

演題名	薬のセットミスをなくそう！		
施設名	介護老人保健施設オアシス21	発表者(職種)	さきもり 笹森 彩子 (看護師)
チーム名	オアシス35億チーム薬善(ヤクゼン)		
取り組種別	問題解決型		
分類	①診断・治療・ケアの質の向上をめざすもの		
改善しようとした問題課題	①くすりルールがわかりにくい ②定期薬のスタートが夕薬から始まる ③1人の利用者に同じ薬袋が2つある ④薬の保管場所が複数ある		
改善の指標とその目標値	(指 標)臨時薬から定期薬変更時のミスを (目標値)11月30日までに ゼロにする		
実施した対策	①オアシス独自のくすり検定を実施・くすりマニュアル改正・くすり連絡箋の作成 ②定期薬の開始を朝薬からにする ③くすり変更時は薬袋を1つにする ④くすり保管場所の確保		
改善指標の対策実施前後の変化	(実施前)臨時薬から定期薬変更時のミス 14件 ↓ (実施後) 0件		
歯止めと標準化	教育: くすり検定 年2回 事故対策委員会で実施。くすりマニュアル更新。 標準: 朝薬からスタート 毎月定期薬処方日 薬剤師らが確認。 管理: くすり連絡箋の見直し 事故対策委員会 次回1月更新。		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動 ④組織全体で取り組んだ活動	チーム メンバー (職種)	1 笹森 彩子 看護師 2 阿部 信宏 看護師 3 三上 久美子 看護師 4 桑原 千秋 看護師 5 小田 敏江 ケアマネジャー 6 妻木 寿泰 介護福祉士 7 佐藤 純子 薬剤師 8 野澤 崇志 医師 9 島田 敦夫 はななす薬局薬剤師
活動の場 ※複数選択可	①診療部門 ③管理部門 ④その他		
活動期間	平成 29 年 5 月 ~ 12 月		
リーダー名 (職種)	笹森 彩子 (看護師)		
活動回数	12 回		

### 【現状把握】

現状把握 過去3年分のくすりインシデント報告書73件(全件)を事故結果別に分類。

現状層別 それを更に要因別に新たに調査し再分類した。その結果、6つの要因がグループ化できた

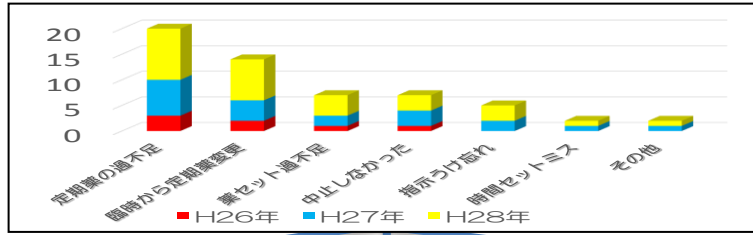


図1

RCA 出来事流れ図 薬のセットミスの要因分析

RCA 出来事流れ図 定期薬の過不足の要因分析

RCA 出来事流れ図 中止薬のセットミスの要因分析

他要因 3表あり

臨時薬から定期薬への変更ミスに着目すると、要因の(図2)黄色部分が他のインシデントと同じ要因が重複している事がわかった。このインシデントを解決できれば他のインシデントも解決できるのではないかと考えた。

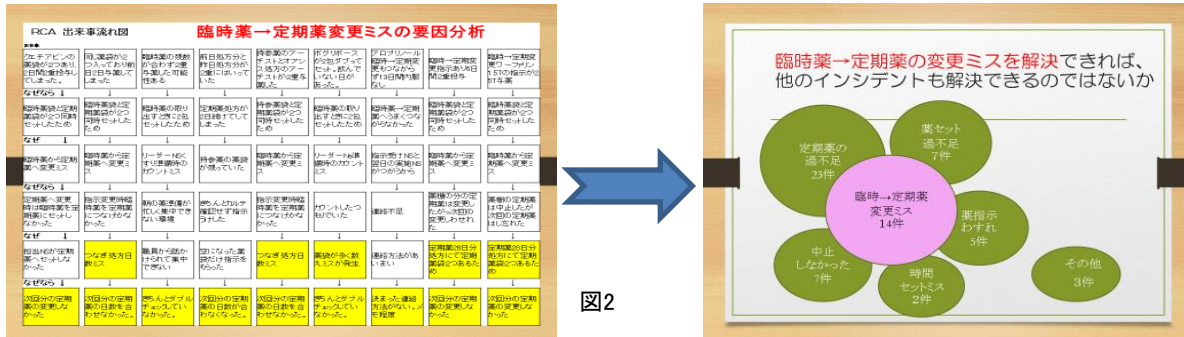


図2

### 【目標設定】

臨時薬→定期薬へ変更によるインシデント14件をなくしたい！！

11月30日までに

臨時薬→定期薬の変更ミス14件を

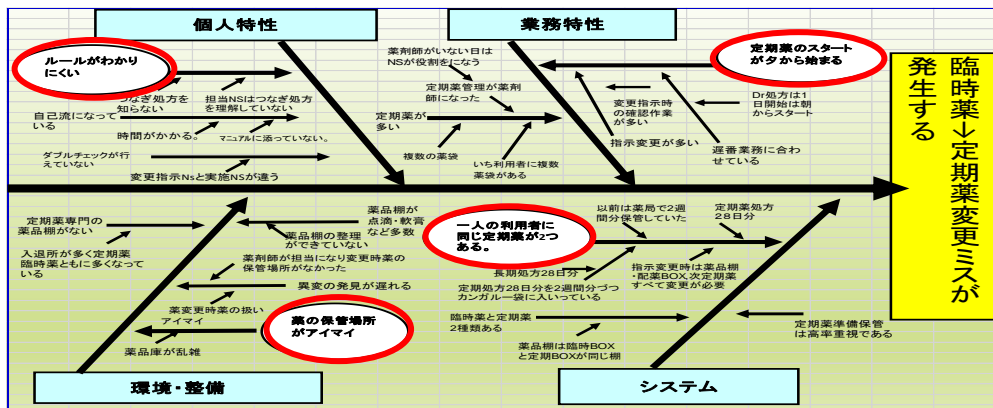
ゼロにする

くすりインシデントは生命の危機に曝される事から、目標をゼロとして責任ある活動活動を目指していく。(はななす薬局)

### 【要因解析】

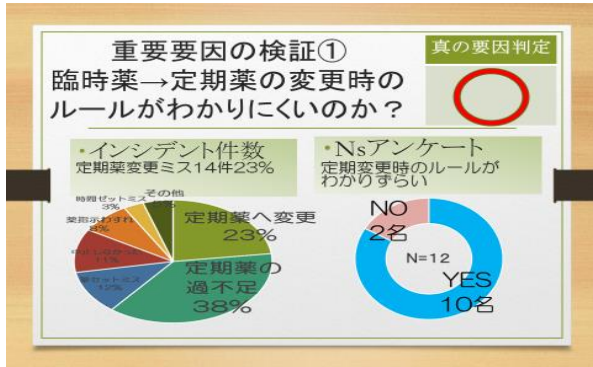
フィッシュボーン

図3



### 【要因解析】

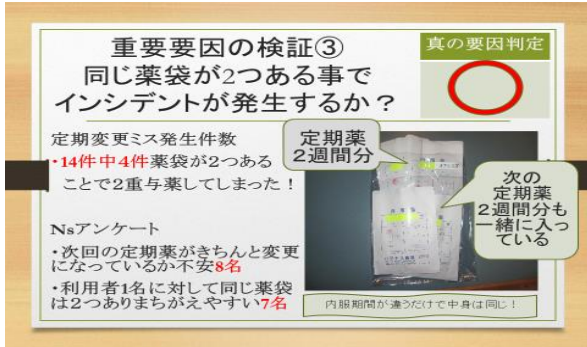
重要要因の検証①くすりルールがわかりにくかった



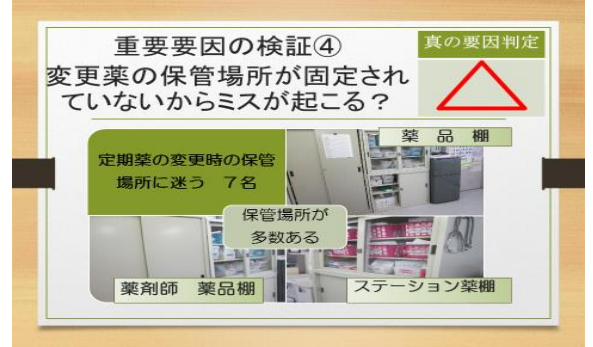
重要要因の検証②処方箋と実際のズレが生じている



重要要因の検証③同じ薬袋が2つある事がミスの要因



重要要因の検証④複数の保管場所は要因なかった



### 【対策の立案】

図4

	実現	重要	優先	効果	評価点数
くすりマニュアル改正	◎	◎	◎	◎	20
薬連絡箋の作成	◎	◎	○	◎	18
くすり検定の実施	◎	◎	○	◎	18
定期薬を朝薬から開始する	○	◎	◎	◎	18
日付けをつける	▲	○	○	◎	12
くすりカート導入	▲	○	○	◎	12
変更くすりBOX作成	◎	◎	○	○	16
定期薬の変更時には薬袋を1つにする	○	◎	◎	◎	18
薬局に次回薬を保管	▲	◎	○	○	12

(1/2/2/9 案同)

### 【対策の実施】

オアシスくすり検定



くすりマニュアル改正



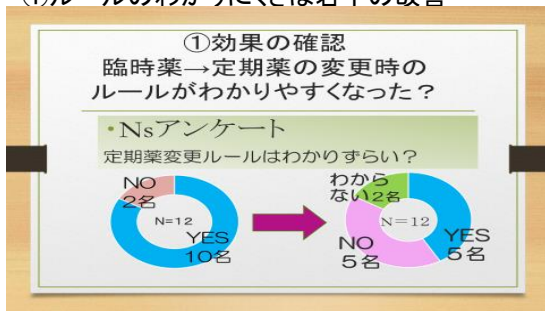
くすり連絡箋を作成



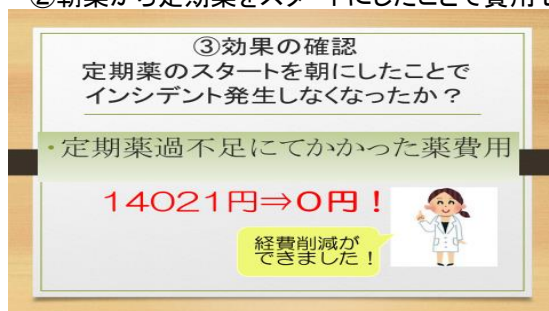


### 【効果の確認】

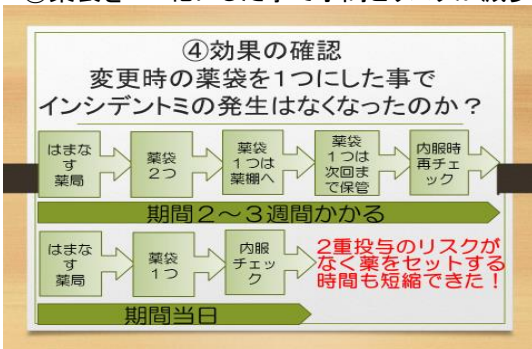
①ルールのがかりにくさは若干の改善



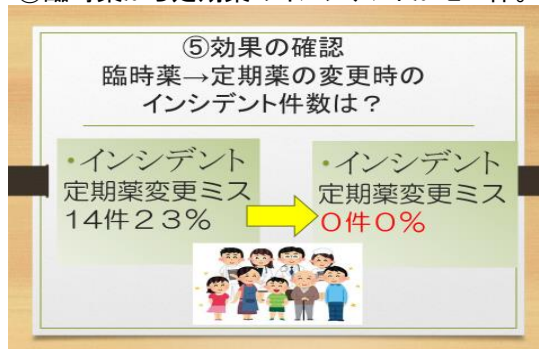
②朝薬から定期薬をスタートにしたことで費用ゼロ。



③薬袋を1つ化にした事で手間とリスクが減少。



④臨時薬から定期薬のインシデントがゼロ件。



更に他の薬セットミスもインシデントゼロ件であった。目標達成！！



くすり認定表彰授与を宮前在宅部長よりしていただきNS全員やる気UPにつながりました！

図5

### 【標準化と管理の定着】図6

なぜ(目的)	何を(項目)	誰が(担当)	どこで(場所)	どのように(方法)	いつ(期間)
教育	くすりマニュアル	事故対策委員(笹本・阿部)	会議室	更新する	1回/年
教育	くすり検定	事故対策委員(笹本・阿部・師長)	会議室	第2回くすり検定予定	次回2月(半年)
標準	くすりBOX設置	事故対策委員・薬剤師	診察室	見直し	毎月定期薬処方日
標準	朝薬からスタート	薬剤師・医師・師長・薬局	ステーション内	木曜日の朝薬スタートを確認する	毎月定期薬処方日
管理	くすり連絡箋	薬剤師・事故対策委員	会議室	見直し	次回1月(半年)
管理	薬袋を1つ化	薬剤師・はまなす薬局	はまなす薬局	薬局会議を開く	次回1月(半年)

### 【反省と今後の進め方】図7

手順	良かった点	悪かった点	今後の進め方
テーマの選定	薬剤師や外部薬局と連携が図れた	なし	理念実現時の姿に添って進める
現状把握 目標設定	同じミス発生の認識ができた	時間かかり過ぎ	インシデントゼロの目標は継続
活動計画	5職種3施設が役割を明確に動けた	勤務時間がバラバラで調整困難	せっかくのメンバーと連携継続
要因の解析	Nsが管理の不安がどこにあるか解った	どうしても個人追及になる	体制の問題をチームで解決
対策検討と実施	宮前部長に表彰してもらいやる気UP！	Ns全員に浸透まで時間要す	第2回検定予定。
効果の確認	インシデントの発生がなかった	評価期間が2か月と短かった	評価期間を6か月単位で継続
標準化と管理定着	くすりマニュアルの更新ができた	くすりカートの導入が困難	薬棚1つ化体制づくり

### 【おわりに】

今回のTQMには、オアシス以外にも、看多機ナースインや外部のはまなす薬局の協力をいただき、薬の管理を包括的に見直すことができました。ありがとうございました。