

看護部

〔看護部人員体制／非常勤含〕

看護本部長 1 名、副看護部長 5 名、看護師長 21 名、副看護師長 4 名、主任 26 名、助産師 29 名、保健師 62 名、看護師 340 名、准看護師 30 名、看護助手 55 名、歯科衛生士 5 名、クラーク 59 名

(平成 30 年 4 月 1 日現在)

〔概要〕はじめに

看護部の基本方針「常に相手の立場に立ち、寄り添い質の高い看護を提供する」を基に、地域住民の皆様が安心して住み慣れた地域で暮らし続けられるよう「生活支援を支える医療・看護の視点」を重視し、取り組んでいる。

平成 27 年 4 月から 501 床のケアミックスの病院としてフル稼働し 3 年目を迎え、障がい者病棟 59 床を除いては、急性期一般病棟 294 床、ICU8 床、HCU20 床、地域包括ケア病棟 60 床、回復期リハビリ病棟 60 床の稼働率は安定してきた。本年度から PFM と退院調整支援室を一元化とし、看護介入の時期も幅を広げ、入院前から退院後の生活を見据え、患者さんの状態に合った支援がスムーズにできるシステムとした。

平成 29 年は翌年に診療報酬改定を控え、特に 7:1 及び「重症度、医療・看護必要度」の基準の見直しなどが変わることを前提に準備し、重症患者の獲得と適正病棟への移動、また在院日数の短縮など病院全体として取り組んだ。

〔平成 29 年度 取り組み・実績〕

看護部ビジョン・目標・BSC は、病院理念・院長方針、病院 BSC に準じて取り組んだ。看護部ビジョンは、地域に密着した切れ目の無い継続看護を目指すまた人材育成とし、看護部目標は、① PFM の一元化完成、②看護の質の保証をする (① 看護の質の保証≪看護基準／ラダー(看護師職能実践能力)≫の見直しをする ②継続した看護の提供 (①②は教育委員会報告参照)、③各部署(急性期・回復期・慢性期・地域)の看護、役割を果たす④ QC 活動とした。

①「PFM の一元化完成」は患者の価値中心の安心、安全で質の高い医療の提供とし、アウトカムに基づく評価・患者や家族への情報提供や相談支援・医療機関等に関する情報提供や公表・患者の選択に基づくサービス提供を具体策とした。

②「看護の質の保証をする」は、看護倫理綱領に基づいて看護を実践する(患者その人の意思決定支援をする)・看護基準・手順の厳守(新ラダーの定着、意識・技術の浸透)・手術予定患者のクリニカルパスの完成と実施・評価を目指した。特に、緩和・認知・口腔機能低下患者への配慮・対応(個別分野)とした。

③「各部署(急性期・回復期・慢性期・地域)の看護、役割を果たす」は、患者その人の状態・状況に合った看護の提供と評価ができる(アウトカムに基づく評価)・患者や家族等への情報提供や相談支援(各部署・PFM・退院支援/退院調整室)とした。

④ QC 活動は 12 題発表され、上位 2 チームを全国大会の発表とした。

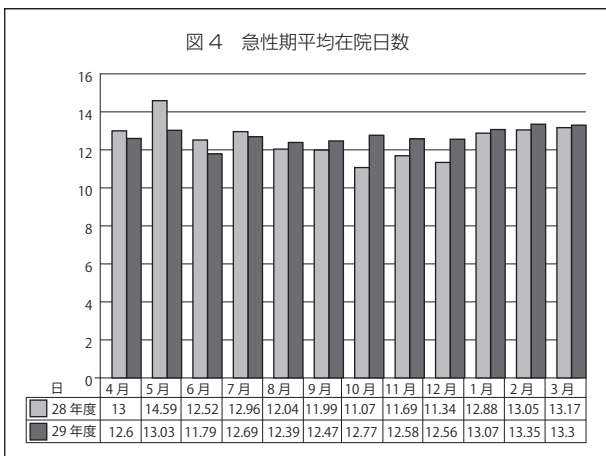
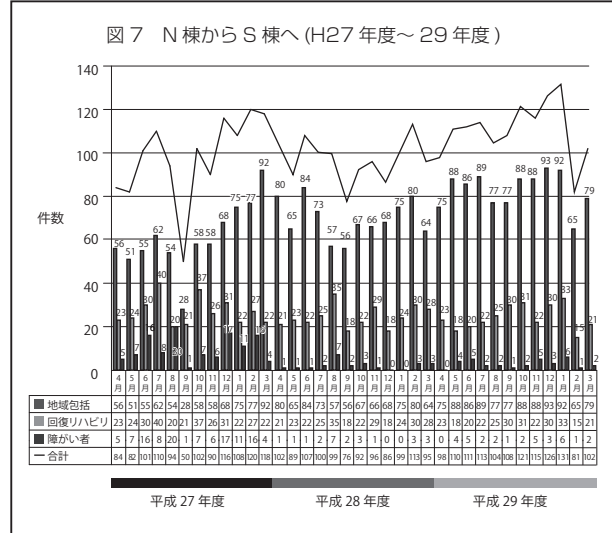
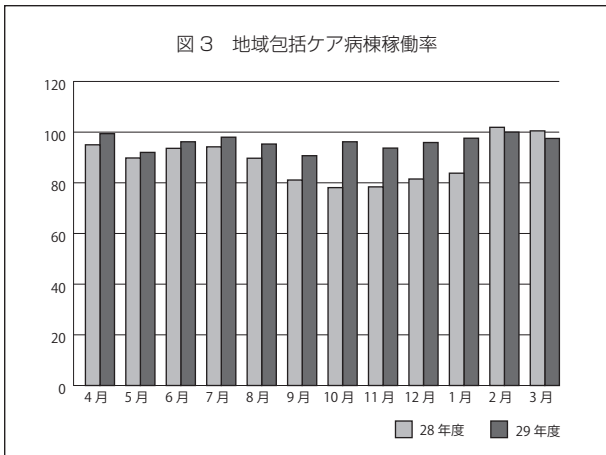
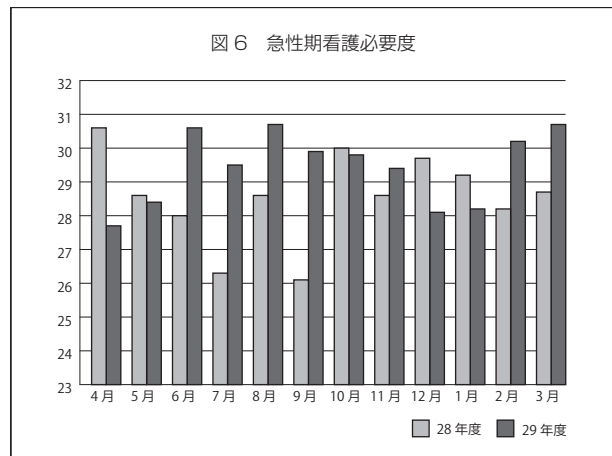
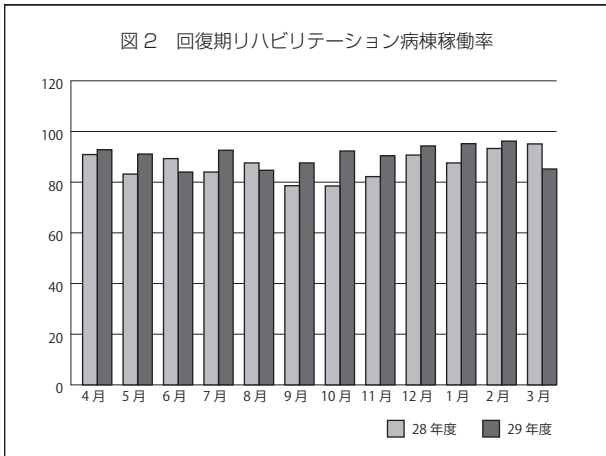
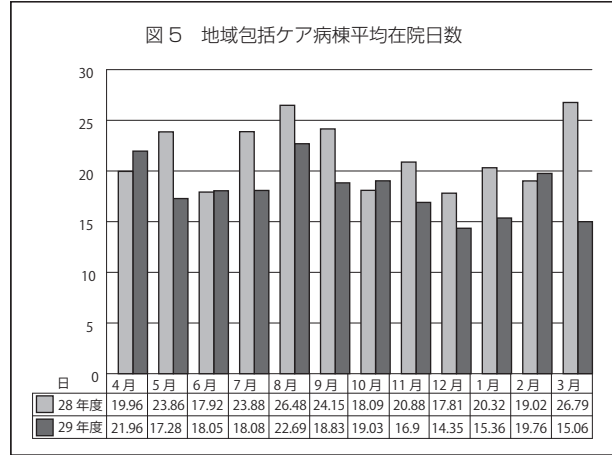
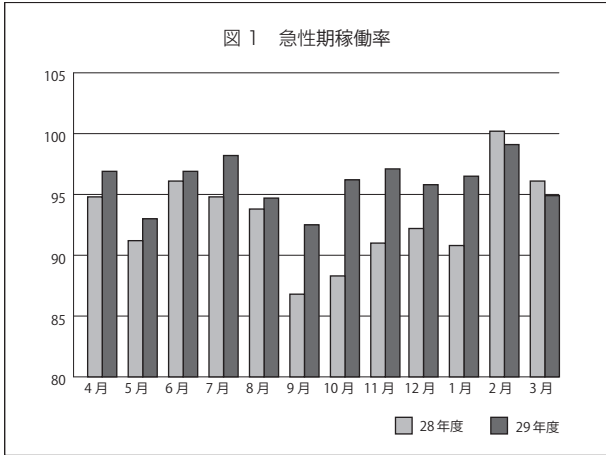
1) PFM システムの適正稼働の結果

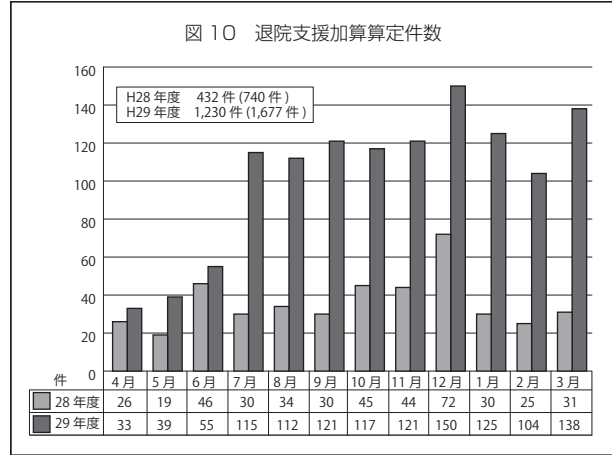
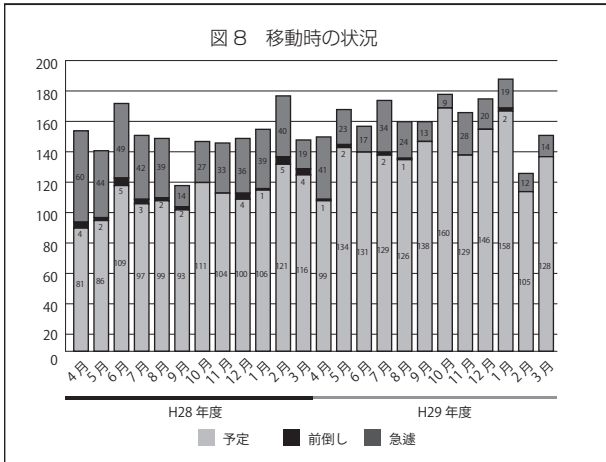
一般病棟の稼働は、PFM を中心に入院時から退院後の生活を見据え、患者さんの状態に合った看護の提供をスムーズにできるようにシステム化したことで、効率的な稼働となっている。今年度は 2 点を目標とし、実践した。

目標 1：病床の効率的運用

稼働率は一般 96% (図 1)、回復期リハビリ病棟 90.5% (図 2) 地域包括ケア病棟 96% (図 3)、平均在院日数は急性期 12.72 日 (図 4)、地域包括ケア病棟 18.11 日 (図 5) であり、平均看護必要度は、29.4% (図 6) であった。

今年度、病床を効率的に運用するために予約入院の割り振りを各病棟の看護必要度の推移を予測しながら行った。また、地域包括・回復期リハの各病棟をできる限り活用することを目標に、早期からカンファレンスで患者の方向性を確認し移床を行った(図 7)。しかし、現状の問題として予約入院は予約枠に制限がかけられず、重症度を満たせない予約入院患者であっても、入院させなければならない状況にあった。地域からの緊急入院の調整も困難であり、今後は入り口の整理(予約入院整理)を行う必要がある(図 8)。また、病床の偏りがあるため、看護必要度に偏りがでないようなコントロールが必要である。2018 年度は新しく入院支援加算が追加されるため、入院前からの介入をより密にすることで、在院日数を短縮させ高回転で病床コントロールする必要がある。

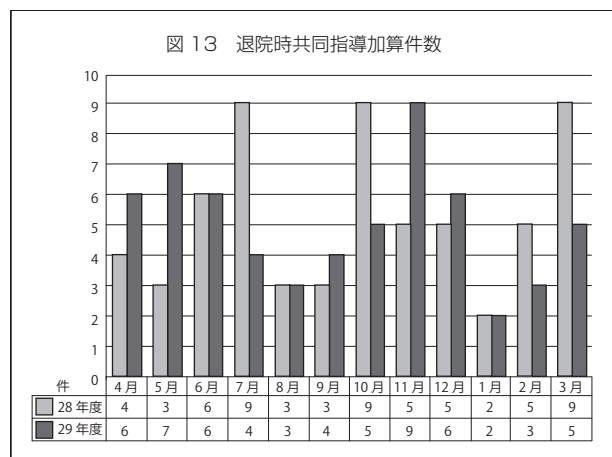
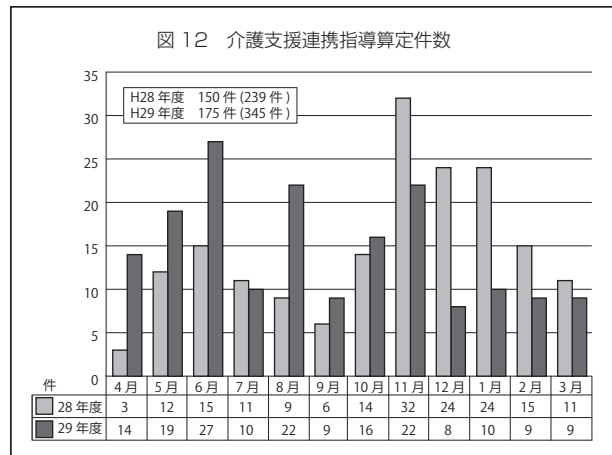
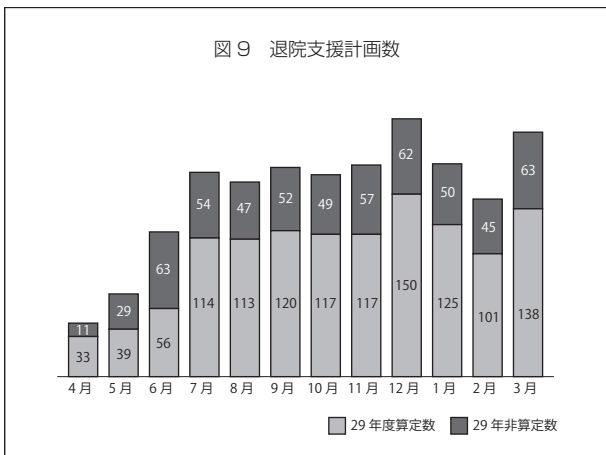
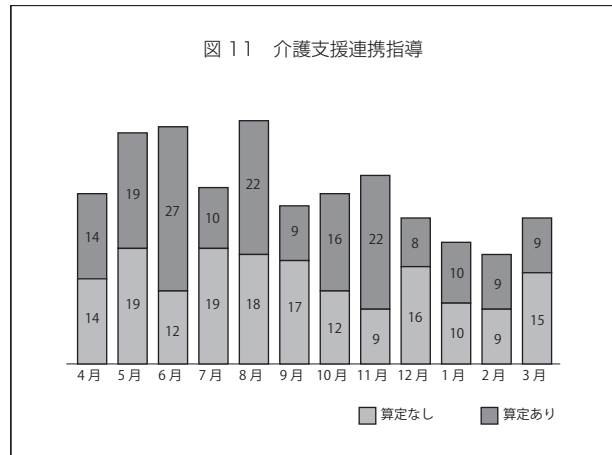




目標2：退院調整部門の機能強化

今年度は病棟と退院支援部門とのカンファレンスを各病棟週1～2回行い、早期から退院支援が必要な患者を抽出し、介入することで退院支援加算も昨年度の3倍に増やすことができた。また、退院支援部門が入退院センターと合併したことで連携がとりやすくなり、介護支援連携指導料の加算件数も増加した(図9.10)。

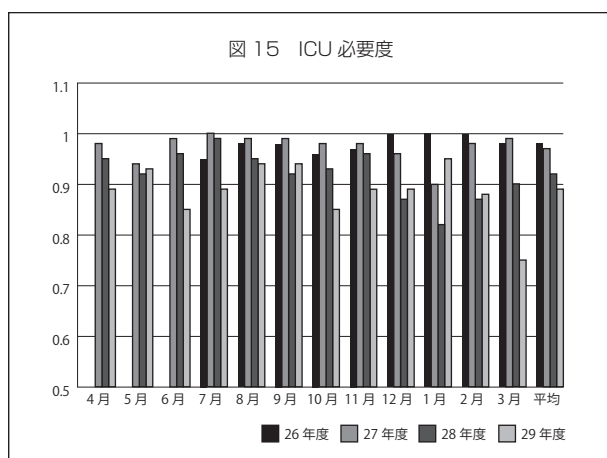
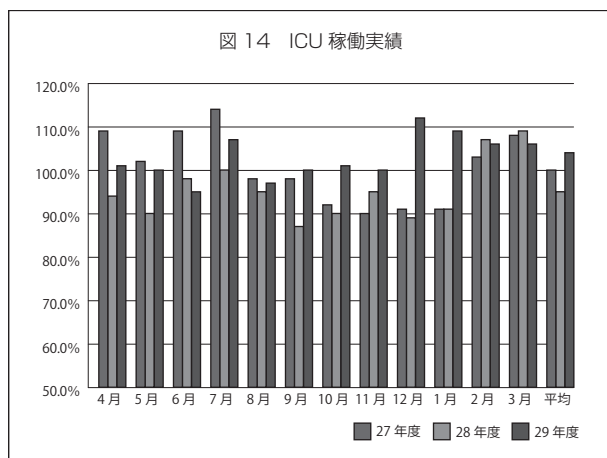
今後は、退院支援加算については担当MSWとPFMのNsが連携し、CSS上のPFM進捗一覧を活用し、スクリーニングの漏れやカンファレンス未実施がないように確認していく。また、入院前の情報を元に退院支援を計画できるように介護連携指導書(入院前の患者情報)の共有を積極的に依頼する。さらに、今後の退院時共同指導の算定要件が緩和(同一法人の訪看が算定可能)されるため、急性期で早めの調整を目的とした退院前のカンファレンスが実施できるようMSWを病棟担当とした(図11.12.13)。



①一般病棟・ICU・HCU

診療報酬改定後は重症度、医療・看護必要度25%以上が必須となり、医師の認識の変化や協力が不可欠であり、病棟師長の日々の努力と主治医の協力が大きかった。患者が安心して入院また退院後の生活ができるように、急性期病棟の師長を中心に、患者に適した療養環境を持つ病棟を選択することが重要である。基準に添った病棟の効率的な運用に向けて、在院日数や重症度、医療・看護必要度の管理を行い、管理指標を維持できるように努力した。結果、稼働率、在宅復帰率が共に95%以上を維持できた。

現在ICUは8床、HCU20床を稼働させているが、一般病棟とのバランスを保ちながら重症度、医療・看護必要度の維持やベッド稼働率80%以上の確保ができた。今年度ICUの稼働実績は、80%から84.6%に増加した。(図14)



しかし、重症度、医療・看護必要度は92.5%から88.9%とやや低下した(図15)。これは、平均在室日数が1.06日延長したことも考えられる。また入室件数から見ると、予定入室が50件減少した半面、緊急入室が20件増加している。術後の予定入室だけでなく、重症患者に対し、集中的治療が提供できるようICUを運営していくことが、急性期病院の役割と考える。

ICU、HCUでも共に患者の入院と同時に退院後の生活を考えた介入をMSWに依頼した結果、多くの場合、支援・介入は一般病棟へ転棟後になっていたが、今年度は早期の介入による結果を出すことができた。

②回復期リハビリテーション病棟

「回復期リハビリテーション病棟入院料1」を算定し、平成29年度の平均入院患者数52.1人、平均稼働率88.1%であった。目標稼働率の93%は下回ったが、前年度と比較し、3.2%増となった。疾患別の内訳は、脳血管疾患63%、運動器疾患38.5%であり、全国平均では、脳血管疾患が45.9%であるため、脳血管疾患患者を多く受け入れていることが病棟の特徴である。病棟目標である「回復期リハビリテーション病棟入院料1に応じた適正稼働」では、施設基準である「新規入院の重症患者(日常生活機能評価10点以上)」は、平均43.5%であり、「在宅復帰率」は、平均87%、「退院時の重症患者改善率」は、平均82.7%であり、いずれも施設基準の維持ができており、適正稼働ができたと考えられる。

自宅退院する上で困難な要因となる排泄の自立を病棟目標とし、排泄アセスメントシートを作製、使用した。患者に応じた適切な援助を検討し、尿道カテーテル留置12名中10名が、カテーテル抜去となった。尿路感染症で急性期治療が必要になったのは2例のみであった。また、QC活動や看護研究でも、排泄に関して行い、看護研究では「外泊評価シート」を使用し、外泊中に排泄動作について評価し、課題を明確にし、入院期間中に訓練内容の見直しをするなどスタッフ全体で取り組みを行った。排泄動作の自立の援助については、今後も継続して取り組みを行う予定である。

③地域包括ケア病棟

平成 26 年 9 月より地域包括ケア病棟として稼働し 3 年半が経過した。施設基準に沿って、院内での急性期病棟からの受け皿として、急性期後のリハビリや退院支援が必要な患者を対象に受入れを行ってきた。また PFM を中心に、ポストアキュート病棟で患者検討会議を実施し、指標に合う患者の選定・受入れを行った。看護師（退院調整看護師含む）が中心となり転入後は毎週退院支援・調整カンファレンスを、MSW、薬剤師、栄養士、理学療法士と共に実施した。結果、稼働率は 95.6%と前年度より 6.6%上昇し、在宅復帰率は 87.2%と前年度より 1%上昇した。病床の回転率も高く、在院日数は 21.6 日から 17.0 日という結果であった。

平成 30 年 4 月からの診療報酬改定を視野に入れ、平成 29 年 12 月から、入院予約患者を直接受け入る事とした。以後 4 ヶ月間の直接入院患者は 1 ヶ月平均 19 人であった。患者の疾病の内訳は、眼瞼下垂手術目的や DM 教育目的入院患者が主であった。直接入院患者を受け入れることにより、受入前後 4 ヶ月間でのみ比較をすると稼働率 3%上昇、在宅復帰率 5%の上昇となり、在院日数は 15 日といった結果であった。

④障がい者病棟

平成 28 年 9 月に多剤耐性菌（以下「MDRP」という）感染者が発生し、同年 12 月 9 日院内感染に係わる第三者指導を受けた。1 年経過したところで、平成 29 年 12 月に新たに多剤耐性菌（以下「CRE」という）感染者が発生し、同年 12 月 27 日に院内感染に関わる第三者（派遣指導員）より指導を受けた。標準予防策を基本とした手指衛生の徹底と、感染エリアと非感染エリアの完全病室分離、要因となる感染源の追及を示唆された。全ての業務を見直し、交差している物や業務、物品の不足など ICT 委員と共に検討し、経管栄養ボトルが感染エリアだけでなく非感染エリアにも交差していたため、洗浄機を設置し感染症の物品洗浄を感染エリアで行うようにした。汚染物は尿器から紙コップ式ディスポーザブルに変更し、接触を避け感染防止に努めた。職員の教育として、手指消毒後の寒天培養を行い、結果、半数が合格ラインに至

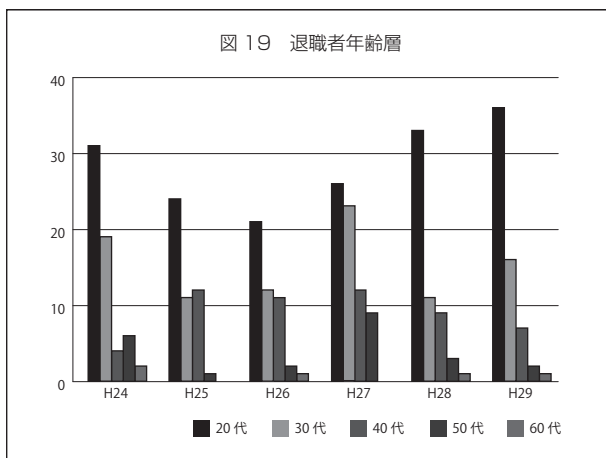
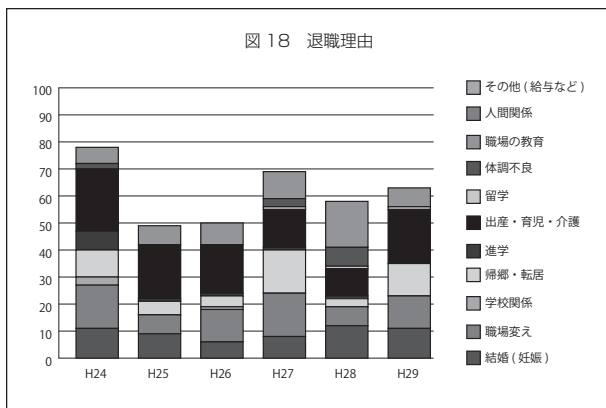
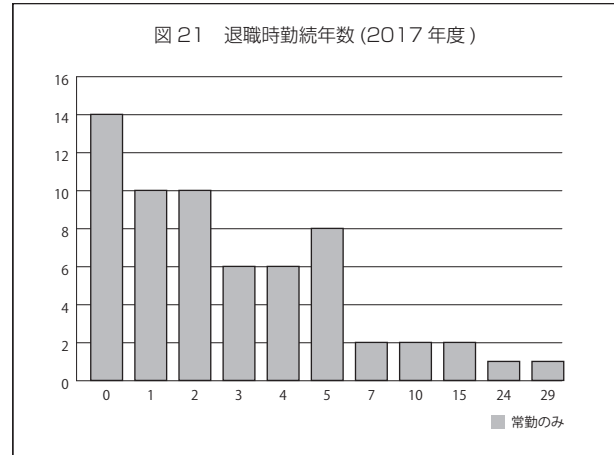
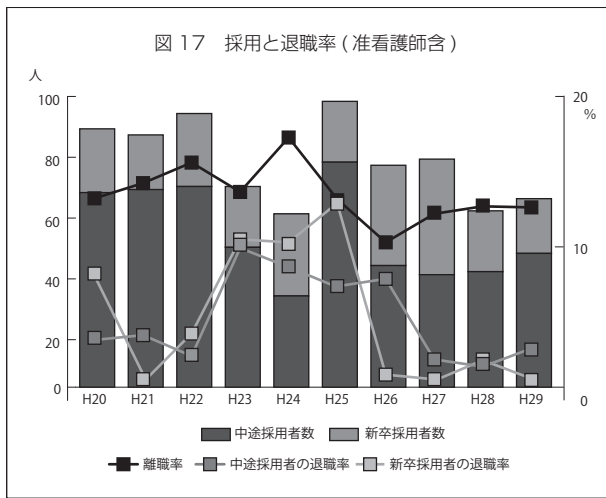
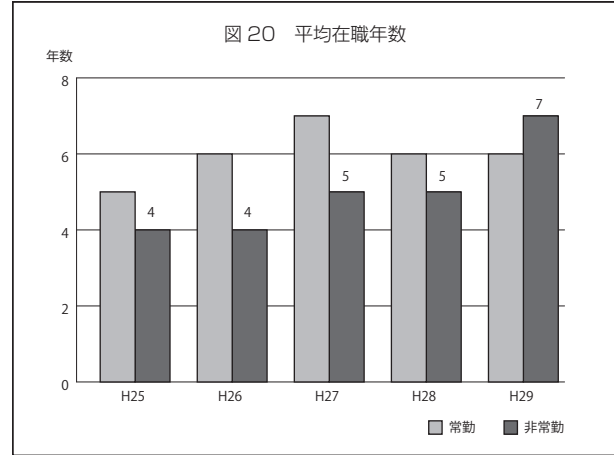
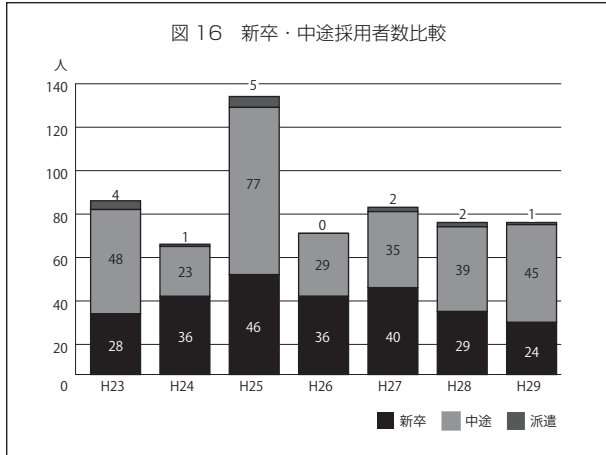
らなかったが、これを基に再度、手指消毒の指導を行い、徹底した手指消毒の方法を習得するように学習会を行った。

第三者（派遣指導員）の見解は、新たに CRE が検出されたことから、細菌検査を従来通り行い、病室の環境培養や中途採用者を含むスタッフの感染防止に対する教育の強化、エリアを分離し原因を追究することで、感染の検出がない状況にあれば非感染エリアの新規入院の検討をするに至った。しかし、このような状況になって 1 年半が経過しても、他施設からの神経難病患者の受け入れに対する問い合わせが多く、岐阜大学病院や県総合医療センターなど多数の患者が、障がい者病棟への入院を待っている状態である。御自宅からの問い合わせもあり、地域住民の方々に早く安心した療養生活を過ごしていただけるように、スタッフが一丸となって感染対策に取り組んでいく必要がある。

4) その他 魅力的な職場を作る

①離職率上昇

平成 29 年度の入職者は、新人 24 名、中途採用者 18 名であった。看護部 BSC により各々の目標を明確にすることで、人間関係を理由とした退職はなかったが、退職率は 14.0%で前年とほぼ同様であった。退職理由は、結婚、転居、キャリアアップが上位を占め、年齢層は 20 代が多く 60%を占めた。新人退職率は昨年同様 10%であり家庭の事情、個人の仕事に対してイメージの違いなどである。平均在職年数は常勤 6 年、非常勤 7 年である。平成 29 年度のみを比較すると、1 年～3 年目が多く、4 年目以降は年数を重ねるごとに少なくなる。3 年以下の場合は奨学金貸付者が経過措置のなくなる 3 年と同時に、退職に至ることが多い。当院は看護師確保については奨学金貸付者を中心に行っているが、今後は病院や看護自体に魅力を感じ当院を選んでもらえるようなマグネットホスピタルを目指したい。育児休暇からの復帰後は日勤常勤希望が多いが、退職者は 0%である。（図 16.17.18.19.20.21 参照）



②病棟再編に専門性の高い看護師の力を活用

急性期一般病床(ICU/HCU 含)・地域包括ケア・回復期リハビリ・障がい者病棟の各病棟が、地域や連携医療機関から患者を受け入れ、それぞれの病棟で在宅復帰を目指す必要があることをさらに実感した。同時に、ケアミックス型病院が陥りがちな病院完結型医療を排除し、早期の在宅復帰を支援することを課題とし計画的実施をすることで、各部署の在宅復帰率は基準値を十分クリアできている。

「患者の生活を支える視点」で入院から退院までの情報収集と一貫したサービス介入を開始した「PFMセンター」は、PFMと退院調整室が一元化することでさらに患者の流れをシステム化できた。(PFMセンター報告参照)

一般病床については、入院ベッドの決定や患者移動は師長に権限をもたせ、医師の協力を得ながら行っている。患者、家族に対しては主治医・病棟師長から説明し、同意を得ることで円滑な移動を行っている。クレーム発生予測時には速やかに病棟師長が対応した(個室を用意するなど)。その為に、看護師や看護助手を含め

たスタッフがアンテナを張り巡らせ、大きなクレームにつなげない努力をしている。

おわりに

平成 29 年度は、スーパーケアミックスの病院としてフル稼働となり、PFM を中心に早期の在宅復帰を支援することが地域のニーズであると考え、取り組んだ 1 年であった。各病棟の特殊性と役割を十分認識し、患者が満足できる体制として、PFM を中心に病棟師長が日々管理するシステムにすることで、患者のスムーズな流れはできた。しかしながら、ほぼ満床な稼働率とは反して、重症度、医療・看護必要度が基準に満たない患者も多く、7:1 等の基準を満たすための努力が必要であり、医

師、他コメディカルの協力なしではできなかった。

PFM では、外来受診から入院までの期間の平均 13.5 日を利用し、入院決定時からさまざまなサービスの提供が開始となり、患者にとって安心・安全に過ごせる病院として質の向上を目指している。

平成 30 年度は診療報酬改定で 7:1 の考え方や重症度、医療・看護必要度が大幅に変更される。それらも含めて、今後更なる人材育成と地域住民の皆様にとって病院が「再生」「支援」の場所でありたいと願っている。そのために、人材確保と共に「看護師の能力開発」と、看護師が働き続けられる意欲を持つために看護の醍醐味、やりがいを感じられる環境や機会が重要だと思われる。

[文責：安江三枝子]

現任教育

新人研修オリエンテーション研修：施設全体の研修が3日間、看護部の研修として現場研修を含めて15日間の研修を行った。全体研修では昨年と同様、“当院の理念”“経営管理”“BSCの取り組み”“医療倫理”“医療人としての接遇”の研修を他職種と共に受け、医療人としての姿勢を考えることができた。看護部だけの15日間の研修内容は、看護部理念の理解から採血、輸液の看護技術、地域連携での役割等幅の広いものであったが、隔日に現場研修を入れることで、臨床での実際と結びつけることができた。特に“重症度、医療・看護必要度”については、年々高い精度が求められており、より実践的な研修が必要になってきている。“倫理”については講師を看護部長だけでなく、院長、副院長に拡げることで様々な視点で倫理について考える機会となったと共に、臨床で起こりうる事例を通して考えることで新人にも“倫理”が身近なものに感じられたようである。

ローテーション研修：本年度は各病棟の勤務時間数のことを配慮し、新人については自部署の夜勤までできるようになってから、計画することにしたため対象者はいなかった。経験年数3～4年の看護師を対象に、自身のキャリアを考える機会とする目的で行った。その結果、部署異動を希望する者もあり、一部目的は達成できた。

実施指導者による支援：看護提供方式をPNS（パートナーシップナーシングシステム）とし2年が経過した。昨年度は初年度で試行錯誤を繰り返して、当院の看護師の経験年数層、人員数からPNSをそのまま取り入れることは難しいことがわかり、アレンジした形で“まつなみチームナーシングシステム”をつくりあげた。来年は導入していく予定である。新人指導も担当実施指導者を中心にチームで行った。以前のようなプリセプターとのマンツーマンの関係ではなく、チーム内での日替わりペアでの指導であるため、チームメンバー全員が新人の成長に関わることができた。加えて指導者には、いつも新人に見られている緊張感が生まれた。また、いつもペアで動くため新人も安心感が得られたようである。さらに、今年度から新人教育の実施指導者・教育担当者研修修了者向けに研修会を設け、新人教育の充実を図ることができた。

新人研修：今年度もフィッシュ哲学を取り入れたモチベーションアップのためのフォローアップ

研修を6月、9月、1月に行った。6月は社会人として、看護師としての意識を持てるよう、そして仕事が継続できるよう“自分のいいところ見つけ”を行った。また、9月は夜勤の独り立ちにもなつてぶつかっている壁について話し合い、自分たちで解決を図った。1月は次年度の新人を迎える準備として“ようこそノート”を作成した。同期が集まり、それぞれが悩みを共有することで各自が自己解決を図れていた。多重課題・業務中断のシミュレーション及び輸液ポンプ、シリンジポンプの実技テスト、ペーパーテストについては全員が役に立ったと答えているが、実技テストに関しては全員が合格するのに3ヶ月を要した。

クリニカルリーダー研修：

リーダーⅠ：前期はチームメンバーとして報連相の重要性や倫理的な視点を持つことの重要性を学んだ。後期は現場で最低限必要な実践的知識を学べるようにした。一年を通して継続的に自身の行動を振り返る機会を設ける必要がある。

リーダーⅡ：自分の受け持ち患者のカンファレンスを通して主任・師長に指導を受けることで、個別性をふまえた看護計画まで到達することができた。リーダーの役割については講義から理想のリーダー像を考え実践し、チェックリストで評価を行い到達できた。

リーダーⅢ：自部署でのスタッフレベルの問題を抽出し、リーダーシップを発揮しながら計画的に解決に取り組んだ。うち2名はQC担当であったため、指導を受けながらうまく改善ができていた。PM理論に基づいた自己のリーダーシップスタイルを知る研修では、取り組み前後で評価が悪くなった者もいた。評価対象者への調査用紙の配布が本人を通じてされていたので、バイアスがかかってしまった。配布の仕方も工夫すべきであった。

リーダーⅣ：リーダーⅣでは「看護倫理」と「看護の概念化」の2つの目標を立てて研修を行った。対象者が外来系の看護師に偏ってしまったため、倫理カンファレンスの内容や看護観が短時間の関わりでしか、考えられない内容にとどまってしまった。各自の看護の概念化まで行きつけなかった受講生もあり、講師の方で補う工夫が必要であった。

各リーダー研修に組み込まれている「看護観」は今年度も継続して行った。例年、リーダーごとにレポートを書き冊子としてまとめるため、過去の自分の看護観を振り返りながら、自分の成長も実感

できていた。グループディスカッションやレポートの内容も年々、質の高いものになってきている。今後は現場でのリフレクションが促進されるよう検討していきたい。ラダーⅣでは並行して看護研究コースを受講し、1年間看護研究に取り組んだ。結果は看護研究コースに掲載する。

看護研究コース：今年度は、中部学院大学教授の足立はるえ先生に個別指導をお願いした。研究計画書までのものが2名いたが、6名のものは論文まで作成することができた。昨年度の反省から、2年継続で完成させることも可能にしていたため、来年度も複数年かけての完成を目指したい。

継続看護コース：昨年度から退院支援ナースの育成を目指して継続看護コースを2年コースで開講した。各部署1名以上の師長推薦で開始したが、途中で継続ができない者もあり2年目が終了できたのは10名であった。2年かけての学習であったため個々の成長はあったが、退院支援ナースとして認定するにはハードルが高く、最終試験に合格できたものは3名、補修で合格したものが2名であった。5名の合格者に関しては訪問看護との人材交流を数ヶ月実施し、病院での退院支援ナースとして活躍することを期待したい。

マネージメントラダー研修：各マネージメントラダーはMⅠの3名、MⅡ4名、MⅢ5名、MⅣ10名という少人数で、講義とディスカッションを通して学ぶことが多く、各自の意見を言葉にする機会となりマネージメントラダーの研修としては適切なものとなった。また、MラダーⅢ・Ⅳでは主任、副師長等役職者が研修生に入っており、日頃の実践を振り返りながらの実のある研修になっていた。マネージメントラダーに関しては研修終了後、複数年の実践を通して認定される事になっているため来年度以降の成長に期待したい。

ナーシングサポート、ナーシングスキルの活用：ナーシングサポート・ナーシングスキルの使用は小さな子供を持つ職員やパートで働く職員の学習意欲を高めている。昨年度の活用度を踏まえて、各ラダーの研修必須項目にし、部署目標を立案し教育委員会で毎月確認した結果、部署ごとに差があったものの平均して80%の活用度になった。外的動機付けではなく、内的動機付けによる活用促進を図るにはどうしたらよいか、また、臨床実践能力との連携も今後の課題である。この2つのツールに関しては、契約に関して年間大きな額の投資

がされているため今後はさらに活用度を高めていきたい。

看護補助者研修：今年度は昨年度の反省を活かし、ナーシングサポートのeラーニングと実技を含めた演習を隔月に入れ、認定看護師の協力を得ることで非常に実践的な研修になった。今後は、看護師が教育するという考え方だけでなく、看護補助者自らが自己教育力を高められるような方法を考えていきたい。

クリニカルラダーの見直し：今年度は日本看護協会がJNAラダーを作成したことにより、当院が今まで活用してきたラダーとのすり合わせが必要となった。昨年手がけた「クドバス」を活用したラダーの見直しと二重の作業となり、非常に煩雑な作業をすることとなった。また、ラダーの段階が4段階から5段階に増えたことで該当ラダーの修正が必要となった。来年度は移行期間となるため、再来年には正式運用としたい。

次年度にむけて：3年前から「キャリア開発プログラム」を冊子として作成し、体系的に各自のキャリアを考えられるようにした。今年度の反省として各ラダー研修の到達目標の設定や合格基準の曖昧さが指摘されたため、来年度は①研修の企画意図②到達目標③評価方法④合格基準の4点について、各ラダー間の差をなくすよう計画する必要があると考えている。また、各研修は教育委員会で担当者を決定し、計画～評価まで行うが、より効果的にするため、各研修に担当副部長をつけ、研修前後の目標到達度を評価し、不足している内容について補うことで到達させていきたい。また、各研修のレジュメ作成時に研修生のレディネスを基にもう一度検討することを強化したい。各自の主体的成長の促進を行うことはできたが、年度末のラダー認定合格率はⅠ・Ⅱ67%ラダーⅢ・Ⅳ76%（昨年62%、一昨年54%）であった。やや上昇はしているが真の臨床実践能力にはなっていない現状が見られた。この原因として考えられる最も大きな要因は、昨年度と同様OJTとoffJTの連携である。今年度は研修ごとにoffJTで学んだことをOJTで実践するよう事後課題を出し、各部署責任者が評価をするようにした。来年度には「MGHトレーニングセンター」が完成し、個々の実践能力に合わせたトレーニングが行えるため、実践能力の強化に一役買ってくれることを期待している。

〔文責：松波恵美子〕

委員会活動 等

【教育委員会】

平成 29 年度は 1. 知識・技術を統合し、患者の状態に合わせた看護実践ができる。2. 患者の安全・安心を確保した看護が提供できる。3. 患者の人権を尊重した倫理的・法的実践ができる。4. チーム医療を活用し、切れ目のない継続看護ができる人材を育成する。という目標のもと 1. 院内研修の計画・実施（動機付け、研修内容の伝達と把握、現場での活用）・評価を行う。2. 「松波チームナースングマニュアル」の作成と定着を行う。3. 「看護研究マニュアル」の修正を行う。4. 「松波ラダー」を JNS ラダーとすり合わせ修正し完成する。5. ローテーション研修の有効活用により個々のキャリアアップを図る。として活動を行った。

今年度は各ラダー研修に看護観、看護実践（シミュレーション）、医療安全、看護倫理を必ず入れ、段階的に学習できるようにした。特に倫理研修に関しては「看護者の倫理綱領」を基にラダー I での基本的理解から、ラダー IV での倫理カンファレンスまで段階的な学習を行った。実践で活かされているかは今後の評価が必要である。また、多重業務、アセスメント・報告、救急対応などシミュレーションを取り入れることで、座学だけでなく実践力も高められるよう工夫した。昨年度導入した継続看護コースでは 2 年の研修を終えて 5 名の退院支援ナースを育成した。今後は、訪問看護との人材交流によってより実践力を高める予定である。PNS マニュアルに関しては試行錯誤の結果、「松波チームナースングマニュアル」を完成させた。今後は現場への浸透と定着を図りたい。「看護研究マニュアル」に関しては修正され、来年度から運用できるまでとなった。各ラダーの事後課題に師長による実践確認を入れたことで OJT と off JT の連携も昨年度以上にできた。今年度は「松波ラダー」を JNS ラダーとすり合わせるといふ壮大な作業に取り組んだが、各委員と師長の努力で何とか完成することができた。来年度は移行期間とし、再来年から実質運用としたい。ローテーション研修に関しては 3～4 年目の看護師が自己のキャリアを考える上で良い機会となったようで、これを機に異動を希望するものもあった。全体として目標達成率 90% であった。来年度は新設された「MGH トレーニングセンター」を活用し、より実践能力を強化ができる教育プログラムを作っていきたい。

〔文責：松波恵美子〕

【基準手順委員会】

1. 看護部が保有するマニュアル 37 冊の見直し及び紙ベースからデータ入力を行い、電子化準備を行う。2. 現場でナースングスキルがスムーズに活用でき、ナースングスキルの活用を推進する。の 2 点を昨年度より引き続き目標に挙げ活動を行った。

委員会が管理しているマニュアル以外の 19 冊を部署ごとに担当を割り振り、電子化のためのデータ入力を昨年度終了することができたため、今年度は削除、追加項目及び内容確認を行い、マニュアルの電子化に向けて更なる見直しを行うことができた。マニュアルを電子媒体で管理し、ベッドサイドでマニュアル確認が行える準備が終了した。

ナースングスキル実施率到達目標を 90% とし、今年度も各部署に関連のある手順に関して学習し、手順の再確認及びテストを実施することで知識の確認を行った。各部署インターネット環境を整えてもらうことができ、ナースングスキルを実施していないスタッフに対し個別に対応し、目標を達成することができた。ナースングスキルは年間を通し、計画的にエビデンスに基づく手順改訂や見直しがされており、動画による手順確認の項目も増加しているため、更に利用しやすくなり、今後はタスクトレーニングでも活用していく予定である。各部署でのナースングスキル活用の推進を続け、看護の質の保証を続けていく必要がある。

〔文責：高橋久枝〕

【看護過程委員会】

平成 29 年度は「患者に必要な情報を多方面から収集し、共有することで入院前から退院後まで統一した看護の提供ができるよう看護過程の展開を行い実践する。」ということを目的に 1. 看護必要度の監査と評価の定着（H ファイルとの整合性）2. 患者情報の収集、カンファレンスの実施が実践に活かしていけるよう指導する記録の監査を行い各部署へフィードバックを行う。3. 標準的な看護の提供ができるよう看護計画とケア予定の整備（電子カルテ整備）4. 記録の監査を行い各部署へフィードバックを行い指導することを目標とした。

1. 看護必要度の監査と評価の定着に対しては、実際の評価と H ファイルでの評価を比較し監査を行い、部署ごとに指導を行った。今後も監査を継続していく。2. 患者情報の収集、カンファレンスの実施が実践にいかしていけるよう指導する記録

の監査を行い、各部署へフィードバックを行うことに関しては、カンファレンス件数、内容を確認し、各部署へのフィードバックを行った。今後は、病棟での多職種カンファレンス、倫理カンファレンスの内容を確認していく。3. 標準的な看護の提供ができるよう看護計画とケア予定の整備（電子カルテ整備）に対しては、電子カルテ上の略語の整理を行い、患者情報が確実に収集できるよう問診票の見直し、修正を行った。今後、新しい問診票を活用し、より入院前の情報を確実に収集することで退院支援に活かしていく。4. 記録の監査を行い各部署へフィードバックを行い指導することに関しては、監査表の見直し・修正を行ったため、来年度評価を行う。

〔文責：松浦郁恵〕

【接遇委員会】

平成 29 年度は医療接遇意識を高め、患者・家族とスタッフの満足度を向上することを目的に 1. Y E S & G O の継続・定着 2. 医療従事者としての身だしなみの徹底 3. 安心・信頼を得られる言葉使いの 3 項目についてチームで活動を行った。

1 については、ベッドサイドの入退室について 2 については、身だしなみとユニフォームのポケットについて感染・医療安全面も考慮して取り組みを行うことができた。3 の言葉使いについても、マナーブックを基本として実施を行った。各項目を継続して取り組みを行うことで定着することができている。全体評価として 94% 達成することができた。

また、退院時アンケートについて委員での話し合いを行い、改善する対策の検討を行った。その他に病棟ラウンドでは私服で委員がラウンドするなど本番を想定し、接遇向上に努めることができた。今年度から 2 カ月に 1 回の委員会活動となっているが、各チーム活動はスムーズに行うことができた。

〔文責：筋野恵里〕

【看護部医療安全委員会】

平成 29 年度目標として、1. 手順の遵守。誤薬事故（点滴・内服薬）に関する事故減少。目標値は、昨年度より 10% 減少（248 件）。2. 患者誤認事故 0 件。3. 生命に関わるチューブ（CV、挿管チューブ、ENBD チューブ）の自己抜去減少。4. 質の向

上、機能評価に向けての手順の見直しとした。

1. 誤薬事故（点滴・内服薬）に関する事故減少に関しては、283 件発生し目標に至らなかった。医療安全委員による手順の確認ラウンド、定期的な「点滴ライン確認」「患者確認手順」のチェックを実施し、手順の遵守に努めスタッフの意識を高めた。レベル 3b 以上の重大な事故はなかった。2. 患者誤認事故は、点滴の患者誤認 2 件、内服薬投与の患者誤認 6 件、計 8 件発生した。3. 生命に関わるチューブの自己抜去に関しては、15 例であり昨年度より 10% 減少し、レベル 3 b 以上はなかった。4. 質の向上に関しては、データの可視化、分析、情報の共有を行い、各部署がデータを見ることができるようシステム化した。現場でのスタッフへの指導ができるよう、重大事事故例の検討会、「医療事故調査制度とは、事象発生時の行動」「ヒューマンエラーとその対策」など 4 回の講習伝達を行い知識の共有を行った。手順に関しては、身体抑制の見直し、PDA での患者認証、内服薬の中止薬の手順の見直しを行った。3 チーム編成でのグループ活動は、血糖測定・インスリン未実施の対策検討、インスリンオーダーシステムの変更、搬出時の PDA での患者認証状況調査を行い来年度に向けての課題に対して、目標設定を行いながら取り組んだ。

高齢・認知症患者の入院患者の増加に伴い、転倒転落事故のレベル 4 以上の骨折事例が増加し、入院日数の延長につながるため、二次的障害を起こさない対策が求められる。

〔文責：酒井孝則〕

【周術期口腔機能管理・口腔ケア】

周術期口腔機能管理は歯科非標榜・歯科衛生士 3 人で本年度から取り組み、口腔衛生管理についても充実を図った。目標は、1. 地域歯科医と連携して周術期口腔機能管理を実施できる。2. 看護師、歯科衛生士との連携・協働により、効果的なオーラルマネジメントが実施できる。3. 病院内で歯科衛生士による専門的口腔ケアを実施することで医療の質向上を目指すとした。

実施内容：1 に対しては、地域歯科医師会との周術期口腔機能管理連携を 8 月から取り組みを開始したが、かかりつけ歯科医師への情報や歯科に受診する患者が少なく有効な連携がとれたとはいえない。2 に対しては、全身麻酔患者に対して術前・