

看護部

I. 看護部の歩み

看護部長 北目 順子

平成 11 年以降、10 年間のスタートは東館増床オープンで華やいだ活気があり、1 週間で 95%の稼働率とうれしい悲鳴をあげて、ベッドコントロールをしていた事を思い出す。

<平成 11 年 12 月 カルテ開示開始>

病院から診療情報の提供に関する指針が出され患者・家族が希望すれば情報提供をする事となり、看護部も患者さんにわかりやすい看護記録の見直しを行った。

<平成 12 年 2 月 病床ベッド管理の中央化>

ベッド管理は看護部が中心となり病棟婦長との連携で行っていた。しかし、新館が出来、稼働率のアップを考えると、ベッドの中央化の運びとなった。担当は事務部職員で病棟婦長との連携でスタートした。その結果、科別を越えて空いているベッドを共有する事ができ大きな成果が出た。

<平成 12 年 4 月 固定チームナーシング導入>

看護部は、入院から退院まで同じ看護師が受け持ち、患者さんの安心、安全を提供するシステムを導入した。この事で主治医制と同様、受け持ち看護婦〇〇ですと自己紹介をして、コミュニケーションを図り、継続したケアの提供ができるようになった。

<平成 12 年 6 月 ICU と昼間の救急外来の連動>

救急患者は、殆どが ICU に入る関係から、ICU の看護婦が交替で救急外来を担当する事により、検査、入院となっても患者・家族のコミュニケーションがとれ、治療の継続性もあり、連動の効果は期待できた。

<平成 13 年 4 月 3 階脳外科病棟に介護福祉士導入>

脳外科病棟は、ケア度が高く食事介助、入浴介助、リハビリ、体位交換、オムツ交換など介護福祉士が専門的に行う効果を考え 5 名採用した。1 年目は手探りであったが、2 年目は看護婦の指導の下、頑張ってくれた。しかし、有資格者同士のコミュニケーションのずれが生じ、平成 15 年 3 月で 5 名全員退職となり、この導入は失敗に終わった。

<平成 14 年 1 月 クリテイカルパスがスタート>

看護部は、パス委員会を立ち上げ、それぞれの病棟で作成されたパスを委員会で検討した上で使用開始とした。使用しながら、不備があれば又話し合い皆でパスを増やしていった。

<平成 14 年 3 月 看護婦を看護師に名称変更>

保・助・看護の一部改正があり、看護師に名称変更。当院では婦長を課長に呼称変更となった。

＜平成 14 年 6 月、7 月本館 200 床電動ベッドに交換、シーツ交換、環境整備を委託業者へ＞

看護師が本来の業務ができるよう看護師でなくても出来る業務を委託業者に渡し、ベッドサイドへ行く時間を十分取れるようにした。このことは他施設ではまだ導入されていないため募集時の売りになった。

＜平成 15 年は 定期昇給ストップになった＞

＜平成 15 年 4 月 東 3F 病棟と外科外来の連動＞

外科は、手術が多く在院日数短縮を考え、連動を実施した。その結果、外来・入院の状況が良くわかり、外来で入院前検査、入院オリエンテーションが済むため、全身麻酔でも前日入院、翌日手術が可能となり、患者・看護師共に効果があった。

＜平成 16 年 10 月 滝澤院長退任、11 月 遠藤院長就任＞

＜平成 16 年 4 月 病院機能評価受審プロジェクト設立＞

平成 17 年受審に向けて、明けても暮れても機能評価一色、各委員会の見直し、マニュアルの見直し、アンケート調査、診療録の一元化等々・・・大変だったけどやりがいはあった。

＜平成 17 年 6 月 機能評価受審＞

同じ目的に向かって、これ程病院職員全員が一つになった事があっただろうか。皆で頑張って 3 日間受審、そして 11 月に留保の結果が送られてきた。又改善項目の見直しを行い、平成 18 年 6 月合格通知を受ける。

＜平成 17 年 看護師定着対策として奨学金制度を成立＞

看護部は、早速活用して 2 名の看護師が認定看護師を取得するため大学へ行った。
(緩和ケア認定、WOC 認定) 給料の保障があるため、安心して学べる環境ができたと思う。

＜平成 17 年 エビデンスに基づいた看護業務の見直し＞

コストに関する意識改革の第 1 歩として、死後の処置料の提案、デイスコ製品の見直しなどを実施して大きな成果をあげた。

＜平成 18 年 診療報酬改定、マイナス改定、7 対 1 取得＞

当院は、4 月から全職員の 4 週 8 休を決めていた(土曜日休診) マイナス改定でこれを変更しては職員のモチベーションが下がる。そこで、何が何でも 7:1 取得と看護部、医事課、総務課の協力を得て計算、集中治療加算ベッドを 6 床から 8 床にする予定を、6 床のままでいけば、取得できると計算ができた。管理運営会議を通し、何とか取得できた。7:1 を取得する事で、看護師にはゆとり、患者には安全・安心を保障できた年であったと思う。退職率が平成 17 年 15%から平成 18 年 11%に減った事も喜びである。

＜平成 19 年度 7:1 の確保維持 集中治療加算ベッド 8 床へ増床＞

集中治療加算ベッドを 8 床にすることで、4 人夜勤となり 3 交替から 2 交替に変更ができた。この事で病棟との人事異動がスムーズになった。又、救急対応の充実が図れた。

＜平成 19 年 9 月 保育室“くりっ子”の開設 病児保育 4 床＞

女性医師、看護師確保定着のため保育室と病児保育の使用が可能になった事で、募集は声を大にして活動しやすくなった。

＜ナースコール入れ替え NISS 看護支援システム端末機導入＞

患者認証、注射オーダー確認ができる事で安全の保障、ヒヤリ・ハットの減少と効果が上がっている。

＜平成 20 年度 看護師確保が困難 退職者を減らす努力＞

当院でも看護師確保、定着対策は色々努力をしている。しかし、各個人の「ワーク・ライフ・バランス」の実施を目指して、働き方、働き続けられる職場づくりが大切である。今後は、多様な勤務形態を追及する必要性はあるが、絶対数を増やさない限り、普通に働いてくれる人に負担がかかる結果になる。そこをどうバランスをとるか・・・

まず、今いる看護師を辞めさせない事が大切であるのは言うまでもない。

＜平成 21 年 3 月 北目退任 4 月折笠新看護部長就任＞

20 歳を迎える病院、看護部長のチェンジを機に大きく成長してほしい。職員一人一人が病院のために何ができるか・・・

II. 平成 11 年から、看護部教育委員会の変遷

看護部教育委員長 折笠清美

＜平成 11 年＞ 固定チームナーシング導入に向けて外部の研修会、勉強会に参加、当院としてのマニュアルを作成した。教育委員会として各スタッフへの教育と共に管理職に対してはできる限り勉強会に参加してもらいスタッフがスムーズに導入できるようサポートした。

＜平成 12 年＞ 看護方式をチームナーシングから固定チームナーシング継続受け持ち制へと変更した。この事でチーム全員で見る患者ではあるが、基本的には受け持ちである担当が責任を持ち個別性を考えた看護計画の立案、実行そして継続性のある看護を意識づけた。同年、看護部の看護理論をナイチンゲール看護理論として明確に提示した。この、ナイチンゲール看護理論に照らし合わせて 2 年目の事例研究を開始した。

＜平成 13 年＞ 教育委員会 クリニカルラダー方式に則り、年間教育計画を粛々と実行した。年間教育もより詳細なものに変更し、内容も教育委員会で随時見直し委員会委員が主体的に行った。ナイチンゲール看護理論から金井一薫先生のコーミーチャートを、初めて取り入れ 2 年目の事例研究発表会を行った。

＜平成 14 年＞ 教育委員会の中で、ナイチンゲール看護理論勉強会と共に、コーミーチャート勉強会を重ね少しずつ定着して来た。

ナイチンゲール看護理論の中で「看護であるものとなないもの」をスタッフに浸透させ看護に生かせるためにリーダーシップ勉強会（3 年目を中心にした）では特に力を入れて教育した。この年は、看護部で海外研修にオーストラリアとアメリカに 2 名ずつ参加した年であった。

クリティカルパスの導入となり、標準化に向けて一步を踏み出した年でもあった。

＜平成 15 年＞ 県立大学看護学生に対してインターンシップ制を取り入れ、直接 1 日看護師と看護の場を体験してもらうことで、入職につなげようという試みを開始した。教育では、専門性を追求しようと緩和ケア、呼吸リハビリテーションの院内認定制度を開始し、他職種の協力を得て実施することができた。また中堅を対象として救急看護の認定や心電図の外部講師による勉強会も開始した。救急看護認定 11 名、呼吸リハビリテーション認定 5 名 緩和ケア認定 9 名 当院院内規定の認定を受けた。教育委員会ニュースも作成開始した。

<平成 16 年> 看護部活動のまとめを初めて教育委員会として作成した。後の「1 年のあゆみ」の前身である。

この年も緩和ケア認定 7 名、呼吸リハビリテーション認定 1 名が院内認定を受けた。

<平成 17 年> 教育委員会で、初めて「1 年のあゆみ」を創刊し看護部の足跡を綴った。

また、病院機能評価受審をするために業務委員会と 1 体となりマニュアル

の見直し、整備を行った。看護部では、初めての大学認定コースに 2 名（緩和ケアと WOC）出すことができた。そのため院内認定という言葉は、紛らわしいため使用せず、勉強会は継続とし終了した者に対して研修終了ということばに変更した。根拠に基づいた業務改善を行い、時間を生み出すために感染予防を兼ねて吸引チューブのデイスポ化等コスト計算しながら順次行っていった。

病院第 1 回健康スクエアに看護部主任会が中心となり看護相談、計測などに参加した。

<平成 18 年> 平成 20 年度の診療報酬改正を見越して看護必要度の勉強会を開始した。

また、7 対 1 取得はできたが教育委員会としてスタッフをより多く外部の研修に出すことができなかった。

そのため内部での教育を強化する事を目的に、新人のオリエンテーション担当を課長クラスから主任へと責任と権限を委譲した。また、当院で初の認定看護師が 2 名誕生した。

<平成 19 年> 看護必要度の勉強会は、平成 19 年度からは主任会が責任を持ってスタッフ誰でも同じ評価ができるよう毎月主任会の後に実施した。そして各所属に持ち帰りテストを実施しデータを残していった。

院内教育では、認定看護師が中心となり褥瘡の勉強会や緩和の勉強会を実施した。

<平成 20 年> 診療報酬改正に伴い、7 対 1 基本料に対して看護必要度が一部項目変更となり必須となった。看護記録を残す事が条件となり、看護協会と Q&A を行い、当院規定の看護記録（チェック方式）を作成し、スタッフへの教育を実施した。入院時に A 項目、B 項目共に 1 行でも記録を残す事を条件とした。その後は変化のある時も記録欄に記録を残すことを教育した。主任会で必要度の勉強会は定着し毎月実施している。

今後は、今いるスタッフは本より新しく入職してくるスタッフも同じように判定できるよう継続して教育していくことが必要である。

III. 外来化学療法室

芳川明美

外来化学療法室は、これまで処置室の 1 角や外科外来で行われてきた。患者数の増加や外来化学療法加算の設置に伴い、2006 年 2 月に現在の外来通院センターを開設した。

近年、分子標的薬を始めとする新薬の開発により経口点滴がん化学療法を受ける患者が増加している。そのような中、より専門的な知識の習得と質の高いケアの提供の必要性を感じていた。

2007 年にはがん対策基本法が施行され我々医療者に求められる役割や期待が益々大きくなり、2008 年がん化学療法認定看護過程へ進んだ。

研修では、安全・確実・安楽にがん化学療法を実施する事、看護スタッフへの実践力の向上を目的とした指導及び相談又チーム医療の必要性等多くを学んだ。

外来通院センターの運営に当たってはハードソフト両面で改善すべき課題も残っている。

今後はチーム医療メンバーの一員として他のコメディカルと共働して患者のためにケアの充実を図ってきたい。ちなみに 2007 年度の化学療法件数は 2062 件であった。

IV. 皮膚・排泄ケア認定看護師病棟ラウンド活動

皮膚・排泄ケア認定看護師

中條 薫

平成 19 年 4 月より褥瘡専従看護師として、病棟をラウンドしています。

褥瘡専従看護師とは、褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うことを業とし、専門の教育課程を終了した看護師（以前、WOC 看護認定看護師と呼ばれていましたが、平成 19 年 7 月より活動内容がわかりづらいという理由で、皮膚・排泄ケア認定看護師に名称が変更になりました）が行っています。当院でも平成 19 年 6 月より褥瘡ハイリスク加算が開始され、褥瘡管理対策として褥創処置やスキンケアの相談、褥瘡回診、褥瘡ハイリスク看護計画を作成・評価、院内教育、ストーマ外来をしています。以前の褥瘡発生率は 2%を越えていましたが、最近では 2%を切り、褥瘡予防に対する意識の変化が見られてきました。今後も褥瘡発生率が 1%未満で推移できるよう、啓蒙活動していきたいと思えます。

V. 退院調整支援をはじめて

退院調整者 赤間郁子

平成 19 年 10 月 1 日から退院調整者業務が始まり 1 年以上経過した。

退院調整看護師は、看護の知識と経験を活かし、退院後も様々な生活ニーズや課題を持つ患者・家族に対し、安定した療養生活を送るための生活指導及び諸サービスの適切な活用、個々の患者に合わせた転院や施設への紹介を支援していく役割がある。

退院調整に関する各病棟からの依頼内容は退院後の生活に関する事、他施設への紹介、経済的な心配、社会的な資源の活用、看護・介護サービスの紹介や要望など様々である。

高齢化社会が加速する中、誰もが安心して医療を受けられるよう病院と地域との連携が求められている。

退院調整看護師として、院内外のシステム構築の推進及び各施設との共働や各訪問看護・リハビリテーション間の連携を強化しながら支援を行っていきたい。