

救急カート物品チェック表

物品	定数	日/	月/	火/	水/	木/	金/	土/
喉頭鏡ハンドル	1							
喉頭鏡ブレード3・4号	各1							
バイトロック大・中・小	各2							
スタイルット	1							
マキール鉗子	1							
挿管チューブ6.0・6.5・7.0・7.5・8.0mm	各1							
経鼻エアウェイ6.0・7.0・8.0mm	各1							
経口エアウェイ大・中・小	各1							
キシロカインゼリ-20mL	1							
キシロカインスプレー80g	1							
3Mデュロポアサージカルテープ12.5mm	1							
輸液セット	2							
ポンプ用輸液セット	2							
輸血セット	2							
三活付き延長チューブ	2							
サフィート延長チューブ(イノバンシリンジ)	1							
注射針18・21・22・23G	5							
翼状針22・23G	2							
インサイトダブル18・20・22・24G	3							
デイスホシリンジ50ml	3							
デイスホシリンジ20ml	5							
デイスホシリンジ10ml	5							
デイスホシリンジ5ml	5							
三方活栓ロック付	5							
三方活栓キャップ	5							
シュアプラグ	5							
血ガスケット	2							
駆血帯	1							
アルコール綿(ワンショットプラス)	5							
絆創膏各種								
シルキーホア								
酸素マスク	1							
経鼻カニューラ	1							
吸引チューブ12Fr	5							
アーガイル・チュービング・コネクター	1							
酸素流量計	1							
酸素チューブ	1							
吸引器	1							
吸引用延長チューブ	1							
心臓マッサージ用背板	1							
バッグバルブマスク	1							
血圧計	1							
聴診器	1							
ポールエグザミグローブS・M	各1							
JMSデイスホクグローブ(気管用)	1							
ペンライト	1							
サニサーラ	1							
エプロン	3							
ゴーグル	3							
はさみ	1							
ナイロン(ゴミ袋)								
筆記用具								
チェック者サイン								

救急カート標準化グループ 2005年12月作成

NDP 合同改善プロジェクト病院活動報告

神鋼加古川病院

三舛 信一郎、松永みゆき

村田明子、檜垣修治

1. 医療の質・安全にかかる組織体制

院内における NDP 活動も職員に浸透してきたこともあり、院内組織において TQM 委員会の下部組織として「NDP 部会」として位置づけられた。(図 1)

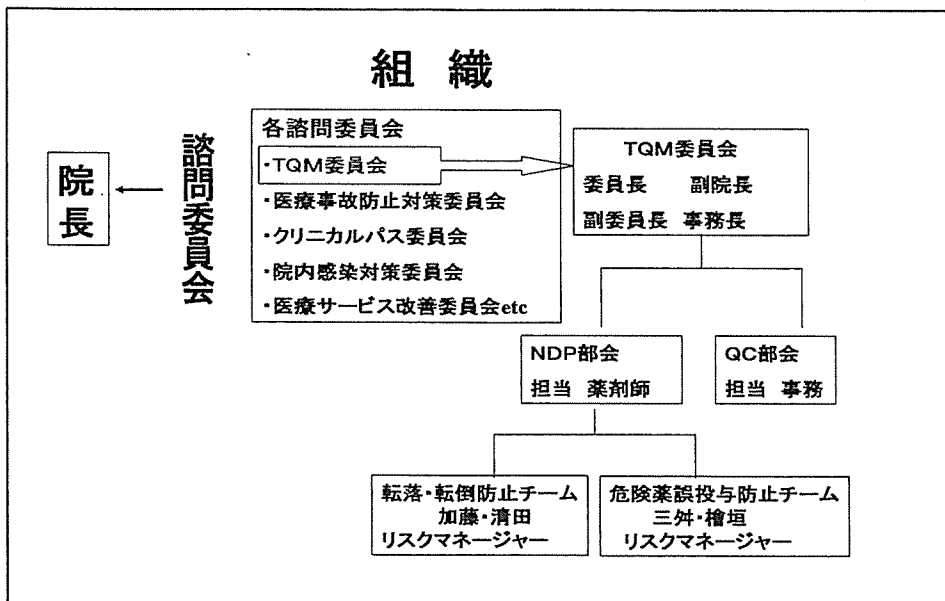


図 1

NDP 部会メンバー

担当責任者	副院長 (小児科医師)	三舛 信一郎
Q エキスパート	医事課長	樫石 秀信
	ICU 看護師長	松永 みゆき
	外科病棟看護師長	加藤 美千代
	内科病棟主任看護師	清田 純子
	放射線科技師長	正木 浩一
	中央検査室技師長	石原 啓二
	外来主任看護師	村田 明子
	手術室看護師長	岸田 美春
	外科病棟主任看護師	伊藤 美樹
	副薬剤長	檜垣 修治

2. 改善プロジェクトの実施体制

- 「入院患者持参薬の確認手順の標準化チーム」

医師・・・三舛信一郎 (副院長)

薬剤師・・・檜垣修治

看護師・・・大六野文江 他 4 名

- 「転落・転倒事故防止チーム」
 - 医師・・・黒田 司（整形外科）
 - 看護師・・・加藤美千代・村田明子 他 4 名
 - 理学療法士・・・三枝秀明
 - 薬剤師・・・南部陽子

3. 改善プロジェクト進捗状況報告

3.1 「入院患者持参薬の確認手順の標準化」

3.1.1 目的

昨年度の活動で「薬剤師による持参薬確認の確立」に取り組みました。しかし薬剤師が確認した持参薬情報を医師、看護師が確認を行い中止や続行の指示出しや指示受けの手順が確立できていなく、せつかくの情報が十分に活用されていませんでした。

そこで、本年度はNDPタスクのテーマの1つでもありました「入院患者持参薬の確認手順の標準化」に取り組むことになりました。

目的は入院患者の持参薬の正確な情報を医師、看護師、薬剤師がしっかりと把握し、入院中の持参薬に関する投薬ミスを減少させることです。

3.1.2 取り組み

NDPタスクチームの方針に従い、現在の持参薬に対する医療スタッフの認識を確認すべく「現状調査のアンケート」を実施しました。

対象: 医師全員 看護師各部署選抜数名 薬剤師全員

期間: 平成 17 年 7 月～同 8 月

回答者数

医師 32 名

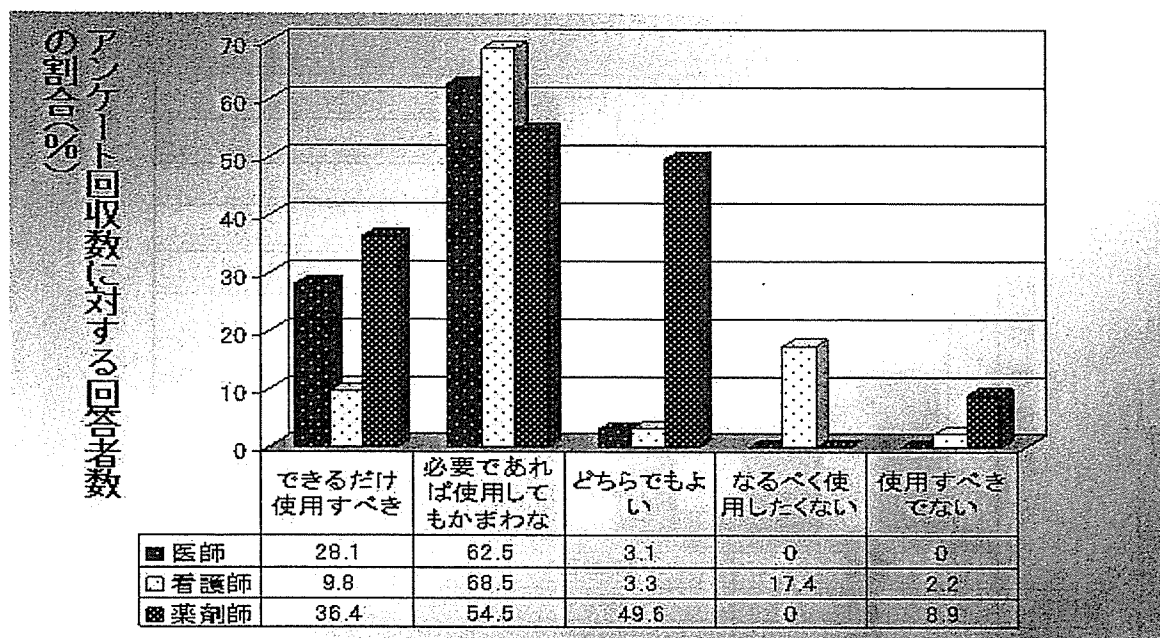
看護師 92 名

薬剤師 11 名 合計 135 名

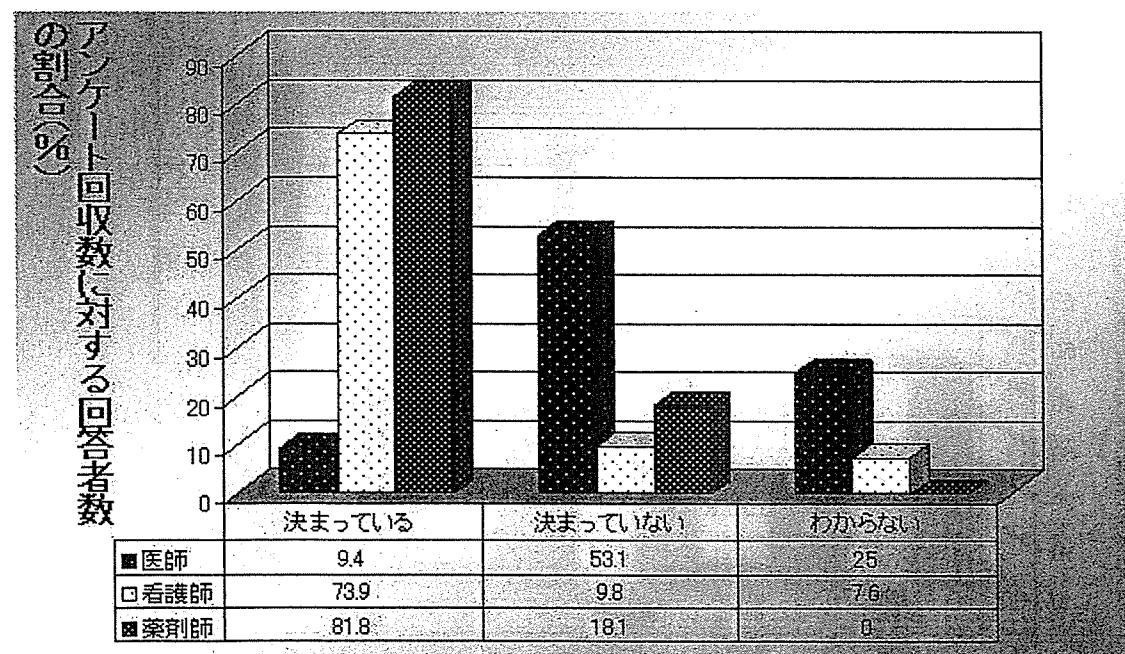
NDPタスク会議におきましては、6 病院（佐久総合病院、成田赤十字病院、武蔵野赤十字病院、札幌社会保険総合病院、東北大学病院、神鋼加古川病院）で同じ内容のアンケートを行い、結果を集計し、方針を打ち出すこととなりました。

ここでは当院のアンケート結果の一部を以下に示します。

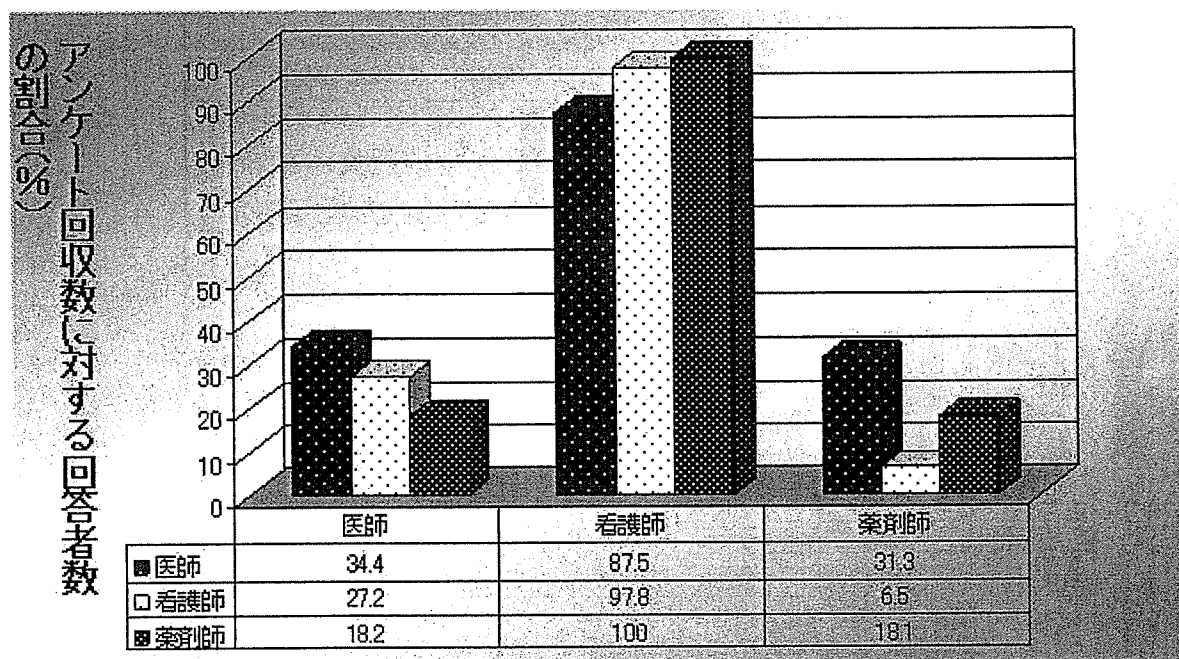
持参薬を入院中に使用することをどのように考えますか？



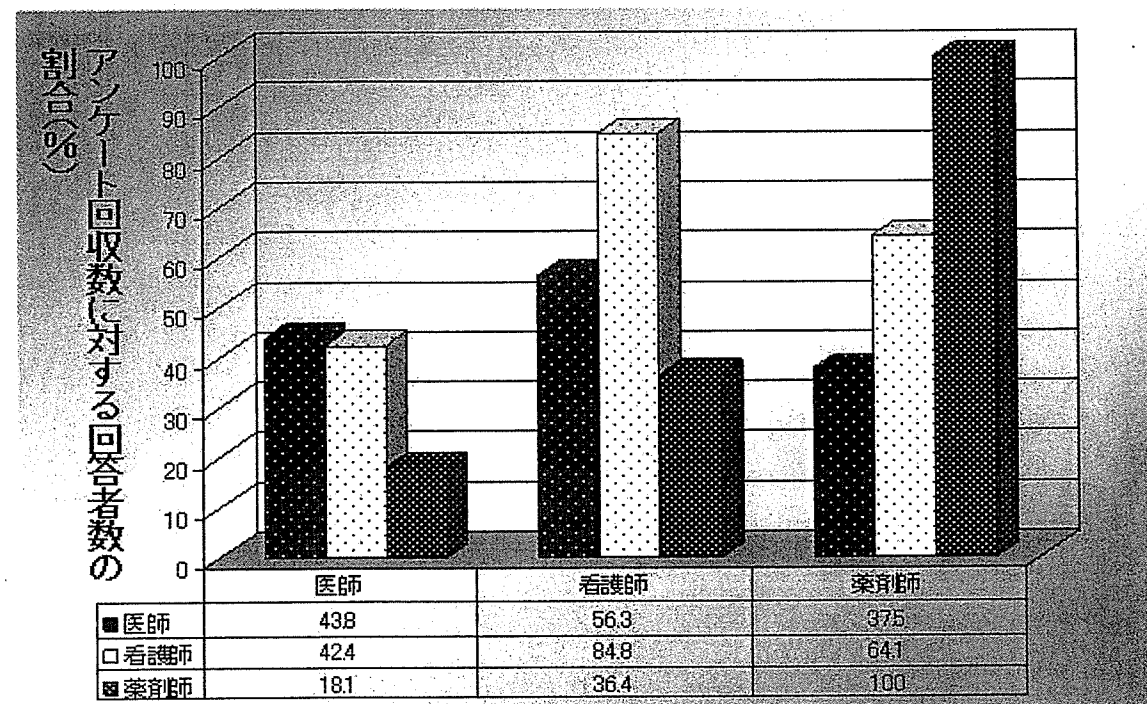
持参薬の取り扱い方法が決まっているか？



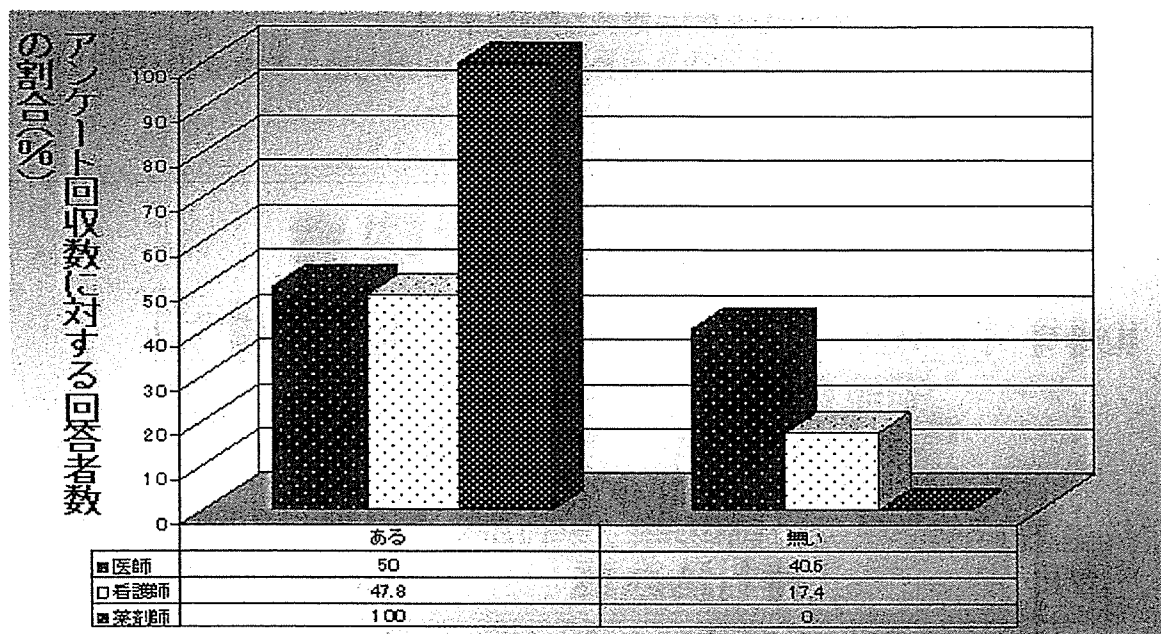
持参薬の有無のチェックを 誰が行っているか？



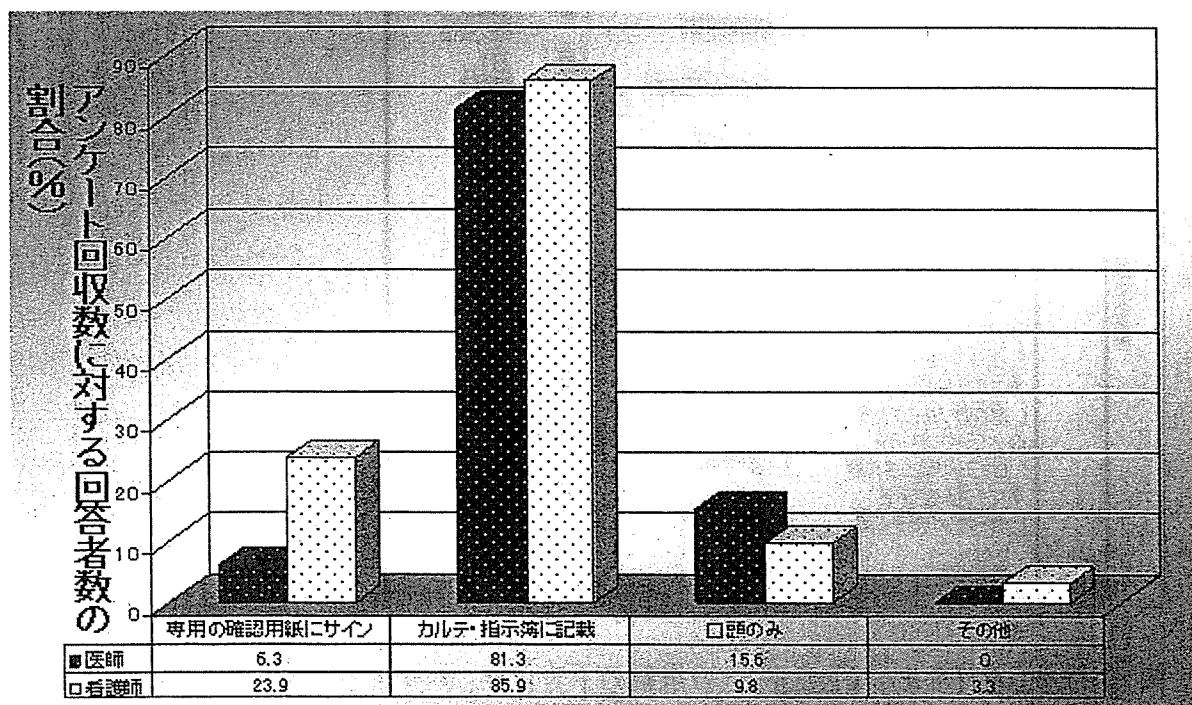
持参薬の内容の確認は 誰が行っているか？



持参薬確認のための決められたフォームがあるか？



継続使用の確認方法は？



アンケートの結果からも、昨年取り組み、薬剤師により作成された「持参薬実施記録用紙」が有効に利用されていないことが確認されました。特に、医師は、薬剤師が作成した持参薬情報の存在を知らない人が多いようでした。

本年度の取り組みでは、NDPタスクチームの方針で決定した「持参薬確認表」のフォーマットに則った「持参薬確認表」を作成し、運用を開始しました。従来薬剤師が作成していた「持参薬実施記録用紙」の他に「持ち込み薬確認表」(図2)を作成し、同時に提供することとしました。

図2

599棟

持ち込み薬確認表

ID番号 0232773 患者氏名 [REDACTED]

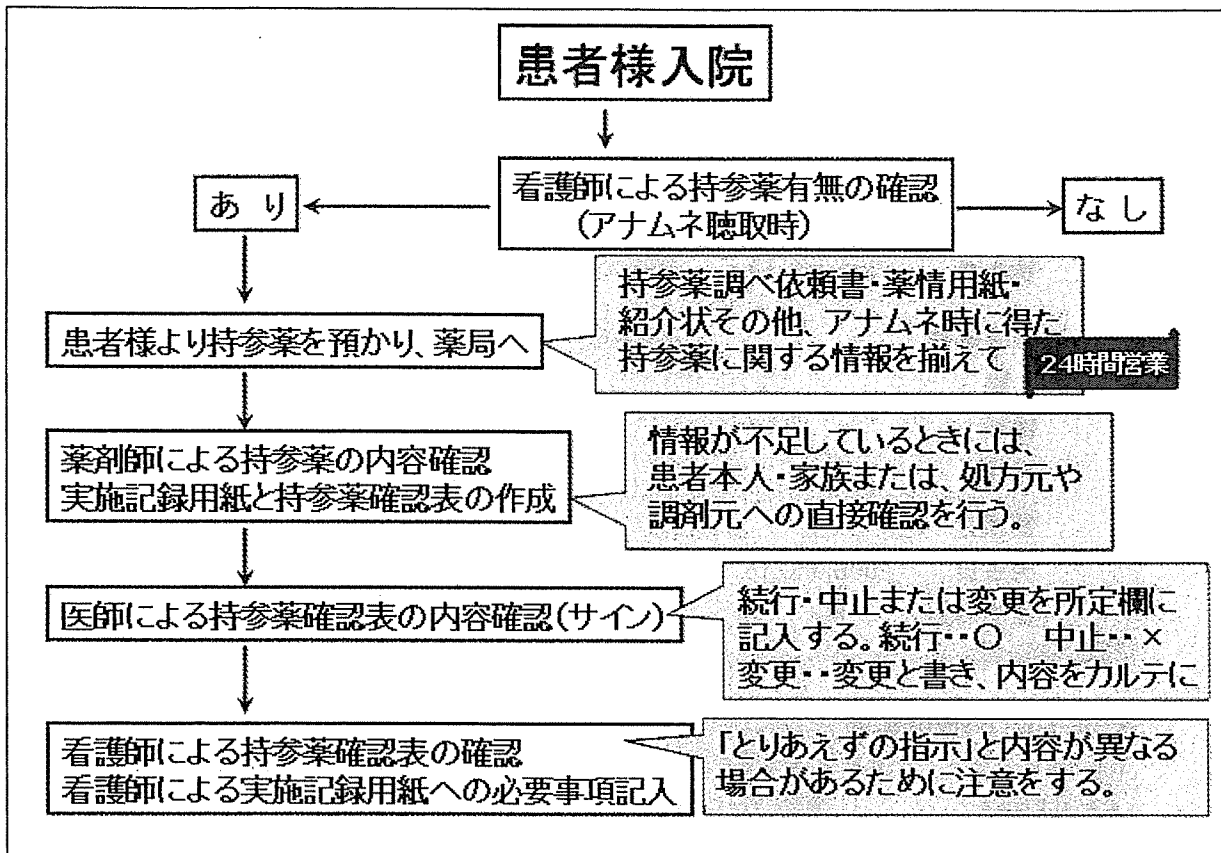
*この持ち込み薬確認表は入院時の持参薬の情報をスタッフ間で共有するためのものであり、医師、看護師、薬剤師により確認が行われる。
 *医師は、内容を確認し、それぞれの薬品名の頭の空欄に○印を○中止から×変更から変更と記入する。
 *用法または用量に変更があるときは、「カルテの指示欄」に記載すること。
 *持参薬が切れ、処方を出す際には、別紙の「持ち込み薬実施記録票」にある「持参薬処方時参考」欄を参考にしてください。
 *この用紙の枚は15薬品しか記載できないため、15種を超える場合は枚数が存在します。

薬品名の頭の印 ◇…当院採用薬 (規格も含め) ◆…当院非採用薬 (規格も含め)

指示	持ち込み薬	備考(連絡事項)
漸次減量薬	◇酸化マグネシウム (酸化マグネシウム) 制酸剤	1 G 分3 毎食後
	◆トワズリン顆粒 (アズチジンホド酸ナトリウム) 消化性疼痛用剤	2 G 分3 毎食後
	◆ベイス錠0.2 (オジボーン錠) 糖尿病用剤	3 錠 分3 毎食前
	◆ジベトス錠 (塩酸ブクリミン錠) 糖尿病用剤	2 錠 分2 朝夕食後
	◇アマノール3mg錠 (グリビッド錠) 糖尿病用剤	2 錠 分2 朝夕食後
	◇ワーファリン錠1mg (ワルファリンカリウム錠) 血液凝固阻止剤	3 錠 分1 朝食後
	◆アロチノール錠 (塩酸アロチノール錠) 不整脈用剤	1 錠 分1 朝食後
	◇プロプレスB (カンデサルタンメソチン) 血圧降下剤	05 錠 分1 朝食後
	◆ラナックス4mg錠 (アルプラザラム錠) 催眠剤	1 錠 分2 朝夕食後
	◆トドミン錠15 (塩酸シロシプラン錠) 精神科薬用剤	2 錠 分2 朝夕食後
漸次減量薬	◇メトキサロン錠1mg (ロラゼパム錠) 催眠剤	05 錠 分1 眠前
	◆マイスド錠5mg (酒石酸フルピデム錠) 催眠剤	1 錠 分1 眠前
	◇メトキサロン錠1mg (ロラゼパム錠) 催眠剤	05 錠 頓 不眠時
	◆マイスド錠5mg (酒石酸フルピデム錠) 催眠剤	1 錠 頓 不眠時
	()	

図1では示しきれませんでしたが、この用紙の下方には、医療用医薬品以外の「一般市販薬やサプリメントなどの常用薬情報記載欄と確認医師のサイン欄、指示受け看護師のサイン欄、表作成責任薬剤師のサイン欄を設けています。

持参薬確認手順



3.1.3 今後の課題

- ・ 持参薬確認手順の遵守を継続。
- ・ 持参薬が関係したヒヤリハット報告の監視。
- ・ 薬剤師の負担が予想以上に大きいため、作業時間がかかり情報提供が遅れている問題があり、持参薬制限の検討。

3.2 「転落・転倒防止チーム」

3.2.1 目的

NDPタスクチームの方針に従い、NDP でのベストプラクティスを参考に転倒転落防止対策マニュアルを見直し、転倒転落報告書を作成し、原因の調査・集計及び対策立案にいかすことで、転倒転落件数の減少を目指す。

3.2.2 取り組み

- ・ NDPタスクチームの方針に従い、NDP でのベストプラクティスを参考に転倒転落防止対策マニュアルを見直した。
- ・ 転倒転落報告書を NDP のベンチマーキングを元に作成した。(平成 18 年 4 月 1 日から院内 LAN で運用開始。)

以下、院内 LAN における転倒転落報告書載せる

ファイル名: Pro - [転倒転落報告書01.fp5]

ファイル 編集 表示 挿入 書式 ワード カガク ウィンドウ ヘルプ

初期画面 入力画面1

転倒・転落報告書

所属部署
職種
報告日 2006/03/15 年月日を 2005/10/01 の様に入力してください

患者番号 7桁の数字で入力してください
例)0001234

年齢
性別
病棟
診療科
発生日 2006/03/15 年月日を 2005/10/01 の様に入力してください

発生時間 時 分

190 [F1] ヘルプ
※F1表示には F1 キーを押します。

ファイル名: Pro - [転倒転落報告書01.fp5]

ファイル 編集 表示 挿入 書式 ワード カガク ウィンドウ ヘルプ

レコード移動 修正別画面

転倒・転落報告書

報告日 2006/03/15

患者番号 0001234

年齢 性別 病棟 診療科 発生日 2006/03/15 発生場所

A. 患者情報

① 性別 男 女

② 年齢 0-9 10-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80-89 90以上

③ 病棟 1 2 3 4 5 6 7 8 9 その他

④ 診療科 1 2 3 4 5 6 7 8 9 その他

⑤ 発生日 2006/03/15

⑥ 発生場所 1 2 3 4 5 6 7 8 9 その他

B. 転倒の状況

① 転倒の状況 1 歩行 2 歩行時-手押し車 3 歩行時-杖 4 歩行時-杖なし 5 その他

② 転倒の状況 1 歩行 2 歩行時-手押し車 3 歩行時-杖 4 歩行時-杖なし 5 その他

C. 患者の病歴

① 1オーストリアを要しないで行動しがる 1オーストリアを要しないで行動しがる 2オーストリアを要する 3オーストリアを要しない 4両足も固定ではないとする

D. 転倒

① 転倒の状況 1 歩行 2 歩行時-手押し車 3 歩行時-杖 4 歩行時-杖なし 5 その他

E. 事故状況

① 転倒の状況 1 歩行 2 歩行時-手押し車 3 歩行時-杖 4 歩行時-杖なし 5 その他

F. 転倒

① 転倒の状況 1 歩行 2 歩行時-手押し車 3 歩行時-杖 4 歩行時-杖なし 5 その他

印刷 | 終了

100 [F1] ヘルプ
※F1表示には F1 キーを押します。

3.2.3 現状の問題点

院内で平成 15 年より転倒転落防止マニュアルを作成し、転倒転落スコアシート、看護計画、転倒転落報告書の運用を行っていたが件数の減少にはいたらなかった。成果が見られていないことが問題だった。今回見直し、作成した転倒転落防止マニュアルと転倒転落報告書の運用は平成 18 年 4 月以降のため、転倒転落件数の減少にいかすことができたかどうかは今後の課題。

NDP患者満足度向上プロジェクトについて

成田赤十字病院

1. はじめに

当院は千葉県の北東部、成田国際空港の近くに位置する総病床数719床、診療科数19科職員1000名余で、1日当たりの入院患者数は630名、外来患者数は1500名であり北総地域の中核的综合病院である。「人道・博愛」の赤十字理念を基調として医療の質の向上、安全な医療の提供、患者様の権利の尊重、医療人としての倫理の遵守、患者様中心の「こころあたたかい医療」の実践を病院の基本理念としている。臨床研修指定病院、地域がん診療拠点病院として高度医療の提供と研修医教育、感染症指定医療機関(特定、第一種、第二種)、県下唯一の赤十字病院として救急医療(救命救急センター)、災害救護に携わっている。平成16年3月に日本病院機能評価機構の認定を取得している。

平成13年9月より医療の総合的質向上を図る実証プロジェクト(NDP)に参加し、院内にNDP活動の推進母体としてTQMプロジェクト委員会を設置、両副院長を正副委員長に据え各職種から委員を構成した。他の医療安全委員会、QCサークル支援委員会、環境サービス向上委員会等の関係委員会や部署と緊密な連携を保ち活動を推進している。

今まで「危険薬誤投与防止」と「臨床研修医の安全管理」のテーマに取り組み、院内の標準化等について一定の成果を上げている。

平成15年秋にNDPが試験的に実施した外来患者体験調査の結果は、患者様の外来受診時の印象を示す客観的データとして大変衝撃的なものであった。関係者の予想を超えた、患者様が感じた厳しい評価内容をありのままに、素直に受けとめ、早急にしかも病院全体を挙げて改善に取り組む必要があることを感じて、平成16年8月、調査結果に基づき「患者満足度向上のための質改善プロジェクト」組織を立ち上げることを指示した。以来1年余、班を人、システム、物の3つに分けて、各班が改善活動を展開している。改善活動は職員スタッフ全員が目的を一つに絞り、共通理解し、取り組むことによってはじめて成果をあげることができると確信している。各班が当院の組織横断的かつ全職員に参加を求め、活動を展開していることは、当院の歴史上初めてであるが、目前に立ちほだかる患者の視点に立った諸課題は、関係者の地道な積み重ねにより解決され、改善の実をあげるものと信じてやまない。

2.1 患者経験調査

期間：平成15年9月20日～平成16年1月15日

対象：外来患者600名(平成15年9月外来患者)

調査法：NDP「患者による医療および医療機関評価の方法」分担研究班の試験的 patient 経験調査(Picker調査日本版)

「医療サービス」をいくつかの側面における患者の経験をもとに評価。患者調査票は各側面に関連のある患者体験の有無と外来診療サービスに対する総合印象評価、および患者個人の属性をたずねるもので構成されている。

2.2 調査結果

調査の側面であるアクセス、情報提供と啓発、意向と尊厳の尊重、心情面のケア、ケアの統合性と継続、対話環境の6つの側面全てにおいて、早急に課題解決が必要なトッププライオリティーに属することが判明した(図-1)。

2.3 改善プロジェクトの目的

目的は(1)患者様から信頼と好感を持たれる病院を作る、(2)職員が働きがいを持てる職場を作る、(3)病院経営基盤の安定化を図るの3つとした。

2.4 目標

目標は当院の総合印象評価の指標である「家族や友人に当院を薦める」患者の割合を高めることとし、数値目標はNDPが行った患者経験調査を基に「当院を家族や友人に薦めない」

と答えた患者の割合を平成18年6月までに33.1%から20%以下にすることとした。総合印象評価の改善は患者満足度の向上に直結するとの理由でこの指標を目標として設定した。

2.5 改善方法と組織

評判の悪い点は病院の全領域に及んでいたことから、評判の悪い原因を、人（全職員）物（建物、場所、機器）、システムの3つに分け、各テーマ別に改善チームを編成し、それぞれ数値目標を設定し、QC手法を用いて改善を進め、2年以内の達成を目指すこととした。

2.6 改善チームの編成

改善チームは下記の3班で構成され各チームにQエキスパートを含むTQM委員会のメンバーが参加。

第一班：病院職員（医師、看護師、コメディカル、事務等、全職員）の質改善は、委員16名。構成は、顧問（副院長）医師4名 看護師5名 薬剤師2名 事務4名。

第二班：病院のシステムや連携などの質改善は、委員18名。構成は、顧問（副院長）医師2名 看護師 5名 薬剤師1名 放射線技師1名 検査技師1名 事務7名。

第三班：物（建物、場所、機器その他）についての質改善は、委員11名。構成は、顧問（事務部長）医師2名 看護師4名 薬剤師1名 事務3名

2.7 活動日程

日程は平成16年8月より問題点の把握と改善計画の立案、平成16年11月より改善活動推進、平成17年6月より評価と分析、平成17年9月より活動の見直しと再計画、平成18年6月に目標達成予定とし、各チームがこの日程に従い行動計画を作成することとした。

2.8 各改善チームの進捗状況

2.8.1. 第一班（人）の活動

第一班は患者の不満の把握と要因解析のため患者経験調査結果を再度分析、国立科学医療学院の長谷川らの「患者満足度調査「臨床指標を用いた医療の質向上に関する国際共同研究」に参加した。二つの患者調査を基に問題点の抽出を行い、その要因を解析した。また診療工程表を作成し問題点、介入点を検討した。職員への啓発、動機付けとして職員の意識および満足度調査の実施、研修会を開催した。

患者経験調査の詳細分析では「当院を家族や友人に薦めない」と答えた患者と全患者との各側面での比較を行った。その結果、6つの側面すべてで問題スコアは前者が後者を上回っていたが、特に「情報提供と啓発」および「意向と尊厳の尊重」の側面で両者に大きな差がみられた(図-2)。

平成16年11月に行った入院および外来患者を対象とした患者満足度調査では調査に参加した急性期500床以上の88病院中入院は46位、外来は86位であり外来での患者満足度の著しい低下がみられた(図-3)。

情報提供の啓発および意向と尊厳の尊重の不満の要因解析では(1)患者一人当たりの診療時間の制限(2)診療環境(スペース)の不備(3)職員の問題認識・意識の不足(4)知識の不足(5)診療支援ツールの不備(6)对患者コミュニケーション能力の不足(7)業務分担の不適切性(8) 意識・知識・理解度・意向の多様性などがあげられ、第一班としては(3)、(4)、(5)および(6)について具体的な対策を立案することとし、まず職員への啓発として職種別に研修会を開催した。

2.8.1.1 職員の意識および満足度調査

平成17年3月全職員を対象とした職員の意識及び満足度調査を行った。回答は事務職77、技術職78、医師57、看護職532の計744人より得られ、これは図-4の当院を家族や友人に薦めたい全職員の約70%に相当する。アンケート中の自己に対する評価では「患者に笑顔で対応するよう心掛けている」(97%)、「患者の顔や目を見て話しするように心掛けている」(98%)、「患者を尊重した話し方を心掛けている」(96%)と極めて高い評価であったが他者に対する評価では「患者への言葉遣いが丁寧でない」(57%)患者への説明が丁寧でない」(56%)「患者への応対に優しさを感じられない」(42%)と評価は低く自己評価と他者評価に大きな乖離が見られた。その他の質問項目のうちで最も驚いたのは「当院を家族や友人に薦めたい」と答えた職員が33%と著しく低かったことである。

2.8.2. 第二班（システム）

第二班はシステムが関与する患者の不満の内容を洗い出し、不満のエリアを抽出し、改善案を作成し実施し、改善活動の評価を行った。

外来受診患者の改善希望の項目は、予約システム(27.59%)、待ち時間の短縮・待合対策(36.21%)、施設設備の改善(6.90%)、従事者の資質・態度(15.52%)であった。以前に行った外来患者経験調査でも不満の第一位は“長い待ち時間”であり、特に待ち時間のクレームの多い部署は中央採血室、内科外来初診、再診予約変更受付の三箇所であった。

中央採血室で待ち時間が多い要因は(1)患者が午前中に集中していること、(2)採血担当者数とその需要に対応していないこと、(3)採血スペースが十分確保できないことがあげられた。そこで(1)に対し患者の分散化を図る目的で医師への患者分散化の協力依頼をし、患者へはポスターおよびパンフレットを用いて啓発を行った。採血患者が集中する早朝時間帯には各部署よりの看護師の応援体制を強化した。採血スペースの不足に対しては採血室レイアウトの変更、成分採血室の転用などにより採血スペース拡大を図った。以上の対策により採血待ち時間の短縮と不満足度は55%から29%と減少が認められた。

内科初診患者の待ち時間対策では、すべての初診患者に受診番号札を交付し、初診の診療状況を待合室のモニター画面に表示し、受診待ち患者が診察までのおよその待ち時間がわかるようにした。待ち時間に対する不満足度は50%から54%と改善は認めなかったが、この間新患者数が約3割増加していることを考慮すると改善効果が得られていると思われる(表-1)。

内科再診予約の変更については、その変更方法を簡素化することにより患者ひとりあたりの対応時間を短縮することとした。その結果予約変更に対する不満の投書は減少傾向がみられている。

2.8.3. 第三班（物）

第三班は班員のブレインストーミングおよび前年度の投書の分析から以下の四つのテーマを選定した。

- (1)標識および標示のみやすさ、わかりやすさの改善
- (2)駐車場の利用のしやすさの改善
- (3)院内のプライバシーや利用者の快適性の改善
- (4)院内の全体的なアメニティーの改善

これらのテーマについて改善活動前後で満足度調査を行い、全体として不満足度を50%低下させることを目標とした

2.8.3.1 現状の把握

平成17年1月に外来患者480人、入院患者520人を対象として前記テーマに関するアンケート調査を行った。

標識案内については約半数の患者が当院で迷ったことがあると回答しており標識・標示が判りにくいことがわかった。駐車場に関しては駐車するまでの時間、駐車場の数、駐車料金について不満が強いことがわかった。待合室に関しては待合室の狭さ、椅子の不足に対する不満が高く、携帯電話・インターネットに関しては携帯電話が院内で使用できないこと、インターネットやEメールが使用できないことへの不満が多かった。また病気や治療について本やパンフレットで調べられる場所がないこと、病院からの医療サービスの提供が少ないことへの不満が多いことがわかった。

2.8.3.2 改善案の作成と実行

- (1)標識および標示のみやすさ、わかりやすさの改善

判りづらい標識・標示については順次その改善を図るとともにフロア毎にわかりやすく作成された案内図を作成し全ての初診患者に再診患者でも希望者に配布することとし現在、病院案内用パンフレットを作成し、わかりにくいとされる診療科などの番号に関しても、この冊子を渡すときに書き込んだり、○をつけたりして印象づけるように使用している。以上の対策に加えて、院内で迷っていきそうな人をみかけたら職員すべてが案内係となって対応する「全職員が案内係」キャンペーンを平成17年8月から実施している。

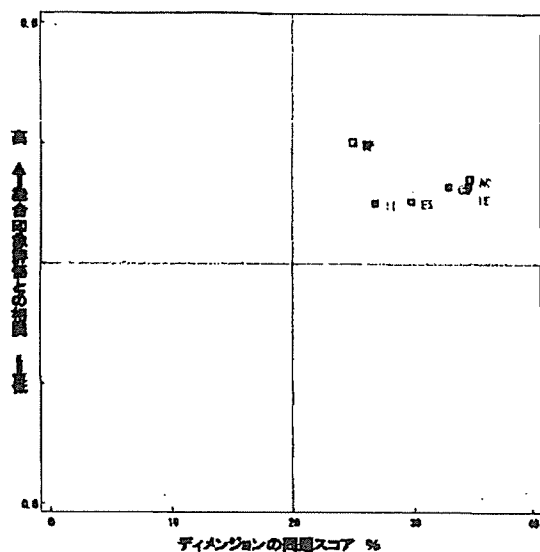
(2)駐車場の利用しやすさの改善は職員駐車場を一部転用したことにより、大幅な駐車場の待ち時間短縮につながっている。しかし、(3)院内のプライバシーや利用者の快適性の改善および(4)院内の全体的なアメニティーの改善では様々な改善策が提案されているが、いずれも

相当の財政的負担を要することから実行には至っていない。

3. プロジェクトの課題

この活動の推進には全職員の参加が不可欠であるが、活動をスタートさせて1年が経過した現在もまだこのプロジェクトの認知度が決して高くないことは大きな問題である。改善活動を第一線の職員ひとりひとりがいかに行うかがこのプロジェクトの成否を握るといっても過言ではない。今後院内における情報指示伝達系の強化と積極的宣伝活動が必須と思われる。加えていかに強い動機付けができるかも重要な課題である。“人”に関わる点では患者対応に対する自己評価と他己評価に大きな乖離があり、どのようにして問題点を自覚させ改善に導くかが重要な課題である。“システム”に関する点では入院患者と外来患者の満足度比較において極めて大きな乖離がみられることより、外来患者の不満足度が高いその主因はシステムにあると考えられる。しかしながらその改善には施設・器材等の物理的制約、経営効率を含む財政的問題、人員配置の大幅な変更など人事の問題など難問が山積している。これらの問題に対しどのように折り合いをつけ調和を図りながら活動を展開していくかが重要な課題である。“物”に関しては多くの問題が財政的問題と関連しており限られた財源のなかでいかに最大の効果を発揮させるかが重要な課題である。

図-1 患者経験調査の結果



CC	ケアの統合性と連携
E	情報提供と患者教育
RP	尊厳と意向の尊重
ES	心身両へのケア
AC	アクセス
II	対話環境I&II

Top Priority: 満足スコア>=20 改善スコア>=0.4
 High : 満足スコア<20 改善スコア>=0.4
 Medium : 満足スコア>=20 改善スコア<0.4
 Low : 満足スコア<20 改善スコア<0.4

図-2 「当院を家族・友人薦めない」患者と全患者の比較

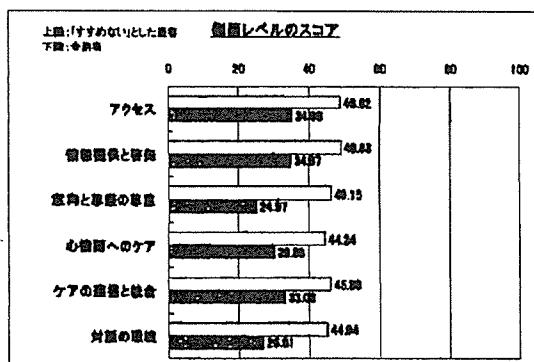


図-3 患者満足度 入院および外来患者総合ランキング

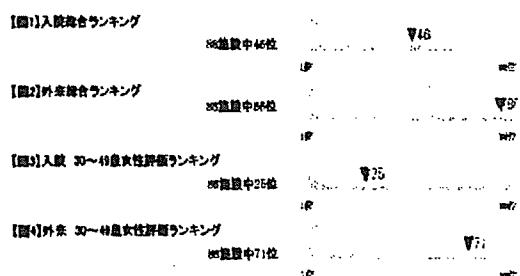


図-4 当院を家族や友人に薦めたい

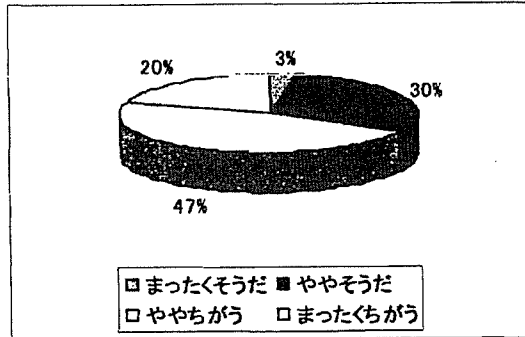


表-1 改善前後の患者アンケート調査

	採血室		内科初診	
	改善前(%)	改善後(%)	改善前(%)	改善後(%)
短い	7	9	15	6
普通	38	62	35	40
長い	51	26	31	29
とても長い	4	3	19	25

1. 安全管理プロジェクトの組織

1.1 病棟から医師・看護師各1名

QC サークル等で積極的に投薬の安全管理に取り組んでいた病棟

1.2 TQM 推進メンバー

薬剤師（調剤主任）1名

看護師長2名

医師2名

2. なぜ投薬の安全管理なのか現状把握

- ・投薬は最も基本的で重要な診療行為ですがその過程は複雑でしばしば危険を伴う
- ・オーダーシステムによる処方内容と、医師による実際の服薬指示と、結果として患者が服用した内容がそれぞれ微妙に異なる
- ・現在服用すべき薬剤の情報が一元的に把握できない主治医の指示の転記が行われている
- ・病棟間の院内標準が確立されていない
- ・職種間の合理的な業務連携が実現されていない
- ・固定された業務の枠を超えた議論が必要
- ・投薬は最も基本的で重要な診療行為
- ・過程は複雑でしばしば危険を伴う（多くの死亡例、複雑な情報の伝達、持参薬の存在）
- ・オーダーシステムによる処方内容と、医師による実際の服薬指示と、結果として患者が服用した内容がそれぞれ微妙に異なる
- ・古典的な処方箋の概念とオーダーシステムとのミスマッチ
- ・医師の機械的な処方箋発行
- ・現在服用すべき薬剤の情報が一元的に把握できない
- ・主治医の指示の転記が日常化
- ・転記が基本業務となっている
- ・病棟間の院内標準が確立されていない
- ・病棟毎の管理方法が異なる
- ・日常業務として最も基本的であるため、変更が困難
- ・しばしばQC サークルのテーマとなるが、院内に標準化することができない
- ・職種間の合理的な業務連携が実現されていない
- ・薬がなくなってから緊急処方している
- ・数剤まとめた処方がいつのまに1剤ずつバラバラになっている
- ・固定された業務の枠を超えた議論が必要である

3. 討議内容：月1回のミーティング

3.1 討論経過の概要

- ・服用すべき薬剤の情報を一元的に把握することの必要性が重要

- ・改善の手段として現行のオーダーシステムの運用を変更して対応する方法
- ・投薬管理票を医師が作成する方法等があげられた。

3.2 討議結果

- ・投薬管理票により試行することにし、各病棟で案を作成することとなった。
- ・各病棟の案を比較検討してモデルを作成することとなり、3週間用と2週間用の2種類の投薬管理票をテスト版として作成し、4つの拠点病棟で試行することになった。しかし、1つの病棟では試行不能との意見
- ・病棟での試行を引き続き継続拡大していく
- ・薬剤師・看護師・医師の業務連携を適切に行うために、処方入力の手順を再確認し病院内に周知した。

3.3 実施状況における問題点と改善策

- ・オーダーシステムにおける処方の基本的ルールを守れないどころかルール自体、だれも知らなかった
- ・医師は入院処方入力の原則を遵守し看護師はそれを理解するよう、医療安全管理委員会ニュースで周知した
- ・実際に服用開始する日付を入力することが原則であることを周知した
- ・抗癌剤・ステロイドなどくに厳密を期す場合は、入力時にコメントでも追加する
- ・薬剤科の対応の仕方によって3種類の処方が運用されており、当日服用で即時対応を原則とする緊急処方、当日夜あるいは翌日以降からの服用を日中に入力することを原則とする臨時処方、3日後あるいはそれ以上先の長期の服用を原則とする定期処方、休日は、当日日付の処方のみが調剤される継続して服用する臨時処方は、なくなる1日以上前に入力することにより業務連携が円滑に行うことができる
 - ・なくなってから緊急処方することが多いと、業務負荷が増え、本当に急ぐ薬の払い出しに影響が出る。
 - ・定期的に服用している臨時処方は、できるだけまとめて処方するようにする
 - ・定期処方とするか、あるいは決まった曜日にまとめて臨時処方を出すように調節する。
- いつのまにか、複数まとめて処方された薬剤がばらばらに処方されているが、これを改善する。
 - ・薬札に印刷される日付は従来「処方箋発行日」と理解されがだったが、そのため日付表示を「服用開始日」と印刷することにした。

4. 投薬管理表の作成と施行～図1. 図2参照

服薬すべき薬剤を持参薬も含めて一覧することができるようにし、処方記録もかねるとともに、中止変更指示も記入できるようにした。

5. 中間的総括

5.1 投薬に関する基本的事項の提言が周知徹底されない

- ・ニュースで医師全員、すべての病棟・外来等に配布しているにもかかわらず読まれていない
- ・病院全体に周知徹底させる必要がある

5.2 拠点病棟における投薬管理票の運用は円滑に行われているとは言えない

- ・ 4病棟中1病棟では協力得られず
- ・ 医師が指示簿に一旦服用指示を出したら、
- ・ 薬が無くなる度に看護師が報告し、医師が処方を追加する
- ・ 服用薬のリストは看護師が転記して作成して支障なし
- ・ 投薬管理票の使用は業務が煩雑になり意味無し
- ・ 他の3病棟でも主治医に前向きな取り組み姿勢がないと協力が得られない

5.3 持参薬の管理にもとりくむべき

- ・ 入院時必ず問題となる
- ・ 原則は院内の処方に切り替えだが
- ・ 短期入院、DPCなどの現状では対応困難

6. 持参薬の管理～図3参照

- ・ 持参薬の確認：薬剤名、服用方法を必ず確認する、
- ・ 原則として、看護師、医師、薬剤師の共同作業である。
- ・ 同定困難な場合、再度1包化を行う場合に、薬剤科は協力する。
- ・ 入院後の服薬の可否の決定は主治医。
- ・ 服薬すべき薬剤名とその用量・用法を指示簿ないし投薬管理票に明記する。
- ・ 「持参薬すべて継続」という指示は不可。
- ・ 多量の持参薬を持ってきた場合は、長くても2週間分程度を目安に管理する。

7. 今後に残された課題

- ・ 現在4つの病棟で試行段階である。早期に水平展開をすすめていく。
- ・ 運用ルールの周知徹底
- ・ 指示簿が院内統一の様式でないため、混乱が生じる可能性がある