

【看護局の理念】

1. 地域の基幹病院として、急性期、救急、災害の医療ニーズに対応できる質の高い看護を提供します。
2. 患者さまとのパートナーシップを大切に、そのひとらしさを尊重したケアを実践します。
3. 専門職業人としての倫理観と責任をもち、能力の維持・開発に努めます。

【2017年度スローガン】

“患者の安心と満足を目指して看護がつなぐ地域との連携”

【2017年看護局の目標・評価】

1. 退院支援と地域連携の強化

- 1) 退院支援ワーキングを発足し、各部署の取り組みを客観的に評価する。

構築されたシステムが機能するように退院支援ワーキングを発足した。他部署の退院カンファレンスに参加するなどの取り組みによって、情報交換はできたと見える。また、情報不足部分の補充や使いやすい形式への変更は行えた。入院中に患者問題が継続されない要因の解明が不十分であるため、患者のニーズに対応した支援にはつながっていない。しかし、ワーキングの発足によって各部署内での退院支援に関する意識はさらに高まったと言え、次年度以降もワーキングを継続させ退院支援の強化が必要と考える

- 2) 退院後の他の保険医療機関や介護サービス事業所との訪問と情報共有をする。

退院支援フローチャートに基づいての実践はできている。退院後においても退院後1週間以内に患者情報がもらえるように働きかけ、地域医療連携室へ返信をしているが、システム変更ごとの明文化が不十分で伴っていないため、フローの改定が必要である。退院後の患者の問題について情報整理を行い、各病棟へのフィードバックが必要と考える。南泉州地域医療介護協議会、ケアマネージャーや医師会参加のセミナーなどには退院支援看護師ならびに入退院サポートセンターの看護師が積極的に参加し、顔の見える連携ができたと考える。さらに情報共有を行い、問題の整理とその改善に努力する。

- 3) 退院後の自宅への訪問による在宅支援を実践しその評価を行う。

退院後訪問3名、退院前訪問2名の実施ができた。また、患者の在宅での状況や病棟で指導したことが在

宅で実施できていたかを病棟へフィードバックができたと考える。訪問看護師からの意見としては、実際に注意点や方法などを聞きながら実践できるのでよかった、「困ったことを相談してもいいことがわかった」などの意見が聞かれたが、患者からの評価は取れていない。また、領域における偏りがあり、在宅サポートチームメンバーの意識と環境の不備、さらに活用する病棟側の認識の不足にあると考える。在宅支援の必要がないのか、アセスメント不足か、人材の活用が適切にできないかを分析したうえでの運用が必要。

2. 高齢者の尊厳を守る看護の実践

- 1) 認知症高齢者の日常自立度判定基準にもとづいたアセスメントと、認知症ケアに関する看護基準およびそれに関連する手順の作成

認知症ケアに関する看護基準及び標準看護計画は、「認知症患者の看護」として認定看護師の介入によって目標達成ができた。65歳以上の入院患者には、自立度判定基準に基づき、判定実施は定着してきたが、緊急入院や救命から入院の場合、一般病棟に移動してきた時点の評価が抜けていることが多くある。このため、業績指標としている算定件数が低い。平均在院日数もやや短くなり、転棟や転室が多くなっていることで、入力登録後から回診にまわるまでに退院・移動により回診が抜けてしまうのも一因であると考え。また、認定看護師を中心としてチームの働きかけにも消極的なところもあり、現状分析も含めさらなる活動が必要と考える。

- 2) 高齢者に特有な事故(誤嚥)の防止策の実施

誤嚥の危険性のある患者に関しては、OTへの依頼などチームでの介入ができるようになった。しかし、未だアセスメントから介入までのフローなど、システムの構築ができていないため実践が全部署で十分できるようになったとは言い難い。また、管理師長による夜間の事故報告では挙がる誤嚥事例が、業績指標の件数には出てこないのは、誤嚥に関する注意義務の低さとも言え、委員会等の動きと連動し、できる限り早急にシステム構築と院内で全体への普及を目指したい。

- 3) 高齢者の意思決定支援

今年度は高齢者に焦点を当てた目標とした。救急受け入れ態勢を整える一方、高齢社会においては外

来、救急外来、救命初療などではこのような意思決定が重要となるからである。このような倫理的問題を初療ではカンファレンスが行われている実態があるものの、一般外来では問題として挙がってこないことは、支援できる体制整備ができていない要因はあるものの、職員の意識と共に支援できる環境づくりの必要性を感じられる。今年度は外来看護の在り方を検討した年であり、来年度は計画を実行する。

看護師が行う意思決定支援事態の意識は高まってきたと言える。部署からの報告や人生の最終段階における意思決定のプロセスを円滑に進めるには、医療者側の意識改革だけでは不十分で、患者・家族側の知識向上が欠かせないことから、家族への働きかけも必要と考える。

3. 高齢者または終末期看護の理解

1) ELNEC-Jクリティカルケア看護師教育の実施

ELNEC研修の実施はできた。また、受講生からも学習になったと評価は高かった。引き続き基幹病院として地域の看護の質向上に向けた教育をしていく。

2) 高齢者、認知症に関連した教育の実施

それぞれの院内研修に、高齢者の視点を入れることはできなかった。NAラダーに関連したラダー改訂の中で、患者の生活の視点の要素が強くなり、次年度に引き続きの課題とする。

4. 看護管理者の評価システムの構築と看護管理者の育成

1) マネジメントラダーの導入

公立病院看護部長会の評価表を基にして、コンピテンシーを含めて修正版を作成した。申請方法での評価のため今年度は看護師長および副看護師長すべてが1から開始した。次年度にはラダー教育を開始し看護管理者の育成を目指す。

5. 危機管理能力の向上

1) 災害時の看護管理者の対応の習得(ベッド管理)

災害訓練の中で病床の管理の在り方を体験した。患者受け入れのための退院決定者や、在院患者の指示は誰が担当するのか等の問題が出た。この問題を院内で共有するために災害委員会へ依頼することができた。

6. 勤務形態と応援体制強化

1) 3交替勤務の正循環の実施

3交替の導入をしている部署内で検討を重ね、一部

3交替を残し正循環が開始された。看護師長の勤務表作成の負担は多いが、それぞれのライフワークに合わせた勤務ができていていると考える。ただし、健康上の問題に関しては日勤深夜をなくしたことで楽になったものの、休日の時間が短くなった気分にあることから満足度が高いとは言い難い。

7. 看護の質の可視化(質評価の推進)

1) 各部署の目標に関する業務評価指標の定期的な報告

目標の中間報告を実施し、看護の質の可視化をできるようにプレゼンテーションを依頼したつもりであった。しかし、本来の趣旨からずれて部署紹介となったり、目標の説明に終わるなど目的は十分果たせたとはいえない。また、自部署で収集しているデータを活かしきれていないところもあり、今後も努力が必要と考える。

8. ベッド管理ミーティングの導入

比較的短時間のミーティング時間で情報共有を図れるようになった。目的の、空床ベッドの利用を高め稼働率を維持することにはつながった。しかし、患者の転棟が多く、患者への負担や移動による業務量の増加が問題となった。PDCAをまわし目的の見直しと運用のありかたの再検討が必要と考える。

看護職員の状況

(1) 採用者・退職者数 (人)

内訳 職種	採用者数		職種別採用者数							退職者数		職種別退職者数						
	正職	臨職	助産師		看護師			准看護師		正職	臨職	助産師		看護師			准看護師	
年度	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	派遣	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	派遣	正職	臨職
2017	47	10	2	0	45	4	6	0	0	63	10	6	1	57	7	2	0	0

(2) 新規採用者状況 (雇用条件変更による再雇用を含まない・派遣除く) (人)

年度	総計	看護師						助産師			准看護師
		看護 大学院	看護 大学	看護 短大	3年 課程	2年 課程	通信制	大学院	大学	助産 学科	
2017	51	1	12	0	36	0	0	1	1	0	0

(3) 職種別在職年数 2017年4月1日現在 (人)

在職年数 職種	0~1年未満		1年以上 ~3年以下		4年以上 ~5年以下		6年以上 ~7年以下		8年以上 ~10年以下		11年以上 ~19年以下		20年以上 ~29年以下		30年以上~		平均	
	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職
看護師長	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	4	0	15	0	1	0	20.2	0
副看護師長	1	0	0	0	3	0	4	0	3	0	21	0	8	0	1	0	14.4	0
助産師	2	0	13	1	3	0	1	0	7	0	4	0	3	0	0	0	6.8	3.0
看護師	45	0	142	4	75	4	41	6	39	6	48	9	17	0	1	0	5.6	8.3
准看護師	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	10.8
合計人数	48	0	155	5	82	5	46	7	51	7	77	11	43	0	3	0	0	0
全体の割合	9%	0%	29%	1%	15%	1%	9%	1%	9%	1%	14%	2%	8%	0%	1%	0%	合計	540

(4) 年齢構成 2017年4月1日現在 (人)

年数 職種	20歳以上 ~29歳以下		30歳以上 ~39歳以下		40歳以上 ~49歳以下		50歳以上 ~54歳以下		55歳以上		合計		平均年齢	
	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職
看護師長	0	0	1	0	10	0	8	0	4	0	23	0	48.7	0
副看護師長	0	0	8	0	26	0	5	0	2	0	41	0	44.2	0
助産師	13	0	9	1	9	0	2	0	0	0	33	1	35.0	37
看護師	187	1	125	13	87	10	9	2	0	3	408	29	32.3	41.7
准看護師	0	0	0	1	0	3	0	1	0	0	0	5	0	42.2
合計	200	1	143	15	132	13	24	3	6	3	505	35		

合計 540

(5) 退職理由 (人)

結婚		妊娠・出産・育児		親族の介護		健康上の問題		適正・能力・不安		帰郷		転居	
正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職
9	0	0	2	2	1	7	1	5	0	5	0	3	0
進学		人間関係		他施設へ		契約終了		雇用条件変更		その他		合計	
正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職	正職	臨職
1	0	1	0	10	1	0	4	2	1	20	1	65	11

(6) その他 (人)

出産者数	育休	看護休暇	結婚休暇	子の看護のための休暇
20	19	2	10	29

※育休は今年度中に育児休暇に入った人数

(7) 看護助手・看護クラーク (人)

年度	採用	退職
2010	5	3
2011	6	4
2012	20	21
2013	42	27
2014	20	20
2015	15	22
2016	12	11
2017	9	15

※看護助手:2010年度より委託から病院雇用となる

※看護クラーク:2013年度より委託から病院雇用となる

—実績—

1. 2017年度看護局委員会活動状況

委員会名	目的	目標・計画	活動内容
副看護師長会	<p>師長補佐業務と共に、実際の職場内教育の諸問題を取り上げ、連絡を深めて看護業務の向上に推進していく事を目的とする。 (副師長会規程第1条)</p>	<p>退院支援、意思決定支援について業務を円滑に進められるよう、各スタッフ・WGと連携し部署内での調整能力を発揮できるようにする。 ○各部署が抱えている問題や様々な情報を共有し、各部署ごとに計画立案・実施を行う。</p>	<p>「退院支援について」 一般病棟では、各カンファレンスを実施し、患者や家族の考えを反映できるよう積極的な関わりができています。カンファレンス回数にはばらつきがあるが、各部署で今後評価し、今後どのようなケア介入が必要であるかの検討も引き続き行っていく。</p> <p>「意思決定支援について」 昨年度より継続している審議事項。カンファレンス実施のばらつき、内容の看護計画への反映・ケアの実施・評価の実施もばらつきがあり、各部署での取り組みの差がある。継続して各部署PDCAサイクルが回せるように努めていく。</p>
教育運営委員会	<p>病院及び看護局の理念に基づき、豊かな感性、倫理観、自立性を身につけ、幅広い理論を実践に統合出来るように看護師の能力を高め、安全で患者のニーズに応じた質の高い看護が提供できる専門職業人としての人材育成に努める。</p>	<p>1. シラバスの活用と評価</p> <p>2. OFF-JTとOJTの連携評価</p> <p>3. 研修担当チームメンバー同士の連携</p> <p>4. JNAラダー導入に向けた自部署師長との連携</p>	<p>1. シラバスを基に教育活動に取り組んでおり、企画から運営までは達成できたが、次年度に向けシラバスの修正予定となっているが、最終修正が遅延している研修が見えられた。</p> <p>2. ①自部署の課題の明確化②PDCAに沿った自部署の課題解決③委員会内でのOJT活動状況・問題点の共有および検討④研修に参加する視聴への情報提供、このうち①②に関してはアンケート調査を行い評価した。できている部署は、教育のOJT予定を明確にし計画的に取り組み、計画的に情報共有する機会の確保や役割の明確化することで4割ができていた。③委員会内で情報共有する機会を確保したが、情報提供にとどまり、対応策の検討はOJTが主体となった。ラダー I のフォローアップ研修の方法や有効性に関する評価について課題が残る。④研修の1週間前に資料提供する予定となっていたが、期日超過や資料の不備等あった。</p> <p>3. ①リーダー・メンバー・アドバイザー間での情報共有②各チームの年間計画に基づいた活動、この2点を目標とした。①メンバーの集合調整に苦慮し、計画的に調整日の設定を行う必要がある。②約半数が計画に基づいて活動を進めることができていた。しかし、計画性・実行力・チームワークなどの課題が残る。時間不足や仕事量に対し疲弊感を抱く者も存在し、仕事量の見直しや委員への動機付け、選抜する委員の妥当性の検討も必要である。</p> <p>4. ①JNAラダーに関する情報提供・知識の補填②部署レベルの行動目標作成の補佐を目標に挙げたが、情報提供を1度行ったのみであった。次年度の新規ラダー導入に伴い必要な情報提供・役割認識の強化が課題となった。</p>
看護記録・手順委員会	<p>看護過程に基づいた記録の充実を図る。診療記録である看護記録を整備し充実させる。提供する看護の質を保証すると共に業務の安全性と活性化のために実践に即し、かつ安全を配慮した十分に活用できるものを作成・改定していく。</p>	<p>1. 量的・質的監査を実施し、自部署へ還元できる。</p> <p>2. 継続看護を充実させるために退院サマリーの手順を作成する。また、PIMSとメガオークの連携を図ることでより効率的な情報共有を行うことができる。</p> <p>3. 看護手順マニュアルの追加・修正ができる。</p>	<p>1. 2回の質的監査と4回の量的監査を実施した。成果が上がった項目は、看護目標・診断指標の記載とその個別性であった。看護計画の個別性と計画の追記が昨年に引き続き課題となった。量的監査においては、身体抑制に関する項目の評価が低く、次年度に向けて改善する必要がある。次年度計画的に取り組む必要がある。質的監査は今年度初めて実施し、評価基準の妥当性は検証できていない。</p> <p>2. 各部署からPIMSとメガオークの情報収集に関する問題点を挙げ、それぞれの情報確認するためのマニュアルを作成した。</p> <p>3. マニュアルチームを中心に電子カルテバージョンアップにむけ、すべての手順マニュアルを見直し・更新できた。</p>

委員会名	目的	目標・計画	活動内容
臨床実習指導者会	看護教育における実習指導者としての役割を理解し、効果的に実習指導ができる。	<p>1. 学生の実習環境の現状を把握し、指導者同士で情報交換を行い、改善点を明確化する。</p> <p>2. 実習マニュアルを見ることで、指導者が円滑に実習指導できる。 1) 看護実習指導マニュアルを作成する。 2) 実習指導者の在り方を明確にする。</p>	<p>1. 問題が生じた場合、今までは教員と現場の指導者間で相談・解決しており実習指導者会議に個々の事象が上がってくることはなかったが、今年度は、様々な事例や学生への関わり方など会議の中で話し合うようにした。 泉南医師会学生の実習後アンケートから、実習指導者の関わりや実習環境の整備に関しては、満足のいくものだったが、指導者以外の関わりや接遇に関しては不満足結果であった。指導者以外の関わりが薄いことも考えられるが、部署全体で学生を育てていけるようにスタッフとの調整が課題である。 関西医療大学においては、教員と指導者間の連携が密ではないという評価であり、学生が実習しやすい環境整備をし、教員と指導者間の情報共有を密に行う必要がある。</p> <p>2. 1) 2) 指導マニュアルは各部署の特殊性を取り入れてあるものの、統一された実習指導者マニュアルはなく、漫然と引き継ぎのみが行われていた。個人の経験だけで行わず、標準化することで、指導者以外のスタッフを巻き込んでいくことを目指し、実習指導者マニュアルを作成した。次年度はこのマニュアルを活用し、評価することが必要。評価基準も明確化する必要がある。</p>
安全推進者委員会	医療ミスをなくすために日常の看護業務見直しと改善策の徹底をはかる。 医療事故に対する知識を高めるため医療安全活動をチームで行う。	<p>1. ラダー I・II 総合教育内容を習得する。</p> <p>2. 支持伝達マニュアルの見直しと標準化</p> <p>3. SIDE評価の実施検証と評価</p> <p>4. 身体拘束についての現状調査と見直し</p>	<p>1. 「ヒューマンエラーについて」「インシデント分析」「事例検討:PmSHLL分析方法」「自部署からの事例検討」をテーマとし、学習会を実施した。事例検討により、幅広く討議ができ、インシデントによる個人責任の追及ではなく、失敗から発生した要因を分析し、物事の改善を図っていくことを理解できた。</p> <p>2. 今年度再度、マニュアルの見直しを実施した。「指示伝達に関する原則」「指示に関する注意点」「指示伝達に関する遵守事項」に絞り、また、ダブルチェック方法も図で表示し理解しやすいよう提示した。 今後も修正と見直しが必要。</p> <p>3. 前年度の課題であった転倒転落アセスメントシートの検討を実施した。SIDE評価だけでは有効であるとの実証はできなかった。医療者側の認識では効果的であるという結果となったため、アセスメントシートとSIDEの連動を検討していった結果、評価表を再作成し有用性の確認を行っている。引き続き評価継続が必要。</p> <p>4. できなかったため次年度への継続課題とする。</p>
褥瘡・NST委員会	医療の質向上を目指し栄養サポートを推進するための活動チーム(NST)と褥瘡委員会の活動が円滑に運営できるように看護部門の問題点を検討するとともに褥瘡及び栄養に関する看護の役割ができるように各職場のリーダーとして活動を推進する。	<p>1. 褥瘡対策委員会との連携ができる。</p> <p>2. 栄養サポート委員会との連携ができる。</p>	<p>1. 褥瘡発生率については、日々の看護の評価でもあるため、その要因を検討する機会としたが、褥瘡回診でその都度症例ごとに指導を行い、委員会内で問題提起する症例はなかった。 褥瘡に関する書類について6月と12月に監査を行い、抜けやすい箇所について各部署で伝達を行い、記録の充実を図った。 弾性ストッキングによる医原性の褥瘡発生が問題となっており、9月にテルモよりストッキングの履かせ方と注意点の勉強会を実施し、各部署で全スタッフに伝達をおこなった。</p> <p>2. 栄養サポート委員会で報告されている事項を看護で周知する内容について伝達した。NST回診で参考にする患者情報を看護師の記録のテンプレートにすることにより、回診時の情報不足に関する点は改善された。NSTに関する書類の学習会を各部署で実施し、その後記録の監査を行った。評価忘れ、記載忘れ、記入漏れなどの不備などがあり、各部署周知統一してもらうよう確認した。 第26回泉州地区NST研究会で「当院におけるNSTリンクナースの病棟での取り組み」のテーマで発表した。</p>

委員会名	目的	目標・計画	活動内容
褥瘡・NST委員会		3. NSTマニュアル・褥瘡マニュアルの修正と各部署への周知ができる。 4. NST回診症例検討ができる。 5. 院内勉強会の企画運営ができる。 6. エキスパート公開講座：褥瘡コース(ベシーック)の受講ができる。 7. 委員はNST回診及び現場での役割遂行のためNST専門療法士研修を受講する。	3. 褥瘡マニュアルの作成・NSTマニュアルの一部改訂などを行い、各部署スタッフに周知・徹底するようにした。現場の情報・改定の根拠を理解しながら改定を行っているため、リンクナースは理解できており、各部署スタッフへの周知徹底が課題である。 4. 1症例事例検討を行った。 5. 今年度は企画なし。 6. 1割程度しか達成できなかった。 7. 委員12名中5名受講済。今年度は2名受講を終了した。次回30年6月に開講予定であり、未受講委員には受講してもらう予定。
看護研究委員会	看護の質向上のために看護実践あるいは看護管理上の課題を発見し、看護研究手法を用いて問題解決思考によりテーマ内容の結果を明らかにする。その結果を看護に活かすことで発展を目指す。このような研究的取り組みを看護の場で倫理性を持ち展開するための、研究方法・倫理的配慮・看護管理責任を問い、研究者と対象者、看護師と組織、看護実践と看護管理の関係性の中で、人権を重視した看護研究の実施ができるよう監査・支援する。	1. 病棟の特殊性を捉え、研究者の研究スタイル・研究進捗を掌握し、倫理的な研究が行えるよう研究支援を行う。 1) 研究者を対象に、研究計画書の書き方・文献検討・倫理的配慮についての講義を行う。 2) 担当研究委員と部署のアソシエーターとで連携を図り、部署の研究相談に迅速に応じ、継続的に支援する。 2. 2年ごとの院内看護研究発表スケジュールに基づき、計画性をもって研究を進められるよう支援する。 1) 倫理審査承認、研究論文完成に向けて支援する。 3. 看護スタッフの研究に関する知識向上に向け、教育委員会と協同する。 1) 毎年企画されるラダー研修講師を務める。(①研究計画書、②③統計前後編、④プレゼンテーション、⑤クリエイティブ)	1. 講義は計画通り実施し、研究者の過半数が出席し、計画書への汎用も行っていた。担当研究委員とアソシエーターをはじめとする部署との連携は迅速に行え、研究計画書を完成させるまでの過程に介入できた。 2. 1月から倫理審査を実施し、全部署承認が得られるよう、来年度も継続して支援していく。 3. スタッフ教育として、ラダー教育で企画された研修の講師は、今年度すべて行った。
クリニカルパス・看護基準委員会	りんくう総合医療センターの病院及び看護局の理念に基づき安全で質の高い看護を提供するため、クリニカルパス・看護基準を見直し整備し、安全性・専門性・サービス性を考え、患者が安心・納得できる看護ケアの保証をする。	1. クリニカルパスの質の向上と評価を行う。 2. 電子カルテ更新に向けた看護基準を見直し、整備する。 3. クリニカルパスのバリエーション評価を行う。	1. 今年度、医療者用パスが6例新規に作成追加され158例の公開となり、病院全体でのパス適応率43.8%であり目標をごくわずかに上回った。総合機能評価を追加し、患者用パスの作成・改定を順次行い、全例追加修正ができた。また、各部署から事例発表してもらい共有を図り質の向上につなげた。 2. 疾患別看護基準95症例を作成し、電子化へ移行準備ができた。経過別・成長発達段階別も作成し完成した。 3. バリエーション評価を今年度は、明確な逸脱事例のみに絞って評価し、3,829件中負のバリエーション73件(全体の7%)、正のバリエーション28件であった。次年度は、DPCに合わせた適正なパスであるかどうかバリエーションを踏まえ分析評価していく。

2. 看護専門外来

1) 禁煙外来

(人)

	受診者数			人 数				
	計	男	女	成功	減量	不成功	中断	継続
2010年度	79	57	22	54	6	1	10	8
2011年度	55	44	11	31	0	1	9	13
2012年度	35	28	7	25	2	1	9	11
2013年度	32	29	3	21	0	3	6	2
2014年度	41	36	5	20	0	4	5	12
2015年度	39	32	7	14	3	1	8	13
2016年度	35	33	2	26	3	1	4	1
2017年度	49	38	11	35	0	4	6	4

2) ストーマ外来

(人)

	述べ患者数	新規患者	ストーマの種類別患者数				
			消化器	泌尿器	創傷	術前説明	Wストーマ
2011年度	260	34	231	29	4	-	/
2012年度	245	24	221	26	3	-	
2013年度	263	26	219	44	0	-	
2014年度	262	23	206	55	0	1	
2015年度	348	28	233	110	2	1	
2016年度	383	25	267	116	0	1	
2017年度	353	30	258	94	0	1	

3) フットケア外来

	延患者数	新規患者	フットケア依頼科別患者数			
			内科	腎臓内科	形成外科	外科
2013年度	132	67	65	0	1	1
2014年度	124	41	40	0	1	0
2015年度	127	14	14	0	0	0
2016年度	111	29	29	0	0	0
2017年度	143	36	36	0	0	0

※2015年度より依頼は全て内科を通しての依頼となる。

4) 心不全外来 (2016年度新設)

	延患者数	新規患者数	科別患者数			外来終了者転帰状況	
			循環器	心外	他科	軽快	悪化・死亡
2016年度	627	-	595	32	0	7	9
2017年度	506	8	468	38	0	7	8

3. 院内教育

1) 対象者別研修
(看護師)

対象	テーマ	方法	実施日	参加者(院内)	(院外)
新規採用者 ラダー I	辞令交付		4月3日	新入職員48名	
	医療の方向性	理事長講義		新入職員全員48名	
	当センターの現状	院長講義		新入職員全員48名	
	看護局の概要 I	藤野局長講義		新入職員全員48名	
	救急医療のあり方	松岡副院長		新入職員全員48名	
	看護オリエンテーション	資料説明		新入職員47名	
	看護師長紹介	各部署師長自己紹介		新入職員47名	
	医療安全 I	講義	4月4日	新入職員全員48名	
	感染対策(感染管理①)	講義		新入職員全員48名	
	病院情報システム	講義		新入職員全員48名	
	各自自己紹介	各自紹介	新入職員47名		
	チーム医療(概要・RST・褥瘡・NST・緩和ケア)	講義	4月5日	新入職員全員48名	
	災害	講義		新入職員全員48名	
	個人情報保護法	講義		新入職員全員48名	
	防災	講義		新入職員全員48名	
	人権研修(コンピテンシー①)	講義		新入職員全員48名	
	服務規程	講義		新入職員全員48名	
	サザンウィズ見学	見学		新入職員全員48名	
	他部門との連携(放射線科・薬剤部・検査科・栄養科・CE室・リハビリテーション・地域医療)	講義	4月6日	新入職員全員48名	
	物品管理	講義		新入職員全員48名	
	接遇(コンピテンシー①)	講義		新入職員全員48名	
	看護局概要 II	講義		新入職員全員48名	
	各部署オリエンテーション	各部署	新入職員全員48名		
	看護支援システム	講義・演習	4月7日	新入職員47名	
	現任教育(ラダー説明)・目標管理	講義		新入職員47名	
	看護必要度説明	講義		新入職員39名	5名
	看護必要度テスト	テスト	4月10日	新入職員39名	
	輸液ポンプ類	講義・演習		新入職員45名	16名
	褥瘡・創傷ケア	講義・演習		新入職員45名	14名
	看護記録	講義	4月14日	新入職員45名	11名
	入院時記録類	講義		新入職員45名	
	情報倫理(看護倫理①)	講義		新入職員45名	
	診療報酬(物品①)	講義		新入職員39名	
静脈注射 I・採血・注射	講義・デモスト	新入職員45名		11名	
自部署・他部署理解	各部署発表	4月21日	新入職員40名		
医療安全 II	講義		新入職員44名	11名	
看護技術(ポジショニング・トランスファー)	講義・演習		新入職員44名	11名	
社会人・専門職業人として(コンピテンシー①)	講義		新入職員44名		
ラダー I 1ヶ月の振り返り	グループワーク		新入職員44名		

対象	テーマ	方法	実施日	参加者(院内)
ラダー I	静脈注射演習	講義・演習	4月25日	44名
	よりよいケア実践のための研修②フィジカルアセスメント	講義・演習	5月25日	44名
	救急時対応①	講義・演習	5月23日	44名
	よりよいケア実践のための研修③心電図・画像・検査データの見方 フォローアップ研修②	講義・演習	6月16日	42名
	コンピテンシー②	講義・ロールプレイング	8月24日	41名
	災害時対応①	講義	9月28日	40名
	看護倫理①②	講義・グループワーク	7月21日	41名
	静脈注射 II	講義	11月17日	40名
	静脈注射 II	テスト	11月28日	45名
	看護倫理③情報管理②	講義・グループワーク	2月16日	40名
	問題解決思考①	講義・演習	10月24日	40名
ラダー II (卒後2、3年目)	問題解決思考②(臨時)	講義・演習	5月19日	33名
	感染管理②	講義・演習・グループワーク	7月25日	33名
	よりよいケア実践のための研修④退院支援と地域連携	講義・演習	6月27日	31名
	問題解決思考③	講義・演習	7月27日	46名
	救急時対応②	講義・演習	9月15日	33名
	ケースレポート発表	各部署発表会	10月中	全員
	安全管理③	講義・グループワーク	11月21日	全員 34名
	コンピテンシー④リーダーシップ後編	講義・グループワーク	9月26日	ラダー II 41名
	ICU/OP研修	実地研修	11月～3月 の期間	OP/ICU以外のレギュラー 16名
	関連病棟研修	実地研修	11月～2月 の期間	15名
	災害時対応②	講義・グループワーク	1月25日	25名
	看護倫理④	講義・グループワーク	2月22日	40名
	安全管理④	講義・グループワーク	12月26日	39名
コンピテンシー③リーダーシップ前編	講義	3月22日	26名	
プリセプター研修①人材育成②	講義	3月27日	33名	
ラダー III (プリセプター)	プリセプター②	グループワーク・講義	6月22日	新卒対象のプリセプター 29名
	プリセプター③	グループワーク・講義	10月26日	新卒対象のプリセプター 30名
	プリセプター④	グループワーク	2月27日	新卒対象のプリセプター 29名
ラダー III	人材育成③	講義	6月2日	44名
	よりよいケア実践のための研修⑤看護展開	実践報告発表	11月24日	ラダー III以上の希望者 76名 発表者10名
	看護倫理⑤	講義・グループワーク	9月8日 9月22日	ラダー III以上の希望者 47名
	安全管理⑤	講義	3月2日	ラダー III以上の希望者 19名
ラダー IV	看護管理①新副師長研修	講義	5月29日	新副師長7名
	安全管理⑥	講義	5月16日	ラダー IV以上希望者 5名
	人材育成④	講義	8月3日	ラダー IV以上希望者 26名
	看護倫理⑥	講義・グループワーク	11月10日 ・27日	ラダー IV以上希望者 23名
	看護研究⑤クリティーク	講義・グループワーク	2月2日	34名
全看護職者	看護研究 計画書	講義	5月26日	67名
	看護研究 統計①	講義	8月25日	49名
	看護研究 統計②	講義	10月6日	30名
	看護研究 プレゼンテーション	講義	12月8日	47名

(看護助手教育)

テーマ	方法	実施日	対象者
感染予防	講義	8月29日	出席 29名
医療安全	講義	9月29日	出席 33名
看護技術	講義・演習	11月13日	出席 33名
接遇	講義	12月11日	出席 33名

4. 講習・研修の受講状況

1) 看護協会主催 研修

主催	講習・研修会名	期間	回数	開催地	受講人数
大阪府看護協会	大阪府主催短期研修	2017年5月～2018年3月	87回	大阪府看護協会	87人
大阪府看護協会	大阪府保健師助産師看護師実習指導者講習会	2018年1月10日～3月12日	1回	大阪府看護協会	2人
大阪府看護協会	認定看護管理者教育 ファーストレベル	2017年5月19日～7月27日	1回	大阪府看護協会	1人
大阪府看護協会	認定看護管理者教育 セカンドレベル	2017年6月22日～9月14日	1回	大阪府看護協会	1人

2) その他の研修

主催	講習・研修会名	期間	回数	開催地	受講人数
日本臨床看護マネジメント学会・S-QUE研究会	「重症度、医療・看護必要度」の院内監査のあり方	2017年6月18日	1回	大阪	11人

5. 研修生受け入れ

1) 看護大学・専門学校学生実習受入

学校名	学年	期間	延べ人数	実習場所
関西医療大学 保健看護学部 保健看護学科	1年	2017年12月20日～22日 2018年1月10日～12日	20人×3日=60人	6海・8海
	2年	2018年2月19日～2月28日	4人×6G×7日=168人	8山・8海・7山・7海・5海・6海
	3年	2018年1月30日～2月16日 2018年1月10日～1月17日 2018年1月23日～1月31日	10人×10日=100人 4人×2G×6日=48人	5海・8海・6山
	4年	2017年7月11日～7月20日	4人×6日=24人	救命ICU
泉佐野泉南医師会 看護専門学校	1年	2017年12月11日～12月19日	42人×1日=42人 25人×7日=175人	5海・7海・7山・8山
	2年	2017年7月10日～7月27日 2018年1月10日～2月15日	6人×12日×4G=288人 5人×12日×3G=180人 (5+6+6)×12日=204人	7海・7山・8山・8海
	3年	2017年5月9日～7月6日 2017年8月23日～12月1日	(25人+20人+38人)×14日=1162人 (23人+22人+36人+39人+10人)×14日=1820人 (6人+6人+6人+6人+5人+6人+6人)=41人	5海・6海・6山・7海・7山 8海・8山
大阪医専	3・4年	2017年5月8日～7月21日 2017年12月4日～ 2018年2月23日	4人10日×3G=120人 5人×10日=50人 5人×10日×2G=100人	6山
大阪保健福祉 看護専門学校(通信制)	2年	2017年9月4日～9月15日	10人×2日=20人	6山
河崎会看護専門学校 看護第2学科	3年	2017年8月1日～8月10日	11人×4日=44人	6山

2) 助産師・養護教員

学校名	学年	期間	延べ人数	実習場所
千里金蘭大学	助産学専攻	2017年9月25日～11月2日	2人×20日=40人	6山
白鳳短期大学	助産学専攻	2017年8月14日～9月22日	2人29日=58人	6山
白鳳短期大学	助産学専攻	2017年11月13日～11月24日	2人×2日×4G=16人	NICU/GCU
大阪大学医学部保健学科	助産学専攻	2017年11月13日～12月15日	2人×25日=50人	6山
関西医療大学	助産学専攻	2017年7月3日～8月4日	1人×20日=20人	6山

3) 新人研修 (他施設からの参加)

施設名	期間	延べ人数	内容
佐野記念病院	2017年4月7日	3人	重症度、医療・看護必要度
	2017年4月10日	3人	輸液ポンプ類
		3人	褥瘡・創傷ケア講義・演習
	2017年4月14日	3人	看護記録
		3人	静脈注射Ⅰ・採血・注射
	2017年4月21日	3人	医療安全Ⅱ
谷口病院	2017年4月7日	2人	重症度、医療・看護必要度
		2人	輸液ポンプ類
	2017年4月10日	2人	看護記録
		2人	看護技術(静脈注射Ⅰ・採血・注射等)
	2017年4月14日	2人	医療安全Ⅱ
		2人	看護技術(ボジショニング・トランスファー)
七山病院	2017年4月10日	6人	輸液ポンプ類
		6人	褥瘡創傷ケア
	2017年4月14日	6人	看護記録
		6人	看護技術(静脈注射Ⅰ・採血・注射等)
	2017年4月21日	6人	医療安全Ⅱ
		6人	看護技術(ボジショニング・トランスファー)
野上病院	2017年4月10日	5人	輸液ポンプ類
		5人	褥瘡・創傷ケア講義・演習
	2017年11月17日	5人	静脈注射Ⅱ

4) その他

学校名	内容	期間	延べ人数	実習場所
大阪府立日根野高等学校2年生	看護体験	2017年8月3日	12人	5海・6海・7海・8海・7山・8山
大阪府立佐野高等学校3年生	看護体験	2017年7月31日	12人	5海・6海・7海・8海・7山・8山
大阪府立大学大学院 タイマヒドン大学	見学	2017年10月30日	2人	初療・EICU・5山・5海

《中央手術室》

一概要と取り組み一

中央手術室はバイオクリーン・ルームを含む6室を有し12診療科の手術を、医師や他部門と協働し行っている。

今年度の総手術件数は3,445件(麻酔科管理料手術件数2,903件を含む)、手術室利用率は80.8%(緊急手術を含む)であった。予定外や緊急の手術も多く緊急手術件数は493件で全体の14.3%であった。

昨年度よりPMC(周手術期外来)を開設、入退院サポートセンターと協働のもとに活動している。外来に出向き、手術を受ける患者・家族の不安や希望を聴取し、術中看護につなげた。また例年通り、予定手術は全て術前訪問を実施し、手術予定時間延長時の待機家族を対象にした術中訪問、また術後訪問も継続して実施した。入院前から手術終了までの患者の個別性を意識した看護展開が実現し、より安全な周術期看護を提供できた。外来から退院までの安全・安楽、患者家族の不安軽減に向けた看護を日々追求し実践している。

手術看護の質の向上を目的に発足した専門チーム制(腹腔鏡上部消化管、腹腔鏡下部消化管、心臓外科、人工関節、脊椎)は4年が経過した。専門チーム主体の勉強会を毎月実施し、専門性の高い知識と技術を全スタッフが保有できるよう取り組んでいる。手術室クリニカルラダーで必要な看護実践レポートをスタッフ全員が行った。院内の看護実践報告には1名が実践報告を行った。

業務改善はスタッフの疲労度の軽減や超過勤務料の削減を目的に、前日午後に行っていた術前訪問を可能な患者は午前中に実施している。また安全な環境維持のため5S活動を行っている。高レベルに無菌野を維持すること、コスト削減、業務の効率維持することを目的に器械・診療材料の展開方法の見直しを行った。

《中央放射線部》

一概要と取り組み一

中央放射線部では、一般撮影、画像診断、血管内治療、透視検査、核医学検査、放射線治療、内視鏡検査などの様々な予定検査、緊急検査、治療処置の対応を看護師長1名、看護師9名、看護助手3名の構成員で夜間はオンコール体制をとり行っている。

2017年度は急性期病院の使命として緊急検査発生時に迅速対応できる体制強化、また患者のニーズに対応できる内視鏡看護の提供と患者支援の体制づくりをスローガンとし、看護の提供につとめている。

緊急検査治療の中でも、一刻でも早い治療が求められる心筋梗塞や脳梗塞の治療に対して、スピーディに対応すべく、緊急検査の準備手順、マニュアルの改訂を行い、また救急外来スタッフと業務連携をより深めるよう検査準備などの学習活動を行っている。救急外来と連携したことで、より迅速な緊急検査の開始や更には並列での緊急検査の受け入れに繋がった。

内視鏡検査室では、内視鏡処置EMRやERCPの受け入れや患者の要望が高い鎮静での内視鏡検査が安全で迅速に対応できるように手順マニュアルの改訂を行い、また記録の方法において用紙記録への改善を行った。記録方法の改善で検査担当者と検査後の患者状態観察者の情報連携が確実にスピーディに行える事ができた。

上記のように安全で且つ迅速に行うことで、検査を受けられる患者数が増加出来るように努め、循環器カテーテル検査は1,073件で前年より112件減少したもののアブレーション処置は18件増加し、脳アンギオ検査は372件で前年度と比べ14件の検査受け入れ増加となっている。

内視鏡に関しても以下の表のごとく増加している。

内視鏡検査件数の前年比較		
	2016年度	2017年度
上部内視鏡検査	2,205件	2,697件
下部内視鏡検査	1,050件	1,382件
EMR	157件	310件
ERCP	72件	205件
鎮静GIFの月平均件数	16.8件	31.5件
鎮静CFの月平均件数	13.6件	19件

《外来》

一概要と取り組み一

外来は、28診療科と化学療法センター・血液浄化センターの機能を有する。2017年度の受診者総数198,801名、化学療法センター1,089名、血液浄化センター2,259名であった。36名のスタッフを7ブロックに3～5名配置し、助手3名、クラーク、各診療科セクレタリーと連携・協働し1日平均800名の受診者を受け入れ、外来機能・診療を支え、そして看護を提供している。

スローガンを「患者へ看護の視線を向ける！一言でも多く声かけ！」と掲げ、外来看護の重要性、多面的視点からの支援の必要性が求められている現状より、外来看護の体制作りを目的に取り組んだ。

2017年度ドクターハート要請は4件であり、外来における緊急事態への初動対応は、情報が少なくかつ病状把握が不十分な状況で実施しなければならないため重要である。緊急事態への意識を高めるため、災害・BLSまたシステム停止を想定したシミュレーションを各ブロックで実施し、迅速に行動できるアクションカードの作成に繋がった。さらに診察待ち患者のラウンドを実施し、トリアージ体制を整えた。外来患者の不安や問題を支援するため、患者との接点を多くし顔の見える看護を意識し、認定看護師を中心に多職種と連携し社会資源の活用や在宅支援などの援助体制も構築し実施した。外来看護の専門性を維持するための学習会と応援体制を充実させるための学習会を開催し、業務の効率化と柔軟な応援体制の構築を図った。診療報酬を意識した患者指導を充実し、禁煙指導200件、SAS指導59件と大幅に増加できた。また12月よりリンパ浮腫指導の開始とリンパ浮腫看護外来を再開することができた。

医療・看護ニーズの多様化・高度化を視野に入れ、求められる外来看護を目指し、その土台作りに取り組んだ1年であった。

《救急外来》

一概要と取り組み一

救急外来では、2次救急搬送患者・Walk in 患者・救命センターでの初期診療後の経過観察の診療に携わっている。2017年度は、救急外来初療混雑による不応需の減少・待機時間の安全確保・接遇を中心に取り組んだ。

「初療混雑による不応需数の減少」を目標とし不応需ゼロを目指した。2名同時に救急診療が行えるように初療室の環境整備を行うとともに、救急担当医師・リーダー・スタッフともに情報共有を意識し、観察ベッドへ速やかに移動できるように調整した。常に患者の状態や、受け入れ状況を意識して対応した結果、時間内不応需総数は136件であり、そのうち初療混雑による不応需数は11件であった。また「初療混雑による不応需ゼロ」を達成できた月が5回あった。

来院されるすべての患者に院内トリアージを行っており、「待機時間の安全を考慮した行動」を実践するために、緊急度に応じた診療開始時間、待機場所の基準を設定し調査を行った。トリアージから診療開始までの待機時間や待機場所が基準外となった事例は1%以下であり、患者の安全を考慮した行動ができていたことが証明できた。

救急外来の看護師として求められる「救急受診の心情を理解した接遇」を各自が意識し行動できるように、救急外来接遇・マナー基準を作成し、1年間取り組んだ。苦情件数は18件と前年度の倍になっている。しかしこれは投書のみのものでなく、自分たちのとった対応でその時に患者・家族からの不満の意見を聞いた事例も含んだ件数であり、常に自分の対応を意識し振り返り報告ができていたと評価できる。お褒めの件数は3件であった(昨年度 1件)

引き続き救急外来看護師として、患者の安全・救急受診の心情を理解した接遇を考慮した看護を心がけたい。

《入退院サポートセンター》

一概要と取り組み一

入退院サポートセンターではその人がその人らしく療養生活を送ることが出来ることを目指して入院前から退院後の療養生活を見据えた活動を行っている。

今年度は入院支援として手術決定時からの介入が大切であると考え、従来入院日に行っていたオリエンテーション、薬剤鑑定、癌緩和ケア案内、栄養・褥創・認知症スクリーニング、社会的環境問題の抽出、必要書類入力など、手術決定時に実施出来るように調整し、さらに入院前パスを作成し入院までのスケジュール説明や必要な検査の調整、口腔機能連携パスによる口腔ケア案内、周術期看護外来受診、栄養士による栄養指導、理学療法士によるリハビリ指導などを実施できるようにシステム構築した。これにより麻酔科へ早期に情報提供することが可能となり、口腔ケアの充実、リハビリ導入などを行うことで術後合併症減少効果があり周術期の安全性向上につながったと考える。

経営的な視点では全身状態を最良な状態に整えること、事前説明による不安軽減、中止薬説明の徹底などにより急な手術中止症例が減少した。また、入院当日に34%の検査実施が17%へ減少した。休日の予定入院も可能になり術前日数短縮できたこと、その間の病床の有効利用できたことなどを考慮すると大きく貢献できた。

退院支援では入院前に退院支援が必要と予測される患者を抽出し部署内でカンファレンスを行いMSWへ情報提供している。病棟での退院支援カンファレンスにも積極的に参加し、入院が長期化している患者に対しては退院困難な要件を経時的に評価し病棟やMSWへ情報提供するように働きかけた。部署内では退院支援に関する学習会なども実施し意識の向上に努めた。入退院サポートセンターは総合受付に近く正面玄関前であることもあり、急変に対する訓練や災害を想定した訓練、非常口の確認なども行っている。



《ICU/CCU》

一概要と取り組み一

当ICU・CCUは10床。CCUとしての役割の他、術前・術後を問わず、過大侵襲を受けたクリティカルな患者を収容するジェネラルICUとしても位置づけられている。2017年度は「心身共に健康に働き、全てにおいて流石と言われるICUにしよう！」をスローガンに医療安全・感染防止・合併症予防・災害・救急対応・看護倫理など専門性の強化にも取り組んだ。

昨年度に引き続き夜間の緊急入院を計画的・戦略的に受け入れたこともあり、入室患者総数は695件で病床利用率は78.9%と増加し、病床稼働率も96.7%、重症度、医療・看護必要度月平均も86.6%で、昨年より増加した。平均在室日数も4.2日と短縮し、重症な患者が短期間で回復していることから、医療の質が向上していると評価できる。また感染・医療安全などの指標は、レベル2インシデントは12件と大幅に減少、並行感染はゼロ、医原性褥瘡発生率は1.7%と減少、非医原性褥瘡発生率は5.9%と増加した。持ち込み褥瘡が増加したためだが、数日で治癒に至った。

患者のケアカンファレンスは月平均5回開催、朝礼は平日毎日開催、他職種ベッドサイドカンファレンスも毎日開催した。デイパートナースhipナーシングも定着し、看護力の均等化、全員で行う教育の実践ができた他、労務面ではワークライフバランス向上を目的としたバースデイ休暇を継続、また正循環3交替を希望する者がいなかったため、全員が変則二交替勤務となった。長期病休者・中途退職者による人員減があり有休消化率は40.0%と低下したが、夜勤専従制度の活用やスタッフ全員の協力のもと勤務変更しながら乗り越えることができた。教育面ではリーダーラダーを継続使用し14名の看護師が夜勤リーダーの自立が図れている。教育系系の年間計画達成率も89.1%と高かった。ラダーの内訳はラダーⅠ：10.3%、ラダーⅡ：6.7%、ラダーⅢ：83.0%でありⅢの割合が増加している。

次年度は非医原性褥瘡対策などの医療の質向上、リーダー性や専門性などの人的育成、看護師の心身の健康維持に向けた労務管理などを強化していきたい。

《5 階海側病棟》

—概要と取り組み—

救急科・救命診療科・中央管理病床14床、脳神経外科24床、神経内科2床、口腔外科5床、外科1床の混合病棟として46床を有し、予定入院および緊急入院を受け入れ、救命救急センターおよび5階山側病棟、救急外来からの後方病棟としての役割を果たしている。

(2017年度病床稼働率96%、在院日数6.7日)

今年度の部署目標として完全プライマリー体制の構築を図り、患者の安心と安全と満足を目指した看護の実践と掲げ取り組んだ。

1点目としては、今年度受け持ち看護師を中心にベットサイドケアの充実を掲げ、患者・家族の問題に焦点を当てケアカンファレンスの充実化を図り看護実践に繋げた。

また当部署は救急の受け入れ病棟である一方で、腫瘍疾患や急性期治療の限界から終末期への移行患者も多い。これらの患者・家族の苦悩を理解し、意思決定が行えるよう、カンファレンスを定期的開催し意思決定支援にも積極的に取り組んだ。

この他、今年度口腔外科領域の癌患者に関して、医師と協同し口腔ケア回診を実施。今後の治療方針や現状の問題を医師・看護師・患者の3者間で確認し治療を進めていくベットサイドカンファレンスも導入し患者に寄り添ったケアの提供を行うことができた。

2点目としては、当病棟は、救急患者の後方病棟としての役割から緊急入院、転棟・転入の患者が多い。患者を待たせることなく、また後方病床としていつでも安全に、かつスムーズに患者を受け入れる体制の構築化をスタッフ皆で検討し、緊急入院係など機能別看護を取り入れ実践した。結果安全、かつスムーズに患者を受け入れるシステムの構築化が行えた。

今後も、当部署の救急後方病床の役割が発揮できるよう、チーム一丸となって、『患者に寄り添うケア』を行い、看護の質の向上を目指していきたい。

《ハイケアユニット（HCU）》

—概要と取り組み—

5月から新開設した4床のハイケアユニットで、9人の看護師がハイケアの実施を目指し、限られた空間の中で環境を整備した。2017年度は病床稼働率94%、平均在室日数3.3日であった。ハイケア加算率は99%で6月からは毎月連続100%の実績を残した。

病棟内では、病棟運営の基盤を作るために①看護師それぞれの強みを生かしたリーダーシップの発揮②設備の整備③重症患者看護・疾患の理解④HCU加算・看護必要度の理解にとり組んだ。

看護師の配置は患者4人に対し看護師1人であり、夜勤は1人で行う体制となる。リーダー層の看護師が配置され、全員が新開設の課題を理解し積極的に病棟運営に取り組むことができた。それぞれの看護師が持つ力を確認し、刺激し合い、成長が促された。

そして、リソースの活用や他部門と連携したことがよりよい看護の提供につながった。これは、病床管理ミーティングや各種チームによる適切な管理やハイケアユニットをとりまく多職種との理解と協力があったからこそ出ることができた実績であり、病院全体が一丸となり取り組めた結果であると言える。

今後は、業務指標上継続して実績を出すことと、さらに看護の質を上げることを目標に、他部署・部門との連携と、一人でハイケアユニットの夜勤ができる看護師のさらなる育成を課題とする。



《6階海側病棟》

一概要と取り組み一

当病棟は、泌尿器科18床、形成外科6床、総合内科・感染症内科6床、小児科6床の計36床を有する内科外科小児科の混合病棟である。2017年度の病床稼働率は101%、平均在院日数は6.9日であった。

今年度は、退院支援加算の対象者全員に対し、入退院サポートセンターと情報共有を行い、退院支援カンファレンスを実施し、患者とその家族に退院後も安心して過ごせる環境を整えるように他職種で関わりをもった。支援が必要となった患者はリストアップし、カンファレンス時に状態の確認と介入時期の検討、進捗状況の確認などを行い、もれなく介入できるように取り組んだ。

また、小児入院加算の算定が可能な15歳以下の他科患児の入院の受け入れを行い、特に多い耳鼻科疾患については耳鼻科病床を有する7階海側病棟での勉強会に参加するなど知識を深めた。年間で小児科、のべ986人/年、小児科以外の科、のべ916人/年の受け入れを行う事ができた。

認知症のある患者に対しては、認知症ケア回診で情報共有と看護計画の立案、修正を行った。ADLの低下を起さないよう1日1回可能な限り離床し、昼夜の区別が付くようにケアを行った。誤嚥リスクの高い高齢者に対しては、まず、摂食嚥下の勉強会を3回シリーズで開催し、知識・技術の向上につながる取り組みを行った。そして、入院時から摂食嚥下の評価を行い、問題がある患者には言語聴覚士に介入を依頼し、摂食時の注意点を共有するために食事形態やとろみ剤の有無、体位等をベッドサイドに掲示し統一した介入ができる様にした。摂食嚥下に問題のある患者の誤嚥を未然に防ぐことへと繋がっている。

急変時対応では、BLSを2ヶ月毎にシミュレーションを行い、全看護師がBLSを確実にこなせるようになった。前年度ドクターハート事例が5件あったが、今年度は0件であった。

《NICU/GCU》

一概要と取り組み一

泉州広域母子医療センターの活動拠点として、新生児集中治療室12床(NICU6床・GCU6床)で稼働している。

2017年度の入院受け入れ数は104名であった。

出生週数	人数	出生時体重	人数
25週未満	0	1000g未満	4
25～28週	6	1000～1499g	15
29～32週	22	1500～1999g	32
33～36週	43	2000～2499g	18
37週以上	33	2500g以上	35

今年度のスローガンである「児と家族が安心して入院生活を送れる」としての取り組みでは、在胎週数が浅ければ長期入院となり、親子分離も余儀なくされるが、両親による24時間面会はもちろんのこと、児と両親の生活スタイルに合わせた育児ケア参加などさまざまなニーズにあわせた看護が必要である。そのため受け持ち看護師を主体に日々のカンファレンスを20件/月施行、意思決定支援においても、病状や治療方針などのIC時は、看護師が積極的に同席し、両親の思いに寄り添うために医師と連携し合同カンファレンスを施行した。また、育児チェックリストを改正し、スタッフ間の統一を図り両親への指導の充実も行った。

もう一つの取り組みとして「退院後地域と連携を図る」については、退院後の生活が両親にとってイメージできるように幾度も話し合い、退院前には保健師とカンファレンスを持つことができない場合は、電話にて情報提供を行い、要養育計画書の記載を充実し連携へと努めた。

教育の側面においては、急変時を想定したシミュレーションを施行した。スタッフはそれぞれ振り返りや情報共有する事で一人ひとりが日常の看護の中で児の状態変化に早期に気付き、また日頃から急変時に備えた行動をする事ができるようになっている。災害時の意識向上に向け机上訓練を行い、今年度は災害時専用情報提供書を作成し緊急時に備えた対策を行った。

今後もスタッフ一丸となって児と家族に寄り添う看護が提供できるように取り組んでいきたいと考える。

《6階山側病棟》

—概要と取り組み—

当病棟泉州広域母子医療センターは、分娩室2床、LDR2床、陣痛室3床と病床36床で地域周産期センターとして安心・安全を掲げ、泉州広域のローリスクからハイリスクの妊娠・分娩・産褥管理と他病院からの妊産褥婦を24時間体制で受け入れている。

2017年度は分娩件数827件、うち帝王切開は212件(25.6%)、全国の出生率と比して2013年度から年間分娩件数は減少傾向であるが、24時間体制で受け入れをしているOGCS(大阪診療相互システム)は、大阪府下で6位、地域周産期センターの中では1位で搬送を受け入れてきた。他部門と協働で管理をしなければならない場合や、他部門で経過をみなければいけない場合などのハイリスク妊産褥婦はほぼ半数を占め、その割合はむしろ増加傾向である。また、出産年齢が高齢化しており、35歳以上の妊産婦は全体の約30%、その中で40歳以上は約23%と年齢だけでもリスクは上がる。よって合併症妊産褥婦に対しては医師と協働で管理を行い、より安全な分娩環境を整えるように日々研鑽している。

しかし分娩は基本自然分娩を提唱しており、母児同室や母乳育児を推進している。分娩後のアイスクリームの提供や赤ちゃんの写真、泉州タオルオリジナルおくるみのおみやげ、妊産婦の食事変更、祝い膳、母乳推進の為の背部マッサージなど患者サービスもさらに充実させ、安心な出産環境・育児環境を整えている。新生児においても小児科医が常時対応できる体制をとっており、新生児蘇生技術はスタッフ一同資格習得し早産児にも十分な対応ができるようにしている。

これからも地域の出産施設として「はい喜んで」とすべての妊娠・分娩・産褥・新生児に対して対応できる役割を果たしていきたいと考えている。



《7階海側病棟》

—概要と取り組み—

7階海側病棟は耳鼻咽喉科22床、整形外科27床の合計49床の病棟である。2017年度の病床稼働率は月平均100.4%、平均在院日数は11.3日であり、病床稼働率は高い状態で推移している。手術件数は耳鼻咽喉科455件、整形外科482件であった。

整形外科は人工関節や脊椎疾患などの手術が多く、社会復帰に向けてのリハビリテーション援助を行っている。また救命救急センターからの脊椎損傷や骨折関連の患者が多く入院され、人工関節置換術後患者だけではなく、外傷患者の社会復帰に向けた援助への介入も増加した。

2017年度は「高齢者が安心して治療や看護を受けることができる環境づくり」「地域連携の強化で退院後の生活を意識した介入ができる」と目標を立てた。高齢者の尊厳を守る看護実践では、退院時指導充実のため、人工関節術後の生活困難感の調査を開始した。また治療に関する意思決定に介入し、カンファレンスを積極的に開催できるよう取り組んだ。ラダーⅢで企画された看護倫理研修には13名の看護師が参加し、病棟全体で意思決定支援に関する知識の向上につながった。地域連携の強化では退院支援体制の構築を目指し、昨年度より実施している退院支援カンファレンスは継続して行い、また担当看護師が退院後の生活をより意識して関わることができるよう、情報収集シートを作成し、それに基づいて情報収集を行い、可能な限り病棟看護師が主導で退院前カンファレンスが企画できるよう取り組んだ。担当看護師が参加できないケースもあったが、月平均3件ほど退院前カンファレンスを開催できた。

教育においては、院内エキスパートコース(褥瘡コース)に2名参加、ラダーⅢ看護実践報告に1名が参加することができた。

《7階山側病棟》

一概要と取り組み一

循環器内科、心臓血管外科を中心とし、亜急性期からリハビリ期の看護を中心に、心臓リハビリテーションに連動した生活指導、急変時対応から退院後の継続支援まで今後の医療の動向を見据えた看護を提供し、より質の高い医療・看護が提供できるよう日々の教育に励んでいる病棟である。

病床稼働状況他(2017年度)

病床稼働率	98.3%	平均在院日数	11.3日
入院転入件数	2,797件	ICUからの転入	442件
CAG/PCI/EVT/PVI件数	955/388/30/40件		
デバイス挿入(PM・ICD・CRT)件数	30件		

今年度は「チームワークを高め患者指導、退院支援の充実を目指す」をスローガンとし、慢性心不全認定看護師と院内循環器エキスパートNS7名を中心に退院支援を担い、また継続支援看護として、初回外来時に入院時指導、退院支援の評価を行い、再指導や、心不全看護外来に繋ぐことで、平均在院日数が2日短縮という成果を得た。さらに、介護連携カンファレンス111件、共同指導カンファレンス52件と昨年度を上回り、今年度掲げた目標をクリアすることができたことは病院に貢献できた成果の一つである。教育に関しては、院内循環器エキスパート卒業5名、循環器看護学会発表2名、院内ケース発表1名、ELNEC-J修了者4名と成果を出すことができた。各スタッフの努力とスタッフの学習を実現できる環境調整を行うことにより、教育支援、質向上に努めることができた。今後も心疾患患者の退院支援の充実を念頭に、患者、家族が安心して入退院できる看護を提供していくことが目標である。



《8階海側病棟》

一概要と取り組み一

8階海側病棟は消化器・乳腺外科40床、呼吸器外科5床、消化器内科10床で構成されている。手術件数は年間600件以上、内視鏡的治療は年間500件以上、血管内治療が年間30件であった。また病床稼働率102.6%在院日数7.9日新入院1,547件であった。

今年度の病棟目標は、1、外科・消化器内科看護の専門性を高め入院から退院まで、患者満足度の高い看護の提供。2、患者のニーズに合わせた早期退院支援の実施の2点をあげ取り組んだ。

今年度から消化器内科が追加病床となり、内視鏡検査入院や緊急入院に対応できるスタッフの知識向上のため、内視鏡検査見学や勉強会を積極的に行なった。消化器内科患者の安全・安心できる看護の提供はもちろんのこと、内視鏡検査室とのチーム連携にもつながり、検査前後のスムーズな看護が実現することができた。

また当病棟は、クリニカルパス適用率が84%である。クリニカルパス適用高齢者の周術期患者に向けた、術後の離床などの取り組みをおこなった。術前よりクリニカルパスへの説明はもちろんのこと、クリニカルパス適用高齢者に対しては、期間中に不安なく退院できるように入院時より患者の問題を抽出し、退院支援の実施を行った。

高齢者患者の尊厳を守る対策として、療養生活のなかでの身体拘束を最小限としたことと、また安全のための取り組みとしてナースステーションで充分に見守りできる環境設定での食事介助を実施した。患者家族に説明し理解を得たうえで実施することができた。結果、高齢者患者の尊厳や安全に配慮した環境の提供ができた。

終末期患者には倫理カンファレンスをおこない、患者家族の意思決定を支援し、希望の治療を看取りも含めて選択することが実現できるように支援した。またデスカンファレンスを行い、患者の看護を振り返り次回へつなげるよう共有することで、看護の質の向上につなげている。

《8 階山側病棟》

—概要と取り組み—

当病棟は、血液内科・腎臓内科・内分泌代謝内科・総合内科・消化器内科を有する病棟である。2017年度の病床稼働率96.5%と目標達成できた。又、内科病棟のため在院日数が長期化することが多かった昨年に比べ、平均在院日数は14日と短縮することができた。

血液内科では、血縁者間造血幹細胞移植・非血縁者間造血幹細胞移植を7名実施することができた。又、腎臓内科では透析導入だけではなく、効果的な腎臓機能保護のため保存期治療として、塩分のコントロールをはじめとした食生活の見直しや日常生活の環境調整などを中心に教育入院を開始した。

内分泌代謝内科においては、第1回世界糖尿病デー・りんくう健康フェスタが開催された。開催にあたり、当病棟でも参加される方々へ身近な食べ物で理解できるように展示物などの工夫へ取り組んだ。病棟でもその取り組みがきっかけとなり、これまで医療的なパンフレットでの説明が主であったが、具体的な内容を提示することで、患者自身が退院してからの生活がイメージすることができ、ライフワークに合わせた支援となった。

退院支援への取り組みとして、地域との連携を意識した方向性シートへの見直しや患者・家族の社会的背景・本人と家族の思い・治療への選択などをさらに幅広く共有することができた。しかし、支援提供後患者にとって有効だったかの評価までには至っておらず、今後の課題となった。

教育面では血液内科の移植件数が増え、看護実践の安定を図る為、移植ラダーの作成に取り組んでおり、次年度より実施を調整している。又、腎臓内科の教育入院の開始にともない、腎臓病療養指導士取得へ3名が研修へ参加今後認定試験を受ける予定である。又、ラダーⅢでは「よりよいケア実践」でのケース発表を2事例実施できた。

《救命初療/手術室》

—概要と取り組み—

看護局の目標である「高齢者の尊厳を守る看護の実践」に沿って、高齢者の意思決定支援及び家族の代理意思決定支援の充実にむけて、初療看護師の知識・技術の向上及び業務体制を整えるよう取り組んだ。初療搬入件数は、前年度に比し352件の増加となる2,199件で、うち30%が80歳以上の高齢患者であった。全患者数に対し、インフォームドコンセントに看護師が同席できたのは178件、家族ケア実施は219件、意思決定支援は36件に留まる結果であった。したがって、多職種との連携や役割分担をより推進し、今後も継続してこの課題に取り組んでいく。

コスト面では、手術診療材料の見直しと、セット化をすすめ、緊急手術時の材料の無駄をなくすことができたほか、物品ラベルの紛失防止のための定数の見直しと、物品棚のレイアウト変更を行い使用頻度の高いものは取り出し安く、数の管理がしやすいように配置を工夫することなどにより、3ヶ月で110枚あったラベル紛失を、42枚に減少することができた。

ほかにも、昨年度から採用している救急救命士のドクターカー乗車にむけた教育計画を立案・実施した結果、4名の救急救命士が乗車をはじめた。出動は平日9:00～16:00に限定のため、件数としては2017/11/23～2018/02/04の3ヶ月で、覚知同時出動4件・エマージェンシー1件・転院搬送1件の計6件であった。救急救命士同乗によるドクターカー診療加算を取得できるよう今後も教育及び体制の整備に取り組む。

手術室としては、中央手術室との連携の重要性が課題となった。なかでも腹部大動脈瘤破裂による救急搬送に対して、心臓血管外科と救命診療科が協働で診療にあたるため、円滑に看護師が対応できるように整備する必要があった。それに必要な診療材料の整備や、勉強会を実施し、りんくう手術室と協働し運用マニュアルを作成した。今後は症例があるごとに評価しつつ調整をする。

《救命ICU (EICU)》

一概要と取り組み一

EICUは三次救命救急センターにおける集中治療室として、18床の病床に重症外傷患者を恒常的に受け入れているユニットである。病棟運営を支える約50人の看護師が医療チームの一員として、多職種と協働して質の高い看護を提供することを目指している。

今年度のEICUは、全スタッフが病棟運営について共有でき、効率的な看護を提供できる環境を作ることと、患者・家族の意向に沿い安心安全で充実した看護ケアを提供できることを基本的な目標とした。

病棟運営に関しては、財務の視点を持って救命救急加算が適切に取得できる病床管理・病棟運営を目指した。稼働率94.6%、在院日数7.7日の実績において、救命救急加算3の8床は加算率48.6%、救命救急加算4の10床は76.4%であった。加算率が十分に伸びない理由には、病棟からの再入床があることを表している。病院統合後、院内の重症患者を必要時に受け入れて急性期病院の使命を果たしていることを意味している。治療に寄り添いながら、人工呼吸器早期離脱やせん妄発症率の低下を看護介入することにより実施した。

家族ケアに関しては、高齢者を中心とした意思決定支援に力を注いだ。倫理プロジェクトチームを発足し難渋事例を中心に年間25件のカンファレンスを実施した。中には看護師が主体となり医師と共に行えたデスカンファレンスを経験することができた。また突然の発症で家族が混乱する状況の中で、医師の病状説明の理解が十分に促進されることを目的に、病状説明前後の家族への介入を232件実施することができた。

重症な病態の患者やその家族へ、知識や技術の活用のみならず、関係性の構築まで短い時間で最大の成果を出すためには、学習するチームであることが必須である。さまざまなレディネスを持つ50人のスタッフがグループ制を取り目標を設定して達成に向けて自己研鑽した。お互いが刺激し合える関係となり、支え合いながら相手のニーズに寄り添った看護師にしか行えないケアをこれからも追求していきたい。

《5階山側救命病棟》

一概要と取り組み一

『患者の安心と満足を目指して看護を語る風土の構築』をスローガンに掲げ1年間取り組んだ。急性期医療を安全に提供することはもとより、急病に伴う患者・家族の生活変化にも目を向け早期から退院支援に取り組める体制を目指した。

5月にはMSW・地域連携看護師の協力を得て学習会を開催し全スタッフが退院支援に関する学習を深めた。また自部署に所属する急性重症看護専門看護師を中心に、看護倫理に関する基礎的な学習会も開催した。これら学び得た知識を患者の看護計画に反映できるよう、記録の小集団活動による質的監査を複数回実施した。スタッフ参画型の監査としたことで、患者について語り合いながらよりよい看護、よりよい看護計画について語り合う機会が確保出来た。監査結果においても看護計画の追加修正に関する項目で大幅な改善が得られており、患者状態に応じた看護計画の立案ができてきていると考えている。2月に導入した定例カンファレンスは、よりよい看護を語り合う風土の構築にとどまらず、患者を多角的な視点で捉えて検討する貴重な機会となっており、成果について継続評価していく予定である。

入院患者の1割程度が嚥下機能の向上を目指す摂食機能療法の対象者であった。日々介入する看護師の技術向上に向けSTの協力を得て学習会を開催した。スタッフが患者を体験する演習形式で実施した学びを活かし、患者に寄り添いかつ効果的な介入により成果を高めていきたい。

病棟の稼働状況は、年間入院数673名、病床稼働率94.7%、救急加算取得率82.1%であった。急性期の時点から患者家族のニーズに沿ったよりよい看護を提供できるよう、チーム力のさらなる向上に努めていく。

《急性期ケア推進室》

—概要と取り組み—

急性期ケア推進室では、認定・専門看護師が各専門領域の看護実践向上とチーム医療の推進に取り組んだ。主に、1)人材育成の支援活動、2)チーム医療推進、3)看護実践の向上を目指した相談と指導、調整活動を行っている。室員はほとんどが兼任であり、総数19名で構成されている。在籍の認定看護師は、感染管理・皮膚排泄ケア・がん化学療法看護・がん性疼痛看護、緩和ケア、糖尿病看護、脳卒中リハビリテーション看護、集中ケア、救急看護、慢性心不全看護・認知症看護領域が計17名で、専門看護師は、急性重症患者看護領域が2名である。

1)人材育成支援活動:室員各自の専門領域に関する学習会を企画・開催し、看護師の実践力向上のための教育活動を実施した。部署の看護の質を向上させる人材育成のために8領域のエキスパートコースを展開し、11名が院内エキスパートナースとして認定された。地域の看護師も参加できる公開講座制度をとり、多数の参加者があった。次年度のエキスパートコース改定に向けて、シラバスや運用などの評価・修正を行った。

2)チーム医療推進:診療報酬対象となる医療チームのリーダー・メンバーとして参加し、チーム内の調整を行いながら実践・調整・相談を行った。Rapid Response TeamやCritical Care Support Teamの運用を改善し、よりよいアウトカムに向けて尽力した。急変率低下に向けてメンバー全員が意欲的且つ前向きに活動しており、今後はRRTとの連携や、各部署との連携を更に強化することで、患者の状態悪化や急変の減少に繋げていきたい。

3)看護実践相談:ケア困難な事象について、各室員が相談を受けている。倫理的問題を有する事例や感染相談活動、救急看護相談、急性病態患者の療養支援相談などの各専門領域の相談の他、エキスパートナースによる退院後訪問を行う在宅ケアチームを稼働し始めた。

4)その他:3回の市民健康講座(感染予防・糖尿病デイ健康フェスタ・救急フェス)を担当した。また室員各々が専門領域の学術集会に積極的に参加した。研究発表だけでなく、学校講師、各種セミナー講師やファシリテーター、執筆依頼を多数受諾し院外活動を行った他、院外を対象に通年開催しているBLS研修にも協力し、社会に貢献した。