

0-7-48

看護補助者の夜勤導入の取組み

旭川赤十字病院 看護部

〇嶋 仁美、天野 亜子、篠田 珠美、桜井 美貴、児玉 真利子

【はじめに】

近年、医療現場では「チーム医療」の実践が広がり、看護職員をはじめとした医療関係職が専門性を必要とする業務に専念するための業務分担が推進され、業務を補助する看護補助者を看護チームの一員として効果的に活用することが望まれている。当病棟は脳外科病棟で昼夜を問わず直接ケアを要する患者が多い。そこで、夜勤看護師の業務負担の軽減と看護に専念できるように患者サービス向上を目的とし、平成26年8月より看護補助者の夜勤を導入したので報告する。

【取組み】

平成26年4月、看護補助者は4名から6名に増員しプロジェクトチームを結成し、毎月会議を行った。7月より1名が平日5日間、変則2交代夜勤を開始した。夜勤回数は段階的に増し、仮眠室の確保、マニュアルの整備を行った。10月に看護補助者のタイムスタディ、看護師と看護補助者にアンケート調査を実施した。

【結果および考察】

タイムスタディの結果では日常生活業務が51%であった。アンケート結果は、看護補助者では「業務はスムーズに進んだ」「コミュニケーションは良かった」「2交代の時間に満足」で肯定的回答が6割以上であった。一方で「業務量は適当」33%、「患者にとって良い」「看護補助者の夜勤は必要」では肯定的回答は16%と低かった。看護師はすべての項目で7割以上が肯定的回答であった。特に「業務はスムーズ」「コミュニケーションは良い」は97%と高かった。夜勤時は看護師と共に定期的な体位変換・おむつ交換を行い、イブニングケアおよびモーニングケアの洗面を中心としたケアを行うことで、看護師の負担軽減、看護ケアの専念につながった。また、看護師は採血、容態回り、記録に集中でき、ゆとりや安心感など精神的軽減がみられたと思われる。今後の課題として業務量に対応した日勤看護補助者人数の確保、事故防止の強化があげられる。

0-7-50

看護補助者の組織体制の再構築

～看護補助者リーダーの立場からの報告～52

旭川赤十字病院 看護部

〇岩間 桂、廣瀬 奈己子、田端 五月、桜井 美貴

【目的】看護補助者会（以下補助者会）が発足し2年が経過した。昨年度、補助者会リーダーを経験し、実践した内容や変化した点をリーダーの立場から報告する。

【期間】平成26年4月～平成27年3月

【実践内容】会議と研修会では企画・運営に関わり、準備や役割分担を行い、役割内容を具体的に指導した。当日の導入では、参加者が研修を受ける心構えが出来るよう、テーマと合わせて補助者に求められる役割や思いを伝え、講師に対する感謝の気持ちも示した。リーダー会議では、年間日程・担当を決め、オリエンテーションや担当看護副部長（以下副部長）との連絡・調整を行った。また、院外研修参加の機会を得て伝達講習を行い、外部見学者に対しプレゼンテーションを行った。

【結果と考察】変化点として1自分達で部署の問題・改善点を考える事で役割意識が高まった。2リーダー会議では部署の意見としてまとめて発表する事が出来るようになり、共通理解や協力体制に繋がった。3副部長や部署のリーダー間での対話が増え、人間関係の構築に繋がった。4同会や書記をやり上げる事によって、満足感やモチベーションが向上した。5会議や研修会の運営を自分達で行えるようになり、補助者同志の協力、団結力向上に繋がった。以上より、リーダーとして看護部のビジョンを常に意識して自分の言葉として伝える事、個々に対し繰り返し指導する事、伝達講習やプレゼンテーションなど新しい事にチャレンジする姿勢が役割モデルとして機能し、看護補助者の組織体制の構築の一端を担ったと考える。

【今後の課題】個々が自己の役割を理解しリーダーに協力する事、更に主体的に取り組めるように役割を与える等の工夫、会議の内容を部署の補助者間で共有する際の伝達方法、自己啓発などが今後の課題となった。

0-8-36

当院における地域包括ケア病棟設置の成果について

日本赤十字社長崎原爆病院 経営効率化委員会

〇谷口 英樹

【はじめに】2014年4月の診療報酬改定により7:1施設基準の厳格化が図られた。具体的には重症度・医療看護必要度の計算がより厳しくなり、当院でも7:1の維持が困難となった。そこで検討を行い、地域包括ケア病棟を1病棟設置することとし、2014年8月より運用を開始した。今回その状況につき報告する。

【当院における経緯】新しい基準に当てはめられた医療・看護必要度のシミュレーションを行ったところ当院においては旧基準では17.0%であったところが13.8%に下がることがわかった。もしこのまま基準を満たさず10:1となった場合、大幅な減収となることが予想され、一部の病棟を地域包括ケア病棟へ転換することが経営効率化委員会でも検討され、幹部会で了承された。ただちにワーキンググループを設置して具体的な検討に入り、1病棟を地域包括ケア病棟に変更すれば基準を満たすことが判明したためそのように決定された。候補となったのは外科系混合病棟であったが、面積が基準を満たさなかったため、6床室を4床室として病院全体で10床削減し基準を満たした。一般病棟は診療科の再編を行い、必要度の高い科と低い科を組み合わせるなど工夫した。包括ケア病棟では、短期滞在手術、重症度の基準を満たさずDPCの日当点が2700点以下の患者さんを優先的に入院とした。運用は2014年8月から実際に診療報酬算定を開始したのは10月である。

【結果】現在一般病棟は重症度・医療看護必要度15%を保ち、地域包括ケア病棟もその基準を満たしている。収益にも現時点では大きな落ち込みもなく順調に推移していると考えている。ただ、患者さんへの十分な説明や転床に伴う事務作業の増加など課題も多い。

【まとめ】今回地域包括ケア病棟の設置という決断をし、現時点では順調に運用がなされている。今後様々な課題を検討しつつ、より良い病院運営を行ってきたい。

0-7-49

看護補助者の組織体制の再構築

～リーダー育成に向けた取り組み～

旭川赤十字病院 看護部

〇桜井 美貴、阿部 昌江、田端 五月、篠田 珠美、鈴木 智子、児玉 真利子

【目的】「看護師が看護に専念できる環境づくり」を目指し、平成24年度急性期看護補助体制加算25対1を受け、看護補助者を10名増員し、支援プロジェクトチーム（以下支援PT）を結成し組織体制の再構築を行った。当院の看護補助者はベテランが多く責任感や行動力が高い集団であるが、看護補助者同士が情報共有や検討する場がなく、リーダーも存在していなかった。そのため、会議を通しリーダー育成に取り組み、2年が経過したため成果と課題を明確にする。

【取り組み】リーダーを各部署から1名選出し、16名の中から全体リーダーを決定した。月1回会議を開催し、役割の提示、運営方法を指導し、情報の共有や建設的意見交換の場となるよう支援した。リーダーに必要なミニレクチャー、部署毎の強化目標の立案、実践報告大会を行い、問題解決のための小チーム活動を取り入れた。

【結果】リーダー会議は部署の意見を集約し、看護補助者同士で話し合い解決しあう場へと変化し、主体的な運営もみられた。小チーム活動ではベッド清掃マニュアル完成、感染防止策の再周知、調度課との改善ができた。3月には全部署が実践報告を行えた。リーダー経験後の感想では「大変だが成長でき満足」「他のリーダーと活動し勉強になった」「他の補助者に負担をかけた」などがみられた。

【考察】会議を通しリーダーとしての役割遂行に必要な知識や情報を修得し、さらにモデルとなるリーダーの存在により役割を具体的に理解できていた。また積極的な活動で補助者同士、支援PTメンバー・所属師長・他職種との対話が増加し相互理解が深まり、成果から期待や承認を得る機会も持ち、自信や達成感へとつながった。今後はリーダー経験者を増やし、より組織の協力体制の向上を目指したい。

0-7-51

赤十字医療施設における看護師と看護補助者との協働に向けた実態調査結果報告

日本赤十字社事業局 看護部 看護管理・教育課

〇橋爪 朋子、二宮 加恵美、小森 和子

【目的】看護補助者配置を評価する診療報酬改定の誘導により、看護補助者数は平成21年から845名増加している。看護補助者の業務内容は従来から大きく変化しており、チームの一員として看護の補助業務を担当し、看護師と連携・協働できるよう現状と課題を整理する。

【方法】全国赤十字医療施設94施設を対象に平成26年10月1日時点での実態調査を行う。

【結果】従来、赤十字医療施設の看護補助者の名称は「看護助手」であり、無資格者が中心であったが、現在は資格を有する「介護福祉士」をはじめ「介護職員」「クラーク」などの様々な職種が看護補助者として業務を行っている。雇用形態も「正規」以外に「嘱託」「パート」「派遣」など様々である。日常生活援助に関連した業務の実施は80%を超えている。集合教育としての研修の実施は、「日常生活にかかわる業務」69.1%であり、他はOJTで実施している。研修の評価方法について、技術チェックリストがあるのは40施設であり、具体的な評価方法はない施設が35施設である。業務基準は作成されているが、看護補助者へ依頼する業務に関する安全を考慮した判断基準などは整備されていない等の現状が明らかとなった。

【考察】雇用形態は多様であり、資格の有無に関わらず同じ業務と処遇であり、不公平感の解消や、モチベーションを高められる体制の整備が求められる。業務は拡大しており、看護チームの一員としての自覚を持ち、確かなスキルを身に付けることが出来る研修の整備や評価方法の検討が必要である。また、医療が複雑化、高度化している中、高齢患者も増加しており、看護補助者に業務を依頼する際の判断基準等の整備を進めていくこと等が今後の課題である。

0-8-37

クリニカルパス作成支援の取り組み

秋田赤十字病院 医療情報管理課

〇佐藤 昭憲

【はじめに】当院のクリニカルパス（以下パス）の作成・改訂は、医師が主体となって行い、パス推進委員会で承認後に運用を開始する手順となっていた。これでは医師の作業負担が大きく、電子カルテ更新に伴う紙パスからパスへの移行も進まず課題となっていた。そこで、パス作成（改訂や電子パスを含む）の支援をパス推進委員会の事務局（事務職員、以下事務局）および看護師が行う体制を整備したので報告する。

【方法】事前にパス作成にかかる講習会を実施、手順を再構築し、パス作成支援を院内周知して運用を開始した。新手順は、1. パス事務局が各診療科からパス作成の依頼を受け、2. 退院患者から平均在院日数を算出、3. オーダー指示の履歴を基に電子パスの雛形を作成、4. 医師が精査して適宜修正、5. 看護師が看護指示と患者用パスと看護計画を作成、6. それらパス一式をパス推進委員会承認、7. パス事務局が電子カルテに登録、とした。紙パスから電子パスへの移行は、医師事務作業補助者の協力を得ながら行った。パス作成に際してDPCの入院期間2を考慮していないことが新たな課題となった。幸い過去に作成したパスの多くは入院期間2を超えておらず、現在はパス事務局である診療情報管理士が医事課職員の協力を得ながら、DPC分析ソフト等を使用し、退院患者のデータとDPCおよび他病院とのベンチマークを行い、結果を医師へ報告してパスを作成する取り組みを開始している。

【結果・考察】支援開始直前ではパス約110件（電子パス比率40%）であったが、現在はパス約220件（同90%）となった。パス作成の主な作業をパス推進委員会が支援することにより、医師のパス作成の労力を大幅に軽減でき、パス作成が活性化され、紙パスから電子パスへの移行も大きく前進できた。今後はパス件数増に対する効率的な支援の検討とパス作成数の少ない診療科への支援が課題である。