

薬剤事故による再発防止への提案

—内服業務における洗い出しの実態から—

富澤真由美¹⁾ 見谷 博子¹⁾ 角 久仁子¹⁾ 斉藤 清美¹⁾
出村 早苗¹⁾ 野阪 智子¹⁾ 川岸さかえ¹⁾ 杉本 和則¹⁾

要 旨：医療事故報告の中で内服薬に関する報告が最も多く占めている。そこで、薬剤事故による再発防止のための改善策が見出せないかと考え、薬剤事故の分析を行うとともに看護師の内服業務における実態調査を行った。その結果、各病棟独自の内服業務運用マニュアルが作成されており、内服業務の運用も各病棟統一されていないのが現状であった。以上のことから、薬剤事故が改善されない要因は、看護部全体の統一が図られていないことが明らかになった。今後は、各病棟同じ見解に起って看護部全体として内服業務の運用を統一していくことが必要である。さらには薬剤師による内服適正管理を構築していく事が薬剤事故の再発防止に繋がると考える。

【Key words】医療事故、薬剤事故、再発防止

はじめに

医療事故報告の中で内服薬に関する報告が最も多く占めているのが病院全体の共通問題である。当センターにおける医療事故は、1位、転倒転落、2位、薬剤事故が上位を占めている。

薬剤事故の現状は、事故報告書によると過去4年間、

年々、下降傾向にあり、平成15年には48件にまで減少した。しかし、平成16年には、89件にまで上昇。そのうち、内服事故は44件と薬剤事故の半数を示した(表1)。内服事故の発生場所は80%が病棟だった(表2)。

そこで、今回、内服薬剤事故の分析を行い、問題点を明らかにすることで、改善策を立案し、事故の再発防止に役立てることを目的に内服薬剤事故の調査を行なった。

当院における薬剤事故の現状

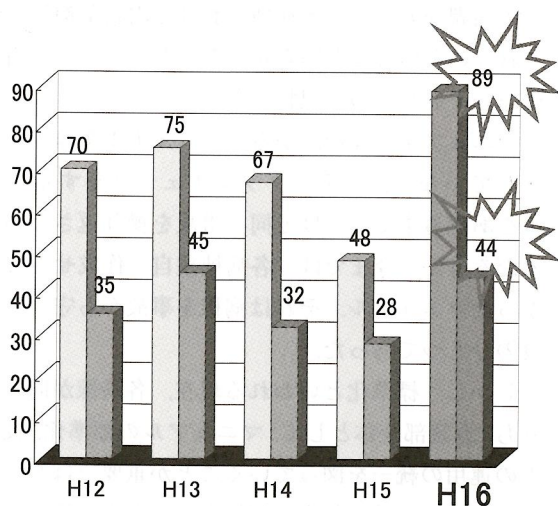


表1. 薬剤事故件数

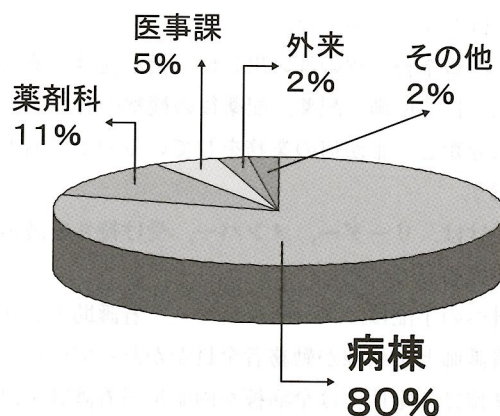


表2. 内服薬剤事故の発生場所

¹⁾ 福井総合病院 安全管理薬剤小委員会
(受付日 2006年3月)

	指示受け	薬剤科へ の手配	投薬準備 (臨時薬)	配薬	配薬後 の観察
5病棟	リーダー	メッセン ジャー 看護助手 病棟事務 Ns	受け持ちNs	夜勤受け持ちNs	
6病棟	リーダー・メンバー		受け持ちNs運出Ns	日勤Ns	
7病棟	リーダー		内服担当Ns	リーダー・夜勤Ns	
8病棟	受け持ちNs		受け持ちNs	日勤受け持ちNs	
10病棟	受け持ちNs		受け持ちNs	日勤受け持ちNs	
11病棟	リーダー・メンバー		メンバー	なし	
12病棟	受け持ちNs		リーダー・受け持ちNs	日勤受け持ちNs	
15病棟	リーダー・メンバー		メンバー	日勤受け持ちNs	
16病棟	リーダー・メンバー		メンバー	夜勤Ns	

表 3. 内服業務行程

看護師・夜勤、早出看護師など各病棟が異なっていた。

方 法

H16年1月より12月までの1年間の内服薬剤事故をshell分析し、各9つの病棟における内服業務工程を洗い出し、実態調査を行った。

結 果

内服薬剤事故におけるshell分析の結果、S(ソフトウェア)は各病棟独自の内服業務運用マニュアルが作成されており、いくつものマニュアルが存在していた。H(ハードウェア)では投薬カートは各病棟配置されているが、運用方法は統一されていなかった。E(環境)は内服業務の責任の所在が明確ではなく、L(他人)ではスタッフの役割が不透明であった。L(当事者)は確認していないのがほとんどであった。

次に、内服業務工程の洗い出しは、指示受け、薬剤科への手配、投薬準備、配薬、配薬後の観察の五つのカテゴリーに分類し、誰が何の業務をしているのか、調査した(表3)。

指示受けは、リーダー、メンバー、受け持ち看護師と各病棟が異なっていた。

薬剤科への手配は、メッセンジャー・看護助手・病棟事務、看護師と全病棟が勤務者全員かかわっていた。

投薬準備は、定期薬は全病棟が内服担当看護師を決めて準備。臨時薬はリーダー・受け持ち看護師が準備する病棟もあれば、手の空いている看護師が準備している病棟もあった。

配薬・配薬後の観察においては、リーダー・受け持ち

内服薬剤事故の要因

内服業務マニュアル・投薬カートの運用が、病棟の特殊性に応じた工夫で、各病棟が異なったマニュアルを作成し、運用していた。

また、内服薬剤業務の責任・役割が、各病棟バラバラで責任の所在がはっきりしていなかった。

このことから、看護部全体の統一が図られていなかったといえる。

考 察

実態調査の結果、各病棟における内服薬剤業務が統一されていないことが明らかになった。さらに、当事者は確認していないのが現状である。

マニュアルがない。から、マニュアルを作成する。確認していない。から、ダブルチェックをする。この対策をあげる事で、二度と同じ事故を繰り返さないといえるだろうか。今までは、各病棟独自で作成せざるおえなかったマニュアル。それは病棟を事故から守っていく手段のひとつであった。

しかし、標準化といわれる現在、各病棟が同じ見解に立ち、看護部全体として、マニュアルの標準化、投薬カートの運用の統一を図っていくことが重要ではないだろうか。さらに、確認行為の周知徹底、教育指導のあり方を考えなおす必要があると思われる。そうすることで、効率的な業務、なおかつ、患者安全を確保することとなり、事故の再発防止につながると考える。

事故再発防止にむけての改善策

1. 看護部全体としてのマニュアルの標準化
2. 投薬カート運用の統一
3. 薬剤師による薬剤適正管理の更なる充実を改善策として提案する。

ま と め

内服薬剤事故の分析を行なった。

各病棟における内服業務工程の洗い出しを行なった。

各病棟独自に内服業務マニュアルが作成され、投薬

カートが運用されていた。

看護部全体としての内服業務の標準化が重要だと考える。

全病棟における投薬カートの統一を図る必要があると言える。

薬剤師による薬剤適正管理の更なる充実を期待する。

文 献

- 1) 棟近雅彦：医療ケアにおける質管理—インシデントレポートの分析・月間薬事 2003；45：293-299
- 2) 小宮山真一，井上文江，棟近雅彦：看護師教育のための誤薬防止ハンドブックの作成，医療マネジメント学会雑誌 2003；4(1)：93