

## Y4-01

### 薬剤師とのダブルチェックによる内服薬エラーの低減をめざして

日本赤十字社長崎原爆病院 医療安全推進室

○高倉 雅子、中村真知代、町田 毅、西村 由起、近戸 友美、片山 清美

【背景と目的】内服薬エラーは3大エラーの1つであり、薬剤関連エラーの大半を占めている。内服薬エラーの低減を目的に、看護師と薬剤師による内服準備薬のダブルチェック体制の導入、与薬カードの導入を行った。今回、新方式体制導入によって知り得た、内服薬エラーの発生頻度や内容の実態を検討する。

【方法】調査病院は、7病棟とHCUからなる病床数360床・急性期病院である。分析の対象は、新方式導入後に薬剤師がダブルチェックで発見報告したエラー件数、新方式導入前のインシデント報告件数を用いた。新方式導入は、平成24年1月デモ病棟として1病棟（B病棟）から開始し、6月までに8つの全部署導入の計画とした。

【倫理的配慮】調査前に施設倫理審査委員会で承認。

【結果】薬剤師によるダブルチェックに関する結果 薬剤師の報告によれば、新方式導入後4ヶ月間のB病棟のエラーは、各月平均23.5件（範囲=17~36件）100セットあたり平均6.8件発生していた。その内容は約6割が準備忘れ、3割強が準備間違いだった。準備間違いで最も多かったのは用法間違いだった。与薬カード導入では、手順に新たに加わる確認媒体の整備の必要性が示唆された。新方式導入前のインシデント報告 新方式導入前4ヶ月間にB病棟看護師のインシデント報告数は、わずか4件だった。全体7病棟の平均発生でも各月平均6.4件で、これは新方式導入後エラー発見数の約1/3以上だった。

【結論】新方式体制導入によって、B病棟では各月平均23.5件100セットあたり6.8件のエラーを防ぐことができた。内服薬エラーでは、看護師報告件数より多くのエラーが実際は発生していた。

【おわりに】現時点では、B病棟のみの状況報告であるが、発表では複数病棟の内服薬エラー発生傾向について報告の予定である。

## Y4-02

### 看護部・薬剤部が連携して取り組む内服薬エラー防止対策

福島赤十字病院 医療安全推進室

○阿部 美幸

【はじめに】当院におけるヒヤリハット・アクシデント報告のうち、平成23年度は約25%が薬剤関連であり、転倒・転落に次いで2番目に多かった。特に看護部10部署中A病棟において薬剤関連のヒヤリハット報告が突出して多い傾向があった。そこで、A病棟における薬剤関連ヒヤリハット報告内容の分析を行い、薬剤部とともにヒヤリハットの低減に向けて検討することとした。

【方法】1. 現状分析として1) ヒヤリハット事例収集・分析・提供事業「全般コード化情報」コード表の「与薬」の項目に従って、ヒヤリハット内容を分析。2) 診療科別、プロセス別にヒヤリハット内容を分析。3) 看護師の薬剤に係る業務量調査および分析。2. 分析結果から課題を抽出し、看護部および薬剤部で検討し対策を立案。3. 対策実施前後の事例発生状況を比較し効果を検討。

【結果】平成23年度のA病棟における薬剤に関するヒヤリハット内容の分析では、内服薬に関する報告件数が54%を占めた。さらにその内容をみると重複投与が最も多く、次いで過剰投与と無投薬、診療科別では循環器科が61%と半数以上であった。カンファレンスで検討の結果、聞き取れない後発医薬品名による持参薬と院内処方薬との重複投与と心カテ前に中止の必要な糖尿病用剤のチェックもれの問題があげられた。そこで「入院時持参薬確認表」の書式を変更し薬効を見やすくすること、重複投与の多かった抗血栓薬には「抗血」、心カテ前に中止の必要な糖尿病薬には「糖」と記入すること、また薬剤関連ヒヤリハット発生時にはカンファレンスに薬剤師が入ることを対策として立案した。対策実施後の結果および課題を検討し報告する。

## Y4-03

### 内服間違い防止への取り組み

八戸赤十字病院 看護部

○鈴木 美紀、上野 陽子、上野 裕恵、荒屋 愛子、木村 恵子

【目的】入院患者の中には、現在治療中の疾患に加え、他科・他院から処方された何種類もの薬を服用している場合が多く、内服薬に関するヒヤリ・ハットにつながるリスクが高い。当病棟においても長期的に内服を継続している患者が多く、入院中、発熱などの体調変化により、これまで自己管理してきた薬が正しく飲めなくなるケースが多かった。患者の自己管理能力を判断するために院内で使用していた内服薬自己管理判断基準表は、病状変化や身体機能を評価できる項目が少なく、内服援助方法においても標準策がないため各部署の方法に任されていた。これらの見直しを行うことで内服間違いのヒヤリ・ハットを減らすことができるのではないかと考え取り組んだ。

【方法】内服薬自己管理判断基準表の改訂・内服管理基準の作成、運用。運用前後に提出されたヒヤリ・ハットレポートを分析した。

【結果・考察】内服管理判断基準表の改訂、内服管理基準の作成・運用することでのヒヤリ・ハット件数の減少は得られなかった。しかし患者の自己管理能力のより適切なアセスメントと内服援助の標準化ができた。運用後、患者から内服間違いの自己申告や、自己管理の意識が高まった言動が聞かれるようになり、A病棟では患者を中心として、多職種で内服間違い防止に取り組む体制ができた。内服間違いがあった際には、その要因を患者と共に振り返り、自己管理継続可能か否か再評価していく事が必要である。また、退院後の療養生活を見据えて、自己管理が継続できるよう、個々の患者に合った具体的な管理方法を考え、入院中から実施して習慣化できるよう援助していく事も必要である。そのことは患者の治療に対する主体性や、看護師の内服援助に対する意識を高める事につながる。

## Y4-04

### 誤薬低減に向けた取り組みー与薬システムの改善ー実践報告第1報

長岡赤十字病院 医療安全推進室

○吉原 則子、山崎 時子、安達 茂實、今井 朋子、丸山 陵子、富樫 賢一

【はじめに】N病院のインシデントレポートに占める薬剤の割合は3割で、その内の3割が内服薬である。誤薬事例の分析を通して、指示の伝達と服薬の確認システム不備が明確になった。そこで医療安全推進室が中心となり与薬システムの改善に取り組んだので報告する。

【目的】確実な与薬に向けシステム等を改善し周知する。

【方法】期間：平成23年10月～平成24年4月 具体的方法：ワーキンググループによる与薬システムの見直し

【実践】問題の明確化：平成23年10月－全職種20名で誤薬事例の事象分析を実施。11月－安全看護部が現与薬システム運用の現状を調査。診療部、看護部、薬剤部でワーキンググループを組織し、与薬業務の現状を分析。その結果、一連の与薬業務における責任の所在が不明瞭、職種間の伝達方法に定めがない等の問題が明らかになった。具体策の検討：12月－関係者で「与薬確認書」等の運用に関する文書を修正し、連絡用紙2種を作成した。実施：平成24年1月－試用にあたり、医師、看護師、薬剤師に説明し協力を得る。2月－3週間の試用を経て評価・修正案作成。3月－看護師・薬剤師対象説明会を3回開催。部署のリーダー等約100名参加。診療部には文書にて周知。安全対策マニュアルを改訂し全職種に周知。4月－全部署で新与薬システムの運用を開始。

【考察】院長が誤薬に対する危機感を管理会議等で職員に繰り返し語ったこと、診療部をはじめ関係部門の代表による協議を重ねたこと、試用・修正・広報など準備を計画的に進めたことが新与薬システムの円滑な導入につながった。

【結論】与薬システムの変更は予定通り実施され、実施後の成果は調査中である。