

投薬管理票 3週間用

患者氏名：@PATIENTNAME 患者カナ氏名：@PATIENTNAMEKANA

患者ID：@PATIENTID 年齢：@PATIENTAGEYEAR歳 @PATIENTAGEMONTHヶ月

患者病室：@PATIENTROOM 患者病棟：@PATIENTWARD 医師：@USERNAME

下の表をダブルクリックすると浮き上がり、入力やコピー・ペーストができます。「薬歴情報」から Ctrl+C で薬剤名をコピーすることができます。
「開始日」のデフォルトは1ヶ月前ですが、これを例えば前日にして開くと、前日に服用することになっている薬剤が50音順に並びます。

赤枠に年月日を入力

2000年 1月 1日

1

月

残 残 残

薬剤名 (mg)	錠・G 1日量	のみ方 例を参照	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	残	残	残	
			土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土				

月	日	指示内容	指示	受け	月	日	指示内容	指示	受け

患者氏名: @PATIENTNAME 患者カナ氏名: @PATIENTNAMEKANA

患者ID: @PATIENTID 年齢: @PATIENTAGEYEAR 歳 @PATIENTAGEMONTH ヶ月

患者病室: @PATIENTROOM 患者病棟: @PATIENTWARD 医師: @USERNAME

下の表をダブルクリックすると浮き上がり、入力やコピー・ペーストができます。「薬歴情報」から Ctrl+C で薬剤名をコピーすることができます。「開始日」のデフォルトは1ヶ月前ですが、これを例えば前日にして開くと、前日に服用することになっている薬剤が50音順に並びます。

赤枠に年月日を入力				1 月												残	残						
2000	年	1	月	1	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	/	/	
薬剤名	(mg)	錠・G 1日量	のみ方 例を参照	1 土	2 日	3 月	4 火	5 水	6 木	7 金	8 土	9 日	10 月	11 火	12 水	13 木	14 金	15 土					
月	日	指示内容				指	受	月	日	指示内容				指	受								

入院時持込薬確認表 仙台医療センター (V1.4)

ID 番号：
 氏 名：
 生年月日：
 診療科名・病棟名
 ☆

【目的】 主治医、看護師、薬剤師が、患者の入院時持込薬を把握する。
 【運用方法】
 1. ☆の欄は、入院時に担当看護師が記入する。
 2. 必要時、薬剤師が持込薬を鑑別・確認し、必要事項(※の欄)を記入する。
 3. 鑑別すべき薬剤は備考欄の右側に貼付する。
 4. 太枠線内は、必ず医師が記入する。
 5. 記入後、本用紙はカルテ指示表の一番前にファイリングする。
 【注意】
 ・原則として持参薬の情報を確認しない限り入院時の新規の処方を行えないこととする
 ・「同成分の採用薬」の欄は採用されていない場合に使用する。その際必ず成分量を明記すること。
 ・持込薬確認の際は、お薬手帳、紹介状を確認するとともに、患者への直接の問診を行い、持込薬情報の収集を行うこと。とくに倍量処方等に注意して下さい。
 ・用法・用量を変更する場合は、一旦中止として、指示簿に新規指示として出して下さい。

☆ 入院日時： 年 月 日 (:)

作成日時： 年 月 日 (:)

確認表
作成者

1 処方箋薬・医療用医薬品 (有・無)

☆持込薬の薬品名 (1錠中のmg量・濃度等も明記)	※当院採用の有無		※薬効	☆入院時の用法用量 (頓用・その他の用法・外用等は、備考欄に詳細を記入) 単位は、錠、T、包、P、など記入						継続:1日量 頓用は1回量 中止:× 医師記入	☆持込数 (単位又は日数明記)	備考 (頓用、散薬の1日量や外用薬の情報その他のコメントなど)	
	有り:○ 無し:×	同成分の採用薬品 (ない場合は同種同効薬を括弧つきで記載)		食前	朝	昼	夕	眠前	単位				
				食前									
				食後									
				頓用									
				食前									
				食後									
				頓用									
				食前									
				食後									
				頓用									
				食前									
				食後									
				頓用									
				食前									
				食後									
				頓用									
				食前									
				食後									
				頓用									

2 市販薬・健康食品等 (有・無) ☆
(例: 解熱薬、胃腸薬、目薬、軟膏、個人輸入薬、各種サプリメント、保健機能食品、等)

3 メモ

4 連絡欄 (薬剤師・看護師 ⇒ 主治医)

確認・指示出医師		/
指示確認看護師		/

5 S 活動

仙台社会保険病院 大野 和美 小豆畑 明美

はじめに

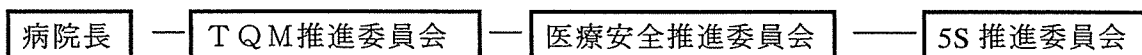
当院では平成 16 年度、一つの病棟をモデルに 5 S 活動を開始した。活動の結果報告と 5 S についての講義を実施し、院内へ活動の必要性をアピールした。職員への動機付けができたことで、各部署においても 5 S 活動を開始した。また、平成 17 年度の病院及び看護局の目標に「5 S の徹底」を掲げたことで、NDP 改善プロジェクトに参加し活動を行う事となった。目標達成に向け、各部署独自の活動を開始してしまっていた事が、院内統一には困難を来たしたが、組織化することで病院全体の取り組みができたので報告する。

1. 当院における 5S 活動の目的

病院の理念である「良質で安全な思いやりのある医療」を行なうためには、まず病院全体を見渡し、院内の掲示、診療室、ナースステーション及び事務室などが整然としているか、三ムの状態が顕在化していないかどうか把握し、改善する必要がある。このためには、部門職種横断的改善プロジェクト「5S 推進委員会」を設置し、品質管理の基本中の基本である 5S 活動の手法を病院全体に普及発展させ、それぞれの業務を効果的かつ効率的に行なうことを目的とする。

2. 体制

2. 1 5S 委員会の位置づけ



2. 2 プロジェクトチーム構成

医師 2 名、薬剤師 1 名、検査部 1 名、放射線部 1 名、臨床工学士 1 名、看護師 4 名、ナースエイド 2 名、事務局 3 名、計 15 名

2. 3 委員会開催

月 1 回 第 4 水曜日

3. 活動計画

3. 1 プロジェクト目標

「職場のデスク周りの書類の整理」

—— ファイリング、ラベリングの統一 ——

問題点 1) ファイリング

- a) 保存期間が決められていない
- b) ファイルが統一されていない
- c) 保管場所が決められていない

d) 個人管理で担当者がいないと分からない資料がある

2) ラベリング

a) 勤務交代の多い看護師にとって物品の置き場所を覚えるのは大変

b) 8病棟全て処置室の構造が違うため配置を統一する事は不可能

3. 2 看護局研修

参加者 中堅看護師 24 名

テーマ 「広めよう 5 S ～誰かがやるだろうでは成功しない～」

研修内容 1) 「5 S」についての講義

2) グループワーク

a) 5 Sについての理解

b) スタッフ一人一人の活動への関わり方を考える

c) 病棟ラウンド・デジカメ撮影

3) 事後レポート提出

4. 活動実施

4. 1. 1 ファイリングの統一

1) 文書リスト作成、保存期間決定

2) ファイルの選択

3) 委員会、マニュアルが多いため一斉にはできず、看護局委員会議事録のファイルの統一からスタート

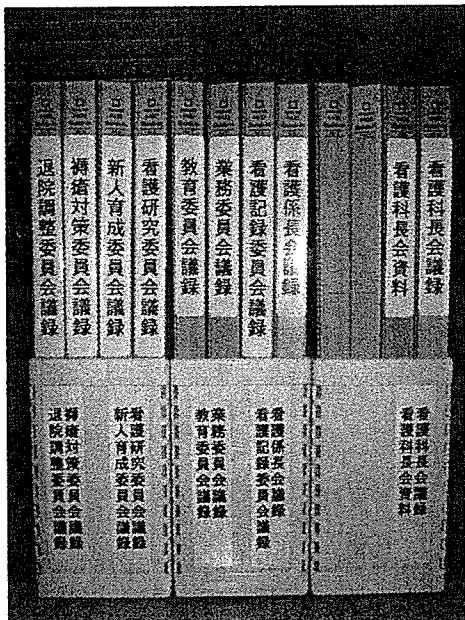
a) 看護局議事録保存期間を2年間とする

b) 議事録のみをファイルにとじる

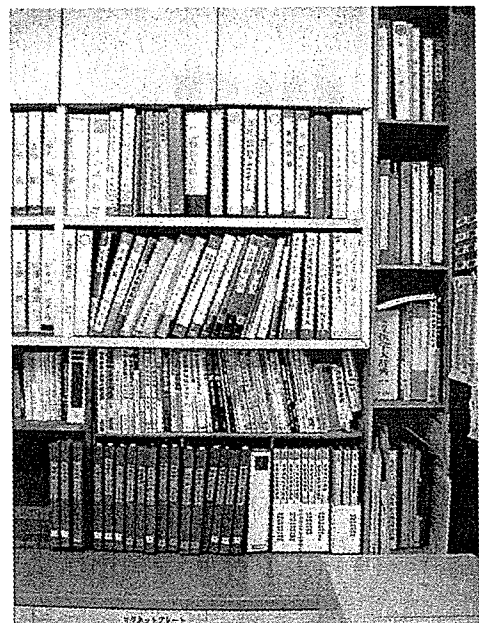
c) プラスチック素材としファイリングボックスに収納 (写真1)

d) 今まで個人で保管していた議事録を誰でも閲覧できる場所に収納 (写真2)

(写真1)



(写真2)



4. 1. 2 ラベリングの統一

- 1) 処置室に置いてある物品を大きく分類し、整理・整頓後物品毎のラベルの色を統一し、色で識別ができるようにした（5色）
（例）注射・輸液に関する物品は黄色、衛生材料はピンク
- 2) 元々ラベリングされていない物が多く、見やすくなり、定位置化が図られた

4. 2 研修結果

- 1) 講義の中から、医療安全に対する一つのツールとして5Sを捉え、理解していた
- 2) 5S活動について、スタッフの中心のものから患者様の安全や満足度などへ着眼点が変化していった
- 3) ラウンドすることで他部署の5S活動内容を見ることができ、自分の部署での活動意欲へつながったとともに、ラベリングの統一の理解を得られた
- 4) 5S担当者だけでなく、全員で参加していかなければいけないという意識に変わった

まとめ

各部署独自に活動が開始していたため、実際病院全体での統一には混乱を来した。独自のラベリングやファイリングが進んでいた部署にとっては、標準化とは言え納得いかない面も多かったと思われるが、動機付けが出来ていた事や必要性の理解が得られ、各部署の協力のもと目標はほぼ達成する事ができた。また、病院及び看護局目標を掲げ、5S推進委員会を発足し組織化した事により、院内統一・標準化に向け活動が進んでいる。

ファイリングに関しては、院内会議録・マニュアルのファイルも統一予定であり、現在準備中である。5S推進委員会で新たな活動計画も打ち出され、委員全員が意欲的に取り組む姿勢が窺えた。

今後の課題としては、院内ラウンドによる進捗状況確認・現状把握を行うことにより、更に活動が実施・継続・定着されることが望まれる。また5S委員はもとより職員全員が「5S」に対する理解を深め、患者様の満足度の向上、安全管理の徹底を目指すためにも、委員会の役割を再認識し大いにアピールして行きたい。

はじめに

昨年度、輸液ポンプ、シリンジポンプ等のチェックリストの標準化と普及のため、Failure Mode and Effects Analysis(FMEA)を用いた信頼性解析をおこない、ポンプ操作手順の標準化をおこなった。今回輸液・シリンジポンプの正しい取り扱いと、安全で正しい手順を修得する事を目的に、新人看護師とプリセプターに教育を行った。さらに、この知識を定着させるために知識テストと院内巡視を行ったので、その成果を報告する。

ねらいと目標

指差し呼称の標準化と教育

統一チェックリストを使用したチェック方法のデモンストレーションビデオを使用し、確認方法を習得させる。フリーフロー現象やサイフォニング現象等の危険な現象の実験ビデオを教育に取り入れる。院内巡視を行い知識の普及を図る。

実際の活動 1

新人看護師とプリセプターに対するポンプ教育

プリセプターに対する教育

時期:プリセプティーに教育する前 プリセプター会議を利用.

手順:

- 1:「ポンプ管理上の留意点プリセプター用」を用いて指導する側であるプリセプターへ講義する. 教育の目指すところはポンプを安全に使用することであることを強調する.
- 2:プリセプターが実技指導するに当たり, 日頃自分が行っている手順がマニュアルに沿ったものであるか振り返る機会とし, 不備な点は改善させる. その為, プリセプターには事前にチェックリストを配布しておくことが必要である.
- 3:質疑応答を通し, 疑問点に対応する.

新人看護師とプリセプターに対するポンプ教育

新人看護師に対する教育

時期:4月 教育委員の指定日

手順:

- 1:「ポンプ管理上の留意点プリセプティー用」を用いて講義する. 安全に使用するために必ず守らなくてはならない点を強調する.
- 2:プリセプティーによる実技指導を行う. その際は同席し, 実際の教育場面を観察する. 観察点としては, マニュアル通りであるか, 指さし確認がきちんと行えているか, チェックリストをきちんと使用しているかなどである.
- 3:実技指導中も質疑応答に対応する.

教育用チェックリスト

シリンジポンプ手技チェックリスト	病棟	氏名
シリンジポンプ使用前点検		
1 電源ボタンを押すことができる		
2 動作インジケータが赤と緑に点滅していることを確認できる		
3 全ての表示が90回点滅し、プザーが鳴ることを確認できる		
4 気泡、閉塞、ドアの警報表示が点滅することを確認できる		
5 バッテリランプで充電状態を確認できる		
6 点滴スタンドにシリンジポンプを患者の心臓の高さで設置できる		
シリンジのセット		
1 クランプを引上げ回すことができる		
2 シリンジをスリットに正しくセットできる		
3 内筒の押し部分にフックで確実に保持できていることを確認できる		
4 クランプを回し、ゆっくり下ろしシリンジを固定することができる		
流量の設定 TE-331の場合		
1 動作インジケータが消灯し停止状態であることを確認できる		
2 「流量」ランプが点灯していることを確認できる		
3 設定ダイヤルを回し、1時間当たりの流量を正しく設定できる		
4 早速り押し続け先導まで薬液で満たしプライミングすることができる		
5 「押し」クラッチ解除ランプが点滅していないことを確認できる		
6 開始前にもう一度流量の設定が正しいか確認できる		
7 指針・確認チェックリストを使用して最終確認できる		
8 開始ボタンを押すことができる		
9 開始後動作インジケータが緑色回転点灯していることを確認できる		
10 開始後点滴注入部に発赤、腫脹、痛みなどの皮下漏れがないか確認できる		
流量の設定 STC-525の場合		
1 流量設定スイッチの名ケタを押して1時間当たりの流量を設定できる		
2 早速り押し続け先導まで薬液で満たしプライミングすることができる		
3 開始前にもう一度流量の設定が正しいか確認できる		
4 指針・確認チェックリストを使用して最終確認できる		
5 開始ボタンを押すことができる		
6 開始後点滴注入部に発赤、腫脹、痛みなどの皮下漏れがないか確認できる		
輸液の完了		
1 停止/消音スイッチを押して停止状態にすることができる		
2 輸液ラインを閉じる事ができる		
3 クランプを引上げ、回し、クラッチをつまんだままシリンジを取り外すことができる		
4 電源スイッチを押し、電源が切れたことを確認できる		

教育用チェックリスト

輸液ポンプ手技チェックリスト	病棟	氏名
輸液ポンプ使用前点検		
1 ドアを開けることができる		
2 電源ボタンを押すことができる		
3 動作インジケータが赤と緑に点滅していることを確認できる		
4 全ての表示が90回点滅し、プザーが鳴ることを確認できる		
5 フレムカーが作動していることを確認できる		
6 気泡、閉塞、ドアの警報表示が点滅することを確認できる		
7 バッテリランプで充電状態の確認ができる		
輸液チューブセット時		
1 輸液セットの針を輸液に差し込むことができる		
2 点滴筒の1/3に薬液を貯めることができる		
3 クレムを開き、先導まで薬液を満す(プライミング)ことができる		
4 プライミング終了後クレムを閉鎖することができる		
5 チューブクラップを解除することができる		
6 チューブを強く押し込むことができる		
7 チューブガイドの黒帯でしっかり入れることができる		
8 チューブを軽く下に引きながら引っ張ることができる		
9 ドアを閉じ、ドアロックレバーで確実にロックすることができる		
流量・予定量セット時		
1 流量表示の数値が点滅していることを確認できる		
2 流量表示を見ながら各位の数値をアップ、ダウンさせ設定できる		
3 「積算量・予定量」表示部の数値が点滅し、「予定量」ランプが点灯していることを確認できる		
4 予定量表示を見ながら各位の数値をアップ、ダウンさせ設定できる		
5 開始前にもう一度流量、予定量の設定が正しいか確認できる		
6 指針・確認チェックリストを使用して最終確認できる		
7 輸液セットのクレムを開放することができる		
8 開始ボタンを押すことができる		
9 プザーが鳴り、「開始」表示ランプが点滅し動作インジケータが緑色点滅することを確認できる		
10 開始後点滴下の異常がないか観察することができる		
11 点滴開始後注入部に発赤、腫脹、痛みなどの皮下漏れがないか確認できる		
輸液の完了		
1 「完了」表示が点滅しプザーが鳴り、積算が予定量であることが確認できる		
2 「停止・消音」スイッチを押してプザーを止めることができる		
3 動作インジケータが消灯していることが確認できる		
4 クレムを閉鎖することができる		
5 ドアを開け、解除レバーを押してチューブクラップを解除してチューブを外すことができる		
6 電源スイッチを押し、電源が切れたことを確認できる		

実際の活動 2

新人看護師とそのプリセプターに対するポンプの知識テストをおこなった。プリセプターには教育ビデオを視聴する前にテストを行い、新人看護師にはビデオを視聴してもらった後にテストを行った。

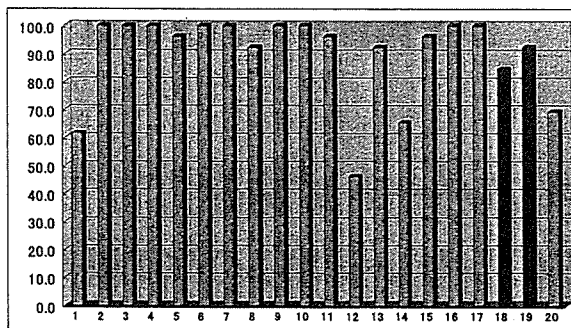
新人看護師, プリセプターに対する知識テスト

- 1(○) 輸液・シリンジポンプは熟練したもの以外は使用してはならない。
- 2(○) ポンプの設置場所は日の当たらない・水のかからない場所が良い。
- 3(○) ポンプはMRIの管理区域内・高圧酸素療法内では使用しない。
- 4(○) 落下・衝撃が加わった時は外観に異常がなくても直ちに使用を中止する。
- 5(○) AC電源コネクタに薬液がかかってショートすることがある。
- 6(○) ポンプ使用時はチェックリストを使用する。
- 7(○) チェックリストは必ず指さしをして、最終の安全確認をする。
- 8(○) シリンジポンプにシリンジをセットする前に「電源」を入れる。
- 9(○) ポンプの使用中は診断・治療に必要な量・時間を超えないように注意する。
- 10(○) ポンプ全般・患者に異常の無いことを絶えず監視することが必要である。

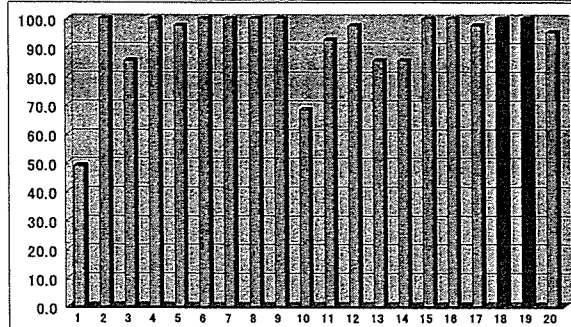
- 11(○) ポンプに患者が触れることがない様に注意する。
- 12(×) ポンプ設定後、開始ボタンを押した後にクレンメを開く。
- 13(×) 輸液ポンプの閉塞アラームが鳴ったので確認にいくと、クレンメが閉じていた。消音ボタンを押して、直ちにクレンメを開いて再開した。
- 14(○) ポンプを使用している場合、側管からのルートもポンプを使用する。
- 15(○) 点滴が漏れた場合の警報機能はない。
- 16(○) 高リスク薬を使用する時は、ポンプの前面にピンクシールを貼って注意を促す。
- 17(×) 輸液ポンプの気泡アラームが鳴ったので直ちにドアを開けチューブクランプを解除した。
- 18(○) シリンジポンプのスライダーフックからシリンジがはずれていた場合は、自然落下による大量注入、または逆流が起こる危険がある。
- 19(×) シリンジポンプを正しくセットするために、ポンプの位置は看護師が作業しやすい高さに調節しておく。
- 20(×) ポンプのチェックリスト項目を暗記しておく。

問題別正答率

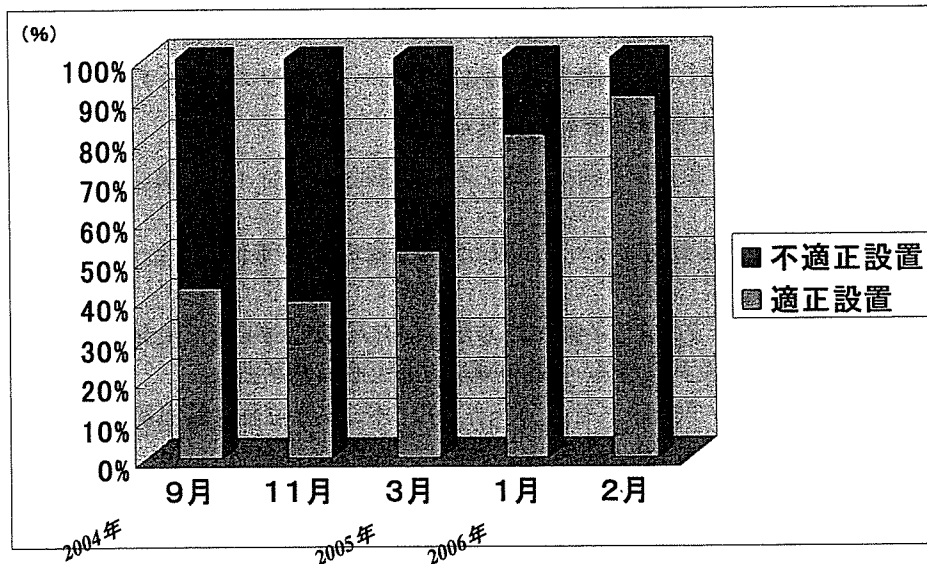
プリセプター



新人看護師



シリンジポンプが適正な高さに設置してあるかどうか



実際の活動 3

QEエキスパートが抜き打ちで全病棟を回りすべてのシリンジポンプの設置高さを測り、適正位置でなかったものに対しては、病棟責任者および担当看護師に適正位置を再度教育した。

結 果

- 新人はサイフォニング現象についてほぼ100%正答できたが、教える立場であるプリセプターは80~90%弱ほどの正答率であった。
- 院内巡視を重ねることにより、シリンジポンプの適正設置数が増加し、不適正設置数が減少した

お わ り に

輸液ポンプシリンジポンプの安全な取り扱いには、新人看護師のみならず、経験のある看護師にも十分な教育が必要である。ポンプの誤操作においては、同じパターンの事故が繰り返されており、患者にとっての安全な医療システムの構築や、それらを実際にどういった形で現場に導入し実践していくかが、今後の継続課題である。

平成17年度前橋赤十字病院活動報告

前橋赤十字病院 Q エキスパート

安東立正（消化器病センター副部長）、川井ひで子（医療安全推進室師長）前田陽子（看護副部長）、笹原啓子（脳神経外科病棟看護師）、山口絵里（産婦人科病棟看護師）、大山久美子（消化器病センター看護師）、浅沼恵子（臨床工学技士）、土屋道代（薬剤部）、矢島秀明（薬剤部）、堀江健夫（総合診療部副部長）、大澤稔（総合診療部副部長）、菊地弘樹（医療の質管理課）、池谷俊郎（副院長）

1. はじめに

昨年度、輸液ポンプ、シリンジポンプ等のチェックリストの標準化と普及のため、FMEAを用いた信頼性解析をおこない、ポンプ操作手順の標準化をおこなった。今回知識の普及を調べ、輸液・シリンジポンプの正しい取り扱いと使用上の留意点を理解し、安全で正しい手順を修得する事を目的に新人看護師とプリセプターに教育を行った。この知識を定着させるために知識テストと院内巡視もあわせて行ったので報告する。

2. ねらいと目標

輸液ポンプ・シリンジポンプチェックリスト使用時の指差呼称の標準化を図るために、デモンストレーションビデオを使用し、確認方法を習得する。更に、フリーフロー現象や、サイフォニング現象といった危険な現象の実験ビデオを教育に取り入れ、院内巡視を行い知識の普及を図る。

3. 実際の活動

新人看護師とプリセプターに対するポンプ教育を以下のように行った。

1. プリセプターに対する教育

時期：プリセプターに教育する前 プリセプター会議を利用する。

手順：

- ① 「ポンプ管理上の留意点プリセプター用」を用いて指導する側であるプリセプターへ講義する。教育の目指すところはポンプを安全に使用することであることを強調する。
- ② プリセプターが実技指導するに当たり、日頃自分が行っている手順がマニュアルに沿ったものであるか振り返る機会とし、不備な点は改善させる。その為、プリセプターには事前にチェックリスト（表1）を配布しておくことが必要である。
- ③ 質疑応答を通し、疑問点に対応する。

2. 新人看護師に対する教育

時期：4月 教育委員の指定日

手順：

- ① 「ポンプ管理上の留意点プリセプター用」を用いて講義する。安全に使用するために必ず守らなくてはならない点を強調する。
- ② プリセプターによる実技指導を行う。その際は同席し、実際の教育場面を観

察する。観察点としては、マニュアル通りであるか、指さし確認がきちんと行えているか、チェックリストをきちんと使用しているかなどである。

③ 実技指導中も質疑応答に対応する。

新人看護師とそのプリセプターに対するポンプの知識テストをおこなった。プリセプターには教育ビデオを視聴する前にテストを行い、新人看護師にはビデオを視聴してもらった後にテストを行った(表1)。その結果、新人はサイフォニング現象についてほぼ100%正答できたが、教える立場であるプリセプターは80~90%弱ほどの正答率であった(図1)。これからみても教材ビデオなどを使用して新人看護師だけではなく、経験年数のある看護師に対しても知識の普及をはかっていくことが大切であると思われた。

また教育しただけではなく、実際臨床で適正位置にシリンジポンプが設置されているか確認するための巡視も併せて行った。Qエキスパートが抜き打ちで全病棟を回りすべてのシリンジポンプの設置高さを測り、適正位置でなかったものに対しては病棟責任者および担当看護師に適正位置を再度教育していった。この巡視により、サイフォニング現象といった危険な現象がスタッフに強く意識されるようになった。院内巡視を重ねることにより、シリンジポンプの適正設置数が増加し、不適正設置数が減少した(図2)。今後も巡視を継続し、知識の普及を図っていく予定である。

5. おわりに

NDP活動に平成15年度から参加し、輸液ポンプ、シリンジポンプの誤操作を防止していくにはどうすればいいのかについてのテーマで活動を行った。輸液ポンプシリンジポンプの安全な取り扱いには、新人看護師のみならず、経験のある看護師にも十分な教育が必要である。ポンプの誤操作においては、同じパターンの事故が繰り返されており、患者安全にとっての医療安全システムの構築や、それらを実際にどういった形で現場に導入し実践していくかが、今後の継続課題である。

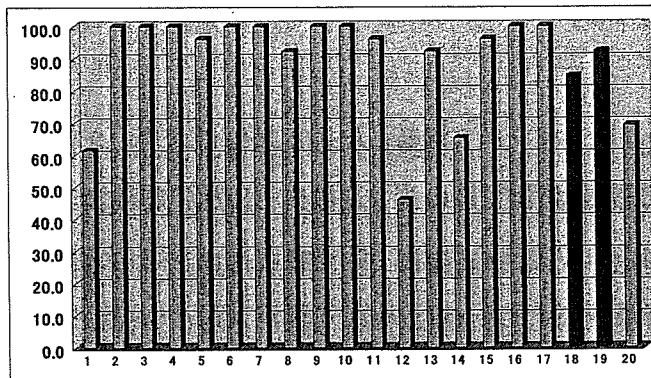
新卒看護師，プリセプターに対する知識テスト

- 1(○) 輸液・シリンジポンプは熟練したもの以外は使用してはならない。
- 2(○) ポンプの設置場所は日の当たらない・水のかからない場所が良い。
- 3(○) ポンプはMRIの管理区域内・高圧酸素療法内では使用しない。
- 4(○) 落下・衝撃が加わった時は外観に異常がなくても直ちに使用を中止する。
- 5(○) AC電源コネクタに薬液がかかってショートすることがある。
- 6(○) ポンプ使用時はチェックリストを使用する。
- 7(○) チェックリストは必ず指さしをして、最終の安全確認をする。
- 8(○) シリンジポンプにシリンジをセットする前に「電源」を入れる。
- 9(○) ポンプの使用中は診断・治療に必要な量・時間を超えないように注意する。
- 10(○) ポンプ全般・患者に異常の無いことを絶えず監視することが必要である。

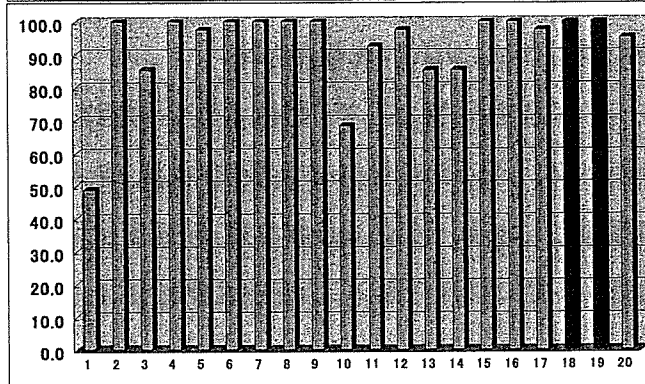
- 11(○) ポンプに患者が触れることがない様に注意する。
- 12(×) ポンプ設定後，開始ボタンを押した後にクレンメを開く。
- 13(×) 輸液ポンプの閉塞アラームが鳴ったので確認にいくと，クレンメが閉じていた。消音ボタンを押して，直ちにクレンメを開いて再開した。
- 14(○) ポンプを使用している場合，側管からのルートもポンプを使用する。
- 15(○) 点滴が漏れた場合の警報機能はない。
- 16(○) 高リスク薬を使用する時は，ポンプの前面にピンクシールを貼って注意を促す。
- 17(×) 輸液ポンプの気泡アラームが鳴ったので直ちにドアを開けチューブクランプを解除した。
- 18(○) シリンジポンプのスライダーフックからシリンジがはずれていた場合は，自然落下による大量注入，または逆流が起こる危険がある。
- 19(×) シリンジポンプを正しくセットするために，ポンプの位置は看護師が作業しやすい高さに調節しておく。
- 20(×) ポンプのチェックリスト項目を暗記しておく。

問題別正答率

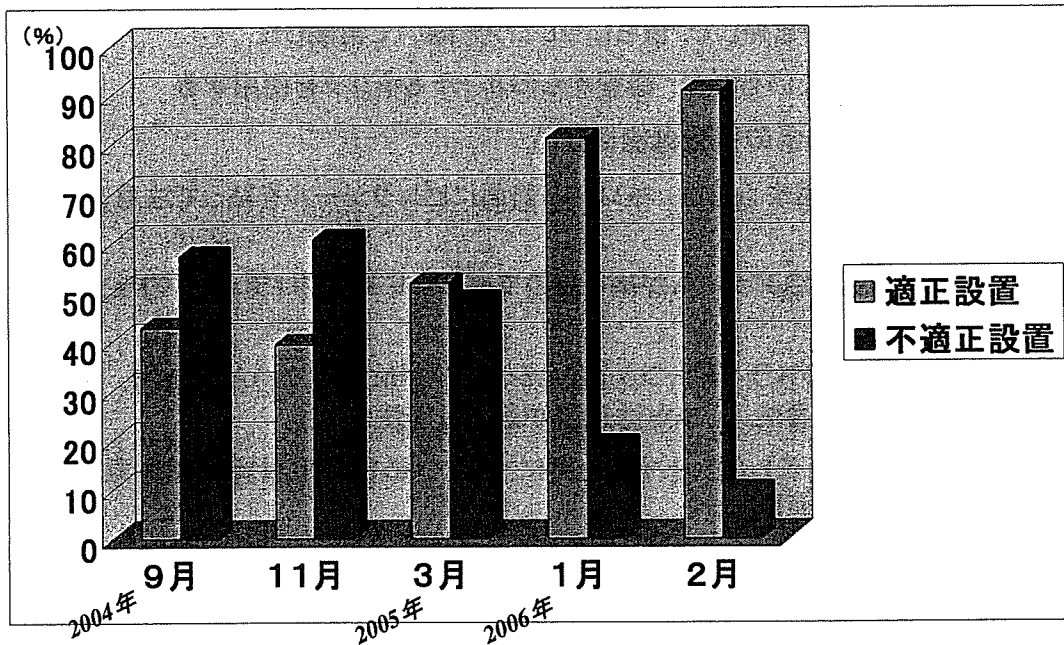
プリセプター



新卒看護師



シリンジポンプが適正な高さに設置してあるかどうか



改善プロジェクト 電子カルテ導入後のペーパーレス

佐藤 正規 薬剤科 主任薬剤師

1.改善活動にあたってのトップのコミットメント

国保藤沢町民病院では委員長を勤めることを明記されている院長直属の組織としてTQM・安全対策委員会がある。コミットメントは十分と考えられる。NDPに参加して以来、このような形で行なっている。

欠点としては、院長のスケジュールに余裕がなく開催日の設定が困難であることが挙げられる。今年度（平成18年度）から、委員会終了時に次回委員会開催日を設定することで、欠点を幾分緩和し改善活動を継続的に行なっていく考えである。

2.職員への示達内容

平成17年度にQCサークル活動とは別に医療の質改善活動職員全体会を初めて開催した。この会はTQM安全対策委員が各職場のヒヤリハット事故報告書の事例分析を発表する会である。他職種や院長からの直接アドバイスをいただき、ヒヤリハット事故報告書の提出が改善への糸口であることを全職員で確認する大会である。全職場に関連した事例で病院全体が取り組むべき課題として「電子カルテ導入後のペーパーレス（手書き運用の排除）の必要性」であることを院長が全職員に伝達し、改善プロジェクトの立ち上げを宣言した。

3.1 改善活動組織の構成

当院では医師、薬剤師、看護師から構成されるTQM推進委員会が医療の質改善活動のQエキスパートとして活躍をしてきた。主に投薬における指示指示受けの改善など医師、薬剤師、看護師という職域に関係する事例を中心に行なってきた。よって誤薬防止・転倒転落防止に関しては大きな進歩があったと考えられる。しかしながら、病院全体としては安全対策委員会の活動の低下、ヒヤリハット報告書の提出率の低下というTQM推進委員会とそれに関連しない部署との間の温度差が感じられるようになった。

そこで平成17年度よりTQM推進委員会（医師・薬剤師・看護師から構成される）と各職種が1名以上で構成される安全対策委員会とが一緒になったTQM安全対策委員会に変更し医療の質改善の必要性を全職員に浸透させることとした。

構成委員は13名

- 医師3名（管理者 内科長2名）
- 病棟看護師2名（師長 主任）
- 外来看護師2名（師長 看護師1名）
- 主任薬剤師1名
- 主任臨床検査技師1名
- 主任理学療法士1名
- 放射線技師1名
- 管理栄養士1名
- 事務局次長

3.2 運営管理体制

改善プロジェクトの管理運営体制は TQM・安全対策委員会に設置した。新メンバー加入のため委員が改善手法を学ぶ機会とした。

委員長は院長であるため管理運営体制はしっかりしている。

しかし、委員長が多忙であるために頻回のプロジェクト開催は困難と考えられるため、プロジェクトを活発に行なうために作業部会を立ち上げました。

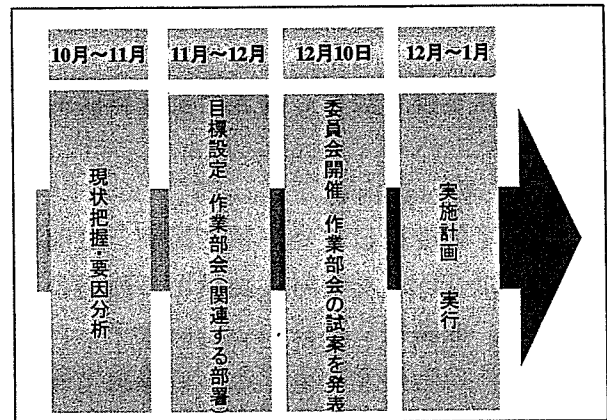
作業部会＝院長を除く委員 リーダー主任薬剤師 佐藤正規

4.1 改善活動計画

テーマ：電子カルテ導入後の手書き運用の排除

現状把握：

- ①各部署において紙で運用しているものすべてを提出する。
- ②紙（手書き）と電子カルテとの関係を業務手順に沿って作成する。
- ③手書きで起きるヒヤリハット事故報告を1ヵ月間収集する。業務手順のどの部分で発生するかを分析する。



部署	紙運用件数
内科外来	7
外科外来・手術室	3
病棟	9
放射線科	2
薬剤科	2
検査科	4
リハビリ	2
栄養管理室	3

表 1

表 2 は紙と電子カルテとの関係を表した例である。

- ① 医師は電子カルテで指示入力をする。
- ② コメディカルは出力された指示伝票を受ける。
- ③ 指示された作業を行い、複写式伝票に報告を記入する。
- ④ 複写伝票の一部を医師へ提出後、資料カルテに保管される

表 1 は電子カルテ導入後に紙（手書き）運用している種類
診療の効率化のために必要と認めた手書きの種類の数である。

職種	医師	コメディカル			
		指示	指示受け	作業	報告
電子カルテ	指示入力	指示伝票出力		報告内容を入力する	
紙 (手書きの指示伝票など)	記載	詳細な指示内容		報告内容を記載する	資料カルテ
診察室のPC					データベース

表 2

目標：後利用データの必要性の高いものをペーパーレスする。

電子カルテのシステム上 100%のペーパーレスは困難である。しかし診療の効率化を考え後利用する必要性の高いデータを紙から電子化へ移行する。

4.2 進捗状況

当院の電子カルテのシステムでは患者の承諾や医師の署名など認証問題で手書き伝票を排除できない。

5.1 活動の成果

現在進行形で活動を行なっているので途中経過ではあるが、現在までの成果としては

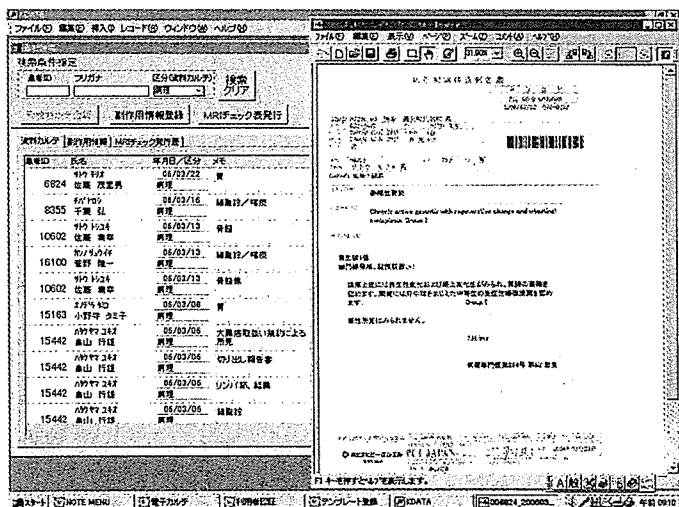
- ① 紙（手書き）など資料カルテに保存されるすべてをデータベース化した
- ② 放射線科のMRI体内金属チェック票の電子化
- ③ 栄養指導指示箋のペーパーレス
- ④ MRI・CTのフィルムレス
- ⑤ 尿検査伝票の廃止（PC出力の指示伝票のみで運用するフローに変更）

これら5つに関しては紙運用から電子カルテ上の運用へと改善することができた。

成果 1) 資料カルテの電子化

診断書や紹介状など様々な書類をすべて電子化で保存

電子カルテとは別にコンピュータ内データベースに保存をして、後利用する場合に容易に検索可能とした。



成果 2) 放射線科のMRI体内金属チェック票の電子化

