

# 内服インシデント発生要因からみた安全な内服与薬業務の検討

キーワード：インシデントレポート 内服管理 アセスメント

1 病棟 7 階東

永松大輔 富田悦子 沖村美香 山見美央 波田栄子 藤井聡美

## I. はじめに

日本医療機能評価機構の発表したヒヤリハット事例の 4 分の 1 が医薬品に関連するもので、当事者は看護師が 70% と最も多い<sup>1)</sup>。

また、与薬は看護師が行う医行為の中でも頻度が高く、誤薬は看護師が犯すエラーのうちで最もよく起こる<sup>2)</sup>。また、安全安心な医療を提供する上で医療安全対策は必須であり、看護業務の中で内服管理は積極的な取り組みが必要である<sup>3)</sup>。

A 病院 B 病棟では病院の内服管理マニュアルに沿って、内服管理を行っている。しかし、B 病棟で報告されたインシデントの中でも内服に関するインシデントは、平成 23 年度は 27.0% と 1 番多く、平成 24 年度は 32.8% と 2 番目に多い。そのため、内服管理の方法を見直す必要があると考えた。平成 23 年度、24 年度に報告されたインシデントの中で、確実に原因が看護師となるものを分析したところ、その過程でステップ I のインシデントが多い傾向にあることが判明した。

A 病院では、ステップ I は担当の看護師が 1 回ずつ配薬するよう定められている。そこで、原因が確実に看護師となるステップ I のインシデントを減らすことで、インシデント全体の件数を減らすことができると考えた。以上の理由より、ステップ I の患者のインシデントに注目し、その原因と対策を検討した。

## II. 研究目的

内服管理におけるインシデントの原因が看護師となるものについて、原因と対策を検討することで今後の課題を明らかにしインシデントの件数を減少させることを目的とする。

## III. 研究方法

1. 研究期間：平成 25 年 4 月～11 月

2. 対象：内服管理に関するインシデントレポートから原因が看護師によるもの

3. 方法

- 1) 平成 23 年 4 月～平成 25 年 3 月に発生した上記対象のインシデントレポート 41 件について 4M（要因）分析を用いて分析する。
- 2) 4M 分析結果、インシデントが多いステップ I のインシデントについて、平成 25 年度に起こったもの 3 件を RCA（根本原因）分析を用いて分析しインシデントの原因と対策を検討する。ここでいうステップ I とは、院内で毎回看護師が配薬し、内服できたところまで確認することを示す。

※4M 分析とは、事故や災害の原因分析や対策検討の際に要因を人（Man）、機械

(Machine)、媒体又は環境 (Media)、管理 (Management) の 4 つのジャンルに整理する事により原因の本質を捉える分析方法である。

※RCA 分析とは、問題解決の中の一つの部類に属し、問題や事象の根本的な原因を明らかにすることをねらいとする分析方法である。

#### IV. 倫理的配慮

データ収集時にはインシデントレポート記載内容の患者情報やインシデントに関わった看護師の個人情報が入らないように、プライバシーの保護に留意し、研究に使用するインシデントレポートは鍵付きの保管庫で保管した。研究用に印刷したレポート類は研究終了後にシュレッダーにかけ破棄した。

#### V. 結果

##### 1. 4M分析の結果 (図 1)

作業者の心身の要因、作業能力的な要因である人的要因が最も多く(81%)、次いで作業者に影響を与えた物理的、人的な環境の要因である環境的要因が多かった(19%)。設備・機器・器具固有の要因である設備要因、組織における管理状態に起因する要因である管理要因はみられなかった。

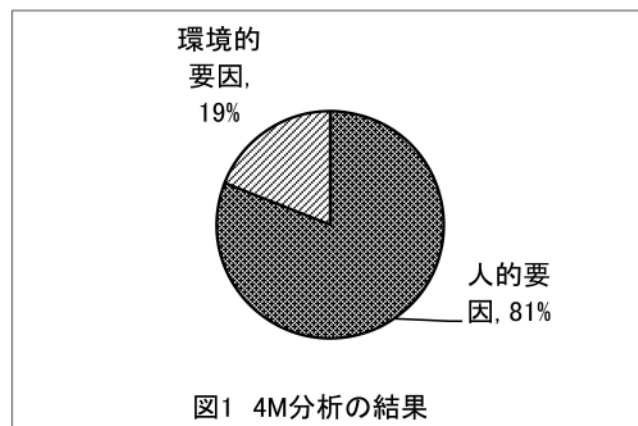


表 1: 人的要因の例

ステップ I の配薬忘れ
ステップ II の患者で週 1 回内服予定だった薬を準備しておらず内服されなかった
ステップ II の患者で、朝分の内服薬が 1 錠残っていることに夜勤で気がついた

人的要因の例 (表 1) は、ステップ I の配薬忘れ、ステップ II の患者で週 1 回内服予定だった薬を準備しておらず内服されなかった、ステップ II の患者で、朝分の内服薬が 1 錠残っていることに夜勤で気がついた等があった。

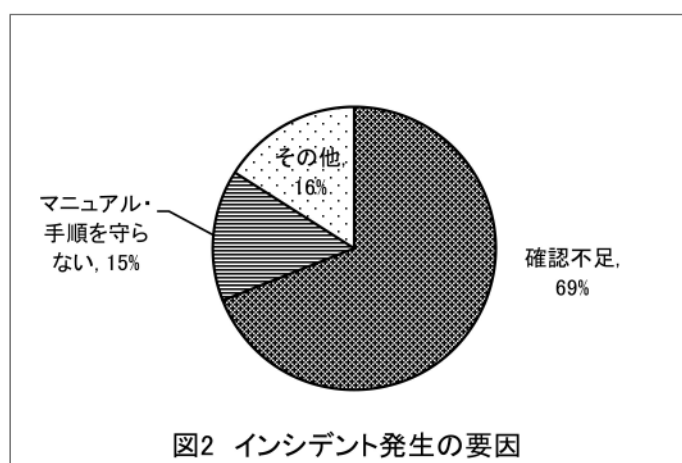
表 2：環境的要因の例

通常配薬する配薬箱とは違うもので準備されていた
他の患者の対応に追われ、ステップⅡの内服確認を怠った

環境的要因の例（表 2）は、通常配薬する配薬箱とは違うもので準備されていた、他の患者の対応に追われ、ステップⅡの内服確認を怠った等があった。

## 2. 分析の過程で、判明した内容

- 1) インシデントの発生要因別にみると確認不足が最も多く(69%)、マニュアル・手順を守らない(15%)、連携不足、指示受けミスが続であった（図 2）。



- 2) ステップⅠの配薬忘れが 38%と多い傾向であった。インシデントレポートだけでは、インシデントが発生した詳しい状況がわからず、原因が見えてこないため今年度起こったステップⅠのインシデント 3 件について RCA 分析を行った。

## 3. RCA 分析の結果から、インシデント予防のために必要な取り組みとして判明した内容

- 1) ステップⅠであるか、Ⅱであるのかを看護指示や経過表への記載方法を統一し分かりやすくする。
- 2) マニュアル・手順を守り、確認を怠らない。

## VI. 考察

内服に関連したインシデントの発生要因は、確認不足が最も多いことが分かった。ステップⅠのインシデントについては、内服管理マニュアルの遵守をしていないことが原因として挙げられた。上記のような要因・原因を防ぐための対策を検討した。

マニュアルの遵守ができていないと考えられる具体的な例としては、「詳細に看護指示に記載しておらずステップⅠかⅡかの判別が困難であった。」、「内服の確認を怠った。」、「内服するように指示された日付の確認を怠った。」、「その薬の内服方法(内服する日にちや時間が決まっている薬など)の知識が不足していた。」などがあった。

A 病院では、ステップⅡの場合でも、勤務ごとに内服薬の殻を確認し記録に残すと定め

られており、ステップ I と判別が困難であった場合でもマニュアルを遵守していればインシデントは防ぐことができたと考えられる。また、日付の確認を怠った場合にも、配薬する際に他の看護師とダブルチェックをして確認を行っていれば防ぐことができたと考える。

さらに B 病棟では勤務毎の申し送りの際に 3 日以内に起こったインシデントの内容と対策を申し送るようにしているが、同じような内容のインシデントが多数発生しており、インシデントの内容や対策の周知がされていないこともインシデント発生の間接的な原因になっていると考える。そのため、インシデントレポートの周知の方法を見直す必要がある。

そして、今回インシデントレポートから原因と対策を検討したが、現在のインシデントレポートの様式では事故が発生した詳しい状況が分からずに分析ができなかった。今後同じようなインシデントの分析をする際にレポートから状況や原因がわかるようにするための対策が必要である。

## VII. 結論

1. 与薬に関するインシデントレポートを、原因が看護師によるもの 41 件について、4M 分析を用いて分析した結果、人的要因が最も多いことが分かった。
2. 4M 分析を行う課程で、要因別にみると確認不足が最も多く、ステップ I の患者のインシデントが多いということが分かった。
3. 安全な内服管理をするためには、内服マニュアルの周知徹底を図り、看護指示や経過表などへの記載を統一するなどの対策が必要である。
4. 発生したインシデントの周知徹底とインシデントの内容を振り返る際に状況をわかりやすくする等の対策が必要である。

## 引用文献

- 1) 稲葉正敏、他、：入院患者内服薬の新しい管理方法の試行  
日本医療マネジメント学会雑誌.Vol.11、No2、2010
- 2) 等原康代、他：内服よやく業務にかかわる看護師の行動特性  
日本医療マネジメント学会雑誌.Vol.12、No3、2011
- 3) 藤本莉津子、他：内服インシデント発生要因からみた安全な内服管理の課題の検討  
山口県看護学研究学会学術集会プログラム・抄録集.第 12 回、第 3 群・14