

産婦健康診査事業導入にあたり現在の取り組みと今後の課題

JA長野厚生連北信総合病院 南7階 A-3 助産師 土屋ひとみ

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) 病床稼働率: 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人 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 (平成30年4月～平成31年3月データ): 病床数: 産科21床、NICU3床 婦人科5床

入院科: 産婦人科・新生児科 総患者数 (延退院数) 産科: 1348名(1397名) NICU:98名 (158名)
 分娩件数: 483件 (経膈分娩367件、帝王切開106件(内緊急41件)、死産,中期7件 (前年度分娩件数476件)
 平均患者数: 産科116名 (内分娩39.7名) /月 NICU 13名/月 平均在院日数: 産科6.4日 (5.8) NICU7.6日 (4.9)
 平均稼働率: 産科97.1%(94.3%) NICU76.0%(85.5%) 産科平均年齢31.2歳
 主要疾患: 産科①正常分娩 ②切迫早産・流産 ③妊娠糖尿病 婦人科①子宮脱②子宮筋腫③稽留流産 NICU平均年齢:0歳 ①新生児呼吸障害、早産低出生体重児 ③新生児感染症
 救助区分: 産科 担送: 25.5% 護送: 4.9% 独歩: 69.3% NICU 担送: 100%
 看護師平均年齢助産師27名 (うちアドバンス助産師14名) 看護師4名 助産師・看護師平均年齢: 37.7歳 平均在籍年数: 10.6: 看護必要度集計 44.8%/月 (2019 4月～10月)

III. 病棟目標

- 1 女性のライフサイクルにあわせたその人らしい継続性のある看護を提供する
- 2 働き続けられる環境を整え一人ひとりが仕事への充実感をえる
- 3 地域周産期母子医療センターとしての役割を果たす
- 4 健全経営に向けて取り組む

IV. 固定チームナーシング概要

	Aチーム	Bチーム	Nチーム																																			
組織図	師長(29/36) () 内部署経験年数/看護師経験年数R .4現在 主任(5/23)A-1 主任(14/20)B-1 主任(6/14)N-2 Aチームリーダー(13/16)m Bチームリーダー(3/17)m Nチームリーダー(9/9)mN-2 A-1 (25/34)m A-2 (7/7)m A-3 (5/6)m (25/25)m (26/36)m (2/5)m (25/25)m (4/5)m (1/4)m (1/2)m (8/25)m (6/6)m (9/15)m (2/7)m m m B-1 (19/19)m B-2 (12/12)m N-1 (22/24)n (25/25)m (25/35)n (4/7)m m (4/5)n N-2 (1/25)n																																					
チームの特徴	産婦人科外来助産師を含む	婦人科外来看護師を含む	NICUスタッフ助産師と看護師																																			
やりたい看護	A-1その人らしい出産・育児を支える為に妊娠期間から個別性に考慮した保健指導を導入したい A-2妊婦とその家族が、ファミリー学級を受講し、妊娠期から産後までの知識が得られ、理解が出来るよう援助したい A-3 産後、産婦が精神的・身体的に落ち着いた状態で育児に臨むことができるよう援助したい	B-1婦人科腹腔鏡手術の指導をスムーズにし必要な情報を患者伝えたい。 B-2 婦人科手術患者のパスを作成しスタッフも患者も理解しやすい物にしたい	N-1抜管・抜管後のケアの基準を見直し、今後のケアに生かしていきたい N-2新生児蘇生法の処置やケアの手順を身につけたい																																			
チーム目標	A-1妊娠期間を通して全妊婦に複数回保健指導を実施する A-2ファミリー学級の構成や案内方法を見直し、患者さんにわかりやすい学級を提供できる A-3妊産婦健康診査受診票(補助券)を用いた産後2週間、1ヶ月健診を患者の100%が受診することができる	B-1婦人科腹腔鏡手術を受けた患者の退院指導を見直し、患者が退院後の生活に不安なく過ごすことができる B-2婦人科パスを稼動し汎用、コストのおちを0%にする	N-1抜管のケアの基準を見直し、個別性のあるケアを行うことができる N-2 NCPRのチェックシートを活用し、処置・ケアの手順がわかる																																			
担当範囲	妊娠期～産褥期 新生児も含む 患者数: 21名	婦人科 患者数: 5名	NICU 入院新生児 患者数: 3名																																			
部署平面図	<table border="1"> <tr> <td>未熟児室(NICU) 3床 Nチーム</td> <td>勤務室 面談室</td> <td>分娩室1 Aチーム</td> <td>分娩室2 Aチーム</td> <td>陣痛室1 Aチーム</td> <td>陣痛室2 Aチーム</td> <td>休憩室</td> <td>新生児室 Bチーム</td> <td>ディールーム</td> <td>器材室</td> <td>リネン室</td> </tr> <tr> <td></td> <td>当直室</td> <td>浴室 トイレ</td> <td>リネン室</td> <td>当直室</td> <td>処置室</td> <td>面談室</td> <td>勤務室</td> <td>授乳室</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>711 1床 Aチーム</td> <td>710 1床 Aチーム</td> <td>708 6床 Aチーム</td> <td>707 6床 Aチーム</td> <td>706 4床 Bチーム</td> <td>705 4床 Bチーム</td> <td>トイレ 洗面室 浴室</td> <td>コソベア室</td> <td>703 2床 Aチーム</td> <td>702 2床 Aチーム</td> <td>701 2床 Aチーム</td> <td>推測室 ELV ELV</td> <td>ELV ELV</td> </tr> </table>			未熟児室(NICU) 3床 Nチーム	勤務室 面談室	分娩室1 Aチーム	分娩室2 Aチーム	陣痛室1 Aチーム	陣痛室2 Aチーム	休憩室	新生児室 Bチーム	ディールーム	器材室	リネン室		当直室	浴室 トイレ	リネン室	当直室	処置室	面談室	勤務室	授乳室			711 1床 Aチーム	710 1床 Aチーム	708 6床 Aチーム	707 6床 Aチーム	706 4床 Bチーム	705 4床 Bチーム	トイレ 洗面室 浴室	コソベア室	703 2床 Aチーム	702 2床 Aチーム	701 2床 Aチーム	推測室 ELV ELV	ELV ELV
未熟児室(NICU) 3床 Nチーム	勤務室 面談室	分娩室1 Aチーム	分娩室2 Aチーム	陣痛室1 Aチーム	陣痛室2 Aチーム	休憩室	新生児室 Bチーム	ディールーム	器材室	リネン室																												
	当直室	浴室 トイレ	リネン室	当直室	処置室	面談室	勤務室	授乳室																														
711 1床 Aチーム	710 1床 Aチーム	708 6床 Aチーム	707 6床 Aチーム	706 4床 Bチーム	705 4床 Bチーム	トイレ 洗面室 浴室	コソベア室	703 2床 Aチーム	702 2床 Aチーム	701 2床 Aチーム	推測室 ELV ELV	ELV ELV																										

I. はじめに

現代は少子化、晩婚化、核家族化による影響で、女性達が子どもを産み育てることに困難を感じている社会であり、国としても2017年より産後うつ病の予防や新生児の虐待予防を目的として産婦健康診査事業が創設された(実施主体は市町村)。当院でも、2019年4月から産婦健康診査表を持っている人のみを対象として産後2週間健診、1カ月健診を実施したところ、産後2週間健診では受診率は80%であった。残りの20%の拾い上げの必要性を感じ、6月より全褥婦を対象として現在に至る。

今回は当院での産婦健康診査(産後2週間健診、1カ月健診)事業導入後の経過と課題及び母子の現状をまとめたのでここに報告する。

II. 課題(小集団目標)

産後2週間健診、1カ月健診を100%の褥婦が受診することができる。

III. 課題達成方法(倫理的配慮)

1.実施時期と対象:2019年4、5月は産婦健康診査受診表(公費5000円)を持っている褥婦を対象とし、6～9月は全褥婦(自費5000円の褥婦も含む)を対象とした。

2.4～9月の各月全分娩者に対して、産後2週間健診、1カ月健診受診者の受診率を調査。

3.産後2週間健診、1カ月健診の面談内容から何に不安で困っているのかをまとめ、地域連携の割合を調査。

IV. 実施内容

1.産後2週間健診は午後に3枠(1枠45分)、1カ月健診は午前3枠(1枠60分)で月～金、病棟スタッフが担当する。

2.全国共通の3つの質問票、育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)、赤ちゃんへの気持ち質問票を用いて聞き取りを実施。産後2週間健診では聞き取り後に、児の体重測定と授乳指導実施。保健指導はその場で対応。医師の受診が必要な場合は、病棟医師と連携をとる。

3.産後2週間健診、1カ月健診にて新たに連携が必要な褥婦は、そこから他機関他職種と連携を図る。

V. 結果

2019年6～9月は全褥婦対象として実施。受診率は産後2週間健診が99%、1カ月健診も99%であった。受診率99%の原因は1名の受診拒否だった。産婦健康診査受診表(公費)がない褥婦が10%いたが、その褥婦は自費(5000円)にも関わらず全員拒否することなく受診した。1カ月健診受診者の11%が地域連携の必要な褥婦だった。地域連携の理由は、軽うつ症状38%、育児不安28%、特定妊婦33%(うち精神障害22%)だった。その褥婦の中には既往歴がなく産後も問題なく経過していたが産後2週間健診にてEPDSが9点以上(産後うつの好発症例)と高値であり、そこで初めて精神疾患の既往があることが判明し、本人と相談のうえ地域連携につなげたケースもあった。全褥婦の

相談内容では、「母乳やミルク不足の心配」、「児が泣いている理由が分からない」、「児の成長への不安」、「自分の体調と乳房の状態」、「家族との関係性」についての相談が多く聞かれた。その場で対応しきれない内容については、助産師相談室での対応とし継続的な関わりをもつようにした。

VI. 考察

産婦健康診査事業導入以前は、スタッフが妊婦健診や助産師外来の関わりの中で、継続的な関わりや援助、他機関他職種連携が必要な褥婦を拾い上げ、面接や育児相談などを通して母子や家族のサポートをおこなってきた。産婦健康診査事業の導入で対象を全褥婦にしたことにより、精神障害や若年妊娠など、いわゆる特定妊婦の他に、産後問題なく経過していたが退院後に心身の不調が出現した褥婦の拾い上げにも効果がでており、産後うつ病の好発時期である産後4週間の支援が強化できたと考える。全褥婦に全国共通の3つの質問票を使用した面接を行うことで、褥婦のメンタルヘルスの状態を誰もが客観的に評価でき、より母子に寄り添ったサポートが提供できる環境が整ったと感じる。しかし、このようなサポート環境が整っていても受診を拒否されてしまえば関わりがもてないため、病院施設内だけのサポートでは困難を極める。そのため私達は、今まで以上に周産期メンタルヘルスのプロとして、レベルの高い面接技術や家族調整のスキルを身につけ、精神科や薬剤師、地域保健師、小児科など他機関他職種連携のマネジメントをおこない、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整えていく必要があると考える。また、全褥婦を対象としても10%の褥婦が自費にも関わらず受診してくれた。その理由としては私達の支援を必要としている実情が感じられた。しかし、現状は助産師外来、助産師相談室、産婦健康診査事業、いずれ院内助産と、通常業務の他に抱えるものが非常に多い。支援すべき母子と向き合うことができるようにスタッフのメンタルヘルスも守る必要がある。

VII. 結論

1.全国共通の3つの質問票を使用し誰もが客観的に褥婦のメンタルヘルスを評価できるようになった。

2.他機関他職種と連携が増えるため情報共有が一瞥できる連携用紙の新たな作成を検討していく必要がある。

3.周産期メンタルヘルスのプロとして、妊産婦メンタルヘルスケアマニュアルを熟知し褥婦と向き合っていく必要がある。

VIII. 参考文献

- 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル ～産後ケアの切れ目のない支援に向けて～ 公益社団法人日本産婦人科医会 H29 7月
- メディカ出版 ベリネイタルケア 特集 産後2週間、1カ月母子のアセスメント&ケア Vol38 No10 2019

術後訪問率向上への取り組み

佐久市立国保浅間総合病院 中央手術室 Bチーム 看護師 黒澤美咲

I. 病院概要

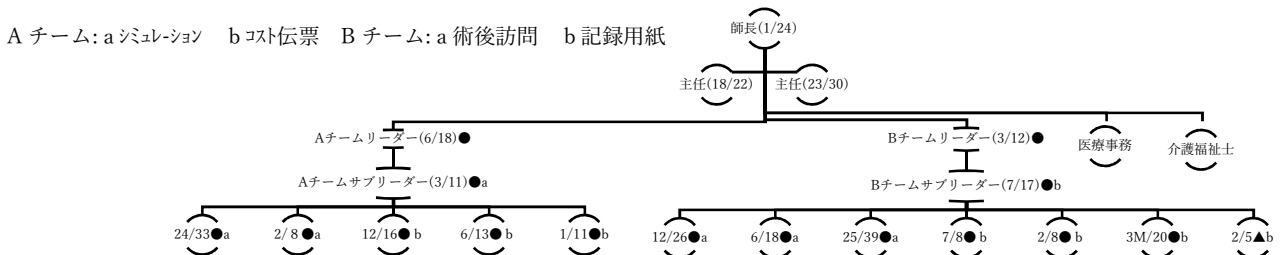
病床数：278床 看護師：231名(介護福祉士含) 診療科目：14科 病床稼働率：85.7%
 一日平均外来患者者 949名 平均病院在院日数 14.3名
 看護提供方式：固定チームナーシング H10年より導入

II. 部署概要 平成31年1月～令和1年12月) 総手術件数 2634/ (2431) 件 (平成30年1月～12月)

外科 347/ (373) 件 耳鼻科 98/ (100) 件 整形外科 973/ (873) 件 形成外科 7/ (2) 件
 産婦人科 455/ (402) 件 泌尿器科 13/ (0) 件 歯科 82/ (67) 件 眼科 655/ (605) 件
 緊急 544/ (553) 件 全麻 1474/ (1389) 件 全麻以外 1160/ (1042)
 スタッフ数：看護師 19名(介護福祉士 1名 医療事務 1名)
 看護師平均年齢:41.9歳 平均在籍年数:9.8年

III. 部署組織図

手術室経験年数/看護師経験 ●:看護師 ▲:嘱託・パート



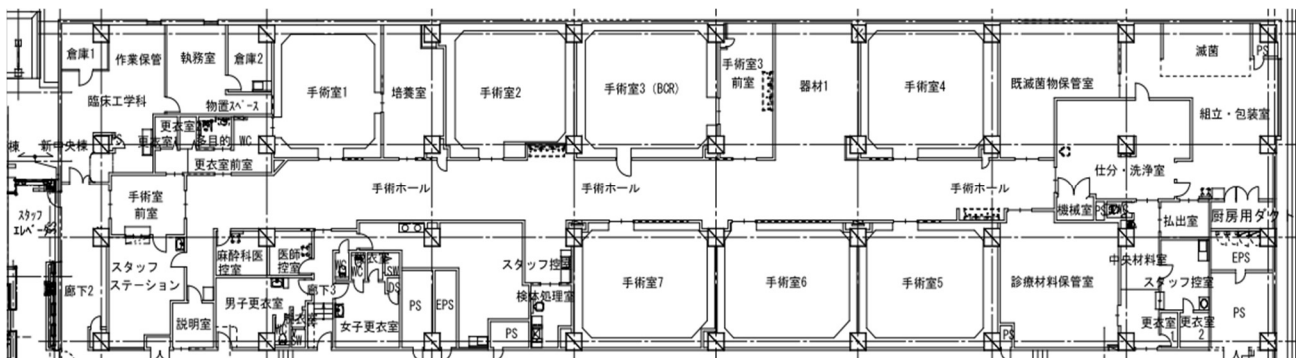
IV. 手術室目標

1. 患者・家族の思いに添い丁寧な看護を提供する
2. 病院経営に参画し活気ある職場環境を作る
3. スタッフ一人一人が知識技術の向上をめざし、自己研鑽に努める

V. 固定チームナーシング概要

	Aチーム	Bチーム
やりた い看護	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師のコマンダーとしての役割の育成 ・コスト管理に対する看護師の意識改革 	<ul style="list-style-type: none"> ・術後訪問率の向上 ・手術経過記録の見直し
チーム 目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 脊椎麻酔手術大量出血時の看護師コマンダーの役割を理解し行動できる 2. コスト意識を高め、記載ミス減らす 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 術後訪問を行うための基準を明確にし、役割の調整を行い、術後訪問率を上げる 2. 手術記録No.2を修正し基準を明確にする

VI. 手術室平面図



I. はじめに

「手術看護の実践の評価は、手術室退室時と術後訪問時の患者の状態と患者からの評価により行う。術後訪問で患者に直接会って観察する事で、手術室内で提供した看護の妥当性について評価出来る。」¹⁾と述べられている。当院手術室においても2018年より術後訪問の対象を全症例に変更した。しかし現状は術後継続すべき事象があった時のみ実施されていることが多く、術後問題点の発生に関わらず術後訪問を実施している看護師は1名であった。今回、手術室看護実践の評価と質の向上を目指し、術後訪問実施に取り組んできたのでここに報告する。

II. 課題（小集団目標）

術後訪問を行うための基準を明確にし、役割分担を調整し、術後訪問率を上げる。

III. 課題達成方法

1. 手術室看護師 18 名に記述式現状調査
2. 活動前後の術後訪問率の調査
3. 調査に基づき問題点の抽出
4. 術後訪問基準の改訂、役割分担の調整
5. 変更、改善した術後訪問基準に応じて術後訪問の実施
6. 手術室看護師 18 名に聞き取り調査

《倫理的配慮》

本活動において知り得た個人情報や報告のみに使用し個人が特定されないように配慮した。

IV. 実践内容・結果

手術室看護師 18 名に対して術後訪問の現状調査を実施した。術後訪問対象患者が全症例に変更になっていることを知らない 9 名。全症例に必要ではない 5 名という結果であった。術後訪問の目的（①術前、術中、術後を通して行った看護評価②術後引き継いだ看護問題の継続確認③患者の評価を知り手術看護に生かす④看護観を高める）や全症例に行う事を掲示し毎朝カンファレンス時に周知する事とした。その後術後訪問率の調査を行い以前の訪問率は 2% 以下だったが 8 月 13%・9 月 22% であった。しかし「忙しくて行くことが出来ない」「行くタイミングが分からない」との声も聞かれた。調査でも術後訪問を実施するには業務改善が必要 8 名。どちらでもないが術後訪問を定着させるには業務調整が必要は 10 名。チーム内で検討し術後訪問担当看護師を決め実施することを基準に追加した。担当者は朝の薬剤、滅菌物点検係が行う事とした。10 月から実施し術後訪問率は 65% と上昇した。しかし「観察、確認項目が分からない」「電子カルテに記載する方法が分かりにくい」との意見も聞かれた。観察、確認項目用紙

を作成し術後訪問時に使用してもらう事とした。12 月の術後訪問率は 26% であった。「午前中早くからの手術が多い時には術後訪問担当の看護師も朝からの手術に入らないと人員が足りない」「一日の訪問者が 10 名以上になることもあるので薬剤係・滅菌物点検係を一緒に行う事が出来ない」「薬剤係を前日の遅番業務の看護師に変更してどうか」との意見が聞かれた。「術後訪問用紙を使用後は確認項目が分かり易かった。使いやすく良かったと意見が聞かれた」基準変更後に手術室看護師に聞き取り調査を行った結果、「術後訪問を継続していく必要性を感じた・患者からの声を聞くことができ改善できる点や自分の看護の振り返りが出来た・術後患者の状態を知ることが出来た」などの声が聞かれた。また忙しい中でも術後訪問担当看護師を担った看護師は時間を見つけて病棟に伺う様子が見られた。

V. 評価・考察

術後訪問担当者を設けることにより術後訪問を実施するための時間をきちんと確保でき術後訪問率の向上へと繋がったと考える。しかし人員不足もあり緊急手術や手術件数の増加に伴い術後訪問率に差が出てしまう結果となってしまったのではないかと考える。また用紙の作成により確認、観察項目が明確となり受け持ち看護師でなくても術後訪問時に統一した観察を行うことが出来た。現状調査から看護師の中で術後訪問に対する認識の違いや術後訪問実施に関する意識の低さも術後訪問実施率の低さに影響していたのではないかと考えた。目的や意義を明確にし、術後訪問担当者を決め実施したことで看護師の中で術後訪問の必要性を理解し意識改革する動機付けとなった。また術後訪問を行う事で看護について振り返りを行う事が出来た。しかし手術室全体では看護の質の評価や振り返りを行うことが出来なかった。今後術後訪問を定着させ手術室全体の看護の質の向上のために患者からの評価、患者の状態を報告できる環境を整えていく必要がある。

VI. 結論

術後訪問目的を再認識により、意識の変化が見られさらに業務改善を行うことで術後訪問率の向上につながった。

VII. 引用・参考文献

- 1) 徳山薫・秋葉由美・松沼早苗：手術医療の実践ガイドライン．第 3 版，第六章，周手術期看護 15 ページ
- 2) 吉村勇樹・千葉夏希：手術ナーシング．4 巻，35 ページ，2017

休日に病棟デイケアを実施して

岡谷市民病院 回復期リハビリテーション病棟 Aチーム 看護師 鈴木美香

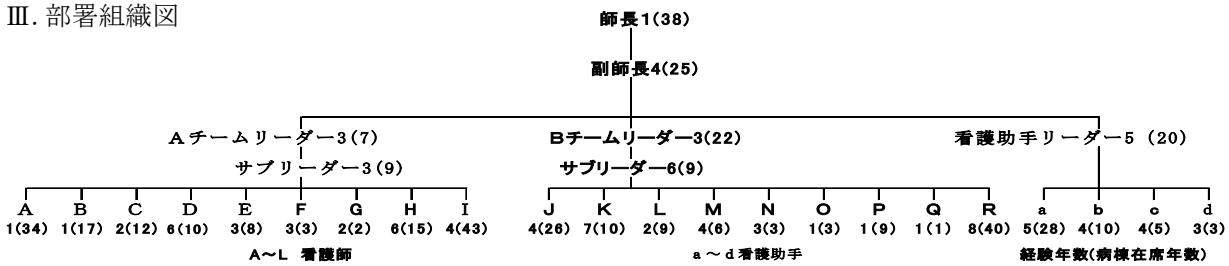
I. 病院概要

病床数295床 看護職員数343名（うち正規看護職員数251名） 診療科目27科
 1日平均外来患者数671.1人(668.8) 1日平均入院患者数247.3人(244.8) 病床稼働率83.8%(83.0)
 平均在院日数20.9日(急性期15.3日)一般急性期病棟看護配置7:1 固定チームナーシングH2年導入
 特徴：一般急性期病床、集中治療室、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、療養病棟、
 緩和ケア病棟、透析室、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、第二種感染症指定医療機関

II. 部署概要 (2019年度1月～12月データ)

病床数：45床 入院科：整形外科 リハビリテーション科 神経内科
 平均患者数：35.0名 月平均在院日数：69.8日 平均稼働率：78.1%
 平均年齢：75.6歳 主要疾患：①大腿骨頸部骨折 ②膝関節症 ③脳出血、脳梗塞
 救助区分：担送 14% 護送 72.3% 独歩 13.7% 看護師平均年齢：42.4歳 平均在職年数：3.2年

III. 部署組織図



IV. 病棟目標

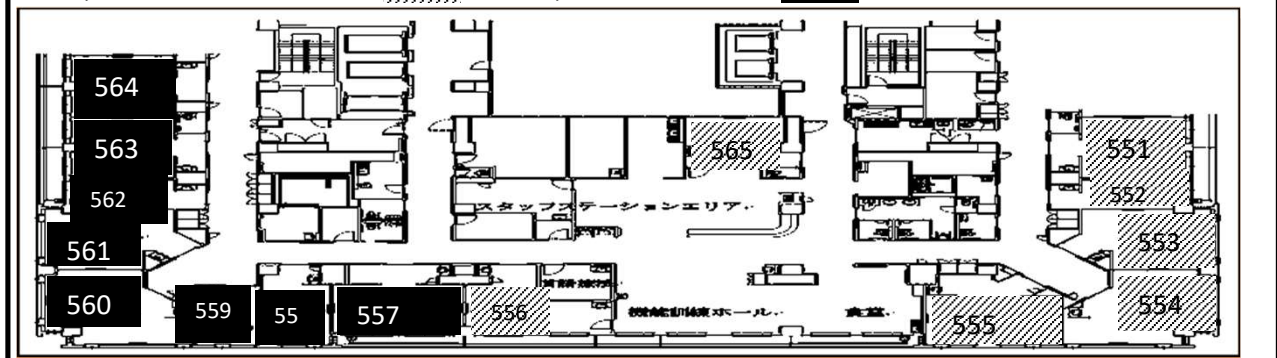
1. 患者の機能改善、残存機能維持のため多職種で「休日デイケア」の構築を目指す
2. スキルアップ、キャリアアップを積むことで質の高いケアを提供する
3. 受け持ちをチームでサポートする仕組みを作る

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	21床・・・脳血管疾患のリハビリ目的 片麻痺、高次脳機能障害、失語症、嚥下障害等介護度が高く、日常生活全般において介助量が多い	24床・・・整形外科疾患のリハビリ目的 ADLの自立度は比較的高い。コルセット補助具の使用、荷重・可動域制限が多いリハビリの進捗状況により移動方法が変化
やりたい看護	・患者と家族の意向をくみ取り最良のケアを提供していく ・急性期を脱した患者とその家族が、前向きにリハビリができる関わりをしたい	・受け持ち看護師として積極的に受け持ち患者、家族、他職種と関わりを持つ ・知識の向上を目指す ・休日の余暇時間に看護師によるリハビリを行うことで離床時間を増やし、ADLの向上を図る
チーム目標	・受け持ち看護師をチームで支える仕組み作り ・病棟デイケアの定着に結び付ける	・誰もが中間・退院カンファレンスに参加できるようにする ・伝達講習や勉強会を行うことで知識の向上を図る ・患者の機能低下防止と自立支援に繋げるため、休日リハビリを実施する

病棟平面図 (チーム分けがわかるもの)

Aチーム 551～556 565 Bチーム 557～564



I. はじめに

当院の回復期リハビリテーション病棟では、平日は1日6～9単位、休日は1日3単位のリハビリを行っており、休日の活動量が減少してしまうことが以前からの課題であった。そこで、休日の離床時間を増やし、病院生活の中で季節を感じ楽しむ時間を持つことを目的に、レクリエーションを取り入れた月1回の休日病棟デイケアの実践に取り組んだので報告する。

II. 課題（小集団目標）

休日に病棟デイケアを月1回実施する

III. 課題達成方法

1. 病棟デイケアの年間計画を立案。
2. 小集団グループメンバーの中で月毎の責任者を決め、レクリエーション内容を計画し、実施する。
3. 予定表と参加者リストをリハビリスタッフに渡し、デイケアの時間を確保する。
4. 小集団グループメンバーで、病棟デイケアの情報共有ノートを作成し活用する。

IV. 実践内容・結果

6月から12月までの月1回の休日に、月毎にテーマを設けて病棟デイケアを計画した。7月以外は計画通り休日に実施した。7月はボランティアの都合で平日に変更し、オカリナコンサートを開催した。デイケアの担当人数は3名とし、参加者の選出、実施内容、必要物品の準備、当日の運営を行った。

デイケアの内容は、季節の工作と大きな声で歌を唄うことを中心に計画し実施した。ご夫婦で参加された方が、涙しながら歌っている姿がみられた。その後、日々の入院生活の中で音楽を聴くようになり、表情が豊かになった。普段の余暇時間にも、自分から折り紙をするなどの良い変化が伺えた。また、他の参加者からは、「参加できてうれしかった」「楽しかった」「誘ってもらってよかった」「お盆がきたみたいだ」「懐かしい歌でよかった」「たまにはいいね」「久しぶりに大きな声を出して歌った」「歌が流行った時代を思い出した。今度はいつやるの？」等の感想が聞かれた。担当したメンバーからは、「患者さんの新しい一面を知る事ができた」「患者さんの笑顔がみられた」等の意見があった。デイケア参加者の選出は小集団のメンバーが行い、30分以上車いすに座っていられ、参加に拒否がない人とした。各回の参加者は6～10名であった。

実施予定時間は14時30分からの約30分、患者の離床からベッドに戻るまでの準備時間を含め60分と設定した。しかし、患者個人に合わせた工作の準備と離床や移動に時間を要した。その結果、離床から終了までの時間を含めると60分以上かかり、予定時間を超過したことがあった。

開催日には参加予定者のリハビリ時間を調整してもらうなど、他職種の協力を得ることができた。

情報共有ノートには、担当する月のテーマに合わせた詳細な内容と必要物品、時間配分当の計画を記載した。また、デイケア実施後には、実施内容と参加者及び担当者の意見や感想、評価を記載した。ノートの活用は交代勤務の中で、メンバー間の情報共有と振り返り及び次回の計画に役立った。

V. 評価

休日の病棟デイケアは、月1回計画通り実施できた。

VI. 考察

参加者は、季節の歌を唄い、工作をすることで季節を感じることができたと思われる。深見は、「なぜ高齢者には音楽がいいの？（中略）音楽は、ただ耳にするだけで、その人の思い出と結びつき、当時の感情を色鮮やかに蘇らせたり、美しいメロディーで心を揺さぶり、精神を高揚させることができます。」¹⁾と記している。参加型のコンサートをきっかけに日々の活動量が増え、笑顔が多くみられるなどの変化が感じられた。

今回のデイケアが認知機能の維持やQOLの向上に及ぼした影響までは調べてはいないが、残存機能の維持、意欲の向上につながったのではないかと考える。また、デイケアに参加することで、前後の時間を含め、60分以上の離床時間が確保できたことが、休日の離床時間の増加と余暇時間の活動量の増加へつながったと考える。

準備に他職種の協力が有効であった。多職種と協同してデイケアを実施できれば、さらに充実すると思われる。

『制作レクを時間内におわらせるコツ』を参考にし準備をしたが、開催予定時間が延長してしまった。担当者が3名であったため、参加者の離床や移乗及び患者に合わせた工作の作業準備に時間がかかったことが原因と考えられる。今後も継続させていくためには、小集団で取り組むのではなく、病棟全体で取り組む必要があると考える。多職種の参加も含め検討したい。

VII. 結論

休日に行う病棟でのデイケアは、離床時間の増加と余暇時間の活動量の増加に効果があり、日々の生活に変化をもたらすきっかけ作りとなった。

VIII. 参考・引用文献

- 1) 深見公子：高齢者のための音楽レクリエーション 成美堂出版 P7
- 2) 山崎律子：介護スタッフのための安心予防レク活動 株式会社秀和システム
- 3) 池村公伯：レクリエ 2019 7.8号 株式会社世界文化社

検査準備のタイムロスをなくし、検査を安全に実施するための取り組み

JA 長野厚生連浅間南麓こもろ医療センター 臨床画像センター 看護師 浅沼柳也

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

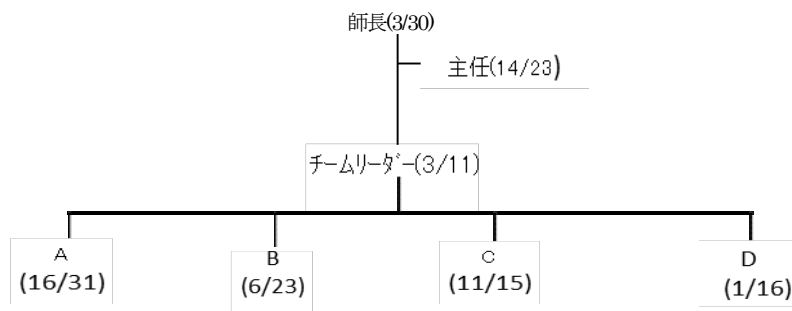
II. 部署概要 (平成 31 年 1 月～令和元年 12 月データ)

※前年度データは () で表示

業務内容 : 内視鏡検査治療の全般、放射線検査治療、放射線科外来、禁煙支援外来の診療の介助
 年間検査件数 (平成 31 年度) : 内視鏡 7022 件、血管造影 346 件、透視 1368 件、CT 6002 件
 核医学 1089 件、マンモトーム・超音波 10443 件
 外来年間件数 (平成 31 年度) : 放射線科外来 1026 名
 看護師平均年齢 : 43.5 歳 看護師 : 6 名 (うち内視鏡技師 3 名)

III. 部署組織図

※() 内部署経験年数 / 看護師経験年数 R1. 12 月現在



IV. 病棟目標

- ・検査、治療準備が迅速に行える
- ・外部研修へ 1 回以上参加し、自己研鑽すると共に伝達講習を行う

V. 固定チームナーシング概要

チームの特徴	内視鏡業務に長年携わり知識・技術に長けたスタッフと、病棟経験を活かしてアイデアを出しあえるスタッフで構成
やりたい看護	スタッフ全員が同じ知識を身に付け、患者にとって安全な検査・治療の介助を行えるようになる
チーム目標	検査準備のタイムロスをなくし、安全な検査が受けられる

臨床画像センター平面図



I. はじめに

臨床画像センターは、内視鏡検査・治療全般、放射線検査・治療の介助、放射線科外来、禁煙支援外来の診療の介助を行っている。

全スタッフ6名で多岐業務を担っており、検査終了後も片付け・物品補充が出来ないまま、次の検査介助につかなければいけない現状がある。その為、使用した物品がタイムリーに補充されておらず、検査中に処置具を倉庫まで取りに行く事があった。また緊急時には、慌てて物品の補充をし、検査準備に時間を有していた事でスムーズに受け入れができない事があった。検査室の限られたスペースの中で処置具を全て保管する事は難しく、スタッフによる補充も数や方法にばらつきがみられ、検査終了後の環境も整っていない事が分かった。

今回、いつでもスムーズに内視鏡検査が受けられるような環境を整える為に、検査室へ保管する物品の選定・定数化を行った。更にカードの掲示により物品補充に対する意識が向上した事で、時間短縮の効果をj得ることが出来たのでここに報告する。

II. 課題 (小集団目標)

検査準備のタイムロスをなくし、検査を安全に実施する。

III. 課題達成方法

- 1.ブレインストーミング法で意見交換を行う
- 2.「補充未」・「補充済」カードの作成
- 3.各部屋へ掲示を行い、物品補充できない時はその時の検査担当スタッフが「補充未」のカードを表にしておく
- 4.「補充未」のカードを確認したスタッフは協力し、補充を行う
- 5.補充が済んだら「補充済」のカードを表にする
- 6.検査室の棚については物品の定数化と表記を行う

IV. 実践内容・結果

6月・7月：検査終了時に使用した物品の補充についてブレインストーミング法で意見交換を行った。ブレインストーミング法を取り入れたことにより、様々な視点から活発な意見が出された。「内視鏡検査後の補充が速やかに行われていない」「立て続けに検査がある時は、検査中に物品を取りに行くケースがある」「定数を決めてはどうか」「補充の仕方にバラつきがある」などいくつかの問題点が抽出された。

8月・9月：抽出された問題点から具体的な改善策を出し合った。「補充未」・「補充済」カードの作成を行い、各検査室へ掲示し、検査担当者だけでなく他スタッフもカードの確認を行い補充できるようにした。各部屋で物品の定数化を行い、過不足なく統一した補充ができるようにした。また、検査室の棚の環境整備を行い、見やすい配置をスタッフ間で相談し整備した。

10月：部内で実践後の評価を行った。カードの使用

が定着せず、補充が出来ていなくても、カードがそのままになってしまっている事があった。そこで、部内でカードの使用の徹底の呼びかけを行った。

11月：部内で再度実践に対する評価を行った。カードの使用頻度が増え、どの種類の物品が補充できていないかなど、具体的にスタッフ同士で声掛けを行う事が増えてきた。

V. 評価

カードを掲示した事で、「検査室が今どのような状態なのか」周りのスタッフが確認できるようになり、意識して補充が行なえるようになった。また、限られたスペースの中で過不足なく補充できている事で、検査中も患者から離れずに安全に処置ができるようになった。

VI. 考察

カードを作成し、「補充未」は赤、「補充済」は青と色を分けた事によって、一目で「検査ができる状態か否か」という、検査室の状況が分かるようになり、周りのスタッフが意識して物品補充ができるようになった。スタッフからは「検査室の状況が分かるので、担当者にわざわざ聞かずに補充・整備が速やかにできる」との意見も聞かれるようになり、検査準備のタイムロスもなくなり、時間短縮の効果が得られた。カードを掲示したことにより「検査が始まる前にカードの確認を行い、再度チェックする習慣が定着してきた」という意見も聞かれるようになった。カードを掲示したことが、自ら確認しようとする積極性や業務に対する責任感の向上に繋がったと考える。

内視鏡検査は検査の延長で処置や治療に移行するケースもあり、患者に安全で、可能な限り迅速な対応をしていく必要がある。補充も適当数を補充するのではなく、物品は定数化し、規定された場所に配置、保管するようにした。スタッフ全員で相談し整備した事で周知でき、規定場所に配置した事で物品を探す手間も省け、スムーズに処置の介助が行えるようになった。

VII. 結論

臨床画像センターでは多岐にわたる業務の中で、カードの掲示により、スタッフ間で現場の状況を把握できるようになり、検査準備のタイムロスをなくす事ができた。また、過不足なく物品補充が出来た事で、検査がスムーズに遂行できるようになり、検査を安全に実施することができるようになった。スタッフ同士の声掛けも増え、連携もスムーズに図れるようになった。

VIII. 参考文献

- 1) 西元勝子／杉野元子：固定チームナーシング 第3版. 医学書院, 2012

働きやすい環境づくり～申し送り廃止への取り組み～

市立大町総合病院 3階東病棟 Aチーム 看護師 笠井香里

I. 病院概要

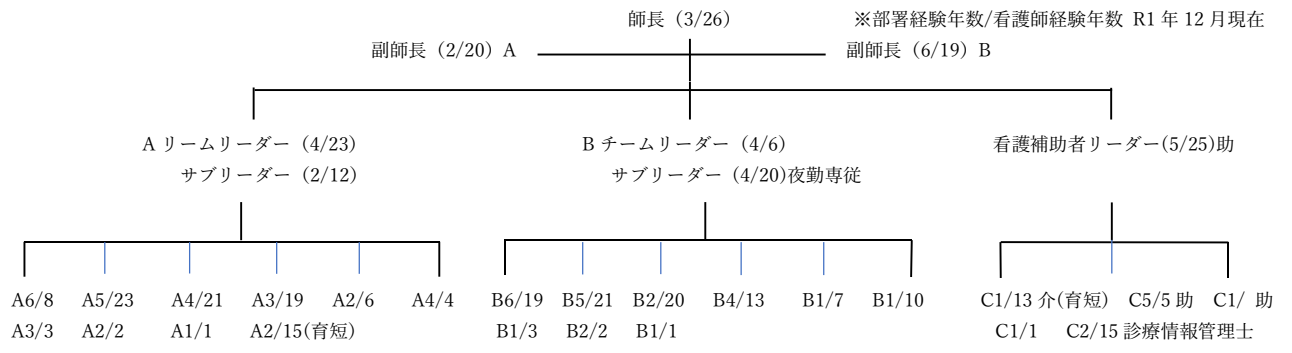
病床数 199 床 (一般病床 99 床 包括ケア病床 48 床 療養病棟 48 床 感染症病床 4 床)
 看護部付職員構成(4月時点)：常勤看護職員 139 名(うち新人 4 名)(内訳：保健師 15 名、助産師 7 名、看護師 115 名、准看護師 2 名) 非常勤看護職員 34 名(内訳：保健師 2 名、助産師 6 名、看護師 22 名、准看護師 4 名) 常勤介護福祉士 10 名 非常勤看護補助者 27 名(内訳：介護福祉士 5 名、看護助手 22 名) 看護師平均年齢 45.32 歳 看護補助者平均年齢 48.58 歳 在籍年数平均 12.8 年
 病床稼働率：3 階東病棟 89.7% 4 階東病棟 90.3% 地域包括ケア病棟 87.9% 療養病棟 95.1%
 平均在院日数：急性期病棟 10.1 日(3 東病棟 10.3 日、4 東病棟 9.9 日) 包括ケア病棟 25.3 日
 療養病棟 159.8 日 固定チームナーシング：平成 8 年 4 月導入
 一般病棟看護配置：7 対 1(夜間看護配置：16 対 1) 包括ケア病棟 10 対 1 療養病棟 20 対 1
 看護補助者加算：25 対 1 夜勤体制：3 交代または 2 交代
 認定看護管理者 1 名 認定看護師 6 名(感染、皮膚排泄ケア、認知症、緩和ケア、糖尿病) 特定行為看護師 2 名

II. 部署概要

平成 31 年 1 月～令和元年 12 月データ (H30 年度データ)

病床数：43 床 入院科：脳神経外科、整形外科、小児科、内科 (眼科、歯科口腔外科の入院もあり)
 総患者数 14085 名(13446) 平均入院患者数 35.6 名(36.8) 平均在院日数 10.3 日(10.1) 平均稼働率 89.7%(86.6) 担送 366.2% 護送 50.7% 独歩 13% 平均年齢 64.5 歳(62.2) 平均看護必要度 37.59
 看護職員構成：看護師 26 名(うち育短 1 名)、介護福祉士 1 名(育短)、看護助手 4 名、診療情報管理士 1 名 看護師平均年齢：35.5 歳 平均在籍年数：3.6 年

III. 部署組織図



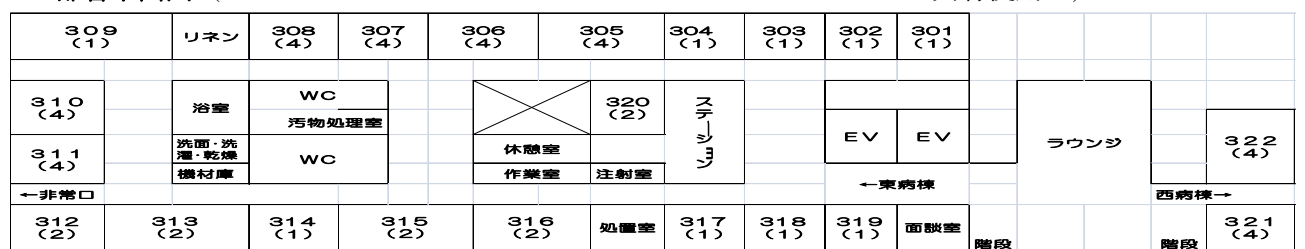
IV. 病棟目標

- 1, 急性期患者受け入れ病棟として任務に対応できるように知識、技術の向上に努める。
- 2, 思いやりを持ち、気持ちよく働ける環境づくり
- 3, 受け持ち看護師として入院から退院まで、患者、家族の思いに沿った支援を行う。

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	内科急性期～慢性期 脳外科慢性期 小児科	脳外科急性期 内科急性期
やりたい看護	患者の療養しやすい環境づくり 知識、技術の向上をし、看護実践に生かす	患者が安全に心地よく過ごせる療養環境の提供 専門知識、技術の向上をする
チーム目標	患者の療養しやすい環境づくりと、気持ちよく働ける環境整備を行う。	急性期の患者に不安なく気持ちよく看護を提供できる

VI. 部署平面図 (A チーム 301～309 B チーム 310～319 320・356 共有使用)



I. はじめに

当病棟は、急性期患者を多く受け入れる病棟であり、昼夜問わず入院患者を受け入れている。主に小児科、脳神経外科、整形外科の病棟であり、患者の年齢層が幅広く要介護患者も多い。当チームでは、『知識、技術の向上、患者の療養環境と看護師の働く環境』に視点を置きチーム活動をすすめてきた。患者、看護師両者において時間の確保は、より良い看護提供するために大きな意味を持つ。

働き方改革が叫ばれる中で、限られた時間を有効に使うことは重要である。そこでタイムスケジュールの見直しを行い、申し送りを廃止した取り組みについて報告する。

II. 課題

日勤帯の始業時間から清潔ケアまでの時間の有効活用によりスムーズに看護ケアに取り組めるようにする。

III. 課題達成方法

1. チームスタッフに聞き取り調査を行い現状の把握と問題点を明らかにする。
2. 問題点についてチームメンバーで共有し可能な解決策を検討する。
3. 解決策を実践し、チームスタッフへのアンケートを行い評価する。

IV. 実践内容・結果

1. 明らかとなった問題点
 - 1) 朝の申し送りが午前9時までに終わらない。
 - 2) 看護ケアや検温にとりかかる時間が遅い。
 - 3) 情報収集が十分できない。
2. 問題点解決策への取り組み
 - 1) 朝の申し送りを廃止する。
 - 2) 約束事項の取り決め
 - 3) タイムスケジュールを見直し可視化する。
 - 4) 実践1か月後にチーム会で検討する。
 - 5) チームメンバーにアンケートを実施し評価する。

朝の始業後の申し送りに費やす時間は、業務の上で大きなウエイトを占めている。今まで、申し送り時間の短縮化を図るために、重要な事のみ申し送るように努力してきたが、時間の短縮は困難であった。また慣習的になっている事を、廃止するということに対する不安や影響は大きい。しかし時間を有効活用するために口頭での申し送りを廃止してみようというチームメンバーの意見を尊重し、タイムスケジュールの見直しを行った。スケジュール表を見やすい場所に提示し、1か月実践し評価したところ、申し送りを廃止したことによる業務への支障はなく継続することができた。その結果、各勤務帯すべての申し送りを廃止するに至った。

V. 評価

チームメンバーに行ったアンケート調査では、申し送り廃止による不安や心配があったと感じたメンバーが5割を占めていた。具体的には、情報収集だけで十分な患者把握ができるか、急変など大きく変化した患者の状態把握が出来るか、など情報収集能力に不安を感じる内容であった。

また、申し送りについてはチームメンバー全員がストレスを感じているという結果を得た。申し送る側としては、短時間で申し送るように意識しているが時間がかかってしまう、情報整理など準備が必要、普段感じない緊張感がある。受ける側としては情報収集出来ている内容を送られるため時間の無駄を感じるなど、双方の立場でのストレスがある事がわかった。そして、申し送りを廃止したことにより、困ることがあったと答えたメンバーは1割に満たなかった。申し送りを廃止しスケジュールを見直したことで、落ち着いて情報収集ができる、看護ケアに充てられる時間が増えた、情報収集能力が上がった、時間の余裕が生まれた、聞きたいことを端的に聞くことができた、など肯定的な意見が挙がった。そして申し送りを廃止して良かったと感じたメンバーが9割を占める結果となった。しかし一方では、記録の見落としによる患者把握不足、記録の不備、患者の共通認識による統一した看護の継続の難しさ、など改善が必要な問題も挙がった。

VI. 考察

口頭での申し送りについては、以前より廃止している病院が多く、たびたびチーム内でその在り方について問題となっていた。しかし廃止を試みるまでには至らなかった。就業時間内に業務を行うために、時間の有効利用について検討することで申し送りを廃止することができた。有効な時間が生まれ、情報収集や看護記録に対する意識も変わり、申し送ることによる生じる負担感がなくなった。そして看護ケアにスムーズに入ることができるようになった。また就業開始時間に合わせたタイムスケジュールを作成することで、就業時間前の業務が減り、業務改善につながったと考える。

VII. 結論

働く環境を改善し、より良い看護を提供するために、時間の有効活用について検討し申し送り廃止を行った。実施前、様々な不安や心配はあったが廃止することで起きた問題はなく継続できている。今後は、個々の情報収集スキル向上や伝わりやすい看護記録の充実を図り、統一した看護に繋げていきたいと考える。

VIII 参考文献

- 1) 吉村浩美：業務改善の好機を見逃さず改革を実現するために必要なこと：看護展望 Vol. 41 No. 1 p20～p26

One Team をめざして ～SBAR を用いた報告時のアセスメント向上と働きやすい環境を目指して～

市立大町総合病院 4階東病棟 Bチーム 看護師 小野有美子

I. 病院概要 (平成 31 年 1 月～令和元年 12 月データ)

病床数 199 床 (一般病床 99 床 包括ケア病床 48 床 療養病棟 48 床 感染症病床 4 床) 診療科: 12 科
 1 日平均外来患者数: 384.1 (382.2) 人 1 日平均入院患者数: 166.5 (173.1) 人 平均病床稼働率:
 90.8% (87.4%) 急性期病棟 81.8 (85.7) 人 地域包括病棟 40 (41.8) 人 療養病棟 44.8 (45.6) 人
 平均在院日数: 急性期病棟 10.1 (10.2) 日 地域包括病棟 25.3 (23) 日 療養病棟 159.8 (116.3) 日
 看護部付職員構成 (4 月時点): 常勤看護職員 139 名 (内訳: 保健師 15、助産師 7、看護師 115、准看護師 2)
 非常勤看護職員 34 名 (内訳: 保健師 2、助産師 6、看護師 22、准看護師 4) 常勤介護福祉士 10 名
 非常勤看護補助者 27 名 (内訳: 介護福祉士 5、看護助手 22) 臨床工学士 1 名 非常勤検査技師 3 名
 看護師平均年齢 45.32 歳 看護補助者平均年齢 48.58 歳 在籍年数平均 12.8 年
 固定チームナーシング: 平成 8 年 4 月導入 一般病棟看護配置: 7 対 1 (夜間看護配置: 12 対 1) 包括ケ
 ア病棟 10 対 1 療養病棟 20 対 1 看護補助者加算: 25 対 1

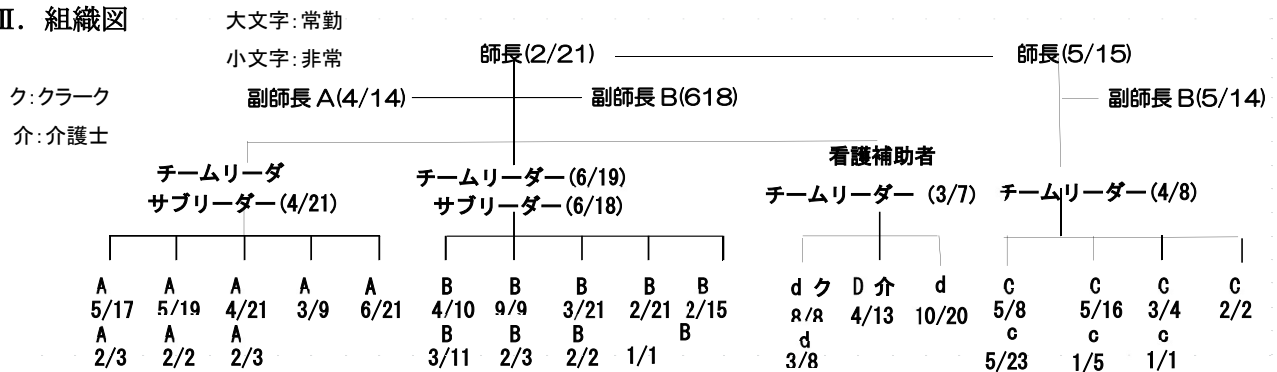
夜勤体制: 不規則 3 交代 or 2 交代 認定看護師: 6 名 (感染、皮膚排泄、認知症。緩和ケア、糖尿病)

II. 部署の概要

病床数: 56 入院科: 内科・外科・泌尿器科・産婦人科 平均患者数: 46.2 人 (48.9 人)

平均在院日数: 9.9 日 (10.3 日) 平均稼働率 90.3% (85.9%) 夜勤体制: 不規則 3 交代又は 2 交代

III. 組織図



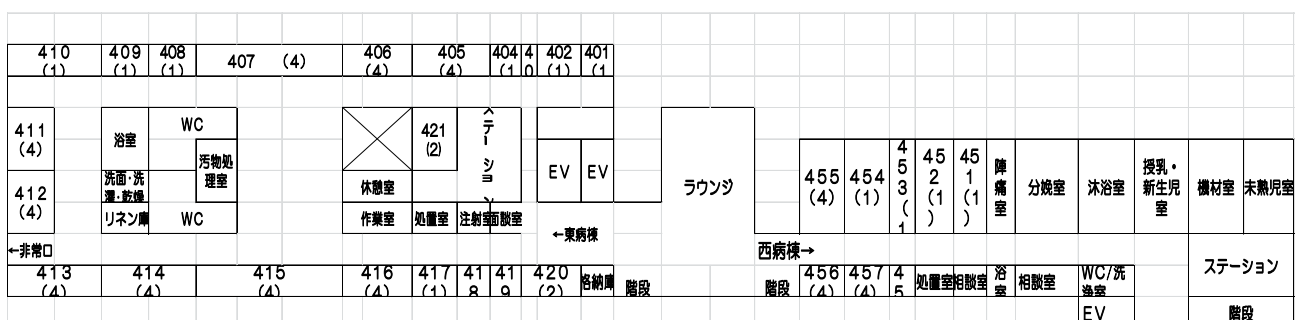
IV. 部署目標

1. 看護の専門性を発揮しよう
2. 患者や働く仲間を思いやり、共に成長しよう
3. 働き方改革の改善と生産性の向上

V. 固定チームナーシング小集団活動の概要

	A チーム	B チーム	C チーム
チームの特徴	内科急性期～慢性期、終末期患者	外科・泌尿器科・婦人科の周術期～慢性期 内科急性期～慢性期	周産期、新生児期 産科婦人科
やりたい看護	MSW と連携がとれ、得た情報を共有し受け持ち患者、家族と関わる	正確に事実を伝えることができる。見落とせない兆候・症状がわかる	患者の思いや自分らしいお産、子育てについてサポートできる
チーム目標	多職種と連携をとり受け持ち患者または家族の意思決定支援に関わる	SBAR を用いて報告を行う	妊産婦の意思決定支援をサポートする関わりができる

VI. 部署平面図 (A チーム 401～411 B チーム 412～420 HCR は共有使用 C チーム 451～455)



I. はじめに

ONE TEAM (ワンチーム) とは「チーム1つになって」という意味である。団体や集団で1つのことをやり遂げる時に全員の力を合わせて一丸となってやり遂げるといった意味で用いられる。

今回、私達Bチームは日々の問題点として、医師やリーダー看護師などへの報告において、正確に情報が伝わらないことや、作業しやすく患者さんが安全に過ごしやすい環境への配慮に欠けていることを取り上げ、以下の目標に取り組んだのでここに報告する。

II. 課題 (小集団目標)

1. SBAR を用いて報告が出来る。
2. 整理整頓、作業しやすく患者さんが安全に過ごしやすい環境への配慮を行う。

III. 課題達成方法

1について：正確に事実を伝える事ができ、見落とせない症状や兆候を見極め支援に繋げる。報告時に、医療安全の側面から SBAR を用いて正確な情報を伝えるようにする。

SBAR とは以下の意味を示す
 S : Situation (状況・把握)
 B : background (背景・経過)
 A : asesment (評価)
 R : recommendation (依頼・要請)】

『SBAR カード』を作成し、病棟会などで事例トレーニングを行い、固定電話の場所に『SBAR カード』を見やすく設置し活用。各スタッフにアンケートをとり達成度 70%を目指した。

2について：次の業務に使用しやすい環境の配慮・安全リスクに配慮された環境作りを行う。それぞれ意識向上と達成度をアンケート調査し評価する。

IV. 実践内容・結果

1について

アンケートの結果、SBAR 使用度：60%であった。内訳としてアセスメントが難しい：25%。参考にして報告できた：60%。身につけないと難しい：27%との結果であった。今後の SBAR を活用するにあたり形態について、ラミネートタイプ：63%、書き込めるメモタイプ：27%との希望があった。

2について

1) 実践内容

気をつけていること、気になる点のアンケートを実施し①術後病室の片付け…原則、術後翌日の日勤終了時迄には不要な物品の片付けを行う。(医師よる安静指示の延期などの対応は除く)

②センサーの必要性の有無…看護部委員会へ、ピクトグラム作成依頼を行った。

③PC ワゴンと④点滴施行セット用カゴの必要物品と物品定数を表にしてラミネート作成し整理整頓に取り組んだ。

2) 結果

1について、スタッフ 80%達成。

2について、ピクトグラムは届いていないが、離棟・転倒のアクシデントリスクの患者に対しチームスタッフの意識が高まり経過表や看護記録に残し、患者に合わせた使用時間の設定・センサー設置の検討が行えるようになった。

③④についてアンケートの結果、整理整頓に対する意識が向上したと回答したスタッフは 94~100%であった。内訳として③PC ワゴンの整理整頓を 70~90%行えたと回答したスタッフは 50%。

④点滴施行セット用カゴの整理整頓を 30~60%行えたと回答したスタッフは 50%であり、できなかった要因としては忙しかった、後回しにした、疲れて忘れたなど挙げられた。

V. 評価

1について：SBAR については浸透しなかった。今後も病棟会において報告の訓練や日々の習慣づけが必要である。

2について：物品定数を決め表示することで片付けや補充、次の勤務者への配慮などについて個々の意識の向上はあった。しかし③④については整理整頓が行えていない現状もある。

VI. 考察・結論

正確に報告することや気持ちよく働くにはどう行動したらよいかと考える機会となり意識は向上した。今後もチームスタッフ間で話し合いながら継続していくことが必要である。やり遂げるまではいかないまでも、課題達成を目指す、過程を共有していくこともチーム作りには重要である。

VII. 引用文献・参考文献

<https://reiwa-sports.net> 2019. 12. 02 ONE TEAM (ワンチーム) の意味や由来より引用

拘縮のある患者のスライディングシートを用いた更衣方法の検討

J A 長野厚生連下伊那厚生病院 療養病棟 看護師：羽田田柊 近藤唯

I. 病院概要 ※2019年10月現在

稼働病床数：75床（地域包括ケア病床：14床 医療療養：20床）介護医療院：36床（2019年10月開院）
 病床稼働率：92% 平均入院患者数：52名 平均在院日数：17.4日
 診療科目：内科 外科 皮膚科 心療内科 耳鼻科 泌尿器科 婦人科 整形外科
 1日平均外来患者数：170名 年間手術件数：眼科259件（主に白内障） 皮膚科72件（主に腫瘍切除）
 併設施設：訪問看護ステーション・通所リハビリテーション 看護職員数：108名（うち正規職員89名）

II. 病棟の概要 ※2019年度10月現在 前年度データは（ ）内に表示

療養病棟 病床数：56病床（医療療養20床・介護医療院36床） 平均ベット稼働率：90.1%（84.8%）
 平均入所患者数：50.4人（47.7人） 平均在院日数：医療 26.0日 介護短期 8.6日 介護療養 90.6日
 入所者平均年齢：81歳 平均要介護度：4.31

利用主要疾患：内科（脳梗塞後遺症・認知症・誤嚥性肺炎・尿路感染症・慢性心不全）

看護単位別職員数 ※2019年10月現在

看護師長：1名 看護師：22名（パート3名） 介護福祉士：9名 助手：1名 クラーク：1名
 新卒スタッフ：2019年度 2名 ・ 2018年度 2名 ・ 2017年度 2名 ・ 2016年度 3名
 部署経験年数：1年目7名 2年目8名 3年目13名 3年目以上9名

スタッフ平均年齢 看護師：38.3歳

看護体制 20：1看護基準 夜勤体制 2交代3人夜勤

看護方式：固定チームナーシング（2006年導入） D P N S（2016年2月導入）

III. 部署組織図 ※アルファベット大文字が看護師、小文字を介護福祉士、助手、クラークで表示

	Aチーム（看護師12名 介護員4名 クラーク1名）				Bチーム（看護師11名 介護員5名 助手1名）																																					
	医療療養：8床 介護医療院：24床 脳疾患後遺症・廃用症候群・認知症患者（利用者）が多く、短期・長期入所に対応				医療療養：12床 介護医療院：12床 脳疾患後遺症・廃用症候群・認知症患者（利用者）が多い																																					
チ ム	師長1 (23) 看護副主任2 (16) 介護主任2 (5) 大文字：看護師 小文字：介護士																																									
	Aチーム 看護師：リーダー (2/16) 介護福祉士：サブリーダー (3/5)				Bチーム 看護師：リーダー (7/17) 介護福祉士：サブリーダー (7/12)																																					
	A (2/16) B (11/25) C (1/20) D (2/3) E (1/1) F (2/2) G (1/10) H (1/8) I (1/15) J (2/23 [※]) a (1/2) b (3/13) c (4/8) d (6/11)				A (2/9) B (6/17) C (10/16) D (8/22) E (1/1) F (1/1) G (6) H (5) I (4) J (2/20 [※]) a (8/20) b (2/3) c (2/2) d助 (6/17)																																					
病棟 目標	目標1：看護・介護の知識・技術を積極的に学ぶ専門性を活かし、利用者に寄り添った支援ができる 目標2：職員が安心と安定した環境で働き続けられる職場風土を作る 目標3：看護・介護の知識、技術を積極的に学ぶ 目標4：経営参画の意識を持ち、療養病棟の役割と体制を整える																																									
チ ム 目 標	Aチーム				Bチーム																																					
	①口腔ケアの手技をスタッフが統一でき、利用者に提供できる。（看護研究） ②居室で義歯の管理ができる。（QC） ③スタッフ全員が必要な情報を共有できる。（リーダー・サブリーダー）				①利用者が快適に過ごす事ができる排泄環境を整えるとともに、オムツのコスト削減につなげることができる。（QC） ②認知症と診断された利用者の食事摂取方法や環境を見直すことで、食事摂取量が増えたり、自己摂取ができるようになる。（看研） ③スタッフ全員が必要な情報を共有できる。（リーダー、サブリーダー）																																					
病 室 区 分	Aチーム				Bチーム																																					
	401 406	402 407	403 408	405	409 413	410 415	411 416	412																																		
病棟見取り図																																										
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>401 4</td> <td>402 4</td> <td colspan="3">デイルーム</td> <td>身障 トイレ</td> <td>403 4</td> <td>405 4</td> <td>406 4</td> <td>407 4</td> <td>408 4</td> </tr> <tr> <td>処置室</td> <td>EV 階段 トイレ</td> <td>倉庫</td> <td colspan="3">ナースステーション</td> <td>処置室</td> <td>休憩室</td> <td>汚物 身障</td> <td>浴室</td> <td>410 4</td> <td>409 4</td> </tr> <tr> <td>416 4</td> <td>415 4</td> <td>413 4</td> <td>412 4</td> <td>411 4</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>									401 4	402 4	デイルーム			身障 トイレ	403 4	405 4	406 4	407 4	408 4	処置室	EV 階段 トイレ	倉庫	ナースステーション			処置室	休憩室	汚物 身障	浴室	410 4	409 4	416 4	415 4	413 4	412 4	411 4						
401 4	402 4	デイルーム			身障 トイレ	403 4	405 4	406 4	407 4	408 4																																
処置室	EV 階段 トイレ	倉庫	ナースステーション			処置室	休憩室	汚物 身障	浴室	410 4	409 4																															
416 4	415 4	413 4	412 4	411 4																																						

I. はじめに

療養病棟には高齢者が多く、長期臥床により筋肉の萎縮・癒着を有する患者が多い。そのために更衣時抵抗が強い患者が多く、また拘縮があるために病衣を無理に引っ張ってしまうなど患者への負担も大きい。そこで、スライディングシートを用いて更衣を行い、安全安楽な更衣方法を検討したいと考えた。これによって患者の苦痛や介助者の負担を軽減することは可能か、実践と結果をここに報告する。

II. 課題（小集団目標）

拘縮のある患者を対象に、入浴時に更衣を行う際にシートを使用し、安全安楽な更衣方法を検討・活用する。

III. 課題達成方法

1. 研究期間：令和1年7月～11月
2. 対象患者：上肢に拘縮がある患者2名
3. 調査手順：1)病棟スタッフに介入前後にアンケートの実施2)入浴時、対象患者の更衣にかかる時間を測定し平均時間を出す3)シートを使用方法を病棟スタッフに伝え、入浴時に使用する4)シートを用いて、対象患者の更衣にかかる時間を測定し平均時間を出す5)介入前後の平均時間を比較する
4. 倫理的配慮

今回の活動報告をまとめ、発表することにあたり、個人が特定されることがないように配慮した。

IV. 実践内容・結果

現状把握のため、病棟スタッフへ拘縮のある患者の更衣についてアンケートを実施した。「困っていること・苦勞することがあるか」という質問に対して、「はい」と答えたスタッフが全体の97%と多かった。その理由として「皮膚損傷が怖い」「着脱しにくい」「患者さんの苦痛表情・痛みを訴える」「無理に関節を動かしてしまう」などが挙げられた。

シートを使用せず、1か月間着脱にかかる時間を測定し平均を出した。

<A氏>着衣：2分58秒、脱衣：1分16秒

<B氏>着衣：3分37秒、脱衣：1分54秒

シートを使用方法をスタッフに伝え、再度1か月間着脱にかかる時間を測定し平均時間を出した。

<A氏>着衣：3分17秒、脱衣：1分7秒

<B氏>着衣：4分12秒、脱衣：2分1秒

実施後のアンケートからは、「皮膚の摩擦が少なくスムーズに更衣ができた」「使用することで安心感がある」などが挙げられた。対して、「手順が分からず準備に手間がかかる」なども挙げられた。また、改善点として「袋状にしたほうが使いやすい」という意見があったため、袋状にしたシートを使用した。袋状にしたことで「使用時にシートが動くことがなく使いやすかった」という意見が挙げられた。

V. 評価

スライディングシートは、袋状にしたシートの方がより安全かつスムーズに着脱することができる。しかし、着脱に要する時間は延長する。

VI. 考察

長期にわたるベッド上での生活により、関節の不動や筋の短縮、不適切な筋緊張によって関節拘縮は進行し、なかでも肩関節拘縮のある患者の7-8割は痛みや関節可動域制限を伴うと言われている¹⁾。病棟スタッフからは「患者さんの苦痛表情・痛みを訴える」「無理に関節をうごかしてしまう」という意見があった。シート使用後は、「皮膚損傷を防ぐことができた」「皮膚の摩擦が少なくスムーズに行えた」という意見が挙げられた。シートを使用することで、患者・介助者の身体的苦痛を軽減することができたと考えられる。

使用前後の着脱時間を比較すると、全体的に使用後の方に時間がかかった。「使用することで安心感がある」という意見があり、介助者側の精神的苦痛の軽減にもつながったと考えられる。またシートという「もの」を使用することで、時間はかかるが、丁寧な援助と心理的な安心感を得られると考えられる。

VII. 結論

1. 更衣時にシートを使用し滑らせることで、患者・介助者の身体的苦痛の軽減につながる
2. シートを使用することで時間はかかるが、皮膚損傷をしないという安心感を得ることができ、介助者の精神的苦痛の軽減につながる

VIII. 引用文献

- 1) 沖田実：関節可動域制限—病態の理解と治療の考え方第2版、三輪書店、2013

手術室看護記録の枠組み作成への取り組み

松本市立病院 中央手術室 看護師 志水梢

I. 病院概要 (2019年4月～12月データ)

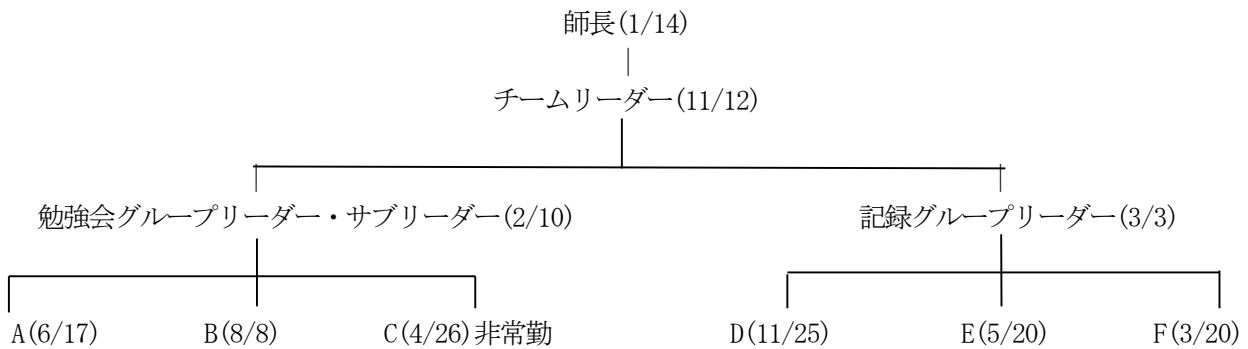
病床数 199床 (一般病床 193床・二類感染床病床 6床)
 病床稼働率 81.68% 1日平均外来患者数 435名 平均在院日数 11.97日
 看護職員数 239名 (看護師181名・助産師25名・准看護師3名・保健師5名・看護助者24名)
 看護方式: 固定チームナーシング (1985年度より導入)

II. 部署概要

手術件数(2019年4月～12月データ)
 診療科: 内科 9件 外科 127件 整形外科 143件 産科 59件
 婦人科 38件 脳神経外科 9件 泌尿器科 58件 形成外科 12件
 麻酔科 156件 総数: 611件
 術式別手術件数 ①帝王切開術 33件 ②骨折観血的手術(大腿) 31件 ③鼠径ヘルニア手術 28件
 看護師平均年齢: 38.6歳 平均在籍年数: 5.4年 (2019.4月時点)

III. 部署組織図

※()内部署経験年数/看護師経験年数 2019.4時点



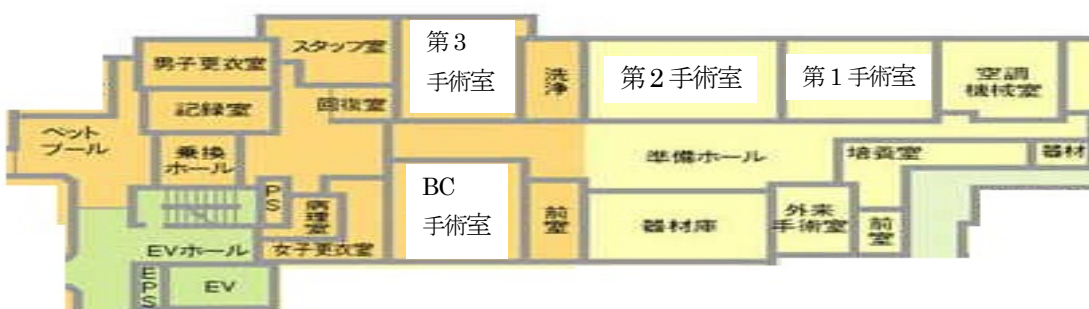
IV. 病棟目標

1. 手術患者の安全・安心の医療・看護に取り組む
2. モチベーション高く働き続けられる職場を目指し、環境整備に取り組む

V. 固定チームナーシング概要

チームの特徴	1 チーム制で小グループを2グループつくっている。突発的な手術もあり、看護を行う上で習得すべき知識・技術が多く教育に時間を要する。今年度は部署内新人看護師がおらず、スタッフの部署内年数が3年から11年である。
やりたい看護	手術を受ける患者が、安全・安心で質の高い手術看護を受けることができる。
チーム目標	1. 勉強会を行うことで、確実な知識と技術を身につけ、自信を持って手術看護を提供できる。 2. 手術室看護記録の枠組みをつくることで、術中の観察項目や看護行為を明確にし、個々による質の差がなく、確実な観察・手術看護の提供につなげる。

※病棟見取り図: 手術室4室 (内1室バイオクリーンルーム) チームは1チーム2グループでの活動



I. はじめに

当手術室では、今年度1チーム2グループでの活動を行った。今回は手術看護記録の枠組み作成についての発表とする。

当院の手術室看護記録は2010年3月から同じ形式で、10年目となる今年度も同様の手術看護記録を使用していた。まずチーム内の問題を抽出するために、スタッフ全員に協力してもらいKJ法を行った。その結果、手術看護記録の入力項目が古く現在の手術看護に合っていない、入力内容がスタッフにより個人差がある、何が必須項目かわからない、といった意見が聞かれた。

今年度当院では新システムの電子カルテが導入されるため、手術看護記録に記すべき情報をまとめ、スタッフに実際に使用してもらい、評価修正することをチーム活動で行うこととした。

II. 課題（小集団目標）

手術室看護記録の枠組みをつくることで、術中の観察項目や看護行為を明確にし、個々による質の差がなく、確実な観察・手術看護の提供につなげる。

III. 課題達成方法

1. 現在使用している手術看護記録について、改善が必要な点をスタッフにアンケート実施。記録に必要なとされる項目を挙げ、まとめる。
2. 記録の枠組みを手術室スタッフへ周知し、意見を集め修正する。
3. 作成した手術看護記録の枠組みに沿って、実際に手術看護記録の入力を行い、一定の期間使用后、スタッフの意見を集め、さらに修正し枠組みを完成させる。

IV. 実践内容・結果

今までの記録の中から、使いにくい点・改善が必要な点について、スタッフにアンケートを実施した。手術看護記録の研修に参加したスタッフから伝聞する事・学会資料等で調べ、新たな記録内容についてグループで話し合い、手術看護記録の枠組みを作成した。

手術看護記録として記載が望まれる項目は、術前・術中・術後において45項目あり、深部静脈血栓症予防の指示・実施内容、電気メス手術装置の機種、体温管理方法など、当院で記録していなかった項目も多くあった。これらの項目をまとめた資料を手術室スタッフへ配布し、疑問点は研修参加したスタッフが説明するなどして周知した。

9月半ばから、紙カルテで新しい手術看護記録の

記入を開始した。約2ヶ月間紙カルテを使用し、12月にインタビュー形式で手術室スタッフ全員にアンケートを実施、活動を評価した。

V. 評価・考察

昨今の手術看護記録の傾向としては、電子カルテに導入している施設もあるが、手書きの手術看護記録を使用している施設も未だに多い。手術看護記録は病棟のものに比べ特殊で、病院全体の認知度も低いため、電子カルテに導入しにくい背景がある。電子カルテに導入している病院では、チェックリストとコメント入力欄を設けた手術看護記録を使用していることが分かった。

新しい記録では、ルーティンワークなどチェックできる項目はチェックリストへ入れ、入室時からの流れや突発的な出来事など、必要事項は経時記録へ記入してもらうように統一した。また整形手術などで使用したインプラントに関しては、シールを経時記録に貼付することで、転記による打ち間違いを無くした。

インタビューの結果、変更後の記録の評価は、やや満足87.5%、普通12.5%であった。具体的な意見としては、内容が以前より充実した、チェックリストにより統一した観察ができた、などが聞かれた。

特に、点滴ルート挿入・バルン挿入時の観察項目・実施者については、どのスタッフも今まで記録していなかったが、現在は100%の記入となった。異常がないかどうか観察はしていたが、記入項目として入力することにより、どのスタッフが担当しても確実に、同じ視点で観察ができるようになり、結果として手術を受ける患者へ確実な手術看護を還元できたと思われる。

VI. 結論

今後は、新システムの電子カルテを使用することになるため、さらにスタッフの意見を収集し、内容を修正する必要がある。今回のチーム活動で作成した手術看護記録を基に電子カルテへ移行し、評価していく予定である。

VII. 参考文献

- 1) 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