

整形外科病棟と地域包括ケア病棟との共通ピクトグラムを活用して

～多職種との情報共有と連携を図る～

佐久市立国保浅間総合病院 西3階病棟 補助者チーム 介護福祉士 手塚明子

I. 病院概要

病床数:278床 看護職員数 231名(介護福祉士含) 診療科:14科 病床稼働率:85.7%

1日平均外来患者数:948.6名 病床平均在院日数:14.3日

看護方式:固定チームナーシング(平成10年より) 看護配置:7対1

施設の特徴:当院は昭和34年に20床で開設して以来、主に佐久広域圏人口21万人を診療圏とする国保の基幹病院である。地域に信頼される病院を目指し、常に医療機能の向上に努めつつ地域の要請に応じた医療サービスを提供している。また、地域医療の充実に貢献すると共に、院内に介護病棟をもち訪問看護も行うなど医療、介護、福祉のケアミックス型病院を目指している。

II. 部署概要

≪2018年4月～2019年3月のデータ≫【病床数】47床 【病床平均稼働率】82.8% 【整形外科病床稼働率】81.6%

【平均在院日数(整形)】12.8日 【診療科別入院比(整形)】97.3% 【予定手術件数(整形)】360件

【緊急手術件数(整形)】379件 【当日入院当日手術件数(整形)】739件 【ミエロ件数】82件

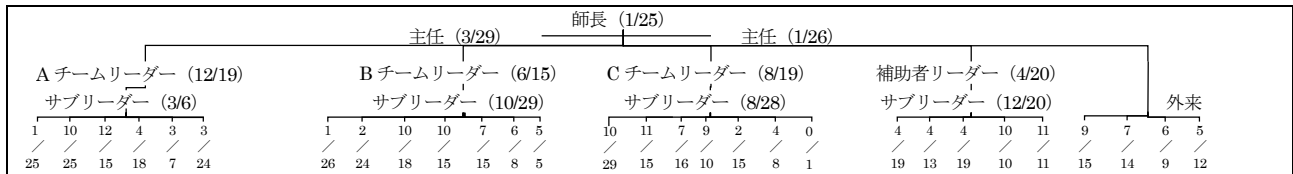
【神経根ブロック】外来105件/入院56件 【整形外来一日平均患者数】173.0人 【入院合計】1014人

【緊急入院数(整形)】294件

【職員数】看護師32名(内:嘱託4名/パート3名)介護福祉士/看護補助者9名(7名は夜勤も行う)

【勤務体制】2交代 【夜勤者数】準深夜看護師3名、看護補助者/介護福祉士1名 【外来一元化】整形外科4名

III. 部署組織図



IV. 病棟目標

- 1、患者・家族の入院生活が快適に過ごせるような気遣いのできる対応を行う
- 2、専門性の高い看護を提供して診療報酬につなげる
- 3、計画年休を取得しやりがいを持って職務できる

V. 固定チームナーシング概要

チームの特徴	
A: 緊急入院の受け入れ、主に脊椎疾患・大腿骨頸部骨折・大腿骨転子部骨折の周手術期・急性期～亜急性期における看護を行う。高齢者や認知症・不穏行動がある介助量の多い患者を受け持つ。脊椎疾患患者の術後呼吸器管理・抜管後の呼吸管理、排泄障害患者への看護・自己導尿指導を行う。牽引中患者の牽引管理・看護ケアを行う。	
B: 主に肩関節鏡視下腱板修復術(ARCR)・内視鏡下椎弓切除術(MEL)・人工膝関節全置換術(TKA)のクリニカルパス使用患者。またミエロ検査目的入院。自宅退院にむけて装具装着や日常生活動作における退院指導・地域包括病棟への転棟調整を行う。	
C: 主に高齢の人工股関節全置換術(THA)・人工膝関節全置換術(TKA)・人工膝単顆置換術(UKA)のクリニカルパス使用の患者。高齢で認知症を有する患者を多く持ち、独居、高齢世帯、受傷によるADL低下により退院先の見直しが必要となる患者が多いため、多職種と連携が必要になる	
やりたい看護・介護	患者が安全で快適な入院生活を送れる
補助者目標	ピクトグラムを使用し多職種間で統一したケアができ患者が安全な入院生活を送れる
病棟組織図	<p>病棟平面図 A: 301～305・317～318 B: 30～312 (17床) C: 313～316 (15床)</p>

I はじめに

2020 年はオリンピックの年であり世間でもピクトグラムが話題になっている。当病棟では多職種間での患者の安静度の情報共有が出来ておらず、確認は担当看護師に聞くかカルテを見て行っているのが現状である。医療看護支援ピクトグラム(以下、ピクトグラム)を情報共有のツールとして活用することで患者の安全な入院生活に繋がると考えた。当病棟は急性期治療終了後、病状が安定した患者は地域包括ケア病棟(以下、包括病棟)へと転棟する。昨年1014名の入院患者のうち435名(43%)が包括病棟へ転棟している。今回、患者の安全の優先と転棟後の混乱を避けるため包括病棟で使用しているピクトグラムを当病棟でも取り入れた。多職種との情報共有、病棟間での連携、患者の安全に繋がったため、その活動と成果を報告する。

II 課題

日々変化する安静度の情報を多職種で速やかに共有でき、安全・安楽と統一したケアの提供を目指す。

III 課題達成方法

- 1、対象：当整形外科入院の全患者が使用する車椅子・歩行器・杖などの歩行補助具。
- 2、ピクトグラムを使用し多職種間で統一したケアができ患者が安全な入院生活を送れる

倫理的配慮

得られた情報は今回の小集団活動以外には使用せず、個人が特定されないように配慮した。

IV 実践内容

- 1、ピクトグラムの運用を看護師・補助者間で検討。
- 2、包括病棟と同じピクトグラムを作成し使用する事で、転棟後の患者の混乱を避ける
- 3、当病棟特有である免荷用のピクトグラムを作成し表示を加える。
- 4、スタッフ間で統一したケアとピクトグラムを継続して活用できるよう使用手順の作成。
- 5、リハビリや包括病棟へピクトグラムを開始することを伝える。
- 6、スタッフと患者にピクトグラムの説明と活用方法を周知し理解を得る。
- 7、ピクトグラムには免荷・荷重・推進介助などの個々に必要なコメントを貼付し、転倒・転落危

険度を3段階の赤・黄・青の信号色で患者にも分かりやすく見てわかる表示とし、歩行器や車椅子に結わえる。

- 8、多職種(リハビリ・看護師)から安静度の変更の情報を得たら速やかにピクトグラムを交換する

V 評価

リハビリ開始時やレベルアップなどの変更があった際は補助者へ伝えてもらうよう、師長からリハビリへ依頼することで、速やかに表示の変更が出来るようになってきた。免荷用のピクトグラムが見つらいとスタッフから意見があり、貼る場所を変え緑のテープで囲んだ。多職種と協力してピクトグラムを使用することで、看護師に安静度を確認する手間が省け患者を待たせることも減り安全かつスムーズにケアすることが出来た。また歩行器歩行が安定していない患者が自ら歩行してしまっているところをすぐに発見でき、危険を防ぐ事が出来た。

多職種からの意見として、【当病棟看護師】「ピクトグラムがあると助かる」「分かりやすい」【リハビリ】「担当以外の患者の安静度は分からないのでピクトグラムがあると分かりやすい」「連携が上手く行かず、ピクトグラムの変更が遅れ患者に嫌な思いをさせてしまった」【包括病棟スタッフ】「特に患者が混乱することはなく、むしろピクトグラムの意味を理解して転棟してくるので説明が省け、付け替えもスムーズに行えた。病棟間での良い連携が取れており続けて欲しい」などの意見が聞かれた。

VI 考察

ピクトグラムを表示することで患者の安静度が可視化でき、その患者への迅速な対応が安全・安心に繋がったと考える。さらに、個々に合わせた身の回りの環境整備を行うことにより患者の快適な入院生活と安全・安楽につながり事が出来た。

VII 結論

患者の安全・安楽のため情報共有を図り入院生活を円滑にするコミュニケーションツールとしてピクトグラムは有用である。残された課題もあるが、今後も多職種と協力し合い包括病棟との連携を図りながらピクトグラムを継続し安全なケアを行っていく

VIII 参考文献

Close up 医療看護支援ピクトグラム：看護学雑誌 73 巻 5 号 P4-14.2009

予防接種の電話対応に対する取り組み ～正確な情報をスムーズに提供するために～

JA長野厚生連 北信総合病院 総合診療科 クラーク 土屋君子

I. 病院概要 (平成31年1月～令和元年12月データ)

病床数：419床 診療科目27科 1日平均入院患者数：376.2人 (360.4) 1日平均外来患者数：9954.8人 (936.9)
 床稼働率：92.7% (89.5) 平均在院日数：13.3日 (13.8) 看護職員数：看護師371人 准看護師11人
 保健師38人 助産師31 介護福祉士20人 看護補助者86人 夜勤体制3交代または2交代
 施設の特徴：災害拠点病院 地域周産期母子医療センター 地域がん診療病院

II 部署概要

救急診療棟 1F：総合診療科・膠原病外来（毎週月曜日午後・火曜日午前）・脳神経外科・救急外来
 南病棟 1F：放射線センター、内視鏡センター
 部屋数など：救急処置室8床 総合診療科診察室3室 脳神経外科診察室2室 問診室1室 発熱待合1室 感染病床4床
 放射線シネ室・アンギオ室各1室 CT・MRI各2室 TV室5室 内視鏡室5室
 勤務体制：日勤のみ正職は救急外来日当直1～5回/月 臨時職員は1回/月の日直
 放射線・内視鏡センターの夜間休日対応はコール番制（拘束）（内視鏡は1人体制 放射線は2人体制）

III 職場目標

- 1 固定チームナーシングの活動を通じて患者・家族の思いに寄り添いあたたかい看護を提供する
- 2 自分の家族・友人に自信を持って受診を勧められる外来の雰囲気を作る
- 3 知識・技術を自己研鑽できる機会を持つ

IV 固定チームナーシング概要

	Aチーム (看護師 3名)	Bチーム (看護師3名 医療秘書1名)	Cチーム (看護師 7名)	Dチーム (看護師 4名)	Eチーム(看護師4名 技師5名)
組織図	() 内部署経験年数/看護師経験年数 H31.3現在 師長(1/23) 主任(4/17)b-2兼務 Aチームリーダー(4/21) Bチームリーダー(4/29)医療秘書 Cチームリーダー(3/23) Dチームリーダー(9/31) Eチームリーダー(16/20)技師 サブリーダー(4/16)臨 サブリーダー(3/3)技 a-1 a-2 (4/17)臨 (1/0)産休 b-1 b-2 b-3 (4/24) (4/17) (2/41)バ c-1 c-2 c-3 c-4 (6/23) (5/26)夜 (7/27) (1/19)夜 d-1 d-2 e-1 e-2 e-3 e-4 e-5 e-6 e-7 (3/30) (1/20)臨(11/17) (3/23) (2/16) (28/28)技 (16/20)技 (1/40)臨 (1/1)技 c-5 c-6 (1/13)夜 (1/26)				
チームの特徴	総合診療科	総合診療科	総合診療科+脳神経外科+夜間専従	放射線センター	内視鏡センター
やりたい看護	まれにしか起こらないが、知らないに対応出来ない事例を「覚え書き」としてまとめ、誰もが同じ対応が出来る事で患者の不安を軽減できる。	予防接種の問い合わせを、統一することにより明確でスムーズな対応をしたい。	救急外来の多種多様な患者の症例を共有する機会が無かったため、救急外来担当者へ情報提供を行い、既読者からの意見で評価、救急外来患者対応と看護実践に繋げる	脳外科の血栓回収療法を迅速かつ安全に行うことができる	緊急検査に迅速に対応し患者様を内視鏡にご案内するまでの時間を短縮する
チーム目標	転院搬送手続き及びDr.へリ受け入れの準備・患者対応が速やかにできる。	予防接種の電話問い合わせ患者に対し、スタッフ全員が統一した対応をすることで、正確な情報をスムーズに提供できる。	症例をもとに多種多様な救急外来患者に対応するために「救急外来通信」を発信、情報提供。既読者・既読者の意見を集計・評価する	拘束時間帯での脳外血栓回収療法において入室から穿刺までの時間の短縮を図ることで、対象患者にできるだけ早く治療を提供する。	緊急検査を必要とする患者に対して受け入れを迅速に行うためにチェックリストを作成する。
担当範囲	主に総合診療科 膠原病外来	主に総合診療科 膠原病外来	主に脳神経外科外来 救急外来	放射線	内視鏡
部署平面図	病棟平面図 (チーム分けがわかるもの) 				
	夜間・休日救急外来				

I. はじめに

総合診療科は一般内科診療及び、救急車・ドクターヘリ受け入れの他、健康診断書作成・各種予防接種と日々の業務が多岐にわたっている。

また、研修医基幹病院で有り研修医の指導も含めた診察を行うため、診療に時間がかかる現状がある。

電話の問い合わせも多くその内容は、受診相談から予防接種の相談と多種多様である。

予防接種に関しては、患者の予防接種の種類により来院回数や接種期間も様々であり、業務マニュアルの参照や、予防接種に慣れたスタッフに交代するなどの対応を行っている。今年度より風疹クーポン対象者の診療が新たに加わり、問い合わせの増加が予想された。そこで、スタッフの理解度の確認と対応の統一を図ることにより、問い合わせ患者に正確な情報を提供でき、既に来院している患者に対しても戸惑うこと無く看護が行えると考え取り組みを行ったので報告をする。

II. 課題（小集団目標）

予防接種の電話問い合わせ患者に対し、スタッフ全員が統一した対応をすることで、正確な情報をスムーズに提供できる。

III. 課題達成方法：

1. スタッフに予防接種電話対応に対する問題点調査を行い、問題点をミニテスト化し理解度の現状把握を行う。今年の問い合わせ件数（5月から7月）と昨年の予防接種実施件数調査を行う。

2. 「予防接種フローチャート」・「予防接種Q&A」を作成し、学習会を行い手順と対応の統一をめざす。また、問題点が出た場合は小集団チームメンバーが対応に当たる。

3. 変更事項が生じた場合はその都度、「予防接種フローチャート」の変更、朝礼にて周知を行うと共に「総合診療科決め事ノート」を活用し徹底をはかる。

4. 11月に再度ミニテストを行い理解度の確認、聞き取り調査による評価の確認を行う。今後の継続方法を検討する。

IV. 実践内容・結果（評価）

1. 5月にスタッフに予防接種電話対応に関する問題点調査を行い問題点の抽出を行った。

問題点として、予防接種の流れ・接種を行っているワクチンの種類・期間・料金が分からない。当院での接種可能なワクチンの詳細が分からない。

問い合わせ件数は、5月15件・6月13件・7月10件であった。

2. 6月にミニテストを作成・実施し正答率77%であった。

3. 7月から8月「予防接種フローチャート」・「予防接種Q&A」作成し電話の見やすい場所に設置した。

4. 学習会を行い、疑問点が出た場合は小集団メンバーが対応に当たった。

5. 10月にインフルエンザ接種場所・破傷風ワクチン接種の追加・消費税による料金の修正を行い、「総合診療科決め事ノート」活用と朝礼にて周知徹底をはかった。

6. 11月に再度ミニテストを行い正答率77%から91%と14%の上昇を認めた。

「予防接種フローチャート」・「予防接種Q&A」活用後の聞き取り調査を行った。

回答より、「予防接種フローチャート」の活用したことで予防接種の流れが一目瞭然になり、統一した対応が行えた。「予防接種フローチャート」・「予防接種Q&A」を電話の付近に設置したことで、参照しながら説明できスムーズな対応が行えた。電話対応の不明点が解消され正確な情報提供が出来た。

7. 昨年の予防接種実施件数、麻疹6・風疹8・麻疹風疹4・おたふく6・AB肝炎10・水痘0 計34件。

今年（1月から10月）麻疹6・風疹6・麻疹風疹2・おたふく5・AB肝炎18・水痘1・風疹（クーポン）13 計51件。10月現在で前年より17件増加した。

V. 考察

予防接種件数が年度途中であるが51件と増加した中、「予防接種フローチャート」・「予防接種Q&A」の作成により参照しながら対応ができ、スムーズに正確な情報提供が出来たと考える。

「予防接種フローチャート」・「予防接種Q&A」・「総合診療科決め事ノート」の活用と、学習会の開催・朝会での周知によりミニテストで正答率77%から91%と14%の上昇があり効果があったと考える。

電話対応の問題点が解消されたことにより、正確な情報の提供ができ業務の煩雑さも改善されたと考える。今後は変更の都度、「予防接種フローチャート」・「予防接種Q&A」内容を更新し差し替えを行う。「総合診療科決め事ノート」の活用と、朝礼にて周知を継続していく。

VI. 結論

1. 「予防接種フローチャート」を活用したことで、スタッフ全員が予防接種に対する情報を正確かつスムーズに患者に提供することができた。

2. 今回の活動を行うことで、スタッフの予防接種に対する理解が深まった。

術前・術後看護の質の維持を目指して
～手術チェックリスト作成の試み～

県立木曽病院 4階病棟 Aチーム 看護師 小澤健二

II. 部署概要 (平成 31 年 1 月～12 月データ) ※前年度データは () で表示

病床数：48 床

入院科：内科・整形外科・神経内科・外科・泌尿器科・眼科 総患者数(延べ退院数) 871 名 (792)

平均患者数：38 名(40.8 名) (午前・夜間を合わせて) 月平均在院日数：19 日 (21.4)

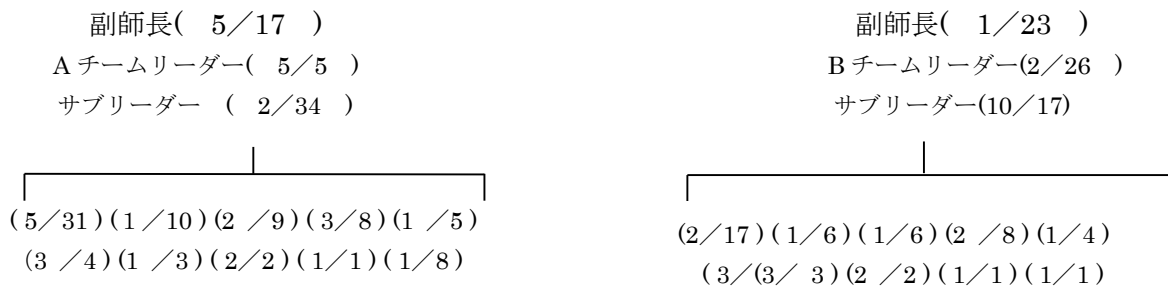
平均稼働率：79.2% (82.4)

平均年齢：81 歳 主要疾患：①肺炎 ②心不全 ③大腿骨転子部骨折

救助区分：担送 25% 護送 17% 独歩 57%

看護師平均年齢：34.24 歳 平均在籍年齢：2.72 年

III. 部署組織図 ※ () 内部署経験年数/看護師経験年数 H31. 12 現在
師長(8/32)



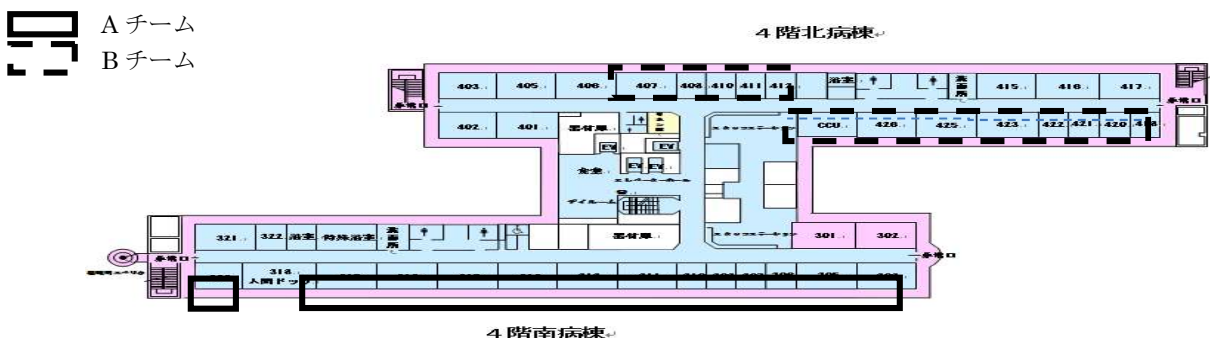
IV. 病棟目標

1. 地域包括ケア病棟の役割を果たし、患者・家族に寄り添った在宅・生活復帰支援をします
2. チームの輪を大切に、安心して安全な看護を実践します

V. 固定チームナーシング概要

	A チーム	B チーム
チームの特徴	整形外科(急性期～慢性期)及び慢性期軽症の急性期(内科・外科・神経内科等)	慢性期～ターミナル期(内科・外科・神経内科・泌尿器科)及び軽症の急性期・ESD・眼科
やりたい看護	退院先をイメージした関わりができる。安全・安楽に過ごせるよう環境整備を徹底する。	受け持ちナースとしての責任を持って患者・家族と関わる。メンバー・他職種との連携、コミュニケーションを大切にする。
チーム目標	一人ひとりが責任ある行動をとり、チームにおける役割を果たす	1) プライマリーを中心とした退院支援を実施していく 2) チームワークを大切に～One for all All for one

病棟平面図 (チーム分けがわかるもの)



I. はじめに

木曽病院 4 階南病棟(A チーム)は、平成 30 年度までは整形外科病棟であった。病棟再編にて地域包括ケア病棟となった今でも整形外科手術の準備、オペ出し、手術後の受け入れを行っている。病棟再編に際してのスタッフ異動のため、現在は4階病棟経験年数2年未満のスタッフが半数以上を占め、経験年数3年以上のスタッフは2人のみという状況となっており、整形外科特有の手術前の準備や手術後の経過に不慣れなスタッフが以前よりも増加した。そのため、限られた人員の中で、これまで同様整形外科医師と連携し、手術患者に対し安全で確実な看護を継続していくための対策が必要となった。そこで、今回は手術前後の患者に対して必要となる看護や、医師、他職種との連携に際して必要となる事柄を手術チェックリストにまとめ、医師の承認を得て可視化する取り組みを行ったため、ここに報告する。

II. 課題 (小集団目標)

手術前後の準備や看護のポイント、医師との連携において必要となる事柄を明確化して分かりやすくし、手術前後の患者に対する看護の質を維持する。

III. 課題達成方法

1. 手術前の準備、手術後の経過等をチェックリストにまとめ、医師の承認を得る。
2. チェックリストに沿って、手術前日の準備から開始し段階の終了毎にチェックしていく。

IV. 実践内容

1. 手術チェックリストの作成
手術前の患者の準備・薬の休止又は継続の確認等必要となる情報をピックアップしチェックリストを作成する。
2. 手術チェックリストの運用
 - 1) 手術前日の患者担当看護師がチェックリストの項目に沿って患者の準備を行う。
 - 2) 手術後は日々の担当看護師がチェックリストの項目を確認しながら患者の経過を観察し、各職種と連携しながら患者のADL向上に努めていく。
 - 3) チェックリストを使用しての改善点、意見を募り修正していく。

V. 評価

手術チェックリスト作成後、A チーム会にて術前準備の手順が分かりやすくなった、術後の経過を予測することが、作成前と比較し容易になったとの感想が得られている。また、チェックリスト導入後も手術前後の大きなインシデントなく経過している。医師との連携という面では、手術チェックリスト作成時、医師に校閲を依頼し使用許可を得ているため、医師と病棟との、方針や意思の相違なく看護を進めることが出来ている。手術チェックリストの作成後、人工間接置換術等の手術後に用いられるSBドレーンを平圧・クランプする基準となる廃液量に変更されたが、チェックリストに反映されるまで時間がかかってしまったため、評価・修正の手順、方法を今後検討していく必要がある。

VI. 考察・結論及び今後の課題

現在、地域包括ケア病棟では病院様式の手術患者チェックリストと、病棟で独自に作成した手術前の準備等のチェック表を使用している。しかしそれでは、手術前の準備から手術後の当病棟での一般的な経過までを通して説明し理解するのにある程度の時間がかかっている。これまでは当院整形外科病棟勤務歴の長いスタッフが複数人いた為、その都度説明し経験しながら覚えていくことができた。しかし、経験年数の浅いスタッフが増えている現状では、言葉だけで一般的な整形外科手術看護の知識に加え、当院整形外科医特有の指示やルールを伝えていくには難しさがあり、知識、ルールが継承されない可能性も危惧された。そういった現状の中で、手術チェックリストを作成したことで今まで言葉のみで伝えられていたことが可視化され知識の伝達が以前より容易になり、整形外科医との連携がよりスムーズになったと考えられる。今後は、頸椎、腰椎の手術に対応した手術チェックリストを作成する予定である。

VII. 参考文献

1. 斎藤亜希子他：大腿骨頸部骨折の看護。整形外科の術前・術後看護実践集。2012 秋季増刊，169～178，2012
2. 川口奈美江他：関節リウマチ患者の術後管理。整形外科の術前・術後看護実践集。2012 秋季増刊，248～257，2012

周術期における継続した看護を提供するための申し送り内容の検討

JA 長野厚生連浅間南麓こもろ医療センター 中央手術室 B チーム 看護師 望月隆志

I. 病院概要 (平成 31 年 1 月～令和元年 12 月データ)

病床数 246 床、診療科 29 科目、平均在院日数 13.8 日、病床稼働率 85.4% 日平均外来患者数 380 名、看護職員数 (令和元年 12 月末の実数) : 保健師 7 名、助産師 6 名、看護師 254 名、准看護師 12 名、介護福祉士 35 名、ケアワーカー 4 名、看護補助者 21 名、看護体制 7 対 1
併設こまくさケアセンター 老人保健施設こまくさ 入所 100 床、通所 80 床

II. 部署概要 (平成 31 年 1 月～令和元年 12 月データ)

※前年度データは () で表示

手術室数 : 4 部屋 (バイオクリーンルーム 1 室含む)

看護師 : 14 名 勤務体制 : 日勤、遅出、時間外オンコール体制

手術科 : 外科、整形外科、泌尿器科、歯科口腔外科、脳神経外科、産婦人科、眼科、形成外科

手術件数 : 1512 件 麻酔別件数: 全身麻酔数: 393 件, 脊髄くも膜下麻酔: 318 件, 伝達麻酔: 93 件, 局所麻酔: 690 件, その他: 18 件

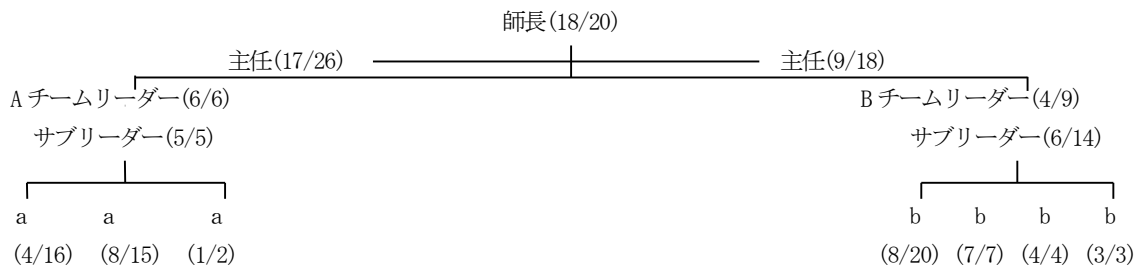
科別件数: 外科: 291 件 整形外科: 454 件 泌尿器科: 129 件 歯科口腔外科: 109 件 脳神経外科: 57 件

産婦人科: 57 件 眼科: 592 件 形成外科: 9 件

固定チームナーシングの導入 : 平成 14 年 4 月 看護師平均年齢 : 35 歳 平均在籍年数 : 8.0 年

III. 部署組織図

※ () 内部署経験年数 / 看護師経験年数 R 元年 12 月現在



IV. 部署目標

1. 患者が継続した看護を受けることができるために、病棟と手術室間における患者情報が共有できるシステムを作成する。
2. 患者が安全に手術を受けることができるよう、誤認防止対策とタイムアウトの見直しをする。
3. 医療材料の管理方法を見直し、確立する。

V. 固定チームナーシング概要

	A チーム	B チーム
チームの特徴	経験数が様々なスタッフがおり、メンバー間で意見交換しながら知識と技術の向上に努めている。	普段からコミュニケーションをしっかりと図ることで、知識や技術を共有しながら、より質の高い手術看護を提供できるように努めている。
やりたい看護	・術前、術中、術後を通して病棟・手術室で情報共有して看護につなげたい。 ・急変時に適切な対応がとれるようアセスメント能力を高め迅速な看護をしたい。	・患者が継続した周術期看護が受けられるように、病棟と手術室間での申し送り内容を見直し、連携がうまくとれるようにしたい。 ・患者が安全に手術を受けられるように術中体位固定の方法を統一できるようにしたい。
チーム目標	1. マーキング方法を明確にすることで、患者が安全に手術を受けることができる。 2. 患者に迅速で適切な看護を行うために、急変時のシミュレーションを年間 3 回実施し、振り返りを行う。	1. 周術期に関わる部署への情報提供のためのシステム作りをすることで、患者が周術期における継続した看護が受けられる。 2. 各科、特殊体位固定方法の一覧を作成することで、患者が安全・安楽に手術が受けられる。

部署平面図



I. はじめに

手術室では患者入室時に入室前の情報を病棟より「手術室申し送り用紙」に沿って申し送りを受け、術中の看護に活用している。一方、手術室から病棟への申し送りでは、明確な申し送り項目がなく、手術看護記録の中から個々が必要と思われる内容を申し送っていた。そのため、送り手の経験値によって内容に差が生じ、情報伝達の不足により病棟からの問い合わせが度々あり、患者の術後の看護が滞っていた可能性があった。そこで今回、周術期看護において継続した看護の提供ができるよう、手術室から病棟への申し送り内容を一覧にして使用した結果、病棟からの問い合わせがなくなり、手術室から病棟へ継続した看護の提供が行える情報共有システムが作成できたので報告する。

II. 課題（小集団目標）

周術期に関わる部署への情報提供のためのシステム作りをすることで、患者が周術期における継続した看護が受けられる。

III. 課題達成方法

1. 全スタッフへ病棟にどのような内容を申し送っているか、過去に病棟からどのような内容の問い合わせがあったか現状把握をする（7月中）。
2. 現状把握をもとに「退室時確認事項」用紙を作成（8月中）。病棟への申し送り時に内容の不足がないか確認できる一覧表として使用する（10～12月）。
3. 「退室時確認事項」用紙を導入後に病棟からの問い合わせ状況を各チームへ確認し、使用前後の病棟と手術室双方の変化を比較する（12月中）。

4. 用語の定義

・手術室申し送り用紙：当院で患者入室時に病棟から手術室への申し送り時に使用されている患者入室前の状態の書かれた用紙。

・退室時確認事項：当院で患者退室時に手術室から病棟への必要な申し送り項目の一覧。

倫理的配慮

今回の活動報告をまとめるにあたり、個人が特定されないよう配慮することで承諾を得た。

IV. 実践内容・結果

7月に行った病棟への申し送り内容の現状把握では、手術内容に沿って術後の指示などを申し送っていることが分かった。しかし、術式によって内容が追加されることで個人差が生じ、昨年度は手術室スタッフ13名中11名が病棟からの問い合わせ経験があり、中でも抗菌薬の最終投与時間と退室時の鎮痛薬使用の有無の問い合わせが目立っていた。

8月に現状把握で得られた結果より「退室時確認事項」用紙を作成した。内容は手術室退室時に病棟へ申し送る必要のある項目で以下の8項目となった。

- ①手術内容②最終麻酔レベル③抗菌薬最終投与時間④in-out・輸血使用の有無⑤術後指示（酸素・飲水・

安静度）⑥挿入物・留置物の種類・部位⑦使用薬剤（鎮静・鎮痛剤使用の有無、使用時間、リバースの有無）⑧返却物（衣類・輸血空パック・患者持参品）。

10月より「退室時確認事項」用紙を用いて患者退室時に病棟への申し送りをを行い、12月現在で病棟からの問い合わせは0件であった。今回の取り組みを通して、手術室スタッフからは「手術室全体の意見を取り入れて申し送り内容の基礎が作れたので良かった」「申し送りの際にうっかり送り忘れたということがなくなった」という意見が聞かれた。しかし、病棟がどこを重要視して申し送りを受けているか病棟側の意見までは取り入れることができなかった。

V. 評価

「退室時確認事項」用紙を作成して申し送り時に使用した結果、申し送り内容の不足がなく病棟からの問い合わせが0件となった。

VI. 考察

今回、継続した看護の提供を目的として患者退室時の申し送り内容の不足に着目し、「退室時確認事項」用紙の作成と導入をしたことで、手術室から病棟への申し送りの現状を知り、申し送りのあり方を再認識するきっかけとなった。

青山は「必要な情報を共有し連携することが、病棟看護師と手術室看護師がそれぞれの役割を果たし、患者の安全を守ることになる¹⁾と述べている。手術室スタッフの経験値に差があるのは当然のことだが、それが手術を受ける患者の看護に影響してはならないと考える。そのためにも、術中から術後に継続した看護の情報提供ができるシステム作りは経験による差をなくすだけでなく、患者が継続した看護を受けられるための取り組みとして有用であったと考える。しかし、今回は手術室内だけでの取り組みであったため、病棟スタッフが術後の看護に活かすための意見までは取り入れることができなかった。

今後も患者にとって安全な周術期看護が受けられる環境作りを目指し、情報共有のあり方を病棟看護師とともに考え実践していくことが課題と考える。

VII. 結論

1. 手術室から病棟への申し送りがどのようにされているか現状を知り、内容に不足があることを手術室スタッフが知ることができた。
2. 「退室時確認事項」用紙を作成し、手術室内における申し送り内容の統一化が図られ、患者が継続した看護が受けられるためのシステムができた。

VIII. 引用文献

- 1) 岸田良平:手術室看護師と病棟看護師の術前の情報共有のあり方と共有すべき内容,手術看護エキスパート,Vol11 No.5,日総研出版, P4, 2018.

脳血管疾患患者の急性期から無気肺・肺炎を予防するための介入

～入院・転床時に体位変換方法カンファレンスを導入して～

飯田市立病院 6階西病棟 Aチーム 看護師 阿部こゆき

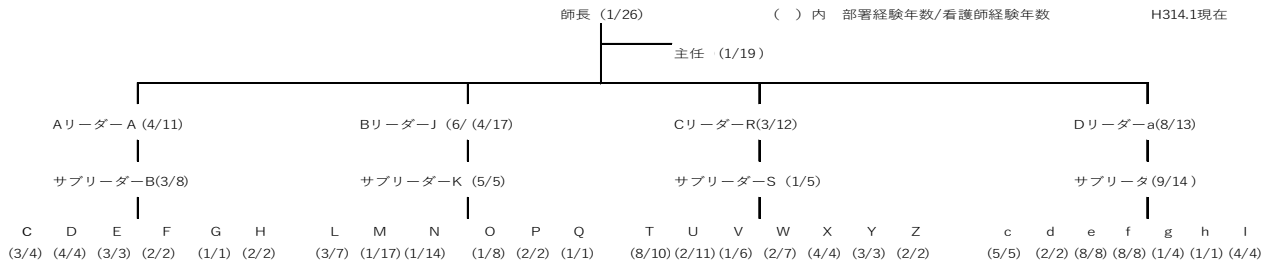
I. 病院概要 (平成31年1月～令和1年12月) ※前年度データは()で表示

病床数: 423床 看護職員: 513人 (うち正規看護職員数: 380人) 診療科目: 32科
 1日平均外来患者数: 876.3人(886) 1日平均入院患者数: 321.0人(316.2) 病床稼働率: 89.4%(89.3)
 平均在院日数: 11.0日(11.0) 固定チームナーシング導入: 昭和61年4月
 施設の特徴: 地域医療支援病院 救命救急センター 地域周産期母子医療センター 災害拠点病院
 がん診療連携拠点病院 臨床研修指定病院

II. 部署概要(平成31年1月～令和1年12月)病床数:48床

入院診療科: 脳神経外科 24.8(22.8)%・脳神経内科 22.3(25.5)%・内科 14.7(14.3)%泌尿器科 34.3(30.6)%
 総患者数: 15865(14897)人 延退院患者数: 1039(774)人 平均年齢: 72.3(72.5)歳
 1日平均患者数: 42.7(40.8)人 平均在院日数: 12.3(17)日 平均利用率: 90.6%(85.6)
 主要疾患: ①脳梗塞 ②膀胱腫瘍 ③前立腺がん(前立腺がん疑い含む)
 救護区分割合: 担送 46.1(44.4)% 護送 33.9(35.5)% 独歩 20.0(20.1)%
 スタッフ情報看護職員平均年齢 31.1歳 平均病棟在籍年数 2.4年

III. 部署組織図 (アルファベット小文字はケア看護師・看護補助者)



IV. 2019年度6西病棟目標

患者・家族を身体的・精神的・社会的側面から捉え、その人らしい療養生活を送れるよう看護実践を行う。

V. 固定チームナーシング概要

	Aチーム		Bチーム		Cチーム		Dチーム																
チームの特徴	脳血管疾患急性期、泌尿器科の急性期		脳血管疾患慢性期から退院支援期		脳血管疾患慢性期、糖尿病教育入院 泌尿器		ハウスキーパー 看護補助																
やりたい看護	患者カンファレンスを充実させ、患者が安全で安楽な看護を受けることができる。		患者が個別性に沿った必要な看護支援を受けられ安全・安楽な療養生活を送ることができる。		患者教育プログラムを見直し・作成することで効果的な退院支援を行うことができる。		床頭台及び整理棚周辺の整理整頓を行うことで、患者が清潔で快適な入院生活を送れる。																
チーム目標	患者が安全・安楽に療養生活を送ることが出来るように環境を整える。		他職種と情報共有を行い個々に応じた退院支援・日常生活支援を行う。		患者・家族の意思を他職種と共有し、個々に合った退院指導・リハビリ介入を行う。		ベッドサイドの環境を整え患者が快適に入院生活を送ることが出来る。																
病棟 平面図																							
Bチーム			Cチーム																				
601 (4人床)		602 (4人床)		603 (4人床)		605 (4人床)		606 (4人床)		607 (4人床)		608 (4人床)											
出入	スタッフステーション				635個		リハビリ室 (1床)																
Bチーム		Aチーム				Cチーム																	
620個		621個		622個		623個		625個		626個		627個		628個		630個		631個		632(4人床)		633(4人床)	

I. はじめに

当チームは脳血管疾患の急性期患者を担当している。脳血管疾患患者は、神経麻痺や意識レベル低下により体位変換や排痰が困難であり、唾液を誤嚥し無気肺や肺炎を起こすリスクが高い。そのため、体位ドレナージを目的に左右体位変換や完全側臥位を行っているが体位変換方法についてカンファレンスが確立しておらず、体位ドレナージが適切か検討できていない。また、院内に体位ドレナージに関する基準がなく、目的や効果が曖昧で、具体的な実施や評価ができていない。以上から、患者に適した体位変換方法をカンファレンスし、目的や効果を理解した上で体位変換を実施し評価することが必要であると考えた。

II. 課題(小集団目標)

脳血管疾患患者の急性期から無気肺、肺炎予防ができるように、患者に合わせた体位変換方法をカンファレンスし、目的や効果を理解した上で左右体位変換、完全側臥位を実施する。

III. 課題達成方法

1. 現状調査・聞き取り調査
2. 学習会開催
3. 看護指示・記録・評価方法検討
4. 症例振り返り
5. 評価・まとめ

IV. 倫理的配慮:個人が特定されないよう配慮した。

V. 実践内容・結果

1. 現状調査・聞き取り調査

平成 30 年 9 月～11 月 A チーム患者 80 名のうち体位ドレナージを行っていた患者は 24 名だった。記録が残っていたのは 5 名であり、体位ドレナージの目的や実施後の状況記載がなかった。左右体位変換や完全側臥位に対し疑問に感じることを聞き取り調査した結果、完全側臥位のポジショニングへの不安や、定期的な評価ができていないという現状があった。

2. 学習会の開催

PT に依頼しポジショニング体験型の学習会を実施した。参加者からは体位ドレナージの目的や効果が理解できたとの声が聞かれた。

3. 看護指示・記録・評価方法検討

看護指示・記録は体位ドレナージを行う目的や介入結果が明確に分かるようにした。また定型文「体位ドレナージ/体位変換方法カンファレンス」を作成し、全身状態、リハビリからの情報を記録した。

4. 症例振り返り

カンファレンスを行った 17 名のうち 1 例を振り返る。

C 氏 80 歳代女性 右皮質下出血

GCS E1. VT. M4. 両肺エア入り弱く、吸引平均 9-11 回/日と多い。転床当日にカンファレンスを実施し、左右完全側臥位の体位変換を開始した。

1) 介入 1～8 日: 完全側臥位を行った結果、SpO₂ は左側臥位で 90-94%, 右側臥位で 96-97% を保持できた。8 日目にカンファレンスし、仰臥位、右側臥位の体位変換と、日中 1 回は左側臥位で右肺のドレナージを実施するように変更した。

2) 介入 9～15 日: 吸引回数は変わらず、両肺エア入り弱いが、左側臥位で SpO₂ 98-99% を保持できるようになった。15 日目に 2 回目のカンファレンスを行い、通常体位変換(仰臥位→右側臥位→左側臥位)に変更した。

3) 介入 16～22 日: どの体位においても SpO₂ 96-98% で経過することができた。22 日目に 3 回目のカンファレンスを行い通常体位変換を継続した。痰の量が多く吸引を頻回に行い、無気肺・肺炎所見はなかった。

VI. 評価

現状調査、学習会により理解が深まり、カンファレンスの導入、体位変換の実施が計画通りでき目標は達成できた。

VII. 考察

今回、患者の呼吸状態、肺音、SpO₂ など全身状態を第一に考慮した上で、体位ドレナージを積極的に組み込んだ体位変換を実施した。その結果、効果的な痰の喀出ができ、無気肺・肺炎を予防することができた。その実践は、変化する患者の状態に対して根拠に基づいた体位を検討・評価したことから成り立っている。そのベースには、今回新たに取り組んだ体位ドレナージ、体位変換方法カンファレンスが大きく影響した。今回カンファレンスで目的を明確にし、共有できたことで有効な体位ドレナージ・体位変換が実施できた。今後、更に患者の安全・安楽を考慮した上で、医師、リハビリと協働して実践を重ねていきたい。

VIII. 結論

患者に合わせた体位変換方法をカンファレンスし、目的や効果を理解した上で左右体位変換、完全側臥位を実施、評価することは無気肺・肺炎予防につながる。

VIII. 引用・参考文献

- 1) 稲垣麻恵ら: 急性期脳卒中患者の誤嚥性肺炎発生が早期離床に与える影響. みんなの理学療法. 第 25 巻, p35-37.
- 2) 加瀬寛恵: 体位ドレナージの実施後、効果をどう評価する? 呼吸器ケア. 第 14 巻 (2). p35-41. 2016.

I. はじめに

平成 30 年度より B チームでは、デスカンファレンスを行ってきた。在院日数の短縮化により日々めまぐるしく患者が入れ替わるなかで、課題として「情報を共有しチームで対応できる環境作り」が上がっていた。そこで、デスカンファレンスの「目的、方法の設定」「事前準備、共有シート作成」「多職種、主治医の参加」を改善し、カンファレンスの継続を通して、チームメンバーが日々の看護の振り返りと、統一したケア提供のための情報共有ができたので報告する。

II. 課題（小集団目標）

デスカンファレンスの改善と継続をし、終末期の看護ケアの振り返りと質の向上を図る。

III. 課題達成方法

1. デスカンファレンスの目的、方法を見直す。
2. 主治医、患者に関わりのあった多職種(MSW、薬剤科、リハビリ科、栄養科)を交えて、チームメンバーと共に月 1 回カンファレンスを行う。
3. 今年度の改善点「目的、方法の設定」「事前準備、共有シート作成」「多職種、主治医の参加」について全出席者対象にアンケートを行う。

【倫理的配慮】個人情報とは小集団活動の目的以外に使用せず、個人が特定出来ないように配慮した。

IV. 実践内容・結果

昨年度から継続して月 1 回のデスカンファレンスを計画した。まず「目的」「ルール」「方法」などを設定し明文化した。いつでも見直しができるようファイルチームリーダー席に設置した。事前に対象患者を決定し、受け持ちと看取りに立ち会った看護師に経過のまとめを依頼した。また、カンファレンス前にそれぞれの思いを振り返ってもらえるよう「感情の共有シート」を作成し、チームメンバーに振り返りを依頼した。6 月からコメディカルに参加と 8 月からは主治医の参加を依頼し、6~12 月までに 6 例のデスカンファレンスを行った。その中から、対応が困難であった事例に対してのスタッフの感情の共有と終末期せん妄の勉強会や、終末期の外泊についての対応など今後の課題について話し合いができた。

今年度の改善点に対してのアンケート結果から、「目的、方法の設定」については、目的が明確化され良かったという意見と、目的を時間の経過とともに忘れてしまうため、カンファレンス前に再確認した方が良いという意見があった。また、出席者が思

いを自由に語る雰囲気作りができていたとの意見もあった。「方法」は、カンファレンスの時間が長くなってしまい、改善した方が良いとの意見があった。

「事前準備、共有シート作成」については、全員がカンファレンスまでに振り返りと考えをまとめることができ良かったとの意見があった。「多職種、主治医の参加」については、それぞれの立場や視点から意見を聞くことができ、視野を広げるのに役に立ったとの意見だった。また、多職種へのアンケートでは、全員がカンファレンス参加は有意義であるとの回答であり、「看護師の終末期ケアへの想いなど参考になった。」との回答があった。参加医師からも、「普段自分が想いを巡らせているように、看護師も同じように考えてくれていることがわかった。」「時間においてフィードバックすることで今後のケアに生かせ、良いチームに仕上がっていると思う。」など意見があり、今後の参加にも同意を得ることができた。

V. 評価・考察

和田は「急性期病棟という多忙で複雑な環境のなかで、患者さんに残された人生の物語を豊かにするためには、医療者が目標を共有するだけでなく、多様な人生観を受け入れて支持する風土を作ることが必要不可欠です。そのためにも、デスカンファレンスでの振り返りは極めて効果的です。」¹⁾と述べている。このことから、デスカンファレンスによるフィードバックは、その時点では良かったか判断できなかったケアの振り返りと共有が有効であると考え。また、多職種の意見を聞くことで視野が広がり、医療チーム内で感情の共有ができ、今後の終末期の看護ケア向上につながると考える。

VI. 結論

デスカンファレンスをさらに改善し継続していく事と、情報共有で統一したケアを提供し、終末期の看護ケア向上に繋げ、患者を支えるチーム作りをしていきたい。

VII. 引用・参考文献

- 1) 和田浄史:がん患者ケア, 日総研, Vol.5 No.4, 2012 年, p106
- 2) 浜口恵子, 小迫富美恵, 千崎美登子, 高橋美賀子, 大谷木靖子:がん患者の看取りケア, 日本看護協会出版会, 2015 年
- 3) 西元勝子, 杉野元子:固定チームナーシング, 医学書院, 第 3 版, 2012 年

退院調整チームカンファレンス定着のための取り組み

JA長野厚生連富士見高原医療福祉センター 2階病棟 Aチーム 看護師 下田正恵

I. 病院概要 (2019年1月～12月データ)

病床数：161床 (一般急性期病床119床 神経難病病床12床 人間ドック10床)

看護職員数：289人 (病院182人・施設107人) 看護職員平均年齢 病院：34.5歳 施設：48.0歳

診療科：21 平均在院日数：19日 病床稼働率：90.4%

一般急性期病棟：10対1 看護方式：固定チームナーシング (平成12年より導入)

II. 部署概要 (2019年1月～12月データ)

入院科：整形・形成・内科 眼科 地域包括ケア病棟 病床数：54床 平均患者数：47.4名

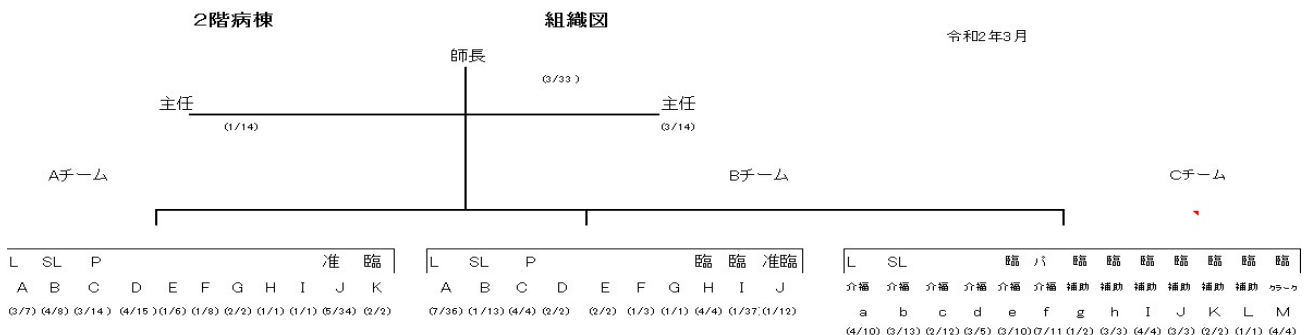
月平均在院日数：20日 平均稼働率：87.7% 患者の平均年齢：77.8歳 在宅復帰率 86.3%

主要疾患：①脊椎圧迫骨折 ②大腿骨骨折 ③肺炎 ④尿路感染 ⑤白内障 看護必要度 23%

身体拘束の平均割合 10.15% 入院患者の75歳以上の平均割合 70.7%(他病棟54.8%)

III. 部署組織図

※()内部署経験年数/看護師経験年数 R2.1月 現在



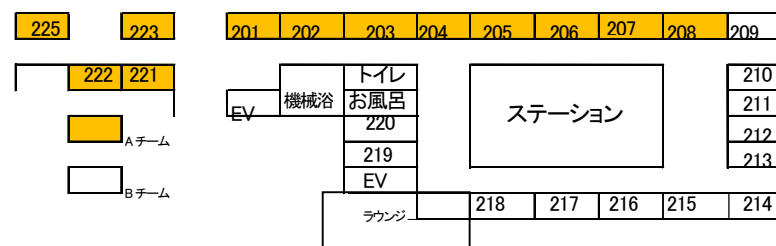
IV. 病棟目標

- ①入院から在宅・施設まで継続看護ができるよう、地域包括ケア病棟としての役割を果たす
- ②患者が安心して療養生活を送ることができる療養環境を作る。また、スタッフも働きやすい職場環境を作る。

V. 固定チームナーシング概要

	Aチーム	Bチーム	Cチーム
チームの特徴	ナースステーションから離れた病室があり、自立度の高い患者が入院・転棟することが多い。	スタッフの平均年齢が高い。TKA、THAなどの手術が多い。	介護福祉士、EPA(経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者)、看護助手と職種や経験年数や技術に差がある。
やりたい看護	退院調整を円滑に進めるためカンファレンスを活用したい。転棟時の統一した申し送り。業務改善をしたい。	カンファレンスの充実化。個別性の看護ケア。	患者への質の高いケア ラウンジデイの内容の向上(日中複数の患者にラウンジでレクを行う)
チーム目標	①退院調整に関するチームカンファレンスを毎週日曜日に開催する。②転棟時の情報共有のために全病棟共通のツールの作成、③病棟の更衣業務に関する新たなマニュアルの作成・周知。	①地域包括ケア病棟としての役割を学び、活動に繋げる。 ②業務改善に取り組む。 ③転棟時の情報共有のために全病棟共通ルールを作成。	①ラウンジデイの質を向上させる。②ラウンジデイの活動を外部に発信する。③チーム内でのコミュニケーションを図り、連携して業務やケアを行う。

病棟平面図 (チーム分けがわかるもの)



I. はじめに

2階病棟は平成30年9月より地域包括ケア病棟になり、以前より退院調整が必要な患者が増えた。入院前と同等のADLで退院する患者もいるが、多くは本人や家族へ在宅復帰に向けた支援や指導が必要な患者である。今年度退院調整に関する活動に取り組むことになり、その中で現在行われている内科患者対象の退院調整カンファレンスをより効果的に活用できないかと考え、退院調整チームカンファレンス(以下チームカンファレンスとする)の定着を目標に活動したためここに報告する。

II. 課題、小集団目標

- 1) 退院調整に関するチームカンファレンスのルールを作成する。
- 2) チームカンファレンス開催の定着化を図る(開催率80%以上を達成出来る)

III. 課題達成方法

- 1) チームカンファレンス実施のルール
(実施期間：2019年8月25日～12月29日)
 - ①開催日は業務負担が比較的少ない毎週日曜日に設定する。
 - ②開始時間は業務の進捗状況によって日勤リーダーが決定する。
 - ③チームカンファレンスの内容を退院調整カンファレンスシートに記載する。
 - ④チームカンファレンス内容を看護記録に記載する。
- 3) 評価方法
 - ①チームカンファレンス実施の有無
 - ②退院調整カンファレンスで使用するシートへの記載の有無
 - ③開催率
- 4) チームメンバーへアンケート調査を実施(1月)

IV. 実践内容・結果

カンファレンス開催数：18/19回、開催率：94.7%
アンケート結果：回収人数9/11人、回収率81.8%
①曜日；日曜日で良い9人②内容；そのままが良い9人③カンファレンスは役に立っているか；はい8人、どちらともいえない1人④時間的・仕事の苦痛はないか；はい6人、どちらともいえない3人、⑤整形患者にも実施した方がよいか；はい8人、無回答1人、⑥カンファレンスについて作成したルール通りでよいか；はい9人⑦カンファレンス簡略化や継続のためにどうすればよいか；受け持ちが内容をまとめる、受け持ちが患者状況と退院調整に関する情報を記載する、時間短縮する、開催時間を決める、テンプレートを作り受け持ちが記載する、当日スタッフにカンファレンスの日と伝えておく、役割分担をするなどの意見があった。アンケートの結果を踏まえ12月からは整形患者も対象とした。

V. 考察

チームカンファレンス開催率94.7%と目標達成することができた。また、チームカンファレンス開始前後の退院調整シートを比較すると退院に向けての進捗や課題が明確に記載されるようになり、アンケートでも役に立っているという意見があった。チームカンファレンスを実施することでチームの患者の退院指導や問題点について考える時間を持つことができ、役立っているという意見が聞かれたと考える。

アンケートの結果から日曜日開催としたことは、検査や医師からの指示が比較的少ないため業務負担軽減や開催率上昇に繋がったと考える。しかし日曜日開催であることはMSWなど他職種との連携は難しくなるため、退院調整カンファレンスでの共有や個別の相談などが必要になると考える。

アンケート結果よりチームカンファレンス開催が時間的・業務的に苦痛ではないという意見が6割であり、負担に感じていないスタッフが多かったが、負担に感じているメンバーもいると考える。また今回はおおまかなルールを決めたのみであるため、リーダーによってカンファレンスの進め方が異なっている可能性が高い。川島は¹⁾短い時間で効果的なカンファレンスを行うためには、カンファレンスで得た情報や決定事項を正しく蓄積し、引き継ぐための記録の工夫が欠かせない、と述べている。また篠田らは²⁾役割を多く抱えると、一つひとつの役割において、自分の判断や動きによりカンファレンス全体がどう動くことになるのか予測する力がどうしても鈍くなる、と述べており統一した退院調整チームカンファレンス開催ができるようルールを決める必要があると考える。また次年度以降も退院調整チームカンファレンス開催は可能であると考えているが、内容の大きな変更は無く時間短縮・簡略化できるような検討や修正が必要になると考える。

VI. 結論

今回退院調整チームカンファレンスを実施したことはチームメンバーにとって役立つ内容となった。また業務負担を考慮し開催日を日曜日としたことで、開催率上昇に繋がり目標を達成することが出来た。今後もカンファレンス開催を継続するためには大きな内容変更なく業務負担を軽減できるような工夫が必要である。今後の課題としてカンファレンスについてのルール作り、記録方法の検討をする必要がある。

VII. 引用参考文献

- 1)川島みどり著「看護カンファレンス」医学書院、1984年P127
- 2)篠田道子・宇佐美千鶴著「チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方」株式会社日本看護協会出版会、2015年P157