

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 | ファーマシューティカル研究会 | 発表者 | 大和 茂雄 |
| | | リーダー | 大和 茂雄 |
| 部署 | 薬剤科 | サブリーダー | 原 圭子 |
| 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 | 中村 徹志 千代延 隆子 田中 純子 大和 茂雄 原 圭子 山下 秀之 山口 伸二 田畑 貴康 中村 武司 岸本 千絵 |
| 会合状況 | 会合回数 <u>4回</u> 1回あたりの会合時間 <u>30分</u> | | |
| 所属長/推進メンバー | | 所見欄 | |
| レビュー担当者 | | | |

テーマ

調剤過誤防止の取り組み

テーマ選定理由

薬剤科の患者サービスにおいては、安全な医療の提供が大前提となる。
患者が安心して服薬し、薬剤科への信頼を得る為にも、調剤過誤防止は重要な問題である。
医療安全の観点からも、ヒヤリハット事例を分析する事で、その改善策を検討する。

現状把握

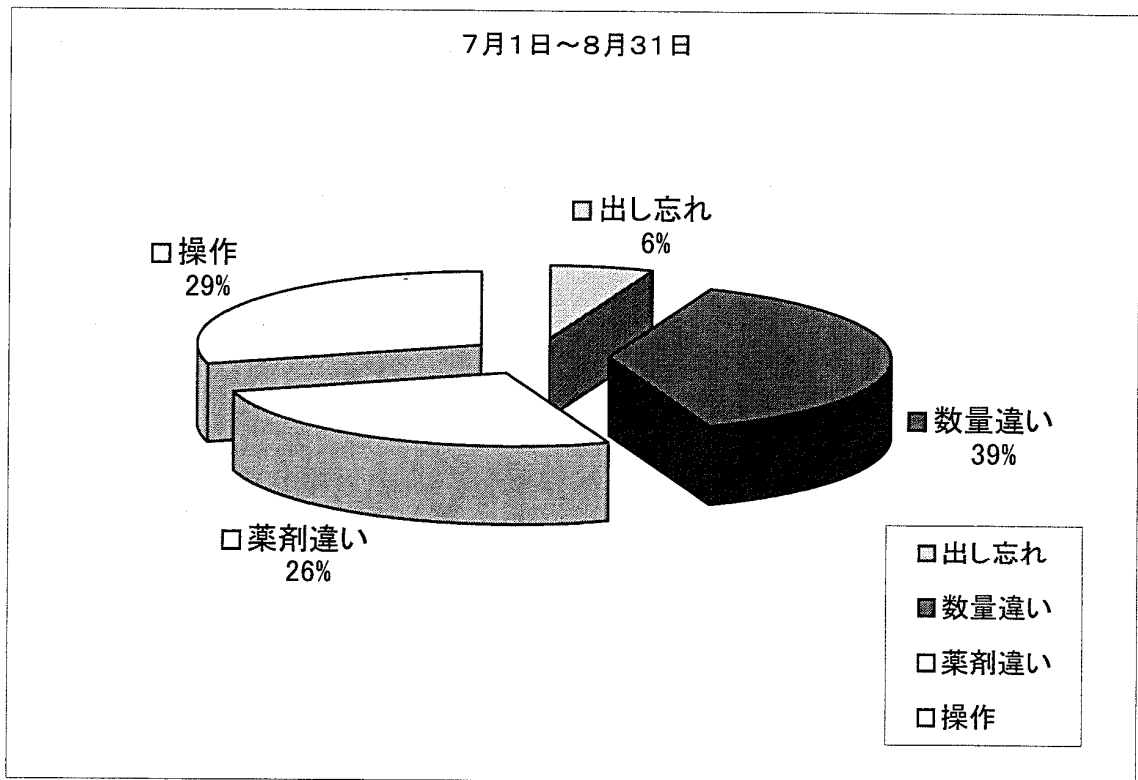
投薬までの流れ

品揃え → 1次監査 → 2次監査 → 投薬・病棟払い出し

- 品揃え・1次監査・2次監査は、違う人間で行う
- 責任の所在を明らかにする為に、処方箋に捺印する

調査期間 7月1日～8月31日

| | | 出し忘れ | 数量違い | 薬剤違い | 操作 |
|------|----|------|------|------|----|
| 1次監査 | 14 | 2 | 7 | 4 | 1 |
| 2次監査 | 20 | 0 | 6 | 5 | 9 |
| 総件数 | 34 | 2 | 13 | 9 | 10 |



出し間違えた薬剤

| ○ | × |
|-------------|-------------|
| 名前 | |
| ロキソニンパップ | ロキソニンテープ |
| メプチンキッドエアー | メプチンエアー |
| スローケー | アスパラケー |
| ラミシール外用液 | ラミシールクリーム |
| 外観・色 | |
| 柴苓湯 | ハンゲシャシン湯 |
| 規格違い | |
| マグミット 500mg | マグミット 330mg |
| ユニコン 400mg | ユニコン 200mg |
| カマグ 0.5g | カマグ 1g |
| 操作ミス | |
| ルテオニン | メテルギン |

※ カマグは2件(用法からの一回量の判断ミス)

1日量1g 2×朝夕食後→1回量は0.5gのところ1gを払い出し

※ ルテオニンについては、パス変更依頼済み

操作ミス 計4件

- ・ コンベア時 PTP包装の破片 2件
1包に2T入っていた 2件

処方による問題 計6件

- ・ 不均等指示をコメントで出されると、薬剤科PCに反映しない。1件
- ・ 一包化忘れ 1件
- ・ Drによる一包化希望のオーダー内挿入の位置により、一包化希望コメント以下にある処方が薬剤科PCに反映しない。1件
(一包化希望コメ以下に有る半錠コンベア等)

処方入力ミスの見落とし 計2件

1日量2T 1×朝食後⇒2×朝夕食後が正解 1件

塩化ナトリウムが、外用薬扱いとなっているため起きた事例 1件

※用法容量は、コメント入力の必要有り←薬局PCにも反映せず、薬局での打ち直しが必要⇒電カル委員会にて修正希望を出しました。

不均等指示をコメント入力しないよう、MyWebに書き込み予定

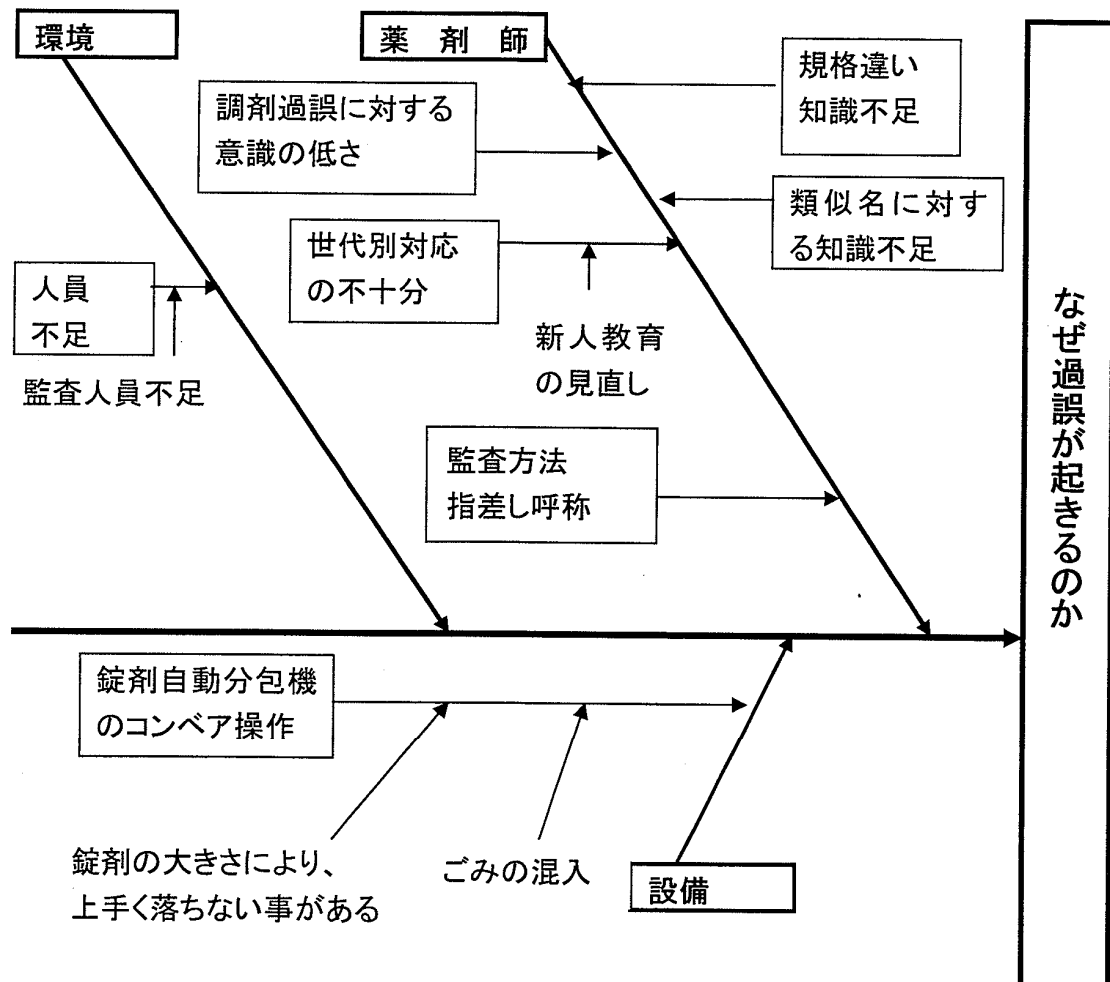
入力上の問題は、富士通に問題点として上げる予定

目標設定

2011・1月～6月の間に、病棟に間違った薬剤を3件送っている。
監査時に発見されたヒヤリハット事例を可能な限り減らし、患者様に間違った薬を渡さない。

- ★ 1次監査の精度を上げる。
- ★ 外来患者・病棟に間違った薬剤を送らない。

要因解析



※ 類似名薬品・多規格薬品の過誤は、思い込みによる過誤が多い。

対策立案

効果 実現性 重要性 持続性 得点

| | | | | | | | |
|-------------|---------------|----------------------|---|---|---|---|----|
| 調剤過誤をなくすために | 調剤過誤に対する意識の低さ | 朝礼時に前日の事例報告をする | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | 20 |
| | | 監査時に捺印し、責任の所在を明らかにする | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | 20 |
| | 業務の整理 | 規格違い・類似名の薬品棚にシールを貼る | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | 20 |
| | | 複数の処方箋を、同時に調剤しない | ◎ | ○ | ◎ | ○ | 16 |
| | | 作業中断シートを効率的に活用する | ○ | ◎ | ○ | △ | 12 |
| | | 指差し呼称・確認を行う | ◎ | ○ | ◎ | ○ | 16 |
| | 人員確保 | 薬剤師増員 | ◎ | × | ◎ | ◎ | 15 |

◎…5点 ○…3点 △…1点 ×…0点
15点以上を採用

対策実施

| 何を | いつ | どこで | 誰が | どうする |
|---------------------|-------------|---------|------|--------|
| 調剤過誤事例報告 | 朝礼時 | スタッフルーム | 大和 | 報告する |
| 捺印 | 品揃え時 監査時 | 調剤室 | スタッフ | 行う |
| 規格違い・類似名薬 の明確化 | 随時 | 調剤室 | スタッフ | シールを貼る |
| 複数の業務を、 同時に調剤しない | 調剤時 | 調剤室 | スタッフ | 行う |
| 指差し呼称・確認 | 調剤時 | 調剤室 | スタッフ | 行う |

調剤室

数量違いと薬剤違いは、重大事故防止の観点から、最重点課題とする。

1次監査時→ 必ず手にとって(状況により指さし)、薬品名・規格・全量の確認。

※目視は禁止

2次監査時→ 監査手順の統一

※薬品名・規格・用法・全量の順で。

※処方変更が有る場合は、元処方と変更後処方の確認

その他

処方変更が必要な場合は、極力Drに依頼。

※事後修正を避けるため、TEL前に受付取り消しが好ましい

やむおえず薬剤科で修正する場合は、極力1人でしない事

処方変更は、電子カルテに精通した者が望ましい。また変更時は必ず

他者に確認依頼する事

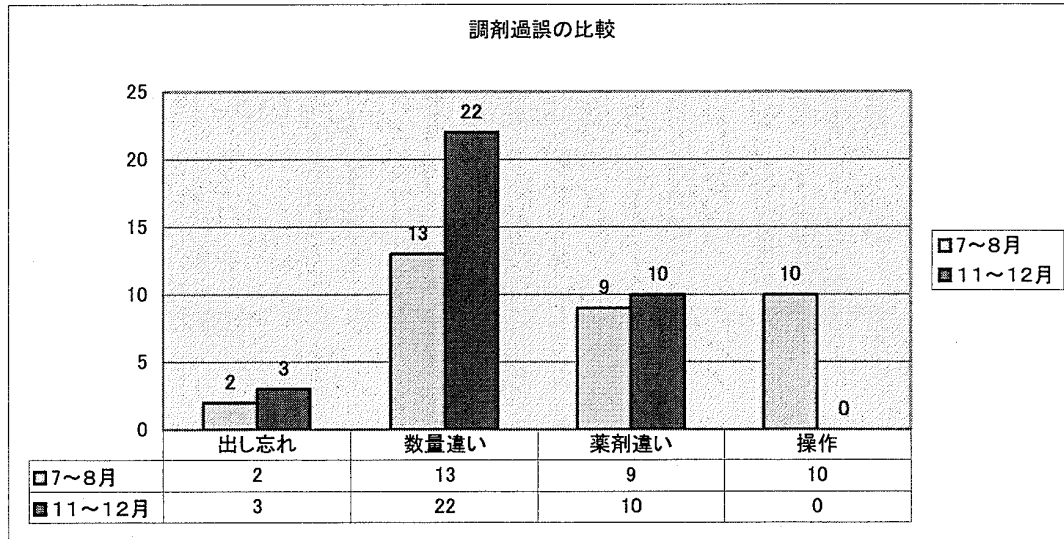
事後修正を薬剤科で処方しなおす場合は、元オーダーを印刷して、監査時に確認できるようにする事。

効果確認

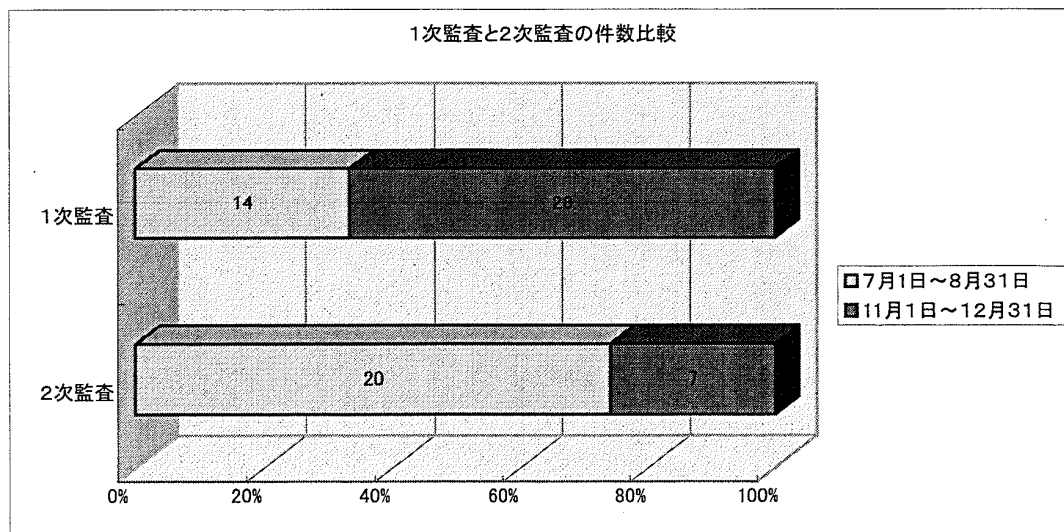
調査期間 11月1日～12月31日

| | | 出し忘れ | 数量違い | 薬剤違い | 操作 |
|------|----|------|------|------|----|
| 1次監査 | 28 | 3 | 17 | 8 | 0 |
| 2次監査 | 7 | 0 | 5 | 2 | 0 |
| 総件数 | 35 | 3 | 22 | 10 | 0 |

調剤過誤の比較



1次監査と2次監査の件数比較



- 8割の調剤過誤を 1次監査時に発見する事が出来た。

- ★ スタッフの調剤過誤に対する意識の向上
- ★ 薬剤科流の「指差し呼称」が、定着

- 操作による調剤過誤→0件
- 薬剤科から、患者・病棟に誤薬の手渡し・搬送→0件

標準化

| 何を | いつ | どこで | 誰が | どうする |
|-------------------|------|---------|------------------|--------|
| 事例報告 | 朝礼時 | スタッフルーム | 大和 | 報告する |
| 捺印 | 品揃え時 | 調剤室 | 品揃えを行ったスタッフ | 捺印する |
| | 1次監査 | | 品揃えに、かかわってないスタッフ | |
| | 2次監査 | | 最終監査のスタッフ | |
| 規格違い 類似名薬の明確化 | 随時 | | スタッフ | シールを貼る |
| 複数の業務を、 同時にしない | 調剤時 | | スタッフ | 行う |
| 指差し呼称・確認※ | 調剤時 | | スタッフ | 行う |

※ 監査時は、目視禁止→必ず手に取ること

日直・当直時は、品揃えから最終監査まで1人で行うので、重要！！

まとめと今後の課題

まとめ

薬剤科業務の実態に合わせ、「指差し呼称」をアレンジし監査時に、目視ではなく必ず手にとる事を徹底した結果、調剤過誤の8割を1次監査で、発見することが出来た。

また、薬剤科スタッフの調剤過誤防止に向けた意識の高まりも、1次監査での発見率向上に繋がったと考える。

波及効果として、調剤過誤事例の検証と伝達を、当事者から進んで、行うようになり周知徹底がより円滑に行えるようになった。

以上のことから、スタッフの「調剤過誤防止」への、意識を高めることは最終的に、患者に間違った薬剤を渡さないことに、重要な要因であった事が言える。

課題

取り組み期間中の、調剤件数に対する調剤過誤の割合は、約0.3%であった。

単純作業におけるヒューマンエラーの確率は、無対策で10%、注意喚起で1%、環境整備で0.1%と言われている。

人員不足により、我々の調剤環境は今以上に厳しくなると予想される。更なる調剤過誤防止のために、環境・システムの再構築は、急務である。

今後は、今以上に投与量・併用禁忌・投与日数等の処方内容まで含めた調剤監査・過誤防止に努め、調剤過誤防止の意識付け、知識向上の為の学習会、マニュアルの整備更新、調剤環境・システム改善を続け、安全な医療の提供を、より完全なものに近づけていく努力を続けたい。