

発表No.

テーマ

202

検体バーコードラベル貼り直し件数の低減

会社・事業所名（フリガナ）

ソウゴウビョウイン
総合病院

セイレイハママツビョウイン
聖隷浜松病院

発表者名（フリガナ）

トクマス ソウマ
徳増奏真



発表のセールスポイント

採血管検体ラベル由来の機器エラーが多発し、その対応に時間を要していた。他部署に講習しエラー対応数を削減した事例です。

1/40

テーマ

検体バーコードラベル 貼り直し件数の低減



聖隷浜松病院
臨床検査部
貼り替えない化現象サークル
発表者：徳増 奏真



QCサークル紹介	サークル名	貼り替えない化現象	
本部登録番号	1182-12	サークル結成時期	2023年 4月
構成人員	5名	月あたり会合回数	1回
平均年齢	27歳	1回あたり会合時間	2時間
最高年齢	30歳	会合は	就業時間内・就業時間外・両方
最低年齢	25歳	テーマ暦・社外発表	1件目・1回目
(所属部署) 臨床検査部			

1. 聖隷福祉事業団とは 2/40

1930年5月創立

静岡県浜松市を本拠地

1都8県で209施設・514事業を展開

●常勤職員数：16,215人
非常勤雇用含む（2024年4月現在）

2. 病院紹介 2/41

聖隷浜松病院

●JCI認証取得
●日本医療機能評価機構認定病院

1日平均入院患者数：672人
1日平均外来患者数：1,635人

【病院理念】
私たちは、利用して下さる方ひとりひとりのために
最善を尽くすことに誇りをもつ

開設：1962年3月
院長：岡 俊明
病床数：750床 職員数：2,310人
救命救急センター/地域医療支援病院/地域がん診療連携拠点病院/総合周産期母子医療センター等

はじめに、聖隷福祉事業団について説明します。

聖隷福祉事業団は、静岡県浜松市を本拠地として、1都8県で、医療、保健、福祉事業を展開しています。

その中で、聖隷浜松病院は中心的な存在として、医療の提供をしています。

聖隷浜松病院は浜松市中央区にある総合病院です。

病床数は750床で、職員数は2,310人です。

病院理念として、「私たちは、利用して下さる方ひとり一人のために最善を尽くすことに誇りを持つ」を掲げ、日々業務を行っています。

4. 職場紹介 5/40

臨床検査技師は、
医師の指示のもと、患者の血液や尿などの検体や、
患者の身体の検査を行う医療従事者

【臨床検査部の構成】
人員：74名

【職場理念】
私たちは高い専門性を追求し、以て利用者視点に立った
医療人を目指し、臨床検査を通して地域社会に貢献する

5. サークル紹介 6/40

【サークル名】貼り替えない化現象

【結成時期】2023年4月
【構成人数】5名 【平均年齢】27歳
【サークル名由来】ラベルの貼り直しを低減する
【サークルについて】
5人中2人が新しく加入し、QC活動も初めて
フレッシュで活気のあるサークル

サークルの能力（X軸） 明るく働きがいのある職場（Y軸）

チームワークを活かして全体を底上げして成長したい

次に私が所属している臨床検査部の紹介をします。

まず臨床検査技師とは、医師の指示のもと、患者の血液や尿などの検体や患者の身体の検査を行う医療従事者です。

次に私たちのサークルについてです。

チーム名は「貼り替えない化現象」であり、ラベルの貼り直しという不要な業務を減らそう、といった由来があります。

6. 職場目標 7/40

院内目標
ジョブダイエットによる業務の軽減

職場目標
◆業務効率化実施1項目以上
・件数及び実施状況を調査の上不要と思われる項目を洗い出し、廃止・効率化を実施する

不要と思われる項目を洗い出し
ジョブダイエットに繋げる

7. テーマ選定：①問題点の抽出 8/40

ジョブダイエットを妨げている業務
～メンバーで話し合い～

問題点	効果	緊急性	困り具合	上位方針	共通性	実現性	努力度	総合点
検体ラベルの貼り直し	5	4	4	4	4	5	4	30
臨床から必要のないバック情報	3	2	1	2	4	2	4	18
赤沈検査の不要な採血	2	2	3	3	4	3	5	22

職場目標紹介

チームメンバーで話し合った結果
改善効果や実現性が高く、業務共通性が高い「検体ラベルの貼り直し削減」が総合点一位となりました。

7.テーマ選定:②検体ラベルとは

9/40

【検体取り扱いの運用】

- 採血検体には氏名、IDに加え**検査項目を判別**するための情報が入った**バーコードラベル**（検体ラベル）を貼付している

【検査方法】

- 採血検体のラベルは固定された**機械**（バーコードリーダー）によって読み取られ、それぞれの検査を実施している

固定型バーコードリーダー



1日の検体数
500件

9

7.テーマ選定:④検体ラベル貼り替えの悪影響

11/40



- バーコードリーダーがラベルを読み取れない検体により、**測定機器はストップ**する。
- エラー内容を確認し、バーコードによるエラーなら**技師がラベルの貼り直し**をしている

ラベル貼り直し1件 1日の貼り直し件数
約3分 × 約19件 = 約57分

業務延長時間
(無駄な時間)



11

検体ラベルについて説明します。

採血検体には氏名、IDに加え検査項目を判別するための情報が入ったバーコードラベル（検体ラベル）を貼付しています
この採血検体のラベルは固定された機械（バーコードリーダー）によって読み取られ、検査を実施しています。

また、読み取りエラーになると測定機器が停止し、検査が開始されません。
エラーとなったラベルの貼り直しは、私たち臨床検査技師が実施しています。
この貼り直し作業には1件約3分かかっており、1日に約19件発生するため、1日約57分も業務が延長しています。

12/40

バーコード読み取りエラーを減らす

↓

読み取りエラーが減れば貼り直しが減る

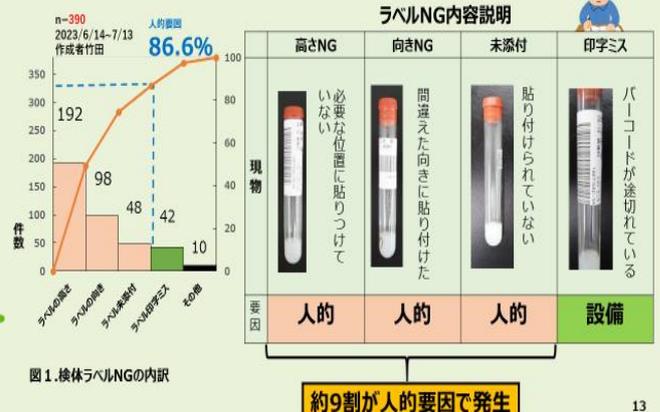
↓

検体バーコードラベル貼り直し件数の低減

12

8.現状把握:①読取りNGの内訳

13/40



以上の事から、（検体バーコードラベル貼り直し時間の短縮）をメインテーマとし、職場目標の達成や、検査の効率化につなげます。

貼り直したラベルの件数を1ヶ月間集計したところ、390件ありました。
内訳を確認すると、「ラベルが必要な位置に貼りつけていない」「間違えた向きに貼り付けている」「そもそも貼り付けられていない」など人的要因による、貼り直しが約86%であると判明しました。

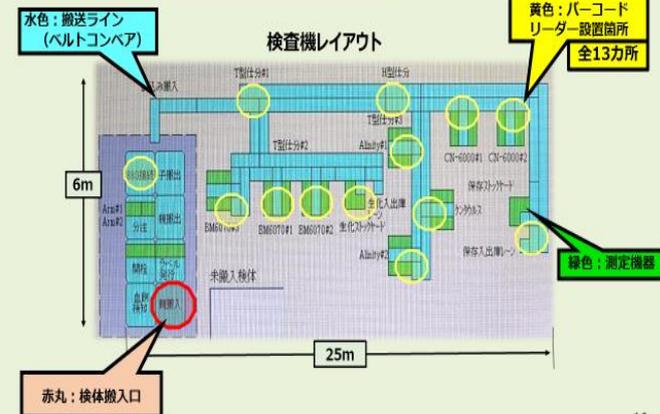
8.現状把握:②検体ラベルの貼り付け作業従事者

14/40



8.現状把握:④検体搬送設備のレイアウト

16/40



検体ラベルを貼っている職種を調査すると看護師とアルバイトの2職種が関係していました。

1病棟における作業従事者の内訳は看護師が6名、アルバイトが3名で構成されており、それぞれのラベル貼り直し件数を調べると、人による貼り直し件数に大きな差はないことが分かりました。

採血された検体は、搬送設備を使用して、それぞれの測定機器まで運ばれます。
赤丸の検体搬入口から検体を装填します。
黄色丸のバーコードリーダーでラベルを読み取り、検査内容を把握することで、指定の測定機器まで搬送ラインを通して運ばれます。
搬送設備のサイズは縦幅6m、横幅25mあります。

要因の検証：①ラベルの認知度について (振り返り) 27/42

ラボニュース 2017年5月号

注意喚起は何度も行っているが…

そもそも…看護師たちはラベルの読み取り方を知らないのでは？

ラベル読み取り方法についての認知度を確認する必要がある！！

要因の検証：②ラベルの認知度について 28/42

【採血検体検査方法のアンケート調査】

病棟スタッフ80名(看護師、アルバイト)に検査時のラベルの読み取り方についてアンケートを実施

読取り機認知 YES NO・73人

図7.認知度アンケート

固定式バーコードリーダーなんです

周知されていなかったため綺麗に貼ってもらえなかった

真因

臨床検査部では、院内広報として検体ラベルの貼り方の周知をしましたが、結果として貼り直しは減りませんでした。

この結果を振り返り、チームで話し合った結果、「そもそも看護師たちはラベルの読み取り方を知らないのではないか」となりラベルの読み取り方法についての認知度を確認する必要があると気がつきました。

ラベルの正しい読み取り方に対するアンケートを看護師を対象に行った結果、80名中73名が知らないと回答しました。

この結果より正しい読み取られ方が周知されていなかったため綺麗に貼ってもらえなかったという真因にたどり着きました。

対策案の検討：③ラベルの認知度について 29/42

院内配信による効果が薄かった反省点

- 1 周知するターゲットを絞れていない
- 2 配信のみでは重要性が伝わらない
- 3 ラベルの貼り方だけに焦点を当てていた

ラベルの貼り方(あるべき姿)だけに焦点を当て「なぜ」この貼り方なのかを説明しておらず、重要性が伝わらなかった

一方通行の押しつけ依頼だった

病棟でラベルの読み取り方を直接説明に行こう！！

対策：①病棟スタッフへの直接レクチャー計画表 30/42

病棟数11カ所

対策内容	実施病棟	担当	重要要因調査計画表	
			計画…実施	日程
ペアーを揃いで短期決戦	A3	水野、竹田、小池	→	10月1日~10月14日 (完)
	C8	須田、小池、徳嶋	→	(完)
	A4	水野、竹田、小池	→	(完)
	A7	水野、竹田、小池	→	(完)
病棟へ直接レクチャー	A6	水野、竹田、小池	→	(完)
	C9	水野、竹田、小池	→	(完)
	B4	水野、須田、小栗	→	(完)
	ICU-救命	須田、小池	→	(完)
巡回後は反省会 ・伝え方は良かったか ・伝える資料はこのままで良いか ・看護師の反応はどうか	B3	須田、小池	→	(完)
	B5	小栗、徳嶋	→	(完)
	B7	須田、徳嶋	→	(完)

院内配信による効果が薄かった反省点として

ラベルの貼り方(あるべき姿)だけに焦点を当て「なぜ」この貼り方なのかを説明しておらず、重要性が伝わらなかった

一方的な押しつけ依頼であったことに気がつき、病棟でラベルの読み取り方を直接説明に行くことにしました。

チームメンバーでペアーを組み各病棟へレクチャーへ行きました。

読み取りは固定式バーコードリーダーであること。

エラーは検査結果遅延に繋がることを伝え、巡回後には伝え方、資料はこのままで良いか、看護師の反応はどうか等フィードバックをし、次の巡回に生かせるようにしました。

対策：②病棟スタッフへの直接レクチャー 31/42

【病棟スタッフのレクチャー結果】

「バーコードリーダーが固定されているなんて知らなかった」

「患者にも影響が出ていることを知り、ラベルの貼り方への意識が変わった」等の声をいただきました

【病棟スタッフのレクチャー後の声】

読み取りやすいラベルの貼り方を知りたい

採血ラベルの正しい貼り方マニュアルを作成

対策：④マニュアルの作成 32/42

検体ラベルの貼り方案内

ラベルの上端がゴム栓の下端(点線)に合う位置がベスト

この貼り方はNG

結果報告遅延は患者にも影響があるよ!!

この貼り方が一番はがしにくい業務復帰までに時間がかかる!!

レクチャー後には、様々な声を看護師から頂きました。

中でも読み取りやすいラベルの貼り方を知りたいという声がとても多かったため、採血ラベルの正しい貼り方マニュアルを作製することにしました。

ラベルの貼り方に関するマニュアルを作成しました。

上の画像のように、ラベルの上端がゴム栓の下端に合う位置がベストであること、また下の画像のように、貼り直しが発生するパターンである、貼りごとひと目で分かるようにしました。

対策結果

34/42

【採血検体検査方法のアンケート調査比較】

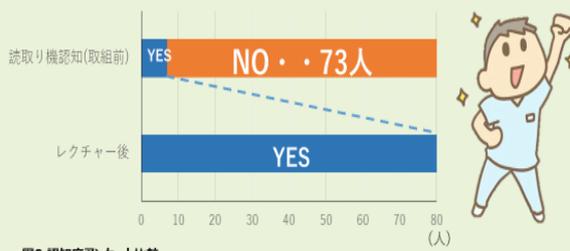


図8. 認知度アンケート比較

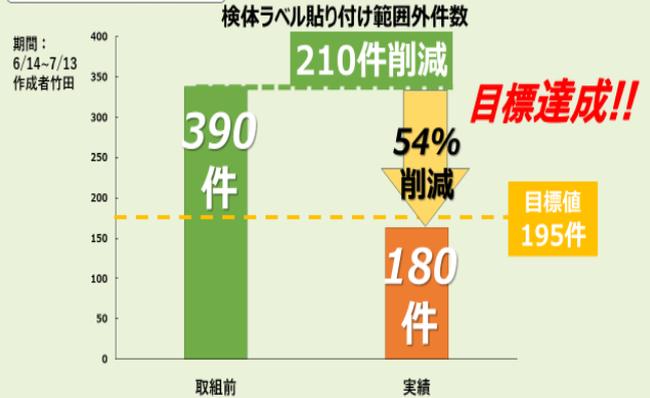
各病棟全体に周知出来た

34

レクチャー実施後、再度正しいラベルの読み取り方をアンケートした結果80人全員が知っていると回答頂きました。

効果確認①：目標と実績

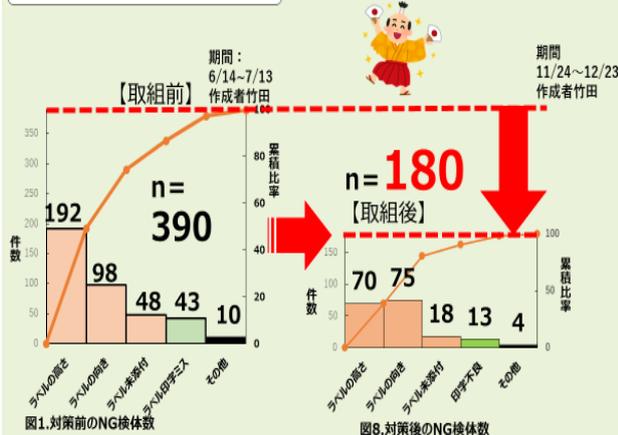
35/42



効果の確認です。対策実施前の集計と同様の条件で1ヶ月間集計しました。対策実施前の390件に対し、対策実施後は180件まで減少しました。減少率は54%であり、目標の50%削減を達成しました。

効果確認②：検体ラベルNG比較

36/42



NG検体の内訳を比較すると、人為的要因が割合としては多いが、各項目大幅な削減を達成していました。機械的要因であったラベルの印字ミスの削減も病棟スタッフがラベルへの意識が高まったことによる副産物と考えられる

36

効果確認④：無形効果

38/42

～関係者の意見集約～

- 検査技師**
 - ・ 貼り直し作業の削減で業務効率が上がった
 - ・ 貼り直し作業が減り患者間違えのリスクが減った
 - ・ 結果報告時間をより意識するようになった
- 看護師 アルバイト**
 - ・ 検体ラベルの読み取り方を知ることが出来た
 - ・ ターゲットとした採血管検体以外（血液培養、血液ガス、尿検体等）についての正しい扱いも知ることが出来た
 - ・ 他部署のことを知る大切さ、コミュニケーションの大切さを知ることができた

無形効果です。関係者より意見を集約した結果、検査技師からは業務効率が上がった、患者間違えのリスクが減った、病棟スタッフからは、他部署のことを知る大切さ、コミュニケーションの大切さを知ることができた。

38

標準化と管理の定着

40/42

なぜ	何を	誰が	いつ	どこで	どのように
標準化	マニュアルの掲示	サークルメンバー	10月	各病棟	病棟の見える所
管理の定着	不適切なラベル検体病棟へ返却し、都度集計	サークルメンバー	都度	部内	病棟へ返却し、都度集計を実施する
周知徹底	各病棟マニュアルの確認	病棟スタッフ	1回/月	各病棟	カンファレンス等で

標準化と管理の定着です。標準化はマニュアル掲示、管理の定着は不適切なラベル検体病棟へ返却し、都度集計周知徹底は、各病棟マニュアルの確認です

40

反省と今後の取り組み

41/42

ステップ	良かった点	悪かった点	今後の取り組み
テーマ選定 現状把握 目標設定	職場の長年の問題であった事柄に関してテーマ選定ができた	現状把握の取り込みが少しかつた	検体の取り扱いが多い救急外来にもレクチャーへ行くことでより多くのスタッフへ周知を検討
要因解析	重要要因を見つづけたことで根本から改善することができた	スケジュールが合わず、集まりが悪かった	特性要因図を用いた要因解析を別の問題のときにも活用したい
対策の立案	具体的対策や実施の優先順位をスムーズに決めることができた	臨床検査部側で効果的な対策をたてられなかった	系統図・マトリクス図を用いた要因解析を別の問題のときにも活用したい
対策の実施 効果の確認	病棟スタッフの方に、他の検体の扱いについての理解を深めて頂くことができた。	臨床に対しての効果の確認ができなかった	現状に満足せず、さらなる業務改善を目指したい
標準化と 管理の定着	今回の改善活動をしっかり標準化することができた	業務改善の取組みや集計はサークルメンバーが中心となるため、負担となった	病棟スタッフへの臨床検査部オリエンテーションにてラベルに関する内容を組み込めるよう検討する

今回の活動により、病棟スタッフに対して、直接レクチャーすることで熱意が伝わり、成果に繋がりました。今後の取り組みとしては、救急外来にもレクチャーへ行くことでより多くのスタッフへ周知を検討し、また看護師への、毎年の臨床検査部オリエンテーションにて、ラベルに関する内容を組み込めるよう検討し、さらなる定着化を目指します。

41