

誤った指示伝達を防ぐために、直接伝達では、医師が看護師に相対で指示を行うことを原則とします。緊急時、医師が外来業務中など、どうしてもやむをえず、相対指示ができない場合は、8、9に述べる方法に従ってください。

6. 相対指示の方法－注射、検査、処置、対症指示

注射、検査、処置、対症指示（インシュリンのスライディングスケールを含む）に関する指示は、指示内容を説明しながら、プリンターから出力されたシートを、看護師に手渡ししてください。

7. 相対指示の方法－処方

処方を変更する場合は、プリンターから出力されるシートをそのまま渡しても、非常にわかりにくいので、以下の方式で指示してください。

- ① 医師は、処方内容に関する指示をシステムに投入した後、指示内容を、該当患者様の処方ワークシートに記載してください。（処方ワークシートの所在は、看護師に聞けば分かります）
- ② 指示内容を口頭で説明しながら、処方ワークシートを看護師に相対で手渡します。
- ③ 看護師は、医師が処方ワークシートに記載した内容を、処方変更指示受けノートに記録しておきます。

8. FAX指示

医師が外来や医局などで業務に従事して、病棟での作業が行えない場合は、4の指示受け看護師にPHCなどで連絡し、指示について口頭で説明し、注射、検査、処置、対症指示については、手元のプリンターから出力されたシートを病棟あてにFAXしてください。処方については、手元のプリンターから出力されたシートに指示（指示変更）の要点を記入し、病棟あてにFAXしてください。

9. 口頭指示

口頭指示は、急変時、緊急時など、必要最小限にとどめてください。口頭指示後の手順を以下のように定めますので、医師は、もれなく口頭指示した内容を入力してください。

- ① 看護師は、医師の口頭指示、施行した処置の内容を電子カルテに記載します。
- ② 看護師は、各病棟に設ける「申し送りファイル」の該当医師のページに、施行内容を記載します。
- ③ 医師は、次回病棟に来た際に、「申し送りファイル」を確認し、施行された処置を入力し、カルテ記載をします。指示を入力したら、「申し送りファイル」の該当欄に、処理がすんだ旨をチェックします。
- ④ 病棟婦長は、適切な間隔で「申し送りファイル」を確認し、医師の入力漏れがない

かどうかをチェックします。

- ⑤ 1週間を越えて、口頭指示の入力がされていない例は、「インシデント」とし、病棟婦長より、レポートを提出してください。
- ⑥ 「申し送りファイル」は、口頭指示に限らず、看護師、薬剤師などのスタッフから医師への業務連絡簿として、幅広く活用してください。

1. 「病棟指示：一般ガイドライン」（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一般的事項について標準化し、医師を始め、多職種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、医師の指示の一般的事項について、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

医師の指示に関する一般的事項について、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：一般ガイドライン」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：一般ガイドライン

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

医師の指示は、病棟での診療行為の起点であり、非常に重要です。医師の病棟指示について、以下のように一般ガイドラインを定めます。

2. 注射指示の時間

注射、点滴等については、「回数指定」の指示を避け、「時間指示」「タイミング指示」「(朝、夕などの) 大まかな指示」を選択してください。

3. 指示の処方フォロー

対症指示で薬剤を使用した場合、可及的速やかに処方を行ってください。

4. コメント伝達

各オーダーのコメント機能、対症指示機能を、医師の意図を伝達する手段として活用してください。これによって、指示受け看護師が混乱せず、医師への問い合わせも不要になります。点滴終了後へパロックを行う際にも、該当の点滴指示にコメント入力してください。

5. 指示出しの励行

便秘薬、坐薬の使用などについて、医師の指示がないまま、行われている事例が散見されます。必ず、処方のコメント、対症指示などで、医師が指示を行ってください。

6. 処方の追加、変更について

一旦調剤された処方に追加、変更する場合、手順に一部誤解されやすい点があります。「電子カルテ運用上の留意事項」を読み、手順をよく理解して指示を行ってください。

7. 15:00以降の注射オーダーの変更について

翌日分の注射オーダーは、15:00に薬剤部で出力されます。この後も電子カルテの画

面では、オーダーが「依頼中」となっており、追加、変更操作が可能です。しかし、この追加、変更操作に、薬剤部では対応していません。15:00以降は、以前の処方追加、変更するのではなく、以前の処方の一部を中止する、必要な注射は新規でオーダーするという形で入力してください。

8. プレメジ時指示

プレメジ時、「通常服用している内服薬を服用するかどうか」については、「対症指示」で必ず記載してください。

9. 屯用薬の期限切れ

屯用薬は処方されてから、一週間しか処方ワークシートに表示されません。一週間を越えて屯用薬（軟膏など）を使用する場合は、別に対症指示を出してください。

10. 処方ワークシートの活用

現在患者様が服用している薬剤の全容は、（患者別）処方ワークシートで知ることができます。定時処方を行う場合など、誤りが起きないように活用してください。処方ワークシートは、看護師が当日分を打ち出しているほか、電子カルテの「看護」→「看護帳票」→（実施日）で該当日を選択→（印刷対象）で「患者選択」を選択→（帳票選択）で「患者別ワークシート（処方）」を選択→該当患者を選択→「プレビュー」または「印刷」を選択することにより、端末からいつでも確認できます。

11. 指示出しの時期

週日17:00以降、および土日休日には、薬剤部は単独で当直業務を行っており、通常よりもはるかに調剤ミスが起こりやすい状況です。

- ① 週末を越えて内容が変わらないと分かっている注射薬・処方は、**金曜日15:00**までに、月曜日分（休日明け翌日）まで、オーダーを出してください
- ② 月曜日（休日明け翌日）から新規に開始される注射薬・処方オーダーも、予定が分かっている場合は、**金曜日15:00**までにオーダーを出してください
- ③ 週日も、可能な限り、**15:00**までに注射薬、処方オーダーを出してください

1. 「インシデント対応報告シート」(平成15年1月作成)

2. マニュアルの達成目標

部署別の管理責任者やリスクマネージャーが、標準化された方法で、軽度なインシデントへの対応ができること

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増加した。初期には、リスク管理担当者会議委員が、すべてのインシデントへの対応を行っていたが、時間的にこれが困難となり、部署別に標準化された対応が取れる体制を整えた。

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：提出されていたインシデントレポートや事例分析の際の聴取から、部署で行われている対応について情報を分析した。

6. 開発したツール

- ① 評価表、チェックリストなど：「システムとしての対応を要する項目」が関わっていないことを確認したうえで、個人指導・部署確認などの対応を記載する仕様とした。
- 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、部署リスクマネージャー
- 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。

部署対応報告

インシデント番号

担当リスクマネージャー氏名

インシデントについて以下の点を確認してください。

- ① 不適切な業務環境（作業場所など）が関連していたか
- ② 機器の故障、操作方法周知の不徹底が関連していたか
- ③ 患者の権利や倫理の軽視・無視が関連していたか
- ④ 不適切な入院治療計画・看護ケアが関連していたか
- ⑤ 部署で、リスク管理が軽視されていたか
- ⑥ 職種間の連携に不備があったか
- ⑦ スタッフの資格・能力・知識が不適切であったか
- ⑧ マニュアルの内容、周知に不備があったか

上記について当てはまる点があれば、下に記載して、インシデントレポートと一緒に医療連携黒子主査に送ってください。対応は、リスク管理担当者会議へ差し戻しとします。

上記に当てはまる点がなければ、報告者への個人指導のみで十分な場合はレベル1、部署での再確認が必要であればレベル2の対応とします。対応について記載して、黒子主査に送ってください。

1. 報告者への個人指導 指導内容

指導日時 年 月 日 にて

指導担当者氏名

2. 部署での再確認 周知内容

周知日時 年 月 日 にて

周知担当者氏名

1. 「部署別リスク管理体制チェックシート」(平成15年1月作成)

2. マニュアルの達成目標

各部署が、標準化された方法で、リスク管理体制の評価ができること

3. マニュアル作成に至った経緯(発端となった出来事)

・研究的取り組み(業務改善)

当院では、「インシデントレポートを提出させる」「ワーキンググループを作って、インシデントレポート、事例分析に基づいて施策立案する」プロセスは、ほぼ軌道に乗って運営されている。平成15年秋からは、これに加えて、各部署が、「予防的に」リスク管理できる能力を開発するための標準化ツールとして、本チェックシートが開発された。

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：先に作成された、事例分析シートの各要因について、部署別に事前チェックを行う内容とした。

6. 開発したツール

- ① 評価表、チェックリストなど：事例分析シートの各要因について、部署別に事前チェックを行うためのリストとして作成されている。
- 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。(本シートは、平成15年秋に、初めて施行される予定である)

8. 評価

公式評価について、施行を検討している。

部署別リスク管理体制チェックシート
NTT薬日本関東病院リスク管理担当者会議

部署

チェックシート作成年月日

年 月 日

担当者氏名

各項目について、あてはまる項目を○で囲み、そう判断した内容をコメントに書いてください。

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る

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

12. 環境的なリスクを把握するための体制がある

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

13. 物理的な環境（業務環境）が、業務プロセスに通切である

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

14. 業務を妨げるような治療外の要因は、コントロールされている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

15. 同じ患者様の治療経過中、インシデントが繰り返されないう、配慮されている
①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

16. 業務を遂行するのに、特にプレッシャーが高まらないようコントロールされている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

17. シフトのかわりめ、週末、休日に、インシデントが起きないよう配慮されている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

18. 患者があふれるほど多くならないようコントロールされている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

2. 機器

21. 過去1年間に機器が関与したインシデントは（ ）例である

【例数を記入してください】

22. 機器は、望ましいレベルで作動している

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

23. 業務に支障がないように、機器の故障はコントロールされている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

24. 過去1年間に購入された新しい機器は()台である
【台数を記入してください】

25. スタッフは、機器の操作について正しい知識を持っている
①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

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る(言語、聴力、視力、教育程度、他の疾患などを含む)

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

32. 患者のケアは、病院の方針に沿ったものである

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

33. ケアは、患者や家族の期待に応えている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

4. 患者の評価や治療

41. 入院治療計画は、患者の必要性に沿っている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

42. 患者や家族を含めて、入院治療計画が立案されている
①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

43. 看護ケアプランニングに、患者や家族が含まれている
①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

44. 患者への評価は、適切かつ包括的である(栄養状態、機能状況、教育程度による必要性を含む)

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

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る

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

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る
①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ
コメント

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、行われている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

52. 職場管理責任者の能力が、適切に評価されている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

53. リスクを把握し、低めようという職場の雰囲気がある

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

54. リスク要因についてのコミュニケーションは円滑である

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

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る

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

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場合は、適切な対応が取られている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

6. 職種間の連携

61. 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っている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

62. 誰が、どんな業務を、いつ、どこで行うかについて、合意が成立している

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

63. 事故やインシデントを防ぐための、職種間の申し合わせが行われている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

64. 職種間のプロセスは、うまく機能している

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

7. 人的資源

71. スタッフの配置は、計画通り行われている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

72. スタッフは、適切な資格を持っている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

73. スタッフは、適切な知識を持っている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

74. スタッフは、適切な患者ケアの実行能力を持っている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

75. スタッフに必要な技術について、査定が行われている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

76. 過度の疲労など、個人的な機能低下がないよう配慮されている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

8. 情報の共有

81. 行われる業務について、マニュアルや申し合わせがある

【注意：マニュアルについては、最終作成・見直し日、作成・見直し責任者、保管責任者、次回見直し予定日、次回見直し責任者、更新時間知責任者が定められているかどうかもチェックする】

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

82. マニュアルや申し合わせは、認識されている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

83. マニュアルや申し合わせは、正しく実行されている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

84. マニュアルや申し合わせは、混乱しておらず、使いやすい

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

85. 同一職種内で、十分に情報伝達されている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

86. 職種間で、十分に情報伝達されている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント

87. 他施設との間で、十分に情報伝達されている

①はい ②どちらともいえない または 当てはまらない ③いいえ

コメント