

ヒヤリ・ハット事例をもとに学ぶこと

要旨

薬剤師は健康被害を引き起こしかねない様々な薬を扱っている。薬局業務において調剤事故・調剤過誤を防止するために、ヒヤリ・ハット事例を収集した。特に多かった事例は、錠剤・カプセル等の数量ミスや他薬調剤ミスであった。それらが起こる原因を分析し、薬局内の薬の配置を変える、調剤監査時に鉛筆チェックを入れるなどの対策を実行した。このようにヒヤリ・ハット事例の収集・分析し改善策をたてるということを毎月繰り返すことで、ヒヤリ・ハット事例を大きく減らすことができた。また、薬局のスタッフ全員で取り組むことにより、組織としての連帯感が生まれた。

キーワード：ヒヤリ・ハット、ハインリッヒの法則、調剤事故

1. 緒言

平成19年4月から安全管理体制が義務化され、安全性の高い医療が求められている。ひとつの調剤事故・調剤過誤等で患者の健康被害や命に関わる恐れがある。新聞紙上で、ワーファリンの過量投与により患者が死亡するという悲しい報道があった。ワーファリンは特別な薬ではなく、タイヘイ薬局グループでも広く投薬されている。ワーファリン以外にも、SU剤のように重篤な健康被害を引き起こしかねない薬がある。調剤事故・調剤過誤は、患者に健康被害をもたらすばかりでなく、医療機関と処方医からの、そしてとりわけ患者からの信頼を失わせてしまう。安全性の高い医療を提供し患者の信頼を得続けるために、薬局業務で求められていることは何なのか、そ

こに従事する我々は何をすべきなのかを考え、タイヘイ薬局グループでは調剤事故・調剤過誤の撲滅に取り組んでいる。

薬剤師は、患者の命に関わる仕事に携わっていることをよく自覚し、調剤・投薬・監査には細心の注意が必要である。ハインリッヒの法則を調剤業務に当てはめると、1つの調剤事故の陰に29の調剤過誤、300のヒヤリ・ハットや調剤ミスが存在していると考えられる。ひとつの調剤事故の背景で医療事故につながる些細なミスが多く起きているということである。我々は些細なミスの積み重ねと、その放置が医療事故等の重大なミスにつながると考えた。そこで、調剤事故・調剤過誤撲滅の取り組みのひとつとして、薬局で実際に起きたヒヤリ・ハット事例を収集し、その原因を解

析し、改善策をたて実行することとした。

タイヘイ薬局グループでは、店舗の作り・動線・スタッフ数・処方せんの処方内容等で多少違ってくるが、待ち時間の短縮の観点から事務は処方せんをレセプトコンピューターに入力し、薬剤師は処方せんのコピーで調剤を行っている。すなわち事務の入力作業と薬剤師の調剤を同時進行させることで時間の効率化を図っている。しかし、ケースバイケースで、処方内容が軽く剤数も少ない場合は、事務が入力している最中に薬剤師が処方内容を見て、暗記やメモにより調剤を行っていたケースがあった。今回のヒヤリ・ハット事例報告の対象としたタイヘイ薬局しろいし店においては主な処方せん受付の医療機関が耳鼻科と皮膚科である。受け入れ枚数が多くまた小児が多いのが特徴である。待ち時間では、成人のような待ち時間対応は難しく、保護者と一緒の場合も同様である。薬局としても早く調剤を行い、投薬をしなければならないという圧力を感じながら業務を行っていたというのが実情である。

しかし、早く投薬するということと調剤ミスは、相関関係があってはならない。限られた時間でいかに無駄を省き、正確な調剤、正確な投薬、適確な服薬指導を行うか、それを旨とするところが患者の立場にたった医療サービスの提供なのではないかと考えた。人間は必ず失敗やミスを行うという大前提で、職員の総意のもとに、ヒヤリ・ハット事例の収集を積極的に行い活用しグループ全体の財産とした。

2. 方法

まず、問題点の現状把握のために、ヒヤリ・ハットの情報収集を確実に漏れなく行った。次に、ヒヤリ・ハット事例がいつどこで起きたのか分析し、改善策をたてた。その改善策を月の目標と設定し、薬剤師その他スタッフへの周知徹底を図った。これを毎月繰り返すことでヒヤリ・ハットを減らそうと考えた。月の目標が達成できなかった場合は、翌月の目標に組み込んだ。

ここで重要な点は、どんな些細な出来事もヒヤリ・ハットに取り上げることが必要と考え、職員の意識の統一を図ったことである。些細な出来事に、真実の問題点や改善点が埋もれているかもしれない。決してヒヤリ・ハットに対して責任追及するためではなく、あくまでも原因追究のためのものであり、ヒヤリ・ハットの取り組みが、調剤ミスの撲滅、患者サービスへの向上に繋がると認識することが重要と考えた。具体的には、誰が調剤したか、ヒヤリ・ハットの具体的な内容、ヒヤリ・ハットの発見者等の情報を文書で収集した。

3. 結果

図1はヒヤリ・ハットの内訳としてH20年9月から11月分をしめしている。一番多かった事例は錠剤等の数量ミスで、全体の44%であった。「錠剤等」というのは錠剤やカプセル、を指している。次に多かったのは、錠剤等で別の薬を調剤した事例で全体の22%を占めていた。その次に数多かったのは、錠剤等の規格違いのミ

スで全体の13%であった。以降、順に外用薬の本数ミス、監査ミス、粉薬の計量ミス、粉薬の他薬調剤ミス、水剤調剤時のポリ容器の日盛り数の記入ミスと続いた。

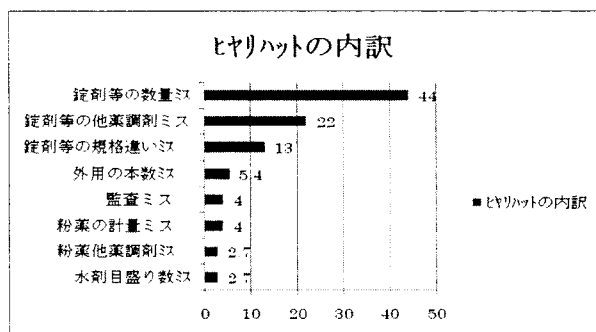


図1 ヒヤリ・ハットの内訳 (H20年9月から11月分)

今回のヒヤリ・ハット事例をもとに、件数の多かった錠剤等の数量ミスや他薬調剤ミスを重点的に改善しようと考えた。

処方せん受付から投薬までの流れのなか、いつどの段階でミスが起きているのか考えた。調剤のときに処方せんの内容を暗記・メモ書きしていたこと、監査籠に入れるとききちんと確認せずに入っていたこと、監査のときに鉛筆でのチェックをしていなかったことが重要なポイントとして挙げられた。

改善策

①調剤ミスについて

処方内容を間違ってメモ書きしたり、内容を暗記し調剤したため、ミスが起きていた。そこでメモ書きをやめ処方せんをコピーすることにした。水薬や粉薬の場合は計量する薬品の全量を鉛筆で記入し、さらに監査籠に入れるときは処方せんをきちんと確認するようにした。タイヘイ薬局グループでは、監査時は一呼吸入れ鉛筆

チェックを入れるように、内規として決められている。この内規をきちんと守るようにした。

②規格違いのミスについて

当薬局ではよく処方される医薬品がある。そのため医薬品名を見たときに、その医薬品と決め付けて調剤していた事例がある。慣れからくる思い込みや、決め付けは、ミスにつながる。そこで処方せんの見方を改善した。斜め読みすると医薬品の規格、1日量、飲み方など大切な部分を見落とす恐れがある。左から右へと直線的に見ることで、斜め読みを改善した。規格が複数存在するときは、規格違いが存在する印をつけ、場所をずらすなどの工夫をした。従来、薬品棚の場所は別々離す措置であったが、今回は根本的に考え方を換え、規格違いで主によく使われる薬品は従来通りの棚に、規格違いであまり使われない薬品は棚ではなく引き出しに保管場所を変えた。具体的な例として、抗アレルギー薬剤のアレグラ錠60（フェキソフェナジン塩酸塩製剤）は、多く処方されるので従来棚に、主として小児に使うアレグラ錠30は、処方例が少ないので引出しにとすると、大人は棚、小児は引き出しと明確に区別がつき、従来アレグラ30の処方でもアレグラ60を調剤するケースがあったが劇的に改善が見られた。

③兄弟間での薬の管理

タイヘイ薬局しろいし店では、兄弟や姉妹など家族多数でかかるケースが多い。水薬は色の濃さからラベルの貼り違いが起き

てないか、粉薬は兄弟間で薬袋を入れ間違いが起きないようにラインを引いて確認した。ラインの色は固定しており薬歴にも記載しておく。

④監査時のミス

監査のときは鉛筆でチェックするようにした。処方せん表には投薬者が、処方せん裏には監査者がそれぞれチェックする。小児用や大人用の規格や1日量、全量の確認をすることにした。

以上の改善策を実行したことにより、12月に比べ6月はヒヤリ・ハット総数が減っている。また処方せん1000枚当たりのヒヤリ・ハット数も減っている。(図2)

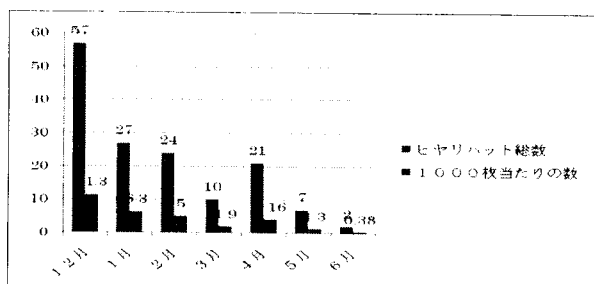


図2 ヒヤリ・ハット総数の変化(2020年12月から2021年6月分)

4. 考察

ヒヤリ・ハット事例の収集で、何がいけなかったのか、なぜ起きたのかという原因の追究とそれに対する再発防止策がたてられた。そのことで、処方せん受付から投薬の流れの中で注意すべき点がわかった。

ヒヤリ・ハットや調剤ミスは、個人の自覚に起因することが大とする雰囲気はタイヘイ薬局グループ内にあったが、それは間違いでシステムや取り組み方の改善で、いかようにもできることがわかった。ヒヤリ・ハット事例を放置すれば必ず同じミスは繰

り返される。ゆえに、ヒヤリ・ハットの分析・検討こそが改善の近道であり、個人の資質や能力の問題ではないと考える。あくまでも組織としての問題であり、防止できるミスが大部分であり改善の余地は多々ある。どんな状況の変化にも対応できる体制を構築できるか否かが今後企業(薬局)の生命線であることが、職員全員の共通認識となった。

今回、ヒヤリ・ハットの収集・分析を行ったことでヒヤリ・ハット事例を減らすことができたと考える。(図2) このことにより、最終的な目標である調剤ミスの撲滅への道のりも見えてきた。これからも継続して行うことにより、ヒヤリ・ハットを減らしていきたいと思う。もちろんヒヤリ・ハットの活用で、調剤ミスの大幅な改善が見られたことは、大変有意義な収穫であったが、もう一つ大きな副産物も生まれた。それは、タイヘイ薬局グループでの取り組みを行ったことで、職員の目指す方向が同じであっても、薬剤師、事務、ベテラン、新人等で考え方の違いが分かり、そのことで、意思統一の話し合いの機会を設け、そのことで、むしろ風通しが良くなり、組織としての連帯感が生まれたことである。

今後、調剤薬局の取り巻く環境は、調剤報酬・薬価改正など厳しい。その一方で患者の調剤薬局に対するニーズは、ますます多く高くなっている。また厚労省の方針もあって、ジェネリック医薬品採用への取り組みと、患者に対する説明責任も増大している。そういった環境下において、組織で

の取り組みと改善が図られたことは、大変意味深いそして、有意義なことであった。麻薬・向精神薬・糖尿病薬・抗がん剤など、より高度な管理が必要とされる医薬品は、特に緊張感を持ち対応していきたい。もし仮に調剤過誤を起こした場合、その対処に誠意をもって当たり、患者の信頼を損ねないように人間関係の構築を重ねていきたい。

5. 今後の課題

今回のヒヤリ・ハットの収集・分析を行ったことで、劇的に調剤ミスが減少したが、患者から見ての満足度の中で要求が高い「待ち時間の短縮」も非常に重要な課題と考えられる。待ち時間の短縮と正確な調剤、的確な服薬指導という患者のニーズに対応できる体制を1日も早く構築することが、今後の目標として見出すことができた。この課題に対しても、今回構築できた職員間の意思統一で対応できるであろう。