

作成日 平成24年 1月31日

市立三次中央病院 第5回 CS 向上推進活動

### サークル活動完了報告書

サークル名	与薬改善チーム	発表者	大和 茂雄
		リーダー	大和 茂雄
部署	リスクマネジメント部会	サブリーダー	関 留美子
活動期間	開始：平成 23 年 6 月 1 日 終了：平成 23 年 12 月 31 日	メンバー	永田 弘子 関 留美子 新宅 香織 大和 茂雄 田中 幸一 小野 厚 樫本 和樹 望月 秀樹
会合状況	会合回数 <u>4 回</u> 1回あたりの会合時間 <u>60 分</u>		
所属長/推進メンバー			
レビュー担当者		所見欄	

テーマ

配薬時のエラーを減らす

テーマ選定理由

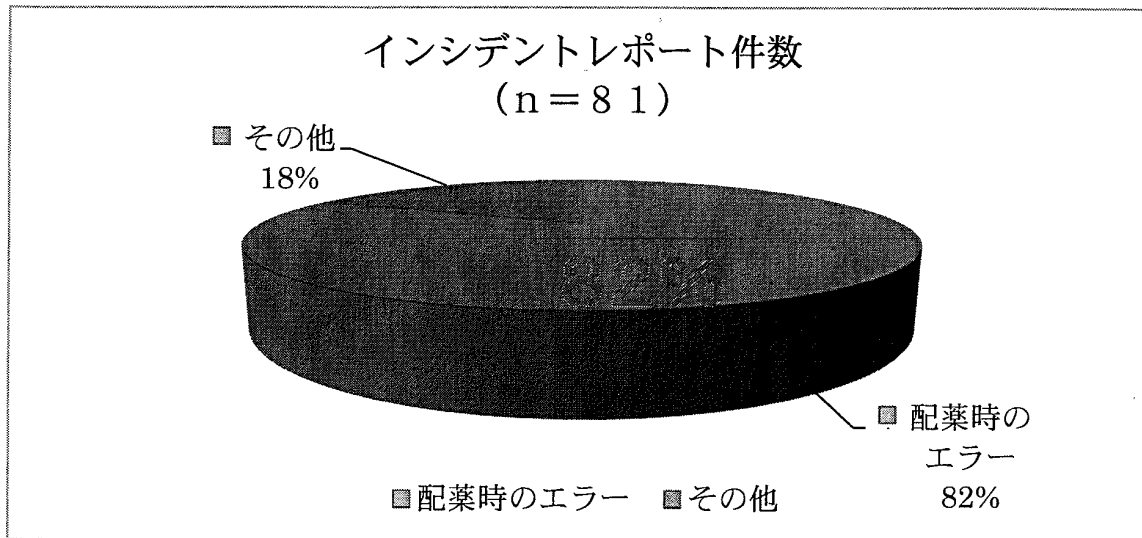
近年、医療事故が社会的問題となっている。

当院でのインシデント報告を見ると、与薬に関するものが、転倒転落に次いで多い。

全な医療サービスを提供行うために、配薬エラーの分析を行い、配薬エラーを減らす事を目的とした。

現状把握

2010年11月1日～2011年6月30日のインシデント資料(与薬内服)の分析



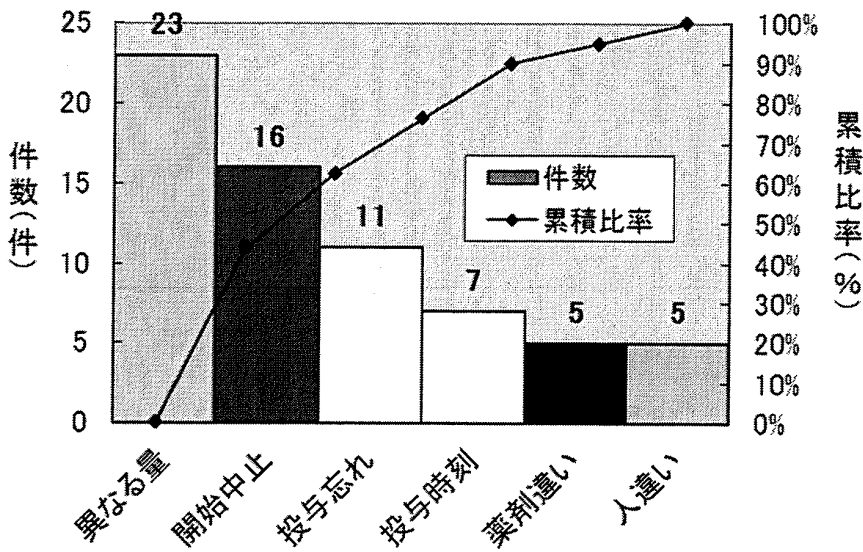
与薬内服に関するインシデントレポートは82件であった。  
そのうち82%が、配薬時のエラーであった。

配薬時のエラーの内容を分析

項目	件数	累積比率	比率
異なる量	23	44%	34.3%
開始中止	16	63%	23.9%
投与忘れ	11	76%	16.4%
投与時刻	7	90%	10.4%
薬剤違い	5	95%	7.5%
人違い	5	100%	7.5%
合計	67		
その他	15		13.6%
総件数	82		

投薬量のエラーが、34.3%と多く、薬剤の開始(再開)・中止、投与忘れと続く。  
薬剤違いは、薬剤科の類似薬品名による誤薬を3件含んでいる。

### 配薬エラー要因

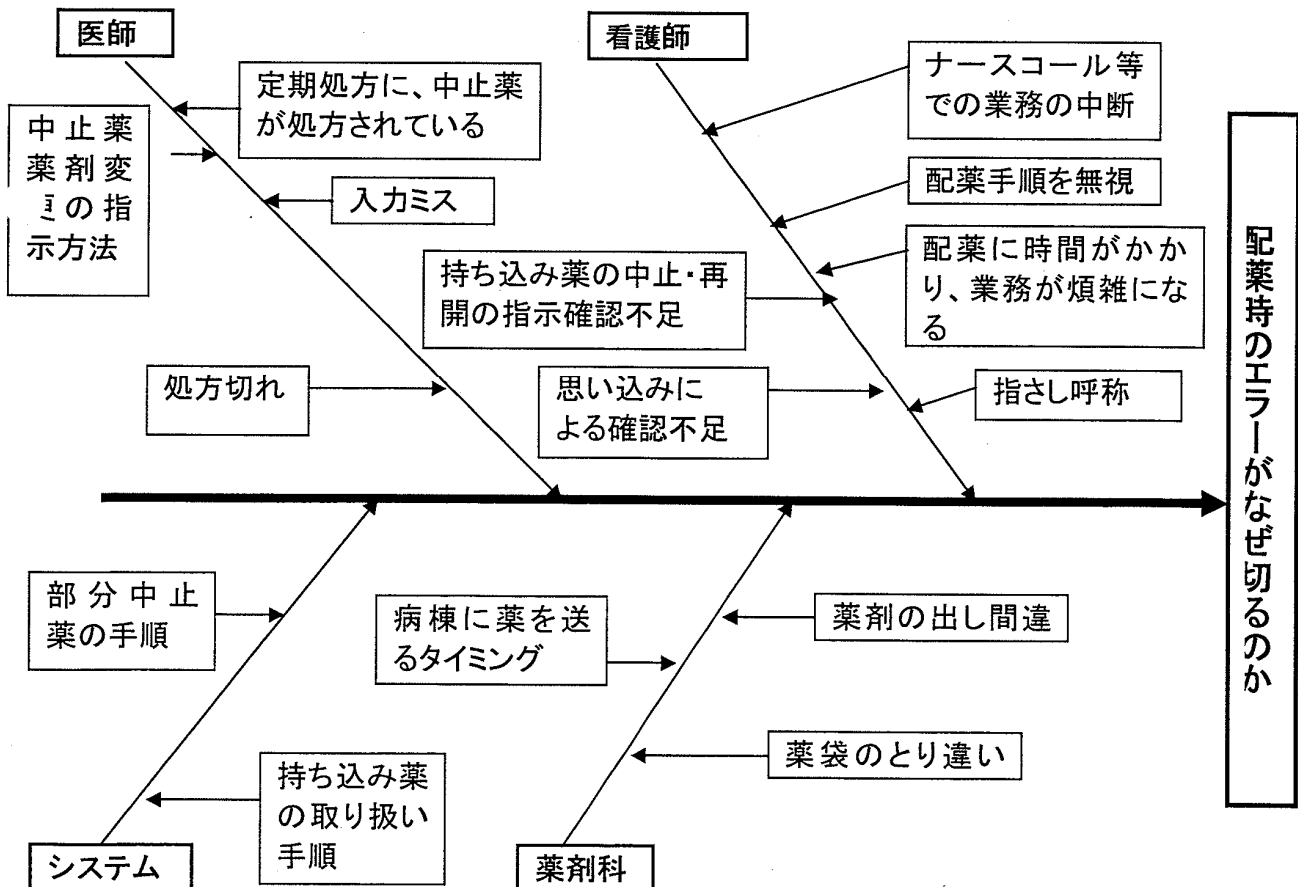


上位 2 項目で、50%、4 項目で 80% を占めている。

#### 目標設定

配薬時の確認方法を標準化し、配薬時のエラーを減らすことで、与薬内服に関するインシデントレポート件数を 50% 減らし 5 件以下にする。

#### 要因解析



対策立案

効果 実現性 重要性 持続性 得点

配薬時のエラーを減らすには

配薬手順マニュアルを守る

配薬手順を知る

◎ ◎ ◎ ◎ 20

配薬の監査・手順の徹底

◎ ◎ ◎ ◎ 20

業務の整理

配薬手順の問題点を探る

△ △ ◎ △ 14

指示の確認

○ △ ◎ △ 15

業務の見直し

◎ × ◎ △ 14

指差し呼称を行う

◎ △ ◎ △ 16

人員確保

看護師増員

◎ × ◎ △ 13

※◎5点○4点△3点×0点

15点以上を実施する。

対策実施

何を	いつ	どこで	誰が	どうする
中止処方 指示簿の記入	10月31日までに	MyWeb	関	医師への働きかけを 書き込む
配薬時のチェックリスト 作成(病棟用・個人用)	10月31日までに	病棟	スタッフ	チェック及び、各病棟師長に 記入依頼
配薬時のチェックリスト 配布(病棟用)	10月31日までに	病棟	大和	病棟師長への趣旨説明と、目 立つ場所への掲示を、依頼
配薬時のチェックリスト 配布(個人用)	10月31日までに	病棟	大和	病棟師長への趣旨説明と、ス タッフへの配布依頼

配薬時に、エラーの多い、誰に(患者名)、何を(薬品名)、何時(用法)、どのくらい(用量)の確認を、盛り込んだ、ポスター(病棟用)・チェックリスト(個人用)を、作成配布し、注意喚起する。

## 効果確認

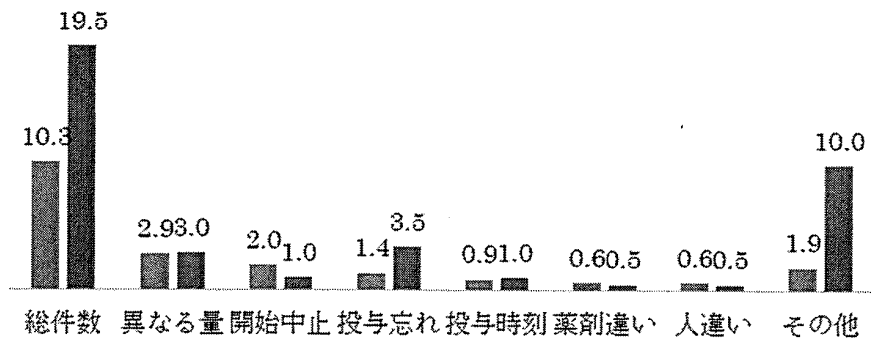
平成23年11月～12月末のインシデント報告のうち与薬内服に関するものは39件あった。このうち、配薬時に起因した事例は19件であった。

### 月平均件数に換算しての、前回調査との比較

項目	2011.11月～12月末(件)	前回調査(件)	増減(%)
総件数	19.5	10.3	-90%
合計	9.5	8.4	-13%
異なる量	3.0	2.9	-4%
開始中止	1.0	2.0	50%
投与忘れ	3.5	1.4	-155%
投与時刻	1.0	0.9	-14%
薬剤違い	0.5	0.6	20%
人違い	0.5	0.6	20%
その他	10.0	1.9	-433%

### レポート件数月平均の比較

■ 2010.11月～2011.6月末 ■ 2011.11月～12月末



2010.11月～2011.6月末のインシデント報告で、与薬内服に関する事例の月平均は10.3件。

2011.11月～12月末の月平均は19.5件と、13%増加している。

内服薬の再開・中止に関してのエラーは50%、薬剤違い・人違いは20%減少したが、他の項目は増加してしまった。

配薬エラーに関しては、1件増とほぼ同等であったが、その他のエラーが5倍強増加した事で、全体の件数を押し上げている。

その他のエラー(2011.11月～12月)は、20件発生した。

医師の入力ミスが2件、調剤薬局の過誤が2件、夜間救急で渡し忘れが1件で、他は病棟での薬剤管理の問題であった。

自己管理薬剤の扱い・薬剤紛失・持参薬の取り扱いでのエラーが、15件発生している。

## 標準化

何を	いつ	どこで	誰が	どうする
事例報告	朝礼時	病棟	病棟師長	報告する
対策立案	ヒヤリハット報告毎		看護師	行う
対策実行	業務中		看護師	
配薬手順監査	毎週1回		メンバー	
配薬手順の教育	随時		各病棟リスクマネージャー	

## まとめと今後の課題

結果として、与薬内服に関するインシデントレポート件数を減らすことは、出来なかった。我々は、配薬時のエラーを減少させることが、与薬内服インシデントレポート件数減少につながると考え、「誰に、何を何時どの位」を守ることを提唱し、患者間違い・薬剤間違い・用法・用量の4点のミスを減少させることで、配薬エラーを減らし、与薬内服インシデントレポート件数減少を目指した。しかし、結果を見ると功を奏してない。手順の徹底・注意喚起では、現状を打破することはできないと痛切に感じた。

エラー発生には、「個人特性」「業務特性」「設備・環境」「システム」の側面が関係しているといわれる。今回の取り組みで、「確認不足」「思い込み」からの、エラーが大多数を占めていることが分かった。これは、「個人特性」の一つである「危機の認識」が低いことが要因の一つとして考えられる。

また、エラーを誘発させる「設備・環境」「システム」が有るのではないかと推測される。個人への注意喚起にとどまっていれば、システム改善がなされずエラー防止の予防に結びつかない。エラー原因を「個人特性」のみならず、「設備・環境」「システム」の側面からも推察して、対策を立てていかなければならない。

たとえば、「設備・環境」の改善として、薬剤師の病棟への配属なども、今後の課題と考える。

仮に原因を特定し解決策を固めたとしても、その後の検証を怠れば、無意味である。現状では、エラー報告に対して、対策案は必ず出ているが、その対策を行った結果の検証が行われていないのが、現状ではなかろうか。

今後は、手順確認・注意喚起といった、上辺の対策ではなく、与薬内服エラーに対する認識等の「個人特性」と、エラー誘発となる「設備・環境」「システム」の見直しといった、より掘り下げた考察・改善が必要といえる。

特に、「個人特性」は今後の重要なキーワードと考え、今以上に掘り下げた考察・対策が必要であると痛切している。

看護師は、患者にいちばん近い立場であり、その複数の業務は、高度な判断を要する頭脳労働から、肉体労働、心理労働と性質の異なる仕事である。

更に交替勤務を強いられ、看護業務そのものがヒューマンエラーのリスクを高めているといえる。

その中で、安全な医療を提供するための第一歩として、与薬エラーの予防には、看護業務と人的資源の管理・確保、安全な薬剤の管理と基準などのシステムを改善することが必須であると考え。