

D-1 電子カルテ・放射線情報システム環境下での造影剤副作用情報の周知方法の改善

市立福知山市民病院 放射線科¹⁾、医療安全管理室²⁾

○橋岡 康志¹⁾、渡辺 哲也¹⁾、大槻 道彦¹⁾、佐藤 真寿美²⁾ 芦田 久美子²⁾

電子カルテおよび部門システム導入後、患者情報の閲覧は紙カルテ時代に比し格段に容易になった。紙カルテ時代、造影剤副作用履歴を閲覧するには依頼科・日付まで1ページずつページをめくってさかのぼらねばならず、検査前の患者さんへの問診のみに副作用履歴を頼っていたと言っても過言ではなかった。

一般に過去ヨード系造影剤の副作用があった場合、同造影剤を使用して再び副作用が起きる頻度は、総副作用発現頻度および重篤副作用発現頻度とも副作用歴がない患者さんに比べ5～6倍高いことが知られている。

電子カルテ、放射線情報システム(RIS)の性能を充分生かすことで、いかに造影剤副作用情報を造影検査にたずさわる者全てに周知することが出来るか検討し、電子カルテ、放射線部門システムを運用面での改良およびソフト面での改良をしたので報告する。

D-2 当院における PACS 導入に伴う画像サーバー容量の設定と実際の推移について

公立南丹病院 放射線科

○川勝 考直、中川 雄介、河田 実

当院放射線科では2007年に64列 MDCT (Light Speed VCT、GE 社製)、デジタルマンモ装置(Senographe 2000D、GE 社製)、骨密度装置(PRODIGY Advance、GE社製)を更新。発生する大容量のボリュームデータを保存するため画像サーバーを新設し、ワークステーションを配備した。

2009年3月には電子カルテシステムとRISが更新され、診療報酬改定による電子画像管理加算の新設に対応するためPACSを拡大。院内の各電子カルテ端末へのWeb配信を開始した。2ヶ月間のフィルム併用期間を経て、旧式のデジタル非対応装置(X線TV装置等)と一部例外を除きフィルムレスに移行した。

診療データの保存義務期間である5年間に対して、安定的にアクセスできる保存容量を、2007年4月1日～2008年3月31日までの間に当院の画像診断装置で行われた各種検査から概算し、14.3テラバイトと設定した。

今回、実際に発生した画像データ量の推移を検証し、今後の予測も含めて報告する。

D-3 当院における診療録開示の状況

京都桂病院 診療情報管理室

○藤田 賢一

当院の診療録開示及び過去2年の開示状況について報告する。

当院の診療録の開示は、カルテ・X-P共に複写を開示請求者へ渡すことにより診療録開示としている。

開示の対象は患者本人及び患者が未成年の場合本人に委任される法定相続人・三親等までの親族とし、開示請求が出された案件に関しては、原則開示することとしている。

過去2年間の診療録開示件数は、両年共に10件をこえる診療録開示件数がある。

開示請求理由としては、労災・保険金支払等に纏わる手続上での開示、診療内容の確認の為の開示、裁判資料等多岐にわたる開示理由となっている。

理由はどうあれ、診療録開示は書類の手続上必要な行為であることとは別に、患者及び開示請求者と病院とがよりよい信頼関係を構築する為、必要であると考えている。

依頼があったものに対しては真摯に対応し、速やかに開示することが患者及び開示請求者側の疑念を無くす方法であると考えている。

「診療録は、病院の所有物ではなく患者より管理を付託されたものである。」との考えの基に診療録開示は、病院の社会的責任を果たす行為であると考えている。

ただし診療録開示に際し、個人情報保護への細心の注意・第三者へ被害を蒙らないように万全のセキュリティへの対応も忘れてはならない。

今後、電子カルテへ移行する可能性も踏まえ、診療録開示における開示方法・開示範囲等の検討を進め、対応も準備する必要がある。

その他、入院中の患者からの開示請求への対応・開示請求に関する書式の改訂等、現在ある課題を改善し、今以上のより良い診療録開示をめざしたい。

D-4 医事データを利用した院内がん登録のケースファインディングについて

洛和会音羽病院 経営管理部 医療統計課

○橋本 昌浩

【目的】

院内がん登録を行うためには、ケースファインディングを正確かつ効率的に行う必要がある。

そこで医事DWHによるデータ等のインポートデータを院内で作成しケースファインディングシステムにより患者毎に集約の上ケースファインディングを実施している。

しかし、集約データをすべて表示した為、ケースファインディングの件数が増大し、データのインポート内容を検討したので報告する。

【方法】

インポートデータは、組織診・細胞診・病名・手術・管理料・検査・死亡診断情報を取り込んでいた。

取り込みデータの内医事DWHより内視鏡下生検・穿刺・細胞診・腫瘍マーカーの改善を実施した。

①医事DWHより内視鏡下生検・穿刺・細胞診の実施データと病理部からの組織診・細胞診データが重複していた為、病理部からのデータでかつ悪性と診断されたものに変更した。

②腫瘍マーカーについては、電子カルテからの検査項目と検査結果数値のデータ抽出が可能になった為、これまでの医事データの利用から電子カルテからの検査結果数値付抽出データに変更した。さらに、検討し、異常値のみを集約することとした。

結果

①病理部からの組織診・細胞診のデータ変更によりデータ数を22%削減となった。

②腫瘍マーカーについては、65%削減となった。

この結果、ケースファインディングに必要なデータのみを集約でき効率化が図れた。

【課題】

検査は、削減できたものの、実施内容のチェックに有効利用できていたため再度検討が必要となっている。さらに画像データの所見が抽出できないかが課題であり、今後検討をすすめる。

D-5 死因コーディングにおけるコーディングの質改善に向けた院内取り組み

洛和会丸太町病院 医療統計課¹⁾、洛和会丸太町病院 経営管理部²⁾

○浅野 美幸¹⁾、櫻村 菜穂¹⁾、小林 愛¹⁾、花山 慎一²⁾

【はじめに】当院では、2007年度より自施設の死因構成把握を目的にICD10一卷に則った死亡診断書の登録を行っている。疾病コードの精度調査をした結果、2007年度では30%の分類間違いが発覚した。対策として、勉強会開催と分類のダブルチェックを実施し、2008年度に15.1%となった。しかし、分類間違いは死因に影響を与えるため0%にしたい。そこで、2009年度より新たな対策に取り組み、結果を得たので報告する。

【目的】分類技術の向上を行い、分類間違い発生を0%にする。

【方法】

○現状分析:分類間違いの状況を分析する。

<2007年4月～2008年3月 集計結果>(N=148)

4桁完全一致:65.0%、3桁一致:8.8%、章は一致:16.2%、章も不一致:10.0%

評価項目引用:「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上測る為の具体的な方策についての研究」2008年厚生労働省

○要因分析:分類間違い発生の要因を分析する。

<要因>ICD10ルールを選択間違い(57%)、診療録を読み取れていない(33%)、医師記録の不備(10%)

○対策立案・施行:要因に対する対策を検討し、2009年4月より施行した。

<対策>実例を盛り込んだハンドブックを作成し、勉強会を行う。毎月1回の症例検討会を開催し、分類困難な症例の検討を行う。傷病名記載の留意点について、医師への働きかけを行う。

【結果】ICD10ルールを選択間違いは、2007年4月～2009年3月で10.7%の分類間違いが発生したが、ハンドブックの使用により2009年4月の集計結果は5.0%と減少し、7月で0%となった。

診療録を読み取れていないと医師記録の不備は、検討会の開催と医師への問い合わせの実施により、4月集計で0%となった。

【今後の課題】今後の課題として、医師記載の精度向上を目指し、実例を入れた死亡診断書マニュアルを作成中である。

D-6 看護必要度と人員配置の現状

公立南丹病院 看護部

○中川 春美、三嶋 照代、藤阪 みさ代、川勝 智子、斎藤 美代子、下村 加代子、大嶋 清子

2008年11月より、看護必要度の評価を電子化し、全体の看護必要度の把握が可能となったが、看護師の適正配置に向けたマネジメントツールとしての活用ができていない現状である。今回、看護必要度患者レベルの現状を明らかにし、今後の看護師人員配置検討の示唆を得ることを目的として、看護必要度評価導入から10ヶ月間の現状を報告する。【方法】電子化された9部署の日勤帯の看護必要度を患者分類別、看護師必要数と配置数を抽出した。全病棟および病棟別に患者レベル1から5に分類し単純集計し、病棟間および曜日別の関連の有無は一元配置分散分析を行った。【結果】A・B得点0点は30%、A得点1点又はB得点1点以上は26%、A得点2点以上又はB得点3点以上は4%、A得点2点以上かつB得点3点以上は38%、A得点4点以上かつB得点6点以上は2%であった。7:1算定基準とされるA得点2点以上かつB得点3点以上のあたるレベル4と5での多い順は脳神経内科、呼吸器内科、循環器内科、整形外科、外科、救急病棟、耳鼻咽喉・眼科、血液内科 産婦人科であった。看護師必要数以下の部署は脳神経内科、呼吸器内科、循環内科、整形外科であった。各レベルにおいて病棟別に有意差を認めた(<0.0001)が曜日別では有意差を認めなかった。【考察】内科系の看護必要度が高いが看護師の配置は少ないことが明らかになった。これは、病床数や病床の稼動状況、疾患の治療の特性などから従来行われていた臨床的経験を頼りとした配置であったのではないかと見える。疾患の特性から手術を取り扱う病棟や救急病棟は忙しいという経験からと夜勤人数確保のため常に看護師を充足させていたと考えられる。日勤の人数の充足している部署は従属されていない部署への応援体制で負担が緩和されるのではないかと考える。【終わりに】入力していない科の問題や入院時の記録や不穩患者の対応やクレーム対応など看護必要度結果だけでは判断できない項目があり必要人員を決定するための今後の課題であると考えられる。

D-7 当センターにおける蘇生向上チーム発足・急変時対応能力向上への取り組み

近江八幡市立総合医療センター 救命救急センター¹⁾、救急診療科²⁾、外科³⁾

○國松 秀美、¹⁾鶴田 宏史、²⁾土屋 邦之³⁾

当センターでは、医療従事者における急変時の蘇生能力を向上させることを目的として、医師、看護師、コメディカルにより2008年度より蘇生向上チームを発足させた。

院内で患者が急変する可能性が高い部署としては、病棟・外来だけでなく、各種検査・放射線・リハビリテーション科など中央部門の医療技術部を含めて考えていくべき、との認識から、各部署からの代表者でチームを構成し、毎月定例会議を開催して以下の活動を行った。

2008年度:①新たに院内で統一された蘇生記録用紙を作成。30例の蘇生症例検討を行った。②蘇生症例検討結果をもとにして、救急カートの内容・配置の見直しと整備、その他の物品についても、急変時すぐに対応できるよう配置の改善を行い、院内での統一化をはかった。③部署毎に過去に作成されていた急変時対応マニュアルを、手順・役割分担がわかるように改訂をおこなった。

2009年度:改訂した部署毎のマニュアルをもとに、①病棟・外来の他、各医療技術部部門でも、実際の職場を会場としてのシミュレーション/BLSを行い、マニュアルを検証。②院内BLS(一時救命処置)、ICLS(突然の心停止に対する最初の10分間の対応と適切なチーム蘇生)研修において、蘇生向上チームのメンバーがインストラクターとなり指導。③部署毎の受講者やインストラクター参加者の調整を行った。

蘇生向上チームの活動開始以降、看護師・コメディカルの受講者は徐々に増加してきている。今後は、系統立てた院内教育と教育の継続を行い、院内全体の更なる蘇生対応能力向上を目指して活動を継続していきたい。

D-8 「CKD撲滅キャンペーン隊結成3年を経て」

近江八幡市立総合医療センター CKD撲滅キャンペーン隊

○井本 千秋、青木 あつ子、安藤 敦子、井狩 美佐枝、江畑 里美、門 浩志、北川 博也、久郷 稔、黒川 あかね、塩津 弥生、枝連 美恵子、末吉 千鶴子、高木 彩乃、田中 陽子、近野 由美、塚本 有子、中北 珠世、西 友見、西尾 諭美、西堀 好恵、八田 仁美、東森 佳子、久永 浩司、平松 和子、深尾 甚一郎、牧田 広之、宮澤 里紗、宮本 早苗、山口 瑞彦、吉弘 敏美、和田 真紀子、八田 告

近年、メタボリックシンドロームが脚光を浴びる中、新たに慢性腎臓病(CKD)という概念が提唱された。CKDは透析予備軍であるだけでなく、心・血管疾患や死亡リスクであることで注目されつつある。現在、成人の8分の1がCKDと言われている。無症状のまま進行する為、知らずに透析にいたる例が後を絶たない現状を臨床の場で目の当たりにする。しかし、CKDについて、まだまだ国民に浸透せず、腎臓すら知らないと言われるほどマイナーな臓器である。

そこで、2006年当センターの腎臓内科医八田医師により院内メールで啓発活動スタッフ募集の発信があり、当初20名ほどの有志が集まった。そして、“CKD撲滅キャンペーン隊”が結成された。

まずは勉強会から始まり、方向性を確認して、強い団結を図った。予算0の状況から始まったボランティア活動ではあったが、それぞれ隊員の特技と知恵を出し合い構想を練った。啓発道具は全て手作りで、イメージキャラクターもオリジナル、イメージソングも替え歌ではあるがCD収録し、形が出来上がった。

結成からわずか4ヶ月後、地元市民の腎臓を守りたいという願いのもと、CKDを市民に知っていただくための街頭演説と早期発見の手がかりとなるべく検尿試験紙配布による啓発活動を始めた。現在は年間行事としての活動もいくつか定着し、任意団体NPOとして、活動範囲も拡がりつつある。

医療費の予算見直しに先駆け、生活習慣病予防が重要視される今日、CKDをさらに多くの医療従事者にも知っていただき、国民の腎臓病予防につながるよう、我々の活動をここに紹介する。

D-9 「看護必要度」導入後の取り組み

京都府立与謝の海病院 看護部

○永濱 智美、小嶋 伊都子、日達 景子

医療保険制度の改革を受け、18年から本院は7対1入院基本料を算定している。7対1入院基本料というのは看護師の傾斜配置、リリーフ体制を可能とするものであるが、その根拠となるものとして看護必要度を協会は推進しており、本院も19年6月よりそれを導入した。導入するにあたり、看護必要度プロジェクトチームを立ち上げ、メンバーが講師となり看護職員全員を対象とした学習会を開催した。その内容は、「看護必要度」導入の意味や各評価項目の定義を説明し、また、DVDを使用した練習問題を行い理解の程度を確認するものであった。

その後も「看護必要度」のバージョン変化、又、20年度の診療報酬改定に伴い、「看護必要度」基準の導入もあった。それは、院内指導者研修はもちろん、必要度の精度、バージョン変化の研修は義務化されている。そのため、プロジェクトメンバーが院内指導者となり、新規採用者や長期休暇からの復帰者へ学習会を行ったり、また定期的にカルテ監査を行っている。

今年度は、看護必要度の理解の程度の把握と精度を上げることを目的として、プロジェクトチームが看護必要度の監査、練習ドリルによる研修を行った。その結果、間違いやすい評価項目の傾向や、紙面上の例題での限界や課題もみつかったので報告する。

D-10 外来患者満足度調査結果の検討と対策

社会保険京都病院 外来

○田岡 直子、上山 さゆみ

当院外来看護室では、「患者中心の医療」の実現のために、患者満足度をどのように向上させればよいかを考えるため、毎年患者満足度調査を300名前後の患者様のご協力により実施している。

このような調査は医療の質の向上のために大変重要であり、病院機能評価においても必要なものである。また、看護ケアの質評価の指標の一つであり、患者による看護の評価方法で、提供した看護ケアが患者にどのように受け止められているのかを把握するためにも有効である。そのため、病院の窓口とも言える外来看護室においては、意欲的に取り組むべき課題である。

過去2年間の結果を比較してみると、最も満足度が高かったのは、「看護師の言葉使いや態度について」最も満足度が低かったのは、2年間とも「診察待ち時間の長さ」であった。このように毎年、同様の結果を得ていた。

しかし、良い結果を得ている看護師の対応にも個人差があり、自由記載部分では数多くのご指摘も頂いている。これに対し、前年度末に接遇の自己評価を行い、常に意識をもち業務につくようにした。早急な改善には至っていないが、意識付けをする上で継続していく必要があると考えている。

また、患者満足度が低い待ち時間に関するご意見については、待ち時間の長い診療科は特殊外来、専門外来に集中しており、看護師のみの対策では限界を感じている。しかし、患者満足度が低い待ち時間が有効に過ごせたと感じていただけるように、幾つかの改善策を検討している。このように、患者満足度調査から得られた結果を改善に結び付けていく為に2年間の結果を検討し、現在実施している対策について報告する。

D-11 患者参画型看護計画の検討—病院機能評価 ver6 受審に向けた改善—

社会保険京都病院 外来

○上山 さゆみ、園田 良子

当院では、1992年に看護診断を導入した。また、日本看護協会が看護記録指針を出した2005年には、設置母体である全国社会連合協会連合会から、看護記録ガイドライン(以下、ガイドライン)が出版された。これまで看護局では、看護の質向上のため看護記録・看護計画に取り組んできた。ガイドラインにも看護計画モデルはあるが、当院では、独自に疾患別である看護基準計画約200と看護診断別である標準ケア(看護)計画25のモデルを作成しており、それに関する院内研修などをまとめ2007年5月に「患者参画型看護計画」を出版した。患者参画型看護計画は、患者・家族に参画してもらい計画を立案する。その際、看護師が計画を説明することで、入院生活の信頼関係づくりのきっかけとなり、看護の専門性を伝える機会にもなる。そして、患者が自分の計画を理解するため患者・家族の協力が得られ、患者主体の看護計画が実現でき、自分のゴールがみえることで在院日数の短縮につながる。というメリットがある。このような看護局の取り組みにより、患者不在、看護師中心で立案していた計画の段階から、患者・家族を中心とした段階へ変化してきた。

病院機能評価Ver4でも計画立案時の患者・家族への説明・同意をどのようにしているかは問われていたが、Ver6では、計画修正時の同意や説明後に計画を患者・家族に渡しているかまでが問われている。このように「患者参画型看護計画」は医療の質向上のために第三者から評価をされる重要な項目となっている。病院機能評価ver6受審に向け、当院では、さらに見直しを行い、様々な改善に取り組んでいる。今回は、その内容について報告する。

D-12 大津市民病院における患者相談の現状と課題

大津市民病院 医療の質・安全管理室

○岡田 京子

【当院の概要】

・診療科数24診療科・病床数506床・外来患者数 1日平均 約1,200人・職員数787人

【患者相談の職務】

1. 患者・家族からの意見、要望、苦情を聞き対処する。
2. 患者・家族の人権・権利を擁護する。
3. 病院職員の人権・権利を擁護する。

【現状】当院は平成19年4月より地域医療連携室に患者相談窓口を設置し担当者1名を置いた。それまでは担当者は決まっておらず、地域医療連携室と当該科が対応していた。平成21年4月より患者相談を医療の質・安全管理室の業務として組織編成され、担当者は2名となった。(兼任1名)。また、不当要求に対応するため警察OB、1名が総務課に配属された。事案により3名で対応している。

平成19年以前の統計が無く、定かではないが暴力団関係者の不当な要望、要求、苦情も多かったと聞いている。

苦情・相談の窓口・電話での対応の総件数、平成19年度は5月から213件(苦情121・相談92)・平成20年度152件(苦情102件・相談50件)・平成21年度10月現在で157件(苦情110件・相談47件)であった。苦情の最も多いのは医師であり、診療内容に関することであった。

2番目は看護師の接遇、3番目に事務職の接遇であったが、医師の接遇に関する件数もほぼ同数ある。

職員一人ひとりが平素から患者の思いを汲み取ろう、話を聴こうという姿勢が必要である。また、患者も医師に「対する」のではなく、「医師と共に」と思い、わからないことは質問する。患者としてなすべきことを理解するよう努力することが必要であろう。

【課題】

1. 職員全員が、患者の思い、話を聴き取ることが出来るようにする。①怒鳴って来ても、初期対応時は逃げず、しっかり話しを聞く。②事が起こっていたら、見て見ぬ振りをせず全員で対応する

2. 組織力の強化

①院内での情報の共有化をはかり、意見・要望・苦情・問題を、個人または、一職場の問題としてではなく病院組織として対応、検討、評価できる仕組みをつくる。

D-13 看護月間での取り組み—時間外勤務を見直そう—

京都府立与謝の海病院 師長会

○塚原 奈美、濱口 紀美子、奥野 ひとみ

A病院では看護の質の向上と他部門へのアピールを目的に年1回秋ごろに、看護月間を設けさまざまな取り組みを行っている。これまでの看護月間では、「接遇についてのあいさつ運動」、「参加型看護計画」等の取り組みを行ってきた。

A病院では、短時間正職員の適正配置などの勤務調整も行われているにもかかわらず、夜勤に加え時間外勤務は患者数に関係なく減らない現状がある。今年度、看護協会では「ナースのかえるプロジェクト」が提唱された。これを受けて、私たち自身の安全と健康を守る取り組みとして、各自が時間管理を行うことを目標に掲げた。

そこで「時間外勤務を見直そう」をテーマにポスターによる啓発および、朝礼後の標語唱和を行った。さらに時間外勤務に関する看護業務について、その原因を各自が探り今後の時間外勤務について①各自が考え行動できること、②業務の改善策を検討し、時間内で勤務終了できる環境をつくっていくこと、③時間管理を適正に行えること、④リーダー、メンバーシップによる協力体制がとれるようになることを期待し、時間外勤務になった場合の直接看護業務について2週間調査した。各自が時間管理を行い時間外勤務の削減に取り組んで行った。

その結果、時間管理が行えていると回答する看護師が多く見られた。時間管理とは具体的にどのように行うものなのか、スタッフへの意識と現状を検証する必要性、またリーダーシップ・メンバーシップについて再度教育指導していく等、師長としての課題が明らかになったので報告する。

D-14 リスクの層別化による下肢切断ゼロへの挑戦

公立南丹病院 腎センター

○西川 真樹、南出 圭子、渡辺 貴子、小南 香織、川勝 卓朗、平井 久美子、須見 豊美、草場 哲郎

【目的・背景】我々は業務の効率化と下肢切断回避を目指しASOのリスクの層別化した基礎カルテを作成した。そこで基礎カルテ導入による下肢切断回避効果と業務の効率化を導入前年度と比較した。

【方法・結果】当院の維持透析患者を対象とし平成19年9月からの1年間で平成20年9月からの1年間で下肢切断症例の頻度などを解析した。導入前年度はASOによる下肢切断例が179名の患者の内9件発症した。基礎カルテ導入後は178名の患者の内9件発症したが、その内2例は下肢切断を目的とした他院からの症例であり1例は基礎カルテ導入前より下肢潰瘍を有していた症例であった。それ以外の下肢切断症例は毎回の透析時もしくは1週間おきにフットチェックを行っていたが、下肢潰瘍の発症は防げなかった。一方でフットチェックにかかる時間は前年度と比し減少した。

【考察】下肢切断をゼロにすることは困難であったが、基礎カルテを作成しASOスコアも用い観察頻度を設定することで下肢切断率に変化はなかったが、フットチェックを行う回数は増加、総チェック時間は減少したことから、業務の効率化が図れたと考える。

D-15 難治性下肢むくみ患者へ質の高い医療を提供するために—専門看護師介入による弾性ストッキング着用指導の有用性—

公立南丹病院 心臓血管外科外来

○平川 さやか、圓本 剛司、谷口 智史、小林 卓馬

【背景】高齢者の増加や食生活の欧米化などに伴い脈管疾患が急増しており、脈管疾患で苦しむ患者が安心して質の高い医療を受けることができる環境をつくることが求められている。当科においても増加している難治性・原因不明の下肢のむくみを主訴とする患者では、むくみの初期治療として弾性ストッキング(ES)の着用継続は重要であり、正しい方法での着用継続に向け専門知識を有する医師のみならず講習を受けた専門看護師が積極的に患者や家族にES着用指導を行うことで質の高い医療を提供することを心がけている。

【目的】脈管専門医とESコンダクターの資格を有する看護師(EN)が、自作パンフレットを用いて個々に応じた指導を行い、受診率・着用継続率が改善するか検討した。

【対象・方法】2003年8月以降にES着用開始となった患者を対象とし、当科開設前で指導がなされなかった患者22名(A群)と当科で指導を受けた患者25名(B群)に分け、着用開始から3・6・12か月後の受診率と着用継続率を比較検討した。

【結果】①受診率は何れもB群で高値であったが両群間で有意差はなかった。②着用継続率は何れもB群で高値であり、3および12か月後では有意($P < 0.05$)に高値であった。③B群の当科受診前の着用中断により症状増悪した5名においては受診率・着用継続率ともに100%で、症状は全例で著明に改善した。

【まとめ】①専門知識を持つ脈管専門医・ENによる個々に応じた指導により受診率および着用継続率が改善し、医療の質向上に繋がったと考える。②中断を予防し症状を安定化させるためには、患者が着用の必要性を理解し受容できるまで定期的な受診による指導を行うことが重要である。③今後、医療の環境を整え医療の質を向上させるためには、認定資格である脈管専門医・血管看護師・血管診療技師の養成および資格取得後に専門知識・技術が発揮できる場を提供する必要がある。

D-16 急性期病院での嚥下評価・訓練の課題—患者の動向を分析しての考察—

京都府立与謝の海病院 摂食・嚥下障害看護認定看護師

○糸井 弘美、浜口 紀美子、柳生 典世

【はじめに】京都府立与謝の海病院は、病床数295床、平均在院日数14.1日の急性期病院である。入院患者は75歳以上60%、90歳以上13%と高齢者が多いことから、加齢による嚥下障害や嚥下障害を起こしえる疾患に罹患している患者が増えており、嚥下支援が必要とされてきた。そのような現状のなかで私は、摂食・嚥下障害看護認定看護師としてH20年6月から嚥下評価・訓練・指導を開始した。また、H20年9月から水・金の午後を活動日としてベッドサイドに足を運んでいる。今回1年半の活動が経過した中で関わった患者の動向を分析することで、今後の課題を明確にした。

【方法】H20年6月からH21年8月までに嚥下評価依頼があった患者102人(死亡・評価時入院中の患者は除く)の動向を分析する。

【結果】102人の平均年齢は82.4歳、男性49人、女性53人である。疾患別にみると肺炎34%、脳血管疾患29%と多かった。全入院患者中、入院から嚥下評価依頼までの平均日数は14.3日であったため、嚥下機能への介入時期が14日までと14日以後の変化では、14日までに介入した群(早期介入群、 $n = 70$)が14日以降に評価を行った群(介入遅延群、 $n = 35$)と比べて有意に嚥下機能の上昇を認めた($p : 0.047$)。嚥下評価依頼患者の平均在院日数は68.6日で、嚥下評価後に機能上昇・維持群と機能低下群では、入院在院日数に有意な差はなかった($p : 0.47$)。退院先は在宅44%、転院37%、施設19%、在宅退院の胃瘻増設患者は42.5%であった。嚥下評価前後の嚥下機能の変化で機能低下が一番多かったのは呼吸器疾患2%であった。

【考察】嚥下評価後に機能上昇・維持群と機能低下群の在院日数については、疾患群がそろっていないことから、更に症例数を集め検討する必要がある。また、動向分析結果から①嚥下介入を早期に行うことは、嚥下機能に良い結果をもたらす可能性がある②嚥下障害のある患者の在院日数は、本院平均在院日数に比べて長い③在宅への退院患者の半数が胃瘻増設であったということが明らかになった。このことから、嚥下障害患者に早期介入し継続的な働きかけを行うことが求められる。

D-17 委員会活動の活性化への取り組み

京都府立与謝の海病院 研修委員会

○蘇理 順子、他研修委員12名

【はじめに】

当院は、看護の質向上と自己研鑽を図るため研修委員会が設置され、各病棟より委員を選出、院内・院外の看護研究発表への指導、評価などを行っている。その中の活動として院内看護研究発表会の評価、講評がある。結果をみると個々の評価にもばらつきが見られ、研究指導にも、意見の違いが見られた。そこで平成20年度の委員会活動として委員の評価能力および指導能力向上のため、毎月一題の論文評価を行い、必ずコメントすることを義務づけた。その評価およびコメントを集計し研修委員会で検討した。また、平成21年度には看護師全体の看護研究のレベルアップのため、各病棟看護師に論文を配布し評価をおこなった。

【目的】

研修委員の評価および指導能力の向上を図る。

病棟看護師が論文評価を行うことで論文に慣れる。

【方法】

委員会では担当者が選定した論文を配布し、5段階評価ポイント表を用いて評価を行い2週間後に提出した。全体の評価・コメントは担当者が集計を行い、各委員に配布し必ず目を通し次回研修委員会で検討を行った。

病棟看護師へは研修委員会で検討した論文を配布し、評価・コメントを記入した。その結果を各病棟研修委員が集計し、研修委員の評価と病棟看護師の評価を結果報告した。

【結果】

研修委員の評価は、評価基準に沿って行っているが評価・コメントに差が見られた。しかし、回を重ねるごとに同じ視点で捉えられるようになってきた。だが、論文の評価基準がわかりにくい点があるとの意見もあり検討課題である。

また、病棟スタッフの評価では「評価が難しい、苦痛だ」との意見がある一方で「学習会ができたことは良かった」「勉強になった」などの前向きな意見も見られた。

【おわりに】

今後、院内での論文の評価基準の検討が必要である。病棟看護師に論文評価を行ったことで論文を読む機会を持つことができた。

D-18 「入院時病棟オリエンテーションの改善」にむけて一安心して入院生活を送るためにー

京都第二赤十字病院 C4北病棟

○永野 並子、中川 清栄、藤原 葉月、井上 圭、内田加奈子、寺井 美里

【はじめに】

当病棟では、入院時オリエンテーション(以下ORと称す)の際OR用紙に基づいてスタッフ一人一人が行っている。ORは統一した物ではなく各自に任せていた。

その結果、OR時の対応不足や内容の異なりによる原因で、患者からのクレームが生じた。そこで統一したORが出来ていないと考え、1. 患者に解りやすく工夫がされている。2. 看護師が同じ内容を共有し統一したORが出来る。3. 業務の効率化が図れる。を目標としてORの改善に取り組んだ。

【実施】

現在行っているORから、原因と思われる患者からのクレームを整理し明確にさせた。次に、現在使用しているOR用紙からチェックリストを作成し、実際にスタッフにORを行ってもらい内容と使用時間をチェックし現状を把握した。また、初回入院の患者には、OR終了後アンケート調査を行い患者からの意見を聞いた。スタッフ全員には、ORの現状と改善策についてのアンケート調査を行い意見を聞いた。

【結果】

患者アンケート調査では、ほとんどが現状のORの内容で十分という意見だった。スタッフのアンケート調査や現状のORの結果は、詳細なことが決められておらず統一したORが出来ていない事が明確になった。アンケート調査の結果を基にして、病棟独自のOR冊子を作成する事にした。クレームの内容や、アンケート調査で明確になった詳細な事を他部門へ確認し見直し修正した。OR冊子は、場所や物品の取り扱いなどは一つ一つ写真付きとし、誰が見ても解りやすいように説明を記載し工夫した。いつでも解らない時は活用できるように、ベットサイド(床頭台)に一冊ずつ用意した。また、クレームの多い内容に対しては、視覚的に明確にするために個人の枕灯にテレビの使用時間の明記と、総室での携帯電話使用の注意を表示した。

【まとめ】

現在、改善したOR冊子を作成中でありこれから開始予定である。今後、改善したOR冊子を用いてORを実施した結果を、患者・スタッフ両者からアンケート調査し評価していく予定である。統一したORを行い、患者・家族に反映できることで看護の質の向上につなげていきたいと考えている。

D-19 救急病棟におけるコミュニケーションスキルアップ—ロールプレイングを通して得た効果的な対応—

済生会滋賀県病院 看護部(救急病棟)¹⁾、安全管理室²⁾

○瀬村 直美¹⁾、戸田 友子、横田 初音²⁾、中村 隆志²⁾

【目的】当院の平成20年度医療安全研修会で「コミュニケーションスキルアップ」を学んだ。「間違い」が起こった後のコミュニケーション対応もリスクマネジメントに含まれ、重要な技法は、「傾聴」、「受容」と「共感」であり、患者・家族と意思疎通が図れることでリスク回避に繋がる。今回、昨年の学びを部署でスタッフひとり一人の学びにすため、救急病棟という特徴を踏まえて、事例を選択しロールプレイングした。グループで問題点と看護師の行動の振り返りを行い、「短期間で患者・家族と円滑なコミュニケーションが図れる」方法を共有したので報告する。

【方法】病棟看護師への苦情事例をあげ、ロールプレイングによる演習とグループワークによる問題点の検討・看護師の行動の振り返りを行なった。ロールプレイングには、観察者記録も記載し、非言語的コミュニケーションについても配慮できる一助とした。

【結果】ロールプレイングから抽出された問題点は、患者・家族対応時の非言語的コミュニケーションである「視線の一致」や「傾聴姿勢」であった。また、「受容」や「共感」についてもスタッフひとり一人理解はしているが実際の行動として表現されていなかった。救急であるから質問に対して「即答」しなければいけないと認識も問題であった。

【考察】看護師は、医師や他のスタッフに対する「患者の代弁者」であるが「家族の代弁者でもある」ことも踏まえ、看護師の言い分を先行させるのではなく、患者・家族の言い分を聴くことが大切である。救急病棟であるが故に、コミュニケーションの基本と言われる「傾聴の技術」を身に付ける必要があると痛感した。また、回答できないことを無理に回答せず、後日対応する」ことで、患者・家族が望む明確な回答ができることも理解できた。

D-20 当院看護部における事故報告の現状—リスクに対する意識改革の取り組み—

公立南丹病院 看護部

○川勝 智子、大嶋 清子

医療の複雑化、高度化、専門分野の進行によりリスクが増大するのは当然のことである。危機感を募らせた医療機関は安全管理の専門委員会を組織し医療事故の報告システムや教育に取り組んでいる。当院においては、平成14年度より「院内安全対策委員会」が発足し、同時に看護部においても「リスクマネジメント委員」が発足した。看護部独自のインシデント・アクシデント報告書により事故の実態を把握し、情報の共有と対策の徹底を図る意味も含め些細な事故も報告をするように推進していたが、提出状況は低迷していた。安全な組織を構築するために、看護部だけでなく、病院職員を対象に、医療安全に対する研修会を開催しリスク感性を高める教育に取り組んだ。今回、もっとも事故報告が多い看護部における、報告書の現状とその取り組みの活動内容を報告する。

平成20年度の事故報告数は、約600件であった。その内、インシデントが86%、レベル3に至ったアクシデントが14%であった。事例としては、転倒転落が37%、注射関連が21%と上位を占めている。転倒転落によるアクシデントを減少させるためにも、転倒転落危険度レベルチェックによる情報共有を行うようにした。注射関連においては、輸液ポンプの設定ミスによる事故報告が多かった。そのため、輸液ポンプ使用時の基本的確認項目の表示、種類別輸液ポンプのポスター掲示をおこなった。また、事故を報告するだけに終わらせないためにも、事故の分析手法の研修会を行い各部所において分析・対策が実施されるようになってきている。

報告件数が多いことが一概に悪いことであるとは言えず、看護部リスクマネジメント委員会の努力により、むしろ従来気がつかなかった細かい事例まで報告するようになり、リスクに対する意識改革が高まったと思われる。

今後は、事故報告が電子化されることで、明確な統計処理を行い、事故の傾向や対策を現場にフィードバックしていくことが課題である。

D-21 医療安全対策に対する看護師の意識向上を目指して—RCA分析法を用いて—

公立南丹病院 看護部

○豊田 純子、野村 翠里、奥村 美紀、谷 美希、釘宮 美由紀、眞継 美貴、前田 美恵子、三嶋 照代

当院の平成20年度インシデント報告の全体件数は624件。当病棟においては、内科と小児科の混合病棟といった特殊性や成人と小児の看護方法の違いからリスクが発生しやすい状況にあり、68件の報告がある。そこで当病棟では、RCA分析法により情報の共有や振り返りを行うことで、リスクに対する意識が高まり、リスク件数の減少につながるのではないかと考えた。RCA分析法とは根本原因を同定し、計画立案・実施して再発防止を図るといふ考えの分析システムである(以下RCA分析と略す)。当病棟で提出されたインシデント報告を使用し、毎週1回RCA分析を実施。開始当時と4ヶ月経過時点でアンケート調査を行い、医療安全に対する意識の変化を見た。

前後のアンケート結果を比較した結果、業務遂行への「急ぎ」の気持ちがインシデント発生の危険因子であることが示された。また1回1事例を設定して取り組むRCA分析ではより多くの事例を扱わなければ個々の事例に対応するのは難しく、参加回数の違いによって医療安全対策や意識付けのレベルに差があることが明らかとなったのでここに報告する。

D-22 血液透析患者への腎性貧血における効率的な継続管理—貧血管理表を使用して—

京丹後市立弥栄病院 透析室

○芦田 鈴子、老耷 文子

I. はじめに

血液透析患者においては、さまざまな合併症が想定される。その中の一つにエリスロポエチン産生低下が原因とされる腎性貧血がある。今回、当院でも貧血治療をより効率的に行うことを考え、腎性貧血におけるデータ・薬剤使用を一覧にした「貧血管理表」を作成し、その使用を試みた。結果、継続的な貧血管理において有用性を見出せたので報告する。

II. 研究方法

方法:①月2回の採血データと使用薬剤及び使用量をH20.9月～H21.4月まで貧血管理表に記入し使用前・後のデータを分析。

②スタッフで貧血管理表使用前・後でアンケート調査を行う。

III. 結果

対象者の貧血管理表使用前後Hb平均値を目標内・外の人数にてt検定を行った結果、フィッシャー0.0169危険度5%において有用性が証明された。Hb平均標準偏差はHbで前0.6、後0.5であり0.1低下した。

EPO製剤週間平均使用量を貧血管理表使用前後で単純比較した結果、週単位7680単位削減した。

スタッフアンケートの結果、検査データ・使用薬剤・薬剤使用量の把握について意識向上に繋がった。今後の貧血管理表使用については全員一致で「必要」と回答した。

IV. 考察

今回の貧血管理表の使用結果により、Hb目標値の維持が以前より良好になったことがいえる。また薬剤使用量の削減は透析中の投与による感染と安全管理上の利点も考えられる。スタッフアンケートからは貧血管理表使用による継続管理への有用性と貧血管理への意識向上が感じ取れた。これらの事から、貧血管理表の使用は効率的な継続管理に対し有効であり、血液データ・使用薬剤・薬剤使用量を同時に系時変変化として認識できたことが今回の結果に結びついたと考える。

D-23 看護部リスクマネジメント委員会の安全教育の取り組み

日野記念病院 看護部

○東 清美

当院は195床(一般病棟145床・医療療養病棟49床)の病院である。医療現場において「医療事故防止」が言われるようになったのを契機に、平成13年、院内に初めて看護部リスクマネジメント委員会が立ち上げられた。

立ち上げ当初は、事故防止マニュアル作成、ヒヤリ・ハット報告の集計等が活動の中心であった。看護部各部署から提出される報告書は、年間80件から90件であり、報告は、情報の共有化に留まり、具体的な対策や対応が不十分であることが多くみられた。

『今日の医療現場では、新たに出現するリスクを適切に把握し、事故を未然に防止するための行動を組織として、確立できる人材育成が急務である。』とされている。

当院、看護部でも人材育成のあり方の検討や看護部全体で取り組めるセフティーマネジメントをテーマにまず、委員会メンバーの一人ひとりが安全な療養環境・職場作りを行うため必要なものは、何か。どのようにすべきか検討を行い、目標を掲げ平成19年よりリスク感性を磨くための取り組みを行ったので報告する。

D-24 せん妄予防のための看護ケアの実際ーせん妄スクリーニングシートの活用ー

京都第一赤十字病院 A3階病棟

○川島 智子、森 俊文、曾川 弘子、安堂 智香子

当病棟では、心臓血管外科の術後患者をはじめ急性期患者が多く、急な環境の変化も加わってせん妄状態に陥る患者が多い。現在当病棟ではせん妄スクリーニングシート※を使用してせん妄予防に取り組んでいる。そこで今回はせん妄予防スクリーニングシートを使用することに加えて、せん妄予防に対する看護師の動機付けをし、看護ケアの標準化を図ることを目的に、独自のせん妄予防看護ケアプランを作成し実施した。実施した結果、看護師がより意図的な関わりができるようになり、看護の標準化が図れ、せん妄予防に繋がったのではないかと示唆を得られたためここに報告する。

※せん妄スクリーニングシート:心療内科と相談し、せん妄に陥りやすい状態にあるハイリスク群の選別を目的に作成された用紙。

D-25 院看護部における危険予知トレーニングの2年間の取り組み

公立高島総合病院 外来¹⁾、透析室²⁾、医療安全室 専従リスクマネージャー³⁾

○澤井 奈奈江¹⁾、北川 久美²⁾、日置 千津子³⁾

【はじめに】公立高島総合病院は、湖西唯一の病院として地域に貢献している。平成20年10月に医療安全推進室を設置し、専従リスクマネージャーが配置された。当院の看護師の平均年齢は44.4歳の中堅以上のベテランが大半を占めている。中堅看護師やベテラン看護師は、講義やグループワークが不得意であり、効果的な教育方法が課題であり、平成20年度から年間計画を4月に提示することと、研修方法を工夫し参加型研修を多く取り入れた。医療安全教育においても、専従リスクマネージャーが中心となり年間計画を立案し、院外のKYT研修への参加や、ロールプレイを取り入れた参加型研修を取り入れるなど、積極的な取り組みを行ってきた。この2年間の取り組みの成果と今後の課題について報告する。

【目的】危険予知トレーニング(以下KYTにする)の2年間の成果を知る。

【方法】1. 各部署でのKYTの取り組みの聞き取り調査、2. 研修後のアンケート調査、3. 研修前後のインシデント・アクシデント件数の比較

【結果と考察】1年目の結果では、KYT研修に参加し、メンバーで共通理解することで委員会活動の円滑化が各部署での健康KYTや、ワンポイントKYTの導入がスムーズに実現した。健康KYTではスタッフ間で健康を気遣って、業務に支障がないか確認することができ業務調整がしやすくなった。また、重点項目をタッチ&コールで唱和することによりチームの一体感も得られた。集合研修会では、KYTについて「よくわかった」「まあまあわかった」を合わせると97%の回答を得た。また「グループワークについて」は75%の人が良かったと回答した。グループワークを行うことで学びを共有することができ、個々の感性に働きかけることができた。研修前の4カ月間は30～40件/月のインシデント報告であったが、研修後の4カ月は18～28件であった。

【結論】1. 専従リスクマネージャーが配置されることで計画的な教育ができるようになった。健康KYTを実施することは、就業前に業務調整がしやすくなりスタッフ間の信頼関係も良くなる。2. KYTの推進を行うために、継続した研修会の開催と参加型研修が効果的である。

3. KYT研修によってインシデント数が減少傾向にあり、危険への感受性が高まった。

D-26 硫化水素中毒患者受け入れ体制の整備—硫化水素中毒患者搬入例より—

公立南丹病院 看護部 救急部・集中治療室管理運営委員会¹⁾、救急室²⁾、総務課³⁾

○前田 絵理子¹⁾、計良 夏哉¹⁾、小林 卓馬²⁾、松葉 宏美²⁾、上田 多加子²⁾、西川 真樹²⁾、川勝 智子¹⁾、馬淵 勝英³⁾

【はじめに】インターネットなど情報源の普及により、硫化水素の発生は容易となり、中毒患者の搬入に遭遇する可能性も高い。二次災害の危険性も高く、受け入れる現場は安全性を考慮した対応が求められる。当院では、平成21年春の準夜帯に初の搬入例があり、その経験から学んだことを今後活かす必要があると考えた。

【目的】安全性を考慮した硫化水素中毒患者受け入れ体制について検証すること。

【症例提示】若年者男性が自宅浴室内で倒れているのを帰宅した母親が発見し救急要請した。硫化水素ガスによる自損行為であった。JCS100、眼球結膜の充血・鼻出血を認めたがバイタルサインは安定していた。搬入依頼を受け、二次災害の危険を考慮し、救急診療の受入中断も検討したが、地域性もあり困難と判断した。他の救急受診患者との接触を避けるため、搬入口を別にし、受付事務員によりその搬入口を一時的に封鎖の上、救急室と離れた内科処置室に収容した。対応した医療スタッフは医師1名、研修医1名、看護師3名でN95マスクを装着し、微温湯による除染を行い、ICUの陰圧の感染部屋へ入院した。消防に硫化水素濃度の測定を依頼し、除染に使用した内科処置室の翌日からの使用を許可し、ICUでの職員のマスク使用の不要を宣言した。後日、京都中部広域消防組合の消防および救急隊員と当院職員を対象とした定例の救急活動事例研究会において本例の合同検証を行った。

【考察・結語】硫化水素中毒患者の搬入は当院においては初症例であり、受け入れるにあたり設備も充分とは言えず、軽傷例であったことが幸いし、大きな弊害はみられなかった。以後現在に至るまで、同様症例の搬入事例はなく、マニュアル作成にまでは至っていないが、受け入れ時の対応についての検証を、職種を超えて行い、稀有な症例経験の情報共有を行うことで今後のリスクマネジメントの充実に繋がると考えられた。

D-27 サテライトファーマシーにおける看護師と薬剤師が行う注射剤無菌調製の経過とその意義

近江八幡市立総合医療センター 看護部¹⁾、薬剤部²⁾

○西川 久美子¹⁾、住田 勝²⁾

【はじめに】

近江八幡市立総合医療センターは2006年10月に新築移転以来、注射剤(IVH、抗ガン剤を除く)の無菌調製をサテライトファーマシー(以下、SPと記す)にて実施している。調製件数の多い4階SPにおいては看護師4名と薬剤師2名が無菌調製作業を協働実施している。しかし、組織・教育環境の異なる職種が同じ作業を行うため、そのルール作りは必須であった。今回は、SP運用マニュアルの作成と月1回開催しているサテライトミーティング、及び調製作業について手技・手順を統一するために作成したDVDについて報告する。

【SP注射剤調製業務概要】

SPにて4病棟で使用する注射剤の調製を4セクション6名の流れ作業にて行う。内訳は①薬品の取出しと到着確認(PDFにて処方変更・中止の確認)、②監査(処方内容、薬品名とその数量、患者名などの確認)、③無菌調製(薬品確認と調製作業)、④最終チェック(空アンプルの確認、処方通り調製されたかの確認、輸液セット付け、病棟別仕分け)である。

【内容】

SP運用マニュアルの内容は以下の通りである。①目的、②設備、③実施前準備、④混注手順等であり、サテライトミーティングにて審議し随時改訂を重ねている。また、サテライトミーティングでは問題点を検証し、浮彫になった課題を改善していく。尚、固定メンバー以外にも実際にSPにて調製作業を行っている看護師にも参加を求め、潜む問題点の掘り起こしにも注力した。DVDは新任看護師向けに作製したが、既職者のほぼ全員に視聴してもらい、視聴後アンケートを実施した。

【考察】

マニュアルの作成は基準を明確化し、言葉で表しづらい手順や多数の看護師への周知方法としてDVD化は優れた方法であったと考える。また、定期的で開催しているサテライトミーティングは共通認識を形成する場となり、協働体制が定着した。

D-28 針刺し・粘膜汚染事例の現状と防止策の検討—アンケート調査より—

京都第二赤十字病院 医療安全推進室

○森本 和代、田淵 宏政、竹中 温

当院における例年の針刺し事例は1ヶ月0～3例の発生報告で年間総数にして30～35件前後である。しかしH21年度4月～7月までの報告総数が24件という異常な状況となった。針刺し事例急増の兆候が見られた5月末～6月初めに“針刺し注意報”を出し「リキャップ禁止」「針廃棄BOX持参」の遵守を各部署に促した。その後、今年度の針刺し事例は注意喚起だけでは解決しない状況と判断し、看護師長会議に問題提示し針刺し事例に関する検討を行った。同時に、無作為で現場の意見を聞き取り調査してみると詳細な問題整理が必要と感じた。そこで「なぜリキャップ禁止と理解していてもリキャップしてしまうのか」「なぜ針廃棄BOXの不携帯が起こるのか」「なぜ自身の健康・安全よりも業務優先となるのか」等の把握を行うために“針刺し・粘膜汚染に関するアンケート調査”(以後アンケートとする)を実施した。このアンケート結果を基に針刺し・粘膜汚染の背景要因を抽出し、防止策の検討を行った。その第一報を報告する。

【アンケートの方法】任意・無記名で調査依頼。

対象:過去3年間に針刺し・粘膜汚染報告があった職種(対象数857名)

期間:H21年8月27日(木)～H21年9月11日(金)

【結果・考察】アンケート回収率73%(857名中625名が回答)

アンケートには個々が考える分析や提案が多く記載され、一部では針刺し事例カンファレンスを行うきっかけになるなど有効的なアンケート調査となった。この結果は医療安全関連の委員会で提示し、その第一次検討結果が以下の3項目である。

1、作業環境:針廃棄BOXの配置数/形態/場所などの見直し・真空管採血の徹底・やむなくリキャップやシリンジ採血を行う場合の手順見直し及び工夫と周知徹底・Bedサイドでの採血物品の工夫など

2、教育(知識&技術トレーニング):リキャップ禁止/針廃棄BOX持参の浸透と適正使用・職業感染に関する知識・チームワーク作業の意識付け

3、安全衛生マネジメント:感染制御部・衛生委員会との連携

今後はこれら課題の最終検討を行い有効対策へ繋げ結果を出す予定である。

D-29 誤認手術防止策実績集計システムの構築について

長浜赤十字病院 手術室¹⁾、医療情報管理室²⁾

○富永 仁司¹⁾、高畑 孝政¹⁾、吉田 孝子²⁾、前田 聡¹⁾

【はじめに】

誤認手術防止策の実施状況を看護師が把握することは、たいへんな労力と時間を消費する。そこで今回、医療情報管理室の協力を得てタイムアウトと手術部位マーキングの実績を集計することになった。また、集計結果はその啓蒙のため、毎月ポスターを作製し1年間にわたり掲示した。このシステムをはじめて1年が経過したので結果を報告する。

【目的】

手術開始前タイムアウトと手術部位マーキングの実施数を集計し、そのデータを可視化することで手術室にフィードバックする。そのシステム作成とデータ管理の実施。

【結果・考察】

当院では、2007年9月よりタイムアウト導入され、2008年10月に手術部位マーキングが導入された。

数多い手術数を集計していくのは、大変な時間と労力を費やすことになる。そこで、簡単に集計できる仕組みと医療情報管理室の協力を得て、2008年11月よりタイムアウト・マーキングの実績集計システムを導入した。

看護師が直接的な看護業務の合間を使って、このようなたくさんのデータを集計するのは、多大な時間と労力を使いこのような作業は継続し難い。結果を可視化することができ、タイムアウトやマーキングの意識化につながっていると考える。他部門と連携しデータを継続して構築していく重要性が再認識できた。

【まとめ】

- ・看護師がタイムアウトやマーキングの実績集計を行うことは継続し難い。
- ・集計システムを導入したことで、毎月のタイムアウトとマーキングの実施率が把握できた。
- ・フィードバックされた情報をポスターにし可視化することで、誤認手術防止策の啓蒙につながった。
- ・集められた実績は、さまざまな角度から分析することができる。
- ・他部門と連携しデータを継続して分析していくことは重要である。

D-30 危険予知シートの有用性についての考察

済生会滋賀県病院 看護部 安全管理室

○小川 知子、岡崎 美穂、長田 佳渚子、大石 美由紀、高山 琴音、柳 文代、横田 初音、中村 隆志

【目的】「危険予知トレーニングシート」は、「まだ発生していないが、その場面に潜んでいる目には見えない危険を予測し察知する能力を高める」ためのトレーニングシートである。

今回、当病棟で報告の多い転倒・転落事故を「患者要因」と「看護師要因」に分け、2事例の事故場면을再現した「危険予知シート」として活用し、振り返り材料としての有用性を得たので報告する。

【方法】平成20年4月1日～平成21年3月31日の1年間における転倒・転落事故の内、「患者要因」1事例、「看護要因」1事例を再現して撮影し、1要因1事例あたり4～5枚の写真を「危険予知シート」として活用した。

病棟スタッフを4グループに分け、2要因2事例について「危険予知シート」から[不安全的な環境要因]や[自分がやりかねない不安全的な行動]、また[事故回避のための自分の行動]について意見交換し記録した。

【結果】4グループ共通の意見は、[不安全的な環境要因]について、「固定されたナースコールの設置位置」や「床材」、[自分がやりかねない不安全的な行動]については、「患者の転倒・転落時は自分ひとりで対応してしまう」、「入院時のナースコール使用トレーニング忘れ」「患者の麻痺状況や行動評価の忘れ」であった。[事故回避のための自分の行動]については、「応援要請はリーダー看護師を呼ぶ」「ナースコールは、患者の状態に合わせ設置位置を決め、ナースコールを押す訓練を行なう」「患者入院時、転倒転落予防チェックリストを作成し漏れのない対応をする」であった。

事故再現を「危険予知シート」として活用し意見交換した結果、4グループで共通の気づきができ有用性があるといえる。

【考察】今回、転倒・転落事故の要因別に2事例のみ再現した「危険予知シート」を活用し有用性を得たので、今後報告するインシデント内容の「潜んでいる危険性の共通認識と問題解決」に継げるため「再現危険予知シート」を活用することで統一した。

D-31 院内情報システムを用いた医療安全管理データベースの構築と分析

済生会京都府病院 医療安全管理委員会

○和田 めぐみ、伊林 範裕、中嶋 俊彰、長谷川 泰子、西 宏、石橋 一哉、外山 友子、伊関 正典、佐藤 信悟

当院では2002年からヒヤリハット報告をデータベース化し、その分析結果を職員へフィードバックし、医療安全に関する業務改善や研修に活用している。今回、そのデータベースの構築から解析にいたる流れおよび過去7年間のヒヤリハット事例の推移について報告する。従来からヒヤリハット報告は報告書の形式で行われていたが、その件数を含むデータ解析には非常に困難が伴っていた。2002年10月から院内LANを用いて各部署のリスクマネージャーによりオーダ端末からデータ入力を開始し、報告事例の検索および毎月の統計処理を簡略にすることができた。使用したデータベースはオープンソースデータベースであるMySQLをサーバーに設置し、各端末にはMS社のMSACCESSをクライアントソフトとして用いた。さらに2007年から、医師からの報告を増やすためにWEB形式で入力できるフォームを作成し、すべてのオーダ端末から報告可能なシステムを構築した。現在その分析結果をリスクマネージャー部会および医療安全委員会にて報告し、対策を検討し、各部署へフィードバックしている。過去7年間の報告総数は9249件であるが、2004年のオーダリングシステムの導入後と、2007年の7;1入院基本料取得、医療安全管理室設置の年には明らかに減少傾向を示した。主な報告内容は与薬・処方(33%)、転倒転落(30%)、チューブ管理(15%)であり、その構成比率は年度別に大きな変化を認めなかった。データベースを導入した結果、各RMによる分析コードの統一、入力間違いなどの課題はあるが、多くのデータを分担入力することでデータ集積作業が軽減し、その解析が容易となった。解析データをタイムリーにフィードバックすることでヒヤリハット報告内容と現状が合致し、職員の危機管理意識を高めたと考えられる。したがって院内情報システムを用いたデータベースの構築は医療安全の現状分析、職員への教育に有用であった。

D-32 生態情報モニターに関する事故防止の試み

国立病院機構京都医療センター 医療安全管理室

○松本 貴代子

今年度当院で生態情報モニター(以下モニター)に関して、警報をOFFにしていたために重症不整脈に30分気付かないというアクシデントが発生した。病棟の看護師長と共に原因や対策について話し合ううち、この問題は一つの病棟だけでなく、どこの病棟でも同じことが考えられ、同じ事故が発生する可能性が高いことが考えられた。そこで事故を引き起こす原因を明確にし、対策を考え実施した結果を報告する。

【実施内容】①モニター使用の実態調査。②モニターに関するスタッフの意識調査を施行した

【結果】①病棟のモニターは4社10種類のモニターを採用していた。②機種は1993年から平成2009年製までの機種を使用し、耐用年数を過ぎているものが半数以上を占めていた。③全病棟の新採用者以外の看護師一人に聞き取り調査を行った結果集中治療室を行う看護師以外は、自分の働いている病棟のモニターの特徴を理解していなかった。④モニターを使用する上でチェックポイントはなかった。

【考察】

全ての病棟にモニターは設置され使用されていたが、機械について特徴を熟知し使用している病棟は、重症管理を行っている病棟以外はなく、十分に理解した上で使用はできていなかった。また採用している機種も多種に亘り、設置を移動していることから取り扱い説明もないまま使用している。また看護師はそのことに疑問を感じることなく使用しているといういつ事故が発生してもおかしくない状況であった。そこで臨床工学技士と共に①モニターの整備。②使用時のチェックポイントを作成し手順化。③毎月のラウンドで使用の状況を調査をおこなった。モニターは10種類から7種類に整理。6つの病棟が同じ機種を使用することができるようになった。スタッフの意識は事故が発生した病棟はチェックポイントを実施できている。しかし事故に直接関わっていない病棟では徹底はできていないことと、モニターの整備も経費がかかることで統一には至っていないことは残されており、今後も継続していくことが重要であると考えている。

D-33 患者誤認ゼロを目指して

京都市立病院 医療安全推進室

○寸田 靖、下田 渉、平田 敦宏、鈴木 真美、小林 美智子、新谷 弘幸、古川 啓三、向原 純雄

【目的】医療事故の中でも患者誤認は、重大な医療事故に繋がりがねないため、これまでいくつかの対策を講じてきたが、平成20年5月からの電子カルテ導入を契機に、より一層充実した患者誤認対策を構築したので含めて報告する。

【方法】①指差し呼称の励行：薬品の調製時や、カルテ確認時、点滴注射時などには、指を差し、声を出しながら、自分の行為を他職員や患者と共に確認を行っている。

②「安全は名前から」活動(フルネームでの確認)：注射時、輸血時や手術室入室時、放射線撮影時、臨床検査時など直接患者に医療行為を行う前には、本人からフルネームや場合によっては生年月日を名乗ってもらう活動を実施している。

③バーコード入りリストバンドを利用した照合：電子カルテ導入後、入院注射薬・輸血投与や外来化学療法の際には、バーコードリーダーによるリストバンドとラベル、そして実施者のバーコードとの3点照合を行っている。また、外来注射時は診察券とラベル、手術室入室時はリストバンドとカルテ画面、放射線撮影時や臨床検査時にはリストバンド又は診察券と依頼箋との2点照合を行っている。また、注射薬に関してはリアルタイムの内容確認も行っている。

【結果】以上のような患者誤認対策を行ってきたことで患者誤認によるアクシデント事例がここ2年間全くなき、平成19年度のインシデント事例31件を平成20年度では17件に減少することができた。

しかしながら、平成21年度上半期は平成20年度同時期と比較してインシデント事例を減らすことができなかった。

【考察】患者誤認件数を減らすことができなかった原因として、対策方法が一部、遵守できていなかった。今後、各部署における誤認を起こす場面と、対策方法の遵守状況調査を行い、業務の見直しを行っていきたい。

また、現在、同姓同名患者誤認に関して、当院での同姓同名患者調査を実施し、より一層の誤認防止に繋げていきたいと考えている。

D-34 入院化学療法剤調製拡大への取り組み

京都第一赤十字病院 薬剤部

○土谷 有美、小阪 圭治、井岡 真佐夫、村上 稔子、木本 有香、梶川 清香、向井 忠晴

当院では、2004年の入院化学療法開始以来、薬剤部での調製には、前日16時までに入力された処方のうち、当日の10時半以降されるに実施される処方のみを行うことを原則としてきた。しかし、化学療法施行患者の増加、レジメンの多様化、また、化学療法剤の調製は薬剤師が行うという認識が広がったことなどから、従来の原則では、調製を行っていなかった時間帯の調製を薬剤部で行う取みを行ったので、内容と結果を報告する。

【取り組み内容】

平成21年4月から、午前中にしか行っていなかった入院処方の調製を午後にも行うことにより、従来できていなかった、翌日の午前10時半までに実施される処方の調製を開始した。また、同7月からは、土曜日に実施される処方を前日当直者の協力を得て調製することが可能となった。また、同8月にレジメン登録された急性リンパ性白血病の幹細胞移植の前治療のブスルフェックス[®]についても、閉鎖式デバイスのPhaSeal[®]を利用することで、病棟での安全な調製に関与することが可能となった。

【結果】

4月以降、従来調製していない時間帯の化学療法の件数は月平均30件(6.4レジメン)であった。また、7月以降の土曜日の調製件数は、月平均8.6件(4.1人)であった。しかし、前日当直者に1時間程度の残業を強いることになっている。ブスルフェックス[®]については、病棟との連携もうまくいき有効であった。

【考察】

これまでは、薬剤師の勤務形態を大きく変更することなく調製の拡大を行ってきたが、さらに拡大するには、勤務形態の変更なども必要となってくる。化学療法の多様化はさらに進むことが予想され、我々がどのようにそれに合わせていくかが、今後大きな問題になってくると思われる。

D-35 誤薬防止のための手順遵守取り組み後の実態調査

国立病院機構 滋賀病院 看護課

○村上 美樹子、伊藤 綾子、小菅 ゆき江、保海 好美、清水 直、岡本 典子、出雲 幸美

【背景・目的】

平成20年11月に誤薬防止のための手順の実態調査の結果から、問題点を明らかにして遵守に向けて取り組んだ。その取り組み状況は①声かけしやすい雰囲気作りとダブルチェックの習慣化②服薬時間に配薬するためのルール化③患者誤認防止を目的に患者にフルネームで名乗ってもらう啓蒙用ポスター掲示(病院全体)④計画的な行動がとれる教育の強化である。手順遵守の目的で取り組み前後に自己評価を行った。

【結果】

「必ず行っている」「ほとんど行っている」との回答が全ての項目において増加した。経口与薬では、特に「配薬時は、患者さんに名乗っていただきフルネームで確認する」では51%から74%と改善した。

注射・輸液では「カルテと処方箋と現物で『氏名・薬品名・量・用法・日付・与薬時間』を第三者と2名で声を出してダブルチェックを行う」が無回答を除き100%となった。「施行前に患者さんに名乗ってもらいフルネームで確認する」が取り組み後は「まったく行っていない」との回答はなかった。「施行後の確認」も「必ず行っている」と「ほとんど行っている」が62%から78%と増加した。

【考察・結論】

手順に沿って自己評価したことで日頃の与薬実施の行動を振り返ることができ、手順遵守に対する看護師個々の認識が深まった。遵守に向けての取り組みを行った結果、手順に沿った看護実践ができつつある。

D-36 上部内視鏡検査における抗血栓薬の休薬指導 一視覚的材料の必要性一

公立南丹病院 看護部

○上岡 しず恵、野口 祐美子、高田 朋美、森口 恵子、森山 真理、土居 由起子、上田 多加子、今西 恵美子、西村 和子、下村 加代子

【はじめに】

ジェネリック医薬品(後発医薬品)の導入後、抗血栓薬の内服確認に時間を要し、患者側も抗血栓薬と知らず休薬できていない患者がいた。そこで上部内視鏡検査を受ける患者に、ジェネリック医薬品を含めた、抗血栓薬の一覧表を(以下、一覧表と略す)新たに作成し、検査説明を行った。この一覧表が、抗血栓薬の認識につながったのでここで報告する。

【研究方法】

期間:2009年6月15日～9月30日

対象:本院外来受診後(全科)、上部内視鏡検査予約を受けられた患者。

方法:①検査説明時、患者と共に、抗血栓薬の内服の有無や休薬期間について一覧表を用いて確認・検査説明。②検査当日、休薬指示のあった患者に、一覧表での休薬確認。同時に一覧表に対するアンケートを実施。

【結果】

一覧表を作成し、93%に見やすいとの評価が得られた。

【考察・まとめ】

以前の一覧表に比べ、字を大きく・写真を取り入れ・外観の似た薬を、指し示しながら指導を行った。佐多は「薬剤を写真入りで表示することは、患者との意思疎通を図る上で有用であり、医療スタッフ間でも名称以外の視覚的情報により誤認防止につながる」と述べているように、視覚的材料を用いて、抗血栓薬に対する勘違いや思い込みを正すことができた。さらに、自己の内服薬に対する関心や認識を高めたことが、休薬につながったと考えられる。しかし、一部の患者からは、一覧表を見ることで「よけいにわからない」、「実物があるとわかりやすい」との意見が得られた。また、2名の患者が休薬できていなかった。その原因は、複数の抗血栓薬を内服、それぞれの休薬開始時期の違いにより、混乱を招いた。2種類以上の内服・休薬期間が異なる場合は、さらに説明が必要である。

また、価格の安いジェネリック薬品はますます普及していくため、毎年視覚材料の見直しが必要とされる。

D-37 看護師が患者から受ける暴力の傾向とマニュアルの再検討

社会保険京都病院 外来

○上山 さゆみ、園田 良子

医療現場では、患者ばかりでなく、そこに働く職員の安心・安全を保障できる職場作りが求められている。病院機能評価ver6でも、院内暴力に対する対策の項目が追加され、保健・医療・福祉施設における暴力指針や看護業務基準には、実態調査を行う、具体例を入れるなどの項目が提示されている。当院では、3年前から患者暴力に対する「院内暴力対策マニュアル」(以下、マニュアル)を作成していた。今回、患者から看護師が受ける心身への暴力の実態を明確化し、看護師から得たデータから、現在のマニュアルを修正する示唆を得ることを目的とし、平成21年2月～5月に調査を実施した。対象は、当院の看護師で患者から暴力を受けた経験のある76名(20歳代18名、30歳代24名、40歳代27名、50歳代7名)で、調査方法は、暴力の種類、看護師・患者の年齢などの基本調査と暴力の体験内容などについて自由記載とした。基本調査は単純集計を行い、自由記載部分は質的に分析し、結果は本研究のみに使用し、対象者が特定できないように配慮した。看護師の年齢別での暴力の種類(複数回答)では、20歳代では、セクシャルハラスメント(以下、セクハラ)・身体的が14名、言葉の暴力8名。30歳代では、言葉の暴力・セクハラ20名、身体暴力17名。40歳代では、言葉の暴力23名、身体暴力19名、セクハラ14名。50歳代では、言葉の暴力・身体暴力が各4名、セクハラ2名であった。自由記載の言葉の暴力の場面を一例に挙げると、【理不尽なこと】、【モラルが守れない時】、【精神状況の変化】、【ケアを実施している時】、【患者に依頼する時】であった。このように看護師個々の声を反映させ、概念化したものをマニュアルの具体例に取り入れた。今後はさらに共有化できるシステムを確立し、サポートするとともに予防に努め、職場の環境整備を図っていきたい。

D-38 大腸内視鏡検査・治療、前処置開始時間の検討

市立福知山市民病院 6階南病棟¹⁾、消化器科²⁾

○酒井 知亜紀¹⁾、小山 恵子¹⁾、奥田 孝太郎²⁾

【はじめに】当院の内視鏡的大腸粘膜切除術(以下EMRと略す)は、平成19年 116件、平成20年 144件、平成21年(10月まで) 96件で、新たに大腸内視鏡的大腸粘膜下層剥離術(以下ESDと略す)が加わり平成20年 8件、平成21年(10月まで) 6件と、大腸内視鏡治療の件数が増加傾向にある。当院、EMR・ESDはパスで運用し前処置として、経口腸管洗浄剤であるポリエチレングリコール(以下ムーベンと略す)を当日朝9時に服用、昼に排便の状況と性状の観察を行い午後から治療が行われていた。

しかし、検査開始4時間前からムーベンを服用していても、予定検査時間が早まるなどで、追加処置もできてきた。更に、時間に追われ、排便時の便の性状の観察が十分にできず、治療に支障をきたす恐れがあった。そこで、安全で確実に治療が受けられるように、ムーベン服用から、検査最短の開始時間を調査し、その4時間前の7時服用として運用した。

【結果】当日のムーベン服用時間を7時に変更した結果、治療上、追加処置の頻度が少なくなった。又、看護師から、9時にムーベンを配るのは申し送りやカンファレンスの時間と重なり配ることが遅くなったが、変更後は時間通りに配ることができる・ムーベンの服用を終了しているため余裕をもって治療に臨むことができる・早い時間から治療前の腸管の状態を整えることができ、治療が午前からでも呼ばれるまで時間に余裕があるなどの反応があった。医師からも、スムーズに治療ができる・確実な治療を行うことができる等の意見が聞かれた。このように変更したことは、治療を安全に行う上で、また業務改善の面からも効果的であり有効であった。

D-39 輸液ポンプ取り扱いミスについての調査— 輸液ポンプ確認チェックカードへの認知度を上げるた めの取り組み—

公立南丹病院 看護部

○坪倉 紀恵、野村 千草、高屋 里美、山口 勝代、石
野 順子、田端 さゆり

【はじめに】医療現場において、輸液ポンプは確実に正確な輸液を実施でき、業務の省力化を目的として使用頻度の高い医療機器となっている。しかし、そのため輸液ポンプに関連したインシデントも多く報告される。

今回、輸液ポンプの取り扱いについてのアンケートを実施し、インシデント事例を分析することで「輸液セット設定ミス」や「機種混在による設定間違い」が多く発生していることが明らかになった。輸液ポンプによるミスを防ぐため、「輸液ポンプ確認チェックカード」への認知度を上げるための取り組みを行なったので報告する。

【方法】

1. 質問紙によるアンケート調査:2009年9月～10月、対象:看護師116名
2. 2008年4月～2009年9月の間に報告された輸液ポンプ取り扱いに関連したインシデントレポートの分析
3. 院内全ての輸液ポンプにチェックカードを設置し看護師が意識付けできるよう働きかけた。

【結果】アンケート回収率100%、輸液ポンプ取り扱いミスの原因は①確認ミスが31.6%、②思いこみによるものが28.1%、③単純な設定ミスが19.3%であった。チェックカードを認識している看護師は94%、そのうちカードを活用している看護師は38%であった。カード設置後の再調査では、カードを活用している看護師は69%に増えた。

【考察】今回のアンケート調査の結果より、輸液ポンプの使用方法は理解できているが、確認不足や思い込みなどうっかりミスが大半を占めると考える。また、当院では、輸液ポンプのミスを減らすために、以前より「輸液ポンプ確認チェックカード」を使用していたが、今回の調査で看護師のカードに対する認知度が十分ではないことが明らかになった。カードへの認知度を上げ、活用していくことが輸液ポンプミスの防止に繋がると考える。

「人はミスを犯す存在である」が、私たち医療安全従事者はその事を念頭に置いた上で、事故の原因追求を行ない、適切な防止策を考え、ミスを最小限に防止する義務があり、そのためにも、確認行動の徹底、継続することが必要である。

D-40 感染リンクナース委員会の取り組み—手 指衛生に対する意識の向上にむけて—

公立南丹病院 感染リンクナース委員会

○藤井 千晶、成田 亜由美、福島 英里、柴田 奈美、
南出 圭子、谷口 美希、上田 多加子、三嶋 照代

感染リンクナース委員会の活動として、スタンダードプリコーションの教育、手指衛生調査、院内ラウンドにより輸液環境調査、および標準予防策実施の状況調査、オムツ交換研修会、また院外から講師を招いての研修会などを実施している。

その中でも手指衛生は感染対策防止において最も重要であり、日々視覚的材料などを用いて意識を高めているが、看護師一人一人の手洗いに対する意識の差を感じることもある。

そこで今回、新たにパンフレットを作成、配布、指導を行い、手指衛生に対しての現状調査で教育前後の結果を比較してみたところ教育後で遵守率の上昇がみられ、手指衛生の方法や必要性について意識を高めることができた。

さらに2006年度に行った手指衛生に関するアンケート調査と2009年度を比較した結果、指導前では遵守率の低下を認めていることから人間の行動変化として一度認識したものはしばらくの間は継続することができるが、時間の経過と共にそのコンプライアンスの低下が危惧される。

今後も委員会の取り組みとして手指衛生の意識が低迷しないように継続的に働きかけ、遵守率の維持に努めていきたい。

D-41 小児科外来での業務改善への取り組み—看護師の業務調査を試みて—

京都第一赤十字病院 南3階病棟

○花山 道代、中島 聡子

小児科外来での看護師の役割は、受診を持つ子どものトリアージ、診察介助、検査、処置、電話相談、療養指導、在宅支援等である。又小児科入院の殆どが、外来からの緊急入院であり、児の安全を守りながらの介助は時間を有することが多く業務も煩雑となる。近年少子化や地域連携の充実に伴い一般外来を訪れる患者数は減少傾向にあるにも関わらず、外来は煩雑を極めているのが現状であるが、医師からは安全で確実な診察を行うために、診察室にもっと入って欲しいと要望があった。そこで、この問題点を明らかにする必要を感じ、安全で安心できる外来看護が提供できるように、業務改善を目指した外来業務実態調査を行なった。その結果、外来業務の現状が明らかになり問題点に対する改善策を導くことができたのでここに報告する。

D-42 新人薬剤師の医療安全に向けた思い

京都第一赤十字病院 薬剤部

○大上 真裕子、板倉 祥嗣、棚橋 眞子、谷田 朋未、向井 忠晴

【はじめに】

平成18年度から薬学6年制が始まり、平成21年3月卒業の我々は、最後の4年制薬学生である。新制度導入の前年ということもあり、OSCE、CBTなど新しいカリキュラムを一部経験する機会もあったが、実際、薬剤師として病院に就職してみると、即戦力になる知識はかなり不足している状態であった。しかし、半年余りが経った現在では、医療安全を担う薬剤師として業務をこなしている。

【不足していた分野】

大学では、個々の薬剤からの視点で学ぶことが多く、実際に臨床で使用されるケースを想定して学ぶことが少なかったように感じた。そのため、特定の疾患について、どのような薬剤を組み合わせる治療が行われるのか、化学療法におけるレジメンのような概念などを学ぶ機会が不足した。また、実際扱う医薬品は、商品名で呼ばれることがほとんどであり、一般名でしか学んでこなかったことは、最初のハードルになった。院内での情報を得るために必要なカルテ内容の読み取りも学ぶ機会が少ない分野であった。

【今後の展望】

最後の4年制ということで、6年制には負けたくないという思いが強くなる。この1年足らずで現場から得られる知識は、教えてもらう知識に勝るものと確信している。日常業務や、他施設の同世代の薬剤師との交流で、さらにスキルを磨き、医療安全に貢献していける薬剤師を目指したい。また、新人の感性を生かして、業務改善や後輩の指導にもあたっていきたいと考えている。