

17. 安全かつ効率的な指示出し・指示受け環境における標準化への取り組み

鹿児島大学医学部・歯学部附属病院 市村 カツ子

【背景】

医師の業務負荷の軽減や看護師の専門性の向上を図る目的で看護業務の拡大が図られ、今年度から注射業務のほとんどを看護師が担うこととなり、看護師の注射業務に係る場面が増加している。

当院では、指示システムのみが電子化されておらず、部署でのローカルルールが多く存在する。空床活用が推進される中、指示システムの標準化の要望は医師からも出されており、指示受けナースや指示簿の定位置、中止・変更などの指示出し・受け手順が部署により異なることは、インシデント発生の一要因となっている。また、口頭指示受けルール不履行・中止変更手順の不履行・医師の署名がないなどのルール違反、指示簿がもとに戻されていない・終了した指示簿が片付けられていないなどの指示出し・指示受け環境における整理整頓の不備に起因するインシデントも少なくない。

そこで、指示システムは24年1月には電子化されるため指示簿形態など大幅な標準化を図るなどのリスクは避け、効率かつ安全性を重視した①指示簿・運用の標準化②マニュアルの定着③環境整備の習慣化を図り、安全に看護師の注射業務を拡大し、導入される指示システムの電子化に対応できる素地を作ることを目的として取り組んだ。

【実践計画】

重点課題	目標	具体的計画 (誰に対して・何を・どのような方法で・いつまでに)
指示簿・運用の標準化	1) 指示簿の標準化 ①指示簿ファイルを統一する ②定位置を明確にする 2) 運用の標準化 ①指示受けNsを明確にする ・表示、不在時の指示受け方法等 ②変更・中止指示出し手順を統一する ③指示書をベッドサイドへ持ち出す場合の安全な運用を整備する	1) 指示簿の標準化と運用の標準化について ①質改善委員会（構成メンバー：師長10名・GRM2名）で、課題と目標の共有化を図り、実施計画について決定する（10月） ②質改善委員会の下部組織である安全推進委員会（構成メンバー：全部署の副師長）へ課題と目標の共有化、実施計画について説明の上、以下の③④⑤⑥について具体的に計画実施する。 課題・目標の共有化と実施計画案の検討（10月） 試行案決定と実施（11月） 全部署導入実施（12月） ③指示簿ファイルの統一と定位置の検討 ④指示受けNsの明確化 ⑤変更・中止指示出し手順の統一 ⑥ベッドサイドへ指示書を持ち出す場合の運用整備
マニュアルの定着	①指示出し・指示受け者の署名の徹底 ②変更・中止指示手順の周知・徹底	①注射における医療安全管理マニュアルの改訂と指示出しについて詳細な取り決めの周知徹底（RM会議） ②部署内での周知・徹底（看護部安全推進委員会）
環境整備の習慣化	①指示簿保管場所が常に整理整頓されている ②指示簿が定位置に戻され、医師がタイムリーに指示を出せる	①指示簿環境における5S活動を推進し、職員の意識向上を図る ※安全推進委員会での活動推進（11月までに） ・安全推進委員会で強化月間を設定し、各部署で5S活動を実施する。 ・クリーンタイムの設定（全部署毎日時間を決めて実施）

【結果】

1) 運用における標準化

- ① 指示受けをリーダーNsに全部署統一し、専用 PHS を指示受けナース全員が携帯した。また、指示受けNs、受け持ちNsおよびPHS番号の表示場所を統一し、指示出し・指示受けが明確になった。
- ② 指示簿の定位置を全部署明確にし、使用後は必ず定位置に戻すことを習慣化した。

2) 環境整備について

指示簿保管場所を整理整頓し、指示簿が所定の位置に戻せる環境をつくる、指示簿を片付けることにより指示簿の紛失や紛れ込みを防止することを目的として、クリーンタイム（1回/日、10分程度）の実施を提案し、15部署中10部署で導入できた。

クリーンタイムの効果として、クリーンタイムの時間以外にも指示簿を定位置にもどすことが習慣化されつつある、テーブルが乱雑な状態が少なくなった、医師も指示簿をかたづけられるようになったなどの評価が部署より上げられ、不要な指示簿の片づけや指示確認環境の整理整頓などがなされるようになった。

結果、指示出し・指示受け環境における評価として、指示簿の保管場所の整理整頓、指示簿が定位置に戻されている、指示出し・指示確認のしやすさなどほとんどの部署で依然に比べ改善したと評価していた（表1）。

また、医師からも指示簿が定位置にあることや指示受けNsが明確であり、指示出ししやすくなったなどの評価を受けた。

表1 指示出し・指示受け環境における取り組み前との比較

（全15部署：部署安全推進委員評価）

	改善	変化なし
指示簿保管場所の整理・整頓	14 部署	1 部署
指示簿が定位置にもどされている	13 部署	2 部署
指示出し・指示確認のしやすさ	15 部署	0

3) 注射インシデント発生状況（平成22年12月・23年1月）

12月：12件18.5%（指示出し・指示受け不備3件）、1月：5件8.2%（指示出し・指示受け不備3件）

※平成22年（4月～9月）注射インシデント55件12.9%、うち指示出し・指示受け不備16件29%

看護師の指示受けに起因するインシデントは減少したが、一方で医師の指示出しに起因するインシデントは低減しなかった。しかし、以前みられた追加・変更指示の連絡が遅れ指示に気づけなかった、あいまいな指示が出しっぱなしで放置され指示を誤読したなどのインシデントはみられなかった。よって、本取組はまだ途中段階ではあるが、効果的であったと考える。

【評価及び今後の課題】

今年度、注射業務の拡大を機に、注射における医療安全管理マニュアルを改訂し指示出し時のルールを明確にしたことや、クリーンタイムの導入・指示受けナースの明確化により、指示出し・指示受け環境が整備されつつあり、注射インシデントは低減傾向にある。一方でベッドサイドでの指示確認不足による流量・量の間違いは低減していない。今後、

指示簿をベッドサイドへ持ち出す場合の運用など安全な指示確認環境を整備する必要がある。また、クリーンタイムが定着してきており、一定の効果が得られているが、開始時間や内容などには改善の余地がある。クリーンタイムの効果的な運用と定着化を図り、電子化による指示システム導入時の指示確認時間として発展させる必要がある。

今回の取り組みは、医師にもメリットのある看護師の注射業務拡大や、次年度の電子指示システム導入への脅威を機会としてとらえ実施したため、看護部門のみの取り組みだけでなく病院医療安全管理部門・医師・医療情報部門など他部門の理解や協力が得やすく、部署への浸透も比較的スムーズに実施することができた。また、各委員会が共通認識を持ち委員会の役割に応じた取り組みを実践できるよう目的や意図、具体的な方法等を明確にし、ファシリテーター・コーディネーターとしての役割を意識し取り組んだこともよい結果へつながったと考える。今後も、機会を俊敏にとらえ、看護の質向上をめざし組織変革につながる取り組みを実践していきたいと考える。

18. 看護師長がデータをマネジメントに活用するための支援

福島県立医科大学附属病院 佐藤 幸子

【背景】

当看護部の看護師長は21名で、看護師長平均経験年数は3.2年、1年目の新人看護師長が6名(29%)を占める。看護師長のファーストレベル修了者は20名(95%)、セカンドレベル修了者は7名(33%)であるが、データに基づいて説明する力が不足していることから、平成22年度の看護師長の課題として、看護部管理室から『データをマネジメントに活用する』が提示された。そして、業務・看護の質担当の副部長が担当することになった。5月から基本的な管理データと集計フォーマットを提供し、9月に各看護師長がデータを基に「自部署の特徴」を分析し発表した。看護師長からは、自部署や他部署の現状がわかった、分析の視点が広がったという感想が出された。反面、データの選択や数字で表せないデータの活用がわからないという感想や、看護部管理室が何を求めているのかわからないという意見が出された。

このことから、担当副部長として、看護師長が以下の目標を達成できるように支援することを課題とした。

- 1) 看護師長がデータをマネジメントに活用する必要性を理解する。
- 2) 看護師長がデータからマネジメントの課題が見いだせる。
- 3) 看護師長が課題に取り組み結果を出すことができる。

【実践計画】

- 1) 副部長が看護師長に対し、データの活用方法を示す。
- 2) 副部長が看護師長に対し、データの活用を促し支援する。

【結果】

- 1) 副部長が看護師長に対しデータを活用して説明し、データの使い方を示した。

副部長が、サブリスクマネージャー委員会のメンバーやGRMと、8月から転倒防止のためにポータブルトイレ使用基準作成に取り組んだ。転倒の要因分析の結果、ポータブルトイレ使用患者の転倒が多いことから、ポータブルトイレを排泄時に準備する基準を提案した。ポータブルトイレの所有台数・使用状況を調査し、看護師長会でデータに基づいて現状と(案)の必要性を説明した。看護師長からは、業務量が増えるなどの反対意見が出された。10月から(案)を試行した。試行中の転倒件数をグラフ化し示した。転倒が除々に減少していることが見える化し、(案)の効果が明らかになり、12月に看護師長会で(案)が承認された。この経過から、新しい取り組みを行う際にデータに基づいて現状分析し、計画を立て実践し、結果をデータで示すことによって、根拠に基づいた行動ができ、副部長として自信につながるようになった。さらに、看護師長にデータの使い方を示すことができたと考える。当初、副部長がデータの使い方を示す実践計画はなかったが、データを基に説明すると看護師長が変化する効果を感じ、意識的にデータを活用した。副部長には、データのマネジメント活用モデルを示す役割があることがわかった。

- 2) 看護師長がフロア間で協力してデータを分析し、「フロアの特徴」を発表した。

12月に発表を行った。9月に行った「自部署の特徴」の発表と比較し、異なった視点で