

開院3年目看護部は1、「人材育成」 2、「安全で安心できる看護の提供」を目標に取り組んだ。

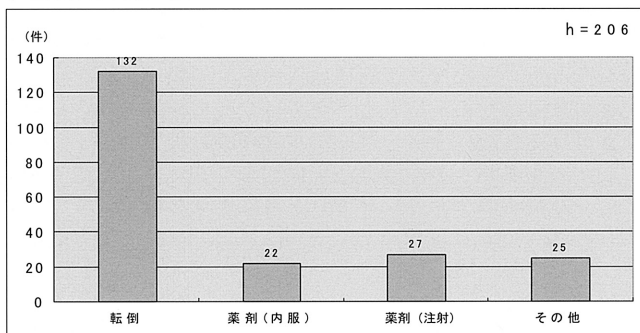
1、「人材育成」に関しては、経年度別研修会をほぼ計画通り実施できたが、疾患及び看護の勉強会は、講師の調整ができず年間計画の作成に苦慮した。新人教育はチェックリストによる技術・知識の修得確認を3回/年と事例検討を行った。2年目看護師は、看護理論を用いた事例検討。3年目看護師は看護研究に取り組み、院内で発表会を開催した。4～5年目看護師は熊本大学学教育学部教授吉田道雄先生の「リーダーシップと職場の活性化」の講演会に参加し、自己のリーダーシップの課題についてレポート提出を行った。また、4月より回復期リハビリテーション病棟2年目看護師の一般病棟研修、10月より一般病棟2年目看護師の救急外来研修を実施した。全員が与えられた課題に真剣に取り組む、達成感を味わうことができ、看護観を深めることができた。

看護研究は、院内発表6題、済生会学会2題、宇城支部看護研究1題、第21回九州ストーマリハビリテーション研究会に1題発表することができた。

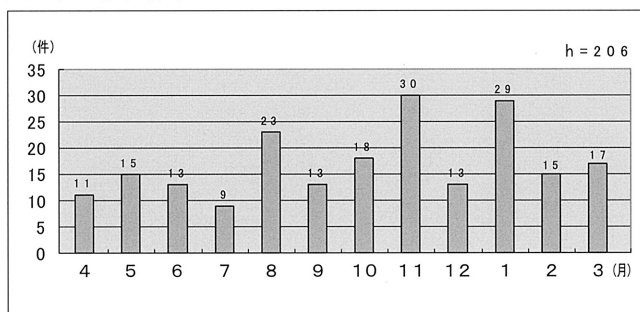
2、「安全で安心できる看護の提供」については、看護助手の勤務態勢を24時間調整することで夜間の看護業務を見直し、ベッドサイドケアの充実を図ることができた。褥瘡発生は、適切な予防具の使用、毎日の保清の徹底、看護職員の失禁ケアへの関心の高まりで9件だった。

亜急性期病床（14床）を有効利用することで自立（患者が納得できる自立）への援助、在宅復帰、病院経営に貢献することができた。しかし、インシデント件数は206/年（アクシデント19件/年）発生。転倒転落によるインシデントが132件（64%）アクシデント13件発生した。

事故報告内容内訳



月別事故報告件数



1・2病棟 病棟長 斉藤真理子

2005年度は、病院の基本方針のキーワードであるステップアップにもとづき、患者医療機関からの信頼を得るための看護の質の保証、診療や看護の評価ツールとしての医療機能評価受診に向けての取り組み、スタッフのモチベーションアップのために看護の独自性を深めるための取り組みを行った。また亜急性期病床稼働に伴う適正な病床管理への取り組みを行った。

1 医療機関からの信頼を得るための看護の質の保証

セーフティマネージメントの充実と患者アンケートによる評価を行った。

特に当院において最も多い転倒転落について、その予防のためのチェックリスト活用について勉強会を開催し、再度項目別に内容について見直し、ポイントをおさえておくことの必要性の確認を行った。環境面の整備を行う等転倒リスク患者においてスタッフの注意度は高くなってきている。しかし転倒によるアクシデントが3例発生した。高齢で認知症を伴う転倒リスク患者は今後も増す傾向にあり、今後継続した対策が必要である。

アンケートによる評価は全体の87%が良い評価であった。しかし一部医師看護師の説明の項目において十分でない評価があった。今後の課題である。

2 医療機能評価受診に向けてのスタッフへの浸透

機能評価の目的ねらいが十分理解できるように、病棟における勉強会の開催をスケジュールに沿って行った。日々行われている業務や看護を見直す機会となった。機能評価についての理解を深め、共通認識のもと無理なく役割分担を行い、マニュアル等の作成を進めている。全員が何か役割を持つことで、同じ目的意識を高めることができた。現場での実践活用の徹底が課題である。

3 看護の独自性を深める

プライマリーナーシングの充実を図ることで、独自性を深め質の高いケアの提供へと取り組んだ。まず理論についての勉強会を行い、プライマリーナーサスの役割について勉強会とアンケート調査を行った。そしてその役割を明確にし提示を行った。個々の患者の看護ケアについてプライマリーとしての責任を持つことで、積極的な関わりも深まりつつある。今後その評価を行う必要がある。

4 適正な病床管理

1・2病棟において、一般病床60床のうち8床が亜急性期病床として稼働し始めた。病床管理委員会も立ち上がり早めの対象患者の検討、各フロアとの連絡調整、MSW との連携を取りながらスムーズなベッドコントロールを行った。

1. 確実で安全な看護の提供

患者・家族とのコミュニケーションやインフォームドコンセントの充実に努めた結果、文書でのクレーム件数年間2件であった。また、朝の申し送りを廃止し、身体抑制に関するカンファレンス・転倒転落リスクに関するカンファレンスなどの症例カンファレンスを定例化したことにより、スタッフの問題意識の向上・対応策の統一・継続看護・記録の充実につながり、転倒アクシデントは年間2件であった。また、直接ケアの充実により、褥瘡発生・院内感染については、目標値の0を達成できた。

2. 症例カンファレンスやリハビリカンファレンスを看護計画や実践に活かす

手順やリスクマネジメントに関わる症例カンファレンス時、マニュアル・看護手順を開いて確認し、基本的知識・技術・管理についてスタッフ間で共通認識できるよう取り組んだ。しかし、看護実践の場では手順を開く機会が少なく十分活用できたとは言えないため、今後は業務の中で活用する事を日常化させる必要がある。

カンファレンスを看護計画に活かす事については、症例カンファレンスの46.2%、リハビリカンファレンスの51.6%について看護計画に追加記載できたが、半数はカンファレンス記録のみにとどまっている。今後もカンファレンスと記録の充実に取り組み、看護の質の向上を図る。

3. プライマリーナースの自覚と行動の充実

症例カンファレンスや看護記録の充実に取り組んだ結果、看護師のプライマリーナースとしての自覚が向上し、患者との関わりに積極的になり、患者から名前と呼ばれる看護師が増えてきた。

新人教育はプリセプター制とし、オリエンテーションやテクニカルチェックなど計画的に実施したが、プリセプター・プリセプティの自己評価の中には十分な役割遂行ができなかったとの反省もあった。新人教育を含めた現任教育は病棟スタッフ全員が相互に関わる必要があることを認識し、互いに高めあう職場環境を作り上げることが重要である。

勉強会は2ヵ月に1回、1・2年目看護師が企画し、病棟全体で参加する方式で行った。1・2年目看護師が主体的にテーマを決め事前学習し役割分担しながら企画・進行することができた。これは1・2年目看護師間のコミュニケーションと自己研鑽につながり、先輩看護師が1・2年目看護師の到達度や考え方を理解することにつながった。

4. 適正な病床管理

患者指導について他部門と連携をとり、内服薬剤指導月平均35.5件、栄養指導月平均9.43件実施出来たが、薬剤師や管理栄養士による指導後、看護師が継続して患者に関わり補足するには至らなかった。病床管理については、病床管理委員会が良好に機能し、一般病床利用率・平均80.1%、平均在院日数15.6日であった。

4病棟は、2004年7月1日に回復期リハビリテーション病棟として始動した。

2005年度の活動目標として、

1. 顧客満足の向上
 2. 回復期リハビリテーション病棟の体制整備
 3. チームナーシングの充実と職員のモチベーションアップ
 4. 適正病床管理と広報活動
- を挙げた。

1. 顧客満足の向上

患者・家族参加型カンファレンスの充実を図るため、カンファレンス参加調整は、プライマリーナースが行うように統一した。カンファレンス参加率は4月以降着実に増加した。プライマリーナースとしての自覚が向上したことにより参加率がアップした。リハビリテーション総合実施計画の平均達成率は89%であった。患者家族の反応を十分引き出せていないことが課題として残った。転倒転落事故防止については、転入時に転倒リスクを評価し、対応策を具体的にリハビリテーション総合実施計画書に立案し実施した。転倒事故発生後は直ちにリハビリスタッフも含めたカンファレンスを実施し対応策を検討した。ほとんどの患者が転倒リスクⅡ以上であり、10月～11月は常時見守りを必要とする患者が多く、マンパワーが少なくなる時間帯での転倒事故が多発した。転倒予防機器の利用やリハビリスタッフとの情報交換をより充実させることで対策を進めている。

2. 回復期リハビリテーション病棟の体制整備

3ヵ月毎にワーキングチームでの記録監査を実施し結果報告を行った。記録形式が病棟独自であり記録項目によっては記載が難しいため、個人のスキルによって記録の内容にばらつきがみられた。今後マニュアルを作成し監査結果を効果的にフィールドバックする方法を検討していく。申し送りを廃止し、始業時のケアカンファレンスにより多職種間での情報共有とケアの統一を図った。患者のADLの変化や方針決定について情報交換が行えるようになった。

3. チームナーシングの充実と職員のモチベーションアップ

チームナーシングの充実を図るため、チームリーダー・メンバーの役割を明確にし、タイムスケジュールを作成した。看護助手もチームメンバーとして業務分担した。新人教育については、プリセプターの経験やスキルの差によって新人の学習態度に差がみられた。テクニカルチェックは、病棟での未経験項目が多いため、ER研修や一般病棟研修の機会を得た。済生会学会へ内服管理に関する研究を1題発表した。病棟開設後の成果を学会発表する計画を立てたが次年度に持ち越した。

4. 適正病床管理と広報活動

診察報酬改定を受けて、廃用症候群の患者を受け入れた。年間の平均病床利用率は70.2%であった。病床運営会議等により一般病棟との連携は図れてきたが、済生会熊本病院との

連携強化や広報活動に検討が必要である。転帰状況は、80%が自宅退院であった。全国のリハビリ病院の自宅への転帰66.7%に比べよい結果を残している。

外来・手術室 室長 小島富美代

看護部体制の再構築があり、外来・手術室が1単位となるスタッフ構成となった。

1. 顧客満足の実現

目標

- ①安全な看護の提供
- ②接遇に配慮したケアの充実
- ③看護職によるインフォームドコンセントの充実
- ④患者満足の向上

1日平均124.4名の外来受診があり、2004年度と比較すると6.5名多い。難聴や歩行に介助を要する場合がよくあるが、受付スタッフと協力し、誤認なく安全に対応を行えた。2005年度実施の外来患者待ち時間調査の分析からは、来院から診察開始までの待ち時間の平均は、「予約有りの患者で74.9分」「予約無しの患者で173分」と差が明かであり、予約無しの患者の約6割以上が診察開始まで2時間以上の待ち時間があった。外来予約の確実な実施を行えるように、病棟・医事課と連携をとって対応している。分かりやすく説明し理解してもらえることが、顧客満足につながると考える。

2. 機能・質の向上

目標

- ①外来看護記録の開始と定着化
- ②手順・看護基準・マニュアル等作成し見直す
- ③看護研究への取り組み
- ④外来患者カンファレンスの開始と定着化

輸血、インターフェロンの記録は、スタンプを利用し必須記録項目の統一を行っている。また、手術室では、術前・術後訪問をほぼ全症例行い、術中看護に活かす事ができた。看護記録で「前立腺生検とLapa CholeのCPを作成し活用できた。慢性肝炎患者の指導をまとめ、院内看護研究として発表することができた。外来患者カンファレンスは、継続看護出来るように、退院後初回外来前にカンファレンスし、問題点を挙げ、計画を立案し、受診後に評価行う事とした。情報の共有ができ、患者への声かけや援助が具体的となってきており、カンファレンス担当を持ち回り継続し看護の質の向上につとめている。

3. 学習と成長

目標

- ①看護体制の整備
- ②教育体制の整備

外来業務がスムーズに行なわれ、各担当をフォロー出来るように定期的ローテーションを実施した。内視鏡担当も経験を重ね、内視鏡技師の資格取得準備ができた。また、外来部署の勉強会も計画し2回ではあるが実施することが

できた。

2年目看護師の外来研修が実施され、救急外来を主にOJT指導を行い、今後の外来看護に繋げることができた。

4. その他

救急外来患者の、転送患者は225名（2004年度の157名）であり、的確なトリアージ・診断による一次救命処置後の転送が行われている。