

評価漏れ ゼロを目指して

愛媛県立中央病院 看護師 滝野友里恵

9東病棟の特徴①

- 消化器センター・眼科混合病棟

50床（個室:14室、4病室:9室）

《平成28年度》

年間入院患者数:1921人

※内パス適応患者:1170人(パス適応率:60.9%)

スタッフ数:29人(看護長・次席を含む看護師・時短を含む、パート除く)

※内パス係り4人

9東病棟の特徴②

- 当病棟で使用するパス(計38種類)

☆消化器外科:腹腔鏡下胆嚢摘出術、ヘルニア手術

(17種類) 胃開腹手術、胃腹腔鏡下手術

腹腔鏡下肝切除術

化学療法(シスプラチン)胃癌3当日 等

☆消化器内科:ハーポニー導入、RFAユニット

(18種類) 肝血管造影・肝動脈注入療法(AG、TAI)

肝血管造影・肝動脈塞栓術(AG、TAE)

肝生検、大腸ポリペクトミー・EMR

食道EMR・ESD、胃EMR・ESD

食道静脈瘤治療EVL・EIS・APCユニット 等

☆眼科 :水晶体再建術、網膜硝子体手術 等

(3種類)

取り組みを行うようになった背景

- 当病棟では多くのパスを使用しており、パス適応率に
関しても院内で2番目に多い部署である。
- 現在日々のアウトカム評価は準夜で、最終評価は退院
時(日勤)で評価を行っている。
- 評価もれが多く、適切な評価ができていない現状が
あった。
- 評価もれが軽減するためにはどうすればいいか係りで
検討し取り組みを行うこととした。

定義

- 評価漏れ...

- ① アウトカム評価がされているか
- ② 最終評価ができているか

現在の取り組み① [ファイルへの提示]

現在の取り組み① [評価もれ患者一覧表の作成]

- ファイルへの提示
 - ①アウトカム評価がされているか
 - ②最終評価ができていないか
- 上記2つが出来ていない物を一覧表として

チームファイルに提示し各個人が入力をする
バスのアウトカム・最終評価未実施一覧表

日付	患者ID	患者名	評価未実施項目	内容	担当者	入力確認
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			
			アウトカム・最終評価			

現在の取り組み② [準夜勤務者への評価の声かけ]

- 準夜勤務者へのパス評価の声かけ

ロッカーの提示:表

表



裏

2月					
1日	〇〇	9日	△△	17日	□□
2日	〇〇	10日	□□	18日	〇△
3日	△△	11日	〇△	19日	〇〇
4日	□□	12日	〇〇	20日	□△
				25日	〇〇
				26日	△□
				27日	□〇
				28日	□□

現在の取り組み③ [病棟スタッフの評価もれ結果の張り出し]

- 評価漏れを個人集計し毎月ランキングを表示

パス未評価
チェック

(〇)ROB (〇)ROB 全3件 (2件) 1/7アセスメント漏れ 全7件

病棟	患者	評価	患者	評価	患者	評価
〇〇	〇〇	△△	〇〇	△△	〇〇	△△
〇〇	〇〇	△△	〇〇	△△	〇〇	△△

現在の取り組み④ [日勤勤務者の評価の声かけ]

- 日勤勤務者の声かけ

ロッカーの提示

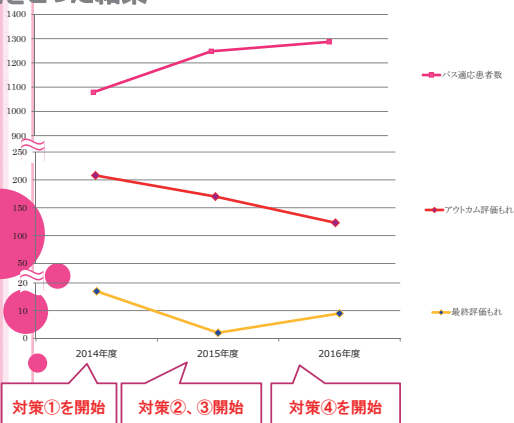
表



裏

2月					
1日	〇〇	9日	△△	17日	□□
2日	〇〇	10日	□□	18日	〇△
3日	△△	11日	〇△	19日	〇〇
4日	□□	12日	〇〇	20日	□△
				25日	〇〇
				26日	△□
				27日	□〇
				28日	□□

対策をとった結果



考察

- 4つの対策を行って、評価もれの件数は減少した。
- 4つの対策すべて必要であったのか、どの組み合わせが一番効果があったのは明らかにならなかった。
- 今後はどの取り組みが重要で必要か改めて検証し必要な対策のみを行い評価もれを軽減していく。
- 今後は勉強会も重ねながらスタッフ全員が適切な評価ができるように係りで関わっていく必要がある。