

## 7. 評価方法

- 1) 外観の変化…写真撮影による比較と5S診断チェックリストを定期的実施
- 2) 職員の意識変化…5Sに関する意識調査
- 3) 継続性の評価…院内巡回

## 8. 現状把握

### 8.1 写真撮影

2005年3月30日～4月9日、改善前の状態を残し改善後の状態と比較ができるようにデジタルカメラで各部署を撮影した。また撮影するにあたり誰もが同じ視点で撮影できるように机の上、作業台、ミキシング台など20箇所を指定した5S撮影基準を作成した。

### 8.2 院内視察

2005年4月16、17日NDPアドバイザー井上則雄氏による院内視察を行った。院内全部署を視察し安全管理に関するものも含め合計189箇所に対する意見があった。内訳は職員用掲示物(36件)、備品棚(21件)、机の上(20件)、薬品棚(14件)などであった。

### 8.3 意識調査

2005年5月16日～5月20日、全職員、委託業者の合計451名に5Sに関する基本的な意識調査を実施した。

「あなたは総合的に見て5Sができていますか」という設問に対し55%の職員が自分は5Sができていますまたは、ある程度はできていると回答した。

## 9. 活動内容及び活動結果

| 項目      | 活動内容  | 結果  |
|---------|---|---|
| 説明会     | 2005年3月28日活動開始に先駆け5Sコアメンバーが各部署長と5S担当者に5S説明会を開催した。5Sとは何か、5S導入の目的、推進の手順などを説明し、全職員参加のもと、取り組む活動として認識してもらった。                               |   |
| 意識調査    | 2005年5月に改善前の5Sに関する意識調査を実施した。  | 調査は定期的に、同じ設問で実施する予定だったが、まだ調査にはいたっていない。  |
| チェックリスト | 活動前後の評価を数値化するために20項目を5段階(100点満点)で評価する5S診断チェックリストを作成した。同じ視点で評価できるようにするために5S判断基準も作成した。<br>2005年5月、7月、11月、2006年3月の合計4回、5S担当者が自部署の評価を行った。 | 合計点ではわずかな上昇しか見られなかった。項目ごとに見ると、2005年5月から7月は取り組んだ掲示物に関する項目意外は平均点が下がっている。7月以降は多くの項目で少しずつではあるが上昇している。 |

|                |   |   |
|----------------|---|---|
| <p>掲示物</p>     | <p>院内視察の結果より、取り組みやすいという点から、掲示物の改善に取り組むことに決定した。</p> <p>どのような掲示物があるか調査した結果、期限の切れたもの、内容が古いもの、多くの掲示物を重ねて掲示しているものなど多種多様であった。（過去の院内電話番号表、週間当直表、月間目標、業務連絡など）掲示場所については窓ガラスなど不適切な場所に貼っている所もあった。</p> <p>古い掲示物をいつ捨てればいいのか判断できない、破棄の可否が不明確であることが掲示物を整理できない原因であった。</p> | <p>同じ基準で整理整頓ができるように掲示物整理判断基準と整理整頓手順、掲示物管理要領を作成した。掲示終了後は基本的に破棄とし、保存したい場合は必ずファイリングしファイルにラベル表示をすること、所定の場所を設けること、長くても保存は前年度分までにすることなどの取り決めを行った。その結果、579枚の掲示物が不要とされ剥がされた。</p> <p>（内訳：古い53%、手書き14%、汚れ・破れ15%、その他18%）</p> |
| <p>不要物記入用紙</p> | <p>不要物の内容、数量、廃棄理由を知るため、不要物記入用紙を作成した。物品名、重量などを記入したものは破棄してよいとした。ただし、他部署でリサイクルできそうなもの、サイズが大きく一般ゴミでは処分できないようなものに関しては届け出ることとした。書籍に関しては、可能な限り図書室に寄贈とした。</p>   | <p>1年間の総数、重量で計測したものが254kg、本等が487冊、書類等紙類が68枚、その他大きい物（黒板、棚など）が10個であった。</p>  |
| <p>活動方法の変更</p> | <p>活動当初は、職員がなぜ5S活動をしなければならないのかとその手順を理解し取り組むことができるように今年度の活動として「3箇所程度の改善活動とその後の維持」を挙げていた。</p> <p>しかし、活動の効率を上げるため2005年6月24日より各部署で1箇所ずつではなくすべての箇所の改善を行うこととした。</p>   | <p>今年度の目標を「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」と変更した。</p> <p>掲示物に引き続き、机の上、引出しの中、流し周辺、書類、会議録に関する整理整頓の手順を作成。</p>  |
| <p>巡回</p>      | <p>コアメンバーが各部署を不定期に5S診断チェックリストを参考にしながら巡回した。巡回は必ず患者さまの視点で行うこととした。すべての部署の同じ箇所を1日の巡回で見ることによって他と比較しやすくなり、また5Sができていない部署に対し他部署のよいところを例に挙げアドバイスができるようになった。この他にも次回巡回日を指定することで、活動に期限をつけるようにした。</p>  | <p>頻回に巡回を行うことで、院内に5S巡回が定着し、コアメンバーがカメラを持って院内を歩くだけで、「今片付けしているからきれいになったら見に来て」など整理整頓などに対し積極的な声も聞かれるようになった。</p>  |
| <p>相互巡回</p>    | <p>1つの部署を多くの視点で見るということ、また共にレベルアップを目指すという目的から、2005年7月より5S担当者が2人1組になり部署相互巡回を行った。組み合わせを替え2006年3月までに5回の相互巡回を行った。</p>  | <p>巡回結果で指摘の有った箇所は、部署長のサイン欄を入れたことにより、部署で話し合った。</p>   |

|      |  |                                  |
|------|--|----------------------------------|
| 重点指導 | 5S活動が浸透しにくい部署や患者さまと職員が多く出入りする部署を3部署選択した。コアメンバーが1週間その部署を毎日訪問し1日あたり30分程度、活動について意見交換を行い、改善点可能箇所などの活動を促した。                                   | 毎日訪問することで、少しずつ前向きに取り組み始めた部署もあった。 |
| 伝票   | 伝票類は膨大な量が存在し、各病棟で保存箇所、定数は統一性がなく、部署異動になると伝票の保管場所を覚え直す必要があった。また法的な保存が義務付けられていないものに関しても、保存するといった傾向があった。当院では、電子カルテ導入に伴い現在院内の伝票運用の見直しを実施している。 | 第1段階として、現在使用している伝票について一覧表を作成した。  |
| 廃棄物  | 「回生病院廃棄物管理規程」が存在していたが、実際に使用されている廃棄伝票の運用方法は、記述されておらず統一できていなかった。また病院管理者の捺印がないままに廃棄されているものもあった。   | 既存の規程に廃棄伝票の運用に関する項目を追加した。        |

## 11. 今後の予定

- 1) 5S活動の成果を院内に報告
- 2) 今後の5Sチェックを5S活動の継続を目的に現在、既存の委員会に巡回を依頼
- 3) 電子カルテ導入後の伝票管理
- 4) 新病院建設にあたり5Sの視点から見た希望事項を提案

## 12. まとめ

毎月5Sワーキンググループ会議を開催すること、またそれぞれの活動を実施することで病院内により刺激を与えられた。その1つとして、5S活動に取り組み始めてから他部署や病院外でも5Sに意識が向くようになったと5S担当者より感想があった。実際に院内を見ると活動当初と比べて効果があった。

活動当初のアドバイザーの視察で他病院と比較して物品が少ないという感想があった。それは当院の特色として、物品購入に関し規制がかかること、使用できるものは捨てずにリサイクル用品として再利用されていることが考えられた。実際、今回の5S活動中、棚などの新規購入の希望はなかった。民間病院ということもあり、コストに対する意識は高く、リサイクルの精神は根強い。

今年度は病院の組織的な活動としてプロジェクトを立ち上げ活動を実施した。しかし、実際は部署や職員によって活動内容や意欲に差があった。積極的でない部署や職員に対する関わりを強化し、活動を引き続き実施することで、5Sの定着と全職員の意識を高めることが今後の目標である。

5S担当者：

和田義生（医局）秋山欣也（医局）

前川裕子（事務部）佐々真理子（医事別室）岬 由紀子（図書室）

佐藤由香利（診療情報管理室）前川晃子 三枝涼子 奥田奈緒美（地域支援・企画室）

高塚恵美（総合相談室）三好勝也（庶務課）  
勝田万紀子 豊田智子（栄養部）近藤利史（施設管理室）大前尚子（薬剤部）  
大森浩美（検査部）門田直樹（放射線部）  
青野俊輔（心療科作業療法室）田辺武博（電算室）  
大西由夏（理学療法室）谷江嘉美（作業療法室）香川千種（言語聴覚室）  
平田由紀子（看護部）大平弘子（外来・救急部）中井裕美（本2）寒川揚子（本3）  
神余 彩（本4）日下照代（本5）国村昭子（北二東）豊嶋葉子（北3）  
古川紀美恵（北ヨソ）藪内洋之（透析室）矢吹理恵子（手術・中央材料室）  
佐藤加織（中3）石田幸代（ICU）大塚久美子（HCU）  
荻野誠子（保育所）萱原 顕（委託清掃業者）作本佳穂（売店） 順不同

添付資料(2) 活動の発表の記録

大会名：第7回 QC フォーラム医療の改善活動

演題名：5S への挑戦～広げよう！5S 活動の輪!!～

発表者：尾藤 直子(質・安全推進委員会)

添付資料(3) Qエキスパート

松浦一平 (医師・診療部)

長尾直子 (看護師・看護部)

菅尚子 (看護師・安全管理センター)

入江純子 (薬剤師・薬剤部)

宮崎由美 (理学療法士・リハビリテーション部)

大西人史 (臨床工学技士・透析室)

尾藤直子 (臨床検査技師・臨床検査部)

## 17年度活動報告

### 公立学校共済組合関東中央病院 5S ワーキンググループ

#### 院内での位置づけ

当院における5S活動は病院評価機構の認定審査に関連したプロジェクトチームからはじまり、看護部業務改善活動に受け継がれた。今年度より、医療安全管理委員会の中で5SWGとして組織され活動することとなった。また、「5S活動」は病院中期計画のなかでもあげられ、病院全体としての重点課題の一つとなっている。

#### 活動目標

医療安全管理委員会の下にあることから、5S活動は環境改善・業務改善から最終的に医療安全につながることを、すなわち、安全で確実な医療を提供するための環境をつくることにある。

#### メンバー

看護部6名、給食2名、庶務課、医事課、放射線科、医療安全管理室の計10名

#### 活動

モデル部署をつくり重点的に活動を行なった。(病棟、放射線科、) まず、メンバーにより写真撮影を含めたラウンドを行い、問題点を抽出した。次に職場よりメンバーを選出しチェックリストを作成した。また、活動継続のために月一回のラウンドを行なった。

その結果、改善点を考えるきっかけとなるだけでなく、チェックリストを作成することにより自分たちの業務を客観的に考えることができた。

また、院長より12月を5S活動強化月間とするように指示を受け、各職場に目標を立ててもらった。

#### 発表

途中経過と成果は、10月NDPタスク会合、3月NDPタスク会合、4月NDPシンポジウム(ポスター発表)にて発表した。また、12月にNDPのDVD教材作成に協力を行なった。

#### 問題点と反省点

当初の目標は活動を病院全体に広げることであったが、われわれの力不足もあり、まだまだ十分ではないと思われた。また、経験不足もあり今後の5S活動自体も手探り状態である。今後は、これまでの蓄積と他施設や他業種を含めて5S活動を進め、結果として医療安全につながっていきたい。

# 岩国市医療センター医師会病院

## 1. 改善活動にあたってのトップのコミットメント

当院は、平成 15 年度より NDP へ参加し「医療の質・安全の確保」に取り組んでいる。当初より、院長は当院の NDP 担当責任者として全体会合に毎回出席している。今回 NDP 改善プロジェクトで実施する「危険薬誤投与防止対策（注射指示の標準化）」についても院長主導の下プロジェクトを立ち上げ、そのメンバーにも加わり改善活動を推進している。

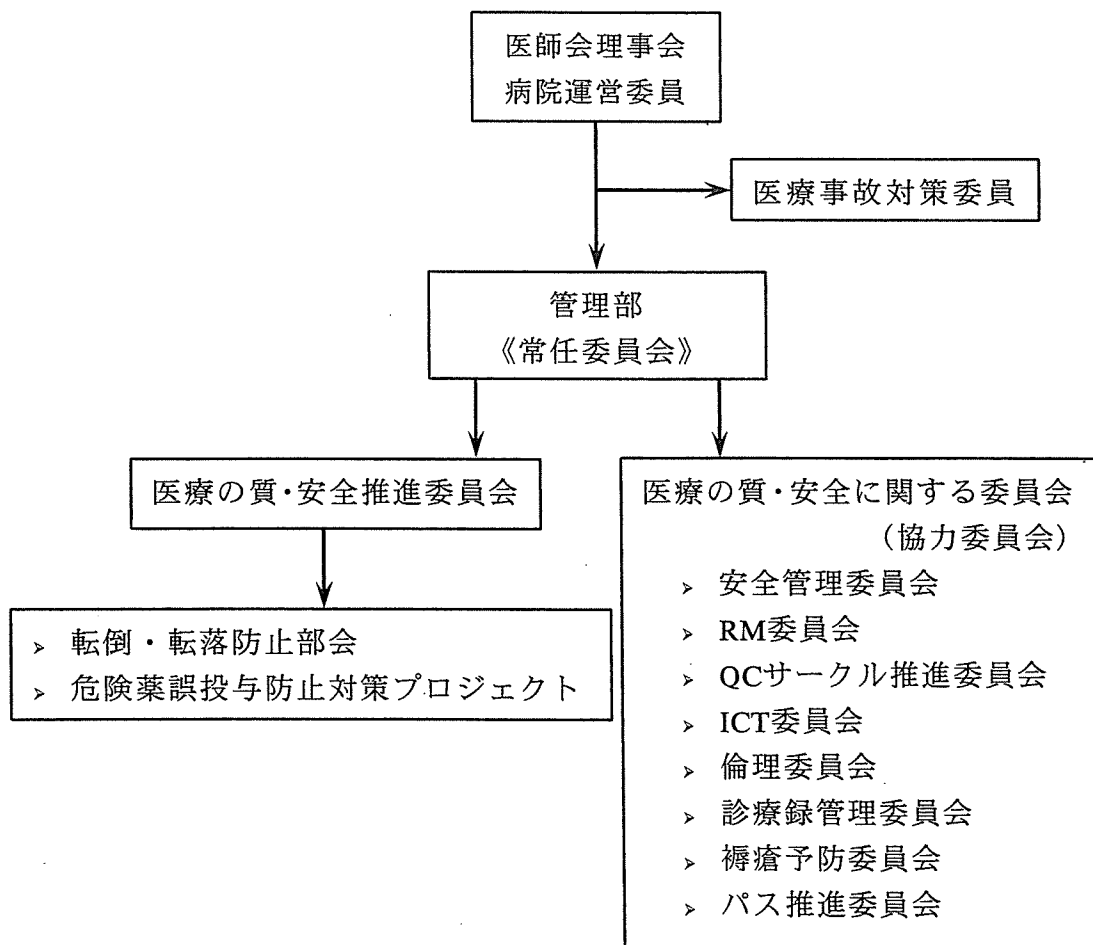
## 2. 職員への示達内容

職員および外部の医療関係者を対象としたオープンカンファレンスにおいて NDP 関連として今年度は計 5 回（医療安全全般 1 回、転倒・転落 2 回、危険薬 2 回）の報告を行い、さらに、医療安全研修会として杉山良子氏（武蔵野赤十字病院・専任リスクマネージャー）より「医療安全活動の取り組みの課題」を講演いただいた。また、院内向けに「NDP 通信」を 4 ヶ月毎に発行し、院外を含めた発行物においても改善活動を紹介し掲載した。

## 3. 改善活動組織の構成と運営管理体制

### 責任と権限の明確化

#### 3.1. 安全管理体制



### 3.1.1. 安全管理委員会と RM

平成 12 年 1 月に各部署の所属長を中心とした安全管理委員会が設置された。当時は前年より収集されていたひやりハットレポートの事例を基にその委員会にて対策の立案等を行っていた。同年 7 月に開催された TQM 推進協議会開催の「エラー防止に関する協議会のワークショップ」へ参加し、他施設の取り組みに感銘を受け、翌年 2 月に兼務ではあるものの RM6 名を配置した。以降毎月 1 回 RM 委員会を開催し、ひやりハットレポートの調査・分析を行い、安全管理委員会にて啓蒙活動を実施するとともに RM だよりを作成し、全職員への啓蒙も行っている。また今年度より、看護部において RM 委員会メンバーとは別にひやりハットレポートの調査・分析を行い部署内での対策を個別に立てる新たな活動も始まる等改善活動も広がりつつある。

### 3.1.2. QC サークル活動

職員全体の一体感を高めること・質の向上と安全管理を強化すること・経費削減を図ることを重要視した事務長の強い要望の中、平成 12 年 4 月に活動を開始した。当時は、5 サークルのみの活動であったが、毎年参加サークルも増加し、現在 30 サークルを超えるサークルが活動を行っている。

### 3.1.3. 医療の質・安全に関する組織

NDP での活動を実施するにあたり Q エキスパートを 6 名任命し、「医療の質・安全推進委員会」を発足させ、既存の各委員会を協力委員会として整備した。また、前年度に「転倒・転落防止部会」、今年度には「危険薬誤投与防止対策プロジェクト」を立ち上げた。メンバーは、以下のようにいずれも組織横断的に選考された。

#### ① 医療の質・安全推進委員会 (Q エキスパート)

内山 哲史院長 (NDP 担当責任者)、土田 聖司 (診療部)、大西 美代子 (看護部)、梶山 麻由美 (看護部)、中川 哲志 (薬剤部)、長尾 幸江 (検査・健診部)、福田 英雄 (事務部)

#### ② 転倒・転落防止部会

内山 哲史院長、土田 聖司 (診療部)、大西 美代子 (看護部)、梶山 麻由美 (看護部)、関川 明代 (看護部)、三浦 江理子 (看護部)、坂本 望 (理学療法士)、中川 哲志 (薬剤部)、角 あ子 (介護士)、長尾 幸江 (検査・健診部)、福田 英雄 (事務部)

#### ③ 危険薬誤投与防止対策プロジェクト

内山 哲史院長、高野 尚史 (診療部)、中川 哲志 (薬剤部)、岩田 麻美 (薬剤部)、梶山 麻由美 (看護部)、藤倉 岳史 (事務部)

## 4. 当院における危険薬誤投与防止対策の現状報告

平成 17 年 4 月に注射箋記載法の標準化のため、院長主導の下「危険薬誤投与防止プロジェクト」を立ち上げた。メンバーは診療部 2 名、看護部 1 名、事務部 1 名、薬剤部 2 名の合計 6 名とし、活動を進める上で鍵となる診療部からは、院長と、処方と比較的多く出す医師を選出した。また、会合は月 1 回定期開催とした。



#### 4.1. 改善活動計画及び進捗状況

当初活動の計画は、平成 17 年 4 月から平成 18 年 3 月の 1 年間を目途としていた。しかしながら、関連部署、特に診療部との意見交換に多くの時間を費やしたため、平成 18 年 3 月現在、1 度目の効果の判定を行うにとどまっている。

| 課題          | 担当  | 2005年 |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | 2006年 |       |       |       |
|-------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|             |   | 4月    | 5月    | 6月    | 7月    | 8月    | 9月    | 10月   | 11月   | 12月   | 1月    | 2月    | 3月    |       |       |       |       |
| 標準記載案の作成    | 中川・岩田   | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 現状把握        | 【注射箋】<br>メンバー全員                                 |       | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|             | 【ひやりハット】<br>RM 委員                               |       | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 関連部署での検討    | 《診療部》<br>内山・高野<br>《看護部》<br>梶山<br>《薬剤部》<br>中川・岩田 |       | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 標準記載法の作成    | 中川・岩田   |       |       |       | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 関連部署への周知・徹底 | 《診療部》<br>内山・高野<br>《看護部》<br>梶山<br>《薬剤部》<br>中川・岩田 |       |       |       | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 効果の判定       | メンバー全員  |       |       |       |       |       |       | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

#### 4.2. 改善活動の目的及び目標の明確化

|  | 評価指標   | 指標データの入手方法  | 外部条件   |
|--|--|---|--|
| プロジェクトの目的<br>注射薬の誤投与をなくす   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ひやりハット報告書件数</li> <li>事故報告書件数</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>ひやりハットレポート</li> <li>事故報告書</li> </ul> | RM 委員会との連携・協力  |
| プロジェクトの目標<br>注射処方箋記載法の標準化  | 標準に従っていない注射処方箋記載件数   | 注射処方箋   | <ul style="list-style-type: none"> <li>関連部署（特に診療部）の理解</li> <li>NDP 参加病院との情報交換</li> </ul>                                     |
| プロジェクトの成果<br>エラー誘発の可能性のある記載の減少   | エラー誘発の可能性のある注射処方箋記載件数  | 注射処方箋   | 診療部の協力   |
| プロジェクトで実施する活動<br><ul style="list-style-type: none"> <li>標準化すべき項目の選別</li> <li>職員への説明</li> </ul> | 左記の活動に投入するソース<br><ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクトメンバー</li> <li>時間外手当</li> </ul> |   | 前提条件<br><ul style="list-style-type: none"> <li>注射処方箋にて指示が出される</li> <li>標準化により誤投与が減少する</li> <li>標準化された記載法での記載がなされる</li> </ul> |

これまで当院の注射処方箋への記載には明確な決まりがなく、記載する医師により様々であった。これにより、注射処方箋で指示を見る薬剤部、看護部、医事課において、処方

内容についてしばしば混乱が生じ、如いてはエラーに発展する事例も少なくなかった。

注射に関するエラーは、ひとたび発生してしまうと生命へ影響を与える可能性が高いもののひとつである。また、「看護におけるひやりハット事例は“注射”に関する事例が全体の30%を超える。」と川村らの報告[1]でもされている。つまり、注射業務は、危険性が高くかつ、エラー発生頻度も高い業務と考えられる。

そこで今回、当院の危険薬誤投与防止対策プロジェクトにおいて、「注射薬の誤投与をなくす」ことを目的とし、「注射処方箋記載法の標準化」に取り組むこととした。

### 4.3. 計画の実施状況（活動成果）の明確化

#### 4.3.1. 注射処方箋記載法の標準化

当院の「注射処方箋記載法」は、昨年度NDPにおいて示されたベストプラクティス案を基に作成し、平成17年11月1日より施行した。

NDPベストプラクティス案「注射指示の標準化」に挙げられた各項目について、プロジェクトメンバーにより当院での対応の可否を検討した。また、対応困難な項目についてはできる限り代替案を挙げ、これらを含めて注射処方箋記載法（案）を作成し、診療部、薬剤部、看護部へ意見の収集を行った。特に診療部については、医局会にて“標準化される内容（記載法）”と“必要な旨（現状の記載法での危険性）”を説明し、理解が得られない項目については、院長より対案の提示を診療部へ依頼した。示された対案は、プロジェクト内において検討し、練り直した上で、再度診療部へ内容と必要性を示す過程を数回繰り返した。これにより、さらに当院に沿った内容へと吟味され、また診療部への浸透も図れたものと考えている。

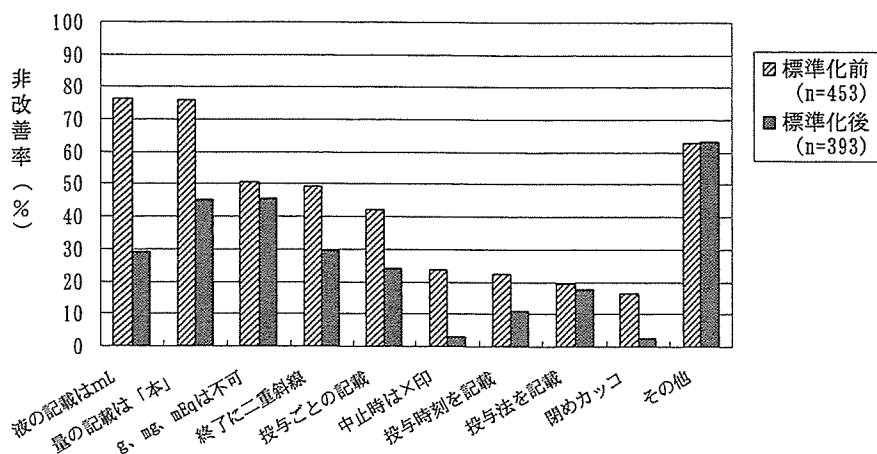
#### 4.3.2. 注射箋記載法の現状把握

今回行った“注射箋記載法の標準化”の必要性が診療部にどこまで理解され、浸透したのか確認を行った。

対象：平成17年7月（標準化前）と平成17年11月（標準化後）の1ヶ月間に出された注射処方箋

方法：標準化された記載法の各項目で、その記載法に沿っていない注射処方箋の割合

結果：グラフは左から「標準化前」に記載法に沿っていない注射処方箋の割合で悪いものから9項目を挙げた。いずれの項目においても「標準化後」には、標準化施行した直後にもかかわらず、ある程度の改善が見られ、特に“中止時の×印”“閉めカッコ”については約1/10に減少した。しかしながら、“g、mg、mEqは不可”や“量の記載は「本」”のように、なかなか改善が見られない項目もあり、今後、継続して項目ごとに改善率を確認し、再度、診療部への啓蒙も必要であると考えられた。



### 4.3.3. ひやりハットレポート（注射版）の作成

これまで使用していたひやりハット報告書は、5W1H方式での記載であったが、エラーがどの段階で生じたかを把握しづかったため、業務フローに沿った記載法へ変更した。

このひやりハットレポート（注射版）の作成にあたり、棟近雅彦早稲田大学理工学部教授の指導を受けた。

### 4.3.4. ひやりハットレポート件数の推移

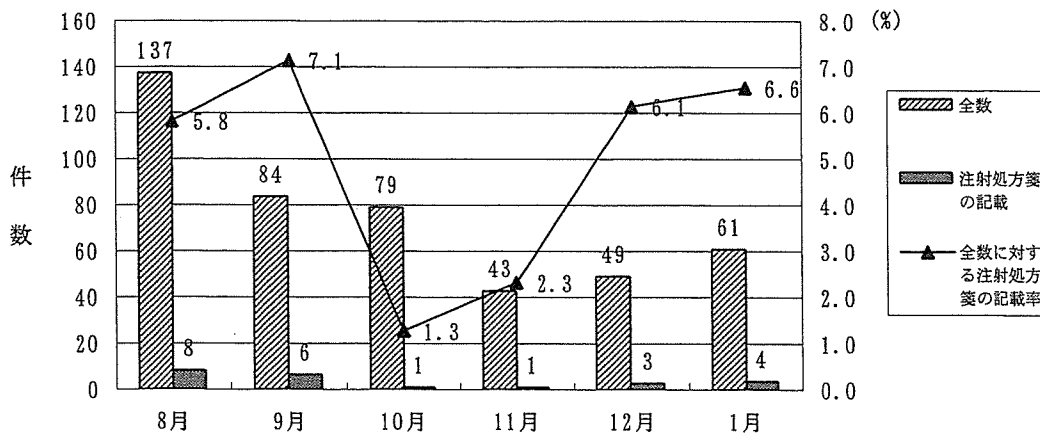
今回の“注射処方箋記載法の標準化”が業務エラーの減少へつながっているのかをひやりハットレポート件数の推移をみることで確認することとした

期間：平成 17 年 8 月～平成 18 年 1 月

対象：1ヶ月間に提出されたひやりハットレポート

方法：ひやりハットレポートの「全数」「注射処方箋の記載に関するもの」の件数とその割合

結果：レポート件数が月によりばらつきがみられ、“注射処方箋の記載に関するもの”のみをとれば、多くても8件とレポート提出数の低さを感じた。また、標準化を施行する前の10月と施行した11月で“全数”に対する“注射処方箋の記載に関するもの”の割合が減少傾向にあるものの、その後には増加し、以前の水準に戻った。今後、さらに時間経過とともにいかに推移していくのかを確認する必要があると思われる。



### 4.3.5. アンケート調査

標準化した「注射処方箋の記載法」を施行して約3ヵ月後にアンケート調査を行った。これは、記載法変更直後に処方箋を受ける側がこれまでの記載法と比べてどう感じているのかを問うことで、新たなリスク発生の有無を確認することを目的とした。

期間：平成18年1月23日から2月3日

対象：看護部、医事課、薬剤部

回収率：86.0%

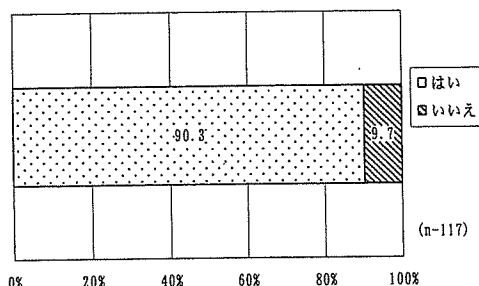
内容：①周知度（施行の周知、内容の周知）②リスクの増減（見易さ、疑義照会件数、見間違い）③業務負担の増減（調剤や投与の準備にかかる時間）④自由記載

結果：

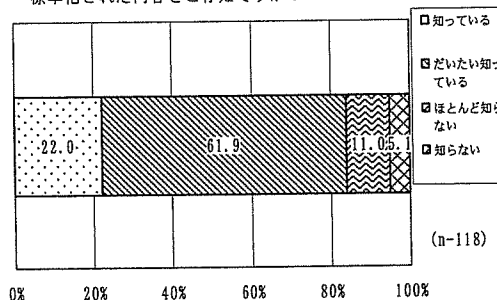
#### ①周知度

90.3%は「注射処方箋記載法の標準化」が施行されたことを知っており、その内容についても「知っている」22.0%、「だいたい知っている」61.9%と注射処方箋を受ける側はよく周知されていることが伺えた。

注射処方箋の記載法が標準化されたことをご存知ですか？



標準化された内容をご存知ですか？

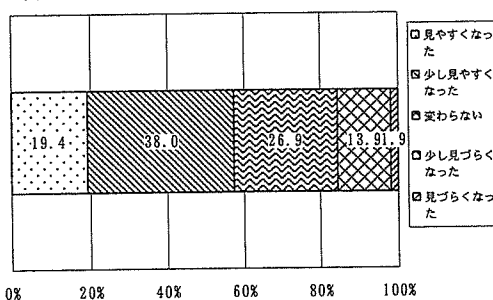


#### ②リスクの増減

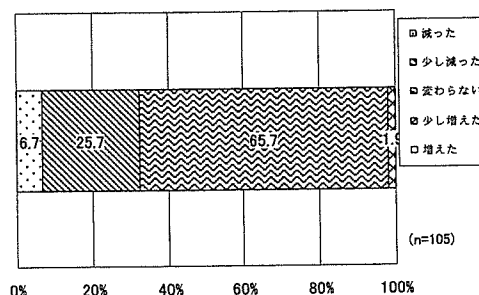
標準化したことによる注射処方箋の見易さは「見やすくなった」「少し見やすくなった」を合わせると57.4%、以前と「変わらない」を加えると80%を超える結果となった。また、疑義照会件数は「変わらない」が最も多く55.7%、「減った」「少し減った」を加えると98%を超えた。さらに、見間違える件数についても「変わらない」が55.4%と半数を超え「減った」「少し減った」を合わせると94.7%にのぼった。

以上より、少なくとも処方箋を受ける側は、今回行った「注射処方箋記載法の標準化」による新たなリスクは発生していないと感じているとの結果が得られた。

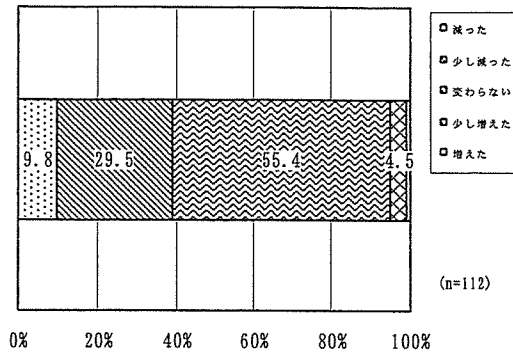
以前に比べて処方箋の見易さは変わりましたか？



以前に比べ注射処方箋での指示内容を主治医に確認(疑義照会)する回数は変わりましたか？



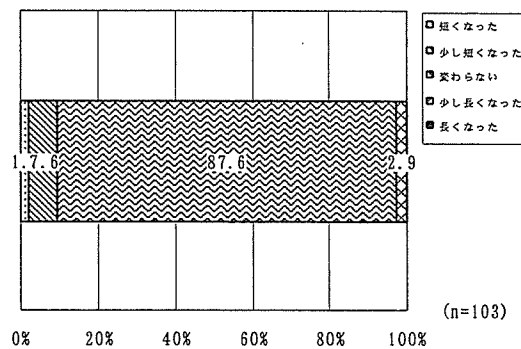
以前に比べて指示を見間違える件数は変わりましたか？



### ③業務負担の軽減

調剤や投与の準備にかかる時間は標準化前後で「変わらない」が 87.6%、「短くなった」「少し短くなった」を加えると 97.1%となり、新たな業務負担はかかっていないと感じている結果が得られた。

以前に比べて調剤や投与の準備にかかる時間は変わりましたか？



### ④自由記載

自由記載項目の意見は以下の大きく 3 つに分けられた。

改善点：「指示と指示の間を 1 行空けてほしい」

「看護部・薬剤部で指針に沿っていない記載方法を医師にフィードバックできていない」 etc.

Dr.の協力：投与時間の指示がない etc.

啓蒙： Dr. が記載方法を完全には理解していない etc.

## 4.4. 実施状況における問題点や課題、及びその解決の明確化

「注射処方箋記載法」を作成するまでに多くの時間を費やしたため、現時点では効果確認の段階までとなっており、得られた結果の解析までには至っていない。また、行った調査は標準化施行直後であるため、時間経過での推移も確認していく必要があると考えている。当初 1 年の予定で活動を行っていたが、計画通りに進行していないため期間を延長し活動を行うこととした。

## 5. 活動の成果と反省

平成 17 年 4 月より院長主導の下「危険薬誤投与防止対策プロジェクト」を立ち上げ、注射処方箋記載法の標準化に取り組み、平成 17 年 11 月 1 日より施行した。全体的には比較的スムーズに標準化された記載法に移行されつつあるとの結果が得られたが、項目によっては、まだまだ診療部へ啓蒙し協力を得る必要があると考えられる。また、評価指標のひとつであるひやりハットレポート件数の推移では、標準化前後で改善傾向を示したものの、その後件数は標準化前に戻るなど、残念ながら現在のところ著しい効果を示す結果は見られなかった。しかしながら、処方箋を受ける側へのアンケート調査においては、新たにエラーを引き起こす可能性を感じていないことがわかった。今後、今回得られた結果を基により良き「注射処方箋記載法」となるよう改善活動を継続し、さらに院内へ浸透させる必要があると考えている。

参考文献：

[1]川村治子著：ヒヤリハット 11000 事例によるエラーマップ完全本，医学書院，p8-18，2003

# 注射処方箋への注射指示記載に関する標準指針

## 1. 一般原則

(1) 注射処方箋は、明瞭に判読できる日本語の文字で記載し、略語を用いず、指示内容が明確に理解されるように記載する。

① 明確に判読できる日本語の文字で記入する。

なお、不明瞭かどうかの判断は、薬剤師・看護師に委ねる。

② 黒または青色のボールペンを用いて記載する。

③ 指示した医師の署名、指示事項を実施すべき日が明確にわかるように記載する。

(2) 注射指示に際して指示範囲を明確にする。

① 処方箋が複数枚にわたる場合は、全部で何枚あるのか、継続の有無と期間などの情報が明確に判別できるようにする。

Ex.) ① / 2、② / 2

② 処方期間は、原則として、一枚の注射処方箋で最大7日分処方可能とし、日数が連続しない場合は間隔を空ける。

(3) 指示を変更・中止する場合の記載場所、記載方法、および指示変更があったことを確実に伝達する。

① 指示を終了する場合は、注射処方箋の指示の最後に二重斜線（//）を記載する。

Ex.)

|        |       |   |   |   |    |   |
|--------|-------|---|---|---|----|---|
| セファメジン | 1g    | — | — | — | // | × |
| 生食 TN  | 100mL | — | — | — | // | × |

② 継続の指示を変更し中止にする場合は、1マス毎に×印をつけるか、もしくは、その箇所の角を結んで×印をつける。

Ex.)

|        |       |   |   |   |   |
|--------|-------|---|---|---|---|
| セフメタゾン | 1g    | — | × | × | × |
| 生食 TN  | 100mL | — | × | × | × |

もしくは

|        |       |   |   |  |  |
|--------|-------|---|---|--|--|
| セフメタゾン | 1g    | — | × |  |  |
| 生食 TN  | 100mL | — | × |  |  |

③ 点滴内への指示を新たに追加する場合は、指示欄の最後尾に記載する。尚、あらかじめ記載する欄を空けている場合はこの限りではない。

|                      |   |                 |
|----------------------|---|-----------------|
| Ex.) ①ユニカリックN 1000mL | ⇒ | ①ユニカリックN 1000mL |
| M.V.I-12 1本          |   | M.V.I-12 1本     |
| 空欄                   |   | ザンタック 1本        |
| ②ユニカリックN 1000mL      |   | ②ユニカリックN 1000mL |
| エレメンミック 1本           |   | エレメンミック 1本      |
| 空欄                   |   | ザンタック 1本        |

- ④ 持続点滴の一部を変更する場合は、投与順が続くよう指示欄の最後尾に再度すべて記載する。

Ex.) 持続点滴の2本目にアドナ 1本追加する場合

|     |                    |   |                               |
|-----|--------------------|---|-------------------------------|
| 【○】 | ① ソリタ T3 500mL } — |   | ① ソリタ T3 500mL } <del>×</del> |
|     | ガスター 1本 } —        |   | ガスター 1本 } <del>×</del>        |
|     | ② ソリタ T3 500mL } — | ⇒ | ② ソリタ T3 500mL } <del>×</del> |
|     | ③ ソリタ T3 500mL } — |   | ③ ソリタ T3 500mL } <del>×</del> |
|     | ガスター 1本 } —        |   | ガスター 1本 } <del>×</del>        |

|                    |
|--------------------|
| ① ソリタ T3 500mL } — |
| ガスター 1本 } —        |
| ② ソリタ T3 500mL } — |
| アドナ 1本 } —         |
| ③ ソリタ T3 500mL } — |
| ガスター 1本 } —        |

|     |                    |   |                               |
|-----|--------------------|---|-------------------------------|
| 【×】 | ① ソリタ T3 500mL } — |   | ① ソリタ T3 500mL } —            |
|     | ガスター 1本 } —        |   | ガスター 1本 } —                   |
|     | ② ソリタ T3 500mL } — | ⇒ | ② ソリタ T3 500mL } <del>×</del> |
|     | ③ ソリタ T3 500mL } — |   | ③ ソリタ T3 500mL } —            |
|     | ガスター 1本 } —        |   | ガスター 1本 } —                   |

|                    |
|--------------------|
| ② ソリタ T3 500mL } — |
| アドナ 1本 } —         |

- ⑤ 指示変更を行った場合は、注射処方箋に記載するだけでなく、変更した旨を必ず看護スタッフに口頭でも伝える。

(4) 原則として、口頭指示は行わないこと。やむをえず口頭指示を行う場合は標準手順に従う。

- ① 看護師が、電話にて医師の指示を得て薬剤を投与した場合は、指示した医師名を含めて、看護師が赤色のボールペンで指示簿に指示内容と日時を記載し、記名する。  
また、当該医師は、なるべく早急に記載内容を確認し、記名する。
- ② 電話などで指示を受ける場合は、指示内容を必ず指示簿またはメモ用紙に書き取った上で、復唱して確認する。
- ③ 量を確認するときは、単に復唱するのではなく、複数の言い方で確認する。  
なお、「半筒」は「3筒」と聞き間違える可能性があるため、「1/2筒」と呼ぶことを習慣化する。

(5) 科学的、経験的に良いとされている投薬方法がわかっているものはできるだけ標準化する。

Ex.) 抗癌剤化学療法、インスリン・スライディング・スケール など



## 2. 指示内容の記載の仕方

- ・1回の輸液の内容が複数行にまたがる場合は、閉め括弧（）で1回分の指示であることを明確にする。

Ex.) ユニカリックN ..... 1000mL  
 M.V.I-12 ..... 1本  
 ザンタック ..... 1本

- ・一行につき一薬剤の記載とする。

Ex.) 【○】 セフメタゾン 1本  
 生食 TN 100mL

【×】 セフメタゾン 1本 + 生食 100mL

- ・同一ルートより複数の輸液を継続して投与する場合は、投与順を番号で明確に表示する。
- ・複数回投与の場合は、投与毎の記載とし、正の字にて指示を記載しない。

Ex.) 【○】 ① ソリタ T3 500mL  
 ガスター 1本  
 ② ソリタ T3 500mL  
 ③ ソリタ T3 500mL  
 ガスター 1本  
 ④ ソリタ T3 500mL

【×】 ①③ ソリタ T3 500mL  
 ガスター 1本  
 ②④ ソリタ T3 500mL

- ・希釈の混合による指示は、総量は用いず、希釈量を記載する。

Ex.) 生食内へランダを加えて全量 50mL とする場合

【○】 ランダ (10) ..... 1本  
 生食 ..... 30 mL

【×】 ランダ (10) ..... 1本  
 生食 ..... 50 mL  
 全量 50mL とする

- ・注射指示の内容は、以下の情報を記載する。

投与方法

薬剤名

規格 (mg, g, μg, 単位)

投与量

投与時刻

投与速度

投与ルートまたは部位

必要に応じて備考書き

### (1) 投与方法

- ① 点滴静注や筋注などの投与方法は、投与量の記載の後に記載する。
- ② 「略号」は、院内で統一された投与方法以外の使用を厳禁する。

### (2) 薬剤名

- ① すべて「商品名」で記載し、原則として「一般名」「略号」「英語」での記載を禁じる。
- ② 商品名で類似する他の製品がある危険薬については、誤認防止のため一般名を併記する。

Ex.) タキソール (パクリタキセル)、タキソテール (ドセタキセル) など

- ③ 「略号」は、院内で統一された薬剤以外の使用を厳禁する。

### (3) 規格

原則として、当院採用規格が複数ある場合は、薬剤名の後に規格を括弧 ( ) 内へ記載する。

Ex.) サクシゾン (100)、FOY (500) など

### (4) 投与量

- ① 1日量ではなく1回量を記載する。
- ② 投与する薬剤の量は、「〇本」と記載する。  
また、「A」は、数字の「4」と読み違い、「1V」は、i.v. と読み違えることがあるため使用しない。

Ex.) 【〇】 生食.....100mL  
      ピタシミン.....1本  
      ピタメジン.....1本

      【×】 生食.....100mL  
      ピタシミン.....1A  
      ピタシミン.....1V

- ③ 原則として、「g (グラム)」「mg (ミリグラム)」「mEq (メック)」は使用しない。
- ④ 液体容量の記載は「mL」で行ってもよい。  
また、小文字での「l」は、数字の「1」と読み違えることがあるため、大文字の「L」を用いる。
- ⑤ 「単位」は場合によって認められるが、「U」「IU」「iu」などは使用を不可とする。

Ex.) 【〇】 ユニカリックN.....1000mL  
      M.V.I.-12キット.....1本  
      ヒューマリンR.....8単位

      【×】 ユニカリックN.....1000mL  
      M.V.I.-12キット.....1本  
      ヒューマリンR.....8U

## (5) 投与時刻

- ① 時刻の表記は 24 時間スケール（0 時～24 時）とする。
- ② 指示簿など予め投与時刻の記載欄がない帳票の場合は、指示の末尾に記載する。
- ③ 1 日に同一薬剤を複数回投与する場合は、投与する時刻を記載する。

Ex.) パンスポリン 1/2 本 }  
生食 20 mL } 21 時

- ④ 朝・夕などある程度時間的な幅を持たせて投与してもよい場合は、朝や夕という場合の具体的な投与時刻について定義し、これを統一する。

Ex.) 朝：9 時～10 時、夕：19 時～20 時など

- ⑤ 原則として、点滴の標準交換時刻を全病棟 9：00 に統一する。  
なお、入院当日や術後などの場合は、翌日より標準交換時刻にあわせるようにする。  
また、標準交換時刻に合わせる事が出来ない場合は、必ず投与開始時刻と終了時刻を指定して記載する。

## (6) 投与速度

- ① 投与速度は医師が指示し、「mL/hr」で記載する。  
また、小文字での「l」は、数字の 1 と読み違えることがあるため、大文字の「L」を用いる。

Ex.) ランダ (10) 1 本 }  
生食 30 mL } 50mL/hr

- ② 投与速度の代わりに投与時間を記載してもよい。

Ex.) ・ 1 時間  
・ 9：00 ～ 10：00 など

- ③ 24 時間持続点滴で投与番号を付したものは、投与速度を記載しなくてもよい。

## (7) 備考書き

- ① 指示で明示すべき事項があれば書き加える。

Ex.) 特に留意すべき事項、通常より投与量が多い場合の理由など

# 略号一覧

## 1. 商品名

| 商品名          | 略号             |       |
|--------------|----------------|-------|
| アタラックスP      | アタP            |       |
| 献血アルブミン      | Alb            | アルブミン |
| エフオーワイ       | FOY            |       |
| M.V.I-12 キット | MVI-12         | MVI   |
| 塩酸ドパミン注キット   | ドパミン           | DOA   |
| 塩酸モルヒネ       | 塩モヒ            |       |
| 強力ネオミノファーゲンC | 強ミノC           | 強ミノ   |
| グルカゴンGノボ     | グルカゴン          |       |
| ケイツーN        | K <sub>2</sub> | ケイツー  |
| 献血ベニロンI      | ベニロンI          | ベニロン  |
| ジギラーノーゲンC    | ジギC            |       |
| 蒸留水          | ワッサー           | 注射用水  |
| 10% 食塩注      | 10% NaCl       |       |
| 水溶性プレドニン     | プレドニン          | PSL   |
| 生理食塩液        | 生食             |       |
| ソリタTO号       | ソリタTO          | STO   |
| ソル・メドロール     | ソルメド           |       |
| ノボ硫酸プロタミン    | プロタミン          |       |
| ビタミン         | VC             | Vit C |
| ブドウ糖         | Tz             |       |
| マイトマイシンC     | MMC            |       |
| ミノマイシン       | ミノマイ           |       |
| メイロン84       | メイロン           |       |
| ランダ          | CDDP           |       |
| 硫酸アトロピン      | 硫アト            |       |

《上記以外に省略できるもの》

- ・ 商品名にメーカー名が含まれる場合の「メーカー名」  
Ex.) 5-FU「協和」、ヘパリンナトリウム「シミズ」など
- ・ 語尾につくアルファベット  
Ex.) セファメジンα、ダラシンS など
- ・ 注射に用いる旨の文字  
Ex.) フルマリン静注用、ラシックス注、メナミン筋注、注射用カタクロット など
- ・ 塩酸、ナトリウムなどの塩  
Ex.) 塩酸バンコマイシン、硫酸アミカシン、ヘパリンナトリウム など
- ・ キット、シリンジ製剤の「キット」、「シリンジ」  
Ex.) M.V.I.-12キット、塩酸ドパミン注キット、グランシリンジ、エポジンシリンジ など

## 2. 投与法

| 投与法       | 略号  |    |
|-----------|-----|----|
| 皮内        | ic  |    |
| 皮下注       | sc  |    |
| 筋注        | im  |    |
| 静注        | iv  |    |
| 点滴静注      | div |    |
| (中心静脈栄養法) | IVH | cv |