

内服薬の誤薬実態調査

Internal investigation of medication errors

平成13年度 医療事故対策推進委員会：小高 玲子・中村 友枝・堀内 淳子
井口 靖子・二木 朗江・小野千恵子

〈要旨〉

2001年4月から11月までの内服薬に関するインシデントは357件であり、全インシデントの19%だった。その内「薬が与えられなかった」が26%、「量の違い」が15%だった。各部署で内服薬に関するインシデントをSHELモデルを用いて分析した。その結果、内服指示表の必要性、内服指示表の運用方法の検討、配薬後の内服確認の方法、自己管理薬の内服確認の方法が問題としてあげられた。内服薬の管理方法の現状は、内服管理マニュアルのある部署が4病棟のみであり、内服薬管理マニュアルの作成とマニュアルの徹底が今後の課題である。

〈キーワード〉

インシデント・内服薬管理マニュアル・マニュアルの徹底

1. 目的

事故対策委員会では、本年度も、問題発生の中で上位を占める「注射・点滴」「処方・内服」「転倒・転落」の事故対策を中心に活動してきた。今回は内服薬の誤薬に焦点をあて、この内服薬誤薬調査表の集計結果を分析した。内服薬誤薬に関する問題点を明確化し、誤薬防止につなげる方策を検討したのでここに報告する。

2. 方法

- 1) 2001年4月から11月までの8ヶ月間の内服に関する誤薬調査表の集計結果の分析
- 2) 内服薬管理に関しての各部署の現状を知る
- 3) 以上より内服薬業務に関しての問題を探り、誤薬防止の方策をまとめる

〈言葉の定義〉

インシデント：何かのきっかけで、通常とは違う出来事が偶発的に起こった事例

3. 結果及び考察

4月から11月の内服薬に関するインシデントは357件であり、全インシデント1881件中19%だった(図1)。そのうち発生源別では「患者に与薬する」67%、「観察の誤り」11%、「与薬の準備」10%、「医師の指示」7%の順で上位を占めていた(図2)。事故の種類では「薬が与えられなかった」26%、「量の違い」が15%だった(図3)。「薬が与えられなかった」100件のうち誤薬調査表から分類できたインシデントは56件あり、その内訳は、抗癌剤、麻薬、手術前処置のフランドールテープやペンレスなどの配薬忘れが22件(40%)、退院処方の渡し忘れ6件(10%)、配薬したが内服していな

かった5件(9%)、自己管理の内服薬をのんでいなかった4件(7%)であった。その他としては、指示変更が見にくく配薬しなかった。変更が次の勤務者に伝わらなかった。術後再開の説明をせず内服していなかったなどの伝達ミスがあった(図4)。「量の違い」59件のうち調査表から分類できたインシデントは28件であり、その内訳は、配薬時の確認不足16件(57%)、指示表と薬袋の表示の違い5件(18%)、その他25%だった。自己管理の内服量変更が本人に伝わらない、量の変更が看護婦に伝わらない等があった(図5)。その他としては、中止薬を配薬してしまった(4件)などであった。

各部署で内服薬に関するインシデントをSHELモデルを用いて分析したが、内服指示表の必要性、内服指示表の運用方法の検討、配薬後の内服確認の方法、自己管理薬の内服確認の方法などが問題としてあげられた。そこで各部署の内服薬の管理方法についての現状を9月に調査したところ、内服指示表のない部署は4科4病棟あり、内服薬管理マニュアルのある部署は4病棟にとどまり、配薬基準が明確になっていない病棟もあった。また中止薬の管理方法が決まっていると答えている病棟においても、中止薬を配薬するインシデントの報告があり、内服薬管理マニュアルの作成とマニュアルの徹底が今後の課題である。

4. まとめ

以上より内服薬業務に関しての今後の課題をまとめた

- 1) 内服指示表の運用方法の検討及び徹底
- 2) 内服薬管理マニュアルの作成及び徹底

〈参考文献〉

- 1) 中島和江・児玉安司：ヘルスケアリスクマネジメント，医学書院，2000
- 2) 油井香代子：医療事故防止のためのリスクマネジメント，医学芸術社，2001