

## A. 研究目的

病院での診療は、多職種スタッフの連携によって行われる。「業務システムの標準化」を図る際に、単一職種スタッフ向けのマニュアルを作成することは比較的容易であるが、多職種スタッフ間の情報伝達、業務連携に関わるマニュアルやガイドラインは、作成手順がより複雑で、完成に長い期間を要する。

しかし、各現場、部署でのリスク管理を効果的に進めるためには、多職種スタッフ間の連携を改善するための標準化ツールの作成が大きな重要性を持つ。

本研究では、NTT東日本関東病院で作成された多職種スタッフを対象とする運用マニュアル、評価表・チェックリストから、多職種間のリスク管理体制を有効に進めるための問題点の分析を行った。

## B. 対象

対象のデータ資料は、平成14年4月から平成15年2月の間に、NTT東日本関東病院で作成された、多職種スタッフ間の連携に関わるマニュアル、ガイドライン、事例分析シート、評価シートなど7件である。

## C. 研究方法

対象となった標準化ツール（ツール）については、標準化にいたるプロセスを明らかにするために、あらかじめ定められた枠組みに従い、

- ① 開発に取り組む発端となったできごと
- ② マニュアル（標準化ツール）の達成目標
- ③ 作成組織（参加メンバー）
- ④ 作成方法（標準化ステップ）
- ⑤ 開発したツールの種別（運用マニュアル、

説明標準化ツール、評価表、附随する物品など）

- ⑥ 運用方法（院内周知、啓蒙、教育、評価機構）

- ⑦ 評価（直接効果、波及効果、課題など）に関するデータを収集した。

提出された標準化ツールについて、上述の7項目に沿ってデータを整理し、多職種間のリスク管理システムの標準化に関する問題点を検討した。

## D. 結果（表参照）

### ① 標準化ツール名

今回収集された標準化ツール名は、「電子カルテ運用上の留意事項」「インシデント事例分析シート」「定期往診フォーマット」「病棟指示：伝達ガイドライン」「病棟指示：一般ガイドライン」「インシデント対応報告シート」「部署別リスク管理体制チェックシート」であった。

### ② 作成時期

「電子カルテ運用上の留意事項」と「インシデント事例分析シート」を除いては、原案の作成、内容チェックなどのプロセスを経て、年度の後半、平成15年1月に作成された。

### ③ 達成目標

各標準化ツールには、それぞれ、多職種間のリスク管理システムとしての達成目標が定められている。

### ④ 発端

「定期往診フォーマット」「病棟指示：伝達ガイドライン」「病棟指示：一般ガイドライン」は、提出されたインシデントレポート、行われた事例分析の結果に関する分析（リスク分析）が発端となって作成された。

「電子カルテ運用上の留意事項」には、

電子カルテ導入（システム改善）も発端として関与した。

「部署別リスク管理体制チェックシート」は研究的な取り組み（業務改善）として企画された。

「インシデントレポート事例分析シート」と「インシデント対応報告シート」はインシデントレポートが増加した状況（その他の状況）が発端となって作成された。

「他施設の事故の教訓」「行政指導」「患者の声・投書」などが発端となって作成された標準化ツールはなかった。

#### ⑤ 作成組織

すべての標準化ツールについて、リスク管理担当者会議が取り組みの中心となった組織であり、構成メンバーは、リスク管理担当者会議内部のワーキンググループであった。（「電子カルテ運用上の留意事項」は電子カルテシステム委員会も共同で作成にあたった）リスク管理担当者会議は、NTT東日本関東病院のインシデントレポートへの対応、リスク管理に関する実務施策の立案について、ほぼ全権を院長から委譲されている。

#### ⑥ 作成方法

「電子カルテ運用上の留意事項」「定期往診フォーマット」「病棟指示：伝達ガイドライン」「病棟指示：一般ガイドライン」はプロセスアナリシスと事例（インシデント）分析によって作成された。

「インシデント対応報告シート」は、事例（インシデント）分析のうち、特にインシデントレポートで報告された部署対応の分析によって作成された。

「インシデント事例分析シート」は、事例（インシデント）分析自体を、系統的に

分析することによって作成された。

「部署別リスク管理体制チェックシート」は、「インシデント事例分析シート」の各要因を事前チェックするように作成された。

その他の分析方法は、特に用いられなかった。

#### ⑦ ツールの種別

「電子カルテ運用上の留意事項」「病棟指示：伝達ガイドライン」「病棟指示：一般ガイドライン」は運用マニュアルであり、「インシデント事例分析シート」「定期往診フォーマット」「インシデント対応報告シート」「部署別リスク管理体制チェックシート」は、評価表・チェックリストである。患者様用パンフレットは、本研究のデータ資料には含まれていなかった。また、付随する必要物品、予算は特になかった。

#### ⑧ 採用決定機関

リスク管理担当者会議内部で用いられる「インシデントレポート事例分析シート」は、リスク管理担当者会議が採用決定機関であった。そのほかの標準化ツールは、病院全体で使用されるものであり、部長会議で採用決定された。

#### ⑨ 院内周知方法

リスク管理担当者会議内部で用いられる「インシデントレポート事例分析シート」はリスク管理担当者会議内部で使用前に周知され、後に職員研修会で、病院職員全体に周知された。

病院全体で使用される「電子カルテ運用上の留意事項」は、部長会議、婦長会議、院内週報、電子カルテ掲示板、リスク管理担当者会議で周知された。また、部署リスクマネジャー体制が整った平成14年秋以

降に作成された、「定期往診フォーマット」「病棟指示：伝達ガイドライン」「病棟往診：一般ガイドライン」「インシデント対応報告シート」「部署別リスク管理体制チェックシート」は、部署リスクマネージャーを通じても周知された。

#### ⑩ チェック機構

すべての標準化ツールは、ワーキンググループが原案を作成した後、リスク管理担当者会議に提出され、内容がチェックされた。さらに、病院全体で使用される標準化ツールについては、リスク管理担当者会議の原案が部長会議、婦長会議に報告され、ここでも内容がチェックされた。

#### ⑪ 修正機関・修正期間

本研究の対象である標準化ツールについて、修正機関はリスク管理担当者会議、修正期間は1年間と定められている。

#### ⑫ 評価

「部署別リスク管理体制チェックシート」はまだ施行されていない。

その他の標準化ツールについては、内容について分かりにくい点、質問については、リスク管理会議が、職員からのフィードバックを受ける。本研究の対象である標準化ツールについて、施行当初は、「細かくて使いにくい」というフィードバックが一部に見られた。しかし、全体的には、「手続きが分かりやすくなった」というフィードバックが多く、使用が中止された標準化ツールはない。

波及効果としては、「多職種間の業務の連携がやりやすくなった」「多職種間でリスク管理に関する話し合いをすることが容易になった」というフィードバックがみられた。

各標準化ツールについての公式評価は、

まだ実施されていない。

#### E. 考察

##### ① 発端

本研究データ資料の標準化ツールのうち5件は、リスク分析、2件は「インシデントレポート提出数の増加」という、リスク管理体制の発展を発端として作成された。

一般に、多職種が関わるマニュアルやガイドラインは、単一職種の業務を対象とするマニュアルよりも、作成手順が複雑で、完成までに長い時間がかかる。「行政指導」や「事故」といった時間的な圧力がかけられた発端ではなく、「リスク分析」「研究的な取り組み（業務改善）」といった、時間的な余裕が持てる発端で標準化ツール作成に着手することが望ましいと考えられる。

また、病院のリスク管理体制の段階に応じて、必要となる標準化ツール、対応体制について、あらかじめ計画できることが望ましい。

##### ② 作成組織

本研究データ資料の標準化ツールを作成したのは、すべて、リスク管理担当者会議内部のワーキンググループであった。リスク管理担当者会議は、NTT東日本関東病院のインシデントレポートへの対応、リスク管理に関する実務施策の立案について、ほぼ全権を院長から委譲されている。

一般に、多職種連携を標準化するためのマニュアルやガイドラインを作成するには、原案作成、内容チェックなどの手順すべてにわたって多職種間の調整を要するので、包括的な権限を有する中央機関が、作成組織となることが適切であると考えられる。

##### ③ 作成方法

本研究データ資料の標準化ツールは、主

にプロセスアナリシスと事例（インシデント）分析によって作成されていた。

一般に、業務手順の分析（プロセスアナリシス）、手順がうまく作動しなかった例（インシデント）の分析は、標準化ツール作成方法としては、有効であると考えられる。しかし、本研究データ資料の標準化ツールの作成には、かなりの長い時間と多大な労力を要した。今後は「有効なツールを作成するためのポイント」を研究グループ、厚生労働省などが作成、発表することが、望ましいと考えられる。

#### ④ ツールの種別

本研究データ資料の標準化ツールは、多職種間のリスク管理システムの中でも根幹的なものであり、種別としては、運用マニュアルと評価表・チェックリストのみであった。「深部静脈血栓の予防」といった、より具体的なテーマに関する標準化ツールであれば、患者様用パンフレットといった種別も必要であろう。

一般に、「運用マニュアル」「評価表・チェックリスト」は、多職種間のリスク管理システムの根幹的な位置を占めると考えられる。個々の具体的な対応について、患者様用のパンフレットなどの説明資料が、多職種の連携を基盤として作成されれば、リスク管理としては、より有効に機能すると考えられる。

#### ⑤ 採用決定機関

リスク管理担当者会議内部で用いられる以外の標準化ツールは、部長会議で採用決定が行われていた。

一般に、病院全体で使用される多職種間の業務標準化ツールについては、病院全体の運営を討議、決定する機関が採用決定す

ることが適切であろう。

#### ⑥ 院内周知方法

リスク管理担当者会議内部で使用される以外の標準化ツールは、部長会議、婦長会議、院内週報、電子カルテ掲示板、リスク管理担当者会議、部署リスクマネージャーと、各種の方法を用いて院内周知されていた。また、新人教育や中途採用者の教育プログラムの一部としても採用されている。

しかし、職員研修会で、非公式に周知度を調査した範囲では、一般の職員には必ずしも周知が徹底していない可能性が示唆された。

一般に、リスク管理関連の標準化ツールは病院の診療に大きな影響を持つので、十分な院内周知を阻害している要因について、今後の検討を要する。

#### ⑦ チェック機構

すべての標準化ツールは、ワーキンググループで作成された後、リスク管理担当者会議でチェックされ、さらに病院全体で使用される標準化ツールは、部長会議、婦長会議で内容がチェックされた。しかし、部長会議や婦長会議で、標準化ツール具体的な内容について詳細なチェックを行うことは極めて困難である。

一般に、リスク管理関連のツールについては、リスク管理担当者会議など、作成の責任を負う実務的な中央機関の段階で、十分なチェックが行われる必要があると考えられる。

#### ⑧ 修正機関・修正期間

N T T 東日本関東病院では、病院で使用されているマニュアル、ガイドラインなどは、すべて年1回秋に内容を見直す方針が取られている。病院全体で使用される標準

化ツールについては、リスク管理担当者会議が修正機関として指定されている。多職種間の業務連携に関する標準化ツールは、病院の診療に大きな影響を与えるので、内容が現状にそぐわなくなることは、避けなければならない。

一般に、多職種間の業務連携に関する標準化ツールについては、次回の見直しを行う時期、見直しを行う責任者を定めることが必要であると考えられる。

#### ⑨ 評価

本研究の対象となった標準化ツールについては、リスク管理担当者会議が職員からのフィードバックを受けており、現在のところ、つよくネガティブな評価はなく、また各現場、部署で、多職種間の連携を図ることが容易になったというフィードバックもみられる。しかし、公式な評価は実施されていない。理由としては、提出される多数のインシデントレポートへの対応、本研究の対象となった標準化ツールの作成でリスク管理担当者会議の対応能力が飽和し、公式評価への余力がなかったこと、現時点では、これらのツールに対する簡便で適切な評価体制が確立していないことがあげられた。

一般に、現段階では、標準化ツールに対する簡便で適切な評価体制が確立していないと考えられる。今後この課題について検討する必要がある。

#### F. 今後の研究課題

「多職種間の業務連携に関する標準化ツールの作成」は、インシデントレポートに基づいて「リスク要因」を把握した後、「問題解決」を行うための重要な位置を占めると考えられる。

一方、「多職種間のリスク管理システムの標準化」については、「ツールからシステムへ」という進展が必要であると考えられる。N T T東日本関東病院においても、多職種間のリスク管理の主体を、リスク管理担当者会議から、各種委員会と接点を持つ医療安全管理委員会に発展的に移行させることになっている。

また、インシデントレポート、事故分析から、医療スタッフの「多重課題」「平行課題」の問題が、重要な背景要因になっている可能性が示唆されている。この問題は、リスク管理上非常に重要であると同時に、病院での診療の運営全体に関わる根本的要因でもある。この課題を検討するには、「多職種のリスク管理システム」という概念の確立なくして、スタッフの理解、協力を得ることができないであろう。

今後の研究課題として、

- ① 院内周知を阻害している要因
- ② 標準化ツールの評価方法
- ③ 多重課題・平行課題の抑制

などについて、さらに検討を重ねなければならないと考える。

表：多職種間のリスク管理システムの標準化

ツール名	作成時期	達成目標	発端	作成組織	作成方法	種別	採用決定 機関	院内周知方法	チェック機構	修正機関 修正期間	評価
電子カルテ運用上の留意事項	第1版 平成13年4月 改訂版 平成14年6月	電子カルテの運用に関する標準化	リスク分析	リスク管理担当者会議 ワーキンググループ 電子カルテシステム委員会	プロセスアナリシス (インシデント)分析	運用マニュアル	部長会議	部長会議 院内週報 電子カルテ掲示板 リスク管理担当者会議	リスク管理担当者会議 部長 婦長	リスク管理担当者会議 1年間	直接効果・波及効果 (職員フィードバック) 公式評価は実施検討中
インシデント事例分析シート	平成14年4月	インシデント事例分析手法の標準化	インシデントレポート数の増加	リスク管理担当者会議 ワーキンググループ	事例(インシデント)の体系的分析	評価表・チェックリスト	リスク管理担当者会議	リスク管理担当者会議 職員研修会	リスク管理担当者会議 部長 婦長	リスク管理担当者会議 1年間	直接効果・波及効果 (職員フィードバック) 公式評価は実施検討中
定期往診フォローアップ	平成14年11月	往診医の情報伝達項目の標準化	リスク分析	リスク管理担当者会議 ワーキンググループ	プロセスアナリシス (インシデント)分析	評価表・チェックリスト	部長会議	部長会議 院内週報 電子カルテ掲示板 リスク管理担当者会議 部署リスクマネジャー	リスク管理担当者会議 部長 婦長	リスク管理担当者会議 1年間	直接効果・波及効果 (職員フィードバック) 公式評価は実施検討中
病棟指示：伝達ガイドライン	平成15年1月	医師指示の伝達手順の標準化	リスク分析	リスク管理担当者会議 ワーキンググループ	プロセスアナリシス (インシデント)分析	運用マニュアル	部長会議	部長会議 院内週報 電子カルテ掲示板 リスク管理担当者会議 部署リスクマネジャー	リスク管理担当者会議 部長 婦長	リスク管理担当者会議 1年間	直接効果・波及効果 (職員フィードバック) 公式評価は実施検討中
病棟指示：一般ガイドライン	平成15年1月	医師指示の一般的な事項の標準化	リスク分析	リスク管理担当者会議 ワーキンググループ	プロセスアナリシス (インシデント)分析	運用マニュアル	部長会議	部長会議 院内週報 電子カルテ掲示板 リスク管理担当者会議 部署リスクマネジャー	リスク管理担当者会議 部長 婦長	リスク管理担当者会議 1年間	直接効果・波及効果 (職員フィードバック) 公式評価は実施検討中
インシデント対応報告シート	平成15年1月	軽度インシデントへの対応体制の標準化	インシデントレポート数の増加	リスク管理担当者会議 ワーキンググループ	事例(インシデント)の分析 部署対応の分析	評価表・チェックリスト	部長会議	部長会議 院内週報 電子カルテ掲示板 リスク管理担当者会議 部署リスクマネジャー	リスク管理担当者会議 部長 婦長	リスク管理担当者会議 1年間	直接効果・波及効果 (職員フィードバック) 公式評価は実施検討中
部署別リスク管理体制チェックシート	平成15年1月	部署別リスク管理体制評価の標準化	研究的取り組み(業務改善)	リスク管理担当者会議 ワーキンググループ	事例分析要因の事前チェック	評価表・チェックリスト	部長会議	部長会議 院内週報 電子カルテ掲示板 リスク管理担当者会議 部署リスクマネジャー	リスク管理担当者会議 部長 婦長	リスク管理担当者会議 1年間	公式評価の実施を検討している

## 1. 「電子カルテ運用上の留意事項」(第1版平成13年4月、改訂版平成14年6月作成)

## 2. マニュアルの達成目標

電子カルテ運用上の留意事項を標準化し、多職種のスタッフが理解を共有すること

## 3. マニュアル作成に至った経緯(発端となった出来事)

- ・ リスク分析(インシデント報告、ヒヤリハット)の結果
- ・ システム変更あるいは改善を機に

当院では、平成12年12月に電子カルテを導入する際に、院内スタッフに対する研修会が行われたが、電子カルテを使いこなすための、「運用上の留意点」については、十分な標準化が行われていなかった。このことによるインシデントレポートが頻発し、職種間の理解を深めるために、「電子カルテ運用上の留意事項」の第1版が、平成13年4月に作成され、平成14年6月に本資料が、改訂、作成された。

## 4. マニュアル作成の組織(参加メンバー)

- ① 取り組みの中心となった組織：リスク管理担当者会議
- ② 構成メンバー：リスク管理担当者会議ワーキンググループ、電子カルテシステム委員会
- ③ 活動組織の院内の位置付け(権限)：リスク管理担当者会議は、NTT東日本関東病院のインシデントレポートへの対応、リスク管理に関する実務施策の立案について、ほぼ全権を院長から委譲されている。電子カルテシステム委員会は、電子カルテのシステムについての、すべての管轄権を持っている。

## 5. マニュアル作成方法(開発の実際)——**具体的に**

- ・ プロセスアナリシス
- ・ 事例(インシデント)分析

運用上問題が起きている事例について、一般的な業務分析(プロセスアナリシス)、インシデントについての事例分析を行った。

## 6. 開発したツール

- ① 運用マニュアル、解説書：「電子カルテ運用上の留意事項」であり、運用マニュアルに当たる。
- ② 付随する必要物品(何をどの位準備したか、予算、物品供給方法など)：なし

## 7. 運用段階

- ① マニュアル採用決定機関：部長会議
- ② 院内周知方法(啓蒙・教育活動)：部長会議、婦長会議、院内週報、電子カルテ掲示板、リスク管理担当者会議
- ③ 実施評価(チェック機構)：リスク管理担当者会議、部長会議、婦長会議
- ④ マニュアル評価・修正方法：リスク管理担当者会議が内容の見直し、改訂を担当する。修正期間は1年間である。

## 8. 評価

直接効果、波及効果について、リスク管理担当者会議が、職員からのフィードバックを受けている。公式評価については、今後の施行を検討している。

## 電子カルテ運用上の留意事項

作成日：平成14年6月

作成責任者：リスク管理担当者会議

保管責任者：リスク管理担当者会議

見直し・改訂予定日：平成15年10月

見直し・改訂責任者：リスク管理担当者会議

改訂時周知責任者：リスク管理担当者会議

平成14年6月1日

F 病院      リスク管理担当者会議  
                 システム管理委員会

### 1. はじめに

電子カルテの運用について、誤指示、誤伝達を防ぐために、病院職員は、以下の点に留意してください。

### 2. 情報の活用

医師は診察情報のほか、看護スタッフの記録、その他の電子カルテ上の情報を、補完的資料として活用してください。

### 3. コメント入力の活用

- ① 処方、注射指示、検査指示には、「コメント」を入力できます。
- ② 処方や注射を「追加」「変更」「中止」する際に、「飲みきり止め」などと「コメント」入力しておくこと、看護スタッフが、医師の意図を確認する手間がなくなります。

### 4. 対症指示（狭義の対症指示）

- ① 看護のワークシートに、注射・与薬・処置などの医師の対症指示が打ち出されます。
- ② 対症指示には有効期限があり、電子カルテの対症指示歴画面では、現在有効な対症指示は「青」、有効期限が過ぎた指示は「黒」で表示されます。

#### 【医師】

- ① 対症指示を変更する場合は、以前の指示を中止し、新たな指示を入力してください。（中止しないと、指示が重複します）
- ② 注射の対症指示は「常備薬」の範囲内でオーダーし、注射が施行された場合は、「常備薬モード」で指示を出します。
- ③ 「常備薬モード」でのオーダーと同時に実施入力されますので、実施入力された注射箋を選択し、実施入力のボタンを押し、すでに実施済みになっていますが、注射が実際に施行された時間に変更し、登録してください。
- ④ 対症指示用の内服薬は、常備薬を使用するか、各患者様用に屯用処方しておいてください。

#### 【看護】

- ① 対症指示を確認して、薬剤の投与、注射の施行などを行ってください。
- ② 処方ワークシートに、医師が出した屯用処方が印刷されますが、指示としては一括して「対症指示」に従ってください。



## 5. 対症指示の活用（広義の【指示機能】としての活用）

「対症指示機能」は、狭義の「対症指示」を越えて、医師から看護スタッフへの「指示機能」として広く活用することができます。

(ア) ワークシートには、当日の内容しか反映されないため、隔日投与の薬剤やステロイドホルモンを漸増、漸減している場合、こういった状況は処方ワークシートだけでは把握できません。「対症指示機能」を用いて、「ステロイド剤用量漸増中または漸減中」などと、適切な期間、医師の意図を伝達することができます。

(イ) 外用薬などが、処方されてから1週間を越えて使用される場合、処方ワークシートには、8日目以降薬剤は印刷されません。「対症指示機能」を用いて、「外用薬使用指示」などと指示を出すと、看護スタッフが円滑に対応できず。

## 6. 入院注射指示歴のチェック

同一日あるいは最近に、他の医師が同一薬剤の注射指示を出していても、チェックがかかりません。

### 【医師】

- ① 入院注射指示を行う際、自科、他科の医師が出した注射指示箋をすべて確認し、同一薬剤が誤って重複指示されないようにしてください。

### 【薬剤師】

- ① 誤って重複指示された可能性がある注射指示箋については、薬剤払い出し前にオーダー医師に確認してください。

### 【看護】

- ① ワークシートに、誤って重複指示された可能性がある注射指示箋が見られた場合は、薬剤投与前にオーダー医師に確認してください。

## 7. 注射タイミングの指示【今回追加】

注射タイミングについては、可能な限り、「回数」を用いなくて、時刻指定または「その他」から「検査前」「入室時」などとタイミングを指定してください。

## 8. 投与経路のチェック

注射薬剤には、投与経路の適応が定められています。電子カルテでは、注射薬品毎にデフォルトで手技設定されていますが、中心静脈用薬剤以外は投与経路のチェックはかかりません。

### 【医師】

- ① 静脈注射、筋肉注射、点滴などの投与経路については、注射指示を出す医師が必ず確認してください。（なお、従来から、適応のない投与経路を指示している注射指示が一部にみられます）

### 【薬剤師】

- ① 誤った投与経路の可能性がある注射指示箋については、薬剤払い出し前にオーダー医師に確認してください。

## 9. 混注禁忌のチェック

電子カルテでは、「併用禁忌」のチェックはかかりますが、「混注禁忌」のチェックはかかりません。

### 【医師】

- ① 「混注禁忌」については、注射指示を出す前に必ず確認してください。

#### 【薬剤師】

- ① 「混注禁忌」について誤った指示を出している可能性がある注射指示箋については、薬剤払い出し前にオーダー医師に確認してください。

#### 10. 屯用処方の使用不可

電子カルテでは、注射指示の実施タイミングとして「屯用」という項目が設けてあります。しかし「屯用」として注射指示箋を出すと、大量の薬剤が払い出されリスク要因になります。そのため、実施タイミングを「屯用」とする注射指示は不可（ICUを除く）とします。

#### 【医師】

- ① 対症的に注射を施行したい場合は、「対症指示」として、病棟常備注射薬の範囲内で指示してください。

#### 【薬剤師】

- ① 万一「屯用」で注射指示が行われた場合は、薬剤払い出しを行わず、オーダー医師に通知してください。

#### 11. インシュリンスライディングスケールの指示・実施の方法

#### 【医師】

- ① 対症指示でスライディングスケールを指示し、かつ注射指示で基準量を指示してください。
- ② タイミング、時間も入力してください。

#### 【看護】

- ① スライディングスケールの指示にしたがって実施量を変更し、実施入力をしてください。  
(例：指示：ペンフィルR注 150u/1.5ml タイミング朝 1単位 皮下注射（SC）：ワンショット)の実施入力で、1単位⇒7単位に変更して実施入力してください。
- ② また、ケアフローに、血糖とインスリン実施単位を記録してください。

#### 12. 処方・注射指示変更手順について

処方・注射指示を変更する場合（止め、減量、増量、加剤）、接続されたプリンターから指示書が出ます。

医師がシステムに変更を入力するだけでは、看護スタッフには情報伝達されません。

#### 【医師】

- ① 緊急時などで止むを得ず病棟以外の場所（外来、医局など）で変更内容を入力する場合は、
- ② 該当の場所で出力された指示書を病棟にFAXし、
- ③ 病棟に電話をかけて変更が伝達されたことを確認してください。

#### 13. 点滴の変更

- ① 当日分の点滴を、一部止める場合、注射薬処方箋が、“依頼中”であれば、オーダー自体を変更することが可能です。
- ② オーダーが“発行済”になっていれば変更はできません。
- ③ 実施入力の際に“中止”と入力してください。注射薬剤自体は返却して下さい。

#### 14. 処方変更時の入力について

処方、投与開始された後でも、変更入力が可能です。

## 【医師】

### ① 量、中止の場合

減量、中止を行う時点で、該当の処方を変更入力してください。

(変更内容を看護スタッフに伝達してください)

### ② 新しい薬剤を追加処方する場合

新しい薬剤の処方を、入力してください。

### ③ 増量する場合<例えば、>

「12/4投与開始 デパス(0.5) 2T 2× 朝夕 7日分」という処方を、12/6にデパス(0.5)を2T→6Tに増量する場合、

「12/6投与開始 デパス(0.5) 4T 2× 朝夕 5日分、12/5投与開始」という処方を入力し、元の処方は、変更しないでください。

ワークシートには、「デパス(0.5) 2T 3× 食後 デパス(0.5) 4T 3× 食後」と、元の処方と追加処方が打ち出されます。

## 【看護】

- ① ワークシート上の指示に疑問点がある場合は、指示の日付を確認し、オーダー医師に確認してください。

## 15. 持参薬入力

### 1) 当院外来からの持参薬を使用する場合

- ① 投薬を継続する処方箋をオーダー歴から選択します。
- ② DOボタンをおして、右画面に展開し、処方モードを「通常」から「事後」に変更し、継続する薬を確認して、オーダーボタンを押します。
- ③なお、入院処方なので1回の処方の指示期間は7日になります。

### 2) 他院で処方された持参薬

- ①「通常」モードで処方オーダー入力画面の薬品名欄に「ジサン」と入力し、確定すると「持参薬(散剤)」とか「持参薬(錠剤)」などが一覧表示されます。
- ②剤型に応じて、「持参薬(散剤) 1」「持参薬(錠剤) 1」などを選択してください。
- ③実際の薬品名は、用法指定画面の右下の「コメント入力」というボタンを押して、コメント入力画面を出し、フリーコメントで薬品名を入力してください。
- ④区分は薬袋でも処方箋でも持参薬の場合の扱いは同じで、ワークシートの用法欄に反映されます。

## 16. 緊急時

緊急時には、患者さんへの治療を最優先し、処置などの指示は、あとで、「常備薬モード」または「通常モード」で入力してください

(この場合は、薬剤の送付も料金の徴収も必要ですから、「事後モード」ではありません)。

## 1. 「インシデント事例分析シート」(平成14年4月作成)

## 2. マニュアルの達成目標

リスク管理担当者会議委員が、標準化された方法でインシデントを事例分析できること

## 3. マニュアル作成に至った経緯(発端となった出来事)

- ・ その他(その時の状況・問題点)

当院では、インシデントレポートの提出を、平成13年10月に全職種に求めるようになり、平成14年4月からは、インシデントレポートの提出数がそれまでの数倍にも増加した。それまでは、3、4名の限定された委員が事例分析・報告を行っていたが、この段階で全委員が標準化された方法で、事例分析・報告できるシステムを導入することが必要になり、本資料が作成された。

## 4. マニュアル作成の組織(参加メンバー)

- ① 取り組みの中心となった組織：リスク管理担当者会議
- ② 構成メンバー：リスク管理担当者会議ワーキンググループ
- ③ 活動組織の院内の位置付け(権限)：リスク管理担当者会議は、NTT東日本関東病院のインシデントレポートへの対応、リスク管理に関する実務施策の立案について、ほぼ全権を院長から委譲されている。

## 5. マニュアル作成方法(開発の実際)——具体的に

- ・ 事例(インシデント)分析

当院で行ってきたインシデントの事例分析・報告であげていた要因を系統的に分析した。

## 6. 開発したツール

- ① 評価表、チェックリストなど：インシデントの発生に関連したと思われる要因をチェックし、必要と思われる施策について示唆するものとした。
- ② 付随する必要物品(何をどの位準備したか、予算、物品供給方法など)：なし

## 7. 運用段階

- ① マニュアル採用決定機関：リスク管理担当者会議
- ② 院内周知方法(啓蒙・教育活動)：リスク管理担当者会議、職員研修会
- ③ 実施評価(チェック機構)：リスク管理担当者会議、部長会議、婦長会議
- ④ マニュアル評価・修正方法：リスク管理担当者会議が内容の見直し、改訂を担当する。修正期間は1年間である。

## 8. 評価

直接効果、波及効果について、リスク管理担当者会議が、職員からのフィードバックを受けている。公式評価については、今後の施行を検討している。

## インシデント事例分析シート

F 病院リスク管理担当者会議

受付番号

患者ID

事例分析報告年月日

年 月 日

インシデントタイトル：

担当者氏名

### 経過報告について

レベル3のインシデントについては、インシデントレポートとは別に、事例分析担当者が経過報告をまとめなおしてください。レベル2のインシデントについては、インシデントレポートで経過報告に代用するか、経過報告をまとめなおすかは、事例分析担当者の判断に任せます。

シートの最後の「総括」で、問題点があった項目をチェックし、内容について記載してください。

### 1. 環境的側面

11. 緊急の事態やミスが起きた際の対処について、事前の計画や演習がされていなかった
- ⑫. 環境的なリスクを把握するための体制がなかった
13. 物理的な環境が、業務プロセスに適切でなかった
14. コントロールできない外的な要因が存在していた
15. 以前、該当の患者の治療経過中、他の問題が起きていた
16. 業務を遂行するのに、いつもと違うプレッシャーがあった
- ⑬. 事例が起きたのは、シフトのかわり目、週末、休日であった
18. あふれるほど、患者が多かった
19. その他

### 2. 機器

21. 事例には、機器が関与していた
22. 機器が、望ましいレベルで作動していなかった
23. 機器の故障があった
24. 新しいまたは不慣れな機器であった
25. スタッフが、機器の操作について正しい知識を持っていなかった
- ⑭. その他

### 3. 患者の権利および倫理

31. 患者の必要性について、適切な考慮が払われていなかった（言語、聴力、視力、教育程度、他の疾患などを含む）
32. 患者のケアが、病院の方針に沿ったものでなかった
- ⑮. 行われたケアが、患者や家族の期待にできていなかった
34. その他

#### 4. 患者の評価や治療

- 41. 入院治療計画が、患者の必要性に沿うものでなかった
- 42. 患者や家族を含めて、入院治療計画の立案がされていなかった
- 43. 看護ケアプランニングに、患者や家族が含まれていなかった
- 44. 患者への評価が、適切かつ包括的でなかった（栄養状態、機能状況、教育程度による必要性を含む）
- ④5 患者のケアや治療が、患者の必要性、疾病の重篤度、状況、機能障害、ハンディキャップに適切に対応していなかった
- 46. 行動制限におかれた患者に対するケアの基準が満たされていないかった
- 47. その他

#### 5. 職場管理

- 51. 職場管理に関するオリエンテーションや教育プログラムが、行われていなかった
- 52. 職場管理責任者の能力が、適切に評価されていないかった
- 53. リスクを把握し、低めようという職場の雰囲気かなかった
- ⑤4 リスク要因についてのコミュニケーションが阻まれていた
- ⑤5 リスクを回避するための情報が、優先的に伝えられていなかった
- 56. 同様のエラーが以前にも起きていた、または、事例が起きる危険性が知られていた
- 57. その他

#### 6. 職種間の連携

- 61. 関係したスタッフは、他の職種のスタッフにどう接触したらよいか知らなかった
- 62. 誰が、どんな業務を、いつ、どこで行うかについて、合意が成立していない点があった
- ⑥3 事例を防ぐための、職種間の申し合わせが行われていなかった
- ⑥4 職種間のプロセスで、うまく機能していない点があった
- 65. その他

#### 7. 人的資源

- 71. スタッフの配置が、計画からずれていた
- 72. スタッフが、適切な資格を持っていなかった
- 73. スタッフが、適切な知識を持っていなかった
- ⑦4 スタッフは、適切な患者ケアの実行能力を持っていなかった
- ⑦5 必要な技術について、査定が行われていなかった
- 76. 過度の疲労など、個人的な機能低下があった
- 77. その他

#### 8. 情報の共有

- 81. 該当する業務について、マニュアルや申し合わせがなかった
- 82. マニュアルや申し合わせが、認識されていないかった
- 83. マニュアルや申し合わせが、正しく実行されていないかった
- 84. マニュアルや申し合わせに、使いづらい点、混乱した点があった
- ⑧5 同一職種内で情報伝達が不足していた

- 86. 職種間で情報伝達が不足していた
- 87. 他施設との間で情報伝達が不足していた
- 88. その他

## 9. その他

91. その他

**総括： 該当項目を○でかこみ、下に内容を記入してください。**

環境：	11	12	13	14	15	16	17	18	19
機器：	21	22	23	24	25	26			
権利・倫理：	31	32	33	34					
評価・治療：	41	42	43	44	45	46	47		
職場管理：	51	52	53	54	55	56	57		
職種間連携：	61	62	63	64	65				
人的資源：	71	72	73	74	75	76	77		
情報の共有：	81	82	83	84	85	86	87	88	
その他：		91							

## 内容記載欄

**対策について(該当の項目を○で囲み、その内容・理由を下欄に記入してください)**

1. 該当スタッフへの注意喚起以外、特に対応策を必要としない
2. 同一職種のスタッフ教育上の対応を必要とする
3. 多職種間の申し合わせ・システムの改善を必要とする
4. 院内申し合わせ資料の作成・改訂を必要とする
  
9. 対策施行時に、パイロット的施行が必要である

## 上記の内容・理由

## 1. 「定期往診フォーマット」(平成14年11月作成)

## 2. マニュアルの達成目標

他科往診医からの情報が、標準化された項目で、病棟の看護スタッフに伝達されること

## 3. マニュアル作成に至った経緯(発端となった出来事)

- ・リスク分析(インシデント報告、ヒヤハット)の結果

耳鼻科疾患がある患者が精神科病棟に入院していた際、耳鼻科の治療について精神科の看護スタッフが情報を十分に伝達されておらず、治療の副作用について十分なフォローができなかったというインシデントが発生した。

## 4. マニュアル作成の組織(参加メンバー)

- ① 取り組みの中心となった組織: リスク管理担当者会議
- ② 構成メンバー: リスク管理担当者会議ワーキンググループ
- ③ 活動組織の院内の位置付け(権限): リスク管理担当者会議は、NTT東日本関東病院のインシデントレポートへの対応、リスク管理に関する実務施策の立案について、ほぼ全権を院長から委譲されている。

## 5. マニュアル作成方法(開発の実際)——**具体的に**——

- ・プロセスアナリシス
- ・事例(インシデント)分析

他科往診時に必要される情報について、一般的な業務分析(プロセスアナリシス)、インシデントについての事例分析を行った。

## 6. 開発したツール

- ① 評価表、チェックリストなど: 他科を往診した医師が、看護スタッフが必要とする情報を、書き漏らさないようなフォーマットとした。
- ② 付随する必要物品(何をどの位準備したか、予算、物品供給方法など): なし

## 7. 運用段階

- ① マニュアル採用決定機関: 部長会議
- ② 院内周知方法(啓蒙・教育活動): 部長会議、婦長会議、院内週報、電子カルテ掲示板、リスク管理担当者会議、部署リスクマネジャー
- ③ 実施評価(チェック機構): リスク管理担当者会議、部長会議、婦長会議
- ④ マニュアル評価・修正方法: リスク管理担当者会議が内容の見直し、改訂を担当する。修正期間は1年間である。

## 8. 評価

直接効果、波及効果について、リスク管理担当者会議が、職員からのフィードバックを受けている。公式評価については、今後の施行を検討している。



平成14年11月8日

「定期往診」フォーマット使用法

作成日：平成14年11月

作成責任者：リスク管理担当者会議

保管責任者：リスク管理担当者会議

見直し・改訂予定日：平成15年10月

見直し・改訂責任者：リスク管理担当者会議

改訂時周知責任者：リスク管理担当者会議

① 疾病の重篤度によって、診察の頻度を、1～4週間の範囲で、他科医師が指定できることとします。

② 他科医師は、次回の診察予定日を記載してください。(6の②参照)

6. フォーマットの項目

① 「次回診察予定日」という項目を設けますから、必ず記載してください。

② 「定期往診」指示の有効期限を、「次回診察予定日」を数日間越えるように設定してください。(これによって、もし他科医師が「次回診察予定日」を忘れた場合、主治医、病棟看護スタッフがチェックできます)

1. 名称

名称を「定期往診」とします。

2. フォーマット

「対症指示」→「共通」の一番上にあります。

3. 対象

① 主治医が他科医師に「定期往診」を依頼した場合

② 単発の診察を依頼された他科医師自身が、「定期往診」フォーマットの使用が望ましいと判断した場合

③ 他科往診医に対して、看護スタッフより「定期往診」フォーマットの使用の依頼があった場合

注. 単発の診察を依頼された症例は、他科医師自身が②と判断しない限り、「定期往診」フォーマット使用の対象としません。

4. 「定期往診」使用終結時

① 主治医と他科医師が、「定期往診」が不要になったと同意した時点

② 診察頻度を柔軟に設定できるようにしたので(4-①)、看護スタッフ等から「他科医師からの情報、指示がほしい」という要請があった場合は、診察の間隔自体は間速にしても、「定期往診」フォーマットによる看護ワークシートへの情報伝達を続けてください。

5. 診察の頻度

作成日：平成14年11月

作成責任者：リスク管理担当者会議

保管責任者：リスク管理担当者会議

見直し・改訂予定日：平成15年10月

見直し・改訂責任者：リスク管理担当者会議

改訂時周知責任者：リスク管理担当者会議

## 定期往診指示

1. 当科診断
2. 現在の主な症状
3. 予定されている主な検査
4. 現在および今後の治療予定
5. 症状、検査結果、治療の副作用でフォローするべき点、往診医にすみやかに連絡するべき事態
6. 往診医連絡先
7. 次回診察日（必ず記載してください）
8. その他

### 往診医へ

- ① 診察の頻度は、疾病の程度により、1～4週間の範囲で往診医が指定してください。
- ② 「定期往診指示」の有効期限を、「次回診察予定日」を数日間越えるように設定してください。これによって、次回診察日を往診医が忘れても、主治医、病棟看護スタッフがチェックできます。
- ③ 自科病棟の場合よりも、対症指示などを丁寧に記載してください。
- ④ 担当医登録を行い、カルテで適宜状態を確認してください。
- ⑤ 特に重要な事項については、「他科依頼」を用いて主治医に連絡してください。
- ⑥ 「定期往診指示」の使用対象は、主治医から依頼があった場合、往診医自身が必要と判断した場合とします。
- ⑦ 「定期往診指示」の終結は、「定期往診」が不必要になった時点とします。診察の間隔が開く場合でも、看護ワークシートへの情報伝達として非常に有効な面がありますので、看護スタッフの意見も参考にしてください。

## 1. 「病棟指示：伝達ガイドライン」(平成15年1月作成)

## 2. マニュアルの達成目標

病棟での医師の指示の伝達方法を標準化し、多職種のスタッフが理解を共有すること

## 3. マニュアル作成に至った経緯(発端となった出来事)

- ・リスク分析(インシデント報告、ヒヤリハット)の結果

平成13年10月に、インシデントレポートを全職種から提出させるように求めたところ、医師の指示の伝達方法について、申し合わせが標準化されていないためと思われるインシデントが頻発していることが分かった。

## 4. マニュアル作成の組織(参加メンバー)

- ① 取り組みの中心となった組織：リスク管理担当者会議
- ② 構成メンバー：リスク管理担当者会議ワーキンググループ
- ③ 活動組織の院内の位置付け(権限)：リスク管理担当者会議は、NTT東日本関東病院のインシデントレポートへの対応、リスク管理に関する実務施策の立案について、ほぼ全権を院長から委譲されている。

## 5. マニュアル作成方法(開発の実際) — 具体的に

- ・プロセスアナリシス
- ・事例(インシデント)分析

医師の指示が伝達される手順について、一般的な業務分析(プロセスアナリシス)、インシデントについての事例分析を行った。

## 6. 開発したツール

- ① 運用マニュアル、解説書：「病棟指示：伝達ガイドライン」であり、運用マニュアルに当たる。
- ② 付随する必要物品(何をどの位準備したか、予算、物品供給方法など)：なし

## 7. 運用段階

- ① マニュアル採用決定機関：部長会議
- ② 院内周知方法(啓蒙・教育活動)：部長会議、婦長会議、院内週報、電子カルテ掲示板、リスク管理担当者会議、部署リスクマネジャー
- ③ 実施評価(チェック機構)：リスク管理担当者会議、部長会議、婦長会議
- ④ マニュアル評価・修正方法：リスク管理担当者会議が内容の見直し、改訂を担当する。修正期間は1年間である。

## 8. 評価

直接効果、波及効果について、リスク管理担当者会議が、職員からのフィードバックを受けている。公式評価については、今後の施行を検討している。

## 病棟指示：伝達ガイドライン

作成日：平成14年11月

作成責任者：リスク管理担当者会議

保管責任者：リスク管理担当者会議

見直し・改訂予定日：平成15年10月

見直し・改訂責任者：リスク管理担当者会議

改訂時周知責任者：リスク管理担当者会議

### 1. はじめに

医師が、電子カルテに新たな指示、指示変更を投入した場合、その内容は直ちに看護師の知るところとはなりません。そこで、当院における病棟指示伝達のガイドラインを、以下のように定めます。

### 2. 指示の定義

本ガイドラインでいう指示とは、注射、処方、検査、対症指示、医師が行う処置（穿刺、CV挿入、生検、カニューレションなど）を対象とします。

### 3. コメント伝達

15:00までに入力された翌日分の指示は、15:00に看護師が内容を確認し、患者様への説明等を行います。ただし、従来の指示が変更、中止される場合、何もコメントがないと、確認する看護師には、それが医師の意図であるのか、オーダー漏れなど「ミス」であるのかが分かりません。指示内容を変更、中止する場合は、各オーダーのコメント機能、対症指示機能を用いて、医師の意図（コメント）を伝達してください。

### 4. 直接伝達

当日分、あるいは15:00を過ぎてからの翌日分の指示については、看護師は2の確認を行うことができません。そこで、医師は看護師に対して、5～10のように直接伝達を行ってください。なお、日勤の時間帯では、看護師の指示受け業務は、①チームリーダー、②その日の患者担当看護師、③主任、④患者担当でないチームメンバーの看護師、の優先順位で行われます。（②④の看護師は、受けた指示内容を①③に報告し、指示内容の適切さについて、看護師としてのチェックを行ってください）夜勤帯に出される指示は、夜勤勤務の看護師に伝達してください。

### 5. 相対（あいたい）指示の原則