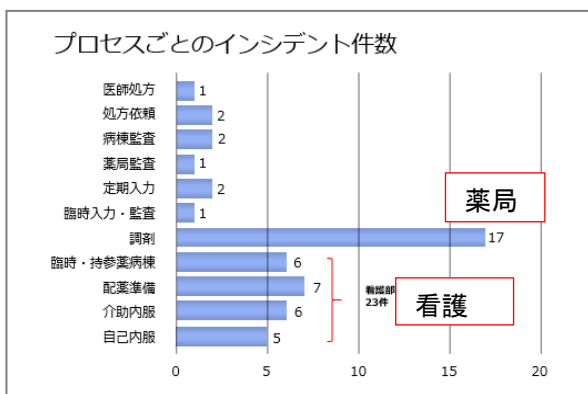


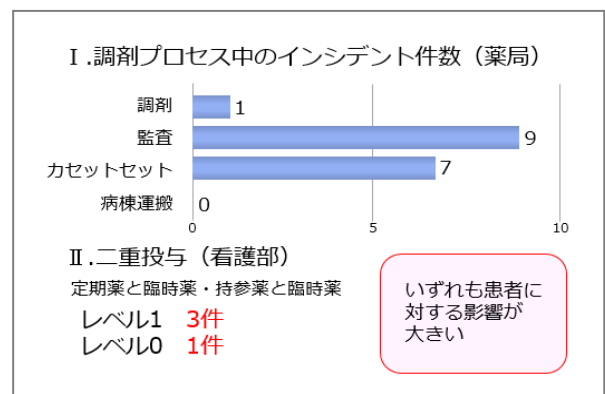
健育会グループ 第9回TQM活動発表セミナー【演題⑨】

演題名	正確な与薬管理を目指して		
施設名	花川病院	発表者(職種)	長谷川 裕之 (薬剤師)
活動の種類	質・安全・能率・CS・モラル・コスト	取り組み種別	問題解決型・課題達成型
改善しようとした問題課題	与薬インシデント減少のために、プロセス管理表を作成し過程ごとの見直しを図る。		
改善の指標とその目標値	(指標) ①監査・セットミス ②二重投与 (目標値) ①16件→0件 ②4件→0件		
実施した対策	・ルールの再確認 ・氏名、用法確認 ・カート表の即時更新 ・セット後の確認 ・二重セットを確実に防止する方法の検討 ・病棟への再指導		
改善指標の対策実施前後の変化	(実施前) ①16件 ②4件 (実施後) ①3件 ②2件		
チームの名称	花川スマイル薬局	リーダー名(職種)	丹羽 すみ子 (看護師)
		チームの人数	7名
活動状況	平成 26 年 7月～ 11月	平均会合時間	60分
	会合回数	10回	平均会合出席率

【現状把握】平成26年1月～6月の与薬インシデント件数を調査したところ51件あった。



プロセス毎の件数(うち薬局17件・看護部23件)



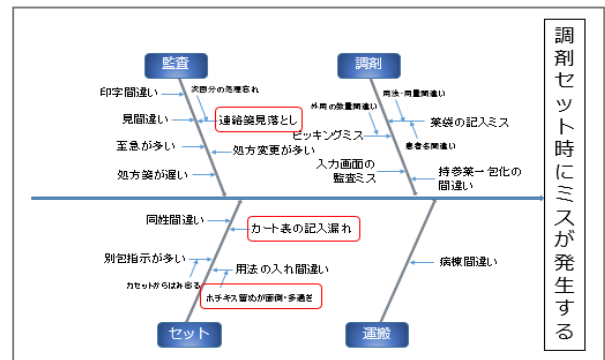
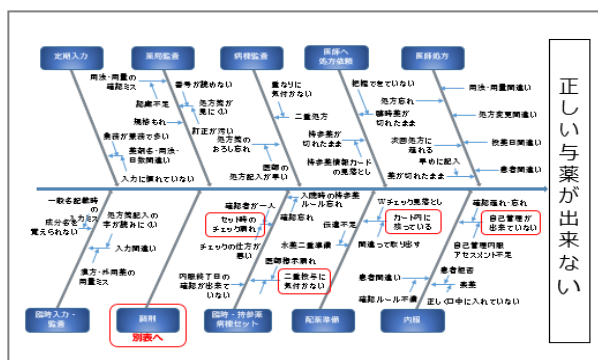
薬局では監査・セットミス、看護部は二重投与を防ぎたい。

【目標設定】与薬インシデントをより減少させるために、8月からの、

薬局の監査・セットミスを16件→0件に、看護部の二重投与を4件→0件にする。

【要因解析】重要な要因

看護部: セット時のチェック漏れ・二重投与に気付かない・カート内に残っている・自己管理が出来ていない
 薬局: 連絡箋見落とし・カート表記入漏れ・ホチキス留めが多い(別包が多いため)



【対策の立案と実施】

対策の立案

対策	①→5点	②→3点	③→1点	目標	実績	評価
連絡箋の見落としをしない	ルールの周知	◎	◎	◎	◎	20
	発生を必ず確認する仕組み	◎	◎	◎	◎	16
	連絡箋の漏れ・見落とし確認	◎	◎	◎	◎	20
ポチキスための簡便化	書きやすい用紙を準備しない	○	○	○	○	14
	前後ごとのルール統一	△	△	△	△	8
カート表の記入漏れを防ぐ	タッチ手止め法の統一	△	△	△	△	8
	タイムリーに作成する	◎	◎	◎	◎	20
二重セットを防ぐ	似ている名称のチェック	○	○	○	○	12
	薬剤指示の確認	◎	◎	◎	◎	14
正しい輸送準備	臨時セット時の確認	◎	◎	◎	◎	20
	内服時の確認	◎	◎	◎	◎	16
自己管理が出来る	カートから正しく取り出す	◎	◎	◎	◎	16
	患者確認ルールを守る	◎	◎	◎	◎	18
自己管理が出来ない	自己管理出来るかを判断する	◎	◎	◎	◎	14
	自己管理方法の確定	◎	◎	◎	◎	14
	毎日、内服確認する	○	◎	◎	◎	14

対策の実施

対策	いつ	誰が	誰に	どこで	何を	どうする
連絡箋の見落としをなくす	7月中	永井薬剤師長	薬剤師に	スタッフルームで	漏れ、見落としをしないために	ルールの確認、見直しをする
	調剤前に	薬剤師が	他の薬剤師に	調剤室で	分包し直し時、氏名・用法を	再度確認する
カート表の記入をタイムリーに行う	7月から	監査の薬剤師が	他の薬剤師に	調剤室で	監査時に用法・用量の変更を	カート表にすぐに記入する
	カートセット時に	カートセット薬剤師が	他の薬剤師に	セット場所で	カート表とセット内容を確認しセットした後に	再度、確認をしてもらう
二重セットを防止する	8月～9月	総看護師長が	部長・主任に	病舎会議で	セット時の2人で確認するルールを	確実に実施する方法を検討
	即時薬カート時に	部長・主任は	リーダー・ナースに	各病棟で	二重処方がないかの確認ルールを	再指導する

- 連絡箋の見落としを防ぐ
 - カート表の記入漏れを防ぐ
 - 二重セットを防ぐ
- 以上に対し対策を検討した。

- ルールの確認・見直し。
- 監査時に用法・用量の変更をすぐにカート表に記載。
- ルールをリーダー看護師へ指導し、二重セットを防ぐ。

【効果の確認】

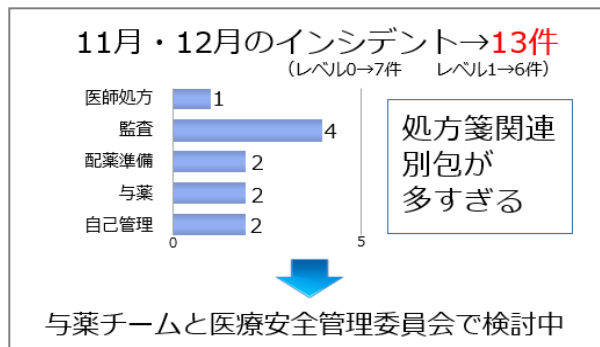


8月～10月の期間、
 セット・監査ミス 16件→3件
 二重投与 4件→2件
 レベル1の割合が減少したものの、目標達成には至らなかった。
 無形・波及効果として、
 ■連絡箋の見落としがなくなった
 ■カート表をタイムリーに記入できるようになった
 ■意識付けによりインシデントそのものが減少
 ■プロセスごとのインシデントの把握ができた

ただし、10月のみで抽出するとインシデントは12件(レベル0→5件 レベル1→7件)
 指示関連は5件、患者間違いは2件と、徐々にルールが守られなくなってきている。

【標準化と管理の定着】 ルールの遵守・見直し・指導。2サイクル目、処方箋関連など新たな問題も発見、再検討する。

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化	与薬ルール	正しく安全に与薬するために	薬剤師 看護師	監査時 セット時 配薬準備時 与薬時	調剤室 病棟	与薬ルールを守る
管理	与薬ルールの定着・見直し	ルールを守って業務を行うために	与薬チーム 医療安全管理委員会	インシデント発生時	会議	原因を分析、ルール見直しを行い、定着を図る
教育	ルール	意識付けし、いつでも遵守できるように	薬剤師 看護主任	入薬時 インシデント発生時	薬局 病棟	ルールの教育、指導を繰り返し行う



【反省と今後の進め方】

	良かった点	反省点
テーマ選定	多職種が絡む大きな課題に取り組みやすかった	与薬チームが中心となってしまった
現状把握	どのプロセスで起きている問題を重大かを明確にすることができた	もっと細やかな把握が必要であった
目標設定	インシデント減少のための明確な目標を立てることができた	レベル0と1をあわせて設定した
要因分析	深く掘り下げることで叩き所が明確になった	調剤とその他で分けざるを得なかった
対策の立案	プロセスごとに効果的な対策を立てることができた	全スタッフへの浸透が難しかった
対策の実施	多職種の連携により広範囲に実施することができた	実施期間が短かった
効果の確認	効果が分かりやすく、達成感があった	レベル0と1を分けて効果の確認をすべであった
標準化と管理の定着	与薬ルールの確認ができた	ルールが守られずなかなか定着していない

多職種に絡み取り組みづらい問題を解決する機会ができ、プロセス分析により問題と叩き所が明確になった反面、レベルごとの分析やスタッフへの定着策など、データ収集の方法やルール周知の甘さが反省点として目立った。
 安全な与薬業務を行うにおいては各プロセスの担当者が確実に業務を行うことで、インシデントは発生してもレベル0での発見が可能であり、ルールをしっかり守ることが患者の安全に直結するものとする。