

行されるので、監査時の確認、記録として使用している。また、薬包紙に氏名、服用時間、薬品名、調剤月日が印字されるので、病棟においてのセット及び配薬時また在宅での確認になり、過誤の防止に働いている。

○今後の取り組み

水薬の監査システムが未導入である。水薬の調剤時の過誤は発生していないが、混合することで、調剤薬品名の判断が難しい調剤行為には、この監査システムは過誤防止に有効な方法のため導入の検討を進めていきたい。しかし、金額が高いのがハードルとなっている。

オーダーに連動した散剤監査システムは、単体での監査システムとは異なり、散剤調剤全体への効果が高い。調剤行為を記録として確認・保存でき、薬包紙に患者名、薬品名、調剤日などが印字でき、在宅、病棟での医薬品確認において過誤を防止する為の有効な対策であると考えている。

BP 9

払出しと与薬のユニット・ドース化

払出しと与薬のユニット・ドース化

佐久総合病院

○ 要約

当初、当院では与薬業務について、内服薬エラー防止までの確認事項やシステムのないままに業務が行われていた。17 病棟全てにおいて病棟担当薬剤師が置かれ服薬指導を中心に薬剤管理指導が行われていたが、配薬セット業務についてはほとんど薬剤師が関与することはなく、病棟看護師の仕事となっていた。2003 年 3 月より、オーダリングシステムが導入され、定期処方日の設定が更新され、2003 年 8 月より多種多様な薬剤を扱う腎臓・膠原病内科、整形外科の混合病棟において与薬カートを試験的に導入した。患者さんに安全な配薬を行うため、薬剤師と看護師による共同業務として配薬セットを始め、与薬のユニット・ドース化を構築した。現在、全病棟（17 病棟）で運用中である。

○ 佐久総合病院の概要

昭和 19 年 1 月 19 日、長野県南佐久郡臼田町（現在佐久市臼田）に病床数 20 床の「佐久病院」が開設された。昭和 20 年 3 月に外科医として赴任した若月俊一先生が、昭和 21 年から平成 5 年まで 48 年間にわたって院長をつとめ、この時代に病院は大きく発展して、現在の佐久総合病院となった。

若月先生は外科医としてメスを取るだけでなく、農民の健康と生活の向上のための保健予防活動にも力を注いだ。「地域医療」という概念がまだ無かった時代に村々をまわり、自作の劇を上演して、農民たちに健康を守ることの大切さを説いて歩いた。こうした若月先生の精神を体現すべく、佐久総合病院は治療のみならず予防を大切にし、医療を越えた文化活動をも包摂して、医療の中に止まらない幅の広い活動を続けてきた。

現在病院は、診療科(29科) 一般病床 600 床、ICU 20 床、精神科病床 112 床、感染症病床 4 床、療養型病床 40 床、人間ドック 45 床、合計 821 床。美里分院 120 床、小海分院 99 床 合計 1040 床 1 日平均外来数 2017 人 1 日平均入院患者数 918 人 職員総数 1713 名 (内看護師 826 名 薬剤師 30 名)

○ はじめに

与薬業務は、医師の指示から薬剤師・看護師と臨床 3 部門が関わり、複数の人々によって連携していく業務である。川村氏は、「1 つの内服与薬行為には、間違っはならない 5 つのポイント、つまり正しく投与すべき患者、薬剤、量、日時、方法がある。したがって、看護師管理下の与薬患者数×薬剤数×与薬行為回数×5 という膨大な数の確認ポイントが存在することから、エラーも極めて起こりやすい日常業務である。」と述べている。

当院では、当初内服薬エラー防止までの確認事項やシステムのないまま業務が行われていた。薬の専門家である薬剤師と病棟看護師のかかわりは、17 病棟全てにおいて病棟担当薬剤師が置かれ服薬指導を中心に薬剤管理指導にあたっていた。しかし、配薬セット業務についてはほとんど薬剤師が関与することなく病棟看護師の仕事となっていた。配薬業務は処方箋内容と医師の指示記録（処方箋のみでは変更か追加が明確に記載されていないため）を漏らすことなく確認し、かつ定時まで間違いずにセットするという正確さと迅速さが要求される。実際はナ

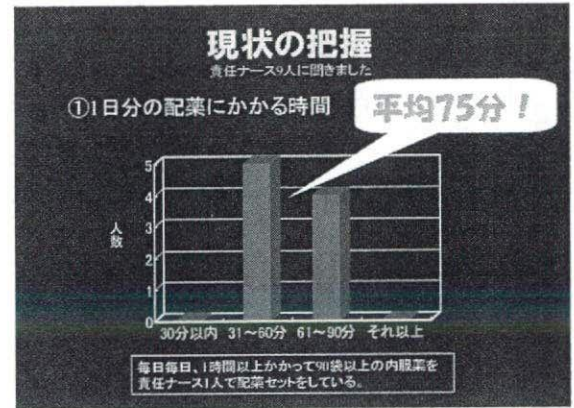
ースコール・電話・面会などの対応で業務を中断するため正確さと効率に欠けていた。

そこで、2003年8月より多種多様な薬剤を扱う腎臓・膠原病内科、整形外科の混合病棟に与薬カートを試験的に導入しこの病棟を試行病棟とした。そして安全と業務の効率化の視点に立ち、薬剤師と看護師の専門職としての力を発揮し様々な業務改善を行い患者に安全な配薬を行うために共同業務で配薬セットを始めた。その取り組みは、配薬セットの共同業務にとどまらずお互いの役割の再認識にもつながり薬剤師・看護師の双方に良い結果をもたらしたので報告する。

○問題点

当院では3～4年前まで以下のような状況下で与薬業務を行っていた。ある病棟を例にとると、

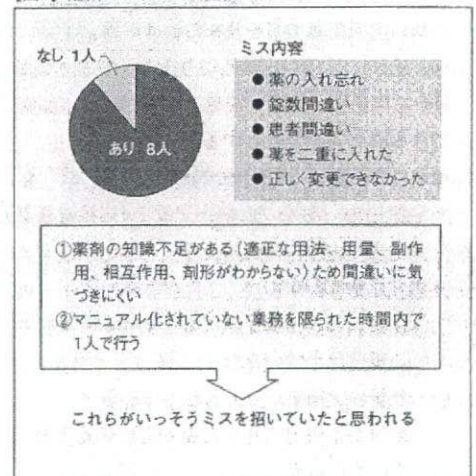
- ① 約30名分、1日分の配薬セットを毎日1時間～1時間30分要してセットしている。



- ② 処方日の設定もなく、バラバラに処方される
- ③ 電話や、ナースコールなどで作業中断されることが多い。
- ④ 忙しい業務の中で、1人の責任看護師が行っており、薬剤師の関与はない。
- ⑤ 安全な配薬準備をするシステムがない。
- ⑥ 配薬業務を担当する看護師の精神的ストレスが大きい。
- ⑦ 一人で作業を行うため、確認システムがない
- ⑧ 配薬セットミスを経験の表(図1)

以上のように多くの問題点があった。

【図1】配薬セットミスの経験



○システムの改革

与薬カートは数年前にある病院で見かけたが、カートの使用方法は看護師が関与せず、薬剤師が薬局ですべてセットしたものを病棟に届けていた。しかし、与薬カート看護師の配

薬業務の道具として使っている県外の病院を知り、ぜひ当院でも導入したいと思い1台試験的に導入、評価した。

与薬カートを導入するには、医師の処方の仕方から配薬までをシステム化する必要があり、先に述べたように内服与薬行為には膨大な数の確認ポイントがあることから、薬剤師の薬剤指導まで含めた介入が不可欠であることを確認した。

与 薬 カ ー ト



1. 医師の定期処方日の設定

これまでの薬の処方では患者個々に処方日が異なり、医師に処方依頼し毎日ばらばらと処方薬が病棟に届いていた。そのつど看護師があいた時間を利用して、処方薬の患者名、種類、内容、用法、投与量、日時などを確認し配薬箱に納めたり、患者に説明し渡すなどの手順をとってきた。

2003年3月、当院ではオーダーリングシステムが導入となり、ちょうど与薬カートを導入した時期と重なった。14病棟における定期処方日を薬剤科と調整し、一日3病棟程度に処方日が組み込まれるように設定した。その結果、病棟では配薬日にまとめて定期処方薬の確認を薬剤師が行えるようになり、医師も処方入力をまとめてできるようになった。何よりも、看護師は薬の種類、用法、投与量、日時などの確認作業が減ったため看護師本来のベッドサイドケアを行う時間が増えた。また薬剤部では定期処方日設定により、調剤作業も毎日平均・集中化され、薬剤指導に当たる時間が確保できた。

2. 処方箋準備方法

1) 病棟の定期薬処方日を決める。

毎水曜日、昼12時を締め切りとし、翌日木曜日昼から開始の一週間分を処方

2) できる限り完全分包とする

3) 締切日当日朝から12時までに

定期処方一覧をプリントアウト（病棟責任者）し処方点検（薬剤師）・必要な人に完全分包になって

- ・必要日数出ているか
- ・最新の定期薬が処方されているか
- ・途中から処方になった薬が今回の定期薬にはいつているか

問題点	いつ	どこで	誰が	何を	なぜ	どうする
処方箋（処方箋）が準備できない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
病棟で処方箋が準備できない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
処方箋の準備が完了しない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
処方箋の準備が完了しない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
処方箋の準備が完了しない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
処方箋の準備が完了しない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
処方箋の準備が完了しない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
処方箋の準備が完了しない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
処方箋の準備が完了しない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする
処方箋の準備が完了しない	毎水曜日	病棟	医師	処方箋の作成	処方箋の作成が完了しない	ダブルチェックする

4) 入院または新たに処方となる薬は、木曜日開始に合わせて処方する。

例) 月曜日開始の新処方 は 7日分に3日分足して10日処方とする。

3. 錠剤の一包化

シートを切り分けた錠剤は薬剤とその名称が確認できるというメリットもあるものの、内科は多種多様な薬剤(ときには、1回10数錠となる)を扱うため極めてエラーが発生しやすい。そこで一包化での薬剤の払い出しができるよう処方時なるべく一包化の指示を追加するよう医師に協力を求めた。その際、分包された薬剤から中止薬を除去する作業は、薬剤師が担うことで了解を得た。(ただし、免疫抑制剤やステロイド剤などは状況による)

4. 作業の中断を無くすため、別室での配薬セット

一般に業務の中断は、再開後エラーを引き起こしやすい。今までは、内服薬を配薬セットしている際、電話やナースコールを受け作業が中断され、エラーを発生する危険性が高かった。そこで作業が中断されないように記録室などの空いている部屋で配薬セットを行うことにした。

5. 看護師と、薬剤師でのダブルチェックによる確認

配薬時のセットミス対策システムを作り上げていく過程で、試行病棟看護師を対象にしたアンケートを行った。結果、一人の看護師がセットしただけでは、薬の入れ忘れ、錠数の間違い、患者間違い、薬を二重に入れる、変更ミスなど9人中8人までがミスの経験があると答えている。そこで、看護師・薬剤師が

それぞれ与薬カートにセットしたものを処方箋と照し照らし合わせながら互いにセットした引き出しを確認するダブルチェックを行うこととした。



6. ベッドサイドへの配薬時の患者取り違えの対策

内服与薬では、配薬時に起因したヒヤリ・ハット事例が多いと言われており、エラーが発生しやすいプロセスである。

当院でも、配薬時の患者間違いにおいては、オーバーテーブルの上に配薬した薬が、ベッド移動時にオーバーテーブルごと他の患者に配置され間違える、という事例が発生した。対策としては、オーバーテーブルの上に患者のフルネームを書いた配薬ケースを両面テープで固定する方法をとっている。また患者間違いがないように、配薬時には必ず、患者参加確認のうえりリストバンドとベッドネームでの照合を行っている。

7. 持ち込み薬内容確認の徹底方法

入院時持込薬については今日ジェネリック薬の扱いとともに、十分に注意して取り扱わなければならない。当院においても、主治医がジェネリック薬の抗凝固剤に気づかず手術前の患者が内服をしており手術延期となるというヒヤリ・ハット事例が報告されている。このことから、当院においては、持込薬については病棟担当薬剤師が必ず確認を行うシス

テムとした。

8. 中止薬の処理の方法

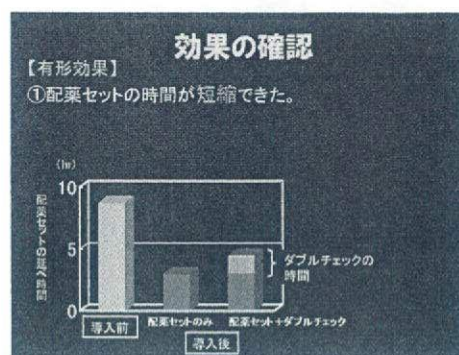
中止薬に関しては医師より指示を受け緊急性を要するものは、中止の指示を受けた看護師が、与薬カート内の薬を除去し、処方箋控えに中止の旨を起載、中止薬は薬袋に入れ薬袋の口を閉じ、「中止」と書き入れホチキスで止める。しかし分包されている中の中止薬は薬剤を特定するのがむずかしいので病棟で抜き出さず薬剤師にまかせている。

○結果

与薬カートは、1週間分の薬が一覧できて、薬の配り忘れや日時の特特定が容易になり、処方箋の控えを一緒にいれておくことで、処方内容が確認できるようになった。

毎週開かれる病棟の合同カンファレンスの場で医師に定期処方日の設定を呼びかけ、協力してもらい徐々に定着し、現在では約9割の

処方が締め切り前に出されている。また、一包化を主流とし、別室で配薬セットをすることで作業中断が少なくなり、配薬セット時の時間短縮、ミスの軽減にもつながった。



この薬剤師との共同業務により得られた事は、試行病棟看護師のアンケート結果から

- * 専門家の薬剤師の介入によるミスの発見
- * ダブルチェックにより安心してベッドサイドに配薬できる
- * 不明な点をその場で解決できる
- * 知らない薬について教えてもらえる
- * 患者についての情報交換ができる
- * 一人で行うこと責任が軽くなりストレスがなくなった

以上のような結果が得られた。また、試行病棟看護師全員が、この取り組みの成果を大きく評価し今後も薬剤師との共同配薬業務の継続を望んだ。

看護師、薬剤師それぞれの立場から患者の薬や患者の背景について、互いの情報を交換し、有効的な配薬方法・注意事項などを確認し合え、患者をより安全な治療へと導くことができたようになった。

まとめ

今回、与薬のユニット・ドース化による波及効果は、セット時、毎回必ずダブルチェックすることにより、ミスが回避できるようになった。セットミスの割合は「ミスのセット数÷総セット数」で0.7~1.7%（2003年12月～過去5回の調査による。）また、たとえ週に1度でも看護師・薬剤師双方での共同業務を行うことでお互いの情報交換をすることができた。薬剤師は患者のADL、病態、睡眠や便通、嚥下、家庭状況など、また看護師は薬効、相互作用、副作用、鑑別、外用薬の使用方法などそれぞれが必要な情報を得ることができた。このことにより、薬剤師は今まで時間がかかっていたカルテからの情報収集が短時間でできる

ようになり、またその情報は服薬指導にも大きく役立っている。当初懸念された与薬カートに薬剤師がかかわることによる業務量の増加や精神的な負担はさほど感じないで、出来ている。

与薬のユニット・ドース化は、与薬のセット時間を効率化し、ダブルチェックによる安全性の向上に有効な対策と考えられる。

BP 10

投薬に関する患者取り違え防止策の徹底

「投薬に関する患者取り違い防止策の徹底」

神鋼加古川病院

三舛信一郎（副院長）、檜垣修治（薬剤師）

1. 要約

投薬時における患者取り違いミスを可能な限り減少すべく、限られた予算でおこなった防止策を報告します。

2. 施設概要

当院は病床数 198 床で、外科系の第 1 病棟（外科、整形外科、口腔外科）、消化器内科系の第 2 病棟、産婦人科・小児科の第 3 病棟、循環器内科系の第 5 病棟、ICU の 5 病棟があります。診療科は内科、循環器科、消化器科、外科、心臓血管外科、整形外科、口腔外科、小児科、産婦人科、放射線科、麻酔科です。

平均外来処方箋枚数：320 枚/1 日

院外処方箋発行率：0%

電子カルテ・オーダリングシステム：なし

バーコードを利用した投薬管理システム：なし

看護体系：7：1

3. 現状把握

- ◆ 外来投薬窓口では、年間数 1 件（2004 年）のお薬の渡し間違い（患者間違い）インシデントが発生していた。また、病棟において注射薬の患者間違い投与が 6 件発生していました。
- ◆ 薬局窓口では患者様のお名前を呼び、前に立った患者様に「〇〇様ですね。」と確認を行い、お薬を渡していました。また、病棟においてはベッドのネームプレートと点滴ボトルに記載されたネームの目視による確認のみを行なっていました。

4. 問題抽出・要因分析

- ◆ 薬局窓口では患者様の名前を呼んだタイミングで別の患者様がこられるケースもよくあり、「〇〇様ですね？」と呼びかけても違う名前でもお返事をされるケースがありました。
- ◆ 病棟においては、ベッド位置の変更、お部屋の変更の情報が正確にスタッフ間に伝わらずに患者様を間違えたり、同姓の患者様の正確な確認が行なえていませんでした。

5. 対策

- ◆ NDP タスクチームで推奨された「君の名は？キャンペーン」の実施。図 1 に示すポスターを院内各所に掲示し、患者様への周知を徹底して開始しました。
- ◆ 入院患者様のリストバンド着用制度の導入（バーコードなし）
ネームバンドには「漢字氏名」「かなしめい」「病棟名」が記載されている。
また入院のしおりでその旨が案内され、患者様の理解を得ています。（図 2）



図 1

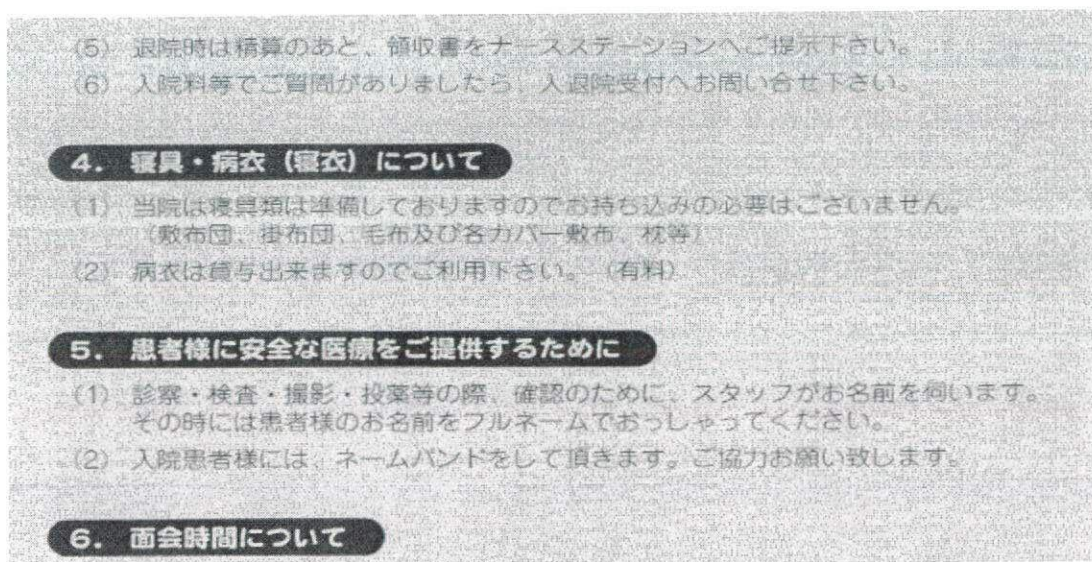


図 2

6. 結果

フルネームを言ってもらえない患者様の場合、確認がリストバンドのネームを目視するだけにとどまってしまう。以前より患者誤認は少なくはなりましたが、満足な結果がえられていません。

薬局窓口における患者誤認の投薬はなくなりました。

「投薬に関する患者取り違い防止策の徹底」

成田赤十字病院

由比寿子（ICU看護師長） 池田由佳（NICU看護師長）

椎名昭文（外科病棟看護師長） 内田菊江（専任リスクマネジャー）

【要約】

当院は平成15年から看護部MRM（Medical Risk Management）委員会を中心に、患者取り違い防止に取り組んできた。平成18年にはリストバンドを入院患者全員に装着していただいた。同年8月にはコンピュータオーダリングシステム導入に伴い、バーコードチェックシステムを導入した。実施後2ヶ月であるが、バーコードチェックシステムの概要と効果、今後の課題について述べる。

【施設の概要】

成田赤十字病院は、設置主体は日本赤十字社であり病床数719床、入院患者数は1日平均660人、平均在院日数12日、病床稼働率90.1%、注射処方箋発行数は1日平均600枚である。職員数は1053人、看護師数632人の急性期病院である。看護方式は固定チームナーシングであり、入院基本料7:1をとっている。病院の特徴としては第3次救命救急センターを擁し、災害拠点病院、がん拠点病院、地域支援病院、日本医療機能評価機構Ver.4の認定を受けている。

病院の理念は「医療の質の向上、安全な医療の提供。患者様の権利、医療人としての倫理を守る。こころあたたかい医療の実践」である。

【現状把握】

1. 患者取り違い防止策の実施経緯

平成15年に看護部MRM委員会にて「指差し呼称カード」を作成し、「声に出して確認ヨシ」を看護師が行なうことを実施した。しかし、現状として看護師2名のダブルチェックと共に、声に出して確認をすることは、スタッフ全員が行なえていなかった。また、ダブルチェックの方法が各部署異なっていた。

平成16年、注射指示箋と薬品を2人で交叉指差呼称確認を周知徹底する為に、「静脈注射確認会話手順書」を作成した。手順と共に、チェック表を作成し年3回全職員対象にチェックを実施した。チェックの結果（回収率70から80%）は、部署別、経験年数別、チェック項目別ともに平均9割以上ができていた。アンケート結果では、「現場で手順どおり実施されているか」の問いに50%が「実施されている」と答え、「確認行為が要因となるインシデント、アクシデントは、減っているか」の問いに68%が「減っている」と答えた。手順書に基づき、定期的にチェックを実施したことにより手順書の周知はできた。一方で、病棟のリンクスタッフからは「慣習が根づいており手順書がなかなか受け入れられない」という意見が聞かれた。

ベッドサイドでの氏名の確認方法は、意識清明な患者には「点滴ボトルの氏名を患者と共に確認」、それ以外の患者には「ベッドネームで確認」とし、確認方法の判断は個人に一任していた。その為、患者誤認のアクシデント件数は0にはならなかった。

2. 患者取り違いに関するインシデント・アクシデント件数

注射薬の患者取り違いに関するインシデント・アクシデント報告件数は、認証システム導入前6ヶ月間で5件の報告があった。いずれの事例も、薬剤は指示通りであったが、点滴ボトルの氏名が他患者になっていた。

【問題点】

静脈注射確認会話手順書を使用し、注射指示箋と薬品を2人で交叉指差呼称確認を実施している。しかし、確認漏れが発生し、異なる患者名の点滴ボトルが実施されている。

【対策】

バーコードチェックシステムの導入

バーコードシステム実施手順

1. 定期注射薬

<準備>

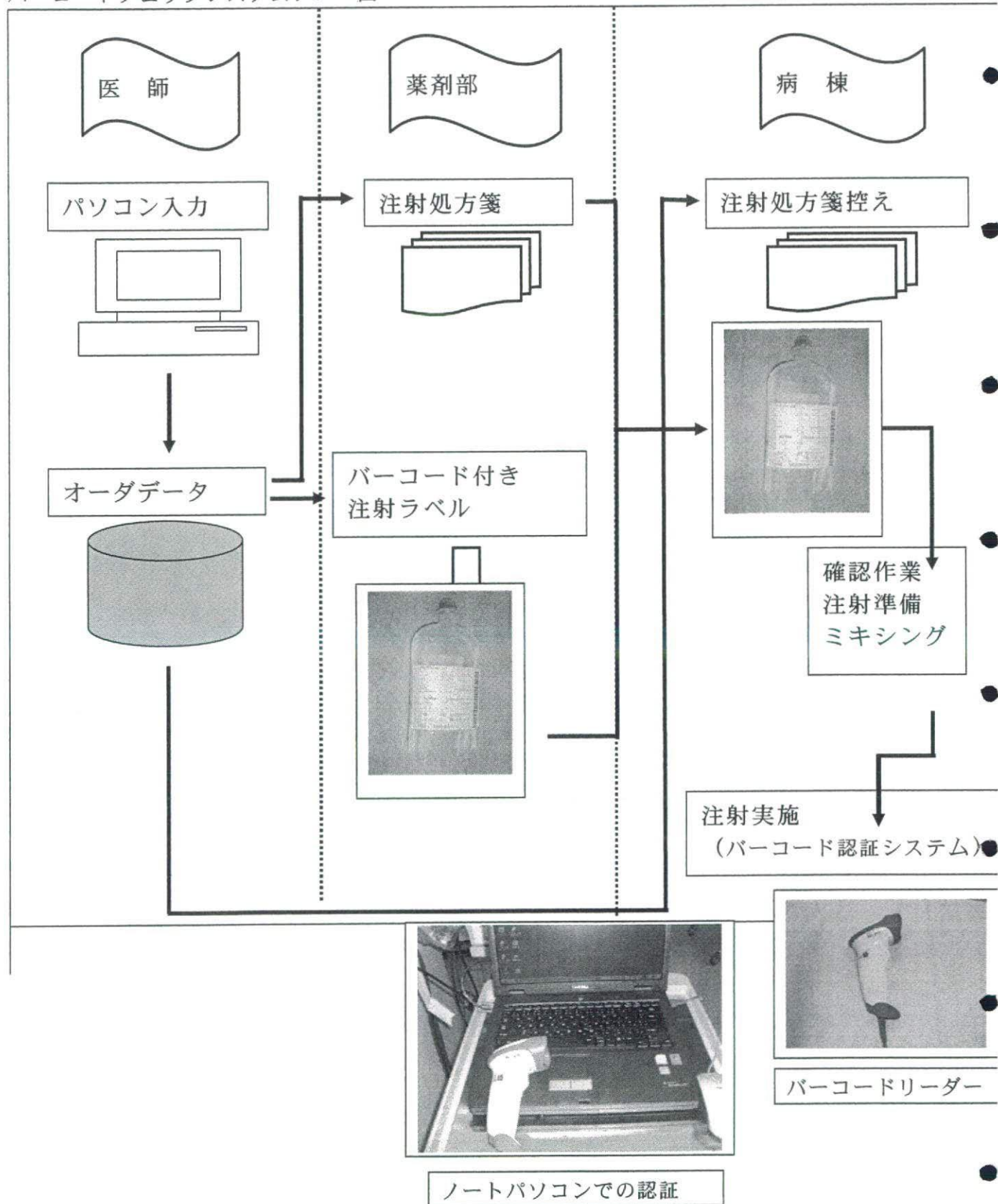
- 1) 医師が翌日に使用する注射薬を入力する。
- 2) 薬剤師は定期入力された注射処方箋と注射ラベルを一斉にプリントアウトする。
- 3) 定期で入力した注射処方箋は、注射処方箋控え1枚が自動的に病棟にプリントアウトされる。
- 4) 薬剤部が注射ボトルにバーコード付き注射ラベルを貼り、混注する薬剤とともに個人ごとのバックにして各病棟に払い出す。
- 5) 注射処方箋は注射薬と一緒に病棟に上がる。
- 6) 病棟看護師は注射処方箋と点滴ボトルおよび混注する薬剤が合っているかを確認して、所定の場所に置く。(看護師ひとりのチェックで良い)

<実施>

- 1) 注射処方箋と点滴ボトルを、実施看護師ともうひとりの看護師でダブルチェックしサインをする。
- 2) ダブルチェックした点滴ボトルは、注射ラベル以外の場所にチェック済みの印をつける。
- 3) 実施看護師はダブルチェックした注射薬と注射処方箋、認証システムを持ってベッドサイドに行く。
- 4) 患者本人にフルネームを名乗ってもらい、注射ラベルの氏名と合っていることを確認する。
- 5) 患者に点滴ボトルを見せて氏名を確認してもらう。
- 6) 実施者は点滴ボトルと注射処方箋を見て、患者名・薬剤名・投与方法・時間・流量を指差し呼称で確認する。
- 7) 認証システムにログインし認証画面を開く。(ログインは実施者が行う)
- 8) 患者のリストバンドのバーコードをバーコードリーダーで読み取る。バーコードにより確認された患者は、画面上に氏名・生年月日などが表示される。
- 9) 点滴ボトルの注射ラベルをバーコードリーダーで読み取る。認証された薬剤は画面に薬剤情報が表示される。

- 1 0) 患者と薬剤を認証するために実施登録をする。
- 1 1) 患者・薬剤の登録がされたら画面上の実施ボタンをクリックする。
- 1 2) 薬剤を投与する。
- 1 3) 実施後、ベッドサイドで注射処方箋に実施者のサインをする。

バーコードチェックシステムフロー図



【結果】

1. 患者取り違いに関するインシデント・アクシデント件数

注射薬の患者取り違いに関するインシデント・アクシデント報告件数は、認証システム導入後2ヶ月間で0件であった。しかし、認証の結果「△」や「×」が表示されても注射処方箋と薬剤を確認し、実施したという報告があった。原因は、「点滴ラベルが翌日のものであった」、「中止指示が伝達されていない」であった。

2. 看護師へのアンケート結果

バーコード認証システムを導入してから約2ヶ月ではあるが、システム導入の評価を行うためアンケート調査を実施した。対象者は、注射オーダーリングによるバーコード認証システムを導入している各部署の看護師10名で、総数150名の看護師に配布し、回収数は117、回収率は78%であった。

調査結果は、“バーコード認証システムを導入したことで注射業務に関する精神的負担は減りましたか”という質問には、「減った」18%、「どちらともいえない」44%、「変わらない」32%という回答結果で、逆に「増えた」と回答した人が6%いた。「減った」と回答した人の理由として、「バーコードでの確認作業が増えることで患者誤認していないという安心感につながる」「オーダーが読みやすい」という意見が聞かれた。「どちらともいえない」「変わらない」と回答した人の理由としては、慣れない作業を行うことによる精神的負担が多いという意見が多く、「確実に認証させなければならぬため負担」「点滴の順番や混注する中身が違っても認証はされるため間違えないよう精神的負担は増す」「今までどおり確認作業は変わらず行っているため負担は変わらない」などの意見が聞かれた。「増えた」と回答した人の理由については記載がなかった。

“バーコードリーダーで患者照合するのは業務に負担がありますか”という質問には、「ある」67%、「どちらともいえない」24%、「ない」9%という回答結果であった。「増えた」「どちらともいえない」と回答した人の理由として、ほとんどが「パソコンの持ち運びが大変」「パソコン操作を含む認証作業に手間がかかる」という意見であった。「ない」と回答した人の理由としては、「操作に慣れれば負担はない」という意見であった。

“バーコード認証システムを導入してよかったですか”という質問には、「よかった」31%、「どちらともいえない」58%、「よくない」11%という回答結果であった。「よかった」と回答した人の理由として、「患者誤認のリスクは減った」という意見が多かった。中でも救急病棟において「よかった」という意見を記載している看護師が多かった。「どちらともいえない」「よくない」と回答した人の理由としては、「誤認は防ぐ事ができるが手間が増えた」「医師の注射中止オーダーなどが確実に入力されれば混乱する事はない」「メリットデメリットはあるがまだ慣れないため何ともいえない」という意見が聞かれた。

【考察】

バーコードチェックシステムの効果について、インシデント・アクシデント件数と、看護師へのアンケート結果から考察する。

2ヶ月間の結果ではあるが、インシデント・アクシデント件数は0であり、患者取り違い防止に効果があるといえる。しかし、チェックの結果「○」が表示されないにもかかわらず、点

滴を実施するというルール違反が発生しており、バーコードチェックの効果が十分に発揮されない可能性がある。

アンケート結果において、精神的負担については「減った」と答えた人が18%「どちらともいえない」が44%、「変わらない」が32%、「増えた」が6%であり、業務の負担は67%が「ある」と答え、精神的にも、業務的にも負担の軽減につながらなかった。今回はバーコードチェックシステムと看護支援システムを同時に導入した。まだ導入後2ヶ月であり、コンピューター操作に不慣れである為、業務の負担や精神的負担に感じる人が多いという結果になったと考えられる。

しかし、救急病棟では「患者誤認が防げるため、安心できる」という意見が聞かれた。救急病棟は主に夜間に入院を受け入れており、患者の顔と名前が一致しない中で、危険薬を使用する頻度も他病棟と比較すると高い。そのため、看護師は注射業務に神経を使って業務を行っている。このような状況からバーコードチェックシステムを導入することにより、患者誤認の精神的負担の軽減につながったと思われる。

導入前は、患者の状況により、本人確認の方法が異なっていたが、導入後は全ての患者に統一した方法で本人確認ができ、ヒューマンエラーを防止できるようになったと考える。患者取り違いは重大事故につながる可能性が大きく、また患者との信頼関係にも影響を及ぼす。看護師は最終実施者であり、「他の人がミスを検出することはできない」という業務上の特徴がある。そのため、看護師のミスを検出できるバーコードチェックシステムの導入は、大きな意味があったといえる。

今後の課題として3点挙げられる。1点目はバーコードチェック時のルール違反を防ぎ、システムが効果的に機能することである。2点目は夜間のチェック時に「患者さまの睡眠が妨げられる」という看護師の意見がある。今回は患者には調査を実施していないため、明確にならないが、今後患者の意見をきくことが必要である。3点目としては、チェックを行う際に、当院では、ノートパソコンをベッドサイドに持っていく。しかし、ノートパソコンは重く場所もとるため、手軽に持ち運びできるPDAが望ましい。

【参考文献】

医療安全ハンドブック編集委員会 医療安全管理の進め方 2002年
メヂカルフレンド社

投薬に関する患者取り違え防止策の徹底

前橋赤十字病院

川井ひで子（医療安全管理室）、安東立正（消化器病センター副部長/NDP 部会長）、矢島秀明（薬剤師）、山口絵理（看護係長）、吉野初恵（看護主任）、角田貢一（医療の室管理課）、池谷俊郎（副院長）

1. 要約

投薬に関する患者取り違え事故を防ぐため種々の防止策を取り入れてきた。これにより患者取り違え事故は減少した。インシデント事例を調べると、患者間違いのほとんどが、PDA (personal digital assistant, 携帯情報端末) を使用しなかった、あるいは使用出来なかった事例であった。患者取り違えの防止には PDA の使用が有効であった。今後は外来等 PDA 使用部署の拡大と、ひと間違い防止マニュアルの順守が重要であると考えられる。

2. 施設概要

2.1 前橋赤十字病院の沿革と特徴

前橋赤十字病院は、群馬県の県庁所在地である前橋市に位置し、大正 2 年 3 月 23 日に日本赤十字社群馬県支部病院として病床数 80 床で開設された。現在は病床数 592 床、診療科は 22 科、職員数も 800 名を越えている。赤十字の理念のもとに患者さんの権利を尊重し、安全で良質な医療を目指し、救急医療や急性期医療を中心に地域医療支援病院として他の医療機関と連携して高度な医療を担っている。また、高度救命救急センター、基幹災害医療センター、臨床研修指定病院、エイズ診療拠点病院、第二種感染症指定病院を取得し、前橋市はもとより群馬県内の医療の中心的な役割を果たしている。

2.2 医療安全に関する組織体制

MRM (Medical Risk Management) 委員会を中心として、医療事故防止活動に取り組んでいた。しかし医事紛争（クレームなど）は、その場で対応するなど即時対処するケースが多く、この役割も MRM 委員会が担っていた。平成 14 年 4 月に「医療の質管理課」を設立し、医療安全、質改善活動を推進するための部署を設立、平成 15 年 1 月に「医療安全管理室」を設立し専任リスクマネージャーを配置したが、MRM 委員会の組織上、医療紛争に対応せざるを得ない状況であった。この状況から脱却するため、新たな組織体制を平成 15 年 4 月から実施した。

病床数 592 床（一般 538 床、高度救命救急センター 30 床、感染症病棟 6 床、人間ドック 18 床）

診療科目 内科・精神科・神経内科・呼吸器科・消化器センター・循環器科・小児科・産婦人科・外科・整形外科・脳神経外科・心臓血管外科・泌尿器外科・形成外科・眼科・耳鼻咽喉科・麻酔科・放射線科・リハビリテーション科・歯科など 22 科

指定関連 高度救命救急センター・地域医療支援病院・基幹災害医療センター・エイズ診療拠点病院・臨床研修病院指定医療機関・特定疾患・小児慢性特定疾患医療認定医療機関 他

システム関連

2001 年 12 月 オーダリングシステム導入

2004年 3月	電子カルテ導入
2004年 3月	PDA システム導入
2006年 4月	輸血オーダー開始

3. 現状把握

3.1 2004年 3月 PDA システムを導入し、入院患者の点滴、採血を確認できるようになった。

3.2 以下の投薬場面では PDA での確認ができない。

血糖コントロールのための臨時のインスリン注射

内服薬：これはすべてバーコード管理になっていないため

外来での投薬：PDA を導入していない

口頭指示

4. 対策

4.1 投薬時、患者自身にフルネームで名前を名のってもらう。

「ひと間違い防止マニュアル」に沿って、投薬時、患者自身にフルネームで名前を名のってもらうことを徹底している。

4.2 入院患者に対してはリストバンドを用いた患者確認の実施。

1) 入院時の案内に、リストバンド装着の目的を説明し協力を得ている。

2) リストバンド装着部を基本的には左手首に統一：医療スタッフマニュアルに記載

4.3 オーダリングシステムと連動した薬剤のラベル発行

1) オーダリングシステムとアンブルピッカーが連動し、処方ごとにラベルが発行され、薬剤とともに病棟に払い出しされる。

2) ラベルには患者氏名、投薬年月日、薬剤名、投与量、投与方法、バーコードが記載されるようになっている。

3) ミキシングされた薬剤にラベルを貼付する

4.4 PDA で患者のリストバンド・薬剤ラベルのバーコードを照合確認する

リストバンドのバーコードと、薬剤のバーコード、ワークシートのバーコード を合わせて確認する。

5. 結果

総インシデント報告件数は平成 16 年度から比較して徐々に減少している（表 1）。その中から投薬に関する患者取り違えの報告件数も、平成 16 年度は 24 件、17 年度は 15 件、18 年度は 9 件と、総インシデント報告件数から見た割合も減少していた（図 1）。

表 1 投薬に関する患者取り違え事故の推移（2006 年 12 月 26 日現在）

	患者取り違え報告件数	総インシデント報告件数
平成 16 年度	24	1813
平成 17 年度	15	1689
平成 18 年度	9	1223

インシデント総件数に対する「投薬に関する患者取り違い」割合

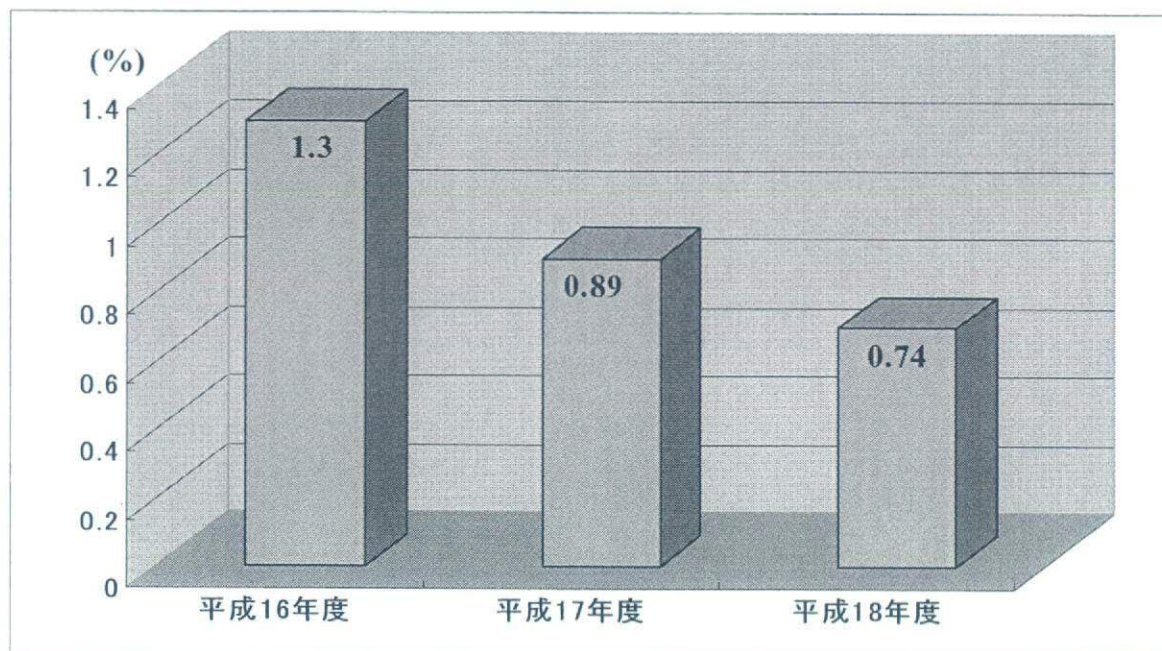


図 1

6. 考察

投薬に関する患者取り違い事故を防ぐため種々の防止策を取り入れてきた。これにより患者取り違い事故は減少した。インシデント事例を調べると、患者間違いのほとんどが、PDAを使用しなかった、あるいは使用出来なかった事例であった。患者取り違いの防止にはPDAの使用が有効であった。しかし臨時の指示変更が起きたときにリアルタイムに薬剤の変更が出来ずミスの原因となり得る。PDAはあくまでも一つのツールであることを十分自覚し取り扱わないといけない。今後は外来等PDA使用部署の拡大と、ひと間違い防止マニュアルの順守が重要であると考えられる。