

# 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。  
 【通用方法 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。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：△	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			

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)

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)

4 嗜好品等※ (有・無)  
喫煙・飲酒・その他 ( )

5 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		/

## 患者経験調査から CS 改善プロジェクトへ

佐久総合病院 中村千尋、飯島秀人、伊澤敏

### 1. 改善活動にあたってのトップのコミットメント

平成 15 年および平成 16 年に NDP において、「患者経験調査」が試行され、当院も試行調査に参加した。「患者経験調査」は、米国の Picker 研究所（ボストン）が開発し、米国の医療機関で広く活用されている調査票をモデルにしたものである。この調査は患者に主観的印象評価を求めるのではなく、受療中に遭遇した具体的事象や体験の有無を訊ねる設計になっている。したがって、患者の回答から改善の具体的課題を客観的に把握できるところにその特徴があるとされる。

患者経験調査の結果は、当院の診療・患者サービスの質には多くの改善課題があることを示してくれた。その結果は会議などを通じて職員に知らされ、改善には病院幹部のリーダーシップが必要であることが認識された。

平成 17 年 5 月、以上の経緯の中から病院長をプロジェクトリーダーとして CS 改善プロジェクトが立ち上げられた。

### 2. 職員への示達内容

患者経験調査の結果は職場責任者会議、部長医長会議、医局会議などの場を使い、くり返して院内に報告された。またこの調査の結果から明らかになった問題を解決するために「CS 改善プロジェクト」を立ち上げることを、診療部会議の承認を経て、平成 17 年 5 月の職場責任者会議で診療部長が発表・周知した。

### 3. 改善活動組織の構成と運営管理体制

表 1：CS 改善プロジェクトメンバー（平成 17 年度）

氏名	役職	接遇委員会	投書委員会	NDP Qexp.	QCサークルリーダー	労組執行委員	役割
夏川 周介	病院長	○					プロジェクトリーダー
伊澤 敏	診療部長		○	○			プロジェクトマネージャ
西垣 良夫	健康管理部長	○				○	
結城 敬	外科医長					○	
北澤 彰弘	地域ケア科医長	○				○	
由井 和也	小海診療所長	○					
磯貝 睦子	副看護部長			○			
井出 洋子	病棟看護師長	○					
三石 晴子	外来看護師長	○					
三石由美子	外来看護師長	○					
結城 文子	病棟看護師	○					
花岡奈保美	老健ケア	○					
堀内 賢一	薬剤部主任	○					
鷹野 邦一	放射線技師			○	○	○	
川村 佳子	医療ソーシャルワーカー			○	○		
中村 千尋	臨床心理士			○	○		
油井 博一	管理課課長	○	○			○	事務局
輿水 賢治	人事課課長	○	○				事務局
飯島 秀人	システム課課長代理				○		事務局

### 3. 1 組織の構成

プロジェクトメンバーは、接遇委員会、投書委員会、NDP委員会、QCサークルリーダー、および労働組合の執行委員の中から選任し、診療部会議で承認を受けた。

それぞれの目的はことなるものの、いずれの委員会および組織も基本的には病院の質改善につながる活動を目的に組織されたものである。

### 3. 2 責任と権限の明確化

責任と権限については、明確な規定が無いままプロジェクトが発足した。この点は反省材料である。そもそも組織の中で何かを成し遂げようとする時には、執行にあたり、組織から責任と権限を与えられたリーダーの存在が不可欠である。

本プロジェクトでは病院長をリーダーとしているため、責任と権限の問題は前提としてクリアされていると考えていたが、プロジェクト発足に当たり、この点を再定義し、明確化しておく必要があったと振り返っている。

## 4. 改善活動計画及び進捗状況

### 4. 1 改善活動の目的及び目標の明確化

プロジェクト発足の目的は、①患者満足度の向上 ②職員満足度の向上の2点とした。職員満足度の向上をCS改善プロジェクトの目的の一つに掲げた理由は、顧客満足度と職員満足度は並行して動くという指摘がサービス業などを対象とした多くの調査結果から示唆されており、一方の向上は他方の向上にプラスの作用を及ぼすと考えたからである。仮に職員の犠牲的な労働とストレスの増大の上立った患者満足度の向上があったとしても、それはどこかしらいびつで、おそらく長続きする性質のものではないだろう。

### 4. 2 計画の実施状況（活動成果）の明確化

表2：工程表

	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
チーム結成	■										
現状分析	▶										
目標設定		▶									
追加調査検討		▶									
追加調査実施			▶								
調査結果分析				▶							
対策の立案・説明				■	▶						
対策の実行							▶				
対策の評価										▶	
結果の報告											▶

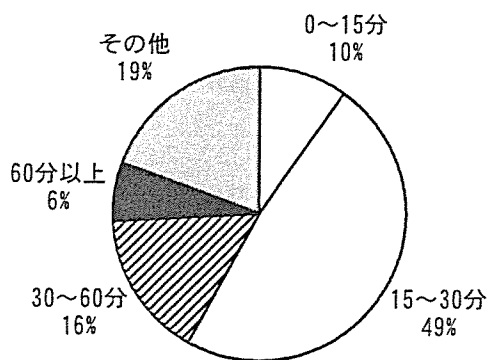
本プロジェクトは表2の工程表に従って開始された。  
プロジェクトの中で予定された追加調査を以下に列挙する

- ①外来総合処置室に関連する調査（未着手）
- ②待ち時間に関連する調査
  - ・待ち時間を退屈にさせない工夫
  - ・待っている患者への看護師の関わり、etc.
- ③説明に関連する調査（着手するも進まず）
  - ・患者への説明に関する工夫
  - ・看護師、技師による説明
  - ・説明文書類の洗い出し、etc.
- ④服薬指導に関連する調査（未着手）
- ⑤ES（職員満足度）に関連する調査

上記のうち平成17年10月頃から着手した職員満足度についての調査準備に時間がかかることになった。職員満足度については同年12月に予備調査を実施し、平成18年1月に1600名あまりの全職員を対象とする本調査を実施したが、現在その結果の分析を進めている途上にある。

#### 4.2.1 外来待ち時間に関する調査の実施

2005年7月に、外来各診療科を対象に



待ち時間に 図1 予約患者の待ち時間

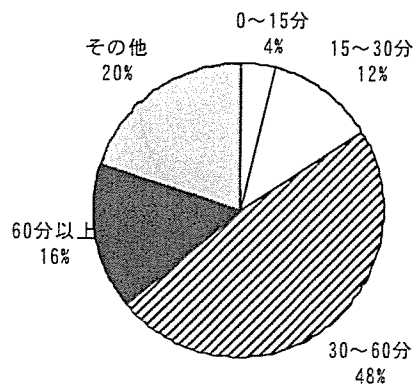


図2 当日受付患者の待ち時間

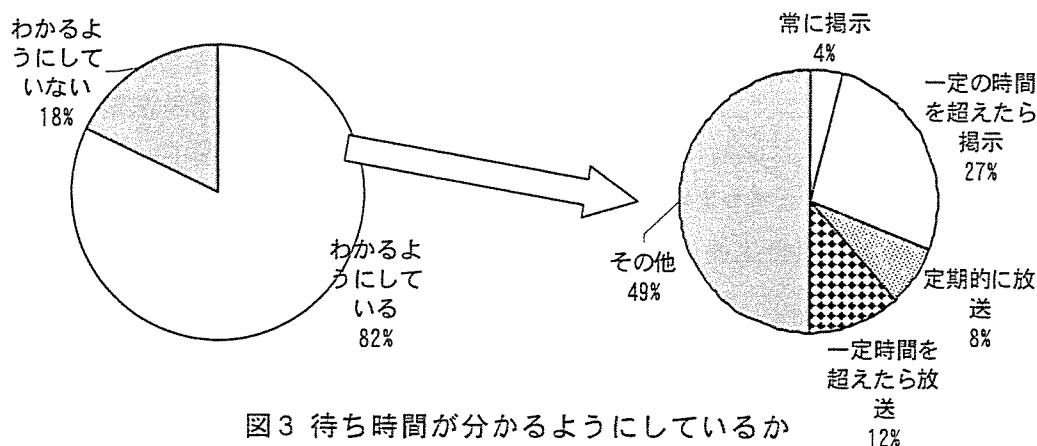


図3 待ち時間が分かるようにしているか

関する調査をおこなった。

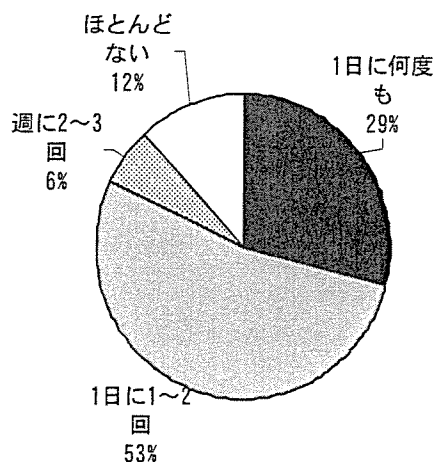


図 4 待ち時間について訊ねられる

「待ち時間について訊ねられるか」について、5つの診療科で1日に何回も訊ねられるという実態が明らかになった(図4)。

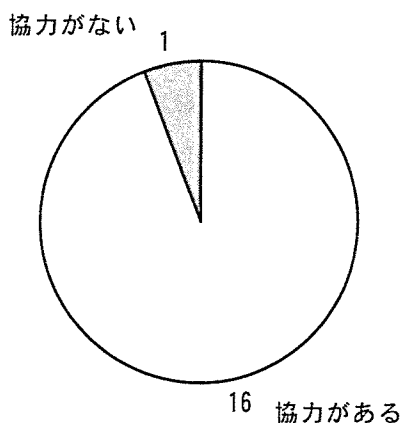


図 5 待ち時間対策(医師からの協力)

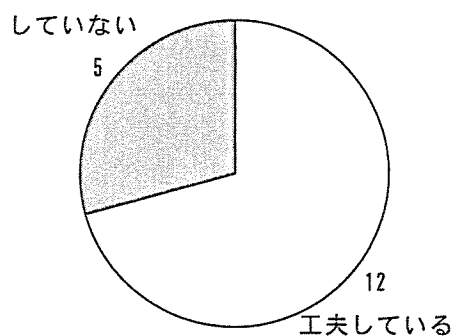


図 7 待ち時間活用の工夫

解消に大きく関与している可能性が考えられた。また、医師の姿勢や協力度も不満解消に影響していると考えられた。

「予約患者の待ち時間」については、過半数の診療科で30分以内におさまっていたが、予約であっても60分以上の待ち時間がある診療科もあった(図1)。また「当日受付患者の待ち時間」については、各診療科の事情によってバラツキが大きく、当日受付患者数の多い診療科では待ち時間が長くなっていた(図2)。そして、「待ち時間が分かるようにしているか」については、大半の診療科において何らかの方法で待ち時間を明確にしていた(図3)。待ち時間を表示している診療科がいくつかあったが、表示内容は診療科毎それぞれであった。一方で、「待ち時間について訊ねられるか」について、5つの診療科で1日に何回も訊ねられるという実態が明らかになった(図4)。

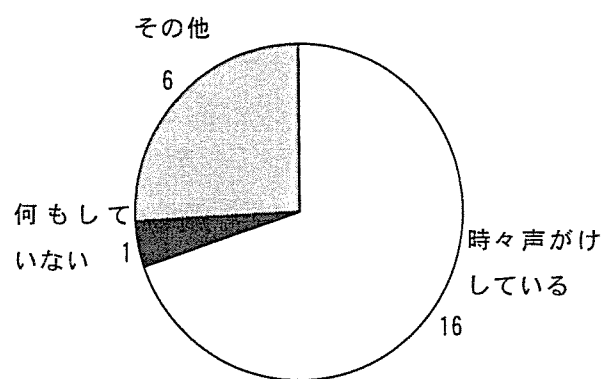


図 6 看護師としての関わり

「待ち時間対策(医師からの協力)」については、ほぼ全診療科において医師から協力が得られていた(図5)。また「看護師の関わり」として、時々患者に声がけをするなどの方法で待ち時間に対処していた(図6)。他方、「待ち時間活用の工夫」については積極的に待ち時間を活用する、という発想は比較的乏しかった(図7)。

以上のことから、各診療科毎に待ち時間の不満解消に向けた工夫・努力をしていることが明らかになり、その中で、きめ細やかな言葉がけが不満

待ち時間に対する不満解消の流れとして、「待ち時間短縮策→待ち時間活用の工夫策→イライラ・苦痛の軽減策」が想定され、それぞれ実施していく必要があると考えられた。

#### 4.2.2 職員満足度に関する調査実施

「病院の職員満足度に影響を与えている要因を探り、満足度向上に必要な対策を明らかにする」ことを目的として、職員満足度の評価方法について検討した。

##### 4.2.2 (1) 職員満足度評価尺度作成

1978年にStampsらによって、病院勤務の看護師を対象にした職務満足度スケールが作成されている。その後尾崎らによって翻訳、検証、修正し1988年に日本語修正版として発表され（「尾崎修正版尺度」）、日本において最も広く用いられているとされる。そこで、尾崎修正版尺度による満足度の評価を考え、項目内容などを検討したが、当院の実情に適した評価尺度であるとは言い難いと考えられた。尾崎修正版尺度は看護師を対象とした尺度であるが、看護師に限らず全職種の満足度を評価できる尺度が求められ、同時に、当院職員の満足度を評価できる尺度、病院幹部が職員の満足度について情報を得られる尺度が必要であると考えた。そこで、当院独自の職員満足度評価尺度を作成することとなった。

まず、「職員満足」をテーマにKJ法によって意見を出し合った。その結果、72の要素があげられ、それが16種類に分類された。そして、さらに検討を加えて親和図を作成し、13種類に分類することとした。分類された13の内容について、それぞれを測定する質問を3項目ずつ作り、調査用紙を作成した。

作成した調査用紙について、無作為に抽出した100名の職員を対象に予備調査をおこなった。その結果をふまえて質問項目等に修正を加え、全職員を対象とした「職員満足度に関する調査」を実施した。

##### 4.2.2 (2) 職員満足度に関する調査の結果

アンケートの回収率は約73%で、医局の回収率が顕著に低いという状況ではあったが、全体としては高い回収状況であった。

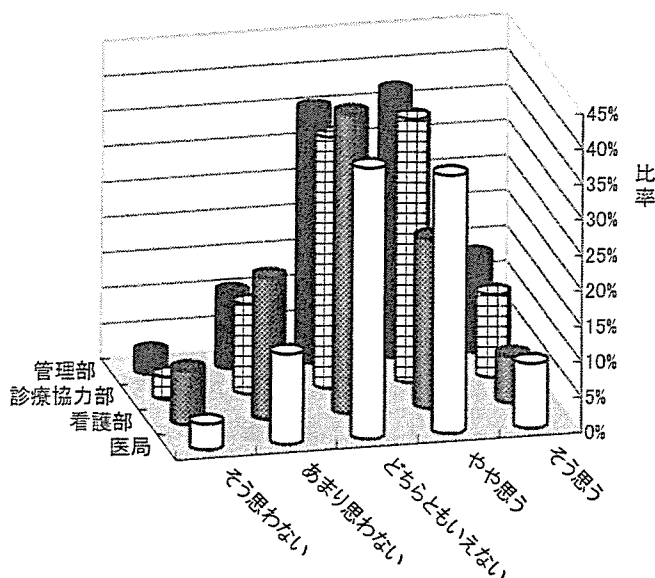


図8 佐久病院での仕事に満足している

現在結果の分析を進めている段階にあるため、現時点での中間報告として、職種間での比較をあげて結果の一部を紹介する。

そもそも焦点を当てている、仕事に対する満足度については、どの職種も満足はしているが、看護部においてやや他職種と異なった傾向が見られる。看護部以外が満足している方に対して、看護部は「どちらともいえない」が最も多く、満足しているとも言い難いと考えられた（図8）。

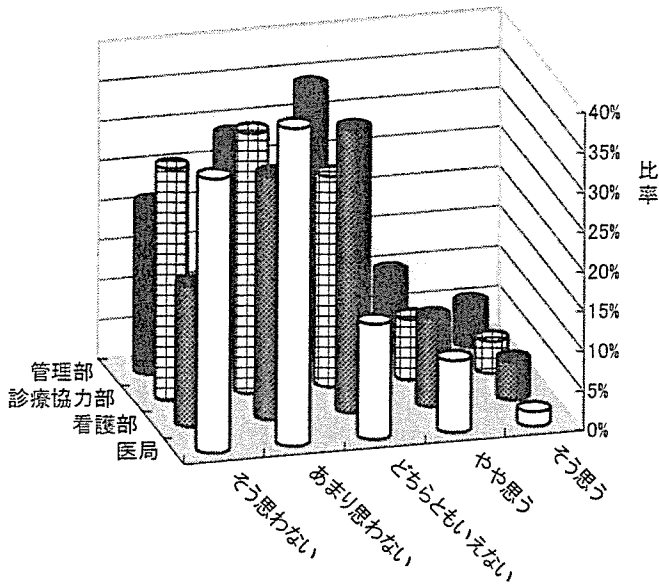


図9 私の仕事にやりがいを感じない。

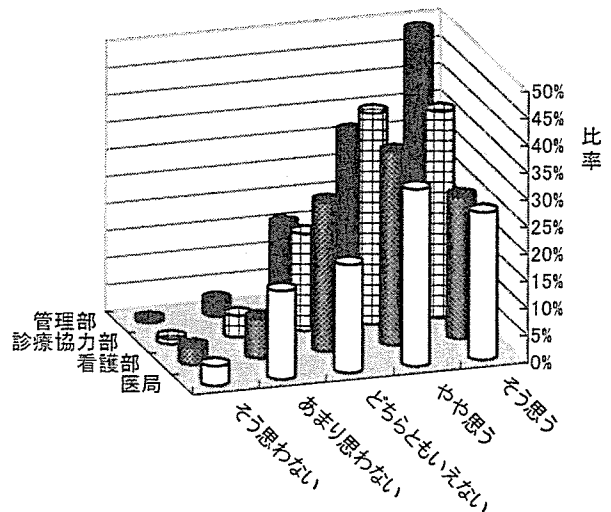


図10 佐久病院が困難に直面した時にみんなで乗り越えたいと思う。

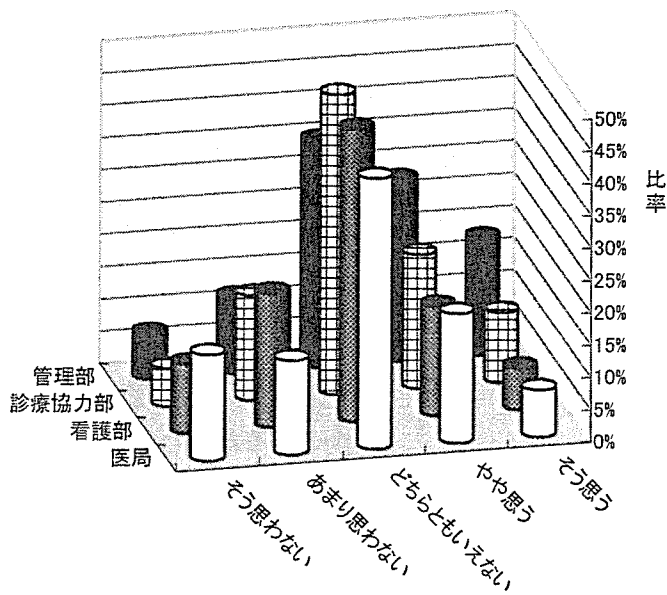


図11 佐久病院に将来性を感じる。

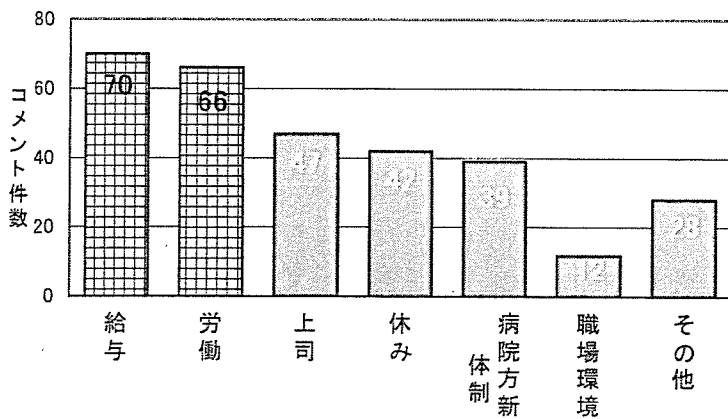


図12 フリーコメントに書かれた不満件数

また、仕事に対するやりがい感については、基本的にはやりがいを感じていると考えられるが、職種別に見ると医局と診療協力部で同様の傾向、看護部と管理部で同様の傾向があり、前者の方がやりがいを感じている程度が高いと考えられた(図9)。みんなで困難を乗り越えたいと思うといった連帯感については、全体的に連帯感の強さは伺えるが、管理部で「そう思う」が顕著に多く、医局・看護部はそれに比してそう思う程度が低くなっていた(図10)。病院の将来性については、いずれの職種も「どちらともいえない」が最も多いが、職種別では医局が将来性を感じていない傾向が強く、診療協力部・管理部で将来性を感じていると考えられ

た（図 11）。

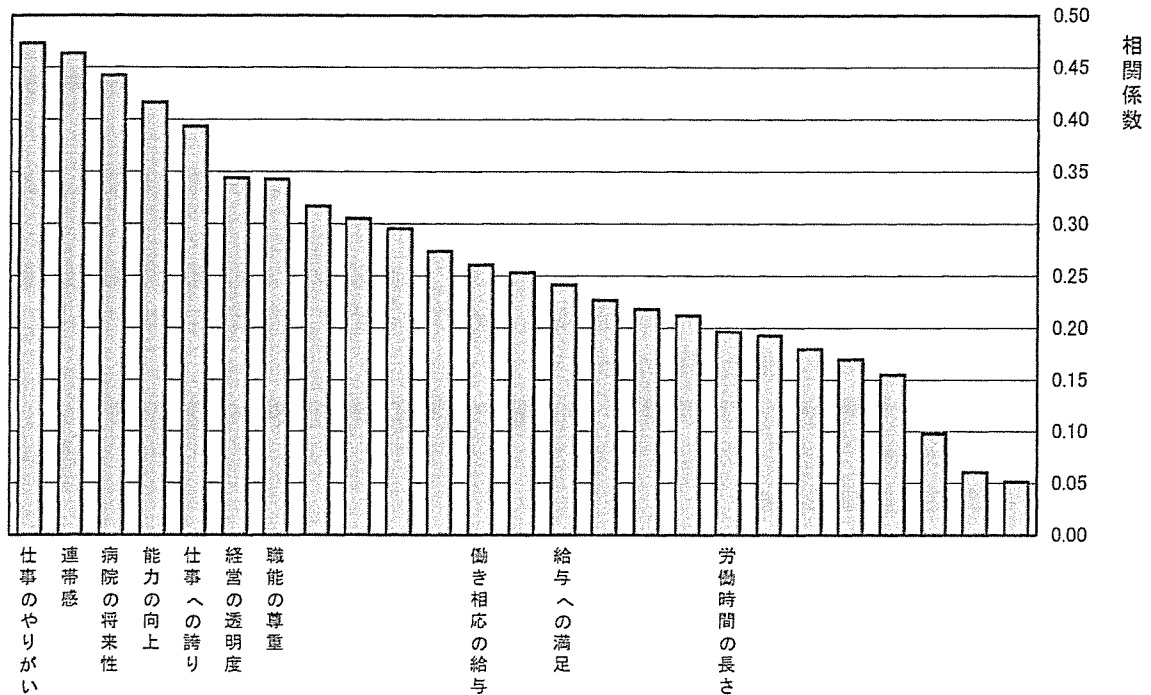


図13「佐久病院での仕事に満足している」との相関

また、自由記述で得られた不満足を感じる点として多かったのは、「給与」「労働」に関する内容のものであった（図 12）。しかし、満足度とそれらとの相関を見ると、どちらも満足度との相関が高いことは示されなかった（図 13）。

そこで、動機づけ理論の1つであるハーズバーグの2要因仮説に注目した。これによると、動機づけには作業環境や就労条件などの「衛生要因」と、仕事の達成や業績の承認・職務に対する責任や権限委譲などの「動機づけ要因」の2つの要素があるとされる。前者の「衛生要因」は、満たされていないと不満足につながるが、満たされていてもやる気にはつながりにくい、後者の「動機づけ要因」は、満たされていなくても不満にはならないが、満たされると満足度が高まると考えられている。

この仮説を援用すると、給与や労働は衛生要因であることから、満足度との相関が高くないことが説明できる。また満足度と相関が高いのは動機づけ要因と考えられるものであり、2要因仮説を裏づける結果が得られている。しかし、その中で、「経営の透明度」は衛生要因であるものの、満足度と高い相関関係にあることが示された。これについては、当院が歴史的に労働組合の経営参加を謳っていることが背景にあると推測された。

以上より、職種間で傾向に差のあることが示されたが、勤務場所間（本院・分院等）、年齢層間などによって異なった傾向があるのかなど、今後より詳細な分析を進める予定である。満足度との相関関係については、ある程度の傾向は示されたが、最終的に満足度の向上につながる施策に結実するよう検討を進める必要がある。



## 5. 活動の成果と反省

メンバー全員がそれぞれに多忙な日常業務を抱えてのプロジェクト発足であったため、会議への出席もままならないメンバーもいたが、意欲的な参加が多かったと振り返っている。そもそも「プロジェクト」とはどのようなものか、実際にプロジェクトを走らせる中から、その方法論を学ぶことにも目的があったため、1年の活動を通して得るところは少なくなかった。

病院という組織の中に定型的な「プロジェクト」を導入し、機能させることは十分可能であるし、有用と考えられた。

以下に東北大学の上原鳴夫による「プロジェクト」についての講義からその要点を列挙する。ここにはプロジェクトを進めるためのキーポイントが示されている。

- ・プロジェクトには目標と期限がある
- ・プロジェクト関係者（ステークホルダー）の合意を得ることが大事→成功の鍵
- ・人が遂行する
- ・使用資源の制約はある
- ・計画され、遂行され、管理される、工程表が必要
- ・リソースの管理が必要
- ・プロジェクトマネージャのスキルが要求される
- ・リーダーシップが必要
- ・ブレイクスルーを目指す

プロジェクトは、①目的・目標が明確に定まっていない場合、②達成の期限が切られていない場合、③組織化と責任の明確化が図られていない場合、④プロジェクトの後に運用に乗せることが考慮されていない場合、に失敗すると言われている。平成17年度の活動の問題点を点検し、今年度の活動のレベルアップをはかりたい。

## 臨床研修の安全管理—成長する教材

安藤廣美 飯塚病院心臓血管外科

### 1) 侵襲処置

医療においては患者に対し多少なり侵襲を加えることによって診断、治療プロセスが進行する。最大の侵襲は外科手術であろう。しかし、診断時の点滴や造影剤の打ち込みから投薬における危険薬の誤投与など如何なるプロセスにおいても侵襲が発生する。今回は、手技自体が侵襲と考えられる代表的なものについて患者安全の立場から如何なる研修医教育が有効的かについて検討した。今回は鎖骨下静脈穿刺を元に検討したので報告する。

### 2) 教育

筆者自身の場合、先輩医師の手技を見て、教えてもらい、テキストブックを参考にみようみやまねで始めた記憶がある。見る機会としては外科の場合、麻酔科、救急部などをローテートする場合見る機会、指導機会を得る。内科専攻の場合はその機会も少ないことが想像される。鎖骨下動脈穿刺や気胸は経験したがその他の多くの危険な合併症を把握した訳ではない。見ること、指導を受けること、教科書を読むことは実際の手技において必要最小限の教育である。その上で、起こるべき合併症を十分把握し、起こった場合の処置についても把握している場合患者の安全確保はより正確なものとなる。このためにはこれまでに発生した合併症の把握と更に起こりうる可能性のある合併症についても配慮できる医師の育成が不可欠である。

### 3) 何が問題か？

注意していても合併症は起こる危険を常にはらんでいる。まずは①行うべき侵襲処置のプロセスを理解していること。このためには手順を見る、読む、解剖を知るなどの基礎知識が必要である。次に②その上で、全プロセスにおいて起こり得る合併症を知っていること。知っていることそれ自体が合併症発生予防につながる。最後に③起こった場合の対処法を周知し実行できること。これが把握されない場合事故発生の確率、死亡を含む重症化の確立が増加する。①②③が十分理解されずに侵襲処置が実行されることが問題であろう。

### 4) FMEA[1], [2]

Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)とは「故障モードとその影響解析」を意味しています。事前に予想されるあらゆる故障モード(以下エラーモード)を列挙し、その中から周囲への影響度の高いエラーモードを抽出し、事前に対策を講じようとする信頼性解析の手法です。ユニットプロセスからなっています(図-1)。たとえば手術においてのユニットプロセスとは例えば消毒・シーツ掛け・ドレーピングまでが清潔術野の確保というユニットプロセスであり、以下鎖骨下静脈の位置確認、仮穿刺、本穿刺、カテーテル挿入、固定などのユニットプロセスがあります。ユニットプロセスにおいて手技を理解し、発生しうるエラーを事前に把握していること自体が予防につながります。また、エラーに対す

る対策法を身に付けていけばより安全な結果を導くことが可能です (図-2)。

PRA (Predictive Risk Analysis) は FMEA を元に侵襲処置ユニットプロセスに分けて各プロセスで経験した、または解剖学的に可能性のあるエラーを抽出しこれに対する予防策や対応処置を指導する (図-3)。そのためある侵襲処置を実行する場合、各ユニットで発生するエラーに対する予防・処置法を理解し実行出来るかまたは援助できる体制が不可欠要素として要求される。PRA 作成の手順としてはまずプロセスをユニットに分けて各ユニットにおけるエラーを抽出する。この場合、多施設、多経験者からのエラーや対処法の提供が必要となる。NDP においては NDP 参加病院のうち臨床研修安全管理班 (佐久総合病院、成田日赤病院、武蔵野日赤病院、名古屋大学、飯塚病院) に加え東京大学、天理よろず病院等の参加を得て抽出を行った。ユニットプロセスに分けて考える利点としては検討すべき侵襲処置のあるユニットプロセスがまったく異なる侵襲処置に認められる場合でもそこで起こりうるエラーが当該プロセスの中でも発生するものとして利用可能なことである (図-4)。

このようにして完成する PRA においては、一連のプロセスを理解すると同時に内在するリスク (エラー) を予知し、これを予防する手段やエラー発生時の適正な対策法の検討、獲得が可能となり、診療における安全な診断・治療の確立を容易にする (図-5)。企業における危険予知で用いられる KYT (危険予知ツール) をさらに科学的にしたものであり研修医教育においてはこれら危険予知能力を身に付けさせることも安全への補強と考えられる。

#### 5) 成長する教材

FMEA による検討から鎖骨下静脈の各プロセス分析から合併症、重症度、予防処置、対処法などが列挙されるが、研修医が手技を行う前にこれを理解するためにはまず実際のものを見る必要があるが都合よく手技が行われている場合は少ない。さらに、必要な解剖知識や合併症との関連を理解する場合は俄かに図書館を訪れる煩雑さがある。この労働を軽減し、効率的に手技についての実際を学ぶものとしては実際に手技、起こり得べき合併症、その対処法を同時に閲覧し取得することが侵襲処置の安全管理に不可欠と考えられる。

成長する教材では①何時でもプロセスを理解できるように手技の動画を用いた。この場合、FMEA の解析原理に従い全体として観察可能であると同時にユニットプロセスに分けた動画も提示した。このことで他の手技においても共通のユニットであれば同様のことが発生することを学ぶ能力が身につくものと考えた。各ユニットでの手技の正確な理解を高めるため必要な解剖や臨床で得られる解剖生理学的根拠 (造影所見、エコー所見など) を提示した。②各ユニットで発生する合併症を提示する。この場合、可能な限り臨床における合併症発生の診断根拠を提示する必要がある、このため多くの施設からの資料提供を依頼している (図-6)。③予防・処置では手技が必要な場合は、同様に動画による理解とそれに必要な解剖などの閲覧を可能にした。また、④この試みが持続的に行われるためには常に信頼性を得る必要がある顧客である研修医が持つ疑問や問題点を克服できるように、または上級医師でより良い処置技術を持つ方からの意見や技術導入を可能にするため、意見交

換のメールを備えている。また、①から④をうまく組み合わせる機能をして HP 形式を採用した (図-7)。

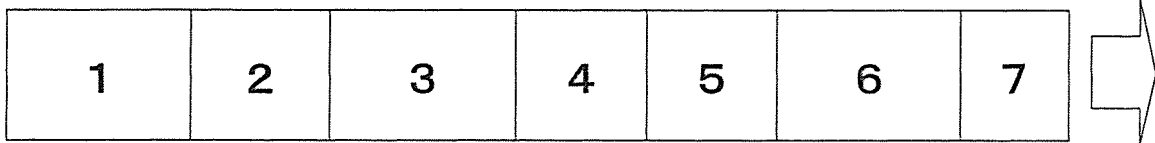
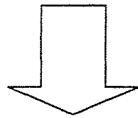
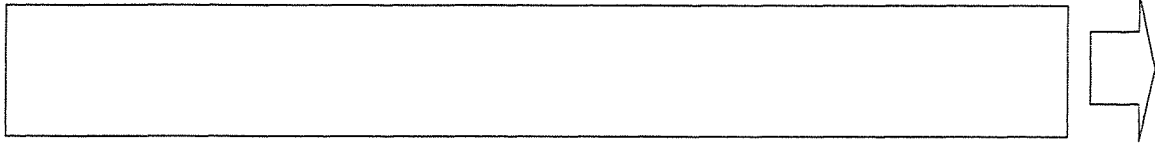
#### 6) 今後の展開

今後の展開として、侵襲処置の Library を増やす事や動画の画質や構成の質を上げる努力を続けるとともに、作成された成長する教材を各施設に配布することも可能である。この場合メール機能等を活用して成長する教材の進化に協力して頂きたい。施設においては独自の開発プログラムを利用して有効活用されており、かかる施設においては PRA の意義を理解され、施設にあった利用法を検討され活用していただきたい。

#### 参考文献

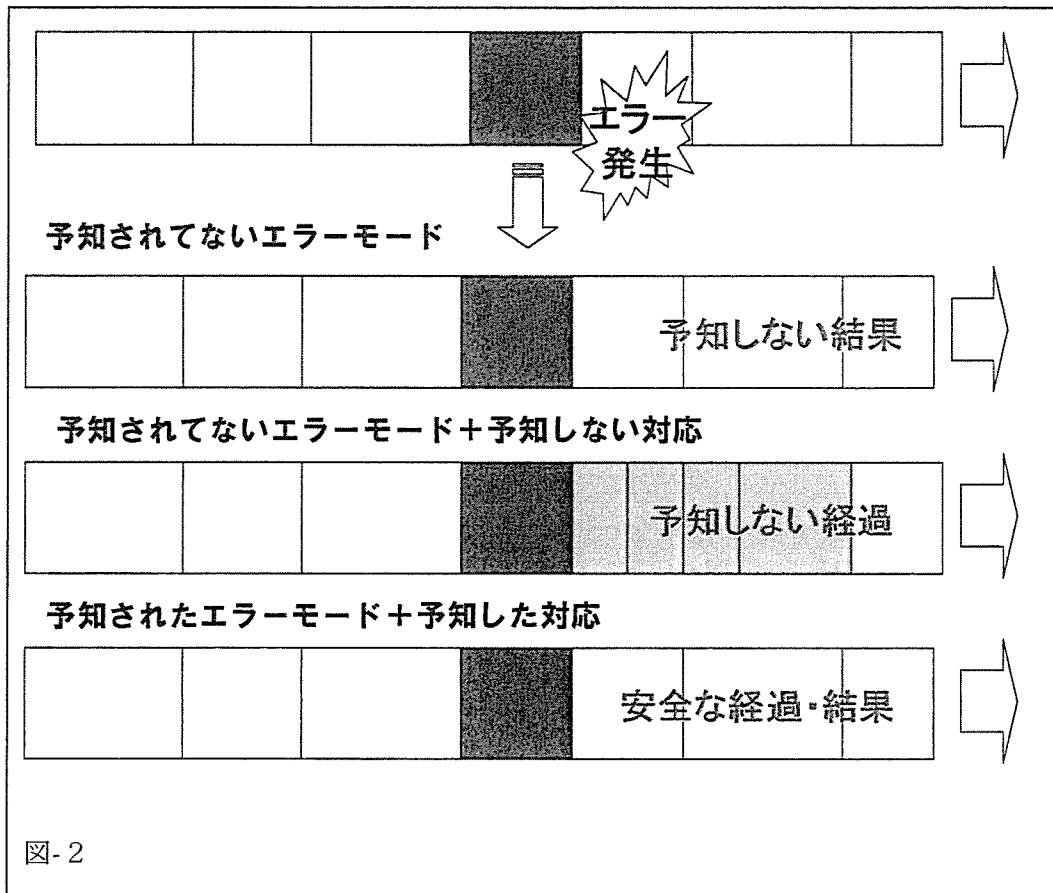
- [1] 梅田政夫：新版 QC 入門講座 4 品質保証活動の進め方、日本規格協会、東京、2002.
- [2] 福丸典芳：QMS 改善のための七つ道具、日本規格協会、東京、2003.

# ある作業プロセス



ユニットプロセスからなっている

図-1



# FMEA

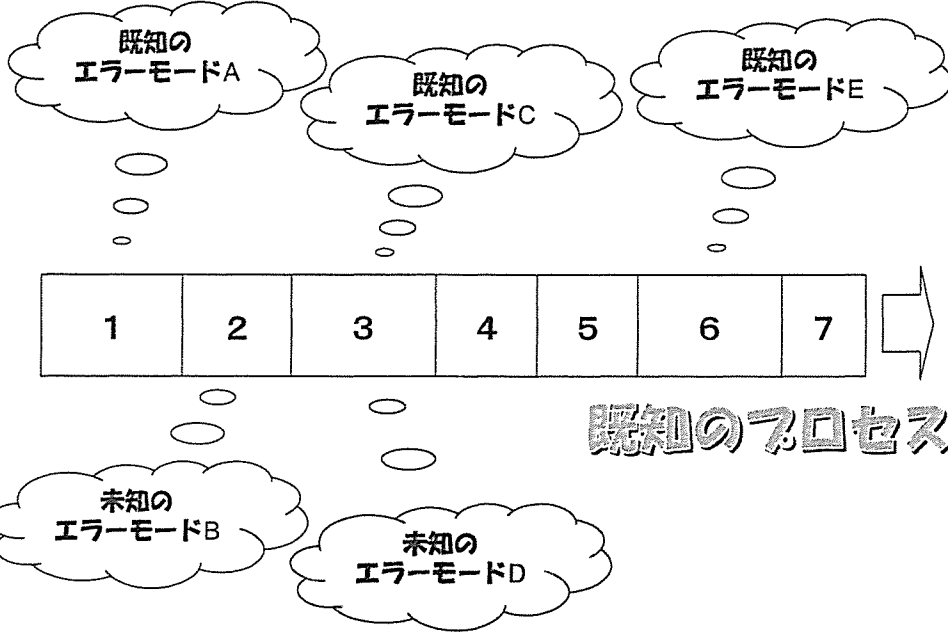


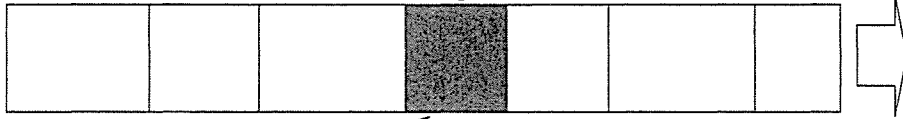
図-3



# FMEA

## 新たなプロセス

未知の  
エラーモード  
予防+対策



同一ユニットプロセスであれば

既知の  
エラーモード  
+対策

## 既知の別プロセス

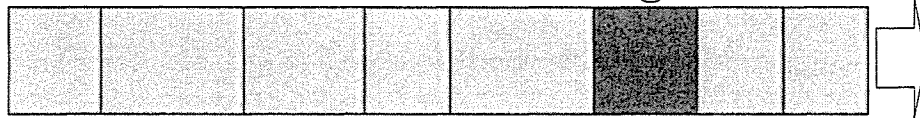
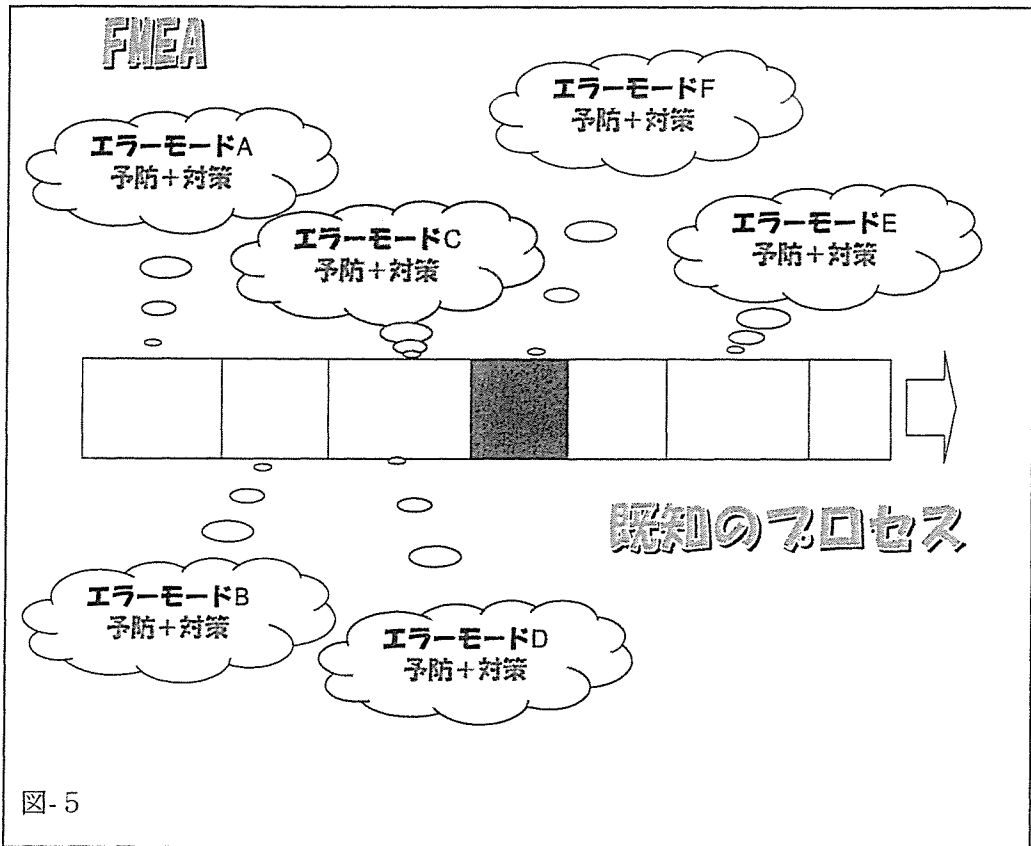
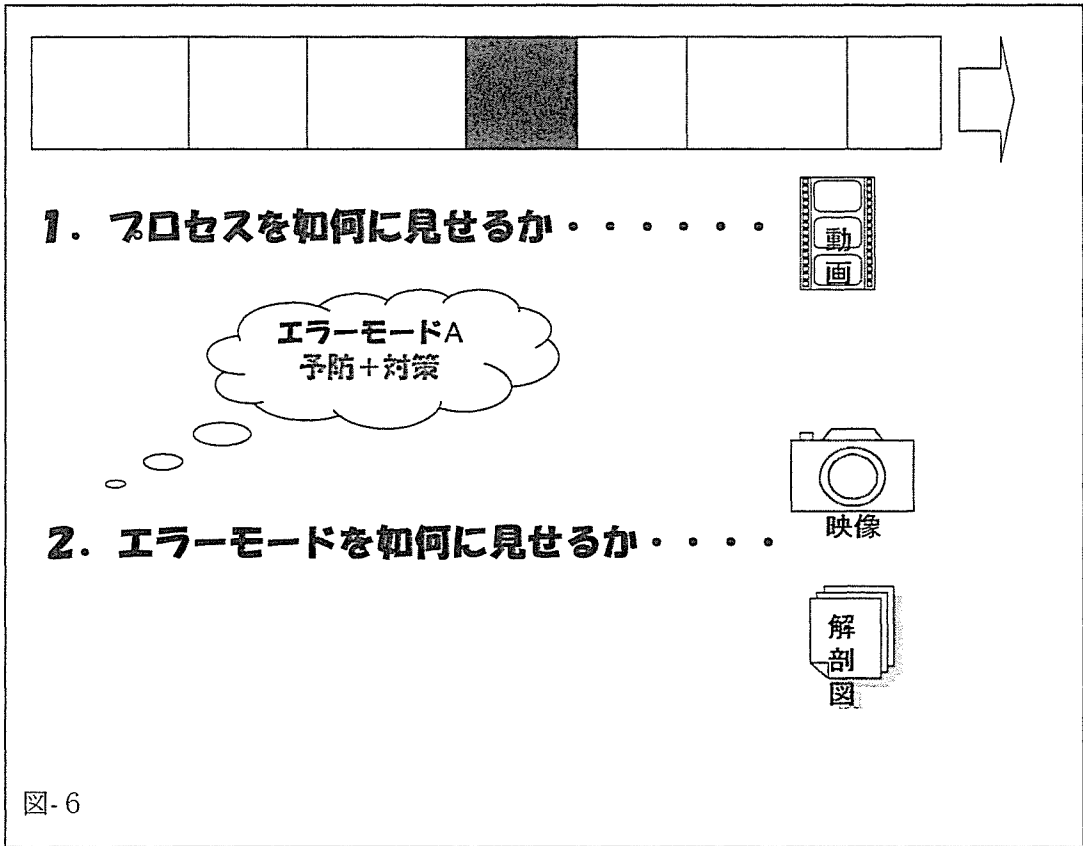


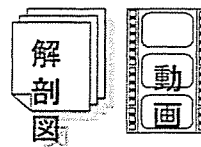
図-4



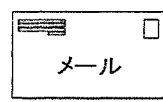


エラーモードA  
予防+対策

3. 予防+対策を如何に見せるか . . . . .



4. 信頼性を高めるために . . . . .



5. 1から4を可能にするために . . . . .



図-7