

最終与薬場面における確認手順の定着を目指して

医療法人社団 健育会 石巻健育会病院

えんじん+ 看護部 長谷部和枝

【1 はじめに】

当院の紹介

当院は宮城県石巻市沿岸部に位置し、東日本大震災(平成 23 年 3 月 11 日)で津波被害を受けた病院である。当院は震災直後の混乱期にも医療を継続し、復興に力を注いできた。震災から 4 年目の平成 27 年 4 月 1 日、当院は新築移転し、病院名が「石巻港湾病院」から「石巻健育会病院」へ変更になった。それに伴い、病床数が 135 床(回復期リハビリ病棟 48 床、療養病棟 46 床、一般病棟 41 床)から 155 床(回復期リハビリ病棟 56 床、療養病棟 55 床、一般病棟 44 床)へ増床となった。このように地域や病院が激変する中で、医療安全を推進するサークル「えんじん+」を平成 25 年に結成し、患者の療養生活に目を向けた改善活動を開始した。病院理念(図 1)達成を常に念頭に置き、安心・安全な医療・看護の提供を目指している。

(図 1) 石巻健育会病院の理念

石巻健育会病院は、確かな医療と質の高いケア、専門的なリハビリテーションを提供することで、地域の皆様の心豊かな生活を支援し、信頼と満足をいただける病院を目指します。

【2 テーマ選定】

えんじん+は平成 25 年度より与薬インシデント減少に向けた取り組みを行ってきた。平成 25 年度には与薬業務フローを整理し、平成 26 年度にはどの段階にエラーが発生しているのか与薬業務プロセスを洗い出し検証した。その結果、最終与薬場面でエラーが多いことがわかり、そこに着目した対策を実施した。

平成 27 年度は、院内で報告の多かった「転倒転落」「注射」「与薬」「表皮剥離」以上 4 つのインシデント報告に着目した。4 つのインシデントを 5 つの視点で評価し、テーマを決定した。前年度に引き続き、「与薬インシデント」が最重要課題として抽出され、継続して取り組むこととなった。

(表 1) 報告の多かったインシデントとその評価 < 評価点数: ◎ 3 点 ○ 2 点 △ 1 点 × 0 点 >

評価項目 インシデント	重要度	緊急度	効果	看護師 全員参加	期間内解決	総合 評価
転倒転落	◎	◎	△	○	×	9
注射	◎	○	○	○	○	11
与薬	◎	◎	◎	◎	○	14
表皮剥離	◎	◎	○	△	×	9

(当法人では、アクシデントを含めてインシデントと表現している。)

改善活動に取り組むための「活動計画表」を作成した。



(表 2) 活動計画表

手順	担当者	平成 27 年							
		5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	
①	薬・石川	●●●●→ →							
②	全員		●●●●→ →						
③	看・狩野		●●●●→ →						
④	看・高橋		●●●●→ →						
⑤	全員			●●●●→ →					
⑥	看・長谷部						●●●●→ →		
⑦	看・三浦								●●●●→ →
⑧	看・三浦								●●●●→ →

【3 現状把握】

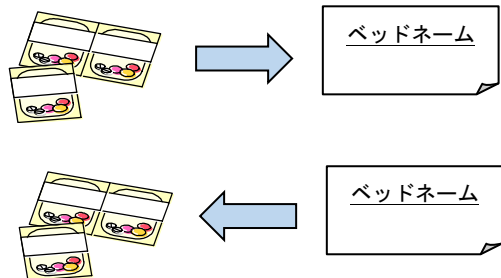
① 与薬インシデント数及び患者誤認について— 平成 26 年度と平成 27 年度 4 月～7 月の結果を比較

(表 3) 平成 26 年度と平成 27 年 4 月～7 月(4 ヶ月間)の結果を比較

	平成 26 年度(1 年間)	平成 27 年 4 月～7 月
与薬インシデント数(レベル 1 以上)	29 件(前年比 50%の減)	17 件発生
与薬に関する患者誤認	なし	1 件発生

平成 26 年度与薬業務プロセスを洗い出し検証した結果、最終与薬場面でエラーが多いことがわかり、そこに着目した対策を立案。最終与薬場面における確認手順「一人双方向型確認手順(以下確認手順とする)」のルール化に取り組んだ。それにより、与薬インシデント数(レベル 1 以上)は減少し、患者誤認の発生もなく改善活動の成果が得られた。しかし、平成 27 年に入って、4 ヶ月間ですでに 17 件のインシデント報告があり、まさかの患者誤認も 1 件発生！！改善どころか**事態は悪化していた！** (表 3)

一人双方向型確認手順とは？



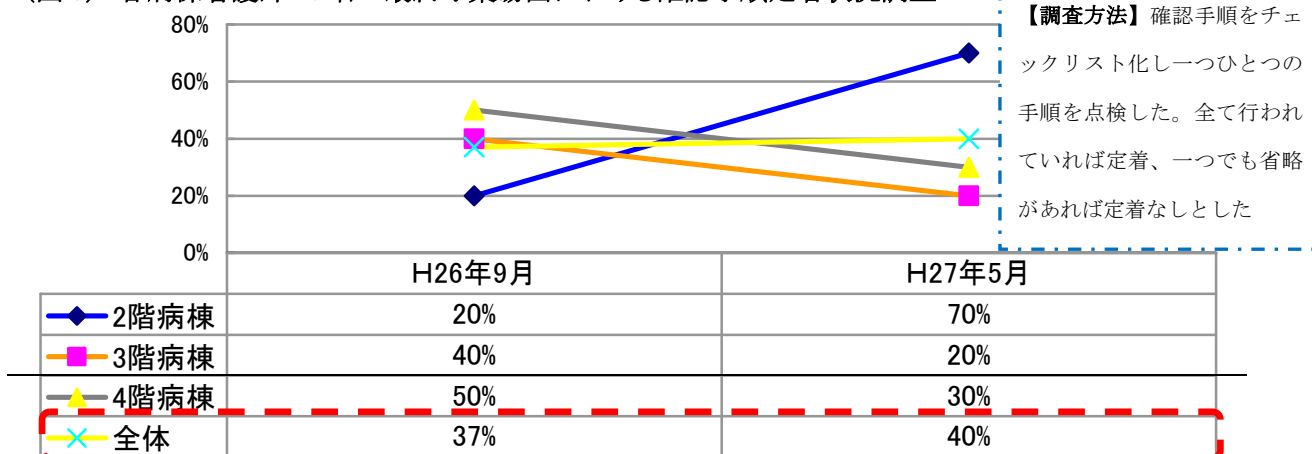
(図 2) 一人双方向型確認手順

一人双方向型確認手順とは、一包化した薬袋の印字(患者名・投与日時)とベッドネームを双方向から指差呼称にて復唱することである。一人で行うダブルチェックの方法で、夜間や繁忙時間帯などに一定の精度が得られるといわれている。(参考文献:看護管理 Vol No.05 2014 426-431)
当院では、勤務人数の現状からみて薬は一人確認であることから、この手順を平成 26 年度より最終与薬場面での患者確認方法として導入した。

②最終与薬場面における確認手順の定着率について

各病棟 10 名 (計 30 名) の看護師を対象とし、確認手順がルール通りに行われているかを調査した。(図 3)

(図 3) 各病棟看護師 10 名の最終与薬場面における確認手順定着状況調査



定着率40%・・・平成 26 年 9 月確認手順のルール化がスタートした時期の定着率とほぼ変わらない結果となった。ルールは作ったものの、確認手順は定着していないことがわかった。

① ②から、現状は、平成 26 年度の改善活動が活かされていない残念な状況であること、このままでは患者の安心・安全につながらないことがわかった！！

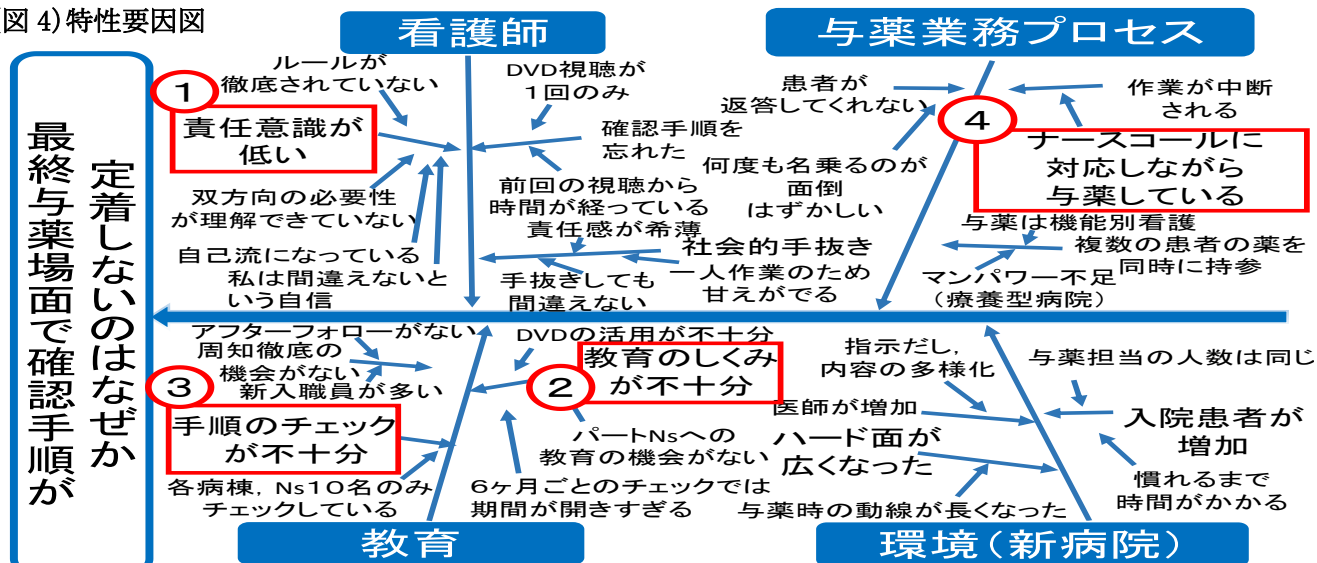
【4 目標設定】

(表 4) 目標設定表 最終与薬場面における看護師全員の確認手順定着率を管理特性とし、活動目標を設定。

いつまで	何を	どうする
平成27年10月末までに	最終与薬場面における 看護師全員の 確認手順定着率を	40%から 100%にする

【5 要因解析】

(図 4) 特性要因図



特性要因図で確認手順が定着しない要因を洗い出したところ、4つの重要要因が浮き彫りになった。

次に、4つの重要要因について、真の要因であるかどうかを検証するために、各重要要因の調査を行った。

(表5) 重要要因の検証

	重要要因	検証方法	結果	判定(理由)
①	看護師の最終確認者としての責任意識が低い	看護師全員を対象とし確認手順を再調査(7月)	全看護師 72名の確認手順定着率 ⇒ 41%	真の要因 看護師全員への調査でも定着率は横ばいだった
②	教育のしくみが不十分である	確認手順勉強会の時期と内容を調査	年1回のDVD視聴学習のみ ・新入職員⇒平成27年4月に実施 ・在職者 ⇒平成26年8月に実施	真の要因 自己学習に委ねる状況で、しくみづくりが不十分であることがわかった
③	確認手順の点検が不十分である	1年間の確認手順点検回数、対象人数、間隔を調査	各病棟 10名の看護師を対象に実施。6ヶ月毎に実施の予定が 不定期開催 となっていた	真の要因 不備な点検体制だったことがわかった
④	ナースコールに対応しながら与薬している。	与薬業務中のナースコール対応数とその内容を調査	ナースコール対応数 朝:25回 昼:7回 夕:25回 トイレ介助、吸引、体位交換など生活上の訴えが主な内容だった	真の要因 ナースコールに対応しながらの与薬業務は困難であることがわかった

以上より、4つの重要要因全てを「**真の要因**」と判定した。

【6 対策の立案と実施】

(表6) 対策の立案 4つの重要要因に対して、三次対策まで立案、3つの視点から判定し、採否を決めた。

	重要要因	一時対策	二次対策	三次対策	重要性	実現性	効果	点数	採否
最終与薬場面で確認手順を100%定着させるために	看護師の責任意識が低い	看護師の責任意識を向上させる	最終与薬場面における看護師の責任の重要性がわかる	情報の共有	○	○	○	15	採
				勉強会の開催	○	○	△	13	採
	教育のしくみが不十分である	確認手順の勉強会の内容・実施時期・対象者を見直す	再学習の機会をつくる	確認手順の練習	○	○	△	13	採
				ルールブックの唱和	△	△	×	7	否
	確認手順の点検が不十分である	確認手順の点検方法見直す	点検の回数を見直す	確認手順の点検	○	○	○	15	採
	ナースコールに対応しながら与薬している	与薬業務環境を整える	与薬業務を中断させない工夫をする	与薬業務環境の見直し	○	○	○	15	採

< 評価点数: ○ 5点 △ 3点 × 1点 >

(表7) 対策の実施 採択された5つの対策について5W1Hにて実施した。

	実施項目 (WHAT)	誰が (WHO)	いつ (WHEN)	どこで (WHERE)	なぜ (WHY)	どのように (HOW)
1	情報の共有	三浦	毎月	職員用 掲示板	看護師の責 任意識向上	・与薬インシデント数と確認手 順定着率データを貼り出す
2	勉強会の開催	長谷部 狩野 高橋 梶原 小山 佐々木	7月 8月	各病棟	看護師として の重要性と 確認手順の 理解	・与薬最終責任者は看護師で あることを説明する ・看護師全員に「一人双方向 型確認手順」を手順書とDVD で説明する
3	確認手順 の練習	長谷部 狩野 高橋	7月 8月 9月	スタッフ ステーション	確認手順の 統一	・与薬担当看護師は、手順を 練習してから与薬業務を開始 する
4	確認手順 の 点検	師長 主任 メンバー	8月 9月 10月	病室	ルール通りに 行われている か点検	・8月から10月を活動強化期 間として看護師の確認手順を 点検する
5	与薬業務 環境の 見直し	師長 主任 メンバー	7月 8月 9月	病室内 あるいは ホール	与薬業務に 集中する	・与薬業務を行う看護師は ナースコールを担当しない

(図5) 1 情報の共有



各病棟のデータ貼り出し⇒「見える化」

(図6) 2 勉強会の開催



手順書説明及びDVD視聴の様子



勉強会に
昨年製作
のDVDを
使用！！

一人双方向型確認手順を
映像化したオリジナルDVD

(図7) 3 確認手順の練習



確認手順を練習してから与薬へー

(図8) 4 確認手順の点検

経口内服と薬時のチェックリスト (患者様が名乗れる場合)

氏名	内服の事前ダブルチェック								チェック シタ
	薬袋の 確認	薬袋の 確認	薬袋の 確認	薬袋の 確認	薬袋の 確認	薬袋の 確認	薬袋の 確認	薬袋の 確認	

チェックリストを使用し手順を点検

(図9) 5 与薬業務環境の見直し

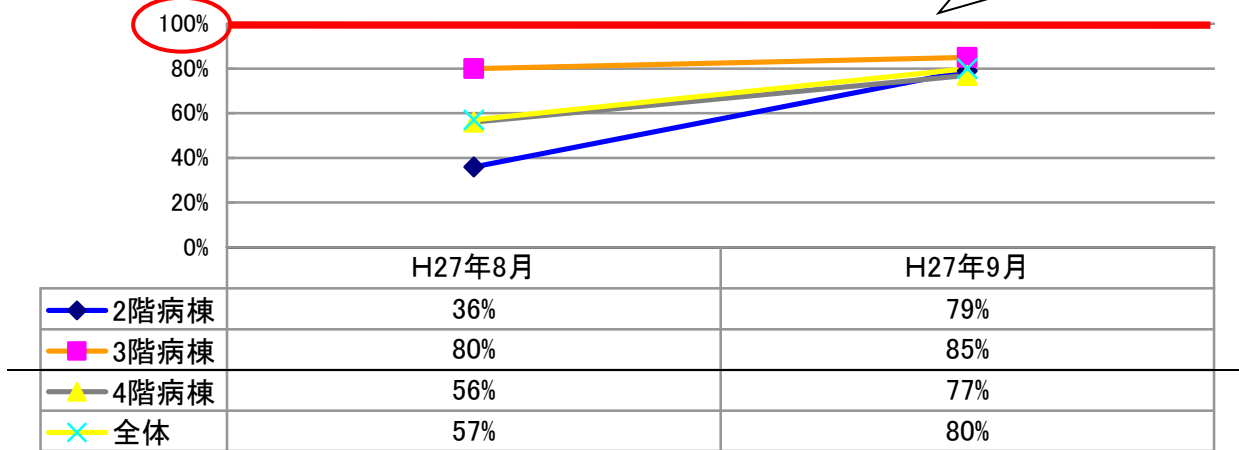


与薬業務時ナースコールを担当しない

【7 中間点検と追加対策】

8月9月の最終与薬場面での確認手順定着率を中間点検した。

(図10) 8月9月の各病棟看護師全員の確認手順定着率



<各病棟データからの分析>

勤務時間が短いパート看護師に定着していないことがわかった！！

<追加対策>

パート看護師の確認手順の再学習週間を設定し、勤務時間内に必ず1回以上確認手順の練習をすることにした。

【8 効果の確認】

対策実施後、最終与薬場面における看護師全員の確認手順定着率は100%となり、目標は達成した。

(表8) 実施前後の確認手順定着率の変化

管理特性	実施前定着率	目標値	実施後定着率(10月末)
最終与薬場面における看護師全員の確認手順定着率	40%	100%	<u>100%</u>

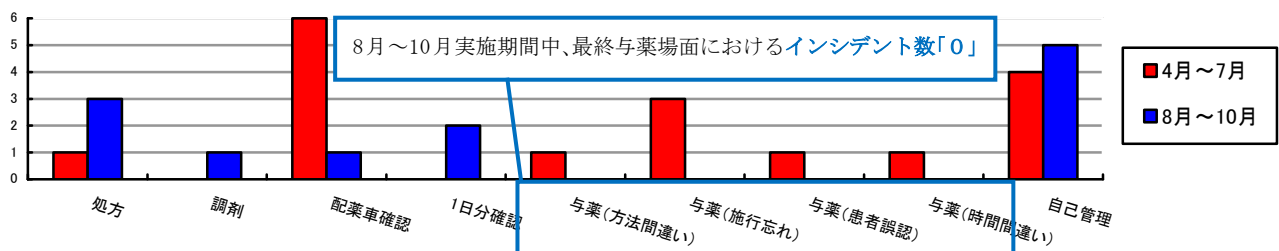
<有形効果> (表9) 実施前後の与薬インシデント数と患者誤認の比較

	実施前 平成27年4月～7月	実施後 平成27年8月～10月
与薬インシデント数(レベル1以上)	17件発生	12件発生
与薬に関する患者誤認	1件発生	発生なし

与薬インシデント数が著しく減少することはなかったが、患者誤認発生はなかった。

<無形効果> ①与薬業務前の確認手順の練習が習慣化した。 ②与薬業務を中断させない環境が整えられた。

<波及効果> (図11) 4月～7月と8月～10月与薬業務各プロセスにおけるインシデント数の比較



【9 標準化と管理の定着】 日々の練習を重ねながら、確認手順の勉強会や点検は年3回定期的に実施し継続する。毎月のデータ管理と職員への周知により、効果や責任意識の持続を確認していく。

(表 10) 標準化と管理の定着

	実施項目 (WHAT)	誰が (WHO)	いつ (WHEN)	どこで (WHERE)	なぜ (WHY)	どのように (HOW)
教育	確認手順 の勉強会	長谷部 狩野 高橋	年3回 5月9月 1月	病棟	確認手順の統 一と継続	・与薬最終責任者は看護師であることを説明する ・看護師全員に「一人双方向型確認手順」をDVDと手順書で説明する
	確認手順 の練習	長谷部 狩野 高橋	与薬 業務 開始時	スタッフ ステーション	確認手順の統 一と継続	・与薬担当看護師は手順を練習してから与薬業務を開始する
標準化	確認手順 の点検	師長 主任	年3回 6月10月 2月	病室	ルール通り行わ れているか確認	・看護師の確認手順を100%になるまで点検する
	業務 マニュアル 整備	師長 主任 メンバー	随時	医療安全 カンファレン ス	与薬業務に 集中	・与薬業務を行う看護師はナースコールを担当しないことをマニュアルに追加する
管理	情報の 共有	三浦 師長	毎月	職員用 掲示板	現状把握 看護師の 責任意識向上	・与薬インシデント数と確認手順定着率データを貼り出す

【10 反省と今後の課題】

(表 11) 反省と今後の課題

	良かった点	悪かった点	今後の進め方
テーマ選定	病院方針と合っており医療の質の向上に繋がった	他のテーマがなかったか考える視点が必要だった	病院の方針に沿って今後も医療安全を推進する
現状把握	昨年度の取り組みが活かされていないことがわかった	把握するのに時間がかかった	与薬インシデント数のデータ収集を毎月継続する
目標設定	手を緩めず100%を目指した	目標を決めるまで時間がかかった	常に100%の定着を目指す
要因解析	検証し真の要因を導き出せた		より深く解析していく
対策の立案と実施	再学習の機会となった	メンバーが毎回参加できなかった	対策を計画的に実施していく
効果の確認	数値目標が明確で評価しやすかった	レベル1以上の与薬インシデント数減少には至らなかった	与薬インシデント数が減少しない原因を探る
標準化と管理の定着	点検期間を年2回から3回へ修正できた		定期的な点検を継続する

【11 おわりに—その後の報告】 点検時、確認手順定着率は100%を維持しているが、平成28年2月と8月に患者誤認が発生した。徹底した学習や点検を行っても、病院の環境変化や多重課題、確認の省略によって発生は繰り返されており、ルール継続の難しさを実感している。今後も手を緩めず活動を継続していきたい。