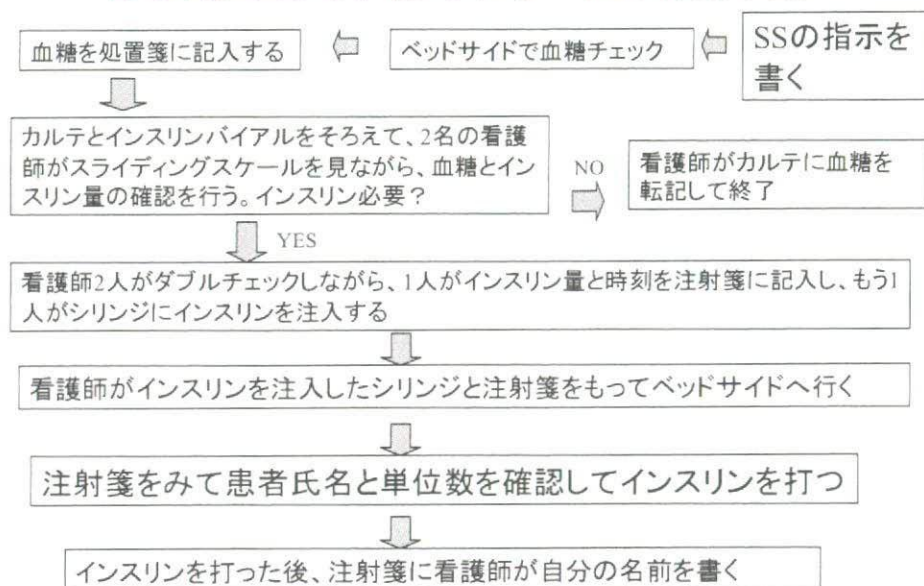


インスリンスライディングスケールの作業手順



また、注射エラーの中で、インスリン注射に関わるエラーが一番多いことが判明した。入院患者に対してインスリン治療を行う場合、スライディングスケールを利用することが多く、インスリンエラーの要因として重要と考えた。さらにスライディングスケールの実態調査を行い、実際のスライディングスケールを検討すると、スライディングスケールは大きなばらつきがあることが分かった。当院の調査では20種類ものスライディングスケールがあることが分かった。

インスリンスライディングスケールで使用される表記法を調べると下記のように多岐にわたっていた。

インスリンスライディングスケールで 使用されるさまざまな表記

- ヒューマリンR
 - ヒューマリンR、HR、HuR、速効型インスリン
- 単位
 - 単位、U、E、t、IU
- 皮下注
 - 皮下注、皮下、SQ、SC、注、投与
- 血糖
 - 血糖、BS、BG、PG
- ブドウ糖
 - ブドウ糖、TZ、Glu, glu, グル、ツッカー、

また、血糖の幅を示す表記のみを抽出すると、同じ血糖の幅を表記する際にも下記のような多岐にわたる表記法が使用されていた。

血糖の幅の表記法

- $150 < \text{血糖} \leq 200$
 - $BS \leq 200$
 - $BS: 150 \sim 200$
 - $BS: 151 \sim 200$
 - $BS > 150, < 200$
 - $BS \geq 150, < 200$
 - $BS < 200$

血糖の幅の設定、インスリン投与量、表記法がばらばらであり、多数の表記法が混在していた。看護師と医師にとって作業負荷、記憶負荷の大きな複雑な業務プロセスであることが判明し、大きなエラー要因となっていた。

5. 対策

インスリンスライディングスケールの標準化を行い、スライディングスケールによるインスリンエラーの軽減を図った。

標準化スライディングスケール1

<パターン1：普通に（1/3以上）食事が摂れるとき>
各食前にスライディングスケールを施行

各食前血糖（mg/dl）	ヒューマリンR（s.c）
201～250	2単位
251～300	4単位
301～350	6単位
351～400	8単位
401以上	Dr コール*

低血糖発作（80mg/dl以下）時

ブドウ糖10g（po）又は50%グルコース20ml（iv）
→30分後に再建し、血糖80ml以下なら繰り返す
更にDrはその後のスケールの変更を検討する

標準化スライディングスケール1では、対応できないケースがあるということが判明した為に、使用拡大を進める為に、下記のような標準化スライディングスケール2に変更した。

標準化スライディングスケール2

各食前にスライディングスケールを施行（インスリン；ヒューマリンR（皮下注））

各食前血糖（mg/dl）	SSA	SSB	SSX
～100	—	—	（ ）
101～150	—	—	（ ）
151～200	2単位	—	（ ）
201～250	4単位	2単位	（ ）
251～300	6単位	4単位	（ ）
301～350	8単位	6単位	（ ）
351～400	10単位	8単位	（ ）
401以上	Drコール	Drコール	（ ）

※SSX、SSYは主治医がSSA、SSBでコントロールが困難と判断した場合に独自にインスリンスライディングスケール投与量を指示する。

低血糖発作（80mg/dl以下）時

ブドウ糖10g（po）又は50%ブドウ糖20ml（iv）⇒30分後に再検し、血糖80mg/dl以下ならブドウ糖投与を繰り返す。Drコール。意識障害がある場合は、50%ブドウ糖iv後Dコール。Drコールを受けた医師はその後のスケールの変更を検討する。

上記のスライディングスケール2により、適用範囲が拡大した。しかし、実施記録とスライディングスケールが別々になっている為に、運用がしにくい面があることが分かったために、実施記録とスライディングスケールを一体化した下記のスライディングスケールを作成し、実施した。

標準インスリン・スライディングスケール

- ・医師は、Aのパターン1か2のどちらかを選択し、レ印で指示する。
- ・医師は、BのSSA、SSB、SSX から選択し、○で囲む。
- ・医師は、Cの指示月日を記入し、D実施表の月日を記入し、サインする。
- ・看護師は、上記指示を確認し、Cの所定欄にサインする。
- ・パターンやSSを変更する場合は、用紙を再発行する。
- ・中止する場合は、最下欄のEの所定欄に記載し、医師・看護師はサインをする。

A.

<パターン1: 食事を摂取しているとき(p1)>

血糖チェックは各食前と眠前、スライディングスケールは下記の測定値により各食前のみ、眠前はインスリン投与をしない。

	BSチェック	SS
朝食前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
昼食前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夕食前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眠前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[進行せず]

<パターン2: 絶食時(p2)>

血糖チェックは8時間毎(各病棟の都合のよい時間で可)、下記の測定値によりスライディングスケールも、8時間毎 施行。

	BSチェック	SS
時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.

<採用するスケールを SSA、SSB、SSX から選び、○で囲む>

各食前血糖値 (mg/dl)	SSA	SSB	SSX
	ヒューマリンR(皮下注)	ヒューマリンR(皮下注)	ヒューマリンR(皮下注)
80以下 →	()単位	()単位	()単位
81~100	0単位	0単位	()単位
101~150	0単位	0単位	()単位
151~200	0単位	2単位	()単位
201~250	2単位	4単位	()単位
251~300	4単位	6単位	()単位
301~350	6単位	8単位	()単位
351~400	8単位	10単位	()単位
401以上 →	Drコール	Drコール	Drコール

※原則として、SSAから開始する。
※SSX：主治医がSSA、SSBでコントロールが困難と判断した場合に独自にインスリン投与量を指示する。

C.

指示月日 /	実施月日 / () 開始	医師サイン	看護師サイン
--------	---------------	-------	--------

- 【注意】**
- ① 血糖300以上が90日間2回以上あった場合は、インスリン投与量を増量する。
主治医が判断に迷った場合は内分泌代謝科に連絡する。
 - ② 点滴内に速効型インスリンを混注する場合は、1ブドウ糖10gに対してヒューマリンR 1単位以上の開始。
詳細はインスリン投与換算表(別紙)を参照。

D.

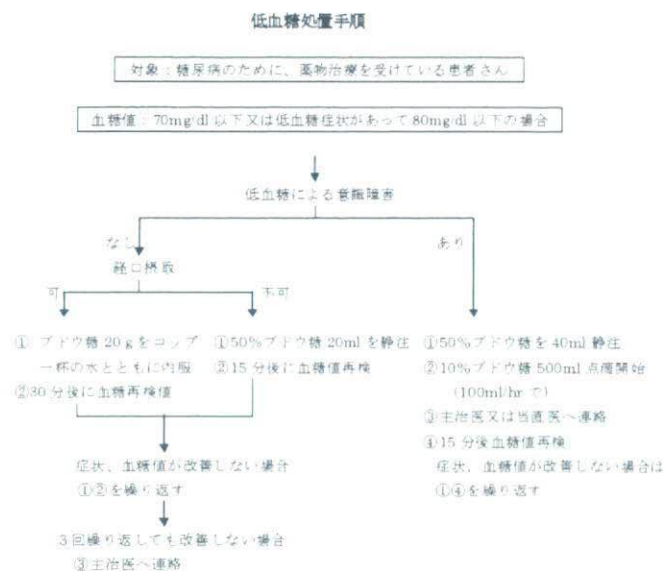
月日		実施表															
		BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS	BS
前食前	時																
昼食前	時																
夕食前	時																
眠前	時																

E.

中止指示月日: /	中止実施月日: / () まで	医師サイン	看護師サイン
-----------	------------------	-------	--------

上記の改善により、看護師業務の簡便化が実現された。
また、低血糖時の対応については、下記の低血糖処置標準手順を作成し、インスリンスライディングスケールと一体化して利用した。

低血糖処置標準手順



6. 結果と考察

インスリンスライディングスケールを標準化により、インスリンエラーの軽減が実現され、看護師、医師の業務負担が低減されたと考えられる。その後、標準化スライディングスケールの問題点の拾い上げ、整理を行い改善対策を繰り返した。3段階の改善対策を実行することにより、医師・看護師双方の業務負担の低減が実現できた

低血糖時の対応も、低血糖処置標準手順を作成し、インスリンスライディングスケールと一体化して利用するようになり、低血糖処置の質改善と、医師の指示出し・看護師の指示受け業務負担の低減が実現した。

標準化を実施した後も、PDCA サイクルを回し、絶えず業務プロセスの問題点の抽出、整理、改善対策を継続することが重要である。標準化スライディングスケールの導入当初と比較するとスライディングスケール法の改善が進んでいるが、まだ食事ができないときのインスリン治療法の標準化など改善項目があるので、さらに工夫を重ねる必要がある。

BP 8

散剤および水剤のコンピューテッド
調剤監査システムの導入

散剤および水剤のコンピューテッド調剤監査システムの導入

佐久総合病院

○要約：

佐久総合病院では、2003年3月より、オーダーリングシステムが稼動した。オーダーリングシステムの導入により薬剤部のシステムは、(株)ユヤマ調剤支援システムに全面移行した。水剤監査システムは未設置であるが、散剤監査システムが、以前は単体であったが、オーダーとリンクした監査システムに更新された。新システムでは、秤量において、薬品をバーコードリーダーで確認し、秤量値に対して±3%を超える誤差の場合エラーメッセージが出る。そして、秤量終了時にレシートが発行される。散剤分包も監査システムとリンクし、レシートを読み込み、薬包紙に、患者さんの氏名、服用時間、薬品名、調剤月日、病棟名、診療科名を印字する。監査システム導入後、散薬調剤でのトラブルは聞かれなくなった。

○佐久病院の概要：

昭和19年1月19日、長野県南佐久郡白田町(現在佐久市白田)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。

現在病院は、診療科(29科) 一般病床600床、ICU20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日平均外来患者数 2017人 1日平均入院患者数918人

本院：1日平均外来処方箋枚数 1022枚 院外処方箋発行率 86.7% 1日入院処方箋枚数 251枚 薬剤師25名

○はじめに

当院では、2003年3月1日より、オーダーリングシステムが稼動した。それにより、薬剤部における調剤支援システムをユヤマ調剤支援システムに全面更新した。オーダー情報は各部所に送られ、院内処方箋・注射処方箋・TPN処方箋は各担当部所で発行される。発行時、患者さんごとに、使用されている医薬品の相互作用、重複投与チェックがシステム上で行われる。

○散剤監査システムの実際

調剤室では、オーダーの処方監査は、システム上で、相互作用・重複投与チェックなどが行われ、問題が無ければ、処方箋と薬袋、お薬の説明書が発行される。錠剤の一包化の指示のあるものは、自動錠剤分包機にオーダーが送られ、錠剤の一包化が行われる。

散剤オーダーは、散剤調剤台のコンピューター（PC）に送られる。調剤者は、処方箋上で、処方内容を監査し、PC画面上から、該当患者さんを選択し、処方情報を表示させる。処方内容を確認の後、調剤薬品をバーコードリーダーに読み取らせる。（図1）

この時点で、処方内容と異なる薬品の場合は、アラームが鳴り、エラーメッセージを画面上に表示する。（図2）秤量は、誤差±3%を過ぎるとアラームが鳴り、画面上確認を求める。

秤量終了時、未秤量薬品のある場合は、アラームが鳴り、画面上確認を求めてくる。秤量が終了すると、レシートが発行され秤量薬品名及び量、患者さん氏名、処方区分（外来・入院）、

診療科、処方医師名、処方番号、引換券番号、患者ID、日数、用法、調剤日時、調剤受付時間、調剤完了時間、およびバーコードが印字される。（図3）レシートのバーコードを、散剤自動分包機のリーダー（図4）で読み込みをすると、処方内容が読み込まれる。その結果、分包された分包紙には、患者さんの氏名、受診科名、薬品名、服用時間、調剤日時が印字され、誤投薬の予防となる。（図5）

図1. ユヤマ散剤監査システム



図3. 監査レシート

図2. 監査システム上のエラーメッセージ



図4. 散剤自動分包機



図5. 印字された分包紙



散薬の秤量、分包でのトラブルは、システム導入後発生していない。記録としてレシートが発行されるので、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える。

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、オーダー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ド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、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、ICU20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、間違っではない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

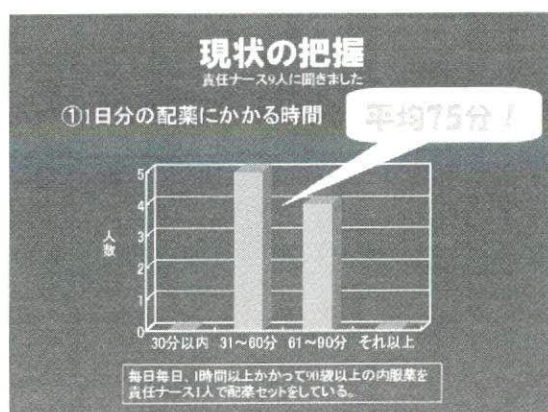
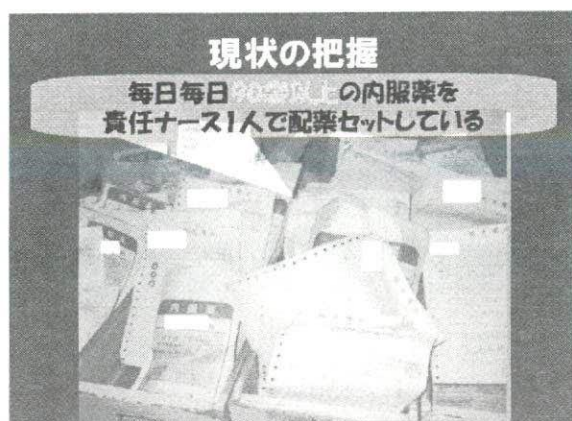
め)を漏らすことなく確認し、かつ定時までには間違えずにセットするという正確さと迅速さが要求される。実際はナースコール・電話・面会などの対応で業務を中断するため正確さと効率に欠けていた。

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、

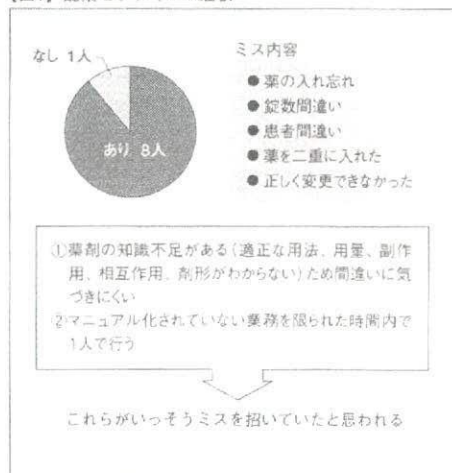
- ① 約30名分、1日分の配薬セットを
毎日1時間～1時間30分要してセットしている。



- 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、与薬カートを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、翌日本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）

問題点	いつ	どこ	誰が	何と	なぜ	どうする
内服薬の処方	処方日	病棟	医師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する
処方箋の準備	処方日	薬剤科	薬剤師	処方依頼	処方依頼の生	タブレット化する

処方点検（薬剤師）・必要な人に完全分包になっているか

- ・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

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

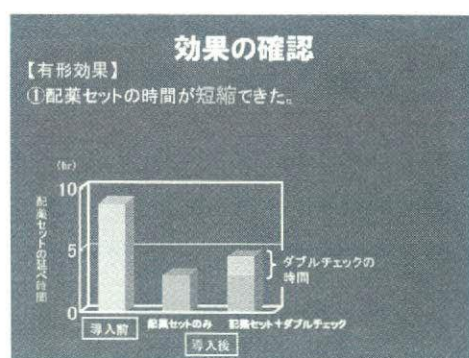
中止薬に関しては医師より指示を受け緊急性を要するものは、中止の指示を受けた看護師が、与薬カート内の薬を除去し、処方箋控えに中止の旨を起載、中止薬は薬袋に入れ薬袋の口を閉じ、「中止」と書き入れホチキスで止める。しかし分包されている中の中止薬は薬剤師を特定するのがむずかしいので病棟で抜き出さず薬剤師にまかせている。

○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

処方箋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
- * 一人で行うことの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るようになった。

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、睡眠や便秘、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・オーダーリングシステム：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

- (5) 退院時は精算のあと、領収書をナースステーションへご提示下さい。
- (6) 入院料等でご質問がありましたら、入退院受付へお問い合わせ下さい。

4. 寝具・病衣（寝衣）について

- (1) 当院は寝具類は準備しておりますのでお持ち込みの必要はございません。（敷布団、掛布団、毛布及び各カバー敷布、枕等）
- (2) 病衣は貸与出来ますのでご利用下さい。（有料）

5. 患者様に安全な医療をご提供するために

- (1) 診察・検査・撮影・投薬等の際、確認のために、スタッフがお名前を伺います。その時には患者様のお名前をフルネームでおっしゃってください。
- (2) 入院患者様には、ネームバンドをして頂きます。ご協力お願い致します。

6. 面会時間について

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。