

作成日 平成27年4月

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25年 6月 1日 終了：平成26年12月31日	メンバー	宮田 智都美、黒瀬 裕美、 福島 紀子、 大久保 建祐(現在3階西)
会合状況	会合回数 10回 1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！

～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

2年前、インシデント報告項目の中でも、特に内服に関するインシデントの件数が多いことが分かった。

2階病棟は、急性期の患者をはじめ、夜間の緊急入院患者を対象としており、内服の指示変更も多い。そこで、「患者が安全に確実な内服治療を受けることが出来る」を目的に私たち看護師は内服インシデントを減少させる取り組みを行った。

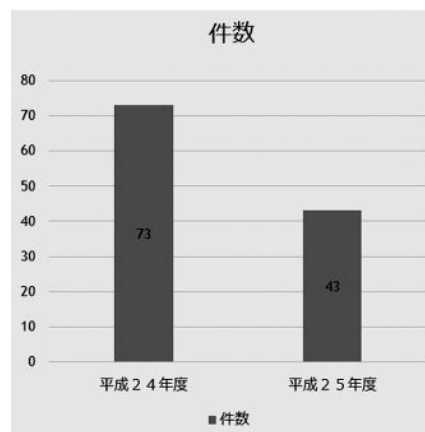
現状把握

内服インシデントレポートの件数とその要因を調べると

件数は 平成24年度 73件

平成25年度 43件

要因は「確認不足」がほとんどであった。

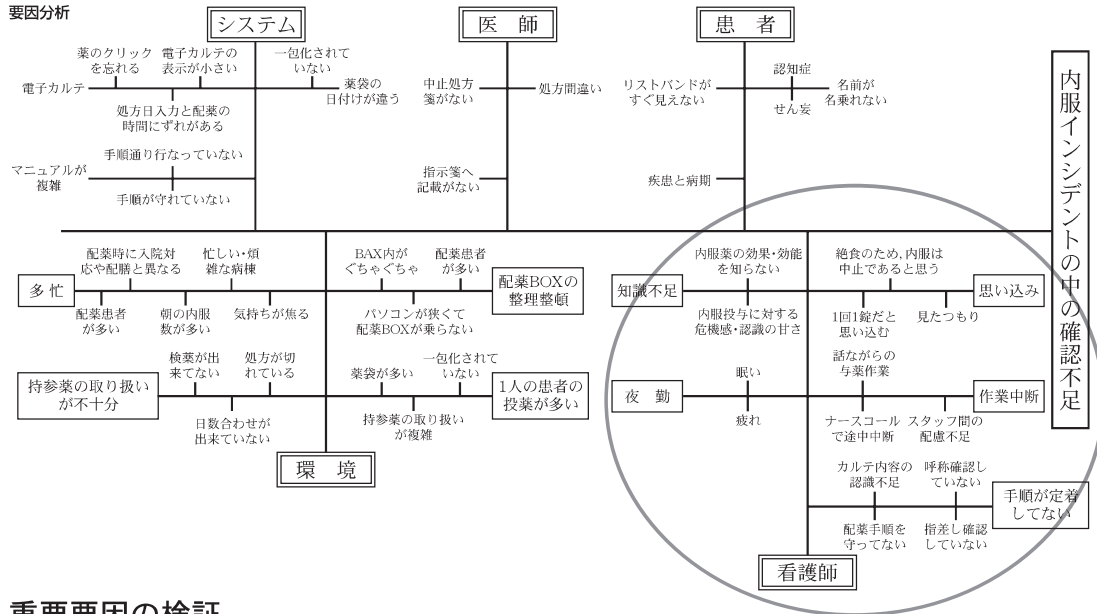


目標設定

配薬手順の中の7項目(配薬時、薬袋から内服薬を出すときに、患者名、薬剤名、用法、用量を、指差し、手でなぞり、呼称し、取り出し配薬する。)に重点を置き取り組んだ。

配薬時、指差し呼称を何時もしている人が90%以上となるよう目標設定を定めた。

要因の解析



重要要因の検証

内服インシデント要因

平成24年度、内服インシデントが73件と多かった。

大要因は『確認不足』

中要因は『思い込み』『勘違い』

『持参薬の管理不足』

『主治医への依頼不足』

指差し呼称が伴っていない確認不足が多かった。

対策立案

対策立案		1次手段	2次手段	3次手段	4次手段	効果	実現性	持続性	評価	採否
目的 配薬時の確認不足をなくすためには	配薬手順を定着させる	配薬手順を定着させる	配薬手順が定着する(チェックリストの作成)	配薬マニュアルのしよう読を行なう		◎	○	○	(11)	①
				配薬手順のデモを行なう		◎	○	△	9	
				配薬手順の意識チェックリストの実施	看護師管理の配薬手順の見直し	◎	◎	◎	(15)	②
	薬の知識を得る	薬の効果・効用・副作用を知る	薬の効果・効用・副作用を知る	勉強会	薬剤師による勉強会の開催	◎	◎	◎	(15)	③
				インシデントが起きた薬のミニテストを実施	インシデントが起きた薬の勉強会	◎	◎	◎	(15)	③
				パソコンで調べる	パソコンのどこで調べるかを指導する	○	○	△	7	
				薬の本を調べる	2階病棟にある薬の本を確認指導する	○	○	△	7	
				医師・薬剤師・スタッフに聞く		○	○	○	9	
				おくすり説明書の活用		○	○	○	9	
	思い込まないようにする	情報を収集する	情報を収集する	配薬時は、声出し、指差し・呼称する(見る時、出す時、しまう時)	配薬手順に追加する	◎	◎	◎	(15)	②⑤
				カルテの見方を指導する	2階では、経過表を見る様に手帳化する	◎	◎	◎	(15)	②⑤
				薬BOXの注意喚起標語を観る	薬BOXの注意喚起標語の言葉、色、形をリニューアルする	○	○	◎	(11)	④
	作業中断をしない/させない	配薬作業に集中する	配薬作業に集中する	スタッフは配薬している事を声に出す	配薬時に作業中断できないことを患者や医療従事者へ意思表示する	◎	◎	○	(13)	⑥
				作業を中断したら最初からやり直し手順を確認する		◎	◎	○	(13)	⑥

評価: ◎5点・○3点・△1点 11点以上に実施

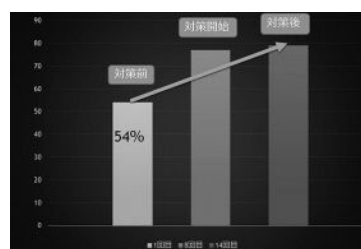
対策実施

対策	何を	いつ	どこで	誰が	どうする
①	配薬手順マニュアルの定着	インシデント発生時	ナースステーション	グループメンバー	配薬手順を抄読する
②	配薬手順のチェックリスト	毎月	二階病棟	スタッフ	自己評価後毎月比較90%以上目標
③	薬についての勉強会	インシデント発生時	ナースステーション	グループメンバー	学習とカンファレンスの実施、ミニテストを定期的に実施（2回）後、答え合わせ
④	配薬ボックスの注意喚起表示	3か月毎	ナースステーション	グループメンバー	注意喚起標語を作成し差し替える（3枚作成し差し替える）
⑤	配薬時思い込まないようにする	配薬時	病室	スタッフ	配薬時、見る時、出す時しまう時の確認を電子カルテで行う経過表を見るようにする
⑥	配薬時の作業中断をしない	配薬時	病室	スタッフ	配薬していることを声に出して伝える。中断した時は最初から手順を行い実施

効果確認

①自己評価アンケートによる集計結果 対策前(2014年1月) 54%→対策後79%目標達成率90%以上に達成しなかった。

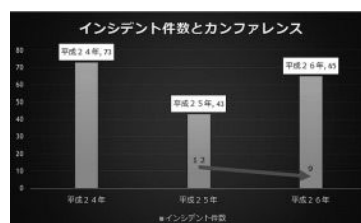
②毎月、自己評価を集計、インシデント発生時にはカンファレンスを実施。「指さし呼称」に重点を置いて、詰所に表示し、朝、昼のカンファレンスの時に唱和し、注意を促した。



無形効果として

①インシデントよりミニテストを作成、6月と10月にテストを実施し、薬の効果や注意点を調べようとする傾向が高まった。

②注意喚起表示については、3ヶ月に一回変更した。色と文字の変化で注意を向けることが出来た。



⑧標準化

	いつ	どこで	誰が	何を	どうする
標準化	配薬時	病室	スタッフ	配薬手順	配薬チェックリストを毎月実施、集計
教育			サークルメンバー	配薬時の確認方法	配薬手順を指導する。随時他者評価をするインシデント発生時のカンファレンスの実施
管理			サークルメンバー	インシデント件数の把握 注意喚起の表示	インシデント件数を把握する。注意喚起標語を3ヶ月に1回差し替える

まとめと課題

- ①今後も、配薬手順の啓蒙を継続し定着を目指す。
- ②インシデント発生時はカンファレンスを行っていくことで、防止対策の意識付けをする。
- ③配薬時間の確保のために看護業務調整を行う。
- ④電子カルテの処方欄に一回用量の表示を検討。
- ⑤病棟薬剤師の配置。

今回活動を行いました。目標達成には至らなかった。今後も「指さし、声出し確認」ができる為に、対策を継続していきたい。