

〈集談会報告〉

与薬 (注射・内服) 業務に関する

リスクマネージメント

—現状調査からリスク回避に向けて—

小林 博子 野瀬 ヨシエ

本多 妙子 小池 正子

要旨

当院看護部のニアミス事例の中で、誤薬に関する報告は転倒・転落について多い。そこで与薬に関する事故を少なくするため、現状調査と問題整理を行った。その中で今回は入院中の患者の薬の在り方について検討をした。内服薬を持って患者が入院してくると、そのとき関わった看護師が、薬を自己管理か、看護室管理か患者の状況や薬の内容で判断しており、また、エラーが起きた場合、一時的な対応で終わっていた。そこで内服薬の管理のあり方と患者自己管理の基準について検討した。そして今回患者が自己管理する内服薬について、エラーが発生したときの責任の所在と原因が明確になるように、看護部と薬剤部が連携を持ち、入院中から患者が病状を理解し、退院後も内服薬の治療が継続して行えるように、内服薬患者判定基準を作成した。

はじめに

当院看護部のニアミス事例の中で誤薬に関する報告は転倒・転落について多く、川村らの調査と一致する。そこで与薬に関する事故を少なくしたいと、先生の指導を受けて、検討を行ってきた。

与薬業務に関するリスクマネージメントは、

- ①医師や薬剤師との関連共同業務であること。
- ②治療内容により使用薬剤が多様多様であること。
- ③具体的な与薬業務は部署ごとに微妙なずれがあり、様々なやり方が存在していること。

等々、問題は複雑で多岐にわたっており、我々誤薬グループの検討は困難を極めた。そのため、今年度は「誤薬のリスクマネージメントの構築」には至らなかったが、リスクマネージメント(以下RMと略す)の視点から、与薬業務についての現状調査を実施し、問題の整理を行った。さらに与薬業務に関する看護の役割について再検討を行ない、リスク回避に向けて一つの方向性を示す事が出来た。しかし新しいやり方を現場で実施するには多くの検討課題が残っており、提示案に対して、その全てを取り入れるところまでには至らなかった。その中でRM委員会、師長会で合意が得られた、「内服薬の患者自己管理」におけるマニュアルは実践に向けてスタート出来る事になった。ここに1年間の活動の経緯を報告し、今後の活動に繋げたい。

目 的

1. 与薬業務におけるRM上の問題点を明らかにする。
2. 「内服薬の患者自己管理」が安全に確実に実施できる為の院内統一基準を作成する。

方 法

1. 実態調査
 - ① アンケート一質問紙法(図1)
 - ② 病棟巡視一看護部リスクマネージメント委員会による病棟巡視
 - ③ ニアミス報告書の事故発生要因分析(川村の与薬エラー発生要因マップ使用)
2. 内服薬患者自己管理判定基準の作成

結果と考察

当院の与薬業務について実態を知り、問題点を明らかにするために、質問紙法によるアンケートを薬剤師と各病棟看護師を対象に実施した。その結果を基にして、注射・内服の与薬業務をフローチャートにまとめた。(図1)さらに現場での与薬業務がどのように実施されているかを知る為に、看護部RM委員会の委員による病棟巡視を行った。具体的には点滴準備から実施までのリスクポイントをチェックリストにし、参加観察をしながらチェックをしてい

継続注射薬フローチャート

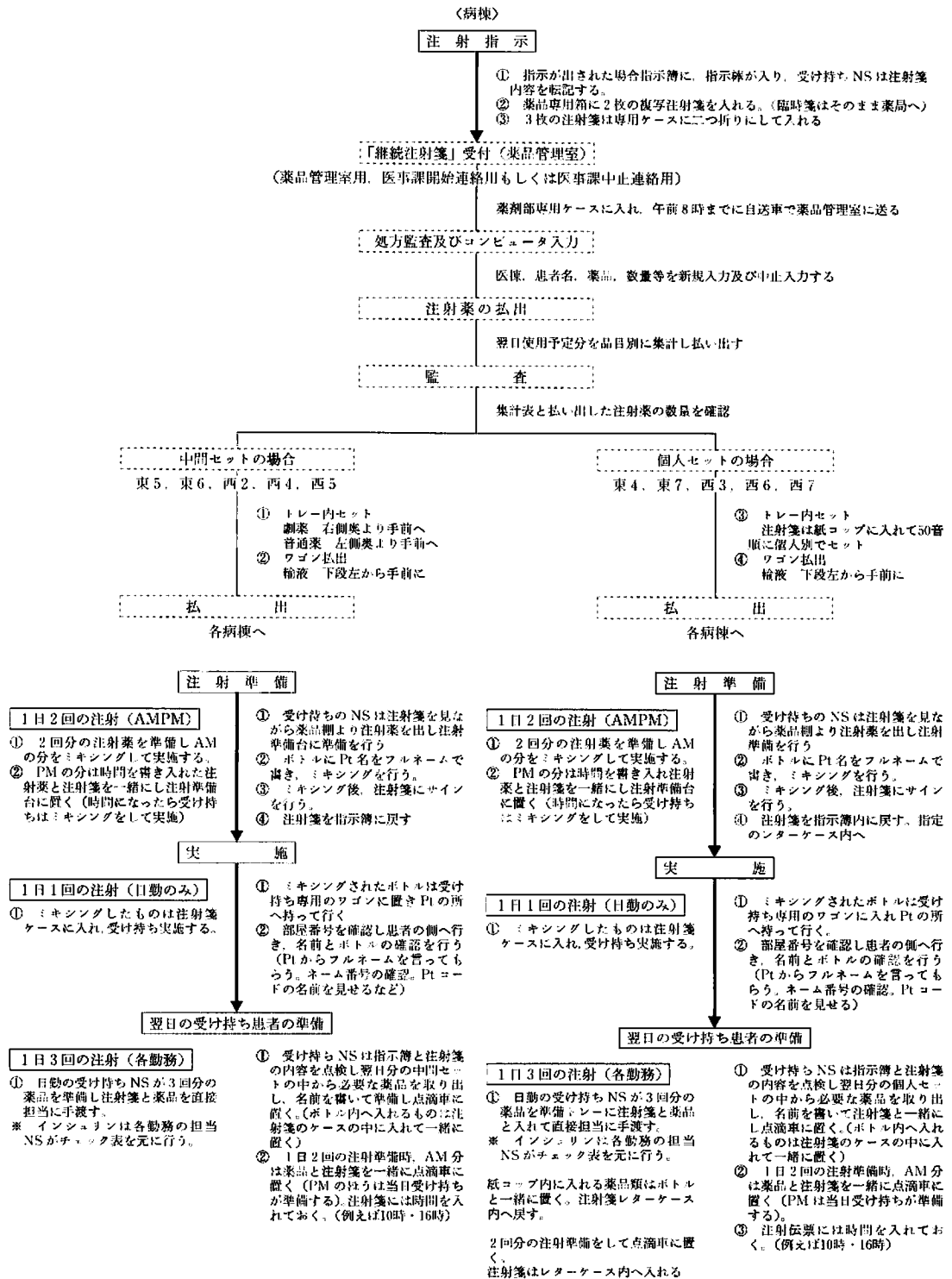


図1 継続注射薬フローチャート

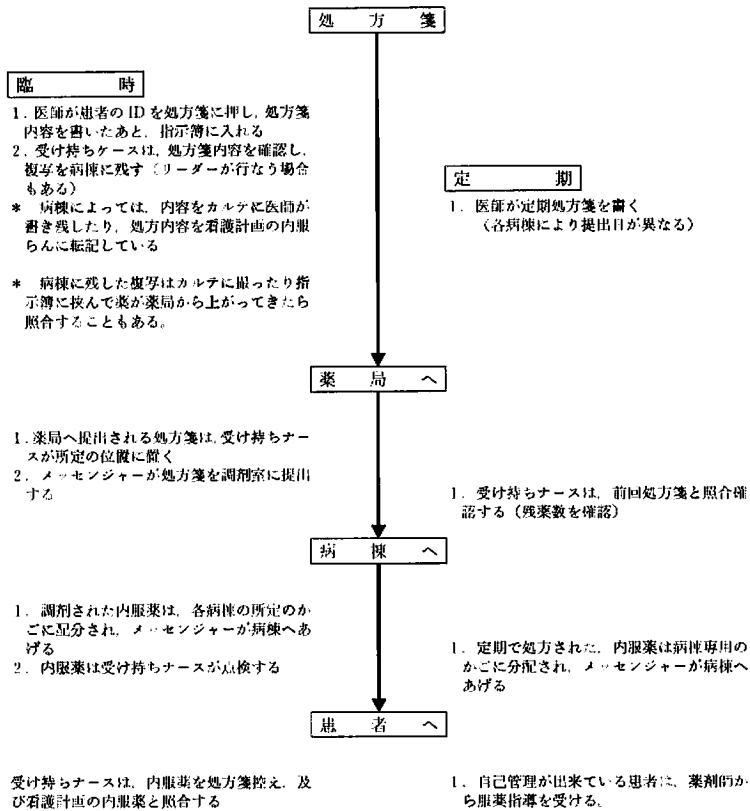


図 2 内服液フローチャート

表 1 点滴準備から実施までのチェックリスト

確認項目		○	×
① 指示簿と注射伝票を確認（患者名、日付、薬名、用量）			
② 注射伝票と準備されている薬品を確認（ボトル名はフルネーム）	③ 声出し		
	④ 指指し		
⑤ 注射伝票の指示量、施行方法を確認しながらミキシング	③ 声出し		
	④ 指指し		
⑧ アンブル破棄時、確認	③ 声出し		
	④ 指指し		
⑪ ベッドサイドで、患者名をフルネームで読んでいる			
⑫ 持参した点滴ボトルに記入してある患者名と、患者本人が一致していることを確認			
方法	1. 名前を言わせる 2. ベッドネーム 3. ネームバンド 4. NS が呼びかける 5. 患者にボトルの名前を見せる 6. 家族にボトルの名前を見せる 7. その他		

た。(表1)また誤薬に関して出された当院のニアミス報告書を川村のエラーマップを利用しエラーの分析を行った結果の内容は、川村の分析とほぼ一致した。

以上の結果を基に、当院の与薬業務におけるエラー防止のポイントとして、押さえるべき主な点について考察を加え、問題点を明らかにした。

〈注射業務について〉

①転記による間違いは無いか。

当院はほとんどの病棟で注射指示は医師が指示簿に書き、看護師が注射箋に転記してそれを作業伝票として使用しているという形態をとっている。RM上転記を問題視する意見は従来からあったが、幸い今まで転記による大きな問題は無かった。その背景には当院の看護職員構成が影響していると思われる。当院は数年前まであまり大きな異動が無く、新卒の看護師は一人も入ってこないという状況で平均年齢40歳以上といういわゆるベテランナーズがほとんどを占めていた。

その為、指示簿から転記しながら、看護師が逆に内容のチェックを行ない量や単位の違いに気づいたり、看護師自身が見やすく使い勝手の良いように整理したりすることで、むしろリスク防止になっていたという事実があったように思われる。しかしここ数年、県立病院間の移動が活発となり、全くの新人看護師も配属されるようになった。このような状況の変化から、今後転記をしていることによる事故は増えていくと予想される。そのため転記によるエラーを防止するために、早急に転記廃止についての対応策が求められる。

②量や単位の違いについて。

当院では注射伝票が出されると薬剤部へ提出される。出された注射箋の薬品は翌日分から病棟別にメッセンジャーを通じて病棟に届けられる。しかし当日使用する薬品は病棟にある予備スタンダードの棚から看護師が準備しなければならない。また個人セット(患者1人ひとり毎に薬品が準備されている)で上がってくる病棟と中間セット(翌日使う病棟全部の薬品がまとめて薬名毎に仕切られたケースで払い出される)で上がってくる病棟がある。その為中間セット制で上がってくる病棟では、看護師が薬品ケースから出して準備する事から、単位・量の違いが生じやすい状況にある。更に、病棟巡視により実際の注射作業を見ていくと、①ミキシング後のアンプル確認の不足②フルネームでの患者確認が不十分であるという様子が見られ、注射の内容間違い、単位の間違い、患者間違いを起こす危険性があり、薬剤部と共に検討が必要である。

〈内服薬について〉

①内服薬の管理方法の基準とミスがおきた時の責任の所在について。

看護師は、内服薬を持参した患者が入院してくると、患者の状況、薬の種類より、今まで患者本人が管理してきた薬を預かり、いわゆる看護室管理にすることが多かった。例えば麻薬や、ステロイド剤・抗がん剤などがある。これらは、人体への影響が大きいと思われる薬剤で看護室管理として預かっていた。また高齢者であるというだけで薬を預かるというケースもあった。しかし内服薬の管理をどうするかという明確な基準は無く、それぞれ個々の看護師の判断に任されていた部分が多かった。(図3)そして退院すれば、また患者が自分で管理し服用し続けなければならない状況になることがほとんどであった。また、患者管理とされていた薬がきちんと服用されているかどうか確認方法も個々の看護師の判断によるところが大きく明快な確認方法を取り入れているところは無かった。例えば、薬の数が足りない、服用の仕方が間違っていた等のミスが生じても、その責任の所在は誰になるという事が、はっきりしていないという問題が明らかになった。我々誤薬グループはこれらの点に注目し、「内服薬の患者自己管理」が安全に確実に実施できるための方法について検討を行なった。

②患者間違いはないか。

患者間違いに関するニアミスは、RM部会で集約している報告件数から、看護師が管理している薬剤にむしろ多く起こっているという皮肉な状況が明らかとなった。与薬準備は従来、看護室内で看護師が1回分または1日分ケースなどに入れ配薬することが一般的に行なわれていたが、その業務方法そのものが、患者間違いというミスに繋がっているのではないかと考えた。このことから、内服薬の管理方法と併せて「配薬する」という業務方法についても検討の必要があると考える。

③患者の状態と内服薬の関連についての把握不足から投与忘れはないか。変更・中止・増減による間違いはないか。

誤薬のニアミス事例の検討を見直していくと、患者の理解不足が問題となっていることがしばしばある。当院は受け持ち制の看護方式をとっているが、夜勤等で受け持ちの看護師がいないときは、チーム員がフォローするチームナーシングを併用している。その為、受け持ちの看護師が内服を含め全体把握していても、他のスタッフへの伝わりが不足していると、そのことがミスに繋がってしまう。特に中止や量の増減の変更、特殊な薬の曜日指定の投与に

各病棟に 5 枚計 50 枚配布 回収率 49 枚 (98%)

・20代 → 12人 ・30代 → 13人 ・40代 → 15人 ・50代 → 9人

1. あなたは、内服薬を患者管理する場合、どのような基準で判断していますか？	
<input type="checkbox"/> 内服薬の服用法、必要性を理解している...	21人
<input type="checkbox"/> 以前から内服を自己管理していて、今も内服できている...	14人
<input type="checkbox"/> 薬の種類 (麻薬・ステロイド・眠剤・痛み止め・抗がん剤) ...	10人
<input type="checkbox"/> 麻痺があるかどうか (手が動く・薬袋が切れる・カプセルを取り出せる・確実に口に入れられる) ...	7人
<input type="checkbox"/> 退院が近いもしくは、決定している患者 ...	7人
<input type="checkbox"/> 本人が自宅で管理していた ...	5人
<input type="checkbox"/> 脳障害の有無 (レベルがクリアかどうか) ...	4人
<input type="checkbox"/> 痴呆症状の有無 ...	4人
<input type="checkbox"/> 視力障害の有無 ...	4人
<input type="checkbox"/> 入院したから 2・3 日服薬状況を確認 OK なら自己管理とする...	2人
<input type="checkbox"/> 自己判断で、内服をコントロールしない ...	2人
<input type="checkbox"/> 麻薬でも病状および薬の内容が理解されていれば自己管理してもよいのではないかと...	2人
<input type="checkbox"/> 保存方法 (冷所薬でない薬) ...	1人
その他	
<input type="checkbox"/> 高齢者の場合は、NS 管理すべきだが、自尊心を大切にするため見極めが必要	
<input type="checkbox"/> 理解力があってもいかに不器用な性格の人は、自己管理は不安である	
<input type="checkbox"/> 術前、術後の精神状態の変化に注意する (不穏・痴呆など)	
<input type="checkbox"/> 内服薬を見せていただき、数が合わないときは、NS 管理とする	
<input type="checkbox"/> 聴力障害があっても理解力があり、筆談でコミュニケーションできれば、自己管理してもらう	
2. 判断項目として、下記の中に当てはまるものがあればチェックしてください	
<input type="checkbox"/> 以前から内服薬を自己管理して今も継続できている...	48人
<input type="checkbox"/> 視力障害有無 ...	43人
<input type="checkbox"/> 年齢 ...	40人
<input type="checkbox"/> 脳障害の有無...	38人
<input type="checkbox"/> 身体障害の有無...	33人
<input type="checkbox"/> 今飲んでいる薬の説明ができる...	30人
<input type="checkbox"/> 外泊中服薬を指示通り飲んでた...	24人
<input type="checkbox"/> 自分の病状が理解できている...	22人
<input type="checkbox"/> 性格 ...	20人
<input type="checkbox"/> 1 週間以上内服を自己管理している...	19人
<input type="checkbox"/> 既往歴 ...	18人
<input type="checkbox"/> 付き添い有無...	7人
<input type="checkbox"/> 入院回数...	6人
<input type="checkbox"/> 運動障害の有無...	3人

図 3 内服薬の判定に関するアンケートの結果

関して、ミスが起こっている。

④薬の保管・保管場所の違いによる間違いはないか
病棟で保管場所がまちまちだった為、看護師が院内移動したときに混乱を招き、ミスを生じやすくなる原因になっていると考えられる。これに関するミスは実際には少なかった。しかしこれもまた当院の看護師が勤務年数の長い人が占めていたことが関係していると思われる。今後病院内外の移動や新人の入職などが増えてくることを考えると、配薬方法の検討とともに、検討を続けていかなければならない問題だと捉えている。

改善策について

〈注射業務について〉

注射業務によるエラー防止については以下に向けての活動が行われている。

①転記によるエラー防止について

転記廃止が必要という認識で一致し、師長会を中

心に検討をはじめている。

②量や単位のエラー防止について

- 1) 薬剤部との検討会を行ない、全セクションの早期完全個人セット制 (患者 1 人ひとり事に薬品が準備されている) の実現に向けての調整を行う。
- 2) 定期的な現場巡視により、患者確認等約束事項についてのチェックと教育指導を行う。

〈内服薬のエラー防止について〉

我々誤薬グループが今年度一番力を入れて検討を重ねてきたことは、内服薬のエラー防止に向けての RM であった。アンケートやニアミス報告書の分析を通して問題点を見ていくと、従来から何気なく行ってきた与薬業務の中にリスクが潜んでいるのではないかとと思われるようなこともあり、与薬業務を RM の視点で根本的に再検討する必要があるのではないかと考えた。その結果以下の方法を提案したが [1] 従来の方と全く違う視点のものであり、合意を得る為には十分な意見交換と時間が必要であるこ

表2 内服薬患者自己管理判定基準

確認事項	評価
①薬袋で指示の用量・用法がわかり、一日分または、一回分を出すことができる。	
②病気または病状との、薬の関連性がいえる。	
③自分で薬袋が切れ、錠剤やカプセルを容器から出すことが出来る。	
④確実に薬を口に入れ、飲み込むことが出来る。	
⑤体調に異常があるとき、申し出る必要が分かっている。	
⑥薬を正しく保管できている。	
サイン	

評価内容	3日目 (/)	7日目 (/)	14日目 (/)
①薬の用量・用法を説明してもらう。			
コメント			
②病気または病状と薬の関連性について説明してもらう。			
コメント			
サイン			

と。[2]新しい方法も、他のリスクが発生するかもしれないこと。[3]業務量が多くなる可能性があること等の理由で、実施段階までには至らなかった。今後の検討課題としたい。

①内服薬の自己管理方法について

我々誤薬グループは断続的に退院後も服用しななければならない内服薬に関しては、本来「患者本人が自分で管理できることが基本」という考え方で検討を重ねてきた。そのために看護師は患者が入院中から自己管理できるようにサポートする方が本来の業務になると考えている。試行錯誤の末に内服薬の自己管理基準と評価方法を提示し、師長会、RM委員会の合意が得られたので実施の方向で計画中である。

【内服薬が自己管理できる判定基準について】

内服薬が自己管理できるか否かは一定の判定基準により判断され、看護師個々の判断に任せられるべきではないと考える。それに対する理解は比較的容易であり、我々の示した基準が取り入れられることになった。チェック項目については、薬剤部からも参加してもらいそれぞれの立場で内容の検討を行った。その結果、患者が自己管理できるかどうかの判定基準を6項目とした。(表2)全項目がクリアできた患者を対象に内服薬の自己管理を実施する。薬の

内容による区別は基本的には行なわない方向で調整しているが、麻薬等については、医師や薬剤部との関係において充分合意が得られない為、検討課題となった。また確認項目が満たされなかった患者に対しては評価日を決めて再チェックを行なう事とした。一つでもクリアしない項目があれば薬剤部につき薬剤指導をしてもらうように連携がとれている。このようなシステムを取り入れる事で、患者は薬剤に対する正しい知識が修得できるようになり、退院後も自分で服薬管理が可能となると考えている。

②患者間違い防止について

我々は、看護師が管理していながら、むしろ患者間違いが起こっている事実を重視した。患者間違いはいろいろな原因で起こると思われるが、配薬義務を検討し直すことで防ぎ得ることがあると考えた。例えば、看護室に一括管理するという発想から1人ひとりの患者のベッドサイドに薬袋のまま置いておき、患者を確認しながらその都度配薬することで、患者間違いというミスは防げると考えている。しかし患者全ての薬をベッドサイドに置くというこの方法は、従来の配薬という考え方には無い事であり、ベッドサイドに置くことのリスク(例えば紛失、患者が勝手に服用してしまう等)も完全には否定し切

れない為、今回は実施の合意が得られなかった。より良い方法がないか時間をかけて、再検討していく必要があると考えている。

③患者の状態と内服薬の関連についての把握不足から投与忘れはないか。

変更・中止・増減による間違いはないか。

このようなエラーを無くするためには、患者情報と処方内容について総合的に把握していることが必要である。そのために看護体制も含めて検討の余地があると考えているが、我々はこのようなミスを防止する方法として、内服薬服用チェック表(表3)と内服薬の状況表(表4)を作成した。これらを患者の同意を得て患者のベッドネーム付近に掲示し、与薬チェックを入れていけば、受け持ち看護師以外の看護師が与薬業務を担当しても、その患者さんの内服状況がつかめ、事故防止に役立つと考えた。しかしこれもまた、看護業務上、作業量が増えることになり、むしろリスクが生じるのではないかという意見や、プライバシーの問題等で合意に至らず、実施までには更なる検討が必要と考えている。

終わりに

誤薬の事故防止について一年間様々な角度から学ばせていただいた。身近な業務でありながら、現状認識の甘さがあったと反省させられた。与薬業務は長い間のその部署毎のやり方や文化がある上、看護

部だけで検討できるものではない為、その活動はスムーズに進んだとは言いがたいものがあった。我々の未熟さもあって、思いがなかなか正しく伝わらず、合意を得るまでに長い時間を有した。さらに、周知させていく事がいかに難しいかも学ぶことが出来た。誤薬についてのリスクマネジメントはまだまだ課題が山積みしている。しかも急いで解決しなければならない事が多くある。今までの学びを土台にして、与薬の事故防止の為に一つずつ検討を重ねていきたいと思っている。

最後に、この研修にあたり杏林大学保健学部教授、川村治子先生にご指導を受けたことに対し深く感謝いたします。

参考文献

- 1) 川村 治子：平成12年度厚生科学研究費補助金「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」研究報告書2001
- 2) 川村 治子：平成12年度厚生科学研究費補助金、医療技術評価総合研究授業「医療のシステムマネジメントリスクシステム構築に関する研究班 作成：与薬エラー発生要因マップ・内服エラーマップ Vers.1」, 2001.
- 3) 特集・服薬の行動科学「指導から援助へ」、看護学雑誌62(11)：1010-1044、1998.
- 4) 氏野 幸子：基礎看護技術2、第4版、医学書院、1994.