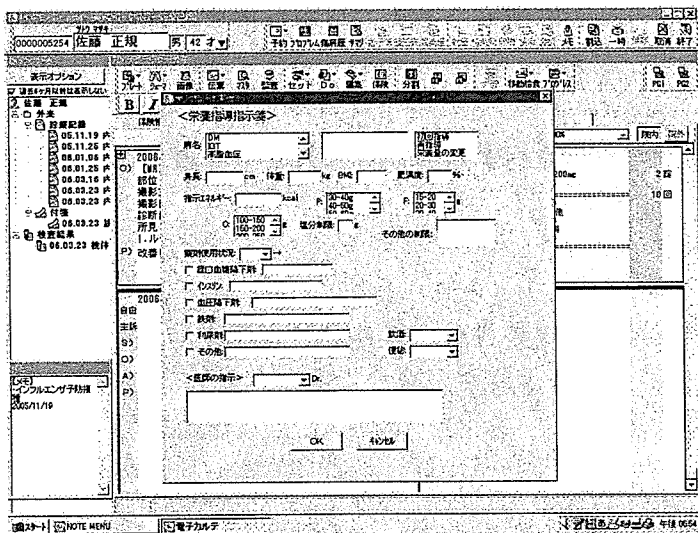
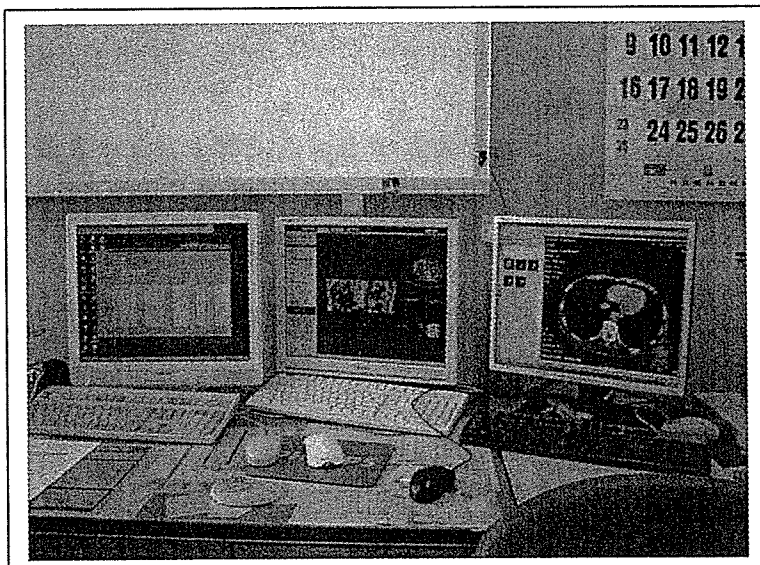


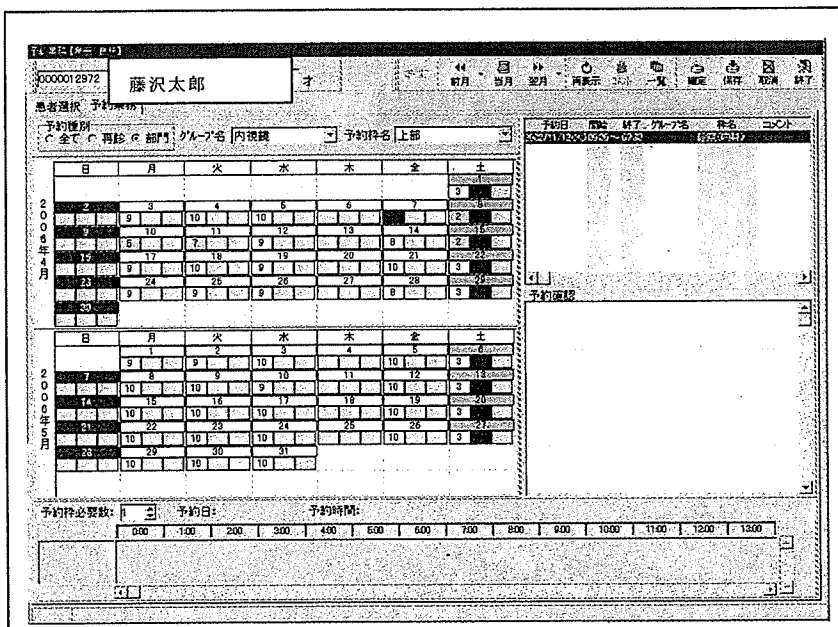
成果 3) 栄養指導指示箋のペーパーレス



成果 4) MRI・CTのフィルムレス



成果 5) 内視鏡検査予約の電子化



5.2 まとめ

- 1) 当院の電子カルテのシステム上、ペーパーレスの限界があるため PC のデータベースで運用を行っている。(紹介状・病理の結果などの後利用するものはスキャナーで読み取りデータベースに保存する)
- 2) 認証システムの問題で紙から電子化に移行できない。(患者の承諾書や医師の署名など)

療養環境改善プロジェクト（5S）活動報告

武蔵野赤十字病院
藤原範子（療養環境担当看護師長）

1. はじめに

平成17年3月 NDP タスクリーダーの山崎さん（元コニカ株式会社）の指導のもと取り組一覧（図-1）通り実施した。2月末幹部職員は、山崎さんと院内全ての個所のデジカメ撮影を行った。その写真をもとに改善すべき要点を、指導して頂き4月よりプロジェクトが始動した。武蔵野赤十字病院は、NDP 会合に積極的に参加し QC サークル活動も7年目を迎え組織図（図-2）が示すとおり、幹部の関心もあり、医師がメンバーに加わっている事、療養環境担当看護師長が事務局の一員である点など活動しやすい環境にある。平成17年度活動した内容と今後の課題を報告する

活動項目	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
NDP参加	○							○					○
5Sリーダー会 (取組部署リーダー)					○		○	○				○	
プロジェクト外 メンバー会		○		○								○	
全体発表会 第1回：事務・病棟 第2回：病棟・ME ：外来													
取組支援													

図-1

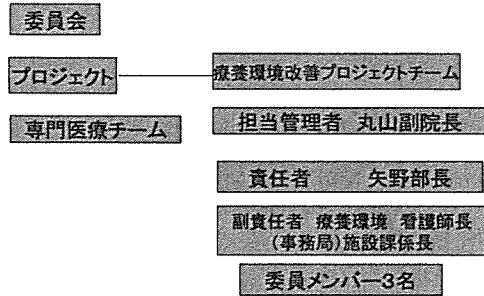


図-2

2. 実施内容

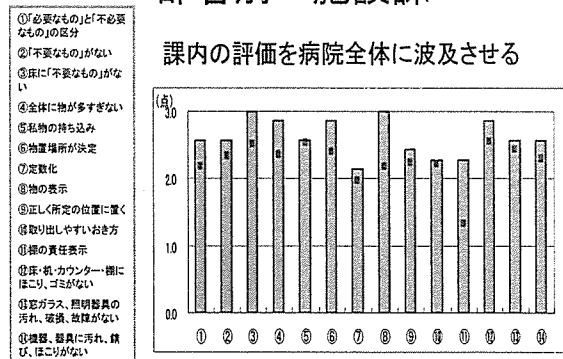
1) リーダー会

5S 取組み部署の説明会（活動の進め方・計画書の作成方法など）を行うと共に、お互いの情報共有の場や事務局の支援の場にした。第一回 5S 発表会対象は、事務部門が中心としたため、各課が独自で取組むだけでなく、物品の共有、通路・倉庫など共有場所、高さ制限などリーダー会を活用して、事務部門全体で話し合うことが出来た。そのことで5Sの効果も高められ、多くの業者や職員の評価を得ることが出来た。取組みの結果は部署別にまとめ、グラフ化し今後維持していくための資料となるよう各部署への配布と共に、リーダー会での講評を行った。（表-1）

表-1

部署別一施設課

課内の評価を病院全体に波及させる



2) 第一回発表会

部署選定は、幹部ラウンドによる課題の多い部署を選定した。その他は QC サークル活動とリンクさせた。計画書は様式を決め（図-3, 4）、事務局までメール送信し、形式は統一した。発表会当日は、幹部が取り組部署をラウンドし、部署は担当者と部署責任者が説明し監査表（図-5）をもとに、評価を行った。その後全職員を対象に審査発表会を行い、当日結果の発表および表彰を行った。130名の参加を得、取組前後の写真に歓声を挙げていたのが印象的であった。発表の挨拶は院長、副院長が行い「病院における5S活動の目的は患者の安全を確保すること、当たり前な事を当たり前に行うこと」を強調された。事務局からは、「単に整理・整頓をしてき

いになったことに留めず、器材機器が安全に使用できることや、不要なものを整理する目的は、スペースの確保や定位置・定数化の管理にあること」を強調した。又きれいに整頓された職場は、「コミュニケーションがよく、人間関係が良好で生き生きと働いていること」も、副次効果として得られた事を付記した。

様式1

5S活動計画書(予定表)

部署名

1. 部署全体の予定を記入してください。(すでに実施済みの場合は、実施日で結核です。)
2. 部署全体の予定作成が難しい場合は、グループごとでも結構です。

項目	GC手法	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
5S説明、顔合わせ会													
全体活動	5S講習会												
	リーダー会												
	(中間報告会)												
	最終報告会(全体)												
リーダーメンバー決定													
部署集まり													
会社活動	現状把握	①活動テーマ決定											
	問題点	②問題点の洗い出し											
	対策立案	③目標設定											
		④要因解析											
		⑤対策立案											
	対策実施	⑥対策実施											
	評価	⑦効果確認											
		⑧問題追加											
		⑨対策追加											
	評価(※チェック表使用)												
標準化	⑩標準化												
定着													

図-3

様式3

5S活動計画書(実施前と実施後の比較写真)

- 様式2のNoと合わせて写真を添付してください。
- 同じ構図で撮影した5S活動実施前と実施後の写真を添付してください。
- 書類、物品の变化(量)については、できるだけ数値は、記入してください。
- 確保したスペースの面積(寸法)を測尺して記入してください。(可能な場合)

No	項目	実施前の写真		実施後の写真		不要(廃棄)になったもの	
		問題箇所 撮影日	撮影日	問題箇所 撮影日	撮影日	品名	数量
1	写真						
		確保面積					
		問題箇所 撮影日					
2	写真						
		確保面積					
		問題箇所 撮影日					
3	写真						
		確保面積					
		問題箇所 撮影日					
4	写真						
		確保面積					
		問題箇所 撮影日					
5	写真						
		確保面積					
		問題箇所 撮影日					

図-4

部署名		5Sプロジェクト	
		3点:◎良くできている 2点:○ふつう 1点:△不十分	
項目	チェック項目	点数	意見
整理	「必要なもの」と「不要なもの」が区分できている (書類・物品に不要品ラベルが貼っているか?) (倉庫行き又は廃棄用の一次的な保管箱、スペースを準備しているか?)		
	「不要なもの」が部屋にない (すぐに廃棄すべき書類・物品が置かれていないか?) (すぐに倉庫に置くべき書類・物品が置かれていないか?) 例:古い書類・掲示物・カカク・カランダ、故障した機械・器具等		
	床に「不要なもの」がない (書類・物品の入ったダンボール・紙袋が直に置かれていないか?) (機器の配線はまとめられているか、つまづかないか?) (通行の邪魔になる物品が置かれていないか?)		
	全体的に物が多すぎない (すぐ使用しない書類・物品が棚・机に収納されているか?) (書類・物品が目に見える机、棚の上に散乱していないか?)		
	私物が持ち込まれていない (仕事に関係のない雑誌・物品がないか?)		
整頓	物の置き場所が決定されている (置き場所の枠・区分線がテープ等で表示されているか?)		
	定数化できている (テプラ等により物の数が表示されているか?)		
	物の表示ができている (誰が見ても書類・物品の名前がわかるようテプラ等で表示されているか?) (表示やテープのはがれはないか?)		
	正しく所定の位置に置かれている (置き場所の枠に書類・物品が置かれ、はみ出してないか?) (表示と物品・書類が一致しているか?)		
	取り出しやすい置きかたがされている (書類・物品が規則正しく平行・直角に並んでいるか?) (書類・ファイル・物品・棚の「前」や「上」に取り出しを邪魔する物が置かれていないか?)		
	棚などに管理責任者表示がされている (棚の管理責任者がテプラ等により表示されているか?)		
清潔	床・机・カウンター・棚の上にほこりやゴミがない		
	窓ガラス、照明器具などの汚れ、破損、故障がない		
	機器、器具に汚れ、錆び、ほこりがない 例:パソコン、医療機器、医療器具、机、棚の上等		
合計		最高:42点	
評価者名:		評価日:平成17年11月8日	

図-5

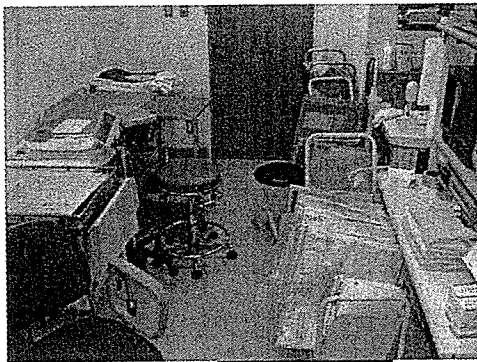
3) 自主的な取り組み支援

院内をラウンドし、気になる個所は、部署の責任者に声をかけデジカメ撮影を行い、5Sの取組みを奮起させた。デジカメ写真を元に、ミニ勉強会を開き問題に気づき、どのように改善したいかを大切にしながら、具体的に支援し結果を出すようにした。その結果、保育所では、使用されていないベビーベッドが処分され(施設や職員の元へリサイクル)子供の遊べる空間が広がった。防災センターでは、施設設備・保守点検器材が多くあったが、大部分は使用不可の状態で置かれていた。5S活動により、使用不可のものが処分でき、器材の指定席化により、使用するものがすぐに取り出せいつでも使用できる状態になった。不要品処分によりスペースができた事で、防災関連業務関係の事務机の上が整頓され、緊急に備えての準備が日常的にできるようになり、気持ちよく業務ができるようになった。健診センターは、利用者の利便性や説明や

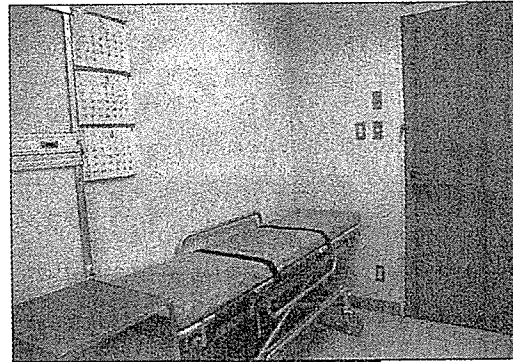
検査を受ける最適な環境を提案し、利用者の目線で点検した結果、従来あった飾り物（いつ・誰が飾ったか不明なもの）や植木、使用していない机・棚・器材などの整理ができ、清潔で静かな環境が整った。

4) 外来5S

外来は、平成18年3月18日に新外来棟への引越しが決まっていたため、取り組みには反対意見が多く難色を示された。アドバイザーの山崎さんより、引越しがチャンスなので是非にと進められた。幸い？新外来棟の診察室、共有スペースが狭く、従来のもものを移設することが困難であることがわかり、引越し前に5Sを取組むことにした医師をはじめ多くの職種が混在するチームであること、時間に制約のある職員も多いため、取組む方法は具体的に示し、アドバイスした。その結果、数十年置かれたままの台帳や使用不能な器材など整理でき、多くの廃棄物が出た。医師の意見が大きく反映する部署のため、不要品ラベル（赤ラベル）を作成し、医師責任者のサイン欄を設け協力体制を整えた。新外来棟は、診察室のモデル化をし、机の上や引出しなどの標準化ができた。又、問題のあった脳神経外科・整形外科は（写真-1、2）のように見違えるように整理・整頓・清掃ができた。外来は医師の協力無くしては出来ない部署であるが、繁忙な医師を動かすには、伝票などの帳票類の見易さ・取り出しやすさなど働き易い環境を提示することも一案である。



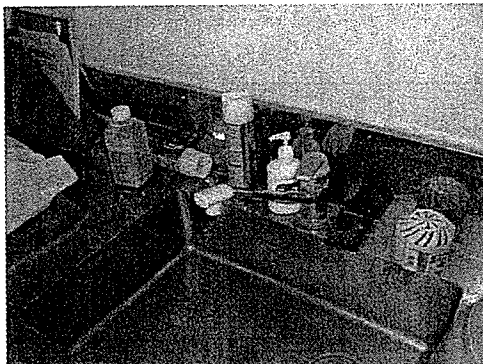
5S 取り組み前



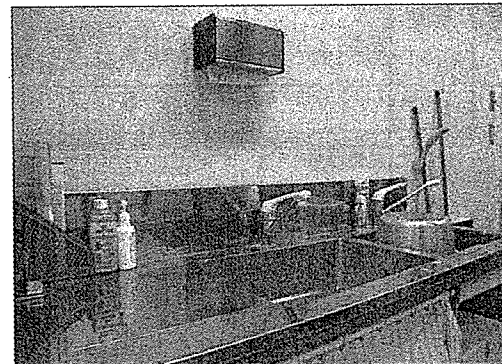
5S 取り組み後

脳神経外科 外来診察室

写真-1



5S 取り組み前



5S 取り組み後

整形外科 外来処置室

写真-2

5) 第二回発表会

全てのナースステーションの文書整理、棚・物品・掲示物の標準化に取りくんだ。又、自主取組みを発展させた透析センター、臨床工学課が加わり一日掛かりで第一回発表会と同じ方法で行った。二回目は、幹部職員のみでなく、患者サービス課・医療安全推進室が監査に加わった。取組部署は、1-2箇所の見学に同行し、自分の部

署との比較ができるようにしたことで、内容がより深まった。第一回と同様に全職員参加のもと（110名）発表会を行った。結果は「5Sニュース1号」（別紙）を発行し、掲載した。今後、「5Sニュース」を月1回発行し、標準化や維持するための方策などを写真や、コラムを掲載し院内に5S活動を広め進捗させていく。

3. 今後の課題

- 1) 維持する仕組みの強化と具体性
- 2) 医局などの5S
- 3) 標準化の水平展開
- 4) 公共・共有場所の5S（ラウンジ・図書館・通路・飾りものや絵画など）
- 5) 5Sを日常業務にできる（プロジェクトの定期的ラウンド・部署の内部監査）
- 6) 5S活動の客観的評価（アンケートなど）
- 7) 監査表の検討

4. まとめ

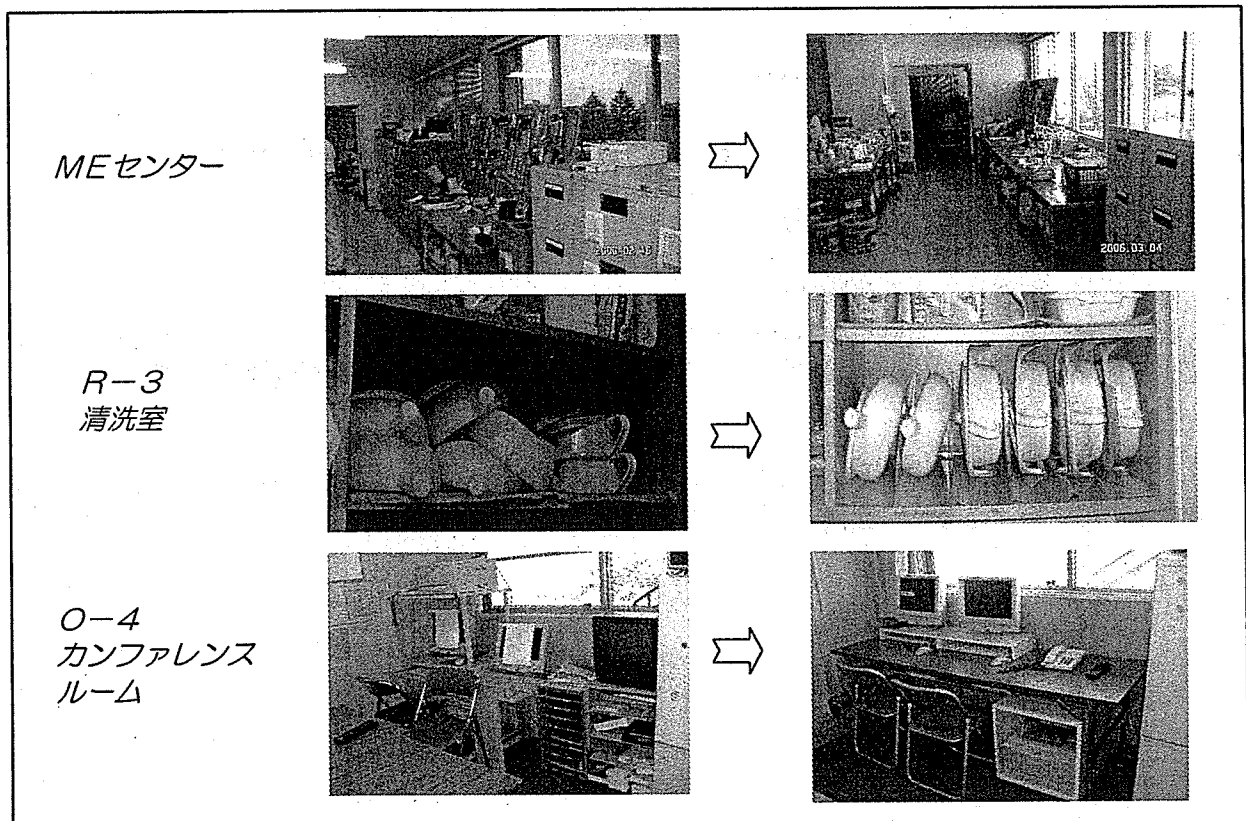
1年間の取組みを通して、計画とおりに進めることが出来た事・成果が得られた当院の要因についてまとめた。

- ① 病院幹部が取組みに意欲的である
- ② 5S研修会の実施（外部講師）による職員の意識の向上
- ③ 取組み部署のリーダーの意識が高い（管理者としての意識が高い）
- ④ リーダー会の立ち上げによる取組み強化
- ⑤ 計画書などの様式の整備
- ⑥ 幹部監査及び表彰制度
- ⑦ 監査表による客観的評価
- ⑧ 事務局の継続した関わり・支援
- ⑨ QCサークル活動が根付いているため、水平展開や標準化の仕組みがある
- ⑩ 医師の参加がある
- ⑪ 安全の文化がある
- ⑫ 成果を講評する仕組みにより、常に職員へのメッセージがある（リーダー会・各部署の会議・イントラ配信）

5Sニュース 第1号

平成18年4月7日
5Sプロジェクト

- 1 平成18年3月10日実施 第2回5S発表会の監査結果報告
武蔵野日赤新聞2月号(No.474)に掲載しました「監査チェックリスト」に沿って
幹部監査を実施しました。その結果をお知らせいたします。(詳細は各部署に別途報告致しま
す)
<集計結果>
第1位 MEセンター
第2位 R-3 及び O-4
<写真(発表会資料より抜粋)>



- 2 「第3回5S発表会」の開催について
開催月日：平成18年9月15日(金)
取組部署：薬剤センター、検査センター、透析センター、
放射線科センター *順次説明に伺います。

コメント

5Sの目的は環境整備による業務改善です。先人の知恵として5Sを達成するための具体的な方法や考え方がありますが、手段を目的と誤解しないよう上手に利用して下さい。
例えば、「カウンターは物の置き場ではない」という原則は「カウンターに何も置くな」ということではありません。カウンターはコミュニケーションの場ですから、物の保管場所にはなりません。担当者が不在時の書類の提出場所を確保すること等を妨げていません。ただし、目的のわかりやすい表示、セキュリティ、使用時間などに注意し、運用手順を定めておくことが必要です。(矢野)

飯塚病院における誤薬防止 TQM プロジェクト・チームの活動

竹本伸輔（薬剤部） 福村文雄（QM 室） 吉野俊平（総合診療科） 岩佐紀輝（経営管理部）
中園太、梅野圭史（医事課） 久川広則（情報システム室） 林真由美、渡辺由香利（看護部）
中嶋弘之（薬剤部） 藤野泰典、高嶋裕美、立石奈々（企画管理課） 安藤廣美（心臓血管外科）

1. はじめに

当院は地理的に福岡県の中心に位置する筑豊地区で救命救急センターを有する地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院として、病床数 1,116 床の地域の中核をなす病院である。

今回、院内横断的メンバーにて QC 手法を用いた誤薬防止活動を行なったので報告する。

2. チームメンバー選出

当院において誤薬というインシデントに対し、種々の改善をそれぞれの職場の中で部門毎に行って来たのが現状である。

しかしながら、与薬という診療行為に関してプロセス全体を検証した上で、その問題点を明確にし、病院全体として検討する必要があると考え、オーダーの発生源である医師、調剤する薬剤部、与薬する看護師は当然のことながら、当院のオーダーシステムを構築した情報システム部門、医事システムに係わる医事課、さらには院内全体に係わる観点から、企画管理課を含めたチーム編制が必要と考えた。

また、会議内容の充実および活動進捗状況を考慮した場合、各会議における決定権を有する者の選出が重要と考え、所属長を中心としたメンバー構成を中心に編成した。[表 1]

[表 1] メンバーの役割

薬剤部	<ul style="list-style-type: none">・ 内部調剤過誤データ・ 薬剤部から見た調剤過誤以外の問題点
看護部 医事課	<ul style="list-style-type: none">・ 誤薬事例のデータ整理・ 分類、件数（科別、病棟別）・ 看護部内の薬品に関わるルールと作業内容（病棟別）
情報システム室	<ul style="list-style-type: none">・ オーダーシステム概要および前提条件・ システム設計・ 物、人、情報の流れ
医師	<ul style="list-style-type: none">・ 医師の作業内容
企画管理課・事務局	<ul style="list-style-type: none">・ 資料作成、会議日程調整

3. 活動方針（考え方）の統一

この活動をするに当たり、「与薬」という一連のプロセスの中で「何処に問題が潜在しているのかを可視化する」ことをまず基本コンセプトと決定した。[表 2]

そのうえで、全員による情報共有、すなわち投薬プロセスにおけるヒト、モノ、情報の流れを目で見える形にすると同時に、「システム」等職種、個人において「曖昧性」が存在

する言語の統一性を図ることから開始した。

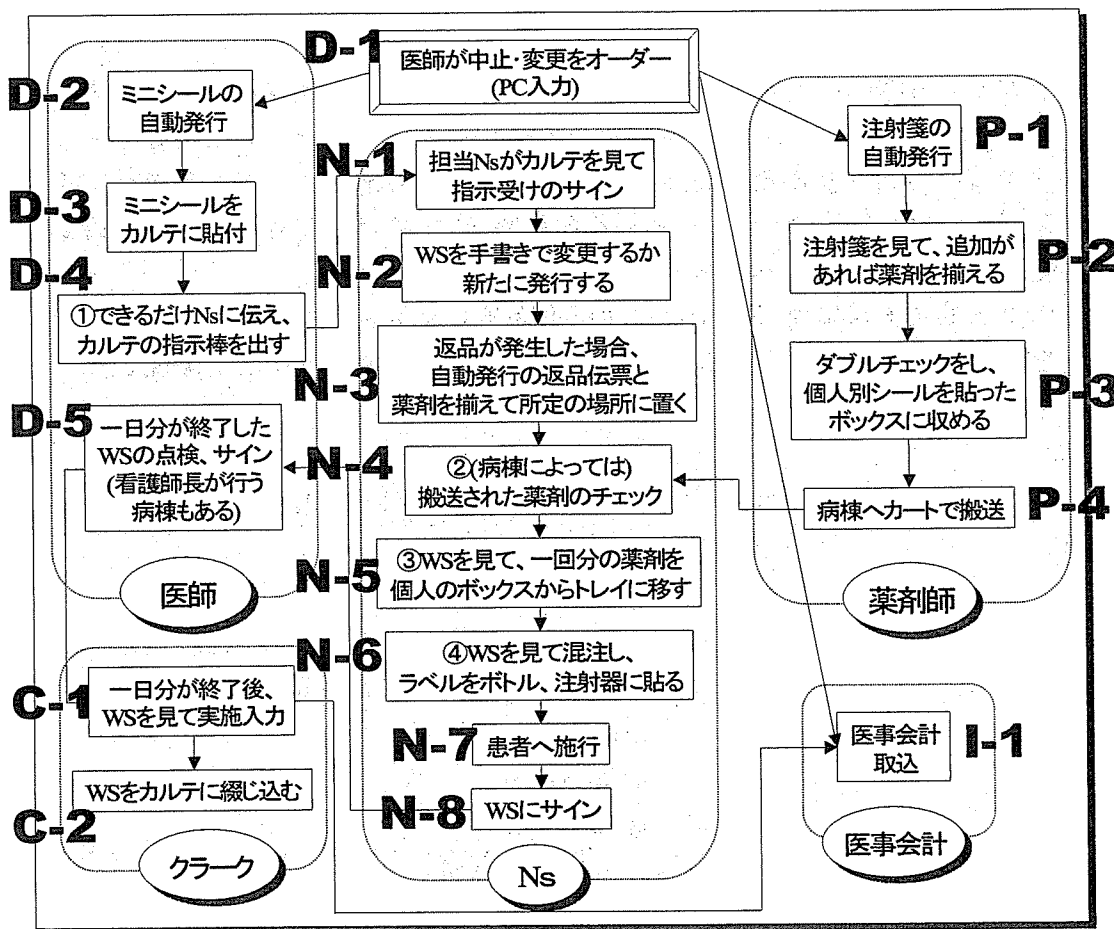
[表 2] 活動内容における意志統一（考え方）

- ① 投薬プロセスにおける、薬品の流れ、情報の流れ、人の流れを可視化する
- ② 上記における、現状での基本ルール（前提条件）の確認
- ③ 各部署でのローカル・ルール有無確認
- ④ 各プロセス段階で、インシデント発生要因の確認
- ⑤ 現状インシデントの解析（④への当てはめ）
- ⑥ 重要項目、優先度の絞込み

4. 問題点の明確化

当院においては看護部を中心として医療安全活動が既に活発に行なわれており、インシデント解析手法等が日常業務レベルで活用されている。

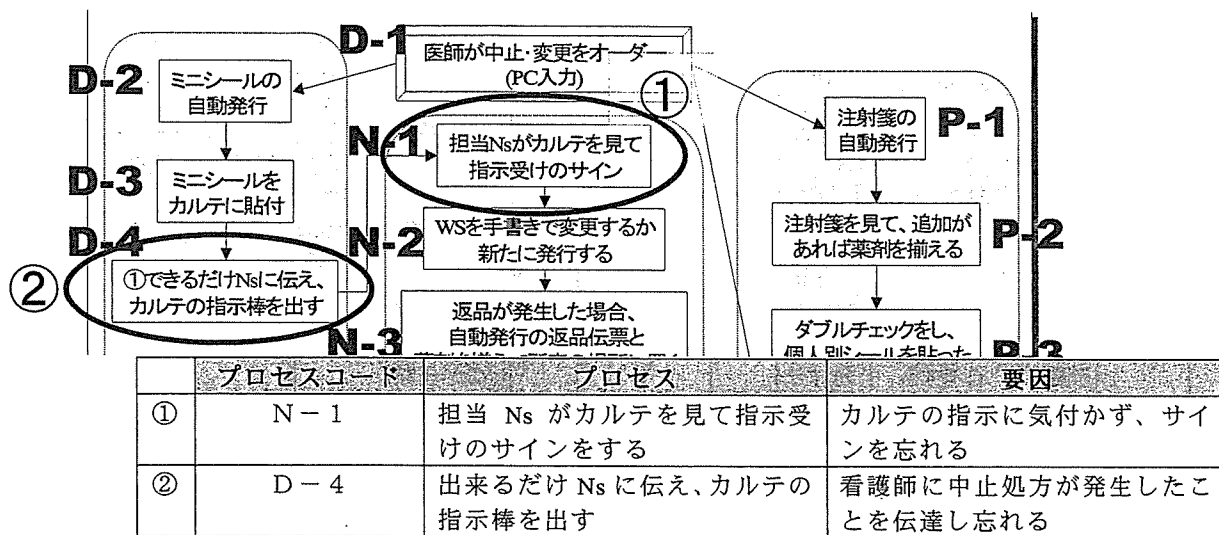
そのため、看護部においてレポートの収集・解析のため作成された「与薬」に関するプロセス図が既に存在していた。[図 1]



[図 1] 投薬プロセス図例 (ii) 注射薬-中止・変更オーダの場合

したがって、当チームは看護部で集積されたインシデント・レポートを元に、報告内容をプロセス毎に分類する作業を行なう事によって、インシデント発生頻度及び発生した場合の危険性等を改めて検証し、問題点を明確化することを目指した。

例として、医師サイドでは中止・変更オーダーの際に、中止・変更を行ったというサインを出す部分（D4）と、指示を受け取る看護師サイド（N1）の連結部分に問題があり、「中止されるはずの薬品が継続投与された」「変更されるはずのものがされなかった」といった事例等が判明した。〔図 2〕



〔図 2〕 プロセス図とインシデント内容の関連

5. 評価基準

数多くあるインシデント・レポートをチームで解析したものの、膨大な解析データを前にしてどのプロセスから対策を検討すべきかが、次の問題となった。

そこで、看護部から提案のあった FMEA 評価基準〔表 3〕に則り、発生頻度、患者に与える影響、検出難易度の 3 項目にて評価し、チームとして取り組む優先度を決定した。〔表 4〕

〔表 3〕 FMEA 評価基準

点数	発生頻度	点数	患者に与える影響	点数	検出難易度
5	1日 3回 以上	10	・事故により死亡 ・影響が極めて高い	5	・ほとんど発見不可能である。 ・次行程が無く実行者も検知することが難しい。
4	1日 1~2 回	7	・事故により障害が発生し治療を行っても、重大な後遺症を残す。 ・影響が高い。	4	・現在の業務内容では発見できない割合が高い。 ・次行程で検知することはほとんど難しい。
3	週に 数回	5	・事故により障害発生し、治療が必要になる。後遺症は残らない。 ・この為入院日数の延長または再入院の必要が生じる。 ・影響の可能性はある。	3	・実施までの間で発見は可能と思われるが時々発見不可能になる。 ・次行程で検知することは難しい。
2	月に 数回	3	・事故が発生したが治療の必要なし。 ・精神面のフォロー、観察強化又は検査が必要になる。 ・影響が低い。	2	・実施までの間で発見は可能であり、未検知のままの実施はまれである。 ・次行程でほとんど検知できる。
1	年に 数回	1	・ミスは発生したが手元で止まるか、患者への実害は無い ・影響がない。	1	・現在の業務内容で確実に発見できる。 ・本人が気付くので次行程に進まない。

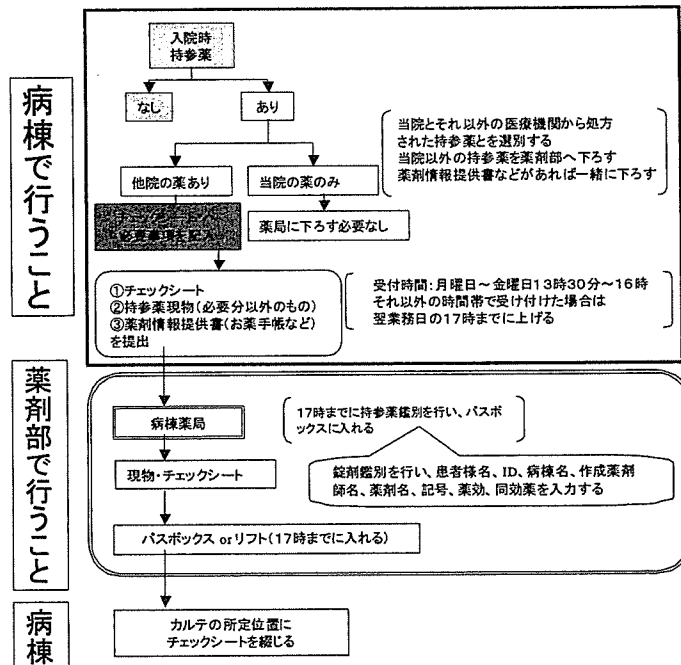
[表 4] FMEA による問題点抽出

プロセスコード	プロセス	要因	頻度 (1~5)	重要度 (1~10)	検出難易度	危険優先度	エラー要因	対策案	対策(採用案)
D-4	できるだけNsに伝えカルテの指示棒を出す	看護職に中止処方が発生したことを修正	5	7	4	140	①中止、変更など種類が多くなり分けにくい ②印刷のよくな病棟は刻々と指示が変わるので手書き	①医師の中止・変更作業時の出力後、指示変更が待ち物理的な制約が必要	
N-2	WSを手書きで修正するか新たにWSをPCより出す	新しい新たなWSといふものの確認間違い	7	3	4	84		①WSを出力後、指示変更が待ち物理的な制約が必要	⑫見やすい注射ワークシートバージョンアップ
N-6	WSをみて混注し、ラベルをボトル、注射器へ貼る	WSの間違い	5	3	5	75		①必ず物理的な制約が必要	
D-1	WSをみて1回分の薬剤を個人ボックスからトレイへ取り出す	WSの時間設定がない看護職が時間	5	3	4	60	①抗生剤、フシックスは多い ②時間を決めて処理をしないのが一番問題	①時間に関する病棟間統一は難	
N-1	担当Nsがカルテをみて指示受けのサインをする	指示に気づかずサイン	7	2	4	56			
N-2	口頭指示で入力不可時はカルテへ手書きし、サインをする	口頭指示受けマニユアルを完済	7	1.5	5	52.5	①指示受け担当Nsがいて、Nsを探さないのが一番問題	①指示受け専用のルールを作る 最新システム	③指示出し・指示受けボックスの設置、統一
N-7	患者を確認し、注射を施行する	誤認など理解力低下患者	10	1	5	50			④患者識別バーコードシステム

6. 対策案

FMEA 評価基準にて評価し、得点の高いもの順上位 20 項目に関し、人員、システム構築、コスト等種々の条件を勘案し、特に処方オーダーの最も上流である指示出し及び指示受けに注目し、チームとして現在取り得る対策案の検討を行なった。

なお、各部署にて取り組んでいる内容に関しては、当該チーム（薬剤部の持参薬チェックなど）に議った。[図 3]



[図 3] 持参薬フローチャート (飯塚病院薬剤部)

具体的な対策案として、まず医師サイドにおける徹底・統一項目として①口頭指示ルール ②中止・変更指示ルール ③医師向けオーダーマニュアルの3項目につき、医師メンバーに手順書、マニュアルの作成を依頼した。[図4~8]

各状況における具体的な手順

iv 口頭・電話指示

- ①医師は看護師へカルテを傍に持ってくるよう指示する
- ②医師が電話で看護師へ5Rを伝える
- ③医師が指示受者の復唱内容を確認する
- ④医師は必ず来棟しカルテにサインをする

《注意点》

- ・口頭電話指示が認められる場合は以下に限られる
患者急変時 夜間休日時 外来診療や手術で現場いけない
- ・5R=患者名、薬剤名、使用量、手技、日時を必ず伝える
- ・看護師に転記させず、カルテに直接記載するよう指示する
- ・危険薬の口頭指示は控える
セルシン、セレネース、メチロンなど

[図4] ①口頭指示ルール

各状況における具体的な手順

v 中止・指示変更

- ①医師がPC入力
- ②医師がカルテにミニシールを貼付する
- ③医師がワークシートを発行しカルテに挟む
- ④医師がカルテの指示棒を挙げて、所定の場所へカルテを置く
- ⑤医師が看護師に指示を出したことを口頭で伝える

《注意点》

- ・ミニシールは変更前のもの下段に貼付する
- ・PCで変更が行われ返品が発生すれば返品伝票が発行される
返品伝票がないと返品できない
- ・ワークシートの変更前と新しいものとを区別する

[図5] ②中止・変更指示ルール

注射薬オーダーの標準的書き方①

全て「販売名称」で記載し、一般名での記載、略語および英語の使用を禁じる。

投与時刻の表記。

ロセフィン(1g) 1瓶 X 2 Div. 9:00, 20:00
生食(100ml) 1瓶

投与量は1日量ではなく1回量を記載する。

投与方法(筋注、静注、点滴静注、持続静注、硬膜外注、動注など)が明確にわかるようにする。

[図6] ③-1 医師向けオーダーマニュアル

注射薬オーダーの標準的書き方②

コンピューターでは規格が出てくる。

希釈する量を具体的に記載する。

ドブトレックス(100mg/5ml) 15ml 持続静注 5ml/hr
5%糖液(20ml) 35ml
コメント:末梢ルートからシリンジポンプにて

ルートや方法を具体的に記載して欲しい。

開始速度を明記

[図7] ③-2 医師向けオーダーマニュアル

新規注射オーダー①

オーダーに日付はここで選択
処方日付が正しいか確認

今までの処方の履歴
クリックすれば以前の
処方をコピーできる

各科のセットメニュー
処方をコピーできる

新規オーダーはここをクリック

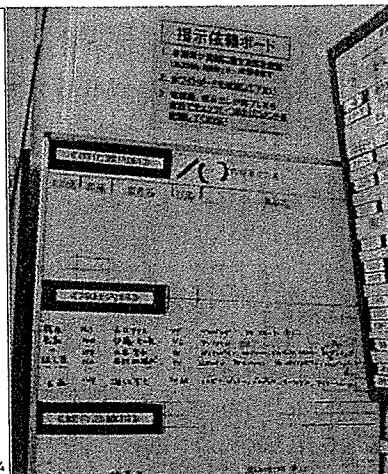
[図8] ③-3 医師向けオーダーマニュアル

また、逆に看護師から医師への指示受け用ツールとして以前から導入されてはいたが、今一度チームとして院内の徹底を図るため、ホワイトボードを利用した<指示依頼ボード>および<指示出しボックス>を対策とした。[図9~12]

指示依頼ボード

1. 看護師が薬剤に関する指示依頼（処方切れ・注射オーダー）を書きます
2. ホワイトボードを確認して下さい
3. 確認後、指示出しが完了したら赤色でチェック(✓)またはコメントを記載してください

2006/1/4 飯塚病院 指定TQM誤薬防止チーム



[図 9,10]

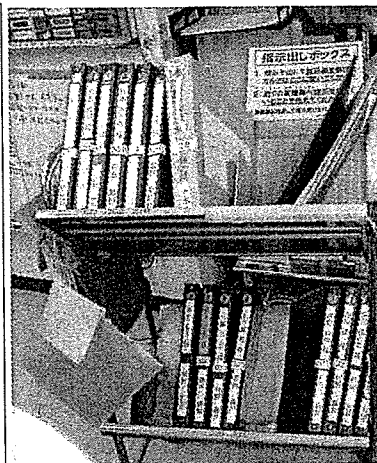
指示依頼ボード用
掲示と画像

指示出しボックス

1. 指示を出して指示棒を挙げたカルテはここに置いてください
2. 中止・変更・至急の時は、近くの看護師へ指示を出していることを伝えてください

！看護師は注意して指示受けを行ってください！

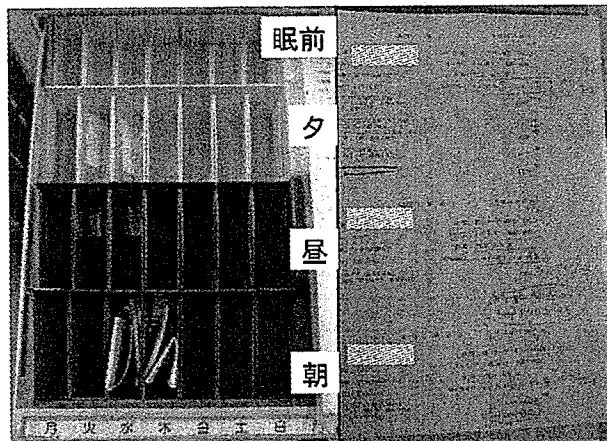
2006/1/4 飯塚病院 指定TQM誤薬防止チーム



[図 11,12]

指示出しボックス用
掲示と画像

今回特に、与薬プロセスにおいてエラー防止対策として、処方箋控えにて行なわれていた薬品セットに換わる [図 13]、「内服ワークシート」 [図 14] 作成を行なった。



[図 13] 与薬カートと処方箋控え

用法	日	薬品名	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	27	28	29	30	31	コメント(備考)
朝食30分	朝	モブリン錠100mg	1錠	4日	●	○	○	○														今年からお薬が変わりました
	朝	フェリチン錠50mg	1錠	4日	●	○	○	○														今年からお薬が変わりました
	朝	経口投与剤	25T	3日	●	○	○	○														今年からお薬が変わりました
	朝	腸内マクロビウム 0.4g/包	0.3包	4日	●	○	○	○														いじりない
昼	夜	メジソ錠15mg	1錠	7日	○																	
夕食30分	夜	腸内マクロビウム 0.4g/包	0.3包	4日	●	○	○	○														いじりない
寝る前	夜	モブリン錠100mg	1錠	4日	●	○	○	○														今年からお薬が変わりました
寝る前	夜	フェリチン錠50mg	1錠	4日	●	○	○	○														今年からお薬が変わりました
寝る前	夜	メジソ錠15mg	1錠	7日	○																	

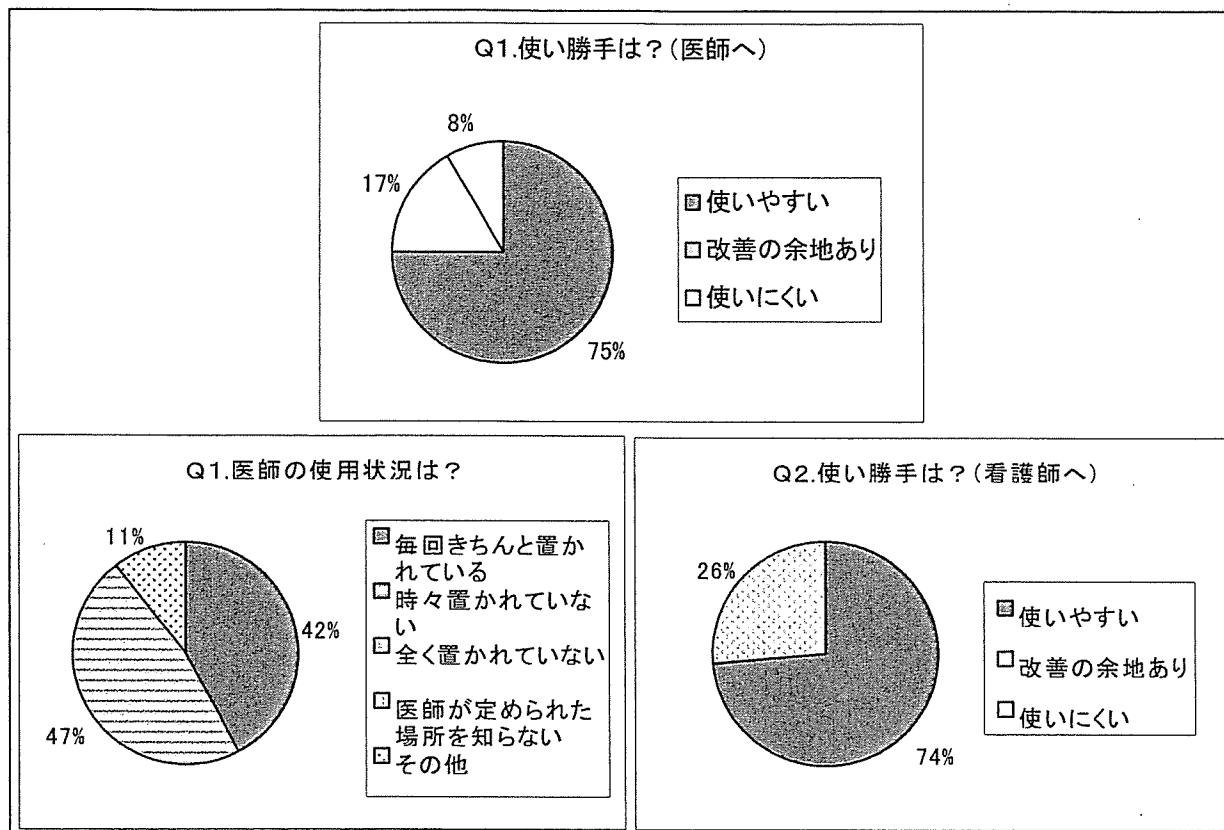
※02月29日服用開始日処方あり

[図 14] 内服ワークシート

6. 結果

現段階では、当チームの対策が誤薬件数減少に寄与したかどうかの検証をするところまでは至っていない。しかしながら、＜指示出し・受け＞対策に関しては、医師、看護師のアンケート調査にて、概ね良好な結果が出ており（図 15）、医師向け手順書では4月以降の新任医師には既に研修を開始、持参薬チェックに関しても全病棟を対象として開始され

た。



【図 15】 指示だしボックス、指示依頼ボードについてのアンケート結果（医師、看護師対象）

7. おわりに

今後、インシデント解析チームと協力し、目標とした指示に関するエラー件数減少の検証を行い、さらには与薬に関する看護師の「1日行動シート」の作成にて、行動計画の「漏れ、抜け」防止を行なう予定である。

なお、現在 ISO9001 に取り組んでいる当院において、メディカルリスクマネジメントに関する組織改変による発散的チーム解散とともに当メンバーを中心として、さらなる横断的活動で誤薬防止への更なる取り組みと結果を出す事に期待したい。

【参考文献】

- ・「早わかり医療事故防止ノート」 飯塚病院、早稲田大学棟近研究室 照林社
2005年5月

【活動の記録】

- ・医療のTQM推進協議会主催「第7回フォーラム」in札幌

【Q エキスパート】

- ・竹本 伸輔（薬剤長：薬剤部）

NDP 公開シンポジウム
『医療の質と安全の向上をめざして』

2006年4月16日 国立国際医療センター

平成18年（2006年）6月

主任研究者 上原鳴夫（東北大学大学院医学系研究科）

NDP 入院時持込薬の安全管理指針

平成17年10月10日

NDP(医療の TQM 実証プロジェクト)

NDP 入院時持込薬の安全管理指針

【目的】入院時に患者が持込んだ医薬品等（入院時持込薬）について、関連医療スタッフ全員（医師、看護師、薬剤師）が、その品名、用法・用量、残量、薬理作用、副作用等を把握し、入院中の薬物療法が安全に実施される体制を構築する。

入院時持込薬 NDP 定義

【入院時持込薬】

患者が入院時に病院に持込んだ全ての医薬品・市販薬とする（狭義の入院時持込薬）。すなわち、他院・他診療科等から処方された医薬品、自診療科外来で処方された医薬品、および市販薬（大衆薬、OTC薬）、個人輸入薬。

【広義の入院時持込薬】

狭義の入院時持込薬に加えて、薬剤に類する作用のある食品等、薬剤の作用に影響を及ぼす可能性のある食品等を加えたものを広義の入院時持込薬とする（特定機能食品を含むサプリメント、いわゆる健康食品など）。

【実施すべき内容】

- 1) 入院時持込薬の安全管理のための院内規約およびマニュアルを作成するとともに、ルール遵守を徹底させること。その際、入院時持込薬の取扱いについて、医師、看護師、薬剤師の役割分担を明確にしておくこと。
- 2) 処方や薬剤の指示出しは、持込薬情報を把握してから行うことが必要であり、これを徹底する意味から、持込薬に関する責任は原則として主治医が担うこと。
- 3) 関連スタッフ全員が持込薬を確認できていることを把握できるシステムを構築すること。
- 4) 入院時持込薬の範疇は、医療用医薬品、OTC薬、サプリメント等、極めて広範囲に及ぶ。持込薬の確認は原則として薬剤を含む化学物質全般の知識に明るい薬剤師が行うこと。薬剤師が不在の時間帯（例えば休日）が存在する場合は、そのバックアップ体制も整えておくこと。
- 5) 持込薬の確認の際は、紹介状やお薬手帳の確認、患者への直接の問診等により可能な限りの持込薬に関する情報収集を行うこと。
- 6) 入院時持込薬をスタッフ全員が把握するためのフォームとして、NDP 入院時持込薬確認表を別紙に示した。その留意点を以下に示す。
 - ①. 書式の項目は、「継続・中止・用法変更」、「薬剤製品名（規格・含量）」、「院内採用の有無（無い場合の代替薬）」、「薬効」、「用法用量」、「持込数量」、「備考」、「持込薬確認表作成者記名欄」、「持込薬確認および指示出し医師記名欄」、「指示確認看護師記名欄」とする。必要であれば「薬剤一般名」の記入欄を追加する。
 - ②. 「継続・中止・用法変更」の欄は、看護師からの認知性を考慮し、表中の最前列に配置する。

- ③. 「持込薬確認表作成者記名欄」には、持込薬確認表を作成した者の名前を記入する。薬剤師以外が作成した場合は、後で必ず薬剤師がそれを再確認し、その薬剤師が署名および作成日を記入する。
- ④. 「持込薬確認および指示出し医師記名欄」には、確認表を確認した医師が署名および指示出し日を記入する。
- ⑤. 「指示確認看護師記名欄」には、持込薬に関する指示を確認した看護師が署名および指示受日を記入する。
- ⑥. 「薬剤製品名（規格・含量）」の欄には、持込薬の名称を記入する。その際、製剤の主成分量や濃度などを必ず明記すること。また、院内採用が無い場合は、代替薬として同成分の採用薬を記載する。代替薬を記入する際は、製剤の主成分量や濃度などを必ず明記すること。
- ⑦. 「用法・用量」の欄には、単位を明記すること。
- ⑧. 備考欄：下記の場合は必ず記入する
 - 屯用、外用（坐薬、点眼、吸入）、注射剤についての用法・用量の詳細
 - 用法・用量の変更があった場合の変更内容。
 - その他の注意事項。
- ⑨. 市販薬、個人輸入薬、特定機能食品、その他のサプリメント・健康食品などを記入する欄を別途設ける。簡単な効能についても記入することが望ましい。
- ⑩. 運用を徹底するため用紙中に簡単な運用マニュアルを記載することが望ましい。

.....

制 定： 2005年10月10日

作 成： NDP 病院合同改善プロジェクト「入院時持込薬の安全管理」タスクチーム

<タスクチームメンバー> 医師:D、薬剤師:P、看護師:N

矢野 真 D、織田幸恵 N、柴崎 功 P、菅野 隆彦 D（以上、武蔵野赤十字病院）；三舛信一郎 D、檜垣 修治 P、大六野 文枝 N、（以上、神鋼加古川病院）；清水 義雄 D、栗林 正彦 P、中嶋清子 N（以上、佐久総合病院）、谷 吉寛 P、石渡 祥子 N、藤崎 良一 P、池田 由佳 N、君和田 貢 P（以上、成田赤十字病院）、浅野 尚 P、佐藤 裕二 D、高橋 秀史 D、小泉 由貴美 N、佐々木 まり子 N、村上 牧子 N（以上、札幌社会保険総合病院）、我妻 恭行 P、猪岡 京子 P（以上、東北大学病院）

<アドバイザー>

土屋 文人 東京医科歯科大学病院歯学部附属病院 薬剤部長
 下山田 薫 コマツスタッフアンドプレーン 特別顧問
 大藤 正 玉川大学 経営学部国際経営学科 教授
 福丸 典芳 (有)福丸マネジメントテクノ 代表取締役

<編集>

我妻 恭行 東北大学付属病院薬剤部 副薬剤部長
 矢野 真 武蔵野赤十字病院 呼吸器外科部長

<監修>

三宅 祥三 武蔵野赤十字病院 院長
 上原 鳴夫 東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野 教授

入院時持込薬確認表 (NDP 式)

☆ 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】 NDP 案)

1. ☆の欄は、入院時に担当看護師が記入し、担当薬剤師に提出（連絡）する。その際、持込薬の有無に関わらずに提出すること。
2. 原則として薬剤師が持込薬を確認し、必要事項（※の欄）を記入する。
3. 太枠線内は、必ず医師が記入する。
4. 記入後、本用紙はカルテにファイリングする。
5. 薬剤師不在の場合は医師又は看護師が持込薬を確認する。ただし後日改めて薬剤師も持込薬を確認する。

【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発行できないこととする
- ・「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。なお代替薬として類似薬の記載は原則として行わないこと。
- ・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。

☆ 入院日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (:)

作成日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (:)

確認表 作成者 署名欄	薬剤師 (必須)	医師・看護師
-------------------	----------	--------

1 処方箋薬・医療用医薬品※ (有・無)

継続: ○ 中止: × 変更: 変	持込薬の薬品名 (成分含量・濃度等を明記)	当院採用		薬 効	入院時の用法・用量 (用法変更の場合や屯用・外用の場合等は、備考欄に詳細を記入)						持込数量 (単位明記)	備 考	
		有: ○ 無: ×	同成分の採用薬品		食前	朝	昼	夕	眠前	単位			

<p>2 OTC 薬・市販薬等※ (有・無) (例: 解熱薬、胃腸薬、目薬、軟膏、個人輸入薬、等)</p>	<p>3 健康食品等※ (有・無) (例: 各種サプリメント、特定機能食品、ビタミン剤、プロテイン、等)</p>
<p>4 嗜好品等※ (有・無) 喫煙・飲酒・その他 ()</p>	

<p>5 連絡欄※ (薬剤師・看護師 ⇒ 主治医)</p>	確認・指示出 医師	/
	指示 確認 看護師	/