

作成日 平成29年4月27日

サークル名	はいやっく隊		発表者	柿森 幸恵
			リーダー	柿森 幸恵
部署	4階西病棟		サブリーダー	田部 千鶴
活動期間	開始：平成27年5月31日 終了：平成28年7月15日		メンバー	田部 千鶴 船越 隆臣 (現2階病棟) 代入 汐理 柿森 幸恵
会合状況	会合回数 15回 一回あたりの会合時間 120分			
所属長/推進メンバー	西平師長	所見欄		
レビュー担当者	永澤医師 野田副部長			

テーマ

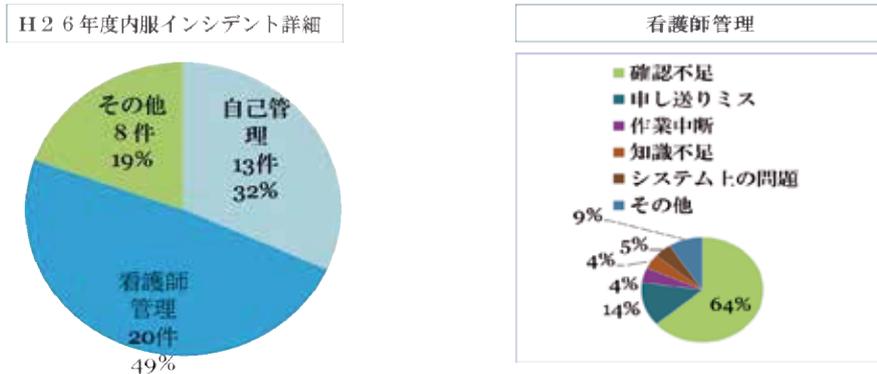
看護師管理による内服インシデント削減を目指して

テーマ選定理由

当病棟の平成26年度の内服インシデント件数は転倒転落インシデントに続いて多かった。看護師管理による内服インシデント件数が自己管理の内服インシデント件数に比べ多いため、看護師の内服インシデント件数を削減したいと考えTQM活動を開始した。

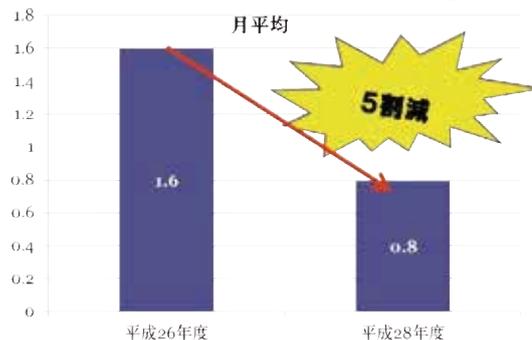
現状把握

平成26年度の内服インシデントの詳細は、看護師管理49%（20件），自己管理32%（13件），その他19%（8件）だった。看護師管理による内服インシデントの詳細は、確認不足64%，申し送りミス14%，作業中断4%，知識不足4%，システム上の問題5%，その他9%だった。



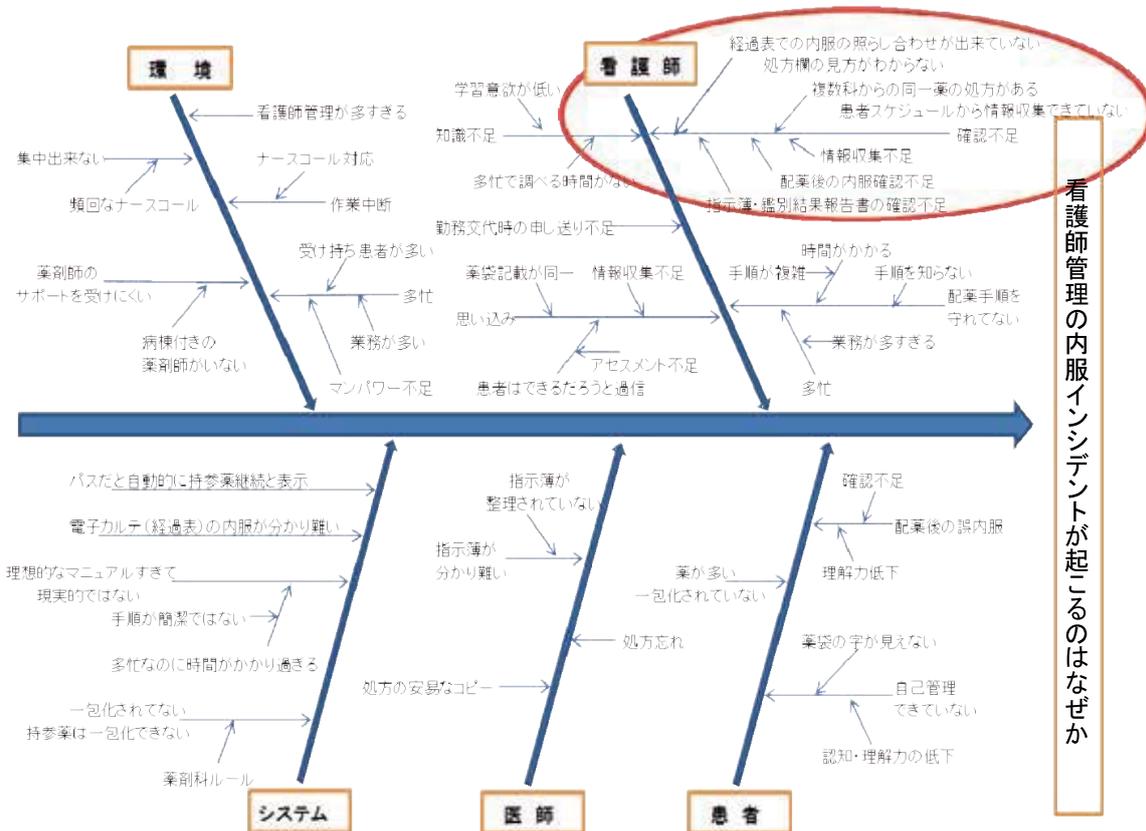
目標設定

看護師管理による内服インシデント件数を5割削減をめざし活動することにした。



要因の解析

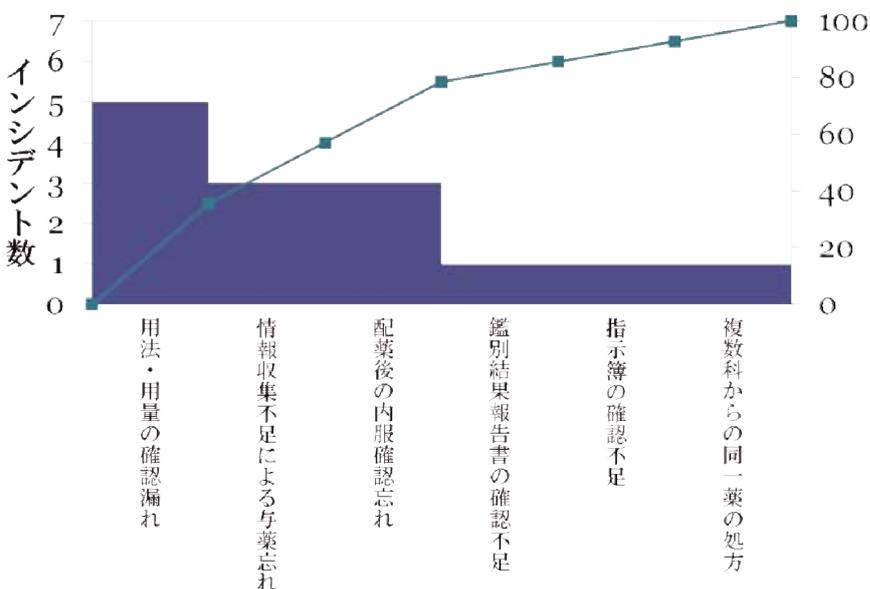
病棟スタッフへアンケートを実施し、看護師管理による内服インシデントが起こるのはなぜかをフィッシュボーンを用いて要因の解析をした結果、確認不足に焦点をあてて取り組むことにした。



看護師管理の内服インシデントが起こるのはなぜか

確認不足の要因をさらに分析し、①用法・用量の確認漏れ②情報収集不足による与薬忘れ③配薬後の内服確認忘れが全体の約8割を占めることがわかり、この3つを主要因と考えた。

確認不足の分類パレート図



対策立案

3つの主要因に対して対策を検討し、評価12点以上に該当する項目に対して対策を実施することにした。

一次対策	二次対策	三次対策	効果	実現性	持続性	経済性	評価
1回用法・用量の間違いをしない	薬剤に対する認識を深める	用量・用法間違い多い薬剤をリストアップしカンファレンスをする	◎	◎	○	◎	11
		病棟で扱う薬の研修会を行う(薬剤科へ依頼)	◎	◎	◎	◎	12
		病棟薬剤師の配置	◎	△	△	△	6
	配薬患者を減らす	フローチャートの導入	◎	△	△	○	7
		患者をアセスメントし、内服自己管理ができる関わりと介入を行う	◎	△	△	◎	8
		薬を一包化し、自己管理してもらう 持参薬取り扱い基準の見直しを行う	◎	○	○	○	9
	カルテと正確な照らし合わせができる	病棟薬剤師とダブルチェック	◎	△	△	△	6
		患者スケジュールから情報収集を行う	◎	◎	◎	◎	12
		1回分の見方を練習する	◎	◎	◎	◎	12
		作業中断時は、再開時に必ず初めから行う	◎	△	△	○	7
	残数の確認をする	チェック法の復活(残数の記載と看護師の記名)	◎	△	△	○	7
		一包化	◎	○	○	○	9
経過表の表示方法を変更する	システム変更	◎	△	△	△	6	
与薬忘れをしない	確実に用法用量を情報収集する	患者スケジュールから情報収集する	◎	◎	◎	◎	12
		定期的(TQMチームより注意喚起を行う(朝の唱和)	◎	◎	◎	◎	12
		現状確認のためのラウンド実施(チェックリスト作成)	◎	○	○	○	9
	確認テスト実施	◎	◎	◎	◎	12	
病棟を把握する	医師・リハビリスタッフとカンファレンスを開く	◎	△	△	○	7	
	勉強会を開く	◎	◎	○	○	10	
配薬後の内服確認が出来る	業務整理をする	眠前薬の入れ物に札を入れる	○	◎	○	○	9
		配薬カードの導入(H28導入予定)	◎	○	○	○	9
	内服確認する手段を統一する	患者スケジュールから情報収集する	◎	◎	◎	◎	12

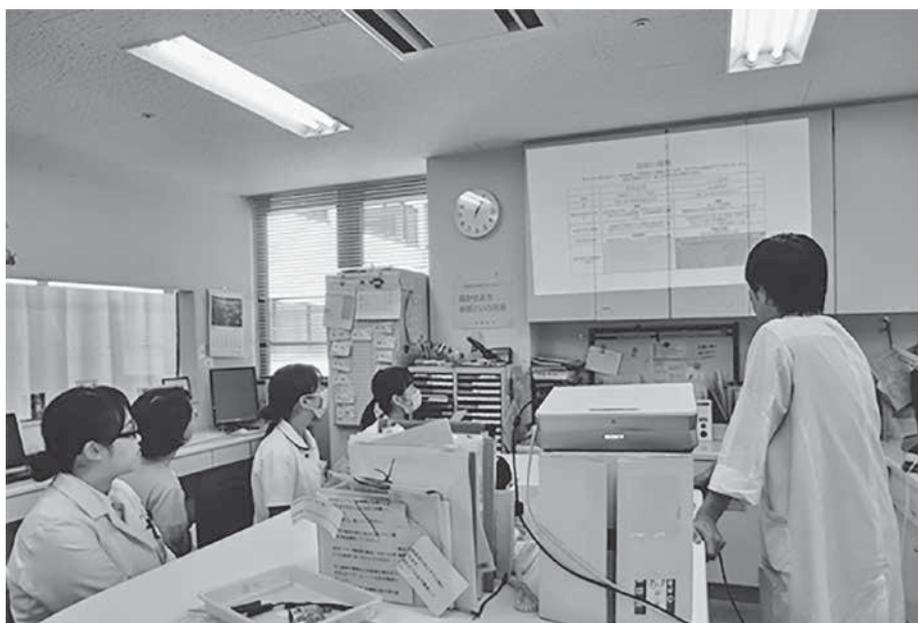
◎3点 ○2点 △1点 12点のみ実施

12点以上になった項目

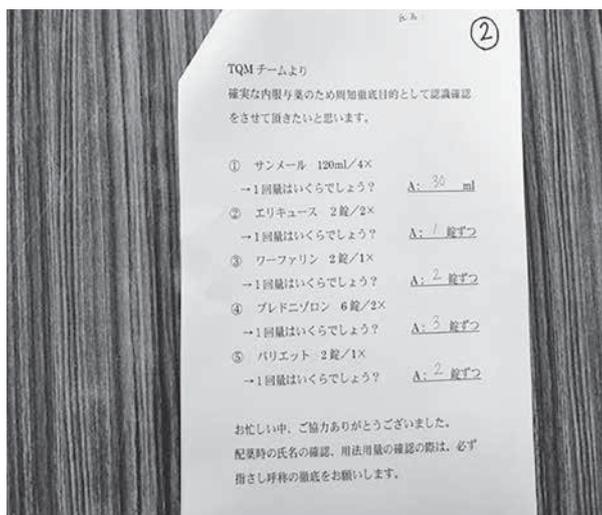
- ・病棟で扱う薬の研修会をおこなう(薬剤科へ依頼)
- ・患者スケジュールから情報収集をおこなう。
- ・1回分の見方を練習する。
- ・定期的にTQMチームより注意喚起をおこなう(朝の唱和)

対策実施

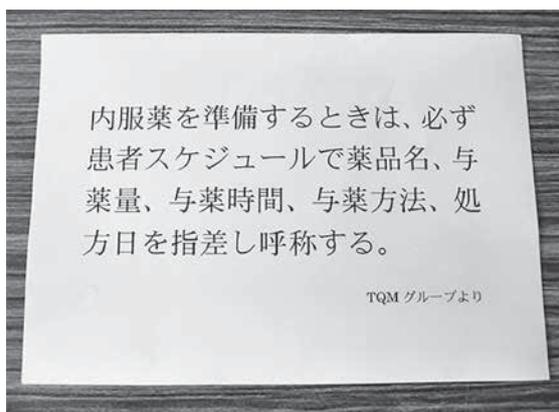
①病棟で扱う内服薬についての研修会を薬剤科へ依頼しおこなった



②処方箋の1回量の見方を確認テストを実施し練習する。



③定期的にTQMチームより患者スケジュールから内服薬について情報収集するよう日勤スタッフ全員で唱和した。



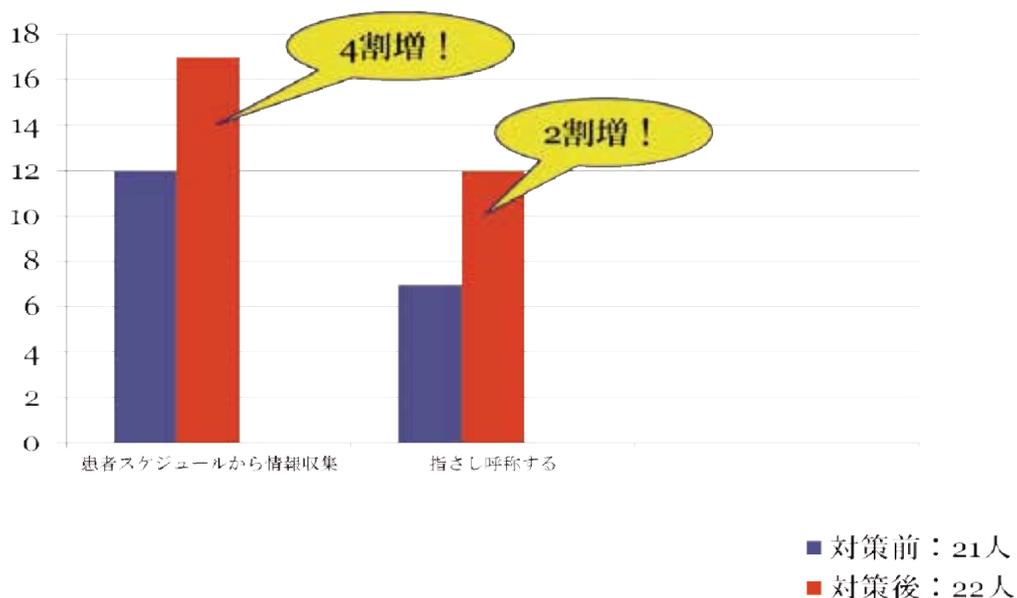
対策立案表

対策検討評価12点以上の項目を5W1Hで具体的に対策内容を立案した。

何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
病棟における使用頻度の多い抗凝固剤の勉強会を	薬剤に対する認識を深めるために	TQMチームが	4月の第2週中に	病棟（ナースステーションまたはカンファレンスルーム）	薬剤師に2回同じ内容を10分程度で依頼して実施する
処方箋の1回分の見方を	確実に用法・用量の情報収集をするために	TQMチームが	4月11日から4月22日まで朝礼時	病棟のナースステーションで	確認テストを実施する
患者スケジュールから情報収集することを	周知徹底するために	TQMチームが	4月11日から4月22日まで朝礼時	病棟のナースステーションで	唱和する 「内服準備をする時は必ず、患者スケジュールで薬品名、与薬量、与薬時間、与薬方法、処方日を指差し呼称する」

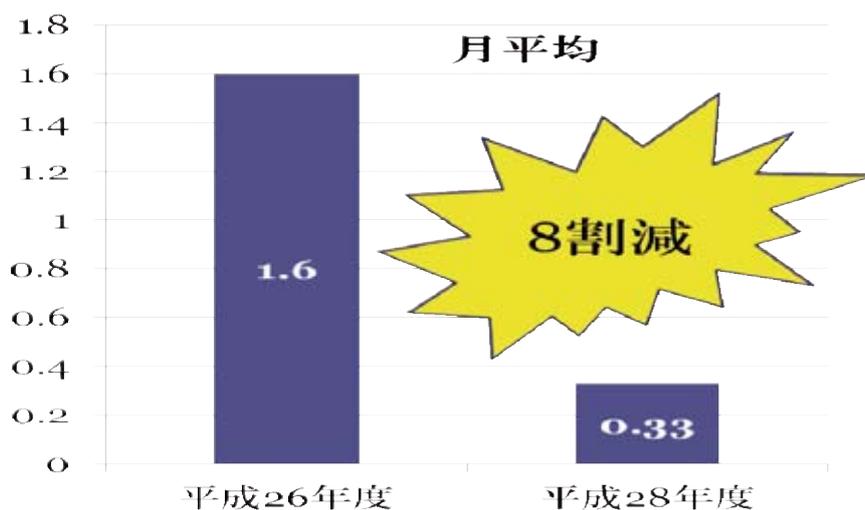
効果の確認：有形効果

病棟全スタッフに対策実施前後にアンケートをおこなった結果、患者スケジュールから情報収集するは12人から17人となり4割増。指差し呼称をしているは7人から12人となり2割増になった。



看護師管理による内服インシデント件数を集計し、対策実施後の平成28年度4月1件、5月0件、6月0件だった。

対策実施後の集計が短期間であったため、平成26年度の看護師による内服インシデント件数を月平均で算出した結果とで比較した。その結果、看護師管理による内服インシデント件数は、月平均1.6件から0.33件となり8割減と目標達成できた。



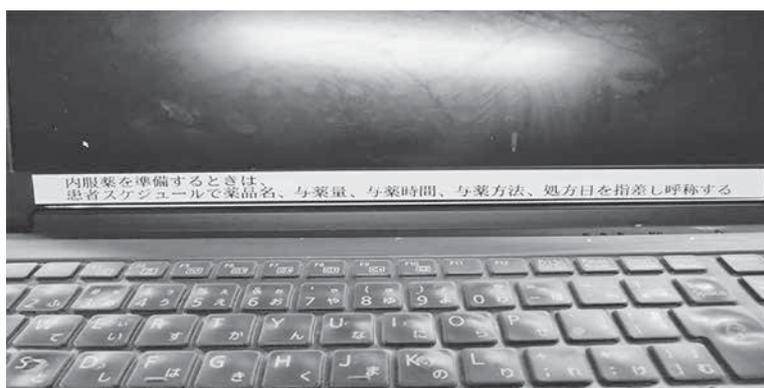
効果の確認：無形効果

薬剤勉強会実施後のアンケート結果より、再発予防のための投薬管理の重要性を再確認した、患者の病態、治療に対する関心が高まった、4階西病棟に入院する患者によく処方される薬剤に対する関心が高まった、など意見があった。

標準化と管理の定着

項目	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする	チェック
標準化	与薬時の確認方法を	正しく配薬するために	TQMチームが	6月の第一週に	ノートパソコンと内服管理棚に	テプラで表示する	プリセプターが毎年6月に剥がれていないかチェックする
教育	病棟で使用する頻度の多い薬の勉強会を	薬剤に対する認識を深めるために	教育担当者やTQMチームが	5月に	病棟（ナースステーションまたはカンファレンスルーム）	薬剤師に2回同じ内容を10分程度で依頼・実施する	プリセプター
	薬剤についての情報収集を	確実に把握するために	教育担当者やTQMチームが	4月に	病棟で	患者スケジュールから情報収集するよう指導する	プリセプター
管理	院内マニュアルを	いつでも閲覧できるように	TQMチームが	6月に	内服管理棚に	マニュアル冊子名、ページ数を書いたものを貼りつける	
	薬剤についての情報収集方法を	周知徹底していくために	教育担当者が	5月に	病棟で	新人と配薬交代者年間教育計画に組み込む	

テプラで作成した与薬時の確認事項をパソコンに張り付け注意喚起をおこなった。



内服管理棚に内服管理についてのマニュアル冊子名とページ数を貼りつけいつでも参照できるようにした。



振り返り

それぞれの実施項目において活動状況の良かった点、悪かった点、今後に向けて残された課題を明らかにした。

実施項目	良かった点	悪かった点
テーマ選定	内服インシデントの削減に向けて取り組むことができた	テーマ名の決定に時間がかかった
現状把握	問題を明確化することができた	必要なデータの絞り込みに時間がかかった
要因分析	多くの要因を見つけ出すことができた	検証に手間取った
対策立案	効果の期待できる対策を立案できた	具体策の絞り込みに時間がかかった
対策実施	病棟スタッフ、薬剤師の協力でスムーズに進めることができた	資料作成など取り組むまでに手間取った
効果の確認	アンケート上では患者スケジュールから内服薬の情報収集する人が増えた	実施後も患者スケジュールから情報収集できていない人もいた
標準化と管理の定着	問題点がわかることで継続して取り組み続けることができる	

今後の課題

- ①今回のTQM活動で内服薬について患者スケジュールから情報収集することを推奨し4割増の結果は得られたが、病棟スタッフ全員が実施できるとまではいかなかったため、今後も活動を継続し病棟スタッフ全員が実施できるよう取り組んでいく
- ②今後導入予定の配薬カートに病棟薬剤師が1週間分の内服薬をセットし、与薬前に受け持ち看護師が患者スケジュールで確認後与薬することでダブルチェックで与薬ミスを防ぐ
- ③電子カルテシステムの変更→患者スケジュールの薬剤表示が現状では一日量が表示されるため、用法用量間違いを防ぐため電子カルテの表示方法を1回量で表示されるようシステム変更する。

以上、3つの事が今後も継続して対策をとることが必要だと考えた。