

5. 関東中央病院における 5S 推進活動の事例

5.1 5S 活動取り組みの背景

関東中央病院では、院内の表示に問題があることや各職場から作業場所が狭いなどの意見が出ており、これを抜本的に改善するには、整理整頓が基本であるとの考えからこの 5S 改善活動を推進することとした。このため、院長のトップダウンで NDP が推進する 5S 改善活動のモデル病院として活動することを決定した。

5.2 5S 診断

事務室を含めた病棟内の職場の 5S 診断を NDP アドバイザーの井上及び福丸で実施し、診断にあたっては、次に示す点を目の付け所として、デジタルカメラで現状の問題点を撮影した。その結果を写真で示す。

- ・診療場所及びナースステーションが整理・整頓されているか
- ・事務室が整理・整頓されているか
- ・倉庫が整理・整頓されているか
- ・休憩室が整理・整頓されているか
- ・通行に支障となる物品が置かれていないか
- ・電気コードが整頓されているか
- ・掲示物が整理・整頓されているかなど

診断結果は、次のとおりになりました。

- ① 職場に掲示されている資料が雑然としている

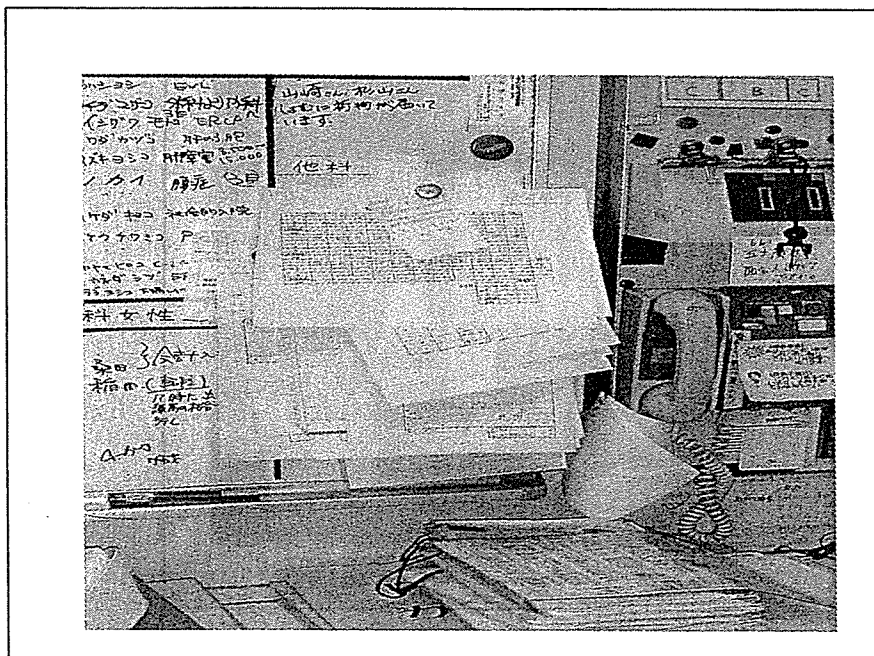


図 5-1

② 医療器具の置き場所が決めていない

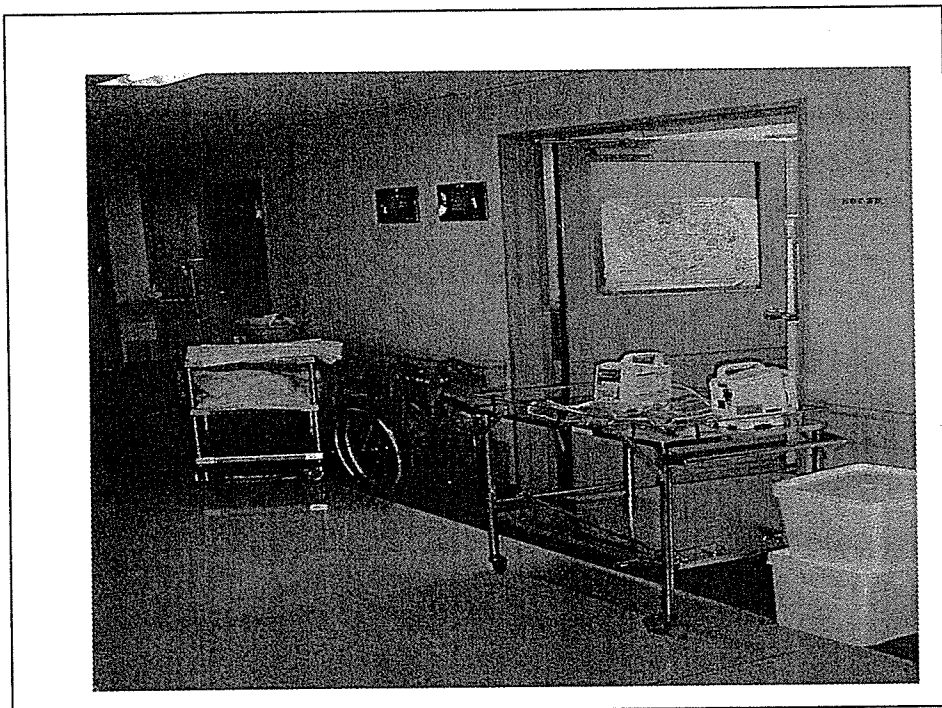


図 5-2

③ ものが雑然と置かれている

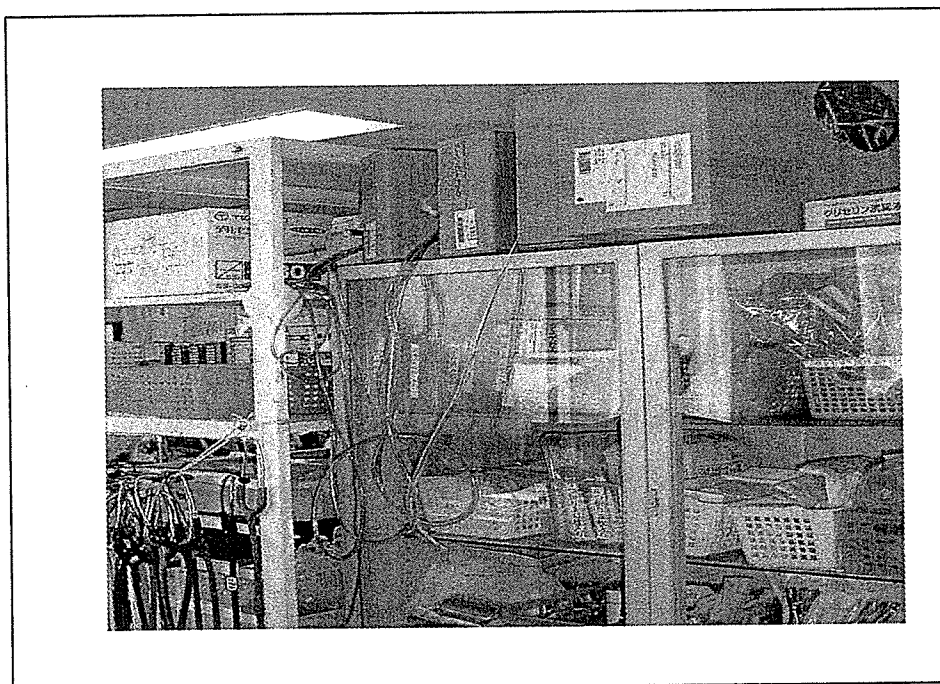


図 5-3

④ 作業机と調剤が混在している

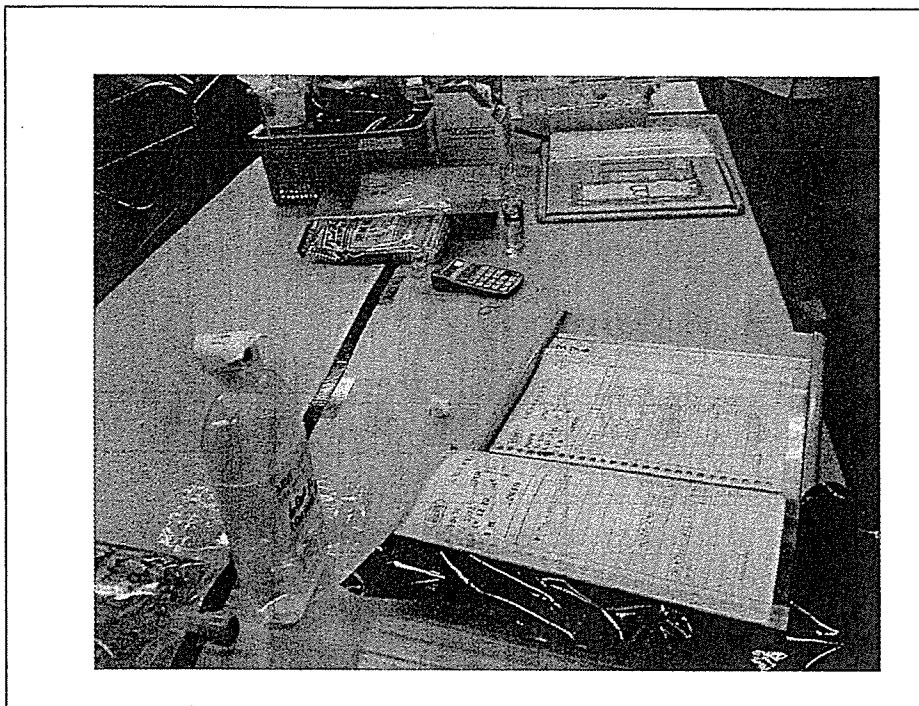


図 5-4

⑤ 棚の上にもものが置かれている

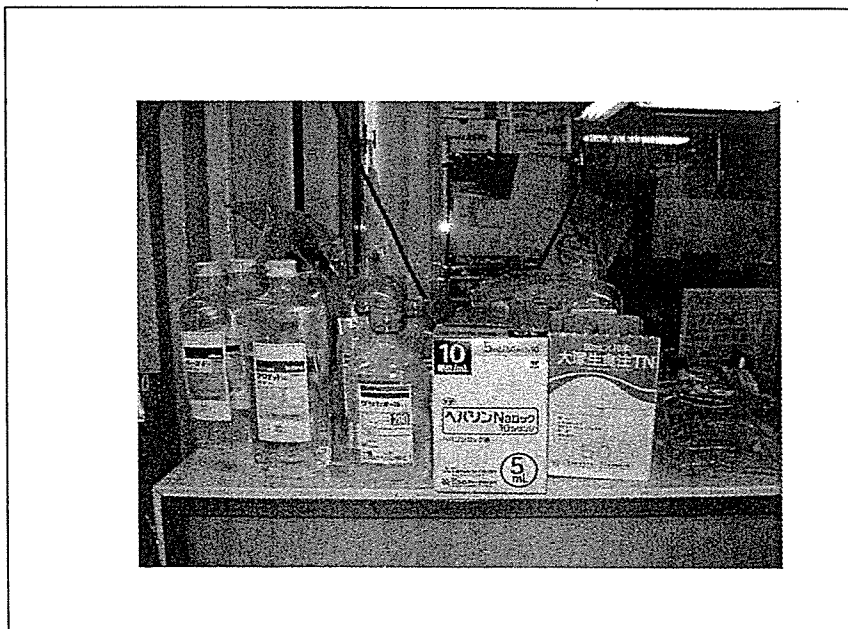


図 5-5

以上のように、ほとんどの職場で5Sが行われておらず、抜本的改善が必要なことがわか

った。なお、問題点のあるところは、デジカメで100枚程度撮影した。

5.3 改善活動の開始

1) 改善活動メンバーの選定

改善対象は病院内全てを対象とするのではなく、病院として問題が多いピロティ、西3看護部及び東6看護部を選定し、先行実施することとした。これに基づき、改善メンバーを決め活動を開始した。

2) 用・不要物品の選定

表1を用いて職場の用・不要の抽出を行いました。

場所名： _____

品名	必要	不要	理由

注) 必要及び不要欄には○印をつけること

3) 不要物品の廃棄

不要物品を廃棄するために、5S活動備品等の廃棄ルールを次のように決めました。

ピロティにおける不要物品については廃棄した。

関東中央病院の書類及び備品等の廃棄等に関するルール

1. 各種書類及び文書については、「公立学校共済組居合関東中央病院文書保存期限規程」に基づき、保存年限を経過したものについて計画的に廃棄するものとする。

- (1) 各種書類及び文書の廃棄するにあたっては、各部署において保存年限を経過した書類等の量を勘案の上、定期的に書類等の整理を行い、庶務課保清係に依頼して処分するものとする。
- (2) 処分する文書については、焼却処理又は再生処理のいずれかに分類するものとする。
(個人情報に関する書類等については、必ず焼却処理とすること。)
- (3) 廃棄する各種書類及び文書を廃棄する場合は、書類等を別紙「廃棄文書」を貼り付けたダンボール箱に入れて処分すること。

2. 備品等を廃棄する場合の基準は、次のとおりとする。

- (1) 備品が破損又は修理が不可能な状態となり、機能的に使用できないと判断される場合。(使用可能か否かについては、専門家等の意見を参考に判断すること。)
- (2) 備品等の修理に要する費用が、その備品の減価償却費の残存価格を大幅に越える場合。
- (3) 備品の耐用年数を経過し、その備品を使用することがない場合。
(ただし、耐用年数を超えても使用できると判断された場合は、廃棄することはできないものとする。)

3. 備品の廃棄手続

- (1) 備品を廃棄する場合は、備品管理を行う部署(会計課用度係)と協議し、除却処分に係る会計処理の手続を行うこと。
- (2) 備品管理部署は、備品に係る会計処理の手続が完了した時点で、庶務課保清係に廃棄の依頼を行うこと。
- (3) 庶務課保清係は廃棄の依頼を受けた場合、速やかに廃棄業者等へ連絡すること。

なお、廃棄する備品等の量により、廃棄業者へ発注することが適当と思われない場合は、廃棄備品を一時保管して計画的に処分を行うこととする。

- (4) 備品等の廃棄時期については、原則として毎年8月末に庶務課からの「備品の処分に係る調査」をもとに、処分する備品を各部署で確認の上、除却処分の手続を行い、庶務課の指示により廃棄する。

なお、緊急又は止むを得ない事情により、廃棄を必要とする備品等については、各部署で(1)、(2)の手続を行い処分するものとする。

4. その他

廃棄に関しての問題が生じた場合は、庶務課において調整を行うものとする。

廃棄文書

保存期限

平成 年 月

文書名（書類名）

部署名

担当者名

連絡先TEL

処理区分

焼却・再生

上記のいずれかを○で囲む

4) 井上及び福丸によるレビュー

具体的な進め方の指導を受けるため、メンバー全員での討論を行い進捗状況の報告を行い、その結果、ピロティについては更なる検討が必要になった。

西3看護部のナースステーションでどのような悪さがあり、どのような視点で改善をすればよいかの指導をしてもらった。その結果、次のようなことがわかった。

- ・体温計の置き方が悪い。箱に詰めているだけであり、12個の状態が重要であれば升目を設けた箱にしなければ員数がすぐわからない。
- ・ナース配置板のテープはどうにかならないか、ゆがんでいる、切れている
- ・ナース配置板の個人名が横や下向きになっている。個人名がすぐわかる並べ方をすることが整頓である。
- ・カルテファイルの背表紙にABCの印がついているが、同じ位置になっていない
- ・薬剤の区分作業台を区分しているが、決められたとおりに置かれていない。識別が明確になるように色分けなどの工夫が必要である。
- ・上部棚の使用がされていない
- ・薬剤の先入れ先出しができていない
- ・在庫数と現状があっていない
- ・図書館で保管すればよいもので年報などの資料が保管されている
- ・使用していない機器が置かれている
- ・面会者受付の記入掲示で同じ内容が2つある。一つにまとめる必要がある。
- ・薬剤の配布ケースの形状と色を同じにすること。色や形状は識別の意味合いがある。
- ・機器の電源コードが整頓されていない。間違っってコードを抜く恐れがある。

以上のことについて、次回の指導までどのような方策を行うのかを検討することという指導を受けた。

5.4 改善活動の成果

改善活動に当たっては、事務部(庶務課)が中心となって実施した結果、改善活動の成果は次のようになった。

- ・2tトラック2台分の廃棄物
- ・12月不要書類の廃棄 現時点30箱
- ・リネン類が露出してしまうところにはカーテンを取り付けた
- ・ナースステーションの処置台の上を改善
清潔、不潔ゾーンを色で区別した
- マニュアル類は同一の色のファイルを使用し、識別を行った。(マニュアルは黄色)
- ・掲示物の書式を統一することとした。(用紙サイズやフォント)
- ・紙の上に紙を貼っていたのを区別することとした。
- ・入り口付近に物を置かないことを決めた。

- ・患者との面談室内をきれいにした。
 - ・委託会社との清掃契約内容を見直した(床のみの契約となっていた)。
 - ・サッシや窓の清掃も清掃契約に含めることとした。
- これらの結果については、次のようになった。







今後の課題は、これをどのように維持するかであり、このために定期的な委員会活動、職場パトロールの強化が必要になるので、これを実行するための計画を明確にすることとした。

NDP(医療提供システムの総合的質管理手法に関する研究)

2005年度活動報告書

医療法人宝生会 PL病院

目次

1. PL 病院のプロフィール
2. 質・安全にかかる組織体制
 - 2.1 安全管理にかかる組織体制
 - 2.2 NDP 構成メンバー
 - 2.3 NDP 担当責任者とQエキスパート
3. 改善プロジェクトの実施体制
4. 医療事故防止に向けての活動報告
 - 4.1 医療事故防止に向けての主な取り組み
 - 4.2 2005 年度 NDP 活動報告
5. まとめ

1. PL病院のプロフィール

PL病院は、大阪府南東部に位置する富田林市にあり、診療科17科、病床数370床、外来患者数一日平均931名の地域の中核的病院である。

当院は1956年11月1日に設立され、以来、「人生は芸術である。医療もまた芸術である」との設立理念のもと、1970年には一般市民に開放し、総合病院としての設備、機能の拡充に努め、併せて良質の医療と行き届いた親切の提供を目指してきた。

1987年にQCサークル活動を導入して以来、医療の質改善を目指す活動を展開し、医師以外の全職員は必ずQCサークルに所属するなど、病院全体でのTQM体制を構築してきた。2001年度からはオブザーバー制度を創設し、医師もオブザーバー的立場からサークル活動に参加し、より一層の質改善の効果を目指している。

2006年2月に新病院が完成し、4月1日に診療を開始した。2006年度の院長スローガン「心ゆく親切を」を合言葉に、患者様に信頼される病院を目指して心新たにスタートしたところである。



PL病院のフェイスシート

- 経営母体:医療法人社団 宝生会
- 所在地:大阪府富田林市新堂 2204
- 設立:1956(昭和31)年11月1日
- 職員数:常勤500名(医師60名)、非常勤77名(医師52名)
- 関連施設:PL病院東京診療所(PL東京健康管理センター)
PL病院大阪診療所(PL大阪健康管理センター)
PL病院付属歯科診療所

□診療科目:内科、呼吸器科、循環器科、消化器科、神経内科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科、精神科、神経科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科 計20科

- 許可病床数:370床
- 1日平均入院患者数:283名
- 平均在院日数:13.0日
- 1日平均外来患者数:931名

2. 質・安全にかかる組織体制

2.1 安全管理にかかる組織体制

当院の安全管理にかかる組織体制は表 1 のとおりである。

※
1999年2月にMRM委員会を設置し、2000年5月よりMRM委員会を中心にNDP活動に参加している。

2001年1月にはMRM推進室を設置し、専任のリスクマネージャー(看護師長)を配置するとともに、2001年4月にMRM推進部会を発足し、安全管理にかかる組織体制を確立した。

構成メンバーは図1の組織図に示したとおりである。それぞれの目的・役割は次のとおりである。

※MRM委員会は、2004年2月に『医療安全管理委員会』に名称を変更した。

表 1. 安全管理にかかる組織体制

1999.2	『MRM委員会』設置
2000.5~	『NDP活動』に参加
2001.1	『MRM推進室』設置 (専門の統括リスクマネージャー)
2001.4	『MRM推進部会』発足
2001.11 ~	日本医療機能評価機構認定病院 『患者安全推進協議会』に参加

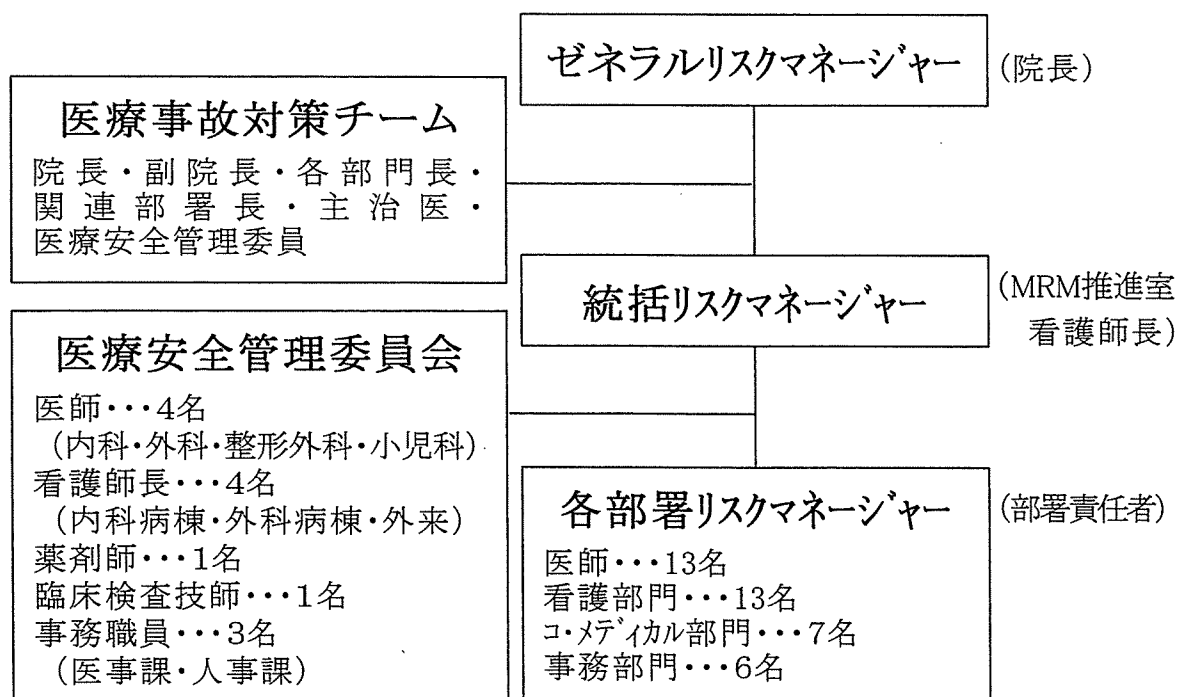


図 1. MRM 推進部会

(1) 統括リスクマネージャー

a) 目的

- 各部署リスクマネージャーを統括する責任者を置き、院内全体のシステム改善の検討をするとともに、現場での事故防止の取り組みについて支援する。

b) 役割

- ・ 部門を越えた病院全体のシステム改善という視点から、医療事故予防策を検討し、全職員の医療事故防止に対する意識の向上のための支援・調整を行う。

(2) 各部署リスクマネージャー

a) 目的

- ・ リスクマネジメントに関するリーダー的役割を果たす推進責任者を各部署に置き、それぞれの医療現場で事故防止の取り組みを行う体制を整備・推進する。

b) 役割

- ・ 医療事故防止に対する意識を向上させ、現場で起こりうる事故の未然防止と再発防止、また事故発生時に適切な対応ができるよう、部署内の管理と所属職員の教育・指導を行う。

(3) 医療安全管理委員会

a) 目的

- ・ 医療事故を未然に防ぎ、また万が一事故が発生した場合、迅速に対応ができるよう委員会を設置し、安全管理体制を病院全体で組織化する。

b) 役割

- ・ 医療事故の防止策についての審議・立案を行う。
- ・ 医事紛争防止策についての審議を行う。

(4) 医療事故対策チーム

a) 目的

- ・ 重大事故発生時に緊急会議を開き、情報の共有と、当面の対応を協議する。

b) 役割

- ・ 事故の影響範囲と起こりうる事態の予測を行う。
- ・ 以下の事項について方針を決定し、役割分担して指揮にあたり、被害拡大防止と組織の再生を図る。
 - ① 患者・家族への対応
 - ② 施設内職員への対応
 - ③ 他の患者・家族への対応及びクレーム対応
 - ④ 各関係機関への報告(行政機関・警察・関係団体など)
 - ⑤ 報道機関への対応
 - ⑥ 事故当事者および当該部署への対応

2.2 NDP 構成メンバー

以下の 18 名で構成されている。

院長(ゼネラルリスクマネージャー)・事務長・看護部長・

MRM 推進室師長(統括リスクマネージャー)・

事務職員 5 名(医事課・事務長室・人事課)・医療安全管理委員 9 名

2.3 NDP 担当責任者と Q エキスパート

○NDP担当責任者

北島 政憲 (事務長・事務長室)

○Q エキスパート

板垣 信生 (医師・内科)

塚本 義貴 (医師・外科)

葭井 健男 (医師・整形外科)

柏原 米男 (医師・小児科)

井上 恵実 (副看護部長・MRM 推進室)

津田 雅子 (副看護部長・内科病棟)

兒玉 俊子 (看護師・内科病棟)

山本 紀美子 (看護師・外科病棟)

森 雅美 (臨床検査技師・中央検査部)

石原 美加 (薬剤師・薬局)

3. 改善プロジェクトの実施体制

当院は 2000 年度より「医療事故発生をゼロにする」ことを上位目標に定め、NDP 活動に参加している。2000 年度は「全部署・全職種からのヒヤリハット報告システムを確立する」「1999 年度看護部事故(問題)報告書のデータを分析する」の 2 つの目標を掲げ活動に取り組んだ。

2001 年度以降は、引き続き「ヒヤリハット報告事例の集計・分析」「医療事故防止に向けて全職員への意識付け」を行うとともに、2001 年度・2002 年度には NDP の活動テーマである「インシュリン治療の安全管理」について、2002 年度・2003 年度には「転倒・転落の防止」について、2003 年度には「臨床研修の安全管理」について取り組んだ。2005 年度には新たに「抗癌剤科学療法における投薬事故の防止」「入院時持参薬の安全管理」についての取り組みを開始した。

4. 医療事故防止に向けての活動報告

4.1 医療事故防止に向けてのこれまでの主な取り組み

(1) 「安全に関する報告書(全部署・全職種共通の報告書)」の作成

2001 年 1 月に全部署・全職種共通の「インシデント」・「アクシデント」・「ファインド」報告書として「安全に関する報告書」を作成した。「安全に関する報告書」は様々な問題解決に活用している。

※ファインドとは、「自分以外の人の間違いを報告」することを言う。

(2) 救急カートの管理状態のチェック

緊急時の事故防止対策として、各部署での救急カートの管理状態のチェックを行った。

a) 取り組み前

- ① 救急カートが患者などの手の届く場所に配置されている部署があった。
- ② 使用後の物品・薬品の点検が完了しているかが一目ではわからなかった。
- ③ カートの使用頻度が低い部署では、使用できない状態の物品が入っていることがあった。

b) リスク分析

- ① 患者や患者家族などの病棟に出入りする人が触れる可能性がある。
- ② 薬品・物品を補充したと思い込み、緊急時にそれらが不足する可能性がある。

c) 対策

- ① チェックリストを使用し、医療安全管理委員が各カートを定期的に点検する。(図 2)
- ② 不適当な箇所が見つかった場合は、その場で部署長に指導を行い、改善する。
- ③ その場で判断が難しいものは、医療安全管理委員会で検討後、各部署にフィードバックすることとする。

救急カート点検チェックリスト

(成人用 ・ 小児用)

チェック項目	できている: O			備 考
	1回	2回	3回	
1) 定位置に設置されているか (各部署の)				
2) 位置場所の表示があるか (外架)				
3) スタッフ以外の手に触れない場所に設置しているか				
4) スタッフが定位置を把握しているか				
5) 除菌剤のものを使用しているか				
6) 救急カートの汚れ・破損はないか				
7) 表示シール類は剥がれていないか				
8) サイドポケットは破れたり、ヒモが取れたりしていないか				
9) 薬品・物品が配量どおりになっているか				
10) 定期点検が行われているか				
11) 使用後点検が行われているか				
12) 救急カートチェック表に沿って定期的に点検しているか				
13) 点検・補充者のサインはあるか				
14) 点検後のものは早くに判別できるか				
15) 規定以外のものは入っていないか (急用薬品・器具等)				
16) 不足している物品はないか				
17) すべて動員に使用できるものか				
18) 期限切れの薬品・滅菌物はありますか				
19) 滅菌物の破損・汚染はないか				
20) 庫の保管・管理はできているか				
21) 救急カート専用メモを設置しているか				
22) その他 ()				
チェック担当①				
チェック日	/	/	/	
チェック担当②				
チェック日	/	/	/	

▼改善依頼事項

図 2 救急カート点検チェックリスト

4.2 2005 年度 NDP 活動報告

2005 年度、当院は「抗癌剤科学療法における投薬事故を防止」「入院時持参薬の安全管理」の 2 テーマについて取り組を開始した。

両テーマとも QC チームが主体となって取り組むこととなった。

※ QC チーム…部署単位では取り組めないような病院全体の質に関する重要な問題について、各部門からメンバーが集まり、プロジェクト的にその問題を解決していくチーム。

4.2.1 「抗癌剤科学療法における投薬事故防止」グループの取り組み

ベストプラクティスとして選ばれている 16 項目の中の「抗癌剤治療プロトコルの院内登録制度」に 2004 年度より薬局を中心に取り組み始めた。2005 年度より QC チームを結成し活動開始した。

(1) グループの概要

取り組みの体制…QC チーム(チーム名: Anti Cancer)

活動メンバー(8 名)…医師(内科・外科) 2 名 ・ 看護師(内科病棟・外科病棟) 3 名 ・ 薬剤師 1 名 ・ 事務職員(情報システム部・人事課) 2 名

(2)活動方針

- ① 抗癌剤投薬事故としては0件と、前年度まで特に問題点はなかったが、システムを改善していくことでより安全かつ迅速に投薬治療を行っていくことができるようなシステム作りを目指す。
- ② 医師・看護師・薬剤師およびシステム関係者が協力して、現在のシステムをさまざまな方向から検討し、見直しと検討を図る。

(3)活動状況

- ① 毎月1回会合を開催。
- ② 薬局のシステムにどのような内容を入れていけば、よりスムーズかつ安全に患者様の治療を行うことができるか、システムについて検討する。
- ③ 看護師が知っておくべき抗癌剤の副作用をマニュアル化して、各病棟に設置していけるよう、副作用の内容について調査を行う。
- ④ QCチームメンバー以外で抗癌剤に携わる医師・看護師との連携を考え、チーム医療につながる活動に発展させていけるよう働きかける。

(4)今後の計画

薬局のシステムがなかなか決定せず、システムについての検討が滞る。

病院移転に伴い、今後起こりうる新たな問題点を考慮していかなければならない為、チームとしての活動がストップした状態となり、新病院移転後の状況を見て活動を再開することとする。

4.2.2「入院時持参薬の安全管理」グループの取り組み

ベストプラクティスとして選ばれている16項目の中の「入院時持参薬の安全管理」にもQCチームを結成し、活動を開始した。

(1)グループの概要

取り組みの体制・・・QCチーム(チーム名:チームストラテジー)

活動メンバー(10名)・・・医師(内科・外科・整形外科)3名・看護師(内科・整形外科)3名
薬剤師 2名・事務職員 2名

(2)現在の問題点

- ① 処方内容がわからない
- ② 看護師は、服用させてよいのかわからない
- ③ 持参数がわからない
- ④ 個人情報保護法の施行に伴い、他院に問合せできない
- ⑤ 電子カルテのオーダー画面に持参薬を入力できない

(3)活動状況

- ① 毎月1回会合を開催。

- ② 持参薬の各科の状況を話し合い、「他院からの入院時持参薬」に絞ることとし、その問題点を検討した。
- ③ 現状把握のために当院の医師・看護師に過去に持参薬による問題点がなかったか、現場で本当に困っていることは何か、アンケートを作成して調査することとした。
- ④ アンケートの回答より問題点を数点に絞り込んだ。

(4) 今後の計画

新病院に移転するとともに、2006年6月よりDPCが導入される予定であり、新たな問題点の発生と新しいシステムに沿った対策の検討が必要と考えられる。そのため、現在は活動をストップしており、DPC導入後の6月より活動を再開する予定。

5. まとめ

当院では2000年度より「ヒヤリハット報告事例の集計・分析」を目標に活動に取り組んできた。

NDPの研修会を通し、さまざまな分析手法を学んできたが、それらの手法を活用しきれず、医療事故に対して高い意識を持って業務に取り組んでいる職員はまだまだ少ないと考えられる。リスクマネージャーだけでなく、今後も一般の職員に対する意識付けのために継続して院内での研修会等を行っていく必要がある。

2006年度は4月に病院の新築移転、6月にDPCの導入の予定があり、今まで作り上げてきたものにそれぞれ大きな影響を与え、新たな問題点が発生してくると予想される。今までの知識・技術を活かし、それらに対応したよりよい医療事故防止のシステムを構築していきたい。

平成17年度「5S」活動報告

医療法人財団大樹会総合病院回生病院

松浦一平（理事長）、尾藤直子（検査部）、長尾直子（看護部）、
菅尚子（安全管理センター）、宮崎由美（リハビリテーション部）、
入江純子（薬剤部）、大西人史（透析室）

1. 病院紹介

回生病院は香川県坂出市に開設している総許可病床数468床、全職員数445名、標榜科25科の総合病院である（現在心療科117床は休止）。「皆さまに愛され信頼される病院を目指します」という病院理念のもとに2次医療圏における中核病院として、重症紹介患者、救急車搬入患者を受け入れている。現在の病院認定は、救急告示病院、日本医療機能評価機構認定病院、開放型病院、急性期入院加算病院、管理型臨床研修指定病院である。

当院の特徴は、24時間救急対応病院として1次～3次救急までの急性期医療を行うと共に、地域の重症紹介患者を受け入れている極めて繁忙な急性期病院である。平成17年度実績は1日平均入院患者数328人、平均在院日数16日、紹介率57.0%である。平成18年3月より新病院建設が始まり、5月に電子カルテ導入、6月よりDPC参画が決定した。今後は地域の病院、並びに診療所の後方病院として入院機能にスタンスをおいた病院、また地域保健事業、救命救急医療、急性期医療、リハビリテーション医療を中心とした質の高い医療のできる病院にしていきたいと考えている。

2. はじめに

当院では2003年よりNDPに参加し輸液ポンプ・シリンジポンプの安全管理などに取り組んできたが、これらの機器を取り扱う職員に局限した取り組みとなっていた。5S活動は以前より看護部で取り組んでいたが、それに加え事務職なども含めた全職員が取り組める内容であることから、2005年度改善プロジェクトとして病院全体で5S活動に取り組んだ。

3. 推進体制

5S活動を実施する組織体制として理事長を活動責任者とし、その他にQエキスパート6名（質・安全推進委員）をコアメンバーとした。また院内に5S活動をより早く浸透させるために、各部署1名ずつ5S担当者を選出し、5S担当者は主に以前より院内で活動中の患者満足度向上委員会のメンバーで構成した。その他にも医師、外部委託業者（清掃、売店）も含め計36名のメンバーが中心となり（図1）毎月1回5Sワーキンググループ会議を開催し、5S担当者と共に活動を進めた。

2005年4月16日NDPアドバイザー井上則雄氏（竹中工務店品質監理部）による5S導入研修を開催した。対象者は全職員とし、そのうち204名が参加した。この研修会開催時に理事長、病院長より全職員に対し5S活動の開始を宣言した。

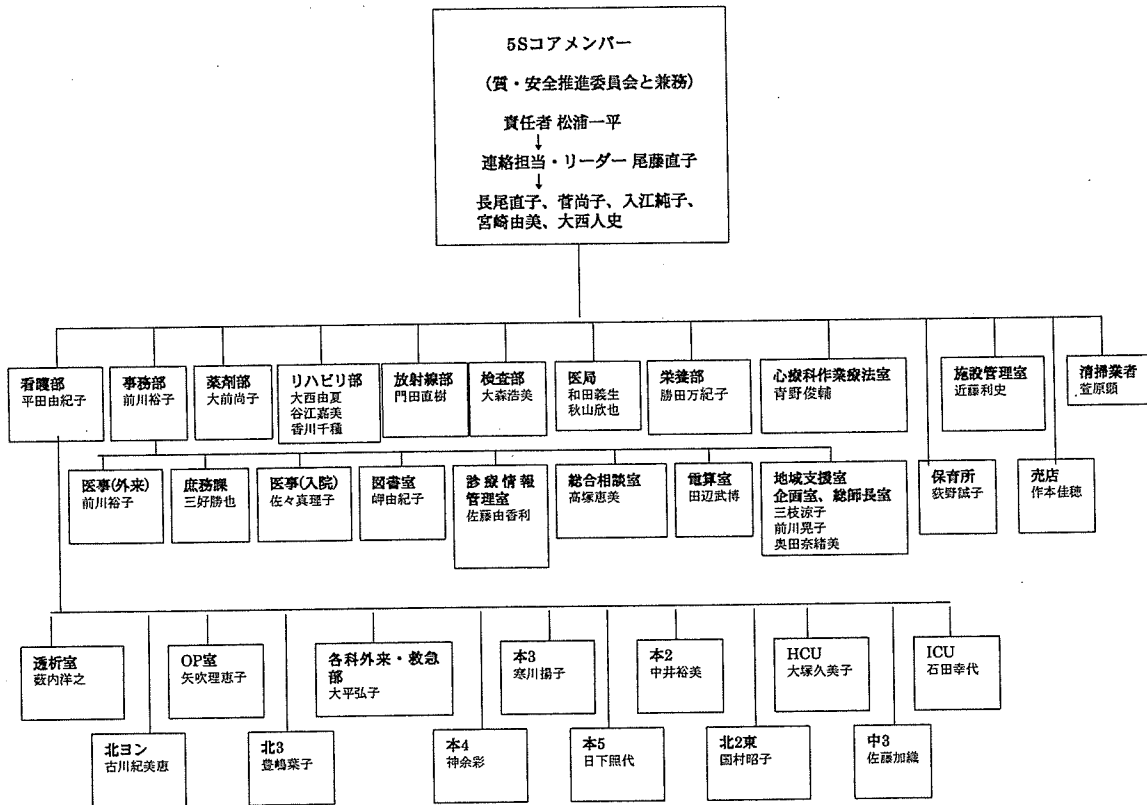


図1 組織図

4. 活動目的

患者またはその家族が快適かつ安心して医療を受けることのできる環境と職員が業務を効率的に行うことのできる環境をつくる。またその環境を継続的に維持するための職員の意識改革を目的とする。

5. 活動目標

各部署活動計画通りに3箇所程度の整理整頓ができ、作成した5S手順に沿って改善後の状態を維持することができる(2006.5.12付)。

<変更後>

各部署の外観について誰が見てもきれいと感じる状態にする(2006.6.24付)。

6. 活動計画 (2005年5月12日作成「NDP 5S 活動計画書」より簡略化)

