

作成日 平成29年4月28日

サークル名	おヒヤリ減らそう隊	発表者		宮田 智都美
		リーダー		宮田 智都美
部署	2階病棟	サブリーダー		福島 紀子
活動期間	開始：平成 27年 8月 1日 終了：平成 28年 6月 30日	メンバー	宮田 智都美 黒瀬 裕美 川崎 直美	
会合状況	会合回数 10回 一回あたりの会合時間 90分			
所属長／推進メンバー		所見欄		
レビュー担当者				

テーマ

いつ減らすの、今でしょ！パートⅡ

～配薬時の確認不足によるインシデント減少を目指して～

テーマ選定理由

2014年から、内服インシデントを減らす目的で取り組んできましたが、目標達成に至りませんでした。2015年度前半も、内服に関するインシデント件数は28件と多く報告されました。

2015年8月に、配薬手順の再評価を行った結果、47%と前年度と比べ、最も低い結果となりました。

私たちおヒヤリ減らそう隊は、危機感を覚え、今回も立ち上がりました。

現状把握

2015年4月～8月までの内服インシデントの件数と要因分析を行った報告件数28件、いずれも確認不足。用量間違いが8件。全体の29%と多かった。

現状把握

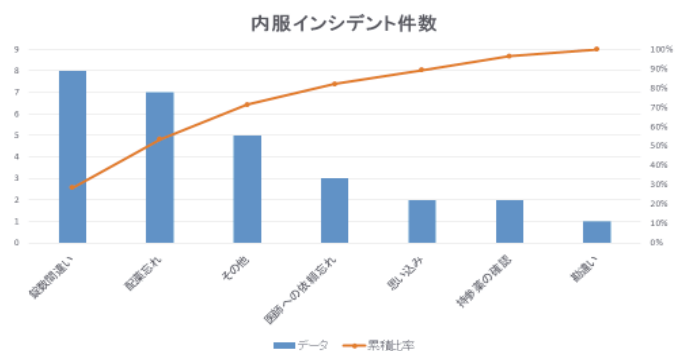
2015年4月～8月までの内服インシデントの件数と要因分析を行った
報告件数**28件**いずれも**確認不足**

用量間違いが8件

全体の29%と多かった



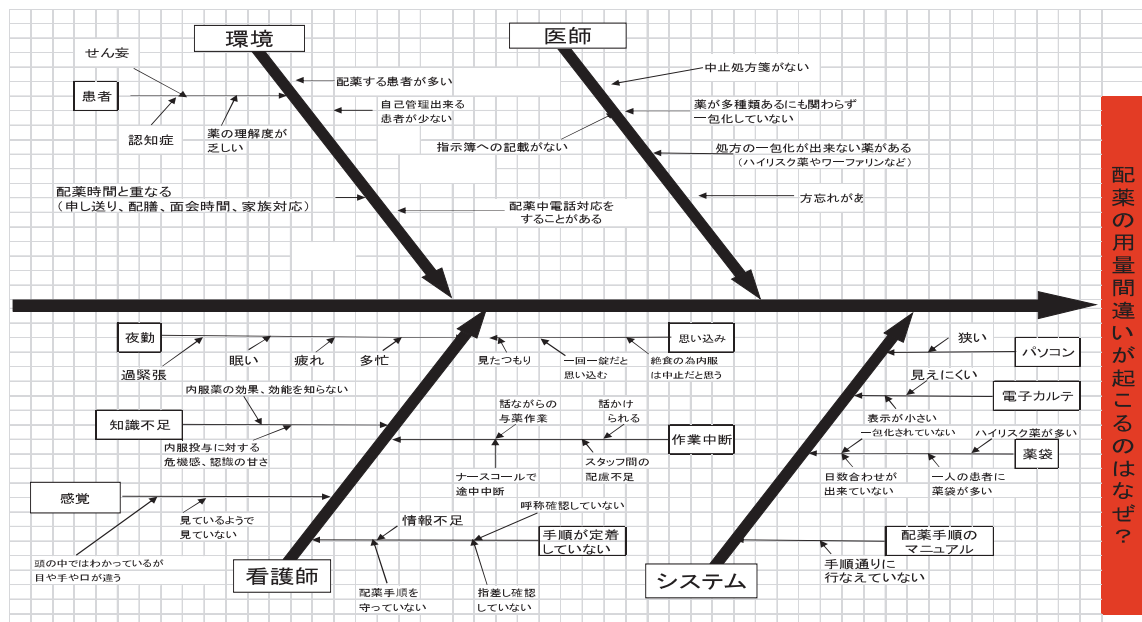
平成27年4月1日～8月31日までの件数



目標設定

内服インシデントの中の、用量間違いを撲滅する、と目標を設定しました。

要因の解析



重要要因の検証

用量間違い8件の内容から

月	内容
8月	パリエット2錠内服の所、1錠のみ内服
12月	エリキウス2錠内服の所、1錠しか内服させていない
1月	アジルバ2錠内服の所、1錠しか内服していない エリキウス2錠2×(), 朝2錠内服させた
2月	持参薬2錠ずつ内服の所、奇数残っていた シグマート4錠×(), 1錠足らなかった
3月	ガスロン2錠ずつ内服が袋の中に1錠残っていた マグミット2錠2×(), 朝2錠内服した。夕方内服しようとしたらなかった

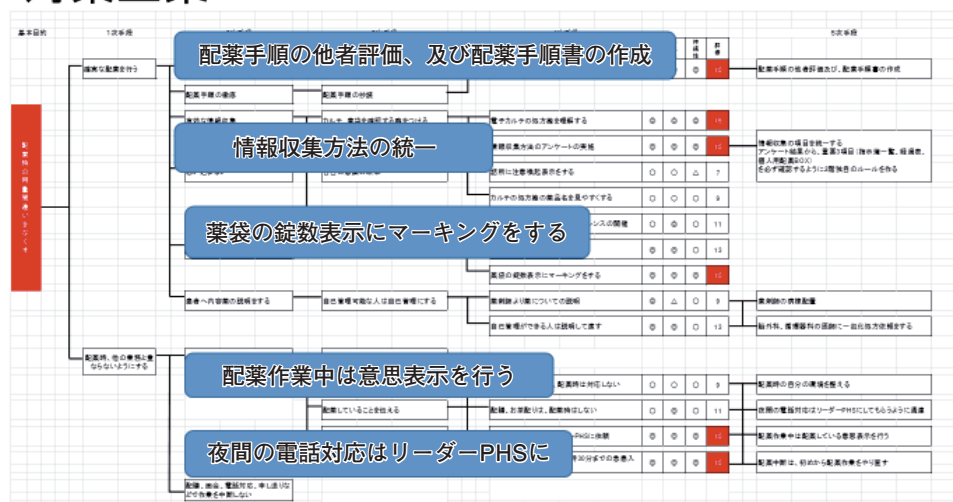
分析

- インシデント発生は朝の配薬時に多く見られている
- 朝の薬剤が非常に多く、薬袋の数も多い
- 電子カルテが見にくい

内服インシデントを振り返ってみると、朝の配薬時に多く、用量間違いが発生していました。朝の薬剤が多い事、電子カルテが見えにくい事によって、思い込みと、確認不足が生じてくると考えます。

対策立案

対策立案



対策実施

対策立案実施計画表

	なにを	なぜ	誰が	いつまでに	どこで	どうする
対策①-1	情報収集方法の手順書を	指示された薬の用量、用法を間違えずに配薬するために	QCサークルメンバーが	12月末日までに	2階病棟で	2階独自の情報収集を基準化し、手順書を作成する。
対策①-2	作成した手順書の説明を	認識すること確実に配薬するために	QCサークルメンバーが	2月上旬	2階病棟で	手順書をカンファレンスでスタッフに説明する。
対策①-3	配薬手順に関する他者評価を	教育評価を確認するために	QCサークルメンバーと、リーダーをしているメンバーが	12月末と、2月中旬までに	2階病棟で	情報収集方法を統一化するために、チェック表を用いて他者評価を実施する。
対策②	薬袋へのマーキングを	錠数間違いをしないために	受け持ち看護師が	2月中旬に	2階病棟で	薬袋の錠数が一錠でない場合にマーキングを行う
対策③	夜間の他部署からの連絡先を	配薬作業中断をしないために	QCサークルメンバーが	2月中旬に	他部署から	夜間の連絡はリーダーPHS4262に統一
対策④	腕章を	配薬作業中断をしないために	受け持ち看護師が	2月中旬に	患者のベットサイドで	配薬作業中の看護師は腕章を腕に付ける。
対策⑤	作業中断札を	配薬作業中断をしないために	受け持ち看護師が	2月中旬に	患者のベットサイドで	各自業務開始時に「作業中断」の札をパソコンに提示

効果確認

有形効果

- ① 2階病棟の情報収集手順を用いた、他者評価は教育を行った前と後とでは、53%から98%と、ほぼ全員が出来る様になりました。
- ② 夜間の電話連絡は、一括してリーダーPHSにするようになり、配薬作業中断の防止につながりました。
- ③ 配薬中の腕章を付けることで、配薬中の人に声をかけることがなくなりました。

まとめと課題

医師の皆様へ

内服薬の（ハイリスク薬を除き）一包化をお願いしたいです。

患者に必要最小限の、内服薬に絞って、処方をお願いしたいです。

病院へ

薬を配薬するのは看護師ですが、薬剤師にも薬剤管理に関わって頂きたいので、病棟薬剤師の配置をお願いしたいです。

電子カルテのシステム改善をお願いしたいです。

「見えやすい」、「わかりやすい」内服欄をクリックしたら一回投与量が分かる表示を希望します。

私達は、内服インシデント防止に3年間取り組んできました。しかし、内服インシデントはなくなりません。ヒューマンエラーは必ずあります。持参薬に関しては、入院時の薬の整理がとても大切になってきます。また、入院中の薬に関しても次々に薬の数を増やすのではなく、一言、一包化のコメントを付け加えてもらいたいです。全てが最終配薬する看護師の責任でしょうか…。内服インシデントを発生させないためには、医師、薬剤師、看護師の連携による、チーム医療が非常に大切であると考えます。