

テーマ

# オレたち薬Gメン “インシデント” 潜入捜査

(財)小倉地区医療協会 三萩野病院

うらなか ひろみつ  
薬剤科 浦中 浩光

## 1. テーマ選定理由

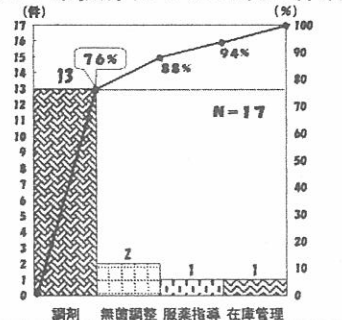
- 【病院理念】  
患者様本位の  
医療サービスを提供します
- 【薬剤科方針】  
インシデント撲滅
- 【サークル方針】  
進化したQCを目指す

<図1> 11個の問題点の中から上位方針に沿っている3つに絞り込んだ  
(作成日:H16年12月28日 作成者:上杉)

問題点	現状	採否	理由
散剤と錠剤が2種類入っていて わからなかったと患者様より苦情がある	H16.11月~12月までの 苦情患者数→0人	否	①上位方針に沿っている ②2ヶ月間調査したが0件だった ③自己管理対象患者様が減っている
化学療法施行患者様から 「注射まだですか」と苦情がある	苦情患者数→2人 その内1人は化学療法終了	否	①上位方針に沿っている ②自部署のみでの対策が困難 ③件数が少ない
薬剤科におけるインシデントがある	下記参照	採	①上位方針に沿っている ②自部署で対策可能

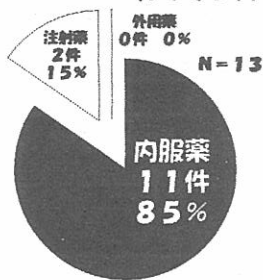
## 2. 問題点の明確化

<図2>業務別インシデント発生件数



[調査期間:H16年2月~12月]

<図3>調剤業務における  
インシデント内訳



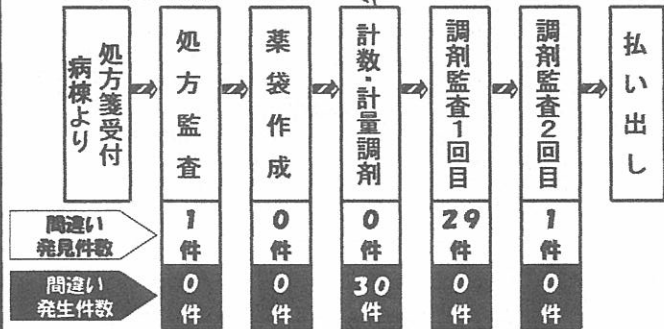
薬剤科における  
インシデント発生は  
17件であり、  
業務別では調剤業務が  
13件(76%)だった  
その内、内服薬が  
11件(85%)だった

(作成日:H17年1月8日 作成者:上杉)

# オレたち薬Gメン “インシデント” 潜入捜査

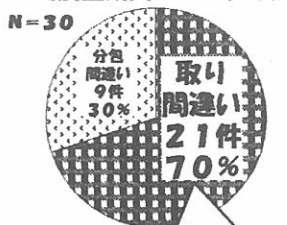
## 3. 現状把握

<図4>薬剤科内における  
内服薬調剤の流れ



<図5>調剤時の間違い発生原因別 (処方枚数:1107枚)

[調査期間:H17年1月11日~2月7日]



取り間違いとは?  
・薬品名間違い  
・規格間違い  
・数量間違いなど

調剤監査1回目29件、  
2回目1件の間違いが  
発見された。  
監査システムも機能し、  
間違っただけでの払い出し  
は無かった。  
セーフティマネジメントと  
考え、発生原因を調査。  
調剤時での取り間違いが  
21件(70%)だった。

(作成日:H17年2月8日 作成者:中村)

サークル チーム名 金米糖

(平成3年10月結成)

リーダー氏名 (職種)	浦中 浩光 (薬剤師)	所属 部門	看護 管理 医療技術 事務	月あたり会合回数	4回
リーダー-経験年数	1年 3ヶ月	活動 内容	その他 ( ) 質 能率 CS モラール コスト 安全	平均会合時間	30分
メンバーの数	計 5名 うち男 2名 うち女 3名			平均会合出席率	97%
				テーマ歴 (このテーマで)	27件目

#### 4. 目標設定

<図6>

何を	調剤時の取り間違い件数 21件
いつまでに	H17年3月31日
どうする	0件にする
根拠	患者様に安心して安全な 薬の服用をして頂くため

(作成日:H17年2月10日 作成者:東)

#### 5. 活動計画

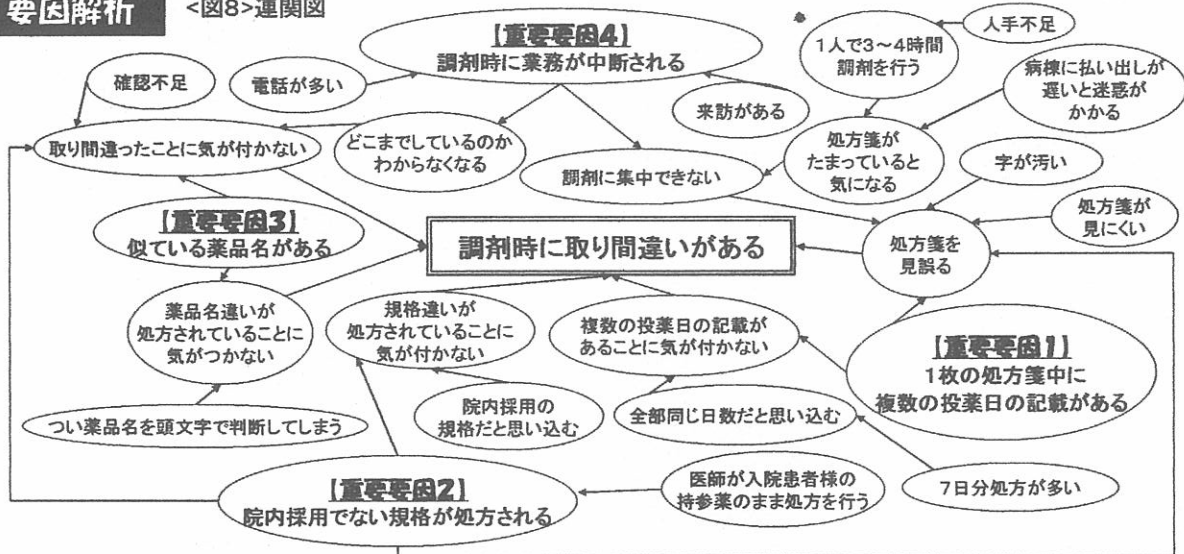
<図7>

(作成日:H17年2月12日 作成者:東)

担当		12月	1月	2月	3月	4月	5月	会合回数	出席率
テーマ決定	上杉	予定 .....	実施 →					5回	95%
現状把握	東・中村	予定 .....	実施 →					6回	97%
原因解析	福田	予定 .....	実施 →					5回	98%
対策の立案・実施	浦中	予定 .....	実施 →					5回	100%
効果の確認	福田・中村	予定 .....	実施 →					2回	98%
標準化と管理の定着	上杉	予定 .....	実施 →					2回	98%

#### 6. 要因解析

<図8> 連関図



(作成日:H17年2月14日 作成者:福田)

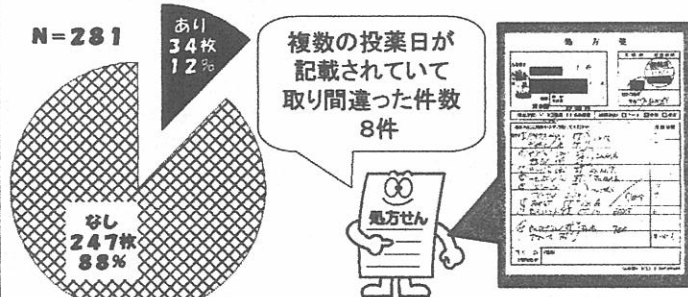
#### 7. 重要要因の検証

[調査期間:H17年2月15~22日] (作成日:H17年2月28日 作成者:福田)

##### 【重要要因1】

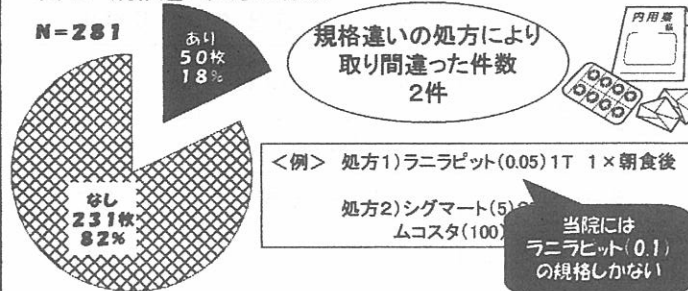
1枚の処方箋中に複数の投薬日の記載がある

<図9>複数投薬日記載処方の有無



##### 【重要要因2】院内採用でない規格が処方される

<図10>規格違い処方の有無



##### 【重要要因3】似ている薬品名がある

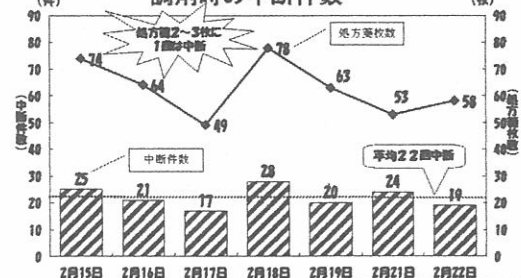
<図11>薬品名類似率



##### 【重要要因4】

調剤時に業務が中断される

<図12>1日処方箋枚数と調剤時の中断件数



## 8. 対策の立案

<図13>系統図

(作成日: H17年3月5日 作成者: 浦中)

重要要因	一次対策	二次対策	効果	実現性	採否	対策
1枚の処方箋中に複数の投薬日の記載がある	複数の投薬日の記載をなくす	処方時に別々にわけて記載して頂く	◎	×	否	
	複数の投薬日の記載をわかりやすくする	処方箋にわかりやすくしをつける 投薬日数にしをつける	◎	◎	採	①
			◎	×	否	
院内採用でない規格が処方される	院内採用でない規格が処方されないようにする	医師が見やすいように持参薬識別表をカルテに挟む	◎	◎	採	②
		病棟業務中に医師が処方される際に規格違いを提言する	○	×	否	
	院内採用でない規格が処方されてもわかるようにする	院内医薬品集を医師に活用して頂くように依頼する	×	○	否	
		薬品棚の薬品ラベルの規格表示を大きくする 処方箋にわかりやすくしをつける	○	◎	否	
似ている薬品名がある	似ている薬品名を認識しやすくする	棚を離す	×	○	否	
		類似薬品名一覧表を作成する	◎	◎	採	③
		処方箋の薬品名の所にしをつける	×	○	否	
	似ている薬品名の薬剤をなくす	棚にわかりやすく表示する	◎	◎	採	④
		薬品名の似ている薬剤を違う名称の薬剤に変更する	○	×	否	
調剤時に業務が中断される	調剤時の中断をなくす	調剤中は業務に専念する	◎	×	否	
	調剤時の中断を減らす	中断している原因を調査して判断する	◎	◎	採	⑤

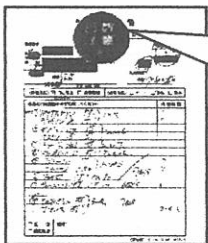
## 9. 対策の実施

<図14>実施計画表 5W1H

(作成日: H17年3月25日 作成者: 浦中)

対策	なぜ	何を	誰が	いつ	どこで	どうする
①	複数の投薬日の記載をわかりやすくする	わかりやすいしるし	調剤者	薬袋記入時	薬剤科	処方箋につける
②	院内採用でない規格が処方されないようにする	持参薬識別表	東	3月25日まで		改訂し、カルテに挟んで医師が確認しやすくする
③	似ている薬品名を認識しやすくする	一覧表	中村	3月25日まで		作成する
④		薬品棚	稲田			わかりやすく表示する
⑤	調剤時の中断を減らす	中断している原因	浦中	3月25日まで		調査し、分析する

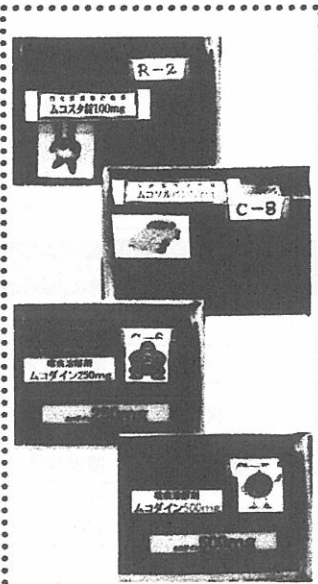
対策①投薬日が複数指示されている処方箋を目立ちやすくした



日数注意  
青クリップでわかりやすくした

対策③④似ている薬品名を認識しやすくする

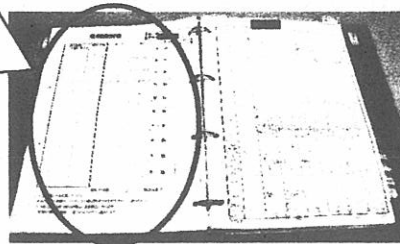
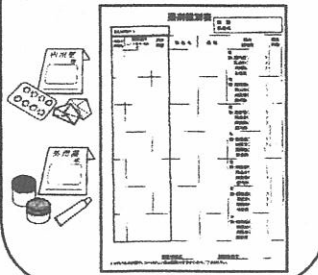
類似品名が似ているもの一覧		規格が2種類あるもの一覧	
トグナチル 50mg	ゾラマニール 50mg	ワルソ 100mg	ワルソ 50mg
デブドール 100mg	ケルトール 200mg	ランタス 40mg	ランタス 20mg
フレドック 5mg	フルゼニド 15mg	ムコスタイン 500mg	ムコスタイン 250mg
フレドック 5mg	フルゼニド 15mg	ムコスタイン 100mg	ムコスタイン 25mg
リビトール 10mg	リビトール 5mg	ハルシオン 0.25mg	ハルシオン 0.125mg
ムコスタイン 2500mg	ムコスタイン 100mg	アグラートCR 20mg	アグラートL 10mg
パナソリン 100mg	パナソリン 330mg	アグラート 10mg	アグラート 5mg
ゼンタック 150mg	イロリス 100mg		
カルチナリン 1mg	カルチナリン 60mg		
ガスコン 5mg	ガスコン 80mg		
アマニール 1mg	アマニール 10mg		
ゼンタック 250mg	ゼンタック 100mg		
ロキソニン 30mg	ロキソニン 60mg		
リビトール 10mg	リビトール 50mg		
エプソリン 15mg	エプソリン 100mg		
ゼンタック 100mg	ゼンタック 250mg		



似ている薬品の一覧表を作成し内服薬の調剤台に貼った

対策②持参薬識別表を医師に確認して頂く

体温表の前頁に挟んで処方時に活用して頂く

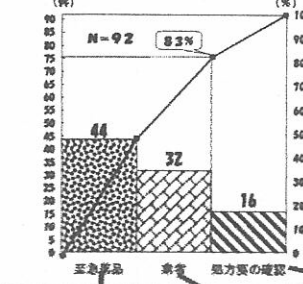


市中の駐車場で見かけるように関連のない絵柄を用いて薬品棚に貼った

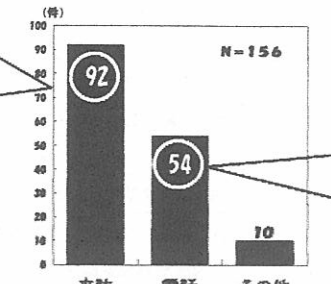
### 対策⑤調剤時の中断を減らす

〔調査期間：H17年3月11～25日〕

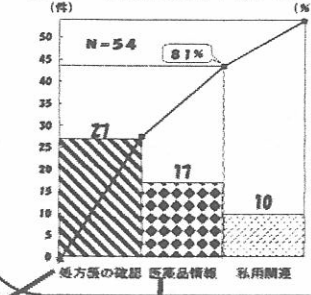
<図16>来訪による中断内容



<図15>調剤における中断原因



<図17>電話による中断内容



#### 【至急薬品について】

処方箋の至急がわかりにくかったため赤クリップをつけ透明な薬袋に変更し目立ちやすくした



赤色

#### 【業者について】

業者(問屋・製薬会社)の訪問時間がまちまちであったため訪問時間を決めた

問屋 9:00～10:00  
製薬会社 13:30～14:00  
16:00～17:00

#### 【処方箋の確認について】

調査時では病棟よりレセコンでの処方箋が薬剤科にプリントアウトされていた。平成17年4月10日よりシステム変更に伴い、各病棟でのプリントアウトが決定したため、病棟からの「処方箋出ますか」と言う声(電話27件+来訪16件)が無くなった

#### 【医薬品情報について】

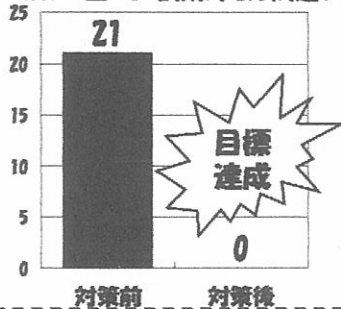
各病棟で同じ質問が多いため月間情報紙として院内に配布した

(作成日：H17年3月25日 作成者：浦中)

## 10. 効果の確認

### 【有形効果】

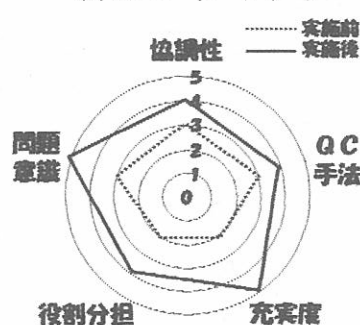
〔調査期間：H17年3月26～4月23日〕  
(件) <図18>調剤時取り間違い件数



目標達成

### 【無形効果】

<図19>レーダーチャート



### 【波及効果】<病棟看護師より>

①至急薬品の払い出しが早くなったので患者様をお待たせしなくなった



②薬剤科Q&Aが毎月発行されるので薬についていつでも確認できるようになった



(作成日：H17年4月24日 作成者：中村)

## 11. 標準化と管理の定着

<図20>5W1H

(作成日：H17年4月28日 作成者：上杉)

	なぜ	何を	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化	内服薬のインシデントをなくす	マニュアル	所属長	4月27日	薬剤科	改訂した
教育			新人教育係	新入職時		指導する
管理			調剤間違い用紙	セーフティスタッフ		カンファ時

## 12. 反省と今後の課題

<図21>

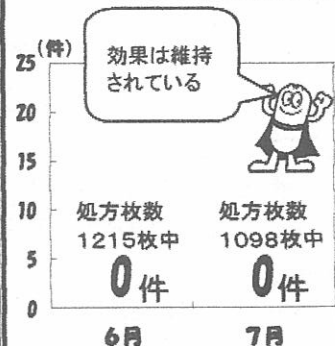
(作成日：H17年5月2日 作成者：福田)

	良かった点	苦労した点(悪かった点)
テーマ選定	明確化が理解しやすくてできた	問題点の絞込みに苦労した
現状把握	調剤業務が他の方にもわかりやすく表現できた	データの収集方法に手間取った
要因解析	連関図を習得することができた	検証の表現方法が難しかった
対策立案・実施	QC手法の考え方で対策をうつことができた	業者の協力を得るのに苦労した
効果の確認	医薬品情報管理業務まで改善することができた	来訪時間が全業者にいき渡らなかった
標準化と管理の定着	日本医療機能評価機構が推奨する調剤間違い防止管理ができた	わかりやすいマニュアル改訂に苦労した
今後の課題	薬剤科におけるインシデント発生は永遠のテーマであるため、これからも初心を忘れず、さらなる向上を目指していきたい	

## 13. 効果の維持

<図22>調剤時の取り間違い

〔調査期間：H17年6月1日～7月31日〕



取り間違いは発生せず、効果は維持されている



(作成日：H17年8月10日 作成者：浦中)