

2019年度第一回医薬品安全管理研修

- 今一度、チーム医療を考える
 - 《応用編》
- 当院における患者基本考える
 - ★作成⇒完成へ

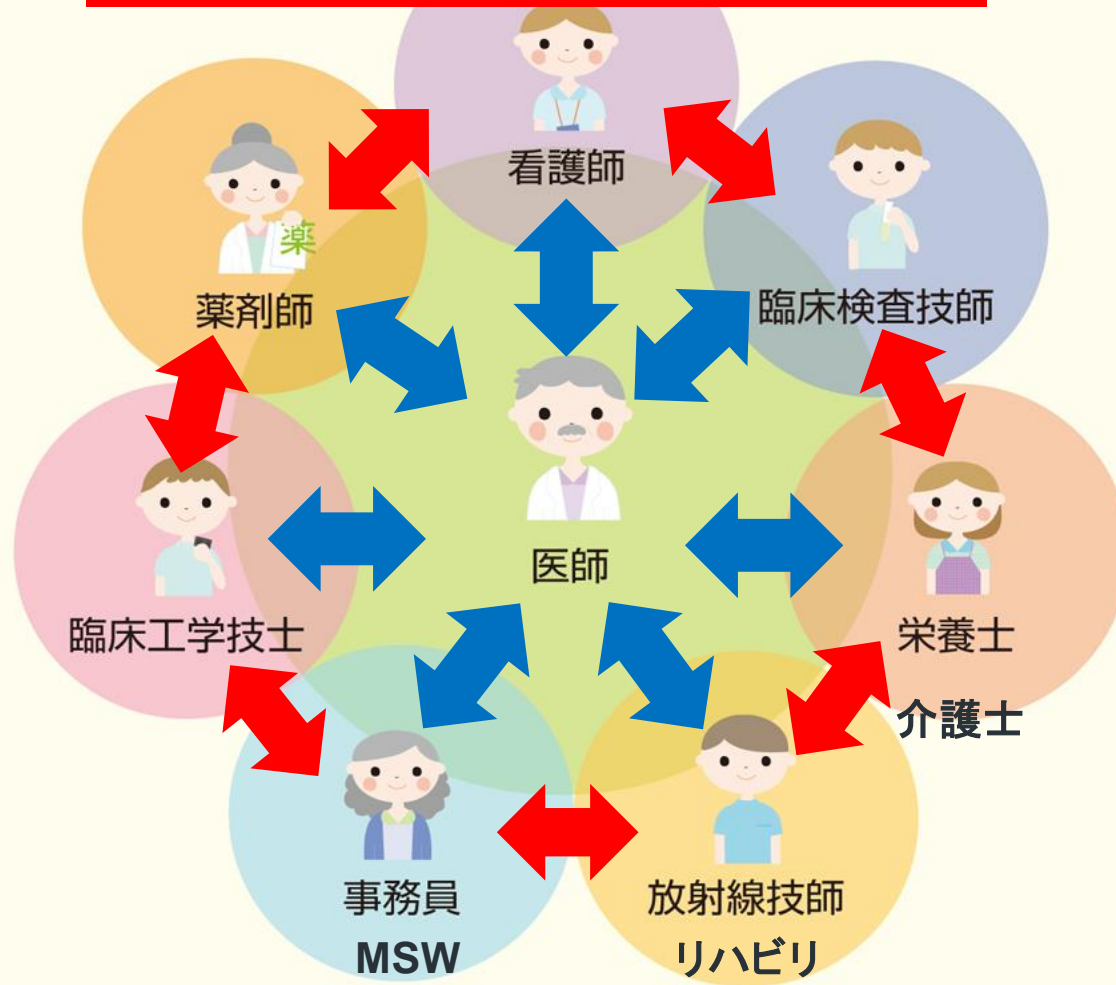
前回までのおさらい

チーム医療

実践を踏まえて
【可視化】してみましよう！！

チーム医療

11職種(メンバー)



11職種（メンバー）のリレーが開始



看護師



事務員



2分間のウォッシュ

次患者（他）が手のから下に向けて前患者（他）の手の上に向けてパトンを渡すアンダーハンドパス。着る姿勢に近くスエードは鼻も拭けるのが特徴



コメディカル



医師



1分35 1分35
1分35 1分35

合計 ① 40分38 ② 40分22~25

③ 3分45分間、④ 3分45分以上の予選メンバー、⑤ ③④それぞれでの入会時間でのベストタイム



看護師



事務員



1分35 1分35
1分35 1分35

合計 ① 40分38 ② 40分22~25

③ 3分45分間、④ 3分45分以上の予選メンバー、⑤ ③④それぞれでの入会時間でのベストタイム

30分、サーキットワークアウトの4回、パトンを渡り換えることができる長さ28cmの杖

男子400mリレー
決勝の分析結果

	2位 日本	1位 ジャマイカ	3位 カナダ	4位 中国	5位 英国
フィニッシュタイム	37分40	37分27	37分44	37分38	37分42
第1走者→第2走者	1分36秒 (山崎→佐野)	1分35	1分37	1分38	1分39
第2走者→第3走者	1分35秒 (佐野→新井)	1分36	1分38	1分39	1分40
第3走者→第4走者	1分31秒 (新井→ケンブリッジ)	1分30	1分32	1分33	1分34
3区間の合計タイム	5分2秒	5分1分	5分2分	5分2分	5分2分
4人の合わせたタイムの合計	18分14秒	18分05	18分09	18分12	18分16
3分45秒間での100mのレーズンベストの4人合計	40分22	39分50	40分01	40分10	39分58

アンダーハンドパスのタイムは、杖の両端タイム、入会のタイム合計は、パトンを渡す時間を考慮した1秒の差を補正した状態で、レース結果のタイムと異なる。入会率は、各項目で3チーム以内での日本の順位、レーズンベストの1割は、3分45秒以内での入会率を示す。3分45秒以内での入会率を示す。

事象

病院におけるリレーの**スタート**とは？

患者の入院



患者**情報**の**作成**

病院におけるリレーのゴールとは？

患者の退院



患者情報の完了

||

患者基本の完成

我々は患者さんを退院に向けてチームとして 分業(専門性を生かして)

患者の入院

患者の退院

バトン



pixta.jp - 3057888

どのような**バトン**の種類があるのか



この中で**可視化**できるものは？

- ①紙媒体(所定の申し送り書)
- ②電子媒体(電子カルテ)
- ③口頭(電話・直接)
- ④照合
- ⑤その他(ホワイトボード等)

さらに**記録**として残せるものは

①紙媒体(所定の申し送り書)

②電子媒体(電子カルテ)

④照合

⑤その他(ホワイトボード等)

バトンリレーを**可視化・記録**しておけば

リレー
なし



できる

問題が起こった
【何時】、【何処】
⇒5W
が明確になり

【何故】

リレー



【どのように】すればいいのか(How)⇒1H

具体的な情報共有の**ツール(バトン)**として



看護師記入

担当看護師印:

退院時チェックシート

担当薬剤師印:

以下病棟で行う

病棟	患者	看護師 サイン	備考
① ロッカーには、何も残っていませんか？	残なし		

【目的】退院時患者の忘れ物・渡し忘れを防ぐため
<スタート>

看護師 ⇄ 薬剤師 ⇒ 病棟クラーク ⇒ 患者 ⇒ 総合受付 ⇒ 薬剤師



総

⑥ ベットの下に履物はおいてありませんか？	なし		
⑦ リストバンドははずしましたか？	済		
⑧ 退院時の書類は、渡しましたか？	済		
⑨ 会計の案内は済みましたか？	済		
⑩ アルジネード返却分受け取りましたか？	済		
⑪	済		

患者が総合受付へ

その他 薬剤師記入
 病棟クラークが総合チェックし患者へ

薬剤科			
退院時薬剤科へ立ち寄り (あり・なし)			

以下薬局で行う

薬剤師

⑬ 退院時の持参薬の返却は済みましたか？			
⑭ 退院処方済みは済みましたか？			

総合受付から薬局へ

看護師 ← 薬剤師 カート内変更事項申し送り書

階 ID 患者氏名

- ① 【用法】 Mn=朝食後、Tn=昼食後、An=夕食後、Vds=就寝前、V=毎食（直）前、Z=毎食間、N=毎食後とする
- ② 外用薬、頓用、などカート分配を必要としない薬はこのシートを使用しない
- ③ 基本薬剤名は用法毎に申し送り書を作成する(但し OPE、状態悪化などによる、一時中止、又は再開指示は一枚内に記入、また全部再開時は個々の薬品名は記入せず全部に○をする、中止・減量変更は赤字、それ以外は黒字にて記載)
- ④ 《食事箋変更時》：納豆・グレープフルーツ： **黄色アンダーライン**・変更箇所に**赤丸**

看護師

送り書

看護師

リレー

日付	看護師申し送り内容	担当印	日付	薬剤師申し送り内容	担当印
	<p>当院：新規・中止(全部・一部)・変更(増量・減量)、再開(全部・一部)</p> <p>持参薬：(新規・中止(全部・一部)・変更)、再開(全部・一部)</p> <p>(/ () ~ / ()) 分配</p> <p>【薬剤名】 【用法・コメント】</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p> <p>⑥</p>	<p>依頼印</p> <p>確認印</p>		<p>当院：新規・中止(全部・一部)・変更(増量・減量)、再開(全部・一部)</p> <p>持参薬：(新規・中止(全部・一部)・変更)、再開(全部・一部)</p> <p>(/ () ~ / ()) 分配</p> <p>【薬剤名】 【用法・コメント】</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p> <p>納豆(可・不可) グレープフルーツ(可・不可)</p>	<p>調剤印</p>
経管・経口	<p>当院：新規・中止(全部・一部)・変更(増量・減量)、再開(全部・一部)</p> <p>持参薬：(新規・中止(全部・一部)・変更)、再開(全部・一部)</p> <p>(/ () ~ / ()) 分配</p> <p>【薬剤名】 【用法・コメント】</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p> <p>⑥</p>	<p>依頼印</p> <p>確認印</p>		<p>当院：新規・中止(全部・一部)・変更(増量・減量)、再開(全部・一部)</p> <p>持参薬：(新規・中止(全部・一部)・変更)、再開(全部・一部)</p> <p>(/ () ~ / ()) 分配</p> <p>【薬剤名】 【用法・コメント】</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p> <p>納豆(可・不可) グレープフルーツ(可・不可)</p>	<p>調剤印</p>
経管・経口	<p>当院：新規・中止(全部・一部)・変更(増量・減量)、再開(全部・一部)</p> <p>持参薬：(新規・中止(全部・一部)・変更)、再開(全部・一部)</p> <p>(/ () ~ / ()) 分配</p> <p>【薬剤名】 【用法・コメント】</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p> <p>⑥</p>	<p>依頼印</p> <p>確認印</p>		<p>当院：新規・中止(全部・一部)・変更(増量・減量)、再開(全部・一部)</p> <p>持参薬：(新規・中止(全部・一部)・変更)、再開(全部・一部)</p> <p>(/ () ~ / ()) 分配</p> <p>【薬剤名】 【用法・コメント】</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p>	<p>調剤印</p>

バトンリレーをするうえで

- ・バトンを渡す側 受けとる側 あらかじめの打ち合わせ
- ・お互いが求めているものをお互いが知る



- ・相互の理解と同意の基で共通のルールを作る

目的の共有

- ・バトンを渡す前に ルールの再確認
- ・OKなら バトンを渡す



セッション内でのルール

チーム医療の可視化

バトンの可視化

ルールを作るうえで大切なこと！

- ①いつ (when)
- ②どこで (where)
- ③だれが (who)
- ④なにを (what)
- ⑤なぜ (why)

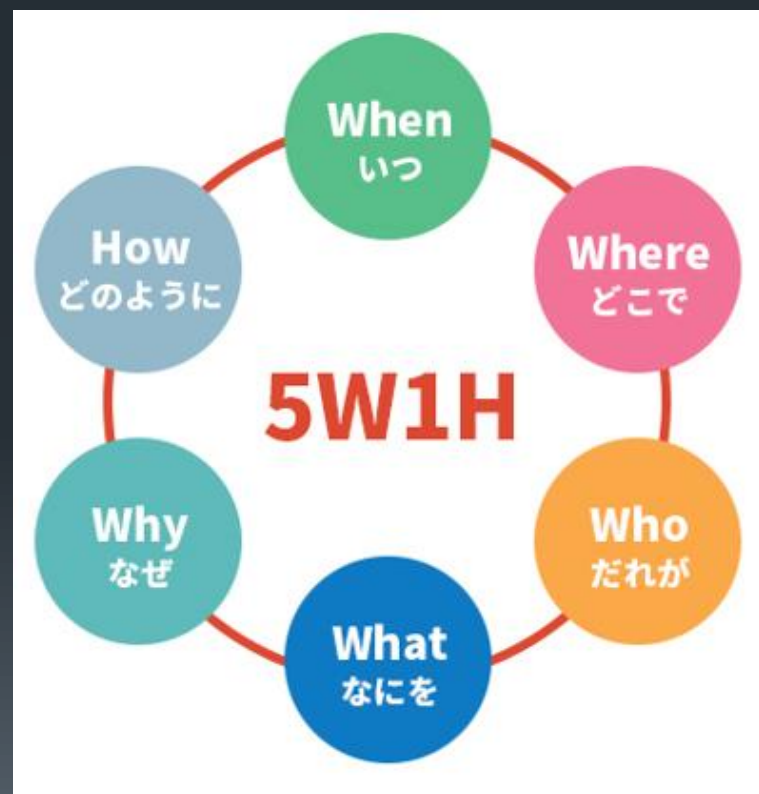
目的の共有

- ⑥どのように (How)

問題解決の方法

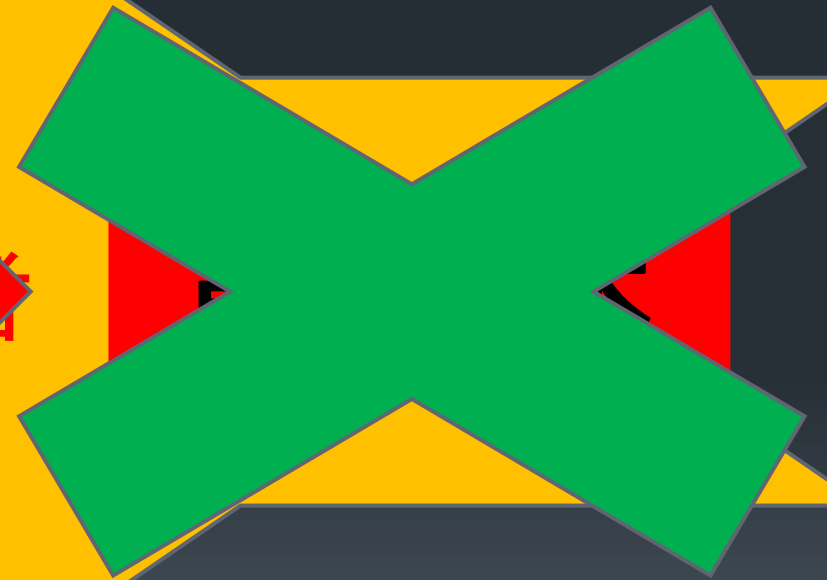
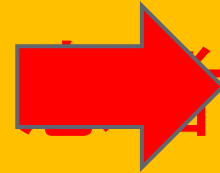
5W

1H



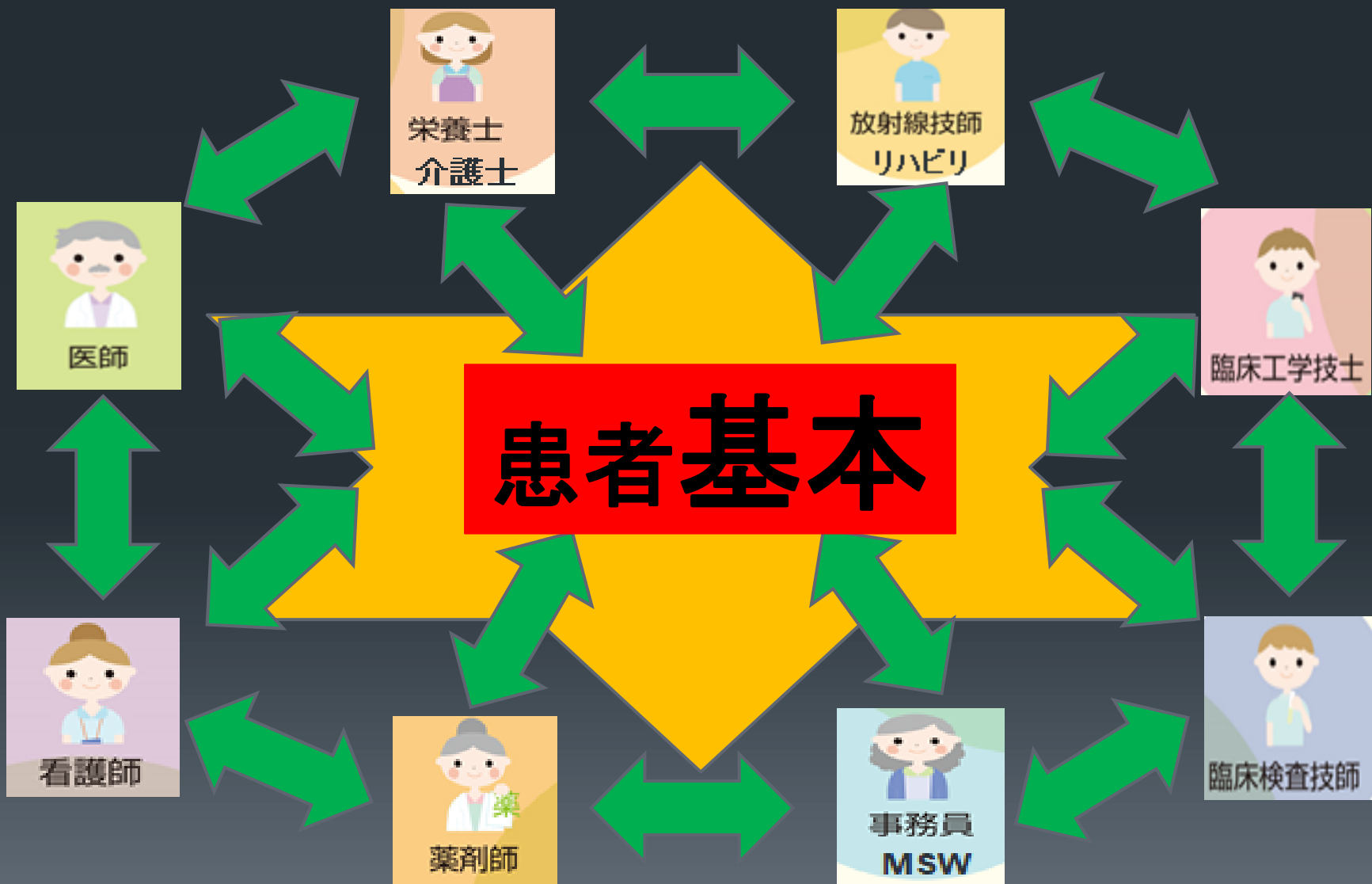
チーム(医療)の**中心**は

患者情報



私たち皆で患者

基本に作り上げていきましょう！



患者基本(電子カルテ上)は各セクションにおいて どのように使われているか？

1)「患者基本」の各情報に関して、その利用状況を教えてください

2)「患者基本」情報から退院等への情報活用の在り方を教えてください

	情報	活用 有・無	情報提供等で活用した形(サマリーなど)
1	現住所	有・無	
2	身体的状況	有・無	
3	チェック項目	有・無	
4	感染症情報	有・無	
5	薬剤アレルギー	有・無	
6	食物アレルギー	有・無	
	既往歴	有・無	
7	紹介情報	有・無	
8	患者固有情報	有・無	
9	連絡先	有・無	
10	薬自己管理登録	有・無	
11	患者履歴	有・無	
12	保険	有・無	

つまり**患者基本**は全てのセクションにおいての

- ①医師：治療を行う上でのスタート
- ②看護師：看護を行う上での基本、看護サマリー
- ③薬剤師：薬剤選択をする上での基本（薬剤の用法・用量）

全てのセクションにとって患者情報の全て

⑥放射線科：

⑦事務課：

⑧栄養科：

⑨ME科：

全てのセクションで少なからず活用

つまり

患者情報



患者基本

だから**正確**かつ**質が高いもの**にする必要がある

患者そのもの

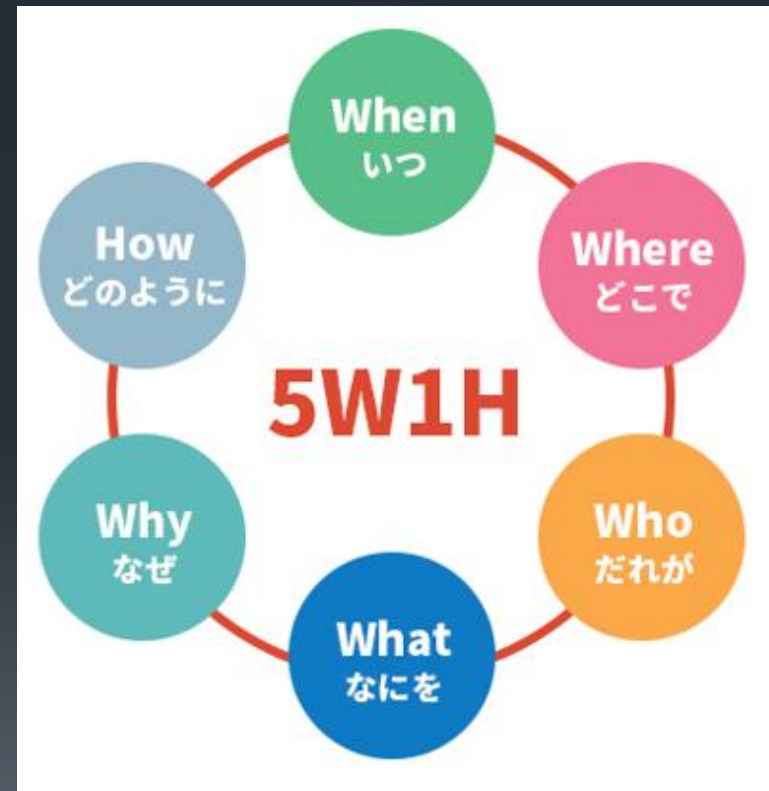
では『だれが』、『いつ』作成しているのか？

「5W1H」

- ①いつ (when)
- ②どこで (where)
- ③だれが (who)
- ④なにを (what)
- ⑤なぜ (why)
- ⑥どのように (How)

} 5W

} 1H



当院における患者**基本**

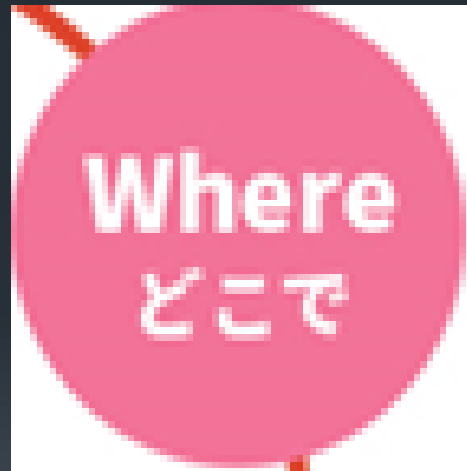
①いつ(when)



入院時

当院における患者**基本**

②どこで(where)



病棟で

当院における患者**基本**

③だれが(who)



看護師が

当院における患者**基本**

④なにを(what)



患者基本(電カル上の)

当院における患者**基本**

⑤なぜ(why)



正確な患者情報を(共有)・記録するため

当院における患者**基本**

⑥どのように(How)



電子カルテを使用して

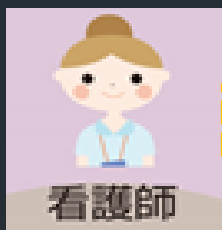
患者**基本**の作成＝患者**情報**の立ち上げ

患者基本の作成

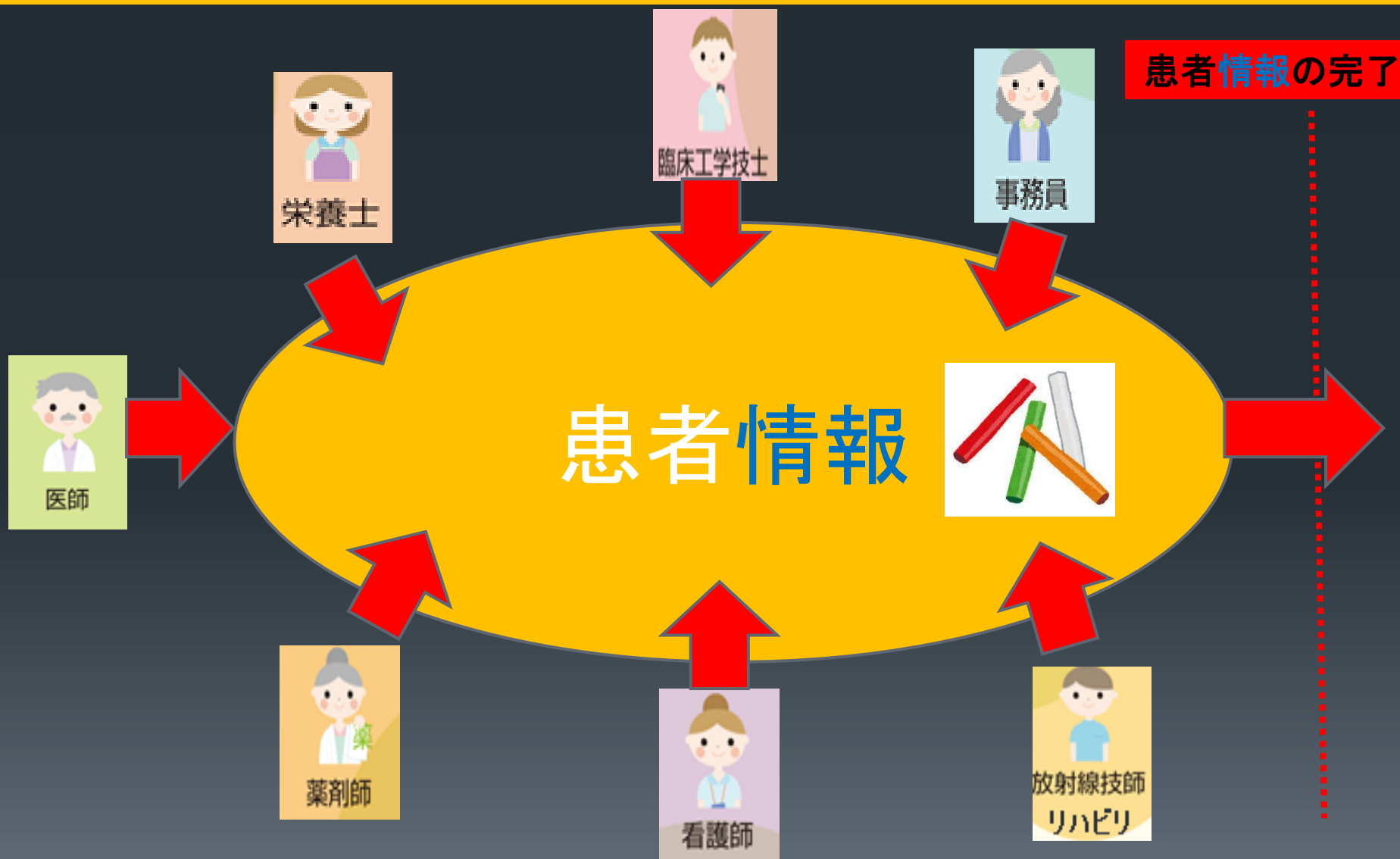


患者**情報**の完了=**患者基本**の完成

患者基本の完成

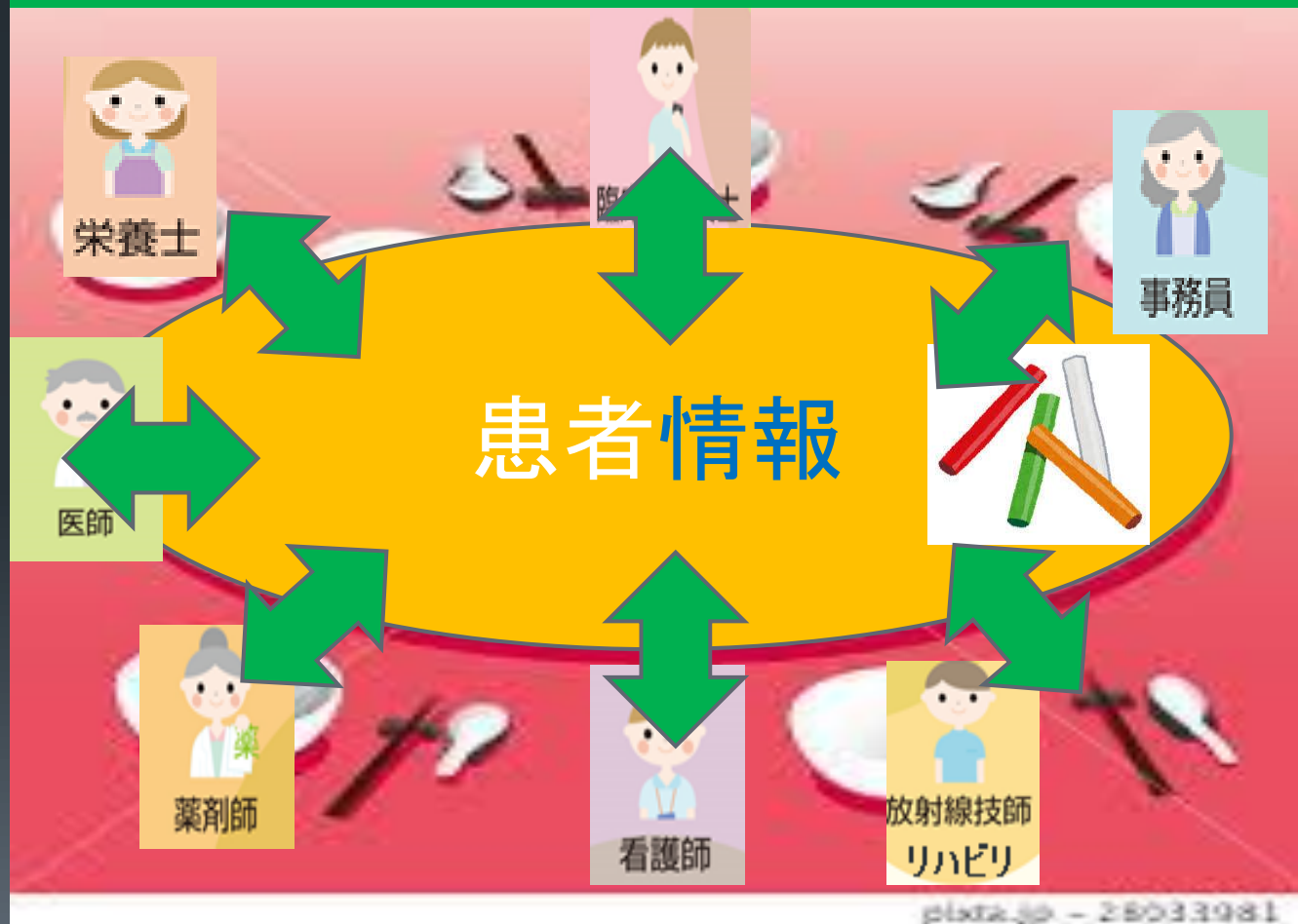


必要な情報を患者情報に集約する

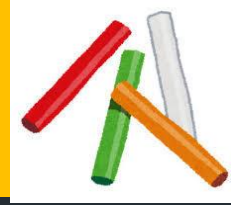


患者情報を情報共有のツール

中華料理の円卓



例えば：既往歴



発症時期(年齢)	病名	コメント
92012年2月頃(68)	高脂血症	【千葉中央メディカルセンター】：内服加療中⇒ロスバスタチンOD:5mg/day
92016年12月頃(72)	二型糖尿病	【千葉中央メディカルセンター】：内服・注射加療中⇒オホルミン:500mg/day(250mg/回)、ジャストア:50mg/day、インスリンケラキチン:10U:21時
92017年2月頃(73)	急性心筋梗塞	【千葉医療センター】：2017年2月:PCI施行、二次予防として⇒ハイアストリン:100mg/day内服
82018年4月頃(74)	右脳梗塞	【千葉脳神経外科病院】：入院、脳梗塞二次予防として⇒クロビタケル:75mg/day開始(入院中:持参薬:ハイアストリン:100mg/dayとのDAPT
92018年6月頃(74)	痛風	【千葉中央メディカルセンター】：内服加療中⇒フェブリク:10mg/day
92019年7月頃(75)	両側慢性硬膜下血腫	【千葉脳神経外科病院】：入院、7/19:両側穿孔洗浄術施行、術後より二次予防として⇒コホー五苓散:6g/day(2g/回)、テラキシー:3g/day(1g/回)開始



看護師

発症時期と病名



薬剤師

病名と薬剤を線で結ぶことができる



事務員

書き方のフォーマット化

例：略語は使わない

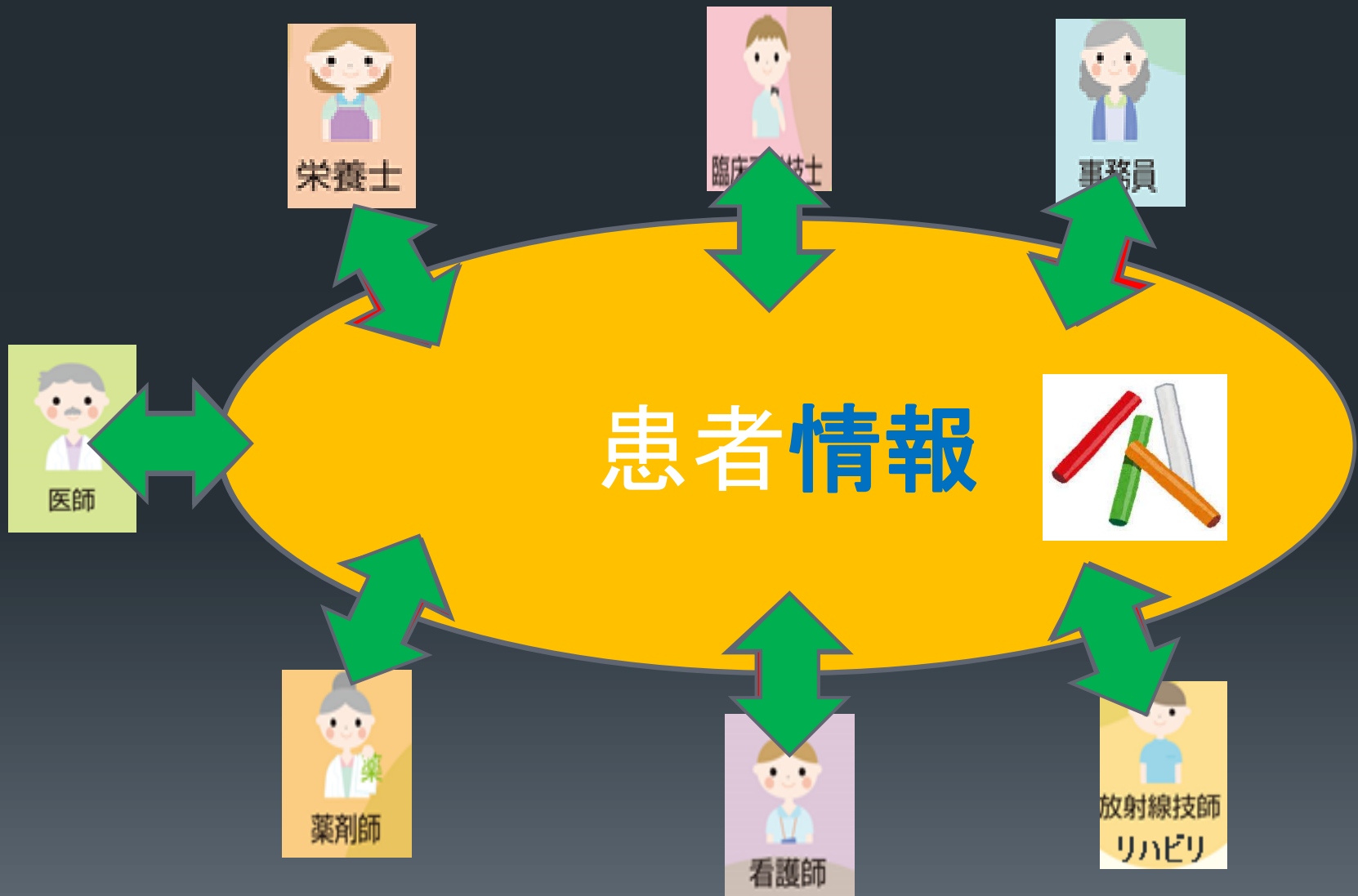
誤字・脱字の監査



患者**情報**の**完了**は＝患者**基本**の**完成**



ゴールは患者**基本の完成**



今足りないものは何か？

今回の入院の【Episode】を
患者**情報**に記載していない

つまり患者**情報**を完了しないで
患者が退院してしまっていること

入院～退院までを完結させること

患者情報

=

患者基本

では何時記載するか？

*入院中
(ベストは退院日)

退院日 = バトン

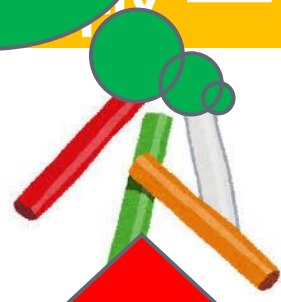
後処理というルーチン



事務員



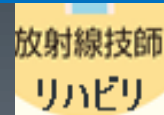
医師



薬剤師



看護師



放射線技師

リハビリ

まとめ

- ・バトンを渡す側 受けとる側 あらかじめの打ち合わせ
- ・お互いが求めているものをお互いが知る



- ・相互の理解と同意の基で共通のルールを作る

目的の共有

- ・バトンを渡す前に ルールの再確認
- ・OKなら バトンを渡す



セッション内でのルール

まとめ

患者情報

=

患者基本

正しく作り上げていくこと！

次回

各セクションにおける患者基本において必要だと思ふことを、5W1Hを踏まえて考察し、ルールを作る。

