

サークル活動完了報告書

サークル名	チーム注者	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	田根 安子
活動期間	開始:平成 24 年 6 月 1 日 終了:平成 24 年 12 月 31 日	メンバー	望月 秀樹 磯部 尚幸 越智 誠 岸本 朋宗 田根 安子 吉永 洋子 大和 茂雄
会合状況	会合回数 4回 1回あたりの会合時間 60分		
所属長/推進メンバー	———	所見欄	
レビュー担当者	(株)麻生 向野 早苗		

テーマ

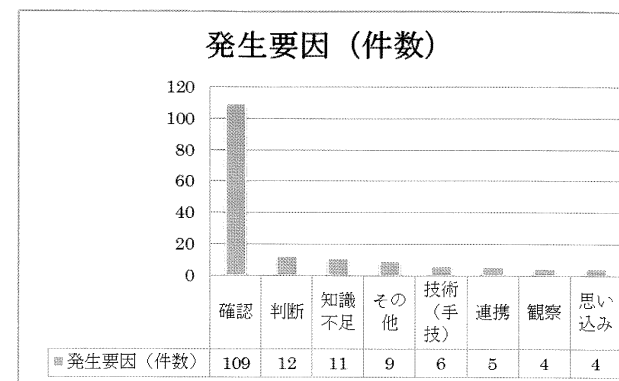
注射薬にかかわる、インシデントレポートの減少

テーマ選定理由

患者の健康に、直接被害を与える、注射薬に関わるインシデント事例を減少させ、医療の質を高めたいと考えました。
その為に、昨年の取り組みを再度検証し、反省し、より具体性・実効性のある対策を立案し、インシデントレポート件数の減少を目指します。

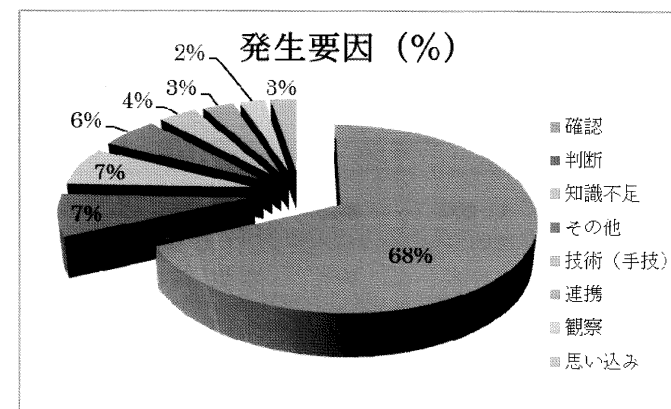
現状把握

2011 年 4 月 1 日～2012 年 3 月 31 日のインシデント資料(与薬注射・点滴)の分析



与薬(注射・点滴)に関するインシデントレポートは 160 件であった。
※月平均は、約13件

エラーの内容を分析

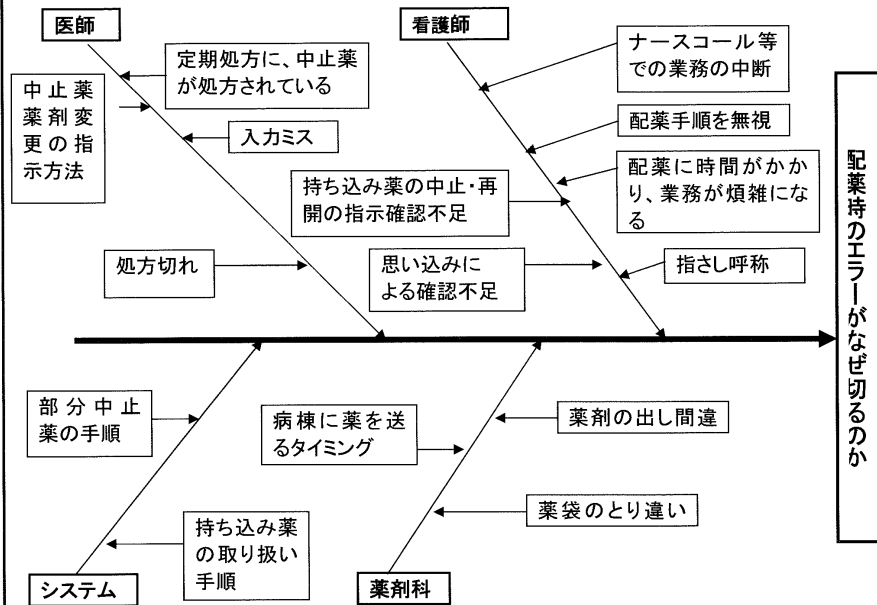


確認不足によるエラーが、68%と多く、判断ミス・知識不足と続く。
思い込みによるエラーも、確認不足に含まれると考えると、エラーの7割は、確認不足によるものと言える。

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
マニュアルを守る	手順を知る	◎	◎	◎	◎	20
	手順の周知徹底	◎	◎	◎	◎	20
業務の整理	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	指差し呼称を行う	◎	△	◎	△	16
	人員確保	◎	×	◎	△	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
チェックリスト作成	10月31日までに	病棟	スタッフ	スタッフで協議し、注射手順のゆ羽陽項目を上げる。
チェックリスト配布	10月31日までに	病棟	大和	病棟師長への趣旨説明と配布依頼
啓発文章の掲示	10月31日までに	MY Web	大和	マイウエブを活用し、啓発文章を記載

注射運用マニュアルに準じ確認不足を防ぐための重点項目を抜粋し、チェックリスト(個人用)を、作成配布し、注意喚起する。

「チーム注者からの四つのお願い」を作成配布。

効果確認

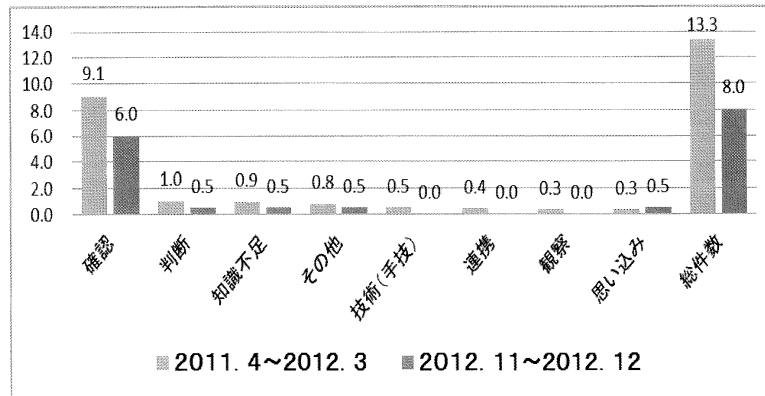
2011年4月1日～2012年3月31日のインシデント報告のうち与薬(注射・点滴)に関するものは160件あり、月平均13件であった。

2012年11月1日～12月31日では、16件のレポート報告があり、月平均は8件であった。

前回調査との比較

年月日	発生要因(件数)	
	2011. 4～2012. 3	2012. 11～2012. 12
確認	109	12
判断	12	1
知識不足	11	1
その他	9	1
技術(手技)	6	0
連携	5	0
観察	4	0
思い込み	4	1
総件数	160	16

月平均件数に換算しての比較



2011年3月～2012年4月末のインシデント報告では、与薬(注射・点滴)に関するインシデントレポート件数は月平均13.3件であった。

対して対策期間中の、2012年11月～12月末の月平均は8件と、約4割減少している。

9項目中3項目は、0件を達成した。

確認不足によるレポート件数は9.1件から6件と報告件数では減少した。

ただし、総報告件数に占める割合は、68%から75%と増加した。

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

与薬(注射・点滴)に関するインシデントレポート件数は、月平均で見ると減少させる事が出来た。

私たちは、確認不足によるエラーを減少させることが、与薬(注射・点滴)インシデントレポート件数減少につながると考え、注射運用マニュアルから4つの確認に関わる事項を抜粋し、例題やポイントを加え、注意喚起用に看護師に配布する事でインシデントレポート件数減少を目指した。

件数的には減少したが、総件数に対する割合を見ると逆に増加している。

レポート総件数の実に75%が、確認不足から引き起こされている。

個人への手順の徹底・注意喚起だけでは、現状打破は厳しいと痛切に感じた。

今回の取り組みでも、「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、指さし呼称が正しく行われていない事が、大きな要因の一つとして考えられる。

確認不足や思い込みでのエラーは、「指さし呼称」「運用マニュアルの順守」で大多数が回避可能と考えるが、それが実行されないのは個人的な意識の問題と同時に、「設備・環境」「システム」の側面からも推察して、対策を立てていない現状があるのではないかと感じている。

薬剤師の病棟への配属なども、今後の対策課題ではないかと考える。

また、エラー報告に対して、対策案が実行され成果を上げているかの検証が必要であると考えているが、対策案の検証が行われていないのが、現状ではなからうか。

対策の立案・対策後の結果検証は一つのサイクルとして、回っていくものである。

最後に、手順確認・注意喚起といった、個人的問題と同時に、エラー誘発となる「設備・環境」「システム」の見直しの考察・改善が必要といえる。

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。

更に交替勤務等、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(注射・点滴)エラーの予防には、看護業務と人的資源の管理・確保、安全な薬剤管理のために病棟薬剤師の派遣等、看護業務改善に向けたシステムを構築することが重要であると考えている。