3日目1週間目評価に繋げることが課題。外来化学療法センター配布は400名で回収は10～30名であり回収数の改善とチェックがある患者への介入と評価が課題である 2) 緩和ケアチームへのコンサルテーションは53件、多職種へのコンサルテーションは134件と増加した。必要な患者に必要なタイミングでコンサルテーションできているか、コンサルテーションした結果どのような看護が実践されたのか記録が不十分であり評価ができない。多職種との連携強化とコンサルテーション後の変化など把握し質の評価に繋げていく

### 4. 医療安全チーム会

目標	1) 誤薬予防策の実施 2) インシデント対策の実践 3) 転倒・転落対策の実践
活動内容	1) 各病棟の誤薬発生件数、要因を提示し、減少病棟の対策をロールモデルとして紹介し自病棟の対策の取り入れた 与薬のプロセスを可視化し業務改善の必要性を提案、配薬カートの配置・表示、内服セット方法を変更 2) 院内インシデント事例と対策の検討と実施。インシデントカンファレンス用紙の作成と活用。看護手順遵守とKYTシミュレーションの実施
成果と課題	1) 6Rの不徹底、医師の指示内容について誤薬の要因分析を実施した結果、確認不足26.5%、知識不足8.6%、判断を誤った7.3%であった。誤薬件数が減少した病棟の対策をロールモデルとして紹介したが、誤薬件数は488件と前年度比6.9%増加したが、与薬についての業務改善、配薬カートの配置や表示の変更、内服セット方法の変更を取り入れ減少した病棟があった。業務改善や6Rが徹底できる対策の継続、誤薬に繋がりがやすい医師の指示に対して医師と検討し改善を図る必要がある 2) インシデント分析にRCA分析のトリガーリストを用いて多角的に要因分析ができるようにカンファレンス用紙を作成したが、全部署で活用を開始することができなかった。インシデントカンファレンス用紙の活用推進と対策の周知徹底が課題。看護手順遵守・KYTシミュレーションを実施し各病棟での活用を推進したが、実施した病棟はなかった

## 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	1) 嚥下評価の実践の定着 2) SGA評価の確実な実施
活動内容	1) 経口摂取開始基準、入院時スクリーニングシート、反復唾液嚥下テスト、水飲みテスト、フードテスト、摂食嚥下評価・間接訓練・直接訓練、嚥下機能療法に関する書類の電子化についてリンクナースに教育。リンクナースから病棟スタッフに周知。嚥下評価実施記録用紙を嚥下スクリーニング摂食嚥下評価にテンプレートを変更し周知。摂食・嚥下評価及び訓練についてフローチャートを作成し、主治医・リハビリ科・看護師の役割分担の明確化と算定システムの構築 2) 電子カルテでSGA評価の実施方法を説明。7月・8月にSGA記録監査を実施し、SGA評価が出来ていない理由を明確にし、各病棟で解決策の検討・実施
成果と課題	1) 摂食・嚥下フローチャートを作成し、STを含めチームで摂食・嚥下に関わる体制の構築はできた。リンクナース会で入院時スクリーニングの活用方法、反復唾液嚥下テスト・水飲みテスト・フードテストについて知識と技術の習得を行い、各部署で伝達講習を実施した結果、90%の看護師ができるという結果であった。嚥下評価実施記録用紙・嚥下スクリーニング（入院時）摂食嚥下評価にテンプレートを変更、摂食機能療法指示書、日々の摂食機能療法の記録を電子化するなどの取り組みを通して摂食機能療法算定件数は10月以降85件と増加。しかし、取組みに於いては病棟差があり、定着と拡大が課題。摂食嚥下スクリーニング・摂食嚥下評価表の電子化が課題である 2) 7月はSGA評価実施率78%、8月は87.6%。SGAの未記入は7月36件、8月24件、9月19件、12月49件であり、減少傾向にあったが再度増加。原因は緊急入院時、特定の看護師の傾向等であり、リンクナースによる啓発活動や入院時チェックリストの活用を通して記載漏れ防止及び実施率向上が課題である

## 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	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 2) リスク評価ができ、マニュアルを活用した個別性のある看護計画立案と実践ができる
活動内容	1) チーム会で5月にポジショニングの勉強会、6月にポジショニングマスター試験を実施、8月～9月にかけてポジショニングマスター再試験を実施 12月からリンクナースが各病棟でポジショニングの学習会を実施。1月から病棟スタッフのポジショニングマスター試験を実施 2) 7月にマニュアル活用状況調査を実施し、各部署で周知のための目標を設定し周知活動を実施。9月1月に活用状況調査について19病棟57名に聞き取り調査を実施 マニュアルを活用した個別性のある看護計画が立案できているかチェックシートを用いて評価、対策の検討と実施
成果と課題	1) 10月にリンクナース12名全員がポジショニングマスターとなった。リンクナース以外のスタッフのポジショニングマスター試験6回実施。今後、各病棟での実技の指導力が向上し、ポジショニングマスターを増やしていくことが課題。また、現在のポジショニングマスター試験方法を評価し、4月から継続してポジショニングマスター試験が実施できるよう調整する

	<p>2) 各種マニュアルの活用を促進する対策を実施した結果、ポジショニングマニュアルは18病棟中7月6病棟、9月5病棟、1月15病棟と増加。医療関連機器圧迫損傷に関するマニュアルは7月6病棟、9月10病棟、1月14病棟と増加。褥瘡に関するマニュアル認知状況は9月48名(84%)、1月46名(80.7%)と減少。入院時の褥瘡に関する危険因子評価表の未入力率は2.8%~3.0%で不変。褥瘡発生件数は4月~12月160件(前年度204件)と減少。医療機器関連圧迫損傷は4月~12月60件で褥瘡の37.5%を占めるため、「深部静脈血栓症予防弾性ストッキング、間欠的空気圧迫装置、酸素マスク・カメラ、NPPV使用による褥瘡発生予防の標準看護計画の作成と活用が課題である褥瘡に関するマニュアルの周知が徹底できなかったので方法の再検討が必要である</p>
--	---

## 7. 認知症・せん妄ケアチーム会

目 標	<p>1) 院内における認知症・せん妄ケアシステムの構築を行う 2) 認知症・せん妄に関する患者ケアの標準化と実践力の向上を図る</p>
活動内容	<p>1) 電子カルテの整備(認知症加算請求、せん妄アセスメントシートと標準看護計画、認知症の標準看護計画)とリンクナースへの周知 8月医師と共に認知症ケアマニュアルの作成し職員が活用できるようCoMedixに登載。10月・12月認知症ケア加算取得患者の看護記録監査 2) 認知症・せん妄患者の看護実践で上手くいった事例・困難事例について情報共有や看護記録から看護展開の内容や記録のあり方について検討 せん妄に関する患者・家族向けのリーフレットの検討を行い12月に完成 11月に外部講師による認知症ケア研修会の開催</p>
成果と課題	<p>1) 認知症ケア加算は7月以降顕著に増加し、加算取得延べ件数5649件(5月~12月)。しかし記録監査の結果、ケア実践の記録、看護計画の評価・修正、ケア日数や身体拘束の有無に応じた加算の取得は80%以下。加算取得の適切性のため記録監査を継続する。認知症ケアマニュアルは、症例に合わせて病態確認やケア検討時に活用できている病棟と周知に留まっている病棟があるので、認知症ケアマニュアルの活用方法を検討する必要がある せん妄アセスメントシートは入院時チェックシートの項目に追加した結果、活用され必要な患者に看護計画が立案できた 2) 6月と7月にせん妄患者・認知症患者各2名の事例検討を実施し、具体的な看護実践についての学びにつながったが、看護記録が不十分であった。患者に合った看護計画と実践について知識・技術の習得が課題である。また、認知症の標準看護計画はBPSDに特化した内容のため使用しにくいという意見があるので看護計画作成についても検討する。せん妄患者への看護実践が不十分であり、状態変化時のアセスメントや看護計画の修正ができていないことが原因と考えるので定期的な事例検討が必要である 外部講師による認知症ケア研修会は37名が参加。2事例のラウンドやラウンド後の情報共有と看護介入の提案など実践に即した形で学習ができた せん妄リーフレットは作成したが、活用には至っていないので、入院初期から患者・家族と協力して予防的ケアを実践することが課題である</p>

### III. ワーキング

#### 1. 経営・病院機能充実ワーキング

目 標	1) 7:1入院基本料を維持するための、具体的な取り組みを行う 2) 看護の視点から収入減、収入増への取り組みができる
活動内容	1) 必要度入力漏れチェックと病棟へフィードバック 必要度入力監査2回 2) 病棟単位での、入力漏れ予防策検討 3) 全病棟eラーニング課題実施 4) SPD物品見直し 適正な処置入力状況調査
成果と課題	1) 管理師長が毎日24時時点で入力漏れ状況をチェックし、病棟へフィードバック。入力漏れは減少したが0件にはならなかった。管理師長の業務としてモニタリングを継続し、翌朝には入力漏れがゼロになる体制を強化する。平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定内容を理解した、適切な評価ができる指導體制を構築することが必要である 2) 製品切り替え時の定数見直しを行うことで、年間約30万円のコスト削減につながった。使用目的を達成できる低コストへの物品変更は今後も必要である 3) 各病棟での確実な処置入力を行うための対策を開始し、一時的に処置入力が増加したが継続には至らなかった。今年度は、1品目のみの取り組みであったが、コスト意識が高まるような教育やこると漏れを定期的にチェックしフィードバックする体制が必要である

#### 2. 看護管理実践力強化ワーキング

目 標	1) 看護管理業務手順を作成し、看護管理に活用できる 2) 病棟運営会議の定着と内容の充実を図る
活動内容	1) 「看護管理業務手順」「看護業務手順」の定義付けとファイルの作成 2) 看護管理日誌（当直用ファイル含む）の改訂 3) 研究計画書を作成し7月の看護研究倫理委員会で承認。看護師長会議で毎月病棟運営会議を開催すること、開催前のレジユメの作成、開催後の議事録の作成、アンケート調査への協力について説明。調査結果及び会議録から病棟運営会議について評価
成果と課題	1) 7～9月で各手順に載せる内容の洗い出しを行い、9月に各ファイルの定義と目次の作成、10月にファイルを作成し各看護単位に配布。以降看護師長会議で決定した内容をファイルに追加。ファイルの活用と評価が課題である 2) 看護管理日誌の入力の改訂、入力方法について検討。看護管理日誌にカウントする感染症の定義を決定。当直用ファイルを改訂し各看護単位に配布。活用して必要があれば改訂する 3) アンケート調査の回収率は1回目看護師長100%、副看護師長74%、2回目は看護師長95%、副看護師長68%。月1回の会議の開催は1回目75%、2回目68%。会議時間は30分が最も多く50%程度、レジユメ作成は1回目50%、2回目58%。議事録作成は1回目40%、2回目58%。会議内容は「スタッフ教育」「インシデント」「時間管理」が多く、上手くいっていることは「良好なコミュニケーション・情報共有」、困っていること「時間確保」であった。一部の部署を除き病棟運営会議は定着し議事録の作成も増加しているが、全部署で定着するまでには至らなかった。病棟運営会議の定着と会議前のレジユメ作成、会議録の作成が課題である

### 3. 災害ワーキング

目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 災害看護に必要なマニュアルの整備と周知を行う</li> <li>2) 急性期医療におけるフィジカルアセスメント能力を向上させ、実践できる看護師の育成</li> </ul>
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 看護管理基準の災害時の安全確保の項目を改訂、防火点検と持ち出し物品の整備、災害時のフローチャートの作成</li> <li>2) 呼吸についてナーシングスキルと看護部で作成したDVDの視聴を促進し、知識の確認テスト及び3回の記録監査を実施し実践の評価。事例を用いた資料を作成し各病棟に配信しスタッフ教育に活用するよう促した</li> </ul>
成果と課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 非常持ち出し物品の現状を調査し、必要な物品と数を決定し整備。防火点検と非常持ち出し物品の点検時期、方法を統一。看護管理基準の災害時の安全確保の項目について改訂と災害時のフローチャートの作成。災害対策委員会との調整と災害訓練時に使用して活用できるか評価をする。原子力災害拠点病院としてマニュアルの整備に参画する</li> <li>2) ナーシングスキルの視聴は前半に比し後半減少。2回目の記録監査の結果、入院時の呼吸音と呼吸数の記録記載割合は向上しなかったため侵襲的処置時に呼吸の記録ができていないか監査を実施。3回目の監査で「できた」率の向上した病棟は「呼吸音」60%、「呼吸数」87%であったが病棟差、個人差があった。呼吸の観察、フィジカルアセスメント不足があるので、継続する。また、フィジカルアセスメント不足によるインシデントについて分析し、焦点を絞って取り組む必要がある</li> </ul>

### 4. 広報ワーキング

目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 魅力ある看護のホームページの編集ができる</li> <li>2) インターンシップの活動を通して、人材確保と離職防止を行う</li> </ul>
活動内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) ホームページの内容の検討と更新</li> <li>2) ふれあい看護体験、インターンシップの企画・運営・評価</li> </ul>
成果と課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 現在のホームページについて新採用者にアンケートを実施した結果、新採用者が知りたい情報は「教育体制」「福利厚生」「看護師の活躍の実際」であった。アンケート結果をもとに、教育計画、研修だより、病棟紹介、改訂した認定・専門看護師のページ、インターンシップを掲載した</li> <li>2) ふれあい看護体験の実施要領作成・インターンシップ計画書と担当者用資料を作成。ふれあい看護体験参加者4名、インターンシップは合計11名であった。参加者の希望及び目的は達成できた。今後参加者増員に向けてのPR方法、就職を希望してもらえるような内容の検討が課題である</li> </ul>

## □ 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：7月 1日、7月29日 計10時間 修了者：院内 37名、院外：26名
- ・ステップⅡ：10月21日、平成30年2月6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25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：39名(院内：11名、院外：28名)

### 3. ふれあい看護体験

- 7月26日：高校生4名参加

### 4. 生き方探究・チャレンジ体験

- 10月31日～11月2日(3日間) 中学生4名  
11月6日～9日(4日間) 中学生2名  
11月7日～9日(3日間) 中学生2名

## □ 学術活動

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:学術活動

##### 1. 平成29年度 雑誌投稿・執筆

出版社	雑誌名	テーマ	部署	著者名
メディカ出版	エマージェンシー・ケア 2017年5月号2017.vol30 no.5 P6-14	1時間目救急患者のみかたカンペキマスター患者さん に出会った瞬間が勝負の決め手!	救急外来	清水 克彦
学研メディカル秀潤社	月刊ナーシング 2018年2月号 2018.vol38 NO2	新人看護師を育てる学習プログラムと教育体制	救急外来	清水 克彦
日総研	手術看護エキスパート 2017年3.4号 2017.vol10.no.31	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29年度 院外研究発表

	テーマ	学会名	開催日	部署	発表者名
1	タブレット端末による内視鏡経過記録作成の試み	第93回日本消化器内視鏡学会	5月11日・12日・13日	外来	松岡 清子
2	当院におけるSTSの現状と課題	第26回母乳育児シンポジウム	8月5日・6日	2病棟3階	吉田 佑子
3	終末期心不全患者の看取り ～緩和ケアチームとのカンファレンスを通して～	第21回日本心不全学会学術集会	10月12日・13日・14日	2病棟7階	増田 友香
4	発熱患者におけるqSOFAを活用した院内トリアージの有効性の検討	第19回日本救急看護学会	10月6日・7日	救急外来	清水 克彦
5	患者が求める術前オリエンテーションについての調査	第58回近畿地区国立病院看護学会	10月14日	1病棟4階	小川 紗有里
6	救命救急センターICUにおける個性性を考慮したせん妄予防	第58回近畿地区国立病院看護学会	10月14日	救命救急センターICU	永友 祐子
7	ICU患者における早期離床のための関わりとは ～ICU入室時から転院までの経過を追って～	第58回近畿地区国立病院看護学会	10月14日	救命救急センターICU	西 佐和子
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	第71回国立病院総合医学会	11月10日・11日	1病棟4階	小川 紗有里
9	慢性呼吸不全患者の退院までの道のりとその後	第71回国立病院総合医学会	11月10日・11日	1病棟8階	布施 克美
10	いのちの授業 ～中学生への教育～	第71回国立病院総合医学会	11月10日・11日	2病棟3階	石上 朋子
11	呼吸外科患者の術後1日目の離床評価 ～安全な早期離床を目指して～	第71回国立病院総合医学会	11月10日・11日	集中治療室	柴田 幸司
12	AYA世代（子育て世代）の子どもに対する看護介入の困難感について	第71回国立病院総合医学会	11月10日・11日	緩和ケア病棟	北田 あおい
13	周産期領域に関する地域との連携について	第71回国立病院総合医学会	11月10日・11日	地域連携室	松尾 さやか
14	臨床倫理検討シートを活用した患者家族の意思決定支援	第45回集中治療医学会学術集会	2月21日・22日・23日	救命救急センターICU	児玉 恵理
15	救命センターICU入室患者・家族への倫理的視点を持ったエンドオブライフケア（EOL）実践～臨床倫理検討シート活用の効果～	第45回集中治療医学会学術集会	2月21日・22日・23日	救命救急センターICU	尾崎 志穂
16	集中治療室看護師の状況判断能力向上を目指した多重課題シミュレーションの活用	第45回集中治療医学会学術集会	2月21日・22日・23日	救命救急センターHCU	伊藤 明信
17	心不全患者の退院後の経過の追跡調査	第82回日本循環器学会学術集会	3月23日・24日・25日	2病棟7階	貞方 良太



別紙6:院内発表

3. 平成29年度 院内研究発表

	テーマ	部署	発表者
口頭発表	1 摂食機能療法算定開始までの取り組み	栄養科・ト看護チーム会	西谷 保
	2 心不全再入院患者の経過からみた増悪要因と心不全チームの今後の課題	2病棟7階	貞方 良太
	3 一般病棟で出来る緩和ケアを考える～生活のしやすさの質問票を用いて～	1病棟8階	布施 克美
	4 認知症患者のケア実践時における看護師の行動と心理	2病棟4階	泉谷 聖子
	5 新生児の痛みのケアに対する実態調査	N I C U	内山 優紀
	6 内服での術後補助化学療法をうける患者の不安・社会的問題の傾向～完遂後も不安が持続した患者3症例～	外来	荒木 由香里
	7 人工呼吸器装着患者の自宅退院に向けた病棟での取り組み	2病棟6階	野上 茂晃
	8 当院NICUにおける「低出生体重児における乳房からの哺乳行動の発達スケール (PIBBS) 」の使用状況の実態調査	N I C U	嘉根 みゆき
	9 臨床倫理検討シートを使用したエンド・オブ・ライフケア実践	救命救急センターICU	尾崎 志穂
	10 『緩和ケア』を考える～終末期がん患者のせん妄における事例を通して～	緩和ケア病棟	阿部美希代
11 硝子体手術後のうつむき安静による苦痛緩和への援助	1病棟5階	入来 朱理	
12 申し送りの効率化	2病棟5階	土崎 玲紀	
13 術前血糖コントロールパスの活用報告	2病棟8階	山口 真理子	
14 生活のしやすさに関する質問票の導入後の運用・活用状況報告	外来化学療法センター	横田 沙耶	
15 救命救急センターICUにおける、チームで取り組みリハビリ	救命救急センターICU	豊山 美由紀	
16 看護業務の標準化	副看護師長会	平田 和幸	
17 “生活のしやすさに関する質問票”の症状7項目の数値の変化の実態調査～入院1日目・7日目の評価を通して～	1病棟6階	來田 友里絵	
18 生活のしやすさに関する質問票を活用し、カンファレンスを充実させるための取り組み	2病棟6階	山本 美奈	
19 看護記録の質を高めるための今年度の取り組み	記録委員会 (看護部)	塩 早苗	
20 効果的な病棟運営会議の開催に向けた取り組みの評価	看護管理実践WG	田村 彰子	
21 感染管理チーム会の活動報告～アウトブレイク防止への取り組み～	感染管理チーム会 (看護部)	塚本 直子	
22 地域看護支援チーム会のとりくみ	地域医療連携室	紀田 幸子	
23 在宅療養児・者に対する地域医療連携室としての取り組み	地域医療連携室	松尾 さやか	
24 認知症加算を取得するための病棟内での活動報告	2病棟7階	原田 哲	
25 救急外来におけるコスト削減に向けた取り組みについて	救急外来	小豆野 慶太	
26 手術室におけるコスト削減 ～死材とゴミの減少を目指して～	手術室	山田 希春	
27 看護の質改善の年間を通して～接遇・コミュニケーションの強化に取り組んで～	看護の質委員会 (看護部)	安達 ひとみ	
28 経営・病院機能充実ワーキングの年間取り組み	経営・病院機能WG (看護部)	馬場 和美	
29 認知症ケアシステムの構築—認知症ケア加算2取得に向けて—	認知症・せん妄ケアチーム会 (看護部)	檜 泰子	
30 退院支援加算1取得向上を目指した取り組み～ワースト1からナンバー1への道のり～	2病棟3階・地域連携室	中西 礼奈	
31 救命救急センターHCUにおける薬剤確認方法の検討～薬剤のインシデント0を目指して～	救命救急センターHCU	黒河 千恵	
32 手術室における医療安全管理 ～情報共有と対策継続の強化～	手術室	島田 利枝	
33 クジラで知らず CT所見の見落とし対策	医療安全管理室	柿本 由美子	
34 ピクトグラムで情報共有～転倒防止対策～	医療安全管理室	北野 朋子	
35 救命救急センターICUにおけるリーダー看護師のノンテクニカルスキル向上のための多重課題シミュレーション教育への取り組み	救命救急センターICU	尾崎 美聡	
36 安心して在宅を目指すための看護 ～ Let's!! 連携!! ～	1病棟4階	坂本 里佳	
37 お産を取り戻せ!	2病棟3階・産婦人科医師・栄養管理室	橋本 恵	
38 ナーシングガイドの使用状況と今後の課題について～消化器内科看護の質の向上を目指して～	1病棟7階	上垣 絵理	
39 手術室における看護サービス～手術終了を待つ患者家族への術中訪問～	手術室	宮下 優	
40 看護が看護であるために、ケモがケモであるために～看護師の職業的アイデンティティ調査を通して～	外来化学療法センター	田中 雅子	
41 広報ワーキング活動報告	広報WG (看護部)	内園 尚子	
42 母乳育児推進ワーキングの取り組みと成果について	母乳育児推進WG (看護部)	溝口 万由佳	
43 膝関節に対して安楽なクーリングとは ～アイスノンとコアパックを比較して～	2病棟5階	大藤 慧斗	
44 特別室個室病棟で行いたい看護について～現状と課題～	特別室個室病棟	尾方 真由美	
45 術中の体温管理 ～シバリング調査結果から見えた体温管理の状況～	手術室	福谷 美加	
46 手術室スタッフ間のコミュニケーション ～場の提供と方法を改善して～	手術室	栗岡 聡子	
47 手術室の新人教育 ～ステップアップ表を使用した効果～	手術室	松林 はるか	
48 平成29年度患者確保に向けての取り組み ～PCI検査後の受け入れに向けて～	特別室個室病棟	佐藤 未帆	
49 社会人基礎力の育成～入職6ヶ月の新人看護師評価～	看護部長室 (教育担当)	片岡 佐由美	

ポスター発表