

内服薬インシデント対策への取り組み

—危険予知訓練を活用して—

Efforts for the steps of medicine incident

—Using risk prediction training—

西 8 階病棟 矢嶋美雪 吉澤恵 柴田里紗 中村有美 三井貞代

【要旨】

循環器疾患では、強心剤・利尿剤・降圧剤・抗不整脈剤等循環動態に即影響する薬を内服することが多い。しかし、月平均6~7件の内服薬のインシデントがあり、重篤な医療事故に繋がる危険性が高い。危険予知訓練を活用したインシデント対策は、スタッフのリスク感性の育成に繋がり、効果的であった。また医師と検討できたことも効果的であった。

【キーワード】

内服薬インシデント 危険予知訓練 リスク感性

1. はじめに

危険予知訓練（以下 KYT とする）は、「危険を予知・予測する能力を高め、危険に対する感受性を鋭くするための訓練である¹⁾」と定義され、日本の高度成長期に多発していた労働災害を軽減するために、産業界で考察され発展した手法である。

西 8 階病棟のインシデントは月平均 15~20 件、内容は内服薬・転倒転落・誤抜去に関することで 90%をしめている。平成 20 年 4 月~21 年 9 月の内服薬に関するインシデントは 114 件（月平均 6~7 件）あり、平成 21 年 4 月~9 月には繰り返されるインシデントとして心臓カテーテル時に内服する抗生物質の配薬忘れが 13 件起こっている。そのつど対策を立ててはきたが、効果的でない、忙しいからしかたがないという思いになってしまい、モチベーションを下げている。そこで今回、KYT を活用し、リスク感性を高め、内服薬のインシデント対策に取り組んだので報告する。

2. 方法

- ① 平成 20 年 4 月~21 年 9 月の内服薬インシデントを準備時・配薬時・配薬後の 3 期に分類する。インシデントが一番多い時期の KYT レポートを作成し、KYT を実施。
- ② 心臓カテーテル時の抗生剤インシデントを 4M4E マトリックスで分析する。
- ③ 内服薬手順の見直し

3. 倫理的配慮

レポートは個人が特定する内容にならないよう、日常的業務をイメージしたものを作成。スタッフ全員でレポートKYT・4M4Eマトリックスを行ない全員が合意できる意見としてまとめた。

4. 結果

- ①内服薬のインシデントを準備時・配薬時・配薬後で分析した結果、準備の段階でのインシデントが2/3をしめた。

<レポートKYTの結果>

日勤で担当する患者さんが6人います。昼の薬、配薬している人は4人。午前2件目のカテの患者さんもいます。

昼の配薬ケース4人分を机の上に出し、内服指示簿と合わせています。途中、コールがなり担当患者であったため対応しました。戻ってきて薬のチェックをはじめました。薬はケースから出し、薬をみて、内服指示簿と合わせながらケースに戻しました。あった薬は全部チェックし、何とか昼の配薬には間に合いました。自己管理の2人には薬を飲んだのか確認して、内服指示簿にチェックをしました。

夜勤者がくる前に夕分・眠前・朝分用意しなければと、薬袋みながら夕分・眠前・朝分のケースに薬を入れています。同じ時間帯に別の看護師も同じ作業をしており、会話をしながら薬を袋から出しています。また後に内服指示簿で確認するから、とにかく出してだけおこななければ。途中、医師からも話しかけられ、中断がありました。

第1ラウンド：【現状把握】どんな危険がひそんでいるか

- 1) 内服薬準備中に中断があると、指示簿を見落とす危険がある。
- 2) 会話をしながら薬の準備をしているため、間違って薬を用意する危険がある。
- 3) 薬袋を見ながら準備しているが、薬袋と内服指示が違う可能性がある。
- 4) 用意されている薬だから大丈夫という思いと、薬を見て内服指示簿を見ているため、配薬ボックスに入っていない薬を見落とす危険がある。
- 5) 口頭指示だけで、医師に内服指示簿を記載してもらっていないため、指示忘れや違ってしまう危険がある。
- 6) 準備する時間にゆとりがなく、あせることで指示を見落とす危険がある。

第2ラウンド：【本質追求】これが危険のポイントだ

- ◎内服薬準備時、集中して準備していないため、間違ってしまう。(1・2・6)
- ◎内服指示簿がしっかり確認できていないため間違っただことに気づけない。(3・4・5)

第3ラウンド：【対策の樹立】あなたならどうする

- 1) 内服指示簿が最終確認のとりでになるように、医師、看護師間でルールをきめる。
- 2) 内服薬準備の時間は集中しておこなう。
- 3) 整理整頓された環境で準備をおこなう。

第4ラウンド：【目標設定】私達はこうする

* チーム行動目標

内服指示簿と薬を確認する時は、奥のテーブルで集中しておこなう。準備に入ることを伝え、他のスタッフはその間は声をかけない。

* 指差し呼称項目：内服準備 内服指示簿 集中

②心臓カテーテル時の抗生剤インシデントの4M4Eマトリックス分析結果

カテーテル入院患者は内服指示簿がなくパスで指示受けをしていた。

- ・他の内服薬の手順とは違う流れであった。
- ・パスはその時の担当看護師しか確認しないため、ダブルチェックが入る手順ではなかった。

そこで対策として、「内服指示簿を記載してもらい、他の薬と同じ流れにする」と決め、医師に依頼したところ、医師も抗生剤の内服について検討してくれその結果、循環器学会等からの裏付けのもと抗生剤を使用しないこととなった。

西8階病棟内服に関する手順

目的：

1. 指示の出し間違い、指示受けの間違いをなくし適切に患者に投与する
2. 薬剤業務を効率よく安全にするために、随時は必要最小限とし定期処方方を基本とする

内服業務の週間スケジュール			
火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
定期処方 14時：定期処方入力締め切り	14時：定期処方修正締め切り	夕方：定期処方病棟へあがる	定期処方使用開始
Dr 14時までに定期処方入力	定期処方入力間違いは24時までに修正入力		
Ns 定期処方依頼 内服カンファレンス（16時以降：病棟薬剤師と共に患者情報について共有。配薬・自己管理・内服指導など）			◇ 残薬チェック。 ◇ 定期処方を出す
薬剤師 内服カンファレンスへの参加	定期の処方間違いを指摘し、修正依頼を行う	夕に配達される定期を内服指示簿と合わせてチェック	
内服指示簿更新スケジュール			
隔週火曜日	隔週水曜日	隔週木曜日	隔週金曜日
Dr 14時までに内服指示簿を記入。内服指示簿入れ棚に入れておく。	14時までに内服指示簿を記入。内服指示簿入れ棚に入れておく。	内服指示簿の修正依頼があれば行い、修正後看護師へ手渡す。	
Ns 医師へ内服指示簿を依頼。出ていない内服指示簿をチェック。		夕方日勤者が2人で前回分と新しい指示簿を照らし合わせて確認し、内服指示ファイルに挟む。記入漏れ、ミスを書き出し担当医へ修正依頼を行う。	夜勤者が翌月分の朝分の内服をチェックした後、内服指示ファイルより前回分の指示簿を抜きだし、内服指示簿入れにいれる
クラーク			使用済みの指示簿をサブカルテに挟む
<p>医師の指示出し手順</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 定期、月末の内服指示簿出しは上記参照。 ◇ 新規・変更・中止：手書きで内服指示簿に記載する。看護師に変更内容・理由を口頭で伝える。患者へ説明する。中止薬は返品伝票と共に速やかに薬剤部へ返却する ◇ 心カテの検査入院の患者はパスへ記載する。1週間以上の入院になる場合は内服指示簿を出す。 ◇ 開始は赤字で“S”、中止は“J”と記載する。中止の薬剤は薬剤名枠に×をする ◇ 変更時はその枠には書かず、×して別枠へ記載のこと。 ◇ 隔日内服薬や指定日内服薬は、指示簿の内服日の欄に○印を記載する ◇ 他科受診先で出された薬剤は返書確認後、内服指示簿へ記載する <p>看護師の指示受け手順</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 内服指示を受けた看護師は内服指示簿の指示受け欄へ署名する。 ◇ 用法に基づいて、内服指示簿の朝昼夕眼前に赤丸をつけ注意を引く ◇ 新たに開始する内服薬の指示を受けた場合、内容、容量、内服方法を医師とともに確認し照合する。処方薬が届いたら、薬袋と処方箋、内服指示簿と照合し、内容、容量、用法を確認。開始日に記載された“S”マークの場所に自分の署名をする。薬袋へも確認済の署名をする。内服指示簿ファイルの内服変更表に書き出し自分の署名をする。処方箋は内服薬が届いたらチェックをいれ所定の引き出しへ入れる。翌日、担当看護師は、内服変更表を確認し、間違いなく開始されているか確認する。 ◇ 変更中止：医師に変更内容・理由・内服指示簿への記載を確認する。指示簿に記載された“J”に署名をする。また、内服指示簿ファイルの内服変更表に書き出し、署名をする。自己管理の場合は中止の薬剤を回収する。薬袋に中止日を記載してホットキスで留めて所定の欄に入れておく。場合によっては返品する。翌日、担当看護師は、内服変更表を確認し、間違いなく開始されているか確認する。 ◇ 隔日内服薬や指定日内服薬は、指示簿の内服日の欄に○印の確認を行う 			

<p>配薬の手順</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 日勤者は、担当する患者の昼分配薬前に前勤務者(夜勤者)の用意した個別の昼分ケースを配薬箱から取り出し、内服指示簿と薬剤を照合し声だし確認しながら内服指示簿に赤字で印付けをし、配薬する ◇ 夕・夜勤者は、担当する患者の次の勤務者(夜勤)の夕分・眼前・朝分の内服薬の用意を行う。夜勤者が来る前までに内服指示簿と照らし合わせながら用意する。患者個別の内服ケースに用意し、内服指示簿に黒字で印付けをする。用意したものは患者の配薬箱に入れておく。 ◇ 用意した後17時までに医師より変更の指示を受けた場合は、夜勤者に日勤看護師が報告し変更を行う。 ◇ 夜勤者は担当する患者の夕分・朝分の配薬前に前勤務者(日勤者)の用意した個別の夕分・朝分の内服ケースを配薬箱から取り出し、内服指示簿と薬剤を照合し声だし確認しながら内服指示簿に赤字で印付けし配薬する。 ◇ 夜勤者は担当する患者の次の勤務者(日勤)の昼分の内服薬の用意を行う。日勤者が来る前までに内服指示簿と照らし合わせながら個別の内服ケースに用意し内服指示簿に黒字で印付けをする。用意したものは患者の配薬箱に入れておく ◇ 用意した後、9時までに医師より変更の指示を受けた場合は、日勤者に夜勤者が報告し、変更を行う ◇ 内服後の観察 ◇ 内服ケースは必ず引き上げ内服したか確認する。昼分は日勤看護師、夕・眼前・朝分は夜勤看護師が確認をする。 ◇ 内服時、閉封困難・飲み忘れ・飲みこぼし・変更の多い患者は口まで内服したかの確認を行う。口元確認の必要な患者は、配薬ケースの名前テープにワッパ色または黄色を使用。 ◇ 7-アトナール/アトニドニ/βアラック等副作用が考えられる内服薬については内服後の副作用の有無を観察し必要時看護経過表の観察欄に項目を入れ、観察結果を入力する
<p>残薬チェックの手順</p> <p>基本的には内服薬・残薬の確認は金曜日に行なう</p> <p><対象></p> <p>内服薬を自己管理している患者全員(ただし入院患者は除く)</p> <p><方法>：内服指示簿を持参し指示簿→薬の順番で照らし合わせる</p> <p>① 基本的に残薬は全て同じ日に終了するように合わせる(数は一番少ないものに合わせるようにする。但し1ヶ月分など多く持参している場合は数が合っていれば良い)</p> <p>② 残薬以外の余った薬は引き上げる。</p> <p>③ 薬袋にチャックの印鑑を押し、日時を記載する。「薬の数が残り少なくなりましたら看護師にお知らせ下さい」スタンプを押す</p> <p>④ 内服指示簿へ終了日に縦に青線を引く</p> <p>⑤ 臨時処方から定期処方に切り替える時は、定期から新しい物に切り替えられるように残薬を合わせる</p>
<p>薬剤カンファレンス：毎週火曜日 16時以降</p> <p><目的>病棟薬剤師と共に患者情報・薬剤情報について共有する</p> <p>①内服の内容が一定してきている</p> <p>②退院の予定がある</p> <p>③内服薬を自己管理にする前</p> <p>上記に当てはまる患者、指導が必要と思われる患者は看護師から薬剤師へ薬剤指導を依頼する。</p> <p>配薬・自己管理・内服指導などカンファレンスし患者一覧に記入。必要時経過表や看護記録へ記載</p> <p>薬剤部から処方された薬の取り扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬袋と指示簿を照らし合わせ、患者名・薬剤名・内服方法・1日量を確認し薬袋に看護師が印付けをする。 <p>入院時と退院時の内服薬に関して</p> <p><入院時></p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤部で経路済の持参薬が病棟に届いたら残薬を確認する。 ・担当医師が内服指示簿に薬剤名、用量、用法を記載する。指示を受けた看護師は、持参薬と内服指示簿と照らし合わせ内服指示簿に印付けをする。 ・内服自己管理カードを用いて自己管理か配薬を決定する(7-アトナールに関しては別紙参照) ・自己管理が困難な場合は配薬とする。 <p><退院時></p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院日(あるいは退院前日)の受け持ち看護師が、処方箋と指示簿を照らし合わせ、患者名・薬剤名・内服方法・1日量、次回受診日まで間に合うか確認する。指示と違う場合は担当医師に変更か確認する。 ・薬は退院前日に患者に説明し渡す。家族へ説明が必要な場合は退院当日に家族に説明して渡す。 ・患者に渡す際に患者と共に薬袋と薬剤・説明日・1日量・内服方法を確認しながら渡す。

5. 考察

内服薬のインシデントが準備の時に多いことは、一度準備されてしまうと、ダブルチェックのため人が変わってチェックしても気づけないことがわかり、いかに準備のときに集中し、確実に準備できるかがインシデントを防ぐ対策に繋がるのではないかと考えた。レポートKYTを行なうことで、対策が全員で考えられ具体的な行動目標となり、内服薬準備時は集中してできるようお互いに協力しあうようになってきている。またカテーテル入院患者の内服薬の手順が通常の内服薬の手順と違うことでインシデントが起こっているのではないかということにも気づくことができたと考える。そして薬によって内服薬の手順に違いがないようにすることが大切であると考え、抗生剤の検討が医師と共にできるきっかけとなったことは良かったと考える。

「リスク感性」とは、周りから「危ないから注意してやりなさい」と言われなくても、リスクを察知して自然に安全行動が取れるような感覚であると言われている。²⁾ 今回内服薬のインシデントを我がこととして捉え、医療安全の担い手として具体的に実践する内容を考えるレベルまでリスク感性を高めることができたことで、KYTを行うことはリスク感性の育成に繋がると考える。

6. 結論

内服薬のインシデントは準備時に一番起き易い。レポートKYTはチーム行動目標を明確にし、スタッフのリスク感性を高め意識変化に繋がる。内服薬の手順は薬によって違いがないこと、分かり易いことが大切である。医師との検討は有効であった。

7. 引用・参考文献

- 1) 中央労働災害防止協会編：ゼロ災運動推進者ハンドブック 2002. 中央労働災害防止協会. P12. 2003
- 2) 釜英介：「リスク感性」を磨くOJT人を育てるもうひとつのリスクマネジメント. 2007
- 3) 大原まゆみ・諸田みどり：危険予知訓練導入効果に関する考察. 173-174 看護管理. 2008
- 4) 丸山あや他：看護学臨地実習前の医療安全教育に関する考察. 184-186 看護教育. 2008
- 5) ナースマネージャー. Vol9 No. 4 . 5-20. 2007
- 6) 組織で医療KYTの定着を図るための手引き. 医療KYT研究会. 2009
- 7) 医療における危険予知訓練マニュアル. 医療KYT研究会. 2009