

# 日本医療マネジメント学会

## 第14回福岡支部学術集会 開催概要

**会 期**：平成26年3月1日（土） 10：00～16：30

**会 場**：麻生看護大学校  
（福岡県飯塚市芳雄町3-83）

**後 援**：福岡県医師会、福岡市医師会、福岡県看護協会、  
福岡県診療放射線技師会、福岡県栄養士会、福岡県理学療法士会、  
福岡県言語聴覚士会、福岡県作業療法協会、福岡県臨床工学技士会、  
福岡県臨床衛生検査技師会、全日本病院協会福岡支部

**参 加 費**：会員1,500円（非会員2,500円）

**学術集会テーマ**：「組織で取り組む医療の質と安全」

**シンポジウム**：「医療安全教育を考える」

**一 般 演 題**

**クリティカルパスパネル展示**

# ご 案 内

## 1 受付

場所 麻生看護大学校 1階  
受付開始 9時15分～  
参加費 会員 1,500円（非会員 2,500円）

## 2 プログラム

10:00～10:05 開会式  
10:05～12:00 シンポジウム  
13:00～14:00 特別講演  
14:05～16:11 一般演題  
16:11～16:30 優秀クリティカルパス表彰式・閉会式

## 3 発表形式

一般演題：発表5分、質疑2分

## 4 クリティカルパス展示

9:30～10:00 パス展示準備  
10:00～15:30 パス展示・投票  
16:11～16:30 パス表彰  
16:30～16:45 パス撤去

### 【参加受付】

1. 参加登録の受付は、3月1日（土） 9時より、1階受付にて開始します。
2. 受付コーナーで参加費（会費 1,500 円、非会員 2,500 円）をお支払いの上ネームプレート（領収書）を受け取り、所属施設・氏名を記入のうえ、必ず着用してください。
3. すべての講演発表において、撮影および録音は禁止いたします。

### 【発表形式】

1. 一般演題の発表時間は、発表 5 分、質疑 2 分とします。時間厳守でお願いします。
2. 発表時のスライド操作は各自でお願いします。
3. 発表に使用するパソコンの OS は Windows で、PowerPoint2010 を使用します。動画・音声は使用できません。

### 【演者の方へのお願い】

1. 演題を登録いただいた方は、事前に当日の発表ファイル（Windows、PowerPoint）を作成のうえ、2月24日までに学会事務局（E-mail：[14fm@aih-net.com](mailto:14fm@aih-net.com)）まで送信してください。また学会当日も予備をお持ちください。
2. 演者の方は、発表開始 30 分前までに 1 階「演者受付」にて受付を済ませてください。
3. 発表時間 15 分前までには「次演者席」に着席ください。
4. 事前に登録いただいたファイルは、学会終了後消去します。

### 【座長の方へのお願い】

1. 開始 30 分前までに 1 階「座長受付」にて受付をお済ませください。
2. 開始 15 分前までに「次座長席」にご着席ください
3. 担当演題区分の終了時間の厳守をお願いします。

### 【質疑をされる方へ】

1. 演者、参加者の質疑討論は、座長の指示に従ってください。
2. 発言の前には、所属・氏名を名乗ってください。

### 【クリティカルパス展示】

1. クリティカルパス展示は 2 階 C 会場でを行います。
2. パス展示準備は、9:30～10:00 です。展示者は、1 階「演者受付」にて展示備品を受け取り、指定された場所に展示してください。
3. 展示パネルは、右図（A3 版サイズ 10 枚程度）参照。演題番号は事務局にて準備いたします。タイトルは各自でご用意ください。
4. パス展示時間は、10:00～15:30 です。
5. パス撤去時間は、16:30～16:45 で、時間を過ぎて展示のあるパスは事務局にて処分します。
6. 学会終了時に、展示されたパスの中から優秀なパスを表彰します。パス展示会場にて参加者一人につき 1 題を選び、投票用紙（参加受付時に配布）にご記入のうえ、展示会場の投票箱へ投函してください。なお、投票は 15:30 をもって終了いたします。



### 【連絡注意事項】

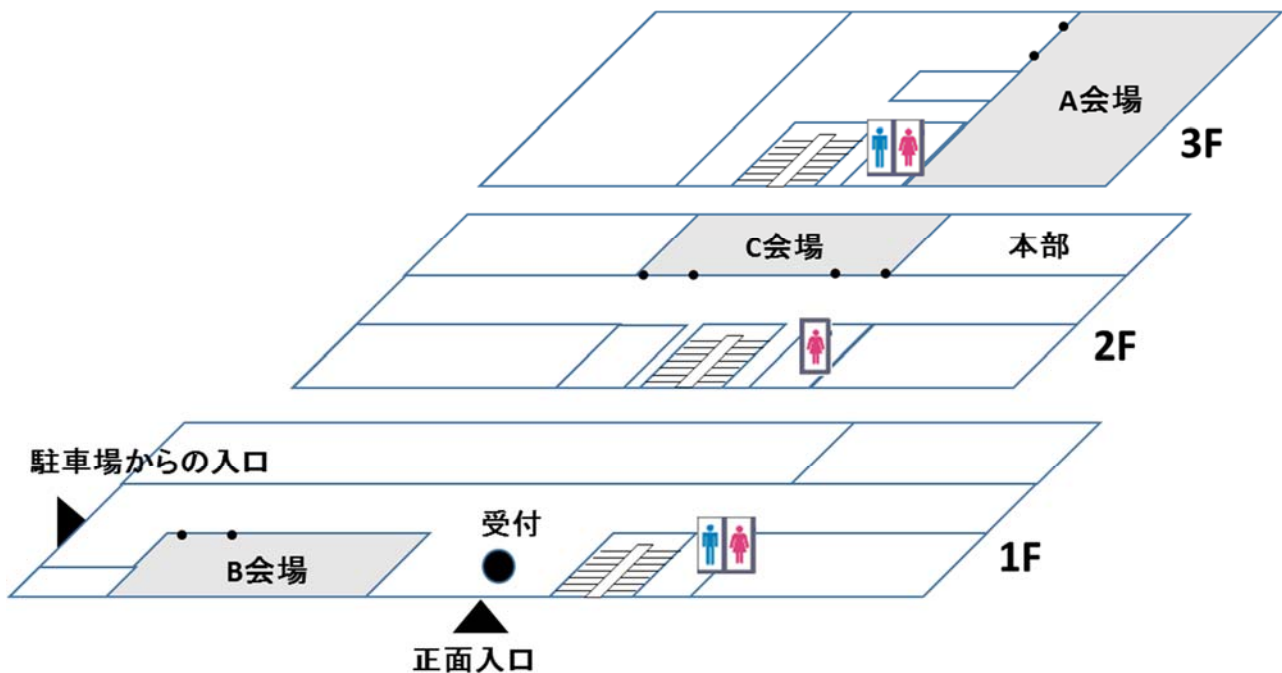
1. 会場内、ホール内の呼び出し案内（放送）は行いません。
2. 食事は各自でご持参いただき各会場をご利用いただくか、近隣施設をご利用ください。

## アクセス

- JR利用：JR博多駅から45分、JR小倉駅から75分、新飯塚駅より徒歩5分
- 西鉄バス利用：天神バスセンターから約50分（飯塚バスセンターより徒歩5分）
- 自動車利用：福岡市から約50分（八木山バイパス利用）、北九州市から約50分



## 会場内のご案内



# プログラム

開会 10:00 ～ 10:05 (3F A会場)

---

第14回福岡支部学術集会当番世話人 飯塚病院改善推進本部長 福村 文雄

シンポジウム 10:05 ～ 12:00 (3F A会場)

座長：有馬 透（北九州市立医療センター）

福村 文雄（飯塚病院）

---

テーマ「医療安全教育を考える」

A-S-1 新人看護職員に対する医療安全教育研修の現状

松山 麻須美（福岡赤十字病院）

A-S-2 現場の安全推進者教育

林 真由美（飯塚病院）

A-S-3 状況シミュレーション教育により得られた他職種間のチームコミュニケーション

古賀 和子（久留米大学病院）

A-S-4 看護師教育とWOCナースとしてできる医療安全教育

神谷 雅美（福岡市民病院）

A-S-5 医療安全教育項目一覧表の提案とその適用

梶原 千里（早稲田大学）

A-S-6 小倉第一病院のeラーニングを活用した安全管理教育の取り組み

中村 秀敏（小倉第一病院）

特別講演 13:00 ～ 14:00 (3F A会場)

座長：須藤 久美子（飯塚病院副院長・看護部長）

---

「転倒・転落事故防止を多角的、複合的視点から総意をあげて取り組もう」

パラマウントベッド主席研究員 杉山 良子

一般演題 I (職員教育) 14:05 ~ 14:47 (3F A会場)

座長：小田嶋 博 (国立病院機構 福岡病院)

---

A-I-1 『現場に活かせる患者急変対応の教育を考える』～院内研修における教育委員と救急看護認定看護師の連携～

大島 康 (済生会福岡総合病院)

A-I-2 PNS 導入までの経過と現状 (第一報)

三宅 優子 (九州医療センター)

A-I-3 業務ローテーション導入後の技士育成体制と今後の課題

富永 圭一 (九州医療センター)

A-I-4 個人情報保護方針遵守のための管理者研修の取り組み

井戸 一智 (済生会福岡総合病院)

A-I-5 透析導入患者への指導

徳山 法子 (大牟田市立病院)

A-I-6 アクションカードを使用した消防訓練の効果～火災に対するスタッフの意識変化について～

平嶋 奨悟 (国立病院機構福岡病院)

一般演題 II (医療安全) 14:47 ~ 15:29 (3F A会場)

座長：藤野 隆之 (大牟田市立総合病院)

---

A-II-1 当院におけるインシデントの防止のための新たな取り組みについて

伊藤 夏希 (古賀病院 21)

A-II-2 医療安全ラウンドによる医療事故防止策の実態調査

小森 裕子 (九州医療センター)

A-II-3 現場の安全推進者の部署ラウンドによる転倒・転落防止活動

荒巻 美鈴 (飯塚病院)

A-II-4 「主任会との協働による転倒・転落減少への取り組み」

川下 由香里 (福岡大学筑紫病院)

A-II-5 口頭指示受けに関する運用変更後の実践評価

仲 祐司 (飯塚病院)

A-II-6 患者等の暴言・暴力への取り組み

吉弘 和明 (九州医療センター)

一般演題 III (診療業務) 15:29 ~ 16:11 (3F A会場)

座長：松浦 弘 (済生会福岡総合病院)

---

A-III-1 入院支援センターにおける管理栄養士の関わりと今後の課題

徳永 真矢 (九州医療センター)

A-III-2 診療待ち時間への取り組み

古賀 佳寿美 (大牟田市立病院)

A-III-3 入院時、持参薬受付フローの改定と活用

佐野 美和子 (飯塚病院)

A-III-4 紹介患者専用の受付窓口設置の取り組み

石松 奈美子 (済生会福岡総合病院)

A-III-5 治験の被験者組入れに関するリードタイム率の検証

原 司 (飯塚病院)

A-III-6 退院調整におけるスタッフの意識の変化～S病棟がん患者の事例検討を通して～

野口 貴子 (小倉医療センター)

一般演題 IV (クリティカルパス) 14:05 ~ 14:47 (1F B会場)

座長：藤 也寸志 (九州がんセンター)

---

B-IV-1 手術決定時から入院までのプロセスフローチャート利用の効果～飯塚病院整形外科における人工関節手術の場合～

稲員 千穂 (飯塚病院)

B-IV-2 福岡県におけるがんの地域連携クリティカルパスの現状と課題

久富 千春 (九州がんセンター)

B-IV-3 基準・アウトカム一覧を用いたクリニカルパスの改善 (モデル：腹腔鏡下胆嚢摘出術パス)

上野 理恵 (飯塚病院)

B-IV-4 ～最高の病院を目指して～クリニカルパス委員会の取り組み～

児玉 史 (済生会福岡総合病院)

B-IV-5 COPD 教育入院パス導入と今後の展望

尾崎 恵美 (飯塚病院)

B-IV-6 術後予防抗菌薬投与期間の適正化に向けた試み

李 貫 (白十字病院)

一般演題 V (運用管理) 14:47 ~ 15:22 (1F B会場)

座長：前川 隆一郎 (社会保険田川病院)

B-V-1 経営分析チームによるデータへの多面的アプローチについて

野田 光 (済生会福岡総合病院)

B-V-2 飯塚病院におけるイノベーションシステムの構築

皆元 裕樹 (飯塚病院)

B-V-3 Oxaliplatin 投与によるアレルギー発症頻度と危険因子に関する検討

早瀬 理沙 (九州医療センター)

B-V-4 スコープの保管環境と洗浄基準の検討—保管庫とスコープの培養調査—

清水 美津子 (北九州市立医療センター)

B-V-5 救急外来における診療看護師 (JNP) としての役割と課題

川鍋 育郎 (九州医療センター)

クリティカルパス展示 10:00 ~ 15:30 (2F C会場)

C-P-1 看取りパス

椎葉 一義 (国立病院機構福岡病院)

C-P-2 小児急速免疫療法パス

緒方 祥子 (国立病院機構福岡病院)

C-P-3 前立腺生検パス

山下 千里 (古賀病院 21)

C-P-4 腹腔鏡下胆嚢摘出パス

上野 理恵 (飯塚病院)

C-P-5 COPD 教育入院パス

尾崎 恵美 (飯塚病院)

C-P-6 内視鏡的粘膜下層剥離術パス

橋詰 由加 (飯塚病院)

表彰式・閉会 16:11 ~ 16:30 (3F A会場)

優秀クリティカルパス表彰

次回当番世話人挨拶

閉会挨拶

飯塚病院改善推進本部長 福村 文雄



# シンポジウム

A会場 10:05 ~ 12:00

## テーマ「医療安全教育を考える」

座長： 有馬 透（北九州市立医療センター）  
福村 文雄（飯塚病院）

- 1 新人看護職員に対する医療安全教育研修の現状  
松山 麻須美（福岡赤十字病院）
- 2 現場の安全推進者教育  
林 真由美（飯塚病院）
- 3 状況シミュレーション教育により得られた他職種間のチーム  
コミュニケーション  
古賀 和子（久留米大学病院）
- 4 看護師教育と WOC ナースとしてできる医療安全教育  
神谷 雅美（福岡市民病院）
- 5 医療安全教育項目一覧表の提案とその適用  
梶原 千里（早稲田大学）
- 6 小倉第一病院の e ラーニングを活用した安全管理教育  
の取り組み  
中村 秀敏（小倉第一病院）

# 新人看護職員に対する医療安全教育研修の現状

日本赤十字社・福岡赤十字病院 医療安全推進室

松山 麻須美

平成 22 年 4 月より、保助看法及び看護師等人材確保の促進に関する法律において、看護業務に従事する看護職員の臨床研修等が努力義務化された。厚労省はこれを受けて、新人看護職員研修を着実に推進する事を目指し、平成 22 年度から新人看護職員研修事業を実施している。看護の質向上、医療安全の確保、早期離職防止の観点から、新人看護職員研修は不可欠であり、各病院・施設でも主体的に取り組んでいる。

日本赤十字社は、人道を基盤とした実践者として、臨床における看護実践能力を高め、専門職として自立した行動がとれる看護師の育成を目指し、一人ひとりが自分の持っている力を発揮しながら、キャリア開発に主体的に取り組んでいくことがねらいである。

福岡赤十字病院では、採用時新人看護師研修の目的を「医療の安全の考え方や当院での医療安全管理体制を理解し、組織の一員としてリスクマネジメントの視点を持ち安全な医療提供ができる。」とし実施している。更に研修内に臨床のシャドーイングやリフレクションを取り入れ、新人を支える為に全職員が“みんなで育てる”という意識を持ち、育み育まれる組織文化の醸成を目指している。今回「組織で取り組む医療の質と安全」のテーマにおいて、新人看護職員に対する医療安全教育研修の現状について報告する。

## 現場の安全推進者教育

飯塚病院 医療安全推進室

林 真由美

医療現場は、他職種で業務を分担しながら協働する専門技術職の集団である。業務は非常に多様であり組織人として安全な行動ができるように標準化や教育が重要で医療安全教育の充実は必須の課題である。

安全で質の高い医療が実現できるためには、医療従事者への医療安全に関する基本的な知識と技能を共有する必要がある、誰に(対象) 何を(内容) どのように(方法) 教えるかを体系的に考えなければならない。

当院の医療安全研修は梶原研究<sup>1)</sup>の教育項目を基にカリキュラムとして整備し、「誰もが辛い目にあわないために」をキャッチワードとして実施している。

中でも、現場監督の管理者の教育は、医療安全を推進する上でも質管理の上でも重要と考える。しかし、日常的に現場の問題点を考え改善していくためには、管理者だけでは無理があり現場に安全推進者を配置し役割を遂行してもらう必要がある。

その現場の安全推進者を教育するために分析・KYTのエキスパート研修を行ったので紹介する。

安全推進者が現場で未然防止や再発防止活動を推進するために、目的、方法、実践、ファシリテーター役割などを教育・訓練し、テストやアンケートで評価し修了書を交付した。

期間：2013年6月～10月、定数：各10名、毎月1回(第3金曜日を分析、第4金曜日をKYT)、ランチ(昼休み)研修として4単位(1単位45分)開催した。

研修終了後、受講者はやるべきことが理解でき意欲的に現場で分析やKYT活動を実践している。

今後も安全推進者として身に着けるべき知識、技能などを教育し、OJT実践者として活動してもらう必要があると思う。

我々安全管理者は現場の安全推進者のモチベーションを上げる工夫をし、エラーや問題が起きそうなときに注意を促したり警告を与えたりしてアシストし、教育するのが役目だと考える。研修受講者が教育・訓練の成果を現場での行動変容につなげるまで、効果的に実施していく必要がある。

1) 早稲田大学 経営システム工学科 助手 梶原

# 状況シミュレーション教育により得られた他職種間のチーム コミュニケーション

久留米大学病院 医療安全管理部

古賀 和子

医療現場においては、チームで業務を遂行しており、他職種間のコミュニケーションは、重要な役割を果たしている。

久留米大学病院での、インシデントの原因として「確認を怠った」が多いが、「連携が出来ていなかった」「判断を誤った」「教育・訓練」といったコミュニケーションに関する原因が増加傾向にある。連携については、要因背景は様々であるが、他職種間では相互の業務内容の認識が不十分であり、コミュニケーションのずれが生じやすい。昨年 CT 室の看護業務の変更に伴い手順を見直す中で、ハリーコール（院内緊急呼び出しコール）の多くがCT室からであり、看護師への造影剤の知識や急変時対応等教育を行う事となった。また、医師、診療放射線技師、看護師の連携や役割についても教育・訓練の必要性があった。そこで造影剤使用による副作用発生時対応シミュレーションを実施したが、他職種のいままで見えなかった業務内容や役割に対する思いを知ることができた。また、振り返りを行うことで安全に対する意識とチームとして協働することの意欲が高まり、知識や技術だけではなく、結果としてチームコミュニケーショントレーニングの効果が得られた。

## 看護師教育と WOC ナースとしてできる医療安全教育

福岡市立病院機構 福岡市民病院 医療安全管理室

神谷 雅美

当院は 2010 年に独法化され、7 対 1 看護配置となり大幅な看護職員の入れ替わりが発生した。医療安全管理者の配置もこの時期であり、医療安全管理体制の整備としては発展途上である。独法化後の当院の問題点は縦割り意識が強く業務改善を嫌う現状維持気質、看護部新入職者教育・現任教育システムの整備不足であった。教育担当看護師が配置されたことで新入職者教育は少しずつ整備されてきたが、現任教育の中の医療安全に関する教育計画が不十分である。そこで声を掛け合える職場作り、ルールの統一化を医療安全管理室の目標とし、業務改善とともに対策を講じたことに対しての医療安全教育を行っている。「忘れていた」「あとでやろうと思っていた」「指示変更気づかなかった」という報告が多い血糖測定とインスリン投与について、確認から実施までのルール化に取り組み、集合教育を実施した結果インシデント報告が減少した。確認不足・知識不足が要因と考えられる輸液ポンプ・シリンジポンプ使用に関する事例については臨床工学技士と共同で看護師教育を実施した。

また、身近な看護ケアが医療事故につながることを感じてもらうために、WOC ナースとして関わったインシデント事例を用いて教育を行っている。今回、血管外漏出時の対応と弾性ストッキング管理について研修を行ったので紹介する。

# 医療安全教育項目一覧表の提案とその適用

早稲田大学 創造理工学部経営システム工学科

梶原 千里

組織的に業務の質を管理する仕組みである質マネジメントシステム(以下、QMS)を推進する病院が増えている。安全は質の一要素であるが、医療は特に安全を重視すべきである。したがって、安全を確保するために医療安全マネジメントシステムを運用することは、QMSの中で重点的な活動である。本研究では、医療安全マネジメントを実践できる人材を育てるための教育を医療安全教育と呼び、そこで教えるべき医療安全教育項目(以下、教育項目)を整理した一覧表を提案した。本発表では、一覧表を導出した際に基盤とした医療安全マネジメントシステムと一覧表に整理した教育項目を紹介する。

教育項目を導出するために、産業界のQMSをもとに、医療安全マネジメントシステムを明確にした。医療安全マネジメントシステムは、安全を考慮した手順の確立、組織的な手順の遵守、業務・手順の見直し、不具合発生時の即時対応、説明の実施、再発防止策の立案・実施の6つの活動から成る。次に、6つの活動を行うために必要な教育項目の全体像を検討した結果、19項目の大項目を導出した。さらに、文献を調査し、大項目を中項目(69項目)、小項目(212項目)へと展開し、一覧表を作成した。

一覧表では、医療安全マネジメントを効果的に実践するための教育項目をすべて列挙した。そのため、一覧表の中で各病院の教育方針に見合った項目を選定することで、医療安全マネジメントの実践に有益な教育体系の確立が期待できる。

# 小倉第一病院の e ラーニングを活用した安全管理教育の 取り組み

医療法人真鶴会 小倉第一病院 院長

中村 秀敏

福岡県北九州市にある腎臓病・糖尿病専門病院の小倉第一病院では、2004年より e ラーニングを導入した。病院内にサーバーを据えて学習管理システムを導入し、ローカルエリアネットワーク（LAN）を経由して院内常設のパソコンで自己学習する方式をとった。学習コンテンツは、個人情報保護、IT スキル、コミュニケーションスキルなどの全職員（全職種）を対象としたものから、看護技術、医療機器操作法に関する専門的なものまで、50以上のラインナップを揃えた。なかでも、看護技術に関するコンテンツは、新人・若手看護師の手順の統一につながり安全管理に役立った。しかし、院内常設のパソコンでは場所や時間に制約があったため、個人持ちのデバイスで学習する方式に徐々に切り替えることとした。2009年より iPod touch、2011年より iPad、2013年より iPad mini を新入職員に配布し、好きな時間に自己学習できるようにした。個人持ちのモバイル端末に変更することで、学習する場所や時間を選ばなくなったばかりでなく、現場でコンテンツを見ながら手順を確認することや、自分の技術を撮影して後で確認することが出来るようになり、より学習が効果的になった。現在は、ソーシャルネットワークの利用や、スマートフォンの活用を模索しており、さらに学習効果を高めた医療安全に役立つ学習環境づくりを目指している。

# 特別講演

A会場 13:00 ~ 14:00

演題：「転倒・転落事故防止を多角的、複合的  
視点から総意をあげて取り組もう」

講師：(株)パラマウントベッド 主席研究員 杉山 良子

座長：須藤 久美子（飯塚病院副院長・看護部長）



## 特別講演

# 転倒・転落事故防止を多角的、複合的視点から総意をあげて 取り組もう

パラマウントベッド主席研究員  
杉山 良子

長いタイトルですが、キーワードは「総意」です。医療者は、転倒・転落事故防止は、患者も含めて全体がチームとして取り組むことなくして、事故低減を図ることはできないと認識してきています。それぞれの持ち場や役割の中で、転倒・転落事故防止にむけて自分には何ができるか、何をすべきかを考え合うことからはじまります。それは、誰にでも、いつでも、どこでも、突然に起こってしまうのが転倒・転落事故だからです。

病院の臨床評価指標が公開されるようになってきました。その中での転倒・転落発生率は、日本においては2.56 /100（パーミル）ともいわれています。この数字に対する評価はさておき、自病院での実情把握を明確にしたうえで、多角的な視点からの防止対策を行うという改善目標を掲げて、全病院的に取り組む必要があると思われまます。

患者の転倒・転落リスクの予測性（アセスメントシート）をはじめとするケア方法の向上というソフト面、療養環境の中でのモノとしてのハードの有効な使用というハード面、このソフトとハードの連携をすすめていくことが、転倒・転落事故防止への予防対策となっていくでしょう。加えて、見慣れた風景の中に、リスクを考えることのできる気づきも求められるでしょう。現場をみつめながら、これらの問題点、課題について、それぞれの立場で考え行動化につなげていくポイントを共有化していきたいと思ひます。

# 一般演題

14:05 ~ 16:11

## A 会場 (3F)

I (職員教育) 14:05 ~ 14:47

座長：小田嶋 博 (国立病院機構 福岡病院)

II (医療安全) 14:47 ~ 15:29

座長：藤野 隆之 (大牟田市立総合病院)

III (診療業務) 15:29 ~ 16:11

座長：松浦 弘 (済生会福岡総合病院)

## B 会場 (1F)

IV (クリティカルパス) 14:05 ~ 14:47

座長：藤 也寸志 (九州がんセンター)

V (運用管理) 14:47 ~ 15:22

座長：前川 隆一郎 (社会保険田川病院)

## A-I-1

現場に活かせる患者急変対応の教育を考える-院内研修における教育委員と救急看護認定看護師の連携-

済生会福岡総合病院 看護部

大島 康、三山麻弓、山下孝之、岡本千鶴、一ノ瀬由梨、木下亜衣、高田久美、土倉万代、三浦康平、大嶋由紀

当院ではこれまで、院内の患者急変対応の教育として、看護部教育委員会のメンバーが中心となって ICLS 認定コースを年 4 回、BLS 研修を新人看護師年 2 回、既卒看護師年 1 回、全看護師対象年 1 回と開催してきた。一方で、救急看護認定看護師は I-SBAR-C 研修、急変時対応シミュレーション研修を実施している。両者は共に急変時対応に必要な知識と技術を習得し、現場での急変に活かせることを目的として研修を企画・開催してきた。しかし、実際の急変事例を振り返ると、急変徴候に気付いてから急変発生までの記録不足や、効率的な物品の準備ができていないなどの反省点が上げられた。看護部教育委員会メンバーと救急看護認定看護師が企画するそれぞれの研修目標は達成できおり、さらに各研修内容を関連付けることでより充実した内容の研修になると考える。

今回、看護部教育委員会のメンバーと救急看護認定看護師が話し合う機会を設け、お互いの担っている役割と課題を整理し、今後の方向性を考えた。その結果、お互いの研修を協働して行い、情報の共有化を図ることが、今後の急変時対応研修の質向上につながると考えられた。その経緯を報告する。

## A-I-2

PNS 導入までの経過と現状（第一報）

国立病院機構九州医療センター 心臓血管・ハイケアセンター

三宅優子、小田切菜穂子、一松智香、友池百合子、福迫直美、奥村佳寿子（嬉野医療センター）

【はじめに】平成 24 年度は看護スタッフの入れ替えが多く看護師経験年数による看護ケアの偏りや安全な看護の提供が出来ていない状況が発生した。また、新人看護の教育・社会・家庭背景などの違いも含めた教育方法の見直しも必要であった。そんな中、PNS という看護体制との出会いがあり、PNS を取り入れる事で、質の高い看護の提供と看護師間でのコミュニケーションを増やし、楽しく働ける職場作りができるのでは無いかと考えた。PNS を開始して 2 ヶ月となり、スタッフの変化が見られたため報告する。【研究方法】当病棟看護師を対象としたアンケート調査～PNS 導入前後での比較～【結果】PNS 導入後、看護師間でのコミュニケーション・OJT の機械の増加がみられ、患者の状況をアセスメントが出来るようになった反面、受け持ち患者の増加に伴い、タイムリーな看護の提供が出来ていないと感じているスタッフが増加した。経年別でみると 1-3 年目では「安心、思いこみによるインシデントが減った、先輩を身近に感じる事が出来た、相談しやすくなった、先輩に頼る、1 人の時が不安」4-9 年目では「先輩の看護を見ることが出来る、看護の振り返りができた、インシデントが減った、指導が難しい、情報収集が不十分で不安、自主性が乏しくなる」10 年目以上では、「若手が伸びる、看護力があれば PNS を発揮出来る、抜けが減る、責任感や自立心が伸びない、自分のペースで出来ない」と言った意見があった。【考察】PNS は経験年数の少ない看護師にとっては安心感に繋がり、4-9 年目の看護師にとっては先輩とともに看護を振り返る機械が増え、看護技術の向上に繋がりたいと思うスタッフも多く、良い刺激となっていると考える。

### 業務ローテーション導入後の技士育成体制と今後の課題

国立病院機構九州医療センター MEセンター

富永圭一、後藤由希子、高橋茂樹、澤岡祐太、筒井裕子、山本和孝、原慎一郎、江藤大輔、志賀江玉実、江口祐三

【はじめに】当院では所属技士数増加および業務の多様化に伴い2012年より業務ローテーションを導入し、それまでの業務の「属人化」から「標準化」へ移行業務の効率化を図っている。しかし、技士育成体制が不十分であったため、改善を目的に技士育成体制の再構築を行った。

【業務ローテーション導入前】指導者が過去の経験を元に主観的に指導・評価を行っており、その手法も明文化されていなかった。また、大筋の指導内容は同じであるが指導者毎に若干指導内容が異なるという問題も発生していた。

【業務ローテーション導入後】業務フローチャートを作成し各種業務を図式化することにより、新参技士でも業務の概要を把握しやすいようにした。併せて各業務マニュアルの見直しおよび各業務教育プランの作成を行った。また業務毎に作成した業務習得度評価表を元に新参技士による自己評価および指導者による評価を行い、部門責任者からの最終承認を受けることにより一定の技術水準に到達するようにした。

【考察】技士育成体制の再構築により、育成方法の標準化が図れたと思われる。また指導方針および指導内容を明文化することにより、指導方法を統一することができた。しかし、業務ローテーションにより一業務の従事期間が短くなるため業務習熟度の遅延等が危惧されている。臨床では、基礎的知識では対応できない場面も多々あるため、業務の「属人化」と「共有化」の利点を紡ぎながら、技士育成体制の強化を図る必要があると思われる。

【まとめ】業務ローテーション導入に伴い、技士育成体制の再構築を行った。当MEセンターの方針である「ジェネラリストかつスペシャリストの育成」の元、より安全な医療を提供する所存である。

### 個人情報保護方針遵守のための管理者研修の取り組み

福岡県済生会福岡総合病院 経営企画課

井戸一智、福田浩之、横田範子、清田照代、飯野浩太郎、小柳信行

平成17年に個人情報保護法が全面施行されて以降、病院における個人情報、特に患者情報の取り扱いについては慎重を期する要項となっている。しかし病院職員の個人情報保護に対する意識の低さが目立ち、患者情報の取り扱いが杜撰なケースが多々見られる。

当院では年に1回、全職員を対象として情報セキュリティ研修を実施してきたが、効果が得られていないのが現状である。その原因として、

- ①職員の異動が多く、研修を受けたことのない職員が存在する
  - ②研修を受けても自分のこととして認識していない
  - ③何が個人情報であるかを理解していない
- 等が考えられる。

以上を踏まえて、今年度より、各部門の所属長を「個人情報管理担当者」として、個人情報保護に関する自部署内での問題の解決や規定遵守についての監督指導をしてもらう体制を構築した。所属長が「管理担当者」としての役割を果たすためにはまず、役職者に個人情報保護の重要性を再認識してもらう必要がある。

そこで、所属長を含む役職者を対象とした情報セキュリティ研修を行うこととした。研修を行うにあたり、事前の意識調査と研修後1ヶ月を経過した後の意識調査結果を比較し、個人情報保護方針の浸透度を測ることとした。その調査結果について若干の考察を交えて報告する。

## 透析導入患者への指導

地方独立行政法人大牟田市立病院

徳山法子

【目的】透析導入患者に教育マニュアル（以下マニュアル）を使用した指導を行い、スタッフの意識向上を目指す

## 【方法】

期間：平成 25 年 5 月～10 月

対象者：病棟看護師 23 名

データの収集方法ならびに分析方法

SOAP 記載の比率

透析指導に関する SOAP 記載の比較（導入 3 回目以降翌日 SOAP 記載率を算出。キーワードは枕子・絆創膏除去、シャント音・スリルの確認、飲水制限、食事制限とする）

A 群：平成 24 年度透析導入患者 30 名 B 群：研究期間内の透析導入患者 2 名とする

【結果】透析導入に関する SOAP 記載の比率は、A 群 5.8%（記録数 120 の内 7 記載）、B 群 87.5%（記録数 8 の内 7 記載）

【考察および結論】患者指導を充実させるには、まず病棟看護師の知識と意識向上を図る必要がある。そこで、腎センターと合同で勉強会を実施した。また、マニュアルを導入し、チェックリストで指導の流れを明確にした。そして、透析記録表を確認し、患者指導状況の把握・指導時期の明確化・病棟指導内容の SOAP 記載を徹底した。その結果、マニュアル、チェックリスト、透析記録表、SOAP を共通のツールとし情報を共有したことで、患者理解度の把握・指導の統一化が図れ病棟スタッフ個々の意識向上に繋がったと考える。また、指導日を明確化した事で指導漏れの防止につながったと考える。しかし、B 群の SOAP 記載漏れがあったのは、透析移行症例であり、透析導入時期の把握不足と考える。今後の課題として、移行時期の情報収集を徹底する必要があると考える。また、今回予定導入と緊急導入の患者であり、受容の段階が異なる。受容段階に応じた援助、指導場所を検討し、患者のみでなく、キーパーソンやケアマネジャーを含めた社会背景を考慮した指導が必要である。

アクションカードを使用した消防訓練の効果  
～火災に対するスタッフの意識変化について～

独立行政法人 国立病院機構 福岡病院

平嶋奨悟、久保山絵理

## I. はじめに

病院で火災が発生した際、看護師は迅速な対応を行い、患者を安全に避難させねばならない。実際に、H25 年に福岡県内で火災による患者死亡事故が起こっていることから

緊急時に、安全かつ迅速で適切な対応がとれるよう、日頃から消防訓練を行うことが必要

である。消防訓練は毎年実施しているが参加できないスタッフも多く、実際、夜間に火災が起きた場合や出火場所が訓練と違った場合に迅速な対応がとれるか不安であった。そこで、火災発生時に迅速に対応できることを目的にアクションカードを作成し、カードを使用した訓練やマニュアルの見直しなどを行った。訓練後、防災に対するスタッフの意識変化がみられたため報告する。

## II. 研究方法

研究期間：H25 年 8 月～12 月

対象者：A 病棟看護師 25 名

方法：1) アクションカードを使用した消防訓練  
2) 実施後アンケート調査で評価

## III. 結果

1 回目の消防訓練実施後の問題は、①リーダー看護師とチーム看護師の役割分担が不十分、②不効率な避難準備、③消火器具の取り扱い知識不足であった。そこで、火災時行動マニュアルとアクションカードを作成し、それを使用した訓練を 3 回実施した。その結果、リーダーやチーム看護師の役割が明確化され、スムーズな避難準備ができた。また、消火器の設置場所の見直しや、屋内消火栓操作時の問題にも気づくことができた。訓練実施後のアンケート結果では、「もし火事になったら…と夜勤時考えるようになった。」や「昼間でも慌てるから夜勤帯ではもっと大変。」などの意見が聞かれるなど、火災発生時の危険認知の意識に変化がみられた。

## IV. 結論

1. 行動マニュアルとアクションカードの作成は火災時の役割の明確化につながった
2. 行動マニュアルとアクションカードを活用することで、効率的な避難準備が出来た
3. 繰り返し訓練を行うことは、スタッフの火災に対するリスク感性の向上につながった。

当院におけるインシデントの防止のための新たな取り組みについて

古賀病院 21 リスクマネジメント部会

伊藤夏希、武末美奈子、塚本珠文、大曲淳一、平松義博

（はじめに）当院では毎月レベル 3a 以下のインシデント事例を各部門の担当で検討検証するリスクマネジメント部会を開催している。部会ではインシデント事例への対策が妥当であるか否かを多職種により検討を行っているが、当初は再発を繰り返す事例も多かった。そこで過去のインシデント事例を振り返り、対策が効果的に機能しているか否かを再評価する目的で改善策リストを作成した。再発防止のためにリストを活用する部会の取り組みを報告する。

（方法）2012 年 11 月以降に発生したインシデント事例に対する改善策リストを作成し、3、6、12 ヶ月後に再評価を行った。再発のあった事例に関して再度対策を検討し直した。更に対策を各部門のスタッフへ周知徹底するため全員の署名を集めて部会当日に提出している。

（結果・考察）2013 年 11 月時点で 3 ヶ月後に評価を行った対策中で同様のインシデントが発生したものは 91 件中 5 件（5.5%）、6 ヶ月で 76 件中 7 件（9.2%）、12 ヶ月で 36 件中 2 件（5.6%）であった。3 ヶ月後よりも 6 ヶ月後において再発の割合が高く、時間の経過とともに部内でのインシデント再発防止の意識が低下していることが伺える。再発した事例に関しては再度改善策を検討し、新たなリストを作成することで再発を防止できている。病院全体でレベル 3a 以下のインシデントの報告件数は減少していないが、過去にリストを作成し部門周知した造影剤の漏出や、点滴流量設定ミスなどは有意に減少した。改善策リストで過去の事例を振り返ることで、時間経過によるインシデント事例への対策の風化を防ぐことができている。以前はインシデント事例の取り扱いが当事者とリスクマネジメント担当者、所属長に限られていたが、この新しいシステムによりインシデント防止対策が向上したと考える。

医療安全ラウンドによる医療事故防止策の実態調査

国立病院機構九州医療センター 医療安全部

小森裕子、牟田口彰子、小島淳子、大津美砂、小田原美樹、城 芳恵、井上光子

【はじめに】医療事故防止のために様々なマニュアルがありルール化しているが遵守されているかの確認や評価はできていない。そこで医療安全管理マニュアルで改訂した①患者誤認防止策の配膳時の患者確認行動②輸液ポンプチェックリストの活用状況とそれに沿った看護師の行動を調査したので報告する。【方法】医療安全推進者がチェックリストを用いて全病棟をラウンド。全病棟に結果をフィードバックし再ラウンドにて評価。

【結果】配膳時の患者確認行動 5 項目の平均遵守率は 54%から 85%と上昇した。遵守率が最も低かった「患者と一緒に食札を確認」が 34%から 85%に上昇した。「声に出してフルネームで読み上げる」が 43%から 72%と上昇した。ポンプチェックリストの使用率は 64%から 97%に上昇した。ポンプ使用数が多い病棟は使用率が 13%と低かったが再ラウンドでは 96%となった。ポンプチェックリストに沿った看護師の行動は「電子カルテの指示と実際のモノとの確認」の遵守率が 71%から 90%に上昇した。【考察】医療安全ラウンドを通してマニュアルは周知していても実際の行動に繋がっていないことがわかった。ラウンド結果を各病棟へフィードバックし各病棟が自部署の問題として捉え改善策を立て取り組んだことが遵守率の上昇に繋がったと考える。これらに関するインシデントは減少しなかったがインシデント発生後の振り返りの視点がマニュアルに沿った行動へと意識変化がみられた。今回の医療安全ラウンドは全看護師を対象とした実態調査ではなかったため今後は対象範囲を広げるとともにその場での機会教育も取り入れていきたいと考える。

現場の安全推進者の部署ラウンドによる転倒・転落防止活動

飯塚病院

荒巻美鈴、財津恵美、松山純子、林真由美、佐野美和子

#### <背景・目的>

急速な高齢化に伴い入院患者のADLの低下や併存疾患の多様化で病院での転倒転落の危険性が増えている。当院は急性期病院で、患者の状態が変化しやすい環境にあり、転倒・転落報告は輸液・投薬事故について多く、アセスメント・対策シートを使って患者要因や環境上の危険要因を判断し対策を実施している。その対策が現場で実践できているかチェックし、指摘・改善・評価をするために現場の安全推進者（以後SM）によるラウンドを行ったので報告をする。

#### <取り組み>

転倒・転落事故防止対策のステップに沿ってチェックシートを作成、毎月1部署をSM2～3名でラウンドした。まず、環境面をチェックし、次に転倒・転落した患者あるいは高リスクの患者を選出し看護記録のチェックや所属長あるいは部署のSMへインタビューを行い、是正するようにフィードバックした。その後、毎月の会合でディスカッションを行い情報共有した。2013年5月からは是正2ヶ月後の評価を行うようにチェックシートを改訂した。各部署のSMへ聞き取り調査を行い効果の確認を行った。

#### <結果>

2012年1月より2014年1月までに計24部署を実施した。2012年と2013年を比較すると環境・声かけチェックが実施できているは2件から10件、患者DVD視聴指導は3件から9件、履物を履きやすい位置に置くは5件から8件、患者・家族へ危険性の説明は4件から11件だった。是正2ヶ月後の評価は4部署中2部署の報告だった。聞き取り調査では、自部署の対策を振り返ることが出来き、スタッフの意識が向上したなどの報告があった。

#### <考察>

他部署をラウンドし、監査することにより対策の妥当性の振り返りができ自部署の弱点が明らかになりスタッフの意識が高まったのではないかと推察する。しかし、是正実施の評価を行うため2ヶ月後の評価項目を追加したが、2部署のみの報告でPDCAサイクルを回せていない部署も多く見受けられる。今後は、是正後の評価にも目を向けラウンドを継続していくことが必要と考える

「主任会との協働による転倒・転落減少への取り組み」

福岡大学筑紫病院 医療安全管理部

川下由香里

#### はじめに

医療安全管理者は、より質の高い安全な医療の実践に向けて、各部門と連携した取り組みを行うことが大切である。中でも、病院組織において最も多くの人員比率を占める看護部との協働は有効な成果に繋げることができる。

今回、過去2年間のインシデントの分析結果から、「転倒・転落」に着眼し主任会と協働した実践を行った結果、転倒・転落の減少に繋げることができた為その結果を報告する。

#### 実践内容及び結果

平成22年度、主任会において医療安全チームを発足した。活動目標は「転倒・転落の減少」とし各部署におけるインシデントの発生状況を調査した。転倒・転落の発生については、患者要因が大きく関与するため、患者状況を機能障害・感覚・活動・認知力・薬剤・排泄について調査した。結果は、排泄関連32%、認知障害20.5%、筋力低下18.2%、眠剤使用16.9%の順で関連がみられた。

平成23年度、発生した転倒・転落のインシデントについて各部署で全症例カンファレンスを開催、必要時はRCA分析により原因を明確化し、個別的でより具体的な対策を立案・実施した。

その結果、転倒・転落の発生率は2.66%から1.65%へ減少することができた。要因は、主任を核とした各部署での個別カンファレンスの定例化、更に主任会における転倒・転落の事例報告と情報の共有化などがあげられる。看護実践のリーダーとしての主任の発信力がインシデントの再発防止に向けた部署全体での取り組みに広がった。主任会と協働した実践の効果は、個からチーム全体へのコミュニケーション力の向上となり、医療安全推進力へと繋げることができた。

飯塚病院

仲 祐司、佐野美和子、林真由美、福村文雄

**【背景と目的】**

口頭指示は、聞き間違いや記憶違いによるミスにつながる。しかし緊急時など避けることができない。当院では出来るだけ口頭指示を受けない工夫とやむを得ず口頭指示を受けた場合の対処方法を標準化している。2012年7月より電子カルテが導入され、口頭指示受け手順と内容を調査し手順の改訂を行った。その後口頭指示に関するインシデントの報告を含め、運用変更後の実践評価を行ったので報告する。

**【取り組み】**

電子カルテ運用開始後の実態調査、口頭指示受けフロー作成、2013年1月に全職員へ口頭指示受けフローを周知した。2013年1月から11月までの口頭指示受け手順の不順守によるインシデント報告件数調査。病棟看護師、24部署、各10名へ口頭指示受けフローの評価アンケートを実施した。

**【結果】**

口頭指示受けに関するアンケート回収率は、16病棟で157名、全体の65%だった。

口頭指示受けフローの認知度は、82.8%だった。口頭指示を許可している条件については64.9%が把握していた。口頭指示書を使用していないスタッフは15.9%だった。電子カルテに直接口頭指示を記載している部署もみられたが、口頭指示受けフローに関する問題提起はなかった。口頭指示受けフロー周知後の口頭指示に関するインシデントは12件だった。

**【結論】**

実践している看護師へ口頭指示受け作業手順は100%認知されておらず、一部のスタッフが標準プロセスを実践できていない事が分かった。今回の評価対象者は看護師のみで実施したが、口頭指示書をスキャンせず医師による済入力を行う決まりなので、ルールの不順守によるインシデントを無くすには、医師の協力も不可欠である。再度関連スタッフへの周知徹底と、さらに口頭指示受けフローをいつでもだれでも確認できる環境整備が必要と考える。

国立病院機構九州医療センター 事務部管理課

吉弘和明

**【はじめに】**

近年、医療機関における患者・家族等による暴言・暴力行為は増加している。暴力等は職員の基本的人権を脅かし、安心、安全な医療の提供を阻害するものである。当院においても、警察OBの雇用、警備員の配置等体制強化を図っているが、院内における患者・家族の暴言等は増加する傾向にある。現場において、対応に苦慮している状況が多々見受けられたことから、より迅速で組織的な対応ができるよう、「患者等の暴言・暴力対応マニュアル」を作成したので報告する。

**【目的・方法】**

院内で発生する暴力等を排除することにより、職員一人一人の安全を守るとともに、患者にとって良好な療養環境を維持することを目的として、患者等による暴言・暴力に対する対応の手順を統一するためのマニュアルを医療安全管理部、事務部で検討し、作成した。マニュアルでは、暴力等発生時又は危険を感じた時の対応である暴力用緊急コール（コードホワイト）の新設、暴力のレベル別対応方法を明確にし、暴力等発生時に本マニュアルに従った行動がとれるよう、暴力発生時対応フローチャート及び暴力発生時行動一覧表等を作成した。

**【結果・考察】**

本マニュアルは、職員の全体研修である九州医療センターフォーラムで院内の職員に対して内容説明を行うとともに、各部門（各病棟等）に配付し、平成24年12月から運用を開始している。

現在までに、暴力レベル1（暴言・脅迫・セクハラ行為）の暴言の事例は発生しているが、暴力レベル2以上（暴力行為等）の事例は発生していない。本マニュアルの活用場面が発生しないことが一番ではあるが、マニュアルの周知は充分とはいえない。常に危機感を持って、いざという時に対応出来るよう、職員に対して周知を図っていきたいと考えている。



入院支援センターにおける管理栄養士の関わりと今後の課題

国立病院機構九州医療センター 栄養管理室

徳永真矢、北向由佳、池本美智子

### 【目的】

当院は平成 25 年 7 月に外来の混雑を回避しスムーズな入院への対応を行うため、入院支援センター(以下 MCC)を設立した。平成 26 年 4 月からの全病棟稼働に向け、現在 6 病棟を対象に稼働している。MCC では医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、褥瘡対策チーム等が携わっている。管理栄養士は入院前からの適切な栄養管理と入院初日からの適正な食事提供を行うべく食物アレルギーや食事オーダー状況を確認し、食種変更を提案している。6 ヶ月経過の現状と今後の課題について報告する。

### 【方法】

平成 25 年 7 月から 12 月の 6 ヶ月間に MCC で対応した患者 724 名の食事オーダー状況、栄養介入状況、食物アレルギー対応状況を分析した。

### 【結果】

医師による適正な特別食食事オーダーは 16.4%であった。これを除く 605 名のうち食種変更の必要性なしが 68.6%、栄養士による特別食への提案が 31.2%、そのうち 50.3%は加算食であった。食種変更の必要な科は泌尿器科、整形外科の順に多かった。栄養介入件数は計 130 件、うち 4 名は体重減少あり、126 名は糖尿病や高血圧症であった。食物アレルギー情報は 58 件であった。

### 【考察】

早期に栄養介入を行い、治療の一環として入院時から適正な食事の提供を行ったことで、患者利益に寄与できたと考えられる。また詳細な食物アレルギー情報を入院前に確実に得ることで食事提供がスムーズに行え、看護師業務の軽減にも繋がったと考えられる。

### 【結語】

今回 MCC で各診療科への対応を行ったことは、患者利益の向上と外来栄養食事指導件数の増加、看護業務の軽減に繋がった。しかし再入院の場合 MCC を通らないため、再入院時からの適正な食事提供に向けシステムの構築が必要である。

診療待ち時間への取り組み

地方独立行政法人大牟田市立病院

古賀佳寿美

### 【目的】

診療待ち時間が 1 時間以上と予測される患者へ予測待ち時間の提示(以下、提示とする)を行い、その効果を明らかにする。

### 【方法】

提示を行った患者 44 名に対し調査、データー分析を行った。

言葉の定義: 報知とは知らせること。また、その知らせ。提示とは差し出して見せること。

### 【倫理配慮】

データー収集では個人が特定されないよう配慮した。

### 【結果】

「提示の満足度」は、満足・やや満足 37 名(84.1%)であり、やや不満・不満 7 名(15.9%)であった。

#### 1) 予測待ち時間と待つ場所の比較

提示した「予測待ち時間」の平均は、待合室は 60 分、院内は 96.2 分、院外は 175.4 分であり、3 群間の分布に有意差が見られた。(P<.0001)

#### 2) 待ち時間の満足度と待つ場所の比較

待合室は満足・やや満足 15 名(78.9%)、院内は満足・やや満足 8 名(61.5%)、院外は満足・やや満足 4 名(33.3%)であり、3 群間の分布に有意差が見られた。(P=0.0379)

### 【考察】

提示の満足度は高く、提示を行うことで不透明な待ち時間がある程度の見通しのつく時間に変化し、漠然と待つことに対する不安、不満の軽減につながったのではないかと考える。「予測待ち時間」と「待つ場所」の比較では、予測待ち時間の長さによって待つ場所が異なり、待ち時間が長いほど待つ場所も拡大することが明らかになった。待合室で待った患者の「予測待ち時間」の平均は 60 分であり、それを超えると待合室から離れることが分かった。予測待ち時間が 60 分以内の患者には報知、60 分以上の患者には提示を行っていく必要性を感じた。

### 【結論】

1. 提示への満足度は高かった。
2. 提示による待ち時間の長さによって待つ場所は異なり、待ち時間が長いほど待つ場所は拡大した。
3. 待ち時間によって報知や提示を行う必要がある。

飯塚病院 医療安全推進室

佐野美和子、林真由美 福村文雄

**【背景と目的】**

現在、多くの病院では、当該治療以外の併存疾患への内服薬については、持参薬として入院中も継続服用が行われている。当院では、2010年から緊急入院を除いて入院時に患者が持参薬を薬剤部に提出し、薬剤師のチェックを受ける運用を行ってきた。しかし、2013年2月の新棟建設のため導線が長く負担となり、クレームや運用の不遵守もしばしば認められた。今回、関連する他職種で持参薬受け付けフローについて見直しを行なったため報告する。

**【取り組み】**

目的：薬剤師による持参薬チェックを入院受付のタイミングで実施し、安全に内服を開始できる。方法：入院時持参薬チェックに関わる薬剤部2名・入院手続き室2名・看護部（病棟）2名・改善推進本部1名・医療安全推進室3名のタスクチームで活動し、持参薬受付フローを入院手続き室で薬剤師がチェックするように改訂した。薬剤師の入院手続き室待機時間は、午前9:30からと午後13:30からの2回1時間程度とした。約4週間試行し改訂案の実施、作業件数や時間などの評価を行なった。

**【結果】**

試行期間中の持参薬預かり件数は3~22件/日だった。依頼された全ての部署の患者の対応が可能であり、入院手続き室での薬剤師による患者対応は、対象・時間外の患者を除外すると100%実施できた。持参薬チェック作業は、3~4件/10分~15分で患者対応が可能であり、まとめて薬剤部へ薬剤が配送されるため、病棟薬剤師も通常業務を中断せず作業ができた。待機患者が3~4名になることもあったが、患者自身の移動する負担もなくなり、薬剤師が直接対応できるため患者からのクレームはなくなった。

**【まとめ】**

今後も施設環境の変化により発生する標準作業プロセスの不順守は、関連する部署と連携して原因を分析し作業プロセスの改訂を実施していくことが必要である。患者満足・医療の質の確保には、多職種で環境・もの・人を効果的に活用するシステムを考え、組織横断的に実施していくことが重要である。

済生会福岡総合病院 医事課

石松奈美子、榊田真里、高木康文、中島克洋

**【はじめに】**

当院は、平成22年4月に地域医療支援病院の承認を受けた。平成24年度には紹介率が80パーセントに近づき、紹介患者中心の機能強化が求められている。

**【取り組み】**

これまで紹介状を持参し、事前予約のある患者は地域医療連携室で、予約なしの紹介患者は新患受付にて対応を行っていたが、今年7月より利便性を考え、紹介患者専用の窓口を開設した。

**【結果】**

紹介患者の窓口を一本化することにより、窓口業務の簡素化につながり、地域の先生方や院内スタッフからも「わかりやすくなった」との声をいただいている。

**【考察】**

今後ますます医療の専門化・細分化が進む中、当院は地域医療連携をこれまで以上に推進する必要がある。その中で、患者満足度の向上を視野によりいっそうの窓口機能の充実を目指したい。

治験の被験者組入れに関するリードタイム率の検証

飯塚病院 治験管理室<sup>1)</sup> イノベーション推進本部<sup>2)</sup>  
帝京平成大学薬学部<sup>3)</sup>

原 司<sup>1)</sup>、増本陽秀<sup>1) 2)</sup>、濃沼政美<sup>3)</sup>、吉柳富次郎<sup>1)</sup>

【目的】当院において治験スピードを表す被験者組入れに関するリードタイム率(%) (治験薬搬入日から治験契約終了日に対する治験薬搬入日から最終被験者組入れ日までの日数の割合)に影響する治験プロトコル5因子からなる回帰式(被験者組入れに関するリードタイム率(%)=1.80×選択基準数-1.23×除外基準数-2.16×検査項目数-0.08×治験期間(日数)+剤形ダミー(内・外用剤:5.45/注射剤:-5.45)+68.56)を導いた(日本医療マネジメント学会雑誌12:169-172, 2011)。回帰式の精度向上を図ることを目的として、今回その後終了した治験に当てはめ有用性を検証した。

【方法】被験者組入れに関するリードタイム率について、終了治験27件各々の治験プロトコル5因子を回帰式に当てはめ、得られた計算結果と実測値とを比較し回帰分析を行った。

【結果】治験ごとの被験者組入れに関するリードタイム率の実測値と回帰式で得られた計算値との間で実測値=0.78×計算値+5.10(%)の回帰式(傾き0.78(95%信頼区間:0.60~0.97)、切片5.10(95%信頼区間:-2.23~12.4))が得られ、強い相関(R=0.87、R<sup>2</sup>=0.76、p<0.05両側検定)を示した。

【考察】新たに契約を締結する治験プロトコルの5因子を回帰式に代入することにより、被験者組入れに関するリードタイム率を算出し当該治験の被験者組入れ期間を高い精度で予測することが可能であった。今回、終了治験27件の平均治験期間は638.7±346.7(日)であったが、今後慢性疾患を対象とした治験において治験期間が1,000日を越える治験も多く想定され、治験期間が長期である治験も多く取り入れたなかで更に検討し回帰式の精度向上に努めたいと考える。

退院調整におけるスタッフの意識の変化～S病棟がん患者の事例検討を通して～

独立行政法人国立病院機構 小倉医療センター

野口貴子、白石早苗、藤内豊子、田中希文世(MSW)

【はじめに】A病院は、定期的に退院支援に関する事例検討を行っている。事例検討を行うことで退院支援・調整の必要性や具体的な取り組みが理解できるようになってきた。今回、S病棟(外科病棟、H25年の平均在院日数12.6日、病床回転率2.4、看護必要度21.5%、看護体制は固定チーム制)のF氏の在宅支援の援助を通して、受け持ち看護師の退院支援・調整に変化が見られたので報告する。【事例紹介】F氏67歳男性 胃癌・転移性膵癌、独居。H24年7月MSW介入となる。麻薬・点滴管理が必要となり、H25年1月に自宅退院を目標とし、訪問診療・訪問看護を調整、ヘルパーを導入し在宅療養となった。その後、ポート感染や脱水等でS病棟に入退院を繰り返したが、H25年7月に永眠された。S病棟では、毎週水曜日にMSWを含めた病棟カンファレンスを実施しており、その際連携が必要な患者について受け持ち看護師が情報提供している。この時、チームメンバーや先輩ナースから受け持ち看護師へのアドバイスや声掛けが行われ、病状や今後の治療方針・看護ケアについて、チームカンファレンスの機会となっている。この事例を通して、ターミナル期の独居患者でも支援を受けながら在宅療養が可能であるということが病棟スタッフ間に浸透するきっかけとなった。【考察】独居で末期患者の自宅退院支援の事例の共有が病棟スタッフの意識を変化する機会となった。現場の看護師が退院支援のタイミングや関わり方を身につけることが重要であるとともに、地域医療連携室によるカンファレンスの参加と病棟看護師長の退院支援への個々スタッフへの働きかけが有効であると考えた。

## B-IV-1

手術決定時から入院までのプロセスフローチャート  
利用の効果～飯塚病院整形外科における人工関節手術  
の場合～  
飯塚病院 診療情報管理室 ドクターセクレタリー

稲員千穂

変形性関節症や関節リウマチなどの関節疾患に対する人工関節手術は、全国の施設で年間約12万例が行われており、わが国における人工関節手術の有用性については、もはや論じるまでもない状況です。当院の整形外科においても人工関節手術は年間200例を超えており、大変大きな割合を占めています。しかしながら人工関節手術適応の診断後は、自治体への申請の手続きや、必須となっている各検査、自己血輸血を行うための数回に亘る貯血など、一定のプロセスを経たからの手術となるため、手術までに一定の準備期間が必要になります。更にそれぞれのプロセスには細かな決まりごとがあり、スタッフ全員の共通認識と高い知識が必要となるのですが、これまでは各スタッフの勝手な思い込みや認識の食い違い、知識不足などで、準備に不備が生じる例が少なくありませんでした。

そこで当科では、この準備期間における各プロセスについて、これまでの曖昧な認識を払拭し、医師・看護師・クラーク・ドクターセクレタリー、などスタッフ全員が共通の認識を持つこと、そしてそのことによってチーム医療の質の向上を目指すという目標も含め、手術決定時から入院までのプロセスフローチャートを作成しました。作成時には、整形外科外来スタッフの意見の聴取を行い、細かいプロセスまで網羅し且つ出来る限り参照しやすいよう工夫を重ねました。今回は作成したフローチャートの紹介と、利用後の効果を発表いたします。

## B-IV-2

福岡県におけるがんの地域連携クリティカルパスの  
現状と課題

福岡県がん診療連携協議会・地域連携情報専門部会  
九州がんセンターがん相談支援・情報センター

久富千春、竹山由子、大野真司、藤也寸志

がんの地域連携を推進するためのツールとして、がん地域連携クリティカルパス（以下がん連携パス）が開発された。福岡県でもH22年より、胃がん・大腸がんのがん連携パスが開始され、H23年に乳がん・肺がん・肝臓がんのがん連携パスがスタートした。H25年10月30日現在、18の福岡県がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）で671人（胃がん294・大腸がん171・乳がん167・肺がん26・肝臓がん13）の患者にがん連携パスが適用され、400のかかりつけ医（連携医）と連携している。胃・大腸・乳がんは増えているが、肺がん・肝臓がんは進んでいない。

拠点病院の医療者からは「外来での導入が煩雑である・対象者のリストアップが不十分・患者のメリットがわからない」→、連携医からは「拠点病院によって運用の仕方が異なる・数が少なくなかなか慣れることができない」、などの理由でがん連携パスの推進には消極的な意見も多かった。一方、九州がんセンターでがん連携パスを使用している患者にアンケート調査を行った結果、「かかりつけ医をもつことで病気について相談しやすい・主治医が2人いて安心である・距離や時間的な制約が少なくなる」など地域連携をポジティブに捉える意見が多く認められた。

今後、福岡県全体でがん連携パスを更に浸透させていくためには、がん患者・家族にとって有用な地域連携とは何かを常に考えながら、現在の問題点を洗い出し、より活用しやすい運用システムを拠点病院全体で模索していく必要がある。また、患者・家族、連携医、院内のスタッフへの細やかな説明や対象患者の拾い上げなどを行うには、医師だけの主導では限界があり、各拠点病院での『地域連携コーディネート機能』の充実が重要であると考えられる。

基準・アウトカム一覧を用いたクリニカルパスの改善  
(モデル：腹腔鏡下胆嚢摘出術パス)

飯塚病院

上野理恵、日置由季 寺岡理恵子

【はじめに】I病院A病棟では、消化器外科・呼吸器外科・眼科・耳鼻科の19種類のクリニカルパスを使用している。それらのアウトカム評価がなされていないケースがあり、何故アウトカム評価が出来ないのか、評価し辛い何かがあるのではないかと考えた。今回、クリニカルパス委員会からの「アウトカム評価を確実にを行うための周知徹底・教育を行う」をうけて、腹腔鏡下胆嚢摘出術パスをモデルとしアウトカムの見直し、クリニカルパスのレイアウトの検討を行ったので報告する。

【方法】アウトカム評価がどの程度行われているか、I病院のクリニカルパスを使用している全病棟のクリニカルパス使用患者のカルテからランダムに選びアウトカム評価の現状調査を行った。クリニカルパス委員会内で評価が行えていない原因を分析し、評価を行う為の方策を検討した。これを基にクリニカルパス委員会事務局で作成した「基準・アウトカム一覧」を用いて腹腔鏡下胆嚢摘出術パスをモデルとしアウトカムを見直し、評価がより記載し易い様にクリニカルパスのレイアウトを変更した。

【結果・考察】基準・アウトカム一覧を使用して外科医師と共に評価期間を設定し、評価可能な具体的な表現を検討し、また評価の主な根拠を示す事で腹腔鏡下胆嚢摘出術、術前術後の看護介入のあり方を再考することが出来た。レイアウトを変更し、アウトカム評価日に達成か否かのチェックボックスと評価基準を表示することにより、いつ、誰が、何を根拠に評価しなければならないかが明確となった。改訂したパスを実際に使用したスタッフにアンケートを実施した結果、61%のスタッフが評価しやすくなったと答えた。アウトカム評価基準とその主な根拠となるタスク・観察項目を同色で表示して意味を関連付けたが、説明を受けずに使用したり、説明を受けたが意味を関連付けている事を十分理解しないまま使用していたスタッフがいた。38%のどちらでもない、無回答はこれらのアンケート回答者と一致する為再度説明が必要と考える。今後は各疾患の知識を深め又、それらの看護介入のあり方の理解を深め適切なアウトカム評価につなげる為、クリニカルパス担当者だけでなくスタッフの意見をリサーチしてクリニカルパスの改善に努めて行きたい。

～最高の病院を目指して～クリニカルパス委員会の  
取り組み～

済生会福岡総合病院 クリニカルパス委員会

児玉 史、佐々木ひとみ、宮崎博子、中野 恵、青野歩美、  
的野可奈、伊東啓行、小山徹也、森園周祐

当院は、医師5名 看護師6名 メディカルスタッフ8名の院内パス委員を筆頭に各病棟5～6名の看護師とともにパス委員会を構成している。

パス委員は、毎月委員会を開催しクリニカルパスの作成や改訂の検討を行い、また年1回パス使用率を年間集計し、集計結果に基づいてパス内容の見直しを行っている。平成25年度当院は、最高の病院を目指してというマスタービジョンを掲げ、バランススコアカードを使用したマネージメントを院内の各部門に適用している。そこで、クリニカルパス委員会として、このマスタービジョンに適合する今年度の行動目標としてのバランススコアカードを作成し、活動を行った。バランススコアカードは、財務・顧客・業務プロセス・学習と成長の視点から、病院全体としての戦略目標が決定された。

そこで、クリニカルパス委員会では、まず健全経営の維持のため、パスの入院日数・使用薬剤について検討しコスト面・医療経済指標面での見直しを行っている。

また、地域医療機関や患者の信頼・満足の向上のため、病院HP内で全診療科の治療成績・在院日数・バリエーション発生率などのパスデータを積極的に情報発信し認知度を高めていくことにした。さらに各科入院診療計画書を患者に評価してもらい、それに基づいた見直しを行うことにより、よりわかりやすい入院診療計画書づくりを行っている。

また良質で安全な医療提供体制を維持するため、パスが適切に利用できるようなパス委員会と診療科が協力してパスを改善し、パス対象疾患でのパス利用率を高めていくようにした。

以上のように、病院の方針とクリニカルパス委員会の活動が一致するように取り組んでいる現状について報告する。

飯塚病院

尾崎恵美、飛野和則、松山純子

＜はじめに＞COPDは慢性疾患であり、禁煙・服薬・リハビリ・増悪時の対応・酸素の使用法・栄養管理など教育・指導すべき点が多くある。しかし通常の外来受診では不十分になることが多々あり、そのような場合に教育入院を行っている。現在、COPDの教育入院の症例数は年間8～10件と多くはないが、過去にCOPDが重症化し人工呼吸器装着が必要となった事例があった。このような事例の削減を図るべくCOPD患者の効果的な教育入院を進めることを目的としパスを作成した。また、今まで教育目的で入院する患者がいる中でリハビリ、薬剤師、栄養士といったコメディカルとの連携が不十分な点があった。そこでパス導入によりコメディカルとの連携を図り効率的な教育ができるよう目指す。

#### ＜活動内容＞

看護師・医師、病棟担当の栄養士・薬剤師・PTでカンファレンスを開催しCOPD教育入院の内容・情報を共有した。COPD、リハビリパンフレット・アドミッションカードを利用した教育内容とした。また当院では現在、アウトカムの具体化・評価しやすいパス形式といった取り組みがあり、今回のCOPDパス作成時にも患者の理解度の評価基準が明確となるように設定した。例えば、COPDの原因について理解できているかの評価を「#1 COPDの原因が言える。」とし、評価指標として「タバコ・大気汚染のキーワードがでる」とした。また、教育する側（看護スタッフ）の知識の向上・統一を図るため病棟内でパンフレット・アドミッションカードを使用し勉強会を開催する予定である。

#### ＜考察＞

教育入院では、患者の理解度の評価が重要である。その為にもコメディカルと連携し、各領域での教育内容・目標（アウトカム）を共有する手立てとしてCOPD教育入院パスは有効であると期待される。

#### ＜課題と展望＞

COPD教育入院パス運用にあたりスタッフ（看護師・コメディカル）へ教育を行い、知識の統一を行うことで患者への教育をスムーズに行なっていきたい。また実際にパスを使用した際は、患者のアウトカムに対する反応を確認し評価指標の変更を行い、よりよいパスになるよう修正を行なっていく。

社会医療法人財団白十字会 薬剤部

李 貫、高津宏典、玉嶋史朗

周術期における予防抗菌薬の投与は術後感染症の防止に重要な手段である。2011年に日本感染症学会・日本化学療法学会が発行した「JAID/JSC感染症ガイド」においては、国内における術後予防抗菌薬について最長48時間投与を推奨している。このような背景から、当院クリニカルパス(以下、パス)における術後予防抗菌薬の投与期間を調査したところ、投与期間が48時間を超えるパスは、46種のうち23種(整形外科14種、外科8種、泌尿器科1種、脳神経外科・乳腺外科・形成外科各0種)が該当した。そこで今回、上記診療科医師19名を対象に、術後予防抗菌薬の使用についてアンケート調査を行った。アンケートの結果、パスにおける予防抗菌薬の投与期間が長いものがあると思う医師の割合は37%であり、診療科毎の内訳は、整形外科100%、外科43%、泌尿器科33%、脳神経外科・乳腺外科・形成外科0%であった。術後予防抗菌薬の投与期間延長の背景には、術後感染症に医師が強い不安を持っているという報告、国内における説得力のある学問的根拠がないため漫然と予防抗菌薬投与は続けられてきたとの報告がある。今回、投与期間が長いと思うのにもかかわらず投与期間を変更しない理由として、「指示で変更している」「パスの変更手順がわからない」などの回答があった。また、術後予防抗菌薬投与の適正使用においては、55%の医師が周術期抗菌薬使用の為のガイドラインなどを、36%の医師が病院施設ごとの取り決め(パスなど)を指標として回答した。これらの結果から術後予防抗菌薬の投与期間が延長する背景を調査し、その問題点を分析および解決することで予防抗菌薬の投与期間の適正化を図る必要があると考えた。

## 経営分析チームによるデータへの多面的アプローチについて

済生会福岡総合病院 経営分析室<sup>(1)</sup> 経営企画課<sup>(2)</sup>  
経理課<sup>(3)</sup> 医事課<sup>(4)</sup> 用度課<sup>(5)</sup>

野田光<sup>(1)</sup>、福田浩之<sup>(2)</sup>、小野修<sup>(3)</sup>、田中健一<sup>(4)</sup>、  
井戸一智<sup>(2)</sup>、中尾広樹<sup>(5)</sup>、高木康文<sup>(4)</sup>、志岐真和<sup>(4)</sup>

### 【はじめに】

当院では 2025 年モデルの医療制度改革に対応すべく「情報分析」に力点を置き、2013 年 4 月に経営分析チームを発足させた。院内のデータ分析を通じて病院の現状データを医療現場に提供するだけでなく、医療制度の変化を病院幹部へ報告し、迅速に対応できる仕組みを構築した。今回はその経過と展望について報告する。

### 【取り組み】

当チームは事務職の中から選抜した 8 名からなる。メンバーは「医事」「用度」「経理」「システム」各部門の事務職であり、1 名の専従者を除いて他部署との兼任者でチームを構成している。8 名が収集した情報を 1 カ所に集約し、整理・解析を行った上で下記の場面で活用をしている。

- ① 病院長・副院長ミーティングにおいて「自院他院分析」と「最新の医療情勢」について報告を行う。(月 2 回)
- ② 全体会議の場でチームメンバーがプレゼンテーションを行う。(月 2 回)
- ③ BSC (バランススコアカード) 作成の際に、院内の現状やシミュレーション結果等をデータで示す。
- ④ 院内の委員会に参加し、必要なデータの提供を行う。

### 【考察】

当初は各メンバーが独自性を強く持って活動していたため、それぞれが資料を作成し報告内容や質にバラツキがみられることが多かった。そこで資料の作成などの実務を専従者が中心となって行い、その分メンバー間の議論の頻度を増やし意見の調整を徹底することとした。その結果、メンバーのバックグラウンド(部署や経験値)の差が埋まると同時に、部署をまたいだ多面的な視点とアプローチという好影響となって現れ、データの客観性と正確性を向上させることとなった。

今後はデータ分析の結果を示すだけでなく、それに基づいた提案を積極的に行っていきたいと考えている。

## 飯塚病院におけるイノベーションシステムの構築

飯塚病院 イノベーション推進本部

皆元裕樹、稗島 武、井桁洋貴、倉重貴彰、小峠博揮、  
増本陽秀

【目的】 当院は Patient First の実践を目的として、医療の質向上を目指し医療イノベーションを推進している。この中で、医療現場のニーズに応える新しい医療機器開発システムの構築を試みたので報告する。

【方法】 現場のニーズとアイデアを抽出するために、イントラネットにニーズ・アイデア投稿ページを開設した。次に院内に工房を設置して医療イノベーションの拠点とした。さらに職員の啓蒙を図るためイノベーション道場を開催すると共に、全職員に呼びかけてイノベーションサポーターを募集し、テーマ毎にプロジェクトチームを編成してアイデア創出と試作品の検討および改良を行う態勢を整えた。提起されたアイデアは弁理士により知的財産(知財)権既登録の有無を確認し、アイデア確定後は発明委員会の審議を経て速やかに知財登録を行う。その後、機器開発企業を選定し共同開発による市場調査と機器製造に入る。

【結果】 イン트라ネット投稿ページ開設後、これまでに約 370 件のニーズ・アイデアが投稿された。2013 年 8 月に開設した工房にはスタッフが常駐し、機器試作品の作製を行うと共に、医療現場の問題点や新機器のアイデアを持ち寄る職員に対応している。イノベーション道場では、海外派遣者やイノベーション活動従事者による講演会を毎月開催し多数の出席者を得ている。イノベーション推進本部の呼びかけに応じて、各職種の職員からこれまでに約 50 名のイノベーションサポーターが登録され、テーマ毎に招集されて機器開発プロジェクトに参加している。これまでに 11 件の知財申請および登録が行われた。

【考察と結論】 当院のイノベーションシステムは誕生したばかりであるが、着実に成果を上げていると思われる。医療の質向上とそれによる Patient First の実践を目指して活動を継続したい。

## Oxaliplatin 投与によるアレルギー発症頻度と危険因子に関する検討

国立病院機構九州医療センター 薬剤部

早瀬理沙

【目的】 Oxaliplatin(以下 L-OHP)は、大腸癌治療におけるキードラッグとして広く使用されている。投与時の特徴的な副作用として末梢神経障害とアレルギー症状の発現があり、中でもアレルギー症状は重篤化するケースもある。これまでに L-OHP によるアレルギー症状に関する報告は多々あるが、発症メカニズムや危険因子などの詳細は不明である。今回、当院における L-OHP 投与に伴うアレルギー症状の発症頻度と発症に影響を与える因子について検討したので報告する。【方法】 2012年4月～9月に L-OHP を投与された症例より、アレルギー症状の発現状況および背景因子、検査値を抽出した。L-OHP 投与後にアレルギー症状を発症した群を発症群、調査期間中にアレルギー症状を発症しなかった群を非発症群と定義し、比較検討を行った。【結果】 対象は 62 例、全症例の L-OHP 累積投与量の中央値は 534.2mg/m<sup>2</sup>、総コース数の中央値は 7.5 コース、各コースのデキサメタゾン投与量の中央値は 12mg/body であった。発症群は全症例の 11.3%(7 例)にあたり、デキサメタゾンの各コースの平均投与量は非発症群(12.5mg)と比較し発症群(10.9mg)において有意に少なかった。また、各コースのデキサメタゾン投与量 12mg 未満の症例で有意に発現頻度が高かった。その他の因子では有意差は認められなかった。【考察】 L-OHP 投与によるアレルギー症状はデキサメタゾンの投与量に関与していることが示唆され、デキサメタゾン減量時はアレルギー症状発現に注意し患者モニタリングを実施すべきと考えられる。

## スコープの保管環境と洗浄基準の検討 保管庫とスコープの培養調査

北九州市立医療センター

清水美津子、谷岡直子、真柴晃一

### 【目的】

内視鏡を用いた診療は様々な検査や治療が実施されている。当院でも、多種の内視鏡が用いられ、特殊な内視鏡(以下スコープ)の使用頻度は一様ではなく長期間使用しない場合もある。ガイドラインが提唱され当院も洗浄消毒に関する感染対策を行っているが、長期間保管するスコープの再洗浄や保管環境に関する基準は確立していない。洗浄消毒を確実にしても、保管条件によっては清潔度を維持することがどの程度可能か不明であった。そこで現在行っている保管環境で清潔度が維持できているか、当院の長期間保管するスコープの再洗浄基準を検討した。

### 【方法】

- 1) スコープを洗浄消毒後、保管直前から保管後 1 週目～4 週目までと 8 週目に表面、鉗子孔内、内腔液の培養検査
- 2) 保管庫の始業前・終業時の温度湿度調査、保管庫内の培養検査

### 【結果】

- 1) スコープは保管直後、保管後 1～4 週また 8 週まで一般細菌・抗酸菌の検出はなかった
- 2) 保管庫は定期清掃などの管理で温度は始業時 20～30 度、終業時 20～29 度、湿度は始業時 35～55% 終業時 35～60% であった
- 3) 保管庫の 1～4 週、8 週まで一般細菌の検出はなかった。

### 【考察 結語】

洗浄消毒後スコープを保管庫で長期間保管することで、清潔度は低下する可能性があると考えていた。今回調査した洗浄消毒後 8 週までは、保管したスコープより細菌の検出を認めなかったことは、洗浄消毒とその後の保管は適切にできていると考えられた。また、保管庫を定期的に清掃し温度湿度管理を確実にすることで細菌繁殖は認めず、保管環境は良い状態にたもたれていると考えられた。

今回の調査により当院の長期に保管するスコープの再洗浄期間は、安全に使用する為に 4 週間毎とした。今後継続して保管環境やスコープの清潔度調査を行い長期保管スコープの再洗浄と保管の基準を確立していきたい。



---

## 救急外来における診療看護師（JNP）としての役割 と課題

国立病院機構九州医療センター

川鍋育郎、小林良三

---

2013年3月、東京医療保健大学大学院高度実践看護コースを2期生として修了し、国立病院機構からJNP(診療看護師)として認定を受けた。本年度から自施設に戻り、2年間の臨床研修を受けている。当院での臨床研修は、1年目は救急科の指導医師とともに救急外来での初療を担当する。2年目は3か月ごとに診療科をローテーションし、診療に携わっている。JNPは多様化する医療現場において、看護師と医師との両方の視点を併せ持つことで、よりよいケアを提供することが期待されている。救急外来でのJNPの具体的な役割は、医師が不在時のカバー、傷病者の現病歴聴取、バイタルサインや身体所見などの情報収集、各種検査のオーダーと実施、傷病者の意識レベル、循環、呼吸、緊急処置の要否、不可逆的な障害を来し得る傷病であるかを判断し、指導医師と共に転機を決定している。また、動脈採血、気管挿管など一部の侵襲的医行為、いわゆる特定行為についても指導医師の指示、指導の下で実施している。一方、医師が診療に携わっている場面では、看護師としての業務を行っている。このように、場面に応じて一部の診療行為や看護業務を行い、多様な活動を行うことで、患者によりタイムリーなケアを実施することが可能である。実際にJNPとして活動すると、医師と看護師双方からは更に多様な役割が期待されてきている。今回、救急外来でのJNPの活動を紹介するとともに、JNPに求められている役割について報告する。