

看護部では、2016年度は病床再編成、地域包括システムのさらなる推進、機能評価3rdG受審に向けた対応を視野にいれ、

1. 顧客満足の視点：①認知症看護の充実や退院支援への取り組み強化による患者・家族満足度向上
②ワークライフバランス（以下WLB）への取り組み継続による職員満足度向上
2. 学習と成長の視点：①看護学生実習受け入れ体制構築
②職員研修の充実③看護補助者教育の検討
3. 財務の視点：①加算算定への取り組み（摂食機能療法支援体制の整備、認知症ケア加算、退院支援加算算定準備）
②適正な病床管理への取り組み
などを重点的項目として掲げ、取り組んだ。

1. 顧客満足の視点

①認知症看護の充実、退院支援への取り組み強化

前年の認知症ケアを推進する看護師配置に加え、2016年度は、新設の認知症ケア加算算定基準を満たすため、各部署から複数名の外部研修参加を行った。結果、認知症ケアに関する知識・スキル獲得した看護スタッフ数が増え、日々のケアへ反映できるようになってきている。ケアカンファレンスが各病棟で定着したことにより、今後はケアの質向上を目指していきたい。

退院支援への取り組みとしては、退院支援加算算定を視野にいれ、地域連携室への看護師の専従配置及び、病棟への退院支援担当者の配置を計画的に行った。退院支援担当者及び病棟患者受け持ち看護師との連携が進み、他職種も含めたチームで入院早期より退院に向けた課題の抽出が出来るようになってきている。連携室への看護師配置は、連携機関特に、訪問看護ステーションなどとの情報共有の際に好評である。また、転院調整などMSWとの協働により、患者・家族への支援強化が進んだ。今後は、当院における在宅復帰困難な事例への退院支援方法の強化につながると考えられる。

さらに、接遇面での強化のため、病棟・外来などほぼ看護師全員で患者体験を行い、日頃の自分達の接遇の方法を個々に考え見直す機会を作った。体験したスタッフの中では、ベテラン、若手とも、お待たせしない心配り、患者・家族の気持ちを読み取る大切さなどを再確認したという感想が出ていた。今後も、看護師個々が、顧客の視点で、信頼されるケア提供ができるような取り組みを継続していきたい。

②WLBへの取り組みについて

2013年度より3年間のまとめを熊本県看護協会WLBプロジェクトで実践報告を行い日本看護協会より取り組み成果について、カンゴサウルス賞を受賞できた。取り組み開始4年目となった2016年は、各部署間での応援体制は定着。看護部委員会の運営方法の変更に取り組み、看護職員がタイムマネジメントを意識した行動変化となってきている。2013年WLBプロジェクト参加当時の看護師離職率12.7%から、2016年は5.3%へと減少したことにより、取り組み内容が職員の定着率の安定につながる形となっている。

2. 学習と成長の視点

①看護学生実習受け入れ体制構築

前年受け入れ開始した九州看護福祉大学の实習に引き続き、上天草看護専門学校の基礎実習受け入れを開始することができた。学生を指導することで、看護師個々の知識の振り返りにもつながり、組織全体で学生を受け入れるための環境作りができた。

熊本県の実習指導者養成講習会を1名受講した。今後は、指導者の看護基礎教育への理解を深められるように、指導力の質向上のため院内での教育システム作りを検討したい。

②職員研修の充実

2016年度は院外での研修参加 特に、認知症ケア加算算定など、診療報酬に関連した研修受講数が例年より増加した。医療・看護重症度・必要度評価者養成研修会へは、各部署5名以上参加するなど、退院支援、3年目看護師の全国学会への参加など様々な研修会参加の機会があった。なかでも、緩和ケア認定看護師養成コース受講者1名の他、実習指導者養成研修、認定看護管理者養成コース（ファーストレベル、セカンドレベル）など長期研修に参加ができた。感染管理認定看護師に1名合格し、活動を開始している。

3. 財務の視点

①加算算定への取り組み

新たに新設された認知症ケア加算2は、看護師を中心に算定できるものであり、システム構築後、7月より算定開始した。月に平均18名（延べ400件）の対象があった。今後は、認知症患者のアセスメント力を向上し、チームで継続して認知症ケアを実践できるように質を高めていきたい。

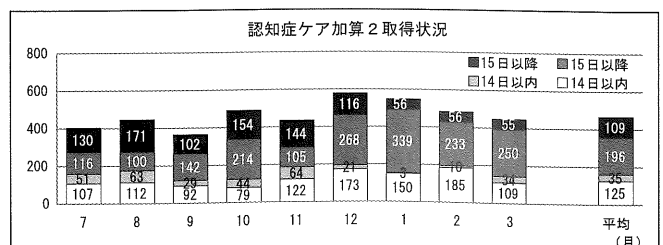
WLBの取り組み結果より、看護師を退院支援担当として配置できる人的余裕ができ、退院支援加算体制準備後、10月より活動開始。高齢化が進む地域での課題の多い退院支援であり、今後はチームでのアプローチがより早期可能となるように、データの集積及び分析を行って行く必要がある。

摂食機能療法支援体制も各病棟に広がり、患者選定、取り組み方法の標準化が進んでいる。

②病床の有効活用として、適正な病床管理への取り組み

6月より、128床（地域包括ケア病床45床）となり、患者の病状安定を確認しながら、経済性を考慮し効率的な運用をすすめた。病床数は常に110～120床で推移し、140床時より、病床利用率が上昇した形であった。これは、過去のデータ及び、診療報酬改定により、地域包括病床の利用方法確立によるものと考えられる。又、院長より、病床管理を病棟師長に権限移譲するという方針を明確に打ち出してもらったことで、一般病床から、回復期、地域包括への転床が円滑に進んだと考えられる。今後は、救急患者（特に重症者）受け入れのストップ時間が少なくなるような工夫を行って適性病床数運用を図ってきたい。

2016年度開始早々の熊本地震による影響で、当初予定していた研修の中止やずれ込みなど、年間を通じ活動計画の修正を常に余儀なくされた1年であった。2月の機能評価受審に際しても、計画通り準備が進まない場面もあったが、スタッフ全員の協力で受審終了でき貴重な経験であった。



(図1) 認知症ケア加算取得状況

2016年度は病床再編により、一般病床3床、地域包括ケア病床45床となった。診療報酬改訂により、手術患者の地域包括ケア病床への入棟が可能となり、周手術期患者の看護の充実と地域包括ケア病床の有効活用が求められるようになった。急性期病床からのスムーズな患者受け入れと退院支援の充実に向け、①在宅復帰に向けた支援、②摂食機能療法の定着化・認知症患者の看護の充実、看護師の育成（アセスメント力の向上）の3点を主に取り組みを行った。

1. 顧客満足の視点

一般病床入院から地域包括ケア病床入棟までの日数減により、早期からの退院支援が求められ、2016年度も継続して地域包括ケア病床入棟患者に対する退院支援カンファレンスを週1回実施した。多職種間で問題点を明確にし、退院支援に向けた早期からの介入を行った。退院支援加算取得に伴い、連携室看護師、退院支援専任看護師の介入により、家族や関係職種からの情報を得ることができ、早期からの退院支援に繋げることができた。また、退院支援カンファレンスの内容充実のため、病棟研究において、退院支援カンファレンスの対象患者数の絞り込みを行った。その成果として、退院支援困難症例をピックアップし、具体的な支援に向けた検討が可能となった。地域包括ケア病床の在宅復帰率は80%以上を維持できている。しかし、60日の期限内で退院できなかった患者も多く、150日となっている。2015年度は実績が160日であった。期限内での退院ができなかった患者の要因は、慢性疾患の増悪、病状変化に伴う治療、終末期患者の看取りが多く、高齢社会、老老介護の現状を鑑みて、患者と家族の揺れる思いに寄り添い、治療方針を確認したうえで適切な退院支援を行っていくことが課題である。

2. 業務プロセスの視点

リスク管理として、医療安全委員会を中心にリスクローガンの提示と病棟発生事例に対してKYT分析、RCA分析を行った。インシデント・アクシデント件数は計68件で、内訳は転倒・転落25件、内服20件、点滴8件、検査・処置3件、その他12件であった。

感染管理では、業務開始時に5分間の5S活動を開始した。患者のベッド周囲環境の整備を重点的に行った。擦式サニサウラの使用量が他病棟と比較して低い現状にあり、手指衛生の徹底は今後の課題として残った。

2015年度から摂食機能療法を開始し、看護師と言語聴覚士の情報交換を行いながら、2016年度は10名/年の介入となった。摂食機能療法開始後の合併症発生はなかった。今後は、看護師個々の摂食機能療法の質向上を課題とし、取り組みを継続する。

3. 学習と成長の視点

看護師経験年数3年目以下が10名と、比較的若いスタッフが多い。地域包括ケア病床が多く、退院支援を重要視しているため、患者の療養支援のためのアセスメント力不足が課題である。今年度は、Please leave nursing to me!～基本に立ち返った看護を～という病棟スローガンを掲げ、病棟内で計7回の勉強会を行った。内容は災害看護、代謝性アシドーシス、看護サマリー記載方法について、CKD、悪性症候群、デバイス（ペースメーカー、ICD）、ラパコレ・P生検などで、スタッフの興味関心の高い項目を中心に行った。フィジカルアセスメント、治療に関する知識が弱いため、今後は勉強会と症例検討を継続して行っていきたいと考える。また、若手看護師の看護ケアの底上げとともに、中堅看護師のキャリアアップ支援として、院外研修への参加だけでなく、その後の業務への還元を行えたかフォローが必要である。

病床再編成を経て、一般病床40床で再スタートし、救急外来・一般外来・他院からの入院患者のスムーズな受け入れによる病床の有効活用を目指した。

目的達成のためには、一般病床の入院期間を短縮することが求められる。そこで、認知症ケア、退院支援の充実を目標に掲げ、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床へ患者の早期転棟への体制づくりに努めた。

1. 顧客満足の視点

ワークライフバランス推進事業は3年の取り組みで一旦終了したが、職員のモチベーション向上のため、取り組みを継続した。緊急入院の対応がスムーズにできること、日勤勤務者の時間外短縮を目的に、入院患者や処置、指示受けが集中する夕方へ人員配置をシフトさせ、ロングリーダー制を導入した。結果、日勤勤務者の残務の減少ができ、有休休暇は前年度と比較して平均1日多く取得できた。

認知症看護においては、ワーキングチームを中心にマニュアルを作成し、カンファレンスを開催し、個別ケアの実践に取り組んだ。

2. 業務プロセスの視点

インシデント報告は、転倒に関するもの、内服に関するものが多かった。またアクシデント報告は、前年度4例であったが2016年度は3件と減少した。アクシデント事例に関しては、事例検討・要因分析し再発防止に取り組んだ。また、転倒対策については個々の生活スタイルに合わせた環境設定に心がけ、多職種参加によるカンファレンスを実施し看護ケアにつなげることができた。

医療機能評価受審にあたり、各種マニュアルの見直し、業務内容の見直し、設備の見直しを行い看護ケアの標準化を目指した。

3. 学習と成長の視点

受け持ち看護師記録チェックリストを活用した結果、受け持ち看護師の積極的な関わりができ、記録の充実、情報の共有につながった。認知症ワーキンググループにより認知症看護について（1回）、NST委員会・看護研究メンバーにより摂食機能療法に関して（3回）、病棟内で勉強会を開催しケアの充実に努めた。

4. 財務の視点

退院支援の充実により、患者満足度向上と病院経営への反映を目標に、専任の退院支援看護師1名配置した。2016年度、ケアの実践により、認知症ケア加算2、退院支援加算1、摂食機能療法の算定へつなげることができた。

2016年度取組み

患者の安全に配慮した療養環境の提供と患者のQOL向上、患者や家族のニーズに応じた満足度の高い退院支援を重点項目として取り組んだ。

1. 財務の視点

入棟患者を疾患別にみると、脳疾患34%、整形疾患66%、廃用疾患0.9%であった。

回復期病棟に入棟した全ての患者に対し、入棟から退院まで毎月リハビリテーションカンファレンスを実施。現状や今後の方向性など多職種で情報共有できるツールを一元化した。

また患者個々にFIMの目標値と具体的ケア介入方法を提示し、現状が可視化できるようにした。ケアの評価を行いながらリハビリテーションと日常生活のケアを充実させていき在宅復帰率年間平均79.2%、日常生活機能評価4点改善率年間平均72.7%と回復期リハビリテーション病棟入院料Iの算定要件をクリアできた。

2. 顧客満足の視点

2016年度は25件の転倒転落が発生しており、そのうちアクシデント事例が5件発生した。ADL自立に回復した退院前の患者のアクシデントが主であったため、今後も多職種協働で転倒転落対策を強化していきたい。

3. 業務プロセス

高齢化と認知症患者が増加していくなかで、リハビリテーションや退院支援をすすめていく上で障害となる問題の解決やQOL維持・向上のため、セラピストと共にプロジェクトチームを立ち上げた。

①排泄プロジェクト

排泄に関するプロジェクトでは、排泄管理に関するアセスメント・問題の抽出と対策の検討を行い、排泄に関して自立や介護負担軽減ができるような取り組みを行った。

②摂食栄養管理プロジェクト

摂食嚥下機能障害患者に対し、合計9名摂食機能療法を行った。また認知面低下に伴う摂食不良患者や体重減少患者を抽出し、摂食栄養カンファレンスや早期NST介入し栄養改善に向けた取り組みを行った。

③認知面低下予防

病棟内で看護師・看護補助者で認知面の低下予防目的に毎週1回、ゲームや歌など集団レクリエーションを開始した。

高齢・認知症患者、高次脳機能障害の患者を中心に取組み、認知面の低下防止を図っていった。

4. 脳卒中患者・家族会設立

2016年度より脳卒中リハビリテーション認定看護師・セラピスト・MSWを中心に発症後の障害を抱えた患者・家族を地域でささえていくこと、自宅退院後の引きこもり・再発予防などを目的として脳卒中患者・家族会「くるモン」を設立した。

6月、10月に活動を行い、患者家族延べ34人、スタッフ・ボランティアスタッフ延べ21人の参加があった。

たこ焼きパーティーや健康フェスタで患者・家族会のPRなどを行った。参加者からは好評を得たため、今後も活動を継続させ、患者家族同士の交流や脳卒中予防の啓発活動につなげていきたい。

5. 今後の課題と展望

ますます高齢化・認知症患者が増加していくと思われるため、認知症患者の看護に対するスキルを上げて、安全・安楽な入院環境とリハビリテーションの提供をおこなって行きたい。また、独居や介護力の脆弱な家庭環境に退院する患者も少なくなく、家屋調査にはセラピストだけでなく看護師も同行し退院支援をより強化していきたい。

退院後も主疾患はもとより併存疾患なども悪化することなくQOLが維持できるような関わりを行っていく必要があるため、後方連携先へも情報提供を行いながら連携強化していきたい。

2016年度は、地域のニーズに応えるよう、継続した看護の提供を目標に、質の高い看護の提供を目指した。当部署に、6月より開設された通所リハビリの業務が加わった。そのため、一般外来、救急外来、内視鏡室、健診センター、手術室の関連各セクションとの連携をより強化し、患者の立場によりそった質の高い看護の提供のため、各自のスキルアップと応援体制の整備を進めた。(2016年 一日平均外来患者数164.8人、救急車搬送数919人、在宅療養指導件数23件、外来化学療法件数107件)

1. 外来における看護業務の効率化、継続した看護、機能評価受審に向けた取り組み

通所リハビリも加わり、さらなる各部の連携と協力が必要となった。スタッフ全員が業務やケアを理解し実践できることを目標に、アクションシートを活用し取り組んだ。それにより業務は効率的に、また責任を持って継続したケアを実践できている。緊急手術・内視鏡に対応できるよう体制を整え、外来から手術・内視鏡への一貫した看護が安全に実施できた。各マニュアルの改訂に取り組み、業務内容の見直し、看護記録の改善、多職種協働へつなぎ、機能評価を受審することができた。

2. 内視鏡における患者安全への取り組み

看護師2名と看護助手1名を配置。2016年は上部内視鏡1,512件、下部内視鏡616件であった。一般外来件数は減少したが、健診部門は増加傾向である。健診受診者と外来患者が混在するなかで、件数の平均化と入室時間の連絡を密にして連携を図ることで、患者のクレームは減少した。また、患者安全の取り組みとして、鎮静剤使用後の覚醒スコアを使用し、統一した評価を開始した。結果、鎮静剤使用患者の転倒件数は0件であった。

3. 健診受診者数増によるさらなる健診センターの充実

健診受診者が増え多種多様な健診内容となった。それに伴いマニュアルの追加修正を行い、運用改善に取り組んだ。リピーター増に向けさらなるセンターの充実を図っている。その中でも外来処置室への応援体制は継続して行っている。

4. 手術室における看護・業務改善の実施

2016年度手術件数は218件、前年より9件増。看護師2.5名体制。術前術後訪問に取り組むが、術前訪問実施率は58.2%、術後訪問実施率は45%と術後が減少した。新スタッフの教育をマンツーマンで行っており、長期的に目標を設定し育成している。麻酔科医とのカンファレンスは症例毎に行い、情報共有や問題点を把握し周手術期看護につなげた。

5. 通所リハビリにおける看護実践

看護師1名配置。看護師の役割として、体調管理、医療処置の継続、内服管理を行った。介護福祉士やセラピストと協力し、利用者の能力と在宅生活をふまえたリハビリ計画を作成、生活リハビリと生活指導を実践した。専従体制強化のため、複数名が通所リハビリを経験し、応援体制が可能となってきた。