

日本医療マネジメント学会

Japan Society for Health Care Management

第9回

東京地方会学術集会

プログラム・抄録

メインテーマ：良質で安全な医療提供実現の仕組みづくり

会期：2009年2月7日（土）

会場：東医健保会館

会長：長谷川友紀（東邦大学医学部社会医学講座 教授）

後援：東京都病院協会 / 社団法人東京都看護協会 / 社団法人東京都薬剤師会

<プログラム・実行委員>

長谷川敏彦	日本医科大学
小西敏郎	NTT 東日本関東病院
坂本すが	東京医療保健大学
松島照彦	筑波記念病院
武藤正樹	国際医療福祉大学
津村 宏	東京医療保健大学
瀬戸僚馬	杏林大学医学部付属病院

<事務局>

東邦大学医学部 社会医学講座

担当 北澤健文、藤田 茂

住所：〒143-8540 東京都大田区大森西 5-21-16

Tel : 03-3762-4151 Fax: 03-5493-5417

E-mail : health@med.toho-u.ac.jp

URL : <http://jhmtokyo.umin.jp>

目 次

会長挨拶	5
交通案内	6
会場案内図	7
日程表	8
参加者へのご案内	9
座長・演者へのご案内	10
プログラム	
特別講演、会長講演、教育講演、シンポジウム、ランチョンセミナー	13
一般演題（口演）	17
一般演題（ポスター）	25
抄 録	
会長講演	31
特別講演	32
教育講演	33
シンポジウム	35
ランチョンセミナー	38
一般演題（口演）	41
一般演題（ポスター）	91
協賛企業	115

日本医療マネジメント学会雑誌投稿規定

日本医療マネジメント学会紹介・入会手続き

日本医療マネジメント学会 第9回東京地方会学術集会開催に当たって

NPO法人日本医療マネジメント学会東京支部では、毎年東京地方会を開催させていただき、今回で9回目を迎えます。日本医療マネジメント学会は、医療マネジメント手法の開発と普及を図り、広く医療の質の向上に寄与することを目的に1999年に設立されました。

本学会は、医療マネジメントをかつてのように経験則だけではなく、より科学的にさまざまな角度から検討して行こうと、業種を超えて比較的若い年齢層の会員を中心に組織された新しい学会です。学会員の職種も幅広く、医師、看護師、薬剤師等コメディカル、事務、管理者など、多くの職種が集まり、熱心に議論・研究を行っています。会員数も増え続けており、現在では約5300人に達しています。全国規模の学会組織の傘下には、東京支部をはじめとした多くの地方会も組織されております。

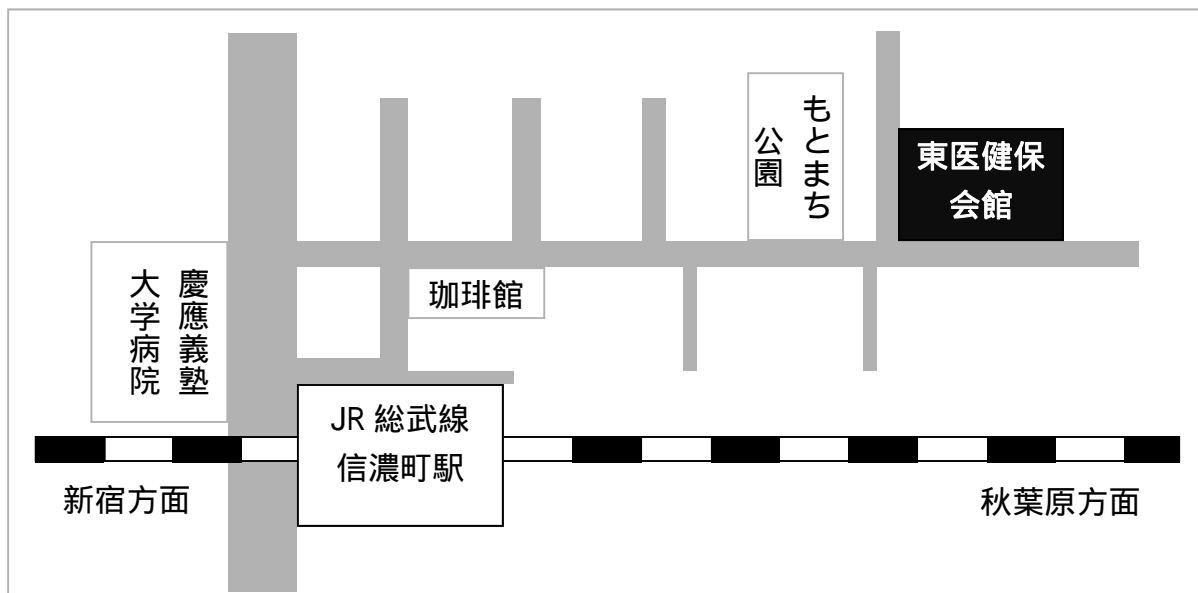
医療を取り巻く環境は激変しており、かつ色々な意味で大変厳しいものになってきています。本学会はこうした環境下で、クリティカルパス、地域連携クリティカルパス、医療安全、院内感染対策、地域医療連携、電子化、人材育成、DPC、BSC、医療経営等の医療マネジメント手法を開発、普及を図ることにより、患者、医療者、医療機関等が直面しているさまざまな問題への解を模索しております。国民の生活面において、医療・介護などが占める割合が大きくなる中で、本学会の果たすべき役割もますます重要なものとなっています。

このたび、「良質で安全な医療提供実現の仕組みづくり」をテーマとして、第9回東京地方会学術集会を開催することになりました。開催にあたっては、多くの方々のご理解とご協力を賜りました。厚く御礼申し上げます。本会がきっかけになり、参加者の皆さんがマネジメントに目を向けてください、医療の質の向上に資することがあれば、主催者としてこれ以上の喜びはありません。

2009年2月7日

日本医療マネジメント学会
第9回東京地方会学術集会
会 長 長谷川友紀

交通案内



会 場：東医健保会館

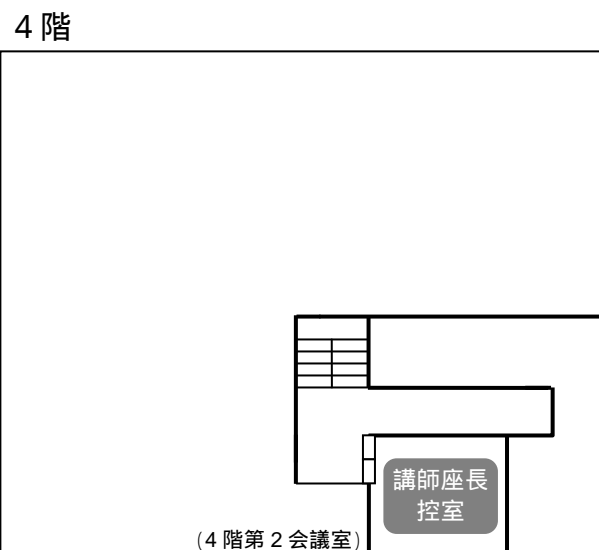
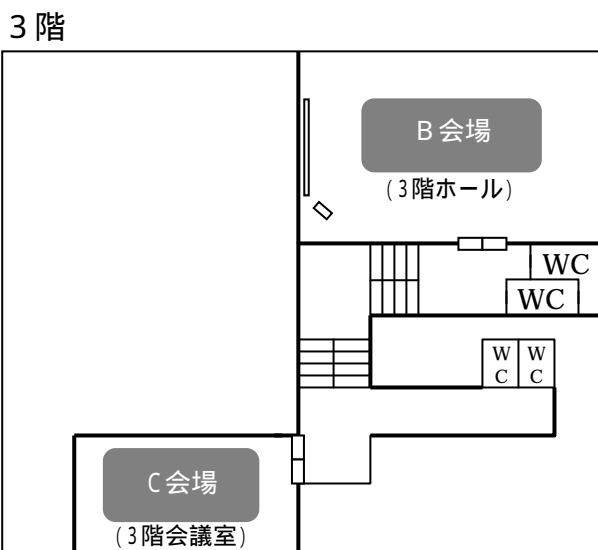
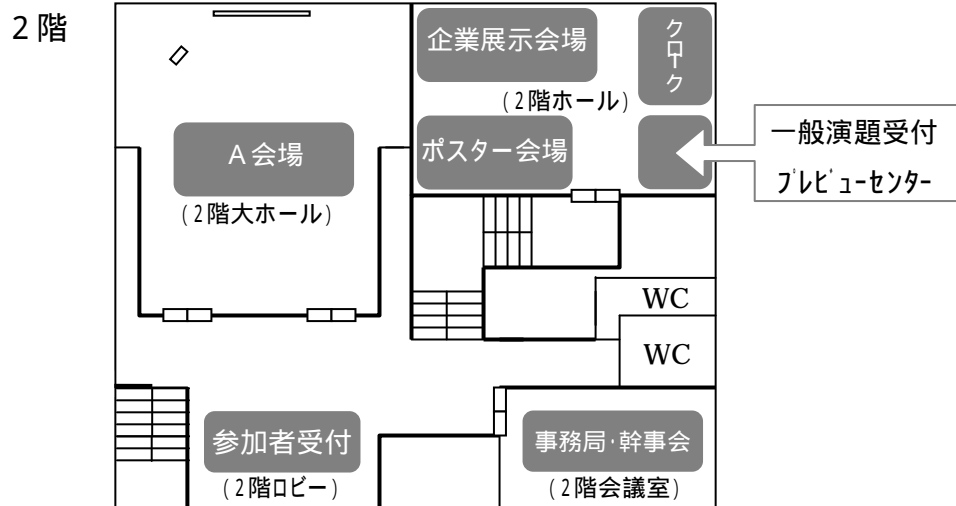
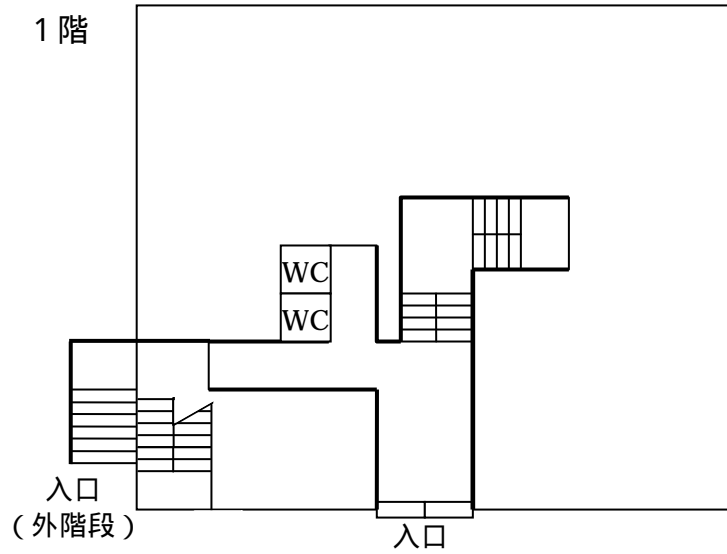
〒160-0012 東京都新宿区南元町 4 番地

TEL 03-3353-4311

JR 総武線 信濃町駅下車 徒歩約 5 分

会場の駐車場はご利用いただけませんので、公共交通機関等をご利用ください。

会場案内図



日程表

2月7日(土)

	A会場 (2階大ホール)	B会場 (3階ホール)	C会場 (3階会議室)	ポスター・ 企業展示会場 (2階ホール)
9:00				
	開会挨拶・会長講演 長谷川友紀			
10:00	特別講演 長谷川敏彦先生			
	シンポジウム ITと医療安全 飯田修平先生 坂井浩美先生 栗原博之先生	総合的質経営 B41～B46		ポスター展示 企業展示
11:00				
12:00				
	ランチョンセミナー1 池上敬一先生	ランチョンセミナー2 宮澤 潤先生		
13:00	教育講演1 杉山良子先生	教育講演2 竹川節男先生		
14:00				
	医療安全1 B11～B15	医療連携 B51～B55	ITの活用 B81～B86	ポスター クエスチョンタイム P01～P22
15:00	医療安全2 B21～B25	働きやすい職場づくり B61～B65	クリティカルパス B91～B96	
	医療安全教育・その他 B31～B35	病院経営 B71～B75		撤去開始時間 ポスター:15:30 企業展示:16:00
16:00				
	閉会挨拶			
17:00				

参加者へのご案内

1. 参加手続き

- 1) 本学術集会に参加される方は、会員・非会員を問わず参加登録を行ってください。
- 2) 当日参加登録費は、4,000円です。参加者受付にて参加を受け付けます。
- 3) 事前参加登録された方は、参加者受付でお名前をお申し出ください。その場で参加証をお渡しします。

2. 参加者受付

日時：2月7日(土) 9:00 ~ 16:30

場所：2階ロビー

3. クローク

日時：2月7日(土) 9:00 ~ 16:30

場所：ポスター・企業展示会場(2階ホール)

4. 企業展示

日時：2月7日(土) 9:00 ~ 16:00

場所：ポスター・企業展示会場(2階ホール)

5. ランチョンセミナー

2月7日(土)は、ランチョンセミナーにて昼食をご用意します。参加者全員分の昼食をご用意しておりますが、各会場の昼食数は限りがございますので、予めご了承ください。

6. 東京地方会幹事会

日時：2月7日(土) 12:00 ~ 13:00

場所：事務局・幹事会会場(2階会議室)

7. その他

会場内での呼び出しは行いませんので、予めご了承ください。

会場内では、携帯電話はマナーモードに設定していただくか、電源をお切りください。

通話は2階ロビー、または会場の外でお願いします。

会場の駐車場はご利用になれません。公共交通機関等をご利用ください。

本学術集会の事務局は、3階会議室に設置します。

座長・演者へのご案内

1. 一般演題（口演）

<座長へのお願い>

- 1) 各セッションの開始 10 分前までに、該当会場の「次座長席」にご着席ください。
- 2) 各セッションの進行は座長に一任いたしますが、終了時間は厳守してください。

<演者へのお願い>

1) 発表に使用するファイル形式などについて

ファイル形式は Windows XP を OS とする Microsoft PowerPoint 2000,2003 に限ります。

ファイルは、USB メモリもしくは CD-ROM に入れてお持ち下さい。

ファイル名は「演題番号 氏名.ppt」としてください。演題番号は平成 21 年 1 月下旬以降に学会ホームページにて公開いたします。

PC のお持ち込み等は一切ご遠慮いただいております。

発表用ファイルは必ず事前にコンピュータウイルスのチェックを行ってください。

会場でコンピュータウイルスへの感染が確認された場合、その発表用ファイルが使用できなくなる可能性があります。

音声は使用できません。

2) 発表データの提出について

発表用ファイルは、ご発表セッションの開始 30 分前までに、プレビューセンターにお持ち下さい。プレビューセンターはポスター・企業展示会場内にごございます。

プレビューセンターで試写ののち、ファイルのみをお預かりします。

発表データは、会場内のパソコンに一旦コピーさせていただきますが、学会終了後に事務局が責任をもって消去いたします。

3) 発表時間について

発表の 10 分前には発表会場内の次演者席にお着き下さい。

発表時間は、発表 7 分、討論 3 分の計 10 分です。

発表時間終了の 1 分前に 1 鈴、終了時に 2 鈴を鳴らしてお知らせします。

討論時間終了時に 3 鈴を鳴らしてお知らせします。

発表時間の厳守をお願いいたします。

4) その他

発表は、1 面映写の PC プレゼンテーションとします。

発表画面は、演台に設置された PC をご自身で操作して進めていただきます。

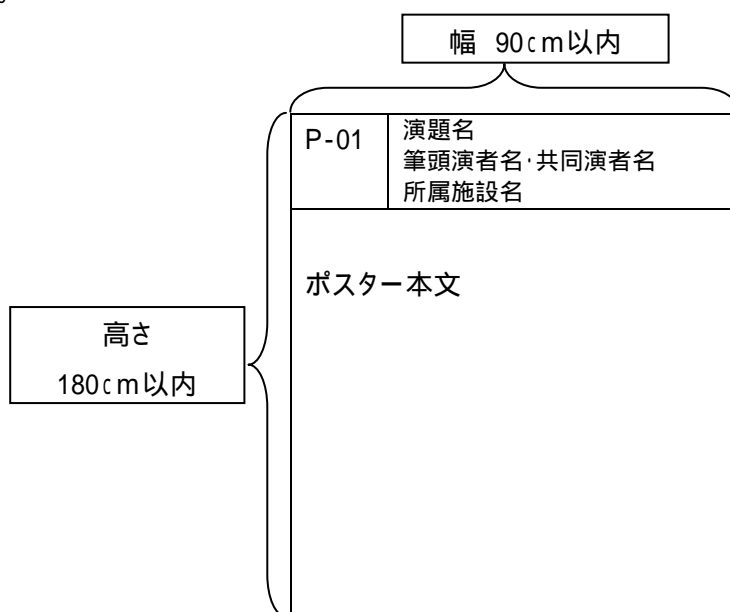
2. 一般演題（ポスター）

1) ポスター発表の規格

幅 90cm × 高さ 180cm とします。

上部に演題名・筆頭演者名・共同演者名・所属施設名を記載して下さい。

演題番号はパネル左上部に B5 横サイズ（幅 26cm × 高さ 18cm）で事務局が掲示します。



2) 掲示時間および方法

9:00～10:00 に掲示してください。【時間厳守】

ポスター・企業展示会場内のプレビューセンターで掲示用具を受け取り、各自で掲示をお願いいたします。

3) クエスチョンタイム

14:00～15:00 をクエスチョンタイムとします。

開始時には各自ポスターの前に待機してください。

4) ポスターの撤去

15:30～16:00 に撤去してください。【時間厳守】

16時を過ぎて残っているポスターは事務局で処分させていただきます。

プログラム

特別講演
会長講演
教育講演
シンポジウム
ランチョンセミナー

A会場(大ホール)

9：30～10：00 開会挨拶・会長講演

A1 良質で安全な医療提供実現の仕組みづくり
- 個別技術からマネジメントへ - 東邦大学 長谷川友紀

10：00～10：45 特別講演

座長 長谷川友紀（東邦大学）

T1 超高齢社会の病院を構想する
...人類の歴史的観点と病院の新たな定義から 日本医科大学 長谷川敏彦

10：45～12：00 シンポジウム：ITと医療安全

座長 長谷川友紀（東邦大学）

S1 情報システムの活用による医療の質向上と安全確保 練馬総合病院 飯田修平

S2 医療の電子化と医療安全
- 医療事故情報収集当事業の現況より - 日本医療機能評価機構 坂井浩美

S3 ITを用いた医療安全の実践 NTT 東日本関東病院 栗原博之

12：15～13：00 ランチョンセミナー 1

座長 落合慈之（NTT 東日本関東病院）

L1 医療安全教育と訓練のあり方
- シミュレーションを例に 獨協医科大学越谷病院 池上敬一

13：00～13：45 教育講演 1

座長 池田俊也（国際医療福祉大学）

K1 医療における危険予知トレーニングの実際と効果に
むけて 武蔵野赤十字病院 杉山良子

B会場(3階ホール)

12:15~13:00 ランチョンセミナー 2

座長 飯田修平(練馬総合病院)

L2 医療と個人情報保護法の実務

宮澤潤法律事務所

宮澤 潤

13:00~13:45 教育講演 2

座長 長谷川友紀(東邦大学)

K2 病院における BSC の概念と実践

健育会

竹川節男

プログラム

一般演題(口演)

A会場(大ホール)

14:00～14:50

医療安全 1

座長 山元友子 (NTT 東日本関東病院)

B11	制作費ほぼ0円の院内医療安全レファレンスの作成	石井道人	東京都立府中病院研修医
B12	手術部使用医薬品に対する現場供給管理法の試行	垣内祥宏	筑波記念病院
B13	診療材料不具合事例の考察 ～コスト4割、リスク10割削減～	住吉竜哉	東京都立府中病院庶務課
B14	開封済の血管内留置針の誤使用回避のための取り組み	廣井直樹	東邦大学医療センター大森 病院 医療安全管理部
B15	DVT/PE 予防対策の標準化	塩澤恵子	昭和大学病院整形外科病棟

14:50～15:40

医療安全 2

座長 市川幾恵 (昭和大学)

B21	病棟薬剤師導入による医療事故防止効果	渡邊茂子	東京通信病院 医療安全対策室
B22	患者誤認・手術部位間違いの予防対策への取り組み	牧 真恵	東邦大学医療センター大森 病院
B23	誤薬防止策の検討 ～ダブルチェックの見直し～	横井多恵子	東京都立墨東病院看護部
B24	微量採血用穿刺器具の問題を例に医療安全に対するとらえ 方の一考察	岩澤美由紀	東京医療保健大学
B25	新人看護師の静脈注射学習レディネスと院内教育の課題	小澤知子	横須賀市立市民病院

15 : 40 ~ 16 : 30

医療安全教育・その他

座長 菊地武子（東邦大学医療センター大森病院）

B31	医療安全研修における参加者倍加戦術	松坂 稔	国立精神・神経センター
B32	看護大学生の医療安全教育の試み - 危険予知トレーニングを導入して（その1） -	口元志帆子	目白大学
B33	看護大学生の医療安全教育の試み - 危険予知トレーニングを導入して（その2） -	吉川慎子	目白大学看護学部看護学科
B34	糖尿病栄養指導の強化	高山仙子	練馬総合病院栄養科
B35	乳房の異常に気付いた女性が初診に至るまでの状況を聞いた インタビュー調査の分析と考察	川上憂子	国際医療福祉大学大学院、 国際医療福祉大学三田病院

B会場(3階ホール)

10:45~11:45

総合的質経営

座長 坂本すが(東京医療保健大学)

B41	下部消化管内視鏡検査の標準化 ~ FMEA を用いて業務改善を行い、安全を確保する	栗原直人	練馬総合病院
B42	業務フローモデルを使ったリスクの分析	成松 亮	NTTPC コミュニケーションズ
B43	BSC による転倒・転落予防対策の取り組み	吉田雅子	昭和大学病院 脳神経外科病棟
B44	BSC(バランススコアカード)によるチューブトラブル防止への取り組み	城所扶美子	昭和大学病院看護部
B45	アフリカ8カ国のTQMプロジェクト 日本はそこから何を学ぶか	長谷川敏彦	日本医科大学 医療管理学教室
B46	途上国における病院サービスの質向上に関する考察	鈴木修一	日本医科大学大学院 医療管理学教室

14:00~14:50

医療連携

座長 三谷嘉章(慶應義塾大学病院)

B51	Web ページ公開状況の観点から見たわが国の医療モールの連携実態	伊藤敦	自由が丘産能短期大学
B52	前立腺がん地域連携 CaPMnet - ホームページの開設	山崎春城	東京慈恵会医科大学 東急病院泌尿器科
B53	地域医療連携ネットワークシステム『道南MedIka』を利用して	滝沢礼子	高橋病院 法人情報システム室
B54	訪問看護を利用する在宅高齢者の看取りの実施に関する調査	中西三春	医療経済研究機構
B55	東京都港区における緩和ケアの現状と課題	後藤光世	国際医療福祉大学

14:50~15:40

働きやすい職場づくり

座長 菅田勝也(東京大学大学院医学系研究科)

- | | | | |
|-----|---|-------|------------------------------|
| B61 | 医師の職業性ストレスに関する仕事志向と余暇志向による傾向分析 | 赤池 学 | 日本医科大学
医療管理学教室 |
| B62 | 看護必要度導入の課題 | 磯川悦子 | 昭和大学病院 看護部 |
| B63 | 看護職員の労働時間とインシデントの関係 | 石神久美子 | 杏林大学医学部附属病院
看護部 |
| B64 | 精神科看護師の離職防止に向けた支援の検討
- 「今日は看護の日」体験の分析から | 成松玉委 | 山口福祉文化大学 |
| B65 | 「専門性の確立」のためのマネジメント
~ 職員の「疲弊」に対してマネジメント理論を使った取り組み ~ | 平野道代 | 河北総合病院 家庭医療学
センター 医療社会相談室 |

15:40~16:30

病院経営

座長 尾形逸郎(河北総合病院)

- | | | | |
|-----|--|-------|---------------------------------|
| B71 | 独立行政法人化による国立病院の変化と影響評価 | 長谷川敏彦 | 日本医科大学
医療管理学教室 |
| B72 | ディレクター制度について | 渡部泰寿 | 健育会 |
| B73 | 分娩数急増に対応せよ
- サービスを低下させず、安全性を維持しつつ - | 杉田匡聡 | NTT 東日本関東病院 |
| B74 | 病院における事業継続計画策定に関する一研究 | 光森 涉 | 電気通信大学大学院 電気通信
学研究科 システム工学専攻 |
| B75 | 小規模専門病院における治験(臨床研究)を通じた質向上活動の一
例 | 森山 洋 | おびひろ呼吸器科内科病院 |

C会場(3階会議室)

14:00~15:00

ITの活用

座長 津村 宏(東京医療保健大学)

- | | | | |
|-----|--------------------------------------|--------|----------------------------|
| B81 | 医薬品の安全使用を目指した薬剤管理指導業務支援システムの構築とその活用 | 岩瀬利康 | 獨協医科大学病院 |
| B82 | 医療用医薬品の新流通バーコードシステムによる医療安全への利用に関する研究 | 長谷川フジ子 | 国際医療福祉大学 大学院 |
| B83 | 調剤における薬剤師による疑義照会件数に対する電子カルテ導入の影響 | 藤田 浩 | 東京都立墨東病院 輸血科 |
| B84 | ICUにおけるPDA使用の徹底 | 富井千波 | 昭和大学病院集中治療部 |
| B85 | DPC分析ソフトを用いたデータの分析と診療内容の可視化 | 小谷野圭子 | 練馬総合病院 |
| B86 | 医療情報の国際標準に適合するクリティカルパス | 長谷川英重 | 保険医療福祉情報システム
工業会(JAHIS) |

15:00~16:00

クリティカルパス

座長 武藤正樹(国際医療福祉大学三田病院)

- | | | | |
|-----|---|-------|--------------------|
| B91 | 電子クリティカルパスの運用と周知
- 操作チェックリスト活用と統一した指導方法の取り組み | 渡部英理子 | 都立大塚病院 |
| B92 | 電子カルテクリニカルパスの運用状況と課題 | 平田智子 | 都立大塚病院 |
| B93 | より良いがん化学療法クリティカルパスを目指して | 中村久美 | 相澤病院
薬剤管理情報センター |
| B94 | 電子カルテ導入下でのパス運用の工夫 | 井上 聡 | 練馬総合病院 副院長 |
| B95 | クリティカルパスによる大腸癌入院化学療法の管理 | 宮本 洋 | NTT 東日本関東病院 外科 |
| B96 | 心臓カテーテル治療・地域連携パス導入経験について | 大島祥男 | 河北総合病院 |

プログラム

一般演題(ポスター)

ポスター・企業展示会場(2階ホール)

14:00~15:00

ポスター：クエスチョンタイム

P01	医療事故情報収集等事業における医療事故情報の報告の現況 ～化学療法に関連した医療事故に着目して～	森脇睦子	日本医療機能評価機構
P02	医療事故情報収集等事業における医療事故情報の報告の現況 ～人工呼吸器に関連した医療事故に着目して～	堀口裕正	東京大学大学院医学系研究 科医療経営政策学講座
P03	医療事故情報収集等事業における医療事故情報の報告の現況 ～薬剤間違いに関連した医療事故に着目して～	坂井浩美	日本医療機能評価機構
P04	ナースコール対応時間とインシデントの関係	瀬戸僚馬	杏林大学医学部附属病院 看護部
P05	中央採血室での採血合併症における臨床の特徴	藤田 浩	東京都立墨東病院 輸血科
P06	血液疾患に対する胸骨穿刺は安全か？	藤田 浩	東京都立墨東病院 輸血科
P07	抗がん剤の払い出しに関する取り組みについて	鮎田利恵	東京都立府中病院
P08	外来化学療法業務における薬剤師側から見た連携向上への取り組み	鈴木麻由香	NTT 東日本関東病院薬剤部
P09	国際親善総合病院における入院患者持参薬管理について	小池純子	国際親善総合病院薬剤部
P10	スペイン語圏在日外国人が外国より持参する医薬品について	丸岡弘治	介護老人保健施設横浜あお ばの里薬剤部、慶應義塾大 学薬学部社会薬学講座
P11	安全管理者の悩みを考える～アンケート結果から見出した課題～	中村房子	医療安全研究会（日本医科 大学医療管理学教室内）
P12	医療安全研修で実施する行動制限教育への取り組み	佐藤 功	国立精神・神経センター
P13	医療機関における教育訓練施策が看護師の顧客志向行動に及ぼす 影響 SEM によるワークコミットメントの媒介効果の検討	竹内久美子	目白大学看護学部
P14	看護学生を対象としたインターンシッププログラムの有効性の検 討	宮崎貴子	杏林大学医学部附属病院
P15	新型インフルエンザ対策訓練の実施結果と課題の報告	茂木玲子	東京都立墨東病院
P16	Work stress in association with low back pain in Kunming nurses	WU Yinghui	School of Nursing, Kunming Medical University Toho University

P17	患者と医療従事者との協働を促進する医療情報提供体制の取り組み	駒崎俊剛	東京医療保健大学
P18	患者参加型一般診療ガイドラインの患者による評価可能性の検討 小児ぜんそくの診療ガイドラインを事例として	畠山洋輔	東京大学 大学院総合文化研究科
P19	神奈川県医療通訳派遣制度構築について	早川 寛	MIC かながわ (NPO 法人 多言語社会リスかながわ)
P20	PEG の適応・挿入から栄養管理までの標準化	栗原直人	練馬総合病院
P21	DPC 準備病院としての腰部椎弓切除術クリティカルパス作成の取り組みと課題	亀田律子	都立墨東病院
P22	顎矯正手術パスの使用状況と今後の課題	田島佳代子	都立大塚病院看護部

特別講演
会長講演
教育講演
シンポジウム
ランチオンセミナー

良質で安全な医療提供実現の仕組みづくり

- 個別技術からマネジメントへ -

長谷川友紀(東邦大学)

医療の歴史を紐解くとき、説明の多くは抗生物質や抗がん剤の開発など、個々の治療技術(要素技術)の発見と開発に費やされる。T A(医療技術評価)は開発された治療技術についての評価手法を提供し、E B M(根拠に基づく医療)は、現在広く行われている医療技術がエビデンスを有するかについて包括的なレビューを行うきっかけとなり、多くの知見をもたらした。

しかしながら、当初T AやEBMが想定した医療現場は、患者は単一の(多くは急性)疾患を有し、いくつかある治療法のどれが優れているかを単純に比較すれば良いというものであった。現在では、患者の多くは高齢者で主傷病の外に多くの併存症を有し、しばしば状態像が中心となること、治療法は侵襲の度合い、患者の選好に併せて、時間的な要素も考慮して、治療計画を策定する必要があること、医療の高度化・複雑化に対応するため病院が大規模化していること、単一施設で治療が完結することは稀であり、医療機能の異なる施設の連携を前提とした医療提供体制を考慮する必要があること、など大きく環境が変化しており、新たな評価・管理手法が求められている。また、評価・管理手法も、個々の施設を対象にしたものから、地域における疾患を対象にしたもの(Disease Management)、地域全体の健康を対象としたものへの対象の拡大が求められている。

医療をマネジメントするための手法の開発、医療施設への導入を円滑に図ることを支援することは日本医療マネジメント学会の重要な役割である。今地方会では、「良質で安全な医療提供実現の仕組みづくり」をテーマとして、マネジメントに関する領域の中でも、医療機関経営上の目標設定と評価の手法としてB S C(バランスドスコアカード)、組織横断的な取り組みが特に必要とされる医療安全、適時の情報収集・情報の二次利用を飛躍的に向上させるITの導入とその効果、連携を核にした地域医療体制の構築を特に取りあげた。医療をマネジメントするための手法が、現在ほど重要視されることはない。

マネジメントの概念の変遷、対象の拡大、今後の役割について私見を述べる。

略 歴

長谷川 友紀(東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野教授)

医師、医学博士。1985年東京大学医学部医学科卒業。1987年帝京大学助手、その後同講師を経て、1998年東邦大学医学部講師。2005年より現職。日本医療マネジメント学会理事・編集委員長、日本移植学会理事・倫理委員長、日本医療機能評価機構医療事故防止センター総合評価部会副部会長、全日本病院協会外部委員、内閣府規制改革会議専門委員、日本泌尿器科学会顧問など。専門は、医療政策、医療経済、医療サービスの評価等。

T1

超高齢社会の病院を構想する ...人類の歴史的観点と病院の新たな定義から

長谷川敏彦(日本医科大学)

日本は既に今、最も年老いた国であり、これから数十カ年かけて世界に先駆けて超高齢社会に突入する。それはこれまでと異なる新たな社会を創り出すことであり、その医療と病院はこれまでと全く異なると想定される。言い換えれば、人類の歴史で未だかつて経験したことのない社会の病院を構築することとなる。

そこで、古代から現在に至る世界と日本の病院の歴史を振り返り、未来を展望することが必要となる。本論文では、西洋の近代病院を完成型とする西洋中心史観を離れ、それぞれの時代での「疾病構造」「医療システム」「医療技術」に基づいて病院機能を再定義し、分析した。

人類史の過程では古代において薬草等の経験医療やシャーマニズム等の呪術医療が中心で、伝統社会の成立と共に体液バランス論を中心とするインド・中国・ギリシャ等の伝統医学が古代の医療に重なって発展し、近代の身体観や医療技術に基づく近代医療システムは長く見積もってもルネサンス以降にやっと成立した。その有効性はここ100年に満たないと考えられる。逆にこの数十年は医療技術の発展が著しく複雑化すると共に成熟し標準化されつつある。

疾病構造も長い人類史ではつい最近まで平均寿命が17~35歳で、「外傷」「感染症」「栄養問題」「出産関係」が大半を占めていた。「がん」「循環器病」等の前期退行性病変が課題となり始めるのは産業革命以降平均寿命が50歳を越えた社会においてである。これから高齢者は「老人性痴呆」などの後期退行性病変が中心となり、しかも複数の疾患が同時に存在し、その自然史の過程で急変する。

これらの疾患に対する医療の場はかつては古代から村落、在宅が中心で、医療のための資源を集積する施設が必要となるのは極めて最近の現象に過ぎない。

従って、病院を「医療行為を行う施設」と定義すると紀元2000年前頃のエジプトの「夢治療のイムホテップ神殿」に遡るが、今日的な定義は満たさない。キリスト教に基づく西洋の中世の病院と称せられる施設も同じで、むしろ福祉施設として機能していた。アッカークネフトやフーコーによると、近代病院の始まりは教育研究の場として成立した1840年頃のパリ市民病院であるとしている。1860年頃のナイチンゲールによる看護の場としての病院、そして1900年初頭の最終結果病院がその歴史的発展型にほかならない。

日本でも古代では山伏の祈禱や薬師如来信仰など世界と類似の過程を経て、中世には仏教に基づく病人の収容施設がつけられた。西洋型病院は大分や京都のイエズス会やフランシスコ会により設立されたが今日の基準から見てもその有効性は疑問である。しかし、江戸時代には西洋に先駆けて、1726年に赤ひげのモデルとなった小石川養生所のように、近代的定義の公的病院が設立されるに至っている。そこでは世界に先駆けて医療の結果、質が施設と医師レベルでモニターされていた。

これからの医療は複雑で多数の疾患を抱えた患者を中心にケアネットワークを構築することが必要で、病院も広く定義すると診療所や福祉施設を含めた地域全体を指すと言えるのではなかろうか。病院づくりはもはや、街づくりであるとも言えることができよう。日本こそがその世界のモデルをこれから提示する役割を担っている。

略歴

- 昭和47年 大阪大学医学部医学進学課程卒業
- 昭和56年 米国ハーバード大学公衆衛生大学院修士課程卒業
- 昭和61年 厚生省健康政策局計画課課長補佐
- 平成4年 厚生省九州地方医務局次長
- 平成14年 国立保健医療科学院政策科学部長
- 平成18年 日本医科大学 医療管理学教室 主任教授

K1

医療における危険予知トレーニングの実際と効果にむけて

杉山良子(武蔵野赤十字病院)

KYTは、危険(：K)予知(：Y)トレーニング(：T)の頭文字のアルファベットをとって名づけた略称です。KYTは、1970年代初めの工業界において頻発する労働災害の防止にむけ、個々人の安全意識を高めていくための活動を模索する中で、「全員参加によって安全を先取りする」手法として創出されました。

KYTは、小グループでイラストシートを使用し、「あなたならどうする」の一人称で考えながら、アイデア発想法であるブレインストーミングによって、楽しい雰囲気の中で危険有害要因を予知し合い、自分ならどうするかを考え合うというものです。具体的な訓練方法として、「基礎4ラウンド法」という問題(危険)解決思考による4つのラウンド(1ラウンド：現状把握 2ラウンド：本質追及 3ラウンド：対策樹立 4ラウンド：目標設定)をたどりながらミーティングをすすめていきます。

KYTは、中央労働災害防止協会(中災防)によって構築、継承されていく中で、さまざまな方法が工夫され考案されてきました。今、医療界においてもKYTへの関心が高まってきています。医療現場におけるKYTを、「患者安全を先取りする」未然防止活動として、効果的に生かしていくための工夫や取り組みが始まってきています。医療現場には危険がいっぱいです。そうした医療現場に潜在する危険に気づき、あるいは見抜いていく「察知力」の向上が切に求められています。慢性的に繰り返されているエラーや事故を断ち切っていく必要があります。そのためには、認識された潜在的失敗体験を「危険ストーリー」の文型「(危険要因である“状況”と“行動”)～なので～すると+(現象としての事故の型)～になる。」にのせてKYミーティングの中で語り合い、共有していくことが重要な要素であると考えています。

KYTは危険感受性を磨く気づきの訓練です。しかし、気づきで止まるわけではありません。これから起こりえる危険を特定、予測し、事前に対処できるレベルをめざしています。また、物事への集中力、問題解決能力、実践意欲を高める訓練手法でもあります。個々の現場スタッフの訓練のみならず、現場管理者の安全管理や経営にも反映させることが求められます。具体的なKYTの手法を入口にしなが、奥深い危険予知の活動展開をすすめていくことで医療安全に寄与することができると思っています。

略歴

杉山良子(すぎやま よしこ) 武蔵野赤十字病院 医療安全推進室 専従リスクマネージャー、看護師長

1972年3月 日本赤十字武蔵野短期大学の看護学科を卒業し、同年4月より、武蔵野赤十字病院に看護師として勤務する。

1984年4月 神奈川県立看護教育大学校 教育学科コースに入学。

1985年3月 同上卒業し、武蔵野赤十字病院に復職する。

1999年より、武蔵野赤十字病院看護部門の看護安全委員会の委員長となり、医療安全活動に直接的に関わり始める。

2004年4月より、武蔵野赤十字病院医療安全推進室所属の医療安全管理者(専従リスクマネージャー)となり、現在に至る。

病院におけるBSCの概念と実践

竹川節男 (医療法人社団健育会 理事長)

当法人では、医療をサービス業としてとらえ、法人の進むべき道をMVV(ミッション、ビジョン、バリュー)として定義し職員全員に浸透させ、また、独自の経営管理手法を用いて病院運営を行っている。医療の質と経営にかかわる責任と権限を明確にした組織をベースに、法人全体の戦略策定を本部がおこないながら、年間の予算計画、質の向上計画をもとにPDCAサイクルを機能させている。

BSCは企業の経営戦略に用いられる業績評価システムであるが、もともと我々がおこなっていた経営管理の手法と考え方が重なる点もあったため、米国シアトルのスウェディッシュメディカルセンターと共同で病院経営に則した独自の指標や仕組みを完成させた。傘下4病院に2年前から導入しており、病院の業績評価として有効に活用されている。

通常、BSCは4つの視点で構成されるが、我々はこれに医療の質を加えた5つの視点とし、それぞれに管理指標を定義している。

財務の視点(経常利益、入院患者数) 組織管理の視点(間接部門の生産性、理事長賞の受賞数)
人材の視点(職員満足度調査結果、離職率、研修参加者数) 患者満足度(患者満足度調査結果)
医療の質(クリニカルアウトカム、レベル2以上の事故発生率)

指標の評価は、指標別に予算比・前年比・目標値の何と対比して算出するかを決め、合計100点満点計算し毎月レポートしている。このレポートは、ナースステーションや職員食堂などに掲示し、職員への開示もおこない、各病院の賞与額の決定にもBSCスコアの結果を反映させている。

安定した病院経営を継続しておこなうには、データに基づいて科学的に管理する仕組みが必須であり、このBSCを基盤にした経営管理の仕組みは、今や法人の病院経営にとってなくてはならないものとなっている。

略 歴

- 1981年3月 獨協医科大学医学部 卒業
- 1989年4月 慶應義塾大学医学部 医学博士号取得
- 1989年6月 医療法人社団健育会副理事長
- 1995年4月 医療法人社団健育会理事長
- 1995年4月 社団法人 日本病院会理事・評議員
- 2001年4月 社団法人 経済同友会幹事
- 2003年4月 社団法人 経済同友会 医療改革委員会委員長
- 2004年4月 同 医療・介護プロジェクト・チーム 委員長

情報システムの活用による医療の質向上と安全確保

飯田修平(練馬総合病院)

病院が質向上・事故防止・安全確保を目指しても、実効が挙がらない。その理由は、質向上委員会・医療事故防止委員会を設置という形式主義、個別の問題としての対応、一部の職員あるいは一部の部署の努力、具体的な改善の手法を知らない、道具を有効活用できない等である。

医療の質向上・安全確保の実効を挙げるためには、病院が組織として、質重視・安全文化を基盤として、標準化と情報の共有(連携)をすることが必須である。ここに、情報システム活用の意義がある。

練馬総合病院では以下の部署を中核として、情報システムを活用している。その業務は固定的ではなく、プロジェクト等毎に、職種・部署横断的なチームを作って柔軟に対応させている。

企画情報推進室：組織横断的なプロジェクトや医療の質向上活動(MQI)、研究会事務局、非定型業務、職員への情報リテラシー教育・啓蒙活動を推進。

医療情報管理室：医療情報の整備と有効活用のため、医事・会計・人事情報だけではなく、医療情報を包括的に管理。

質保証室：総合的質経営の基盤整備、内部顧客の支援、外部顧客の要求事項の把握と対応、質保証に関する包括的な業務を担当。

情報システム構築には、これでよいということではなく、継続的な改善が必要である。社会制度、医療制度、人々の価値観の変化に対応しなければならないからである。

個々の病院の努力と共に、病院団体としての取組みが重要である。その概要を報告する。演者等は、全日病に医療情報基本要件検討プロジェクトを設置し、厚生労働科研費平成17・18年度「医療情報システムを基盤とした業務フローモデルによる医療の質と安全性の評価に関する研究」をおこない、病院における業務フローを分析した。

情報技術を用いて情報を活用し、業務を効率化すると共に、業務の仕組みを変え、組織運営を円滑にすることが必要である。すなわち、業務革新、組織を再構築し、組織の目的を達成することである。

略歴

1971年3月	慶應義塾大学医学部外科学教室	一般消化器外科
1979年		医学博士
1980年	慶應義塾大学外科学教室	医長補佐(肝胆膵外科専攻)
1985年10月	財団法人東京都医療保健協会	練馬総合病院 外科医長
1991年3月	同	院長 現在に至る
2000年	慶應義塾大学医学部外科学教室	客員教授

シンポジウム 10:45 ~ 12:00 A会場(大ホール)

テーマ：ITと医療安全

S2

医療の電子化と医療安全

- 医療事故情報収集当事業の現況より -

坂井浩美(日本医療機能評価機構)

財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部では、平成16年10月より、医療事故の発生予防および再発防止を目的として、医療法施行規則に基づく医療事故報告制度である医療事故情報収集等事業を運営してきた。医療安全の推進に関する関心の高まりの中で、当事業の果たす役割は年々大きくなってきている。

医療の電子化は、医事会計システムやオーダーリングシステムにより、業務の効率と経済効果を図るという導入初期の目的に加え、電子カルテにより医療の質の向上や、安全を担保するという効果も重要視されるようになった。医療機関が様々な媒体を使って情報を伝達、蓄積、保管していたものを、電子化により一元管理することは、医療安全においても、情報の偏在や転記ミスを防止することに大きく寄与している。しかしながら一方で電子化は、煩雑な操作や入力業務の重圧となり、新たなヒューマンエラーの引き金にもなっている。また、複数の機種ソフトとの互換性の問題も生じている。

当事業においても、電子化を背景・要因とする医療事故は報告されている。主な概要は(1)オーダーリング画面の指示入力の間違い、(2)指示変更・中止の情報の不達、(3)警告の見過ごし、(4)患者認証システムの落とし穴、である。

シンポジウムでは医療機関が電子化において直面している問題を、当事業に報告された医療事故事例をとおして情報提供したいと思う。

略 歴

昭和58年 順天堂看護専門学校卒

平成14年 立教大学 法学部法学科卒

平成18年 九州大学大学院 医学研究院 医療経営・管理学卒 医療経営・管理学専門職修士

職 歴

昭和58年 4月順天堂大学附属順天堂医院 看護部

平成14年 4月(株)日本看護協会出版会 事業部「看護職賠償責任保険」立ち上げに関わる

平成18年 4月より現職

ITを用いた医療安全の実践

栗原博之 (NTT 東日本関東病院)

NTT 東日本関東病院では 2000 年 12 月より電子カルテシステムを導入し、8 年が経過した。導入当初よりがん化学療法のオーダーには、あらかじめプロトコルを登録したレジメンによる運用を行ってきた。このレジメン機能では、抗がん剤の投与量を標準投与量のほか最大投与量を登録することにより、過量投与にならないようにシステムブロックがかけられている。さらに、インターバル日数を登録することで、休薬期間には他の化学療法も含めていかなる化学療法もオーダーできないようなブロックもかけられている。今回は、このレジメン機能の登録から運用、そして薬剤部で行われている抗がん剤の混注に関して現状を紹介する。

医療安全での IT 化の実践例として、NTT 東日本関東病院で 2006 年 7 月から運用を開始した電子化のインシデントレポートシステムも併せて紹介する。このレポートシステムは株式会社カルディアと共同開発したシステムであり、もともと NTT 東日本関東病院にて紙ベースで運用を行っていたインシデントレポートを基にして、電子化したシステムである。特徴として、与薬関連、転倒・転落のインシデントでは、インシデントレポートの通常書式以外にそれぞれ専用のテンプレートを用意している。たとえば与薬関連テンプレートでは、業務フローのチェックシートがあり、与薬業務のどのプロセスに問題があったかなど後に振り替えることができる仕組みを構築している。また、転倒・転落のテンプレートでは、インシデント発生時の環境や状況、転倒に関するアセスメントがどのようになっていたか詳細を記す仕組みを構築している。さらに、自由文にてインシデントの具体的内容、経過などを記載している。この自由文記載に関しては、言語解析を行いインシデント領域ごとに使用された単語を分類し、それらとインシデントレポートの統計結果から、報告者へのフィードバックができないかを共同開発者とともに検討中である。

略 歴

- 1991 年 北里大学薬学部卒業
- 1993 年 北里大学大学院薬学研究科修士課程修了
- 1993 年 関東通信病院(現 NTT 東日本関東病院)薬剤部入局
- 2003 年 NTT 東日本関東病院 医療安全管理室 専任医療安全管理者

L1

医療安全教育と訓練のあり方

- シミュレーションを例に

池上敬一（獨協医科大学越谷病院）

「教育」は「すべての人が、すべてを知る」ことを目指しますが、「よく知る」だけでは「できる」ようにはなりません。「できる」ようになるには、そのための「訓練」を行う必要があります。職能レベルを向上する、あるいはパフォーマンスを向上するために必要な概念は「キャロルの時間モデル」で、それを実践するには「教授システム学」と「インストラクターコンピテンシー」というサイエンスが欠かせません。このセミナーでは「患者急変対応コース for Nurses」(日本医療教授システム学会、中山書店)を例に「教授システム学」と「インストラクターコンピテンシー」を具体的に示します。ここでは医学教育のパラダイムシフトをもたらす「キャロルの時間モデル」について解説しておきます。

「成績の差はどこからくるのか?」「同じ講義を行っても理解度には学習者により差がある。ま、仕方がない・・・」「私の講義中に居眠りして!それで講義が分からないのは本人の責任でしょ!」などなど、院内教育担当者の悩みは尽きません。

成績(講義の理解度)の差を個人の資質(生得的能力、知能指数など)に起因する考えを「能力主義」といいます。成績・パフォーマンスの差の原因を個人の能力差とみなすと、これらを改善する工夫の余地がなくなり、だれも幸福になれません(この考え方では医療者、チーム、病院のパフォーマンスは向上しないでしょう)。

キャロルは成績の差を「より成績をおさめるのに必要な時間を使わなかった」と考えました(1963年)。また「大抵の学習者は、必要な時間をかけさえすれば、大抵の学習課題を達成することができる」と考えました。これが「キャロルの時間モデル」です。このように考えると学習援助を工夫することで、より短い時間で良い成績・パフォーマンスを獲得することが可能になります。「学習効率」=「学習に費やされた時間」/「学習に必要な時間」として表すことができます。例:学習に2時間しかかからない人が2時間を学習に費やせば、学習効率は100%になります。ところが学習に4時間かかる人が2時間しか学習できなければ学習効率は50%になります。「学習に費やされた時間」は学習の機会、学習への集中力と意欲によって、また「学習に必要な時間」は講義の質、講義の理解力、課題への特性によって左右されます。これらの要素をうまくコントロールし、「意図的な訓練」なしでは到達するのにとても長い時間がかかってしまう多くの目的を支援するのが「教授システム学」と「インストラクターコンピテンシー」です。

池上敬一

日本医療教授システム学会代表理事、獨協医科大学越谷病院救命救急センター

L2

医療と個人情報保護法の実務

宮澤 潤(東京弁護士会所属)

1. 個人情報保護法と現在の社会状況

個人情報保護法が施行され、既に相当の期間が経過し、その間過剰反応だという批判が出されてきている。本当に過剰反応なのであろうか。ここでもう一度個人情報の基本的部分から確認し、どのような内容を行うことが適切で、どのような内容のことが過剰反応と言われるのか整理しておきたい。

2. 個人情報保護法の基礎はプライバシー権

プライバシー権とは「自己に関する情報をコントロールしうる権利」と理解されています。その為、自己に関する情報をコントロールできている状態であれば、プライバシー権は保護されているということになります。

第三者に個人の情報を与える場合に本人の同意を要するのは、その同意により本人が自己に関する情報をコントロールできているという状態にするためなのです。

3. 同意の有無の判断基準

しかし、何時如何なる時も同意が必要であるというのでは日常業務に支障が生じます。

それでは、どのような場合に具体的に同意が必要となるのでしょうか。

プライバシー権は自己に関する情報をコントロールしうる権利ですから、第三者への提供が本人の予測の範囲内であれば、自己に関する情報をコントロールできている状態であると言えるので、その様な場面では、本人の同意無く第三者に情報提供しても権利を侵害していることにはなりません。従って、その情報が本人の予測の範囲内での伝達である限り、改めての同意を得る必要は無いと考えられます。

4. 予測の範囲内か範囲外は一般人の知識が基準

医療は医学の社会的適応と言われるものですから、判断の基準は社会を構成する通常の人々であるので、その通常の人々が普通知っている知識を前提に予測の範囲内か否かを判断します。医療関係者が知っているか否かという内容を基準にして予測の範囲内か否かを判断してはいけません。あくまでも、医療は一般社会の通常人を対象に行われるものですから、一般の人々が知っている内容を基準にして判断しなければならないのです。

5. 過剰か否かの判断～健全な常識～

原則を忘れた対応は、紛争の種。

原則を杓子定規に押し通すことは過剰反応と批判されます。

あくまでも原則を基本に常識的判断を加味して、適切な対応を目指すことを忘れないで下さい。

現 職

東京三弁護士会医長関係事件検討協議会委員(平成18年度委員長)、東京都医療安全管理体制支援事業推進委員会委員、東京都病院協会教育倫理委員会委員、全日本病院協会顧問、鳥取大学医学部顧問、医療法人財団河北総合病院(杉並区)理事・顧問、長野県厚生農業協同組合連合会顧問、大分県厚生農業協同組合連合会顧問 その他

略 歴

- 1977年 慶應義塾大学法学部法律学科卒業
- 1984年 慶應義塾大学法学部司法研究室 講師(嘱託)
- 1985年 最高裁判所司法研修所修習生(39期)
- 1987年 東京弁護士会登録
- 1992年 宮澤潤法律事務所開設

一般演題(口演)

B11

制作費ほぼ0円の院内医療安全レファレンスの作成

石井道人¹⁾、羽賀 操²⁾、阿部和也³⁾、西田賢司⁴⁾、伊藤香織⁵⁾、小野塚直哉⁶⁾

- 1) 東京都立府中病院研修医 2) 東京都立府中病院看護部 3) 東京都立府中病院耳鼻咽喉科
4) 東京都立府中病院内科 5) 東京都立府中病院薬剤科 6) 東京都立府中病院医事課

【目的】

- 1) 医療安全に関する情報へのアクセス向上
- 2) 医療安全レファレンスの内容改善、更新
- 3) 医療安全レファレンスの認知度アップ
- 4) 全医療スタッフの医療安全に関する意識の向上

【方法】

ポケットに確実に入り、かさ張らずに持ち運び可能な小冊子にマニュアルを整理することを試みた。内容の記載は若干省略したが、重要なポイントは必ず記載し、参照しやすくした。字体や文字数なども読みやすさ、見やすさを心がけ、あると便利と思われた索引も作成した。医師、看護師はじめ各職員に配布し、改善点や情報として更新すべき点についての意見を募った。

【結果】

手作りの規約本としてテーマ別業務改善運動(QC)にエントリー、優秀賞を受賞した。その後増版し各部署に配布、アンケートを募ったが、結果は現在集計中である。

【考察】

- 1) アップデートする時期や改訂方法など、最適な管理手法を模索する
- 2) 全職員が携帯できるレファレンスを目標にアレンジしていく

B12

手術部使用医薬品に対する現場供給管理法の試行

垣内祥宏¹⁾、田山さおり²⁾、小林純子³⁾、藤倉千枝子²⁾、柏木とき江³⁾、松島照彦⁴⁾

- 1) 筑波記念病院 2) 筑波記念病院薬剤部 3) 筑波記念病院看護部
4) 筑波記念病院内科

〔目的〕

手術部使用医薬品は厳密な管理とリスクマネジメントの徹底が必要である。今回、薬剤師による手術部使用医薬品の現場供給管理法を試行し有用性を検討した。

〔方法〕

手術部内に薬剤部用の医薬品保管庫、保冷庫を設置した。麻酔カートと配列がほぼ同一の補充用ワゴンを作成した。8時35分から薬剤師2名が手術室に入り、薬剤師、看護師各1名で筋弛緩薬、麻酔薬など特定の医薬品を麻酔記録と照合しながら確認補充を行った。この間にもう1名の薬剤師が定数配置の輸液、消毒薬等を確認した。これらの作業終了後、薬剤師2名で相互確認しながら麻酔カート(5台)の薬品補充を行った。

〔結果〕

手術部在庫医薬品数は196品目あり、2日に1回以上の頻度で 사용되는医薬品は25品目、3～5日に1回が28品目であった。特定の医薬品の点検・補充に15～20分/日(薬剤師、看護師各1人)、麻酔カートの点検・補充に15分/日(薬剤師2人)を要した。手術部非在庫品等を薬剤部注射室で取り揃えるのに15分/日(薬剤師1人)、手術部内の薬剤部在庫の補充に30分/週(薬剤師1人)を要した。手術部の薬品管理に要した時間は本法試行前は薬剤師1人換算で210分/週であったが試行後は540分/週に増加した。看護師が要した時間は看護師1人換算で660分/週から150分/週に減少した。薬剤師と看護師の合計作業時間は870分/週から690分/週に減少した。試行前は麻酔カート内薬剤のチェック・集計、請求伝票作成、請求医薬品の取り揃え・払い出し、各室のカートへの補充等が必要であったが、試行後はこれらの作業は1ステップで完了した。

〔考察〕

今回の試みは手術部の薬品管理に係る労力を削減すると同時に、読み違い、書き違い、仕分け違い、セット違い等のヒューマンエラー発生の機会を減少させ、医療事故防止に貢献できると考えられた。

今後の課題としては、少額ながらも病院・患者側負担が発生するためにサービスへの要求水準が高くなる可能性や、報酬額に比較して通訳業務内容が高度であるとの通訳スタッフからの指摘(特に経験豊富な者から)などを考えると、通訳レベルの維持、通訳報酬の増額と診療報酬への算入、通訳資格の制度化や、システムを支える事務局の財源の確保などがある。こうした課題を外国人医療に関心のある参加者とともに考えたい。

B13

診療材料不具合事例の考察 ～コスト4割、リスク10割削減～

住吉竜哉¹⁾、羽賀 操²⁾、大島哲³⁾

1) 東京都立府中病院庶務課 2) 東京都立府中病院看護部 3) 東京都立府中病院外科

過去に発生した事例を振りかえり、診療材料の安全・安定供給に向け、取り組んだので報告する。

< 発生事例 >

脳血管撮影中に使用するキット (= アンギオキット) 内のシリンジの印字が剥がれ、薬液に混入し、患者の体内にはいる危険性が発生した。アンギオキットは使用頻度の高い材料 (月に80キット) であり、発生事例への対応と共に至急、代替品手配をしなければ、安全・安定供給が脅かされるおそれがあった。

< 取り組み >

各関係者への通知と共に、シリンジ代替品を複数用意し、医師と選定を行った。同時に、物流委託業者と連携し、旧在庫品の引き上げ、新たに納品されるシリンジの適正管理に努めた。また、代替品対応と並行して、アンギオキットが何年も見直しされていないことを知り、別メーカーとの比較・検討を行った。

< 結果・考察 >

別メーカーと比較検討を行った結果、安価な製品への切替を行い、年間305万円のコスト削減を実現した。製品の移行も物品センター、現場職員、専任リスクマネージャー、契約事務担当者が連携することで、安全・安定供給を継続できた。

日々、良質な医療が提供されるためには、診療材料の供給についても「質と物の保証」が重要な一因となる。今後も発生する診療材料の安全・安定供給を脅かす様々な事例についても、過去の事例に学び、未来の事例に生かせるよう、対処・改善していきたい。

B14

開封済の血管内留置針の誤使用回避のための取組み

廣井直樹¹⁾、岸本浩史¹⁾、藤田 茂¹⁾、片山茂子¹⁾、渡邊 聖¹⁾

1) 東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部

【はじめに】使用済の留置針が未開封のものに混入したために、誤って他の患者に使用したという事故を契機に、留置針が開封済であることを明確にするために行った取組みについて報告する。

【背景】当院採用の血管内留置針はプラスチック製の留置針ケースの封印紙が破られることによって開封済か否かを区別できるようになっていた。それを見落とすことにより、開封または使用済の留置針が誤って他の患者に使用されたと考えた。明確に開封前後の区別が可能な他社の留置針への変更も検討したが、現在使用中のものが最も使いやすいとの意見が多数を占めており、現在採用のもので誤使用を防ぐ方法を模索した。

【方法】使用済の留置針が未開封のものに混入していたことについて嚴重な注意喚起をするとともに、開封済留置針と未開封のものを明確にするためのルールづくりを行った。封印紙での開封済か否かの確認では見落とす可能性が高く、誤って再利用される原因になるので、製造メーカーに働きかけ留置針ケースをビニールで包装した。さらに院内ルールとしてビニールラップが破れたものは開封済とすることとした。

【結果】その後も使用済留置針と未使用留置針の混入トラブルは散見されたが、ビニールラップが無かったために使用済であることが容易に判別可能であり、患者に対する誤使用は避けることができた。

【考察】スタッフに対する注意喚起だけでは限界があることが確認できた。また、ビニールラップを行うことで開封済と未開封の区別をより明確にすることができ、そのことが患者に対する誤使用という不利益の回避につながったと考えられた。当院と同様の血管内留置針を使用している施設に対し、ビニールラップをすることが安全管理上有用であることを発信していくことは重要であると思われ、報告する。

DVT/PE 予防対策の標準化

塩澤恵子¹⁾、富田一誠²⁾、市川幾恵³⁾、熊川寿郎⁴⁾

- 1) 昭和大学病院整形外科病棟 2) 昭和大学病院整形外科教室 3) 昭和大学病院看護部
4) 国立保健医療科学院経営科学部

【目的】当院においては 2004 年から肺血栓塞栓症予防に取り組んでいる。整形外科手術において致命的合併症は肺動脈塞栓症である。DVT（深部静脈血栓症）/PE（肺血栓塞栓症）発生のリスクが高い状況にあった。2008 年度予防チェックフローシートを作成し、予防対策の標準化を行ったので報告する。

【方法】DVT/PE の勉強会を 2 回開催し、「DVT 発生リスクと予防」フローチャートの検討を医師と共に行った。「予防チェックフローシート」作成し予防対策を実施した。評価方法は患者とともに実施した。評価日は術前・術後 1・3・7 病日・その後は週に 1 回とした。判断基準を決め、DVT/PE 予防の標準看護作成し対処方法を 3 通りとした。

【結果・考察】看護師全員参加で勉強会を行った事は新人看護師も術後 7 病日目の D ダイマー値を自らチェックするようになり成果があった。看護師は経験年数に関係なく発生リスク分類によって危険度を予見出来るようになった。患者と共に評価を実施することは患者教育の向上になり、水分補給等患者もタイミング良く出来るようになった。異常の早期発見と標準看護に沿った対処が可能になりアクシデントは未然に防止出来ている。「予防チェックフローシート」を活用した DVT/PE 対策の標準化を行うことは高い成果を挙げている。DVT/PE の予防を 2008 年度 BSC の戦略目標の再優先課題に挙げ活動した。目標の達成においては内部プロセスの実践において学習と成長の視点の学習能力を向上する事は重要であると再認識した。

B21

病棟薬剤師導入による医療事故防止効果

渡邊茂子¹⁾、松元 俊¹⁾、大井川 悟¹⁾、鹿島正美¹⁾、伊藤 敬¹⁾

1) 東京通信病院 医療安全対策室

当院では、ヒヤリ・ハット報告書のうち与薬に関するものが、常時約 20%を占めており、注射、転倒・転落と並んで常に上位 3 位以内に入っている。そこで、与薬に関するヒヤリ・ハットを減らすことを目的として、病棟看護師の与薬業務を軽減し、薬剤師とのダブルチェックをやりやすくするために、2005 年 10 月から一部の病棟で病棟薬剤師を導入した。

当院での病棟薬剤師の業務は、薬剤処方指示受け、処方薬の薬剤カートへのセット、服薬指導、退院処方薬の手渡しと説明、処方ミスのチェック、処方切れのチェック、患者持参薬の内容と服用方法の調査、などである。

病棟に薬剤の専門知識を持つ薬剤師が常駐することにより、看護師の病棟業務の大きな部分を占める与薬業務が軽減され、専門知識に基づいた服薬状況の改善がもたらされることにより、病棟におけるヒヤリ・ハット報告全体が減少することが期待された。

病棟薬剤師の導入の結果、与薬業務に費やされる時間は短縮され、他の業務に使える時間が得られた。しかし、当初期待された与薬に関するヒヤリ・ハット報告件数の増減は病棟ごとにばらつきが見られた。その原因として、看護師 - 薬剤師間のコミュニケーション不足が考えられた。病棟薬剤師導入の利点と問題点について検討したので報告する。

B22

患者誤認・手術部位間違いの予防対策への取り組み

牧 真恵¹⁾、高吉一江¹⁾、富井秋子¹⁾

1) 東邦大学医療センター大森病院 中央手術室

1999年の患者取り違い手術以降、患者誤認対策は急速に発展した。しかし、それでもなお患者誤認事故、手術部位間違いの事故が報道されており、多くの施設で様々な取り組みが行われている。当院では、患者入室時患者自身に名乗ってもらい、担当医・麻酔科医・病棟看護師・手術室看護師の4者で確認し、同時にリストバンドでのバーコード認証も行っている。手術部位については、左右がある場合のみ患者本人に確認している。2008年1月、耳鼻科、眼科、整形外科、麻酔科、手術室看護師からなるワーキングチームにより、タイムアウト・マーキングのルールを策定し、3月より耳鼻科でトライアルを開始した。そして、同年4月より、患者誤認・手術部位間違い防止目的で、全診療科にタイムアウト・マーキングを導入した。対象は、麻酔科関与の症例とし、手術執刀直前に実施することにした。現在、全診療科のタイムアウト実施率は、97.1%である。しかし、11月の全診療科マーキング遵守率平均は39%である。各診療科での差は大きく、耳鼻科が81.2%、泌尿器科は12.4%である。中でも泌尿器科は上昇がみられておらず、術式毎にマーキングの要不要を明示していなかった事が原因と推測される。トライアルをした耳鼻科のマーキング遵守率は、80~90%を維持しており、安全に対する意識の高さが伺える。導入後は、タイムアウト時に、手術承諾書の患者氏名の間違いを発見する効果があった。今後の課題は、マーキング遵守率を高めること、タイムアウト・マーキングの問題点について検討すること、外科医・麻酔科医・手術室看護師を対象とし、タイムアウト導入後の安全に対する意識調査を行うことである。

誤薬防止策の検討 ～ダブルチェックの見直し～

横井多恵子¹⁾、浅見友子¹⁾、澤田 操¹⁾、正木晴美¹⁾、綱川悦子¹⁾、近藤由美子¹⁾

1) 東京都立墨東病院看護部

A病院では誤薬防止策の一環として、看護師が行う点滴注射時は看護師2名でのダブルチェックによる確認を行っている。しかし、ダブルチェックを行っていてもチェックをすり抜けエラーが発生した経験がある看護師は病院全体の25%いた。ダブルチェックについてのアンケート調査を行った結果、ダブルチェックの欠点として 時間がかかる 他のスタッフに頼みにくい ダブルチェックにより業務中断がある ダブルチェック自体が目的となっており形骸化しているなどがあげられ、安全のために行っているはずのダブルチェックが別のリスクを生んでいる現状が明らかとなった。

昨年度、都立3病院の6病棟で、ハイリスクに分類されている薬品を限定してダブルチェックを行う確認方法に変更したが、エラー件数に変化はなかったという研究報告があった。そこで今回A病院6病棟で2008年7月から9月の3ヶ月間『限定薬品のみダブルチェック』方法を試行した。試行後、看護師113名にアンケート調査を行った結果、チェックの相手を探すことがなくなった92% 他の看護師の業務中断の心配がない84% 点滴準備が早く終わる76% チェックのための割り込み業務が減った73%であり、今後も継続したいは93%で多くの看護師が継続を望んでいる。一方、シングルチェックでは間違いがないか不安であると答えた看護師は66%おり、必要時はいつでもダブルチェックが行える環境を整えることも必要である。また試行前後でエラー件数に大きな変化はなかったが、ダブルチェックがエラー防止に効果的といわれる『投与量』についてのエラーが2007年度と比較すると増加していた。『限定薬品のみダブルチェック』方法のメリット・デメリットを明確にし、質の高い確認が実施されることにより、誤薬防止につながれると考える。

微量採血用穿刺器具の問題を例に医療安全に対するとらえ方の一考察

岩澤美由紀¹⁾、津村 宏¹⁾

1) 東京医療保健大学

先般、微量採血用穿刺器具の使いまわしが社会的に大問題として取り上げられた。我々は、このような問題の解決策を見出す一助とするために、医療従事者と非医療従事者が問題の要因として指摘する事項、および提案する解決策がどのように異なるかを調査した。調査方法は、東京医療保健大学大学院生（全員社会人）に、テレビ放映された「微量採血用穿刺器具の使いまわし問題」を視聴させ、かつ各自でインターネット等を用いて調査した内容をもとに、SHEL分析を実施させた。そのSHEL分析結果を基にして、大学院生を医療従事者（看護師、鍼灸師）、非医療従事者（管理栄養士、医療系企業社員）に分けて、門愛の要因のとらえ方等を分析した。

その結果、「厚生労働省からの情報提供に問題がある」と指摘する医療従事者は63%であるが非医療従事者では100%である。更に、医療従事者は「厚生労働省から医療機関に情報が提供されたとしても、医療機関内で受け取った部門が現場までの確に情報を提供できるのかどうか疑問である」との問題を47%の医療従事者が指摘している。「アルコール消毒で十分であると考えたことに問題がある」としたのが医療従事者は74%に対し、非医療従事者は43%である。「機器を開発した企業の注意喚起不足や器具の設計の問題」を指摘するのも医療従事者26%に対して、非医療従事者71%である。このようなことから医療従事者は、医療機関の外部に対して問題を指摘するのではなく、自己の専門知識不足や業務内容の手順などにより厳しい目を向けて問題を分析し、対策を立てる傾向があると考えられる。一方、非医療従事者は、医療従事者自身に問題があるのではなく、医療従事者に正しい注意喚起の情報が提供されていないことに問題があると考えていると推定される。

新人看護師の静脈注射学習レディネスと院内教育の課題

小澤知子¹⁾

1) 横須賀市立市民病院

【はじめに】薬剤に関するインシデント報告では、新人看護師の占める割合が高い。当院のように新人の卒業教育機関が様々である場合、静脈注射学習レディネスも多様である。そこで、基礎教育での習得状況と臨床の特徴を比較しながら、新人が臨床実践看護師として安全な看護技術を習得することを目標に、静脈注射学習レディネスを調査し、院内教育の課題を明らかにした。

【方法】新人 10 名に対して、「静脈注射と採血」技術研修の実施前に基礎教育における既習学習についてアンケート調査をおこなう。質問項目は 8 つの大項目「法的解釈」「薬剤基礎知識」「解剖生理」「合併症」「感染管理・安全管理」「準備(演習)」「実施(演習)」「臨床実習体験」と下位項目から成る計 70 の質問を作成した。結果は単純集計を行い全体像から強化課題を抽出した。

【結果】大項目では、学習経験が 50%に満たない項目は「薬剤知識」「静脈注射の準備演習」「静脈注射の実施演習」であった。「臨床実習体験」では経験した、見学のみが 50%弱にとどまった。全体像として、知識習得学習に比較し体験学習が少ないことがわかった。下位項目で、学習しなかった、覚えていない項目は、「準備(演習)」では「シリンジポンプ・輸液ポンプの使用方法」「点滴ルートセットの方法」「点滴バックへの薬剤混注」、「実施(演習)」項目では「タンデム法」「ピギー法」「ヘパリン・生食ロック法」「側管注の方法」「輸液バックの交換法」であった。

【考察】 配属病棟における使用薬剤に関する基礎知識の強化を実経験と重ねながら学習する仕組みづくり、静脈注射の技術は単体ではなく「準備 - 確認 - 実施 施行中の管理・追加する行為 - 終了 - 効果の確認」を一連の流れとして捉える全体性と部分性の教育の体系化と手順書の見直し、基礎教育の限界を知りながら、臨床現場教育で引き受ける構えの必要性を考察した。

医療安全研修における参加者倍加戦術

松坂 稔¹⁾

1) 国立精神・神経センター

【はじめに】

『平成 18 年度よりも平成 19 年度は、医師、看護師、コメディカル、その他の職員の研修参加者を増やす』という医療安全管理者のビジョンをベースに、リスクマネジメント部会の教育担当者として実施した医療安全研修における 11 の参加者倍加戦術を報告する。

【参加者倍加戦術の実際】

ロジカルシンキングの活用と閃きの共有化：逆ピラミッド思考、慣性の法則の否定化、ゼロベース思考、MECE 思考、情報選択のプライオリティー化、各人のアイデアを研修に反映

イシューツリーの作成：研修開催時間をイシューツリーで分析

プレゼンの実施：新採用者に研修目的についてのプレゼンを実施

研修参加への直接的勧誘：院内に散開する人脈を活用した直接的勧誘

現場のニーズを反映した研修導入の提言：危険予知トレーニング、インフォームド・コンセントと診療録研修の導入化

情報開示のイノベーション：各部署にセールスメッセージに富んだポスターの配布と貼付義務化

人的資源発掘・活用による研修講師登用：ER 経験医、医療観察法精神保健指定医、精神科 ER・救急隊経験看護師、BLS 取得看護師を講師登用

教授内容を異質化した研修の複数回実施と研修者の照準化：救急対応研修、拘束対応研修に採択

シミュレーター・トレーニングの複数回実施：救急対応研修、拘束対応研修に採択

ER 経験医による静脈血栓塞栓症講義の実施

院外における人脈の駆使：医療業界初医療安全管理者、上級管理職へのコンサルト

【結果】

医療安全研修全 23 回、延べ参加者数 969 名をもって過去最高を記録した。

研修 1 回における参加者平均も平成 18 年 37,8 名に対して、平成 19 年 42,1 名と向上している。

医師、看護師は約 2 倍の延べ参加者数となり、研究センターからは初参加となった。

看護大学生の医療安全教育の試み - 危険予知トレーニングを導入して（その1） -

口元志帆子¹⁾、荒川千秋¹⁾、神原裕子¹⁾、杉本龍子¹⁾、石光芙美子¹⁾、古谷 剛¹⁾

1) 目白大学

【研究目的】看護大学生1年生を対象に危険予知トレーニング（以下 KYT とする）を行い、その結果を考察することで、看護基礎教育における医療安全に関する教育方法を検討する資料を得る。

【研究対象】A 大学看護学部看護学科1年生 96 名で、臨地実習（1 週間）を控えていた。

【研究期間】2008 年 9 月

【研究方法】KYT は、講義とグループワーク（安静臥床患者のイラストを用いた 4 ラウンド法）で構成し、所要時間を 90 分とした。グループワークの前後に、自作 DVD（片麻痺患者の車椅子へのトランスファー）を視聴し、危険項目とその根拠を自由に記載させ（前・後各 10 分）、回収した。

【分析方法】研究者で検討した危険項目（15 項目）をもとに作成した採点基準（1 項目 1 点）毎の合計を算出し、対応のある t 検定を用いて Pre と Post で比較した。また、採点基準毎の 2 値反応を McNemar 検定を用いて Pre と Post で比較した。

【倫理的配慮】自由参加であること、匿名性を保つことを説明して行った。

【研究結果および考察】有効回答者数 80 名（有効回答率 83.3%）の合計得点の平均（ \pm SD）は、Pre が 4.4（ \pm 1.0）点、Post が 4.8（ \pm 1.3）点で、Post が統計学的に有意に高かった。採点基準毎に Pre と Post で比較した結果、統計学的に有意差のあった項目は『ギャッジアップハンドルが出ている』であった。この項目はイラストの事例と DVD の事例との危険が共通する部分であった。Post の合計得点の平均が有意に高かったものの平均が 4 点台にとどまったのは、1 年生の危険予知の範囲が狭い事を示していると考えられる。また採点基準毎の比較で有意差があった項目は視覚的に気付きやすいものであったと考えられる。本研究は、学年や時期、KYT の継続回数が変われば異なった結果が得られた可能性があり、今後さらに検討を重ねる必要がある。

看護大学生の医療安全教育の試み 危険予知トレーニングを導入して（その2）

吉川慎子¹⁾、松田葉子¹⁾、林 美奈子¹⁾、風間眞理¹⁾、新井清美¹⁾、小林紀明¹⁾

1) 目白大学看護学部看護学科

【研究目的】看護大学生3年生を対象に危険予知トレーニング（以下 KYT とする）を行い、看護基礎教育における効果的な医療安全の教育方法を検討する。

【研究対象】A 大学看護学部看護学科3年生76名で、全体の約5割の専門看護技術実習を終了した学生。

【研究期間】2008年9月

【研究方法】KYTは、講義とグループワーク（安静臥床患者のイラストを用いた4ラウンド法）で構成し、所要時間を90分とした。グループワーク前後に自作DVD（片麻痺患者の車椅子への移乗）を視聴させ、危険内容と危険と判断した根拠を自由記述させて（前後各10分）回収した。イラストとDVDの事例は一部が共通していた。

【分析方法】研究者で検討した危険項目(15項目)を基に作成した採点基準(1問1点)の合計をKYT前後で得点化し（以下 Pre /Post 得点とする）、対応のある平均値の差の検定と McNemar 検定を用いて Pre と Post で比較した ($p < 0.05$)。解析ソフトは SPSS Ver.17.0 を使用した。

【倫理的配慮】自由参加であること、匿名性を保つことを説明して行った。

【研究結果及び考察】解析対象は63名（有効回答率83.0%）だった。Pre 全体の平均（ \pm SD）は 4.7 ± 1.1 点であり、Post 全体の平均（ \pm SD） 5.7 ± 1.4 点よりも高かった ($P < 0.05$)。採点項目毎の得点がトレーニング後に有意に上昇したものは、「ギャッジアップハンドルが出ている」「車椅子のフットレストが上げられていない」「看護師の行為が乱暴である」「看護師の膝がついている」であった。これらの項目にはイラストによる事例と共通する以外の項目も含まれていたことから、学生がイラストやDVD等の視覚体験のみではなく、臨床での経験から危険を判断できている可能性が示唆された。さらにグループワークが学生自身の危険予知に関する視野を広げる効果を持つと述べられている報告もあり、本研究においても同様の効果が推測された。

糖尿病栄養指導の強化

高山仙子¹⁾、西川健一郎²⁾、秋山安史¹⁾、浅野美悦子¹⁾、鹿島佐知子¹⁾、柳川達生²⁾

1) 練馬総合病院栄養科 2) 練馬総合病院内科

[テーマ選定理由]

食事療法は糖尿病治療の基本である。栄養指導を充実し、患者さんに分かりやすく、継続できる食事療法を指導する。また、病棟看護師と共通認識を持ち、協力して食事指導を行う。

[現状把握]

1. リーフレットだけを用いた知識だけの指導で、食事療法の実践につなげにくい
2. 食事療法について栄養士と看護師との認識に差がある
3. 近隣や広く一般の患者に対して広報できていない

[対策立案]

1. 患者参加型盛り付け教室の実施
2. 病棟看護師対象に食事療法についての説明会の開催
3. A) 公開糖尿病講座の開催
B) ホームページに指導内容を掲載

[結果・効果確認]

1. 患者参加型盛り付け教室は入院患者対象に 25 名実施した。

食品の分類知識は改善傾向 ($P = 0.061$: Wilcoxon 検定)。アンケートによる食習慣調査では、「自身の食べるご飯の適量」を理解できるようになり ($P < 0.05$: 符号検定)、食事のバランスに気をつける傾向となった ($P = 0.053$: Wilcoxon 検定)。

2. 病棟看護師対象の食事療法説明会は 35 名実施した。

看護師の「食品分類に関する知識」は改善した ($P < 0.01$: Wilcoxon 検定)。

3. A) 公開糖尿病講座の開催

2008 年 7 月 19 日に開催し参加人数は 18 名であった。講演の後、バイキング形式による食事会を実施した。

B) 2008 年 10 月、11 月に公開講座、盛り付け教室の内容をホームページに公開した。

[今後の課題]

1. 盛り付け教室で、粥や軟菜などに対応ができるように多様化する。
2. 病棟看護師へ定期的に呼びかけ、盛り付け教室参加患者を増やす。
3. ホームページに盛り付け教室の内容の掲載を継続する。

B35

乳房の異常に気付いた女性が初診に至るまでの状況を聞いた インタビュー調査の分析と考察

川上憂子^{1,2)}

1) 国際医療福祉大学大学院 2) 国際医療福祉大学三田病院

〔目的〕

乳房の異常に気付いた女性が初診に至るまでの状況を把握し、分析・考察する。

〔方法〕

K病院乳腺専門外来受診者のうち乳がんの確定診断を受けた女性10名に半構造化面接法による面接を実施。分析ワークシートを用いて状況の整理を行い、エキスパートオピニオンを受けた。

〔倫理的配慮〕

K病院倫理委員会の承認を得た。また対象者には、本調査の目的・方法について書面を用い口頭で説明し、了解が得られた対象者のみにインタビューを実施した。

〔結果〕

1. 乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの経過にはさまざまな思い、迷い、後悔があるという、これまで医療従事者の目に触れることのなかった状況が浮彫りにされた。
2. 乳房の異常に気づきながら医療機関を受診に至らない群の存在を確認し、なんらかの介入を試みる必要性が明らかになった。

〔考察〕

啓蒙活動が対象とする広く一般の女性、医療においてフォローアップされている患者である女性、その中間層として存在する乳房の異常に気づきながら受診に至らない女性は、医療的、社会的援助・介入を必要としている。受診の遅れが治療効果に影響することは、先行研究において明らかである。集団検診や自己検診の普及率が向上した今、次なる段階として「異常に気付いた女性にいち早く受診してもらおうか」ということが重要な課題となる。また、乳房の異常に気付いた女性の受診行動に影響する事柄として、年齢・異常発見のきっかけ・気付いた時の症状・キーパーソン・結婚の有無・子供の有無・仕事の有無・職種・身内における癌罹患者の有無・癌保険加入の有無・自己の性格・乳癌に対する知識・家庭経済環境・既往歴・地理的生活環境・乳癌全般に関する情報入手手段の有無・過去における集団検診受診経験の有無などが影響因子となる可能性があると考えられた。

B41

下部消化管内視鏡検査の標準化 ～ FMEA を用いて業務改善を行い、安全を確保する～

栗原直人¹⁾、鈴木真梨子¹⁾、宮川千香¹⁾、松井常子¹⁾、金内幸子¹⁾、飯田修平¹⁾

1) 練馬総合病院

【はじめに】内視鏡センターでは高齢者の便潜血陽性 2 次検診の増加により下部消化管内視鏡検査が年々増加している。患者の高齢化、下部消化管内視鏡検査や治療内視鏡の増加に伴い合併症や偶発症の危険性が高くなることが予測される。今回、下部消化管内視鏡検査の標準化により、安全性の向上と業務の効率化を実現するため、FMEA（不良モード影響解析）を用いた業務分析を行った。

【方法および結果】 1) 業務分析 各職種（医師、外来看護師、医事課、内視鏡受付、内視鏡看護師、内視鏡技師）に分け、それぞれの業務フローと工程表を作成した。各職種の単位業務、目的、不具合様式を列挙し、業務および患者への影響を検討した。不具合様式の発生頻度、影響度、検知難易度を評価し、危険度を算出した。危険度の高い不具合様式について方策・対策を検討した。 2) 不具合様式に対する業務改善 病変部の見落とし（医師） 下部消化管内視鏡検査施行時の写真記録枚数の標準化、生検部位、個数の誤記入（医師） 生検時の技師記録用紙の改善 検体の氏名未記入、誤記入（技師） 瓶への氏名記入と手順・確認方法の標準化 患者の状態変化の見逃し、検査説明が不十分（看護師） 下部消化管内視鏡検査パス、患者パスの改訂および作成、運用 前処置薬剤の聞き間違い（看護師） 指示方法の見直しによる指示書の作成・運用および指示受けの標準化 を行った。

【考察】FMEA を用いた分析により潜在的な危険性を抽出し対策を立て検査の安全性を向上させることができた。検査の安全性を維持するには継続的な検討が必要であり、その手法として FMEA は有用であると思われた。

業務フローモデルを使ったリスクの分析

成松 亮¹⁾、飯田修平²⁾、永井庸次³⁾、小谷野圭子⁴⁾

- 1) (株)NTTPC コミュニケーションズ 2) 全日病常任理事 3) 日立水戸総合病院
4) 練馬総合病院

医療の質および安全性は、個々の医療従事者の診療に関する知識や技能という固有技術に依存するものもあるが、医療機関における業務プロセスに依存するものも少なくない。そのリスクを低減するためには、医療を提供する際の診療業務プロセスの面からの安全確保の検討が重要である。

われわれは、診療業務プロセスに起因するリスクに関し、

- ・ 対象分野は、より直接患者に対して侵襲的に作用する薬剤投与および手術実施とする
- ・ リスクの存在箇所を特定するために業務フローモデルを使って、業務プロセスの可視化を行う
- ・ 故障モード影響解析 (FMEA) により、そのプロセス上の各アクティビティに内在するリスクを分析する

という手順を用いて、その低減方法を検討することとした。

診療におけるリスクには、医療そのものに由来する患者およびその疾患が抱えるリスクと、医療提供者が人間であるが故の行為の誤りに起因するリスクがある。しかし、ここでは、行為に起因する誤りをいかに防止するかという観点に絞り、後者に対する分析を行っている。具体的には、業務フローモデル上のアクティビティに対して、発生しうる誤り (Failure) を洗い出し、これに対する影響 (Hazard / Harm)、原因 (Cause) の分析、および、その誤りを防ぐための対策 (Solution) に関する検討を行った。

われわれは、本研究を行うために、実際の臨床を担っている病院の団体である全日本病院協会 (全日病) の協力を得、複数の医療機関ならびに外部の企業等を含めて専門家を招聘し、体制を構築した。その体制は、外科医、麻酔医、看護師、情報管理者、医療情報システム設計者、医療機器開発者等の専門分野経験者ならびに品質管理手法研究者からなるものである。

BSC による転倒・転落予防対策の取り組み

吉田雅子¹⁾、市川幾恵²⁾、熊川寿郎³⁾

1) 昭和大学病院脳神経外科病棟 2) 昭和大学病院看護部 3) 国立保健医療科学院経営科学部

【目的】脳神経外科病棟では、転倒・転落が多く 2007 年度の発生率は 7.3 件 / 1000 人で転倒によるアクシデントの発生もあった。原因として、「アセスメント不足」「手順の不徹底」が全体の 60%であった。そこで、2008 年度の部署戦略目標に転倒・転落の対策強化を入れてバランススコアカード（以下 B S C）で展開したので報告する。

【方法】2008 年度 B S C 作成時、チームリーダー会で問題抽出から目標設定までを行った。それを年度初めに病棟会でスタッフに説明した。リスクマネジャーが重要業績指標の責任者として活動した。主な活動内容は 事例検討会(7・9・11 月)、アセスメントスコアシートの評価とフィードバック、危険度 以上の標準予防策の実施確認(1 回 / 週)

【結果・考察】2008 年 11 月までの転倒・転落インシデント件数は 2.5 件 / 1000 人に減少し、アクシデントの発生はない。その理由として、新人や経験の浅いスタッフが事例検討をとおして、当病棟で発生しやすいインシデント理解や、危険度別標準プランの徹底ができたためと考えられる。また離床センサーを安全に使用することが徹底できた。アセスメントシートは患者の状態変化時にもタイムリーに評価されるようになってきた。これはチームリーダーが事例検討会でメンバーに指導し、日々の評価確認などの活動に参加したことで認識が向上したためと考える。昨年度の問題であった「アセスメント不足」が改善し、転倒・転落の予防対策が強化された。B S C を設定する際に現場の問題と優先順位をマトリックスで示したことでスタッフの理解も深まった。スタッフは問題の重要性と解決のプロセスが可視化でき周知・強化することができたと考える。B S C による戦略目標の設定や活動計画にスタッフが参加することで 1 人 1 人の主体的な活動を引き出したと言える。B S C は組織活動のコミュニケーションツールとして有効である。

B44

BSC(バランススコアカード)によるチューブトラブル防止への取り組み

城所扶美子¹⁾、増島絵里子¹⁾、市川幾恵¹⁾、熊川寿郎²⁾

1) 昭和大学病院看護部 2) 国立保健医療科学院経営科学部

【目的】患者の重篤化に伴い挿入されるチューブ類も多くなり、生命維持に関わる割合も多くなる。当院救急医療センターICUにおいては、2007年度全インシデント中チューブトラブルは36%を占め、インシデントの中で1番多い割合であった。また、その中には、アクシデントに繋がる可能性の症例もあり、チューブトラブルに対する対策が急務であった。そこで、2008年度最重要問題として、チューブトラブルによるアクシデント防止をBSCに取り入れ活動したので報告する。

【方法】2008年度BSC策定し、KPI(Key Performance Indicators:重要業績指標)オーナーを主任に決定した。さらに、KPIオーナーとの活動をともに行う「安全係」を各チームより1名計6名選出し、実際の活動はスコアカードを基に実施した。

【結果・考察】現時点でチューブに関連したアクシデントの発生は0件である。全インシデントにおけるチューブトラブルの割合は27%と昨年度より減少している。また、報告の中ではよりグレードの低い症例が増えており、インシデントレポートの質的な変化が確認できている。これらは、今年度のBSCの取り組みを通し、インシデント報告の重要性が病棟全体で浸透してきたことが考えられる。また、申し送り方法も医療安全とチューブトラブル防止を重点に変更し、情報伝達不足によるチューブに関連したアクシデントは発生していない。さらに、様々な取り組みの情報伝達を円滑とするために、チーム制を活用した。各チームから代表1名を医療安全係として、KPIオーナーである主任と活動を実施している。しかし、タイムリーな情報伝達においては明確な変化はなく、同じインシデントを短期間に繰り返す等、情報共有においては課題が残る。現時点においては、アクシデント発生防止に有効な活動ができており、BSCによる問題と取り組みの共有は有効であると考えられる。

アフリカ 8 カ国の T Q M プロジェクト 日本はそこから何を学ぶか

長谷川敏彦¹⁾、鈴木修一²⁾、半田祐二郎³⁾

1) 日本医科大学医療管理学教室 2) 日本医科大学大学院 3) 国際協力機構・国際協力専門員

医療に質の向上は日本や欧米の先進国のみならず、発展途上国でも大きな課題で、全人類の夢といえよう。本研究は日本に起源を持ち、スリランカで病院に応用された 5 S カイゼン T Q M が J I C A プロジェクトを通してアフリカ 8 カ国に根付きつつある現状を報告し、その成功の要因と、日本がアフリカから何を学べるかについて考察する。

2007 年 3 月より 2 年間かけて行われたアジアアフリカ知識共創プログラム(AAKCP)は、J I C A がアフリカのエリトリア・ケニア・タンザニア・マダガスカル・マラウイ・ナイジェリア・セネガル・ウガンダの 8 カ国でそれぞれの病院での 5 S のパイロット施行と、その成果に基づき全国での 5 S の展開、さらにはカイゼン、C Q、C Q I、最後には T Q M と進める計画である。

アフリカの病院は世界でも最も汚い部類に属し、当初 5 S の実行は危ぶまれていたが、11 月エジプトでの評価会では、結果として 8 カ国のほとんどの病院で導入に成功し、一部の国ではそれを用いた全国質改善戦略が策定されつつある。

成功の要因は、第一に日本ではなくスリランカの実例とノウハウを紹介したことにある。スリランカではカラダゴダ院長によって日本の産業界での 5 S 改善 T Q M を病院に応用し、ここ 4 ~ 5 年に渡って成功しつつある。経済的落差の大きい日本ではなく、身近なスリランカをモデルにしたことが挙げられよう。第二にスリランカでの応用に含まれたいくつかのポイントがアフリカでも幸いしていると考えられる。その一つはポジティブシンキング、やればできるという各人の思いとリーダーシップ。二つ目には与えられた資源、例えば壊れた事務用品やダンボールを再生して使う資源の有効活用にある。第三に患者のためではなく自分のため、すなわち 5 S を自らの労働環境の改善の目標に用いたことである。結果として労働環境が快適となり、整理整頓を通して仕事の効率が向上した。

お茶に起源を持つとも言われる 5 S がアフリカに広がることを考えると、いわば援助とは文化の伝達であるという思いを深くする。これらの成功例から日本が学べることは、日本の病院にとってもメリットのあるわかりやすい目標から出発していること。原点にかえてプログラムを計画していること。そして何よりもリーダーシップとポジティブシンキングといえよう。多くの日本の病院がアフリカから学び、原点に立ち返って T Q M を展開することを願ってやまない。

途上国における病院サービスの質向上に関する考察

鈴木修一¹⁾、長谷川敏彦²⁾

1) 日本医科大学大学院医療管理学教室 2) 日本医科大学医療管理学教室

目的

米国で実施された NDP (National Demonstration Program) 以降、日本でも病院サービスの質向上の一手段として、TQM の実施が見直されつつある。

筆者は日本の産業界の改善を病院サービスの質向上に適應させて成功したスリランカの事例をベースに、アフリカ諸国の病院に 5S、CQI、TQM の導入を試行する、国際協力機構 (JICA) のプログラムを支援している。(アジアアフリカ知識共創プログラム: AAKCP)

本プログラムは 2007 年 3 月～2008 年 11 月にかけてアフリカの 8 カ国を対象に実施され、対象国のパイロット病院に 5S を根付かせることに成功した。

その成功要因を既存の TQM の文献と比較し、本プログラムの特徴を分析した。

方法

AAKCP の参加国の活動状況と TQM の文献に記載されている実施方法の比較を行った。

結果

AAKCP の特徴として、TQM の実施先 (パイロット病院) を中心に上位行政組織 (保健省、地方行政) も巻き込無形で実施され、上位組織のコミットメントにより、パイロット病院が改善活動を実施しやすい環境が整備された。TQM の文献は、組織のトップのコミットメントの重要性は記載されているが、上位組織との関連は見られない。

また TQM の文献では TQM の実践に焦点が当てられ、TQM のエッセンスが網羅的に記載されているものが多く、改善活動の導入から発展過程が明瞭ではないものが多かった。それに対して、AAKCP では Mind Set のチェンジから始まり、職場環境の改善、生産性の改善、質、安全の確保、それから TQM に発展する過程を示し、実践されていた。

考察

AAKCP は既存の TQM には示されていない、新たなロールモデルを提供できる可能性がある。

B51

Web ページ公開状況の観点から見たわが国の医療モールの連携実態

伊藤 敦¹⁾、関田康慶²⁾、二瓶洋子³⁾

1) 自由が丘産能短期大学 2) 東北大学大学院経済学研究科 3) 東北福祉大学総合福祉学部

医療モールは、高齢社会の中でプライマリケアセンターの役割を担う医療機関のとして今後の活躍が期待されているが医療モールの連携実態に関する研究報告は存在していない。そこで、本稿では Web ページ公開状況の観点からわが国の医療モールの連携実態を解明にすることを目的とする。ここでいう Web ページ公開とは医療モールで Web ページを開設し、モール内の各診療機能ユニットが情報公開したり情報活用を共有することをいう。

第 1 に、2007 年度にわが国の医療モールに関する探索実態調査を行い 420 件の医療モールと 2010 件の機能ユニットを発見した。これに関する基本情報を分析して属性を明確にした。第 2 に、医療モールの名称を一般ビルと医療ビルに区分した上で Web ページの公開状況を分析した。医療モール 420 件中 104 件 (25%) で Web ページの公開が行われ、一般ビル名称では 16%、医療ビル名称では 30% で Web ページを公開していたことが判明した。第 3 に、機能ユニット統合数から医療モールの規模を小規模型、中規模型、大規模型、超大規模型に区分し、Web ページの公開状況を比較分析した。その結果、大規模型の医療モールが 48%、超大規模型が 33%、中規模型が 31%、小規模型が 18% の順番で公開されていることが判明した。

これらの分析結果より医療ビル名称の医療モールは一般ビル名称の医療モールよりも Web ページの公開頻度が 2 倍高い傾向にあること、医療モールの規模が大きい方が Web ページの公開頻度が高い傾向にあること、特に小規模型の医療モールは大規模型に比べて 2 割、超大規模型と中規模型に比べて 1 割も Web ページの公開頻度低いことが示唆された。したがって、規模の小さい医療モールや一般ビル名称の医療モールよりも、規模の大きく医療名称を掲げた医療モールの方が Web 情報の共有化を通じた連携が発展していると考えられる。

前立腺がん地域連携 CaPMnet - ホームページの開設

山崎春城^{1,2)}、木戸雅人²⁾、潁川 晋³⁾

1) 東京慈恵会医科大学 2) 東急病院泌尿器科 3) 東京慈恵会医科大学泌尿器科

【目的】東京慈恵会医科大学附属病院と国際医療福祉大学三田病院では、前立腺がんにおける医療機関の機能分化と疾病管理体制を確立することを目標として、患者を地域全体でマネジメントする地域医療連携を展開している。昨年4月の第96回日泌尿総会(横浜)において、「前立腺がん地域連携ネットワーク CaPMnet の構築 - 慈恵医大における前立腺がん診療圏の検討」を報告したが、紹介患者に地域性が乏しく都道府県を越えて来院する患者が多くみられた。今回、2007年11月にホームページを開設したので紹介する。

【方法・結果】ホームページは、1)前立腺がん地域医療連携 CaPMnet、2)先生方へのご案内、3)慈恵医大における前立腺がん診療の3つ部分より構成される。「前立腺がん無し連携」と「前立腺がん有り連携」のそれぞれのクリティカルパスのダウンロードや電子メールによる連携の問い合わせも可能である。医療関係者のみならず患者やその家族にも十分に理解できる平易な内容であり、URLは plaza.umin.ac.jp/capmnet、検索は「前立腺がん地域医療連携」の入力で簡単に開くことができる。

【結論】前立腺がん地域連携 CaPMnet のホームページを開設している。社会全体の医療機関で前立腺がん患者を支えるという新しい診療システムの情報を発信し、より良い前立腺がん診療をより多くの患者に提供できればと願っている。前立腺がんにおける地域医療連携の情報発信サイトとしてさらに発展させたい。

地域医療連携ネットワークシステム 『道南MedIka』を利用して

滝沢礼子¹⁾、八木教仁¹⁾、工藤泰央¹⁾、高橋 肇²⁾

1) 特定医療法人社団 高橋病院 法人情報システム室

2) 特定医療法人社団 高橋病院 理事長

【目的】

平成 19 年 3 月より急性期病院と当院間で、双方向型の地域医療連携システムを試験運用し、平成 20 年 4 月より『道南MedIka』として本稼働に至った。また当システムは 2008 年 U-Japan 大賞最優秀賞を受賞しており、導入から 1 年 10 ヶ月経過した時点での現状および今後の予定について報告したい。

【方法】

当システムはデータセンターからVPN装置を介して、各医療機関のサーバに必要な情報をとりにいく、いわゆる双方向型である。各医療機関はVPN装置・デジタル証明書があれば、連携先医療機関における処方・注射などのオーダ情報、検査結果・画像の閲覧が可能である。また、閲覧のみの場合でもノート機能や文書登録機能を活用して必要な情報の提供が可能となっている。

【結果】

当院における連携実数は 450 名余、法人間の情報共有の手段として介護老人保健施設との連携にも活用されている。平成 20 年 1 月、43 施設の参加による道南地域医療連携協議会設立総会が開催され、現在も月 1 回の協議会等において運用面、機能面の充実を進めているところである。今後は調剤薬局や在宅サービス機関にも利用を呼びかけていく予定であり、当システムが地域における“生涯カルテ”の役割を果たせるよう機能強化、発展させていく予定である。

B54

訪問看護を利用する在宅高齢者の看取りの実施に関する調査

中西三春¹⁾

1) 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構

【目的】訪問看護を利用する在宅高齢者の看取りの実施に関連する要因を明らかにする。

【方法】医療経済研究機構が実施した平成 16 年度「訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査」において、過去半年間に在宅で亡くなった利用者（在宅死亡者）が 3 名以上あった訪問看護ステーション 310 事業所を対象とした。調査票は郵送で配布・回収した。各事業所で半年間（2006 年 9 月 1 日～2007 年 2 月 28 日）の在宅死亡者、1 ヶ月間（2007 年 2 月 1 日～2007 年 2 月 28 日）に入院により訪問看護を中止した利用者（利用中止者）の状況を把握した。

【結果と考察】調査に回答した 102 事業所（回収率 32.9%）で在宅死亡者 286 名のデータが得られた。利用中止者 141 名のうち入院時点において病院で亡くなる見通しであった利用者（入院死亡が見込まれる入院者）35 名のデータが得られた。在宅死亡者は入院死亡が見込まれる入院者と比べて高齢で（85.4 歳 vs 81.6 歳, $t = 2.33$, $P = 0.021$ ）、在宅療養支援診療所の医師が主治医である者が多く（44.1% vs 14.3%, $P < 0.001$ ）、利用者本人や家族が死亡場所に在宅を希望する者が多く（本人 62.2% vs 28.6%, $P < 0.001$; 家族 86.7% vs 28.6%, $P < 0.001$ ）、本人や家族の希望にゆれがあった者は少なかった（28.7% vs 60.0%, $P < 0.001$ ）。利用者の性別、治療対象疾患、要介護度、痛みや苦痛・予測しなかった状態の変化の有無、利用期間、家族の介護負担感で有意差はなかった。入院死亡が見込まれる入院者の数が少ないため今後はより大規模なサンプルとの比較と検証が望まれる。

本研究は医療経済研究機構が実施した平成 18 年度「在宅高齢者等のターミナル期における介護、看護のあり方に関する研究」により行われた。

東京都港区における緩和ケアの現状と課題

後藤光世¹⁾

1) 国際医療福祉大学

【目的】「緩和ケアの地域連携クリティカルパス」開発と地域医療連携のシステムの推進・導入前の実態を明らかにする。

【方法】東京都港区で緩和ケア、地域連携に携わっている多職種の対象に聞き取り調査を実施した。

【結果】医療機関関係者 20 名および居宅介護事業所関係者 21 名より聞き取り調査を実施した。各施設・職種での共通の回答内容で課題の 1 つは、円滑な連携・継続性に欠ける事が挙げられた。具体的には、「治療方針の合意がない」、「双方への理解・情報不足」、「連絡が取れない・とらない」等であった。病病・病診や地域間だけではなく、同じ職場・職種間でも十分な情報交換や連携が図れていない状況が明らかになった。次の課題は、外部環境因子で具体的には制度や社会資源の理解不足、保険点数が低い、日本医療に関する歴史・文化等が緩和ケア導入困難な要因であった。また、内部環境因子では、個々のモチベーション、知識や能力、時間不足などが影響していることが明らかになった。

【結論】地域に於けるチームアプローチとコミュニケーションの支援、医療機関と居宅介護事業所で統一された共有情報提供票、症状別薬剤パスの内容が含まれた地域連携緩和ケアパスの必要性が示唆された。また、在宅に於ける緊急時対応への物理的障害に対応できる在宅遠隔 IT モニタリングシステム導入が望まれている。

B61

医師の職業性ストレスに関する仕事志向と余暇志向による傾向分析

赤池 学¹⁾、長谷川敏彦¹⁾

1) 日本医科大学医療管理学教室

研究の背景

医師の職場環境は依然とて厳しく、繁忙を極め、職業性ストレスは高いと言われている。そこで、医師のワークライフバランスが注目されている。本稿では、仕事志向と余暇志向による職業性ストレスの変化を比較する。

研究方法

1．調査対象

社会保険病院 37 施設を対象にアンケートを実施し、934 名から回答を得た。

2．調査項目

年齢、役職、勤務年数、1 ヶ月の当直回数、入院の待ち受け患者数（過去半年の平均値）、外来受持ち日数（1 週間あたり）、外来受持ち時間（1 週間合計）、手術実施有無、仕事志向と余暇志向、仕事満足度。職業性ストレスに関する質問は 17 項目実施した。

3．分析方法

職業性ストレス 17 項目について、因子分析（主因子、プロマックス回転）を行い、4 因子を得た。次に、4 因子に対し信頼性統計量を求め、各因子に高い負荷量を示した項目の合計得点を、各下位尺度得点とした。

各因子に対して一般線形モデルによる分析を行う。従属変数を因子、固定因子を勤続年数階級（3 年未満、3 年以上）、仕事志向と余暇志向とした。

4．分析結果

第 1 因子（仕事の負担感）について、仕事志向、余暇志向群の勤続年数の単純主効果が有意であった。仕事志向群の場合、勤続年数 3 年未満よりも勤続年数 3 年以上のほうが仕事の負担感によるストレスを感じる事が分かった。余暇志向群の場合、勤続年数 3 年未満よりも勤続年数 3 年以上のほうが仕事の負担感によるストレスを感じる事が分かった。

第 2 因子（仕事の裁量権）について、勤続年数 3 年未満の群は、仕事志向よりも余暇志向のほうが、ストレスが高いことが分かった。勤続年数 3 年以上においても同様に、仕事志向よりも余暇志向のほうが、ストレスが高いことが分かった。

第 3 因子（職場の意思疎通）について、余暇志向の群が、勤続年数 3 年未満のほうが勤続年数 3 年以上よりもストレスが高いことが分かった。

第 4 因子（仕事の適性）について、勤続年数 3 年以上の群が、仕事志向よりも余暇志向のほうが、ストレスが高いことが分かった。

看護必要度導入の課題

磯川悦子¹⁾、市川幾恵¹⁾

1) 昭和大学病院看護部

【目的】平成 20 年度の診療報酬改訂に伴い看護必要度（以下、必要度）が導入となった。当院では 23 部署のデータを各病棟の看護師の業務量測定やリリーフ調整への活用をめざしシステムの構築に取り組んでいる。必要度の導入にむけて、各部署で一定水準の評価をするための教育と評価を実施した。そこで導入 1 年目の課題を報告する。

【方法】必要度プロジェクトチームを発足し、導入前はプロジェクトメンバーが 230 名のリーダー看護師に研修を実施した。導入後はそのメンバーが部署を巡回し実施評価を行った。評価結果は各部署にその都度フィードバックした。評価者となるリーダー看護師 230 名では評価者が不足なため、124 名に追加研修を実施した。実施評価の低い部署は再評価を行った。

【結果・考察】実施評価の結果は、8 月 91.3%（標準偏差 4.73）、9 月 90.1%（同 6.58）、10 月 91%（同 7.3）であった。23 部署の評価精度の結果にばらつきがあった。全部署で評価はされていたが記録漏れが 10%であった。記録漏れは必要度 A 項目より B 項目の方が 6%多かった。この原因は、今まで寝返りや移乗などの看護記録は記載していなかった事が考えられる。看護師にとって必要度に関する記録は追加業務となり負担となっていることが予測される。特に評価精度の低い病棟では、B 項目の評価基準が共有しにくく評価が徹底できていなかった。また、師長にとっては必要度の理解とデータの活用方法に認識の差があると考えられる。現状は看護の業務量の測定や業務調整のデータに至っていない。まずは組織として師長の評価レベルを一定水準にしていくことが課題である。看護部全体では、そのデータを共有化し業務量による不公平感をなくす分担調整などに活用できると考える。

看護職員の労働時間とインシデントの関係

石神久美子¹⁾、瀬戸僚馬¹⁾、高城靖志²⁾

1) 杏林大学医学部付属病院 看護部 2) 杏林大学医学部付属病院 医療安全管理室

【はじめに】

長時間の労働が、ヒヤリ・ハット事例を増加させることは以前から指摘されている。しかし、労働時間の延長によって、どのようなヒヤリ・ハットが増加するかという点については、先行研究では、必ずしも十分に明らかにされていない。

本研究は、所定外の労働時間が多い部署において、どのようなヒヤリ・ハットが増加しているか概観することを目的とする。

【方法】

調査期間は、2008年1月から12月までの12ヶ月間とした。調査対象は、K大学医学部付属病院の23部署とした。対象部署について、部署ごとの超過勤務時間と、ヒヤリ・ハット事例の件数を収集した。超過勤務時間が多い病棟（A群）と少ない病棟（B群）の間で、同年中のヒヤリ・ハット発生件数について、与薬等の内容別にWilcoxon検定を行った。

【結果】

超過勤務時間の中央値は14,210分であったため、同15,000分以上をA群、同未満をB群とした。

与薬に関するヒヤリ・ハット発生件数はA群15.5件/年、B群8.8件/年であり、A群が有意に多かった($p=0.017$)。しかし、転倒・転落に関するヒヤリ・ハット発生件数はA群12.8件、B群11.3件であり、また、チューブ・ドレーン管理に関する同件数はA群14.8件、B群9.4件であり、いずれも有意差を認めなかった($p=n.s.$)。

【考察】

転倒・転落およびチューブ・ドレーン管理に関するヒヤリ・ハット件数は、超過勤務時間の多寡による変化は見られなかった。これらは、主に患者要因が強い事例であり、看護職員の労働環境の影響を受けにくかったためであると考えられる。

他方、与薬に関するヒヤリ・ハット件数は、超過勤務時間が多い病棟では増加することが示された。与薬は主に医療者要因が強い事例であり、看護職員の労働環境の影響を受けなかったものと考えられる。よって、これらのヒヤリ・ハットの件数を減少させるためには、労働時間の適正化が必要であることが本調査の結果からも示唆された。

精神科看護師の離職防止に向けた支援の検討 - 「今日は看護の日」体験の分析から

成松玉委¹⁾

1) 山口福祉文化大学

精神科看護を希望する看護師の多くは、数年の看護経験を積んだのちに精神科病院の門戸をたたきたく例が多く、特に一般科急性期看護等で勤務した看護師は、「患者看護師関係を深めたい」とはっきりした動機を持っているものが多い。しかし、精神科看護は幅の広い年齢層が対象となり、身体・精神面のケア、転倒・転落等の事故防止、患者から受ける暴力への対応など多様なニーズに対応できる看護実践能力が要求される。看護師は自分なりの対処行動をとっているが、離職願望があるものほどこれらの要因が強いと報告されている。先行研究では新人看護師の離職防止プログラム等は積極的に開発されその効果が報告されているが、精神科看護分野での取組みについての報告は少ない。本報告の病棟では、様々な教育・勤務背景の看護師・准看護師・看護補助者が働いている。誰もが自身の経験の積重ねから会得した方法でケアを展開し、理想と現実のギャップを感じ「患者ともっと関わりたい」と悩み、看護の楽しさを実感できずにいるものが多い。そこで、「患者とじっくりやりたい」と思っていることを、何でもいいから書いて見ようと提案した。アンケートには、「一緒に写生をして過ごしたい」「ボタン付けをしたい」等様々な取組みが書かれていた。そして、それぞれの願いが体験できる日を「今日は看護の日」と名づけた。患者サービスに支障が出ないように日程・人員を調整して1年半かけて看護職員全員のケア計画が実施された。他者のケア体験は自分のケアを振り返る機会となり、患者と寄り添うことから様々な気づきや変化が生まれ、互いの看護について語り合う場面が増え、和やかな患者看護者関係が築かれていった。その結果病棟の人間関係、雰囲気にも和みが生まれ病棟環境は一変した。看護の継続に迷う職員にとっては精神的支援となり、その後の離職傾向に大きな歯止めがかかったことを確認したのでここに報告する。

「専門性の確立」のためのマネジメント
～ 職員の「疲弊」に対してマネジメント理論を使った取り組み～

平野道代¹⁾、小竿顕子¹⁾、一戸由美子²⁾、矢尾知恵子²⁾

1) 河北総合病院 家庭医療学センター 医療社会相談室

2) 河北総合病院 家庭医療学センター

<はじめに> 4年前の相談室の職員は、昼食も落ち着いて取れず毎日夜遅くまで残業し、上手く行かない理由を他者のせいにし慰め合っていた。「疲弊」という言葉が相談室内に蔓延しているようにみえた。皆、一生懸命働いているのだが、何かが違っているように感じた。そこで「専門職が疲弊をしている」というこの課題を解決する為に、取り組んだ4年間について報告をする
<方法> マネジメントの目的を「専門職の育成」とし、その目標を「専門性の確立」として、P・F・ドゥラガーのマネジメント理論を用いて行った。

<経過> 第1期 メンバーが考えている全ての阻害要因の解決。専門職業務を阻むと挙げられたもの全ての業務の改善・変更の実施。

第2期 専門性の標準化。専門職としての「核」を創る為に「相談室の理念・目的」「専門技術の標準化」を通して、役割使命・専門領域・立ち位置を明らかにした。

第3期 専門性の日常化。専門性を日常業務の中に組み込んでいく仕組みづくり

<考察・結果> 結果、第1期から第3期を経て、一つ一つの目標を達成していくプロセスの中で、目的・意図を持ち主体的に働く事ができるようになった。つまり、「利用者に『正しい』と認められる仕事」をする事と「専門職として正しい仕事」をするという事のの違いに気づき、「みんな（利用者と働く者と組織）の倅せ」の為に働ける喜びを知り、「疲弊」が解消された。これは、ソーシャルワーカーの使命である「Well Being（倅せの追求）」を遂行した結果であり、専門性の確立に近づける方法の一つではないかと思われる。

<結語> マネジメントとは、「仕組み」だけではなく、そこに働く者の目的を持った主体的な意識がバランスよく関ることが大事ではないかと考える

<おわりに> 私達は今、医療の有効性の証明の為に医療の中の社会福祉の具現化に取り掛かかり始めたところである。

独立行政法人化による国立病院の変化と影響評価

長谷川敏彦¹⁾、永元哲治²⁾、山田義浩³⁾

1) 日本医科大学 医療管理学教室 2) 京都大学 医学部 3) 新日本監査法人 医療福祉部

行財政改革の流れの中で構想・実施された独立行政法人制度は、「特定の需要・要求に反応して、組織の効率化を図ることを、主要な合理性基準・行動原理とすべき組織」を対象に、公的性質の担保と裁量権の付与とを両立するべく導入された。しかし医療もこの流れの例外とはならず、独法化は国公立大学では既に達成され、自治体病院でも進展し、ナショナルセンターについても検討されている。この流れの嚆矢となった(独)国立病院機構は、2004年春の発足から丸5年を終えようとしており、その事業および中期計画の見直しの時期に差しかかっている。財務的な実績は申し分なく、JRと異なり国立時代の債務をも継承した中で、機構全体としては各年で営業黒字を計上している。また、機構全体の規模を生かし、医薬品や医療材料の一括購入を行うなど、支出の合理化も進められている。他方、収支改善の一因として挙げられている、療養機能を中心とした病床・病院の切り離しなどの動きと、その対外的影響や地域医療のニーズとの整合性など、財務面での改善と「公的」な位置づけとの関係について考察の余地も挙げられている。また、政府調達協定の適用対象であることなど、なお残る制約もある。このような背景を踏まえ、本発表では、国立病院機構の担当者らへのインタビューを中心に、国立病院独法化の前後の変化の分析について報告する。特に、機構や病院それぞれの行動を支えるインセンティブ・責任意識や裁量の範囲の転換、機構・地域ブロック・各病院の相互の関係の組み替え、機構を通した国立病院ネットワーク全体での調整・補完など、明らかになった変化とその結果について論じる。その上で、財務的には十分評価できるであろう成功もたらされた主因と、機構のみならず独法全般を視野に入れたこれからの課題についても列挙する。そして、後続の独法化対象病院、さらには他の所有・運営形態の病院への示唆も挙げてみたい。

ディレクター制度について

渡部泰寿¹⁾

1) 医療法人社団健育会

当法人では、医療をサービス業としてとらえ法人の進むべき道を MVV(ミッション、ビジョン、バリュー)として定義し、独自の経営管理手法を用いて病院運営を行っている。その中でもとくに特徴的であるディレクター制度について報告する。

一般的な病院組織では、病院長、看護部長、事務長等の幹部職員を中心に病院運営がなされているが、当法人では、医療の質と運営面に分けてそれぞれ責任者を配置したツートップシステムを採用している。医療の質に関することはメディカルディレクター、医療の質以外の運営全般に関することはマネージングディレクターという役割分担である。

メディカルディレクターは、医療の質全般に関する責任と権限を有している。診療に関すること、医療安全に関わること、クリニカルアウトカムに関わること、各種委員会の運営、医療の質に関する職員教育・研修の実施などである。

マネージングディレクターは、医療の質に関わること以外全ての運営に関わる責任と権限を有している。予算管理、マーケティング、職員リクルート、組織管理全般、職場環境改善などである。

患者満足度向上や危機管理対策については、メディカルディレクターとマネージングディレクターがそれぞれ医療の質の面、運営面の立場から意見を出し合い、共同してマネジメントしている。

また、ディレクター制度を運用する上で重要な意味をもつのが本部機能である。本部では、法人全体の戦略策定や方針を決定し、医療の質、運営面の担当者を配置し、両ディレクターをサポートしながら、日々の病院運営が適切になされているかのチェックもおこなっている。

分娩数急増に対応せよ - サービスを低下させず、安全性を維持しつつ -

杉田匡聡¹⁾、鈴木麻水²⁾、佐藤奈加子²⁾、角田 肇²⁾、小西敏郎³⁾

1) NTT 東日本関東病院 2) NTT 東日本関東病院産婦人科

3) NTT 東日本関東病院外科、副院長

2008年の春から、近隣分娩取り扱い医療機関が相次いで分娩を取りやめたため、当院における分娩取り扱い件数が増加傾向にあった。産婦人科、病棟だけではなく、看護部、手術室、検査室、事務等の協力を得ることで、分娩数急増に対応することができたので報告する。

1月の時点で、9月の分娩数がそれまでの倍となる100件近くになることが判明し、対応が可能かどうか問題となった。妊婦健診、母親学級などの外来での業務、分娩、産褥経過、授乳、新生児ケアなどの入院での業務等を再点検し、どのようにしたらサービスを低下させず、安全性を維持しつつ行うことができるかを検討した。1日あたりの受診者数を予測し、助産師外来を導入し、さらに外来尿検査室を診察室に改造することで、外来診療に支障がでないようにすることが可能となった。また、分娩は100%クリティカルパスを用いていることから、過去のデータから入院期間を短縮することが可能であるかを検討し、その結果、経膈分娩・帝王切開分娩ともに入院期間を1日短縮し、ベッド不足の解消を図った。さらに、婦人科良性疾患手術を制限することで帝王切開の増加に備え、夜勤看護スタッフを3人から4人に増員し、病棟回復室を簡易分娩室として整備することで、入院患者の対応が可能となった。

病院における事業継続計画策定に関する一研究

光森 渉¹⁾、小林大高^{2,3)}

- 1) 電気通信大学大学院 電気通信学研究科 システム工学専攻
- 2) 日本薬剤師会国際委員
- 3) 株式会社秋葉薬局

大規模な災害が発生した時、被災地内の病院には多くの患者が来院し、病院スタッフや医薬品等の不足、治療スペースの不足によって、円滑な医療・看護活動が行えないことが考えられる。病院は、非常時でも短時間で機能を回復させるために、事業継続計画を策定することが重要である。本研究の目的は、病院が事業継続計画を策定するための基礎的知見を得ることである。

この目的を達成するため、まず、事業継続計画に関する実態調査を行った。事業継続計画策定の現状や今後の課題を、行政の事業継続計画担当者と医療機関の災害医療担当医師へのヒアリング調査の結果から明らかにした。また、防災に関わる法令や、災害における組織の役割、災害時の広域搬送計画について、文献調査をもとに整理し、事業継続計画との関係を示した。

次に、病院ネットワーク問題を考えた。本研究では「仮想の地域内において、4つの病院が平常時から連携している」と設定した。また、「災害発生後、被災者は病院に来院すると、トリアージによって重傷者・中等傷者・軽傷者の3つに選別され、治療や他病院への転院が行われる」と仮定した。この仮定の下で、災害発生日から3日間を対象に、来院患者数に関するシミュレーションを行った。病院の復旧時間を変化させたときの流動数グラフを作成し、問題とモデルを示した。

そして、病院の復旧時間の長短や、被災者の転院を考慮したシナリオを設定し、病院での被災者の平均滞在時間を算出した。この結果から、病院ネットワーク問題と Braess のパラドックスとの関連性について考察した。また、災害時でも病院の機能が停止しないための予防策を検討した。

B75

小規模専門病院における治験（臨床研究）を通じた質向上活動の一例

森山 洋¹⁾、後藤理恵¹⁾、木村 睦¹⁾、白木伸子¹⁾、菅原好孝¹⁾

1) (医)杏和会 おびひろ呼吸器科内科病院

当院は北海道地方都市にある 49 床の呼吸器内科の単科病院である。

当院における治験への取り組みは 03 年に病院名称を変更し、専門特化の方向性を明確にした戦略の下に本格的に取り組み始め、ほぼ呼吸器疾患治療薬だけを対象にこれまで喘息・COPD 治療薬の第 Ⅰ相、第 Ⅱ相試験を中心に 14 プロトコル終了、現在も 3 プロトコルを実施中である。当初 SMO（治験事業委託会社）を利用していたが、06 年からは専任 CRC（治験コーディネーター）を採用し、可能な限り依頼者（開発メーカー）との直接契約を行い、事務局業務（契約に関わる）も自院で実施する体制をとっている。

民間病院における治験は 97 にいわゆる新 GCP「医薬品の臨床試験の実施の基準」が施行されて以来、医療機関の専門性を活かせる保険外事業として発展を続けてきていたが、新薬開発の競争が激化する中、この 2～3 年で一気に国内だけの治験実施が国際共同治験にシフトされ、コスト・スピードそして精度において医療機関側に求められるハードルが高くなってきている。

このような環境下でも経営的にも重要な治験事業を受託医療機関として依頼者から選ばれ、被験者にも協力して頂ける施設であり続ける為の活動は、組織全体の医療の質向上活動と軸を一にするものであると考える。このように治験事業を経営的側面からだけでなく、医療の質向上の為の重要な軸として捉え、診療情報の臨床研究への活用を目的としたデータベース構築をはじめとした組織・システム作りを小規模専門病院として行なっている一事例を紹介する。

医薬品の安全使用を目指した 薬剤管理指導業務支援システムの構築とその活用

岩瀬利康¹⁾、越川千秋¹⁾

1) 獨協医科大学病院薬剤部

薬剤管理指導業務は、医薬品の適正使用の推進と院内薬物療法のリスクマネジメントを担う病院薬剤師業務である。我々は以前に日本病院薬剤師会学術小委員会で研究した薬剤管理指導業務支援システムを基に、更なる機能拡張を図って活用している。

今回、多機能化した支援システムの中から、処方薬の薬学的チェックや臨床検査値の異常などを一括して監視するモニター機能、抗悪性腫瘍剤や糖尿病用薬、ワーファリン、ジギタリス製剤が処方された患者の自動抽出による監視と処方確認機能、ペニシリン禁のような個人的禁忌薬、疾病に対する禁忌薬、手術や処置などに関する医療上の禁忌薬、併用禁忌、相互作用、重複投与、食品との相互作用等の自動チェック機能、平成20年4月の診療報酬改定で3段階に分かれた薬剤管理指導料と後期高齢者退院時薬剤情報提供料への対応機能、ハイリスク薬へのマーキング、持参薬の鑑別と投薬歴への自動入力及び院内投薬との薬学的チェック機能、持参薬の薬剤情報報告書と同一成分薬等の院内採用医薬品のガイド機能、病名に対応した医薬品の最大投与量チェック機能、錠剤等の粉碎可否情報、薬歴上から指定した日付の薬剤情報提供書の自動作成機能、診療科別の薬剤説明文の選択と説明文の修正機能、5様式の服薬説明表と製剤写真の選択機能、注射薬専用の薬剤情報提供書の作成機能、重大な副作用の初期症状によるチェック表作成機能、ウェブによる電子カルテシステムからの服薬指導結果記録や投薬歴の閲覧と薬剤情報提供書、服薬自己チェック表等の印刷機能、服薬指導結果記録のPDFファイルでの履歴管理保存、IDとパスワード管理と指紋認証システムの導入など、リスクマネジメントに関わる機能について報告する。

また各チェック機能を、より有益なものとするために、医療用医薬品添付文書情報からの各種のデータマスターを作成するシステムを構築したので併せて報告する。

医療用医薬品の新流通バーコードシステムによる 医療安全への利用に関する研究

長谷川フジ子¹⁾、池田俊也¹⁾、開原成允¹⁾

1) 国際医療福祉大学 大学院

薬の取り違いによる医療事故が相次いで発生し、悲しい結果につながっている。医療現場では、名称や外観の類似する医薬品が多数存在し、患者に投与されるまでに複雑なプロセスを経由する環境下にあるため、医療事故に発展しない病院システムの構築が求められている。2006年9月、薬の取り違い防止対策として、医療用医薬品の新流通バーコード表示について厚生労働省より通知された。本研究では新流通バーコードを利用したシステムが、医療安全面でどのように役立ち、そして利用されるのかを明らかにするためアンケート調査を計画した。

本調査先の選定と調査票の作成にあたり、事前に複数の医療機関に聞き取り調査を行うとともに、2008年2月の日本医療マネジメント学会第8回東京地方会学術集会の参加者を対象にアンケートによる予備調査を実施した。その結果、投薬過誤防止対策にバーコードを利用している医療機関が少なく、また新流通バーコードについて情報が浸透していない状況が把握できた。

本調査は、2008年5月、処方情報と医薬品の照合が可能な環境にある電子カルテシステム等が導入されている202病院の薬剤部を対象に郵送法によるアンケートを実施した。調査内容は、医薬品安全管理体制、薬剤部と病棟における現行バーコードの利用実態、新流通バーコードの利用意識等とした。有効回答は90病院(44.6%)であった。調剤包装単位まで識別コードは表示されること及び有効期限や製造番号が付加されるという点を生かした利用場面を想定して聞いた新流通バーコードシステムは、医療現場においてニーズがあり、医療安全の点から高い利用意識があることが明らかとなった。

B83

調剤における薬剤師による疑義照会件数に対する 電子カルテ導入の影響

藤田 浩¹⁾

1) 東京都立墨東病院 輸血科

【目的】電子化導入の目的の一つに医療安全対策の向上がある。当院ではインシデント・アクシデントレポートの中で薬剤に関するものが最も多い。今回、電子カルテ導入前後において、院内調剤に対する疑義照会件数、内容の推移を検討したので報告する。

【方法】平成 16 年 4 月～平成 20 年 11 月の期間における疑義照会月次件数、疑義照会の内容について電子カルテ導入前後で比較した。電子カルテ導入前は、日立社オーダリングシステム、手書き処方箋を併用していた。電子カルテは富士通社 EG-MAIN EX であり、平成 17 年 8 月に導入した。処方に関する電子カルテシステム上の安全対策は、禁忌薬剤登録の場合は処方不能とし、アレルギーや超過投与量などは警告機能で対応している。疑義照会は、入院・外来問わず、院内処方箋を対象とした。

【結果】疑義照会月次件数は、電子カルテ導入前 44 ± 4 件、電子カルテ導入後 58 ± 2 件で有意に増加していた ($p < 0.003$)。しかし、患者違い件数(月 1.3 ± 0.3 件対 0.2 ± 0.1 件、 $p < 0.002$)や手書きに起因するもの(字が読めないなど)は有意に低下していた。一方、用量変更は有意に増加していた(月 13 ± 1 件対 28 ± 1 件、 $p < 0.001$)。アレルギー対象薬処方是有意に増加した(月 0.3 ± 0.1 件対 1.1 ± 0.2 件、 $p < 0.001$)。

【考察】患者因子である人違い防止には有効であったが、アレルギー対象薬剤には有効でないことが判明した。これは電子カルテのシステム構成上の問題として考え、システム改善を検討している。用量変更は桁違い入力を含んでおり超過投与に対する対策が求められ、平成 20 年 9～12 月よりハイリスク薬剤に対する超過投与量処方の処方不能機能を順次導入した。

ICU における PDA 使用の徹底

富井千波¹⁾、市川幾恵²⁾、熊川寿郎³⁾

1) 昭和大学病院集中治療部 2) 昭和大学病院看護部 3) 国立保健医療科学院経営科学部

【目的】当院は、2005 年からヒューマンエラー防止目的で PDA (Personal digital Assistant) 携帯情報端末を導入している。しかし ICU では、患者確認行動は人的確認の習慣が強く PDA を実施する看護師が少なかった。H19 年度 PDA 未実施による誤注射が 36 件 / 106 件発生した。そこで H20 年度部署目標に PDA の確実な実施・誤注射をなくすとした。PDA の必要性を認識させインシデントが減少出来たので報告する。

【方法】H20 年度部署戦略目標に設定し、7 月から 12 月までの PDA の未実施状況を調査した。結果は毎月チームにフィードバックした。11 月からフィードバックをチームから個人に変更し実施した。

【結果・考察】PDA の未実施件数は月平均約 75 件 (1.5%) であった。12 月までに誤注射の発生はない。PDA の未実施状況を月毎にチームにフィードバックしたが改善されない状況が続いた。チーム評価では PDA の実施入力の認識を深めることはできなかった。そこで 11 月より個人に未実施状況を提示した結果、翌月 0 件となっていた。未実施件数が多い看護師はマニュアル遵守・安全確認行動が取れていないとの指摘を受けた。PDA の実施入力を習慣化させることは困難であるが ICU における PDA の必要性を十分説明しスタッフ個人の行動変容を調査し個人へフィードバックする行動を繰り返し行った。BSC による戦略目標の設定と目標達成のプロセスは、集団への働きかけから中間評価で個人への働きかけに修正することにより PDCA サイクルを回すことで成果となった。

DPC 分析ソフトを用いたデータの分析と診療内容の可視化

小谷野圭子¹⁾、中島歩美²⁾、山本周之²⁾、飯田修平³⁾

- 1) 練馬総合病院 質保証室
- 2) 練馬総合病院 医療情報管理室
- 3) 練馬総合病院 院長

当院は平成 16 年 7 月より DPC 調査協力病院となり、平成 18 年 6 月より DPC 対象病院として DPC 請求を開始した。当初は手作業でデータの分析を行っていたが、平成 19 年 8 月にニッセイ情報テクノロジーの全日病版 DPC 分析ソフト「MEDI-TARGET」を導入した。なお、システムを導入するにあたり、データ蓄積や経時変化を追跡することが重要であるので、請求開始月に遡ってデータを取り込んだ。

本研究では、分析ソフトを用いて診断群分類ごとの診療行為のレベルまで解析し、その内容を医師にフィードバックすることにより、診療内容の標準化をはかることを目的とした。

最初に、病院全体の傾向を把握し、診療科ごとの分析を行った後に、MDC ごとの分析、診断群分類ごとの分析と、段階的に粒度を細かくしていき、各診療科または診断群分類における問題点を洗い出し、その診療内容について詳細に検討した。特に、同じ診断群分類に対する、診療科による診療内容の違いに着目し、診療内容の妥当性を、患者の重症度、副傷病の有無などから多角的に検討した。

さらに、ベンチマーク分析により、症例数や在院日数だけでなく、診療内容やアウトカムに関しても他院と比較できるようになったため、自院の位置づけを客観的に判断することができるようになった。

これらの結果を目に見える形で医師に返すことにより、各医師の DPC に対する意識が向上してきているため、医療の質の向上につながっていくものと思われる。

医療情報の国際標準に適合するクリティカルパス

長谷川英重¹⁾

1) 保険医療福祉情報システム工業会 (JAHIS)

医療改革の基盤として、患者中心のプライマリケア用生涯電子健康診療記録EHRの開発が世界50カ国以上で進められている。特にEUは20年以上をかけた試行錯誤の成果と標準化の上に着実に進展し、2009年以内に各国の基盤の確立を終え、2015年までに国を越えて、患者ID、救急データセットやサマリーの連携計画が発表された。2007年にEUの強制標準として、電子診療録用13606 EHRコミュニケーション、ワークフロー用12967健康情報サービスアーキテクチャと臨床概念と関連管理用13940ケア継続支援概念システムの3点が発行され、現在ISO化が進められている。EHR基盤(ID、用語、セキュリティ、ワークフロー等)開発やガイドラインの適用で先行している英国では、これらのフレームワークを活かす、統合ケアパスウエーを開発を本格化している。EHR基盤、ガイドラインなど個別に開発が行われてきたが、電子化し、相互に運用する必要性から、ISO、CEN、HL7、DICOMなど既存の標準間のブリッジやコンテンツの意味的な整合の必要性が高まり、標準化団体SDOが合同の組織を設立したり、従来用語や語彙など個別に対応してきたものを全体的に概念やその関係を整理維持していく組織や活動がWHOなどで活発化している。現在クリティカルパスは国内でも活発な活動が行われ、地域連携パスや統合パスなど拡大し、医療改革の上で重要な位置を占めつつある。EHRが医療改革の基盤となり、ガイドラインも幅広く適用され、医療安全や質の向上を担保する仕組みとの日本の状況に合わせた整合化は、クリティカルパスの今後の着実な積み上げにおいても有効と考え、医療情報の国際標準(EHR3標準)とクリティカルパスの関連を解説する。

B91

電子クリティカルパスの運用と周知 - 操作チェックリスト活用と統一した指導方法の取り組み -

渡部英理子¹⁾、山内砂登子¹⁾、宿谷佳代子¹⁾、酒井真由美¹⁾

1) 都立大塚病院

はじめに

当院では電子カルテクリニカルパス（以下電子パス）操作習得向上のため平成 18 年より電子パス操作チェックリストを作成し活用している。指導方法はマニュアルを基に統一した指導を行うことで操作習得が向上してきている。今回は平成 20 年度の取り組みについて報告する。

方法

- 1) 平成 20 年 7 月、電子パス操作チェックリストを使用し、4 月の転入者・及び新人を対象に第 1 回の電子パス操作指導を行った。
- 2) 平成 20 年 11 月、電子パス操作チェックリストを使用し、全職員に第 2 回の電子パス操作チェック自己評価を実施し、その後できなかった箇所の指導を各病棟の委員に依頼した。
- 3) 平成 20 年度は、電子パス操作チェックリスト全て項目を習得できるよう委員に個別指導の徹底を依頼した。

結果

平成 20 年度、電子パス操作チェックリストを使用し各病棟の委員が個別指導を行い、電子パス操作習得向上した。平成 20 年度は、第 1 回転入者・新人を対象に個別指導を行い、第 2 回、操作チェックリストの自己チェックを行った後、できない箇所の個別指導を各病棟の委員にマニュアルを基に指導を依頼し、個別指導を徹底した。平成 19 年度の操作指導の成果により、電子パス操作知識は定着しつつある。一方、電子パス使用頻度の低い病棟では、操作習得度は低めであった。

今後、運用の変更・看護職員の移動等に伴い電子パス操作知識は必要と考えられる。委員が中心となり、定期的に電子パス操作チェックを行い電子カルテ操作の周知向上を図りたい。

電子カルテクリニカルパスの運用状況と課題

平田智子¹⁾、池田貴代子¹⁾、寺本麻希¹⁾

1) 都立大塚病院

当院は、電子カルテクリニカルパス運用開始後4年を経過し、平成20年度には114種類のパスが稼働している。例年看護部クリニカルパス委員が中心となり、運用状況チェックを行っている。今年度は、運用状況の一つとして、ケア、処置の実施入力とアウトカム・バリエーションに着目し、新規パス、改定パス、運用後から使用しているパス計7種類を選択しチェックを行った。

ケア、処置の実施入力については、85%できていた。バリエーションの入力については、100%入力できているものから、20%しかできていないパスがあった。

改定パスは、バリエーション発生がなかった。新規作成パスは、13件中11件バリエーション発生があり、バリエーション入力は、50%にとどまっていた。

運用後から改定されていないパスについては、38件中34件バリエーション発生があり、バリエーション入力は20%であった。

改定パスは、バリエーションの発生がなく、パスが改定により適正かつ有効なものとなったと考えられる。運用後から改定されていないパスは、バリエーションの発生も多く、有効性に欠けている部分があることが示唆された。今回の運用状況チェックの結果は、当該病棟に提示し、パス委員を中心にパスの改定を検討していくこととした。

適切なパス運用をしていくためには、定期的にパス評価を行い、改定していくこと、各病棟に任せていくだけではなく、委員会として、監査を行いパス改定の提案をしていく必要がある。

より良いがん化学療法クリティカルパスを目指して

中村久美¹⁾、鬼窪利英¹⁾、中村将人²⁾

- 1) 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 薬剤管理情報センター
2) 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 化学療法科

【はじめに】

当院では、がん化学療法においてレジメン登録制を導入。患者に安全で、適切な投与ができるように、レジメン毎にクリティカルパス（以下パス）を作成・利用して、（現在 70 の、がん化学療法パスを作成・稼働）医師・看護師・薬剤師がチーム一丸となり治療に取り組んでいる。パスを利用する中では、作成したパスが最適なのか？様々な角度から、常に見直すことが、重要である。

【見直しの実際と、その効果】

< 1 > 支持療法改善：患者の自覚症状を捉えるため、当院独自の「副作用チェックシート」を作成・使用しているが、患者記入するシートから得られる「どの時期に」「どんな症状」といった副作用データを蓄積する中で、支持療法を検討しパスに取り入れ、副作用回避に役立てた。< 2 > 後発薬剤採用：制吐剤を後発薬剤に切り替え提案した際は、医師を納得させられるデータを得るため、当院で先発薬剤と後発薬剤の比較を簡易的試験ではあるが実施し、データを算出して切り替えを円滑に進めた。これには、患者負担額軽減にもつながった。< 3 > 調剤薬局での確実な服薬指導：支持療法のための薬剤の処方意義が誤って伝わり、患者が服用しないことがあった。それを改善する為、パス内に処方意図を盛り込み、適切な服薬指導が調剤薬局でも行え、支持療法の確実服用に結びつけた。また、当院でのパスのがん化学療法クリニカルパスをインターネットで公開し、調剤薬局薬剤師へのレジメン提示を行い、服薬支援に役立てている。

【考察・今後】

パスは作って稼働すればそれで終わりではない。常に最新の情報、パスバリエーション評価・検証、コスト意識などを取り入れ、患者によりよい医療を提供できるツールにしていくこと、それが本当の意味でパスを活用しているということだと考える。今後も相澤病院のがん化学療法パスを最善のものにすべく、努力したい。

電子カルテ導入下でのパス運用の工夫

井上 聡¹⁾、鈴木浩之¹⁾、馬場貴宏¹⁾、中島歩美¹⁾、渡辺輝子¹⁾、小谷野圭子¹⁾

1) 練馬総合病院

当院は平成 15 年に電子カルテを導入した。平成 18 年にはペーパーレス・フィルムレス化を実現した。ペーパーレスというが保存しておく紙の書類をなくしたという意味で、実際の業務では多量の紙が使われている。カードックスなどは紙に印刷して持ち運んで運用しているし、患者さんに渡す書類も紙に印刷して渡している。

パスは標準化することにより、質の確保をしながら業務を軽減するためのツールとして医療界で広く使われているが、当然のように紙ベースで発展してきた。これを電子カルテの環境下で使用するにはいくつかのハードルがある。

当院では電子カルテ環境下でパスを運用するためにいくつかの工夫をしている。

- パスを作るときは紙で作ることになっている。
- 患者アウトカムを取り入れて、これが達成出来ているかを記録するようにした。
- バリエーションの記録方法を統一した。
- 点滴、薬剤はそれぞれ別のシステムで動いているので無理に一体化せずそれぞれをセット化することにより標準化できるようにした。
- 集計用にバリエーションの有無だけは紙に記録して収集するようにした。
- 医療者用パス、患者用パス、承諾書、指示書、入院証書、患者基礎情報記入用紙、バリエーションシートなどがボタンひとつで全部印刷できるようにした。
- これらのセットを全部ファイルメーカーで自作することにより新しいパスセットを院内で作成、改訂できるようにした。
- 使用したパスは自動的にファイリングされるようにした。
- 患者の署名がある同意書などはバーコード印刷することにより自動的にファイリングできるようにした。
- 患者用パスだけ B4 用紙に大きくカラー印刷できるようにした。

これらの工夫により新しいパスセットは院内で作成したり改訂したりでき、電子カルテには自動的にファイリングされ、必要な書類は全部一度に印刷される仕組みを構築できた。

クリティカルパスによる大腸癌入院化学療法の管理

宮本 洋¹⁾、野家 環¹⁾、伊藤 契¹⁾、針原 康¹⁾、古嶋 薫¹⁾、小西敏郎¹⁾

1) NTT 東日本関東病院 外科

当院では、大腸癌根治切除不能例、再発例に対する化学療法として、1st line は FOLFOX4 (+Bevacizumab) 療法、2nd line は FOLFIRI (+Bevacizumab) 療法を原則的に行っている。上記化学療法は共に、2泊3日の入院化学療法であり、指示や投与量による事故防止、副作用の早期発見、チーム医療の促進のために、クリティカルパスを導入している。2006年7月よりクリティカルパスを導入し、上記化学療法で入院する患者は原則全例に適用している。クリティカルパスを適用し、抗癌剤のオーダーやレジメン管理、点滴の順序や速度の管理、副作用の観察項目の統一などを行うことにより、化学療法が安全かつ簡単に導入することが可能となった。また、薬剤認証システムを導入したことも事故防止に寄与している。患者用クリティカルパス用紙の配布や薬剤師が副作用や治療予定の説明を行うことも患者の安心につながっていると考えられる。今後は、その他の入院化学療法や外来化学療法へのクリティカルパス導入も検討している。

B96

心臓カテーテル治療・地域連携パス導入経験について

大島祥男¹⁾、古庄輝朗¹⁾、立川純子¹⁾、橋本昌浩¹⁾、田植和宏¹⁾、尾形逸郎¹⁾

1) 河北総合病院

当院では年間 300 例弱の虚血性心疾患に対する冠動脈インターベンション治療を施行しており、約半数の症例が他施設（開業医・病院）からの紹介患者である。従来、冠動脈インターベンション治療を終了した症例の外来診療については、治療 9 ヶ月後の治療部位確認のための冠動脈造影終了までは自施設外来を中心に施行していた。症例数の増加および当院における外来診療から入院診療への重点移行方針のため、冠動脈インターベンション治療を終了した症例については、退院後早期から紹介元医療機関への外来診療引継ぎ（逆紹介）が必要となってきた。一方で紹介元医療機関では専門外の症例に対する診療の不安は大きい。これらの問題点を解決し、患者によりよい診療を提供するため、2008 年 10 月より『心臓カテーテル治療・地域連携パス』を開始した。2008 年 10 月から 2009 年 1 月現在まで 12 症例につき当院と診療所 12 施設間で地域連携パスを用いた外来診療を施行中である。現在使用中の『心臓カテーテル治療・地域連携パス』を供覧するとともに、導入までの過程、今後の課題について発表する。

一般演題(ポスター)

P01

医療事故情報収集等事業における医療事故情報の報告の現況 ～化学療法に関連した医療事故に着目して～

森脇睦子¹⁾、坂井浩美¹⁾、堀口裕正²⁾、後 信¹⁾、野本亀久雄¹⁾

1) 日本医療機能評価機構 2) 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座

【緒言】厚生労働省は、平成16年9月21日付で医療法施行規則の一部を改正する省令を公布し、特定機能病院等に対して医療事故の報告を義務付けた。

財団法人日本医療機能評価機構は、平成16年10月1日に厚生労働大臣の登録を受け、当該省令に定める事故等分析事業を行う登録分析機関となった。これを受け、当機構医療事故防止事業部では、医療事故情報収集等事業を開始し、医療事故の発生防止と医療安全の推進を目的とし、わが国における医療安全の推進にとって大変重要な事業と考えて運営している。今回、当事業で報告された医療事故情報の中から、化学療法に関連した医療事故情報に着目し、その集計結果及び現在の取り組み等を述べる。

【目的】当事業に報告された医療事故情報のうち、化学療法に関連した医療事故情報について報告する。

【方法】医療事故情報の収集は、インターネット回線を通じ、Web上の専用報告画面を用いて行っている。今回の報告では、平成19年1月1日から同年12月31日までの間に参加医療機関（報告義務対象医療機関および参加登録申請医療機関）から報告された医療事故情報を対象とする。

【結果】対象期間において、化学療法に関連した医療事故情報の報告件数は10件であった。そのうち薬剤を間違えた事例が2件、薬剤量を間違えた事例が1件、用法を間違えた事例が5件、その他の事例が2件であった。

【考察】化学療法に関連した医療事故は継続的報告されている。今後も、引き続き報告書や年報、医療安全情報および財団法人日本医療機能評価機構ホームページ中の当事業部のサイトにおける情報提供を通じて、国民や医療機関に対して周知するとともに、化学療法に関連した医療事故の動向をみていく必要がある。

P02

医療事故情報収集等事業における医療事故情報の報告の現況 ～人工呼吸器に関連した医療事故に着目して～

堀口裕正¹⁾、坂井浩美²⁾、森脇睦子²⁾、後 信²⁾、野本亀久雄²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座 2) 日本医療機能評価機構

【緒言】厚生労働省は、平成16年9月21日付で医療法施行規則の一部を改正する省令を公布し、特定機能病院等に対して医療事故の報告を義務付けた。

財団法人日本医療機能評価機構は、平成16年10月1日に厚生労働大臣の登録を受け、当該省令に定める事故等分析事業を行う登録分析機関となった。これを受け、当機構医療事故防止事業部では、医療事故情報収集等事業を開始し、医療事故の発生防止と医療安全の推進を目的とし、わが国における医療安全の推進にとって大変重要な事業と考えて運営している。今回、当事業で報告された医療事故情報の中から、人工呼吸器に関連した医療事故情報に着目し、その集計結果及び現在の取り組み等を述べる。

【目的】当事業に報告された医療事故情報のうち、人工呼吸器に関連した医療事故情報について報告する。

【方法】医療事故情報の収集は、インターネット回線を通じ、Web上の専用報告画面を用いて行っている。今回の報告では、平成19年1月1日から同年12月31日までの間に参加医療機関（報告義務対象医療機関および参加登録申請医療機関）から報告された医療事故情報を対象とする。

【結果】対象期間において、人工呼吸器に関連した医療事故情報の報告件数は20件であった。そのうち、電源に関連した事例が2件、人工呼吸器回路に関連した事例が13件であった。

【考察】人工呼吸器に関連した医療事故は継続的報告されている。今後も、引き続き報告書や年報、医療安全情報、および財団法人日本医療機能評価機構ホームページ中の当事業部のサイトにおける情報提供を通じて、国民や医療機関に対し周知するとともに、人工呼吸器に関連した医療事故の動向をみていく必要がある。

P03

医療事故情報収集等事業における医療事故情報の報告の現況 ～ 薬剤間違いに関連した医療事故に着目して～

坂井浩美¹⁾、森脇睦子¹⁾、堀口裕正²⁾、後 信¹⁾、野本亀久雄¹⁾

1) 日本医療機能評価機構 2) 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座

【緒言】厚生労働省は、平成16年9月21日付で医療法施行規則の一部を改正する省令を公布し、特定機能病院等に対して医療事故の報告を義務付けた。

財団法人日本医療機能評価機構は、平成16年10月1日に厚生労働大臣の登録を受け、当該省令に定める事故等分析事業を行う登録分析機関となった。これを受け、当機構医療事故防止事業部では、医療事故情報収集等事業を開始し、医療事故の発生防止と医療安全の推進を目的とし、わが国における医療安全の推進にとって大変重要な事業と考えて運営している。今回、当事業で報告された医療事故情報の中から、薬剤間違いに関連した医療事故情報に着目し、その集計結果及び現在の取り組み等を述べる。

【目的】当事業に報告された医療事故情報のうち、薬剤間違いに関連した医療事故情報について報告する。

【方法】医療事故情報の収集は、インターネット回線を通じ、Web上の専用報告画面を用いて行っている。今回の報告では、平成19年1月1日から同年12月31日までの間に参加医療機関（報告義務対象医療機関および参加登録申請医療機関）から報告された医療事故情報を対象とする。

【結果】対象期間において、薬剤間違いに関連した医療事故情報の報告件数は23件であった。そのうち、薬剤の取り違えが15件報告され、この15件のうち3件は名称が類似していたことによるものであった。また、注射器に準備された薬剤の取り違えが6件であった。

【考察】薬剤間違いに関連した医療事故は継続的報告されている。今後も、引き続き報告書や年報、医療安全情報、および財団法人日本医療機能評価機構ホームページ中の当事業部のサイトにおける情報提供を通じて、国民や医療機関に対して周知するとともに、薬剤間違いに関連した医療事故の動向をみていく必要がある。

ナースコール対応時間とインシデントの関係

瀬戸僚馬¹⁾、石神久美子¹⁾、高城靖志²⁾

1) 杏林大学医学部付属病院 看護部 2) 杏林大学医学部付属病院 医療安全管理室

【目的】

昨今、医療安全推進の観点から、心電図モニターや離床センサー等の機器をナースコールと連動させ、アラーム等を看護師に通報できるシステムが多数開発されている。他方、ヒヤリ・ハット事例収集事業等の事例によると、ナースコールによって看護師が業務を中断し、それが要因となって発生したインシデントも散見される。よって機器との連動方法については熟慮が必要と考える。

本調査の目的は、ナースコールの対応に要した時間を把握するとともに、対応により時間がかかる病棟において発生するインシデントの傾向を概観することである。

【方法】

調査対象は K 大学医学部付属病院の外科系一般病棟 7 病棟、調査期間は 2008 年 1 月 1 日から 12 月 31 日とした。

コンピュータナースコールシステムのデータベースから発生病棟、発呼日時、応答日時のデータを収集し、病棟別に集計した。その結果から、対応により時間がかかる病棟（遅延群）と、より短時間で対応できる病棟（迅速群）の 2 群に分け、各群間のインシデント発生状況を比較した。

【結果・考察】

対象期間中に 529,639 件の発呼があった。対応に要した時間(中央値)は、全対象病棟では 32 秒、最短の病棟で 27 秒、最長の病棟では 35 秒であった。また、全対象病棟における対応時間の 95 パーセンタイル値は 69 秒であった。このため、対応に 70 秒以上を要する患者の割合を病棟別にみたところ、5%を超える病棟が 2 病棟、下回る病棟が 5 病棟あった。そこで、前者を対応遅延群、後者を迅速対応群とした。その結果、1 ヶ月あたりのインシデント発生件数は、与薬関連では遅延群 5.25 件、迅速群 4.5 件であった。また、転倒・転落関連では遅延群 2.6 件、迅速群 1.9 件であった。

本調査の限りでは、与薬および転倒・転落ともに、遅延群の方が多く傾向がみられた。遅延群については業務負荷が著しく高くなっている可能性があり、詳細に要因を追及することが必要と考える。

中央採血室での採血合併症における臨床的特徴

藤田 浩¹⁾

1) 東京都立墨東病院 輸血科

【目的】当院、中央採血室では、採血に関する苦情の中で、神経損傷や上腕動脈誤穿刺などが疑われる場合、医師による診察を行う体制になっている。診察を要した症例の臨床的特徴を検討し、再発防止対策を講じる情報収集を目的とする。

【対象・方法】平成 17 年 4 月～平成 20 年 12 月、中央採血室で採血実施後、苦情を申し出た 97 例中、医師による診察が必要となった 14 例（14%）を対象とした。検討内容は、年齢、性別、苦情内容、穿刺部位、診察結果とした。

【結果】診察症例の平均年齢は 52 ± 5 歳（13 - 80 歳）、性別は女性が多かった（14 例中 13 例）。苦情内容はしびれ・疼痛：7 例、血腫・皮下出血：3 例、両者 4 例で、うち神経損傷疑い 4 例（チネルサイン 2 例陽性）、上腕動脈誤穿刺 1 例認められた。神経損傷疑い 4 例中 2 例は穿刺部位が同じ 2 度目であった。整形外科受診に至ったのは 1 例。穿刺部位では、肘正中皮静脈 6 例、尺側正中皮静脈 3 例が多かった。

【考察】リスクを回避するには、採血者が採血合併症を認識するとともに、神経損傷があった採血部位に対して再穿刺しないような情報共有化を可能とするシステム作りの必要性が示唆された。

血液疾患に対する胸骨穿刺は安全か？

藤田 浩¹⁾

1) 東京都立墨東病院 輸血科

【目的】胸骨穿刺による心タンポナーデは致命的合併症である。血液疾患の中で、骨髄腫は骨脆弱性の理由から当院では骨髄穿刺部位として腸骨を第1選択としている。今回、血液疾患に対して後方視的に胸部CTによる胸骨病変を検討したので報告する。

【対象と方法】平成17年8月～19年7月までに骨髄穿刺を受けた血液疾患の中で、胸部CT検査を実施した症例119例（平均年齢 63 ± 1 歳、男/女：76/43）を対象とし、血液基礎疾患別に、年齢、性別、骨病変の保有率（第1肋間、第2肋間、第3肋間の胸骨に対する評価）を比較した。特に骨髄腫と非骨髄腫疾患では、骨病変の保有率を比較した。

【結果】血液基礎疾患は、急性骨髄性白血病37例（ 59 ± 2 歳、男/女：23/14）、急性リンパ性白血病9例（ 58 ± 6 歳、男/女：4/5）、悪性リンパ腫31例（ 63 ± 2 歳、男/女：21/10）、慢性骨髄性白血病10例（ 68 ± 3 歳、男/女：8/2）、骨髄異形成症候群11例（ 66 ± 4 歳、男/女：7/4）、骨髄腫21例（ 64 ± 2 歳、男/女：13/8）であった。各疾患間における年齢、性別には有意差は認めなかった。対象疾患における臓側骨皮質濃度低下は第1肋間では、62例、第3肋間では3例認められた。骨髄腫は非骨髄腫疾患と比較して、第1肋間の臓側骨皮質濃度低下の保有率は高い傾向にあり（67%対49%）、第3肋間では、有意に高率であった（14%対0%、 $p < 0.005$ ）。第2肋間では、骨髄腫では不全骨折所見1例あり、非骨髄腫疾患と比較して有意であった（4%対0%、 $p < 0.05$ ）。

【考察】骨髄腫では、胸骨病変を伴うことが多く、胸骨穿刺は禁忌であるとする理由が示唆された。しかし、第1肋間では骨髄腫以外の疾患においても同様に骨病変を認められることから、肋間の誤認による誤穿刺は心タンポナーデを引き起こす可能性があり、注意を要する。胸骨穿刺より、腸骨穿刺を第1選択とするようなガイドラインの制定は致命的合併症防止には必要と考える。

抗がん剤の払い出しに関する取り組みについて

鮎田利恵¹⁾、羽賀 操¹⁾、山村康比古¹⁾、伊藤香織¹⁾、松本啓一¹⁾、川崎寛一¹⁾

1) 東京都立府中病院

都立府中病院は、平成 15 年 7 月から電子カルテを導入している。使用予定注射剤は、施行前日の締め切り時間までに入力された注射処方せんをもとに、薬剤師が処方鑑査後、患者個人ごとに払出している。締め切り時間に間に合わなかった場合は、各病棟の定数在庫薬から使用され、在庫がない場合は、看護師が、薬品請求伝票を作成し薬剤科に提出して、薬品の払い出しを受けている。

従来、抗がん剤は、病棟に抗がん剤の定数在庫を置かない取り決めとしていたため、締め切り時間に間に合わない入力があった場合、全て薬品請求伝票によって薬品が払い出していた。

薬剤科は、抗がん剤を含む注射処方を平成 17 年から患者履歴を手書きで作成し、処方鑑査の段階でレジメンと処方との合致等をチェックしている。その中で、疑義がある場合は処方医に照会することで医療事故を防止している。薬品請求伝票のみによる払い出しは、薬剤科での処方鑑査未実施のまま、薬品請求伝票の記載内容のみで薬品を払いだす結果となっていた。

こうした状況は、医師の処方入力、薬品請求伝票作成、払い出しの各段階でミスが生じる可能性があり、誤投与が患者の生命の危険に直結する抗がん剤においては、医療安全上重大な問題であった。

そこで、抗がん剤を含む注射処方の運用方法を医師、看護師、薬剤師で協議の上見直しを実施、薬品請求伝票による抗がん剤の払出しを廃止して、薬剤師が全ての抗がん剤を締め切り時間前と同等の処方鑑査を実施した上で払出すこととした。

今回その取り組み方法と、導入後の効果について報告する。

本研究は医療経済研究機構が実施した平成 18 年度「在宅高齢者等のターミナル期における介護、看護のあり方に関する研究」により行われた。

P08

外来化学療法業務における薬剤師側から見た連携向上への取り組み

鈴木麻由香¹⁾、佐藤美佳¹⁾、岡澤美貴子¹⁾、坂田修一¹⁾、折井孝男¹⁾

1) NTT 東日本関東病院薬剤部

【目的】近年では入院医療の包括化や患者 QOL 向上の点から、外来化学療法の役割が重要視されている。NTT 東日本関東病院（以下、当院）は癌地域診療拠点病院の認定を受けており、2008 年 2 月より当院薬剤部では外来化学療法室との間で業務報告日誌の運用を試みた。今回、日々の業務の問題点把握・改善と他部署・職種間の連携円滑化を図ることを目的として、業務報告日誌により生じた質疑応答件数と応答内容について調査し、日誌の有用性について評価・検討した。

【方法】調査対象である業務報告日誌の記載内容は自由記述式をとり、調査項目はその内容から業務運用、薬剤の副作用、薬剤の取り扱い、レジメン関連等に分類した。調査期間は 2008 年 2 月から 2009 年 1 月までとした。

【結果・考察】調査期間中の質疑応答件数は 22 件であった。このうち、業務運用に関する内容は 4 件（18%）あった。これらは互いの業務の流れを把握することで改善することができた。薬剤の副作用に関する内容は 8 件（36%）と最も多かった。日誌運用開始前は患者の質問に対して現場の看護師では対応が困難な場合、後日医師に問い合わせて回答していたが、薬剤師の介入によってより迅速に適切な情報提供を行うことを可能とした。患者の訴えの中には副作用としての認識が不十分であるとされる症状もあり、情報提供の見直しを図ることができた。遮光の必要性や投与速度等の薬剤の取り扱いに関する内容は 4 件（18%）、レジメンに関する内容は 4 件（18%）あり、いずれも薬剤部側の情報提供で解決された。また今回の調査により、ベッドサイドにいると考慮できる薬剤投与時の問題点、副作用の発現状況等の情報を得ることを可能とした。

【まとめ】業務報告日誌の活用は薬剤部・外来化学療法室間の業務把握に有用であることが示唆された。今後は記述方式等を改善し、更なる業務連携の円滑化に取り組むべきであるとする。

国際親善総合病院における入院患者持参薬管理について

小池純子¹⁾

1) 国際親善総合病院薬剤部

【目的】入院患者の持参薬管理に薬剤師が関与する事は、患者安全の確保やリスクマネジメントの点において重要視されている。現に、平成20年度の診療報酬改定では後期高齢者退院時薬剤情報提供料が新設され、「入院時に医薬品の服用状況及び薬剤服薬歴を手帳等で確認するとともに、患者が医薬品等を持参している場合には当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録に記載する」とあり、持参薬確認に対する算定基準が明言された。そこで当院において持参薬管理の実際と問題点について検討した。

【方法】当院では入院当日、現在の服用薬剤とお薬手帳の持参が徹底されていなかった為、事前に患者へその旨を説明することを看護師へ依頼した。入院後、病棟薬剤師が前医からの紹介状も併せて内容を確認、不明点が有れば初回訪問時に患者へ直接聴取して「薬剤鑑別報告書」を作成、指示簿へ添付し医師・看護師への情報提供とする事とした。持参薬継続の場合は実際に持参薬を使用し、患者にとって入院費削減へ繋がるよう努めた。更に、退院服薬指導時にはお薬手帳へ退院処方内容や前医との変更点等を記入し、併せて患者や家族にお薬手帳の意義や利用方法の確認・説明をした。

【結果・考察】リスク回避の例として、持参薬・お薬手帳内容と前医からの紹介状内容が違っていた。患者が薬袋に薬を戻す際に入れ違えており、それに気付かず服用していた。複数の医療機関から同一成分薬があった。減量前の薬剤も一緒に入っており、混合服用していた。期限切れの薬剤を発見した等である。問題点として、全ての入院患者が持参していない現状が有るが、よりタイムリーな対応が出来る様なシステムの構築をしていく必要がある。今後、お薬手帳の推進は医療機関と保険薬局との薬薬連携に重要となっていくであろう。

スペイン語圏在日外国人が外国より持参する医薬品について

丸岡弘治^{1,2)}、岸本桂子²⁾、福島紀子²⁾

1) 介護老人保健施設横浜あおばの里薬剤部 2) 慶應義塾大学薬学部社会薬学講座

【背景】日本に在住する外国人の数が年々増加し、その数に比例して、病院、薬局、ドラッグストア等、私たちの現場においても必然的に来場してくる頻度も増えて来ている。特にスペイン語圏在日外国人にスポットをあて、本講座で2006年に行った予備調査では「外国から持ちこまれる医薬品」が多いことが抽出され、具体的にどんなものがあり、対策を考えるべく、2008年に調査を行った。

【目的】「外国から持参された医薬品の問題」について掘り下げ、彼らが持っている薬についての意識や情報提供ニーズを調査し、彼らがこうした医薬品を持つことにより抱える医療リスクを考え、援助目的で薬剤師が提供できるサービスを検討した。

【方法】都道府県別でみるとスペイン語圏外国人が最も多く在住している神奈川県となっている。キリスト教徒が最も多いことを考慮し、その中で最も該当人口が多い大和市、厚木市、藤沢市、横浜市を中心に存在するキリスト教会に出向き、スペイン語に翻訳し自記式調査表を配布して平成19年12月～平成20年1月の期間で実施した。

【結果】回収率は84.9%で、有効回答数は269枚であった。日本在住年数は 12.5 ± 6.1 年と比較的に長く日本に在住する群であった。持ち込みのあった医薬品は「解熱消炎鎮痛剤(NSAIDs)」が最も多く、次いで「抗生物質」が多く記載されていた。外国からの持参薬に関して、日本の医療従事者に対して「相談しない」とした人は56.5%であった。

【考察】自己判断で服用し、かつ病院で受診していてもそれを伝えてないという大きな問題が見え隠れしているように思われた。日本在住年数が長いにもかかわらず、「伝えたいことが伝わらない」とする理由が最も多くみられ、自分の症状などを患者自身で伝えることができるように援助する必要があると思われた。

安全管理者の悩みを考える ～ アンケート結果から見出した課題～

中村房子¹⁾、長谷川敏彦²⁾

1) 医療安全研究会（日本医科大学医療管理学教室内） 2) 日本医科大学医療管理学教室

2008年11月に行われた医療の質・安全学会第3回学術集会では2日目夕方にミニコースとして6講座が実施された。この中で日本医科大学医療管理学主任教授が行った「医療安全体制整備の考え方と今後の課題」には約100名の参加があった。このとき講義概要を記したペーパー配布とともにアンケート調査を実施した。

アンケート結果回収は27であったが、講義時間帯や終了後の雰囲気から実際に安全管理に従事している者や安全管理に関心がある者の参加がほとんどであり、いかにも安全管理に関心が高いハイレベル者と思われた。

アンケート回答者には医師2名、看護師12名、医療技術者2名が含まれ、その他は11名であった。また無記名は2名と僅かであり、名前を名乗ることでの意識の高さを伺がわせた。

アンケート内容のうち、Q1とQ2では安全管理の基礎知識について尋ねたが、自分自身に確固たる自信がある者が意外に少なかった。これに対し、Q8では病院内の安全管理体制がほぼできていると示していた。これらと他の質問と併せて考えさせられたことは、安全管理者が自分自身に確固たる自信を持てるだけの十分な教育研修を受けていないのではないか、という点。また安全管理者としての情報交換や悩みを打ち明ける友人や知人の存在も含め、仲間との情報交換が少ないのではないかと思わせた。

今、全国の病院では生き残りをかけて多方面に情報の発信や院内組織の見直しを行っている。そこでさらに最も重要な安全・安心の医療を行うためにも、安全管理者の意識改革や育成に力を注ぐべきであると考え。今後、私どもの立場からはこの人々を十分サポートする活動を行っていく必要性を感じている。

医療安全研修で実施する行動制限教育への取り組み

佐藤 功¹⁾、太田勝美¹⁾、渡部大志¹⁾、松坂 稔¹⁾

1) 国立精神・神経センター

【はじめに】

当院は、精神・神経系疾患病床を有し、その治療上、行動の制限（隔離または拘束）を行う機会がある。そのため、医療従事者が行動の制限に関する倫理的配慮 精神保健法、医療観察法、神経科における行動の制限の知識 正しい拘束手技を習得することを目的とした行動制限研修を行った。

【研修形態】

研修対象の照準化：看護継年別 2・3 年目研修とその教育的立場の人材

研修の実際：医療観察法精神保健指定医による講義、精神科 ER・救急隊経験看護師による講義と行動の制限シミュレータ・トレーニング

【研修の評価】

第 3 回研修参加者は 43 名で回答者 29 名における質問紙の内容と反応を下記に記述する。

1. 今回の研修の時間帯の設定：よい 25 名（86.2%）悪い 3 名（10.3%）無回答 1 名（3.4%）
2. 研修の内容について：1) タイムリーでしたか：はい 29 名（100%） 2) 講義のわかりやすさ：よい 29 名（100%） 3) 時間配分はどうか：よい 29 名（100%） 3) 時間配分はどうか：よい 29 名（100%） 4) 研修は充実していましたか：はい 29 名（100%）
3. この研修を受講しての感想(抜粋)：
 - ・精神科病棟と一般病棟での行動制限の違いが理解できた。（4）
 - ・拘束・隔離の際は看護師のアセスメントがとても重要なことが再認識できてよかった。（2）
 - ・実際に拘束の方法をみて、注意する点・確実な拘束がわかり勉強になった。（6）
 - ・体験談を含めての話だったので理解しやすかった。人権尊重を守りながら、ということが難しいと感じた。

【今後の課題】

行動制限は年々縮小の傾向にあるものの、各科において依然必要であり、治療効果をあげる有効な手段である。今後はさらに研修内容を充実させていくと共に、各病棟への出張研修や OJT、OffJT 等を通して、人材育成に努める必要がある。

P13

医療機関における教育訓練施策が看護師の顧客志向行動に及ぼす影響 SEM によるワークコミットメントの媒介効果の検討

竹内久美子¹⁾、口元志帆子¹⁾、竹内倫和²⁾、竹内規彦³⁾

1) 目白大学看護学部 2) 東京富士大学 3) 東京理科大学

【問題と目的】

近年、医療機関のマネジメントにおいて、顧客満足を高めることが重要な課題になってきている。特に患者に対する満足度を高める上で、看護師が実践場面において患者の意思や希望を優先した行動を適切に取れるかが、極めて重要である。しかし、このような看護師の顧客志向行動を引き出すためには、看護師が所属する組織や職務に対する高いコミットメントを持っていることが必要であり、医療機関では、看護師に対するマネジメントを適切に行なうことが求められている。

そこで、本研究では医療機関における教育訓練施策に焦点を当て、ワークコミットメント（組織コミットメントと職務関与）を媒介とした教育訓練施策と看護師の顧客志向行動との関係を実証的に明らかにすることを目的とする。

【方法】

調査は2003年11月から12月に、医療・介護関連施設で働く職員1371名を対象に質問紙調査が郵送法で実施され、1052部の回答を得ることができた。本研究では、看護職を分析の対象としているため、該当する122部（25施設）を分析に用いた。測定尺度は、全て既存の精緻化された尺度が用いられ、係数は全て.70以上であった。

【結果と考察】

医療機関の教育訓練施策が看護師の組織コミットメントと職務関与に正の影響を及ぼし、組織コミットメントと職務関与が顧客志向行動に対して正の影響を及ぼすことを仮説化した因果モデルを設定し、SEMによる検討を行った。その結果、このモデルがデータとの高い適合度を有していることが確認された（GFI=.90; IFI=.94; CFI=.93）。具体的には、上記の仮説化されたパスの全てが有意な正の影響を及ぼしていることが確認され、医療機関における教育訓練施策は、看護師の所属施設や職務へのコミットメントを高め、施設や職務へのコミットメントが高まることによって、顧客志向行動が高まることが明らかになった。

P14

看護学生を対象としたインターンシッププログラムの有効性の検討

宮崎貴子¹⁾、瀬戸僚馬¹⁾、福井トシ子¹⁾

1) 杏林大学医学部付属病院

【はじめに】

新卒看護師の職場定着を支援する活動の一環として、看護学生のインターンシップの重要性は年々高まっている。他方、インターンシップを導入する病院が増加しているものの、その効果に関する報告はまだ少数である。もとよりインターンシップの評価方法は未だ確立しておらず、各病院が手探りで有効性を検討しているのが現状である。

そこで本研究は、他業種におけるインターンシップの評価事例を参考にし、看護学生を対象としたインターンシッププログラムの有効性を検討することを目的とした。

【方法】

平成20年7月1日から9月30日の間に、K大学医学部付属病院においてインターンシップを受講した110名の看護学生を対象とした。対象者に対して、インターンシップ終了時に自由記載によるアンケートを行い、その有効性等に関する主観的な評価の記載を求めた。

また、110名の看護学生に関して同年12月31日までの同院の採用選考試験の受験状況を追跡し、インターンシップの受講と就職活動との関係性についてFisherの正確確立検定を用いて検討した。

【結果・考察】

110名の看護学生のうち、受講日数は1日が61名(55.5%)、日が39名(35.5%)、3日および4日がそれぞれ5名(4.5%)であった。また、大学生が79名(71.8%)に対し、専門学校生等は31名(28.2%)であった。

自由記載のアンケートの結果からは、受講日数および在学校の種別によって、顕著な有効性等に関する主観的な評価の差はみられなかった。

なお、就職活動との関係性については、受講日数1日の看護学生については39.6%、2日以上の看護学生については52.1%が受講後に採用選考試験を受験していた。ただし、これを在学校の種類別にみると、専門学校生等では1日で58.3%、2日以上で42.1%と差がみられないのに対し、大学生については、1日で29.2%に対し、2日以上は51.6%と有意に高くなる傾向がみられた($p=0.04$)。大学生に対するインターンシップは、1日間のみでは十分な成果を上げにくいことが浮き彫りになった。

新型インフルエンザ対策訓練の実施結果と課題の報告

茂木玲子¹⁾、古宮伸洋²⁾、中村ふくみ²⁾、船木曜子³⁾、進藤亜子³⁾、小嶋将弘⁴⁾

- 1) 東京都立墨東病院 2) 東京都立墨東病院 感染症科 3) 東京都立墨東病院 看護部
4) 東京都立墨東病院 放射線科

【はじめに】東南アジアを中心とした鳥インフルエンザ(H5N1)の流行により、新型インフルエンザの発生が懸念されている現在、各地で発生を想定した訓練が行われている。第一種感染症指定医療機関である自施設においても新型インフルエンザマニュアルの改訂とその評価を目的に訓練を実施した。この取り組みで明らかになった課題を報告する。

【訓練概要】第1回訓練：国内発生期。陰圧テント内での外来患者初期対応から外来診療を実施。第2回目：海外発生期。入院患者の移動、診察、検査を実施。

【訓練の課題】新型インフルエンザ患者と他患者との接触機会を最小限に留める点から、テントでの対応と専用入口からの入館、外来での検査の実施は有効である。しかし、天候不良や同時期複数患者の対応はできない。また、施設外のため電子カルテは使用できない。問診から医事会計までの初期診療システムの構築が必要である。全体的に診療、職員の防護用具の使用、コメディカルとの連携等マニュアルに基づいた行動が取れたが、汚染ゾーンの範囲の見直しと患者への説明方法について課題が残った。患者に診察場所と隔離・職員の防護用具着用について説明が不足のまま進めていた。確実に感染防止対策を行うことに重点をおき、受診に当たっての患者の不安、疑問等への関わりが少なくなりがちである。いつどこで行うか、口頭だけでなく文書による説明方法等を決めておくことが重要である。

【結語】訓練によりマニュアルに基づいた感染防御の実践と診療の流れを評価することができた。今後は課題に上がった診療システム、患者への説明方法、そして早期発見を目的にした院内症候群サーベイランスシステムを構築していかなければならない。そして、新型インフルエンザが発生しても全病院職員が安全に確実に対応できる体制作りが重要と考える

P16

Work stress in association with low back pain in Kunming nurses

WU Yinghui ^{1,2)}、 LI Baogang ¹⁾

1) School of Nursing, Kunming Medical University

2) Toho University

Objective: To examine the association between work stress and low back pain in a sample of Kunming hospital nurses.

Methods: 1353 female nurses in 5 hospitals were recruited in our questionnaire survey. The work stress was measured by Effort-Reward Imbalance (ERI) questionnaire, and the von Korff scale was used to assess the low back pain. Multivariate logistic regression was applied to analyze the association between them.

Results: the ERI ratios in the nurses was 1.21, indicating the level of work stress was high. After adjustment for a number of confounding factors, it was found that nurses with high effort-reward imbalance had an elevated odd ratio (OR) for disability (1.77, 95% CI 1.14-2.75).

Conclusion: Work stress should be considered as an important risk factor of low back pain.

P17

患者と医療従事者との協働を促進する医療情報提供体制の取り組み

駒崎俊剛¹⁾、富田倫子²⁾、高田 礼²⁾、貝瀬友子³⁾、坂本すが³⁾

- 1) 東京医療保健大学 医療情報学科 2) 東京医療保健大学 医療保健学研究科
3) 東京医療保健大学 看護学科

2005年6月に医療安全対策会議で検討された「今後の医療安全対策」3本柱のひとつが「患者、国民との情報共有と患者、国民の主体的参加の促進」である。適切な医療情報の提供は、医療安全のみならず、患者やその家族に疾病・治療への理解を促し、患者の自己管理能力や主体的な行動を促進することが予測される。一方、医療情報の提供者である医療従事者とそれを受け取る患者との間には、情報の非対称性（膨大な量の情報提供や専門用語の多用により理解が阻まれる）が存在していることも指摘されている。

本調査では、医療情報の提供において先駆的な取り組みをしている米国の3病院の事例を紹介する。(1) Virginia Mason Medical Center では高齢者向け急性期ケア病棟（ACEユニット）を設け、転倒転落事故防止策やチケットホームというボードを活用した医療・ケアの目標管理を患者・家族とともにやっている。(2) Sharp Coronado Hospital & Health Care Center では、患者を支援するケア・パートナーとともに入院前からの退院調整、患者・家族への教育を積極的に行っている。(3) M.D. Anderson Cancer Center では、ケア・ギバーが患者の教育や入院生活、退院後の治療経過を支援する。施設内に Learning Center を設置されている。資料は患者教育室と臨床スタッフが検討して作成、提供されている。常駐職員が患者の質問に対応している。同病院にて治療を受けたサバイバーがボランティアとして患者に経験を話すということも行われている。

今後、治療の場所が、病院から地域・家庭へ拡大していく中で、入院前から在宅療養までに必要な情報を対象の疾患の特性に応じ、人的資源も含めたパッケージとして提供することが重要であると考えられる。

P18

患者参加型一般診療ガイドラインの患者による評価可能性の検討 小児ぜんそくの診療ガイドラインを事例として

畠山洋輔¹⁾、長谷川敏彦²⁾

1) 東京大学 大学院総合文化研究科 2) 日本医科大学 医療管理学教室

より良い医療の実現のために、医療者・患者間のコミュニケーションの重要性が指摘されるようになって久しい。実際、多様な取り組みが行われており、日々前進を続けている。しかし、その可能性については、依然として検討段階にあると言わざるを得ない。どのような仕組・システムを作成することが、両者間で望ましいコミュニケーションを可能とするのだろうか。

現在、医療への患者の参加・協働の可能性を模索する先進的な取り組みのうちの1つが、『診療ガイドライン作成過程への患者・支援者参画のためのガイドライン』（中山健夫・京都大学教授監修）に基づき、「根拠に基づく医学的なアドバイス」を行う医師委員、コーディネート・チームの支援を受けつつ、患者・支援委員が構成・執筆を行うという形で作成された『家族と専門医と一緒に作った小児ぜんそくガイドブック 2008』（西間三馨・西牟田敏之監修、協和企画）がある。これは、患者・支援者の専門性が最大限に発揮された取り組みであると言える。

この取り組みの詳述については作成にかかわったチームによる研究を待つことしつつ、今後はこの過程で作成された一般向け診療ガイドラインの評価が1つの課題となるであろう。診療ガイドラインの評価としては、AGREE といった標準化された方法があるものの、これは医療専門家による評価である。したがって、上記ガイドラインの患者参加という点を最大限に生かすためにも、患者による評価について検討される必要がある。

そこで、本報告では、実際に患者・支援者に、本ガイドラインと前身となるガイドラインの双方を読み、それについて質問紙調査、グループ・インタビューに参加していただき、その結果を記述する。そのことによって、今後の患者による診療ガイドラインの評価の在り方を模索し、医療者と患者・支援者間の積極的なコミュニケーションの促進の土台形成に資したい。

神奈川県医療通訳派遣制度構築について

早川 寛¹⁾

1) MIC かながわ (NPO 法人多言語社会リソースかながわ)

神奈川県医療通訳派遣制度は、2002年8月に神奈川県との協働事業として開始した。初年度は6病院5言語でスタートし269件の派遣があったが、その後、財源に「かながわボランティア活動推進基金21協働事業負担金」(1,000万円限度)を申請し、審査をパス。これにより病院数や言語数など規模を拡大した。またMICかながわ独自に協力病院と覚書を締結して派遣するケースも増え、2007年度には県事業と合わせて3,471件に達した。5年間が交付最大年限であった同基金が2007年度をもって終了し通訳報酬を病院・患者負担に切り替えた2008年度も件数は順調に推移している。

制度開始以来6年間で17病院(県との協働事業)を中心に10言語で1万件超の医療通訳派遣を行った。最多診療科は産科であったが、大学病院や地域拠点病院等を対象としたため、精神科を含めて幅広い科目にわたっている。最多言語はスペイン語で、神奈川県の現状を反映している。2007年には制度を評価するため、医療従事者を対象にアンケート調査を実施したが、制度の評価は非常に高く、継続を望む声が大半であった。制度が順調に推移したポイントとしては、的確な病院選定や幅広い言語ニーズに対応したこと、医療従事者へのシステム利便性の浸透、通訳報酬の無料期間の設定、大学病院や県立専門病院の症例に対応できる高い通訳レベルなどであると考えられる。

今後の課題としては、少額ながらも病院・患者側負担が発生するためにサービスへの要求水準が高くなる可能性や、報酬額に比較して通訳業務内容が高度であるとの通訳スタッフからの指摘(特に経験豊富な者から)などを考えると、通訳レベルの維持、通訳報酬の増額と診療報酬への算入、通訳資格の制度化や、システムを支える事務局の財源の確保などがある。こうした課題を外国人医療に関心のある参加者とともに考えたい。

PEG の適応・挿入から栄養管理までの標準化

栗原直人¹⁾、中尾英一¹⁾、渡部幸子¹⁾、鈴木美奈子¹⁾、秋山安史¹⁾、飯田修平¹⁾

1) 練馬総合病院

経口摂取不能な高齢者の栄養を改善する目的で末梢静脈栄養・中心静脈栄養・経腸栄養が行われている。ASPEN ガイドラインでは消化器使用可能な患者に対しては、経腸栄養が望ましいとしている。当院においても PEG (経皮経内視鏡的胃瘻造設術) を行う症例が増加している。PEG 導入前と導入後の管理を行っているが、その作成方法、作成後の抜糸、口腔内のケア、栄養剤の選択などを含めて PEG 造設・管理の手順が標準化されていなかった。

今回 NNST (Nerima-Nutrition Support Team) では内視鏡下胃瘻造設・栄養管理パスの作成することにより、安全で効率的な PEG 導入を実現した。パスの特徴は 1 . P E G 挿入の説明書および同意書の整備 . 2 . 術前検査、手術の既往、抗凝固剤の有無などの確認 . 3 . 安全な PEG 造設法 4 . 術後管理・看護観察の明瞭化として 疼痛コントロールが出来る(苦痛表情がない)。

事故抜去がない。発熱がない(38 以下)。穿刺部出血がない。減圧チューブからの出血がない。口腔内の栄養剤逆流がない。嘔吐がない、腹痛がない 創感染がない。排便状態。肺雑音 肺炎がない。6 . 経腸栄養の開始時期 7 . 通過テスト(半固形経腸栄養剤の使用) 8 . PEG の管理指導 である。

内視鏡下胃瘻造設・栄養管理パスの使用により、全工程の明瞭化、アウトカム、観察項目が看護記録に反映され、PEG 挿入後の状態確認が容易になった。練馬総合病院の胃瘻・経腸栄養の現状および内視鏡下胃瘻造設・栄養管理パスについて報告する。

P21

DPC 準備病院としての腰部椎弓切除術クリティカルパス作成の 取り組みと課題

亀田律子¹⁾、大塚理恵¹⁾、三浦 梢¹⁾、牧野千佳子¹⁾

1) 都立墨東病院

[目的] 「腰部椎弓切除術」は、入院から退院まで標準的な経過であり、創縫合方法に皮膚表面接着剤を使用し早期退院が可能となった。「腰部椎弓切除術」患者のデータを蓄積し、ベンチマーク分析による DPC 対応型標準治療計画(クリティカルパス、以下「パス」とする)を作成した。

[方法] 2007 年 7 月から 2008 年 10 月までの当院整形外科で腰部椎弓切除を受けた 32 件の入院日数の分析し、入院期間設定・術前検査を検討しパスを作成する 2008 年 11 月にパスを使用した患者 4 件の入院期間・バリエーション(オールバリエーション方式)の調査をする。

[結果] 腰部椎弓切除を受けた患者 32 件、平均年齢 67.8 歳、平均入院日数 25.3 日、術前 4.3 日、術後 20.3 日だった。ステープラを使用した縫合から皮膚表面接着剤使用へ創管理を変更したことで、入院日数を 14 日間(手術前 1 日・術後 12 日)に設定(特定入院期間 以内)した。パス使用者 4 件、平均年齢 61 歳、平均入院日数は 20 日、術前日数は 1.2 日、術後は 2.4 日短縮された。4 件中 1 件は他の治療を実施したため入院期間延長しバリエーションが発生した。他の 3 件はバリエーションの発生はなかったが社会的な要因での入院期間延長が発生した。4 件共通した追加指示は自己血輸血のための交差血採血であった。

[考察] パスの入院日数は延長していたが、パス導入前と比較すると 5.3 日減少している。術前検査に関しても交差血採血は輸血とセットでのコストは発生するため単独での術前検査としては扱われず、今後パスに追加していく。使用件数は少数であるが、治療過程ではバリエーションが生じていないため使用可能なパスであることが分かった。

[結論] DPC 対応型パスの必須条件の入院日数のコントロール・術前検査については対策ができた。薬品や術後の検査については具体的な検討は充分でなく、今後は医療コストを考慮した修正が課題である。

顎矯正手術パスの使用状況と今後の課題

田島佳代子¹⁾、市川秀樹²⁾

1) 都立大塚病院看護部 2) 都立大塚病院口腔外科

【はじめに】顎矯正手術は、その治療方法が定型化しており、当院での症例数も比較的多いことから、顎矯正手術に対して1999年9月からクリニカルパス（以下パス）を使用している。当初は紙パスから開始され、2004年11月に電子カルテが導入され、現在に至っている。本パス逸脱症例数は、1999年9月～2008年3月で、341例中16例である。顎矯正手術患者は術後、顎間固定により開口ができないことから出てくる障害を指導することにより、顎間固定解除などを自己管理できるようにすることに焦点をあて、アウトカムを設定している。パスの紹介と、パス使用しての利点と問題点を報告する。

【方法】医師が看護師に実施したアンケート調査の一部（顎間固定について）。および、アウトカム評価の分析。

【結果】患者指導と顎間固定についての看護師の理解度は低く、「すべて理解」は37%であった。パスの使用により、指示の簡略化、チーム医療の強化、患者の満足度の向上に繋がっている。しかし、疾患や治療の理解が不十分であっても看護ができるという欠点もみられている。また、現在使用のパスでは、アウトカムに不足している観察項目があり、的確にアウトカム評価ができていない。

【今後の課題】定期的に勉強会を開催し、疾患や治療等に関する理解を十分にし、パスの内容を理解した上での使用が必要である。また、パスの有効性を高めるためにもアウトカムが的確に評価できるように改善していく。

協賛企業

アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
エムエス・ラボ *
株式会社ケアコム *
株式会社シーエスアイ *

株式会社損害保険ジャパン *
株式会社損保ジャパン総合研究所
株式会社東邦キャンパスサービス
株式会社日本ホスピタルサービス
株式会社ニホン・ミック *

株式会社ヘルスケアシステムズ *
共和薬品工業株式会社 *
シミック株式会社 *
第一三共株式会社
武田薬品工業株式会社

田辺三菱製薬株式会社
テルモ株式会社
ニッセイ情報テクノロジー株式会社 *
ノバルティスファーマ株式会社
東日本電信電話株式会社 *

ファイザー株式会社
フクダ電子株式会社
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
丸善株式会社 *

「*」の記号がついている各社様には、ポスター・企業展示会場（2階ホール）にてご出展いただいております。是非お立ち寄りください。

