

---

## 3. QC 活動

# マツダ病院 QC活動の紹介

QC推進チーム 西原 昌幸

マツダ病院では、2008年度まで①全職員の意識改革②病院品質の向上③病院の持続的発展④リーダーの育成を目的として、関係者の知恵と工夫によりシックスシグマ<sup>※1</sup>活動を積極的に行ってきました。そのため、職員の中には業務に密着したチーム活動を展開する風土が培われています。

そこで、2010年度から新たにマツダ病院の風土や実情に合った、手法にこだわらない、病院最適化に向けた改善活動の推進を目的として「QC<sup>※2</sup>プロジェクト報告会」を開催することになりました。

2011年2月14日(月)開催されたプロジェクト報告会では、7部門から8題のテーマがエントリーされ、参加者は83名にのびりました。テーマ内容を下記に示します。

※1.シックス・シグマとは、品質管理手法の一つで、統計分析手法、品質管理手法を体系的に用いて各種プロセスの分析を行い、

原因の特定や対策を行い、不良率の引き下げや顧客満足度の向上などをしていくこと。

※2. Quality Control (品質管理)

No.	テーマ	所属	リーダー	オーナー
1	「一般撮影における患者滞在時間の短縮」	画像診断科	吉尾 直樹	下川技師長
2	「患者さんの呼び出し方法の改善」	医事チーム	後藤 博子	山岡チームリーダー
3	「看護診断をしていますか？ ～看護診断使用率をアップさせるための取り組み～」	看護部	百田 美織	川口看護部長
4	「自己血糖測定器の管理 ～きちんと血糖測定をしてもらおう～」	臨床病理研究 検査科	青木 健	山田技師長
5	「ベッドサイド訪問件数の増加に向けて ～患者ニーズに応えるために～」	栄養管理室	松原 純子	徳久栄養管理士長
6	「新棟で必要な患者監視モニターを決定する ～患者の立場で考える～」	臨床工学室	片倉健二郎	五明副院長
7	「医師の業務負担軽減に向けた取り組み ～4南病棟における処方入力支援～」	薬剤部	滝 雪歩	西原薬剤部長
8	「好感もたれる接遇をしていますか？ ～他職種に対する接遇能力の向上への取り組み～」	看護部	津田 友美	吉村看護部長

## 「2010年度 QCプロジェクト優秀報告選考会の結果」

2011年2月21日(月)に2010年度 QCプロジェクト優秀報告選考会が開催されました。

■選考委員：奥平院長、五明副院長、米田副院長、岡崎事務長、吉村看護部長

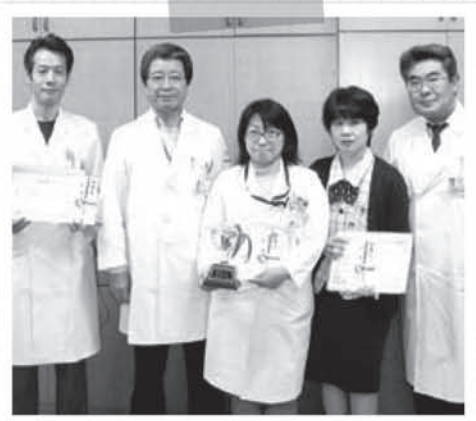
■アドバイザー：西原QC推進チームリーダー

2011年4月22日(金)に表彰式が行われました。

**最優秀賞** 「医師の業務負担軽減に向けた取り組み  
～4南病棟における処方入力支援～」  
薬剤部：滝 雪歩

**優秀賞** 「患者さんの呼び出し方法の改善」  
医事チーム：後藤 博子

**優秀賞** 「新棟で必要な患者監視モニターを決定する  
～患者の立場で考える～」  
臨床工学室：片倉健二郎



(最優秀賞 演題)

テーマ:【医師の業務負担軽減に向けた取り組み—整形外科病棟における処方入力支援—】

サークル名: チャレンジ

メンバー: リーダー 滝 雪歩

サブリーダー 原田 靖子

オーナー 西原 昌幸

メンバー 月坂 和宏 金谷 篤

柿本 佳保里 杉原 勉 内海 敦志

1. はじめに

近年、医療の高度化に伴い、医師の業務負担が増大し、チーム医療で支援する必要性が言われている。

医師は外来診察、手術などで多忙なため、入院患者への処方入力は、業務時間外に行われることも多い。これら時間外に入力された処方箋は、時間内よりも手薄な人員体制の中で調剤、配薬されるためリスクも高まる。また、DPC下では持参薬の利用は必須だが、それに伴うリスクは決して少なくない。

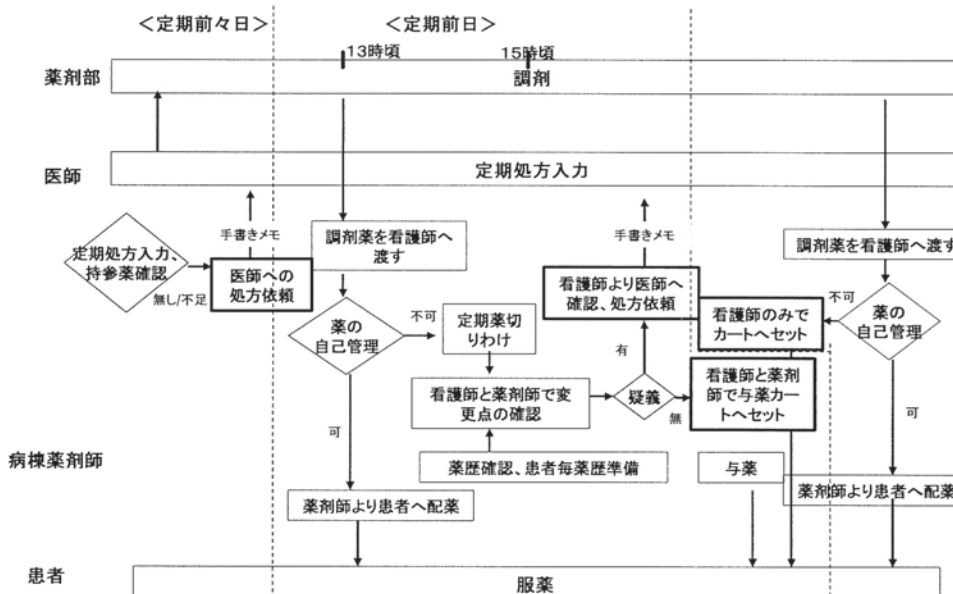
今回、整形外科病棟(以下4南病棟)の担当薬剤師が、積極的に入院患者への処方設計に関わることで、質の高い処方設計情報を効率よく医療従事者間で共有し、リスク軽減を図る方法について、特に定期処方に着目し検討した。

2. 現状調査・要因分析

まず、定期処方について実態調査を試みた。処方件数は、毎週平均19件あり、前回同一処方が5割以上を占めていた。次に、定期処方入力時、どこに負担を感じているのか、医師に対し事前アンケート調査を行った。その結果では、入力作業そのものへの負担感はありませんでした。しかし、持参薬からの切り替え処方や、臨時処方から定期へ継続させる時の日数調整に対する負担感が高かった。また、時間のある時に定期入力を行うため、服薬開始時の患者症状との間にずれが生じることも問題点として挙げられた。

さらに、要因を広く網羅的に洗い出すため、病棟における与薬準備プロセスフロー(図①)を作成し、どのようなリスクが存在しているのか調査した。4南病棟では、定期処方開始日の前々日、看護師がカルテ画面で定期処方

【現状】4南病棟の与薬準備のProcess Flow



の入力状況を  
確認し、入力  
のない場合や  
持参薬がなく  
なる場合など  
に、手書きメモ  
で担当医に処方  
依頼を行って  
いた。また、  
定期日前日の  
午前中までに  
薬剤部で調剤  
された定期薬  
は、午後から  
看護師と薬剤  
師で確認しな  
がら1週間分を  
配薬カートに  
セットしてい  
た。

【図①】

この時点で発覚した処方漏れ、持参薬不足、中止・休薬、指示不明などについては、再度看護師が担当医に手書きメモを書いて確認していた。担当医がそれらを確認後、処方入力に取りかかってくるのは、業務時間外になることが多く、調剤された薬は、看護師のみで確認し配薬カートにセットされていた。手書きメモの多用による情報の分散と業務時間外の調剤・配薬セットなどがリスク要因として考えられた。また、処方の重複も多く、返納薬の大半を占めていた。

### 3. 目標設定

取り組み目標を、薬剤師による4南病棟の定期処方設計支援100%とした。

### 4. 対策と実行

処方設計支援を行う上で、分散していた患者の服薬情報の一元化が最優先課題であると考えた。そこで、整形外科医師・看護師と協議し、図②に示す指示箋を作成した。

運用方法は、まず、薬剤師が患者ごとに服薬している整形外科処方情報(臨時・定期)と持参薬情報について、我々が独自に開発したシステムを利用して電子カルテから指示箋上に情報を取り込み、処方情報の統合を

実施する。つぎに、看護師が臨時処方、持参薬処方の残数確認を行い、次回定期日までには処方切れとなる場合はその日付を記載する。連絡事項欄には、薬剤師が持参薬切り替え時の代替薬提案を記載するほか、患者からの訴え、検査値などからの処方設計提案などを薬剤師・看護師の記入者名とともに記載する。医師は、それらの内容を確認し、薬剤師・看護師からの提案に同意するか否かについての可否やコメント、指示を記入後、定期指示箋として承認するための最終サインを記載することとした。さらに、薬剤師は、医師の同意を得た指示箋に基づき、定期処方とともに処方切れとなる臨時処方・持参薬処方に対する継ぎ処方の代行入力も行い、薬がなくなるたびに処方依頼する看護師業務、およびその都度処方入力を行う医師の負担軽減をはかった。また、配薬カートのセット率を高めるため、薬剤師・看護師連携による定期処方の配薬カートセット時に、継ぎ処方も全てセットする仕様とした(図③)。

### 5. 結果

定期処方については、100%薬剤師により処方設計支援され、目標を達成した。

図④に運用開始前後各8週間分の定期処

〈指示箋〉

処方開始日		2011/2/10	7日分処方		
患者ID・氏名	退院予定日が分かれば記入してください			退院日記入	
担当医1	0担当医2	0			
担当医3	0担当医4	田中 正史			
診療科	薬品名(用法)	用量	継続可否 (O×)	連絡事項 (薬剤師・看護師は 記入者名も)	医師記入欄 可否 (O×)
整形外科 定期薬	レボセチル 0.25mg *1日3回 朝昼夕食後30分 内服	1錠			
整形外科 臨時薬	トリスプロドン(Ga拮抗薬) 2.5mg *1日1回 朝昼夕食後30分 内服	1錠			
整形外科 臨時薬	トルブール錠 50mg *1日2回 朝夕食後30分 内服	2錠			
持参薬	PTC03 カルデナリン錠 2mg 2T	2T	採用あり	持参薬なくなり次第 現格連 カルデナリン4mg 1錠 2×朝夕食後 に変更してよいか?	
持参薬	カス9-D錠 20mg 0疼痛時	1T	採用あり		
持参薬	ロキソニン錠 60mg 0疼痛時	1T	採用あり		
	0	0			
	0	0			
	0	0			
	0	0			
	0	0			
	0	0			
	0	0			
	0	0			
	0	0			
	0	0			
	0	0			
その他(追加処方希望薬など)					
その他伝言など	糖尿病内科からの薬あり。			左記、 追加処方して よいか?	内容について履 行するための責 任の同意として サイン
医師サイン					

前回処方の形式:定期、臨時、持参を表示

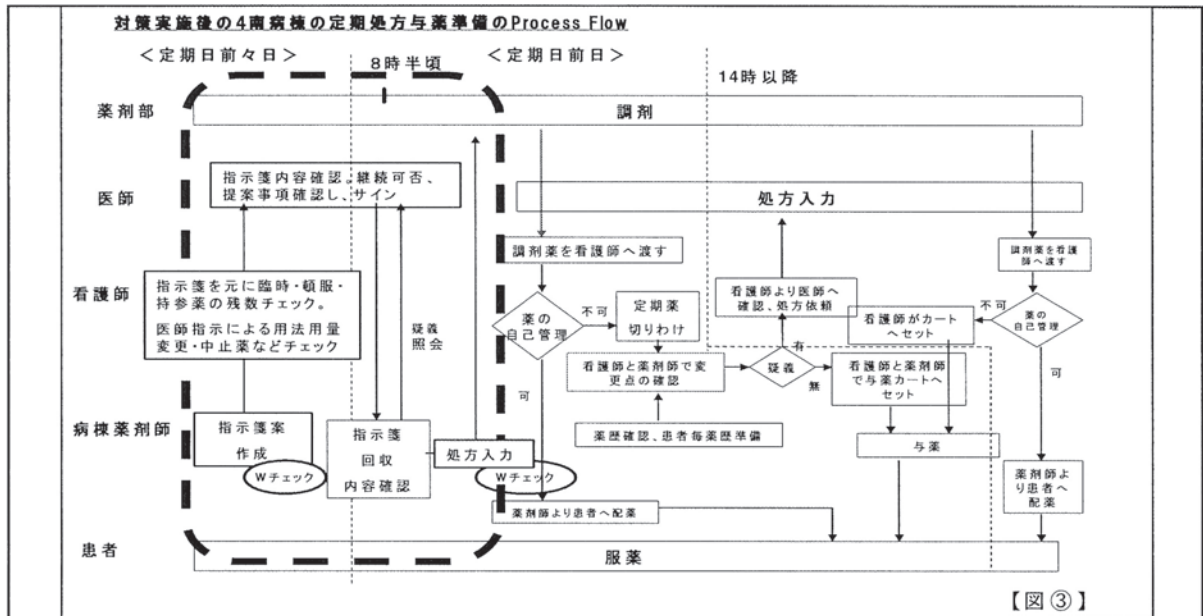
定期的1週間継続服用してよいか医師が可否を記入。  
薬品変更・用法用量変更などあれば連絡事項に記入。

他科処方や医師・看護師に伝言したい内容を記載。

臨時・持参などの残日数確認し、処方切れの日を看護師が記載。

薬剤師または看護師の提案について医師は可否を記入。

【図②】



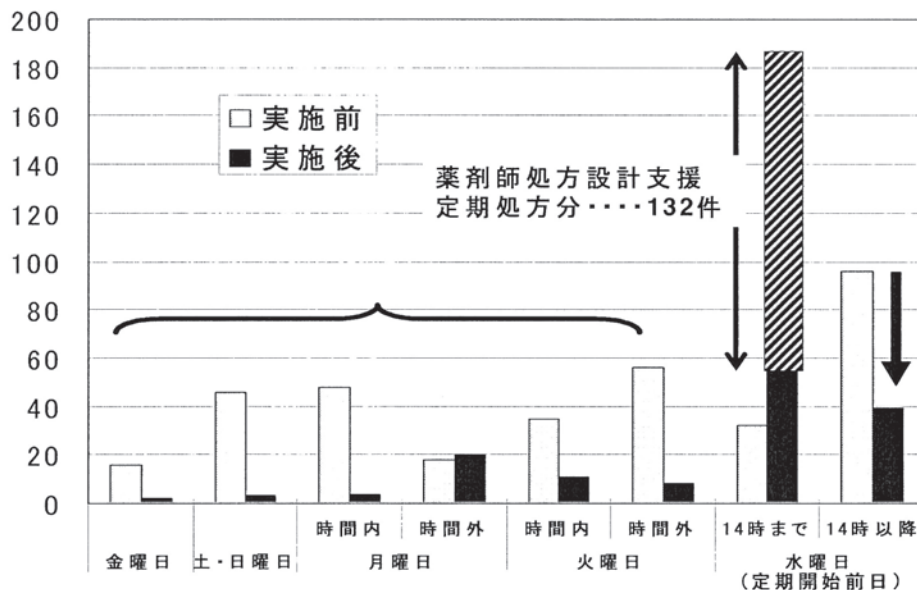
方入力時間の変化を示す。定期日前日の処方入力件数185件のうち約3/4にあたる132件は薬剤師の定期入力件数分であった。休日や配薬カートセット前日の時間外入力が大幅に減少し、看護師のみで配薬カートにセットする件数も激減した。

配薬セット後に看護師が医師へ問い合わせる件数も週平均4件から0.33件へと減少した。返納薬についても開始前後の1ヶ月で比較したところ病棟全体では半減した。対策後に行った医師へのアンケートでは、毎週、持参薬を含め現在服用中の薬を一覧で確認

できるようになったこと、薬剤師・看護師からの提案を確認でき、患者状態や薬に関する情報が収集しやすくなった。つまり、指示箋の存在で薬についてより3職種間で意見交換できるようになったことが非常に好評であった。単純に処方を代行入力するのではなく、服薬情報を多職種で共有するツールとして運用できていると考えられた。

現在、亜急性病棟である4東病棟の整形外科患者も含めた取り組みを実施しており、今後も継続的改善をしていきたい。

【定期開始日分処方の入力時間変化】



【図④】

## (優秀賞 演題)①

テーマ:【会計窓口での患者さん呼び出し方法の改善】

サークル名:チームIJI (事務Gr医事チーム)

メンバー: リーダー 後藤 博子  
サブリーダー 中井 聡子  
オーナー 山岡 明美  
メンバー 本川 美代子 田中 直樹  
中野 忍 赤星 真弓

### 1、はじめに

事務Gr医事チームは、患者さんの診療費を計算して、患者さんや保険者に請求する業務を主とし、各診療科の受付や初診受付、中央受付での会計など窓口業務を行っている職場です。

窓口では、様々な事情を抱えた患者さんに対応していますが、毎日のように色々な問題が発生します。スタッフは、患者さんからのクレーム、ご希望に対し、出来る限り答えたいという思いで日々務めております。

QC活動としても患者さんの不満を解消したいと「会計窓口での患者さん呼び出し方法の改善」というテーマに取り組みました。

### 2、テーマの選定

・中央会計窓口における患者さんへの対応

中央受付では、診察が終わった患者さんの、診療費の計算、入金、保険証の確認、処方箋の発行を行うことを担っており、次の手順で行います。

①窓口で診察が終わった患者さんから診察券、順路案内票、及び当月未確認の場合は保険証を受けとり、患者さんには番号札をお渡しして、待合室で待機してもらう。

②保険証確認、計算書、処方箋の発行の準備

③計算書、処方箋発行後、患者さんにお渡しした番号札の番号をマイクでお呼びする。

④患者さんに入金して貰い、保険証・診察券を返却、処方箋をお渡しする。

・患者さん呼び出し方法の問題点

マイクでの呼び出しには、次のような理由で患者さんからの不満を言われることがありました。

「番号が呼ばれるまで席を離れることが出来ない」

「テレビを見ていて聞きそびれた」

「雑音でマイクの音が聞き取りにくい」

「耳が遠い」

又、患者さんの案内をされているボランティアさんからも、患者さんが不便だから何とかして欲しいという意見を何回かいただきました。

そのような中、QC活動という機会が与えられたので、この問題を改善しようということになり、テーマを「会計窓口での患者さんの呼び出し方法の改善」としました。

### 3、アンケート調査

活動計画を立てた後、会計での番号呼び出しについて、患者さんがどのように思っておられるかのアンケート調査を行いました。

実施日:平成22年8月26日(木)

実施時間:9:00~12:00

対象者:会計で番号を受け取られた患者さん

人数:9:00~30分毎に20名ずつ計120名

「アンケート集計結果」

①会計窓口でのマイクを通しての呼び出し

問題なし:111名 問題あり:9名

②ご意見・ご要望(回答数38件)

・呼び出しについて 18件 (表1)

(内、表示板での番号案内を希望→11件)

・待ち時間 8件  
 ・駐車場 2件  
 ・その他 2件  
 ・満足・感謝 8件

マイクを通しての呼び出しについては、8%の人が問題ありと回答し、意見・要望のあった38件中、約半数は呼び出しに関するものでした。

その中で、6割に当たる11件は、マイクだけでなく、表示板での番号案内が欲しいというものでした。

表示板が必要と思っておられる患者さんの思いを現実的に知ることが出来たので、目標を「会計呼び出し表示板の導入」に置いて、活動を進めることとしました。

(表1:アンケート結果)

③会計窓口が狭い

・これらの対策案は、それぞれ

①コストがかからない方法を検討する

②他部門の力を借りる

③運用を検討する

としましたが、

・モニターとして、小さなPC等では意味がない。

・無料ソフト等では単純なパターンしか作れない等コストをかけないという対策案の問題に直面しました。

・対策の見直し

QC活動の進行が行き詰まり、出口が見つからないままミーティングを重ねていくうちに「患者さんのためにも本当に自分達が欲しいシステムを作りたい！」という意見がメンバーから始めました。そこで、上司や情報管理に相談したところ、「予算の問題はあるが、とりあえず、計画してみなさい」と後押しをもらいました。その一声で、対策を180度変更し、「コストはかかるが、患者さんに必要な呼び出し表示システムの導入を目指す」ことになりました。

**アンケート結果** ご意見・ご要望

★ ①呼び出し以外に何かあった方が助かる

★ ②放送だけでなく表示板があった方がより分かりやすい

③少し離れただけで分らない

★ ④表示板もあればいい、どのくらい待ちそう分かる

⑤マイクだけでは再確認がしにくい

⑥何時呼ばれるか予測がつかない

★ ⑦番号を表示した見る物があれば、トイレ等気配に行ける、席を立った後呼ばれたかどうか不安になる

★ ⑧マイクで呼び出されて不在の時に、再度呼び出さずまで気がつかないので電光掲示板などの併用がいい

⑨ご年配には聞こえづらいのでは？

★ ⑩掲示板に番号が出ると分かりやすい

★ ⑪席を離れた目に呼ばれたかどうか番号を表示してくれたら耳の不自由な方にもやさしいと思う

★ ⑫デジタル表示にして欲しい

★ ⑬番号の電光掲示板があったらものすごくいい、市民病院はそれがあって便利だ

★ ⑭開きのがすことがあるかもしれないのでボードで番号表示してくれたらなおいい

⑮会計の順番が分ればよいと思う

★ ⑯呼び出しを受ける方は問題ないが、呼び出しをする方が朝から長時間大変、呼び出しの表示板を取り付けるか、呼び出しの方法を工夫してちょっと簡単にできないか？

⑰マイクでの呼び出しは聞こえるが、そうでない時は聞こえない

⑱マイク使用はとてよい、少し耳が遠いので問題ない

18件中11件がマイクだけでなく、表示板があったら助かる！！という意見だった！

めにも本当に自分達が欲しいシステムを作りたい！」という意見がメンバーから始めました。そこで、上司や情報管理に相談したところ、「予算の問題はあるが、とりあえず、計画してみなさい」と後押しをもらいました。その一声で、対策を180度変更し、「コストはかかるが、患者さんに必要な呼び出し表示システムの導入を目指す」ことになりました。

5. その後の検討

1) 業務フロー(図1)の確認

表示システム導入に向け、窓口業務や患者さんの流れをフロー化し、シュミレーションを

4. 課題・問題・対策についての検討

・会計呼び出し表示板の導入には、以下の3点の課題があげられました。

①モニター、専用PCの入手

②システムの構築

③場所の確保

・各課題について、次の問題点があります。

①設備費用の発生

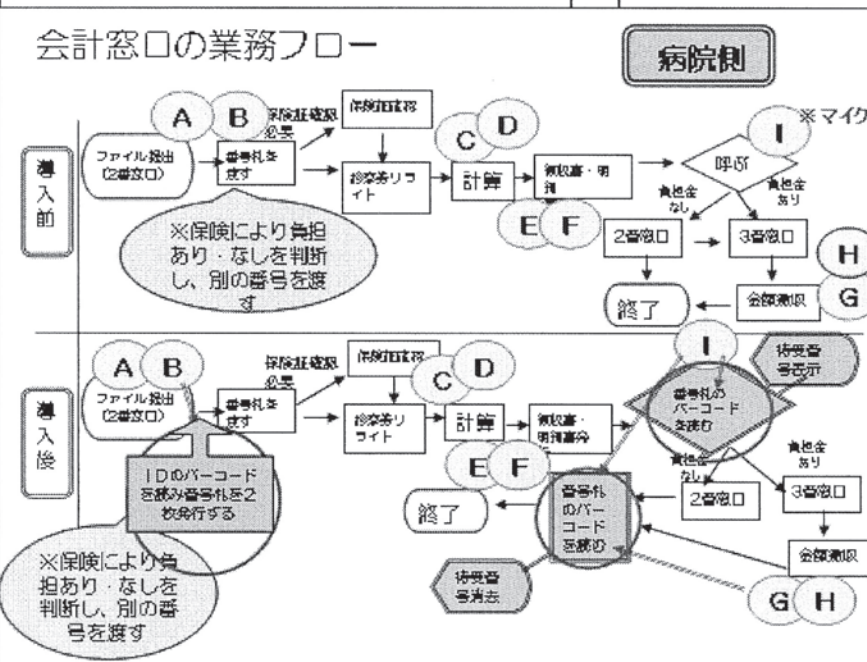
②プログラムが自部門では構築できない

重ねました。その結果、全体の工数は多少増えるが、持ち場をシフトすることで患者さんに迷惑をかけたリスタッフの業務負担も増えないことが分かりました。

2) 保険証確認作業の見直しを実施

プロセスを検証する中で、保険証の確認作業は従来、会計と同時にやっていましたが、患者さんの診察までの待ち時間でも確認可能なことが分かりました。そこで、今すぐできる改善策として、確認作業の見直しを実施しました。患者さんに協力いただくための

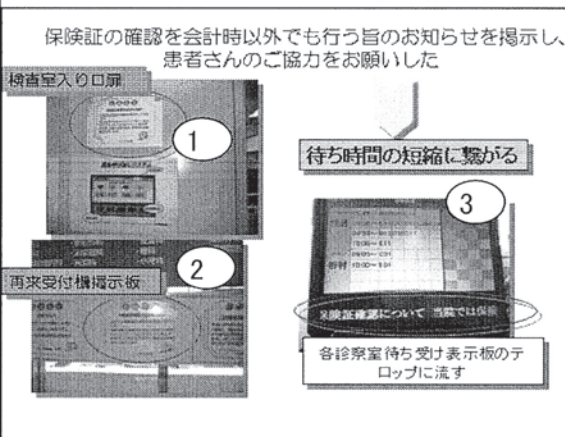
(図1:会計窓口の業務フロー)



6、おわりに

会計窓口での、患者さん呼び出し方法の改善をテーマにQC活動を行い呼び出し番号表示板の導入を目標と決めました。当初は何とか自分達の手でコストをかけずに目標を達成できないかと模索しましたが、結局はシステムを外部からの導入する方向に落ち着きました。うれしいことに予算の方も上司や企画チームのおかげで来期には確保できることになりました。

(図2:「保険証確認のご協力をお願い」を掲示)



案内は、下記に掲示しました(図2)。

- ①診察前の検査(採血など)を行う検査室入り口扉
  - ②再来受付機設置場の掲示板
  - ③各診察室待ち受け表示板のテロップ内
- これによって、煩雑な10:30前後の作業軽減や患者さんの会計待ち時間短縮が期待できると考えます。

3)会計呼出表示システムの検証

情報管理を通じて、あるメーカーから、番号表示プログラムの紹介があり、検討を行いました。内容は我々が提案(図3)している条件をほとんどクリアしたものでした。そこで、今後導入に向けて仕様の詰めを進めていきたいと思ひます。

今回のQC活動の反省点として、経費節減の中で何とか自分達の手で改善を図ろうとしましたが、途中で行き詰まり、発表までに実行が間に合わなかったことです。よかった点は、QC活動のおかげで会計呼び出し表示板の導入ができる目途がたったこと。又表示板ありきで考えた業務プロセスがきっかけとなり、現在我々の抱える待ち時間に関わ問題点の改善にも繋がったことです。

【今後の取り組みとして】

情報管理、本社ITソリューションに積極的に働きかけ、会計呼出表示板の導入に向けたQC活動を続けています。

(図3:会計呼出表示の一例)

会計カードをお持ちの方へ									
お待たせしました。料金計算ができましたので3番窓口までおこしく下さい					お待たせしました。2番窓口までおこしく下さい				
5	6	8	9	10	605	607	608	609	610
11									
負担あり					負担なし				
4	までは出来ています。3番窓口までおこしく下さい				604	までは出来ています。2番窓口までおこしく下さい			
7	606	の方は恐れ入りますがもうしばらくお待ちください。							
保険証の確認は検査の後など診察までの待ち時間でも行っています。									



## (優秀賞 演題)②

テーマ:新棟で必要な患者監視モニタを決定するー患者の立場で考えるー  
モニタサークル

メンバー: リーダー 片倉 健二郎  
サブリーダー 上岡 栄司  
オーナー 五明 幸彦  
メンバー 本田 康隆 馬場 恵美里 松岡 聖剛  
森 さつき 土田 耕司 米山 由里枝 中原 章徳

### はじめに

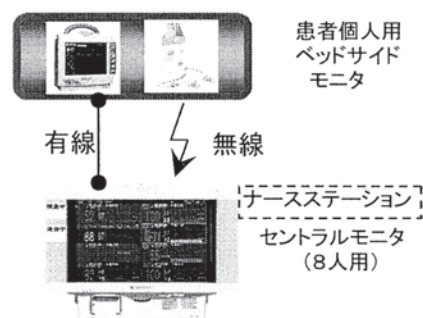
重症患者や手術後の患者、及び急変する可能性のある患者の患者監視モニタ(生体情報モニタ)は、スタッフに代わり、患者の生命維持および監視の役割を果たしています。

患者監視モニタは、患者個人々々をモニタリングするベッドサイドモニタ(心電図・血圧・酸素飽和度などの数値・波形の監視と警報機能を有する)とそれらの情報をナースステーションに有線または無線式で送信し、複数患者の情報を集中監視するセントラルモニタから構成されています(図・1参照)。

### 2 テーマの選定の背景と選定理由

当院では2012年の年明けに向けて、新棟建設工事が進行中です。新棟では、各科の病棟再編を伴うために、「院内のベッドサイドモニタ(88台)及びセントラルモニタ(14台)を再編・配置すること」が大きな課題となっています。

そのため、QC活動を利用した、医師・看護師・臨床工学技士・医療安全管理室・情報管理室・SPD室の多職種メンバーからなるチー



図・1 患者監視モニタ(生体情報モニタ)の構成  
ム構成で「新棟で必要な患者監視モニタを決定するー患者の立場で考える」というテーマで取り組むことにしました。

### 3 現状把握

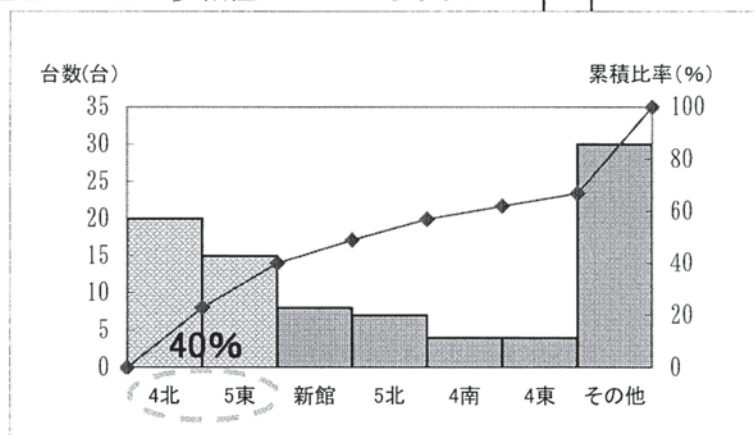
#### 1) 院内稼働率調査

2010年9月1日～10月31日まで、平日の院内全ての患者監視モニタの稼働率を調査をしました。調査の結果、主に「手術後の患者が多い日・夕方時間帯」などに、必要数が

増えることがわかりました。尚、不足があったモニタについては、経年劣化し廃棄予定の患者監視モニタを十分にメンテナンスした後に使用しました。

#### 2) 医師・看護師アンケート

従来の調査に加え、病棟別の患者監視モニタ設置台数も調査し「パレート図」を作成しました(表・1参照)。



表・1 病棟別設置台数の把握

パレート図から、使用台数の多い2つの病棟にターゲットを絞り、現在の配置台数が適切かどうかを確認するため、医師・看護師アンケートを実施しました(表・2、表・3参照)。

### 3) アンケート調査結果

#### ① 医師・看護師対象のアンケート調査 (n=35)

「現在の患者監視モニタ台数が十分ですか」という問いに対し、各々の病棟で70%以上が不十分という結果でした(表・2参照)。また、不十分とされた方を対象に、あと何台あれば十分かを記載していただいたところ、4~5台という回答が多く見られました(表・3参照)。

#### ② 医師アンケートからわかったこと

患者監視モニタが足りない時がある。患者監視モニタを外して良いかよく聞かれる。といった内容から、不足している実態が伺えました。

#### ③ 看護師アンケートから

患者の多い季節、重症患者が多い時に不足する。急患、急変時に患者監視モニタがない。心カテ入院で不足する。以上のような、実態が分かりました。他に医師から患者監視モニタを外す指示があまりない、患者監視モニタが必要な患者が増加した。といった、モニタ患者の増加傾向も推察されました。

#### ④ 考察

医師・看護師共に患者監視モニタの不足感を持っており、「患者監視モニタが必要な患者が増加した」という看護師意見からも、医師が必要と判断するケースが増加しているのではないかと考えられました。

### 4 目標の設定

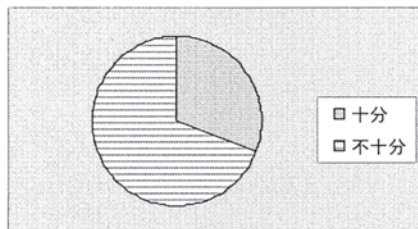
新棟での患者監視モニタ(ベッドサイドモニタ・セントラルモニタ)について、更新・再配置・追加購入必要数を決定することを目標としました。その際、医師が患者の生命維持のためにモニタの装着を行なうか否かを決定しますが、絶対数が不足する状況下では装着出来ないといったことも考えられ、患者にとって不利となります。従って、ある程度余裕を持った運用となるように考慮しました。

### 5 要因分析

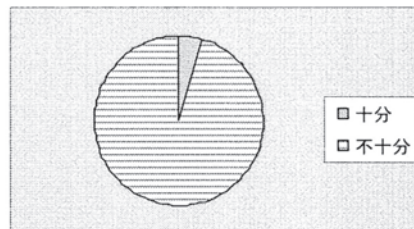
① 現行のセントラルモニタの監視可能人数はタイプによって既定され(現在4~12人用)、病棟再編時にも監視可能人数の制約を受けるため、現行のままだと不足となります。

② セントラルモニタは将来的な病床稼働率の増加やモニタ必要度の上昇も考慮の上、拡張可能人数を決定する必要があると考えました。

#### Q1: 現在の患者監視モニタ台数が十分ですか？



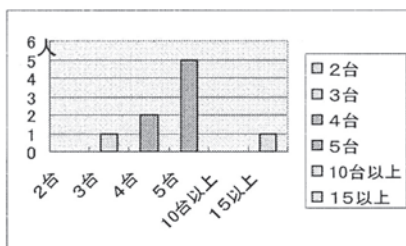
【4北病棟】



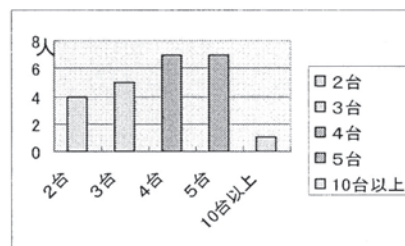
【5東病棟】

表・2 病棟別設置台数が十分かどうかについて(n=35)

#### Q2: 不十分であれば必要台数は？



【4北病棟】



【5東病棟】

表・3 病棟別の患者監視モニタの必要台数(不足)

③ 患者監視モニタの内、ベッドサイドモニタの絶対的な台数不足を解消する必要があります。

### 6 対策についての立案

#### 1) 更新計画

経年劣化のため、従来より使用していたセントラルモニタの内、10数年以上経過した装置2台を更新することにしました。また、ベッドサイドモニタも6台更新することとしました。

2) 追加購入計画: セントラルモニタ  
 現行のセントラルモニタの監視可能人数の制約や将来的な病床稼働率上昇・モニタ必要度の上昇を想定し、8~12人用のタイプから16人までモニタ可能なセントラルモニタ2台を追加購入し、新棟3F・4F病棟に配置して、余裕を持った運用が可能となる対策を立案しました(図・2参照)。

3) 追加購入計画: 子機  
 アンケート結果からも、ベッドサイドモニタ(子機)の不足感が強く、追加購入が必要と考えました。台数は合計12台追加としました(図・3参照)。

## 7 まとめ

1) 今回、私たちのサークルではテーマ選定理由として、新棟で必要な患者監視モニタが不足する恐れがあることから、患者監視モニタを決定する一患者の立場で考える一ということテーマに取り組みました。医師・看護師アンケートでは、現在の患者監視モニタが大幅に不足していることが判明しました。

2) 将来に向けた患者監視モニタの拡張性を考慮する必要がありました。

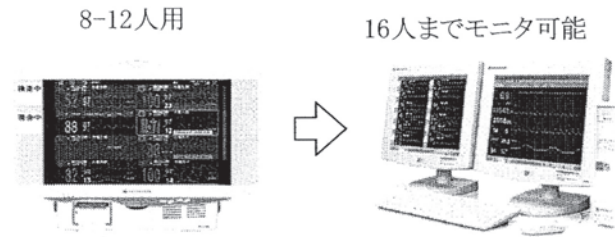
3) 新棟では、患者監視モニタはアンケート調査やチーム内で協議した結果、現行より12台増やす必要があることが分かりました。

## 8 今後の課題

今回の取組みを通じ、私たちはこれまで患者監視モニタ必要台数についてのリサーチを行なっていませんでしたが、今後は定期的に検証する必要性を痛感しました。また、今後の課題としては、アンケート調査で医師より提案された看護業務負担軽減策である患者監視モニタのバイタル(心電・非観血血圧・酸素飽和度)情報の電子カルテへの自動転送システムの構築があげられます。現在、このシステムについては、チーム内で仕様に関する初期協議が終了しており、主にバイタル

情報が多いと思われるHCU(高度治療室)や病棟の重症室の合計23室について、バイタル情報の手動入力から自動記録への変更が決まっています(図・4参照)。今後はシステム導入に向けて新たなサークル活動を行っていきたいと考えています。

○将来的な拡張機能を考慮(セントラルモニタ)

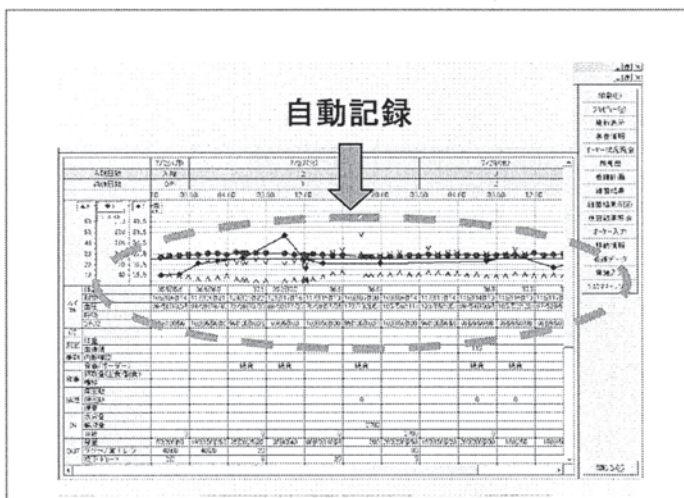


図・2 対策についての立案

○新棟の患者監視モニタ計画の策定(ベッドサイドモニタ)

5 北(外・泌)	7台	新7F(外・泌)	9台
5 東(脳)	15台	新6F(整)	8台
4 南(整)	4台	新5F(消・亜)	20台
4 北(循)	19台	新4F(循・小)	8台
4 東(小・亜)	4台	新3F(脳・HCU)	29台
新館(消・内)	7台	外来・他	26台
外来・他	32台		
現在	88台	+12台	合計 100台

図・3 ベッドサイドモニタ台数の決定



図・4 患者監視モニタと電子カルテの連携